

審 定

<p>主 文</p> <p>事 實</p>	<p>申請審議駁回。</p> <p>一、就醫地點：○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：未帶健保卡，以一般身分於 113 年 4 月 23 日門診〔自付醫療費用計新臺幣(下同)1 萬 295 元，不含系爭 MRI 檢查及材料費，申請人另案申請核退費用〕，並於 113 年 5 月 22 日接受排程檢查，自付檢查費用計 1 萬 5,416 元(包含 X 光費即 MRI 檢查費 1 萬 4,950 元及特殊材料費 466 元)。</p> <p>三、核定內容： 申請人所請核退○○○○○醫院 113 年 5 月 22 日門診自付檢查及相關醫材費用，經洽醫院表示該次 MRI 檢查係為 113 年 4 月 23 日門診排定之檢查，該署調閱相關資料並經專業醫師審查，認為非必要檢查，不同意給付，爰所請核退，該署未便同意。</p> <p>四、申請人不服，主張其是法布瑞氏症罕見疾病基因遺傳患者，自 104 年 2 月 6 日開始每一年都會回○○○○○醫院做追蹤檢查，目前已經有心臟肥大跟纖維化，只是指數還未能達到打酵素的階段，需維持追蹤檢查，今年 5 月 22 日因未帶健保卡，需申請自墊醫療費用核退云云，向本部申請審議。</p>
<p>理 由</p>	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法第 4 條及第 5 條。</p> <p>(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。</p> <p>(四) 全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部醫院醫療費用審查注意事項壹、全民健康保險非住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 案件審查注意事項一、一般原則 (十八) 其他注意事項 1. 電腦斷層及磁共振影檢查審查原則。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 本案申請人自 101 年 8 月 16 日取得「脂肪代謝障礙」重大傷病證明，113 年 4 月 23 日因未帶健保卡於○○○○○醫院自費門診就醫，並排定 113 年 5 月 22 日執行核磁共振攝影。申請人前於 113 年 4 月 24 日申請核退 113 年 4 月 23 日自費之門診醫療費用(計 1 萬 295 元)，經扣除掛號費、收據及健保醫令差額，該署於 113 年 7 月 17 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退 7,716 元在案。申請人復於 113 年 6 月 19 日申請核退 113 年 5 月 22 日自費 X 光費及特殊材料</p>

費，經該署專業醫師審查，認定該核磁共振攝影非必要檢查，不同意給付。

(二)為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由、相關證據文件，再送專業審查，認定此罕病非例行核磁共振攝影之理由，應視病情是否需要而執行，為非必要檢查，本案仍維持原核定，不予給付。

(三)另有關申請人主張自 104 年 2 月 6 日開始每一年都會回○○○醫院做追蹤檢查一節，經查申請人 104 年 1 月 1 日至 113 年 7 月 31 日就醫申報紀錄，其至○○○○○醫院就醫僅有 105 年 7 月 6 日、107 年 9 月 18 日、112 年 4 月 25 日及 113 年 6 月 25 日計 4 次門診，且僅於 112 年 4 月 25 日有申報「磁振造影—有造影劑 (33085B)」，併予敘明。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、「門診醫療費用明細收據」、「門診記錄」、「放射線部報告」及「門、住診申報紀錄明細表」等資料影本及健保署意見書認為：

(一)按「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。」「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。」分別為全民健康保險法第 55 條第 4 款、全民健康保險法第 40 條第 2 項授權訂定之「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，若因不可歸責之事由未能依限補送者，始得依全民健康保險法第 56 條規定，於門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內向健保署申請核退。

(二)次按「全民健康保險保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」「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。」固為全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」第 2 條及第 6 條第 1 項第 1 款所明定，惟是以保險對象於保險醫事服務機構診療，因不可歸責之事由致自墊醫療費用而向健保署申請核退者為前提，始得經健保署審查認應核退時，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，審諸其意甚明。

