

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於未准核退申請人於 114 年 5 月 7 日至 12 日住院就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：祕魯○○及○○。</p> <p>二、就醫原因：呼吸衰竭、急性腎衰竭、疑似敗血症等。</p> <p>三、就醫情形(依健保署意見書記載)：</p> <p>(一) 114 年 5 月 6 日門診。</p> <p>(二) 114 年 5 月 7 日急診。</p> <p>(三) 114 年 5 月 7 日至 12 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 申請人申請核退於祕魯 114 年 5 月 6 日門診、5 月 7 日急診及 5 月 7 日至 12 日住院醫療費用，其中 114 年 5 月 6 日門診及 5 月 7 日至 12 日住院，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病。</p> <p>(二) 另 114 年 5 月 7 日急診，該署前於 114 年 7 月 21 日以健保○字第 0000000000 號函通知補收據及診斷證明文件，申請人於 114 年 7 月 28 日以電子郵件聲明無法補件，該署依現有書據審核，爰全案核定不予給付。</p> <p>五、申請人主張(一)114 年 5 月 7 日在申請時因不確定國外醫療流程，故 114 年 7 月 28 日已回寄電子信件說明不知 5 月 7 日是否進急診室，還是只是進醫院初步檢查後才轉 ICU 病房，若已附上之所有資料皆無 5 月 7 日急診資料及收據，就代表 114 年 5 月 7 日不是進急診，所有國外就醫資料及收據在申請時皆全數附上，請再麻煩確認。(二)其 114 年 5 月 7 日進醫院，114 年 5 月 8 日凌晨立即轉入 ICU，且醫師判定是高山症，無法繼續後續行程，必須住院觀察，若非嚴重也不會立即轉 ICU，此外在 ICU 時，醫師有告知其不僅有高山症缺氧，有急性腎衰竭、敗血症和發炎指數過高，所以才住院觀察 6 日，不知在這樣多症狀下，為何被認定非屬不可預期之緊急傷病等語，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 3 條、第 5 條第 1 項、附表及第 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>

## 二、健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件，將 114 年 5 月 6 日門診及系爭 5 月 7 日至 12 日住院再送專業審查，認定為高山旅遊所衍生之併發症，依所附資料屬正常生理反應，休息速返平地即可改善，非屬不可預期之緊急傷病。另 114 年 5 月 7 日急診經申請人聲明無法補件，爰仍維持原核定，不同意給付。

## 三、關於 114 年 5 月 7 日急診部分

- (一) 依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明。
- (二) 申請人於 114 年 5 月 20 日向健保署申請核退 114 年 5 月 7 日急診自墊之醫療費用，經健保署審查結果，以 114 年 7 月 21 日健保○字 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送「費用收據正本及費用明細」及「診斷書或出院病歷資料」，申請人於 114 年 7 月 28 日以電子郵件回覆健保署「由於 114/5/7 晚上我是搭救護車去醫院後直接轉往 ICU 病房，我不清楚國外醫療流程，所以也不確定當初是否是去急診室再轉 ICU?所以在填寫申請單時櫃檯人員叫我先填，到時您審核時有問題會再與我聯繫，國外就醫整份資料在申請時，皆已全數附上，急診部分已無額外資料能提供」等語，健保署乃依現有書據逕行審核，於 114 年 8 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函核定不給付。
- (三) 申請人於 114 年 10 月 9 日(本部收文日)申請爭議審議時再次陳稱若已附上之所有資料皆無 5 月 7 日急診資料及收據，就代表 114 年 5 月 7 日不是進急診，所有國外就醫資料及收據在申請時皆全數附上等語，經本部檢視卷附就醫資料，並無 114 年 5 月 7 日急診之就醫資料及收據，則健保署不予核退，於法並無不合。

## 四、關於 114 年 5 月 7 日至 12 日住院部分

此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫資料(含中譯文件)影本顯示，申請人因出現疲乏、噁心、嘔吐、呼吸困難和劇烈頭痛等症狀，於 114 年 5 月 7 日住院，診斷為 A419(敗血症，未明示病原體)、E86(體液缺乏)、N390(未明示部位之泌尿道感染症)、T702(高海拔之其他和未明示影響)、N179(急性

腎衰竭)、J960(急性呼吸衰竭)，114年5月12日出院，依臨床判斷，申請人入院當時已出現發燒合併血氧下降、白血球上升、腎功能下降、代謝性酸中毒合併呼吸性代償等急性症狀，屬不可預期之緊急傷病，依醫療常規，有緊急住院3日觀察及治療之必要，健保署未准核退醫療費用，核有未洽。

五、綜上，原核定關於未准核退114年5月7日至12日住院費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；健保署未准核退114年5月7日急診費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分有理由，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19條第1項暨第2項規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 1 月 16 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、精神病病人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。」

### 三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「申請核退醫療費用時應檢具之書據：一、醫療費用核退申請書。二、醫療費用收據正本及費用明細。三、診斷書或證明文件。四、住院案件者：出院病歷摘要。五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

### 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。」