



評鑑與急重症照護品質

主講人：王宗倫

中華民國急救加護醫學會理事長 輔大醫學系教授 新光醫院急診科主任

執行機構：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

報告日期：2012年5月6日



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
& Quality Improvement



進步的歷程 及 評核的序列



結果面

過程面

結構面





醫療品質促進模式

TQM
QCC
Leadership

品質文化

ISO 提案
RCA 5S
TQIP THIS
EBM BSC
臨床路徑
內部通報系統
病人安全

交流分享
平台

多元品質
工具運用

外部機制

醫療
品質
促進

內部機制

正向學習
文化

系統性品
質提升

醫院設置標準
醫院評鑑
健保審查
外部通報系統
民間團體(醫改會)

核心教育

醫學教育
一般醫學訓練
繼續教育

大綱



- 台灣醫療網及醫院評鑑之由來
- 急重症相關醫院評鑑之沿革與成效
- 教學醫院評鑑有關急重症之沿革與成效
- 急診醫學專科評鑑之沿革與成效
- 緊急醫療處理能力分級之發展與成效
- 特殊照護中心認證制度



台灣醫療網及醫院評鑑之由來

主講人：王宗倫

中華民國急救加護醫學會理事長 輔大醫學系教授 新光醫院急診科主任

執行機構：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

報告日期：2012年5月6日



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
& Quality Improvement





醫療網計畫：民國74年至89年 基礎建設為主

執行重點

- 目標：著重硬體建設及人力規劃，解決醫療資源數量不足及分配不均的問題。
- 增加醫院與病床量
- 提升醫師人數與規劃建立專科醫師訓練制度。

重要成果

- 全國規劃成17個醫療區，細分為63個次區域。
- 每萬人口急性一般病床數由實施前23.9增加至31.0。
- 每萬人口西醫師數由實施前6.8增至13.3。
- 醫療資源缺乏次區域數由實施前37減少至5。
- 委託辦理23類專科醫師甄審。

結構面





醫療網計畫：民國90年至97年

以品質提升為要務

執行重點

- 目標：健全醫療照護體系，提升醫療品質
- 規劃緊急醫療、精神醫療體系。
- 修訂專科醫師訓練及各類醫事人員繼續教育制度。
- 推動醫院評鑑制度。
- 推展病人安全及以病人為中心之醫療作業。

過程面

結果面

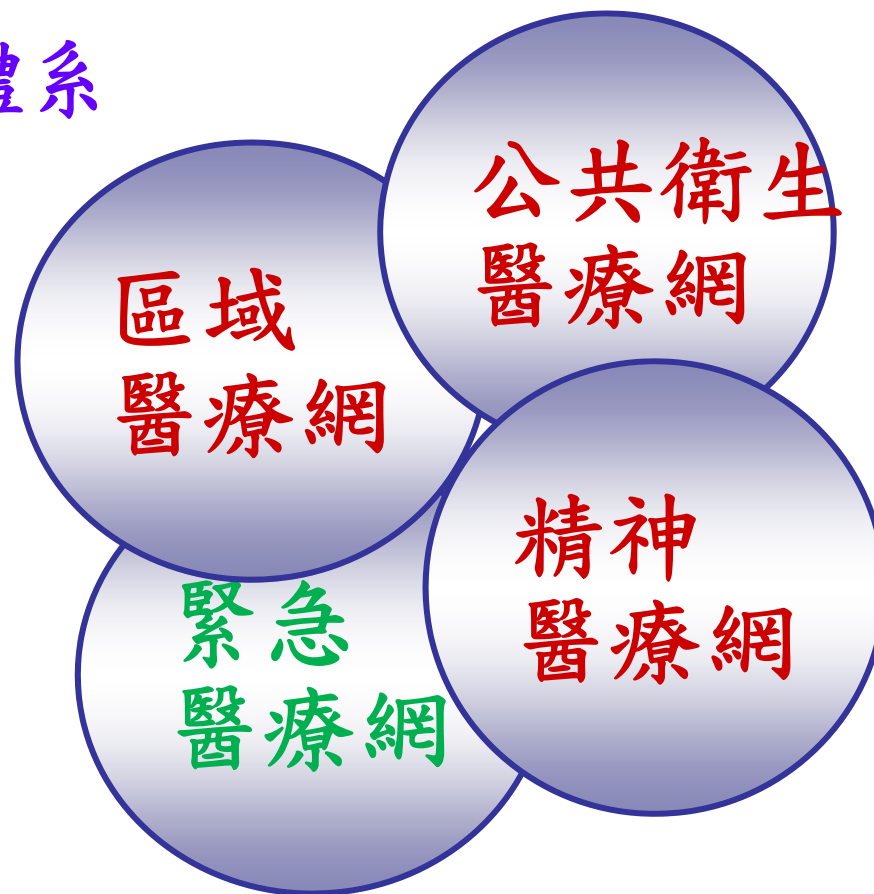
重要成果

- 全國依健保分區規劃成6大醫療區域，成立6個EOC、6個精神醫療網。
- 至民國96年有127家醫院實施畢業後一般醫學訓練計畫。
- 評鑑合格醫院比率由民國79年之60%，增為民國96年之96%。
- 成立醫療品質委員會、病人安全委員會。
- 辦理各類品質提升與病人安全活動。



醫療與公共衛生服務體系再造

- 目標：完善健康照護體系
- 作法：
 - 區域醫療網
 - 緊急醫療網
 - 精神醫療網
 - 公共衛生醫療網



緊急醫療網強化



核心策略

- 目標：救護無死角
- 作法：
 - 辦理醫院緊急醫療處理能力分級制度
 - 建立各類醫療卓越中心認證
 - 完善緊急傷病患轉診網絡
- 預期成效：減少急診轉診，降低意外死亡

照護人力加值



分項目標策略

- 目標：紮根「全人照護」概念
- 作法：
 - 針對偏遠地區或醫療資源不足區域之醫療需求，推動在地醫師養成計畫
 - 提升醫師養成教育品質，改善過度專科化現象
 - 一般醫學訓練計畫
 - 牙科住院醫師訓練計畫
 - 規劃迎合未來照護需求之各類醫事人力與培育
- 預期成效：醫療團隊多元化，人材在地化

醫療品質管理



醫院自我品質改善

如：ISO、5S、臨床路徑
TQM、醫品圈、品質指標

外部評估

如：醫院評鑑、同儕審查

法規要求

如：法律及政策規定



醫院評鑑的定義



- 評鑑 (Accreditation)

- 對外交人員的委派
- 對執業資格的認可，得到社會的信任。
- 由一個機構或組織，依照事先擬定之規範，對某類業務、機構或案件予以審查，評定其績效之過程〔韓揆，1999〕
- 醫院評鑑：認證醫院作業標準化的過程

結構面

過程面

結果面



醫院評鑑的操作型定義



- 評鑑是健康照護機構自我評值和接受外部同儕審查的過程。根據既定的標準來精確評值自我的表現，並訂出執行方案以持續改進健康照護制度

ALPHA—集合全球的醫療照護評鑑

- 1998年聯盟運作規則：品質標準及外部同儕審查過程是由國家認可、自主獨立的評鑑機構來主導，該機構主要致力於改善民眾的健康照護品質。

ISQua.1998



醫院評鑑的目的(多數說)



- 監督醫院加強業務管理，確保醫療服務品質。
- 奠定分級醫療基礎，提供民眾就醫參考。
- 提升醫院教學研究水準，提供醫學校實【見】習學生及住院醫師臨床學習場所。



醫院評鑑的目的(多數說)



- 監督醫院加強業務管理，確保醫療服務品質。
- 奠定分級醫療基礎，提供民眾就醫參考。
- 提升醫院教學研究水準，提供醫學校實【見】習學生及住院醫師臨床學習場所。
- 外部評估醫院品質及功能
- 提供醫院自我改善品質之導向
- 認可訓練實習醫學生及住院醫師之資格
- 推動醫療政策之輔具

輔導功能？

榮譽制度？



醫院評鑑的發展歷史



- 美國於1918年由外科醫學會開始對醫院作評鑑。1951年JCAHO成立，統合了由各醫學會分別作醫院評鑑的評鑑工作。
- 目前全世界約有30個國家正式實施醫院評鑑。
- 我國是全世界第5個,亞洲第1個實施醫院評鑑的國家。
 - 教學醫院評鑑時期(1978-1987)
 - 醫院評鑑時期(1988~)
 - 委託民間辦理時期(1999~)



醫院評鑑發展

一. 美國的醫院評鑑發展沿革

1. 創始期1918年

2. 起飛期1951年

3. 精進期1987年

二. 台灣醫院評鑑發展沿革

1. 教學醫院評鑑時期
(1978-1987)

2. 醫院評鑑時期
(1988-1998)

3. 委託民間機構辦理時期
(1999~迄今)

美國於1918年由外科醫學會進行醫院評鑑，目前全世界約有30個國家正式實施醫院評鑑，我國是全世界第4個，亞洲第1個實施醫院評鑑的國家，茲分別將美國和台灣的醫院評鑑發展情形介紹如上。



我國醫院評鑑重點的演進及其配分

評鑑重點的演進

- 初期階段：重結構面的評量，評鑑內容主要為醫事人力配置、組織結構、品管活動以及病歷和住院管理。
- 中期階段：重過程面的評量，以品質評估及病人權益為主。也著重結果面的評量，除了重視醫療照護成果之外，也重視醫療成本控制，標準作業規範以及臨床指標等。

舊制醫院評鑑項目及其配分情形

評鑑項目	1988	1990	1991	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
醫院管理	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
外科系醫療品質	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
內科系醫療品質	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
病歷及住院管理	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
臨床檢驗醫療品質	—	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
放射線診療品質	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
護理作業品質	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
藥事作業品質	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
院內感染管制品質	—	—	—	—	—	—	10	10	10	10	10
急診醫療品質	—	—	20	20	20	20	20	20	20	20	20
精神醫療品質	—	—	—	—	10	10	10	10	10	10	10

台灣與美國醫院評鑑制度之比較

項目	中華民國(台灣地區)	美國
1 主辦單位	政府衛生主管機關(行政院衛生署主辦、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會協辦)	民間團體(醫療機構評鑑聯合委員會 JCAHO)
2 評鑑任務	※評鑑工作(包括問卷及實地調查)	1. 評鑑工作(包括問卷及實地調查) 2. 顧問工作(包括教育及訓練)
3 評鑑委員	1. 醫學中心有關專家 2. 行政院衛生署相關業務主管	1. 全國性醫療社團機構代表 2. 消費者代表
4 評鑑標準	1. 醫院評鑑標準 2. 教學醫院評鑑標準 3. 評鑑作業程序	1. 醫院評鑑標準基本原則 2. 評鑑作業程序
5 評鑑之申請	一年一次	※隨時申請
6 評鑑費用	※不收費	依所需日數、人數計價收費
7 評鑑程序	1. 審查書面資料 2. 委員實地評鑑 3. 委員會議決定	1. 書面資料審查 2. 訪視員訪查調查 3. 專家複查及評估訪視報告 4. 委員會議決定
8 評鑑結果	1. 合格 2. 暫准合格(限期改善) 3. 不合格	1. 合格:(1)無條件(2)附條件(一年改正) 2. 不合格
9 評鑑效期	1. 三年 2. 一年	1. 三年 2. 在一年半時,醫院舉行自我評鑑,並報告 JCAHO
10 評鑑結果之申訴程序	無	1. 申請與 JCAHO 代表會談 2. 申請舉行「聽證委員會」之聽證會 3. 申請舉行「評鑑標準與訪視程序委員會」之聽證會



歷年舊制醫院評鑑結果統計表



主辦機關	教育部							衛生署						
	教學醫院評鑑							醫院評鑑暨教學醫院評鑑						
評鑑名稱	教學醫院評鑑							醫院評鑑暨教學醫院評鑑						
年度	67	69	71	73	77	79	80	82	83	84	85	86	87	88
醫院評鑑合格家數	-	-	-	-	122	507	655	592	610	636	578	577	567	557
教學醫院評鑑合格家數	30	47	53	56	75	96	111	121	121	127	133	140	145	140





急重症相關醫院評鑑之 沿革與成效

主講人：王宗倫

中華民國急救加護醫學會理事長 輔大醫學系教授 新光醫院急診科主任

執行機構：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

報告日期：2012年5月6日



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
& Quality Improvement



醫策會93年11月公佈醫院評鑑基準



醫院評鑑評量表 玖、急診組(醫學中心專用)

醫院名稱：_____ 評鑑日期：__年__月__日

合格標準：
 1. 醫院評鑑感管組未達最低標準八十分，即評定為不合格。
 2. 醫院評鑑及教學醫院評鑑兩者成績總分均需達八十五分。
 3. 醫院評鑑總分達八十五分，但有以下情形者即為不合格：
 (1) 兩組成績未達最低標準八十五分，其中一組為內科組、外科組。
 (2) 任三組成績未達八十五分。
 (3) 內科組、外科組任一組成績未達最低標準八十分。
 (4) 其餘各組任一組成績未達最低標準六十分。

若您已充分了解上述說明，請於右方畫線處簽名→_____

評鑑項目	評分	評分標準百分比								備註
		100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0	
整體評量										
1. 服務範圍 應能提供創傷及非創傷病人全天候綜合急診服務。		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若"否"，則急診醫療品質不予評鑑)								
2. 處理能力 於收治病人時，應考量病人的病情與醫院的任務及診療能力，並能提供後續應有之照顧。		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若"否"，則急診醫療品質不予評鑑)								
資料表之填寫詳細及正確度與上次評鑑建議事項改善情形(初評醫院則以資料表填寫品質計分)。		3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0	
一、急診部應有適當組織型態與管理。(11分)										
1.1 急診部組織型態應為獨立之醫療部門，有固定編制。並由急診醫學科專科醫師專任急診部主管。		2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	

醫院名稱：_____ 評鑑日期：__年__月__日

評鑑項目	評分	評分標準百分比								備註
		100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0	
1.2 應有適當工作計劃與業務檢討改進。		(8分)								
1. 應定期舉行部內醫療會議(每週至少二次)並作年終檢討。		4	3.8	3.6	3.4	3.2	2.8	2.4	0	
2. 所有急診部留觀病人，每天應至少有二次由主治醫師或專科醫師迴診。		2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
3. 急診病歷均有主治醫師或專科醫師核簽。		2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
1.3 應訂定急診醫療、護理、社工、檢驗、藥局、放射線檢查、安全、行政及救護車等作業書面規範。		1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
二、急診部應有適當人員配置及訓練。(14分)										
2.1 醫師配置及訓練適當。		(6分)								
1. 全天候應有急診醫學科專科醫師或內、外、小兒科至少各有一名專科醫師或總住院醫院值班。		3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0	
2. 全天候婦產、眼、耳鼻喉科至少各有一名專科醫師或總住院醫師待班。		1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
3. 急診部值班醫師至少應接受「高級心臟救命術」或「高級小兒救命術」或「急診外傷訓練課程」。		2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
2.2 護理人員配置及訓練適當。		(6分)								
1. 觀察室每床 0.5 名+診療室每日每 12 人次一名。		3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0	
2. 應接受急救護理訓練(ACLS、ETTC 等其他相關課程)。		2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	

自評委員簽章：_____ 自評一玖一醫一

本頁得分小計：_____

自評委員簽章：_____ 自評一玖一醫二

本頁得分小計：**19.4**

醫院名稱：_____		評鑑日期：_____年_____月_____日								
評鑑項目	評分標準百分比	評分								備註
		100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0	
3.需接受到院前救護技術訓練課程，至少包括止血、包紮、脫困及緊急傷患搬運、去除頭盔及裝置頸圍、大量傷患處置及檢傷分類、使用自動體外電擊器。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
2.3 應置社會工作人員之配置若干人，並均應接受與急診有相關之社會工作訓練，及主動提供服務。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
2.4 救護車出勤時，車上應至少兩名以上之救護人員；救護車之救護技術員應持有效之合格證照。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
三、急診部應有適當設備與器材。		(5分)								
3.1 急診部內備有符合需求之急救設備與器材：十二導程心電圖機、脈衝式血氧監測儀、心臟去顫器、抽痰設備、氣管內管、喉鏡、中心靜脈導管、耳溫槍、點滴幫浦、大口徑硬式抽吸管、非侵襲性心電圖及血壓監視設備、袋瓣甦醒球、氣管切開包、抗蛇毒血清、氣管及環甲狀軟骨造口術相關設備、給氧設備、鼻管、一般面罩、再呼吸面罩及非再呼吸面罩、輔助呼吸道(口咽呼吸道及鼻咽呼吸道)、頸圍、各種急救藥品、體外心臟節律器、靜脈點滴溫熱設備、攜帶式人工呼吸機、肋膜及心包膜引流包、急診產包、運送型嬰兒保溫箱、烤燈、工作人員防護裝備(如隔離面罩等)、骨髓內注射針、一般型人工呼吸機、急診專用超音波、開胸包(包括可切開胸骨之電鋸)、大口徑靜脈輸注管、體溫監測器、自動心肺復甦機、尖峰吐氣流量表、血液氣體分析儀、潮氣末二氧化碳監測儀、喉罩呼吸道及其他必需之急救設備。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0		
3.2 救護車配備合乎救護車裝備標準。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		

