

## 衛福部政策與減重相關業務的結合

從慢性病防治到醫療給付改善的全面整合

楊宗衡醫師 苗栗心安診所

### 前言

隨著生活型態的改變，肥胖已成為全球性的公共衛生危機，台灣亦不例外。肥胖不僅是外觀的問題，更是萬病之源。衛生福利部近年來推動多項防治計畫與醫療給付改善方案，旨在透過早期介入與整合照護，降低慢性病的發生率與死亡率。對於基層診所而言，將這些政策與專業的體重管理業務深度結合，不僅能提升患者的健康福祉，更能透過優化照護品質指標，獲得更好的醫療給付獎勵。本文將深入探討肥胖與慢性病的關聯、現行衛福部政策的運作機制、以及如何透過多面向的減重介入（包含新型藥物與生活型態調整）來達成醫病雙贏的局面。

### 一、肥胖：多種慢性病的共同根源

2025 年世界衛生組織發布了關於使用 GLP-1 receptor agonist (GLP-1 RA) 類藥物治療肥胖症的全球指南，肥胖被定義為一種慢性疾病，與多種健康風險息息相關。脂肪組織不僅是能量儲存庫，更是活躍的內分泌器官，會分泌多種發炎物質與荷爾蒙，進而引發全身性的系統性問題，因此需要多模式肥胖慢性照護模式 (Multimodal Obesity Chronic Care Model) 介入。

肥胖直接增加下列慢性病的風險：

1. **代謝症候群與第二型糖尿病**：肥胖導致胰島素阻抗，是糖尿病最主要的危險因子。
2. **心血管疾病**：包括高血壓、血脂異常、冠狀動脈心臟病及中風。
3. **慢性腎臟病 (CKD)**：肥胖會造成腎

絲球過濾率 (eGFR) 下降及蛋白尿增加。

4. **代謝功能障礙相關脂肪性肝病 (MASLD)**：與胰島素阻抗高度相關，可能惡化為肝炎甚至肝硬化。
5. **癌症**：肥胖與食道癌、大腸癌、乳癌、子宮內膜癌及腎臟癌等多種癌症風險增加有關。
6. **其他**：包括退化性關節炎、睡眠呼吸中止症、胃食道逆流、不孕症及憂鬱症等。

多模式肥胖慢性照護模式 (Multimodal Obesity Chronic Care Model)

是一種以長期追蹤為核心、結構化且以病人為中心的肥胖慢性病照護策略。此模式依個別臨床需求，整合多項互補介入措施，包括強化行為治療 (intensive behavioral therapy, IBT)、藥物治療 (如 GLP-1 類療法)、必要時的外科手術，以及健康照護體系層級的支持，並透過多專業團隊合作與共享決策，確保照護的連續性與系統整合。

### 二、衛福部重點照護方案與肥胖之關聯機制

為應對上述挑戰，衛福部推動了多項關鍵計畫。診所若能有效執行這些計畫並結合體重管理，將能發揮巨大治療成效。

#### 1. 代謝症候群防治計畫

此計畫旨在透過基層診所早期發現代謝症候群個案（腹部肥胖、高血壓、高血糖、高三酸甘油酯、高密度膽固醇過低、糖尿病前期）。

• **與減重之結合**：計畫的核心指標之一即為「腰圍」與「BMI」的改善。診所若能協助病患減重（例如腰圍男性<90cm/女性<80cm，或 BMI 下降），不僅能幫助病患脫離代謝症候群，更能直接獲得計畫中的「品質獎勵費」。

## 2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案 (DKD)

此方案以糖尿病與初期慢性腎臟病的整合照護為核心，重點不只是「追蹤檢驗」，更要把造成惡化的共同源頭一起處理，而肥胖正是其中最關鍵的加速器。根據 KDIGO 2025 年會議報告所彙整的病理機轉，肥胖可透過高胰島素血症與胰島素阻抗啟動一連串腎臟負荷上升的連鎖反應，包括腎小管鈉與葡萄糖運輸負荷增加（SGLT 上調）、腎絲球超過濾與耗氧增加，進一步造成微血管損傷、白蛋白尿、腎小管生長與氧氣供需失衡，最終走向缺氧、氧化壓力、脂毒性、腎臟發炎與纖維化，並推進到脂肪腎與腎小球病變，導致腎功能逐步衰退。

