

## 112 年度醫學中心任務指標審查資料表

填表日期： 年 月 日

醫院名稱： \_\_\_\_\_

醫事機構代碼： \_\_\_\_\_ 醫療區域<sup>註7</sup>： \_\_\_\_\_

醫院網址： \_\_\_\_\_

負責醫師姓名： \_\_\_\_\_ 院長姓名： \_\_\_\_\_

醫院地址： \_\_\_\_\_

聯絡人姓名： \_\_\_\_\_ 職稱： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ E-mail： \_\_\_\_\_

### ※填表注意事項：

- 1.資料填寫區間：過去 4 年係指 108.01.01 至 111.12.31；除基準 3.4.1、3.4.2、4.2.2 填寫區間為 109.01.01 至 111.12.31；若為本年度新增或異動內容之資料無法提供時，請於表格中說明。
- 2.除專有名詞外，本資料表限用中文書寫。
- 3.請參考評分說明之敘述進行填寫本表，應以簡要為原則，並加強填寫發展重點。
- 4.資料表請以打字繕印(A4 格式)，並合併裝訂成冊(雙面列印、平面裝訂於左側)，繳交書面資料一式 25 份及電子檔光碟乙份。
- 5.資料表內容請以 word 格式製作，採 12 號字體繕寫，行距為單行間距，各項任務指標執行說明以 1 張 2 頁為限。
- 6.資料表之撰寫請務必依本格式內容順序及頁數限制依序填寫，否則不予受理，若資料有不實填報，將取消審查資格。
- 7.醫療區域係指「區域醫療網」之六大醫療區域。
- 8.基準 2.2.1、5.1.1、5.3.1 之表格所需檢附佐證資料毋須印製，僅提供電子檔即可，惟請於電子檔光碟內依各基準條號之編號分夾建檔及排序，如：**【佐證資料】** 基準 1.1.1 輔助表格 1 或基準 2.3.1 輔助表格 2-1。

## 目 錄

<b>任務一、提供重、難症及特殊疾病之醫療服務，並具成效.....</b>	<b>1</b>
1.1 提供門診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效.....	1
1.1.1 門診服務人次比例適當.....	1
1.1.2 提升門診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善.....	1
1.1.3 門診醫療過程面及結果面之品質指標合理.....	3
1.2 提升急診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效.....	5
1.2.1 急診服務人次比例適當.....	5
1.2.2 提升急診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善.....	8
1.2.3 急診醫療過程面及結果面之品質指標合理.....	10
1.3 提供住診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效.....	12
1.3.1 住診服務人次比例適當.....	12
1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善.....	15
1.3.3 住診醫療過程面及結果面之品質指標合理.....	18
<b>任務二、提升區域醫療水準並落實分級醫療.....</b>	<b>20</b>
2.1 提升全國醫療水準，且具有其醫療特色.....	20
2.1.1 醫院有發展特色之特定醫療服務.....	20
2.2 提升資源不足地區之醫療水準，且具成效.....	22
2.2.1 提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質.....	22
2.2.2 承做或支援區域內醫療機構執行山地離島或偏遠地區醫療服務.....	23
2.3 積極參與醫療網計畫並落實分級醫療.....	25
2.3.1 協助或輔導其他醫療機構且成效良好，提升醫療能力、管理能力及醫療品質.....	25
2.3.2 促進醫院發展機構間連續性照護模式及雙向轉診，落實分級醫療.....	26
2.3.3 積極參與區域內緊急醫療救護體系之運作.....	33
<b>任務三、卓越的醫療品質與病人安全.....</b>	<b>36</b>
3.1 建構高績效醫療品質與病人安全管理架構與組織策略.....	36
3.1.1 健全醫療品質與病人安全管理功能，並與全院組織發展策略結合.....	37
3.1.2 醫療品質及病人安全人才養成與資源投入.....	38
3.2 實踐醫療品質與病人安全成效卓著.....	42
3.2.1 導入多元、創新的醫療品質與病人安全促進作為.....	42
3.2.2 充分運用醫療品質與病人安全量測，且持續改善成效卓著.....	43
3.2.3 展現符合國際趨勢的卓越醫療品質與病人安全成果.....	44
3.3 帶動或輔導區域內醫療機構，提升醫療品質及病人安全之水準.....	47

3.3.1 輔導區域內醫療機構提升醫療品質及病人安全人安全成果.....	47
3.3.2 配合地方衛生主管機關政策推廣、宣導或輔導.....	47
3.4 提升新興傳染病應變整備機制及病人照護成效.....	48
3.4.1 訂有新興傳染病應變計畫並落實演練與執行，且有具體成效.....	48
3.4.2 配合國家防疫政策，強化防疫檢驗效率及收治病人照護成效.....	48
<b>任務四：投入創新研發，帶動醫療健康科技發展.....</b>	<b>50</b>
4.1 落實醫學研究，並積極投入創新研發.....	50
4.1.1 醫院對研究、創新研發投入的資源、參與程度良好.....	50
4.1.2 醫院具有創新研發之成果及對醫療健康科技具有貢獻度.....	52
4.2 有效運用人體生物資料庫，並積極參與國家級人體生物資料庫整合平台.....	55
4.2.1 有效管理及運用人體生物資料庫.....	55
4.2.2 積極參與國家級人體生物資料庫整合平台.....	57
4.3 促進國內生技醫藥產業發展，提升醫療水準.....	59
4.3.1 與生技醫藥產業合作情形.....	59
4.3.2 新興藥品及醫療器材之採購情形.....	59
4.3.3 國產防護裝備之採購.....	60
<b>任務五：配合國家政策，肩負社會公益責任.....</b>	<b>62</b>
5.1 積極推動器官勸募、安寧照護及預立醫療決定機制.....	62
5.1.1 強化器官勸募機制並有具體成效.....	62
5.1.2 強化安寧照護及預立醫療決定機制並有具體成效.....	63
5.2 配合兒童健康醫療網絡推動，提升兒童照護品質.....	66
5.2.1 強化兒童急重症照護能力.....	66
5.2.2 成立兒童健康照護資源中心，提供具特色之照護服務.....	66
5.3 積極參與國際衛生活動，並提供必要國際醫療援助.....	67
5.3.1 積極參與國際組織活動或交流.....	67
5.3.2 積極提供國際醫療援助，並協助培育醫事人才.....	68
5.4 配合其他國家政策.....	71
5.4.1 積極參與醫療糾紛鑑定及法醫服務工作，培養專業人才，且品質良好.....	71
5.4.2 推動智慧醫療.....	72
<b>其他附件資料.....</b>	<b>75</b>

**任務一、提供重、難症及特殊疾病之醫療服務，並具成效****■ 1.1 提供門診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效****■ 1.1.1 門診服務人次比例適當****● 填寫說明：**

審查醫院門診服務量與比重：

1. 審查過去 4 年健保給付之門、住診比率，如：健保門診與住診點數之比率。
2. 參考健保申報資料之過去 4 年各院「申報健保門診醫療服務」及「申報健保住診醫療服務」人次及點數之統計資料。
3. 參考健保申報資料之過去 4 年各院申報健保門診服務中，「重症及特殊醫療服務」之人次，以及申報健保點數與佔率。

**● 輔助表格****1. 健保門診服務量與住診服務量之比值**

說明：健保門診人次之統計不包含門診洗腎、急診、牙醫及中醫。

年度	申請健保門診人次	申請健保門診點數(A)	申請健保住診人次	申請健保住診點數(B)	比值(A/B)
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

**■ 1.1.2 提升門診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善****● 填寫說明：**

1. 審查醫院為提升門診重、難症服務佔率所擬定之具體方案及成效。
2. 審查過去 4 年醫院門診重、難症照護之持續性品質改善計畫及推動執行績效，計畫內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。
3. 審查過去 4 年門診特殊疾病之服務量及結果品質統計：
  - (1) 腹膜透析與血液透析執行之數量與比率之增減。
  - (2) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫收案率。
  - (3) 門診手術比率。
  - (4) 糖尿病共同照護成效。
  - (5) 醫院自訂其他特殊疾病之執行成效。

**● 輔助表格****1. 門診重、難症照護之持續性品質改善計畫執行情形**

說明：

- (1) 持續性品質改善計畫執行情形包括設定目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程與方法等)、結果品質指標及改善情形。
- (2) 各年度計畫數量列舉不超過 5 項。

年度	品質改善計畫名稱	計畫目標	改善情形
108 年			
109 年			

年度	品質改善計畫名稱	計畫目標	改善情形
110 年			
111 年			

## 2.慢性腹膜透析及血液透析執行之數量與比率之增減

說明：

- (1)腹膜透析比率=(腹膜透析人數/(腹膜透析人數+血液透析人數))\*100%。
- (2)血液透析比率=(血液透析人數/(腹膜透析人數+血液透析人數))\*100%。
- (3)新慢性透析病人係指該病人開始長期透析之病人，如曾於其他機構長期透析者即不列計。

年度	慢性透析病人(含新案)				新慢性透析病人			
	腹膜透析 人數	血液透析 人數	腹膜透析 比率(%)	血液透析 比率(%)	腹膜透析 人數	血液透析 人數	腹膜透析 比率(%)	血液透析 比率(%)
108 年								
109 年								
110 年								
111 年								

## 3.末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫收案率

說明：

- (1)本表定義係依據衛生福利部中央健康保險署「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」。
- (2)已收案照護之病人數(A)：係指統計期間內分母(B)之保險對象門診醫療費用藥品(項目)代號申報 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C、P3406C、P3407C、P3408C、P3409C、P3410C、P3411C 之人數。惟如保險對象死亡或申報透析、安寧療護、門診代檢、轉診(檢)、代檢等案件者不計。
- (3)潛在符合收案條件之病人數(B)：係指統計期間內，保險對象門診 2 次、住診 1 次申報主診斷碼(ICD-10-CM)為 N184、N185、N186 及 N049 之人數(排除洗腎及死亡病人數)。

年度	已收案照護之病人數(A)	潛在符合收案條件之病人數(B)	照護率(%) (A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

## 4.門診手術比率統計

年度	門診手術人次			門診及住院手術總人次			比率(%) (A/B)
	健保	全自費	小計(A)	健保	全自費	小計(B)	
108 年							
109 年							
110 年							
111 年							

## 5.糖尿病共同照護成效

說明：請陳述跨醫療專業領域之共同照護服務，結合社區基層醫療資源，接受重難症病人之轉介或特殊檢查之成效。

執行成效	【字數限制 250 字】

### ■ 1.1.3 門診醫療過程面及結果面之品質指標合理

#### ● 填寫說明：

1. 審查門診重、難症醫療過程、結果品質指標及改善情形：
  - (1) 醫療過程及結果品質指標統計。
  - (2) 特殊疾病之服務量、結果品質統計及執行成效。
  - (3) 上述相關指標改善情形之說明。
  - (4) 可比較性指標(如：健保指標、TCPI 及 THIS 等)之同儕比較。
2. 審查過去 4 年醫院執行 CT 及 MRI 之執行率統計：
  - (1) 由醫院提供門診之 CT 與 MRI 執行率統計。
  - (2) 參考健保申報資料之門診 CT 與 MRI 統計值及病人 90 日內同部位再執行率，以確保重、難症病人執行檢查之適切性。
  - (3) 審查醫院提供資料與健保署資料進行比較。

