

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 6 月 8 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 980 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：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：新冠肺炎(Covid-19)感染。</p> <p>三、就醫情形：113 年 6 月 8 日、12 日及 22 日計 3 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 5,086 元(其中 113 年 6 月 8 日門診費用 2,117 元)。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查，認為新冠肺炎已降階為第四類傳染病，且由所附診斷書無法判別病情是否屬應立即處理之緊急狀況，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</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 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 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依所附相關資料再經專業審查結果，同意給付 113 年 6 月 8 日第 1 次急性病 COVID-19 就醫，但後續 113 年 6 月 12 日及 22 日門診，經審查確認無急性併發症(如肺炎、敗血症、低血鉀等)，為追蹤性質，不屬緊急傷病範圍，不予給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」(含中譯文件)、「請求書兼領收證」、「領收證」等資料影本顯示，申請人於 113 年 6 月 8 日門診就醫，診斷為新型冠狀病毒感染，嗣因同一病症於 113 年 6 月 12 日及 22 日回診，分述如下：</p> <p>(一) 關於 113 年 6 月 8 日門診醫療費用 2,117 元部分</p> <p>1. 關於其中醫療費用 980 元部分</p> <p>此部分申請人於 113 年 8 月 7 日(本部收文日)申請審議後，業經</p>

健保署重新核定，同意給付系爭 113 年 6 月 8 日門診醫療費用，按健保署公告「113 年 4、5、6 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 980 元，核退該次門診費用計 980 元，並於 113 年 8 月 22 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退申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘醫療費用差額計 1,137 元(計算式：2,117 元-980 元=1,137 元)部分

此部分係申請人 113 年 6 月 8 日門診費用中超過門診核退上限之醫療費用及不列本保險給付範圍之其他費用，合計 1,137 元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於其餘 113 年 6 月 12 日及 22 日計 2 次門診部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因新型冠狀病毒感染於 113 年 6 月 8 日門診就醫，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟其後續 113 年 6 月 12 日及 22 日因同一病症複診，所附就醫資料並無主訴、身體診察結果或情況緊急之相關描述，不足以佐證後續 2 次門診屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 6 月 12 日及 22 日門診費用。

四、申請人主張其確實在國外確診症狀嚴重影響生理狀態及後續既定行程，且非預期性的緊急疾病。其原訂探親行程 113 年 5 月 27 日至 6 月 26 日，6 月 8 日就醫快篩後確診，如果出國前就已知會確診，正常情況下不會堅持此次出國行程，其就醫前已先行服用隨行自備的常備藥品，但無改善甚至症狀加劇。初期只有喉嚨腫痛，服用藥物後未改善。爾後喉嚨劇痛難以吞嚥、激烈咳嗽伴隨喉嚨癢及鼻過敏、黃綠色痰、頭痛等等症狀，因種種症狀無法緩解，故前往當地就醫，尤其是激烈咳嗽造成難以入眠等頭痛、其他生理不適，若症狀不算緊急嚴重，其不需要三度就醫治療，當地醫生也不會在診斷書上列出必要治療，並提醒需要回診就醫。再次申明非緊急就不會在診斷書寫上「必要」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 3 次門診就醫，其中 113 年 6 月 8 日門診，業經健保署重新核定，依規定補核退費用在案，其餘 2 次門診部分，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，認為均尚難認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，原核定關於重新核定核退申請人 113 年 6 月 8 日門診醫療費用計 980 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，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 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 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。」

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。」

五、健保署 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 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 4、5、6 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 4 月至 113 年 6 月	980	3,329	6,353

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。」