

調 查 報 告

壹、案由：依據衛生福利部國民健康署（下稱國健署）統計，全國約有200多萬名糖尿病病友，每年約增加25,000名；另據研究統計，國人洗腎最常見之危險因子為糖尿病，且末期腎臟病人約有40%以上係由糖尿病引起。國健署已推動糖尿病共同照護網絡，衛生福利部中央健康保險署亦推動糖尿病品質支付服務方案，但每年仍近萬人因糖尿病死亡，且國際醫學期刊於2017年5月對全球醫療照護品質之評比，我國排名第45位，糖尿病照護品質為評比結果較差之項目之一。究相關機關對於糖尿病之防治措施及照護品質是否妥適，有查明之必要案。

貳、調查意見：

為調查「衛生福利部國民健康署（下稱國健署）統計，全國約有200多萬名糖尿病病友，每年約增加25,000名；另據研究統計，國人洗腎最常見之危險因子為糖尿病，且末期腎臟病人約有40%以上係由糖尿病引起。國健署已推動糖尿病共同照護網絡，衛生福利部（下稱衛福部）中央健康保險署（下稱健保署）亦推動糖尿病品質支付服務方案，但每年仍近萬人因糖尿病死亡，且國際醫學期刊於2017年5月對全球醫療照護品質之評比，我國排名第45位，糖尿病照護品質為評比結果較差之項目之一。究相關機關對於糖尿病之防治措施及照護品質是否妥適，有查明之必要案」等情案，經向衛福部調閱卷證資料，並於106年12月21日、107年4月2日、5月30日辦理諮詢，107年8月13日至彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院履勘及諮詢，同年9月10日詢問衛福部

薛次長瑞元、國健署王署長英偉、賈組長淑麗、健保署李組長純馥後，業調查竣事。茲綜整調卷、諮詢、履勘，詢問所得，提出調查意見如下：

- 一、衛福部為預防或減緩糖尿病等慢性病發生，固已運用公共衛生三段五級防治概念，推動健康促進，控制吸菸、身體活動不足、不健康飲食及有害飲酒等危險因子，並辦理成人預防保健與篩檢，及推動糖尿病共同照護網及實施糖尿病論質支付制度等各項措施。然該部對於健康識能之提升及衛生教育之落實卻未見成效，多數國民仍未能建立健康生活型態，亦未對自我之健康照護負起責任，使罹患代謝症候群相關疾病之情形更趨嚴重，已然造成全民健保之沈重負擔；且成人預防保健未能有效達成篩檢異常並追蹤管理之目的；甚至部分糖尿病病患雖曾於早期發現有高血糖情形，但未被適時轉介納入糖尿病之照護管理，遲至症狀明顯方開始治療，而未能延緩病程；又每年新增透析病患約有40-50%係因糖尿病照護不佳所致，而國內糖尿病照護品質之國際評比結果亦不佳，顯見衛福部對慢性病之照護及管理措施未臻健全及周妥，所屬署、司各行其是，未能達到整合之效益，無法落實並達成公共衛生三段五級防治之效果，促進國人健康，核有疏失。又糖尿病之防治非衛福部單一機關所能獨立完成，行政院亦應協助並督促各部會及地方政府整合資源，正視國人大量「慢性病化」之危機，建立良好生活型態，預防慢性病之發生，並引導醫療院所提供糖尿病病人具備可近性及良好照護品質之共同照護服務：

- (一)糖尿病為人體胰臟無法產生足夠胰島素或不能有效利用胰島素之慢性疾病。胰島素為調節血糖之荷爾蒙，當無法有效作用時，將無法控制高濃度之血

糖，長期將損害人體健康。依國健署網頁對於糖尿病之介紹，糖尿病可分為第1型糖尿病（胰島細胞遭破壞，造成胰島素缺乏）、第2型糖尿病（胰島素阻抗，及合併相對胰島素缺乏）、其他型糖尿病、妊娠型糖尿病等。其診斷標準包括以下4項，非懷孕狀況下只要符合其中1項即可診斷為糖尿病（前3項需重複驗證2次以上）：

- 1、糖化血色素（HbA1c） $\geq 6.5\%$ 。
- 2、空腹血漿血糖 ≥ 126 mg/dL。
- 3、口服葡萄糖耐受試驗第2小時血漿血糖 ≥ 200 mg/dL。
- 4、典型的高血糖症狀（多吃、多喝、多尿與體重減輕）且隨機血漿血糖 ≥ 200 mg/dL。

糖尿病以血糖升高為表徵，為影響全身之代謝性疾病，平時可能無明顯症狀，但持續之代謝異常將傷害全身大小血管，形成各種慢性併發症，包括：視網膜病變造成失明，腎病變造成尿毒及洗腎，神經及血管病變造成心臟病、腦中風及截肢……等。

(二) 依據世界衛生組織（World Health Organization，即WHO）統計，全球糖尿病人口由公元1980年代1.08億人，增加為2014年4.22億人，可能與人口增加及老化、經濟文化改變生活型態、肥胖人口上升，以及醫療進步延長糖尿病病人平均餘命等因素有關。且據WHO指出，全球糖尿病患者罹患心臟病及中風機率為常人2至3倍；約有2.6%失明者為糖尿病病人；病人可能因足部壞死而須截肢，且糖尿病為腎衰竭主要病因。另國際糖尿病聯盟（International Diabetes Federation, 簡稱IDF）指出，2017年全球糖尿病標準化盛行率約每10萬人口

8,800人，推估約有4.25億名糖尿病病人，預計在2045年糖尿病人口將增加為6.29億人，糖尿病全球人口之增加將造成健康平均餘命減少、醫療負擔增加、國內生產力降低及經濟成長減緩等不良影響，為各國普遍面臨的挑戰。

(三)依據衛福部之統計，糖尿病自76年起開始列為國人十大死因前5位。至於國內糖尿病發生及盛行情形推估如下：

1、高血糖發生率：

國健署96年委託執行之「臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究」顯示，91至96年國內15歲以上民眾新發生高血糖之比率為0.71%，亦即高血糖之人數每年平均增加約2.5萬人。

2、糖尿病病人數及盛行率：

(1)國健署國民營養健康狀況變遷調查國人「高血壓/糖尿病」之比率由94-97年之8.5%增加至102-105年之11.5%。

(2)全民健保105年門住診糖尿病人數計147萬4,288人。

(3)依國健署網頁，全國約有200多萬之糖尿病病人，且每年以25,000人的速度持續增加。

3、105年死因為糖尿病之死亡人數9,845人、死亡率為每10萬人口41.8人，標準化死亡率為每10萬人口23.5人。

(四)查國際醫學期刊Lancet於公元2017年公布全球「健康照護可近性與品質評比¹」，及IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation，即健康指標及評估

¹ Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015

研究所)²於2018年公布各國醫療可近性與品質衡量指標 (HAQ 指標) 之排序，我國在糖尿病等慢性病之評比結果，明顯不佳：

- 1、Lancet於2017年公布之研究係以公元1990年至2015年195個國家的標準化死亡及危險因子評估全球疾病負擔 (Global Burden Disease, 即GBD)，並藉由醫療可近性及品質衡量指標 (Healthcare Access and Quality, 即HAQ指標) 進行排序。HAQ指標係以每人醫療支出、健保覆蓋、人力資源等民眾利用醫療系統之可近性，對於32種可透過醫療服務避免死亡 (Amenable Mortality) 之重要疾病進行比較。至於「可避免之死亡」係指透過篩檢、診斷、醫療、手術復健等治療方式之介入，可以避免死亡的結果。
- 2、我國在同等經濟發展分組之75個國家中排名第45位，評比結果分數 (滿分為100分) 較低之疾病項目為：
 - (1) 白血病 (Leukaemia, 49分)。
 - (2) 慢性腎臟病 (Chronic kidney disease, 50分)。
 - (3) 膽囊疾病 (Gallbladder and biliary disease, 57分)。
 - (4) 糖尿病 (Diabetes mellitus, 58分)。
 - (5) 高血壓性心臟病 (Hypertensive heart disease, 60分)。
- 3、全球疾病負擔 (GBD) 同時考量疾病合併症之失能權重 (disability weight)，如腎病第三期以後合併症透析治療之醫療可近性，或糖尿病合併失

