

| 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。</p> <p>二、就醫原因：手指擠壓傷、指骨骨折。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 8 月 16 日、17 日及 19 日計 3 次急診。</p> <p>（二）113 年 8 月 19 日至 22 日住院。</p> <p>（三）113 年 8 月 26 日、9 月 4 日及 9 日計 3 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）2 萬 729 元（含 113 年 8 月 16 日、17 日急診費用各 808 元及 3,048 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 8 月 16 日及 17 日計 2 次急診：依收據記載金額，於扣除 113 年 8 月 17 日急診費用中本保險不給付之中成藥費 927 元後，給付醫療費用計 2,929 元（808 元+3,048 元-927 元=2,929 元）。</p> <p>（二）113 年 8 月 19 日急診、113 年 8 月 19 日至 22 日住院及 113 年 8 月 26 日、9 月 4 日計 2 次門診：經專業審查，認定不符不可預期之緊急傷病，不予給付。</p> <p>（三）113 年 9 月 9 日門診：未附診斷書，該署前於 113 年 10 月 18 日以健保○字 0000000000 號函通知補件，惟未獲補件，且已逾 2 個月之補件期限，該署依現有書據進行審核，核定不予給付。</p> |
| 理 由 | <p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 51 條第 4 款、第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。</p> <p>（二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項、附表及第 2 項。</p> <p>（三）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>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復將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 113 年 8 月 19 日（急診）、26 日、9 月 4 日計 3 次急、門診為相同疾病複診，已非不可預期之緊急傷病，且 8 月 19 日至 22 日住院之出院紀錄載明「患者拒絕手術要求保守治療」屬非必要住院，不同意給付上開 3 次急、門診及住院之醫療費用，另 113 年 9 月 9 日門診未檢具診斷書且逾補件期限未補齊，爰本案仍維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「急診病歷聯」、「門診病歷聯」、「診斷證明書」、「出院記錄」、「放射影像診斷報告單」、</p> |

照片等就醫相關資料影本顯示，申請人前因「外傷後致右手示指疼痛、出血」於113年8月16日及17日急診就醫，經診斷為「1.手指擠壓傷 2.指骨骨折」，嗣因同一傷症於113年8月19日急診轉住院至8月22日出院及113年8月26日、9月4日及9日門診就醫，健保署核退113年8月16日及17日急診費用計2,929元，其餘費用未准核退，茲查核分述如下：

(一) 關於未准核退113年8月17日急診費用差額927元部分

此為該次急診費用中本保險不給付之中成藥費927元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於113年8月19日急診、113年8月19日至22日住院及113年8月26日、9月4日計2次門診部分

1. 申請人之傷症經113年8月16日及17日2次急診以夾板固定、換藥等治療處置後，於113年8月19日急診及113年8月19日至22日住院，接受活血、消腫、促進骨質癒合等藥物治療及換藥，嗣於113年8月26日及9月4日門診複查，接受換藥等處置，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證此部分急診、住院及2次門診有緊急就醫之必要，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113年8月19日急診、113年8月19日至22日住院及113年8月26日、9月4日計2次門診費用。

(三) 關於113年9月9日門診部分

1. 按全民健康保險法第56條第2項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，如有缺漏，健保署即無從據以審查及核退自墊醫療費用，審諸其意甚明。

2. 此部分申請人未檢附113年9月9日門診診斷書，與前揭規定不符，經健保署以113年10月18日健保○字第0000000000號函通知申請人於通知之日起2個月內補件，惟申請人逾2個月補件期限仍未補件，則健保署逕依所送書據審核，核定不予給付，經核並無不合。

四、申請人主張其於113年8月16日和朋友外出用餐，因當晚人多，關門時不注意右手食指被飯店大門夾傷，指甲脫落一半，當時朋友匆匆將其送急診就醫，醫生簡單對傷口進行指甲修剪和包紮處理，8月17日右手食指仍不停出血，情況愈發嚴重，只好再次前往醫院，經過拍片檢查，右手食指骨折還有洞口，醫生告知如不及時住院進行開刀縫針手術，將會影響食指末端功能，其聽從醫生建議，

於 8 月 19 日至 22 日住院接受手術，術後定期回診換藥；一開始想採取保守治療，但由於手指持續出血，實在沒有辦法，才選擇住院治療，出院前醫生要求簽署放棄開刀治療聲明，才辦理出院手續云云，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 3 次急診、1 次住院及 3 次門診就醫，其中 113 年 8 月 16 日、17 日計 2 次急診部分，業經健保署依規定核退費用在案；113 年 9 月 9 日門診部分，未依規定檢附診斷證明文件；而 113 年 8 月 19 日急診、113 年 8 月 19 日至 22 日住院及 113 年 8 月 26 日、9 月 4 日計 2 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。

五、綜上，健保署核退醫療費用計 2,929 元，其餘醫療費用未准核退，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 114 年 4 月 17 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 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。」

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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

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、精神病患者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、附表及第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。」「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。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

| 符合本法第五十五條規定之保險對象 | 保險對象(由本人或委託人申請) | 備註 |
|--|--|--|
| 一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外) | 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。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。 | 一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。 |

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。」