

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

醫院總額共同管理委員會 114 年第 1 次會議紀錄

時間：114 年 4 月 30 日（星期三）14 時

地點：北區業務組 8 樓禮堂

主席：張組長溫溫

張會長達人

指導：陳副署長亮好

紀錄：胡嘉儒

出席人員：

張會長達人	張達人	陳委員文鍾	劉美君 ^(代)
徐副會長國芳	徐國芳	侯委員雅菁	謝泉發 ^(代)
江特別顧問銘基	江銘基	施委員議強	施議強
翁榮譽會長順隆	翁順隆	黃委員文豪	黃文豪
陳秘書長旗昌	陳旗昌	鄭委員貴麟	黃盈焜 ^(代)
李委員佩娜	李佩娜	謝委員麗玲	謝麗玲
王委員國明	王國明	葉委員建志	翁榮賢 ^(代)
楊委員宏智	楊宏智	陳委員曾基	陳曾基
楊委員南屏	鄭舒倖 ^(代)	曾委員英智	曾英智
邱委員獻章	邱獻章	陳委員忠信	陳忠信
戴委員明正	陳勃仲 ^(代)	劉委員有漢	劉有漢
彭委員家勛	彭家勛	李委員順安	郭咏臻 ^(代)
黃委員禹仁	盧文婷 ^(代)	張委員曜任	張曜任
趙委員正芬	謝志偉 ^(代)	徐委員千剛	徐千剛
李委員文源	湯佳玲 ^(代)	林委員金龍	請假

列席人員：(職稱敬略)

仁慈醫院

王亮堯 曾綉伶

衛生福利部苗栗醫院

溫靜微

新竹馬偕紀念醫院	林劭芸
林口長庚醫院	朱映愷
新竹臺大分院新竹醫院	戰琬珍
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
衛生福利部桃園療養院	黃俊卿
國軍桃園總醫院	楊惠芳
台北榮民總醫院桃園分院	黃仁明
東元綜合醫院	彭詩喬 吳汶玲
通霄光田醫院	陸懷玉
怡仁綜合醫院	莊瑋芷
楊梅天成醫院	陸浩瑜
中壢長榮醫院	傅淑姮
國軍桃園總醫院新竹分院	林筱萍
臺北榮民總醫院新竹分院	孫漣
重光醫院	吳秀珍
弘大醫院	劉惠敏
南門醫院	宋易芸
大千綜合醫院	曾婉菁
新國民醫院	郭家英
祐民醫院	許博晏
宋俊宏婦幼醫院	胡瑜涓 江慧婷
新永和醫院	羅瑞香 吳椿玲
華揚醫院	顧馨尹
德仁醫院	陳育楹
新生醫院	彭馨儀 曾煥格
新仁醫院	高豫芬 彭文璽
協和醫院	劉蓮英
大安醫院	陳淑芳
培靈醫療社	顏怡萍

大眾醫院

陳蕙蘭

慈祐醫院

莊素珍

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)

許菁菁 倪意梅 蔡秀幸 楊秀文 謝明珠 林巽音 曹麗玲 陳韻寧
呂淑文 吳煥如 廖佩琦 邱冠霆 吳秋芬 胡嘉儒 鄧寶珠

壹、主席致詞(略)

貳、確認 113 年第 4 次及 114 年第 1 次臨時會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、113 年第 4 次及 114 年第 1 次臨時會會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共 3 項，同意解除列管。

第二案、北區醫院總額執行現況暨重要業務管理報告

決定：洽悉。

- 一、本區跨區收入流向，113 年第 3 季台北流入 6.89 億、流出中區 9.28 億、流出其他區 3.30 億，合計淨流出 5.70 億，有增加趨勢，除持續監控外，請醫院檢視及強化醫療量能不足部分，提升民眾在地就醫意願。
- 二、區域聯防：113 年度「心肌梗塞」術後死亡率 $7.4\% \leq$ 全國平均(8.6%)、轉出手術存活率 $85.8 \leq$ 全國平均(86.8%)；「重大創傷」術後死亡率 $8.2\% \geq$ 全國平均(7.9%)；轉出手術存活率 $78.1\% \leq$ 全國平均(79.9%)，請醫院積極於黃金治療時間內手術，以提升醫療品質。
- 三、急診管理：急診病人停留超過 24 小時比率 4.19%，高於全國(3.78%)；急診後同院住院置留急診超過 48 小時比率 8.02%，高於全國(5.20%)，請加強改善急診壅塞情形。

