

全民健康保險急性後期整合照護計畫

106年06月26日健保醫字第1060007890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整合照護模式(Post-acute Care，以下稱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（腦中風急性後期照護自103年1月1日起實施；燒燙傷急性後期照護自104年9月9日起實施，其餘各類照護自106年7月1日起實施）。

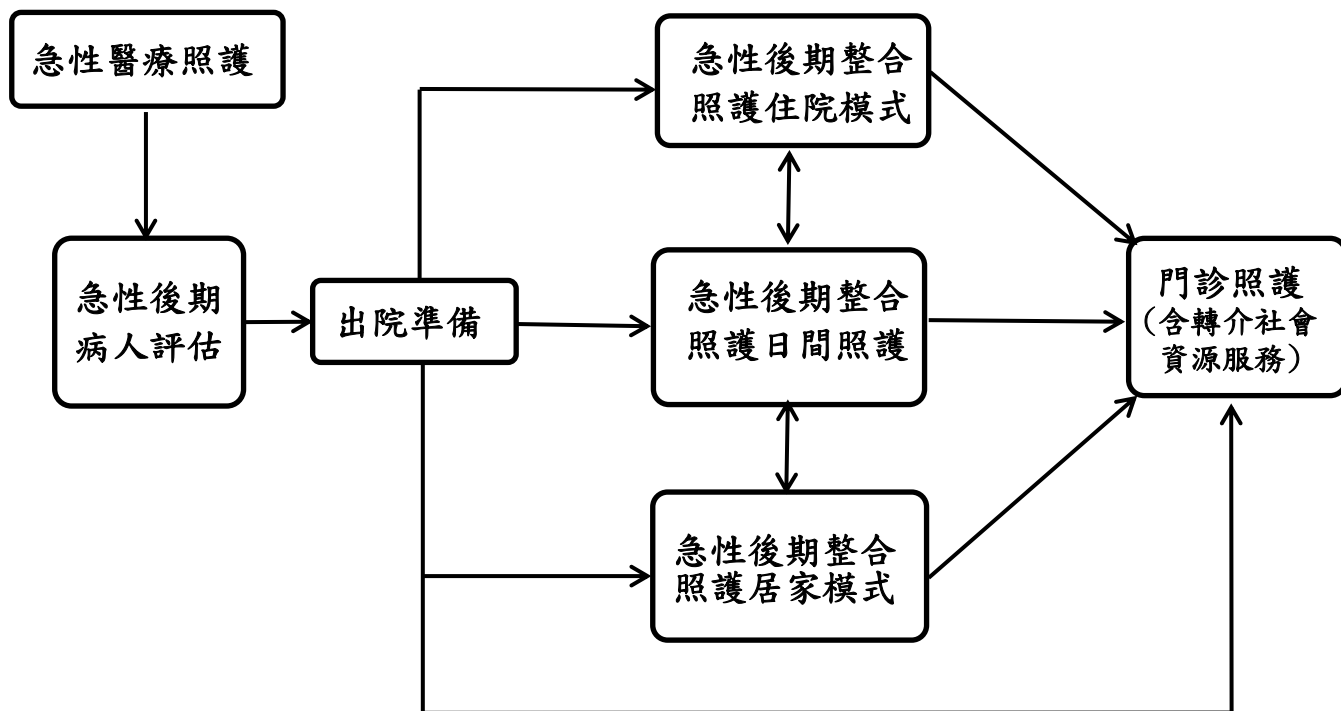
肆、預算來源

一、本計畫「急性後期整合照護居家模式照護費用」、「評估費及獎勵費」、「品質獎勵措施」費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

二、其餘「急性後期整合照護與高強度復健(住院模式)」、「急性後期整合照護與一般強度復健(住院模式)」、「急性後期整合照護與日間照護」、「燒燙傷急性後期物理治療-中度複雜治療、複雜治療」、「燒燙傷急性後期職能治療-中度複雜治療、複雜治療」、「心臟衰竭急性後期物理治療-複雜治療」、「心臟衰竭急性後期職能治療-複雜治療」等費用，由全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應。

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、復健治療等。
- (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. 復健治療(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、主要照顧者照護技巧指導等(例如：換藥方式、導尿教導、便秘處理等)。
 4. 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) 適用條件：經專業評估無法接受本計畫住院照護模式、日間照護模式或門診復健治療，仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限之居家復健治療。收案個案接受本模式期間，不得重複接受「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部居家照護及精神疾病患者社區復健之服務。

