



เกณฑ์การพิจารณาและตัดสินรางวัลประเภทหน่วยงาน

หน่วยงานดีเด่น หน่วยงานดีเด่นดาวทอง และ หน่วยงานดีเด่นแพลตินัม

คุณสมบัติของหน่วยงานที่มีสิทธิ์เสนอรับรางวัล ได้แก่ ภาควิชา/หน่วยงาน* ตามโครงสร้างฝ่ายทรัพยากรบุคคล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

- มีการบริหารจัดการด้านต่างๆ ที่ชัดเจน ได้แก่ การกำหนดนโยบาย/แผน/แนวทางการดำเนินงาน/การจัดการด้านบุคลากร สถานที่/สิ่งแวดล้อม เครื่องมือและอุปกรณ์
- มีการกำหนดตัวชี้วัดที่แสดงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของการทำงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน
- มีผลงานกิจกรรม/โครงการพัฒนาที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน/คณะอย่างน้อย 1 เรื่อง โดยมีการดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม – วันที่ 31 ธันวาคม 2562 และจะต้องมีผลลัพธ์การดำเนินการ ≥ 3 ครั้ง โดยมีระยะเวลาการวัดผลห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน

ภาควิชา/หน่วยงานที่มีสิทธิ์เสนอขอรับรางวัลฯ ดังนี้

ประเด็น	เกณฑ์เดิม	เกณฑ์ปรับใหม่
ภาควิชา	<input checked="" type="checkbox"/> ภาควิชาทางปรีคลินิก	<input checked="" type="checkbox"/> ภาควิชาทางปรีคลินิก (โดยต้องระบุขอบเขตให้ครอบคลุมทุกพันธกิจ ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย)
	<input checked="" type="checkbox"/> ภาควิชาทางคลินิก	<input checked="" type="checkbox"/> สาขาวิชา (เฉพาะที่มีหน่วยตรวจ) (คลินิกเฉพาะโรค) หมายเหตุ* หน่วยตรวจโรคมียุทธศาสตร์พื้นที่ให้บริการของคลินิก การใช้ทรัพยากร และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานซึ่งต้องไม่ซ้ำซ้อนกับคลินิกอื่นๆ
	<input checked="" type="checkbox"/> สำนักงานภาควิชา	<input checked="" type="checkbox"/> สำนักงานภาควิชา
คลินิกเฉพาะโรค		<p>กรณีมีการใช้พื้นที่บริการและทีมงานสนับสนุนร่วมกันกับหน่วยตรวจอื่นๆ สามารถส่งผลงานประเมินในนามหน่วยตรวจพิเศษ/เฉพาะโรคนั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อมีการใช้พื้นที่เพื่อให้บริการของคลินิกเฉพาะโรคนั้นๆ $\geq 80\%$ ของเวลาทำการ - บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องไม่ซ้ำซ้อนกับคลินิกอื่นๆ $\geq 80\%$ กรณีผู้ปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกับคลินิกอื่น $\geq 80\%$ ให้ขอรับรางวัลฯ เป็นหน่วยตรวจโรคกลางที่ทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินการของคลินิกต่างๆ (เหมือนหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอื่นๆ) มิฉะนั้นหน่วยตรวจโรคนั้น จะไม่สามารถขอรับรางวัลฯ คลินิกเฉพาะโรคอื่นได้อีก - ต้องแสดงผลลัพธ์การดำเนินการของคลินิกทั้งภาพรวม การบริการและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ที่แสดงความเชี่ยวชาญ โดยการเทียบเคียง (ระบุชื่อสถาบันเทียบเคียงที่เหมาะสม)
หน่วยงานสนับสนุน	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับฝ่าย	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับฝ่าย <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของ “ฝ่าย” ต่อ “งาน” ในด้านนโยบาย แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ และการบริหารจัดการที่ทำให้ “งาน” ดำเนินการให้เกิดผลงานที่สนับสนุนฝ่ายอย่างสอดคล้อง บูรณาการกัน และ 2. ในปีที่เสนอขอฯ ต้องมีการส่งผลงานเพื่อเสนอขอรับการประเมินรางวัลฯ ระดับ “งาน” ในฝ่าย $\geq 50\%$ ของจำนวนงานที่มีอยู่ทั้งหมดในฝ่ายนั้นๆ ด้วย
	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับงาน	<input checked="" type="checkbox"/> ระดับงาน

