

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 10 月 8 日急診及 114 年 10 月 8 日至 29 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 6 萬 9,248 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、境外就醫地點：大陸地區○○省○○醫科大學附屬○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：右背近肩處膿瘍等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114 年 9 月 29 日門診。</p> <p>（二）114 年 10 月 8 日急診。</p> <p>（三）114 年 10 月 8 日至 29 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)13 萬 5,832 元(含門診費用 2,663 元、急診費用 3,884 元及住院費用 12 萬 9,285 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）114 年 9 月 29 日門診：同意給付門診 1 次，依健保署公告之「114 年 7、8、9 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,039 元，核退 1 次門診費用計 1,039 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）114 年 10 月 8 日急診及 114 年 10 月 8 日至 29 日住院：經專業審查，不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之 114 年 10 月 8 日急診及 114 年 10 月 8 日至 29 日住院費用部分不服，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 55 條第 2 款。</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 2 款及第 2 項。</p> <p>（四）本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>（五）健保署 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，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，將 114 年 10 月 8 日急診及 114 年 10 月 8 日至 29 日住院再送專業審查，認定皮下膿瘍加周邊蜂窩組織炎，以清創、濕敷加抗生素治療，同意給付 114 年 10 月 8 日急診及 114</p>

年10月8日至29日住院合理日數10日醫療費用。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「門(急)診病歷」、「診斷證明」、「出院記錄」、「檢驗報告單」、「彩色多普勒超聲檢查報告」、「診斷證明書」等就醫相關資料影本及照片顯示，申請人於114年10月8日急診就醫，主訴「右肩背部紅腫疼痛6天」，診斷為「軟組織感染」，以「背部膿腫」收治入院，接受「背部膿腫切開引流+壞死性筋膜炎清創術」等治療，於114年10月29日出院，健保署原核定不予核退費用，茲查核分述如下：

(一) 關於醫療費用6萬9,248元部分

此部分申請人於115年3月10日(本部收文日)申請審議後，業經健保署再經專業審查結果，同意給付1次急診及10日住院費用，依健保署公告「114年10、11、12月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，急診每次3,668元，住院每日6,558元，補核退申請人系爭114年10月8日急診醫療費用計3,668元，及114年10月8日至29日住院之10日住院費用計6萬5,580元(計算式： $6,558 \text{ 元} \times 10 = 65,580 \text{ 元}$)，合計6萬9,248元(計算式： $3,668 \text{ 元} + 65,580 \text{ 元} = 69,248 \text{ 元}$)並於115年5月15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補付在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。

(二) 關於未准核退之114年10月8日急診醫療費用差額216元(計算式： $3,884 \text{ 元} - 3,668 \text{ 元} = 216 \text{ 元}$)部分

此部分係申請人此次急診費用中超過核退上限之醫療費用計216元，健保署未准核退，於法並無不合。

(三) 關於未准核退之114年10月8日至29日住院醫療費用差額6萬3,705元(計算式： $129,285 \text{ 元} - 65,580 \text{ 元} = 63,705 \text{ 元}$)部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查，申請人因背部膿腫住院接受引流及清創手術，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟依醫療常規，住院治療10天已足夠因應緊急醫療之所需。
2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退10天住院費用，其餘住院費用，不予核退。

四、申請人主張其114年9月29日門診醫療為骨科進行檢查右手肩膀肩周炎相關檢查，與114年10月8日之急診與住院手術是不同疾病的治療，並且2次疾病毫無關聯性，114年10月8日急診檢查確診為壞死性筋膜炎與日前門診為完全無關聯的症狀，檢查報告顯示體內炎症嚴重，血糖急遽升高有休克風險，須立即住院安排手術，手術後培養細菌確認為抗藥性的金黃葡萄球菌感染導致，需住院恢

復並每日掛抗生素點滴及清創換藥，所述該疾病為緊急情況無法擇日安排回國治療云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「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。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。
- (三) 本件申請人系爭急診及住院，除經有審核權限之機關健保署審查判斷，重新核定核退 1 次急診及 10 日住院費用外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為予以急診及 10 日住院治療即可因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人系爭 114 年 10 月 8 日急診及 114 年 10 月 8 日至 29 日住院費用計 6 萬 9,248 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘未准核退之急診及住院費用 6 萬 3,921 元部分，健保署未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 115 年 6 月 17 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 55 條第 2 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：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「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：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人、門診每人、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」

四、本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

五、健保署 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第6條，公告114年10、11、12月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限： 單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
114年10月至 114年12月	1,091	3,668	6,558

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之服務項目上限辦理。」