

審 定

主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 2 月 7 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,024 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：澳洲。</p> <p>二、就醫原因：女性生殖道息肉、子宮內膜增生(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 1 月 15 日、20 日、23 日、2 月 5 日、9 日、3 月 2 日計 6 次門診。</p> <p>(二) 113 年 1 月 16 日急診。</p> <p>(三) 113 年 2 月 7 日及 113 年 2 月 15 日至 17 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 27 萬 5,535 元(含 113 年 2 月 7 日住院醫療費用 1 萬 9,024 元)。</p> <p>五、案件緣由及健保署核定內容要旨</p> <p>(一) 健保署○○業務組 113 年 4 月 23 日健保○○○字第 0000000000 號書函(通知補件)</p> <p>本案資料檢附不齊全無法進行審核，請依附表所列缺件項目提供資料，俟資料補齊後，連同原件一併寄回，俾利審查作業順利進行，如無法補件，請填寫全民健康保險自墊醫療費用核退無法補件聲明書。</p> <p>附表(節錄)：</p> <table border="1" data-bbox="411 1216 1142 1671"> <thead> <tr> <th></th> <th>就醫日</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1130115</td> <td>缺診斷書</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1130116</td> <td>缺診斷書</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1130116</td> <td>缺收據或繳費證明</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1130120</td> <td>缺診斷書</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1130123</td> <td>缺診斷書</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>1130127</td> <td>缺原文病歷資料</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>1130207</td> <td>缺診斷書</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1130209</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>1130215 至 1130217</td> <td>缺原文病歷資料</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>1130302</td> <td>缺診斷書</td> </tr> </tbody> </table> <p>(二) 系爭健保署 113 年 5 月 14 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書(核定不予核退)</p> <p>1. 113 年 1 月 15 日、20 日、23 日、2 月 5 日(補正通知附表所列 113 年 1 月 27 日)、3 月 2 日計 5 次門診及 113 年 1 月 16 日急診：缺診斷書。</p> <p>2. 113 年 2 月 7 日住院：住院疾病非屬不可預期之緊急傷病，雖然子宮異常出血必須就醫，但是不符合不可預期緊急傷病之條件。</p> <p>3. 113 年 2 月 9 日門診：同一疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病。</p>		就醫日	備註	1	1130115	缺診斷書	2	1130116	缺診斷書	3	1130116	缺收據或繳費證明	4	1130120	缺診斷書	5	1130123	缺診斷書	6	1130127	缺原文病歷資料	7	1130207	缺診斷書	8	1130209		9	1130215 至 1130217	缺原文病歷資料	10	1130302	缺診斷書
	就醫日	備註																																
1	1130115	缺診斷書																																
2	1130116	缺診斷書																																
3	1130116	缺收據或繳費證明																																
4	1130120	缺診斷書																																
5	1130123	缺診斷書																																
6	1130127	缺原文病歷資料																																
7	1130207	缺診斷書																																
8	1130209																																	
9	1130215 至 1130217	缺原文病歷資料																																
10	1130302	缺診斷書																																

4. 113年2月15日至17日住院：同一疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病，雖然子宮內膜息肉異常出血必須就醫，但是不符合不可預期緊急傷病之條件。

六、申請人檢附健保署前開書函及核定通知書影本，主張(一)補件附表項目1(113年1月15日)是其長期肩痛(50肩)，當地家醫診療費用及建議的檢查。(二)項目2(113年1月16日)是家醫建議其到當地大醫院做更進一步的檢查。(三)項目3(113年1月16日)是進一步的檢查包含驗血，這是驗血中心的收據。(四)項目4(113年1月20日)是做完了驗血及MRI，回家醫診所去看報告。(五)項目5(113年1月23日)+項目6(113年1月27日，即核定通知書所列之113年2月5日)由於沒有指明就醫地點，金額不大，不申請也可以。(六)項目7(113年2月7日)是家醫在其MRI及驗血報告發現子宮異常，要其去見婦產科醫生，醫生安排了當日的門診手術切除其子宮肌瘤，由於年齡上了50歲，澳洲的治療會比較保守，並非自願性的，而是配合當地專科醫生的醫療程序。(七)項目8(113年2月9日)是其透過子宮肌瘤切除且經過檢驗所檢驗出肌瘤的部分有癌症的疑慮，所以婦產科醫師馬上轉介其去見腫瘤專科醫生，這次看診也決定了做子宮卵巢的摘除手術，所以不是同一疾病複診，也並非健保署所回復的出血必須就醫，但是不符合不可預期緊急傷病之條件。(八)項目9(113年2月15日至17日)是腫瘤科醫生為其操刀摘除子宮、卵巢以及輸卵管的手術。(九)項目10(113年3月2日)是開刀手術後回診聽取家醫的術後建議及恢復狀況云云，向本部申請審議。

