

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫

102 年 10 月 7 日健保醫字第 1020033910 號公告
103 年 1 月 24 日健保醫字第 1030000612 號公告修正
103 年 12 月 26 日健保醫字第 1030014713 號公告修正

壹、前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療照護模式(Post-acute Care，以下簡稱 PAC)。雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護模式尚未建立，各醫院照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，病患不得不以超長住院方式或再住院因應急性後期照護需要，造成照護強度不足，或為復健入住大型醫院之情形，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、大幅減輕家庭及社會照顧之負擔。亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌。

文獻顯示腦中風患者再住院及超長住院情形普遍，為美國急性後期照護十大高需求疾病之一^{1,2}，約 62.6-74.5%出院後 30 日內使用急性後期照護³。研究指出腦中風病人接受 PAC 可降低死亡率，改善健康結果⁴。國內研究指出腦中風病人有再住院⁵及超長住院情形⁶，14 日再住院率約 17.4%、6 個月內再住院率約 41.9%⁷、1 年內再住院率約 50%⁵，相較其他國家如美國 6 個月內再住院率 29.7%、澳洲 30%為高⁷。腦中風亦為國內超長住院之首要疾病，約 10.4%有超長住院情形，耗用所有腦中風住院個案人日總和之 38.9%、住院費用總和之 47.8%⁶。患者發病一年內 51%

會面臨任何原因的再住院或死亡，一年死亡率平均為 18.8%⁸。另有研究推估約 10.11%-23.13%腦中風病人可能需要 PAC，實施 PAC 後平均每人約可節省急性醫療天數 2.06-8.17 天；估算病床之使用約可減少 306-1,210 張⁷。根據國內榮民醫療體系執行急性後期照護之實證研究，在社區醫院提供跨專業團隊的急性後期照護，可以顯著促進病人功能的恢復和減少一年內死亡率 62%⁹；跨專業團隊提供之急性後期照護可以使病人身心功能、情緒、營養與行動力有明顯的進步¹⁰，PAC 照護 14 日、30 天內再住院率分別為 6.3%、12.9%，住院天數亦較未接受 PAC 照護者短¹¹，急性後期照護確實為一具有明顯成效的服務模式。國內目前無急性後期照護給付，急性醫療存在社會性住院現象，部分低估床率醫院為提高病床利用，以健保資源提供急性後期照護，許多急性期穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此住院病人以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，宜儘速建構完整的急性後期照護服務體系與財務支付機制，以強化急性醫療資源配置效率與無縫接軌的照護目標¹²⁻¹⁵。

依據 2011 年健保申報資料，符合重大傷病之急性腦血管疾病（腦中風）個案急性期連續住院天數長，追蹤 2.7 萬名個案，發病半年內因急性腦血管疾病之連續住院費用 30.9 億點，平均住院 17.8 天，連續住院超過平均天數之個案占率 28.1%。腦血管疾病緊急醫療處置仍主要集中在醫學中心（41.9%）與區域醫院（49.4%）。連續住院天數超過 30 天的超長住院之個案占率 16.2%，耗用所有腦中風住院人日總和 55.2%，住院費用總和 56.4%。超長住院個案仍多留滯在中大型醫院：醫學中心 53.6%、區域醫院 38.7%，地區醫院只佔 7.7%。現況顯示腦中風病患亟需急性後期照護，對有復健潛能者應可考慮優先轉承急性後期照顧。因國內各單位推動急性後期照護日趨成熟，經保險人召開多次專家會

議，選擇共病及跨科較多之急性腦血管疾病(CVD)，優先試辦急性後期照護模式及轉銜系統之計畫，視試辦成果逐步推廣至其他有急性後期需求領域。保險人根據各專業團體提供具實證之專業建議(包括台灣腦中風學會，聯合復健醫學會、老年醫學會、物理治療師、職能治療師、聽力語言治療師等相關公會)完成「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例(Post-acute Care -Cerebrovascular Diseases)簡稱 PAC-CVD」，提供支付誘因，期待提升急性後期照護品質，促進醫療垂直整合轉銜系統建立，並使腦中風病人在急性期後之失能及早恢復，減少病人長期失能風險，減輕健保醫療、家庭與社會負擔，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質。
- 二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 三、 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

參、策略

- 一、 規劃急性後期照護體系與合理的支付方式，提升急性後期照護品質，並以全人照護理念，建立急性後期照護的模式。
- 二、 支付誘因採「論日支付」及「論質支付」支付模式，按醫療耗用密集度與病人進步情形，訂定合理的支付點數與支付期限。
- 三、 本計畫將分階段導入，逐步達成全面推動。
 - (一) 第1階段(試辦期2年，必要時得延長1年。試辦期間視需要得導入其他疾病)：重點在於徵求專業團隊參與試

辦，目的在建立腦中風病人急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質；發展腦中風病人急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性；確立急性後期照護之完整性及有效性，減輕腦中風病人失能程度。包括建立具有結構面、過程面、結果面品質標準之腦中風整合性照護系統。

(二) 第 2 階段 (擴大試辦期 2 年)：重點在徵求專業團隊試辦推廣，目的藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式至其他疾病。

(三) 第 3 階段 (推廣期)：重點在於擴大參與，目的在受益病人數與參與團隊數量持續增加，並可應用為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。

肆、計畫期間：自 103 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日止。

伍、預算來源

本計畫「急性後期照護與高強度復健」、「急性後期照護與一般強度復健」醫療費用，由計畫執行期間之全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應，本計畫「評估費」、「獎勵費」及「診療項目加成部分」由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

