

「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 28 日（星期二）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)	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	詹代表永兆	(請假)
林代表富滿	林富滿	吳代表國治	(請假)
潘代表延健	潘延健	李代表飛鵬	李飛鵬
璩代表大成	璩大成	陳代表彥廷	李明憲(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表敬修	林敬修
徐代表弘正	陳信水(代)	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	曾中龍(代)
羅代表永達	(請假)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
謝代表文輝	王秀貞(代)	王代表榮濱	王榮濱
謝代表武吉	謝武吉	郭代表素珍	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	廖代表大富	廖大富
李代表紹誠	李紹誠	梁代表淑政	梁淑政
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	(請假)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	(請假)	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	吳洵伶
本署臺北業務組	林勢傑、張念賓
本署北區業務組	陳孟函
本署中區業務組	巫明珠
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、陳真慧、林淑範、 谷祖棣、張益誠、林右鈞、 王玲玲、陳依婕、宋兆喻

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

三、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。

決議：

1. 同意新增收案對象創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患，及新增急性後期整合照護居家模式。
2. 心臟衰竭與衰弱高齡兩類病患之 PAC 先行試辦三個月，有關醫院參與醫師條件，於三個月後一併檢討。

3. 配合計畫推動，將轉達各分區業務組就個別醫院之自主管理目標納入考量。
4. 本次會議決議修改之計畫內容，詳附件 P5~P52，將併同會議紀錄請代表於一星期內表示意見。

四、臨時動議：無。

五、散會：下午 16 時 40 分

全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫(草案) 106.4.18

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。

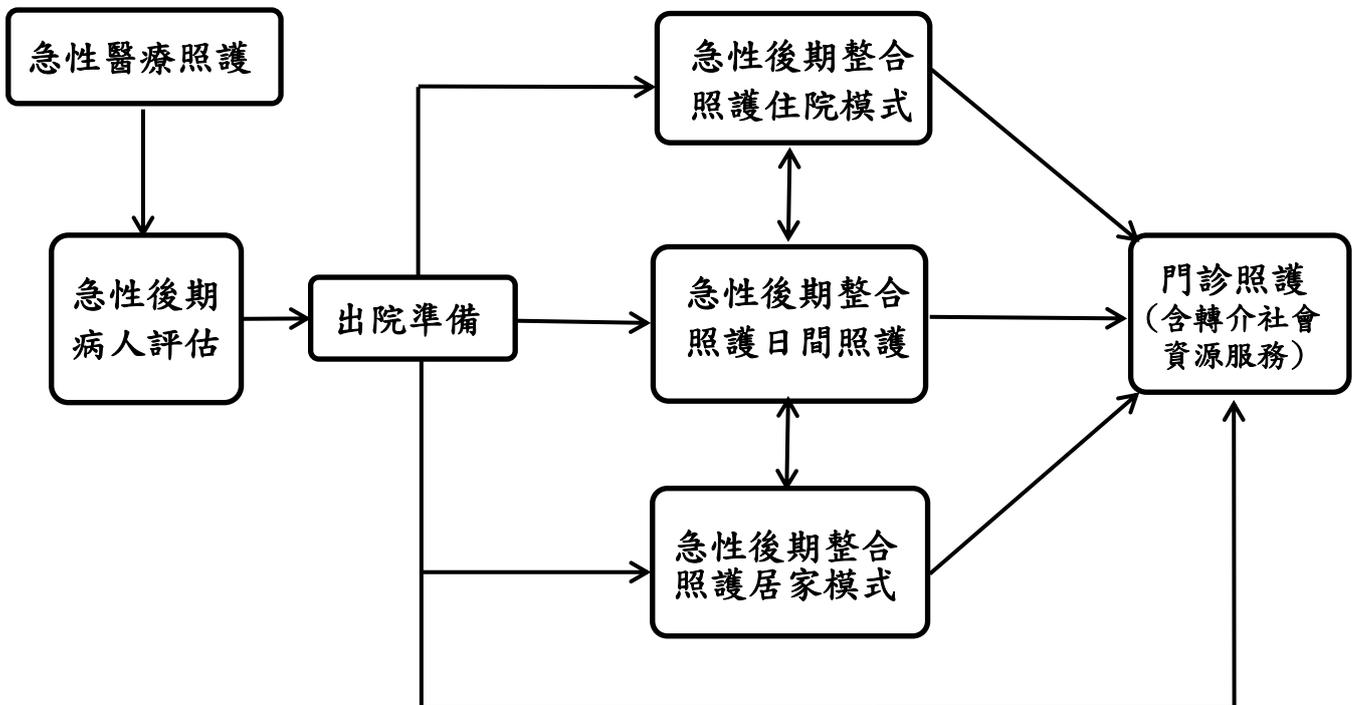
肆、預算來源

本計畫「急性後期整合照護與高強度復健(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」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，其餘本計畫「急性後期整合照護居家模式照護費用」、附件2 診療項目及支付點數之「二、評估費及獎勵費」、「三、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。

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：因故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. 專業復健治療師（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) 執行復健治療人員資格: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，執行之專業復健治療師因 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、評估過程與工具詳附件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、 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、診療項目及支付點數

本計畫每日照護費、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) 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。

拾叁、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)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。~~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 ≤ 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.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&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 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) 須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.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。

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。
- (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) 吞嚥攝影檢查於本計畫可以核實申報之適用條件：
 1. 反覆性肺炎。
 2. 進食時有明顯噎咳。
 3. 講話有明顯的濕泡聲。
 4. 吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 5. 中風前已有吞嚥障礙病史。
 6. 一年內曾留置氣切內管 ≥ 30 天以上。
 7. 目前留置氣切管。
 8. 欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
 9. 其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

- (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。

編號代碼	診療項目	支付點數
	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 3-5 次 -因醫院或病人偶發原因，當日治療 < 3 次 -週日或國定假日 註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。	3587 2117 1300
	急性後期整合照護與一般強度復健費用(住院模式) -前 3 週(每日必需治療 1-2 次) -前 3 週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療) -前 3 週(週日或國定假日) 註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。	2411 1300 1300
	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 4 次) -中強度日間照護(每日治療 3 次) -一般強度日間照護(每日治療 2 次) 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。	2538 1938 1338

編號代碼	診療項目	支付點數
	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。 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。 6. 除診察費、復健治療、評估費，其餘可核實申報。	
	急性後期整合照護居家模式 <u>照護費用</u> 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. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。 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。 4. 本項包含本計畫所定居家模式服務內容所需各項費用，由收案醫院申報。 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。 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。	1455
	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 <u>6050</u> 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 <u>50</u> 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。	<u>600480</u> <u>750600</u>
	燒燙傷急性後期職能治療 — 中度複雜治療	<u>600480</u>

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>一 複雜治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急性後期職能治療—中度複雜治療，指治療時間合計 60<u>30</u> 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<u>30</u> 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。 	750 <u>600</u>
新增	<p><u>心臟衰竭急性後期物理治療—複雜治療</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>600</u>
新增	<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"> 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。 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下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之 	750 <u>600</u>

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>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：治療項目</p> <p>1. 物理治療</p> <p>PACPT1 電療</p> <p>PACPT2 熱/冷療</p> <p>PACPT3 水療</p> <p>PACPT4 被動性關節運動</p> <p>PACPT5 牽拉運動</p> <p>PACPT6 按摩</p> <p>PACPT7 鬆動術</p> <p>PACPT8 降張力技術</p> <p>PACPT9 傾斜床訓練</p> <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> <p>PACOT12 日常生活活動功能訓練</p>	

編號代碼	診療項目	支付點數
	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	

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
	<p>下轉醫院<u>出院準備及評估費</u>(上游醫院醫師及團隊)</p> <p>-同團隊 -不同團隊</p> <p>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)。 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。</p>	<p>2000 1600</p>
	<p>承作醫院評估費(初評)</p> <p>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。</p>	1000
	<p>承作醫院評估費(複評)</p> <p>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。</p>	1000
	<p>承作醫院<u>出院準備及結案評估費</u></p> <p>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。</p>	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： 1.每人每次發病限申報一次。 2.需完成以下規定作業： (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</p>	1000

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>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%。</p>	
	<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>- 1 名成員訪視</p> <p>- 2 名(含)以上成員訪視</p> <p>註：</p> <p>1.每位病人最多申報 2 次(出院前後各 1 次)，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>	1000 1500
	<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>	1000
	<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>	1000

(三)其他

編號代碼	診療項目	支付點數
	<p>主責醫院提升團隊照護品質獎勵費</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	60000
	<p>燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢衛教費</p> <p>燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會團體諮詢衛教費</p> <p>註：</p> <p>1.限由團隊內專科醫師開立本項處方。</p> <p>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)。</p> <p>3.團體治療一次最多以25人為限。</p>	97 64
	<p>燒燙傷門診個案衛教及個案管理費—新收案</p> <p>註：</p> <p>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。</p>	800
	<p>燒燙傷門診個案衛教及個案管理費—每季追蹤</p> <p>註：</p> <p>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。</p> <p>2.需與新收案或前次追蹤間隔3個月(90天)。</p>	800
	<p>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</p> <p>註：</p> <p>1.需完成以下規定作業：</p> <p>(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)。</p> <p>(2)需提供手冊以便病人執行居家記錄。</p> <p>(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。</p> <p>(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師垂直聯繫的指導。</p> <p>2.每人限申報一次，於出院1週內回診確認收案後申報。</p>	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

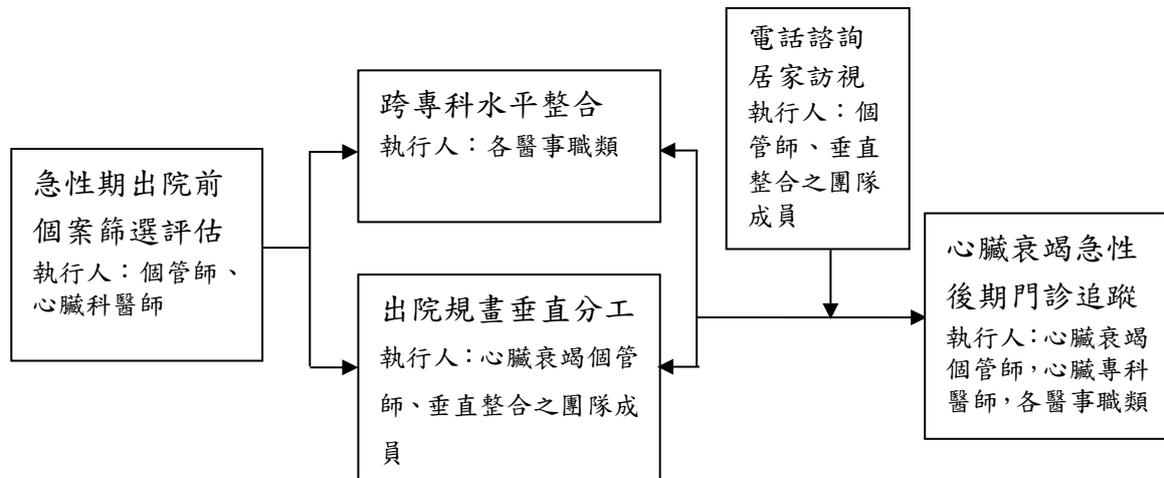
(五)品質獎勵支付：依計分方式計算各醫院品質獎勵總分，依本年度結案個案數，滿分者每位個案支付 2000 點，總分 < 60 分不獎勵，其餘按分數比例計算獎勵金。

「急性後期整合照護試辦計畫」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，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、
臨床藥師、臨床心理師、社工師、護理師。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。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。於個案管理模式下，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)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，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、未來營養規畫。
- (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、跨醫療院所的上轉、下轉等。

