代謝症候群防治計畫

111年6月20日健保醫字第1110108093號公告
111年11月9日健保醫字第1110062964號公告修正
112年2月13日健保醫字第1120102171號公告修正
112年7月17日健保醫字第1120113778號公告修正
113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正
113年12月25日衛授國字第1131461539號公告修正
114年12月17日衛授國字第1141461406號公告修正
115年11月2日衛授國字第1150661018號公告修正

壹、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於許多慢性疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律身體活動等；不吸菸、不飲酒（或飲酒不過量）；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫療院所早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能達到慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

貳、計畫目的

一、 藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群個案自我健康照護。

二、 以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

三、 透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。

四、 強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。

五、 防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

參、經費來源

由衛生福利部國民健康署(下稱國健署)公務預算項下支應。

肆、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、 醫療院所資格：辦理成人預防保健服務之全民健康保險醫療院所。

二、 醫師資格，須符合下列條件(一)或(二)任一項者：

(一)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。

(二)完成本計畫訓練課程四小時並取得認證之其他科別專科醫師。

1. 本計畫訓練課程(如附件 1)，線上課程已放置於行政院人事行政總處公務人力發展學院「e 等公務園+學習平台」。
2. 前開課程可由中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會辦理，其他專業學會若有辦理課程之需求，可向國健署申請教育訓練方案建議書據以辦理。
3. 若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、 參與本計畫之醫療院所或醫師於參與計畫起日前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以健保署第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障民眾就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、 符合前述各項資格之醫療院所，得向健保署分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件 2)，經審核通過後，自核定日起執行本計畫。

五、 前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

伍、收案條件與服務內容、結案條件

一、 收案條件：

（一）20 歲至 69 歲之民眾：

1. 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/m^2)BMI≧27。

(2) 飯前血糖值(AC)：≧100mg/dL。

(3) 血壓值：收縮壓≧130mmHg 或舒張壓≧85mmHg。

(4) 三酸甘油酯值(TG)：≧150mg/dL。

(5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性<40mg/dL，女性<50mg/dL。

2. 符合糖尿病前期定義者：醣化血紅素(HbA1c)：5.7%~6.4%。

（二）健保署得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檢驗(查)結果上傳資料及成人預防保健服務結果資料，擷取符合收案條件之名單，交付參與本計畫之醫療院所進行收案評估。

（三）每一診所收案人數上限為 700 名(不包含結案人數)；醫院收案人數由醫院自行提報，每一醫院收案人數上限為 1,000 名（不包含結案人數）。收案對象不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」、「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」、「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」重複收案（已符合健保署慢性病照護方案收案條件者，以優先收入健保方案照護為宜），或與其他醫療院所重複收案，透析病人(含血液透析及腹膜透析)不得收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN），以利院所查詢。

（四）院所參與計畫滿一年，且前一年度 12 月底之收案管理人數(不含結案)≧500 人，得檢具附件 6「代謝症候群防治計畫收案人數上限專案申請書」，敘明計畫參與起日、計畫執行人員數、其他服務資格等資料，報送國健署專案核定調增收案人數上限，原則於每年度 4 月至 6 月期間，受理院所申請，經國健署審查核定，並完成個案登錄系統更新作業，於次年度 1 月 1 日起調整收案人數上限。審查通過之診所收案人數上限調整為 900 人、醫院收案人數上限調整為 1,200 人。

二、 服務內容

（一）收案評估：

1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫目的及內容，由醫師確實向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如

不健康飲食、缺乏身體活動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，並取得個案同意後，方得收案。（收案個案須於附件 4 疾病管理紀錄表，或由院所參考疾病管理紀錄表而自行設計之相關紀錄表格（應增列相關同意文字），同意收案者須親筆簽名，並由收案院所留存紙本或影像檔，以備查核。）

2. 須於 VPN 登錄收案對象相關資料及管理(附件 3)：

(1) 登錄資料：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），可採收案日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。

