

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區廣東省東莞○醫院、東莞○醫院。</p> <p>二、就醫原因：血小板低下症。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113年5月26日及27日計2次門診。</p> <p>（二）113年5月27日急診。</p> <p>（三）113年5月27日至6月2日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）計 6 萬 6,824 元(含住院費用 6 萬 5,774 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 5 月 26 日、27 日計 2 次門診及 113 年 5 月 27 日急診：依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費後，給付醫療費用計 874 元。</p> <p>（二）113 年 5 月 27 日至 6 月 2 日住院：經專業審查，認為住院第 3 天復查，血小板已有回升，可以出院，改核住院 4 天，按健保署公告之「113 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 6,353 元，給付 4 日住院費用計 2 萬 5,412 元(6,353 元 X4=25,412 元)；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之住院費用部分不服，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）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>（四）健保署 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依申請人所附相關資料，再送專業審查結果：113 年 5 月 27 日至 6 月 2 日住院 6 日，依病程記錄，申請人的診斷應是免疫性血小板低下性紫斑症，經免疫球蛋白治療後，血小板從 5 月 27 日的 10,000mm³回升至 5 月 30 日 94,000mm³，且已退燒，住院 4 日即可，應可出院後門診追蹤，爰本案仍維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「住院病案首頁」、「出院記錄」、「出院診斷證明書」、「兒科入院記錄」、檢驗報告單</p>

等相關資料影本顯示：

- (一) 申請人因發熱伴血小板減少於113年5月27日入院，身體診察結果為神志清楚、呼吸平穩、全身皮膚無黃染及皮疹、未見出血點及瘀青，經診斷為「血小板減少」等，接受抗感染、減少血小板破壞等對症治療，於6月2日出院。
- (二) 經查申請人113年5月27日入院時血小板(PLT)之檢驗值為 $10 \times 10^9/L$ ，113年5月30日已回升至 $94 \times 10^9/L$ ，依醫療常規，血小板低下經治療至血小板 $100,000/uL$ (即 $100 \times 10^9/L$)，並觀察臨床症狀穩定，即可出院，於門診追蹤，申請人之病情予以住院4日治療已可因應緊急醫療之所需。
- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，核退4日住院費用。

四、申請人主張其於113年5月27日晚間22時因發高燒急診，檢驗出血小板低下(PLT $10 \times 10^9/L$)，馬上辦理住院，5月28日凌晨發出病重通知，5月29日血小板很低(PLT $37 \times 10^9/L$)，5月30日血小板仍低(PLT $94 \times 10^9/L$)，5月31日(PLT $149 \times 10^9/L$)仍低於標準下限(PLT $187 \times 10^9/L$)，6月2日血小板達標(PLT $335 \times 10^9/L$)，達出院標準，是靠藥物治療才上升，而非自身抗體上升，所以，從重病到藥物治療的過程，不能單純以血小板有回升，就可以出院，請評估核給6天住院費用云云，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) 本件除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，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，認為申請人系爭住院就醫予以住院 4 日治療已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，健保署依核退上限核退申請人 4 日住院費用計 2 萬 5,412 元，其餘費用未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 113 年 12 月 19 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每次、門診每人每次、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、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。」

四、健保署 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 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 113 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)
113 年 4 月至 113 年 6 月	980	3,329	6,353

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。」