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（需附心肺復健進行當中之心電圖、血壓等生命象徵監視記錄以

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。

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第 1 次臨時會 與會人員發言實錄

前言

主席

各位委員，現在人數過半，今天會議就正式開始。今天開的是醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂第一次臨時會議，這次要延續上次沒有談完的兩項事情。我們先進行上次決議事項的確認，請各位委員翻開第 2 頁到第 7 頁，請確認上次會議的會議紀錄。各位委員對上次的會議紀錄有沒有問題？好，如果沒有問題，會議紀錄就確認了。接下來請看決議事項追蹤情形，請同仁。

宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤表共十二案。序號一「支付標準成本調查案」，後續將依 106 年第一次共擬會議決議：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，故繼續列管。序號二「106 年 Tw-DRGs 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案」，因 4.0 版的 Tw-DRGs 支付通則項目於 106 年實施的可行性跟適用參數的計算，將併同醫院總額的醫療服務成本指數改變率中增加的 60 億調整重症項目預算決議辦理，故暫保留繼續列管。序號三「未列項申報方式」一案，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，繼續列管。序號四新增「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」，本案已於 106 年 3 月 17 日完成報部作業，俟核定後公告實施，繼續列管。序號五調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案，調高診察費 20 點一案已公告自 106 年 3 月 1 日生效。有關「假日開診率低於 25%之地區」本署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，故本項繼續列管。

序號六修訂中醫支付標準報、序號七 106 年西醫基層總額支付標準開放表別項目案、序號八修訂全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫、序號九修正住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106 年適用權重案、序號十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案。以上五項將依程序辦理報部等行政作業，建議解除列管。

序號十一增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 10 項診療項目案。同意新增「醣化白蛋白」一項將依程序辦理報部等行政作業。其餘暫保留項目，俟學會補送相關資料，再提至本會議討論，建議解除列管。序號十二修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案將於今日會議討論，建議解除列管，以上。

主席

好，謝謝。第十一項及第十二項待會要討論。好，大家有沒有意見？來，請李代表。

李代表紹誠

主席、各位代表午安。全聯會基層這邊針對於第七個報告案「西醫基層開放表別」的這個部分，目前我們在基層碰到的問題就是原來像心臟超音波三項裡面有兩個變成 C 表，原來在不予支付裡面有這一項，因為不予支付裡面有用 P 的概念去看這件事，所以這跨表改成 C 是 OK，將來不予支付那邊會同時更正還是？因為在分區裡面就有院所來申請跨表像「耳石復位術」，現在都要跨表。那部份我們也不知道會怎麼處理，所以是不是可以給我們一個正確的告知。

第二個就是原來心臟超音波在申請的時候是在我們一般服務裡面滾動，那以後申請心臟超音波的給付是在 2.5 億的專款裡單獨列出來嗎？以上兩個問題。

主席

好，其他代表有問題嗎？請醫審組說明一下，一個是這些項目以

後申請跨表要 renew，第二個是不予支付指標，這兩項請醫審組這邊說明。

谷科長祖棣

醫管組這邊說明跨表，因為原來是 B 表所以用跨表的方式。現在已經開放成 C 表，就不用再申請跨表。只要基層有能力執行就可以申報醫療費用，只要符合支付標準所訂的規範就可以申報，沒有再申請跨表的問題，原來申請的就繼續執行申報。

主席

原來申請通過的就繼續使用，沒有通過的也可以不用再申請，直接可以做。

李代表紹誠

那在不予支付指標裡面，原來是 B 表，要不要改成 C 表？

主席

不予支付指標這部分，醫審的同仁要不要回去查一下資料，如果跟這有關就配合修正，好不好？還有 2.5 億的部分，請醫管組。

谷科長祖棣

因為它是專款，我們有跟總額科討論，未來在結算時西醫基層執行的這二十五項會在 2.5 億當中做計算，不會跟一般部門浮動。因有一部分是原來就已經以跨表在執行的，我們在計算預算執行情形時會考量新、舊的關係。在 106 年西醫基層執行這二十五項的點數與點值金額是由 2.5 億專款去計算。

主席

就是原來已經開放的算是扣除，那部分不在 2.5 億中。但是開放之後所新增的全部都在 2.5 億裡面。

谷科長祖棣

應該說 106 年開放西醫基層執行的二十五項因為都變成 C 表，所以西醫基層在公告實施以後的執行量都會由 2.5 億當中去計算點值，這總額科會去做結算。因為專款是 1 點 1 元，超過的話就浮動。未來去計算執行情形時，我們會考量原來已經執行的部分扣除，再做說明。

主席

這樣清楚了。但是這是專款，萬一執行不佳的話？

谷科長祖棟

因為當初決議是逐月監控，所以我們會逐月監控。到時候如果有太多或太少，我們隔一段時間之後再做檢討。

主席

這樣可以嗎？那還有沒有其他的問題？請謝院長。

謝代表武吉

第十二項等一下會討論？但是我在這裡先請示主席一下，物理治療跟職能治療原本都要專任，現在職能治療是改為專兼任都可以，這個計畫案當時有把它排除在外，現在是不是要趕快把它加進去比較好？

主席

這是不是等一下我們再討論？

謝代表武吉

我只是提醒啊。

主席

好，等進行到那部分再一起討論，謝謝。其他還有沒有意見？如果沒有意見，我們就進入討論事項第一案。

討論事項

第一案

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。

主席

好，謝謝！這個案子唸的比較久，但是提案的內容大致把試辦計畫的重點做摘錄。詳細的資料在後面，包括所有計畫的主要內容，從第 15 頁開始到最後。

請問各位委員對這個案子有沒有什麼意見？請朱副院長！

朱代表益宏

在會議資料的第 2 頁，新增 PAC 居家模式。我想請問一下，如果是居家模式它的經費是從那邊來，是其他總額嗎？因為其他的居家服務都是由其他總額來支付，所以這一塊我想確認經費來源。

主席

好，謝謝！我們等下一起回答。還有沒有人要提問？請林代表。

林代表綉珠

護理師護士公會全聯會在這邊發言。事實上整個的急性後期照護部份是銜接到病人的急性期，然後接到後面的這些從出院規劃接到 PAC 的部份。我們覺得很納悶的是說，在原來的第一階段當中，腦中風事實上已經涵蓋到所有的護理人員，可是後面加進來的，除了心臟衰竭之外，都沒有護理人員參與在裡面，我不知道是不是燒燙傷，這些傷口護理或者是這些創傷性的病人，或者這些骨折的病人，這些人或者是高齡衰弱，這些人的後期照護當中都不需要護理人員的介入，這一部份是我們強烈的希望把護理人員放進去，而且是必要的，以上！

護理師護士公會全聯會發言。事實上，整個急性後期照護部份是

銜接到病人的急性期，要經過出院準備服務的規劃。我們覺得納悶的是，在原來的第一階段當中，腦中風已經涵蓋到所有的護理人員，可是後面加進來的新的項目，除了心臟衰竭之外，都沒有護理人員參與在其中，是不是燒燙傷的傷口護理或者是這些創傷性的病人，或者這些骨折的病人，或者是高齡衰弱病人，這些人的急性後期照護都不需要護理人員的介入，這一部份是我們強烈的希望能把護理人員放進去，而且是必要的，以上！

主席

謝謝！請問還有沒有？請陳醫師。

陳代表信水(徐代表弘正代理人)

我想 PAC 這個案子，基本上已經討論蠻久的。尤其是在去年這個時候，那前面這幾個案子在經過很多次的學會討論、大家一起修正，都應該達成很好的共識。可是今天我們有點訝異，因為又跑出一個新增的「PAC 居家模式」！

居家模式它沒有不好，國外也有採這個模式，所以這個是可以做的。只是說我們前面所討論到的，這麼多的共識來完成了前面這麼多的 PAC，大家沒有很多的爭議。這個新增的 PAC 居家模式，我看一下內容，它寫的是蠻簡單的，我覺得它其實在執行上還是會有一些複雜度。在後面有提到承作的部份，PAC 的精神應該是說「急性後期」、「急性中風」，或者是發生 event 後他跟家裡銜接的過程中，所以他也不是 chronic 是還在 acute 的時候，所以還是有危險性存在的，所以才需要說在住院中，甚至日間照護也是在醫院裡面，有一個層級上的分辨。像我有個病人，他在 PAC，結果又發生第二次出血。他很好啊！他早上都很好啊！結果下午就發生昏睡，所以它還是有 risk 在的。

那當然像居家模式的話，他不能說因為他沒辦法來醫院住院，他就來納入 PAC 居家模式，我覺得它還需要有較詳細的一些 detail 來做 differential。因為我們其他前面的幾項，其實很多學會提出了很多在執

行上可能會注意的事情，會不會有危險性？所以我們連哪些人應該參與？哪些職業應該參與？應該專、兼任等等我們都考慮很多。

所以我是覺得如果這一次要把這個附加在裡面，是不是有點太快了點？居家部份因為它比較~而且經費，我看它支付的標準是比照居家照護支援，目前照護前是有寫居家的復健。我是覺得這是不是它比較 PAC 更後期，應該是在 PAC 銜接長照，那是不是可以在未來跟長照做一個較密切的結合。那如果在我們原來所了解 PAC 的狀態之下，我覺得現在把它卡在裡面的話，我擔心會有一些狀況，對病人安全及品質來講會有一些問題，以上！

所以我是覺得如果這一次要把這個附加在裡面，是不是有點太快了點？居家部份因為它比較慢性且經費來源如何歸屬，我看它支付的標準是比照居家照護支援，目前健保也有居家的復健，是否就與此居家結合不要納入 PAC。個人覺得這是不是它比較 PAC 更後期，應該是在 PAC 銜接長照，那是不是可以在未來跟長照做一個較密切的結合。如果在我們原來所了解 PAC 的狀態之下，把它卡在裡面的話，我擔心會有一些狀況，對病人安全及品質來講也會有一些問題，以上！

主席

好，謝謝！那還有沒有？請李醫師！

李代表紹誠

主席，因為全聯會的對 PAC 召集了所有問題到全聯會開會，討論出來好不容易有共識，希望這個共識可以上路。那現在新增一個「PAC 居家模式」，是我們過去全聯會沒有討論過的，那如果真的弄出來之後會更複雜。所以我回應剛剛陳委員講，就是讓已經有共識的先上路。那居家的 PAC，我還是回到以病人為中心。那現在已經有了所謂的居家照護，我們可以到宅、居家。那這個東西出來又延伸了居家 PAC，那將來是不是又有糖尿病的 PAC？又有其他的 PAC？還是我們要回到以病人為中心，因為這個病人不是只有這幾個問題，那它又叫做

post-acute，他是有風險的，這個時候他還沒有 stable。你讓醫護治療人員進到家裡面去做 PAC，其實某個角度會讓這些參與當中的這些人，這些醫療提供的人，是承擔一個很大的風險。連在醫院裡面都有可能再復發，你到 PAC 發生任何問題的時候，只有一個當時的一個環境、一個治療師、一個醫護人員在場，是沒有辦法去處理這些問題，如果這個人是穩定的，那回到社區，就由目前的居家或者是長照系統去做銜接，而不應該有居家的 PAC 這個名詞。所以我們希望是能夠按照原來有的共識先上路，然後先做，再看看後續該怎麼做。

再來就是，第 4 頁有關於「衰弱高齡病患」裡面，對醫師的部份，這個老年醫學科醫師，這裡面限定他要經過六小時照護訓練，老年醫學科也不是衛福部裡的專科，那家醫科醫師、老年醫學科的醫師，絕大部分是內科跟家醫科出來，這邊用括弧出來感覺很奇怪，這個東西只有老年醫學才會發生。其實在這裡面醫師只要是經過這些 well training 的醫師基本上應該是都沒有問題，所以後面這一句應該是多餘。以上，謝謝！

