គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក

Eye Health Governance Project

July 2026 - June 2031

គម្រោង

អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក

(Eye Health Governance)

កក្កដា ២០២៦-មិថុនា ២០៣១

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

KH26-01

មាតិកា

i. សង្ខេបគម្រោង 3

ii. អក្សរកាត់ 7

1.1 ការវិភាគស្ថានភាព និងបរិបទ 9

1.1.1 សាវតា និងបរិបទ 9

1.1.2 ការវិភាគបញ្ហា និងភ័ស្តុតាង 10

1.1.3 ការវិភាគស្ថានភាពសមធម៌ 12

1.1.4 ការវិភាគភាគីពាក់ព័ន្ធ 14

1.1.5 គុណតម្លៃរួមចំណែកបន្ថែមពីមូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ 17

2. អំពីគម្រោង 19

2.1 គោលបំណង និងសមិទ្ធផលរំពឹងទុក 19

2.2 សមិទ្ធផល និងលទ្ធផលរំពឹងទុក 20

2.3 សេចក្តីសន្ទត់ និងយុទ្ធសាស្ត្រ 23

2.4 សមធម៌ និងបរិយាបន្ន 28

2.5 អ្នកទទួលផល 30

2.6 ភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រ 32

3. ការអនុវត្តគម្រោង 35

3.1 ការគ្រប់គ្រងគម្រោង 35

3.2 និរន្តរភាព 38

3.3 ក្របខ័ណ្ឌផែនការសកម្មភាព និងថិរវេលានៃគម្រោង 41

3.4 ថវិកាសរុបសម្រាប់រយៈពេលអនុវត្តគម្រោង 49

4. Monitoring, Evaluation, Research and Learning 51

4.1 M&E Plan 51

4.2 Planned Evaluations Table 54

4.3 Key Evaluation Questions 56

4.4 ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ 57

i. សង្ខេបគម្រោង

ឈ្មោះគម្រោង	អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក		
កូដគម្រោង	KH26-01		
រយៈពេល	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម កក្កដា ២០២៦	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ មិថុនា ២០៣១	រយៈពេល៖ ប្រាំឆ្នាំ
គ្រោងថវិកា	ដុល្លាអាមេរិក (USD)	៥.៦៥២.៦២៧	
	ដុល្លាអូស្ត្រាលី (*AUD*)	៨.១៩២.២១៣	
គ្រោងថវិកាបាន អនុម័ត	ប្រភពថវិកា: រដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី	ចំនួន: ៤.០០០.០០០ ដុល្លាអាមេរិក	
	ប្រភពថវិកា: ជាវិភាគទានពី មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ	ចំនួន: ១.៦៥២.៦២៧ ដុល្លាអាមេរិក	
ពណ៌នាគម្រោង	កម្ពុជា នៅមានប្រជាជនជាច្រើនដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែកបានទាន់ពេលវេលា និងមានគុណភាពនៅឡើយ ដែលបញ្ហានេះមិនមែនបណ្តាលមកពីកង្វះដំណោះស្រាយនោះទេ ប៉ុន្តែដោយសារប្រព័ន្ធគាំទ្រក្នុងការរៀបចំផែនការ ការសម្របសម្រួល គុណភាព និងគណនេយ្យភាព មិនទាន់មានភាពរឹងមាំ នៅឡើយ។ ទោះបីជាសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែកកំពុងមានការរីកចម្រើនក៏ដោយ ប៉ុន្តែគម្លាតនៃគុណភាពសេវា ធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក និងការសម្របសម្រួលពីថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់ក្រោមជាតិនៅមានកម្រិត បានធ្វើឱ្យលទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងលទ្ធផលទទួលបានមានភាពខុសៗគ្នាទៅតាមតំបន់នីមួយៗ។ គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (Eye Health Governance Project) ត្រូវបានរៀបចំឡើង ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាប្រឈមទាំងនេះ តាមរយៈការពង្រឹងការរៀបចំផែនការ ការដឹកនាំនិងការគ្រប់គ្រងសុខភាពភ្នែក ធានាដល់ការវិនិយោគនាពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត អាចផ្តល់នូវសមិទ្ធផលកាន់តែប្រសើរ និងមានភាពប្រាកដប្រជាសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់។ គម្រោងនេះនឹងផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដល់ប្រជាជនកម្ពុជានៅទូទាំងប្រទេស ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់លើប្រជាពលរដ្ឋដែលពឹងផ្អែកលើសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមទាំងអ្នករស់នៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែកគ្រប់គ្រាន់។ តាមរយៈការកែលម្អ អភិបាលកិច្ច ការចាត់ចែង និងការរៀបចំសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែក គម្រោងនេះនឹងជួយដល់គ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាក-យិកា និងបុគ្គលិកថែទាំសុខភាពភ្នែក អាចផ្តល់នូវសេវាថែទាំ ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងគុណភាពខ្ពស់ ជូនដល់ប្រជាពលរដ្ឋនៅជិតទីលំនៅរបស់ពួកគាត់។ បើទោះបីជា គម្រោងនេះមិនបានផ្តល់សេវាព្យាបាលផ្ទាល់ក៏ដោយ ប៉ុន្តែគម្រោងនឹងពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាឱ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពនៅគ្រប់ខេត្ត-ក្រុង និងគ្រប់កម្រិតនៃការថែទាំ។ គម្រោងមានគោលបំណងសម្រេចឱ្យបាននូវ ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដែលដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល មានភាពធន់ និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកមានសមត្ថភាពកាន់តែប្រសើរ ក្នុងការរៀបចំផែនការផ្តល់សេវា ការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព និងការឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់ប្រជាជនក្នុងរយៈពេលវែង។			

<table>
<tr>
<td></td>
<td>សមិទ្ធផលរំពឹងទុក រួមមាន៖
1. ពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល និងការគ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែក ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង នូវការរៀបចំផែនការ ការចងក្រងបទប្បញ្ញត្តិ គុណភាពសេវា និងប្រកបដោយការទទួលខុសត្រូវ។
2. រៀបចំឱ្យមាន ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សសុខភាពភ្នែកជាប្រព័ន្ធ ដែលមានសមត្ថភាព ចីរភាព និងការបែងចែកធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមធម៌។
3. ពង្រឹងប្រព័ន្ធគាំទ្រ នវានុវត្តន៍(បច្ចេកវិទ្យាច្នៃប្រឌិត) និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដើម្បីគាំទ្រដល់ ការងារអភិបាលកិច្ចរបស់ថ្នាក់ដឹកនាំ ប្រសិទ្ធភាពការងាររបស់មន្ត្រីផ្នែកសុខភាពភ្នែក និងគុណភាពផ្តល់សេវា។

ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកិច្ចការទាំងអស់នេះ នឹងរួមចំណែកដល់ការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលមានគុណភាព ដោយសមធម៌ និងកាត់បន្ថយការបាត់បង់គំហើញ(ការមើលឃើញ) ដែលអាចជៀសវាងបាន នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា។

គម្រោងនេះនឹងត្រូវអនុវត្ត ដោយមានការសហការភាពជាដៃគូជាមួយស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល និងភាគីពាក់ព័ន្ធនានានៅក្នុងស្រុក ដោយផ្តោតលើការផ្លាស់ប្តូរជាក់ស្តែង និងប្រកបដោយចីរភាព។ តាមរយៈយន្តការអនុវត្តដែលស្របតាមរចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ និងអាទិភាពដែលបានកំណត់ដោយរាជរដ្ឋាភិបាល គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកនេះ នឹងគាំទ្រដល់វឌ្ឍនភាព និងភាពជាម្ចាស់ថ្នាក់ជាតិក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយចីរភាព។</td>
</tr>
<tr>
<td>ការផ្តោតលើប្រភេទជំងឺ</td>
<td>
<table>
<tr><th>ជ្រើសរើស</th><th>ប្រភេទជំងឺ ជំងឺដែលត្រូវផ្តោត</th><th>តើគម្រោងផ្តោតលើប្រភេទជំងឺនីមួយៗ ដែលបានជ្រើសរើសក្នុងកម្រិតណា? (សូមបែងចែកជាភាគរយ % ប្រហាក់ប្រហែល និងឱ្យសរុបត្រឹមស្មើ 100%)</th></tr>
<tr><td>☒</td><td>ជំងឺបាយភ្នែក</td><td>10 %</td></tr>
<tr><td>☒</td><td>កំហុសកំណុំរូបភាព</td><td>10 %</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>ជំងឺត្រាក់កូម</td><td></td></tr>
<tr><td>☒</td><td>ជំងឺសរសៃរ៉ែទីនបណ្តាលពីជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺភ្នែកផ្សេងទៀត</td><td>10 %</td></tr>
<tr><td>☒</td><td>ការងារទូទៅមិនផ្ទាល់នឹងជំងឺ (ឧ. គោលនយោបាយ, ធនធានមនុស្ស, បរិយាកាសអំណោយផល)</td><td>70 %</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>សសរស្តម្ភប្រព័ន្ធសុខាភិបាល៖
(សូមគូសធីករាល់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)</td>
<td>☒ *ការផ្តល់សេវា* ☒ *ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល*
☒ *ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល* ☒ *ការគ្រប់គ្រងព័ត៌មាន*
☒ *ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងអភិបាលកិច្ច* ☒ *ផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រ និងបច្ចេកវិទ្យា*</td>
</tr>
<tr>
<td>ផ្នែកផ្តោតតាមប្រធានបទ៖</td>
<td>☒ *ការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល* ☐ *ការចូលរួមរបស់សហគមន៍*
☐ *សុខភាពភ្នែកកុមារ* ☐ *បរិយាកាសប្រតិបត្តិការ*</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td>(សូមគូសធីករាល់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)</td><td colspan="2">☒ ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស
☐ វ័យចាស់ប្រកបដោយសុខភាពល្អ
☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់ ឧទាហរណ៍៖ ការលើកកម្ពស់គុណភាព)
______________________________</td></tr>
<tr><td rowspan="4">សមធម៌ និងបរិយាបន្ន
(GAPSED+)៖</td><td colspan="2">សមធម៌យេនឌ័រ - សូមគូសធីកវិធីសាស្ត្រសមធម៌យេនឌ័រ ដែលគម្រោងកំពុងអនុវត្ត៖

☐ ចម្បង - សមធម៌យេនឌ័រ គឺជាគោលបំណងចម្បងរបស់គម្រោង និងជាមូលដ្ឋានស្នូលក្នុងការរៀបចំ និងសមិទ្ធផលរំពឹងទុករបស់គម្រោង។

☒ សំខាន់ - សមធម៌យេនឌ័រ គឺជាគោលបំណងសំខាន់ និងមានការគិតគូរយ៉ាងច្បាស់លាស់ ប៉ុន្តែមិនមែនជាមូលហេតុចម្បងនៃការអនុវត្តគម្រោងនេះទេ។

☐ បញ្ជ្រាបជាទូទៅ - ទោះបីគម្រោងមិនមានគោលបំណងសមធម៌យេនឌ័រដែលបានកំណត់ជាក់លាក់ក៏ដោយ ក៏គម្រោងបានកំណត់ និងដោះស្រាយគម្លាតយេនឌ័រនៅក្នុងការចូលរួម និងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ការវិភាគយេនឌ័រត្រូវបានអនុវត្ត ហានិភ័យពាក់ព័ន្ធនឹងយេនឌ័រត្រូវបានកាត់បន្ថយ ហើយប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃប្រមូលទិន្នន័យបែងចែកតាមភេទ និងប្រើសូចនាករយេនឌ័រតាមភាពសមស្រប។ ការបញ្ជ្រាបយេនឌ័រមិនមែនជាគោលដៅចុងក្រោយដោយខ្លួនឯងទេ ប៉ុន្តែជាមធ្យោបាយដើម្បីឈានទៅរកសមធម៌យេនឌ័រ។

☐ មិនបានកំណត់ជាគោលដៅ - សកម្មភាពនេះ មិនបានកំណត់គោលដៅផ្ទាល់ក្នុងការជំរុញសមធម៌យេនឌ័រ និងការផ្តល់អំណាចដល់ស្ត្រីទេ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី សមធម៌យេនឌ័រអាចត្រូវបានគិតគូរ តាមរយៈការធានាឱ្យមានការចូលរួមរបស់ស្ត្រី និងក្មេងស្រី ហើយការវិភាគយេនឌ័រ នឹងត្រូវបាន ឬត្រូវបានអនុវត្តជាផ្នែកមួយនៃការរៀបចំសកម្មភាព។</td></tr>
<tr><td>ក្រុមអាយុគោលដៅ
☒ កុមារ (០-១៤ ឆ្នាំ)
☒ មនុស្សពេញវ័យ (១៥-៤៩ ឆ្នាំ)
☒ មនុស្សវ័យចាស់ (៥០ ឆ្នាំឡើងទៅ)</td><td>ទីកន្លែងរស់នៅ ឬទីកន្លែងទទួលសេវា
☒ មានការទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែកទាប ឬមិនមានការទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក និង/ឬ
☐ មានការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពភ្នែកទាប ឬមិនមានការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពភ្នែក</td></tr>
<tr><td>ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម

☒ គម្រោងផ្តោតលើសហគមន៍ដែលមានលទ្ធភាពទទួលបានធនធានសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ចនៅកម្រិតទាប ដោយផ្អែកលើស្តង់ដារជាតិ។</td><td>ជាតិសាសន៍/ជនជាតិដើមភាគតិច/ពូជសាសន៍

☒ គម្រោងផ្តោតលើសហគមន៍មូលដ្ឋានដែលត្រូវបានបាត់បង់ឱកាស ឬរងការរើសអើង។</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ បរិយាបន្នសម្រាប់ជនមានពិការភាព
(សូមគូសធីកប្រអប់នេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់លោក/លោកស្រី ត្រូវបានកំណត់ថា កំពុងអនុវត្តវិធីសាស្ត្របញ្ជ្រាបបរិយាបន្នសម្រាប់ជនមានពិការភាព។)
ប្រសិនបើលោក/លោកស្រីបានគូសធីកប្រអប់ពិការភាពខាងលើ សូមបញ្ជាក់អំពីចំណុចផ្តោតនៃសកម្មភាពខាងក្រោម៖</td></tr>
</table>

	☒ *គម្រោងមានការចូលរួមយ៉ាងសកម្មពីជនមានពិការភាព និងអង្គការតំណាងរបស់ពួកគេ (ដូចជា អង្គការតំណាងជនមានពិការភាព) ក្នុងការរៀបចំផែនការ ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃ។* *និង/ឬ៖* ☒ *សកម្មភាពគម្រោង កំណត់ និងដោះស្រាយឧបសគ្គចំពោះបរិយាបន្ន និងឱកាសចូលរួមរបស់ជនមានពិការភាព ដើម្បីឱ្យពួកគាត់អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីគម្រោងដោយស្មើភាព។*
	☐ **PLUS** (កត្តាផ្សេងៗទៀតនៃការបាត់បង់ឱកាស ឬការផាត់ចេញពីសង្គម ដូចជា ស្ថានភាពជាជនចំណាកស្រុក សាសនា និងការផ្លាស់ទីលំនៅដោយបង្ខំ)
ការវាយតម្លៃគម្រោង	ការវាយតម្លៃខាងក្រោមនឹងត្រូវបានអនុវត្តសម្រាប់គម្រោងនេះ៖ ☒ *ការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលវគ្គ* កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក៖ មករា ២០២៩ ☒ *ការវាយតម្លៃបញ្ចប់គម្រោង* កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក៖ មីនា ២០៣១
ក្រុមការងាររៀបចំគម្រោង៖	- អគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាល - កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក - សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល - មន្ទីរពេទ្យព្រះអង្គឌួង - មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត - មន្ទីរសុខាភិបាលនៃរដ្ឋបាលរាជធានី/ខេត្ត (ភ្នំពេញ សៀមរាប កណ្ដាល កំពង់ចាម កំពង់ធំ កំពង់ស្ពឺ កំពង់ឆ្នាំង ព្រះសីហនុ ត្បូងឃ្មុំ ព្រះវិហារ ឧត្តរមានជ័យ កំពត តាកែវ រតនគិរី) - សមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា - សមាគមចក្ខុមាត្រការីកម្ពុជា - មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ

ii. អក្សរកាត់

AI	បញ្ញាសប្បនិម្មិត
ANCP	កម្មវិធីសហប្រតិបត្តិការអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី
AUD	រូបិយបណ្ណ ដុល្លាអូស្ត្រាលី
CDHS	ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា
COS	សមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា
CPA	សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់
CPD	ការបន្តអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ
CQI	ការបន្តលើកកម្ពស់គុណភាព
CSN	ក្រុមការងារគាំទ្របច្ចេកទេស (របស់មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ)
CSOM	ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលនៃការបកបាយភ្នែក
DFAT	ក្រសួងការបរទេស និងពាណិជ្ជកម្មអូស្ត្រាលី (រដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី)
DHIS2	ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល
DPO	អង្គការតំណាងជនពិការ
DR	ជំងឺរលាកសរសៃបាតភ្នែកបណ្តាលមកពីជំងឺទឹកនោមផ្អែម
EHG	អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក
FHF	មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ
GAPSED+	ការវិភាគស្ថានភាព យេនឌ័រ វ័យ ទីកន្លែង ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម កុលសម្ព័ន្ធ ពិការភាព និងកត្តាផ្សេងៗទៀតដែលបង្កឱ្យមានការបាត់បង់ឱកាសក្នុងសង្គម
HEF	មូលនិធិសមធម៌សុខភាព (ក្រសួងសុខាភិបាល)
HMIS	ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល
HSP4	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល (ទី៤)
HRH	ធនធានមនុស្សសម្រាប់វិស័យសុខាភិបាល
IEC	ព័ត៌មាន អប់រំ និងទំនាក់ទំនង (សម្ភារអប់រំ)
IPEC	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកដោយផ្តោតលើប្រជាជន
MEF	ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ
MERL	ការត្រួតពិនិត្យ តាមដាន ការវាយតម្លៃ ការស្រាវជ្រាវ និងការរៀនសូត្រ
MoC	ក្រសួងពាណិជ្ជកម្ម
MoEYS	ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា
MoH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MoLVT	ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ
MoSVY	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា
MoWA	ក្រសួងកិច្ចការនារី
MPWT	ក្រសួងសាធារណការ និងដឹកជញ្ជូន
MSAT	ឧបករណ៍វាយតម្លៃស្តង់ដារអប្បបរមា
NPEH	កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែកនៃក្រសួងសុខាភិបាល
NSPBPC	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រង និងបង្ការភាពពិការភ្នែក
OD	ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ
OELF	មូលនិធិវែនសាយ អេសស៊ីឡូ ឡាក់សូទីកា (OneSight EssilorLuxottica Foundation)
OSC	សមាគមចក្ខុមាត្រការីកម្ពុជា

PDD	ឯកសារចងក្រងគម្រោង
PHD	មន្ទីរសុខាភិបាលនៃរដ្ឋបាល រាជធានី-ខេត្ត
PSC	គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង
QA	ការធានាគុណភាព
QI	ការលើកកម្ពស់គុណភាព
RAAB	ការអង្កេតរហ័សថ្នាក់ជាតិស្តីពីភាពពិការភ្នែកដែលអាចជៀសវាងបាន
SOP	នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ
SURES	គម្រោង ពង្រឹកវិសាលសេវាកំហុសកំណុំរូបភាពនៅកម្ពុជា
TWG	ក្រុមការងារបច្ចេកទេស
UHC	ការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល
UHS	សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

1.1 ការវិភាគស្ថានភាព និងបរិបទ

1.1.1 សាវតា និងបរិបទ

ក្នុងរយៈពេលពីរទសវត្សរ៍ចុងក្រោយនេះ អង្គការ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ (The Fred Hollows Foundation) បានធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធភាពជាដៃគូជាមួយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍសេវាសុខភាពភ្នែក ដោយចាប់ផ្ដើមពីការផ្ដល់សេវា និងការបណ្ដុះបណ្ដាលធនធានមនុស្ស រហូតឈានទៅរកការបន្តពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាជំហានៗ។ វឌ្ឍនភាពនេះ ឆ្លុះបញ្ចាំងទាំង ការកើនឡើងនូវសមត្ថភាពរបស់ស្ថាប័នជាតិ និងការដឹកនាំដោយរដ្ឋាភិបាល ប្រកបដោយនិរន្តរភាព។ គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដែលមានស្រាប់ជាយូរមកហើយនេះ និងមេរៀនជាពិសោធន៍ដែលទទួលបានពីគំនិតផ្ដួចផ្ដើមមុនៗ និងបច្ចុប្បន្ន ដែលផ្ដោតលើការសម្របសម្រួលទាំងថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការឆ្លងអន្តរវិស័យ។ គម្រោងនេះត្រូវបានផ្ដួចផ្ដើមរៀបចំឡើង តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់ ដែលដឹកនាំដោយក្រសួងសុខាភិបាល ដោយមានការចូលរួមពីកម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល មន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ និងដៃគូក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក ហើយឆ្លើយតបដោយផ្ទាល់ទៅនឹងតម្រូវការអាទិភាពនានា ដែលបានកំណត់ក្នុងផែនការជាតិ និងការវិភាគស្ថានភាព។

គម្រោងនេះមានវិសាលភាពគ្របដណ្ដប់នៅទូទាំងប្រទេសក្នុងរាជធានី-ខេត្តទាំង ២៥ នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដោយមានកិច្ចសហប្រតិបត្តិការចុះកិច្ចព្រមព្រៀងភាពជាដៃគូអនុវត្តគម្រោងផ្ទាល់ ជាមួយរដ្ឋបាលរាជធានី-ខេត្តដែលបានជ្រើសរើសចំនួន ១៤។ រាជធានី-ខេត្តទាំងនោះរួមមាន៖ រាជធានីភ្នំពេញ កណ្ដាល កំពង់ចាម កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ធំ កំពង់ស្ពឺ ព្រះសីហនុ កំពត ត្បូងឃ្មុំ សៀមរាប រតនគិរី ព្រះវិហារ ឧត្តរមានជ័យ និងតាកែវ។ ការកំណត់ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនេះ ធ្វើឡើងដោយមានគោលដៅច្បាស់លាស់។ ទោះបីជាសេវាសុខភាពភ្នែកមានការរីកចម្រើន និងបានពង្រីកក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះក៏ដោយ ការទទួលបានសេវា គុណភាពសេវា និងចំនួនធនធានអ្នកផ្ដល់សេវាសុខភាពភ្នែក នៅតែមានគម្លាតខុសគ្នាច្រើន រវាងខេត្ត និងខេត្ត និងរវាងតំបន់ទីប្រជុំជន និងទីជនបទ។ ការអនុវត្តបែបយន្តការថ្នាក់ជាតិ អាចឱ្យយើងត្រៀម ផែនការ ការងារអភិបាលកិច្ច ស្តង់ដារ គោលនយោបាយ និងប្រព័ន្ធនានា ដើម្បីពង្រឹងប្រកបដោយសុក្រិតភាព និងភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា នៅទូទាំងប្រទេស លើកកម្ពស់សមធម៌ ប្រសិទ្ធភាព និងនិរន្តរភាព។ ភាពសកម្មនៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិក៏ជាកត្តាចាំបាច់ផងដែរ ដើម្បីបន្សុីគ្នាវិស័យសុខភាពភ្នែកទៅនឹងការកែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលឱ្យកាន់តែទូលំទូលាយ យន្តការហិរញ្ញប្បទាន និងគោលនយោបាយអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស។

គម្រោងនេះត្រូវបានរៀបចំឡើង ដោយផ្អែកលើការវិនិយោគ កិច្ចសហប្រតិបត្តិការភាពជាដៃគូល្អ និងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលប្រកបដោយនិរន្តរភាព នាពេលកន្លងមក និងបច្ចុប្បន្ន តាមរយៈគំនិតផ្ដួចផ្ដើមសុខភាពភ្នែកនានានៅកម្ពុជា។ ដូច្នេះ បទអន្តរាគមន៍ ដែលបានរៀបចំនិងស្នើឡើង ភាគច្រើនមិនមែនជាសកម្មភាពដាច់ដោយឡែកថ្មីស្រឡាងនោះទេ ប៉ុន្តែជាការបន្តការគាំទ្រការពង្រីកវិសាលភាព ឬការអនុវត្តតាមស្ថាប័នរដ្ឋដែលមានស្រាប់ និងជាមួយដៃគូក្នុងវិស័យនេះ។ សកម្មភាពទាំងនេះរួមមាន ការបន្តយន្តការសម្របសម្រួល ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព ប្រព័ន្ធកត់ត្រានិងរក្សាទិន្នន័យ និងការបញ្ចូលការងារសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទូទៅ។ គម្រោងនេះត្រូវត្រូវបានរៀបចំឡើង ផ្អែកលើទំនាក់ទំនងដ៏រឹងមាំដែលមានស្រាប់ ការប្ដេជ្ញាចិត្តរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងមេរៀនជាពិសោធន៍ដែលទទួលបានពីការអនុវត្តគម្រោងកន្លងមក ព្រមទាំងជំរុញ គាំទ្រ ដល់ការបន្តពង្រីកវិសាលភាពការងារ ការពង្រឹង និងនិរន្តរភាពនៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងទាំងនេះនៅក្នុងប្រព័ន្ធគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលសាធារណៈ។

ប្រទេសកម្ពុជាបន្តមានស្ថេរភាពនៃកំណើនសេដ្ឋកិច្ច និងសុខមាលភាពទូទៅ រួមទាំងកំណែទម្រង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាបន្តបន្ទាប់ ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបាននូវ ការគ្របដណ្ដប់សុខភាពជាសកល (Universal Health Coverage)។ ក្នុងបរិបទនេះ សុខភាពភ្នែកត្រូវបានទទួលស្គាល់កាន់តែខ្លាំងឡើង ថាមានសារៈសំខាន់ និងជាភាគទានដ៏ចម្បង គាំទ្រដល់សុខុមាលភាពទូទៅ ផលិតភាព និងការរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អក្នុងវ័យជរា។ ជាមួយគ្នានេះដែរ សេវាសុខភាពភ្នែកស្ថិតនៅចំណុចប្រសព្វនៃវិស័យជាច្រើន រួមមាន វិស័យសុខាភិបាល អប់រំ កិច្ចគាំពារសង្គម យេនឌ័រ និងពិការភាព ដែលទាមទារឱ្យមានការសម្របសម្រួលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងការ

ដឹកនាំ គ្រប់គ្រងច្បាស់លាស់។ កាលានុវត្តភាពផ្នែកបច្ចេកវិទ្យា អាចជួយធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង នូវការបណ្តុះបណ្តាល ការផ្តល់សេវា ការចុះអភិបាលកិច្ច និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ប៉ុន្តែកាលានុវត្តភាពទាំងនេះ អាចដំណើរការទៅបាន អាស្រ័យលើ ការមានអភិបាលកិច្ចរឹងមាំ និងការត្រៀមលក្ខណៈពេញលេញនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដើម្បីទទួលបានប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធិផលខ្ពស់។ គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបរិបទនេះ ដោយពង្រឹងភាពជាអ្នកដឹកនាំ ការសម្របសម្រួល និងដំណើរការមុខងារប្រព័ន្ធ ដែលជួយឱ្យការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកមានប្រសិទ្ធភាព និងប្រកបដោយសមធម៌។

1.1.2 ការវិភាគបញ្ហា និងឥស្សុតាង

ប្រទេសកម្ពុជា នៅតែបន្តជួបឧបសគ្គរាំង ក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំភ្នែក ប្រកបដោយគុណភាព ភាពប្រទាក់ក្រឡាគ្នានិងភាពជាប់លាប់ និងប្រកបដោយសមធម៌ បើទោះបីជាមានការរីកចម្រើនក្នុងការពង្រីកវិសាលភាពសេវាសុខភាពភ្នែក និងភាពប្រសើរឡើងនៃប្រព័ន្ធយ៉ាងណាក៏ដោយ។ តាមរយៈ **ដំណើរការរៀបចំផែនការជាតិ របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពជាប្រចាំ ការវាយតម្លៃសេវា** និង**ឧបករណ៍វង្វាយតម្លៃស្តង់ដាអប្បបរមា** (MSAT) ជាភ័ស្តុតាងបង្ហាញថា ការរៀបចំផែនការសុខភាពភ្នែក ការសម្របសម្រួល លិខិតបទដ្ឋានគតិយុត្តនានា គោលការណ៍គ្លីនិក ការបណ្តុះបណ្តាលនិងការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក ព្រមទាំងយន្តការធានាគុណភាព នៅមិនទាន់មានភាពរឹងមាំ ឬស៊ីសង្វាក់គ្នានៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ក្នុងការធានាបាននូវការទទួលបានសេវាប្រកបដោយសមធម៌ និងគុណភាពខ្ពស់នៅទូទាំងប្រទេសនៅឡើយ។ បញ្ហាប្រឈមទាំងនេះ មិនមែនបណ្តាលមកពីកង្វះដំណោះស្រាយបច្ចេកទេសជាចម្បងនោះទេ ប៉ុន្តែវាបណ្តាលមកពី **គម្លាតនៃកិច្ចការអភិបាលកិច្ច ការធ្វើសមាហរណកម្មក្នុងប្រព័ន្ធ ការពង្រឹងស្ថាប័ន** និង**ការអនុវត្តជាផ្លូវការតាមស្ថាប័នរដ្ឋ**។

បញ្ហាស្នូលដ៏សំខាន់មួយ គឺភាពខុសគ្នា នៃអភិបាលកិច្ច និងការសម្របសម្រួល រវាងថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ ទោះបីជាមានយន្តការក្នុងការសម្របសម្រួល (ដូចជាក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខភាពភ្នែក និងវេទិការៀបចំផែនការ) កំពុងអនុវត្តរួចហើយក៏ដោយ តែការបំពេញតាមមុខងារ ភាពច្បាស់លាស់នៃតួនាទី និងទំនួលខុសត្រូវ គឺនៅមានលក្ខណៈខុសៗគ្នាទៅតាមខេត្តនីមួយៗ។ ក្រោមគម្រោង កិច្ចសហការថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិដើម្បីសុខភាពភ្នែក (NSEE) កន្លងមក ខេត្តចំនួនប្រាំមួយបានបង្កើត ឬបញ្ចូលក្រុមការងារបច្ចេកទេសអនុវិស័យសុខភាពភ្នែក (Eye Health Sub-TWGs) ទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ប៉ុន្តែក្រុមការងារទាំងនេះមិនមានភាពសកម្ម ឬមិនទាន់មាននៅឡើយ សម្រាប់ខេត្តផ្សេងៗទៀត។ ផ្អែកលើចេនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ទាំងនេះ គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក នឹងអនុវត្តតាមលំនាំនេះ នូវវិធីសាស្ត្រតាមដំណាក់កាល ដើម្បីពង្រឹងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកថ្នាក់ខេត្ត។ ខេត្តដែលមានយន្តការសម្របសម្រួលរឹងមាំជាង នឹងដើរតួជាទីតាំងរៀនសូត្រសម្រាប់ខេត្តផ្សេងៗ និងបង្ហាញគំរូ ដើម្បីគាំទ្រដល់ប្រតិបត្តិការក្រុមការងារបច្ចេកទេសអនុវិស័យសុខភាពភ្នែក (Eye Health Sub-TWGs) ក្នុងខេត្តគោលដៅផ្សេងបន្ថែមទៀត។ វិធីសាស្ត្រនេះមានគោលបំណងពង្រឹងលទ្ធភាពអាចអនុវត្តបាន លើកកម្ពស់ការរៀនសូត្រពីការអនុវត្តជាក់ស្តែង និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តជាផ្លូវការ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលខេត្តជាបន្តបន្ទាប់ទៀត។

ការពិភាក្សា និងពិនិត្យឡើងវិញជាមួយដៃគូអនុវត្តគម្រោង បានគូសបញ្ជាក់ពីភាពខុសគ្នា នៃការផ្តល់អាទិភាពលើសុខភាពភ្នែកនៅក្នុងផែនការការងារសុខាភិបាលខេត្ត របៀបនៃការចុះអភិបាលកិច្ច និងរបៀបប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន/ទិន្នន័យសម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ ភាពខុសគ្នានេះ បានជះឥទ្ធិពលដល់ ការរៀបចំផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលើចន្លោះខ្វះខាតដែលបានរកឃើញ និងលទ្ធភាពក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាជាប្រព័ន្ធ ដើម្បីឆ្លើយតបក្តីកង្វល់លើសេវាគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពផ្តល់សេវា។ ការធ្វើសមាហរណកម្មសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទូទៅឱ្យកាន់តែទូលំទូលាយ ចាប់ពីដំណាក់កាលនៃការរៀបចំផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងដំណើរការ កែលម្អគុណភាព កំពុងតែមានដំណើរការ និងរីកចម្រើនក្តី ប៉ុន្តែកិច្ចការនេះនៅតែមិនទាន់ស្មើភាពគ្នានៅតាមទីតាំងនានានៅឡើយ។

បញ្ហាប្រឈមចម្បងទីពីរ គឺពាក់ព័ន្ធនឹងធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក។ ប្រទេសកម្ពុជាបានបង្កើនចំនួន និងប្រភេទ នៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំភ្នែក តាមរយៈការវិនិយោគលើការបណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រី និងការពង្រីកវិសាលភាពសេវា។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការប៉ាន់ប្រមាណ និងការរៀបចំផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់អភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស (Workforce mapping) បង្ហាញថា ធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក នៅតែមានអសមតុល្យភាពមន្ត្រីជំនាញតាមតម្រូវការ សមាសភាពជំនាញ (Skills mix) ការចុះអភិបាលកិច្ច និងការបែងចែកធនធានអ្នកឯកទេសភ្នែក ជាពិសេសរវាងទីប្រជុំជន និងតំបន់ជនបទ ឬតំបន់ដាច់ស្រយាល។ ការរៀបចំផែនការសម្រាប់អភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ការពង្រាយមន្ត្រីឯកទេស(distribution) ការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត(CPD) និងការគ្រប់គ្រងសមត្ថកិច្ចអនុវត្តការងារ មិនទាន់ត្រូវបានបញ្ជ្រាប និងអនុវត្តឱ្យបានពេញលេញទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាតិនៅឡើយ។ ជាលទ្ធផល នៅតាមតំបន់មួយចំនួន ប្រឈមនឹងគម្លាតនៃការផ្តល់សេវា ឬពឹងផ្អែកខ្លាំងលើ កម្មវិធីចុះតាមសហគមន៍ ឬការផ្តល់សេវាចល័ត ខណៈដែលតំបន់ផ្សេងទៀតមានស្ថេរភាព និងមានភាពរឹងមាំជាង ក្នុងការផ្តល់សេវា។ ភាពខុសគ្នាទាំងនេះ អាចប៉ះពាល់ទាំងការទទួលបានសេវា និងគុណភាពផ្តល់សេវា រួមទាំងសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺផងដែរ។

ប្រព័ន្ធធានាគុណភាព និងអភិបាលកិច្ចគ្លីនិក កំពុងតែត្រូវបានអភិវឌ្ឍ ប៉ុន្តែមិនទាន់មានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ឬត្រូវបានអនុវត្ត ដូចៗគ្នាជាទូទៅនៅឡើយ ថែមទាំងមិនទាន់បានធ្វើសមាហរណកម្មទៅក្នុង រចនាសម្ព័ន្ធកែលម្អគុណភាព របស់ក្រសួងសុខាភិបាលទាំងស្រុងនោះដែរ។ នាពេលបច្ចុប្បន្ន គុណភាពសេវាត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ តាមដាន តាមរយៈការដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងរបាយការណ៍វឌ្ឍនភាពជាប្រចាំ ពេលចុះអភិបាលកិច្ចនៅតាមទីតាំងផ្ទាល់ និងសូចនាករលទ្ធផលដែលបានជ្រើសរើសមួយចំនួន ដូចជា ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលក្រោយបកបាយភ្នែក(CSOM) ឬនៅកន្លែងដែលមានទិន្នន័យអាចរកបានប៉ុណ្ណោះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក្តី ឆ្លងតាមបទពិសោធន៍អនុវត្តគម្រោងជាមួយដៃគូ បង្ហាញថា ប្រព័ន្ធការងារ នៃការធ្វើសវនកម្មគ្លីនិកជាទៀងទាត់ ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ (Feedback) ការប្រៀបធៀបស្តង់ដាររួម (Benchmarking) និងបន្តការលើកកម្ពស់គុណភាពជាប្រចាំ(CQI) គឺនៅមានភាពខុសគ្នារវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយ ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយទៀត ហើយមិនទាន់ត្រូវបានធ្វើស្តង់ដាររូបនីយកម្ម ឬដាក់ឱ្យអនុវត្តជាផ្លូវការតាមស្ថាប័នរដ្ឋទាំងនោះនៅឡើយ។ ទិន្នន័យដូចជា ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលក្រោយបកបាយភ្នែក(CSOM) ត្រូវបានប្រមូលនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលមួយចំនួន និងប្រើប្រាស់សម្រាប់ការរៀនសូត្រ ប៉ុន្តែវិសាលភាពគ្របដណ្តប់ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនេះ ជាប្រព័ន្ធសម្រាប់ការលើកកម្ពស់គុណភាពនៅមានកម្រិតខុសៗគ្នា។ កត្តាទាំងនេះ បានកម្រិតនូវលទ្ធភាព ក្នុងការវាស់វែងសមត្ថអនុវត្តការងារ (performance) ឱ្យបានទៀងទាត់ ការប្រៀបធៀបលទ្ធផលរវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការគាំទ្រដល់ការបន្តការលើកកម្ពស់គុណភាព ប្រកបដោយចីរភាព។

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងនាពេលកន្លងមករបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ បានដោះស្រាយលើទិដ្ឋភាពមួយចំនួន នៃបញ្ហាប្រឈមដែលបានលើកឡើងទាំងនេះ។ សកម្មភាពទាំងនោះរួមមាន ការបង្កើតឱ្យមានយន្តការសម្របសម្រួលថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ការរៀបចំឱ្យមានគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក ការវិនិយោគលើការអប់រំនិងបណ្តុះបណ្តាល និងអនុវត្តសាកល្បងនូវគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការផ្តល់សេវា ការរៀបចំផែនការ និងការចុះអភិបាលកិច្ច។ ផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការវាយតម្លៃ និងការរៀនសូត្រពីការអនុវត្តកម្មវិធី បញ្ជាក់ថា បទអន្តរាគមន៍ទាំងនេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅកន្លែងណាដែលមានភាពជាអ្នកដឹកនាំរឹងមាំ តួនាទីនិងភារកិច្ចច្បាស់លាស់ និងមានការគាំទ្រប្រព័ន្ធជាបន្តបន្ទាប់។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី គំនិតផ្តួចផ្តើមភាគច្រើនមានលក្ខណៈជាគម្រោងខ្លីៗ ឬជាសកម្មភាពតាមទីតាំងជាក់លាក់ណាមួយ ដោយមិនមានលទ្ធភាព ពង្រីកវិសាលភាព ឬការដាក់ឱ្យអនុវត្តជាផ្លូវការនៅក្នុងប្រព័ន្ធរដ្ឋបាលសាធារណៈបាន។

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ឆ្លើយតបដោយផ្ទាល់ទៅនឹងឧបសគ្គ និងមេរៀនពិសោធន៍ទាំងនេះ។ ជំនួសឱ្យការផ្តោតលើសេវានីមួយៗតែមួយមុខ ឬដំណោះស្រាយរយៈពេលខ្លី គម្រោងនេះដោះស្រាយលើ ដំណើរការកិច្ចការអភិបាលកិច្ច ការដឹកនាំនិងគ្រប់គ្រង (Stewardship) និងមុខងារប្រព័ន្ធគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ដែលអនុញ្ញាតឱ្យមានភាពប្រសើរឡើងប្រកបដោយនិរន្តរភាពនៅទូទាំងប្រទេស។ តាមរយៈការពង្រឹងភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងគ្រប់គ្រង ការសម្របសម្រួល ប្រព័ន្ធធនធានមនុស្សក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ការ

