

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 7 月 20 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 689 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○○醫院、○○門診部、○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：發燒、急性蕁麻疹。</p> <p>三、就醫情形：112 年 7 月 20 日、21 日、22 日、23 日、25 日及 8 月 1 日計 6 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 4,411 元（其中 112 年 7 月 20 日門診費用 689 元）。</p> <p>五、核定內容： 依所檢附資料經專業審查，不符合不可預期之緊急傷病，所請自墊醫療費用，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 3 條及第 6 條第 1 項第 2 款前段。</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>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「疾病診斷證明書（門診）」、「門診病歷」、「診斷證明書」、「門（急）診病歷」、照片（申請人腳患部照片）及健保署意見書顯示，申請人因「皮疹 4 個月」於 112 年 7 月 20 日門診就醫，身體診察結果，體溫 38.8 度，診斷為「1. 發熱 2. 急性蕁麻疹 3. 胃腸功能紊亂」，接受口服用藥及血常規等檢查，嗣因皮膚紅疹瘙癢等接續於 112 年 7 月 21 日、22 日、23 日、25 日及 8 月 1 日門診，茲查核分述如下：</p> <p>（一）關於 112 年 7 月 20 日門診部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 9 月 1 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退此次門診費用，爰按收據記載金額核實核退 689 元，並於 112 年 9 月 8 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> <p>（二）關於 112 年 7 月 21 日、22 日、23 日、25 日及 8 月 1 日門診部分</p> <p>1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人 112 年 7 月 20</p>

日門診當時體溫 38.8°C，診斷為「急性蕁麻疹」等，已如前述，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，其後續 112 年 7 月 21 日、22 日、23 日、25 日及 8 月 1 日門診，固經診斷為「急性上呼吸道感染併過敏性蕁麻疹」、「過敏性皮炎 猩紅熱？」、「過敏性皮炎 藥物性皮炎[藥疹]」、「過敏性皮炎」，惟卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其病情或診斷符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，此部分 5 次門診均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 7 月 21 日、22 日、23 日、25 日及 8 月 1 日 5 次門診費用。

三、申請人主張其 112 年 7 月 20 日因食物中毒引起全身過敏、高燒不退、全身顫抖、嘔吐、無法自行站立，由親人送至急診，其因哺乳期，請醫生開藥劑量輕些，隔日過敏症狀未減輕，且持續高燒、顫抖就醫，醫生研判嚴重過敏且高燒高於 38 度，吃退燒藥仍持續高燒，須馬上打點滴。7 月 22 日過敏症狀持續加重，且先前兩間醫院皆未減輕過敏反應，換至附近醫院就醫，醫生懷疑猩紅熱，為大陸地區法定嚴重傳染病，須強制隔離，被要求至上級醫院進一步檢查。7 月 23 日就診，醫生研判為嚴重藥物過敏，引發全身嚴重紅腫過敏，建議吃藥並持續追蹤哪種藥物導致過敏，懷疑為抗生素過敏，其因先前藥物還有，醫生建議搭配先前藥物一起吃，所以並未多開太多藥物。過敏引發全身搔癢，幾乎每天都無法睡覺，故持續去醫院拿藥，抗過敏止癢。以上食物中毒接著引發藥物過敏，皆為不可預期的傷病，且不進行緊急就醫無法自行判斷病症，也無法透過休息自行治癒云云，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，又前揭核退辦法並賦予健保署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 6 次門診就醫，其中 112 年 7 月 20 日(第 1 次)門診部分，健保署已重新核定依規定核付費用，而後續 5 次門診部分，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，亦認為非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，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 112 年 7 月 20 日門診就醫自付之醫療費用計 689 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 10 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款前段

「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。」

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。」