

# 家醫 2.0 輕鬆轉型 DKD 照 護方案

曾競鋒

20240501

主持人：中央健康保險署高屏業務組 林淑華組長

時間	主題	報告者
12:00~12:30	報到(視訊連線)	
12:30~12:35	主席致詞	
12:35~12:55	113 年家庭醫師整合性照護計畫修訂重點說明	健保署高屏業務組
12:55~13:35	1. 解析家醫 2.0 2. 如何做好代謝症候群防治計畫	王宏育榮譽理事長
13:35~14:15	家醫 2.0 輕鬆轉型 DKD 照護方案	曾競鋒醫師
14:15~15:00	綜合討論	主持人暨講師： 高屏業務組 林淑華組長 王宏育榮譽理事長 曾競鋒醫師

# 循序漸進的照護

- 糖尿病 (DM) since 民國 90年
- 早期腎病變 (early CKD, pre ESRD) 民國100年
- DM + early CKD = DKD 民國111年
- MS and prediabetes 民國111年
- **MS (preDM) ← DM, early CKD → DKD**
- 家醫 2.0計畫 民國113年

256萬

2020 台灣糖尿病總人數

# 2020年全臺灣糖尿病現況



	男性	女性	總計
<b>發生</b>			
糖尿病發生數	101,377	83,656	185,033
第1型糖尿病人數	167	223	390
第2型糖尿病人數	101,210	83,433	184,643
糖尿病發生率(%)	0.960	0.762	0.859
年齡標準化糖尿病發生率(%)	0.730	0.527	0.623
<b>盛行</b>			
糖尿病盛行數	1,348,093	1,220,172	2,568,265
第1型糖尿病人數	6,152	6,614	12,766
第2型糖尿病人數	1,341,941	1,213,558	2,555,499
糖尿病盛行率(%)	11.383	10.047	10.707
年齡標準化糖尿病盛行率(%)	7.174	5.519	6.328
<b>死亡</b>			
糖尿病死亡人數	40,120	31,594	71,714
第1型糖尿病人數	47	41	88
第2型糖尿病人數	40,073	31,553	71,626
糖尿病死亡率(%)	2.976	2.589	2.792
年齡標準化糖尿病死亡率*(%)	0.749	0.460	0.618

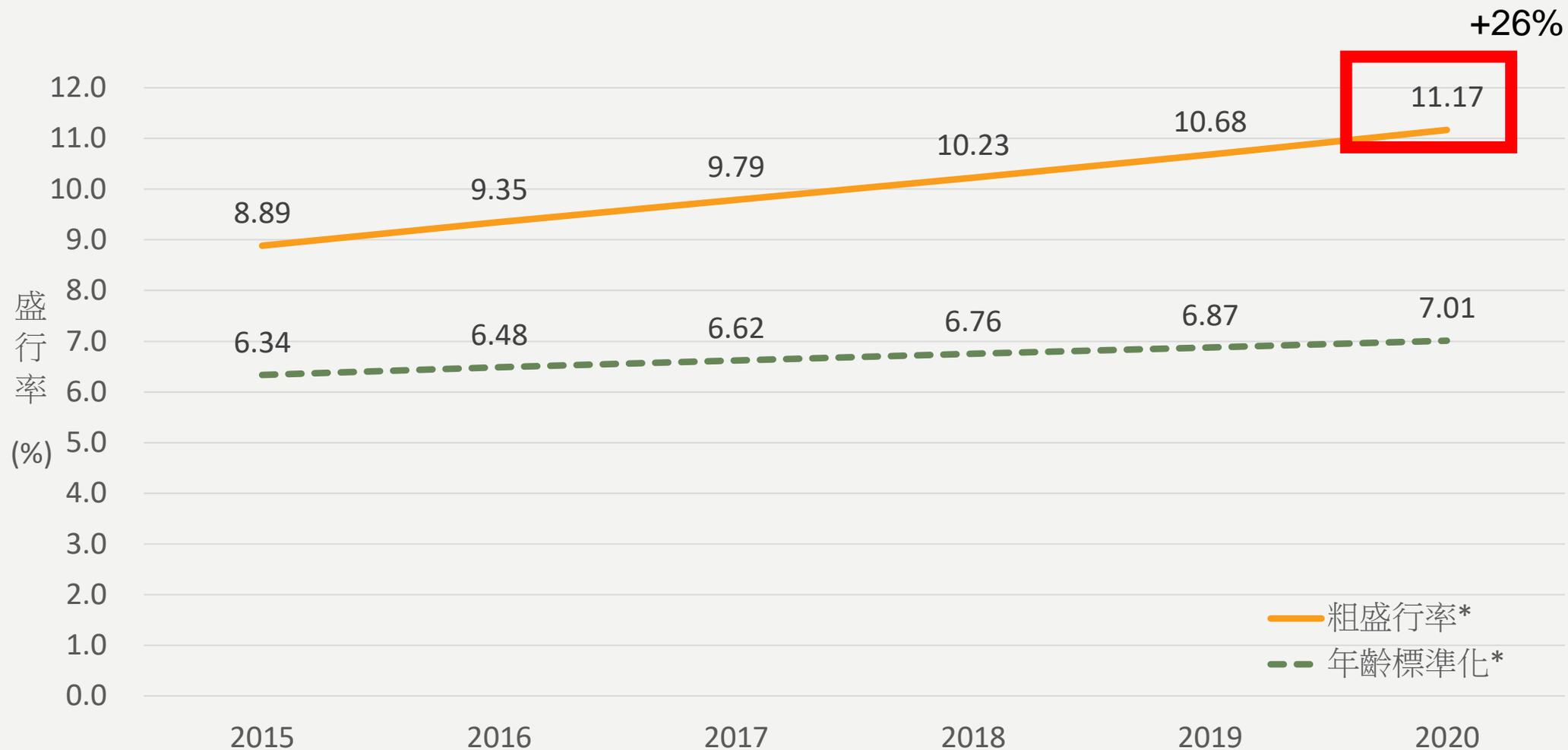
\*糖尿病發生率(%)=糖尿病新發人數/(當年度保險人數-前一年糖尿病盛行人數)\*100

\*糖尿病盛行率(%)=糖尿病盛行人數/當年度保險人數\*100

11%

2020 台灣糖尿病盛行率

# 第2型糖尿病粗盛行率與年齡標準化盛行率

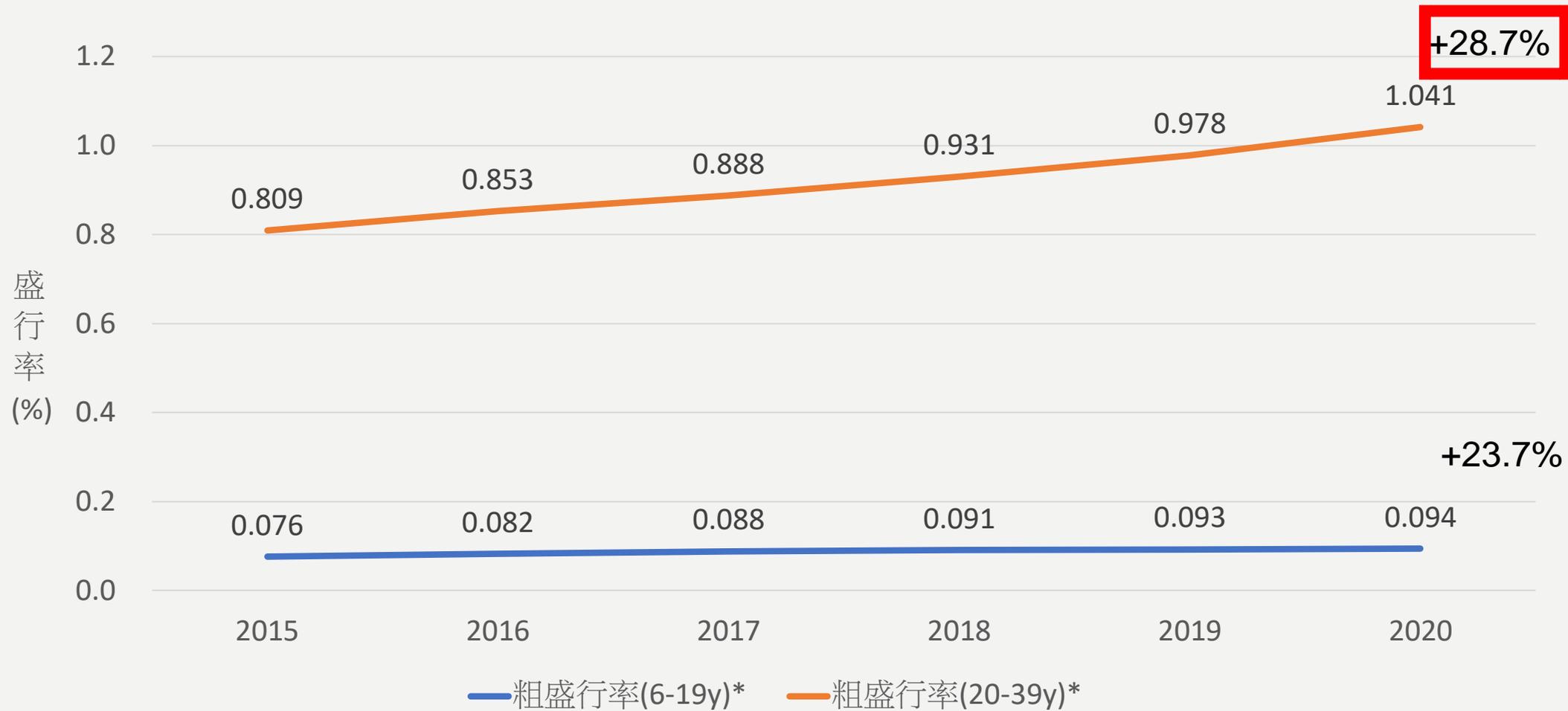


註: 1. 糖尿病盛行率=[(當年)糖尿病盛行數/(當年)健保署提供之納保人數]\*100% (>=6歲)

2. 以WHO 2000年世界人口結構進行年齡標準化

\*P for trend <0.05

# 第2型糖尿病粗盛行率(依年齡別<40)

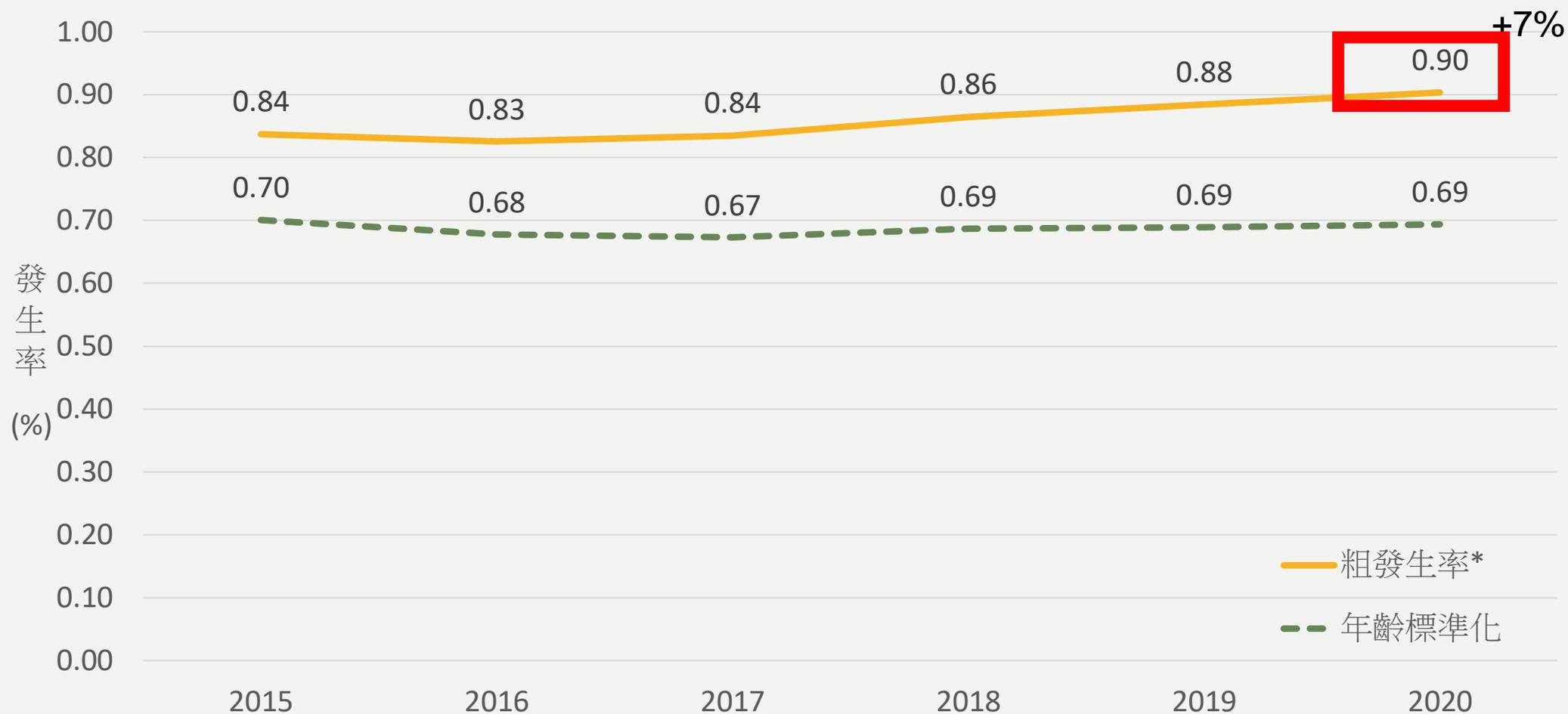


\*P for trend <0.05

0.9%

2020 台灣糖尿病發生率

# 第2型糖尿病粗發生率與年齡標準化發生率



註: 1. 糖尿病發生率=[(當年)糖尿病發生數/((當年)健保署提供之納保人數-前一年糖尿病盛行數)]\*100%

2. 以WHO 2000年世界人口結構進行年齡標準化

\* P for trend <0.05

# 2020年全臺灣糖尿病現況

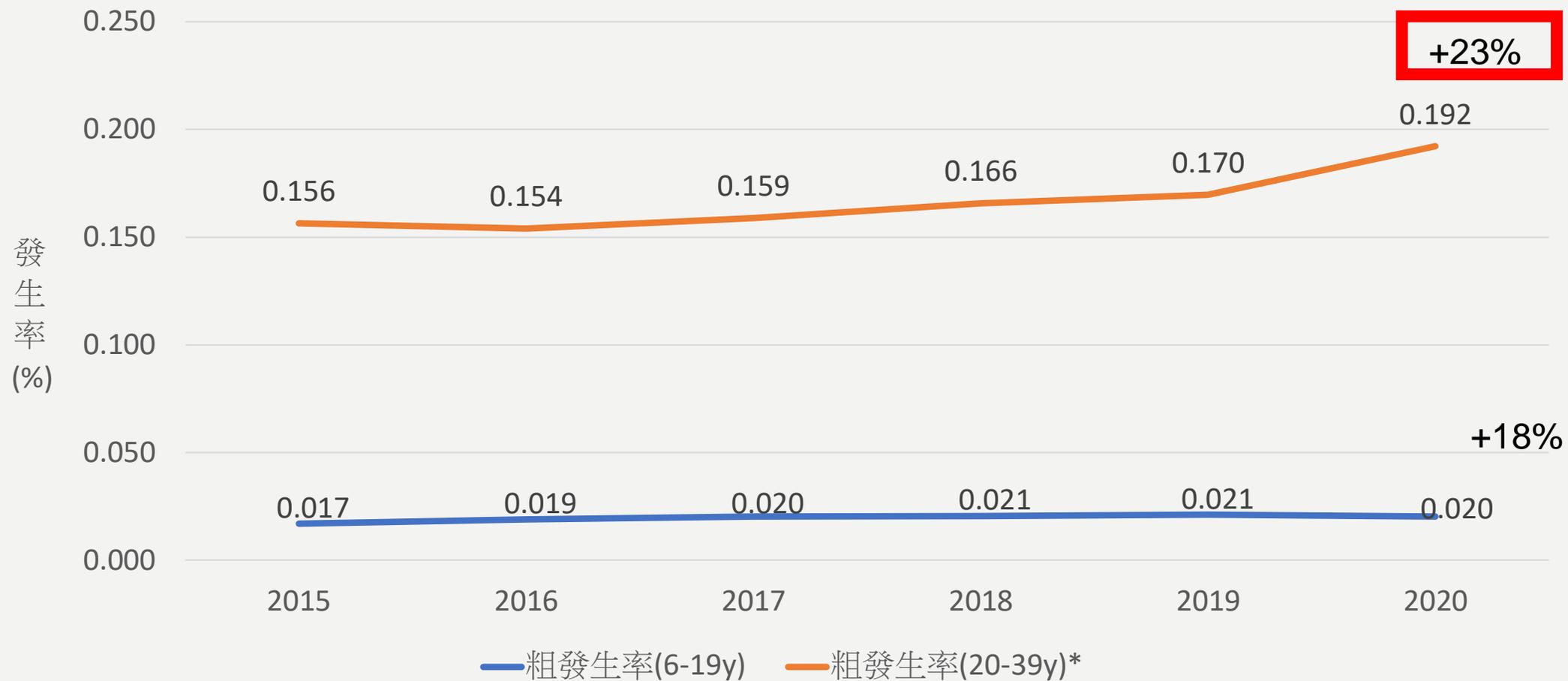


	男性	女性	總計
<b>發生</b>			
糖尿病發生數	101,377	83,656	185,033
第1型糖尿病人數	167	223	390
第2型糖尿病人數	101,210	83,433	184,643
糖尿病發生率(%)	0.960	0.762	0.859
年齡標準化糖尿病發生率(%)	0.730	0.527	0.623
<b>盛行</b>			
糖尿病盛行數	1,348,093	1,220,172	2,568,265
第1型糖尿病人數	6,152	6,614	12,766
第2型糖尿病人數	1,341,941	1,213,558	2,555,499
糖尿病盛行率(%)	11.383	10.047	10.707
年齡標準化糖尿病盛行率(%)	7.174	5.519	6.328
<b>死亡</b>			
糖尿病死亡人數	40,120	31,594	71,714
第1型糖尿病人數	47	41	88
第2型糖尿病人數	40,073	31,553	71,626
糖尿病死亡率(%)	2.976	2.589	2.792
年齡標準化糖尿病死亡率*(%)	0.749	0.460	0.618