#### ● 輔助表格

##### 1.門診 CT 與 MRI 之執行率

說明：

(1)CT 執行率(%)=(執行 CT 之人次(B)/門診人次(A))\*1000‰。

(2)MRI 執行率(%)=(執行 MRI 之人次(D)/門診人次(A))\*1000‰。

		108 年	109 年	110 年	111 年
門診人次(A)					
CT	執行 CT 之人次(B)				
	CT 執行率(%)				
MRI	執行 MRI 之人次(C)				
	MRI 執行率(%)				

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準：1.1 提供門診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效**

--

## ■ 1.2 提升急診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效

### ■ 1.2.1 急診服務人次比例適當

#### ● 填寫說明：

審查醫院急診重、難症病人之佔率：

1. 依據急診 5 級檢傷分類定義統計重、難症病人服務量與床數之佔率。
2. 醫院自陳過去 4 年急診住院入住加護病房比例。
3. 參考健保申報資料之過去 4 年各院急診檢傷分類資料。
4. 參考健保申報資料之過去 4 年急診留觀 24 小時及 48 小時以上置留率及急診住院佔全院住院比率資料。
5. 參考健保申報資料之過去 4 年急診轉住院病人置留急診 24 小時及 48 小時以上人數和比率。
6. 急診接受其他醫院轉入且住院之人次。

#### ● 輔助表格

##### 1. 急診業務統計

說明：

- (1) 急診專任醫師人數(B)係指專任服務於急診之專科醫師(非僅指急診專科醫師)，以「年平均人力(該年度各月份人力之平均)」計算。
- (2) 專任係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，執登科別為急診醫學科；每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。

年度	急診總人次(A)	平均每日急診人次	急診專任醫師人數(B)	比值(A/B)
108 年				
109 年				
110 年				
111 年				

##### 2. 急診專任專科醫師統計

說明：

- (1) 急診專科醫師人數(A)係指實際專任醫師具有急診醫學科專科醫師資格人數(具急診醫學科專科證書)。
- (2) 急診專任醫師人數(B)係指專任服務於急診之專科醫師(非僅指急診專科醫師)，以「年平均人力(該年度各月份人力之平均)」計算。
- (3) 專任係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，執業科別為急診醫學科；每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。

年度	急診專科醫師人數(A)	急診專任醫師人數(B)	比值(A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

##### 3. 急診檢傷分類之服務量與住院之比例統計

說明：兒童係指年齡為小於 18 歲。

年度	檢傷分類	外傷			成人非外傷			兒童非外傷		
		人次(A)	住院人次(B)	比率(%) (B/A)	人次(C)	住院人次(D)	比率(%) (D/C)	人次(E)	住院人次(F)	比率(%) (F/E)
108 年	一級									
	二級									

年度	檢傷分類	外傷			成人非外傷			兒童非外傷		
		人次 (A)	住院 人次(B)	比率(%) (B/A)	人次 (C)	住院 人次(D)	比率(%) (D/C)	人次 (E)	住院 人次(F)	比率(%) (F/E)
	三級									
	四級									
	五級									
109 年	一級									
	二級									
	三級									
	四級									
	五級									
110 年	一級									
	二級									
	三級									
	四級									
	五級									
111 年	一級									
	二級									
	三級									
	四級									
	五級									

#### 4.急診住院入住加護病房比例統計

年度	急診病人直接轉住加護病房人次(A)	全院加護病房住院人次(B)	比率(%) (A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

#### 5.急診留觀 24 小時及 48 小時以上置留率分布

說明：

- (1)急診置留時間：以申報「入急診時間」至「出急診時間」計算，如急診起、迄時間不詳，則依申報之急診暫留床(床/天)醫令計算暫留日數後推估。申報暫留天數大於 2 天以上者為留觀 24 小時(B)，申報暫留天數大於 3 天以上者為留觀 48 小時(C)。急診留觀超過 24 小時以上之統計值包含 48 小時以上之案件。
- (2)24 小時以上置留率=(急診留觀 24 小時以上置留人次(B)/急診總人次(A))\*100%。
- (3)48 小時以上置留率=(急診留觀 48 小時以上置留人次(C)/急診總人次(A))\*100%。

年度	急診總人次 (A)	急診留觀24小時 以上置留人次(B)	24小時以上 置留率(%)	急診留觀48小時 以上置留人次 (C)	48小時以上 置留率(%)
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

## 6.急診轉住院病人置留急診 24 小時及 48 小時以上人數和比率分布

說明：

- (1)急診轉住院病人係以出急診後 1 日內首次就醫記錄為住院之病人，其等候住院時間係指以申報。「入急診時間」至「出急診時間」計算，如急診起、迄時間不詳，則依申報之急診暫留床(床/天)醫令計算暫留日數後推估。申報暫留天數大於 2 天以上者為留觀 24 小時(B)，申報暫留天數大於 3 天以上者為留觀 48 小時(C)。急診留觀超過 24 小時以上之統計值包含 48 小時以上之案件。
- (2)等候住院時間超過 24 小時以上比率=(等候住院時間超過 24 小時以上人次(B)/急診轉住院人次(A))\*100%。
- (3)等候住院時間超過 48 小時以上比率=(等候住院時間超過 48 小時以上人次(C)/急診轉住院人次(A))\*100%。

年度	急診轉住院人次(A)	等候住院時間超過24小時以上人次(B)	等候住院時間超過24小時比率(%)	等候住院時間超過48小時以上人次(C)	等候住院時間超過48小時比率(%)
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

## 7.急診轉住院佔全院住院病人比率分析表

說明：全院住院人次(含從急診直接轉入加護病房)，排除住院中轉科或轉床人次或特殊單位(如：嬰兒室、精神日間照護及自費健檢住院等)。

年度	急診轉住院人次(A)	全院住院人次(B)	比率(%) (A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

## 8.急診接受其他醫療機構轉診且住院之人次統計

年度	醫院層級				合計
	(準)醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					
小計					

## ■ 1.2.2 提升急診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善

### ● 填寫說明：

1. 審查醫院為提升急診重、難症服務佔率所擬定之具體方案及成效。
2. 審查過去 4 年醫院急診重、難症照護之持續性品質改善計畫及推動執行績效，計畫內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。
3. 審查過去 4 年急診特殊疾病之服務量及結果品質統計：
  - (1)主動脈剝離個案數及處置品質。
  - (2)重大創傷個案數及處置品質。
  - (3)ST 段上升之急性心肌梗塞個案數，及執行緊急冠狀動脈介入術時，Door to wire time 小於 90 分鐘之處置品質。
  - (4)急性缺血性腦中風個案數，分別接受靜脈血栓溶解治療(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA)或動脈取栓(Intra-arterial thrombectomy, IAT)之統計及處置品質。
  - (5)醫院自訂其他特殊疾病之執行成效。

### ● 輔助表格

#### 1.急診重、難症照護之持續性品質改善計畫執行情形

說明：

- (1)持續性品質改善計畫執行情形包括設定目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程與方法等)、結果品質指標及改善情形。
- (2)各年度計畫數量列舉不超過 5 項。

年度	品質改善計畫名稱	計畫目標	改善情形
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 2.急診收治主動脈剝離病人之統計

說明：主動脈剝離病人係指 ICD-10-CM 診斷碼為 I71.00-I71.02 之個案。

年度	主動脈剝離人次
108 年	
109 年	
110 年	
111 年	

### 3.急診收治重大創傷病人之統計

說明：重大創傷(ISS $\geq$ 16)病人係指 ICD-10-CM 診斷碼為 T07 之個案。

年度	重大創傷人次
108 年	
109 年	
110 年	
111 年	

### 4.急診收治 ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)時，Door to wire time 小於 90 分鐘之統計

說明：

(1)ST 段上升之急性心肌梗塞病人係指出院診斷碼為 ICD-10-CM I21.XX、I22.XX 之個案。

(2)緊急冠狀動脈介入術係指醫令代碼 33076B、33077B、33078B。

年度	ST 段上升之急性心肌梗塞病人於 90 分鐘內接受緊急冠狀動脈介入術 (Primary PCI)治療之人次(A)	所有 ST 段上升之急性心肌梗塞病人接受緊急冠狀動脈介入術 (Primary PCI)治療之總人次(B)	比率(%) (A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

### 5.急診收治急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療(rt-PA)或動脈取栓 (intra-arterial thrombectomy, IAT)之統計

說明：缺血性腦中風病人係指 ICD-10-CM 診斷碼為 I63、I67.89、I67.9 之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。

年度	急診所有急性缺血性腦中風病人之總人次 (A)	急診接受靜脈血栓溶解之急性缺血性腦中風病人之人次(B)	比率(B/A)	急診接受血管內取栓術之急性缺血性腦中風病人之人次(C)	比率(C/A)
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

### ■ 1.2.3 急診醫療過程面及結果面之品質指標合理

#### ● 填寫說明：

1. 審查急診重、難症醫療過程、結果品質指標及改善情形：

- (1) 醫療過程及結果品質指標統計。
- (2) 特殊疾病之服務量、結果品質統計及執行成效。
- (3) 上述相關指標改善情形之說明。
- (4) 可比較性指標(如：健保指標、TCPI 及 THIS 等)之同儕比較。

2. 審查過去 4 年醫院執行 CT 及 MRI 之執行率統計：

- (1) 由醫院提供急診之 CT 與 MRI 執行率統計。
- (2) 參考健保申報資料之急診 CT 與 MRI 統計值及病人 90 日內同部位再執行率，以確保重、難症病人執行檢查之適切性。
- (3) 審查醫院提供資料與健保署資料進行比較。

#### ● 輔助表格

##### 1. 急診 CT 與 MRI 之執行率

說明：

(1) CT 執行率(‰)=(執行 CT 之人次(B)/急診人次(A))\*1000‰。

(2) MRI 執行率(‰)=(執行 MRI 之人次(C)/急診人次(A))\*1000‰。

		108 年	109 年	110 年	111 年
急診人次(A)					
CT	執行 CT 之人次(B)				
	CT 執行率(‰)				
MRI	執行 MRI 之人次(C)				
	MRI 執行率(‰)				

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準：1.2 提供急診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效**

--

## ■ 1.3 提供住診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效

### ■ 1.3.1 住診服務人次比例適當

#### ● 填寫說明：

審查醫院住診重、難症病人之佔率：

1. 醫院自陳過去 4 年住診病人之嚴重度，並以急性生理及慢性健康評估系統(Acute Physiological And Chronic Health Evaluation System, APACHE II)量表與創傷嚴重程度分數(Injury Severity Score, ISS)進行統計。
2. 審查醫院過去 4 年健保申報資料，依 Tw-DRG(3.4 版)(包含所有住院案件，惟排除代辦及不完整資料、精神病患、入住慢性呼吸照護病房及一般病房的呼吸器依賴患者之住院案件)進行統計分析之 CMI 指數(含全院及內、外、婦、兒)。
3. 醫院應有緊急調度床位以妥適收治重症病人之機制，如：主動脈剝離、重大創傷等。

