

108 年南區醫院總額醫療服務 審查分級作業原則

壹、目的。

為鼓勵醫院促進民眾健康，提升醫療審查品質與效率，建立審查分級管理，透過強化專業自主及同儕制約以穩定轄區點值，確保民眾權益。

貳、依據

- 一、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 22 條第 4 項規定辦理：保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。
- 二、依「南區醫院總額共管會議」107 年度第 4 次會議暨「107 年度第 2 次南區醫院總額院長會議」決議事項辦理。

參、實施期間及申請程序：

- 一、實施期間：自費用年月 108 年 1 月起至同年 12 月止。
- 二、申請程序：除不符本作業原則肆、一參與資格外，轄區醫院應於經共管會決議之指定日期前，來函併申請書向南區業務組提出參加之審查分級方式—A-1／非 A-1(三審一)／非 A-1(逐月審)經審核同意後實施，惟未於期限內提出申請書醫院，視為申請參加審查分級 A-1。

肆、參與資格與終止條件

- 一、醫院參與資格：
 - (一) 設立 3 年以上，且如期申報醫療費用並有完整基期費用做計算基礎 (倘前身為基層診所之新特約醫院，其於基層診所層級已設立 3 年以上，亦符合參與資格)。
 - (二) 最近 6 個內未曾有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

第 38 至 40 條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以本署第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。

二、醫院終止條件

(一) 本作業實施期間經本署處以停(終)約處分通知者，惟實施期間執行部分診療科別停(終)約處分者，由本署另行評估是否終止參與。

(二) 經法院判決確有虛浮報醫療服務者。

(三) 實施期間醫院服務量明顯萎縮、負責醫師或經營主體異動者，另評估是否終止參與。

(四) 符合 Tw-DRGs 服務案件，醫院拒收或不當轉院，經查證屬實者。

(五) 經檔案分析或費用審查發現異常，疑違反相關法令規定者。

伍、監測項目

一、門/住診醫療費用目標管理點數

(一) 費用範圍

1. 108 年醫院醫療給付費用總額門/住診一般服務範圍，含釋出處方案件費用，基期資料含門/住診核定點數，該季補報、追扣、補付、申復、爭議審議核定點數及交付機構申報點數。

2. 不含專款專用、其他部門、各項代辦項目及南區自排項目費用(住院安寧療護、住院安寧共照費用、緩和醫療家庭諮詢費用、居家醫療整合照護一般總額點數、出院準備及追蹤管理費及生產案件)。

(二) 目標管理點數

1. 依各醫院 107 年各季之門/住診「核定點數+部分負擔+交付處方醫療費用-非屬一般總額及南區自排項目費用」於南區醫院總

額之費用占率，計算 108 年各季門/住診目標管理點數（校正支付標準、藥價基準調整、專案追扣…等）。

2. 區域以上醫院門診分配之目標管理點數包含門診件數下降至目標值之政策目標，季結算時門診件數下降未達目標值而不予分配點數將自目標管理點數上限（A-1 醫院）／目標管理點數（非 A-1 醫院）中扣回。

二、門/住診目標藥費占率

(一) 費用範圍

門/住診處方明細藥費總計，含釋出處方藥品費用，不含專款專用藥品、其他部門、各項代辦案件藥費、南區自排項目藥費及一般總額範圍抗癌藥品與經事前審查同意之藥品。

(二) 目標藥費占率

以各醫院基期藥費占率計算＝各醫院 107 年各季門/住診別藥費 ÷ 該季門/住診別醫療費用點數（另依各醫院藥費占率同儕比較及重複用藥情形，據以參考微調）。

三、「管理指標」目標管理點數

- (一) 門/住診季管理指標成長率權重上限為 2.5%。
- (二) 依醫院層級別及專科特性，訂定門/住診管理指標項目。另保留依政策要求之指標項目，酌予調整指標項目及計分，惟應於變更前一個月週知醫院。
- (三) 各指標項目及操作型定義(附件一)