\*糖尿病發生率(%)=糖尿病新發人數/(當年度保險人數-前一年糖尿病盛行人數)\*100

\*糖尿病盛行率(%)=糖尿病盛行人數/當年度保險人數\*100

# 第2型糖尿病粗發生率 (依年齡別 <40)



\* P for trend <0.05

44分

糖尿病**2019年**世界給台灣的評分

# 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

*GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators\**

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online May 18, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

# Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016

*GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators\**

*Lancet 2018; 391: 2236–71*

---

	Healthcare Access and Quality Index	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	Lower respiratory infections	Upper respiratory infections	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	Non-melanoma skin cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukaemia	Rheumatic heart disease	Ischaemic heart disease	Cerebrovascular disease	Hypertensive heart disease	Chronic respiratory disease	Peptic ulcer disease	Appendicitis	Inguinal, femoral, and abdominal hernia	Gallbladder and biliary diseases	Epilepsy	Diabetes mellitus	Chronic kidney disease	Congenital heart anomalies	Adverse effects of medical treatment
Bahrain	79	75	83	67	98	100	98	98	95	86	71	84	91	91	96	50	61	91	65	89	86	89	80	74	88	69	69	52	52	68	68
Slovakia	79	91	92	60	97	100	97	99	100	97	70	70	62	74	46	51	63	79	54	65	65	95	64	93	78	66	68	83	71	71	72
Latvia	78	72	97	65	96	100	100	100	100	93	80	61	66	84	53	54	60	65	45	53	61	99	62	97	87	74	66	66	81	74	63
Taiwan	78	78	95	64	98	100	94	98	80	95	73	83	68	75	93	84	49	85	82	63	60	92	73	91	91	57	59	58	50	72	78
Puerto Rico	77	90	97	49	98	100	99	99	95	99	60	63	70	86	74	60	61	84	68	81	56	85	89	83	83	68	76	55	42	75	50
Lithuania	77	61	97	62	96	100	100	100	100	94	88	65	59	81	59	51	60	61	47	60	65	100	55	86	79	66	65	72	82	76	65
Macedonia	76	74	80	89	95	100	89	98	99	94	54	65	65	60	39	45	46	72	58	44	63	93	80	95	84	89	81	70	61	65	80
Chile	76	72	92	66	97	100	92	99	100	85	69	65	58	93	19	67	54	72	80	70	65	90	82	81	69	56	76	83	53	63	71
Serbia	75	79	93	84	95	100	91	98	100	92	59	53	53	74	35	43	52	82	59	50	72	94	62	85	77	70	72	70	65	63	71

	HAQ Index	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	LRIs	URIs	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	NM skin cancer (SCC)	Breast cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Colon cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukaemia	Rheumatic HD	Ischaemic HD	Stroke	Hypertensive HD	Chronic respiratory	Peptic ulcer	Appendicitis	Hernia	Gallbladder	Epilepsy	Diabetes	Chronic kidney	Congenital heart	Adverse med treat
Lebanon [33]	86	90	75	97	100	100	90	100	100	98	60	60	85	73	77	80	72	61	46	100	57	97	78	91	100	100	100	99	89	80	66	43	73
Taiwan (Province of China) [34]	85	78	91	67	100	100	93	100	88	100	80	20	91	82	86	94	87	95	100	93	87	63	61	100	77	97	100	64	75	60	55	69	83
Israel [35]	85	100	90	73	100	100	100	100	100	99	91	62	75	73	72	68	71	58	29	79	86	82	98	91	100	100	99	89	76	84	56	88	62

2016

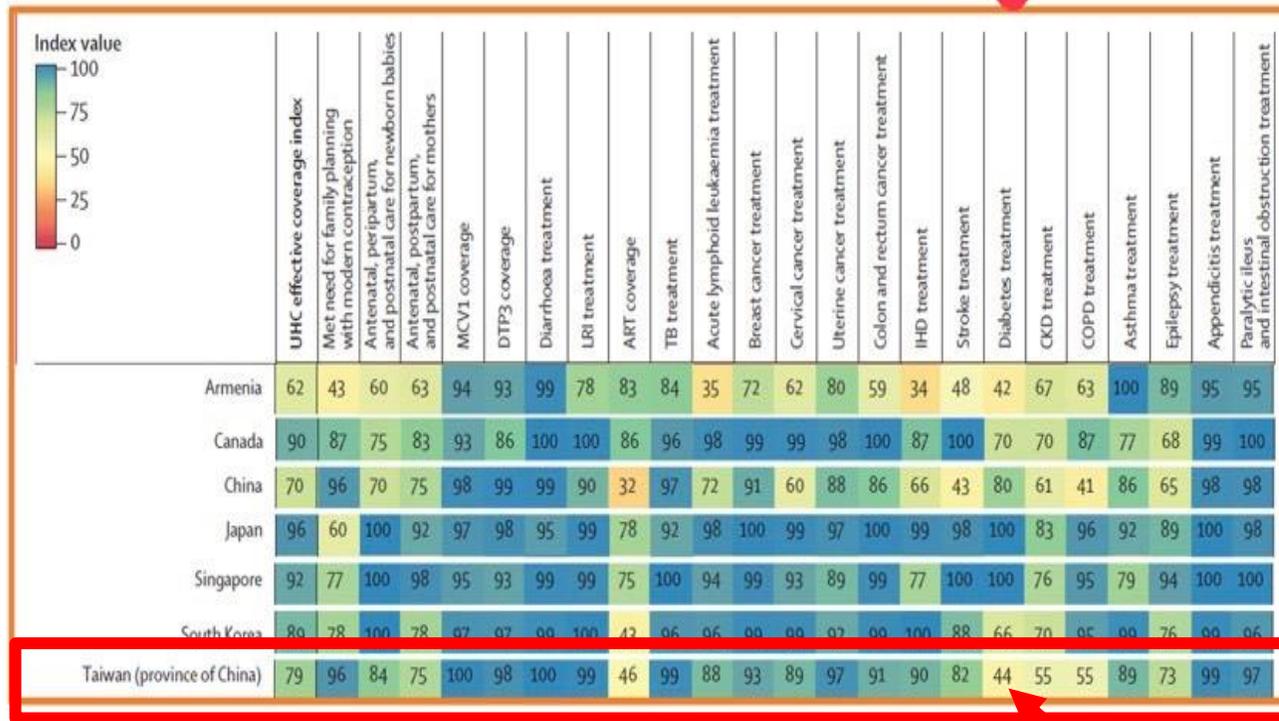
# Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019



GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators\*



2019





## 44分的考卷

■內分泌新陳代謝科 曾競鋒

今年8月27日在 the Lancet發表了一篇文章，這一篇文章是描述全世界204國家對各種疾病的治療品質的評比。看到我國糖尿病的品質分數時，真的倒抽了三口氣。

相同的文章也在三年前發表過，當時全台震撼；日本在糖尿病治療的得分是100分，而我們則僅有勉強及格的60分。當時不論是媒體、醫界都大篇幅討論。重量不重質的健保設計可能是最重要的致命傷，例如一樣看100的病患，給付都一樣，ABC (A1C, BP, Cholesterol) 控制的好或不好並沒有不同！積極治療反而花更多時間衛教，甚至面臨更多的低血糖，吃力不討好又沒有成正比的給付！是健保設計的問題！

而文章中所謂的糖尿病照護品質是以65歲以上的糖友死亡率當分子，以盛行率當分母，再輔以因糖尿病失能的時間當權重，這樣的品質評估設計應該是最公平客觀不過的了。

過了三年，是否有什麼改變呢？今年，日本一樣是100分，新加坡也100分，韓國66分，中國大陸80分，而我們擁有最引以為傲的全民健保的台灣則從60分大幅的退步成44分！

看著這張44分，大幅落後其他國家的考卷，身為治療糖尿病的基層醫師的我，震驚感嘆之餘，也憂心繼續

在相同的健保制度下，我們的分數會不會每況愈下，是否有什麼辦法能夠救絕處、起沉痾呢？

文章雖分析的精準，但不會告訴我們低分原因！我們身在其中，一定要來好好想想！

先假設一個糖友55歲被診斷，65歲進入統計時已滿十年。第一個要件就是要讓他在十年罹病中沒有任何大小血管病變，這樣未來的失能與死亡才能減少，這也是我們要的品質。怎麼做呢？答案很簡單，就是ABC都達標！

糖友的ABC不達標，心臟病、腦中風、透析、截肢、失明…等併發症就容易發生，不只健保財務吃緊，有時因失能所帶給家庭的負荷更是無以復加！

有人說，花錢與品質在拔河，要品質一定要花錢！其實也不一定完全正確，在正確的時機花對錢，不只有效，甚至還能省錢！依健保資料庫的統計，糖尿病的花費很多，其中7成都是在併發症發生後。如果沒有併發症產生，那花費自然就大幅減少了！

也就是，糖尿病在診斷之初，一定就要投與最正確有效的治療！此時，若能改變病友，從事正確的生活作息，吃的對，動的多，養成習慣，則是一輩子的益處。要大量的宣導，如果能有「戴口罩」一樣的效能，更好！

除了大量正確而能深入病友心中的宣導與衛教外，

早期使用有實證醫學而能預防慢性併發症的藥物也很重要。只可惜健保對這些較為昂貴的藥品，制訂了許多限制，臨床上不能依治療指引來治療。殊不知，這時的「省錢」是一時的，反而讓未來「花了更大的錢」來治療併發症。其實從藥物的NNT (number needed to treat) 的合理演算即輕易得之，容易理解！

而同時，也要避免一些錯誤資訊的導入，如「藥不要常吃，否則傷肝傷腎」、「儘量不要吃藥，否則吃多了依賴」、「誰誰誰，吃了什麼糖尿病就好了」、「電視裏說，吃什麼XXX可以調控血糖」…，很多廣告都說XXX可以改善血糖，但真正有效治療血糖，有實證醫學預防併發症的藥品卻反而不能廣告！也是一種特殊的現象！

簡而言之，正確的宣導、有效的衛教、實證基礎的用藥，特別是剛診斷之時就積極介入，我想這個44分的當頭棒喝，才真的喚醒傳統論量的健保，才真的能保證品質的提升！

真心期待，下一次的考試，不只能進步，還能大躍進！

參考資料：

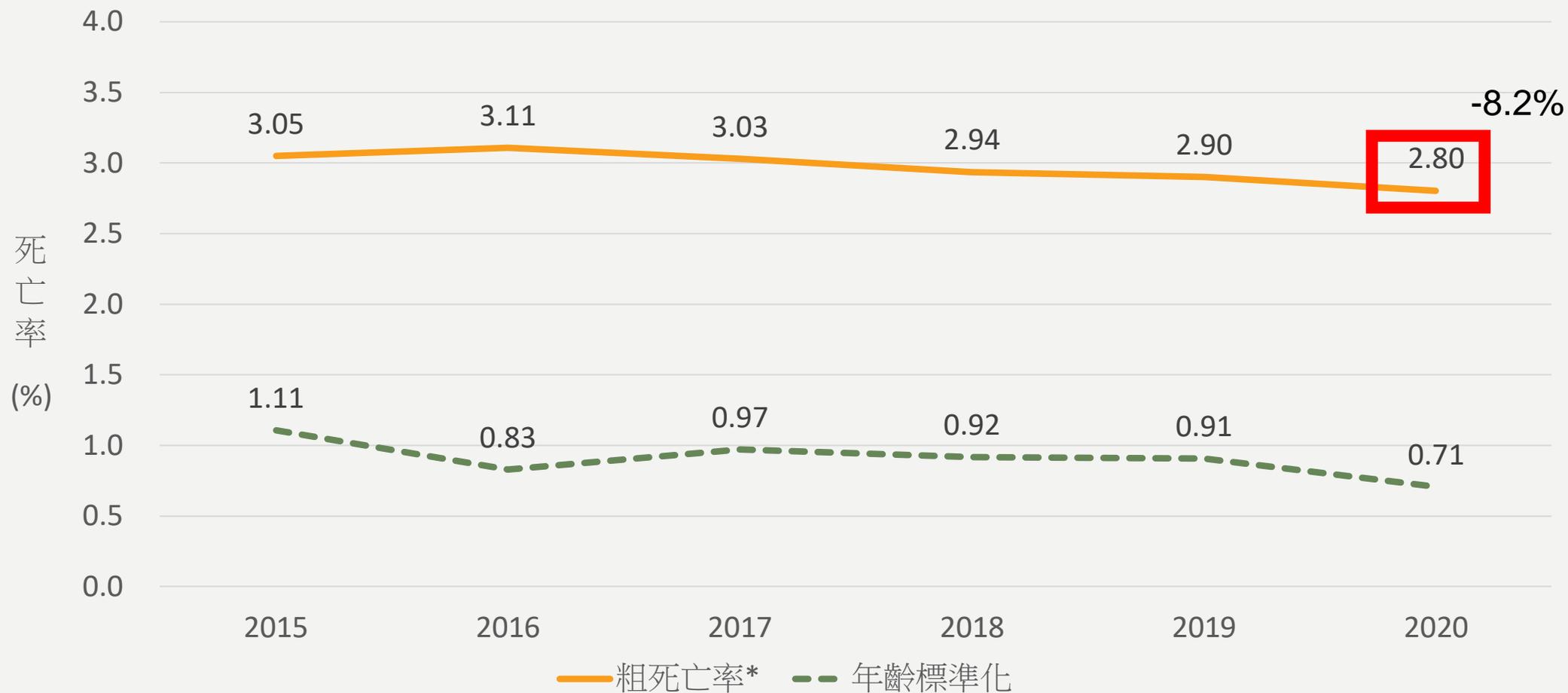
Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Published online August 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9), the Lancet.



