

行政院衛生署

101 年度慢性腎衰竭病人 門診透析服務品質提升獎勵計畫



中華民國 101 年 8 月

目 錄

壹、計畫背景與目的	1
貳、計畫實施期間	2
參、經費來源	2
肆、執行策略及方法	3
伍、透析醫療服務品質監控與輔導	10
陸、預期效果及影響	10
柒、預算執行與會計處理作業	11

附錄

附錄一 「101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提昇獎勵計畫」申請書	13
附錄二 門診透析服務品質監測指標項目	14
附錄三 各院所之核發金額計算公式	25
附錄四 參與「101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提昇獎勵計畫」-院所服務人數及核付金額	27

壹、計畫背景與目的：

一、計畫背景：

有鑑於慢性腎衰竭病人數逐年上升，洗腎人口高達 6 萬多人，發生率及盛行率高居世界第一，每年使用健保醫療費用約 300 億元，已擠進十大健保支出排名前五名。而且根據美國腎臟病資料登錄系統 (USRDS, 2009) 的統計，洗腎個案 10 年存活率約 19%；同時，美國國家腎臟基金會發現，血液透析中血尿素氮透析效率 (Kt/V) 與死亡率呈現負相關，在 (Kt/V) 值增加到 1.2 的過程中，(Kt/V) 值每增加 0.1，則病患死亡率每年減少 11%。而國外研究 (Owen WF Jr, Lew NL, Liu Y, et al, 1993) 也指出，血清白蛋白值降低，洗腎死亡率就會增加，所以各國也常用死亡率及住院率來評估透析治療的成效。

為確保慢性腎衰竭病人之就醫權益，增加其自我照顧能力，並定期監測各院所門診透析之各項照護指標，提升專業服務品質，爰擬訂「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升計畫」，藉由門診透析服務品質指標之監測，鼓勵透析院所提供完整性之個案照護，進而預防慢性腎衰竭病人病情惡化，提升門診透析醫療品質及病人安全，避免其併發症之發生及不必要之住院，進而減少全民健康保險醫療費用之支出。

門診透析照護指標，包括血清白蛋白、血尿素氮透析效率(Kt/V)、血球比容(Hct)、住院率、死亡率、「瘻管」重建率、B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率、C型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率、脫離率、準時繳交報告、建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制及55歲以下透析病患移植登錄率等。

二、計畫目的：

- (一) 提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病患之併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- (二) 提升慢性腎衰竭病患自我照護之能力，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，持續改善品質，提升我國腎臟病整體之醫療照護品質。

貳、計畫實施期間：

101年1月1日至101年12月31日。

參、經費來源：

102年行政院衛生署醫療發展基金預算項下編列4,500萬元支應，若本項預算遭立法院刪減，則以刪減後預算額度支應。

肆、執行策略及方法：

本計畫獎勵內容與申請程序、獎勵申請案之審查、獎勵核准之核發、獎勵費用之分配等，由本署中央健康保險局（以下稱健保局）辦理，採專款專用。

一、服務對象：

慢性腎衰竭病患接受全民健康保險（以下稱全民健保）門診血液透析或腹膜透析服務之個案。

二、獎勵對象：

與健保局簽訂辦理門診透析醫療業務之院所，並申請參加「101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」（詳附錄一）經核准者。

三、強化之服務內容：

1. 依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療（參考國民健康局與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」）。
2. 除必須提供與教導適切的衛教知識與營養資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
3. 透過各項監測指標，監測參與院所之醫療照護品質，落實優質之透析服務，作為獎勵品質提升之依據。

四、執行成果之品質監控及評估方式：

(一) 參與院所定期提報監測項目執行情形，由健保局進行監控與輔導。

(二) 監測項目及評估方式

1. 血液透析

(1) 準時繳交報告：

為達定期監測及指標資料整合之目的，請各透析院所每季準時繳交相關指標資料，以便及時輔導及追蹤。

(2) 「血清白蛋白」：

「血清白蛋白」數值反映血液透析病患的「營養」狀況，該項數值在不同檢驗方法有不同的標準值，(1)以「溴甲酚紫 (bromcresol purple, BCP) 法」檢驗的正常值為大於 3.0(公克 / 百毫升)。 (2)以「溴甲酚綠 (bromcresol green, BCG) 法」檢驗的正常值為大於 3.5(公克 / 百毫升)。如果透析醫療院所照顧的病患，其血清白蛋白平均數值若低於前述正常值，則顯示該醫療院所需加強改善病患的營養狀況。