四、A-1 醫院另排除列計項目

- (一) 急重症病患醫療照護需求(附件二)
- 急重症病患醫療照護保障之排除列計點數於季結算時計算 A-1 醫院當季門/住診別之實際醫療服務點數時排除。
- (二) 抗癌藥品與經事前審查同意藥品需求(附件三)

抗癌藥品與經事前審查同意藥品費用之排除列計點數於季結算時計算 A-1 醫院當季門/住診別之實際醫療服務點數時排除。

五、單價管理

(一) 單價管理分非藥費及藥費

季每人非藥費平均點數 = 季非藥費總點數 ÷ 季非藥費病人數

季每人藥費平均點數 = 季藥費總點數 ÷ 季藥費病人數

(二) 計算及排除範圍

1. 門診排除案件分類 01、03、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C1、C4、D1、D2、D4、BA、HN、DF 之個案。
2. 住院僅採計案件分類 1 (一般案件)。
3. 非藥費點數範圍排除項目同伍-一；藥費點數範圍排除項目同伍-二。

陸、醫療服務專業審查作業

一、 審查分級如下表：

審查分級	醫療點數	門/住藥費目標占率	審查方式
A-1	門/住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數上限	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率 計算方式：D=E/F D=實際藥費占率 E=實際藥費 F=醫療費用目標管理點數上限	專業審查免隨機回推抽審
非 A-1 醫院申請減量抽審(三審一)審查分級如下：			
審查分級	醫療點數	門/住藥費目標占率 管理指標達成項目	審查方式
A-2	門/住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率 計算方式：D=E/F D=實際藥費占率 E=實際藥費 F=醫療費用目標管理點數	<u>免隨機回推抽審，採重點立意抽審</u>
A-3	門/住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數	門/住診實際藥費占率 > 藥費目標占率	1. <u>隨機回推抽審 10% (註 6)</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-1	門/住診實際醫療點數 > 目標管理點數差值比率 0%~2.5%(含) 計算方式：(H-I)/I	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率	1. <u>隨機回推抽審 20% (註 6)</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-2	H=實際醫療點數 I=目標管理點數	門/住診實際藥費占率 > 藥費目標占率	1. <u>隨機回推抽審 35% (註 6)</u> 2. <u>重點立意審查</u>
<u>C-1</u>	門/住診實際醫療點數 > 目標管理點數差值比率 2.5%~ <u>5.0%(含)</u> 計算方式：(H-I)/I	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率	1. <u>隨機回推抽審 50% (註 6)</u> 2. <u>重點立意審查</u>
<u>C-2</u>	H=實際醫療點數 I=目標管理點數	門/住診實際藥費占率 > 藥費目標占率	1. <u>隨機回推抽審 70% (註 6)</u> 2. <u>重點立意審查</u>

D	門/住診實際醫療點數 >目標管理點數差值比 率 <u>5.0%</u> 計算方式：(H-I)/I H=實際醫療點數 I=目標管理點數	門/住診實際藥費占率無論有無 超過藥費目標占率	1. 隨機回推抽審 100% (註 6) 2. 必要時逐月審 3. <u>重點立意審查</u>
非 A-1 醫院未申請減量抽審者採逐月審查，抽審比率 100%、 <u>重點立意審查</u>			

註 1：A-1 醫院各季門/住診醫療服務目標管理點數上限之計算方式＝門/住診醫療費用目標管理數×(1+門/住診季管理指標成長率權重)，另某項管理指標達標家數未達一定比率，得斟酌調整該項指標目標值。

註 2：非 A-1 醫院，為利抽樣送審率之計算，排除費用當期資料採當季前 2 個月及上季第 3 個月費用計算；釋出處方當期費用以當季前 2 個月及上季第 3 個月交付機構申報資料計算，如 108Q1 受理日為 107.12.1~108.2.28。

註 3：非 A-1 醫院住院特定案件(案件分類 3)採逐案審查。

註 4：如申請採三審一方式，將視該院近期費用申報及審查情形，審酌是否同意，未同意者改採逐月審查。

註 5：審查作業減量送審各級距樣本數之計算以小數點 1 位四捨五入至整數方式辦理。

註 6：非 A-1 醫院當季管理指標總得分÷所選指標總分≥70%，減量抽審 10%。

二、審查分級 A-1 醫院

(一) 門/住診醫療費用目標管理點數或藥費目標占率超出部分，南區業務組逕予核減，醫院不得就核減部分提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