2.8%

2020 台灣糖尿病死亡率

# 第2型糖尿病盛行個案 粗死亡率與年齡標準化死亡率



註: 1. 糖尿病死亡率=[(當年)糖尿病死亡數/(當年)糖尿病盛行數)]\*100%

2. 以WHO 2000年世界人口結構進行年齡標準化

\*P for trend <0.05

7倍

糖尿病死亡率 台灣 vs. 日本

新政府挑戰 系列1 醫生扛業績、醫療投資輸韓國

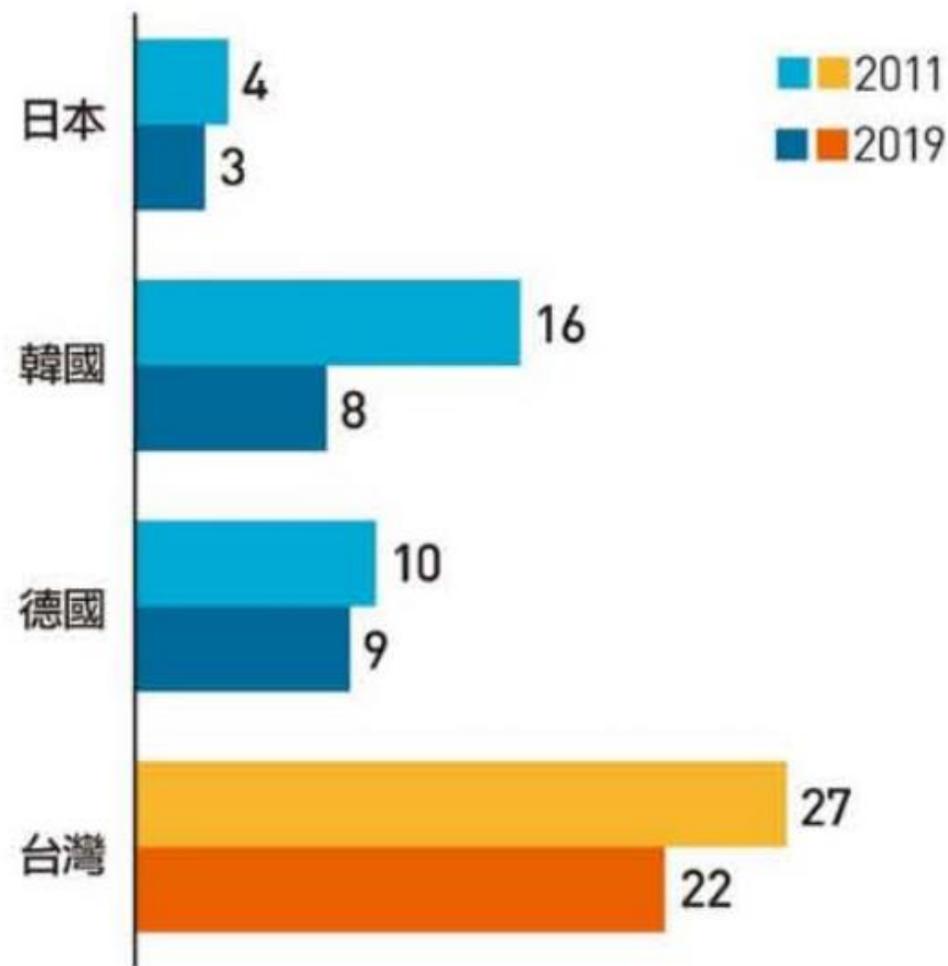
# 白色風暴 健保怎麼救？

健保上路近30年，選擇了總額制的台灣，  
每人一年看病18次，糖尿病死亡率卻高過日韓。  
政府醫療保健支出不足，造成醫護推銷的自費亂象，  
民眾花得更多，卻不見得更健康。

製作人—林倖妃 文—彭子珊、周好靜 攝影—王建棟  
編輯—曹凱婷 設計、繪圖—鄭郁勳



表 2 《慢性病》  
台灣糖尿病死亡率，高達日本7倍  
各國糖尿病每十萬人標準化死亡率(%)





健保怎麼救？ ▶ 世界第一看不好病 | 手術前一刻被推銷 | 政府要幫醫護加薪 | 小鎮診所華麗陣容 | 地區醫院求生記

政治社會 > 政策

# 世界第一的健保，可能看不好你的病 壽命輸韓國、糖尿病死亡率是日本7倍

【新政府挑戰·系列1】健保是台灣的驕傲，但便宜又可及的醫療制度，卻正傷害照護品質——平均壽命被韓國超越、糖尿病死亡率是日本的7倍。嬰兒潮大退休，再不提高投資、鼓勵預防，恐壓垮年輕人與全民健康。

# 2023年最佳醫療保健系統(CEOWORLD)

- CEOWORLD 雜誌報導針對110個國家/地區醫療系統評分

• **臺灣78.72分，名列第一**

- 韓國第2名(77.7分)及澳洲第3名(74.11分)
- 前10名中，歐洲國家占第5名至第9名

 醫療保健基礎設施

專業人員能力

 藥物供應 與人均成本

 政府準備情形

其他因素:

包括環境、清潔水的取得、衛生設施以及政府對菸草使用、肥胖等風險實施處罰的意願

Rank	Country	Medical Infrastructure and Professionals	Medicine Availability and Cost	Government Readiness	Health Care Index (Overall)
1	<b>Taiwan</b>	87.16	83.59	82.3	<b>78.72</b>
2	South Korea	79.05	78.39	78.99	77.7
3	Australia	90.75	82.59	92.06	74.11
4	Canada	86.18	78.99	88.23	71.32
5	Sweden	78.77	74.88	74.18	70.73
6	Ireland	92.58	96.22	67.51	67.99
7	Netherlands	77.86	71.82	55.1	65.38
8	Germany	86.28	75.81	83.82	64.66
9	Norway	72.48	68.68	64.78	64.63
10	Israel	88.63	75.61	90.25	61.73

來源：取自<https://ceoworld.biz/2023/08/25/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2023/> (2023/8/25)





健保怎麼救？ ▶ 世界第一看不好病 | 手術前一刻被推銷 | 政府要幫醫護加薪 | 小鎮診所華麗陣容 | 地區醫院求生記

政治社會 > 政策

# 世界第一的健保，可能看不好你的病 壽命輸韓國、糖尿病死亡率是 日本7倍

【新政府挑戰·系列1】健保是台灣的驕傲，但便宜又可及的醫療制度，卻正傷害照護品質——平均壽命被韓國超越、糖尿病死亡率是日本的7倍。嬰兒潮大退休，再不提高投資、鼓勵預防，恐壓垮年輕人與全民健康。

# 表+ 整體健康》

## 1 台灣人更長壽，但已被韓國反超

各國國民平均壽命比較(歲)

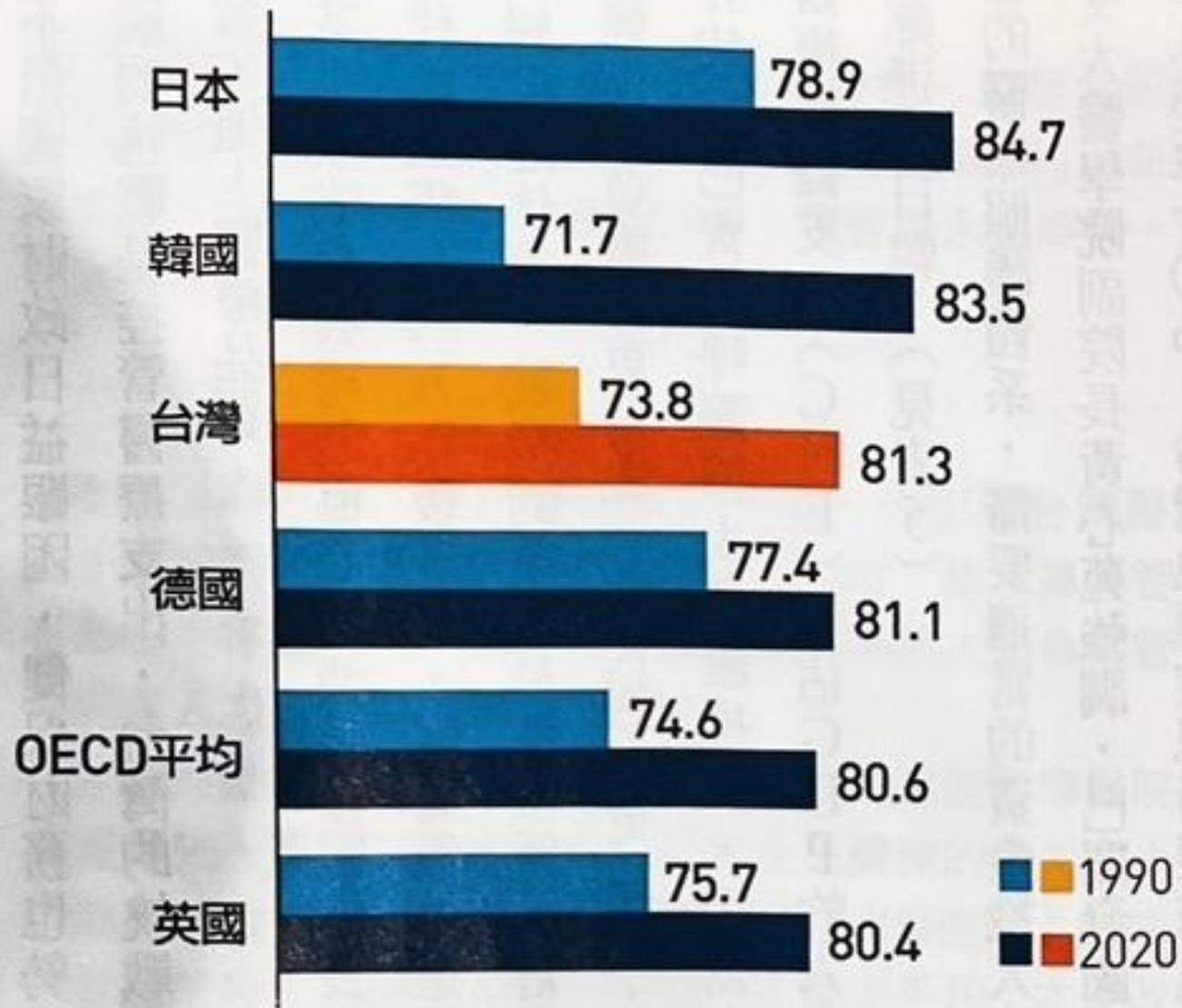
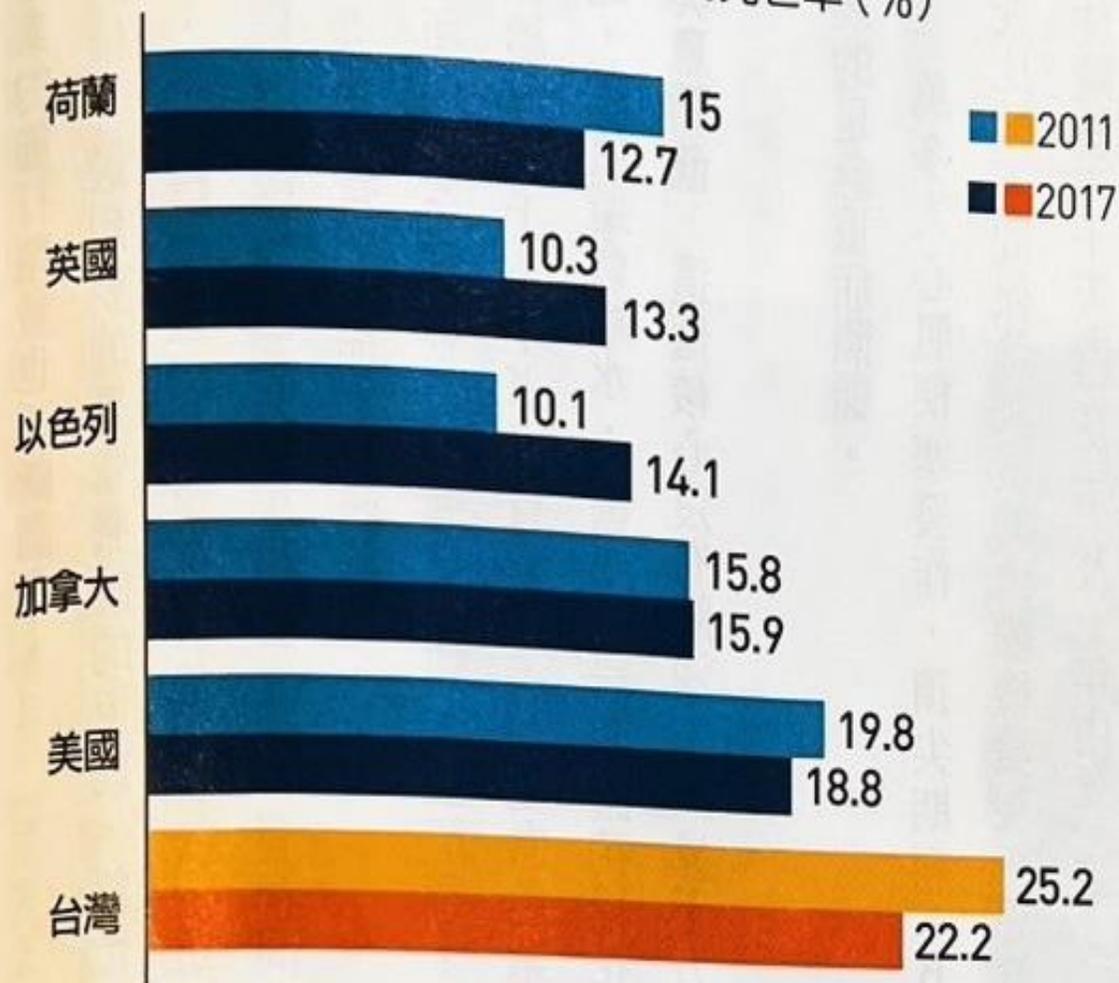
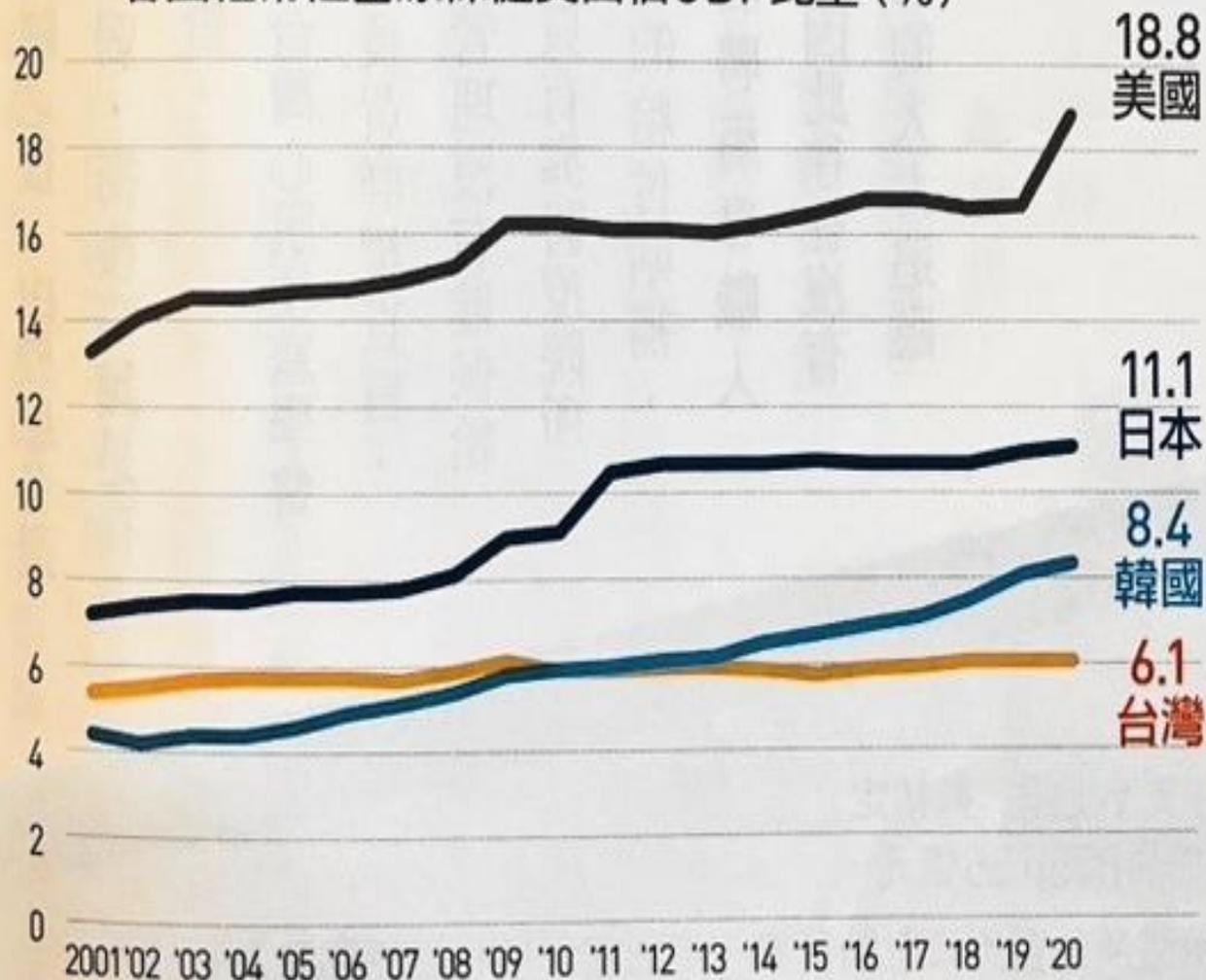


