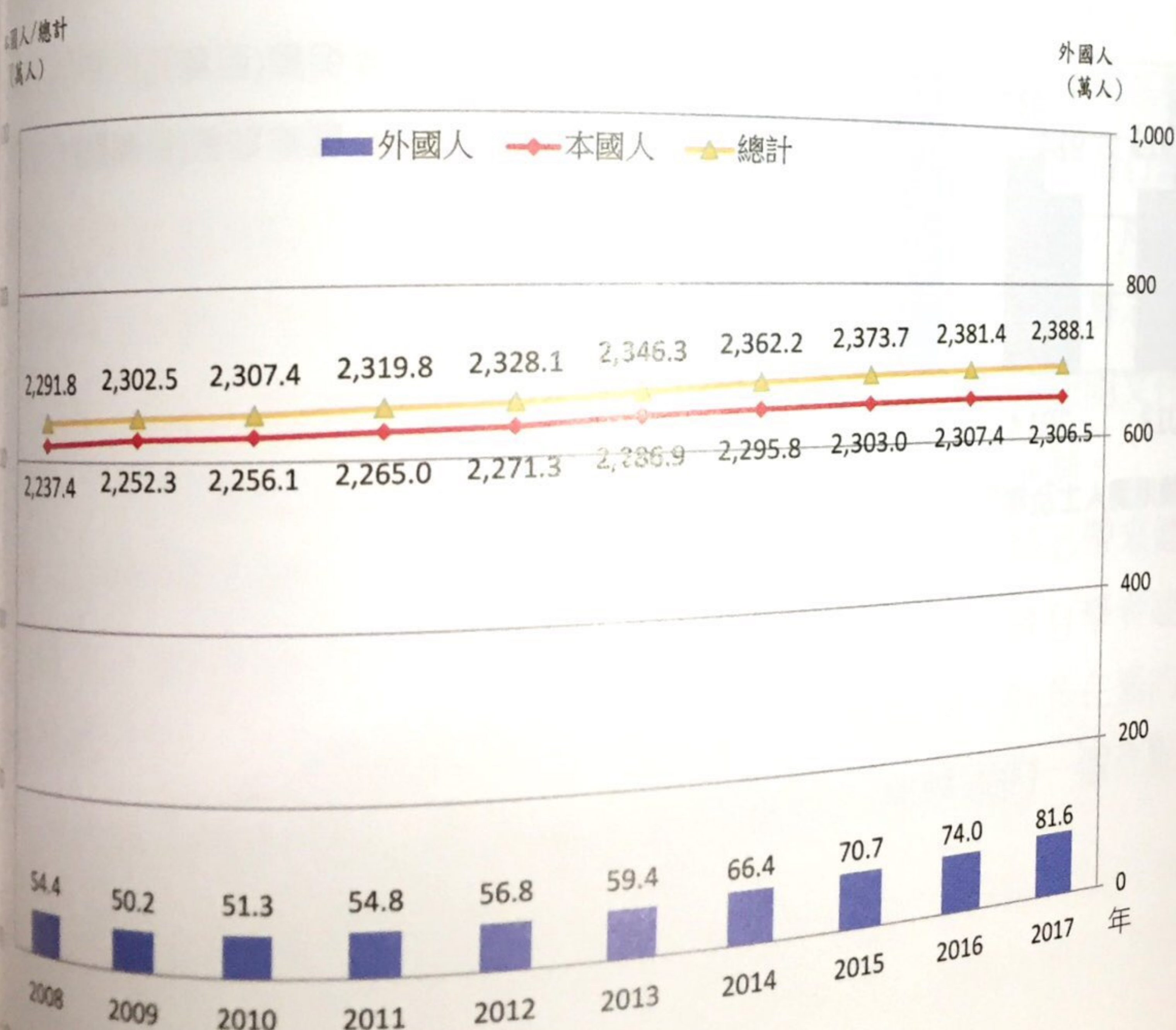


國人使用多少健保資源？

江姝靚、楊玉美、李宛柔、徐婉瑄
健康保險署承保組)

政府開放全民健康保險之初衷，即在透過自助與互助制度，增進全體國民健康，全體國民及外國人領有在臺居留證且符合健保納保條件者，均為全民健康保險所保障對象。自 1995 年健保開辦之日起，除了讓受聘僱來臺工作之國人並領有居留證明文件，自受僱日投保健保，自 1999 年起，未受聘僱之國人（含大陸、港澳）來臺，得自領有居留證明文件且在臺居留滿一定期間（2013 年二代健保施行以前為 4 個月，現為 6 個月）參加健保。

根據 2017 年底統計，健保保險對象人數為 2,388 萬人，近 10 年間增加 16 萬人，平均年增率 0.5%；其中保險對象屬外國籍者約 82 萬人，10 年增加約 28 萬人，平均年增率約 5%（如圖 10-6-1）。



10-6-1、保險對象人數統計

全體保險對象以年齡結構分析，未滿 15 歲保險對象約 303 萬人，占總投保人口 12.7%。15 到 64 歲者約 1,763 萬人，占 73.8%，65 歲以上者約 321 萬人，占 13.5%。若與 2016 年比較，65 歲以上老年保險對象增加 16 萬人，未滿 15 歲幼年保險對象減少 5 萬人，15 到 64 歲青壯年保險對象減少 4 萬 4 千人。

2017 年全年外國人參加健保之收支統計，以國別區分，大陸、港澳地區人民計有 8.4 萬人，保險費收入 10.9 億元，醫療支出 9.6 億點；外籍人士全年計有 86 萬人，保險費收入 138.6 億元，醫療支出 37.5 億點（如圖 10-6-2、圖 10-6-3）。由此分析得知，外籍人士在臺加保的整體保險費收入足以支應醫療費用，並沒有增加健保財務負擔。

