

## =====

## 一、門診透析醫療給付費用

## (一) 109年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 109\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(G0\text{合計}) \times \text{西醫基層第1季預算占率}(c_{q1}) + 109\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)} \\
 &\quad \text{預算合計}(G1\text{合計}) \times \text{醫院第1季預算占率}(h_{q1}) \\
 &= 18,465,843,368 \times 24.420166\% + 22,207,076,151 \times 24.668672\% \\
 &= 4,509,389,604 + 5,478,190,776 \\
 &= 9,987,580,380 (D2_{q1})
 \end{aligned}$$

## (二) 109年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 109\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(G0\text{合計}) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_{q2}) + 109\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)} \\
 &\quad \text{預算合計}(G1\text{合計}) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_{q2}) \\
 &= 18,465,843,368 \times 24.861625\% + 22,207,076,151 \times 24.939156\% \\
 &= 4,590,908,731 + 5,538,257,364 \\
 &= 10,129,166,095 (D2_{q2})
 \end{aligned}$$

## (三) 109年調整後第1季至第2季門診透析醫療給付費用總額合計

$$\begin{aligned}
 &= 9,987,580,380 (D2_{q1}) + 10,129,166,095 (D2_{q2}) \\
 &= 20,116,746,475 (D2)
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據109年2月26日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」決議，109年「門診透析四季預算分配」依加總近三年(105-107年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。109年各季預算占率分別如下：

(1) 西醫基層：第1季24.420166%、第2季24.861625%、第3季25.255737%、第4季25.462472%。

(2) 醫院：第1季24.668672%、第2季24.939156%、第3季25.139592%、第4季25.252580%。

2. 109年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為40,672,919,519元。

(1) 109年第1季調整後預算  $9,987,580,380 = 18,465,843,368(G0\text{合計}) \times 24.420166\%(c_{q1}) + 22,207,076,151(G1\text{合計}) \times 24.668672\%(h_{q1})$ 。

(2) 109年第2季調整後預算  $10,129,166,095 = 18,465,843,368(G0\text{合計}) \times 24.861625\%(c_{q2}) + 22,207,076,151(G1\text{合計}) \times 24.939156\%(h_{q2})$ 。

(3) 109年第3季調整後預算  $10,246,453,175 = 18,465,843,368(G0\text{合計}) \times 25.255737\%(c_{q3}) + 22,207,076,151(G1\text{合計}) \times 25.139592\%(h_{q3})$ 。

(4) 109年第4季調整後預算  $10,309,719,869 = 109\text{年全年預算數} - 109\text{年第1季調整後預算} - 109\text{年第2季調整後預算} - 109\text{年第3季調整後預算}$ 。

## 二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	108年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	108年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	109年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	109年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	109年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.126%)	(G1) =B1×(1+2.533%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,186,157,604	5,183,108,641	4,358,878,467	5,314,396,783	9,673,275,250
第2季	4,316,333,036	5,557,646,567	4,494,424,937	5,698,421,755	10,192,846,692
第3季	4,542,113,806	5,427,192,834	4,729,521,422	5,564,663,628	10,294,185,050
第4季	4,689,528,592	5,490,519,135	4,883,018,542	5,629,593,985	10,512,612,527
合計	17,734,133,038	21,658,467,177	18,465,843,368	22,207,076,151	40,672,919,519

註：

1. 109年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 108年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.126%)。
2. 109年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 108年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.533%)。
3. 109年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 109年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 109年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 109年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 109年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 109年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 109年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 109年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 109年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,358,878,467	5,314,396,783	9,673,275,250	4,509,389,604	5,478,190,776	9,987,580,380
第2季	4,494,424,937	5,698,421,755	10,192,846,692	4,590,908,731	5,538,257,364	10,129,166,095
第3季	4,729,521,422	5,564,663,628	10,294,185,050	4,663,684,836	5,582,768,339	10,246,453,175
第4季	4,883,018,542	5,629,593,985	10,512,612,527	4,701,860,197	5,607,859,672	10,309,719,869
合計	18,465,843,368	22,207,076,151	40,672,919,519	18,465,843,368	22,207,076,151	40,672,919,519

## 四、腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算=427,000,000元

1. 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：45,000,000(另行結算)

2. 預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用：8,910,000

第1季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4  
 =(427,000,000—45,000,000—8,910,000)/4=93,272,500

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	57,151,000	57,151,000	0
(2)初期慢性腎臟病：	33,982,600	33,982,600	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	349,660	0	349,660
(4)小計：	91,483,260	91,133,600	349,660

已支用點數=91,483,260

暫結金額=1元/點×已支用點數=91,483,260

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=93,272,500—91,483,260=1,789,240

第2季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額  
 =(427,000,000—45,000,000—8,910,000)/4+1,789,240=95,061,740

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	58,639,285	58,639,285	0
(2)初期慢性腎臟病：	34,528,600	34,528,600	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	93,167,885	93,167,885	0

