

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 12 月 13 日及 23 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,318 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○○市○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：背部皮膚囊腫、癩、癰。</p> <p>三、就醫情形：111 年 12 月 13 日、23 日、24 日、25 日、26 日、27 日、28 日、30 日及 112 年 1 月 4 日計 9 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 4 萬 1,117 元(含 111 年 12 月 13 日及 23 日門診醫療費用各 6,827 元及 1 萬 465 元)。</p> <p>五、核定內容： 本件經專業審查，認為不符合不可預期之緊急傷病情況下就醫，所請歉難核付。</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 111 年 10 月 7 日健保醫字第 1110663082 號公告。</p> <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「診斷證明書」、「門診診療單」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因「背部皮膚膿腫 4 天」，於 111 年 12 月 13 日門診，經診斷為「軀幹皮膚膿腫、癩和癰」，接受「切開引流術」，10 日後於 12 月 23 日因「背部皮膚膿腫切開術後 10 天，自行家中換藥，較前無明顯好轉」再度門診接受「膿腫切開引流術、靜脈抗生素治療」等治療，接續於 111 年 12 月 24 日、25 日、26 日、27 日、28 日、30 日及 112 年 1 月 4 日門診「換藥」，分述如下：</p> <p>(一) 關於 111 年 12 月 13 日及 23 日門診部分</p> <p>1. 關於醫療費用 2,318 元部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 4 月 25 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依前開公告之核退上限，門診每次 1,159 元，核退 2 次門診費用計 2,318 元(計算式：1,159 元×2=2,318 元)，並於 112 年 5 月 5 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。</p>

2. 關於其餘醫療費用差額計 1 萬 4,974 元部分

此部分係申請人 111 年 12 月 13 日及 23 日門診費用中本保險不給付之掛號費及超過核退上限之醫療費用 14,974 元(6,827 元+10,465 元-2,318 元=14,974 元)，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於其餘 111 年 12 月 24 日至 112 年 1 月 4 日期間計 7 次門診部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為此 7 次門診均係接受傷口換藥，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，該病情亦非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所列緊急傷病範圍，系爭 7 次門診均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退 111 年 12 月 24 日至 112 年 1 月 4 日期間計 7 次門診費用。

三、申請人主張其健保加保中，且資料都齊全，身體後背皮膚癩癬，需要清創治療云云，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。」，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) 本件申請人系爭 9 次門診就醫，其中 111 年 12 月 13 日及 23 日門診，業經健保署依規定重新核定核退在案，而其餘 111 年 12 月

24日至112年1月4日期間計7次門診部分，復經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為非屬不可預期之緊急傷病就醫，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2,318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 6 月 30 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、門診每人、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 111 年 10 月 7 日健保醫字第 1110663082 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 111 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： 單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
111 年 10 月至 111 年 12 月	1,159	2,841	6,796

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。」