全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫

中華民國 112 年 7 月 4 日健保醫字第 1120112758 號公告
中華民國 113 年 3 月 18 日健保醫字第 1130105256 號公告
中華民國 114 年 5 月 21 日健保醫字第 1140110566 號公告修訂
中華民國 115 年 4 月 1 日健保醫字第 1150105560 號公告修訂
中華民國 115 年 11 月 5 日健保醫字第 1150123287 號公告修訂自 115 年 12 月 1 日生效

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫目的

一、提升末期腎衰竭病人（End Stage Kidney Disease，下稱 ESKD）腹膜透析治療之占率。

二、加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。

三、鼓勵院所配合執行腹膜透析業務，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。

四、鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(Shared Decision Making，下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

參、計畫期間：

自 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

肆、預算來源

一、115 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用 433.5 百萬元，其中 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

二、本計畫之「鼓勵提供虛擬健保卡服務獎勵費及申報獎勵金」由保險人公務預算支應。

伍、115 年度執行目標

一、腹膜透析新發個案：占率＞10%。

(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。

(以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)

二、腹膜透析盛行個案：占率＞8%。

(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。

(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險特約醫療院所，向中央健康保險署(下稱保險人)分區業務組提出申請：

一、醫師資格：

(一)應至少有一名專任腎臟專科醫師。

(二)設立於偏遠地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(三)前開所稱偏遠地區同「門診透析一般服務保障項目」所列之「偏遠地區」(含山地離島地區)。

二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

三、自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書(附件 1)。

柒、院所獎勵費用

本項包含「院所執行腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」、「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」及「院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費」。由保險人於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所執行腹膜透析獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計

算。

一、院所執行腹膜透析獎勵費:包含「首年提供腹膜透析業務」、「重新收治腹膜透析病人」、「醫院輔導其他院所首年提供腹膜透析業務」及「支持腹膜透析院所持續運作費」。除「支持腹膜透析院所持續運作費」外，餘由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名單。

(一)首年提供腹膜透析業務：每家院所獎勵 600,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)首年提供腹膜透析業務，如屬登記事項變更之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。

(2)前述腹膜透析業務執行後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

註：「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(附件 2)，醫療相互支應。

2.本項所定點數包括醫師及護理人員之訓練費用、相關設施與人事成本等。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(二)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)已執行腹膜透析業務，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。

(2)前述腹膜透析業務重新啓用後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新之訓練費用、相關設施與人事成本等。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(三)醫院輔導其他院所首年提供腹膜透析業務：每家院所獎勵 200,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)輔導其他院所首年提供腹膜透析業務，或輔導原已執行腹膜透析業務之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准之公函。

(2)被輔導院所首年提供或再執行腹膜透析業務一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。

2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。

3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。

4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構首年提供腹膜透析業務輔導申請書（附件 3），一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。

5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。

6.本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(四)支持腹膜透析院所持續運作費：

1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算：

(1)診所、地區醫院及區域醫院：

- 114 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 1-2 人者，每家院所獎勵 200,000 點。
- 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為 3 人以上者，每家院所獎勵 300,000 點。

(2)醫學中心：於 115 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費

(58011C、58017C)病人數：

-申報病人數未達 30 人者，不予獎勵。

-申報病人數介於 30(含)-49 人者，每家院所獎勵 200,000 點。

-申報病人數為 50 人以上者，每家院所獎勵 300,000 點。

2.當年度已領取本計畫「首年提供腹膜透析業務：每家院所獎勵 600,000 點」或「院所重新收治腹膜透析病人:每家院所獎勵 400,000 點」之院所，不再獎勵。

3.腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。

4.以同一年度內申報腹膜透析追蹤處置費達該年度一半月份以上之院所，認定為該病人之主責院所，並列為本項獎勵之核給對象。

認定原則舉例如下：

(1)114 年 7 月之新發個案：因未滿一年，於 114 年 7 月至 12 月期間，須申報腹膜透析追蹤處置費超過 3 個月者，始得認定為主責院所。

(2)113 年之新發個案：因已滿一年，於 114 年 1 月至 12 月期間，須申報腹膜透析追蹤處置費超過 6 個月者，始得認定為主責院所。

二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.首次接受腹膜透析治療之新病人,同一院所持續接受腹膜透析照護達 6 個月（含）者 註:山地離島地區加計 30%。	V	V	V	V	36,000 72,000
2.首次接受腹膜透析治療之新病人,持續接受腹膜透析照護達 7 個月以上者(第 7 個月至 24 個月)(按月計算)	V	V	V	V	10,000 20,000