主席

多餘的是訓練的部份嗎？

李代表紹誠

對！

主席

訓練的部份？

李代表紹誠

就是從「或老年醫學科醫師...」到最後。

主席

好，謝謝！請謝院長。

謝代表武吉

現在看到這個 PAC，健保署要訂改變的方式，現在我舉一個例子，上禮拜五有一個朋友住在台灣某一個院轄市裡面，他臨時中風，先到一個區域醫院治療，區域醫院好像病情控制地還可以，那還是很怕說...就把他又送到醫學中心去，醫學中心又把他治療的比較好一點，然後又把他轉到地區醫院的 PAC 去做後續治療。但是禮拜天他女兒又寫一個 LINE 給我，內容說他媽媽現在的狀況，我回覆他說，你媽媽現在已經在那間醫院了，就依靠那間醫院的醫生照顧。這是一個實例啦，我想講給大家去了解。

第二點，我們這個居家照護的模式，到底要怎麼和健保署的費用做切割？是有多多少比例讓健保署負擔，還是說誰要負擔，這個要分清楚，這一點我非常堅持。

第三點，我想跟主席報告一件你可能沒有聽過的事，我在南部有一場在高雄邀請我參加，他們都叫一些小角色去，護理之家包括照護中心，我當時問一些政策性的問題，當時在那邊的人我記得非常清楚，三大巨頭，一個叫林萬億政務委員、一個是呂秀蓮的堂妹：呂次長、第三個就是蔡司長，我問的政策問題就是你們的錢從那裡來？你們的錢用到去年已經準備一百多億，他們到最後一句話都不敢回，但第二次我還是窮追猛打錢的問題，他們說會從菸捐之類的。所以說我對這個非常 care，如果你這個居家要做的話，應該要從長照 2.0 那邊來負擔，不要從我們健保這邊。錢要跟我們搶、面子又算他們的，難道我們今天在座的健保委員要做的那麼沒面子嗎！我想這沒必要！我記得前陣子菸捐補助給健保的 20%，已經被長照 2.0 搶走，我們已經罵的要死，現在這個又要來吃健保，之前那個政府是這樣，現在這個政府也是這樣，想要怎麼做就怎麼做。所以我是感覺上這個一定要釐清，我們要推動居家模式的話，一定要去釐清到底長照 2.0 要不要負擔這個費用？我記得他們明明確確地說明，我有錄音歐，有一個男人很有氣魄：「我們長照絕對不和健保掛勾！」他真的就這樣說阿，所以我現在也要講

得很直接，我很堅持我們不和他們掛勾，我們要有氣魄拉。

最後一點，剛才我有講到醫院的條件，原本有一些專兼任的，現在都已經解決了，現在變成專兼任都可以，那些應該都是 PAC 可以把他們招回來，不要把我們要推動的計畫變成在這裡面，這樣是不太好的，謝謝。

主席

謝謝，有三位，請還沒有發言的先開始。請潘代表、楊代表，再來是朱副院長。

潘代表延健

主席、各位代表，大家午安，就 PAC 這樣的推動，過去我們是一個疾病、一個疾病這樣推，那現在今年比較擴大了，擴展到不同疾病類別，也算是分級醫療裡面的另一種體現。從重症到轉置到地區和基層進行後續的治療。

但如果在一兩個疾病，然後我們慢慢擴增到更多的疾病的時候，可能必須要有一個更系統性地歸納，這是我的建議。因為就現行而言，每一個疾病有各自的條件，包含排除和收案內容，當然每一個疾病從專業的角度來看一定不一樣，但有些可能還是可以做個歸納。舉例而言，我們在講排除條件時，我剛才隨便翻了一下，比如第 11 頁心臟衰竭的第十一項曾經結案過的，那是不是說我曾經結案過的，他就不適合再次進到同樣的 PAC 計畫？如果是這樣的話，那像其他疾病別是不是也有類似的情形。像第 12 頁衰弱高齡病患，當中第五項「病患若經診斷重大傷病且需頻繁住院治療者」，如果是成立的，那其他病也會有類似的情況，像類似這種的就可以做歸納，做一些共通性的歸納，這樣從醫院的觀點而言會比較方便一點。因為未來我們可能就是一個完整的 PAC 系統，假設說我們把這些條件都歸納出來，有一些共通性後，再看到分別的疾病，後續我們再做系統性整理的話，就會比較方便。

第二個就是關於這次新增的四項疾病裡面，我看到像第 4 頁有提到「心臟衰竭醫事人員、個案管理師」若有收案二十五人以上的話，就要有專任的。但是在衰竭高齡的病患裡面，不管幾人就是一定要有專責的個案管理師，但是第一項和第二項的疾病裡面，是沒有提到個案管理師的。其實像 PAC 這個計畫，每一個病人，不論是專任或是兼任的，一定要有人把這些數據做一個集中處理，包括後端做申報處理。但是現在資訊非常發達，如果我能夠做十個、二十個病人通通透過資訊做彙整，其實也不需要說一定要特定收案幾個病人以上，那這個還需不需要專任的個案管理師，我想這是值得商榷的。個案管理師的角色是都很類似的，所以我是覺得這些個案管理師可比照其他治療師一樣，專任和兼任都可以，以上。

主席

接下來我們請楊委員。

朱代表世瑋 (楊代表政峯代理人)

主席、各位代表好，這邊是物理治療師公會代表朱世瑋第一次發言。我想在上一次全聯會有討論到稍微提到居家模式，但由於會議時間有限，上次並沒有討論到，但這個居家上一次的專家會議中其實就有討論到是不是能夠納進來的。

我在這邊提供幾個論點再請大家考量一下。第一個。從我們之前在嘉義市，從 90 幾年做到現在已經十幾年了，從 1.0 做到 2.0，我覺得做居家真的是這樣，以我們那邊為例，假如醫生說你可以出院時，就代表你就是要出院，有一些人可能真的想留在 PAC，但是不要忘了有一群人他沒有錢請看護，就算有日間照護模式，你還是要請一個十二小時的看護。假設在我們那邊是很多病人想要留在醫院做復健，但是幾個模式、幾個人，醫師說你可以出院了，第二個就是沒錢。那個時候想說 PAC 有居家模式，希望能有這群人做到這樣子，但是在這個 PAC 模式裡面，大家可以翻到第 4 頁，裡面都有效期的，假如有一個骨科病人真的三周內沒有辦法住院，那我派一個治療師到你們那邊，或許

一個禮拜一次或二次，但其實那個時候在做居家復健的時候，其實又跟我們一般在醫院的復健內容不太一樣，包含他的居家環境、怎麼去做他的 ADL，所以我覺得這部分的意義沒有居家復健的內容，我覺得有這樣的介入不妨可以試試看。假如沒辦法全部一次開放，也可以先試一個兩個 model，其實他的效果我覺得對病人，包含他的後續，比如說一個 pneumonia 回家的一個老人，那可能沒有介入的方式，那由我們去做一個指導，包含他怎麼去做那些 ADL，我想那對家屬是一個很好的幫助，也可以減少他後續的住院率，包含後續的費用支出等，我覺得這個事可以去做考量的。

另外一段我想他現在會和我們目前的長照去掛勾，其實長照在做我們有他的 criteria。這些病人一定是比如說失能，我們很少做到 graduate case。因為講真的，初准也不可能直接 refer，必須要有一些身障相關資格。大家一定知道要拿到殘障手冊至少兩個月，所以就像我說的，我們這些病人的效期其實訂的非常嚴謹，只有一周兩周可以去這塊介入，假如真的過去了，那可能就只能進入長照系統，所以我還是呼籲大家對於居家這一塊是否還能再重新考量，那財務的部分還是要麻煩我們署再去做考量。

主席

好，謝謝，朱副院長。

朱代表益宏

第一個，我剛剛提的，財務這一塊的重要性，居家當然有它的必要性，但是錢是不是要用雇主出三分之一、民眾出三分之一、政府出三分之一，還是長照那邊政府已經決定要百分之百用稅收？我個人覺得既然蔡政府已經決定長照要用稅收去負擔的話，那健保這一塊本來就是要歸急性醫療，所以我是說居家是歸居家拉，如果居家有財源或是其他總額中有一部分是歸居家去做銜接那我 ok，但如果要從醫院總額的話，我個人是反對的。就算他有好處，但不能吃醫院總額的便宜。所以如果物理治療學會認為居家很重要，那應該去找到相關的財源協

助，在健保會或政府那邊長照 2.0 讓他們付這樣的錢，不能政府都嘴巴說要做那個這個，但是都不付錢，然後讓醫院的點值打折、稀釋來付這個錢，我覺得這是很不合理的。

第二點，大家討論的案子大部分有共識，但是在全聯會討論有共識，所以中間事實上社區醫院協會對於有一些提案是有不同意見的，所以我覺得說也不是全部都在全聯會討論完後，然後今天大家在這邊都沒有其他的意見，社區醫院協會在專家討論會及全聯會討論中，其實是有不同意見的，我想我們後續的討論中，我們會再一一表達我們的意見。

第三個，我是建議在第三點，這邊所看到的醫院條件，所有的醫師都是要專任的，那這一部分我覺得這跟現在政府要推動的垂直整合和分級醫療的概念是不符合的，尤其是在社區醫院，他既是社區醫院，政府又推動，包括衛福部那邊推動要做開放醫院，那開放社區醫院他除了相關的醫事人員不是像醫學中心或區域醫院那麼齊備外，或許醫師的專科也不是那麼齊備，但據我單方面的闡測，或許是希望把社區跟診所跟其他療資源藉社區去做一些整合，比如說診所有一些專科別的專科醫師，他能夠跟社區醫院的一些病床去整合的話，那這樣是不是也可以提供給 PAC 的照護。所以我覺得這個思維可能要重新思考，包括像醫師的話，難道兼任的不行嗎？我個人是認為兼任的是可以，只是兼任的時數是不是要對收案有一些的限制，比如脆弱性骨折，他一定要專任的骨科醫師做，不能兼任的骨科醫師做嗎？如果我旁邊有一個骨科診所，他有這方便的專長，那我們醫院有物理治療師、相關的設備，難道不能整合在一起照顧這個病人嗎？所以我覺得 PAC 腦中風這一塊的病人，這已經做了一段時間，相較於比較成熟，應該是可以考慮開放在社區醫院這一塊，他是能夠允許兼任醫師是能夠參與進來的，以上。現在的做法是專任，我是建議既然我們要擴大，應該是考慮開放兼任。

主席

好，謝謝，那其他大家有沒有意見？林醫師。

林代表恒立

我稍微表達一下，因為基本上我個人是有在做居家醫療，所以我大概是在做第一線、到居家去看病人的一個代表，那我們看到蔡政府的長照 2.0，從 1.0 開始大概就是有日間照顧跟送餐服務，接下來就是我們健保署有居家護理跟居家復健，我們居家醫療是最後一個到場。基本上醫療是算...如果要讓我們的社區醫療能夠在地老化、能夠在地未來、能夠在地安寧的話，我們還是真的要介入。但是介入這一塊的確剛剛很多代表都有提出來，費用是相當的龐大，但是我想健保署有設定這麼多的條件，的確有一些社區的病人並沒有辦法符合這些條件，所以可使用到的，其實說老實話相當有限，目前看起來相當有限。所以如果這樣子的話，應該是可以...我們既然設定這些條件，就表示說我們的費用只能動到這些，這樣的話，我想應該讓社區的老人感受到醫療便利，走入社區，走入家庭，這應該是我們未來健保署應該可以做到的一個方向。我只是表達以上意見，謝謝！

