

全民健保 98 年 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫 (含高危險群健康管理)

壹、實施目標：

- 一、對慢性腎臟病之高危險群進行健康管理，以早期發現積極治療有效減少末期腎臟病之發生率。
- 二、結合跨專業跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式。
- 三、鼓勵有效管理慢性腎臟疾病，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- 四、降低末期腎臟疾病發生率為最終目的。

貳、預算來源：

預算來自「98 年度門診透析服務品質保證保留款」預算中之 50%。

參、實施期間：

自 98 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日。

肆、實施內容：

一、高危險群健康管理：

- (一) 參與院所：全體透析醫療院所
- (二) 健康管理對象：透析病患、腎臟移植病患與 Stage 4、5 慢性腎臟病病患之配偶與二等親家屬，包括夫妻、父母、子女及兄弟姊妹等高危險群之健康管理。符合上述定義的每位病患可參加健康管理之親屬至多四名。(已於 97 年度參加過篩檢者不可再參加)

二、慢性腎臟病個案整體照護：

- (一) 參與院所：具下列資格之醫療院所
 - 1、具腎臟專科醫師，且為本計畫診療申報醫師。
 - 2、從事本計畫衛教護理人員為：(1)領有台灣腎臟醫學會舉辦慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明之護理人員；或(2)具血液透析臨床工作經驗之護理人員；或(3)具腹膜透析臨床工作經驗之護理人員。
 - 3、營養師得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務 1 次。

(二) 照護對象：CKD Stage 3b、4、5、及蛋白尿病患

- 1、定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 (ICD-9-CM 前三碼中有一個為 585 慢性腎衰

竭、或 5819 腎病症候群) 之病人，依疾病與腎絲球濾過率之程度區分之。

- 2、要求：收案前需向病人解釋本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，若在其他醫院已接受衛教應予註明。同一院所經結案對象，不得再收案。

(三) 收案條件：

- 1、CKD stage 3b 病患:定義為 GFR 30-45 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。
- 2、CKD stage 4: GFR 15-29.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。
- 3、CKD stage 5: GFR \leq 15 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。
- 4、蛋白尿病患:24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 Urine protein/creatinine ratio (Upcr) > 500 mg/gm 之明顯蛋白尿病患，不限各 Stage，主要包含 Stage 1、2、3a(eGFR 45~60 ml/min/1.73 m²)之蛋白尿患者。

GFR 之計算：

為統一定義自 96 年度起均以 Simplified MDRD 公式為計算 eGFR 之標準公式。

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Simplified MDRD)} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.212 \text{ (if black patient)}$$

Upcr 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl)及 urine creatinine (mg/dl)， $\text{Urine total protein} / \text{Urine creatinine} \times 1000$ 得 mg/gm creatinine。

(四)結案條件：

- 1、因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者。進入長期透析者必須符合尿毒症重大傷病卡適應症，且必須完成「末期腎衰竭病患治療模式選擇之充份告知機制」衛教表。
- 2、因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。
- 3、可歸因於病人者，如長期失聯(\geq 180 天)、蛋白尿完全緩解(即 Upcr 排出量 < 200 mg/gm)、拒絕再接受治療或死亡等。

(五) 照護標準及目標

- 1、醫療：(A)依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療（另請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」）；(B)對於 Stage 3b、4 及蛋白尿病患照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生；(C)Stage 5 病患照護目標為以周全的準備在適當的時機經順利的過程安全地

進入透析醫療。

- 2、護理衛教：除必須提供與教導適切的 CKD 衛教知識與資料外，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、飲食營養衛教：除必須提供與教導適切的 CKD 營養知識與資料外，必須能掌握病患飲食配合狀況，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。
- 4、其他：例如社工師、藥師、其他專科醫師等，專業知識的諮詢。

(六) 照護指標：(98 年度階段性指標)

1、CKD Stage 3b、4、及蛋白尿病患：

- (A) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例
- (B) 總膽固醇與三酸甘油酯控制在 200mg/dl 以下的比例
- (C) 糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5% 以下的比例
- (D) 完成護理衛教的比例
- (E) 完成營養衛教的比例
- (F) 以蛋白尿條件收案病患收案前後 U_{PCR} < 200 mg/gm 之比例

