

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 12 月 25 日(第 1 次)急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,151 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：捷克。</p> <p>二、就醫原因：經痛、外陰巴氏腺囊腫等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 10 月 16 日、12 月 27 日及 30 日計 3 次門診。</p> <p>(二) 113 年 12 月 13 日及 25 日(2 次)計 3 次急診。</p> <p>(三) 114 年 1 月 3 日至 10 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 6 萬 7,377 元(含 113 年 12 月 25 日第 1 次急診費用 2,151 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 10 月 16 日門診：按收據記載金額，核付 551 元。</p> <p>(二) 113 年 12 月 27 日、30 日計 2 次門診、113 年 12 月 13 日、25 日(2 次)計 3 次急診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之 113 年 12 月 13 日、25 日(2 次)急診、113 年 12 月 27 日、30 日門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院費用不服，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 條及第 6 條第 1 項第 2 款前段。</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>二、關於 113 年 12 月 25 日(第 1 次)急診醫療費用計 2,151 元部分 此部分申請人於 114 年 5 月 23 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，核實核退該次急診費用計 2,151 元(經沖抵欠費 1,101 元後，核付 1,050 元)，並於 114 年 6 月 4 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於 113 年 12 月 13 日、25 日(第 2 次)計 2 次急診、113 年 12 月 27 日、30 日計 2 次門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院部分</p> <p>(一) 健保署提具意見</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、理由及相關證據資料，再送專業審查：

1. 申請人 113 年 12 月 13 日急診為痛經，非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。
2. 申請人因右側外陰部膿腫、巴氏腺膿腫於 113 年 12 月 25 日急診(2 次)、12 月 27 日、30 日 2 次門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院，同意給付 113 年 12 月 25 日(第 1 次)急診費用，其餘為引流術、術後照護，非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。

(二) 此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫相關資料(含中譯)顯示：

1. 申請人於 113 年 12 月 13 日急診，主訴痛經，診斷為「痛經」，接受盆腔超音波等檢查及藥物治療，所附就醫資料尚不足以佐證申請人之病情屬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，系爭急診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
2. 申請人因右側外陰部疼痛 2 天、疼痛加劇於 113 年 12 月 25 日(第 1 次)急診，局部檢查結果，右側外陰腫大、疼痛、發紅，超音波檢查結果為疑似膿腫(內含不均勻組織)，經診斷為右外陰部膿腫/巴氏腺膿腫，接受藥物治療，此次急診業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，依規定核付費用在案。
3. 申請人於 113 年 12 月 25 日復因右側巴氏腺腫大及疼痛，至第 2 家醫院急診就醫，超音波檢查右側外陰部發現 43X23MM 膿腫腔，診斷為右側外陰膿腫伴隨皮膚蜂窩性組織炎，接受切開引流及口服抗生素等藥物治療，接續於 113 年 12 月 27 日、30 日複診追蹤，復因症狀惡化，腫脹、疼痛加劇(疼痛指數 9)於 114 年 1 月 3 日經急診入院，接受靜脈注射抗生素及外陰膿腫引流術等治療，於 114 年 1 月 10 日出院，惟卷附就醫資料尚不足以佐證申請人 113 年 12 月 25 日(第 2 次)急診、113 年 12 月 27 日、30 日計 2 次門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院當時之病情屬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，系爭 2 次門診、2 次急診及住院即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
4. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 12 月 13 日、25 日(第 2 次)計 2 次急診、113 年 12 月 27 日、30 日計 2 次門診及 114 年 1 月 3 日至 10 日住院費用。

四、申請人主張 1. 113 年 12 月 13 日急診係因突發全身虛脫無力、頭暈、噁心、眼前發黑、短暫幾秒聽覺喪失，當場需由當地人協助平躺、拍打臉部保持意識，併出現嘔吐情形，經救護車送至急診就醫；2. 113 年 12 月 25 日急診係因突發右側外陰部腫脹劇痛，經急診

診斷為巴氏腺囊腫併蜂窩性組織炎(膿腫約 43X23mm)，無法行走站立，急診醫生說明需立即進行引流手術及抗生素治療；3. 113 年 12 月 27 日及 30 日門診為追蹤囊腫惡化擴大(30x50mm)，醫囑需住院進行抗生素注射及手術切開引流；4. 114 年 1 月 3 日至 10 日住院接受治療，全程臥床休養，醫師表示須立即就醫治療，以防感染擴散及併發症云云，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：一、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 次門診、3 次急診及住院就醫，其中 113 年 12 月 25 日(第 1 次)急診部分，健保署已重新核定核付費用，而其餘門、急診及住院部分，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，原核定關於重新核定核退申請人 113 年 12 月 25 日(第 1 次)急診醫療費用計 2,151 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。

中 華 民 國 114 年 8 月 14 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 款前段

「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。」

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。」