表3 《急重症》  
台灣急性心肌梗塞死亡率，高於歐美國家  
各國急性心肌梗塞住院後30天內死亡率(%)



註：此為較緊急的ST區段上升心肌梗塞 (STEMI) 資料來源：黃心苑、周穎政，醫學期刊《BMJ》

表5 《投資不足》  
台灣醫療保健支出，落後日韓美  
各國經常性醫療保健支出佔GDP比重(%)

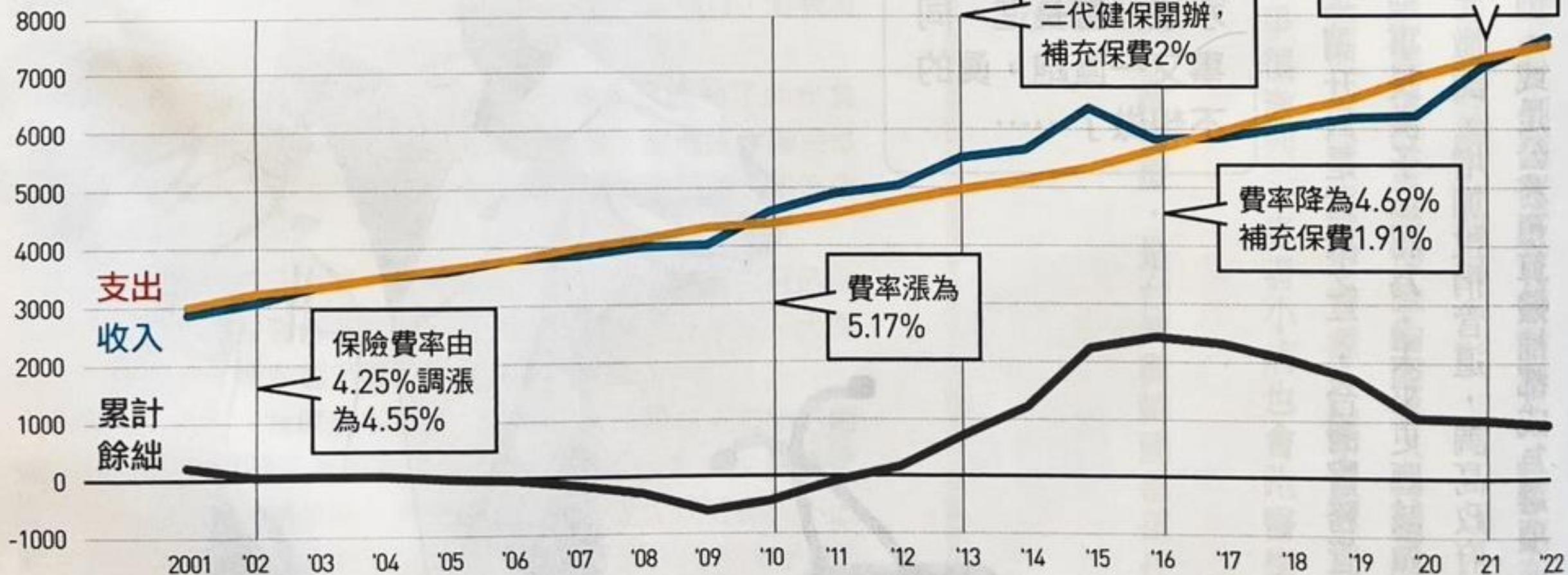


資料來源：衛福部

# 財務緊張，調整卻有限



表 4 《餘絀下滑》  
健保支出不斷攀升，近30年來費率僅調5次  
台灣健保收支情況（億元）



註：除了一般健保保費，二代健保也針對經常性薪資所得之外的業務所得、股利、租金等收取補充保費 資料來源：政大財政系教授連賢明、健保會

5.17%

健保保險費率



## 最新訊息

[會議資訊](#)

[委員關切重要議題分析](#)

[首頁](#) / [最新訊息](#) / [委員關切重要議題分析](#)



## 全民健康保險112年度保險費率審議結果維持5.17%

- 資料來源：全民健康保險會
- 建檔日期：111-12-06
- 更新時間：111-12-06



瀏覽人數：952

健保會111.11

# CP值

我覺得...已經很好了

# 柯文哲與OECD公布2021年統計數字比較表

製圖時間：2023.11.22

台灣事實查核中心  
Taiwan FactCheck Center

	 台灣	 美國	 葡萄牙	 日本	 韓國
柯文哲公布 NHE占GDP比重 (%)	6.6	17	11.1	11	8
OECD公布 NHE占GDP比重 (%)	6.56	18	無資料	無資料	9.7
OECD公布 CHE占GDP比重 (%)	6.1	17.4	11.1	11.3	9.3

具重要本土政策意涵，但不利國際比較

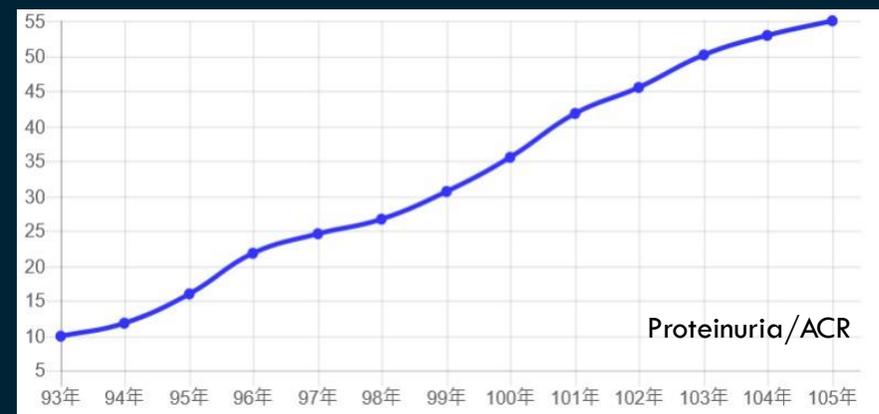
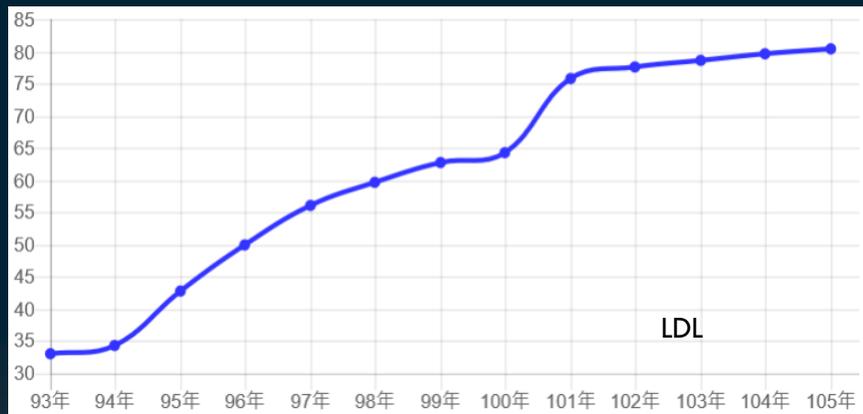
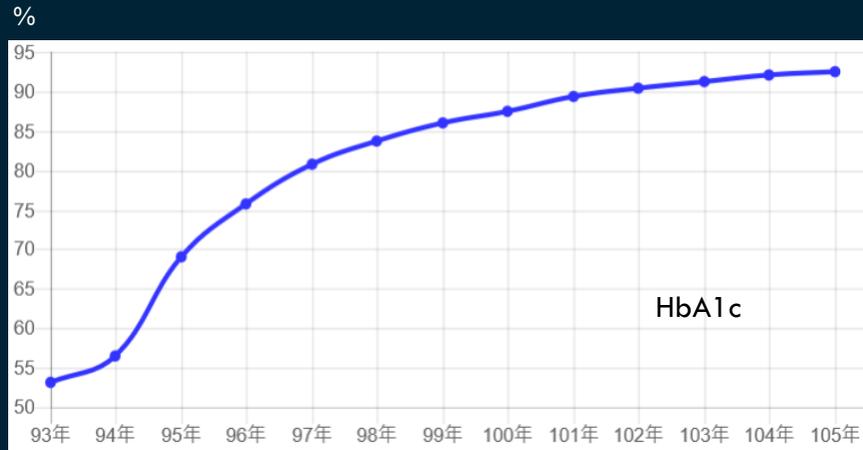
國際比較時建議採用此數據為基礎

資料來源：柯文哲國政說明會、OECD統計資料庫

# 可以更好嗎？

加入糖尿病(腎臟病)改善方案，共同照護方案, P4P

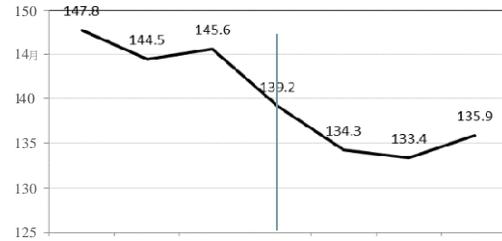
# Continuous improvement in annual test rate for the DM patients in P4P program



2004

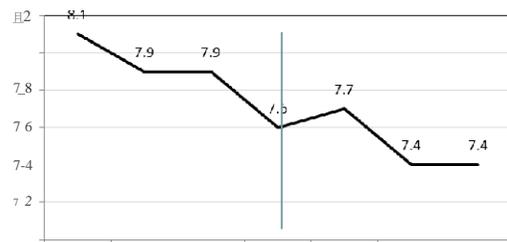
2016

### Fasting glucose



前三年 前二年 前一年 加入年 復第一年 復三年 後三年

### HbA1c



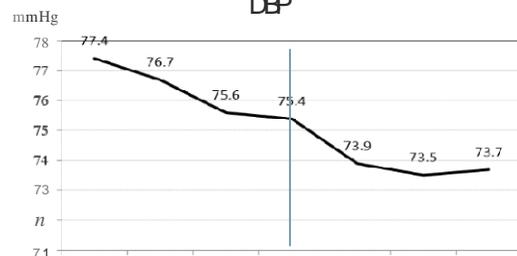
前三年 前二年 前一年 加入年 後一年 後二年 後三年

### SBP



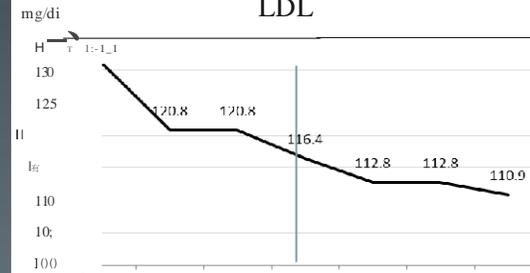
前三年 前二年 前一年 加入年 復一年 復二年 後三年

### DBP



前三年 前二年 前一年 加入年 復一年 復二年 後三年

### LDL



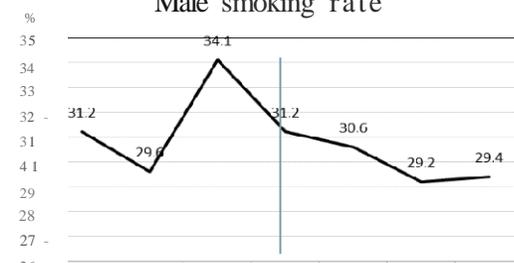
前三年 前二年 前一年 加入年 復一年 復三年 後三年

### TG



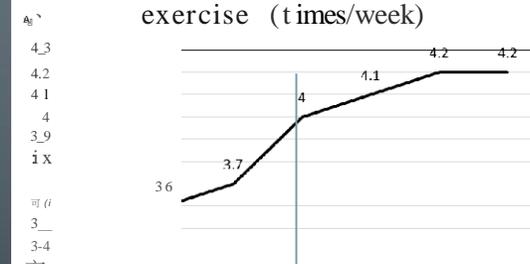
前三年 前二年 前一年 加入年 復一年 復三年 後三年

### Male smoking rate



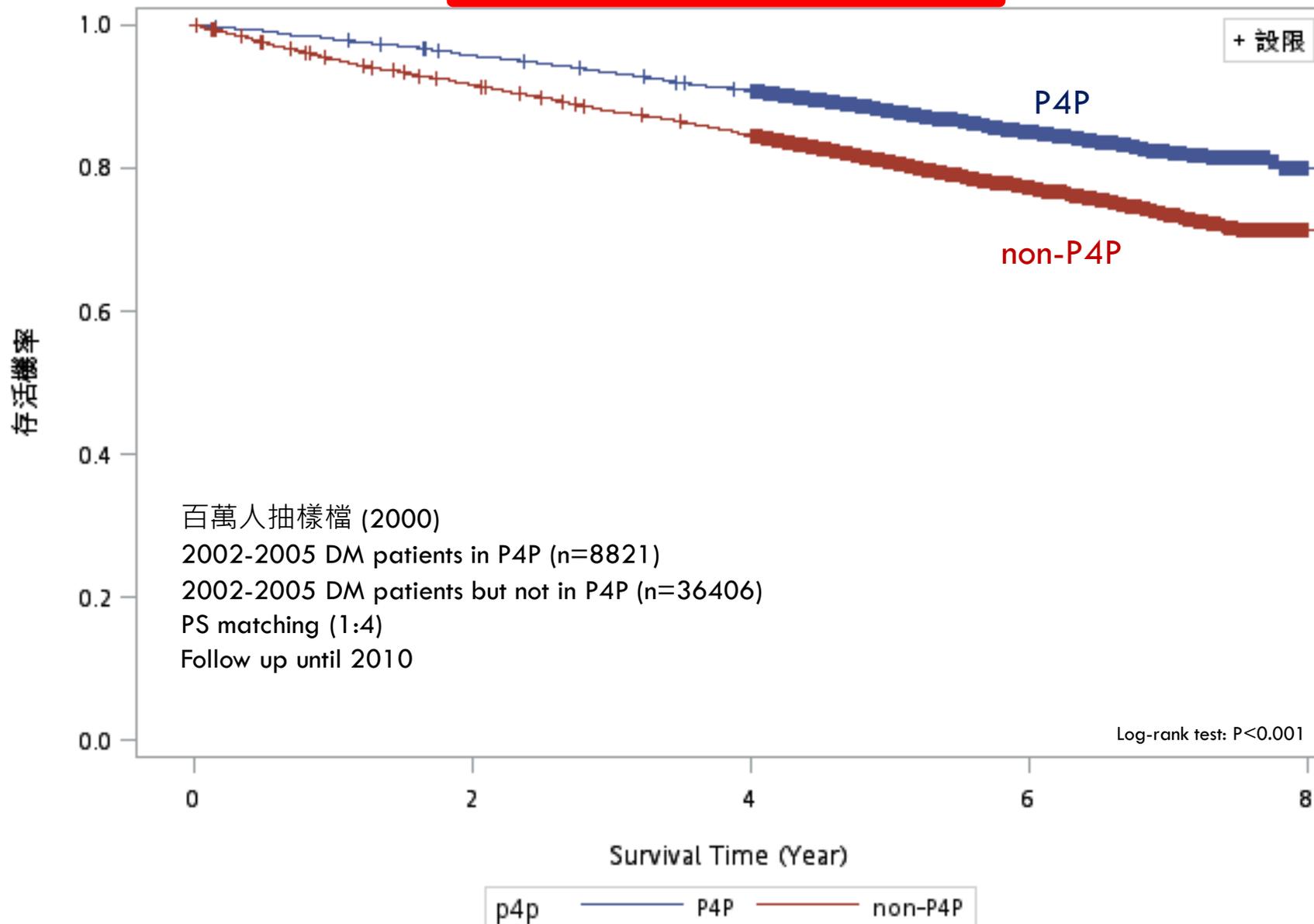
前三年 前二年 前一年 加入年 復一年 復二年 後三年

### exercise (times/week)



前三年 前二年 前一年 加入年 復一年 復二年 後三年

# Product-Limit Survival Estimates



# Incidence of HARD outcomes among diabetes (P4P vs. non-P4P)

	N	Event		
		n	Incidence/1000 py	HR
<b>Dialysis</b>				
Non-P4P	5715	93	3.19	1.0
P4P	5715	100	3.28	1.01(0.76-1.34)
<b>Blindness</b>				
Non-P4P	6100	12	0.39	1.0
P4P	6100	12	0.37	0.90 (0.40-2.02)
<b>Acute MI</b>				
Non-P4P	5444	110	3.94	1.0
P4P	5444	77	2.63	<b>0.65 (0.49-0.87)*</b>
<b>Stroke</b>				
Non-P4P	6113	916	31.00	1.0
P4P	6113	872	28.24	<b>0.89 (0.81-0.98)*</b>
<b>Amputation</b>				
Non-P4P	8060	142	3.52	1.0
P4P	8060	79	1.85	<b>0.50 (0.38-0.65)**</b>
<b>Composite outcome</b>				
Non-P4P	3032	408	26.72	1.0
P4P	3032	361	23.12	<b>0.84 (0.73-0.97)*</b>

