

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：美國○○。</p> <p>二、就醫原因：髖骨骨折（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：114 年 1 月 24 日經急診住院至 27 日出院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 123 萬 8,597 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>按健保署公告「114 年 1、2、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，急診每次 3,455 元，住院每日 6,333 元，核退 1 次急診費用 3,455 元及 3 日住院費用 1 萬 8,999 元，合計 2 萬 2,454 元（計算式：3,455 元+18,999 元=22,454 元）；其餘醫療費用，不予給付。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 51 條第 10 款及第 55 條第 2 款。</p> <p>(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。</p> <p>(三) 健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、查本件申請人因髖骨骨折於 114 年 1 月 24 日經急診住院至 27 日出院，業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限，急診每次 3,455 元，住院每日 6,333 元，核退 1 次急診費用 3,455 元及 3 日住院費用 1 萬 8,999 元，合計 2 萬 2,454 元有案，其餘係不列入本保險給付範圍之救護車費及超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、申請人主張本案核定 2 萬 2,454 元，惟全程花費 123 萬 8,597 元（誤植為 115 萬 7,307 元），填補金額過少，不具有填補損失性質，僅具慰問性質，違反全民健康保險法第 55 條、第 56 條及全民健康保險自墊醫療費用核退辦法立法理由與意旨，核退上限以住院日及急診來給付有欠公允，本案相差 51.55 倍即可看出。臺灣地區類似手術大約 6 至 15 萬元（人工髖關節治療費用-搜尋），若以此金額支付，尚符合比例原則，又立法理由係希望主管機關針對「為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應」、「並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用」、「於第二款本保險施行區域外之核退，限於不可預期之緊急傷病或分娩之情形」等三樣態樣綜合判斷，惟其狀</p>

況非屬「為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應」、「並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用」等二樣態之任一或兩者兼具之要件，其給付自不屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法之態樣，其給付應另立符合比例之辦法，請給付「具有填補損失性質」金額云云，惟所稱核有誤解，分述如下：

- (一) 查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，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」，採國內醫院及診所平均醫療費用作為定額核退基準上限，已考量就醫期間使用之材料、藥品及治療處置等相關費用，並於該辦法第 6 條第 2 項明定，前開核退費用之基準，由保險人每季公告之。
- (二) 本件申請人系爭急診及住院就醫，健保署業依該署公告「114 年 1、2、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，急診每次 3,455 元，住院每日 6,333 元，核退 1 次急診及 3 日住院醫療費用，已如前述，申請人所稱給付「具有填補損失性質」金額云云，核有誤解。

四、綜上，健保署依核退上限核退申請人 1 次急診及 3 日住院費用計 2 萬 2,454 元，其餘超過核退上限之醫療費用，該署未准核退，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 114 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 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

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。」

四、健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 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 1、2、3 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 1 月至 114 年 3 月	1,072	3,455	6,333

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。」