

| 審 定 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主 文 | <p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 115 年 3 月 12 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,692 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：日本○○及○○。</p> <p>二、就醫原因：疑似便秘、急性腸胃炎。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）115 年 3 月 12 日急診。</p> <p>（二）115 年 3 月 12 日門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)3 萬 1,373 元（其中包含急診費用 2 萬 6,755 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）115 年 3 月 12 日急診：依檢附病歷記錄其病況，可在門診處置，改核門診 1 次，按健保署公告之「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」，門診每次 1,133 元，核退 1 次門診費用 1,133 元，其餘費用 2 萬 5,622 元（26,755 元-1,133 元=25,622 元）不予核退。</p> <p>（二）115 年 3 月 12 日門診：屬同一疾病之回診，非屬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 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依申請人所附相關資料送請專業審查結果，115 年 3 月 12 日急診，依所附病歷為急性腹痛，嘔吐腹瀉，懷疑腸胃炎，可能導致脫水，同意給付急診 1 次，3 月 12 日門診診斷仍為腸胃炎，屬同一疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病，維持原議，不予給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附就醫資料「ATTENDING</p> |

PHYSICIAN'S STATEMENT (診斷書)」、「Medical Certificate」等影本及照片顯示，申請人因腹痛、嘔吐及腹瀉，於115年3月12日至○○急診就醫，經身體診察結果，高度疑似便秘或腸胃炎(constipation or gastroenteritis is highly suspected)，診斷為「Suspected constipation」(疑似便秘)，接受藥物治療，嗣於同日至○○門診，診斷為「急性腸胃炎」(Acute Gastroenteritis)，健保署原核定就急診部分給付1次門診費用，其餘醫療費用不予給付，茲查核分述如下：

(一) 關於未准核退115年3月12日急診費用差額2萬5,622元部分

1. 關於醫療費用2,692元部分

此部分申請人於115年8月13日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審核，同意按健保署公告之「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，於扣除前已給付之1次門診費用1,133元後，補核退1次急診與1次門診費用差額計2,692元(3,825元-1,133元=2,692元)，並於115年8月28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。

2. 關於其餘未准核退之醫療費用差額2萬2,930元(計算式：25,622元-重核補付2,692元=22,930元)部分

此部分係申請人115年3月12日急診費用中本保險不給付之「消費稅」及超過核退上限之醫療費用計2萬2,930元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於115年3月12日門診費用部分

1. 申請人因高度疑似便秘或腸胃炎於115年3月12日急診就醫，業經健保署依規定核退醫療費用在案，已如前述。
2. 申請人嗣因同一病症續於同日門診，惟卷附「Medical Certificate」除病名「Acute Gastroenteritis」(急性腸胃炎)外，並無主訴、身體診察或處置之記載，亦無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屬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，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，不予核退醫療費用。

四、申請人法定代理人主張申請人於115年3月11日晚間因突發性劇烈腹痛，嚴重脫水，身體極度不適，經救護車配置之醫療人員評估

具醫療急迫性，遂前往○○○國際病院辦理急診，到院時間為 115 年 3 月 12 日，因處置後症狀未緩解，腹痛及脫水狀況未改善，遂至鄰近門診繼續治療，2 次就醫時間雖較為緊密，實因病情發展迅速且具連續性，急（誤植為極）需專業醫療介入評估，並非無端重複就醫，且後續緊急改機票回臺灣○○○○就診後，亦住院一週始得出院，可見確有醫療之必要性，健保署以本病歷紀錄及病況可在門診處置以及非屬不可預期之緊急傷病為由將半夜急診之費用以門診核計，且不給付後續門診費用，著實未臻妥適，若不立即就醫，恐有延誤病情之虞，第 2 次門診係基於急診後之病情變化進行之必要連續性診治，2 次醫療目的與處置項目均不相同，具明確之醫療必要性云云，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 1 次門診，其中 115 年 3 月 12 日急診就醫，經有審核權限之機關健保署審查判斷重新核定改核付 1

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>次急診費用在案，其餘 1 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，認為無由認定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。</p> <p>五、綜上，原核定關於重新核定核退 115 年 3 月 12 日急診醫療費用 2,692 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，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

中 華 民 國 115 年 9 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<br>年月          | 門診<br>(每次) | 急診<br>(每次) | 住院<br>(每日) |
|-------------------|------------|------------|------------|
| 115年1月至<br>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。」