(二) 服務內容

1. 物理治療師、職能治療師或語言治療師至個案家中提供急性後期整合性居家復健治療，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）。不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，分別計算 1 次居家模式照護費用。

- (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之物理治療師、職能治療師或語言治療師。
- (四) 「急性後期整合照護居家模式照護費用」本項處方由承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立，執行之物理、職能或語言治療師因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或團隊內符合資格之人員執行(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

本計畫推動範圍包括腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患，其收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具詳附件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. 會議紀錄：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.醫學中心病人轉至急性後期照護醫院比率

分子：分母個案轉至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、轉介社會資源服務(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、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等)

六、心理諮商服務建議

七、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

八、評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤

九、其他出院準備相關事宜

玖、給付項目及支付標準

本計畫照護費、評估費及獎勵費、品質獎勵措施等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) 部分負擔計收規定：

1. 保險對象應自行負擔之門診費用，依全民健康保險法第 43 條規定計收，急性後期整合照護與日間照護費用按西醫門診基本部分負擔規定計收。急性後期整合照護居家模式照護費用，依居家照護醫療費用之百分之五規定計收。處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
2. 若屬全民健康保險法第 43 條第 4 項所訂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%。
3. 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。
4. 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『1』(腦中風)、『N』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『5』(心臟衰竭)、

『6』(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) 急性後期整合照護居家模式照護費用

1. 處方開立院所，交付處方箋應載明填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」。
2. 處方接受院所，執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依規定填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」欄位。

(六) 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。
- (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) 參與本計畫之團隊應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、保險人於本計畫執行期間，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、主責醫院提送計畫書及團隊內院所申請相關資料，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) 新申請之承作醫院，除心臟衰竭因採門診個案管理模式，其餘腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡等適用範圍，除 105 年(含)以前參與本計畫之醫院外，地區醫院始得申請為承作醫院。
 - (八) 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，若因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)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，經保險人依特管辦法第 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，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、評估時程與工具

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 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)。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（專任之神經科、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）。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

(二)醫事人員：承作醫院需有專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任藥師、專/兼任營養師、專兼任社工師(人員)、護理人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。

四、評估時程與工具：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

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. 需有專任之整形外科醫師或復健科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、護理人員、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。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

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、評估時程與工具：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.上下肢功能	關節活動度(Range of Motion 簡稱 ROM)

(二)專業選擇性評估工具

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.能主動參與復健治療計畫。
- 4.具可達到的治療目標。

（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：需有專任之神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師。
註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。
- (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、護理人員。

四、評估時程與工具：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。

註:地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

(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、護理人員。

四、評估時程與工具(若有相關版權請醫院自行申請)

收案、結案及每2週定期評估以下之核心必要評估工具。

(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(三)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. 意識清醒且生命徵象穩定達 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致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之心臟內科專科醫師或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) (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，且須完成心臟衰竭急性後期照護六小時核心課程。
- (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: 個案管理師之具備資格，需符合以下各項：

- (1) 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。
- (2) 心臟衰竭個案管理師應領有護理師執照登記於承作醫院。
- (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) 需完成心臟衰竭急性後期照護核心課程(課程時數 18~20 小時)。

(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、評估時程與工具：收案、結案、出院滿 1、3、5 個月定期評估(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.工具性日常生活功能	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、或骨科醫師，需經過六小時老年醫學相關照護訓練。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

- (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、護理人員。

四、評估時程與工具

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 (Clinical Frailty Scale, CFS)。
- (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 給付項目及支付標準

一、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，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診療項目，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 \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，增加至每日最多各二次，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日間照護模式之醫學中心，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。

編號	診療項目	支付點數
P5101B	急性後期整合照護與高強度復健費用(住院模式)	
	-每日必需治療三至五次	3587/日
P5102B	-因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	2117/日
P5103B	-週日或國定假日	1300/日
	註： 適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。	
P5107B	急性後期整合照護與一般強度復健費用(住院模式)	
	-每日必需治療一至二次	2411/日
P5108B	-因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1300/日
P5109B	-週日或國定假日	1300/日
	註： 適用對象：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。	
P5129B	急性後期整合照護與日間照護費用	
	-高強度日間照護(每日治療四次)	2538/日
P5130B	-中強度日間照護(每日治療三次)	1938/日
P5131B	-一般強度日間照護(每日治療二次)	1338/日
	註： 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。 2. 限由團隊內專科醫師開立本項處方。 3. 需符合本計畫日間照護條件、服務內容及標準。 4. 本項包含本計畫所定日間照護服務內容所需各項費用。	