² IHME 成立於公元 2007 年，自 2012 年開始，在 Lancet 期刊上發表一系列關於全球疾病負擔 (Global Burden of Diseases, GBD) 的文章，估計 1990 年開始到目前各國的疾病負擔，共包含 195 個國家、3 百多種疾病、80 多個危險因子。其所估計的全球疾病負擔結果，提供全球健康狀態的監測系統，可供各國政府在研擬降低疾病負擔策略時，能有實證依據可參考。

明、截肢、神經病變等不可逆疾病狀態等之所需臨床醫療照護品質。

- 4、IHME於2018年再公布之結果，我國進步到第34位，排名進步11位。其中癌症由於評比方式改變，國內白血病之評分從前1年之49分提升至100分，但糖尿病評比方式未改變，國內僅進步2分。

(五)茲摘錄本案諮詢專家之重點意見如下：

- 1、105年間，國人死亡人數約17萬餘人，將近有1/3之民眾死亡時之年齡不到65歲。又國人不僅面對人口老化危機，更是「人口大量『慢性病化』危機」。
- 2、依據美國疾病預防總署公元2000年估計，決定健康/死亡的因素包括：醫療(Medical care)占11%、生理(先天老化human biology)占25%、環境危險(Environment) 17%及個人行為(Individual behavior) 47%。
- 3、抽菸及不運動對於健康之危害在國內被嚴重忽略，估計國人每年約有28,000人之死亡原因與菸害有關，約23,000人之死亡與不運動有關。不運動會增加32%罹患糖尿病之風險。
- 4、依據國健署成人吸菸行為調查，98-105年吸菸率及吸菸總人數大幅下降³，但依財政部財政資訊中心提供之紙菸總消耗量則幾乎不變⁴。我國吸菸率於79年間最高，現在仍比日本、韓國及新加坡都高，部分政府官員認為國內對菸品防治做的很好，但近年來每年賣掉之菸品都是17億包，沒有很大的改變，1包香菸約100元，國內民眾每年花1,700億到2,000億元去買菸，卻讓身體健康受到

³ 成人吸菸率於98年為20%，105年降為15.3%。

⁴ 紙菸總消耗量於98年為17.68億包，105年為17.23億包。

傷害。另近年來吸菸量並沒有下降，仍為亞洲最高，每個吸菸者平均1天抽1.5包，地方政府甚至還歡迎國外菸商來投資，國際上很嚴肅看待吸菸問題，國內對於菸害之防制根本不能與國際相比。

(六)糖尿病與心臟疾病、腦血管疾病、腎臟病及高血壓，均為代謝症候群相關疾病，106年全國死亡人數為53,697人，占總死亡人數之31.25%⁵，超過惡性腦瘤之死亡人數48,037人⁶。衛福部為預防或減緩糖尿病等慢性疾病發生，運用公共衛生三段五級防治概念，在初段預防提倡健康促進，透過對肥胖、吸菸、缺乏運動、不健康飲食等四大危險因子之防治策略，提高民眾之健康識能，鼓勵從事健康行為，營造良好生活型態，降低慢性病發生；次段預防上，著重控管相關風險因子，辦理成人預防保健與篩檢及確診糖尿病前期及未經診斷糖尿病之病人，強化早期診斷及介入，並將篩檢結果異常者轉介醫療院所進一步確診及治療，藉由早期發現健康問題，銜接健保署之二段治療，以延緩病程，避免惡化及合併症發生。惟查：

1、衛福部對於國人良好生活型態及健康促進之推廣，非獨力能完成，須相關部會及民間團體之協助及配合。例如：對國人身體活動之推廣，在社區、職場、學校及醫院等不同場域之身體活動促進，尚賴勞動部、教育部及相關社區、學校及醫院之配合；在推動健康飲食部分，除需國健署辦

⁵ 106年心臟疾病死亡人數20,644人、腦血管疾病11,755人、腎臟病5,381人及高血壓6,072人、糖尿病9,845人，合計死亡人數53,697人，占總死亡人數171,857人之31.25%。資料來源：衛生福利部網頁，網址為：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3795-41794-1.html>

⁶ 106年惡性腫瘤死亡人數為48,037人。資料來源：衛生福利部網頁，網址為：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3795-41794-1.html>

理國民營養及健康飲食措施外，亦需食品藥物管理署（下稱食藥署）推動食品安全衛生相關措施、校園及周邊推動健康飲食、地方政府衛生局輔導餐飲業者開發健康盒餐，推動食物熱量及營養標示、各級政府於會議中不供應含糖飲料、行政院農業委員會加強推廣及提升蔬果產銷等；在推動菸害防制部分，則需與教育單位共同降低學生之吸菸率等，國民養成良好之生活型態，降低危險因子，並非純由衛福部單一機關即可有效推動各項初段預防之計畫。

- 2、據國健署王英偉署長表示：國內對於糖尿病衛教提供之資訊非常完整，但衛生教育需要病人的參與，過去並沒有真正瞭解清楚病人之想法。以慢性腎臟病為例，傳統之說明僅係告知病人需要洗腎及洗腎後會發生那些狀況等，但未告知若不洗腎之可能後果，亦未告知其他可能選擇之治療模式，病人並未參與對自身醫療方案之選擇，顯見國內對於糖尿病衛教之效果，仍有所不足。
- 3、為提升校園內教師對特定疾病之識能，衛福部及教育部多年來已編製相關之慢性病防治及照護參考手冊。以教育部為例，曾於92年出版「愛與關懷」之系列手冊，對糖尿病之認識及防治做了深入簡出之介紹，然各級學校未能妥適運用以提升對糖尿病之識能，目前再委託不同機構編修參考手冊，對於提升健康識能之目的能否達成，仍待觀察。
- 4、為防治代謝症候群，國健署訂定腰圍測量方式及判讀標準，並宣導將健康腰圍認知率納入縣市衛生保健計畫考核指標，惟106年仍有約半數國人對於腰圍警戒值未有正確認知，國健署亦時有宣