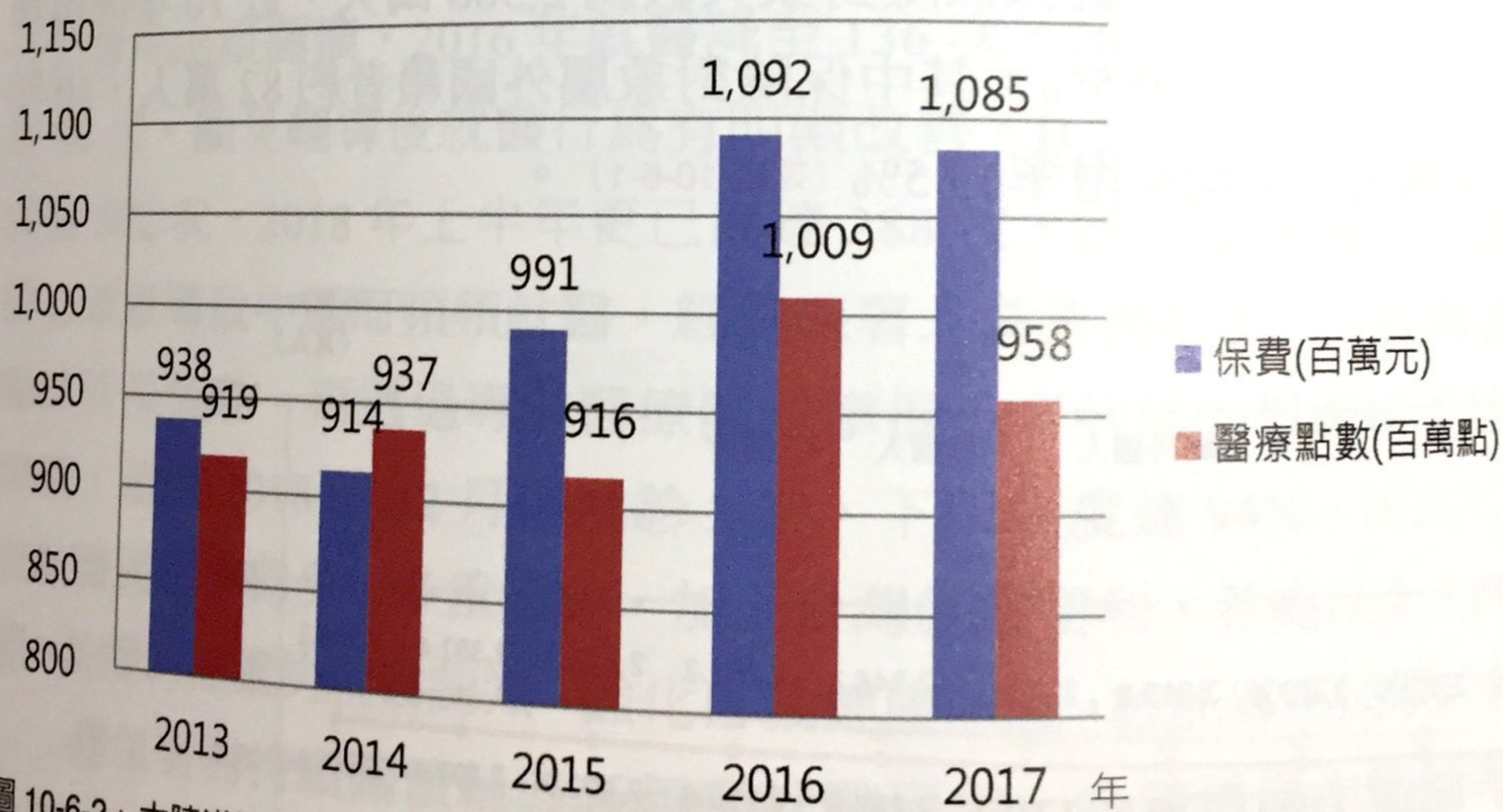


圖 10-6-2、大陸港澳人士及無戶籍國民保險費暨醫療使用統計

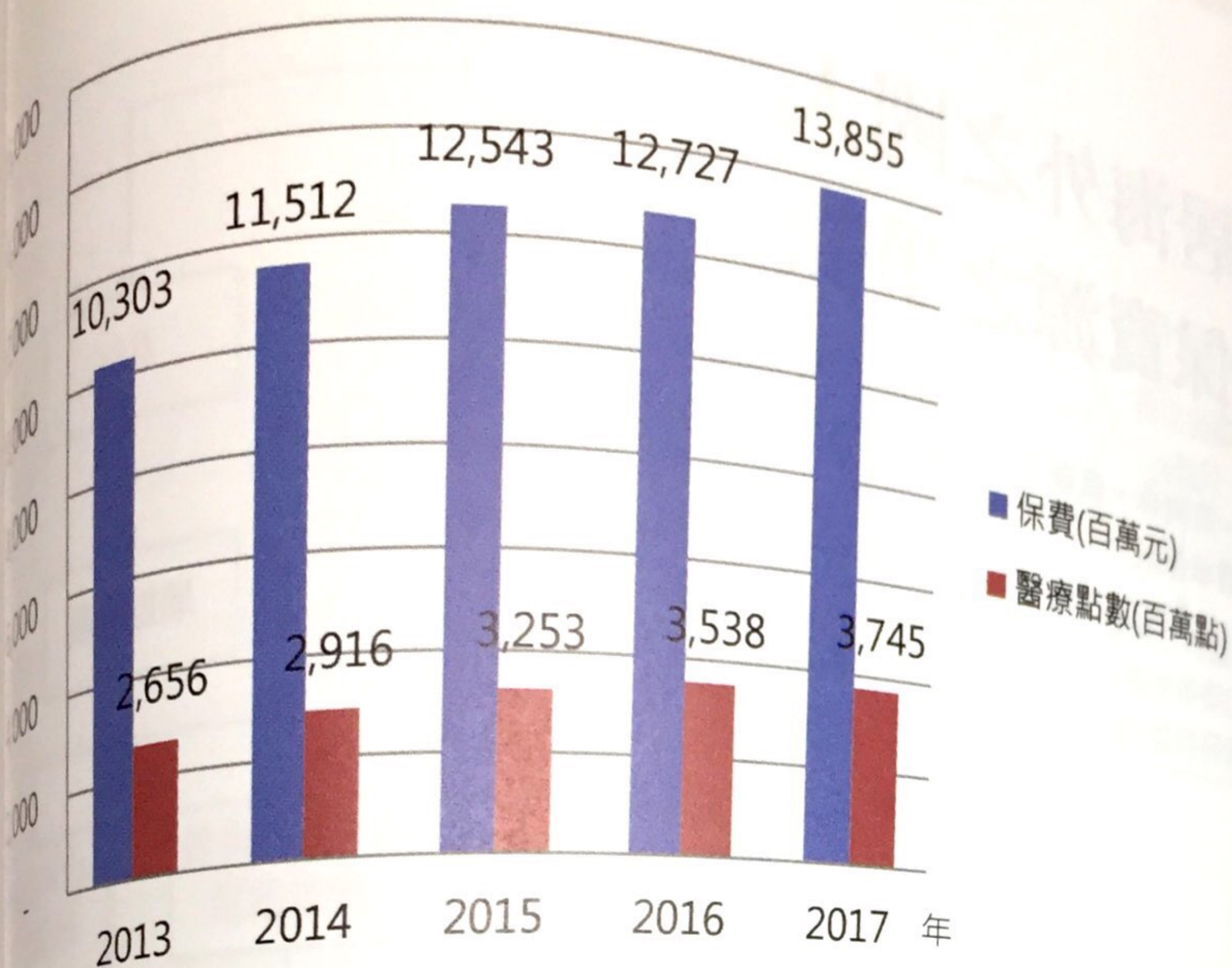


圖10-6-3、2013年至2017年外國人保險費暨醫療使用統計

為吸引外國專業人才來臺，讓臺灣成為友善工作環境，相關配套措施擴大實施，全民健康保險法第9條修正，自2017年12月1日起，推動在臺灣地區出生新生嬰兒自出生日納保事宜，使其能與在臺灣地區出生我國籍新生嬰兒享有相同之健康照護及權益。此外，配合行政院公告定自18年2月8日施行之「外國專業人才延攬及僱用法」，凡符合所稱受聘從事專業工作之外國專業人才，其配偶、未成年子女及身心障礙無法自理之成年子女，經領有居留證明文件者，自領有居留證明文件之日起參加健保，不受健保法第9條在臺居留需滿6個月之限制。

