

# 全民健康保險急性後期整合照護計畫問答集

106.11.28修正第9項

108.02.23修正，第3版(新增8題、修正6項)

108.09.25，第4版，新增第27題

110.05.11修正，第5版(新增3題，修正3題)

111.01.10修正，第6版(新增4題)

111.04.14修正，第7版(新增1題)

111.04.29修正，第8版(修正1題)

| 項次          | Q   | A  | 說明 |
|-------------|---|--|----|
| 一、計畫申請及醫院條件 |   |  |    |
| 1           | 105年(含)以前參與全民健康保險急性後期整合照護計畫(以下簡稱PAC)之承作醫院，申請新增疾病範圍或照護模式，相關作業流程為何？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 新增疾病範圍或模式，依計畫規定檢附相關資料，由主責醫院來函向本署分區業務組提出申請修正計畫書，經分區業務組審查通過並發函同意(發函日)之次日起生效。</li> <li>2. 本計畫主責醫院具跨院際整合團隊之功能。計畫執行期間，團隊內參與醫院之醫事人力或設施設備異動，由主責醫院報請分區業務組核備。</li> </ol>                                  |    |
| 2           | 105年(含)以前參與PAC之轉出醫院，可以申請本次新增範圍之承作醫院嗎？                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依計畫第十三點(七)之規定，新申請之承作醫院，除心臟衰竭因採門診個案管理模式外，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。</li> <li>2. 原轉出醫院非承作PAC醫院，不可以申請為本次新增範圍之承作醫院。</li> </ol>                              |    |
| 3           | 可否由個別醫院申請提供心臟衰竭急性後期照護？除了需有獨立心臟衰竭門診，是否需具備血壓、心電圖、血氧濃度監視設備之運動訓練環境設備？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請，由主責醫院負責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。</li> <li>2. 心臟衰竭急性後期照護內容須包含心臟中等強度運動訓練、肌耐力訓練及其他訓練項目，故須有提供血壓、心電圖、血氧濃度監視設備、可量化運動強度之運動器材，與備有急救設施與領有ACLS證照的心臟急救醫療人員之運動</li> </ol> |    |

| 項次 | Q   | A   | 說明 |
|----|---|---|----|
|    |   | 訓練環境。   |    |
| 4  | 急性後期照護之不同類型疾病是否需合併在同一專區，得否在各樓層或內外科分別規劃急性後期照護單位？ | 配合新增範圍，急性後期照護單位可以共用或依疾病範圍分開設置，但以集中為原則，且需於同一病室，不宜過於分散。由分區業務組認定是否符合在現有病床中劃出急性後期照護單位，並明確與一般病床區隔。   |    |
| 5  | 轄區骨科醫院，具物理治療設施，無相關職能治療設施，得否同意參與急性後期脆弱性骨折照護？     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參與急性後期整合照護計畫醫療院所，需依據醫療服務給付項目及支付標準規定，物理及職能治療複雜項目由復健科專科醫師開具，語言治療複雜項目由復健專科或耳鼻喉科專科醫師開具。</li> <li>2. 僅設有物理治療設施之醫院，且具備參與 PAC 醫院條件之醫師及醫事人員，符合脆弱性骨折 PAC 申請資格，但未有設施不得提供職能治療。</li> <li>3. 經評估同時有物理及職能治療需求之病人，需安排至同時具備物理及職能治療設施之 PAC 醫院接受服務。</li> </ol>  |    |
| 6  | 診所是否可以參加急性後期照護計畫？                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性後期整合照護居家模式服務，可由承作醫院或團隊內符合資格之人員執行(如：病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之復健相關治療師)。</li> <li>2. 加入 PAC 團隊之西醫基層診所或物理、職能治療所，可接受同團隊承作醫院 PAC 照護團隊專科醫師開立之「急性後期整合照護居家模式照護處方」，執行 PAC 居家模式服務，並按本計畫第拾點醫療費用申報及審查原則一、之(五)申報急性後期整合照護居家模式照護費用</li> <li>3. 依本計畫第伍點照護模式及內容三、之(三)，執行人員資格為完成6小時急性後期照護與居家治療訓練課程之物理治療</li> </ol> |    |