導測量「腹圍」之情事，在腰圍測量方式宣導不一之情形下，將使國人無所適從。

- 5、多數國民仍未能建立健康生活型態，亦未對自我之健康照護負起責任，使罹患代謝症候群相關疾病之情形更趨嚴重，並造成全民健保之沉重負擔。惟民眾醫療權益之保障並非等同於毫無節制地使用醫療資源，再由全體被保險人共同買單，國健署及健保署允宜研擬相關配套措施，在不損及民眾醫療權益之前提下，課予保險對象建立健康生活型態及負起自我健康照護之責。
- 6、衛福部對於糖尿病之防治經費配置，在國健署主責之成人預防保健及篩檢部分，其投入之資源遠少於健保署支付之醫療費用，「預防重於治療」之理念如何具體實踐，亟待努力。又全民健保之支付制度及各項醫療服務目之支付點數，將影響糖尿病病人參加共同照護網之普及情形及糖尿病之照護品質，故篩檢結果異常之追蹤、轉介醫療院所進一步確診及治療等後續健康照護服務品質之保障，則繫於國健署及健保署之共同合作，但目前仍有篩檢結果異常之病人未進行後續追蹤。
- 7、截至106年底，利用成人預防保健之人數僅約188萬人，使用經費約9.7億元，發現血糖異常者約28萬人，然目前並無實證醫學研究評估成人預防保健對於糖尿病之防治成果，國健署及健保署允宜合作利用健保署之大數據資料確實評估效益，作為推動成人預防保健之參考依據。又目前國內醫學中心耗用許多醫師人力及時間為民眾進行成人預防保健，連帶影響醫學中心醫師對於治療急重難症病患之醫療任務，衛福部醫事司、健保署

及國健署，允宜對成人預防保健之實施地點進行妥善之規劃及配置。

- 8、糖尿病病人在基層診所就醫，最具備可近性，但診所限於護理師及營養師之人力編制及設備，未必能提供適合之團隊服務及例行篩檢；另目前各大型醫院糖尿病治療之專科多為新陳代謝科、內分泌科，但部分糖尿病病人係由醫院其他科別醫師發現有血糖較高之情形，但因無糖尿病臨床症狀，有時即直接處方藥物，未將病患照會新陳代謝科或內分泌科，亦未讓患者參加糖尿病共照網，病人即可能無法獲得主治醫師外之護理人員、營養師、藥師之團隊服務及疾病管理等整合性之照護，故衛福部醫事司、健保署及國健署允應重視並處理糖尿病病人在不同醫療機構或科別可獲得之照護品質，恐未能同等之問題。
- 9、106年間，國內加入糖尿病共照網之病人比率約47.9%，可獲取包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的專業照護，仍約有將近6成之病人雖在醫療院所看診取藥，卻未能受到完整糖尿病照護相關之疾病衛教、飲食衛教、生活型態管理及相關之合併症篩檢預防服務。另106年底通過認證之各類專業人員數共9,366人，相對國內約有200多萬名糖尿病病友，且每年約增加25,000名，其照護人力之質量是否足夠，允宜重視。
- 10、糖尿病病患之照護結果，在「HbA1C」、「BP」、「LDL」各項結果均控制良好之比率雖有改善，但僅約12%，而將近55%之糖尿病病人血糖控制未達標準；104年透析患者伴隨糖尿病病人數為38,437人，占透析病人之46.3%（如表15）；又103-105年糖尿病就醫之病人，合併有腎病變之人

數每年約增加3萬人，105年與104年相較，眼部視網膜病變人數增加1.2萬人，糖尿病合併症發生之情形仍有待控制。

表1、國人因糖尿病併發尿毒症而新增之洗腎情形

單位：人、%

年度	新發透析患者人數	透析盛行患者伴隨糖尿病人數	占洗腎病人之比率
99	10,177	28,555	43.8%
100	10,015	30,565	45.0%
101	10,387	32,675	46.2%
102	10,695	35,104	47.9%
103	10,663	37,074	49.1%
104	11,179	38,437	46.3%

資料來源：衛福部106年12月20日衛授國字第1060601528號函提供2016台灣腎病年報第30、44頁；2016台灣腎病年報第27、50頁。

11、據國健署答復：為提高慢性疾病防治效益，支付誘因應從單一疾病給付轉變為多重疾病品質支付，在品質支付服務中納入以價值為基礎的醫療保健服務概念（value-based healthcare delivery），例如應從疾病控制ABC（A：HbA1c<7.0%；B：Blood Pressure<140/90mmHg；C：c-LDL<100mg/dL）整體達標率給予給付誘因，而非單一疾病照護指標。惟國健署及健保署均為衛福部之附屬機關，卻各行其是，即使透過健保之支付標準可能提升慢性疾病之防治效益，但健保署卻未進行改善，爰衛福部允應以上級機關之立場，協助促成。

（七）綜上，衛福部為預防或減緩糖尿病等慢性病發生，固已運用公共衛生三段五級防治概念，推動健康促進，控制吸菸、身體活動不足、不健康飲食及有害飲酒等危險因子，並辦理成人預防保健與篩檢，及

推動糖尿病共同照護網及實施糖尿病論質支付制度等各項措施。然該部對於健康識能之提升及衛生教育之落實卻未見成效，多數國民仍未能建立健康生活型態，亦未對自我之健康照護負起責任，使罹患代謝症候群相關疾病之情形更趨嚴重，已然造成全民健保之沉重負擔；且成人預防保健未能有效達成篩檢異常並追蹤管理之目的；甚至部分糖尿病病患雖曾於早期發現有高血糖情形，但未被適時轉介納入糖尿病之照護管理，遲至症狀明顯方開始治療，而未能延緩病程；又每年新增透析病患約有40-50%係因糖尿病照護不佳所致，而國內糖尿病照護品質之國際評比結果亦不佳，顯見衛福部對慢性病之照護及管理措施未臻健全及周妥，所屬署、司各行其是，未能達到整合之效益，無法落實並達成公共衛生三段五級防治之效果，促進國人健康，核有疏失。又糖尿病之防治非衛福部單一機關所能獨立完成，行政院亦應協助並督促各部會及地方政府整合資源，正視國人大量「慢性病化」之危機，建立良好生活型態，預防慢性病之發生，並引導醫療院所提供糖尿病病人具備可近性及良好照護品質之共同照護服務。

二、衛福部允應研酌將具有成本效益之預防保健服務列入健保給付之必要性及可行性；國健署對於成人預防保健服務檢查異常結果之民眾，允應建立追蹤或管理機制，關懷其能確實至醫療機構確診、治療及適當調整生活型態，以延緩病程，避免惡化及合併症發生：

(一)國內自85年起由全民健保開辦成人預防保健服務，96年起改由國健署公務預算支應，目前係由公務預算與菸害防制及衛生保健基金支應，至於預防保健業務則由國健署請健保署協助辦理，委託代審

代付。目前之成人預防保健「健康加值」方案。每3年補助1次40歲以上未滿65歲者，65歲以上者及35歲以上罹患小兒麻痺者，及55歲以上原住民則每年補助1次。

(二)大部分糖尿病病人於罹病初期無任何不適或症狀不明顯，容易輕忽，而未被診斷出。糖尿病前期之病人若能適當調整生活型態、適時治療並定期追蹤，可以預防糖尿病之發生，但一旦發展為糖尿病，需長期服藥及定期檢驗，除終身治療長期使用醫療資源外，更有併發大、小血管及神經病變之風險。民眾若要確認是否有血糖異常情形，抽血檢查為篩檢血糖有無異常之方法，正常人空腹8小時血糖值為70-100毫克/百毫升，如飯前血糖值 ≥ 126 (mg/dL)，或進行葡萄糖耐受試驗，2小時後血糖若超過200 mg/dL，或是有典型糖尿病症狀加上任一時間測血糖超過200 mg/dL，依據成人預防保健服務血糖檢驗結果判讀與後續相關服務建議流程，醫師將請個案再次追蹤檢查，如確診為糖尿病，則需進行糖尿病治療與管理，並視個案條件轉介「全民健康保險糖尿病品質支付服務」。另國健署自107年5月起提供縣市衛生局成人預防保健服務檢查結果異常率報表，作為各轄區防治糖尿病等三高慢性疾病策略研擬之參考。