(2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略：針對吸菸、嚼檳榔等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務；個案管理資訊化，提供所需之衛教資料；注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。

(3) 於收案期間，建議結合數位工具（如營養或身體活動指導等健康管理 App 等），提供收案對象之衛教訊息、健康飲食或身體活動資源等，進行個案追蹤管理及提醒，賦能民眾改善代謝症候群。

(4) 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。居家血壓量測結果紀錄方式依臨床實務執行，如 722 紀錄附存病歷、於病歷紀錄居家血壓範圍、影印居家血壓紀錄留存…等。

（二）追蹤管理：

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(包含飲食、身體活動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測)、提供個案疾病管理衛教(如其他預防保健項目、五癌篩檢之重要性等)、聯繫及協調照護計畫，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。

2. 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國健署合約戒菸機構(參考資料：國健署健康九九網站 https://health99.hpa.gov.tw/)或戒檳諮詢服務醫療機構(參考資料：衛生福利部口腔健康司口腔癌及檳榔危害防制專區 https://dep.mohw.gov.tw/DOOH/lp-7148-124.html)執行戒除服務。

3. 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，且可採用追蹤管理日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗檢查日期相同

4. 依個案管理情形資料建檔(附件 3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形，調整照護目標及策略。相關檢驗項目資料，可採用前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與追蹤管理階段之檢驗檢查日期相同。

2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件 3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者應予結案，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或已被不得與本計畫重複收案之健保署照護方案收案者。
3. 個案主動拒絕或失聯≧3 個月(如經電話聯繫 3 次未接通個案)。
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。
6. 個案收案院所退出本計畫。

（五）管理登錄個案：

1. 參與本計畫之院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件 3)上傳至 VPN，機構於執行計畫時須留有相關紀錄及佐證，如病歷紀錄、電話追蹤紀錄、檢驗單據、數位工具應用紀錄…等，以備查核。
2. 若未依規定完整登錄相關資訊、查核時未能提出相關執行紀錄或佐證，或經審查發現登載不實者，不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 依個人資料保護法之規定，收案對象個人資料應予保密。

陸、 補助項目及支付標準：

編號	補助項目	補助金額（元）
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項補助金額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

編號	補助項目	補助金額（元）
	4. 本項補助金額包含收案所需執行項目： (1) 個案收案資料確認(基本檢驗數據) (2) 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目 (3) 告知個案計畫管理流程及收案 (4) 慢性病風險計算及評估 (5) 風險因子評估(菸檳、身體活動、飲食、腰圍、BMI、三高) (6) 個案健康指導及衛教(菸檳、身體活動、飲食) (7) 血壓量測之 722 指導 (8) 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或醣化血紅素、三酸甘油酯、高密度或低密度脂蛋白膽固醇) (9) 完成疾病管理紀錄表交付病人 (10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統 5. 完成收案評估且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	
P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由健保總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂補助金額。 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
P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由健保總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂補助金額。 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。	500

柒、執行品質費：

一、執行品質費：醫療院所收案 60 名以上且院所累計收案人次中，至少執行 1 次追蹤管理人次比率(追蹤管理率)≧60%者，並依下列品質指標得分，醫院與診所分別排序：前 25%之機構，核付執行品質費 30,000 元；得分排序大於 25%至 50%之機構，核付執行品質費 15,000 元。

（一）代謝症候群改善率(70 分)

1. 戒菸服務指標：(戒菸服務及費用由國健署補助計畫支應)

(1) 新加入或當年度之前未提供戒菸服務醫療院所(共 20 分)

A. 當年度提供戒菸服務者得 8 分(8 分)。

B. 機構收案之吸菸者，由機構提供戒菸服務，至少服務 4 名個案得 8 分，每增加 1 位得 1 分，至多 4 分(12 分)。

(2) 當年度之前曾提供戒菸服務醫事服務機構(共 20 分)

