

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 4 月 13 日至 5 月 3 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,704 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○○省○○○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：下肢動脈硬化閉塞症及第 IB 期肺腺癌。</p> <p>三、就醫情形：112 年 4 月 13 日至 5 月 3 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）64 萬 8,019 元。</p> <p>五、核定內容： 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，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 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</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>（四）健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署依申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定急性動脈阻塞以急診評估處置 1 次給付，其餘肺癌之住院評估、處置，則非屬緊急處置之急診傷病範圍，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「出院證明書」等就醫資料影本顯示，申請人因「間歇性跛行 3+年」於 112 年 4 月 13 日住院就醫，經診斷為「1. 右肺上葉惡性腫瘤：浸潤性腺癌(T2a N0M0 IB) 2. 下肢動脈硬化閉塞症 3. 胸膜黏連 4. 2 型糖尿病 5. 甲狀腺結節 6. 肺氣腫 7. 左肺部陰影」等，於 112 年 4 月 18 日接受「髂動脈成形術」，112 年 4 月 25 日再接受「胸腔鏡下右肺上葉後段切除+術中冰凍+淋巴結採樣+胸膜黏連烙斷+胸腔閉式引流術」等治療，於 112 年 5 月 3 日出院，茲查核分述如下：</p> <p>（一）關於醫療費用 3,704 元部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 10 月 31 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依前開公告之核退上限，急診每次 3,704 元，核退 1 次急診費用 3,704 元，並於 112 年 11 月 15 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</p>

付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘醫療費用差額計 64 萬 4,315 元(計算式 648,019 元-3,704 元=644,315 元)部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為下肢動脈硬化閉塞症固屬應緊急處理之病症，惟病歷僅記載眾多檢查之結果，並未呈現需多日住院之理由，至第 IB 期肺腺癌並無急性症狀，應可安排返臺就醫，同意健保署重新核定意見，核退 1 次急診費用。

四、申請人主張其現年 72 歲，因工作原因長住大陸○○，此前未曾入院和進行任何手術，但身體狀況隨年齡增長而變差，112 年 4 月 13 日突發下肢疼痛、發涼、脈弱，無法支撐下地並無法行走，在家人協助下由輪椅入院就醫，經檢查其為急性動脈阻塞，如果不及時處理可能出現肢體壞死甚至危及生命，不得已第一時間在醫院進行檢查及初步治療。住院時不幸又發現罹患肺腺癌，鑑於癌症不可控及避免返臺長途飛行及治療床位之不確定性，恐加重下肢狀況及肺癌病況，耽誤治療的最佳時機，不得已只好決定於四川醫院治療云云，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。」，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) 本件申請人系爭住院就醫，業經健保署重新核定給付 1 次急診費用，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，亦同意健保署給付 1 次急診費用之意見，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住院醫療費用 3,704 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用部分，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。

中 華 民 國 113 年 1 月 30 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 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次、門診每人次、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，由保險人每季公告之。」

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。」

四、健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 112 年 4、5、6 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112 年 4 月至 112 年 6 月	1,088	3,704	7,315

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之服務項目上限辦理。」