

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：祕魯○○。</p> <p>二、就醫原因：高山症初期症狀。</p> <p>三、就醫情形：114 年 1 月 24 日至 25 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）1 萬 9,118 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查核定，改核急診 1 次，按健保署公告之「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」，急診每次 3,455 元，給付 1 次急診費用計 3,455 元，其餘醫療費用，不予以給付。</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 5 條第 1 項及附表、第 6 條第 1 項第 2 款及第 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>(四) 健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 本案申請人 114 年 1 月 24 日至 25 日於秘魯因急性呼吸衰竭、高海拔影響住院，經該署專業醫師審查，認定生命徵象正常，無足夠客觀病情紀錄支持其必須以住院方式處置，同意改以急診給付在案。</p> <p>(二) 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及理由，再送專業審查，認定高山症屬高山旅遊所衍生之併發症，無住院適應症，爰維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「REPORTE MEDICO DE ALTA-HISTORIA 00000000」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：三、診斷書或證明文件。…備註二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。」，是保險對象申請核退醫療費用，若所檢具診斷書或證明文件為英文之外之外文文件時，即應檢附中文翻譯，始得向健保署申請核退醫療費用，審諸其意甚明。</p>

(二) 申請人於 114 年 1 月 24 日至祕魯○○住院就醫，所附就醫資料記載之文字為英文以外之外文(西班牙文)，申請人並未依規定檢附中文翻譯供核，核與前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項之附表規定不符，而依就醫資料所載生命徵象，體溫 36.7°C ，血壓 $120/70\text{mmHg}$ ，心率 88 次/分，呼吸頻率 18 次/分，血氧濃度 92%，及疾病代碼 A09.0 (Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, 感染性胃腸炎及大腸炎)、J96.0 (Acute respiratory failure, 急性呼吸衰竭) 及 T70.2 (Other and unspecified effects of high altitude, 高海拔之其他和未明示影響)，其病情為高山症的初期症狀，依醫療常規，其就醫當時之病況予以 1 次急診治療即可因應緊急醫療之所需。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 次急診費用，其餘醫療費用，不予核退。

四、申請人主張其事發地為庫斯科，為衛福部官網認證定之高山症高危險區，當地醫療機構處置方法確實是立即安排住院治療，院方表示情況嚴重，立刻安排入住專科病室並施以藥物及氧氣治療，其身體非常不舒服且人生地不熟的情形下，其如何能選擇急診或住院？本來院方要求住兩天以上，但因行程須遠離庫斯科，故醫生囑託帶 5 天藥(至返國)後離開，若為急診，豈有開 5 天藥之理？高山症是非常危險之疾病，若處理稍有不慎，即有終生體損發生，怎可能是簡單急診案件？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利，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，亦認為申請人系爭病症，予以 1 次急診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。

五、綜上，健保署依核退上限核退 1 次急診費用 3,455 元，其餘醫療費用不予核退，並無不合，原核定應予維持。至申請人申請到場陳述意見一節，本部業已審酌申請人所提申請審議理由及相關證據，認定事實及適用法律已臻明確，爰所請核無必要，併予敘明。

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　　114　　年　　9　　月　　19　　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5條第1項及附表

「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。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者 (臺灣地區外)	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。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

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。」