各透析院所病患監測值達成率： ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 ≥ 3.0 gm/dl (BCP) 百分比 $\geq 75\%$ 。

(3)血尿素氮透析效率(Kt/V)：

血尿素氮透析效率(Kt/V)，強調單次透析效率，由抽血檢驗洗腎前後血中尿素氮的變化，可計算出Kt/V 的值。Kt/V 的值越高表示洗腎的效率越好，也就是當次血中廢物被排除的效果愈好，美國聯合透析研究（National Cooperative Dialysis Study）建議，每次透析 Kt/V 應在 1.0 以上。如果透析醫療院所照顧的血液透析病患，Kt/V 值在 1.2 以上的合格率达 90%，就屬於較佳的醫療院所。

各透析院所病患監測值達成率：Kt/V 值 ≥ 1.2 者 $\geq 95\%$ 。

(4)「血球比容 (Hct)」：

「血球比容 (Hct)」數值反映血液透析病患血液中「紅血球容積」的多寡，該項數值太低表示有貧血現象。如果透析醫療院所照顧的血液透析病患，其「血球比容 (Hct)」平均數值低於 30%，則表示該醫療院所需加強改善病患的貧血狀況。

各透析院所病患監測值達成率：「血球比容 (Hct)」平均數值 $\geq 26\%$ 者 $\geq 90\%$ 。

(5)住院率：

指平均每 100 人月住院次數，住院率愈低顯示院所照護品質愈好，各透析院所病患監測值達成率為每 100 人月(100 人月) ≤ 8 。

(6)死亡率：

指平均每 100 人月死亡人次，死亡率愈低顯示院所照護品質愈好，各透析院所病患監測值達成率為：透析時間 <1 年者 ≤ 4 ；透析時間 ≥ 1 年者 ≤ 2 。

(7)「瘻管」重建率：

「瘻管」建立是血液透析病人將動脈及靜脈血管吻合的手術。臨床上透析病患執行「造管」及「植管」屬於「瘻管」建立的一種，也是為長期進行透析治療作準備，通常「造管」或「植管」在正常使用狀況下約可使用 1 年至 2 年，但可能有的病人本身血管狀況不佳，血管容易堵塞的特殊狀況，就必須重新進行「造管」或「植管」。如果透析醫療院所照顧的血液透析病患，其「瘻管」重建率太高，則顯示該醫療院所病患血管通路失敗率過高，需加強改善。

各透析院所病患監測值達成率：每 100 病人月(100 人月) ≤ 2 。

(8)B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率：

B 型肝炎主要是經由血路及性接觸傳染，透析過程中患者可能因為醫護人員血路之操作不適當而導致感染，另外，對於透析前既有 B 型肝炎為了減少交互感染，則需進行床位隔離透析。故 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率可反應出透析治療醫護人員平日血路照護品質及其隔離措施。

各透析院所病患監測值為 $\leq 3.5\%$ 。

(9)C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率

C 型肝炎病毒主要是經由血路及性接觸傳染給別人，血液透析患者常因貧血而接受未被篩檢出 C 型肝炎病毒的血液輸注或透析過程中接觸到被 C 型肝炎病毒污染的機械，物質或人員等而感染 C 型肝炎病毒。C 型肝炎病毒抗體轉陽率較低，可反應出透析治療單位與醫護人員平日對透析環境及耗材的感控情形較佳。

各透析院所病患監測值為 $\leq 3.5\%$ 。

(10) 建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：

對於新接受透析治療之病患，應給予完整之透析治療模式之講解與衛教，讓透析個案具有選擇權，並有書面資料可供查核。

(11) 脫離率：

此項為鼓勵項目，希望透析院所能提升透析病人之脫離率。

各透析院所病患監測值達成率包括：(A)腎功能回復而不須再透析者；(B)因腎移植而不須再透析者。

(12) 55 歲以下透析病患移植登錄率：

此項為鼓勵項目，希望透析院所能積極達成此一目標。每增加 1% 55 歲以下透析病患移植登錄率，加 1 分，最多 5 分。

2. 腹膜透析

監測項目與血液透析大致相同，僅多加「腹膜炎發生率」。「腹膜炎發生率」反映透析醫療院所照顧的腹膜透析病患發生腹膜炎的比率，如果透析醫療院所的腹膜炎發生率太高，則顯示該醫療院所需加強改善照護品質。透析醫療院所應努力將院內病患的腹膜炎發生率控制在每 100 病人月小於 3 的水準，也就是每 100 人月 ≤ 3 。

