

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 10 月 1 日至 8 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 6,300 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：大陸地區湖南省○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性壞疽性闌尾炎伴穿孔伴瀰漫性腹膜炎、低氣血症、2 型糖尿病(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 10 月 1 日急診。</p> <p>(二) 112 年 10 月 1 日至 8 日住院。</p> <p>四、醫療費用：急診及住院費用各折合新臺幣(下同) 4,071 元及 9 萬 2,975 元，合計 9 萬 7,046 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 10 月 1 日急診：按健保署公告之「112 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」，急診每次 3,340 元，給付急診費用 3,340 元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 112 年 10 月 1 日至 8 日住院：經專業審查，同意給付合理住院日數 3 日，依前揭公告核退上限，住院每日 6,575 元，核退申請人 3 日住院費用 1 萬 9,725 元(計算式：$6,575 \text{ 元} \times 3 = 19,725 \text{ 元}$)，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人就未准核退之住院費用部分不服，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。</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) 健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、關於醫療費用 2 萬 6,300 元部分</p> <p>此部分申請人於 113 年 1 月 23 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審核，同意按申請人實際住院日數核退 7 日住院費用，依前揭公告核退上限，住院每日 6,575 元，於扣除前已核退 3 日住院費用後，補核退 4 日住院費用 26,300 元(計算式：$6,575 \text{ 元} \times 4 = 26,300 \text{ 元}$)，並於 113 年 2 月 7 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核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p>

- 三、關於其餘未准核退之住院醫療費用差額 4 萬 6,950 元(計算式：92,975 元-19,725 元-26,300 元=46,950 元)部分
此部分為申請人該次住院費用中超過核退上限之醫療費用及本保險不給付之陪床費、空調費共計 4 萬 6,950 元，健保署未准核退，於法並無不合。
- 四、申請人主張其於 2023 年(誤植為 2013 年)10 月 1 日經急診檢查後確定為急性腹膜炎，須馬上住院開刀，手術後腹中膿血水較多且仍處於發炎狀態，經醫生強烈建議住院 10 天後再觀察後續狀況，至第 7 天申請人覺得腹中積液已明顯減少，主動要求出院，對於住院天數及每日最高申請上限額度之審核結果提出異議云云，惟所稱核難執為本案之論據，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)本件申請人系爭住院就醫，業經健保署依規定按實際住院日數及依公告之核退上限核付 7 日費用計 4 萬 6,025 元(計算式：19,725 元+26,300 元=46,025 元)，已如前述，申請人所稱，核有誤解。
- 五、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 2 萬 6,300 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，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

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

中 華 民 國 113 年 4 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、健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 112 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)
112 年 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

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。」