

全民健康保險復健病房試辦計畫

115 年 4 月 16 日健保醫字第 1150106885 號公告

壹、前言

台灣已邁入超高齡社會，為助於急性醫療和長照服務中間的銜接，借鏡日本「回復期復健病棟」制度，設立專門復健病房；並參考衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會「109 年因應人口老化後復健醫療試辦計畫」，發展最適合台灣的模式。

本試辦計畫係屬急性後期照護之一環，其目的在於有限期間內，促使具復健潛能之患者持續接受積極的整合性照護，使其恢復功能、順利返家，爰針對急性後期病人提供功能恢復訓練與日常生活所需活動，協助病人重返社區，提升生活品質，減少再入院率。

貳、目的

- 一、建立台灣復健病房的服務模式，由跨專業照護團隊對於具復健潛能之個案提供整合性照護，並結合日常生活所需活動訓練（如進食、入浴、如廁等），以功能提升與順利返家為目標。
- 二、建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統及統合醫療與住院整合照護、長期照顧服務之橫向連結系統，形成連續性、整合性、以功能恢復為導向之照護體系。

參、實施期間

參與醫院實施本試辦計畫效期 2 年，自全民健康保險保險人（下稱保險人）核定生效日起至次年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

- 一、本試辦計畫開辦費由保險人單位預算「完善健保醫療費用總額及給付機制」項下支應。
- 二、本試辦計畫「評估費」及「獎勵費」費用，由總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。
- 三、「復健病房試辦計畫高強度復健（住院模式）」、「復健病房試辦計畫一般強度復健（住院模式）」費用，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務項下支應。

伍、參與醫院資格

- 一、於保險人分區業務組各擇至少 1 家醫院試辦復健病房，參與醫院以現行執行「全民健康保險急性後期整合照護計畫（Post-acute Care，以下稱健保 PAC 計畫）」之承作醫院為限，應具備相關專科醫師及相關醫事人員組成跨專業照護團隊，提供急性後期整合性照護（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、藥事、醫療諮詢及衛教）。
- 二、試辦復健病房之設施、設備及醫事人力設置標準應符合以下條件：
 - (一) 應有專任復健科專科醫師 1 人以上，且具有腦血管疾病照護經驗，負責病房巡診、復健評估及照護團隊協調。
 - (二) 應有專任物理治療師、職能治療師、護理人員、社會工作人員、藥師各 1 人以上，及專／兼任語言治療師、營養師各 1 人以上，依各職類醫事人員權責提供照護服務；專任社會工作人員或專責個案管理師應協助出院準備、轉介社區／社會資源（含長照服務銜接）、負責多職種會議召集及品質指標成效追蹤（含收集個案與家屬滿意度，調查表如附件 3）等事項。
 - (三) 為便於管理、資源集中，復健病房床位數不得低於 30 床，至多不高於 60 床，且應優先設置於急性後期照護病房，每 8 床應有物理治療師或職能治療師，至少 1 人以上為原則。
 - (四) 病房設計應兼顧安全與生活化，設置防跌、防壓瘡及感染管控措施。
- 三、參與醫院應有居家模擬空間（如廚房、浴室、臥室等），模擬無障礙環境，讓病人練習日常生活技能（如穿衣、如廁、煮飯等），並確保動線順暢；居家模擬空間及復健醫療服務設施不限制設於試辦復健病房區域內、亦不限制需於同樓層，惟應確保動線順暢，減少病人移動負擔，讓復健活動自然融入生活場域。
- 四、申請參與本試辦計畫之特約醫事服務機構，須最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱特管辦法）第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機

關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

陸、試辦計畫申請及核定作業

- 一、本試辦計畫由保險人公開徵求，承作院所應於公開徵求期間內，檢具申請文件及計畫書（紙本及電子檔），函文向保險人提出申請並副知所屬保險人分區業務組，計畫書格式範例如附件 1。
- 二、保險人分區業務組於接獲計畫申請 30 日（工作天）內，依審核作業流程（附件 2）進行書面及實地審查，並將審核結果函送保險人。
- 三、如經保險人分區業務組審核合格醫院逾計畫額度家數，將由保險人針對病房設置、居家模擬空間、復健治療空間擇優核定其承作醫院，並函知申請醫院審核結果。

柒、照護疾病範圍及內容

由本試辦計畫照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護，合計照護天數不超過本試辦計畫所訂最長照護天數上限。

一、照護疾病範圍及收案對象：

(一) 本試辦計畫推動範圍為腦中風病人，收案條件如下：

- 1、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 1 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），於參與本試辦計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。
- 2、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），於參與本試辦計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