#### ● 輔助表格

##### 1.加護病房組織

說明：

- (1)本表格填寫日期以 111.12.31 之資料為主。
- (2)「總開放床數」係指於衛生局登記開放數。

加護病房總開放床數(A)	急性一般病床總開放床數(B)	比值(A/B)
加護病房名稱		開放病床數

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**2.加護病房病人嚴重度評估系統之統計分析**

- 說明：
- (1)死亡率=(該年度「無手術」或「手術後」病人於加護病房死亡之人數/該年度該加護病房各級距「無手術」或「手術後」病人之入住人數)\*100%。
  - (2)手術後病人死亡率係指病人在住院期間手術後，入住加護病房期間死亡之個案；無論病人死亡之原因是否與手術有關皆列入計算。
  - (3)醫院依照不同之加護病房(如小兒加護病房等)分別製表。

**2-1.加護病房之「無手術病人」嚴重度評估統計分析**

_____加護病房，共設置_____床																
APACHE II Score	108 年				109 年				110 年				111 年			
	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
0-4																
5-9																
10-14																
15-19																
20-24																
25-29																
30-34																
≥35																
總人數																
≥15 合計																

\*表格請自行增列。

**2-2.加護病房之「手術後病人」嚴重度評估統計分析**

_____加護病房，共設置_____床																
APACHE II Score	108 年				109 年				110 年				111 年			
	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
0-4																
5-9																

_____加護病房，共設置_____床																
APACHE II Score	108 年				109 年				110 年				111 年			
	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	入住人數	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
10-14																
15-19																
20-24																
25-29																
30-34																
≥35																
總人數																
≥15 合計																

\*表格請自行增列。

### 3.急診外傷轉住院病人創傷嚴重度分數(Injury Severity Score, ISS)之統計分析

說明：

(1)創傷嚴重度分數佔率(%)=(該級距創傷嚴重度分數之急診轉住院人數(A)/總人數(B))\*100%。

(2)死亡率(%)=(該級距創傷嚴重度分數之急診住院死亡人數/該級距創傷嚴重度分數之急診住院病人數(A))\*100%。

ISS	108 年				109 年				110 年				111 年			
	人數 (A)	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	人數 (A)	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	人數 (A)	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)	人數 (A)	佔率 (%)	死亡人數	死亡率 (%)
1-8																
9-15																
16-24																
≥25																
總人數(B)																

## ■ 1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善

### ● 填寫說明：

1. 審查醫院為提升住診重、難症服務佔率所擬定之具體方案及成效。
2. 審查過去 4 年醫院住診重、難症照護之持續性品質改善計畫及推動執行績效，計畫內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。
3. 審查過去 4 年住診特殊疾病之服務量及結果品質統計：
  - (1)連續使用呼吸器 22~63 日病人於期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率。
  - (2)剖腹產率。
  - (3)癌症登記之新診斷個案數及留治率。
  - (4)死亡數較高之癌症(乳癌、大腸癌、口腔癌、肺癌、肝癌)治療統計。
  - (5)醫院自訂其他特殊疾病之執行成效，如：特別器官移植。

### ● 輔助表格

#### 1.住診重、難症照護之持續性品質改善計畫執行情形

說明：

- (1)持續性品質改善計畫執行情形包括設定目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程與方法等)、結果品質指標及改善情形。
- (2)各年度計畫數量列舉不超過 5 項。

年度	品質改善計畫名稱	計畫目標	改善情形
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 2.連續使用呼吸器 22~63 日病人於期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率

說明：當年度連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數(A)，請排除死亡個案數。

年度	當年度連續使用呼吸器 22~63 日病人數 (A)	當年度連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日病人之總人數(B)	脫離成功率(%) (B/A)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

#### 3.剖腹產率

說明：

- (1)總生產數=剖腹產數+自然產數；排除因先天異常等原因立意終止妊娠或死產。
- (2)剖腹產係指符合下列任一條件：TW-DRGs 碼前 3 碼為 370、371、513；DRG 參考碼為 0371A、0373B；符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
- (3)自然產係指符合下列任一條件：TW-DRGs 碼前 3 碼為 372-375；2DRG 參考碼 0373A、0373C；需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。

年度	剖腹產數(A)	總生產數(B)	比率(%) (A/B)
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

#### 4.癌症登記之新診斷個案數及留治率統計

說明：

- (1)本表定義係參考衛生福利部國民健康署癌症診療品質認證基準。
- (2)新診斷個案數係指 Class 0~3，含原位癌。
- (3)留治率=(在醫院治療之個案數/當年度院內常見癌別新診斷(Class 0~3)個案數)\*100%

年度	ICD-O-3	原發部位	新診斷個案數	留治率(%)
108 年				
109 年				
110 年				

#### 5.死亡數較高之癌症治療統計

說明：本表各治療指標係參考「癌症醫療品質管理考核資訊系統」之重要核心測量指標，且配合填報時程填報 108 年至 110 年。

##### 5-1 乳癌

指標名稱	108 年	109 年	110 年
1.侵犯性乳癌病人，ER 接受體陽性(+)給予賀爾蒙治療的比率。			
2.第 1、2 期乳癌以手術為首次治療，最後病理腋下淋巴結為陰性、施行哨兵淋巴結取樣術的比率。			
3.淋巴結陽性 $\geq$ 4 顆乳房全切除有進行放射治療的比率。			
4.乳癌手術後 HER 2 接受體陽性且淋巴轉移之病人，給予輔助性 anti HER 2 藥物治療的比率。			

##### 5-2 大腸癌

指標名稱	108 年	109 年	110 年
1.malignant polyp 若有下列 A.B.C.D.之一，於病理報告後 12 週內接受治癒性切除(curative resection)的比率。 A.大腸鏡檢報告指出息肉未完全被切除。			

指標名稱	108 年	109 年	110 年
B.手術切除外緣之癌細胞呈陽性。 C.癌細胞已侵犯淋巴或靜脈組織。 D.病理顯示為第 3 級或屬分化不全之癌細胞。			
2.病理期別第 I-III 期結腸癌(Colon Ca)手術病人，淋巴結病理檢查 12 顆以上的比率。			
3.第 II、III 期(臨床期別為主)直腸癌(Rectum Ca)病人，6 週內開始治療(手術或放療或 CCRT)的比率。			

### 5-3 口腔癌

指標名稱	108 年	109 年	110 年
1.口腔癌病人手術後 6 週內開始輔助治療(放療、化放療)的比率。			
2.口腔癌病人手術後 30 天內死亡的比率。			
3.口腔癌病人開始接受放射治療(不含化療)後 90 天內死亡的比率。			
4.口腔癌病人開始接受同步化學治療及放射治療後 90 天內死亡的比率。			

### 5-4 肝癌

指標名稱	108 年	109 年	110 年
1.極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率。			
2-1.Curative(內科治癒性療法)或 TA(C)E 治療後的肝癌病人，2 個月內追蹤影像學(US or CT or MRI)的比率。 <small>註</small>			
2-2.Curative(內科治癒性療法)或 TA(C)E 治療後的肝癌病人，3 個月內追蹤影像學(US or CT or MRI)的比率。 <small>註</small>			
3.Curative(外科治癒性療法)治療後的肝癌病人，3 個月內追蹤影像學(US or CT or MRI)的比率。			
4.Curative 或 TA(C)E 治療後的肝癌病人 1 年內追蹤影像學(US or CT or MRI，任一項)≥3 次的比率。			

註：依據國民健康署 110 年 1 月公告，修改 Curative 或 TA(C)E 治療後肝癌病人其 3 個月內追蹤影像學的比率。

### 5-5 肺癌

指標名稱	108 年	109 年	110 年
1.臨床第 IV 期肺腺癌病人接受 EGFR 基因檢測的比率。			
2.有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IB-II 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣摘除至少 3 個位置以上(≥3 N2 stations)的比率。			
3.有進行腫瘤原發部位切除性手術的臨床第 IIIA 期非小細胞肺癌病患完成原發部位同側縱膈腔淋巴結取樣摘除至少 3 個位置以上(≥3 N2 stations)的比率。			

### ■ 1.3.3 住診醫療過程面及結果面之品質指標合理

#### ● 填寫說明：

1. 審查住診重、難症醫療過程、結果品質指標及改善情形：

- (1) 醫療過程及結果品質指標統計。
- (2) 特殊疾病之服務量、結果品質統計及執行成效。
- (3) 上述相關指標改善情形之說明。
- (4) 可比較性指標(如：健保指標、TCPI 及 THIS 等)之同儕比較。

2. 審查過去 4 年醫院執行 CT 及 MRI 之執行率統計：

- (1) 由醫院提供住診之 CT 與 MRI 執行率統計。
- (2) 參考健保申報資料之住診 CT 與 MRI 統計值及病人 90 日內同部位再執行率，以確保重、難症病人執行檢查之適切性。
- (3) 審查醫院提供資料與健保署資料進行比較。

#### ● 輔助表格

##### 1. 住診 CT 與 MRI 之執行率

說明：

(1) CT 執行率(‰)=(住診執行 CT 之人次(B)/住診人次(A))\*1000‰。

(2) MRI 執行率(‰)=(住診執行 MRI 之人次(C)/住診人次(A))\*1000‰。

		108 年	109 年	110 年	111 年
住診人次(A)					
CT	執行 CT 之人次(B)				
	CT 執行率(‰)				
MRI	執行 MRI 之人次(C)				
	MRI 執行率(‰)				

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準：1.3 提供住診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效**

## 任務二、提升區域醫療水準並落實分級醫療

### ■ 2.1 提升全國醫療水準，且具有其醫療特色

#### ■ 2.1.1 醫院有發展特色之特定醫療服務

##### ● 填寫說明：

審查過去 4 年醫院自陳發展具有特色之醫療服務之成效，足堪作為該區域或全國醫療服務之後送醫院。

##### ● 輔助表格

#### 1. 具特色之特定醫療服務統計

說明：

- (1) 具特色之特定醫療服務係指(1)尖端醫療技術；(2)參與疾病別認證具有良好成效；(3)防疫措施相關之貢獻(如：病毒肝炎、疫苗研究、成為人類免疫缺乏指定醫事機構等)；(4)病人連續性就醫流程管理之特色；(5)協助社區健康管理 E 化之特色；(6)醫院其他卓越醫療特色。
- (2) 醫院自陳具特色之第 1 項及第 2 項特定醫療服務，合計提報以 20 項為限；第 3 項至第 6 項特定醫療服務，合計提報以 6 項為限。

醫療服務名稱	簡述	各年度服務量(若可量化，請填寫)				
		108 年	109 年	110 年	111 年	合計

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

【頁數限制 2 頁】

基準 2.1 提升全國醫療水準，且具有其醫療特色

## ■ 2.2 提升資源不足地區之醫療水準，且具成效

### ■ 2.2.1 提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質

#### ● 填寫說明：

1. 審查過去 4 年醫院參加衛生福利部「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」之執行情況，並輔導衛生福利部指定之醫院達成指定之模式。
2. 參考衛生福利部提供醫院參與上述計畫各項目支援情形之資料。
3. 醫院協助或支援衛生福利部指定之離島或醫療資源不足地區之醫院提升急重症照護能力：
  - (1) 有分院或體系醫院位於衛生福利部指定之離島或醫療資源不足地區者，應協助其達成衛生福利部指定之醫院緊急醫療能力分級評定等級。
  - (2) 應支援其他衛生福利部指定之離島或醫療資源不足地區之醫院每年 4 名(即 48 人月/年)以上，依支援之人數計算分數。

