

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○○○兒童醫院及○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）112年11月4日及5日計2次急診。</p> <p>（二）112年11月17日、20日及12月11日計3次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計7,415元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112年11月4日及5日急診費用各2,130元及1,062元部分：按收據記載金額，各核付2,130元及1,062元。</p> <p>（二）112年11月17日及20日門診費用計1,419元部分：不給付原因代碼「8」-不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>（三）112年12月11日門診費用2,804元部分：依健保署公告之「112年10、11、12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1,037元，給付1次門診醫療費用計1,037元，其餘醫療費用差額1,767元(2,804元-1,037元=1,767元，含中成藥費436元)不予給付。</p> <p>六、申請人主張為何112年11月17日及20日門診核定金額為0元？不給付原因代碼「8」和中成藥費，不理解；疾病不可控，沒人願意生病，急性呼吸道感染、流感、肺炎支原體感染，咳嗽到整夜難眠，難道沒有就醫急迫性？在國外的台灣人一樣如期繳納健保費，為何不可享有同等醫療待遇？云云，就未准核退之醫療費用計3,186元[即112年11月17日、20日門診費用計1,419元，以及112年12月11日門診費用差額1,767元(含中成藥費436元)]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10月11日健保醫字第1120664226號公告。</p> <p>二、關於未准核退之112年12月11日門診費用差額計1,767元部分</p> <p>（一）查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國</p>

家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在國外發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，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」，採國內醫院及診所平均醫療費用作為定額核退基準上限，已考量就醫期間使用之材料、藥品及治療處置等相關費用，並於該辦法第 6 條第 2 項明定，前開核退費用之基準，由保險人每季公告之。

(二) 另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。

(三) 申請人 112 年 12 月 11 日門診就醫，業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限核退有案，另查該次門診費用中之中成藥費 436 元，依相關收據及病歷記載，該中成藥為黃龍止咳顆粒，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。

三、關於 112 年 11 月 17 日及 20 日門診費用計 1,419 元部分

(一) 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料，再經專家審查認定「不符合緊急傷病」，非屬不可預期之緊急傷病。

(二) 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」、「門診病歷」、檢驗報告單等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：

1. 申請人因「咳嗽鼻塞流涕2天」於112年11月17日門診就醫，經診斷為「1. 咽炎 2. 急性上呼吸道感染」，復因相同病症接續於112年11月20日門診(複診)，接受藥物治療，112年11月17日門診病歷「現病史」記載「無氣喘氣急，輕微鼻塞和清鼻涕，無嘔吐腹瀉」，而「體格檢查」記載「神志清，精神可」等，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，且該病情或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2次門診均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退112年11月17日及20日門診費用。

(三) 申請人主張為何112年11月17日及20日門診核定金額為0元？

疾病不可控，沒人願意生病，急性呼吸道感染、流感、肺炎支原體感染，咳嗽到整夜難眠，難道沒有就醫急迫性？在國外的台灣人一樣如期繳納健保費，為何不可享有同等醫療待遇？云云，惟所稱核難執為本案之論據，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」，已如前述。
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，亦認為系爭 112 年 11 月 17 日及 20 日 2 次門診，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 3,186 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 7 月 18 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