(1) 腦中風發病 2 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 4 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 4 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 2 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。

3、醫療狀況穩定定義：

- (1)生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
- (2)神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
- (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。

4、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 2)、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)。

註：MRS 分級標準：

- 0 - 無症狀。
- 1 - 無顯著功能障礙。雖有症狀，仍可從事所有平常活動。
- 2 - 輕度功能障礙。無法從事所有既往活動，但仍可自行處理個人事務。
- 3 - 中度功能障礙。需要部分協助，但仍可獨自行走。
- 4 - 中重度功能障礙。需他人協助才能處理基本生活需求，且無法獨自行走。
- 5 - 重度功能障礙。需持續照護與護理，臥床不起，大小便失禁。
- 6 - 死亡

(二) 收案對象共同原則：需醫療狀況穩定且具積極復健潛能

- 1、具基本認知、學習能力與意願，且經醫師評估可進行復健者。
- 2、具足夠體力：
 - (1) 支撐下能於輪椅或床緣至少維持 1 小時坐姿。
 - (2) 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。
- 4、經跨專業團隊評估具返家或社區銜接可行性者（包含家庭支持或可銜接長照服務者），預期於一定期限內達到功能改善或返家之目標。

(三) 收案對象排除條件共同原則：

- 1、嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
- 2、長期呼吸器依賴。
- 3、末期疾病。
- 4、長期臥床，身體功能無法回復。
- 5、癌症或重大傷病仍需後續住院治療（化療、放療等）。

(四) 個案照護天數展延之申請：

本試辦計畫所提供照護天數上限為 180 日，照護天數達 12 週，84 日之個案，經照護團隊評估仍具復健潛能者，得於照護第 11 週申請展延，申請展延應檢附照護團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核定，如經審查結果不同意，自保險人通知日起不支付費用。

(五) 結案條件共同原則：

- 1、個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經照護團隊評估，可轉至慢性復健期（一般門診或在家自我復健）。

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。

- 2、連續 2 次個案功能評估，未進步或降低者。
- 3、經照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- 4、超過本試辦計畫最長照護天數者。

- 5、保險對象自行中斷照護者。
- 6、病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者，如病人發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。
- 7、死亡。

二、照護內容：

(一) 本試辦計畫承作醫院提供急性後期整合照護住院模式，包括跨專業照護團隊整合照護、復健治療等。

(二) 服務內容：

- 1、個人化之治療計畫：承作醫院於收案 48 小時內應完成初評，擬定各階段目標及依個案需求制定個人復健及照護計畫，並納入居家生活輔具。
- 2、復健治療（生理、心理及銜接社會資源）：排定個別職類治療師每日復健時間，並記錄治療時數。
 - (1) 高強度復健，每日 3-5 小時治療。
 - (2) 一般強度復健，每日提供 1.5 小時以上治療。
- 3、跨專業團隊整合照護：每 2~3 週召開多職種會議，檢討功能進展、併發症及出院準備。
- 4、後續居家照護及技巧指導：強化家屬參與，每 2~3 週以記錄一次功能改善情形，出院前 7-14 天進行家庭訪視或視訊溝通，評估返家可行性。
- 5、共病症、併發症預防及處置。
- 6、定期團隊評估：
 - (1) 定期評估時間：收案、結案、每 3 週。
 - (2) 核心必要評估工具：
 - A. 基本日常生活功能（巴氏量表）。
 - B. 工具性日常生活功能（IADL）。
 - C. 健康相關生活品質（EQ-5D）。
 - D. 營養評估（MNA）。

E. 整體功能狀態 (MRS)。

F. 吞嚥、進食功能。

(3) 專業選擇性評估工具：

A. 姿勢控制、平衡功能。

B. 步行能力、整體行動功能。

C. 心肺耐力。

D. 感覺功能評估。

E. 認知、知覺功能評估。

F. 職能表現。

G. 重返社會能力評估。

H. 語言功能評估。

(4) 若有相關版權請院所自行申請。

三、出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，可於個案出院前進行居家環境訪視，出院準備計畫應包括下列事項：

