

「西醫基層總額支付委員會」100年第2次委員會議紀錄

時間：100年5月25日下午2時

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：

王委員正坤	(請假)	莊委員維周	莊維周
王委員錦基	王錦基	陳委員宗獻	陳宗獻
古委員博仁	古博仁	陳委員信雄	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員相國	陳相國
何委員博基	何博基	陳委員晟康	(請假)
吳委員首寶	(請假)	陳委員夢熊	賴靖文 ^代
吳委員國治	吳國治	黃委員柏熊	黃柏熊
呂委員和雄	許鵬飛 ^代	黃委員啟嘉	黃啟嘉
李委員明濱	(請假)	廖委員本讓	廖本讓
李委員昭仁	李昭仁	劉委員文漢	(請假)
李委員茂盛	(請假)	潘委員仁修	潘仁修
李委員紹誠	(請假)	蔣委員世中	(請假)
林委員正泰	郭俊宏 ^代	蔡委員明忠	蔡明忠
林委員昭吟	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
林委員華貞	林華貞	鄭委員悅承	鄭承悅
林委員義龍	林義龍	盧委員世乾	王榮濱 ^代
施委員肇榮	施肇榮	盧委員信昌	盧信昌
徐委員超群	徐超群	盧委員榮福	盧榮福
張委員孟源	張孟源	賴委員明隆	賴明隆
張委員智剛	(請假)	錢委員慶文	錢慶文
張委員德旺	張德旺	謝委員武吉	謝武吉
梁委員淑政	葉青宜 ^代	鍾委員清全	(請假)

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會
中華民國醫師公會全國聯合會

林宜靜、盛培珠
黃幼薰、劉俊宏、向 鈞
李佩蓉、陳思綺、陳弘毅
程嘉蓮

台灣醫院協會
中華民國藥師公會全聯會

陳雅華、何宛青、時宗如
陳宛伶、王怡瑄

本局臺北業務組

張照敏、王淑華、范貴惠

本局北區業務組

林麗雪

本局中區業務組

蘇彥秀

本局南區業務組

龔川榮

本局高屏業務組

陳惠玲

本局東區業務組

梁燕芳

本局醫審及藥材組

陳玉敏、洪秀真、劉家慧

本局資訊組

姜義國

本局醫務管理組

林阿明、李純馥、張溫溫

林寶鳳、朱文玥、劉立麗

鄭正義、孫嘉敏、葉祝玫

歐舒欣、王金桂、蔡文玲

王玲玲

主席：黃召集人三桂

紀錄：楊耿如

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 100 年第 1 次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：本會 100 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

第二案 報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案 由：西醫基層總額執行概況報告。

決 定：洽悉。

第三案 報告單位：本局醫務管理組

案 由：西醫基層總額執行概況報告。

決 定：洽悉。

第四案 報告單位：本局醫務管理組

案 由：西醫基層總額 99 年第 4 季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額 99 年第 4 季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第 50 條規定辦理 99 年第 4 季點值公布、結算事宜。

項目	臺北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全局
浮動點值	0.96912079	0.97692751	0.93240906	1.01274389	0.97718909	1.13182347	0.96264301
平均點值	0.96793989	0.97287693	0.95020217	0.99813529	0.97938681	1.06201983	0.97379364

第五案 報告單位：中華民國醫師公會全國全聯會

案 由：「99 年度全民健康保險西醫基層總額支付制度執行報告」。

決 定：

一、委員建議事項如下，請受託單位參辦：

- (一) 報告投影片第 13 張，中區業務組輔導案件達 427 件，因件數偏高，請敘明原因。
- (二) 報告投影片第 26 張，中區業務組審查醫師 109 位占率 20.19%，與其他分區業務組相較，比重相對偏高，請敘明原因。或可考量增列出勤次數比率比較。
- (三) 報告投影片第 47 張，研擬實地審查作業原則，請說明嚴重性之定義。

二、餘洽悉。

第六案 報告單位：本局醫務管理組
案由：有關本局每季點值結算後寄發之「總額預算收入計算過程明細表」將建置於健保資訊服務網（VPN 及 Internet）供各特約醫事服務機構自行下載案。

決定：確認自 99 年第 4 季總額結算追扣補付作業，「總額預算收入計算過程明細表」將採雙軌作業方式，並由分區業務組自行審酌及協調採列印書面報表寄發或建置於健保資訊服務網（VPN 及 Internet）免郵寄之方式。惟不論採何種方式，本局仍會寄發「追扣補付核定函」。