陸、照護模式

一、試辦範圍：

(一) 依個案進入 PAC-CVD 的「起始功能狀況」及「具積極復健潛能」為分級依據，按腦中風病患可能的照護路徑規畫五種「急性後期功能群組」(Function-related Group, 以下稱 FRG)。

(二) 本計畫支付適用範圍：FRG1(急性後期照護與高強度復

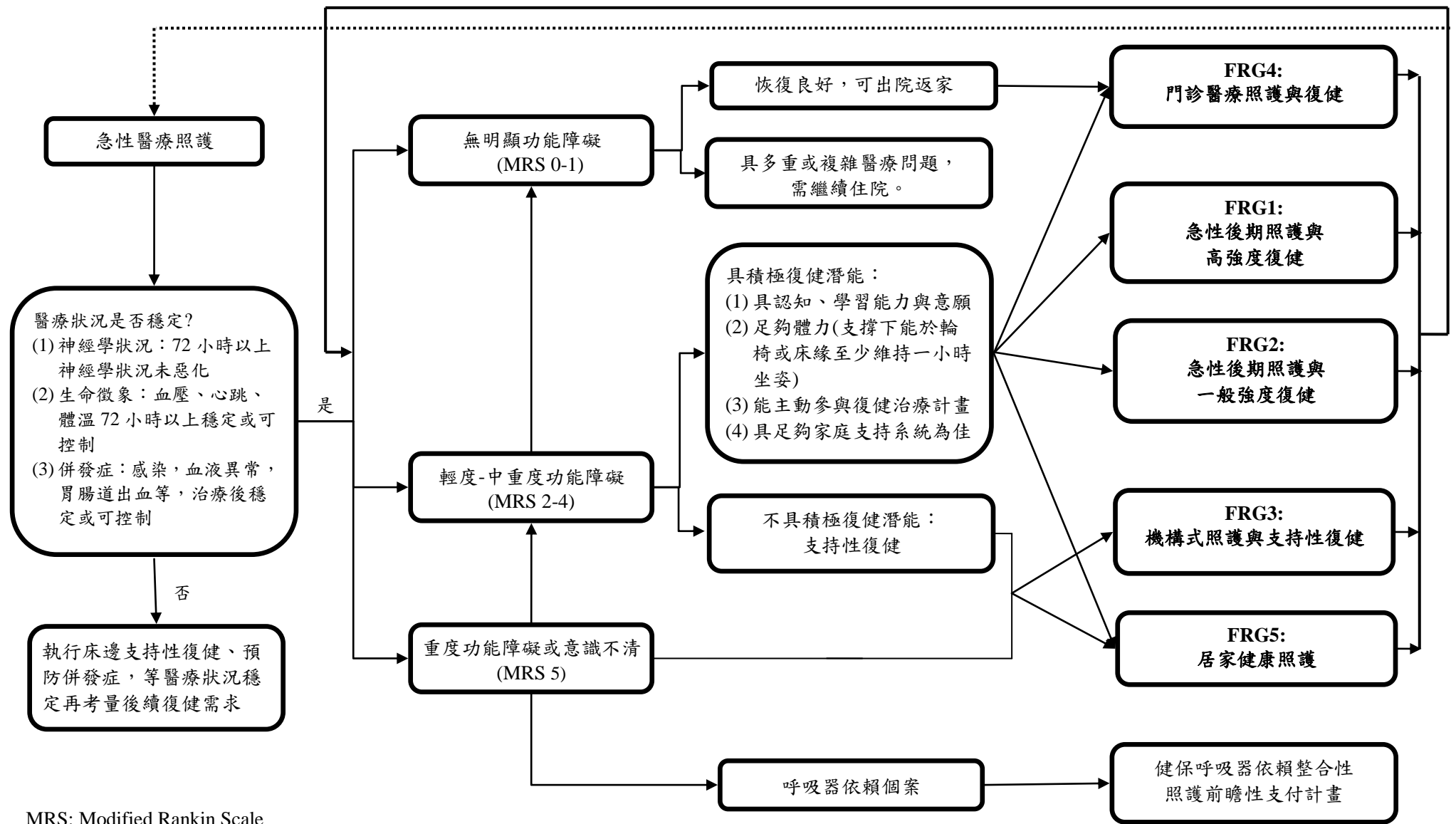
健)、FRG2(急性後期照護與一般強度復健)兩項，其餘FRG3(機構式照護與支持性復健)、FRG4(門診醫療照護與復健構式)、FRG5(居家健康照護)，依現行全民健保相關規定辦理。

- (三) 個案給付期間：以脫離急性期、進入 PAC-CVD 系統起 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。計畫返家者，包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長期照護收案對象)。

二、 提供照護之場所：

限在健保特約之區域醫院、地區醫院住院試辦。

三、 PAC-CVD 整合性照護流程，詳如下圖。



MRS: Modified Rankin Scale

PAC-CVD 整合性照護流程圖

四、 PAC-CVD 功能群組照護服務內容，詳如附錄 1「PAC-CVD 各功能群組照護服務內容一覽表」，另急性後期復健治療內容提供如下：

(一) 物理治療內容：物理治療評估及計畫擬定，包括成效評量、居家環境、輔具需求及家庭支持評量。物理治療主要藉由運動治療及動作誘發促進技術來協助恢復身體動作控制和功能自主。少數需要物理因子，如冷/熱/電療為輔助療法。

