

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 6 月 5 日至 8 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,616 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：泰國○。</p> <p>二、就醫原因：發燒、急性腸炎（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：112 年 6 月 5 日至 8 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）7 萬 4,166 元。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查，改核門診 2 次，爰依健保署公告「112 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」，門診每次 1,088 元，核退申請人 2 次門診費用 2,176 元，其餘醫療費用，不予核退。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>（二）全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>（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。</p> <p>（四）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>（五）健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 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，再送專業審查結果，認定依所附病歷無明確住院條件，惟基於病患為兒童，改核退 1 次急診及 1 次門診費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「Medical Certificate」、「Discharge Summary Report」、「Notification Form」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因發燒、腹瀉於 112 年 6 月 5 日至 8 日住院，經診斷為急性腸炎（Acute enteritis），茲查核分述如下：</p> <p>（一）關於醫療費用 2,616 元部分</p> <p>申請人於 112 年 12 月 6 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新審核，同意改核 1 次急診及 1 次門診，依健保署前揭公告核退上限，門診每次 1,088 元，急診每次 3,704 元，於扣除原已給付 2 次門診費用 2,176 元後，補核退費用 2,616 元（計算式：3,704 元 + 1,088 元 - 2,176 元 = 2,616 元），於 112 年 12 月 20 日</p>

以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之醫療費用 6 萬 9,374 元(計算式：74,166 元-2,176 元-2,616 元=69,374 元)部分

1. 本件復經本部委請醫療專家審查認為，申請人經臨床診斷為病毒性腸胃炎，併輕微脫水，於急診輸液治療即可，無住院適應症，依醫療常規，其病情予以 1 次急診及 1 次門診治療，即足夠因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署重新核定意見，核退 1 次急診及 1 次門診費用；其餘住院費用，不予核退。

四、申請人主張其 112 年（誤植為 102 年）6 月 2 日於泰國發燒，家人給予藥物及以物理方式退燒，觀察三天仍不見好轉後緊急送醫，經當地醫生評斷需住院治療，住院期間依舊高燒不退，至第三天情況始趨於穩定，參加健保從未中斷，秉持不送醫就不送醫原則，不想造成台灣健保資源負擔，住院乃遵照醫生評估後之決定，並非想住就住，對於僅核退門診費用無法接受，在國外的商業保險也理賠住院醫療云云，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。

(四) 本件申請人系爭住院就醫，業經健保署重新核定改核退 1 次急診及 1 次門診費用在案，復經本部委請醫療專家審查結果，亦認為予以 1 次急診及 1 次門診治療，即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，原核定關於重新核定核退醫療費用 2,616 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 3 月 6 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、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

## 二、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。」

## 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、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 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 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 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)
112 年 4 月至 112 年 6 月	1,088	3,704	7,315

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。」