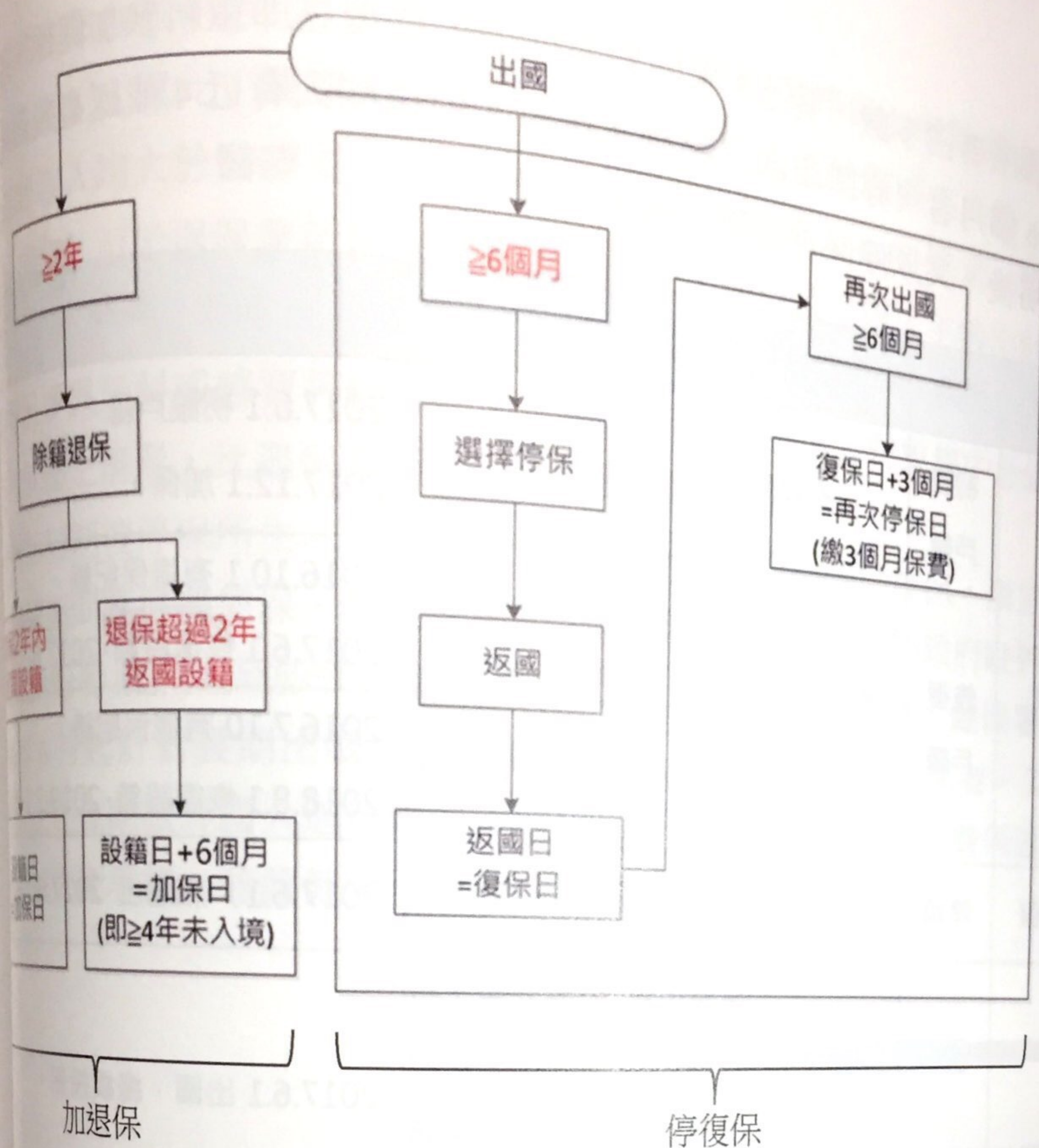
就人口結構改變而言，由於少子化與高齡化社會勢必帶來健保保費入不敷出之壓力，值得慶幸此種趨勢是遞進且可預測的，曾有學者建議開放移民引進年輕人口，從臺灣實施全民健保的社會環境，許多在臺的外國人也都認為臺灣健保價廉物美，或許健保會是吸引外來移民的一個亮點。

長期旅居海外之國人 使用健保資源之爭議

黃建強、江姝靚、許周珠、盧麗玉、馮嘉柔
(中央健康保險署承保組)

健保施行初期，本於增進全體國民健康、提供醫療服務之創辦目的，凡在臺設籍滿4個月之國民皆應納入健保，於發生疾病、傷害、生育事故時提供醫療給付；並基於投保資格以「設籍」為基本要件及國人旅外期間就醫可近性等考量，因此訂有加、退保與停保相關規定。

回顧歷來有關加退保資格的相關規定，隨著社會經濟環境變遷，旅外人口增加，1999年曾修法齊一規定各類被保險人之眷屬於投保時均需4個月等待期，但曾有投保紀錄者、受僱者及在臺出生嬰兒免等待期。2013年再度修法限縮投保及停保條件，包括最近2年內有投保紀錄者始免除6個月等待期，以及出國停保者於返國復保後需俟3個月後始能再次申請停保（如圖10-7-1）。



10-7-1、旅外國人加退停復保規定流程示意圖

不過，近年社會各界對於長居國外國人返國參加健保利用健保資源之現狀，仍普遍存有負面觀感，民眾於國發會平臺提案檢討投保資格，認為對旅外國人返國投保資格應加以檢討，始符合社會期待。

目前，旅外國人申請投保及停復保各有不同樣態（如表 10-7-1），有出國停保後，1 年內再次出國停保的「短期復停保」，以投保於戶籍地公職人員居多數，其次為民營事業機構受僱者，且多數於返國後半年內再次辦理復保。還有除籍退保返國後重新設籍加保，這種樣態身分也以投保於戶籍地公職人員居多數。

籍地公所者占多數，有 2/3 保險對象恢復戶籍後立即重新參加健保，餘則需等待 6 個月者（亦即出國已超過 4 年），但這些人有近 4 成返臺設籍取得健保資格後，又以停保方式暫停繳納保費。

