

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 1 月 11 日急診及 112 年 1 月 12 日至 14 日就醫自付之醫療費用計新臺幣 8,845 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：大陸地區○○省○○醫學院附屬第○醫院。</p> <p>二、就醫原因：不完全流產。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 1 月 11 日急診。</p> <p>(二) 112 年 1 月 12 日至 14 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 2 萬 1,288 元(含急診費用 1,892 元及住院費用 1 萬 9,396 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>申請人 112 年 1 月 11 日急診及 112 年 1 月 12 日至 14 日住院就醫，經專業審查，認為非屬該署公告之特殊傷病或不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</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 3 條、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 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 號公告。</p> <p>二、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見、卷附「乙種診斷證明書」(○○綜合醫院 112 年 4 月 24 日開立)、「出院記錄」、「住院疾病診斷證明書」、「超聲檢查報告單」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因腹痛於 112 年 1 月 11 日急診就醫，接受子宮「超聲檢查」，復於 112 年 1 月 12 日因「人流術後 1 月，腹痛 3 天」住院就醫，經診斷為「1. 流產後宮腔粘連 2. 宮頸粘連」等，112 年 1 月 13 日接受「宮腔鏡子宮內膜粘連鬆解術+子宮頸粘連鬆解術+診斷性刮宮術」，112 年 1 月 14 日出院，分述如下：</p> <p>(一) 關於醫療費用 8,845 元部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 5 月 10 日(本部收文日)申請審議後，</p>

業經健保署重新核定，同意核退 1 次急診費用及 1 日住院費用，依收據金額核實核退 112 年 1 月 11 日急診費用 1,892 元，以及按前揭健保署公告「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」，住院每日 6,953 元，核退 1 日住院費用，計 8,845 元(1,892 元+6,953 元=8,845 元)，並於 112 年 5 月 24 日以受理號碼 0000000000 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 112 年 1 月 12 日至 14 日住院費用差額 1 萬 2,443 元(19,396 元-6,953 元=12,443 元)部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人前以藥物流產後，因不完全流產就醫，於 111 年 12 月 13 日接受子宮擴張搔刮手術治療後，疑似仍殘留妊娠組織，並有月經不來及下腹痛等症狀，因而於系爭 112 年 1 月 12 日至 14 日住院，再次安排手術，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟依醫療常規，其病情予以住院治療 1 天已足夠因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 天住院費用；其餘住院費用，不予核退。

三、申請人主張其於 111 年 12 月 3 日遵照醫生治療方案服用藥物流產，一周後未藥流完全，遂於 111 年 12 月 13 日行子宮擴張搔刮手術，一周後複診，醫生檢查已乾淨，其便啟程回大陸地區，一個月後其月經未來，出現急性腹痛，至醫院檢查後，醫生判斷仍有殘留，導致宮頸沾黏，於是安排做手術，其在臺及大陸地區均遵行醫生建議方案，但仍有醫療疏失，非其意願，當時腹痛難忍也非其所願見云云，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。」，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) 本件申請人 1 次急診及 2 日住院，業經健保署重新核定同意核退 1 次急診及 1 日住院費用，並依規定核退醫療費用在案，其餘未准核退之住院部分，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，亦認為予以 1 日住院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，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用 8,845 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘 112 年 1 月 12 日至 14 日住院醫療費用差額 1 萬 2,443 元部分，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 112 年 7 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 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，需要緊急處理以查明病因者。

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。」

四、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。」

五、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。」

六、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。」