自評委員簽章：_____

自評一政一醫-3

本頁得分小計：_____

醫院名稱：_____		評鑑日期：_____年_____月_____日								
評鑑項目及配分	評分標準百分比	評分								備註
		100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0	
3.3 應具備適當聯絡通訊設備：如與衛生、警察(消防)機關有警鈴裝置，並有院內對講機、院內呼叫系統、無線電呼叫器(專業及業餘)，並能保持緊急通訊之功能。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
3.4 急診部入口處應具備適當設備：如有明顯急診處指示、大量傷患病人動態告示牌、檢傷站、檢傷分類告示牌、社會工作人員服務台、守衛室(崗哨、崗站等)、輪椅及推床供病人使用；並有專職的部門負責紀錄、檢閱及判定所有自鄰近醫院或感染症責任醫院轉診之病人。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
四、急診部應能提供適當與安全醫療的環境。		(3分)								
4.1 急診部環境應具備適當的建築設計：如醫院旁主要道路標示急診部位置。急診標示牌夜間有燈光照明。急診部使用單獨專用出入口。汽車可直達急診部的門口。急診部前，路面與坡道平接，推床可平穩進出。急診部之門前有遮雨篷。急診部各出入口及通道均隨時保持暢通。有足夠的作業空間。醫護人員於護理站可目視到每一位暫留病人。應設置感染隔離室及毒藥物處理室。應單獨設置小兒病人留觀區。診察室有隔牆或遮簾與其他區域分開，保護病人隱私。診療區域內有適當之區隔，病人候診、診察、檢驗、領藥、手術、暫留觀察、辦理手續、家屬等候、醫護人員工作、休息等區域應有適當安排，動線規劃完善且流暢。有飲水供應、公共廁所及公共電話之公共設施，有良好空調或通風設施。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0		

自評委員簽章：_____

自評一政一醫-4

本頁得分小計：_____

醫院名稱：_____ 評鑑日期：_____年_____月_____日

評分	評分標準百分比								備註
	100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0%	
評鑑項目									
4.2 全天候有專屬的駐警或保全人員定時巡邏急診部門，在急診及留觀處裝設有監控視訊設備。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
五、急診部應能提供安全、適時、及適當病人照護。	(31分)								
5.1 對到診病人能做檢傷分類，看診次序適當。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.2 暫留觀察病人有辨識標誌。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.3 候診時間依檢傷分類而定： 第一級：應儘速處理。 第二級：應在十分鐘內處理。 第三級：應在三十分鐘內處理。 第四級：可視情況延後處理。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.4 醫院應訂定簽床制度，優先安排急診重症病人住院。	3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0	
5.5 應建立各專科會診醫師聯絡名單，經通知後緊急會診醫師應在十分鐘內趕到，一般會診醫師應於卅分鐘內趕到處理。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
5.6 訂有轉院書面程序及辦法，應於病人適當處理後才予以轉院，轉院前應與接受醫院聯絡妥當，轉院時應將病人有關之資料一併轉送。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.7 在病人照護的各個階段，每位病人都有一位主要負責的主治醫師負責該病人的照護責任，並提供相關資訊。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
5.8 急診部能做搶救手術，各項急診手術能全天候在院內施行。	3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0	
5.9 應能全天候提供急診部用血，緊急用血能於五分鐘內執行。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
5.10 應全天候提供急診相關檢驗服務，檢驗項目包括血液、尿液、糞便常規檢查、生化檢查、體液分析、動脈血液氣體分析、血液凝集試驗、血清和尿液滲透壓測定、微生物檢查、毒藥物測定等。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	

自評委員簽章：_____

自評一政一醫-5

本頁得分小計：_____

醫院名稱：_____ 評鑑日期：_____年_____月_____日

評分	評分標準百分比								備註
	100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0%	
評鑑項目									
5.11 當急診部提出要求時，放射科醫師應於 30 分鐘內給予口頭或書面報告。	3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0	
5.12 能全天候提供急診藥事服務。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.13 急診病歷具有專用格式且併入一般病歷保存，救護車救護記錄表、X 光、心電圖與急診檢驗等檢查報告均存錄於病歷內，病歷之書寫應注重品質。能在十分鐘內調閱到急診病人之病歷且醫師在病人離開急診部之前已完成有關記載。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
5.14 應具備急診病人電腦資訊，應記載項目包括到達日期與時間、病歷號碼、姓名、年齡、性別、傷病別、檢傷等級、最後去向、離去日期與時間及診斷，且保存年限在三年以上。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
5.15 有專人指導掛號、就診、解答或處理提供病人諮詢之服務。掛號、繳費等行政手續簡便，場所安排適宜，病人無需往返奔波。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.16 應提供急診病人特殊性衛教，另有一般性衛教資料可供人免費取閱。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
5.17 當病人危急或接受侵襲性治療時應有口頭及書面資料告知。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
5.18 應將新興傳染疾病、法定傳染病、犯罪傷害之統計資料及其他應報告事項依規定即時通報衛生主管機關及有關單位。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0	
六、急診部應能提供品質保證。	(20分)								
6.1 部內品質審查會議應每月一次。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	
6.2 全院性急診品質審查會議應每三個月一次。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0	

自評委員簽章：_____

自評一政一醫-6

本頁得分小計：_____

醫院名稱：_____		評鑑日期：_____年_____月_____日								
評鑑項目	評分標準百分比	評分								備註
		100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0%	
6.3 依計畫實施急診品質之監督、評估與改善，其項目包括：病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率、72 小時內回診病人比率、急診病歷品質分析、急診會診時效、完成治療前即離開急診之病人等。病人候診時間、等候檢驗報告時間、等候特殊 X 光檢查時間、應住加護病房而未能 1 小時住進加護病房的人數及比率、應住普通病房而未能即時住進普通病房的人數及比率、會診超過三十分鐘的人數及比率、等手術時間超過六十分鐘的人數及比率等 12 項。	15	14.2	13.5	12.75	12	10.5	9	0		
6.4 應每月辦理與急診醫療相關會議，如：罹病及死亡病例討論、病歷抽查、三日內回診病例討論及到院前死亡病例討論之審查。	3	2.85	2.7	2.55	2.4	2.1	1.8	0		
七、急診部應有適當訓練、進修與研究。	(13 分)									
7.1 應有緊急應變計劃及訓練。	(3 分)									
1. 應有院內緊急災難應變計畫及大量傷患處置計畫，並舉行無預警演習。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0		
2. 應配合地區大量傷患處置計劃，接受指揮。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
7.2 應對新進急診部門人員，依書面規章施以職前訓練，使之瞭解急診作業有關規定及注意事項。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
7.3 應經常講授急診醫療新知，提升醫護人員急救學識及技術。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
7.4 應對院內人員提供急救常識講習及訓練，且各項訓練活動均作記錄(ACLS、BLS 等)。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0		
7.5 應協助推動緊急醫療救護工作。	(3 分) 3									
1. 應配合並推動緊急醫療網事務。	2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.4	1.2	0		

自評委員簽章：_____

自評一政一醫-7

本頁得分小計：_____

醫院名稱：_____		評鑑日期：_____年_____月_____日								
評鑑項目	評分標準百分比	評分								備註
		100%	95%	90%	85%	80%	70%	60%	0%	
2. 應擔任急救責任醫院，並參與救護技術員或相關人員之急救訓練。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
7.6 應有適當進修與研究。	(3 分)									
1. 應積極參與相關學會舉辦之學術活動和繼續教育。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
2. 應進行與急診醫學相關之研究計劃。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
3. 與相關機構共同舉辦學術活動和繼續教育課程。	1	0.95	0.9	0.85	0.8	0.7	0.6	0		
合 計	100 分									

自評委員簽章：_____

自評一政一醫-8

本頁得分小計：_____

總分：_____

醫策會9702公佈醫院評鑑基準



	評鑑基準
4.9	急診
4.9.1	依據醫院角色任務設定適當的急診部門組織及功能
4.9.1.1	應有適當之醫師、護理人員等人力配置及訓練
4.9.1.2	具備完善的醫事人員值班制度
4.9.1.3	建置適當的診療科支援機制
4.9.1.4	應有完備之設施、設備、機器，並確實執行保養管理及清潔管理
4.9.2	急診部門運作良好
4.9.2.1	受理急診病人之原則及步驟明確
4.9.2.2	依醫院的角色任務，實施緊急檢查、診斷、住院、緊急手術等處理
4.9.2.3	掌握急診病人的資訊，並檢討分析急診部門運作狀況
4.9.2.4	急診病人醫療處理之適當性應作檢討與分析



醫策會100年公佈醫院評鑑基準



必要項目	100年條號	100年基準
可	2.4.1	適當之急診人力配置及訓練
可	2.4.2	急診應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理
可	2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力
可	2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制
可	2.4.5	具備完善的急診醫事人員值班制度
可	2.4.6	應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善





必要項目	100年條號	100年基準	100年評分說明
可	2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每天24小時至少有1名專科醫師或資深住院醫師值班。 2. 觀察室每床應有護理人員0.5人，且診療室每日每12人次應有護理人員1人。 3. 急診醫護人員皆具有BLS訓練且合格。 4. 急診醫護人員大於50%以上具有ACLS證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 5. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的30%（所需專科醫師數=全年總急診病人數／5000人） <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每天24小時至少有1名專科醫師值班。 2. 每天24小時婦產、眼、耳鼻喉科至少有1名專科醫師或資深住院醫師待班。 3. 急診醫護人員大於75%具有ACLS證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 4. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的50%。 <p>A：符合B項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全天候應由專科醫師值班。 2. 依醫院重點服務科別安排各該科別專科醫師或資深住院醫師值班。 3. 急診醫護人員全數具有ACLS證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 4. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的70%，且其專任專科醫師有50%為急診醫學科專科醫師。





必要項目	100年條號	100年基準	100年評分說明
可	2.4.2	急診應有完備之設施、設備儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具備施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器（確保氣管、人工呼吸器、輸液、輸血及給藥之準備、去顫器（defibrillator）等），且經常備妥於確實可用狀態。 2. 應有部門或單位負責急診之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。 3. 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 4. 設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急救室、兒科診察留觀區與急診處內其他作業單位有明確區隔，且有專人負責相關設備、機器之定期清潔保養，並有紀錄可查。 2. 對疑似家暴性侵害犯罪情事者，有適當區隔空間以維護病人隱私。 <p>A：符合B項，並有檢討改善且成效良好。</p>





必要項目	100年條號	100年基準	100年評分說明
可	2.4.3	依醫院的角色任務提供急救病人處置能力	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有急診病人的就醫準則與流程，依醫院定位提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救病人的處置能力。 2. 在醫院無法接受病人時應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡及運送病人至其他醫療機構。 3. 轉出時應提供轉診病歷摘要。 4. 若設有精神科住院病房（不含日間照護）之醫院，同時應訂定有急診精神病人之處理準則及急診精神科醫療作業流程及病人轉介系統，包含： <ol style="list-style-type: none"> (1) 遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。 (2) 急診病人安排住院或轉介他院之流程。 5. 對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力（含兒童與少年虐待及疏忽）或性侵害犯罪情事者，應訂有作業準則並依法通報。 <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對需急救病人訂有緊急處置流程及定期檢討評估機制。 2. 訂有特殊病人處理流程及定期檢討評估機制，並提供社工諮商和轉介服務。 3. 可處置完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急作業。 4. 轉送病人過程皆有評估紀錄，並能於必要時，有醫師指導救護人員執行緊急醫療救護行為。 <p>A：符合B項，且定期檢討改善，成效良好。</p>





必要項目	100年條號	100年基準	100年評分說明
可	2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 應依醫院於社區之角色任務，建置適當的診療科支援機制。 急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，如有會診個案，75% 以上可於1小時內支援。 <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 急診能提供內、外、婦、兒及其次專科的服務，如有會診個案，75% 以上可於30分鐘內支援。 支援機制有定期檢討改善。 <p>A：符合B項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 重大外傷（ISS > 16）之會診個案，75% 以上可於10分鐘內支援。 急性缺血性腦中風個案，0.5% 以上給予血栓溶解治療。 急性ST上升心肌梗塞個案，75% 以上可於90分鐘內執行氣球擴張術（door to balloon < 90 min）。 <p>[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 非「急救責任醫院」。 申請「地區醫院評鑑」者。





必要項目	100年條號	100年基準	100年評分說明
可	2.4.5	具備完善的急診醫事人員值班制度	<p>C：應有適當醫事人員值班或待命支援制度。</p> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師（士）等醫事人員值班。 2. 若設立有精神科住院病房（不含日間照護）之醫院，則應能提供24小時急診精神醫療服務。 <p>A：符合B項，且具有完整之值班制度，並定期檢討改善且實務成效良好。</p> <p>[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計99床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。





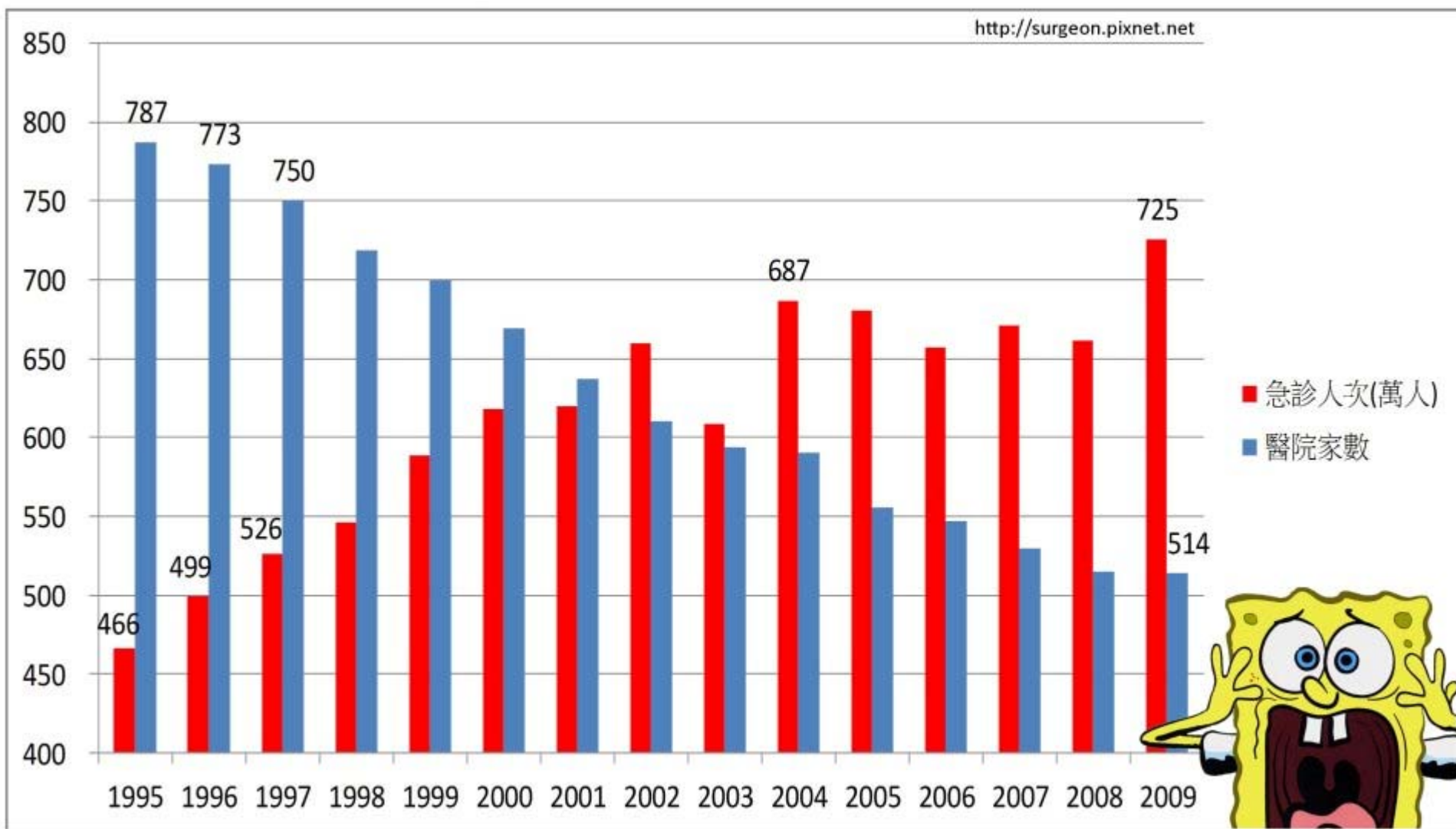
必要項目	100年條號	100年基準	100年評分說明
可	2.4.6	應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。 訂有急診醫療品質相關指標，並定期收集分析，製成報告。 <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討改進。 能對急診病人醫療處理之適當性做檢討與分析。 <p>A：符合B項，且應執行具體急診醫療處理、緊急救護品質、轉診病人的適當性改善方案或措施，成效良好。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 非「急救責任醫院」。 申請「地區醫院評鑑」者。 急診品質指標包含病人滯留急診24及48小時以上之比率、72小時內回診病人比率、應住加護病房而未能1小時住進加護病房的人數及比率、應住普通病房而未能即時住進普通病房的人數及比率、等手術時間超過60分鐘的人數及比率等。