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
註:山地離島地區加計 30%。					

註：1.「首次接受腹膜透析治療之新病人」係指該病人最近三年首次申報腹膜透析追蹤處置費。

2.「持續」係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費，倘因臨床醫療因素而中斷治療者，三個月內恢復腹膜透析治療得以延續計算。

3.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。

4.每月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，每月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。

三、腹膜透析院所推廣獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(一)獎勵條件：區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達 5 人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。

(二)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及 115 年 12 月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數x115 年 12 月腹膜透析病人數】

(三)年成長率之計算：

年成長率=【(115 年 12 月腹膜透析病人數-114 年 12 月腹膜透析病人數）÷114 年 12 月腹膜透析病人數】x100%

年成長率	獎勵點數
1.介於 1%至 2%（不含）	4,000
2.介於 2%至 3%（不含）	6,000
3.介於 3%至 4%（不含）	8,000
4. 介於 4%至 5%（不含）	10,000
5. 大於等於 5%以上	12,000

註：1.115 年 12 月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。

2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。

四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(一)獎勵條件：

1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。

2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達 70 分(含)以上者。

(二)獎勵費之計算：依當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分計算：

1.總分介於 70 分至 89 分：每個案獎勵 4, 000 點。

院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數x4,000點

2.總分 90 分以上：每個案獎勵 8, 000 點。

院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數x8,000點

(三)腹膜透析照護品質指標項目及計算：

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分（季）	以院所為單位進行計算
2. 血鈉≥ 130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%	8 分（半年）	
3. 血鉀≥ 3.2 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%	8 分（半年）	
4. 心胸比（Cardiothoracic Ratio）≤ 0.55	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 70%	14 分（年）	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內，renal Kt/V 下降 ≤ 0.4/半年	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%	10 分（年）	
6. 腹膜炎發生率	每 100 人月腹膜炎≤ 2.0 次	14 分（年）	

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
7. 住院率	每千透析人口≤435.28 人次	14 分（年）	

五、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費:獎勵 30,000 點。

獎勵條件:地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率≧10%者。

註:當年度首次接受透析新病人係指最近 3 年首次申報透析相關支付標準編號（58001C、58002C、58011C、58017C、58026C、58027C、58028C、58029C）者。