(三)國健署為能及早發現國人肥胖、運動、飲食、吸菸狀況等三高及其慢性疾病的危險因子，已推動成人預防保健服務，以106年為例，成人預防保健之經費為9.72億元間，約188.1萬人接受成人預防保健服務，透過檢查發現民眾血糖異常28.3萬人，再提供衛教諮詢及異常個案追蹤管理服務，避免或延緩糖尿病等三高慢性疾病發生。另依國健署辦理國民健

康訪問調查發現，民眾在各類健康檢查利用率為59.1%，較94年之43.4%，已有增加。惟依彰化縣衛生局提供資料，彰化縣40歲以上民眾約有40-50%之空腹血糖不良，其中約10%為糖尿病，又有約2.5%未發現或未就診，7.5%已就醫治療，但亦僅4.5%定期就醫治療⁷。

(四)糖尿病之門住診醫療費用於106年為296.93億元(如表16)，就醫人數149.2萬人，其為國內全民健保支出金額排序第3高之疾病，僅次於急慢性腎臟病及口腔唾液腺疾病⁸。另依據衛福部提供資料，全民健保給付糖尿病之醫療支出於101年至105年逐年成長，占總體醫療費用之比率在3.7%至4.2%之間：

表2、全民健保給付糖尿病之醫療支出及占總體醫療費用之比率：101-106年

單位：百萬點

年度	糖尿病 (A)	整體 (B)	占率(A)/(B)
101	20,744	565,543	3.7%
102	23,005	589,269	3.9%
103	24,884	615,260	4.0%
104	25,600	630,370	4.1%
105	27,783	661,879	4.2%
106	29,693	700,852	4.2%

說明：

- 1.資料來源：衛福部106年12月20日衛授國字第1060601528號函提供健保署門、住診醫令明細檔之統計。
- 2.因主診斷糖尿病 (ICD-9-CM:250;ICD-10-CM:E08-E13) 就醫之醫療費用。
- 3.醫療點數＝申請點數＋部分負擔。

⁷ 107年8月間，彰化縣人口1,278,568人，40歲以上人口648,358人，即約有259,343人至324,179人之空腹血糖不良，其中約有25,934-32,418人為糖尿病，又其中約有6,484-8,105人未發現或未就診，11,671-14,589人定期就醫。

⁸ 106年健保門住診醫療費用前10大疾病依序為：1、急慢性腎臟病35.8萬人、563.63億元；2、口腔唾液腺疾病1,148.6萬人、443.23億元；3、糖尿病149.2萬人、296.93億元；4、急性上呼吸道感染1,395.2萬人、253.66億元；5、高血壓239萬人、237.72億元；6、消化器官癌症16.9萬人、191.48億元；7、腦血管疾病40.6萬人、182.59億元；8、缺血性心臟病55.1萬人、179.80億元；9、流行性感冒及肺炎164.6萬人、146.03億元；10、思覺失調症及妄想性疾患、127.04億元。

(五)茲摘錄本案諮詢專家之重點意見如下：

- 1、具有成本效益之臨床預防服務（clinical preventive services, CPS）可預防疾病或早期發現早期治療，降低主要死因，減少醫療支出。CPS由醫療機構提供服務，若能納入健保給付，較不受公務預算限制，且能直接反映在醫療費用的節省，發揮更高效益，故建議臨床預防服務納入健保給付。
- 2、國內有些糖尿病病人未進到醫療體系就醫，或未進到糖尿病共照網內。有些病人並非因糖尿病就醫，但卻被發現糖尿病，因未重視糖尿病問題，所以未曾因糖尿病去就醫。
- 3、臨床上發現，有些病患在4、5年前健檢時即發現血糖有點高，即知有高血糖情形或收到紅單，但都不處理，拖2-3年才開始進入治療，甚至有些病人根本沒再去追蹤確認。

(六)綜上，106年之糖尿病醫療支出約296.87億元，糖尿病之篩檢為具有成本效益之預防保健服務，若能納入全民健保給付，較不受公務預算限制，且可早期發現民眾健康問題，銜接後續治療，有利於避免病情惡化及造成合併症，亦直接反映在降低健保醫療費用支出之節省，爰衛福部允應研酌將具有成本效益之預防保健服務列入健保給付之必要性及可行性；又國內部分病患曾發現血糖異常，但因無症狀而未尋求後續之治療，以彰化縣為例，40歲以上人約有40-50%之空腹血糖不良，其中約10%為糖尿病，約2.5%未發現或未就診，因篩檢機構未有效運用篩檢資料，提供衛教諮詢及異常個案追蹤管理服務，故部分血糖異常之病人未確診或未就醫，錯失

早期預防及治療時機，爰衛福部對於成人預防保健服務檢查異常結果之民眾，允應建立追蹤或管理機制，關懷其能確實至醫療機構確診、治療及適當調整生活型態，以延緩病程，避免惡化及合併症發生。

三、國內加入糖尿病共照網之病人比率約41.9%，可獲取包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的專業照護，不僅降低併發症與合併症的發生，亦能提升病人的照護品質，但仍約有將近6成之病人雖在醫療院所看診取藥，卻未能受到完整糖尿病照護相關之疾病衛教、飲食衛教、生活型態管理及相關之合併症篩檢預防服務。國健署及健保署允應對糖尿病共照網收案比率難以突破之問題，進行檢討改進，使糖尿病患者均能得到應有之醫療照護、衛教及檢查：

(一)糖尿病疾病複雜度高，需跨專業團隊介入，有效控制血糖，避免或降低糖尿病合併症發生，提高疾病照護品質。國內於86年在宜蘭縣試辦「蘭陽糖尿病共同照護網」，結合醫師、護理師及營養師等專業團隊，提供具品質之糖尿病照護。之後，陸續於彰化、嘉義及桃園地區試辦，迄92年間於全國所有縣市全面推動糖尿病共同照護網，結合公共衛生部門、臨床醫療團隊與專業組織等，提供具連續性、可近性、高品質照護。

(二)糖尿病共照網具體執行下列項目，以提供參加共照網方案之糖尿病病人進行疾病管理：

- 1、專業人員教育訓練取得認證。
- 2、跨專業團隊如醫師、護理師、營養師等提供病人糖尿病照護衛教指導服務。
- 3、執行糖尿病品質指標監控（包括糖化血色素、空腹血脂、尿液微量白蛋白、眼底檢查）及改善品質照護率。

4、配合健保署90年至101年9月之糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫，及101年9月後之糖尿病品質支付服務，提供糖尿病人品質照護。

(三)106年全民健保門住診糖尿病人計1,491,804人，糖尿病共照網收案之糖尿病病人達598,259人，比率由94年之23.5%，成長至106年之47.9%。按各層級別區分，醫學中心醫治之糖尿病病人272,711人，參加共照網123,546人(占45.3%)；區域醫院收治367,395人，參加共照網207,812人(占56.6%)；地區醫院收治205,097人，參加共照網105,299人(占51.3%)；基層院所收治503,156人，參加共照網163,242人(占32.4%)(如表17)。糖尿病人未參加糖尿病共照網原因，可能係因其就醫診所之醫事人員條件並未符合參加糖尿病共照網之資格，例如：多數基層診所可能缺少護理衛教與營養衛教之人力及設備等。

