

| 審 定 | |
|-----|--|
| 主 文 | <p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 6 月 4 日至 12 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 7,315 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○○省○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：肝硬化合併胃靜脈曲張破裂。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 6 月 3 日門診。</p> <p>(二) 112 年 6 月 4 日急診。</p> <p>(三) 112 年 6 月 4 日至 12 日住院。</p> <p>四、醫療費用：住院費用折合新臺幣(下同)計 9 萬 7,314 元，另門診及急診費用缺收據，未列計金額。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 6 月 3 日門診及 6 月 4 日急診：核定金額 0 元(缺收據，該署前於 113 年 1 月 10 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，申請人於 113 年 1 月 10 日以電子郵件表示 6 月 3 日及 4 日門、急診檢驗費已包含在住院收據中，惟查 6 月 4 日至 12 日住院費用明細無該門、急診費用，該署逕依現有資料審核，核定不給付)。</p> <p>(二) 112 年 6 月 4 日至 12 日住院：經專業審查結果，同意給付合理住院日數 4 天，依健保署公告「112 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 7,315 元，核退 4 日住院費用計 2 萬 9,260 元 (7,315 元×4=29,260 元)；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人檢附○○醫院診斷證明書影本，主張同樣胃靜脈曲張出血及疑似肝良性腫瘤治療，為何核定住院天數差那麼多?在○○醫院治療檢查需住院 14 天(112 年 6 月 23 日至 7 月 7 日)，其在大陸地區醫院開刀治療共住院 9 天，健保只核退 4 天(112 年 6 月 3 日急診，6 月 4 日轉病房，6 月 12 日出院)。另門診、急診核退金額為何 0 元?其此次開刀住院的門診、急診及住院費用總共支付人民幣 2 萬 2,016.07 元，其 112 年 1 月 10 日已發函說明 112 年 6 月 3 日及 4 日門、急診檢驗費已包含在住院收據，健保署卻回覆住院費用明細無門、急診費用，難不成大陸醫院做慈善事業，免費贈送門、急診檢查費，其不是醫學專業人員，無法核對費用明細云云，向本部申請審議。</p> |

理

由 一、法令依據

- (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。
- (二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。
- (三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項及附表、第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。
- (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。
- (五) 健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告。

二、關於 112 年 6 月 3 日門診及 6 月 4 日急診部分

- (一) 依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明，合先敘明。
- (二) 此部分經綜整卷附就醫相關資料影本及健保署意見書記載，認為申請人檢附 112 年 6 月 3 日門診之「檢驗報告」及 6 月 4 日急診之「檢查報告單」、「檢驗報告單」、「檢驗報告」、「輸血科報告單」等資料向健保署申請核退其 112 年 6 月 3 日門診及 6 月 4 日急診自墊醫療費用，經健保署審查結果，認為該 2 次就診未檢附收據，以 113 年 1 月 10 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送費用收據正本及費用明細，申請人雖於 113 年 1 月 10 日以電子郵件聲明「6 月 3 日及 6 月 4 日的檢驗費用已包含在住院收據中」等語，惟經健保署審查認為 112 年 6 月 4 日至 12 日住院費用明細並無該門、急診費用，本部為求慎重，再逐一審視卷附就醫相關資料影本，發現申請人固於 112 年 6 月 3 日門診接受凝血、血細胞等血液檢查、6 月 4 日急診接受新型冠狀病毒核酸檢測、血清、尿液、血漿、CT 等檢查，並隨即於當天上午 8 時 26 分入院，有「檢查報告單」、「檢驗報告」、「輸血科報告單」、「出院記錄」、「出院證」等影本附卷可稽，惟查卷附申請人 112 年 6 月 4 日至 12 日住院之「醫療住院收費票據(電子)」、「醫療收費明細(電子)」、「住院結算告知單」及「病人住院費用清單(彙總)」內容，均僅記載收費項目、收費金額及「執行科室」(藥劑科中心藥房、靜配中心、消化內科住院病區、臨床營養科、放射科、檢驗科、生化室、免疫室、PCR 室、放免中心、細菌室、輸血科、心電圖室、內窺鏡

室、體液室)，均無與門診或急診有關之相關記載或描述，亦無從認定該2次就診費用已列於住院費用中，爰健保署逕依所送書據進行審核，於113年1月12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核定不予給付，於法尚無不合。

三、關於112年6月4日至12日住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附住院就醫相關資料影本顯示，申請人因「黑便1天」於112年6月4日入院，診斷為「肝硬化伴食管胃底靜脈曲張破裂出血」等，於112年6月5日接受「內視鏡下外科腔+硬化劑注射術+內鏡床旁治療」等治療，於112年6月12日出院，經健保署依核退上限給付4日住院費用2萬9,260元，其餘醫療費用不予核退，茲查核分述如下：

(一) 關於醫療費用7,315元部分

此部分申請人於113年2月1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5天，爰依前揭核退上限，住院每日7,315元，扣除原已核退之4日住院費用2萬9,260元，補核退1日住院費用7,315元，並於113年2月7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通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 其餘未准核退住院費用差額6萬739元(97,314元-29,260元-7,315元=60,739元)部分

1. 查申請人係因肝硬化合併胃靜脈曲張破裂出血於112年6月4日住院，翌日112年6月5日即接受內視鏡注射硬化劑治療，症狀已有改善，其病情予以住院5天治療及觀察，已足以因應緊急醫療之所需。
2. 綜合判斷：同意健保署意見，原核定及重新核定計核退5日住院費用，其餘費用不予核退。

四、申請人檢附○○醫院診斷證明書影本，主張同樣胃靜脈曲張出血及疑似肝良性腫瘤治療，為何核定住院天數差那麼多？在○○醫院治療檢查需住院14天(112年6月23日至7月7日)，其在大陸地區醫院開刀治療共住院9天，健保只核退4天(112年6月3日急診，6月4日轉病房，6月12日出院)。另門診、急診核退金額為何0元？其此次開刀住院的門診、急診及住院費用總共支付人民幣2萬2,016.07元，其112年1月10日已發函說明112年6月3日及4日門、急診檢驗費已包含在住院收據，健保署卻回覆住院費用明細無門、急診費用，難不成大陸醫院做慈善事業，免費贈送門、急診

檢查費，其不是醫學專業人員，無法核對費用明細云云，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) 本件申請人系爭門診、急診及住院就醫，其中門、急診部分，申請人未依規定檢附收據供核，而住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷核付 5 日(原核定核付 4 日，重核補付 1 日)住院費用外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開住院就醫資料專業判斷結果，亦認為予以住院 5 日治療及觀察，已足以因應緊急醫療之所需，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計 7,315 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 29 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 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，需要緊急處理以查明病因者。

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、精神病病人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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項及附表暨第2項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」
 「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

| 符合本法第五十五條規定之保險對象 | 保險對象(由本人或委託人申請) | 備註 |
|--|--|--|
| 一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者（臺灣地區外） | 一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。 | 一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。 |

五、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。」

六、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。」

七、健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 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 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) |
|-------------------------|------------|------------|------------|
| 112 年 4 月至 112 年 6 月 | 1,088 | 3,704 | 7,315 |

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。」