



PERFORMANCE **A**GREEMENT

R8WAY 6 MONTH 2019

PRESENTED BY...CIO R8WAY



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 2/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ภาพรวมเขตฯ	✅ ผ่าน	❌ ไม่ผ่าน	ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน (เทียบกับเป้าหมาย 6 เดือน)
22 ตัวชี้วัด (รวมนวัตกรรม เขตสุขภาพ)	17 (70.59%)	5 (29.41%)	<u>ตัวชี้วัดที่ 1</u> อัตราส่วนการตายมารดา * 36.51 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ ≤ 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) <u>ตัวชี้วัดที่ 2</u> พัฒนาการเด็ก * เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง 87.75% (เกณฑ์ 90%) * เด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 77.51% (เกณฑ์ 90%) * เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 41 57.33% (เกณฑ์ 60%) <u>ตัวชี้วัดที่ 7</u> อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ * TB Treatment Coverage = 30.06% (เกณฑ์ $\geq 82.5\%$) * อัตราการขาดยาและโอรนออกของผู้ป่วยวัณโรค = 2.38% (เกณฑ์ = 0) <u>ตัวชี้วัดที่ 17</u> ร้อยละ HA ขึ้น 3 * รพช. ผ่าน HA ขึ้น 3 = 78.21% (เกณฑ์ 88%) <u>ตัวชี้วัดที่ 19</u> เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation * รพศ.-รพท.-รพช.-รพ.กรม ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป = 21.73% (เกณฑ์ 50%)



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 2/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



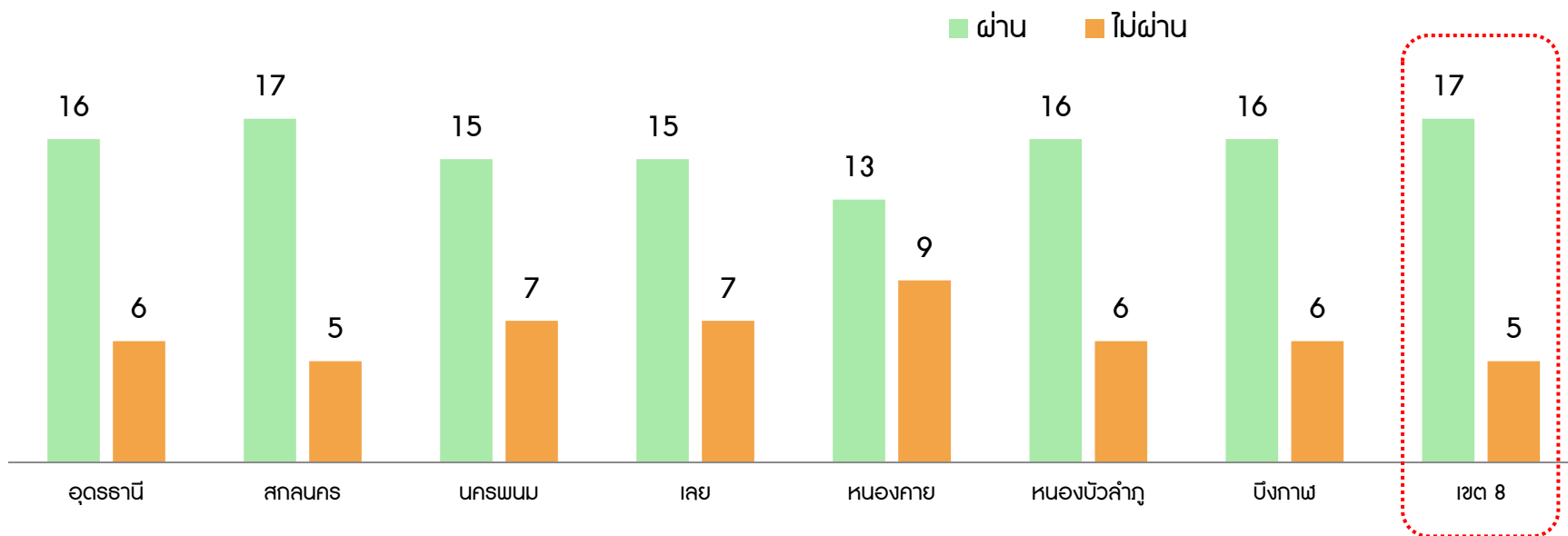
จังหวัด	ตัวชี้วัด	✅ ผ่าน	❌ ไม่ผ่าน	ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน
อุดรธานี	22	16	6	- อัตราส่วนการตายมารดา - ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน - ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ - ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) - อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired - ร้อยละผู้ติดตามเสกติดตาม ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year) - ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสกที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสกต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate) - อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1 - ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 - เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
สกลนคร	22	17	5	
นครพนม	22	15	7	
เลย	22	15	7	
หนองคาย	22	13	9	
หนองบัวลำภู	22	16	6	
บึงกาฬ	22	16	6	



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ไตรมาส 2/2562 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8



ทั้งหมด 22 ตัวชี้วัด



1

อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน)

