



全民健康保險醫療服務給付項目  
及支付標準共同擬訂會議

106 年第一次臨時會會議資料

106 年 3 月 28 日 (星期二) 下午 2 時  
本署 18 樓大禮堂



# 106 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第一次臨時會會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認.....

第 01 頁

參、討論事項

一、有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案。	第 1 頁
二、106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 8 項診療項目案。(後補)	第 47 頁

肆、臨時動議

伍、散會



貳、確認本會 106 年度第 1 次

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認



「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

106 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：106 年 3 月 9 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	廖秋鐳(代)	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	李明憲(代)
璩代表大成	璩大成	林代表敬修	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	陳信水(代)	賴代表振榕	曾中龍(代)
林代表淑霞	林淑霞	楊代表政峯	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	王秀貞(代)	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	陳銘琛(代)
林代表恒立	林恒立	王代表雅馨	王雅馨
王代表宏育	王宏育	張代表清田	張清田
黃代表振國	(請假)	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表金石	張金石	施代表壽全	施壽全
張代表孟源	(請假)	陳代表俊良	陳俊良

列席單位及人員：

中華民國內分泌學會  
中華民國糖尿病學會  
台灣乳房醫學會  
台灣乳房醫學會  
台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會  
台灣護理產業工會  
台灣護理學會  
國立台灣大學醫學院附設醫院  
衛生福利部護理及健康照護司  
台灣復健醫學會  
衛生福利部社會保險司  
衛生福利部全民健康保險會  
中華民國中醫師公會全國聯合會  
中華民國牙醫師公會全國聯合會  
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會  
中華民國醫師公會全國聯合會  
  
中華民國藥師公會全國聯合會  
中華民國護理師護士公會全國聯合會  
台灣醫院協會  
本署臺北業務組  
  
本署北區業務組  
本署企劃組  
本署醫審及藥材組  
本署醫務管理組

蔡世澤主任  
蔡世澤主任  
曾令民秘書長  
張振祥主任  
楊曜旭醫師  
盧孳艷理事長  
陳淑芬秘書長  
李弘元醫師  
林杰穎技士  
韓德生  
周雯雯  
馬文娟  
王逸年  
潘佩筠  
宋佳玲  
黃佩宜、林筱庭、洪郁涵、  
陳哲維  
洪鈺婷  
梁淑媛  
林佩荻、吳心華、吳洵伶、  
蔡育緯、張念賓、李袖瑜、  
賴香蓮、呂婉瑜、林勢傑  
陳孟函  
李碩展  
蔡佳倫  
龐一鳴、陳真慧、林淑範、  
谷祖棣、張淑雅、林右鈞、  
王玲玲、陳依婕、涂奇君、  
吳明純、廖敏欣、宋兆喻、  
林沁嫻、張益誠

## 一、主席致詞：略。

## 二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

- (一) 105 年第二次共擬報告案第六案(序號 1)：現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，將由醫學中心、區域醫院及地區醫院三個層級協會，蒐集各醫院之二十一項成本資料。本案繼續列管，並提報 106 年度最後一次共同擬訂會議報告。
- (二) 105 年第三次共擬報告案第二案(序號 2)：106 年 Tw-DRGs 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案，考量通則之適用可能影響費用之增減，本案與近期將討論之 106 年醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算 60 億調整重症項目併同討論，本案繼續列管。
- (三) 105 年第四次共擬報告案第三案(序號 6)：新增「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，繼續列管至計畫公告生效。
- (四) 105 年第四次共擬臨時會討論案第一案(序號 9)：調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案，請業務單位監測診察費調整前後之開診率、急診之三至五級變化等，並請中華民國醫師公會全國聯合會俟輔導結果資料齊備後提案報告，本案繼續列管。
- (五) 其餘確認。

## 三、報告事項：

- (一) 104 年及 105 年新增修支付標準執行情形乙案。  
決定：洽悉。有關診療項目新增後第二年預算成長率，改以該年度非協商因素成長率計算。
- (二) 修訂中醫支付標準報告案。

決定：洽悉。修訂摘要如下：詳附件 1，P7-P10。

1.放寬醫師產假期間兼任醫師合理量計算規定。

2.第一章門診診察費：中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼 A82、A83、A84、A85)，每項點數增加 10 點。

(三)「106 年西醫基層總額支付標準開放表別項目」案。

決定：洽悉。修訂摘要如下：詳附件 2，P11-P17。

1.同意開放支付標準編號 12078B「CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」等 25 項診療項目至基層適用，並規範除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。本署按月監控前述項目於醫院及西醫基層之執行情況，視需要訂定適應症。

2.有關代表反映 12047B「運鐵蛋白一單向免疫擴散法」目前臨床已未執行，及 12079B「CA-199 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)」等相關腫瘤標記檢驗項目，俟本署進行檔案分析及追蹤後視需要加強審查管理，必要時將再提會討論。

(四)修訂 106 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。

決定：洽悉，於計畫增列「全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所之標示製作作業說明」規定，詳附件 3，P18-P72。

(五)住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106 年適用權重誤植更新案。

決定：洽悉，修正 23 項 DRG 之權重數值，並回溯至 106 年 1 月 1 日起生效，本署將辦理權重誤植期間之追扣補付作業，詳附件 4，P73~P74。

#### 四、討論事項：

(一)修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」護理費加成本案。

決議：

1. 符合全日平均護病比加成：採台灣醫院協會建議之方案
- 2，其加成率如下，詳附件 5，P75～P76。

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	14%

2. 修訂可申報偏鄉醫院護理費加成之醫院範圍，詳附件 6，P77～P79。
3. 行政配合事項：
  - (1)結構性資料：增列「實際於急性一般（精神）病床照護之護理人員數」欄位，按月填報。
  - (2)品質報告：增列「年資 3 個月以上護理人員離職率」及「2 年以上年資護理人員比率」指標，按季填報。

(二) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 10 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增序號 6「醣化白蛋白(GA)」乙項，並修訂支付點數為 200 點。因本項支付點數同 09006C「醣化血色素」，爰不增加健保支出，詳附件 7，P80。
2. 序號 1 至 4、序號 7 至 9 新增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 7 項診療項目，原則同意新增診療項目，惟成本需重新計算，本案暫保留。序號 5 新增「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」乙項，須再釐清成本及專科別限制，暫保留於下次會議討論。序號 10 不同意新增診療項目「鐳 223 治療」。

(三)有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午 17 時 50 分

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議解除列管	繼續列管
1	105-2-6 報	105.06.23	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	後續將依 106/3/9 共同擬訂會議決議，請醫學中心、區域及地區醫院三個層級協會，提供蒐集之醫院名單及其二十一項成本資料，並於 106 年度最後一次共同擬訂會議報告。		V
2	105-3-2 報	105.09.29	全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 106 年適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。	<p><b>105.09.29 開完會的決議：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同意 106 年 Tw-DRGs 適用參數，惟急診費用是否併入 DRG 計算，目前依照去年計算方式，計算權重及 SPR 時併入急診轉住院時之急診費。後續急診申報規定若有修正，依申報規定併同 105 年特材價量調查結果，重新計算 106 年相關參數，並提報下次會議報告。</li> <li>2. 保留本次支付通則修訂，並評估 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則於 106 年實施之可行性並於下次會議報告。</li> </ol> <p><b>105.11.29 開完會對於追蹤表的決議：</b> 106 年 Tw-DRGs 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故本案暫保留，並繼續列管中。</p> <p><b>105.12.22 開完會對於追蹤表的決議：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依 105 年 11 月 29 日共同擬訂會議決議，4.0 版 Tw-DRGs 支付通則項目於 106 年實施之可行性及適用參數之計算，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故暫保留，並繼續列管中。</li> <li>2. 考量 60 億調整重症項目未及於 105 年底完成，按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：Tw-DRGs 適用參數由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。106 年 Tw-DRGs 適用參數，已依 105 年 9 月 29 日共同擬訂會議決議，併同 105 年特材價量調查結果，重新計算並依程序辦理報部等相關行政作業。</li> </ol>	健保署醫管組	4.0 版 Tw-DRGs 支付通則項目於 106 年實施之可行性及適用參數之計算，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故暫保留並繼續列管。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管
							建議 解除列管
3	105-3(臨)-2 討	105.11.29	本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。	同意本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式自費用年月 106 年 1 月起至 107 年 12 月止，由醫療院所選擇逐案或批次申報，並列入本會議追蹤事項列管兩年。	健保署醫管組	106 年 1 月至 6 月收載之資料，預計提報 106 年第三次(9 月)共同擬訂會議報告。	V
4	105-4-3 報	105.12.22	新增「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」。	洽悉，修訂摘要：提供術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症患者用藥、針傷科治療、診脈、放化療副作用評估表、營養飲食指導、護理衛教等服務。	健保署醫管組	本案業於 106 年 2 月 17 日提報健保會報告，已於 106 年 3 月 17 日完成報部作業，俟核定後公告實施。	V
5	105-4(臨)-1 討	105.12.30	有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。	洽悉。 1. 同意調高第一段合理量內門診診察費 20 點。 2. 「假日開診率低於 25% 之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。	健保署醫管組	1. 調高診察費 20 點業於 106 年 2 月 23 日以衛部保字第 1061260080 號令，發布修正並自中華民國 106 年 3 月 1 日生效。 2. 「假日開診率低於 25% 之地區」本署刻正函請醫師全聯會持續瞭解各地區週日開診需要，及監控基層診所開診率之變化，並於本年度共同擬訂會議提案報告。本項繼續列管。	V
6	106-1-2 報	106.03.09	修訂中醫支付標準報告案。	洽悉，修訂摘要： 1. 放寬醫師產假期間兼任醫師合理量計算規定。 2. 第一章門診診察費：中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼 A82、A83、A84、A85)，每項點數增加 10 點。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。	V
7	106-1-3 報	106.03.09	「106 年西醫基層總額支付標準開放表別項目」案。	洽悉，修訂摘要： 1. 同意開放支付標準編號 12078B 「CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」等 25 項診療項目至基層適用，並規範除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。本署按月監控前述項目於醫院及西醫基層之執行情況，視需要訂定適應症。	健保署醫管組	同意開放表別 25 項診療項目至基層適用，將依程序辦理報部等相關行政作業。其餘腫瘤標記檢驗項目，俟本署進行檔案分析及追蹤後視需要加強審查管	V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除	繼續
				2. 12047B「運鐵蛋白-單向免疫擴散法」, 及12079B「CA-199腫瘤標記(EIA/LIA法)」等相關腫瘤標記檢驗項目, 俟本署進行檔案分析及追蹤後視需要加強審查管理, 必要時將再提會討論。		理, 必要時將再提會討論, 建議解除列管。		
8	106-1-4報	106.03.09	修訂106年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。	洽悉。於計畫增列「全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所之標示製作作業說明」規定。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。	V	
9	106-1-5報	106.03.09	住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106年適用權重誤植更新案。	洽悉。修正23項DRG之權重數值, 並回溯至106年1月1日起生效, 本署將辦理權重誤植期間之追扣補付作業	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。	V	
10	106-1-1討	106.03.09	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」護理費加成本案。	洽悉, 修訂摘要: 1. 修訂全日平均護病比加成。 2. 修訂可申報偏鄉醫院護理費加成之醫院範圍。 3. 增列三項護理指標。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。	V	
11	106-1-2討	106.03.09	106年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等10項診療項目案。	洽悉, 修訂摘要: 1. 同意新增序號6「醣化白蛋白(GA)」乙項, 並修訂支付點數為200點。 2. 序號1至4、序號7至9新增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等7項診療項目, 原則同意新增診療項目, 惟成本需重新計算, 本案暫保留。序號5新增「呼氣一氧化氮監測(FENO)」乙項, 須再釐清成本及專科別限制, 暫保留於下次會議討論。序號10不同意新增診療項目「鐳223治療」。	健保署醫管組	已同意之項目將依程序辦理報部等相關行政作業。其餘暫保留項目, 俟學會補送成本資料, 再提案至本會議討論, 建議解除列管。	V	
12	106-1-3討	106.03.09	修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案	因時間因素未及討論, 將於下次會議另行討論。		將於106年3月28日106年第一次共擬臨時會議進行討論, 建議解除列管。	V	



