

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○市○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性胰臟炎。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114年9月27日急診。</p> <p>（二）114年9月27日至10月13日住院。</p> <p>四、醫療費用：急診費用折合新臺幣(下同)13元，住院費用10萬3,792元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）114年9月27日急診：按收據記載金額，核實核退13元。</p> <p>（二）114年9月27日至10月13日住院：經專業審查，認為無病程記錄，急性胰臟炎並無併發症，CT及MRI顯示無腫瘤或膽道阻塞，住院治療10日已足夠，按健保署公告「114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6,558元，給付6萬5,580元(計算式：6,558元X10=65,580元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退之114年9月27日至10月13日住院費用部分不服，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114年10月20日健保醫字第1140665092號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料再送專業審查結果：114年9月27日至10月13日住院，依所提供資料僅有影像檢查及抽血檢驗結果，無病程生命徵象等具體紀錄，依據腹部CT、MRI檢查報告，9月29日MRI顯示胰臟腫脹，脂肪層不清晰有滲出物(fat plane unclear with exudate)、9月29日及10月4日腹部CT顯示胰臟炎反應未有惡化、10月8日CT亦為胰臟腫脹伴周圍滲</p>

出液之類似變化，兩側胸腔見少量弧形低密度影，前述為胰臟炎引發之反應性變化而非感染性病灶；CRP 數據亦呈現逐漸改善之變化，9月27日297 mg/L 逐次檢驗下降至10月11日66mg/L，為單純性胰臟炎，住院10天病況穩定即可出院，原核定並無不當。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「檢驗報告單」〔○○市○○醫院〕、「彩超診斷報告單」(○○醫院)、「告知書及知情同意書」、「放射報告」、「出院小結」等相關就醫資料影本顯示：

(一) 申請人因嘔吐、發熱於114年9月27日至大陸地區○○市○○醫院急診就醫，經因血液檢驗及腹部超音波檢查顯示「胰腺增粗，胰腺炎可能」，乃於114年9月27日當天至大陸地區上海市同仁醫院住院，經CT等檢查診斷為「急性重症胰腺炎」，接受「濾過炎症因子」、抗感染及補液營養支持等治療，114年10月13日出院，出院診斷為「1. 急性壞死性胰腺炎，重症 2. 高脂血性胰腺炎」等。

(二) 查申請人為急性胰臟炎，雖於114年10月8日胸部CT檢查，發現兩側胸腔積液伴兩肺下葉受壓不張，略有肋膜反應(肋膜積水)，但整體胰臟未有進行性壞死或發展至膿瘍之變化，依其病情予以住院10日治療尚屬合理。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，核退10日住院費用。

四、申請人主張其114年9月26日在戶外突感噁心不適，以為中暑或感冒，腹脹劇痛、冒汗嘔吐、虛脫無力、伴隨發熱，輾轉難眠，隔日114年9月27日至○○醫院急診，血液檢查CRP、白細胞雙雙飆高，超音波顯示疑似胰腺炎，緊急轉至同仁醫院，確診為急性胰腺炎，腹腔有積液，血氧不足，發燒喘息疼痛，由於發炎指標居高不下，9月29日發出危重病情通知書，經血液淨化、藥物、施打白蛋白等治療，CRP從入院的239.96mg/L，直至10月11日CRP才見顯著差異，但仍高出正常值，出院小結無病程一欄，其補述於上，醫師表示其「重症且病危」，不是有併發症才需繼續住院，若非醫生認為有必要，不會要其留院，其住院剛好滿10日之10月6日顯示CRP仍近200，白細胞改善後又反升至18左右，其仍不適，此種狀況適合出院？請核定被核刪的6日住院費用云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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，亦認為申請人系爭住院予以住院 10 日治療尚屬合理，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署按核退上限核退 10 日住院費用，其餘住院醫療費用未准核退，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 115 年 5 月 14 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。」

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 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 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 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)
114 年 10 月 至 114 年 12 月	1,091	3,668	6,558

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。」