

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：新加坡○○HOSPITAL。</p> <p>二、就醫原因：安胎及剖腹生產。</p> <p>三、就醫情形：111年3月12日至14日及4月21日至24日計2次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）52萬6,954元(含111年3月12日至14日住院費用8萬9,753元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一)111年3月12日至14日住院：經專業審查，按健保署公告之「111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6,629元，給付2日住院費用計1萬3,258元(6,629元×2=13,258元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二)111年4月21日至24日住院：經專業審查認定，依病歷紀錄32週早產徵候住院3日即出院，離後續生產日期約5週。如果預備回國生產應有足夠時間返國，因此推定為預定於國外生產範疇，不符合不可預期之緊急分娩，核定不予給付。</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)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111年1月11日健保醫字第1110771721號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依相關資料及申請人爭議審議申請書說明內容再送專業審查結果，認為111年4月21日至24日住院，臺灣並無因疫情嚴格管理，返臺應無問題，足月(或接近足月)生產，無病歷記載過程和理由，非屬不可預期之緊急分娩，本案仍維持原核定。</p> <p>三、關於111年3月12日至14日住院未准核退之醫療費用差額7萬6,495元部分</p> <p>查申請人此次住院，健保署已依規定按核退上限，核付2日住院費用1萬3,258元在案，其餘未准核退之醫療費用差額為本保險不給付之陪床費，以及超過核退上限之醫療費用計7萬6,495元(89,753元-13,258元=76,495元)，健保署未准核退，並無不合。</p>

#### 四、關於 111 年 4 月 21 日至 24 日住院部分

此部分綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附入出境、就醫相關資料影本顯示：

- (一) 申請人於 109 年 1 月 30 日出境後即未再入境，111 年 4 月 21 日至 24 日因懷孕 39 週住院生產，其前於 111 年 3 月 12 日至 14 日雖有因先兆早產住院安胎，但出院後狀況平穩可維持至 39 週生產，期間應有足夠時間回國待產，且申請人為足月生產，為前胎剖腹產，選擇性剖腹產(elective caesarean)，所附資料亦無情況緊急之相關記載，本次住院即難認屬因不可預期之緊急分娩而就醫。
- (二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 111 年 4 月 21 日至 24 日住院費用。

五、申請人主張其 111 年 3 月 12 日因早產徵候跡象，住院安胎治療後，本有打算回國待產，但因醫師診斷胎象仍屬不穩定，隨時有早產之可能，故建議不宜勞累，須在家休養安胎預備生產，且因當時國內疫情嚴峻，其身體狀況不宜舟車勞頓且深怕受病毒感染，故無法順利返國生產，絕非不符合不可預期之緊急分娩云云，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，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 2 次住院就醫，其中 111 年 3 月 12 日至 14 日住院，業經健保署依規定核付費用，其餘 111 年 4 月 21 日至 24 日住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，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，亦認為該次住院非屬因不可預期之緊急分娩而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

六、綜上，健保署依核退上限核退申請人 2 日住院費用計 1 萬 3,258 元，其餘醫療費用未准核退，並無不合，原核定應予維持。

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。

中 華 民 國 112 年 1 月 18 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、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。」

四、健保署 111 年 1 月 11 日健保醫字第 1110771721 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 111 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)
111 年 1 月至 111 年 3 月	1,135	3,641	6,629

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。」