(二) 程序審查、檔案分析之品質審查、實地審查...等依現行規定辦理，並依審核結果核減，醫院對審核結果有異議時可提申復、爭審等救濟程序。

柒、核付方式

一、審查分級 A-1 醫院

(一) 補報案件以各院季末月送核案件受理後 35 日內補報，除有特殊理由外，逾期不得申報(重大傷病、第五類保險對象(福)、第六類第一目之保險對象(榮)、職業傷病等之部分負擔金額補報案不受上述期間限制)。

(二) 當季醫療服務如有流用門、住診別目標管理點數需求者，須於當季結束後次月 15 日前來文敘明具體理由，南區業務組得依醫院自主管理情形評估後函覆醫院，門住診別流用點數以目標管理點數之 3% 為原則，惟區域以上醫院門診不得接受點數之流用。

(三) 採月暫核定、季結算。月暫核定以門/住診季目標管理點數×(1+管理指標上限之 7 成)÷3 為原則。

(四) 季結算時總核付點數(含部分負擔)=門/住診醫療點數-實際單價核減點數-超出門/住診目標管理點數上限之差值點數-超出門/住診藥費目標占率之藥費差值點數(扣除實際單價核減點數及已核扣的超出門/住目標管理點數之差值點數)-本作業原則陸之二(二)所列之審查結果核減醫療費用-區域以上醫院門診件數下降未達目標值而不予分配未十足核扣點數 C(註)。

註：

A=區域以上醫院門診件數下降未達目標值而不予分配點數

季結算時門診目標管理點數上限=門診流用後目標管理點數 × (1+指標達成成長率) - A

惟門診實際單價核減點數及超出目標管理點數與藥費目標占率

之差值點數(B)<A 時，整體仍應扣足點數 A，補扣點數 C=A -

B。

二、審查分級非 A-1 醫院

(一) 審查作業依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 該季審查分級已確定，嗣後又有補報情形者，則該補報費用併入下一季申報值計算。

(三) 區域以上醫院門診件數下降未達目標值將依規定予以核扣(不

予分配)。

三、單價管理調校核定點數

(一) 非藥費核減點數 = 【 (季每人非藥費平均點數 - 去年同期季每人非藥費點數 $\times (1+X)$) \times 季非藥費病人數 \times (1 - 當季初審核減率) 】 \times 50%

(二) 藥費核減點數 = 【 (季每人藥費平均點數 - 去年同期季每人藥費點數 $\times (1+X)$) \times 季藥費病人數 \times (1 - 當季初審核減率) 】 \times 50%

(三) X 為因推動區域以上醫院門診件數下降至目標值與分級醫療而容許的成長率，俟當季結算時檢視南區整體數據後訂定；住院為 0。

(四) 單價管理於季結算前啟動，核減點數醫院不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。參加審查分級 A-1 醫院，初審核減率不包含因超出醫療費用目標管理點數上限或藥費目標占率而被核減點數；單價核減點數同步於實際醫療點數中扣除，最高核減至目標管理點數上限，此扣減點數即為實際單價核減點數。

(五) 參加審查分級 A-1 醫院，原始單價核減點數將列為本作業原則捌之一(一)、(二)目標管理再分配點數以及下一年度目標點數調整之參考。

捌、季結算衡平調校

一、季結算前調校 A-1 醫院目標管理點數

(一) 預估點值外點數再分配

預估點值外點數 = 當季季結算前預估點值超出南區醫院共議期望值之點數

(二) A-1 醫院與非 A-1 醫院間淨成長率衡平性再分配

必要條件：當季整體非 A-1 醫院淨成長率較整體 A-1 醫院淨成長率差值大於 3.5%。

淨成長率 = 實際醫療點數較目標管理點數成長率 - 核減率

A-1 醫院實際醫療點數另加回急重症照護、抗癌藥品與經事前審查同意藥品排除列計費用。

核減點數包含程序審查、專業審查、檔案分析之品質審查、實地審查、單價核減、A-1 醫院超出醫療費用目標管理點數上限或藥費目標占率而核減點數、區域以上醫院門診件數下降未達目標值而不予分配點數、為達成目標點值初估非 A-1 醫院應折付點數。