#### ● 輔助表格

### 1. 醫院參與「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急照護服務獎勵計畫」之執行成效

說明：

- (1) 本表填入醫院參與前揭計畫之執行成效，含指定被支援醫院、指定模式以及輔導內容說明，其指定模式如下：
  - 模式一：每年達成當年度醫院緊急醫療分級評定重度級基準中之「急診」、「加護病房」章節，及「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」擇一以上章節之重度級標準。
  - 模式二：每年達成當年度醫院緊急醫療能力分級評定之全中度級標準。
  - 模式三：每年達成當年度醫院緊急醫療能力分級評定中之「急診」、「加護病房」章節，及「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」擇一以上章節之中度級或重度級標準。
  - 模式四：每年達成當年度醫院緊急醫療能力分級評定標準中之擇一以上章節之中度級或重度級標準。
- (2) 除說明(1)之指定模式外，輔導內容須包括對被支援醫院醫師人員等教育訓練，以提供在地醫療品質提升。
- (3) 若醫院支援多科醫師，請分別陳列支援科別及起訖期間。
- (4) 如醫院未參與計畫，請勾選「本院未參與本項計畫」。
- (5) 若醫院參與其他衛生福利部計畫或自發性支援離島及醫療資源不足地區之急重症醫療，請填入表 2。

本院未參與「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急照護服務獎勵計畫」。

醫院參與本項計畫之執行情形如下表：

指定被支援醫院	填入指定模式 (如：模式一)	支援醫師		輔導內容說明
		科別	起訖期間	

\*表格如不敷使用，請自行增列。

## 2. 醫院參與其他衛生福利部相關計畫或指定協助或支援離島或醫療資源不足地區之醫院，提升急重症照護能力之成效

說明：

- (1) 醫院參與衛生福利部其他計畫與自發性支援離島及醫療資源不足地區之急重症醫療，請填入本表。
- (2) 請敘明參與計畫名稱，並提供函文或其他佐證文件。
- (3) 若為自發性支援，計畫名稱欄位請填入「醫院自籌」。

指定被支援醫院	參與計畫名稱	委託單位	支援醫師		內容說明
			科別	起訖期間	
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• 輔導達成醫院緊急醫療能力分級評定等級：_____。</li> <li>• 輔導內容說明：</li> </ul>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• 輔導達成醫院緊急醫療能力分級評定等級：_____。</li> <li>• 輔導內容說明：</li> </ul>

\*表格如不敷使用，請自行增列。

## 3. 支援醫師人力之情形

說明：

- (1) 本表格僅限填入支援急重症醫療照護，其他支援情形(如:門診醫療)請填至基準 2.2.2 表格。
- (2) 計畫名稱請比照第 1、2 點填寫支援離島或醫療資源不足地區之醫院相關計畫其支援人力情形。
- (3) 各年度支援醫師人力以人月為單位，並分列填寫支領補助款與醫院自籌之支援情形。

指定被支援醫院	計畫名稱	經費來源	108 年	109 年	110 年	111 年
		支領補助款之人月數				
		醫院自籌之人月數				
		支領補助款之人月數				
		醫院自籌之人月數				
合計						

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### ■ 2.2.2 承做或支援區域內醫療機構執行山地離島或偏遠地區醫療服務

#### ● 填寫說明：

醫院承做或支援其他醫療機構執行包括山地離島及偏遠地區醫療機構醫療品質提升、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(Integrated Delivery System, IDS)或其他醫療資源不足地區之服務之具體成效。

#### ● 輔助表格

##### 1. 承做或支援區域內醫療機構執行山地離島或偏遠地區醫療服務之情況

年度	被支援之機構	服務內容	服務成效
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 2.2 提升資源不足地區之醫療水準，且具成效**

## ■ 2.3 積極參與醫療網計畫並落實分級醫療

### ■ 2.3.1 協助或輔導其他醫療機構且成效良好，提升醫療能力、管理能力及醫療品質

#### ● 填寫說明：

1. 審查過去 4 年醫院積極參與醫療網計畫區域輔導之情形。
2. 審查過去 4 年協助或輔導其他醫療機構之數量與成效說明，包括所輔導醫院提升醫療能力、管理能力及醫療品質等之具體證據(如：與他院或社區醫療群定期舉行聯合討論會或定期舉行醫療品質改善成果發表會，與其他醫療機構分享及醫事人員報備支援等資料)。

#### ● 輔助表格

##### 1. 醫院參與區域醫療網計畫輔導之情形

年度	計畫名稱	執行成效說明
108 年		
109 年		
110 年		
111 年		

\*表格如不敷使用，請自行增列。

##### 2. 醫院輔導區域內其他醫療機構之執行狀況

###### 2-1. 非體系醫療機構

年度	被輔導之機構	輔導合作內容	執行成效說明
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

###### 2-2. 體系醫療機構

年度	被輔導之機構	輔導合作內容	執行成效說明
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

## ■ 2.3.2 促進醫院發展機構間連續性照護模式及雙向轉診，落實分級醫療

### ● 填寫說明：

1. 醫院自陳落實區域內分級醫療執行成效(包括提供跨院整合性服務、轉銜系統順暢及品質確保等)，促進醫院發展機構間連續性照護模式及雙向轉診。
2. 審查過去 4 年醫院門、急、住診服務之雙向轉診情形，包括轉入與轉出人次之統計資料。
3. 審查過去 4 年轉診至所輔導醫院之相關資料。
4. 醫院自陳參與「全民健康保險急性後期整合照護計畫(Post-Acute Care, PAC)」之執行成效。

### ● 輔助表格

#### 1.門診、急診及住診之轉診人次統計總表

年度	門診		急診		住診		合計	
	轉出人次	轉入人次	轉出人次	轉入人次	轉出人次	轉入人次	轉出人次	轉入人次
108 年								
109 年								
110 年								
111 年								

#### 2.醫院門診服務之雙向轉診情形

##### 2-1.門診轉出原因之統計

年度	順位	科別	疾病名稱	人次	多數轉出原因之說明
108 年	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
109 年	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
110 年	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
111 年	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

## 2-2.門診轉出至體系與非體系機構之比率

年度	層級	門診轉出人次(A)	體系機構		非體系機構	
			人次(B)	比率(%)(B/A)	人次(B)	比率(%)(B/A)
108 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
109 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
110 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
111 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					

## 2-3.門診接受轉入疾病別統計

年度	順位	科別	疾病名稱	人次
108 年	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
109 年	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
110 年	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
111 年	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

## 2-4.門診由體系與非體系機構轉入之比率

年度	層級	門診轉入人次(A)	體系機構		非體系機構	
			人次(B)	比率(%)(B/A)	人次(B)	比率(%)(B/A)
108 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
109 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
110 年	醫學中心					

年度	層級	門診轉入人次(A)	體系機構		非體系機構	
			人次(B)	比率(%) (B/A)	人次(B)	比率(%) (B/A)
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
111 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
合計						

### 3.醫院急診服務之雙向轉診情形

#### 3-1.急診雙向轉診依檢傷分類統計

年度	急診總人次(A)	檢傷分類	急診轉出		急診轉入	
			人次(B)	比率(%) (B/A)	人次(C)	比率(%) (C/A)
108 年		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
109 年		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
110 年		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
111 年		1				
		2				
		3				
		4				
		5				

## 3-2.急診雙向轉診依機構層級別統計

年度	急診總人次 (A)	層級別	急診轉出		急診轉入	
			人次(B)	比率(%) $(B/A)$	人次(C)	比率(%) $(C/A)$
108 年		醫學中心				
		區域醫院				
		地區醫院				
		基層診所				
		長照機構				
		其他				
109 年		醫學中心				
		區域醫院				
		地區醫院				
		基層診所				
		長照機構				
		其他				
110 年		醫學中心				
		區域醫院				
		地區醫院				
		基層診所				
		長照機構				
		其他				
111 年		醫學中心				
		區域醫院				
		地區醫院				
		基層診所				
		長照機構				
		其他				

## 3-3.急診轉出至體系與非體系機構之比率

年度	急診轉出總人次 (A)	體系機構		非體系機構	
		人次(B)	比率(%) $(B/A)$	人次(C)	比率(%) $(C/A)$
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

## 3-4.急診由體系與非體系機構轉入之比率

年度	急診轉入總人次(A)	體系機構		非體系機構	
		人次(B)	比率(%) $(B/A)$	人次(C)	比率(%) $(C/A)$
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

## 4.醫院住診服務之雙向轉診情形

## 4-1.醫院住診轉出至體系與非體系機構之比率

年度	層級	住診轉出 人次(A)	體系機構		非體系機構	
			人次(B)	百分比(%) (B/A)	人次(B)	百分比(%) (B/A)
108 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
109 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
110 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
111 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					

## 4-2.住診由體系與非體系機構轉入之比率

年度	層級	住診轉入 人次(A)	體系機構		非體系機構	
			人次(B)	比率(%) (B/A)	人次(B)	比率(%) (B/A)
108 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					

年度	層級	住診轉入 人次(A)	體系機構		非體系機構	
			人次(B)	比率(%) (B/A)	人次(B)	比率(%) (B/A)
109 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
110 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					
111 年	醫學中心					
	區域醫院					
	地區醫院					
	基層診所					
	長照機構					
	其他					
	合計					

## 5.轉診至所輔導醫院之比率

### 5-1.住診轉至所輔導醫院之非體系醫院之統計

說明：

- (1)請列出轉出至所輔導醫院人次最高之前 5 家醫院名稱。  
(2)轉診比率=(轉診人次(A)/轉診總人次)\*100%。

年度	順位	機構名稱	轉診人次(A)	轉診比率(%)	轉診後入住 該院人次(B)	住院率(%) (B/A)
108 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
109 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
110 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	1					

年度	順位	機構名稱	轉診人次(A)	轉診比率(%)	轉診後入住該院人次(B)	住院率(%) (B/A)
111 年	2					
	3					
	4					
	5					

## 5-2.住診轉至所輔導之體系醫院之統計

說明：

(1)請列出轉出至所輔導醫院人次最高之前 5 家醫院名稱。

(2)轉診比率=(轉診人次(A)/轉診總人次)\*100%。

年度	順位	機構名稱	轉診人次(A)	轉診比率(%)	轉診後入住該院人次(B)	住院率(%) (B/A)
108 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
109 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
110 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
111 年	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

### ■ 2.3.3 積極參與區域內緊急醫療救護體系之運作

#### ● 填寫說明：

審查過去 4 年於參與區域內緊急醫療救護體系之運作情形與成果，包括：

1. 積極參與區域內緊急醫療救護體系之運作、提供緊急醫療救護人員至醫院實習並參與醫療指導。
2. 辦理各項災難應變人員與緊急醫療相關教育訓練(含 ACLS、ETTC、ATLS 及災難醫療救護隊之訓練，以及 EMT 訓練或實習等)。
3. 協助衛生主管機關辦理緊急醫療應變相關事項(如：緊急醫療災難應變指揮中心、毒藥物諮詢中心、化災及輻傷醫療協調中心、支援傳染病應變醫院等)。
4. 遇有大量傷病患事件時，配合衛生主管機關進行緊急醫療救護調度，並將傷病患資料登錄於緊急醫療管理系統。

