

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：視網膜剝離及白內障等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年3月3日、4日、6日、20日、4月3日(耳鼻喉科、眼科)、24日、5月15日、6月5日及19日計10次門診。</p> <p>(二) 112年3月12日至16日及6月12日至14日計2次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計14萬314元(其中112年3月4日門診費用2,337元)</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年3月4日門診：依健保署公告「112年1、2、3月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次1,070元，核退1次門診費用1,070元；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 112年3月3日、6日、4月3日(耳鼻喉科)及24日計4次門診：未檢附診斷書，該署前於112年10月18日以健保○字第0000000000號函通知補件，申請人於112年11月7日臨櫃聲明無法再補件，該署逕依現有書據審核，因資料不全，核定不予給付。</p> <p>(三) 112年3月20日、4月3日(眼科)、5月15日、6月5日、19日計5次門診及112年3月12日至16日、6月12日至14日計2次住院：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第55條第2款及第56條第2項。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條、第5條第1項及附表、第2項、第6條第1項第2款、第2項。</p> <p>(三) 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>(四) 健保署112年1月9日健保醫字第1120660036號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述之事實及理由再經專業審查，認為112年3月12日至16日住院為視網膜剝離，不能劇烈運動，惟不影響日常生活，無須緊急手術，6月12日至14日為取出硅油，無須緊急手術。另112年3月20日、4月3日、5月15日、6月5日及19日門診為返診治療，非屬不可預期</p>

之緊急傷病，仍維持原核定，不同意給付。

三、關於未准核退之 112 年 3 月 4 日門診費用差額 1,267 元(計算式：2,337 元-1,070 元=1,267 元)部分

此部分業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限，門診每次 1,070 元，核退 1 次門診費用計 1,070 元有案，其餘超過核退上限之醫療費用 1,267 元，健保署未准核退，於法並無不合。

四、關於 112 年 3 月 3 日、6 日、4 月 3 日(耳鼻喉科)及 24 日計 4 次門診部分

(一)依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明，合先敘明。

(二)此部分經審查卷附相關資料及健保署意見書顯示，申請人檢附 112 年 3 月 3 日、6 日、4 月 3 日(耳鼻喉科)及 24 日門診之「上海市醫療門診收費票據(電子)」，向健保署申請核退該 4 次門診自墊醫療費用，經健保署審查結果，認為該 4 次門診未檢附診斷證明文件，以 112 年 10 月 18 日健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送診斷證明文件，嗣申請人於 112 年 11 月 7 日向健保署表示無法提供等語，健保署逕依所送書據進行審核，於 112 年 11 月 15 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定不予給付，於法並無不合。

五、關於 112 年 3 月 12 日至 16 日、6 月 12 日至 14 日計 2 次住院及 112 年 3 月 20 日、4 月 3 日(眼科)、5 月 15 日、6 月 5 日、19 日計 5 次門診部分

此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「眼部超聲顯像檢查報告單」、「角膜地形圖檢查報告單」、「眼前節照相報告單」、「出院小結」、「Radial Report」、「眼科 AB 型超聲檢查報告單」等就醫相關資料影本顯示：

(一)申請人於 112 年 3 月 4 日至○○醫院門診就醫，診斷為「雙眼玻璃體混濁，右眼視網膜脫離可能」，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案。嗣申請人於 112 年 3 月 12 日因「右眼白內障，視網膜脫離」至○○醫院住院，112 年 3 月 13 日接受「右眼 phaco+IOL 植入術」，112 年 3 月 14 日接受「右

眼玻切術」，術中注入硅油，於 112 年 3 月 16 日出院，112 年 3 月 20 日、4 月 3 日、5 月 15 日及 6 月 5 日術後門診，112 年 6 月 12 日第 2 次住院，接受「右眼硅油取出+玻璃體切除術」，112 年 6 月 14 日出院，112 年 6 月 19 日回診。參酌申請人審議理由陳稱其感覺眼睛不舒服就醫，醫師告知視網膜剝離，其擔心害怕而尋求第 2 家醫院意見等語，足見申請人於系爭 2 次住院及 5 次門診就醫為已知病症之治療，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 條所列之緊急傷病範圍，即均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 3 月 12 日至 16 日、6 月 12 日至 14 日住院及 112 年 3 月 20 日、4 月 3 日(眼科)、5 月 15 日、6 月 5 日、19 日門診費用。

六、申請人主張其回○○探親期間感覺眼睛不舒服就醫，醫師告知視網膜剝離，其擔心害怕而尋求第 2 家醫院意見，確認是視網膜剝離須緊急手術，其想回臺就醫，但當時醫師叮嚀不要到處走動，在家等床位，以利手術後復原，不然會瞎掉云云，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 10 次門診及 2 次住院，其中 112 年 3 月 4 日門診部分，業經健保署依規定核付醫療費用在案，另 112 年 3 月 3 日、6 日、4 月 3 日(耳鼻喉科)及 24 日門診部分，申請人並未依規定檢附診斷證明文件，其餘 5 次門診及 2 次住院部分，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，亦認為均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。

七、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 113 年 3 月 14 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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項及第2項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

五、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項附表

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如

	分證影本。	為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。
--	-------	----------------------

六、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。」

七、健保署 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 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 112 年 1、2、3 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)
112 年 1 月至 112 年 3 月	1,070	3,571	6,953

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。」