已支用點數=93,167,885

暫結金額=1元/點×已支用點數=93,167,885

未支用金額=第2季預算—1元/點×第2季已支用點數=95,061,740—93,167,885=1,893,855

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：5

第3季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額  
=(427,000,000—45,000,000—8,910,000)/4+1,893,855=95,166,355

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病：	0	0	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	0	0	0

已支用點數=0

暫結金額=1元/點×已支用點數=0

未支用金額=第3季預算—1元/點×第3季已支用點數=95,166,355—0=95,166,355

第4季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額  
+ 預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用  
=(427,000,000—45,000,000—8,910,000)/4+95,166,355+8,910,000=197,348,855

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病：	0	0	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	0	0	0

已支用點數=0

暫結金額=1元/點×已支用點數=0

未支用金額=第4季預算—1元/點×第4季已支用點數=197,348,855—0=197,348,855

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：6

全年合計：

全年預算＝ 427,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	115,790,285	115,790,285	0
(2)初期慢性腎臟病：	68,511,200	68,511,200	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	349,660	0	349,660
(4)小計：	184,651,145	184,301,485	349,660

暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝ 91,483,260 + 93,167,885 + 0 + 0 = 184,651,145

未支用金額＝全年預算－慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)－暫結金額

＝ 427,000,000－45,000,000－184,651,145＝ 197,348,855

註：

1. 依據「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」，預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
2. 依據「支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病」通則第六點略以，疾病管理費用及品質獎勵措施費用，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：7

## 五、第1~2季合計各分區非浮動點數、浮動點數統計

## (一)非浮動點數、浮動點數：

## 3.1.1 腹膜透析

核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
就醫分區	西醫基層 (J1)	醫院 (K1)	小計 (M1) =(J1)+(K1)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N3)	醫院 (O3)	小計 (P3) =(N3)+(O3)
臺北分區	0	353,926,370	353,926,370	0	108,124,504	108,124,504	0	54,954,971	54,954,971
北區分區	2,743,097	144,152,035	146,895,132	708,498	41,740,901	42,449,399	391,086	18,970,376	19,361,462
中區分區	6,032,712	216,704,156	222,736,868	1,849,847	68,544,029	70,393,876	746,254	31,399,506	32,145,760
南區分區	428,171	165,094,824	165,522,995	138,800	48,665,225	48,804,025	89,115	24,196,559	24,285,674
高屏分區	352,119	198,052,073	198,404,192	104,100	56,136,100	56,240,200	12,510	29,537,041	29,549,551
東區分區	0	21,286,311	21,286,311	0	6,779,691	6,779,691	0	2,401,650	2,401,650
合 計	9,556,099	1,099,215,769	1,108,771,868	2,801,245	329,990,450	332,791,695	1,238,965	161,460,103	162,699,068

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處置費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處置費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處置費核定點數」後之點數。
4. 依據108年11月13日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」108年第4次會議紀錄決議，109年門診透析服務保障項目維持原108年(腹膜透析之追蹤處置費(58011C及58017C)採每點1元支付；偏遠地區之門診透析服務院所保障每點1元)。

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：8

## 3.1.2 血液透析

核定非浮動點數				核定浮動點數		
就醫分區	西醫基層 (J2)	醫院 (K2)	小計 (M2) =(J2)+(K2)	西醫基層 (N2)	醫院 (O2)	小計 (P2) =(N2)+(O2)
臺北分區	19,372,500	38,758,688	58,131,188	3,421,347,976	2,782,147,834	6,203,495,810
北區分區	0	0	0	1,195,351,830	2,153,495,756	3,348,847,586
中區分區	813,696	0	813,696	1,809,353,462	2,228,082,944	4,037,436,406
南區分區	22,481,908	14,150,656	36,632,564	1,965,246,217	1,630,237,817	3,595,484,034
高屏分區	88,046,904	58,228,203	146,275,107	2,125,550,090	1,770,911,270	3,896,461,360
東區分區	45,827,872	62,960,232	108,788,104	171,982,072	280,234,173	452,216,245
合 計	176,542,880	174,097,779	350,640,659	10,688,831,647	10,845,109,794	21,533,941,441