R8WAY
MOPH

102.93

67.34

43.99

32.30

32.26

19.74

0.00

36.51

< 17

ผลงาน = **36.51** ต่อแสนการเกิดมีชีพ



เป้าหมาย 6 เดือน : ไม่เกินร้อยละ 17

จำนวนมารดาเสียชีวิต **8** ราย

- Direct cause 6 ราย
- Indirect cause 2 ราย
- Near Miss 28 ราย

หนองบัวลำภู

นครพนม

เลย

หนองคาย

อุดรธานี

สกลนคร

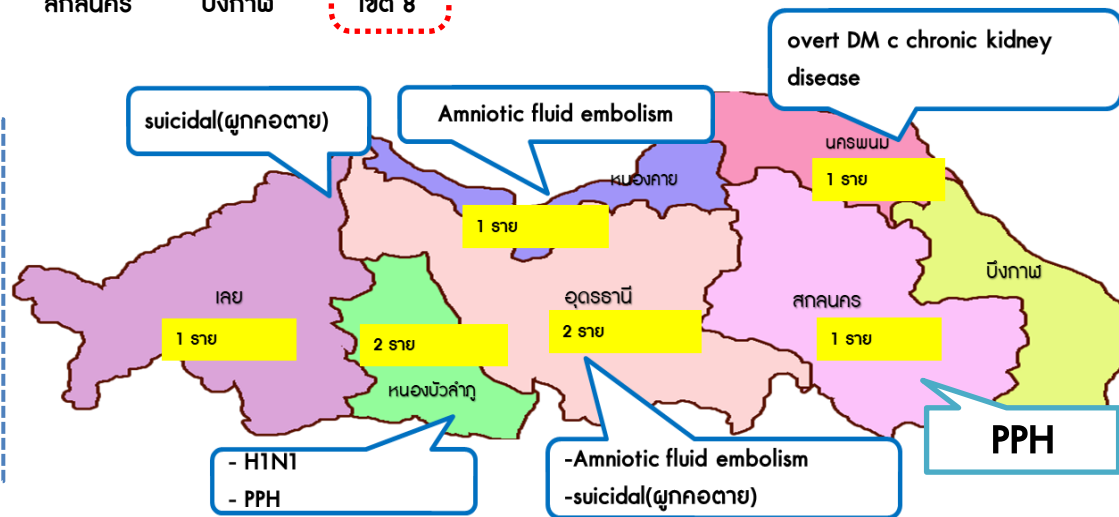
บึงกาฬ

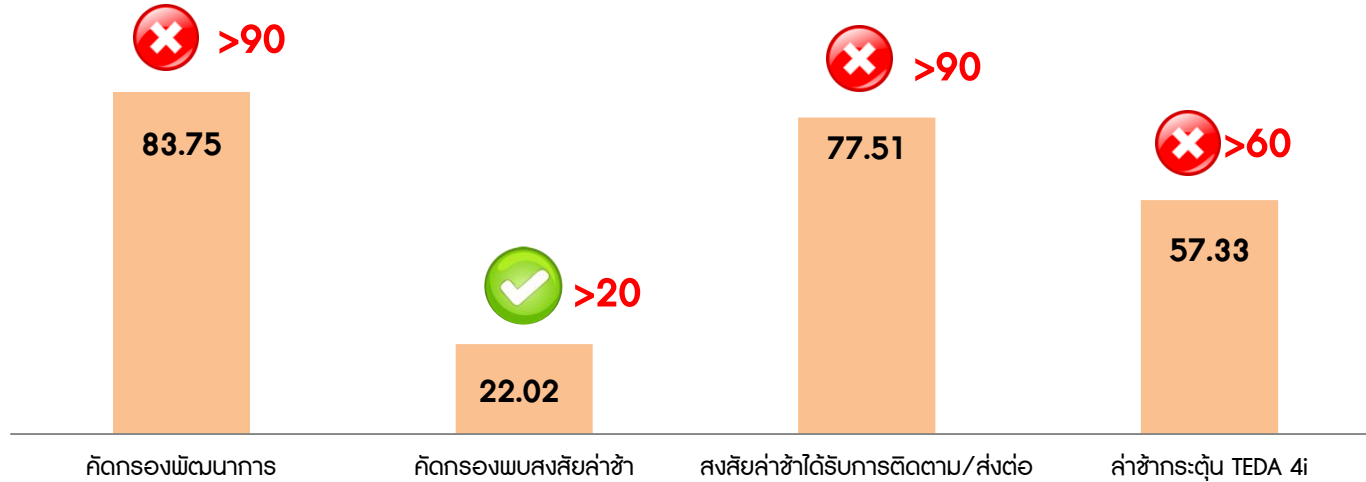
เขต 8

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ 8 ณ 31 มีนาคม 2562

โอกาสในการพัฒนา

1. เขตสุขภาพที่ 8 ได้พัฒนาระบบข้อมูลโดยการจัดทำโปรแกรม R8 MCH Model ขึ้น เพื่อคัดกรองมารดากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันมารดาเสียชีวิตจากการคลอด
2. มารดาตายจาก Indirect case เกิดจากการฆ่าตัวตาย จึงมีการใช้เชื่อมประสานข้อมูลกับระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย Dash Board ของเขตฯ เพื่อเฝ้าระวังอีก 1 ช่องทาง

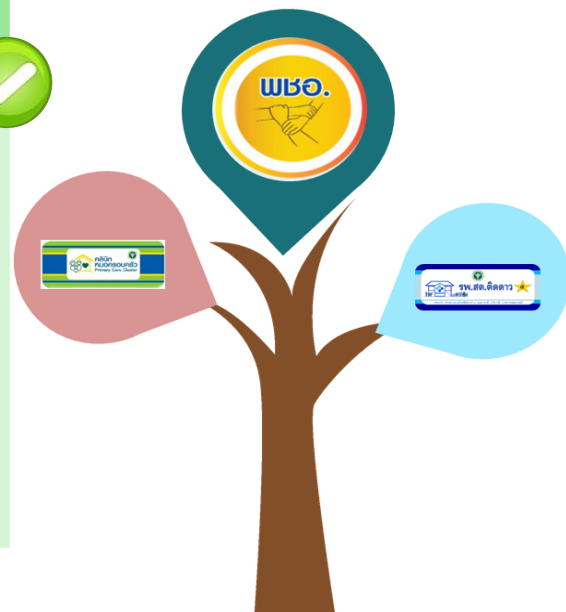




โอกาสในการพัฒนา

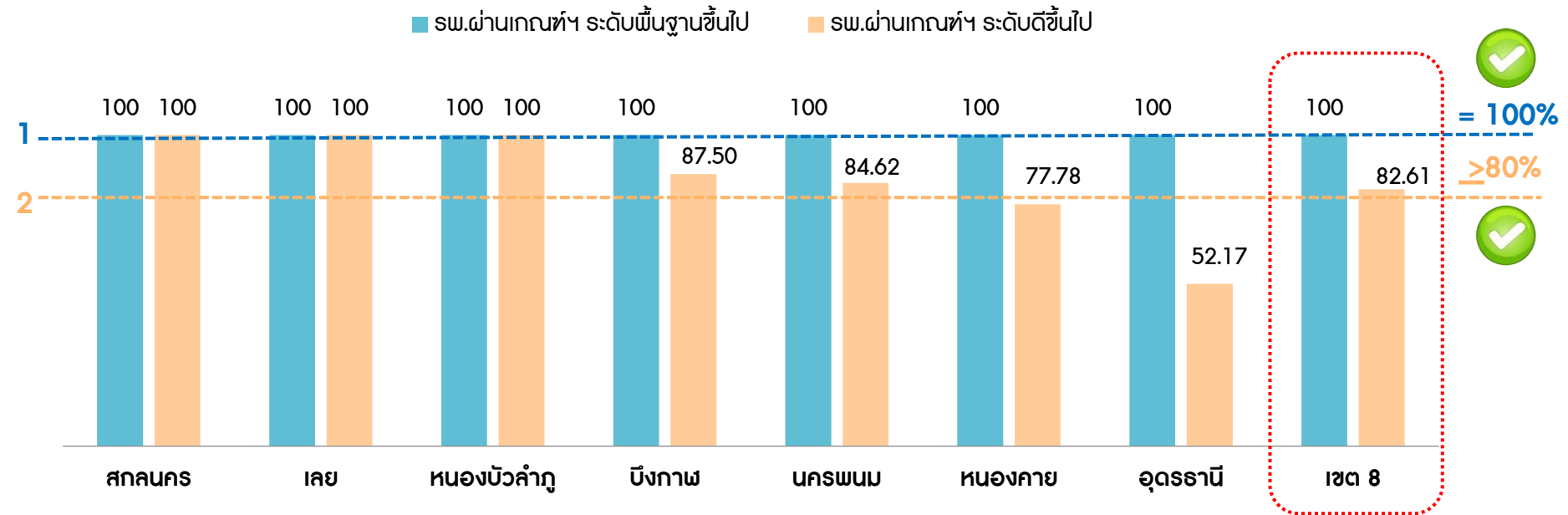
1. ศพด. เน้นพัฒนาทักษะครู Active learning และดูแลเด็กมีปัญหาพัฒนาการ/อารมณ์/พฤติกรรม เบื้องต้น
2. WCC เน้น HL พ่อแม่ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน

เป้าหมาย 6 เดือน	Small Success 6 เดือน	ผลงาน
1. มีการกำหนดประเด็นปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น และมีคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด	ผ่าน	เขตสุขภาพที่ 8 : ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตาม Small Success ทั้ง 2 ประเด็น ครบทั้ง 87 อำเภอ (ร้อยละ 100)
2. มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	ผ่าน	



โอกาสพัฒนา

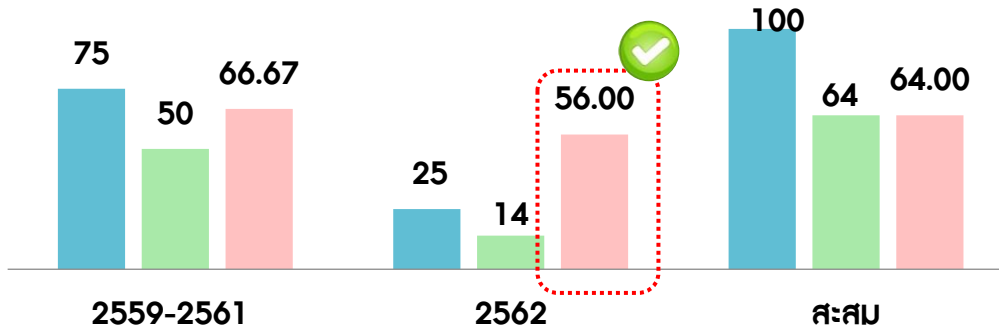
พัฒนาทักษะ: กระบวนการทำความเข้าใจให้กับ Core Team ของ พชอ. ในเรื่องบทบาทหน้าที่กระบวนการดำเนินการ และกำกับติดตามอย่างเป็นรูปธรรม

เป้าหมาย 6 เดือน(1) รพ.ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป **ร้อยละ 100** (2) รพ.ผ่านเกณฑ์ดีขึ้น **ร้อยละ 80**

เกณฑ์ประเมินรอบ 6 เดือน : คลินิกหมอครอบครัวใหม่ผ่าน 3S (ร้อยละ 50)
: มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ PCC ต้นแบบ

การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวใหม่ (ผ่าน 3S) เขตสุขภาพที่ 8

■ เป้าหมาย(ทีม) ■ ผลงาน(ทีม) ■ ร้อยละ



มีการศึกษาดูงานฯ PCC ต้นแบบ ครบทุกจังหวัด

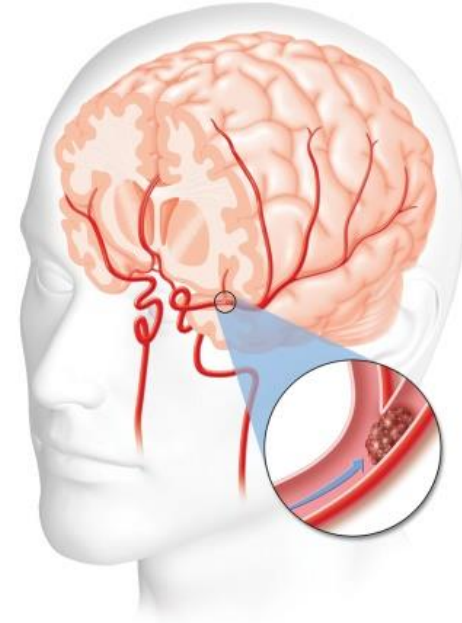
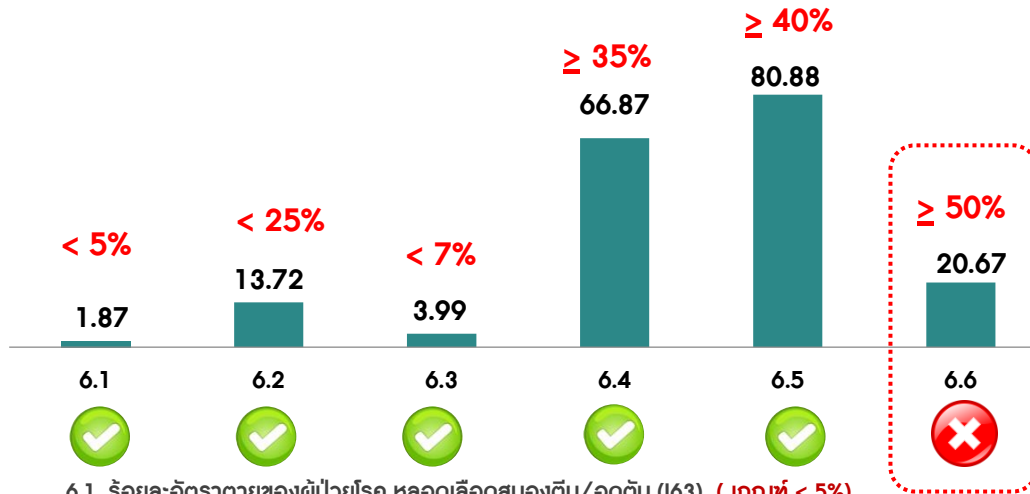
ผลงาน : เขตสุขภาพที่ 8 ขึ้นทะเบียน PCC ใหม่ เป้าหมาย 25 ทีม ผลงาน 14 ทีม (คิดเป็น 56%)



ข้อเสนอแนะ

สนับสนุนพื้นที่ที่มีแพทย์ผ่านการอบรม FM ที่ยังตกค้างอยู่ในเขต ให้สามารถเปิดบริการ PCC ได้จริง จากปัญหาทรัพยากรที่ขาดแคลน โดยพิจารณาสนับสนุนในภาพของเขต และจังหวัด ไม่ให้เป็นภาระการรับภาระของ รพ.แม่ข่ายเท่านั้น