異動	對象	規定		範例
投保	初設戶籍	初設戶籍日 <u>+6 個月</u> 加保		2017.6.1 初設戶籍， 2017.12.1 加保。
	恢復戶籍	<u>2 年內曾有</u> 加保紀錄	恢復設籍日加保	2016.10.1 有退保紀錄， 2017.6.1 恢復設籍，2017.6.1 加保。
		<u>2 年內未有</u> 加保紀錄	恢復設籍日 <u>+6 個月</u> 加保	2016.7.10 有退保紀錄， 2018.8.1 恢復設籍，2019.2.1 加保。
退保	除籍	戶籍遷出，自遷出日退保		2017.6.1 戶籍遷出，2017.6.1 退保。
停復保	預計出國 6 個月以上	選擇 <u>繼續投保</u>	繼續繳費，於國外發生特殊傷病、不可預期之緊急傷病或緊急分娩，可申請核退。	2017.6.1 出國，繼續投保。
		選擇 <u>辦理停保</u>	<u>6 個月內</u> 返國， <u>停保無效</u> ，補繳保費。	2017.6.1 出國停保，2017.10.30 返國，註銷停保並補繳保費。
			<u>6 個月後</u> 返國， <u>返國日復保</u> ； <u>復保 +3 個月始得再次停保</u> 。	2017.6.1 出國停保，2018.6.1 返國復保； 2018.9.1 之後始得再次停保。

表 10-7-1、旅外國人參加健保及停復保制度說明及範例

根據健保 2012 年至 2016 年資料分析，「短期復停保」者除了在 2012 年保費收入 2.26 億元，醫療支出 2.7 億元，保費收入低於醫療支出外，2013 年保費收入均大於醫療支出，例如：2016 年保費收入 4.18 億元，醫療支出 2.6 億元。至於退保重新加保者的收支狀況，則持續呈現入不敷出狀況，2016 年來看，保費收入 2.18 億元，醫療支出 2.5 億元，不足 0.32 億元。情況多為牙科或感冒等輕症疾病，惟「短期復停保」對象集中於返國 1 年內就醫之情形，比退保重新加保者就醫情況顯著。

對於短期復停保所生之爭議，健保署正研議取消出國停復保，換言之，出國期間應持續加保，僅允許特定對象得申請停保（譬如政府駐外人員、漁船船員）。至於長期旅居海外之國人屢有欠費情事，健保署已自 8 年 6 月起針對長期出國在保、返國復保或恢復戶籍再加保者，欠費 3 元以上之長期旅外國人進行健保卡查核，以減少未持續繳交保費但返國就醫之權益失衡爭議，藉此健全全民健保制度的合理性及公平性。

健保署已針對長期旅外國人進行查核，以減少未持續繳交保費但返國就醫之權益失衡爭議。



長期旅居海外之國人健保欠費輔導情況

黎翰境、林阿明、吳錦松、羅慧梅、王麗綾
(中央健康保險署北區業務組)

健保制度創設目的在於增進全體國民健康、提供醫療服務，只要是具有中華民國國籍並且在台灣地區設籍，或領有居留證明文件且在台居留滿6個月的民眾，不論是居住在國內或國外，都是全民健康保險的保險對象，而所有的保險對象便有按時繳納保險費的義務，對未按時繳交保費的民眾，健保署有暫停給付的措施（即健保卡鎖卡），但此一措施自蔡英文總統上任後，為落實醫療人權的普世價值，實施全面解卡，將就醫權益與欠費脫鉤處理，亦即民眾即使積欠健保費照樣可以持健保卡就醫。

然而，自2017年起，部分民眾質疑長年旅居海外之國人在健保醫療資源使用的權利與所負義務並不對等，健保署為瞭解前述情形，針對積欠保險費逾3個月的旅外國人共計31,663人進行資料分析。本署考量長期旅居海外之國人，可能因入出境頻繁、在台停留時間短，疏於處理欠費問題，為符合社會公平正義期待，並且增加提醒的效果，就現行法令範疇研提「長期旅居海外之國人健保欠費健保卡查核專案」，自2018年6月起，陸續發函通知長期旅居海外欠費查核對象，暫時不能以健保身分就醫。

透過前述專案管理及輔導，長期旅居海外欠費查核對象共31,663人（如表10-8-1），截至2018年11月受查核對象整體繳納保費1.93億元，總欠費金額從7.47億元減少至5.54億元，下降25.8%。其中的8,460人繳納1.17億元，占總收繳金額60.6%，並且在繳納健保費之後已經從控卡名單中移除；另外23,203人尚有部分欠費，故仍在控卡狀態。

日期	總查核 人數	收繳總 金額	已完成繳納解除管卡		僅部份繳納持續控管	
			人數	已繳金額	人數	已繳金額
2018.06.11	4,077	0.35	1,500	0.23	2,577	0.12
2018.07.25	7,658	0.40	1,202	0.22	6,456	0.18
2018.08.14	6,808	0.36	1,518	0.20	5,290	0.16
2018.09.01	6,493	0.48	2,797	0.34	3,696	0.14
2018.09.27	6,627	0.34	1,443	0.18	5,184	0.16
合計	31,663	1.93	8,460	1.17	23,203	0.76