1. 疾病初期或非積極復健期者，包含關節活動度運動、牽拉運動、復健機械或人工輔助療法、傾斜台訓練、按摩、關節鬆動術、床上運動、知覺認知訓練、和呼吸排痰等，協助患者恢復和預防繼發性損傷或失能；玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
2. 積極復健期者，包含床上和墊上運動、動作再學習、任務取向訓練、早期承重懸吊式跑步機訓練法、雙重任務訓練、復健機械或人工輔助療法、虛擬實境訓練、行動輔具使用等，以達到增強肌力、肌耐力、姿態控制、平衡、步態、協調能力與心肺耐力的訓練目標，同時兼具認知訓練功用。玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
3. 上肢運動治療，使用功能性電刺激、侷限療法、玻巴斯神經發展治療法、本體受器神經肌肉誘發促進技術、機械輔助療法及虛擬實境訓練等。
4. 少數情況下，使用物理因子輔助療法：冷熱交替刺激法用於降低肌肉張力，或冷療/熱療/電療/水療用於處理肩部疼痛。

- (二) 職能治療內容：職能治療評估及計畫擬定。預防繼發性損傷、失能預防。日常生活活動功能訓練（治療性活動設計）、活動治療、社交功能訓練。社區/社會參與訓練、心理社會適應。團體治療、休閒運動功能訓練、動作障礙：當代矯治性治療（侷限誘發療法、雙肢訓練、鏡像治療；機械輔助療法）、任務導向治療、改善與動作有關之個人因素、處理次發性損害、強化動作恢復、利用活動改善動作、感知覺、認知技巧、利用活動改善下肢功能及平衡；利用活動改善動上肢動作技巧。感覺、知覺、認知障礙：視知覺矯治性與適應性療法、忽略症矯治性療法與多重情境療法、失用症適應性療法與代償策略訓練、注意力損傷矯治性與適應性療法、記憶損傷矯治性與適應性療法、執行功能矯治性與多重情境療法。輔具、副木與居家環境改造。
- (三) 語言治療內容：含吞嚥或語言功能電刺激、口腔功能訓練、咽部肌肉功能訓練、間接吞嚥運動訓練、吞嚥反射誘發訓練、吞嚥代償技巧訓練、安全吞嚥技巧訓練、安全進食及喝水訓練、發聲訓練、聲帶功能訓練、說話清晰度訓練、溝通輔具評估與訓練、聽覺理解訓練、口語表達訓練、語言認知訓練、閱讀理解訓練、書寫語言訓練、非口語溝通技巧訓練、語言溝通與吞嚥障礙諮詢等健保支付項目。

柒、實施對象

- 一、符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者。

二、另前述疾病急性發作後 40 天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

- (一) 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
- (二) 腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
- (三) 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
- (四) 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 > 200 mg/dl)，需要嚴密監控。
- (五) 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
- (六) 腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

三、醫療狀況穩定定義：

- (一) 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
- (二) 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
- (三) 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

四、功能狀況分級定義：

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度~中重度功能障礙 (MRS 2-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準：

- (一) 0 - No symptoms.
- (二) 1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.
- (三) 2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.
- (四) 3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.
- (五) 4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.
- (六) 5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.
- (七) 6 - Dead.

五、具積極復健潛能判定原則：

- (一) 具基本認知、學習能力與意願。
- (二) 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- (三) 能主動參與復健治療計畫。
- (四) 具足夠家庭支持系統者為佳。

六、結案條件：

- (一) 個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。
- (二) 連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三) 經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四) 進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。

(五) 保險對象自動放棄或自行中斷急性後期照護者。

(六) 死亡。

七、保險對象應自行負擔之住院費用，依重大傷病規定及比照慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。

註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院團隊聯繫逕行認定。

捌、參與試辦條件

- 一、醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜。
- 二、申請通過參加試辦計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象(醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4))之腦中風病人，原則上需下轉病人至下游急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
- 三、參與計畫之跨院際整合團隊之醫院，於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。停約1個月不在此限。
- 四、承作醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一綜合醫院/醫院設置標準)規定。
- 五、申請試辦計畫的跨院際整合團隊，應成立「急性後期照護團隊」，團隊應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運

作，團隊成員包括 PAC-CVD 相關科別醫師（神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）、承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。承作之地區醫院得視實際照護病人需要，經報備同意後，語言治療師得採兼任方式辦理。

- 六、 承作醫院需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。
- 七、 「急性後期照護團隊」應對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。
- 八、 申請本計畫的跨院際整合團隊，應於所提計畫書評選通過後述明「急性後期照護單位」之床位數、床位編號、照護人力(專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比)及照護設備。
- 九、 每 4 床至少需 1 位物理或職能或語言治療人員(治療師或治療生皆屬治療人員)。承作醫院相關治療人員扣除每日申報上限人次之治療人員數後，皆可列入計算。
- 十、 急性後期照護團隊，應派成員參與本計畫相關執行說明會(含訓練)。
- 十一、 參與機構標準及需辦理事項，詳如下表。
- 十二、 計畫執行期間，主管機關公告中期照護病房設置標準，承作醫院需於保險人規定一定期限內符合該公告標準。

PAC-CVD 之參與機構標準及需辦理事項

急性醫療醫院標準及需辦理事項	承作醫院標準及需辦理事項
<ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院，依照各專業學會腦中風治療指引、衛生福利部(前衛生署)腦中風緊急醫療評鑑規範，提供腦中風病人急性醫療照護之醫院。 2. 參與本計畫跨院際整合團隊，參與該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 依個案的醫療狀況、功能狀況及「具積極復健潛能」為依據，規劃腦中風病患適當之 PAC-CVD 整合性照護流程。 4. 辦理出院準備服務。 5. 對符合試辦計畫個案(FRG1、FRG2)辦理轉出醫院評估。 6. 辦理個案急性後期照護跨院轉銜措施。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健保特約之區域醫院、地區醫院，具急性醫療作業能力，試辦醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一)規定。 2. 組成本計畫跨院際整合團隊及「急性後期照護團隊」，主導該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 個案入住 72 小時內提出個案急性後期照護計畫及目標。 4. 召開急性後期照護團隊會議，辦理評估。 5. 承接醫院於個案入住 72 小時內完成「急性後期照護個案功能評估表」期初評估。 6. 照護團隊依所擬計畫提供復健護理服務，每間隔 3 週進行「急性後期照護個案功能評估表」期中評估，評估寬限期 3 天。 7. 辦理結案評估（含銜接居家環境及照管中心聯繫）。

