

兒童醫院評核申請說明

壹、衛生福利部（以下簡稱衛福部）委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱本會）辦理本年度兒童醫院評核申請，並依據公告之兒童醫院評核作業程序訂定本說明，以協助醫院進行申請作業（評核申請流程請參照附件一，P.3）。

貳、評核申請申報及資料繳交方式：

一、申請期限：即日起至 103 年 10 月 31 日止。

二、申請申報資料繳交：

1. 請至本會 <http://www.tjcha.org.tw> (評鑑→兒童醫院評核→申請申報資料下載)，填寫「兒童醫院評核申請書」（範例如附件二，P.4）紙本乙份（A4 紙張規格），依說明完成負責醫師簽章、關防及騎縫章；並填寫「自評表」、「資料表」，填報前請務必詳閱填表說明/注意事項，於完成後下載列印，評核資料表件填報內容：

(1) 自評表：係由受評醫院請參照評核基準及評量項目，自我評量各項基準之達成程度，下載列印後，由負責人及連絡人於封面簽名/章。

(2) 資料表：係由受評醫院針對全院整體性與參照各類評核基準及評量項目進行相關資料及現況進行填報。

2. 另請檢備下列資料

(1) 「樓層配置說明」：由受評醫院簡述院內各樓層之單位配置概況，格式不拘（非平面圖）。

(2) 醫療機構開業執照影本乙份。

(3) 醫事人員之報備支援公文影本乙份。

3. 繳交形式：請醫院以書面資料繳交 7 份，以雙面列印方式（A4 紙張規格）自行影印足夠份數；另請備妥含自評表及資料表檔案之電子光碟乙份。

4. 本年度評核資料繳交期限截止後，即不再受理抽換及補件作業，若資料有需要更正則請醫院於實地評核時提出說明。

5. 於申請期限內，檢齊前開第 1、2 項所述之資料後，由專人送達或掛號郵寄（免備文，以郵戳為憑）至本會（地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓；電話：02-8964-3000）。逾期未完成資料繳交者，即視同未完成申請程序。

6. 如有相關證明文件未及備齊，將由本會另行以電話通知，請於 5 日內完成補件。

三、醫院開業登記事項查證：

1. 請至本會 <http://www.tjcha.org.tw> (評鑑→兒童醫院評核→申請申報資料)

- 下載)，填寫「醫院開業登記事項查證回復單」（範例如附件三，P.6）。
2. 填寫完成「醫院開業登記事項查證回復單」並寄送予轄屬衛生局，由轄屬衛生局進行查證，且將查證結果寄回本會。

