審　　定	
主　　文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 11 月 7 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 68 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：大陸地區河南省○醫院、鄭州○骨傷科醫院。 二、就醫原因：右足踝扭傷、疑似合併右外踝撕脫骨折。 三、就醫情形： （一）114年11月7日急診(原核定誤列為門診)。 （二）114年11月11日、15日、23日、26日、12月3日及18日計6次門診。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計6,773元(含114年11月7日急診費用1,490元)。 五、核定內容： （一）114 年 11 月 7 日急診：核付門診 1 次，依健保署公告之「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」，門診每次 1,091 元，給付費用計 1,091 元，其餘醫療費用，不予給付。 （二）114 年 11 月 11 日、15 日、23 日、26 日、12 月 3 日及 18 日計 6 次門診：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。
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 51 條第 4 款及第 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 款前段。 （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。 二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「醫學診斷証明」、門診病歷、複診病歷等就醫相關資料影本顯示，申請人因「外傷致右踝關節腫痛伴活動受限 2 小時」於 114 年 11 月 7 日急診，經診斷為「(中醫診斷)損傷疼痛(氣滯血瘀証)」、「(西醫診斷)右外踝撕脫骨折？」，接續於 114 年 11 月 11 日、15 日、23 日、26 日、12 月 3 日及 18 日門診，接受中藥外敷、藥物(中成藥、中草藥、西藥)等治療，健保署原核定核退其中 114 年 11 月 7 日急診費用 1,091 元，其餘未准核退，茲查核分述如下：

（一）關於114年11月7日急診部分

1.關於醫療費用計68元部分

此部分申請人於115年7月23日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，於扣除原給付費用1,091元及本保險不給付之中成藥費331元後，補給付該次急診費用計68元(1,490元-1,091元-331元=68元)，並於115年9月4日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2.關於其餘費用差額計331元部分

此部分係申請人該次急診費用中本保險不給付之中成藥費，健保署未准核退，於法並無不合。

（二）關於114年11月11日、15日、23日、26日、12月3日及18日計6次門診部分

1.健保署提具意見

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，再送專業審查，認定114年11月11日至12月18日期間計6次門診為後續追蹤，非緊急傷病就醫，維持原核定，不予給付。

2.此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人之傷症，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114年11月7日急診費用有案，依醫療常規，右足踝扭傷、疑似合併右外踝撕脫骨折，通常以石膏外固定及拐杖助行，申請人於114年11月7日急診時，醫囑已建議「患肢外固定」處置，然依114年11月11日門診病歷記載申請人「拒絕固定」，僅接受中藥外敷，且卷附114年11月11日至12月18日期間6次門診就醫資料亦無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退114年11月11日、15日、23日、26日、12月3日及18日計6次門診費用。

三、申請人主張此次事故為跌倒後腳踝扭傷，急診只確定傷勢，需後續門診持續治療云云，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）本件申請人系爭急診及 6 次門診就醫，其中 114 年 11 月 7 日急診部分，健保署業依規定核付費用，至於其餘 6 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，亦認為尚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。 四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用計 68 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 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　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 51 條第 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

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 款前段

「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。」

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。」