四、藥費管理：

- (一)藥費成長貢獻主要為一般藥費，且成長率 3.2%高於全國(2.7%)，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。

(二)113 年 7 月 1 日實施「生物相似藥鼓勵試辦計畫」，北區共 14 家醫院申報 6 類生物相似性藥品，使用占率 7.1%低於全國(9.6%)，鼓勵醫院提高生物類似藥使用占率，減緩藥費成長。

五、PAC 急性後期照護：北區醫學中心腦中風下轉數 35 件、下轉率 17.24%，低於全國同儕(29.68%)；113 年第 4 季總收案 522 人(成長率-1%)、全國第 5，其中腦中風、衰弱高齡、心臟衰竭收案數皆較 112 年同期負成長，請加強收案或下轉。

六、C 肝口服新藥：截至 114 年 3 月 13 日收案人數 172 人(全國第 5)、成長 -54%；114 年「醫院前瞻式預算分區共管方式」設有品質獎勵，請積極收案，以達 2025 年消除 C 肝之政策目標。

七、虛擬健保卡：113 年第 4 季以虛擬健保卡申報計 37 家醫院、38,933 件(居全國第 1)，居家場域有 13 家醫院申報 762 件(居全國第 1)，請持續推動。

八、健保卡資料上傳格式 2.0：本署暫定 114 年上半年實施單軌，截至 114 年 3 月 24 日計 8 家醫院未完成改版，請積極完成以健保卡 2.0 格式上傳。

九、在宅急症照護試辦計畫：北區醫院可收案數為 442 人，截至 113 年 12 月 31 日已收案尿路感染個案 54 名，肺炎個案 7 名，軟組織感染個案 7 名，收案率 15.4%；114 年「醫院前瞻式預算分區共管方式」設有品質獎勵，請積極推動收案。

十、強化住院護理照護量能方案：113 年護理獎勵運用請於 114 年 5 月 20 日前函送全年獎勵金運用情形。

十一、全人全社區照護計畫：113 年度參與計畫醫院共 24 家，健康資料建檔率 84.34%、健康存摺下載率 49.30%，請持續辦理收案民眾健康評估及照護。

第三案、113 年第 4 季總額方案新診療項目及品質提升獎勵執行情形

決定：洽悉；新診療項目保留點數已全數分配。依據 113「醫院總額點值暨品質提升方案」肆、二、(三)品質提升獎勵點數規定，品質提升獎勵剩餘點數將依參與方案中有達「優先達成項目」目標值之 46 家，依提升獎勵點數占率重分配。

第四案、113 年第 4 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；113 年第 4 季啟動核扣之異常費用管理專案共計 5 項，彙整如附件 1，提供相關篩異邏輯與專業見解、適用法規等內容，供各院參考以利自主管理及正確申報。

第五案、113 年第 1、2 季因應新冠疫情點值下降醫院總額部門點值費用補助

決定：洽悉；113 年第 1 季交付機構 799 家補付 16 萬元，68 家醫院補助金額 2.56 億元；113 年第 2 季交付機構 808 家補付 31.7 萬元，68 家醫院補助金額 5.33 億元，業於 114 年 1 月 22 日撥付補助金額。

第六案、114 年鄉鎮市區每萬人口醫人比 ≤ 10 人之醫院名單

決定：洽悉；轄區計 12 家醫院符合(天成、怡仁、培靈、部新屋、慈祐、大眾、大順、仁慈、大園敏盛、居善、通霄光田、慈濟中醫)，醫院如當季增聘專任醫師，請於每季季後次月底以前來函提報增聘專任醫師名單(含科別、姓名、執業登記日期)，方可列入品質獎勵計算。

第七案、114 年區域聯防專款項目之主責醫院執行方式

決定：洽悉。

一、114 年主動脈剝離主責醫院為林口長庚、台大新竹及大千醫院；腦中風經動脈取栓主責醫院為林口長庚、聯新國際醫院及大千醫院，115 年主責醫院則將於 114 年第 3 季調查醫院擔任意願並評估執行成效後，於 114 年第 4 季共管會議報告。

二、鑒於主責醫院須建立團隊合作網絡、24 小時運作模式及緊急轉診聯

繫管道等事務，建議提高各分區主責醫院網絡建置費，本組將提供署本部作為計畫修訂之參考。

肆、討論事項

第一案、修正114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」超額分階折付點值調整計算方式，提請討論。

決議：維持原規劃方式。

第二案、114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」品質提升獎勵指標「癌症醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR格式)申請」建議新增獎勵指標案，提請討論。

