

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：技士 張明君
電話：25265394#3231
傳真：25155449
電子信箱：hbtcm00174@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國110年6月29日

發文字號：中市衛醫字第1100071184號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明四 (387140000I_1100071184_ATTACH1.pdf、
387140000I_1100071184_ATTACH2.PDF、387140000I_1100071184_ATTACH3.pdf、
387140000I_1100071184_ATTACH4.pdf、387140000I_1100071184_ATTACH5.pdf)

主旨：有關衛生福利部函轉財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
(以下簡稱醫策會)辦理之「診所美容醫學品質認證」第二
階段申請作業期間延長至110年7月30日，請貴會惠予協助
轉有執行美容醫學業務之會員知悉，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部110年6月15日衛部醫字第1100122182號函
辦理。
- 二、醫策會來函表示近期接獲診所反應，因疫情因素，影響申
請準備之「診所美容醫學品質認證」，經該會審慎評估
後，為使診所於防疫期間尚有充足時間準備申請事宜，故
本認證第二階段申請作業期間將延長至110年7月30日止。
惟實地訪視行程，則配合中央疫情指揮中心最新公告適時
調整。
- 三、本認證相關申請資料，請逕至醫策會官網「診所美容醫學
品質 認證」專區下載 (網址：<https://www.jct.org.tw>)

電子
文
騎

4

/cp- 1254-7349-863d0-1.html)。

四、檢附衛生福利部110年6月15日衛部醫字第1100122182號

函、醫策會110年6月9日醫評字第11001001491號函及認證

相關資訊各1份供參。

正本：社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會

副本：本局醫事管理科



裝

訂



線



衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：謝雅欣

聯絡電話：(02)8590-7312

傳真：(02)8590-7088

電子郵件：mdsheila@mohw.gov.tw

受文者：臺中市政府衛生局

發文日期：中華民國110年6月15日

發文字號：衛部醫字第1100122182號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A21000000I_1100122182_doc1_Attach1.PDF、
A21000000I_1100122182_doc1_Attach2.pdf、
A21000000I_1100122182_doc1_Attach3.pdf、
A21000000I_1100122182_doc1_Attach4.pdf)

主旨：函轉財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理之「診所美容醫學品質認證」第二階段申請作業期間延長至110年7月30日，請協助配合該會辦理相關查證作業，並惠予轉知並鼓勵轄內提供美容醫學服務之診所參與，請查照。

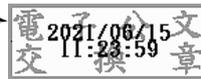
說明：

一、依據財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會110年6月9日醫評字第11001001491號函。

二、檢附原函及認證相關資訊各1份。

正本：地方政府衛生局

副本：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 函

地址：220新北市板橋區三民路二段31號5樓

聯絡人：楊欣頤

聯絡電話：02-8964-3000#3070

電子信箱：hsinyi.yang@jct.org.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國110年6月9日

發文字號：醫評字第11001001491號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (XC19330993110010014900-1.pdf、XC19330993110010014900-2.pdf、XC19330993110010014900-3.pdf)

主旨：有關本會辦理之「診所美容醫學品質認證」第二階段申請作業期間延長事宜，敬請惠允轉知各縣市衛生局。

說明：

一、有關本會與鈞部共同開辦之「診所美容醫學品質認證」，考量因近期接獲診所反應因疫情因素故影響申請準備不及，經本會審慎評估後，為使診所於防疫期間尚有充足時間準備申請事宜，故本認證第二階段申請作業期間將延長至110年7月30日止。惟實地訪視行程，則配合中央疫情指揮中心最新公告適時調整。

二、為推廣診所美容醫學品質認證，敬請鈞部惠允轉知各縣市政府衛生局協助以下事項，以鼓勵更多診所參與認證：

(一)轉知轄區內有提供美容醫學服務之診所，旨揭認證相關資訊(如附件一至附件二)。

(二)有關本認證第二階段受理申請期間延長至110年7月30日止，相關申請資料請至醫策會官網「診所美容醫學品質認證」專區下載(網址：<https://www.jct.org.tw/cp->

總收文 110.06.09



1100122182

1254-7349-863d0-1.html)。

(三)請協助本認證申請表件中有關「衛生局調查回復單」之查證作業(如附件三)，本表單將由申請機構寄至衛生局，屆時請衛生局將查證結果寄回予申請機構，如有特殊狀況或任何疑義請洽醫策會。

