

審定	
主文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 1 月 2 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,072 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○○省○○市○○區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：膝及腰部扭傷。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114 年 1 月 1 日及 2 日計 2 次門診。</p> <p>(二) 114 年 1 月 3 日至 10 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)7 萬 8,776 元(其中 2 次門診費用各為 2,547 元及 1 萬 5,986 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 1 月 1 日之門診：經專業審查，同意按健保署公告之「114 年 1、2、3 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 1,072 元，核退 1 次門診費用 1,072 元；其餘費用不予核退。</p> <p>(二) 114 年 1 月 2 日門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院：經專業審查，認為不符不可預期之緊急傷病，不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之 114 年 1 月 2 日門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院費用部分不服，向本部申請審議。</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 3 條、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 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件，再送專業審查，認定 114 年 1 月 2 日門診屬不可預期之緊急傷病，同意給付，另 114 年 1 月 3 日至 10 日住院病況並無住院之必要，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「門診病歷」、「MRI 檢查報告單」、「疾病診斷證明書」、「住院病案首頁」、「入院記錄」、「出</p>

院記錄(出院小結)」、「醫學影像診斷報告書」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人於114年1月1日門診就醫，主訴「不慎跌倒致腰部疼痛，雙膝關節疼痛4天」，診斷為「1.急性腰部扭傷 2.雙膝關節扭傷」等，接受藥物及針灸等治療，續於1月2日門診，接受MRI檢查及藥物、針灸等治療，並於114年1月3日以「急性腰扭傷」收治住院，診斷為「1.急性腰扭傷 2.雙側膝關節扭傷」，114年1月10日出院，經健保署核退其中114年1月1日門診費用1,072元，未准核退114年1月2日門診及114年1月3日至10日住院費用，茲查核分述如下：

(一) 關於114年1月2日門診費用1萬5,986元部分

1. 關於醫療費用1,072元部分

此部分申請人於114年7月9日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付1次門診費用，依前揭健保署公告核退上限，門診每次1,072元，核退114年1月2日門診費用1,072元，並於114年7月17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補核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘未准核退之門診費用差額1萬4,914元(計算式：
 $15,986\text{元} - \text{補核付 } 1,072\text{元} = 14,914\text{元}$)部分

此部分係申請人114年1月2日門診費用中超過核退上限之醫療費用1萬4,914元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於114年1月3日至10日住院費用部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因膝及腰部扭傷，前已於114年1月1日及2日門診，業經健保署核退費用在案，其因同一傷症續於114年1月3日至10日住院，接受消炎止痛、鬆弛肌肉、護胃等對症治療，及中醫溫針灸、刀針、浮針、藥透等治療，其住院當時之病情或診斷並不符全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定之緊急傷病範圍，且卷附該次住院就醫資料並無情況緊急之相關描述，亦不足以佐證系爭住院當時有緊急就醫之必要，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114年1月3日至10日住院費用。

四、申請人主張其受傷時，114年1月1日門診當日醫生即要求入院治療，但因無床位無法住院，隔日114年1月2日繼續到門診治療，醫囑仍為入院並需躺睡走道等病床，嗣114年1月3日有病床空出時，辦理入院治療，114年1月1日醫囑要住院，但醫院沒有床位

得於走道過夜等空床位，○○醫院走道人來人往，冬天寒冷且傳染病橫生，環境不宜病人休養，故並未在走道過夜等病房，114年1月2日後並非無緊急醫療需求，而是在等病床期間仍得治療，至114年1月3日空出病房後始得住院繼續治療云云，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。」，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利，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) 本件申請人系爭門診及住院就醫，其中114年1月2日門診部分，業經健保署重新核定依規定核退該次門診醫療費用在案，而住院部分，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，原核定關於重新核定核退申請人114年1月2日門診就醫自付之醫療費用1,072元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘門診及住院醫療費用，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。

中 華 民 國 114 年 8 月 29 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 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 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、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。」

五、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。」

六、健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 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 114 年 1、2、3 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)
114 年 1 月至 114 年 3 月	1,072	3,455	6,333

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。」