(三)各項監測項目及操作型定義及配分，詳附錄二。

五、101 年經費需求

依據目前慢性腎衰竭病患接受全民健保門診透析服務之人數（約 6 萬 5 千人）以及透析院所提供服務之頻率（次數、月份）推估，101 年預計經費為 4,500 萬元。

六、核發資格：

- (一) 該院所之各項品質指標分數全年達 60 分以上者。
- (二) 醫事機構於 101 年度內具有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條、第 36 條、第 37 條、第 38 條、第 41 條及第 42 條等所列違規情事經核予處分者，不予核發。
- (三) 各院所之核發金額計算公式，詳附錄三。

伍、透析醫療服務品質監控與輔導：

- 一、所列品質指標項目，參考前述專業醫療服務品質指標的發展狀況，隨時進行檢討修訂。
- 二、健保局應將前述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，出版各分區業務組「報告卡」(Report card)，以供西醫基層總額、醫院總額等專業團體，共同輔導透析機構持續性改善服務品質，並供保險對象查詢參考。

陸、預期效果及影響：

一、預期效果

- (一) 建置完整之全國腎臟照護資料庫及門診透析之醫療品質監測機制。
- (二) 健全門診透析服務品質及良好照護模式之改善，藉由醫療品質績效測量促進完整性照護之實施，確保透析病人得到適宜的照護品質。
- (三) 透析院所持續投入品質改善措施，以符合病人需求與提升病人安全及照護品質。
- (四) 降低門診透析病患嚴重併發症或死亡之機率，以減少醫療費用支出，並進而保護透析病患。

二、影響

(一) 營造透析院所以品質為良性競爭的環境：

重視照護品質自我監測與積極展開改善之落實，並互相經驗交流，且以品質為良性競爭，以符合病人需求與醫療品質之持續改善。

(二) 鼓舞醫療院所投入資源執行品質改善措施：

藉由醫療品質獎勵措施之運作、健康品質績效促進與照護統整之實施以及相關專案管理等配套措施，將引發醫院對落實透析醫療團隊之整合，預期醫療院所對投入品質改善措施、提供符合病人需求與確保病人得到適宜的照護品質，將不斷精益求精。

(三) 長期實施後，將對門診透析施行良好之監測指標項目及院所，提供作為全民健康保險論質計酬之參考依據。

柒、預算執行與會計處理作業

一、申報及核付原則：

參加本項計畫之院所應依規定檢具品質監測指標相關資料，健保局據以進行指標計算及費用核付。

二、會計處理暨請款、核撥與結報方式：

1. 請款方式：

本計畫於民國102年3月由健保局依院所執行成果估算預計核發預算金額，掣領據函送基金管理機構，辦理請款手續。

2. 核撥與結報方式：

健保局依執行結果，編製參與本方案院所服務人數及核付金額資料(格式如附錄四)，於102年6月30日前，函送基金管理機構辦理核銷，相關憑證統由基金管理機構報請審計部同意就地審計後配合存放。

3. 本計畫由健保局執行，且應自我考評預算執行及業務辦理情形。

附錄一

101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申請書

本機構自 年 月 日起申請參加「101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

行政院衛生署中央健康保險局

分區業務組

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：



中 華 民 國

年

月

日

附錄二 門診透析服務品質監測指標項目

1、血液透析：

項 目	各透析院所病患監測值達成率	得 分
1. 準時繳交報告者		每季 3.5 分
2. 血清白蛋白(Albumin \geq 3.5 g/dl(BCG)或 3.0g/dl(BCP))	\geq 75%	每季 4 分
3. Kt/V \geq 1.2	\geq 95%	每季 4 分
4. Hct \geq 26%	\geq 90%	每季 4 分
5. 住院率 (100 人月)	\leq 8	5 分 (年)
6. 死亡率(100 人月)	透析時間 < 1 year 者 \leq 4 透析時間 \geq 1 year 者 \leq 2	5 分 (年)
7. 瘻管重建率(100 人月)	\leq 2	5 分(年)
8. B 型肝炎表面抗原轉陽率	\leq 3.5%	4 分 (年)
9. C 型肝炎轉陽率	\leq 3.5%	4 分 (年)
10. 建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於新接受透析治療之病患，應給予完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。	100 %	10 分 (年)
11. 脫離率:指(A)腎功能回復而不須再透析者；(B)因腎移植而不須再透析者 註：此項為鼓勵項目，希望透析院所能積極達成此一目標。	脫離率(A)+(B) \geq 1%(每年)	5 分(年)
12. 55 歲以下透析病患移植登錄率(%)	移植登錄率 > 5% 5 分(年) 移植登錄率 > 4% 4 分(年) 移植登錄率 > 3% 3 分(年) 移植登錄率 > 2% 2 分(年) 移植登錄率 > 1% 1 分(年)	5 分(年)

