

## 審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○○○○○醫院等。</p> <p>二、就醫原因：急性闌尾炎。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年11月20日急診。</p> <p>(二) 112年11月20日至12月1日住院。</p> <p>(三) 112年12月3日、4日、5日及14日計4次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計7萬6,300元(含112年11月20日急診費用5,699元、112年11月20日至12月1日住院費用6萬8,359元及112年12月4日門診費用146元)。</p> <p>五、案件緣由及健保署核定內容要旨：</p> <p>(一) 健保署原以113年4月22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如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 112年11月20日急診：按健保署公告「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」，急診每次3,340元，核退急診費用計3,340元，其餘醫療費用，不予核退。</li> <li>2. 112年11月20日至12月1日住院：經專業審查，同意給付合理住院日數5日，按健保署前開公告之核退上限，住院核退上限每日6,575元，給付5日住院費用計3萬2,875元(6,575元×5=32,875元)，其餘醫療費用不予核退。</li> <li>3. 112年12月3日門診：未附診斷證明文件，該署前於113年3月22日以健保○字第0000000000號函通知補件，惟申請人於113年3月26日表示無法補件，該署依現有書據逕行審核，核定不予給付。</li> <li>4. 112年12月4日門診：按收據記載金額，核實核退146元。</li> <li>5. 112年12月5日及14日門診：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</li> <li>6. 共計核退3萬6,361元(3,340元+32,875元+146元=36,361元)，其餘醫療費用，不予給付。</li> </ol> <p>(二) 申請人不服，於113年7月2日(本部收文日)向本部申請審議後，業經健保署於113年7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重新核定，依前開公告之核退上限，再核付申請人112年11月20日至12月1日住院就醫2</p>

	<p>日住院費用計 1 萬 3,150 元(6,575 元×2=13,150 元)，其餘醫療費用仍不予核退。</p> <p>六、申請人仍未甘服，乃於 113 年 7 月 29 日(本部收文日)再向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 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 5 條第 1 項及附表、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 112 年 12 月 3 日門診部分</p> <p>申請人於 113 年 2 月 2 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 3 月 22 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送診斷書等資料，申請人並於 113 年 3 月 26 日聲明「所有有的證已交無法再補書件」，則健保署據以依申請人之聲明，就該次門診依現有書據逕行審核，以系爭 113 年 4 月 22 日及 7 月 10 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。</p> <p>三、關於 112 年 11 月 20 日急診、112 年 11 月 20 日至 12 月 1 日住院及 112 年 12 月 5 日、14 日門診部分</p> <p>此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「檢驗報告單」、「多排螺旋 CT 檢查診斷報告單」、「臨時診斷報告單」、「入院通知」、「住院病案首頁」、「入院記錄」、「出院記錄」、「手術記錄」、「病理報告」、「心電圖報告單」、「數位化 X 線檢查診斷報告單」、「血液實驗室檢驗報告單」、「長期醫囑單」、「臨時醫囑單」、「生命體徵記錄單」、「門診病歷」、「門診患者診療指引單」、「疾病診斷證明書」等就醫資料及健保署意見書顯示，申請人於 112 年 11 月 20 日因「轉移性右下腹痛伴黑便 18 小時」急診轉住院就醫，經診斷為「1. 急性闌尾炎 2. 高血壓 3. 高脂血症 4. 冠狀動脈粥樣硬化性心臟病(冠心病)」等，接受「腹腔鏡闌尾切除術」等治療，於 112 年 12 月 1 日出院，並於 112 年 12 月 5 日及 14 日複診，茲查核分述如下：</p> <p>(一) 關於未准核退之 112 年 11 月 20 日急診費用差額 2,359 元(5,699 元-3,340 元=2,359 元)部分</p> <p>此部分係申請人此次急診費用中超過核退上限之醫療費用計 2,359 元，健保署未准核退，並無不合。</p>

(二) 關於未准核退之 112 年 11 月 20 日至 12 月 1 日住院費用差額 2 萬 2,334 元(68,359 元-原核定 32,875 元-補核退 13,150 元 =22,334 元)，及 112 年 12 月 5 日、14 日門診費用部分

此部分經本部委請醫療專家審查，認為申請人因急性闌尾炎住院，接受腹腔鏡闌尾切除術，手術順利，術後予以鎮痛、補液及抗感染治療後，感染指標及體溫有所好轉，無術後併發症，依醫療常規，合理住院日數為 5 日，健保署核退住院 7 日費用，對申請人已屬從寬；另 112 年 12 月 5 日及 14 日門診為術後回診，所附就醫資料並無情況緊急之相關描述，尚不足以佐證系爭 2 次門診屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見不予核退。

四、申請人主張其 112 年 11 月 20 日午後因身體突然極度不適被送到醫院急診室檢查，檢查後被判斷為急性闌尾炎，必須即時留院並盡快在一天內安排手術將患處切除。在 112 年 11 月 21 日手術後幾天，因抗生素及藥物無效，每天不能有任何飲食，肚子不能排氣並腹瀉多次，經幾天細菌培養才知道原來闌尾破洞，過了多天病情得到控制後，醫院才讓其進食並出院調理。112 年 12 月 5 日依照醫囑回診檢查術後傷口，依醫囑 12 月 14 日再回診一次，112 年 12 月 3 日及 4 日因傷口有液體滲出，不想舟車勞頓去醫院，便到附近社區診所更換乾淨紗布。其因急病住院 11 天是逼不得已，核退辦法只規定每日住院核退上限，但並沒有限制病人住院天數云云，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陳明，略以該署辦理自墊醫療費用核退申請案件之審核作業，係依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 2 款規定，將各申請案件送請專業醫師依全民健康保險醫療費用支付及給付規定審查，並依審查意見核定，爰係按每案件之病症、生命徵象及治療內容等專業認定，且申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季全民健康保險支付特約「醫院及診所」急診每人次、門診每人次、住院每人次平均費用基準者，以該平均費用核付，其超過部分，不予給付等語。

(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) 本件申請人系爭 1 次急診、11 日住院及 4 次門診，其中 112 年 12 月 3 日門診未依規定檢附診斷證明文件，另 112 年 11 月 20 日急診及 112 年 12 月 4 日門診就醫，業經健保署依規定核付醫療費用在案，其餘 112 年 11 月 20 日至 12 月 1 日住院及 112 年 12 月 5 日、14 日門診部分，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，認為申請人該次住院，健保署核退 7 日住院費用，對申請人已屬從寬，另 112 年 12 月 5 日及 14 日門診非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署核付醫療費用 4 萬 9,511 元(原核付 36,361 元+補付 13,150 元=49,511 元)，其餘醫療費用不予核退，並無不合，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。

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 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

「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。」

三、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

「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。」

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	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。	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

<p>給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者（臺灣地區外）</p>	<p>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影本。</p>	<p>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。</p>
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

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。」