決議：增訂「癌症醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR 格式)申請」指標，指標定義及獎勵方式詳附件 2，並自 114 年第 2 季起實施。

第三案、114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」方案之合理成長率指標、剛性保障項目(三)新診療項目操作型定義文字修正，提請討論。

決議：

- 一、合理成長率「住院人數」指標之操作型定義加註「依申報資料歸戶計算」。
- 二、114 年起新增診療項目以連續反映 4 季處理，倘有餘額以 113 年秘書處提報無替代之新特材(3 項)進行分配，若仍有剩餘則至超額分階折付分配，分配不足依比例限縮。

第四案、114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」品質提升獎勵指標「安寧照護服務人數成長貢獻度」目標值修正案，提請討論。

決議：第一階段獎勵方式新增 $\geq$ 全國同儕 P90 可獲得 0.1%獎勵，第二階段維持原規劃，指標定義及獎勵方式詳附件 2，並自 114 年第 1 季實施。

第五案、有關114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」品質提升獎勵指標扣減項「門診檢查驗單價管理」之分群管理，除依評鑑結果分級管理外，建議分群應參考支付標準給付點數之層級別辦理。

決議：醫院評鑑基準「適當的護病比」符合區域醫院評鑑標準之地區醫院，自 114 年 5 月起以區域醫院點數申報，爰該院單價管理指標以區域醫院群組別管理，並自 114 年第 3 季實施。

伍、臨時動議

第一案、建請將CMI值納入114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」合理成長率之住診指標項目計算參數。

