

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○社區衛生服務中心。</p> <p>二、就醫原因：咳嗽、咳痰。</p> <p>三、就醫情形：112年3月15日至19日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）2,435元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，認定給付門診1次，按健保署公告之「112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1,070元，給付1次門診費用計1,070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）改制前行政院衛生署（於102年7月23日改制為衛生福利部）91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>（四）健保署112年1月9日健保醫字第1120660036號公告。</p> <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「疾病診斷證明書」等就醫資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人因咳嗽、咳痰於112年3月15日至19日住院就醫，診斷為「支氣管肺炎」，惟其於入院時，體溫36.5℃，P：80次/分，呼吸次數20次/分，BP：124/82mmHg，唇不發紺，雙肺語顫正常，呼吸音增粗，雙肺聞及明顯乾濕性囉音，並無明顯呼吸困難現象，依醫療常規，申請人就醫當時之病況予以1次門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次門診費用，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>三、申請人主張此次醫療事件屬實，且健保已核退費用，不給付項目未有不給付住院日數的建議及相關任何文字云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>（一）健保署提具意見陳明，略以原經專業審查結果，申請人112年3月15日至19日之住院，門診就醫即可，原核定給付門診1次，核定意見於全民健康保險自墊醫療費用核退核定清單註有「給付門診1次」之說明。為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料，再經專業審查結果，仍維持原核定結果給付門診1次等</p>

語。

(二) 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。」，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。

(三) 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。

(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，亦認為申請人系爭住院，予以 1 次門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。

四、綜上，健保署依核退上限核退 1 次門診費用 1,070 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。

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、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 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 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 112 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)
112 年 1 月至 112 年 3 月	1,070	3,571	6,953

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。」