主席

還有沒有？王代表。

王代表秀貞(謝代表文輝代理人)

主席、各位代表，我想說剛大家已經提出來...就是說對於居家這一端要不要納入？還是希望署裡面先對財源的部分去做釐清。那一開始我們在討論 PAC 腦中風那一段，到底要不要包括到居家的時候，其實就曾經釐清過那一段照護是不是屬於所謂的急性後期，如果他不是屬於急性後期照護下，是不是就不應該是在我們的原本的醫院總額裡面去承擔，我覺得這一段還是要有一個釐清。那誠如剛剛幾位代表，他是屬於原本其他部分居家的費用去支付，我覺得那會讓這個討論比較有依據，或者他劃歸到長照 2.0 會比較好討論。第二個部分，回歸回來這次要去擴張的這幾個疾病的照護項目，那當時候確實不管是署裡

面或醫師公會都有召開多次會議，現在所提出來的版本，看起來似乎是有共識，不過在討論的過程裡面，對於心臟衰竭這一段，不是只有地區醫院認為他設定的條件有問題，包括區域醫院這時候在醫師公會裡面討論的時候，也認為目前所制定出來的標準，恐怕只有少數幾家醫院能夠進得去，恐怕這樣子如果我們要通過這案子，到時候實行起來，執行成效會跟我們預估的有很大的落差。在第 11 頁裡面所列的這些項目，感覺看起來好像很平穩沒有特別差異，但是當大家去看到他後面備註的部分，他要求他要 PAC 的教育宣導 6 小時，而且是由心臟醫學會來規劃。那我們這時候就已經有提出來了，這個規劃他會怎麼來進行？大家各個院所他們在參與這一段會不會有困難？我覺得這一段可能是大家要考慮的，包括剛剛衰弱老人那一塊，林醫師也有補充，是不是只有某一個專科他必須要排除？這一些教育訓練假使我們都把他綁進去是不利 PAC 照護推廣，將無法達到我們所預期的效應，也不符合讓民眾可在就近地區醫院接受照護的概念。當然還有剛朱代表有提出來，對於醫師這一部分在地區醫院這部分，假使我們要鼓勵垂直整合，我們要鼓勵在地資源的這種合作，對於地區醫院這一段的醫師我們建議以專責處理，而不是限專/兼任這樣子的方向來處理，如此會不會讓在地的這種資源去開啟更多合作的可能？我們希望署裡面可以考慮。

另外還有一部分，我們接收到很多會員醫院的反應，有關於 PAC 這部分是試辦計畫方案的部分，那但是在個別醫院在轄區裡面是有額度管理的概念，但，如果是屬於新申辦的院所，這段的額度好像就沒有被估算到，我們希望假使轄區是做額度管理，這一段應該是要開放的態度，去讓院所合宜有這種承接的量能跟額度費用來支付。這樣也才能夠讓院所在評估參與這一項計畫的同時，可以比較不用擔心內部費用的擠壓。

主席

好，謝謝，請施代表。

施代表壽全

首先針對居家模式要不要納入 PAC，我從幾個觀點來表達意見。第一個從醫療層被納入居家照護者應該是叫慢性病，所以即便是急性後期的狀態下，的確有比較高的風險。不是像慢性那麼的...，所以醫療上來講沒有很認同說居家這個模式，但是問題就是說在醫療上我們去切割什麼是亞急性然後又到慢性，這個是不是非常容易定義？測的時候很困難。

從另一個觀點來講，如果說我們在住院、在日間照護、在門診的 PAC 照護之外，同樣一個人，他不是說這個人選擇了這個住院之後，又去選擇...，是不是同樣一個人他只能在這三個以外做一個居家的選擇？意思是說這樣的人其實是有點亞急性快到慢性，然後他又不適合前面這三個選擇的時候，那我就不反對居家這模式。因為同樣這個人他不會去占用，因為我們的資源一定有限嘛，你的三個選擇其實他並不是占用到同一個資源，這是我第一個意見。

第二個護理界的代表剛才在說為什麼這裡面都沒有護理師？我是覺得這個應該是這樣，這些條件設定應該是一個基本的，有意願把護理師也加入，我相信沒有人會反對，但是健保不會多給錢啦。另外就是剛剛朱副院長提的，到底這些 PAC 的醫師或是什麼設定，這些醫師的標準要做這些，我提供這一點參考，就是說我們在做，因為這些條件是誰設的？就是這些協會這些人設的嘛。你去參加醫院評鑑的設定標準規定，就會知道說，所有的人在那個地方都不敢把標準降低，都會把標準抬得很高很高，沒有一個人敢反對，你說反對做不到阿~評鑑你就不及格，所以這些標準會這樣設定，其實必須要帶回去協會讓他想一想，我把他專任變兼任這樣有沒有影響整個的照護？有人敢說不會啊，這樣的話我是覺得沒有問題，我覺得我們今天沒有辦法去改變他這個條件，因為這個是他們專科的學會所擬定出來的，我們離現在實務運作上，很多評鑑標準根本都是太過無限上綱可是我們也只能遵守，我覺得這問題就在這邊。

另外我的確很反對衰弱高齡病患的需要在做相關照護，因為內科、家醫科這些就會，這一點我不曉得今天這個是要再送回去學會去討論。另外剛剛提到心臟衰竭，我們看了幾個條件，除了以前的燒燙傷是好像沒有限定區域、地區，意思是心臟衰竭這個疾病好像區域跟地區會承接不起來，不過我在這邊用一個醫師的立場，心臟衰竭在要納入 DRG 的時候，大家討論結果不敢納，因為變數太多了，納入 DRG，因為我們醫院自己在沒有納入 DRG，自己做一個臨床路徑，就是把心臟衰竭的一些可能將來要納入 DRG 的適應症，發現常常會超過那個時間，意思是心臟病這樣子的運作、這樣子的照顧變數很多，所以你今天其實把心臟衰竭的照護標準降下來，我說老實話，還是只有大醫院才有辦法承接。醫院他的人不是這那麼足夠的話，不要去承接這個病比較好啦~我只能從醫療觀點來講，一定要把標準降下來的時候，這個我來承接，出事的機率會大，以上的意見。

主席

好，謝謝施教授，其他大家有沒有意見？來，林代表。

林代表綉珠

謝謝專家代表的說明，剛剛委員提到的就是說，如果加上護理師健保不另外付錢，可是我看他整個計畫的支付方式，是用 package 的方式給付，是用論日支付。所以在這樣的條件下，卻說要有專或兼任的語言治療師，難道所有的這些病人，他對語言治療師需求的強度高於護理人員？所以我想這個部分是不是應該是把護理人員納進去，依病人的需求然後再派什麼樣的醫事人員出去，是不是會比較好一點？而不是說把護理先排除掉，因為健保不會給付。如果這個是包裹式的給付，這些醫事人員也應該是涵蓋在裡面，除非他有特殊的材料費才會核實支付嘛~這是我的補充。

主席

好，謝謝，到目前為止大家提很多意見，先稍微告一個段落，稍

微溝通一下。我先釐清一下，有一個問題是跟長照有關。長照的定義是失能半年以上。現在不管是中風到今日所提疾病，其實 PAC 照護期間最多就是 12 週，都不到半年。所以其實是在還沒有進入長照之前的階段，不管是採取住院也好、日間照護也好，或者是居家也好，都還算是醫療的部分，這第一點。

第二點是錢從哪裡來？PAC 的費用是編在其他總額，所以不會像是大家認為的影響經費，這部分觀念上先跟大家釐清。

相關的細節部分是不是主辦單位回應，請淑範。

林專門委員淑範

剛剛大家提了很多問題，我把它歸納幾項。第一個是經費來源部分，剛主席已經說明，居家費用是其他部門裡面有一項「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

第二個參與醫院的條件，第一個是林代表有提到護理人員沒有寫到，在第一次計畫我們確實有寫護理人員，這部分我們都有寫進去，謝謝您提醒我們。第二個是社區醫院有提到專任醫師這件事，當初會寫專任醫師的考量是因為病人是持續 12 週照護，專任醫師會比較適當。第三個是個管師的問題，潘代表有提到心臟衰竭的病人在多少人以上需要有專任個管師？在跟學會討論時，因為心臟衰竭的病人出院後半年內定期的追蹤，所以學會認為個管師若是專任的，才会有持續性的追蹤，這是學會的說明。再來醫院條件的部分，謝院長有提到這公告實施之後原來不符資格的院所是不是可以再申請參加，這計畫公告之後因為有些條件改變了或是項目增加，所以符合資格的院所當然可以再來申請參加計畫。潘代表提到不同疾病之間的收案條件或結案條件若有相同是可以歸納的，這部分我們可以再精進，這次已經做了很多的歸納，我們會再努力做這件事情，以上說明。

龐組長一鳴

基本上大原則先訂下來。第一個 PAC 居家跟原來的居家還是不太

一樣。現在居家會混淆的情況一個是長照，另一個是居家整合醫療。

這個計畫預算是總額裡面的特別款，這是第一點。第二點是這裡講得很清楚了，麻煩大家看一下第 2 頁，第四點新增 PAC 居家模式括弧一「各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數」，所以這個模式就包括住院、居家等，總共加起來不能超過上限天數。上限天數在第 4 頁第六點急性後期照護期間「12 週、3 週、6 個月內整合門診追蹤 5 次、4 週」，所以是有上限的。

為了跟現在的居家計畫做區分，先確定一個原則，是不是我們這邊的居家跟原來居家整合醫療的居家不重複收案？我們先確認這個原則就是不重複收案，這樣子個案就比較清楚。因為這是處理急性後期的病人，這是我第一個建議。

第二個爭議是專業人員，除了護理人員還有專科醫師跟個管師的原則。個管師現在是不用登錄的，我們現在的執業登記是醫師、護理師、職能治療師等等，所以訂太多個管師的條件是沒有能力管理。可是大家都知道醫院要做好這件事情，確實是需要個管師。如果個管師沒有辦法發揮功能，確實醫療照護也不會好。所以對於個管師的條件，確實是需要有個管師，但是資格條件是不是不要那麼嚴格？因為制度上無法管理個管師是如何運作，而且專任還有認定的問題，是只認定是照護心臟病還是只要有做個管的都算？因為個管還有其他疾病，例如糖尿病，有時候醫院的個管師會共用不同的 program。所以這個原則上建議放寬一點。

再來，現在有些專科不是部定的大專科，其實心臟內外科、腎臟科都不是部定的專科，更何況老年醫學科。所以不是屬於部定專科部分，除了心臟內外科，因為心臟還是比較複雜，建議還是先保留。其他不是部定專科部分，依造大家的意見先取消掉。

預算部份就是用「其他部門」。至於其他醫事人員的專兼任問題，因為 PAC 要走社區化，要讓病人從大醫院轉回歸社區型機構，再回到居家，需要有一個銜接，所以需要社區化。社區化的服務太強調專任

的時候，可能會有些社區型的機構確實沒辦法因應。可是我們一定要確認這團隊成立的相關人員是有合約，或是團隊裡面的成員都包括了，那就不必太強調專兼任。所以團隊的合作方式可能在我們的計畫書上應該要求團隊表述的更清楚，建議是不是用這種方式來做處理，以上建議，謝謝。

主席

呼應剛剛施教授，他有一個想法是因為大家對於居家模式還是有意見。但 PAC 這階段的居家模式是急性後期、還沒有到長照之前。剛剛龐組長也有提到我們鎖定的期間是一樣的，不管採用住院或日間住院或是居家，時間上都是一樣的；或者是有人先住院才居家，這樣加起來也不可以超過上限。所以未來可以評估，有居家的效果到底好不好。

