

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案由：衛生福利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，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

經向衛生福利部（下稱衛福部）調閱卷證資料，並於民國（下同）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、國民健康署（下稱國健署）王署長英偉、賈

組長淑麗、中央健康保險署（下稱健保署）李組長純馥後，已完成調查，發現該署確有違失，應予糾正促其注意改善。茲臚列事實與理由如下：

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）：

（一）糖化血色素（HbA1c） $\geq 6.5\%$ 。

（二）空腹血漿血糖 ≥ 126 mg/dL。

（三）口服葡萄糖耐受試驗第2小時血漿血糖 ≥ 200 mg/dL。

（四）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为常人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：

（一）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。

（二）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。

（三）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：

（一）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。

（二）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）。

（三）全球疾病負擔（GBD）同時考量疾病合併症之失能

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

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。

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。

(四)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：

- (一)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」。
- (二)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%。
- (三)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。
- (四)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

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。

億元去買菸，卻讓身體健康受到傷害。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：

(一)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）

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>

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。

- (二)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。
- (三)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。
- (四)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。
- (五)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。

(六)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。

(七)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。

(八)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。

- (九)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。
- (十)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1）；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。

(十一)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。

綜上所述，衛生福利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，爰依憲法第97條第1項及監察法第24條之規定提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：尹祚芊

中 華 民 國 1 0 8 年 6 月 日