การตัดสินรางวัล

- **หน่วยงานดีเด่น** ได้คะแนนรวม ≥ 40 คะแนน จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน (66.7%)
- **หน่วยงานดีเด่นดาวทอง**
 - ได้รับรางวัลหน่วยงานดีเด่นหรือเหนือกว่า เป็นระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาติดต่อกัน
 - ได้รับการประเมินคะแนนตัดสินผ่านเกณฑ์หน่วยงานดีเด่น ประจำปีที่ขอรับการประเมิน **ร่วมกับ**
 - ได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 ในข้อต่อไปนี้
 - ข้อ 2.2 การจัดการด้านสุขภาพบุคลากร
 - ข้อ 2.3 การบริหารจัดการด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม
 - ข้อ 3.1 กระบวนการให้บริการที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง
 - ข้อ 4.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ
 - ข้อ 4.2 ผลลัพธ์ของการดำเนินการ
- **หน่วยงานดีเด่นแพลตินัม**
 - ได้รับรางวัลหน่วยงานดีเด่นดาวทองหรือเหนือกว่า เป็นระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาติดต่อกัน
 - ได้รับการประเมินคะแนนตัดสินผ่านเกณฑ์หน่วยงานดีเด่นดาวทอง ประจำปีที่ขอรับการประเมิน **ร่วมกับ**
 - ได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 ในข้อต่อไปนี้
 - ข้อ 1.1 หน่วยงานมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ฯ
 - ข้อ 3.2 มีการจัดระบบงานที่สอดคล้องกับระบบงานของโรงพยาบาล/คณะฯ และบริบทของหน่วยงาน
 - ข้อ 4.3 มีการดำเนินการให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน/การทำงานเป็นทีม
 - ข้อ 4.4 มีการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ **และ**
 - ได้รับการประเมินคะแนน **เท่ากับ 5** ในข้อต่อไปนี้
 - ข้อ 3.1 กระบวนการให้บริการที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

ทั้งนี้ ถือการพิจารณาของคณะกรรมการฯ เป็นที่ยุติ

1. การตอบสนองนโยบายส่วนกลาง (รวม 5 คะแนน)

1.1 หน่วยงานมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ จุดเน้น/เข็มมุ่งของคณะฯ/โรงพยาบาล/ทีมนำ

- มีการกำหนดและใช้ผลตัวชี้วัดที่สำคัญที่สอดคล้องกับบริบท เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี
- มีการเทียบเคียง (Benchmark) อาจนำเสนอเป็นลักษณะกระบวนการ ที่เป็นต้นแบบ หรือเป็นที่อ้างอิง หรือมีผลลัพธ์ที่ดี

โดยพิจารณาความเหมาะสมของคู่เทียบ

ระดับคะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีกระบวนการ หรือมีผลลัพธ์ของการดำเนินการที่ดี เมื่อเทียบเคียง (Benchmark) กับหน่วยงานอื่นระดับนานาชาติ
4	มีกระบวนการ หรือมีผลลัพธ์ของการดำเนินการที่ดี เมื่อเทียบเคียง (Benchmark) กับหน่วยงานอื่นในประเทศอย่างเหมาะสม
3	มีการนำผลการประเมินของตัวชี้วัดมาปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (CQI) จนได้ผลลัพธ์การดำเนินการที่บรรลุเป้าหมาย หรือมีการปรับเป้าหมายที่ดีขึ้น
2	มีการนำผลการประเมินของตัวชี้วัดมาปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (CQI) จนได้ผลลัพธ์การดำเนินการที่มีแนวโน้มที่ดีใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด
1	มีกระบวนการและการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทและสมรรถนะของหน่วยงาน รวมทั้งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และจุดเน้น/เข็มมุ่งของคณะฯ/โรงพยาบาล/ทีมนำ (Plan, Do)

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นแพลตินัม ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาตัดสินรางวัลโครงการติดตาม ประจำปี 2562 ประเภทรางวัล : หน่วยงานดีเด่น หน่วยงานดีเด่นดาวทอง และ หน่วยงานดีเด่นแพลตินัม

(สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย งานพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล)

2. โครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน (รวม 20 คะแนน)