玖、個案評估方式

一、以急性後期照護團隊會議方式進行：

- (一) 參與人員：急性後期照護團隊成員。
- (二) 會議頻率：收案會議，結案會議，定期會議每三週一次。
- (三) 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
- (四) 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
- (五) 品質管理指標：定期召開率 98% 以上，病歷完成率 100%。

二、評量時機：

- (一) 轉出醫院評估。
- (二) 承接醫院初評。
- (三) 期中每 3 週評估。
- (四) 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

三、成效評量工具：本計畫之個案功能評估，需進行下列各面向之評估。

- (一) 整體功能狀態。
- (二) 基本日常生活功能。
- (三) 吞嚥、進食功能。
- (四) 營養評估。
- (五) 健康相關生活品質。
- (六) 工具性日常生活功能。
- (七) 姿勢控制、平衡功能。
- (八) 步行能力、整體行動功能。
- (九) 心肺耐力。
- (十) 感覺功能評估。
- (十一) 認知、知覺功能評估。
- (十二) 職能表現。

(十三) 重返社會能力評估。

(十四) 語言功能評估。

四、 出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

- (一) 居家照護建議
- (二) 復健治療建議
- (三) 社區醫療資源轉介服務
- (四) 居家環境改善建議
- (五) 輔具評估及使用建議
- (六) 轉銜服務
- (七) 生活重建服務建議
- (八) 心理諮商服務建議
- (九) 其他出院準備相關事宜

拾、 支付標準：

一、 支付標準內容(詳附件 1、提升急性後期照護品質試辦計畫支付標準)，其餘未竟事宜依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」辦理。

二、 醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

- 1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。
- 2. 試辦醫院需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

(二) 審查原則

- 1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另

該筆評估費用被核刪後不得再申報。

2. 其餘未規定事項，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

拾壹、本計畫整體成效衡量

- 一、 成效核心指標，分為 MRS 2~4 三個等級分別統計。
 - (一) Modified Rankin Scale (MRS)。
 - (二) Barthel Index。
- 二、 急性後期照護品質 PAC 品質監測指標，詳附件 2，以衡量本方案整體成效。

拾貳、執行配套措施

- 一、 計畫管理機制
 - (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調，辦理醫院團隊之評選。
 - (二) 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
 - (三) 各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
 - (四) 參與試辦團隊積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。
- 二、保險人於本計畫試辦期間，對於參與計畫之醫院或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務組或諮詢專家。

拾叁、計畫申請方式

醫院團隊應於 102 年 11 月 30 日(含)前檢附計畫書 10 份，向保險人各分區業務組提出申請(以郵戳為憑)。

拾肆、計畫審查作業

- 一、計畫書經保險人分區業務組初審，符合本計畫基本標準者，送保險人評選。
- 二、保險人邀請專家學者召開會議進行複審，並得邀請醫院團隊列席口頭報告。經保險人評選同意，並於全球資訊網公布最優試辦院所團隊名單。給予獲選醫院團隊準備時間，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

三、審查項目及配分：

項次	評 選 項 目	配分 (%)
1	是否符合本計畫之需求、本計畫之評估、背景資料、照護模式、轉銜系統及計畫完整性與合理性(含執行方法及步驟之周詳及可行性、人力及醫病配置適切性、如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施，團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力等)	40
2	計畫之預期效益、效益指標、期程、執行進度及期限規劃之合理性(含品質控管、保證措施、完成 PAC 照護後，對病人出院後持續追蹤照護措施等)。	20
3	計畫預期目標及專業執行能力、適當性與相關工作成果(含專業資訊)能力、相關計畫承辦經歷、組織規模、技術人力、醫院設備及過去辦理類似案件之經驗及執行能力，包含相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。	30
4	團隊提供之急性後期照護之特色、創新與發展性。	10
總計		100

拾伍、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告（包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數、出院後回歸居家或社區的措施等），全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。

拾陸、新增醫院及退場機制

- 一、104 年起，現有獲選之醫院團隊可繼續參加試辦，以不接受新增醫院團隊為原則，但個別醫院可申請加入現有醫院團隊，由主責醫院提送修訂後計畫書，經分區審查通過後准予參與試辦(包含人力設備等實地審查)。
- 二、參與試辦醫院，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函 2 次皆未改善者，應退出本計畫。
- 三、參與試辦醫院，於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約或終止特約處分（含行政救濟程序進行中尚未執行處分），應退出本計畫，停約 1 個月不在此限。若主責醫院退出本計畫，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約或終止特約處分、終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。

拾柒、其他事項

- 一、辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計

畫項下支應。

- 二、本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

「提升急診後期照護品質試辦計畫」申請書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
 - 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
 - 三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)申請機構全銜及計畫名稱。
 - (二)現況分析(含現行及預期急性後期照護病人數)。
 - (三)計畫之目標。
 - (四)計畫內容(分項說明)，包含下列各項：
 1. 跨院際整合醫院團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 2. 急性後期照護團隊之組成(請檢附相關文件)，包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。
 3. 急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。
 4. 團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 5. 團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。
 - (五)預期效益(應以量化說明)：包含建立對照組、避免病人篩選措施(selection bias)、實驗組與對照組之校正。
 - (六)應辦理工作項目及進度(Gantt Chart)。
- 註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，評選通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