單位：人數、億元

表 8-1、長期旅居海外之國人繳納健保欠費概況

健保署的相關作為，旨在提醒旅外國人繳納健保欠費，並且回應民眾保險人善盡管理責任的期待，未來健保署對維護健保負擔義務與權利享公平性議題仍將持續努力。

2018 年 6 月起，針對長期旅居海外欠費的保險對象予以鎖卡，暫不得以健保身分就醫，以促請善盡繳費義務。



僑生、外籍生健保業務精進效益

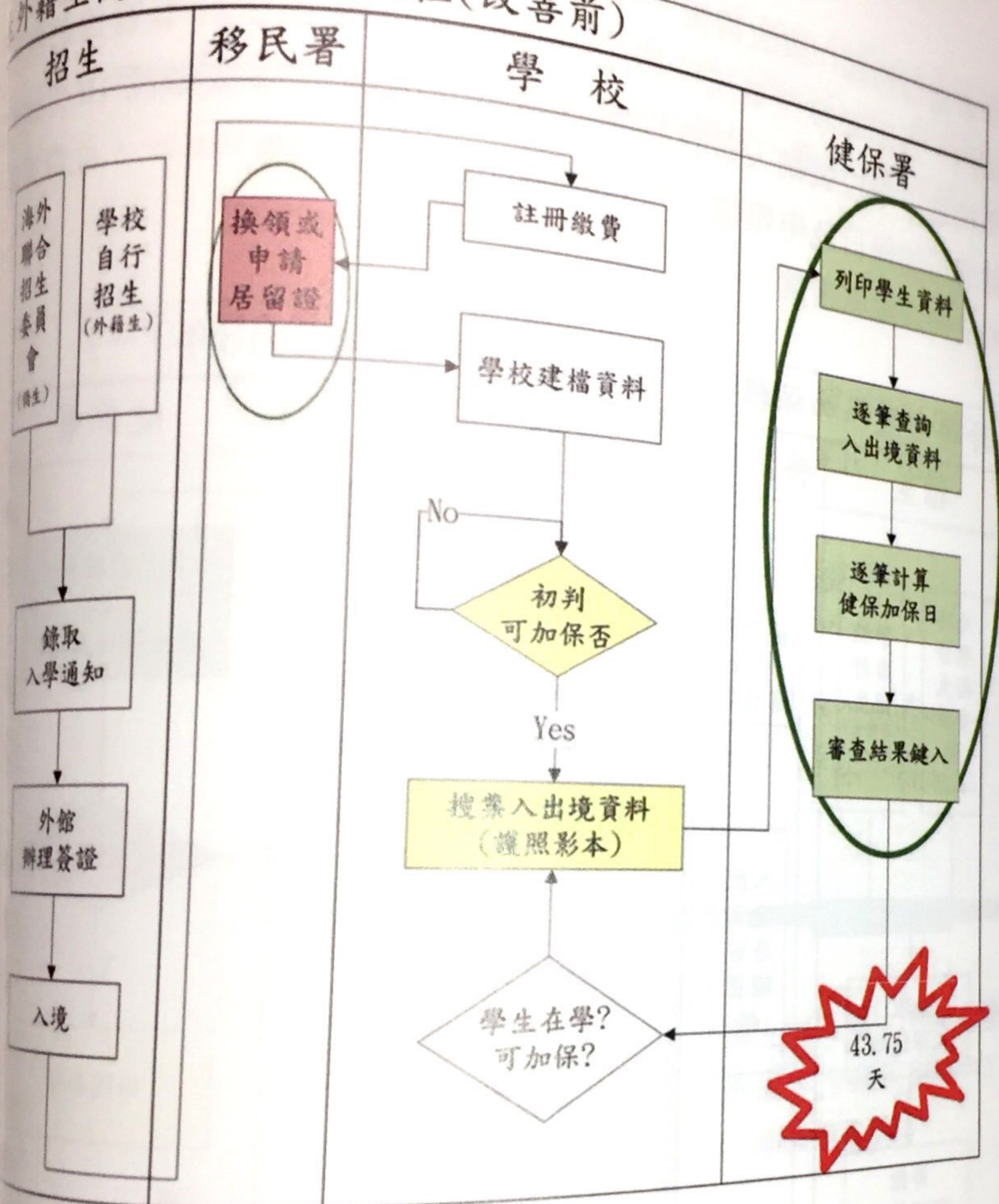
溫怡琄、林麗瑾、王淑華、陳美玲、黃碧玉、邱淑媛
(中央健康保險署臺北業務組)

根據教育部高教司公開網站資料統計，全國境外生（僑生、外籍生）於2017年底已達11.8萬人，較2007年底2.8萬人，成長了3倍多，若再加海青專班及高中的僑生、外籍生，在台約有15萬的非本國籍學生，其中每年新進就學人數約4萬餘人。

目前，健保署每年辦理境外生2.8萬筆健保異動資料，其中新加保資料占了1.5萬筆。因為僑生、外籍生人數年年增加，每個人的健保加保生效日都要人工逐筆計算，所以簡化作業、縮短作業時間成了重要的議題。

長期以來，計算僑生、外籍生健保可加保日之作業繁瑣且冗長，因僑生、外籍生不屬於受僱者，無法與一般藍領、白領外籍人士相同以聘僱日開始參加健保即可，需檢附相關資料，以人工方式逐筆審查。2013年健保法修法後，領有證明文件的外籍人士需在台連續居留滿6個月或曾出境1次未逾30日，而實際居住期間需扣除出境天數後，併計達6個月。在此規定下，僑生、外籍生之健保加保生效日需參照「居留證領取日期」、「等待期起算日」、「國籍」、「有效居留期間」、「歷次居留證換發狀況」、「入出境次數及天數」…等，經過層層審查檢附的書面資料並逐筆計算後，才能產生健保可加保日；而且當這些學生在未參加健保時出境2次或出境超過30天，或居留證過期未辦理導致失效重辦，所有的審查流程就需要重新再來一次，造成健保署同仁及學校僑輔老師莫大困擾與壓力。另依統計資料顯示，平均每位學生完成加保日審查需計算3至4次後才能產生健保可加保日期，作業時間平均約需43.75個工作天（如圖10-9-1）。

外籍生健保加保作業流程(改善前)



僑生、外籍生健保加保生效日審查流程 (2016 年)

減輕外部顧客與內部同仁負擔，健保署自 2016 年著手規劃簡化方案，針對問題外籍生加保現行作業流程進行檢視並找出遇到的問題，以 E 案為基礎，另選定學校逐家拜訪找出需求，進而規劃客製化服務。以 E 案處理作業模式，以批次查詢取代書面作業，以程式批次審定代替人工，藉以提升業務品質與增加外部顧客滿意度。

本署進行相關作業改善後，作業天數從 43.75 天縮減為 5 個工作天，大幅縮減內、外部顧客作業流程與工作時間。2018 年 3 月本署再將業務流程進一步精進，學校僑輔人員查詢學生健保可加保日每次僅需 10 分鐘，即可獲得健保可加保日及申報檔，大大縮減作業時間（如圖 10-9-2），此舉獲得全國學校的支持鼓勵與讚賞。

