

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 1 月 19 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,048 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、原核定關於未准核退申請人於 114 年 1 月 19 日急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>
事 實	<p>一、境外就醫地點：美國○○、○○等。</p> <p>二、就醫原因：帶狀疱疹角結膜炎。</p> <p>三、就醫情形：(依健保署原核定、意見書及就醫資料記載)</p> <p>(一) 114 年 1 月 19 日急診(Methodist Richardson Medical Center)。</p> <p>(二) 114 年 1 月 19 日(Next Care)、24 日、2 月 5 日及 24 日計 4 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)3 萬 4,937 元[其中 114 年 1 月 19 日急診、門診費用各 3 萬 745 元(美金 1,027.27 元)、1,048 元(美金 35 元)，計 3 萬 1,793 元]。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 1 月 19 日急診及門診(核定通知書記載為 114 年 1 月 19 日急診)：經專業審查，核退 1 次門診費用，依健保署公告「114 年 1、2、3 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 1,072 元，核退 1,072 元；其餘費用，不予核退。</p> <p>(二) 113 年 1 月 24 日、2 月 5 日及 24 日計 3 次門診：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</p> <p>六、申請人就未准核退 114 年 1 月 19 日急診及門診費用部分不服，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 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 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署再送專業審查，認定 114 年 1 月 19 日急診仍維持原核定，予以核退 1 次門診費用，另 114 年 1 月 19 日(系爭)、24 日、2 月 5 日及 24 日計 4 次門診，同意依收據記載金額(各</p>

1,048 元)，補付 4 次門診費用計 4,192 元(1,048 元 x4=4,192 元)。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見、卷附就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人於 114 年 1 月 19 日因皮疹(rash)至美國 Next Care 門診就醫，診斷為「B02.30」(帶狀疱疹眼病，Zoster ocular disease, unspecified)，同日轉診至 Methodist Richardson Medical Center 急診，診斷為帶狀疱疹，經健保署就 114 年 1 月 19 日急診部分，核退 1 次門診費用，其餘費用，未准核退，茲查核分述如下：

(一) 關於 114 年 1 月 19 日門診費用 1,048 元部分

此部分申請人於 114 年 8 月 26 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付該次門診費用，按收據記載金額(1,048 元，美金 35 元)，核退 1,048 元，並於 114 年 9 月 18 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。

(二) 關於未准核退之 114 年 1 月 19 日急診費用差額 2 萬 9,673 元(30,745 元-1,072 元=29,673 元)部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人於 114 年 1 月 19 日急診，主訴「Wound infection」(受傷感染)，身體診察結果為「Eyes: Dendritic spread noted to nasal aspect of right cornea.」(眼睛：樹枝狀擴散至右側角膜鼻側)、「Skin: Erythema and rash present. Rash is vesicular (erythematous vesicular rash to right face primarily involving periocular and forehead areas)」[皮膚：出現紅斑和皮疹，皮疹呈水泡狀(右側臉部出現紅斑水泡疹，主要在眼周和前額區域)]，申請人右眼鼻側角膜有樹枝狀潰瘍，前額及眼眶周圍有水泡，診斷為帶狀疱疹，申請人為眼部周圍帶狀疱疹，恐有波及視力之虞，急診治療尚屬合理。

2. 綜合判斷：同意核退 1 次急診費用，健保署僅核退 1 次門診費用，核有未洽。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 114 年 1 月 19 日門診就醫自付之醫療費用計 1,048 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；關於未准核退之 114 年 1 月 19 日急診醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分有理由，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

中 華 民 國 114 年 10 月 31 日

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 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、門診每人、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。」

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

「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。」

五、健保署 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 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 1、2、3 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1月至 114年3月	1,072	3,455	6,333

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。」