

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：馬來西亞○○。 二、就醫原因：B型流感引發之細支氣管炎等。 三、就醫情形： （一）112年1月16日至18日住院。 （二）112年1月13日、15日、2月3日及8日計4次門診。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計3萬9,303元(其中住院費用3萬6,372元)。 五、核定內容： （一）112年1月16日至18日住院：經專業審查，認為B型流感住院，可門診給予克流感治療，無需住院，改核門診1次，按健保署公告之「112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」，門診每次1,070元，給付1次門診費用1,070元；其餘醫療費用，不予給付。 （二）112年1月13日、15日、2月3日及8日計4次門診：缺診斷書，無法補件，放棄申請。 六、申請人就住院費用不服，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第55條第2款。 （二）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。 （三）改制前行政院衛生署(於102年7月23日改制為衛生福利部)91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。 （四）健保署112年1月9日健保醫字第1120660036號公告。 二、健保署提具意見 為維護申請人權益，該署復依申請審議所附相關資料再經專業審查，認為所提供之出院摘要並無生命徵象及身體檢查資料，胸部X光無明顯異常，腹部X光顯示有便秘，以上資料及出院診斷並無符合不可預期之緊急傷病且須住院之條件，維持給付1次門診費用之核定。 三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「Discharge Summary」、檢查報告(Abdomen X-ray及Chest X-ray)、檢驗報告

(CHEMISTRY、FLUIDS AND EXCRETIONS、MICROBIOLOGY、SEROLOGY)

等相關資料顯示：

(一) 申請人以「constipation and acute bronchitis」(便秘及急性支氣管炎)為主訴於112年1月16日至18日住院就醫，診斷為「Acute streptococcal bronchitis、Influenza due to influenza virus, type B」(急性鏈球菌支氣管炎、B型流感)，其病症為B型流感引發之細支氣管炎，依醫療常規，予以門診1次治療，應足以因應其緊急醫療之所需，尚無住院之必要。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，核退1次門診費用。

四、申請人主張其因感冒4天未進食水與食物，在家嗜睡，到醫院抽血檢查，有喘聲，驗出B型流感+喉嚨鏈球菌，診斷為急性細支氣管炎，須馬上住院控制氣喘，住院期間有2種急性氣喘藥+蒸氣，讓細支氣管擴張劑加施打抗生素，加喉痛止痛劑，無法進食水，並非只有B流感進院云云，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。」，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，亦認為申請人之病況予以門診 1 次治療，應足以因應其緊急醫療之所需，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系爭住院 1 次門診費用 1,070 元，其餘住院費用未准核退，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 112 年 6 月 30 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、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112年1月9日健保醫字第1120660036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112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)
112年1月至 112年3月	1,070	3,571	6,953

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。」