

基隆市衛生局 函

地址：基隆市信義區信二路266號
承辦人：游川琪
電話：24252221 分機1510
電子信箱：yu3831608@mail.klcg.gov.tw

202

(掛)基隆市中正區信四路11號6樓

受文者：基隆市醫師公會

發文日期：中華民國114年3月19日

發文字號：基衛醫壹字第1140201462號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送本市醫療院所新增(調整)自費項目申請表、成本分析表修正各乙式，請查照。

說明：因應本市醫療院所新增(調整)自費項目申請，常併有其他治療項目，為了解申請項目及同層級醫療院所仿價為獨立或合併其他治療項目執行，故修正表格，請各醫療機構參照辦理。

正本：基隆市診所協會、衛生福利部基隆醫院、基隆市立醫院、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院、三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處、新昆明醫院、醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院、南光神經精神科醫院、暘基醫院、基隆市中醫師公會、社團法人基隆市牙醫師公會、基隆市醫師公會、維德醫療社團法人基隆維德醫院

副本：本局醫政科

局長張賢政

基隆市醫療費用收費標準核定申請表

中華民國114年3月18日修訂

申請機構：		申請日期： 年 月 日	
診療項目	適應症 (疾病診斷及症狀)	服務量預估 (每月)	健保給付
(中文)	(欄位不足，請以附件提供)	人次	有(支付點數) 無(類似處置)
(英文)			☐ 需要 ☐ 不需要 合併其他手術/檢查
市場行情 (請列舉2-3家評鑑等級與規模類似機構收費金額)	機構全銜	所在縣市	金額
申請核定費用金額 (新台幣/元)			
處置場所	☐ 門診診察室 ☐ 放射科檢查室 ☐ 內視鏡檢查室 ☐ 超音波檢查室 ☐ 手術室 ☐ 無場所限制 ☐ 其他(請註明)		
人員配置	☐ 醫師____人 ☐ 護理人員____人 ☐ 其他醫事人員____人 (請註明類別)	所需時間 (以分鐘為單位)	☐ 15-30分 ☐ 31-60分 ☐ 61-90分 ☐ 91-120分 ☐ 121分以上
☐ 手術 (註明：術式臨床正式名稱/臨床人體使用佐證資料)	(欄位不足，請以附件提供)	☐ 儀器設備 ☐ 藥品 ☐ 衛材 (註明：品名/數量/核准字號)	(欄位不足，請以附件提供)
特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法項目 (特管辦法項目涵蓋包含如細胞、基因及特定美容醫學等，需先向中央主管機關申請核准後，經縣市主管機關登記，始得為之)			☐ 是(檢附計畫核准資料) ☐ 否

基隆市醫療院所新增(調整)自費項目成本分析表 114年3月18日修訂

申請醫院：

聯絡人：

聯絡電話：

申請類型：☒新增 ☐調整

申請日期：

收費項目名稱			收費金額			
用途說明						
☐ 需要 ☐ 不需要 合併其他手術/檢查						
固定成本	項目	金額	項目說明			
變動成本						
其他成本						
成本小計						
利潤						
所需儀器設備						
預估每月(年) 使用人次	人/年。					
收費參考原則						
有無健保 相近項目	項目名稱：					
	給付點數：					
醫療機構訪價	機構名稱	層級別	收費項目	收費標準	合併其他手術/檢查或 健保給付	備註說明
					☐ 需要 ☐ 不需要 合併其他手術/檢查	
					☐ 需要 ☐ 不需要 合併其他手術/檢查	
					☐ 需要 ☐ 不需要 合併其他手術/檢查	

備註：

1. 醫療機構訪價請以同層級(分醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所)為主，並至少有兩家以上訪價，如無國內參考收費，請參考國際醫療機構價格。
2. 使用醫療儀器請提供中文仿單資料。