#### ● 輔助表格

##### 1.醫院提供緊急災難應變人員至醫院實習執行情形

年度	項目	人次	週數
108 年	EMT-2		
	EMT-P		
109 年	EMT-2		
	EMT-P		
110 年	EMT-2		
	EMT-P		
111 年	EMT-2		
	EMT-P		

## 2. 緊急災難應變人員及緊急醫療相關教育訓練

年度	項目	共計場次	輔導院所數	院內參加 訓練人數	院外參加 訓練人數
108 年	ACLS				
	ETTC				
	ATLS				
	災難醫療救護隊				
	EMT				
	小計				
109 年	ACLS				
	ETTC				
	ATLS				
	災難醫療救護隊				
	EMT				
	小計				
110 年	ACLS				
	ETTC				
	ATLS				
	災難醫療救護隊				
	EMT				
	小計				
111 年	ACLS				
	ETTC				
	ATLS				
	災難醫療救護隊				
	EMT				
	小計				

## 3. 輔導緊急災難應變之機構名稱、人數及辦理日期

年度	輔導院所名稱	參與人數	辦理日期
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 2.3 積極參與醫療網計畫並落實分級醫療**

--

### 任務三、卓越的醫療品質與病人安全

#### ■ 3.1 建構高績效醫療品質與病人安全管理架構與組織策略

##### 1. 醫院醫療品質與病人安全管理架構說明

【頁數限制 2 頁】

■ 3.1.1 健全醫療品質與病人安全管理功能，並與全院組織發展策略結合

● 填寫說明：

審查過去 4 年全院醫療品質與病人安全相關之領導與管理策略資料，包括：

1. 監督治理團隊能展現引領醫院醫療品質與病人安全之具體事蹟。
2. 全院醫療品質與病人安全策略能連結醫院願景與目標。
3. 高階主管領導推動醫療品質與病人安全業務，醫療品質與病人安全專責人員背景涵蓋醫療、護理、各醫事職類及管理領域，以協助與支持品質改善業務。
4. 醫院注重團隊資源管理(team resource management, TRM)與員工職場復原力(resilience)，規劃各層級主管接受相關訓練並積極推動，於提升全院醫品病安文化風氣(safety climate)成效卓著。
5. 臨床科室有專責人員與醫療品質部門互動且醫師積極參與醫療品質及病人安全業務。

● 輔助表格

執行說明	【頁數限制 2 頁】

### ■ 3.1.2 醫療品質及病人安全人才養成與資源投入

#### ● 填寫說明：

審查過去 4 年所有於醫療品質與病人安全之人才養成與資源投入情形，包括：

1. 醫院有計畫培育醫療品質與病人安全領導人才，投入進修及深造資源，成效良好。
2. 培育專責人員具備醫療品質與病人安全所需的專業知識技能。
3. 醫療品質與病人安全教育師資的數量、比例及其投入時間。
4. 醫院全面性推動醫師、各類醫事人員及行政人員醫療品質與病人安全教育，與時俱進、符合國際趨勢，成效卓著。
5. 醫院各層級主管接受團隊資源管理(TRM)、員工職場復原力(resilience)、品質指標監測管理、醫療品質改善手法與根本原因分析(root cause analysis, RCA)等訓練，課程規劃與投入時間合理。
6. 醫療品質及病人安全資源投入合理(包括：年度醫療品質與病人安全工作計畫、醫品病安相關教育訓練、醫品病安促進活動、鼓勵措施、及醫品部門年度業務費用)。

#### ● 輔助表格：

##### 1. 醫院培育醫療品質與病人安全領導人才，投入進修及深造資源之情形

年度	期間	姓名/職稱	單位部門	進修內容	進修地點
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

\*表格如不敷使用，請自行增列。

##### 2. 醫院品質管理專責人員(或單位品管相關業務負責人)接受醫療品質與病人安全教育訓練之情形

年度	姓名/職稱	教育訓練課程內容	時數
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**3.醫療品質與病人安全教育師資培育之情形**

說明：請醫院自行填寫師資培育情形，如：院內輔導員、TRM 師資或 coaching、根本原因分析(root cause analysis, RCA)師資等。

年度	培訓課程名稱/主辦單位	受訓人員/職稱	時數
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**4.醫院對醫師、各職類人員及行政人員醫療品質與病人安全教育訓練完訓率**

年度	各職類別	醫療品質與病人安全課程主題	規定時數	完訓率
108 年	醫師			
	護理人員			
	醫事人員			
	行政人員			
109 年	醫師			
	護理人員			
	醫事人員			
	行政人員			
110 年	醫師			
	護理人員			
	醫事人員			
	行政人員			
111 年	醫師			
	護理人員			
	醫事人員			
	行政人員			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**5.醫院各層級主管接受團隊資源管理(TRM)、員工職場復原力(resilience)、品質指標監測管理、醫療品質改善手法與根本原因分析(RCA)教育訓練之情形**

年度	各層級主管姓名/職稱	單位部門	教育訓練課程內容	時數
108 年				
109 年				
110 年				
111 年				

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### 6.醫療品質及病人安全資源投入情形(以品管專責單位計)

說明：本表定義請參考醫療品質雜誌第 12 卷第 6 期《台灣醫療機構品質管理單位營運普查》。

年度	總收入 (A)	醫院投入醫品病安金額						比率(%) (B/A)	醫品病安 重大投資 (如：資訊系統)
		醫品部門		醫品病安		獎勵	合計(B)		
		人事費	業務費	教育 訓練	活動				
108 年									
109 年									
110 年									
111 年									

任務指標執行說明如下：

【頁數限制 2 頁】

基準 3.1 建構高績效醫療品質與病人安全管理架構與組織策略

## ■ 3.2 實踐醫療品質與病人安全成效卓著

### ■ 3.2.1 導入多元、創新的醫療品質與病人安全促進作為

#### ● 填寫說明：

審查過去 4 年所有醫療品質與病人安全執行成效相關資料。

1. 鼓勵多元、跨領域，實踐以病人為中心的醫療品質與病人安全品質促進作為，有卓越成效。
2. 導入資訊和通訊技術(information and communication technology, ICT)等，減輕員工作業負擔，提升醫療品質與改善病人安全，成效卓著。
3. 建立以病人為中心的整合性醫療，發展具特色的創新品質照護模式。
4. 醫療品質與病人安全改善成效，外推足為國內標竿。
5. 積極將病人納入於醫品病安改善的作為中，有卓越成效。

#### ● 輔助表格

### 1. 過去 4 年導入多元、創新的醫療品質與病人安全促進作為(列舉 10 項)

說明：

(1)醫療品質與病人安全專案或計畫目標係包括：

1. 鼓勵多元、跨領域，實踐以病人為中心的醫療品質與病人安全品質促進作為，有卓越成效。
2. 導入資訊和通訊技術(information and communication technology, ICT)等，減輕員工作業負擔，提升醫療品質與改善病人安全，成效卓著。
3. 建立以病人為中心的整合性醫療，發展具特色的創新品質照護模式。
4. 醫療品質與病人安全改善成效，外推足為國內標竿。
5. 積極將病人納入於醫品病安改善的作為中，有卓越成效。

(2)計畫目標請依前述範圍選擇，可複選。

序號	年度	期間	專案或計畫名稱	計畫目標(詳如說明)	促進作為與特色	成效
1				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
2				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
3				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
4				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
5				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
6				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
7				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
8				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
9				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		
10				<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.		

### ■ 3.2.2 充分運用醫療品質與病人安全量測，且持續改善成效卓著

#### ● 填寫說明：

審查過去 4 年重要醫療品質與病人安全量測及改善成效資料，包括：

1. 運用品質指標監測結果，參考國內、外同儕品質水準，以提升醫療照護品質且成效良好。
2. 善用院內病人安全事件通報機制，積極進行根本原因分析(RCA)，建立全院風險管理機制，成效卓越。
3. 建立院內醫療適當性的檢討與改善機制。

#### ● 輔助表格

##### 1.過去 4 年運用品質指標監測結果，提升醫療照護品質成效(列舉 10 項)

序號	年度	期間	指標名稱	同儕水準	執行方法	成效
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

##### 2.病人安全事件通報(含嚴重度分析)及有進行根本原因分析(RCA)之件數

說明：事件對病人健康影響程度定義請參照台灣病人安全通報系統。

年度	TPR 通報件數	其他全院性通報系統之通報件數	合計	事件對病人健康影響程度							有進行 RCA 件數
				死亡	極重度	重度	中度	輕度	無傷害	跡近過失	
108 年											
109 年											
110 年											
111 年											

##### 3.過去 4 年病人安全事件通報件數有進行根本原因分析(RCA)之風險管理改善成效(列舉 10 項)

序號	主題	事件描述	舉證改善成效
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**4.過去 4 年院內醫療適當性的檢討與改善機制(列舉 10 項)**

序號	年度	檢討與改善機制	舉證改善成效
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**■ 3.2.3 展現符合國際趨勢的卓越醫療品質與病人安全成果(試)****● 填寫說明：**

審查過去 4 年有關醫療品質與病人安全改善成效之發表成果，如：

1. 醫療品質與病人安全相關專題研究計畫及學術發表獎勵措施。
2. 醫療品質與病人安全專題，參與院外相關學術與競賽活動，成果優異。
3. 醫療品質與病人安全成果於學術期刊刊載及被引用情形。
4. 醫療品質與病人安全成果提供國外專業人員雙向交流學習情形。

**● 輔助表格****1.醫療品質與病人安全專題研究計畫及學術發表獎勵措施**

說明：請陳述對於醫療品質與病人安全主題之研究及學術發表獎勵措施執行成效。

執行成效	【字數限制 250 字】

**2.參與院外學術發表與競賽活動之情形**

說明：活動類型請填寫院外學術口頭/海表發表、競賽活動等。

年度	主辦單位	類型	醫療品質與病人安全專題名稱
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**3.過去 4 年醫療品質與病人安全專題於學術期刊發表情形(列舉 20 篇)**

說明：論文性質請依期刊論文性質填寫(如：Original Article、Research Article、Meta-Analysis Article、Letter、Review、Case Report /Case Series 或其他性質論文等)。

序號	作者	篇名	論文性質	刊登之學術 期刊名稱/頁次	所屬學門領域	被引用 次數
1						
2						

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**4.國外專業人員雙向交流醫療品質與病人安全**

年度	國家	交流內容
108 年		
109 年		
110 年		
111 年		

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 3.2 實踐醫療品質與病人安全成效卓著**

--

任務指標執行說明如下：

【頁數限制 2 頁】

■ 3.3 帶動或輔導區域內醫療機構，提升醫療品質及病人安全之水準

■ 3.3.1 輔導區域內醫療機構提升醫療品質及病人安全

1. 輔導區域內醫療機構建立院內醫療品質改善流程並提供諮詢、輔導及必要之協助。
2. 協助區域內醫療機構培育專責人員具備醫療品質與病人安全所需專業知識技能。

■ 3.3.2 配合地方衛生主管機關政策推廣、宣導或輔導

1. 積極參與地方衛生主管機關辦理之醫療品質及病人安全活動(如：病人安全年度目標、病人安全週等)，卓以表率。
2. 配合政策協助或輔導區域內醫療機構建立醫療品質及病人安全相關機制(如：SDM、RCA、醫療爭議/糾紛關懷等)，確有成效。

