

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：良性甲狀腺結節。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114年8月19日、20日、10月6日及11月7日計4次門診。</p> <p>(二) 114年9月10日至17日住院。</p> <p>四、核定內容</p> <p>申請人申請核退114年8月19日(門診)、114年8月20日(門診)、114年9月10日至17日(住診)、114年10月6日(門診)、114年11月7日(門診)於臺灣地區外就醫，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，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>為維護申請人權益，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，認定良性甲狀腺結節屬一般手術，非屬不可預期之緊急傷病，仍維持原核定，不予給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門診病歷」、「住院病案首頁」、「入院記錄」、「手術記錄」、「疾病證明書」、「心電圖報告單」、「DR檢查報告單」、「彩色多普勒超聲報告單」、「常規病理彩色圖文報告」、「冰凍病理圖文報告」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人於114年8月19日門診就醫，主訴「發現頸部腫塊1天」，接受喉鏡、頸部軟組織CT等檢查，初步診斷為「甲狀腺腫？」，翌日114年8月20日複診，初步診斷為「1. 頸部局部腫物 2. 軟組織感染」，接受藥物治療。嗣於114年9月10日以「甲狀腺腫物」經門診收治住院，114年9月11日接受「甲狀腺左葉切除術+峽部切除術+甲狀腺右葉部分切除術」，114年9月17日出院，診斷為「1. 雙葉甲狀腺結節性甲狀腺腫 2. 肺腫物(右肺上葉磨玻璃結節：腺體前驅病變?)」等，於114年10月6日及11月7日術後回診，其病症為良性甲狀腺結節，卷附就醫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</p>

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，系爭4次門診及住院均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8月19日、20日、10月6日、11月7日計4次門診及114年9月10日至17日住院費用。

四、申請人主張其長期居住大陸地區，於114年(誤植為115年)8月中旬因甲狀腺突然腫大且身體不適，在大陸地區初診及複診，驗血及CT檢查，查知左右甲狀腺體均有大小不一的結節，醫生建議開刀割除。114年8月31日至9月5日返臺看診，醫生告知須進行驗血及穿刺，再判斷後續如何治療，但驗血時間均在114年10月上旬及中旬，無法提前。其返回大陸地區後仍身體不適，於114年9月上旬再次看診接受醫生建議立即住院開刀割除治療，割除了一又四分之一個的甲狀腺體，所幸結節化驗結果為良性，但需定期檢查及長期服藥。健保署專業審查認定非屬不可預期的緊急傷病，但無明察客觀事實，亦即其極度身體不適及無法等待至114年10月才能在臺接受驗血診斷及後續治療，健保署專業審查只能主觀判斷，無法判斷其客觀真實情況及無奈之舉云云，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 4 次門診及住院均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 115 年 4 月 17 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。」