註：院所應將監測項目執行情形提報至台灣腎臟醫學會，由健保局定期進行監控管理。

1-1 門診透析專業醫療服務品質指標（血液透析部分）-操作型定義

指標項目	積極性目標值	檢驗頻率	監測頻率*	監測方法	指標定義或監測內容
1. 血清白蛋白 (Albumin)	1. 受檢率 \geq 90% 2. 合格為 < 3.5 gm/dl (BCG)或< 3.0 gm/dl (BCP) 百分比< 30% 3. 全國合格率應>80%	每個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 低於 3.5 gm/dl (BCG 法)之百分比。【若以 BCP 法測量則為低於 3.0 gm/dl 之百分比】
2. Kt/V	1. 受檢率 \geq 90% 2. 合格為< 1.2 百分比< 10% 3. 全國合格率應>80%	每三個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 低於 1.2 (Daugirdas 公式) 之百分比
3.Hct	1. 受檢率 \geq 90% 2. 合格為 \geq 26% 百分比 \geq 90% 3. 全國合格率應>90%	每個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 大於 26%之百分比
4.住院率：平均每 100 人月住院次數及原因	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	平均每 100 人月住院次數； 住院率=(追蹤期間所有病人之總住院次數)X100/(追蹤期間之總病人月數**)
5.死亡率（每 100 人月）	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每三個月	每三個月	院所申報	死亡率=(追蹤期間死亡個案數) X 100/(追蹤期間之總病人月數**)
6.瘻管重建率(每 100 人月)	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	重建率=(追蹤期間所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管手術之總次數)X100/(追蹤期間之總病人月數**)
7.脫離率（百分比）	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	脫離率 I(腎功能回復而不須再透析者)=(追蹤期間新病人或原透析病人因腎功能回復而不須再繼續接受透

指標項目	積極性目標值	檢驗頻率	監測頻率*	監測方法	指標定義或監測內容
					$\frac{\text{析治療之人數}}{\text{追蹤期間之所有新病人數}}$ $\text{脫離率 II (因腎移植而不須再透析者)} = \frac{\text{追蹤期間因腎移植而不須再接受透析治療之人數}}{\text{追蹤期間之所有病人數}}$
8.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率 (百分比)		每年	每年	資料分析	$\text{轉陽率} = \frac{\text{追蹤期間 HBsAg 由陰性轉為陽性 (新感染) 之人數}}{\text{追蹤期間之陰性病人數}}$
9. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率 (百分比)		每年	每年	資料分析	$\text{轉陽率} = \frac{\text{追蹤期間 Anti-HCV 由陰性轉為陽性 (新感染) 之人數}}{\text{追蹤期間之陰性病人數}}$
10. 55 歲以下血液透析病患移植登錄率 (百分比)		每年	每年	院所申報	$\text{55 歲以下血液透析病患移植登錄率} = \frac{\text{55 歲以下血液透析病患移植登錄人數}}{\text{55 歲以下血液透析病患人數}} \times 100$