捌、給付項目及支付標準

通則：

一、病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。

二、本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策（SDM）					
P8101C	-慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人（每次）	V	V	V	V	600
P8102C	-血液透析治療二年內之病人（每次） 註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年－第 1 次申報門診透析案件（案件分類為 05）之費用年」≦2 者。 3.P8102C 限每年申報一次。 4.SDM 及說明內容如附件 4「末期腎衰竭治療模式衛教表」。	V	V	V	V	600
	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策（SDM）後，成功轉腹膜透析之加算					
P8103A	-CKD Stage 5 之病人			V	V	600
P8104Q		V	V			1,400
P8105A	-血液透析治療二年內之病人			V	V	600
P8106Q	 註： 1. 本項由執行醫病共享決策（SDM），且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 2. 每人限申報一次。	V	V			1,400
	腹膜透析病人訪視費(次)					
P8107C	1.實地訪視	V	V	V	V	1,200
P8108C	2.視訊訪視	V	V	V	V	1,200
	註：					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(附件2)，執行腹膜透析病人居家訪視，並由實際訪視院所申報。 2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天，並依「通訊診察治療辦法」辦理。 3.不得與下列項目，同時申報： (1) 醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。 (2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。 (3)當月申報本項目者，不得同月再申報 P8117C 輔助型腹膜透析治療處置費(每次)。 4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 5.醫事人員完成居家訪視後，須於訪視診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章（附件 5）。					
P8109B	腹膜透析下轉及回轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。 2.支付規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。 c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。 d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。 e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動		V	V	V	10,000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。					
P8110B	腹膜透析平轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。 2.支付規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。 c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。 d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」(編號01036C、01037C)、「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號01034B及01035B)，以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號P4303C)。 e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。		V	V	V	5,000
P8111Q	腹膜透析上轉獎勵費 註： 1. 適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。 2. 執行規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。 c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。 d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理	V	V	V		10,000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	轉診費_上轉」（編號 01036C 及 01037C），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。 e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。					
P8112C	加強病人自我照護品質處置費 --連續性可攜帶式腹膜透析(Continuous Automated Peritoneal Dialysis, CAPD)	V	V	V	V	887
P8113C	--全自動腹膜透析(Automated peritoneal dialysis, APD)	V	V	V	V	887
P8114C	--全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註： 1.至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果。 (1)執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 (2)解決腹膜透析病人突發之狀況。 (3)處理腹膜透析病人營養問題。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號 58011C、58017C 及 58028C)加成 10%之費用。	V	V	V	V	7
P8116B	連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--未經血液透析治療 註： 1.首次接受透析治療之新病人，未經由血液透析治療，直接啟動腹膜透析治療。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準編號 58012B 加成 50%之費用		V	V	V	2,142
P8117C	輔助型腹膜透析治療處置費(每次) 註： 1.本項僅適用接受輔助型腹膜透析治療的病人。 2.適用對象: (1)視力障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (2)上肢障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (3)65歲以上。 (4)失能（巴氏量表小於60分）。 (5)智能障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (6)失智症（身心障礙證明輕度以上）。	V	V	V	V	1,200

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(7)植物人。 (8)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。 3.協助腹膜透析之人員須符合本計畫第陸點所示醫護人員的資格。 4.針對接受輔助型腹膜透析治療的病人，院所醫護人員須至居家或機構確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術。 5.醫事人員每次訪視後，須於處置紀錄單內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目等內容(附件6)。 6.主責院所或共同照護診所皆可申報。 7.不得與下列項目，同時申報： (1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。 (2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。 (3)當月申報本項目者，不得同月再申報 P8107C 或 P8108C 腹膜透析病人訪視費。 8.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 9.申請頻次：每位輔助型腹膜透析病人，每月申請次數上限為 4 次。					

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療費用申報

(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1.案件分類：填報「05 洗腎」。

2.任一特定治療項目代號：填報「K3」。

(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1.申報腹膜透析病人訪視費（P8107C-P8108C）者：

(1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。

(2)如為基層診所與醫院簽訂共同照護備忘錄者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3：接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉（代）檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。

2.申報轉診獎勵費（P8109B、P8110B 及 P8111Q）者：「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」,「總量」、「單價」、「點數」填 0。其他申報規範同轉診支付標準(編號 01034B-01038C)之規定。

(三)鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵費:

1. 協助病人綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金：每名病人獎勵200點，限獎勵一次：

(1)取得病人或家屬同意後，由特約醫事服務機構協助綁定，並將佐證資料留存於病歷備查，須協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等。

(2)特約醫事機構需於當年度收案期間有以虛擬(行動)健保卡方式申報該病人醫療費用資料且成功。

2. 已綁定者因手機故障或更換手機再重新綁定、已於本計畫結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫(如：全民健康保險遠距醫療給付計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。

3. 虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：以占率獎勵：

分子：「當年度以虛擬(行動)健保卡申報成功」係指院所申報支付項目「P8108C 腹膜透析病人訪視費(次)-視訊訪視」且符合下列任一條件者:

(1)「就醫序號」第1碼為 V 之件數。

(2)「就醫序號」第1碼為 W，且醫令代碼包含 W00V 之案件。

分母：「當年度申報適用對象醫療費用之件數」係指申報支付項目「P8108C 腹膜透析病人訪視費(次)-視訊訪視」之件數。

獎勵內容如下：

獎勵指標占率	每件獎勵點數		當年度有提供病人該計畫/支付標準服務且累計≧10 人，每家機構獎勵點數
	一般地區	山地離島地區	
5%≦占率<25%	10	20	5,000
25%≦占率<50%	20	40	10,000
50%≦占率<70%	30	60	20,000
≧70%	40	80	30,000

