檔　　號:1259
保存年限:

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號9樓
承辦人：陳宏毅
電話：(02)2752-7286分機171
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：tma171@mail.tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國115年10月2日
發文字號：全醫聯字第1150001161號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0001161A00_ATTCH1.pdf)

主旨：衛生福利部中央健康保險署公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」，溯自115年1月1日起生效，請查照。

說明：依據衛生福利部中央健康保險署115年9月18日健保醫字第1150119405號公告副本辦理。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會
副本：電子公文交換章 2026/10/02 14:02:21

理事長　陳 相 國

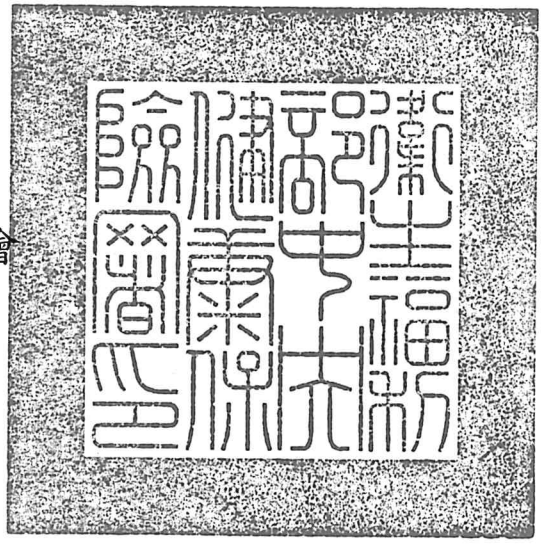
副本

收文編號	收文日期
2652	115. 9. 22 15:10

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　公告

106646 3
臺北市大安區安和路1段29號9樓



受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國115年9月18日
發文字號：健保醫字第1150119405號
附件：請至本署全球資訊網公告攔擷取

主旨：公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」，溯自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年9月14日衛部保字第1151260470號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長 陳亮妤

裝 訂 線

全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案

中華民國115年9月18日健保醫字第1150119405號公告

一、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的：

(一) 提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病人之併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。

(二) 提升慢性腎衰竭病人自我照護之能力，預防疾病惡化，促進健康。

(三) 鼓勵有效管理腎臟疾病，藉由品質監控，輔導門診透析院所及獎勵機制，持續改善醫療品質與服務品質，提升我國腎臟病整體之醫療照護品質。

三、經費來源：當年度全民健康保險醫療給付費用其他預算項下之腎臟病照護及病人衛教計畫，其中以4,740萬元支應本計畫。

四、品質監測項目及計分方式：

(一)血液透析照護指標項目及評分標準，如下表：

項　目	各透析院所病人監測值 達成率	得　分
1. 血清白蛋白 [Albumin ≧ 3.5 gm/dl(BCG)或 3.0gm/dl(BCP)]	受檢率≧95%且合格率≧80%	每季 4 分
2.URR ≧ 65%	受檢率≧95%且合格率≧95%	每季 4 分
3.Hb > 8.5 g/dL	受檢率≧95%且合格率≧90%	每季 4 分
4.鈣磷乘積小於 60 mg^2/dL^2	受檢率≧95%且合格率≧85%	每半年 8 分
5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≧95%且轉陽率≦2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≧95%且轉陽率≦3.5%	8 分（年）
6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≧95%且轉陽率≦2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≧95%且轉陽率≦3.5%	8 分（年）

項　目	各透析院所病人監測值 達成率	得　分
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於首次透析治療之新病患，應給予其完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。(如附件 1-1～1-3)	100%	10 分（年）
8.55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率≧12% 10%≦移植登錄率<12% 8%≦移植登錄率<10% 6%≦移植登錄率<8% 4%≦移植登錄率<6% 偏遠地區醫療院所監測值達成率維持不變，如下： 移植登錄率≧5% 4%≦移植登錄率<5% 3%≦移植登錄率<4% 2%≦移植登錄率<3% 1%≦移植登錄率<2%	10 分（年） 8 分（年） 6 分（年） 4 分（年） 2 分（年）
9.Anti-HCV 陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率	檢查率≧85%	加分項目 4 分(年)
10.HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率	治療率≧80%	加分項目 4 分(年)