### ■ 3.4 提升新興傳染病應變整備機制及病人照護成效

#### ■ 3.4.1 訂有新興傳染病應變計畫並落實演練與執行，且有具體成效

##### ● 填寫說明：

審查醫院對於新興傳染病之應變機制：

1. 建置完善之指揮架構與應變計畫(各階段性收治計畫及營運降載計畫等)，且有演練及檢討改善。
2. 因應災害發生時，醫院訂有相關機制，如：人員及床位調度機制、儀器設備與照護團隊之支持機制等。

##### ● 輔助表格：

#### 1. 醫院新興傳染病之應變機制

說明：執行說明包含醫院指揮架構與應變計畫(各階段性收治計畫及營運降載計畫等)，以及因應災害發生時之相關機制，如：人員及床位調度、儀器設備與防疫物資整備、照護團隊之支持機制等。

執行說明	【字數限制 250 字】

#### ■ 3.4.2 配合國家防疫政策，強化防疫檢驗效率及收治病人照護成效

##### ● 填寫說明：

審查醫院配合衛生主管機關對於傳染病應變整備與投入之情形：

1. 設置專責病房及採檢站之情形與執行成效(收治疑似/確診個案)。
2. 盤點醫院重症照護資源(照護環境與人力、設備儀器等)，以評估重症病人收治能力。
3. 設有具負壓之生物安全第二等級(Biosafety Level 2, BSL-2)以上之實驗室，並協助其他機構檢體檢驗之成效。

##### ● 輔助表格

#### 1. 醫院設置專責病房及採檢站之情形

說明：

- (1)專責病房病床數係指經衛生福利部核備開設之數量。
- (2)採檢站數係指通過衛生福利部查核通過之數量，僅需填寫 109 年。

年度	專責病房床數	疑似個案數	確診個案數	確診個案 治療住院人日	採檢站數	採檢量
109 年						
110 年						
111 年						

#### 2. 醫院經疾病管制署傳染病認可或指定檢驗機構之檢驗項目及檢驗量能估算

說明：

- (1)認可項目數量係指經疾病管制署傳染病認可或指定檢驗機構之檢驗項目。
- (2)每日檢驗量能係指因應大規模疫情(如：嚴重特殊傳染性肺炎或專案需求)，使用大型自動化儀器或加派檢驗人力，傳染病檢驗最大負荷量能。

年度	認可項目數量	每日檢驗量能
109 年		
110 年		
111 年		

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 3.4 提升新興傳染病應變整備機制及病人照護成效**

--

**任務四：投入創新研發，帶動醫療健康科技發展****■ 4.1 落實醫學研究，並積極投入創新研發****■ 4.1.1 醫院對研究、創新研發投入的資源、參與程度良好****● 填寫說明：**

審查過去 4 年醫院對研究、創新研發之投入質與量，及參與程度，包括：

1. 設置獨立研發相關部門及負責人員(計畫研究助理不列計)。
2. 執行計畫個案數及其金額、補助單位(包含自行執行及共同執行)，並有鼓勵年輕醫師投入研究之措施。
3. 醫院投入研究(含醫學研究及創新研發，教學及相關薪資不列計)之總經費及其增加比例，並佔總收入(包括醫療總收入及其他收入)之百分比。
4. 人體研究倫理審查委員會運作機制健全，對於研究計畫之審查效率、受試者保護、追蹤審查及資訊揭露等，成效良好，並持續改善。
5. 建立創新研發報告之「資料不實、抄襲、作假」等審查機制。

**● 輔助表格****1. 醫院設立獨立研發相關部門或委員會**

說明：

- (1)獨立研發部門係指教學研究部、醫學研究部等。院外補助醫師個人未經過醫院審核程序之研究計畫與非研發部門之研究人員(含計畫研究助理)不列入計算，僅計算醫院獨立研發相關部門之人員。
- (2)研究單位負責人任職情況係依本職是否屬該單位之編制，如：某位編制於內科之教授被聘為醫學研究部主任，則為「兼任」，但若是某位醫學研究部之教授研究員被聘為該部主任，則為「專任」。
- (3)專職研發人員係指專職為研發工作之人員，非指專任院內臨床工作兼任研發之人員。

研究單位名稱	負責人	職稱	任職情況	研發人員數	
				專職	兼任
			<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任		
			<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任		

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**2. 過去 4 年醫院最具代表性之 15 項創新研發計畫**

說明：經費補助單位包含中央研究院、國家衛生研究院及科技部等單位或醫院自行編列之預算。

序號	執行創新研發計畫名稱	計畫主持人	執行時間
	經費補助單位	補助金額	其他合作單位
研究成果			【字數限制 250 字】

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### 3.醫院投入研究之總經費與佔總收入之百分比(單位：千元)

說明：

- (1)總收入(A)包括醫療總收入及其他收入。
- (2)醫院投入研究金額(B)包含醫學研究及創新研發，惟教學及相關薪資不列入計算。
- (3)院外補助醫師個人未經過醫院審核程序之研究計畫不列入計算。

年度	總收入(A)	醫院投入研究金額(B)			投入研究佔總收入比率(%) (B/A)		
		院內經費	院外經費	合計	院內經費	院外經費	合計
108 年							
109 年							
110 年							
111 年							

### 4.人體研究倫理審查委員會審查數目與運作狀況

說明：

- (1)人體試驗計畫統計總件數係指所有向醫院人體研究倫理審查委員會提出申請及申請簡易審查之件數。(包含向衛生福利部、國衛院、國科會/科技部)。
- (2)中央衛生主管機關件數係指所有向衛生福利部申請之計畫件數。
- (3)簡易審查件數係指所有向醫院人體研究倫理審查委員會提出簡易審查申請之件數。

#### 4-1.院內申請案件

分 類		108 年	109 年	110 年	111 年	合計
人體試驗計畫統計總件數	申請件數					
	核准件數					
中央衛生主管機關件數	申請件數					
	核准件數					
簡易審查件數	申請件數					
	核准件數					

#### 4-2.院外申請案件

分 類		108 年	109 年	110 年	111 年	合計
人體試驗計畫統計總件數	申請件數					
	核准件數					
簡易審查件數	申請件數					
	核准件數					

### 5.創新研發報告之審查機制

年度	全院總論文數	抽樣件數	不合格件數	處理說明
108 年				
109 年				
110 年				
111 年				

## ■ 4.1.2 醫院具有創新研發之成果及對醫療健康科技具有貢獻度

### ● 填寫說明：

審查過去 4 年創新研發之成果及其貢獻度，包括：

1. 醫院自陳 10 項新科技醫療(含創新醫療)之個案數及效果評估。
2. 創新科技技術專利與技術轉移之成效。
3. 研發成果得獎紀錄說明。
4. 自陳以上成果對醫療健康科技之貢獻。
5. 自陳研發成果被學術期刊刊登情形，列出最優 50 篇(例如所屬學門領域排名前 20% 或 Impact Factor 值較高者)。

### ● 輔助表格

#### 1.過去 4 年醫院執行新科技醫療(含創新醫療)模式個案數及結果統計(限 10 項)

序號	新科技醫療或醫療服務模式名稱	執行個案數	起始年份
執行成效			【字數限制 250 字】

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 2.過去 4 年醫院創新研發專利及技術轉移之紀錄

年度	創新研發計畫或研究主題名稱	所發展新科技醫療之名稱	專利字號	技術轉移與技術服務對象

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 3.過去 4 年醫院創新研發得獎紀錄

年度	創新研發計畫或研究主題名稱	所發展新科技醫療之名稱	得獎紀錄【字數限制 100 字】

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 4.醫院創新研發成果刊登學術期刊發表之情形

說明：Impact Factor 值列計應依該論文發表年之前一年資料計之。

年度	Impact Factor 值					合計
	≤2.0	2.1-5.0	5.1-10.0	10.1-20.0	>20.0	
108 年						
109 年						
110 年						
111 年						
總計						

## 5.過去 4 年醫院創新研發成果刊登學術期刊發表情形列表(所屬學門領域排名前 20%或 Impact Factor 較高者)(列出最優 50 篇)

說明：

- (1)論文性質：依期刊論文性質填寫(如：Original Article、Research Article、Meta-Analysis Article、Letter、Review、Case Report /Case Series 或其他性質論文等)。
- (2)屬性：填寫該期刊屬國內或國際期刊資料庫所收錄(如：SCI、SSCI、IEEE 等)。
- (3)所屬領域排名及 Impact Factor 值列計應依該論文發表年之前一年資料計之；所屬學門領域排名以該期刊佔該領域所有期刊數之順位表示(如：期刊數 35，排名第 2，以 2/35 表示)。

序號	作者	篇名	論文性質	刊登之學術期刊名稱/年份/卷期/頁次	屬性	所屬學門領域	所屬學門領域排名	Impact Factor	被引用次數
1									
2									

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 4.1 落實醫學研究，並積極投入創新研發**

--

## ■ 4.2 有效運用人體生物資料庫，並積極參與國家級人體生物資料庫整合平台

### ■ 4.2.1 有效管理及運用人體生物資料庫

#### ● 填寫說明：

1. 人體生物資料庫訂有全面且系統性的管理機制，並定期檢討。
2. 過去 4 年人體生物資料庫之收案情形、研究計畫、成果(論文、技轉、專利及回饋)清冊。
3. 自陳過去 4 年開放其他機構申請使用人體生物資料庫之案件數、釋出檢體/資料之種類及數量。(試)

#### ● 輔助表格

##### 1. 生物檢體採集總參與人次及檢體數量

說明：

- (1) 本表格各檢體數量請以案例數呈現。(本表定義參考人體生物資料庫查核資料表)。
- (2) 無檢體係指參與者有簽署參與者同意書，惟尚未或未取得檢體之案例。
- (3) 經衛福部核可，但未採集、保存之生物檢體項目，請以「0」呈現；未申請採集、保存之生物檢體項目，請以「NA」呈現。

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年
參與者人次				
無檢體				
血液				
血清				
血漿				
白血球層				
血液 DNA				
冷凍組織				
冷凍組織 DNA				
冷凍組織 RNA				
蠟塊				
石蠟切片				
尿液				
胸水				
腹水				
骨髓液				
腦脊髓液				
其他(_____)				

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**2.其他資料、資訊總參與者與收案數量：**

說明：本表格各欄位請以案例數呈現(本表定義參考人體生物資料庫查核資料表)。

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年
參與者人次				
問卷				
其他(_____)				

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**3.開放其他機構申請使用人體生物資料庫之案件數、釋出檢體/資料之種類及數量**

說明：請填寫其他機構(指院外機構)使用人體生物資料庫之使用量，本表格其釋出檢體/資料以案例數呈現(本表定義參考人體生物資料庫查核資料表)。

項目 \ 年度	108 年	109 年	110 年	111 年
核准申請案(件)				
參與者人次				
無檢體				
血液				
血清				
血漿				
白血球層				
血液 DNA				
冷凍組織				
冷凍組織 DNA				
冷凍組織 RNA				
蠟塊				
石蠟切片				
尿液				
胸水				
腹水				
骨髓液				
腦脊髓液				
其他(_____)				

