

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 9 月 20 日至 30 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,023 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區湖南省○學院附屬○醫院。</p> <p>二、就醫原因：右眼玻璃體出血等。</p> <p>三、就醫情形：113年9月20日至30日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)2萬3,537元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，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 113 年 7 月 5 日健保醫字第 1130663130 號公告。</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及理由，再送專業審查，認定申請人右眼視力突降，眼內玻璃體出血，可視為不可預期之緊急傷病，但並無住院需求，且病歷未見眼科會診，僅記錄出院後眼科檢查，爰同意門診給付 1 次。</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」、「入院記錄」、「出院記錄」等就醫相關資料影本顯示，申請人因「2024 年 9 月 19 日下午 18:00 左右，無明顯誘因出現右眼視力下降，視物不清，呈持續性，伴頭暈」於 113 年 9 月 20 日住院就醫，眼睛彩超檢查結果為右眼玻璃體後脫併玻璃體與球壁間出血，經診斷為「1. 玻璃體積血(右) 2. 高血壓病 2 級 3. 動脈瘤(右頸內動脈) 4. 頭頸動脈粥樣硬化 5. 急性扁桃體炎」，接受抗血小板聚集、調脂、改善腦細胞代謝、改善腦循環、抗感染、營養補液等對症及支持治療，於 113 年 9 月 30 日出院，茲查核分述如下：</p> <p>(一) 關於醫療費用 1,023 元部分</p> <p>此部分申請人於 114 年 7 月 1 日(本部收文日)申請審議後，經健保署重新核定，同意依該署公告之「113 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 1,023 元，補核退 1 次門診費用 1,023 元，並於 114 年 7 月 21 日以受理號</p>

碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘住院費用差額計 2 萬 2,514 元(23,537 元-1,023 元=22,514 元)部分

本件申請人雖主張其眼突然失明，頭天旋地轉、呼吸急促云云，惟「入院記錄」記載「無視物旋轉，無噁心、嘔吐，無言語不清，無四肢乏力，無暈厥等不適」，並無申請人所述之情況，且申請人之病情主要為右眼玻璃體出血，引起右眼視力下降，依醫療常規，其病情尚無住院之必要，同意健保署意見，核退 1 次門診費用，其餘醫療費用，不予核退。

四、申請人主張其於 113 年 9 月 20 日因眼突然失明，完全看不到，頭天旋地轉、呼吸急促，胸口感被壓迫，不得已才去醫院就診，門診醫師要求馬上住院檢查治療，到現在右眼仍無法正常視物，多次到台大、亞東醫院看診云云，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) 本件申請人系爭住院就醫，除經有審核權限之機關健保署重新核定依規定核退 1 次門診費用外，本部復依前開規定，再委請醫療

	<p>專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，認為申請人之病情尚無住院之必要，已如前述，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>五、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 1,023 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	---

中 華 民 國 114 年 9 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，需要緊急處理以查明病因者。

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113年7月5日健保醫字第1130663130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113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)
113年7月至 113年9月	1,023	3,403	6,362

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。」