ធានាគុណភាព និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅក្នុងរចនាសម្ព័ន្ធរដ្ឋបាលដែលមានស្រាប់ គម្រោងនឹងបង្កើតលក្ខខណ្ឌអំណោយផល សម្រាប់ការថែទាំភ្នែកដែលមានភាពទៀងទាត់ ប្រទាក់ក្រឡាគ្នា សមធម៌ និងគុណភាពខ្ពស់ នៅទូទាំងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។

1.1.3 ការវិភាគស្ថានភាពសមធម៌

គម្រោង «**អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក**» ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើការប្តេជ្ញាចិត្ត ក្នុងការជំរុញ លើកកម្ពស់ សមធម៌សុខភាព ដោយទទួលស្គាល់ថា ប្រជាពលរដ្ឋគ្រប់រូប ត្រូវតែទទួលបានឱកាសប្រកបដោយសមធម៌ក្នុងការទទួលបានសុខភាពភ្នែកល្អ។ ភស្តុតាងទាំងកម្រិតថ្នាក់ជាតិ និងអន្តរជាតិ សបញ្ជាក់ថា វិសមធម៌នៃសុខភាពភ្នែកនៅកម្ពុជា គឺកើតចេញពីកត្តាភូមិសាស្ត្រ យេនឌ័រ វ័យ ពិការភាព និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម ដែលកត្តាទាំងនេះតែងតែជះឥទ្ធិពលរួមគ្នា។ ស្ថានភាពវិសមធម៌ទាំងនេះ គឺស្របគ្នា ទៅនឹងក្រុមប្រជាជនអាទិភាព ដែលបានកំណត់នៅក្នុង ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងបង្ការភាពពិការភ្នែក (NSP-BPC 2021–2030) និង ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០២៥–២០៣៤ (HSP4) ដែលផែនការទាំងពីរសុទ្ធតែបានរំលេចលើ ស្ថានភាព ទទួលបានសេវាដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយសមធម៌ បរិយាបន្ន និងការទទួលបានសេវាជាសកល។

វិសមធម៌ ផ្នែកភូមិសាស្ត្រ និងសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម

របាយការណ៍ស្តីពីការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា (CDHS 2021–2022) បានគូសបញ្ជាក់ពីគម្លាត ក្នុងការទទួលបានសេវាសុខាភិបាល រវាងប្រជាជននៅទីប្រជុំជន និងទីជនបទ ដោយលើកឡើងថា គ្រួសារនៅទីជនបទប្រឈមនឹងឧបសគ្គ ពាក់ព័ន្ធនឹងចម្ងាយផ្លូវ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅទទួលសេវា ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និងកង្វះខាតមន្ត្រីសុខាភិបាលជំនាញ ខ្លាំងជាងអ្នកនៅទីប្រជុំជន។ វិសមធម៌ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទាំងនេះ ត្រូវបាន សបញ្ជាក់អោយឃើញតាមរយៈ ការពិនិត្យមើលលើការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែក។ របាយការណ៍ពី ការអង្កេតរហ័សស្តីពីភាពពិការភ្នែកនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០១៩ (RAAB 2019) និងការវាយតម្លៃសេវាថែទាំថ្នាក់ជាតិ បានបង្ហាញថា សេវាថែទាំចក្ខុរោគឯកទេស និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកដែលបានបណ្តុះបណ្តាល គឺប្រមូលផ្តុំតែនៅទីប្រជុំជន និងទីរួមខេត្តតែប៉ុណ្ណោះ ផ្ទុយគ្នាស្រឡះបើធៀបទៅនឹងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដាច់ស្រយាល ដែលនៅតែពឹងផ្អែកខ្លាំងលើសេវាចុះពិនិត្យតាមសហគមន៍ (outreach services) យុទ្ធនាការបោះជុំរុំពិនិត្យនិងព្យាបាលភ្នែក (eye camps) ឬប្រព័ន្ធបញ្ជូនអ្នកជំងឺដែលមានភាពយឺតយ៉ាវ។

ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម ក៏ជាបន្ទុកបន្ថែមទៀតជាមួយកត្តាភូមិសាស្ត្រ។ របាយការណ៍ពីការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា CDHS 2021–2022 បានលើកឡើងថា គ្រួសារស្ថិតក្នុងកម្រិតជីវភាពក្រីក្រ ប្រឈមនឹងការលំបាកកាន់តែខ្លាំងក្នុងការទទួលបានការថែទាំ ដោយសារថ្លៃសេវា មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ និងការបាត់បង់ឱកាសរកប្រាក់ចំណូល(opportunity costs)។ ទោះបីជា មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល (HEFs) និងយន្តការគាំពារសង្គម ត្រូវបានពង្រីកការគ្របដណ្តប់យ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការយល់ដឹង ការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ និងការអនុវត្តយន្តការទាំងនេះ សម្រាប់សេវាសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព នៅតែមានកម្រិតមិនស្មើគ្នានៅឡើយ ជាពិសេស ចំពោះមនុស្សវ័យចាស់ និងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ដូចដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងឯកសារនៃការរៀបចំផែនការថ្នាក់ជាតិ និងការពិភាក្សានិងពិនិត្យឡើងវិញជាមួយដៃគូកន្លងមក។

វិសមធម៌ យេនឌ័រ និងវ័យ

នៅកម្ពុជា គម្លាតយេនឌ័រក្នុងសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានកំណត់យ៉ាងច្បាស់តាមរយៈភស្តុតាងនៃការស្រាវជ្រាវ។ ផ្អែកលើរបាយការណ៍ពីការអង្កេតរហ័សស្តីពីភាពពិការភ្នែកនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០១៩ (RAAB 2019) បង្ហាញថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃពិការភាពភ្នែក (blindness) ដែលបានព្យាបាល និងកែតម្រូវរួច ក្នុងចំណោមប្រជាជនអាយុចាប់ពី ៥០ឆ្នាំឡើងទៅ គឺ ស្ត្រី (៣,២%) មានកម្រិតខ្ពស់ជាងធៀបនឹងបុរស (១,៦%)។ ក្នុងស្ថានភាពប្រហាក់ប្រហែលគ្នានេះដែរ ស្ត្រីក៏មានអត្រាភាគរយកើតមាន ជំងឺបាយភ្នែក(cataract) និងបញ្ហាគំហើញថយចុះ (vision impairment) ច្រើនជាងបុរសផងដែរ។ ខណៈលទ្ធភាពគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលជំងឺបាយភ្នែកសរុបមានការកើនឡើងចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៧ រហូតមកក៏ដោយ ក៏ទិន្នន័យ ពីការអង្កេតរហ័ស RAAB 2019 បង្ហាញថា ការគ្របដណ្តប់ព្យាបាល

និងវះកាត់លើស្ត្រី នៅតែមានកម្រិតទាបជាងបុរស ដែលកត្តានេះឆ្លុះបញ្ចាំងពីឧបសគ្គពាក់ព័ន្ធនឹងយេនឌ័រ ក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលវះកាត់ទាន់ពេលវេលា។

របាយការណ៍ពីការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា CDHS 2021–2022 និងការវិភាគស្ថានភាព យេនឌ័រ វ័យ ទីកន្លែង ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម កុលសម្ព័ន្ធ ពិការភាព និងកត្តាផ្សេងៗទៀតដែលបង្កឱ្យមានការបាត់បង់ឱកាសក្នុងសង្គម(GAPSED+) ក៏បានគូសបញ្ជាក់បន្ថែមថា ស្ត្រី ជាពិសេសស្ត្រីវ័យចាស់ ប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គស្មុគស្មាញជាច្រើន គឺបន្ទុកមើលថែទាំគ្រួសារ ធនធានហិរញ្ញវត្ថុមានកម្រិត កង្វះមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ (mobility constraints) និងតម្រូវការនៃការគាំទ្រពីគ្រួសារ ក្នុងអំឡុងពេល និងក្រោយពេលនៃការព្យាបាល និងវះកាត់ជំងឺភ្នែក។ ចំណែកឯបុរស ពិសេសបុរសវ័យចាស់នៅទីជនបទ ក៏អាចពន្យារពេលក្នុងការទទួលសេវាផងដែរ ដោយសារអាទិភាពការងារ ជំនឿសង្គមជុំវិញបញ្ហាជំងឺ ឬការយល់ឃើញមានកម្រិត អំពីតម្រូវការព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង ដែលកត្តាទាំងនេះនាំឱ្យការមកទទួលសេវាយឺតជ្រុលទៅហើយ។

វ័យ គឺជាកត្តាសមធម៌ដ៏សំខាន់មួយ។ ទិន្នន័យពីការអង្កេតរហ័ស RAAB 2019 បង្ហាញពីការកើនឡើងយ៉ាងគំហុក នៃពិការភាពភ្នែក និងបញ្ហាគំហើញថយចុះ នៅអាយុ ពី៥០ឆ្នាំឡើង បង្ករឡើងជាចម្បងដោយសារ ភ្នែកឡើងបាយ និងភ្នែកមានបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាព(refractive error) ដោយសមាមាត្រនៃប្រជាជនអាយុ ៥០ ឆ្នាំឡើងទៅ ត្រូវបានព្យាករណ៍ថានឹងបន្តកើនឡើង។ ការផ្លាស់ប្តូរប្រជាសាស្ត្រនេះ មានកត្តាប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងដល់តម្រូវការសេវា និងសមធម៌ ជាពិសេសសម្រាប់មនុស្សវ័យចាស់ដែលរស់នៅម្នាក់ឯង ស្ថិតក្នុងភាពក្រីក្រ ឬរស់នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល។

ពិការភាព និងបរិយាបន្នសង្គម

វិសមធម៌ទាក់ទងទៅនឹងភាពមានពិការភាព ត្រូវបានលើកឡើង ទាំងនៅក្នុងឯកសារថ្នាក់ជាតិ និងដៃគូ។ របាយការណ៍ CDHS 2021–2022 បានបញ្ជាក់ពី អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃពិការភាពមានការកើនឡើងតាមអាយុ និងស្ត្រីមានកម្រិតខ្ពស់ជាងបុរស ដោយការលំបាកពីផលប៉ះពាល់នៃគំហើញ ត្រូវបានរាយការណ៍ញឹកញាប់ជាងគេ។ ការវិភាគស្ថានភាព យេនឌ័រ វ័យ ទីកន្លែង ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម កុលសម្ព័ន្ធ ពិការភាព និងកត្តាផ្សេងៗទៀតដែលបង្កឱ្យមានការបាត់បង់ឱកាសក្នុងសង្គម(GAPSED+) និងរបាយការណ៍ពីការវិភាគស្ថានភាពថ្នាក់ជាតិ បានគូសបញ្ជាក់ផងដែរថា ជនមានពិការភាពតែងតែប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គ ផ្នែកហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត ការប្រាស្រ័យទាក់ទង និងឥរិយាបថនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល រួមមានៈ ភាពងាយស្រួលរចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្តក្នុងការទៅទទួលសេវានៅមានកម្រិត កង្វះខាតព័ត៌មានតាមតម្រូវការ និងការរើសអើង (stigma)។

របាយការណ៍ពីការអង្កេតរហ័សថ្នាក់ជាតិស្តីពីភាពពិការភ្នែក RAAB 2019 បង្ហាញថា ភាគរយនៃប្រជាជនអាយុ ៥០ ឆ្នាំឡើងទៅ បានជួបប្រទះបញ្ហាខ្សោយគំហើញធ្ងន់ធ្ងរ (low vision) ដែលទាមទាឱ្យមានការ កែតម្រូវស្ថានភាពគំហើញខ្សោយនេះ ឬការស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម ក៏ប៉ុន្តែ ប្រព័ន្ធបញ្ជូនអ្នកជំងឺ រវាងសេវាសុខភាពភ្នែក និងប្រព័ន្ធគាំពារពិការភាព និងសង្គមកិច្ច មិនទាន់ត្រូវបានរៀបចំឡើងជាប្រព័ន្ធថ្នាក់ជាតិនៅឡើយទេ។ ឧបសគ្គពាក់ព័ន្ធនឹងពិការភាព តែងតែមានបន្ទុកបន្ថែមដោយភាពក្រីក្រ រើសអើងយេនឌ័រ និងការរស់នៅតាមទីជនបទ គឺរឹតតែលំបាកក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំភ្នែក និងសេវាតាមដានសុខភាពបានទាន់ពេលវេលា។

មេរៀនជាបទពិសោធន៍ ដើម្បីរៀបចំចងក្រងគម្រោង (Implications for project design)

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ធ្វើការបញ្ជ្រាប ទស្សនវិស័យសមធម៌នៅគ្រប់សមាសភាគទាំងអស់ ស្របតាមក្របខណ្ឌ នៃ ការវិភាគស្ថានភាព យេនឌ័រ វ័យ ទីកន្លែង ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម កុលសម្ព័ន្ធ ពិការភាព និងកត្តាផ្សេងៗទៀតដែលបង្កឱ្យមានការបាត់បង់ឱកាសក្នុងសង្គម(GAPSED+) របស់អង្គការ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ និងគោលនយោបាយអាទិភាពថ្នាក់ជាតិ។ សមធម៌ ត្រូវបានដោះស្រាយតាមរយៈ៖

- ការពង្រឹងការប្រមូល និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ (បែងចែកតាមភេទ អាយុ ពិការភាព និងទីតាំងភូមិសាស្ត្រ) សម្រាប់ការរៀបចំផែនការ និងការត្រួតពិនិត្យ តាមដាន។

- ការលើកកម្ពស់យន្តការអភិបាលកិច្ច និងការសម្របសម្រួល ប្រកបដោយបរិយាបន្ន ។
- ការបញ្ជ្រាបការគិតគូរលើ យេនឌ័រ វ័យ និងស្ថានភាពពិការភាព ទៅក្នុងផែនការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ការពង្រឹងការចុះអភិបាលកិច្ចគាំទ្រ (supervision) និងប្រព័ន្ធធានាគុណភាព។ និង
- ការពង្រឹងកិច្ចសហការ សម្របសម្រួល រវាងសុខភាពភ្នែក យន្តការគាំពារសង្គម និងភាគីពាក់ព័ន្ធវិស័យពិការភាព។

ជំនួសឱ្យការចាត់ទុកសមធម៌ ជាប្រធានបទដាច់ដោយឡែក គម្រោងនេះបានបញ្ជ្រាបសមធម៌ទៅក្នុងដំណើរការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការធ្វើសមាហរណកម្មក្នុងប្រព័ន្ធ (system integration) និងដំណើរការរៀនសូត្រតាមស្ថាប័ន ដើម្បីជំរុញការគាំទ្រដល់សេវាសុខភាពភ្នែកនៅកម្ពុជា ឱ្យកាន់តែមានបរិយាបន្ន ឆ្លើយតបរហ័ស និងមាននិរន្តរភាព។

1.1.4 ការវិភាគភាគីពាក់ព័ន្ធ

គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (Eye Health Governance – EHG) អនុវត្តតាមវិធីសាស្រ្ត គ្របដណ្តប់ទូទាំងវិស័យ (whole-of-sector approach) ដោយទទួលស្គាល់ថា ការកែលម្អប្រកបដោយចីរភាពលើ សមធម៌ គុណភាព និងការគ្របដណ្តប់នៃសេវាសុខភាពភ្នែក ពឹងផ្អែកយ៉ាងសំខាន់លើ កិច្ចសហការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពរវាងរាជរដ្ឋាភិបាល ស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។ គម្រោងនេះមានវិសាលភាព និងអាណត្តិអនុវត្តកម្រិតថ្នាក់ជាតិ ដោយផ្តល់អាទិភាពដល់ការចូលរួមកាន់តែស៊ីជម្រៅ និងការគាំទ្រដល់ការពង្រឹងប្រព័ន្ធ នៅក្នុងរដ្ឋបាលរាជធានី-ខេត្ត ចំនួន ១៤ រួមមាន៖ រាជធានីភ្នំពេញ ខេត្តកណ្តាល កំពង់ចាម កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ធំ កំពង់ស្ពឺ ព្រះសីហនុ កំពត ត្បូងឃ្មុំ សៀមរាប រតនគិរី ព្រះវិហារ ឧត្តរមានជ័យ និងតាកែវ។ តំបន់គោលដៅអាទិភាពទាំងនេះ ត្រូវបានជ្រើសរើសដោយផ្អែកលើ ស្ថានភាពភូមិសាស្រ្ត តម្រូវការរបស់ប្រជាជន និងឱកាសសម្រាប់ការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

ភាគីរដ្ឋាភិបាល (Government stakeholders)

ក្រសួងសុខាភិបាល (Ministry of Health – MoH): ជាស្ថាប័នដឹកនាំ និងគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាចម្បង និងមានការទទួលខុសត្រូវរួម លើការរៀបចំតាក់តែងគោលនយោបាយ ការកំណត់បទប្បញ្ញត្តិ ការធ្វើផែនការ និងការត្រួតពិនិត្យ តាមដានប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ក្រសួងសុខាភិបាលមានឆន្ទៈខ្ពស់ក្នុងការជំរុញ និងការធានាឱ្យសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានបញ្ជ្រាប និងសមាហរណកម្មប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ទៅក្នុងកំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាលដ៏ទូលំទូលាយ រួមមាន ការគ្របដណ្តប់សេវាសុខភាពជាសកល ការធ្វើវិមជ្ឈការ ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ការកែលម្អគុណភាព និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។ ក្នុងក្របខណ្ឌគម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកនេះ ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងចូលរួមក្នុងកម្រិតយុទ្ធសាស្រ្ត ក្នុងការតម្រង់ទិសគោលនយោបាយ អនុម័តលើយន្តការអភិបាលកិច្ច និងការសម្របសម្រួល គាំទ្រនិងធានាឱ្យសកម្មភាពគម្រោងស្របតាមយុទ្ធសាស្រ្តជាតិ ព្រមទាំងសម្របសម្រួល និងពង្រឹងទំនាក់ទំនង រវាងភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ គម្រោងនេះគាំទ្រដល់ការអនុវត្តអាណត្តិរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈ ការពង្រឹងមុខងារអភិបាលកិច្ចរបស់ស្ថាប័ន ជាជាងការជំនួសតួនាទី និងមុខងាររបស់ក្រសួង។

កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក (National Program for Eye Health – NPEH)

កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក ស្ថិតក្រោមក្រសួងសុខាភិបាល និងជាស្ថាប័នដឹកនាំ ផ្នែកបច្ចេកទេស និងសម្របសម្រួល សម្រាប់វិស័យសុខភាពភ្នែកទាំងមូល។ កម្មវិធីជាតិ មានតួនាទីស្នូលក្នុងការដឹកនាំវិស័យសុខភាពភ្នែក ការសម្របសម្រួលជាមួយដៃគូ ការរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត ការរៀបចំកំណត់ស្តង់ដារ និងការតាមដានការអនុវត្ត ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិ ស្តីពី ការគ្រប់គ្រង និងបង្ការភាពពិការភ្នែក។ កម្មវិធីជាតិ មានការប្តេជ្ញាចិត្តដោយផ្ទាល់ក្នុងការ លើកកម្ពស់ការសម្របសម្រួល ការកំណត់តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវឱ្យបានច្បាស់លាស់ ការប្រមូលនិងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត និងការធានាគុណភាពនៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធ។

ក្នុងគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកនេះ កម្មវិធីជាតិ គឺជាដៃគូរដ្ឋាភិបាលចម្បង ក្នុងការដឹកនាំផ្នែកបច្ចេកទេស កោះប្រជុំ និងសម្របសម្រួលភាគីពាក់ព័ន្ធ ដឹកនាំការចូលរួមនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងគាំទ្រដល់ការដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធនូវយន្តការអភិបាលកិច្ច ការធ្វើផែនការ និងការធានាគុណភាពលើវិស័យសុខភាពភ្នែក នៅទូទាំងប្រទេស។

អាជ្ញាធរសុខាភិបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ (រដ្ឋបាលរាជធានី-ខេត្ត និងមន្ទីរសុខាភិបាល – PHDs)

មន្ទីរសុខាភិបាលនៃរដ្ឋបាលរាជធានី-ខេត្ត និងរដ្ឋបាលរាជធានី-ខេត្ត មានតួនាទីកាន់តែសំខាន់ក្នុងការធ្វើផែនការ ការត្រួតពិនិត្យ តាមដាន និងការសម្របសម្រួលសេវាសុខាភិបាល ក្រោមដំណើរការកំណែទម្រង់វិមជ្ឈការ។ ការចូលរួមរបស់ភាគីទាំងនេះ ក្នុងការ កែលម្អការសម្របសម្រួល លើកកម្ពស់សេវា ការគ្រប់គ្រងធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល ការចុះអភិបាលកិច្ច និងការប្រមូលនិងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅកម្រិតមូលដ្ឋាន។ គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកនេះ នឹងធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយអាជ្ញាធរថ្នាក់ក្រោមជាតិ នៅក្នុងខេត្តគោលដៅអាទិភាពទាំង ១៤ ក្នុងការពង្រឹងដំណើរការរៀបចំផែនការ កំណត់ភាពច្បាស់លាស់នូវយន្តការសម្របសម្រួល និងជំរុញ លើកកម្ពស់ ការទំនាក់ទំនង រវាងសេវាសុខភាពភ្នែកនៅថ្នាក់រាជធានី-ខេត្ត ថ្នាក់ស្រុក និងកម្រិតមូលដ្ឋានផ្តល់សេវាផ្ទាល់។ ទន្ទឹមនឹងនេះ មេរៀន និងបទពិសោធន៍ដែលទទួលបានពីការអនុវត្ត នឹងត្រូវបានពិនិត្យលទ្ធភាពពង្រីក និងអនុវត្តបន្ថែមទៅខេត្តផ្សេងទៀត។

សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (University of Health Sciences – UHS)

សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល គឺជាស្ថាប័នសិក្សាអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលទទួលខុសត្រូវលើការបណ្តុះបណ្តាលមុនចូលបម្រើការងារសម្រាប់មន្ត្រីវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល រួមមាន វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសជំងឺភ្នែក(ចក្ខុបណ្ឌិត ophthalmologists) ចក្ខុគិលានុបដ្ឋាក-យិកា និងមុខជំនាញវិជ្ជាជីវៈថ្មីៗដែលកំពុងអភិវឌ្ឍ។ សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល មានជំនាញយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការពង្រឹងខ្សែសង្វាក់អប់រំ បណ្តុះបណ្តាល និងអភិវឌ្ឍធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល កែលម្អគុណភាព និងរៀបចំកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល ឆ្លើយតប ទៅនឹងតម្រូវការរបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ក្នុងក្របខណ្ឌគម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក UHS គឺជាដៃគូសំខាន់ សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល រួមមាន ការអប់រំមុនចូលបម្រើការងារ ការបណ្តុះបណ្តាលបន្តក្នុងពេលបំពេញការងារតាមជំនាញដែលបានកំណត់ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក(ផ្នែកព្យាបាល) និងការបង្កើតកម្មវិធីសិក្សាថ្មីៗ ដូចជា ថ្នាក់បរិញ្ញាបត្រចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ (Bachelor of Optometry Degree)ជាដើម។ ជាងនេះទៅទៀត ដំណើរការទទួលស្គាល់គុណភាព និងការផ្តល់វិញ្ញាបនបត្រវិជ្ជាជីវៈ នឹងត្រូវដឹកនាំតាមប្រព័ន្ធរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងតាមរយៈស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ និងស្ថាប័នសិក្សាអប់រំដែលពាក់ព័ន្ធ។ ការចូលរួមរបស់ សាកលវិទ្យាល័យUHS នឹងជួយធានានិរន្តរភាពរយៈពេលវែង និងភាពជាម្ចាស់របស់ជាតិក្នុងការអភិវឌ្ឍធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល។

អង្គការ និងសមាគម វិជ្ជាជីវៈ: Professional associations

សមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា (Cambodian Ophthalmological Society – COS)

សមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា តំណាងឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសជំងឺភ្នែក(ចក្ខុបណ្ឌិត) នៅទូទាំងប្រទេស និងមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការដឹកនាំផ្នែកឯកទេសវិជ្ជាជីវៈ ការបន្តអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈឯកទេស(Continuing Professional Development – CPD) ក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ និងអនុវត្តស្តង់ដារគ្លីនិក។ COS ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការរក្សា និងលើកកម្ពស់គុណភាពសេវាថែទាំសុខភាពភ្នែក សមត្ថភាពវិជ្ជាជីវៈ និងការគៀរគរការចូលរួមរបស់អ្នកឯកទេស ក្នុងការអនុវត្តផែនការអាទិភាពជាតិ។ គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក នឹងចូលរួមសហការភាពជាដៃគូជាមួយ COS ដើម្បីគាំទ្រការបន្តអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ ពង្រឹងការចូលរួមរបស់អ្នកឯកទេសវិជ្ជាជីវៈ ក្នុងការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំ និងដំណើរការធានាគុណភាព ព្រមទាំងលើកកម្ពស់ភាពប្រទាក់ក្រឡាគ្នា រវាងការអនុវត្តវិជ្ជាជីវៈ និងស្តង់ដារជាតិ។

សមាគមចក្ខុមាត្រការីកម្ពុជា (Optometry Society of Cambodia – OSC)

សមាគមចក្ខុមាត្រការីកម្ពុជា តំណាងឱ្យអ្នកជំនាញផ្នែក កែតម្រូវបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាព(វាស់និងកាត់វ៉ែនតា) ហើយមានបំណងពង្រីកតួនាទី ដើម្បីតំណាងឱ្យអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ ផ្នែកចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ នៅពេលអនាគត។ OSC មានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ ការកំណត់ស្តង់ដារអនុវត្ត និងស្វែងរកការគាំទ្រ សម្រាប់សេវាកែតម្រូវបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាព(refractive error correction)។ សមាគម មានចំណាប់អារម្មណ៍កាន់តែខ្លាំង លើការបន្តអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ ការទទួលស្គាល់វិជ្ជាជីវៈ និងការធ្វើសមាហរណកម្មសេវាកែតម្រូវបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាពទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែក។ ក្នុងក្របខណ្ឌនៃគម្រោងនេះ សមាគម នឹងចូលរួមគាំទ្រ ដល់ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក ការបន្តអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ និងការធ្វើសមាហរណកម្មសេវាកែតម្រូវបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាព(វាស់និងកាត់វ៉ែនតា)ឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកឱ្យកាន់តែទូលំទូលាយ ស្របតាមអាទិភាពផែនការជាតិ។

ដៃគូពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត Other Partners:

មូលនិធិវ៉ែនសាយ អេសស៊ីឡ ឡាក់សូទីកា (OneSight EssilorLuxottica Foundation – OELF)

មូលនិធិវ៉ែនសាយ OELF គឺជាដៃគូសំខាន់ក្នុងប្រព័ន្ធអេកូឡូស៊ីនៃការកែតម្រូវបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាព ដោយមានជំនាញពិសេស លើការផ្គត់ផ្គង់ ផ្តល់វ៉ែនតា ខ្សែសង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអុបទិក(កញ្ចក់ និងដងវ៉ែនតា) និងការអភិវឌ្ឍក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក។ OELF មានឯកទេសខ្ពស់ក្នុងការបង្កើតប្រព័ន្ធប្រកបដោយចីរភាពសម្រាប់សេវាកែតម្រូវបញ្ហាកំហុសកំណុំរូបភាព ការផ្គត់ផ្គង់និងផ្តល់កញ្ចក់និងដងវ៉ែនតាប្រកបដោយគុណភាព និងការពង្រឹងសមត្ថភាពដល់មន្ត្រីសុខភាពភ្នែក។ សម្រាប់គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកនេះ OELF នឹងចូលរួមចំណែកផ្តល់ជំនាញបច្ចេកទេស ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍសេវាកែតម្រូវកំហុសកំណុំរូបភាព ពង្រឹងទំនាក់ទំនងរវាងសេវាវាស់ និងកាត់វ៉ែនតា និងយន្តការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអុបទិក(កញ្ចក់ និងដងវ៉ែនតា) ព្រមទាំងធានាឱ្យយន្តការផ្គត់ផ្គង់មានភាពស្របគ្នាជាមួយស្តង់ដារជាតិ និងដំណើរការរៀបចំផែនការនានា។

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត Other development partners and NGOs

អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ជាតិនិងអន្តរជាតិ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ជាច្រើន កំពុងចូលរួមក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ការបណ្តុះបណ្តាល សកម្មភាពផ្តល់សេវាដល់ប្រជាជននៅតាមសហគមន៍ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងការស្វែងរកកិច្ចគាំទ្រ។ ភាគីទាំងនេះមានគោលដៅរួមគ្នា ក្នុងការធានាឱ្យមានការសម្របសម្រួលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព យន្តការអភិបាលកិច្ចច្បាស់លាស់ អាចព្យាករណ៍បាន និងការធានាឱ្យសកម្មភាពស្របតាមប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាតិ។ គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែកនេះ នឹងផ្តល់ជាវេទិកាសម្រាប់ពង្រឹងកិច្ចសហប្រត្តិបត្តិការ កាត់បន្ថយការអនុវត្តដែលបែកខ្ញែកឬភាពដាច់ដោយឡែក និងគាំទ្រដល់ការផ្លាស់ប្តូរ ពី វិធីសាស្ត្រដែលផ្អែកលើគម្រោងដាច់ដោយឡែក ទៅរកក្របខណ្ឌរួមនៃប្រព័ន្ធជាតិ និងដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាលផ្ទាល់។

អង្គការតំណាងឱ្យក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ ឬមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់

អង្គការដែលផ្តោតលើ សមភាពយេនឌ័រ ភាពសមធម៌ និងបរិយាបន្ន (Gender Equality, Disability and Social Inclusion – GEDSI) រួមមានអង្គការតំណាងឱ្យជនមានពិការភាព និងក្រុមផ្សេងៗទៀត ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ នឹងត្រូវបានចូលរួមជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងដំណើរការអនុវត្តគម្រោង ការសម្របសម្រួល និងការរៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍អនុវត្តការងារកន្លងមក។

ការចូលរួមរបស់អង្គការទាំងនេះ នឹងជួយគាំទ្រដល់ការធ្វើផែនការដែលមានបរិយាបន្នកាន់តែប្រសើរ ពង្រឹងការយល់ដឹងអំពីឧបសគ្គនានា ដែលប៉ះពាល់ដល់ក្រុមប្រជាជនដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ និងធានាឱ្យការពិចារណាអំពីសមធម៌ ត្រូវបានបញ្ចូល

ទៅក្នុងវិធីសាស្ត្រអភិបាលកិច្ច ការអភិវឌ្ឍធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល ការធានាគុណភាព និងការផ្ដល់សេវា។ អង្គការទាំងនេះក៏នឹងត្រូវបានអញ្ជើញឱ្យចូលរួមក្នុងយន្តការសម្របសម្រួល និងការពិគ្រោះយោបល់ ដើម្បីគាំទ្រ ការសម្រេចចិត្ត ដំណើរការផ្ដល់មតិយោបល់ និងការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តគម្រោងផងដែរ។

សហគមន៍ និងអ្នកប្រើប្រាស់សេវា Communities and service users:

សហគមន៍ មនុស្សវ័យចាស់ ជនមានពិការភាព ស្ត្រី ប្រជាជនដែលរស់នៅតាមតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ ព្រមទាំងអង្គការសហគមន៍ពាក់ព័ន្ធរបស់ពួកគេ គឺជា អ្នកទទួលផលចុងក្រោយ ពីការលើកកម្ពស់ការងារអភិបាលកិច្ច និងប្រសិទ្ធភាពនៃដំណើរការប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែក។ ទោះបីពួកគេមិនមែនជាអ្នកអនុវត្តគម្រោងដោយផ្ទាល់ក៏ដោយ បទពិសោធន៍ តម្រូវការ និងទស្សនៈទានរបស់ពួកគេ នឹងត្រូវបានយកមកពិចារណាក្នុងការធ្វើផែនការ ការធានាគុណភាព និងការលើកកម្ពស់សមធម៌ក្នុងការទទួលបានសេវា។ ការចូលរួមជាមួយអង្គការសង្គមស៊ីវិល និងយន្តការកម្រិតសហគមន៍ នឹងត្រូវបានជំរុញ គាំទ្រ ដល់ការពង្រឹងយន្តការសម្របសម្រួល ការប្រមូល និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ដើម្បីធានាថាសេវាសុខភាពភ្នែកអាចឆ្លើយតបបានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព បំពេញបានតម្រូវការជាក់ស្ដែង របស់ប្រជាជន។

1.1.5 គុណតម្លៃរួមចំណែកបន្ថែមពីមូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ

ហេតុផលដែលមូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ (The Foundation) វិនិយោគក្នុងគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (Eye Health Governance – EHG)នេះ មិនត្រឹមតែផ្ដោតលើការរួមចំណែកគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតែមួយមុខប៉ុណ្ណោះទេ។ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ នាំមកនូវការរួមបញ្ចូលគ្នានៃ បទពិសោធន៍យូរអង្វែងដែលបានប្រត្តិបត្តិការក្នុងប្រទេស ជំនាញ និងភាពខ្លាំងក្នុងការដឹកនាំផ្នែកបច្ចេកទេសលើការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែក និងភាពជាដៃគូដែលមានទំនុកចិត្តខ្ពស់ពីរាជរដ្ឋាភិបាល និងភាគីពាក់ព័ន្ធក្នុងវិស័យ។ កត្តាទាំងនេះបានធ្វើឱ្យ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ មានតួនាទីជាដៃគូដែលមានឥទ្ធិពលជួយជំរុញការផ្លាស់ប្ដូរ និងកំណែទម្រង់ក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក។

មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ (The Foundation) បានធ្វើការនៅកម្ពុជាតាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៨ ដោយបានវិវត្តពីការផ្ដោតលើការផ្ដល់សេវាផ្ទាល់ទៅជា ការពង្រឹងប្រព័ន្ធ កំណែទម្រង់គោលនយោបាយ ការអភិវឌ្ឍធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល និងការធានាគុណភាព។ វត្តមាន និងបទពិសោធន៍រយៈពេលវែងនេះ នាំអោយមូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ អាចយល់ដឹងយ៉ាងស៊ីជម្រៅអំពីបរិបទប្រព័ន្ធសុខាភិបាល នៅកម្ពុជា ដំណើរការកំណែទម្រង់វិមជ្ឈការ បរិយាកាសនយោបាយ និងសេដ្ឋកិច្ច ពាក់ព័ន្ធនឹងការរៀបចំ និងអនុវត្តគោលនយោបាយ ព្រមទាំងស្ថានភាពជាក់ស្ដែងនៃការអនុវត្តការងារទាំងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ ដោយផ្អែកលើបទពិសោធន៍នេះ The Foundation មានសមត្ថភាពល្អក្នុងការគាំទ្រកិច្ចពិភាក្សាគោលនយោបាយដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងការសម្របសម្រួលខ្ពស់ ធានាឱ្យកំណែទម្រង់បន្សុីគ្នាជាមួយអាទិភាពរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងបម្លែងយុទ្ធសាស្ត្រទៅជាសកម្មភាពជាក់ស្ដែងដែលអាចអនុវត្តបាន។

គុណតម្លៃបន្ថែមដ៏សំខាន់មួយរបស់ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ គឺ ជំនាញបច្ចេកទេស លើប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកទាំងមូល រួមមាន អភិបាលកិច្ច ការរៀបចំផែនការអភិវឌ្ឍធនធានមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក ការធ្វើសមាហរណកម្មសេវា ការលើកកម្ពស់គុណភាព ការប្រមូលនិងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ការសម្រេចចិត្ត។ ផ្អែកលើមេរៀន និងបទពិសោធន៍ពីការវិនិយោគ និងការអនុវត្តគម្រោងកន្លងមក ដូចជាគម្រោងNSEE, SEE IPEC និងគម្រោងSURES មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ បានបង្ហាញពីសមត្ថភាពក្នុងការគាំទ្រដល់ការរៀបចំ និងការអនុវត្ត ស្តង់ដារគុណភាព ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងសូចនាករវាស់វែងលទ្ធផល រួមមាន ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលនៃព្យាបាលជំងឺបាយភ្នែក ការធានាគុណភាពសេវាកែតម្រូវកំហុសកំណុំរូបភាព និងសូចនាករគ្រប់ដណ្ដប់ជំងឺភ្នែកប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ សមត្ថភាព និងជំនាញរបស់ស្ថាប័ន មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូនេះ អាចឱ្យដៃគូរដ្ឋាភិបាល មិនត្រឹមតែអាចពង្រីកវិសាលភាពនៃការផ្ដល់សេវាប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងអាច លើកកម្ពស់សុវត្ថិភាព គុណភាព ការទទួលខុសត្រូវ និងនិរន្តរភាពនៃសេវាសុខភាពភ្នែក ផងដែរ។

មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ (The Foundation) ក៏ផ្តល់តម្លៃបន្ថែមផងដែរតាមរយៈ តួនាទីជាអ្នកសម្របសម្រួល ការគៀរគរ និងការកោះប្រជុំភាគីពាក់ព័ន្ធ។ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ មានបទពិសោធន៍ និងសមត្ថភាព ក្នុងការគៀរគរ សម្របសម្រួលក្រសួងពាក់ព័ន្ធ សមាគមវិជ្ជាជីវៈ អាជ្ញាធរថ្នាក់ក្រោមជាតិ អង្គការសង្គមស៊ីវិល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ មកធ្វើការរួមគ្នា ជុំវិញអាទិភាពរួម។ តាមរយៈតួនាទីនេះ The Foundation បន្តគាំទ្រ ការពង្រឹងការសម្របសម្រួលក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក កាត់បន្ថយការអនុវត្តដាច់ដោយឡែក លើកកម្ពស់ការរៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍រវាងស្ថាប័ននិងស្ថាប័ន និងពង្រឹងយន្តការអភិបាលកិច្ចនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់រាជធានី/ខេត្ត ក្រោមការដឹកនាំរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

ការរួមចំណែកសំខាន់មួយទៀតរបស់ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ គឺ សមត្ថភាពក្នុងការច្នៃតម្រូវពីភស្តុតាងជាសកល និងការអនុវត្តល្អៗ ឱ្យសមស្របនឹងបរិបទនៅកម្ពុជា។ តាមរយៈបណ្តាញជំនាញបច្ចេកទេសជាសកលរបស់ខ្លួន The Foundation អាចនាំមកនូវវិធីសាស្ត្រដែលមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងវិស័យ ដូចជា ការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលផ្តោតលើប្រជាជនជាមូលដ្ឋាន (integrated people-centred eye care) ការលើកកម្ពស់គុណភាពជាបន្តបន្ទាប់ ក្របខណ្ឌសមត្ថភាពវិជ្ជាជីវៈរបស់មន្ត្រីសុខភាពភ្នែក និងការផ្តល់សេវាប្រកបដោយបរិយាបន្ន។ វិធីសាស្ត្រទាំងនេះ នឹងត្រូវបានកែសម្រួល ឱ្យសមស្របទៅនឹងបរិបទមូលដ្ឋាន បន្សុីគ្នាជាមួយគោលនយោបាយជាតិ និងអាចបញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធ និងស្ថាប័នជាតិបាន។

