

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性心肌梗塞。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 11 月 9 日急診。</p> <p>(二) 113 年 11 月 9 日至 19 日住院。</p> <p>四、醫療費用：急診費用折合新臺幣（下同）計 1 萬 1,123 元，住院費用 11 萬 7,742 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 11 月 9 日急診：依健保署公告之「113 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」，急診每次 3,394 元，給付 1 次急診費用計 3,394 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 113 年 11 月 9 日至 19 日住院：經專業審查，認為依病歷記載，住院未做心導管，只用藥物保守治療，於 113 年 11 月 15 日心臟超音波報告，左心心射出率為 EF 51%，心功能稍減低，住院 1 週應可出院，同意給付合理住院日數為 7 日，依前開公告之核退上限，住院每日 6,493 元，給付 4 萬 5,451 元（計算式：6,493 元 X7=45,451 元），其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退之 113 年 11 月 9 日至 19 日住院費用部分不服，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 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 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>(四) 健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依所附相關資料再經專業審查，認為申請人住院發生心肌梗塞時的分類為 Killip I，為輕度症狀，且做了心導管，雖沒放置支架，但已做氣球擴張術加藥物治療，3 天後由加護病房轉至普通病房追蹤檢查，無臨床上變化及併發症，住院 7 天已足夠，原核定並無不當。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院記錄」、「患者</p>

「病情證明單」、「病情診斷證明單」等相關就醫資料影本顯示：

(一) 申請人因「胸痛 6 小時」於 113 年 11 月 9 日經急診收治住院，經檢查診斷為「冠狀動脈粥樣硬化性心臟病 急性廣泛前壁心肌梗死 Killip I 級」，接受「冠狀動脈球囊擴張術」，113 年 11 月 11 日轉入普通病房，113 年 11 月 19 日出院，依醫療常規，因急性心肌梗塞住院接受緊急心臟冠狀動脈氣球擴張術 (Percutaneous Transluminal Coronary Intervention, PCI) 後轉入普通病房，病情相對穩定，予以住院 7 日治療已足夠因應緊急醫療之所需。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 7 日住院費用。

四、申請人主張(一)其於 113 年 11 月 9 日上午 08:30 在大陸地區登山過程中心肌梗塞，經救護車送醫，抽血及心電圖診斷為急性心肌梗塞。因醫院設備不足，隨即轉院治療，進行心導管手術，打通血栓栓塞，醫生建議住院治療觀察，未立即裝置支架。心導管手術後於重症病房住三天後轉往普通病房續住。期間發現除心肌梗塞外，亦有肝發炎、腹瀉、胃食道逆流等症狀，治療期間因天氣寒冷，病房無暖氣，加上病房吵雜，無法安心休養等因素，向醫生提出出院回臺灣持續追蹤治療。(二)其回臺後於 113 年 11 月 26 日赴醫院就診診斷為心肌梗塞，建議於 113 年 12 月 4 日住院再做一次心導管手術，以利後續治療。其於 113 年 12 月 4 日入院接受心導管手術，醫生發現左前降枝確定兩處有血栓回堵，另右邊冠狀動脈也有 50% 堵塞，故於左前降枝裝設 2 支支架，確保生命安全，另右邊堵塞部分建議後續再觀察，請同意給付住院日數 10 日云云，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利，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，亦認為申請人系爭住院予以 7 日治療已足夠因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署按核退上限核退 7 日住院費用，其餘住院醫療費用未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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　　114　　年　　4　　月　　17　　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。」

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利。」

四、健保署113年10月11日健保醫字第1130664658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113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)
113年10月 至113年12月	1,034	3,394	6,493

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。」