

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 9,479 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：大陸地區江蘇省蘇州○醫院。</p> <p>二、就醫原因：左鎖骨骨折。</p> <p>三、就醫情形：(依健保署 114 年 3 月 20 日健保桃字第○號函內容記載)</p> <p>(一) 113 年 6 月 3 日、10 月 28 日、11 月 11 日、18 日、24 日及 25 日計 6 次門診。</p> <p>(二) 113 年 11 月 4 日至 6 日及 11 月 27 日至 12 月 1 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)16 萬 6,596 元(其中 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院費用為 12 萬 1,728 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 受理號碼○：</p> <p>1. 113 年 6 月 3 日門診：逾 6 個月內申請期限，不予受理。</p> <p>2. 113 年 10 月 28 日、11 月 11 日、18 日、24 日、25 日計 5 次門診及 113 年 11 月 4 日至 6 日住院：經專業審查結果，非屬該署公告之特殊傷病或不可預期之緊急傷病，核退不予核退。</p> <p>(二) 受理號碼○：113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院，經專業審查結果，非屬該署公告之特殊傷病或不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</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 55 條第 2 款、第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</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 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、關於 113 年 6 月 3 日門診部分</p> <p>查申請人 113 年 6 月 3 日門診就醫，依全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自該次門診治療當日起 6 個月內(期間末日為 113 年 12 月 6 日)向健保署提出自墊醫療費用核退申請，惟申請人迄於 114 年 1 月 24 日始向健保署提出此部分醫療費用核退之申請，有健保署北區業務組竹北聯絡辦公室蓋於申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收文</p>

章戳可按，健保署不予核退此部分門診費用，經核並無不合。

三、關於 113 年 10 月 28 日、11 月 11 日、18 日、24 日、25 日計 5 次門診及 113 年 11 月 4 日至 6 日、11 月 27 日至 12 月 1 日計 2 次住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門（急）診病歷（單）」、「手術記錄」、「診斷證明書」、「入院記錄」、「出院記錄」、X 線影像診斷報告單等就醫相關資料顯示，申請人於 113 年 10 月 28 日門診，主訴因左鎖骨骨折術後 10 月，診斷為「骨折術後」，安排於 113 年 11 月 4 日入院取出內固定裝置，113 年 11 月 6 日出院，術後於 113 年 11 月 11 日、18 日、24 日複診換藥拆線；嗣申請人因自覺疼痛明顯，於 113 年 11 月 25 日門診，經 CT 檢查後，診斷為「鎖骨骨折」，乃於 113 年 11 月 27 日再度入院，接受左鎖骨骨折切開復位內固定手術治療，於 113 年 12 月 1 日出院，查核分述如下：

（一）關於 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院醫療費用 1 萬 9,479 元部分

此部分申請人於 114 年 5 月 5 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付 3 日住院費用，按健保署公告之「113 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 6,493 元，補核退 3 日住院費用計 1 萬 9,479 元（計算式：6,493 元 X 3 = 19,479 元，併同核退 113 年 12 月 4 日、11 日及 114 年 1 月 6 日門診費用計 2,272 元，共計核退 2 萬 1,751 元），並於 114 年 5 月 26 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

（二）關於其餘未准核退 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院費用差額 10 萬 2,249 元（121,728 元 - 19,479 元 = 102,249 元），以及 113 年 10 月 28 日、11 月 11 日、18 日、24 日、25 日計 5 次門診、113 年 11 月 4 日至 6 日住院費用部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人於 113 年 10 月 28 日至 11 月 25 日期間 5 次門診及 113 年 11 月 4 日至 6 日住院就醫，係因左鎖骨骨折固內定術後複診、取出內固定及術後複診，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證申請人於各該次門診、住院就醫當時之病情符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫；另申請人於 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院就醫，係因左鎖骨取出內固定後再次骨折，接受左鎖骨骨折切開復位內固定手術治療，其傷症予以 3 日住院治療，應足以因應緊

急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 10 月 28 日、11 月 11 日、18 日、24 日、25 日計 5 次門診及 113 年 11 月 4 日至 6 日住院費用；113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院部分，核退 3 日住院費用。

四、申請人主張其前於 113 年 1 月 10 日因工作受傷，左鎖骨骨折，主要於 113 年 11 月 4 日至 6 日住院拆除鋼板，拆鋼板不是該由當初手術醫師來做嗎？而且其是在大陸工作；而 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日因鎖骨再次骨折，故再次住院，做鋼板內固定云云，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 6 次門診及 2 次住院就醫，其中 113 年 6 月 3 日門診部分，逾 6 個月申請期限，其餘 5 次門診及 2 次住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷重新核定 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院部分，補付 3 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，認為該 5 次門診及 113 年 11 月 4 日至 6 日住院部分，非屬因不

	<p>可預期之緊急傷病而就醫，而 113 年 11 月 27 日至 12 月 1 日住院部分，其傷症予以 3 日住院治療，應足以因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>五、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 1 萬 9,479 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

中 華 民 國 114 年 7 月 18 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、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」「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。」

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。」

五、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。」

六、健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 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 113 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)
113 年 10 月至 113 年 12 月	1,034	3,394	6,493

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。」