三、醫療費用核付：除本計畫第捌項支付標準外，其餘由台灣腎臟醫學會依下列資料及時程提供本保險人作為核付依據：

(一)簽訂共同照護之院所名單：由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。

(二)下列資料請於次年 1 月底前提供本保險人：

1.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「一、院所執行腹膜透析獎勵費」之院所名單。

2.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」，有關品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

四、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

五、年度獎勵費各醫院層級之認定，以當年度最後之特約類別為認定標準。

六、本計畫之獎勵費、給付項目及支付標準項目，每點 1 元，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

七、應分配予執行業務之相關醫事人員者，醫療院所應於次年 6 月底前，彙整本計畫「醫療院所提撥獎勵分配情形彙整表」等資料，函送保險人分區業務組備查。

拾、退場機制：

未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本計畫之資格。

拾壹、預期效益

一、提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。

二、延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。

三、改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。

四、讓末期腎臟病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

拾貳、資訊公開及計畫修正程序

一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。

二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。

三、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

四、計畫修正程序：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修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

☐ (第1款)急性後期照護
☐ (第2款)慢性病照護計畫收案病人
☐ (第3款)長期照顧服務
☐ (第4款)家庭醫師收治照護
☐ (第5款)居家醫療照護
☐ (第6款)疾病末期照護
☐ (第7款)矯正機關收容照護
☐ (第8款)行動不便照護
☐ (第9款)災害、傳染病或其他重大變故照護
☐ (第10款)國際醫療照護

【填寫說明】

1. 擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
2. 依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○（A 物理治療所）

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○（A 物理治療所）

【填寫說明】

1、 主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。

2、 本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

<table>
<tr><td colspan="4">(請下拉選單擇定)</td></tr>
<tr><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>詢問病情</td><td>☐</td><td>精神科心理治療</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>提供醫療諮詢</td><td rowspan="2">☐</td><td rowspan="2">開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>診察、診斷、醫囑</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>開立檢查、檢驗單</td><td>☐</td><td>原有處方之調整或指導</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>會診</td><td>☐</td><td>衛生教育</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="4">(請下拉選單擇定)</td></tr>
<tr><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td><td>勾選欄</td><td>醫療項目(可複選)</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>詢問病情</td><td>☐</td><td>精神科心理治療</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>提供醫療諮詢</td><td rowspan="2">☐</td><td rowspan="2">開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>診察、診斷、醫囑</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>開立檢查、檢驗單</td><td>☐</td><td>原有處方之調整或指導</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>會診</td><td>☐</td><td>衛生教育</td></tr>
</table>

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

1、 醫療項目，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。

2、 請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。

3、 如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄　符合本辦法第3條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

□　第1款：急性後期照護(不得為初診病人)

●為□緊急外傷病人、□急性冠心症病人、□精神疾病急性病人、□急性腦中風病人、□慢性阻塞性肺病病人、□慢性心衰竭病人、□手術後病人或□其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

●勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。

□　第2款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

●指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

□　第3款：長期照顧服務(不得為初診病人)

●指為與醫療機構訂有醫療服務契約之□長期照顧服務機構、□老人福利機構、□身心障礙福利機構、□護理機構或□其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

□　第6款：疾病末期照護(不得為初診病人)

●本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。

□　第7款：矯正機關收容照護

●　本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。

●依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

□　第8款：行動不便照護(不得為初診病人)

●本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：

□失能(長期照顧服務法第3條第2款)

□身心障礙(身心障礙者權益保障法第5條)

□重大傷病(全民健康保險法第48條第1項第1款)

□ 第9款：災害、傳染病或其他重大變故照護

●本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。

□ 第10款：國際醫療照護

●本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

1、 本辦法第20條第1項第2款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。

2、 請勾選符合本辦法第3條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為4年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構 (本辦法第6條所定機構或矯正機關)

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	（請下拉選單擇定）		
	（請下拉選單擇定）		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以___(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。

2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？

□ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。

□ 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。

2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

□ 是；□ 否 （勾「否」者，免填以下第3點）

3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

（1） 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

（未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於實施之日起15日內，報衛生局備查）

（2）上述通訊診療之資訊系統，係：

□ 本實施計畫申請機構自行建置；

□ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央

主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院者，免填第3點。

2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定。

3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		□已核定 □申請中 □尚未申請
		□已核定 □申請中 □尚未申請

