

## 疾病照護品質認證申請程序注意事項說明

### Disease-Specific Care Certification

一、申請時間：全年度開放申請。

#### 二、申請程序

- (一) 請與疾病照護品質認證小組聯繫索取「申請相關表單」。
- (二) 備妥下列申請資料後，以掛號郵寄（免備文）至醫策會，地址：220 新北市板橋區三民路二段 31 號 5 樓，疾病照護品質認證小組收。
  1. 申請書 1 份（請見附件一）
  2. 醫療機構開業執照 1 份（影本）
  3. 院方已簽署之契約書乙式 2 份（正本），並蓋用關防及騎縫章
  4. 申請費、認證費之匯款證明（影本）

#### 三、申報資料繳交方式

- (一) 依據**附件二**所列項目之電子檔，於實地訪視前一個月由專人或郵寄（免備文）送至本會。
- (二) 有關「醫療照護成員之專業證照及訓練」、「疾病照護相關指標資料」、「基準自評表」、「上次認證之改善事項及建議事項之具體改善計畫及進度報告」等項目，填寫時**請務必使用本會申報資料格式**。  
**註：「上次認證之改善事項及建議事項之具體改善計畫及進度報告」僅再次認證機構需繳交。**
- (三) 申報資料繳交後，不再受理抽換作業，若資料有需要更正，則請機構於實地訪視時提出說明。

#### 四、實地訪視當日準備事項

- (一) 會前會：請於實地訪視當天，於會前會時段備妥一獨立空間之會議室及下列資料供委員實地訪視時參考。
  1. 當天疾病相關住院病人名冊（請務必使用本會病歷清單格式）
  2. 當天預做相關手術或侵入性檢查病人名冊（請務必使用本會病歷清單格式）
  3. 6 個月內已出院相關疾病病人名冊（請務必使用本會病歷清單格式）

4. 已選取之治療者資料（訪視前告知選取條件及份數）
  5. 醫療機構簡報紙本
  6. 陪評人員名單
- (二) 書面檢視：準備各條文所列之準備文件，若機構已將資訊電子化，亦可提供電腦供委員查詢。
- (三) 實地查證及訪談：依據委員安排之路線，請協助委員至各單位進行查證。

#### 五、費用繳交時間：

- (一) 申請費：需於機構提出申請時完成繳付，機構若未通過申請資格審查則不會退回此款項。
- (二) 認證費：需於機構提出申請時完成繳付，機構若未通過申請資格審查則會退回此款項。
- (三) 行政處理費：僅適用於首次通過認證之機構，需於收到認證結果後 2 週內完成繳付。

#### 六、退費說明：請參照「疾病照護品質認證契約書」之認證費退費辦法。

#### 七、頒證與分享

對於通過認證之機構，本會將提供「醫療品質學院」數位學習課程點數 10 點，並於每年度成果發表會邀請機構分享經驗，作為業界之標竿學習，以期提升醫療照護之服務品質。

## 附件一：疾病照護品質認證申請書

申請日期： 年 月 日

機構名稱 1	中文：		機構代碼
	英文：		
機構網址 1			
機構地址 1	□□□		
機構名稱 2	中文：		機構代碼
	英文：		
機構網址 2			
機構地址 2	□□□		
機構負責醫師或院長			
聯絡人	姓名		職稱
	聯絡電話		認證當日聯絡手機
	電子信箱		
<b>認證類別 (請依實際提供之服務項目勾選)</b>			
<input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病	<input type="checkbox"/> 急性冠心症	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞疾病	
<input type="checkbox"/> 心衰竭	<input type="checkbox"/> 腦中風	<input type="checkbox"/> 腎臟病	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病	<input type="checkbox"/> 關節置換	
<input type="checkbox"/> 氣喘	<input type="checkbox"/> 疼痛照護	<input type="checkbox"/> 創傷性腦損傷	
<input type="checkbox"/> 頭頸癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 失智症	
臨床服務項目案例數	臨床服務項目		申請資格
	冠狀動脈疾病		申請前一年度之案例數：
	急性冠心症		申請前一年度之案例數：
	急性心肌梗塞疾病		申請前一年度之案例數：
	心衰竭		申請前一年度之案例數：
	腦中風		申請前一年度之案例數：
	腎臟病		申請前一年度之案例數：
	糖尿病		申請前一年度之案例數：

