

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區廣東省東莞○醫院。</p> <p>二、就醫原因：食管癌。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111年9月5日、6日及9日計3次門診。</p> <p>(二) 111年9月11日至20日、10月4日至9日及10月25日至30日計3次住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 111年9月5日、6日及9日計3次門診：分別按健保署公告之「111年7、8、9月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次新臺幣(下同)1,094元，以及按收據記載金額，給付3次門診費用計2,337元(1,094元 X2+149元=2,337元)，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 111年9月11日至20日、10月4日至9日及10月25日至30日計3次住院：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> <p>五、申請人就未准核退之3次住院費用部分，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) 改制前行政院衛生署(於102年7月23日改制為衛生福利部)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>有關申請人系爭3次住院就醫，經該署2次專業審查，認為癌症非緊急傷病，需長期治療，故於國外接受治療，不符合不可預期之緊急傷病，不予核退醫療費用。</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「出院診斷證明書」、「出院小結」、「內鏡檢查報告單」、「病理活體組織檢查報告單」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人因「吞嚥梗阻感1個月」於111年9月5日門診就醫，經內視鏡檢查(111年9月6日)及病理組織檢查，診斷為「食管頸-胸上段鱗癌」後，嗣於111年9月11日至20日、10月4日至9日及10月25日至30日住院就醫，接受化療聯合免疫治療，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，且上開病情或診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所列之緊急傷病範圍，系爭3次住院即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p>

(二)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 111 年 9 月 11 日至 20 日、10 月 4 日至 9 日及 10 月 25 日至 30 日 3 次住院費用。

四、申請人檢附東莞○醫院「內鏡檢查報告單」、「病理活體組織檢查報告單」及臺中○醫院「診斷證明書」等資料，主張其經 111 年 9 月 6 日門診病理活體組織檢查報告及內鏡檢查報告書，臨床診斷為食管腫瘤，為符合鱗狀細胞癌，高分化區；回國後至台中○醫院檢查及治療，並經 112 年 4 月 10 日切片證實為食道鱗狀上皮惡性腫瘤，符合全民健保重大傷病，持續接受治療云云，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。」，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 3 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 3 次住院醫療費用，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 112 年 7 月 28 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，需要緊急處理以查明病因者。
- 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、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。」