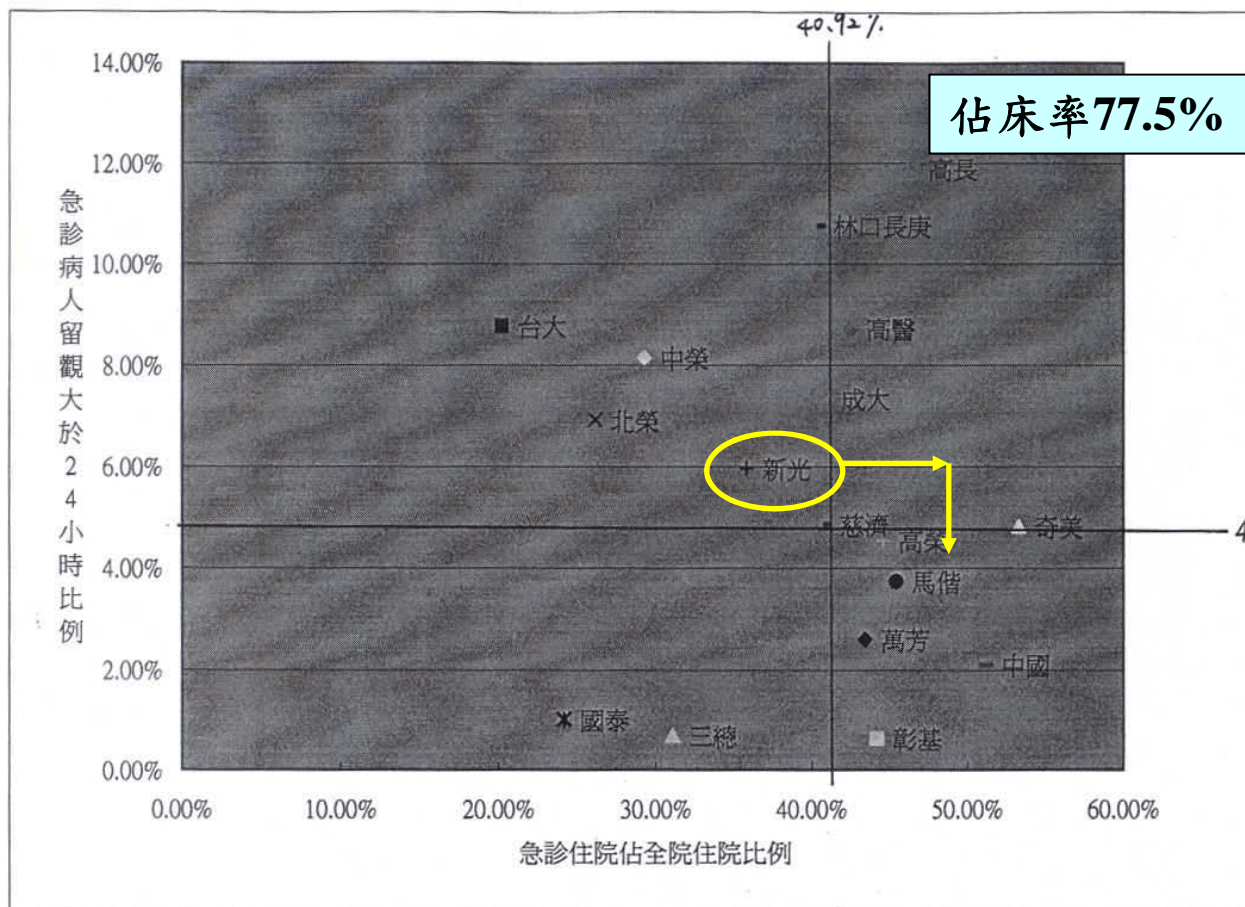


歷年急診人次與醫院家數

資料來源：行政院衛生署

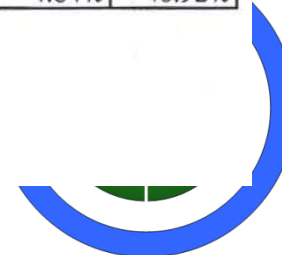


急診壅塞情形: PDCA進行品質改善



	Y: 留觀大於24小時	X: 急診住院佔全院住院
萬芳	2.60%	43.44%
台大	8.77%	20.18%
三總	0.68%	31.10%
北榮	6.91%	26.08%
國泰	6.91%	24.17%
馬偕	3.74%	45.44%
新光	5.97%	35.83%
林口長庚	10.76%	40.39%
中國	2.10%	51.18%
中榮	8.15%	29.27%
彰基	0.63%	44.20%
奇美	4.82%	53.33%
成大	7.35%	40.92%
高長	11.89%	46.49%
高醫	8.72%	42.55%
高榮	4.54%	44.61%
慈濟	4.86%	40.80%
中位數	4.84%	40.92%

資料時間：98年1-12月緊急醫療管理系統資料





緊急醫療處理能力分級之 發展與成效

主講人：王宗倫

中華民國急救加護醫學會理事長 輔大醫學系教授 新光醫院急診科主任

執行機構：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

報告日期：2012年5月6日



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
& Quality Improvement





緊急醫療救護法重要變革

2007年7月11日全文修正

1. 提升病患送達醫院前之緊急救護品質：

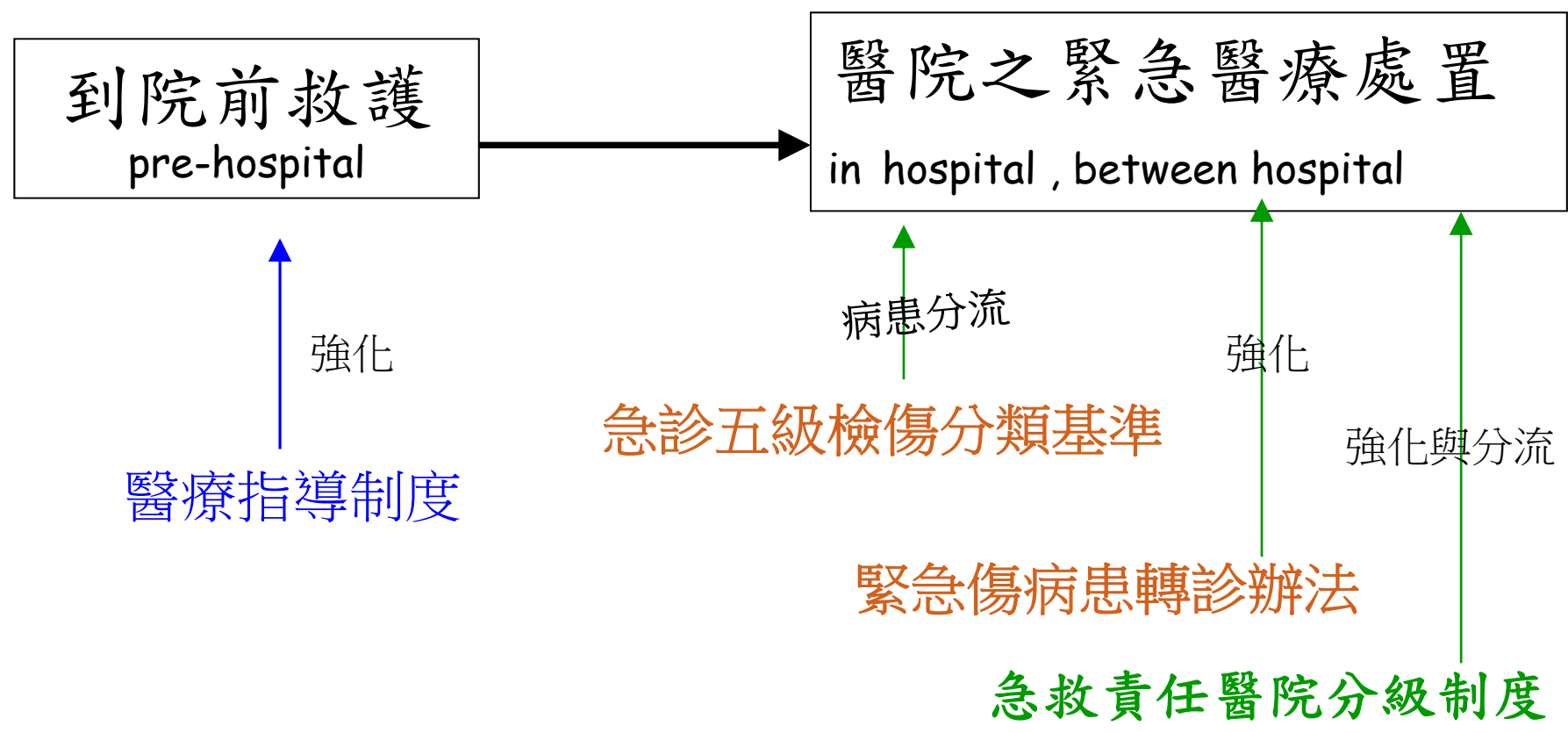
- §25-醫療指導醫師實施辦法

2. 提升病患送達醫院後之緊急救護品質：

- § 36-緊急傷病患轉診辦法
- § 38-醫院緊急醫療處理能力分級評定



緊急醫療救護品質提升之措施



急救責任醫院分級制度



- 依醫院處理急重症的能力進行評定，非單評鑑急診部門的能力。
- 依據評鑑結果提供就醫參考
 - ☆一般疾病：一般級急救責任醫院
 - ☆特定疾病：中度級急救責任醫院以上或中心
 - ☆後送醫院：重度級急救責任醫院
- 建構區域化緊急醫療網絡



急救責任醫院分級制度~試辦



- 針對各級急救責任醫院之資格、任務、醫療品質提升與轉診作業進行規範。
- 急救責任醫院分為重度級、中度級、一般級。各級均須參與區域內緊急醫療救護體系之運作，重度級、中度級須並提供救護技術員至醫院實習與線上醫療指導。
- 於95年底至97年底試辦，96年度評定為重度級13家、中度級95家。

96年度急救責任醫院分級試辦計畫評定結果

評定結果	家數	備註
「重度級」	13	
「中度級」	95	其中29家原經衛生局評定為重度，但經本署複評為中度



醫院緊急醫療能力分級標準（98.7.13發布）

- ✱ 醫院之緊急醫療處理能力，依其提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能，區分為重度級、中度級、一般級。
- ✱ 醫院緊急醫療能力未達標準，經地方衛生主管機關認有因應特殊緊急醫療需求之必要者，得評定其為暫准中度級或暫准一般級。
- ✱ 中央及地方衛生主管機關對前項評定之醫院，應加強輔導提昇其能力。

醫院緊急醫療能力評級表-人力



項目	重度級	中度級	一般級
一、依醫療機構設置標準設置急診室。	✓	✓	✓
二、設有急診醫學部門	✓	✓	-
部門主管為專任且具急診醫學科專科醫師資格。	✓	-	-
三、急診專任人力配置			
一 急診專醫師配置（需24小時在急診值班）： 1. 應有5名以上急診專科醫師，其中應有一半以上具有急診醫學科專科醫師資格。若前一年度急診病人就醫數大於2萬人次，則每增加5千人次應增加一名急診專科醫師。 2. 每月留觀每600人次應增加1名急診專科醫師。	✓		
（二）24小時應有1名急診專科醫師值班。		✓	

醫院緊急醫療能力評級表-會診



四、會診			
(一) 會診人力配置(需24小時值班)			
1. 外科專科醫師	✓	✓	-
2. 內科專科醫師	✓	✓	-
3. 骨科專科醫師	✓	✓	-
4. 神經外科專科醫師	✓	-	-
5. 神經科專科醫師	✓	-	-
6. 婦產科專科醫師	✓	-	-
7. 兒科專科醫師	✓	-	-
8. 麻醉科專科醫師	✓	-	-
9. 院內醫師(不限科)	-	-	✓
(二) 會診時效			
1. 急診醫學部門如有會診個案，75%以上能於30分鐘內得到適當專科支援。	✓		
2. 急診醫學部門如有會診個案，75%以上能於1小時內得到適當專科支援。		✓	

醫院緊急醫療能力評級表-重症照護能力

Taiwan

七、加護病房之照護品質			
(一) 醫師人力			
1. 加護病房每10床有專責主治醫師1人以上。	✓	✓	
2. (1) 24小時有專責專科醫師負責加護病房醫療業務，該醫師需領有高級心臟救命術 (ACLS) 證書，且受有重症加護相關訓練。 (2) 24小時有專責之第3年以上住院醫師 (R3) 於加護病房內值班。	✓		
3. (1) 24小時有專科醫師負責加護病房醫療業務，該醫師需領有高級心臟救命術 (ACLS) 證書，且受有重症加護相關訓練。 (2) 24小時醫師於加護病房內值班。		✓	
(二) 有加護病房床位調度機制，且運作良好	✓	✓	-
(三) 定期品質指標監測，並有具體改善方案。	✓		-
註：專責專科醫師係指該醫師每週至多3個半天門診或手術，其餘時間皆待在加護病房執行業務者。			





醫院緊急醫療能力評級表-腦中風照護能力

八、能進行急性腦中風病患照護			
(一) 訂有急性腦中風病患處置流程 (含住院、手術、轉院標準)	✓	✓	-
(二) 有神經科專科醫師緊急照會機制	✓	✓	-
(三) 有神經外科專科醫師緊急照會機制	✓	-	-
(四) 急性腦中風病患之照護符合品質要求	✓	✓	-
(五) 能全天候處置急性腦中風病患 (包括執行手術)	✓	-	-



醫院緊急醫療能力評級表-急性冠心症照護能力

九、能進行急性冠心症病患照護			
(一) 訂有急性冠心症病患處置流程 (含住加護病房、手術、轉院標準)	✓	✓	-
(二) 有 <u>心臟內科</u> 緊急照會機制	✓	✓	-
(三) 有 <u>心臟外科</u> 緊急照會機制	✓	-	-
(四) 能執行緊急冠狀動脈介入術 (Primary PCI)	✓	-	-
(五) 急性冠心症病患之照護符合品質要求	✓	✓	-
(六) 能全天候處置急性冠心症病患 (包括執行緊急冠狀動脈介入手術)	✓	-	-

醫院緊急醫療能力評級表-外傷照護能力

Taiwan

十、能進行重大外傷病患照護			
(一) 設有外傷處置小組，並訂有重大外傷病患處置流程（含住院、手術、轉院標準）	✓	✓	-
(二) 有專責處理重大外傷病患之負責單位（外傷小組或外傷科(部)），且其全部成員均領有有高級外傷救命術(ATLS)證書。	✓	-	-
(三) 有外傷相關各專科醫師緊急照會機制	✓	✓	-
(四) 外傷專責單位負責人具高級外傷救命術(ATLS)及外傷處置相關訓練之有效證書。	✓	-	-
(五) 有外傷嚴重度(ISS)之評估記錄	✓	✓	-
(六) 重大外傷病患之處置符合品質要求	✓	✓	-
(七) 能全天候處置重大外傷病患（包括執行緊急外傷手術）	✓	-	-



醫院緊急醫療能力評級表-周產期照護能力

十一、能進行高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護			
(一) 訂有高危險妊娠孕產婦處置流程(含住院、手術、轉院標準、緊急照會機制等。)	✓	*	-
(二) 訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含：轉院標準、緊急照會機制等。)	✓	*	-
(三) 照護人力			
1. 具有高危險妊娠照護相關訓練之婦產科專科醫師能於病患入院30分鐘內指導診治。	✓	-	-
2. 有婦產科專科醫師能於病患入院1小時內診治。	-	*	-
3. 有受過高危險妊娠照護訓練之護理人員	✓	*	-
4. 有具新生兒(含早產兒)照顧訓練之兒科專科醫師，並具新生兒高級救命術(NRP)證書。	✓	-	-
5. 有受過新生兒(含早產兒)照護訓練之護理人員，並具新生兒高級救命術(NRP)證書。	✓	*	-
6. 社工師。	✓	-	-
(四) 能於假日及夜間處置高危險妊娠孕產婦	✓	*	-
(五) 能於大夜班進行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術	✓	-	-
(六) 能於假日及夜間處置急重症新生兒(含早產兒)	✓	*	-
(七) 能於大夜班進行急重症新生兒(含早產兒)手術及	✓	-	-

醫院緊急醫療能力評級表-品質管控

Taiwan

五、設有督導急診醫療品質之委員會，負責急診醫療品質管制和跨部門協調等相關事項。	✓	✓	-
六、參與區域內緊急醫療救護體系運作。			
(一) 建立院內指揮組織架構與人員職掌機制	✓	✓	✓
(二) 建立因應緊急傷病患或大量傷病患事故之人力、設備或設施調度原則之機制	✓	✓	✓
(三) 建立假日及夜間時段之應變措施	✓	✓	✓
(四) 訂有大量傷病患應變計畫，並定期舉辦演習。	✓	✓	-
(五) 提供救護技術員之醫院實習及線上醫療指導	✓	✓	-
十二、訂有品質監控措施，並依緊急醫療救護資訊通報辦法提報緊急醫療救護資訊及每月提報品質指標	✓	✓	✓

