

## 審 定

|     |   |
|-----|---|
| 主 文 | 申請審議駁回。   |
| 事 實 | <p>一、境外就醫地點：澳洲○○及○○。</p> <p>二、就醫原因：左腳大腳趾皮膚及指甲外傷等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114年10月6日急診。</p> <p>（二）114年10月7日及11月4日計2次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）1萬6,706元（其中急診費用1萬3,621元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）114年10月6日急診：按健保署公告「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」，急診每次3,668元，核退1次急診費用計3,668元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）114年10月7日及11月4日計2次門診：經審查核定，不符不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。</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3條、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>申請人申請爭議審議，該署依爭議審議理由及所附相關資料，再送專業審查，認為換藥及感冒非屬不可預期之緊急傷病範圍，故仍不同意給付114年10月7日及11月4日2次門診費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「Progress Notes Emergency」、「Medical Certificate」、醫師說明等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因左大腳趾皮膚與指甲受傷（suffering from a medical condition, left big toe skin and nail injury）於114年10月6日急診就醫，接受傷口清潔、包紮，並施打破傷風類毒素加強劑（the wound was cleaned and dressed. ADT booster was given）。翌日114年10月7日因右大腳趾受傷門診，接受傷口清潔和包紮（sustained a traumatic injury to his right great toe and required wound cleaning</p> |

and dressings), 另於 114 年 11 月 4 日門診, 主訴持續咳嗽 (complaints of persistent cough), 開始接受抗生素治療胸部感染 (has been started on treatment for chest infection with amoxicillin), 健保署原核定核退其中 114 年 10 月 6 日急診費用 3,668 元, 其餘未准核退, 茲查核分述如下:

(一) 關於未准核退之 114 年 10 月 6 日急診費用差額 9,953 元 (計算式: 13,621 元 - 原核定給付 3,668 元 = 9,953 元) 部分

此部分係申請人 114 年 10 月 6 日急診費用中超過核退上限之醫療費用 9,953 元, 健保署未准核退, 於法並無不合。

(二) 關於 114 年 10 月 7 日及 11 月 4 日門診費用部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果, 認為申請人於 114 年 10 月 7 日及 11 月 4 日門診, 卷附就醫資料僅有記載因右大腳趾受傷接受傷口清潔和包紮, 及持續咳嗽接受抗生素治療等, 並無身體診察或情況緊急之相關描述, 不足以佐證其就醫當時之病情或診斷符合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, 系爭 2 次門診均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 10 月 7 日及 11 月 4 日門診費用。

四、申請人主張其因拉大垃圾筒時, 大拇指被撞到, 當場指甲翻開大流血, 趕緊就醫, 花費 1 萬 6,706 元, 核付 3,668 元, 差別太大了云云, 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 10 月 6 日急診部分，健保署原核定業依規定核退在案，其餘 2 次門診部分，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，亦認為申請人系爭 2 次門診均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，健保署未准核退系爭醫療費用，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 115 年 5 月 29 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 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。」

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、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。」

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<br>年月                  | 門診<br>(每次) | 急診<br>(每次) | 住院<br>(每日) |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| 114 年 10 月至<br>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。」