

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 4 萬 7,523 元部分申請審議不予受理。</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○○省○○○○○○總院、○○○○○○○○○○○○○○醫院及○○○○○○○○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：出血性腦中風。</p> <p>三、就醫情形：111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日、6 月 22 日至 7 月 15 日及 7 月 15 日至 11 月 14 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 153 萬 4,726 元(含 111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日住院醫療費用 85 萬 4,364 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日(第 1 次)住院：經專業審查，按健保署公告之「111 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 6,789 元，給付 28 日住院費用計 19 萬 92 元(6,789 元×28=190,092 元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 111 年 6 月 22 日至 7 月 15 日(第 2 次)住院：按收據記載金額，扣除本保險不給付之中成藥、中草藥費用，核實核退 12 萬 2,531 元。</p> <p>(三) 111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日(第 3 次)住院：經專業審查，認定不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之第 1 次住院及第 3 次住院費用部分不服，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 51 條第 4 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) 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>(五) 健保署 111 年 4 月 12 日健保醫字第 1110660520A 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>本案再經專業審查，111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日(第 1 次)住院改核同意給付 35 天；惟依 111 年 6 月 22 日至 7 月 15 日(第 2 次住院)</p>

於○○○○○○○○○○○○○○○○醫院之出院記錄記載，出院情況「神清，精神尚可，言語稍含糊，簡單聽理解尚可，複述、命名可，注意力可…」，認為出院時病情已穩定，無必要住院之適應症，故不同意給付 111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日(第 3 次)住院 112 天之自墊醫療費用。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「出院診斷書」、「出院記錄」、「疾病診斷證明書」、「出院證明」、「入院記錄」、「心電圖報告單」、「特殊腦電圖報告」、「彩色多普勒超聲檢查報告單」、「體溫單」、「檢驗報告單」、「出院疾病診斷證明」、「出院小結」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因「突發左側肢體乏力、言語不清、口角歪斜 2 小時」，於 111 年 5 月 18 日住院就醫，接受「顱內血腫清除術(顱腦)+顱骨去骨瓣減壓術(顱腦)」，診斷為「1. 腦內出血 2. 肺部感染 3. 高血壓病 3 級(極高危)」等，111 年 6 月 22 日出院後，於 111 年 6 月 22 日至 7 月 15 日及 111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日接續住院接受康復治療，期間因 111 年 8 月 9 日癲癇發作接受藥物治療及 CT 檢查，分述如下：

(一) 關於 111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日(第 1 次)住院部分

1. 關於醫療費用 4 萬 7,523 元部分

此部分申請人於 112 年 4 月 20 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依實際住院日數(35 日)核退，按前開公告之核退上限，住院每日 6,789 元，補核退 7 日住院費用計 4 萬 7,523 元(計算式：6,789 元×7=47,523 元)，並於 112 年 4 月 25 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核付申請人在案，則重核補付醫療費用 4 萬 7,523 元部分，申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘醫療費用差額計 61 萬 6,749 元(計算式：854,364 元-190,092 元-47,523 元=616,749 元)部分

此部分係申請人此次住院費用中超過核退上限之醫療費用及本保險不給付之中成藥、中草藥、新型冠狀病毒 RNA 測定費用，健保署不予核退，核無不合。

(二) 關於 111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日(第 3 次)住院部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為腦內出血發生後已經 2 個月治療，依第 2 次住院病歷顯示申請人「康復治療予以偏癱肢體綜合訓練」，病情穩定、神智清楚，且癲癇併發症可用藥物控制，不需長時間住院，此次住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退 111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日住院費用。

四、申請人主張其 111 年 5 月 18 日因突發腦溢血病危，經急救開刀手術後，住進加護病房治療，為何手術後核定標準和普通住院一樣？111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日住院 35 天，卻只核定 28 天，原因為何？111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日住院 112 天而核定天數 0 天，因大陸醫院住院政策規定，單次住院天數不超過 30 天，但病人病情需繼續留院治療的患者，可在出院當天辦理入院手續，繼續留院治療。其在剛入住○○○○○○○○醫院初期(第 3 次住院)，突發大癲癇，經急救處理後，因病情需要，留置醫院配合檢查治療。其可以舉證是通過海外急難救援中心協助，經○○醫院與○○○○○○○○醫院雙方多次電話溝通評估病情，因申請人患有癲癇，且手術後頭蓋骨缺失、腦壓不穩定等因素，以致兩岸醫師討論結果暫不同意其轉送回臺灣治療，直至申請人癲癇波減弱，且腦壓穩定後，才同意返回臺灣繼續接受治療，此次回臺是透過商業保險公司，以海外救援單位安排醫療小組護送回臺，繼續於○○醫院住院治療，因病況嚴重，院方考量生命安全不同意馬上轉送回臺灣治療云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 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，不可能就其人民在國外發生之傷病，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。」，改制前行政院衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)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。

(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) 本件申請人系爭第 1 次及第 3 次住院就醫，其中 111 年 5 月 18 日至 6 月 22 日(第 1 次)住院，業經健保署依規定重新核定核退在案，而其餘 111 年 7 月 15 日至 11 月 14 日(第 3 次)住院部分，復經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為非屬不可預期之緊急傷病就醫，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醫療費用 4 萬 7,523 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 112 年 6 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 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

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、門診每人、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、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111年4月12日健保醫字第1110660520A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)
111年4月至 111年6月	1,122	3,716	6,789

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。」