

104 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 104 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 103 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 \times (1 + 104 年度一般服務成長率) + 104 年度專款項目經費 + 104 年度西醫基層門診透析服務費用
- 104 年度西醫基層門診透析服務費用 = 103 年度西醫基層門診透析服務費用 \times (1 + 成長率)

註：校正後 103 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 103 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為 2.447%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.154%，協商因素成長率 1.293%。
- (二) 專款項目全年經費為 1,984.4 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 5.557%。
- (四) 前述三項額度經換算，104 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.191%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.991%。各細項成長率及金額如表 3。

三、總額分配相關事項：

(一) 一般服務(上限制)：

1. 地區預算：

(1) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2) 分配方式：

a. 於扣除品質保證保留款後，預算 65% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

b. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

(3)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2.品質保證保留款(0.1%)：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.122%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。

(2)資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

4.調整藥事服務費及語言治療診療項目(0.399%)：

請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執行情形。

5.配合安全針具推動政策之費用(0.004%)：

(1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2)請於104年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

6.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.713%)：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.045%)。

(二)專款項目全年經費為 1,984.4 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 103 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 103 年 12 月底前完成，並於 104 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費150百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.慢性B型及C型肝炎治療計畫：

(1)全年經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)請中央健康保險署研議成效評估指標。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費254.4百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育等5項方案，並新增孕產婦方案。

(3)宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

全年經費1,180百萬元，應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫

院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

- 3.門診透析服務總費用成長率為3.7%；西醫基層部門本項服務費用成長率為5.557%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。
- 4.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表 3 104 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率	1.154%	1,132.7	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口數年增率	0.175%		
人口結構改變率	0.997%		
醫療服務成本指數改變率	-0.020%		
協商因素成長率	1.293%	1,269.8	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款 0.100%	98.2	<ol style="list-style-type: none"> 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(103、104 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) 0.122%	120.0	<ol style="list-style-type: none"> 請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 104 年 6 月底前提交執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。 資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
保險給付項目及標準之改變	調整藥事服務費及語言治療診療項目	0.399%	391.6	請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	1.配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項自 102 年起開始分 5 年編列，104 年為第 3 年。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.713%	700.0	在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。
	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.045%	-43.9
一般服務成長率		2.447%	2,402.5	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		150.0	0.0	本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		400.0	200.0	1.不足部分由其他預算支應。 2.請中央健康保險署研議成效評估指標。
醫療給付改善方案		254.4	48.9	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育等 5 項方案，並新增孕產婦方案。 2.宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。
家庭醫師整合性照護計畫		1,180.0	-20.0	應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。
專款金額		1,984.4	228.9	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	2.633%	2,631.4	
	總金額		102,545.5	
門診透析服務 成長率	增加金額	5.557%	774.4	1.門診透析服務總費用成長率為 3.7%；本項與醫院總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2.含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。 3.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。
	總金額		14,709.4	
總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	2.991%	3,405.8	
	總金額		117,254.9	
較 103 年度核定總額成長率		3.191%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

104 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 104年度醫院醫療給付費用總額＝校正後103年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+104年度一般服務成長率)+104年度專款項目經費+104年度醫院門診透析服務費用
- 104年度醫院門診透析服務費用＝103年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後103年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會103年第5次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率為 4.343%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.128%，協商因素成長率 2.215%。
- (二)專款項目全年經費為 13,840.8 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 2.341%。
- (四)前述三項額度經換算，104 年度醫院醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.659%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.453%。各細項成長率及金額如表 4。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45:55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

a.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算46%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

b.住診服務(不含品質保證保留款)：

預算41%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，59%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

c.各地區門住診服務，經依a、b計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

d.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

(3)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2.品質保證保留款(0.1%)：

(1)依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.646%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。

(2)資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

4.強化醫療資源支付合理性(0.1%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執

行情形。

(2)依醫療資源耗用相對值表(RBRVS)調整支付標準部分，不另編列預算，請於104年持續推動。

5.第2階段住院診斷關聯群(DRGs)之持續推動費用(0.110%)：

103年導入第2階段，相關專款預算已併入103年醫院總額一般服務費用結算，爰104年於一般服務計列成長率。

6.配合安全針具推動政策之費用(0.057%)：

(1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2)請於104年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

7.提升住院護理照護品質(0.568%)：

本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於104年6月前提經全民健康保險會同意後動支預算，及於104年6月底前提送執行情形。

8.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.624%)：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。

9.配合結核病防治政策改變之費用(0.01%)：

(1)用於「抗結核病藥物副作用個案住院 \leq 30天」住院醫療費用。

(2)請於104年6月底前提送執行情形。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0003%)。

(二)專款項目全年經費為13,840.8百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於103年11月底前完成，新增計畫原則於103年12月底前完成，並於

