

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區西藏自治區○診所。</p> <p>二、就醫原因：急性高原反應伴胃腸炎。</p> <p>三、就醫情形：114 年 4 月 3 日及 6 日計 2 次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，認為疾病非屬不可預期之緊急傷病，由所附資料（診斷書內只有診斷名稱，缺少相關病情描述）無法判斷是否屬不可預期之緊急傷病，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。</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、健保署提具意見及補充意見</p> <p>（一）為維護保險對象權益，該署復依申請人所附資料，再送專業審查結果，至高海拔 3,000 公尺以上地區旅遊，約 50% 以上機率會出現高原反應，為低海拔住民至高海拔地區會發生的生理反應，乃屬可預期之暫時性症狀，所附資料無病程紀錄與摘要，且申請人無肺水腫、腦水腫、急性脫水或嘔吐、休克等需緊急處理之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，維持原核定，不予給付。</p> <p>（二）至申請人所稱審查標準是否不一致一節，經查臺灣地區外就醫是否屬於不可預期之緊急傷病，進而據以核退自付醫療費用，乃依所檢附之各次就醫相關資料由醫療專家就個案予以專業判斷，且低海拔住民至高海拔地區容易出現高原反應，是否符合自墊核退規定，係需依實際病情狀況由專業醫藥專家判斷，非以社群網站所載之訊息來認定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明」、「處方箋」等就醫相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人於 114 年 4 月 3 日及 6 日門診，均診斷為「急性高原反應伴胃腸炎」，接受藥物治療，處理意見均為「對症處理 注意休息 不適隨訪」，除此之外，所附就醫資料並無主訴、身體診察結果之相關記載或情況緊急之相關描述，不足以佐證該 2 次門診屬不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 114 年 4 月 3 日及 6 日計</p>

2 次門診費用。

四、申請人主張依據「海外突發疾病醫療健康保險附約示範條約」第 2 條名詞定義海外疾病係指「被保險人需即時在醫院或診所診療始能避免損及身體健康之疾病，且在本附約生效前○○日（不得高於 180 日）」，其於 114 年 4 月 3 日前 180 日均無急性高山症之相關症狀，其所附資料之臨床診斷為「急性高原反應伴胃腸炎」，且醫生於處方箋上也有開出藥物，為何健保署認為只有診斷名稱、沒有病情敘述？另健保署臉書粉絲專頁 2017.06.23 發文指出民眾前往九寨溝旅遊突發高山症可以申請核退，九寨溝平均海拔 3,500 公尺，而拉薩海拔為 3,663.5 公尺，兩者海拔高度相差無幾，為何差別對待？又與其一起前去之旅伴有成功申請健保核退，於同一診所、同一醫生所開立之診斷證明書與處方箋，遭遇卻有差異，是否標準不一？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) 另有關保險對象於臺灣地區外就醫之病況，乃依所檢附之各次就醫相關資料由醫療專家就具體個案予以專業判斷。又商業保險之

	<p>繳費與給付間具對價性，乃由該商業保險之保險人依所承受風險之大小決定要保人應繳保險費之高低，並由要保人按個人意願選擇是否參加，且保險條件係依個別契約約定所成立；而全民健康保險則是基於社會連帶、相互互助及風險分攤之精神，以公共利益為考量，由被保險人、雇主及政府共同負擔保險費，其保險條件係由法律規定，一體實施適用於符合資格之所有保險對象之強制性社會保險，二者性質不同，尚不得比附援引。</p> <p>(四) 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 2 次門診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>五、綜上，健保署未核准退系爭醫療費用，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 10 月 1 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、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。」