* 每三個月監測頻率：申報日期為每年 1 月、4 月、7 月、10 月之 15 日以前。

每六個月監測頻率：申報日期為每年 1 月及 7 月之 15 日以前。

** 追蹤期間之總病人月數：表示追蹤期間(如三個月或六個月)所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數

2、腹膜透析：

項 目	各透析院所病患監測值 達成率	得 分
1. 準時繳交報告者		每季 3.5 分
2. 血清白蛋白(Albumin \geq 3.5 g/dl(BCG) 或 3.0g/dl(BCP))	\geq 70%	每季 4 分
3. Weekly Kt/V \geq 1.7	\geq 70%	每半年 8 分
4. Hct \geq 26%	\geq 90%	每季 4 分
5. 住院率 (100 人月)	\leq 8	5 分(年)
6. 死亡率 (100 人月)	透析時間<1 年者 \leq 4	5 分(年)
	透析時間 \geq 1 年者 \leq 2	
7.腹膜炎發生率(100 人月)	\leq 3 次	5 分(年)
8.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	\leq 3.5%	4 分 (年)
9. C 型肝炎 (anti-HCV) 轉陽率	\leq 3.5%	4 分 (年)
10.建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於新接受透析治療之病患，應給予完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。	100 %	10 分 (年)
11.脫離率:指(A)腎功能回復而不須再透析者；(B)因腎移植而不須再透析者 註：此項為鼓勵項目，希望透析院所能積極達成此一目標。	脫離率(A)+(B) \geq 1%(每年)	5 分(年)
12. 55 歲以下透析病患移植登錄率(%)	移植登錄率 > 5% 5 分(年) 移植登錄率 > 4% 4 分(年) 移植登錄率 > 3% 3 分(年) 移植登錄率 > 2% 2 分(年) 移植登錄率 > 1% 1 分(年)	5 分(年)

註：院所應將監測項目執行情形提報至台灣腎臟醫學會，由健保局定期進行監控管理。

2-1 門診透析專業醫療服務品質指標（腹膜透析部分）-操作型定義

指標項目	積極性目標值	檢驗頻率	監測頻率*	監測方法	指標定義或監測內容
1. 血清白蛋白 (Albumin)	1. 受檢率≥90% 2. 合格為< 3.5 gm/dl (BCG)或< 3.0 gm/dl (BCP) 百分比 <40% 3. 全國合格率應>75%	每個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 低於 3.5 gm/dl(BCG 法)之百分比。【若以 BCP 法測量則為低於 3.0 gm/dl 之百分比】
2. Weekly Kt/V	1. 受檢率≥90% 2. 合格為<1.7 百分比 <20% 3. 全國合格率應>75%	每六個月	每六個月	資料分析	受檢率、全體平均值 低於 1.7 之百分比
3.Hct	1. 受檢率≥95% 2. 合格為>26%百分比 ≥90% 3. 全國合格率應>75%	每個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 高於 26%之百分比
4.住院率：平均每 100 人月住院次數及原因	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	平均每 100 人月住院次數； 住院率= (追蹤期間所有病人之總住院次數) X100 / (追蹤期間之總病人月數**)
5.死亡率 (每 100 人月)	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每三個月	每三個月	院所申報	死亡率= (追蹤期間死亡個案數) X 100 / (追蹤期間之總病人月數**)
6.腹膜炎發生率 (每 100 人月)	1. 合格為<4 次/100 人月 2. 全國合格率應>80%	每六個月	每六個月	資料分析	腹膜炎發生率= (追蹤期間所有病人發生腹膜炎之總次數) X 100 / (追蹤期間之總病人月數**)
7.脫離率 (百分比)	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	脫離率 I (腎功能回復而不須再透析者)=(追蹤期間新病人或原透析病人因腎功能回復而不須再繼續接受透析治療之人數)

指標項目	積極性目標值	檢驗頻率	監測頻率*	監測方法	指標定義或監測內容
					$\frac{\text{脫離率 II (因腎移植而不須再透析者)}}{\text{再接受透析治療之人數}} \div \text{(追蹤期間之所有病人數)}$
8. B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率 (百分比)		每年	每年	資料分析	$\text{轉陽率} = \frac{\text{(追蹤期間 HBsAg 由陰性轉為陽性 (新感染) 之人數)}}{\text{(追蹤期間之陰性病人數)}}$
9. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率 (百分比)		每年	每年	資料分析	$\text{轉陽率} = \frac{\text{(追蹤期間 Anti-HCV 由陰性轉為陽性 (新感染) 之人數)}}{\text{(追蹤期間之陰性病人數)}}$
10. 55 歲以下腹膜透析病患移植登錄率 (百分比)		每年	每年	院所申報	$\text{55 歲以下腹膜透析病患移植登錄率} = \frac{\text{(55 歲以下腹膜透析病患移植登錄人數)}}{\text{(55 歲以下腹膜透析病患人數)}} \times 100$