# 參、討論事項



## 討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依健保會 106 年全民健康保險其他部門預算協商決定事項，急性後期計畫(以下稱 PAC)應朝居家、社區型照護發展，並於 106 年 4 月底前將修訂計畫提經健保會同意後，預算始得動支。
- 二、依據本署 105 年召開 2 次專家諮詢會議，邀請中華民國醫師公會全國聯合會（簡稱醫師全聯會）、台灣醫院協會、社區醫院協會、復健、神經、神經外科、骨科、胸腔及心臟血管、腦中風、老年醫學、整合照護、醫院整合、心臟等醫學會，及物理、職能、語言治療公學會、衛福部醫療及社會福利機構管理會等逾 20 個單位，研議下階段擴大 PAC 收案、結案、排除條件、照護模式內容、評估工具，並依醫師全聯會於 105 年 11 月邀請相關公學協會討論醫院條件之共識，研議修訂 PAC 計畫，修訂重點分述如下。
- 三、擴大收案對象：

依專家會議結論下階段 PAC 新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患，簡述如下：

- (一)創傷性神經損傷：年滿 18 歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病 60 天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表 40 至 70 分），醫療狀況穩定，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。
- (二)脆弱性骨折：年滿 18 歲，經診斷為髖關節、脊椎骨折、膝關節骨折或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內，術後出現功能下降(巴氏量表 40 至 70 分)，醫療狀況穩定，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。
- (三)心臟衰竭：年滿 18 歲，左心室射血分率(Ejection fraction)≤

40%，且符合 ACC/AHA Stage C~D，因為急性惡化而住院，經醫療團隊評估可出院者。

(四)衰弱高齡病患：75 歲以上，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病)，因急性疾病入院（住院時間>72 小時）治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。且臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale，CFS）評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者（CFS：5-7 分），醫療狀況穩定，且具治療潛能。

#### 四、新增 PAC 居家模式：

(一)由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含現有之住院模式、日間照護模式，及新增之居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

(二)居家模式條件：因故無法接受住院照護模式、日間照護模式或門診照護，但仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限但頻率較密集的整合性居家復健服務。

(三)服務內容：

1. 專業治療師（物理治療師、職能治療師、語言治療師）至個案家中提供急性後期整合性居家復健服務，時間 30-50 分鐘。
2. 運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常活動功能，及促進社區參與能力。
3. 居家復健需求評估與計畫擬定。
4. 居家物理治療包括：被動關節運動、擺位、床上活動及轉位訓練、肌力及耐力訓練、平衡訓練、行走訓練、心肺功能訓練、疼痛物理治療、慢性傷口輔助治療、輔具評估/使用訓練及指導、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
5. 居家職能治療包括：日常活動功能及社區參與之促進與

訓練、手功能訓練、輔具與副木之需求評估/設計/製作/使用訓練及指導、認知知覺功能訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。

6. 居家語言治療包括：語言理解/表達障礙之評估與訓練、吞嚥障礙之評估與訓練、溝通障礙輔助系統之評估與訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。

7. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。兩位不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，計 2 次。

(四) 執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程。

(五) 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行（例如病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之治療師）。

(六) 支付標準(急性後期整合照護居家模式獎勵費)：

每次 1455 點(比照居家照護資源耗用第二類之護理訪視費)。

## 五、醫院條件

(一) 創傷性神經損傷：

1. 醫師：專任神經外科醫師或專任神經科醫師或專任復健科醫師。

2. 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師。

(二) 脆弱性骨折：

1. 醫師：專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師。

2. 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼

任社工師(人員)、專/兼任營養師。

### (三)心臟衰竭：

#### 1.醫師：

(1)具備有負責心臟衰竭照護之專任心臟內科專科醫師或專任心臟外科專科醫師。

(2)專兼任心臟外科專科醫師(當負責心臟衰竭照護 PAC 為心臟內科專科醫師時)、專/兼任復健專科醫師。

#### 2.醫事人員

(1)專任或專責心臟衰竭個案管理師(收案 25 名以上需專任)。

(2)專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任臨床藥師。

### (四)衰弱高齡病患：

1.醫師：專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科、或老年醫學科醫師，除老年醫學科醫師外，需經過六小時老年醫學相關照護訓練。

2.醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師。

## 六、急性後期照護期間

(一)創傷性神經損傷：3-6 週為原則，經申請展延至多 12 週。

(二)脆弱性骨折：1-2 週為原則，經申請展延至多 3 週。

(三)心臟衰竭：出院後 6 個月內整合門診追蹤 5 次。

(四)衰弱高齡病患：2-3 週為原則，經申請展延至多 4 週。

## 七、支付方式：

(一)住院論日支付，高強度 PAC 每日 3587 點、一般強度 2411 點。  
高強度 PAC 限腦中風、創傷性神經損傷申報。(藥費、藥事

服務費、治療處置、手術費、管灌飲食、副木材料費可核實支付)。

(二)日間照護每日支付高強度(2538點)、中強度(1938點)、一般強度(1338點)。

(三)居家模式同前述。

八、其餘依照專家會議結論所修訂之計畫內容詳「急性後期整合照護計畫內容摘要表」(詳附件 1-1, P6~P13)及「急性後期整合照護試辦計畫」(詳附件 1-2, P14~P45)。

九、預估人數：

(一)低推估：依該類疾病對象1日內再住院率推估，約8,400人，占新個案數6%。

(二)中推估：依14日內再住院率推估，約14,000人，占新個案數9%。

(三)高推估：依30日內再住院率推估，約18,000人，占新個案數12%。

擬辦：本案經討論後修訂本試辦計畫，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

急性後期整合照護計畫內容摘要表

106.3.8

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
腦中風	限急性發作後一個月內之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙 (MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.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。</li> <li>2.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。</li> <li>3.經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。</li> <li>4.進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。</li> <li>5.保險對象自動放棄或自行中斷急性後期照護者。</li> <li>6.死亡。</li> <li>7.病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1.依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。</li> <li>2.3-6 週為原則，經申請展延至多 12 週。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.住院論日支付，高強度 3587 點、一般強度 2411 點。</li> <li>2.評估費：初評、每 3 週複評 1000 點、結案 1500 點。</li> <li>3.下轉評估 1600-2000 點。</li> <li>4.轉銜作業獎勵費 1000 點。</li> <li>5.醫事人員跨院訪視獎勵費 1000 點(3 次)。</li> <li>6.居家訪視獎勵費 2000 點(2 次)。</li> <li>7.日間照護一般強度 (1338 點)、中強度 (1938 點)、高強度(2538 點)。 註：藥費、藥服費、處置、手術、管灌飲食、副木材料費、吞嚥攝影檢查核實申報。</li> </ol> <p>本次新增 1.居家模式支付</p>	<p>(一)核心量表(必評)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.整體功能狀態。</li> <li>2.基本日常生活功能。</li> <li>3.吞嚥、進食功能。</li> <li>4.營養評估 (Short Form)。</li> <li>5.健康相關生活品質。</li> <li>6.工具性日常生活功能。</li> </ol> <p>(二)專業量表(選評)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.姿勢控制、平衡功能。</li> <li>2.步行能力、整體行動功能。</li> <li>3.心肺耐力。</li> <li>4.感覺功能評估。</li> <li>5.認知、知覺功能評估。</li> <li>6.職能表現。</li> <li>7.重返社會能力評估。</li> <li>8.語言功能評估。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.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。</li> <li>2.醫事人員：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。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。</li> </ol>

