

審定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 7 月 10 日至 18 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 852 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○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：肺炎支原體性肺炎（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：113 年 7 月 10 日至 18 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)1 萬 2,813 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>經專業審查核定，改以 1 次門診費用核退，按健保署公告之「113 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 1,023 元，核退 1 次門診費用計 1,023 元；其餘醫療費用，不予核退。</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 51 條第 4 款及第 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 款前段。</p> <p>二、關於醫療費用 1 萬 852 元部分</p> <p>此部分申請人於 114 年 2 月 5 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按收據記載金額，扣除原已核退之 1 次門診費用 1,023 元及本保險不給付之「中藥飲片」、「其他住院收費」計 938 元後，補核退住院費用計 1 萬 852 元(計算式：<math>12,813\text{元} - 1,023\text{元} - 938\text{元} = 10,852\text{元}</math>)，並於 114 年 2 月 19 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在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用差額 938 元部分</p> <p>(一) 查全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照，從而被保險人使用之藥品若係逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，此制度不論在國內本保險特約醫療機構就醫或在非保險醫療機構診療者，均一律適用。又依全民健康保險法第 51 條第 4 款規定：「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」，復查全民健康保險醫療費用審查注意</p>

事項第四部中醫醫療費用審查注意事項第 3 點規定：「中藥之使用依『全民健康保險中藥用藥品項表』所收載為範圍，係以主管機關核准經由 G.M.P 中藥濃縮廠製造之『調劑專用』及『須由醫師（中醫師）處方使用』之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥之使用並應列屬主管機關整編之『臨床常用中藥方劑標準處方』。」，先予敘明。

(二) 此部分費用依卷附「住院收費票據」記載，包含「中藥飲片」及「其他住院收費」，前者非由 G.M.P 中藥濃縮廠製造之濃縮中藥，而後者，收費項目不明，無相關住院費用明細供核，尚難認定符合本保險給付範圍，健保署未准核退，於法並無不合。

四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 1 萬 852 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 938 元，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 114 年 3 月 28 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 51 條第 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

三、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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第6條第1項第2款前段

「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。」