2、尚在追蹤之 CKD Stage 5 病患：

- (A) 使用 EPO 的比例
- (B) Hct > 28% 的比例
- (C) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例
- (D) 總膽固醇與三酸甘油酯控制在 200mg/dl 以下的比例
- (E) 糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5% 以下的比例
- (F) 作好瘻管或導管之比例
- (G) 完成護理衛教的比例
- (H) 完成營養衛教的比例

3、進入透析之 CKD Stage 5 病患，結案時須有記載下列資料：

- (A) 使用 EPO 的比例
- (B) Hct > 28% 的比例
- (C) Serum albumin 在 3.5 gm/dl (BCG) 或 3.0 gm/dl (BCP) 以上的病人比例
- (D) 選擇腹膜透析病人數及比例

- (E) 作好血液透析瘻管的比例
- (F) 沒有使用暫時性導管透析的比例
- (G) 由門診開始進入透析治療的比例
- (H) 完成護理衛教的比例
- (I) 完成營養衛教的比例
- (J) Stage 5 結案病患追蹤超過 6 個月之比例
- (k) 完成「末期腎衰竭病患治療模式選擇之充份告知機制」衛教表的比例
- (l) 本年度該院所有申請尿毒症重大傷病卡之病患中，經本計畫收案照護後始進入透析者所佔之比例

註：以上指標之定義、計算方式、指標監測（參照附表 2-5、附表 3）

三、已收案之 Stage 3b、4、5 整體照護個案、及**蛋白尿病患**，符合獎勵條件，申報照護獎勵費：

- 1、收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m²。**已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。**
- 2、收案時 eGFR ≤ 15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，未進入透析且 eGFR 下降少於每年 6 ml/min/1.73m²。**已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。**
- 3、收案時 eGFR ≤ 15 ml/min/1.73m²，給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植但 eGFR 下降少於每年 6 ml/min/1.73m²，且完成透析前瘻管或導管之準備。**已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。**
- 4、以蛋白尿為收案條件之患者，蛋白尿達完全緩解者（Up_{cr} < 200 mg/gm）
- 5、a. 以上 eGFR 之計算係以 MDRD-Simplify 公式計算，Scr.測量以 Jaffe method。eGFR 下降速率所用之 Scr.以 97 年至 98 年間某時間點為為基準值，而基準值之後 12 個月或 24 個月以內的 Scr 與 eGFR 為成果值，以基準值 eGFR 減去成果值 eGFR 求得 eGFR 下降值，換成 12 個月為每年 eGFR 下降速率。
 - b. **蛋白尿(Up_{cr}, mg/gm creatinine)之計算，以收案時之同次尿液有蛋白及尿液肌酸酐比值為基準，在經照護後，如 Up_{cr} 小於 200mg/gm 即符合結案條件及申請獎勵費。**

四、支付方式：申報格式請參照附表 1-1、1-2、1-3

- (一) P3401C 健康管理費：1 次 100 點，每人限作 1 次。健康管理內容：尿液 Dipstick 試紙做尿蛋白、尿糖、潛血；另紀錄病患基本資料等，記載之高危險群健康管理紀錄資料詳附表 2-0，申報格式請參照附表 1-2。
- (二) P3402C 新收案管理照護費：限 Stage 3b、4、5、及蛋白尿病患，且依規定填報與上傳相關量表、記載病患病史記錄（詳附表 2-1），1 次 1,200 點照護費(含醫師照護費 400 點、護理照護費 200 點、營養師照護費 200 點、資料管理費 400 點)，每人限申報 1 次。需附檢驗資料（報告日期於就醫日期前後 2 個月內，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳表 2-3）。照護個案資料（附表 2-1、2-2、2-4 為護理衛教、5-1、5-2 為營養衛教，2-3 為檢驗紀錄），留存院所備查。申報格式請參照附表 1-3。
- (三) P3403C 完整複診衛教及照護費：限 Stage 3b、4、5、及蛋白尿病患申報（收案後至少間隔 84 天方能申報），1 次 600 點(含醫護營養師照護費)，每 3 個月申報（2 次申報間至少間隔 84 天）1 次，需附檢驗等資料（報告日期於就醫日期前後 2 個月，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳表 2-3）有其他項目請依病患病情需要檢驗，所有照護個案資料與檢驗均應紀錄於追蹤記錄表（院所留存，供備查，詳附表 2-2、2-3、2-4、5-1、5-2）。申報格式請參照附表 1-3。
- (四) P3404C 年度評估費：限申報 P3403C 之病患申報，1 次 600 點(含醫護營養師照護費)，每人每年申報 1 次（需於兩年內完成 4 次完整複診衛教及照護費方可申報）。即於完成年度檢查，需附檢驗資料（報告日期於就醫日期前後 2 個月，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳表 2-5）及追蹤照護項目（資料院所留存，供備查，詳附表 2-3、2-5）。申報格式請參照附表 1-3。同年月發生 P3404C 及 P3405C 時，僅能申報 P3405C。
- (五) P3405C 結案資料處理費：需附檢驗資料，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳表 3
- 1.符合下列情形之一者，1 次 600 點，每人限申報 1 次：
 - (1) CKD Stage 5：在收案院所至少追蹤 3 個月以上之結案個案。
 - (2) CKD Stage 4：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案。
 - (3) CKD Stage 3b：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案。
 - (4) 24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 Urine protein/creatinine ratio (UPCR) >

