

審 定	
主 文	一、關於健保署 114 年 10 月 30 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。 二、就醫原因：急性闌尾炎合併腹膜炎。 三、就醫情形及醫療費用： (一) 114年6月4日(3次，消化科、高級專家、普外科)、17日(2次，專家、介入超聲專病)、23日及7月22日計7次門診，醫療費用折合新臺幣(下同)各6,093元、107元、107元、172元、107元、944元及172元。 (二) 114年6月4日、15日、16日及17日計4次急診，醫療費用各8,178元、7,110元、4,277元及2,945元。 (三) 114年6月4日至9日及6月17日至20日計2次住院，醫療費用各6萬9,319元及6,719元。 四、核定內容： (一) 114 年 10 月 30 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書 114 年 6 月 17 日至 20 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。 (二) 114 年 10 月 30 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書 1. 114 年 6 月 4 日(消化科)門診及 114 年 6 月 4 日、15 日、16 日計 3 次急診：按健保署公告「114 年 4、5、6 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 1,034 元，急診每次 3,614 元，核退 1 次門診及 3 次急診費用計 1 萬 1,876 元(計算式：1,034 元+3,614 元 x3=11,876 元)，其餘醫療費用，不予核退。 2. 114 年 6 月 4 日(普外科)門診及 6 月 17 日急診：同意核付，按收據記載金額，分別核退 107 元及 2,945 元。 3. 114 年 6 月 4 日(高級專家)、17 日(2 次，專家、介入超聲專病)、23 日及 7 月 22 日計 5 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。 (三) 115 年 1 月 8 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書

	114 年 6 月 4 日至 9 日住院：按前揭健保署公告核退上限，住院每日 6,396 元，核退 5 日住院費用計 3 萬 1,980 元(計算式：6,396 元 x5=31,980 元)，其餘醫療費用，不予核退。 五、申請人檢附健保署前開核定通知書影本 3 紙，一併向本部申請審議。
理由	一、法令依據 (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 4 條及第 18 條第 1 項第 2 款。 (二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。 (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。 (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。 (五) 健保署 114 年 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。 二、關於健保署 114 年 10 月 30 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書(114 年 6 月 17 日至 20 日住院)部分查健保署前開核定通知書業於 114 年 11 月 5 日按址送達申請人，有蓋具申請人大嫂○○○印章收受之「傳真查詢國內各類掛號郵件查單」、「○○○郵局○○○投遞股混投股掛號函件區段投遞簽收清單」及健保署寄件查詢資料影本附卷可按，且健保署前開核定通知書亦已載明「核定保險對象對本署之核定如有異議，可於收到本通知書日之次日起 60 日內，填具全民健康保險爭議審議申請書，並檢附本核定通知書影本及有關文件資料，向衛生福利部全民健康保險爭議審議會申請審議。」等語，則申請人倘有不服，應自收受前開核定通知書之次日起 60 日內申請審議，惟申請人遲至 115 年 4 月 14 日始填具申請書向本部申請審議，有本部全民健康保險爭議審議會之收件章戳日期可按，則此部分已逾 60 日申請審議期限，應不予受理。 三、關於健保署 114 年 10 月 30 日受理號碼 0000000000 及 115 年 1 月 8 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書(114 年 6 月 4 日至 7 月 22 日期間計 7 次門診及 4 次急診，以及 114 年 6 月 4 日至 9 日住院)部分 此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院記錄」、急診病歷、門診病歷等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人於 114 年 6 月 4 日因「上腹痛不適數天」至大陸地區○○○醫院消化科門診就醫，診斷為「上腹痛、膽囊膽固醇沉著症、心房顫動」，同日經「高級專家」及普通外科 2 次門診後，經急診以「急性闌尾炎」收治入院，於 114 年 6 月 5 日接受「腹腔鏡下闌尾切除術」，114 年 6 月 9