104年6月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費3,972百萬元，不足部分由其他預算支應。

2. 罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材：

(1) 全年經費7,827.5百萬元。

(2) 罕見疾病、血友病藥費，全年經費7,815百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3) 104年新增罕見疾病特材，全年經費12.5百萬元。

(4) 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於104年6月底前，提出專案報告。

3. 醫療給付改善方案：

(1) 全年經費741.3百萬元。

(2) 辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育等6項方案，並新增孕產婦方案。

(3) 宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4. 急診品質提升方案：

(1) 全年經費160百萬元。

(2) 請中央健康保險署檢討方案執行內容，以提升急診照護品質。

5. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1) 全年經費280百萬元，導入第3階段DRGs項目。

(2) 本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

6. 醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：

(1) 全年經費60百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相

互流用。

(2)配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

7.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費800百萬元。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.7%；醫院部門本項服務費用成長率為2.341%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。

4.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表 4 104 年度醫院醫療給付費用協定項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		2.128%	7,497.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口數年增率		0.175%		
人口結構改變率		1.859%		
醫療服務成本指數改變率		0.091%		
協商因素成長率		2.215%	7,800.9	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	352.3	1.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.646%	2,275.5	1.請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。 2.資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
保 險 給 付 項 目 及 支 付 之 標 準 改 變	強化醫療資源支付 合理性	0.100%	351.0	1.請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。 2.依醫療資源耗用相對值表(RBRVS)調整支付標準部分，不另編列預算，請於 104 年持續推動。
	第 2 階段住院診斷 關聯群(DRGs)之持 續推動費用	0.110%	387.0	103 年導入第 2 階段，相關專款預算已併入 103 年醫院總額一般服務費用結算，爰 104 年於一般服務計列成長率。
	配合安全針具推 動政策之費用	0.057%	200.0	1.配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項自 102 年起開始分 5 年編列，104 年為第 3 年。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
	提升住院護理照 護品質	0.568%	2,000.0	本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於 104 年 6 月前提經全民健康保險會同意後動支預算，及於 104 年 6 月底前提送執行情形。
其他醫療服務利用及密集 度之改變		0.624%	2,200.0	在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。
其他預 期之法 令或政 策改變	配合結核病防治 政策改變之費用	0.010%	36.0	1.用於「抗結核病藥物副作用個案住院≤30 天」住院醫療費用。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
其他議 定項目	違反全民健保醫事 服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.0003%	-0.9	
一般服務成長率		4.343%	15,298.5	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	3,972.0	0.0	不足部分由其他預算支 應。
罕見疾病、血友病藥費及新增 罕見疾病特材	7,827.5	12.5	1.罕見疾病、血友病藥費全 年經費7,815百萬元,不足 部分由其他預算支應。 2.104年新增罕見疾病特材125 百萬元。 3.為檢視本項費用成長之合 理性,請中央健康保險署 於104年6月底前,提出 專案報告。
醫療給付改善方案	741.3	174.0	1.辦理原有之糖尿病、氣 喘、乳癌、思覺失調症、 B型肝炎帶原者及C型肝 炎感染者個案追蹤、早期 療育等6項方案,並新增 孕產婦方案。 2.宜提升涵蓋率,照護更多 相同疾病的患者;屬成效 明確的方案,應將該類病 患全部納入,以避免選擇 性偏差的問題。並整合各 方案,朝以病人為中心的 整合性服務發展,以提升 醫療資源的使用效益。
急診品質提升方案	160.0	-160.0	請中央健康保險署檢討方 案執行內容,以提升急診 照護品質。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)	280.0	-387.0	1.導入第3階段DRGs項目。 2.本項經費應依實際導入施 行之項目與季別,併醫院 總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫基層總額醫療資 源不足地區改善方案	60.0	0.0	1.配合支援西醫基層醫療資 源不足地區所需,提供專 科巡迴醫療等服務。 2.本項經費得與西醫基層總 額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地 區醫療服務提升計畫	800.0	0.0	
提升住院護理照護品質	0.0	-2,000.0	移列至一般服務項目。
專款金額	13,840.8	-2,360.5	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.511%	12,938.0	
	總金額		381,472.3	
門診透析服務 成長率	增加金額	2.341%	445.8	1.門診透析服務總費用成長率為 3.7%；本項與西醫基層總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2.含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。 3.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。
	總金額		19,487.4	
總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	3.453%	13,383.8	
	總金額		400,959.7	
較 103 年度核定總額成長率		3.659%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。