因此，將減重介入納入糖尿病與初期腎臟病的收案管理，不只是「增加一項服務」，而是直接針對病程上游下手。KDIGO 亦強調肥胖是慢性腎臟病的獨立風險因子，透過飲食與運動等生活型態調整，再配合具實證的藥物治療（例如 GLP-1 受體促效劑），有助於降低體重與代謝負擔，進而減緩腎臟損害的進程。更重要的是，GLP-1 類藥物在糖尿病合併腎臟病族群已累積腎臟保護與蛋白尿改善的證據，能同時強化臨床結局與方案評核重點指標（如糖化血色素與微量白蛋白尿）的達標表現，讓病人控制更穩、照護品質更佳，也讓醫療團

隊在政策架構下更容易取得實質的品質成果與獎勵，對醫病雙方可說是一舉多得。

## 3. B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案

此方案鼓勵院所對 B、C 肝患者進行定期追蹤（包含腹部超音波）。在追蹤 B、C 肝患者的過程中，腹部超音波常會意外發現「脂肪肝」問題。這是一個極佳的切入點，讓醫師能將單純的肝炎追蹤，轉化為更積極的體重管理介入，預防肝臟進一步發炎或纖維化，同時更符合診所全人照護的目標。

## 三、診所全方位減重介入模式：把政策收案追蹤做深做實，從「完整評估」到「持續陪跑」

為了有效落實代謝症候群防治、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合，以及 B 與 C 肝給付改善等政策目標，診所應建立一套綜合性的減重介入模式，而非僅止於開藥。核心概念是把「可被追蹤」升級成「可被改善」，讓每一次回診都能同時推進體重、代謝、腎臟與肝臟風險的下降。

### 1. 完整抽血與風險分層評估

由醫師規劃系統性抽血與檢驗，作為收案基線與後續追蹤依據，包含血糖相關指標（空腹血糖、HbA1c）、血脂、肝功能、腎功能（eGFR）、尿蛋白或尿白蛋白肌酸酐比值等，必要時加做胰島素阻抗相關評估與共病篩檢，把風險結構畫清楚，後續才能對症下藥並精準對焦政策品質指標。

### 2. 體組成檢測與身體組成分析

除了體重與 BMI，導入體組成檢測

(例如體脂率、內臟脂肪指標、骨骼肌量等)與腰圍量測,協助判讀個案是以脂肪增加為主,或已合併肌少傾向。體組成的價值在於避免只追求體重下降而犧牲肌肉量,並可作為運動處方與營養策略調整的客觀依據,讓減重不單純是追求體重變輕,而是讓身體變健康。

### 3. 藥物使用諮詢與處方策略

由醫師整合病患共病狀況與用藥史,選擇合適的減重藥物並清楚說明預期效益與副作用管理。可包含Orlistat、Naltrexone/Bupropion、GLP-1受體促效劑等,並依糖尿病、腎臟病或脂肪肝風險調整治療目標與監測頻率,確保安全性與依從性。

### 4. 營養師衛教介入與生活型態重塑

由專業營養師進行深度生活型態訪談,全面盤點個案的飲食模式、外食頻率、宵夜習慣及情緒性進食等關鍵因子。據此量身打造具體可行的個人化飲食計畫,導入如低熱量飲食、糖尿病健康餐盤(圖片一)及精準蛋白質分配策略。過程中同步嚴密監測營養攝取均衡度,確保在減重同時能維持肌肉量,避免營養不良。

### 5. 多元團體支持與實境教學

診所定期舉辦團體衛教活動,藉由病友間的經驗交流與互助(Peer Support),強化治療信心與自我照護技巧。此外,我們更推動「實境營養教育」(圖片二),由營養師親自帶領自助餐選食活動,透過現場指導夾菜與份量估算,將正確的營養觀念直接轉化為具體的日常行動。