(一) 轉介社區醫療資源：

1、提供居家自我運動或門診復健建議，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。

2、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。

3、評估轉介「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤。

(二) 轉介社會服務資源：

1、個案如有長照需求，須完成長照需要等級評估，擬定簡易照顧計畫，同步照會長期照顧管理中心。

2、餘包含居家環境改善建議、輔具評估及使用建議、生活重建服務建議、轉介社福機構辦理生活重建等。

(三) 提供諮詢專線電話、居家照護建議、心理諮商服務建議。

(四) 後續追蹤管理：出院後 30 天內由社會工作人員／個案管理師追蹤個

案功能恢復、再入院、居家復能服務情況。

(五) 其他出院準備相關事宜。

捌、給付項目及支付標準

一、開辦費：每家承作醫院 100 萬元，用於病房空間改善、居家模擬空間建置、資訊系統及人員教育訓練等；參與本試辦計畫之醫院限支付 1 次，如計畫實施期間因故中途退出本計畫，則不予支付。

二、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、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試辦計畫支付之項目（檢驗(查)費、藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合第(七)項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（下稱本保險支付標準）申報。

(二) 收案對象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，並以急性後期照護病房為優先；符合法規規定得收取病房費差額者，由保險對象自付其差額。

(三) 高強度復健係指每日需治療三至五次；一般強度復健係指每日需治療一至二次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目三項（含）以上，院所得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。

(四) 院所申報本試辦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) 屬本試辦計畫支付標準及本保險支付標準所列之診療項目，參與試辦醫院不得向參與本試辦計畫之個案收取自費。

(六) 吞嚥攝影檢查採核實申報，其適用條件如下：

- 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。

編號	診療項目	支付點數
	復健病房試辦計畫高強度復健費用（住院模式）	
P9001B	—每日必需治療三至五次	3,709／日
P9002B	75歲以上—每日必需治療三至五次	3,797／日
P9003B	—因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	2,209／日
P9004B	75歲以上—因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	2,297／日
P9005B	—週日或國定假日或當日無法治療	1,374／日
P9006B	75歲以上—週日或國定假日或當日無法治療	1,462／日
	註：限健保 PAC 計畫照護天數上限（84 日）內申報。	
	復健病房試辦計畫一般強度復健費用（住院模式）	
P9007B	—每日必需治療一至二次	2,509／日
P9008B	75歲以上—每日必需治療一至二次	2,597／日
P9009B	—因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1,374／日
P9010B	75歲以上—因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1,462／日
P9011B	—週日或國定假日或當日無法治療	1,374／日
P9012B	75歲以上—週日或國定假日或當日無法治療	1,462／日
	註：自展延住院日起，限申報本項一般強度復健費用。	

註：復健治療項目編號

(1) 物理治療

PACPT1 電療

PACPT2 熱／冷療

PACPT3 水療

PACPT4 被動性關節運動

PACPT5 牽拉運動

PACPT6 按摩

PACPT7 鬆動術

PACPT8 降張力技術

PACPT9 傾斜床訓練

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
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

三、評估費及獎勵費

(一) 出院準備及評估、初評、複評、結案評估費

編號	診療項目	支付點數
P9013B	<p>轉出醫院出院準備及評估費（上游醫院醫師及團隊）</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、限醫學中心轉區域醫院或地區醫院、區域醫院轉地區醫院收案成功方得申報。 2、每人每次發病限申報1次。 3、須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查。本項評估至少需完成整體功能狀態、基本日常生活功能、吞嚥、進食功能及營養評估。 4、區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報。 5、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。 6、限參與健保 PAC 計畫照護團隊之上游醫院申報本醫令代碼。 	2,000
P9014B	<p>承作院所評估費（初評）</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、本項適用於個案轉銜至急性後期照護院所後之初次評估，每人每次發病限申報1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。 	1,500
P9015B	<p>承作院所評估費（複評）</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	1,500

編號	診療項目	支付點數
P9016B	<p>承作院所出院準備及結案評估費</p> <p>註：</p> <p>1、每人每次發病限申報一次。</p> <p>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。</p> <p>3、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	2,250

(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」、個案照護品質獎勵費

編號	診療項目	支付點數
P9017B	<p>轉出醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1、每人每次發病限申報1次。</p> <p>2、需完成以下規定作業：</p> <p>(1)需提供病人或家屬復健病房個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少三十分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2)準備出院病歷摘要、轉銜確認報告書外，需提供承作院所出院前三天病程紀錄(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衛教說明或提供承作院所病人活動影片進行病情交接，留有紀錄，加計50%。</p> <p>3、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	1,500