ជាចុងក្រោយ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ អាចផ្តល់ ឥទ្ធិពលជំរុញលើសពីធនធានផ្ទាល់របស់ខ្លួន។ ភាពគួរឱ្យទុកចិត្តរបស់ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ ជាមួយរាជរដ្ឋាភិបាល និងម្ចាស់ជំនួយ ការចូលរួមចំណែកក្នុងបណ្តាញសុខភាពភ្នែក ទាំងថ្នាក់តំបន់ និងថ្នាក់សកល ព្រមទាំងបទពិសោធន៍ក្នុងការកៀរគរធនធាន និងអភិវឌ្ឍភាពជាដៃគូ អាចជួយទាក់ទាញ ថវិកាបន្ថែម ការគាំទ្រជាធនធាន ឬសម្ភារៈ ជំនួយមនុស្សធម៌ និងកិច្ចសហការផ្នែកបច្ចេកទេស ពីដៃគូផ្សេងៗជាច្រើន។ កត្តានេះអាចជួយបង្កើនផលជះវិជ្ជមាន នៃការវិនិយោគ និងគាំទ្រដល់ការផ្លាស់ប្តូរឆ្ពោះទៅរក ភាពជាម្ចាស់កាន់តែខ្លាំងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងនិរន្តរភាពរបស់ប្រព័ន្ធជាតិ។

តាមរយៈការរួមចំណែកទាំងអស់ខាងលើ **មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ** មានតួនាទីសំខាន់ជាអ្នក បង្កើតលក្ខខណ្ឌអំណោយផល និងគាំទ្រការអនុវត្ត សម្រាប់គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក — សំដៅលើការអនុវត្តដោយគាំទ្រការដឹកនាំរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ពង្រឹងប្រព័ន្ធជាតិ និងធានាថាកំណែទម្រង់ដែលបានអនុវត្តនឹងនាំទៅរកការកែលម្អប្រកបដោយនិរន្តរភាព លើ គុណភាព សមធម៌ និងប្រសិទ្ធភាពនៃប្រព័ន្ធ និងសេវាសុខភាពភ្នែកនៅកម្ពុជា។

2. អំពីគម្រោង

2.1 គោលបំណង និងសមិទ្ធផលរំពឹងទុក

គោលបំណង

គោលបំណងនៃគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (Eye Health Governance – EHG) គឺរួមចំណែកដល់ការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែករបស់កម្ពុជាប្រកបដោយនិរន្តរភាព លើផ្នែកអភិបាលកិច្ច ការដឹកនាំ និងគ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែក និងការសម្របសម្រួលប្រព័ន្ធ ឱ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព តាមរយៈការគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍ ធនធានមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក ពេញដោយសមត្ថភាព ប្រត្តិបត្តការងារតាមក្រមវិជ្ជាជីវៈត្រឹមត្រូវ មានការគ្រប់គ្រង និងបែងចែកធនធានមន្ត្រីប្រកបដោយសមធម៌។

ផ្អែកតាមវិធីសាស្ត្រដែលដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល គម្រោងមានគោលបំណងឆ្លើយតបចំពោះឧបសគ្គនៃប្រព័ន្ធ ដែលនាំអោយ មានកម្រិត លើគុណភាព សមធម៌ និងនិរន្តរភាពនៃសេវាសុខភាពភ្នែក ជាពិសេស ភាពខ្សោយនៃក្របខណ្ឌនិយ័តកម្ម (ប្រត្តិបត្តការងារតាមក្រមវិជ្ជាជីវៈត្រឹមត្រូវ) ការសម្របសម្រួលមិនរឹងមាំ ភាពមិនស្មើគ្នានៃសមត្ថភាពនិងការបែងចែកធនធានមន្ត្រី និងភាពខុសគ្នានៃគុណភាពផ្តល់សេវានៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅតាមបណ្តាខេត្ត។ លើសពីនេះ ការពង្រឹង រចនាសម្ព័ន្ធអភិបាលកិច្ច សមត្ថភាពស្ថាប័ន និងយន្តការគណនេយ្យភាព គម្រោងនឹងរួមចំណែកជានាឱ្យការអនុវត្តគោលនយោបាយ និងស្តង់ដារជាតិស្តីពីសុខភាពភ្នែកមានភាពដូចៗគ្នា និងមានប្រសិទ្ធភាពកាន់តែប្រសើរឡើង នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែល ធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាមជ្ឈមណ្ឌល។

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក នឹងគាំទ្រដល់ការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់កម្ពុជា ក្នុងការកាត់បន្ថយភាពពិការភ្នែក និងគំឃើញថយចុះ ដែលអាចបង្ការ ឬជៀសវាងបាន ដោយធានាថា សុខភាពភ្នែកត្រូវបានបញ្ចូលយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាពទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គម ហើយសេវាសុខភាពភ្នែកត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រជាជនប្រកបដោយ សមធម៌ គុណភាពខ្ពស់ និងមាននិរន្តរភាព។

សមិទ្ធផលរំពឹងទុក (End of Project Outcome)

គម្រោងមានគោលបំណងសម្រេចឱ្យបាននូវ ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដែលដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល មានភាពធន់ អភិបាលកិច្ចល្អ មន្ត្រីផ្នែកសុខភាពភ្នែកមានសមត្ថភាព និងការគ្រប់គ្រងនិងបែងចែកមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកមានសមភាព នាំឱ្យការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក មានលក្ខខណៈរួមបញ្ចូល មានគុណភាពខ្ពស់ និងមានសមធម៌ នៅទូទាំងប្រទេស។

គម្រោងជោគជ័យល្អីកណា៖

- ការដឹកនាំនិងគ្រប់គ្រង ការសម្របសម្រួល និងការទទួលខុសត្រូវ ក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក មានភាពធន់ និងគត់មុត ទាំងថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។
- គុណភាពសេវា និយ័តកម្ម(ការប្រត្តិបត្តិក្រមវិជ្ជាជីវៈ) និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន សេវាសុខភាពភ្នែកទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងវិស័យឯកជន មានភាពប្រសើរឡើង។
- ការងារសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុង ក្របខណ្ឌស្តង់ដារនៃការទទួលស្គាល់គុណភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។
- មន្ត្រីផ្នែកសុខភាពភ្នែកមានសមត្ថភាពកាន់តែប្រសើរ និងការគ្រប់គ្រងនិងបែងចែកមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកសមស្រប និងប្រកបដោយសមធម៌នៅតាមបណ្តាខេត្ត។
- សុខភាពភ្នែកត្រូវបានយកចិត្តទុកដាក់និងដាក់បញ្ចូល ទៅក្នុង ប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល (HMIS/DHIS2) និងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមនានា និងអនុវត្តកាន់តែប្រសើរឡើង។

- មានវឌ្ឍនភាពជាក់ស្តែង ឆ្ពោះទៅរកការកាត់បន្ថយភាពពិការភ្នែក និងទប់ស្កាត់បញ្ហាគំហើញថយចុះ ដែលអាចបង្ការ ឬជៀសវាងបាន ជាពិសេស ក្នុងចំណោមប្រជាជននៅតាមតំបន់ជនបទ តំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ និងក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះ។

2.2 សមិទ្ធផល និងលទ្ធផលរំពឹងទុក

<u>សមិទ្ធផលទី១</u>៖ អភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រង ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីលើកកម្ពស់ការរៀបចំផែនការ ការកំណត់បទប្បញ្ញត្តិ(ក្រមប្រត្តិបត្តិវិជ្ជាជីវៈ) គុណភាព និងការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក។

លទ្ធផលរំពឹងទុក (Expected outputs):

1. យន្តការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែកនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ត្រូវបានពង្រឹងក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។
2. អាទិភាពសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុង គោលនយោបាយ ផែនការ និងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាន របស់រាជរដ្ឋាភិបាល (ក្នុងវិស័យពាក់ព័ន្ធ រួមមាន សុខាភិបាល អប់រំ កិច្ចគាំពារសង្គម យេនឌ័រ និងពិការភាព)។
3. ការធ្វើផែនការ ការចុះអភិបាលកិច្ច និងការត្រួតពិនិត្យ តាមដានលទ្ធផលការងារ ផ្នែកសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំឱ្យមានស្តង់ដាររួម និងបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។
4. ប្រព័ន្ធធានាគុណភាពថ្នាក់ជាតិ ការគ្រប់គ្រងផ្នែកគ្លីនិក និងបទប្បញ្ញត្តិ(ក្រមប្រត្តិបត្តិវិជ្ជាជីវៈ) / ការត្រួតពិនិត្យ សេវាសុខភាពភ្នែកក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ត្រូវបានពង្រឹង។

<u>លទ្ធផលទី២</u>៖ មន្ត្រីផ្នែកសុខភាពភ្នែកមានសមត្ថភាព ការគ្រប់គ្រងនិងបែងចែកមន្ត្រីប្រកបដោយសមធម៌ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍ និងដាក់បញ្ចូល ជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធរបស់ជាតិប្រកបដោយនិរន្តរភាព។

លទ្ធផលរំពឹងទុក (Expected outputs)៖

1. ការអប់រំ និងការបណ្តុះបណ្តាលធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែកមុនចូលបម្រើការងារ ត្រូវបានពង្រឹង និងដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធ រួមទាំងការទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការ។
2. ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ការបង្វឹក ការចុះអភិបាលកិច្ច ការផ្លាស់ប្តូរចំណេះដឹង និងការរៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍ ត្រូវបានបង្កើត និងដំណើរការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។
3. ធនធានមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានបង្កើនឱ្យមានចំនួនគ្រប់គ្រាន់ និងបែងចែកប្រកបដោយសមធម៌ តាមរយៈ ការធ្វើការវាយតម្លៃ និងធ្វើផែនទីបង្ហាញផ្លូវលើការបណ្តុះបណ្តាលជាក់លាក់។

<u>លទ្ធផលទី៣</u>៖ ប្រព័ន្ធគាំទ្រ នវានុវត្តន៍បច្ចេកវិទ្យា និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដែលអំណោយផល ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីគាំទ្រដល់ការងារអភិបាលកិច្ច ប្រសិទ្ធភាពការងាររបស់មន្ត្រី និងគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព។

លទ្ធផលរំពឹងទុក (Expected outputs):

1. ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល សេវាពិគ្រោះ និងពិនិត្យជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ (Tele-ophthalmology) និងប្រព័ន្ធប្រមូល និងកត់ត្រាទិន្នន័យ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការផ្តល់សេវាប្រចាំថ្ងៃ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាព និងគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែក។

2. មុខងារ និងសមត្ថភាពប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសំខាន់ៗសម្រាប់សុខភាពភ្នែក ត្រូវបានពង្រឹងតាមរយៈ ការធ្វើសវនកម្មជាប្រព័ន្ធ ការថែទាំជាប្រចាំ និងការគ្រប់គ្រង ឧបករណ៍និងសម្ភារបច្ចេកទេស។

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក — ទិដ្ឋភាពសង្ខេបគម្រោង ត្រឹមមួយទំព័រ

គោលដៅ

ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្ដប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្ដោតលើប្រជាជនជាចម្បង។

សមិទ្ធផល សម្រេចបាន

នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្ដល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។

សមិទ្ធផលរំពឹងទុក	អភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រង ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីលើកកម្ពស់ការរៀបចំផែនការ ការកំណត់បទប្បញ្ញត្តិ(ក្រមប្រតិបត្តិវិជ្ជាជីវៈ) គុណភាព និងការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក។	មន្ត្រីផ្នែកសុខភាពភ្នែកមានសមត្ថភាព ការគ្រប់គ្រងនិងបែងចែកមន្ត្រីប្រកបដោយសមធម៌ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍ និងដាក់បញ្ចូល ជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធរបស់ជាតិប្រកបដោយនិរន្តរភាព។	ប្រព័ន្ធគាំទ្រ នវានុវត្តន៍បច្ចេកវិទ្យា និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដែលអំណោយផល ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីគាំទ្រដល់ការងារអភិបាលកិច្ច ប្រសិទ្ធភាពការងាររបស់មន្ត្រី និងគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព។
លទ្ធផលរំពឹងទុក	1. យន្តការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែកនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ត្រូវបានពង្រឹង ក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ 2. អាទិភាពសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុង គោលនយោបាយ ផែនការ និងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាន របស់រាជរដ្ឋាភិបាល (ក្នុងវិស័យពាក់ព័ន្ធ រួមមាន សុខាភិបាល អប់រំ កិច្ចគាំពារសង្គម យេនឌ័រ និងពិការភាព)។ 3. ការធ្វើផែនការ ការចុះអភិបាលកិច្ច និងការត្រួតពិនិត្យ តាមដានលទ្ធផលការងារ ផ្នែកសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំឱ្យមានស្តង់ដារួម និងបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ 4. ប្រព័ន្ធធានាគុណភាពថ្នាក់ជាតិ ការគ្រប់គ្រងផ្នែកគ្លីនិក និងបទប្បញ្ញត្តិ(ក្រមប្រតិបត្តិវិជ្ជាជីវៈ) / ការត្រួតពិនិត្យ សេវាសុខភាពភ្នែកក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ត្រូវបានពង្រឹង។	1. ការអប់រំ និងការបណ្ដុះបណ្ដាលធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែកមុនចូលបម្រើការងារ ត្រូវបានពង្រឹង និងដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធ រួមទាំងការទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការ។ 2. ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ការបង្វឹក ការចុះអភិបាលកិច្ច ការផ្លាស់ប្ដូរចំណេះដឹង និងការរៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍ ត្រូវបានបង្កើត និងដំណើរការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ 3. ធនធានមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានបង្កើនឱ្យមានចំនួនគ្រប់គ្រាន់ និងបែងចែកប្រកបដោយសមធម៌ តាមរយៈ ការធ្វើការវាយតម្លៃ និងធ្វើផែនទីបង្ហាញផ្លូវលើការបណ្ដុះបណ្ដាលជាក់លាក់។	1. ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល សេវាពិគ្រោះ និងពិនិត្យជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ (Tele-ophthalmology) និងប្រព័ន្ធប្រមូលនិងកត់ត្រាទិន្នន័យ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការផ្ដល់សេវាប្រចាំថ្ងៃ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាព និងគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែក។ 2. មុខងារ និងសមត្ថភាពប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសំខាន់ៗសម្រាប់សុខភាពភ្នែក ត្រូវបានពង្រឹង តាមរយៈ ការធ្វើសវនកម្មជាប្រព័ន្ធ ការថែទាំជាប្រចាំ និងការគ្រប់គ្រង ឧបករណ៍និងសម្ភារបច្ចេកទេស។

2.3 សេចក្តីសន្និដ្ឋាន និងយុទ្ធសាស្ត្រ

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានគាំទ្រដោយទ្រឹស្តីនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលផ្តោតលើការពង្រឹងប្រព័ន្ធ ដែលទទួលស្គាល់ថា ការលើកកម្ពស់សុខភាពភ្នែកប្រកបដោយនិរន្តរភាពនៅកម្ពុជា ពឹងផ្អែកលើរបៀបដែលប្រព័ន្ធត្រូវបានគ្រប់គ្រង មានធនធានមនុស្សគ្រប់គ្រាន់ កំណត់បទប្បញ្ញត្តិច្បាស់លាស់ ផ្តល់ហិរញ្ញប្បទាន និងការគាំទ្រ ជាជាងផ្អែកលើការផ្តល់សេវា ឬការបណ្តុះបណ្តាលដាច់ដោយឡែកតែមួយមុខ។

គម្រោងសន្និដ្ឋានថា ប្រសិនបើសុខភាពភ្នែកត្រូវបានបញ្ជ្រាបយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាពទៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល រួមមាន គោលនយោបាយ ការរៀបចំផែនការ ហិរញ្ញប្បទាន ការធានាគុណភាព ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស និងប្រព័ន្ធព័ត៌មាន នោះការកែលម្អគុណភាពសេវា សមធម៌ និងនិរន្តរភាព អាចសម្រេចបានក្នុងទ្រង់ទ្រាយធំ និងរក្សាបានក្រោយពេលបញ្ចប់គម្រោង។

បទអន្តរាគមន៍ជាច្រើនដែលបានស្នើឡើងក្រោមគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំដោយផ្អែកលើកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងពង្រឹងប្រព័ន្ធ ភាពជាដៃគូ និងបទពិសោធន៍អនុវត្តដែលមានស្រាប់ ពីគំនិតផ្តួចផ្តើមសុខភាពភ្នែកមុនៗ និងកំពុងបន្តនៅកម្ពុជា។ ដូច្នេះ សកម្មភាពមួយចំនួន គឺជាការបន្ត ការពង្រីកវិសាលភាព ឬការដាក់បញ្ចូលជាផ្លូវការតាមស្ថាប័ន នូវការងារដែលកំពុងអនុវត្តជាមួយរាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូក្នុងវិស័យរួចមកហើយ មិនមែនជាបទអន្តរាគមន៍ថ្មីទាំងស្រុងនោះទេ។

ដោយហេតុនេះ គម្រោងធ្វើការវិនិយោគជាប្រព័ន្ធក្នុងផ្នែកសំខាន់ៗចំនួនបី គឺ៖ ១) ការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រង និងការសម្របសម្រួលរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល; ២) ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សដែលត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃស្ថាប័ន; និង ៣) ប្រព័ន្ធគាំទ្រ នវានុវត្តន៍ និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលអំណោយផល។

ខណៈដែលអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្ស និងប្រព័ន្ធគាំទ្រ មានលក្ខណៈគាំទ្រគ្នាទៅវិញទៅមក គម្រោងទទួលស្គាល់ថា មុខងារអភិបាលកិច្ច និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងដែលត្រូវបានពង្រឹង គឺជាលក្ខខណ្ឌអំណោយផលដ៏សំខាន់សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សប្រកបដោយនិរន្តរភាព ការកែលម្អគុណភាព និងការធ្វើសមាហរណកម្មប្រព័ន្ធរយៈពេលវែង។

ផ្លូវប្តូរទាំងនេះ ត្រូវបានរៀបចំឱ្យមានលក្ខណៈពឹងផ្អែកគ្នា និងអភិវឌ្ឍជាបន្តបន្ទាប់ ជាជាងដំណើរការតាមលំដាប់ត្រង់។

ដំណើរការដើម្បីសម្រេចបានលទ្ធផលទី១៖ ពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែក

គម្រោងទទួលស្គាល់ថា ការសម្របសម្រួលដែលនៅបែកខ្ញែក ការត្រួតពិនិត្យ និយ័តកម្ម នៅមានកម្រិតខ្សោយ ការអនុវត្តការធានាគុណភាពមិនទៀងទាត់ និងការធ្វើសមាហរណកម្មសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលទូទៅនៅមានកម្រិត គឺជាឧបសគ្គស្នូលដែលរារាំងដល់ការផ្តល់សេវាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៅកម្ពុជា។

ទស្សនៈនៃការផ្លាស់ប្តូរ៖

ប្រសិនបើយន្តការសម្របសម្រួលសុខភាពភ្នែកនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ត្រូវបានរៀបចំឱ្យមានលក្ខណៈផ្លូវការ និងដំណើរការក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ហើយប្រសិនបើតួនាទី អាណត្តិ និងរចនាសម្ព័ន្ធទទួលខុសត្រូវត្រូវបានកំណត់យ៉ាងច្បាស់ តាមរយៈក្រុមការងារបច្ចេកទេស ក្រុមគ្រប់គ្រង និងដំណើរការសម្របសម្រួលជាប្រចាំ នោះភាពជាម្ចាស់របស់រាជរដ្ឋាភិបាលលើវិស័យសុខភាពភ្នែកនឹងត្រូវបានពង្រឹង។

នៅពេលអាទិភាពសុខភាពភ្នែកត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធទៅក្នុងគោលនយោបាយ យុទ្ធសាស្ត្រ ក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាន និងកញ្ចប់សេវា នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដូចជា CPA/MPA យន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម និងថវិកាវិមជ្ឈការ នោះសុខភាពភ្នែកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃការផ្តល់សេវាសាធារណៈជាប្រចាំ និងមានប្រភពហិរញ្ញប្បទានគាំទ្ររឹងមាំ។

ដំបូង គម្រោងនឹងគាំទ្រដល់ការបង្កើត ឬការដាក់បញ្ចូលក្រុមការងារបច្ចេកទេសអនុវិស័យសុខភាពភ្នែកនៅកម្រិតមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត ដើម្បីលើកកម្ពស់ការសម្របសម្រួល ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងការតាមដានការអនុវត្តសុខភាពភ្នែក ព្រមទាំងពង្រឹងការចូលរួម និងភាពជាម្ចាស់របស់ភាគីពាក់ព័ន្ធ។ តាមពេលវេលា និងនៅពេលប្រព័ន្ធថ្នាក់ខេត្តមានភាពរឹងមាំ គម្រោងនឹងគាំទ្រដល់ការធ្វើសមាហរណកម្មមុខងារសម្របសម្រួលសុខភាពភ្នែកជាបន្តបន្ទាប់ទៅក្នុងយន្តការសម្របសម្រួលសុខាភិបាលថ្នាក់ខេត្តទូលំទូលាយ ដើម្បីពង្រឹងការដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធ និងនិរន្តរភាពរយៈពេលវែងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងត្រូវបានពង្រឹងបន្ថែមនៅពេល៖

- ការរៀបចំផែនការ និងការចុះអភិបាលកិច្ចគាំទ្រផ្នែកសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំឱ្យមានស្តង់ដាររួម តាមរយៈផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសុខភាពភ្នែក ផែនទីបង្ហាញផ្លូវថ្នាក់ក្រោមជាតិ ការអង្កេតរហ័សថ្នាក់ជាតិ (RAAB) និងការវាយតម្លៃសុខភាពភ្នែក។
- ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលការងារ និងការប្រមូលទិន្នន័យ ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធ HMIS/DHIS-2 របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងយន្តការចុះអភិបាលកិច្ចគាំទ្រជាប្រចាំ។
- ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ នឹងផ្លាស់ប្តូរវិស័យសុខភាពភ្នែក ពីការអនុវត្តដែលដាច់ដោយឡែក ទៅរកការអនុវត្តជាប្រព័ន្ធដែលមានភាពប្រទាក់ក្រឡាគ្នា មានការទទួលខុសត្រូវ និងមាននិយ័តកម្មច្បាស់លាស់។

ភស្តុតាង និងមេរៀនជាបទពិសោធន៍

- បទពិសោធន៍របស់កម្ពុជា ក្រោមគម្រោង NSEE និង SEE-IPEC បានបង្ហាញថា ការគាំទ្រដល់ការពង្រឹង ឬការធ្វើសមាហរណកម្មក្រុមការងារបច្ចេកទេសអនុវិស័យ ដំណើរការរៀបចំផែនការជាតិ និងការធ្វើសមាហរណកម្ម CPA/MPA បាននាំឱ្យមានភាពជាម្ចាស់របស់រាជរដ្ឋាភិបាលកាន់តែរឹងមាំ និងការផ្តល់សេវាកាន់តែមានភាពទៀងទាត់។
- មេរៀនពីគំនិតផ្តួចផ្តើមលើកកម្ពស់គុណភាពគ្លីនិក ដូចជា ការត្រួតពិនិត្យតាមដានលទ្ធផលក្រោយបកបាយភ្នែក (CSOM) ការធ្វើសវនកម្មគុណភាព និងការពិនិត្យពិភាក្សារវាងក្រុមវិជ្ជាជីវៈ បង្ហាញថា លទ្ធផលមានភាពប្រសើរឡើងនៅពេលស្តង់ដារ និងការចុះអភិបាលកិច្ចគាំទ្រ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធទៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។
- ភស្តុតាងពីប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងគោលការណ៍ IPEC បញ្ជាក់ថា ការធ្វើសមាហរណកម្មសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពទៅក្នុងការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល គឺជាលក្ខខណ្ឌចាំបាច់សម្រាប់ពង្រីកសេវាថែទាំភ្នែកដែលមានគុណភាព។

ដំណើរការដើម្បីសម្រេចបានលទ្ធផលទី២៖ ធនធានមនុស្សប្រកបដោយសមត្ថភាព នឹងត្រូវបាន ដាក់បញ្ចូលនិងការបែងចែកជាប្រព័ន្ធ

គម្រោងទទួលស្គាល់ថា បញ្ហាប្រឈមផ្នែកធនធានមនុស្សនៅកម្ពុជា រួមមាន កង្វះខាតមន្ត្រីជំនាញសុខភាពភ្នែក គុណភាពអប់រំនៅមិនទាន់ស្មើគ្នា ឱកាសអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្តនៅមានកម្រិត ការរៀបចំផែនការពង្រាយមន្ត្រីនៅមានកម្រិត និងការរក្សាមន្ត្រីនៅតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ ដែលបណ្តាលឱ្យមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកភាគច្រើនប្រមូលផ្តុំនៅតាមទីប្រជុំជន។

ទស្សនៈនៃការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រសិនបើកម្មវិធីអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលមុនចូលបម្រើការងារ ត្រូវបានពង្រឹង រៀបចំឱ្យមានស្តង់ដាររួម និងទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការនៅក្នុងស្ថាប័នជាតិ រួមមាន សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល និងមន្ទីរពេទ្យបណ្តុះបណ្តាលពាក់ព័ន្ធ នោះវានឹងជួយបង្កើនក្រុមមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកដែលបានបញ្ចប់ការសិក្សា និងមាននិរន្តរភាពកាន់តែប្រសើរ នៅទូទាំងក្របខណ្ឌមុខជំនាញសំខាន់ៗ។

នៅពេលប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត រួមមាន ការចុះអភិបាលកិច្ចគាំទ្រ ការបង្វឹក ការរៀនសូត្ររវាងក្រុមអ្នកវិជ្ជាជីវៈ និងកម្មវិធីអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ដែលដឹកនាំដោយសមាគមវិជ្ជាជីវៈ ត្រូវបានដំណើរការ និងដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងរចនាសម្ព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងសមាគមវិជ្ជាជីវៈ នោះសមត្ថភាពធនធានមនុស្សនឹងត្រូវបានរក្សា និងលើកកម្ពស់ជាបន្តបន្ទាប់។

គម្រោងទទួលស្គាល់ថា ការបង្កើតកម្មវិធីសិក្សាថ្នាក់បរិញ្ញាបត្រចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ (Bachelor of Optometry) គឺជាដំណើរការអភិវឌ្ឍស្ថាប័នជាដំណាក់កាល ដែលតម្រូវឱ្យមានការអភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សា ការទទួលស្គាល់គុណភាព និងការអនុម័តតាមស្តង់ដារសិក្សា ការពង្រឹងសមត្ថភាពគ្រូបង្រៀន និងការត្រៀមលក្ខណៈសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកព្យាបាល និងអនុវត្តន៍គ្លីនិក។ ដូច្នេះ ក្នុងដំណាក់កាលអនុវត្តដំបូង គម្រោងនឹងផ្តោតលើ ការរៀបចំមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃប្រព័ន្ធ និងលក្ខខណ្ឌចាំបាច់សម្រាប់ស្ថាប័ន ក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល (MOH) និង សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS)។

ផែនការការងារ និងថវិកាលម្អិតបន្ថែម សម្រាប់កម្មវិធីសិក្សាថ្នាក់បរិញ្ញាបត្រចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ នឹងត្រូវបានរៀបចំឡើងក្នុងអំឡុងពេលអនុវត្តគម្រោង តាមរយៈ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសដែលដឹកនាំដោយ UHS ។ តួនាទីរបស់ The Foundation នឹងផ្តោតជាចម្បងលើការសម្របសម្រួល និងការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស ព្រមទាំងការគាំទ្រជាយុទ្ធសាស្ត្រ ខណៈពេលដែលជានាថា ក្រសួងសុខាភិបាល និង UHS នៅតែជាអ្នកដឹកនាំ និងជាម្ចាស់កម្មវិធី។

បន្ថែមពីនេះ នៅពេលដែល ការវិភាគ និងរៀបចំផែនទីអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សសុខភាពភ្នែក (workforce mapping) ការរៀបចំផែនការបែងចែក និងដាក់ពង្រាយមន្ត្រី កម្មវិធីអាហារូបករណ៍ និងគំរូនៃការបែងចែកភារកិច្ច (task sharing) ត្រូវបានអនុវត្តប្រកបដោយសមស្រប និងមានការសម្របសម្រួលគ្នា នោះ ចំនួនមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក និងការបែងចែកមន្ត្រី ប្រកបដោយសមធម៌ នឹងមានភាពប្រសើរឡើង ជាពិសេសនៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដែលប្រជាជននៅតែទទួលបានសេវាសុខាភិបាលមិនគ្រប់គ្រាន់។

ការរួមបញ្ចូលគ្នានៃវិធានការទាំងនេះ នឹងជួយផ្លាស់ប្តូរ ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សសុខភាពភ្នែក ពីការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលខ្លីដែលផ្តោតលើតម្រូវការភ្លាមៗ ទៅរក គន្លងអាជីពនៃការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈរយៈពេលវែង ដែលមានប្រព័ន្ធគាំទ្រជាបន្តបន្ទាប់ និងមានភាពស្របគ្នាជាមួយតម្រូវការនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលជាតិ។

ភស្តុតាង និងការរៀនសូត្រ (Evidence and Learning)

ការវាយតម្លៃលើគម្រោង SEE-IPEC និង SURES បានបង្ហាញថា ការវិនិយោគលើការបណ្តុះបណ្តាលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់បំផុត នៅពេលដែលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងនោះត្រូវបានភ្ជាប់ជាមួយ ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាលដែលមានការទទួលស្គាល់ ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈជាបន្តបន្ទាប់ (CPD) និងប្រព័ន្ធណែនាំ និងគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធន៍ (Mentoring)។

បទពិសោធន៍នៅកម្ពុជាបានបង្ហាញថា ការបណ្តុះបណ្តាលតែមួយលើក ដោយមិនមានការរៀបចំការដាក់ពង្រាយបុគ្គលិក ការត្រួតពិនិត្យ និងគាំទ្រការអនុវត្តការងារ និងគន្លងអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ មិនអាចកែលម្អគុណភាពនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលបានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនោះទេ។

ភស្តុតាងជាសកលបានបញ្ជាក់ពីសារៈសំខាន់នៃ ការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត(CPD)ដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធច្បាស់លាស់ ការទទួលស្គាល់គុណភាព ការអនុម័តនិងការគ្រប់គ្រងវិជ្ជាជីវៈតាមបទប្បញ្ញត្តិ ក្នុងការរក្សាបុគ្គលិកឱ្យបន្តបម្រើការងារ ព្រមទាំងពង្រឹងសមត្ថភាព និងប្រសិទ្ធភាពការងាររបស់ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល។

ដំណើរការដើម្បីសម្រេចបានលទ្ធផលទី៣៖ ប្រព័ន្ធគាំទ្រ នវានុវត្តន៍បច្ចេកវិទ្យា និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលអំណោយផល

គម្រោងទទួលស្គាល់ថា កំណែទម្រង់អភិបាលកិច្ច និងការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស មិនអាចកែលម្អសេវាសុខាភិបាលបានទេ ប្រសិនបើគ្មាន ប្រព័ន្ធគាំទ្រដែលអាចដំណើរការបានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ជាពិសេស នៅក្នុងបរិបទដែលមានភាពចម្រុះផ្នែកភូមិសាស្ត្រ និងមានការធ្វើវិមជ្ឈការនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។

ប្រសិនបើ ដំណោះស្រាយសុខាភិបាលឌីជីថល ដូចជា សេវាពិគ្រោះនិងវាយតម្លៃជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ (Tele-ophthalmology) ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺ និងជំនួយក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយប្រើបញ្ញាសិប្បនិម្មិត (AI-assisted screening and diagnosis) ប្រព័ន្ធបញ្ជូនអ្នកជំងឺតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក (e-Referral) និងផ្ទាំងបង្ហាញទិន្នន័យឌីជីថល (Digital Dashboards) ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការផ្តល់សេវាជាប្រចាំ តាមករណី និងបរិបទដែលសមស្រប នោះ លទ្ធភាពទទួលបានការពិគ្រោះយោបល់ពីអ្នកជំនាញ ការត្រួតពិនិត្យនិងគាំទ្របច្ចេកទេស ការទទួលបានការព្យាបាល ការផ្តល់បទអន្តរាគមន៍ទាន់ពេលវេលា ព្រមទាំងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពសេវា នឹងមានភាពប្រសើរឡើង ជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល។

នៅពេលដែល ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរួមបញ្ចូលយ៉ាងពេញលេញទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ ដោយមានការគាំទ្រតាមរយៈ ការធានាគុណភាពទិន្នន័យ និងការកសាងសមត្ថភាព នោះ ការសម្រេចចិត្ត នឹងត្រូវផ្អែកលើភស្តុតាង ធ្វើឡើងបានទាន់ពេលវេលា ព្រមទាំងជួយពង្រឹង ប្រព័ន្ធធានាគុណភាព និងការត្រួតពិនិត្យ តាមដាន។

ដូចគ្នានេះដែរ នៅពេលដែល ការធ្វើសវនកម្មឧបករណ៍ ការគ្រប់គ្រងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ សមត្ថភាពថែទាំ និងជួសជុល និងការគាំទ្រផ្នែកវិស្វកម្មជីវវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការក្នុងប្រព័ន្ធ នោះ ការរំខាន ឬការផ្អាកការផ្តល់សេវាដោយសារបញ្ហាឧបករណ៍ នឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ ហើយ ប្រសិទ្ធភាពនៃការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ នឹងត្រូវបានបង្កើនជាអតិបរមា។

វិធានការទាំងនេះក៏នឹងរួមចំណែកដល់ ការពង្រឹងនិរន្តរភាព និងគុណភាពនៃការផ្តល់សេវា និងការលើកកម្ពស់និរន្តរភាពបរិស្ថាន ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផងដែរ។

ប្រព័ន្ធ និងកត្តាគាំទ្រទាំងនេះ នឹងបង្កើត លក្ខខណ្ឌអំណោយផលសម្រាប់ការផ្តល់សេវាឱ្យមានសង្គតភាព ការកែលម្អគុណភាពជាបន្តបន្ទាប់ និងការពង្រឹងភាពធន់របស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដើម្បីអាចឆ្លើយតបប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពចំពោះតម្រូវការ និងបញ្ហាប្រឈមនាពេលអនាគត។

ភស្តុតាង និងការរៀនសូត្រ (Evidence and Learning)

ការប្រើប្រាស់ ការណែនាំ និងគាំទ្របច្ចេកទេសពីចម្ងាយតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល (Tele-mentoring) និង ការរាយការណ៍ទិន្នន័យតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល នៅកម្ពុជា ក្នុងអំឡុងពេលជំងឺកូវីដ-១៩ បានបង្ហាញពី លទ្ធភាពក្នុងការអនុវត្ត និងអត្ថប្រយោជន៍ជាក់ស្តែង សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យ និងផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសពីចម្ងាយ។

មេរៀនដែលទទួលបានពី ការធ្វើសវនកម្មឧបករណ៍បច្ចេកទេស ក្រោមកម្មវិធី SEE IPEC បានបង្ហាញថា ចន្លោះប្រហោងក្នុងការថែទាំ និងការជួសជុលឧបករណ៍ គឺជាកត្តាកំណត់ដ៏សំខាន់មួយដែលមានឥទ្ធិពលដោយផ្ទាល់លើ គុណភាព និងភាពជាប់លាប់នៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។

បទពិសោធន៍នៅទូទាំងពិភពលោកបានបង្ហាញថា ការវិនិយោគលើប្រព័ន្ធឌីជីថល និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ មានប្រសិទ្ធភាពពេញលេញ លុះត្រាតែមានការអនុវត្តរួមគ្នាជាមួយ ប្រព័ន្ធអភិបាលកិច្ច ការបណ្តុះបណ្តាល និងការថែទាំជួសជុល ដែលមានភាពច្បាស់លាស់ និងមាននិរន្តរភាព។

មូលហេតុចម្បងៗដែលយុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ ត្រូវបានរំពឹងថានឹងទទួលបានជោគជ័យ

វិធីសាស្ត្រនេះត្រូវបានចាត់ទុកថា មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ដោយសារវិធីសាស្ត្រនេះគឺ៖

- ដាក់បញ្ចូលដំណើរការសម្រេចចិត្ត និងការវិនិយោគ ទៅក្នុងគោលនយោបាយ ប្រព័ន្ធ និងស្ថាប័នរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីធានាឱ្យមានការដឹកនាំ ការសម្របសម្រួល និងនិរន្តរភាពក្នុងរយៈពេលវែង។
- ពង្រឹងគណនេយ្យភាពទាំងក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងវិស័យឯកជន ដើម្បីធានាថាភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់មានការទទួលខុសត្រូវច្បាស់លាស់ចំពោះគុណភាព និងលទ្ធផលនៃការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក។
- ធ្វើឱ្យការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សសុខភាពភ្នែកមានភាពស្របគ្នាជាមួយការដាក់ពង្រាយ និងការគ្រប់គ្រងវិជ្ជាជីវៈ ដើម្បីធានាថាបុគ្គលិកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល អាចត្រូវបានដាក់ពង្រាយទៅតាមតម្រូវការសេវា និងអនុវត្តការងារស្របតាមស្តង់ដារ និងបទប្បញ្ញត្តិវិជ្ជាជីវៈ។
- ប្រមូលនិងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ និងប្រព័ន្ធឌីជីថល ដើម្បីពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការតាមដានត្រួតពិនិត្យ ការសម្រេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង និងការធានាគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែក។
- បង្កើតយន្តការមតិត្រឡប់ (Feedback Mechanism) ដែលគាំទ្រគ្នាទៅវិញទៅមក រវាងអភិបាលកិច្ច ធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាល និងការផ្តល់សេវា ដើម្បីឱ្យការកែលម្អក្នុងផ្នែកមួយ ក្លាយជាកត្តាជំរុញដល់ផ្នែកផ្សេងៗទៀត និងពង្រឹងប្រសិទ្ធភាពនៃប្រព័ន្ធទាំងមូល។

ការសន្មត់ចម្បងៗនៃការផ្លាស់ប្តូរ (Key Change Assumptions)

ភាពជោគជ័យនៃទស្សនៈនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ ពឹងផ្អែកលើការសន្មត់សំខាន់ៗដូចខាងក្រោម៖

1. ការប្តេជ្ញាចិត្តខ្ពស់របស់រាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងការដឹកនាំគោលនយោបាយ ការរៀបចំផែនការ និងការគ្រប់គ្រងបទប្បញ្ញត្តិសុខភាពភ្នែក។ ដៃគូអនុវត្តនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ រួមមាន ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) មន្ទីរសុខាភិបាលនៃរដ្ឋបាលខេត្ត (PHDs) សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS ស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ និងភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត មានសមត្ថភាព តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវច្បាស់លាស់ ព្រមទាំងមានការចូលរួមជាបន្តបន្ទាប់ ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាព និងកំណែទម្រង់ដែលបានព្រមព្រៀងគ្នា។ យន្តការសម្របសម្រួលសុខភាពភ្នែកដែលមានដំណើរការល្អ នឹងបន្តដំណើរការជាប្រចាំ ទោះបីមានការផ្លាស់ប្តូរតាមអាណត្តិនៃការបោះឆ្នោត ឬការផ្លាស់ប្តូរថ្នាក់ដឹកនាំក៏ដោយ។
2. ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល និងស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ នៅតែមានឆន្ទៈ និងសមត្ថភាពក្នុងការដាក់បញ្ចូល និងធ្វើឱ្យកំណែទម្រង់ក្លាយជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធ និងដំណើរការរបស់ស្ថាប័នជាប្រចាំ។
3. ប្រព័ន្ធឌីជីថល និងការវិនិយោគលើហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ នឹងត្រូវបានថែទាំ និងមានការរៀបចំថវិកាគាំទ្របន្ត បន្ទាប់ពីគម្រោងត្រូវបានបញ្ចប់ ដើម្បីធានានិរន្តរភាព និងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធទាំងនោះក្នុងរយៈពេលវែង។

4. អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលទាំងវិស័យសាធារណៈ និងវិស័យឯកជន នឹងចូលរួម ព្រមទាំងគោរពតាមដំណើរការធានាគុណភាព និងយន្តការគ្រប់គ្រងតាមបទប្បញ្ញត្តិវិជ្ជាជីវៈ។

