

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 30 日急診及 114 年 7 月 31 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,871 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○○市○○醫院、○○醫院及○○省○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：右側肋骨骨折、胸痛。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一)114 年 7 月 30 日計 2 次急診(○○市○○醫院、○○市○○醫院)。</p> <p>(二)114 年 7 月 31 日及 8 月 1 日計 2 次門診。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣(下同)1,695 元、2,809 元、62 元及 173 元，合計 4,739 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一)114 年 7 月 30 日急診(○○市○○醫院)：同意核付，按收據記載金額，扣除本保險不給付之中成藥 425 元，核實核退 1,270 元。</p> <p>(二)114 年 7 月 30 日急診(○○市○○醫院)、114 年 7 月 31 日及 8 月 1 日計 2 次門診：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</p> <p>六、申請人就未准核退之 114 年 7 月 30 日急診(○○市○○醫院)、114 年 7 月 31 日及 8 月 1 日計 2 次門診部分不服，向本部申請審議。</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 條及第 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>為維護申請人權益，該署再送專業審查，認定 114 年 8 月 1 日門診仍維持原核定，另 114 年 7 月 30 日急診(天津市天津醫院)及 7 月 31 日門診，符合不可預期之緊急傷病。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「門診病歷」、「急診病歷」、「診斷證明書」、「醫學影像學檢查報告單」、「影像檢查報告」、「門(急)診病歷」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人於</p>

114年7月30日至大陸地區○○市○○醫院急診，主訴「右肩外傷伴腫痛1小時餘」，經CT檢查發現右側第1、2肋骨骨折，當天另至大陸地區○○市○○醫院急診，主訴「外傷致右胸部疼痛4小時餘」，診斷為「1.肋骨骨折2.胸痛」，接受胸帶外固定，114年7月31日複診，翌日因同一傷病改至○○省○○醫院門診，健保署核退114年7月30日急診(○○市○○醫院)費用，其餘未准核退，茲查核分述如下：

(一)關於114年7月30日急診(○○市○○醫院)費用2,809元及114年7月31日門診費用62元，合計2,871元(計算式：2,809元+62元=2,871元)部分

此部分申請人於114年11月18日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，按收據記載金額，分別補核退該次急診及門診費用各2,809元、62元，合計2,871元，並於114年12月8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在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二)關於114年8月1日門診部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因外傷致右胸部疼痛，診斷為肋骨骨折，接受胸帶外固定等對症治療，經114年7月30日2次急診及114年7月31日門診診治後，病情即可控制，後續因同一傷病於114年8月1日門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，爰同意健保署意見，不予核退114年8月1日門診費用。

四、申請人主張其114年7月30日因突發摔傷立刻就醫，經右肩CT檢查與治療，被告知須住院，因簽署保證書不住院，經轉院檢查肺部，檢查是否傷及肺部或內出血，檢查雙肺氣腫肋骨骨折，要求住院，若不住院，還是有氣胸死亡危險，隔天114年7月31日疼痛到醫院門診，建議住院才不會有死亡危險，為避免誤診，其安排回蘇州，114年8月1日緊急回到蘇州複查，實在發炎疼痛，還是前往醫院上藥與確認真的出現生命危險，立刻告知得避免活動，手部、胸部與臀部都在門診做包紮，114年8月2日返臺治療云云，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 1 次急診及 2 次門診，其中 114 年 7 月 30 日急診(○○市○○醫院)及 114 年 7 月 31 日門診部分，業經健保署重新核定核退在案，其餘 114 年 8 月 1 日門診部分，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，亦認為申請人該次門診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 114 年 7 月 30 日急診及 114 年 7 月 31 日門診就醫自付之醫療費用計 2,871 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。

中 華 民 國 115 年 2 月 3 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。」

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。」