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เขตสุขภาพที่ 8



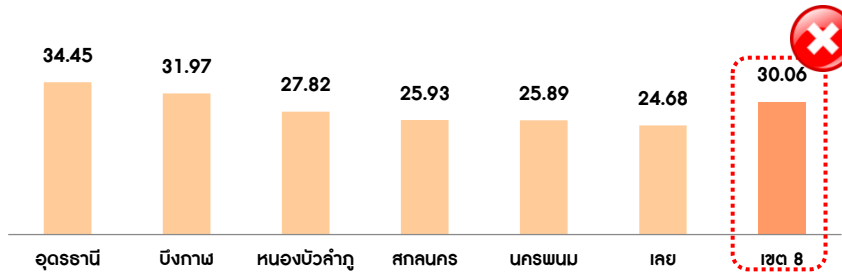
- 6.1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (เกณฑ์ < 5%)
 6.2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก (I60-I62) (เกณฑ์ < 25%)
 6.3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เกณฑ์ < 7%)
 6.4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit (เกณฑ์ ≥ 35%)
 6.5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาด้วยยาละลาย สัมเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (Door to needle time) (เกณฑ์ ≥ 40%)
 6.6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (Door to operation room time) (เกณฑ์ ≥ 50%)

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

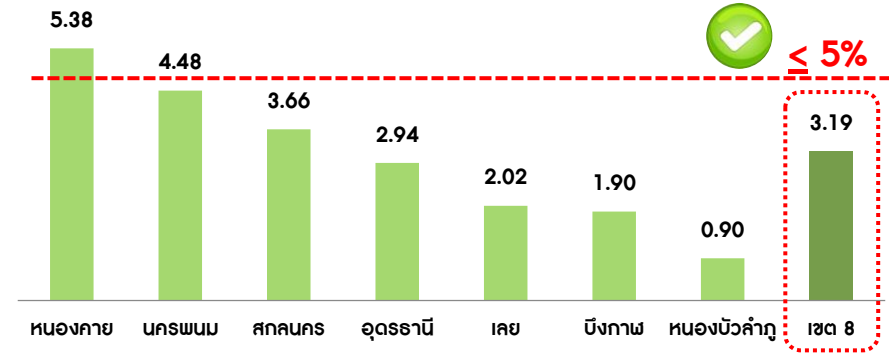
1. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งเขตสุขภาพ
2. การพัฒนาศักยภาพการส่งต่อผู้ป่วย
3. การเข้าถึง Stroke Fast Track ของประชาชน

1. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

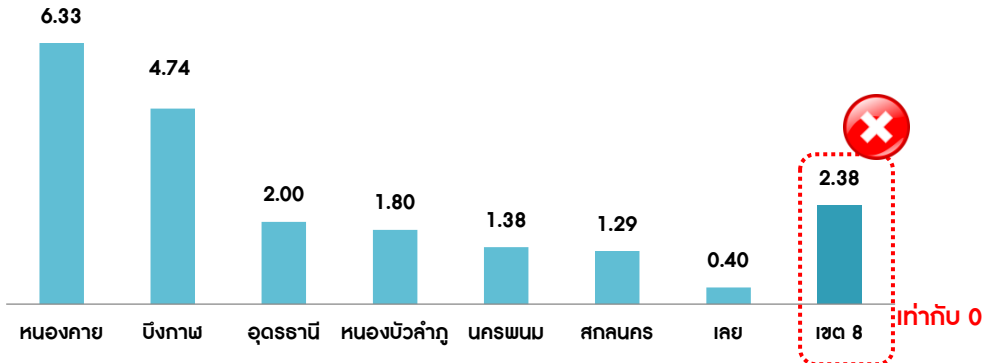
≥ 82.5%

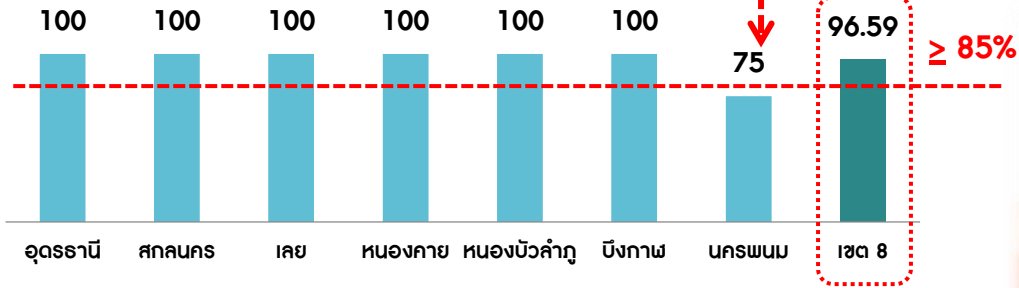
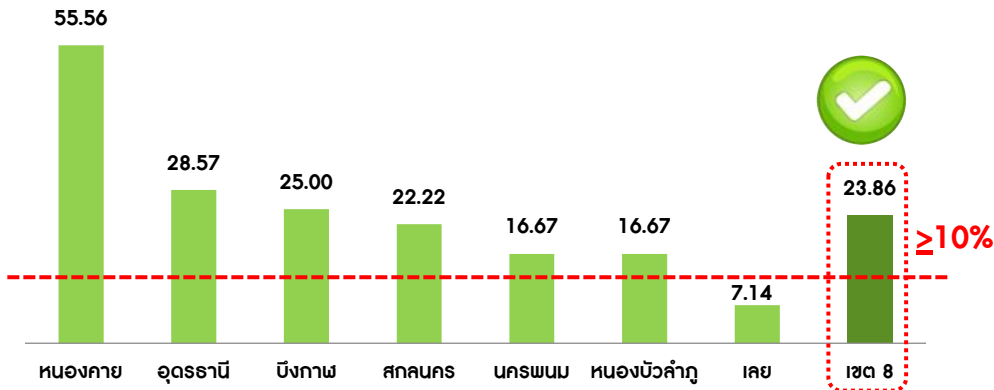


2. อัตราการเสียชีวิต ≤ 5%



3. อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0



RDU ชั้นที่ 1 $\geq$ ร้อยละ 85RDU ชั้นที่ 2 $\geq$ ร้อยละ 10

ผลงาน :

- RDU ชั้นที่ 1 = 96.56%
- RDU ชั้นที่ 2 = 23.86%

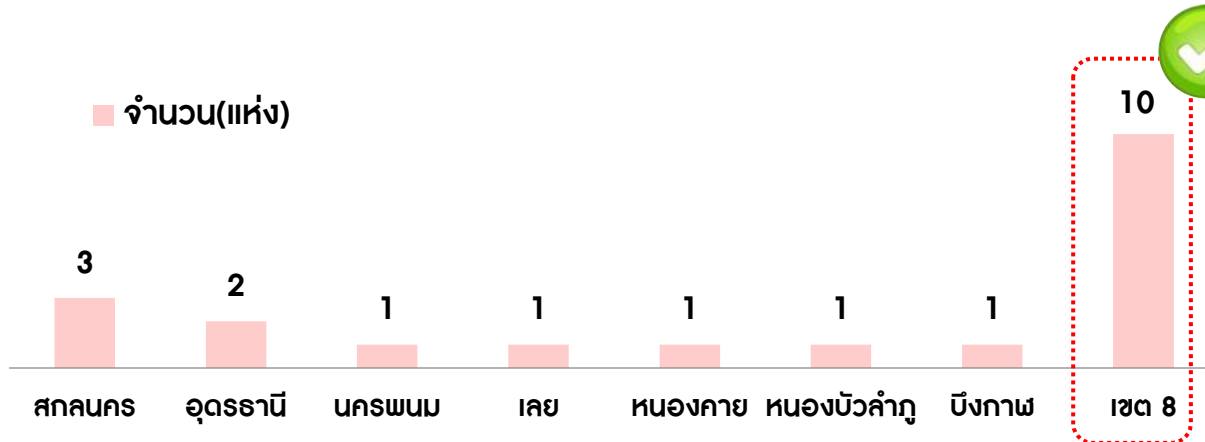
9

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

R8WAY
MOPH(เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 10)