| 項次 | Q  | A  | 說明 |
|----|--|--|----|
|    |  | <p>師、職能治療師或語言治療師。</p> <p>4. 參加 PAC 計畫之診所、物理或職能治療所，如不具符合以上資格之各該職類專任治療師，則不得接受該職類之 PAC 居家模式處方。</p> <p>5. 個案之承作醫院評估費(初評 P5114B)、承作醫院評估費(複評 P5115B)、承作醫院出院準備及結案評估費(P5117B)，限由承作醫院執行並申報。</p>                               |    |
| 7  | <p>醫院原核備參與 PAC 計畫，於變更權屬別或變更負責人後重新申請加入本計畫，如該院不具語言治療設施或語言治療人員，可否持續申辦本計畫？另查</p> <p>1、計畫拾參、計畫申請及退場機制</p> <p>二、(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。</p> <p>2、附件參與醫院條件，有關醫事人員復健治療人員規定，除物理師需專任外，職能治療師或語言治療師皆可為兼任。</p> <p>經洽詢轄區衛生局：醫療機構申請設置復健治療設施</p> | <p>1. 申請加入本計畫應按本計畫各疾病別所訂參與醫院條件辦理。自107年9月30日後，新申請承作本計畫各類照護模式、疾病類別之醫院應具符合本計畫規定之復健職類治療設施及人員，始得核可辦理。</p> <p>2. 依上開說明，參與本計畫醫院之前提為具備相關職類治療設施，即具有專任復健人員至少1名以上，意即須符合醫療機設置標準規範，合先敘明。惟參與本計畫治療團隊之職能治療師或語言治療師不以專任為限，專任或兼任均可。</p> |    |

| 項次          | Q   | A  | 說明 |
|-------------|---|--|----|
|             | 需具有專任復健治療人員至少1名以上，與本計畫可採兼任方式相牴觸，請釋疑。  |  |    |
| 二、訓練課程      |   |  |    |
| 8           | 依計畫規定，心臟衰竭急性後期照護之執行醫師、個案管理師；衰弱高齡急性後期照護之執行醫師及急性後期照護居家模式執行治療師，需完成之急性後期照護訓練課程，上述課程內容與辦理單位為何？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訓練課程由心臟學會、整合照護學會、老年醫學會、物理治療學會、職能治療學會、聽力語言學會辦理，並於本署健保資訊網服務系統(VPN)公開相關資訊。</li> <li>2. 承作醫院可自辦訓練課程，課程內容、時數依本署全球資訊網(首頁&gt;健保服務&gt;健保醫療計畫&gt;急性後期整合照護計畫&gt;專業訓練課程)相關規範辦理，並請於開課1個月前，檢附課程大綱、師資學經歷等文件，函送本署核備，並敘明是否請本署派員講課(本計畫簡介)。</li> </ol> |    |
| 9           | 參與急性後期衰弱高齡照護之執行醫師都需要接受6小時老年醫學照護訓練嗎？   | 有執行的醫師都需受6小時老年醫學照護訓練，其中檢具台灣老年學暨老年醫學會專科醫師證書者，免提供老年醫學照護訓練證明。   |    |
| 三、照護範圍及照護方式 |   |  |    |
| 10          | 病患接受日間照護及居家模式急性後期照護，是否需先參與住院照護模式？收案流程為何？  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病患經急性醫療照護後，由急性後期照護團隊，依病患評估結果安排適當之急性後期照護模式，若適合日間及居家模式，不須經過住院模式。</li> <li>2. 由急性醫院辦理出院準備計畫時聯繫承作醫院至急性醫院收案、或聯繫安排至承作醫院門診收案，並安排適當照護模式，開立日間照護或居家模式治療單，部分負擔則依據計畫拾、醫療費用申報及審查原則(二)部分負擔計收規定辦</li> </ol>   |    |