正本：衛生福利部

副本：



裝

訂



線



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

診所美容醫學品質認證申請注意事項說明

一、申請時間

- (一) 第一階段：110 年 1 月 18 日至 2 月 26 日。
- (二) 第二階段：110 年 5 月 17 日至 7 月 30 日。

二、申請程序

- (一) 請至財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱本會）網站診所美容醫學品質認證專區下載「診所美容醫學品質認證申請相關表單」，並可參考「診所美容醫學品質認證申請作業手冊」。
- (二) 備妥下列資料後，以掛號郵寄（免備文）至本會，本會地址：220 新北市板橋區三民路二段 31 號 5 樓，美容醫學品質認證工作小組收。
 - 1. 申請注意事項查檢表 1 份（正本）（格式，請見附件一）。
 - 2. 申請書 1 份（正本）（格式，請見附件二）。
 - 3. 醫療機構開業執照 1 份（影本）、負責醫師執業執照 1 份（影本）。
 - 4. 轄區衛生局近二個月內的調查回復單（正本）（格式，請見附件三）。
 - 5. 認證費之匯款證明 1 份（影本），收費標準為新臺幣 5 萬元（需於機構提出申請時完成繳付）。

三、申報資料繳交方式

- (一) 請於實地訪視日一個月前，以電子郵件方式繳交「自評資料表（請見如附件四）」及「機構成員一覽表（請見附件五）」電子檔，請寄至本會服務信箱：amqc@jct.org.tw。
- (二) 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、實地訪視之注意事項

- (一) 請於實地訪視前一週，以電子郵件方式繳交「機構簡報（簡報製作

說明及範例請見附件六)」電子檔，請寄至本會服務信箱：
amqc@jct.org.tw。

- (二) 實地訪視當日請安排機構負責人陪評。
- (三) 請於實地訪視當日，於「會前會」時段備妥下列資料供委員實地訪視時參考：
 - 1. 衛生主管機關最近一次督導考核紀錄
 - 2. 三個月內已接受治療者名冊（格式將由本會另行提供予申請機構）
 - 3. 機構簡報
 - 4. 陪評人員名單
- (四) 請於實地訪視當日之「實地查證及訪談」時段，準備各查核項目所列之準備文件，若機構已將資訊電子化，亦可提供電腦供委員查詢，並依據委員安排之路線，協助委員至各單位進行查證及訪談相關人員。
- (五) 認證成績核算方式及評定原則：
 - 1. 查核項目分為二章共 21 項，評量方式為「符合、不符合」及「符合、不符合、免評」二類。
 - 2. 評量結果：
 - (1) 每項查核項目（不含免評）皆評為符合，則為通過。
 - (2) 如有任一項查核項目評為不符合，則為不通過。

五、退費說明：

- (一) 機構若未通過申請之資格審查則將退回認證費。
- (二) 機構通過申請之資格審查後：
 - 1. 約定實地訪視日期前：機構提出認證申請後，尚未約定實地訪視日期者，本會收取行政處理費用（20%認證費）。
 - 2. 約定實地訪視日期後：機構提出認證申請後，已約定實地訪視日期，除機構發生重大事件或不可歸責之原因外，不得調整日期，申請時繳交之認證費亦將不予退還。

3. 機構變更負責醫師或遷址：一律取消認證申請並辦理退費，本會須收取 20% 認證費作為行政處理費用。

註 1：前開「約定實地訪視日期」係指本會以電子郵件或函文方式正式通知機構之日期。

註 2：前開「變更負責醫師」包含機構因故歇業由另位負責醫師於原址重新開業者。

六、權利及義務：

- (一) 機構應確保提供之資料與實地訪視口頭答覆均符合臨床實際執行情形，無刻意隱瞞之情事，並提供最新且完整之資訊。
- (二) 機構提出認證申請後，如發生變更負責醫師、遷址或變更診所名稱等異動，應主動告知本會。
- (三) 將依機構與辦理單位共同確認之時間，於申請後半年內安排實地訪視，若無法配合完成實地訪視作業，即取消申請認證並依退費說明辦理。
- (四) 若確認實地訪視日期後，除機構發生重大事件或不可歸責之原因外，不得調整日期，實地訪視期間遇天然災害(如：風災、水災、震災、土石流災害及其他天然災害)，經機構所在地之縣市政府發布停班，則中止實地訪視作業，另擇期完成實地訪視認證作業。
- (五) 通過機構於使用認證標章時，須符合標章使用規範，且應於各式文宣品、機構網站放置標章。機構認證效期終止或註銷時，不得使用本標章。
- (六) 通過機構於效期內，如有變更認證類別之美容醫學服務項目、執行醫師異動，應於事實發生 30 日內以函文通知辦理單位，並檢附變更之內容及相關資料。
- (七) 通過認證之機構，如發生特殊事件或新聞事件或通報/檢舉(或投訴)事件，需配合辦理單位相關查核作業，辦理單位得中止或終止其認證效期。

