

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 5 日 2 次門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,118 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：大陸地區江蘇省南京市○醫院、南京○醫院、南京○醫院。</p> <p>二、就醫原因：呼吸道感染、氣管炎、鼻過敏等。</p> <p>三、就醫情形：112 年 7 月 5 日(2 次)、11 日、24 日、27 日(2 次)、31 日、8 月 7 日、10 日、14 日、21 日計 11 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)1 萬 2,421 元(其中 112 年 7 月 5 日 2 次門診各 2,094 元及 1,575 元)。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。</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 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 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實及理由、所檢附新事證，再送專業審查結果，同意給付 112 年 7 月 5 日(2 次)門診醫療費用，餘 9 次門診經專業醫師審查，認定皆為變異性(過敏性)咳嗽追蹤且無氣喘急性發作，非屬緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門(急)診病歷」、「導診單(處方)」、「X 線檢查會診報告單」、「過敏原皮膚點刺檢查報告單」、「口呼出氣+鼻呼出氣一氧化氮測定報告」、影像資料 DR 檢查報告單、照片圖片等就醫資料及健保署意見書顯示，申請人因咳嗽、流涕、鼻疼痛等症狀於 112 年 7 月 5 日(2 次)、11 日、24 日、27 日(2 次)、31 日、8 月 7 日、10 日、14 日、21 日計 11 次門診就醫，茲查核分述如下：</p> <p>(一) 關於 112 年 7 月 5 日(2 次)門診</p>

1. 關於醫療費用 2,118 元部分

此部分申請人於 112 年 12 月 27 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審核，同意給付 112 年 7 月 5 日 2 次門診費用，依健保署公告「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」，門診每次 1,059 元，補核退費用 2,118 元(計算式： $1,059 \text{ 元} \times 2 = 2,118 \text{ 元}$)，於 113 年 1 月 10 日以受理號碼 1121123488 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。

2. 關於其餘未准核退醫療費用 1,551 元(計算式： $2,094 \text{ 元} + 1,575 \text{ 元} - 2,118 \text{ 元} = 1,551 \text{ 元}$)部分

此部分係該 2 次門診費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於 112 年 7 月 11 日、24 日、27 日(2 次)、31 日、8 月 7 日、10 日、14 日、21 日計 9 次門診就醫

1. 申請人於 112 年 7 月 11 日、24 日、27 日、31 日、8 月 7 日、10 日、14 日、21 日因咳嗽、有痰、流涕、鼻疼痛等症狀門診就醫，經診斷為「呼吸道感染」、「急性鼻炎」、「支氣管炎」等，接受檢查及藥物治療，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，系爭 9 次門診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 11 日、24 日、27 日(2 次)、31 日、8 月 7 日、10 日、14 日、21 日計 9 次門診費用。

四、申請人主張其 112 年 6 月底感冒，出現夜咳並逐漸加重，半夜睡到一半咳嗽劇烈並咳到吐，7 月 5 日至南京市第一醫院兒科就診，拍 X 光片及驗血後，醫生判斷為支氣管炎，建議住院注射點滴治療。家長對其診療方式不認可，遂於當日下午轉至南京明基醫院兒科就診，醫生判定為變異型咳嗽，肺部輕微炎症不需注射治療，故開立霧化類藥品，惟霧化控制夜咳效果不佳，期間仍舊咳到吐且出汗，7 月 11 日回診，並依醫生要求做過敏源和呼吸測定，醫生開出類似哮喘類長期用藥和孟魯斯特片。使用噴霧式藥品幾天後，出現過敏症狀，臉部、脖子及大腿出現紅疹，遂停止用藥。過敏期間並無夜咳，但停藥後七八天又逐漸開始，半夜兩三點和早上五六點定時咳

嗽，7月24日至南京市中醫院兒科就醫，醫生判斷為支氣管炎，開羅紅黴素治療。夜咳無改善，7月27日回診，醫生改阿奇黴素，同時建議至耳鼻喉科檢查有無異常。陸續服用阿奇黴素三個週期，惟夜咳並無明顯控制，嚴重時午睡，晚上入睡，凌晨兩三點，早上五六點，起床後都出現猛烈咳嗽，甚至出現氣道高反應（早起起床出現大口連續吸氣），後醫生開糖皮質激素和支氣管擴張等霧化用藥和孟魯斯特片，夜咳始得以控制云云，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。」，本部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，又依本部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11次門診就醫，其中112年7月5日2次門診部分，健保署已重新核定核付費用，而其餘112年7月11日至8月21日期間9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。

五、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 2,118 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，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 113 年 3 月 14 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 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 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 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 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：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112 年 7 月至 112 年 9 月	1,059	3,552	6,556

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。」