因為剛剛大家談很多跟長照之間的問題，先釐清一下。如果病人經過 PAC 階段結束後，還是沒有辦法恢復且失能超過半年以上，當然接下來就是銜接長照，所以沒有 overlapping，且結束後我們也是會再觀察失能的改善情形是否可以維持。

謝謝施教授提到若這是銜接式的，是給民眾多一個選擇的話是可以的。我們沒有區分是否已經進入慢性，他還是在急性之後的階段，還沒有真正進到慢性。當然，醫院要提供居家服務的時候要衡量病人適不適合採居家提供服務，這要由醫師評估而不是病人自己主張。因為最終還是要由醫生開處方，因為治療師還是依照醫師的處方到家裡提供服務，所以還是要經過專業評估可以回到居家再銜接，這時候才會有居家服務的產生。當然也要天時地利人和，就是醫院能夠幫病人找到居家的團隊銜接，或是醫院就有外展的居家服務。

另外剛剛提到護理人員部分是 OK 的；還有潘代表提的有些系統性歸納，我們就後續整理；另外經費來源剛剛也談過了。

再來是醫師的專兼任部分。從中風開始，因為中風病人就是有風

險，這種病人都不是很穩定，我們當然希望是有專責的醫師。今天開放的創傷性的神經損傷這問題也比較單純；骨折手術之後可能稍微比較好一點，若醫院想要提供這樣的服務，因為 PAC 病床在醫院裡有一定的床數，如果收住院病人有專責醫師感覺上比較恰當。剛剛施教授也有提到，這個我們都尊重專科醫學會給的建議，所以初期能否先看看，假定到時候真的有收案的困難，又沒有病人品質跟安全的顧慮的時候，再逐步開放。

先請謝院長，再請朱副院長。

謝代表武吉

謝謝主席，我要跟主席報告一件事，專任跟兼任的問題，我差不多兩三個禮拜前有跟我們醫院的兼任神經科醫師有談到這件事，因為有很多患者由兼任醫師做照護，他這邊門診看完後其他時間再看 PAC。我是建議 PAC 也應該由兼任醫師來做，因為他是神經科醫師，我是建議用兼任。因為我們有跨層級整合照護計畫，這兩個可以做個結合，可以用兼任的方式去做，謝謝。

主席

謝謝，請朱代表。

朱代表益宏

我也呼應剛才謝代表的指導，其實在社區醫院你本來就有很多政策要鼓勵他組成相關的醫療團隊，因為一個診所他支援是不夠的，一家社區醫院可能他的支援也是不夠的，所以他一定要在社區去整合嘛，那你如果不要求整合，都要去專任，醫師都要專任的話，那很多案子就只有在醫學中心、區域醫院，因為他才有相關的人力去做這件事。所以我覺得剛龐組長講的我個人是贊成，就是說如果他是在社區醫院如果你是兼任，那個在人員上面一開始申請的時候就要非常清楚，要說明清楚，如果他兼任是兼任多少時間，作什麼樣的照護內容等等，這樣子是可行的，但如果主席認為不行，你一定要專任的才能照顧的

好，我個人認為不是這樣。因為現在部裡面政策希望分級醫療垂直整合，現在部裡面還要求醫學中心、區域醫院的醫師要能夠到社區醫院去看，那有些急性的病患，他可能在醫學中心，如果這些醫師到社區醫院去兼任的時候，他是不是把這些病患帶到社區醫院去作 PAC，這樣照護的品質會不會更好？

那如果說醫學中心的醫師他沒有下來，直接轉到社區醫院的時候，如果能夠跟診所的醫師作某些程度結合，那未來跟他在社區作長期照護這個品質難道會不好嗎？所以我希望主席能夠再一次思考，特別在社區醫院的資格這一段，能夠考慮在醫師要能夠開放他作兼任，當然他兼任以後他必需可能是專責或是有一些就是說他在申請的時候要有一些 commitment，就是說我覺得應該要怎樣怎樣，不能說我來只是看看門診，只是查房，這個叫兼任，那後面的照護他不管，我個人覺得這樣不好。但是他如果有參與整個醫療團隊，去做一個 director，那我覺得他兼任為什麼不行，所以我覺得這一段可能拜託主席能夠用另外一個角度思考，希望能夠開放在社區醫院，有限度的條件之下能夠有兼任的醫師參加，謝謝。

主席

我們等會請施教授再指導我們一下，先請陳院長。

陳代表志忠

社區醫院所提的問題，我們社區型的區域醫院非常支持，這很有道理。剛剛其實主席講的，很多人質疑說急性心臟衰竭病患回到家裡、回到病房去，很多人說這樣有危險，那既然危險，剛剛主席說「那你就評估呀」，既然社區醫院願意這樣作，他自己要評估啊，如果出問題，現在他們不會冒這個風險。

我提一個我看不懂的地方，第 3 頁提到所謂的 PAC，我就一直搞不清楚 PAC 是叫「急性後期」還是「急性期後」。

主席

急性後期。

陳代表志忠

聽起來好像是急性期後面的。

主席

急性後期呀。

陳代表志忠

後期？post-acute，不是急性以後嘛，這應該是急性期後啊。

我是講這個支付標準，第 3 頁括弧六的支付標準每次去居家模式是 1,455 點，可是我們再看第 5 頁日間照護有高強度(2,538 點)、中強度(1,938 點)、一般強度(1,338 點)。理論上回到家裡去，應該比日間照護的一般強度再淺一點，那為什麼反而點數還比日間照護一般強度還要多？日間照護是要把病人送到醫院去，這樣會不會有輕重失衡的問題？如果我們開會的人回去後，別的院所會不會我們到底怎麼決定這件事情？

主席

好，謝謝。請林醫師。

林代表恒立

我想剛剛都是醫院的角色，現在署裡面在推希望基層也要介入做這塊，基層有很多居家醫療團隊醫師都有心臟外科、神經外科甚至心臟內科的專科醫師，這些人在基層其實照顧很多比較穩定的病人，那如果~我知道台中市衛生局現在已經把急性中風的出院準備給 assign 居家醫療去參與。我想這塊當然我們不是說我們有這個能力去照顧 PAC 的病人，但勢必應該也要讓居家醫療的醫師有一個角色可以去介入這一塊。因為像居家醫療現在常有的狀況，大概就是由醫院、醫學中心或是區域醫院，他的急性期、出院準備等等，通通由他們醫院的醫師跟護理護理所全部包走。在基層所推動的居家服務完全沒有病人來源，

這是目前最大的困難。如果把 PAC 全部都加給醫院，那未來整個基層的居家醫療完全沒有角色，因為所有的分配，不管是錢或權都在醫院的手裡，我們沒有辦法介入也沒有辦法提前參與到病人後期的照護過程。那這件事到我們基層，真的沒有用武之地。我想這應該可以考慮，我們介入的話一定會有專科醫師相關證照去介入，我想在座很多醫學中心或院長，他們的學生有的也待在基層蠻長時間，他們應該有能力來照護這些病人。

主席

好，先請潘代表。

潘代表延健

我還是要覆議一下社區醫院協會跟區域醫院協會的觀點，他們都講得很對，其實我們中大型的醫院跟社區醫院在做兼任醫師合作的時候，他們的時間非常固定，都已經很明確知道這位醫師什麼時會到這家醫院去支援，所以對病人的治療掌握可以計畫性的，我想這段沒有問題。

第二個就是在我們所有條件裡面並沒有規定每一位醫師在一段時間只能照顧多少病人，所以當然他也沒有上限的限制，也沒有這層的疑慮，所以我覺得在醫師的部分應該可以開放。

主席

好，謝謝，施教授請。

施代表壽全

基本上我是認同朱代表跟謝院長的意見，只要這個工作業務、我的人力資源不會血汗這些人員，我承擔得起，我認為這個就是標準。但是今天這邊的第一頁說，今天可不可以推出一些新的項目，然後訂定出人力標準，這個機制真的是很多學會列出來的，我不了解說這是副署長或長官就可以決定改變就改變？但這個機制是這樣，我認為我們台灣醫療的整個體系過去有點不是太好，所以現在分級醫療。像我們

馬偕醫院來講，我都同意醫師到外面兼任，或外面的醫師到醫院來看門診，我覺得這作法很好，只要醫院覺得業務承擔得起，應該沒問題。我不曉得這會不會有影響？若沒問題的話，我是同意有兼任醫師，謝謝。

主席

好，陳副院長請。

陳代表信水(徐代表弘正代理人)

我想謝謝剛剛很多委員提供很好的建議，我覺得剛剛也釐清幾件事情，第一個這預算基本上是用在總額裡面，但不是醫院總額裡面，是很好的。我為什麼會質疑這件事情，因為這後面提到承作醫院裡面有診所、治療所，所以到時候給付可能在方法上會有一些問題。如果他是另外一塊，可能細節再考慮怎麼支付居家那些。剛主席也有提到所謂的居家模式可能跟我原本想得不太一樣，因為我本身在做 PAC，所以整個是困難的，而且我們又是在雲林，我想雲林是會比較困難。所以會碰到的狀況大概都清楚，其實居家部分是以一部分需求，但是我們剛提到的問題就是說，如果他真的是一個 post-acute，是轉過來的，目前的做法是照顧完轉到住院 PAC。如果他直接放下去到居家 PAC，其實是有 risk 的。所以剛主席的感覺是說，他 PAC 是 full course，假設他有三個月的 course，他可能前面也許在醫院住了一個多月，接下來我們覺得他可以放在社區，這我覺得由醫院來主導這個 course 延續我覺得是可以的。原來的說法會讓我們覺得說神外、神經內科就直接回到家裡去了，感覺理由是說他不方便住院，所以讓他回家，這樣的 PAC 有 risk。就我剛剛強調的。如果他是這個延伸出來，我是覺得這倒是蠻好的。

目前是欠缺這塊，我們想辦法讓他轉回來門診，延續啦，不是在住院的 course，因為 PAC 基本上偏重住院。所以剛剛護理師公會也提到說為何沒有他們，他是在住院，所以在住院的標準裡面一定有護理人員，不用再考慮其他，當時是這樣，不會因為 PAC 而需要更多的照護

人員。

對，他設置標準是更嚴的，比 chronic 更嚴點，實際上 PAC 住在醫院裡面是比較 chronic 的病人，是慢性病，基本上他護理人力是以急性病房設置標準，所以是比較高，我這個是補充。

所以剛剛主席的釐清觀念是這樣的話，我覺得這就比較好。我剛擔心的是如果他整個模型沒有建立得很完整的時候，擔心會這樣跳脫狀況。尤其像中風我們做很久 case management，可是像剛剛有，因為這並沒有說居家模式有那些，等於說所有都可以。比如剛剛施院長提到 CV，這如果跳脫回去就會有很大的 risk，不管對職場、治療師，實際他們要到家裡做，裡面有很多你是沒辦法處理的，不像是在醫院 CPR 可以馬上處理，可是在家裡不行，這責任在誰？是開處方的醫師嗎？還是去執行的人？這就很難釐清了。沒事就會沒事，一有事就麻煩了，我比較擔心這個地方，以上，謝謝。

主席

我們稍後再談這個問題，還是先請璩院長發言？

璩代表大成

此次 PAC 照護新增居家的部分，主要是復健。聯合醫院目前為止仍是居家醫療全國佔率最高的，我們在沒有收費的狀況下就開始去做居家醫療醫，直到現在。居家醫療有非常多的病人是需要復健的，今天有了居家復健 PAC 計畫，當然就是可以 compensate 一些費用，聯合醫院是表示支持的。

