

新北市政府 函

受文者：佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

發文日期：中華民國115年2月26日

發文字號：新北府衛醫字第1142348496號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關貴院申請「非侵入性胎兒染色體基因檢測-NIFTY（雙胞胎）（3項）」等9項自費醫療項目收費一案，詳如說明段，請查照。

說明：

一、依據貴院114年11月17日慈新醫文字第1140002072號函、114年11月20日、26日及115年1月26日電子郵件辦理。

二、旨案核定自費醫療項目如下：

（一）「非侵入性胎兒染色體基因檢測-NIFTY（雙胞胎）（3項）」收費金額新臺幣2萬5,000元。

（二）「全方位檢癌症基因組織檢測(FOUNDATION ONE CDx)」收費金額新臺幣10萬5,000元/次（健保另給付3萬點）；（自費13萬5,000元/次）。

（三）「ROS1基因轉置免疫染色分析(ROS1 IHC)」收費金額新臺幣6,000元。

（四）「副腫瘤神經症候群12抗神經元抗體檢驗
(Paraneoplastic neurologic syndrome 12

antibodies test)」收費金額新臺幣3,600元/次。

(五)「抗乳糜瀉IgA抗體套組(Celiac Disease IgA Profile)」收費金額新臺幣2,000元/次。

(六)「抗乳糜瀉IgG抗體套組(Celiac Disease IgG Profile)」收費金額新臺幣2,000元/次。

(七)「自體免疫性肝炎抗體檢測」收費金額新臺幣2,000元/次。

三、有關「ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測」自費醫療項目申請，將排入醫事審議委員會審議，其開會時間及地點，再另行通知。

四、次查「抽血技術費(Phlebotomy Fee)」申請適用對象為PRP增生治療製備，惟查本府前於114年7月11日核定貴院之「PRP自體濃縮血小板治療費」費用中已涵蓋抽血費用，爰本項有重複向民眾收費之疑義，請貴院釐清本項費用之合宜性再提出申請。

五、又查「非侵入性胎兒染色體基因檢測-NIFTY(雙胞胎)(3項)」及「全方位檢癌症基因組織檢測(FoundationOne CDx)」係屬特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第7條所稱之實驗室開發檢測項目，業經衛生福利部114年5月22日衛部醫字第1141663954號函、114年7月31日衛部醫字第1141666519號函同意及本府衛生局登記在案(2024LDT2531、2024LDT4612)。

六、另有關上開新增之自費醫療項目名稱及金額，請公開揭示於院內櫃檯等明顯處及所屬網站供病患查閱，以供民眾就醫參考及達資訊透明之目的；另對於是類對象，就診前應

充分告知並取得病患同意，以確保其權益。

七、本案處理之滿意度調查及相關建議，歡迎至「新北市政府

申辦e服務」之「滿意度意見調查表」網頁(網址：

<https://service.ntpc.gov.tw/>)直接填寫問卷，您的相關

意見作為本府提升申請案件服務品質之參考。

正本：佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

副本：衛生福利部、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會



本案依分層負責規定授權衛生局局長決行