

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區四川省○醫院。</p> <p>二、就醫原因：冠狀動脈粥狀硬化。</p> <p>三、就醫情形：114年4月3日門診。</p> <p>四、健保署文件內容要旨</p> <p>(一) 114年7月22日健保中字第○號函 申請人申請 114 年 4 月 3 日就醫之自墊醫療費用核退，經專業審查，認為不符合不可預期之緊急傷病，不同意給付。</p> <p>(二) 114 年 8 月 15 日健保中字第○號函 申請人於 114 年 8 月 11 日(健保署中區業務組收文日)填送全民健康保險自墊醫療費用核退申請書，再次申請核退 114 年 4 月 3 日門診費用，經健保署函復，略以申請人 114 年 4 月 3 日門診，前經該署以 114 年 7 月 22 日(誤植為 21 日)健保中字第○號函核定因非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付在案，如有異議，應向衛生福利部全民健康保險爭議審議會申請審議等語。</p> <p>五、申請人檢附健保署 114 年 8 月 15 日健保中字第○號函影本，就健保署前開 114 年 7 月 22 日健保中字第○號函不服，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 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>該署依申請審議理由及所附相關資料，再次專業審查，依 114 年 4 月 3 日門診心臟電腦斷層掃描，左前降支輕度狹窄，為慢性冠狀動脈心臟病，仍認為不符合不可預期之緊急傷病。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「CT 診斷報告單」、門診配藥單、導檢單、心電圖等相關資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人於 114 年 4 月 3 日門診，經冠狀動脈 CT 血管成像(CTA)檢查，發現左前降支(LAD)中段非鈣化斑塊形成伴管腔輕度狹窄(約 25%)，經診斷為「1. 冠狀動脈粥樣硬化性心臟病 2. 高血壓」等，接受藥物治療，卷附資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其就醫當時之病情或診斷符合全民健康保險自墊醫療費用核退</p>

辦法第3條所定之緊急傷病範圍，系爭門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退114年4月3日門診費用。

四、申請人主張若非緊急事件，其不願也不會在海外就醫云云，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，亦認為系爭門診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 12 月 2 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。」