【填寫說明】

1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。

2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第21條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國　　年　　月　　日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____
(或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：　　簽名：

關係：病人之　　身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

附件 2

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫療院所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

首年提供腹膜透析業務之醫療院所(以下簡稱甲方)

已執行腹膜透析業務之醫療院所(以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：	乙 方：
醫事機構代號：	醫事機構代號：
負 責 醫 師：	負 責 醫 師：
身分證字號：	身分證字號：
地 址：	地 址：
電 話：	電 話：

中華民國　年　月　日

附件 3

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫事服務機構首年提供腹膜透析業務輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 代號：＿＿＿＿＿＿

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 代號：＿＿＿＿＿＿

本院(所)申請自　年　月　日起接受

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（輔導機構名稱）＿＿＿＿＿＿＿＿（輔導機構代號）輔導首年提供腹膜透析業務，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

被輔導機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

（請加蓋與合約相符之印信及印鑑）

中華民國　　年　　月　　日

附件 4

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____-_____

姓　　名：_____　性別：□男　□女　電話號碼：_____

病歷號碼：_____　出生日期：___年___月___日　身分證字號：_____

收案日期：___年___月___日 結案日期：___年___月___日　原發疾病：_____

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

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	腎臟移植
□透析通路和原理	□透析通路和原理	□移植的術前評估
□透析場所/時間/執行者	□透析場所/時間/執行者	□移植的優點和缺點
□透析可能產生的症狀	□透析可能產生的症狀	□移植的併發症
□適應症及禁忌症	□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	□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)	□其它(居家照護、社會福利等)	□其它(居家照護、社會福利等)`

＊醫病共享決策輔助表如附

『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？
   □1.非常足夠　□2.足夠　□3.普通　□4.不足夠　□5.非常不足夠
2. 您對衛教的方式滿意嗎？
   □1.非常滿意　□2.滿意　□3.普通　□4.不滿意　□5.非常不滿意
3. 您對衛教內容瞭解嗎？
   □1.非常瞭解　□2.瞭解　□3.稍微瞭解　□4.不瞭解　□5.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？
   □1.非常有幫助　□2.有幫助　□3.普通　□4.沒有幫助　□5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：　　衛教者簽名：

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

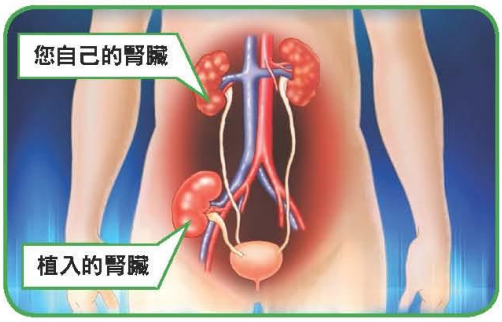
(3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

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」



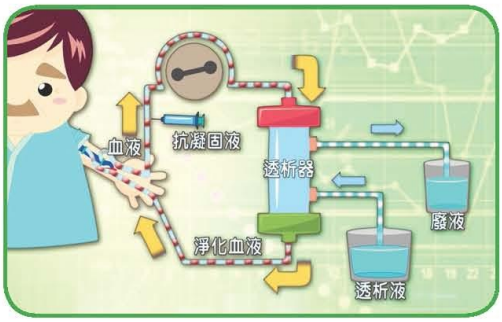
需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。

● 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 ☑

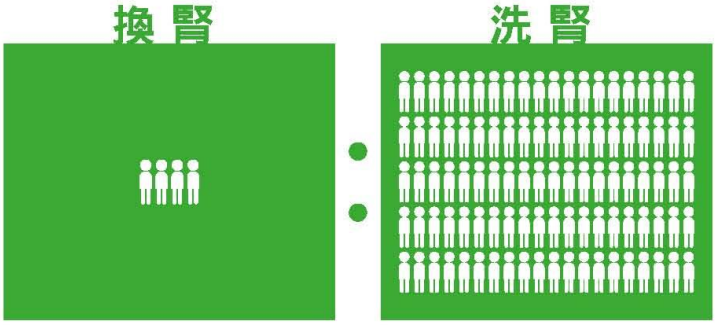
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

