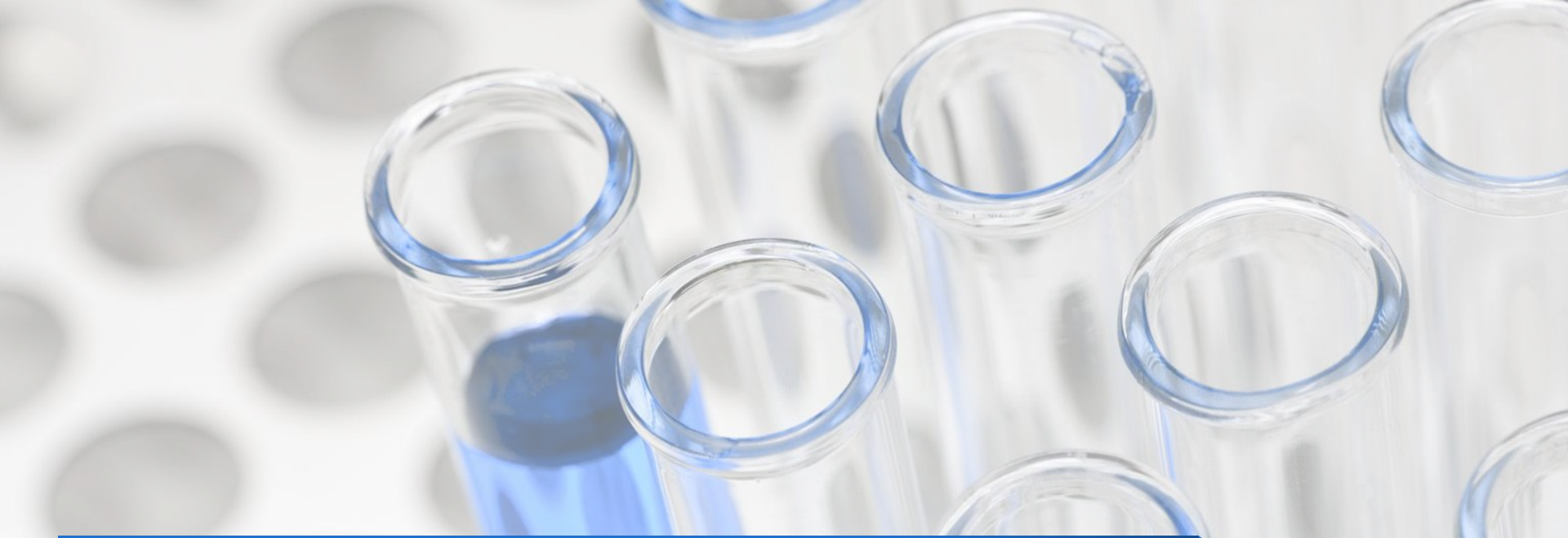


112年全民健康保險
代謝症候群防治計畫

崇祐聯合診所　葉政南 醫師

大綱

- 認識代謝症候群
- 代謝症候群試辦計畫
  - 計畫內容
  - 評估及管理費用
  - 獎勵費用
- Q & A

Metabolic Syndrome

代 謝 症 候 群

1

代謝症候群

- 代謝症候群: 三高 + 二害

  三高: 血壓偏高，血糖偏高，血脂偏高

  二害: 腰圍過粗，高密度脂蛋白不足
- 代謝症候群是糖尿病、心血管疾病前身

代謝症候群

腰圍

男≥90cm
女≥80cm
BMI≥27

血糖

空腹
≥100mg
或已用藥

血壓

≥130/85
mg
或已用藥

TG

≥150
mg/dL
或已用藥

HDL

男<40
女<50
mg/dL
或已用藥

若符合三項指標以上即定義為代謝症候群

未來增加的風險

糖尿病

6倍

高血壓

4倍

腦中風

2倍

心臟病

2倍

全方位介入以降低慢性疾病風險

運動

飲食

體重

血壓

血糖

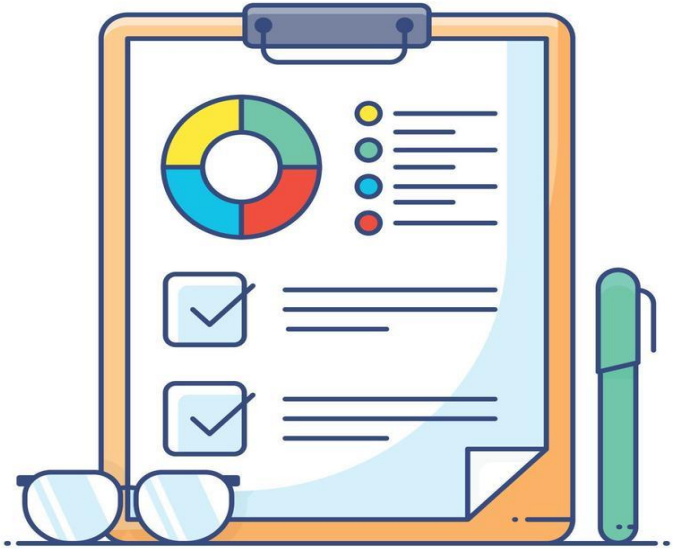
用藥

檢驗

代謝症候群防治計畫

2

計畫內容



Project Documentation

111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

家庭醫師整合性照護計畫 39.48億	3,948.0	278.0	請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。
代謝症候群防治計畫(111 年新增項目) 3.08億	308.0	308.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

112 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。 2.精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 3.積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。