表3、各層級醫療院所糖尿病病人收案之照護率：101-106年

單位：人、%

年 度		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
101	分母	217,279	280,588	157,924	377,434
	分子	64,601	122,422	55,272	83,912
	照護率	29.7%	43.6%	35.0%	22.2%
102	分母	228,375	296,388	169,399	401,349
	分子	73,968	135,297	61,827	96,497
	照護率	32.4%	45.6%	36.5%	24.0%
103	分母	238,180	310,045	176,692	416,973
	分子	86,817	147,947	73,815	111,549
	照護率	36.5%	47.7%	41.8%	26.8%
104	分母	256,701	326,180	183,513	435,037
	分子	99,723	164,666	81,330	123,965
	照護率	38.8%	50.5%	44.3%	28.5%
105	分母	274,557	341,229	187,602	471,826
	分子	104,696	175,891	83,506	126,578
	照護率	38.1%	51.5%	44.5%	26.8%

106	分母	272,711	367,395	205,097	503,156
	分子	123,546	207,812	105,299	163,242
	照護率	45.3%	56.6%	51.3%	32.4%

說明

- 1.資料來源：衛福部106年12月20日衛授國字第1060601528號函及約詢查復資料依健保署資料庫分析資料提供。
- 2.分母：當年度門診主次診斷為糖尿病（ICD-9 250，ICD-10 E8-E13），任兩就醫日期間隔0到90天之人數。
- 分子：分母中申報醫令碼前3碼為P14 之人數。
- 3.因病人有跨層級就醫情形，爰全國總合會少於各層級之加總。

（四）茲摘錄本案諮詢專家之重點意見如下：

- 1、糖尿病共照網對於糖尿病病人之照護確有幫助，糖尿病衛教人員之訓練嚴謹，可為知識之傳達，確實能幫助病人行為之改變。
- 2、共照網有一定之幫助，納入常規性、系統性之檢查，東南亞、美國等國際專家對此一糖尿病照護模式都有不錯評價，亦適用於其他慢性病、跨專業領域之疾病照護。但有人說共照網收案的病人是經過選擇出來，而國內近年來之收案率約在40%以上，未突破50%，可能與病人個人因素有關，亦可能係早期糖尿病即使空腹血糖大於150 mg/dL卻無症狀，因此病人未就醫，或不在新陳代謝科就醫，由其他科醫師診療及處方有關。
- 3、共照網有早期篩檢機制，能篩檢腎功能、眼睛等，確有提醒病人之作用。
- 4、血糖控制可延緩進入洗腎，共照網有控制血糖的誘因，非常早期之糖尿病之腎功能問題，若發現有微量白蛋白問題，加強血糖控制，可以回復。且篩檢後施以衛教，病患大致都能接受。

（五）綜上，醫療院所加入糖尿病共照網之條件，包括其醫事人員必須接受過相關糖尿病照護訓練，並維持

足夠之照護成績，否則隔年無法繼續參加共照網。而參加共照網之醫療院所，必須將照護成績定期上傳至健保資料庫。故糖尿病病人參加共同照護網者可獲得較佳之照護品質，藉由定期接受治療與追蹤，學習執行良好的生活型態，管理血糖，延緩並避免併發症產生，但國內106年加入「糖尿病共同照護網」之糖尿病病人比率約47.9%，然經由國健署及糖尿病相關團體之持續努力，每年增加收案進入共照網之病人仍相當有限，約近6成之病人雖在醫療院所看診取藥，但未受到完整糖尿病照護相關之疾病衛教、飲食衛教、生活型態管理及相關之併發症篩檢預防，恐未能獲得較佳之照護品質，爰國健署及健保署允應對糖尿病共照網收案比率難以突破之問題，進行檢討改進，使糖尿病患者均能得到應有之醫療照護、衛教及檢查。

四、依健保署建立之糖尿病醫療品質資訊公開指標進行之檢查，為「基本照護準則」，近年來檢查率雖逐年提升，但「眼底檢查」及「尿液微量白蛋白」檢查率仍不盡理想；另糖尿病病患之照護結果，在「HbA1C」、「BP」、「LDL」各項結果均控制良好之比率雖有改善，但僅約12%，而將近55%之糖尿病病人血糖控制未達標準；又104-106年糖尿病就醫之病人，合併有腎病變之人數每年約增加3-4萬人，106年與105年相較，眼部視網膜病變人數增加1.04萬人，顯見目前糖尿病品質指標之監測結果雖有進步，但糖尿病合併症發生之情形仍有待控制，允應強化改善：

(一)糖尿病病人的照護，除了監測血糖是否達到治療目標之外，對於血壓、血脂、小血管併發症（視網膜病變、腎病變、神經病變）、大血管（心血管、腦血管、周邊血管）併發症、足部護理、體重管理、

戒菸、以及癌症篩檢，都需定期監測，藉由早期發現、早期治療以預防、延緩或減少未來發生大血管病變、小血管病變及相關合併症造成之死亡與失能。

(二)依據「2018糖尿病臨床照護指引」，對於糖尿病人臨床監測之測試項目及建議頻率如表18：

表4、107年糖尿病臨床照護指引監測之測試項目及建議頻率

測試項目	建議頻率
糖化血色素及靜脈血漿糖	3個月
糖尿病衛教	3個月
血脂肪：低密度、高密度與總膽固醇/ 三酸甘油酯 若血脂異常或使用降血脂藥物	1年 3-6個月
腎臟：肌酸酐/eGFR/ 尿液常規/ 白蛋白尿 若上述檢查異常需追蹤者	1年 3-6個月
眼睛：視力、眼底檢查	1年
足部：脈搏、踝臂動脈收縮壓比值	1年
神經病變：單股纖維壓覺、頻率128 Hz 音叉震動感、肌腱反射	1年
口腔檢查	1年
癌症篩檢	配合國健署篩檢
糖尿病人自我管理：體重、血壓、血糖、足部	經常
焦慮與憂鬱之評估	高風險病患或有臨床症狀時

(三)依106年全民健康保險糖尿病醫療品質資訊之照護指標達成率，糖化血色素檢查率93.78%、空腹血脂檢查率82.47%、眼底檢查或眼底彩色攝影檢查率41.61%、尿液微量白蛋白檢查率58.88%，4項檢查率雖逐年提升，但在「眼底檢查」部分，即使是擁有最豐富醫療資源的醫學中心檢查率亦僅50.65%；國內末期腎臟衰竭需透析之病人，部分係因糖尿病之合併症，但「尿液微量白蛋白」係糖尿病腎臟病變以及心血管併發症的早期診斷指標，整體檢查執行率不到6成；「空腹血脂」檢測，可提醒

病人免除心血管疾病威脅，醫學中心及區域醫院之檢查率卻低於基層診所；而「糖化血色素」檢測，反映病人過去3個月血糖控制的重要參數，仍有6.22%之病人未進行檢查。針對為數不少之糖尿病病人未接受定期檢查之原因，據衛福部答復表示：

- 1、4項糖尿病品質照護檢查指標中，眼底檢查及尿液微量白蛋白，係由專業醫師視病人病情選擇性執行，個案須於新收案當年，至少完成2次追蹤管理後才可進行年度評估；舊個案則1年內完成3次追蹤管理後才可進行年度評估。上述原因皆可能使前述兩項檢查率較糖化血色素及空腹血脂檢查率低。
- 2、96-106年眼底檢查及尿液微量白蛋白之檢查率，皆已逐年上升：眼底檢查率自24.56%成長至41.61%、尿液微量白蛋白則自21.76%成長至58.88%。