(三) 申請人前於 113 年 4 月 23 日未攜帶健保卡至本保險特約之○○○○醫院門診自費就醫，自付醫療費用計 1 萬 295 元(不含系爭 MRI 檢查及材料費)，原應於 10 日內(不含例假日)向○○○○醫院申請退費，其卻於翌日 113 年 4 月 24 日逕向健保署申請核退，經健保署受理審查後，另案核退費用計 7,716 元有案(該署承辦人員於申請人所填「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」註記：「有告知民眾 10 日內回院所退費，民眾堅持現場收件」)；申請人嗣於 113 年 5 月 22 日接受排程 MRI 檢查，檢查當日亦未攜帶健保卡，自付 MRI 檢查相關費用計 1 萬 5,416 元，惟申請人仍未依前揭規定，於該次檢查當日起 10 日內(不含例假日，期間末日為 113 年 6 月 5 日)向原就診之○○○○醫院繳驗健保卡辦理退費，卻遲至 113 年 6 月 19 日以「沒帶健保卡(固定檢查)」為由，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 113 年 5 月 22 日自墊醫療費用(MRI 檢查相關費用)，經健保署從寬認屬因不可歸責於申請人之事由致自墊醫療費用，而依專業審查結果不同意給付系爭自墊醫療費用(MRI 檢查相關費用)，且本部再委請醫療專家就申請人前開就醫資料專業判斷結果，認為 MRI 為非必要之檢查，同意健保署意見，不予核退系爭自墊醫療費用(MRI 檢查相關費用)。

四、綜上，健保署函復申請人，略以本件經專業審查，認為非必要檢查，不同意給付等語，核無不合，原核定應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，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 19 條第 1 項規定，審定如主文。

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。」

二、全民健康保險法第 56 條

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。二、依第三款規定申請者，為繳清相關費用之日起六個月內，並以最近五年發生者為限。三、依第五款規定申請者，為次年六月三十日前。保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」

三、全民健康保險醫療辦法第 4 條

「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。」

四、全民健康保險醫療辦法第 5 條

「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。」

五、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。」

六、全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部醫院醫療費用審查注意事項

壹、全民健康保險非住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 案件審查注意事項

一、一般原則 (十八) 其他注意事項 1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則

「1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則：

(1) 「電腦斷層造影」及「磁振造影」診療項目均以「次」為單位，病患如因病情需要多部位造影檢查，其原則如下：

甲、病患可同次施作，僅能申報 1 次，不得以不同部位為理由分次執行或

- 拆分申報多次。
- 乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，依實際施作次數申報，其合理性由專業審查認定。
- (2) 須附檢查申請書、報告及影像，否則不予給付。
- (3) 檢查申請書或報告內容須包括：
- 甲、臨床診斷。
- 乙、檢查目的。
- 丙、相關病史。
- 丁、理學(身體)檢查(若係神經系統檢查需附詳細神經學理學檢查；若係骨及肌肉關節系統檢查需附詳細檢查部位理學檢查資料)。
- 戊、其他相關檢查結果。
- (4) 完整檢查結果應註明檢查日期，並由放射科專科醫師具名並標明証照號碼。
- (5) 除非必要不可同時施行同部位電腦斷層及磁振造影檢查，若同時實施，應詳加審查。
- (6) 如短期內(如十二週)再次執行電腦斷層或磁振造影檢查，應敘明病情及必要性，應詳加審查。
- (7) 磁振造影檢查之選擇應用，須在公認有明顯優於其他檢查(procedure of choice)，或其他檢查無法提供足夠資料以輔助臨床治療時，方可申請。
- (8) 癌症患者檢查須有癌病史或確切病理診斷、有確切臨床需要且同時其他檢查無法輔助診斷時，或公認在選擇上為優於其他檢查(procedure of choice)，方得申請磁振造影檢查。
- (9) 骨及肌肉關節系統須有積極檢查目的，方可實施磁振造影檢查。」