

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區陝西省○醫院、江蘇省蘇州市吳江區○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性支氣管炎等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年4月23日至28日住院。</p> <p>(二) 112年6月19日、28日、7月1日、14日、8月8日及9月14日計6次門診。</p> <p>(三) 112年6月23日及24日計2次急診（原核定誤列為門診）。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計1萬9,821元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年11月8日受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書，計核退1萬3,944元：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 112年4月23日至28日住院及112年8月8日門診：按收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費399元、392元後，各給付1萬2,333元(12,732元-399元=12,333元)、523元(915元-392元=523元)。 2. 112年6月23日急診：依健保署公告之「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次門診醫療費用計1,088元，其餘醫療費用不予給付。 3. 112年6月19日、28日、7月1日、14日及9月14日計5次門診及112年6月24日急診：經專業審查，認為不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。 <p>(二) 113年1月5日受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書，計核退2,913元：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 112年6月23日急診：改按收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費777元及已給付之1,088元後，補核退80元(1,945元-777元-1,088元=80元)。 2. 112年6月19日、28日、7月1日、14日及9月14日計5次門診：按收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費後，各給付332元(450元-118元=332元)、930元、789元、171元、611元，合計2,833元(332元+930元+789元+171元+611元=2,833元)。 3. 112年6月24日急診：經專業審查，認為頻繁就醫，不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。

	<p>六、申請人主張 112 年 6 月 24 日急診的核定金額為零？急性呼吸道感染及發熱難道沒有就醫的急迫性？另中成藥不給付，實難理解，難道中成藥不是藥嗎？云云，先後檢附上開核定通知書 2 紙，就未准核退之醫療費用計 2,964 元(19,821 元-13,944 元-2,913 元=2,964 元，即 112 年 6 月 24 日急診費用 1,278 元及 112 年 4 月 23 日至 28 日住院、112 年 6 月 19 日、8 月 8 日計 2 次門診、6 月 23 日急診費用差額計 1,686 元)部分不服，一併向本部申請審議。</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 款前段。</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、關於未准核退之 112 年 4 月 23 日至 28 日住院、112 年 6 月 19 日、8 月 8 日計 2 次門診、6 月 23 日急診費用差額計 1,686 元部分</p> <p>(一) 查全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照，從而被保險人使用之藥品若係逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，此制度不論在國內本保險特約醫療機構就醫或在非保險醫療機構診療者，均一律適用。又依全民健康保險法第 51 條第 4 款規定：「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥劑生指示藥品。」，復查全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項第 3 點規定：「中藥之使用依『全民健康保險中藥用藥品項表』所收載為範圍，係以主管機關核准經由 G.M.P 中藥濃縮廠製造之『調劑專用』及『須由醫師 (中醫師) 處方使用』之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥之使用並應列屬主管機關整編之『臨床常用中藥方劑標準處方』。」，先予敘明。</p> <p>(二) 查此部分係申請人各該次住院、門、急診費用中之中成藥費 [各 399 元、118 元、392 元、777 元，計 1,686 元(399 元+118 元+392 元+777 元=1,686 元)]，依相關收據及病歷記載，該等中成藥為小兒肺熱咳喘顆粒、肺力咳合劑/口服液、裸花紫珠顆粒、炎寧糖漿/口服液、小兒定喘口服液等品項，非前開經核准由 G.M.P 中藥濃縮廠製造之濃縮中藥，自非本保險給付範圍，健保署未准核退，並無不合。</p>

三、關於 112 年 6 月 24 日急診費用 1,278 元部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「急診病歷」、檢驗報告單等相關資料影本顯示：

- (一) 申請人因「發熱 1 天」(熱峰 40°C)於 112 年 6 月 23 日急診就醫，經診斷為「1. 發熱 2. 呼吸道感染」，業經健保署認屬不可預期之緊急傷病，並依規定核退在案；申請人復因相同病症接續於 112 年 6 月 24 日急診(複診)，「現病史」記載體溫好轉、有咳嗽、無寒顫、無抽搐、無吐瀉，而身體診察結果為體溫 36.5°C、神志清、反應可、全身無皮疹、咽紅、扁桃體無腫大、雙肺呼吸音粗、心律齊、心音有力等，接受藥物治療，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，該次急診即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 6 月 24 日急診費用。
- (三) 申請人主張 112 年 6 月 24 日急診的核定金額為零？急性呼吸道感染及發熱難道沒有就醫的急迫性？云云，惟所稱核難執為此部分之論據，分述如下：
 1. 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。
 2. 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。

3. 此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，亦認為此次急診為複診，非屬不可預期之緊急傷病就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署未准核退申請人系爭醫療費用計 2,964 元，尚無不合，此部分原核定應予維持。

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 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。」

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 款前段

「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。」

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。」