編號	診療項目	支付點數
P9018B	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1、轉出醫院主治醫師至承作院所探訪病人且留有紀錄，直接與承作院所照護團隊成員溝通病情，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1次）。</p> <p>3、由轉出醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p>	1,242
P9019B	<p>承作院所醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>—一名醫事人員訪視</p>	1,103
P9020B	<p>—二名（含）以上醫事人員訪視</p> <p>註：</p> <p>1、每位病人最多申報2次（出院前後各1次）。</p> <p>2、病人結案前後，承作院所照護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>	1,575
P9021B	<p>轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費</p> <p>註：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>	1,000
P9022B	<p>轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費</p> <p>註：結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本保險家庭醫師整合性照護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>	1,000

(三)個案照護品質獎勵措施

- 1、門檻指標：當年度本試辦計畫總收案人數 ≥ 20 人，方可進入品質獎勵之評比。
- 2、參與醫院依「玖、成效評量」所列4項品質指標比率分別排序，計算個別醫院4項指標排序序號之平均值，再重新進行總排序。
 - (1)由高排至低：「平均功能改善幅度」、「功能改善效率」、「返家率」。
 - (2)由低排至高：「30日內再入院率」。
- 3、排序前25%之醫院，依該醫院所收個案中結案之個案數，每一個案支付5,000點獎勵費；排序26%~50%之醫院，依該醫院所收個案中結案之個案數，每一個案支付3,000點獎勵費；排序51%~75%之醫院，依該醫院所收個案中結案之個案數，每一個案支付1,500點獎勵費。

玖、成效評量

- 一、品質指標：為確保本試辦計畫之照護品質與政策成效，爰訂定下列品質指標，作為各試辦醫院執行成效之評估依據。各指標之定義、計算方式及資料範圍如下：

(一)平均功能改善幅度

- 1、指標說明：評估病人於復健病房住院期間之整體功能改善情形。
- 2、計算方式：
分子：分母個案各項功能評估總分減去收案時各項功能評估總分
分母：本試辦計畫結案個案數
- 3、功能評估：包含巴氏量表、工具性日常生活功能（IADL）、健康相關生活品質（EQ-5D）及營養評估（MNA）等4項量表。
- 4、排除原則：
 - (1)保險對象自行中斷照護者。
 - (2)病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者。
 - (3)已死亡個案。

(二)功能改善效率

1、指標說明：評估病人每住院一日所獲得之功能改善程度，以避免僅延長住院天數而未提升功能。

2、計算方式：

分子：結案個案各項功能評估總分減去收案時各項功能評估總分

分母：本試辦計畫照護個案住院天數

3、功能評估：前述品質指標「平均功能改善幅度」功能評估所列4項量表。

4、排除原則：

(1) 保險對象自行中斷照護者。

(2) 病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者。

(3) 已死亡個案。

(三)返家率

1、指標說明：評估本試辦計畫是否達成「以返家為導向」之照護目標。

2、計算方式：

分子：分母個案直接返回原居住地（含自宅或家屬居所）之個案數

分母：本試辦計畫結案個案數

3、排除原則：

(1) 病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者。

(2) 已死亡個案。

(四)30日內再入院率

1、指標說明：評估出院準備及轉銜照護之穩定度。

2、計算方式：

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：本試辦計畫結案個案數

3、排除原則：已死亡個案。

註：本項為負向指標。

二、監控指標

(一) 管路移除率

分子：分母個案中管路移除個案數

分母：當年度收案有放置管路個案數（已結案）

(二) 跌倒事故率

分子：復健病房跌倒事件總事件數

分母：當年度本試辦計畫住院人日

(三) 壓力性損傷新發生率

分子：復健病房新發生之壓力性損傷總處數

分母：當年度本試辦計畫住院人日

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) 部分負擔計收規定：

- 1、若屬全民健康保險法第 43 條第 4 項所定醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第 60 條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。
- 2、保險對象應自行負擔之住院費用，比照全民健康保險法第 47 條慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十。
- 3、若屬全民健康保險法第 48 條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。

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，依跨院所團隊聯繫逕行認定。

(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：

- 1、屬本試辦計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，承作院所於申報費用時，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『7』（全民健康保險復健病房試辦計畫-腦中風）。
- 2、轉出醫院急性期住院期間申報本試辦計畫規定之費用，依原案件分類填報，「試辦計畫代碼」應填『7』（全民健康保險復健病房試辦計畫-腦中風）。
- 3、本試辦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) 申報本試辦計畫支付項目，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，將不予支付本試辦計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。

三、辦理本試辦計畫核發作業後，若有院所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健保 PAC 計畫項下支應。

拾壹、退場機制

- 一、參與醫院於辦理期間，若因違反特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本試辦計畫，停約 1 個月不在此限。凡經停

