

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區福建省○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性心肌梗塞。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年8月27日急診。</p> <p>(二) 112年8月27日至9月8日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 18 萬 6,888 元(含急診費用 1 萬 2,475 元、住院費用 17 萬 4,413 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年8月27日急診：依健保署公告之「112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」，急診每次3,552元，給付1次急診費用計3,552元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 112年8月27日至9月8日住院：經專家審查，同意給付合理住院日數4日，依前開公告之核退上限，住院每日6,556元，給付4日住院費用計2萬6,224元(計算式：6,556元X4=26,224元)，其餘醫療費用，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、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</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>(四) 健保署 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 經專業審查，認為心肌梗塞(STEMI)臺灣健保統計住院 3 日，病情穩定(Killip I)不需住院多日，不同意核退 112 年 8 月 27 日至 112 年 9 月 8 日於大陸地區住院計 12 日之自墊醫療費用，同意給付合理住院日數 4 天之自墊醫療費用核退。</p> <p>(二) 為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議理由及所附相關文件，再送專業審查，仍維持給付 4 日住院費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「出院紀錄」、「急診病歷」、「心臟內科心導管檢查報告單」等相關資料影本顯示，申請人因胸痛 1 天於 112 年 8 月 27 日急診及 112 年 8 月 27 日至 9 月 8 日住院，經健保署按核退上限核退 1 次急診及 4 日住院費用，查核分述如下：</p> <p>(一) 關於未准核退之 112 年 8 月 27 日急診費用差額 8,923 元(計算</p>

式：12,475 元-3,552 元=8,923 元) 部分

此部分為申請人該次急診費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於 112 年 8 月 27 日至 9 月 8 日住院部分

1. 申請人此次住院經診斷為「1. 冠狀動脈粥樣硬化性心臟病、急性下壁 ST 段抬高型心肌梗死(Killip I 級) 2. 頸動脈粥樣硬化」等，接受「冠狀動脈造影術、冠脈內局部藥物釋放治療術、經皮冠狀動脈腔內成形術、血栓抽吸術」等治療，依醫療常規，Killip I 級表示為病情相對穩定的急性心肌梗塞，全世界對此疾病住院日數，因醫療科技和藥物的進步已減至 4 日左右，申請人之病情予以住院 4 日治療已足夠因應緊急醫療之所需。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，核退 4 日住院費用。

四、申請人主張其因心肌梗塞經做心導管後送至 ICU，因心臟發炎指數無法下降，持續住院，復經醫生判定須持續治療心肌壞死及心臟血管修護，無法立即進行心臟支架手術，住一天 ICU 需要 4 萬，核退金額與實際支付金額差異過大云云，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) 本件申請人系爭急診及住院就醫，其中 112 年 8 月 27 日急診，業經健保署依規定核付費用，另 112 年 8 月 27 日至 9 月 8 日住院部分，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，亦認為予以住院 4 日治療已足夠因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署按核退上限核退申請人 1 次急診及 4 日住院費用計 2 萬 9,776 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 113 年 3 月 14 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、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 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 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 112 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)
112 年 7 月至 112 年 9 月	1,059	3,552	6,556

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。」