

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 38 萬 9,368 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○○○自治區腫瘤醫院及○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：子宮頸惡性腫瘤。</p> <p>三、就醫情形：111 年 12 月 11 日至 12 月 26 日、112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日及 3 月 29 日至 4 月 17 日計 3 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)143 萬 6,490 元(其中 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院自付醫療費用 105 萬 830 元)。</p> <p>五、核定內容：經該署專業審查，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> <p>六、申請人就健保署未准核退之 111 年 12 月 11 日至 12 月 26 日及 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院費用部分不服，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 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>(五) 健保署 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 號公告。</p> <p>二、關於 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院部分</p> <p>(一) 此部分申請人於 112 年 9 月 15 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按申請人實際住院日數核退 56 日住院費用，依前揭健保署公告「112 年 1、2、3 月份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 6,953 元，核退 56 日住院費用計 38 萬 9,368 元(6,953 元×56=389,368 元)，並於 112 年 9 月 24 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>(二) 其餘住院費用係申請人該次住院費用中超過核退上限之醫療費用計 66 萬 1,462 元(計算式：1,050,830 元-389,363 元=661,462 元)，健保署未准核退，並無不合。</p> <p>三、關於 111 年 12 月 11 日至 26 日住院部分</p> <p>此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見、健保署意見書及卷附</p>

「疾病證明書」、「出院記錄」等資料影本顯示：

(一) 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署依其爭議審議申請書補述事實及相關資料，再送專業審查，同意補付 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院計 56 日醫療費用，另 111 年 12 月 11 日至 26 日住院非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。

(二) 此部分復經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因「宮頸癌(肉瘤樣癌合併小細胞神經內分泌癌)IIa1 期術後化療後 10 餘天」於 111 年 12 月 11 日住院就醫，接受「七野調強放療」及「紫杉醇+卡鉑+貝伐株單抗靜脈化療」治療，診斷為「1. 宮頸癌(肉瘤樣癌合併小細胞神經內分泌癌)IIa1 期術後化療後;2. 輕度貧血;3. 化療後骨髓抑制」等，至 12 月 26 日出院，查申請人此次住院係為接受放射及化學治療，不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，卷附就醫資料亦無情況緊急之相關描述，系爭住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，健保署未准核退，並無不合。

四、申請人主張其無癌症及其他傷病紀錄，108 年 10 月 31 日與其夫及長子出境旅居○○，因疫情滯留○○至今。其 111 年 10 月 19 日因不規則陰道流血 20 餘天檢查，10 月 21 日確認罹子宮頸癌IIa1 期，10 月 29 日接受子宮廣泛切除術，其知悉此期間已超過核退申請期限，並未申請核退，僅說明申請人並非罹癌後出國，且初期手術及化放療順利，未能預期後續嚴重感染發生。111 年 12 月 13 日至 112 年 1 月 29 日期間進行放療、111 年 12 月 21 日第 3 程輔助化療，均為避免癌症移轉復發而必要之醫療行為。112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院期間，2 月 18 日突然出現血氧下降，3 月 4 日氣促症狀加重合併呼吸困難、氧分壓極低，雙肺炎性病變、腹腔感染金黃色葡萄球菌，轉回 ICU 治療，3 月 9 日診斷重症肺炎(I型呼吸衰竭)、IV 度骨髓抑制，經治療後於 112 年 3 月 29 日出院。其未有癌症病史及家族史，無法預期罹癌，亦非癌末，無法預期化療結束後 2 週骨髓抑制導致嚴重感染。另其子在精神病醫院住院治療，無法拋棄家人自行返臺，且○○至今仍無直航返臺，2 個病人返臺所費不貲，等候手術時間也無法確定，將延誤黃金治療期，留在○○可立即住院手術及化放療，同住家人亦可照顧其與長子，考量主客觀條件，留在國外醫療，實屬必要云云，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 2 次住院，其中 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院部分，業經健保署重新核定依規定核退醫療費用在案；另 111 年 12 月 11 日至 26 日住院部分，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，亦認為申請人該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，原核定關於重新核定核退申請人 112 年 2 月 1 日至 3 月 29 日住院醫療費用計 38 萬 9,368 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

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、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、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。」

三、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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人、門診每人、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季

