審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：美國○○。 二、就醫原因：心房顫動及心室性心跳過速。 三、就醫情形：115 年 1 月 27 日經急診轉住院至 28 日出院。 四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）6 萬 4,126 元（依核定通知書記載）。 五、核定內容： 經專業審查，115 年 1 月 27 日急診轉住院至 1 月 28 日，勉予同意給付 1 次急診醫療費用，爰以健保署公告「115 年 1、2、3 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 3,825 元，核退 1 次急診費用 3,825 元，其餘醫療費用，不予給付。
理　　由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 55 條第 2 款。 （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。 (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。 （四）健保署 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 號公告。 二、健保署提具意見 （一）申請人因心房顫動合併快速心室反應於美國 115 年 1 月 27 日急診轉住院至 1 月 28 日，查未檢附 2 萬 4,257.23 美元、594.9 美元、1,311 美元醫療費用收據，該署於 115 年 4 月 1 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件，申請人於 115 年 5 月 13 日及 27 日補件僅補 240.04 美元、14.34 美元、1,311 美元、51 美元、29.8 美元、391.64 美元付款證明，且逾補件期限仍未補齊醫療費用收據，該署爰依補件書據已付款金額列計收據金額，經該署專業審查，認定無相關嚴重檢驗異常結果支持，無休克，EF（Ejection Fraction，射血分數）可高達 65%，檢查檢驗已可於 ER（急診）處理，同意給付急診，另住院不同意給付。 （二）為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定無提供任何新事證，依原附檢驗數據與生理參數，並無住院之適應症，生命現象穩定，仍維持原核定，不同意給付。 三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「After Visit

	Summary」、「Discharge Summary」等影本顯示： （一）申請人因胸痛（chest pain）於115年1月27日經急診轉住院就醫，經心電圖檢查，心跳193次/分，診斷為「AFib with RVR」（心房顫動合併快速心室反應）、「New Onset AFib」（新發心房顫動）、「Type 2 MI」（第二型心肌梗塞）及「H/o Hypertension」（高血壓病史），接受靜脈注射及藥物治療後，心跳降至 74 次/分，於115年1月28日出院，申請人係罹患心房顫動併心室性心跳過速，住院時心跳已降至74次/分，生命徵象穩定，其病症予以急診1次治療，已足以因應其緊急醫療之所需，尚無住院之必要。 （二）綜合判斷：同意健保署意見，給付1次急診費用，其餘住院醫療費用，不予核退。 四、申請人主張請重新核定醫療費用核退金額云云，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，再委請專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，認為申請人之病情，予以急診治療即可因應緊急醫療之所需，尚無住院之必要，已如前述，申請人所稱，核有誤解。 五、綜上，健保署依核退上限核退1次急診醫療費用3,825元，其餘費用，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　115　年　11　月　19　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、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。」

五、健保署 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 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 115 年 1、2、3 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）
115 年 1 月至 115 年 3 月	1,133	3,825	6,887

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。」