

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：低血鈉、低血鉀及新冠病毒感染。</p> <p>三、就醫情形：114 年 5 月 29 日至 6 月 2 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）7 萬 2,249 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，同意給付急診費用 1 次，治療及辨明病因，不給付住院費用，按健保署公告之「114 年 4、5、6 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 3,614 元，給付 1 次急診費用計 3,614 元，其餘醫療費用，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 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 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依所附相關資料送請專業審查結果，認為申請人 114 年 5 月 29 日至 6 月 2 日住院治療，診斷為低血鈉、血鉀和新冠病毒感染，依所附病歷病情符合健保緊急醫療條件，於急診處置即可，不需住院治療，維持原議給付 1 次急診費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」、「入院診療計畫書」、「診療費請求書兼領收書」、「診療明細書」、病歷等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人於 114 年 5 月 29 日因反覆暈厥、嘔吐 (due to repeated fainting and vomiting) 住院就醫，進行 CT 掃描、血液檢查及心電圖 (ECG) 檢查，血液檢查顯示血清鈉 (Serum sodium) 114 mEq/L，血清鉀 (Serum Potassium) 3.2 mEq/L，SARS-CoV-2 基因檢測呈現陽性，診斷為低血鈉、低血鉀、脫水症及新冠病毒感染，接受輸液治療，114 年 6 月 2 日出院，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟依醫療常規，申請人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。</p> <p>(二) 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，</p>

不予核退。

四、申請人主張其於 114 年 5 月 27 日在日本旅途中，因 COVID-19 感染併發低鈉血症、低鉀血症、嚴重脫水症，導致意識喪失昏倒，由當地救護車緊急送往急診並立即住院治療，直至 114 年 6 月 2 日方得以出院，因病情危急，當時被醫院安置於隔離病房，接受連續監測與治療，醫療支出 7 萬 2,249 元，健保署僅核付 3,614 元，與實際醫療處置差距過大，其屬不可預期且必要之醫療處置，符合國外急診及必要住院治療核付範圍云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 査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，亦認為申請人系爭住院予以 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3,614元，其餘醫療費用不予核退，並無不合，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 11 月 24 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。」

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。」

四、健保署114年4月11日健保醫字第1140661642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4、5、6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 4 月至 114 年 6 月	1,034	3,614	6,396

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。」