參考文獻：

1. Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; Proposed & Final Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2009 Rates; Federal Register. Available from: URL: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/IPPS-Regulations-and-Notices-Items/CMS1227598.html>.
2. Hoverman C, Shugarman LR, Saliba D, Buntin MB. Use of postacute care by nursing home residents hospitalized for stroke or hip fracture: how prevalent and to what end? *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1490-6.
3. Kane RL, Lin WC, Blewett LA. Geographic variation in the use of post-acute care. *Health Serv Res* 2002;37(3):667-82.
4. Buntin MB, Colla CH, Deb P, Sood N, Escarce JJ. Medicare spending and outcomes after postacute care for stroke and hip fracture. *Med Care*. 2010;48:776-84.
5. Tseng M, Lin H. Readmission after hospitalization for stroke in Taiwan: results from a national sample. *J. Neurol Sci* 2009;284:52-5.
6. Lee HC, Chang KC, Lan CF, Hong CT, Huang YC, Chang ML. Factors associated with prolonged hospital stay for acute stroke in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan* 2008;17(1):17-25.
7. 吳冠穎, 吳肖琪, 洪燕妮, 吳君誠, 林麗嬋, 胡漢華. 台灣腦中風病人急性後期照護需要之探討. *台灣衛誌* 2012;31(3):251-62.
8. Chang KC, Lee HC, Huang YC, Hung JW, Chiu HE, Chen JJ, Lee TH. Cost-effectiveness analysis of stroke management under a universal health insurance system. *J Neurol Sci* 2012;323(1-2):205-15.
9. Chen LK, Chen YM, Hwang SJ et al. Effectiveness of community hospital-based post-acute care on functional recovery and 12-month mortality in older patients. *Ann Med* 2010 Dec;42(8):630-6.
10. Wei-Ju Lee, Li-Ning Peng, Yuan-Yang Cheng, Ching-Yi Liu, Liang-Kung Chen, Hann-Chin Yu. Effectiveness of Short-Term Interdisciplinary Intervention on Postacute Patients in Taiwan. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:29-32.
11. Wei-Ju Lee, Ming-Yueh Chou, Li-Ning Peng, Chih-Kuang Liang, Li-Kuo Liu, Chien-Liang Liu, Liang-Kung Chen, Yung-Hung Wu, and VAIC Study Group. Predicting clinical instability of older patients in post-acute care units: A nationwide cohort study. *Geriatr Gerontol Int* (2013).
12. 吳肖琪. 急性醫療與慢性照護的橋樑--亞急性與急性後期照護. *護理雜誌* 2008;55(4):5-10.
13. 戴桂英, 吳淑瓊, 江東亮. 美國老人醫療保險急性後期照護的發展. *台灣衛誌* 2006;25(5):323-9.

14. Pratt J. Long-Term Care: Managing Across the Continuum. 3rd ed, Maynard: Jones & Bartlett Learning, 2009.
15. Lee HC, Chang KC, Huang YC, Lan CF, Chen JJ, Wei SH. Inpatient rehabilitation utilization for acute stroke under a universal health insurance system. *Am J Manag Care* 2010;16(3):e67-e74.

附件 1-1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫 每日照護費支付標準表

通則：

1. 各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費、檢查費、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本計畫支付之項目(藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合通則7所列條件之吞嚥攝影檢查)，得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報。
2. 保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床為原則；超等住院者，由保險對象自付其差額。
3. 高強度復健係指每日需治療3-5次；一般強度復健係指每日需治療1-3次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目3項(含)以上，醫院得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
4. 院所申報本計畫下表各項費用時，需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
5. 屬本計畫支付標準及本保險支付標準所列之給付項目，參與試辦醫院不得向參與本計畫之個案收取自費。
6. 日間住院相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。
7. 吞嚥攝影檢查於本計畫可以核實申報之適用條件：
 - (1)反覆性肺炎。
 - (2)進食時有明顯噎咳。
 - (3)講話有明顯的濕泡聲。
 - (4)吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 - (5)中風前已有吞嚥障礙病史。
 - (6)一年內曾留置氣切內管 ≥ 30 天以上。
 - (7)目前留置氣切管。
 - (8)欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
 - (9)其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。
8. 第4-12週申報P5104B、P5105B、P5110B、P5121B與P5122B可同時分別申報P5191B、5192B、5193B、5194B與5195B之加成費用。

編號代碼	診療項目	支付點數
	腦中風病患急性後期照護與高強度復健費用	
P5101B	-前3週(每日必需治療3-5次)	3486
P5102B	-前3週(因醫院或病人偶發原因，當日治療 < 3 次)	2016
P5103B	-前3週(週日或國定假日)	1200
P5104B	-第4週至第12週(每日必需治療3-5次)	2788