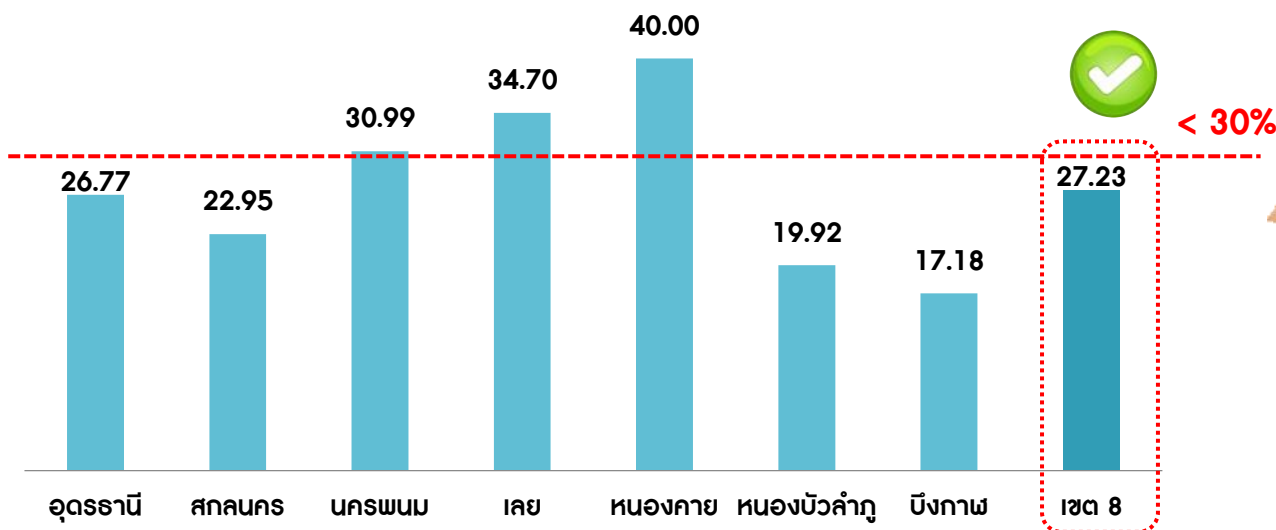
ผลงาน : ดำเนินการได้ครบทั้ง 10 แห่ง คิดเป็น 100%

รพศ./รพท. ที่ผ่าน AMR ขึ้น Intermediate

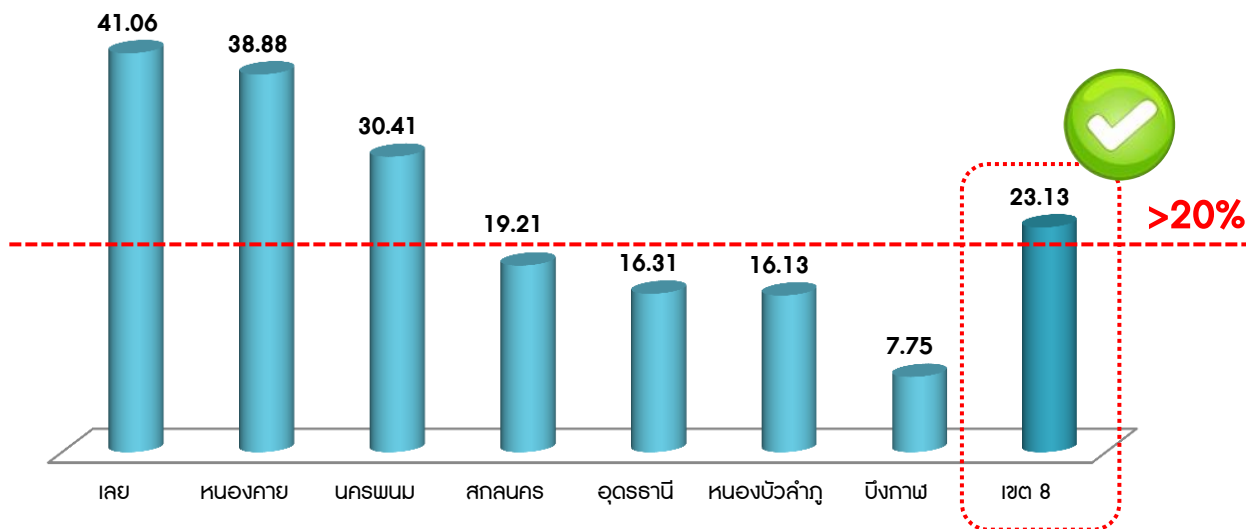


(เกณฑ์ < ร้อยละ 30)

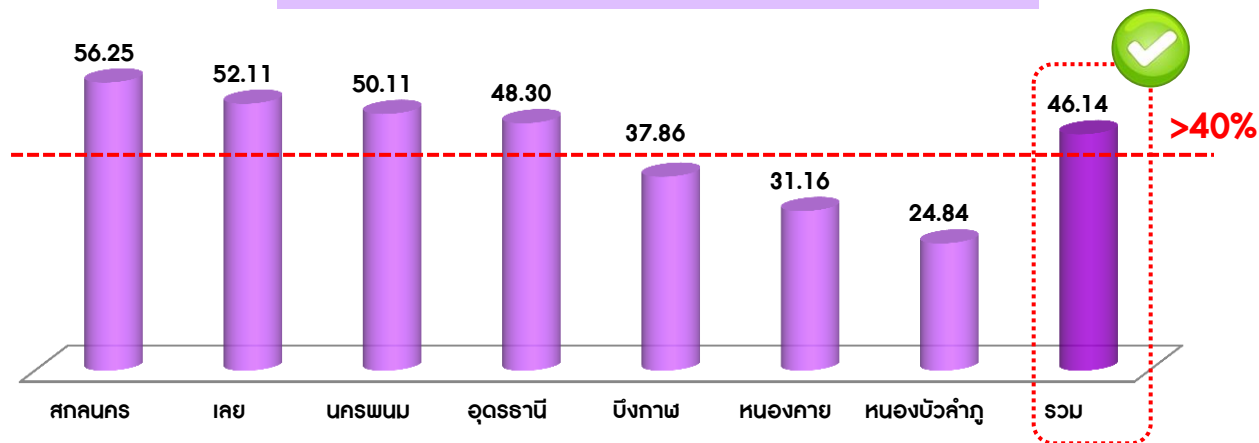
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired
(น้อยกว่าร้อยละ 30)