日出院，出院診斷為「急性壞疽性闌尾炎伴穿孔伴瀰漫性腹膜炎、小腸梗阻」，114年6月15日及16日因發熱急診就醫，114年6月17日門診，主訴「闌尾術後右下腹痛」，經急診評估介入超聲檢查，診斷為「闌尾術區炎症」，於114年6月17日至20日住院，114年6月23日術後換藥，114年7月22日複診，經健保署原核定認定其中114年6月4日(消化科、普外科)計2次門診、114年6月4日、15日、16日、17日計4次急診及114年6月4日至9日住院屬不可預期之緊急傷病，並依規定核退[114年6月4日(普外科)門診及6月17日急診按收據金額核付，其餘1次門診、3次急診及住院部分則按核退上限核付]在案，另5次門診費用不予核退，茲查核分述如下：

- (一)關於未准核退之114年6月4日(消化科)門診、114年6月4日、15日、16日計3次急診及114年6月4日至9日住院醫療費用差額5萬1,121元[計算式：收據金額(6,093元+8,178元+7,110元+4,277元+69,319元)-原核定核付(1,034元+3,614元+3,614元+3,614元+31,980元)=51,121元]部分

此部分係申請人114年6月4日(消化科)門診、114年6月4日、15日、16日計3次急診及114年6月4日至9日住院費用中超過核退上限之醫療費用5萬1,121元，健保署未准核退，於法並無不合。

- (二)關於114年6月4日(高級專家)、17日(2次，專家、介入超聲專病)、23日及7月22日計5次門診醫療費用部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因急性闌尾炎多次門急診及住院，其中於114年6月4日經3次門診及1次急診後收治住院，另114年6月17日經2次門診及1次急診後收治住院，查114年6月4日(高級專家)門診及114年6月17日(專家、介入超聲專病)門診均為同一疾病之重覆就診，而114年6月23日及7月22日門診，為術後換藥及複診，門診當時之病情或診斷並不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，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，爰同意健保署意見，不予核退此部分5次門診醫療費用。

- 四、申請人主張其114年6月1日在大陸地區○○旅遊，突然上腹部不適，114年6月2日急診未查出病因，114年6月3日趕飛上海，114年6月4日就診，確診為急性闌尾炎、腹膜炎，入院後手術，114年6月9日出院，實際住院4.5天，回臺前電洽健保署告稱未滿5天不用公證，114年9月19日第一次送件，被告知要公證，

114 年 10 月 1 日再送傷口感染急診住院費用，到 114 年 10 月 22 日公證書到位才送進主要病症之住院費用，其 114 年 6 月 4 日至 9 日住院費用 6 萬 9,319 元，核定金額僅 3 萬 1,980 元，差距過大，114 年 6 月 15 日開始發燒 3 天不退，確診為膿腫所致(傷口感染)，114 年 6 月 17 日緊急急診住院手術，114 年 6 月 17 日至 20 日住院費用 6,717 元，核退 0 元，其從 114 年 6 月 1 日上腹痛到 6 月 4 日急診安排凌晨手術，狀況非常嚴重，實際支出住院 2 次費用 11.2 萬元，但僅核退 4.6 萬元，沒有將病情嚴重度列入考量，請重議急性闌尾炎的全部就診費用云云，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 7 次門診、4 次急診及 2 次住院就醫，其中 114 年 6 月 17 日至 20 日住院費用部分，已逾 60 日申請審議期限，另 2 次門診、4 次急診及 114 年 6 月 4 日至 9 日住院部分，業經健保署原核定依規定核退在案，至其餘 5 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，關於健保署 114 年 10 月 30 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書部分，申請審議不受理；關於健保署未准核退之其餘醫療費用部分，經核並無不合，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 2 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 4 條

「申請人申請審議，應於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書(以下稱申請書)，向全民健康保險爭議審議會(以下稱爭審會)提起之。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 2 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：二、申請審議逾法定期間。」

三、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。」

四、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。」

五、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。」

六、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。」

七、健保署114年4月11日健保醫字第1140661642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4、5、6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4月至 114年6月	1,034	3,614	6,396

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。」