

審 定	
主 文	<p>一、關於申請人 112 年 2 月 7 日及 27 日門診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：加拿大○○、○○、○○等。</p> <p>二、就醫原因：靜脈栓塞等。</p> <p>三、就醫情形：112 年 1 月 25 日、31 日、2 月 6 日、7 日、10 日、24 日、25 日、27 日、28 日、3 月 3 日及 4 日計 11 次門診或檢查。</p> <p>四、健保署 112 年 7 月 14 日健保○字第 0000000000 號函要旨：</p> <p>(一) 112 年 1 月 25 日(電話訪診)、2 月 6 日、2 月 25 日及 2 月 28 日門診：經專業審查，認定申請人並未提出必須急迫就醫之客觀條件，非屬不可預期之緊急傷病，核與核退規定不符，所請核退醫療費用，核定不予給付。</p> <p>(二) 112 年 1 月 31 日超聲波檢查係 112 年 1 月 25 日就醫排檢；112 年 2 月 10 日及 2 月 24 日 MRI、CT 檢查係 112 年 2 月 6 日就醫排檢；112 年 3 月 3 日超聲波檢查及 3 月 4 日 D-Dimer 檢查係 112 年 2 月 28 日就醫排檢。</p> <p>(三) 112 年 2 月 7 日及 27 日門診：未檢附診斷書，請於通知之日起 2 個月內補件，屆期如未補件，該署將不再受理，如為相同疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病。</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 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 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(以下簡稱核退辦法)第 3 條、第 5 條第 1 項、附表及第 2 項。</p> <p>(四) 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、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「Chart Summary」等就醫相關資料影本顯示：</p> <p>(一) 關於 112 年 1 月 25 日、31 日、2 月 6 日、10 日、24 日、25 日、28 日、3 月 3 日及 4 日計 9 次門診或檢查部分</p> <p>1. 此部分申請人因 112 年 1 月 18 日起下腹部及大腿有明顯疼痛結節(noticed painful nodules on the lower abdomen and thigh)，於 112 年 1 月 25 日以電話就診(telehealth visit)，</p>

112年1月31日依排程接受大腿及腹部超音波檢查，嗣後經112年2月6日門診、112年2月10日及24日MRI、CT排程檢查後，於112年2月25日門診經診斷為疑似深部靜脈栓塞(suspected DVT)，再於112年2月28日門診，排定112年3月3日進行右腿超音波檢查及112年3月4日D-Dimer(纖維蛋白分解產物)，卷附就醫資料均無情況緊急之相關描述，且上開病情或診斷亦非屬核退辦法第3條所定之緊急傷病範圍，系爭各該次門診或檢查均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退112年1月25日、31日、2月6日、10日、24日、25日、28日、3月3日及4日計9次門診或檢查費用。

(二) 關於112年2月7日及27日門診部分

1. 按「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。」為核退辦法第5條第1項附表及第2項所明定。是保險對象申請核退醫療費用，應檢具收據正本、費用明細及診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，倘申請書據不全者，保險對象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；另核退辦法第5條第2項規定課予健保署對於申請者負有完整個別告知全部申請審核決定流程之資訊告知義務，此項資訊告知義務性質上屬於事實行為，不發生法律效果而非行政處分，此有臺北高等行政法院110年度訴字第727號判決可資參照，合先敘明。

2. 查此部分係申請人於112年2月7日及27日門診就醫，於112年5月26日分別檢附「OFFICIAL PRESCRIPTION RECEIPT」、「Summary of Payments」向健保署申請核退此部分醫療費用，健保署以申請人未附診斷書，函請申請人於2個月內補件，屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。經核該函請補件之性質屬於事實行為，並未對申請人權益發生得喪變更之具體法律上效果而非行政處分，即非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審

議，自有未合，應不予受理。

三、申請人主張其 112 年 1 月 19 日左大腿內側腫脹，走路、坐著、碰觸都會痛，從沒有發生過，112 年 1 月 25 日緊急就醫(線上問診)並安排一系列檢查(抽血、超音波、MRI、CT)，112 年 2 月 27 日線上問診，確認 DVT(靜脈栓塞)有肺栓塞風險，先吃抗凝血劑且需再做 DVT 超音波確認。112 年 2 月 28 日線上問診，開抗凝血劑處方箋及 DVT 超音波檢查單，拿著開立處方到指定藥局拿藥。112 年 3 月 3 日做 DVT 超音波檢查。加拿大屬家庭醫師制，一律採電話約診、問診並線上刷卡支付診療費及 email 支付收據，任何檢查都要等，不像臺灣健保就醫方便又及時，其已盡力收集就醫所有資料，請准於核退云云，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 11 次門診或檢查，其中 112 年 2 月 7 日及 27 日門診，申請人未附診斷書，健保署依規定通知申請人於 2 個月內補件，屆期未補件者，逕依所送書據進行審核，至其餘 9 次

門診或檢查部分，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資料專業判斷結果，亦認為非屬不可預期之緊急傷病就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，關於申請人 112 年 2 月 7 日及 27 日門診部分申請審議不受理；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。另健保署意見書及補充意見陳明，略以申請人未檢附 112 年 2 月 7 日及 27 日 2 次門診診斷書，該署於 112 年 7 月 14 日通知補件，迄未獲補件，因尚未達 2 個月補件期限，該署尚未逕送審核等語，爰該 2 次門診費用部分，由健保署另案依核退辦法第 5 條第 2 項規定審核核定並通知申請人，併予敘明。

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 6 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 112 年 9 月 12 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 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第

二條所定事項。」

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 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。」

六、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。」