

114年「代謝症候群防治計畫」建議修正條文對照表

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>壹、計畫依據</p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>		
<p>貳、計畫說明</p> <p>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。</p> <p>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、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；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。</p> <p>如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構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。</p> <p>透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
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。		
參、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。		
肆、經費來源 全民健康保險(以下稱本保險)西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目下支應。	肆、經費來源 全民健康保險(以下稱本保險)西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目下 <u>本計畫之經費由衛生福利部國民健康署公務預算</u> 支應。	配合114年計畫調整為公務預算支應。
伍、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
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。		
<p>二、醫師資格，須符合下列條件之一者：</p> <p>(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。</p> <p>(二) 完成本計畫訓練課程四小時並取得認證者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
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特約西醫診所，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(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。		
陸、收案條件與服務內容、結案條件 一、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 ²)BMI ≥ 27 。 (2) 飯前血糖值(AC)： ≥ 100 mg/dL，或已使用藥物治療。 (3) 血壓值：收縮壓 ≥ 130 mmHg，舒張壓 ≥ 85 mmHg，或已使用藥物治療。 (4) 三酸甘油脂值(TG)： ≥ 150 mg/dL，或已使用藥物治療。 (5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p><40mg/dL，女性<50mg/dL，或已使用藥物治療。</p> <p>2. 符合糖尿病前期定義者：醣化血紅素(HbA1c)：5.7%~6.4%。</p>		
<p>(二) 保險人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，交付參與本計畫之診所進行收案評估。</p>		
<p>(三) 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。</p>	<p>(三) 每一診所收案人數上限為600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。</p>	<p>調整上限為600名以鼓勵更多院所及醫師參與。</p>
<p>二、服務內容</p> <p>(一) 收案評估：</p> <p>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</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>健康飲食、缺乏運動、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。</p> <p>2. 須於 VPN 登錄收案對象相關資料及管理(附件3)：</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>		
<p>(二) 追蹤管理：</p> <p>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、運動、菸檳等風險</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>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。</p> <p>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(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 https://health99.hpa.gov.tw/)。</p> <p>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日期或收案日期相同。</p> <p>4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。</p>		
<p>(三) 年度評估：</p> <p>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</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>追蹤管理階段之檢驗檢查日期相同。</p> <p>2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。</p>		
<p>(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)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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\geq3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。 		
<p>(五) 管理登錄個案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 若未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 		

113年現行條文			各單位修正意見		
			114年建議條文		修正說明
3. 依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。					
柒、給付項目及支付標準：			柒、給付項目及支付標準：		
編號	診療項目	支付 <u>點數</u>	編號	診療項目	支付 <u>金額</u> <u>(元)</u>
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 <u>點數</u> 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)。 4. 本項支付 <u>點數</u> 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(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)	900	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 <u>金額</u> 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)。 4. 本項支付 <u>金額</u> 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	900
			建議將點數改以金額(元)計算		

113年現行條文			各單位修正意見			
			114年建議條文		修正說明	
	<p>(6) 個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食)</p> <p>(7) 血壓量測之722指導</p> <p>(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、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇)</p> <p>(9) 完成疾病管理紀錄表交付病人</p> <p>(10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳VPN系統</p> <p>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。</p>		<p>(4) 慢性病風險計算及評估</p> <p>(5) 風險因子評估(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)</p> <p>(6) 個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食)</p> <p>(7) 血壓量測之722指導</p> <p>(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、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇)</p> <p>(9) 完成疾病管理紀錄表交付病人</p> <p>(10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳VPN系統</p> <p>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。</p>			
P7502C	<p>追蹤管理費</p> <p>註：</p> <p>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。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p>	200	P7502C	<p>追蹤管理費</p> <p>註：</p> <p>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金額。</p> <p>2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔10週(≥70天)，方</p>	200	

113年現行條文			各單位修正意見		
			114年建議條文		修正說明
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 <u>點數</u> 。 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		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。	
			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 <u>金額</u> 。 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。	
捌、獎勵費： 一、診所品質獎勵費：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所			捌、獎勵費： 診所品質獎勵費：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上		建議將點數改以新台幣(元)計算

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
上傳之案件)≥70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費 30,000點；得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費15,000點。	傳之案件)≥70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費30,000元；得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費15,000元。	
<p>(一) 代謝症候群改善率(70分)</p> <p>1. 診所收案之吸菸對象經醫事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(自接受戒菸服務開始後3個月或6個月，若上一支菸在7天前抽的，視為戒菸成功)，且人數(以本計畫結算年前一年7月至本計畫結算年當年12月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算)≥10人者，得20分。(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)。</p> <p>2. 診所收案對象之腰圍(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。</p> <p>3. 診所收案對象之血壓，收縮壓140mmHg以上降至130mmHg 以下，及舒張壓</p>	<p>3. 診所收案對象之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及</p>	建議刪除，VPN 僅能登錄單次血壓，若同

