

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 10 月 24 日(2 次)、25 日及 26 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 4,148 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：大陸地區○○門診部及○○醫學中心。</p> <p>二、就醫原因：支氣管炎、肺炎。</p> <p>三、就醫情形：112 年 10 月 24 日(2 次)、25 日、26 日、27 日、28 日及 11 月 2 日計 7 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 3 萬 1,916 元。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</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 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 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署依申請人爭議審議申請書補述事實、理由，再送專業審查，同意給付 112 年 10 月 24 日(2 次)、25 日及 26 日計 4 次門診醫療費用，另 112 年 10 月 27 日、28 日及 11 月 2 日計 3 次門診為後續回診，均無明顯呼吸道併發症，應不符合緊急傷病就醫，不同意給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明」、「檢驗報告單」、「門急診診斷證明」、「CT 診斷報告」、門診病歷等資料影本顯示，申請人於 112 年 10 月 24 日至大陸地區○○門診部門診就醫，診斷為「急性支氣管炎」、「支氣管肺炎，未特定病原體」，醫囑「建議轉兒童醫學中心」，申請人乃於當天至○○醫學中心門診，主訴「流涕 1 周、咳嗽 2 天」，經胸部 CT 檢查，診斷為「大葉性肺炎」，開立處方用藥治療，嗣因同一病症於 112 年 10 月 25 日、26 日、27</p>

日、28日及11月2日回診，分述如下：

(一) 關於112年10月24日(2次)、25日及26日計4次門診醫療費用2萬1,302元(5,066元+8,816元+3,387元+4,033元=21,302元)部分

1. 關於其中醫療費用4,148元部分

此部分申請人於113年5月13日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付系爭112年10月24日(2次)、25日及26日門診醫療費用，按健保署公告「112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1,037元，核退該4次門診費用計4,148元(1,037元×4=4,148元)，並於113年5月22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. 關於其餘醫療費用差額計1萬7,154元部分

此部分係申請人112年10月24日(2次)、25日及26日4次門診費用中超過門診核退上限之醫療費用計1萬7,154元(計算式：21,302元-4,148元=17,154元)，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於其餘112年10月27日、28日及11月2日計3次門診部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人固因「大葉性肺炎」於112年10月24日至11月2日期間7次門診就醫，惟卷附就醫資料並無發燒、呼吸困難等記載，亦無情況緊急之相關描述，其病情經112年10月24日(2次)、25日及26日4次門診治療，已足夠因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，112年10月27日、28日及11月2日門診費用，不予核退。

四、申請人主張其感染大葉性肺炎，引起呼吸急症，會喘，為何不屬於不可預期之緊急傷病云云，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 7 次門診就醫，業經健保署重新核定，依規定補核退 4 次門診費用在案，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 7 次門診予以 4 次門診治療，已足以因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用 4,148 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。

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、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。」

五、健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 112 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： 單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112 年 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

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。」