(二)腹膜透析照護指標項目及評分標準，如下表：

項　目	各透析院所病人監測值 達成率	得　分
1.血清白蛋白[Albumin ≧3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP)]	受檢率≧95%且合格率≧70%	每季 4 分
2. Weekly Kt/V ≧ 1.7	受檢率≧95%且合格率≧70%	每半年 8 分
3. Hb > 8.5 g/dL	受檢率≧95%且合格率≧80%	每季 4 分
4.鈣磷乘積小於 60 mg^2/dL^2	受檢率≧95%且合格率≧80%	每半年 8 分
5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率≧95%	8 分（年）
6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率≧95%	8 分（年）
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於首次透析治療之新病患，應給予其完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。 (如附件 1-1～1-3)	100%	10 分（年）
8.55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率≧12% 10%≦移植登錄率<12% 8%≦移植登錄率<10% 6%≦移植登錄率<8% 4%≦移植登錄率<6% 偏遠地區醫療院所監測值達成率維持不變，如下： 移植登錄率≧5% 4%≦移植登錄率<5% 3%≦移植登錄率<4% 2%≦移植登錄率<3% 1%≦移植登錄率<2%	10 分（年） 8 分（年） 6 分（年） 4 分（年） 2 分（年）
9.年度淨增加腹膜透析新病人數	每增加 1 人，給予加分 1 分，最多給予加分 10 分	加分項目 10 分(年)

註(血液透析及腹膜透析照護指標)：

1.院所應將本計畫之監測項目執行情形定期提報及上傳至保險人之資訊系統，由保險人依本計畫第八項「申報及核付原則」，進行監控管理、結算計分及核發。

2.受檢率目標值，依院所平均每月透析病人數調整如下：

(1)>20 人：各項指標之受檢率目標值須達 95%以上。

(2)≦20 人：除 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率須達 95%以上外，其餘指標之受檢率目標值須達 90%以上。

3.偏遠地區同「門診透析服務保障項目」所列之「偏遠地區」。

4.項目「9.年度淨增加腹膜透析新病人數」之新病人係指該病人經歸人後，首次申報腹膜透析追蹤處置費且持續六個月。

五、前述各項監測指標之操作型定義，同「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，並可於保險人「健保資訊網服務系統(VPN)」查詢。

六、參加核發院所之資格：

（一）當年度與全民健康保險保險人(以下稱保險人)簽訂設立透析醫療業務之院所。當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即為不同開業主體分別計算。