在剛才討論的過程中有提到，長照是六個月以後才開始叫長照。我們 PAC 又只在病後照顧三、五個月，那中間這段是不是空窗期？大家都知道真正貧病在家裡無法出來的人，才是真正需要去做居家醫療的人，這些人不會因為你做了三個、五個月就不需要再復健，因此我建議實施後，應擇期再討論如何填補這個復健的空窗期。

主席

好謝謝，張醫師。

張代表孟源

還是非常感謝璩院長，因為我們在台北市算是比較幸福，因為我們有市立聯合醫院的老大哥照顧我們，願意分一點病人給我們，讓我們非常的感恩，也願意提升我們基層開業醫的照顧能力，其實基層開業醫很多都是在醫學中心訓練的專科醫師，除了像我旁邊復健科、心臟科、腎臟科，各種專科醫師都有，而且本身就是開業，也不到 24 小時至少是從早到晚、週一到週五都有在看病。所以我是希望說有沒有可能讓開業醫師，而且他是專任的專科開業醫師也能組成團隊，也能夠去照顧這些病人。因為目前開業醫師能夠照顧的角色就是巴氏量表臥床的病人，我們的工作環境只是放放導尿管、鼻胃管，好像跟護理人員的程度差不多，其實我們也是專科醫師。假如能夠壯大基層，應該是希望醫院跟診所都能夠合作，讓診所的醫師能夠提升他的能力，能夠承擔起更多的社區照護的責任，這是我們小小的希望，希望也能夠考慮到基層的開業醫，謝謝。

主席

好，謝謝。還有沒有？李醫師。

李代表紹誠

主席，因為剛才有提到有關於這個 PAC，不論是急性期後或是急性後期，這一個人是一個活人，他不會單單的只有今天我看到這樣一個單純的問題，那我們怎麼去、如果說把這樣的人放到家裡面，讓單一的治療人員去介入，這樣的醫療行為，我還是以病人為中心的考量，他應該在醫院或診所這樣的地方來接受治療，才不會有醫療危險性。

現在討論心臟衰竭的時候其實沒有人去做，誰都怕死。今天一個醫學中心、比如說振興醫院心臟復健的治療師，他在醫院裡面他怎麼做有一定的 SOP，你到了家裡面去做這個心臟衰竭，我告訴你，那真的是天壤地別，要什麼沒什麼，怎麼去做心臟衰竭的這些治療，我很

懷疑，然後這是有風險的。

那另外一個衰弱高齡，這個定義也很奇怪。我們老年人大概有一個會有衰弱，那這個東西你將來會產生一些這個資源的利用，我不知道該用什麼形容詞來形容它，它會浮濫或是怎麼樣。所以我還是覺得說在 PAC 前面討論這麼多的情況下，我們是不是先走三個月，按照原來的那樣的一個計畫去做，然後這當中如果我們做了三個月之後我們回來檢討，居家是應該要介入，那我們這時候再把它排進去。不過我們現在前端都還沒走，就把居家排進來，我總覺得這個有點快了一點，一下子要到那邊，我覺得我們應該要有一個更周延、更安全的一個思考，以上。

主席

謝謝。好，朱副院長再來王代表秀貞。

朱代表益宏

第一個，因為大家很多人都提到心臟衰竭這一塊，個人本來想留到討論心臟衰竭再講，那因為心臟衰竭的這個 PAC 模式其實就是找一個管師然後定期打電話打給病人，你有沒有吃藥、然後你什麼時候該回診，就是做這些事，因為他模式是這樣子。它在模式那一欄就是說要有完整的出院準備，然後每個月電話追蹤，然後六個月之內要居家訪視看他一下，然後要他到醫院來定期回來看，就這樣子。然後你就要付給他個案管理費。那其實在專家會議我覺得提這個模式其實是有問題的，你用包裝現有給付，包裝以後再用一筆錢再加進來。那這個跟其他不一樣，因為其他有復健介入，有做比較積極的治療，因為大家都提到，我就稍微提一下，但是細節我想等到討論心臟衰竭的時候會再提。

但是我想跟主席確認一下，所謂的長照 2.0 慢性的是六個月以後，那我們這個是一到六個月，但是我不確定長照 2.0 申請政府支付的時候是不是所謂六個月他政府、因為長照那個部門的費用是另外一個單位

在負責。剛剛其實龐組長有特別提到，我覺得這個是很重要、要討論一下，就是說那邊其實應該是沒有定義所謂疾病發生後六個月，應該是失能，

主席

失能，持續六個月。

朱代表益宏

對，所以我覺得這部分要去釐清，會不會真的有可能說他那邊也去請你們補助，然後我們這邊又申請，這一部分我覺得是要避免。那到底怎麼避免，因為你不是同一個單位，健保署只管你來跟我申請，在這個疾病發生或怎麼樣我就給你。然後那邊他依照另外一個管理辦法、另外一個單位他就是申請就付給你。所以這一部分你要怎麼去切割？我覺得這件事情要在討論個案之前應該要先確定，第一個大家要不要管？是不是允許他可以去做重複給付？那邊也領錢、這邊也支付，如果大家可以，那當然就不用管。如果不行，那我們要怎麼切割？怎麼去跨部會、健保署怎麼去跟相關部會怎麼做切割，然後怎麼去定義說我這邊給付、你那邊不要付，或是那邊付了我這邊不能付，我覺得這是很重要的，我們要先討論，謝謝。

主席

好，謝謝。

王代表秀貞(謝代表文輝代理人)

不好意思，剛剛主席、署裡面長官是說其他部門的項目是有編列 PAC 的費用，我記得過去在討論的時候說所編列的費用其實是用在所謂的獎勵、就是支付評估費用，但是每日費用的部分，還是由個別總額。如果是這樣的話，那就會回到我們剛剛一直在問的問題，說假設他是 for 收案的院所去做一個收案不重複，但是如果是發生在居家，因照護的場所是不一樣的，建議以照護場所區隔，則居家照護的費用就會以其他部門居家預算支付，才不會對我們醫院總額原本現行產生衝

擊？以上。

主席

兩個都是在其他總額，都不會對醫院總額產生衝擊，但是每日費用，即使這個病人不進到 PAC，復健科治療依然是要用的，所以加註在備註裡面，而且我們中風已經提出過了，但是額外的那些費用我們就是從其他總額支應。請朱代表。

朱代表世瑋(楊代表政峯代理人)

我這邊是朱世瑋發言，剛剛代表也有說，但是所以這邊有一個條件要確認到必須要接受訓練，其實在我們那邊的一定要經過我們整個 trying 完、training 完之後才敢發到居家，我們公會對每個會員都一樣，那是一出事醫療責任其實很複雜，所以我們對每個會員都說，其實照楊醫師做，包含導管下自己做的時候，大家發現這個個案不 stable，所以我覺得居家這一段是我們派底下管的職能治療師，甚至醫院也會派給已經有 training 成功，其實 even 你已經參加了居家。這個我有研究，這個當然無可避免，但是就像我說的，這個部分你們要去 work 相關的東西，這是第一個。

那第二個我覺得這部分有一個提醒，大家翻到第 37 頁，在 PACPT 最後幾個項目，14、16、18、19、20，這五個項目，是在 102 年的時候，我們署這邊有出了一個 PAC 問答集。那第 17 裡面，就是把這幾個項目把它列為複雜項目，這個是要限復健科醫師才能開，那意思是說、我舉這個例子，當骨科醫師需要 training 他走路的時候，我 PACPT18 是不能報的。但是假如包含心臟衰竭的病人，假如他要報 PACPT19 心肺功能他是不能申報的。但是我想到這個歷史背景就是說為什麼複雜只有限復健科醫師，那個是在支付標準第二部第二章第四節，就是在我們一般在申報復健的時候，那個部門才會他是要採不同 grade 去做申報。但是在 PAC 的模式裡面因為他已經是 package 的，所以我會建議說這個部分是不是應該要做移除，因為在這個部分是他歸屬比較複雜的，因為物理治療有他的複雜性。當然我覺得就一個骨科醫師或是一

個心臟內科醫師、專科醫師，他會覺得說我不能 training 我的病人去做治療、去做訓練，不能訓練他心肺，我覺得這個要提醒一下，我覺得在支付這些醫師上面，我覺得是沒有問題的，但是在執行上可能會造成這些醫師一些困難，以上。

主席

好，謝謝。大家都表達了非常多的意見，那我們請醫管組這邊回應。

龐組長一鳴

我想居家的爭議還是很多啦，既然有名字的爭議。名字不好換一個名字，因為現在的長照是指一群人在家裡很久，所以確實是居家。那現在我們的居家其實是出院馬上銜接的病人，為了避免名詞上的爭議，是不是說 PAC 居家改成「出院返宅的病人」？這是建議而已。

再過來我們很多前面不足的地方，剛剛講很多建議，包括如果我們更多的兼任、需要支援，還有如何跟社區的醫師合作，我們是不是在計畫補強。

麻煩看 43 頁，計畫內容指出計畫書要包含團隊，所以計畫內容(第四項)第一點「跨院際整合醫院團隊」刪除醫院兩個字，改成「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、加上『居家整合醫療或家醫群轉銜』、確保急性後期病人轉銜順暢」。所以轉銜可以包括我們現有的一定模式。所以再講居家整合模式和家醫師模式他都落實、都需要轉銜，團隊也是包含在內的，這是第一個建議。

第二個建議，第二點「急性後期照護團隊之組成(要附文件)，包包含各專業照護人力專業別、人數、後面一致性」後面逗號加上「專業人員支援計畫」，這樣就包括專業人員支援計畫。

然後前面專兼任的問題，原則上醫師別我們盡量朝可以兼任的，治療師則可能還是需要專任。部分治療師比較難聘人的可以兼任；醫師的部分朝剛剛講的可以兼任，可是要有支援計畫，才能夠確保是專

責的，以上建議。

主席

好，謝謝。確定幾件事情，要採用什麼模式，還是要醫師專業判斷後去決定，而不是病人要求。醫師覺得這個病人現在不穩定、適不適合居家，是由醫師決定。我非常贊成一種做法，就是一開始病人急性後期的初期還是在醫院裡面，一直到非常穩定時要與居家銜接時，有一段採居家，這是大家可以比較放心的。但是這個決定可能還是由醫師決定，這樣子大家在這一部分討論的很多問題，應該是比較能夠放心，且治療師去居家的時候，也比較不會擔心會發生怎麼樣的狀況。

第二個就是專任醫師的部分，我們文字上改「專責」，但是當然是可以兼任。但是這個兼任不能只是來看門診，必需要有好的一個專責服務的內涵，在提計畫的時候要提出來，不然到時候病人有什麼問題，還是開處方的醫師要負責，這個部分就先這樣。

另外是組團隊的部分，跨層級醫院組團隊我們是支持的。包括基層的醫師也都可以進來組團隊，因為有可能銜接到居家服務，雖然還是要由醫師來決定，但是跨層級組團隊這件事情，剛剛龐組長有講，在我們計畫書裡要去檢附相關文件。包括醫療群也可以、診所也可以，這個都是包括在裡面的。

再來剛剛還有討論到一個就是心臟衰竭，那心臟衰竭是蠻特殊的。其實美國也有心臟衰竭的 PAC，也許不是每個醫院都可以來申請。但是我們能夠先試試看，然後再看成效。一開始是嚴格一點，因為這類病人比較特別，嚴格的結果就是能把這個病人照顧好、證明好的模式，我們才會再繼續推廣，一開始還是先試試看。