	臨床服務項目	申請資格
臨床服務 項目案例數	慢性阻塞性肺病	申請前一年度之案例數：
	關節置換	申請前一年度之案例數：
	氣喘	申請前一年度之案例數：
	疼痛照護	申請前一年度之案例數：
	創傷性腦損傷	申請前一年度之案例數：
	頭頸癌	1. 近三年內 Class 1 及 Class 2 個案數： 2. 請檢附癌症診療品質認證合格證明（效期內）。
	乳癌	1. 請檢附癌症診療品質認證合格證明（效期內）。 2. 請檢附乳癌確認診斷及治療醫院之證明。
	失智症	申請前一年度之個案管理人數：
	繳交費用	費用：申請費新台幣____元/項、認證費新台幣____元/項 （同時申請非同址之兩（含以上）院區：將考量院區間運作情形另計費用，請逕行洽詢本會承辦人。） 繳交方式： <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 支票，抬頭：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（隨申請書寄送） 銀行名稱：合作金庫銀行埔墘分行 戶名：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 帳號：1081765100139
電子發票	<input type="checkbox"/> 個人	
	<input type="checkbox"/> 公司，統編：	
<b>申請機構確認以上資料，均屬真實。</b>		
申請機構負責醫師 或院長簽章		申請機構 印章

## 附件二：疾病照護品質認證申報資料

## 電子資料：

序號	申報資料項目
一	簡述疾病照護團隊介紹 1. 照護團隊發展特色與優勢 2. 照護團隊願景 3. 申請認證的意義
二	樓層配置說明
三	基準自評表
四	醫療照護團隊資料及機構內相關作業程序資料 1. 條號 1.1.2 發展計畫或品質提升計畫 2. 條號 1.1.2 年度工作計畫 3. 條號 1.2.1 醫療照護成員之專業證照及訓練證明 4. 條號 1.2.1 醫療照護成員技術評核計畫 5. 條號 1.2.1 醫師授權機制 6. 條號 1.2.2 年度教育訓練計畫 7. 條號 1.4.2 風險分析過程、緊急災害應變計畫及後送機制 8. 條號 2.1.1 疾病臨床照護計畫及指引 9. 條號 2.1.2 交班、接班與轉送病人標準作業程序 10. 條號 2.1.2 醫囑執行標準作業程序 11. 條號 2.2.6 出院計畫執行狀況管理機制 12. 條號 3.1.1 品質監測指標監測機制 13. 條號 3.1.1 臨床稽核計畫 14. 條號 3.1.2 疾病照護相關指標資料 15. 條號 3.2.3 團隊參與認證前後之成效分析（再次認證機構）
五	上次認證之改善事項及建議事項之具體改善計畫及進度報告（再次認證機構）
<p>說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>樓層配置請標示與申請疾病相關照護單位所在位置。</li> <li>請使用醫策會申報資料格式： <ol style="list-style-type: none"> <li>自評表。</li> <li>醫療照護成員之專業證照及訓練。</li> <li>指標資料。</li> <li>上次認證之改善事項及建議事項之具體改善計畫及進度報告。</li> </ol> </li> <li>繳交資料（如：計畫書、機制程序、指引、滿意度調查等）請以疾病照護團隊為主，而全院性資料為輔，例如：條號 1.4.2 風險分析過程，應針對疾病特殊性、相關照護單位及團隊人員訂定相關應變計畫。</li> </ol>	

※當日簡報電子檔請於實地訪視前一週週一提供。

※非上述所列申報資料之基準相關準備文件，請於實地訪視當日提供。