

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區浙江省○醫院。</p> <p>二、就醫原因：顱內出血（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：114年5月28日至6月6日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）26萬5,113元。</p> <p>五、核定內容： 按健保署公告「114年4、5、6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6,396元，核退9日住院費用計5萬7,564元（6,396元X9=57,564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4月11日健保醫字第1140661642號公告。</p> <p>二、查本件申請人因傷病於114年5月28日至6月6日住院就醫，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，住院每日6,396元，核退費用計5萬7,564元（6,396元X9=57,564元）有案，其餘係超過核退上限之醫療費用20萬7,549元（265,113元-57,564元=207,549元），健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、申請人主張其突發狀況緊急送醫，經檢查確認為腦溢血，緊急手術確認為動脈瘤，安裝止血環及救治，均依救命的方式進行醫療支出，申請健保自墊醫療費用，卻與報銷金額落差大？云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>（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</p>

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) 本件申請人系爭住院就醫，業經健保署依前開公告之核退上限，核退該次住院費用，已如前述，於法即無不合。

四、綜上，健保署依核退上限核退申請人住院費用計5萬7,564元，其餘超過核退上限之醫療費用20萬7,549元，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 115 年 1 月 16 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、健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 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 4、5、6 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 4 月至 114 年 6 月	1,034	3,614	6,396

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。」