衰弱高齡大家很擔心浮濫的問題，我完全同意。因為太多人講這件事情會浮濫，我們先試辦三個月，假定浮濫，再回過來檢討，好不好？因為事實上這一塊還是有一些病人，各位先看衰弱老人這一塊，請看第 32 頁比較清楚，衰弱老人其實是有條件的，「75 歲以上而且具

有帕金森氏症或失智症或 COPD 或第三期以上之慢性腎臟病，而且因為急性疾病入院，治療完成一個月內，仍具有功能下降的狀態。那這個功能的下降必須是 CFS 在 5-7 分，而且醫療狀況穩定，且有認知與溝通能力，具有復健潛能者」才可以加入。所以並不是大家想像的完全沒有條件，這樣的條件已經限縮到一定的範圍了，這些人是非常弱勢的人，才會進到需要協助的 PAC，所以已經竭盡所能、積極的去處理可能浮濫的問題。但是如果只鎖定在這個範圍，理論上如果病人功能下降而不去執行失能的復原或是提升的話，病人以後就會變成長照的病人，這個也不是我們想要的。我們希望給這些病人有一個復原的機會。而且原則上是 2-3 週，至多不可超過 4 週，也有時間的限制，所以假定真的出現這樣子的病人，未來可評估效果。所以請各位委員是不是允許先試辦三個月，如果真的有什麼樣的問題再回過頭來檢討，這樣好不好？

所以大家比較有爭議的就是心臟衰竭跟衰弱高齡，我們都用三個月先試試看，如果真的有大家覺得不好的結果，那我們就隨時提出來修正，或者是再來決定下一步該怎麼做。

好，三位，從這邊開始。

李代表紹誠

謝謝主席的補充，因為這一塊真的是很重要，因為如果前端沒有去做好，後面可能就會產生很大的問題，就是衍生更多的醫療費用。我現在就想到的說，如果說衰弱高齡完全符合現在的條件，那我去做相關規定的資格、訓練，我之後多久還可以再收案？因為這個也是越來越老、越來越弱...

主席

接下來就是長照，除非個案又因為這些疾病急性發作，就跟中風的概念一樣。

李代表紹誠

是，我在講的就跟主席講的一樣，就是說他又發作了。

主席

如果又經過另外一個急性期，會再進來 PAC 沒有錯，但如果沒有，往後一直變不好，那就是長照。因為 PAC 基本上都是有個急性期，他一定有個急性發作，中風也一樣。如果二度中風，是可以再 PAC 的。但是如果沒有二度中風，就給付一次，所以才叫黃金期。醫院必須在急性後的黃金期讓他有機會復原，不要再重蹈原來疾病的狀況。所以這個基本精神一直都維持，好不好？請黃代表。

黃代表雪玲

請問一下，如果同時符合衰弱高齡跟骨折，是可以兩邊都同時收案嗎？

主席

怎麼同時？一個人只能選一個。

黃代表雪玲

33 頁這個評估量表，是強制要用這個量表還是說？

主席

衰弱高齡嗎？

黃代表雪玲

對。

主席

衰弱高齡嗎？現在先用這個，這個是專家建議的，就還是先用這個。我們就尊重專家的建議好不好？謝謝。請朱副院長，謝謝。

朱代表益宏

對於心臟衰竭的這個部分，第一個我覺得可以讓模式這邊其實跟

後面支付是有點，因為在第十一頁這裡寫到他的模式就是看門診，然後追蹤、個管師電話追蹤，然後個管師到居家裡面就這樣。但是在支付的格式裡面有講到心臟衰竭要他做職能治療，所以這一部分我覺得說因為可能我了解大概做得比較好的應該是振興醫院。

主席

不只啦!

朱代表益宏

對，我說比較好的應該是振興醫院，當然還有其他醫院可能有些不錯，但是在座的振興醫院就有代表在這邊，所以我覺得說他這邊模式，如果心臟衰竭 PAC 要做它模式要更清楚，不然這邊寫的說我的模式只要我有門診、有電訪師、有這個個案管理師，請他回來按時吃藥、請他按時回來看門診，這樣就可以拿到兩千塊、三千塊，我覺得這個太寬鬆了。因為他原來你沒有給他這個案子，他也在做這個事情，他沒有多做任何事情，然後就可以多拿這三千塊。

主席

沒有沒有，這個我知道，現在雖然是採用居家，他的訪視這些其實都非常的專業，而且現在是在做的有些是收自費。

朱代表益宏

現在是？

主席

他有，但是是收自費，或者是他們有其他的研究經費來源支應。所以因為這樣沒有辦法普及到比較多的病人。

朱代表益宏

主席，如果說他是收自費，那我覺得他做治療的項目跟治療計畫要出來，不能夠只有用這樣子說他的模式只能看門診，我的人去那邊做追蹤我這樣就付錢，如果是這樣很簡單的案子，那我個人不同意。

主席，聽我講完，我覺得說他這個案子，如果他要申請個案的話，他個案的治療計畫都要出來，包括他多久要做什麼樣的復健治療，是不是要做什麼運動，要做什麼東西，我覺得這個東西都要有治療計畫。而且這裡面我剛剛講的不能夠只有說你回來看門診，然後我這個個案管理師到底到家裡幫你做衛教，不是只有這樣子，一定要有一些復健的計畫在這裡面。

主席

第 44 頁到 46 頁就是他的治療計畫。

朱代表益宏

所以如果是這樣的話，在這邊應該就要寫得很清楚。

主席

這裡寫得比其他的更加清楚，請看第 44 頁到 46 頁。

朱代表益宏

我是沒有看到這麼細。

主席

對。

朱代表益宏

如果有的話，我只是提醒主席，在收案的時候一定要去審核這些東西。

主席

對阿。

龐組長一鳴

有心臟復健，46 頁。

朱代表益宏

沒關係，我再仔細看一下，再跟主席報告。

主席

好，謝謝，來，謝院長。

謝代表武吉

急性後期的整合照護計畫申請的內容，計畫的內容把跨院際的整合，龐組長有提到的家醫整合照護，我希望「跨層級醫療整合照護」，再把他加進去，這第一點。

第二點就是說，王代表有講，就是說分區額度的問題，台北區、東區沒有 A 計畫的，現在就是說北區、中區、南區、高屏區都有 A 計畫，這些如果參加 PAC 及參加 A 計畫，他的額度是在 A 計畫以外的還是算裡面的，建議應該另外給額度，謝謝。

主席

謝代表提到剛剛王代表提的，這個部分通過之後，會再跟分區協調。總額內與個別醫院的總額有關，但如果總額外的就是專款，就不用擔心，那是共用的，就分這兩塊。那如果因此而有比較不同，我覺得分區的自主管理的額度要調整，我們就列入會議記錄。請朱代表。

朱代表世瑋(楊代表政峯代理人)

主席，治療項目那邊的 Q&A。

主席

好，那個部分要不要說明一下。

張視察益誠

因為在 PAC 部分的物理治療項目，其實屬於現行復健治療的複雜治療，所以我們才會在 PAC 的 Q&A 補充解釋比照現行支付標準，其中七項由復健科醫師開立處方。

主席

謝謝。

朱代表益宏

我已經讀完了，跟主席報告。

主席

太快了吧~你一定沒有仔細讀。

林代表淑霞

主席、各位委員好，因為連續聽到振興醫院兩次，其實我是代表區域醫院協會。在這邊要做一個補充的說明，其實大家看心臟衰竭這個部分，放心啦如果加入應該是在做公益，不見得大家很樂意加入。同時特此也代表目前有在執行的醫師反應，尤其申請延展那部分，paper work 太多了，醫師臨床工作 loading 已經非常大，是不是從 VPN 在登錄的那一段，如果延展申請的時候，已有的相關原始資料可以直接帶出來，不要讓醫生重新的、重複的一直 renew 原來的一些內容，增加很多他們工作的負擔，以上說明建議。

主席

謝謝，來，陳副院長。

陳代表信水(徐代表弘正代理人)

主席，我這邊再提一個問題，echo 剛剛委員提到的，就是執行面上我們現在在做的，有一個點我們已經提很久了，但是署裡面一直都沒有都沒有辦法解決，他是不是可以只限制幾床，不要限制床號。因為我們常常碰到有些病人，願意接受 PAC，但是他一定要到那個床號去，那因為現在的申請是說，你申請哪幾床就是那個床號，我覺得這樣講很簡單，也許這個人要住頭等房，可是他希望繼續做 PAC，可是不行啊，他一定要到申請病房號的那個病房去，不過我想署裡面說已經說是資訊的問題我們就接受。這是第一個問題反應。

第二個是剛剛 echo 委員提到的，現在是延展的時候，或者是收案

的時候，因為剛剛主席也提到，PAC 只有一次嘛，在這裡面一次嘛，可是你知道會有很多人家屬不知道他是 PAC，那當然那是前端的醫院沒有告知得非常清楚，我們那邊的知識水平比較低，家屬也搞不清楚，那這個就是說，因為在我們南區他基本上是要達標，他不是說你有多少收案，他是當作品質指標之一，規定每家醫院有數目，所以很多醫院就會很快的收達標，但是收的時候他就沒有辦法解釋得很清楚，病人在那邊 PAC 結束到另一個地方去的時候，他會覺得說再住院還可以，因為他不知道接受 PAC 後不能再因同一病再住院，結果第二個收案的醫院就踩到地雷，因為沒辦法查，我不知道他已經住過 PAC 了當然大家現在所有的復健收 PAC 的都在出院病摘會註明，是不是說可以讓個管師可以查病人資料是否已加入 PAC 減少收案的困難。

龐組長一鳴

大家記不記得原來 PAC 的過程，他有一個下轉的階段。可以的話應該是回歸社區型的機構。那我們現在台灣 PAC，就是吳老師會質疑的地方是區域醫院可以左邊轉右邊。那以前就這做樣，爭議點出來了，所以才會有一個隔離出 PAC 獨立的空間。那沒有把病人轉出來、又不願意把病人轉到地區醫院，要把病人掛在自己原來的地盤，然後再說這是 PAC，結果再拿 PAC 另外的各種費用、且住院日又再延長，又再用原來住院的費用，這樣的 PAC 精神乾脆醫學中心也自己做就好了。大家都忘記當時 PAC 有那一段這樣的精神。

陳代表信水(徐代表弘正代理人)

不好意思，我補充一下！其實這個只有我們那一區會有這個問題，因為雲林縣沒有醫學中心，所以我們的主責醫院是台大雲林是區域醫院。所以，這個不是我們不願意，因為我們也是碰到這個困境，台南他們有醫學中心，我們沒有醫學中心，我覺得這是一個過程，也不希望這種情形發生，我們現在只是希望把 PAC 做好，我們也不是不做這個事情，這是第一件補充。

第二件事情，剛剛講到一半，我們常說有個病人轉過來，我們現

在是在轉介時會在出院病歷註明這個在我們醫院有做 PAC，我們是用這樣在 follow PAC。這個案例你已經過 PAC 了可能不適合再住院，結果就會被去投訴說成怎麼不能再住院，那我們就很困擾，因為我們嚴格遵守這個署理定的規則在執行，但就會有醫院不遵守，他還是一樣收，他就是到別的醫院去，但來我們醫院就是不收，所以就造成困擾。現在又有新的方式，新的方式是，如果病人有需要還是可以住院，變成這樣我們第一線無所適從。不曉得未來 PAC 會不會碰到這樣的問題，我現在是說我們執行面上碰到的在反映這樣的問題。是希望如果要做就有同樣的做法，不然的話很困擾。

