

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○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：膝蓋跌倒後骨挫傷、高血糖等。</p> <p>三、就醫情形：112年9月29日、10月7日、13日、21日、11月22日、113年2月11日、14日及19日計8次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計1萬2,618元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113年2月11日門診：依健保署公告「113年1、2、3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1,024元，核退1次門診費用計1,024元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>（二）113年2月14日門診：依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥後，核退醫療費用603元。</p> <p>（三）112年9月29日、10月13日、21日、11月22日及113年2月19日計5次門診：經專業審查，認定不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>（四）112年10月7日門診：收費明細為中成藥及貼敷療法，皆非健保給付項目，無費用可退，且未附診斷證明文件，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之112年9月29日、10月7日、13日、21日、11月22日及113年2月19日計6次門診費用部分不服，主張請再依病歷資料進行審查云云，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。</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、申請人主張請再依病歷資料進行審查，業經本部再委請醫療專家就申請人檢附之「門診病歷」、「MR檢查報告單」、「彩色多普勒超聲檢查報告單」、「DX檢查報告單」等就醫資料影本專業審查，分述如下：</p> <p>（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</p>

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) 關於 112 年 9 月 29 日、10 月 13 日、21 日、11 月 22 日及 113 年 2 月 19 日計 5 次門診部分

1. 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實及理由再送專業審查，認定 112 年 9 月 29 日、10 月 13 日、21 日、11 月 22 日及 113 年 2 月 19 日門診非屬緊急傷病，無須於當地立即就醫，仍維持原核定。

2. 此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見、前開就醫資料及健保署意見書顯示：

(1) 關於 112 年 9 月 29 日、10 月 13 日、21 日及 11 月 22 日計 4 次門診部分

申請人於 112 年 9 月 29 日門診，主訴「左膝扭傷 7 天」，經左膝 MR 檢查診斷為骨挫傷，髕骨內外側支持韌帶損傷，接受中藥外敷治療，嗣因同一傷症於 112 年 10 月 13 日及 21 日複診，另申請人於 112 年 11 月 22 日門診，主訴「發現血糖升高 2 個月」，病歷之「現病史」記載「患者近 2 個月自己查空腹血糖升高，血糖 7.3mmol/L…」，經診斷為糖尿病伴血糖控制不佳，卷附就醫資料並無情況緊急之描述，不足以佐證其病情或診斷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，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(2)關於113年2月19日門診部分

申請人因腕部挫傷，橈骨遠端骨折前於113年2月11日門診，接受石膏固定治療，並於113年2月14日複診，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案。申請人嗣因同一傷症於113年2月19日複診，卷附就醫資料並無情況緊急之描述，不足以佐證其複診當時之病情或診斷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，亦尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(3)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退112年9月29日、10月13日、21日、11月22日及113年2月19日計5次門診費用。

(四)關於112年10月7日門診部分

查申請人112年10月7日門診，依卷附「浙江增值稅電子普通發票」及「銷售貨物或者提供應稅勞務、服務清單」顯示，收費項目為中成藥及貼敷療法相關費用，均非屬本保險給付範圍，且申請人亦未提供該次門診之診斷書或證明文件供核，健保署不予核退，並無不合。

(五)承上，本件申請人系爭6次門診就醫，其中112年10月7日門診部分，申請人並未檢附診斷書或證明文件供核，且收費項目非健保給付範圍，而其餘112年9月29日、10月13日、21日、11月22日及113年2月19日計5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，亦認為均非屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

三、綜上，健保署未准核退系爭112年9月29日、10月7日、13日、21日、11月22日及113年2月19日6次門診費用，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 9 月 2 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。」

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。」

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

「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。」