審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區福建省◯醫院。 二、就醫原因：右側股骨頸骨折等。 三、就醫情形：114年11月6日至12月1日住院。 四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）計 12 萬 1,780 元。 五、核定內容： 本件經專業審查核定，同意給付合理住院日數 7 日，按健保署公告之「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」，住院每日 6,558 元，給付 7 日住院費用計 4 萬 5,906 元(6,558 元 X7=45,906 元)；其餘醫療費用，不予給付。
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 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 號公告。 二、健保署提具意見 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，再送專業審查，認定抗凝血劑之停用與否無法作為超期住院之必要理由，無大於 7 天住院之必要性，爰維持原核定。 三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院記錄」、「疾病証明書」、「乙種診斷證明書」（耕莘醫院 115 年 6 月 22 日開立）等相關資料影本顯示： （一）申請人因摔倒致右髖部腫痛、畸形伴活動受限 3 小時，於 114 年 11 月 6 日入院，經診斷為「1.右股骨頸骨折 2.糖尿病 3.高血壓 4.心臟支架術後」，於 11 月 14 日接受「右側全髖關節置換術」治療，術後止痛、補液等對症處理，於 12 月 1 日出院。 （二）申請人雖稱其有心房顫動及 114 年裝置心臟支架，長期服用抗凝血劑，醫生決定術前停藥 7 日進行評估云云，惟依醫療常規，股骨頸骨折行髖關節置換術，除非發生併發症，住院 7 日治療觀察，應足以因應其緊急醫療之所需，同意健保署意見，核退 7 日住院費用，其餘醫療費用不予核退。 四、申請人主張其前因心房顫動及 114 年裝置心臟支架，為防止支架產

	生血栓，長期服用抗凝血劑治療，醫生為確保安全，考量麻醉手術出血風險，決定停藥 7 日評估，實際手術日為 114 年 11 月 14 日，請核退住院首 7 日評估期間之住院費用云云，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，認為申請人之傷症予以住院 7 日治療已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，健保署依核退上限核退申請人 7 日住院費用計 4 萬 5,906 元，其餘費用未准核退，並無不合，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。

中　　華　　民　　國　115　年　9　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 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。」