

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染或疑為高原反應。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 9 月 23 日急診。</p> <p>（二）113 年 9 月 24 日至 25 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>有關申請人申請核退 113 年 9 月 23 日急診及 113 年 9 月 24 日至 25 日住院醫療費用，113 年 9 月 24 日至 25 日住院，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病；另 113 年 9 月 23 日急診，申請人於 114 年 3 月 10 日郵寄聲明不補件，該署依現有書據審核，全案核定不予給付。</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> <p>二、健保署提具意見</p> <p>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、理由及相關文件再送專業審查，認定無新事證，生命徵象穩定，電腦斷層本會過度判定肺部感染，無明確肺水腫、腦水腫等證據，屬高山旅遊所衍生之併發症，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，仍維持原核定，不同意給付。另 113 年 9 月 23 日急診未檢附收據，且經申請人聲明不補件，爰本案仍維持原核定，不同意給付。</p> <p>三、關於 113 年 9 月 23 日急診部分</p> <p>（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。</p> <p>（二）此部分申請人 113 年 9 月 23 日於臺灣地區外急診就醫，於 113 年 11 月 14 日向健保署申請自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，</p>

以 114 年 2 月 8 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送「醫療收據正本及費用明細」，惟申請人於 114 年 3 月 10 日以書面表示「9/23 不補件」，則健保署依現有書據逕行審核，核定不給付，於法並無不合。

四、關於 113 年 9 月 24 日至 25 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、卷附「門(急)診病歷」、「檢驗報告單」、「出院証明」等就醫資料影本及健保署意見書顯示：

- (一) 申請人前因高山旅遊胸悶喘息半天，於 113 年 9 月 24 日急診就醫，診斷為「肺水腫？急性上呼吸道感染」等，翌日 113 年 9 月 24 日因「咳嗽、咳痰伴呼吸困難 1 天」住院，身體診察結果，體溫 36.1℃，脈搏 74 次/分，呼吸 18 次/分，血壓 109/61mmHg，SPO₂ 98%，WBC 6020/uL(參考值 3500~9500/uL)，診斷為「1. 高原性肺水腫 2. I 型呼吸衰竭 3. 肺部感染」等，接受高流量吸氧、抗感染等相關治療，113 年 9 月 25 日出院。
- (二) 申請審議理由雖陳稱其因肺部積水緊急就醫云云，惟申請人於系爭住院當時生命徵象正常，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 9 月 24 日至 25 日住院費用。

五、申請人主張其因肺部積水緊急就醫云云，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，

	<p>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) 本件申請人系爭急診及住院就醫，其中急診部分，申請人未依規定檢附收據正本供核，而住院部分，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。</p> <p>六、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

中 華 民 國 114 年 6 月 27 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。」