(四)健保署90年至101年9月實施糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫，該方案即訂定品質監控措施，其中包括各項糖尿病品質照護檢查率。該方案於101年10月1日納入支付標準第八部品質支付服務第二章「糖尿病」之內容中，並訂有品質加成指標，包括：「個案完整追蹤率」、「HbA1C控制良好率」、「HbA1C不良率」、「LDL不良率」及「LDL良率」，透過品質加成指標進一步檢視患者接受診察、檢驗、衛教及追蹤過程，以及疾病狀況是否有獲得改善。以105年為例，執行情形如下：

- 1、參加改善方案之「醫學中心」、「區域醫院」、「地區醫院」及「基層院所」家數以及獲得品質加成支付之家數及占率如表19：

表5、各層級醫療院所參加糖尿病醫療給付改善方案及獲得品質加成支付

之醫師數：106年

單位：人、%

層級別	參與方案 醫師總數	獲得品質加成 支付醫師數	占率 (%)
醫學中心	641	62	9.7
區域醫院	952	97	10.2
地區醫院	769	78	10.1
基層	1,191	155	13.0
合計	3,212	392	12.2

2、各分項指標之控制良率：

- (1) 完整追蹤率：並未有定義良率值。
- (2) HbA1C控制良好率：HbA1C<7.0%比率。
- (3) LDL良率：LDL<100mg/dL比率。
- (4) 若以105年收案患者當年度最後一次檢測值為依據HbA1C控制良好人數為232,867人、占率約44.7%，LDL控制良好人數為397,057人、占率約76.3%。
- (5) 3項數值都達標，即糖化血色素小於7%，血壓小於130/80mmHg，低密度膽固醇小於100mg/dL，從91年的2.4%增加到107年之12.4%⁹。

(五)104-106年因糖尿病就醫且於同年度因其他疾病就醫之人數及其占率，如表20：

表6、因糖尿病就醫且於同年度因其他疾病就醫之人數及其占率

單位：萬人、%

合併症	104年		105年		106年	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率
糖尿病就醫人數	137.03	100%	144.01	100%	149.21	100%
眼部視網膜病變	12.65	9.3%	13.85	9.6%	14.89	10.0%
腎病變	29.39	21.4%	32.79	22.8%	37.12	24.9%
神經病變	10.94	8.0%	11.26	7.8%	11.52	7.7%

⁹ 參考王治元，107年中華民國糖尿病衛教學會年會上發表的初步研究成果。

腦血管病變	6.65	4.9%	6.35	4.4%	6.54	4.4%
心血管病變	12.83	9.4%	15.40	10.7%	16.30	10.9%
週邊血管疾病	4.26	3.1%	5.18	3.6%	5.21	3.5%

(六)綜上，糖尿病病人應定期檢測糖化血色素、空腹血脂、眼底檢查及尿液微量白蛋白，健保署公開之糖尿病醫療品質指標達成率可作為衡量不同機構與地區醫療機構照顧糖尿病病患長期血糖、心臟血管疾病、眼睛照護及腎臟疾病之注意程度，並可評估照護團隊人員之盡責度，但前述4項檢查為糖尿病臨床照護指引所列之基本照護準則，近年來檢查率雖逐年提升，但眼底檢查及尿液微量白蛋白檢查率仍不盡理想；另糖尿病病患之照護結果，在「HbA1C」、「BP」、「LDL」各項結果均控制良好之比率雖有改善，但僅約12%，而將近55%之糖尿病病人血糖控制未達標準；又104-106年糖尿病就醫之病人，合併有腎病變之人數每年約增加3-4萬人，106年與105年相較，眼部視網膜病變人數增加1.04萬人，顯見目前糖尿病品質指標之監測結果雖有進步，但糖尿病合併症發生之情形仍有待控制，允應強化改善。

五、衛福部允應督促各縣市衛生局，協助基層診所克服人力及設備之障礙，提供整合性之糖尿病照護服務，並擬定以就醫分布為基礎之分級照護策略，鼓勵醫院組成糖尿病照護團隊，提供全院式照護：

(一)依衛福部提供104-105年糖尿病各層級院所之門診人數資料，糖尿病病人接受門診治療人數以在基層院所最多，105年約684,323人，占47.6%，其次為區域醫院410,309人（28.5%）、醫學中心333,514人（23.3%）及地區醫院239,997人（16.7%）（如表21）。

表7、糖尿病各層級院所之門診人數及占率

單位：人、%

年 度		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
104	人數	306,429	384,704	233,421	644,973
	占率	22.4%	28.1%	17.1%	47.2%
105	人數	333,514	410,309	239,997	684,323
	占率	23.3%	28.5%	16.7%	47.6%

(二)糖尿病病人在基層院所門診之人數最多，但加入共照網照護收案人數之比率卻最低，於105年為26.8%，106年為34.76%，低於其他層級別之醫院。至於106年加入共照網之比率以區域醫院59.22%最高，地區醫院54.55%居次，醫學中心47.84%再次之，但同層級之醫院間之差異甚為懸殊。

- 1、醫學中心將糖尿病病人收案加入共照網照護方案人數之比率，最高之醫院為71.22%，最低之醫院為17.06%。
- 2、有6家區域醫院之糖尿病病人全部未加入照護方案，其他區域醫院加入方案人數之比率最高之醫院為93.84%，最低之醫院為4.06%。
- 3、有168家地區醫院之糖尿病病患未加入照護方案，其他地區醫院加入方案人數之比率最高之醫院為100%（計有8家），最低之醫院為0.94%。

(三)106年全國糖尿病醫療品質照護指標結果：

- 1、基層院所加入糖尿病品質支付方案之照護率（下稱照護率）34.76%、糖化血色素檢查率92.60%、眼底檢查或眼底彩色攝影檢查率30.91%及尿白蛋白檢查率54.16%，均低於其他層級別之醫院，僅空腹血脂檢查率84.19%略高於醫學中心83.06%及區域醫院80.01%（如表22）。

表8、糖尿病各層級院所之照護率及檢查率：106年

層級別	整體	醫學	區域	地區	基層
-----	----	----	----	----	----

檢查項目		中心	醫院	醫院	院所
照護率	50.10%	47.84%	59.22%	54.55%	34.76%
糖化血色素檢查執行率	93.78%	95.44%	94.21%	94.36%	92.60%
空腹血脂檢查執行率	82.47%	83.06%	80.01%	85.06%	84.19%
眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	41.61%	50.65%	48.73%	42.48%	30.91%
尿白蛋白檢查執行率	58.88%	64.38%	60.41%	61.59%	54.16%

2、若依健保各業務組之分組將全國縣市分為6分區，中區之照護率56.99%、空腹血脂檢查率85.17%、眼底檢查或眼底彩色攝影率49.81%及尿白蛋白檢查率67.68%，均為6區所表現最佳，僅糖化血色素檢查率93.61%低於臺北分區94.24%、北區94.10%、南區93.90%。東區之照護率45.53%、糖化血色素檢查率92.92%、眼底檢查或眼底彩色攝影檢查率31.22%及尿白蛋白檢查率54.04%，均低於其他各區；至於醫療資源豐富之臺北分區在空腹血脂檢查率78.76%為各區最低，照護率46.74%、眼底檢查或眼底彩色攝影檢查率36.46%及尿白蛋白檢查率55.82%，均僅略高於東區，低於其他各區（如表23）。

表9、糖尿病各分區別之照護率及檢查率：106年

檢查項目	分區別	整體	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
照護率		50.10%	46.74%	50.79%	56.99%	48.16%	47.19%	45.53%
糖化血色素檢查執行率		93.78%	94.24%	94.10%	93.61%	93.90%	93.06%	92.92%
空腹血脂檢查執行率		82.47%	78.76%	84.38%	85.17%	82.56%	84.89%	83.32%
眼底檢查或眼底彩色攝影執行率		41.61%	36.46%	38.48%	49.81%	41.84%	45.89%	31.22%
尿白蛋白檢查執行率		58.88%	55.82%	56.25%	67.68%	60.18%	56.59%	54.04%