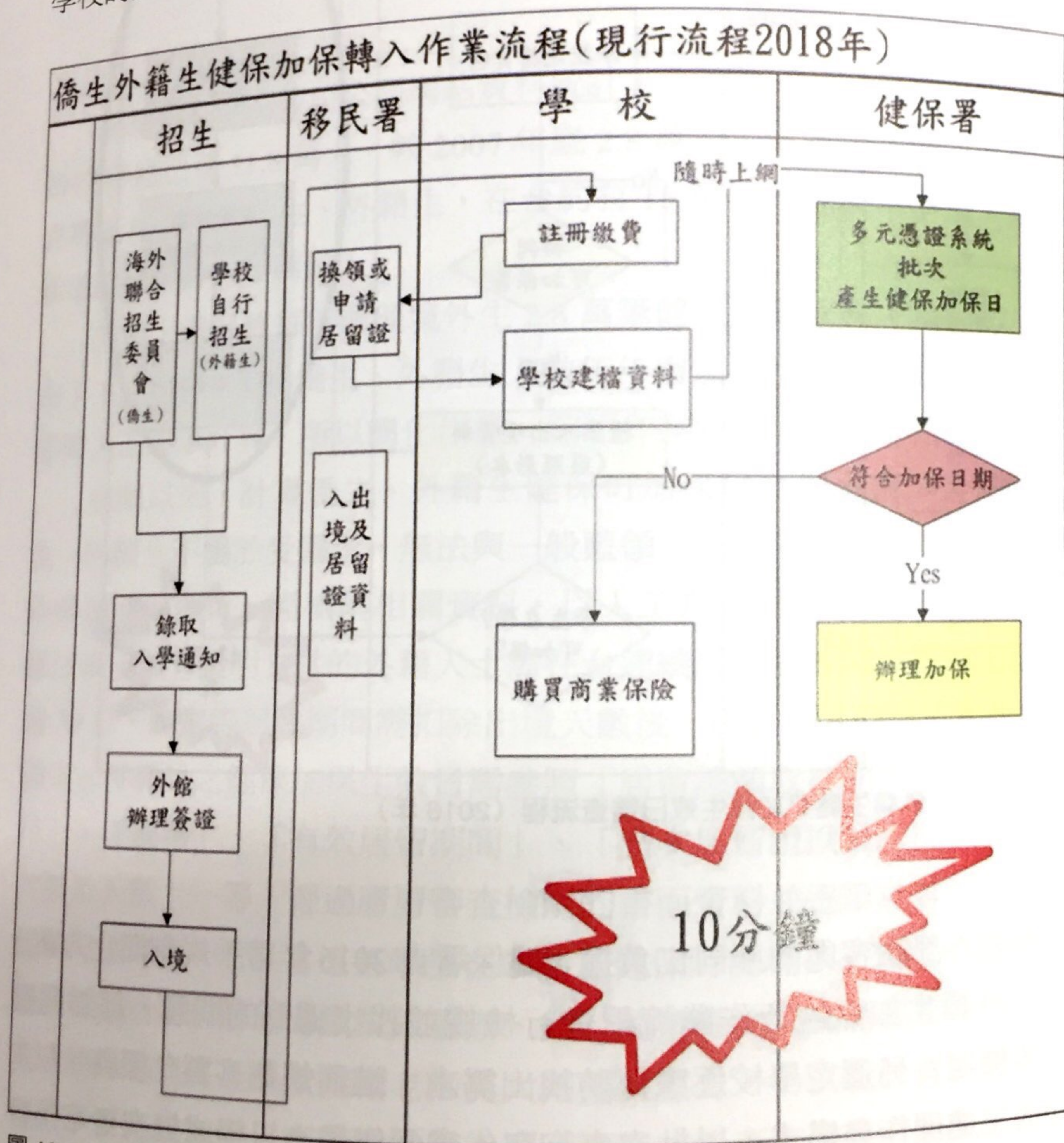


圖 10-9-2、僑生、外籍生健保加保生效日審查流程（現行作法係 2018 年修正）

本項僑外生健保作業精進計畫，從 2016 年至 2018 年約 1.5 年的時間，僑委會、教育部、移民署、僑委會外部單位進行跨域合作、資源整合，提高僑生、外籍生健保業務之效能，成功達到學校、學生、健保署三贏的局面。

僑生與外籍生加保流程改善後，作業天數從 43.75 天縮減為 5 天。



旅外國人之健保權益～ 從借卡就醫談起

李伯璋、董玉芸
(中央健康保險署署長室)

一名長期旅居國外之台籍民眾返國探視，某日因為牙痛，發現自己因積欠健保費而被鎖卡，於是突發奇想，向友人商借健保卡到某牙科診所就醫，企圖瞞天過海。不過，牙醫師看診時，發現她的牙齒狀況與出借健保卡者的病歷不符，向健保署檢舉而查獲。

長期旅外國人之健保權益，一直有很多爭議，像是經常出國者該不該維持「出國停復保」制度？長期旅外國人返國時，該不該有加保等待期？以及他們除了補繳保費外，該不該徵收一次性、與國人長期納稅相當之費用？都引起廣大討論。新聞媒體也曾多次報導，某些長期旅外國人往往是因重病才返國就醫，而且甫返國就辦理住院、接受手術等高價醫療服務，或是來個全口牙齒大整理，他們的保費付出與實際醫療獲得明顯不對等，凸顯此議題涉及公平正義的價值。

目前，旅外國人返國投保，以戶籍地公所為投保單位者（即第六類保險對象）占多數，且密集辦理出國停保以免繳保費者，也非少數。第六類保險對象現行每月保費自付額僅 749 元，較諸於商業醫療保險或國外健保，顯著低廉，但儘管如此，仍有欠繳保費卻使用健保醫療資源者；且因其個人長期旅居國外，國內多無財產，且入出國頻繁，縱對之移送強制執行，成效也有限。

為此，健保署自 2018 年 6 月起針對長期出國停保、返國復保或恢復戶籍再加保，且欠費 3 個月以上者進行查核，若未繳費即鎖卡，即不得以健保

就醫，使其盡繳費義務及享受健保醫療權益間能夠衡平。此外，研議未
有失蹤人口、政府人員因公駐外及遠洋漁船人員才可以辦理停保，其餘
要國內仍有戶籍，均須持續繳納保費。

2016年6月，健保考量經濟困難之國人醫療需求，為免國人因積欠保
費鎖卡而延誤治療，故將追討保費與醫療權益脫鉤處理，全面解卡。惟健
保除來自保費收入，亦有政府以稅捐補助部分，旅外國人雖為我國籍，
境內國人不同的是，並未在國內納稅，甚至出國期間均停保以免繳保
費，是以對積欠保費3個月以上之旅外國人鎖卡，實為合理且必要之管制。
開頭的實例，即是欠費被鎖卡卻不循正途解決，反而另闢蹊徑，不但無
事，還會被處以醫療費用之2至20倍罰鍰，並移送地檢署追究刑事責
任，實在得不償失。

至於外界另主張長期旅外國人返國加保應有等待期，且加徵一次性保
費，確能適度照顧旅外國人，又不致過度加重境內國人負擔。惟我國國際處
置難，凝聚僑民向心力亦為政府重任，對長期旅外國人之健保權益改革措
施應循序漸進，擬先推動取消出國停復保，追蹤其保費收入及醫療費用支出
，再做最好打算。

健保境外核退的美意，被糟蹋了

馬炳義、黃拱恒、白姍綺
(中央健康保險署違規查處室)

全民健保的給付方式，以台灣地區醫療服務為原則，但民眾如果在國外發生不可預期的緊急傷病，有立即在當地就醫的急迫性時，可以在治療結束後6個月內檢具診斷證明及醫療費用收據，依「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」規定向健保署申請核退醫療費用。近五年（2014年至2018年）每年國外自墊醫療費用核退案件約12.8萬件，核退金額約3.4億元，其中來自中國大陸的核退案件有9.5萬件、核退金額約2.3億元，約占每年國外自墊醫療費用核退案件的七成。

