

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：熱衰竭、右手二度燙傷。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114 年 7 月 1 日急診。</p> <p>(二) 114 年 7 月 2 日計 2 次門診(內科、皮膚科)。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同) 2 萬 6,976 元[其中急診費用 1 萬 7,910 元，門診費用各 3,791 元(內科)、5,095 元(皮膚科)]。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 7 月 1 日急診：依所附資料只看到白血球上升及高血鈉，未見其他生命徵象或症狀如意識狀態描述，且肝腎功能及心肌酵素皆正常，無法判定是否需急診處理，就現有就醫資料，改核門診 1 次，並按健保署公告「114 年 7、8、9 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 1,039 元，核退 1 次門診費用 1,039 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 114 年 7 月 2 日門診(皮膚科)：按前揭健保署公告核退上限，門診每次 1,039 元，核退 1 次門診費用 1,039 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(三) 114 年 7 月 2 日門診(內科)：經審查核定，屬同一疾病之回診，非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。</p> <p>六、申請人就未准核退之 114 年 7 月 1 日急診(差額)及 7 月 2 日門診(內科)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、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</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>(四) 健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依申請人所附相關資料送請專業審查結果，認為依所附資料，114 年 7 月 1 日急診抽血檢驗結果與 7 月 2 日門診診斷證明，申請人並無生命徵象不穩定或其它危及生命之</p>

病況，114年7月1日急診改核門診1次，以辨別病因並予以症狀治療，7月2日內科門診係屬同一疾病之回診，非屬不可預期之緊急傷病，維持原議，不予給付。

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「檢查結果照會」、「CERTIFICATE」、「Medical Expense Receipt(Outpatient)」等就醫資料及「全民健康保險自墊醫療費用核退無法補件聲明書」影本顯示：

(一) 申請人於114年7月1日急診，接受血液檢驗，114年7月2日門診，診斷為「heat exhaustion」(熱衰竭)，所附就醫資料僅有114年7月1日血液檢驗報告，以及114年7月2日「CERTIFICATE」記載前揭診斷及「presented with general fatigue and chest discomfort: heat exhaustion was diagnosed and she received an intravenous infusion of fluid.」(呈現全身性疲倦、胸部不適症狀：診斷為熱衰竭，並接受靜脈輸液治療)，參酌申請審議理由陳稱其114年7月1日下午全身冒冷汗且心臟心悸不舒服症狀，晚上急診就醫，隔日心悸及全身不舒服症狀依舊再次就醫等語，申請人114年7月1日就醫，予以門診治療即可因應緊急醫療之所需，114年7月2日為同一疾病門診，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，114年7月1日急診，予以核退1次門診費用，不予核退114年7月2日門診(內科)門診費用。

四、申請人主張其114年7月1日下午發生全身冒冷汗且心臟心悸不舒服症狀，回飯店休息後仍無法緩解，晚上至醫院急診就醫，當時醫生開單作檢查(心電圖、驗血、X光…等)，並點滴治療，未給予任何藥物，因國情語言不通，醫師未詢問病情，也未告知注意事項，隔日心悸及全身不舒服症狀依舊再次就醫，經中文義工協助就醫得以順利緩解90%不舒服症狀云云，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) 本件系爭 114 年 7 月 1 日急診及 7 月 2 日門診(內科)，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 114 年 7 月 1 日急診，予以門診治療即可因應緊急醫療之所需，另 114 年 7 月 2 日門診(內科)門診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，健保署按門診核退上限，核退 114 年 7 月 1 日急診費用 1,039 元，其餘醫療費用不予核退，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。」

三、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。」

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。」

五、健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 7、8、9 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 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」