

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：克羅埃西亞。</p> <p>二、就醫原因：右股骨轉子下骨折。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）112 年 7 月 13 日急診。</p> <p>（二）112 年 7 月 14 日至 26 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 20 萬 2,434 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112 年 7 月 13 日急診：經專業審查，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」，急診每次 3,552 元，給付 1 次急診費用計 3,552 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）112 年 7 月 14 日至 26 日住院：經專業審查，同意給付合理住院日數 7 日，按健保署前該公告之核退上限，住院核退上限每日 6,556 元，給付 7 日住院費用計 4 萬 5,892 元(6,556 元×7=45,892 元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（三）共核付 4 萬 9,444 元(3,552 元+45,892 元=49,444 元)。</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 3 條、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 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</p> <p>為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由等資料，再送專業審查，認定同原審意見，仍維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「Otpusno pismo」、X 光照片影本等相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人因右股骨骨折於 112 年 7 月 13 日急診後，旋於 112 年 7 月 14 日至 26 日住院就醫，接受髓內接骨術(osteosynthesis intramedullaris)等治療，查申請人經急診及手術治療後，病情已改善，依醫療常規，合理住院日數 7 日。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 次急診及 7 日住院費用，其餘醫療費用，不予核退。</p>

四、申請人主張其 112 年 7 月參加旅行社赴歐洲旅遊，112 年 7 月 13 日在克羅埃西亞國家公園內跌倒致右邊大腿嚴重骨折，經當地人幫忙送到當地小醫院急救，由於沒有足夠醫療資源，住院一晚後轉送首都國家骨科醫院，終於在跌倒後第 3 天完成手術。該國家醫院不允許病人住院太久，所以 112 年 7 月 26 日被通知出院，但醫生又不批准搭機回臺，只好在附近旅館繼續治療，直到臺灣派救援人員到克羅埃西亞幫忙。這次向健保署只送出 2 筆帳單(醫院急診及住院手術治療)，其他救援隊和救護車資金額更是不少，加上旅館支出，金額遠超過醫療費用，都是其個人支出，其理解健保有賠償上限規定，但賠償金額僅 4 萬 9,444 元，微乎其微，其在克羅埃西亞沒有冷氣的病房和異鄉住院的磨難，拿到這種些微補償，實在沒有得到一點溫暖云云，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，亦認為申請人系爭傷症，予以 1 次急診及 7 日住院治療即可

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 次急診及 7 日住院醫療費用計 4 萬 9,444 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 4 月 19 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 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、突發性體溫不穩定者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置

者。

十、重大意外導致之急性傷害。

十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

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、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。」

五、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。」