2.1 การบริหารจัดการด้านบุคลากร

การบริหารจัดการด้านบุคลากร หมายถึง

- การกำหนดภาระงาน/หน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง
- การมอบหมายงาน การสรรหา/ว่าจ้าง/วางตำแหน่ง การทดแทน การธำรงรักษาบุคลากร การจัดอัตรากำลัง อย่างเป็นระบบ
- ระบบการประเมินและพัฒนาผลงานของบุคลากร มีการสนับสนุนส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน และความพึงพอใจ

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีผลลัพธ์ของการดำเนินการของระบบบริหารทรัพยากรบุคคลที่ดีเยี่ยม สามารถใช้เป็นต้นแบบให้แก่หน่วยงานอื่นๆ (Best practice)
4	บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้แก่หน่วยงาน ใฝ่เรียนรู้ มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (เช่น การบริหารจัดการ การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร) ที่ส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากรอย่างเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่
3	บุคลากรมีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่ มีการบริหารจัดการอัตรากำลังที่เหมาะสม (มีการวิเคราะห์อัตรากำลังที่ชัดเจน) และบุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพงาน มีขวัญกำลังใจและสร้างผลงานที่ดี
2	บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะตามหน้าที่รับผิดชอบ มีการวางระบบประเมินผลงานและระบบแรงจูงใจ
1	มีการบริหารงานบุคคลตามมาตรฐานทั่วไป

2.2 การจัดการด้านสุขภาพบุคลากร

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร และระบบการบริหารจัดการในการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในหน่วยงานที่สามารถเป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นๆ (Best practice)
4	มีอัตราการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในหน่วยงาน \geq ร้อยละ 90 และมีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร หรือการบริหารจัดการในการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ
3	มีอัตราการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในหน่วยงาน \geq ร้อยละ 80 และมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เช่น กิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือมีการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในหน่วยงาน
2	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของบุคลากร หรือความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยในหน่วยงาน และมีการกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับข้อมูลดังกล่าว
1	มีข้อมูลสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงาน มีการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยที่สอดคล้องกับบริบท

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นดาวทอง ต้องได้รับการประเมินคะแนน \geq 4 คะแนน

2.3 การบริหารจัดการด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม

การบริหารจัดการด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม หมายถึง

- พื้นที่อาคารสถานที่สะอาด ปลอดภัยจากอัคคีภัย สารอันตราย หรือสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ
- หน่วยงานมีการบริหารจัดการเพื่อการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การทิ้งขยะที่ถูกต้อง การกำจัดขยะ การลดปริมาณของเสีย
- การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีผลร้ายต่อสุขภาพ
- การจัดสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เอื้อต่อความปลอดภัยและความสุขของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน
- การจัดสถานที่ที่เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ การมีสุขภาพดี การเรียนรู้และพัฒนาทักษะ
- การจัดให้มีสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดีและปลอดภัย

ระดับคะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการจัดสถานที่ที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและบุคลากร มีระบบการจัดการและการเตรียมความพร้อมด้านการป้องกันความเสี่ยงต่ออัคคีภัยและวัสดุของเสียอันตราย สามารถเป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นๆ (Best practice) หรือ มีผลประเมิน 5ส. ที่ดีเยี่ยมเป็นแบบอย่าง
4	สถานที่เอื้อต่อการทำงานและให้บริการได้อย่างปลอดภัย สะดวกสบาย เหมาะสม มีระบบการระบายอากาศที่ดี และได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี หรือ ผลประเมิน 5ส. มีแนวโน้มที่ดี
3	มีการจัดสถานที่โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและต่อการทำงานของบุคลากร มีการตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่ออัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตรายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการปรับปรุงเพื่อป้องกัน หรือ มีการประเมินผล 5ส.
2	มีการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพที่เห็นชัดเจน มีการอบรมและฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยอย่างเหมาะสม มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัยอย่างเหมาะสมกับประเภทวัสดุที่ติดไฟ มีการวางระบบเกี่ยวกับการจัดการวัสดุ/ของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม หรือ มีการดำเนินการ 5ส.
1	สถานที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเป็นระเบียบ ไม่มีความเสี่ยงด้านอัคคีภัย มีการจัดทำแผนป้องกันและรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัย หรือภาวะฉุกเฉินต่างๆ

