

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：印尼○ HOSPITAL。</p> <p>二、就醫原因：左小腿後部膿瘍/蜂窩組織炎。</p> <p>三、就醫情形：112年6月18日、23日及24日計3次就診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計1萬734元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，同意按健保署公告「112年4、5、6月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次1,088元，核退3次門診費用計3,264元(1,088元 X3=3,264元)；其餘醫療費用，不予核退。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第55條第2款及第56條第2項。</p> <p>（二）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>（三）健保署112年4月13日健保醫字第1120661366號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>有關申請人於爭議審議申請書表示，3次就醫皆為急診一節，經查申請人所附醫療報告之處置均為門診(OPD, Outpatient)，未敘明ER(Emergency room)或ED(Emergency department)等字樣。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「CONFIDENTIAL MEDICAL REPORT」等就醫相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人因「pain on left posterior calf and small wound on left sole」（左小腿後部疼痛及左腳底小傷口）於112年6月18日就診，並自述「cratched by a coral 3 days ago」（3天前被珊瑚割傷），經診斷為「abscess of left posterior calf /cellulitis」（左小腿後部膿瘍/蜂窩組織炎），嗣於112年6月23日及24日複診，接受切開引流及換藥等處置。</p> <p>（二）依上開病程顯示，申請人固因足部受傷多日，造成傷口感染，惟期間並無發燒之相關記載（3次就診當時之體溫各為36.7、36.5、36.7℃），病情穩定，於門診治療即足因應緊急醫療之所需。</p> <p>（三）綜合判斷：同意健保署意見，給付3次門診費用。</p> <p>四、申請人主張其因被珊瑚刮傷，傷口感染至醫院急診3次，第1次就醫是假日急診，醫院有多收看診費用，第2次因傷口持續嚴重感染做清創手術，也是急診，第3次換藥也是急診云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p>

(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，亦認為申請人之病情，予以門診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 3 次門診費用計 3,264 元，其餘醫療費用未准核退，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。

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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

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、健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 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 4、5、6 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 4 月至 112 年 6 月	1,088	3,704	7,315

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。」