（二）當年度該院所之品質監測項目總分全年超過70分以上者。

（三）該院所需參加最近1次台灣腎臟醫學會定期辦理之透析（血液透析及腹膜透析）實地訪視作業，並取得合格認證書且在具有效期限內。

（四）醫事機構有下列情事，自保險人第一次處分函所載之日起於當年1月1日至當年12月31日期間，經保險人處分者，不得參加獎勵金之分配：

1.因於門診透析業務違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第36條至第40條規定者。

2.違反特管辦法第44條及第45條規定者。

七、核發金額之計算方式：

（一）血液透析及腹膜透析分配之獎勵金額

1. 當年度血液透析品質獎勵金額＝

【當年度血液透析申報醫療服務點數/(當年度血液透析申報醫療服務總點數+當年度腹膜透析申報醫療服務總點數)】×當年度本計畫之獎勵金額

2. 當年度腹膜透析品質獎勵金額＝

【當年度腹膜透析申報醫療服務點數/(當年度血液透析申報醫療服務總點數+當年度腹膜透析申報醫療服務總點數)】×當年度本計畫之獎勵金額

（二）各院所加權指數：

當年度實施血液透析或腹膜透析院所，依本計畫第四項之品質監測指標之全年得分(X)，分別計算加權指數：

當年度得分	加權指數
X≧90	1
85≦X<90	0.9
80≦X<85	0.8
75≦X<80	0.7
70<X<75	0.6
X≦70	0

（三）各院所血液透析、腹膜透析分配方式

1. 個別實施血液透析院所當年度之分配金額=

$$\frac{\text{該血液透析院所當年度申報血液透析點數} \times \text{該血液透析院所加權指數}}{\Sigma\text{各血液透析院所當年度申報血液透析點數} \times \text{各血液透析院所加權指數}} \times \text{當年度血液透析品質獎勵金額}$$

2. 個別實施腹膜透析院所當年度之分配金額=

$$\frac{\text{該腹膜透析院所當年度申報腹膜透析點數} \times \text{該腹膜透析院所加權指數}}{\Sigma\text{各腹膜透析院所當年度申報腹膜透析點數} \times \text{各腹膜透析院所加權指數}} \times \text{當年度腹膜透析品質獎勵金額}$$

八、申報及核付原則：

（一）品質監測指標相關資料之申報：

各透析醫療院所應按季，確實提報與上傳本計畫第四項之品質監測指標相關資料予保險人【健保資訊服務網系統（VPN）>ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫】，由保險人定期進行監控管理及結算與核發之依據，並做為品質公開之參考資料，超過「ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫上傳資料注意事項」(詳附件 2)規定期程所上傳或更正資料，不納入獎勵金核算。

（二）當年度申報醫療費用點數之資料：依實施門診透析院所於次年1月底前申報之當年度費用年月資料計算。

（三）次年度6月底前，由保險人依本計畫第七項「核發金額之計算方式」進行計算並辦理費用核發作業。

九、當年度新設立之透析院所，於設立6個月後，可申請台灣腎臟醫學會透析

（血液透析及腹膜透析）實地訪視作業。

十、經台灣腎臟醫學會透析（血液透析及腹膜透析）評量作業未達合格標準之院所，次年可再提出申請透析（血液透析及腹膜透析）實地訪視作業，給予複查。

十一、本計畫辦理核發後，若有未列入當年度本計畫核發名單之特約院所提出申復等行政救濟事宜，案經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度本計畫預算支應，若次年度無本計畫預算，則自當時結算之當季門診透析預算支應。

十二、本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準

1. 各透析院所有告知新發生之末期腎衰竭病人不同治療模式的義務，並於衛教後請病人填寫**滿意度調查表**。
2. 末期腎衰竭治療模式**衛教內容**須包含：透析通路和原理、透析場所、透析時間、透析執行者、透析可能產生的症狀、透析適應症及禁忌症、透析之飲食/血壓/貧血控制、腎臟移植的原理和主要執行院所、移植的優缺點、移植適應症及禁忌症、移植後抗排斥藥物簡介、其它(居家照護、社會福利等)。

3. 末期腎衰竭治療模式衛教**完成率之計算公式**如下：

   完成率(%) = (本季末期腎衰竭治療模式衛教完成人數/本季新透析病人人數)x100 %

4.選擇安寧緩和醫療：

   個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。前述資料請至衛生福利部「安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統」(網址 https://hpcod.mohw.gov.tw/)下載。

附件 1-2 末期腎衰竭治療模式衛教表

(　　年　　月　　日)

醫院/診所名稱：　　病人來源：□ 門診 □ 住院

病人姓名：　　病歷號碼：

性　　別：□ 男 □ 女

身分證字號：　　出生年月日：　　年　　月　　日

病人教育程度：□不識字□小學□初中□高中□大專□研究所

病人家庭狀態：□未成年受扶養 □有職業獨立工作□因病修養半工作狀態
□因病無法工作 □退休獨立生活　□年邁或因病受照顧
□有工作能力但失業

陪同家屬：□配偶　□子女　□兄弟姊妹　□家長　□其他:

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

□不施行血液透析或腹膜透析

□敗血症　□癌症　□心血管併發症　□中風　□肝衰竭
□呼吸衰竭　□營養障礙　□病人意願　□家屬共識　□其他

□施行血液透析、腹膜透析、腎臟移植

腹膜透析	血液透析
□透析通路和原理	□透析通路和原理
□透析場所/時間/執行者	□透析場所/時間/執行者
□透析可能產生的症狀	□透析可能產生的症狀
□適應症及禁忌症	□適應症及禁忌症
□飲食/血壓/貧血控制	□飲食/血壓/貧血控制
□其它(居家照護、社會福利等)	□其它(居家照護、社會福利等)

腎臟移植
□移植的術前評估
□移植的優點和缺點
□移植的併發症
□適應症及禁忌症
□移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
□其它(居家照護、社會福利等)

□選擇「安寧療護」

＊醫病共享決策輔助表如附件。

面對末期腎臟病，我應該選擇哪一種治療方式？

前 言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 15ml/min/1.73m^2 以下且出現尿毒症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

(1) 病人意識不清

(2) 病人年齡大於 80 歲

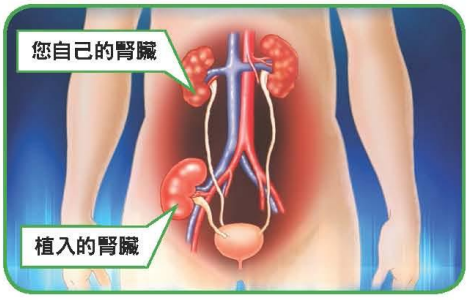
(3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

● 第一種：腎臟移植，俗稱「換腎」



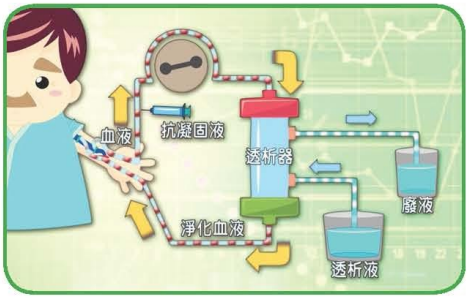
需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。

● 第二種：腹膜透析，俗稱「洗肚子」



就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。

● 第三種：血液透析，俗稱「洗血」



在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。

您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選 ☑

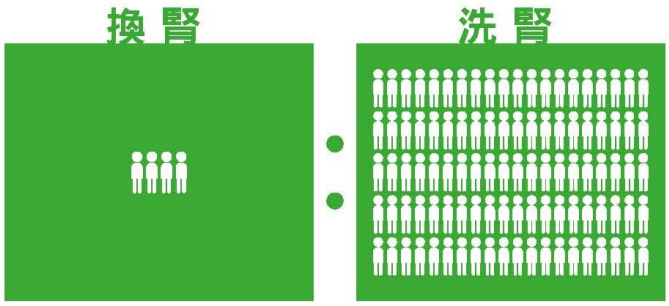
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率[2,3]

① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管疾病、糖尿病的嚴重度所影響。

② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。

③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。

④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。

⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。

⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

<table>
<tr><th></th><th>比較</th><th>腎臟移植</th><th>腹膜透析</th><th>血液透析</th></tr>
<tr><td>存活</td><td>存活率[2]</td><td>有較佳的存活率</td><td>與血液透析的
存活率相似</td><td>與腹膜透析的
存活率相似</td></tr>
<tr><td rowspan="3">生理影響</td><td>手術</td><td>較大的手術：
腎臟移植手術</td><td>腹膜透析導管
植入手術</td><td>手臂瘻管建立手術</td></tr>
<tr><td>治療方式</td><td>終身服用抗排斥藥物</td><td>按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行</td><td>在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內</td></tr>
<tr><td>常見副作用
（併發症）</td><td>■換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險[4,5]
■移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍[5]
■移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染[4]</td><td>■腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症[6]
■腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生[7]
■疝氣：追蹤 3 ～ 12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生[8,9]</td><td>■快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心 / 嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生[10]
■洗腎血管栓塞或感染[6]
■血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生[11]</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍[12]</td></tr>
</table>

