

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：輕微肺炎等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114 年 2 月 11 日至 26 日住院。</p> <p>(二) 114 年 3 月 18 日門診。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣（下同）8 萬 7,519 元、1 萬 1,536 元。</p> <p>五、申請人於 114 年 4 月 8 日（健保署收件日）向健保署申請核退上開住院及門診費用，前經健保署以 114 年 5 月 6 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定住院部分改以 1 次門診費用核退，門診部分同意核退，並按健保署公告之「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」，門診每次 1,072 元，給付 2 次門診費用計 2,144 元（計算式：1,072 元 x2=2,144 元），其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人不服，就 114 年 2 月 11 日至 26 日住院費用部分向健保署申訴，經健保署以系爭 114 年 5 月 27 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定如下：</p> <p>經審查核定，認為參考申請人 114 年 2 月 11 日及 16 日電腦斷層，右側肺部有一小斑塊，疑似肺炎，臨床無高燒與氣促，生命徵象穩定，血中白血球 8,850/uL 不高，同意住院 3 天，改於門診追蹤治療，依前揭健保署公告之核退上限，住院每日 6,333 元，扣除原已核退之 1 次門診費用 1,072 元，補核退費用 1 萬 7,927 元（計算式：6,333 元 x3-1,072 元=17,927 元），其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>七、申請人就健保署未准核退之住院費用部分不服，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 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>為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料送請專業審查結果：申請人因甲流 114 年 2 月 11 日至 26 日住院，入院時生理現象正常，血液檢查除發炎指數上升，其餘大致正常，症狀輕微，屬甲流輕症，其影像學於急性病毒感染有一定時間之變化過程，非</p>

臨床上重症指標，維持原議，同意給予 3 天住院治療，原核定並無不當。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院小結」、「疾病證明單」、「CT 診斷報告單」等就醫資料影本顯示：

- (一) 申請人於 114 年 2 月 11 日住院，主訴「發熱胸痛 2 天」，身體診察結果，體溫 37.3°C，脈搏 86 次/分，呼吸 20 次/分，血壓 129/96mmHg，血氧飽和度 97%，神志清楚，精神可，入院當天經 CT 檢查結果，診斷為「1. 節段性肺炎 2. 支氣管炎 3. 胸腔積液」等，接受抗感染、清熱解毒、抗炎等藥物治療，114 年 2 月 26 日出院。
- (二) 申請審議理由雖主張其 114 年 2 月 16 日 CT 無改善云云，惟依「出院小結」記載申請人 CT 檢查結果，略以 114 年 2 月 16 日「較前(2025-2-11)無明顯變化」，114 年 2 月 25 日「較前(2025-2-16)病灶減小」，固顯示病灶改善有限，然身體診察結果，並無明顯異常，依臨床判斷，申請人係罹患輕微肺炎，依醫療常規，申請人之病情予以住院 3 日治療已足夠因應緊急醫療之所需。
- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 3 日住院費用，其餘醫療費用，不予核退。

四、申請人主張其第 1 次遞交，健保署以不需住院為由不予給付，第 2 次補交 CT、X 光片，健保署僅以住院 3 天給付，其在上海住院，主治醫師 25 年醫資，主任醫師、住院醫師碩士畢業學歷，執業 3 年，且該院是當地有名醫院，非一般診所，應以尊重生命，根據事實給予給付，以電腦斷層參考同意住院，2 月 16 日 CT 無改善，為何不同意支付？云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

- (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) 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，亦認為申請人病情予以 3 日住院治療已足夠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，健保署按核退上限核退 3 日住院費用，其餘住院醫療費用未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 114 年 8 月 29 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、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。」