98年度評定作業及辦理結果 (二)



申請類別	重度級			中度級	
	通過	重點 複查	不通 過	通過	不通 過
結果					
總計	4	15	12	18	79





第一章 急診醫療品質(99年)

項次	評定基準	評分說明 <u>(粗體字底線為新增內容)</u>
1.1	組織架構	
1.1.1	應設有急診室	中、重度級急救責任醫院均需依醫療機構設置標準設置急診室。
1.1.2	應設有急診醫學部門	1. 中度級：應設有獨立之急診醫學部門。 2. 重度級：應設有獨立之急診醫學部門，部門主管需為專任且具急診醫學科專科醫師資格。
1.1.3	人力配置	<p>【重點】急診部門應配置足夠之專任專科醫師，24小時在急診室值班。</p> <p>1. 中度級：24小時應有1名急診專任專科醫師值班。</p> <p>2. 重度級：</p> <p> (1) 應有5名以上急診專任專科醫師，其中應有一半以上具有急診醫學科專科醫師資格。若<u>98</u>年度急診病人就醫數大於2萬人次，則每增加5千人次應增加一名急診專任專科醫師</p> <p> (2) 每月留觀人數每600人次應增加1名急診專任專科醫師(以健保申報留觀人次為計算基準)。</p> <p>【註】計算公式：</p> <p>1. $(98\text{年急診人次}-2\text{萬人次})/5\text{千人次}+5\text{名}$，以無條件捨去方式計算。</p> <p>2. 留觀人數以月平均計算。</p>





第一章 急診醫療品質(續)

1.1.4	設有急診醫療品質之委員會，負責急診醫療品質管制和跨部門協調等事項	中、重度級急救責任醫院均應能提出針對急診醫療品質委員會決議改善事項的執行成效。
1.1.5	病患轉院機制	中、重度級急救責任醫院均應有病患轉院機制，且急診病患轉診應符合緊急傷病患轉診辦法之規定。 【註】本項係指急診病患之轉院流程。
1.2	健全的會診機制	【重點】 各專科需有24小時專科醫師值班，並於適當時間內完成會診。
1.2.1	會診人力配置(需24小時專科醫師值班)	1. 中度級：外、內、骨科需24小時有專科醫師值班。 2. 重度級：外、內、骨、神外、神內、婦、兒、麻醉科均需24小時有專科醫師值班。 【註】會診人力配置查核，中度級僅需附值班表。
1.2.2	急診醫學部門如有會診個案，能得到適當專科支援	1. 中度級：急診醫學部門如有會診個案，75%以上60分鐘內可獲得支援（以外、內、骨科為主）。 2. 重度級：急診醫學部門如有會診個案，75%以上30分鐘內可獲得支援（以外、內、骨、神外、神內、婦、兒、麻醉科為主） 【註】中、重度級均以外、內、骨、神外、神內、婦、兒、麻醉科所有會診個案總數統計，不需分科別計算。



第一章 急診醫療品質(續)



1.3	參與區域內緊急醫療救護體系運作	
1.3.1	應有院內指揮組織架構與人員職掌機制	中、重度級急救責任醫院均需有完備之院內指揮組織架構與人員職掌機制，並備有資料可查。
1.3.2	應建立緊急傷病患或大量傷病患事故調度機制	中、重度級急救責任醫院均需建立緊急傷病患或大量傷病患事故之人力、設備或設施調度原則之機制，並備有資料可查。
1.3.3	應建立假日及夜間時段之應變措施	中、重度級急救責任醫院均需建立假日及夜間時段之應變措施，並備有資料可查。
1.3.4	應有大量傷病患應變計畫	中、重度級急救責任醫院均應備有完善應變計畫並提供98年度（或98年10月至99年6月）辦理演習清單（含時間與參與人數）。



第一章 急診醫療品質(續)



1.3.5	應提供救護技術員之醫院實習及線上醫療指導	<ol style="list-style-type: none">1. 醫院應提供區域內救護技術員訓練實習及必要之醫療指導。2. 中、重度級急救責任醫院均需符合，並提供相關訓練（實習）證明。 <p><u>【註】如救護技術員若無醫院實習及線上醫療指導等需求，則只要提出醫院有提供實習及線上醫療指導之證明或執行流程即可。另醫院亦可由消防局提供證明聘請醫院擔任醫療指導醫院。</u></p>
-------	----------------------	---



第一章 急診醫療品質(續)



1.4	落實急診醫療業務指標管理	【重點】訂有品質監控措施，並每月提報品質指標。
1.4.1	急診病人數及檢傷級數分布	分內科、外科、兒科及其他科統計，其中內科、外科、兒科並依檢傷級數統計（中、重度均須提供）。 <u>【註】本項之統計依醫院內部之管理及分類（科）情形統計即可。</u>
1.4.2	急診病人檢傷比例	分外傷、非外傷、兒科統計（中、重度級急救責任醫院均須提供）。
1.4.3	急診病人收治住院比例（含收治於加護病房及一般病房之比例）	中、重度級急救責任醫院均須提供。
1.4.4	急診住院佔全院住院比例	中、重度級急救責任醫院均須提供。
1.4.5	急診留觀或等待住院超過24及48小時以上比例	中、重度級急救責任醫院均須提供（並請提供每月急診留觀人次供參）。





第一章 急診醫療品質(續)

1.4.6	72小時內重返急診比例	僅重度級醫院提供，並請分析其原因。
1.4.7	急診會診超過三十分鐘之人次及所佔比例	僅重度級醫院提供。
1.4.8	病人平均候診時間（掛號至第一次開立醫囑時間）	中、重度級急救責任醫院均須提供。 <u>【註】依檢傷分類病患級數提供病患之平均候診時間（分級候診時間）。</u>
1.4.9	檢傷一、二級病人處理時效（掛號至離開急診或完成急診處置時間）	中、重度級急救責任醫院均須提供。
1.4.10	急診病患轉出、轉入統計及原因分析	中度級及 <u>重度級</u> 急救責任醫院均須提供（請分別列出前五名轉出、轉入之醫院、 <u>診斷</u> 每月病患數）， <u>並就轉出、轉入個案原因進行分析。</u>



100 年度醫院緊急醫療能力分級評定公告合格名單



編號	縣市別	醫院名稱	評定結果	備註
1	基隆市	行政院衛生署基隆醫院	通過中度級評定	無
2	新北市	行政院衛生署台北醫院	通過中度級評定 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	無
3	桃園縣	壠新醫院	通過中度級評定 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	無
15	宜蘭縣	財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	通過中度級評定 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	無
16	台北市	台北市立聯合醫院中興院區	通過中度級 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	列為公告後6個月內之追蹤對象
17	台北市	台北市立聯合醫院仁愛院區	通過中度級 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	無
18	台中市	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院	通過中度級 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	列為公告後6個月內之追蹤對象
19	台中市	林新醫療社團法人林新醫院	通過中度級 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	列為公告後6個月內之追蹤對象
20	彰化縣	彰化基督教醫院鹿基醫院	通過中度級評定 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	無
21	屏東縣	寶建醫療社團法人寶建醫院	通過中度級評定 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質)	無
22	基隆市	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	通過重度級	無

通過
中度級**21**家
重度級**1**家

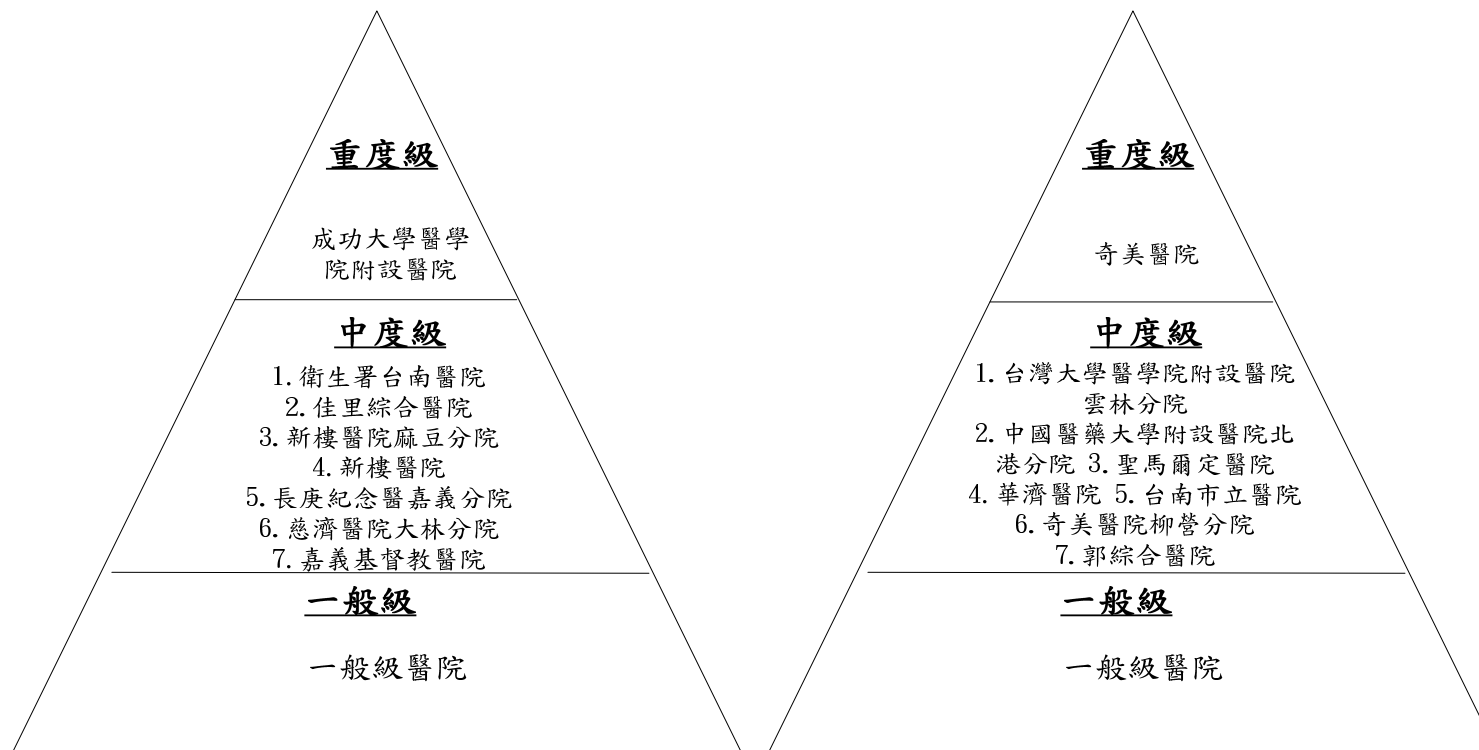
中度級通過率**(78%)**

以上評定合格效期均至 103 年 12 月 31 日止。



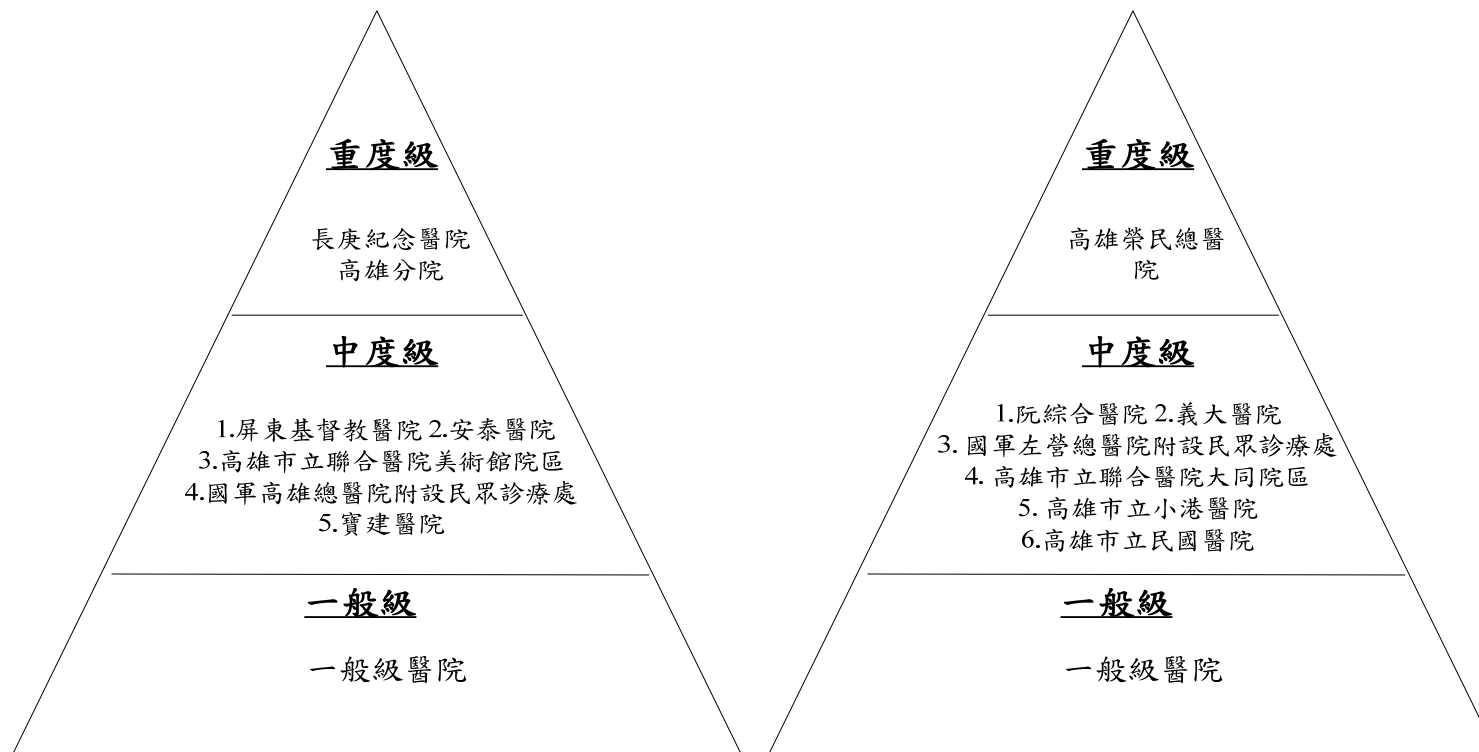
			生兒照護品質)	
--	--	--	---------	--

南區醫院聯盟



圖、南區醫院策略聯盟模擬圖

高高屏醫院聯盟



圖、高屏區醫院策略聯盟模擬圖

急重症醫療的照護體系!?