6.16億

計畫內容 (1)

實施期間: 111/7/1
收案期限: 111/7/1 ~ 112/12/31

診所資格: 辦理成人預防保健服務之西醫診所

醫師資格: 家庭醫學科,內科專科,具成人預防保健資格,糖尿病共照網認證之醫師或完成本計畫規定4小訓練課程並取得認證

參與診所或醫師參與計畫日起前2年,無特管法第38至40條所列違規情事

計畫內容 (2)

【附件1】全民健康保險代謝症候群防治計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷 —台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

家庭醫學科,內科專科醫師執行成人預防保健,或糖尿病共同照護網認證之醫師視同已取得資格毋須再參與以上之教育訓練

計畫內容 (3)

收案期限

自111年7月1日至112年12月31日止

收案條件

每一診所收案上限200人，不得與其他特約醫事服務機構重複收案。
收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN) 。
服務內容請詳閱計畫20歲至64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者：

1. 腰圍：男性≧90公分，女性≧80公分或身體質量指數(kg/m2)BMI≧27。
2. 飯前血糖值(AC)：≧100mg/dL，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓≧130mmHg，舒張壓≧85mmHg，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)：≧150mg/dL，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性<40mg/dL，女性<50mg/dL或已使用藥物治療。

新增列: 符合尿病前期定義者: 醣化血紅素(HBA1c): 5.7~6.4%

計畫內容 (4)

支付標準及申報規定

P7501C
收案評估費
900點
(已含檢查項目點數)

