

全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案

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

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。

爰此，本方案希望建立以整體性與連續性為原則之新支付制度，朝簡單、可行性高之方向設計支付誘因，鼓勵院所參與共同照護網認證及運作，同時建立品質監控機制，使支付項目與品質監控指標相扣連，並建置可行之糖尿病照護品質通報系統，期能對糖尿病人作整體性照護。

貳、現況分析

依據保險人申報資料，92年糖尿病就醫人數約為六十萬人^{*}，醫療費用約120億元，平均每年每人因糖尿病就醫門診次數約為10次，每次平均費用約為1,600元；每年每人因糖尿病就醫平均住院次數約為0.07次，每次平均費用約43,000元。

(註*：主診斷ICD-9-CM為250及A181者，並排除全年就醫僅一次之個案)

參、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提昇糖尿病治療指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

肆、計畫內容

一、參與資格：

參與本方案之醫事機構，須組成照護團隊並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市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。
2. 新陳代謝及內分泌專科醫師或在其它縣市已取得共同照護網認證之醫師，如於加入本方案時尚未取得所在縣市共同照護網之認證，須於加入後六個月內取得認證，逾期將不得再申報本方案費用。
3. 上述參與資格如衛生主管機關有最新規定，從其規定。

(二) 第二階段照護

病人完整參加本方案 2 年後，提供符合糖尿病照護指引的定期追蹤檢查，另得視病情需要進行衛教服務。但不強制病人參加第二階段照護。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會或國健局公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程 8 小時，並取得證明。
2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向本局各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。
3. 病人完整參加本方案 2 年定義：完整申報新收案(P1407C)1 次、追蹤(P1408C)至少 5 次、年度評估(P1409C)至少 2 次。

(三)參與本方案之醫師，第一階段其當季病人追蹤率小於 20%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，自本局文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

二、收案對象：

- (一)最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 至少就醫達 2 次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號 (一)】收案。
- (二)重點收案對象：由本局提供名單請責任院所收案。(名單：領有重大傷病證明之第 1 型糖尿病個案、曾因糖尿病在該院住院個案(前三項主診診斷 250)。責任院所：上述個案曾在該院所門診以主診斷糖尿病就醫全年 2 次(含)以上)。
- (三)同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。
- (四)參與方案院所新收案對象，經本局健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (五)收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。
- (六)結案條件：
 - 1.可歸因於病人者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
 - 2.經醫師評估已可自行照護者。
 - 3.病人未執行本方案管理照護超過1年者。

三、 支付標準：符合本方案之糖尿病人，接受以醫師為主導之醫療團隊所提供之常規性糖尿病完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，支付點數如附件一。

四、 品質資訊之登錄及監測。

- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件二)，登錄相關品質資訊。
- (二) 保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

五、 醫療費用申報及審查原則

(一)申報原則：

- 1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
- 2.門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
 - (1)屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、

P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院案件之醫療服務點數清單之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(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資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。

六、品質獎勵措施：

(一)門檻指標：以參與本方案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，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近 90 天曾在該院所該醫師診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 就醫達 2 次(含)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。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人。

(二)品質加成指標

1. 病人完整追蹤率：

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收案之人數。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案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. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達 3 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 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。

b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。

c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

(3)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(2)項之 B 原則辦理。

2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第 4 季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3. HbA1C>9.5%比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第 4 季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，其 HbA1C>9.5%之次數比率。

4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率 \leq 66%及 $>$ 66%予區分，合計共分為 2 組)。
2. 各組依上述病人完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率及 LDL 不良率等四項指標比率分別排序(病人完整追蹤率、HbA1C 控制良好率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/4 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，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，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，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(如病人僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之病人；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

(四) 品質進步獎

1. 依 98 年度之各組病人完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率及 LDL 不良率等四項指標為基準年，自 99 年開始計算品質獎勵進步獎，惟 98 年以後新參與方案之醫師需有全曆年之指標為基準(如 99 年)，當得於基準年後之次年(如 100 年)參與增設品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年參加方案)。
 2. 門檻指標及品質加成效標計算方式同本計畫六之(一)(二)規定。
 3. 各組依兩年度之 4 項品質指標比相減，4 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。
- (五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的 30%。

七、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、 P1410C、P1411C)

及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參

考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前 25 % 之院所醫師名單，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標之百分位 25、50、75 及 100 之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq 30\%$ 及收案人數 ≥ 50 人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。

附件一 全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案支付標準

通則：一、本方案支付標準按表訂項目及點數辦理，相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療費用支付標準辦理。

二、符合本方案之糖尿病病人，若合併其它疾病且分屬保險人本局辦理之不同方案收案對象時，除依本方案支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。

三、進入第二階段管理照護不得再申報第一階段管理照護費 P1408C、P1409C。

編號	診療項目	支付點數
P1406B	完整性照護醫師診察費 註1：本項目限地區醫院(含)以上層級申報，且必須與P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C合併申報，並不得再依支付標準申報診察費。 註2：本項基層診所回歸本保險支付標準診察費申報。	450點/次
P1404B	開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑、每次給藥28天以上者 註1：本項目限地區醫院(含)以上層級申報，且必須與P1406B合併申報。 註2：本項基層診所回歸本保險支付標準診察費申報。	200點/次
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	400點/次
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少11週。	200 點/次
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔11週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	800點/次
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	100點/次

編號	診療項目	支付點數
P1411C	<p>2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少11週。</p> <p>糖尿病第二階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。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.申報追蹤管理後至少間隔11週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p>	300點/次

附表一 新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C) Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估、體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (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。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評值 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 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)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白(ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>☐ (8)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>☐ (9)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)</p> <p>☐ (10)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2)藥物 Medications</p> <p>(3)營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4)生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5)自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6)監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7)年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8)其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9)同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病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主管理目標之設定; c)依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d)依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>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、尿酸 (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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

註

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 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。
- 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 P1407C 所訂費用之內, 不得另行重複申報。
- 糖尿病學會建議若糖尿病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿, 可加做微量白蛋白檢查, 將微量白蛋白改為有條件式之必要檢查項目(註: 尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。)

附表二 追蹤管理診療項目參考表 (適用編號 P1408C)
Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(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</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>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)</p> <p>B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)</p> <p>※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自我管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下:</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

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 所訂費用之內, 不得另行重複申報。

附表三 年度檢查診療項目參考表 (適用編號 P1409C)
Potential components of continuing care visits (annual exam)

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(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	(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)	4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)
※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C ※(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 三酸甘油酯 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 (ACR) Microalbumin (Nephelometry) □ (8) 18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)	(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) 病人接受自主管理訓練之遵循度 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) 自主管理技能 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、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 所訂費用之內, 不得另行重複申報。

附件二

全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫

個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C) (建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

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
4. Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
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) (病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)

三、年度評估(P1409C、P1411C) (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
4. Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
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)

※eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。