

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：韓國○○。</p> <p>二、就醫原因：白內障及視網膜上膜。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113年3月14日、4月8日、11日及25日計4次門診。</p> <p>（二）113年4月1日至4日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人申請核退於韓國113年3月14日、4月8日、11日、25日計4次門診及113年4月1日至4日住院就醫自墊之醫療費用，經專業審查，認為均不符合不可預期之緊急傷病，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>該署依申請人爭議審議理由及所附相關資料再次審查，仍認為白內障及視網膜上膜非屬不可預期之緊急傷病，故仍維持原核定，不予給付。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附病歷（含中譯文件）等就醫相關資料影本顯示：</p> <p>（一）申請人於113年3月14日門診，接受眼科檢查，雙眼裸視0.1/0.16，矯正後視力為0.4/0.8，嗣於113年4月1日住院，翌日113年4月2日接受右眼晶狀體超聲乳化術、人工晶狀體植入術、玻璃體切除術、黃斑部前膜切除術、內膜切除術、雷射光凝固術，113年4月4日出院，診斷為黃斑部前膜病變(右眼)及老年性白內障(右眼)，嗣於113年4月8日、11日及25日術後回診，惟上開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，且申請理由陳稱右眼的ERM手術原排在3月5日，但因韓國醫生大罷工而被迫取消，3月15日通知回診時視力狀況已更加惡化，安排4月2日做ERM手術云云，顯示申請人為已知疾病之排程手術，卷附就醫資料亦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。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，不予核退113年3月14日、4月8日、11日、25日計4次門診及113年4月1日至4</p>

日住院費用。

四、申請人主張其 112 年出國前曾回診國內眼科，醫生告知右眼的視網膜狀況良好已無大礙。113 年視力下降嚴重，外出時因視力模糊常碰撞或摔倒受傷。在韓國○○大學醫院就診時雙眼視力為 0.1/0.16。醫生當下告知雙眼白內障和右眼的黃斑部病變嚴重，並立即安排手術行程。此不可預期視力下降和惡化僅發生在短短數月間，由於視力模糊嚴重，已不適用於搭機回台，故選擇在海外緊急就醫處理。113 年 2 月 13 日左眼白內障手術，右眼的 ERM 手術原排在 3 月 5 日，但因韓國醫生大罷工而被迫取消。由於剛做完左眼手術且當時雙眼視力欠佳，並不適宜搭機回台。3 月 15 日通知回診時視力狀況已更加惡化，醫生立即安排 4 月 2 日做 ERM 手術云云，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 4 次門診及 3 日住院就醫，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，亦認為不符合因不可預

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，健保署函復申請人，略以本件不符合不可預期之緊急傷病，不同意給付等語，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 11 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。」