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>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)，且人數\geq10人者，得10分。</p> <p>4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原200mg/dL 以上降至150mg/dL 以下，且人數\geq10人者，得10分。</p> <p>5. 診所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\geq10人者，得10分。</p> <p>(二) 加分項(10分)：診所收案對象之醣化血紅素(前測值須\geq5.7%)，下降10%或降至5.7%以下，且人數\geq10人者，得10分。</p>	<p>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)，且人數\geq10人者，得10分。</p>	<p>時有診間與非診間血壓紀錄，一般會優先登錄診間血壓紀錄。若不限非診間血壓紀錄，722紀錄就不須附存病歷，造成行政困擾。</p>
<p>(三) 上述(一)及(二)執行方式：</p> <p>1. 由收案診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，並以收案診所當年度7月至12月最後一筆上傳之檢驗結果為後測值。</p> <p>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</p>		
<p>(四) 個案完整照護達成率\geq30%(15分)</p> <p>1. 分子：診所申報「年度評估費」人數</p> <p>2. 分母：診所收案人數</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>(五) 介入成功率$\geq 30\%$(15分)</p> <p>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。</p> <p>2. 分母：診所收案人數</p>		
<p>二、新發現個案獎勵費：</p> <p>(一) 因本計畫收案評估而新發現未滿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500點，同一個案僅得獎勵一次。</p> <p>(二) 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。</p>	<p>二、新發現個案獎勵費：</p> <p>(一) 因本計畫收案評估而新發現未滿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500元，同一個案僅得獎勵一次。</p>	建議將點數改以新台幣(元)計算。
<p>三、腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效獎勵費：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$\geq 100\text{mg/dL}$或糖化血色素$\geq 5.7\%$)，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)，且糖化血色素$< 5.7\%$，每一個案獎勵500點。</p>	<p>三、腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效獎勵費：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$\geq 100\text{mg/dL}$或糖化血色素$\geq 5.7\%$)，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)，且糖化血色素</p>	建議將點數改以新台幣(元)計算。

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
	<5.7%，每一個案獎勵500元。	
<p>四、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，本項獎勵個案不得與「個案績優改善獎勵費」重複支付：</p> <p>(一) 腰圍：減少3%以上。</p> <p>(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。</p> <p>(三) 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。</p> <p>(四) 三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油脂個人目標值。</p> <p>(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。</p>	<p>四、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元，同一個案獎勵一次，本項獎勵個案不得與「個案績優改善獎勵費」重複支付：</p>	建議將點數改以新台幣(元)計算。
<p>五、個案績優改善獎勵費：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</p>	<p>五、個案績優改善獎勵費：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</p>	建議將點數改以新台幣(元)計算。

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>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，每一個案獎勵1,000點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複支付。</p> <p>(一) 腰圍：男性<90公分，女性<80公分或身體質量指數(kg/m²) BMI<27。</p> <p>(二) 飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或糖化血紅素(HbA1c)：<5.7%。</p> <p>(三) 血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。</p> <p>(四) 三酸甘油脂值(TG)：<150mg/dL。</p> <p>(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。</p>	<p>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，每一個案獎勵1,000元，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複支付。</p>	
<p>一、前述獎勵費以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組審查通過後1個月內撥付費用。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，則不予核發該筆獎勵金。</p>		
<p>二、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</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
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1,000元（本項獎勵經費由國民健康署支應）。		
三、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，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獎勵100元（每個案300元為上限，本項獎勵經費由衛生福利部口腔健康司支應）。		
<p>玖、醫療費用申報、審查及點值結算：</p> <p>一、申報原則：</p> <p>1. 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：</p> <p>(1) 屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P7501C、P7502C 及 P7503C，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「09：西醫其他專案」、特定治療項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」；未</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。</p> <p>(2) 申報方式：併當月份送核費用申報。</p> <p>2. 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。</p> <p>二、本計畫支付標準所列之收案評估費、追蹤管理費及年度評估費以每點1元支付；各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。除獎勵費按年結算外，其餘按季結算。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。</p>	<p>二、本計畫支付標準所列之收案評估費、追蹤管理費及年度評估費以<u>新台幣「元」為單位</u>支付；各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。除獎勵費按年結算外，其餘按季結算。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。</p>	<p>建議將點數改以新台幣(元)計算</p>
<p>壹拾、計畫管理機制</p> <p>一、保險人負責本計畫之研訂與修正。</p> <p>二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
<p>壹拾壹、退場機制</p> <p>一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達三次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。</p> <p>二、參與本計畫之特約西醫診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，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人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，惟為保障保險對象就醫權益，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。</p> <p>三、參與本計畫滿一年(12個月)之特約西醫診所，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，應自保險人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。</p> <p>四、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查</p>		

113年現行條文	各單位修正意見	
	114年建議條文	修正說明
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，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。		
<p>壹拾貳、計畫修訂程序</p> <p>本計畫視需要檢討，由<u>保險人</u>邀集醫療專業團體及<u>國民健康署</u>共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知<u>健保會</u>。<u>屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。</u></p>	<p>壹拾貳、計畫修訂程序</p> <p>本計畫視需要檢討，由<u>國民健康署</u>邀集醫療專業團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知<u>健保署</u>。<u>屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬及執行面規定之修正，由保險人國民健康署逕行修正公告。</u></p>	因應計畫調整由國民健康署公務預算支應，建議權責單位改為國民健康署。
【其他計畫增修意見】		