

111 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：

- 111 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+111$ 年度一般服務成長率) $+111$ 年度專款項目經費 $+111$ 年度西醫基層門診透析服務費用
- 111 年度西醫基層門診透析服務費用＝110 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+111$ 年度成長率)

註：校正後 110 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 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.655%。
- (二)專款項目全年經費為 7,930.1 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.689%。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.744%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況

之量化指標；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。

(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：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款。

②扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%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。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)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，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)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，送全民健康保險會同意後執行。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，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。

(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。

(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

3.藥品及特材給付規定改變(0.296%)：

(1)其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內，妥為管理運用，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，排定調整健保給付條件之優先順序。

②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

③建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

4.促進醫療資源支付合理(0.101%)：

(1)為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。

(2)112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。

5.提升國人視力照護品質(0.097%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)會同西醫基層總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- (2)會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
- (3)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

6.移列精神科長效針劑藥費至專款項目(-0.009%)：

原於一般服務執行，移列 11 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。

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(-0.072%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 7,930.1 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。

2.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

②擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。

3.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

4.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給

付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 805 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病、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、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。
- (3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費 1,220 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。
 - ②通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃。
- (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

8.鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。
 - ②會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，

並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

11.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。

14.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算

相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- ②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

15.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 100 百萬元，其中 11 百萬元由一般服務費用移列。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

16.品質保證保留款：

- (1)全年經費 120.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(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 3.25%。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
 - (4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

表 3 111 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		1.176%	1,459.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.136%		
人口結構改變率		1.257%		
醫療服務成本指數 改變率		-0.218%		
協商因素成長率		0.655%	812.0	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。
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)	0.242%	300.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.於額度內，妥為管理運用， 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。 2.於 110 年 12 月委員會議提出 規劃之新增項目與作業時程 ，若於年度結束前未依時程 導入或預算執行有剩餘，則 扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含 新增項目及扣除替代效應後 之增加費用/點數)。 3.建立新醫療科技之預算檢討 、調整與管控機制，並提出 成果面的績效指標，呈現所 創造的價值，於 111 年 6 月 底前提出專案報告。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.296%	367.0	1.其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，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，排定調整健保給付條件之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 (3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
		促進醫療資源支付合理(111 年新增項目)	0.101%	126.0	1.為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 2.112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。
	其他醫療服務利用密度之改變	提升國人視力照護品質(111 年新增項目)	0.097%	120.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同西醫基層總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
						2.會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。 3.依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
		移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.009%	-11.0	原於一般服務執行，移列 11 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。	
		其他議定項目	-0.072%	-90.0	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。	
	一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	1.831%	2,271.9		
		總金額		126,417.3		
專款項目(全年計畫經費)						各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
家庭醫師整合性照護計畫				3,948.0	278.0	請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。
代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目)				308.0	308.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				2.擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。
	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value)計畫 (111 年新增項目)	9.7	9.7	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。
	C 型肝炎藥費	292.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。
	醫療給付改善方案	805.0	150.0	1.持續辦理糖尿病、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、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 2.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				施」，及通盤檢討各項方案 照護成效，研議具體改善策 略，精進方案執行內容，以 提升照護率及執行成效。
	強化基層照護能力及 「開放表別」項目	1,220.0	300.0	1.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)於 110 年 12 月委員會議 提出規劃調整之項目與作 業時程。 (2)通盤檢討開放表別項目適 當性，含導入一般服務之 時程規劃。 2.本項經費依實際執行扣除原 基期點數併入一般服務費用 結算。
	鼓勵院所建立轉診合 作機制	258.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算 「基層總額轉診型態調整費 用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)檢討執行結果未達預期之 影響因素，改善現行措施 (包括：獎勵方式及支付 誘因合理性)，以提升執 行成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額 相關團體，討論適合轉診 案件之定義，提出有效可 行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形 及前 1 年成效評估檢討報 告。
	偏鄉地區基層診所產 婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內 容，並加強推廣，鼓勵醫師參 與計畫。
	罕見疾病、血友病藥 費及罕見疾病特材	30.0	-25.0	1.本項經費得與醫院總額同項 專款相互流用，經費如有不 足，由其他預算相關項目支 應。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。
	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
	網路頻寬補助費用	253.0	39.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 (2)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
	精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)	100.0	100.0	1.其中 11 百萬元由一般服務費用移列。 2.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	品質保證保留款	120.3	4.5	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	7,930.1	1,139.2	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	2.456%	3,411.1	
	總金額		134,347.4	
門診透析服務	增加金額	4.689%	909.1	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，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 3.25%。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	總金額		20,296.7	5.請中央健康保險署會同門診 透析服務相關團體辦理下列 事項： (1)加強腎臟病前期之整合照 護，強化延緩病人進入透 析之照護。 (2)持續鼓勵腹膜透析及推動 腎臟移植，以提升透析病 人生活品質。 (3)持續運用健保醫療資訊雲 端查詢系統進行與腎臟病 相關藥物提醒與管理，並 訂定醫療利用及成效評估 指標，以利後續監測。 (4)請檢討末期病人使用透析 服務之必要性。
較 110 年度核 定總額成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	2.744%	4,320.2	
	總金額		154,644.1	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 124,144.2 百萬元(含 110 年一般服務預算 124,336.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 131,127.0 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 150,514.6百萬元，其中一般服務預算為124,336.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款61.8百萬元)，專款為6,790.9百萬元，門診透析為19,387.6百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」0.04百萬元)。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。