| 項次 | Q   | A  | 說明 |
|----|---|--|----|
|    |   | 理。   |    |
| 11 | 病患收案後是否可由不同醫院提供不同照護模式？3種模式轉換需要先結案嗎？                                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性後期分為住院、日間照護及居家3種模式。依計畫精神，病患應在同一家承作醫院收案進行 PAC 照護。</li> <li>2. 在 PAC 照護天數(如腦中風6週)範圍內，模式轉換不需申請，也不用先結案，可待完成 PAC 療程後再結案。</li> </ol>   |    |
| 12 | 不同急性後期照護模式，收案日如何定義？執行期限如何計算？  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住院模式收案：以 PAC 入院日為收案日，自收案日起算，各模式合計天數不可超過計畫所訂上限天數。</li> <li>2. 日間照護或居家模式：以門診就醫日為收案日，自收案日起算，各模式合計天數不可超過計畫所訂上限天數。</li> <li>3. 以急性後期脆弱性骨折照護為例，計畫所訂上限天數14天，若收案日為7月3日，PAC 執行期限則至7月16日。</li> </ol> |    |
| 13 | 收案期間因有其他急性症狀處理結案，急性症狀處理完是否可再次收案？  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性後期照護住院模式之照護包含病患的共病、併發症預防及處置等醫療服務，如有急性症狀可持續照護。</li> <li>2. 若病情轉變無法繼續接受本計畫照護者，則需結案，結案後不可以再次收案。</li> </ol>  |    |
| 14 | 若 PAC 病床目前已收治非 PAC 計畫病患，有轉出醫院將轉出之 PAC 計畫病患，承作醫院可否先收住院，俟病患出院後再將其轉回 PAC 病床？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PAC 病床以收治 PAC 病患為原則，應優先請非 PAC 計畫病患轉床，若確實因先收治病患滿床且為轉出醫院所轉出之病患，為病患權益可先收住院(但應以 PAC 案件論日申報)，俟病患出院後務必將其轉回 PAC 病床。</li> <li>2. 本項需報請分區業務組核備。</li> </ol>  |    |
| 15 | 日間照護模式病患需每天到承作醫院接受治療嗎？  | 日間照護模式由 PAC 團隊評估及安排，並考量病患體力及狀況，無需每天來院治療。   |    |
| 16 | 急性後期心臟衰竭照護每位個管師收  | 急性後期心臟衰竭照護每位個管師收案上限以同期間50例為原則。   |    |

| 項次            | Q   | A   | 說明 |
|---------------|---|---|----|
|               | 案上限50例，是1個月或半年收案上限？   |   |    |
| 17            | 復健相關治療師至病患家中執行居家模式，是否需報備支援？   | 醫師以外之其他醫事人員執行居家醫療服務，應經事先報准。依衛生福利部106年8月31日衛部醫字第1061666658號函釋，急性後期整合照護居家模式，該服務內容之物理治療師、職能治療師或語言治療師，得由各該醫事機構造冊，檢具參與該計畫之證明文件，向衛生局申請核備，視同各該醫事人員法律所稱之「經事先報准」，可免予逐病患個案報備。   |    |
| 18            | 心臟衰竭照護，個案若因其他疾病住院(如尿道感染，與心臟衰竭無關)，非心臟衰竭惡化再入院，是否依定須結案？                          | <p>本計畫之心臟衰竭照護，個案若因其他疾病住院(如尿道感染)，得依臨床專業判斷，持續接受心臟衰竭照護，該類個案該住院期間仍納入6個月照護期間計算不得延長。惟心臟衰竭個案因其他疾病住院：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 相同醫院者：其住院期間心臟衰竭個案管理師仍應依病人的需求整合所需要的醫療資源與照護；住院期間提供醫療服務依規定申報費用，不得於門診重複申報相關醫療費用。</li> <li>2. 不同醫院者，依據全民健康保險醫療辦法第10條規定辦理。</li> </ol> |    |
| <b>四、收案對象</b> |   |   |    |
| 19            | 衰弱高齡病患因急性疾病入院後符合規範可參加 PAC，請問急性疾病之定義為何？或是指任何導致病患入院之疾病嗎(例如失智症病患，因肝炎入院是否符合收案條件？) | 大於75歲之病患同時具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病。依醫師專業判斷屬急性疾病入院，即符合收案條件。  |    |