A. 機構收案之吸菸者，由機構提供戒菸服務，至少服務 4 名個案得 8 分，每增加 1 位得 1 分，至多 4 分(12 分)。

B. 機構收案之吸菸者，由機構提供戒菸服務之代謝症候群個案(至少 8 名，即前項指標滿分者)人數，較前一年度之成長率(8 分)：

a. ＞0 且≦60%者，得 6 分。

b. ＞60%且≦75%者，得 7 分。

c. ＞75%者，得 8 分。

2. 收案對象之腰圍(男性≧90 公分，女性≧80 公分)減少 3 公分以上或身體質量指數 BMI(≧27)，下降 1 以上，且人數≧10

人者，得 20 分。

3. 收案對象之血壓，收縮壓 140㎜Hg 以上降至 130㎜Hg 以下，及舒張壓 90㎜Hg 以上降至 80㎜Hg 以下(以非診間血壓紀錄為原則)，且人數≧10 人者，得 10 分。

4. 收案對象之三酸甘油酯，原 200mg/dL 以上降至 150mg/dL 以下，且人數≧10 人者，得 10 分。

5. 收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原 130mg/dL 以上，下降 10%，且人數≧10 人者，得 10 分。

（二）加分項(10 分)：收案對象之醣化血紅素(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。

（三）上述(一)及(二)執行方式：

1. 由收案醫療院所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值為前測值，並以收案醫療院所當年度 7 月至 12 月最後一筆上傳之檢驗結果為後測值。

2. 如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。

（四）個案完整照護達成率≧30%(15 分)

1. 分子：醫療院所申報「年度評估費」人數

2. 分母：醫療院所收案人數

（五）介入成效率≧30%(15 分)

1. 分子：收案對象任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬代謝症候群之人數。

2. 分母：醫療院所收案人數

二、 新發現個案執行品質費：

（一） 因本計畫收案評估而新發現未滿 40 歲民眾具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每

個案支付執行品質費 500 元，同一個案僅得支付一次。

（二） 新發現定義：民眾於收案評估前二年，於該收案醫療院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。

三、 腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效執行品質費：個案於收案評估時腰圍未達標準(男性≧90 公分，女性≧80 公分，或 BMI≧27)，且飯前血糖未達標準(AC≧100mg/dL 或醣化血紅素≧5.7%)，於當年度 7 月至 12 月最後一筆上傳之檢驗結果，該個案腰圍達標準值(男性<90 公分，女性<80 公分，或 BMI<27)，且醣化血紅素<5.7%，每一個案支付執行品質費 500 元。

四、 個案進步執行品質費：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，每一個案支付執行品質費 500 元，同一個案支付一次，本項支付個案不得與「個案績優改善執行品質費」重複支付：

（一） 腰圍：減少 3%以上。

（二） 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。

（三） 血壓：收縮壓降至 130mmHg 以下，舒張壓降至 85mmHg 以下。

（四） 三酸甘油酯：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三酸甘油酯個人目標值。

（五） 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。

五、 個案績優改善執行品質費：個案於年度評估時，已非屬代謝症候群(即下列 3 項或 3 項以上代謝症候群指標達標)，且結案日前 6 個月

內，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案支付執行品質費 1,000 元，同一個案支付一次。本項支付個案不得與「個案進步執行品質費」重複支付。

(一) 腰圍：男性<90 公分，女性<80 公分或身體質量指數(kg/m2) BMI<27。

(二) 飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醣化血紅素(HbA1c)：<5.7%。

(三) 血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。

(四) 三酸甘油酯值(TG)：<150mg/dL。

(五) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≧40mg/dL，女性≧50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。

六、 前述執行品質費以醫療院所為單位，每年撥付 1 次；由國健署審查通過後，健保署依國健署函送核付清冊 1 個月內，撥付費用予醫療院所。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆費用。

七、 參與本計畫之醫療院所，且與國健署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國健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(即不曾向國健署申請戒菸服務補助費用之醫師)，獎勵每位醫師 1,000 元(本項獎勵經費由國健署支應，並應全數分配予醫師)。