RETENTION RATE ร้อยละ 20%



REMISSION RATE ร้อยละ 40%



ที่มา : ข้อมูลจาก บสต. (Focal point ยาเสพติด) ณ 31 มีนาคม 2562

ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ใช้ ยังสมัครใจเข้ารักษาน้อย เพราะมีปัญหาค่าใช้จ่าย สภาพแวดล้อมมีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ
2. หน่วยงานภาคีเครือข่าย การติดตามยังไม่ได้เชื่อมประสานการใช้ข้อมูลร่วมกัน
3. ผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัด จาก สนง.คุมประพฤติ ส่งต่อรายงาน บสต.ช้า บางรายไม่ได้ส่งต่อในระบบ ทำให้ผลงานบำบัดจริงมีมากกว่าผลงานในระบบ บสต. และปัญหา ระบบ บสต. ที่ยังไม่เสถียร

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. ส่งเสริมองค์ความรู้ด้านยาเสพติดในชุมชน/ โรงเรียนเชิงรุก เพื่อลดผู้เสพยาใหม่
2. ควรจัดประชุมประเมินผลการเชื่อมต่อข้อมูลในระบบ บสต. เพื่อพัฒนาและบูรณาการข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น

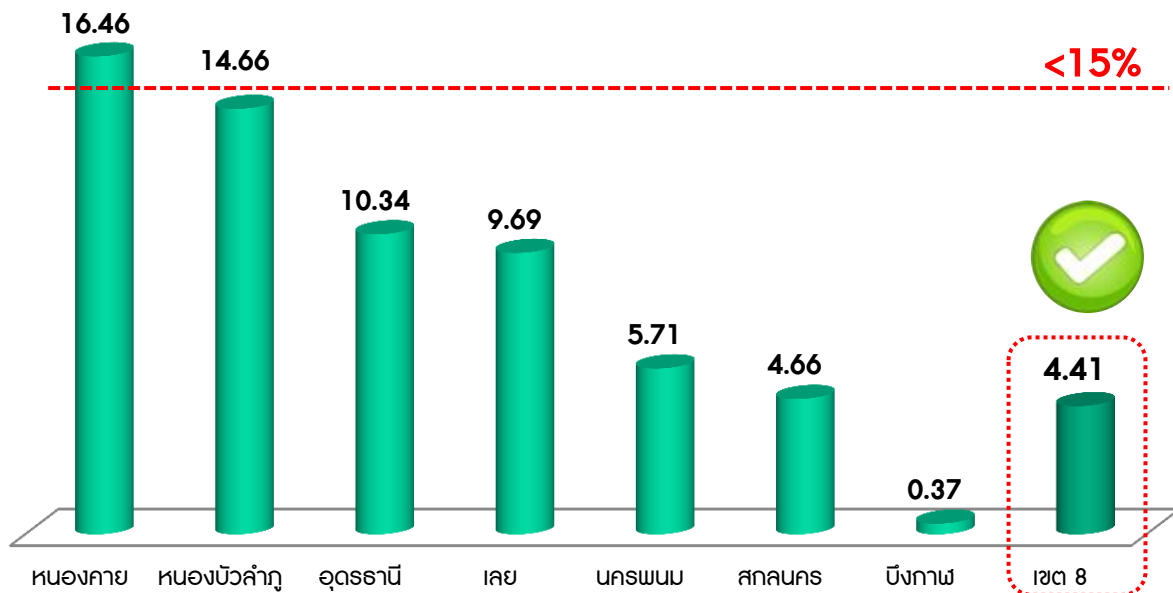


13

อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1

R8WAY
HOP

เป้าหมาย 6 เดือน < ร้อยละ 15)



<15%



EMERGENCY



เกณฑ์ไม่น้อยกว่า 70%

เขตสุขภาพที่ 8 มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ = 100%



No.	จังหวัด	มีแผนการบริหาร ตำแหน่ง	มีการดำเนินการ ตามแผน	มีการบริหารจัดการกำลังคน ที่มีประสิทธิภาพ ไม่น้อยร้อยละ 70
1	อุดรธานี	✓	✓	✓ผ่าน
2	สกลนคร	✓	✓	✓ผ่าน
3	นครพนม	✓	✓	✓ผ่าน
4	เลย	✓	✓	✓ผ่าน
5	หนองบัวลำภู	✓	✓	✓ผ่าน
6	หนองคาย	✓	✓	✓ผ่าน
7	บึงกาฬ	✓	✓	✓ผ่าน



จังหวัดที่มีประสิทธิภาพ > 70% $\times 100 = 100\%$
จังหวัดทั้งหมด 7 จังหวัด

* ผลการประเมินในเบื้องต้นทุกจังหวัดได้รับคะแนน > 70 คะแนน
ทั้งนี้ ผลการประเมินจะต้องผ่านการตรวจสอบและกลั่นกรองตาม
ขั้นตอนการดำเนินงานของคณะกรรมการตรวจราชการ กอง บ.ค.ฯ ก่อน
และจะแจ้งผลให้ทราบต่อไป

เป้าหมาย : หน่วยงานมีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ร้อยละ 70

ผลงาน = ดำเนินการได้ ครบทุกหน่วยงาน = 100%



จังหวัด	จำนวนหน่วยงาน (แห่ง)		
	ทั้งหมด	ผ่าน	ร้อยละ
อุดรธานี	252	252	100.00
สกลนคร	204	204	100.00
นครพนม	179	179	100.00
เลย	156	156	100.00
หนองคาย	95	95	100.00
หนองบัวลำภู	92	92	100.00
บึงกาฬ	77	77	100.00
รวมเขต 8	1,055	1,055	100.00

happy

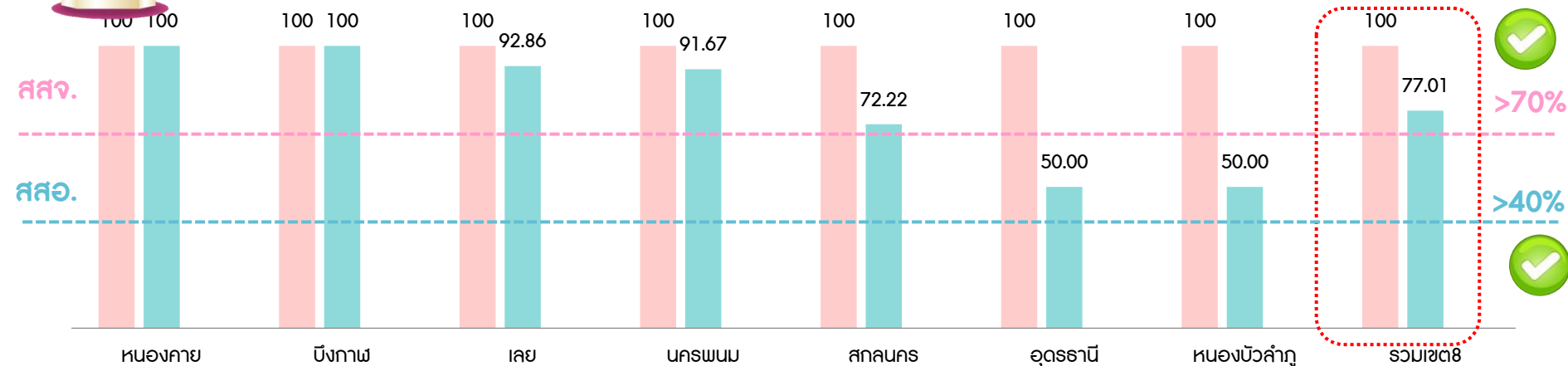




เป้าหมาย 1. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์กรครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ 1. สสจ. ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 2. สสอ. ระดับ 5 (ร้อยละ 40)