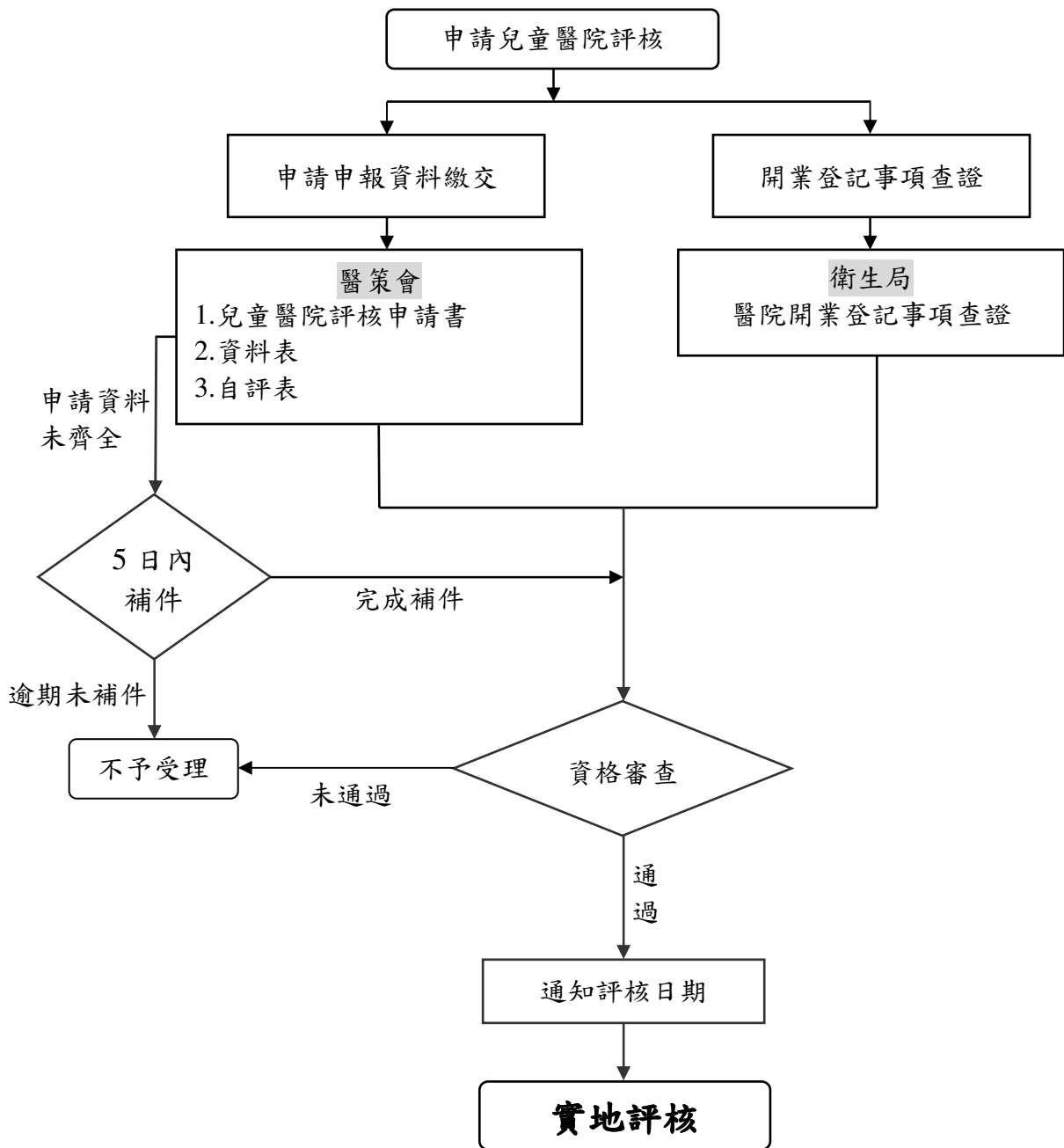
參、實地評核之資料準備：

一、請於實地評核前一周提供下列資料（電子檔）：

1. 實地評核進程序表（含會場安排）：請參照（附件四，P.7）「103 年度兒童醫院評核進行方式及時間分配表」所註時間標明會場。
2. 實地評核期間院方主要及各領域資料查證負責人及聯絡方式。

二、請於實地評核當日提供各科主治醫師名單。

附件一、兒童醫院評核申請流程



附件二、兒童醫院評核申請書（範例）

本院同意申請參加貴部辦理之 103 年兒童醫院評核，了解評核申請注意事項並願意主動提供評核所需資料及配合各項評核作業，並同意採「兒童醫院評核標準」進行評核；如因資料列述未詳盡，而發生全民健康保險醫療費用支付範圍之爭議情事，願由本院自行負責。有關本院開業登記事項查證回復單已另案送請○○縣（市）衛生局查證，請 鑒核。