(三) 南區業務組將上述計得之醫療服務點數依各 A-1 醫院之基期醫療費用占率及當季實際發生醫療服務情形，據以調整各 A-1 醫院之門、住診醫療費用目標管理點數。

二、季結算前調校非 A-1 醫院核定點數

必要條件：當季季結算前預估點值低於南區醫院共議之期望值

(一) 非 A1 醫院應折付之總醫療服務點數 = 預估總核定點數 - 跨區調整後可使用額度 ÷ 南區醫院共議之期望點值

註：門/住診應折付點數依總醫療服務點數占率計算

(二) 各家非 A-1 醫院折付占率 = 該院實際醫療點數占非 A1 醫院點數比率 × 20% + 淨成長貢獻率 × 80%

(三) 各家非 A-1 醫院淨成長點數 = 該院超出目標點數數額 - 該院核減點數，淨成長點數 < 0 者以 0 計

註：

1. 區域以上醫院門診目標點數另扣回門診件數下降未達目標值不予分配點數

2. 核減點數 = 初審核減點數 + 單價核減點數 + 區域以上醫院門

診件數下降未達目標值而不予分配點數

(四) 各家非 A-1 醫院淨成長貢獻率 = 該院淨成長點數 ÷ ∑ 各家非 A-1 醫院淨成長點數

(五) 各家非 A-1 醫院折付點數 = 非 A1 醫院應折付之總醫療服務點數 × 該院折付占率 × (1 - 該院當季歸戶人數成長率)

註：人數成長率 < 0 者不計，最高採計至 10%；折付點數依門/住診分別計算。

(六) 非 A-1 醫院當季門住診總申報醫療費用規模在 1,500 萬以內、1,500 萬~3,000 萬、3,000 萬~4,500 萬者，實際折付點數分別採上述非 A-1 醫院折付點數乘以 25%、50%、75%。

(七) 折付點數醫院不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

玖、其他事項

- 一、醫院如配合政策導致當季醫療服務變動（如：應變登革熱、流感疫情或政策改變...等），南區業務組得視影響程度進行評估，依評估結果研擬相關配套措施（如相關費用排除列計、下修目標點值等），以減少醫院衝擊。
- 二、為保障保險對象就醫權益，避免參加醫院將財務風險轉嫁保險對象，如發現醫院不當收費或影響保險對象就醫權益情事，將立即終止醫院參加本作業原則並加強費用審查。
- 三、為穩定分區共議之目標管理點值與醫療資源之利用，針對轄區新成立醫院或醫療費用成長明顯高於同儕成長率之醫院，南區業務組得請前開醫院至分區醫院總額共管會議中分享，醫院管理及營運計畫。另為提升醫院自主管理，對於申報資料偏離常模者，定期上傳至 VPN，強化資訊揭露達同儕制約目的。
- 四、參加審查分級 A-1 區域以上醫院需提報內審機制（如：醫療費用