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
					2.推動 3 年，依 105 年專家會議結論新增腦中風 PAC 論質支付。		
燒燙傷	<p>1.燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理 (Barthel index <math>\leq</math> 80 分)，或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。</p> <p>2.另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積</p>	<p>1.個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者(一般門診復健)。 註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行(或依靠輔具)吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。</p> <p>2.「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長 3 個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長 1 個月。</p> <p>3.「日間照護模式」經 3 個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性</p>		<p>1.依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。</p> <p>2.最長 3 個月，經申請展延得延長 1 個月，最多 3 次。</p>	<p>1.住院採論量支付，其餘日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。</p> <p>2.支付項目另依燒傷特性增加如下：</p> <p>(1)燒燙傷專業醫事人員臨床諮詢指導費 1000 點</p> <p>(2)燒傷 PAC 中度-複雜治療(不限執行項目數，限最少執行時間)600 點。</p> <p>(3)燒傷 PAC 複雜治療(不限執行項目數，限最少執行時間)750 點。</p> <p>(4)家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢(或團體諮詢)衛教費 64-97 點。</p>	<p>1.必要評估工具 Barthel Index ROM</p> <p>2.選擇性評估工具</p> <p>(1)傷口評估 Vancouver scar scale 或 POSAS</p> <p>(2)吞嚥、進食功能 Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale</p> <p>(3)營養評估 MNA Short Form</p>	<p>1.需有專任整形外科醫師或專任復健科醫師、專任物理治療師、專任職能治療師、專任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專任社工師(人員)、專任營養師、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。</p> <p>2.提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。</p> <p>3.團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師(人員)，需提出 3 年內有接受燒燙傷相關的訓</p>

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
	極復健潛能。	<p>後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間1個月，最多3次。</p> <p>4.經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採「日間照護模式」(需符合收案對象條件)。</p> <p>5.保險對象自行中斷者。</p> <p>6.病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。</p>			(5)門診個案燒燙傷衛教及個案管理費800點/季。		<p>練課程證明(訓練時數達6小時)，醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。</p>
創傷性神經損傷	<p>年滿18歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病60天之內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙(巴氏量表40至70分)，醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。</p>	<p>1.個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後</p>	<p>1.嚴重精神疾病。</p> <p>2.長期呼吸依賴。</p> <p>3.末期疾病。</p> <p>4.長期臥床，身體功能無法回復。</p> <p>5.癌症仍需後續住院治療。</p> <p>6.合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。</p> <p>7.脊髓損傷。</p>	<p>1.依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。</p> <p>2.3-6週為原則，經申請展延至多12週。</p>	<p>1.住院比照腦中風高強度或一般強度PAC採論日支付</p> <p>2.日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。</p>	<p>1.必要評估工具 Barthel Index、IADL、EQ-5D</p> <p>2.選擇性評估工具 (1)脊髓損傷患者獨立量表第三版(Spinal cord independence measure III) (2)腦傷認知功能評估 The Galveston Orientation and Amnesia Test; Rancho</p>	<p>1.醫師： 需有專任神經外科醫師或專任神經科醫師或專任復健科醫師</p> <p>2.醫事人員： 專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師。</p>

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
		續家屬可居家照護之程度。 2. 進入急性後期照護時間，超過 12 週者。 3. 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。 4. 保險對象自行中斷急性後期照護者。 5. 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。				Los Amigos Cognitive Functional Grading (3) 職能評估：職能表現測驗 (4) 語言治療評估	
脆弱性骨折（髕關節、脊椎骨折、膝關節骨折與不穩定骨折）	經診斷為髕關節、脊椎骨折或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列條件： 1. 因髕關節、脊椎骨折或不穩定骨盆骨折而住院/手術（包括內固定、半髕關節置換術及全髕關節置換	1. 個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至門診復健或在家自我復健者。（註：預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發病前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。） 2. 進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限	1. 脊椎骨折併有脊髓損傷患者。 2. 嚴重意識或認知障礙。 3. 嚴重精神疾病。 4. 長期呼吸器依賴。 5. 末期疾病。 6. 身體功能退化無法回復之長期臥床病人。 7. 癌症病人須後續住院治療（化療、放療等）。	1. 依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。 2. 1-2 週為原則，經申請展延至多 3 週。	1. 住院比照腦中風一般強度 PAC 採論日支付。 2. 日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。	1. 失能程度：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)。 2. 疼痛指數：疼痛指數量表 (Numerical Pain Rating Scale, NRS)。 3. Harris Hip Score (髕關節骨折適用)	1. 醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師 2. 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師。

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
	<p>術、膝關節置換術)，術後出現功能下降(巴氏量表 40 至 70 分)，經評估適合收案者。</p> <p>2.無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。</p> <p>3.醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。</p> <p>4.有復健潛能者。</p> <p>5.個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。</p> <p>6.病患年滿 18 歲。</p>	<p>者。</p> <p>3.保險對象自行中斷急性後期照護者。</p> <p>4.病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。</p>					
心臟衰竭	1.心臟衰竭，定義為左心室射血分率(Ejection	<p>1.病人死亡</p> <p>2.病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院</p>	1.因非心臟衰竭相關疾病而導致至存活期小於六個月者	學會建議 完整出院準備+ 出院後電話追蹤/居家訪視+	依心臟衰竭特性增加支付項目如下： 1.銜接急性後期	1.必要評估工具 (1)IADL (2)EQ-5D (3)6 分鐘行走測	1.應具備有負責心臟衰竭照護之專任心臟內科專科醫師或

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
	<p>fraction) <math>\leq 40\%</math>，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於 <math>40\%</math> 者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。</p> <p>2. 年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能。</p> <p>3. 若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於 <math>40\%</math> (left ventricular ejection</p>	<p>3. 病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。</p> <p>4. 病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。</p> <p>5. 照護期滿 6 個月</p>	<p>2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者</p> <p>3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者</p> <p>4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病</p> <p>5. 長期呼吸器依賴者；</p> <p>6. 重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者</p> <p>7. 病人或家屬沒有參與意願。</p> <p>8. 已安排於近期 (一個月內) 接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。</p> <p>9. 目前正在洗腎或等待腎移植者。</p> <p>10. 嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。</p> <p>11. 曾結案過者</p> <p>12. 治療上無法與其他 (次) 專科醫師達成共識者。</p>	<p>心臟衰竭共同照護門診回診。照護服務項目包含：</p> <p>1. 完整出院準備。</p> <p>2. 出院後每月電話追蹤。</p> <p>3. 出院 6 個月內居家訪視。</p> <p>4. 出院後六個月內，定期 (出院一週、滿一個月、三個月、五個月) 心臟衰竭共同照護門診回診 (心臟專科醫師與心臟衰竭個案管理師共同照護門診)。</p>	<p>個案管理照護之衛教、居家照顧能力及防範惡化措施之指導及評估費 (2000 點)</p> <p>2. 心臟衰竭急性後期照護團隊評估費 (篩檢、初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護) 比照其他方案初評 (1000 點)</p> <p>3. 心臟衰竭急性後期物理或職能治療-複雜治療 750 點</p> <p>4. 其餘評估費、獎勵費同腦中風支付。</p>	<p>試</p> <p>(4) 活動功能限制評估 New York Heart Association functional class I ~IV (每次)</p> <p>(5) 營養評估 Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form) (出院前、三個月複評及結案評)</p> <p>(6) 心臟超音波 (出院前及結案評)</p> <p>(7) 藥物評估 ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評)</p> <p>2. 選擇性評估工具 明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表</p>	<p>專任心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務 (具備資格如計畫備註)</p> <p>2. 專/兼任心臟外科專科醫師 (當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時)、專/兼任心臟內科專科醫師 (當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時)</p> <p>3. 專/兼任復健專科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任臨床藥師。</p>

