

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 113年1月29日、3月4日及15日計3次門診。</p> <p>(二) 113年2月21日急診。</p> <p>(三) 113年2月21日至23日及3月4日至7日計2次住院。</p> <p>三、醫療費用：折合新臺幣(下同)計37萬179元(其中113年3月4日至7日住院費用35萬4,759元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 113年1月29日門診、113年2月21日急診及113年2月21日至23日住院：同意依收據記載金額，各核實核退費用716元、985元及3,748元。</p> <p>(二) 113年3月4日、15日門診及113年3月4日至7日住院：按健保署公告「113年1、2、3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1,024元、住院每日6,227元，分別核退2次門診費用計2,048元(1,024元×2=2,048元)及3日住院費用1萬8,681元(6,227元×3=18,681元)，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>五、申請人就健保署未准核退之113年3月4日至7日住院費用差額部分不服，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113年1月10日健保醫字第1130660022號公告。</p> <p>二、查本件申請人因病於113年3月4日至7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，並依實際住院天數及前開公告核退上限，住院每日6,227元，核退3日住院費用1萬8,681元(6,227元×3=18,681元)有案，其餘係超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、申請人主張其於境外就學期間，因自發性氣胸2次保守吸氧治療後仍未痊癒，並於113年3月4日再次復發，原希望能回臺進行診治，因氣胸患者搭機會加重胸內負壓，使原有氣胸破口變大而引起氣胸量增多，從而出現嚴重呼吸困難，迫於生命安全考量，只能選</p>

擇在當地醫治，無法搭機回臺就醫。於113年3月4日住院進行手術，113年3月7日出院，住院期間產生手術費與住院費用約為35萬4,759元，健保署核退費用為1萬8,681元，占自行墊付住院費用的5.26%，核退費用差額巨大，請提高此筆住院手術核退費用比例云云，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，不可能就其人民在國外發生之傷病，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，業經健保署依實際住院天數及前開公告核退上限核退3日住院費用，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3日住院費用1萬8,681元，其餘醫療費用，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。

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 113 年 1 月 10 日健保醫字第 1130660022 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 113 年 1、2、3 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)
113 年 1 月至 113 年 3 月	1,024	3,298	6,227

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。」