管控、用藥管理、檢驗檢查合理利用、院內醫師醫療行為異常監控…等），落實自主管理，107年已提報之醫院可不須再提報。

附件一

108 年上半年南區醫院管理指標項目

(一) 區域以上醫院

診別	A1 項次	非 A1 項次	指標項目
門	1-1	1	下轉基層件數占門診應減少件數比率
門	1-2	2	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
			2.電子轉診平台轉入回復比率
門	1-3	3	60 類藥品重複用藥日數比率
門	1-4	4	轉介至診所居家醫療照護階段照護人數
門	1-5	5	1.CT 及 MRI 影像上傳率
			2. CT 及 MRI 外之各類影像上傳率
			3.跨院影像調閱件數
門	1-6	6	西醫門診年復健次數>180 次件數下降率
門	1-7	7	初期慢性腎臟病方案照護率
住	1-8	8	1.PAC 下轉或收案個案數
			2.居家模式參與院所申報人數
門/住	1-9	9	1.檢驗(查)結果上傳率
			2.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
			3.檢查檢驗結果頁籤查詢率
住	1-10	10	減少無效醫療 1.死亡前安寧利用率(包含住院安寧、共照、居家安寧....等各項安寧服務)
			2.呼吸器依賴病人安寧利用率
門/住	1-11	11	檢驗檢查合理使用
			1.10 項檢驗檢查再執行率下降
			2.4 項檢驗檢查再執行率下降
住 加選	1-12	12	3. 10 項檢驗檢查執行率下降
			出院準備個案轉銜長照 2.0 服務-出院準備個案出院 7 日內接受長照 2.0 服務件數占率
門/住 加選	1-13		上傳民眾自費檢驗(查)結果

(二) 地區醫院

診別	A1 項次	非 A1 項次	指標項目
門	2-1		季歸戶人數
門	2-2	1	60 類藥品重複用藥日數比率
門	2-3	2	1. 轉診案件運用電子轉診平台比率 2. 電子轉診平台轉入回復比率
門	2-4	3	論質計畫照護人數
門	2-5	4	西醫門診年復健次數>180 次件數下降率
門	2-6	5	轉介至診所居家醫療照護階段照護人數
門	2-7		地區醫院假日開診
住	2-8		季歸戶人數
住	2-9	6	1. PAC 下轉或收案個案數 2. 居家模式參與院所申報人數
門/住	2-10	7	檢查檢驗結果頁箋查詢率 跨院影像調閱件數
門/住	2-11	8	1. 檢驗(查)結果上傳率 2. 非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率 3. CT 及 MRI 影像上傳率 4. CT 及 MRI 外之各類影像上傳率
門/住	2-12	9	檢驗檢查合理使用 1. 10 項檢驗檢查再執行率下降 2. 4 項檢驗檢查再執行率下降 3. 10 項檢驗檢查執行率下降
住	2-13	10	呼吸器依賴病人安寧利用率
住	2-14	11	呼吸器依賴病患醫療費用
住 加選	2-15	12	出院準備個案轉銜長照 2.0 服務-出院準備個案出院 7 日 內接受長照 2.0 服務件數占率
門/住 加選	2-16		上傳民眾自費檢驗(查)結果

(三) 精神專科醫院

診別	A1 項次	非 A1 項次	指標項目
門	3-1		季歸戶人數
門	3-2	1	60 類藥品重複用藥日數比率
門	3-3	2	思覺失調病患照護率
門	3-4-1	3-1	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率
	3-4-2	3-2	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率
門	3-5	4	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
			2.電子轉診平台轉入回復比率
住	3-6		季歸戶人數
門/住	3-7	5	1.檢驗(查)結果上傳率
			2.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
			3.CT 及 MRI 影像上傳率
			4.CT 及 MRI 外之各類影像上傳率
住	3-8	6	1.健保醫療資訊雲端查詢系統藥歷頁箋查詢率
			2.檢查檢驗結果頁箋查詢率
住	3-9	7	慢性精神病床連續住院超過 180 天比率
門/住 加選	3-10		上傳民眾自費檢驗(查)結果

- 詳細操作型定義、權重、計分，本組業以電子郵件知會各院。

■ 附件二

急重症病患醫療照護需求之排除列計

壹、目的：

鼓勵醫院強化急重症醫療照護品質及效率並提高急重症病患就醫可近性。

貳、計畫期間與預算

自 108 年 1 月 1 日起至 108 年 12 月 31 日 止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.3%。

參、執行方式

一、對象

參與南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則 A-1 醫院，其急重症醫療點數正成長 2% 以上。

二、排除項目

急重症醫療點數：

以總額預算 0.3% 分配，依急重症病患醫療照護需求之排除列計項目計算，操作型定義，如附表。當各院急重症醫療點數 \geq 去年同期 2% 以上時，依各院成長 $> 2\%$ 以上之部分的點數予以排除 1/2，本預算採總額 0.3% 為最高排除額度，超出時以浮動計算。

