

## 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、○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：面部外傷、雙手擦傷、右側髕骨骨折。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年9月11日、12日及16日(○○醫院)計3次門診。</p> <p>(二) 112年9月12日至16日(○○醫院)及9月16日至10月31日(○○醫院)計2次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計12萬9,067元(其中112年9月16日門診未檢附費用收據，112年9月16日至10月31日住院收據及診斷書未經公驗證，金額未予列計)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年9月11日、12日門診及112年9月12日至16日住院：按健保署公告「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，住院每日6,556元，核退2次門診及4日住院費用計2萬8,342元(計算式：1,059元+1,059元+6,556元×4=28,342元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 112年9月16日門診及112年9月16日至10月31日住院：經專業審查結果，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。</p> <p>六、申請人主張不知為何○○醫院無法申請給付云云，就未准核退之112年9月16日門診及112年9月16日至10月31日住院費用部分不服，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。</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>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之事實、理由及相關資料再經專業審查，認定申請人112年9月12日至16日第一階段住院已初步處置，有充分時間至健保特約醫院就診，且112年9月16日至10月31日第二階段住院為第一階段住院問題之延續，112年9月16日門診及112年9月16日至10月31日住院非屬不可預期之緊急傷病，仍維持原核定，不予給付。</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、卷附「門診診斷書」、「出院小結」、「疾病證明單」、「門診病歷卡(門診病歷)」、「出院記錄」、「疾病診斷證明書」等就醫相關資料影本、照片及健保署意見書顯示：

(一) 申請人前因「頭部外傷、右髕骨骨折、額部及雙手擦傷」於 112 年 9 月 11 日至大陸地區○○醫院門診就醫，翌日 112 年 9 月 12 日以「外傷導致右膝疼痛，活動受限，持續 1 天」入住○○醫院，身體診察結果為「右膝壓痛，腫脹，活動受限」，診斷為「右髕骨骨折」，於 112 年 9 月 14 日接受「右髕骨骨折切開復位張力帶鋼絲內固定術」，於 112 年 9 月 16 日出院，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退該 2 次門診及 4 日住院費用在案。

(二) 申請人為求進一步治療，乃於 112 年 9 月 16 日至大陸地區○○醫院門診，主訴「右髕骨骨折術後伴下肢功能障礙 2 天」，經收治入院接受復健治療，至 112 年 10 月 31 日出院。申請審議理由雖陳稱其 112 年 9 月 16 日嚴重滲血，無法行走狀況下只能叫救護車運送至醫院治療云云，惟依卷附「出院小結」記載申請人 112 年 9 月 16 日出院時情況為「一般情況可，無特殊不適，各項生命體徵平穩，手術切口情況良好」，且系爭 112 年 9 月 16 日門診及 112 年 9 月 16 日至 10 月 31 日住院之就醫資料並無情況緊急之相關描述，況其後續復健治療之病情或診斷亦不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，均尚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 9 月 16 日門診及 112 年 9 月 16 日至 10 月 31 日住院醫療費用。

四、申請人主張其 112 年 9 月 11 日大陸地區○○旅遊發生車子暴衝，導致右腿髕骨骨折而急診，晚上搭機至○○尋求治療，以石膏固定，9 月 14 日安排開刀手術，9 月 15 日手術後導流口滲血嚴重，請醫生緊急做加壓包紮處置，依然滲血不停換包紮情況下，被醫院通知因床位不足，隔日須出院自行尋找後續住院治療。9 月 16 日嚴重滲血，無法行走狀況下只能叫救護車運送至醫院治療，1 個半月能行走才回○○門診，不知為何○○醫院無法申請核退云云，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 112 年 9 月 16 日門診及 112 年 9 月 16 日至 10 月 31 日住院，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，均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，健保署未准核退系爭 112 年 9 月 16 日門診及 112 年 9 月 16 日至 10 月 31 日住院醫療費用，並無不合，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。

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、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。」