約或終止特約、終止參加本試辦計畫者，自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起，不予核付本試辦計畫支付項目費用。

二、上述停約之醫院，經保險人依特管辦法第三十八條至第四十條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約，且停約經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本試辦計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

三、退出本方案之承作醫院，其承作之施行地區應依下列方式重新辦理公開徵求：

(一) 保險人分區業務組啟動公開徵求時間：

1、停止或退出時間為當月 15 日前：當月底前。

2、停止或退出時間為當月 15 日後：次月 1 日前。

(二) 承接之醫療院所計畫迄日為原承作所施行迄日。

拾貳、其他事項

本試辦計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬本保險支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理；屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件 1

「全民健康保險復健病房試辦計畫」計畫書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含試辦計畫名稱、試辦計畫執行單位、試辦計畫執行期間。
- 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) 申請機構全銜及試辦計畫名稱。
 - (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、跨院際整合團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務，與居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫之社區醫療群、跨層級醫院合作計畫、長期照顧服務等團隊提供整合照護，確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 - 2、本試辦計畫照護團隊之組成（請檢附相關文件），包含各專任專業照護人力專業別、人數、各類人員醫病比，及專業人員支援計畫。相關人力品質、如何確保照護團隊人員辦理量表評估之一致性。
 - 3、復健病房相關設置及設備：「復健病房」之床位數、床位編號，所能提供照護服務及設備（居家模擬空間、治療空間），確保動線順暢。
 - 4、醫院內各醫療照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 - 5、醫院提供之復健病房特色與發展性。
 - (五) 預期效益（包含評核指標項目及預期目標值）

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。

附件 2

「全民健康保險復健病房試辦計畫」公開徵求暨審核作業

一、承辦單位：保險人及保險人分區業務組。

二、公告及申請程序：

(一) 公告方式：透過保險人全球資訊網站／公告。

(二) 公告內容：

1、承作院所：以現行執行全民健康保險急性後期整合照護計畫之承作醫院為限。

2、計畫執行期間：____年__月__日至____年__月__日。

3、計畫書撰寫格式及內容。

三、公告時間：公告日__年__月__日至____年__月__日。

四、計畫書收件截止日期：公告截止日（郵戳或現場收件日為憑）。

五、審核作業流程：

(一)由保險人分區業務組成立審核小組，由 5 至 7 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、計畫執行地區之衛生主管機關、衛生福利部相關單位及保險人分區業務組代表組成，審核方式得以書面或會議為之。

(二)計畫書審核項目及權重（得依審核小組建議進行調整）：

審核項目	權重
1、基本資料審核：申請醫院規模、推動理念、願景。	20%
2、申請醫院過往推動健保 PAC 計畫經驗及成效。	30%
3、復健病房相關設置及設備：包含復健病房床位數、病床類別（是否為急性後期照護病床，或僅為急性一般病床...等），暨所能提供照護服務及設備（居家模擬空間及復健治療空間）是否足夠、動線是否順暢、是否與復健病房相同樓層...等。	40%
4、申請醫院跨專業照護團隊能力：包含復健科醫師、其他專科醫師、治療師、護理、社工、營養、藥事等配置與病床比。	10%

(三)評定方式：審核小組委員按「計畫書審核項目及權重」規定，於審核評分表給予評分與意見。

審核小組委員評分表

審核委員編號：

日期：_年_月_日

項次	審核項目	權重 配分	醫院名稱 1	醫院名稱 2
			評分	評分
1	基本資料審核：申請醫院規模、推動理念、願景。	20		
2	申請醫院過往推動健保 PAC 計畫經驗及成效。	30		
3	復健病房相關設置及設備：包含復健病房床位數、病床類別（是否為急性後期照護病床，或僅為急性一般病床...等），暨所能提供照護服務及設備（居家模擬空間及復健治療空間）是否足夠、動線是否順暢、是否與復健病房相同樓層...等。	40		
4	申請醫院跨專業照護團隊能力：包含復健科醫師、其他專科醫師、治療師、護理、社工、營養、藥事等配置與病床比。	10		
評分合計數				
審核委員意見（優點、缺點）：				
審核委員簽名：				
註：項次 1~3 分數不得為 0 分，始通過審核標準。				

(四)審核結果評定：

- 1、由各委員對各醫院之計畫書分別評分後加總，保險人分區業務組將該分區所有申請醫院審核結果函復保險人。
- 2、各醫院評分及意見由保險人彙整總評表，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定，並以書面公文發布審核結果。