急重症病患醫療照護需求之排除列計點數操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	案件類別為"02"之醫療費用點數。
住診	1. 6歲(含)以下，急診轉住院且急性病房住院日數≤10天案件醫療費用點數。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。

二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
RCC	住診：案件分類「4」、給付類別「9」、且當次有申報醫令代碼P1005K、P1006K、P1007A、P1008A之案件醫療費用點數。
ICU 案件	住診：當季入住ICU病患前7天之ICU病房費、護理費、診察費點數。(病房費醫令為03010E、03011F、03012G、03013H；護理費醫令為03047E、03048F、03049G、03050H；診察費醫令為02011K、02012A、02013B)。排除呼吸器依賴個案回轉ICU之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM主診斷前三碼為I60~I68且部分負擔代碼為"001"或"011"之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM主診斷前三碼為430~437)
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM主診斷為P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505(新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM主診斷為76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)
1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1歲以下且ICD10-CM主次診斷為P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99(主診斷排除：體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM主次診斷為7680-7689、769、7700-7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM主診斷為I2101~I229且執行PrimaryPCI醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B之醫令點數 (ICD9-CM主診斷為410.00-410.92)
主動脈剝離	住診：ICD10-CM主診斷為I7100~I7103、且執行stent及置換醫令代碼為69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B之醫令點數。 (ICD9-CM主診斷為441.00~441.03)

附件三

抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計

壹、目的

鼓勵醫院審慎提供癌症病患用藥及昂貴藥品又提高民眾就醫可近性下，合理反映抗癌與經事前審查同意藥品之費用成長。

貳、計畫期間與預算

自 108年1月1日起至108年12月31日 止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.25%。

參、動支要件

抗癌與經事前審查同意藥品之排除列計須本區一般總額範圍門住診抗癌與經事前審查同意藥品點數成長率低於全署成長率。

肆、執行方式

一、對象：

參與南區醫院總額服務審查分級作業原則 A-1 醫院。

二、排除項目：

各院門住診抗癌藥品及經事前審查同意藥品點數分別較去年同期成長差值之 50%，予以排除列計；本預算採總額 0.25% 為最高排除額度，超出時以浮動計算。

三、擷取條件:(醫令點數加總)

(一) 抗癌藥品

醫事類別：12(門診)、22(住院)

案件分類≠ A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D4、BA、DF(門診)；A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、DZ(住院)

醫令類別：1

藥品 ATC 前三碼：L01、L02 或藥品 ATC 碼：L03AB04、
L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、
L04AX04

(二) 事前審查同意藥品

醫事類別：12(門診)、22(住院)

案件分類≠A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、
D1、D4、BA、DF(門診)；A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、
C4、DZ(住院)

醫令類別：1、Z

醫令代碼： AC57862100、AC58601100、BB26410100、
BB26411100、BB26412100、BB26413100、BB26414100、
BB26523100、BC14966100、BC14967100、BC22655243、
BC22657238、BC23369100、BC23370100、BC23371100、
BC23479235、BC242064CR、BC25360200、BC26173100、
BC26174100、BC26766100、K000938248、KC00713240、
KC00776283、KC00835261、KC00846248、KC00851240、
KC00879205、KC008792FM、KC00897265、KC00905261、
KC00907219、KC00907229、KC00907238、KC00911206、
KC00911209、KC00920206、KC00936248、KC00945258、
KC00957206、KC00977208、KC00990288、KC00991209、
KC00992261、VC00010100、VC00011138、VC00012100、
VC00013100、VC00023100、VC00024100、VC00025100、
VC00034100、X000033100、X000085100、X000097238、
X000106243、X000132100、X000138100、X000148100、
Y000006263、Y000014235、YC00004217、YC00005296、
YC00007221、YC00008221、YC00011216、YC00015271、

BC26219100 、 BC26734100 、 BC27108100 、 KC00980255 、
KC01024209 、 KC01034266 、 KC01035255 、 KC01039271 、
YC00016243 。