ការសន្មត់ទាំងនេះ ត្រូវបានកំណត់ឡើងដោយផ្អែកលើ ទិសដៅគោលនយោបាយសុខាភិបាលថ្មីៗរបស់កម្ពុជា រួមមាន ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិស្តីពីការទប់ស្កាត់ និងគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លង (NSP BPC) ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាលជាតិទី៤ (HSP4) និងផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល (UHC Roadmap) ព្រមទាំងបទពិសោធន៍ដែលទទួលបានពីការអនុវត្តគម្រោង និងកម្មវិធីនានាកន្លងមក។

2.4 សមធម៌ និងបរិយាបន្ន

សមធម៌ និងបរិយាបន្ន គឺជាចំណុចស្នូលនៃការរៀបចំ និងការអនុវត្តគម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក។ គម្រោងនេះទទួលស្គាល់ថាភាពពិការភ្នែក និងបញ្ហាគំហើញថយចុះដែលអាចជៀសវាងបាន នៅកម្ពុជា មានវិសមភាពចំពោះស្ត្រី ជនមានពិការភាព មនុស្សវ័យចាស់ ប្រជាជនរស់នៅតំបន់ជនបទ និងក្រុមប្រជាជនមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមនៅមានកម្រិត ដោយសារឧបសគ្គផ្នែកហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដូចជា ថ្លៃចំណាយ ទីតាំងភូមិសាស្រ្ត ការបែងចែកធនធានមនុស្ស បទដ្ឋានសង្គម និងសមត្ថភាពឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធនៅមានកម្រិត។

ជំនួសឱ្យការដោះស្រាយសមធម៌តាមរយៈការផ្តល់សេវាតែមួយមុខ គម្រោងនេះអនុវត្តវិធីសាស្រ្តនៅកម្រិតប្រព័ន្ធ ដោយបញ្ជ្រាបការគិតគូរអំពីសមធម៌ទៅក្នុងអភិបាលកិច្ច ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស និងប្រព័ន្ធគាំទ្រនានា ដើម្បីធានាថាសេវាសុខភាពភ្នែកត្រូវបានរៀបចំផែនការ កំណត់បទប្បញ្ញត្តិ ផ្តល់ហិរញ្ញប្បទាន និងផ្តល់ជូនប្រជាជន ដោយផ្តល់អាទិភាពដល់ក្រុមងាយរងគ្រោះ ដែលបាត់បង់ឱកាស។

a. សមធម៌យេនឌ័រ

ស្ត្រី និងក្មេងស្រី ទទួលរងបន្ទុកខ្ពស់ជាងគេលើបញ្ហាគំហើញថយចុះនៅកម្ពុជា ដែលរងឥទ្ធិពលពីកត្តាមួយចំនួនដូចជា អំណាចក្នុងការសម្រេចចិត្តនៅមានកម្រិត តួនាទីថែទាំគ្រួសារ ការទទួលបានធនធានហិរញ្ញវត្ថុនៅមានកម្រិត និងបទដ្ឋានសង្គម នាំទៅរកការកាត់បន្ថយឥរិយាបថក្នុងការស្វែងរកសេវាសុខភាព។ គម្លាតយេនឌ័រក៏មាននៅក្នុងធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែកផងដែរ ជាពិសេសក្នុងតួនាទីជាអ្នកដឹកនាំ និងតួនាទីឯកទេស។ គម្រោងនឹងដោះស្រាយសមធម៌យេនឌ័រតាមរយៈ៖

តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងវិស័យ (សមិទ្ធផលទី១)៖

- អាទិភាពសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងគោលនយោបាយ ផែនការ និងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទានរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលដែលឆ្លើយតបនឹងយេនឌ័រ រួមទាំងការបន្សីគ្នាជាមួយយុទ្ធសាស្រ្តរបស់ក្រសួងកិច្ចការនារី។
- ប្រព័ន្ធរៀបចំផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងការធានាគុណភាពដែលមានស្តង់ដា រួមបញ្ចូលតម្រូវការទិន្នន័យត្រូវបែងចែកតាមយេនឌ័រ ដើម្បីជួយឱ្យរាជរដ្ឋាភិបាលអាចកំណត់ និងឆ្លើយតបចំពោះគម្លាតក្នុងការទទួលបានសេវា និងលទ្ធផលរវាងស្ត្រី និងបុរស។
- យន្តការសម្របសម្រួលថ្នាក់ជាតិ និងក្រុមការងារបច្ចេកទេស ជំរុញអោយមានតំណាងប្រកបដោយបរិយាបន្ន និងគាំទ្រការចូលរួមរបស់ស្ត្រីក្នុងការសម្រេចចិត្តនៅក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក។

តាមរយៈការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស (សមិទ្ធផលទី២)៖

- ការអប់រំមុនចូលបម្រើការងារ អាហារូបករណ៍ និងប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីពង្រីកឱកាសឱ្យស្ត្រីអាចចូលរួម និងរីកចម្រើនក្នុងវិជ្ជាជីវៈសុខភាពភ្នែក រួមមាន ចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ ចក្ខុគិលានុបដ្ឋាក-យិកា និងតួនាទីឯកទេសផ្សេងៗ។
- ការចុះអភិបាលកិច្ច ការបង្វឹក និងបណ្តាញវិជ្ជាជីវៈ គាំទ្រដល់ភាពជាអ្នកដឹកនាំរបស់ស្ត្រី និងការអភិវឌ្ឍនសមត្ថភាពក្នុងអាជីព រួមចំណែកដល់ការដោះស្រាយឧបសគ្គចំពោះការរក្សាទុកមន្ត្រី និងការឡើងតំណែង។
- យុទ្ធសាស្ត្របែងចែកនិងការរក្សាទុកមន្ត្រីប្រកបដោយសមធម៌ រួមចំណែកធ្វើឱ្យមានអ្នកផ្តល់សេវាជាស្ត្រីកាន់តែច្រើននៅតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបង្កើនការទទួលបានសេវារបស់អ្នកជំងឺជាស្ត្រី។

តាមរយៈប្រព័ន្ធគាំទ្រ (សមិទ្ធផលទី៣)៖

- ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល ការពិគ្រោះ និងពិនិត្យជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ និងវិមជ្ឈការសេវា ជួយកាត់បន្ថយពេលវេលាធ្វើដំណើរ និងថ្លៃចំណាយ ដែលជះឥទ្ធិពលខ្លាំងជាងគេលើស្ត្រី ដោយសារតួនាទីថែទាំគ្រួសារ។
- សកម្មភាពផ្តល់ព័ត៌មាន អប់រំ និងទំនាក់ទំនង (សម្ភារអប់រំ) នៅកម្រិតសហគមន៍ និងការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង នឹងជួយដោះស្រាយឧបសគ្គពាក់ព័ន្ធនឹងយេនឌ័រក្នុងការស្វែងរកសេវាថែទាំ និងលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពភ្នែកឱ្យបានទាន់ពេលវេលា។
-

b. បរិយាបន្នសម្រាប់ជនមានពិការភាព

ជនមានពិការភាពនៅកម្ពុជា ប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គស្មុគស្មាញជាច្រើនក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក រួមមាន ភាពមិនងាយស្រួលផ្នែកហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត ការរើសអើង(Stigma) ការធ្វើសមាហរណកម្មសេវានៅមានកម្រិត និងការបញ្ចូលជនមានពិការភាពទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមនៅមិនទាន់គ្រប់គ្រាន់។ បញ្ហាគំហើញថយចុះ ក៏ជាកត្តារួមចំណែក និងមានទំនាក់ទំនងជាមួយទម្រង់ពិការភាពផ្សេងៗទៀតផងដែរ។ គម្រោងនឹងដោះស្រាយបរិយាបន្នសម្រាប់ជនមានពិការភាពតាមរយៈ៖

តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែក (សមិទ្ធផលទី១)៖

- សុខភាពភ្នែក ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងគោលនយោបាយ ផែនការ និងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទានប្រកបដោយបរិយាបន្នសម្រាប់ជនមានពិការភាព រួមទាំងកិច្ចសហការជាមួយក្រសួងសង្គមកិច្ច និងភាពបន្សុីគ្នាជាមួយយន្តការគាំពារសង្គម។
- ស្តង់ដាជាតិ ប្រព័ន្ធធានាគុណភាព និងយន្តការនិយ័តកម្ម លើកកម្ពស់ការផ្តល់សេវាដែលងាយស្រួលទទួលបាន មានសុវត្ថិភាព និងមានបរិយាបន្ន ទាំងវិស័យសាធារណៈ និងវិស័យឯកជន។
- ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីអាចប្រមូលព័ត៌មានបែងចែកតាមស្ថានភាពពិការភាព កាន់តែប្រសើរ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការរៀបចំផែនការដែលមានបរិយាបន្ន និងការទទួលខុសត្រូវ។

តាមរយៈការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស (សមិទ្ធផលទី២)៖

- កម្មវិធីអប់រំមុនចូលបម្រើការងារ និងកម្មវិធីអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត រួមបញ្ចូលសមត្ថភាពពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្តល់ការថែទាំប្រកបដោយបរិយាបន្ន ការយល់ដឹងអំពីពិការភាព និងការប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលផ្តោតលើអ្នកជំងឺ។
- យុទ្ធសាស្ត្របែងចែកធនធានមនុស្ស ជួយធ្វើឱ្យសេវាអាចរកបាននៅជិតសហគមន៍កាន់តែប្រសើរ ជាទីកន្លែងដែលជនមានពិការភាពតែងប្រឈមនឹងឧបសគ្គផ្នែកបន្លាស់ទី និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។
- វិធីសាស្ត្រចែករំលែកភារកិច្ច និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកកម្រិតបឋម ជួយពង្រឹងការរកឃើញជំងឺដំបូង និងប្រព័ន្ធបញ្ជូនសម្រាប់ជនដែលមានតម្រូវការច្រើន ឬស្មុគស្មាញ។

តាមរយៈប្រព័ន្ធគាំទ្រ (សមិទ្ធផលទី៣)៖

- ការពិគ្រោះ និងពិនិត្យជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ និងប្រព័ន្ធបញ្ជូនឌីជីថល ជួយកាត់បន្ថយឧបសគ្គផ្នែករូបវន្តក្នុងការទទួលបានសេវាសម្រាប់ជនមានពិការភាព។
- ការកែលម្អហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និងស្តង់ដារឧបករណ៍ គាំទ្រឱ្យបរិយាកាសពិនិត្យនិងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលមានសុវត្ថិភាព មានភាពងាយស្រួលកាន់តែប្រសើរឡើង។

- ប្រព័ន្ធធានាគុណភាព រួមបញ្ចូលយន្តការទទួលមតិយោបល់ពីអ្នកជំងឺ ដើម្បីធានាថាទស្សនៈ និងបទពិសោធន៍របស់ជនមានពិការភាព ត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ការកែលម្អសេវា។

c. វិស័យសមធម៌ផ្សេងៗទៀត

គម្រោងនេះក៏ដោះស្រាយវិសមធម៌ដែលមានលក្ខណៈប្រទាក់ក្រឡាគ្នាផ្សេងៗទៀតផងដែរ រួមមាន ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ភាពក្រីក្រ វ័យ ជាតិសាសន៍ ភាសា និងទីកន្លែងរស់នៅ។ វិធីសាស្ត្រសំខាន់ៗរួមមាន៖

- សមធម៌ផ្នែកភូមិសាស្ត្រ៖ ការផ្ញើផែនទីធនធានមនុស្ស ការបែងចែកមន្ត្រី និងយុទ្ធសាស្ត្ររក្សាទុកមន្ត្រី ផ្តល់អាទិភាពដល់ខេត្តជនបទ និងខេត្តដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់ ខណៈដែលប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល និងគំរូផ្តល់សេវាតាមសហគមន៍ ជួយពង្រីកវិសាលភាពនៃការទទួលបានសេវា។
- សមធម៌ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម៖ ការដាក់បញ្ចូលសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម និងយន្តការហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ជួយកាត់បន្ថយឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ប្រជាជនមានចំណូលទាប។
- សមធម៌ផ្នែកវ័យ៖ គម្រោងពង្រឹងសេវាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងក្រុមមានតម្រូវការខ្ពស់ ដូចជា មនុស្សវ័យចាស់ (ឧ. ជំងឺបាយភ្នែក និងជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក) និងកុមារ (ឧ. កំហុសកំណំរូបភាព និងការពិនិត្យភ្នែកសម្រាប់កុមារវ័យសិក្សា)។
- បរិយាបន្នផ្នែកភាសា និងវប្បធម៌៖ សកម្មភាពចូលរួមជាមួយសហគមន៍ និងសកម្មភាពផ្តល់ព័ត៌មាន អប់រំ និងទំនាក់ទំនង ត្រូវបានកែសម្រួលឱ្យសមស្របនឹងបរិបទមូលដ្ឋាន ដើម្បីលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់សេវាក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចម្រុះ។

d. សមិទ្ធផលកម្រិតប្រព័ន្ធតាមរយៈគោលការណ៍សមធម៌ (Equity as a system outcome)

តាមរយៈការបញ្ជ្រាបការគិតគូរអំពីយេនឌ័រ ពិការភាព និងសមធម៌ទូលំទូលាយទៅក្នុងគោលនយោបាយ ប្រព័ន្ធធនធានមនុស្ស ទិន្នន័យ ហិរញ្ញប្បទាន ការធានាគុណភាព និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ គម្រោងនេះធានាថា សមធម៌មិនពឹងផ្អែកតែលើការកំណត់គោលដៅរយៈពេលខ្លីប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក្លាយជាមុខងារស្នូលមួយនៃប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែករបស់កម្ពុជា។

វិធីសាស្ត្រកម្រិតប្រព័ន្ធនេះ រំពឹងថានឹងនាំឱ្យការទទួលបានសេវា ការប្រើប្រាស់សេវា និងលទ្ធផលសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមធម៌កាន់តែប្រសើរឡើងតាមពេលវេលា ជាពិសេសសម្រាប់ស្ត្រី ជនមានពិការភាព និងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់។

2.5 អ្នកទទួលផល

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក និងសមត្ថភាពធនធានមនុស្ស ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៅកម្រិតជាច្រើនក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែករបស់កម្ពុជា។ ទោះបីគម្រោងនេះមិនផ្តោតលើការផ្តល់សេវាផ្ទាល់ក្នុងទំហំធំក៏ដោយ វិធីសាស្ត្រពង្រឹងប្រព័ន្ធរបស់គម្រោងត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីបង្កើតអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ និងប្រកបដោយនិរន្តរភាពសម្រាប់ប្រជាជនដែលមានហានិភ័យនៃភាពពិការភ្នែក និងបញ្ហាគំហើញថយចុះដែលអាចជៀសវាងបាន ជាពិសេស ស្ត្រី ជនមានពិការភាព និងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់។

ដូច្នេះ អ្នកទទួលផលត្រូវបានចាត់ជាពីរក្រុម គឺ អ្នកទទួលផលផ្ទាល់ (អ្នកដែលចូលរួមដោយផ្ទាល់ជាមួយបទអន្តរាគមន៍របស់គម្រោង) និងអ្នកទទួលផលដោយប្រយោល (អ្នកដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈប្រព័ន្ធ សេវា និងសមត្ថភាពធនធានមនុស្សដែលត្រូវបានកែលម្អ)។

a. អ្នកទទួលផលចម្បង (ដោយប្រយោល – កម្រិតប្រជាជន)

ប្រជាជនដែលមានហានិភ័យនៃភាពពិការភ្នែក និងបញ្ហាគំហើញថយចុះដែលអាចជៀសវាងបាននៅកម្ពុជា ជាពិសេស៖

- ស្ត្រី និងក្មេងស្រី

- ជនមានពិការភាព រួមទាំងអ្នកដែលមានពិការភាពចម្រុះ ឬពិការភាពប្រទាក់ក្រឡាគ្នា
- មនុស្សវ័យចាស់
- កុមារដែលត្រូវការសេវាកែតម្រូវកំហុសកំណុំរូបភាព និងសេវាថែទាំភ្នែកដំបូង
- ប្រជាជនរស់នៅតំបន់ជនបទ តំបន់ដាច់ស្រយាល និងតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់
- គ្រួសារមានចំណូលទាប និងក្រុមប្រជាជនដែលជួបការបាត់បង់ឱកាសក្នុងសង្គម

ក្រុមប្រជាជនទាំងនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដោយប្រយោលតាមរយៈ៖

- លទ្ធភាពមានសេវា គុណភាព និងការបន្តផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកត្រូវបានកែលម្អ
- ឧបសគ្គផ្នែកភូមិសាស្ត្រ និងហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការទទួលបានការថែទាំ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
- ការធ្វើសមាហរណកម្មសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ប្រព័ន្ធគាំពារសង្គម និងប្រព័ន្ធសហគមន៍ ត្រូវបានពង្រឹងកាន់តែប្រសើរ

ក្នុងរយៈពេលវែង គម្រោងនេះរួមចំណែកផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដល់ប្រជាជនទូទាំងប្រទេស ដោយសារផ្នែកអភិបាលកិច្ច សមត្ថភាពធនធានមនុស្ស និងគុណភាពសេវា ត្រូវបានពង្រឹងនិងពង្រីកតាមរយៈប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

b. អ្នកទទួលផលបន្ទាប់បន្សំ (ដោយផ្ទាល់ – កម្រិតប្រព័ន្ធ និងធនធានមនុស្ស)

ស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល និងភាគីប្រតិបត្តិក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

- ក្រសួងសុខាភិបាល រួមទាំងកម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក
- មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ
- ក្រសួងពាក់ព័ន្ធដែលមិនមែនជាវិស័យសុខាភិបាល ដែលចូលរួមក្នុងវិស័យអប់រំ កិច្ចគាំពារសង្គម យេនឌ័រ និងពិការភាព

ភាគីទាំងនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោម ៖

- យន្តការសម្របសម្រួល ការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រង និងការទទួលខុសត្រូវ
- ក្របខណ្ឌគោលនយោបាយ ការរៀបចំផែនការ និងហិរញ្ញប្បទាន
- ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ការចុះអភិបាលកិច្ច ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងប្រព័ន្ធនិយ័តកម្ម

ធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក

- វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសជំងឺភ្នែក
- ចក្ខុមាត្រការី
- ចក្ខុគិលានុបដ្ឋាក-យិកា គិលានុបដ្ឋាកផ្នែកកែតម្រូវកំហុសកំណុំរូបភាព និងចក្ខុមាត្រការី
- វេជ្ជបណ្ឌិតទូទៅ និងមន្ត្រីថែទាំសុខភាពបឋម ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំភ្នែកមូលដ្ឋាន
- មន្ត្រីជីវវេជ្ជសាស្ត្រ (Biomedical) និងមន្ត្រីបច្ចេកទេស ដើរតួនាទីក្នុងការគាំទ្រដល់ឧបករណ៍ និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ

ធនធានមនុស្សទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដោយផ្ទាល់ពី៖

- ការអប់រំមុនចូលបម្រើការងារ និងការទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការត្រូវបានកែលម្អ
- ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ការបង្វឹក និងការចុះអភិបាលកិច្ច
- វិធីសាស្ត្រច្បាស់លាស់ សម្រាប់ការបែងចែកមន្ត្រី ការអភិវឌ្ឍក្នុងអាជីព និងការរក្សាទុកមន្ត្រី
- បរិយាកាសការងារដែលមានសុវត្ថិភាព និងមានឧបករណ៍គ្រប់គ្រាន់

អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ធនធានមនុស្ស នឹងត្រូវបានបែងចែកតាមយេនឌ័រ ក្របខណ្ឌមុខជំនាញ និងទីតាំង ដើម្បីគាំទ្រដល់ការត្រួតពិនិត្យតាមដានដែលផ្តោតលើសមធម៌។

c. អ្នកទទួលផលកម្រិតទីបី (ដោយផ្ទាល់ និងដោយប្រយោល – កម្រិតវិជ្ជាជីវៈ និងសហគមន៍)

- ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល និងស្ថាប័នសិក្សាអប់រំ រួមទាំងសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល និងមន្ទីរពេទ្យបណ្តុះបណ្តាលដែលទទួលស្គាល់គុណភាព ត្រូវបានពង្រឹងតាមរយៈការអភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សា ការទទួលស្គាល់គុណភាព និងសមត្ថភាពបង្រៀន។
- សមាគមវិជ្ជាជីវៈ ជាពិសេសសមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីអភិបាលកិច្ចដែលកាន់តែរឹងមាំ ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត វេទិកាស្រាវជ្រាវ និងនិយ័តកម្មវិជ្ជាជីវៈ។
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកទាំងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីស្តង់ដារដែលកាន់តែច្បាស់លាស់ ក្របខណ្ឌធានាគុណភាព និងការណែនាំផ្នែកនិយ័តកម្ម។
- សហគមន៍ និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការរៀបចំផែនការដែលធ្វើវិមជ្ឈការ សេវាដែលភ្ជាប់ជាមួយការចុះសហគមន៍ ប្រព័ន្ធបញ្ជូន និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានដែលត្រូវបានពង្រឹង។

d. សមធម៌ និងការបែងចែកទិន្នន័យ

គម្រោងនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីធានាថា អត្ថប្រយោជន៍អាចចែកចាយប្រកបដោយសមធម៌នៅគ្រប់ក្រុមប្រជាជន។ នៅពេលប្រព័ន្ធទិន្នន័យអនុញ្ញាត អ្នកទទួលផលនឹងត្រូវបានបែងចែកតាមយេនឌ័រ ពិការភាព វ័យ និងទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ជាពិសេសតាមរយៈ៖
- ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ និងផ្ទាំងតាមដានទិន្នន័យ
- ទិន្នន័យ ផែនទីអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស និងការបែងចែកមន្ត្រី
- យន្តការចុះអភិបាលកិច្ច ការធានាគុណភាព និងការទទួលមតិយោបល់ពីអ្នកជំងឺ

កត្តានេះធានាថា ការកែលម្អលទ្ធភាពមានសេវា និងគុណភាពសេវា អាចត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងកែសម្រួល ដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះវិសមធម៌ដែលបានរកឃើញក្នុងអំឡុងពេលអនុវត្ត។

e. វិសាលភាពនៃអ្នកទទួលផល និងនិរន្តរភាព

ខណៈដែលវិសាលភាពអ្នកទទួលផលផ្ទាល់របស់គម្រោងផ្តោតលើភាគីប្រតិបត្តិក្នុងប្រព័ន្ធ និងធនធានមនុស្ស វិសាលភាពអ្នកទទួលផលដោយប្រយោលនឹងពង្រីកទៅដល់ប្រជាជនទូទាំងប្រទេសតាមពេលវេលា នៅពេលដែលការកែលម្អត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធក្នុងប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ ដោយផ្តោតលើអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្ស និងប្រព័ន្ធគាំទ្រ ជំនួសឱ្យការផ្តល់សេវាដែលមានកំណត់ពេលវេលា គម្រោងធានាថាអត្ថប្រយោជន៍មានលក្ខណៈ៖
- អាចពង្រីកវិសាលភាពបាន តាមរយៈរចនាសម្ព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ
- មាននិរន្តរភាព តាមរយៈការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងគោលនយោបាយ ហិរញ្ញប្បទាន និងប្រព័ន្ធធនធានមនុស្ស
- ប្រកបដោយសមធម៌ តាមរយៈការរៀបចំប្រព័ន្ធ និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានដែលមានភាពច្បាស់លាស់

2.6 ភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រ

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (EHG) មានភាពស៊ីសង្វាក់យ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយផែនការអភិវឌ្ឍន៍ជាតិរបស់កម្ពុជា និងអាទិភាពកំណែទម្រង់វិស័យសុខាភិបាល។ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការដាក់បញ្ចូលការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធ និងប្រព័ន្ធគាំទ្រនានា គម្រោង EHG គាំទ្រដល់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដែលដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល ក្នុងការលើកកម្ពស់គុណភាពសេវា សមធម៌ និងនិរន្តរភាព ព្រមទាំងជំរុញការសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។

a. ភាពស៊ីសង្វាក់ជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រ គោលនយោបាយជាតិ និងក្របខណ្ឌកែលម្អគុណភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល

គម្រោង EHG គាំទ្រ និងអនុវត្តផ្ទាល់នូវយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំខាន់ៗដូចខាងក្រោម៖

- **ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងការបង្ការភាពពិការភ្នែក** (NSP-BPC)
  គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក នឹងពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល ការធានាគុណភាព និងប្រព័ន្ធធនធានមនុស្ស ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការអនុវត្ត NSP-BPC ឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព និងនិរន្តរភាព ព្រមទាំងគាំទ្រដល់ការបង្កើតភស្តុតាង និងការរៀបចំផែនការសម្រាប់ដំណាក់កាលបន្ទាប់។

- **ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទី៤** (HSP4)
  គម្រោងនេះរួមចំណែកដល់អាទិភាពរបស់ HSP4 លើការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ការធ្វើវិមជ្ឈការ គុណភាពសេវា និងសមធម៌ ដោយបញ្ជ្រាបសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងការរៀបចំផែនការ ការចុះអភិបាលកិច្ច ហិរញ្ញប្បទាន និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលប្រចាំថ្ងៃ។

- **ផែនទីបង្ហាញផ្លូវស្តីពីការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល** (UHC)
  តាមរយៈការពង្រឹងផ្នែកធនធានមនុស្ស គុណភាពសេវា និងការធ្វើសមាហរណកម្មប្រព័ន្ធ ព្រមទាំងការគាំទ្រឱ្យដាក់បញ្ចូលសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គម គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ដោះស្រាយឧបសគ្គសំខាន់ៗទាំងផ្នែកផ្គត់ផ្គង់សេវា និងឧបសគ្គផ្សេងៗទៀត (មិនមែនហិរញ្ញវត្ថុ)ចំពោះការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។

- **របៀបវារៈអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សសុខាភិបាល** (HRH)
  គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក មានភាពស៊ីសង្វាក់ជាមួយអាទិភាពជាតិផ្នែកធនធានមនុស្សសុខាភិបាល តាមរយៈការអប់រំមុនចូលបម្រើការងារដែលទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការ ការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ការរៀបចំផែនការធនធានមនុស្ស ការបែងចែកធនធានមនុស្ស និងយុទ្ធសាស្ត្ររក្សាទុកមន្ត្រី ដែលលើកកម្ពស់ការបែងចែកប្រកបដោយសមធម៌។

- **កំណែទម្រង់សុខាភិបាលឌីជីថល និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល**
  ការដាក់បញ្ចូលទិន្នន័យសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានជាតិ រួមជាមួយដំណោះស្រាយសុខាភិបាលឌីជីថល និងការពិគ្រោះ ពិនិត្យជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ គាំទ្ររបៀបវារៈសុខាភិបាលឌីជីថលរបស់កម្ពុជា និងពង្រឹងការសម្រេចចិត្តផ្អែកលើទិន្នន័យ។

- **ក្របខណ្ឌយេនឌ័រ ពិការភាព និងកិច្ចគាំពារសង្គម**
  គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក គាំទ្រការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលអន្តរក្រសួងចំពោះសមធម៌ និងបរិយាបន្ន តាមរយៈការដាក់បញ្ចូលសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងគោលនយោបាយ និងផែនការដែលឆ្លើយតបនឹងយេនឌ័រ មានបរិយាបន្នសម្រាប់ជនមានពិការភាព និងភ្ជាប់ជាមួយកិច្ចគាំពារសង្គម។

b. ភាពស៊ីសង្វាក់ជាមួយការអនុវត្តល្អ

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ឆ្លុះបញ្ចាំងពីការអនុវត្តល្អ តាមរយៈ៖

- **ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងភាពជាម្ចាស់របស់រាជរដ្ឋាភិបាល៖** អនុវត្តក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដោយបញ្ជ្រាបកំណែទម្រង់ទៅក្នុងប្រព័ន្ធថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិដែលមានស្រាប់ ជាជាងបង្កើតរចនាសម្ព័ន្ធឯករាជ្យបន្ថែម។

- **ភាពជាម្ចាស់មូលដ្ឋាន និងការដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធ៖** ការពង្រឹងសមត្ថភាពផ្តោតលើស្ថាប័នជាតិ សមាគមវិជ្ជាជីវៈ និងប្រព័ន្ធនានា ដើម្បីធានានិរន្តរភាពក្រោយពេលបញ្ចប់គម្រោង។

- **ការចូលរួម និងការរៀបចំរួមគ្នា៖** ការរៀបចំ និងការអនុវត្តគម្រោងផ្អែកលើដំណើរការពិគ្រោះយោបល់ និងការសម្របសម្រួលបន្តរវាងរាជរដ្ឋាភិបាល ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល សមាគមវិជ្ជាជីវៈ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

- **ការទទួលខុសត្រូវរួម និងតម្លាភាព៖** ការពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ និងយន្តការធានាគុណភាព គាំទ្រដល់ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទាំងវិស័យសាធារណៈ និងវិស័យឯកជន។
- **និរន្តរភាព និងលទ្ធភាពពង្រីកវិសាលភាព៖** ភាពស៊ីសង្វាក់ជាមួយគោលនយោបាយជាតិ ក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាន និងប្រព័ន្ធធនធានមនុស្ស អនុញ្ញាតឱ្យកំណែទម្រង់អាចពង្រីកវិសាលភាព និងបន្តបានប្រកបដោយនិរន្តរភាពតាមពេលវេលា។

c. ការរួមចំណែកផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្ររបស់គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក បំពេញបន្ថែមនូវគំនិតផ្តួចផ្តើមក្នុងការផ្តល់សេវា ដោយដោះស្រាយមូលដ្ឋានប្រព័ន្ធសម្រាប់ការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក។ តម្លៃយុទ្ធសាស្ត្ររបស់គម្រោងនេះ ស្ថិតនៅក្នុងការពង្រឹងរបៀបដែលសុខភាពភ្នែកត្រូវបានគ្រប់គ្រង កំណត់បទប្បញ្ញត្តិ រៀបចំធនធានមនុស្ស និងត្រួតពិនិត្យតាមដាន ដោយជួយឱ្យមានសេវាសុខភាពភ្នែកដែលមានលក្ខណៈសមាហរណកម្ម ប្រកបដោយសមធម៌ និងមានភាពធន់កាន់តែប្រសើរ ដើម្បីគាំទ្រដល់គោលដៅសុខភាព និងអភិវឌ្ឍន៍រយៈពេលវែងរបស់កម្ពុជា។

3. ការអនុវត្តគម្រោង

3.1 ការគ្រប់គ្រងគម្រោង

a. វិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងរួម

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (EHG) នឹងត្រូវអនុវត្តតាមគំរូគ្រប់គ្រងដែលដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងផ្អែកលើភាពជាដៃគូ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងដែលរឹងមាំ ការសម្រេចចិត្តរួមគ្នា និងភាពជាម្ចាស់របស់ស្ថាប័ន។ ការរៀបចំការគ្រប់គ្រងនឹងផ្អែកលើយន្តការសហការដែលមានស្រាប់ពីគំនិតផ្តួចផ្តើមសុខភាពភ្នែកមុនៗដែលមូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូបានគាំទ្រនៅកម្ពុជា និងត្រូវបានកែសម្រួលឱ្យសមស្របនឹងការផ្តោតលើអភិបាលកិច្ច និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធរបស់គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក។

គម្រោងនេះនឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និងដឹកនាំដោយគណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង ដោយមានការគាំទ្រពីយន្តការសម្របសម្រួលបច្ចេកទេសថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិដែលមានស្រាប់ ខណៈដែលមូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ កម្ពុជា ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស ការគ្រប់គ្រងជំនួយឥតសំណង និងមុខងារលេខាធិការដ្ឋាន។

b. គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង

គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង (PSC) នឹងត្រូវបង្កើតឡើង ដើម្បីផ្តល់ទិសដៅយុទ្ធសាស្ត្រ ការត្រួតពិនិត្យ និងការសម្របសម្រួលកម្រិតខ្ពស់ សម្រាប់គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក។
គណៈគ្រប់គ្រង៖

- គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង នឹងដឹកនាំដោយរដ្ឋលេខាធិការមកពីក្រសួងសុខាភិបាល ឬ
- ដឹកនាំរួមដោយ៖
    - សាស្ត្រាចារ្យ សាផុន វឌ្ឍនៈ សាកលវិទ្យាធិការ នៃសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS) និង
    - សាស្ត្រាចារ្យ ងី ម៉េង ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក (NPEH)

សមាជិកភាព សមាជិកភាពរបស់គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង នឹងរួមមានតំណាងជាន់ខ្ពស់ពី៖

- ក្រសួងសុខាភិបាល (នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធ)
- កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក (NPEH)
- សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS)
- មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត (តាមភាពសមស្រប)
- សមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា (COS)
- សមាគមចក្ខុមាត្រការីកម្ពុជា (OSC)
- ដៃគូរដ្ឋាភិបាល ឬស្ថាប័នសំខាន់ៗផ្សេងទៀត ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្ស ឬការពង្រឹងប្រព័ន្ធ

មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ កម្ពុជា នឹងដើរតួនាទីជាលេខាធិការដ្ឋានរបស់គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង ដោយទទួលខុសត្រូវលើ៖

- កោះប្រជុំ និងរៀបចំឯកសារពាក់ព័ន្ធ
- សម្របសម្រួលសកម្មភាពតាមដានបន្ត
- គាំទ្រការពិភាក្សា និងការសម្រេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង

តួនាទីរបស់គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង៖

- ផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យកម្រិតយុទ្ធសាស្ត្រ និងការណែនាំផ្នែកគោលនយោបាយ

- អនុម័តផែនការការងារប្រចាំឆ្នាំ អាទិភាព និងការកែសម្រួលសំខាន់ៗ
- ធានាឱ្យមានភាពស៊ីសង្វាក់ជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ និងកំណែទម្រង់នានា
- ពង្រឹងការសម្របសម្រួលរវាងស្ថាប័ន និងដៃគូពាក់ព័ន្ធ
- គាំទ្រការទទួលខុសត្រូវចំពោះការសម្រេចបាននូវសមិទ្ធផលគម្រោង

គណៈកម្មការដឹកនាំគម្រោង នឹងប្រជុំតាមកាលវិភាគដែលបានកំណត់ ហើយអាចកោះប្រជុំបន្ថែមតាមការចាំបាច់។

c. តួនាទីរបស់ដៃគូរដ្ឋាភិបាល និងស្ថាប័នសំខាន់ៗ

ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH)

ក្រសួងសុខាភិបាល ផ្តល់ការដឹកនាំ និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងរួមសម្រាប់គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក។ តាមរយៈនាយកដ្ឋាន និងវេទិកាសម្របសម្រួលរបស់ខ្លួន ក្រសួងសុខាភិបាលនឹង៖

- ដឹកនាំដំណើរការអភិបាលកិច្ច និងគោលនយោបាយសុខភាពភ្នែកថ្នាក់ជាតិ
- អនុម័តស្តង់ដា គោលការណ៍ណែនាំ ផែនការ និងក្របខណ្ឌនិយ័តកម្ម
- ធានាឱ្យសុខភាពភ្នែកត្រូវបានធ្វើសមាហរណកម្មទៅក្នុងកំណែទម្រង់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល យន្តការហិរញ្ញប្បទាន និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល

កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក (NPEH)

កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក គឺជាអង្គភាពដឹកនាំផ្នែកបច្ចេកទេសសម្រាប់វិស័យសុខភាពភ្នែក និងមានតួនាទីស្នូលក្នុងការ៖

- សម្របសម្រួលផ្នែកបច្ចេកទេសប្រចាំថ្ងៃ និងត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តគម្រោង
- កោះប្រជុំ និងដឹកនាំក្រុមការងារបច្ចេកទេសថ្នាក់ជាតិ
- ណែនាំដំណើរការរៀបចំផែនការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការធានាគុណភាព និងគំនិតផ្តួចផ្តើមផ្នែកនិយ័តកម្ម
- សម្របសម្រួលជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក

សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS)

សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល ដឹកនាំរបៀបវារៈអប់រំ និងការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស រួមមាន៖

- ពង្រឹងការអប់រំមុនចូលបម្រើការងារ និងគន្លងទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការ
- កែលម្អគុណភាពការបង្រៀន កម្មវិធីសិក្សា និងប្រព័ន្ធវាយតម្លៃ
- គាំទ្របណ្តាញបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកគ្លីនិក និងទីតាំងបង្រៀនដែលធ្វើវិមជ្ឈការ
- រួមចំណែកផ្តល់ការដឹកនាំផ្នែកសិក្សាអប់រំ ក្នុងកិច្ចពិភាក្សាអំពីកំណែទម្រង់ធនធានមនុស្ស និងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល

d. តួនាទីរបស់មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ កម្ពុជា

មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ កម្ពុជា ទទួលខុសត្រូវលើ៖

- ការសម្របសម្រួលគម្រោងទាំងមូល ការគ្រប់គ្រងមូលនិធិ និងការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ
- ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសលើផ្នែកអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្ស គុណភាព និងប្រព័ន្ធនានា
- គាំទ្រភាពជាដៃគូ និងការសម្របសម្រួលរវាងរាជរដ្ឋាភិបាល ស្ថាប័នសិក្សាអប់រំ ស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល
- ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការរាយការណ៍ ការរៀនសូត្រ និងការគ្រប់គ្រងតាមបែបបត់បែន

មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ កម្ពុជា នឹងធ្វើការតាមរយៈ និងជាមួយប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដោយជៀសវាងការរៀបចំយន្តការអនុវត្តដាច់ដោយឡែក។

e. តួនាទីរបស់ក្រុមការងារបច្ចេកទេសរបស់មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក នឹងផ្តល់អាទិភាពដល់ការប្រើប្រាស់ជំនាញបច្ចេកទេសថ្នាក់ជាតិ និងមូលដ្ឋាន សម្រាប់ការរៀបចំ ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យគម្រោង ស្របតាមការប្តេជ្ញារបស់គម្រោងចំពោះភាពជាម្ចាស់របស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងការអភិវឌ្ឍដែលដឹកនាំដោយមូលដ្ឋាន។

ក្រុមការងារបច្ចេកទេស (CSN) និងអ្នកជំនាញបច្ចេកទេសដែលមានមូលដ្ឋាននៅការិយាល័យកណ្តាលរបស់មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ នឹងត្រូវបានអញ្ជើញឱ្យចូលរួមតាមតម្រូវការ នៅពេលមានជំនាញឯកទេសចាំបាច់ដែលមិនអាចរកបានគ្រប់គ្រាន់នៅកម្រិតប្រទេស។ ការគាំទ្រនេះអាចរួមមានជំនួយគោលដៅលើផ្នែកអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ការស្វែងរកកិច្ចគាំទ្រ ជំនាញបច្ចេកទេសផ្នែកចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ ការទទួលស្គាល់គុណភាពធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល និងសមធម៌ និងបរិយាបន្ន។

ការគាំទ្រពីការិយាល័យកណ្តាល និងបណ្តាញគាំទ្រប្រទេស នឹងត្រូវបានផ្តល់ជាតួនាទីផ្តល់យោបល់ និងបំពេញបន្ថែម ដោយមានគោលបំណងសំខាន់ៗដូចខាងក្រោម៖

- បំពេញចន្លោះខ្វះខាតផ្នែកបច្ចេកទេសដែលបានកំណត់
- ផ្តល់ការធានាគុណភាព និងការពិនិត្យពិភាក្សារវាងមិត្តរួមវិជ្ជាជីវៈ នៅដំណាក់កាលសំខាន់ៗ
- ចែករំលែកមេរៀនបទពិសោធន៍ជាសកល និងបទពិសោធន៍ឆ្លងប្រទេសដែលពាក់ព័ន្ធ

មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូ កម្ពុជា នឹងសម្របសម្រួលការចូលរួមណាមួយបែបនេះ ដើម្បីធានាថាធាតុចូលបច្ចេកទេសពីខាងក្រៅនៅតែស៊ីសង្វាក់ជាមួយអាទិភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ពង្រឹងសមត្ថភាពមូលដ្ឋាន និងមិនបង្កើតរចនាសម្ព័ន្ធសម្រេចចិត្ត ឬអនុវត្តដាច់ដោយឡែក។

f. ស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត

- សមាគមគ្រូពេទ្យភ្នែកកម្ពុជា (Cambodian Ophthalmological Society – COS) និង សមាគមចក្ខុមាត្រការីកម្ពុជា (Optometry Society of Cambodia – OSC) នឹងចូលរួមគាំទ្រដល់ ការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈជាបន្តបន្ទាប់ (CPD) អភិបាលកិច្ចគ្លីនិក ក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ និងការរៀនសូត្រពីគ្នាទៅវិញទៅមកក្នុងចំណោមអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ (Peer Learning)។
- អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល (NGOs) និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ នឹងត្រូវបានចូលរួមតាមរយៈ យន្តការសម្របសម្រួល ដើម្បីធានាឱ្យសកម្មភាពរបស់ភាគីពាក់ព័ន្ធមានភាពស្របគ្នា កាត់បន្ថយការធ្វើសកម្មភាពស្ទួនគ្នា និងគាំទ្រដល់ អាទិភាពជាតិ និងទិសដៅអភិវឌ្ឍន៍វិស័យសុខាភិបាលរបស់កម្ពុជា។

g. ការចូលរួមជាមួយអង្គការដែលផ្អែកលើសិទ្ធិមនុស្ស (Rights-Based Organisations)

គម្រោងនឹងចូលរួម និងសហការជាមួយ អង្គការស្ត្រី និងអង្គការតំណាងជនមានពិការភាព (Disabled People's Organisations – DPOs) តាមរយៈ ការពិគ្រោះយោបល់ និងយន្តការសម្របសម្រួល ជាពិសេសក្នុងគោលបំណង៖

- ផ្តល់ធាតុចូលសម្រាប់កិច្ចសន្ទនាគោលនយោបាយ និងការកែទម្រង់ប្រព័ន្ធ ដើម្បីធានាថាទស្សនៈ និងតម្រូវការរបស់ក្រុមប្រជាជនពាក់ព័ន្ធ ត្រូវបានយកមកពិចារណានៅក្នុងការរៀបចំ និងអនុវត្តគោលនយោបាយ និងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។
- ពង្រឹងការគិតគូរអំពីបរិយាបន្ន ភាពងាយស្រួលក្នុងការទទួលបានសេវា និងគុណភាពសេវា ដើម្បីធានាថាសេវាសុខភាពភ្នែកអាចទទួលបាន និងប្រើប្រាស់បានដោយមនុស្សគ្រប់រូប រួមទាំងស្ត្រី និងជនមានពិការភាព។

- លើកកម្ពស់ និងពង្រឹងការបង្ហាញទស្សនៈរបស់ស្ត្រី និងជនមានពិការភាព នៅក្នុងដំណើរការអភិបាលកិច្ច និងការសម្រេចចិត្ត ដើម្បីឱ្យសំឡេង បទពិសោធន៍ និងតម្រូវការរបស់ពួកគេត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងក្នុងការរៀបចំ និងអនុវត្តប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

h. ការសម្រេចចិត្ត ការសម្របសម្រួល និងការគ្រប់គ្រងបែបបត់បែន

ការសម្រេចចិត្តផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រ នឹងត្រូវបានដឹកនាំ និងណែនាំដោយ គណៈកម្មាធិការដឹកនាំគម្រោង (Project Steering Committee) ខណៈដែល ការសម្របសម្រួលផ្នែកបច្ចេកទេស និងប្រតិបត្តិការ នឹងត្រូវអនុវត្តតាមរយៈវេទិកា និងយន្តការដែលមានស្រាប់នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។

ដំណើរការរៀបចំផែនការ ការតាមដានត្រួតពិនិត្យ និងការពិនិត្យឆ្លុះបញ្ចាំងជាប្រចាំ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីគាំទ្រ ការគ្រប់គ្រងបែបបត់បែន ដែលអនុញ្ញាតឱ្យគម្រោងអាចកែសម្រួលវិធីសាស្ត្រ និងសកម្មភាពឱ្យឆ្លើយតបបានទាន់ពេលវេលាចំពោះតម្រូវការ និងការផ្លាស់ប្តូររបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ខណៈពេលដែលនៅតែរក្សាឱ្យមាន ភាពស្របគ្នាជាមួយគោលបំណង និងលទ្ធផលដែលបានព្រមព្រៀងគ្នារបស់គម្រោង។

3.2 និរន្តរភាព

និរន្តរភាព គឺជាគោលការណ៍ស្នូលមួយដែលគាំទ្រដល់ការរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធ និងការអនុវត្តគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (Eye Health Governance – EHG)។ គម្រោងអនុវត្ត វិធីសាស្ត្រពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយធានាថា ការកែលម្អក្នុងផ្នែក អភិបាលកិច្ច សមត្ថភាពធនធានមនុស្ស និងប្រព័ន្ធគាំទ្រដែលអំណោយផល ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងស្ថាប័ន និងគោលនយោបាយជាតិ ហើយអាចបន្តដំណើរការបានក្រោយពេលបញ្ចប់ការគាំទ្រថវិកាពីគម្រោង។

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក កំណត់និយមន័យនៃ និរន្តរភាព មិនមែនផ្តោតតែលើការបន្តសកម្មភាពរបស់គម្រោងប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែផ្តោតលើ សមត្ថភាពរយៈពេលវែងរបស់ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែក ក្នុងការដំណើរការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព សមធម៌ និងការឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់ប្រជាជន ក្រោមការដឹកនាំរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

a. និរន្តរភាពផ្នែកស្ថាប័ន និងប្រព័ន្ធ

យុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់បំផុតសម្រាប់ធានានិរន្តរភាពរបស់គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក គឺការដាក់បញ្ចូល និងធ្វើឱ្យការងារក្លាយជាផ្នែកមួយនៃស្ថាប័នរដ្ឋ ផែនការ និងគោលនយោបាយរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ព្រមទាំងការកសាង ភាពជាម្ចាស់របស់រាជរដ្ឋាភិបាល និង

ឆន្ទៈនយោបាយ ឱ្យកាន់តែរឹងមាំ។

គម្រោងនឹងអនុវត្តការងារតាមរយៈ រចនាសម្ព័ន្ធ និងយន្តការរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលដែលមានស្រាប់ ជាពិសេស ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក (National Program for Eye Health – NPEH) មន្ទីរសុខាភិបាលនៃរដ្ឋបាលខេត្ត និងសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS) ជំនួសឱ្យការបង្កើតយន្តការអនុវត្តដាច់ដោយឡែក ឬស្របគ្នាជាមួយប្រព័ន្ធរដ្ឋាភិបាលដែលមានស្រាប់។

និរន្តរភាពនឹងត្រូវបានគាំទ្រតាមរយៈ៖

- ការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល និងមុខងារគ្រប់គ្រងតាមបទប្បញ្ញត្តិ ដែលជាអាណត្តិ និងភារកិច្ចស្នូលរបស់ស្ថាប័នរដ្ឋ។
- ការដាក់បញ្ចូលការរៀបចំផែនការសុខភាពភ្នែក ការត្រួតពិនិត្យ និងគាំទ្រការអនុវត្ត ការធានាគុណភាព និងការតាមដានត្រួតពិនិត្យ ទៅក្នុងប្រព័ន្ធ និងដំណើរការការងារប្រចាំរបស់ស្ថាប័នរដ្ឋ។
- ការគាំទ្រគន្លងអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលដែលមានការទទួលស្គាល់ ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ និងយន្តការរៀបចំផែនការធនធានមនុស្ស ដែលអាចបន្តដំណើរការបានដោយខ្លួនឯង ក្រោយពេលបញ្ចប់ការគាំទ្រពីគម្រោង។

តាមរយៈការពង្រឹង ស្ថាប័ន គោលនយោបាយ ស្តង់ដារ និងប្រព័ន្ធ គម្រោងនឹងជួយធានាថា អត្ថប្រយោជន៍ និងសមត្ថភាពដែលបានកសាងឡើងនឹងបន្តមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងរយៈពេលវែង ទោះបីជាការគាំទ្រពីខាងក្រៅត្រូវបានកាត់បន្ថយជាបន្តបន្ទាប់ក៏ដោយ។

b. និរន្តរភាពផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងសេដ្ឋកិច្ច (Financial and Economic Sustainability)

គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (EHG) គាំទ្រដល់ការធានា និរន្តរភាពផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ តាមរយៈការលើកកម្ពស់៖

- ការរួមបញ្ចូលអាទិភាពសុខភាពភ្នែក ទៅក្នុងការរៀបចំផែនការ និងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាននៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។
- ការធ្វើឱ្យសុខភាពភ្នែកមានភាពស្របគ្នាជាមួយយន្តការការពារសង្គមក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងយន្តការហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលទូលំទូលាយ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមធម៌ និងនិរន្តរភាព។
- ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាព និងផលចំណេញពីការវិនិយោគ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ការដាក់ពង្រាយធនធានមនុស្សឱ្យស្របតាមតម្រូវការសេវា និងការគ្រប់គ្រង ថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលា។

ជំនួសឱ្យការបង្កើត ចំណាយប្រចាំដែលត្រូវពឹងផ្អែកលើគម្រោងជាបន្តបន្ទាប់ គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក មានគោលបំណងកាត់បន្ថយភាពមិនប្រសើរនៃការប្រើប្រាស់ធនធាន និងការខាតបង់ដែលអាចជៀសវាងបាន ព្រមទាំងការពារ និងបង្កើនតម្លៃនៃការវិនិយោគដែលមានស្រាប់។ វានឹងជួយឱ្យរាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ អាចបន្តផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងចំណាយសមស្របជាងមុនក្នុងរយៈពេលវែង។

និរន្តរភាពផ្នែកធនធានមនុស្ស និងសមត្ថភាព (Workforce and Capacity Sustainability)

លទ្ធផលប្រកបដោយនិរន្តរភាពនឹងត្រូវបានធានាបន្ថែម តាមរយៈ ការដាក់បញ្ចូលការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សទៅក្នុងប្រព័ន្ធស្ថាប័ន រួមមាន៖

- ការអប់រំមុនចូលបម្រើវិជ្ជាជីវៈ និងគន្លងនៃការទទួលស្គាល់គុណភាព និងការអនុម័តតាមស្តង់ដារវិជ្ជាជីវៈ ដែលមានលក្ខណៈផ្លូវការ និងច្បាស់លាស់។
- ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត (CPD) ការណែនាំ និងគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធន៍ (Mentoring) និងការត្រួតពិនិត្យ និងគាំទ្រការអនុវត្តការងារ (Supervision) ដើម្បីពង្រឹង និងរក្សាសមត្ថភាពវិជ្ជាជីវៈបន្ត ។
- យន្តការរៀបចំផែនការធនធានមនុស្ស ការដាក់ពង្រាយ និងការរក្សាបុគ្គលិកឱ្យបន្តបម្រើការងារ ដែលមានភាពស្របគ្នាជាមួយតម្រូវការនៃការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលជាតិ និងតម្រូវការសុខភាពភ្នែកនៅតំបន់ផ្សេងៗ។

វិធានការទាំងនេះនឹងគាំទ្រដល់ការកសាង ធនធានមន្ត្រីសុខាភិបាលប្រកបដោយសមត្ថភាព និងត្រូវបានបែងចែកប្រកបដោយសមធម៌ ដើម្បីធានា គុណភាពនៃការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក បានដោយខ្លួនឯង មិនចាំបាច់ពឹងផ្អែកជំនួយបច្ចេកទេសពីខាងក្រៅ។

c. យុទ្ធសាស្ត្របញ្ចប់គម្រោង និងការទទួលខុសត្រូវបន្ត (Exit and Transition Strategy)

គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (EHG) មិនពឹងផ្អែកលើការអនុវត្ត «យុទ្ធសាស្ត្របញ្ចប់គម្រោង» (Exit Strategy) ដែលធ្វើឡើងភ្លាមៗ ឬតាមលំដាប់ជាដំណាក់កាលត្រង់តែមួយនោះទេ។ ផ្ទុយទៅវិញ គម្រោងនឹងអនុវត្ត ការផ្លាស់ប្តូរទំនួលខុសត្រូវជាបណ្តើរៗ ដោយនៅពេលប្រព័ន្ធ និងស្ថាប័នរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលមានភាពរឹងមាំ និងដៃគូពាក់ព័ន្ធមានសមត្ថភាពកាន់តែប្រសើរ ពួកគេនឹងបន្តកិច្ចការជាមួយការទទួលខុសត្រូវពេញលេញលើមុខងារដែលត្រូវបានពង្រឹង។

ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេសពី The Foundation Cambodia នឹងត្រូវបានដកថយជាបណ្តើរៗ ស្របតាមការកសាងសមត្ថភាព និងការរីកចម្រើននៃប្រព័ន្ធ និងស្ថាប័ន។ ដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃគម្រោង នឹងផ្តោតជាចម្បងលើ ការពង្រឹង និងធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធមានស្ថិរភាព ការផ្ទេរភារកិច្ច និងទំនួលខុសត្រូវ និងការរៀបចំផែនការធានានិរន្តរភាព។

នៅចុងបញ្ចប់នៃគម្រោង ប្រព័ន្ធស្នូលសម្រាប់អភិបាលកិច្ច ការអភិវឌ្ឍ និងគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព និងប្រព័ន្ធព័ត៌មាន នឹងត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការ និងអនុវត្តជាផ្នែកមួយនៃ ការងារប្រចាំរបស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរដ្ឋ ដោយកាត់បន្ថយការពឹងផ្អែកលើការគាំទ្រពីគម្រោង និងធានាឱ្យមានការបន្តអនុវត្តប្រកបដោយនិរន្តរភាព។

3.3 ក្របខ័ណ្ឌផែនការសកម្មភាព និងថិរវេលានៃគម្រោង

សំគាល់៖ ការរៀបចំផែនការអនុវត្តលម្អិត នឹងត្រូវបានរៀបចំបន្ថែមតាមរយៈកិច្ចព្រមព្រៀងជាដៃគូ (PAs) រួមទាំងការបញ្ជាក់អំពីតួនាទីរបស់ដៃគូ លំដាប់លំដោយនៃការអនុវត្ត វិសាលភាពភូមិសាស្ត្រ និងវិធីសាស្ត្រអនុវត្តសកម្មភាពនៅតាមកម្រិតនីមួយៗ។ បន្ថែមពីនេះ ផែនការស្វែងរកការគាំទ្រជាក់លាក់ ជាអាទិភាព និងផែនការនានា នឹងត្រូវបានរៀបចំឡើងក្នុងអំឡុងពេលអនុវត្ត ដើម្បីតម្រង់ទិសការចូលរួមពីភាគីពាក់ព័ន្ធ ការស្វែងការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងដំណើរការដែលមានផលជះវិជ្ជមានលើគោលនយោបាយ។

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។							
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ *នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។*							
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក ៖	សកម្មភាព	សម្មតិកម្ម៖ *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុកដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	រយៈពេល៖ Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
សមិទ្ធផលទី១៖ អភិបាលកិច្ច ការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រង ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីលើកម្ពស់ការរៀបចំផែនការ ការកំណត់បទប្បញ្ញត្តិ (ក្រមប្រតិបត្តិវិជ្ជាជីវៈ) គុណភាព និងការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ក្នុងវិស័យសុខភាពភ្នែក។							
លទ្ធផលរំពឹងទុក ១.១៖ យន្តការសម្របសម្រួល និងការដឹកនាំ-គ្រប់គ្រងវិស័យសុខភាពភ្នែកនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ត្រូវបានពង្រឹងក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។	រៀបចំផែនទីចេនាសម្ព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាពភ្នែកពីក្រសួងសុខាភិបាល មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងបញ្ជាក់ខ្សែសង្វាក់ការទទួលខុសត្រូវឱ្យបានច្បាស់លាស់។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - សកម្មភាពទាំងនេះនឹងពង្រឹងយន្តការសម្របសម្រួល ដោយសារក្រសួងសុខាភិបាល កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក និងមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត មានឆន្ទៈក្នុងការកំណត់តួនាទីឱ្យមានលក្ខណៈផ្លូវការ ចូលរួមក្នុងក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងចូលរួមក្នុងដំណើរការសម្របសម្រួល និងពិចារណាឆ្លុះបញ្ចាំងជាប្រចាំ។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការបង្រឹងកិច្ចសម្របសម្រួល និងអភិបាលកិច្ចដឹកនាំ នឹងកែលម្អអភិបាលកិច្ច និងគណនេយ្យភាព ព្រោះថាអាណត្តិប្រកបដោយភាពច្បាស់លាស់ កិច្ចសម្របសម្រួលទៀងទាត់ និងការឆ្លុះបញ្ចាំងដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធច្បាស់លាស់ នឹងជួយឱ្យការរៀបចំផែនការ ការតាមដាន និងការកែតម្រូវសកម្មភាព ប្រកបដោយប្រៀបភាពនៅគ្រប់កម្រិតទាំងថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។.					
	រៀបចំក្របខណ្ឌនៃការទទួលខុសត្រូវ (TORs) និងផែនការសកម្មភាពប្រចាំឆ្នាំ សម្រាប់អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខភាពភ្នែក (Eye Health Sub-TWG) / រចនាសម្ព័ន្ធអភិបាលកិច្ច នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ តាមរយៈសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់។						
	ប្រជុំពិនិត្យឡើងវិញប្រចាំឆ្នាំ (Annual Review) លើផែនការសកម្មភាពរបស់អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេស នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។						
	ដំណើរការប្រជុំសម្របសម្រួលជាប្រចាំរបស់អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខភាពភ្នែក ដើម្បីធានាបាននូវភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា និងការត្រួតពិនិត្យបច្ចេកទេសនៅថ្នាក់ជាតិ ព្រមទាំងការធ្វើសមាហរណកម្ម ទៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ។						
	រៀបចំកិច្ចប្រជុំឆ្លុះបញ្ចាំង និងរៀបចំផែនការប្រចាំឆ្នាំ ដើម្បីពិនិត្យមើលវឌ្ឍនភាព កំណត់បញ្ហាប្រឈម ព្រមព្រៀងលើវិធានការដោះស្រាយ/កាត់បន្ថយហានិភ័យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផែនការការងារប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់។						

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។							
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ ***នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។***							
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	**សកម្មភាព**	**សម្មតិកម្ម៖** *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុក ដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	**រយៈពេល៖ Y1**	**Y2**	**Y3**	**Y4**	**Y4**
លទ្ធផលរំពឹងទុក ១.២៖ អាទិភាពសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុង គោលនយោបាយ ផែនការ និងក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាន របស់រាជរដ្ឋាភិបាល (ក្នុងវិស័យពាក់ព័ន្ធ រួមមាន សុខាភិបាល អប់រំ កិច្ចគាំពារសង្គម យេនឌ័រ និងពិការភាព)។	រៀបចំវេទិកាអន្តរវិស័យ (ក្រសួងកិច្ចការនារី-MoWA, ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា-MoEYS, ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា/ក្រុមប្រឹក្សាសកម្មភាពជនពិការ-MoSVY/DAC, ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ-MoLVT, ក្រសួងសាធារណការ និងដឹកជញ្ជូន-MPWT និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍) ដើម្បីបញ្ជ្រាបការងារសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងកម្រិតជាតិ។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - ការសន្ទនាស្តីពីគោលនយោបាយ ការគាំទ្រដល់ការរៀបចំផែនការ និងសកម្មភាពស្វែងរកការគាំទ្រ នឹងនាំទៅដល់ការបញ្ចូលសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធរួម ពីព្រោះក្រសួង និងដៃគូពាក់ព័ន្ធបានទទួលស្គាល់ថា សុខភាពភ្នែកគឺស្របទៅនឹងអាទិភាពនៃវិស័យសុខាភិបាល អប់រំ កិច្ចគាំពារសង្គម យេនឌ័រ និងពិការភាព។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការបញ្ចូលសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងគោលនយោបាយ និងការបែងចែកថវិកា នឹងពង្រឹងអភិបាលកិច្ចប្រព័ន្ធ ពីព្រោះការបញ្ចូលទៅក្នុងអាណត្តិផ្លូវការ និងថវិការដ្ឋ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការអនុវត្តប្រកបដោយចីរភាព បន្ទាប់ពីការគាំទ្រពីគម្រោងត្រូវបានបញ្ចប់។					
	ពិនិត្យឡើងវិញ និងធ្វើសមាហរណកម្មសេវាសុខភាពភ្នែក ទៅក្នុងសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ (CPA) និងកញ្ចប់សេវាសកម្មភាពអប្បបរមា (MPA) តាមរយៈកិច្ចប្រជុំសិក្ខាសាលា និងការបណ្តុះបណ្តាល នៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យ។						
	រៀបចំ និងបង្ហាញលទ្ធផលករណីសិក្សានៃការវិនិយោគលើសុខភាពភ្នែក (Eye health investment cases) និងឯកសារសង្ខេបគោលនយោបាយ (Policy briefs) ដើម្បីទាក់ទាញការចូលរួមពីក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ (MEF) និងស្វែងរកការគាំទ្រដើម្បីទទួលបានជួរថវិកាផ្ទាល់ខ្លួន (Dedicated budget lines) នៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងថ្នាក់ឃុំ-សង្កាត់។						
	ការស្វែងរកការគាំទ្រ គឺដើម្បីបញ្ជ្រាបសេវាសុខភាពភ្នែកបន្ថែម (ដូចជា វ៉ែនតា) ទៅក្នុងបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម/គាំពារសង្គម (ដូចជា មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល-HEF / បេឡាជាតិសន្តិសុខសង្គម-NSSF) ដើម្បីពង្រឹងកិច្ចគាំពារហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ក្រុមងាយរងគ្រោះ។						
	ធ្វើកិច្ចសម្របសម្រួលជាប្រចាំជាមួយដៃគូអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល (NGOs) និងរាជរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីពង្រឹងការធ្វើសមាហរណកម្ម សុខភាពភ្នែកទៅក្នុងគោលនយោបាយជាតិ។						
	ធ្វើការស្វែងរកការគាំទ្រជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងការរៀបចំការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មាន តាមរយៈព្រឹត្តិការណ៍ជាតិសំខាន់ៗ (ឧទាហរណ៍៖ ទិវាសុខភាពភ្នែកពិភពលោក -WSD, ទិវានារីអន្តរជាតិ-IWD, ទិវាកុមារ) ដើម្បីរក្សានិរន្តរភាពនៃភាពមើលឃើញ (Visibility) និងការប្តេជ្ញាចិត្តឆ្លងវិស័យ។						

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។							
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ ***នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។***							
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	**សកម្មភាព**	**សម្មតិកម្ម៖** *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុក ដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	**រយៈពេល៖**				
			Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
លទ្ធផលរំពឹងទុក ១.៣៖ ការធ្វើផែនការ ការចុះអភិបាលកិច្ច និងការត្រួតពិនិត្យ តាមដានលទ្ធផលការងារ ផ្នែកសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានរៀបចំឱ្យមានស្តង់ដាររួម និងបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។	ធ្វើការវាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិ (ឧទាហរណ៍៖ ការអង្កេតរហ័ស RAAB និងការវាយតម្លៃសុខភាពភ្នែក ECSAT និង RESAT របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក/WHO) ដើម្បីពង្រឹងភស្តុតាងជាមូលដ្ឋាន និងគាំទ្រដល់ការផ្សព្វផ្សាយលទ្ធផលវាយតម្លៃ ដើម្បីជះឥទ្ធិពលដល់ដំណើរការរៀបចំផែនការ និងការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយសំខាន់ៗ។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - ការវាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិ ការអភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រ ការចុះ ត្រួតពិនិត្យ/តម្រង់ទិស និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធទិន្នន័យ នឹងធ្វើឱ្យការរៀបចំផែនការ និងការតាមដានមានស្តង់ដាររួមមួយ ពីព្រោះប្រព័ន្ធរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីបុគ្គលិកមានសមត្ថភាព និងឆន្ទៈក្នុងការយកឧបករណ៍ សូចនាករ និងវិធីសាស្ត្រចុះកាត់ត្រួតពិនិត្យរួមមកអនុវត្ត។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការរៀបចំផែនការ និងការតាមដានប្រកបដោយស្តង់ដាររួម នឹងកែលម្អអភិបាលកិច្ច និងគណនេយ្យភាព ពីព្រោះទិន្នន័យ ការចុះត្រួតពិនិត្យ/តម្រង់ទិស និងព័ត៌មានត្រឡប់ដែលមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា នឹងជួយគាំទ្រដល់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង និងការគ្រប់គ្រងសមិទ្ធកម្ម។.					
	ពិនិត្យឡើងវិញនូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់គ្រប់គ្រងនិងបង្ការភាពពិការភ្នែក (NSP-BPC) ឆ្នាំ២០២១-២០៣០ និងតាក់តែងសេចក្តីព្រាងយុទ្ធសាស្ត្រដំណាក់កាលបន្ទាប់ឆ្នាំ២០៣១+ ដោយមានអាទិភាព និងទិសដៅអនុវត្តច្បាស់លាស់។						
	គាំទ្រដល់ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្នាក់ជាតិ និងការអនុវត្តផែនទីបង្ហាញផ្លូវ (Roadmaps) នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ។						
	ការចុះអភិបាលកិច្ច គាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំ (ដោយក្រសួងសុខាភិបាល/MoH, មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត/PHD, ការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិ/OD) ដោយផ្តោតលើការតម្រង់ទិស (Coaching) និងការកែលម្អប្រសិទ្ធភាពការងារ។						
	ការធ្វើសមាហរណកម្ម សូចនាករសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS)/DHIS-2 និងប្រព័ន្ធមូលដ្ឋានទិន្នន័យសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ព្រមទាំងប្រើប្រាស់ផ្ទាំងគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ (Dashboards) សម្រាប់ការតាមដានត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ ការរៀបចំផែនការរួម និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត។						
	រៀបចំ និងដាក់ឱ្យអនុវត្តនូវនីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ (SOPs) ធ្វើការតាមដានត្រួតពិនិត្យនៅមូលដ្ឋានផ្ទាល់ (Field monitoring) និងកសាងសមត្ថភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យជាប្រចាំនៅគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់។						
លទ្ធផលរំពឹងទុក ១.៤៖ ប្រព័ន្ធធានាគុណភាពថ្នាក់ជាតិ ការគ្រប់គ្រងផ្នែកគ្លីនិក និងបទប្បញ្ញត្តិ(ក្រមប្រតិបត្តិវិជ្ជាជីវៈ) / ការ	ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពស្តង់ដារថែទាំព្យាបាលថ្នាក់ជាតិ នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ (SOPs) និងគោលការណ៍ណែនាំ CPA/MPA ដែលពាក់ព័ន្ធ ឱ្យស្របតាមភស្តុតាងបែបវិទ្យាសាស្ត្រសកល និងអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ព្រមទាំងធ្វើការផ្សព្វផ្សាយ។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពស្តង់ដារ ការពង្រឹងការធានាគុណភាព/ការកែលម្អគុណភាព (QA/QI) ទៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងការចូលរួមជាមួយស្ថាប័នបញ្ញត្តិ/និយ័តករ នឹងកែលម្អការត្រួតពិនិត្យ និងការគ្រប់គ្រង ពីព្រោះអ្នកផ្តល់សេវាទាំងរដ្ឋ និង					

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។							
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ *នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។*							
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	សកម្មភាព	សម្មតិកម្ម៖ *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុកដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	រយៈពេល៖				
			Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
ត្រួតពិនិត្យ សេវាសុខភាពភ្នែកក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ត្រូវបានពង្រឹង។	ពង្រឹង និងធ្វើសមាហរណកម្ម ប្រព័ន្ធធានាគុណភាព និងការកែលម្អគុណភាព (QA/QI) សុខភាពភ្នែក ទៅក្នុងប្រព័ន្ធ QA/QI ថ្នាក់ជាតិនៃក្រសួងសុខាភិបាល (រួមមាន ឧបករណ៍វាស់វែង សូចនាករ សវនកម្មថែទាំព្យាបាល និងការវាយតម្លៃដោយរៀមច្បង/មិត្តរួមការងារ) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល កិច្ចប្រជុំ ការតម្រង់ទិស (Coaching) និងសិក្ខាសាលា ព្រមទាំងអនុវត្តឧបករណ៍កែលម្អគុណភាពជាបន្តបន្ទាប់នៅកម្រិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។	ឯកជន ទទួលស្គាល់ស្តង់ដារជាតិ ហើយចូលរួមក្នុងដំណើរការធានាគុណភាព និងដំណើរការប្បញ្ញត្តិ។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការពង្រឹងការធានាគុណភាព និងបទប្បញ្ញត្តិ នឹងកែលម្អអភិបាលកិច្ច និងគុណភាពសេវា ពីព្រោះស្តង់ដារប្រកបដោយភាពច្បាស់លាស់ យន្តការត្រួតពិនិត្យពិនិត្យមើលខុសត្រូវ និងគណនេយ្យភាព គឺជាជម្រុញឱ្យការអនុវត្តគ្លីនិកកាន់តែមានសុវត្ថិភាព និងមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាកាន់តែប្រសើរ។					
	ចាត់តាំងមន្ត្រីផ្នែកលើកកម្ពស់គុណភាព (CQI) សុខភាពភ្នែក នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងបញ្ជ្រាបពួកគាត់ទៅក្នុងរចនាសម្ព័ន្ធ CQI របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីគាំទ្រ និងតាមដានត្រួតពិនិត្យគុណភាពសេវាថែទាំភ្នែក។						
	ដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ និងអនុវត្តយន្តការទទួលព័ត៌មានត្រឡប់ពីអ្នកជំងឺ (ឧទាហរណ៍៖ ការស្ទង់មតិកម្រិតសេចក្តីពេញចិត្ត) ដើម្បីជាព័ត៌មានសម្រាប់ការកែលម្អការផ្តល់សេវា។						
	គាំទ្រការពិនិត្យឡើងវិញ និងការពង្រឹងក្របខ័ណ្ឌបទប្បញ្ញត្តិ ព្រមទាំងការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណសម្រាប់ហាងវ៉ែនតាឯកជន មណ្ឌលថែទាំភ្នែក (Vision centers) និងគ្លីនិកភ្នែកឯកជនផ្សេងទៀត។						
	ពង្រឹងប្រព័ន្ធ និងខ្សែចង្វាក់បញ្ជូនបន្តរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ព្រមទាំងកែលម្អការចែករំលែក/ការរាយការណ៍ទិន្នន័យ ឱ្យស្របតាមប្រព័ន្ធតាមដានត្រួតពិនិត្យថ្នាក់ជាតិ។						
	សម្របសម្រួលកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាងក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) និងក្រសួងពាណិជ្ជកម្ម (MoC) ដើម្បីគ្រប់គ្រងលើសំភារៈបរិក្ខាផ្នែកសុខភាពភ្នែក (ឧ. វ៉ែនតា/កែវភ្នែក) និងស្តង់ដារសេវាកម្មក្នុងវិស័យឯកជន។						
	លើកកម្ពស់ក្រមសីលធម៌ និងស្តង់ដារវិជ្ជាជីវៈ ចំពោះមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក (រួមទាំងការអនុវត្តក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ)។						
សមិទ្ធិផលទី២៖ មន្ត្រីផ្នែកសុខភាពភ្នែកមានសមត្ថភាព ការគ្រប់គ្រងនិងបែងចែកមន្ត្រីប្រកបដោយសមធម៌ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍ និងដាក់បញ្ចូល ជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធរបស់ជាតិប្រកបដោយនិរន្តរភាព។							

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។								
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ ***នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។***								
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	សកម្មភាព	សម្មតិកម្ម៖ *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុកដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	រយៈពេល៖					
			Y1	Y2	Y3	Y4	Y4	
លទ្ធផលរំពឹងទុក ២.១៖ ការអប់រំ និងការបណ្តុះបណ្តាលធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែកមុនចូលបម្រើការងារ ត្រូវបានពង្រឹង និងដាក់បញ្ចូលជាប្រព័ន្ធ រួមទាំងការទទួលស្គាល់គុណភាពជាផ្លូវការ។	រៀបចំកម្មវិធីសិក្សាមុនពេលបម្រើការងារផ្អែកលើសមត្ថភាព (Competency-based pre-service curricula) និងផែនការបង្រៀនស្តង់ដារ សម្រាប់កម្មវិធីសិក្សាអាទិភាព (រាប់បញ្ចូលទាំងបរិញ្ញាបត្រចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ /ការវាស់ភ្នែក និងកាត់វ៉ែនតា)។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - ការអភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សា ការទទួលស្គាល់គុណភាពអប់រំ (គុណវុឌ្ឍិ) និងការកែលម្អការបង្រៀន នឹងពង្រឹងការអប់រំមុនពេលចូលបម្រើការងារ (Pre-service education) ពីព្រោះសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS) និងគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលផ្សេងទៀត មានអាណត្តិ និងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើបរិយាបន្នការកែទម្រង់កម្មវិធីសិក្សា និងស្តង់ដារគុណភាពទៅក្នុងប្រព័ន្ធផ្លូវការ។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការពង្រឹងការអប់រំមុនពេលចូលបម្រើការងារ នឹងរួមចំណែកដល់ការបង្កើតកម្លាំងពលកម្មដែលមានសមត្ថភាព ពីព្រោះនិស្សិតដែលបញ្ចប់ការសិក្សា ចូលប្រឡូកក្នុងប្រព័ន្ធការងារដោយប្រកបដោយសមត្ថភាពដែលមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា និងទទួលបានការទទួលស្គាល់គុណភាព ស្របទៅតាមតម្រូវការសេវាកម្មថ្នាក់ជាតិ។						
	បង្កើត និងដាក់ឱ្យដំណើរការកម្មវិធីអប់រំកម្រិតបរិញ្ញាបត្រចក្ខុមាត្រសាស្ត្រ នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS)។							
	ពង្រឹងគុណភាពអប់រំ ដោយការលើកកម្ពស់វិធីសាស្ត្របង្រៀន ការកែលម្អប្រព័ន្ធវាយតម្លៃ និងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពវេទិកាសិក្សាឌីជីថល ព្រមទាំងបន្ទប់ពិសោធន៍បំណិនអនុវត្ត (Skills laboratories)។							
	លើកកម្ពស់ការចុះកម្មសិក្សា និងការផ្លាស់ប្តូរវេនថែទាំព្យាបាលដែលមានចេតនាសម្ព័ន្ធច្បាស់លាស់ ដោយពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំ និងការត្រួតពិនិត្យគាំទ្រអំឡុងពេលចុះកម្មសិក្សា (Internship) ដើម្បីកែលម្អបំណិនអនុវត្តផ្ទាល់ និងសមត្ថភាពថែទាំព្យាបាល។							
	គាំទ្រដំណើរការទទួលស្គាល់គុណវុឌ្ឍិ/គុណភាព (Accreditation) កម្រិតជាតិ និងតំបន់ សម្រាប់កម្មវិធីសិក្សាអប់រំដែលបានជ្រើសរើស (ឧទាហរណ៍៖ AUN-QA នៅតាមទីកន្លែងដែលពាក់ព័ន្ធ) និងទទួលស្គាល់គុណភាពមន្ទីរពេទ្យជាតិដែលបានជ្រើសរើស ជាទីតាំងបណ្តុះបណ្តាល និងបង្រៀនអនុវត្តថែទាំព្យាបាល។							
	គាំទ្រសកម្មភាពស្រាវជ្រាវផ្នែកថែទាំព្យាបាល និងការបោះពុម្ពផ្សាយលទ្ធផលស្រាវជ្រាវទាំងកម្រិតក្នុងស្រុក និងអន្តរជាតិ ដោយនិស្សិត និងសាស្ត្រាចារ្យ ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពអប់រំ និងការអនុវត្តការថែទាំព្យាបាល។							
លទ្ធផលរំពឹងទុក ២.២៖ ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត ការបង្វឹក ការចុះអភិបាលកិច្ច ការផ្លាស់ប្តូរចំណេះដឹង និងការរៀនសូត្រពី	ពង្រឹងក្រុមអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំផ្នែកថែទាំព្យាបាលថ្នាក់ជាតិជំនាន់ថ្មី (ផ្នែកចក្ខុសាស្ត្រ ការថែទាំអ្នកជំងឺភ្នែក និងការវាស់ភ្នែក និងកាត់វ៉ែនតា) ដើម្បីបង្កើតបណ្តាញអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំប្រកបដោយចីរភាព សម្រាប់គាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្តនៅទូទាំងវិស័យ។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - សកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត (CPD) ការផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំ ការត្រួតពិនិត្យគាំទ្រ និងការផ្លាស់ប្តូរចំណេះដឹង នឹងត្រូវអនុវត្តយ៉ាងសកម្ម ដោយសារស្ថាប័នវិជ្ជាជីវៈ អ្នកផ្តល់						

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។

សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ ***នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។***

សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	សកម្មភាព	សម្មតិកម្ម៖ *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុក ដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	រយៈពេល៖ Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
បទពិសោធន៍ ត្រូវបានបង្កើត និងដំណើរការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។	ផ្តល់នូវគំនិតផ្តួចផ្តើមអាទិភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត (CPD) និងការពង្រឹងសមត្ថភាព រាប់បញ្ចូលទាំង ការបណ្តុះបណ្តាល ការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយ, ការគ្រប់គ្រងជំងឺភ្នែកនៅកម្រិតមូលដ្ឋាន CPA-1 និង CPA-2 សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត, ការថែទាំភ្នែកនៅកម្រិតបឋមសម្រាប់បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព, សិក្ខាសាលាតាមបណ្តាញអ៊ីនធឺណិត (Webinars), មហាសន្និបាតវិជ្ជាជីវៈ, ជំនាញឯកទេសរងផ្នែកសុខភាពភ្នែក និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលផ្សេងទៀត។	ប្រឹក្សាណែនាំ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ចូលរួមយ៉ាងសកម្មនៅក្នុងដំណើរការសិក្សា និងការត្រួតពិនិត្យគាំទ្រដែលមានចេតនាសម្ព័ន្ធច្បាស់លាស់។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត (CPD) និងប្រព័ន្ធផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំ ដែលដំណើរការយ៉ាងរលូន នឹងជួយរក្សាសមត្ថភាពបុគ្គលិក ដោយសារការសិក្សាបន្ត និងការត្រួតពិនិត្យគាំទ្រ ជួយកែលម្អប្រសិទ្ធភាពនៃការថែទាំព្យាបាល និងកាត់បន្ថយការបាត់បង់បំណិនទៅតាមពេលវេលា។					
	អនុវត្តការផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំ ការតម្រង់ទិស (Coaching) ការត្រួតពិនិត្យតាមដានការសិក្សាក្នុងចំណោមក្រុមការងារ (Peer-to-peer learning) ដំណើរទស្សនកិច្ចផ្លាស់ប្តូរបទពិសោធន៍ និងក្លឹបសិក្សាអត្ថបទវិទ្យាសាស្ត្រ (Journal club) ដើម្បីគាំទ្រ និងពង្រឹងសមត្ថភាពបុគ្គលិកសុខភាពភ្នែក នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។						
	គាំទ្រសកម្មភាពស្រាវជ្រាវផ្នែកថែទាំព្យាបាល និងការបោះពុម្ពផ្សាយលទ្ធផលស្រាវជ្រាវក្នុងស្រុក និងអន្តរជាតិ ដោយបុគ្គលិកសុខភាពភ្នែក ដើម្បីលើកកម្ពស់លទ្ធផលនៃការថែទាំព្យាបាល និងការអនុវត្តវិជ្ជាជីវៈ។						
លទ្ធផលរំពឹងទុក ២.៣៖ ធនធានមន្ត្រីសុខភាពភ្នែក ត្រូវបានបង្កើនឱ្យមានចំនួនគ្រប់គ្រាន់ និងបែងចែកប្រកបដោយសមធម៌ តាមរយៈ ការធ្វើការវាយតម្លៃ និងធ្វើផែនទីបង្ហាញផ្លូវលើការបណ្តុះបណ្តាលជាក់លាក់។	ការស្វែងរកការគាំទ្រ និងពិនិត្យឡើងវិញនូវផែនការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សផ្នែកសុខភាពភ្នែក សម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល និងការស្វែងរកការគាំទ្រដើម្បីបង្កើនការជ្រើសរើសបុគ្គលិកបន្ថែម។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - វិធានការរៀបចំផែនការកម្លាំងពលកម្ម អាហារូបករណ៍ ការចាត់តាំងឱ្យបម្រើការងារ និងការរក្សាបុគ្គលិក នឹងជួយកែលម្អភាពអាចរកបាននៃបុគ្គលិក ដោយសាររាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ គាំទ្រដល់ការបម្រើសេវានៅជនបទ ការផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តចំគោលដៅ និងយន្តការចាត់តាំងឱ្យបម្រើការងារប្រកបដោយប្រព័ន្ធសហការ។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការកែលម្អភាពអាចរកបាន និងការបែងចែកកម្លាំងពលកម្ម នឹងពង្រឹងសមធម៌នៃការផ្តល់សេវា ដោយសារបុគ្គលិកដែលមានជំនាញ មានវត្តមាននៅជិតកន្លែងដែលប្រជាជនរស់នៅ ជាពិសេសនៅតំបន់ដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវាគ្រប់គ្រាន់។					
	គាំទ្រអាហារូបករណ៍ដែលមានកិច្ចសន្យាបម្រើការងារចំគោលដៅ សម្រាប់ខេត្តតាមជនបទ/ខេត្តដែលមានតម្រូវការ លើការអប់រំ និងការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកសុខភាពភ្នែក ព្រមទាំងធ្វើកិច្ចសហការសម្របសម្រួលជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។						
	ការស្វែងរកការគាំទ្រ និងពង្រឹងការចាត់តាំងឱ្យបម្រើការងារ និងការបែងចែកកម្លាំងពលកម្មសុខភាពភ្នែក។						

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។							
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ ***នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។***							
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	សកម្មភាព	សម្មតិកម្ម៖ *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុក ដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	រយៈពេល៖ Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
សមិទ្ធផលទី៣៖ ប្រព័ន្ធគាំទ្រ នវានុវត្តន៍បច្ចេកវិទ្យា និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដែលអំណោយផល ត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីគាំទ្រដល់ការងារអភិបាលកិច្ច ប្រសិទ្ធភាពការងាររបស់មន្ត្រី និងគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។							
លទ្ធផលរំពឹងទុក ៣.១៖ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលឌីជីថល សេវាពិគ្រោះ និងពិនិត្យជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ (Tele-ophthalmology) និងប្រព័ន្ធប្រមូលនិងកត់ត្រាទិន្នន័យ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការផ្តល់សេវាប្រចាំថ្ងៃ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាព និងគុណភាពសេវាសុខភាពភ្នែក។	ពង្រឹង និងពង្រីកវិសាលភាពនៃការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ (Tele-ophthalmology) និងប្រព័ន្ធបញ្ជូនបន្តតាមអេឡិចត្រូនិច (e-Referral pathways) (រាប់បញ្ចូលទាំងការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ផ្នែកឯកទេសរង នៅតាមទីកន្លែងដែលពាក់ព័ន្ធ)។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖** - គំនិតផ្តួចផ្តើមផ្នែកសុខាភិបាលឌីជីថល ការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺភ្នែកពីចម្ងាយ (Tele-ophthalmology) និងប្រព័ន្ធទិន្នន័យ នឹងត្រូវដាក់បញ្ជ្រាបយ៉ាងល្អ ដោយសារហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ការតភ្ជាប់ និងបំណិនឌីជីថល មានកម្រិតគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ជាប្រចាំ និងការធ្វើអាំងតេក្រាលកម្មជាមួយប្រព័ន្ធជាតិ។ **លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ប្រព័ន្ធឌីជីថលដែលបានដាក់បញ្ជ្រាប នឹងកែលម្អអភិបាលកិច្ច ប្រសិទ្ធភាពការងាររបស់បុគ្គលិក និងគុណភាពសេវា ដោយសារទិន្នន័យជាក់ស្តែង (Real-time) ការគាំទ្រពីចម្ងាយ និងការបញ្ជូនបន្តតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល ជួយពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យគាំទ្រ កិច្ចសហការសម្របសម្រួល និងការធ្វើការសម្រេចចិត្ត។					
	ដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់ វាយតម្លៃ និងពង្រីកការពិនិត្យស្វែងរកជំងឺ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងឧបករណ៍គាំទ្រការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តផ្នែកថែទាំព្យាបាល ដោយប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាបញ្ញាសិប្បនិម្មិត (AI) នៅតាមទីកន្លែងដែលសមស្រប ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់អំពីសុវត្ថិភាព តម្លៃ និងភាពអាចពង្រីកវិសាលភាពបាន។						
	រៀបចំ និងលើកកម្ពស់ការអនុវត្តនីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ (SOPs) សម្រាប់ការផ្តល់សេវាឌីជីថល និងសេវាគាំទ្រដោយបច្ចេកវិទ្យាបញ្ញាសិប្បនិម្មិត (AI) ដោយគ្របដណ្តប់លើសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺ ឯកជនភាពទិន្នន័យ ព្រមទាំងគុណភាព និងស្ថិរភាពនៃការថែទាំព្យាបាល។						
	ពង្រឹងបំណិនឌីជីថលរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងប្រតិបត្តិការប្រព័ន្ធ ការធ្វើរបាយការណ៍ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។						
លទ្ធផលរំពឹងទុក ៣.២៖ មុខងារ និងសមត្ថភាពប្រើប្រាស់ឧបករណ៍	ធ្វើសវនកម្ម និងបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌបរិក្ខារ ធ្វើការវិភាគគម្លាត និងរៀបចំផែនការបទលទ្ធកម្ម និងការបែងចែកប្រកបដោយអាទិភាព។	**សកម្មភាព → លទ្ធផលរំពឹងទុក៖**					

គោលបំណង/គោលដៅគម្រោង៖ ប្រជាពលរដ្ឋកម្ពុជាគ្រប់រូប ទទួលបានសេវាសុខភាពភ្នែក ដែលមានគុណភាព ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងសមធម៌ ស្របតាមគោលការណ៍នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល និងការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលធ្វើសមាហរណកម្មដោយផ្តោតលើប្រជាជនជាចម្បង។							
សមិទ្ធផលចុងក្រោយនៃគម្រោង៖ *នៅចុងបញ្ចប់គម្រោង ប្រទេសកម្ពុជានឹងមាន ប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកដ៏រឹងមាំ ដឹកនាំដោយរាជរដ្ឋាភិបាល និងមន្ត្រីសុខភាពភ្នែកប្រកបដោយសមត្ថភាព អាចផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកតាមបែបណៈសមាហរណកម្ម មានគុណភាពខ្ពស់ និងប្រកបដោយសមធម៌នៅទូទាំងប្រទេស។*							
សមិទ្ធផល / លទ្ធផលរំពឹងទុក៖	សកម្មភាព	សម្មតិកម្ម៖ *សូមគិតជាសេចក្តីថ្លែង "ដោយសារ"៖ សកម្មភាពនឹងសម្រេចបានលទ្ធផលរំពឹងទុក ដោយសារ... ហើយលទ្ធផលរំពឹងទុកនឹងសម្រេចបានសមិទ្ធផល ដោយសារ...*	រយៈពេល៖				
			Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
និងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសំខាន់ៗសម្រាប់សុខភាពភ្នែក ត្រូវបានពង្រឹង តាមរយៈ ការធ្វើសវនកម្មជាប្រព័ន្ធ ការថែទាំជាប្រចាំ និងការគ្រប់គ្រង ឧបករណ៍និងសម្ភារបច្ចេកទេស។	ពង្រឹងប្រព័ន្ធថែទាំជួសជុល ដោយការកសាងសមត្ថភាពអ្នកបច្ចេកទេសជីវវេជ្ជសាស្ត្រ (Biomedical technicians) ការបង្កើតក្រុមបច្ចេកទេសថែទាំ និងជួសជុល ការដាក់បញ្ចូលការគាំទ្រតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល នៅតាមទីកន្លែងដែលអាចធ្វើទៅបាន។	- ការធ្វើសវនកម្មបរិក្ខារ ប្រព័ន្ធថែទាំ និងការគ្រប់គ្រងសម្ភារ បរិក្ខា នឹងពង្រឹងមុខងារដំណើរការ [នៃបរិក្ខារ] ដោយសារមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងបុគ្គលិកបច្ចេកទេស អនុវត្តតាមពិធីសារថែទាំ ហើយរាជរដ្ឋាភិបាលផ្តល់អាទិភាពដល់ការថែទាំជួសជុលបរិក្ខារ។					
	អនុវត្តការគ្រប់គ្រងឧបករណ៍បរិក្ខារ និងការរៀបចំផែនការ វដ្តនៃការផ្លាស់ប្តូរជំនួស ដើម្បីកាត់បន្ថយពេលវេលាដែលដំណើរការត្រូវរអាក់រអួល (Downtime) និងការពារការវិនិយោគ។	**លទ្ធផលរំពឹងទុក → សមិទ្ធផល៖** - ការកែលម្អមុខងារដំណើរការនៃបរិក្ខារ នឹងគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដោយសារហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលមានភាពជឿទុកចិត្តបាន ជួយអនុញ្ញាតឱ្យមានការអនុវត្តការថែទាំព្យាបាលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ព្រមទាំងការពារការវិនិយោគលើកម្លាំងពលកម្ម និងប្រព័ន្ធទាំងមូល។					

3.4 ថវិកាសរុបសម្រាប់រយៈពេលអនុវត្តគម្រោង

a. សេដ្ឋកិច្ចភាព និងប្រសិទ្ធភាពចំណាយ (Economy and Cost-Efficiency)

គម្រោង "អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក" (EHG) អនុវត្តគោលការណ៍សេដ្ឋកិច្ចភាព និងប្រសិទ្ធភាពចំណាយពេញមួយដំណាក់កាលនៃការរៀបចំ និងការអនុវត្តគម្រោង ដើម្បីធានាថាធនធានត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយសន្សំសំចៃ និងចំគោលដៅ ក្នុងបំណងសម្រេចឲ្យបាននូវផលប៉ះពាល់កម្រិតប្រព័ន្ធអតិបរមា និងមានចីរភាព។

សេដ្ឋកិច្ចភាព Economy

គម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក លើកកម្ពស់សេដ្ឋកិច្ចភាពដោយប្រើប្រាស់ធាតុចូលដែលមានគុណភាពសមរម្យក្នុងតម្លៃសមរម្យ ដោយផ្តោតយ៉ាងខ្លាំងលើការទាញយកផលប្រយោជន៍អតិបរមាពីប្រព័ន្ធ និងសមត្ថភាពដែលមានស្រាប់។ សកម្មភាពទាំងនេះរួមមាន៖

- ធ្វើការតាមរយៈប្រព័ន្ធក្រសួងសុខាភិបាល វេទិកាសម្របសម្រួល និងគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលដែលមានស្រាប់ ដោយចៀសវាងការបង្កើតរចនាសម្ព័ន្ធត្រួតស៊ីគ្នា (ដដែល)។
- ផ្តល់អាទិភាពដល់អ្នកជំនាញថ្នាក់ជាតិ និងមូលដ្ឋាន ដោយទាញយកការគាំទ្របច្ចេកទេសថ្នាក់តំបន់ ឬពីការិយាល័យកណ្តាល លុះត្រាតែជំនាញឯកទេសនោះមិនមាននៅក្នុងស្រុក។
- តម្រង់ទិសការវិនិយោគលើបរិក្ខារ និងប្រព័ន្ធ តាមរយៈការវាយតម្លៃតម្រូវការ និងការធ្វើសវនកម្ម ដោយផ្តោតលើការថែទាំ និងការគ្រប់គ្រងទ្រព្យសកម្ម ជាជាងការទិញថ្មីដែលមិនចាំបាច់។
- តម្រឹមសកម្មភាពជាមួយកម្មវិធីដែលមានស្រាប់ និងការវិនិយោគរបស់ដៃគូ ដើម្បីកាត់បន្ថយការត្រួតស៊ីគ្នានិងទាញយកប្រយោជន៍ពីធនធានរួមគ្នា។

វិធីសាស្ត្រទាំងនេះជានាំនូវភាពស័ក្តិសមនៃថវិកា (Value for Money) ខណៈពេលដែលនៅតែរក្សាបាននូវគុណភាព និងភាពត្រឹមត្រូវ។

ប្រសិទ្ធភាពចំណាយ Cost-Efficiency

ប្រសិទ្ធភាពចំណាយត្រូវបានសម្រេចតាមរយៈការទាញយកលទ្ធផលអតិបរពីការវិនិយោគនីមួយៗ តាមរយៈអន្តរាគមន៍កម្រិតប្រព័ន្ធ ដែលបង្កើតផលប្រយោជន៍ដល់សេវាជាច្រើន និងមានភាពស្ថិតស្ថេរយូរអង្វែង។ សកម្មភាពទាំងនេះរួមមាន៖

- ពង្រឹងអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព និងទិន្នន័យ ដែលគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាបន្តបន្ទាប់ហួសពីកំឡុងពេលអនុវត្តគម្រោង។
- ធ្វើសមាហរណកម្មការអប់រំដែលមានការទទួលស្គាល់គុណភាព ការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត (CPD) ការចុះត្រួតពិនិត្យ/ការត្រួតពិនិត្យបច្ចេកទេស និងការរៀបចំផែនការធនធានមនុស្ស ដើម្បីកាត់បន្ថយការពឹងផ្អែកលើការបណ្តុះបណ្តាលបណ្តោះអាសន្នដែលធ្វើឡើងដដែលៗ។
- ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធឌីជីថលដើម្បីកែលម្អការសម្របសម្រួល ការត្រួតពិនិត្យ និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត ខណៈពេលដែលកាត់បន្ថយចំណាយចរន្ត ដូចជាការធ្វើដំណើរ និងការរាយការណ៍ដោយដៃ។

- អនុវត្តការគ្រប់គ្រងបែបបត់បែន និងការរៀបចំផែនការថវិកា ដើម្បីផ្តោតធនធានលើអន្តរាគមន៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាព និងស័ក្តិសមបំផុត។

គម្រោងចៀសវាងការកាត់បន្ថយចំណាយណាដែលធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់គុណភាព សមធម៌ ឬចីរភាព ដោយផ្ទុយទៅវិញ គម្រោងសម្រេចបាននូវប្រសិទ្ធភាពតាមរយៈការរៀបចំប្រព័ន្ធ ការសម្របសម្រួល និងអភិបាលកិច្ចជឿនលឿនជាងមុន។

b. សមធម៌ Equity

គម្រោងអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក (EHG) បញ្ចូលបរិយាបន្នសមធម៌ទៅក្នុងថវិកាគម្រោង ដើម្បីធានាថាសមភាពយេនឌ័រ បរិយាបន្នពិការភាព និងគោលដៅសមធម៌ទូលំទូលាយត្រូវបានបញ្ចូលជាប្រព័ន្ធនៅក្នុងការវិនិយោគលើអភិបាលកិច្ច ធនធានមនុស្ស គុណភាព និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធ។
ក្នុងនាមជាគំនិតផ្តួចផ្តើមដែលផ្តោតលើអភិបាលកិច្ច និងប្រព័ន្ធ គម្រោង EHG មិនពឹងផ្អែកលើសកម្មភាពសមធម៌ដាច់ដោយឡែកនោះទេ។ ផ្ទុយទៅវិញ ការវិនិយោគដែលបានគ្រោងទុកក្នុងថវិកា នឹងធ្វើសមាហរណកម្មសមធម៌ឆ្លងកាត់៖

- ការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយ ការរៀបចំផែនការ និងក្របខ័ណ្ឌបទប្បញ្ញត្តិ
- ការអប់រំ បណ្តុះបណ្តាលធនធានមនុស្ស ការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈ និងប្រព័ន្ធចាត់ចែង និងគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស
- ការធានាគុណភាព ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ និងយន្តការត្រួតពិនិត្យសេវា

ការបែងចែកថវិកា គឺដើម្បីគាំទ្រដល់ការបញ្ចូលវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងយេនឌ័រ និងពិការភាពទៅក្នុងការរៀបចំផែនការ ការតាមដាន និងការធានាគុណភាព ដែលជួយឲ្យប្រព័ន្ធសុខភាពភ្នែកអាចកំណត់ និងឆ្លើយតបទៅនឹងវិសមភាព ក្នុងការទទួលបានសេវា គុណភាពសេវា និងការចូលរួមរបស់មន្ត្រីសុខភាពភ្នែក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការពង្រឹងប្រព័ន្ធទិន្នន័យ និងការតាមដាន ដើម្បីគាំទ្រដល់ការបំបែកទិន្នន័យតាម អាយុ ភេទ (Disaggregation) ដើម្បីជានិរន្តរភាព និងដើម្បីជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលផ្តោតលើសមធម៌។

ធនធានក៏ត្រូវបានបែងចែកដើម្បីដោះស្រាយភាពមិនស្មើគ្នាតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រ និងសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម រួមមានតាមរយៈការរៀបចំផែនការ និងការបែងចែកកម្លាំងពលកម្ម ដំណោះស្រាយសុខភាពឌីជីថល ការពង្រឹងប្រព័ន្ធថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងការធ្វើសមាហរណកម្មសុខភាពភ្នែកទៅក្នុងយន្តការគាំពារសង្គម និងហិរញ្ញវត្ថុសាធារណៈ។

តាមរយៈការបង្កប់សមធម៌នៅក្នុងមុខងារស្នូលនៃប្រព័ន្ធ ជាជាងការបំបែកវានៅក្នុងថវិកាសកម្មភាពតូចៗ គម្រោង EHG ធានាថាធនធានគម្រោងនឹងរួមចំណែកដល់លទ្ធផលសមធម៌ទូទាំងប្រព័ន្ធ និងមានចីរភាព ដែលផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់ស្ត្រី ជនមានពិការភាព និងប្រជាជនដែលខ្វះខាតសេវា ក្នុងរយៈពេលវែង។

c. ថវិកាសរុបបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់រយៈពេលអនុវត្តគម្រោង Indicative Life-of-Project Budget

សូមចុចលើតំណភ្ជាប់ (Link) ខាងក្រោម ដើម្បីពិនិត្យមើលថវិកា និងផែនការការងារ។

260413- KH26-01- Budget and Work Plan for Eye Health Governance project.xlsx

4. Monitoring, Evaluation, Research and Learning

4.1 M&E Plan

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
	Establishment of a Bachelor of Optometry program at UHS	Counting on this new accredited pre-service education program will increase the supply of qualified eye health professionals.	0	1	UHS Report	NA	Annual	Report	
	Proportion of targeted provinces with functional eye health Sub-Technical Working Groups (TWGs) that meet at least twice per year	(Target: ≥ 80% of provinces. *Means of verification:* Meeting minutes and TWG action plans (documented evidence of biannual meetings) Functional coordination mechanisms are those that: meet regularly, maintain documented actions, review performance data, and support planning or implementation decisions.	NA	times	Minute	By province	Quarterly	MoH report	
	Number of national or sub-national policies or plans that incorporate eye health priorities	Count of national or sectoral policies/guidelines that include eye health.	0	6	MoH record/partners' record	By province	Annual	Review Report	

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
Outputs indicators	No of community members provided with eye health information	The indicator measures the count of community members that have benefited from eye health information sessions.	0	5,000	Partners record	Gender and Disability	Quarterly	Review of attendance register	
	Number of health staff trained in primary eye care integration into primary health care training	Count number of health staff receive primary eye care training.	0	500	Project report	Gender	Quarterly	Review record	
	Availability of eye health road map at national and sub national level	Existence of a national or subnational strategic plan for eye health with defined targets and budget.	9	14	Partner Report	By province	Annual	Report	
	Number of cataract and other eye diseases surgery performed.	Total number of cataract surgeries performed.	NA	10,000	Report	Disaggregated gender and disability	Quarterly	Review record	
	Number of Eye Unit, PVC and Primary Health Service provide refractive services improvement in the government health system (eye care service access)	Number of government facilities providing eye care services in the country with available refractive services.		12 EUs, 32 PVCs, 500 PHS	Report	Disaggregate by eye unite, PVC, PHS	Annual	Report	
	Eye health quality improvement is integrated into	Eye health indicators is integrated into MoH CQI system.	NA	100%	MoH record	Province	Annual	Report	

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
	government MoH CQI systems.								
	Eye health indicators is update and function in HMIS/DHIS2	Proportion of facilities reporting eye health data into national health information systems.	NA	12 EUs, 32 PVCs, 500 PHS	MoH System	Province	Annual	Report	
	Availability of workforce mapping and planning	Existence of national workforce assessment/mapping used to inform planning and deployment.	NA	1	Assessment Report	NA	5 years	Assessment	
Activities indicators	Number of health facilities received supportive supervision visit from national and subnational level	The indicator tracks the number of support supervision sessions supported by national MOH	0	500 at sub national level and 20 from national level	Health facility records	None	Annual	Review of attendance register	
	Continuous professional development (CPD) annually	Proportion of eye health workforce participating in CPD within a year • Number of partner learning and reflection workshops conducted	NA	140	Partner report	Disaggregate by gender	Annually	Report	
	% of facilities reporting Cataract Surgical Outcome Monitoring (CSOM) data	Count facilities under FHF support report CSOM	0	14	Report	By Provinces	Annually	Report	

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
	Number of health are professional received supervision/mentorship	Number staff receiving regular supportive supervision	0	4/Year	Report	By provinces	Quarterly	Report	
	Implementation of tele-ophthalmology e-referral network	Establish the tele opt system from national program to subnational level	0	14	Report	By Provinces	Annually	Report	
	Number of health facilities implementation of quality assurance systems	Number of facilities implementing QA/clinical governance standards	0	12 EUs, 32 PVCs, 500 PHS	Report	By Provinces	Annually	Report	

4.2 Planned Evaluations Table

Type of evaluation	Timing	Budget	Notes
Baseline Evaluation	2026 (project start-up phase)	Included within project set-up and routine M&E costs	A standalone baseline evaluation is not planned, as the project design is informed by existing evidence (RAAB 2019, CDHS 2021–22, MSAT, partner assessments, and national planning processes). Baseline data for key governance, workforce, quality, and system indicators will be drawn from routine data systems, policy documents, MSAT results, and early implementation monitoring.

Mid-term evaluation	**January 2029** (mid-Year 3)	**USD 10,000** (internal / mixed-method review)	The mid-term evaluation will focus on implementation progress, effectiveness, and adaptive learning, particularly: (i) functionality of governance and coordination mechanisms; (ii) institutionalisation of workforce systems (pre-service education, CPD, mentoring); and (iii) uptake of quality assurance, planning, and data systems at sub-national level. Findings will inform course correction, prioritisation of remaining investments, and sustainability planning. MSAT may be reapplied as relevant to assess progress in facility standards where appropriate.
End of project evaluation	**March 2031** (final project year)	**USD 20,000** (independent evaluation)	An independent end-of-project evaluation will assess relevance, effectiveness, efficiency, sustainability, equity, and system-level impact of the EHG project. The evaluation will focus on whether governance, workforce, quality assurance, and enabling systems are institutionalised within government structures and likely to be sustained beyond project funding. It will draw on monitoring data, policy and system changes, workforce outcomes, MSAT trends (where applied), and stakeholder perspectives across national and sub-national levels.

4.3 Key Evaluation Questions

Based on the project's theory of change and logical framework, the following Key Evaluation Questions (KEQs) identify the high-level questions that will be answered at the mid-term and end-of-project stages. These questions are framed around recognised evaluation quality criteria and are designed to guide monitoring, learning, and evaluation throughout the project cycle.

Identifying these questions at the design stage ensures that appropriate data are collected during implementation. Some questions will be answered primarily through routine monitoring, while others will require targeted analysis through the mid-term review and/or final evaluation.

Area	Key Evaluation Questions	Will be Answered Through
Effectiveness	To what extent is the Eye Health Governance (EHG) project achieving its intended objectives related to strengthened governance (government-led), coordination, workforce distribution and competency, quality assurance, and enabling systems at national and sub-national levels?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Effectiveness	To what extent have government-led coordination and stewardship mechanisms (e.g. TWGs, planning and supervision systems) become functional and institutionalised that led to improved planning, resource allocation, and implementation of eye health services at national and subnational levels during the project period? To what extent has the eye health system transitioned from project-supported to government-led (in planning, financing, and implementation)?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Impact	What difference has the EHG project made in improving the availability, quality, and equity of eye health services through strengthened systems and workforce performance?	Final evaluation (informed by monitoring data)
Impact	How has the project contributed to system-level improvements beyond eye health, such as planning, supervision, data use, and quality improvement within the broader health system?	Final evaluation
Relevance / Appropriateness	To what extent was the project design appropriate and responsive to national priorities, stakeholder needs, and identified governance, workforce, and equity gaps in Cambodia's eye health system?	Mid-term review; Final evaluation
Efficiency	How efficiently were financial, technical, and institutional resources used to achieve system-level results, and how does this compare with alternative or previous service-focused approaches?	Mid-term review; Final evaluation
Sustainability	To what extent are strengthened governance, workforce, quality assurance, and information	Mid-term review;

	systems likely to be sustained by government institutions beyond the life of the project?	Final evaluation
Sustainability	What factors are most likely to enable or constrain the continuation of benefits after external project support ends?	Final evaluation
Coherence	To what extent is the EHG project coherent with other national health, workforce, digital health, and partner-supported interventions, and how have synergies been maximised or tensions managed?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Equity (including gender equity)	To what extent has the project integrated gender, disability, and equity considerations into governance, workforce development, quality assurance, and monitoring systems?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Equity (including gender equity)	How effectively has the project contributed to reducing barriers and improving equitable access to quality eye health services for women, people with disabilities, and underserved populations?	Final evaluation (supported by disaggregated monitoring data)

4.4 ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

គម្រោង "អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក" (EHG) រួមបញ្ចូលទាំងសកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវ អនុវត្តជាក់ស្តែង ដែលបានកំណត់យ៉ាងច្បាស់លាស់ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការរៀបចំផែនការដោយផ្អែកលើភស្តុតាង ការសន្ទនាគោលនយោបាយ ការកែលម្អគុណភាព និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ សកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវទាំងនេះ ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌនៃ **ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ការវាយតម្លៃ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងការរៀនសូត្រ** (MERL) ដ៏ទូលំទូលាយរបស់គម្រោង ជាជាងការបង្កើតជាកម្មវិធីស្រាវជ្រាវដាច់ដោយឡែកមួយ។

គោលបំណងចម្បងនៃការស្រាវជ្រាវនៅក្នុងគម្រោងនេះ គឺដើម្បីបង្កើតភស្តុតាងជាក់ស្តែងដែលអាចយកទៅអនុវត្តបានស្របតាមគោលនយោបាយ និងប្រតិបត្តិការ ដើម្បីជាព័ត៌មានដល់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ពង្រឹងការរៀនសូត្ររបស់គ្រឹះស្ថាន/ស្ថាប័ន និងតម្រង់ទិសការអនុវត្តការកែទម្រង់លើអភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក ការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ការធានាគុណភាព និងការធ្វើសមាហរណកម្មប្រព័ន្ធ។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវក្រោមគម្រោងនេះ ត្រូវបានផ្តោតលើវិស័យសំខាន់ៗចំនួនពីរ៖

- **ការអង្កេតស្រាវជ្រាវលើប្រជាជន សម្រាប់ រៀបចំផែនការ (សកម្មភាព ១.៣.១): គម្រោងនឹងគាំទ្រដល់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវថ្នាក់ជាតិ រួមទាំង ការអង្កេតរហ័សថ្នាក់ជាតិអំពីពិការភាពភ្នែកដែលអាចចៀសវាងបាន (RAAB) និងការវាយតម្លៃសុខភាពភ្នែករបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO Eye Health Assessment) ដើម្បីបង្កើតភស្តុតាងថ្មីៗអំពី៖**
    - អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ និងមូលហេតុ ដែលនាំអោយគំហើញថយចុះ
    - ការបែងចែកតម្រូវការតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រ
    - គម្លាតសេវា និងអាទិភាពនានា

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងវាយតម្លៃទាំងនេះ នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ដល់៖

- ការរៀបចំផែនការថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ
- ការបែងចែកធនធាន និងការកំណត់អាទិភាព
- ការសន្ទនាគោលនយោបាយ និងការអភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រ

- **ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ គ្លីនិក និងការអប់រំ (សកម្មភាព ២.១.៦ និង ២.២.៤): គម្រោងនឹងគាំទ្រដល់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដែលបានកំណត់ទិសដៅ និងការបោះពុម្ពផ្សាយ ដឹកនាំដោយស្ថាប័នជាតិ (ឧ.ទា៖ ក្រសួងសុខាភិបាល MoH / សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល UHS អង្គភាពវិជ្ជាជីវៈ) រួមមាន៖**

- ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក ដើម្បីកែលម្អគុណភាពសេវា និងលទ្ធផល
- ការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្តោតលើការអប់រំ ការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធនៃការអបរំ បណ្តុះបណ្តាល
- ការសិក្សាស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការ (Operational research) ដែលភ្ជាប់ទៅនឹងការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស ការចុះត្រួតពិនិត្យ/ការត្រួតពិនិត្យបច្ចេកទេស និងការផ្តល់សេវា

ការគាំទ្រនេះជាចម្បងរួមមាន៖

- ការតម្រង់ទិស និងការគាំទ្របច្ចេកទេសសម្រាប់ការចងក្រងនិងការសរសេរការស្រាវជ្រាវ
- ការសម្របសម្រួល បទបង្ហាញ និងការបោះពុម្ពផ្សាយ ទាំងក្នុងស្រុក និងអន្តរជាតិ
- ការធ្វើសមាហរណកម្មការស្រាវជ្រាវទៅក្នុងប្រព័ន្ធអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត (CPD)

a. សំណួរស្រាវជ្រាវ Research Questions

សំណួរស្រាវជ្រាវ និងការសិក្សាអនុវត្តជាក់ស្តែងដែលគ្រោង នឹងត្រូវដោះស្រាយតាមរយៈសកម្មភាពស្រាវជ្រាវដែលគាំទ្រដោយគម្រោង រួមមាន៖

- តើអ្វីជាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ មូលហេតុ និងការបែងចែកនៃភាពពិការភ្នែក និងការថយចុះនៃគំហើញនៅកម្ពុជា ហើយតើមាតិកា/គំរូទាំងនេះត្រូវបានបែងចែកយ៉ាងដូចម្តេចតាម អាយុ ភេទ ភូមិសាស្ត្រ ពិការភាព និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច-សង្គម? (ឧ.ទា: RAAB / ការវាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិ)។
- តើគម្លាត/ឧបសគ្គ និងកាលានុវត្តភាពនៃប្រព័ន្ធអភិបាលកិច្ច ការរៀបចំផែនការ ការធានាគុណភាព និងធនធានមនុស្សអ្វីខ្លះ ដែលប៉ះពាល់ដល់ការផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកដែលមានសមធម៌ និងគុណភាពខ្ពស់ នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ?
- តើការរៀបចំតាមស្ថាប័ន យន្តការចុះត្រួតពិនិត្យ និងស្តង់ដារគ្លីនិក មានឥទ្ធិពលយ៉ាងណាខ្លះដល់គុណភាពសេវា និងប្រតិបត្តិការ នៅគ្រប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកសាធារណៈ និងឯកជន?
- តើវិធីសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស សុខភាពឌីជីថល និងការកែលម្អគុណភាពបែបណាខ្លះ ដែលអាចអនុវត្តបាន អាចពង្រីកវិសាលភាពបាន និងមានចីរភាព នៅក្នុងបរិបទប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា?
- តើវិធីសាស្ត្រគ្លីនិក និងការបណ្តុះបណ្តាលបែបណា ដែលកែលម្អគុណភាពសេវា និងសមត្ថភាពធនធានមន្ត្រីនៅក្នុងបរិបទប្រទេសកម្ពុជា?

b. ផែនការស្រាវជ្រាវ Research Plan

សកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងការសិក្សាអនុវត្តជាក់ស្តែងក្រោមគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក នឹងត្រូវបានជ្រើសរើសយ៉ាងសម្រិតសម្រាំង មានគោលបំណងច្បាស់លាស់ និងស្របតាមអាទិភាពជាតិ។ សកម្មភាពទាំងនេះអាចរួមមាន៖

- ការសិក្សាទិន្នន័យរោគវិទ្យាលើប្រជាពលរដ្ឋ ដូចជា ការអង្កេតរហ័សថ្នាក់ជាតិអំពីពិការភាពភ្នែកដែលអាចចៀសវាងបាន (RAAB) និងការអង្កេត វាយតម្លៃសុខភាពភ្នែករបស់ WHO ដែលត្រូវបានអនុវត្តស្របតាមវិធីសាស្ត្រដែលទទួលស្គាល់ជាអន្តរជាតិ។
- ការសិក្សាលើប្រព័ន្ធសុខាភិបាល អភិបាលកិច្ច និងធនធានមនុស្ស ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដល់យុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ការរៀបចំផែនការថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងការកំណត់អាទិភាពនៃការវិនិយោគ។
- ការស្រាវជ្រាវគ្លីនិក ការអប់រំ និងការកែលម្អគុណភាព ដឹកនាំដោយស្ថាប័នជាតិ (ឧទាហរណ៍៖ ក្រសួងសុខាភិបាល កម្មវិធីជាតិសុខភាពភ្នែក សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល និងអង្គភាពវិជ្ជាជីវៈ) រួមទាំងការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការ និងការបោះពុម្ពផ្សាយ ដែលត្រូវបានគាំទ្រក្រោមសមាសភាគ អភិវឌ្ឍធនធានមនុស្ស និងការអភិវឌ្ឍវិជ្ជាជីវៈបន្ត។

នៅពេលចាំបាច់ ពិធីសារស្រាវជ្រាវ (Research protocols) នឹងត្រូវរៀបចំឡើងដោយស្ថាប័នដឹកនាំ ហើយដាក់ជូនសម្រាប់ការពិនិត្យ និងអនុម័តផ្នែកសីលធម៌ តាមរយៈគណៈកម្មការក្រមសីលធម៌ថ្នាក់ជាតិ (ethics Committee) ដែលសមស្រប ស្របតាមតម្រូវការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងស្តង់ដារសីលធម៌ និងការការពារសុវត្ថិភាព (Safeguarding) របស់អង្គការ The Fred Hollows Foundation។

អង្គការ មូលនិធិហ្វ្រេដហូឡូកម្ពុជា នឹងគាំទ្រសកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវតាមរយៈជំនួយបច្ចេកទេស ការធានាគុណភាព និងការសម្របសម្រួល ដើម្បីធានាបាននូវភាពប្រទាក់ក្រឡា នឹងអាទិភាព របស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងតម្រូវការប្រព័ន្ធ។ លទ្ធផលស្រាវជ្រាវនឹងត្រូវ បោះពុម្ព ផ្សព្វផ្សាយ តាមរយៈវេទិកាជាតិ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស សេចក្តីសង្ខេបគោលនយោបាយ (Policy briefs) គំហើញពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងតាមការសមស្រប ការបោះពុម្ពផ្សាយដែលពិនិត្យដោយអ្នកជំនាញ (Peer-reviewed publications) ដឹកនាំដោយដៃគូរដ្ឋាភិបាល ឬគ្រឹះស្ថានឧត្តមសិក្សា/សិក្សាធិការ។

សិក្ខាសាលារៀបចំផែនការអនុវត្តគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក
WORKSHOP ON PLANNING THE IMPLEMENTATION OF
THE EYE HEALTH GOVERNANCE PROJECT
ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ៣រោច ខែបឋមាសាឍ ឆ្នាំមមី អដ្ឋស័ក ព.ស.២៥៧០
រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី២ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២៦
Phnom Penh, 2nd July 2026
The Fred Hollows Foundation

សិក្ខាសាលារៀបចំផែនការអនុវត្តគម្រោង អភិបាលកិច្ចសុខភាពភ្នែក
WORKSHOP ON PLANNING THE IMPLEMENTATION OF
THE EYE HEALTH GOVERNANCE PROJECT

Project Design Document

Eye Health Governance

(EHG)

July 2026 - June 2031

CAMBODIA

KH26-01

Contents

i. Project Summary 3
ii. List of Acronyms 6
1. Situation Analysis and Rationale 7
1.1 Background and context 7
1.2 Problem Analysis and Evidence 7
1.3 Equity Analysis 9
1.1 Stakeholder Analysis 10
1.4 FHF value add 12
2. Project Description 13
2.1 Purpose and End of Project Outcome 13
1.2 Expected Outcomes and Outputs 13
1.3 Project Change Strategy and Change Assumptions 16
2.2 Equity and Inclusion 19
2.3 Beneficiaries 21
2.4 Strategic Alignment 23
2. Project Implementation 24
3.1 Project Management 24
3.2 Sustainability 27
2.1 Project Logical Framework and Life of Project Workplan 29
3.3 Life of Project Budget 34
3. Monitoring, Evaluation, Research and Learning 36
2.2 M&E Plan 36
4.1 Planned Evaluations Table 39
4.2 Key Evaluation Questions 41
4.3 Research 42
3. Risk Management .... **Error! Bookmark not defined.**
Annex 1: Annual Work Plan and Budget – Project Year 1 (July 2026 – June 2027) .... **Error! Bookmark not defined.**
Attachment 1: Programs Results Framework Outcome Indicators .... **Error! Bookmark not defined.**

i. Project Summary

<table>
<tr><td>Project Name:</td><td colspan="3">Eye Health Governance (EHG)</td></tr>
<tr><td>Project Code:</td><td colspan="3">KH26-01</td></tr>
<tr><td>Timing</td><td>Start Date (Month/Year):
July 2026</td><td>End Date (Month/Year):
June 2031</td><td>Duration: Five years</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Indicative Budget</td><td>USD:</td><td colspan="2">5,652, 627</td></tr>
<tr><td>AUD:</td><td colspan="2">8,192,213</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Total confirmed restricted funding</td><td>Funding Source: DFAT/ANCP</td><td colspan="2">Amount: 4,000,000 USD</td></tr>
<tr><td>Funding Source: FHF Unrestricted Funding</td><td colspan="2">Amount: 1,652,627 USD</td></tr>
<tr><td>Project Description:</td><td colspan="3">
Many people in Cambodia still miss out on timely and quality eye care, not because solutions are unknown, but because systems that support planning, coordination, quality, and accountability are not yet strong in all parts of the country. Eye health services are growing, but differences in service quality, workforce availability, and coordination mean that access and outcomes vary across locations. The Eye Health Governance (EHG) project responds to this challenge by strengthening how eye health is planned, led, and managed, so that existing and future investments deliver better and more consistent results for all Cambodians.
The project will benefit the Cambodian population nationwide, with a strong focus on people who rely on public health services, including those living in rural and underserved areas. By improving how eye health services are governed and organised, the project will help doctors, nurses, and eye care workers provide safer, higher-quality care closer to where people live. While the project does not deliver direct clinical services itself, it will strengthen the systems that support service delivery across all provinces and levels of care.
Through this work, the project aims to achieve a stronger, government-led eye health system that is better in planning services, managing workforce, assuring quality, and responding to population needs over time. Expected outcomes include:

Eye health governance, coordination, and stewardship are strengthened to improve planning, regulation, quality, and accountability;
A competent, sustainable, and equitably distributed eye health workforce is developed and institutionalised; and
Enabling systems, innovations, and infrastructure support effective governance, workforce performance, and service quality.