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นดาวทอง ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

2.4 การบริหารจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ (ความพร้อมใช้ ความคุ้มค่า และการบำรุงรักษา)

การบริหารจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ หมายถึง

- มีการคัดเลือก จัดหา ทำบัญชีรายการ จัดเก็บเป็นหมวดหมู่ ตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ ทำให้ลดต้นทุนการซ่อม/ซื้อ (zero breakdown) ให้ความรู้แก่ผู้ใช้งาน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
- เครื่องมือที่มีความสำคัญและจำเป็นมีความพร้อมใช้งาน มีป้ายแสดงชัดเจน เช่น “รอซ่อม” “รอส่งคืน” รวมทั้งมี วัน เดือน ปี ที่ส่งซ่อม และติดตามผลชัดเจน
- มีระบบการติดตามข้อมูลเพื่อปรับปรุง/จัดหาทดแทน

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็น ที่เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถใช้เป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นๆ (Best practice) หรือ ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานอื่นได้
4	มีระบบการจัดการและสำรองเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็น เพียงพอและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทะเบียนประวัติเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นและสำคัญ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงระบบและจัดหาทดแทน
3	มีเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็น เพียงพอและพร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย/การให้บริการได้อย่างปลอดภัย ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทดสอบ ตรวจสอบ และมีการสอบเทียบตามมาตรฐาน (calibrate) ที่เหมาะสม
2	มีการสำรวจและวางแผนเชิงรุกในการจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็น เพื่อให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้
1	มีการจัดการการตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลให้มีความพร้อมใช้ ของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญและจำเป็น

3. กระบวนการให้บริการ (รวม 15 คะแนน)

3.1 มีกระบวนการให้บริการที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) หมายถึง การค้นหาและตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการ

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการบริหารจัดการ/พัฒนาปรับปรุงให้เกิดสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมบริการที่อบอุ่น เอื้ออาทร ต่อผู้ใช้บริการ เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถใช้เป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นๆ ได้ (Best practice)
4	มีการวิเคราะห์และใช้ผลประเมินความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ เพื่อพัฒนาระบบงาน/กระบวนการงาน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี แสดงถึงการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ
3	มีระบบการรับรู้/เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่ดี (ระบบประเมินความต้องการ) และนำไปใช้ประโยชน์ (ออกแบบ/ ปรับปรุงระบบงาน) ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของการให้บริการ
2	มีระบบจัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์แนวโน้มและนำไปปรับปรุงพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
1	มีการตอบสนองข้อร้องเรียนที่สำคัญเป็นเรื่องๆ (เชิงรับ)

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นดาวทอง ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

รางวัลหน่วยงานดีเด่นแพลตินัม ต้องได้รับการประเมินคะแนน เท่ากับ 5 คะแนน

3.2 มีการจัดกระบวนการ/ระบบงานที่สอดคล้องกับกระบวนการ/ระบบงานของโรงพยาบาล/คณะฯ และบริบทของหน่วยงาน ซึ่งนำไปสู่ การส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และผู้ปฏิบัติงาน ตั้งแต่แรกรับจนถึงการส่งมอบงาน มีการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และการติดตามกำกับงานที่เป็นระบบ

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีกระบวนการ/ระบบงานที่ดีเยี่ยม สามารถเป็นต้นแบบให้แก่หน่วยงานอื่นๆ (Best practice) ภายในหรือภายนอกคณะฯ
4	มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการกระบวนการ/ระบบงานที่สำคัญของหน่วยงาน มีการพัฒนาที่ชัดเจนในเรื่องการบูรณาการ (เชื่อมโยง สอดคล้อง) ทั้งเป้าหมาย กระบวนการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการสร้างนวัตกรรม/R2R
3	มีการใช้ผลประเมินการดำเนินการของตัวชี้วัดที่แสดงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการให้บริการ/การดำเนินการ ทำให้มีการปรับปรุงกระบวนการ/ระบบงานที่สำคัญของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
2	มีการใช้ 3P (Purpose, Process, Performance) และ PDCA ในการจัดกระบวนการ/ระบบงานที่สำคัญของหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในทิศทางเดียวกับนโยบายของทีมนำ/โรงพยาบาล/คณะฯ รวมทั้งมีการติดตามกำกับงานประจำวัน เช่น การใช้ตัววัดด้านกระบวนการสำคัญ
1	มีการกำหนดกระบวนการ/ระบบงานที่สำคัญให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน โดยคำนึงถึงคุณค่าที่มอบให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานอื่นๆ ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงการส่งมอบงาน

