

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 9 月 10 日至 14 日及 9 月 19 日至 10 月 18 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 9 萬 8,549 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：大陸地區上海市第六人民醫院。</p> <p>二、就醫原因：左膝關節前十字韌帶損傷及半月板受損重建手術，併有術後膝關節感染與 EB 病毒(Epstein Barr Virus, EBV) 感染。</p> <p>三、就醫情形：112 年 9 月 10 日至 14 日及 9 月 19 日至 10 月 18 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)各 26 萬 3,663 元、17 萬 1,578 元，合計 43 萬 5,241 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 9 月 10 日至 14 日(第 1 次)住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病。</p> <p>(二) 112 年 9 月 19 日至 10 月 18 日(第 2 次)住院：同意給付合理住院日數 7 日，按健保署公告「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」，住院每日 6,575 元，核退 7 日住院費用計 4 萬 6,025 元(6,575 元×7=46,025 元)，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人就未准核退之 2 次住院費用部分不服，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) 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 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 號及 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依其申請爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件再送專業審查，同意給付 112 年 9 月 10 日至 14 日住院費用計 4 日。另 112 年 9 月 19 日至 10 月 18 日住院，認為依所附出院小結，住院的前 20 天均在施行與病情不相關之檢查、檢驗，</p>

直到112年10月8日才予以外科清創處置，建議給付手術的前7天至術後10天費用(手術日為10月8日)，同意給付合理住院天數18天。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見、卷附「出院小結」、「門急診病歷記錄冊」(112年7月25日於○○醫院急診)、血常規報告等就醫資料影本、照片及健保署意見書顯示，申請人因「左膝外傷2小時」於112年7月25日急診，診斷為「損傷」，經施予藥物處置後，醫囑「門診隨訪」，嗣於112年9月10日因「外傷致左膝關節疼痛伴活動受限2個月」入院，經診斷為「1.左膝關節前十字韌帶損傷 2.左膝半月板損傷」，112年9月12日施行「左關節鏡膝關節清理術+ACL重建術+半月板修整術PRP」，112年9月14日出院，嗣於112年9月19日因「左膝後交叉韌帶損傷術後間斷性發熱伴左下肢腫脹七天」入院就醫，經診斷為「1.左感染性膝關節炎 2.膝關節前十字韌帶損傷術後 3.EB病毒感染」等，112年10月8日施行「左關節鏡膝關節清理術」，112年10月18日出院，兩次住院共自墊醫療費用合計43萬5,241元，申經健保署核退第2次住院7日住院醫療費用4萬6,025元，其餘未准核退，申請人向本部申請審議後，健保署於113年1月29日以受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書同意補核退2次住院費用各2萬6,224元及7萬2,325元，計9萬8,549元，分述如下：

(一) 關於112年9月10日至14日(第1次)住院部分

1. 關於醫療費用2萬6,224元部分

此部分申請人於113年1月12日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依前開公告之核退上限(112年7、8、9月份)，住院每日6,556元，核退4日住院費用計2萬6,224元(計算式：6,556元×4=26,224元)，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘醫療費用差額計23萬7,439元(計算式：263,663元-26,224元=237,439元)部分

此部分係申請人此次住院費用中超過核退上限之醫療費用，健保署不予核退，核無不合。

(二) 關於112年9月19日至10月18日(第2次)住院部分

1. 關於醫療費用7萬2,325元部分

此部分申請人於113年1月12日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付合理住院天數18天，爰依前揭核退上限(112年10、11、12月份)，住院每日6,575元，扣除原已核退之7日住院費用4萬6,025元，補核退11日住院費用計7萬

2,325 元(計算式：6,575 元×11=72,325 元)，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘醫療費用 5 萬 3,228 元(計算式：171,578 元-46,025 元-72,325 元=53,228 元)部分

(1) 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人經診斷為左膝關節前十字韌帶損傷及半月板受損重建手術，併有術後膝關節感染與 EB 病毒感染，依醫療常規，申請人之病況予以 18 日住院治療，即足夠因應緊急醫療之所需。

(2) 綜合判斷：同意健保署重新核定意見，核退 18 日住院費用。

四、申請人主張其於 112 年 7 月 25 日在○○騎電動車發生事故，當下即至○○醫院急診就醫，後持續在家附近○○醫院就醫，112 年 9 月 4 日醫生告知左膝前十字韌帶、半月板受損需開刀治療，遂於 112 年 9 月 10 日至 14 日住院，進行第 1 次手術，術後因腫脹不退及高燒，醫生告知需再度住院治療，遂於 112 年 9 月 19 日再住院，治療過程仍反覆發燒，血液檢查數據不見改善，醫生決定於 112 年 10 月 8 日進行清創手術，解決術後感染問題，於 112 年 10 月 18 日出院云云，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 2 次住院就醫，其中第 1 次住院部分，業經健保署重新核定補付 4 天住院費用；第 2 次住院部分，復經有審核權限之機關健保署及本部委請之醫療專家審查結果，均認為依申請人之病況予以住院 18 日治療，已足以因應急醫療之所需，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申請人住院醫療費用 9 萬 8,549 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

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。

中 華 民 國 113 年 4 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、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。」

五、健保署112年7月12日健保醫字第1120662886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：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112年7月至 112年9月	1,059	3,552	6,556

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。」