\*表格如不敷使用，請自行增列。

## ■ 4.2.2 積極參與國家級人體生物資料庫整合平台

### ● 填寫說明：

1. 醫院應有與「國家級人體生物資料庫整合平台」之合作協議。
2. 醫院自陳參與「國家級人體生物資料庫整合平台」之案件數、檢體/資料之種類及數量。(試)

### ● 輔助表格

#### 1. 參與國家級人體生物資料庫整合平台收案情形

說明：

- (1) 本表格所列之各檢體數量請以案例數呈現。(本表定義參考人體生物資料庫查核資料表)。
- (2) 無檢體係指參與者有簽署參與者同意書，惟尚未或未取得檢體之案例。
- (3) 經衛福部核可，但未採集、保存之生物檢體項目，請以「0」呈現；未申請採集、保存之生物檢體項目，請以「NA」呈現。

項目 \ 年度	109 年	110 年	111 年
參與者人次			
無檢體			
血液			
血清			
血漿			
白血球層			
血液 DNA			
冷凍組織			
冷凍組織 DNA			
冷凍組織 RNA			
蠟塊			
石蠟切片			
尿液			
胸水			
腹水			
骨髓液			
腦脊髓液			
其他( )			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 4.2 有效運用人體生物資料庫，並積極參與國家級人體生物資料庫整合平台**

--

## ■ 4.3 促進國內生技醫藥產業發展，提升醫療水準

### ■ 4.3.1 與生技醫藥產業合作情形

#### ● 填寫說明：

1. 醫院自陳過去 4 年參與藥物研發及跨國多中心之人體試驗件數。
2. 醫院自陳過去 4 年與生技醫藥產業合作共同研發具新科技醫療之具體成效。

#### ● 輔助表格：

#### 1. 醫院參與新藥臨床試驗案件

說明：新藥臨床試驗計畫統計總件數係指所有向醫院人體研究倫理審查委員會提出申請及核准之件數。

分 類		108 年	109 年	110 年	111 年	合計
新藥臨床試驗案件 統計總件數	申請件數					
	核准件數					

#### 2. 醫院參與跨國多中心人體試驗案件

說明：跨國多中心人體試驗計畫統計總件數係指所有向醫院人體研究倫理審查委員會提出申請及核准之件數。

分 類		108 年	109 年	110 年	111 年	合計
新藥品	申請件數					
	核准件數					
新醫療技術	申請件數					
	核准件數					
新醫療器材	申請件數					
	核准件數					

#### 3. 過去 4 年醫院與生技醫藥產業合作共同研發計畫之成效

序號	計畫名稱	合作對象	合約期間	欲解決的臨床問題或成效

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### ■ 4.3.2 新興藥品及醫療器材之採購情形

#### ● 填寫說明：

醫院自陳過去 4 年採購生技新藥產業發展條例審議通過，且完成研發並已核發許可證之新興藥品及醫療器材(以不違反我國締結之條約或協定為前提)。

#### ● 輔助表格

#### 1. 醫院採購新興藥品及醫療器材之清單

說明：新藥係指通過生技新藥產業發展條例審議，完成研發並已核發許可證者之新興藥品及醫療器材。

年度	類 別	許可證字號	品名(規格/劑量)	製造商	全院總採購量	全院總使用量
108 年	藥 品					
	醫療器材					
109 年	藥 品					
	醫療器材					
110 年	藥 品					
	醫療器材					
111 年	藥 品					
	醫療器材					

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### ■ 4.3.3 國產防護裝備之採購

#### ● 填寫說明：

醫院自陳過去 4 年採購國內生產之防護裝備情形。

#### ● 輔助表格

##### 1. 醫院採購國產防護裝備之清單

年度	許可證字號	品名(規格/劑量)	製造商	全院總採購量	全院總使用量
108 年					
109 年					
110 年					
111 年					

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

**基準 4.3 促進國內生技醫藥產業發展，提升醫療水準**

--

**任務五：配合國家政策，肩負社會公益責任****■ 5.1 積極推動器官勸募、安寧照護及預立醫療決定機制****■ 5.1.1 強化器官勸募機制並有具體成效****● 填寫說明：**

審查過去 4 年醫院器官勸募執行情況，包括：

1. 醫院器官勸募計畫之目標、評量指標與分年達成情形合理性之檢討及改善方案。
2. 相關作業之標準作業程序(含流程圖)有檢討改善之機制及具體事證。
3. 設有器官勸募協調人員，並每年應接受器官捐贈相關之教育訓練。
4. 分年之器官勸募成效良好。
5. 辦理醫院員工及民眾器官捐贈之宣導活動及成果。

**● 輔助表格****1. 器官勸募之執行情形**

說明：

- (1) 器官勸募人數：醫院訂有器官捐贈勸募標準作業流程，依流程對醫院潛在捐贈者進行勸募，並備有紀錄之人數。
- (2) 勸募成功人數：醫院依前揭說明 1 之規定，於院內進行勸募，並取得器官捐贈同意書之人數。
- (3) 勸募成功器官數：醫院依前揭說明 1 之規定，於院內進行勸募，並取得器官捐贈同意書者，同意捐贈之器官數。
- (4) 捐贈成功器官數：醫院依前揭說明 1 之規定，於院內進行勸募，取得器官捐贈同意書，並由財團法人器官捐贈移植登錄中心(簡稱器捐中心)完成分配及於移植醫院成功移植之器官數。
- (5) 第一類器官：係指心、肺、肝、左腎、右腎、胰、小腸。
- (6) 第二類器官：係指左眼角膜、右眼角膜、骨骼、皮膚。
- (7) 第(3)及(4)項資料，由器捐中心統一提供，並副知醫院。

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	合計
1. 器官勸募人數					
2. 勸募成功人數					
3. 勸募成功器官數					
3.1 勸募第一類器官數					
3.2 勸募第二類器官數					
4. 捐贈成功器官數					
4.1 腦死捐贈					
4.1.1 捐贈第一類器官數					
4.1.2 捐贈第二類器官數					
4.2 心臟死後捐贈					
4.2.1 捐贈第一類器官數					
4.2.2 捐贈第二類器官數					

**2. 捐贈第一類器官數及第二類器官數**

說明：本表由器捐中心統一提供，並副知醫院。

捐贈器官類別		108 年	109 年	110 年	111 年	合計
第一類 器官	心 臟					
	肺 臟					
	肝 臟					
	腎 臟					
	胰 臟					
	小 腸					
	小 計					
第二類	眼 角 膜					

捐贈器官類別		108 年	109 年	110 年	111 年	合計
器官	骨 骼					
	皮 膚					
	小 計					

### 3.器官捐贈意願健保 IC 卡註記之宣導情形

說明：

- (1)員工宣導如與民眾宣導共同舉辦，二者場次可重複計次，但人數請分開計算。  
 (2)IC 卡註記器官捐贈意願人數，由器捐中心統一提供，並副知醫院。

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	合計
器官捐贈宣導場次-民眾					
器官捐贈宣導場次-員工					
器官捐贈宣導參與人數-民眾					
器官捐贈宣導參與人數-員工					
IC 卡註記器官捐贈意願人數					

### 4.器官勸募績效評估指標

說明：編號 1 為共同指標，其餘由醫院自行填入院內目前所使用之績效指標，其操作型定義併請敘明。

編號	名稱	108 年	109 年	110 年	111 年
1	(第一類器官勸募成功人數 / 加護病房死亡人數)*100%				
2					
3					

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### 5.器官勸募協調人員

說明：請於佐證資料檢附器官勸募協調人員之資格認證證書(電子檔)。

名稱	108 年	109 年	110 年	111 年
協調人員人數				
取得資格認證證書人數				

#### ■ 5.1.2 強化安寧照護及預立醫療決定機制並有具體成效

##### ● 填寫說明

審查過去 4 年醫院安寧照護及預立醫療決定機制執行情況，包括：

1. 提供預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)服務。
2. 組成安寧照護團隊，提供末期病人適當之安寧療護，成效良好。
3. 具備完善之教育訓練計畫，並能提供他院人員臨床訓練場所(含見、實習)，有具體成效。
4. 辦理院內員工及社區民眾不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate, DNR)及預立醫療決定(Advance Decision, AD)之宣導活動及成果。
5. 參考中央健康保險署及台灣安寧照顧協會所提供之相關資料。

## ● 輔助表格

## 1.不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate, DNR)宣導情形及成果

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	合計
DNR 宣導場次					
參與人數					
IC 卡註記 DNR 意願人數					

## 2.預立醫療決定(Advance Decision, AD)宣導情形及成果

項目	108 年	109 年	110 年	111 年	合計
AD 宣導場次					
參與人數					
預立醫療照護諮商(ACP)人數					
IC 卡註記簽署預立醫療決定書人數					

## 3.安寧療護服務成效

說明：

- (1)安寧住院醫令為 05601K、05602A、05603B；安寧共照醫令為 P4401B、P4402B、P4403B；安寧居家係指案件分類 A5。
- (2)癌症病人係指 ICD-10-CM 主診斷為 C00 至 C97 之個案；其餘則為非癌症病人。
- (3)成長率係與前一年度同期比較。

項目	108 年		109 年		110 年		111 年		總人數
	人數	成長率 (%)	人數	成長率 (%)	人數	成長率 (%)	人數	成長率 (%)	
安寧住院									
安寧居家									
安寧共照									
癌症病人安寧療護									
非癌症病人安寧療護									

## 4.癌症及非癌症病人且符合安寧收案條件者死亡前一年接受安寧療護之比率

說明：

- (1)死亡前一年接受安寧療護係指統計期間有轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)且當次主診診斷為符合安寧收案條件之住院案件個案。
- (2)分子係指前述個案中，曾申報住院安寧(醫令代碼為 05601K、05602A、05603B)、安寧共照醫令(醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)或安寧居家(案件類別為 A5)服務者。

項目	108 年	109 年	110 年	111 年
癌症病人且符合安寧收案條件者死亡前一年接受安寧療護比率				
非癌症病人且符合安寧收案條件者死亡前一年接受安寧療護比率				

任務指標執行說明如下：

【頁數限制 2 頁】

基準 5.1 積極推動器官勸募、安寧照護及預立醫療決定機制

--

任務指標執行說明如下：

■ 5.2 配合兒童健康醫療網絡推動，提升兒童照護品質(試)

■ 5.2.1 強化兒童急重症照護能力(試)

審查過去 4 年醫院提供兒童急重症照護之情形，包含兒童急診、重症加護醫療人力、資源投入及服務成效。

■ 5.2.2 成立兒童健康照護資源中心，提供具特色之照護服務(試)

審查過去 4 年提供具有特色之兒童健康照護資源中心(包含人才培育、服務模式創新及資源投入)，如：

1. 疑似家暴兒虐個案之照護整合中心。
2. 身心障礙兒童醫療照護(如：口腔、聽力及視力等)。
3. 發展遲緩兒童早期療育。
4. 早產兒評估與追蹤。
5. 其他醫院自陳具特色之兒童健康照護服務。