- (八) 通過認證之機構辦理歇業（含變更負責醫師）或遷址時，其認證效期即終止。
- (九) 本會保有本申請程序之變更、修改或暫停之權利；如有異動將另公布於本會網站專區。

診所美容醫學品質認證作業指引

中華民國 108 年 10 月 29 日公告

中華民國 110 年 1 月 15 日公告修正

一、 認證目的：

為維護美容醫學處置過程之病人安全與專業品質，確保民眾權益並提供選擇醫療服務之參考。

二、 認證類別：

診所美容醫學品質認證，分為手術類、非手術類。

三、 指導單位及辦理單位：

(一) 指導單位：衛生福利部。

(二) 辦理單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

四、 申請資格：

提供美容醫學服務項目之診所（以下稱機構），且符合下列情形：

(一) 提供手術類或非手術類美容醫學服務項目達 6 個月以上。

(二) 於所在地衛生局合法登記達 6 個月（含）以上，並符合醫療機構設置標準。

(三) 過去二年內，未有因違反醫療相關法規遭衛生主管機關處停業以上處分。

五、 申請時間：申請日期由辦理單位公布於該單位網站。

六、 申請方式：依辦理單位公告之「診所美容醫學品質認證申請注意事項說明（以下簡稱申請注意事項）」辦理，於申請期限內至該單位網站下載及填寫相關資料，並依公告之期限完成申請，繳交之申請資料恕不退還。

七、 收費標準：新臺幣 5 萬元，需於機構提出申請時完成繳付。如需進行退費，依辦理單位公告之申請注意事項第五項辦理。

八、 認證程序：

(一) 資格審查：

1. 辦理單位於收到申請案件後，進行書面審查並於 1 個月內回復申請資格審查結果。
2. 如申請資料有疑義或未完備之情形，辦理單位將另行通知補件，申請機構應於收到通知後 5 個工作天內完成補件，補件作業以 2 次為原則。
3. 機構提出認證申請後，應確保提供資料之正確性，並提供最新且完整之資訊，如有變更負責醫師或診所名稱等異動，應主動告知辦理單位。

(二) 實地訪視：

1. 將依機構與辦理單位共同確認之時間，於申請後半年內安排實地訪視。
2. 辦理單位與機構確認實地訪視日期後，除機構發生重大事件或不可歸責之原因外，不得調整日期，實地訪視期間遇天然災害（如：風災、水災、震災、土石流災害及其他天然災害），經機構所在地之縣市政府發布停班，則中止實地訪視作業，另擇期完成實地訪視認證作業。
3. 機構需依辦理單位公告之申請注意事項第三項，於實地訪視日 1 個月前繳交申報資料至該單位。
4. 辦理單位將安排一至二名委員，依通知之日期至機構進行實地訪視。
5. 其他實地訪視注意事項，請參閱申請注意事項第四項。

(三) 結果確認：

1. 認證結果經辦理單位評定程序確認後，函復機構認證結果及意見書。
2. 機構對於認證結果有疑義者，得於接獲評定結果通知後一週內，以正式函文向辦理單位提出書面申復，惟申復內容屬於事後補件或後續改善作為者，則不列入申復範圍。
3. 通過認證之機構，由辦理單位提供中、英文紙本認證證書及標章電子檔。

九、 認證效期及其他應配合事項：

- (一) 機構通過認證，效期為 3 年。
- (二) 通過認證之機構得於效期到期日半年前，主動提出再次認證之申請；再次認證通過後之效期起始日，以前次效期終止日開始計算。如逾期提出申請，則視為首次申請認證，並以公告通過結果日為效期起始日。
- (三) 通過機構於效期內，如有變更認證類別之美容醫學服務項目、執行醫師異動，應於事實發生 30 日內以函文通知辦理單位，並檢附變更之內容及相關資料。
- (四) 通過認證之機構，如發生特殊事件或新聞事件或通報/檢舉(或投訴)事件，需配合辦理單位相關查核作業，辦理單位得中止或終止其認證效期。
- (五) 通過認證之機構辦理歇業時（含變更負責醫師）或遷址時，其認證效期即終止。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