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นแพลตินัม ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

3.3 มีการดำเนินการด้านเวชระเบียน หรือเอกสารที่ใช้ในการทำงานอย่างเป็นระบบและเป็นปัจจุบัน

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีระบบการบันทึก ตรวจสอบ ประเมินผล และพัฒนาเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง (CQI) และมีการใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่หน่วยงานอื่น (Best practice) หรือมีการจัดการด้านแนวปฏิบัติ/เอกสารที่ใช้ในการทำงาน/ระบบเอกสารคุณภาพที่สามารถใช้เป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นๆ (Best practice) หรือให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานอื่นได้
4	มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงกระบวนการและอื่นๆ (เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้ Siriraj Concurrent Trigger Tool, Siriraj Clinical Tracer Plus) หรือมีการจัดทำแนวปฏิบัติ/เอกสารที่ใช้ทำงาน/เอกสารคุณภาพ ของหน่วยงานที่เป็นปัจจุบันอย่างครอบคลุมทุกกระบวนการหลักของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
3	มีระบบการบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ มีการประมวลผลจากการทบทวนเวชระเบียน เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย หรือมีการจัดทำเอกสารที่ใช้ในการทำงาน/เอกสารคุณภาพของหน่วยงาน ที่เป็นปัจจุบันครอบคลุมส่วนใหญ่ของกระบวนการหลักของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
2	มีระบบการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ตามกำหนดเวลาอย่างเหมาะสม หรือมีการจัดทำแนวปฏิบัติ/เอกสารที่ใช้ในการทำงาน/เอกสารคุณภาพ ที่เป็นปัจจุบันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย/ระเบียบปฏิบัติ/วิธีปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับกระบวนการทำงานหลักของหน่วยงาน
1	มีการดำเนินงานด้านเวชระเบียน หรือเอกสารที่ใช้ในการทำงาน ที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและคณะฯ

4. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (รวม 20 คะแนน)

4.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ประเมินจากกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพที่ส่งประกอบ ดังนี้

- หน่วยงานดีเด่นทุกประเภท ต้องมีกิจกรรม/โครงการพัฒนาใหม่ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน/คณะฯ อย่างน้อย 1 เรื่อง ทั้งนี้ผลงานกิจกรรม/โครงการพัฒนาที่เสนอขอรับรางวัลประเภทนวัตกรรม สามารถนำมาใช้ประกอบการเสนอขอรับรางวัลประเภทหน่วยงานดีเด่นได้ โดยต้องเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณที่ผ่านมา
- สามารถวัดผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงาน/ผู้ใช้บริการ/หน่วยงาน/คณะฯ ในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ
- เป็นโครงการที่ไม่เคยส่งขอรับรางวัลหน่วยงานดีเด่นที่ได้รับรางวัลมาแล้ว

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการวัดผลตัวชี้วัดที่เทียบเคียง (Benchmark) สู่ความเป็นเลิศ มีการบูรณาการ (Integration) กับพันธกิจต่างๆ อย่างสอดคล้องสู่วิสัยทัศน์ที่เป็นรูปธรรม มีการเรียนรู้ (Learning) ทั้งทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ เป็นแบบอย่างที่ดี (Best Practice) เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการ หรือต่อยอดสู่เป็นนวัตกรรมที่อยู่ในระหว่าง/ได้รับการจดทรัพย์สินทางปัญญา
4	มีการประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบ (Check) เพื่อพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (CQI) และมีการนำผลการดำเนินการมาจัดทำเป็นมาตรฐานที่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ (Act) หรือมีการต่อยอดสู่การสร้างนวัตกรรม (Innovation)/R2R
3	มีการสื่อสาร ถ่ายทอดแผน/นโยบาย และการดำเนินการลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ (Do) มีการใช้ผลลัพธ์ (Check) ที่ครอบคลุม ตรงตามวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI)
2	มีการกำหนดตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม/โครงการฯ และสอดคล้องกับพันธกิจ/นโยบาย/วัตถุประสงค์ของหน่วยงานและคณะฯ และเริ่มมีการสื่อสาร ถ่ายทอดแผน/นโยบาย ดำเนินการลงสู่การปฏิบัติ (Do)
1	มีการใช้ข้อมูลจริงในการออกแบบกระบวนการทำงานของกิจกรรม/โครงการฯ อย่างเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน/คณะกรรมการ/ทีม นำ (Plan) ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และจุดเน้น/เข็มมุ่งของคณะฯ/โรงพยาบาล/ทีม นำ