ผลงานภาพรวมเขต = 78.72% (สสจ.+สสอ. = 94 แห่ง ผ่าน 72 แห่ง)



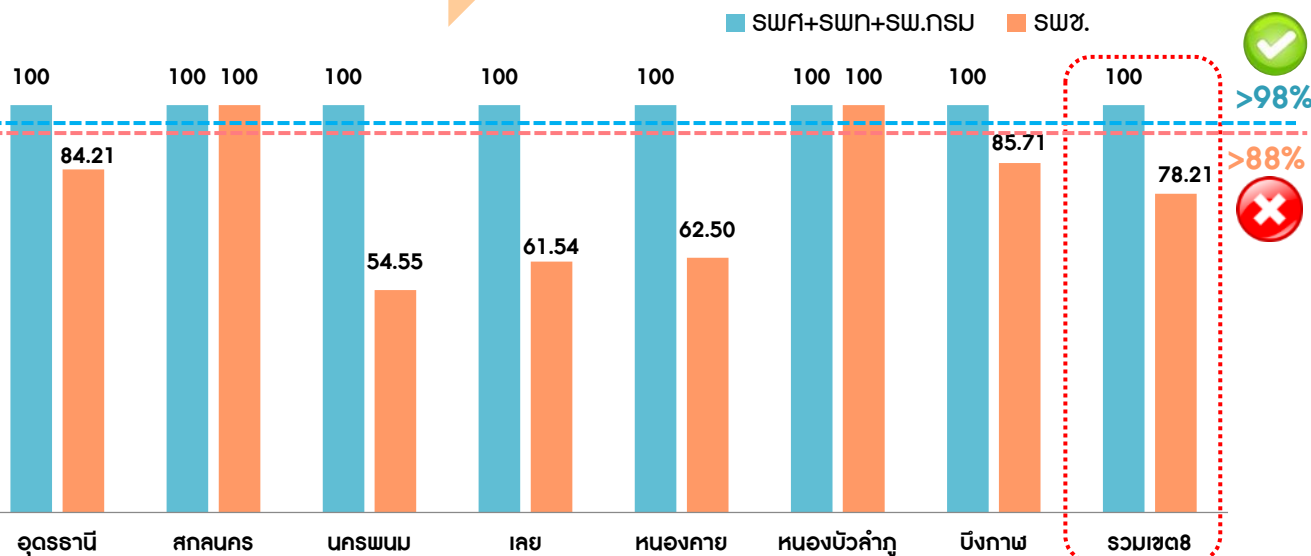
ผลงาน: สสจ. 7 แห่ง ผ่าน 7 แห่ง = 100%
: สสอ. 87 แห่ง ผ่าน 67 แห่ง = 77.01%



สสจ./สสอ. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร ประเมินตนเอง
วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน และจัดทำแผนพัฒนา หมวด 2, 4

เป้าหมาย 6 เดือน

1. โรงพยาบาลระดับ A/S ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรอง HA ชั้น 3 ร้อยละ: 98
2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรอง HA ชั้น 3 ร้อยละ: 88



ข้อเสนอแนะ:

1. เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มโรงพยาบาลตั้งใหม่ให้ได้อย่างน้อย 1 ชั้น
2. ส่วนกลางควรจัดสรรสนับสนุนในกลุ่ม รพ.ตั้งใหม่ หรือควรมีกระบวนการกระตุ้นเชิงนโยบาย เพื่อให้เล็งเห็นความสำคัญ

ผลงาน

- รพศ.-รพท.-รพ.สังกัดกรม ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ: 100 (Green checkmark icon)
- รพช. ผ่าน HA ชั้น 3 ร้อยละ: 78.21 (Red X icon)

เป้าหมาย 6 เดือน

1. อบรม ครู ช ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง
2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม

เขตสุขภาพที่ 8 จัดอบรม ครู ช รพ.สต.ติดดาว
วันที่ 3 - 4 มกราคม 2562
ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากสำนักสนับสนุน
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) จำนวน 200,000 บาท

เขตสุขภาพที่ 8

- * 87 อำเภอ มีคำสั่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ รวม 87 ทีม (ร้อยละ 100)
- * 7 จังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด (ร้อยละ 100)
- * รวมทั้งเขตฯ 94 ทีม (ร้อยละ 100)

ปัญหาอุปสรรค

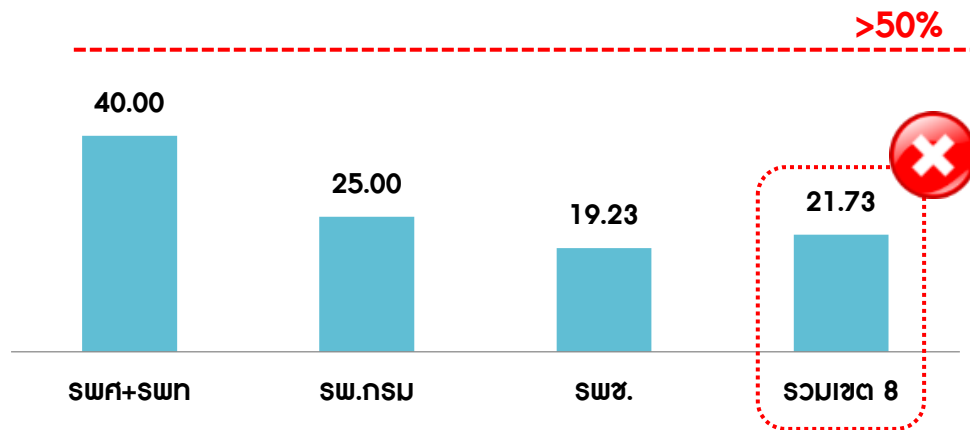
ขาดแคลนงบประมาณที่ควรสนับสนุนในด้านที่สำคัญที่จะพัฒนา
ให้ได้ตามเกณฑ์และเกิดมาตรฐานของการบริการ โดยเฉพาะ
เครื่องมือทางการแพทย์และองค์ความรู้ของผู้ให้บริการที่ต้อง
พัฒนาควบคู่กันไป

