審　　定	
主　　文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 10 月 22 日至 11 月 12 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 9,674 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：大陸地區廣東省東莞市◯醫院。 二、就醫原因：頸部脊髓損傷、頭部損傷、頸椎退行性病變。 三、就醫情形： （一）114 年 10 月 22 日急診。 （二）114 年 10 月 22 日至 11 月 12 日住院。 四、醫療費用：各折合新臺幣(下同)3,457 元、4 萬 2,889 元。 五、核定內容： （一）114 年 10 月 22 日急診：按收據記載金額，於扣除本保險不給付之救護車費用 860 元後，核付費用 2,597 元(3,457 元-860 元=2,597 元)。 （二）114 年 10 月 22 日至 11 月 12 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。
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 51 條第 10 款及第 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、關於未准核退 114 年 10 月 22 日急診費用 860 元部分 此部分係本保險不給付救護車費，健保署未准核退，於法並無不合。 三、關於 114 年 10 月 22 日至 11 月 12 日住院部分 此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「門(急)診病歷」、「入院記錄」、「出院記錄」、「出院疾病診斷證明書」等相關就醫資料顯示，申請人因摔倒致頭頸部疼痛伴雙上肢麻痛、乏力 1 小時，於 114 年 10 月 22 日經急診收治入院，診斷為「1.頸部脊髓損傷 2.頭部損傷 3.頸椎退行性病變」，接受臥床、活血、消炎、脫水、止痛、預防 VTE(靜脈栓塞)、護胃、頸托外固定、對症等治療，於 11 月 12 日出院，健保署原核定未准核退住院費用，查核分述如下： （一）關於住院醫療費用 1 萬 9,674 元部分

此部分申請人於 115 年 7 月 28 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付合理住院日數 3 日醫療費用，依健保署公告之「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」，住院每日 6,558 元，補核退 3 日住院費用計 1 萬 9,674 元(6,558 元 X3=19,674 元)，並於 115 年 8 月 24 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

（二）關於其餘住院醫療費用差額 2 萬 3,215 元(42,889 元-19,674 元=23,215 元)部分

1.健保署提具意見

為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由、所提相關證據文件，再送專業審查，認定屬不可預期之緊急傷病，3 日急性期未見緊急事由，宜改為門診治療，同意給付 3 日住院費用。

2.此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人雖因摔傷有上肢麻痛、乏力，惟顱腦、頸椎 CT、MRI 檢查結果分別為「1.腦內未見明顯外傷性改變，左側頂部頭部皮血腫 2.頸 2/3、頸 3/4、頸 4/5、頸 6/7 椎間盤突出，頸 5/6 椎間盤向左後方突出，椎管狹窄」、「1.腦萎縮 2.頸 6 椎體稍後移；頸 2-胸 2 椎體骨質增生，多個椎體終板炎，頸 2/3-胸 2/3 椎間盤變性；頸 2/3-頸 6/7 椎間盤向後方突出，椎管狹窄」，並無其他明確神經損傷症狀，多屬退化性頸椎變化，申請人之傷症予以 3 日住院治療，應足以因應緊急醫療之所需，同意健保署意見，核退 3 日住院費用。

四、申請人主張其係因無法預期之突發意外事故，且持續性的麻痛感，由醫師診治後，安排住院治療，以減少日後的後遺症云云，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）本件申請人系爭急診及住院就醫，除經有審核權限之機關健保署審查判斷核定核付 1 次急診及 3 日住院費用外，其餘住院費用差額部分，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，認為申請人之病情予以 3 日住院治療，應足以因應緊急醫療之所需，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醫療費用 1 萬 9,674 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，健保署未准核退，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。

中　　華　　民　　國　115　年　9　月　29　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 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

三、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。」

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 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。」