

案情摘要

申請人之病情非後發再狹窄或急性心肌梗塞，相關血管、介入治療並未以 1:1 氣球擴張，不符健保給付血管支架之適應症範圍，血管支架費用應由申請人自行負擔。

衛部爭字第 1103401214 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及原核定內容要旨</p> <p>(一)申請人於 109 年 10 月 28 日檢附其於 109 年 8 月 18 日至 20 日入住○○市立○○醫院[○○院區]之住院費用收據，以其全部使用健保給付一般支架，卻需自費付 3 支支架費用 4 萬 4,412 元云云，向健保署申訴。</p> <p>(二)案經健保署以 110 年 1 月 21 日健保○字第 0000000000 號書函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 依○○市立○○醫院回復，向申請人收取鈷鉻合金冠狀動脈血管支架、TERUMO 心血管支架、BOSTON SCIENTIFIC 心血管支架等 3 項自付費用，係因申請人病情不符合健保給付規定之適應症，同時檢附申請人 109 年 8 月 19 日親自蓋指印之自費尚未納入給付之特材同意書。2. 本件經專業審查結果，因申請人病情非急性心肌梗塞，非再狹窄或繞道術後，為原發病灶且未經 1:1 氣球擴張等情形，故不符合使用冠狀動脈血管支架給付規定。3. 綜上，本件因不符健保給付冠狀動脈血管支架特材之適應症規範，系爭 3 支冠狀動脈血管支架費用 4 萬 4,412 元，應由申請人自行負擔。 <p>二、申請人檢附上開健保署書函影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <ol style="list-style-type: none">(一)全民健康保險法第 40 條第 1 項。(二)全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 84 條附件七特殊材料給付規定[給付代碼：A213-2N/血管支架]。 <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、「Admission Note」、「出院病歷摘要」、「住院護理紀錄」、「心導管檢查及心血管介入性治療說明暨同意書」、「全民健康保險對象自費尚未納入給付特材說明書」、「全民健康保險對象自費尚未納入給付特材同意書」、○○市立○○醫院 110 年 1 月 6 日○市○○字第 0000000000 號函等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <ol style="list-style-type: none">(一)申請人罹患冠狀動脈疾病合併心絞痛，其左前降枝有顯著狹窄，

但非後發再狹窄或急性心肌梗塞，相關血管、介入治療，並未以 1：1 氣球擴張，不符合健保給付血管支架規定。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，系爭血管支架費用應由申請人自行負擔。

三、申請人主張其並未浪費健保資源，已逐步完成各項檢查，所有檢查及治療均由醫師現場專業判定，非由其主動要求裝血管支架，在發現阻塞處要裝心血管支架時，醫師告知有兩處阻塞要裝支架、第三處是裝後才出現的阻塞處再裝一支；裝了普通支架仍有 30%再阻塞機率，何況已有問題沒裝的阻塞機率更高，健保若沒給付，要求沒錢的人自付，恐失去健保照顧全民平等真義云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而被保險人所使用之藥品或診療服務逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，而非在其核定使用藥品或診療服務之適應症範圍內，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照。

(二) 本件業經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為申請人使用系爭血管支架，不符合健保給付規定，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署函復申請人，略以本件不符健保給付規定，系爭 3 支冠狀動脈血管支架費用 4 萬 4,412 元，應由申請人自行負擔等語，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。