- 醫療法88條明定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。
- 緊急醫療救護法第5條，為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。

醫療網急救責任醫院概況



依醫療網規劃每一次醫療區(63次區域)指定急救責任醫院

- 指定急救責任醫院共有201家，分別為醫學中心22家，區域醫院67家，地區醫院112家
- 無急救責任醫院之次區域共六區:泰林、坪烏(台北)、山線(苗栗)、新豐(台南)、成功、大武(台東)
- 雖有醫院之指定，卻無網絡之形成。

重症醫療照護網絡之建立



- 醫療網計畫實施迄今，對於醫療服務量已達目標，惟質的評估有待建立、資源分布仍有待強化。
- 醫院兩極化發展，民眾就醫之選擇資訊不明，醫學中心急診壅塞、病床則一床難求。
- 透過急救責任醫院分級制度，建立區域化、類別化之重症照護網絡。

近代急重症照護之核心思維



- 分級醫療制度之精神非層層上轉，而是提供適時、適地、適切之醫療(do the right thing at right time and right place)。
- 近年來研究顯示，對於緊急疾病之照護應朝向區域化(regionalization)、類別化(categorization)、協同化(coordination)發展。
- 對於急性心肌梗塞、腦中風、創傷患者之照護，應以體系觀念規劃，如heart care system，stroke care system，trauma care system等。



醫院緊急醫療能力分級制度



- 醫院緊急醫療能力分級標準 (98.7.13發布)
- ✓ 醫院之緊急醫療處理能力，依其提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能，區分為重度級、中度級、一般級。
- 急救責任醫院於急重症照護網之定位：
 - ✓ 一般級:於偏遠地區提供一般性急症初步處置 (stabilize)與急救措施(resuscitate)，並安排適切之轉診。
 - ✓ 中度級:除一般急症外，提供特殊急症之評估、急救、緊急處置與必要時之轉診安排。
 - ✓ 重度級:提供完整全面性之照護。

醫院緊急醫療能力分級評定標準-1

Taiwan

- 急診醫療品質
 - 急診專任人力、照會之專科人力與時效、急診醫療品質之監測與控管。
- 重症加護照護能力
 - 加護病房之專任人力、人員訓練、與醫療品質之控管。
- 特定疾病照護能力與品質
 - 急性腦中風、急性冠心症、多重創傷、高危險妊娠與新生兒照護之關鍵能力、醫療品質管控。
- 整體醫院緊急處置能力與區域網絡之建立
 - 大量傷患緊急應變能力、區域緊急醫療系統之協同運作、轉診規劃。

醫院緊急醫療能力分級評定標準⁻²

- 特定疾病照護能力與品質查核重點
 - 建立病患處置流程(含住院、手術、轉院標準)
 - 建立品質監控與持續改善機制
- 急性腦中風
 - 有適應症之缺血性腦中風病患應要求嚴重度評估NIHSS SCORE。(100%達成)
 - 有適應症之缺血性腦中風病患應施打血栓溶解劑。(50%達成)
- 急性心肌梗塞
 - 給予ASA及Clopidogrel。(70%達成)
 - 急性ST段上升之心肌梗塞Door to balloon time < 90分鐘或Door to needle time < 30分鐘。(70%達成)



醫院緊急醫療能力分級評定標準⁻³

- 重大外傷
 - 腹腔內胃腸道穿孔病患於24小時內接受剖腹手術。
- 高危險妊娠孕產婦及新生兒照護
 - 應有具新生兒(含早產兒)照顧訓練之兒科專科醫師，並具新生兒高級救命術(NRP)證書。
 - 應能於假日及夜間處置高危險妊娠孕產婦及急重症新生兒(含早產兒)。(80%達成)
- 加護病房照護品質



醫療品質促進模式

TQM
QCC
Leadership

品質文化

ISO 提案
RCA 5S
TQIP THIS
EBM BSC
臨床路徑
內部通報系統
病人安全

交流分享
平台

多元品質
工具運用

外部機制

醫療
品質
促進

內部機制

正向學習
文化

系統性品
質提升

醫院設置標準
醫院評鑑
健保審查
外部通報系統
民間團體(醫改會)

核心教育

醫學教育
一般醫學訓練
繼續教育

全面品質管理(TQM)的定義



- 『全面』—— 所有成員及事件都必須參與持續改進的過程。
- 『品質』—— 顧客滿意包含了內、外部顧客。
- 『管理』—— 組織的領導。
- 為一種整合性管理系統，經由全面管理者及職員的參與以達成顧客滿意，並利用量化方式持續改進組織過程。

Barkley & Saylor (1994)





TQM在各領域的實施

1950 1960 1970 1980 1990 1997- 2002

QC

TQC

CWQC

TQM
(1985)

TQE

QA

ISO-9000

(1987)

醫院

彰基、奇美、萬芳、台大、三總

學校

台大、政大、成大、淡江、元智、中原



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
& Quality Improvement



醫療品質—滾球理論

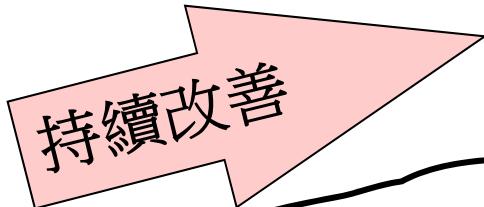
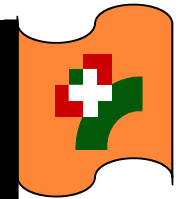


煞車力量

醫療異常報告(QA)、
行政異常報告(QA)、
ISO 內部稽核、
提案制度(SS) ...

牽引力量

EBM、標竿學習(BMK)、
品管圈(QCC)、5S、臨
床路徑...



管理系統

標準化(ISO...)

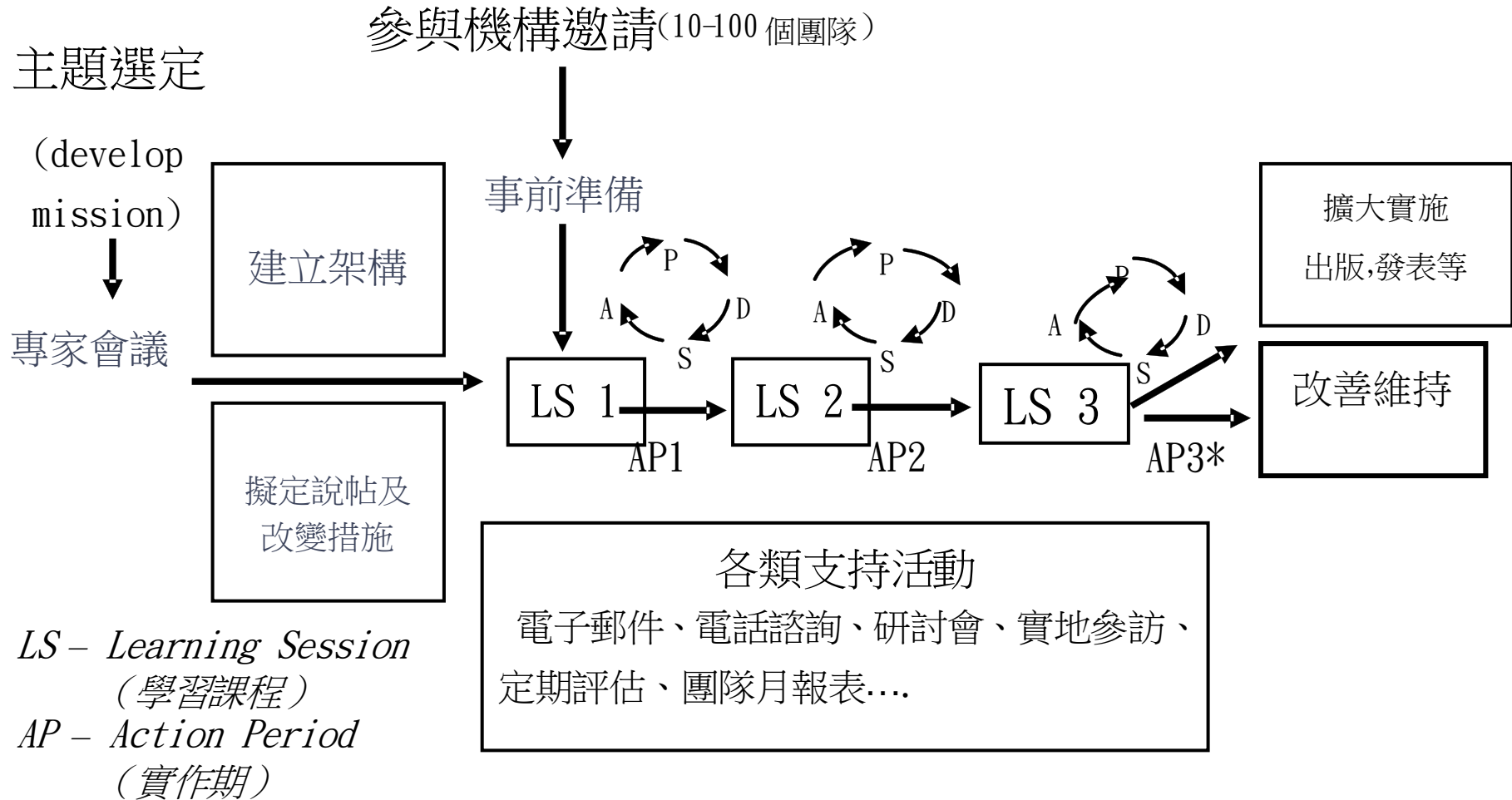
TQIP與THIS之比較



TQIP	THIS
1. 無結構性指標及營運面指標。	1. 偏重結構性指標及營運面指標
2. 臨床指標分類較細（以疾病別、處置別再細分）。	2. 可與國內各級醫院進行比較及標竿學習
3. 可與國際醫療機構進行比較及標竿學習。	

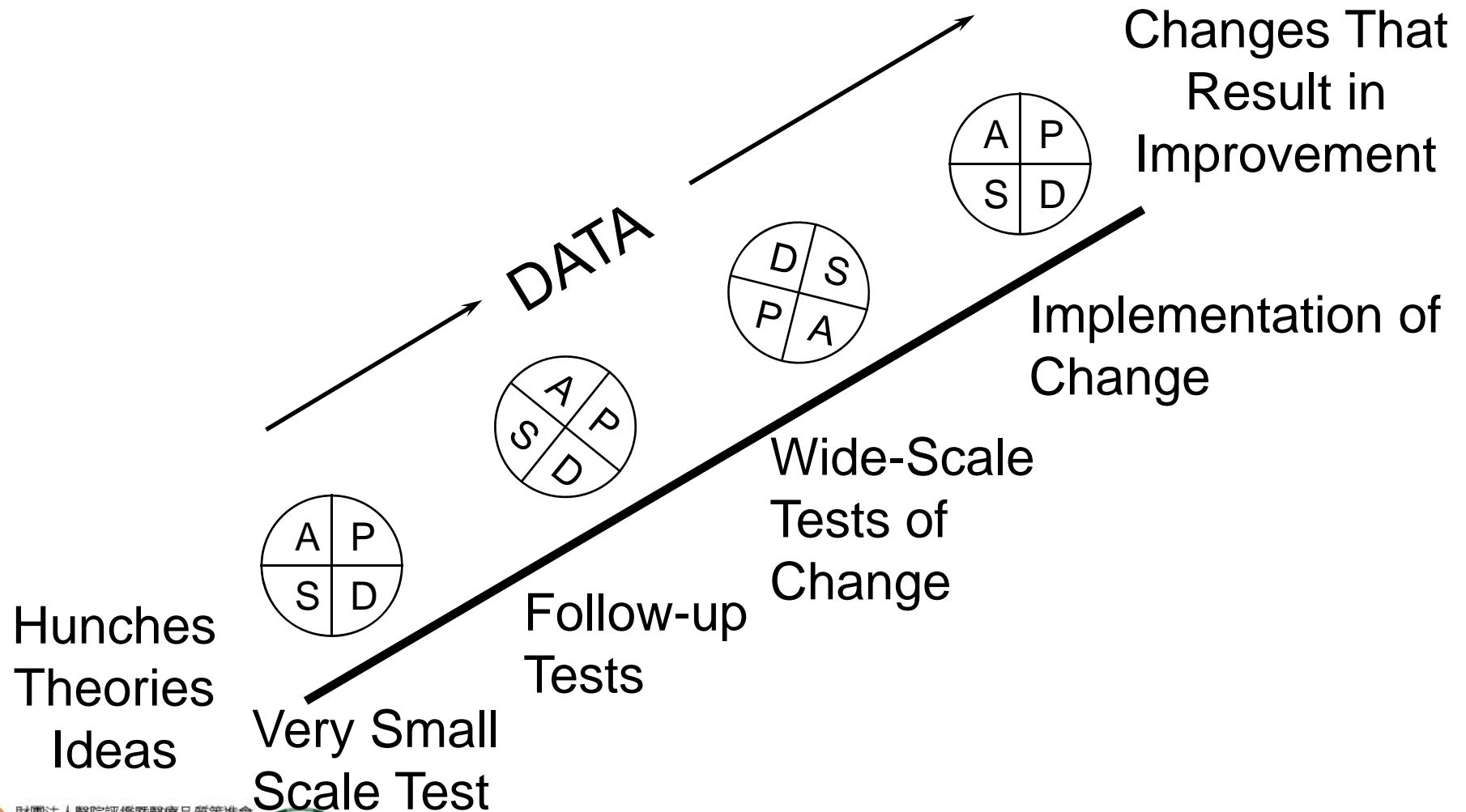


品質突破系列



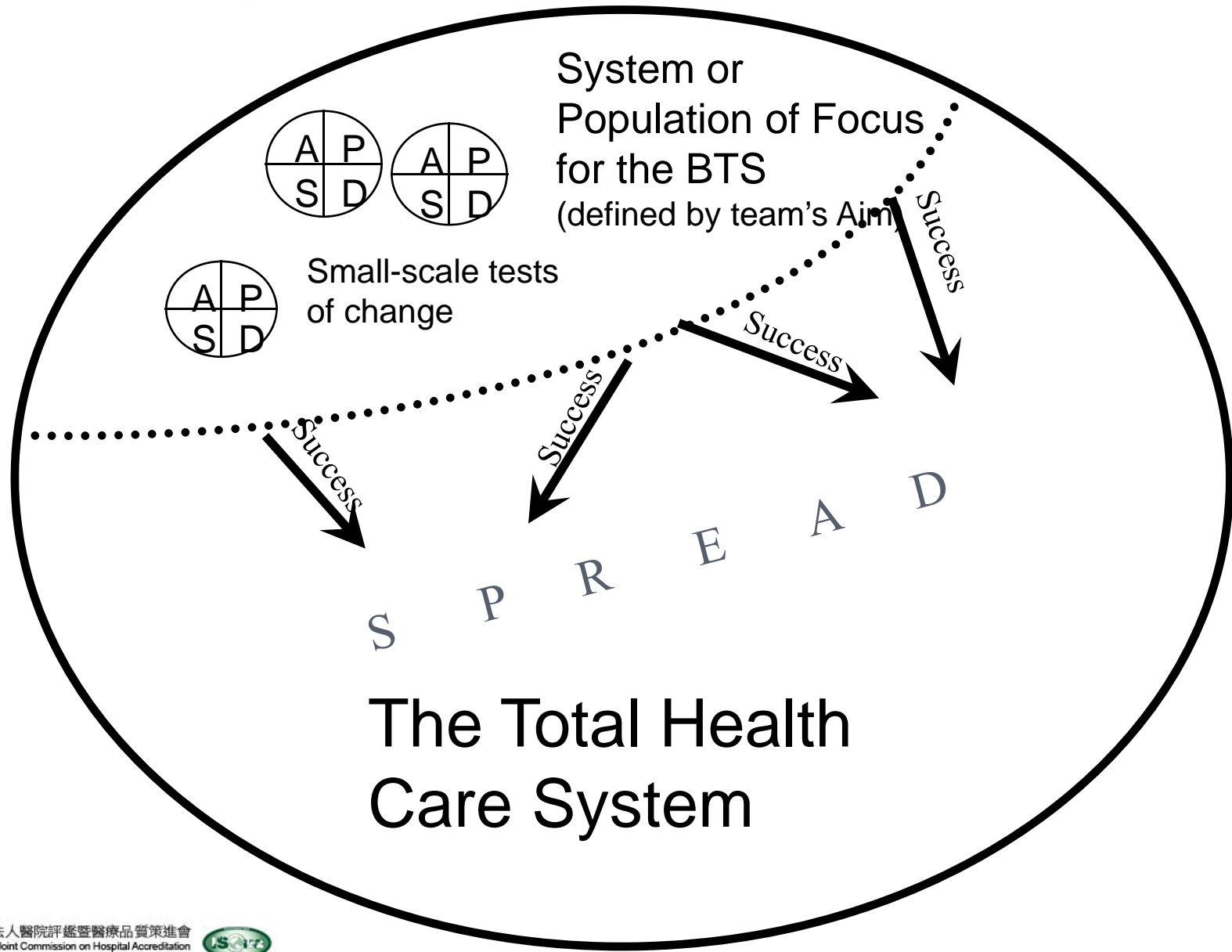


Repeated Use of the PDSA Cycle





Target Population for Spread



危機並未解除！挑戰才剛開始！！



急診就醫安全警訊指標



- 急診就醫安全指標
 - 急診專任主治醫師人力及素質現況
 - 急診護理人力及素質現況
 - 急診壅塞現況
 - 重症接收能力現況

急診就醫安全警訊指標



- **急診工作指標(Emergency Department Work Index, EDWIN)**
- **國家急診壅塞指標(National Emergency Department Overcrowding Scale, NEDOCS)**



NEDOCS

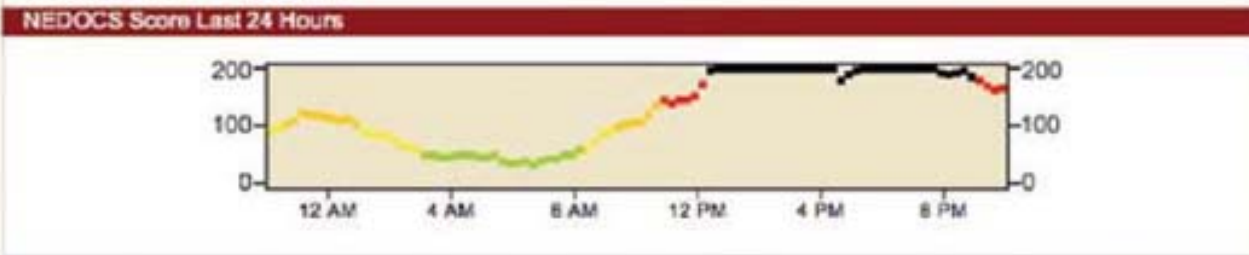
February 22nd, 2010

National ED Overcrowding Scale

The Ohio State University Medical Center Main Campus: On Emergency Bypass

Data		10:08 PM	Scale
NEDOCS Score		171	<p>Severely overcrowded</p>
Patients in ED		64	
Admitted Patients in ED		10	
Vent Patients in ED		<input type="text" value="0"/> <input type="button" value="Enter"/>	
Longest Admit Time		6.07 (hours)	
Last Triage Waiting Time		5.08 (hours)	
ED Beds		37	
Hospital Beds		709	
Patients in Waiting		21	