10週

≥ 70天

P7502C
追蹤管理費
200點
每年最多申報3次

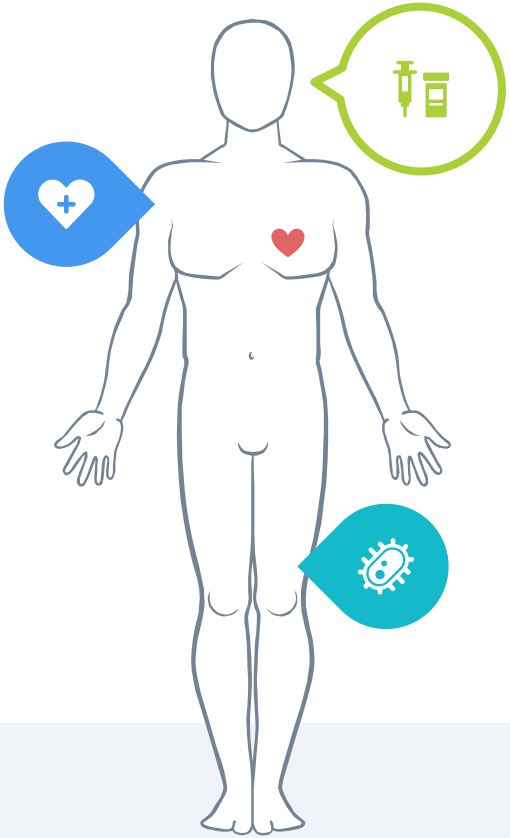
10週

≥ 70天

P7503C
年度評估費用
500點
每年度最多申報1次

申報P7502C三次

個案評估管理



個案評估及管理 (1)

編號	診療項目	支付點數
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇或低密度脂蛋白膽固醇、空腹血糖或醣化血紅素、總膽固醇)。 3. 上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前3個月(90天)內之數據(含成人健康檢查)。	900

低密度脂蛋白膽固醇得採用計算方式

申報P7501C不得同時申報此6項檢驗檢查醫令

收案評估 (P7501C)

1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫內容,並確實告知後,方得收案

2. 須於健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案對象相關資料及管理(附件3)：

   (1) 包含基本資料,生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)
   (2) 依收案對象情況,擬訂照護目標及策略,個案管理資訊化,衛教資料齊全且定期更新,注重個案評估及追蹤,並定期對收案個案舉辦相關課程
   (3) 須交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4),含營養諮詢、健康諮詢,血壓自我管理(722紀錄表, 參考附件5) 等,予收案對象進行自我管理

3. 若個案已被「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」收案,即不應收案P7501C

【附件3】全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、新

（一）

（二）

（三）

（四）

醣化血紅素(HBA1c): 飯前血糖值異常或糖尿病前期者須填寫

低密度脂蛋白膽固醇(LDL): 高密度脂蛋白膽固醇異常者可選填

（五）伴隨疾病:1.無,2.糖尿病,3.高血壓,4.心臟血管疾病,5.高血脂症,6.腎臟病,7.腦血管疾病, 9.其他

（六）檢查數據:檢查日期(YYY/MM/DD),身高(cm),體重(kg),腰圍(cm),飯前血糖值(mg/dL),收縮壓(mmHg),舒張壓(mmHg) (請註記是否為診間血壓量測值),三酸甘油脂值(mg/dL),高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL),身體質量指數BMI (kg/m2),低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL),醣化血紅素(%),總膽固醇值(mg/dL)

（七）慢性疾病風險值:冠心病(%;1.高,2.中,3.低),糖尿病(%;1.高,2.中,3.低),高血壓(%;1.高,2.中,3.低),腦中風(%;1.高,2.中,3.低),心血管不良事件(%;1.高,2.中,3.低)

收案評估 (P7501C) (附件4)

【附件4】全民健康保險代謝症候群防治計畫疾病管理紀錄表

(交付收案對象)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名　　□收案評估/□年度評估　　年　月　日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險(僅需收案時評估)	
1. 身高：_____公分	項目	風險程度
2. 體重：_____公斤	冠心病	□高 □中 □低
3. 運動：□1. 無 □2. 偶爾 □3. 經常(每週3次，1次30分鐘)	糖尿病	□高 □中 □低
4. 抽菸：□1. 無 □2. 偶爾	高血壓	□高 □中 □低
□3. 平均一天約吸10支菸以下	腦中風	□高 □中 □低
□4. 平均一天約吸10支菸(含)以上	心血管不良事件	□高 □中 □低
5. 嚼檳榔：□1. 無 □2. 偶爾 □3. 經常		