(comparison: propensity score matching cohorts, models were adjusted for age, sex, enrollment year, NHI registration location, income, DM duration, DCSI, and CIC)

# Factors associated with **cost** and healthcare use in T2DM

	OPD cost ( $\beta$ )	Admission use (OR)	Admission cost ( $\beta$ )	Total healthcare cost ( $\beta$ )
Year (2010 vs. 2005)	-0.01	1.08	0.05	0.02
P4P (yes vs. no)	0.00	<b>0.71</b>	<b>-0.39</b>	<b>-0.12</b>
Continuity of care				
Good (COCI $\geq$ 0.77)	<b>-0.11</b>	<b>0.45</b>	-0.07	<b>-0.22</b>
Not good (COCI<0.77)	1	1	1	1
Bad (<3 DM visit/yr)	<b>-0.12</b>	<b>1.52</b>	<b>0.70</b>	<b>0.38</b>

Models were adjusted for DM duration, residency, and income level  
 COCI: continuity of care index  
 Number in bold: P<0.001

# 何謂共同照護(shared care)？

- 定義可由許多層面來看，近來最常被採行的是Hickman1994提出的「由醫院專業人員與一般科醫師聯合參與，齊為慢性病人**提供共同規劃的照護服務內容及方式**，除了出入院、轉診資料外，增強資訊聯結，使有更多的資訊互通共享,形成有計劃性的照護體系。」
- ("The joint participation of hospital consultants and general practitioners in the planned delivery of care for patients with a chronic condition, informed by an enhanced information exchange over and above routine discharge and referral notes")

# 以糖尿病為例

- 由此定義可以看到，慢性病以糖尿病為例，是**強調多元化的專業人力**的組合，此合作團隊為共同照護的基本要素，除為了傳遞傳統的出院摘要與轉診的資料以外，更要聯結病人其他相關資訊，使團隊的照護更具有效率及品質。
- 但另有人提出這定義過於強調提供者的角色，忽略了**主角是一病人**，他(她)們也要負起相當的自我照護責任。可見慢性病的照護，不單是由共同照護網的建立，尚需要其他的條件的配合，齊一腳步才能達到預期的目標。

# 1950 年代

- 糖尿病是一項**複雜的「全身性」疾病**，在臨床上與許多專科有關(例如內分泌新陳代謝科、心臟血管科、胃臟科、眼科、神經科等)，另外為增進病人自我檢查(足部檢查、血糖、尿糖監測)與自我照顧(低血糖、高血糖或其他急症)能力
- 發現時都已有併發症
- **基層診所根本不能看此病**
- 但醫院病人過多...

# 1953 年英國經驗 (Dr Walker)

- 醫院與診所合作
- **1970 Mini Clinic (糖尿病小診所)**
- **醫院轉病人來診所，醫院團隊固定時間診所指導**
- 一開始只有50人(由9500人轉出)
- 建立起一套有時序性，有制度性的檢查/檢驗

# 1950-1980 (Met., SU, insulin)

- 診所接手後
- 固定回診，**預先安排**有計畫性的檢驗/檢查
- 固定檢驗/檢查：sugar, A1C, Cr, LDL-C, BP, 足部檢查, 眼底檢查 ...
- **面對問題並用藥**
- Mini Clinic 增加到 14 個診所
- 428/541 留在診所
- 113 轉回醫院，其中 99 人使用胰島素
- **扣除胰島素， $428/(541-99) = 97\%$  可在診所看診**

# 英國經驗 (1950-1980)

1. 早期診斷
2. 有一套依循的管理辦法
3. 早期治療
4. 要有團隊 (醫師，護理師，營養師)
5. 要有基層與醫院的交流
6. 若能使用胰島素...
7. 基層醫師當然也可以治療糖尿病

# (台灣)從試辦計畫→改善方案

## 伍、蘭陽糖尿病照護網歷年大事紀

日期		委員會決議正式命名為「蘭陽糖尿病照護網」並票選照護網
85.08.10	86.01.13	標誌
	86.05.04	「蘭陽糖尿病照護網」第四次委員會議通過「全民健康保險糖尿病醫療服務改善方案試辦計畫」，同意由91年1月1日起試辦。
	86.08.16	90.11.23 接受衛生署國民健康局委託編撰「糖尿病共同照護工作指引」。
	90.12.09	中央健康保險局台北分局至本縣召開「蘭陽糖尿病照護網適用全民健康保險糖尿病醫療服務改善方案試辦計畫」說明會。

# 全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案

## 糖尿病共同照護網

90.11.01第一版實施  
94.05.01修訂第二版  
95.01.01修訂第三版  
95.08.01修訂第四版  
97.01.01修訂第五版  
98.06.01修訂第六版  
99.01.01修訂第七版  
100.01.01修訂第八版  
101.10.1導入支付標準  
第8部第2章，本方案  
內容停止適用

### 壹、前言

糖尿病為高發生高費用之疾病，且無法僅由內分泌或新陳代謝專科醫師即可提供完善周延的醫療照護，有鑑於此，衛生署陸續於全省各地推動糖尿病共同照護網，希望藉由各種經過訓練的專業醫事人員間的團體合作，提供病人包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的服務，以降低或延緩糖尿病患併發症與合併症的發生，不但維護病人的健康，亦可控制醫療費用，達到三贏的目標。

## 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(支付標準第八部第二章)



● 支付標準第八部第二章

● 問答集

● 獎勵結果

● 停止適用區

## 支付標準第八部第二章



### 檔案下載

支付標準第八部第二章(112.11.13更新)



發布日期：111-02-15

更新日期：113-01-15

瀏覽人次：1369

## 第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

- 一、參與資格：醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意後，始得申報本章費用，申請資格如下：

# DM + CKD (DKD) 你卡在那一關？

1. 想做，但還沒有申請
2. 已經做了 MS, DM, early CKD 都還沒有
3. 目前只有 DM 照護，還沒有做 early CKD 照護
4. 目前只有 early CKD 照護，還沒有做 DM 照護
5. 我都有了，但仍然分開申報，不知如何合併
6. 我都合併申報了，還有一些問題想釐清

(一)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行（可包括護理師、營養師、藥師），惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

3.申報本章糖尿病管理照護費用之醫師，**第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者**（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

(二)初期慢性腎臟病(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD)：

- 1.健保特約院所之腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。
- 2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。
- 3.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。
- 4.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。
- 5.參與之醫師，年度追蹤率小於百分之二十者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

## 二、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

## (二)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate,以下稱 eGFR） $\geq 90$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） $\geq 150$  mg/gm（或糖尿病病人 UACR $\geq 30$  mg/gm）之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 且 UPCR $\geq 150$  mg/gm（或糖尿病病人 UACR $\geq 30$  mg/gm）之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 之病人。

2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

### 三、結案條件：

(一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，Urine protein / creatinine ratio (UPCR)  $\geq 1000$  mg/gm，或 eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

#### 四、品質資訊之登錄及監測：

- (一)特約院所應於健保資訊網服務系統系統(VPN)上傳必要欄位(糖尿病個案詳附表 8.2.9、初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.10、糖尿病合併初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.11)。
- (二)特約醫療院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

## 附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

### 一、新收案(P1407C)必填欄位：

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
  - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
  - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

## 二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

## 三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
  - (1) 檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
  - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

## 附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據: 檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U<sub>PCR</sub> (mg/gm)
- 3.血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，  
必須登錄欄位：

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1 : Stage1 ; 2 : Stage2 ; 3a : Stage3a ; 3b : Stage3b ; 4 : Stage4 ; 5 : Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U<sub>PCR</sub> (mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

三、結案（轉出）(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1.結案（或轉診）日期

2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯( $\geq 180$ 天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。

3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1： $U_{PCR} \geq 1000$  mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。

4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號：

## 附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

### 一、追蹤管理(P7001C)必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a)
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、糖化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)

## 二、年度評估(P7002C)必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、糖化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)
8. 眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
9. 足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

### 三、結案(轉出)必填欄位：

1. 結案（或轉診）日期
2. 結案原因：1-長期失聯、2-病人拒絕接受治療、3-經評估可自行照護、4-死亡、5-腎功能改善恢復正常、6-轉診進入Pre-ESRD計畫、7-其他。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR  $\geq$  1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：\_\_\_\_\_

(一) 申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A.P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。

B.P4301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。

C.P7001C、P7002C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(2)申報方式 併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則：

- 1.未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆管理照護費被核刪後不得再申報。
- 2.本章規範應於健保資訊網服務系統系統（VPN）登錄之檢驗（查）之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

## 六、品質獎勵措施

### (一)糖尿病：

1.門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質卓越及品質進步獎勵之評比對象。

#### (1)新收案率：

A.定義：指當年度符合收案條件（最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次以上之病人）中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

B.門檻目標值：醫師新收案率須百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

(2)收案人數五十人以上。

## 2.品質獎勵指標

### (1)個案完整追蹤率：

#### ▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病個案，排除第四季新收案之人數。

B.分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

(A)已申報年度評估者(P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C 或 P7001C)次數達三次者。

(B)已申報新收案者(P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a.如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(C)當年度同時申報新收案(P1407C)及年度評估(P1409C 或 P1411C)者，以申報新收案(P1407C)之季別，依第B項之(B)原則辦理。

## (2)HbA1C 控制良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ （八十歲以上病人 HbA1c $<8.0\%$ ）之人數。

## (3)HbA1C 控制不良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

## (4)HbA1C 進步率

▶ 定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 $5\%$ 以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

### (5) LDL 控制良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值  $< 100\text{mg/dL}$  之人數。

### (6) LDL 控制不良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值  $> 130\text{mg/dL}$  之人數。

### (7) LDL 進步率

▶ 定義：

A. 分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病病人數。

B. 分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10% 以上（檢驗值成長率  $\leq -10\%$ ）之人數。

### 3.品質卓越獎

- (1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率百分之五十五以下及超過百分之五十五區分），合計共分為四組。
- (2)各組依「2.品質獎勵指標」之七項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師可獲得品質卓越獎。惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比。
- (3)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付1,000點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。
  - ▶收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案（P1407C）或年度評估（P1409C）之病人歸戶數（如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶）。

#### 4.品質進步獎：

(1)該年度品質卓越獎之得獎醫師以外之醫師，依「2.品質獎勵指標」之七項指標計算品質獎勵進步獎：以前一年度為基準年，當年度之七項品質指標比率與基準年相減，均為進步或持平者，可獲品質進步獎。惟醫師需有全曆年之指標為基準年，始得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算（即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用）。

(2)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 500 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

5.品質卓越獎與品質進步獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用之百分之三十。

## (二)初期慢性腎臟病：

1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之初期慢性腎臟病病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

2.門檻指標：該醫師完整追蹤率百分之五十以上。

### ▶定義：

(1)分母：當年度該院所該醫師收案之所有初期慢性腎臟病病人，排除第四季新收案之人數。

(2)分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A.當年度未申報新收案者 (P4301C)，其申報當年度追蹤管理 (P4302C) 次數達二次者。

B.已申報新收案者 (P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

(A)如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理 (P4302C) 次數應達二次。

(B)如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理 (P4302C) 次數應達一次。

3.品質獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

(1)CKD 分期較前一年度最後一次照護時改善（如由 stage 2 改善為 stage 1）。

(2)eGFR 較前一年度最後一次照護時改善（eGFR > 前一年度最後一次檢驗值），且

下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。

A.血壓控制：由前一年度最後一次照護  $\geq 140/90$  mmHg 改善為  $< 130/80$  mmHg。

B.糖尿病病人 HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護  $\geq 7.0\%$  改善為  $< 7.0\%$ 。

C.低密度脂蛋白(LDL)：由前一年度最後一次照護  $\geq 130$  mg/dl 改善為  $< 130$  mg/dl。

D.戒菸（持續六個月以上無抽菸行為）：由前一年度最後一次照護抽菸改善為戒菸。

4.獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「品質獎勵指標」(1)或(2)者，每個個案數支付 400 點。

### (三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：

#### 1.品質獎勵指標：

##### (1)UACR 控制良率

###### ▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 $<30\text{mg/gm}$ 之人數。

##### (2)UACR 控制不良率

###### ▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 $>300\text{mg/gm}$ 之人數。

##### (3)UACR 進步率

###### ▶ 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

#### (4)HbA1C 控制良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ （八十歲以上病人 HbA1c $<8\%$ ）之人數。

#### (5)HbA1C 控制不良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

#### (6)HbA1C 進步率

▶ 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 $5\%$ 以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

### (7)LDL 控制良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$  之人數。

### (8)LDL 控制不良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$  之人數。

### (9)LDL 進步率

▶ 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq -10\%$ ）之人數。

## 2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述各項品質獎勵指標結果排序(良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和**前百分之三十之院所**，依該院所收案個案數，**每個個案數支付 1,000**點。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

#### (四)胰島素注射獎勵措施：

1.適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品（ATC 前三碼為 A10）者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

2.獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵500點。

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天者」。

七、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值支付，即先以每點1元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於1元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

八、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

九、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

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
	糖尿病					
P1407C	<p>—第一階段新收案管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。</p>	v	v	v	v	650

P1408C	<p>—第一階段追蹤管理照護費</p>	v	v	v	v	200
	<p>註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已 內含於本項所訂點數內。</p>					
	<p>2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每 年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若當年度同 時有申報P1410C或P7001C，合計最多申報三次。</p>					
	<p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另 一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八 十。</p>					
	<p>4.不得與P7001C同時申報。</p>					
	<p>5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段 管理照護費P1408C、P1409C。</p>					

P1409C

—第一階段年度評估管理照護費

V

V

V

V

800

註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已  
內含於本項所訂點數內。

2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本  
項，本項限執行P1407C、P1408C或P7001C追蹤合計  
達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一  
次。

3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另  
一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八  
十。

4.不得與P7002C同時申報。

5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段  
管理照護費P1408C、P1409C。

P4301C	<p>初期慢性腎臟病</p> <p>—新收案管理照護費</p> <p>註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.2.5)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p>	v	v	v	v	200
P4302C	<p>—追蹤管理照護費</p> <p>註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。若當年度同時有申報P7001C，兩者合計最多申報三次。</p> <p>3.不得與P7001C同時申報。</p>	v	v	v	v	200

P4303C	一轉診照護獎勵費	v	v	v	v	200
<p>註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。</p> <p>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</p> <p>3.結案原因為恢復正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。</p> <p>4.不得與P7003C同時申報。</p> <p>5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p>						

P7001C	<p>糖尿病合併初期慢性腎臟病</p> <p>一追蹤管理照護費</p> <p>註：1.院所照護同時於糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，需於同一次就診完成二項疾病之追蹤管理（照護項目同附表8.2.2及附表8.2.6），並以本項目申報，且當次就診不得再另申報P1408C、P1410C及P4302C。</p> <p>2.除檢驗檢查項目外，表列照護項目之費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。</p> <p>4.至少須間隔任一方案之新收案七週後才能申報本項，每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若年度中因個案尚未同時參與同院所糖尿病及初期慢性腎臟病收案照護，有單一疾病追蹤管理者，仍得以該次追蹤管理疾病別申報P1408C(或P1410C)或P4302C，惟每年度分別與本項合計最多申報仍為三次，每次間隔至少十週。</p>	v	v	v	v	400
--------	--	---	---	---	---	-----

# P7001

- P1408 (200) + P4302 (200) = P7001 (400)
- 一定要有之前的 P1407及P4301 的申報紀錄
- 有點差別：
  - P4302 間隔 6個月，P7001 三個月
  - 每三個月都可檢驗 LDL-C 及 ACR
  - 追蹤更密集，病友照顧更優，給付也略多