Census Data							
Census	Yesterday	Today	Last Hour	Admits	Yesterday	Today	Last Hour
	192	246	6		43	66	1



急診就醫安全警訊系統 (Safety alert system of emergency care, SASEC)

登入者：A0001	登出系統
欲登錄的月份資料：	2011 年 01 月
急診專任主治醫師人力警示指標	
A.上一個月急診病人總數：	12000
B.專任急診主治醫師：	25 <small>(說明:若病人總數含小兒科病人就需計算小兒科醫師，若不包含小兒科病人就不可計算兒科人數)</small>
C.專任急診主治醫師年資 < 3年人數：	12
急診護理人力警示指標	
D.健保申報留觀人數：	2100
E.專任急診護理人員：	70 <small>(說明:若病人總數含小兒科病人就需計算小兒科醫師，若不包含小兒科病人就不可計算兒科人數)</small>
F.護理急診年資 < 1年人數：	30
急診壅塞警示指標	
G.壅塞嚴重度：	顯著(每天4-8小時出現)或平均一星期出現1-2次
J.急診非正式的床位數：	20
H.急診正式之床位數：	60
重症處理能力警示指標	
I.病人等候加護病床 > 6小時以上的次數：	平均一星期出現3-5次
<input type="button" value="送出資料"/>	



警訊分類(嚴重度分數)	醫師人力警訊分數+護理人力警訊分數+急診壅塞警示分數	
綠色(安全, 0分)	0	安全
灰色警示(輕, 1分)	<6	有安全之虞
黃色警示(低, 3分)	6-10	不安全
橙色警示(中, 5分)	11-15	危險
紅色警示(高, 7分)	>15	極危險

警訊	縣市內所有急救責任醫院 就醫警訊平均分數	警訊意義
綠色	<1	安全
灰色警訊	>1 - <2	有安全之虞
黃色警訊	>2 - <3	不安全
橙色警訊	>3 - <5	危險
紅色警訊	≥5	極危險

急診壅塞(台北市)



表 1、101 年度 1 至 2 月臺北市急救責任醫院暫時無法接收急診病患統計一覽表

緊急醫療能力分級	月份別	1月					2月					3月				
	項目	總申請次數	連續性次數			總申請次數	連續性次數			總申請次數	連續性次數					
	急救責任醫院別		2-4hrs (A)	>4hrs 以上 (B)	小計 (A) + (B)		佔總數百分比 (%)	2-4hrs (A)	>4hrs 以上 (B)		小計 (A) + (B)	佔總數百分比 (%)	2-4hrs (A)	>4hrs 以上 (B)	小計 (A) + (B)	佔總數百分比 (%)
重度級	臺大醫院	80	24	10	34	42.5	141	51	17	68	48.2	130	45	21	66	50.8
	臺北榮民總醫院	25	0	0	0	0.0	50	5	0	5	10.0	61	9	3	12	19.7
	馬偕醫院	19	5	0	5	26.3	70	19	22	41	58.6	76	26	21	47	61.8
	新光醫院	5	0	0	0	0.0	43	9	1	10	23.3	46	8	2	10	21.7
	三軍總醫院	—	—	—	—	—	1	0	0	0	0.0	34	7	3	10	29.4
	國泰醫院	5	1	0	1	20.0	18	5	0	5	27.8	58	20	15	35	60.3
	萬芳醫院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中度級	臺北長庚醫院	11	1	0	1	9.1	15	0	0	0	0.0	23	5	0	5	21.7
	臺北醫學大學附設醫院	3	1	0	1	33.3	6	1	0	1	16.7	6	0	0	0	0.0
	振興醫院	—	—	—	—	—	1	0	0	0	0.0	1	0	0	0	0.0
	聯醫陽明院區	10	3	0	3	30.0	8	3	0	3	37.5	19	4	6	10	52.6
	聯醫忠孝院區	1	0	0	0	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
一般級	聯醫中興院區	3	0	0	0	0.0	9	1	0	1	11.1	15	1	0	1	6.7
	聯醫仁愛院區	1	0	0	0	0.0	1	0	0	0	0.0	5	0	0	0	0.0
	聯醫和平院區	10	2	0	2	20.0	30	7	0	7	23.3	19	6	3	9	47.4
	臺安醫院	2	0	0	0	0.0	12	2	0	2	16.7	7	1	0	1	14.3
	國軍松山總醫院	2	0	0	0	0.0	1	0	0	0	0.0	1	0	0	0	0.0
	西園醫院	8	0	0	0	0.0	4	0	0	0	0.0	4	0	0	0	0.0
	博仁醫院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	宏恩醫院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	康寧醫院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	中國附醫臺北分院	1	0	0	0	0.0	1	0	0	0	0.0	2	0	0	0	0.0
總計		186	37	10	47	25.3	411	103	40	143	34.8	507	132	74	206	40.6

重症專科醫師發展之必要性



2011/07/08 台灣首頁 香港首頁 壹週刊 壹電視 RSS 進階搜尋

蘋果日報 APPLE DAILY

1111 人力銀行 www.1111.com.tw

新聞 動新聞 即時新聞 今日總覽 昔日新聞 基金會

頭條要聞 > 政府堅定捍衛主權尊嚴 (楊進添) >

點閱(52469) 轉寄(80) 引用(119) 字級: A A A 分享: [Facebook] [Twitter]

重症無醫師 (陳文茜)

2011年 02月12日

二代健保吵了2個月後，楊志良拍賣書包，留下一句「官不聊生」，下台走人。

但直到他下台前一天，健保真正該被激烈辯論的大事才登上《聯合晚報》頭版頭條。《聯晚》斗大標題寫著「全台各大醫院婦產科只招到10名醫師，一招沒人，二招來2個，連台大醫院都說史無前例」。理由什麼呢？第一少子化；第二，健保1995年實施後對重症與高風險的醫事給付太低太離譜；於是





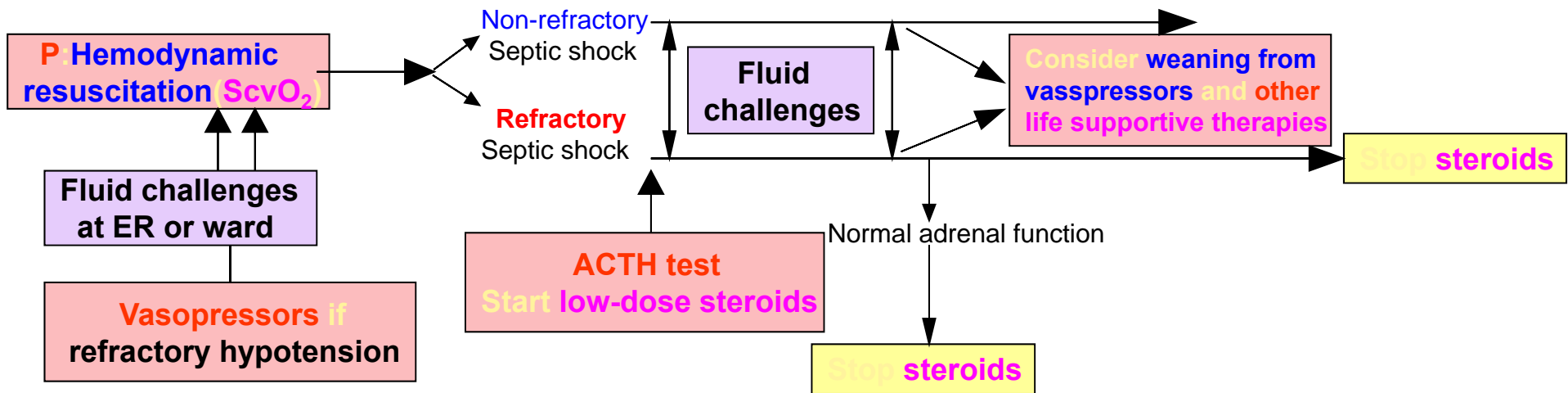
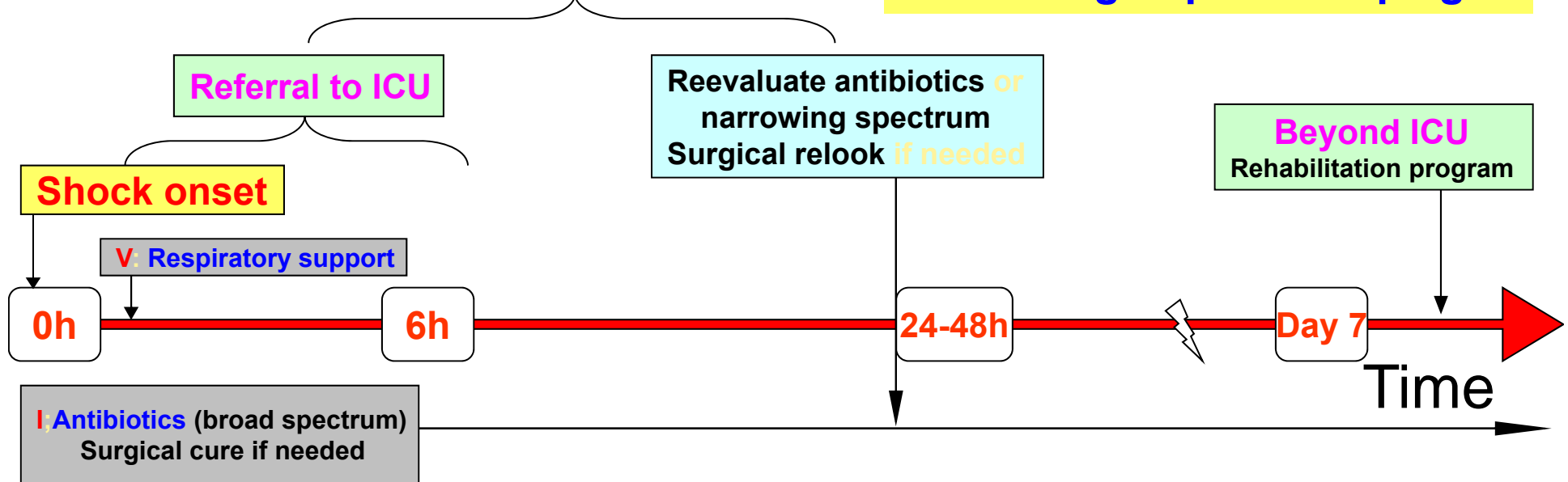
- Initial resuscitation
- Diagnosis
- Antibiotic therapy
- Source control
- Fluid therapy
- Vasopressor
- Inotropic therapy
- Steroids
- Recombinant human activated Protein C (rhAPC)
- Blood product administration
- Mechanical ventilation of sepsis-induced acute lung injury (ALI)/ARDS
- Sedation, analgesia, and neuromuscular blockade in sepsis
- Glucose control
- Renal replacement
- Bicarbonate therapy
- Deep vein thrombosis prophylaxis
- Stress ulcer prophylaxis





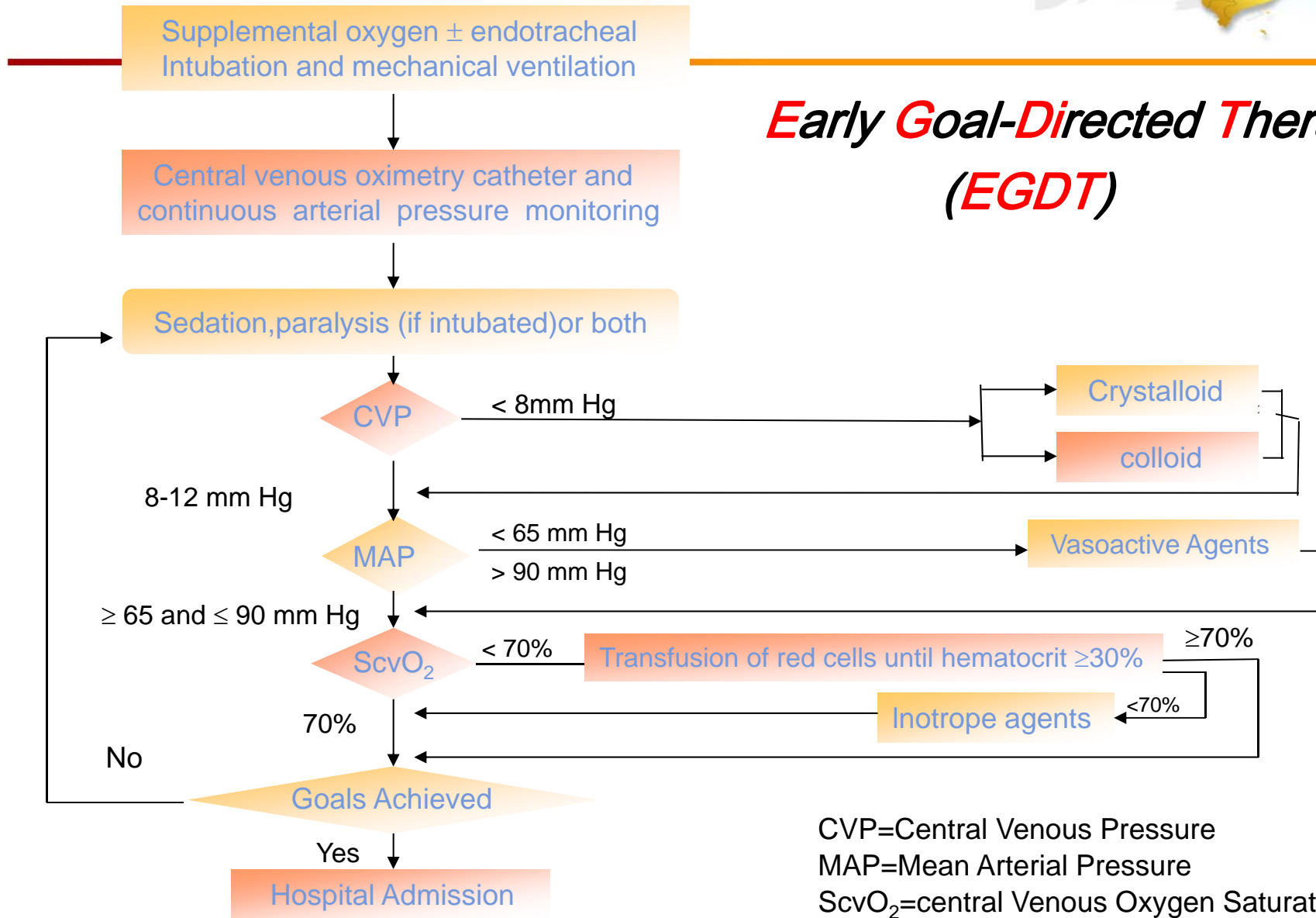
Consider activated protein C for 96h if high risk & impending organ failure

Route to death or survival? Surviving Sepsis Campaign

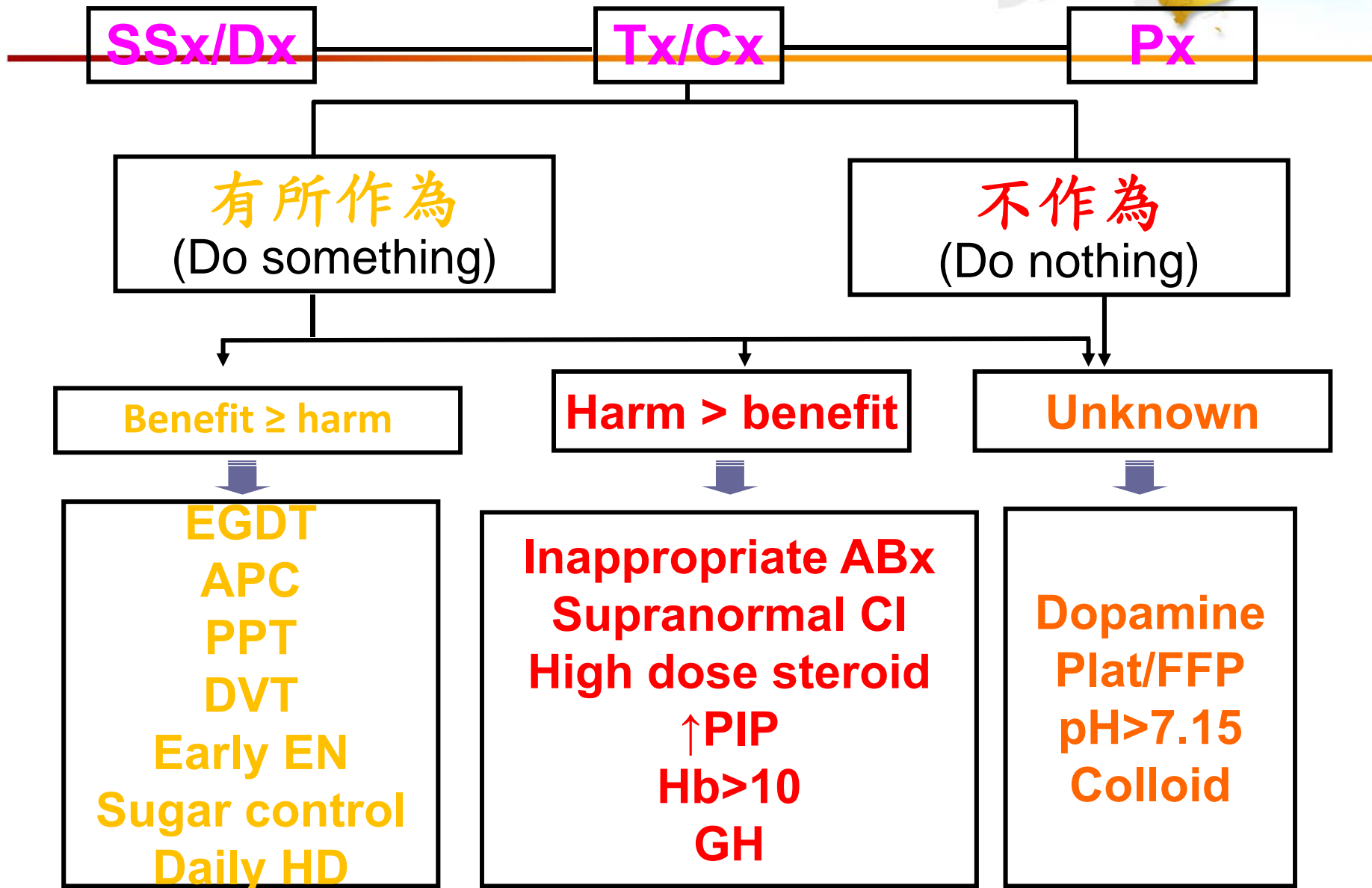




Early Goal-Directed Therapy (EGDT)

