

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 12 月 30 日至 113 年 2 月 3 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 8 萬 7,178 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：腦膜瘤。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 12 月 30 日至 113 年 2 月 3 日住院(依收據、費用清單記載，「出院記錄」記載出院日為 113 年 2 月 2 日)。</p> <p>(二) 113 年 2 月 21 日、3 月 6 日及 20 日計 3 次門診。</p> <p>四、醫療費用：住院折合新臺幣(下同)計 35 萬 5,195 元，門診部分計人民幣 792.87 元(依收據及核退申請書記載)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 申請人申請核退 112 年 12 月 30 日至 113 年 2 月 3 日住院就醫自墊之醫療費用，經依所檢附相關資料專業審查，認為不符合不可預期之緊急傷病，不同意給付。</p> <p>(二) 另所附 113 年 2 月 21 日、3 月 6 日及 20 日就醫收據，因尚缺診斷證明文件，經健保署於 113 年 6 月 26 日電話聯繫申請人確認無法提供，一併檢還。</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 5 條第 1 項暨附表、第 2 項、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 113 年 1 月 10 日健保醫字第 1130660022 號公告。</p> <p>二、關於 112 年 12 月 30 日至 113 年 2 月 3 日住院部分</p> <p>此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「門診病歷」(就診日期 112 年 12 月 30 日、113 年 7 月 31 日)、「出院記錄」、「會診單」、「影像科診斷報告單」等就醫相關資料顯示，申請人於 112 年 12 月 30 日因眩暈 1 天，伴噁心、嘔吐、胸悶門診就醫，並於同日以「反復頭暈 2 天」為主訴住院就醫，113 年 1 月 2 日接受頭部 CT 及 MRA 檢查顯示有 1.2 公分的腦膜瘤，診斷為「1. 右頂竇旁腦膜瘤 2. 左頂骨骨瘤」等，113 年 1 月 15 日接受</p>

「顱內病灶切除術+硬腦膜補片修補術+顱骨修補術」治療，113年2月3日出院，分述如下：

(一) 關於醫療費用 8 萬 7,178 元部分

此部分申請人於 113 年 8 月 27 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付合理住院日數 14 日醫療費用，依健保署公告之「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」，住院每日 6,227 元，補核退 14 日住院費用計 8 萬 7,178 元(計算式：6,227 元 x14=87,178 元)，並於 113 年 9 月 3 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) 關於其餘未准核退之醫療費用 26 萬 8,017 元(355,195 元-87,178 元=268,017 元)部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人於 112 年 12 月 30 日因眩暈 1 天，伴噁心、嘔吐、胸悶住院就醫，因頭部 CT 檢查顯示有一 1.2 公分的腦膜瘤，於 113 年 1 月 15 日接受腦部手術，依醫療常規，其病症予以 14 日住院治療，應足以因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退 14 日住院費用。

三、關於 113 年 2 月 21 日、3 月 6 日及 20 日門診部分

(一) 按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表已明訂，保險對象申請核退醫療費用時應檢具之書據，包含診斷書或證明文件等，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，如申請書據不全者，依前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 2 項規定，應於健保署通知之日起 2 個月內補件。

(二) 健保署提具意見及補充意見

申請人申請核退 113 年 2 月 21 日、3 月 6 日及 20 日門診費用，因缺診斷證明文件，前經該署於 113 年 5 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，並於 113 年 6 月 26 日電話聯繫申請人確認無法提供，乃依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 2 項規定「屆期未補件者，逕依所送書據進行審核」，不同意給付。申請人復於申請審議理由說明該 3 次就醫都是複診拿藥，惟仍未補付相關診療證明文件，故維持不予給付。

(三) 查申請人向健保署申請核退此部分 113 年 2 月 21 日、3 月 6 日及 20 日門診就醫之醫療費用，僅檢附「自助醫保結算」之發票

單據，並未依規定檢附診斷書或證明文件，經健保署於 113 年 5 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，並於 113 年 6 月 26 日以電話向申請人確認無法提供，已如前述，此亦為申請人所不否認，而迄於 113 年 8 月 27 日(本部收文日)申請審議時，申請人亦未補附診斷書或證明文件供核，足見申請人無法提供該 3 次門診之診斷書或證明文件，核與前開全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條附表規定不符，健保署不同意核退此部分醫療費用，尚非無據。

四、申請人主張其 112 年 12 月 1 日去大陸地區，12 月 30 日左眼至手腳都麻木，伴隨頭暈、噁心，意識不清，經急診並安排住院，診斷為右頂竇旁腦膜瘤，手術後頭暈、嘔吐、噁心才好轉，住院 34 天，其自 112 年在臺灣就常出現這些狀況，一直在臺灣醫院看診，但沒有好轉，另其出院後靠中醫復健，113 年 2 月 21 日、3 月 6 日及 20 日計 3 次門診，都是複診拿藥云云，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) 本件申請人系爭住院及 3 次門診，其中 3 次門診部分，申請人並未依規定檢附診斷證明文件，其餘住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷重核補付 14 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就醫資料專業判斷結果，亦認為住院治療 14 日已足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住院醫療費用 8 萬 7,178 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 11 月 12 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。」「申請核退醫療費用時應檢具之書據：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。」「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。」

四、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。」

五、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。」

六、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。」