| 項次          | Q   | A  | 說明 |
|-------------|---|--|----|
| 20          | 急性後期脆弱性骨折照護可以收因骨折住院未接受手術之病患嗎？                                       | 依急性後期脆弱性骨折照護收案條件:因髖關節、脊椎骨折或不穩定骨盆骨折而住院手術，術後出現功能下降(巴氏量表40至70分)，經評估適合收案者，故需要因骨折住院並接受手術者，方符合收案條件。  |    |
| 21          | 若高齡患者同時具有腦中風時，能否於急性後期腦中風照護結束後，再參與急性後期衰弱高齡照護？                        | 依急性後期照護各疾病範圍之收案條件，符合收案條件者，可接受相關之急性後期照護。  |    |
| 五、個案評估及展延申請 |   |  |    |
| 22          | 急性後期衰弱高齡照護以2-3週為原則，急性後期脆弱性骨折照護以1-2週為原則，每週都需評估嗎？如何申請展延？              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性後期衰弱高齡及急性後期脆弱性骨折照護評估，以收案3天內初評、滿2週複評、結案評估。若病患接受2週急性後期照護，只要收案及結案評估即可。</li> <li>2. 為確保急性後期照護提供之必要性，展延需經事前審查，承作醫院需於期滿前向分區業務組申請核備。</li> </ol> |    |
| 23          | 急性後期居家照護期間如何定期評估？   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 執行居家模式照護應依居家模式照護個案狀況，就其專業職類人員執行評估，若有病情轉變應轉介就醫。</li> <li>2. 執行地點：由急性後期照護團隊，依病患情形安排個案至門診就醫時進行複評或結案評估，或安排相關專業職類人員至個案家中進行複評或結案評估。</li> </ol>   |    |
| 24          | 個案由急性期轉承作醫院，若為區域醫院轉至其他區域醫院(平轉個案)或轉至自己醫院的急性後期承作單位(後稱自轉個案)接受PAC照護，是否需 | 為考量評估資料完整性，平轉及自轉個案，均需至 VPN 登錄個案轉出相關資料。   |    |

| 項次 | Q   | A  | 說明 |
|----|---|--|----|
|    | 至 VPN 登錄個案資料  |  |    |
| 25 | 心臟衰竭初評及收案日期規定：個案於急性期出院前初評、出院後一周內收案，其 VPN 如何登載資料？  | 心臟衰竭初評及收案日期應於 VPN 填報，收案日期應為出院後一週內，初評日須於收案日之前(或等於收案日)。  |    |
| 26 | 參與本計畫個案，承作醫院團隊於個案急性病情穩定時，完成本計畫個案初評(P5114B)，即未出院(或未轉至本計畫照護病床)前完成收案，其初評費用申報方式(案件分類、部分負擔、就醫序號及醫令執行日期)？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基於讓後續照護醫院得事先安排及早介入及使出院準備銜接後續照護無縫接軌之精神，承作醫院得於病人於急性期進行本計畫初評，並申報相關費用，案件分類及醫令執行日期維持現行計畫規定申報。</li> <li>2. 承作醫院執行初評之就醫序號： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 日間照護：每次需逐筆列報，取就醫序號之就醫類別一次及每人次均取流水號。</li> <li>(2) 居家照護：若於住院時開立治療單，則以當次住院的就醫序號申報；若於門診開立治療單，則以當次門診的就醫序號申報。</li> </ol> </li> <li>3. 有關承作醫院執行初評之部分負擔收取：依計畫拾、醫療費用申報及審查原則(二)部分負擔計收規定辦理。</li> </ol> |    |
| 27 | 展延申請結果若不同意，自保險人通知日起不給付費用。如何減少申請展延期限有不確定性及民眾抱怨？  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 為減少不確定性及民眾抱怨，醫院收案開始即需告知病患有照護時間限制。</li> <li>2. 申請展延之醫院應預作準備提早作業，檢附書面資料，送達分區業務組審查。</li> <li>3. 送審資料需詳述申請展延理由、展延週數、初評及複評的資料。</li> <li>4. 為因應醫院準備時間，展延審查結果分區業務組先以電話告知，經審查結果核定通知當日生效。</li> </ol>  |    |