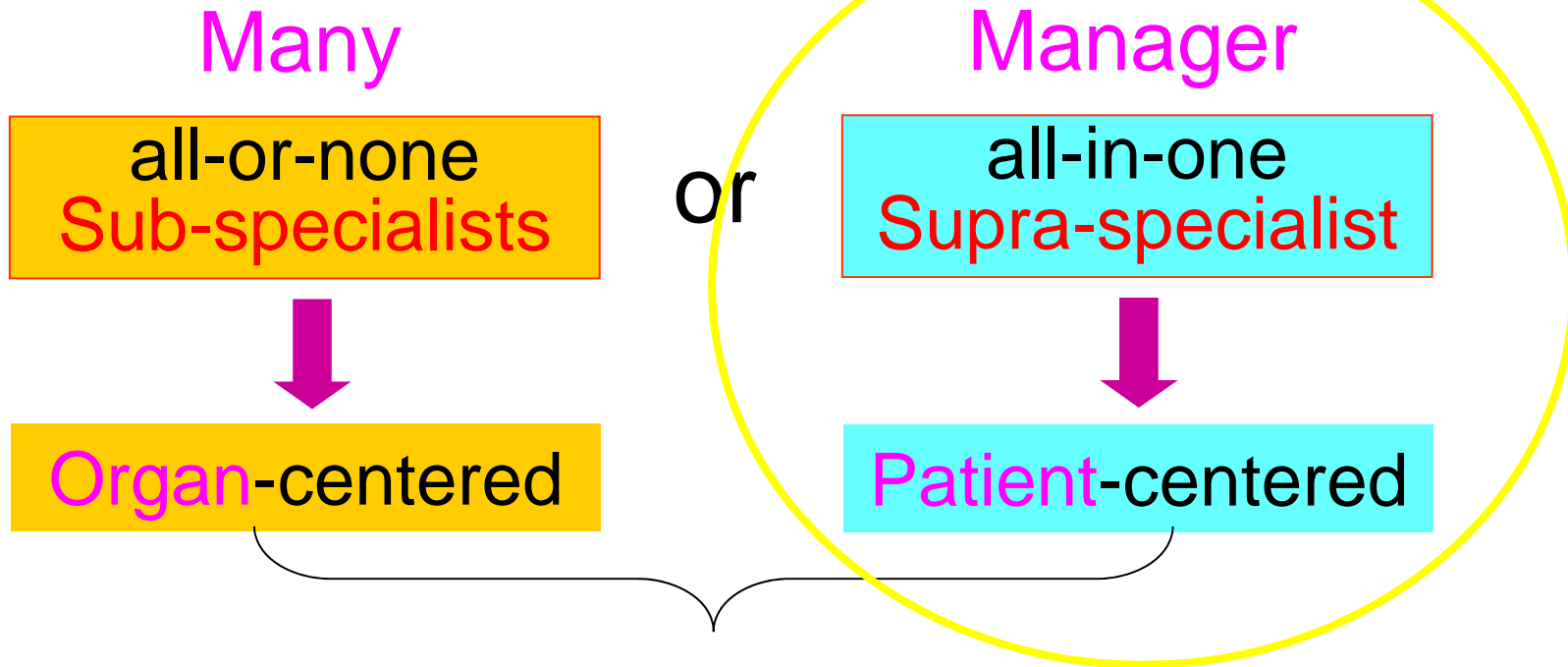


CVP=Central Venous Pressure
 MAP=Mean Arterial Pressure
 ScvO₂=central Venous Oxygen Saturation





Multidiscipline ICU



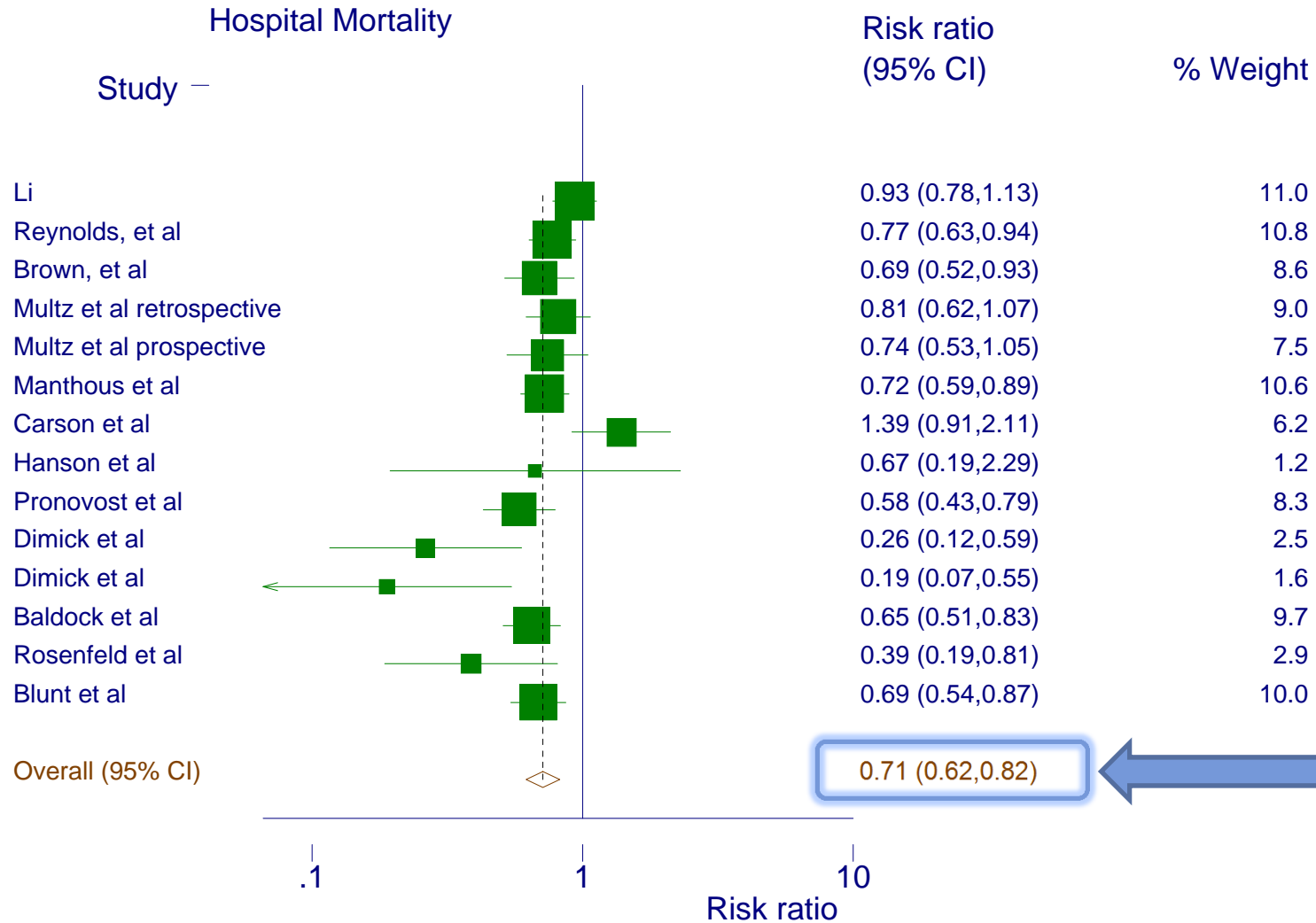
Intensive Care Medicine

集中治療醫學





Intensivists Reduce Mortality: Hospital Mortality

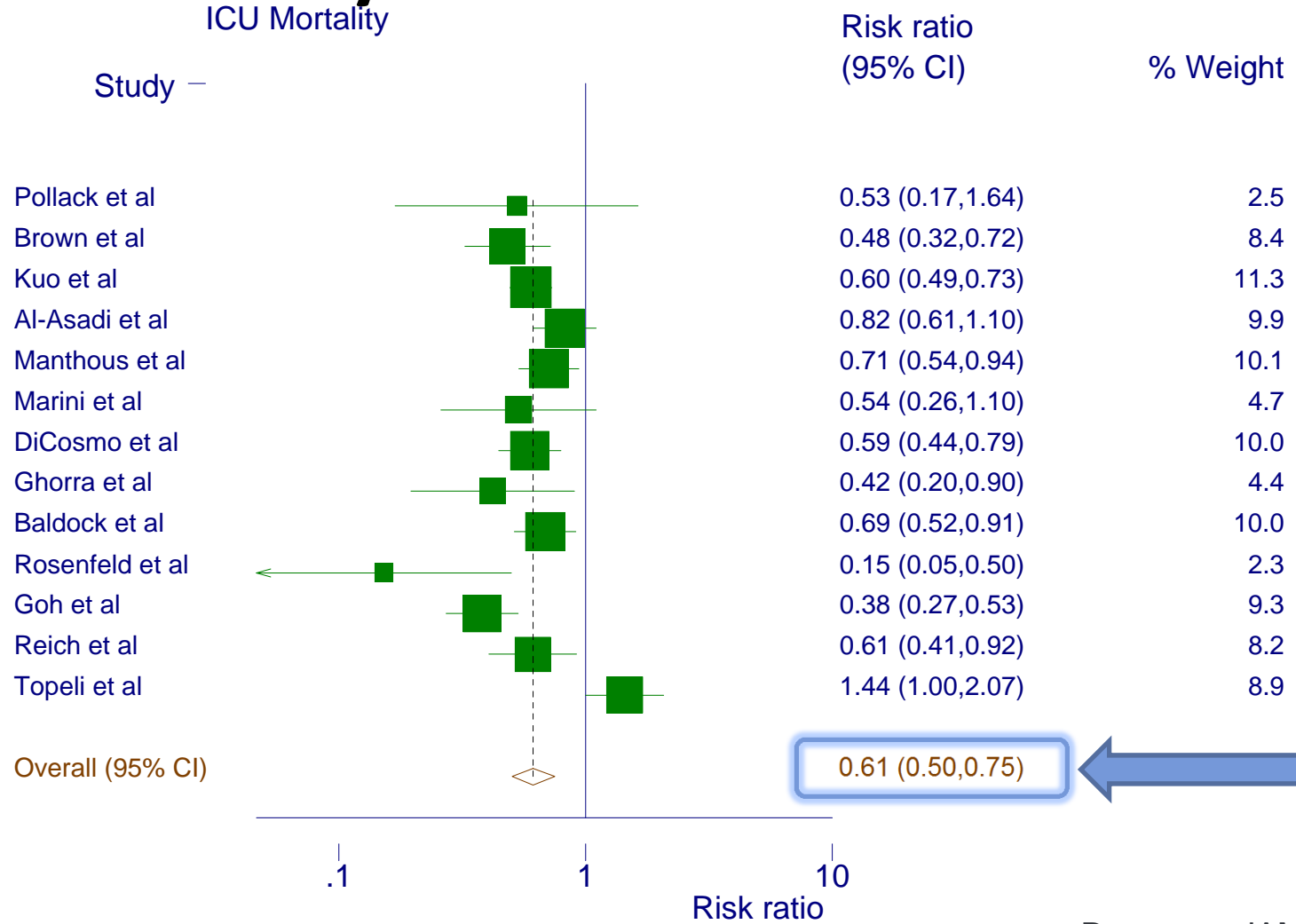


Pronovost JAMA 2002



Intensivists Reduce Mortality:

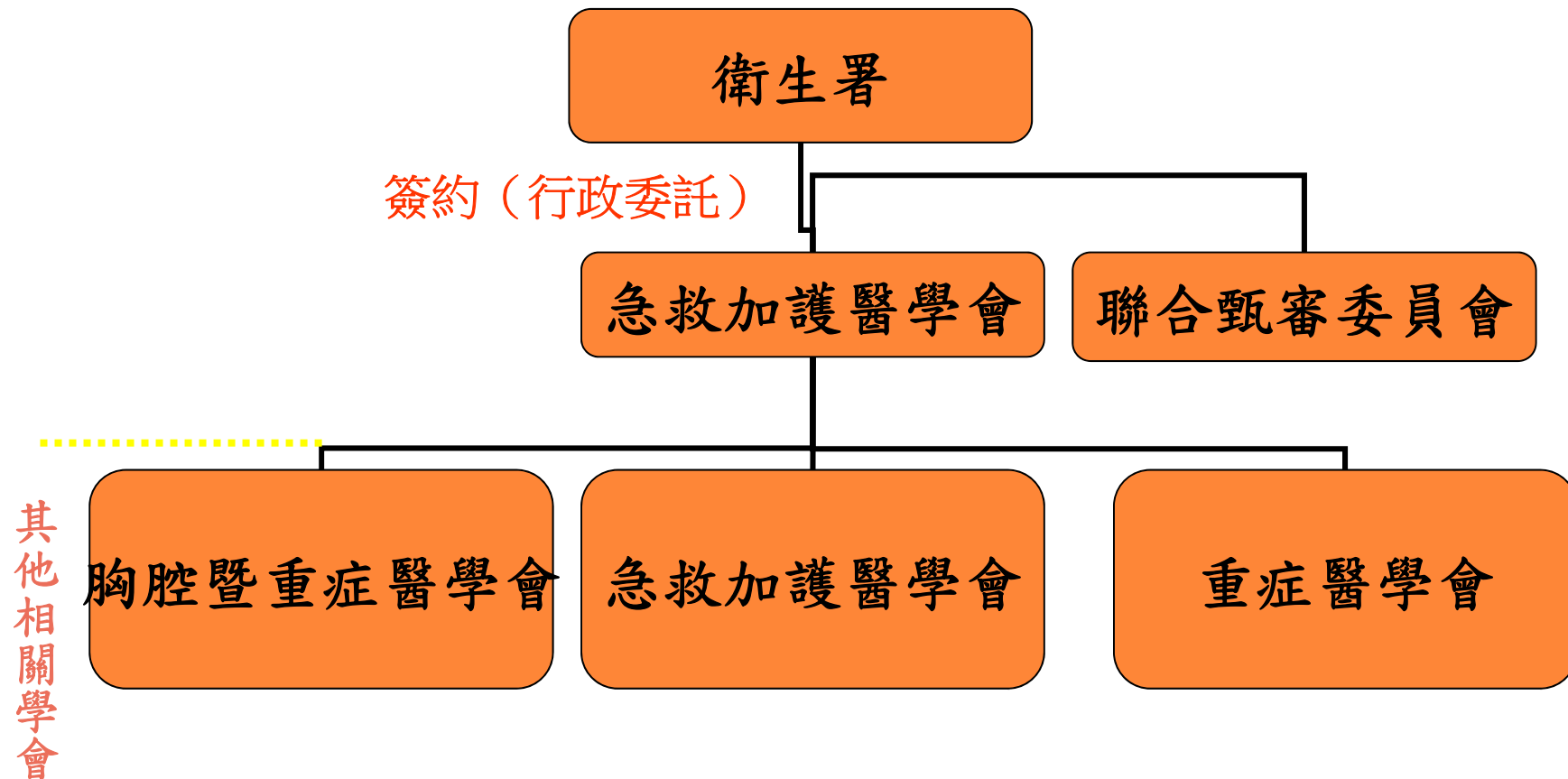
ICU Mortality



Pronovost JAMA 2002



署定重症(泛)專科醫師之規劃





特殊照護中心認證制度

主講人：王宗倫

中華民國急救加護醫學會理事長 輔大醫學系教授 新光醫院急診科主任

執行機構：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

報告日期：2012年5月6日



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation
& Quality Improvement



特殊照護中心概念



- 特殊照護中心要素
 - 屬於重大健康照護項目
 - 涉及多重跨團隊治療
 - 影響緊急醫療處置能力
 - 具有時間壓力目標內容
 - 兼具危機處理及後續處理

特殊照護中心概念



- 國家健康照護政策
 - 健康照護政策重點
 - 醫療作業標準化
 - 醫療品質監控制
 - 榮譽地位之肯定
 - 保險給付之結合
 - 醫療資源缺乏及偏遠地區特殊考量
 - 醫療資源缺乏地區 緊急醫療資源缺乏地區 偏遠地區

特殊照護中心



Frequently Asked Questions

What is Distinction?