### 6. 線上營養師教練陪跑諮詢

把診間的15分鐘衛教延伸到日常

生活,透過通訊軟體或App提供持續性支持,協助病患處理日常情境,例如聚餐選擇、便利商店搭配、節慶飲食與出差飲食等,提升依從性並降低中途放棄率。

### 7. 即時飲食評估回饋:把衛教落實到每一餐

病患上傳餐點照片,由營養師提供即時回饋與修正建議,例如份量、蛋白質補強、含糖飲料替代方案等,讓衛教從抽象概念轉為具體操作,並快速建立正向回饋迴路。

### 8. CGM(連續血糖監測)指導:用數據強化行為改變動機

對糖尿病或糖尿病前期個案導入CGM,讓病患直接看見「吃了什麼,血糖怎麼走」,用視覺化回饋協助調整碳水化合物選擇、餐次分配與運動時機,這種方式常比單純叮嚀更有效,也更加有說服力。

### 9. 運動介入指導:結合有氧與阻力訓練,避免肌少並提升代謝

由具體適能健身指導員訓練背景的营养師提供運動處方,或與專業教練合作,依個案狀態設計有氧與阻力訓練比例,強化肌力、提升胰島素敏感性並預防肌少症。

診所全方位減重介入模式的關鍵在於:政策方案提供穩定追蹤的架構,診所則透過完整抽血與體組成評估建立基線,再以藥物、營養、線上陪跑、CGM與運動介入形成閉環管理,讓減重成為改善糖尿病、腎臟病與肝病風險的共同抓手,並同步推進政策品質指標的達標表現。

2025  
ADA GUIDELINE  
飲食篇

適用對象

- 第1型與第2型糖尿病患者
- 不熟悉碳水化合物計算或數字不敏感的族群

四分之一盤蛋白質

去皮瘦肉(雞肉、豬肉等)、蛋、  
植物性蛋白質(豆腐、豆干等)

半盤非澱粉類蔬菜

葉菜類、菇類、瓜類等



四分之一盤醣類

根莖類澱粉(地瓜、南瓜等)、  
全穀類(紫米飯、糙米飯等)

苗栗心安診所 整理



▲ (圖片一) 糖尿病健康餐盤



▲ (圖片二) 心安診所實境營養教育



#### 四、強化減重介入對醫療給付改善方案的加乘功效

將上述的全方位減重管理導入衛福部的醫療給付改善方案 (P4P)，能產生顯著的加乘效應，大幅提升照護品質指標，進而獲得高額的品質獎勵金。

##### 1. 藥物療效與指標改善的實證

以新型腸泌素藥物 (Incretin-based therapies) 為例，它們在減重與代謝控制上展現了卓越的成效，遠優於傳統標準照護，在糖尿病跟非糖尿病患者相關代謝指標改善幅度整理在圖表(表一)。表一、糖尿病與非糖尿病代謝指標改善幅度整理

##### 2. 對比單純醫療給付方案的優勢

若僅參與健保的 P4P 方案而缺乏積極的體重管理，病患的指標 (如 HbA1c、血壓、甚至 eGFR) 往往難以達標，導致診所僅能領取基本的管理費。

- 多面向介入的效益：
  - 代謝症候群計畫：透過減重藥物與生活介入，病患的腰圍與 BMI 下降達標率大增，且 HbA1c 下降幅度更易超過 10%，直接命中計畫中的「加分項」與「品質獎勵指標」，助診所擠進前 25% 的績優名單，領取最高 30,000 點獎勵。
  - 糖尿病與初期 CKD 方案：使用 GLP1-

表一、糖尿病與非糖尿病代謝指標改善幅度整理

評估項目	族群	Tirzepatide (GIP/GLP-1)	Semaglutide (GLP-1)	臨床意義
糖化血色素 (HbA1c)	糖尿病患者	15mg 平均降低 2.3% (SURPASS-2)	1mg 平均降低 1.86%(SURPASS-2)	血糖控制更佳，易達 P4P 品質獎勵門檻。
體重降幅	非糖尿病肥胖成人	平均減重約 20.2% (72週)	平均減重約 13.7% - 15.8% (68週)	體重減輕效果好，Tirzepatide 具手術級減重效果。
心血管保護	肥胖/過重患者	顯著降低心血管風險	降低 20% 心血管疾病風險 (SELECT 試驗)	減少併發症，降低長期醫療支出。