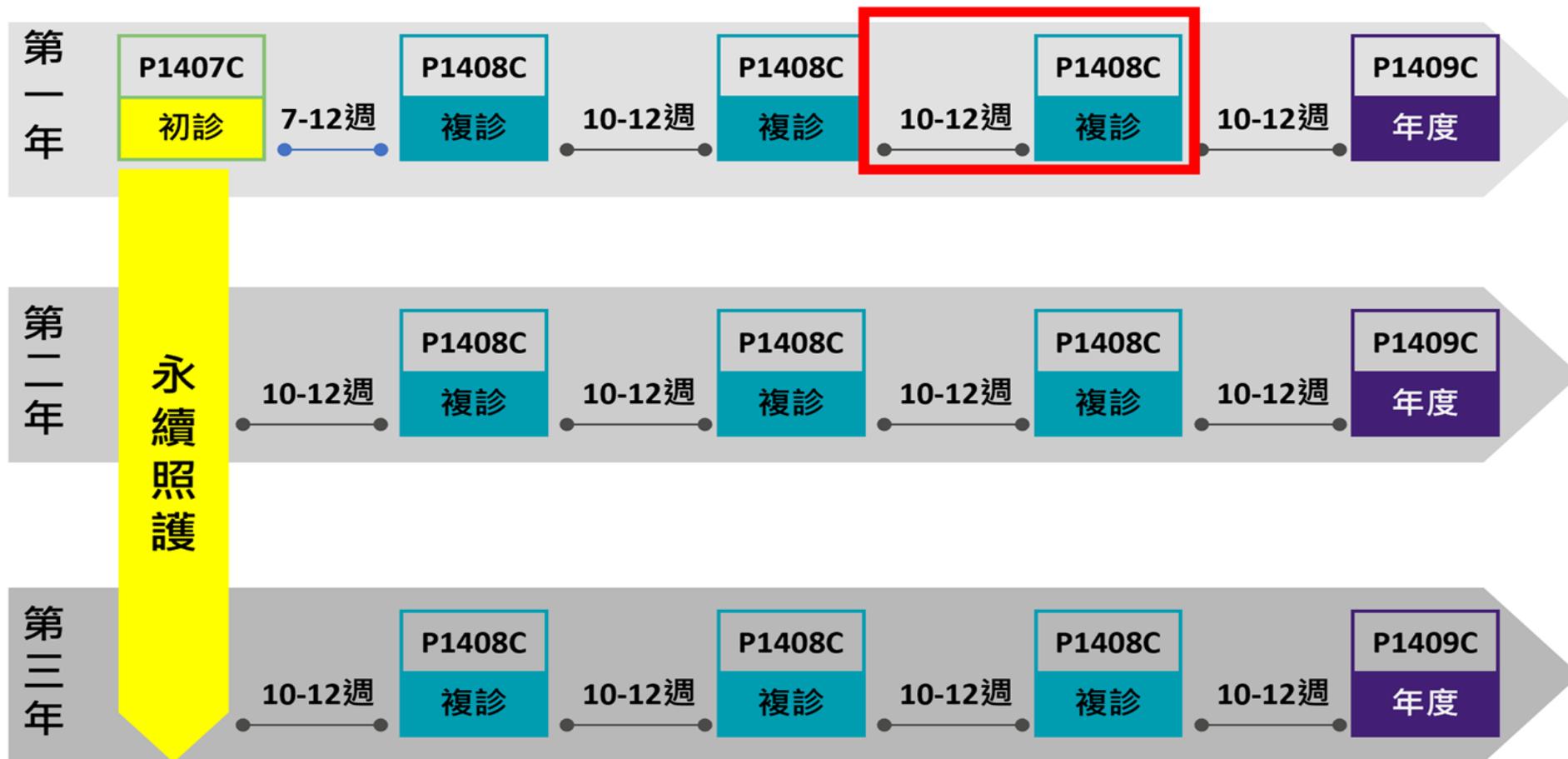
P7002C	<p>一、年度評估管理照護費</p> <p>註：1. 照護項目同附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2. 申報任一追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C、P1410C、P4301C、P4302C或P7001C合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3. 地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。</p> <p>4. 不得與P1409C或P1411C同時申報。</p>	v	v	v	v	800
--------	---	---	---	---	---	-----

# 糖尿病品質支付

糖尿病共同照護網 ( Pay for Service )	申報規定
<p>P1407C <b>新收案</b> 管理照護費 建議採用1個月內報告</p>	<p>每一病患於同一院所限報一次( <b>650點</b> ) AC(PC)/A1C/CHOL/LDL/HDL/TG/GPT/CRE/ACR (或 U/R) 、視網膜檢查、足部檢查和EKG</p>
<p>P1408C <b>追蹤</b> 管理照護費 建議採用1個月內報告</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.新收案後至少需間隔7週</li> <li>2.之後每次間隔至少10週</li> <li>3.每年最多申報3次( <b>200點</b> )</li> </ol> <p>AC(PC)/ A1C</p>
<p>P1409C <b>年度評估</b> 管理照護費 建議採用1個月內報告</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.申報追蹤管理後至少間隔10週後</li> <li>2.限P1407C及P1408C合計達3次以上</li> <li>3.每年限申報一次( <b>800點</b> )</li> </ol> <p>AC(PC)/A1C/CHOL/LDL/HDL/TG/GPT/CRE/ACR (或U/R) 、視網膜檢查、足部檢查</p>

# 管理照護費申報規定

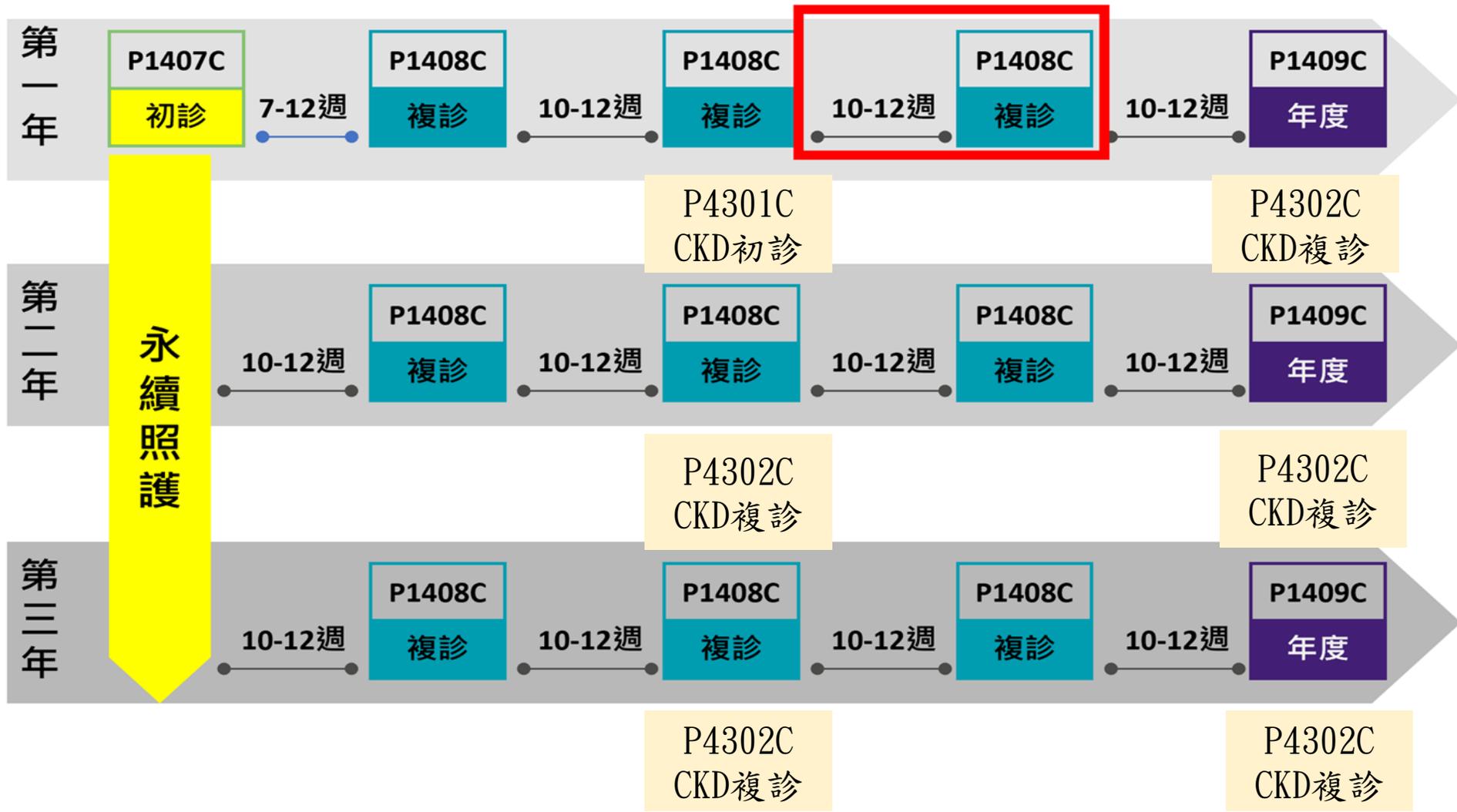
可執行或省略



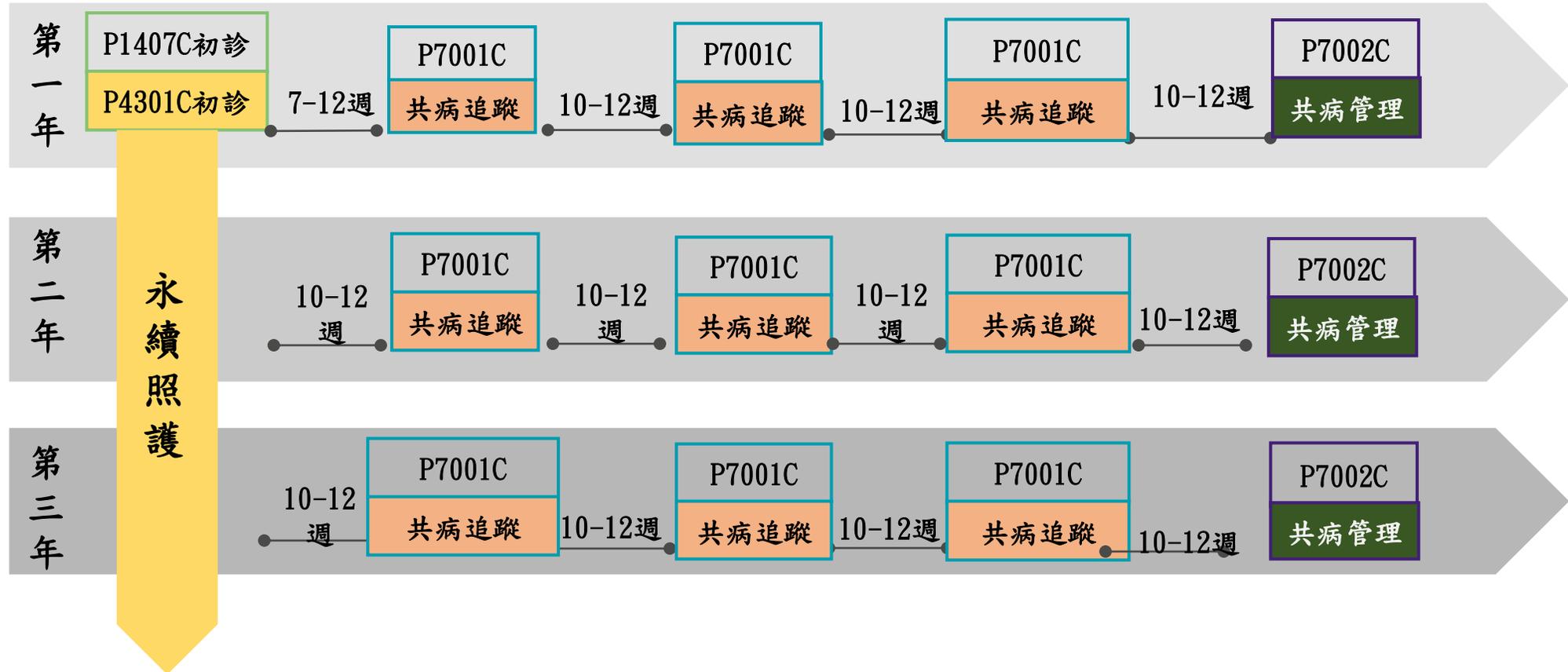
DM第一階段(CKD)其當季個案 **追蹤率小於百分之二十者** (指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，**一年內不得再申報本章之相關費用**。

# DM+CKD管理照護費申報規定 (兩者分開)

可執行或省略



# DM合併CKD共病管理照護費申報規定規定



# DKD(DM+CKD)共病照護醫療給付改善

DKD管理流程 ( Pay for Service )	申報規定
P7001C <b>追蹤</b> 管理照護費 採用血液3個月內報告	每一病患於同一院所每年限報 <b>3</b> 次( <b>400</b> 點) AC/HbA <sub>1</sub> C/LDL/Cre/ACR，U/R 由醫師專業判斷 (若未做.VPN點選「未做」)
P7002C <b>年度</b> 管理照護費 採用血液3個月內報告 尿液6個月內報告	申報 <b>3</b> 次 <b>追蹤管理</b> 之後，每年最多申報 <b>1</b> 次 ( <b>800</b> 點 ) AC/HbA <sub>1</sub> C/TC/TG/HDL/LDL/CRE/ACR (不可用 UPCR)，U/R 由醫師專業判斷(若未做.VPN點選 「未做」)
P7003C <b>轉診</b> 照護獎勵費	Urine protein / creatinine ratio ( UPCR ) $\geq 1000$ mg /gm or eGFR < 45 ml/min /1.73 m <sup>2</sup> ( <b>200</b> 點 ) *轉診至Pre-ESRD照護計畫院所收案

# DM+CKD照護

## 現行制度與新制度 個案年管理照護費比較

新收案						
過程	現行制度			新制度		
新收案	糖尿病(P1407C)	1次	650點*1=650點	糖尿病(P1407C)	1次	650點*1=650點
	CKD(P4301C)	1次	200點*1=200點	CKD(P4301C)	1次	200點*1=200點
追蹤	糖尿病(P1408C)	3次	200點*3=600點	共病管理(P7001C)	3次	400點*3=1,200點
	CKD (P4302C)	1次	200點*1=200點			
年度評估	糖尿病(P1409C)	1次	800點*1=800點	共病管理(P7002C)	1次	800點*1=800點
合計	2,450點			2,850點		

舊個案						
過程	現行制度			新制度		
追蹤	糖尿病(P1408C)	3次	200點*3=600點	共病管理(P7001C)	3次	400點*3=1,200點
	CKD (P4302C)	2次	200點*2=400點			
年度評估	糖尿病(P1409C)	1次	800點*1=800點	共病管理(P7002C)	1次	800點*1=800點
合計	1,800點			2,000點		

轉診照護獎勵費」編號P7003C，支付點數200點

每一次的收案要做什麼？  
這是計畫的重點(盡責度)

附表 8.2.1 糖尿病新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C)

Components of the initial visit

1. 醫療病史 (Medical history)

- (1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis
- (2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history
- (3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans
  - A. 藥物 Medications
  - B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy
  - C. 病人自主管理訓練 Self-management training
  - D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results
- (4) 現在治療執行方案 Current treatment program
- (5) 運動史 Exercise history
- (6) 急性併發症 Acute complications
- (7) 感染病史 History of infections
- (8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications
- (9) 藥物史 Medication history
- (10) 家族史 Family history
- (11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors
- (12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors
- (13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use

2. 身體檢查 (Physical examination)

- (1) 身高與體重 Height and weight
- (2) 血壓 Blood pressure
- \* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。
- (4) 甲狀腺胸診 Thyroid palpation
- (5) 心臟檢查 Cardiac examination
- (6) 脈搏評值 Evaluation of pulses
- (7) 足部檢查 Foot examination
- (8) 皮膚檢查 Skin examination
- (9) 神經學檢查 Neurological examination
- (10) 口腔檢查 Oral examination
- (11) 性成熟度評估 (如屬青春期前後) Sexual maturation (if peripubertal)

### 3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)

- ※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- ※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)
- ※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)
- ※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine
- ※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)
- ※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination
- ※(7)12111C 微量白蛋白
- ※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN
- (9)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)
- (10)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析(第一型病人)TSH (type 1 patients)
- (11)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)

### 4. 管理計畫 (Management Plan)

- (1)短期與長期目標 Short- and long-term goals
- (2)藥物 Medications
- (3)營養治療 Medical nutrition therapy
- (4)生活型態改變 Lifestyle changes
- (5)自我管理教育 Self-management education
- (6)監測接受指導遵循度 Monitoring instructions
- \* (7)年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)
- (8)其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)
- (9)同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up
- (10)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

