

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：右手無名指裂傷、右手小指挫傷。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）112年7月3日急診。</p> <p>（二）112年7月4日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計7,229元（其中112年7月3日急診費用6,096元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112年7月3日急診：同意按健保署公告「112年7、8、9月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，急診每次3,552元，核退1次急診費用計3,552元；其餘醫療費用2,544元（6,096元-3,552元=2,544元），不予核退。</p> <p>（二）112年7月4日門診：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。</p> <p>六、申請人就未准核退之112年7月4日門診費用部分不服，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>（二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條。</p> <p>（三）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、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」（含中譯資料）、「診療明細書」、「請求書兼領收書」、「調劑明細書」、「領收證」、照片等就醫資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人於112年7月3日急診就醫，經診斷為「右環指裂創、右小指挫創」（右手無名指裂傷、右手小指挫傷），接受縫合處置及藥物治療，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退醫療費用有案，申請人於翌日112年7月4日因同一傷症門診，申請審議理由雖陳稱其112年7月3日急診，次日112年7月4日門診傷口仍未完全止血，且僅拿到1日份抗感染藥物，不得不再次前往就醫云云，惟卷附該次門診就醫資料並無情</p>

況緊急之相關描述，不足以佐證後續就醫之病情屬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，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退112年7月4日門診費用。

三、申請人主張其112年7月4日門診與前日112年7月3日急診處理為連貫之同一傷病事件，為何前晚不可預期，次日便可預期？112年7月4日門診為連貫之必要醫療，原因為(一)前日醫囑要求並開立預掛單；(二)健保要求必備診斷書，事發為深夜無法開立；(三)次日傷口仍未完全止血，且僅拿到1日份抗感染藥，不得不在旅程有限時間內再次前往；(四)事發為旅程剛到第1晚，仍有一周行程至7月10日，其該放棄後續行程立即回國？還是不顧風險，待回國再診治？若不幸後續發生感染，健保署可以負責？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，並檢具醫療費用收據、費用明細、診斷書或證明文件供核者，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 112 年 7 月 4 日門診，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，亦認為非屬不可預期之緊急傷病，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署未准核退系爭 112 年 7 月 4 日門診醫療費用，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。

中 華 民 國 112 年 12 月 13 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。」

三、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。」