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
	fraction 40%)。 4. 當次住院 (index hospitalization), 經醫療團隊評估可出院者。						
衰弱高齡病患	1. 高齡病患 (≥75 歲, 且具有 <u>帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病</u> ) 因急性疾病入院 (住院時間>72 小時) 治療完成一個月內, 仍具有功能下降狀態。 2. <u>臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale, CFS)</u> 評估後具有 <u>中度以上衰弱症且仍具復健潛能者 (CFS: 5-7 分)</u> 。	1. 個案功能顯著進步已達預期目標, 經照護團隊評估, 可返家或接受門診照護者。預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況, 綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。 2. 已達照護日數之上限。 3. 經兩次功能評估無進步者。 4. 病患自行中斷照護計畫者。 5. 病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。	1. 符合其他疾病類型收案之急慢性後期照護個案。 2. 具意識或認知障礙致無法配合治療。 3. 長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。 4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。 5. 病患經診斷重大傷病, 且須頻繁住院治療者。	1. 依評估結果安排適當之急慢性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式, 各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。 2. 2-3 週為原則, 經申請展延至多 4 週。	1. 住院比照腦中風一般強度 PAC 採論日支付 2. 日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。	1. 日常生活: 巴氏日常生活量表 (Barthel Index)、工具性日常生活功能 (IADL) 2. 衰弱程度: 臨床衰弱量表。 3. 認知功能: SPMSQ 4. 憂鬱狀態: Geriatric Depression Scale-5 Item (GDS-5) 5. 急性譫妄評估: Confusion Assessment Method (CAM) 6. 跌倒風險: STEADI 流程評估與介入 7. 潛在不當用藥: 2015 年 Beer's criteria 8. 營養狀況評估:	1. 醫師: 需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科、或老年醫學科醫師, 除老年醫學科醫師外, 需經過六小時老年醫學相關照護訓練。 2. 醫事人員: 專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師 (人員)、專任藥師。

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
	<p>3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。</p> <p>4. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。</p> <p>5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。</p>					<p>MNA Short Form</p> <p>9. 生活品質評估量表：EQ-5D</p>	



全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫(草案) 106.3.8

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整合照護模式 (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，跨醫療院所照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，急性期穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，或造成照護強度不足，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、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，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣急性後期整合照護模式，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。

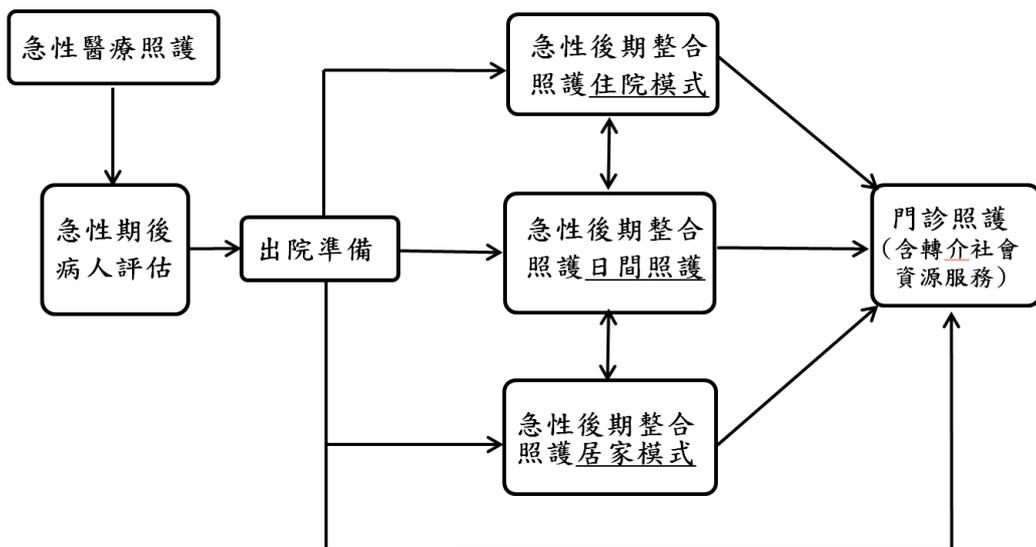
參、計畫期間：自103年1月1日起分階段實施。

肆、預算來源

本計畫「急性後期整合照護與高強度復健」、「急性後期整合照護與一般強度復健」、「急性後期整合照護與日間照護」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「急性後期整合照護居家模式」、「品質獎勵措施」、「評估費」、「獎勵費」費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

伍、照護模式及內容

由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含住院模式、日間照護模式、居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂天數上限。



## 一、 急性後期整合照護住院模式

- (一) 於區域醫院或地區醫院以住院方式提供急性後期整合照護，包括跨專業團隊整合照護、專業復健等。
- (二) 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (三) 服務內容：
  1. 個人化之治療計畫。
  2. 跨專業團隊整合照護(醫療、護理、物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療、心理治療、社工、營養、醫療諮詢及衛教)。
  3. 專業復健(生理、心理及銜接社會資源)。
  4. 後續居家照護及技巧指導。
  5. 共病症、併發症預防及處置。
  6. 定期團隊評估。

## 二、 急性後期整合照護日間照護模式

- (一) 採取「日間照護」門診全天方式提供照護，提供個案的急性後期醫療照護。
- (二) 服務內容：
  1. 醫師診療。
  2. 門診復健治療。
  3. 護理照護：傷口照護、協助洗澡、主要照顧者照護技巧指導（換藥方式、導尿教導、便秘處理等）。
  4. 社工轉介社會資源輔導。
  5. 營養及飲食指導
  6. 未來功能重建（functional recovery）、職能輔導（occupational recovery）等身心各項復健。
- (三) 醫院需能提供上午及下午治療課程，時間以9點至17點為原則，符合臨床治療要求及病人意願，可於下午治療結束後提前返家。
- (四) 提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量病人隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

## 三、 急性後期整合照護居家模式

- (一) 居家模式條件：因故無法接受住院照護模式、日間照護模式或門診照護，但仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限但頻率較密集的整合性居家復健服務。
- (二) 服務內容：
  1. 專業治療師（物理治療師、職能治療師、語言治療師）至個案家中提供急性後期整合性居家復健服務，時間30-50分鐘。
  2. 運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常活動功能，及促進社區參與能力。
  3. 居家復健需求評估與計畫擬定。
  4. 居家物理治療包括：被動關節運動、擺位、床上活動及轉位訓練、肌力及耐力訓練、平衡訓練、行走訓練、心肺功能訓練、疼痛物理治療、慢性傷口輔助治療、輔具評估/使用訓練及指導、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。

5. 居家職能治療包括：日常活動功能及社區參與之促進與訓練、手功能訓練、輔具與副木之需求評估/設計/製作/使用訓練及指導、認知知覺功能訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
  6. 居家語言治療包括：語言理解/表達障礙之評估與訓練、吞嚥障礙之評估與訓練、溝通障礙輔助系統之評估與訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
  7. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。兩位不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，計 2 次。
- (三) 執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程。
- (四) 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行（例如病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之治療師）。

## 陸、推動範圍

本計畫收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估工具詳附件 1。

## 柒、成效評量

### 一、個案評估方式

#### (一) 以急性後期照護團隊會議方式進行：

1. 參與人員：急性後期照護團隊成員。
2. 會議頻率：收案會議，結案會議，定期之期中會議。
3. 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
4. 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。
5. 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：

1. 轉出醫院評估。
2. 承接醫院初評。
3. 期中評估。
4. 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)。

### 二、品質指標

#### (一) 醫療共病處理成效

##### 1. 一年內死亡率

分子:分母個案於結案出院後 1 年內死亡個案數 (勾稽「保險對象資訊檔 (V\_DWU\_BASINS\_INF)」)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

##### 2. 30 日內急診率

分子:分母個案於結案出院後 30 日內急診之個案數(含跨院)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

## (二)功能改善及後續適當轉銜之成效

### 1.醫學中心病人下轉率

分子:分母個案於下轉急性後期照護醫院入院之個案數。

分母: 醫學中心符合本計畫收案對象個案數(排除已死亡個案)。

### 2. 14日內再入院率

分子:分母個案於結案出院後14日內再入院之個案數(含跨院)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

### 3. 30日內再入院率

分子:分母個案於結案出院後30日內再入院之個案數(含跨院)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

註:心臟衰竭計算6個月內再入院率。

### 4.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)急性後期照護平均住院天數

分子:分母個案急性後期照護天數合計。

分母: 當年度結案個案數。

## (四)承作醫院品質報告指標

### 1.管路移除率

分子:分母個案管路移除個案數。

分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)。

### 2.非計畫性管路滑脫率

分子:分母個案非計畫性管路滑脫個案數。

分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)。

### 3.心臟衰竭治療指引推薦用藥之使用率: ACEI/ARB, Beta-blocker。

分子: 治療指引推薦用藥之使用率個案數。

分母: 當年度結案個案數。

## 捌、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、 提供諮詢專線電話
- 二、 居家照護建議
- 三、 復健治療建議:居家自我運動或門診復健。
- 四、 社區醫療資源轉介服務:針對有後續門診追蹤及門診復健需求之個案,提供居家鄰近可進行門診追蹤及復健之醫療院所名單及轉診資料。
- 五、 居家環境改善建議
- 六、 輔具評估及使用建議
- 七、 轉介社會資源服務(含評估及聯繫長期照護管理中心,轉介社福機構辦理生活重建)
- 八、 生活重建服務建議
- 九、 心理諮商服務建議
- 十、 評估轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊
- 十一、評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤
- 十二、其他出院準備相關事宜

## 玖、診療項目及支付點數

本計畫診療項目及支付點數詳附件 2。

## 拾、醫療費用申報及審查原則

### 一、申報原則：

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 參與計畫醫療院所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。
- (四) 醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：  
屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、整合式照護計畫註記應填『』(腦中風)、『』(燒燙傷)、『』(創傷性神經損傷)、『』(脆弱性骨折)、『』(心臟衰竭)、『』(衰弱高齡)。住院醫療服務點數清單之案件分類應填『4』，試辦計畫代碼應填『1』(腦中風)、『2』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『6』(衰弱高齡)；醫學中心急性期住院期間申報本計畫規定之費用，依原案件分類填報，試辦計畫代碼應填『2』，本計畫相關復健治療項目需申報治療執行起迄時間及執行人員 ID。其餘依一般費用申報原則辦理。
- (五) 申報方式：併當月份送核費用申報。