編號代碼	診療項目	支付點數
P5191B	-第4週至第12週(每日必需治療3-5次)加成部分	698
P5105B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因,當日治療<3次)	1613
P5192B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因,當日治療<3次)加成部分	403
P5106B	-第4週至第12週(週日或國定假日)	1200
腦中風病患急性後期照護與一般強度復健費用		
P5107B	-前3週(每日必需治療1-3次)	2310
P5108B	-前3週(因醫院或病人偶發原因,當日無法治療)	1200
P5109B	-前3週(週日或國定假日)	1200
P5110B	-第4週至第12週(每日必需治療1-3次)	1848
P5193B	-第4週至第12週(每日必需治療1-3次)加成部分	462
P5111B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因,當日無法治療)	1200
P5112B	-第4週至第12週(週日或國定假日)	1200
腦中風病患急性後期照護與高強度日間住院復健費用		
P5119B	-第1至3週(非週日或國定假日,每日必需治療3-5次)	3056
P5120B	-第1至3週(非週日或國定假日,因醫院或病人偶發原因,當日治療<3次)	1586
P5121B	-第4至12週(非週日或國定假日,每日必需治療3-5次)	2444
P5194B	-第4至12週(非週日或國定假日,每日必需治療3-5次)加成部分	612
P5122B	-第4至12週(非週日或國定假日,因醫院或病人偶發原因,當日治療<3次)	1268
P5195B	-第4至12週(非週日或國定假日,因醫院或病人偶發原因,當日治療<3次)加成部分	318
<p>註：治療項目</p> <p>1. 物理治療</p> <p>PACPT1 電療</p> <p>PACPT2 熱/冷療</p> <p>PACPT3 水療</p> <p>PACPT4 被動性關節運動</p> <p>PACPT5 牽拉運動</p> <p>PACPT6 按摩</p> <p>PACPT7 鬆動術</p> <p>PACPT8 降張力技術</p> <p>PACPT9 傾斜床訓練</p>		

編號代碼	診療項目	支付點數
	PACPT10 床上運動 PACPT11 姿態訓練 PACPT12 肌力訓練 PACPT13 耐力訓練 PACPT14 神經誘發技術 PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練 PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練	
	2. 職能治療 PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧 PACOT11 上肢(下肢)功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作 PACOT17. 失能防治介入 PACOT18. 上(下)肢矯治性治療 PACOT19. 感覺功能再訓練 PACOT20. 居家環境評估與改造	
	3. 語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練	

編號代碼	診療項目	支付點數
	PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練 PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

附件 1-2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫
評估費及獎勵費支付標準表

編號代碼	診療項目	支付點數
P5113B	同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書,並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成前 4 項核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報,同團隊醫院跨院下轉成功方得申報。	2000
P5114B	承作醫院評估費(初次) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估,每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理,及與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標,並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 2)	1000
P5115B	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案經轉銜後限每 3 週申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫,並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 3)。 3. 適合日間照護病人,團隊可提前辦理第 1 次複評,不需第 3 週方進行評估。	1000
P5116B	結案評估費(收案>3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式,並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1200
P5117B	結案評估費(收案≤3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式,並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1500
P5118B	不同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書,並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成前 4 項核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報,不同團隊但需為獲選試辦醫院下轉成功方得申報。	1600

編號代碼	診療項目	支付點數
P5123B	<p>急性醫療醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 需完成以下規定作業： <ol style="list-style-type: none"> (1) 需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少 30 分鐘、病人或家屬簽名)。 (2) 準備出院病摘、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院出院前 3 天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。 (3) 提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。 (4) 針對 MRS 4 分病患，若能拍攝活動影片向病人或承作醫院衛教說明者，加計 50%。 	1000
P5124B	<p>急性醫療醫院醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位病人最多申報 3 次(限前 3 週每週一次)。 2. 急性醫療醫院主治醫師或 PAC 團隊成員(需含醫師)至承作醫院探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院團隊成員溝通病情，並增加病人信心。 	1000
P5125B	<p>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位病人最多申報 2 次(出院前後各 1 次)。 2. 病人結案前後，承作醫院 PAC 團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少 30 分鐘，促進病人健康返家回歸社區。 3. 若團隊 2 名(含)以上成員訪視者，加計 50%。 	1000
	<p>主責醫院提升團隊照護品質獎勵費</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。 2. 每家主責醫院全年 6 萬點，本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。 	60000

附件 1-2 之附表 1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－轉出醫院之個案病況及轉銜
確認報告書（參考格式）

急性醫療醫院	個案姓名		急性醫療醫院名稱	
	生日		身分證字號	
	填表日			
	發病日		診斷	
	出院日			
	急性期主要處置(手術)			
	核心量表	面向	分數	備註
		1. 整體功能狀態		
		2. 基本日常生活功能		
		3. 吞嚥、進食功能		
		4. 營養評估		
		6. 工具性日常生活功能		
	專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		
		8. 步行能力、整體行動功能		
9. 心肺耐力				
10. 感覺功能評估				
11. 認知、知覺功能評估				
12. 職能表現				
13. 重返社會能力評估				
14. 語言功能評估				
	其他			
治療方向建議	功能群組： <input type="checkbox"/> 高強度復健 (FRG1) <input type="checkbox"/> 一般強度復健 (FRG2) 治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療			
急性後期照護醫院需要條件				
建議急性後期照護醫院名稱				
急性	院所名稱		電話或傳真	

第一聯：接受轉入醫院留存

第二聯：接受轉入醫院回覆轉出醫院

第三聯：原急性醫療醫院留存

後 期 照 護 醫 院	處理情形		<input type="checkbox"/> 已安排至本院接受住院治療 <input type="checkbox"/> 未入院，原因如下：						
	診治 醫師	姓 名		科 別		醫師 簽章		回覆 日期	
急性 醫療 醫院 簽章			急性 後期 照護 醫院 簽章			病患或家 屬簽名確 認			

附件 1-2 之附表 2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫—承作醫院之個案
「初次評估」報告書（參考格式）

