

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、就醫地點：衛生福利部○醫院(以下簡稱○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：以健保身分於 113 年 2 月 4 日急診、113 年 2 月 4 日至 10 日住院及 113 年 3 月 16 日門診，自付醫療費用計 10 萬 8,823 元(其中部分負擔各 400 元、2 萬 9,280 元、0 元)。</p> <p>三、核定內容：</p> <p>(一) 申請(收據)金額：10 萬 8,823 元。</p> <p>(二) 核付金額：2 萬 9,680 元[含 113 年 2 月 4 日急診及 113 年 2 月 4 日至 10 日住院部分負擔費用計 2 萬 9,680 元(400 元+29,280 元=29,680 元)]。</p> <p>(三) 不給付金額：7 萬 9,143 元(非部分負擔；另 113 年 3 月 16 日門診，醫院已以重大傷病免部分負擔身分向該署申報醫療費用，且收據無部分負擔金額，該署未便辦理)。</p> <p>四、申請人主張其於 113 年 2 月 4 日受傷至○醫院急診，醫生初步評估多支肋骨骨折，於當日緊急辦理住院，進行肋骨固定手術，術後經醫生評估符合重大傷病連枷胸狀況，由醫院向健保署申請核定，其於 113 年 2 月 10 日出院時因係農曆過年期間，尚未獲得重大傷病核定，出院時相關手術醫材等費用係先行墊付；本案僅核退重大傷病尚未核定時之基本部分負擔 2 萬 9,680 元，並未核退連枷胸可獲得之手術費用健保給付，故請求核退重大傷病連枷胸健保給付之急診/住院/手術費用共 7 萬 6,780 元(68,200 元+980 元+6,000 元+1,600 元)云云，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 40 條第 1 項、第 43 條第 1 項、第 47 條第 1 項、第 48 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 4 條第 1 項及第 84 條附件 7 特殊材料給付規定分類碼 D203-5。</p> <p>二、本件經審查卷附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、「醫療費用收據」、「住院費用清單(自費)」、「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」、「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」、「自願付費同意書」等相關資料及健保署意見書、補充意見書記載，認為：</p> <p>(一) 按「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及</p>

百分之五十。」、「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。」、「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」為全民健康保險法第 43 條第 1 項、第 47 條第 1 項及第 48 條第 1 項第 1 款所明定，是以，保險對象至保險醫事服務機構門、急診、住院就醫，應按醫療費用之法定比例，自行負擔部分醫療費用，倘保險對象領有重大傷病證明，得減免醫療費用之範圍，係以門、急診或住院之部分負擔醫療費用為限，審諸其意甚明。

(二) 本件申請人於 113 年 2 月 4 日急診、113 年 2 月 4 日至 10 日住院及 113 年 3 月 16 日門診，共自付醫療費用計 10 萬 8,823 元(其中部分負擔各 400 元、2 萬 9,280 元、0 元，計算式： $400\text{元}+29,280\text{元}+0\text{元}=29,680\text{元}$ )，於 113 年 8 月 2 日(健保署收件日)填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」申請核退自墊醫療費用，勾選自墊費用原因係以未以「重大傷病」免部分負擔費用，爰本件經健保署審核申請人系爭就醫符合重大傷病免部分負擔條件，乃核定核退申請人 113 年 2 月 4 日急診及 113 年 2 月 4 日至 10 日住院部分負擔醫療費用計 2 萬 9,680 元(113 年 3 月 16 日門診部分負擔費用為 0 元)，其餘非部分負擔之醫療費用 7 萬 9,143 元，不予給付，經核並無不合。

(三) 至申請人請求核退重大傷病連枷胸健保給付之急診/住院/手術費用共 7 萬 6,780 元( $68,200\text{元}+980\text{元}+6,000\text{元}+1,600\text{元}=76,780\text{元}$ )一節，依卷附「醫療費用收據」、「住院費用清單(自費)」記載，該等費用分別為「APS-肋骨鎖定螺釘」6 萬 8,200 元、「麻醉技術費(進階呼吸道通氣術)」980 元、「麻醉技術費(最適肌力手術輔助處置)」6,000 元及「藥費(得術泰注射劑)」1,600 元，均非屬重大傷病所得免除之部分負擔費用，又健保署意見書及補充意見陳明，略以經洽○醫院調閱相關資料，其中「APS-肋骨鎖定螺釘(特材代碼：FBSR106178JP)」，依該項特材給付規定，每病人以給付 3 個骨板及 18 支骨釘為限，申請人 113 年 2 月 4 日至 10 日住院共使用 29 支骨釘，該醫院已以健保身分申報其中 18 支，爰其餘 11 支以每支 6,200 元自費價向申請人收取費用計 6 萬 8,200 元；其餘爭執項目，皆非屬本保險醫療服務、藥物給付項目及支付標準所載品項，且經申請人及其家屬分別於 113 年 2 月 4 日、5 日及 8 日簽具自費同意書在案等語，該等費用即應由申請

人自行負擔。

三、綜上，健保署未准核退申請人系爭醫療費用計 7 萬 6,780 元，尚無不合，此部分原核定應予維持。

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 114 年 3 月 21 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 40 條第 1 項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

二、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」

三、全民健康保險法第 47 條第 1 項

「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。」

四、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」

五、全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 4 條第 1 項

「本標準未收載之品項，由藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，向保險人建議收載並經同意後，始得納入支付品項；前述品項保險人應依本標準之收載及支付價格訂定原則，並經全民健康保險藥物給付項目及支付標準共

同擬訂會議擬訂後，暫予收載。」

六、全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 84 條附件 7 特殊材料給付規定分類碼 D203-5

「肋骨固定系統：

一、需同時符合下列兩項條件：

(一)相鄰 3 個以上肋骨節斷性骨折(segmental rib fracture) (連枷胸/ICD-10:S22.5XXA~S22.5XXS)。

(二)ISS score  $\geq 16$ 。

二、限具台灣胸腔及心臟血管外科專科醫師、台灣胸腔外科專科醫師、骨科專科醫師或外傷科專科醫師執行。

三、每病人以給付 3 個骨板及 18 支骨釘為限。

四、事後逐案審查，需檢附 T07【重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者 (INJURY SEVERITY SCORE 16)】重大傷病證明及可以證明為連枷胸之電腦斷層影像。」