| 項次 | Q   | A   | 說明 |
|----|---|---|----|
|    |   | 5. 經審查結果不同意展延，承作醫院應妥善做好出院準備及轉銜措施。   |    |
| 28 | 申請展延審查結果不同意案件，是否得提出申復及救濟。   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 計畫向保險人分區業務組申請核備之展延案件，屬醫療服務案件，適用全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法之第32條及33條規定，適用申復及救濟程序。</li> <li>2. 申復及救濟期間，因本署已通知申請展延審查結果不同意，自不給付費用，若申復或救濟結果為申請展延有理由確定且由本保險支付費用後，始補付費用。</li> </ol>                               |    |
| 29 | 請問假設第一次展延送審結果為不同意，再送申復仍不同意，第一次不同意到申復不同意這一段時間病人一定還在住院中，請問這段期間(行政救濟期間)醫院該如何申報)?                             | 屬展延審查結果不同意且行政救濟程序結果未確定之個案，醫院應按全民健康保險醫療辦法第12條規定，判斷病人情況是否屬可門診診療之傷病或所患傷病，經適當治療已無住院必要，則應辦理出院；如為應繼續住院治療之個案，則按一般健保住院案件申報。(請參閱相關 QA 第27、28)  |    |
| 30 | 請問『衰弱高齡 PAC』結案條件內有提到：急性後期照護以2-3週為原則(本計畫 P30)。請問「如果病人在2週內醫師覺得情況已達預期目標，可返家或接受門診照護者」，是否可申報結案評估呢?其他疾病類別是否比照呢? | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依本計畫附件1-6衰弱高齡病患相關規範，衰弱高齡急性後期照護以2-3週為原則，如個案於 PAC 照護2週內經醫師判斷已符合結案條件(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，可進行結案評估申報 P5117B，予以結案。惟依衰弱高齡評估時程，每2週定期評估，未滿2週結案者，不可申報複評(P5115B)。</li> <li>2. 其他疾病別亦同。</li> </ol> |    |

| 項次     | Q   | A   | 說明 |
|--------|---|---|----|
| 六、費用申報 |   |   |    |
| 31     | 急性後期日間照護部分負擔如何計收？   | 日間照護部分負擔費用每日按承作醫院層級之西醫門診基本部分負擔規定計收，並計就醫次數1次。故每次需逐筆列報，取就醫序號之就醫類別一次及每人次均取流水號。   |    |
| 32     | 急性後期日間照護模式中，若病患因身體不適，只能做1次復健請問應如何申報？  | 依據本計畫給付項目及支付標準規定，急性後期整合照護及日間照護費用：每日至少復健治療2次，只執行1次不得申報日間照護費用。  |    |
| 33     | 承作醫院開立「急性後期整合照護居家模式」處方，可否交付給不同醫事機構執行？<br>例如物理、職能治療給 A 診所，語言治療給 B 診所。          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供居家模式之承作醫院，應優先以本院醫事人員提供醫療服務，除院內治療師服務量均已達上限之情況下，或承作醫院與案家距離遙遠，須團隊內院所就近提供服務時，才可釋出居家模式處方。</li> <li>2. 承作醫院釋出居家模式處方，同一個案處方，為病人連續性照護之考量，以釋出至同一家醫事服務機構執行為限，不得拆分處方交付不同醫事機構分別執行。</li> <li>3. 參加 PAC 計畫之診所、物理或職能治療所，如不具各該職類專任治療師，則不得接受該 PAC 居家模式處方。</li> </ol> |    |
| 34     | 急性後期照護居家模式如何申報健保卡就醫序號？接受 PAC 團隊醫院開立居家模式處方 (P5132C) 之執行院所如何申報就醫序號？應填報部分負擔代碼為何？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 承作醫院提供急性後期照護居家模式，若於住院時開立治療單，則以當次住院的就醫序號申報，若於門診開立治療單，則以當次門診的就醫序號申報。</li> <li>2. 接受 PAC 團隊醫院開立居家模式處方 (P5132C) 之執行院所，請按月為單位，另取1筆就醫序號，並於門診醫療點數服務清單申報「案件分類」E1、「整合式照護註記」(按疾病別)、「轉診、處分調劑或特定檢查資源共享案件註記」填</li> </ol>   |    |

