

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：冠狀動脈粥樣硬化性心臟病。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年11月2日、16日、23日、30日、12月14日及28日計6次門診。</p> <p>(二) 112年11月4日至10日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)14萬1,531元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年11月2日門診及112年11月4日至10日住院：按健保署公告之「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」，門診每次1,037元及住院每日6,575元，給付1次門診費用1,037元及6日住院費用計3萬9,450元(6,575元×6=39,450元)，共計4萬487元(1,037元+39,450元=40,487元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 112年11月16日、23日、30日、12月14日及28日計5次門診：不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退112年11月16日、23日、30日、12月14日及28日計5次門診醫療費用部分不服，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3條。</p> <p>(三) 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。</p> <p>二、健保署提具意見書</p> <p>該署復依申請人所附相關資料，再經專業審查認定112年11月16日、23日、30日、12月14日病歷內容相同，為複製貼上，血壓、心跳相同、穩定，且12月28日僅有心電圖，以上5次門診就醫仍非屬不可預期之緊急傷病。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「門診病歷」、「心電圖申報單」、「疾病證明書」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人前因「胸悶痛1天」於112年11月2日門診及112年11月4日至10日住院，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退該次門診及6日住院費用在案。</p> <p>(二) 嗣申請人於112年11月16日、23日、30日、12月14日及28</p>

日計 5 次門診就醫，診斷為「冠狀動脈粥樣硬化性心臟病、冠狀動脈支架植入後狀態、胸痺心痛、氣虛血瘀証」等，申請人固主張其心支架手術後尚於不穩定階段，伴隨心室早博、心律不整之症狀，依從醫囑每 2 週需回診觀察云云，惟所附 112 年 11 月 16 日、23 日、30 日及 12 月 14 日 4 次門診病歷之主訴、現病史、既往史、體格檢查(BP120/70mmHg, HR68bpm)均完全相同，112 年 12 月 28 日心電圖亦無申請人所述之心室早期收縮，顯見其病況穩定，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 11 月 16 日、23 日、30 日、12 月 14 日及 28 日計 5 次門診費用。

四、申請人主張其由於心支架手術後尚於不穩定階段，伴隨心室早博、心律不整之症狀，依從醫囑每 2 週需回診觀察，並且因長期大陸地區工作，回臺時段受限，只能就地就醫。不給付原因是「不符合不可預期之緊急傷病」，此等原因不合理、更不符合人性，其是境外工作，並非是在旅遊可將旅遊行程規畫 2 週內結束並返臺就診云云，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，亦認為申請人系爭5次門診均非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

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 10 月 18 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、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

「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。」