## ■ 5.3 積極參與國際衛生活動，並提供必要國際醫療援助

### ■ 5.3.1 積極參與國際組織活動或交流

#### ● 填寫說明：

1. 審查過去 4 年醫院協助推動我國深化及廣化參與世界衛生組織(WHO)相關機制、活動及會議之情形，包括：

- (1) 出席 WHO 或與 WHO 有正式關係之國際非政府組織(WHO Non-State Actors, 簡稱 WHO NSA, 名單詳見附錄, 以 WHO 網站之最新公告為準)相關會議或活動。
- (2) 與 WHO 或 WHO NSA 合作辦理國際性醫療衛生計畫、會議或活動。
- (3) 擔任 WHO NSA 之區域或總會相關幹部。

2. 審查過去 4 年醫院積極參與國際醫療衛生相關活動情形，包括：

- (1) 以國內專業團體代表之身分，競逐其所屬之國際衛生相關組織區域或總會理事長或理事會委員等具影響力的職務。
- (2) 參加國際醫療衛生相關會議次數、發表文章。
- (3) 擔任國際醫療衛生相關會議座長。

#### ● 輔助表格

### 1. 出席 WHO 或與 WHO 有正式關係之國際非政府組織(WHO NSA)會議或活動

說明：

- (1) 使用名稱請醫院填寫所使用之國家名稱或是會籍名稱，以了解是否有被矮化之情形；參與方式請填寫如：(1)主辦、(2)擔任座長或主席、(3)演講等。
- (2) 請於佐證資料檢附具有主辦單位或邀請機構信箋表頭之正式信函或證明文件(電子檔)。
- (3) 如醫院未參與相關會議，本項資料免填。

會議/活動名稱	舉辦日期	舉辦國家/城市	主辦單位	主軸議題	使用名稱	參與方式

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### 2. 與 WHO 或 WHO NSA 合作辦理國際性醫療衛生計畫

說明：

- (1) 請於佐證資料檢附具有主辦單位或邀請機構信箋表頭之正式信函或證明文件(電子檔)。
- (2) 如醫院未有合作計畫，本項資料免填。

計畫名稱	計畫主辦單位	計畫主題	計畫預算

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### 3. 擔任 WHO NSA 之區域或總會相關幹部之情形

說明：

- (1) 參與身分係於國際組織中會員身分為正式會員或觀察員等；使用名稱請醫院填寫所使用之國家名稱或是會籍名稱，以了解是否有被矮化之情形；擔任職務係以在該國際組織中所擔任之職務。
- (2) 請於佐證資料檢附具有主辦單位或邀請機構信箋表頭之正式信函或證明文件(電子檔)。
- (3) 如醫院未擔任相關職務，本項資料免填。

組織名稱	參與身分	使用名稱	擔任職務

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 4.以國內專業團體代表之身分，擔任與國際組織有正式關係之國際組織，其區域或總會理事長或理事會委員等具影響力的職務之情形

說明：

- (1)參與身分係指該專業團體於國際組織中會員身分為正式會員或觀察員等；使用名稱請醫院填寫所使用之國家名稱或是會籍名稱，以了解是否有被矮化之情形；擔任職務係以在該國際組織中所擔任之職務。
- (2)請於佐證資料檢附具有主辦單位或邀請機構信箋表頭之正式信函或證明文件(電子檔)。
- (3)如醫院未擔任相關職務，本項資料免填。

組織名稱	參與身分	使用名稱	擔任職務

\*表格如不敷使用，請自行增列。

#### 5.參與國際醫療衛生相關會議之情形

說明：

- (1)請於佐證資料檢附具有主辦單位或邀請機構信箋表頭之正式信函或證明文件(電子檔)。
- (2)如醫院未參與相關活動，本項資料免填。

會議/研討會名稱	主辦單位	會議/活動日期	參與情形		
			參與人次	發表文章篇數	擔任會議座長或主席

\*表格如不敷使用，請自行增列。

### ■ 5.3.2 積極提供國際醫療援助，並協助培育醫事人才

#### ● 填寫說明：

1. 審查過去 4 年醫院配合政府相關單位政策，參與國際醫療援助之辦理情形，包括：
  - (1) 提供優秀醫療衛生專業人員於指定國家進行紮根性、長期性定點服務，其所參與之援外醫療活動、投入服務、配合措施(包含援外次數、人數、時間等)等執行情形與統計。
  - (2) 提供短期緊急救援服務，其所參與之援外醫療活動、投入服務、配合措施(包含援外次數、人數、時間等)等執行情形與統計。
2. 審查過去 4 年醫院參與國際衛生的積極度及人才培育之辦理情形，包括：
  - (1) 接受衛生福利部等政府相關單位委託，積極投入國外醫衛人才培育，建立培訓制度，並配合政策招收國外醫事人員來台從事臨床進修訓練之執行情形與統計。
  - (2) 與國際上醫療衛生機構簽有建教合作、策略聯盟、技術合作計畫等合約，並有實質交流合作績效。

#### ● 輔助表格

##### 1.醫院參與國際衛生援外醫療活動之情形

說明：

- (1)醫事人員係指醫療法第 10 條所稱領有中央主管機關核發專門職業證書之人員。
- (2)院外人力係指非屬於醫院編制內之人員，例如：學生、實習生等。
- (3)經費來源請填寫該次援外活動之經費補助單位(如：衛生福利部、外交部等)或由醫院自籌。

年度	援外活動	國家	主要負責人	職稱	參與人數			執行期間	經費來源
					院內人力		院外人力		
					醫事人員	行政人員			
108 年									
109 年									
110 年									
111 年									

\*表格如不敷使用，請自行增列。

## 2.辦理外國醫事人員臨床進修或教育訓練課程之情況

說明：醫院招收國外醫事人員來台從事臨床進修訓練之執行情形。

年度	姓名	國籍	進修科別(內容)	進修期間
108 年				
109 年				
110 年				
111 年				

\*表格如不敷使用，請自行增列。

## 3.建教合作之合約內容摘要

說明：醫院與國際上醫療衛生機構簽有建教合作、策略聯盟、技術合作計畫等合約並實質交流情形。

年度	合約名稱	國家	合約起訖期間	合約內容摘要
108 年				
109 年				
110 年				
111 年				

\*表格如不敷使用，請自行增列。

任務指標執行說明如下：

【頁數限制 2 頁】

基準 5.3 積極參與國際衛生活動，並提供必要國際醫療援助

## ■ 5.4 配合其他國家政策

### ■ 5.4.1 積極參與醫療糾紛鑑定及法醫服務工作，培養專業人才，且品質良好

#### ● 填寫說明：

1. 成立專責單位，進行衛生及司法主管機關所委託之醫療糾紛鑑定工作，鑑定之機制、流程嚴謹，品質良好，並提供專業評析意見及參與調解。
2. 有計畫的培訓院內之鑑定專業人才。
3. 輔導並協助區域內醫療機構，建立溝通、關懷機制(含員工)，辦理醫事糾紛爭議之處理、預防相關教育訓練。
4. 設有法醫部門或培育法醫相關專業人才，提供法醫鑑定、法醫師法第九條所定檢驗或解剖屍體、法醫諮詢及法醫教學等服務項目。(試)

#### ● 輔助表格

##### 1. 醫療糾紛鑑定辦理情形

說明：若衛生及司法主管機關發文至「醫學會」，委託該醫學會協助進行案件鑑定，則雖該學會指派之鑑定醫師為醫院醫師，於本輔助表格計算時，該案件數非歸屬於「醫院」。

委託單位		案件數				合計
		108 年	109 年	110 年	111 年	
衛生主管 機關	衛福部(醫審會)					
	衛生局					
司法主管 機關	法院					
	檢察署					
其他	( )					
	( )					

##### 2. 初審(鑑定)醫師人才培訓情形

說明：

- (1) 曾參與衛福部委託醫策會辦理之「初鑑醫事人員教育訓練課程」完訓之初審(鑑定)醫師，且同意納入初審(鑑定)醫師人才庫者，請填入「A.衛福部(醫審會)」欄位；如係參與醫院、其他單位辦理之鑑定專業人才培訓課程整，則列於「B.其他」。
- (2) 由完訓醫師進行鑑定案件數係指「衛福部(醫審會)」委託鑑定之案件中，由「A.衛福部(醫審會)」完訓之醫師進行鑑定之案件數；若屬多科鑑定案件，則依鑑定醫師完訓情形填列之；如僅 1 位鑑定醫師完訓者計為 1 件次，2 位鑑定醫師完訓則計為 2 件次，依此類推。

訓練單位/新增人數	108 年	109 年	110 年	111 年	小計
A.衛福部(醫審會)					
B.其他( )					
由完訓醫師進行鑑定案件數					

##### 3. 配合醫療糾紛鑑定工作之獎勵機制

說明：醫院鼓勵醫師配合進行衛生及司法主管機關所委託之醫療糾紛鑑定工作，所規劃之獎勵機制。

年度	獎勵人次	獎勵內容說明
108 年		
109 年		
110 年		
111 年		

**4.辦理醫事糾紛爭議之處理、預防相關教育訓練之情形**

年度	教育訓練課程名稱	受訓對象	時數
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**5.設有法醫部門或培育法醫相關專業人才之執行情形**

說明：請陳述法醫部門或培育法醫相關專業人才，提供法醫鑑定、法醫師法第九條所定檢驗或解剖屍體、法醫諮詢及法醫教學等服務項目。

執行說明	【字數限制 250 字】

**■ 5.4.2 推動智慧醫療****● 填寫說明：**

審查過去 4 年醫院配合衛生福利部政策推動智慧醫療之執行情況，包括：

1. 醫院宣告及實施電子病歷之執行成果。
2. 輔導協助其他醫療機構實施電子病歷之具體成效。
3. 發展智慧醫療解決方案，以提升病人安全、醫療品質與效率及民眾就醫便利性，如：多元交換平台促進轉診服務、多元電子支付、遠距醫療、行動醫療、人工智慧等。
4. 推動智慧醫療的過程中，強化資訊安全與病人安全之具體作為。

**● 輔助表格****1.電子病歷實施單張數及無紙化單張數**

說明：

- (1)紙本單張數係指醫院內原紙本單張數(宣告範圍超過 1 項，則應合計)。
- (2)實施電子病歷單張數係指醫院依「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」向當地衛生主管機關報備之電子病歷單張數(宣告範圍超過 1 項，則應合計)。

年度	宣告實施電子病歷範圍	紙本單張數	實施電子病歷單張數
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			
合 計			

**2.輔導協助其他醫療機構實施電子病歷之具體成效**

執行成效	【字數限制 250 字】

**3.電子病歷跨院互通多元平台參與數**

年度	互通平台名稱	互通平台主責單位	互通標準類別
108 年			
109 年			
110 年			
111 年			

\*表格如不敷使用，請自行增列。

**4.醫院發展智慧醫療解決方案及其成效。**

說明：請條列式列舉出各個解決方案對於特定對象(指醫師、護理人員或其他)可量化之具體成效(如：節省工時、降低成本、提升醫療效能等)。

解決方案名稱或主題	可量化具體成效(效益及數值)

**5.醫院推動智慧醫療強化資訊安全與病人安全之具體作為**

執行成效	【字數限制 250 字】

任務指標執行說明如下：

**【頁數限制 2 頁】**

基準 5.4 配合其他國家政策

--

其他附件資料：

**【頁數限制 20 頁】**

--