

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 1 月 19 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 4,560 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、就醫地點：財團法人○醫學大學附設○醫院(以下簡稱○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：以自費身分於 113 年 1 月 19 日急診。</p> <p>三、醫療費用：新臺幣(下同)1 萬 9,281 元。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 申請(收據)金額：1 萬 9,281 元。</p> <p>(二) 不給付金額：1 萬 2,023 元[含掛號費、收據與健保醫令差額、核減非必要之檢驗 1,764 元(病歷未記載檢驗理由亦無必要性)及腦部電腦斷層檢查 4,560 元(病歷記載沒有神經學檢查之異常，不符臨床病情所需)]。</p> <p>(三) 部分負擔費用：750 元。</p> <p>(四) 核付金額：6,508 元。</p> <p>五、申請人主張其係外籍家庭看護工，於 112 年 12 月 24 日轉換雇主，113 年 1 月 19 日與雇主陪同被看護者在中和紀念醫院等候看診時，其突然在診間外面暈倒、昏迷不省人事，醫護人員急救後將其轉至急診室做進一步診治，雇主因需照顧被看護者去洗腎，將其全權交由醫院專業醫護人員診療，當時其雖攜帶健保卡，但沒辦法過卡，事後詢問仲介公司表示因轉換雇主期間須等居留證辦好才能補辦加保，仲介公司取得居留證後於 113 年 1 月 26 日向健保署申報加保，故當下只好先自費就醫，再向健保署申請核退醫療費用；其受聘於雇主，具有加保資格，只是礙於轉換雇主，須等拿到居留證才能加健保，健保卡暫時無法使用，且健保署核定以 112 年 12 月 24 日轉換雇主接續日期起加保，當時無法使用健保卡，實屬不得已之情況。健保署核定意見，經醫藥專家審查，核減非必要之檢驗 1,764 元及腦部電腦斷層掃描檢查 4,560 元(誤繕為 4,500 元)，病患及雇主當下都是交由醫師診斷判斷後才做的檢查，怎麼會認為無必要性?而健保署承辦人員告知雇主，假如在就醫 10 日內拿健保卡直接到醫院退費，退費金額就比較高，是仲介公司太慢加保，沒在就醫 10 日內退費，才會核退較少金額，請問合理嗎?云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 40 條第 1 項、第 43 條第 1 項、第 3 項、第 51</p>

條第 10 款及第 55 條第 4 款。

(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款。

(四) 衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告。

二、關於醫療費用 4,560 元部分

此部分醫療費用申請人於 113 年 4 月 12 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審查，同意補核退腦部電腦斷層檢查費用 4,560 元，並於 113 年 5 月 6 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

三、關於其餘未准核退之醫療費用 8,213 元(19,281 元-6,508 元-4,560 元=8,213 元) 部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門診醫療費用收據聯」、「門診處方及治療明細」、「病歷」等相關資料、健保署意見書記載，分述如下：

(一) 檢驗費 1,764 元部分

1. 健保署提具意見

該署依申請人所附相關資料，並向○醫院調閱 113 年 1 月 19 日急診病歷及相關檢查報告送請專業審查結果，認為依病歷紀錄病患為暈厥，未敘明及記載檢驗尿液毒物之理由，其檢驗報告結果判讀與鑑別診斷，也沒有立即影響急診治療，核減苯氮基鹽濃度屬、血中藥物濃度測定—三環抗鬱劑、巴比妥酸鹽、乙醇、安非他命檢測、嗎啡檢測等項目費用；為維護申請人權益，該署復依相關資料再送專業審查結果，認為無檢驗相關適應症，仍維持原核減檢驗項目。

2. 本件經本部委請醫療專家審查，認為依據卷附急診病歷記載，申請人於 113 年 1 月 19 日因昏厥而就醫，惟申請人就醫當時之病情，並無立即執行尿液毒物相關檢查檢驗之必要，其檢查結果亦不影響急診之治療，除非另有特殊情況，否則沒有必要進行毒物相關檢查，且病歷亦無特殊病史或病徵之相關記載，同意健保署意見，不予核退苯氮基鹽濃度屬、血中藥物濃度測定—三環抗鬱劑、巴比妥酸鹽、乙醇、安非他命檢測、嗎啡檢測等檢查費用。

(二) 其餘掛號費、部分負擔費用及醫療費用收據與健保醫令明細差額部分

此部分為本保險不給付之掛號費、保險對象依法應自行負擔之部分負擔費用，以及收據金額與健保署依全民健康保險醫療費用審查、支付等有關規定給付之差額，健保署不予核退，於法並無不合。

四、申請人主張其因轉換雇主期間須等居留證辦好才能補辦加保，仲介

公司取得居留證後於113年1月26日向健保署申報加保，故當下只好先自費就醫，再向健保署申請核退醫療費用，病患及雇主當下都是交由醫師診斷判斷後才做的檢查，怎麼會認為無必要性？為何沒在就醫10日內退費，只能核退較少金額？云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 按「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」為全民健康保險醫療辦法第4條及第5條所明定，爰此，保險對象因故未能及時繳驗健保卡而自費就醫，應於就醫之日起10日內（不含例假日）向保險醫事服務機構補送健保卡申請退費，退費金額為保險醫事服務機構所收取之醫療費用，於扣除保險對象應自行負擔之費用後，全數退還保險對象；若因不可歸責之事由未能依限補送者，得依全民健康保險法第56條規定（即門、急診治療當日或出院之日起6個月內）向健保署申請核退，其核退金額，依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第6條第1項第1款規定，經健保署審查，按本保險醫療服務給付項目、藥物之支付標準及部分負擔等相關規定，核退醫療費用。
- (二) 查本件申請人於113年1月19日至本保險特約之○醫院急診，因健保卡無法使用（轉換雇主後尚未申報投保），自付醫療費用計1萬9,281元，申請人於113年2月5日填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，向健保署申請核退系爭自墊醫療費用，經健保署認屬因不可歸責於申請人之事由致未能於就醫之日起10日內（不含例假日）即113年2月2日前補送健保卡辦理退費，依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定核退費用計1萬1,068元（6,508元+4,560元=11,068元），即無不合，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退4,650元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用8,213元部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。
--

中 華 民 國 113 年 7 月 1 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 40 條第 1 項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

三、全民健康保險法第 43 條第 1 項及第 3 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

四、全民健康保險法第 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

五、全民健康保險法第 55 條第 4 款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

六、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行

負擔費用等有關規定辦理核退。」

七、衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告(摘錄)

「修正『全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用』：二、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用(一)收取金額如下：醫學中心 750 元、區域醫院 400 元、地區醫院 150 元、基層醫療單位 150 元。」