

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 6 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,070 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○○市○○醫院（以下簡稱○○○醫院）及○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：車禍、胰臟腫瘤等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）111 年 9 月 17 日及 18 日計 2 次急診。</p> <p>（二）112 年 1 月 7 日至 31 日住院。</p> <p>（三）111 年 9 月 27 日、112 年 1 月 6 日、2 月 7 日及 28 日計 4 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 32 萬 8,916 元（含 112 年 1 月 6 日門診費用 1,464 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）111 年 9 月 17 日及 18 日急診：按收據金額，扣除本保險不給付之「就診卡」費 22 元後，分別核實核退 2 次急診費用各 1,731 元及 926 元。</p> <p>（二）111 年 9 月 27 日、112 年 1 月 6 日、2 月 7 日、28 日門診及 112 年 1 月 7 日至 31 日住院：經專業審查，認為非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付醫療費用。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退 111 年 9 月 27 日、112 年 1 月 6 日、2 月 7 日、28 日門診及 112 年 1 月 7 日至 31 日住院費用部分不服，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、關於 112 年 1 月 6 日門診部分</p> <p>（一）關於門診費用計 1,070 元部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 5 月 15 日（本部收文日）申請審議後，</p>

業經健保署重新核定，同意給付申請人1次門診費用，依健保署前揭公告之核退上限，門診每次1,070元，補核退該次門診費用計1,070元，並於112年6月19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〔爭審〕核付申請人在案，則重核補付醫療費用1,070元部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之門診費用差額394元部分

此部分係申請人系爭門診費用中超過核退上限之醫療費用394元(1,464元-1,070元=394元)，健保署未准核退，於法並無不合。

三、關於111年9月27日、112年2月7日及28日門診暨112年1月7日至31日住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門診收費票據(電子)」、「臨床檢驗中心報告單」、「MRI多媒體圖文報告單」、「出院記錄」、「住院病案首頁」、「病理檢查報告單」(診斷日期:112年1月19日)、「超聲檢查報告單」、「門診病歷」等就醫相關資料影本及健保署意見書顯示：

(一) 關於111年9月27日門診部分

申請人於系爭111年9月27日門診前9日因「因電瓶車與汽車相撞至頭部摔傷」，於111年9月17日及18日先後於○○○○醫院及○○○○醫院急診就醫，並接受CT檢查，該2次急診業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案。嗣於系爭111年9月27日門診追蹤及排檢，為已知病症之複診，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，其病情或診斷亦不符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定緊急傷病之範圍，系爭111年9月27日門診尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二) 關於112年1月7日至31日住院、112年2月7日及28日門診部分

申請人因「檢查發現右上腹包塊1天」於112年1月7日入院，經MRI、CT等檢查結果診斷為「1.胰腺腫瘤(實性假乳頭狀腫瘤)；2.胰腺萎縮；3.膽管擴張；4.慢性胃炎；5.肝囊腫；6.肝功能不全；7.黃疸；8.低蛋白血症」，112年1月16日接受「根治性胰十二指腸切除術+腸粘連鬆解術+膽管成形術+門靜脈病損切除術」，112年1月31日出院，嗣分別於112年2月7日及28日術後回診追蹤，卷附就醫資料均無情況緊急之相關描述，其病

情或診斷亦不符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定緊急傷病之範圍，系爭住院及 2 次門診均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 111 年 9 月 27 日、112 年 2 月 7 日及 28 日門診暨 112 年 1 月 7 日至 31 日住院費用。

四、申請人主張其 111 年 9 月 17 日至 112 年 2 月 28 日期間於大陸地區就醫，全球正處於 COVID-19 嚴重傳染階段，因檢查肺部 CT 時，醫院意外查出腹部疑似異常腫瘤，隨即辦理住院，醫生詳細檢查後，建議儘速手術，同時要求術前、術後不要長距離移動（含遠行）以免發生不可預期之意外，考量搭乘轉機、返臺就醫治療，其辛勞顛簸身體確實無法負擔，即使返臺，時逢春節長假並逐一至各大醫院尋找治療方案，只會拖延最佳治療時間，經再三考慮，才選擇於大陸地區醫院診治，術後返臺複診云云，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4次門診及1次住院，其中112年1月6日門診就醫，業經健保署重新核定依規定核退醫療費用在案，其餘3次門診及1次住院部分，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，亦認為均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。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用1,070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 8 月 15 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。」

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。」