### 二、審查原則

- (一) 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。
- (二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。
- (三) 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。

## 拾壹、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，對於參與計畫之醫療院所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。

#### 拾貳、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。

#### 拾參、計畫申請及退場機制

- 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、參與本計畫之醫院，需填報申請書及相關資料向轄區保險人分區業務組申請，並經保險人審查通過。
  - (一)申請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之病人，原則上需將病人轉至急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
  - (二)承作醫院應成立「急性後期照護團隊」，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)。
  - (三)「急性後期照護團隊」應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作。
  - (四)承作醫院需符合醫療機構設置標準規定之復健醫療設施與相關專業人員標準。
  - (五)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。
  - (六)承作醫院應於所提計畫書通過後述明「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。
  - (七)急性後期照護團隊，需完成急性後期照護訓練，並應派成員參與本計畫相關執行說明會。
- 三、參與計畫醫院，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。
- 四、參與醫院於辦理期間，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。

- 五、 上述停約之醫院，經本署依特管辦法第 38 條至第 40 條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約者，且停約處分經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

#### 拾肆、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。

## 附件 1 收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估工具

### 附件1-1 腦中風

#### 一、 收案對象

- (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,功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4),於參與本計畫之醫院住院,經醫療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,功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4),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:
  1. 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。
  2. 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。
  3. 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)。
  4. 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。
  5. 腦中風發病 30 天內,加護病房住院超過兩週者。
  6. 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:

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

#### (三)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)、輕度功能障礙 (MRS 3)、中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4),及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準:

0 - No symptoms.

1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

6- Dead.

#### (四)具積極復健潛能判定原則:

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

#### 二、 結案條件:

急性後期照護以 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。經「住院模式」

照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

- (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)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)死亡。
- (七)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

### 三、 參與醫院條件

具備「腦中風急性後期照護團隊」之區域或地區醫院。

- (一) 醫師：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）。
- (二) 醫事人員：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。

### 四、 評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)：

- (一) 核心必要評估工具
  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(Short Form)。
  5. 健康相關生活品質。
  6. 工具性日常生活功能。
- (二) 專業選擇性評估工具
  1. 姿勢控制、平衡功能。
  2. 步行能力、整體行動功能。
  3. 心肺耐力。
  4. 感覺功能評估。
  5. 認知、知覺功能評估。
  6. 職能表現。
  7. 重返社會能力評估。
  8. 語言功能評估。

## 附件 1-2 燒燙傷

### 一、收案對象：

- (一)燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理(Barthel index $\leq$ 80 分)，或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。
- (二)另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：
  - 1.具認知、學習能力與意願
  - 2.具足夠體力：每天可接受至少 1 小時以上之積極復健治療。
  - 3.能主動參與復健治療計畫

### 二、結案條件(符合以下任一條件者)：

- (一)個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者(一般門診復健)。  
註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行(或依靠輔具)吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。
- (二)「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長 3 個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長 1 個月。
- (三)「日間照護模式」經 3 個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間 1 個月，最多 3 次。
- (四)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

### 三、參與醫院條件

- (一)具備「燒燙傷急性後期整合性照護團隊」：
  - 1.有專任整形外科醫師或專任復健科醫師、專任物理治療師、專任職能治療師、專任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專任社工師(人員)、專任營養師、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。
  - 2.提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。
  - 3.團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師(人員)，需提出 3 年內有接受燒燙傷相關的訓練課程證明(訓練時數達 6 小時)，醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。
- (二)提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量燒燙傷病人穿脫彈性衣之隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。
- (三)提供急性後期照護之醫院，需與上游燒燙傷中心醫院雙向聯繫，設置個案管理師擔任照護管理之角色，結合社福團體提供傷患完整之身心照護。

### 四、評估工具

- (一)團隊會議：個案收案、結案時，須由燒燙傷急性後期整合性照護團隊人員召開團隊會議，並於治療期間，亦至少每 3 週定期召開會議，對個案進行評估。相關會議紀錄應置放於病歷內。

(二)個案評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)

1.核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.上下肢功能	關節活動度(Range of Motion 簡稱 ROM)

2.專業選擇性評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)

評量面向	評量工具
1.傷口評估	評估傷口癒合、植皮皮瓣、疤痕生成等狀況 Vancouver scar scale 或 POSAS (patient and observer scar assessment scale)
2.吞嚥、進食功能	Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale
3.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form)

## 附件 1-3 創傷性神經損傷(Traumatic Neurological Injury Post-Acute Care,簡稱 TNI-PAC)

### 一、收案對象

年滿18歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病60天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表40至70分），醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

#### （一）醫療狀況穩定定義：

- 1.神經學狀況穩定：72小時以上神經學狀況未惡化且已脫離神經損傷休克期。
- 2.生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
- 3.併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、血壓心跳不穩定(如仍有明顯姿勢性低血壓)、感染、血液異常、褥瘡、癲癇、水腦、痙攣、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

#### （二）病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。

具積極復健潛能應經過下列原則判定：

- 1.具認知、學習能力與意願。
- 2.體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 3.動參與復健治療計畫。
- 4.達到的治療目標。

#### （三）排除條件

- 1.嚴重精神疾病。
- 2.長期呼吸依賴。
- 3.末期疾病。
- 4.長期臥床，身體功能無法回復。
- 5.癌症仍需後續住院治療。
- 6.合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。
- 7.脊髓損傷。

### 二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以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。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

#### （一）個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

#### （二）進入急性後期照護時間，超過 12週者。

#### （三）經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。

#### （四）保險對象自行中斷急性後期照護者。

#### （五）病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。。

### 三、參與醫院條件

具備「創傷性神經損傷急性後期整合性照護團隊」之區域醫院或地區醫院：

- (一) 醫師：需有專任神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師。
- (二) 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師。

### 四、評估工具：收案、結案、每3週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

#### (一) 核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL scale
3.健康相關生活品質	EuroQoL-5D(EQ-5D)

#### (二) 專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1. 脊髓損傷功能評估	脊髓損傷患者獨立量表第三版(Spinal cord independence measure III)
2 腦傷認知功能評估	1)The Galveston Orientation and Amnesia Test 2)Rancho Los Amigos Cognitive Functional Grading
3.職能評估	職能表現測驗
4.語言治療評估	

## 附件 1-4 脆弱性骨折(髖關節、脊椎骨折、膝關節、不穩定骨盆骨折)(Fracture Post-Acute Care, 簡稱 Frax-PAC)

### 一、收案條件

#### (一) 收案條件

經診斷為髖關節、脊椎骨折、膝關節或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列所有條件：

1. 因髖關節、脊椎骨折或或不穩定骨盆骨折而住院/手術(包括內固定、半髖關節置換術及全髖關節置換術、膝關節置換術，術後出現功能下降(巴氏量表40至70分)，經評估適合收案者。
2. 無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 有復健潛能者。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。
6. 病患年滿18歲。：

#### (二) 醫療狀況穩定之定義

1. 生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
2. 併發症 **已經** 穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、姿勢性低血壓、感染、血液異常、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。
3. 積極復健潛能應經過下列原則判定
4. 具認知、學習能力與意願。
5. 具足夠體力：每天可接受至少1小時以上之積極復健治療。
6. 能主動參與復健治療。
7. 具可達到的治療目標。

#### (三) 排除條件

1. 脊椎骨折併有脊髓損傷患者。
2. 嚴重意識或認知障礙。
3. 嚴重精神疾病。
4. 長期呼吸器依賴。
5. 末期疾病。
6. 身體功能退化已經無法回復之長期臥床病人。
7. 癌症病人須後續住院治療(化療、放療等)。

### 二、結案條件(符合以下任一條件者)

急性後期照護以1-2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3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。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

- (一) 個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。

註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

- (二) 進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限者。
- (三) 保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (四) 任兩次評估間得分無進展者。
- (五) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

### 三、參與醫院條件

具備「脆弱性骨折急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

(一) 醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師

(二) 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師。

四、評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)

收案、結案及每2週定期評估。

(一) 失能程度：巴氏日常生活量表(Barthel Activity of Daily Living)。

(二) 疼痛指數：疼痛指數量表(Numerical Rating Scale；NRS)。

(三) Harris Hip Score(髖關節骨折適用)

## 附件 1-5 心臟衰竭 Heart Failure Post-Acute Care (HF-PAC)

### 一、收案對象

#### (一)收案條件(需符合下列所有條件)：

- 1.心臟衰竭，定義為左心室射血分率(Ejection fraction)  $\leq 40\%$ ，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於  $40\%$  者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。
- 2.年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能(定義詳如第柒點)。
- 3.若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於  $40\%$  (left ventricular ejection fraction  $\leq 40\%$ )。
- 4.當次住院 (index hospitalization)，經醫療團隊評估可出院者。

#### (二)醫療狀況穩定之條件定義：

- 1.心臟功能：心臟功能持續 72 小時未惡化 (無休息性呼吸困難、端坐呼吸、胸痛、肺部積水等，血氧飽和度  $>90\%$ )，無惡性心律不整。
- 2.意識清醒&生命徵象穩定達 72 小時以上。
- 3.體重穩定達 48 小時以上。
- 4.併發症：感染、急性腎衰竭、電解質異常等併發症病情穩定或可控制。