โอกาสพัฒนา

ทุก รพ.สต.และหน่วยบริการ ทำระบบคุณภาพพื้นฐาน รพ.สต.
ติดดาว เพื่อรองรับการบริการทุก Service Plan และเพื่อต่อยอด
การประเมินระบบคุณภาพอื่นๆต่อไป เช่น DHSA ฯลฯ

เป้าหมาย 6 เดือน

รพ.กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป **ร้อยละ 50**



ผลงาน

- รพศ.-รพท. ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป 4 แห่ง จาก 10 แห่ง **ร้อยละ 40.00**
- รพช. ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป 15 แห่ง จาก 78 แห่ง **ร้อยละ 19.23**
- รพ.สังกัดกรม ผ่านระดับ 2 ขึ้นไป 1 แห่ง จาก 4 แห่ง **ร้อยละ 25.00**



เป้าหมาย 6 เดือน

มีการพัฒนา Application และทดสอบใช้งานใน PCC นำร่อง

จังหวัดเลย เป็นจังหวัดนำร่อง มี **PCC นำร่องทั้งหมด 6 แห่ง**
(ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ สสป.) ปี 2562

1. คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเลย-กุดป่อง 1
2. คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเลย-กุดป่อง 2
3. คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
4. คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลวังสะพุง-โนนสว่าง
5. คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลวังสะพุง-เหมืองแบ่ง
6. คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลปากชม-เซียงกลม-คอนสา

รายการ	ดำเนินการ
อบรมการใช้งาน Application PCC จากส่วนกลาง	✓
ติดตั้งระบบ Application PCC ใน PCC นำร่อง (อยู่ระหว่างติดตั้งและทดสอบใช้งาน)	✓

ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาการติดตั้ง Application PCC ในหน่วยบริการ PCCเป้าหมาย โปรแกรมจากส่วนยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้พื้นที่นำร่องยังไม่ได้มีการติดตั้ง Application PCC
2. ขาดทรัพยากรในการดำเนินงานค่อนข้างมาก ได้แก่ งบประมาณ บุคลากรที่มีอยู่เดิมไม่มีความเชี่ยวชาญ งบประมาณสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

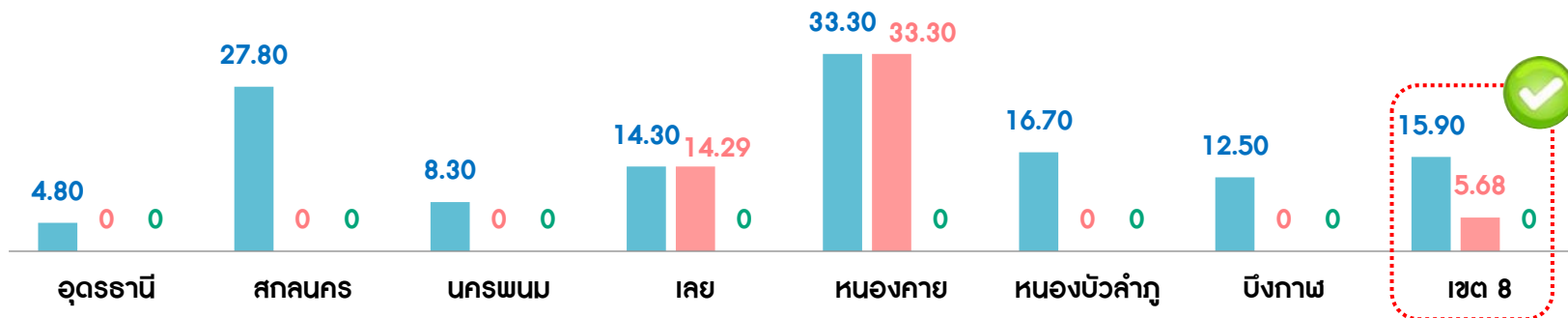
1. ส่วนกลางควรเร่งพัฒนาโปรแกรมให้มีสมบูรณ์ และไม่เป็นปัญหาภัยในการติดตั้งและใช้งาน
2. เสนอให้ส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณจังหวัด/เขตสุขภาพ พัฒนาบุคลากรในพื้นที่เพิ่มเติม เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการอบรมฯ และติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมวิดีโอทางไกล (VDO Conference) หรือระบบ กลุ่ม Line

ผลงาน

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 = 0



■ 2560 ■ 2561 ■ Q2/2562

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. การพัฒนาทีม Auditor จังหวัด และ รพ. สามารถตรวจสอบรายงานทางการเงินได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
2. การจัดทำ Planfin และดำเนินการตามแผน
3. CFO รพ.ควรวิเคราะห์ความเหมาะสมจากการลงทุนด้วยเงินบำรุง เพื่อไม่ให้กระทบต่อสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ
4. พัฒนาคณะ CFO จังหวัด และ รพ. ให้กำกับติดตาม รพ.ที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และวางระบบงานที่ต้องเชื่อมโยงกับระบบบัญชี เพื่อให้รายงานการเงินคุณภาพ
5. ส่วนกลางควรมีการรับการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการเงิน Risk Score ให้สอดคล้องกับการได้รับโอนเงิน

เป้าหมายปี 2562	Small Success 6 เดือน 	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ Monitor ผ่านระบบแจ้งเตือน $\geq 95\%$ - อัตราการตายไม่เกิน 8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ลดลง 50% ของปี 2561)	- มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการ - สร้าง R8 Mother and child Model โปรแกรมการแจ้งเตือนการเฝ้าระวังผ่าน Dash Board - มีคู่มือระบบการเฝ้าระวัง - มีการฝึกอบรม การใช้งานระบบแจ้งเตือนเฝ้าระวังและติดตั้งโปรแกรมทุกหน่วยบริการ	- มีแผนงานนวัตกรรมเชิงบูรณาการระดับเขต - มีแผนการบริหารจัดการนวัตกรรมระบบ บริการและระบบบริหารจัดการ - มีการกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหาร จัดการ (SIM) และแนวทางการดำเนินงาน - มีแผนควบคุมกำกับ ประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (SIM) - มีระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการ แผนงานนวัตกรรม - มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนแผน - มีผลการดำเนินงานในจังหวัดต้นแบบ 1 จังหวัด - ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ ร้อยละ 100

ปัญหาอุปสรรค

ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะ สตรีแพทย์ และ แพทย์อายุรกรรม การติดตามความก้าวหน้า จากผู้บริหารที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

- เสนอให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ ระหว่างเขตสุขภาพ
- ให้มีการสนับสนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสำนักงานเขตสุขภาพ ในฐานะผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานส่วนกลางในส่วนภูมิภาค อย่างต่อเนื่อง



THANK YOU
FOR
ATTENTION

R8WAY
MOPH