代謝症候群五大指標(參考值)	
□腰圍：_____公分	(男性≧90公分，女性≧80公分)
□飯前血糖值：_____mg/dL	(≧100mg/dL)
□血壓：收縮壓_____ mmHg、舒張壓_____ mmHg	(收縮壓≧130mmHg，舒張壓≧85mmHg)
□三酸甘油脂值：_____ mg/dL	(≧150mg/dL)
□高密度脂蛋白膽固醇值：_____ mg/dL	(男性<40mg/dL，女性<50mg/dL)
□身體質量指數(kg/m^2)BMI：_____	(≧27)

疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)

□戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介)

□戒菸指導(<10支/日或尼古丁成癮度<4分或無戒菸意願)

□戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮度≧4分)：□戒菸用藥/衛教 □同意轉介戒菸機構

□戒檳(嚼過好幾次且6個內有嚼檳榔)

□戒檳目標：___年___月___日前戒除檳榔　□安排口腔黏膜檢查：___年___月

□每日建議攝取熱量：□1200大卡/天 □1500大卡/天 □1800大卡/天 □2000大卡/天

盡量減少□油炸物□甜食□鹽□含糖飲料□其他(_____)

□運動建議：每週累積150分鐘中等費力運動(活動時仍可交談，但無法唱歌)

□健走 □游泳 □網球 □羽毛球 □桌球 □排球 □騎腳踏車

□跳舞 □太極拳 □瑜珈 □健身操 □其他(_____)

□想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤

□量血壓：指導722量測

□其他叮嚀：飯前血糖個人目標值：_____mg/dL、三酸甘油脂個人目標值：_____ mg/dL

低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dL

收案評估 (P7501C) (附件5)

【附件5】

血壓「722紀錄」表

※正確測量血壓7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：
   (1)回診前，量測血壓7天。
   (2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
   (3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

姓名：_____

天數		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	我的回診日期
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一早起床血壓	第1遍								
	第2遍								
晚上睡前血壓	第1遍								月
	第2遍								日

慢性疾病風險評估平台

您知道什麼是冠心病、高血壓、 腦中風、糖尿病、心血管不良事件嗎? 您知道十年內罹患這些慢性疾病的風險是可以預測的嗎?「若您未曾罹患這些慢性疾病！ 您可以透過以下的步驟，了解您未來十年內罹患慢性疾病的風險，來試試看吧！」，請您手邊準備好健康檢查報告，我們要開始評估囉！

平台適用年齡層為35至70歲，其他年齡層僅供參考！

所有疾病
All Diseases
馬上分析

冠心病
CHD
馬上分析

腦中風
Stroke
馬上分析

糖尿病
Diabetes
馬上分析

高血壓
Hypertension
馬上分析

心血管不良事件
MACE
馬上分析

衛生福利部國民健康署
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare

所有疾病(All Diseases) 冠心病(CHD) 腦中風(Stroke) 糖尿病(Diabetes) 高血壓(Hypertension) 心血管不良事件(MACE)

1 提供您個人健康數據，一次評估五種疾病的風險

(數據提供愈完整，可試算的疾病種類愈多)

性別: ○ 女 ◉ 男

年齡:	53	高密度膽固醇(mg/dl):	46
身高(公分):	172	低密度膽固醇(mg/dl):	85
體重(公斤):	70	三酸甘油脂(mg/dl):	145
腰圍(公分):	79	空腹血糖(mg/dl):	95
收縮壓(mm/Hg):	120	是否有糖尿病:	◉ 無 ○ 有
總膽固醇(mg/dl):	156	是否有高血壓:	◉ 無 ○ 有
		吸菸習慣:	◉ 無 ○ 有

計算

https://cdrc.hpa.gov.tw/hra-openservice-menupage.jsp?all

2 各種疾病風險評估結果

冠心病(CHD)

個人 10% 低風險 (分級說明)

族群 11%

檢視健康指引

糖尿病(Diabetes)

個人 21% 高風險 (分級說明)

族群 22%

檢視健康指引

高血壓(Hypertension)

個人 44% 中風險 (分級說明)

族群 41%

檢視健康指引

腦中風(Stroke)