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นดาวทอง ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

4.2 ผลลัพธ์ของการดำเนินการ (Performance Indicator)* ประเมินจากกิจกรรม/โครงการพัฒนาคุณภาพที่ส่งประกอบการพิจารณา

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่ดีเยี่ยม หรือ ผลลัพธ์ตัวเทียบเคียงสูงกว่าสถาบันอื่นที่เทียบเคียง หรือ สามารถเป็นต้นแบบในระดับชาติ/นานาชาติได้ (Best practice)
4	มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) และมีผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่ครบถ้วน ครอบคลุม และบรรลุหรือดีกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งสะท้อนถึงแนวโน้มของผลลัพธ์ (trend) ของตัวชี้วัดหลักของหน่วยงานที่ดีขึ้น
3	มีผลลัพธ์ของตัวชี้วัดครบถ้วน ครอบคลุม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีการใช้ตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) จนได้ผลลัพธ์การดำเนินการที่มีแนวโน้มที่ดี (Trend) ใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด หรือบรรลุตามเป้าหมาย หรือมีการปรับเป้าหมายที่ดีขึ้น
2	มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) จนได้ผลลัพธ์การดำเนินการของตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานที่มีแนวโน้ม (Trend) ที่ดี
1	มีผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม/โครงการฯ

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นดาวทอง ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

4.3 มีการดำเนินการให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน/การทำงานเป็นทีม

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการทำงานร่วมกันในระดับคณะฯ/โรงพยาบาล หรือร่วมกับหน่วยงานภายนอกคณะฯ/โรงพยาบาล
4	มีการทำงานร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพของภาควิชา/ทีมนำทางคลินิกหรือทีมเครื่องมือสายงานโดยสหสาขาภายนอกหน่วยงาน/ภาควิชา/ทีมนำทางคลินิกอย่างเป็นระบบ
3	มีการทำงานร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน/ภาควิชา/ทีมนำทางคลินิกอย่างเป็นสหสาขาภายในหน่วยงาน/ภาควิชา/ทีมนำทางคลินิกอย่างเป็นระบบ หรือมีความเป็นทีมสหสาขาในระบบงาน
2	มีการทำงานร่วมกันภายในหน่วยงาน (ทุกคนมีส่วนร่วม) ในการพัฒนาคุณภาพงานประจำ
1	มีการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มภายในหน่วยงาน ในการพัฒนาคุณภาพงานประจำ

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นแพลตตินัม ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน

4.4 มีการดำเนินการด้านการจัดการความรู้

ระดับ คะแนน	ผลลัพธ์การดำเนินการ
5	มีการจัดการความรู้เป็นระบบ ส่งเสริมให้เกิดวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เป็นแบบอย่างที่ดี (Best practice) แก่หน่วยงานอื่นๆ หรือมีการเผยแพร่ทั้งภายในและภายนอกคณะฯ
4	มีการสร้างความรู้ใหม่ที่เกิดจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การสร้างนวัตกรรม หรือ R2R
3	มีความรู้ที่จำเป็นที่เกิดจากประสบการณ์การทำงาน และจัดเก็บให้พร้อมใช้ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงาน เช่น การทำเอกสารคุณภาพ แนวปฏิบัติ เป็นต้น และส่งเสริมให้บุคลากรนำความรู้เหล่านั้นใช้ในการปฏิบัติงานประจำอย่างเป็นรูปธรรม
2	มีการวิเคราะห์ รวบรวม ระบุความรู้ที่จำเป็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งมีการบันทึกเป็นหลักฐาน
1	เริ่มมีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงาน เช่น การประชุม การใช้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหา เป็นต้น

หมายเหตุ : รางวัลหน่วยงานดีเด่นแพลตตินัม ต้องได้รับการประเมินคะแนน ≥ 4 คะแนน