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		急性醫療醫 院名稱	
入院日 (收案日)		診斷	
核心量表	面向	分數	備註
	1. 整體功能狀態		
	2. 基本日常生活功能		
	3. 吞嚥、進食功能		
	4. 營養評估		
	5. 健康相關生活品質		
	6. 工具性日常生活功能		
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		
	8. 步行能力、整體行動功能		
	9. 心肺耐力		
	10. 感覺功能評估		
	11. 認知、知覺功能評估		
	12. 職能表現		
	13. 重返社會能力評估		
	14. 語言功能評估		
	其他		
病患預期 目標		病患情 緒引導 及處理	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 已處理，情緒問題：_____ 處理方式：_____
治療長期 目標(需包 含功能性 目標)		治療 短期 目標	
治療預後 評估			

治療計畫 (治療種類、頻率、 期程及內容)	功能群組： <input type="checkbox"/> FRG1 高強度復健 <input type="checkbox"/> FRG2 一般強度復健 治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 治療頻率： 治療期程： 治療內容： 是否有管路： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管及尿管皆有 <input type="checkbox"/> 其他 管		
急性後期 照護醫院 簽章		病患或家屬簽 名確認	

附件 1-2 之附表 3

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫—承作醫院之個案治療成效「期中評估」報告書（參考格式）

個案姓名		急性後期照護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		診斷	
入院日(收案日)			
核心量表	面向	分數	成效
	1. 整體功能狀態		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	2. 基本日常生活功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	3. 吞嚥、進食功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	4. 營養評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	5. 健康相關生活品質		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	6. 工具性日常生活功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	8. 步行能力、整體行動功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	9. 心肺耐力		<input type="checkbox"/> 快速進步

			<input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	10.感覺功能評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	11.認知、知覺功能評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	12.職能表現		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	13.重返社會能力評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	14.語言功能評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	其他		
整體成效	<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步		
治療目標	<input type="checkbox"/> 不需修正 <input type="checkbox"/> 需修正，修正後如下：		
治療計畫	<input type="checkbox"/> 不需修正 <input type="checkbox"/> 需修正，修正後如下：		
急性後期照護醫院 簽章		病患或家屬簽名 確認	

附件 1-2 之附表 4

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－「結案」之出院轉銜
評估報告書(參考格式)

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證號	
填表日			
發病日			
入院日 (收案日)		診斷	
預計出院 日			
核心量表	面向	分數	備註
	1. 整體功能狀態		
	2. 基本日常生活功能		
	3. 吞嚥、進食功能		
	4. 營養評估		
	5. 健康相關生活品質		
	6. 工具性日常生活功能		
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		
	8. 步行能力、整體行動功能		
	9. 心肺耐力		
	10. 感覺功能評估		
	11. 認知、知覺功能評估		
	12. 職能表現		
	13. 重返社會能力評估		
	14. 語言功能評估		
	其他		
出院評估	長照評估資 源轉介	<input type="checkbox"/> 個案尚無轉介長照照管中心需要 <input type="checkbox"/> 已確認個案取得長照諮詢管道 <input type="checkbox"/> 已轉介至：_____ 縣市長照照管中心 <input type="checkbox"/> 其他(長照以外社福資源)_____	
	輔具資源轉 介	<input type="checkbox"/> 個案尚無輔具或環境改造需要 <input type="checkbox"/> 已確認個案購得或取得選購諮詢管道 <input type="checkbox"/> 已轉介至：_____ 輔具中心	
	回歸居家及 社區生活	居家輔具及 環境改造建 議	<input type="checkbox"/> 尚無輔具或環境改造需要 <input type="checkbox"/> 需要行動輔具 <input type="checkbox"/> 需要日常生活輔具 <input type="checkbox"/> 需要溝通輔具 <input type="checkbox"/> 需要居家環境改造及調整

		居家活動建議及衛教	居家活動建議： 居家飲食建議： 居家照護注意事項： 其他建議：
		生活重建服務建議	
		心理諮商服務建議	
出院後之預計後續照護方式	<input type="checkbox"/> 居家自行復健 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 門診復健 <input type="checkbox"/> 安置於療護機構		
管路移除情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 移除鼻胃管 <input type="checkbox"/> 移除尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管及尿管皆移除 <input type="checkbox"/> 移除其他 管路		
住院期間非計畫性管路滑脫情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有發生		
急性後期照護醫院簽章		病患或家屬簽名確認	

附件 2

急性後期照護 PAC 品質監測指標

依 MRS 等級分成 MRS2、MRS3、MRS4 等三個功能分組分別計算

(試辦第一階段列為品質監測指標，收集結果後做為第二階段擴大試辦之品質獎勵指標訂定基準值)

一、醫療共病處理成效

(一)個案收案後一年內死亡率

1. 分子:分母個案於收案後 1 年內死亡個案數 (勾稽倉儲承保檔的「保險對象資訊檔 (V_DWU_BASINS_INF)」)

2. 分母: 前一年度收案個案數(含已結案及收案中)

(二)個案收案期間轉入急性病房比率(即脫離醫院急性後期照護單位轉住本院其他病房或轉至他院住院)

1. 分子:分母個案於收案期間轉入急性病房個案數(含跨院)

2. 分母: 當年度收案個案數(含已結案及收案中)

二、功能改善及後續適當轉銜之成效

(一)醫學中心病人下轉率

1. 分子:分母個案於下轉急性後期照護醫院入院之個案數

2. 分母: 醫學中心符合本計畫收案對象入院後 30 日內個案數(排除已死亡個案)

(二)個案出院後 14 日內再入院率

1. 分子:分母個案於出院後 14 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2. 分母: 當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)

