

附件1-2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫  
評估費及獎勵費支付標準表

編號代碼	診療項目	支付點數
P5113B	同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書,並存放於病歷備查(參考格式如后附表1)。下轉評估至少需完成前4項核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院PAC單位不得申報,同團隊醫院跨院下轉成功方得申報。	2000
P5114B	承作醫院評估費(初次) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估,每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理,及與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標,並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表2)	1000
P5115B	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案經轉銜後限每3週申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫,並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表3)。 3. 適合日間照護病人,團隊可提前辦理第1次複評,不需第3週方進行評估。	1000
P5116B	結案評估費(收案>3週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式,並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表4)	1200
P5117B	結案評估費(收案≤3週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式,並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表4)	1500
P5118B	不同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書,並存放於病歷備查(參考格式如后附表1)。下轉評估至少需完成前4項核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院PAC單位不得申報,不同團隊但需為獲選試辦醫院下轉成功方得申報。	1600
編號代碼	診療項目	支付點數
P5123B	急性醫療醫院轉銜作業獎勵費 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錄、衛教時間至少30分鐘、病人或家屬簽名)。 1	



附件1-2 之附表1

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

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

第一聯：接受轉入醫院留存 第二聯：接受轉入醫院回覆轉出醫院 第三聯：原急性醫療醫院留存

急性醫院 療醫院 簽章		急性期 後護理 醫院 簽章		病患或家 屬簽名確 認	
-------------------	--	------------------------	--	-------------------	--

## 附件1-2 之附表2

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

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		急性醫療醫 院名稱	
入院日 (收案日)		診斷	
核心量表	面向	分數	備註
	1. 整體功能狀態		
	2. 基本日常生活功能		
	3. 吞嚥、進食功能		
	4. 營養評估		
	5. 健康相關生活品質		
專業量表	6. 工具性日常生活功能		
	7. 姿勢控制、平衡功能		
	8. 步行能力、整體行動功能		
	9. 心肺耐力		
	10. 感覺功能評估		
	11. 認知、知覺功能評估		
	12. 職能表現		
	13. 重返社會能力評估		
14. 語言功能評估			
其他			
病患預期 目標		病患情 緒引導 及處理	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 已處理，情緒問題：_____ 處理方式：_____
治療長期 目標(需包 含功能性 目標)		治療 短期 目標	
治療預後 評估			
治療計畫 (治療種類、 頻率、期 程及內容)	功能群組： <input type="checkbox"/> FRG1 高強度復健 <input type="checkbox"/> FRG2 一般強度復健 治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 治療頻率： 治療期程： 治療內容： 是否有管路： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管及尿管皆有 <input type="checkbox"/> 其他 管		

急性後期 照護醫院 簽章		病患或家屬簽 名確認	
--------------------	--	---------------	--

### 附件1-2 之附表3

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

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

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



附件1-2 之附表4

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

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

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