八、 參與本計畫之醫療院所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，對有嚼檳榔習慣(6 個月內有嚼檳榔)之個案，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補助 150 元(每個案以 600 元為上限，本項補助經費由衛生福利部口腔健康司公務預算項下支應)。

捌、醫療費用申報、審查原則：

一、門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

（一）屬本計畫收案之民眾，其就診當次符合申報 P7501C、P7502C、P7503C 及衍生之檢驗費用（09001C、09004C、09005C、09006C、09043C 或 09044C），於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「A3：預防保健」、特定治療項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」、部分負擔代號應填「009：其他規定免部分負擔者」、就醫序號應填「MSPT：代謝症候群防治計畫之個案收案、追蹤及年度評估」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

（二）申報方式：併當月份送核費用申報。

二、本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

玖、計畫管理機制

一、國健署負責本計畫之研訂與修正。

二、本計畫執行過程相關不予核付、追扣、申復等爭議事項，由健保署轉請國健署複查並回復。

三、健保署及其分區業務組協助審核醫療院所之參與資格及核定、個案資料登錄(VPN)系統建置、費用給付、追扣及申復作業、執行品質費核發等行政作業，及輔導轄區醫療院所執行計畫。

拾、退場機制

一、 參與本計畫之醫療院所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待

改善事項，或經民眾陳情並經國健署查證確有未依計畫規定執行情事者，經國健署二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經國健署通知限期改善累計達三次者，應自國健署通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

二、 參與本計畫之醫療院所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經健保署核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自健保署第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障民眾就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

三、 參與本計畫滿一年(12 個月)之醫療院所，倘當年度年底收案滿 6 個月之所有個案，其代謝症候群指標皆無改善，應自國健署通知終止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。

四、 醫療院所如經國健署或健保署分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向國健署或健保署分區業務組申請複核，但以一次為限。

【附件 1】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

備註：本計畫訓練課程已放置於行政院人事行政總處公務人力發展學院「e 等公務園+學習平台」，若需取得訓練學分，請登入平台後搜尋「代謝症候群防治計畫」課程，即可上課取得學分。

【附件 2】代謝症候群防治計畫申請表

申請類別：□新增　□變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

<table>
<tr><td rowspan="4">基本資料</td><td>醫事機構名稱</td><td></td><td>醫事機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>計畫聯絡人姓名</td><td></td><td colspan="2">計畫聯絡人電話：</td></tr>
<tr><td>計畫聯絡人
e-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>醫院預計提供服務人數
(本項診所無須填寫)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">審核項目</td><td colspan="2">項目</td><td>審查結果</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="2">成人預防保健服務</td><td>□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">參與本計畫相關醫事人員資料表</td><td>□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">認證書面資料影本</td><td>□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">醫事服務機構</td><td>機構章戳</td><td></td><td rowspan="2">審核意見欄</td><td rowspan="2">1□審核通過
2□不符合規定
3□資料不全，請補齊
4□其他

日期章戳：

本欄由審查單位填寫</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

備註：本計畫已委請健保署分區業務組代辦機構及醫師資格審核，請向機構所在地之健保分區業務組洽詢申請方式。

【附件 3】代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、 新收案，必須登錄欄位:

（一） 收案日期(YYY/MM/DD)

（二） 收案醫療院所：醫事機構代碼、醫師 ID

（三） 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

（四） 危險因子：

1.抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2.嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3.身體活動習慣：1.無、2.偶爾身體活動、3.經常身體活動(每週累計達 150 分鐘)

（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、8.其他

（六） 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm) 、身體質量指數 BMI (kg/m2)、飯前血糖值(mg/dL)、醣化血紅素(%)(糖尿病前期者須填寫)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)（高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、總膽固醇值(mg/dL)

（七） 慢性疾病風險值：冠心病(1.___%；2.不適用)、糖尿病(1.___%；2.不適用)、高血壓(1.___ ；2.不適用)、腦中風(1.___%；2.不適用)、心血管不良事件(1.___%；2.不適用)