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
生活影響	治療時間	無	依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時	照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時
	治療場所	無	家中或任何乾淨適合換液場所	透析醫療院所
	執行治療者	無	自己或照顧者	醫護人員
	飲食	飲食限制少	飲食限制中等	飲食限制較多
	活動	無	腹膜透析管路影響不建議游泳及泡澡	洗腎用動靜脈廔管手臂不建議提重物
	生活品質[3]	生活品質較好	與血液透析比較整體生活品質相似	與腹膜透析比較整體生活品質相似
	費用[2]	健保給付		
優缺點比較	優點	■存活率高 ■不需要再透析而提高生活品質	■居家操作，自主性高 ■保留殘餘腎功能佳	■由醫護人員操作 ■短時間高效率的清除毒素及水分
	缺點	■無器官來源 ■終身服用抗排斥藥物 ■抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險	■腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■每日更換藥水數次	■手臂要建立瘻管 ■一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■每次透析要接受 2 次扎針

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

接受換腎的理由	比較接近			一樣			比較接近	接受洗腎（腹膜透析或血液透析）的理由
有五等親的家屬或配偶願意捐腎給我	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	沒有適合的家屬捐腎給我
我願意接受家屬捐腎給我	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我不願意接受家屬捐腎給我
我知道換腎手術的風險及副作用，但為了不用洗腎，承擔風險是值得的	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	擔心換腎手術失敗
我可以接受終身服用抗排斥藥物及其風險	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我不能接受終身服用抗排斥藥物及其風險
我不願意長期洗腎	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我可以接受洗腎
其他：	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	其他：

接受腹膜透析的理由	比較接近			一樣			比較接近	接受血液透析的理由
我很害怕打針	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我可以忍受打針
換藥水的時間 對我而言比較有彈性	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我可以配合 到醫院洗腎的時間
我可以找到 適合的換藥水地點	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我沒有適合的 換藥水地點
我很在意血液透析 併發症	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我很在意腹膜透析 併發症
我可以學習換液技術及如何自我照顧，或我的家人可以協助	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我想要由醫護人員幫我執行洗腎就好
我不能接受 手臂開刀做瘻管	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	我不能接受 腹部開刀植管子
其他：	〈	〈	〈	〈〉	〉	〉	〉	其他：

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

1. 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
   □ 是　□ 否　□ 我不確定

2. 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
   □ 是　□ 否　□ 我不確定

3. 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
   □ 是　□ 否　□ 我不確定

4. 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
   □ 是　□ 否　□ 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

☐ 是　☐ 否　☐ 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

☐ 是　☐ 否　☐ 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ **我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：（下列擇一勾選）**

- ☐ 腎臟移植
  - ☐ 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療
  - ☐ 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療
- ☐ 腹膜透析
- ☐ 血液透析

☐ **我想要與家人朋友討論後再作決定**

- ☐ 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

☐ **對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：**

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考， 各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/
2. 健康 99 網站：http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx
4. 財團法人腎臟病防治基金會：http://www.tckdf.org.tw
5. 健康好腎活：http://www.ckdlife.com.tw/index
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：https://www.torsc.org.tw

參考資料

[1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 http://www.torsc.org.tw。

[2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。

[3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015; 628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_ind x=628&showx=showarticle&article_indx=10815&enews_dt=2015-11-19。

[4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States . Kidney international 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.

[5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. Nephrology Dialysis Transplantation 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.

[6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you-The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf.