由於假借申請核退自墊醫療費用的名義詐領健保費，時有耳聞，且多集中在某些醫療院所或特定人士身上，健保署在審查國外自墊醫療費用核退案件時發現，國人前往深圳由台籍吳姓醫師開設的耳鼻咽喉科診所就醫，申請核退案明顯異常，包括診斷證明記載的病名大多雷同、用藥不符醫學臨床處置等。例如，上呼吸道感染竟使用第三線抗生素或同時使用兩種以上抗生素、發燒39度以上、血液常規檢查皆為WBC及中性粒細胞比例增加等。

經健保署進一步比對資料發現，民眾於該診所就醫後，申請核退案件數量相當大，2014年至2017年上半年核退的就醫件數就高達9,700多件、核退金額約1,500萬元，申請核付人數超過2,400人。

本案深入調查後，亦同時發現民眾及醫師有諸多違法行為，例如診斷書開立當日，有的民眾根本沒有出境或醫師返回國內，顯然沒有就醫事實，也有一般感冒就醫、施打疫苗（非因病就醫）、實為氣喘卻以腸胃炎、椎間盤突出等病症申請核退等情況，不一而足。健保署將本案函送司法機關偵辦，除追回不法領取的核付費用外，後續也將視司法判決情形，依健保法第81

處罰鍰。

健保「國外自墊醫療費用核退」是爲了保障民眾於海外緊急就醫的核退的美意。畢竟這種醫療行爲發生在國外，不應糟蹋政府容許境外就無法進行即時查核與監控作爲，僅能在事後調查。健保署正研議建立核退機制，例如公告違規（法）醫療機構黑名單、違規（法）民眾停一定金額以上或住院核退案增加面談程序等，以有效防範民眾或醫僥倖而詐領健保。

境外就醫自付核退費用核退標準採核實支付，且以國內特約醫院及診所急診每人次、門診每人次，以及住院每人日平均費用為上限。



以「診所／醫院有限（責任）公司」 醫療收據申請大陸地區核退案分析

趙英蕙、林麗瑾、鄧巽釗、余正美、李祚芬
(中央健康保險署臺北業務組)

全民健康保險立法意旨，主要係保障國人在國內發生疾病、傷害、生育事故時，由健保特約醫事服務機構提供醫療服務，惟考量國人有因出差或旅遊，在國外發生不可預期之緊急傷病或分娩有就醫需求，是以依全民健康保險法第56條第2項，訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」給予適度的保障。隨著國人因工作、旅遊、探親、海外渡假打工、留學等因素赴國外機會頻繁，旅外期間發生不可預期之緊急傷病情況下，須跨國就醫的頻率也增加。

從健保大數據分析，2013年至2017年期間申請國外就醫自墊醫療費用核退就醫總件數為672,594件，其中7成以上是在大陸地區就醫（如表10-12-1），香港、日本、泰國及越南各占4%。而在什麼情況下民眾可以回台申請核退？須符合二項條件：首先須確認就醫期間是否仍在本保險有效期間；其次須為不可預期之緊急傷病就醫（須同時符合不可預期＋緊急傷病二項要件，且由健保署審查醫藥專家依診斷書等證明文件認定），如符合上開二項條件，健保署將依相關規定核退費用（以前一季支付國內特約醫院及診所之平均費用為上限），故如國人出國至醫療費用相對較高的國家，可能無法全額核退，建議民眾加買海外突發疾病醫療險以補其不足。

類別 項目	大陸地區		非大陸地區		合計
	就醫件數	占率	就醫件數	占率	就醫件數
2013年	108,967	77%	31,730	23%	140,697
2014年	106,118	79%	27,424	21%	133,542
2015年	102,513	78%	28,726	22%	131,239
2016年	100,582	75%	33,999	25%	134,581
2017年	94,928	72%	37,607	28%	132,535
合計	513,108	76%	159,486	24%	672,594

註：依保險對象申請之件數按就醫日期計算。

12-1、國外地區自墊醫療費用統計分析表

健保署雖然無法監控與管理國外醫療機構所提供的醫療品質，亦難查驗醫療機構之合法性，但仍積極對於疑似申請異常的保險對象或機構加強查核及審查。透過與檢調合作，近期查獲保險對象以大陸「吳○峯耳鼻喉科診所」就醫資料申請自墊醫療費用核退案，卻未實際就醫（就醫日期非出外期間），偽造診斷書及收據申請健保核退之情事，健保署除追討回已核付費用外，亦移司法機關偵辦，待司法機關判決結果，將追責不法保險對象處罰金。

在持續監控「吳○峯耳鼻喉科診所」中，發現有民眾持「深圳市吳○峯耳鼻喉科診所有限公司」（屬營利機構）就醫收據申請自墊費用核退。經回溯抽調部分案件發現，2017年3月（含）以前該診所發票（收據）均蓋「吳○峯耳鼻喉科診所」章戳，約自2017年4月起改為「深圳市吳○峯耳鼻喉科診所有限公司」章戳。

另查，除該診所書據所蓋院所名稱有「公司」二字外，部分大陸診所或醫事服務機構，民眾持○○公司發票（收據）申請核退案得否認列，名稱亦有相同情形，民眾持○○公司發票（收據）申請核退案得否認列，考量自墊核退有來自保險法55條第2款之「醫事服務機構」所開收據，

世界各國之收據，各國醫療水準及制度迥異，同仁實務上認定上確有困難；境外核退案以大陸地區為大宗，依核退實務作業發現其就醫之付款憑證有「收據」、「發票」、「收費專用票據」等型式，發票抬頭有「地方稅普通發票」、「增值稅普通發票」、「國家稅務局通用機打發票」，因國情不同，已蒐集資訊審慎研議作業規範。

健保署提醒，出國期間如果發生不可預期的緊急傷病，須立即在國外院所立即就醫，切記要在門、急診治療當日或出院之日起六個月內，向投保單位所在地的健保署分區業務組申請核退費用，另在大陸地區住院5日（含5日，但出院日不列入計算）以上的核退申請案件所檢附之診斷書及醫療費用收據正本，需至大陸地區公證處辦理公證，回國再至財團法人海峽交流基金會辦理驗證後，才能提出申請。

國外自墊醫療費用核退案件有七成以上來自大陸地區。



具公平與效率的自墊醫療費用核退制度

李純馥、劉玉娟、林寶鳳、徐維志
(中央健康保險署醫務管理組)

全民健康保險自 1995 年開辦至今，解決了國人就醫的經濟障礙，帶著健保卡就可以到所有的特約醫療院所看病，非常方便；即使出國旅遊、或留學，只要沒有辦理停保，一旦在海外突發緊急傷病，就醫所花的醫療費用亦可申請核退。

