

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：菲律賓○○。</p> <p>二、就醫原因：急性胰臟炎、腸阻塞（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：114 年 4 月 24 日至 29 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 6 萬 522 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>按健保署公告「114 年 4、5、6 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 6,396 元，核退 5 日住院費用計 3 萬 1,980 元（計算式：6,396 元 x5=31,980 元）；其餘醫療費用，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）健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。</p> <p>二、查本件申請人因急性胰臟炎、腸阻塞於 114 年 4 月 24 日至 29 日住院，業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限，住院每日 6,396 元，核退 5 日住院費用計 3 萬 1,980 元有案，其餘係超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、申請人主張其於 114 年 4 月 24 日於菲律賓罹患急性胰臟炎及腸阻塞，自 114 年 4 月 24 日至 29 日於當地醫院住院治療計 6 天，健保署核定住院天數 5 天，事實上於 114 年 4 月 29 日除有支付當日病房費外，亦有其他醫療費用於當日發生，請參考醫療費用明細影本云云，惟所稱核有誤解，分述如下：</p> <p>（一）健保署意見書陳明略以，按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節病房費規定「病房費及護理費之計算，凡住院之日、不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算」。據此，申請人於 114 年 4 月 24 日入院，114 年 4 月 29 日出院，該署核定給付 5 日住院醫療費用，於法並無不合等語。</p> <p>（二）有關本保險住院日數之認定，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。」，而改制前中央健康保險局（102 年 7 月 23 日改制為健保</p>

署）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，本件申請人系爭 114 年 4 月 24 日至 29 日住院，依前揭住院日數計算原則為 5 日，申請人所稱住院 6 日已有誤解。

(三) 又查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，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」，採國內醫院及診所平均醫療費用作為定額核退基準上限，已考量就醫期間使用之材料、藥品及治療處置等相關費用，並於該辦法第 6 條第 2 項明定，前開核退費用之基準，由保險人每季公告之。

(四) 本件申請人系爭住院就醫，健保署業依該署公告「114 年 4、5、6 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 6,396 元，核退 5 日住院醫療費用，已如前述，於法並無不合。四、綜上，健保署依核退上限核退申請人 5 日住院費用計 3 萬 1,980 元，其餘超過核退上限之醫療費用，該署未准核退，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 114 年 9 月 30 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、健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 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 114 年 4、5、6 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)
114 年 4 月至 114 年 6 月	1,034	3,614	6,396

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。」