

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 12 月 11 日至 18 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,577 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：日本○○○○社○○○○○病院。 二、就醫原因：第二腰椎壓迫性骨折。 三、就醫情形：114 年 12 月 11 日至 18 日住院。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)16 萬 2,460 元。 五、核定內容： 經專業審查核定，同意改核門診 1 次，依健保署公告「114 年 10、11、12 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 1,091 元，核退 1,091 元，其餘費用，不予核退。
理 由	一、法令依據 (一)全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。 (二)全民健康保險法第 55 條第 2 款。 (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。 (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。 (五)健保署 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 號公告。 二、健保署提具意見 為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由及所提相關證據文件，再送專業審查，認定腰椎第二節壓迫性骨折屬於不可預期之緊急傷病，是以給付急診 1 次尚屬合理，惟住院 7 日僅針對臥床治療則無此必要，臨床上壓迫性骨折病患不在少數，即便在外地受傷，使用背架固定亦可安全返回臺灣，並無住院純打針之必要。 三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診療明細書」、「Patient Referral Document」、「リハビリテーション診療情報提供書」、「Medical Certificate」、光碟及照片等就醫資料，查核分述如下： (一)關於醫療費用 2,577 元部分 此部分申請人於 115 年 5 月 13 日(本部收文日)申請審議後，業經

健保署再經專業審查結果，同意改以 1 次急診費用核付，依前揭健保署公告核退上限，急診每次 3,668 元，於扣除原核定核付 1,091 元後，補核退申請人醫療費用計 2,577 元(計算式：3,668 元-原核定給付 1,091 元=2,577 元)，並於 115 年 5 月 29 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付申請人在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。

(二)關於其餘未准核退之醫療費用差額 15 萬 8,792 元(計算式：162,460 元-原核定給付 1,091 元-重核補付 2,577 元=158,792 元)部分查申請人因從樓梯上跌落而背部受傷(fell down the stairs and injured her back)於 114 年 12 月 11 日住院就醫，經診斷為「2nd lumbar body compression fracture、UTI」(第二腰椎壓迫性骨折、泌尿道感染)，接受藥物治療，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟經檢查並無神經損傷(without abnormal neurological findings)，依醫療常規，壓迫性骨折無合併神經損傷，急診治療即可，無住院之必要，爰同意健保署意見，給付 1 次急診費用，其餘住院費用，不予核退。

四、申請人主張其於日本旅遊期間發生意外受傷，導致腰椎骨折，隨即於 114 年 12 月 11 日至 18 日入住日本沖繩○○○醫院治療，住院期間因骨折必須絕對臥床，並併發尿道感染導致高燒不退，經醫師評估屬於不可預期之緊急傷病，住院期間生活完全無法自理，需由醫護人員全程照護，經醫師評估，其因腰椎傷勢無法採取一般坐姿搭機，必須臥姿運送，院方於填寫○○航空「適航檢查表」時，明確註記其返臺旅程中必須提供全程擔架式護送，經○○航空審核醫療需求核准後，由其聯繫「○○國際醫院-○○國際機場醫療中心」進行跨國醫療對接，確保其在返臺過程中之醫療安全與傷勢穩定云云，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 114 年 12 月 11 日至 18 日住院，業經健保署重新核定，同意改以 1 次急診費用核退在案，復經本部依前開規定，再委請醫療專家就申請人所附就醫資料審查結果，亦認為申請人之病情由急診治療即可，無住院之必要，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退 114 年 12 月 11 日至 18 日住院醫療費用計 2,577 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 15 萬 8,792 元，健保署未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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。

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 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。」

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 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 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 10、11、12 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 10 月至 114 年 12 月	1,091	3,668	6,558

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。」