第七案 報告單位：本局醫務管理組
案由：「100 年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」公告修正案。

決定：洽悉

第八案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年西醫基層總額院所別醫療品質資訊公開項目案。

決定：同意新增「糖尿病病患血清肌酸酐檢查執行率」與「具高鉀血症病史之高血壓病患使用 POTASSIUM-SPARING DIURETICS 或 ALDOSTERONE ANTAGONIST 之比率」兩項指標。

第九案

報告單位：本局醫務管理組

案由：台灣導入 ICD-10-CM/PCS 5 年計畫案。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關「100年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案，提請討論。

結論：

一、「100年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案(如附件)，增訂重點：

對於全數處方箋釋出之西醫基層診所未有「藥品明細」指標之院所，診所月平均門診申復核減率、診所之每位病人年平均就診次數及個案重複就診率三項指標，權重分別為 34%、33% 及 33%。

二、前開方案之修訂，將依行政程序送請行政院衛生署核定後公告實施，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式乙案，提請 討論。

結論：同意自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式，由現行之 TXT 檔改為 XML 檔格式，醫師公會如對新增欄位有任何意見，請於下次(8 月)支委會提出討論，俾利於明(101)年 1 月公告。

伍、臨時提案

第一案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」，提請 討論。

結論：

- 一、同意修訂「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」指標項目，請本局醫審及藥材組與中華民國醫師公會全國聯合會，儘速確認本項指標之定義。
- 二、至「剖腹產率」指標：本項指標修正為年齡別剖腹產率，作為監測之用。

陸、二代健保重點說明

報告單位：本局醫務管理組

決定：洽悉。

柒、散會：下午 5 點 10 分。

附件

100 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案(修訂案)

壹、依據

本方案依據行政院衛生署 99 年 12 月 21 日衛署健保字第 0992660293 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 163 次會議紀錄辦理。

貳、目的

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約醫事服務機構。

參、預算來源

本方案之預算自 100 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」之預算。

肆、預算分配方式

本方案將依 100 年 1 月 1 日各分區特約診所家數占率，分配各區品質保證保留款預算。

伍、核發資格

- 一、西醫基層特約診所於 100 年 1 月至 100 年 12 月期間之 12 個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報，符合第一次暫付，且無本方案第五點二之情形，得核發品質保證保留款。
- 二、西醫基層特約診所所有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，於 100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)依同辦法第 36 條至 38 條規定等所列違規情事之一並經處分者，則不予核發，前述期間以處分日期認定之。

三、符合下列情形，各給予核發權重 25%。

(一)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：以西醫基層特約診所 99 年 7 月至 100 年 6 月之門診醫療費用計算。

公式：A/B

分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。

分母 B：該診所核定月數。

註：101 年 2 月 28 日前核定之 99 年 7 月至 100 年 6 月之醫療費用（含申復）之門診醫療費用，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核減率計算之。

(二)診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：西醫基層特約診所 100 年 1 月至 100 年 12 月之門診醫療費用計算。

公式：A/B

分子 A：全年診所申報總案件數。

分母 B：全年診所歸戶總人數。

註 1：本項以 101 年 1 月 31 日前診所申報 100 年醫療費用資料計算之。

註 2：本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

(三)個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：西醫基層特約診所 100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日之門診醫療費用資料。

公式：

$$\sum_{i=1}^n \frac{A_i}{B_i} / 12$$

分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。

分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

註 1：本項以 101 年 1 月 31 日前診所申報 100 年醫療費用資料計算之。

註 2：排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

※前開診所之所屬科別以 100 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

(四)藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。

註：本項資料由西醫基層總額各分區共管會議於 101 年 2 月底前提供不合格院所名單。

四、全數處方箋釋出之西醫基層診所未有「藥品明細」指標，核發指標之權重如下：

(一)診所月平均門診申復核減率占 34%。

(二)診所之每位病人年平均就診次數占 33%。

(三)個案重複就診率占 33%。

陸、支用方式

一、年度結束時，依方案之預算除以符合本方案核發之西醫基層特約診所家數，再乘上個別診所之符合權重，作為個別診所獎勵之金額。

公式：

(一) 100 年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$= (100 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日 各 分 區 特 約 診 所 家 數 } \div 100 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日 全 局 特 約 診 所 家 數 }) * 100 \text{ 年 度 西 醫 基 層 總 額 品 質 保 證 保 留 款 預 算}$$