3、各縣市以彰化縣、宜蘭縣表現較優，彰化縣之空腹血脂檢查率89.21%、眼底檢查或眼底彩色攝影檢查率58.72%及尿白蛋白檢查執行率均為全國之冠，照護率64.81%僅次於宜蘭縣之75.60%，糖化血色素檢查率95.32%略次於嘉義市95.68%、宜蘭縣95.38%。(如表24)

表10、糖尿病照護率及檢查率排序前3位之縣市：106年

排序	1	2	3
照護率	宜蘭縣 75.60%	彰化縣 64.81%	嘉義市 60.75%
糖化血色素檢查執行率	嘉義市 95.68%	宜蘭縣 95.38%	彰化縣 95.32%
空腹血脂檢查執行率	彰化縣 89.21%	基隆市 88.14%	台東縣 87.87%
眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	彰化縣 58.72%	嘉義縣 51.53%	南投縣 47.89%
尿白蛋白檢查執行率	彰化縣 77.16%	嘉義縣 69.85	屏東縣 67.99%

(四)以彰化縣為例，糖尿病患就醫分布於醫院占63%，基層院所占37%，93年時參加給付方案未達2成，其中尤以基層表現最差。影響診所參與意願之因素，包括糖尿病患就診規模、診所糖尿病病患不願意等、未固定看診時間等就醫習性、缺少合格之衛教師、缺少個案管理之經驗、缺少完善之支持網絡、看診系統缺乏提醒與追蹤機制等功能不足

(五)綜上，糖尿病病人在不同層級、不同健保分區或不同縣市之醫療院所就醫，得以參加共照網照護方案之情形及每年完成4項定期檢查之比率有明顯落差，形成了糖尿病照護品質之不平等。糖尿病人無論就醫院所層級，不論居住城市或鄉村，亦不論就醫科別，都應能得到同等品質之照護。惟目前國內約有1/3 糖尿病病人在基層院所就醫，但基層診所

缺少護理及營養衛教之人力及設備，或未能讓病人加入糖尿病共照網，或未能使加入共照網之病人依時程完成例行性之檢查；另大型醫院之專科分科化，部分病人非因糖尿病就醫，確診前後亦未照會新陳代謝科，故發現糖尿病後只接受藥物治療，而未能加入共同照護網。爰衛福部允應督促各縣市衛生局，協助基層診所克服人力及設備之障礙，提供整合性之糖尿病照護服務，並擬定以就醫分布為基礎之分級照護策略，鼓勵醫院組成糖尿病照護團隊，提供全院式照護。

六、國健署及健保署允宜共同研議如何透過醫療機構對糖尿病之衛生教育，輔以有效之慢性病管理、追蹤及訪視機制，引導不同生活型態、個人特質及支持系統之糖尿病病人改變其為健康行為，提升自我健康管理能力及調整生活型態之效益：

(一) 健保署實施之全民健保醫療服務給付項目及支付標準，已規範須按間隔期間追蹤管理照護患者，若醫療院所按前述規範進行照護，糖尿病病人在1年內可由醫師、護理人員、營養師提供4次衛教，各階段之管理照護費已將糖尿病病人之自主管理教育納入給付。惟據衛福部表示，糖尿病病人之生活型態、個人特質及支持系統，方為影響病人為健康行為之關鍵，衛生教育係藉由改變民眾的知識、態度和技能，以影響其採行、維持或促進健康的行為，但對病人所能造成的改變仍受病人個人特質及醫療遵從性影響，無法整體概括之。

(二) 茲摘錄本案諮詢專家之重點意見如下：

1、糖尿病病人之飲食控制有其難度，即使營養師完成了營養衛教，病人對於飲食控制之方法已有一定程度之瞭解，但依病人之生活型態，要確實遵

循並不容易，例如：米飯吃得少很容易餓、或隔代教養，由糖尿病之祖父、祖母照顧孫子，因配合孫子吃零食，而不能確實落實飲食控制。前述病人之行為與生活型態有關，透過衛生教育並無法改變，可能需要透過醫護人員進行個案管理，深入追蹤病人之問題，甚至需訪視病人或其家屬。但對於病人之管理、追蹤或訪視，均需花費時間的，但現在全民健保並未給付這些需要耗費相當時間進行之工作。

- 2、糖尿病之醫療給付採論質計酬方式支付，病人於1年內得接受醫師、護理人員、營養師提供最多4次之衛教，並獲得健保給付。衛生教育雖然重要，但更重要的是要針對病人的問題，例如：病人生活型態、個人特質及支持系統。以「運動」而言，不運動的人就是不運動，病人對運動的好處都知道，但每天運動的人很少，透過衛生教育是沒有效果的，但醫療院所對病人之紀錄都會寫「已告知運動的重要性」，若要告知，需告知多久？有些病人不管告知多少次，其行為就是沒辦法改變。
- 3、健保給付1年最多4次之衛教，有些病人覺得每次衛教內容都一樣，有時會排斥接受衛教，甚至於會刻意挑選營養師不在的時間去看診，以逃避衛教，可見目前健保支付制度本身是有問題的。
- 4、國人老化常發生多重共病之問題，過去的衛教過於片斷，以糖尿病而言，有些患有輕度腎功能問題，接受糖尿病之整合性照護後，又要接受慢性腎臟病之衛教，應讓衛教人員發揮多重功能，不只具備糖尿病衛教的能力，對於合併高血壓、心血管、高血脂，也要開始做完整的衛教。

- 5、按時按量服藥、飲食控制、規律運動、血糖自我監測，都是糖尿病健康管理之行為。病人於就醫時，醫師會記錄病人服藥之情形，有些病人認為未按時服藥，若對醫師照實說，會被醫師叨念，因此有些病人未依醫囑服藥，卻未如實告知，此時，有些醫師會以為原處方之藥物控制不好而改藥，反而造成有些糖尿病病人發生低血糖情形，因為病人囤積藥物未服用，醫師卻改藥，對於血糖之控制是危險的。另有些病人為了省錢要求醫師開立慢性病連續處方箋，但醫師認為病人之血糖控制不好而不處方，病人就去找願意開處方之醫療院所，這些均為行為的問題，並非衛教可以改善。
- 6、比較嚴重、複雜之病人之衛教所需時間、指導之技巧及方向完全不一樣，費用是否應該不同？若都一樣，量又大，分配給每名病患之時間有限。
- 7、糖尿病伴隨多重共病及胰島素注射病患與口服藥病患之衛教是完全不一樣的。

(三)據國健署王署長英偉表示：

- 1、傳統之衛教，為單方之說明過程，偏重在專業人員進行資訊之給予，而目前國際作法係趨向不但要給予資訊，也要瞭解接受衛教者自身之想法，是雙向的溝通過程。
- 2、國內對於糖尿病衛教提供之資訊非常完整，但衛生教育需要病人的參與，過去並沒有真正瞭解清楚病人之想法。以慢性腎臟病為例，傳統之說明僅係告知病人需要洗腎及洗腎後會發生那些狀況等，但未告知若不洗腎之可能後果，亦未告知其他可能選擇之治療模式，病人並未參與對自身醫療方案之選擇。