決議：本案同意自 114 年第 3 季執行；另有關 CMI 成長率採計方式請秘書處會議討論及凝聚共識後，提報 114 年第 2 次共管會議決議。

散會：下午 3 點 17 分

醫院異常費用專案推動現況彙整表

共 5 項專案，均已結案。

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
1	壓力與重 分佈心肌 斷層灌注 掃描 (26025B) 併報靜態 核醫心臟 功能檢查 (26047B) 及壓力心 臟功能檢 查 (26048B)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 案源：113Q2 專審 發現特定醫院申報 壓力與重分佈心肌 斷層灌注掃描 (26025B)影像分 析，重複申報靜態 核醫心臟功能檢查 (26047B)及壓力心 臟功能檢查 (26048B)」。 2. 篩選指標：申報 26025B 併報 26047B 或 26048B 案件。 3. 操作型定義：費用 年月(112 年 3 月至 113 年 10 月)門住診 案件，排除不計價 醫令及已專審核扣 案件。	Stress and Resting analysis 為壓 力與重分佈心 肌斷層灌注掃 描(26025B)影 像分析得來， 不應重複申報 靜態核醫心臟 功能檢查 (26047B)及壓 力心臟功能檢 查(26048B)。	自行清查：經 查轄區申報 26025B 併報 26047B、 26048B 案件集 中同一醫院， 經回饋該院自 行清查 2 年內 併報費用合理 性，同意全數 返還，計 1,967 件、1,062 萬 點，核減率 100%。	1,967	10,621,800	-	-	-	10,621,800 (100%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
2	輕病住院 保險對象 歸戶審查 專案	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據： (1)全民健康保險醫療辦法第 11 條規定：「保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：一、可門診診療之傷病。二、保險對象所患傷病，經治療後已無住院必要」 (2)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條規定：「略以...不得應保險對象要求，提供非醫療必要之服務及申報費用。」	住院不合理 (包括非必要住院、住院日數不適當)	1.專業審查：抽審 19 家醫院、244 件，核扣 15 家醫院 119 件(件數核減率 49%)、136.8 萬點(點數核減率 28%)，核減理由以住院不合理件數(非必要住院 48 件、住院日數不當 63 件)占 93%。 (1)樣態 1：抽審 25 件，核扣 8 人、15 件(件數核減率 60%)、128,208 點	-	-	244	119	1,367,984	1,367,984 (27.97%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
			2.篩選指標： (1)樣態 1：L07(高頻率轉換醫院住院個案輔導)列管名單 (2)樣態 2：頻繁輕病住院(≥ 12 次)之保險對象 (3)樣態 3：輕病住院案件占申報件數比率$\geq 40\%$之醫師別。 3.操作型定義：費用區間 112 全年；輕病住院案件為單次住院費用中，(診察費+病房費)占率$\geq 60\%$之案件。		(點數核減率 26%)，其中 7 人住院不合理率 $>50\%$。 (2)樣態 2：抽審 43 件，核扣 2 人、31 件(件數核減率 72%)、644,274 點(點數核減率 69%)，均屬住院不合理。 (3)樣態 3：抽審 13 位醫師、176 件，核扣 73 件(件數核減率 41%)、595,502 點						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
					(點數核減率 17%)。 2.後續管理：住 院不合理 >50%病患列 入住院關懷 名單持續追 蹤，另併核 定函重申醫 療辦法及特 管法規定輔 導醫院加強 住院收治評 估。						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
3	雙側腹腔 鏡鼠蹊疝 氣修補手 術 (75619C) 申報合理 性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：依 113Q2 專審發現特定醫院雙側「腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-無腸切除(75619C, 19,987 點)」比例異常，部分病人病歷記載單側疝氣卻申報雙側手術。 2.篩選指標：住院申報腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-無腸切除(75619C)≥2 次之案件。 3.操作型定義：費用年月 112 年 1 月至 113 年 10 月，申報雙側疝氣修補手術比率高於全國同儕值(科別)之醫師，並針對個案年齡>65	1.臨床執行雙側疝氣手術約 10-20%，且以兒科比率較高，高齡個案部分係屬預防性手術。 2.核減理由為「病患自述或理學檢查無雙側疝氣證據，僅有單側疝氣紀錄」	1.專業審查： (1)抽審 3 家醫院、5 名醫師、108 件，核減 33 件(件數核減率 31%)、52 萬點(點數核減率 6%)；標的醫令核扣 33 件(件數核減率 31%)、519,860 點(核減率 10.42%)。 (2)核減率>30% 集中 2 家醫院 3 名醫師。 2.後續管理：併核定函輔導醫院加強自	-	-	108	33	519,860	519,860 (6.27%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
			歲之案件列入抽審 標的。		主管理，追 蹤 113 年 11 月異常申報 件數已有明 顯下降。						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
4	胸骨或肋骨骨折開放復位手術 (67003B) 重複申報 合理性審查	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據： (1)依支付標準手術章節通則七、為達手術最終目的過程中各項附帶手術及處置不得視為副手術另報。 (2)專審發現同病人同次住院申報多筆胸骨或肋骨骨折開放復位手術(67003B,9406 點)，屬為達手術最終目的過程附帶手術，不應另行申報。 2.篩選指標： 住診同病人申報 67003B>1 次案件 3.操作型定義： 費用區間 112 年 10 月至 113 年 9 月	1.執行 67003B 手術須符合外傷肋骨骨折等適應症，申報合理次數，依個案判斷。 2.應以同一手術野或同一病巢內，施行同類或兩側性手術之多項手術計算 3.已申報 lung wedge resection，肋骨復位固定手術僅能申報兩項。	專業審查： 1. 抽審 6 家醫院、41 件，核減 9 件(核減率 22%)、486,221 點(核減率 3%)；標的醫令核減 2 件(核減率 5%)、57,565 點(核減率 4%)。 2.件數及點數核減率皆 <30%，且標的醫令僅核減 2 件，爰不列管。			41	9	486,221	486,221 (3%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
5	申報 A1001C 結核病例 醫師確診 診察費同 日併報診 察費	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第一章「結核病」之診療項目「A1001C 結核病例醫師確診診察費」規定不得與診察費同時申報。 2.篩選指標：門住診申報 A1001C 同日併報診察費 3.操作型定義：費用區間 112 年 1 月至 113 年 11 月，同日併報 2 筆診察費案件。		行政審查：112 年 1 月至 113 年 11 月轄區共計 13 家醫院門、住診申報 A1001C 同日併報診察費，共 104 件，核扣 104 件、39,320 點			104	104	39,320	39,320 (100%)