(二) 每家診所核發金額

$$= (100 \text{ 年 各 分 區 西 醫 基 層 總 額 品 質 保 證 保 留 款 } / \sum \text{ 分 發 保 留 款 院 所 數 }) \times \text{ 該 診 所 符 合 權 重}$$

二、核發作業：本方案年結算一次，保險人於 101 年 6 月底前，計算參加本方案保留款分配之核發名單及金額，辦理撥付作業。

三、其他事項：保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

柒、本方案由保險人會同中華民國醫師公會全國聯合會共同訂定，送費協會備查，並由保險人報請行政院衛生署核定後，公告實施。

本會100年第2次委員會議與會人員發言摘要
討論事項第一案「有關100年度西醫基層總額品質保證保留
款實施方案修訂案」與會人員發言摘要

張委員孟源

醫師公會業於昨天召開內部會議請六分區主委研商，贊成
健保局所提之修訂案。

蔡委員淑鈴

與會委員無異議，本案通過。

討論事項第二案「擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式乙案」與會人員發言摘要

黃召集人三桂

- 一、醫療費用申報格式從 TXT 格式改為 XML 檔，係為因應未來整個 IT 的趨勢。
- 二、請業務單位就本項提案補充說明。

蔡委員淑鈴

- 一、XML 檔與 TXT 檔是產出檔案格式不同，對醫界並不會造成太大的財務負擔。
- 二、本項提案將提各部門總額支(執)委會報告，此次不是只有修改格式(XML 檔)，本局也準備進行申報檔之擴檔。自健保開辦 15 年來，申報檔案未曾擴檔，其實有很多資訊需求未被滿足，所以藉由此次檢討，想要將申報檔做一個總檢討，其中配合 ICD-10-CM/PCS 之實施，現行 5 碼變 7 碼就需擴大，本身長度就要增加，再將過去執行上需要申報而未申報，造成大家誤解的，希藉由此機會，一併處理。本局原預訂 100 年 7 月公佈此檔案格式，因最近各部門總額委員建議增加申報欄位，希望本局給予思考時間，所以延至 101 年 1 月公告，西醫基層總額若有增修需求之建議，請醫師公會於下次(第 3 次)支委會提出，以利本局彙整大家的需求，重新檢討檔案格式後，一併公告實施。

張委員孟源

醫師公會同意將 TXT 檔改為 XML 檔，因 XML 可以轉為 EXCEL 檔或 WORD 檔。但我們擔心很多國內電腦廠商，往往藉著

檔案格式的轉換，向醫療院所收取額外的費用，對於利用電腦更新強行收費的廠商，請健保局適當的給予制約，不然醫療院所會增加很多費用。

黃召集人三桂

對於張孟源委員的意見，我們會協助處理。

徐委員超群

請問資料增加，VPN 上傳速度是否會減慢？我覺得現在速度太慢，可否把頻寬加寬，以後變更申報格式，可讓上傳速度更順暢。

蔡委員淑鈴

IC 卡上傳格式目前已採用 XML，所以頻寬應沒問題，改 XML 欄位是伸縮的，TXT 是固定的(即使欄位空白，還是會佔空間)，基層很多欄位本來就沒有的，若用 TXT 格式還是會佔空間，而 XML 具伸縮性，不僅可降低負擔，且可增加資料上傳之效率。

黃召集人三桂

本案通過。

臨時提案第一案「修訂全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」與會人員發言摘要

盧委員信昌

- 一、會議資料「西醫基層總額-平均每張慢性病連續處方箋每月開藥天數」，每張慢性病連續處方箋平均用藥天數約為 29.5 天左右，本資料最有意義的數據在於分母部份，就是領取慢性病連續處方箋的人次。從 97 年至 100 年，每一年跨年前後都會激增 10%，只要激增 20% 慢性病連續處方箋的人次，量就會節節高升，慢性病連續處方箋連續 3 年每年激增 20%，醫界有義務向社會大眾說明，全國民眾的健康狀況是否惡化或有醫師濫開處方之情形、因涉及醫德及倫理層面，甚至影響醫療資源之調配及使用，因此情況太嚴重，實有必要處理。
- 二、為瞭解慢性病連續處方箋開立情形，建議依下列方式處理：
 - (一) 調查各分區業務組慢性病連續處方箋之成長率。
 - (二) 以病人身份字號歸戶，分析是否有重複用藥情形。