（八） 疾病管理指引：

1.戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮<4 分)、2.自行提供戒菸服務(≧10 支/日或尼古丁成癮≧4 分)、3.轉介戒菸服務(≧10 支/日或尼古丁成癮≧4 分)

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6 個月內有嚼檳榔)：1. 戒檳指導(評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2. 安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1. 社交、2. 提神專注、3. 習慣想嚼、4. 壓力情緒；5. 禦寒、6. 解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200 大卡/天、2. 1500 大卡/天、3. 1800 大卡/天、4. 2000 大卡/天、5. 其他：____大卡/天

4. 身體活動建議： 1. 提供身體活動指導及中度身體活動類別建議、2. 提供社區身體活動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1. 不適用、2. 腰圍____公分

(2) 體重：1. 不適用、2. 體重____公斤

6. 722 血壓量測指導：1. 無、2. 有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1. 不適用、2. 個人目標值：_____%

(3) 三酸甘油酯：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

二、 追蹤管理(收案醫療院所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

（一） 追蹤日期(YYY/MM/DD)

（二） 追蹤方式：1. 電話追蹤、2. 訪視、3. 回診

（三） 追蹤項目：1.營養指導、2.身體活動計畫、3.戒菸、4.戒檳(可複選)

（四） 危險因子：

1.抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2.嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)

3.身體活動習慣：1.無、2.偶爾身體活動、3.經常身體活動(每週累計達150分鐘)

（五） 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血壓量測值)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目或參採用藥收案之檢驗檢查項目(於追蹤期間至少上傳一次檢驗檢查值)

三、 年度評估(收案醫療院所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

（一） 年度評估日期(YYY/MM/DD)

（二） 危險因子：

1.抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2.嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)

3.身體活動習慣：1.無、2.偶爾身體活動、3.經常身體活動(每週累計達150分鐘)

（三） 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、醣化血紅素(%)(糖尿病前期收案者必填)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) 、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)（高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、身體質量指數BMI (kg/m^2)。

（四） 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1. 戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮<4 分)、2. 自行提供戒菸服務(≧10 支/日或尼古丁成癮≧4 分)、3. 轉介戒菸服務(≧10 支/日或尼古丁成癮≧4 分)

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6 個月內有嚼檳榔)：1. 戒檳指導(了解原因、評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2. 安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1. 社交、2. 提神專注、3. 習慣想嚼、4:壓力情緒、5. 禦寒、6. 解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200 大卡/天、2. 1500 大卡/天、3. 1800 大卡/天、4. 2000 大卡/天、5.（其他）____大卡/天

4. 身體活動建議：1. 提供身體活動指導及中度身體活動類別建議、2. 提供社區身體活動資源(可複選)

5. 想達成的

(1)腰圍：1. 不適用、2. 腰圍____公分

(2)體重：1. 不適用、2. 體重____公斤

6. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1. 不適用、2. 個人目標值：_____%

(3) 三酸甘油酯：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1. 不適用、2. 個人目標值：_____mg/dL

四、 結案(收案醫療院所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

（一） 結案日期(YYY/MM/DD)

（二） 結案原因：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或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者、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、6.個案收案院所退出本計畫。

備註：

參與本計畫之醫師需透過醫療院所向健保署分區業務組申請，經健保署分區業務組核准後，始能登入 VPN 傳輸個案資料。

一、 醫師進入健保署 VPN 網頁，登入本計畫登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。

二、 健保署分區業務組須確實將參與醫療院所名單登錄於 HMA 系統。

三、 醫療院所須請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料上傳至 VPN。

【附件 4】

代謝症候群疾病管理紀錄表(交付收案對象)

◎ **本人同意接受代謝症候群防治計畫收案，並提供個人聯絡方式做為個案查詢、追蹤管理及健康促進使用。(相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用)**

