

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：美國○○及○○。 二、就醫原因：左腿二度燒燙傷之初期照護等（依健保署意見書記載）。 三、就醫情形： （一）114 年 10 月 24 日急診。 （二）114 年 10 月 27 日、11 月 3 日、12 日、23 日及 12 月 17 日計 5 次門診。 （三）114 年 12 月 4 日至 5 日住院。 四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）23 萬 610 元（其中 114 年 10 月 24 日急診費用 3 萬 4,833 元）。 五、核定內容： （一）114 年 10 月 24 日急診：經專業審查，同意給付，依健保署公告「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 3,668 元，其餘醫療費用，不予給付。 （二）114 年 11 月 3 日、12 日及 23 日計 3 次門診：該署前於 115 年 4 月 1 日健保○字第 0000000000 號函通知補費用收據正本及費用明細，申請人於 115 年 4 月 2 日以電子郵件補件，惟未補齊收據及費用明細，該署依現有書據逕行審核，核定不予給付。 （三）114 年 10 月 27 日、12 月 17 日計 2 次門診及 114 年 12 月 4 日至 5 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。 六、申請人不服，就未准核退之 114 年 10 月 27 日、11 月 3 日、12 日、23 日、12 月 17 日計 5 次門診及 114 年 12 月 4 日至 5 日住院費用部分，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 55 條第 2 款。 （二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項。 （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。 二、健保署提具意見 （一）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、相關證據文件，將 114 年 10 月 27 日及 12 月 17 日計 2

次門診及 114 年 12 月 4 日至 5 日住院再送專業審查，認定均係回診及後續追蹤（延伸治療），非屬不可預期之緊急傷病。

- (二) 另申請人於爭議審議申請書所述「114 年 10 月 27 日、11 月 3 日、12 日計 3 次門診，就診總金額為 144 美元，受限於美國醫療院所開立慣例，申請人所檢附收據多為當次診療總額，未再細分各項處置點數」一節，經查閱 144 美元付款證明，僅見就醫及付款日期為 114 年 10 月 27 日，收費項目為醫院費用，未見 114 年 11 月 3 日、12 日之醫療收費，爰本案仍維持原核定。

三、關於 114 年 11 月 3 日、12 日、23 日計 3 次門診部分

- (一) 依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明。
- (二) 此部分申請人於 115 年 1 月 13 日向健保署申請核退自墊之醫療費用，經健保署審查結果，系爭 114 年 11 月 3 日及 12 日計 2 次門診欠缺費用收據正本及費用明細，另 114 年 11 月 23 日欠缺費用明細，乃以 115 年 4 月 1 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送資料，申請人僅於 115 年 4 月 2 日以電子郵件聲明「10/27、11/3、1112. 看了三次他一次一起收費美金 144 元」、「1141123 門診 90 元他就是家庭醫生，看一次的情況下就是這樣收費，只有收據沒有費用明細」等語，健保署乃依現有書據進行審核，核定不予給付，於法並無不合。

四、關於 114 年 10 月 27 日、12 月 17 日計 2 次門診及 114 年 12 月 4 日至 5 日住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「After Visit Summary」、「PHYSICIAN REFERRAL FORM」、「Daily Progress Note」、「Discharge Summary」、「海外醫療診斷內容（中文翻譯稿）」等影本及照片圖片顯示：

- (一) 申請人因大腿被熱湯燙傷（hot soup burn on thigh）於 114 年 10 月 24 日急診就醫，診斷為「Burn of leg, left, second degree」（左腿二級燒傷）、「Superficial burn of abdominal wall」（腹壁淺層燒傷）、「Partial thickness burn of right lower extremity」（右下肢部分皮層燒燙傷），業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案。