編號	診療項目	支付點數
P5132B	<p>急性後期整合照護居家模式照護費用</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 治療頻率由專業評定（每週安排一至六次）。 3. 執行人員資格：完成六小時急性後期照護與居家治療訓練課程。 4. 本項包含本計畫所定居家模式服務內容所需各項費用，由執行院所申報。 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，至案家提供服務需經報備支援。 6. 訪視紀錄簽名：每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請照護對象或其家屬簽章；另應製作照護對象之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事人員提供整合性之居家照護服務。 	1455/次
P5506B P5507B	<p>燒燙傷急性後期物理治療</p> <p>— 中度複雜治療</p> <p>— 複雜治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)合計時間超過五十分鐘，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)，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)最多各二次，不得與本項併報。 	480/次 600/次

編號	診療項目	支付點數
P5508B P5509B	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，指治療時間合計三十分鐘以上之治療，且治療項目包含下列一項(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，限手術後三個月內，治療時間合計三十分鐘以上之治療，且治療項目包含下列二項(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)最多各二次，不得與本項併報。	480/次 600/次
P5133B	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)。 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。	600/次
P5134B	心臟衰竭急性後期職能治療—複雜治療 註： 1. 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。 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。 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	600/次

編號	診療項目	支付點數
	<p>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。</p> <p>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。</p>	
	<p>註：復健治療項目編號</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> <p>PACPT10 床上運動</p> <p>PACPT11 姿態訓練</p> <p>PACPT12 肌力訓練</p> <p>PACPT13 耐力訓練</p> <p>PACPT14 神經誘發技術</p> <p>PACPT15 動作學習技術</p> <p>PACPT16 平衡訓練</p> <p>PACPT17 協調訓練</p> <p>PACPT18 行走訓練</p> <p>PACPT19 心肺功能訓練</p> <p>PACPT20 呼吸排痰訓練</p> <p>PACPT21 輔具評估及訓練</p> <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>	

編號	診療項目	支付點數
	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 副本製作 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 視聽回饋法 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	

二、評估費及獎勵費

(一) 出院準備及評估、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	診療項目	支付點數
P5113B P5118B	轉出醫院出院準備及評估費(上游醫院醫師及團隊) -同團隊 -不同團隊 註： 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一次。 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核心必要評估工具(腦中風需完成前四項、衰弱高齡需完成巴氏量表及臨床衰弱量表)。 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」。	2000 1600
P5114B	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，於出院一週內回診確認收案後申報。	1000
P5115B	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
P5117B	承作醫院出院準備及結案評估費 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。 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」。	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	診療項目	支付點數
P5123B	<p>轉出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、衛教時間至少三十分鐘、病人或家屬簽名)。 (2) 準備出院病歷摘要、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院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。 (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) 拍攝活動影片向病人衛教說明或提供承作醫院病人活動影片進行病情交接，留有紀錄，加計 50%。 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」。 	1000
P5124B	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡 <ol style="list-style-type: none"> (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。 (2) 每位病人最多申報三次(限前三週每週一次)。 (3) 由急性醫療醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。 2. 燒燙傷 <ol style="list-style-type: none"> (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三次。 (2) 以上人員需具有實務燒燙傷臨床經驗達二年以上。 (3) 由接受指導醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。 	1000
P5125B	承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費 - 一名醫事人員訪視	1000
P5126B	- 二名(含)以上醫事人員訪視	1500
	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每位病人最多申報二次(出院前後各一次)。心臟衰竭病人於收 	

編號	診療項目	支付點數
	案後進行。 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，時間至少三十分鐘，促進病人健康返家回歸社區。	
P5127B	轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費 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。	1000
P5128B	轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 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。	1000

(三)其他

編號	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. 每家主責醫院團隊全年六萬點，所負責之團隊每增加一項推動範圍（腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患）且該項增加範圍年度收案數至少二十人以上，每項增加三萬點，團隊最高執行六項 PAC 範圍計二十一萬點。 3. 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~ 210000/ 年
P5504B	燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢衛教費	97
P5505B	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二十五人為限。	64
P5516B	燒燙傷門診個案衛教及個案管理費 — 新收案	800
P5517B	— 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	800

