

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 12 月 21 日急診及 112 年 12 月 21 日至 29 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 2,647 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○○省○○○○○○○○醫院及○○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：左下肺葉肺炎等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 10 月 22 日、24 日、27 日、30 日、11 月 15 日、17 日、19 日及 12 月 21 日計 8 次急診。</p> <p>(二) 112 年 10 月 24 日及 11 月 4 日計 2 次門診。</p> <p>(三) 112 年 12 月 21 日至 29 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 3 萬 7,616 元(含 112 年 12 月 21 日急診及 112 年 12 月 21 日至 29 日住院醫療費用各 2,987 元、2 萬 5,198 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 10 月 22 日及 11 月 15 日計 2 次急診：按收據記載金額，扣除本保險不給付之中成藥費後，各核退 379 元、811 元。</p> <p>(二) 112 年 10 月 24 日、11 月 4 日計 2 次門診、112 年 10 月 24 日、27 日、30 日、11 月 17 日、19 日、12 月 21 日計 6 次急診及 112 年 12 月 21 日至 29 日住院：經專業審查認定不符不可預期之緊急傷病，不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署不予給付 112 年 12 月 21 日急診及 112 年 12 月 21 日至 29 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 51 條第 10 款及第 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 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 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「放射影像臨時診斷報告單」、「診斷證明書」及「出院記錄」等就醫資料及健保署意見</p>

書結果顯示，申請人因「左側背部疼痛7小時」於112年12月21日急診，同日住院就醫，經診斷為「肺炎」，接受抗感染、止咳、化痰等治療，於112年12月29日出院，茲查核分述如下：

(一) 關於醫療費用2萬2,647元部分

此部分申請人於113年5月10日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，112年12月21日急診同意按收據記載金額，扣除本保險不給付之掛號費65元後，核退2,922元(2,987元-65元=2,922元)，及112年12月21日至29日住院同意給付3日住院費用，依前揭健保署公告「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」，住院每日6,575元，核退3日住院費用1萬9,725元(6,575元×3=19,725元)，共計核退2萬2,647元(2,922元+19,725元=22,647元)，並於113年5月24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付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於未准核退之112年12月21日急診費用差額65元部分

此部分為本保險不給付之掛號費，健保署未准核退，核無不合。

(三) 關於未准核退之住院醫療費用差額5,473元(計算式：25,198元-19,725元=5,473元)部分

1. 申請人112年12月21日至29日住院，固經診斷為「肺炎」，惟依出院記錄記載「入院查體：神智清，精神可，雙肺呼吸音粗，未聞及明顯乾濕性囉音」，顯示其生命徵象穩定，依就醫當時之病況，予以3日住院治療即可因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退3日住院費用，其餘醫療費用，不予核退。

三、申請人主張其112年12月21日晚自習回家，左側背痛難以忍受，緊急前往醫院急診，經急診醫師診斷及CT檢查，確診為肺炎、胸膜炎，因肺炎感較為嚴重，且痛得厲害，醫生強烈建議住院治療，擔心病情惡化聽從醫生安排住院云云，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) 本件申請人系爭急診及住院，除經有審核權限之機關健保署審查判斷重新核定給付 1 次急診及 3 日住院費用外，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 12 月 21 日至 29 日住院，予以 3 日住院治療即可因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，原核定關於重新核定核退 112 年 12 月 21 日急診及 112 年 12 月 21 日至 29 日住院就醫自付之醫療費用計 2 萬 2,647 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。

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 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

三、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。」

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 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 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：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112 年 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

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。