※ 14 天內:(再住院日-出院日)介於 0 至 14。

(三)個案出院後 30 日內再入院率

1. 分子:分母個案於出院後 30 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2. 分母: 當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)

※ 30 天內:(再住院日-出院日)介於 0 至 30。

(四)個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

三、急性後期照護平均天數

1. 分子:分母個案急性後期照護天數合計
2. 分母: 當年度收案個案數(已結案)

註: PAC 住院天數與日間住院天數分別統計。

四、承作醫院品質報告指標

(一)管路移除率

1. 分子:分母個案管路移除個案數
2. 分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)

(二)非計畫性管路滑脫率

1. 分子:分母個案非計畫性管路滑脫個案數
2. 分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)

附錄 PAC-CVD 各功能群組照護服務內容一覽表

群組	名稱	急性後期醫療照護與復健	專業領域	治療頻率與期限	收案條件與治療目標
FRG1	住院醫療照護與高強度復健(每天3~5次復健治療)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般醫療狀況評估與處置。 2. 神經學狀況評估與處置。 3. 共病症處置：血壓、血糖、血脂控制；心臟、肺臟、肝臟、腎臟等臟器功能維護；認知、情緒、睡眠、行為等障礙治療；營養及體重維持。 4. 血管疾病再發防治。 5. 併發症預防與處置：感染（如吸入性肺炎、尿道感染）、消化道出血、壓瘡、失禁、疼痛、跌倒、癲癇等。 6. 高密度復健計畫：代償或適應動作、感覺、知覺、語言或認知功能損傷，積極促進知覺-感覺-動作統合能力。 7. 積極復健計畫與輔具提供：增進病患行動功能、日常生活功能與溝通功能，提升生活品質與重返社會能力。 8. 預防繼發性損傷或失能。 9. 提升家庭照顧者技能。 	物理治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 週一到五： 1-2次/天 30~60分鐘/次 2. 週末： 1次/天 30~60分鐘/次 3. 計畫返家者： 居家訪視1次/療程(環境評估含社區適應) 	<p>收案條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療狀況穩定； 2. MRS 2-4 具積極復健潛能 3. 能負荷一天1-2次物理治療。 <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 積極復健，增進功能； 2. 預防繼發性損傷或失能； 3. 提升家庭照顧者技能。
			職能治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2次/天 30~60分鐘/次 2. 計畫返家者： 居家訪視1次/療程(環境評估含社區適應) 	<p>收案條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療狀況穩定；動作、感覺、知覺及認知功能損傷者，或日常及社會功能失能者； 2. 且經專業評估認定具有積極復健潛能、能負荷一天執行1-2次職能治療者。 <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提早參與執行生活職能； 2. 促進感覺動作統合、誘發病患功能恢復； 3. 預防次發性失能
			語言治療	<p>視病人體力執行語言溝通或吞嚥治療，每週至少提供5次語言治療。</p>	<p>收案條件：</p> <p>凡有語言溝通或/及吞嚥進食困難者，含：管灌進食者、有潛在吸入性肺炎危險者、無法安全進食者、進食量不足者、語言溝通困難者、書寫閱讀困難者。</p> <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 安全由口進食移除鼻胃管； 2. 增進語言溝通功能； 3. 提升家庭照顧者安全餵食與溝通互動技能。

群組	名稱	急性後期醫療照護與復健	專業領域	治療頻率與期限	收案條件與治療目標
FRG2	住院醫療照護與一般強度復健(每天1~3次復健治療)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般醫療狀況評估與處置。 2. 神經學狀況評估與處置。 3. 共病症處置：血壓、血糖、血脂控制；心臟、肺臟、肝臟、腎臟等臟器功能維護；認知、情緒、睡眠、行為等障礙治療；營養及體重維持。 4. 血管疾病再發防治。 5. 併發症預防與處置：感染（如吸入性肺炎、尿道感染）、消化道出血、壓瘡、失禁、疼痛、跌倒、癱瘓等。 6. 低密度復健計畫：代償或適應動作、感覺、知覺、語言或認知功能損傷，促進知覺-感覺-動作統合能力。 7. 復健計畫與輔具提供：增進行動功能、日常生活功能與溝通功能。 8. 預防繼發性損傷或失能。 9. 提升家庭照顧者技能。 	物理治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.週一到五： 1次/天 30-60分鐘/次 2.週末： 1次/天 30分鐘/次 3.計畫返家者： 居家訪視1次/療程(環境評估含社區適應) 	<p>收案條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療狀況穩定； 2.MRS 2-4 具積極復健潛能； 3.僅能負荷一天1次物理治療。 <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.較低密度復健；增進部分功能 2.預防繼發性損傷或失能 3.提升家庭照顧者技能。
			職能治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.職能治療1次/天，每次30-60分鐘。 2.計畫返家者，每個療程1次居家訪視（環境評估含社區適應）。 	<p>收案條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.動作、感覺、知覺及認知功能損傷者。 2.日常及社會功能失能者。 <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提早參與執行生活職能； 2.促進感覺動作統合、誘發病患功能恢復； 3.預防次發性失能。
			語言治療	視病人體力執行語言溝通或吞嚥治療，每週至少提供3~4次語言治療。	<p>收案條件：</p> <p>凡有語言溝通或/及吞嚥進食困難者，含：管灌進食者、有潛在吸入性肺炎危險者、無法安全進食者、進食量不足者、語言溝通困難者、書寫閱讀困難者。</p> <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.較低密度語言溝通或吞嚥訓練； 2.增加口語表達詞彙量，提升聽覺理解程度；增進由口安全進食量，預防吸入性肺炎產生； 3.提升家庭照顧者安全餵食與溝通互動技能。