Together, these improvements will contribute to more equitable access to quality eye care and reduced avoidable vision loss across Cambodia.
The project will be delivered in partnership with government institutions and local stakeholders, with a focus on practical and long-term change. By working through existing government structures and priorities, the Eye Health Governance project supports sustainable, nationally owned progress in eye health.
</td></tr>
<tr><td>Disease Focus:</td><td colspan="3">
<table>
<tr><th>Tick all that apply</th><th>Disease Focus Area</th><th>How much of the project is focused on each selected disease area (allocate an approximate % to a total of 100%).</th></tr>
<tr><td>☒</td><td>Cataract</td><td>10</td></tr>
<tr><td>☒</td><td>Refractive error</td><td>10</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	☐	Trachoma	
	☒	DR and other eye conditions	10
	☒	Other non-disease specific (eg. policy, workforce, enabling environments)	70

Health System Pillars: *(Check all that apply)*	☒ *Service delivery* ☒ *Health Financing* ☒ *Leadership and Governance*	☒ *Workforce* ☒ *Information Management* ☒ *Medical Products and Technologies*
Thematic Focus: *(Check any that apply)*	☒ *Health system strengthening* ☐ *Child Eye Health* ☒ *Workforce Development* ☐ *Healthy Ageing*	☐ *Community Engagement & Participation* ☐ *Challenging Operating Environment* ☐ *Other (please specify e.g., continuous quality improvement)* ______________________________
Equity & Inclusion (GAPSED+):	***Gender Equity -*** *Tick which gender equity approach the project is taking:* ☐ **Principal**- Gender equity is the main objective of the project and is fundamental in its design and expected results. ☒ **Significant**- Gender equity is an important and deliberate objective, but not the principal reason for undertaking the project ☐ **Mainstream** - While the project may not have explicit gender equity objectives, gender equity gaps in participation and benefits are identified and addressed; and a gender analysis has been undertaken; gender-related risks are being mitigated, and the M&E system collects sex-disaggregated data and where appropriate uses gender indicators. Mainstreaming is not an end in itself but a means to the goal of gender equity. ☐ **Not targeted** - The activity is not targeted at advancing gender equity and empowering women. However, gender equity could be addressed by ensuring the participation of women and girls; and a gender analysis will be/ has been undertaken as part of the activity's design.	
	Age group targeted ☒ Child (0-14) ☒ Adult (15-49) ☒ Elderly (50+)	***Place of residence or service*** ☒ Low to no access to eye health services and/or ☐ Low to no uptake of eye health services
	Socio-economic ☒ The project targets communities with low access to social and economic resources based on national standards.	**Ethnicity/Indigeneity/Race** ☒ The project targets locally disenfranchised or discriminated communities.
	☐ ***Disability Inclusion*** (*Only tick this box if your project has been identified as taking a* ***disability mainstreaming approach****).* *If you ticked the Disability box above, please specify the focus of the activity below:* ☒ *The project actively involves people with disabilities and their representative organisations (such as DPOs) in planning, implementation & M&E;* *and/or:* ☒ *The project activity identifies & addresses barriers to inclusion & opportunities for participation for people with disabilities to enable them to benefit equally from project*	
	☐ **PLUS** (Other factors of marginalization or exclusion such as migrant status, religion, displacement)	

Project Evaluations	The following evaluations will be carried out for this project: ☒ *Mid-term evaluation* Expected date: January 2029 ☒ *End-term evaluation* Expected date: March 2031
Project Development Team:	- General Department of Technical Health, Ministry of Health - The National Program for Eye Health - University of Health Sciences - Preah Angduong Hospital - Khmer Soviet Friendship Hospital - Municipal/Provincial Health Departments (Phnom Penh, Siem Reap, Kandal, Kampong Cham, Kampong Thom, Kampong Speu, Kampong Chhnang, Preah Sihanouk, Tboung Khmum, Preah Vihear, Odor Meanchey, Kampot, Takeo, Rattanak Kiri) - Cambodian Ophthalmological Society - Optometry Society of Cambodia - The Fred Hollows Foundation

ii. List of Acronyms

AI – Artificial Intelligence
ANCP – Australian NGO Cooperation Program
AUD – Australian Dollar
CDHS – Cambodia Demographic and Health Survey
COS – Cambodian Ophthalmological Society
CPA – Complementary Package of Activities
CPD – Continuing Professional Development
CQI – Continuous Quality Improvement
CSN – Country Support Network
CSOM – Cataract Surgical Outcome Monitoring
DFAT – Department of Foreign Affairs and Trade (Australia)
DHIS2 – District Health Information System 2
DPO – Disabled People's Organisation
DR – Diabetic Retinopathy
EHG – Eye Health Governance
FHF – The Fred Hollows Foundation
GAPSED+ – Gender, Age, Place, Socio-Economic Status, Ethnicity, Disability and Other Factors of Marginalisation
HEF – Health Equity Fund
HMIS – Health Management Information System
HSP4 – Health Strategic Plan IV
HRH – Human Resources for Health
IEC – Information, Education and Communication
IPEC – Integrated People-Centred Eye Care
MEF – Ministry of Economy and Finance
MERL – Monitoring, Evaluation, Research and Learning
MoC – Ministry of Commerce
MoEYS – Ministry of Education, Youth and Sport
MoH – Ministry of Health
MoLVT – Ministry of Labour and Vocational Training
MoSVY – Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation
MoWA – Ministry of Women's Affairs
MPWT – Ministry of Public Works and Transport
MSAT – Minimum Standard Assessment Tool
NPEH – National Program for Eye Health
NSPBPC – National Strategic Plan for the Prevention of Blindness and Control
OD – Operational District
OELF – OneSight EssilorLuxottica Foundation
OSC – Optometry Society of Cambodia
PDD – Project Design Document
PHD – Provincial Health Department
PSC – Project Steering Committee
QA – Quality Assurance
QI – Quality Improvement
RAAB – Rapid Assessment of Avoidable Blindness
SOP – Standard Operating Procedure
SURES – Scaling Up Refractive Error Services
TWG – Technical Working Group
UHC – Universal Health Coverage
UHS – University of Health Sciences
WHO – World Health Organization

1. Situation Analysis and Rationale

1.1 Background and context

Over the past two decades, The Fred Hollows Foundation has worked in partnership with the Royal Government of Cambodia to support the development of eye health services, beginning with service delivery and workforce training and progressively shifting toward health systems strengthening. This evolution reflects both the growing capacity of national institutions and the need for sustainable, government-led solutions. The Eye Health Governance (EHG) project builds on this long-standing engagement and on lessons learned from previous and ongoing initiatives focused on national and sub-national coordination, workforce development, quality assurance, and multi-sectoral collaboration. The project originated through a consultative design process led by the Ministry of Health, with engagement from the National Program for Eye Health, University of Health Sciences, and sector partners, and responds directly to priorities identified through national planning processes and situational analyses.

The project has a national scope, covering all 25 provinces of Cambodia, with direct partnership engagement with selected 14 municipal and provincial administrations. These include Phnom Penh, Kandal, Kampong Cham, Kampong Chhnang, Kampong Thom, Kampong Speu, Preah Sihanouk, Kampot, Tboung Khmum, Siem Reap, Rattanakiri, Preah Vihear, Odor Meanchey, and Takeo. This geographical focus is deliberate. While eye health services have expanded in recent years, access, quality, and workforce availability vary significantly between provinces and between urban and rural areas. A national approach allows governance arrangements, planning tools, standards, policies and systems to be strengthened consistently across the country, supporting equity, efficiency, and long-term sustainability. National-level action is also necessary to align eye health with broader health sector reforms, financing mechanisms, and workforce policies.

The project builds on longstanding investments, partnerships, and system strengthening efforts supported through previous and ongoing eye health initiatives in Cambodia. Many proposed interventions are therefore not new standalone activities, but continuation, expansion, or institutionalisation of existing efforts already being implemented with government and sector partners. This includes ongoing work related to coordination mechanisms, workforce development, quality assurance, data systems, and integration of eye health within broader health systems. The project is designed to build on established relationships, existing government commitment, and lessons learned from prior implementation, while supporting further scale-up, strengthening, and sustainability of these efforts within government systems.Cambodia continues to experience steady economic growth and improvements in overall health outcomes alongside ongoing health system reform aimed at achieving Universal Health Coverage. Within this context, eye health has gained increasing recognition as an important contributor to wellbeing, productivity, and healthy ageing. At the same time, eye health services sit at the intersection of several sectors, including health, education, social protection, gender, and disability, requiring effective coordination and clear stewardship. Technological opportunities exist to improve training, service delivery, supervision, and data use, but these opportunities depend on strong governance and system readiness to be effective. The EHG project is designed to respond to this environment by strengthening leadership, coordination, and system functions that enable effective and equitable eye health services.

1.2 Problem Analysis and Evidence

Despite progress in expanding eye health services, several interconnected system-level challenges continue to limit the consistency, quality, and equity of eye care across Cambodia. Evidence from national planning processes, routine reporting, service assessments, and the Minimum Standard Assessment Tool (MSAT) indicates that eye health planning, coordination, regulation, workforce development and management, and

quality assurance are not yet sufficiently strong or consistent across all levels of the health system to ensure equitable access to high-quality services nationwide. These challenges are not primarily related to a lack of technical solutions, but to gaps in governance, system integration, and institutionalisation.

A key underlying issue is variation in governance and coordination between national and sub-national levels. While coordination mechanisms such as technical working groups and planning platforms are in place, their functionality, clarity of roles, and accountability arrangements vary between provinces. Under the previous NSEE project, six provinces established or integrate eye health Sub-Technical Working Groups (TWGs); however, such groups are not functional or do not exist in other provinces. Building on these existing structures, the EHG project will adopt a phased approach to strengthening provincial eye health governance. Provinces with more established coordination mechanisms will serve as peer-learning and demonstration sites to support the operationalisation of Sub-TWGs in additional target provinces. This approach is intended to strengthen feasibility, promote practical learning, and support gradual institutionalisation within provincial health systems.

Partner reviews highlight differences in how eye health is prioritised in provincial plans, how supervision is conducted, and how information is used for decision-making. This variation affects planning quality, follow-up on identified gaps, and the ability to systematically address service coverage or quality concerns. Integration of eye health into broader health sector planning, monitoring, and quality improvement processes is progressing, but remains uneven across locations.

A second major challenge relates to the eye health workforce. Cambodia has increased the number and types of eye care providers through investments in training and service expansion. However, workforce mapping indicates persistent imbalances in workforce availability, skills mix, supervision, and distribution, particularly between urban centres and rural or remote areas. Workforce planning, deployment, continuing professional development, and performance management are not yet fully embedded within national systems. As a result, some areas experience service gaps or rely heavily on outreach or visiting services, while other areas have more stable service provision. These gaps can affect both access and service quality, including patient safety.

Quality assurance and clinical governance systems are developing but are not yet comprehensive or consistently applied and not integrated into the quality improvement of the MoH structure. Service quality is currently monitored through a combination of routine reporting, supervisory visits, and selected outcome indicators, including cataract surgical outcome monitoring where data are available. However, partner experience indicates that systems for routine clinical audit, feedback, benchmarking, and continuous quality improvement differ between facilities and are not yet standardised or institutionalised. Data such as cataract surgical outcome monitoring (CSOM) are collected in some settings and used for learning, but coverage and systematic use for quality improvement vary. This limits the ability to consistently measure performance, compare results across facilities, and support continuous improvement over time.

Previous efforts by the Royal Government of Cambodia and development partners have addressed aspects of these challenges. These include the establishment of national and provincial coordination mechanisms, development of policies and clinical guidelines, investments in education and training, and pilot initiatives to improve service delivery, planning, and supervision. Evaluations and programme learning demonstrate that these interventions have been effective where leadership is strong, roles and responsibilities are clear, and systems are supported over time. However, many initiatives have been project-based or location-specific, with limited scale-up or institutionalisation within government systems.

The Eye Health Governance (EHG) project responds directly to these lessons. Rather than focusing on individual services or short-term solutions, it addresses the underlying governance, stewardship, and system functions that enable sustainable, nationwide improvement. By strengthening leadership, coordination, workforce systems, quality assurance, and data use within existing government structures, the project aims to create the conditions for more consistent, equitable, and high-quality eye care across Cambodia.

1.3 Equity Analysis

The Eye Health Governance (EHG) project is grounded in a commitment to health equity, recognising that all people should have a fair opportunity to attain good eye health. National and international evidence demonstrates that inequities in eye health in Cambodia are shaped by geography, gender, age, disability, and socioeconomic status, often acting in combination. These inequities are well aligned with priority population groups identified in the National Strategic Plan for Blindness Prevention and Control (NSP-BPC 2021–2030) and the Health Strategic Plan 2025–2034 (HSP4), both of which emphasise equity, inclusion, and universal access to quality services.

Geographic and socioeconomic inequities

Data from the Cambodia Demographic and Health Survey (CDHS) 2021–2022 highlight persistent disparities in access to health services between urban and rural populations, with rural households more likely to face barriers related to distance, transport, infrastructure, and availability of skilled health workers. These broader health system inequities are reflected in eye health service access. Evidence from the RAAB 2019 and national service assessments indicates that specialist eye care services and trained eye health personnel are disproportionately concentrated in urban and provincial centres, while people living in rural and remote areas continue to rely heavily on outreach services, eye camps, or delayed referral pathways. Socioeconomic status further intersects with geography. CDHS 2021–2022 data show that households in lower wealth quintiles experience greater difficulty accessing care due to cost, transport, and opportunity costs. Although Health Equity Funds (HEFs) and social protection schemes have expanded coverage, awareness and effective use of these mechanisms for eye health services remain uneven, particularly for older people and people living in remote areas, as noted in national planning documents and partner reviews.

Gender and age-related inequities

Gender disparities in eye health are well evidenced in Cambodia. The RAAB 2019 shows that the adjusted prevalence of blindness among people aged 50 years and above is significantly higher in women (3.2%) than in men (1.6%), with women also representing a larger proportion of those affected by cataract and vision impairment. While overall cataract surgical coverage has improved since 2007, RAAB 2019 data indicate that coverage remains lower among women than men, reflecting persistent gender-related barriers to timely access to surgery.

CDHS 2021–2022 and the GAPSED+ Situational Analysis further highlight that women, particularly older women, face compounded barriers related to caregiving responsibilities, limited control over financial resources, mobility constraints, and the need for family support during care-seeking and recovery. Men, particularly older men in rural areas, may also delay care due to work-related priorities, social norms around illness, or lower perceived need for early treatment, contributing to late presentation.

Age is a critical equity factor. RAAB 2019 demonstrates a sharp increase in blindness and visual impairment after age 50, driven largely by cataract and refractive error, with the proportion of the population aged 50 and over projected to continue rising. This demographic shift has significant implications for service demand and equity, particularly for older people living alone, in poverty, or in remote settings.

Disability and social inclusion

Disability-related inequities are well documented in national and partner evidence. CDHS 2021–2022 reports that disability prevalence increases with age and is higher among women than men, with seeing difficulties among the most commonly reported functional limitations. The GAPSED+ Situational Analysis and the national Situational Analysis Report highlight that people with disabilities often face physical, communication, and attitudinal barriers within health facilities, including limited physical accessibility, lack of adapted information, and stigma.

RAAB 2019 data indicate that a proportion of people aged 50 and above experience functional low vision requiring low-vision or rehabilitative support, yet referral pathways between eye health services and broader disability and social support systems are not consistently established nationwide. Disability-related barriers are often compounded by poverty, gender, and rural residence, reinforcing exclusion from timely eye care and follow-up services.

Implications for project design

The EHG project integrates an equity lens across all components in line with The Fred Hollows Foundation's GAPSED+ framework and national policy priorities. Equity is addressed by strengthening the use of disaggregated data (by sex, age, disability and location) for planning and monitoring; promoting inclusive and representative governance and coordination mechanisms; embedding gender, age and disability considerations in workforce development, supervision and quality assurance systems; and strengthening coordination between eye health, social protection mechanisms, and disability stakeholders.

Rather than treating equity as a standalone theme, the project embeds equity within governance strengthening, system integration, and institutional learning processes, supporting more inclusive, responsive, and sustainable eye health services across Cambodia.

1.1 Stakeholder Analysis

The Eye Health Governance (EHG) project adopts a whole-of-sector approach, recognising that sustained improvement in equity, quality, and coverage of eye health services depends on effective collaboration across government, professional bodies, training institutions, service providers, and development partners. The project has a national mandate, while prioritising deeper engagement and system strengthening support in 14 municipal and provincial administrations—Phnom Penh, Kandal, Kampong Cham, Kampong Chhnang, Kampong Thom, Kampong Speu, Preah Sihanouk, Kampot, Tboung Khmum, Siem Reap, Rattanakiri, Preah Vihear, Odor Meanchey, and Takeo—selected to reflect geographic diversity, population need, and system strengthening opportunities.

Government stakeholders

Ministry of Health (MoH): The Ministry of Health is the primary steward of the health system and holds overall responsibility for policy formulation, regulation, planning, and oversight. The MoH has a strong interest in ensuring that eye health is effectively integrated into broader health sector reforms, including Universal Health Coverage, decentralisation, workforce development, quality improvement, and health information systems. Under the EHG project, the MoH will engage at a strategic level to provide policy direction, endorse governance and coordination mechanisms, support alignment with national strategies, and facilitate linkages between national and sub-national actors. The project supports the MoH's mandate by strengthening governance functions rather than substituting for them.

National Program for Eye Health (NPEH): The NPEH, under the MoH, is the lead technical and coordinating body for the eye health sector. It plays a central role in sector leadership, partner coordination, strategic planning, standard setting, and monitoring implementation of the National Strategic Plan for Blindness Prevention and Control. NPEH has a direct interest in improving coordination, clarity of roles, data use, and quality assurance across all levels of the system. In the EHG project, NPEH will be the primary government counterpart, providing technical leadership, convening stakeholders, guiding sub-national engagement, and supporting institutionalisation of governance, planning, and quality mechanisms nationwide.

Sub-national health authorities (Municipal and Provincial Administrations, PHDs): Provincial Health Departments (PHDs) and municipal/provincial administrations play a growing role in planning, supervision, and coordination of health services under decentralisation reforms. Their interest lies in improving service coordination, workforce management, supervision, and data use at local level. The EHG project will work closely with sub-national authorities in the 14 priority provinces to strengthen planning processes, clarify

coordination arrangements, and improve links between provincial, district, and facility-level eye health services, while ensuring lessons are scalable to other provinces.

University of Health Sciences (UHS): UHS is the MOH's academic institution responsible for pre-service training of health professionals, including ophthalmologists, ophthalmic nurses, and emerging cadres. UHS has a strong interest in strengthening workforce pipelines, improving quality and relevance of training, and expanding educational pathways to meet system needs. Within the EHG project, UHS is a key partner for workforce development, including pre-service education, selected in-service training, clinical research, and the establishment of new programmes such as the Bachelor of Optometry degree. Moreover, accreditation and certification processes will be led through MOH systems and relevant professional and academic structures. Engagement with UHS supports long-term sustainability and national ownership of workforce development.

Professional associations

Cambodian Ophthalmological Society (COS): COS represents ophthalmologists across the country and plays a critical role in professional leadership, continuing professional development (CPD), ethics, and clinical standards. COS has a strong interest in maintaining quality of care, professional competence, and engagement of specialists in national priorities. The EHG project will engage COS to support CPD, strengthen professional input into guidelines and quality assurance processes, and promote alignment between professional practice and national standards.

Optometry Society of Cambodia (OSC): OSC represents refractionists, has the ambition to represent optometry professionals in future, and has an important role in professional development, standard setting, and advocacy for refractive error services. The society has a growing interest in CPD, professional recognition, and system integration of refractive services. Within EHG, OSC will be engaged to support workforce development, CPD, and improved integration of refraction services within the broader eye health system, in alignment with national priorities.

Other Partners:

OneSight Essilor Luxottica Foundation (OELF): OELF is a key partner in the refractive error ecosystem, with particular expertise in spectacle provision, optical supply chains, and sector development. OELF has a strong interest in sustainable systems for refractive services, quality optical dispensing, and workforce capacity. Under the EHG project, OELF will contribute technical expertise to support refractive error service development, strengthen linkages between clinical refraction and optical provision, and align supply mechanisms with national standards and planning processes.

Other development partners and NGOs: A range of national and international NGOs and development partners are active in eye health service delivery, training, outreach, research, and advocacy. These actors have an interest in effective coordination, predictable governance arrangements, and alignment with national systems. The EHG project provides a platform to strengthen collaboration, reduce fragmentation, and support transition from project-based approaches toward institutionalised, government-led systems.

Organizations representing marginalized groups (women's organizations, organizations of persons with disabilities): GEDSI-focused organisations, including organisations representing people with disabilities and other underserved groups, will be engaged as strategic partners within project implementation, coordination, and learning processes. Their involvement will support more inclusive planning, strengthen understanding of barriers affecting underserved populations, and help ensure that equity considerations are reflected in governance, workforce, quality assurance, and service delivery approaches. Where appropriate, these organisations will also be engaged within coordination and consultation mechanisms to support participation in decision-making, feedback processes, and review of implementation progress.

Communities and service users: Communities, older people, people with disabilities, women, people living in rural and underserved areas, and their relevant organisations are the ultimate beneficiaries of improved governance and system performance. While not direct implementers, their experiences and needs inform

planning, quality assurance, and equity considerations. Engagement with civil society and community structures will be supported through strengthened coordination mechanisms and data use, ensuring that services respond to population needs.

1.4 FHF value add

The rationale for The Fred Hollows Foundation's (FHF) investment in the Eye Health Governance (EHG) project extends well beyond financial contribution. FHF brings a unique combination of long-standing country experience, technical leadership in eye health systems strengthening, and trusted partnerships with government and sector stakeholders that position the Foundation as a catalytic and credible partner for reform.

FHF has worked in Cambodia since 1998, evolving from direct service delivery to a sustained focus on systems strengthening, policy reform, workforce development, and quality assurance. This long institutional presence has generated deep contextual understanding of Cambodia's health system, decentralisation reforms, political economy, and implementation realities at both national and sub-national levels. As a result, FHF is well placed to support sensitive policy dialogue, align reforms with government priorities, and translate strategies into practical, implementable actions.

A core value add of FHF is its technical expertise across the full eye health system, including governance, workforce planning, service integration, quality improvement, and data use. Drawing on lessons from prior investments such as NSEE, SEE-IPEC, and SURES, FHF has demonstrated it can successfully support the development and application of quality standards, monitoring frameworks, and outcome measures, including cataract surgical outcome monitoring, refractive error quality assurance, and effective coverage indicators. This enables government partners not only to expand services, but to improve safety, quality, accountability, and sustainability.

FHF also adds value through its coordination and convening role. The Foundation has a demonstrated ability to bring together ministries, professional societies, sub-national authorities, civil society, and development partners around shared priorities. Through this role, FHF supports stronger sector coordination, reduces fragmentation, promotes peer learning, and strengthens national and provincial governance platforms under government leadership.

Another key contribution is FHF's ability to adapt global evidence and good practice to the Cambodian context. Through its global technical network, FHF introduces proven approaches in integrated people-centred eye care, continuous quality improvement, workforce competency frameworks, and inclusive service delivery, while ensuring these are locally appropriate, policy-aligned, and institutionally embedded.

Finally, FHF provides leverage beyond its own resources. Its credibility with government and donors, engagement in regional and global eye health networks, and experience in resource mobilisation and partnership development help attract complementary funding, in-kind support, and technical collaboration. This multiplies the impact of investments and supports a transition towards greater government ownership and sustainability.

Through these combined contributions, FHF plays a critical enabling role in the EHG project—supporting government leadership, strengthening national systems, and ensuring that reforms lead to durable improvements in the quality, equity, and performance of eye health services in Cambodia.

2. Project Description

2.1 Purpose and End of Project Outcome

Purpose

The purpose of the Eye Health Governance (EHG) project is to contribute to the long-term strengthening of Cambodia's eye health system by reinforcing effective governance, stewardship, and system coordination, and by supporting the development of a competent, well-regulated, and equitably distributed eye health workforce.

Through government-led approaches, the project aims to address persistent system barriers that limit the quality, equity, and sustainability of eye health services—particularly weak regulatory frameworks, fragmented coordination, uneven workforce capacity and distribution, and variable service quality at health facilities across provinces. By strengthening governance structures, institutional capacities, and accountability mechanisms, the project contributes to more consistent implementation of national eye health policies and standards within an integrated people-centred health system.

Ultimately, the EHG project supports Cambodia's national ambition to reduce avoidable blindness and vision impairment by ensuring that eye health is effectively embedded within broader health and social systems and is delivered in a manner that is equitable, high-quality, and sustainable over time.

End of Project Outcome

By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government-led eye health system with effective governance and an equitable competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.

Success will be demonstrated by:

- Stronger stewardship, coordination, and accountability for eye health within and between national and sub-national health systems
- Improved quality, regulation, and oversight of eye health services across public and private sectors
- Integration of eye health within the MOH quality framework
- A more competent and sustainably supported eye health workforce, with improved capacity and distribution across provinces
- Better integration of eye health within health financing, health information system of MoH (HMIS/DHIS2), and social protection systems
- Tangible progress towards reducing avoidable blindness and vision impairment, particularly among rural, underserved, and vulnerable populations

1.2 Expected Outcomes and Outputs

Outcome 1: Eye health governance, coordination, and stewardship are strengthened to improve planning, regulation, quality, and accountability.

Expected outputs:

1. *Strengthen national and sub-national eye health coordination and stewardship mechanisms under Ministry of Health leadership*
2. *Integrate eye health priorities into government policies, plans, and financing frameworks (health, education, social protection, gender, disability)*

3. *Standardise eye health planning, supportive supervision, and performance monitoring within government systems*
4. *Strengthen national quality assurance, clinical governance, and regulation/oversight of public and private eye health services*

Outcome 2: A competent, sustainable, and equitably distributed eye health workforce is developed and institutionalised.

Expected outputs:

1. *Eye health pre-service education is strengthened and institutionalised, including formal accreditation*
2. *Continuing professional development, mentoring, supervision, coaching, and knowledge exchange systems are operational*
3. *Workforce availability and equitable distribution of eye health personnel are improved through workforce mapping, deployment, and distribution.*

Outcome 3: Enabling systems, innovations, and infrastructure support effective governance, workforce performance, and service quality.

Expected outputs:

1. *Appropriate digital health, tele-ophthalmology, and data systems are embedded in routine service delivery to enhance effectiveness and quality.*
2. *Functionality of essential eye health equipment and infrastructure is strengthened through systematic auditing, maintenance, and asset management.*

Eye Health Governance Project on a page

Goal	**Sustainable, equitable access to quality eye health services for all Cambodia, aligned with UHC and IPEC principles**		
End of Project Outcome	**By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government led eye health system and a competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.**		
Outcome	Eye health governance, coordination, and stewardship are strengthened to improve planning, regulation, quality, and accountability.	A competent, sustainable, and equitably distributed eye health workforce is developed and institutionalized	Enabling systems, innovations, and infrastructure support effective governance, workforce performance, and service quality.
Outputs	1. Strengthen national and sub-national eye health coordination and stewardship mechanisms under Ministry of Health Leadership 2. Integrate eye health priorities into government policies, plans, and financing frameworks (health, education, social protection, disability) 3. Standardize eye health planning, supportive supervision, and performance monitoring within the government system. 4. Strengthening national quality assurance, clinical governances, and regulation/oversight of public and private eye health services.	1. Eye health pre-service is strengthened and institutionalized including formal accreditation 2. Continuing professional, development, mentoring, supervision, coaching, and knowledge-exchange system are operational 3. Workforce availability and equitable distribution of eye health personal are improved through workforce, mapping, deployment, and retention initiatives.	1. Appropriate digital health, tele-ophthalmology, and data system are embedded in routine service delivery to enhance effectiveness and quality. 2. Functionality of essential eye health equipment and infrastructure is strengthen through systematic auditing, maintenance and asset management.

1.3 Project Change Strategy and Change Assumptions

The Eye Health Governance project is underpinned by a system-strengthening theory of change, which recognises that sustainable improvements in eye health outcomes in Cambodia depend on how the system is governed, staffed, regulated, financed, and supported, rather than on isolated service delivery or training interventions.

The project assumes that when eye health is effectively embedded within government systems—including policy, planning, financing, quality assurance, workforce development, and information systems—then improvements in service quality, equity, and sustainability can be achieved at scale and maintained beyond the life of the project.

Many of the proposed interventions under the EHG project build on existing systems strengthening efforts, partnerships, and implementation experience from previous and ongoing eye health initiatives in Cambodia. Several activities are therefore continuation, expansion, or institutionalisation of work already being implemented with government and sector partners, rather than entirely new interventions.

Accordingly, the project invests simultaneously in: 1)- Government stewardship and coordination; 2)- Institutionalised workforce development; and 3)- Enabling systems, innovations, and infrastructure

While governance, workforce, and enabling systems are mutually reinforcing, the project recognises that strengthened governance and stewardship functions are critical enabling conditions for sustainable workforce development, quality improvement, and long-term system integration.

These pathways are intentionally interdependent and iterative rather than linear.

Outcome Pathway 1: Strengthened Governance, Coordination, and Stewardship

The project recognises that fragmented coordination, weak regulatory oversight, inconsistent quality assurance, and limited integration of eye health into broader government systems are core constraints to effective service delivery in Cambodia.

Change logic:

If national and sub-national eye health coordination mechanisms are formalised and operationalised under Ministry of Health leadership, and if clear roles, mandates, and accountability structures are established through Technical Working Groups, management teams, and regular coordination processes, then government ownership of the eye health sector is strengthened.

When eye health priorities are systematically integrated into national and sub-national policies, strategies, financing frameworks, and service packages (such as CPA/MPA, social health protection mechanisms, and decentralised budgets), eye health becomes a routine and financed component of public service delivery.

The project will initially support the establishment or integrate of eye health Sub-TWGs at PHD level to improve coordination, monitoring, and tracking of eye health implementation, while strengthening stakeholder engagement and ownership. Over time, and as provincial systems mature, the project will support the progressive integration of eye health coordination functions into broader provincial health coordination mechanisms to strengthen institutionalisation and long-term sustainability within the health system. This is further reinforced when:

- Eye health planning and supervision are standardised through National Eye Health Strategic Plans, sub-national roadmaps, RAAB and Eye Health Assessments

- Performance monitoring and data collection are embedded within HMIS/DHIS-2 of MoH and routine supervision mechanisms
- Together, these changes shift the eye health sector from fragmented implementation towards coherent, accountable, and regulated system performance.

Evidence and learning

- Cambodia's experience under NSEE and SEE-IPEC demonstrated that supporting strengthening or integration of Sub-Technical Working Groups, national planning processes, and CPA/MPA integration led to stronger government ownership and more consistent service delivery.
- Lessons from clinical quality initiatives (CSOM, quality audits, peer review) show that outcomes improve when standards and supervision are institutionalised into the MoH system.
- WHO health system and IPEC evidence confirms that effective eye health integration throughout health services deliveries is a prerequisite for scaling quality eye care.

Outcome Pathway 2: Institutionalised Workforce Competency and Distribution

The project recognises that workforce challenges in Cambodia include shortage of eye health professional, uneven quality of education, limited continuous professional development opportunities, weak deployment planning, and deployment and worker retention challenges in underserved areas, leading to a high concentration of eye health workers in large cities.

Change logic

If pre-service education and training programmes are strengthened, standardised, and formally accredited within national institutions (including UHS and associated teaching hospitals), then the this will help to grow a more consistent and sustainable pool of eye health graduates across key cadres.

When continuing professional development systems—including mentoring, supervision, coaching, peer learning, and professional society-led CPD—are operational and embedded within government and professional structures, workforce competency is maintained and improved over time.

The project recognises that establishment of the Bachelor of Optometry program is a phased institutional development process requiring curriculum development, accreditation, teaching workforce strengthening, and clinical training readiness. Early implementation will therefore focus on foundational system and institutional requirements under MOH and UHS leadership. A more detailed workplan and budget for the School of Optometry component will be developed during implementation, through a dedicated UHS-led technical working group. FHF Cambodia's role will primarily focus on technical facilitation and strategic support, while ensuring MOH and UHS maintain leadership and ownership of the program.

Additionally, when workforce mapping, deployment planning, scholarships, and task-sharing models are implemented in an aligned manner, workforce availability and equitable distribution improve, particularly in rural and underserved areas.

This combination shifts workforce development from short-term training to a career-long, system-supported pathway, aligned with national service needs.

Evidence and learning

- Evaluations of SEE-IPEC and SURES showed that training investments were most effective when linked to accredited institutions, CPD systems, and mentoring.

- Cambodian experience demonstrates that one-off education without deployment, supervision, and career pathways does not translate into improved service quality.
- Global evidence underscores the importance of structured CPD, accreditation, and professional regulation in workforce retention and performance.

Outcome Pathway 3: Enabling Systems, Innovations, and Infrastructure

The project recognises that governance and workforce reforms cannot translate into better services without functional enabling systems, particularly in a geographically diverse and decentralised context.

Change logic

If digital health solutions—such as tele-ophthalmology, AI-assisted screening and diagnosis, e-referrals, and digital dashboards—are embedded into routine service delivery where appropriate, then access to specialist input, supervision, timely treatment and intervention and quality oversight improves, especially in remote areas.

When eye health data systems are fully integrated into national information systems, supported by regular data quality assurance and capacity building, decision-making becomes more evidence based and timely and strengthens quality assurance and monitoring system.

Similarly, when equipment audits, asset management systems, maintenance capacity, and biomedical engineering support are institutionalised, service disruptions are reduced and the return on infrastructure investments is maximised including improvement in sustainability and quality of service delivery, reducing carbon footprint and improving environmental sustainability.

These enablers create the conditions for consistent service delivery, quality improvement, and system resilience.

Evidence and learning

- Cambodia's use of tele mentoring and digital reporting during COVID-19 demonstrated feasibility and value for remote supervision.
- Learning from equipment audits under SEE-IPEC highlighted maintenance gaps as a key determinant of service quality.
- Global experience shows that digital and infrastructure investments are effective only when paired with governance, training, and maintenance systems.

Why This Change Strategy Is Likely to Succeed

This approach is considered more effective than service focused or training only alternatives because it:

- Embeds decision making and investments within government policies, systems, and institutions
- Strengthens both public and private sector accountability
- Aligns workforce development with deployment and regulation
- Uses data and digital systems to reinforce governance and quality
- Builds reinforcing feedback loops between governance, workforce, and service delivery

Key Change Assumptions

The success of this logic depends on the following assumptions:

1. Sustained government commitment to leading eye health policy, planning, and regulation. Implementing partners at national and subnational levels (MoH, PHDs, UHS, professional bodies, and others) have the capacity, clear roles, and sustained engagement to implement agreed activities and reforms. Functional coordination mechanisms for eye health will continue to operate across election cycles and leadership changes.
2. Training institutions and professional bodies remain willing and able to institutionalise reforms.
3. Digital systems and infrastructure investments are maintained and budgeted for beyond the project.
4. Public and private providers engage with quality assurance and regulatory processes.

These assumptions are informed by Cambodia's recent policy trajectory (NSP-BPC, HSP4, UHC Roadmap) and past implementation experience.

2.2 Equity and Inclusion

Equity and inclusion are central to the design and implementation of the Eye Health Governance project. The project recognises that avoidable blindness and vision impairment in Cambodia disproportionately affect women, people with disabilities, older people, rural populations, and socio-economically disadvantaged groups, largely due to structural barriers including cost, geography, workforce distribution, social norms, and limited system responsiveness.

Rather than addressing equity solely through service delivery, the project takes a system-level approach, embedding equity considerations across governance, workforce development, and enabling systems to ensure that eye health services are planned, regulated, financed, and delivered in ways that prioritise those most at risk of exclusion.

a. Gender Equity

Women and girls experience a higher burden of vision impairment in Cambodia, influenced by factors such as limited decision-making power, caregiving roles, lower access to financial resources, and social norms that reduce health-seeking behaviour. Gender gaps are also evident within the eye health workforce, particularly in leadership and specialist roles. How the project addresses gender equity:

Through strengthened governance and stewardship (Outcome 1):

- Eye health priorities are integrated into gender-responsive government policies, plans, and financing frameworks, including alignment with Ministry of Women's Affairs strategies.
- Standardised planning, monitoring, and quality assurance systems include gender-disaggregated data requirements, enabling government to identify and respond to access and outcome gaps between women and men.
- National coordination mechanisms and TWGs promote inclusive representation, supporting women's participation in decision-making within the eye health sector.

Through workforce development (Outcome 2):

- Pre-service education, scholarships, and CPD systems are designed to expand opportunities for women to enter and progress within eye health professions, including optometry, ophthalmic nursing, and specialist roles.

- Mentoring, supervision, and professional networks support women's leadership and career progression, addressing barriers to retention and advancement.
- Equitable deployment and retention strategies contribute to improved availability of female providers in underserved areas, enhancing acceptability and access for women patients.

Through enabling systems (Outcome 3):

- Digital health, tele-ophthalmology, and decentralised service models reduce travel time and indirect costs, which disproportionately affect women due to caregiving responsibilities.
- Community-level IEC and awareness initiatives address gender-related barriers to care-seeking and promote timely utilisation of eye health services.

b. Disability Inclusion

People with disabilities in Cambodia face compounded barriers to accessing eye health services, including physical inaccessibility, stigma, limited-service integration, and inadequate inclusion within health and social protection systems. Vision impairment itself both contributes to and intersects with other forms of disability. How the project addresses disability inclusion:

Through strengthened governance and stewardship (Outcome 1):

- Eye health is integrated into disability-inclusive policies, planning, and financing frameworks, including collaboration with the Ministry of Social Affairs and alignment with social protection schemes.
- National standards, quality assurance, and regulatory mechanisms promote accessible, safe, and inclusive service provision across both public and private sectors.
- Data systems increasingly capture disability-disaggregated information, supporting more inclusive planning and accountability.

Through workforce development (Outcome 2):

- Pre-service education and CPD curricula incorporate competencies related to inclusive care, disability awareness, and patient-centred communication.
- Workforce distribution strategies improve service availability closer to communities, where people with disabilities face mobility and transport constraints.
- Task-sharing and primary eye care approaches strengthen early detection and referral for people with multiple or complex needs.

Through enabling systems (Outcome 3):

- Tele-ophthalmology and digital referral systems reduce physical access barriers for people with disabilities.
- Infrastructure upgrades and equipment standards support safer and more accessible diagnostic and treatment environments.
- Quality assurance systems incorporate patient feedback mechanisms, ensuring that the perspectives of people with disabilities inform service improvement.

c. Other Equity Domains

The project also addresses other intersecting dimensions of inequity, including geography, poverty, age, ethnicity, language, and place of residence. Key approaches include:

- Geographic equity: Workforce mapping, deployment, and retention strategies prioritise underserved and rural provinces, while digital health and outreach models extend service reach.
- Socio-economic equity: Integration of eye health into social health protection and financing mechanisms reduces financial barriers for low-income populations.
- Age equity: The project strengthens services relevant to high-need groups such as older people (e.g. cataract, glaucoma) and children (e.g. refractive error, school-age screening).
- Language and cultural inclusion: Community engagement and IEC activities are adapted to local contexts to improve understanding and uptake among diverse populations.

d. Equity as a System Outcome

By embedding gender, disability, and broader equity considerations into policies, workforce systems, data, financing, quality assurance, and infrastructure, the project ensures that equity is not dependent on short-term targeting but becomes a core function of Cambodia's eye health system.

This systemic approach is expected to deliver more equitable access, utilisation, and outcomes over time, particularly for women, people with disabilities, and populations in rural and underserved areas.

