

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 12 月 19 日至 23 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 9,592 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：德國○○HOSPITAL 等。</p> <p>二、就醫原因：嘔吐、疑似上消化道出血等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 12 月 19 日門診。</p> <p>（二）113 年 12 月 19 日至 23 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）24 萬 4,859 元（其中住院費用 24 萬 3,430 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 12 月 19 日門診：依健保署公告「113 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 1,034 元，核退 1 次門診醫療費用計 1,034 元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>（二）113 年 12 月 19 日至 23 日住院：急性嘔吐併血絲，胃鏡檢查腸胃炎，從檢驗數值及生命徵象、理學檢查正常來看，無急性腎衰竭、發燒、電解質不平衡等症狀，無明確住院需求，給付急診費用 1 次，依前開公告，急診每次 3,394 元，給付 1 次急診費用 3,394 元，其餘醫療費用不予核退。</p> <p>六、申請人就未准核退之 113 年 12 月 19 日至 23 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 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依其所附相關資料再經醫藥專家審查</p>

結果，所附資料無住院病程紀錄，申請人突發性嘔吐咖啡樣物質，食道胃十二指腸內視鏡檢查顯示重度逆流性食道炎導致出血，亦有第二級食道靜脈瘤，因生命徵象穩定，也無嚴重貧血，經藥物及輸液治療，住院觀察 2 天為合理之處置，同意給付住院 2 天費用。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫相關資料影本顯示，申請人因嘔吐、疑似上消化道出血(Vomiting、Suspected upper gastrointestinal haemorrhage)於 113 年 12 月 19 日至 23 日住院，經健保署核付 1 次急診費用 3,394 元，其餘住院醫療費用不予核退，茲查核分述如下：

(一) 關於住院醫療費用 9,592 元部分

此部分申請人於 114 年 5 月 6 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意核付 2 日住院費用，爰依前揭核退上限，住院每日 6,493 元，於扣除原已核退之 1 次急診費用 3,394 元，補核退住院費用計 9,592 元(計算式：6,493 元 x 2 - 3,394 元 = 9,592 元)，並於 114 年 5 月 22 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通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退住院費用差額 23 萬 444 元(243,430 元 - 3,394 元 - 9,592 元 = 230,444 元)部分

1. 查申請人因嘔吐、疑似上消化道出血等住院就醫，診斷為胃食道逆流 D 級、胃滯留及高血壓等(Gastroesophageal reflux disease grade D、Retention stomach、Hypertensive crisis)，申請審議理由雖陳稱 113 年 12 月 23 日再做 1 次胃鏡，醫生確認胃部已可正常蠕動消化，才准許其出院云云，惟申請人經藥物及輸液治療後病情穩定，予以 2 日住院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 2 日住院費用，其餘費用不予核退。

四、申請人主張其 113 年 12 月 18 日晚間嘔吐不已，無法進食，諮詢德國當地緊急醫療服務，告知隔天先到家醫診所，如有需要再由家醫轉診，12 月 19 日至家醫看診，早上看診後即轉診至大醫院急診，做了檢查，也用胃管把胃裡的液體全部抽出，12 月 20 日做胃鏡及 x-ray 等檢查，因為胃部未再有多餘液體，拔除胃管後，當日晚間醫院開始提供液態餐點，12 月 21 日及 22 日為周末未做任何檢查，12 月 23 日再做一次胃鏡，醫生確認胃部已可正常蠕動消化，才准許出

院；主要就醫是因為嘔吐，家醫發現胃部有不正常的腫大，轉診地區醫院後檢查出胃滯留的情形，因為胃滯留，胃部液體持續累積無法排出也無法進食，只能插胃管導出液體，若此情形無法排除，會對身體有嚴重影響，此嘔吐與胃滯留非由其他疾病引起，也不是腸胃炎，確認胃滯留情形排除後，醫生即讓其出院云云，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) 本件申請人系爭住院就醫，除經有審核權限之機關健保署審查判斷，重新核定核付 2 日住院費用外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開住院就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人之病情予以住院 2 日治療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 9,592 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 23 萬 444 元部分，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。

中 華 民 國 114 年 7 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。」

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 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 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 113 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)
113 年 10 月至 113 年 12 月	1,034	3,394	6,493

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。」