

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：肺腺癌合併骨、腦與腦膜轉移。</p> <p>三、就醫情形：112年5月23日至6月15日、6月26日至7月4日、7月5日至8月3日、9月19日至27日及10月13日至18日計5次住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一)申請人112年5月23日至6月15日、7月5日至8月3日、9月19日至27日及10月13日至18日於臺灣地區外住院就醫，經專業審查結果，非屬健保署公告之特殊傷病或不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</p> <p>(二)另申請人於補送補件時另行檢附112年6月26日至7月4日收據，並未於原申請書上申請，於113年3月5日補件時才提出申請，已逾6個月內申請期限，該署不予受理。</p> <p>五、申請人就未准核退之112年5月23日至6月15日、7月5日至8月3日、9月19日至27日及10月13日至18日計4次住院費用部分不服，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，該署復依申請人所檢附相關資料再送專業審查認定結果：「病患已屬癌症末期，因此於大陸地區之就醫，非不可預期之緊急傷病，不符給付條件。」，原核定並無不當。</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、卷附「出院記錄」、「出院證明」、「疾病診斷證明書」、「CT檢查報告單」等就醫相關資料影本及健保署意見書顯示：</p> <p>(一)申請人前於103年10月17日診斷為右上肺腺癌(T4N3M0，IIIb期)後，陸續接受治療，112年5月22日因胸部CT發現「左上肺病灶增大，胸水增多」，乃於112年5月23日住院，診斷為「1.肺腺癌伴轉移 IV期 2.骨繼發性腫瘤 3.腦繼發性腫瘤 4.胸膜繼發性腫瘤 5.骨髓抑制 6.腦膜繼發性腫瘤 7.胸腔積液 8.皮疹」，</p>

接受左側胸腔穿刺引流術、化療等治療，112年6月15日出院，嗣因肺腺癌合併骨、腦與腦膜轉移同一病症於系爭112年7月5日至8月3日、9月19日至27日及10月13日至18日住院就醫，參酌申請人於申請審議理由陳稱其因癌症末期，生活無法自理，子女在大陸地區生活，所以去大陸地區以便其子女就近照顧等語，足見申請人於系爭多次住院前，早已知悉其病症，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，其病情或診斷亦非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所列緊急傷病範圍，系爭4次住院即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112年5月23日至6月15日、7月5日至8月3日、9月19日至27日及10月13日至18日計4次住院費用。

四、申請人雖主張其因癌症末期，生活無法自理，子女在大陸地區生活，所以去大陸地區以便其子女就近照顧，112年病情一直惡化，住院多次，直到112年10月13日陷入昏迷，送進ICU 6天云云，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) 本件申請人系爭 4 次住院，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 112 年 5 月 23 日至 6 月 15 日、7 月 5 日至 8 月 3 日、9 月 19 日至 27 日及 10 月 13 日至 18 日住院醫療費用，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 113 年 7 月 1 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。」