

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 9 月 7 日門診及 111 年 9 月 8 日至 9 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 7,408 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○○市○○○○眼科醫院。</p> <p>二、就醫原因：左眼視網膜剝離。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111 年 9 月 7 日、14 日、21 日計 3 次門診。</p> <p>(二) 111 年 9 月 8 日至 9 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 6 萬 7,813 元(含 111 年 9 月 7 日門診醫療費用 8,234 元及 111 年 9 月 8 日至 9 日住院醫療費用 5 萬 6,062 元)。</p> <p>五、核定內容： 本件經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</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 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 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 號公告。</p> <p>二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「OD 淚道沖洗情況報告」、「OS 淚道沖洗情況報告」、「出院小結」、門診病歷等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因「左眼黑影飄動伴視物遮擋 2 天」，於 111 年 9 月 7 日門診後，於 111 年 9 月 8 日至 9 日住院就醫，經診斷為「1. 左眼孔源性視網膜脫離 2. 雙眼人工晶體植入術後 3. 高血壓」，接受「左眼後入路玻璃體切割術；左眼玻璃體汽液交換，視網膜復位術；左眼視網膜病損激光凝固術；左眼玻璃體腔注汽術」等治療，接續於 111 年 9 月 14 日及 21 日門診複查，分述如下：</p> <p>(一) 關於 111 年 9 月 7 日門診及 111 年 9 月 8 日至 9 日住院部分 此部分申請人於 112 年 2 月 14 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，門診每次 1,094 元、住院每日 6,314 元，核退 111 年 9 月 7 日門診費用 1,094 元及 111 年 9 月 8 日至 9 日住院費用 6,314 元，計 7,408 元(計算式：1,094 元+6,314 元=7,408 元)，並於 112 年 3 月 6 日以受理</p>

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，則重核補付醫療費用 7,408 元部分，申請爭議審議標的已不存在；其餘係門診及住院超過核退上限之醫療費用 5 萬 6,888 元(計算式：8,234 元+56,062 元-7,408 元=56,888 元)，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於 111 年 9 月 14 日及 21 日門診部分

此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為此 2 次門診為複診，依所附病歷及檢查報告，申請人術後視網膜貼合良好，視網膜各層次清楚可見，且卷附就醫資料亦無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退 111 年 9 月 14 日及 21 日計 2 次門診費用。

三、申請人主張視網膜剝離若未即時手術治療，通常會導致失明，為何不是非立即性開刀治療的案件，難道要訂機票飛回臺灣再開刀嗎？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。」，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 3 次門診及住院就醫，其中 111 年 9 月 7 日門診及 111 年 9 月 8 日至 9 日住院，業經健保署依規定重新核定核退在案，而其餘 111 年 9 月 14 日及 21 日門診部分，復經有審核權

限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為非屬不可預期之緊急傷病就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用 7,408 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，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 112 年 4 月 28 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 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。」

四、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。」

五、健保署 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 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 111 年 7、8、9 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)
111 年 7 月至 111 年 9 月	1,094	3,619	6,314

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。」