

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：韓國○○。</p> <p>二、就醫原因：輸尿管結石等。</p> <p>三、就醫情形（依健保署原核定及意見書記載）：</p> <p>（一）114 年 3 月 26 日、4 月 4 日及 8 日計 3 次門診。</p> <p>（二）114 年 3 月 31 日至 4 月 2 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人申請核退於韓國 114 年 3 月 26 日、31 日、4 月 4 日、8 日計 4 次門診及 114 年 3 月 31 日至 4 月 2 日住院自墊醫療費用，其中 114 年 3 月 31 日門診經申請人於 114 年 7 月 31 日以電子郵件說明併入 114 年 3 月 31 日至 4 月 2 日住院，爰不予列計；另 114 年 3 月 26 日、4 月 4 日、8 日計 3 次門診及 114 年 3 月 31 日至 4 月 2 日住院，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 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>（一）申請人前因輸尿管結石於 113 年 12 月 23 日至 114 年 2 月 6 日期間計 4 次門診及 2 次急診轉住院，業經健保署核定給付 114 年 1 月 17 日及 1 月 30 日計 2 次急診醫療費用在案，申請人復因輸尿管結石於 114 年 3 月 26 日、4 月 4 日、8 日門診及 114 年 3 月 31 日至 4 月 2 日住院，經專業審查，認定皆非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。</p> <p>（二）為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由，再送專業審查，認定申請人前於 114 年 1 月底至 2 月初因尿路結石至急診處置屬不可預期之急症，但 114 年 3 月 26 日至 4 月 8 日期間就醫係明知有尿路結石之後續可期之必要醫療處置，雖屬必要但非不可預期，仍維持原核定，不予給付。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見、卷附「診斷」（中譯文件）、「門診住院（出院中）醫療帳單收據」（中譯文件）、</p>

「處方【醫院外】」(中譯文件)、「Prescription (for insurance claim)」、「diagnosis」等就醫資料影本及健保署意見書顯示：

- (一) 申請人因「輸尿管結石」(診斷代碼：N201)前於113年12月23日至114年2月6日間於韓國4次門診、2次急診及2次住院，接受左側輸尿管結石體外震波碎石術等治療，前經健保署另案核退2次急診費用在案。
- (二) 申請人因同一病症於114年3月26日門診就醫，診斷為「輸尿管結石」(診斷代碼：N201)及「膀胱神經肌肉功能障礙」，(診斷代碼：N319)」，於114年3月31日收治入院，並於114年4月1日接受逆行腎取石術、輸尿管鏡取石術及輸尿管夾板植入術，114年4月2日出院，於114年4月4日複診，114年4月8日門診拆除左側輸尿管夾板。惟申請人早於113年12月23日就醫時已知悉其有輸尿管結石病症，且卷附系爭門診及住院就醫資料並無相關檢查數據(如血尿情況或尿石大小等)，亦無情況緊急之相關描述，無從判斷系爭門診及住院就醫當時有緊急就醫之必要，均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，爰同意健保署意見，不予核退114年3月26日、4月4日、8日計3次門診及114年3月31日至4月2日住院費用。

四、申請人主張其於韓國停留期間突發「尿路結石(Kidney Stones)」，該病症發作時伴隨劇烈疼痛，屬於醫學上公認具高度緊急性且無法預期之急性病症，必須立即就醫處置，原核定僅指稱該病情「非屬不可預期之緊急傷病」而不予給付，然而尿路結石發作無法預測且疼痛難耐，若不及時治療將危及健康，原核定之認定標準顯與醫學常識有違，且過於嚴苛，健保署在原核定結果中並未告知具體的駁回理由，若不清楚健保署認定非屬緊急傷病的具體醫學依據與判斷標準，其根本無從準備相應的補充文件或進行申辯，此種僅告知結果卻不說明具體理由的行政模式，已嚴重侵害被保險人的知情權與補正權利，其為外籍人士，依規定強制納保並繳納保費，理應享有對等之緊急醫療保障云云，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 次門診及 2 日住院就醫，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，亦認為申請人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，健保署未准核退系爭醫療費用，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。

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 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。」

二、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。」

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

「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。」