請簽名或蓋章(手印)：

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 2.體重：_____公斤 3.身體活動：□1.無 □2.偶爾 □3.經常(每週累計達 150 分鐘) 4.抽菸：□1.無 □2.偶爾 □3.平均一天約吸 10 支菸以下 □4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上 5.嚼檳榔：□1.無 □2.偶爾 □3.經常	項目	風險程度
	冠心病	□高 □中 □低 □不適用
	糖尿病	□高 □中 □低 □不適用
	高血壓	□高 □中 □低 □不適用
	腦中風	□高 □中 □低 □不適用
	心血管不良事件	□高 □中 □低 □不適用

代謝症候群五大指標及身體質量指數(異常參考值)	
□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)
□三酸甘油酯值：_____ 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)
糖尿病前期指標(異常參考值)	
□醣化血紅素：_____%	(5.7%~6.4%)

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(吸菸≧10 支/日或尼古丁成癮度≧4 分，可提供或轉介戒菸服務) □戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮度<4 分) □戒菸服務(≧10 支/日或尼古丁成癮度≧4 分)：□提供戒菸服務 □同意轉介戒菸服務
□戒檳(6 個月內有嚼檳榔) □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：(大卡/天)：□1200 □1500 □1800 □2000 □其他(_____) 盡量減少□油炸物□甜食□鹽□含糖飲料□其他(_____)
□身體活動建議： □提供身體活動指導:每週累積 150 分鐘中等費力身體活動(活動時仍可交談，但無法唱歌) □提供社區身體活動資源:_____
□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：(1)□飯前血糖或□醣化血紅素個人目標值：_____mg/dL(%)、 (2)□三酸甘油酯個人目標值：_____ mg/dL、 (3)□高密度或□低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dL

_____ 診所/醫院，建議回診日期 _____年_____月_____日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【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。

姓名：_____

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。

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		/	/	/	/	/	/	/	
	第 1 遍								
	第 2 遍								
	第 1 遍								月
	第 2 遍								日

範例：收縮壓 140mmHg，舒張壓 60mmHg，格子內寫「140/60」。

【附件 6】

代謝症候群防治計畫收案人數上限專案申請書

本機構專案申請增加代謝症候群防治計畫收案人數上限，同意依計畫執行規定，落實收案個案追蹤管理，提高代謝症候群個案管理品質。

此致

衛生福利部國民健康署

機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

機構層級：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

負 責 人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡人：＿＿＿＿＿＿＿＿（聯絡電話：(　)＿＿＿＿＿＿＿＿）

聯絡人電子信箱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

機構章戳

（醫事機構章）	（負責人印章）

中華民國　　年　　月　　日

一、院所參與代謝症候群防治計畫起日：____年____月____日
(院所提交申請書時須參與計畫滿 1 年，且相關資料須配合國健署受理時間送達)

二、院所其他服務資格及成健服務量：(請勾選符合資格)

■前一年度成人預防保健服務人數(以國健署系統統計資料為準)

□全民健康保險糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（請檢附院內糖尿病個案加入品質支付方案百分比截圖）

□戒菸服務特約機構

三、計畫執行人力

人員類別	現有人數	
	專任	兼任
醫師		
護理師		
營養師		

四、計畫執行情形及標準:(指標由署方計算，院所無須提供)

(一)追蹤管理率≧75%：累計收案人次中，至少執行 1 次追蹤管理之人次比率。

(二)完整照護率≧35%：累計收案人數中，有執行年度評估之人數比率。

(三)逾 1 年未追蹤結案率<45%：結案人次中，逾 1 年未追蹤被系統自動結案之人次比率。

(四)代謝症候群異常指標改善率≧35%：追蹤 3 次或以上之收案人次中，最後一次追蹤之指標異常項目數<收案時指標異常項目數之人次比率。

(五)糖尿病前期緩解率≧15%：追蹤 3 次或以上之收案人次中，最後一次檢驗檢查之HbA1c<5.7%之人次比率。

五、其他：(如不敷書寫，可自行增加頁數)

申請書正本及相關資料請郵寄至衛生福利部國民健康署慢性疾病防治組辦理審查作業（103205 臺北市大同區塔城街 36 號 6 樓）