

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○。</p> <p>二、就醫原因：肝癌復發。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114年4月7日至14日住院。</p> <p>（二）114年4月14日門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人申請核退114年4月7日至14日及114年4月14日於大陸地區住院及門診就醫自墊醫療費用，經依所檢送相關資料專業審查，認為不符合不可預期緊急傷病，故不同意給付。</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>本件經該署依申請人申請爭議審議理由及所附相關資料再送專業審查，仍認為不符合不可預期之緊急傷病，故維持不予給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「疾病證明」、「出院記錄」、「門診記錄續頁」、「中醫複診病歷」等相關就醫資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人前於111年9月30日診斷為肝細胞癌，並接受相關治療（重離子、微波消融術等）及追蹤檢查，於113年12月4日追蹤檢查發現「可疑活性結節仍存」，於114年3月5日門診複查後醫囑建議手術治療，乃於114年4月7日住院，於114年4月9日接受「肝癌切除術+肝癌微波消融術+腹腔粘連鬆解術」，114年4月14日出院，診斷為「肝癌綜合治療後 CNLC Ib期」等，並於114年4月14日出院當天回診，上開病情或診斷非屬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，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，系爭住院及門診均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，不予核退114年4月7日至14日住院及114年4月14日門診費用。</p> <p>四、申請人主張其在臺灣111年9月發現到S7的部位有肝腫瘤，112年</p>

7月在○○做重離子治療，已經把肝部位S7的肝腫瘤處理掉，於113年2月時又發現肝S2的部位有活性，選擇在大陸做消融治療，健保給付新臺幣(下同)1萬4,770元，其另於113年12月4日在大陸地區門診醫療費用3萬3,386元，健保給付1,034元。其於114年2月又發現肝S2部位又有活性，S6部位新長一個有活性大小(60mmx50mm)腫塊，醫生建議複查，其於114年4月7日至14日住院治療，S2部位做切除手術，S6部位做消融治療，健保署審核不同意給付，前2次健保署均審批通過並給付，是什麼原因這次回函通知不符合申請？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) 又醫療專業判斷係就具體個案所附之病歷資料進行審查及判斷，保險對象各次就醫情形有別，無從比附援引，而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，亦認為申請人系爭住院及門診均難認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 114 年 10 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。」