

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區上海市○大學醫學院附屬○醫院。</p> <p>二、就醫原因：面肌痙攣等。</p> <p>三、就醫情形：114 年 1 月 2 日至 7 日及 1 月 7 日至 12 日計 2 次住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，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 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。</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、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署將申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定半側面部痙攣非急危病症，且申請人早有病史，非屬不可預期之緊急傷病，仍維持原核定，不予給付。</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「疾病證明書正張」、「出院小結」等就醫相關資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人因「面肌痙攣(左側)」於 114 年 1 月 2 日入院，接受「左側面神經微血管減壓術」治療，114 年 1 月 7 日出院，出院當日復因頭暈再度入院，接受對症支持等治療，於 114 年 1 月 12 日出院。</p> <p>(二) 依「出院小結」之簡要病史(Brief History)記載「2018 年底出現不明原因的左側下眼瞼肌肉抽搐，間斷性…2024-08 出現左側下眼瞼抽搐症狀頻次增多，範圍變大」及申請人於申請理由自述其曾因間歇性發生面部痙攣於新店○醫院、○醫院、○醫院神經外科就診等語，顯示申請人已有多年面肌痙攣之病史，而依出院小結記載，申請人 2 次入院時「神清精神可、胃納可夜眠可，二便無殊，體重無明顯變化」，可見申請人除左側面肌不自覺抽搐的長期症狀外，其餘體徵正常，且卷附就醫資料亦無情況緊急之相關描述，不足以佐證申請人就醫當時之病情符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 114 年 1 月 2 日至 7 日及 1 月 7 日至 12 日計 2 次住院費用。</p> <p>四、申請人主張其近幾年因間歇性發生面部痙攣，曾於新店○醫院、○</p>

醫院、○醫院神經外科就診，但一直未能查出病因，去年開始發病頻率增加，到○醫院檢查，診斷為可能因為工作壓力過大導致神經失調；今年1月因工作關係，從廈門搭機去上海，在飛機上一度左耳失聰、左眼視力模糊(眼前一片白光)，面部痙攣加重，下飛機後去看中醫治療，中醫建議立即至○醫院神經外科醫師診治，且因其左耳曾手術、眼中風等，故此次急性發作，甚為驚恐，不敢搭機回臺，怕機艙壓力影響病情，就醫當時極度不適，夜不能寐、耳聽不清、眼睛模糊，只好在當地醫院手術，術後恢復良好云云，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2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。

五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，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 114 年 8 月 29 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。」