

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：車禍傷、頸椎間盤突出症、左肩關節前上盂唇損傷、左肩及棘上肌肌腱及肱二頭肌長頭肌腱損傷等。</p> <p>三、就醫情形：112年2月14日至23日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）4萬6,457元。</p> <p>五、核定內容： 本件經專業審查，改核門診2次，按健保署公告之「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」，門診每次1,070元，給付2次門診費用2,140元（計算式：1,070元x2=2,140元），其餘醫療費用，不予給付。</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、第6條第1項第2款及第2項。</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>（四）健保署112年1月9日健保醫字第1120660036號公告。</p> <p>二、健保署提具意見 本案依申請爭議審議理由及所附相關資料再經專業審查，仍認為申請人受傷6天才到醫院行保守治療，確實不符合緊急傷病不可預期之要件，仍維持給付2次門診費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院小結」、「出院診斷證明書」等相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人於系爭112年2月14日住院前6天因坐車時急煞車，導致左側肩頸、頭部疼痛及頭部外傷，於其他醫院接受縫合，嗣因頸肩部持續隱痛，併頭暈等不適，為進一步治療，乃於112年2月14日住院，入院時診斷為「車禍傷：頸椎間盤突出症；左肩關節前上盂唇損傷；左肩棘上肌肌腱及肱二頭肌長頭肌腱損傷」，住院期間予以保守對症支持治療，包含臥床休息及藥物治療，於112年2月23日出院。依醫療常規，其病症予以門診2次治療，應足以因應其緊急醫療之所需，尚無住院之必要。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，核退2次門診費用。</p> <p>四、申請人主張其於112年農曆正月17日前往大陸地區，當天傍晚發</p>

生車禍，導致左肩關節前上盂唇損傷，左肩棘上肌肌腱及肱二頭肌長頭肌肌腱損傷，前額縫合十餘針，左側第3後肋骨骨折，支付醫療費用人民幣1萬482.03元，為何認定2次門診即可治療完成，認定方式為何？兩岸文件認定公證無用云云，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) 本件申請人系爭住院就醫，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，亦認為申請人之病況予以門診2次治療，應足以因應其緊急醫療之所需，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申請人2次門診費用2,140元，其餘費用未准核退，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

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、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、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。」