

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 8 月 20 日至 29 日及 9 月 1 日至 10 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 8 萬 8,396 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。</p> <p>二、就醫原因：急性胰臟炎。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111 年 8 月 20 日、9 月 1 日、19 日、27 日、29 日、11 月 9 日及 21 日計 7 次門診。</p> <p>(二) 111 年 8 月 20 日至 29 日及 9 月 1 日至 10 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 12 萬 7,448 元(含 111 年 8 月 20 日至 29 日及 9 月 1 日至 10 日住院費用各 6 萬 3,892 元及 5 萬 1,526 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 111 年 8 月 20 日、9 月 1 日及 27 日計 3 次門診：按健保署公告「111 年 7、8、9 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 1,094 元，核退 3 次門診費用計 3,282 元(1,094 元×3=3,282 元)，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 111 年 9 月 29 日門診：按收據記載金額，扣除本保險不給付之其他費用，核實核退 198 元。</p> <p>(三) 111 年 8 月 20 日至 29 日、9 月 1 日至 10 日計 2 次住院及 111 年 9 月 19 日、11 月 9 日、21 日計 3 次門診，核定不予核退：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 111 年 8 月 20 日至 29 日住院：111 年 8 月 20 日沒有發燒，生命徵象穩定，白血球、白血球分類及身體檢查皆正常，除了腹痛但沒有疼痛指數，澱粉酶及脂肪酶有輕微升高，但 111 年 8 月 21 日追蹤 CT 顯示無胰腺腫大，不符合住院要件。 2. 111 年 9 月 1 日至 10 日住院：111 年 9 月 1 日沒有發燒，生命徵象穩定，白血球、白血球分類及身體檢查皆正常，除了腹痛但沒有疼痛指數，澱粉酶正常，MRI 顯示無胰腺腫大，不符合住院要件。 3. 111 年 9 月 19 日、11 月 9 日及 21 日計 3 次門診：同一疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病。 <p>六、申請人就未准核退之 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>

- (二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。
- (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。
- (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。
- (五) 健保署 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 號公告。

二、健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復依其所附相關資料及補充 111 年 8 月 20 日降鈣素原、CRP 報告再送專業審查結果：111 年 8 月 20 日至 29 日急性胰臟炎住院 9 日治療合理，同意給付；111 年 9 月 1 日至 10 日本次住院為急性胰臟炎第 2 次住院 9 日，經查電腦斷層及血液檢查報告皆比上次住院時明顯改善，所附資料無法說明需住院 9 日，故同意改核住院 5 日。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「門診病歷」、「疾病診斷證明書」、「檢驗報告單」、「CT 檢查報告單」、「入院記錄」、「出院記錄」、「MR 檢查報告單」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因「腹痛 1 天」111 年 8 月 20 日門診轉住院就醫，經診斷為「1. 急性胰臟炎 2. 肺部感染」，8 月 29 日出院後，111 年 9 月 1 日復因「腹部不適感 2 天」再次住院就醫，9 月 10 日出院，茲查核分述如下：

(一) 關於 111 年 8 月 20 日至 29 日住院(第 1 次住院)部分

1. 關於醫療費用 5 萬 6,826 元部分

此部分申請人於 112 年 3 月 31 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依前開公告之核退上限，住院每日 6,314 元，核退 9 日住院費用計 5 萬 6,826 元(計算式： $6,314 \text{ 元} \times 9 = 56,826 \text{ 元}$)，並於 112 年 4 月 26 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，則此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 7,066 元(計算式： $63,892 \text{ 元} - 56,826 \text{ 元} = 7,066 \text{ 元}$)部分

此部分係申請人住院費用中超過核退上限之醫療費用，健保署不予核退，核無不合。

(二) 關於 111 年 9 月 1 日至 10 日住院(第 2 次住院)部分

1. 關於醫療費用 3 萬 1,570 元部分

此部分健保署已重新核定，同意依核退上限，住院每日 6,314 元，核退 5 日住院費用計 3 萬 1,570 元(計算式： $6,314 \text{ 元} \times 5 = 31,570 \text{ 元}$)，併同前述第 1 次住院費用 5 萬 6,826 元一併核付申請人，

則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘醫療費用 1 萬 9,956 元(計算式：51,526 元-31,570 元=19,956 元)部分

(1)此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人白細胞計數(WBC)111 年 9 月 1 日為 10.49 10e9/L,9 月 4 日為 8.72 10e9/L,已有下降，血清澱粉酶(AMY)111 年 9 月 1 日為 70 U/L,9 月 4 日為 72U/L(參考值 28-100 U/L)，均在正常值範圍，依醫療常規，申請人之病況予以 5 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，核退 5 日住院費用。

四、申請人主張醫師根據降鈣素原、全程 CRP 數值異常及現場症狀，診斷為急性胰臟發炎，須住院治療，若依核退清單核定結果不給付意見，其就不會有胰臟腫瘤，也不應該是重大疾病患者云云，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。」，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 2 次住院就醫，其中第 1 次住院部分，業經健保

署重新核定補付住院費用；其餘第 2 次住院部分，復經有審核權限之機關健保署及本部委請之醫療專家審查結果，均認為依申請人之病況予以住院 5 日治療，已足以因應急醫療之所需，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 8 萬 8,396 元（計算式：56,826 元+31,570 元=88,396 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。

部長 薛○○

中 華 民 國 112 年 月 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、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。」

四、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 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 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 7、8、9 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 7 月至 111 年 9 月	1,094	3,619	6,314

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。」