

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院及○○社區衛生服務中心。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染合併支氣管炎等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 12 月 1 日、114 年 1 月 11 日及 15 日計 3 次門診。</p> <p>(二) 114 年 1 月 19 日、2 月 1 日及 23 日計 3 次急診。</p> <p>(三) 114 年 2 月 2 日至 10 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)3 萬 6,672 元(其中 114 年 2 月 23 日急診費用為 2,085 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 12 月 1 日、114 年 1 月 11 日及 15 日計 3 次門診、114 年 1 月 19 日及 2 月 1 日計 2 次急診及 114 年 2 月 2 日至 10 日住院：經專業審查結果，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>(二) 114 年 2 月 23 日急診：依收據記載金額 2,085 元，扣除本保險不給付之中成藥 253 元後，核實核退 1,832 元。</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 條及第 6 條第 1 項第 2 款前段。</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>本件經專業審查意見：(一)申請人慢性咳嗽，因用力咳嗽導致肋骨斷裂，並非高危險緊急就醫狀況(非緊急)。(二)住院檢查報告不似肺炎：白血球正常、CRP 發炎指數正常、電腦斷層考慮少許發炎及支氣管擴張、無發燒。(三)114 年 2 月 23 日因肋骨骨折同意給付當日急診就醫，原核定給付 1 次急診費用，其他就醫日期經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病範圍，不予核退。</p> <p>三、關於 113 年 12 月 1 日、114 年 1 月 11 日及 15 日計 3 次門診、114 年 1 月 19 日及 2 月 1 日計 2 次急診及 114 年 2 月 2 日至 10 日住院部分</p> <p>此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「疾病證明書」、「門診病歷」、「急診門診病歷」、「出院小結」等就醫資</p>

料影本顯示：

- (一) 申請人於 113 年 12 月 1 日門診，主訴「咳嗽 2 周」，身體診察結果「咽充血，扁桃體無腫大，雙肺未聞及乾濕性囉音，心率 75 次/分」，診斷為「急性支氣管炎」，另因咳嗽(1 周、10 天)，於 114 年 1 月 11 日、15 日門診，分別診斷為「支氣管炎」、「急性上呼吸道感染、急性支氣管炎」。嗣於 114 年 1 月 19 日因「持續咳嗽、咳痰 3 周」急診，診斷為「急性下呼吸道感染、肺炎」，復因「咳嗽、咳痰 1 月餘」於 114 年 2 月 1 日急診，身體診察結果「脈搏 73 次/分，血壓 116/64mmHg」，胸部 CT 檢查結果，左肺上葉少許感染，診斷為「肺炎」，於翌日 114 年 2 月 2 日住院，入院時體溫 36.1°C，脈搏 59 次/分，呼吸 18 次/分，血壓 132/73mmHg，雙肺未聞及乾濕性囉音，診斷為「社區獲得性肺炎」等，接受抗感染、止咳化痰、止痛等治療，114 年 2 月 10 日出院。
- (二) 依申請人就醫資料，申請人無誘因咳嗽，並無發燒，胸部 CT 檢查結果無明顯肺炎，雙肺呼吸音清晰，並無住院之適應症，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其就醫當時之病情或診斷符合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 3 次門診、2 次急診及住院均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 12 月 1 日、114 年 1 月 11 日、15 日計 3 次門診、114 年 1 月 19 日、2 月 1 日計 2 次急診及 114 年 2 月 2 日至 10 日住院費用。

四、關於未准核退之 114 年 2 月 23 日急診費用差額 253 元部分

申請人 114 年 2 月 23 日急診費用 2,085 元，健保署原核定核退 1,832 元，其餘未准核退之差額 253 元，係不列入本保險給付範圍之中成藥，健保署未准核退，於法並不不合。

五、申請人主張其自 113 年 11 月中開始嗽，黃綠膿痰，難以入眠，就診拿藥後似乎好轉，但 114 年 1 月初又開始咳嗽，在 114 年 1 月 11 日就醫，醫師說有感染現象，吃了幾天抗生素，仍然無效，便於 1 月 15 日、19 日再次就醫，期間抗生素不間斷，仍久咳不止，經 CT 檢查及抽血結果為肺炎，醫師建議住院治療。其由於住院前門診，醫師持續開抗生素多次，所以白血球數量正常，CRP 發炎指數正常，不發燒，但病症仍存在，且越咳越嚴重，導致後來肋骨斷裂，此肺炎之危害，健保署不核退，實無道理云云，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 3 次門診、3 次急診及 1 次住院，其中 114 年 2 月 23 日急診部分，健保署原核定業依規定核退在案，其餘部分，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，亦認為申請人系爭 3 次門診、2 次急診及 1 次住院均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。

六、綜上，健保署核退 114 年 2 月 23 日急診費用 1,832 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 10 月 27 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、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。」