診所美容醫學品質認證

衛生局調查回復單

填表日期： 年 月 日

申請機構填寫			
機構名稱	中文：	機構代碼	
	英文：		
機構網址			
機構地址			
機構負責醫師		執登科別	(請依醫療機構開業執照內容填寫)
病床數	(請依醫療機構開業執照內容填寫)	核准開業日期	____年____月____日
機構具特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用特管辦法第 34 條附表二規定之高壓氧設備，是否已向所在地衛生局申請登記。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未設置
實際提供之美容醫學服務項目			
非手術類	1. 光電治療： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 雷射 <input type="checkbox"/> 脈衝光 <input type="checkbox"/> 電波 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 針劑注射治療： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 皮膚/皮下組織填充製劑 <input type="checkbox"/> 肉毒桿菌素注射 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
手術類	特管辦法第 25 條所訂定之特定美容醫學手術： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 削骨 <input type="checkbox"/> 中臉部、全臉部拉皮 <input type="checkbox"/> 腹部整形 <input type="checkbox"/> 義乳植入之乳房整形 <input type="checkbox"/> 全身拉皮手術 <input type="checkbox"/> 鼻整形 <input type="checkbox"/> 單次脂肪抽出量達 1,500 毫升 <input type="checkbox"/> 單次脂肪及體液總抽出量達 5,000 毫升 ※上述特定美容醫學手術項目，是否已向所在地衛生局申請登記： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	非特管辦法第 25 條所訂定之美容醫學手術： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼部整型 <input type="checkbox"/> 自體脂肪移植 <input type="checkbox"/> 狐臭治療 <input type="checkbox"/> 小量抽脂(<1,500 毫升) <input type="checkbox"/> 大量植髮(≥1,500 株) <input type="checkbox"/> 小量植髮(<1,500 株) <input type="checkbox"/> 其他：_____		
鎮靜麻醉	<input type="checkbox"/> 輕度鎮靜止痛 <input type="checkbox"/> 中度鎮靜止痛 <input type="checkbox"/> 深度鎮靜止痛 <input type="checkbox"/> 全身麻醉 <input type="checkbox"/> 無(若機構無提供鎮靜麻醉或僅提供局部麻醉作業，請勾選本項；局部麻醉定義請參閱下表)		
提供手術類或非手術類美容醫學服務項目達 6 個月以上 (截至填表日止)	<input type="checkbox"/> 是，上述勾選美容醫學服務項目皆有提供 6 個月以上服務。 <input type="checkbox"/> 否，請列出未達 6 個月以上服務之項目：_____		

※局部麻醉及鎮靜麻醉的定義：

1. 局部麻醉：病人是在清醒狀態下，給予局部注射、塗抹或噴灑局部麻醉劑。
2. 鎮靜麻醉：病人施打後為非清醒狀態，其鎮靜程度區分，如下表：

項目	輕度鎮靜/止痛 (Anxiolysis)	中度鎮靜/止痛 (Conscious Sedation)	深度鎮靜/止痛 (Deep Sedation)	全身麻醉 (General Anesthesia)
意識反應	對語言呼叫就有正常反應	對語言呼叫或碰觸刺激才有反應	對重覆呼叫或疼痛刺激才有反應	無反應，甚至對疼痛刺激也無反應
呼吸道	不受影響	不需呼吸道處置	可能需要呼吸道處置	通常需要呼吸道處置
自發性呼吸	不受影響	足夠	可能不足	通常不足
心血管功能	不受影響	通常可維持	通常可維持	可能會受影響

來源：取自台灣麻醉醫學會 (<https://www.anesth.org.tw/>) 與美國麻醉醫學會 (<https://www.asahq.org/>) 相關指引

衛生局回復結果	
1. 於所在地衛生局合法登記達 6 個月(含)以上 ，並符合醫療機構設置標準。(截至填表日止)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：_____
	最近一次督考日期：_____年____月____日
2. 過去二年內 曾因違反醫療相關法規遭衛生主管機關處停業以上處分。(截至填表日止)	<input type="checkbox"/> 是，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否
	其他(2 年內其他重大違反醫療法裁罰事項)：
3. 醫療機構網際網路資訊備查情形。(截至填表日止)	<input type="checkbox"/> 已申請備查，時間：_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 未申請備查
4. 若機構有執行特定美容醫學手術項目，已向所在地衛生局申請登記。	<input type="checkbox"/> 是，最近一次核准日期：_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 否
5. 若機構具特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用特管辦法第 34 條附表二規定之高壓氧設備，已向所在地衛生局申請登記。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未設置
其他事項：	

※如有任何問題，請聯絡醫策會，電話：(02)8964-3000#3070 美容醫學品質認證工作小組

_____政府衛生局，填表人員簽名(章)/職稱：_____