| 項次 | Q  | A  | 說明 |
|----|--|--|----|
|    |  | <p>P：急性後期照護計畫之交付居家模式處方、「轉診、處分調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」請填處方開立院所之醫事機構代號、「原處方就醫序號」請依承作醫院交付居家模式處方箋之就醫序號填寫。</p> <p>3. 部分負擔代碼申報 K00(居家照護，應自行負擔5%)</p>  |    |
| 35 | <p>急性後期整合照護居家模式照護費用(P5132C)，治療頻率由專業評定(每週安排一至六次)之定義為何？物理治療師及職能治療師，可否同一日至案家提供服務？應如何申報？</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. P5132C治療頻率由專業評定(每週安排一至六次)，係指每週提供居家模式服務P5132C各職類(物理、職能、語言)合計之總次數上限為6次。</li> <li>2. 經醫師依病人狀況專業判斷處方，不同職類治療人員可同一日至案家提供服務，先後提供各職類治療，惟同一日不可提供2次同職類治療服務。</li> <li>3. 申報居家模式P5132C，須按月申報，並逐筆醫令分別填列「執行醫事人員代號」及「執行時間-起」、「執行時間-迄」，不可多筆P5132C合併於一筆申報。</li> </ol> |    |
| 36 | <p>如職能治療師在案家製作副本，是否可另行申報相關材料及治療費？</p>  | <p>急性後期照護居家模式僅可申報居家模式照護費用(P5132B)，不可以另行申報相關材料及治療費。</p>   |    |
| 37 | <p>復健相關治療師執行居家模式服務時，是否需登錄健保卡？</p>  | <p>急性後期居家模式照護為減輕醫護人員負擔，可視執行情形，選擇是否維持登錄健保卡。對於選擇未登錄健保卡之院所，得以異常就醫序號 F000申報。</p>   |    |
| 38 | <p>急性後期照護日間及居家照護模式之開單是否比照西醫門診復健治療自首次治療日起30日</p>  | <p>急性後期照護團隊依病患評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，訂定治療計畫。團隊需依本計畫規定定期評估病患情況並修訂治療計畫，故醫師開立日間照護及居家模式之治療單，並未以執行6次為限。</p>  |    |

| 項次 | Q  | A   | 說明 |
|----|--|---|----|
|    | 內，6次以內治療為同一療程？   |   |    |
| 39 | 以脆弱性骨折Frax-PAC個案為例，急性期住院若屬於Tw-DRG轉PAC住院照護模式之案件，其與兩者應如何申報(Tw-DRG切帳、出院日期)？ | <p>急性期醫療費用屬DRG範圍且為本計畫脆弱性骨折急性後即照護收案對象，其本計畫費用應與病患之急性期醫療費用分開申報：</p> <p>4. 個案轉入不同院所接受PAC住院照護模式：</p> <p>(1) 急性期住院(Tw-DRG)之試辦計畫填列「4:脆弱性骨折」且轉歸代碼填列「D：醫院間轉急性後期照護」(108年起)。</p> <p>(2) PAC計畫之病患來源填列「3：轉診」。</p> <p>(3) Tw-DRG之出院日為必填欄位，其出院日係填列轉至承作院所PAC住院模式入院日。</p> <p>5. 個案轉入同院所接受PAC照護：</p> <p>(1) 急性期住院(Tw-DRG)之試辦計畫填列「4:脆弱性骨折」且轉歸代碼填列「E：院內轉急性後期照護」。</p> <p>(2) PAC計畫之病患來源填列「7：同次住院費用依規定切帳申報案件」。</p> <p>(3) Tw-DRG案件之出院日為必填欄位，其出院日係填列轉至同醫院PAC病房繼續照護之日期(虛擬出院日)。</p> <p>6. 轉出醫院之Tw-DRG案件需合併申報「轉出醫院出院準備及評估費(P5113B、P5118B)」、「轉出醫院轉銜作業獎勵費(P5123B)」、「醫事人員訪視獎勵費P5124B」：比照02025B「出院準備及追蹤管理費」，增列為Tw-DRG案件之核實醫令(醫令類別為X、X醫令)。</p> |    |

