

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 115 年 1 月 30 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,825 元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：澳洲○○。 二、就醫原因：右手無名指外傷。 三、就醫情形：115 年 1 月 29 日及 30 日計 2 次急診。 四、醫療費用：各折合新臺幣（下同）8,383 元、6 萬 3,174 元。 五、核定內容： （一）115 年 1 月 29 日急診：按健保署公告「115 年 1、2、3 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 3,825 元，核退 1 次急診費用計 3,825 元，其餘醫療費用，不予給付。 （二）115 年 1 月 30 日急診：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。 六、申請人主張（一）其 115 年 1 月 29 日右手無名指被門夾到，手指幾乎斷掉，無名指指甲片、甲床都斷裂，骨頭也外露。當時雪梨的醫院告知急診處無法馬上轉到開刀房，因為澳洲的開刀房人員短少，只能隔天到開刀部門做手術，其 115 年 1 月 29 日當天接受包紮患部，施打止痛藥、破傷風及抗生素，並給予口服止痛藥、抗生素，回家後持續服用；（二）其依照指示於 115 年 1 月 30 日到開刀房完成手部創傷處理，拿出殘餘指甲片，縫合指床與手指斷裂部分，澳洲醫護人員告知其延後一天開刀的原因是因為當地醫護人員極度短缺，緊急開刀床是給有生命危險的病患，其雖是意外的緊急傷病，但仍以處理緊急心臟病、車禍有生命危險的病患為優先。因為病床有限，外科醫生人數也有限，其當下充分理解並遵守，因其願意暫時犧牲自己的病痛，以生命危急的病患為優先，並且這也是符合人道原則；（三）這兩次急診是同樣事件，只因國外系統不同於臺灣醫療系統的處理方式，不能因國內外的醫療差異而判斷其就醫兩次是不同事件，如果健保署判斷 115 年 1 月 29 日是緊急意外事件，沒有理由判斷 115 年 1 月 30 日同樣傷患部位不是緊急意外事件等語，就未准核退之 115 年 1 月 30 日急診費用部分不服，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 18 條第 1 項第 4 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 6 條第 1 項第 2 款及第 2

項。

(四) 健保署 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 號公告。

二、關於醫療費用 3,825 元部分

此部分申請人於 115 年 6 月 3 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按前揭健保署公告核退上限，急診每次 3,825 元，補核退系爭 115 年 1 月 30 日急診費用計 3,825 元，並於 115 年 8 月 3 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。

三、關於其餘未准核退之醫療費用差額 5 萬 9,349 元(63,174 元-3,825 元=59,349 元) 部分

此部分係申請人系爭 115 年 1 月 30 日急診費用中超過核退上限之醫療費用計 5 萬 9,349 元，健保署未准核退，於法並無不合。

四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 3,825 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 5 萬 9,349 元，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 8 月 19 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。」

四、健保署115年1月20日健保醫字第1140666066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115年1、2、3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)
115年1月至 115年3月	1,133	3,825	6,887

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。」