

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 7 月 15 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,039 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○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：中耳炎。</p> <p>三、就醫情形：114 年 7 月 15 日(2 次，耳鼻喉科、小兒科)、16 日、17 日(2 次，小兒科、耳鼻喉科)計 5 次門診。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣(下同)84 元、1,234 元、690 元、671 元及 84 元，合計 2,763 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 7 月 15 日及 17 日計 2 次門診(耳鼻喉科)：按收據記載金額(各 84 元)，核退醫療費用計 168 元(計算式：84 元+84 元=168 元)。</p> <p>(二) 114 年 7 月 15 日、16 日及 17 日(小兒科)：核定金額 0 元(不符不可預期之緊急傷病)。</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 3 條、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 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署再送專業審查，認定 114 年 7 月 16 日及 17 日(小兒科)門診，仍維持原核定；另 114 年 7 月 15 日(小兒科)門診，符合不可預期之緊急傷病範圍。</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」、「處方箋」、「門診病歷(複診)」、「門(急)診疾病診斷證明書」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人於 114 年 7 月 15 日至大陸地區○○省○○醫院耳鼻喉科門診，主訴「左耳耳痛 3 天」，診斷為「分泌性中耳炎」，當天至○○省○○醫院小兒科門診，主訴「發燒 2 天」，診斷為「上呼吸道感染 中耳炎」，114 年 7 月 16 日至小兒科複診，於 114 年 7 月 17 日於耳鼻喉科及小兒科複診，健保署原核定核退</p>

114年7月15日及17日計2次耳鼻喉科門診費用，未准核退114年7月15日、16日及17日3次小兒科門診費用，茲查核分述如下：

(一) 關於114年7月15日門診費用1,234元部分

1. 關於醫療費用1,039元部分

此部分申請人於114年11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1次門診費用，依前揭健保署公告「114年7、8、9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1,039元，補核退114年7月15日門診費用1,039元，並於114年11月27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付在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘未准核退之門診費用差額195元(計算式：1,234元-補核付1,039元=195元)部分

此部分係申請人114年7月15日門診費用中超過核退上限之醫療費用195元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於114年7月16日及17日(小兒科)門診費用部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因中耳炎於114年7月15日至17日計5次門診(耳鼻喉科2次，小兒科3次)，接受藥物治療，其病症經114年7月15日門診2次(耳鼻喉科及小兒科)診治後，病情即可控制，後續因同一疾病於系爭114年7月16日及17日(小兒科)門診，即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退114年7月16日及17日(小兒科)門診費用。

四、申請人之法定代理人主張申請人114年7月赴大陸地區○○旅遊，因突然發高燒及聽力下降至耳鼻喉科急診，當地醫師對兒童急診用藥經專科醫生判定後，需持證明至兒科用藥，所以才會同日先至耳鼻喉科診斷後，轉往他院兒科緊急用藥治療連續3日，再回耳鼻喉科確認狀況。不知是否因此誤以為兒科用藥的診療是一般兒童疾病門診治療，致使只有耳鼻喉科部分有核退，希望在了解急診流程差異後將主要轉至兒科治療與藥費納入核退(突發急性中耳炎)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 5 次門診，除經有審核權限之機關健保署審查判斷核定及重新核定核退其中 3 次門診費用，其餘 114 年 7 月 16 日及 17 日(小兒科)計 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，亦認為申請人該 2 次門診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，原核定關於重新核定核退申請人 114 年 7 月 15 日門診就醫自付之醫療費用計 1,039 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘門診醫療費用，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。

中 華 民 國 115 年 1 月 15 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 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，需要緊急處理以辨明病因者。
- 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。」

四、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。」

五、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。」

六、健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 7、8、9 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 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」