

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 10 月 9 日至 22 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 5 萬 9,175 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○○省○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：B 型主動脈剝離，高血壓。</p> <p>三、就醫情形：112 年 9 月 30 日至 10 月 9 日及 10 月 9 日至 22 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣（下同）3 萬 6,089 元、72 萬 2,616 元，合計 75 萬 8,705 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112 年 9 月 30 日至 10 月 9 日（第 1 次）住院：同意給付，於扣除本保險不給付之紙塑藥袋、住院中中醫處置費後，核退醫療費用 2 萬 7,984 元。</p> <p>（二）112 年 10 月 9 日至 22 日（第 2 次）住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之 112 年 10 月 9 日至 22 日（第 2 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 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>為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件再送專業審查，同意給付 112 年 10 月 9 日至 22 日住院之合理住院日數為 9 日。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「疾病診斷證明書」、「CT 檢查報告」、「出院/疾病證明書」、「出院記錄」、「住院病案首頁」、「入院記錄」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人於 112 年 9 月 30 日入住大陸地區○○省○○醫院，診斷為「1. 主動脈夾層(Stanford B 型)2. 高血壓病 3 級(極高危)」，醫囑建議「手術治療主動脈夾層」，112 年 10 月 9 日出院（第 1 次住院），嗣申請人</p>

於112年10月9日出院當天因「突發胸背疼痛不適10天」入住大陸地區○○省○○醫院，經診斷為「1.主動脈夾層(Stanford B型)2.雙肺多發肺大泡3.高血壓病3級(極高危險)」，112年10月13日施行「胸主動脈分支支架(Castor 支架)植入術+主動脈造影術」，112年10月22日出院(第2次住院)，茲分述如下：

(一) 關於醫療費用5萬9,175元部分

此部分申請人於113年5月3日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付系爭112年10月9日至22日住院之合理天數為9天，按健保署公告「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」，住院每日6,575元，核退9日住院費用計5萬9,175元(6,575元×9=59,175元)，並於113年5月14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退申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘醫療費用66萬3,441元(計算式：722,616元-59,175元=663,441元)部分

1. 申請人因高血壓併B型主動脈剝離，前於112年9月30日至10月9日(第1次)住院就醫，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案。嗣申請人因同一病症於112年10月9日至22日(第2次)住院，接受「胸主動脈分支支架(Castor 支架)植入術+主動脈造影術」治療，惟依醫療常規，予以9日住院治療，即足夠因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署重新核定意見，第2次住院核退9日住院費用。

四、申請人主張其同一病症住院治療，112年10月9日(誤植為22日)是轉院就診，並非出院，轉院原因是第1家醫院設備老舊，情非得已才轉院，當時並未解除生命威脅，不然不會在轉院第4日就開刀，放入主動脈分支支架，若第1階段住院已認定是緊急傷病，那麼第2段住院屬同一疾病治療，且尚未解除生命威脅的必要住院，希望核退第2段住院費用云云，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) 本件申請人系爭第 2 次住院，除經有審核權限之機關健保署審查判斷重新核定給付 9 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，亦認為予以 9 日住院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第 2 次住院醫療費用 5 萬 9,175 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘未准核退之第 2 次住院醫療費用部分，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。

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 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。」