審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○大學附屬第○醫院及○○市第○醫院（以下分別簡稱○○第○醫院及○○第○醫院）。 二、就醫原因：腦梗死等。 三、就醫情形： （一）115 年 1 月 27 日急診。 （二）115 年 1 月 27 日至 2 月 15 日及 115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日計 2 次住院。 四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）35 萬 9,617 元(其中急診及第 1 次住院費用各為 7,540 元及 20 萬 8,587 元)。 五、核定內容： （一）115 年 1 月 27 日急診：經專業審查，同意依健保署公告「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，其餘費用，不予核退。 （二）115 年 1 月 27 日至 2 月 15 日(第 1 次)住院：經專業審查，同意依實際住院天數給付 19 日住院費用，並依前揭公告核退上限，住院每日 6,887 元，核退 19 日住院費用計 13 萬 853 元(6,887 元 x19=130,853 元)，其餘費用，不予核退。 （三）115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日(第 2 次)住院：經專業審查，認為非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。 六、申請人不服，主張其緊急轉至○○第○醫院繼續救治，醫療費用實屬病情所需且迫於現實醫療資源，非屬非必要或非緊急之就醫云云，就○○第○醫院（第 2 次）住院部分不服，向本部申請審議。
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。 （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 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，將 115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日住院再送專業審查，認定復

健治療非急迫性，不同意給付，爰本案仍維持原核定。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「急診搶救室病歷」、「門（急）診病歷」、「出院記錄」、「證明書」、「疾病證明書」等就醫資料影本顯示：

（一）申請人因「左側肢體無力 10 小時」於 115 年 1 月 27 日至○○第○醫院，經急診收治入院(第 1 次住院)，入院診斷為「1.腦梗死 2.糖尿病」，接受雙聯抗板、調脂穩斑、「人血白蛋白」減輕腦水腫等處置及藥物治療，115 年 2 月 15 日出院，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案。

（二）申請人於 115 年 2 月 15 日出院當天轉院至○○第○醫院住院(第 2 次住院），主訴「左側肢體活動不利 19 天」，身體診察結果，神智清楚、自主體位，左側肢體被動活動度正常，無活動受限，未見明顯疼痛，診斷為「1.腦梗死恢復期…13.康復醫療」等，接受低頻脈衝神經肌肉電刺激、運動療法、關節鬆動訓練、有氧訓練、平衡功能訓練、蠟療、作業療法、手功能訓練及鏡像視覺反饋訓練等治療，115 年 3 月 31 日出院，出院診斷為「1.運動障礙 2.腦梗死恢復期」等。

（三）查申請人第 1 次出院當時神智清楚，高級大腦皮層功能（highe cortical function）正常，左側肢體輕微無力，右肢體正常，系爭第 2 次住院係腦梗死恢復期，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，系爭 115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日(第 2 次)住院難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

（四）綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日(第 2 次)住院費用。

四、申請人主張其住院花費巨大，核退太少，因○○第○醫院於春節期間無法提供必要的陪護及持續監護服務，而其當時仍處腦梗急性危險期且全身癱瘓，完全無法自理，為確保治療安全與連續性，只得緊急轉至○○第○醫院繼續救治，故○○第○醫院醫療費用實屬病情所需且迫於現實醫療資源所迫，非屬非必要或非緊急之就醫云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

（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 115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日(第 2 次)住院難認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 115 年 2 月 15 日至 3 月 31 日住院醫療費用，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　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、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。」

四、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。」