醫院總額共同管理委員會 114 年第 1 次會議品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	獎勵方式			獎勵/扣減比率																							
	指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值																									
安寧療護推動-服務人數成長率及死亡前安寧利用與在宅善終率	1. 安寧照護服務人數成長貢獻度 操作型定義： (1) 安寧照護服務：接受住院安寧(住診案件分類 6)、安寧共照(醫令代碼 P4401-03B)、安寧居家(門診案件分類 A5 且申報安寧居家訪視費醫令)。 (2) 服務人數採院所+ID 歸戶(醫院含附設居護所) 計算公式： X=當季安寧照護服務人數 Y=去年同期值 Z=正成長人數 X-Y。 P=成長貢獻度 Z/ΣZ。 目標值： <table><tr><td>層級別</td><td>醫中</td><td>區域</td><td>地區</td></tr><tr><td>P90</td><td>904</td><td>351</td><td>61</td></tr></table> 2. 死亡前安寧利用與在宅善終率 A.死亡前 1 年接受安寧照護人數比率 操作型定義： (1) 分子(a)：分母於 1 年內有在該院接受住院安寧(住診案件分類 6)、安寧共照(醫令代碼 P4401-03B)、安寧居家(門診案件分類 A5)	層級別	醫中	區域	地區	P90	904	351	61	<table><tr><th>項目</th><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td rowspan="2">安寧照護服務人數成長貢獻度</td><td>P≥5% 或 X≥全國同儕 P90</td><td>0.1%</td></tr><tr><td>X>Y</td><td>0.05%</td></tr><tr><td rowspan="3">死亡前安寧利用與在宅善終率</td><td>C>S 且 F≥80%</td><td>0.1%</td></tr><tr><td>C>S 且 80%>F≥66% 或 F>F1</td><td>0.075%</td></tr><tr><td>C>S 或 F≥80%</td><td>0.05%</td></tr></table>		項目	目標值	獎勵比率	安寧照護服務人數成長貢獻度	P≥5% 或 X≥全國同儕 P90	0.1%	X>Y	0.05%	死亡前安寧利用與在宅善終率	C>S 且 F≥80%	0.1%	C>S 且 80%>F≥66% 或 F>F1	0.075%	C>S 或 F≥80%	0.05%	0.2%
		層級別	醫中	區域	地區																						
		P90	904	351	61																						
		項目	目標值	獎勵比率																							
		安寧照護服務人數成長貢獻度	P≥5% 或 X≥全國同儕 P90	0.1%																							
			X>Y	0.05%																							
		死亡前安寧利用與在宅善終率	C>S 且 F≥80%	0.1%																							
			C>S 且 80%>F≥66% 或 F>F1	0.075%																							
			C>S 或 F≥80%	0.05%																							

醫院總額共同管理委員會 114 年第 1 次會議品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	獎勵方式										
	指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率								
	(2) 分母(b)：當季死亡及病危人數(出院轉歸代碼 4、A) (3) 院所+ID 歸戶計算 計算公式： C=死亡前 1 年接受安寧比率 a/b <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <th>目標值</th><th>醫中</th><th>區域</th><th>地教及地區</th></tr> <tr> <td>S</td><td>48.36%</td><td>39.80%</td><td>21.50%</td></tr> </table> *參考 113 年 1-11 月全國各層級醫療院所利用率平均值訂定目標值。 B.居家安寧個案死亡前 7 日未就醫比率 操作型定義： (1) 安寧居家個案：門診案件分類 A5 且申報安寧居家訪視費醫令。 (2) 服務人數採院所+ID 歸戶(醫院含附設居護所) (3) 死亡前 7 日未就醫：比對全國健保就醫紀錄，該個案查無死亡日前 7 日返回急診就醫或住院者。 計算公式： D=分母個案死亡前 7 日未就醫之人數。 E=當季安寧居家死亡人數。	目標值	醫中	區域	地教及地區	S	48.36%	39.80%	21.50%		
目標值	醫中	區域	地教及地區								
S	48.36%	39.80%	21.50%								

醫院總額共同管理委員會 114 年第 1 次會議品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	獎勵方式								
	指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/扣減比率						
	F=死亡前 7 日未就醫比率 D/E。 F1=去年同期值 *「死亡前 7 日未就醫比率」閾值係參考轄區醫院 112Q4 至 113Q3 實績值(P90:80%;P50:66%)訂定。								
<u>癌症醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR格式)申請(加分項)</u>	<u>操作型定義：</u> <u>1.成功上線獎勵：參與「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」實作，並經本署通知正式上線</u> <u>2.申請案件獎勵：當季以「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者</u>	<table><tr><th><u>目標項目</u></th><th><u>計算方式</u></th></tr><tr><td><u>成功上線獎勵</u></td><td><u>當季完成上線每家獎勵 100,000 點</u></td></tr><tr><td><u>申請案件獎勵</u></td><td><u>每件獎勵 100 點</u></td></tr></table>	<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>	<u>成功上線獎勵</u>	<u>當季完成上線每家獎勵 100,000 點</u>	<u>申請案件獎勵</u>	<u>每件獎勵 100 點</u>	<u>點數</u>
<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>								
<u>成功上線獎勵</u>	<u>當季完成上線每家獎勵 100,000 點</u>								
<u>申請案件獎勵</u>	<u>每件獎勵 100 點</u>								