

審 定

主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 9 月 21 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,059 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：香港○○○醫務中心有限公司、○○○醫生及○○○醫生。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染、流感。</p> <p>三、就醫情形：112 年 6 月 10 日、17 日、20 日、28 日、8 月 1 日、19 日及 9 月 21 日計 7 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 1 萬 5,748 元(含 112 年 9 月 21 日門診醫療費用 4,641 元)。</p> <p>五、核定內容：經該署專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，核定不予給付。</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 3 條、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 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>(五) 健保署 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 號公告。</p> <p>二、關於 112 年 9 月 21 日門診部分</p> <p>(一) 關於醫療費用 1,059 元部分</p> <p>此部分申請人於 113 年 3 月 14 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依前開公告之核退上限，門診每次 1,059 元，於 113 年 5 月 10 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退該次門診費用計 1,059 元，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>(二) 關於其餘未准核退之醫療費用差額 3,582 元(4,641 元-1,059 元=3,582 元)部分</p> <p>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。</p> <p>三、關於 112 年 6 月 10 日、17 日、20 日、28 日、8 月 1 日及 19 日計 6 次門診部分</p>

(一) 申請人於 112 年 6 月 10 日、17 日、20 日、28 日、8 月 1 日及 19 日門診就醫，申請審議理由雖陳稱其多日高燒不退云云，惟卷附就醫資料僅記載診斷為上呼吸道感染(URTI/URI)等，並無情況緊急之相關描述，且該診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所列緊急傷病範圍，系爭 6 次門診均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 10 日、17 日、20 日、28 日、8 月 1 日及 19 日計 6 次門診費用。

四、申請人主張其多日高燒不退，曾用其他簡易方法如擦拭、適當的穿著，並服用退燒藥，發燒情況未見改善，因父母都是外派香港工作，不能及時帶其回臺就醫，所以才在香港當地就醫。以前其也一樣是發燒，也是在香港同一醫療院所就醫，用同樣的申請方式，也是依臺灣相同的法規，以前申請有通過，如果是在臺灣有發燒就醫，健保署就會給付。一樣是中華民國國民，一樣有健保，為什麼在國外就不能享有同等福利？云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署提具意見及補充意見

1. 查 110 年至 112 年間申請人除申請本案外，尚有 1 筆自墊核退申請紀錄，案情為申請人因流感、上呼吸道感染、支氣管炎等於香港 112 年 1 月 17 日至 4 月 21 日計 9 次門診，經該署專業醫師審查，皆認定屬緊急傷病，爰依核退上限給付 9 次門診醫療費用在案。

2. 為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由等資料，再送專業醫師審查，認定 112 年 9 月 21 日門診因流感就醫符合給付條件，其餘 6 次門診為上呼吸道感染，非屬緊急傷病。上開案件係經該署審查醫師依據各核退案件所檢附之診斷證明文件，基於專業見解審查認定是否符合不可預期之緊急傷病。

(二) 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。

(三) 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。

(四) 本件申請人 7 次門診，其中 112 年 9 月 21 日門診部分，健保署已重新核定依規定核退，其餘 6 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，亦認為申請人該 6 次門診非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，至保險對象於臺灣地區外就醫之病情是否符合前開「不可預期之緊急傷病」之核退條件，應由醫療專家依所檢附之各次就醫相關資料予以專業審查判斷與認定，自無從比附援引，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 112 年 9 月 21 日門診費用 1,059 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，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。

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 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、精神病患者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。」

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 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 月份之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。」