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 rowspan="2">■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">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 5

_____醫院 /_____診所

腹膜透析病人居家訪視紀錄單

(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名：　　性別：□男 □女 主治醫師：

身分證號碼：　　病歷號碼：

透析開始日期(YYYY/MM/DD)：

訪視日期：　　訪視醫師/護理師：

目前透析方式：□ CAPD　□ APD　□ CCPD

曾發生腹膜炎：□ 是　□ 否

二、居家環境：

1.屋內環境：□整齊清潔 □尚可 □雜亂 □灰塵 □其他

2.換液環境：□特別設置換液間 □在臥房內 □沒有固定環境

密閉空間-□有 □無 窗簾-□有 □無

3.換液設備：□有裝設紫外線滅菌燈 □有室內空調

□電風扇 □微波爐 □電毯 □75%酒精噴槍

□有透析專用桌子 □磅秤 □點滴架

□口罩 □S 掛鉤 □臉盆 □乾洗手液

4.換液桌面：□木頭 □不銹鋼 □玻璃墊 □塑膠墊 □其他

5.換液位置：□靠窗 □靠牆壁 □面對門 □背對光源 □其他

6.洗手用物：□肥皂 □洗手乳 □無

7.洗手台： □清潔 □髒污 流動的水-□有 □無

8.擦手方式：□擦手紙 □毛巾 □其他

9.透析液存放空間：□整齊 □雜亂 □墊高 □陽光照射

□潮濕 □陰暗 □灰塵

10.透析液擺放：濃度分類-□有 □無 過期-□有 □無 依日期存放-□有 □無

堆放雜物-□有 □無 過量-□有 □無 其他

11.導管出口換藥用物：保存方法正確-□有 □無

消毒溶液過期-□有 □無

紗布過期- □有 □無

棉籤過期- □有 □無

□生理食鹽水(□20cc/□500cc)

□其他

12.換液後的處理：正確的善後處理(倒入馬桶) □有 □無

APD 水桶 □清潔 □汙垢

13.每日透析記錄本的記錄： □有 □無 □偶爾

三、居家生活評估：

1.換液技術操作者：□自己 □父母 □配偶 □子女 □外傭
□多人輪流照顧 □其他

2.三餐飲食內容： □家人或自己烹調食物 □外食 □素食

3.行動能力： □正常 □需輔助器材 □臥床

4.日常生活狀況： □能自行完成 □協助下完成 □需家人的協助

四、遵從性：

1.口服藥物：過期-□有 □無 正確存放-□有 □無 過量-□有 □無

2.EPO 藥物：過期-□有 □無 正確存放-□有 □無 過量-□有 □無

五、建議：

優點-

缺點-

六、照片：

1. 換液環境
2. 換液設備
3. 換液桌面
4. 換液位置
5. 洗手用物
6. 透析液存放空間
7. 藥水擺放
8. 導管出口換藥用物
9. 藥物(口服藥/EPO)

附件 6

輔助型腹膜透析病人
醫護人員至居家(機構)處置紀錄單

【適用 P8117C】(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名：　　性別：□男 □女 主治醫師：

身分證號碼：　　病歷號碼：

透析開始日期(YYYY/MM/DD)：

訪視日期(YYYY/MM/DD)：　　訪視地點：□住家 □機構

機構名稱/地址：

訪視院所：□主責 □共同照護　訪視醫師/護理師：

目前透析方式：□ CAPD　□ APD　□ CCPD

曾發生腹膜炎：□ 是　□ 否

二、輔助型腹膜透析適應症：

□視力障礙（具身心障礙證明）。

□上肢障礙（具心障礙證明）。

□65歲以上。

□失能（巴氏量表小於60分）。

□智能障礙（具身心障礙證明）。

□失智症（具身心障礙證明）。

□植物人。

□因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

三、輔助型腹膜透析的執行者：

姓名：　　性別：□男 □女

身分證字號/外來人口統一證號：　　與病人的關係：

首次執行輔助型腹膜透析的日期(YYYY/MM/DD)：

四、請說明本次處置內容（確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術）：