

審定	
主文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 11 月 6 日至 16 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 4 萬 2,664 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：顱內左蝶骨小翼腦膜瘤。</p> <p>三、就醫情形：112 年 11 月 6 日至 16 日及 11 月 16 日至 24 日計 2 次住院(各住院 10 日及 8 日)。</p> <p>四、醫療費用：各折合計新臺幣(下同)5 萬 3,692 元及 2 萬 2,277 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>經專業審查，認為依所附資料僅顯示腦膜瘤手術，無病程紀錄，無法判斷合理住院天數及緊急傷病的必要性，改以各 10 次、8 次門診費用核退，並依健保署公告「112 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,037 元，分別核退 10 次及 8 次門診醫療費用計 1 萬 370 元、8,296 元，合計 1 萬 8,666 元(10,370 元+8,296 元=18,666 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 51 條第 9 款及第 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 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>該署復依爭議審議所附相關資料再經專業審查結果，同意給付 112 年 11 月 6 日至 16 日合理住院天數 10 天之醫療費用，另 112 年 11 月 16 日至 24 日住院，仍維持原核定，給付 8 次門診醫療費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附 Medical discharge 等就醫相關資料(含中譯資料)影本顯示，申請人因突發昏倒於 112 年 11 月 6 日住院(第 1 次住院)，診斷為「D42.0- Neoplasm of uncertain or unknown behaviour : Cerebral meninges(Left lesser sphenoid wing meningioma) ; I10- Hypertensions 」[D42.0-腦膜性態未明之腫瘤(左蝶骨小翼腦膜瘤)；I10-高血壓]，</p>

接受「Incompleted surgery Left lesser sphenoid wing meningioma, antibiotic, pain relieve」(左蝶骨翼腦膜瘤不完全手術，抗生素，止痛)治療，於112年11月16日出院，同日轉院(第2次住院)接受術後照護，112年11月24日拆線後出院，經健保署就該2次住院分別核付10次、8次門診費用計1萬370元、8,296元，合計1萬8,666元，其餘醫療費用不予核退，茲查核分述如下：

(一) 關於112年11月6日至16日(第1次)住院醫療費用部分

1. 關於醫療費用4萬2,664元部分

此部分申請人於114年4月15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為10日，並按收據記載金額，扣除本保險不給付項目(伙食費658元)及原已核退之10次門診費用(計1萬370元)後，核實補核退該次住院費用差額4萬2,664元(計算式:53,692元-658元-10,370元=42,664元)，並分別於114年5月9日及23日以受理號碼0000000000全民健保署自墊醫療費用核退核定通知書各核退4萬2,060元及604元，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘未准核退之醫療費用658元部分

此部分係該次住院費用中不列入本保險給付範圍之伙食費658元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於未准核退112年11月16日至24日(第2次)住院費用差額1萬3,981元(22,277元-8,296元=13,981元)部分

1. 查申請人此次住院為腦膜瘤手術後轉院接受術後照護，卷附就醫資料並無詳細病程醫療紀錄，不足以佐證其病情有緊急住院治療之必要，依醫療常規，予以8次門診治療，即可因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退8次門診費用，其餘費用不予核退。

四、申請人主張其在越南突發昏倒，昏迷不醒人事，被送醫檢查才發現是腦膜瘤，才動手術云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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 2 次住院就醫，其中 112 年 11 月 6 日至 16 日(第 1 次)住院部分，業經健保署重新核定核實補付住院醫療費用在案，而 112 年 11 月 16 日至 24 日(第 2 次)住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷核付 8 次門診費用外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之就醫資料專業判斷結果，亦認為 112 年 11 月 16 日至 24 日住院予以 8 次門診費用即可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申請人住院醫療費用計 4 萬 2,664 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用，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。

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 51 條第 9 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。」

三、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。」

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 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 112 年 10、11、12 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)
112 年 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

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。」