

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區江蘇省○市○人民醫院。</p> <p>二、就醫原因：眩暈症等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 12 月 6 日急診。</p> <p>（二）113 年 12 月 6 日至 11 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 2 萬 9,640 元(含 113 年 12 月 6 日急診費用 1,709 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 12 月 6 日急診：按收據記載金額，於扣除本保險不給付之掛號費 112 元後，核退費用 1,597 元(1,709 元-112 元=1,597 元)。</p> <p>（二）113 年 12 月 6 日至 11 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病就醫，核定不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 51 條第 10 款及第 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、第 6 條第 1 項第 2 款前段。</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、關於未准核退之 113 年 12 月 6 日急診費用差額 112 元部分</p> <p>此部分係申請人該次急診費用中本保險不給付之掛號費 112 元，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、關於 113 年 12 月 6 日至 11 日住院部分</p> <p>（一）健保署提具意見</p> <p>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，認為依病歷顯示申請人並無小腦失調的客觀證據，且其 CT 並無腦出血之相關證據，故於門診追蹤即可，113 年 12 月 6 日至 11 日住院非屬不可預期之緊急傷病，仍維持原核定，不予給付。</p> <p>（二）此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「醫事證明書」、「出院記錄」等就醫資料影本顯示：</p> <p>1. 申請人因「頭暈 7 小時餘」於 113 年 12 月 6 日經急診收治入院，經診斷為「1. 頭暈和眩暈 2. 2 型糖尿病 3. 腦動脈粥樣硬化 4. 大腦中動脈狹窄」，接受止暈、改善腦循環、抗血小板聚集、降脂穩定斑塊、控制血壓血糖等治療，於 113 年 12 月 11 日出院。</p>

2. 申請審議理由雖稱其因突發性腦梗、腦出血造成暈眩而就醫，惟身體診察結果為神志清醒、口齒清晰、雙側瞳孔等大等圓、眼球自如、無眼震、四肢肢體肌力肌張力正常，無小腦失調或其他腦中風之神經學異常之相關記載，亦無其他情況緊急之相關描述，CT（113 年 12 月 6 日急診）顯示右側額葉低密度灶，並無腦出血或急性腦梗塞之發現，系爭住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

3. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 113 年 12 月 6 日至 11 日住院費用。

四、申請人主張其因突發性腦梗、腦出血造成暈眩，於 113 年 12 月 6 日急診，經醫生評估，認為病情嚴重且有高度風險，乃安排入住神經監護病房（相當臺灣加護病房）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）本件申請人系爭急診及住院就醫，其中 113 年 12 月 6 日急診業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退費用

	<p>在案，而其餘 113 年 12 月 6 日至 11 日住院部分，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，亦認為申請人該次住院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。</p> <p>五、綜上，健保署核退醫療費用計 1,597 元，其餘醫療費用不予核退，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

中 華 民 國 114 年 6 月 23 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 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

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 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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第6條第1項第2款前段

「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。」

五、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。」