* 每三個月監測頻率：申報日期為每年 1 月、4 月、7 月、10 月之 15 日以前。

每六個月監測頻率：申報日期為每年 1 月及 7 月之 15 日以前。

** 追蹤期間之總病人月數：表示追蹤期間(如三個月或六個月)所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數

積極目標：

- (1) 針對急性併慢性腎衰竭需緊急透析者，嘗試脫離透析，減少提早進入長期透析的發生率。
- (2) 加強末期腎臟病衛教宣導，提高長期腹膜透析佔總透析人數的比例。
- (3) 與國民健康局合作，積極推廣慢性腎臟病防治工作，藉由各推廣機構之宣導及衛教，降低末期腎衰竭的發生率。

3-1 『末期腎衰竭病患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患不同治療模式的義務，並於衛教後請病患填寫滿意度調查表。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)。

2. 各透析院所於每季申報季報告時一同上傳下列資料：

院所本季新透析病患人數：_____人

院所完成末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查之新病患人數：
人

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/本季新透析病患人數) × 100 %

4. 評分方式：

<u>完成率</u>	<u>評分</u>
≥ 90%	10
≤ 75% ~ < 90%	8
≤ 60% ~ < 75%	6
< 60	0

5. 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「選擇安寧緩和醫療意願書」，格式詳見 P.23。

(1)院所本季告知選擇安寧緩和醫療病患人數：_____人

(2)院所本季簽署選擇安寧緩和醫療病患人數：_____人

3-2 末期腎衰竭治療模式衛教表

年 月 日

醫院/診所名稱： 病患來源： 門診 住院
 病患姓名： 病歷號碼： 性別： 男 女
 身分證字號： 出生年月日： 年 月 日

病患教育程度： 不識字 小學 初中 高中 大專 研究所
 病患家庭狀態： 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)：

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

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

3-3 『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

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

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

3-4 選擇安寧緩和醫療意願書

選擇安寧緩和醫療意願書

本人 _____ 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，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。立意願人：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（一）：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（二）：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1. 安寧緩和醫療條例第四條規定：

『 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2. 安寧緩和醫療條例第五條規定：

『 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3. 安寧緩和醫療條例第七條規定：

『 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成人直系血親卑親屬。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』

附錄三 各院所之核發金額計算公式

血液透析與腹膜透析分配金額及計算公式如下。

(一) 加權指數：

101 年實施血液透析或腹膜透析院所依一、二之品質監測指標之全年得分，分別計算加權指數：

101 年得分	加權指數
≥90	1
80-89	0.9
70-79	0.7
60-69	0.5
≤59	0

(二) 血液透析及腹膜透析分配方式

1. 101 年血液透析品質監測指標金額 =

【血液透析申報醫療服務點數×1 / (血液透析申報醫療服務總點數×1 + 腹膜透析申報醫療服務總點數×1)】×101 年度門診透析品質監測指標項目之分配金額

2. 101 年腹膜透析品質監測指標金額 =

【腹膜透析申報醫療服務點數×1 / (血液透析申報醫療服務總點數×1 + 腹膜透析申報醫療服務總點數×1)】×101 年度門診透析品質監測指標項目之分配金額

(三) 各院所血液透析、腹膜透析分配方式

(1) 有實施血液透析院所 101 年之分配金額=

各血液透析院所 101 年申報血液透析次數 × 各血液透析院所加權指數

× 101 年血液透析品質監測指標金額

∑各血液透析院所 101 年申報血液透析次數 × 各血液透析院所加權指數

(2) 有實施腹膜透析院所 101 年之分配金額=

各腹膜透析院所 101 年申報腹膜透析病人透析月數 × 各腹膜透析院所加權指數

×101 年腹膜透析品質監測指標金額

∑各腹膜透析院所 101 年申報腹膜透析病人透析月數 × 各腹膜透析院所加權指數

(四) 上述各項資料依實施門診透析院所 102 年 3 月底前申報之 101 年費用年月資料計算。

附錄四

參與「101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」-院所服務人數及核付金額

撥款單位：行政院衛生署

已撥款預算：

撥款日期：

預算支用單位：新臺幣元

分區業務組	血液透析：	血液透析：	腹膜透析：	腹膜透析：	服務人數	核付金額
	符合指標之院所家數	不符合指標之院所家數	符合指標之院所家數	不符合指標之院所家數		
台北						
北區						
中區						
南區						
高屏						
東區						
總計家數						
總計(%)						

製表人

覆核

會計人員

機關首長