

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區廣東省深圳市○門診部、○大學附屬○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性上呼吸道感染、發燒、左膝關節滑膜炎、食管裂孔疝、肺炎等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 12 月 14 日、25 日、113 年 2 月 3 日、19 日及 27 日計 5 次門診。</p> <p>(二) 113 年 2 月 19 日至 22 日及 2 月 27 日至 3 月 14 日計 2 次住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人申請核退 112 年 12 月 14 日、25 日、113 年 2 月 3 日、19 日、27 日(門診)、113 年 2 月 19 日至 22 日及 2 月 27 日至 3 月 14 日(住院)於臺灣地區外就醫，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，所請核退醫療費用，核定不予給付。</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。</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、健保署提具意見及補充意見</p> <p>(一) 申請人因發燒、急性上呼吸道感染於 112 年 12 月 14 日、25 日門診，惟無生命現象不穩紀錄，不符緊急就醫條件；113 年 2 月 3 日及 113 年 2 月 19 日門診轉住院至 113 年 2 月 22 日，均為慢性疾病，非緊急治療需求；113 年 2 月 27 日門診轉住院至 3 月 14 日係因食道疝氣就醫，惟無任何急迫之併發症如出血破裂等，不符緊急就醫及住院治療之條件，核定不予給付。</p> <p>(二) 為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由及檢附相關證據文件，再送專業審查，認定 112 年 12 月 14 日、25 日門診係感冒就醫，無生命現象不穩紀錄，而急性上呼吸道感染伴隨發燒，依處置內容(藥物)及醫師囑言，顯不嚴重，不符合緊急傷病範圍；113 年 2 月 27 日門診轉住院至 3 月 14 日係食道裂孔疝就醫，屬功能性異常，不符緊急就醫之條件；其餘 3 次就醫皆非不可預期之緊急傷病，仍維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「處方單」、「門診疾病證明書」、「出院記錄」、「住院疾病證明書」、檢查</p>

檢驗報告等就醫相關資料影本顯示：

(一) 112年12月14日及25日計2次門診部分

申請人因「急性上呼吸道感染」、「發燒」於112年12月14日及25日門診就醫，接受一般上呼吸道感染常規藥物治療，卷附就醫資料並無具體體溫及其他生命徵象(vital signs)記錄，亦無其他身體檢查數值記錄，不足以佐證就醫當時之病情符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所列之緊急傷病範圍，該2次門診尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二) 關於113年2月3日門診部分

申請人因「左膝關節滑膜炎」於113年2月3日門診就醫，接受關節腔減壓術及藥物治療，上開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條所列之緊急傷病範圍，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，該次門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 關於113年2月19日至22日住院(含113年2月19日門診)部分

此部分申請人因「反復腰痛10年、胸痛半年」經113年2月19日門診收治入院，經診斷為「骨質疏鬆伴病理性骨折 食管裂孔疝 高血壓病3級」等，固接受降壓、抗板、化痰、緩解焦慮及排尿不暢、補充鈣劑、維生素D、抗骨質疏鬆等對症治療，於113年2月22日出院，惟上開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條所定之緊急傷病範圍，且申請人入院主訴之腰痛、胸痛等症狀均已超過半年，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，該次住院(含門診)即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(四) 關於113年2月27日至3月14日住院(含113年2月27日門診)部分

1. 申請人因前次住院醫囑建議停用抗板藥物1週後，返院施行食管裂孔疝(修補)手術，於113年2月27日門診以「食管裂孔疝」收治入院，原預訂接受食管裂孔疝手術，因術前出現寒戰發熱、咳嗽咳痰情況，經CT檢查顯示，左下肺少許炎症，乃暫停手術，改接受抗感染、化痰止咳等治療，於113年3月14日出院，診斷為「食管裂孔疝 肺炎」等。
2. 經查食管裂孔疝(無急性出血或併發症)，依醫療常規，並無緊急手術之必要；又申請人於住院期間固因「肺炎」接受治療，惟申請人於前次住院期間之肺部CT檢查(113年2月20日)已呈現雙肺間質性變化、多發微小結節散在大泡等老年人常見的變化，

且此次住院期間之檢查檢驗如超敏反應蛋白(RP 1.97mg/L, 參考範圍 0~3)、白血球($4.65 \times 10^9/L$, 參考範圍 3.5~9.5)等皆在正常值範圍, 上開病情並不符合急性肺炎之表現, 該次住院(含門診)亦難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(五) 綜合判斷: 同意健保署意見, 不予核退 112 年 12 月 14 日、25 日、113 年 2 月 3 日、19 日、27 日計 5 次門診及 113 年 2 月 19 日至 22 日、2 月 27 日至 3 月 14 日計 2 次住院費用。

四、申請人主張其今年已 93 歲, 112 年底大陸地區爆發流感, 其因發燒不適合搭機返臺, 只能在當地治療; 113 年因突發疼痛不適就醫, 家人考量急診人數過多, 才透過關係直接由門診轉住院, 檢查病因, 住院期間因本人長期服用高血壓藥物需停藥 7 日才能住院手術, 故於 7 日後於門診安排住院, 準備進行手術, 術前檢查期間因院內感染肺炎, 無法動手術, 於肺炎治癒後出院; 因為醫院管理不當, 已經不敢再住院, 只能靠藥物做消極治療, 減緩不適。以上情況皆為突然發生, 醫生也無法確定得此病症對肺或心臟是否隨時會衰竭, 不適合搭飛機, 在當地就醫實屬不得已之情況云云, 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 5 次門診及 2 次住院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，健保署函復申請人，略以本件經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付等語，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。

中 華 民 國 113 年 10 月 17 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 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，需要緊急處理以查明病因者。

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、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。」