Accreditation Canada developed the Distinction program to recognize health organizations that demonstrate an outstanding commitment to excellence, innovation, and leadership in a specific field. Distinction offers a rigorous and highly specialized assessment based on standards of excellence and in-depth clinical performance measures and protocols.

Currently, Distinction is available for

- Stroke Services (regional, acute, and rehabilitation)
- Reprocessing and Sterilization Services

Why apply for Distinction?

Achieving Distinction identifies a health organization as an innovative provider in its field of expertise, and a national leader in the delivery of high-quality services.

It is an opportunity to

- Be recognized for an exceptional commitment to excellence, innovation, high-quality patient services, and positive outcomes
- Demonstrate compliance with standards of excellence and achievement of performance indicator thresholds

How do I know if the Distinction Program is right for my organization?

Carefully review the Distinction standards to determine if the program fits with the services you offer and your organizational goals and priorities.

Organizations that are not Accreditation Canada clients can purchase the standards through the website at www.accreditation.ca, while clients can access the standards through their client organization portal. Additionally, Accreditation Canada clients can contact their Accreditation Specialist to discuss the program further.

How are Distinction standards developed?

Distinction standards and performance indicators are developed following broad consultation with stakeholders and content experts to ensure they reflect the latest clinical practices and evidence-based research, and through pilot testing.

What is the process?

Distinction operates on a two-year cycle during which the organization is required to submit performance indicator data

and undergo a comprehensive on-site visit conducted by evaluators with extensive knowledge and expertise in the field.

How are Distinction evaluators different from Qmentum surveyors?

Distinction evaluators possess the same competencies as surveyors in Accreditation Canada's Qmentum accreditation program—adaptability, a client-focused approach, and the ability to communicate clearly, plan, organize, and work as part of a team. In addition, evaluators have extensive practical, clinical experience in the specific Distinction field.

For example, a Stroke Services evaluator team would include at least one specialized physician with current knowledge of stroke services. The rest of the team could include nurses, rehabilitation specialists, program coordinators, or administrators, all of whom also have stroke experience.

What does Distinction cost?

The Distinction fee structure consists of a base fee and an evaluator fee.

- The base fee for one Distinction program is \$3,500 per organization for each two-year cycle. The base fee for two or more Distinction programs is \$5,600 per organization for each two-year cycle.
- The 2011 evaluator fee is \$2,020 per evaluator, per day. The number of days required to complete the on-site visit depends on the number of sites for which Distinction is being sought.

For more information

Contact Jennifer Drouin, Client Services Specialist at LearnMore@accreditation.ca.

Accreditation Canada is a not-for-profit independent organization that provides health services organizations with a rigorous and comprehensive accreditation process. We foster ongoing quality improvement based on evidence-based standards and external peer review. Accredited by the International Society for Quality in Health Care, Accreditation Canada has helped organizations strive for excellence for more than 50 years.



ACCREDITATION CANADA
AGRÈMENT CANADA

*Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé*

613-738-3800 • 1-800-814-7769 – www.accreditation.ca

國際照護中心認證制度比較



	美國	加拿大	日本	臺灣
主辦機構	由醫院協會、專科醫學會等聯合組成的美國評鑑機構聯合會JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Organizations)	加拿大健康照護評鑑協會 (Accreditation Canada)	日本健康照護品質協會JCQHC (Japan Council for Quality Health Care)	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會TJCHA (Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation)
認證開始時間	2002年	2009年	2003年	2012年
實地認證委員人數	至少1位	5位	2位	2-12位
認證領域	<ol style="list-style-type: none"> 1.高級腦中風照護中心 2.急性冠心病照護中心 3.急性心肌梗塞照護中心 4.多發性創傷照護中心 5.自然生產照護中心 6.兒科外傷照護中心 	腦中風照護中心	急診照護中心	<ol style="list-style-type: none"> 1.急診照護中心 2.腦中風照護中心 3.心血管照護中心 4.外傷照護中心 5.周產期照護中心 6.兒科重症照護中心



國際照護中心認證制度比較



	美國	加拿大	日本	臺灣
認證範圍	<p>1.提供臨床處置之機構，例如：醫院、長期照護機構、居家照護機構、保健計畫、整合性醫療照護系統、復健中心、醫師聯合執業團體及疾病管理服務機構...等。</p> <p>2.透過實地、電話、線上或其餘電子資源提供綜合臨床支援之機構，例如：疾病管理服務機構、保健計畫...等。</p>	<p>評核醫院對於急重症之處置能力，包含病床提供、處置病人數量及住院病人復健病床提供。評核醫院之緊急醫療處置能力。評核醫院對於急重症醫療處置之效能及品質。</p>	<p>評核醫院對於急重症之處置能力，包含病床提供、處置病人數量及住院病人復健病床提供。評核醫院之緊急醫療處置能力。評核醫院對於急重症醫療處置之效能及品質。</p>	<p>評核醫院對於急重症之處置能力，包含病床提供、處置病人數量及住院病人復健病床提供。評核醫院之緊急醫療處置能力。評核醫院對於急重症醫療處置之效能及品質。</p>
實地認證時間	1-2天/領域(實地認證時間為根據受評領域之數量及性質)	1-2天/領域(實地認證時間為根據受評機構之規模及設置地點之多寡)	1天/家	0.5天/領域
認證效期	2年	2年	5年	4年



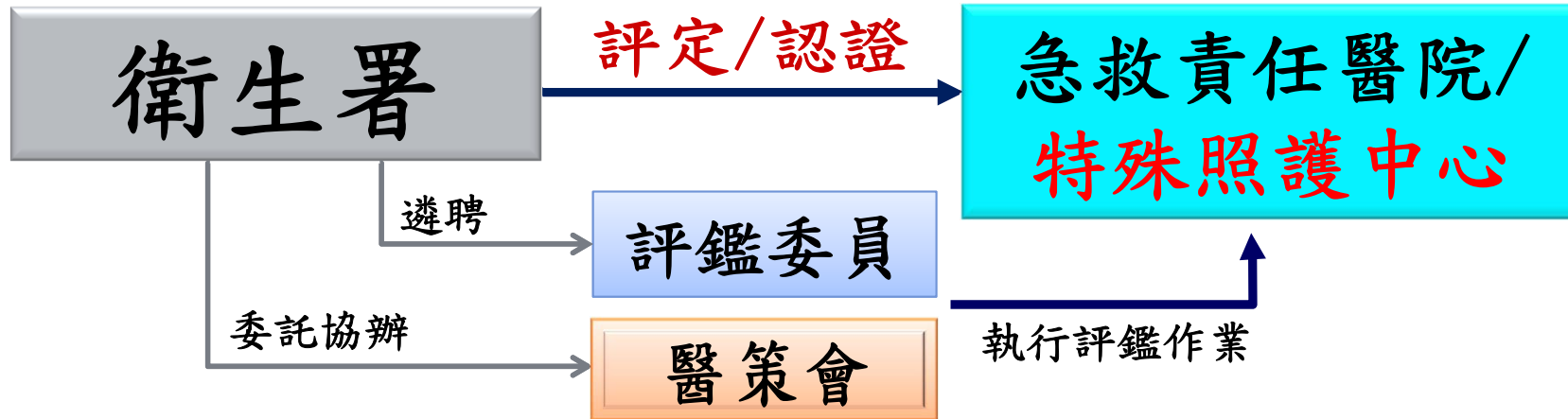
國際照護中心認證制度比較



	美國	加拿大	日本	臺灣
追蹤輔導機制	<p>1. 追蹤輔導訪查：如不符合特定認證基準，則在30天至6個月內須接受追蹤輔導訪查作業。受評機構須於追蹤輔導訪查期間繳交出建議事項之改善狀況相關資料。</p> <p>2. 不定時追蹤訪查：如受評機構沒有改善所有追蹤輔導訪查之建議事項或沒有備妥所有必要證書，則在30天內須接受不定時追蹤訪查作業。</p>	無	<p>品質監測機制建置中，未來以縮短效期、舉辦品質改善會議、不定時訪查及品質監控方式進行。</p>	無
收費制度	收費	收費	收費	不收費



我國評定/認證政策與執行之分工



衛生署主辦

- 評鑑作業程序、評鑑基準均由衛生署訂定公告
- 評鑑委員由衛生署遴聘
- 實地評鑑時，衛生署代表列席督導
- 評鑑結果由衛生署評定公告

醫策會協辦：落實執行各項評鑑作業

我國年度計畫主要工作項目



醫院緊急醫療能力分級評定

- 制度規劃
- 協助推薦研修專案小組及評定委員
- 修訂緊急醫療能力分級評定基準(草案)
- 協助召開委員行前及共識會議
- 辦理醫院評定說明會
- 辦理實地評定作業
- 辦理追蹤輔導訪查作業
- 評定/訪查成績及意見彙整
- 協助召開評定會議
- 評定/訪查結果回饋



醫院特殊照護中心認證

- 制度規劃
- 協助推薦研修專案小組及認證委員
- 修訂特殊照護中心認證基準(草案)
- 協助召開委員行前及共識會議
- 辦理中心認證說明會
- 辦理認證申請作業
- 辦理實地認證作業(時程不及，未施行)
- 認證成績及意見彙整(時程不及，未施行)
- 認證結果回饋(時程不及，未施行)

我國100年醫院特殊照護中心基準草案



特殊照護中心名稱	項次	可免評項目
急診照護中心	21	0
腦中風照護中心	19	0
心血管照護中心	23	1
外傷照護中心	28	0
周產期照護中心	21	0
兒科重症照護中心	23	0
合計	135	1

備註：基準相關內容以衛生署公告為主。

我國100年醫院特殊照護中心認證申請狀況



●醫院申請狀況：

急救責任醫院	急救責任醫院家數	申請醫院家數	申請中心數
重度級	24	19	19*6 (免評定)
中度級	56	27	76
一般級	117	22	30
合計	197	68	-

●照護中心申請類別分布(不含重度級申請醫院)：

照護中心	急診	腦中風	心血管	外傷	周產期	兒科重症	合計
申請數	34	20	17	13	11	11	106



醫療發展基金：法源依據

- 醫療法第91條規定，中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施。前項獎勵措施之項目、方式及其他配合措施之辦法，由中央主管機關定之
- 第92條規定，中央主管機關得設置醫療發展基金，供前條所定獎勵之用

醫療發展基金獎勵辦法



➤ 第2條

- 醫療發展基金（以下簡稱本基金）之獎勵項目如下：
 - 一、小型醫院醫療照護服務品質之提升。
 - 二、緊急醫療資源缺乏地區之改善。
 - 三、其他經中央主管機關核定有關促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源之項目。
- 前項第一款及第二款之獎勵地區，由中央主管機關依業務需要按年定之。



醫療發展基金獎勵辦法



➤ 第3條

- 前條第一項第一款所稱小型醫院，指向所在地之直轄市、縣（市）主管機關登記一般病床開放數為九十九床以下之醫院；所稱醫療照護服務品質之提升，指提供老人整合性醫療照護服務或與診所建立聯合執業模式。
- 前條第一項第二款所稱緊急醫療資源缺乏地區，指符合下列各款情形之一者：
 - 車程三十分鐘範圍內無醫療機構可提供全日或夜間急診服務之地區。
 - 車程三十分鐘範圍內有醫療機構可提供全日或夜間急診服務，惟其處理急診病人能力不足之地區。
 - 易發生意外事故產生大量傷患之地區。


醫療發展基金獎勵辦法



➤ 第10條

- 緊急醫療資源缺乏地區，得由醫院提出下列改善措施，並申請獎勵：
 - 一、設立夜間或假日救護站。
 - 二、設立觀光地區急診醫療站。
 - 三、提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力





行政院衛生署獎勵醫院辦理提升醫療資源缺乏地區醫療服務品質計畫合約書

➤ 第3條

- 乙方須指派具神經科、神經外科、急診等科別專科醫師，與具有高危險妊娠、周產期、心臟外科手術、心導管、及創傷處理相關次專長醫學會認證之醫師且具有本署發給之專科醫師證書者為限。



行政院衛生署獎勵醫院辦理提升醫療資源缺乏地區醫療服務品質計畫合約書

➤ 第8條

- 本計畫執行期滿前，乙方應通過甲方之醫院緊急醫療能力分級評定之中度級評定，與通過甲方之該種類中心認證（若執行期間內甲方尚未辦理該類中心認證，則應通過醫院緊急醫療能力分級評定該項照護項目之重度級標準）；申請急診照護中心者需通過醫院緊急醫療能力分級評定之中度級評定，乙方若未達成除不得請領行政管理費之外，並應繳還本計畫已補助經費之百分之五十（因其他事項繳還甲方之費用不列入本項繳還費用計算）。

對於偏遠地區之規劃



- 補助醫療資源不足地區之醫院，依其專長特色發展特殊照護中心，提供在地化照護，以取代全能式重度級急救責任醫院之功能。
- 辦理特殊照護中心認證，初期規劃心臟血管中心/中風中心/創傷中心/周產期照護中心/兒科重症照護中心等五類。
 - 認證重點在於過程面、結果面、非結構面。
 - 全國採一致，較中度級急救責任醫院為高之標準，鼓勵醫院提供連續性、整合性照護並追求卓越。
 - 不分級，僅有通過或不通過。

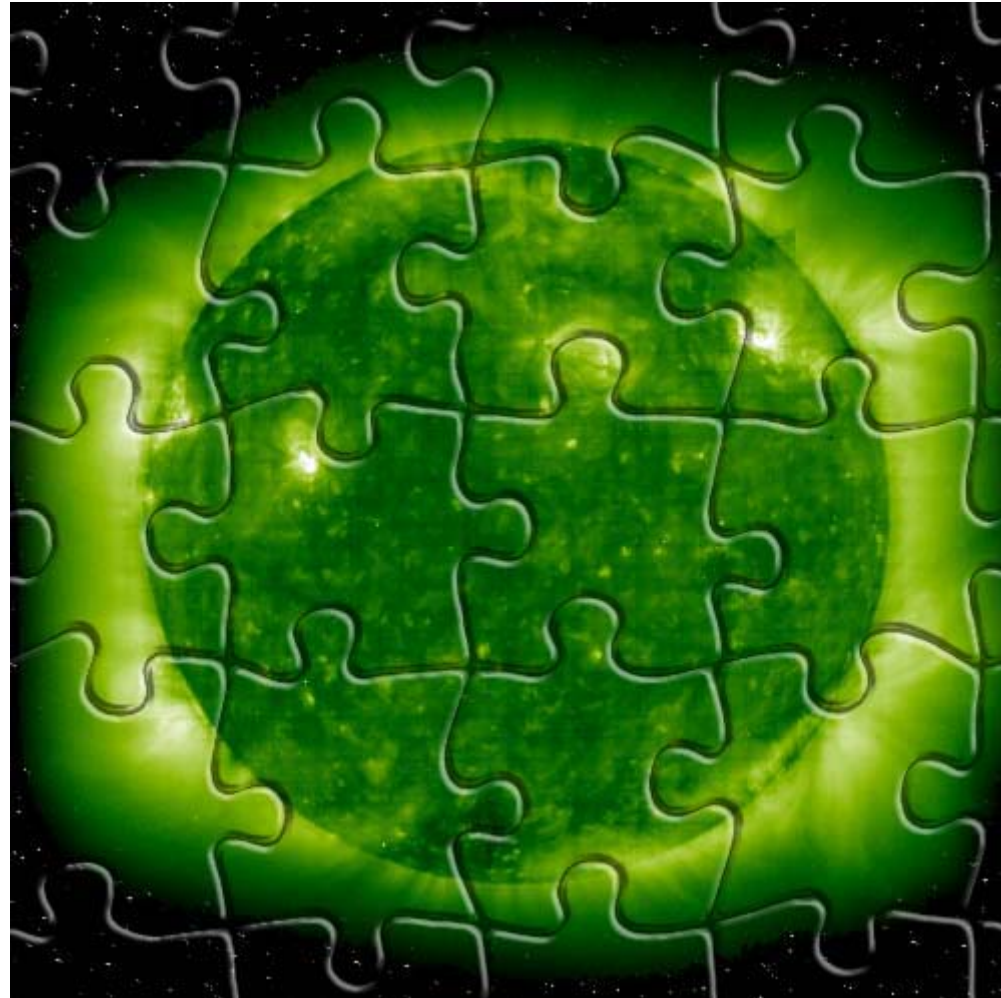
未來期許



- 評鑑目的單純化
- 評鑑角色輔導化
- 評鑑過程人性化
- 評鑑功能具體化
- 評鑑成效科學化



Any Question?





敬請指教

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation and
Quality Improvement

TEL : 02-29634055

