

### 案情摘要

本保險保險對象住院日數之計算，不論臺灣地區內或臺灣地區外，均採算進不算出之原則。

請求事項	核退於日本就醫自墊之醫療費用。
	審 定
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：不完全流產。</p> <p>三、就醫情形：103年7月30日至31日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）9,931元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）住院日期：103年7月30日至31日。</p> <p>（二）核給1次門診：合理住院日數為0日，改核門診1次。</p> <p>（三）核付金額：依103年7月醫學中心門診每人次平均費用1,971元，核退1次門診費用1,971元；其餘醫療費用，不予核退。</p>
理 由	<p>一、法令依據：</p> <p>（一）全民健康保險法第55條第2款及第56條第2項。</p> <p>（二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第2條、第6條第1項第2款及第2項。</p> <p>（三）改制前行政院衛生署（於102年7月23日改制為衛生福利部）91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>（四）健保署103年7月7日健保醫字第1030033547號公告。</p> <p>二、健保署意見：</p> <p>（一）該署復依相關資料重新審查結果，認為病歷記載為不完全性流產，門診手術即可，不必住院，仍維持原核定。</p> <p>（二）另有關同一保險對象於臺灣地區外各次就醫之病情是否符合核退規定及其核退基準，應由專業醫師依所檢附之各該次就醫資料予以專業審查判斷與認定，自無從比附援引。</p> <p>三、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」、「入院診療計畫書」等相關資料顯示：</p> <p>（一）申請人固因不完全流產於103年7月30日住院就醫，惟依醫療常規，於門診施行子宮內容物除去術(D&amp;C)即可，尚無住院之必要。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，核退1次門診費用，其餘費用，不</p>

予核退。

四、申請人主張其於 103 年 7 月 30 日依醫生指示入院進行流產手術，於 103 年 7 月 31 日出院，住院 2 日，健保署未予核退住院費用，且入院 2 日被改為 1 日云云，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。」，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，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權限。
- (三) 本件申請人系爭住院就醫之病症，經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為予以門診手術即可，已如前述。
- (四) 另查有關住院日數，依全民健康保險醫療辦法第 21 條規定：「本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。」，而改制前行政院衛生署中央健康保險局亦以 95 年 7 月 17 日健保醫字第 0950059909 號函釋，略以本保險施行區域外住院就醫申請自墊醫療費用案件，住院日數以算進不算出，即以入院之日起計，出院之日不計之原則辦理等語，足見本保險保險對象住院日數之計算，不論臺灣地區內或臺灣地區外，均採算進不算出之原則，爰此，本件申請人系爭 103 年 7 月 30 日至 31 日住院，住院

日數為 1 日。

五、綜上，健保署依核退上限核退申請人 1 次門診費用 1,971 元，其餘費用，未准核退，並無不合，原核定應予維持。至申請人主張其於 102 年曾在日本因實行流產手術向健保署申請核退，該次入院費用有承認一節，姑不論此部分非屬原核定範圍，非本件所得審究，且有關保險對象於臺灣地區外就醫之病況及有無住院之適應症，乃依所檢附之各次就醫相關資料由醫療專家就具體個案予以專業判斷，尚無從比附援引，併予敘明。

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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

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學中心急診每人次、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、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 103 年 7 月 7 日健保醫字第 1030033547 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 103 年 7、8、9 月份之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)
103 年 7 月至 103 年 9 月	1,971	3,235	7,293

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。」