

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院、○○醫院、○○醫院(以下簡稱○○醫院)及○○中醫院等。 二、就醫原因：恙蟲病、咳嗽、肺癌及術後回診等。 三、就醫情形：(依核定通知書之清單記載) (一) 111 年 5 月 7 日急診。 (二) 111 年 5 月 7 日至 15 日、6 月 16 日至 27 日及 7 月 20 日至 26 日計 3 次住院。 (三) 111 年 5 月 18 日、6 月 2 日、10 日、12 日、7 月 12 日(核退清單誤列)、14 日(中醫)、9 月 5 日、8 日(中醫)、12 日、23 日(2 次，胸外科、中醫)、10 月 6 日、7 日(中醫)及 21 日(中醫)計 13 次門診。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同) 46 萬 9,170 元。 五、核定內容： (一) 111 年 5 月 7 日急診及 111 年 7 月 20 日至 26 日(第 3 次)住院部分 經專業審查，同意按收據記載金額，扣除本保險不給付項目後，分別核實核退急診費用 2,810 元、住院費用 1 萬 3,286 元；其餘費用，不予核退。 (二) 111 年 5 月 7 日至 15 日(第 1 次)住院及 111 年 9 月 23 日(胸外科)、10 月 6 日門診部分 經專業審查，認為住院部分之合理住院日數為 3 日，依健保署公告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 6,789 元(111 年 4、5、6 月份)，核退 3 日住院費用 2 萬 367 元，另同意核退 111 年 9 月 23 日(胸外科)、10 月 6 日門診費用，並依前揭公告核退上限，門診每次 1,094 元(111 年 7、8、9 月份)、1,159 元(111 年 10、11、12 月份)，核退該 2 次門診費用各 1,094 元、1,159 元；其餘費用，不予核退。 (三) 111 年 5 月 18 日、6 月 2 日、10 日、12 日、7 月 14 日(中醫)、9 月 5 日、8 日(中醫)、12 日、23 日(中醫)、10 月 7 日(中醫)及 21 日(中醫)計 11 次門診及 111 年 6 月 16 日至 27 日(第 2 次)住院：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫

	療費用。 (四) 111 年 7 月 12 日門診：未附診斷證明文件，請於 2 個月內補件，屆時如未補件，該署不再受理，如為相同疾病就醫，則非屬不可預期之緊急傷病。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。 (二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。 (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。 二、健保署提具意見 (一) 為維護申請人權益，該署復將申請人申請審議自述原因等資料再送專業審查，認定仍維持原核定，不予給付。 (二) 該署原核定不給付申請人 111 年 7 月 12 日門診費用之原因為缺診斷書，惟經檢視該收據記載開票日期為 7 月 12 日，實際就診日期為 6 月 2 日(專審不給付)，該署核退清單有誤植。 三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫資料影本顯示，申請人因「發熱、乏力、四肢酸痛、嘔吐 3 天」於 111 年 5 月 7 日經急診收治入院，診斷為「恙蟲病、右肺病灶性質待查；肺占位病變？肺良性病變？」等，於 111 年 5 月 15 日出院後，復因同一病症多次複診及住院，茲分述如下： (一) 關於未准核退之 111 年 5 月 7 日急診、111 年 7 月 20 日至 26 日(第 3 次)住院、111 年 9 月 23 日(胸外科)、10 月 6 日門診費用差額共 2,341 元部分 此部分 1 次急診、1 次住院及 2 次門診，收據記載金額各 2,810 元、1 萬 4,686 元、1,790 元、1,404 元，合計 2 萬 690 元，健保署原核定依收據記載金額或按前揭公告之核退上限，分別核退 2,810 元、1 萬 3,286 元、1,094 元及 1,159 元，合計 1 萬 8,349 元，其餘醫療費用係本保險不給付項目(中草藥費)及超過核退上限部分，計 2,341 元(20,690 元-18,349 元=2,341 元)，健保署未准核退，於法並無不合。 (二) 關於未准核退 111 年 5 月 7 日至 15 日(第 1 次)住院費用差額 3 萬 2,369 元(52,736 元-20,367 元=32,369 元)、6 月 16 日至 27 日(第 2 次)住院、111 年 5 月 18 日、6 月 2 日(收據日期為 7 月 12 日)、10 日、12 日、9 月 5 日、12 日門診費用部分

1. 申請人於 111 年 5 月 7 日因「發熱、乏力、四肢酸痛、嘔吐 3 天」急診就醫，初步診斷為「發熱待查」，於當天收治入院，經檢查診斷為「恙蟲病、右肺病灶性質待查；肺占位病變？肺良性病變？」等，住院期間予以抗感染等治療，111 年 5 月 15 日出院後，復於 111 年 5 月 18 日、6 月 2 日、10 日、12 日複診及檢查，為進一步診治，於 111 年 6 月 16 日門診以「右肺上葉結節」住院，111 年 6 月 23 日接受「右肺上葉楔形切除術+右肺上葉餘肺切除術+淋巴結清掃術」治療，診斷為「右肺上葉腺癌(cT1cN0M0)」，111 年 6 月 27 日出院，再於 111 年 7 月 20 日至 26 日住院及 9 月 5 日、12 日門診進行術後追蹤。
2. 申請人因不明原因發燒，診斷為恙蟲病，經 111 年 5 月 7 日急診及接續住院 3 天，已足因應緊急醫療之所需，後續因肺腺癌住院及門診，就醫資料並無情況緊急之相關描述，其病情或診斷亦不符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定緊急傷病之範圍，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 關於 111 年 7 月 14 日、9 月 8 日、23 日、10 月 7 日及 21 日(中醫)門診部分

此部分係申請人於 111 年 6 月 23 日接受肺癌術後，於 111 年 7 月 14 日至深圳市中醫院門診，主訴「肺癌術後咳嗽氣喘 20 餘天」，中醫診斷為「咳嗽[肺氣上逆證]」，西醫診斷為「女性更年期綜合症」，嗣因同一病症於 111 年 9 月 8 日、23 日、10 月 7 日及 21 日至深圳醫院中醫科門診，均予以中藥治療，卷附該 5 次門診之就醫資料並無情況緊急之相關描述，其病情或診斷亦不符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定緊急傷病之範圍，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(四) 綜合判斷：同意健保署意見，111 年 5 月 7 日至 15 日(第 1 次)住院部分，核退 3 天住院費用；不予核退 111 年 6 月 16 日至 27 日(第 2 次)住院、111 年 5 月 18 日、6 月 2 日、10 日、12 日、7 月 14 日、9 月 5 日、8 日、12 日、23 日、10 月 7 日、21 日門診費用。

四、申請人主張其遭恙蟲咬傷，高燒不退，緊急入院治療，治療中發現肺部及淋巴病變，經多家醫院診斷為肺部 30mm 惡性腫瘤，並擴及淋巴，醫師強烈建議不宜拖延應即時治療云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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，並檢具醫療費用收據、費用明細、診斷書或證明文件供核者，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) 本件申請人系爭 1 次急診、3 次住院及 13 次門診，其中 111 年 5 月 7 日急診、9 月 23 日、10 月 6 日 2 次門診及 111 年 5 月 7 日至 15 日(第 1 次)住院、7 月 20 日至 26 日(第 3 次)住院部分，健保署業依規定核退在案，其餘 1 次住院及 11 次門診部分，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 111 年 5 月 7 日至 15 日(第 1 次)住院予以住院 3 日即足因應緊急醫療之所需，其餘門診及住院均非屬不可預期之緊急傷病，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

中 華 民 國 112 年 4 月 19 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、精神病患者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。」