

審 定

| | |
|-----|--|
| 主 文 | 申請審議駁回。 |
| 事 實 | <p>一、境外就醫地點：大陸地區○○市○○○○醫院及○○眼科醫院。</p> <p>二、就醫原因：黃斑前膜、皮質型老年性白內障等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113年1月6日、25日、30日、2月22日、3月21日、4月25日、30日、5月7日、11日、14日、21日及28日計12次門診。</p> <p>(二) 113年4月9日至11日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣11萬4,696元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113年1月6日、25日、2月22日、3月21日、4月25日、30日、5月7日、11日、14日、21日、28日計11次門診及113年4月9日至11日住院：經專業審查，認定不符合不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>(二) 113年1月30日門診：未檢附收據，該署於113年8月21日以健保○字第0000000000號函通知補件，申請人於113年8月23日臨櫃聲明無法再補件，該署逕依現有書據審核，核定不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署專業審查未准核退之11次門診及住院費用部分不服，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>為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實理由，再送專業審查，認定113年1月6日門診病歷記載「右眼葡萄膜炎史，右眼眼紅伴視物模糊3月」，明顯屬於一般門診，1月6日、25日門診非緊急就醫，2月22日為驗光配鏡，非本保險給付範圍，4月9日至4月11日住院為白內障手術及後續門診皆為追蹤回診，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「入院記錄」、「住院病案首頁」、「出院小結」、「門急診就醫記錄冊」、「手術記錄」、「心電圖報告」、「黃斑OCTA」、「Retina Change Report」等就醫資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人因「右眼眼紅伴視物模糊3個月」於113年1月6日門</p> |

診，接受眼科檢查，診斷為「黃斑水腫、葡萄膜炎[色素膜炎]」，1月25日複診，診斷為「右眼葡萄膜炎[色素膜炎]、右眼黃斑水腫、右眼黃斑前膜」，接受眼內注射藥物治療，接續於2月22日、3月21日因同一病症複診，嗣於113年4月9日住院，接受「右眼白內障超聲乳化吸除+人工晶體植入+玻璃體切割+氣液交換術」治療，113年4月11日出院後，復於113年4月25日、30日、5月7日、11日、14日、21日及28日複診追蹤，惟上開病情或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。

- (二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退113年1月6日、25日、2月22日、3月21日、4月25日、30日、5月7日、11日、14日、21日、28日計11次門診及113年4月9日至11日住院費用。

四、申請人主張其113年1月6日眼睛不舒服，眼睛紅腫、痛，去上海眼科醫院就診，普通門診醫生開藥後，然後幫其轉診，醫生說其眼底板病變、黃斑部病變、葡萄膜炎症，住院前用藥打針，都沒效果，需住院手術云云，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) 本件申請人系爭 11 次門診及 2 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，健保署未核准退系爭 11 次門診及住院費用，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 114 年 3 月 3 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、精神病患者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。」