

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：越南○○○○HOSTIPAL。</p> <p>二、就醫原因：頭暈等。</p> <p>三、就醫情形：113年12月24日至31日及114年1月7日至9日計2次住院。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣（下同）計 13 萬 9,570 元及 4 萬 2,472 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 12 月 24 日至 31 日住院：按健保署公告之「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」，住院每日 6,493 元，給付 7 日住院費用計 4 萬 5,451 元(6,493 元 X7=45,451 元)；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）114 年 1 月 7 日至 9 日住院：經專業審查，改核急診 1 次，按健保署公告之「114 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 3,455 元，給付 1 次急診費用計 3,455 元；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人就未准核退 114 年 1 月 7 日至 9 日（第 2 次）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 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>申請人 114 年 1 月 7 日至 9 日住院部分，經 2 次專業審查，同意給付 1 次急診費用，意見如下：</p> <p>（一）抽血無明顯變化，理學檢查和心電圖亦無明顯變化，不需住院。</p> <p>（二）依病歷記載，第 1 次住院（113 年 12 月 24 日至 31 日）住院第 5 日時（113 年 12 月 28 日）做了第 2 次心導管，已確認冠狀動脈血栓減少，並無記載需要再做第 3 次心導管，而此次住院原因確認為頭暈，且相關檢查皆在正常範圍（非再次心肌梗塞）不符合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「MEDICAL REPORT」等相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人前因胸痛於 113 年 12 月 24 日至 31 日住院就醫，經診斷</p>

為下壁心肌梗塞、心臟衰竭、竇性心搏過緩 (Inferior Wall Myocardial Infarction, Heart failure, Sinus Bradycardia) 等，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退費用在案。

(二) 申請人嗣於 114 年 1 月 7 日因「experienced dizziness upon postural changes, without chest pain.」(改變姿勢時出現頭暈，無胸痛) 入院，身體診察結果「P：60bpm BP：107/60 mmHg RR：20bpm T：37°C SpO2 99%」，心電圖「ECG：Sinus bradycardia 60bpm, normal QRS axis, non-ST elevation」(竇性心搏過緩 60 次/分，QRS 電軸正常，非 ST 段上升)，診斷為遠端右冠狀動脈血栓、竇性心搏過緩 (distal RCA thrombus, Sinus bradycardia) 等，接受心導管檢查及藥物等治療，於 114 年 1 月 9 日出院。

(三) 申請審議理由雖主張當地醫生要求要再回診做心導管檢查，避免原先阻塞未裝支架的位置再次阻塞云云，惟查申請人前次 113 年 12 月 24 日住院之「MEDICAL REPORT」資料顯示，其於出院時生命徵象穩定，血栓已有進步，亦未提及需要住院檢查，且系爭 114 年 1 月 7 日至 9 日住院係因頭暈，並無胸悶痛，生命徵象穩定，心電圖正常，其病症予以急診 1 次治療，應足以因應其醫療之所需，尚無住院之必要。

(四) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 次急診費用。

四、申請人主張其 114 年 1 月 7 日至 9 日住院 2 天，因其沒有裝支架，當地醫生要求要再回診做心導管檢查，避免原先阻塞未裝支架的位置再次阻塞，為做心導管檢查必須要提前一天住院，以及做完檢查後要住院觀察 24 小時，故前後住院 2 天，但審查核定只核 1 次急診，非常不合理，在臺灣做心導管也是需要住院，為何是核定急診云云，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

	<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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，認為申請人系爭 114 年 1 月 7 日至 9 日住院就醫，予以急診 1 次治療已可因應醫療之所需，無住院之必要，已如前述，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>五、綜上，健保署依急診核退上限核退醫療費用 3,455 元，其餘住院費用未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。</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 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限。」

四、健保署114年1月13日健保醫字第1140660006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114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)
114年1月至 114年3月	1,072	3,455	6,333

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。」