2.3 Beneficiaries

The Eye Health Governance and Workforce Competency project delivers benefits at multiple levels of Cambodia's eye health system. While the project does not focus on large-scale direct service delivery, its system-strengthening approach is designed to generate substantial and sustained benefits for populations at risk of avoidable blindness and vision impairment, particularly women, people with disabilities, and those living in rural and underserved areas.

Beneficiaries are therefore categorised into direct beneficiaries (those who engage directly with project interventions) and indirect beneficiaries (those who benefit through improved systems, services, and workforce capacity).

a. Primary Beneficiaries (Indirect – Population Level)

People at risk of avoidable blindness and vision impairment in Cambodia, particularly:

- Women and girls
- People with disabilities (including people with multiple or intersecting impairments)
- Older people
- Children requiring refractive and early eye care services
- Rural, remote, and underserved populations
- Low-income households and socially marginalised groups

These populations benefit indirectly through:

- Improved availability, quality, and continuity of eye health services
- Reduced geographic and financial barriers to care
- Stronger integration of eye health within health, social protection, and community systems

Over time, the project contributes to nationwide population-level impact, as improved governance, workforce competence, and service quality are scaled through government systems.

b. Secondary Beneficiaries (Direct – System and Workforce Level)

Government institutions and health system actors

- Ministry of Health (MoH), including the National Program for Eye Health (NPEH)
- Provincial Health Departments (PHDs), Operational Districts, and public health facilities
- Relevant non-health ministries involved in education, social protection, gender, and disability

These actors benefit from strengthened:

- Coordination, stewardship, and accountability mechanisms
- Policy, planning, and financing frameworks
- Data, supervision, monitoring, and regulatory systems

Eye health workforce

- Ophthalmologists
- Optometrists
- Ophthalmic nurses, refraction nurses and optometrists
- General doctors and primary health care staff trained in basic eye care
- Biomedical and technical staff supporting equipment and infrastructure

The workforce benefits directly from:

- Improved pre-service education and formal accreditation
- Continuing professional development, mentoring, and supervision systems
- Clearer deployment, career progression, and retention pathways
- Safer and better-equipped working environments

Workforce benefits will be disaggregated by gender, cadre, and location, supporting equity-focused monitoring.

c. Tertiary Beneficiaries (Direct and Indirect – Professional and Community Level)

- Training and academic institutions, including the University of Health Sciences and accredited teaching hospitals, strengthened through curriculum development, accreditation, and teaching capacity.
- Professional bodies, particularly the Cambodian Ophthalmological Society, benefiting from stronger governance, CPD systems, research platforms, and professional regulation.
- Public and private eye health service providers, benefiting from clearer standards, quality assurance frameworks, and regulatory guidance.
- Communities and local authorities, benefiting from decentralised planning, outreach-linked services, and strengthened referral and information systems.

d. Equity and Disaggregation

The project is designed so that benefits accrue equitably across population groups. Where data systems allow, beneficiaries will be disaggregated by gender, disability, age, and geographic location, particularly through:

- National health information systems and dashboards

- Workforce mapping and deployment data
- Supervision, quality assurance, and patient feedback mechanisms

This ensures that improvements in service availability and quality can be monitored and adjusted to respond to inequities identified during implementation.

e. Beneficiary Reach and Sustainability

While the project's direct reach is concentrated among system and workforce actors, its indirect reach extends to the national population over time, as improvements are institutionalised within government systems. By focusing on governance, workforce, and enabling systems rather than time-limited service delivery, the project ensures that benefits are:

- Scalable, through national and sub-national government structures
- Sustainable, through integration into policies, financing, and workforce systems
- Equitable, through intentional system design and monitoring

2.4 Strategic Alignment

The Eye Health Governance (EHG) project is closely aligned with Cambodia's national development agenda and health sector reform priorities. By strengthening governance, workforce institutionalisation, and system enablers, EHG supports government-led efforts to improve service quality, equity, and sustainability and to advance universal health coverage.

a. Alignment with National Strategies, Policies and MoH Quality Improvement Framework

EHG directly supports and operationalises the following national strategies:

- **National Strategic Plan for the Prevention of Blindness and Control of Eye Diseases (NSP-BPC)**
  EHG strengthens the governance, coordination, quality assurance, and workforce systems required for effective and sustained implementation of the NSP-BPC, while also supporting evidence generation and planning for its next phase.
- **Health Strategic Plan IV (HSP4)**
  The project contributes to HSP4 priorities on health system strengthening, decentralisation, service quality, and equity by embedding eye health within routine planning, supervision, financing, and information systems.
- **Universal Health Coverage (UHC) Roadmap**
  By improving workforce availability, service quality, and system integration and by supporting inclusion of eye health within social health protection mechanisms. EHG addresses key supply-side and non-financial barriers to UHC.
- **Human Resources for Health (HRH) Development Agenda**
  EHG aligns with national HRH priorities through accredited pre-service education, continuing professional development, workforce planning, and deployment and retention strategies that promote equitable distribution.
- **Digital Health and Health Information System Reforms**
  Integration of eye health data into national information systems, alongside digital and tele-ophthalmology solutions, supports Cambodia's digital health agenda and strengthens data-driven decision-making.

- **Gender, Disability, and Social Protection Frameworks**
  EHG supports cross-government commitments to equity and inclusion by integrating eye health into gender-responsive, disability-inclusive, and social protection policies and plans.

b. Alignment with Good Development Practice

The EHG project reflects good development practice through:

- **Government leadership and ownership:** Implemented under Ministry of Health leadership, with reforms embedded in existing national and sub-national systems rather than parallel structures.
- **Local ownership and institutionalisation:** Capacity strengthening focuses on national institutions, professional bodies, and systems to ensure sustainability beyond the project period.
- **Participation and co-design:** Project design and implementation build on consultative processes and ongoing coordination among government, training institutions, professional bodies, NGOs, and development partners.
- **Mutual accountability and transparency:** Strengthened monitoring, data systems, and quality assurance mechanisms support accountability across public and private providers.
- **Sustainability and scalability:** Alignment with national policies, financing frameworks, and workforce systems allows reforms to be scaled and sustained over time.

c. Strategic Contribution of EHG

EHG complements service delivery initiatives by addressing the systemic foundations of eye health delivery. Its strategic value lies in strengthening how eye health is governed, regulated, staffed, and monitored, thereby enabling more integrated, equitable, and resilient eye health services in support of Cambodia's long-term health and development goals.

2. Project Implementation

3.1 Project Management

a. Overall Management Approach

The Eye Health Governance (EHG) project will be implemented through a **government-led, partnership-based management model**, designed to promote strong stewardship, shared decision-making, and institutional ownership. Management arrangements build on established collaboration mechanisms from previous Foundation-supported eye health initiatives in Cambodia and are tailored to the governance and system-strengthening focus of EHG.

The project will be overseen by a **Project Steering Committee**, complemented by existing national and sub-national technical coordination mechanisms, with The Fred Hollows Foundation Cambodia (FHF Cambodia) providing technical support, grant management, and secretariat functions.

b. Project Steering Committee

A Project Steering Committee (PSC) will be established to provide strategic direction, oversight, and high-level coordination for the EHG project.

Chairing and leadership

- The PSC will be chaired by a Secretary of State from the Ministry of Health, or
- Co-chaired by:
    - Professor Saphonn Vonthanak, Rector of the University of Health Sciences (UHS), and
    - Professor Ngy Meng, Chair of the National Program for Eye Health (NPEH)

Membership PSC membership will include senior representatives from:

- Ministry of Health (relevant departments)
- National Program for Eye Health (NPEH)
- University of Health Sciences (UHS)
- Provincial Health Departments (as appropriate)
- Cambodian Ophthalmological Society (COS)
- Optometry Society of Cambodia (OSC)
- Other key government or institutional partners relevant to governance, workforce, or systems strengthening

FHF Cambodia will serve as Secretariat to the PSC, responsible for:

- Convening meetings and preparing documentation
- Coordinating follow-up actions
- Supporting evidence-informed discussions and decisions

Role of the Steering Committee:

- Provide strategic oversight and policy guidance
- Endorse annual work plans, priorities, and major adjustments
- Ensure alignment with national strategies and reforms
- Strengthen coordination across institutions and partners
- Support accountability for delivery of project outcomes

The PSC will meet on a scheduled basis, with additional meetings convened as required.

c. Role of Key Government and Institutional Partners

Ministry of Health (MoH)

The Ministry of Health provides overall leadership and stewardship for the EHG project. Through its departments and coordination platforms, MoH will:

- Lead national eye health governance and policy processes
- Endorse standards, guidelines, plans, and regulatory frameworks
- Ensure integration of eye health into health system reforms, financing mechanisms, and information systems

National Program for Eye Health (NPEH)

NPEH is the technical lead for eye health and plays a central role in:

- Day-to-day technical coordination and implementation oversight
- Convening and leading national Technical Working Groups
- Guiding planning, monitoring, quality assurance, and regulatory initiatives
- Coordinating with Provincial Health Departments and service providers

University of Health Sciences (UHS)

UHS leads the education and workforce development agenda, including:

- Strengthening pre-service education and formal accreditation pathways
- Improving teaching quality, curricula, and assessment systems
- Supporting clinical training networks and decentralised teaching sites
- Contributing academic leadership to workforce and systems reform discussions

d. Role of FHF Cambodia

FHF Cambodia is responsible for:

- Overall project coordination, grant and financial management
- Technical assistance across governance, workforce, quality, and systems areas
- Supporting partnerships and coordination between government, academic institutions, professional bodies, and NGOs
- Monitoring, reporting, learning, and adaptive management

FHF Cambodia will work through and alongside government systems, avoiding parallel implementation arrangements.

e. Role of FHF Country Support Network and Global Resource Persons

The Eye Health Governance (EHG) project will prioritise the use of national and local technical expertise for design, implementation, and oversight, in line with the project's commitment to government ownership and locally led development.

The Fred Hollows Foundation's Country Support Network (CSN) and relevant headquarters-based technical resource persons will be engaged on a demand-driven basis, when specialised expertise is required and cannot be adequately sourced at country level. This may include targeted support in areas such as eye health governance, advocacy, optometry technical expertise, workforce accreditation, quality assurance, digital health systems, and equity and inclusion.

Headquarters and CSN support will be provided in an advisory and complementary role, with the primary purpose of:

- Filling identified technical gaps
- Providing quality assurance and peer review at key milestones
- Sharing relevant global and cross-country learning

FHF Cambodia will coordinate any such engagement to ensure that external technical inputs remain aligned with Ministry of Health priorities, reinforce local capacity, and do not create parallel decision-making or implementation structures.

f. Professional Bodies, NGOs, and Other Partners

- Cambodian Ophthalmological Society (COS) and Optometry Society of Cambodia (OSC) will support professional development, CPD systems, clinical governance, ethics, and peer learning.
- NGOs and development partners will be engaged through coordination mechanisms to align activities, minimise duplication, and support national priorities.

g. Engagement with Rights-Based Organisations

The project will engage with women's organisations and Disabled People's Organisations (DPOs) through consultation and coordination mechanisms, particularly to:

- Inform policy dialogue and system reforms
- Strengthen inclusion, accessibility, and service quality considerations
- Amplify the perspectives of women and people with disabilities within governance processes

h. Decision-Making, Coordination, and Adaptive Management

Strategic decisions will be guided by the Project Steering Committee, while technical and operational coordination will occur through existing national and sub-national platforms. Regular planning, monitoring, and reflection processes will support adaptive management, ensuring the project remains responsive to system needs while maintaining alignment with agreed objectives.

3.2 Sustainability

Sustainability is a core principle underpinning the design and implementation of the Eye Health Governance (EHG) project. The project adopts a systems-strengthening approach, ensuring that improvements in governance, workforce capacity, and enabling systems are embedded within national institutions and policies, and can be sustained beyond the life of project funding.

The EHG project defines sustainability not only in terms of continuity of project activities, but in relation to the long-term ability of the eye health system to function effectively, equitably, and responsively under government leadership.

a. Institutional and System Sustainability

The primary sustainability strategy of EHG is institutionalisation within government structures, plans and policies, and creating a strong sense of government ownership and political will. The project works through existing government structures, particularly the Ministry of Health (MoH), the National Program for Eye Health (NPEH), Provincial Health Departments, and the University of Health Sciences (UHS), rather than establishing parallel implementation mechanisms.

Sustainability is supported through:

- Strengthening governance, coordination, and regulatory functions that are core mandates of government institutions
- Embedding eye health planning, supervision, quality assurance, and monitoring within routine government systems
- Supporting accredited education pathways, professional development systems, and workforce planning mechanisms that remain operational beyond project support

By reinforcing institutions, policies, standards, and systems, the project ensures that benefits endure even as external support is reduced.

b. Financial and Economic Sustainability

The EHG project supports financial sustainability by promoting:

- Integration of eye health priorities into national and sub-national planning and financing frameworks
- Alignment with social health protection and wider health financing mechanisms
- Improved efficiency and return on investment through better governance, workforce deployment, and equipment maintenance

Rather than creating recurrent project costs, EHG aims to reduce inefficiencies and protect existing investments, enabling government and partners to deliver services more cost-effectively over time.

c. Workforce and Capacity Sustainability

Sustainable outcomes are further ensured through workforce institutionalisation, including:

- Formal pre-service education and accreditation pathways
- Continuing professional development, mentoring, and supervision systems
- Workforce planning, deployment, and retention mechanisms aligned with national service needs

These measures support a competent and equitably distributed workforce that can sustain quality eye health services without ongoing external technical assistance.

d. Exit and Transition Strategy

The EHG project does not rely on a sudden or linear "exit", but rather a gradual transition of responsibility, as government systems, institutions, and partners assume full ownership of strengthened functions.

External technical support from FHF Cambodia will be progressively reduced as capacity is built and systems mature, with the final phase of the project focusing on consolidation, handover, and sustainability planning. By the end of the project, core governance, workforce, quality, and information systems will be functioning as part of routine government practice.

2.1 Project Logical Framework and Life of Project Workplan

Note: More detailed implementation planning and operational arrangements will be further developed through Partnership Agreements (PAs), including clarification of partner roles, implementation sequencing, geographic coverage, and activity-level delivery approaches. In addition, more detailed advocacy plan for specific advocacy priorities and reform areas will be developed during implementation to guide stakeholder engagement, technical advocacy, and policy influence processes.

PROJECT PURPOSE/GOAL: Sustainable, equitable access to quality eye health services for all Cambodians, aligned with UHC and IPEC principles							
END-OF-PROJECT-OUTCOME: ***By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government-led eye health system with effective governance and a competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.***							
Outcomes / Output:	**Activities**	**Assumptions:** *Think of this column like "because" statements. The activities will achieve the outputs, because..... The output will achieve the outcome because....*	**Timeframe:**				
			Y1	**Y2**	**Y3**	**Y4**	**Y4**
OUTCOME 1: Eye health governance, coordination, and stewardship are strengthened to improve planning, regulation, quality, and accountability.							
Output 1.1: Strengthen national and sub-national eye health coordination and stewardship mechanisms under Ministry of Health leadership	Map eye health management structure from MoH, PHDs, and hospitals, including clear accountability lines.	**Activities → Output:** - Activities will strengthen coordination mechanisms because the Ministry of Health, NPEH, and Provincial Health Departments are willing to formalise roles, participate in Technical Working Groups, and engage in regular coordination and reflection processes. **Output → Outcome:** - Strengthened coordination and stewardship will improve governance and accountability because clear mandates, regular coordination, and structured reflection enable consistent planning, follow-up, and corrective action across national and sub-national levels.					
	Develop TORs and annual action plans for Eye Health Sub-TWGs / governance structures at national and sub-national levels through consultative workshops.						
	Annul review of Sub technical working group action plan at national and sub national level.						
	Activate regular Eye Heath Sub-TWG coordination to maintain alignment and technical oversight across national and integration to sub-national levels.						
	Hold annual reflection and planning sessions to review progress, identify challenges, agree mitigation actions, and update the next annual workplan.						
Output 1.2: Integrate eye health priorities into government policies, plans, and financing frameworks (health, education, social protection, gender, disability)	Convene a multi-sectoral platform (MoWA, MoEYS, MoSVY/DAC, MoLVT, MPWT and partners) to embed eye health objectives into national level.	**Activities → Output:** - Policy dialogue, planning support, and advocacy activities will result in integration of eye health because relevant ministries and partners recognise eye health as aligned with health, education, social protection, gender, and disability priorities. **Output → Outcome:** - Integration of eye health into policies and financing will strengthen system governance because inclusion in formal mandates and budgets enables sustained implementation beyond project support.					
	Review and integrate eye health services within CPA/MPA through meeting, workshops and training at health centres and hospitals.						
	Develop and present eye health investment cases and policy briefs to engage MEF and advocate for dedicated national, sub-national and communal budget lines.						
	Advocacy to integrate additional eye health services, such as eyeglasses, into social health protection schemes (e.g., HEF/NSSF) to strengthen financial coverage for vulnerable groups.						

PROJECT PURPOSE/GOAL: Sustainable, equitable access to quality eye health services for all Cambodians, aligned with UHC and IPEC principles

END-OF-PROJECT-OUTCOME: ***By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government-led eye health system with effective governance and a competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.***

Outcomes / Output:	Activities	Assumptions: *Think of this column like "because" statements. The activities will achieve the outputs, because..... The output will achieve the outcome because....*	Timeframe: Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
	Regular Coordination with NGOs partner and government to strengthen eye health integration into the national policies.						
	Deliver strategic advocacy and communications through national events (e.g., WSD, IWD, Children's Day) to sustain visibility and cross-sector commitment.						
Output 1.3: Standardise eye health planning, supportive supervision, and performance monitoring within government systems	Conduct national assessments (e.g., RAAB and WHO Eye Health Assessment ECSAT and RESAT) to strengthen evidence, and support dissemination of outcomes to influence key planning and policy development processes.	**Activities → Output:** - National assessments, strategy development, supervision, and data system strengthening will standardise planning and monitoring because government systems and staff are able and willing to adopt common tools, indicators, and supervisory approaches. **Output → Outcome:** - Standardised planning and monitoring will improve governance and accountability because consistent data, supervision, and feedback support evidence-based decision-making and performance management.					
	Review NSP-BPC 2021–2030 and draft the next phase of the strategy 2031+ with clear priorities and implementation direction.						
	Support implementation of national strategy and sub-national roadmaps implementation.						
	Conducting supportive supervision / mentorship visits (MoH, PHD, OD) focused on coaching and performance improvement.						
	Integrate eye health indicators in HMIS/DHIS-2, and other relevant health database systems and use dashboards for routine monitoring, joint planning, and decision-making. T						
	Develop and roll out SOPs, conducting field monitoring and build capacity for routine data use at all levels.						
Output 1.4: Strengthen national quality assurance, clinical governance, and regulation/oversight of public and private eye health services	Update national clinical standards, SOPs, and related CPA/MPA guidelines follow global evidence base and WHO recommendation and dissemination.	**Activities → Output:** - Updating standards, strengthening QA/QI into MoH systems, and engaging regulators will improve oversight because public and private providers accept national standards and participate in quality assurance and regulatory processes. **Output → Outcome:** - Strengthened quality assurance and regulation will improve governance and service quality because clear standards, oversight mechanisms, and accountability drive safer and more consistent clinical practice.					
	Strengthen and integrate the eye health QA/QI into national MoH QA/QI systems (tools, indicators, clinical audits, peer review) through training, meeting, coaching and workshop and apply continuous quality improvement tools at facility level.						
	Nominate national and subnational eye health continuous quality improvement (CQI) focal points and integrate them into the Ministry of Health's CQI structure to support and monitor the quality of eye care services.						

PROJECT PURPOSE/GOAL: Sustainable, equitable access to quality eye health services for all Cambodians, aligned with UHC and IPEC principles							
END-OF-PROJECT-OUTCOME: ***By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government-led eye health system with effective governance and a competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.***							
Outcomes / Output:	**Activities**	**Assumptions:** *Think of this column like "because" statements. The activities will achieve the outputs, because….. The output will achieve the outcome because….*	**Timeframe:**				
			Y1	**Y2**	**Y3**	**Y4**	**Y4**
	Introduce and use patient feedback mechanisms (e.g., satisfaction surveys) to inform service improvements.						
	Support the review and strengthening regulatory frameworks and licensing for private optical shops, private vision centers, and other private eye clinics.						
	Strengthen public–private referral pathways and improve data sharing/reporting aligned with national monitoring.						
	Coordinate MoH–MoC collaboration to regulate eye care products (e.g., spectacles/lenses) and private sector service standards.						
	Promote professional ethics and standards across eye health workforce (including a professional code of ethics approach).						
OUTCOME 2: A competent, sustainable, and equitably distributed eye health workforce is developed and institutionalised.							
Output 2.1: Eye health pre-service education is strengthened and institutionalised, including formal accreditation	Establish competency-based pre-service curricula and standardised lesson plans for priority programmes (including the Bachelor of Optometry).	**Activities → Output:** - Curriculum development, accreditation, and teaching improvements will strengthen pre-service education because UHS and training institutions have the mandate and capacity to institutionalise curriculum reform and quality standards. **Output → Outcome:** - Strengthened pre-service education will contribute to a competent workforce because graduates enter the system with consistent, accredited competencies aligned to national service needs.					
	Establish and operationalise a Bachelor of Optometry education programme at UHS.						
	Strengthen education quality by enhancing teaching practices, improving assessment systems, and upgrading digital learning platforms and skills laboratories.						
	Enhance structured clinical placements and rotations with strengthened internship mentoring and supervision to improve practical skills and clinical competence.						
	Support national and regional accreditation and recognition processes for selected academic programmes (e.g. AUN-QA where relevant) and accredit selected national hospitals as teaching and clinical training sites.						
	Support clinical research activities and international publications by students and lecturers to enhance education quality and clinical practice.						

PROJECT PURPOSE/GOAL: Sustainable, equitable access to quality eye health services for all Cambodians, aligned with UHC and IPEC principles

END-OF-PROJECT-OUTCOME: ***By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government-led eye health system with effective governance and a competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.***

Outcomes / Output:	Activities	Assumptions: *Think of this column like "because" statements. The activities will achieve the outputs, because….. The output will achieve the outcome because….*	Timeframe: Y1	Y2	Y3	Y4	Y4
Output 2.2: Continuing professional development, mentoring, supervision, coaching, and knowledge-exchange systems are operational.	Strengthen a new generation of national clinical mentoring teams (ophthalmology, ophthalmic nursing, and refraction/optometry) to establish a sustainable mentor pool supporting sector-wide continuing professional development.	**Activities → Output:** - CPD, mentoring, supervision, and knowledge-exchange activities will be operationalised because professional bodies, mentors, and health workers actively engage in structured learning and supervision processes. **Output → Outcome:** - Operational CPD and mentoring systems will sustain workforce competency because continuous learning and supervision improve clinical performance and reduce skill erosion over time.					
	Deliver priority CPD and competency-strengthening initiatives, including cataract surgical training, CPA-1 and CPA-2 basic eye management for medical doctors, primary eye care for health center staff, webinars, professional congresses, eye health subspecialties, and other targeted training courses.						
	Implement mentoring, coaching, monitoring, peer to peer learning, exchange visits, journal club to support and strengthen the capacity of eye health personnel at national and subnational health facilities.						
	Support clinical research activities and national and international publications by eye health personnel to enhance clinical outcomes and professional practice.						
Output 2.3: Workforce availability and equitable distribution of eye health personnel are improved through workforce mapping, deployment, and retention initiatives.	Advocate and support to review eye health human resource plans for public health facilities, particularly in remote areas, and advocate for increased recruitment.	**Activities → Output:** - Workforce planning, scholarships, deployment, and retention measures will improve availability because government and partners support rural service, targeted incentives, and coordinated deployment mechanisms. **Output → Outcome:** - Improved workforce availability and distribution will strengthen service equity because skilled personnel are available closer to where populations live, particularly in underserved areas.					
	Support targeted indentured scholarships for rural provinces for eye health education and training and coordinate with development partners.						
	Advocate and strengthen deployment and distribution eye health workforce.						
OUTCOME 3: Enabling systems, innovations, and infrastructure support effective governance, workforce performance, and service quality.							
Output 3.1: Appropriate digital health, tele-ophthalmology, and data systems are embedded in routine	Strengthen and scale up tele-ophthalmology and e-referral pathways (including sub-specialty referrals where relevant).	**Activities → Output:** - Digital health, tele-ophthalmology, and data system initiatives will be embedded because infrastructure, connectivity, and digital skills are sufficient to support routine use and integration with national systems.					
	Introduce, evaluate, and roll out AI-assisted screening, diagnosis and clinical decision-support tools where appropriate, guided by clear criteria for safety, value, and scalability.						

PROJECT PURPOSE/GOAL: Sustainable, equitable access to quality eye health services for all Cambodians, aligned with UHC and IPEC principles							
END-OF-PROJECT-OUTCOME: ***By the end of the project, Cambodia has a strengthened, government-led eye health system with effective governance and a competent workforce, delivering more integrated, high-quality, and equitable eye health services nationwide.***							
Outcomes / Output:	**Activities**	**Assumptions:** *Think of this column like "because" statements. The activities will achieve the outputs, because….. The output will achieve the outcome because….*	**Timeframe:**				
			Y1	**Y2**	**Y3**	**Y4**	**Y4**
service delivery to enhance effectiveness and quality.		**Output → Outcome:** - Embedded digital systems will improve governance, workforce performance, and service quality because real-time data, remote support, and digital referrals enhance supervision, coordination, and decision-making.					
	Develop and promote the implementation of standard operating procedures (SOPs) for digital and AI-assisted service delivery, covering patient safety, data privacy, and clinical quality and consistency.						
	Strengthen digital skills of health workers, including system operation, reporting, and effective data use.						
Output 3.2: Functionality of essential eye health equipment and infrastructure is strengthened through systematic auditing, maintenance, and asset management.	Conduct equipment audit and inventory, undertake gap analysis, and establish a prioritised procurement and distribution approach.	**Activities → Output:** - Equipment audits, maintenance systems, and asset management will strengthen functionality because facilities and technical staff apply maintenance protocols and governments prioritise equipment upkeep. **Output → Outcome:** - Improved equipment functionality will support effective service delivery because reliable infrastructure enables safe clinical practice and protects workforce and system investments.					
	Strengthen maintenance systems by building biomedical technician capacity, establishing maintenance teams, and introducing digital support where feasible.						
	Implement equipment asset management and replacement cycle planning to reduce downtime and protect investment.						

3.3 Life of Project Budget

a. Economy and Cost-Efficiency

The Eye Health Governance (EHG) project applies the principles of economy and cost-efficiency throughout its design and implementation, ensuring that resources are used prudently to achieve maximum and sustainable system-level impact.

Economy

EHG promotes economy by using inputs of appropriate quality at the right cost, with a strong emphasis on maximising existing systems and capacities. This includes:

- Working through established Ministry of Health systems, coordination platforms, and training institutions, avoiding creation of parallel structures.
- Prioritising local and national expertise, with regional or headquarters-based technical support engaged only when specialised skills are not available locally.
- Guiding equipment and system investments through needs assessments and audits, with a focus on maintenance and asset management rather than unnecessary new procurement.
- Aligning activities with existing programmes and partner investments to reduce duplication and leverage shared resources.

These approaches ensure value for money while maintaining quality and relevance.

Cost-Efficiency

Cost-efficiency is achieved by maximising outcomes from each investment through system-level interventions that generate benefits across multiple services and over time. This includes:

- Strengthening governance, workforce systems, quality assurance, and data platforms that support ongoing service delivery beyond the project period.
- Institutionalising accredited education, CPD, supervision, and workforce planning to reduce reliance on repeated ad-hoc training.
- Using digital systems to improve coordination, supervision, and decision-making, while reducing recurring costs such as travel and manual reporting.
- Applying adaptive management and budget planning to focus resources on the most effective and relevant interventions.

The project avoids cost-cutting that would compromise quality, equity, or sustainability, instead achieving efficiency through better system design, coordination, and governance.

b. Equity

The Eye Health Governance (EHG) project integrates equity considerations into its budget to ensure that gender equality, disability inclusion, and broader equity objectives are systematically embedded within governance, workforce, quality, and system-strengthening investments.

As a governance- and systems-focused initiative, EHG does not rely on stand-alone equity activities. Instead, budgeted investments mainstream equity across:

- Policy development, planning, and regulatory frameworks

- Workforce education, professional development, and deployment systems
- Quality assurance, data systems, and service oversight mechanisms

Budget allocations support the integration of gender- and disability-responsive approaches into planning, monitoring, and quality assurance, enabling the eye health system to identify and respond to inequities in access, service quality, and workforce participation. This includes strengthening data and monitoring systems to support disaggregation where feasible and inform equity-focused decision-making.

Resources are also allocated to address geographic and socio-economic inequities, including through workforce planning and distribution, digital health solutions, strengthened sub-national systems, and integration of eye health into social protection and public financing mechanisms.

By embedding equity within core system functions rather than isolating it within small activity-based budgets, EHG ensures that project resources contribute to sustained, system-wide equity outcomes, benefiting women, people with disabilities, and underserved populations over the long term.

c. Indicative Life-of-Project Budget

Please follow the link below for the Budget and Work Plan

260413- KH26-01- Budget and Work Plan for Eye Health Governance project.xlsx

3. Monitoring, Evaluation, Research and Learning

2.2 M&E Plan

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
	Establishment of a Bachelor of Optometry program at UHS	Counting on this new accredited pre-service education program will increase the supply of qualified eye health professionals.	0	1	UHS Report	NA	Annual	Report	
	Proportion of targeted provinces with functional eye health Sub-Technical Working Groups (TWGs) that meet at least twice per year	(Target: ≥ 80% of provinces. *Means of verification:* Meeting minutes and TWG action plans (documented evidence of biannual meetings) Functional coordination mechanisms are those that: meet regularly, maintain documented actions, review performance data, and support planning or implementation decisions.	NA	times	Minute	By province	Quarterly	MoH report	
	Number of national or sub-national policies or plans that incorporate eye health priorities	Count of national or sectoral policies/guidelines that include eye health.	0	6	MoH record/partners' record	By province	Annual	Review Report	

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
Outputs indicators	No of community members provided with eye health information	The indicator measures the count of community members that have benefited from eye health information sessions.	0	5,000	Partners record	Gender and Disability	Quarterly	Review of attendance register	
	Number of health staff trained in primary eye care integration into primary health care training	Count number of health staff receive primary eye care training.	0	500	Project report	Gender	Quarterly	Review record	
	Availability of eye health road map at national and sub national level	Existence of a national or subnational strategic plan for eye health with defined targets and budget.	9	14	Partner Report	By province	Annual	Report	
	Number of cataract and other eye diseases surgery performed.	Total number of cataract surgeries performed.	NA	10,000	Report	Disaggregated gender and disability	Quarterly	Review record	
	Number of Eye Unit, PVC and Primary Health Service provide refractive services improvement in the government health system (eye care service access)	Number of government facilities providing eye care services in the country with available refractive services.		12 EUs, 32 PVCs, 500 PHS	Report	Disaggregate by eye unite, PVC, PHS	Annual	Report	
	Eye health quality improvement is integrated into	Eye health indicators is integrated into MoH CQI system.	NA	100%	MoH record	Province	Annual	Report	

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
	government MoH CQI systems.								
	Eye health indicators is update and function in HMIS/DHIS2	Proportion of facilities reporting eye health data into national health information systems.	NA	12 EUs, 32 PVCs, 500 PHS	MoH System	Province	Annual	Report	
	Availability of workforce mapping and planning	Existence of national workforce assessment/mapping used to inform planning and deployment.	NA	1	Assessment Report	NA	5 years	Assessment	
Activities indicators	Number of health facilities received supportive supervision visit from national and subnational level	The indicator tracks the number of support supervision sessions supported by national MOH	0	500 at sub national level and 20 from national level	Health facility records	None	Annual	Review of attendance register	
	Continuous professional development (CPD) annually	Proportion of eye health workforce participating in CPD within a year • Number of partner learning and reflection workshops conducted	NA	140	Partner report	Disaggregate by gender	Annually	Report	
	% of facilities reporting Cataract Surgical Outcome Monitoring (CSOM) data	Count facilities under FHF support report CSOM	0	14	Report	By Provinces	Annually	Report	

	Indicator*	Definition and Unit of Measure	Baseline	Target	Data Source	Data Disaggregated by	Frequency	Data Collection Methods	Responsible Party
	Number of health are professional received supervision/mentorship	Number staff receiving regular supportive supervision	0	4/Year	Report	By provinces	Quarterly	Report	
	Implementation of tele-ophthalmology e-referral network	Establish the tele opt system from national program to subnational level	0	14	Report	By Provinces	Annually	Report	
	Number of health facilities implementation of quality assurance systems	Number of facilities implementing QA/clinical governance standards	0	12 EUs, 32 PVCs, 500 PHS	Report	By Provinces	Annually	Report	

4.1 Planned Evaluations Table

Type of evaluation	Timing	Budget	Notes
Baseline Evaluation	2026 (project start-up phase)	Included within project set-up and routine M&E costs	A standalone baseline evaluation is not planned, as the project design is informed by existing evidence (RAAB 2019, CDHS 2021–22, MSAT, partner assessments, and national planning processes). Baseline data for key governance, workforce, quality, and system indicators will be drawn from routine data systems, policy documents, MSAT results, and early implementation monitoring.
Mid-term evaluation	**January 2029** (mid-Year 3)	**USD 10,000** (internal / mixed-method review)	The mid-term evaluation will focus on implementation progress, effectiveness, and adaptive learning, particularly: (i) functionality of governance and coordination

			mechanisms; (ii) institutionalisation of workforce systems (pre-service education, CPD, mentoring); and (iii) uptake of quality assurance, planning, and data systems at sub-national level. Findings will inform course correction, prioritisation of remaining investments, and sustainability planning. MSAT may be reapplied as relevant to assess progress in facility standards where appropriate.
End of project evaluation	**March 2031** (final project year)	**USD 20,000** (independent evaluation)	An independent end-of-project evaluation will assess relevance, effectiveness, efficiency, sustainability, equity, and system-level impact of the EHG project. The evaluation will focus on whether governance, workforce, quality assurance, and enabling systems are institutionalised within government structures and likely to be sustained beyond project funding. It will draw on monitoring data, policy and system changes, workforce outcomes, MSAT trends (where applied), and stakeholder perspectives across national and sub-national levels.

4.2 Key Evaluation Questions

Based on the project's theory of change and logical framework, the following Key Evaluation Questions (KEQs) identify the high-level questions that will be answered at the mid-term and end-of-project stages. These questions are framed around recognised evaluation quality criteria and are designed to guide monitoring, learning, and evaluation throughout the project cycle.

Identifying these questions at the design stage ensures that appropriate data are collected during implementation. Some questions will be answered primarily through routine monitoring, while others will require targeted analysis through the mid-term review and/or final evaluation.

Area	Key Evaluation Questions	Will be Answered Through
Effectiveness	To what extent is the Eye Health Governance (EHG) project achieving its intended objectives related to strengthened governance (government-led), coordination, workforce distribution and competency, quality assurance, and enabling systems at national and sub-national levels?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Effectiveness	To what extent have government-led coordination and stewardship mechanisms (e.g. TWGs, planning and supervision systems) become functional and institutionalised that led to improved planning, resource allocation, and implementation of eye health services at national and subnational levels during the project period? To what extent has the eye health system transitioned from project-supported to government-led (in planning, financing, and implementation)?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Impact	What difference has the EHG project made in improving the availability, quality, and equity of eye health services through strengthened systems and workforce performance?	Final evaluation (informed by monitoring data)
Impact	How has the project contributed to system-level improvements beyond eye health, such as planning, supervision, data use, and quality improvement within the broader health system?	Final evaluation
Relevance / Appropriateness	To what extent was the project design appropriate and responsive to national priorities, stakeholder needs, and identified governance, workforce, and equity gaps in Cambodia's eye health system?	Mid-term review; Final evaluation
Efficiency	How efficiently were financial, technical, and institutional resources used to achieve system-level results, and how does this compare with alternative or previous service-focused approaches?	Mid-term review; Final evaluation
Sustainability	To what extent are strengthened governance, workforce, quality assurance, and information	Mid-term review;

	systems likely to be sustained by government institutions beyond the life of the project?	Final evaluation
Sustainability	What factors are most likely to enable or constrain the continuation of benefits after external project support ends?	Final evaluation
Coherence	To what extent is the EHG project coherent with other national health, workforce, digital health, and partner-supported interventions, and how have synergies been maximised or tensions managed?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Equity (including gender equity)	To what extent has the project integrated gender, disability, and equity considerations into governance, workforce development, quality assurance, and monitoring systems?	Monitoring; Mid-term review; Final evaluation
Equity (including gender equity)	How effectively has the project contributed to reducing barriers and improving equitable access to quality eye health services for women, people with disabilities, and underserved populations?	Final evaluation (supported by disaggregated monitoring data)

4.3 Research

The Eye Health Governance (EHG) project includes a focused set of applied study activities that support evidence-based planning, policy dialogue, quality improvement, and health system strengthening. These research activities are embedded within the project's broader monitoring, evaluation, research, and learning (MERL) framework rather than constituting a standalone research programme.

The primary purpose of research within this project is to generate actionable policy-relevant and operational evidence to inform government decision-making, strengthen institutional learning, and guide implementation of eye health governance, workforce development, quality assurance, and system integration reforms.

Research under this project is concentrated in two key areas:

- Population-Based Assessments for Planning (Activity 1.3.1): The project will support national-level assessments, including the Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) and the WHO Eye Health Assessment, to generate updated evidence on:
  - Prevalence and causes of vision impairment
  - Geographic distribution of needs
  - Service gaps and priorities

  These assessments will directly inform:
  - National and subnational planning
  - Resource allocation and prioritisation
  - Policy dialogue and strategy development
- Clinical, Education, and Operational Research (Activities 2.1.6 and 2.2.4): The project will support targeted research and publications led by national institutions (e.g. MoH, UHS, professional bodies), including:
  - Clinical research to improve service quality and outcomes
  - Education-focused research to strengthen training systems
  - Operational research linked to workforce development, supervision, and service delivery
- This support will primarily include:
  - Mentorship and technical support for research design and writing
  - Facilitation of national and international presentations and publications

    - Integration of research into continuous professional development (CPD) systems

a. Research Questions

Indicative research and applied study questions to be addressed through project-supported research activities include:

- What is the prevalence, causes, and distribution of blindness and vision impairment in Cambodia, and how are these patterns distributed by age, sex, geography, disability, and socioeconomic status? (RAAB/national assessment).
- What governance, planning, quality assurance, and workforce system gaps and opportunities affect the delivery of equitable and high-quality eye health services at national and sub-national levels?
- How do institutional arrangements, supervision mechanisms, and clinical standards influence service quality and performance across public and private eye health providers?
- What workforce development, digital health, and quality-improvement approaches are feasible, scalable, and sustainable within Cambodia's health system context?
- What clinical and training approaches improve service quality and workforce competency in the Cambodian context?

b. Research Plan

Research and applied study activities under the EHG project will be selective, purpose-driven, and aligned with national priorities. These may include:

- Population-based epidemiological studies, such as the Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) and WHO Eye Health Assessment, conducted in line with internationally recognised methodologies.
- Health systems, governance, and workforce studies to inform national strategies, sub-national planning, and investment prioritisation.
- Clinical, education, and quality-improvement research led by national institutions (e.g. Ministry of Health, National Program for Eye Health, University of Health Sciences, and professional bodies), including operational research and publications supported under workforce and continuing professional development components.

Where required, research protocols will be developed by the lead institution and submitted for ethical review and approval through appropriate national ethics review bodies, in accordance with Ministry of Health requirements and The Fred Hollows Foundation's ethical and safeguarding standards.

The Fred Hollows Foundation Cambodia will support research activities through technical assistance, quality assurance, and facilitation to ensure alignment with government priorities and system needs. Research findings will be disseminated through national forums, technical working groups, policy briefs, learning products, and, where appropriate, peer-reviewed publications led by government or academic partners.

THANK YOU, ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA, DONORS AND PARTNERS

ឧបត្ថម្ភដោយ

Australian Aid

The Fred Hollows Foundation