[7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

[8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. Medicine (Baltimore) 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)

[9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. Peritoneal Dialysis International 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)

[10] NKF KDOGI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm

[11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. Internal Medicine 2012; 51(9): 1015-1021.

[12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers.PLoS One 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.

衛生福利部 國民健康署 Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本文宣品經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

附件 1-3『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

   □非常足夠　□足夠　□普通　□不足夠　□非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

   □非常滿意　□滿意　□普通　□不滿意　□非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

   □非常瞭解　□瞭解　□稍微瞭解　□不瞭解　□非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

   □非常有幫助　□有幫助　□普通　□沒有幫助　□完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

附件 2

ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫上傳資料注意事項

1. 資料段屬性說明：M 為必填；◎為條件式必填。
2. 上傳路徑：
   自健保資訊服務網系統（VPN）>ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫。



3. 上傳時間：
   (1) 第 1 季(Q1)：上傳截止日為該年度 5 月 20 日。
   (2) 第 2 季(Q2)：上傳截止日為該年度 8 月 20 日。
   (3) 第 3 季(Q3)：上傳截止日為該年度 11 月 20 日。
   (4) 第 4 季(Q4)：上傳截止日為次年度 02 月 20 日。
   (5) 半年期：應分為上半年(Q1、Q2)，下半年(Q3、Q4)分別上傳，上傳截止日同 Q1-Q4；亦即如於 Q2 上傳，則其上傳截止日為該年度 8 月 20 日。
   (6) 年指標(YY)：得依實際執行之季別上傳相關資料。
      A. 如以「Q1～Q4」種類填報者，應按各季上傳時間規定辦理。
      B. 如以「YY」種類填報，上傳截止日為次年度 02 月 20 日。
   (7) 季、半年及年指標之補上傳日為截止月之最後 2 日，若最後 1 日遇週末或國定假日則順延至次 1 上班日。如第 4 季(Q4)、下半年(Q3、Q4)及年指標(YY)原補傳日為 2 月 27 日、28 日，因二二八和平紀念日順延至次 1 上班日(如 3 月 1 日)。
4. 上傳資料注意事項：
   (1) 院所每季及每年上傳 25 個欄位檢驗資料；本上傳系統只提供定長為 210 bytes 上傳格式，其中不能有空值。
   (2) 上傳檔案之命名規則如下：
      業務組別(1)+醫事機構代號(10)+ 上傳檔案年月(YYYMM)+流水號(2)+ESRD.txt
      舉例：北區業務組(2)之醫事機構代號為 1234567890，106 年 4 月第 1 次上傳本資料檔案，則檔案應命名為『21234567890106040 1ESRD.txt』。
5. 上傳格式檢核
   (1) 唯一值條件(取 Key 值)：
      以年度、監測值種類、透析院所代碼、身分證號、出生日期、透析方式、檢驗日期等七項欄位。
   (2) 資料重複上傳

A. 上傳資料個案如前已曾上傳入檔，不允許重複上傳；檔案畫面將提示錯誤訊息「該監測值資料已存在，不得重複上傳!」

B. 若院所須更正已上傳資料(如：檢驗值)，可於畫面『查詢』後『更正』，將原該筆資料『刪除』後再重新上傳。

(3) 上傳截止日期：

各項監測值上傳截止日應依第 3 點上傳時間之規定，若逾上傳時間，錯誤訊息:「已超過該季監測值上傳截止日!」

(4) 檢驗值與檢驗日期須併同檢核：

A. 若『檢驗日期』為空白，但欄位 9 以後卻有檢驗值(含數字 0 及文字 X)，提示錯誤訊息:『未填報檢驗日期時，只上傳個案基本資料，不得填報其它檢驗值! 』

B. 若該次僅上傳某一檢驗值，但未有其他檢驗值時，則未具檢驗值之項目，仍應依下列方式填列(不得有空值)：

I. 數字格式欄位(12~16)填報 0(不可為空白)。

II. 文字格式欄位(17~20)填報 X(不可為空白)。

(5) 「檢驗日期」及「就醫日期」檢核說明:

「檢驗日期」及「就醫日期」需介於該筆資料所屬「監測值種類」之區間，如:

監測值種類為 Q1，則就醫日期、檢驗日期需介於 1/1~3/31

監測值種類為 Q2，則就醫日期、檢驗日期需介於 4/1~6/30

監測值種類為 Q3，則就醫日期、檢驗日期需介於 7/1~9/30

監測值種類為 Q4，則就醫日期、檢驗日期需介於 10/1~12/31

申報內容	慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式檔		
系統代號	QRE	系統名稱	個案管理子系統
放置路徑	定長 210bytes	命名規則	業務組別(1)+醫事機構代號(10)+ 上傳年月(YYYMM)+流水號(2)+ESRD.txt

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
1	YEARS	年度	3	1	3	M	M	民國年:YYY (如:106)	1. 至次年2月20日前，應上傳該年度數值。 2. 檢核登錄年度別。
2	DATA_TYPE	監測值種類	2	4	5	M	M	Q1:第一季 Q2:第二季 Q3:第三季 Q4:第四季 YY:全年 註:年指標得依實際執行之季別上傳相關資料；如以Q1～Q4種類填報者，應按上傳資料注意事項各季上傳時間規定辦理。	檢核監測值種類應符合上傳資料注意事項各季上傳之規定
3	BRANCH_CODE	業務組別	1	6	6	M	M	1:臺北業務組 2.北區業務組 3.中區業務組 4.南區業務組 5.高屏業務組 6.東區業務組	
4	HOSP_ID	透析院所代碼	10	7	16	M	M		
5	ID	身分證號	10	17	26	M	M		
6	BIRTHDAY	出生日期	8	27	34	M	M	YYYYMMDD	「開始透析日期」≧出生日期
7	DIA_TYPE	透析方式	1	35	35	M	M	1:血液透析 2:腹膜透析	
8	EXAM_DATE	檢驗日期	8	36	43	M	M	YYYYMMDD 註 1.個案於院所實際檢驗日期。	「檢驗日期」須介於「監測值種類」之日期區間。

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								2.未填報檢驗日期者，只上傳個案基本資料，亦不得填報其它檢驗值。	
9	PRSN_ID	醫事人員身分證號	10	44	53	M	M		
10	FUNC_DATE	就醫日期	8	54	61	M	M	該監測值種類第一次透析治療實際就醫日期(IC卡登錄就醫次數日期)	1. 就醫日期之年月須介於「年度」及「監測值種類」之區間。 2. 就醫日期≧「開始透析日期」
11	FIRST_DIA_DATE	開始透析日期	8	62	69	M	M	個案於該院開始透析日期	
12	ALBUMIN_BCP	Albumin(gm/dl)(BCP) 血清白蛋白	5	70	74	◎		(單位：gm/dL) 1. 本項於年度各季需填報，並依檢驗方式選擇填報『序號12之欄位』或『序號13之欄位』。 2. 上傳格式： (1). 具檢驗值者：採整數2位，小數2位及1位小數點(如：10.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填0。	
13	ALBUMIN_BCG	Albumin(gm/dl)(BCG) 血清白蛋白	5	75	79	◎		(單位：gm/dl) 1. 本項於年度各季需填報。 2. 上傳檢驗值格式： (1). 具檢驗值者：採整數2位，小數2位及1位小數點(如：10.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填0。	
14	BLOOD_HB	Hb(g/dl) 血紅素	5	80	84	M		(單位：g/dL) 1. 本項於年度各季需填報。 2. 上傳檢驗值格式： (1). 具檢驗值者：採整數2位，小數2位及1位小數點(如：10.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填	