#### (三)具積極急性後期整合照護潛能者：

- 1.具有疾病學習動機意願者
- 2.能主動並有高意願參與疾病自我照顧執行者
- 3.具足夠的家庭支持系統為佳

#### (四)排除條件

- 1.因非心臟衰竭相關疾病而導至存活期小於六個月者
- 2.長期臥床大於三個月且無進步潛能者
- 3.因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者
- 4.嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病
- 5.長期呼吸器依賴者；
- 6.重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
- 7.病人或家屬沒有參與意願。
- 8.已安排於近期(一個月內)接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。
- 9.目前正在洗腎或等待腎移植者。
- 10.嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。
- 11.曾結案過者
- 12.治療上無法與其他(次)專科醫師達成共識者。

### 二、結案條件

#### (一)病人死亡

#### (二)病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院

#### (三)病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。

#### (四)病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。

#### (五)照護期滿 6 個月

### 三、醫院條件

#### (一)專業團隊成員

承作醫院應具備有負責心臟衰竭照護之專任心臟內科專科醫師或專任心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務 (具備資格如註 1 及註 2 中所述)(每位個管師之個案上限以 50 例為原則)、專/兼任心臟外科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時)、專/兼任心臟內科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時)、專/兼任復健專科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專

/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任臨床藥師。

註 1:

- (1) 負責心臟衰竭照護之專任心臟專科醫師定義：領有中華民國心臟專科醫師證書，執照登記於承作醫院，且須完成心臟衰竭 PAC 方案六小時核心課程(課程內容由心臟學會擬定)。
- (2) 承作醫院應需指派一至數名心臟專科醫師負責本案(被指派的醫師為負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師)，其門診與專任的心臟衰竭個案管理師共同提供整合性門診照護服務。

註 2: 個管師之具備資格，需符合以下各項：

- (1) 專任心臟衰竭個案管理師應領有護理師執照登記於承作醫院。
- (2) 專責心臟衰竭個案管理師：當本案收案數在≤25 位的情況下，心臟衰竭個案管理師可以兼執行其他醫療業務，當收案數達>25 位時，心臟衰竭個案管理師不得兼任其他職務，需專任專責。
- (3) 需完成台灣護理學會 N3 臨床專業能力訓練且通過 N3 審查合格者。
- (4) 臨床護理經驗需包含以下任一：
  - (I)心臟科病房≥3 年
  - (II)心臟科加護病房≥2 年
  - (III)領有專科護理師證照者或已完成中央主管機關認定之專科護理師訓練機構的訓練課程證明者，且具心臟科病房或加護病房≥2 年之臨床護理經驗者。
- (5) 須完成心臟衰竭 PAC 方案核心課程(課程時數 18~20 小時，內容方面將由心臟學會擬定)。

## (二)設備及場地

1. 具有獨立的心臟衰竭門診，提供整合式心臟衰竭照護 (此門診應具有負責心臟衰竭照護之心臟科醫師與專任個案管理師之整合性服務)。心臟衰竭急性後期照護執行內容(詳參附錄 1)。
2. 運動訓練環境須有血壓、心電圖、血氧濃度監視設備，可量化運動強度之運動器材，如直立式腳踏車、跑步機等，且須備有急救設施與領有 ACLS 證照的心臟急救醫療人員。

## 四、評估工具 (若有相關版權請醫院自行申請)

### (一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	IADL(每次)
2.生活品質	EQ-5D (每次)
3.行走能力	6 分鐘行走測試 (出院前及結案評估)
4.活動功能限制評估	New York Heart Association functional class I~IV (每次)
5.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form) (出院前、三個月複評及結案評估)
6.心臟功能	心臟超音波 (出院前及結案評估)
7.藥物評估	ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評估)

### (二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.疾病生活干擾	明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表

## 附件 1-6 衰弱高齡病患

### 一、收案對象

#### (一)收案條件(需符合下列所有條件)：

1. 高齡病患(≥75歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病)因急性疾病入院(住院時間>72小時)治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。
2. 臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者(CFS:5-7分)。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。

#### (二)排除條件

1. 符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。
2. 具意識或認知障礙致無法配合治療。
3. 長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。
4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
5. 病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。

### 二、結案條件

急性後期照護以2-3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4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。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

#### (一)個案功能顯著進步已達預期目標，經照護團隊評估，可返家或接受門診照護者。

預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況，綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。

#### (二)已達照護日數之上限。

#### (三)經兩次功能評估無進步者。

#### (四)病患自行中斷照護計畫者。

#### (五)病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。

### 三、參與醫院條件

具備「衰弱高齡急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

#### (一)醫師：需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科、或老年醫學科醫師，除老年醫學科醫師外，需經過六小時老年醫學相關照護訓練。

#### (二)醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師。

#### 四、評估工具：

依病患之共病、衰弱狀態、跌倒風險、多重用藥、營養狀況，收案、結案、每 2 週定期評估。

- (一) 日常生活：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)、工具性日常生活功能 (IADL)
- (二) 衰弱程度：臨床衰弱量表。
- (三) 認知功能：SPMSQ
- (四) 憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 Item (GDS-5)
- (五) 急性譫妄評估: Confusion Assessment Method (CAM)
- (六) 跌倒風險：STEADI 流程評估與介入
- (七) 潛在不當用藥：2015年 Beer's criteria
- (八) 營養狀況評估： MNA Short Form
- (九) 生活品質評估量表：EQ-5D

## 附件 2 診療項目及支付點數

### 一、每日照護費

- (一) 住院模式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。
- (二) 保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床、急性後期照護病床為原則；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- (三) 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1-2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。
- (四) 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。
- (五) 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。
- (六) 日間照護相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。
- (七) 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 $\geq 30$ 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。
- (八) 燒燙傷急性後期照護住院模式於區域醫院或地區醫院提供，採論量支付。其中物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療及心理治療等診療項目可視病患情況，增加至每日最多各2次，另放寬燒燙傷病人可接受語言治療之複雜治療。以上均應依治療紀錄核實申報，且不得與本計畫相關治療項目之支付標準併報。
- (九) 參與燒燙傷急性後期照護之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間，為利患者及時恢復功能，亦可申報本計畫燒燙傷急性後期物理治療或職能治療項目，並適用前項放寬每日復健治療次數、提供語言治療之複雜治療，以及不得與本計畫相關治療項目支付標準併報之規定。

註：105年4月住院慢性病房之病房費、護理費、診察費支付調整每日增加101點，配合調整PAC支付點數。

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>急性後期整合照護與高強度復健費用(住院模式)</p> <p>-每日必需治療 3-5 次</p> <p>-因醫院或病人偶發原因，當日治療 &lt; 3 次</p> <p>-週日或國定假日</p> <p>註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。</p>	<p><u>3587</u></p> <p><u>2117</u></p> <p><u>1300</u></p>
	<p>急性後期整合照護與一般強度復健費用(住院模式)</p> <p>-前 3 週(每日必需治療 1-2 次)</p> <p>-前 3 週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)</p> <p>-前 3 週(週日或國定假日)</p> <p>註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。</p>	<p><u>2411</u></p> <p><u>1300</u></p> <p><u>1300</u></p>
	<p>急性後期整合照護與日間照護費用</p> <p>-高強度日間照護(每日治療 4 次)</p> <p>-中強度日間照護(每日治療 3 次)</p> <p>-一般強度日間照護(每日治療 2 次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。</li> <li>2. 限由團隊內專科醫師開立本項處方。</li> <li>3. 需符合本計畫日間照護條件、服務內容及標準。</li> <li>4. 本項包含本計畫所定日間照護服務內容所需各項費用。</li> <li>5. 本項屬門診醫療費用同一療程項目，同一療程期間不得申報現行復健章節之評估及治療費用。</li> <li>6. 除診察費、復健治療、評估費，其餘可核實申報。</li> </ol>	<p><u>2538</u></p> <p><u>1938</u></p> <p><u>1338</u></p>
<p><b>新增</b></p>	<p><b>急性後期整合照護居家模式獎勵費</b></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。</li> <li>2. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。兩位不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，計 2 次。</li> <li>3. 執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程。</li> <li>4. 本項包含本計畫所定居家模式服務內容所需各項費用，<b>由收案醫院申報</b>。</li> <li>5. 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行。</li> <li>6. 本項屬門診醫療費用同一療程項目，同一療程期間不得申報現行復健章節之評估及治療費用。</li> </ol>	<p><b><u>1455</u></b></p> <p><b><u>比照居家</u></b></p> <p><b><u>照護資源</u></b></p> <p><b><u>耗用第二</u></b></p> <p><b><u>類之護理</u></b></p> <p><b><u>訪視費</u></b></p>

