

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 8 月 30 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○○市○○○○門診部、○○○○醫院及○○○○醫院（以下分別簡稱○○門診部、○○醫院、○○醫院）。</p> <p>二、就醫原因：急性腸胃炎、腹痛、血便等。</p> <p>三、就醫情形：114 年 3 月 26 日、8 月 26 日、28 日、30 日及 9 月 2 日計 5 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)5 萬 2,963 元（其中 114 年 8 月 26 日及 8 月 30 日門診費用各為 6,716 元及 1 萬 8,364 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）114 年 3 月 26 日門診：申請人遲至 115 年 2 月 5 日始提出申請，已逾就醫日期起 6 個月內申請期限，該署未便辦理。</p> <p>（二）114 年 8 月 26 日門診：按健保署公告之「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，核退 1 次門診費用 1,039 元，其餘費用，不予核退。</p> <p>（三）114 年 8 月 28 日、30 日及 9 月 2 日計 3 次門診：經審查不符不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。</p> <p>六、申請人就未准核退之 114 年 8 月 28 日、30 日、9 月 2 日計 3 次門診費用部分不服，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、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，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專家審查，認定 114 年 8 月 30 日門診為腹痛血便，同</p>

意給付，另認定114年8月28日門診與8月26日同病且未載明病情變化，114年9月2日門診亦屬同病複診，仍維持原核定，不予給付。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「CLINICAL CERTIFICATE 臨床證明」等就醫資料影本顯示，申請人於114年8月26日至○○醫院門診就醫，經診斷為「1.其他功能性腸疾患2.其他傳染性和未特指病因的腸胃炎和結腸炎」，嗣於114年8月28日至○○醫院門診，診斷為「急性腸炎」，114年8月30日至○○門診部門診，主訴「複查，腹痛加重，血便，低熱，服用頭孢克洛未見明顯改善」，診斷為「急性腹痛、急性腸炎」，接受藥物治療，114年9月2日門診，主訴「感染性腹瀉複查」，診斷為「急性感染性腸炎」，接受CBC（血液常規檢查）+CRP（C反應蛋白檢驗）、腹部超音波檢查、大便常規+潛血等檢驗，茲查核分述如下：

（一）關於114年8月30日門診費用1,039元部分

此部分申請人於115年5月15日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新審核，同意核退1次門診費用，依健保署前揭公告之核退上限，門診每次1,039元，補核退申請人1次門診費用計1,039元，並於115年5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申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

（二）關於未准核退之114年8月30日門診費用差額1萬7,325元（計算式：18,364元-1,039元=17,325元）部分

此部分係申請人114年8月30日門診費用中超過核退上限之醫療費用計1萬7,325元，健保署未准核退，於法並無不合。

（三）關於114年8月28日及9月2日門診費用部分

申請人114年8月26日因腸胃炎及結腸炎門診就醫，嗣因同一病症先後於114年8月28日、30日及9月2日門診就醫，其中114年8月30日門診之病歷記載「腹痛加重、血便」，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟其餘114年8月28日及9月2日門診，卷附就醫資料並無身體診察之記載，亦無情況緊急之相關描述，無由認定屬因不可預期之緊急傷病而就醫，爰同意健保署意見，不予核退該2次門診醫療費用。

四、申請人之代理人主張申請人於114年8月26日在境外旅行期間，突發急性腸胃炎（急性腹瀉），係不可預期之緊急傷病，當日前往當

地醫療院所就診，醫師建議住院進一步觀察及檢查(於送核退文件中可看到)，因對海外醫療機構不熟悉，不敢貿然住院，選擇回家觀察，症狀持續未癒，於114年8月28日、30日、9月2日3度回診，均為同一急性腸胃炎之持續治療，診斷相同，病程連續，並非新發或獨立之疾病，健保署以首次就診後，後續回診屬可預期為由不予核退，惟此認定有根本謬誤，急性病症之病程長短及是否需多次就診，在首次就診當下無從預知，其無法預期腹瀉症狀會持續至114年8月28日乃至9月2日仍未痊癒，症狀之延續屬114年8月26日不可預期緊急傷病之急性腹瀉、嘔吐或脫水現象之延續，若以首次就醫僅為門診便進行切割，將同一疾病之後續必要治療排除保障範圍外，將使任何海外急性病症在第一次門診後即喪失保障，甚有無住院則無從獲得健保保障，此顯非制度立法本旨云云，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 3 次門診，其中 114 年 8 月 30 日門診就醫，業經健保署審查判斷重新核定依規定核退費用在案，其餘 114 年 8 月 28 日及 9 月 2 日 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，認為無由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 114 年 8 月 30 日門診醫療費用 1,039 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 6 月 17 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次、門診每人次、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。」

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。」