審核委員總評表

____分區業務組

日期：__年__月__日

醫院名稱 審核委員代號	醫院 1	醫院 2	醫院 3
	評分	評分	評分
A 委員			
B 委員			
C 委員			
D 委員			
E 委員			
F 委員			
G 委員			
評分合計			
平均總評分			
合格醫院			

附件 3

「全民健康保險復健病房試辦計畫」住院經驗調查

一、調查目的：為瞭解本試辦計畫照護個案於復健病房住院照護期間，病人及其家屬對於醫療照護品質、復健治療內容、出院準備與後續轉銜服務之滿意情形，作為本試辦計畫執行成效評估及後續政策精進之參考。

二、調查對象：

(一)本試辦計畫之收案個案。

(二)如個案因失語或其他因素無法清楚表達意見時，得由其主要照顧者或家屬代為填寫。

三、調查時點：

(一) 必填時點：個案結案或出院前 48 小時內完成填寫。

(二) 選填時點：個案出院後 14-30 日內，由承作院所進行追蹤填寫。

(三) 調查得採紙本或線上問卷方式辦理，並應確保填答之匿名性。

四、填答說明：

(一) 本問卷採五點量表作答：

滿意度	非常不滿意	不滿意	普通	滿意	非常滿意
分數	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分

(二) 本問卷不記載個人識別資料，僅供整體統計分析及政策評估使用。

五、問卷內容：

(一) 基本資料

1、填答者身分：

病人本人 家屬／主要照顧者 其他：

2、病人性別：

男 女

3、病人年齡：

18 歲以下 19-30 歲 31-40 歲 41-50 歲 51-64 歲

65-74 歲 75 歲以上

(二) 住院資訊

1、試辦醫院名稱：__

2、本次住院期間：

1~30 日 31~60 日 61~90 日 91 日以上

3、填答時間：

出院前 出院後（14~30 日內）

(三) 住院照護與團隊溝通滿意度

1、醫療團隊於入院後能清楚說明住院目標與治療計畫。

1 2 3 4 5

2、我／家屬能理解病人目前的功能狀況與預期改善方向。

1 2 3 4 5

3、醫師、護理人員與復健治療師之間的合作與溝通情形良好。

1 2 3 4 5

4、我／家屬有疑問時，醫療團隊能耐心回應問題與需求。

1 2 3 4 5

5、住院期間之照護（如疼痛處理、基本照顧）令人滿意。

1 2 3 4 5

6、病人之尊嚴、隱私與安全受到充分重視。

1 2 3 4 5

(四) 復健治療體驗滿意度

1、復健治療安排與內容能依病人狀況適時調整，且符合實際需求。

1 2 3 4 5

2、復健治療內容與日常生活功能改善需求相符。

1 2 3 4 5

3、復健治療師能清楚說明治療目的與訓練方式。

1 2 3 4 5

4、住院期間，我／家屬能感受到病人日常生活功能有進步。

1 2 3 4 5

5、醫療團隊有和我／家屬共同討論復健目標及返家計畫。

1 2 3 4 5

6、【如有接受吞嚥或語言治療者，請填答】吞嚥或語言治療對進食或溝通能力有所幫助。

1 2 3 4 5

(五) 出院準備與轉銜服務滿意度

1、醫療團隊能提前說明出院條件與返家準備事項。

1 2 3 4 5

2、家屬已獲得足夠的照護技巧與復健運動指導。

1 2 3 4 5

3、醫療團隊有提供居家環境改善或輔具使用建議。

1 2 3 4 5

4、有協助安排後續門診、居家或社區復健服務。

1 2 3 4 5

5、有協助評估或轉介長期照顧相關服務。

1 2 3 4 5

(六) 整體滿意度

1、依目前病人功能與家庭支持狀況，我認為病人返家生活是可行的。

1 2 3 4 5

2、整體而言，我對本次復健病房住院照護感到滿意。

1 2 3 4 5

3、若親友有相同需求，我願意推薦本復健病房或照護模式。

1 2 3 4 5

4、病房與復健環境安全、便利，且有助於日常生活功能練習。

1 2 3 4 5

(七) 開放式意見

1、您認為本次住院照護中最值得肯定之處為何？【請簡述】

—

2、您認為本次住院照護中最需要改善之處為何？【請簡述】

—

3、病人返家後最需要的支持為何？【可複選】

復健運動指導

門診追蹤

輔具或居家環境改善

居家照護人力

長期照顧服務安排

情緒支持或喘息服務

其他：_