

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日及 3 月 21 日至 4 月 12 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 13 萬 9,956 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：印尼○○。</p> <p>二、就醫原因：胃潰瘍穿孔併腹膜炎、上胃腸出血。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日及 3 月 21 日至 4 月 12 日計 2 次住院。</p> <p>（二）114 年 3 月 14 日、17 日、4 月 21 日及 5 月 16 日計 4 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）77 萬 441 元（其中 2 次住院費用各為 44 萬 8,086 元、31 萬 2,310 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>申請人申請核退 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日（住診）、114 年 3 月 14 日（門診）、17 日（門診）、114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日（住診）、114 年 4 月 21 日（門診）、5 月 16 日（門診）於臺灣地區外就醫，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，核定不予給付。</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 3 條、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 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告及 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定：</p> <p>（一）憑病理報告及小部分出院紀錄，114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日住院有手術處置，住院合理天數 12 日。</p> <p>（二）另 114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日住院，未見明顯惡化，只寫吐血，無進一步的緊急客觀病況紀錄證明長期住院的理由依據，住院合</p>

理天數 10 日。

(三) 其餘 4 次門診無緊急傷病惡化紀錄支持，不同意給付。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「Medical Letter Statement」、「NURSING SUMMARY」、「RADIOLOGY EXPERTISE」、「LABORATORY REPORT」、「INPATIENT DISCHARGE SUMMARY」、「OUTPATIENT DISCHARGE SUMMARY」等就醫資料影本、影像光碟及健保署意見書顯示，申請人於 114 年 2 月 23 日住院就醫，病歷之現病史記載 2 天前因上腹部疼痛急診(came to ER with epigastric and abdominal pain since 2 days ago)，住院期間經檢查診斷為急性胃潰瘍伴隨穿孔(Gastric ulcer, acute with perforation)，接受「Exploratory laparotomy」(剖腹探查術)，114 年 3 月 7 日出院，114 年 3 月 14 日及 17 日回診，114 年 3 月 21 日因 2 天前每次飯後噁心嘔吐，伴隨黑色嘔吐物，發燒，2 天前因胃穿孔術後上腹部疼痛(Nausea and vomiting black colored everytime after meal since 2 days ago. Fever, post gastric perforation surgery 2 days ago.) 而住院就醫，診斷為「不明腸胃出血」(Gastrointestinal haemorrhage, unspecified)，接受「Other gastroenterostomy without gastrectomy」(未進行胃切除術之其他胃腸造口術)，114 年 4 月 12 日出院，114 年 4 月 21 日及 5 月 16 日回診，茲查核分述如下：

(一) 關於 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日及 3 月 21 日至 4 月 12 日計 2 次住院醫療費用計 13 萬 9,956 元部分

此部分申請人於 114 年 9 月 12 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意就系爭 2 次住院(各住院 12 日及 22 日)，各給付 12 日及 10 日住院費用，依前揭健保署公告「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 6,333 元(114 年 1、2、3 月份)及 6,396 元(114 年 4、5、6 月份)，核退 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日住院費用 7 萬 5,996 元(計算式：6,333 元 $\times$ 12=75,996 元)，及 114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日住院費用 6 萬 3,960 元(計算式：6,396 元 $\times$ 10=63,960 元)，合計 13 萬 9,956 元(計算式：75,996 元+63,960 元=139,956 元)，並於 114 年 9 月 24 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補核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於未准核退之 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日(第 1 次)住院醫療費用差額 37 萬 2,090 元(計算式：448,086 元-補核付 75,996 元

=372,090 元)部分

此部分係該次住院費用中超過核退上限部分，健保署未准核退，於法並無不合。

(三) 關於其餘未准核退之 114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日(第 2 次)住院醫療費用差額 24 萬 8,350 元(計算式:312,310 元-補核付 63,960 元=248,350 元)、114 年 3 月 14 日、17 日、4 月 21 日及 5 月 16 日計 4 次門診費用部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人於 114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日住院，診斷為「不明腸胃出血」，接受「未進行胃切除術之其他胃腸造口術」，依醫療常規，其病症予以 10 日住院治療，已足夠因應緊急醫療之所需，至 114 年 3 月 14 日、17 日、4 月 21 日及 5 月 16 日係 2 次住院手術之術後回診，屬例行術後追蹤，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日住院給付 10 日住院費用，不予核退 114 年 3 月 14 日、17 日、4 月 21 日及 5 月 16 日計 4 次門診費用。

四、申請人主張其 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日住院就醫，所開立之診斷證明及實驗室報告、CT 報告皆詳明因全身性腹膜炎急性胃穿孔須緊急手術，114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日住院就醫，所開立之診斷證明註記因 114 年 2 月 23 日住院手術胃穿孔，術後出院吐血緊急住院手術，剖腹旁路胃空腸造口術及剖腹術沾黏，CT 檢查及治療均為醫師依臨床判斷之必要醫療措施。全民健康保險自墊醫療費用核退辦法所定緊急傷病範圍，發生胃穿孔、急性腹痛、血便、吐血、胃腸道阻塞緊急就醫狀況，皆符合法規申請條件云云，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 2 次住院(住院日數各 12 日、22 日)及 4 次門診，其中 2 次住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷重新核定補付各 12 日、10 日住院醫療費用外，其餘就醫部分，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 114 年 3 月 21 日至 4 月 12 日(第 2 次)住院之病情予以住院 10 日治療已足夠因應緊急醫療之所需，而 4 次門診部分，均非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，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 114 年 2 月 23 日至 3 月 7 日及 3 月 21 日至 4 月 12 日住院就醫自付之醫療費用計 13 萬 9,956 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，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 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。

二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。

三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。

四、急性中毒或急性過敏反應者。

五、突發性體溫不穩定者。

六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。

七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。

八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。

九、精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。

十、重大意外導致之急性傷害。

十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

四、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。」

五、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。」

六、健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 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 1、2、3 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 1 月至 114 年 3 月	1,072	3,455	6,333

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。」

七、健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 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 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)
114 年 4 月至 114 年 6 月	1,034	3,614	6,396

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。」