

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 10 月 18 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,091 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：印度○○。</p> <p>二、就醫原因：膝關節炎。</p> <p>三、就醫情形：114 年 10 月 18 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)8,057 元。</p> <p>五、核定內容： 申請人申請 114 年 10 月 18 日於印度住院就醫，經該署專業審查，認為不符合本保險不可預期之緊急傷病核退範圍，故不同意給付。</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 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>經該署依爭議審議理由及所附相關資料再送專業審查，認為屬非必要住院(可先予止痛藥物，不需要住院，整體抽血等客觀資料可見無住院之急迫性)，同意給付合理門診 1 次。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「DISCHARGE SUMMARY」、「Laboratory Report」、「CT KNEE JOINT」等就醫資料影本顯示，申請人因膝關節炎就醫，健保署未准核退費用，茲查核分述如下：</p> <p>(一) 關於醫療費用 1,091 元部分</p> <p>此部分申請人於 115 年 3 月 25 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署再經專業審查結果，同意改以 1 次門診費用核付，依健保署公告「114 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」，門診每次 1,091 元，補核退申請人醫療費用計 1,091 元，並於 115 年 4 月 7 日以受理號碼 0000000000 全民</p>

健康保險自墊醫療費用核退核定通知書補付在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之醫療費用差額 6,966 元(計算式：8,057 元-1,091 元=6,966 元)部分

查申請人於 114 年 10 月 18 日就醫，主訴右膝劇烈疼痛 1 小時 (severe right knee pain for the past 1 hour)，初步診斷為「痛風性關節炎」(Gouty Arthritis)，經接受血液、CT 及心電圖等檢查，診斷為「早期膝關節退化性關節炎」(EARLY OA KNEE)，接受 IV Antibiotics (靜脈注射抗生素) 及 IV PPI (靜脈注射型質子幫浦抑制劑) 處置，其症狀為膝關節炎急性發作，以門診藥物治療即可，無住院之必要，爰同意健保署意見，核退 1 次門診費用，其餘費用不予核退。

四、申請人主張其於 114 年 10 月 17 日至 18 日期間，於印度突發右膝劇烈疼痛，發作時間距就醫僅約 1 小時 (醫療紀錄記載：Severe Right Knee Pain for the past 1 hour)，屬突發性急性症狀，當時已無法自行前往醫療機構，故緊急聯絡救護車送醫，於凌晨 12 時 40 分入院接受緊急醫療處置，初步診斷為「Gouty Arthritis (痛風性關節炎)」，並進行多項檢查，以排除其他急性病因，檢驗結果顯示 CRP 顯著升高、ESR 上升及白血球偏高，為急性發炎反應之客觀指標，非單純慢性退化性疾病之表現，雖出院診斷記載為 EARLY OA KNEE (早期退化性關節炎)，惟該為影像學之結構性發現，並非本次急診就醫之主要原因，本次實際就醫係因急性疼痛及疑似痛風性關節炎發作，兩者性質應予區分，當時情況嚴重到需由同行同事協助以人力搬運方式下樓，該突發狀況時間極短，疼痛迅速加劇，已明顯影響基本行動能力，無法自行前往醫院或等待症狀緩解後再行處理，實屬不可預期之緊急傷病云云，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 114 年 10 月 18 日住院，業經健保署重新核定核退 1 次門診費用在案，復經本部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，亦認為申請人病情以門診藥物治療即可，無住院之必要，同意健保署意見，核退 1 次門診費用，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 114 年 10 月 18 日住院醫療費用計 1,091 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，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每次、門診每人每次、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 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 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 114 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

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
114 年 10 月至 114 年 12 月	1,091	3,668	6,558

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。」

