

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：左眼視網膜剝離。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113年5月20日、21日、30日及6月11日計4次門診。</p> <p>(二) 113年5月21日至23日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計10萬4,461元(含住院醫療費用8萬2,981元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113年5月20日門診：按健保署公告「113年4、5、6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980元，核退門診費用計980元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 113年5月21日、30日、6月11日計3次門診及113年5月21日至23日住院：同一疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病就醫，不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退113年5月21日至23日住院醫療費用部分不服，向本部申請審議。</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>為維護申請人權益，該署復依其所附相關資料再經專業審查結果，因眼前黑影飄動7天，同意給付113年5月20日門診費用辨明病因，之後複診並排程手術，非屬不可預期之緊急傷病就醫，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「診斷證明書」、「門急診病歷單」、「門(急)診病歷」、「出院記錄」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人前因「眼前黑影飄動7天」，於113年5月20日門診就醫，診斷為「OS 玻璃體混濁；OS 白內障；視網膜裂孔」，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退該次門診費用在案。</p> <p>(二) 嗣申請人於113年5月21日複診，同日住院就醫，經診斷為「1. 左眼孔源性視網膜脫離 2. 左眼併發性白內障 3. 雙眼視網膜變性 4. 右眼人工晶體植入狀態 5. 雙眼屈光不正」，接受「左眼白內障</p>

超聲乳化抽吸+玻璃體切除+複雜視網膜脫離復位+氣液交換+視網膜激光光凝+硅油注入」等治療，於113年5月23日出院，申請人固主張左眼剝離太嚴重只能立即安排住院做玻切手術云云，惟申請人已於113年5月20日確定診斷，且113年5月20日及21日門診就醫資料均僅記載「擇期激光治療」，並無情況緊急之相關描述，系爭113年5月21日至23日住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退113年5月21日至23日住院費用。

四、申請人主張其於113年5月20日因視物有黑影到醫院就醫，診斷為二眼視網膜剝離，因該醫生無法安排手術，需由5月21日較有經驗的醫生做手術。113年5月21日做門診手術，當時右眼做激光門診手術即可修補視網膜，但左眼剝離太嚴重只能立即安排住院做玻切手術，當時醫生已不建議回台手術，因擔心飛機艙壓及時間拖延會造成更嚴重後果，故針對113年5月21日至23日住院部分健保申請理賠，不應以第1次門診理賠包含到後續的住院手術云云，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，亦認為申請人系爭住院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，健保署未准核退系爭 113 年 5 月 21 日至 23 日住院醫療費用，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 12 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。」