## 5. 糖尿病自我管理教育

## ( Diabetes Self-management Education )

- (1) 糖尿病自我管理教育 ( Diabetes Self-management Education, DSME )：由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程，包括：a) 個體特殊教育需求的評估；b) 確認個體特殊的糖尿病自我管理目標之設定；c) 依個別的糖尿病自我管理目標進行教育及促進行為改變上的介入；d) 依個別的糖尿病自我管理目標進行評價。
- (2) 建議標準如下：
  - A. 結構面：病歷紀錄應包括：a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b) 營養管理之整合；c) 日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 ( 必要時 ) 的情形；e) 血糖監測、尿酮 ( 必要時 ) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 ( 由減少危險行為著手 )、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 ( 含 preconception care )。
  - B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。
  - C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。

註：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗及服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「\*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 及 P7001C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.2 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病追蹤管理診療項目參考表（適用編號  
**P1408C、P1410C、P7001C**）

Potential components of continuing care visits

1. 醫療病史 (Medical history)

- (1) 評估治療型態 Assess treatment regimen
  - A. 低或高血糖之頻率／嚴重度  
Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia
  - B. 自我血糖監測結果 SMBG results
  - C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments
  - D. 病人接受專業指導遵循度之問題  
Adherence problems
  - E. 生活型態改變 Lifestyle changes
  - F. 併發症的症狀 Symptoms of complications
  - G. 其他醫療疾病 Other medical illness
  - H. 藥物 Medications
  - I. 心理社會方面 Psychosocial issues
  - J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use

2. 身體檢查 (Physical examination)

- (1) 每次常規性糖尿病回診  
Every regular diabetes visit
  - A. 體重 weight
  - B. 血壓 Blood pressure
  - C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam
- (2) 足部檢查（視情況而定）：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions

### 3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)

- ※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C
  - A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)
  - B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)
  - C. 符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代
- ※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖  
Fasting plasma glucose or capillary blood sugar

### 4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)

- (1)短期與長期目標 Short- and long-term goals
- (2)藥物 Medications
- (3)血糖 Glycemia
- (4)低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia
- (5)血糖自我管理結果 SMBG results
- (6)併發症 Complications
- (7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia
- (8)血壓 Blood pressure
- (9)體重 Weight
- (10)營養治療 Medical Nutrition Therapy
- (11)運動治療型態 Exercise regimen
- (12)病人接受自我管理訓練之遵循度  
Adherence to self-management training
- (13)轉診之追蹤 Follow-up of referrals
- (14)心理社會之調適 Psychosocial adjustment
- (15)糖尿病知識 Knowledge of diabetes
- (16)自我管理技能 Self-management skills
- (17)戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated
- (18)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

## 5. 糖尿病自主管理教育

## (Diabetes Self-management Education)

建議標準如下：

- A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物（必要時）的情形；e)血糖監測、尿酮（必要時）及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防（由減少危險行為著手）、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理（含 preconception care）。
- B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。
- C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。

註：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗及服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「\*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 及 P7001C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.3 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病年度檢查診療項目參考表（適用編號

**P1409C、P1411C、P7002C**

**Potential components of continuing care visits (annual exam)**

**1. 醫療病史 (Medical history)**

- (1) 評估治療型態 Assess treatment regimen
  - A. 低或高血糖之頻率／嚴重度  
Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia
  - B. 自我血糖監測結果 SMBG results
  - C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments
  - D. 病人接受專業指導遵循度之問題  
Adherence problems
  - E. 生活型態改變 Lifestyle changes
  - F. 併發症的症狀 Symptoms of complications
  - G. 其他醫療疾病 Other medical illness
  - H. 藥物 Medications
  - I. 心理社會方面 Psychosocial issues
  - J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use

**2. 身體檢查 (Physical examination)**

- (1) 年度身體檢查 Physical examination annually
- \* (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。
- (3) 每次常規性糖尿病回診  
Every regular diabetes visit
  - A. 體重 weight
  - B. 血壓 Blood pressure
  - C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam
- (4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions

### 3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)

- ※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代)
- ※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- ※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)
- ※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine
- ※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)
- ※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查)  
Urine biochemistry examination
- ※(7) 12111C 微量白蛋白  
Microalbumin (Nephelometry)
- ※(8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN
- ※(9) 18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)

### 4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)

- (1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals
- (2) 藥物 Medications
- (3) 血糖 Glycemia
- (4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia
- (5) 血糖自我管理結果 SMBG results
- (6) 併發症 Complications
- (7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia
- (8) 血壓 Blood pressure
- (9) 體重 Weight
- (10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy
- (11) 運動治療型態 Exercise regimen
- (12) 病人接受自我管理訓練之遵循度  
Adherence to self-management training
- (13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals
- (14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment
- (15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes
- (16) 自我管理技能 Self-management skills
- (17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated
- (18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

## 5. 糖尿病自我管理教育

## (Diabetes Self-management Education)

建議標準如下：

- A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物（必要時）的情形；e)血糖監測、尿酮（必要時）及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防（由減少危險行為著手）、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理（含 preconception care）。
- B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。
- C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。

註：

- 1.參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 2.表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情（if indicated）為選擇性執行項目。
- 3.本表所列項目除有「※」、「\*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411C 及 P7002C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	$\geq 90$ ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降	30-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
	III a 期	45-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
	III b 期	30-44.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m <sup>2</sup>

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

## 二、慢性腎臟疾病之篩檢

1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液( $U_{PCR}$  或  $U_{ACR}$ )

2.高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

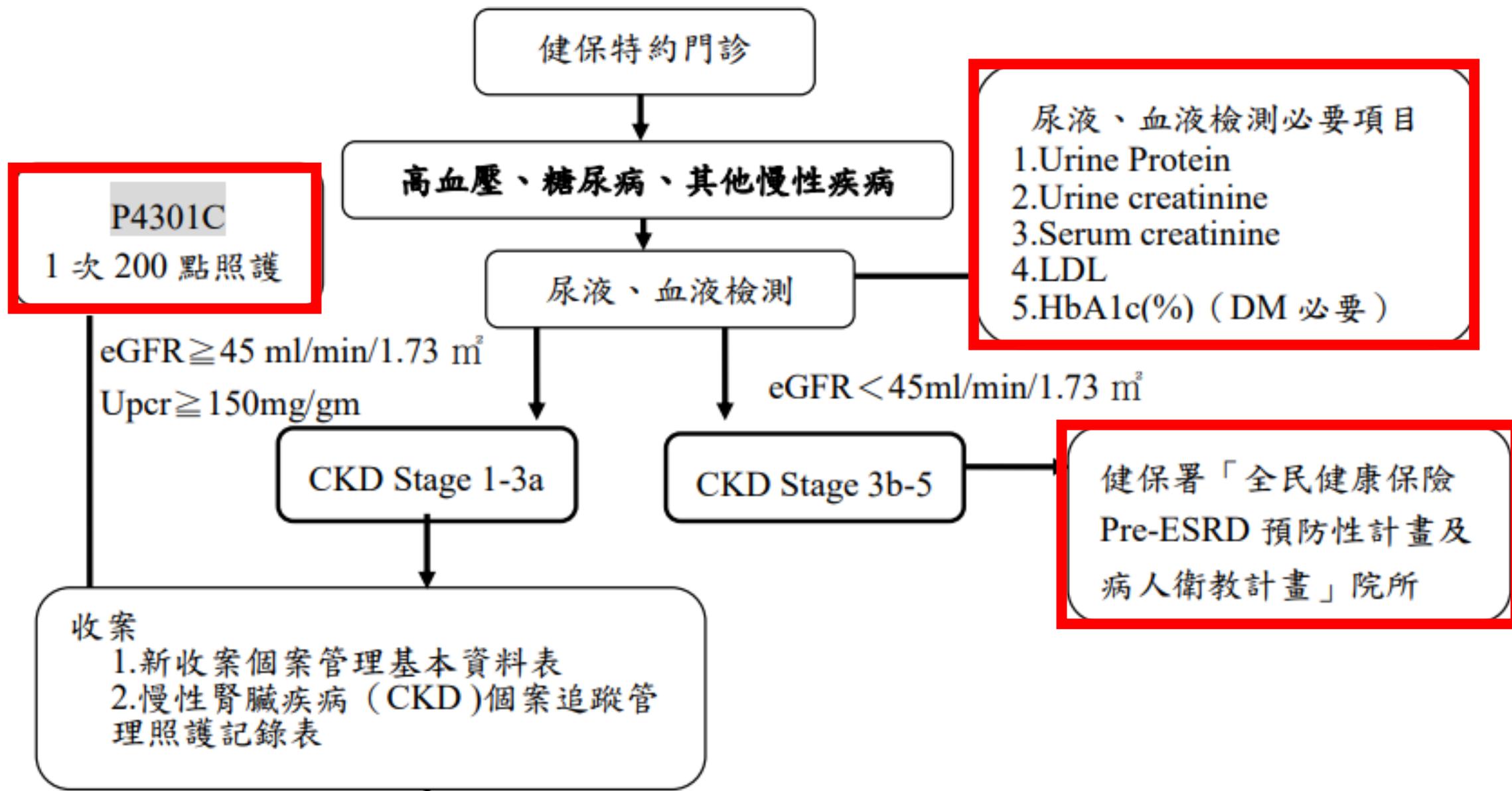
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

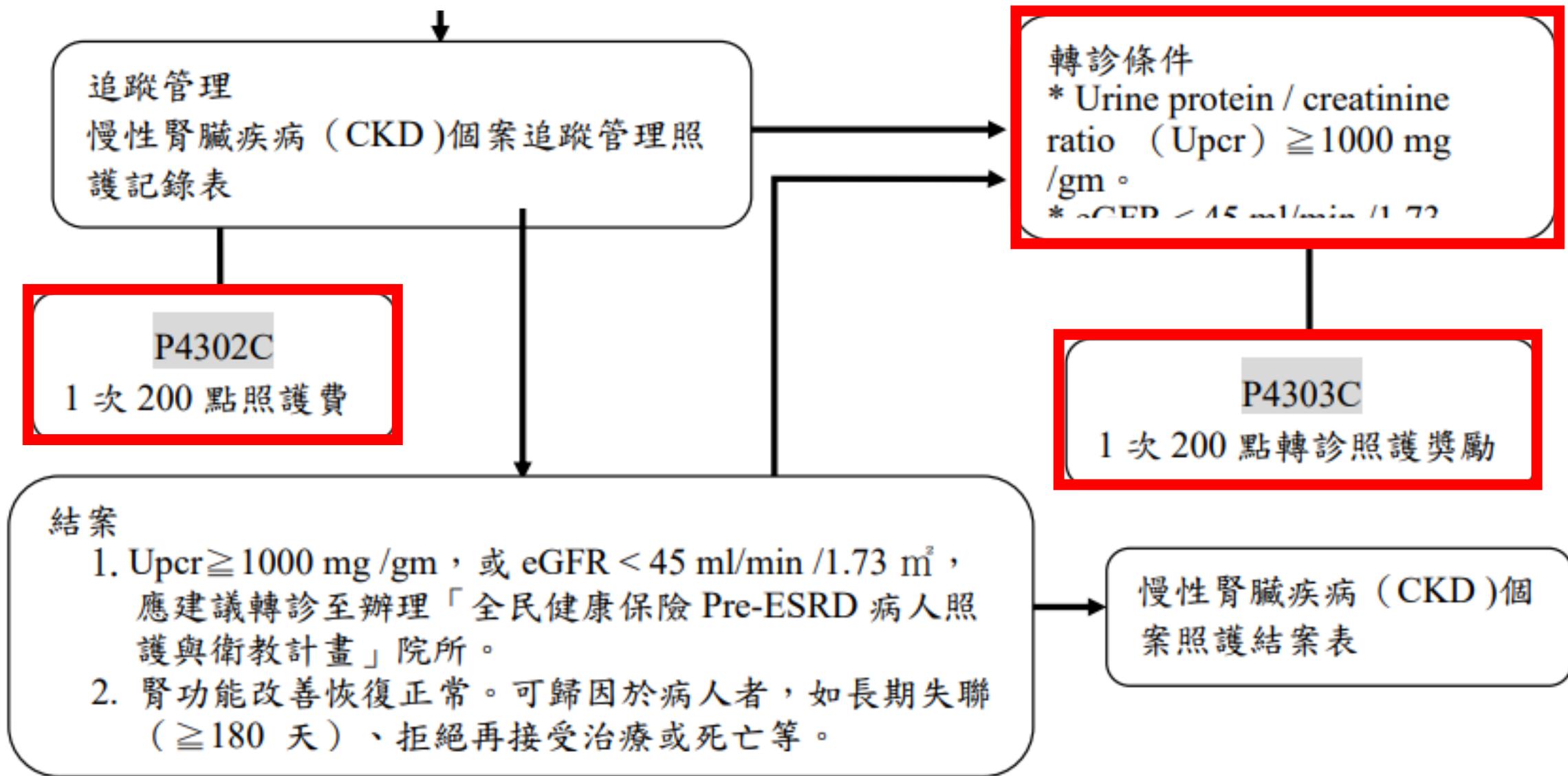
(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年紀六十一歲以上

### 三、慢性腎臟疾病管理流程





#### 四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR： $\geq 90$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每六個月追蹤一次

Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每六個月追蹤一次

Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每六個月追蹤一次

Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每三個月追蹤一次

目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認識腎臟的構造與功能</li> <li>● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值</li> <li>● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物</li> <li>● 願意配合定期門診追蹤</li> <li>● 願意接受定期護理指導計劃方案</li> <li>● 認識腎臟穿刺之必要性(<math>U_{PCR} &gt; 2,000</math> mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師</li> <li>● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性</li> <li>● 血壓、血糖、血脂、體種、腰圍與 BMI 之控制</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認識腎臟的基本構造與功能</li> <li>2. 簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值</li> <li>3. 腎臟病日常生活保健與預防</li> <li>4. 教導定期追蹤之重要性</li> <li>5. 教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見</li> <li>6. 腎臟穿刺切片檢查之介紹(<math>U_{PCR} &gt; 2,000</math> mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師</li> <li>7. 簡介高血壓及其併發症</li> <li>8. 簡介高血脂及其併發症</li> <li>9. 簡介糖尿病及其併發症</li> <li>10. 飲食原則之指導(含衛教單張發放)</li> </ol>

附表 8.2.5 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表 (適用編號 P4301C)

收案編號:	病歷號碼:
姓名:	身分證字號:
性別: <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	生日 西元: 年 月 日 年齡:
收案日期: 西元: 年 月 日	
聯絡電話: ( ) ( )	
通訊地址: 縣、市 區鄉市鎮 村、里 路、街 段 巷 弄 號 樓	

教育程度:	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.大專(學)以上
職業:	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它
家族史 (若有親人有罹患右側表列中疾病,請填入家屬代碼)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 8.急性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知 A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他

個人健康評估

伴隨系統性疾病	<input type="checkbox"/> 無		
	病名	初次診斷時間	病名
	<input type="checkbox"/> 1.高血壓	年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.視力衰退
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 19.視網膜病變
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 20.B型肝炎
	<input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 21.C型肝炎
	<input type="checkbox"/> 5.心律不整	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22.慢性肝疾病/肝硬化
	<input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23.結核
	<input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 24.甲狀腺腫
	<input type="checkbox"/> 8.腫瘤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 25.癩癬
	<input type="checkbox"/> 9.貧血	年 月 日	<input type="checkbox"/> 26.精神疾病
	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 27.攝護腺肥大
	<input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 28.皮膚病
	<input type="checkbox"/> 12.痛風或尿酸血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 29.良性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 30.急性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 14.氣喘	年 月 日	<input type="checkbox"/> 31.神經病變
	<input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 32.自體免疫疾病
	<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 33.其他
	<input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題	年 月 日	<input type="checkbox"/> 34.藥物過敏 藥物名:
	<input type="checkbox"/> 35.食物過敏 食物名稱:		

