

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○○○○○○病院。</p> <p>二、就醫原因：申請人自述昏迷。</p> <p>三、就醫情形：112年10月7日至13日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）47萬5,419元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112年10月23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 本件經專業審查，112年10月7日至13日住院就醫，依所檢附之醫療資訊，不須住院6天，改核1次急診及1次門診，按健保署公告「112年10、11、12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3,340元、門診每次1,037元，核退1次急診與1次門診費用計4,377元(3,340元+1,037元=4,377元)；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）112年11月13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 本件經專業審查，認定昏厥屬不可預期之緊急傷病，符合住院觀察，此病人於隔日即清醒，一般醫療常規觀察1日即可，核定合理住院日數3日，故按健保署前開公告，住院每日6,575元，扣除原已核付1次急診與1次門診費用4,377元後，補核退申請人112年10月7日至13日住院醫療費用計1萬5,348元(6,575元*3-4,377元=15,348元)；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人檢附前開健保署112年11月13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，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（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10月11日健保醫字第1120664226號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>根據日本醫院病歷，申請人於112年10月7日因意識不清而接受心肺復甦術至醫院治療。抵達時，意識仍不清楚(E2V1M5)，但血壓穩定(134/95)、心跳偏快(122/min)，據申請人自述，隔日即意識清楚，此時病情已經不是昏迷休克的問題了。根據日本醫院病歷，院</p>

方懷疑病人發生癲癇，故給予抗癲癇藥物 (levetiracetum)，並安排腦波檢查、MRI 檢查，上述兩項檢查以台灣醫療常規應可以安排門診追蹤檢查，故核定 3 日住院天數。

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「檢查詳細情報」、光碟片等就醫資料影本顯示：

(一) 申請人 112 年 10 月 7 日於飯店內失去意識，經 CPR 後以救護車送醫住院，到院時雙側多發性肋骨骨折(Bilateral multiple rib fractures)，治療後於 112 年 10 月 13 日出院。申請人固主張其休克昏迷云云，惟到院時生命徵象記載昏迷指數 8 GCS8(E2V1M5)、血壓 134/95mmHg、呼吸頻率 32/min、血氧 100% (15L 氧氣面罩)，不符休克定義，且申請人無插管，亦無不自主動作，腦波正常，依醫療常規，申請人就醫當時之病況予以住院 3 日治療即可因應緊急醫療之所需。

(二) 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、申請人主張其赴日旅遊，112 年 10 月 7 日凌晨於飯店內因休克昏迷，在飯店內及救護車中進行 CPR 及 AED，直到抵達醫院，抵達醫院後，經 X 光檢查發現因施行 CPR 及 AED 造成多處肋骨骨折，院方依肋骨斷裂及其不斷嘔吐情況，以疑似「肋骨斷裂傷及內臟」，判定需住院接受檢查，住院期間接受腦部電腦斷層、腦波檢查、X 光及藥物治療，符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條第 7 款意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者及第 10 款重大意外導致之急性傷害。其家屬與駐日辦事處多次與院方協調出院事宜，院方依據其身體狀況，判斷 112 年 10 月 13 日可出院，健保署判定的住院日數跟日本醫院判斷的基準不符合，在日本就醫應依照當地醫院判定天數住院治療？還是依照健保署所判定的住院日數作為治療依據？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) 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，亦認為申請人之病症合理住院日數 3 日，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 3 日住院費用，於扣除原已核付 1 次急診與 1 次門診費用 4,377 元後，給付醫療費用計 1 萬 5,348 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 113 年 3 月 11 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。」

