

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 12 月 2 日門診及 111 年 12 月 3 日至 9 日住院就醫自付之醫療費用共計新臺幣 1 萬 3,969 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○○大學附屬○○○○眼科醫院。</p> <p>二、就醫原因：右眼玻璃體出血、右眼術後追蹤等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111 年 12 月 2 日、12 日及 20 日計 3 次門診。</p> <p>(二) 111 年 12 月 3 日至 9 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 10 萬 9,730 元(其中 111 年 12 月 2 日門診費用 377 元，住院費用 10 萬 9,353 元，其餘 2 次門診未附收據，未予列計)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>申請人 111 年 12 月 2 日、12 日、20 日門診及 111 年 12 月 3 日至 9 日住院就醫不符不可預期之緊急傷病，核定不予核退醫療費用。</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 3 條、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 10 月 7 日健保醫字第 1110663082 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「門診初診病歷」、「出院記錄」、「診斷證明書」、「門診病歷」、「眼科超聲影像檢查報告單」等相關資料影本及健保署意見書顯示，申請人於 111 年 12 月 2 日門診就醫，主訴「右眼視物模糊半天」，經診斷為「右眼玻璃體積血」，醫囑建議住院治療，申請人旋於翌日 111 年 12 月 3 日住院就醫，入院時身體診察結果為「右眼結膜無充血，角膜透明…晶體輕度混濁，玻璃體積血混濁(++++)，隱約見玻璃體增殖膜牽拉…；左眼結膜無充血，角膜透明…虹膜向後塌陷，瞳孔緣虹膜全周後粘連，瞳孔膜閉，對光反射消失，晶體機化混濁，眼後節窺不清。左眼球凹陷萎縮」，診斷為「1. 右眼 2 型糖尿病性視網膜病變；2. 右眼玻璃體積血；3. 右眼代謝性白內障；4. 左眼併發性白內障；</p>

5. 左眼球萎縮；6. 左眼失明」等，入院當天施行「右眼玻璃體腔穿刺注藥術（雷珠單抗注射液）」，111年12月6日施行「右眼玻璃體切除+黃斑前膜術+眼內光凝+玻璃體穿刺注藥術」，111年12月9日出院後，於111年12月12日及20日術後門診複查，分述如下：

(一) 關於醫療費用1萬3,969元部分

此部分申請人於112年8月1日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退111年12月2日門診費用及111年12月3日至9日住院2日費用，乃依收據記載金額核實核退該次門診費用377元，及按前揭健保署公告「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」，住院每日6,796元，核退2日住院費用，共計1萬3,969元（計算式：377元+6,796元×2=13,969元），經沖抵保險費欠費後，實際核付金額0元，並於112年8月17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通知申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退醫療費用9萬5,761元(109,730元-13,969元=95,761元)部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因右眼玻璃體出血住院治療，固可認屬不可預期之緊急傷病而就醫，惟依醫療常規，其病情予以2日住院治療已足夠因應緊急醫療之所需；另申請人後續111年12月12日及20日門診就醫，皆係術後回診追蹤，卷附就醫相關資料並無情況緊急之相關描述，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，111年12月3日至9日住院部分，核退2日住院費用；其餘住院費用、111年12月12日及20日門診費用，不予核退。

三、申請人主張試問誰會冒著雙眼全盲的風險去到沒有保險的國家並花高昂的醫療費？若是有慢性病就可預期，那有心臟病的人在國外發病，有高血壓的人在國外中風，會不會連有慢性病的國外確診重症併發併發症都算可預期？健保核退原意是鼓勵國人若於國外需要緊急醫療救援使用，雙眼全盲之風險難道不是緊急醫療云云，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：一、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 6 日住院，其中 111 年 12 月 2 日門診及 111 年 12 月 3 日至 9 日住院，業經健保署重新核定核退 1 次門診及 2 日住院費用，並依規定核退醫療費用在案，其餘部分，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，亦認為予以住院 2 日即可因應緊急醫療之所需，另後續 111 年 12 月 2 日及 20 日門診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。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人系爭 111 年 12 月 2 日門診及 111 年 12 月 3 日至 9 日住院醫療費用計 1 萬 3,969 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘部分，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 10 月 19 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 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、精神病患者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。」

四、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。」

五、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。」

六、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。」