

## 003-1 診療項目成本分析表

現有項目       新增項目

項目名稱：

項目編號：

提案單位：

成本分析資料醫事機構名稱：

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
		1. 主治醫師以上						
		2. 住院醫師						
		3. 護產人員						
		4. 醫事人員						
		5. 行政人員						
		6. 工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
非醫療設備=醫療設備 × Y %								
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × Z %								
直接成本合計								
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								

## 003-2作業流程

診療項目名稱：

提案單位：

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
設備				
人力				
藥品				
醫療器材				
診療項目				

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-3須搭配使用之藥品或特殊材料或診療項目

診療項目名稱：

序號	項目(中/英文名稱)	單位	單價	用量	成本小計	必要性	生產國	製造許可證、衛生福利部許可証字號	健保給付代碼
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
<b>費用合計</b>									

註：如已納入健保給付，請填入健保給付代碼。

## 003-4執行診療項目相關醫事人員資格暨設備資料表

醫事機構名稱							填表日期：       年       月       日		
醫      事      人      員      簡      歷									設 備
序 號	科 別	職 稱	姓 名	性 別	出 生 年 月 日	執 業 執 照 字 號	具 專 科 醫 師 資 格		備 註
							科 別	專 科 醫 師 證 書 字 號	

說明：1. 欄無專科醫師者免填。  
 2. 具特殊訓練、專長者於 欄填寫證明文件名稱、字號。