| 項次 | Q  | A  | 說明 |
|----|--|--|----|
| 40 | <p>急性後期照護團隊中，轉出醫院轉出病患後，部分承作醫院並未收案，轉出醫院是否可申報轉出醫院出院準備及評估費(P5113B、P5118B)及轉出醫院轉銜作業獎勵費(P5123B)。</p>  | <p>承作醫院未收案者(未申 P5114B)，轉出醫院不可申報轉出醫院出院準備及評估費(P5113B、P5118B)及轉出醫院轉銜作業獎勵費(P5123B)。</p>  |    |
| 41 | <p>轉出醫院轉銜作業獎勵費(P5123B)及醫事人員訪視獎勵費(P5124B)，申報規範？</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 考量「轉出醫院轉銜作業獎勵費」為延續「轉出醫院出院準備及評估費」，獎勵轉出評估優質醫院，轉出醫院確認承作醫院收案後，各層級間下轉個案，可申報轉出醫院出院準備及評估費(P5118B 或 P5113B)及轉出醫院轉銜作業獎勵費(P5123B)。</li> <li>2. 醫事人員訪視獎勵費(P5124B)之診療項目規定執行相關作業，即可申報上開費用；未限制由醫學中心轉區域醫院或地區醫院、區域醫院轉地區醫院之收案，才可以申報。</li> </ol> |    |
| 42 | <p>有關醫事人員訪視獎勵費(P5124B)、醫事人員居家訪視獎勵費(P5125B、P5126B)疑義？</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.因病患已經轉至承作醫院，轉出醫院如何申報醫事人員訪視獎勵費(P5124B)。</li> <li>2.承作醫院因病患已經結案，如何申</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以合併原住院費用申報為原則，如未及合併申報，方可採事後補報方式辦理(比照結核病抗酸菌醫令)，若以事後補報方式則需以住院當時就醫序號申報。</li> <li>2. 醫事人員居家訪視獎勵費(P5125B、P5126B)，至養護機構訪視不得申報此項。</li> </ol>  |    |

| 項次 | Q  | A  | 說明 |
|----|--|--|----|
|    | <p>報醫事人員居家訪視獎勵費 (P5125B、P5126B)。</p> <p>3.至養護機構訪視可否申報醫事人員居家訪視獎勵費 (P5125B、P5126B)。</p>          |  |    |
| 43 | <p>原已參與家庭醫師整合性照護計畫之病患，完成急性後期照護計畫治療後，若要申報轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 (P5128B)，是否必須轉回原家庭醫師整合性照護計畫之收案診所？</p> | <p>申報轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 (P5128B)者，需轉回原家庭醫師整合性照護計畫之收案診所。</p>  |    |
| 44 | <p>接受急性後期照護病患因病情轉變需密集急性醫療服務，結案是否可申報承作醫院出院準備及結案評估費 (P5117B)？</p>                                | <p>結案評估是為了出院轉銜居家回歸社區，故病情轉急之結案屬 PAC 照護中斷，不可申報承作醫院出院準備及結案評估費 (P5117B)，承作醫院應於健保資訊網服務系統(VPN)個案管理系統辦理結案。</p>  |    |
| 45 | <p>心臟衰竭照護之職能-複雜治療細項代碼如何申報及執行本計畫物理及職能治療，除原計畫所列物理及職能複雜治療醫令 (P5133B、P5134B)</p>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 心臟衰竭照護職能-複雜治療細項代碼，比照支付標準職能治療「中度或複雜治療」之治療細項代碼申報(OT1-12)。</li> <li>2. 心臟衰竭係屬門診追蹤照護，除本計畫規定之相關費用外，餘相關醫療費用得依據支付標準規範辦理及申報；爰除本計畫規範之 P5133B、P5134B 外，相關</li> </ol> |    |

| 項次 | Q  | A   | 說明 |
|----|--|---|----|
|    | 外，是否可選擇支付標準之物理及職能治療醫令申報  | 復健治療費用得依據支付標準復健章節規範辦理後申報。   |    |
| 46 | 本計畫收案病患同時符合「全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫」的用藥條件、或符合「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」收案條件者，費用如何申報  | 本計畫個案若同時符合「全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫」或符合「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」收案條件者，申報計畫治療用藥品項，應依據原計畫(BC 肝計畫)之門住診申報規範切帳申報。  |    |
| 47 | 個案住院之特殊材料費用是否得核實申報   | 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。除本計畫給付項目及支付標準規範，明列得核實申報之相關費用外，不得額外申報。   |    |
| 48 | 關於週日或國定假日期間，如經 PAC 團隊醫師診斷病人狀況適合復健，為避免連續長假期病人未接受 PAC 復健，導致影響治療成效，週日或國定假日如有施行 PAC 治療，可否核實申報 P5101B、P5102B、P5107B、P5141B、P5142B、P5144B 等支付代碼？ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 週日或國定假日或計劃性因素(如休診、當日無排班治療人員)致當日無法治療，應核實申報 P5103B、P5143B、P5109B、P5146B 費用。</li> <li>2. 如遇週日或國定假日，經 PAC 團隊醫師評估病人情況適合接受 PAC 治療，且在院內醫事人力排班符合勞動基準法休假相關規定情形下，可依所提供之住院模式(高強度或一般強度)實際復健治療次數，核實申報 P5101B、P5102B、P5107B、P5141B、P5142B、P5144B 等支付代碼費用，並請於病歷敘明週日或國定假日安排 PAC 治療之理由。</li> </ol> |    |
| 49 | 請問申報   | 依 PAC 計畫規範，PAC 醫療團隊應提供個   |    |