編號	診療項目	支付點數
	詢專線電話。 2. 每季追蹤需與新收案或前次追蹤間隔三個月(九十天)。	
P5135B	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、衛教時間至少六十分鐘、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、體重與二十四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，於出院一週內回診確認收案後申報。	2000

三、品質獎勵措施

(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 ≥ 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 ≥ 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

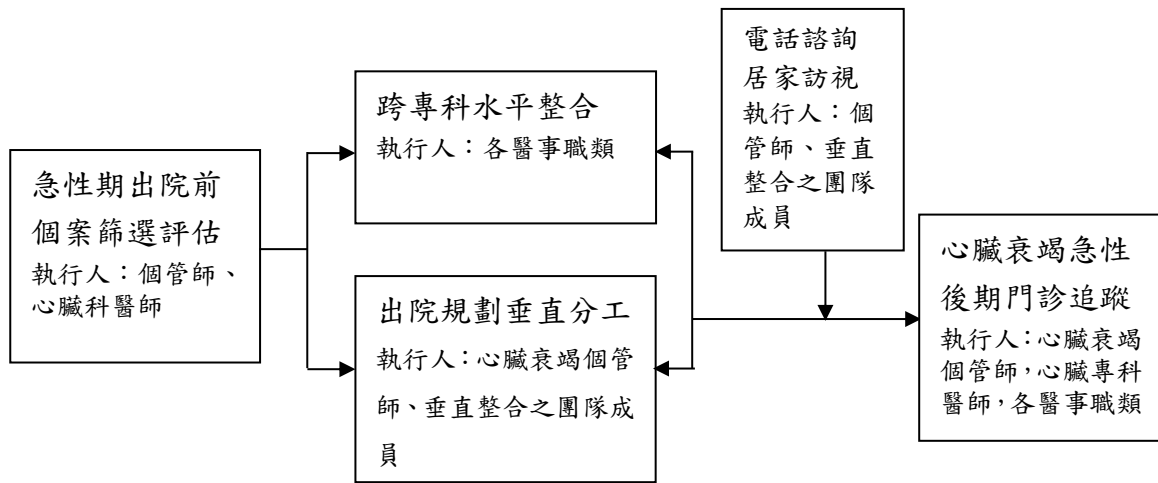
(五)品質獎勵支付：依計分方式計算各醫院品質獎勵總分，依本年度結案個案數，滿分者每位個案支付 2000 點，總分 < 60 分不獎勵，其餘按分數比例計算獎勵金。

「急性後期整合照護試辦計畫」計畫書內容與格式

- 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)及照護模式。
 - (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等團隊提供整合照護，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，及專業人員支援計畫。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下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)跨專科醫療團隊包含有：心臟專科醫師、心臟外科專科醫師、心臟衰竭個案管理師、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師，營養師、藥師、臨床心理師、社工師、護理師。經由心臟衰竭個案管理師協調及整合各項醫療資源，進行以病人為中心之醫療照護，並且對於病患或主要照顧者施行自我照護訓練，達到降低再住院率及死亡率，提升治療的成功率，並使病人回歸社會功能。
- (四)垂直整合之團隊成員包含：隸屬於承作醫院負責心臟衰竭照護的心臟專科醫師以及心臟衰竭個案管理師、負責病患日常照護的社區醫師(例如社區家庭醫師)、社區居家訪視人員等。於個案管理模式，由心臟衰

竭個案管理師聯絡、協調、整合資訊以及病患需求。

(五)照護內容：

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，從病患個別性的需求中，共同擬定出所需要的疾病照護目標。
- (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：

吸菸、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：由個案管理師執行。
 - ◆ 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紀錄手冊」，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列自我照顧用具：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紀錄 (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，個管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) 個案管理師依個案評估結果，水平協調整合跨專科的整合照護。
- (5) 個案管理師依個案需求，垂直溝通整合病患資訊，提供醫療諮詢，安排跨區、跨醫療院所的轉診等。

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（需於病歷中附上心肺復健進行當中之心電圖、血壓等生命象徵監視紀錄，以確保病人之安全性）。
- (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) 節省體能訓練、職業需求訓練。

(5) 上述(2)(3)(4)項復健治療，依病人狀況及需要施行個別化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、複評及結案評估）：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）。評估內容詳計畫之評估工具。