個人 12% 中風險 (分級說明)

族群 13%

檢視健康指引

心血管不良事件(MACE)

個人 17% 中風險 (分級說明)

族群 18%

檢視健康指引

https://cdrc.hpa.gov.tw/hra-openservice-menupage.jsp?all

收案評估 (P7501C)

每日建議攝取熱量

每天活動量	體重過輕者所需熱量	體重正常者所需熱量	體重過重或肥胖者所需熱量
輕度工作	35大卡x目前體重(公斤)	30大卡x目前體重(公斤)	20~25大卡x目前體重(公斤)
中度工作	40大卡x目前體重(公斤)	35大卡x目前體重(公斤)	30大卡x目前體重(公斤)
重度工作	45大卡x目前體重(公斤)	40大卡x目前體重(公斤)	35大卡x目前體重(公斤)

個案評估及管理 (2)

P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔10週(≧70天)，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少10週(≧70天)。	200

個案評估及管理 (2)

編號	診療項目	支付點數
	3. 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險醫療給付改善方案(包括糖尿病及初期慢性	

收案對象可參與其他照護計畫，惟追蹤管理費(P7502C)不會重複支付

追蹤管理 (P7502C)

1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形, 提供持續性追蹤諮詢,如電話,訪視,診間等,協助進行個案健康評估,聯繫及協調照護計畫,規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目,四癌篩檢之重要性等),以使收案對象認知進步,照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善

追蹤管理 (P7502C)

2. 個案於收案評估時,未達標準值之檢驗檢查項目,應至少追蹤1次
3. 個案如合併有其他慢性病危險因子(如菸,酒,檳榔),得併提供相關衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務
4. 依個案管理情形資料建檔 (附件3)

個案評估及管理 (3)

年度評估VPN必填的檢驗項目為
飯前血糖(AC sugar)、三酸甘油脂
(TG)及高密度脂蛋白膽固醇(HDL)

P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔10週(≥70天)，且限申報追蹤管理費三次(含)以上始得申報本項費用，每年度最多申報1次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500

年度評估 (P7503C)

1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形,
   擬訂次年度照護目標及策略

2. 依個案年度評估結果資料建檔 (附件3)

結案條件

符合以下任一條件者可結案,同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案:

1. 個案經介入管理後,經個案管理評估已非代謝症候群患者
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者
3. 個案拒絕或失聯≧3個月
4. 個案死亡
5. 收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目,任一項皆未有進步者 (112年度新增列)

照護獎勵費用

獎勵費 (1)

品質獎勵費:

門檻:收案60人以上且當年度檢驗檢查上傳率≥70%者

依診所品質指標得分排序:

前25%之診所,核付獎勵費10000點,大於25%至50%之診所,核付獎勵費5000點

品質指標項目:

1. 代謝症候群改善率(70分)
2. 個案完整照護達成率≥30%(15分)
3. 介入成效率≥30%(15分)
4. 加分項(10分): 個案之醣化血紅素(前測值須≥5.7%),下降10%或降至 5.7%以下,且人數10人者,得10分

品質指標項目

依個案改善情形及醫師執行成果計算以下評核指標

評核指標		說明
代謝症候群改善率	70分	1.腰圍或BMI改善　2.醣化血紅素改善　3.血壓改善 4.三酸甘油酯改善　5.低密度脂蛋白膽固醇改善　6.吸菸改善
個案完整照護達成率≧30%	15分	分母：診所收案個案人數 分子：診所申報年度評估費人數
介入成效率≧30%	15分	分母：診所收案個案人數 分子：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數

代謝症候群改善率

1.個案腰圍(男≧90cm,女性≧80cm)減少3cm以上,或BMI≧27者,下降1以上,且≧10人以上,得20分

2.個案HbA1c(前測值須≧5.7%),下降10%或降至5.7%以下,且≧10人以上,得10分

3.個案血壓,收縮壓140mmHg以上降至130mmHg以下,及舒張壓90mmHg以上降至80mmHg以下 (以非診間血壓紀錄為原則,722 紀錄須附存病歷),且≧10 人以上,得 10分

