

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：波蘭○○○○Medical。</p> <p>二、就醫原因：視網膜剝離與撕裂。</p> <p>三、就醫情形：112年9月28日及10月3日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計6萬6,428元(含112年9月28日門診費用3,908元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一)112年9月28日門診：按健保署公告「112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1,059元，給付門診費用1,059元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二)112年10月3日門診：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。</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>(四)健保署112年7月12日健保醫字第1120662886號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>申請人因視網膜剝離與撕裂於112年9月28日及10月3日計2次門診，查所附書據為英文以外之外文，未檢附中文或英文翻譯，該署於113年2月2日以健保○字第0000000000號函通知補件，惟遲未接獲補件，且已逾2個月補件期限，爰該署逕依現有書據審核，經該署專業醫師審查，同意給付112年9月28日門診醫療費用，另認定112年10月3日門診非屬不可預期之緊急傷病，不同意給付。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫相關資料、申請審議檢附之○○○○○醫院112年2月20日開具之「乙種診斷證明書」影本顯示，申請人因視網膜剝離與撕裂(H33.0)於112年9月28日及10月3日門診就醫，經健保署核退其中112年9月28日門診費用1,059元，其餘費用未准核退，茲查核分述如下：</p> <p>(一)關於未准核退112年9月28日門診費用差額2,849元(3,908元-1,059元=2,849元)部分</p> <p>此部分係此次門診費用中超過核退上限之醫療費用計2,849元，健保署未准核退，於法並無不合。</p>

(二) 關於 112 年 10 月 3 日門診部分

1. 申請人前因視網膜剝離與撕裂於 112 年 9 月 28 日門診就醫，業經健保署認屬不可預期之緊急傷病，並依規定核付費用 1,059 元在案。
2. 申請人嗣因同一病症於 112 年 10 月 3 日門診就醫，接受矽油灌注等處置，卷附此次門診就醫資料並無情況緊急之相關描述，而且申請人申請審議所附之○○○○醫院 112 年 2 月 20 日開具之「乙種診斷證明書」，並非此次門診就醫資料，不足以佐證此次門診屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
3. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 10 月 3 日門診費用。

四、申請人主張其先前已提供波蘭當地眼科手術醫師開立之診斷證明，明確指出當時其若搭乘飛機返台，將有高度風險導致視力永久喪失，因此必須立即在當地接受手術，其過去在臺灣亦曾因相同疾病就醫，醫師建議立刻手術云云，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 2 次門診，其中 112 年 9 月 28 日門診，業經健保署依規定核退在案，另 112 年 10 月 3 日門診，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 112 年 10 月 3 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。

五、綜上，健保署核退申請人 112 年 9 月 28 日門診費用 1,059 元，其餘醫療費用未准核退，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 114 年 7 月 17 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。」

四、健保署 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 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 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)
112 年 7 月至 112 年 9 月	1,059	3,552	6,556

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。」