500 mg/gm 之明顯蛋白尿病患：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案。

2. 又申報 P3405C 結案資料處理費時應附病患慢性腎臟疾病(CKD)個案照護結案表

(院所留存，供備查，詳附表 3)，及『末期腎衰竭治療模式衛教表』與『末期腎衰竭治療模式衛教病患滿意度調查表』(院所留存，供備查，詳附表 4)。本計畫申報格式請參照附表 1-3。

(六) P3406C 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m² 病患之照護獎勵費：符合鼓勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 1,500 點。(詳附表 2-5)

(七) P3407C 收案時 eGFR ≤ 15 ml/min/1.73m² 病患之照護獎勵費：符合鼓勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 3,000 點。(詳附表 2-5)

(八) P3408C 以蛋白尿為收案條件之患者，蛋白尿達完全緩解者 (Up_{cr} < 200 mg/gm) 之照護獎勵費：符合鼓勵條件者，每人限申報 1 次，1 次 1,000 點。(詳附表 2-5)

四、醫療費用申報及核付原則：申報格式總表請參照附表 1-1

(一) 健保 IC 卡登錄就醫序號 CA，不累計就醫次數，高危險群健康管理則不需登錄。

(二) 檢附申請總表及明細資料檔(請使用國健局建置之慢性腎臟疾病共同照護網系統，網址 <https://ckd.ksi.com.tw>，以 e-mail 或 EXCEL 提供，詳附表) 於次月 20 日前連同門診透析費用申報寄所屬轄區分局醫療費用組核定。

(三) 98 年之費用請於 99 年 1 月底前申報(3 月底前核定)，未依期限申報者，則不予核發本計畫相關費用。辦理本計畫核發作業後，若特約院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，本項核發之金額將自當時結算之當季門診透析總額一般服務項目預算中支應。

(四) 預算均分至各季，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當季預算不足時，以浮動點值計算暫付，並於年度進行結算，惟每點金額不得大於 1 元。

五、得舉辦本計畫執行概況檢討或發表會，由台灣醫院協會或試辦特約醫療院所報告，藉以進行計畫成果檢討及經驗交流。

六、申請本計畫方式：請向健保局轄區分局申請。

伍、計畫評估

一、由支付制度與照護品質相扣連，及可行之慢性腎臟病照護結果通報系統，預期效益

如下：

- (一) 促使慢性腎臟病患得到合宜之照護與有效利用醫療資源。
- (二) 減緩慢性腎臟病病患進入尿毒症的時間。
- (三) 慢性腎臟病照護團隊的照護品質能與全民健保支付制度扣連。
- (四) 健保局能在未來有效控制費用（符合成本效益）。
- (五) 慢性腎臟病病患照護品質的資料更趨透明化，以充分掌握或分享，並能成為醫療院所臨床上進行品質改善的工具。

二、本計畫於執行年度結束後，應由台灣腎臟醫學會提出評估報告。為能有效分析本計畫執行的效益，各院所應於每季上傳健康管理資料及每半年上傳照護個案資料。