

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：低血壓等。</p> <p>三、就醫情形：112年5月26日至6月16日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)16萬6,008元。</p> <p>五、案件緣由及健保署核定內容：</p> <p>(一) 健保署原以112年9月19日受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書，核定系爭住院非屬不可預期之緊急傷病，住院檢查項目與住院時主訴以及症狀無關，核定不予給付。</p> <p>(二) 申請人提出陳情，健保署為維護保險對象權益，再經專業審查，認為112年5月31日血壓監測117/76mmHg，生命徵象尚穩定，其他屬原慢性病療養宜儘早出院，同意給付合理住院日數14天，故按該署公告核退上限，住院每日7,315元，核退申請人住院醫療費用計10萬2,410元(7,315元*14=102,410元)；其餘醫療費用，不予給付，並於112年10月27日以受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人10萬2,410元。</p> <p>六、申請人檢附前開健保署112年10月27日受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書，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(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4月13日健保醫字第1120661366號公告。</p> <p>二、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」(奇美醫院112年6月23日至7月5日住院)、「出院記錄」、「CT診斷報告單」、「動脈硬化檢測分析結果」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人於112年5月26日因「頭暈半月，暈厥1次」入院，入院時血壓91/66mmHg，經診斷為「1.冠狀動脈粥樣硬化性心臟病 2.心功能II級(NYHA分級) 3.冠狀動脈支架植入後狀態 4.新型冠狀病毒感染(中型) 5.2型糖尿病 6.異體腎移植狀態 7.電解質紊亂」等，接受抗血小板、改善心功能、調控血壓、血糖、抗感染、抗病毒、補鉀、補鎂、控制心率等治療，於112年6月16</p>

日出院，申請人就醫當時之病況合理住院日數為 14 日。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 14 日住院費用，其餘醫療費用，不予核退。

三、申請人主張其在大陸住院 21 天期間，血壓一直不穩定，住院第 3 天又確診新冠肺炎，導致腎移植的抗排斥藥物濃度超標，且電解質紊亂，低鎂、鈉、鉀，出院隔天又因血壓過低掛急診，經急診醫師建議回臺診治，並住進奇美醫院 13 天才得以出院，健保署核定 14 天的住院日數，似乎欠妥云云，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，亦認為申請人之病況合理住院日數 14 日，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署依核退上限核退 14 日住院費用 10 萬 2,410 元，其餘醫療費用不予核退，並無不合，原核定應予維持。

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112年4月至 112年6月	1,088	3,704	7,315

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。」