

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 6 月 19 日至 26 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 3,452 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○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：蕁麻疹、多形性紅斑、輪狀病毒腸胃炎。</p> <p>三、就醫情形：113 年 6 月 19 日至 26 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）23 萬 2,279 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>經專業審查，改以核定給付 2 次門診費用，並依健保署公告「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」，門診每次 980 元，核退 2 次門診醫療費用計 1,960 元(980 元 x2=1,960 元)；其餘醫療費用，不予核退。</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 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>為維護申請人權益，該署依申請爭議審議申請書補述事實、理由及相關證據文件，再經專業審查結果，認定住院診斷為蕁麻疹、多形性紅斑，此病症致病原因多種，感染可為其中一種，由病摘描述與家長給予 MIS-C 資料不符，多形性紅斑未併黏膜發炎潰爛(眼、口腔)不屬重症，住院給予症狀改善藥物治療及觀察，無須長達 7 天，同意給付合理天數 4 天。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「住院病史錄」、「出院小結」等就醫相關資料影本顯示，申請人因「皮疹 4 天，發熱 2 天」於 113 年 6 月 19 日收治入院，經血常規等多項檢驗並會診皮膚科後，診斷為「1. 膿毒血症 2. 急性蕁麻疹 3. (多形)紅斑 4. 腸道感染(輪狀病毒)」，接受抗感染等對症治療，於 113 年 6 月 26 日出院，經健保署核付 2 次門診費用 1,960 元，其餘醫療費用不予核退，茲查核分述如下：</p> <p>（一）關於住院醫療費用 2 萬 3,452 元部分</p>

此部分申請人於 114 年 4 月 11 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意改以 4 日住院費用核付，依前揭核退上限，住院每日 6,353 元，於扣除原已核退之 2 次門診費用 1,960 元後，補核退住院醫療費用計 2 萬 3,452 元(計算式：6,353 元 x4-1,960 元=23,452 元)，並於 114 年 4 月 29 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通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二)關於其餘未准核退住院費用差額 20 萬 6,867 元(232,279 元-1,960 元-23,452 元=206,867 元)部分

1. 查申請人係因蕁麻疹、多形性紅斑、輪狀病毒腸胃炎於 113 年 6 月 19 日住院，申請審議理由雖陳稱其 CRP 升到 110.93mg/L，醫生懷疑為 MIS-C 症狀云云，惟依卷附就醫資料記載，申請人並非「兒童多系統發炎症候群」(Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, MIS-C)病症，且 CRP 值高低並非判斷疾病嚴重之唯一標準，依醫療常規，其病情予以 4 日住院治療即可因應緊急醫療之所需。
2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退 4 日住院費用，其餘費用不予核退。

四、申請人主張住院病歷重點註記 113 年 6 月 19 日住院 C-反應蛋白已飆升到 110.93mg/L，高於正常值近 20 倍，代表身體正處於嚴重發炎狀態，凝血功能異常，同日會診兒科 ICU 醫師並簽下病危通知書，原要轉至加護病房，因 ICU 無病床，因此只能先入住普通病房馬上治療，醫生懷疑為 MIS-C 症狀云云，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。

	<p>(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。</p> <p>(三) 本件除經有審核權限之機關健保署審查判斷，重新核定核付 4 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住院就醫資料專業判斷結果，亦認為予以住院 4 日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。</p> <p>五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人住院醫療費用計 2 萬 3,452 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 20 萬 6,867 元部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

中 華 民 國 114 年 6 月 20 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。」