

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○○○○○○○○○醫院、○○○○○醫院、○○○○○醫院及○○○社區衛生服務中心。</p> <p>二、就醫原因：右膝前十字韌帶斷裂、副韌帶部分撕裂、半月板撕裂等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年4月21日、27日、5月19日(2次)、22日、24日及6月8日計7次門診。</p> <p>(二) 112年4月23日急診。</p> <p>(三) 112年5月8日至15日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計47萬3,242元(其中112年4月21日門診及112年4月23日急診費用各為7,915元及9,052元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年4月21日門診及112年4月23日急診：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、急診每次3,704元，核退1次門診及1次急診費用計4,792元(計算式：1,088元+3,704元=4,792元)，其餘醫療費用1萬2,175元(計算式：7,915元+9,052元-4,792元=12,175元)，不予核退。</p> <p>(二) 112年4月27日、5月19日(2次)、22日、24日、6月8日計6次門診及112年5月8日至15日住院：經專業審查認定，不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</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4月13日健保醫字第1120661366號公告。</p> <p>二、關於112年4月21日門診及112年4月23日急診之費用差額1萬2,175元部分</p> <p>此部分係申請人該次急診及門診費用中超過核退上限之醫療費用1萬2,175元(7,915元+9,052元-4,792元=12,175元)，健保署未准核退，並無不合。</p> <p>三、關於112年4月27日、5月19日(2次)、22日、24日、6月8日計6次門診及112年5月8日至15日住院部分</p>

此部分綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門診病歷」、「醫療證明書」、「急診病歷記錄」、「診斷證明書」、「第 1 次出院記錄」、「外科診療紀錄」等相關資料影本顯示：

- (一) 申請人因右膝扭傷於 112 年 4 月 21 日門診及 4 月 23 日急診，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在案。
- (二) 嗣申請人因「右膝扭傷 6 天」於 112 年 4 月 27 日再次門診就醫，經診斷為「膝前交叉韌帶損傷(右)、膝內側副韌帶損傷(右)、膝內側半月板損傷(右)」，建議手術治療，申請人乃於 112 年 5 月 8 日住院，接受關節鏡下前交叉韌帶重建、半月板成形手術，於 112 年 5 月 15 日出院，另於 112 年 5 月 19 日(2 次)、22 日、24 日及 6 月 8 日 5 次門診換藥、康復訓練，查申請人此部分就醫為同一傷病門診、排程住院手術，及術後回診換藥，非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，且卷附就醫資料亦無情況緊急之相關描述，系爭住院及 6 次門診，均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 4 月 27 日、5 月 19 日(2 次)、22 日、24 日、6 月 8 日計 6 次門診及 112 年 5 月 8 日至 15 日住院費用。

四、申請人主張其 112 年 4 月 21 日於北京因意外跌倒受傷，造成右膝韌帶斷裂及部分半月板粉碎，前後 3 次至不同醫院求診，並在 5 月 10 日手術，以及術後修復回診。其雖不在臺灣，但每個月都有繳交健保費用沒有中斷，但在受傷需要保險給付時，健保署卻以各種不合理的理由拒絕給付，無法接受云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

- (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 7 次門診、1 次急診及 1 次住院，其中 112 年 4 月 21 日門診及 112 年 4 月 23 日急診，業經健保署依規定核退費用有案，另 112 年 4 月 27 日、5 月 19 日(2 次)、22 日、24 日、6 月 8 日計 6 次門診及 112 年 5 月 8 日至 15 日住院部分，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，亦認為申請人該 6 次門診及住院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，健保署依核退上限核退 112 年 4 月 21 日門診及 112 年 4 月 23 日急診費用計 4,792 元，其餘醫療費用不予核退，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。

中 華 民 國 113 年 1 月 3 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

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。」