

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：疑似急性腸胃炎。</p> <p>三、就醫情形：113 年 6 月 6 日急診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）8,338 元。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查，認定急性腸胃炎未提及任何併發症，核定給付門診費用 1 次，按健保署公告之「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，給付 1 次門診費用計 980 元，其餘醫療費用，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 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 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見書 為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料再經專業審查結果，所附資料只有診斷書記載疑似急性腸炎，申請人主訴也僅提及腹部絞痛，無上吐下瀉其他症狀，也無生命徵象或理學檢查紀錄，不符合生命徵象不穩定之急診要件，核定給付門診費用 1 次，原核定並無不當。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」（含中譯文件「醫療證明」）、「診療費請求（領收）書」、「診療明細書」等就醫資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人於 113 年 6 月 6 日急診就醫，申請審議理由雖陳稱其因腹絞痛送醫，經超音波檢查排除盲腸炎不需留院云云，惟所附診斷書僅記載疾病名稱為疑似急性腸炎，並無主訴、症狀之記載，不足以佐證其病情有急診就醫之必要，依醫療常規，申請人就醫當時之病況予以 1 次門診治療即可因應緊急醫療之所需。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 次門診費用，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>四、申請人主張其 113 年 6 月 5 日日本當地凌晨 3 點左右因腹絞痛醒來，通知導遊陪同搭車送醫，由計程車收據收費時間 5:14 及醫院</p>

開立之診療明細書有夜間收費項目 4,400 日圓，可證明是急診，經超音波檢查排除盲腸炎不需留院，以腹絞痛藥物治療，請核退急診自墊醫療費用云云，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，亦認為申請人病況予以 1 次門診治療即可因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署依核退上限核退 1 次門診費用 980 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。

中 華 民 國 113 年 10 月 25 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 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、門診每人、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。」

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。」

四、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。」