

| 審 定 |  |
|-----|--|
| 主 文 | 申請審議駁回。  |
| 事 實 | <p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○醫院及○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：T11 椎體壓縮性骨折等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 7 月 14 日及 7 月 22 日至 23 日計 2 次住院。</p> <p>（二）113 年 7 月 22 日、8 月 11 日及 21 日計 3 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）2 萬 2,463 元（含 113 年 7 月 14 日住院費用 1,047 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 10 月 28 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書</p> <p>1. 113 年 7 月 14 日住院：同意依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費 119 元後，核退費用 928 元（1,047 元-119 元=928 元）。</p> <p>2. 113 年 8 月 11 日及 21 日計 2 次門診：經專業審查，認為不符合不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>（二）113 年 10 月 28 日健保○字第 0000000000 號函</p> <p>申請人申請核退 113 年 7 月 22 日（門診）、113 年 7 月 22 日至 23 日（住診）於臺灣地區外就醫，經該署專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，該署核定不予給付。</p> |
| 理 由 | <p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 51 條第 4 款及第 55 條第 2 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）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>為維護申請人權益，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 7 月 14 日就醫之後，7 月 22 日門診轉住院至 23 日為後續追蹤治療，非緊急傷病就醫，仍維持原核定，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「24 小時內入出院記錄」、「門診記錄單」、「診斷證明書」等就醫相關資料影本顯示，申請人前因「摔傷致頭痛、腰背部疼痛約 1 周」於 113 年 7 月 14 日住院就醫，經診斷為「胸椎骨折 T11/T12（?）」，嗣因同一傷症於 113 年 7 月 22 日門診轉住院至 7 月 23 日出院及 113 年 8 月 11 日、</p>   |

21日門診就醫，健保署核退113年7月14日住院費用928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7月14日(第1次)住院費用差額119元部分

此為該次住院費用中本保險不給付之中成藥費119元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於113年7月22日、8月11日及21日計3次門診及113年7月22日至23日(第2次)住院費用部分

1. 申請人前因「摔傷致頭痛、腰背部疼痛約1周」於113年7月14日住院就醫，業經健保署認屬不可預期之緊急傷病，並依規定核付費用928元在案。

2. 申請人嗣因同一傷症於113年7月22日門診就醫，以「胸椎骨折」收治入院，接受止痛、消腫、使用背架等治療處置，於7月23日出院，嗣因「近期壓縮性骨折 上腹痛 數天」於113年8月11日門診，另於113年8月21日複查腰背部疼痛，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證系爭3次門診及住院有緊急就醫之必要，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

3. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退113年7月22日、8月11日、21日3次門診及113年7月22日至23日住院費用。

四、申請人主張其於113年7月14日因摔倒骨頭斷裂，送往中醫院，先辦理住院，因疼痛難耐，要求打止痛劑，把手臂打腫，因為技術太差，馬上要求出院，回去後忍痛到7月22日受不了，所以再轉往○○○○醫院住院治療，才知道胸椎壓迫斷裂云云，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 2 次住院及 3 次門診就醫，其中 113 年 7 月 14 日(第 1 次)住院部分，業經健保署認定因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退費用在案，其餘 113 年 7 月 22 日、8 月 11 日、21 日 3 次門診及 113 年 7 月 22 日至 23 日(第 2 次)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 113 年 7 月 14 日住院費用計 928 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 2 月 19 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。」

### 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。」