黃委員啟嘉

針對盧信昌委員對慢性病連續處方箋問題做回應，台灣民眾對專業的尊重較國外低，病人若拿過慢性病連續處方箋，即使病情穩定，已不需繼續服用藥物，病人就自己當醫師，要求醫師繼續開立慢性病連續處方箋。慢性病連續處方箋某種程度來說是抹煞醫師專業，避免醫師監控；以前慢性病連續處方箋是為節省醫療資源，但另一方面也是挑戰醫師專業，使醫師專業價值被壓低。在臨床上，曾碰過一個病人，我問病人有天天吃這個藥嗎，病人答不出來，

我說，除非你有天天需要吃這個藥，才能繼續拿慢性病連續處方箋，但病人還是堅持要拿，病人只要拿慢性病連續處方箋就會將藥品累積下來，這是 97 年分母低，100 年分母增加的原因。

盧委員信昌

謝謝委員臨床經驗的分享，慢性病連續處方箋成長率悖離，或許與病人對醫師專業不夠尊重所造成的醫療浪費有關。會議資料之 97 年 1 月份天數不到 1000 萬，100 年已多出 100 多萬，每天以 10 元計算，就是 1000 萬的費用，請健保局之宣導應配合醫療知識的提供，慢慢導正病人醫療浪費的情形。

陳委員宗獻

每張慢性病連續處方箋每月開藥天數約為 28、29、30 天，醫師公會修正為「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」，就可瞭解慢性病的開藥天數。

盧委員信昌

慢性病連續處方箋每年增加 20% 是不合理，若依陳宗獻委員所提，改用疾病別為分析單位，在加上分區成長率及病人歸戶後用藥天數，就可達到數字管理的目的。

蔡委員明忠

慢性病連續處方箋過年前後的增加，有儲備糧食的效用存在。慢性病連續處方箋每年增加 20%，係因瞭解慢性病連續處方箋的民眾愈來愈多，他們知道慢性病連續處方箋可

以省錢，除方便性外，藥費免部分負擔 200 元，每張慢箋等值 780 元。

黃召集人三桂

全聯會提案修正「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」指標，健保局亦有提相關意見，請問全聯會的看法。

陳委員宗獻

- 一、建議將「平均每張慢性病連續處方箋每月開藥天數」修改為「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」，指標修訂後，主診斷碼必須是主要疾病碼為糖尿病、高血壓或高血脂。例如糖尿病患者傷口換藥，醫師 Coding 時，第一診斷碼會填外傷，第二診斷碼才會填寫糖尿病。為導正醫師正確填具診斷碼，醫師公會建議讓糖尿病、高血壓或高血脂必須出現在主診斷碼，有些病人會同時出現糖尿病、高血壓或高血脂三個診斷碼，也有病人出現其中兩個高血壓及高血脂兩個診斷碼，或只出現一個糖尿病診斷碼。我們在分子、分母計算時，同時乘以疾病數。例如甲醫師申報 3 張處方箋，通常算 3 個疾病診斷碼，若改用修正指標，可能就會有 5 個疾病診斷碼。
- 二、有關健保局請醫師公會提供糖尿病、高血壓或高血脂 3 類疾病診斷碼乙節，醫師公會全聯會將配合辦理，以使操作型定義統一。
- 三、若將指標修訂為「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」，未來就可分析糖尿病、高血壓或高血脂等慢性

病，不同疾病別之醫療利用概況。目前家庭醫師整合性照護計畫之收案條件之一，慢性病為曾門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上…。我們亦可利用本項指標分析慢性病疾病別醫療利用情形。

本局醫審及藥材組劉家慧專員

- 一、為釐清「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」指標項目之操作型定義，請醫師公會提供供糖尿病、高血壓、高血脂 3 類疾病診斷碼。
- 二、臨時提案第 4 頁指標定義，我們不清楚指標結果是呈現 3 類疾病分別的給藥日份，或合併計算。
- 三、本項指標原為「平均每張慢性病連續處方箋每月開藥天數」，現醫師公會刪除「連續」兩字，本局原以案件分類 04、08 及診察費找出慢箋的案件，若修改為「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」，則一般處方箋及連續處方箋屬於 3 類疾病的都需要列入觀察。若以程式角度來看，則建議不用再判別診察費，以提高效率。若醫師公會指標操作型定義清楚，就可開發程式。