(二) 申請人嗣因同一傷症於 114 年 10 月 27 日門診，該次門診無發燒、畏寒 (Denies fevers, chills)，亦無化膿或氣味 (No purulence or odor)，接受藥膏治療，並於 11 月 3 日、12 日、23 日回診，經轉診至整形外科 (Plastic Surgery)，114 年 12 月 4 日入院，診斷為「Burns involving less than 10% of body surface」(體表面積少於 10 % 燒傷) 及「Leg burn, left, unspecified degree, subsequent encounter」(左側下肢未明示部位及程度燒傷之後續照護)，並無感染 (No evidence of infection) 及急性手術適應症 (no acute indication for surgery)，接受傷口照護 (wound care)，114 年 12 月 5 日出院，續於 114 年 12 月 17 日門診追蹤，申請人之傷症經 114 年 10 月 24 日急診處置，後續門診及住院就醫資料並無情況緊急之相關描述，均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 114 年 10 月 27 日、12 月 17 日計 2 次門診及 114 年 12 月 4 日至 5 日住院費用。

五、申請人主張 (一) 其於 114 年 10 月 24 日因左大腿根部及腹部燙傷至急診治療，健保署已認定該次為「不可預期之緊急傷病」，後續 3 次門診及 114 年 12 月 4 日至 5 日之急診住院，均為處理同一部位燙傷之清創、感染監測及病情惡化後之緊急處置，屬前述緊急傷病之延續性必要治療，非一般可任意延後之例行門診；(二) 傷勢位置導致行動能力喪失，臥床超過兩個月，燒燙傷部位位於整條大腿至根部，為行走與坐姿活動頻繁之關節區，出院後只要彎曲、行走或穿著褲子即產生劇烈疼痛，其無法獨立行走，需他人協助日常生活，於此急性期及疑似感染狀態下，若勉強搭乘長程航班，不僅傷勢因長時間坐姿與移動長時間遭受拉扯撕裂，醫療風險極高，並非單純可忍受之不適，待傷勢經治療漸趨穩定，醫師評估可返國後，其即於第一時間安排返臺治療，無任何延滯返國之情事；(三) 其配偶須同時照顧其及子女，家庭照護負荷已達極限，其需他人協助日常生活起居，客觀上無法一人搭機返國，非其不願返臺；(四) 其遵循醫囑接受治療，然治療效果不佳，傷口持續惡化並出現感染疑慮，114 年 12 月 4 日不得不再次急診收住院觀察及處置，後續門診及住院非其任意安排，是因病情失控所引發之必要急診與住院，符合不可中斷之緊急傷病連續治療之實質要件，其內心實極盼望返國治療，基於前述身體與家庭客觀限制，無奈只能留在當地持續治療；(五) 其於 114 年 10 月 27 日、11 月 3 日及 11 月 12 日共 3 次門診，就診總

金額為 144 美元，受限於美國醫療院所之開立慣例，其所檢附之收據多為「當次診療總額」，未再細分各項處置點數，然而該 3 次就診之診療項目、處置內容與醫療資源耗用皆已詳載於同日之醫療診斷紀錄，請將收據與同日病歷紀錄合併檢視，即可明確對應各項醫療處置與費用之合理性，避免僅因收據格式差異而否准核退申請；(六) 其留在當地接受連續治療，實係為保全生命安全與避免不可逆傷害之不得已選擇，其於 114 年 12 月 4 日因先前燒燙傷口出現急性惡化(worsening)，經醫師診斷為急性問題，判定有緊急住院治療之必要，此病情為突發且無法預期，非一般門診治療所能涵蓋，若其於國內發生同等嚴重之燒燙傷(例如 T30.0 等級)，健保給付範圍本應涵蓋相關急診、手術與住院醫療費用，其於海外發生意外，已盡力尋求醫療救治並支付高額費用，而非僅以行政程序與單據形式之細節駁回云云，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) 本件系爭 5 次門診及 1 次住院，其中 114 年 11 月 3 日、12 日、

	23 日計 3 次門診部分，申請人未檢附費用收據正本及費用明細，其餘 2 次門診及住院部分，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，再委請專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為均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。 六、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，此部分原核定應予維持。 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 8 月 28 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、精神病患者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 5 條第 1 項及附表暨第 2 項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「申請核退醫療費用時應檢具之書據：一、醫療費用核退申請書。二、醫療費用收據正本及費用明細。三、診斷書或證明文件。四、住院案件者：出院病歷摘要。五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

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。」