編號代碼	診療項目	支付點數
	燒燙傷急性後期物理治療 — 中度複雜治療 — 複雜治療 註： 1. 急性後期物理治療—中度複雜治療需實施中度治療項目(PTM1- PTM14)合計時間超過 60 分鐘，限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。 2. 急性後期物理治療—複雜治療需實施複雜治療項目(PTC1- PTC7)，合計時間超過 50 分鐘，限由該院復健專科醫師開立本項處方。 3. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 4. 參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。 5. 放寬每日復健治療次數(42001A-42016C)最多各 2 次，不得與本項併報。	600 750
	燒燙傷急性後期職能治療 — 中度複雜治療 — 複雜治療 註： 1. 急性後期職能治療—中度複雜治療，指治療時間合計 60 分鐘以上之治療，且治療項目包含下列 1 項(含)以上治療項目：OT2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。 2. 急性後期職能治療—複雜治療，限手術後 3 個月內，治療時間合計 60 分鐘以上之治療，且治療項目包含下列 2 項(含)以上治療項目：OT2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由該院復健專科醫師開立本項處方。 3. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 4. 參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。 5. 放寬每日復健治療次數(43001A-43009C，43026C-43032C)最多各 2 次，不得與本項併報。	600 750
<b>新增</b>	心臟衰竭急性後期物理治療—複雜治療 註： 1. 實施複雜治療項目(PTC1- PTC7)，合計時間超過 50 分鐘。 2. 限經由心臟專科醫師排除高風險的個案(例如:有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等)。此治療必須在此次收案後，由負責本案之心臟專科醫師評估此收案病人之病情已達穩定狀態，才可執行物理治療。 3. 因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。 4. 須檢附運動當中之血壓與心電圖之監測值。	750 <u>比照燒燙傷</u>

編號代碼	診療項目	支付點數
<p><b>新增</b></p>	<p><u>心臟衰竭急性後期職能治療－複雜治療</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療時間以 50 分鐘內，且治療項目包含功能層級評估、日常活動調整與執行訓練、日常活動體耐力訓練、壓力管理、職前評估與訓練、生活型態再造(避除危險因子)、輔具與環境改善評估。</li> <li>2. 限經由心臟專科醫師排除高風險的個案(例如:有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等)，評估此收案之心臟衰竭病人病情已達穩定狀態，才可執行職能治療。</li> <li>3. 因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。</li> <li>4. 複雜性有強度的治療限於門診照護期間，需經心臟科醫師評估病情穩定許可。</li> </ol>	<p><u>750</u> <u>比照燒燙傷</u></p>
	<p>註：治療項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.物理治療</li> <li>PACPT1 電療</li> <li>PACPT2 熱/冷療</li> <li>PACPT3 水療</li> <li>PACPT4 被動性關節運動</li> <li>PACPT5 牽拉運動</li> <li>PACPT6 按摩</li> <li>PACPT7 鬆動術</li> <li>PACPT8 降張力技術</li> <li>PACPT9 傾斜床訓練</li> <li>PACPT10 床上運動</li> <li>PACPT11 姿態訓練</li> <li>PACPT12 肌力訓練</li> <li>PACPT13 耐力訓練</li> <li>PACPT14 神經誘發技術</li> <li>PACPT15 動作學習技術</li> <li>PACPT16 平衡訓練</li> <li>PACPT17 協調訓練</li> <li>PACPT18 行走訓練</li> <li>PACPT19 心肺功能訓練</li> <li>PACPT20 呼吸排痰訓練</li> <li>PACPT21 輔具評估及訓練</li> </ol>	

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>2.職能治療</p> <p>PACOT1 姿態訓練</p> <p>PACOT2 被動性關節運動</p> <p>PACOT3 坐站平衡訓練</p> <p>PACOT4 移位訓練</p> <p>PACOT5 減痙攣活動</p> <p>PACOT6 運動知覺訓練</p> <p>PACOT7 知覺認知訓練</p> <p>PACOT8 肌力訓練</p> <p>PACOT9 協調訓練</p> <p>PACOT10 動作再學習技巧</p> <p>PACOT11 上肢(下肢)功能訓練</p> <p>PACOT12 日常生活活動功能訓練</p> <p>PACOT13 休閒運動治療</p> <p>PACOT14 活動治療</p> <p>PACOT15 輔具評估及訓練</p> <p>PACOT16 副木製作</p> <p>PACOT17. 失能防治介入</p> <p>PACOT18. 上(下)肢矯治性治療</p> <p>PACOT19. 感覺功能再訓練</p> <p>PACOT20. 居家環境評估與改造</p>	
	<p>3.語言治療</p> <p>PACST1 聽覺理解訓練</p> <p>PACST2 聽辨訓練</p> <p>PACST3 視聽迴饋法</p> <p>PACST4 發聲訓練</p> <p>PACST5 口語表達訓練</p> <p>PACST6 溝通輔具評估與訓練</p> <p>PACST7 說話清晰度訓練</p> <p>PACST8 節律訓練</p> <p>PACST9 語言認知訓練</p> <p>PACST10 閱讀理解訓練</p> <p>PACST11 書寫語言訓練</p> <p>PACST12 口腔功能訓練</p> <p>PACST13 吞嚥反射刺激及誘發</p> <p>PACST14 吞嚥技巧訓練</p>	

## 二、評估費及獎勵費

### (一)下轉、初評、複評、結案評估費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡

編號代碼	診療項目	支付點數
	下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) -同團隊 -不同團隊 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。下轉評估至少需完成 <b>核心必要評估工具(腦中風需完成前4項、衰弱高齡需完成巴氏量表及臨床衰弱量表)</b> 。 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 1600
	承作醫院評估費(初評) 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，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。 3. 心臟衰竭初評包括個管師篩檢符合 PAC 條件病人，經心臟科醫師認可後啟動心臟衰竭照護團隊，辦理初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護，於出院 1 週內回診確認收案後申報。	1000
	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案收案後依計畫評估工具規定定期申報一次。 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。	1000
	承作醫院結案評估費 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。	1500

(二)轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」獎勵費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>急性醫療醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.每人每次發病限申報一次。</p> <p>2.需完成以下規定作業：</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(4)拍攝活動影片向病人或承作醫院衛教說明者，<u>或承作醫院 PAC 團隊成員至急性醫院參與該個案出院準備服務</u>，留有紀錄，加計 50%。</p>	1000
	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)每位病人最多申報 3 次(限前 3 週每週一次)。</p> <p>2 燒燙傷</p> <p>(1)整形外科醫師、復健科醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師之專業人員，至本計畫醫院就個案臨床諮詢指導且留有相關紀錄，每位病人首次急性後期照護住院、首次日間照護期間最多各 3 次。</p> <p>(2)以上人員需具有實務燒燙傷臨床經驗達 2 年以上。</p> <p>(3)由接受指導醫院申報本項費用，需向當地衛生局報備支援。</p>	1000
	<p>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.每位病人最多申報 2 次(出院前後各 1 次)，心臟衰竭病人於出院後進行。</p> <p>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。</p> <p>3.若團隊 2 名(含)以上成員訪視者，加計 50%。</p>	1000
<b>新增</b>	<p>轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費</p> <p>註：</p> <p>結案評估經轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊收案成功，並留有紀錄備查。</p>	<u>1000</u>
<b>新增</b>	<p>轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費</p> <p>註：</p> <p>結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本署家醫計畫會員轉銜至所屬社區醫療群持續追蹤，並留有紀錄備查。</p>	<u>1000</u>

## (三)其他

編號代碼	診療項目	支付點數
	主責醫院提升團隊照護品質獎勵費 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
	燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢衛教費 燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會團體諮詢衛教費 註： 1.限由團隊內專科醫師開立本項處方。 2.限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 3.團體治療一次最多以25人為限。	97 64
	燒燙傷門診個案衛教及個案管理費—新收案 註： 提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。	800
	燒燙傷門診個案衛教及個案管理費—每季追蹤 註： 1.提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。 2.需與新收案或前次追蹤間隔3個月(90天)。	800
<b>新增</b>	心臟衰竭銜接急性後期個案管理照護之衛教、居家照顧能力及防範惡化措施之指導獎勵費 註： 1.需完成以下規定作業： (1)需提供病人或家屬心臟衰竭 HF-PAC 個案管理及衛教說明(留有諮詢內容紀錄、衛教時間至少60分鐘、病人或家屬簽名)。 (2)需提供手冊以便病人執行居家記錄。 (3)提供心臟衰竭個案管理諮詢電話專線，安排心臟衰竭急性後期門診，以及依病人的需求整合所需要的醫療資源與照護。 (4)心臟衰竭個案管理師於病人急性期照護出院前，確認及考核個案可執行居家健康記錄之正確性(含血壓、脈搏、體重與24小時攝食量及排出量紀錄)、惡化症狀之辨識能力及應採取處理防止惡化之知識、急性後期照護居家期間個案如何與個案管師垂直聯繫的指導。 2.每人限申報一次，於出院1週內回診確認收案後申報。	2000 學會建議，另比照其他方案下轉

三、品質獎勵措施(105年第2次專家會議結論)

(一)範圍：腦中風急性後期照護。

(二)門檻指標：本年度與上年度收案 $\geq 20$ 人，方可進入品質獎勵之評比。

(三)品質獎勵指標：

1.出院後14日再入院率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後14天內再入院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

2.出院後30日再入院率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後30天內再入院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

3.出院後30日內急診率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後30天內急診個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

4.功能進步率：結案-收案巴氏量表60分以上個案佔率(占分20分)

分子：分母個案中巴氏量表 $\geq 60$ 分個案數

分母：急性後期照護出院個案數

5.可避免住院率(占分20分)

分子：分母個案中當年度可避免住院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

(四)計分方式(每項指標最高得分 20 分)：

情形	前25百分位 之醫院	前26-50百分 位之醫院	較上年度進 步率排名前 25百分位	較上年度進 步率排名前 26-50百分位
得分	20	10	10	5

(五)品質獎勵支付：依計分方式計算各醫院品質獎勵總分，依本年度結案個案數，滿分者每位個案支付 2000 點，總分 $< 60$ 分不獎勵，其餘按分數比例計算獎勵金。