危險因子	<input type="checkbox"/> 1.血壓高(130/85 以上) <input type="checkbox"/> 2.蛋白尿 <input type="checkbox"/> 3.高血脂(TG>150) <input type="checkbox"/> 4.低白蛋白血症 <input type="checkbox"/> 5.高血糖(AC>100) <input type="checkbox"/> 6.肥胖(BMI) <input type="checkbox"/> 7.懷孕 抽煙: <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續每日: 年 支/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒煙 嗜酒: <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續: 年 <input type="checkbox"/> 6.戒酒 <input type="checkbox"/> 3.交際應酬 <input type="checkbox"/> 4.戒煙 <input type="checkbox"/> 5.習慣性 CC/每日 預辦: <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續: 年 粒/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒預辦
平時用藥習慣	<input type="checkbox"/> 1.處方用藥 <input type="checkbox"/> 2.中醫(中醫師處方) <input type="checkbox"/> 3.傳統草藥(無醫師處方) <input type="checkbox"/> 4.成藥 <input type="checkbox"/> 5.提神飲料 <input type="checkbox"/> 6.偏方 <input type="checkbox"/> 7.健康食品 <input type="checkbox"/> 8.口服止痛劑 <input type="checkbox"/> 9.針劑止痛劑 <input type="checkbox"/> 10.使用不明藥物 <input type="checkbox"/> 11.其他:
健康知識與態度	1.如患慢性疾病是否按時就醫 <input type="checkbox"/> a.是 <input type="checkbox"/> b.否,原因: _____ 2.請問您是否覺得體重與慢性疾病有相關? <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 3.請問您是否瞭解慢性疾病與飲食生活習慣有相關? <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 4.請問您是否每週至少運動三次,每次持續30分鐘以上? <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 5.整體來說,您認為自己的健康狀況如何? <input type="checkbox"/> a.非常不好 <input type="checkbox"/> b.不好 <input type="checkbox"/> c.普通 <input type="checkbox"/> d.好 <input type="checkbox"/> e.非常好

**附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表 (適用編號 P4301C、P4302C、P7001C)**

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病人病歷內或病人個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA <sub>1c</sub> (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA <sub>1c</sub> 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用 (>3M)				
降血壓藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
降血糖藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 其他：
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
降血脂藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
降尿酸藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
NSAID	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
中草藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
護理營養衛教紀錄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
衛教對象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
衛教方式	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：
醫護人員簽名				

**附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表**

姓 名： \_\_\_\_\_ 性別：男 女 電話號碼： \_\_\_\_\_

病歷號碼： \_\_\_\_\_ 出生日期： 年 月 日 身份證字號： \_\_\_\_\_

收案日期： 年 月 日 結案日期： 年 月 日 原發疾病： \_\_\_\_\_

結案原因：

1. 轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」

  轉診日期： 年 月 日

  轉診院所名稱： \_\_\_\_\_、院所代號 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ 科、醫師 ID \_\_\_\_\_

  轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (U<sub>PCR</sub>) ≥ 1000 mg/gm、

30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ≤ eGFR < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (Stage 3b)、

15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ≤ eGFR < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 者 (Stage 4)、

eGFR < 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 者 (Stage 5)。

2. 腎功能改善恢復正常

3. 長期失聯 (≥ 180 天)

4. 拒絕再接受治療

5. 死亡

6. 病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.8 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 生	姓名		性別	出生日期		身分證號	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日			
	聯絡人		聯絡電話		聯絡地址		
醫 生 要 點	A.病情摘要(主訴及簡短病史)				D.藥物過敏史：		
	B.診斷 ICD-10-CM 病名						
	1.(主診斷)						
	2.						
院 所	C.檢查及治療摘要				2.最近一次用藥或手術名稱		
	1.最近一次檢查結果				日期：		
轉 診 目 的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療				4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目		
	2. <input type="checkbox"/> 住院治療				5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤		
	3. <input type="checkbox"/> 門診治療				6. <input type="checkbox"/> 其他		
院 所 住 址					傳真號碼： 電子信箱：		
	診 治 醫 師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章		
開單日期		年 月 日	安排就醫日期	年 月 日			
建 議 轉 診 院 所 科 別	(必填)醫院 (必填)科 醫師				轉診院所地址及專線電話		地址： 電話：
	接 受 轉 診 醫 院 診 所	1. <input type="checkbox"/> 已于急診處置並轉診至 醫院 2. <input type="checkbox"/> 已于急診處置，並住本院 病房治療中					
3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中 4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中							
治 療 摘 要	1.主診斷 ICD-10-CM：		2.治療藥物或手術名稱		3.輔助診斷之檢查結果		
	病名：						
院 所 名 稱					電話或傳真： 電子信箱：		
	診 治 醫 師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期		年 月 日

第一聯：接受轉診轉入醫院、診所留存  
第二聯：接受轉診之轉入醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診醫院、診所留存

本轉診單限使用一次

請以上欄位均填妥，如無則填

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務

## 第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案一

### 糖尿病合併初期慢性腎臟病（DKD 共病照護）**問答集**

111.04.18 訂定

111.12.23 修訂

112.6.27 修訂

<p>2. 院所如何申請參與 DKD 共病照護服務？</p>	<p>1.承第1題說明，DKD 共病照護服務之承作條件，係比照 DM 及 CKD 辦理，欲參與 DKD 共病照護之院所需先檢具相關申請文件，向本署分區業務組申請取得承作 DM 及 CKD 之資格。</p> <p>2.同時具有 DM 及 CKD 承作資格之院所，本署將自動註記可承作 DKD 共病照護，免另外向本署申請。</p>
<p>3. 病人照護期間可否更換任一 DM 照護醫師或 CKD 照護醫師？</p>	<p>病人照護期間未規範需由同一醫師提供照護，惟更換之醫師仍需符合 DM 及 CKD 方案承作資格。</p>

4. 哪些病人應以 DKD DM及CKD收案之病人，應於病人同一次就診中，完成 DM 及 CKD 追蹤管理照護」，符合前開條件病人，可申報 DKD 共病照護相關費用。

5. 病人接受 DKD 共病照護後，如有其他因素，是否可改為 DM/CKD 分次追蹤？  
DKD 共病照護之輔導期自即日起至112年12月止，輔導期間請院所儘量配合本項以病人為中心政策之推動，避免 DKD 共病病人分次就醫情形，本署並將視方案執行情形滾動式檢討。  
是否可以雙向轉換？

6. 若病人於本院所同時	考量院所提供 DKD 共病照護需進行看診流程等醫療
由 DM 及 CKD 收案中， <b>是否有強制</b> 以 DKD 共病照護，還是分開以 DM 及 CKD 各自照護也可以？有輔導期嗎？	資源整併作業，故 DKD 共病照護之輔導期自即日起至112年 <u>12</u> 月止，本署並將視方案執行情形 <b>滾動式</b> 檢討。

9. DM 新收案及年度評估之 VPN 登錄項目，有註明 UACR 或 Urine Routine 二者可視情形擇一填報，但 UACR 及 Urine Routine 均為 DKD 共病照護 VPN 必填列項目，其中 UACR 為必要檢驗項目 Urine Routine 得視醫師專業判斷執行，倘未執行 Urine Routine，VPN 得點選「未做」。

現在 DKD 共病照護之 P7001C、P7002C 必填項目，在 Urine 部分只寫必填項目 Urine Routine、UACR，但並沒有特別註明可二擇一，所以是兩個都要嗎？

10.P7001C 及 P7002C 之  
VPN 必要登錄項目  
「UACR」是否得以  
「UPCR」取代？

DKD 共病照護應登錄 UACR，**不得以 UPCR 取代。**

11.附表8.2.9(DM)TG 為 TG (三酸甘油脂) 未列為 DKD 共病照護 VPN 必要上傳項目，院所得依醫師專業判斷視病人病情需要執行該項檢驗項目。

VPN 必填欄位，表  
8.2.11(DKD 共病)無  
TG，所以共病不需  
要 TG?

12.DKD 共病照護之檢驗值可採計多久的期間？

UACR 最長可採計前6個月數據，eGFR 等檢查(驗)最長可採計前後3個月數據，但檢驗日期不得與前次申報管理照護費之檢驗日期相同。

<p>13.若變更相關身分證號或外籍人士變更居留證號，VPN 應如何登錄？</p>	<p>請提供證明文件等資料向本署各分區業務組申請 VPN ID 變更作業。</p>
<p>14.如何申報 DKD 共病照護費用？</p>	<p>申報 DKD 共病照護之案件（包含 P7001C、P7002C、P7003C），門診醫療費用點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號（一）應填「EK」。</p>
<p>15.申報 DKD 共病照護費用時，每次都需要以「糖尿病」及「慢性腎臟疾病」為主診斷嗎？有主、次診斷的順序嗎？</p>	<p>DKD 共病追蹤之「追蹤」及「年度評估」管理照護費申報，主或次診斷碼應填糖尿病及初期慢性腎臟病診斷碼，順序不限。</p>

16. 如果 DKD 共病照護是由2位醫師(DM 醫師及 CKD 醫師)於同一次就診，共同提供 DKD 病人照護，如何申報管理照護費及診察費？

1. 由2位醫師共同照護 DKD 共病病人者，可自行擇定由 DM 或 CKD 醫師為病人**主要照護醫師**，並由主要照護醫師申報 DKD 共病照護之管理照護費。

2. 同一病人，於同一次就診完成 DKD 共病照護，僅得申報1筆管理照護費及1筆門診診察費。

3. 另本署 VPN 系統之「糖尿病照護醫師 ID」、「Early-CKD 照護醫師 ID」欄位登錄方式，係提供選單式點選，連動院所具有 DM 或 CKD 承作資格之醫師名單。院所倘係由2位醫師共同照護 DKD 共病病人者，應分別點選單一疾病之照護醫師；若由同一位醫師照護，則該2欄位均點選該醫師。

17.承上題，如果 DKD 共病病人若回歸單一疾病照護，因屬病人連續結案後回歸單一疾病照護，應申報新收案或追蹤管理照護費？

DKD 共病病人若回歸單一疾病照護，因屬病人連續性照護，故應申報單一疾病之「追蹤」(或「年度評估」)管理照護費。

18.承上題，如果 DKD 共病病人若回歸單一疾病照護，申報單一疾病之追蹤管理照護費是否有申報間隔規範？

DKD 共病病人若回歸單一疾病照護，申報單一疾病之管理照護費需間隔前一次 DKD 共病「追蹤」或「年度評估」管理照護費10週。

19. 申報 DKD 共病照護費用，有間隔時間及次數限制嗎？

申報 DKD 共病照護費用之間隔時間及次數限制：

1.P7001C(追蹤管理)：

(1)需間隔最近一次新收案 (P1407C 或 P4301C)7週以上，且間隔最近一次追蹤管理 (P1408C 或 P1410C 或 P4302C 或 P7001C) 10週以上。

(2)(P1408C+P1410C+P7001C)當年度至多申報3次；  
(P4302C+P7001C)當年度至多申報3次。

2.P7002C(年度評估)：

(1)需間隔最近一次追蹤管理 (P1408C 或 P1410C 或 P4302C 或 P7001C) 10週以上。

(2) 限 P1407C、P1408C、P1410C、P4301C、P4302C 或 P7001C 合計3次以上始得申報。

(3)P7002C 當年度至多申報1次。

20.CKD 分期是以病人之 eGFR 數據及蛋白尿情形界定，如果病人 eGFR 檢驗結果浮動於 CKD stage 3a 及 CKD stage 3b 間，是否應轉診至 Pre-ESRD 計畫或持續以 DKD 共病照護？

倘病人病情因檢驗結果浮動，建議仍應依醫療專業判斷病人是否腎臟病惡化至需轉診至 Pre-ESRD 計畫收案，或暫由 DKD 共病照護進行追蹤。

21. 以由 DKD 共病照護之病人，若須轉介 Pre-ESRD 計畫照護，是否可以 P4303C 轉出？

1. DKD 共病病人因腎臟病惡化至需轉診至 Pre-ESRD 計畫收案 應以 P7003C 申報 若病人仍符合 DM 方案之收案條件，後續則回歸以 DM 方案持續追蹤，轉診當次就醫即可完成 DM 方案追蹤所需之檢驗檢查後，申報 DM 追蹤管理照護費(P1408C 或 P1410C) 或年度評估管理照護費 (P1409C 或 P1411C)。

2. 前開個案之 VPN 登錄，請先於 DKD 共病照護登錄轉診至 Pre-ESRD 之結案資訊，完成 DKD 共病結案作業後，再至 DM 方案登錄病人追蹤(或年度評估)資料。

<p>22.若 DKD 共病個案因在 110 年已做完 P1408C 3次追蹤，假設個案於111年3月回診已超過10週，院所</p> <p>是否可直接做 P7002C 年度評估並申報費用？</p>	<p>因病人收案月份及回診時間不一，DKD 共病照護之年度評估 (P7002C) 得於完成病人新收案+追蹤(醫令包含 P1407C、P1408C、P1410C、P4301C、P4302C、P7001C)合計達3次後執行，惟當年度限申報1次 P7002C 年度評估。</p>
--	--

P7002 不須經過 P7001,但仍須有 P4301

<p>23.在111年度新舊支付標準轉換期間，若於111年1月已申報P1409C年度評估，DKD共病病人於111年3月1日以後定期追蹤，於111年底已達3次追蹤，可再做P7002C年度評估嗎？</p>	<p>1.倘院所依照護時程，於當年度年初申報DM年度評估(P1409C或P1411C)，後因共病轉由DKD共病照護，並於當年度年底達申報DKD共病照護之年度評估(P7002C)申報條件，<b>放寬得再次申報P7002C。</b></p> <p>2.前述於同年度申報DM年度評估(P1409C或P1411C)及DKD年度評估(P7002C)者，其DM年度評估日期與DKD年度評估日期之間，應執行3次追蹤(P1408C、P1410C、P4302C或P7001C)，以符合年度評估係「評量病人經院所照護一年後之結果」之意旨。</p>
--	---

**現在已經是112年了，應該不行。**

24 有關申報 DKD 共病  
照護轉診照護獎勵  
費，請問同院新陳代  
謝科轉腎臟科是否可  
以申請？只需保留院  
內轉診單於病歷？

1. 轉診獎勵費係鼓勵醫師對收案後病情惡化至 stage3b-5期病人，跨院或跨科轉診至 Pre-ESRD 計畫院所。惟排除同一院所腎臟科互轉，故腎臟科醫師間互轉或自己轉診給自己，皆不符轉診獎勵資格。
2. 轉診獎勵費確認收案於 Pre-ESRD 計畫後方可申報，可於取得轉診回執聯、電子轉診平台回復該個案已收案 pre-ESRD 或經 VPN 系統顯示確認皆可。
3. 各院所申報 P7003C 時，門診申報之就醫日期=VPN 之結案日期；門診申報之就醫治療結束日期=轉診單回覆日期或電子轉診單之回覆日期，且不得為空值；申報之費用年月=轉診單回覆日期之年月。

25. 如果 DKD 共病病人因病情變化，不符合 DM 或 CKD 其中一項疾病條件，DKD 共病照護結案結案後，是否可轉由單一疾病照護？

1. 病人如果因 DM 或 CKD 其中一項疾病病情好轉，或是因 CKD 病情惡化至需轉診至 Pre-ESRD 計畫照護，致不符合 DKD 共病病人條件，於進行 DKD 共病照護結案後，則回歸 DM 或 CKD 單一疾病持續追蹤照護。

2. 承上，回歸 DM 或 CKD 單一疾病持續追蹤照護者，請先於 VPN 登錄 DKD 共病照護結案資訊，完成 DKD 共病結案作業後，再至 DM 或 CKD 方案登錄病人追蹤(或年度評估)資料，惟不得再申報 DM 或 CKD 之新收案管理照護費。

26. DKD 整合方案是否排除合理量計算？

考量原 DM 排除合理量，DKD 共病方案比照排除西醫基層門診診察費合理量計算。

27. 請問本方案規範「每年度」最多申報 X 次，該「每年度」是指 1 月 1 日至 12 月 31 日，還是 365 天？

依支付標準總則第十四條規定，「每年度」係以日曆年計，為 1 月 1 日至 12 月 31 日。

28. 請問本方案規範申報追蹤之後，要間隔十週，才可以申報下一次追蹤或年度評估。請問間隔十週如何計算？

依支付標準總則第十四條規定，一週為 7 天，十週為 70 天，「間隔十週」表示 2 次申報應「間隔 70 天」，即：本次(DAY\_1)、下一次( $\geq$ DAY\_71)。

# 結論

- 糖尿病是相對複雜的慢性病，且越來越多，年輕化
- 腎臟病是糖尿病重要併發症也是常見問題
- 加入照護網可以提昇照顧品質
- 政府也給付相對應的費用
- 已經有一套制度可以依循
- 順藤摸瓜，既已 2.0, 就加入 P4P 方案
- 健保省錢，病人省併發症，診所賺錢賺名聲

謝謝大家