

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○○○○○○衛生院。</p> <p>二、就醫原因：急性腸胃炎、肺炎等。</p> <p>三、就醫情形：112年8月11日至16日及8月20日至26日計2次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）8萬364元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112年8月11日至16日（第1次）住院：經專業審查，急性腸胃炎應可門診處理不需住院，改核門診1次，按健保署公告之「112年7、8、9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1,059元，給付1次門診費用計1,059元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）112年8月20日至26日（第2次）住院：按收據記載金額，扣除本保險不給付中成藥費，核實核退3萬4,644元。</p> <p>六、申請人就112年8月11日至16日（第1次）住院未准核退之醫療費用部分不服，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7月12日健保醫字第1120662886號公告。</p> <p>二、健保署提具意見書</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依相關資料及申請人爭議審議申請書說明內容，再經專業審查，認為依據診斷證明單之體檢及抽血檢驗結果，上腹輕壓痛為急性腸胃炎之常見現象，抽血之白血球、紅血球、血紅素、血小板均正常；尿液、電解質及澱粉酶均正常，無法看出有住院之需要性，故維持原核定。</p> <p>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「疾病診斷證明單」等就醫資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人因「腹痛、腹瀉，乏力不適1天」於112年8月11日至16日住院就醫，診斷為「急性胃腸炎」，接受抗感染、抗病毒及中藥調理等治療，申請人固主張其腹痛、食慾不振、上吐下瀉，無法吃食，且有脫水現象云云，惟其身體診察結果 P70 次/分，</p>

R20 次/分，BP108/60mmHg，大小便常規、電解質及肝腎功能均正常，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。

(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。

四、申請人主張其自小體弱多病，往往一生病就比別人嚴重，112 年 8 月 11 日前就鬧腹痛、食慾不振、上吐下瀉，無法吃食，進而送往醫院治療得知急性腸胃炎，且有脫水現象，醫師遂要其住院治療，身處○○鄉下怎會不聽從醫師建議，況且此處無論醫師、環境、設備皆遠遠比不上臺灣，醫師臨床判斷豈是旁人可得臆測？健保署承辦人員告知臺灣醫師判斷此病在臺灣並不需要住院，然人的身體、抵抗力各不相同，豈能一概視之？且其 109 年 12 月 17 日至 20 日就曾因急性腸胃炎於嘉義基督教醫院住院，與健保署其不用住院之說大相逕庭，無法令人信服云云，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病況，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。

五、綜上，健保署依核退上限核退系爭住院 1 次門診費用 1,059 元，其餘醫療費用不予核退，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 14 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、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 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 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 7、8、9 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 7 月至 112 年 9 月	1,059	3,552	6,556

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。」