

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 3 月 21 日門診(下午)及 113 年 3 月 21 日至 29 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 9,116 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：大陸地區○○省○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性咽喉炎、肺炎。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 3 月 19 日、21 日(上午、下午各 1 次)及 4 月 2 日計 4 次門診。</p> <p>(二) 113 年 3 月 21 日至 29 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 3 萬 2,332 元[其中 113 年 3 月 21 日門診(下午)及 113 年 3 月 21 日至 29 日住院費用各 261 元、2 萬 8,855 元]。</p> <p>五、健保署 113 年 7 月 31 日健保○字第 0000000000 號函要旨 有關申請人申請核退自墊醫療費用核退案，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與核退規定不符，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 款前段。</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>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關證據文件等資料再送專業審查，認定 113 年 3 月 21 日門診(下午診)及 3 月 21 日至 29 日住院因急性感染(疑肺炎)住院治療，同意給付該 2 次就醫費用。另認定 113 年 3 月 19 日、21 日(上午診)門診為急性咽喉炎，不符合緊急傷病範圍，且病歷均無記載足以佐證申請人自述發燒之客觀數據，又 4 月 2 日門診為出院後之常規回診，不符合緊急傷病，不同意給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門診病歷」、「出院記錄」、「疾病診斷證明」等資料影本顯示，申請人於 113 年 3 月 19 日門診就醫，診斷為「急性咽喉炎」，嗣因同一病症於 113 年 3 月 21</p>

日上午複診，當天下午因「咽痛、反復發熱」門診，診斷為「1、急性咽喉炎2、肺炎？」，當天收治住院，113年3月29日出院，113年4月2日回診，茲分述如下：

(一) 關於113年3月21日門診(下午)及113年3月21日至29日住院醫療費用計2萬9,116元部分

此部分申請人於113年10月7日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定同意給付，按收據記載金額(系爭門診費用261元及住院費用2萬8,855元)核實核退該次門診及住院醫療費用計2萬9,116元(計算式：261元+28,855元=29,116元)，並於113年10月30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。

(二) 關於其餘113年3月19日、21日(上午)及4月2日計3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「咽痛、乏力感1天」於113年3月19日門診就醫，診斷為「急性咽炎」，嗣因同一病症於113年3月21日上午複診，另因肺炎於113年3月21日至29日住院出院後之113年4月2日回診追蹤，惟上開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，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，該3次門診均尚難認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3月19日、21日(上午)及4月2日門診費用。

四、申請人主張其113年3月19日喉嚨痛就醫，回家後發燒2天，退燒藥效果持續不久又開始發燒，113年3月21日再次就醫抽血檢驗，血常規異常，醫師說明須住院治療，113年3月21日至29日住院檢查後，醫師判斷可以出院，改口服藥物治療，113年4月2日、5月8日有回診追蹤云云，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) 本件申請人系爭住院及 4 次門診就醫，其中 113 年 3 月 21 日門診(下午)及 113 年 3 月 21 日至 29 日住院，業經健保署重新核定，依規定補核退費用在案，其餘 3 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於 113 年 3 月 21 日門診(下午)及 113 年 3 月 21 日至 29 日住院就醫自付之醫療費用計 2 萬 9,116 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。

中 華 民 國 113 年 12 月 19 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 6 條第 1 項第 2 款前段

「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。」

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。」