理由

一、法令依據

(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第4款。

(二) 全民健康保險法第55條第2款。

(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條、第5條第1項及附表、第2項、第6條第1項第2款及第2項。

(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。

(五) 健保署113年1月10日健保醫字第1130660022號公告。

二、健保署提具意見

為維護保險對象權益，該署復依其所附相關資料專業審查結果：113年2月7日住院手術，依病歷記載病患停經後出血改同意給付一次門診辨明病因；113年2月9日門診屬同一疾病複診及113年2月15日至17日住院依所附資料，懷疑癌症治療安排之檢查、處置及手術，非屬不可預期之緊急傷病，不予給付；113年1月15日至3月2日共計5次門診及1次急診皆未依規定檢附診斷書，該署○○

業務組於113年4月23日以健保○○○字第0000000000號書函通知補件在案，爭議審議時依舊未接獲缺件應補之相關文件，維持原議不予給付。

三、關於113年1月15日、20日、23日、2月5日、3月2日計5次門診及113年1月16日急診部分

申請人於113年3月27日向健保署申請此部分就醫之自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，以113年4月23日健保○○○字第0000000000號書函通知申請人於通知之日起2個月內補送診斷書等資料，申請人乃於113年4月29日提具「全民健康保險自墊醫療費用核退無法補件聲明書」，表示無法補齊113年1月15日、16日、20日、23日及3月2日5次門診診斷書，則健保署根據申請人聲明書，就該5次門診連同申請人未檢附診斷書之113年2月5日門診，一併依現有書據逕行審核，以系爭113年5月14日受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定不給付，於法並無不合。

四、關於113年2月7日、113年2月15日至17日計2次住院及113年2月9日門診部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「Patient Details」等就醫資料影本顯示，申請人因更年期後出血(postmenopausal bleeding)，於113年2月7日住院接受子宮鏡檢查、子宮內膜息肉切除術及子宮鏡擴張及刮除術(HYSTEROSCOPY MYOSURE ENDOMETRIAL POLYPECTOMY DILATATION+CURETTAGE)，因不能排除罹患子宮內膜黏液性腺癌(mucinous adenocarcinoma of the endometrium)於113年2月9日門診安排轉診，並於113年2月15日至17日住院接受腹腔鏡子宮切除術、雙側輸卵管卵巢切除術及前哨淋巴切除術(laparoscopic hysterectomy bilateral salpingo-oophorectomy with sentinel lymph node dissection)治療，經診斷為複雜性黏液性子宮內膜息肉，無法排除惡性腫瘤(Complex Mucinous endometrial polyp with malignancy not excluded)，茲查核分述如下：

(一) 關於醫療費用1,024元部分

此部分申請人於113年6月11日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意113年2月7日住院改給付1次門診費用，依前揭健保署公告「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1,024元，並於113年6月26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) 關於其餘未准核退之 113 年 2 月 7 日住院費用差額 1 萬 8,000 元 (19,024 元-1,024 元=18,000 元)、113 年 2 月 9 日門診及 113 年 2 月 15 日至 17 日住院部分

此部分經本部委請醫療專家審查，認為申請人更年期後出血就醫，發現有子宮內膜息肉及懷疑有惡性之虞，惟卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其就醫當時之病情屬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，健保署核退 113 年 2 月 7 日住院 1 次門診費用，對申請人已屬從寬，其餘醫療費用仍不應予核退。

- (三) 申請人主張其 113 年 2 月 7 日住院，家醫在其 MRI 及驗血報告發現子宮異常，要其去見婦產科醫生，醫生安排了當日的門診手術切除其子宮肌瘤，由於年齡上了 50 歲，這裡的治療會比較保守，並非自願性的，而是配合當地專科醫生的醫療程序。113 年 2 月 9 日門診，其透過子宮肌瘤切除且經過檢驗所檢驗出肌瘤的部分有癌症的疑慮，所以婦產科醫師馬上轉介其去見腫瘤專科醫生，這次看診也決定了做子宮卵巢的摘除手術，所以不是同一疾病複診，也並非健保署所回復的出血必須就醫，但是不符合不可預期緊急傷病之條件。113 年 2 月 15 日至 17 日住院為腫瘤科醫生為其操刀摘除子宮、卵巢以及輸卵管的手術云云，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」，先予敘明。
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.此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，健保署就其中 113 年 2 月 7 日住院，重新核定改以 1 次門診費用核退，對申請人已屬從寬，其餘 113 年 2 月 9 日門診及 113 年 2 月 15 日至 17 日住院，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。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 113 年 2 月 7 日住院醫療費用計 1,024 元部分，申請審議應不予受理；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。

中 華 民 國 113 年 9 月 3 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、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項及附表暨第2項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」  
 「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證明文件。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

五、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。」

六、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。」

七、健保署 113 年 1 月 10 日健保醫字第 1130660022 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 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：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
113 年 1 月至 113 年 3 月	1,024	3,298	6,227

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。」