

代謝症候群防治計畫

葉政南　醫師
醫師公會理事
崇祐聯合診所

代謝症候群簡介

代謝症候群(Metabolic　Syndrome)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，將比一般人增加6倍得到糖尿病的風險、4倍高血壓風險、3倍高血脂風險、2倍心臟病及腦中風風險，變成慢性病病人。依據世界衛生組織指出，罹患慢性病每年造成全球4,100萬人死亡，相當於全球死亡人數的71%，建議從改善生活型態(如控制吸菸、增加運動、健康飲食及適度飲酒等)，以減少慢性病的共同危險因子著手。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事機構協助個案追蹤管理，指導患者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病的發生。

一、誰是代謝症候群患者

代謝症候群判定標準為

(1)腹部肥胖:男性的腰圍90cm(35吋)、女性腰圍80cm(31吋)或是身體質量指數(BMI)27。

(2)血壓偏高:收縮壓130mmHg或舒張壓85mmHg。

(3)空腹血糖偏高：空腹血糖值100mg/dL。

(4)空腹三酸甘油酯偏高：150mg/dL。

(5)高密度脂蛋白膽固醇偏低：男性<40mg/dL、女性<50mg/dL。

以上五項組成因子，符合三項(含)以上即可判定為代謝症候群 。

二、為什麼會得到代謝症候群？

不良的生活型態約佔50%、遺傳因素約佔20%。　家族中有高血壓、糖尿病、高脂血症的人，其代謝症候群的機率比一般人高。低纖、高糖、高油脂飲食與過量飲酒習慣的人容易有代謝症候群。壓力造成內分泌失調，導致血糖上升，長時間容易造成代謝症候群。

三、胰島素阻抗是發生代謝症候群的原因

血液葡萄糖需要胰島素幫忙才能進入細胞提供能量，胰島素阻抗就是細胞對胰島素敏感度變差，血液葡萄糖不容易進入細胞內，身體的代謝就會出問題。

四、以腹部肥胖偵測代謝症候群

腹部肥胖代表內臟脂肪堆積多。身體質量指數(BMI)是國際通用的肥胖指標，但尚無法完全反應內臟脂肪堆積的程度，腰圍代表脂肪的分布，腰圍粗、內臟脂肪多更容易導致代謝異常。

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、以民衆健康為導向，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。

參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、診所資格：辦理成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。

二、醫師資格，須符合下列條件之一者：

(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者：

1.本計畫訓練課程(如附件1)，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。

2.若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，本保險保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之診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。

四、前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫退場機制所列之情形者，無須重新申請。

收案條件

(一) 20歲至64歲之保險對象：

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)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。

2. 符合糖尿病前期定義者：醣化血紅素(HbA1c)：5.7%～6.4%

(二)每一診所收案人數上限為500名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案、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。

支付標準及申報規定

一、收案評估(P7501C)：支付點數900

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)。

二、追蹤管理(P7502C)：支付點數200

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)。

3.同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費，惟仍須申報P7502C，俾利進入年度評估。如有重複支付，將於年度結束後，核扣費用。

三、年度評估(P7503C)：支付點數500

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

四、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。

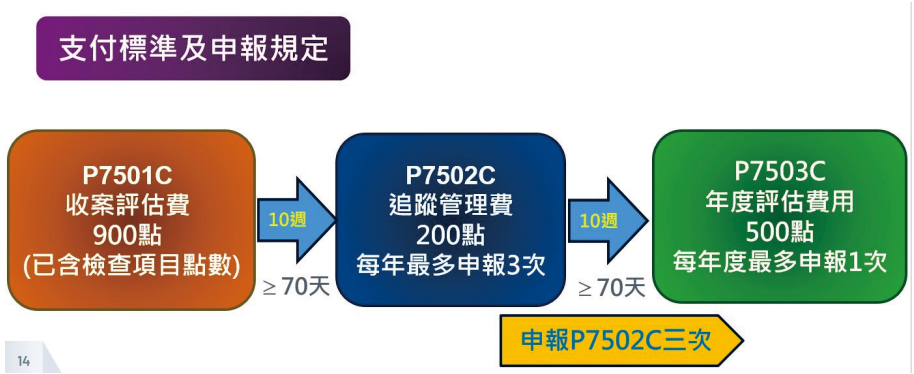
4.個案死亡。

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。

支付標準及申報規定

112年度修訂的申報規定如下



11

3年度變革重點如下圖:

全民健康保險代謝症候群防治計畫 **113年變革重點**

	112年原內容	113年修訂內容
費用申報	• P7501綁不計價檢驗 • P7502與家醫、CKD計畫擇優給付 • 給付採浮動點值	免綁 勝 不同院所都給付 執行費用保障1點1元
收案人數	上限300人	上限500人(系統已開放) 勝 建立派案機制
資料登錄	必填約50欄位	調降至26個 勝
資訊系統優化	人工輸入慢病風險評估值	系統自動產出(需先輸入檢驗值) 勝
獎勵加值	診所品質獎勵最高1萬點	最高3萬點
	• 首次戒菸服務醫師獎勵500點 • 新發個案獎勵150點	提高至1000點及500點 勝 新增腰圍改善獎勵500點

總結

2019-2022年因為新冠疫情肆虐全球，使人類生活產生極大的變化，台灣民眾醫療行為及基層診所醫療生態也發生劇烈的改變。過去許多門庭若市的急性科別診所在這次疫情中影響甚鉅。

但是，危機也是轉機，「診所轉型經營」是目前許多經營者必須開始思考的課題。健保署在最近幾年推動許多照護計畫，包括:「糖尿病共同照護網」、「初期慢性腎臟病照護計畫」、「C型肝炎根治計畫」　及「代謝症候群防治計畫」等。

其中「代謝症候群防治計畫」從111年度開始試辦，施行至今，醫界與健保署經過不斷的討論與修正，讓計畫執行的流程更加簡化與便利，也大幅提高收案照護人數與獎勵金費用，希望更多的基層醫護人員能夠參與。

參與照護計畫支付的費用除了能為診所帶來穩定收入之外，也能夠幫助診所轉型，持續增加慢性病患者，又能配合推動國家政策計畫，節省醫療開支，讓健保制度永續經營，真正落實民眾健康、醫療發展及國家財政三贏的局面。