4.個案TG原200mg/dL以上降至150mg/dL以下,且≧10人以上,得10分

5.個案LDL原130mg/dL以上,下降10%,且≧10人以上,得10分

6.診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後,期末自訴未再吸菸者,或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者),且≧10人以上,得20分 (戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)

獎勵費 (2)

新發現個案獎勵費： **新發現未滿40歲**保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖 尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，**每個案獎勵150點**，同一個案僅得獎勵一次。

新發現定義： 保險對象於收案評估前二年，於該收案診所門診就醫 紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

獎勵費 (3)

個案進步獎勵費：

個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵500點，同一個案獎勵一次

1.腰圍：減少3%以上
2.飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值
3.血壓：收縮壓降至130mmHg以下，舒張壓降至85mmHg以下
4.三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病共同訂定之三酸甘油脂個人目標值
5.低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度 脂蛋白膽固醇個人目標值

獎勵費 (4)

個案績優改善獎勵費 (新增列)：

個案於年度評估時，下列任三項指標達標準值，且收案6個月後至結案日前，個案無三高用藥紀錄且結案者，每一個案獎勵1000點，同一個案獎勵一次

1.腰圍：男性＜90cm，女性＜80cm，或身體質量指數BMI＜27
2.飯前血糖：＜100mg/dL，或醣化血紅素(HBA1c)＜5.7%
3.血壓：收縮壓降至130mmHg以下且舒張壓降至85mmHg以下
4.三酸甘油脂： ＜150mg/dL
5.低密度脂蛋白膽固醇：＜130mg/dL
6. 高密度脂蛋白膽固醇: 男性≧40mg/dL，女性≧50mg/dL

獎勵費 (5)

參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師（即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師），每位醫師獎勵500元（本項獎勵經費由國民健康署支應）

參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者， 每位個案每次評估提供獎勵100元（每個案300元為上限， 本項獎勵經費由國民健康署支應）

112年代謝症候群防治計畫預計調整內容

1. 收案條件增列符合糖尿病前期之個案(HbA1c 5.7~6.4%)
2. 每一診所收案人數上限200名(包含前一年度延續收案個案),且不得與DM糖尿病,DKD糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合 方案醫療給付改善方案重複收案或與其他院所重複收案
3. 維持收案評估費用支付點數900點,惟調整收案評估費用 包含之檢驗檢查項目(TG,HDL或LDL,空腹血糖AC或 A1c,T-CHO),及縮短追蹤管理間隔為10週(≧70日),且須追蹤三次(含)以上才可申報年度評估費用

112年代謝症候群防治計畫預計調整內容

4. 結案條件增列,「已於『糖尿病』及『糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案』醫療給付改善方案收案者」。收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者。

5. 診所品質獎勵費調整為收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率≧70%者可列入評比

112年代謝症候群防治計畫預計調整內容

6. 「代謝症候群改善率」項目，配合計畫目標為早期改善慢性病風險因子,調整評價項目如下：
   (1)提高戒菸及腰圍之指標順序及給分
   (2)醣化血色素非屬代謝症候群五項收案標準之一，於代謝症候群改善率項下移做加分項目。另其獎勵標準值調整為下降10%或達5.7%以下

7. 增列「個案績優改善獎勵」,個案未使用慢性病用藥且已改善為非代謝症候群個案並結案者,予以1,000點獎勵

112年代謝症候群防治計畫預計調整內容

8. 代謝症候群之五項指標,配合臨床實務精實檢驗項目,如飯前血糖值異常個案才需檢驗糖化血色素(HbA1c)值並上傳,並以HbA1c做為追蹤及成效指標;高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)異常之個案,可依執行實務所需,追蹤及監測高密度(HDL)或低密 度脂蛋白膽固醇(LDL)值

Win Win