

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 1 月 13 日至 6 月 17 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 23 萬 256 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：大陸地區江蘇省蘇州○醫院。</p> <p>二、就醫原因：前交通動脈瘤破裂伴蛛網膜下隙出血等。</p> <p>三、就醫情形：114 年 1 月 13 日至 6 月 17 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)168 萬 7,742 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查核定，同意給付合理住院日數 56 日，依健保署公告之「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，給付 56 日住院費用計 35 萬 8,176 元 [6,396 元 X56=358,176 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 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 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。</p> <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「入院記錄」、「出院記錄」、「手術記錄」、CT、MRI 影像診斷報告單等就醫相關資料顯示，申請人因「頭痛伴嘔吐 3 小時 神志譫妄」，於 114 年 1 月 13 日入院，經診斷為「1. 前交通動脈瘤破裂伴蛛網膜下隙出血 2. 腦梗死 3. 偏癱 4. 認知障礙 5. 帕金森綜合症(繼發于腦血管病) 6. 下肢靜脈血栓形成 7. 消化道出血 8. 貧血 9. 低蛋白血症 10. 電解質紊亂 11. 肺部感染 12. 高血壓病 1 級(很高危) 13. 高脂血症」，接受「全腦血管造影術+顱內動脈瘤栓塞術」、植入彈簧圈及支架，術後抑酸護胃、鎮靜鎮痛、營養神經、預防血管痙攣、抗凝抗血小板、降血脂等對症支持治療，1 月 18 日上消化道出血、1 月 31 日下肢靜脈血栓形成等、2 月 21 日左下肢股淺靜脈、脛後靜脈、肌間靜脈血栓形成，2 月 24 日接受下肢靜脈等造影及下腔靜脈濾器植入術治療，術後接受肝素皮下注射、高壓氧艙及康復等治療，於 4 月 15 日停止肝素注射，5 月 6 日經雙下肢血管檢查，未見靜脈血栓，5 月 12 日移除下腔靜脈濾器，經高壓氧艙及康復等治療後，於 114 年 6 月</p>

17 日出院，健保署原核定核退 56 日住院費用，查核分述如下：

(一) 關於醫療費用 23 萬 256 元部分

此部分申請人於 114 年 11 月 17 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意合理住院日數為 92 日，扣除原已給付 56 日住院費用，按前揭健保署公告之核退上限，住院每日 6,396 元，補給付 36 日住院費用計 23 萬 256 元(6,396 元 X 36=230,256 元)，並於 114 年 11 月 26 日以受理號碼○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) 關於其餘未准核退之住院費用差額 109 萬 9,310 元(1,687,742 元 - 358,176 元 - 230,256 元 = 1,099,310 元)部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人 114 年 1 月 13 日至 4 月 15 日住院期間病況複雜，接受多次手術，惟於 114 年 4 月 15 日停止肝素注射後，病情已較為穩定，其病症予以 92 日住院治療，應足以因應緊急醫療之所需，同意健保署意見，核退 92 日住院費用，其餘費用不予核退。

三、申請人主張其因動脈瘤破裂造成水腫，住 ICU 22 天，持續腦室擴張，治療腦部後，併發消化道出血、血紅蛋白不足 6 克，之後持續造成小腿活動性血栓；另其於 114 年 6 月 17 日出院後，持續有嘔吐、昏迷，於 6 月 18 日又入院治療，於 11 月 7 日才出院，可見第 1 次住院(114 年 1 月 13 日至 6 月 17 日)出院到第 2 次入院，並沒有治療完整云云，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。」，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共核付 92 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就醫資料專業判斷結果，認為申請人之病況予以住院治療 92 日已足因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 23 萬 256 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用 109 萬 9,310 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 115 年 2 月 4 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)
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。」