| 項次 | Q   | A   | 說明 |
|----|---|---|----|
|    | <p>P5117B(承作醫院出院準備及結案評估費)後可以再後續申報本計畫照護費用嗎?</p> <p>(P5101B~P5103B、P5107B~P5109B、P5141B~5146B、P5129B~P5131B、P5132C、P5506B~P5509B、P5133B、P5134B)</p> | <p>人化之治療計畫(P3)，按各疾病別評估期程進行收案、結案和定期評估。醫師應就個案情況，依專業判斷療程結束日期，並於療程末日執行結案評估。因結案評估反映 PAC 療程之功能進步情形，如於結案評估後仍繼續 PAC 照護，則無法反映結評後照護對功能改善之影響，是以，申報 P5117B 後，不應再繼續申報 PAC 照護費用。</p>      |    |
| 其他 |   |   |    |
| 50 | <p>急性後期照護住院模式有週日及國定假日之支付項目，請列舉國定假日之定義？</p>  | <p>依內政部「紀念日及節日實施辦法」公布全國應放假之國定假日如下：<br/>         中華民國開國紀念日（一月一日）、和平紀念日（二月二十八日）、國慶日（十月十日）、春節（農曆一月一日至一月三日）、兒童節(四月四日)、民族掃墓節（農曆清明日）、端午節（農曆五月五日）、中秋節（農曆八月十五日）、農曆除夕（農曆十二月之末日）。</p> |    |
| 51 | <p>急性後期照護居家模式復健相關治療人員交通費是否由病患付費？</p>  | <p>本計畫居家模式之支付費用不包含交通費。</p>  |    |
| 52 | <p>那些科別醫師可以開立急性後期整合照護日間照護、居家模式照護處方？</p>   | <p>本計畫相關復健處方開立依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第四節「復健治療」，第二項物理治療、第三項職能治療及第四項語言治療之通則一，規範之各項治療開立處方醫師資格辦理。</p>  |    |
| 53 | <p>物理治療人員執行本計畫相關照護模式之服務人次，是</p>   | <p>本計畫未規範事項，應回歸全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。故本計畫住院、日間及居家照護之物理治</p>   |    |

| 項次 | Q                                     | A  | 說明        |
|----|---------------------------------------|--|-----------|
|    | 否納入「醫療服務給付項目支付標準」之物理治療人員每日申報上限45人次？   | 療服務人次包含於上述支付標準西醫第二章、第四節、第二項、物理治療之通則：三、物理治療人員每日可申報上限為45人次。  |           |
| 54 | <u>新制部分負擔實施後，居家模式與日間照護模式部分負擔如何收取？</u> | <p><u>新制部分負擔依衛生福利部111年4月8日衛部保字第1111260141號公告，於111年5月15日施行，居家模式與日間照護模式部分負擔計收方式如下：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. 居家模式之部分負擔：依居家照護醫療費用之百分之五規定計收。如個案回院門診定期評估，經醫師診斷認定需要開立藥品處方或檢驗檢查者，該次門診按西醫門診基本部分負擔規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收，門診檢驗、檢查另依門診檢驗、檢查部分負擔計收，即西醫門診基本部分負擔+門診藥品部分負擔+門診檢驗、檢查部分負擔。</u></li> <li><u>2. 日間照護之部分負擔：按西醫門診基本部分負擔規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收，門診檢驗、檢查另依門診檢驗、檢查部分負擔計收，即西醫門診基本部分負擔+門診藥品部分負擔+門診檢驗、檢查部分負擔。</u></li> </ol> | <u>修正</u> |