- 3、國健署從106年開始重新檢視各機構之衛教單張內容，未來會將值得參考素材註明來源後公布於特定之網頁，讓民眾對於健康識能更加清楚，亦能將自己照護的更好。
 - 4、醫護人員需重新訓練，與病人做溝通，如何運用教材與病人互動。
- (四)依據本案諮詢專業之意見，糖尿病需終身治療，目前無法治癒，但可從飲食控制、規則運動、藥物治療等方法之併行，加以控制，而透過衛教獲取對於糖尿病之正確識能，病人始能具備自我照護及管理之能力，而此等能力又與個人之生活型態息息相關，需諸多生活習慣及行為之改變加以調整，但對多數人而言並不容易。糖尿病之藥物治療可分為口服降血糖藥物，包括 Sulfonylurea、Metformin、Acarbose、Glinides、TZDs、DPP-4 inhibitor及胰島素或GLP-1 analogue注射，目的皆在控制血糖、糖化血色素、血脂肪及血壓在理想範圍；在飲食方面需均衡碳水化合物、脂肪及蛋白質之攝取，定時定量可使血糖穩定；在運動部分每週至少5次，每次30分鐘以上之有氧運動，可改善胰島素之敏感及功能。透過醫師、護理師及營養師等衛教人員提供之衛生教育內容，獲取糖尿病用藥、飲食及運動之正確識能，持續進行血糖、血脂及血壓之紀錄及管理，相關之指標才能達標；另全民健保已給付1年最多4次之糖尿病衛教，部分病人認為每次衛教內容均相同，部分病人則合併有輕度腎功能、高血壓、高血脂等問題不同慢性疾病而需多次接受衛教，均會降低參與衛教之意願，爰應鼓勵醫療院所針對國人老化常發生多重共病之問題，進行慢性病之整合性衛教。又國內傳統之衛教方式，係依醫護

人員本身之專業知識判斷，告訴病人應該遵行之生活方式，或是提供病患或家屬衛教資訊單張但限於時間而不再多加解釋或說明，醫病間常未有充分之雙向溝通機會讓病人能透過參與對自身健康問題之討論而獲得相關之健康識能或自我健康照顧能力，不見得能真正吸收衛教知識，即使獲取相關知識，若未與自身經驗結合，亦難長久記憶，往往成效不彰。又因糖尿病病人之健康行為受生活型態、個人特質及支持系統之影響，但目前醫療院所對於糖尿病病人未必能進行完善之管理、追蹤或訪視，即難以發覺病人無法將衛教知識落實於生活之情形，糖尿病之控制將越加困難。

(五) 綜上，國健署及健保署允宜共同研議如何透過醫療機構對糖尿病之衛生教育，輔以慢性病管理、追蹤及訪視機制，有效引導不同生活型態、個人特質及支持系統之糖尿病病人改變其為健康行為，提升自我健康管理能力及調整生活型態之效益。

七、全民健保之支付制度與糖尿病照護品質具相關性，現行之糖尿病醫療給付改善方案採論質計酬支付制度，已將「品質」之概念納入，但仍係採單一疾病之支付模式，且著重盡責度之結果指標，而未將糖尿病個案在生活型態之行為改變之個案管理結果等病人整體狀況作為支付之考量，尚難滿足病人整合性全人照護之需要，爰國健署及健保署允宜注意並共同研議如何整合慢性病之管理制度，充實糖尿病醫療給付品質改善之內涵，以提升糖尿病之照護品質：

(一) 健保署90年至101年9月實施「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」，嗣於101年10月1日將試辦計畫內容納入全民健保醫療服務給付項目及支付標準第八部「品質支付服務」第二章「糖尿病」之支付內

容，將糖尿病區分為第一階段或第二階段管理照護模式，收案病人若接受第一階段管理照護且病情趨緩穩定後，院所可將該收案病人導入第二階段，讓院所有更多量能以提供第一階段之管理照護，提高整體糖尿病方案收案率。但第一階段之「追蹤管理照護費」及「年度評估管理照護費」分別為200點及800點，第二階段之支付點數則分別為100點及300點，低於第一階段之支付點數。惟本案諮詢專家表示：糖尿病病人是否進入第二階段，並無強制性，可由醫師判斷，因進入第二階段不需再進行衛教，相對健保支付點數減少，因此沒有人要進入第二階段。

(二)糖尿病係一種「論品質計酬」之支付制度，鼓勵醫院及基層診所組合團隊提供全方位的共同照護，使糖尿病病人獲得更完整之照護，達到疾病控制目的。惟本案諮詢專家表示：

- 1、全民健保對於腎臟病之管理，分成1、2、3、4、5期，第1、2及3a階段可以在基層診所照護，3b階段一定要轉到區域醫院或醫學中心，3b階段有1個特殊的計畫，假如病人是高血壓，一直控制不好，沒多久就進入下個階段，健保仍要給付，病人本來沒有慢性腎臟病、後來變成有，再變成3b階段，並未照護好，然後需洗腎，全民健保仍要給付，此給付概念有問題。
- 2、糖尿病支付方案論的質，沒有質的感覺，全國將近2百萬的糖尿病病人，進入論質計酬約有1/3，其中控制好的約有1/3，即約有1/9之病人控制不錯，又有資料，洗腎病人多是沒有控制好的貢獻，加入論質支付的糖尿病病人洗腎的比率比較低，可能是因為會選擇比較遵從醫囑的病人加入

方案，在選擇病人上即有偏差。

- 3、健保藉由論質支付制度，推動疾病管理制度，提供衛教與疾病管理費用以及鼓勵提升品質誘因，已證實可改善慢性病照護過程甚至結果品質（如糖尿病論質支付）。但目前涵蓋率較低（選擇偏差），且多數以單一疾病為對象。建議整合論質、家庭醫師制度、整合式門診、論人計酬等相關照護制度，建立具有實證基礎之品質指標，擴大服務病人，減少選擇與照護品質的偏差，系統性提升照護品質與結果。

(三)據國健署答復：為提高慢性疾病防治效益，支付誘因應從單一疾病給付轉變為多重疾病品質支付，在各項品質支付服務中納入以價值為基礎的醫療保健服務概念（value-based health care delivery），例如應從疾病控制ABC（A：HbA1c<7.0%；B：Blood Pressure<140/90mmHg；C：c-LDL<100mg/dL）整體達標率給予給付誘因，而非單一疾病照護指標。

(四)國內人口老化，慢性病盛行，慢性病所需之照護為長期、多元、連續、且多變之服務，傳統的頭痛醫頭治療模式很難被滿足。國內於86年即試辦對糖尿病之疾病管理制度，之後納入單一疾病管理之健保論質支付，已有別於多數慢性病仍採論量計酬，鼓勵提供對病人整合性之全人照護。然綜合本案諮詢專家之意見，目前全民健保將糖尿病區分為第一階段或第二階段管理照護模式有無必要？對於糖尿病論質計酬之「品質」應備之內涵？病患之血壓、膽固醇控制不佳，甚至進入洗腎階段，是否即不符合所謂之「品質」？納入論質計酬之糖尿病病人是否有選擇性偏差？以及在健保署推動各式之整合

性照護計畫，如何將零碎之醫療模式進行整合？前述問題，國健署及健保署允宜注意並共同研議如何整合慢性病之管理制度，充實糖尿病醫療給付品質改善之內涵以提升糖尿病之照護品質。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一，糾正衛生福利部。
- 二、調查意見一，函請行政院督促所屬檢討改進見復。
- 三、調查意見二至七，函請衛生福利部檢討改進或研處見復。

調查委員：尹祚芊