龐組長一鳴

我了解！就是按原來的原則。PAC 的精神就是針對一群人，在急性後期照顧得好，後期恢復功能或是康復會有幫助。另外一點，是原來大型醫院的急性照護資源能夠妥善保留，等著收更多的急性期病人，這兩頭要兼顧。所以它才有間隔的問題。我再強調一次，它的來由是這樣子，如果只想把這幾個病人照顧好而佔用原來急性的資源，這樣醫療效率沒有改善，就失去 PAC 計畫的原意。

主席

請朱副院長！

朱代表益宏

主席，第一個我覺得剛剛~或許這個案子 PAC，原來的 PAC 已經做了一段時間，大部份的個案都是左手轉右手，應該大部份都是區域醫院轉到同一家醫療機構。因為我們地區醫院其實接收到會員他們反映沒有病人。也有一些病人、也有一些醫院反映他們都 well-prepared 在前面病人，當然不是每一家。我建議主席，這一部份我們是不是~或許不在今天討論，但我們有必要去檢討有什麼樣的機制讓這樣病人真正能夠下轉，而不是在同一家醫院由急性轉到，而是同一家醫院就算是有這些能力，他還是要把這些回歸到社區，那這個百分比我覺得是

要逐步的降低。比如說這一類的個案原來 60%都在自己醫院做 PAC，那是不是經過一段時間後變成 50%、40%、30%。這一類的個案要轉嫁，這一次的計劃跟原來的計劃，因為第一次沒有這樣子考慮，我覺得既然是擴大試辦去做這樣子的考慮，儘量不要讓他同一家醫院去做同樣的事情，尤其是區域醫院，因為醫學中心不能收 PAC 病人，我覺得這個要去考慮，是不是另外找個時間，這個案子要去做檢討，或許在半年以後、三個月以後，檢討其他案子的時候，同步把這些檢討方案要提出來，這是第一點。

第二點，就是讀書報告，剛剛講心臟復健，我剛剛還強調。在第 46 頁心臟復健這一欄，它有特別附註一個美國心臟復健學會的建議，要「等張性有氧性的運動，每週 3~5 次」。所以，我剛剛還是講，我還是很反對，如果他沒有做到心臟復健、居家諮詢、居家訪視、收案給付的話，我個人是反對，既然要做這樣的案子，就要加上一些復健，必須加上一些復健，尤其這邊註明，美國復健醫學會建議是每週要 3~5 次，我當然沒有建議要 3~5 次，但他至少要有復健的計劃，如果它沒有復健計劃，只有做這個東西的話，我個人的建議是不夠的，這是剛剛講的讀書報告報告完畢。

第三點，PAC 對於心臟衰竭的人員，人員它有非常、非常嚴格的要求心臟內科專科醫師還不行，還要受過心臟醫學會上的 6 個小時的課，然後衛教人員也不行一定要上過它的課。所以這一部份，我個人是反對。那剛剛主席說試辦 3 個月後再檢討，那我覺得這一部份一定要檢討。因為沒有道理說心臟內科專科醫師不行，這個就有點像安寧療護，安寧療護推展就是設了很多門檻，還要上它的課、繼續教育學分，又要它認證的繼續教育學分才算，結果大家受不了。現在弄這個 PAC，心臟衰竭的 PAC 還要經過心臟醫學會的上課，專科醫師還不行，還要他上過課，他認證可以做 PAC 才能做 PAC。哪有這樣子，這個衛生福利部也沒有規定啊！更何況剛剛有講過，心臟內科還不是部定的專科醫師。然後他還可以做這麼嚴格的訓練。所以，我覺得這一部份主席要過，這個人員一定要在三月以後重新檢討，而且如果沒有強烈

的理由，建議要拿掉，不應該做這麼嚴格的限制，謝謝！

主席

好，謝謝！謝院長！

謝代表武吉

剛剛朱副院長所談的，如果能改善的就及時來改善。第二點，就像剛剛龐組長講的，吳肖琪老師今天如果在的話會當場翻臉。吳肖琪老師再三的強調，PAC 是一定要轉到社區醫院，結果現在是左手轉右手，右手轉左手，轉來轉去，這個是我們一定要改善的。這裡我還是要請教一點的是，準醫學中心能不能參加 PAC 病人？

他評鑑結果是「準醫學中心」，既然是醫學中心就不能夠參加！

主席

好，謝謝！張醫師！

張代表孟源

主席、各位委員大家好，我這邊做一個文字上的補充，謝謝組長、主席。剛剛組長提到的是整合性團隊。因為在復健裡面還有很多的參與條件，建議在文字上通通改為「整合性團隊」，謝謝！

主席

好，通通把它改成「整合」，改一下！謝謝！剛剛朱副院長講的有關治療計劃，我們就列入記錄請心臟醫學會看看是不是有什麼要修正的地方。然後 3 個月內檢討，就一併列入檢討的範圍。準醫學中心，因為適用的支付標準表別還是區域醫院，所以暫時不處理此問題？

陳代表信水(徐代表弘正代理人)

區域醫院原則上現在已經都不能加入？是不是第一批的時候加入，現在未來還要開放？

主席

沒有、沒有、沒有。

陳代表信水(徐代表弘正代理人)

所以現在基本上是區域醫院不能再加入。

主席

對!但是原來的有沒有變成醫學中心我是不知道，如果沒有的話就沒有算。

朱代表益宏

如果有的話呢？

主席

區域醫院就不要再加入了啦，因為我們適用的項目是區域醫院，好像是沒有。

謝代表武吉

之前有說過，明年有 15 間要申請「準醫學中心」，所以我們堅持已經變成準醫學中心的就沒有算。

主席

好，我想今天 PAC 大家真的非常熱烈討論，最後一個。

朱代表世璋 (楊代表政峯代理人)

我最後一個意見，我覺得剛剛龐組長說的名稱對掛者(?)，當我在 concern 一個人，當你在做心臟衰竭，心臟專科醫師不能申報心肺功能訓練，那你在抓資料的時候這個欄位都沒有這個訓練，我今天要不要把這些都加 PAC，你懂我意思嗎？因為你現在還是就是這些專科醫師嘛，這個沒有任何冒犯，只是說這些地訓練項目表這個，是不是我心臟專科醫師我要做心肺功能訓練，我必須請復健科醫師才能去那個...。

李代表紹誠

這個不用去辨別那個...。

主席

那沒關係，因為這個是協會提的，我們三個月後要檢討心臟、衰弱高齡這兩項的時候一併檢討，好不好？謝謝。

林代表綉珠

對不起，我最後一次發言，剛剛提到的就是跨院際整合醫院團隊，醫院二字要取消，這樣子的話是不是護理之家如果條件符合的話也可以納進去。

主席

護理之家沒有特約，護理之家不是健保特約機構，是長照機構。好，謝謝。今天謝謝大家這麼熱烈討論。好，請朱副院長。

朱代表益宏

在第 36 頁有一些物理治療、職能治療。譬如 750 塊心臟的、燒燙傷的複雜治療 750 塊，36、37 頁，因為在現有的復健支付標準複雜的都是 600 塊以下，印象中是 600 塊，所以這一部分的話，我想請問一下這個錢是不是也是剛剛講的其他總額去支付，還是說它算是支付標準裡面的，但是因為它不在現有支付標準裡面，現有支付標準我剛剛查的就是 600 塊，最高 600 點。所以這個我想要確認一下，因為你是增加，如果現有支付標準應該是 600 點。

龐組長一鳴

請同仁說明一下。

張視察益誠

是，這一個他就是取代了現有的復健治療，就是說 PAC 的病人執行這一類的 PAC 復健治療，所以用的是醫院總額，然後取代原來的複雜治療，或者是中度治療都有可能。因為他是取代，所以是用醫院總額。點數比較高，因為他的特性是執行時間比較長，包含的風險比較

高，這一項只有給醫師開處方的時候做選用。在本計畫裡面才有這個 P 碼的。

主席

這個會有什麼編號嗎？

張視察益誠

雖然他是 P 碼，因為他是屬於我們每日照護費這邊的診療項目，就是在總額內的，因為他是有取代性。

朱代表益宏

主席，如果是取代那我覺得說你如果要用 600 塊比照我 OK，但是中間差距 150 要其他總額去付，不然你這個會變成說其他的怎麼比照我不知道，如果是比照 600 塊，因為他比較複雜，如果是這樣子你支付標準要去修訂另外一個叫其他部門。

主席

好，那這個調成一樣好了。

朱代表世瑋 (楊代表政峯代理人)

這樣也是要轉給復健科醫師才能開立，純心臟專科醫師他要轉介給復健科嗎？

張視察益誠

對，在第三項有規定還是由復健科醫師來開立。

朱代表世瑋 (楊代表政峯代理人)

所以好像沒有復健科醫師，這個項目是不能做的，對嘛？

主席

對，要做這個心臟衰竭的醫院不簡單，三個月後我們就知道了。

龐組長一鳴

心臟衰竭的復健，我所知道是真的很複雜。而且第一個反對的大部分是心臟科的醫師，因為心臟科醫師傳統是藥物治療而不是居家照護治療，所以這個部分其實是心臟科醫師和部分的復健科醫師已經做一部分溝通，台灣有一些醫院已經有這個模式了，這個做得好確實是可以推廣，這是第一個說明。

第二個說明，如果大家同意剛剛講的概念，就是說 PAC 有照顧病人的精神，也有讓醫療體系透過合作發揮效率功能，所以第 17、18 頁，第 17 頁的品質指標那裡有共病處理的成效、功能改善及後續適當轉銜的成效。如果大家同意的話，我們再對所謂的轉銜要求要有合作的指標、再做加強改善的話，那這樣子可以解決剛剛講的一部份問題啦，如果大家同意就讓我們來做後續的作業。

主席

好，謝謝，其實大家比較擔心的那衰弱高齡及心臟衰竭，三個月後再拿出來檢討，也許就像淑霞講的搞不好沒有人來申請。就觀察看看，好不好？但是既然有學會這麼的主張，也不要不給人家機會，搞不好真的有 1、2 家醫院真的可做到，且把這些病人照護的很好，為什麼不能給他機會呢？

衰弱高齡大家覺得會浮濫，已經訂了這麼嚴格的規定真的還是會浮濫嗎？但是給這些老人失能復原的機會，也是很重要的。所以我們不要再認為試都不能試，那就太狹隘了，可以嗎？好，那我們今天這個案子就算討論完了。750 改成 600。

朱代表益宏

因為原本 600 是中度複雜。

林專門委員淑範

因為中度複雜在支付標準是 480。

朱代表益宏

所以要同步下降，還是將來只有單一的支付標準都是 600 塊？

龐組長一鳴

跟支付標準一樣。

主席

好不好，那這樣子就是原來的替代方案，就是在總額內的。好，謝謝。那大家還有沒有其他意見？。

林專門委員淑範

我再確認一下，第一個現在燒燙傷就是第 36 頁支付點數中度複雜跟複雜治療的支付點數比照現在的支付標準，建議備註裡面的治療時間要跟現在支付標準是一樣的，因為現在的中度治療他只有 13 項超過 50 分鐘，因為這邊是寫一樣。

主席

好，那就先寫成一樣，大家還有沒有其他意見？如果沒有，今天 PAC 就算大家都充分討論通過，謝謝。

龐組長一鳴

我這樣建議，因為今天整個計畫有做一些文字性修改，所以文字性修改部分會併會議紀錄寄給大家，請大家一個禮拜或幾天之內來表示意見，如果沒有重大修改就照這個方案；若有重大意見，我們再另行召開會議再來討論，以上建議。

主席

好，謝謝龐組長，我們今天提案一就討論完了。

提案二因為資料準備不及，所以今天先不討論，我們今天就謝謝大家來參與這次的臨時會議，總算把 PAC 討論完了！非常謝謝大家出席，謝謝。