備註：有關全民健康保險醫療費用支付標準適用表別，另依全民健康保險相關規定辦理。

此致

衛生福利部

申請醫院名稱（全銜）：

申請醫院英文名稱（全銜）：

醫療機構代碼（10 碼）：

負責醫師簽章：

（請蓋關防及負責醫師章）

聯絡人（職稱）：

地址：

電話：

傳真：

註：

- 1.本申請書請書面填寫後用印（關防、負責醫師章及騎縫章）。
- 2.申請醫院請檢附**醫療機構開業執照影本**。
- 3.評核申請注意事項詳見下頁。

中 華 民 國 103 年 月 日

評核申請注意事項

- 一、申請兒童醫院評核醫院應依「兒童醫院評核作業程序」規定於期限內檢附相關文件資料並配合辦理相關作業。
 - 二、實地評核期間，申請評核醫院應提供主辦機關所安排之評核委員為評核條文評量所需之相關參考資料。
 - 三、主辦機關或協辦單位提供申請評核醫院評核相關表單。
 - 四、主辦機關或協辦單位不定時於網站上提供申請評核醫院有關評核之最新資訊及活動。
 - 五、主辦機關或協辦單位於評核標準及評量項目核定後將其內容公告於網站上，以利申請評核醫院參考及準備。
 - 六、主辦機關或協辦單位於作業程序公告後，辦理評核說明會，內容包括評核申請說明、評核基準內容、評量重點及準備方向，以利申請評核醫院參考及準備。
 - 七、主辦機關或協辦單位以正式函文通知申請評核醫院實地評核時間，以利醫院準備。
 - 八、主辦機關或協辦單位提供電話諮詢服務及公用信箱服務，以利回復申請評核醫院對評核相關作業及內容之疑義。
 - 九、評核結果公告後，通過評核者，由主辦機關或協辦單位寄發評核合格證書。
 - 十、評核結果公告後，由主辦機關或協辦單位將評核委員之建議彙整成意見表，回饋予申請評核醫院參考。
 - 十一、主辦機關得將申請評核醫院之評核結果及各醫院之評核相關資訊公告於網站供民眾參考。
 - 十二、主辦機關得使用申請評核醫院所提供之所有評核資料，以利政府機關及委託計畫相關機構進行統計分析，作為政策擬定之參考用途。
- 備註：申請評核醫院不得將評核結果（含評核合格證書、圖樣及標誌等），作下列不當使用：
- （一）易使民眾誤解或誇大不實之相關聲明。
 - （二）針對已被暫停或停止的評核或認證範圍進行廣告或行銷。

附件三、醫院開業登記事項查證回復單（範例）

醫院開業登記事項查證回復單

本院申請參加 103 年度兒童醫院評核：

請就本院之開業情形及負責醫師、病床數、醫師數等資料予以查證，並請將結果通知財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

此致○○縣(市)/政府衛生局

申請醫院：

負責醫師：

◎查證醫院下列資料是否與衛生局登記之資料相符

項 目	本院填報資料（醫院填寫）	該院登記資料(衛生局填寫)	查證結果(衛生局填寫)
醫 院 類 別	<input type="radio"/> 為公立或醫療法人醫院 <input type="radio"/> 非為公立或醫療法人醫院	<input type="radio"/> 為公立或醫療法人醫院 <input type="radio"/> 非為公立或醫療法人醫院	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
執業登記	於評核申請截止日前領有開業執照 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	於評核申請截止日前領有開業執照 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
醫療機構代碼 (10 碼)			<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
登記開業日期	____年____月____日	____年____月____日	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
專任醫師人數	西醫：____位；中醫：____位 牙醫：____位(含口腔顎面外科、口腔 病理科、齒顎矯正科)	西醫：____位；中醫：____位 牙醫：____位(含口腔顎面外科、口腔 病理科、齒顎矯正科)	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
急性一般病床 數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
精神急性一般 病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
精神慢性一般 病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
特殊病床數	共____床，包含嬰兒床____床、 血液透析床____床、其他____床	共____床，包含嬰兒床____床、血 液透析床____床、其他____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
總病床數 ^{註1}	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____

註 1：病床數以登記開放床數計；總病床數係指急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床及特殊病床之加總。

註 2：本表資料請填寫至填表當日為止(非前一年度 12 月 31 日資料)。

診療科別	<input type="checkbox"/> 家庭醫學科 <input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 兒科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 神經科 <input type="checkbox"/> 神經外科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 麻醉科 <input type="checkbox"/> 放射診斷科 <input type="checkbox"/> 放射腫瘤科 <input type="checkbox"/> 放射線科(核醫) <input type="checkbox"/> 解剖病理科 <input type="checkbox"/> 臨床病理科 <input type="checkbox"/> 核子醫學科 <input type="checkbox"/> 急診醫學科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科 <input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正科 <input type="checkbox"/> 牙醫一般科 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 家庭醫學科 <input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 兒科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 神經科 <input type="checkbox"/> 神經外科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 麻醉科 <input type="checkbox"/> 放射診斷科 <input type="checkbox"/> 放射腫瘤科 <input type="checkbox"/> 放射線科(核醫) <input type="checkbox"/> 解剖病理科 <input type="checkbox"/> 臨床病理科 <input type="checkbox"/> 核子醫學科 <input type="checkbox"/> 急診醫學科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科 <input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正科 <input type="checkbox"/> 牙醫一般科 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____