張委員孟源

醫師公會希將慢性病案件全部列入監測，監測涵概範圍會更廣，所得數據更有實際上的意義，今天盧信昌委員認為連續處方箋平均值為 29.42 天，而且慢性連續處方每年固定成長。我們希望真正的品質指標，能涵蓋所有慢性病，因此除了慢性連續處方外更應擴及慢性病一般處方，才能找出好的品質指標及需加強的部份。

古委員博仁

慢性病連續處方箋就是對病情穩定，不需常至醫院重複診療的病人，所提供之醫療服務，所以必須對慢性病連續處方箋做明確定義。台灣門診就醫次數約為 14 次，美國門診就醫次數約為 7 次，台灣用藥量約為美國的 7 倍，建議將慢性病連續處方箋列為指標項目，以鼓勵開立慢性病連續處方箋，保障民眾的用藥安全，減少醫療浪費。

張委員孟源

對於慢性病連續處方箋我們尊重病人的意願，醫師公會監測的範圍包括慢性病及慢性病連續處方箋，以確保所有病人用藥安全，以提升服務品質。

黃召集人三桂

- 一、「平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數」指標項目，請中華民國醫師公會全國聯合會儘速提供本項指標之定義。
- 二、有關「剖腹產率」指標之修訂意見，請提出討論。

徐委員超群

- 一、有關「剖腹產率」婦產科醫學會意見表達的很專業，剖腹產的比率涉及醫療專業與病人滿意度兩方面的問題：
 - (一)醫療專業為產婦平均年齡提高及多胞胎比增加，皆會造成生產困難，不得不施行剖腹產。
 - (二)依照最新的醫學研究顯示，剖腹產是比自然產更安全的生產方式。
 - (三)病人要求剖腹產，醫師未配合，若有發生難產，恐引發醫療糾紛。

- (四)剖腹產率居高不下，不只發生在台灣，亦是世界趨勢。台灣目前的剖腹產率並不會比先進國家還高。
- 二、醫師若未依照病人需求實施剖腹產，而導致合併症及醫療糾紛等情事，就毫無品質可言，所以將「剖腹產率」列為品質指標是沒意義，列入「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」指標項目更是不妥。

何委員博基

- 一、「剖腹產率」曾於全民健康保險監理委員會討論過，台灣剖腹產率並未高於歐美各國，台灣約增加 0.67%，歐洲剖腹產率約 20%以上，尤其美國約接近 30%，台灣比率在 36%左右，其實台灣剖腹產率並未特別高，建議不要列入「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」指標項目，也不要修訂為「年齡別剖腹產率」。
- 二、目前少子化，應鼓勵生產，建議刪除「剖腹產率」為「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之指標項目。

蔡委員淑鈴

- 一、有關「剖腹產率」指標項目無法刪除，這是社會大眾關注的議題，監察院亦以此項目要求本局改善，所以本項指標是必須列入監測的，品質確保方案目的是監測，並沒有其他任何的誘因。本項是社會大眾關注的議題，所以我們還是要持續監測。
- 二、至「剖腹產率」高低的因素，包括產婦個人選擇、產婦年齡增加、多胞胎增加等，但其中產婦年齡與多胞胎及人工生殖都有相關性，也會造成整體「剖腹產率」增加。
- 三、經分析，高齡產婦是「剖腹產率」高的關鍵因素，近年

高齡生產的比率又比過去高，所以本項指標建議修訂為年齡別剖腹產率，更能反映剖腹產的適當性；若連非常年輕的產婦都執行剖腹產，那可能就有問題，若高齡產婦剖腹產則較為正常，以年齡別剖腹產率更能反映「剖腹產率」高的真相，故建議將「剖腹產率」修改為「年齡別剖腹產率」。

張委員孟源

剖腹產率指標項目，我們尊重健保局的建議，高齡真的風險比較高。

黃召集人三桂

- 一、有關修訂「平均每張慢性病連續處方箋每月開藥天數」相關內容，請醫審及藥材組與中華民國醫師公會全國聯合會儘速確認操作型定義，是否僅有連續處方箋案件，或是需包括一般案件。
- 二、至「剖腹產率」指標乙項：本項指標修正為年齡別剖腹產率。