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.1.1之腹膜透析案件者。

2. 本表「核定非浮動點數」係指「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。

3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：9

3.1.3 合計

就醫分區	核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層 (J) =(J1)+(J2)	醫院 (K) =(K1)+(K2)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J) +(K)+(L)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N) =(N2)+(N3)	醫院 (O) =(O2)+(O3)	小計 (P) =(N)+(O)
臺北分區	19,372,500	392,685,058	1,195,899	413,253,457	0	108,124,504	108,124,504	3,421,347,976	2,837,102,805	6,258,450,781
北區分區	2,743,097	144,152,035	385,259	147,280,391	708,498	41,740,901	42,449,399	1,195,742,916	2,172,466,132	3,368,209,048
中區分區	6,846,408	216,704,156	117,213	223,667,777	1,849,847	68,544,029	70,393,876	1,810,099,716	2,259,482,450	4,069,582,166
南區分區	22,910,079	179,245,480	211,916	202,367,475	138,800	48,665,225	48,804,025	1,965,335,332	1,654,434,376	3,619,769,708
高屏分區	88,399,023	256,280,276	36,722	344,716,021	104,100	56,136,100	56,240,200	2,125,562,600	1,800,448,311	3,926,010,911
東區分區	45,827,872	84,246,543	978	130,075,393	0	6,779,691	6,779,691	171,982,072	282,635,823	454,617,895
合計	186,098,979	1,273,313,548	1,947,987	1,461,360,514	2,801,245	329,990,450	332,791,695	10,690,070,612	11,006,569,897	21,696,640,509

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁 次： 10

(二)保障偏遠地區之門診透析服務院所原始申報之非浮動點數、浮動點數：

## 3.2.1 保障偏遠地區之腹膜透析

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
	西醫基層 (RJ1)	醫院 (RK1)	小計 (RM1) =(RJ1)+(RK1)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01)	小計 (RP1) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN3)	醫院 (R03)	小計 (RP3) =(RN3)+(R03)	RM1+RP1+RP3
臺北分區	0	644,186	644,186	0	187,380	187,380	0	150,748	150,748	982,314
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高屏分區	0	106,838	106,838	0	26,025	26,025	0	300	300	133,163
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	751,024	751,024	0	213,405	213,405	0	151,048	151,048	1,115,477

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處置費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處置費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處置費核定點數」後之點數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：11

3.2.2 保障偏遠地區之血液透析

就醫分區	核定非浮動點數			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
	西醫基層 (RJ2)	醫院 (RK2)	小計 (RM2) =(RJ2)+(RK2)	西醫基層 (RN2)	醫院 (R02)	小計 (RP2) =(RN2)+(R02)	RM2+RP2
臺北分區	0	0	0	19,372,500	38,758,688	58,131,188	58,131,188
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	813,696	0	813,696	813,696
南區分區	0	0	0	22,481,908	14,150,656	36,632,564	36,632,564
高屏分區	18,175,300	0	18,175,300	69,871,604	58,228,203	128,099,807	146,275,107
東區分區	0	0	0	45,827,872	62,960,232	108,788,104	108,788,104
合 計	18,175,300	0	18,175,300	158,367,580	174,097,779	332,465,359	350,640,659

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.2.1之腹膜透析案件者。
2. 本表「核定非浮動點數」係指「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/03

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：12

3.2.3 保障偏遠地區之合計

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
	西醫基層 (RJ) =(RJ1)+(RJ2)	醫院 (RK) =(RK1)+(RK2)	小計 (RM) =(RJ)+(RK)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01) =(RN1)+(R01)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	
臺北分區	0	644,186	644,186	0	187,380	187,380	19,372,500	38,909,436	58,281,936	59,113,502
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	813,696	0	813,696	813,696
南區分區	0	0	0	0	0	0	22,481,908	14,150,656	36,632,564	36,632,564
高屏分區	18,175,300	106,838	18,282,138	0	26,025	26,025	69,871,604	58,228,503	128,100,107	146,408,270
東區分區	0	0	0	0	0	0	45,827,872	62,960,232	108,788,104	108,788,104
合 計	18,175,300	751,024	18,926,324	0	213,405	213,405	158,367,580	174,248,827	332,616,407	351,756,136

註：依據108年11月13日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」108年第4次會議紀錄決議，保障偏遠地區之門診透析服務院所每點1元，定義分述如下：

1. 山地離島地區。
2. 當年公告「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
3. 當年公告「全民健康保險西醫醫療源不足地區改善方案」之所列地區範圍(不含僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定之醫療資源不足之地點)。

## 六、第1~2季合計一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} - \text{核定非浮動點數合計(M)} - 1 \times \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{20,116,746,475 - 1,461,360,514 - 332,791,695} \\
 = & \frac{21,696,640,509}{0.84448992} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

## 七、第1~2季合計平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定浮動點數合計(P)}}{20,116,746,475} \\
 = & \frac{1,461,360,514 + 332,791,695 + 21,696,640,509}{0.85636729} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

## 八、說明

1. 第1季結算費用年月包括:費用年月108/12(含)以前:於109/04/01~109/06/30期間核付者。費用年月109/01~109/03:於109/01/01~109/06/30期間核付者。
2. 第2季結算費用年月包括:費用年月109/03(含)以前:於109/07/01~109/09/30期間核付者。費用年月109/04~109/06:於109/04/01~109/09/30期間核付者。
3. 依據109年11月18日「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額109年第4次研商議事會議」決定，109年第1~2季採合併結算。一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年第1~2季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。