◎回復意見(衛生局填寫)

一、綜合上述資料，該院：符合醫療機構設置標準 不符合醫療機構設置標準

二、該院於本局所登記之資料，業已輸入「醫事機構管理系統」及「醫事人員管理系統」中。

(註：務請完成輸入，以免影響該院之評核成績。)

縣(市)/政府衛生局

查證人員：

簽章

業務主管：

簽章

備註：本回復單煩請貴局於收件後 5 個工作天內逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓)彙辦，以符合醫院申請評核時效。

附件四、兒童醫院評核進行方式及時間分配表

進行程序	時間	備註
實地評核會前會	30-60 分	此時段為評核委員於實地試評核之討論會議，院方及陪同人員，請暫時迴避
一、醫院院長致詞及介紹陪評人員	10 分	請院方介紹主要陪評人員即可
二、召集委員致詞並介紹評核委員	10 分	
三、醫院簡報	30 分	院方由醫院主管及陪評人員代表參加
四、實地查證及訪談	200 分	1.委員進行書面資料審查、面談相關人員及實地查證 2.每位委員之陪評人數以 1-2 位為限
五、交換意見及陪同人員必要之說明	10 分	院方及陪同人員請暫時迴避
六、委員與醫院代表面談	30 分	
七、委員整理資料	40 分	院方及陪同人員請暫時迴避
八、意見回饋與交流：衛生局查證報告、委員與院方意見交換	30 分	院方由醫院主管及陪評人員代表參加

註：

- 1.為避免影響醫院正常之醫療作業，實地評核當日，受評醫院毋需全院集合列隊迎接評核委員，請由 2 至 3 位同仁帶領委員至會場即可。
- 2.陪評人員：由院方安排院內同仁進行陪評，每位委員之陪評人員以 1 至 2 位為限。
- 3.陪同人員：衛生局、健保署等代表。
- 4.依評核委員實際需要，每日另酌於安排中午休息時間（約 30 分鐘）。

附件五、醫院簡報說明

實地評核時，安排醫院準備「醫院簡報」，其主要目的在於讓委員藉由書面資料及口頭報告，對醫院能有初步瞭解，醫院亦可藉由簡報加強醫院特色及優點之說明，補充評核申請資料表說明之不足，讓委員留下深刻印象。

簡報資料建議內容如下：

- 一、醫院宗旨與願景
- 二、醫院在服務區域的角色及貢獻
- 三、醫院 SWOT 分析、經營策略與目標
- 四、醫院經營績效及發展上的特色（如：醫療業務及財務狀況、人才培育及教育訓練成果、研發成果、國際醫療研發合作及支援成效、缺失改進重點等）
- 五、醫院品質促進、以病人為中心及社區為導向的作為
- 六、未來展望及努力方向

注意事項：

- 一、請控制簡報時間於 30 分鐘以內。
 - 二、簡報文字請簡明扼要，並搭配照片、圖片、圖表加強說明，以加深印象。
 - 三、請備妥簡報之書面資料供委員參考。
 - 四、各組詳細資料勿需於簡報中報告，請於分組查證時進行說明即可。
 - 五、簡報後請保留 5 分鐘供評核委員與院方同仁就簡報內容進行意見交流。
 - 六、SWOT 分析：指醫院之內部環境優勢(Strengths)與劣勢(Weakness)、外在環境機會(Opportunity)與威脅(Threat)之分析。
- 註：內部環境：指醫院之生產、行銷、人力資源、研究發展、財務、資訊等構面。
- 外在環境：指潛在進入者、消費者（病人或一般民眾）、供應商（藥商、醫療器材廠商...等）、競爭者（包括其他醫院或相關醫療產業）等構面。