

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 10 月 27 日至 31 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 7,184 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：左眼孔源性視網膜脫離、左眼白內障、雙眼高度近視、右眼人工水晶體植入狀態、右眼玻璃體切除術後等(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111 年 10 月 27 日、11 月 8 日及 29 日計 3 次門診。</p> <p>(二) 111 年 10 月 27 日至 31 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 10 萬 7,757 元(含 111 年 10 月 27 日門診醫療費用 1,627 元及 111 年 10 月 27 日至 31 日住院醫療費用 10 萬 630 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 有關申請人申請核退於大陸地區 111 年 10 月 27 日、11 月 8 日、29 日共 3 次門診及 111 年 10 月 27 日至 31 日住院自墊醫療費用。經專業醫師審查同意給 111 年 10 月 27 日門診，另 111 年 10 月 27 日至 31 日住院及 111 年 11 月 8 日、29 日計 2 次門診所附為檢查報告，未檢附出院病歷摘要及診斷書。該署爰以 112 年 3 月 2 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書，以核退上限給付 111 年 10 月 27 日門診 1,159 元，併上開核定通知文件通知申請人請於通知之日起 2 個月內補上開缺件再審。</p> <p>(二) 申請人受託人於 112 年 3 月 21 日臨櫃補送 111 年 10 月 27 日至 31 日住院病歷摘要及 111 年 11 月 8 日門診診斷書，復將補送之文件經專業醫師審查，認定視網膜剝離，無須緊急手術，且視網膜剝離視力優於另一眼及白內障無須緊急住院手術。又 111 年 11 月 8 日門診為複診，非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。另 111 年 11 月 29 日門診未附診斷書，申請人受託人亦於 112 年 4 月 11 日臨櫃補送聲明書表示不再補件，爰核定不給付。</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>

(五) 健保署 111 年 10 月 7 日健保醫字第 1110663082 號公告。

二、健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件，再送專業審查，同意給付 111 年 10 月 27 日至 31 日住院 4 日醫療費用。另 111 年 11 月 8 日為術後回診、11 月 29 日未檢附診斷證明書，仍維持原核定，不予給付。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「診斷證明書」、「B 超報告單」、「輻射掃描」、「心電報告單」、「出院記錄」、「門(急)診病歷」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因「左眼視物遮擋 2 天」，於 111 年 10 月 27 日門診後，同日住院就醫，接受「左眼白內障超聲乳化吸出+人工晶體植入+玻璃體切除+視網膜脫離復位+黃斑前膜剝除+C3F3 注入術」等治療，至 111 年 10 月 31 日出院，診斷為「1. 左眼孔源性視網膜脫離 2. 左眼白內障 3. 雙眼高度近視 4. 右眼人工晶體植入狀態 5. 右眼玻璃體切除術後」，接續於 111 年 11 月 8 日及 29 日門診複查，分述如下：

(一) 關於 111 年 10 月 27 日門診費用差額 468 元(1,627 元-1,159 元=468 元)部分

此部分為申請人該次門診費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於 111 年 10 月 27 日至 31 日住院部分

此部分申請人於 112 年 5 月 3 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，住院每日 6,796 元，核退 4 日住院費用計 2 萬 7,184 元(計算式：6,796 元×4=27,184 元)，並於 112 年 5 月 19 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，則重核補付醫療費用 2 萬 7,184 元部分，申請爭議審議標的已不存在；其餘係住院超過核退上限之醫療費用 7 萬 3,446 元(計算式：100,630 元-27,184 元=73,446 元)，健保署未准核退，於法並無不合。

(三) 關於 111 年 11 月 8 日及 29 日門診部分

查申請人 111 年 11 月 8 日及 29 日門診複查，所附資料已有申請人眼睛檢查照片，健保署卻以 112 年 3 月 2 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人補件，並以申請人受託人表示 111 年 11 月 29 日門診不再補件，核定不予給付 111 年 11 月 29 日門診費用，固有未洽，惟此 2 次門診，經本部委請醫療專家就申請人所附之「門(急)診病歷」及雙眼照片審查結果，認為非屬不可預期之緊急傷病而就醫，則健保署核定不予核退 111 年 11 月 29 日門診醫療費用之理由固有未洽，惟並不影響此部分不予核退之結果，此部分原核定仍應予以維持。

四、申請人主張當初只是眼睛不舒服，看不清楚東西，所以掛門診就醫，當天醫生診察完，要求馬上住院開刀，檢查結果是視網膜剝離，若不嚴重醫生當下不會這麼做，而且醫生開的診斷說明書上有寫必須緊急住院開刀，否則將可能失明，不然我們也可以選擇回臺灣開刀，畢竟臺灣醫療健全又有健保云云，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 10 月 27 日門診及 111 年 10 月 27 日至 31 日住院，業經健保署依規定核退或重新核定核退在案，而其餘 111 年 11 月 8 日及 29 日門診部分，經本部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，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，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用 2 萬 7,184 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘健保署未准核退醫療費用部分，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 6 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 10 月 7 日健保醫字第 1110663082 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 10、11、12 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10月至 111年12月	1,159	2,841	6,796

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。」