

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○市○○人民醫院及○○○○康復醫院。</p> <p>二、就醫原因：右側脛骨平台骨折等。</p> <p>三、就醫情形：111年6月2日至8日、6月8日至25日、6月25日至7月1日及7月1日至9月25日計4次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計114萬2,743元（4次住院費用各15萬720元、9萬8,748元、53萬5,692元及35萬7,583元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）111年6月2日至8日（第1次）住院：同意按實際住院日數核退6天住院費用，依健保署公告「111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6,789元，核退6日住院費用計4萬734元（6,789元×6=40,734元）；其餘醫療費用10萬9,986元（150,720元-40,734元=109,986元），不予核退。</p> <p>（二）111年6月8日至25日（第2次）住院：經專業審查，認為不符住院條件，同意給付合理門診2次，依前揭健保署公告核退上限，門診每次1,122元，核退2次門診費用計2,244元（1,122元×2=2,244元）；其餘醫療費用9萬6,504元（98,748元-2,244元=96,504元），不予核退。</p> <p>（三）111年6月25日至7月1日（第3次）住院：經專業審查，認為不符住院條件，核定金額0元。</p> <p>（四）111年7月1日至9月25日（第4次）住院：經專業審查，認為不符住院條件，同意給付合理門診1次，依健保署公告「111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1,094元，核退1次門診費用計1,094元；其餘醫療費用35萬6,489元（357,583元-1,094元=356,489元），不予核退。</p> <p>（五）以上共核退4萬4,072元（40,734元+2,244元+1,094元=44,072元）。</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3條、第6條第1項第</p>

2 款及第 2 項。

(三) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。

(四) 健保署 111 年 4 月 12 日健保醫字第 1110660520A 號及 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 號公告。

二、健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復依相關資料及申請人爭議審議申請書說明內容，再送專業審查結果，認為 111 年 6 月 8 日至 25 日、6 月 25 日至 7 月 1 日及 7 月 1 日至 9 月 25 日計 3 次住院，非屬不可預期之緊急傷病，爰維持原核定。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附

「醫學診斷證明書」、「出院小結」、「疾病證明單」等就醫資料影本顯示，申請人因「外傷後右膝部腫脹畸伴活動受限 2 天」，於 111 年 6 月 2 日至○○市○○人民醫院急診收治入院，診斷為「右側脛骨平台骨折」，111 年 6 月 7 日接受「右脛骨外固定術」治療，111 年 6 月 8 日出院(第 1 次住院)，同日轉至○○○○康復醫院住院，接受傷口換藥及抗生素等對症支持治療，111 年 6 月 25 日出院(第 2 次住院)，同日旋即轉入○○市○○人民醫院住院，111 年 6 月 29 日接受「右脛骨平台骨折切開復位內固定」手術，並於術後接受消腫補液等治療，111 年 7 月 1 日出院(第 3 次住院)，同日復轉至○○○○康復醫院住院，接受傷口換藥、抗感染及止痛等對症支持治療，111 年 9 月 25 日出院(第 4 次住院)，茲查核分述如下：

(一) 關於 111 年 6 月 2 日至 8 日(第 1 次)住院費用差額 10 萬 9,986 元部分

申請人此次住院業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定按核退上限核退 6 日住院醫療費用 4 萬 734 元在案，其餘超過核退上限之住院費用差額 10 萬 9,986 元，健保署不予核退，並無不合。

(二) 關於 111 年 6 月 8 日至 25 日(第 2 次)、111 年 6 月 25 日至 7 月 1 日(第 3 次)及 111 年 7 月 1 日至 9 月 25 日(第 4 次)住院部分

查申請人於第 1 次住院出院當日旋即於 111 年 6 月 8 日至 25 日(第 2 次)、111 年 6 月 25 日至 7 月 1 日(第 3 次)及 111 年 7 月 1 日至 9 月 25 日(第 4 次)接續住院，依卷附第 1 次住院之「出院小結」記載，申請人「於 111 年 6 月 7 日麻醉下行右脛

骨外固定術。手術順利…現一般情況好，無特殊不適，各項生命體徵平穩…術後 6 周後門診隨訪」，依臨床經驗，申請人第 1 次住院手術後病況穩定，其後續第 2 次、第 3 次及第 4 次住院係為進一步治療而住院分別接受傷口換藥、抗生素等對症支持治療、復位內固定手術及術後追蹤治療，卷附該 3 次住院就醫資料並無情況緊急之相關描述，均非屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

- (三) 綜合判斷：健保署核退第 1 次住院 6 日住院費用、第 2 次住院核退 2 次門診費用及第 4 次住院核退 1 次門診費用，其餘未准核退，對申請人已屬有利，基於行政救濟不得為更不利之決定，仍應予維持。

四、申請人主張其於 111 年 6 月 1 日在大陸地區○○出車禍，造成右腿脛骨平台粉碎性骨折，醫師判斷因右腿腫脹嚴重無法立即執行內固定手術，所以先執行外固定手術，等腫脹、發炎、積液等狀況改善後才可進行內固定手術，因此同一病因共進行 2 次手術，111 年 6 月 2 日至 8 日是在○○市○○人民醫院接受外固定手術（第 1 次手術），111 年 6 月 8 日至 25 日是被轉移到○○○○康復醫院做術後的追蹤治療，111 年 6 月 25 日至 7 月 1 日是由兩間醫院醫師會診後同意送回○○市○○人民醫院執行內固定手術（第 2 次手術），其骨折狀況嚴重，光右腿消腫住院治療就將近一個月，而內固定手術傷口較大，醫院為確保手術後傷口不會發生二次感染，待確認不太會有感染風險才同意其出院，其得知有臺胞同樣在大陸地區因手臂骨折動手術住院，但核退金額達到自墊醫療費用的 7 成云云，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。」，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 4 次住院就醫，其中 111 年 6 月 2 日至 8 日（第 1 次）住院，健保署原核定已依規定核退 6 日住院醫療費用，其餘後續 3 次住院，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，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，認為申請人該 3 次住院非屬不可預期之緊急傷病就醫，健保署核退 3 次門診費用，已屬有利，已如前述，至保險對象於臺灣地區外就醫之病情是否符合前開「不可預期之緊急傷病」之核退條件，應由醫療專家依所檢附之各次就醫相關資料予以專業審查判斷與認定，自無從比附援引，申請人所稱其他個案因手臂骨折手術住院，核退 7 成醫療費用一節，核有誤解。

五、綜上，健保署核退申請人醫療費用 4 萬 4,072 元，其餘醫療費用未准核退，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 112 年 10 月 19 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 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、突發性體溫不穩定者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 十、重大意外導致之急性傷害。
- 十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
- 十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

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、門診每人、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、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。」

五、健保署 111 年 4 月 12 日健保醫字第 1110660520A 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111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)
111年4月至 111年6月	1,122	3,716	6,789

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。」

六、健保署111年7月6日健保醫字第1110661807A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111年7、8、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)
111年7月至 111年9月	1,094	3,619	6,314

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。」