

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 12 月 28 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,340 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：泰國○○。</p> <p>二、就醫原因：胸痛不適及噁心。</p> <p>三、就醫情形：112 年 12 月 28 日急診。</p> <p>四、核定內容： 申請人申請核退 112 年 12 月 28 日於臺灣地區外急診自墊醫療費用，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，核定不予給付。</p> <p>五、申請人主張其於 112 年 9 月因急性心肌梗塞(NSTEMI)於左前降枝(LAD)放置 1 個支架，112 年 12 月 28 日凌晨因胸痛加劇醒來，在半夜去當地醫院急診，經 2 次 EKG 及 Troponin-I 正常得以排除 ACS(急性冠心症)，符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條急性胸痛，需緊急處理以辨明病因，其若不經檢查，如何能排除心肌梗塞之病因等語，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(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。</p> <p>(四) 健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、關於醫療費用 3,340 元部分 此部分申請人於 113 年 4 月 25 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按前開公告之核退上限，急診每次 3,340 元，核退 112 年 12 月 28 日急診費用 3,340 元，並於 113 年 6 月 20 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退在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用 5,049 元部分 此部分係申請人系爭急診費用中超過核退上限之醫療費用 5,049 元(8,389 元-3,340 元=5,049 元)，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 3,340 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p>

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 7 月 1 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、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、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。」

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、門診每人、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、健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 10、11、12 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 10 月至	1,037	3,340	6,575

112年12月			
---------	--	--	--

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。」