## 「急性後期整合照護試辦計畫」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、服務對象範圍(腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡)。

(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。

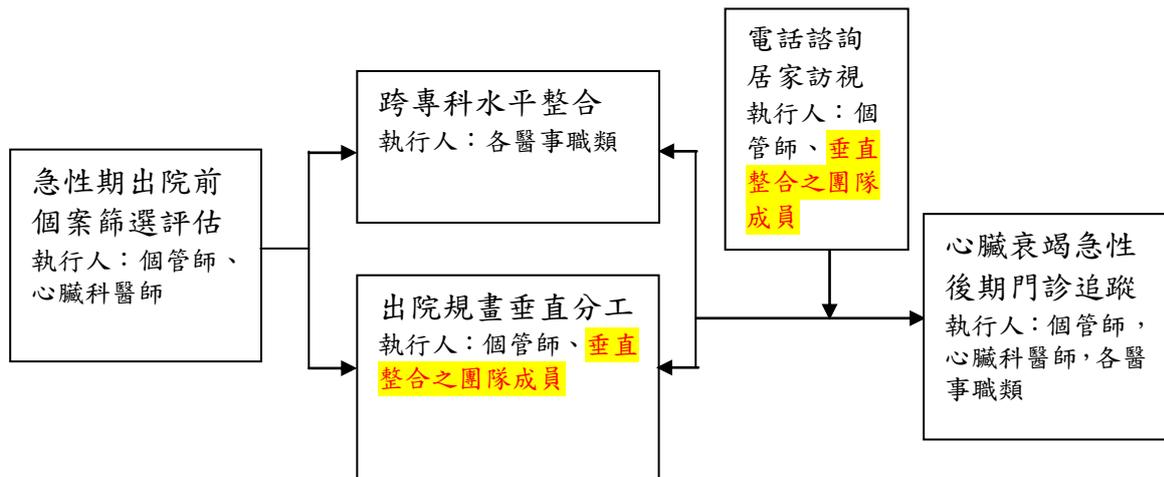
(六)預期效益(應以量化說明)：包含建立對照組、避免病人篩選措施(selection bias)、實驗組與對照組之校正。

(七)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，審查通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效。

## 附錄 1 心臟衰竭急性後期照護執行內容

經由個案管理師協調下列流程，提供 Stage C~D 心臟衰竭急性後期照護。



- (一)心臟衰竭病人在症狀穩定期仍有 25% 突發性疾病惡化或猝死的風險，建議由熟悉病人病情且符合下列專業條件之承作醫院於個案管理模式進行水平整合式心臟衰竭急性後期照護。
- (二)為能完整的整合跨專科資源的醫療照護，承作執行的醫院應要配置專任之心臟衰竭個案管理師，至少一名負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師主導 HF-PAC 的醫療照護，並決定病人狀況是否可承受執行各職能專業之建議。心臟衰竭個案管理師依據此心臟衰竭心臟科醫師的醫療指示，負責協調 HF-PAC 照護之跨專科醫療團隊的資源整合。
- (三)跨專科醫療包含有：心臟外科專科醫師、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師，營養師、臨床藥師、臨床心理師、社工師。於個案管理模式，經由水平整合各職類之專長，提供以病人為中心的全方位照護。
- (四)內容說明如下：

### 1. 住院中照護內容：

- (1) 篩選出符合心臟衰竭急性後期照護的個案
- (2) 完成個人化的心臟衰竭相關知識及自我照護執行教育至少一小時
- (3) 完成自我照護能力及使用相關記錄工具之訓練 (如體重監測、藥物使用知識、記錄攝食與排出量、惡化徵兆偵測及必要處理)
- (4) 依準則所建議心臟衰竭用藥之使用率評估
- (5) 營養評估與心臟衰竭飲食建議：過去飲食習慣的評估、現階段營養需求評估、未來營養規劃。
- (6) 負責心臟衰竭急性後期照護之心臟科醫師提供完整的治療計畫，包括：HF-PAC 期間所需要的追蹤檢驗及檢查 (例如：後續之心血管評估性檢驗、檢查、心導管檢查或治療的時程)、設定病人 HF-PAC 期間應維持的體重範圍，交由個案管理師監督與追蹤。
- (7) 依據個案經濟、家庭資源狀況，視需要，會診社工師評估可提供的照護介入與資源。
- (8) 風險評估、檢測項目與執行：
  - a. 於出院前完成評估下列共病，包括：
    - 吸煙、血壓過高、血壓過低、糖尿病、冠狀動脈疾病、高血脂、瓣膜性心臟

病、慢性腎病、慢性阻塞性肺病、貧血、中風、低血鈉、低血鉀、心律不整、痛風、睡眠中止症、營養不良或肌少症、癌症、憂鬱...等病史。

b. 檢驗:

BNP or NT-proBNP, cardiac enzymes, electrolytes, albumin, CBC, BUN, Cr, Na, UA, liver function, glucose, lipid profile

c. 心血管評估性檢查:

心臟超音波、十二導程心電圖、胸部 X 光

心臟衰竭病因，CHA2DS2-VASc score計算(心房顫動之病人)、血壓

d. 心理功能狀態：疑似憂鬱或家庭社會支持不足者，出院前或HF-PAC期間，經評估依臨床需要會診精神科或臨床心理師。

e. 共病症風險控制教育：

◆ 糖尿病與慢性腎病飲食控制原則、營養不良問題：由營養師執行

◆ 心臟衰竭的居家風險注意事項如水腫、感染、共病症有無風險、症狀惡化辨識：由個管師執行

◆ 準則所建議心臟衰竭用藥、心律不整藥物、抗凝血劑、藥物安全性、交互作用、以及高風險用藥 (如NSAID) 評估：由藥師執行

2. 出院準備內容：

(1) 出院前應提供「心臟衰竭病人疾病手冊與居家健康記錄手冊」，提供專任專責的心臟衰竭個案管理師諮詢專線手機與電話。

(2) 出院前須確認病人已備妥下述自我照顧用具：體重計、血壓計、磅秤、量杯，並於出院前已能執行血壓、體重與 24 小時攝食量及排出量記錄 (可由主要照顧者或家人協助執行)。

(3) 心臟衰竭 PAC 個案居家訪視之內容建議：病人 PAC 照護期間，承作醫院或其垂直整合之團隊成員 (例如病患居住所在地的社區醫師或居家護理師)，可至病人家中訪視，每位病患以 2 次為限，提供病人及主要照顧者居家照護能力評估、衛教指導、及居家環境改造建議，以促進病人回歸社區。有需要再次訪視之個案，將依個案屬性決定再訪視時間。

(4) 後續運動訓練治療建議：依照病患身體及居所狀況，建議居家自我運動或門診復健。

(5) 心臟治療規劃：針對個案病情，建議後續心導管、心臟節律器、去振顫器、心室輔助器、心血管外科手術檢查治療。

3. 出院後門診及居家照護追蹤

(1) 門診照護條件：設立心臟衰竭門診，其專業成員包含有負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師與專任專責心臟衰竭個案管理師，追蹤心臟衰竭病人的疾病知識與照顧行為，視需要強化病人及家屬的知識，安排後續檢驗及治療。出院後六個月內回診安排建議如下：出院後一週內完成第一次門診追蹤；三個月內每個月回診一次；第四個月起至結案前至少於第五個月內回診一次 (若個案於 HF-PAC 的六個月內過程中遇有惡化狀況發生，個管師依據醫師指令，協助安排提前返診或醫師指令協助安排相關醫療照護)。

(2) 個案管理師，提供電話諮詢與追蹤病人居家照護的執行狀況，每月至少一次，連續 6 個月。

- (3) 返診時，個案管理師協助檢視個案居家自我照護記錄，含心跳、血壓、體重、攝食與排出量)，強化心臟衰竭自我照護能力，遇有藥物種類或劑量變更時，依醫囑給予用藥指導，必要時轉介藥師諮詢門診。
- (4) 個案管理師依個案需求協調跨專科資源的整合照護。

#### 4. 心臟復健

- (1) 出院準備階段：復健醫師或治療師參與出院前評估、進行危險分級、出院計畫說明、及臨床諮詢指導。
- (2) 門診階段：心肺功能監控下的中等強度運動訓練、肌耐力訓練 (需要附心電圖、血壓監視記錄資料)。
- (3) 其他需要復健訓練項目，如呼吸訓練、肌力訓練、柔軟度訓練
- (4) 節能訓練、職業需求訓練
- (5) 上述(2)(3)(4)項復健治療依病人狀況及需要訓練的強度進行復健訓練：

註：依據美國心肺復健學會之建議，以等張性、有氧性的運動為主，每週三至五次，每次 40 至 50 分鐘，並且維持三個月為一個訓練單位 (但因心臟衰竭屬重症，個體差異化極大，需考慮安全性，依病人狀況設計個人化復健訓練的強度)。

- 5. 定期評估(初評、複評及結案評)：評估項目、工具及量表 (執行時間: 初評: 出院前完成，於出院回診確認收案後申報；複評三次: 出院滿 1 個月、出院滿 3 個月、出院滿 5 個月；結案評估: 出院後滿六個月該月。評估內容詳五、評估工具。

## 討論事項

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：106年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等8項診療項目案，提請討論。

說明：後補。