

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：新加坡○○。</p> <p>二、就醫原因：感染性心內膜炎及嚴重二尖瓣閉鎖不全之後續處置。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）111 年 11 月 18 日門診。</p> <p>（二）111 年 11 月 29 日至 12 月 7 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>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>
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）改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「Medical-In-Confidence」、「Medical Report in Medical Records Office」等就醫相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人前因感染性心內膜炎(Infective endocarditis)及嚴重二尖瓣閉鎖不全(severe mitral regurgitation)於 111 年 5 月 19 日至 6 月 1 日至新加坡○○住院就醫，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退費用有案。</p> <p>（二）嗣申請人於 111 年 11 月 18 日門診，並於 111 年 11 月 29 日住院，接受二尖瓣置換術(mitral valve replacement)，112 年 12 月 7 日出院，惟卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，且此次門診及住院為前次住院之後續處置，該次手術係選擇性手術(elective surgery)，其病情非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，該次門診及住院均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>（三）綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 111 年 11 月 18 日門診及 111 年 11 月 29 日至 12 月 7 日住院費用。</p> <p>三、申請人主張其因疫情暫居新加坡，111 年 5 月 8 日因持續發燒，重覆退燒發燒達 2 週，經診斷是因細菌感染經由血管進入心門，引起高燒，111 年 5 月 9 日住院，6 月 1 日出院，6 月 2 日至 7 月 1 日每天去醫院換藥，健保署已核定給付。另 111 年 11 月 18 日因 5 月 8 日細菌感染經由血管進入心門而持續發燒導致心門關不緊，經門診診斷為二尖瓣膜的問題，醫囑心臟問題不適合搭機返臺，以免造成</p>

心臟負荷，建議在新加坡住院進行傳統的剖胸進行置換二尖瓣膜手術，請酌情處理。另健保署核定意見「本件係以非收據正本核定」，但事實上所附收據已經新加坡醫院證明是正本，其代理人第2次送件時補送正本證明文件時，收件人員並未收件且誤導其代理人在聲明書表勾選■其他：所附 1111118 門診及 1111129-1111207 住院收據為副本云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 申請人於爭議審議申請書主張所附收據為正本一節，查申請人所附收據有經醫院蓋「CERTIFIED TRUE COPY」章，顯非正本係 COPY 本，且未填寫收據非正本聲明書，該署於 112 年 4 月 28 日以健保○字第 0000000000 號函通知申請人補件在案，受託人○○○於 112 年 6 月 7 日至該署臨櫃補件。
2. 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、理由再經專業審查結果，認定申請人前於 111 年 5 月 19 日至 6 月 1 日住院，已知為重度瓣膜性心臟病，且建議開刀手術治療，後於 111 年 11 月 18 日門診，再於 111 年 11 月 29 日手術到 12 月 7 日出院，為例行性瓣膜置換(排程)手術，並非不可預期之緊急傷病治療行為，爰維持原核定，不同意給付。

(二) 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。」，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。

(三) 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，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，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。

(四) 本件申請人之代理人○○○於 112 年 6 月 7 日填具「【無法提供醫療費用收據正本】聲明書」，聲明申請人無法檢送醫療費用收據正本，並勾選改提供「與正本相符之收據影本(或其他)並加蓋醫療院所印信」在案，且系爭 1 次門診及住院就醫，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，均認為非屬不可預期之緊急傷病就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、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。

中 華 民 國 112 年 8 月 25 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 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、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。」