

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 115 年 1 月 29 日至 2 月 1 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,825 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：越南○○。</p> <p>二、就醫原因：良性陣發性眩暈、胃食道逆流、右側大腸憩室炎及低血鉀症等。</p> <p>三、就醫情形：115 年 1 月 27 日至 29 日及 1 月 29 日至 2 月 1 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣(下同) 3 萬 2,008 元及 2 萬 3,228 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 115 年 1 月 27 日至 29 日住院：經專業審查核定，同意給付合理住院日數 2 日，另給付急診 1 次，依健保署公告「115 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 6,887 元，急診每次 3,825 元，核退 1 萬 7,599 元 (6,887 元×2+3,825 元=17,599 元)，其餘費用，不予核退。</p> <p>(二) 115 年 1 月 29 日至 2 月 1 日住院：經專業審查，不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之 115 年 1 月 29 日至 2 月 1 日住院費用部分不服，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 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，115 年 1 月 29 日至 2 月 1 日再送專業審查結果，改核定給付急診 1 次，依前揭公告急診核退上限，給付 3,825 元。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「GIÂY RA VIỆN」(出</p>

院證明書，附中譯文件)、「BẢNG KÊ CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ」(住院費用明細，附中譯文件)等就醫資料影本顯示，申請人115年1月29日至2月1日住院，健保署原核定不予給付費用，茲查核分述如下：

(一) 關於醫療費用 3,825 元部分

此部分申請人於115年4月13日(本部收文日)申請審議後，業經健保署再經專業審查結果，同意改以1次急診費用核付，依前揭健保署公告核退上限，急診每次3,825元，補核退申請人系爭115年1月29日至2月1日住院醫療費用計3,825元，並於115年4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補付申請人1次急診醫療費用計3,825元在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之醫療費用差額 1 萬 9,403 元(計算式：23,228 元-3,825 元=19,403 元)部分

查申請人前於115年1月27日住院就醫，經診斷為「右側大腸憩室炎」，接受抗生素、點滴、止痛藥治療，於115年1月29日出院後，旋於同日再次住院，診斷為「良性陣發性眩暈、胃食道逆流疾病、右側大腸憩室炎及低鉀血症」，接受藥物治療，於115年2月1日出院，惟申請人第2次住院之主要症狀為眩暈、胃食道逆流、低血鉀，急診治療即可，無住院之必要，同意健保署意見，給付1次急診費用，其餘住院費用，不予核退。

四、申請人主張其115年1月25日赴越南旅遊，於當地時間115年1月27日突感嘔吐胃痛劇烈，經當地醫院診斷為急性腸胃炎，緊急就醫急診並住院治療，住院期間為115年1月27日至29日，115年1月29日出院後不到3小時，症狀再度復發，嘔吐胃痛加劇，且為相同病因，復至同一醫院急診並二次住院治療，住院期間為115年1月29日至2月1日，其兩次住院係因同一疾病(嘔吐胃痛)復發所致，非重複或不必要之醫療行為，乃醫療必要性連續事件，根據健保相關實務，若同一疾病在出院後短期內(例如14天內)再次入住同一家醫院，健保確實將其視為連續性的診療事件進行管理與費用計算，認同一疾病於短期內多次急診住院，可視為連續給付事件云云，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 115 年 1 月 29 日至 2 月 1 日住院，業經健保署重新核定，同意改以 1 次急診費用核退在案，復經本部委請醫療專家審查結果，亦認為依所附就醫資料，申請人之病情由急診治療即可，無住院之必要，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 115 年 1 月 29 日至 2 月 1 日住院醫療費用計 3,825 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 1 萬 9,403 元，健保署未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 115 年 5 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 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每次、門診每人每次、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 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 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 115 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)
----------	------------	------------	------------

115 年 1 月至 115 年 3 月	1,133	3,825	6,887
-------------------------	-------	-------	-------

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。」