RA 減重管理，不僅可以明顯改善糖化血色素指標，同時也能顯著降低蛋白尿(UACR)33-55.2% (Semaglutide 在體重過重或肥胖病人改善 48.6-52.1%，糖尿病病人改善 33%；Tirzepatide 在體重過重或肥胖病人改善 42.3%，糖尿病病人改善 55.2%) 與延緩 eGFR 下降斜率。這直接提升了方案中的糖尿病與 CKD 照護品質指標，不僅病患免於洗腎，診所亦更容易獲得品質獎勵金。

- BC 肝方案：改善脂肪肝能減少肝臟發炎指數 (GPT/GOT) 異常，提升整體治療成效與病患滿意度。


##### 結論

總結來說，肥胖是貫穿代謝症候群、糖尿病、慢性腎臟病及代謝功能障礙相關脂肪性肝病(MASLD)的核心問題。診所若能參考最新指引，理解肥胖對器官 (特別是腎臟) 的病理傷害機制，並積極整合「藥物、營養、運動、科技(CGM)」四位一體的減重服務，將能與衛福部的各項照護計畫形成完美的互補。這不僅是「治標」(控制指數)，更是「治本」(改善代謝本質)，最終在提升病患健康餘命的同時，也為診所帶來更佳的經營成效與健保品質獎勵金。



## 參考文獻

1. Celletti, F., Farrar, J., & De Regil, L. (2025). World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults. *JAMA*. Published online December 1, 2025. doi:10.1001/jama.2025.24288
2. Furth, S. L., Colhoun, H. M., Kanbay, M., et al. (2025). The relationship between obesity and chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*.
3. 衛生福利部國民健康署. (2022). 全民健康保險代謝症候群防治計畫.
4. 衛生福利部中央健康保險署. (2023). 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案.
5. 衛生福利部中央健康保險署. (2023). 全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案.
6. Rodriguez, P., et al. (2023). Real-World Effectiveness of Tirzepatide versus Semaglutide on HbA1c and Weight in Patients with Type 2 Diabetes.
7. 成人肥胖防治實證指引。衛生福利部國民健康署，台灣肥胖醫學會，考科藍臺灣研究中心著。第二版。臺北市：衛生福利部國民健康署，2022。
8. Peter Rossing et al. Effects of Semaglutide With or Without Concomitant Mineralocorticoid Receptor Antagonist Use in Participants With Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease: A FLOW Trial Prespecified Secondary Analysis. *Diabetes Care* 20 October 2025; 48 (11): 1878 - 1887.
9. Apperloo EM, Gorriz JL, Soler MJ, et al. - Semaglutide in patients with overweight or obesity and chronic kidney disease without diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Nat Med*. 2024 Oct 25.
10. Heerspink HJ, Apperloo EM, Jonas N, et al. Effects of Semaglutide on Kidney Parameters in Patients with Obesity and Nondiabetic CKD. Presented at American Society of Nephrology Kidney Week 2024. San Diego, CA. October 23-27, 2024.
11. American Society of Nephrology. High-Impact Clinical Trials Generate Promising Results for Improving Kidney Health: Part 1. *Newsweek*. October 25, 2024. Accessed October 25, 2024.
12. Campbell P. Semaglutide: The drug of today and a steppingstone to Tomorrow. *HCP Live*. December 6, 2023. Accessed October 25, 2024.
13. Ellen M. Apperloo, Katherine R, et al. Tirzepatide Associated With



Reduced Albuminuria in Participants With Type 2 Diabetes: Pooled Post Hoc Analysis From the Randomized Active- and Placebo-Controlled SURPASS-1 - 5 Clinical Trials. *Diabetes Care* 20 February 2025; 48 (3): 430 - 436.

14. Heerspink, Hiddo J.L., et al.. Kidney Parameters with Tirzepatide in Obesity with or without Type 2 Diabetes. *Journal of the American Society of Nephrology* 36(11):p 2190-2200, November 2025.



TACD

