

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 8 月 14 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,039 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、原核定關於 114 年 8 月 21 日及 9 月 4 日門診就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>三、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：馬來西亞○○。</p> <p>二、就醫原因：視網膜剝離手術等。</p> <p>三、就醫情形：114 年 8 月 13 日、14 日、21 日、28 日、9 月 4 日、11 日、24 日及 10 月 15 日計 8 次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 10 萬 8,016 元(其中 114 年 8 月 13 日、14 日、21 日、9 月 4 日醫療費用各 9 萬 8,265 元、1,210 元、1,122 元、2,340 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 8 月 13 日門診：按健保署公告「114 年 7、8、9 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 1,039 元，核退 1 次門診費用計 1,039 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 114 年 8 月 14 日、21 日、28 日、9 月 4 日、11 日、24 日及 10 月 15 日計 7 次門診：經審查核定，不符不可預期之緊急傷病，不予核退醫療費用。</p> <p>六、申請人主張其在海外因視網膜剝離手術，無法搭機返臺複診，因此在海外複診等語，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) 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>(五) 健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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所附相關資料，再經專業審查，認定 114 年 8 月 14 日門診屬不可預期之緊急傷病範圍，另 114 年 8 月 21 日、28 日、9 月 4 日、11 日、24 日及 10 月 15 日等 6 次門診仍非屬不可預期之緊急傷病。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附醫師說明、「TAX</p>

INVOICE」、「Official Receipt」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因左眼視網膜剝離伴隨人工水晶體半脫位（Retina detachment with subluxated intraocular lens），於114年8月13日接受手術治療，114年8月14日、21日、28日、9月4日、11日、24日及10月15日回診，健保署原核定核退114年8月13日門診費用1,039元，其餘費用未准核退，茲分述如下：

(一) 關於未准核退之114年8月13日門診費用差額9萬7,226元(計算式：98,265元-原核定給付1,039元=97,226元)部分

此部分係申請人114年8月13日門診費用中超過核退上限之醫療費用9萬7,226元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於114年8月14日門診費用1,210元部分

1. 關於醫療費用1,039元部分

此部分申請人於115年2月12日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付1次門診費用，依前揭健保署公告核退上限，門診每次1,039元，核退114年8月14日門診費用1,039元，並於115年3月13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補核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘未准核退之門診醫療費用差額171元(計算式：1,210元-重核補付1,039元=171元)部分

此部分係申請人114年8月14日門診費用中超過核退上限之醫療費用171元，健保署未准核退，於法並無不合。

(三) 關於114年8月21日、28日、9月4日、11日、24日及10月15日計6次門診醫療費用部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因左眼視網膜剝離伴隨人工水晶體半脫位於114年8月13日緊急接受手術治療，依醫療常規，於術後翌日(114年8月14日)、術後1週(114年8月21日)及術後3週(114年9月4日)回診追蹤，屬合理之緊急術後追蹤觀察，其餘114年8月28日、9月11日、24日及10月15日計4次門診追蹤，即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意核退114年8月21日及9月4日2次門診費用，不予核退114年8月28日、9月11日、24日及10月15日4次門診費用。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人114年8月14日門診就醫自付之醫療費用計1,039元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；健保署未准核退114年8月21日及9月4日2次門

診費用，尚有未洽，爰將原核定關於此部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；至其餘未准核退之 114 年 8 月 28 日、9 月 11 日、24 日及 10 月 15 日 4 次門診醫療費用部分，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，部分有理由，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款及第 19 條第 1 項暨第 2 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 5 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、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。」

六、健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 114 年 7、8、9 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)
114 年 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」