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								0。	
15	URR	URR(%)尿素氮移除率	2	85	86	◎		(單位：%) 1. 本項限填報『本表序號7之透析方式為1(血液透析)』者，需填報上傳。 2. 本項於年度各季需填報。 3. 上傳檢驗值格式： (1). 具檢驗值者：採整數2位 (如：10)。 (2). 未具檢驗值者：請填0。	DIA_TYPE=「1(血液透析)」
16	EXAM_01	Weekly Kt/V	5	87	91	◎	M 半年	1. 本項限填報『本表序號7之透析方式為2(腹膜透析)』者，需填報上傳。 2. 本項於年度內，需每半年填報1次；故本項區分為上半年(Q1、Q2)、下半年(Q3、Q4)應分別上傳。 3. 上傳檢驗值格式： (1). 具檢驗值者：採整數2位，小數2位及1位小數點(如：10.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填0。	DIA_TYPE=「2(腹膜透析)」
17	HBsAg	B 肝表面抗原	1	92	92		M	1. 本項每年需填報1次。 2. 上傳檢驗結果值格式： (1). 1：陽性； 2：陰性。 (2). 未做檢驗請填 X。	
18	Anti-HCV	C 肝抗體	1	93	93		M	1. 本項每年需填報1次。 2. 上傳檢驗結果值格式： (1). 1：陽性； 2：陰性。 (2). 未做檢驗請填 X。	
19	EXAM_02	移植登錄	1	94	94		M	1. 本項每年需填報1次。 2. 上傳移植登錄之格式： (1). 1:已登錄腎臟移植,具相關資料備查。 0:未登錄腎臟移植。	

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								(2). 未做者請填 X。	
20	EXAM_03	建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	1	95	95		M	1. 新病人需填報1次。 2. 上傳格式： (1). 1:當年度已充分告知並有書面資料可查核。 0:無書面資料可查核。 (2). 未做者請填 X。	
21	CaP	鈣磷乘積	6	96	101		M 半年	(單位：mg2/dL2) 1. 本項於年度內，需每半年填報1次；故本項區分為上半年(Q1、Q2)、下半年(Q3、Q4)，依檢驗執行日期於各該季應分別上傳。 2. 上傳檢驗值格式： (1)具檢驗值者：採整數3位，小數2位及1位小數點(如：102.25)。 (2)未具檢驗值者:請填0。	
22	B_OTHER	B 肝表面抗原變化說明	50	102	151		M	當 B 肝表面抗原與前次填報不同時必填	
23	C_OTHER	C 肝抗體變化說明	50	152	201		M	當 C 肝抗體與前次填報不同時必填	
24	RNA_DATE	C 肝病毒檢驗日期	8	202	209		M	YYYYMMDD 1. 序號25-「C 肝病毒核酸」若為1(陽性)或2(陰性)者應上傳此次 HCV RNA 檢驗日期;若為3(前次陽性)或4(前次陰性)則上傳健保雲端 BC 肝炎專區中 HCV RNA 最近檢驗日	

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								2. 日期應介於序號1「年度」回推3年度，該年度1月1日及系統日期之間。(如111年度，則日期應介於108年1月1日至系統日期間)	
25	HCV_RNA	C肝病毒核酸	1	210	210		M	1. 序號18-「C肝抗體」為1(陽性)應上傳。 (C肝抗體陽性者至少每4年進行一次HCV RNA檢驗) 2. 序號24-「C肝病毒檢驗日期」欄位有值時，本欄位應為1(陽性)或2(陰性)或3(前次陽性)或4(前次陰性)。 3. 上傳檢驗結果值格式： (1)1：陽性(此次檢查)。 (2)2：陰性(此次檢查)。 (3)3:前次陽性。 (4)4:前次陰性。 (5)5:經評估不建議安排進一步診斷及治療。 (6)X：已轉介但尚未有檢驗結果。 (7)A：病人不願轉介。 註：前次檢查結果請自健保雲端BC肝炎專區查詢最近一次檢驗C肝RNA病毒結果資料。	