|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **高雄榮民總醫院屏東分院**  **原自費特材收載為健保給付品項進用分析比較表** | | | | | | |
| **藥劑科收件日期： 年 月 日** | | | | | | |
| 項目 | | 特材品項 | | 本院醫療方式與使用衛材名稱 | | |
| 同類品項一 | | 同類品項 二 |
| 品名  (原物料碼) | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| 健保給付價  (健保碼) | | ( ) | | ( ) | | ( ) |
| 其他醫院購價  (檢附契約或發票) | |  | |  | |  |
| 廠商報價 | |  | | 本院購價 | | 本院購價 |
| 月用量 | |  | |  | |  |
| 產品差異比較說明 | 規格材質 |  | |  | |  |
| 適應症 |  | |  | |  |
| 功能及  成本效益  (使用方法及副作用並請量化說明) |  | |  | |  |
| 未使用自費品項前原醫療方式 | |  | | | | |
| 提案人簽章/日期 | |  | 主管簽章/日期 | |  | |

**本表請儘量以電腦繕打，書面資料及電子檔請一併傳送，詳如備註。**

備註：

一、請檢附相關證明資料：報價單(其他醫院之契約或發票)、健保核價及醫療器材許可證影本等（含適應症）。

二、請至藥劑科網站下載，為縮短審核時間，請詳細填寫，如資料不齊全或過於簡易，依規定退回原申請單位詳填。本表及檢附資料亦請以電子檔傳送至jane@mail.vhlc.gov.tw(姚藥師) 以利彙整並送「醫療器材管理會」審議。