

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。 二、就醫原因：左側肱骨骨折。 三、就醫情形： （一）114 年 5 月 19 日急診。 （二）114 年 5 月 19 日至 6 月 7 日住院。 （三）114 年 6 月 20 日、7 月 3 日及 17 日計 3 次門診。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 7 萬 6,996 元(其中急診費用 2,308 元、住院費用 7 萬 1,537 元及 3 次門診費用各 1,131 元、889 元、1,131 元)。 五、健保署前於 114 年 11 月 25 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定如下： （一）114 年 5 月 19 日急診：按收據記載金額 2,308 元，核退 2,308 元。 （二）114 年 5 月 19 日至 6 月 7 日住院：經專業審查，同意給付合理住院日數 5 日，依健保署公告之「114 年 4、5、6 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日 6,396 元，給付 3 萬 1,980 元(計算式：6,396 元 x 5 = 31,980 元)，其餘醫療費用，不予給付。 （三）114 年 6 月 20 日、7 月 3 日及 17 日計 3 次門診：按收據記載金額(各 1,131 元、889 元、1,131 元)，扣除不列入本保險給付範圍之中草藥、中成藥(各 433 元)後，各核退 698 元、456 元及 698 元。 六、申請人不服，於 115 年 1 月 23 日(健保署收件日)就未准核退之 114 年 5 月 19 日至 6 月 7 日住院費用部分不服，向健保署申復，案經健保署審查，認為國內肱骨骨折住院天數為 5 天，爰維持原核定，並以系爭 115 年 2 月 6 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人。 七、申請人不服，就未准核退之 114 年 5 月 19 日至 6 月 7 日住院費用部分不服，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 55 條第 2 款。

(二)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。

(三)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。

(四)健保署114年4月11日健保醫字第1140661642號公告。

二、健保署提具意見

本件再經該署專業審查，認為申請人為37歲肱骨骨折，國內住院日數為5日，爰維持原核定。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門(急)診病歷」、「入院記錄」、「手術記錄」、「出院記錄」、「病程記錄」、「疾病診斷證明書」等相關就醫資料影本顯示：

(一)申請人於114年5月19日急診，主訴「頭、左肩部跌傷後疼痛、活動受限約1小時」，診斷為「1.頭、左肩部挫傷2.左肱骨近端骨折」，並於急診當天收治入院，114年5月21日接受「左肱骨骨折切開復位鋼板螺釘內固定術」，術後接受止痛消腫、強筋健骨、中醫內服外治等對症治療，114年6月7日出院，依醫療常規，申請人之傷症予以住院5日治療，已足夠因應緊急醫療之所需。

(二)綜合判斷：同意健保署意見，核退5日住院費用，其餘醫療費用，不予核退。

四、申請人主張其114年5月19日晚間步行在校園裡，返回教師宿舍途中，因光線昏暗、地面積水、青苔濕滑而意外滑倒受傷，撞擊頭部、肩部、背部、胸部及手部，經校醫建議送急診檢查，經急診醫師建議住院準備手術，經醫院團隊19天的治療後，評估可於114年6月7日出院，醫師建議於114年6月20日、7月3日、17日回診檢查治療，其回國後持續就醫檢查、治療、復健至今。其住院19天為科主任、主任醫師(主刀醫師)、住院醫師依據醫療專業評估其身體傷勢恢復情況而共同決議，為遵循醫囑入院、住院、手術、治療、離院，非其本人的要求云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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) 本件除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，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，亦認為申請人系爭住院予以 5 日治療已足夠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，申請人系爭住院，健保署按核退上限核退 5 日住院費用，其餘住院醫療費用未准核退，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 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。」

二、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次、門診每人次、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。」

三、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。」

四、健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 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 4、5、6 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 4 月至 114 年 6 月	1,034	3,614	6,396

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。」