依據健保法第 55 條規定，民眾因緊急傷病或分娩，而在國內於非健保院所、或在國外於當地醫療院所就醫等情形，可向健保署申請退還自行支付的醫療費用，該立法意旨是爲了讓國人緊急就醫時，得享有保險給付的費用。只是申請核退的金額並非花多少就核退多少，而是有其上限。

在 2018 年之前，核退國外自墊醫療費用的上限是以國內醫學中心平均門診、平均每次急診、平均每日住院之醫療費用爲上限基準。但是醫界反映，健保給付應以國內就醫爲主，且同一疾病在國內及境外之支付，本來有差距，如果所有的境外就醫都比照國內醫學中心的平均費用，實在不合。以 2015 年健保支付急性上呼吸道感染爲例，國內平均每件的醫療費用 400 元，但給付境外平均每次門診費用卻爲 1,273 元，兩者差距極大。

因此，2018 年健保署修訂境外自墊醫療費用核退上限基準，由「特約中心」平均醫療費用爲上限，改爲以「特約醫院及診所」的平均醫療費

用為上限。門診每次上限核退基準較修訂前約減少 1,000 餘元，急診每次約減少 800 元，住院每日約減少 2,400 元，2018 年上半年與前一年同期相比，合計減少 6,835 萬餘元（如圖 10-13-1）。

核退上限2018年起由
特約「醫學中心」改為
特約「醫院及診所」

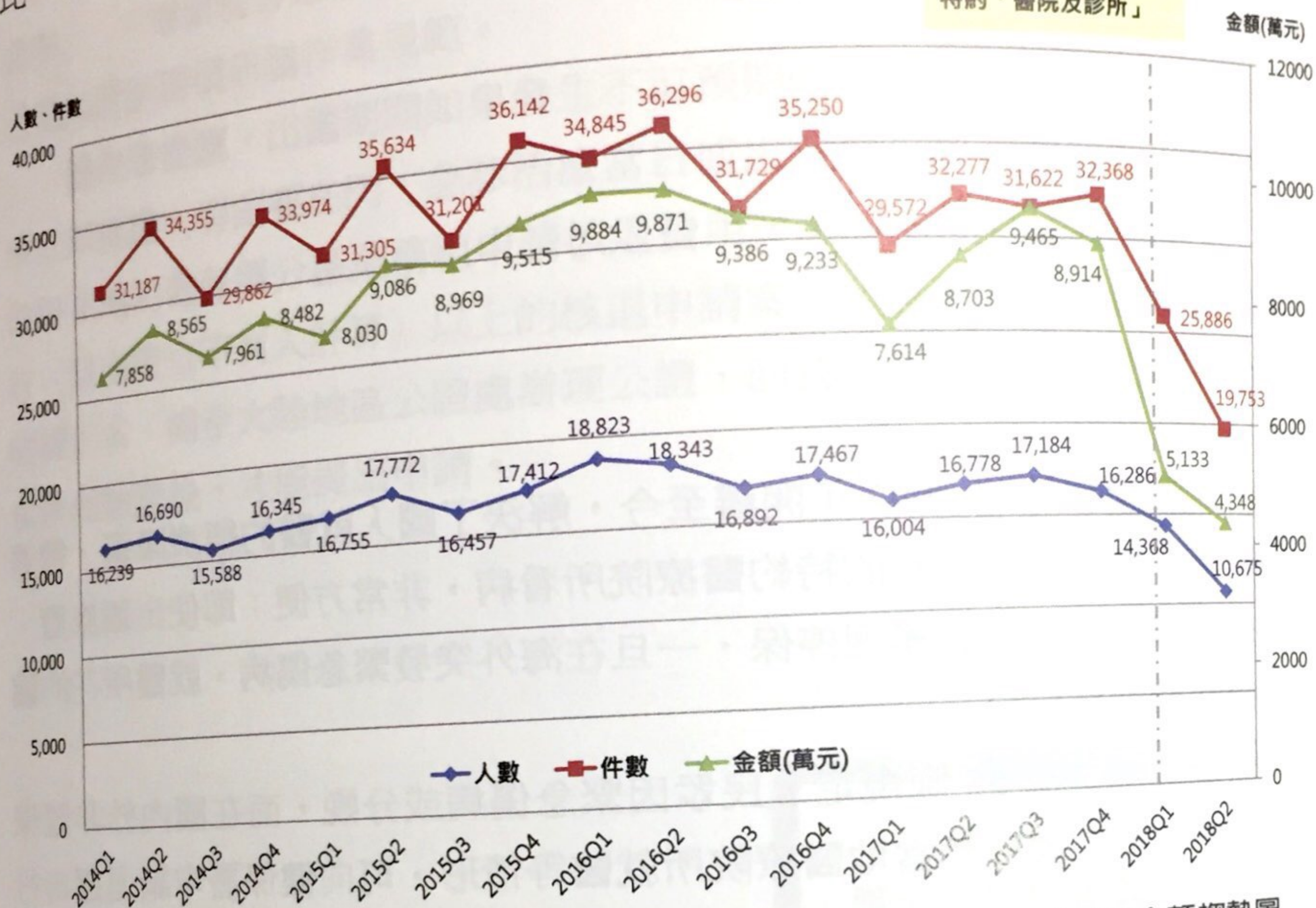


圖 10-13-1、2014 年至 2018 年第二季各季自墊醫療費用核退人數、件數及核付金額趨勢圖

另觀察 2014 年至 2017 年的健保統計數據，以地區別來看，核付之就醫件數及金額皆以大陸地區為最多，主要是國人赴大陸地區就業、就學及旅遊之人次相較於其他地區為多所致；就疾病別而言，則以急性上呼吸道感染為最多，與國內常見疾病一致。

此外，民眾個人全年住院部分負擔如超過法定上限（依規定為每年每人平均國民所得之百分之十，由衛生福利部每年公告），須自行檢具醫療費用收據正本及費用明細向健保署申請核退。為簡政便民，健保署自 2018 年 1 月修訂為可從特約院所申報醫療費用之資料庫逕行計算民眾一整年所繳納的

部分負擔費用，若超過法定上限金額，則主動製作「核退彙總清單」通知民眾，民眾若同意健保署的計算金額，就不用再檢具醫療費用收據正本及費用明細，從而獲得健保署主動核退費用。截至 2018 年 10 月 23 日止，已逾 1 千餘件，核付之金額約 2,600 萬元。

「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」經過近期陸續修法，保險對象住院部分負擔超過上限核退得免檢具醫療費用收據正本及費用明細（第 10 條）、境外自墊醫療費用核退上限（第六條）等條文修訂後，我們認為，修改自墊醫療費用核退的相關規定，可以讓健保制度更達到公平與效率目標。

針對民眾個人全年住院部分負擔，主動計算核退金額，2018 年 1 月至 10 月已服務 1 千餘件，簡政便民。

