

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 6 月 15 日及 8 月 14 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,132 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○醫院、蘇州○醫院。</p> <p>二、就醫原因：腰部扭傷、濕疹、肌肉損傷等。</p> <p>三、就醫情形：112 年 5 月 4 日、6 月 15 日、7 月 14 日、8 月 14 日及 8 月 31 日計 5 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）4,562 元（其中 112 年 5 月 4 日、6 月 15 日及 8 月 14 日門診各 1,315 元、1,909 元及 285 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112 年 5 月 4 日門診：按健保署公告之「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，給付 1 次門診費用 1,088 元，其餘費用，不予給付。</p> <p>（二）112 年 6 月 15 日、7 月 14 日、8 月 14 日及 8 月 31 日計 4 次門診：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。</p> <p>六、申請人不服，主張其於國外自墊醫療費用，意外發生皆屬不同情況，核定為同一意外之後續治療，是不正確云云，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 51 條第 4 款及第 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）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。</p> <p>（四）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>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、理由等資料，再送專業審查結果，同意給付 112 年 6 月 15 日、8 月 14 日門診醫療費用，餘 2 次門診經專業醫師審查，認定 112 年 7 月 14 日非屬緊急傷病，112 年 8 月 31 日屬相同疾病複診，核定不予給付。</p> <p>三、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「診斷證明書」、「門診病歷」、「休假證明書」等就醫資料及健保署意見</p>

書顯示，申請人因摔傷後腰痛、腰部扭傷後腰痛、頸部紅斑癢、左側髂部疼痛不適等，於112年5月4日、6月15日、7月14日、8月14日、8月31日計5次門診就醫，茲查核分述如下：

(一) 關於未准核退之112年5月4日門診費用差額227元(計算式： $1,315\text{元}-1,088\text{元}=227\text{元}$)部分

此部分為申請人該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6月15日及8月14日門診部分

1. 關於醫療費用1,132元(計算式： $1,088\text{元}+44\text{元}=1,132\text{元}$)部分

此部分申請人於113年1月2日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審核，分別依前揭公告之核退上限，門診每次1,088元，核退112年6月15日門診費用1,088元，以及按收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費後，核退112年8月14日門診費用44元(計算式： $285\text{元}-241\text{元}=44\text{元}$)，共計補核退該2次門診費用1,132元，並於113年1月17日以受理號碼○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1,062元(計算式： $1,909\text{元}+285\text{元}-1,132\text{元}=1,062\text{元}$)部分

此部分係申請人系爭2次門診費用中超過核退上限之醫療費用及本保險不給付之中成藥費，健保署未准核退，於法並無不合。

(三) 關於112年7月14日及8月31日門診部分

1. 申請人因頸部紅斑癢1週，於112年7月14日門診就醫，經診斷為「濕疹」，接受藥物治療，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，此次門診尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 另申請人因左側髂部疼痛1天，於112年8月14日門診就醫，經診斷為「肌肉損傷」，業經健保署認屬不可預期之緊急傷病，依規定核退費用在案，已如前述。申請人嗣因相同傷病於112年8月31日複診，申請審議理由雖主張其於國外自墊醫療費用，意外發生皆屬不同情況，核定

為同一意外之後續治療，是不正確云云，惟此次門診紀錄已記載「主訴：左側髂部肌肉損傷，複診」，又卷附就醫資料並無情況緊急相關描述，且僅處置「狗皮膏(外用)」，該次門診尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

3. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 7 月 14 日及 8 月 31 日計 2 次門診費用。

四、申請人主張其於國外自墊醫療費用，意外發生皆屬不同情況，核定為同一意外之後續治療，是不正確云云，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 5 次門診就醫，其中 112 年 5 月 4 日、6 月 15 日及 8 月 14 日計 3 次門診部分，業經健保署依規定核退費用，而其餘 112 年 7 月 14 日及 8 月 31 日計 2 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 2 次門診就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人 112 年 7 月 14 日因濕疹、8 月 31 日因肌肉損傷複診均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 1,132 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 29 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 51 條第 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

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 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。」

四、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、門診每人、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。」

五、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

「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。」

六、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。」