

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○○○醫院及○○○○○醫院等。</p> <p>二、就醫原因：膽囊炎及膽囊結石(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111年3月25日、4月1日、8日、15日、5月9日、10日、11日、16日、17日、18日、6月27日、7月6日、27日、10月10日、20日、24日及11月21日計17次門診。</p> <p>(二) 111年10月11日至15日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>有關申請人申請核退於大陸地區111年3月25日至11月21日共計17次門診及111年10月11日至15日住院醫療費用，其中111年3月25日至7月27日計13次門診，遲至112年1月31日始提出自墊醫療費用核退申請，已逾6個月內申請期限，該署未便辦理。其餘111年10月10日至11月21日計4次門診及111年10月11日至15日住院，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，該署未便同意核退。又查申請人未附111年11月21日收據且所附門診收費票據影本，多數未影印完全，無法辨識就醫者姓名，併予敘明。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第55條第2款及第56條第1項第1款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署(於102年7月23日改制為衛生福利部)91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署依申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件，將111年10月10日至11月21日計4次門診及111年10月11日至15日住院(慢性膽囊炎、膽囊結石)再送專業審查，認為回診再手術非不可預期之緊急傷病，爰維持原核定。</p> <p>三、關於111年3月25日至7月27日期間計13次門診部分</p> <p>此部分申請人於111年3月25日至7月27日期間計13次門診就醫，依前揭全民健康保險法第56條第1項第1款前段規定，申請人應自各該次門診治療當日起6個月內[申請末日期間為111年9月25日(該日為星期日，延至9月26日)至112年1月27日(為春節假期，延至1月30日)]向健保署提出醫療費用之申請，惟申請人遲至112年1月31日始向該署提出醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組蓋於申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收件章戳可按，復為申請人所不否認，該13次門診即已逾6個月申請期限，健保署未准核退，於法並無不合。</p>

四、關於 111 年 10 月 10 日、20 日、24 日、11 月 21 日計 4 次門診及 111 年 10 月 11 日至 15 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「證明書」、「門診病歷」、「診斷書」、「住院病案首頁」、「出院記錄」、「住院病歷」、「手術紀錄」、「病理檢查報告單」、「檢驗報告單」、「肺功能報告」、「住院預約單」、「臨時醫囑單」、「長期醫囑單」、「心電圖報告」、「超聲檢查報告單」、「CT 檢查報告單」、「診斷證明」等就醫相關資料影本顯示：

- (一) 申請人因「膽囊結石伴膽囊炎」於 111 年 10 月 10 日門診，翌日 111 年 10 月 11 日因「間斷右上腹不適 6 月餘」住院就醫，10 月 13 日接受「腹腔鏡下膽囊切除術+腸粘連鬆解術」，10 月 15 日出院，診斷為「膽囊結石 慢性膽囊炎」，另於 111 年 10 月 20 日、24 日及 11 月 21 日複診換藥、拆線。
- (二) 查「出院記錄」記載，申請人入院時情況「間斷右上腹不適 6 月餘。查體：腹平坦…無壓痛、反跳痛…莫非症陰性」，並無情況緊急之相關描述，且膽結石病史已半年以上，系爭住院及 4 次門診即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 111 年 10 月 10 日、20 日、24 日、11 月 21 日計 4 次門診及 111 年 10 月 11 日至 15 日住院費用。

五、申請人主張其於大陸地區工作，111 年 10 月 8 日深夜發燒、腹部疼痛，因為是周末，拖到 10 月 10 日就醫，經診斷為膽囊發炎，急需要手術治療。原本希望能回臺就醫，但是受 COVID-19 疫情影響，兩岸往返皆需要隔離，光是登機就需要等待核酸檢測，當下已經痛得想跳樓了，疼痛程度也無法搭機回臺，更遑論回臺之後還需要隔離，當時疫情嚴峻感染風險高，無奈之下只能在當地接受手術治療，其隻身在外地打拼，真的是非不得已，否則當然想回家再接受治療云云，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。」，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 17 次門診及 1 次住院，其中 111 年 3 月 25 日至 7 月 27 日期間計 13 次門診部分已逾 6 個月申請期限，其餘 111 年 10 月 10 日至 11 月 21 日期間計 4 次門診及 111 年 10 月 11 日至 15 日住院部分，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，亦認為申請人系爭 4 次門診及住院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。

六、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，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 112 年 8 月 16 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、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」

## 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、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。」