

審定	
主文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 6 月 29 日至 7 月 3 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 5,794 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：越南○○等。</p> <p>二、就醫原因：胸椎第 12 節壓迫性骨折。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114 年 6 月 28 日急診。</p> <p>(二) 114 年 6 月 29 日至 7 月 3 日住院。</p> <p>四、醫療費用：急診費用折合新臺幣（下同）349 元、住院費用 10 萬 9,678 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 6 月 28 日急診：按收據金額，核實核退 349 元。</p> <p>(二) 114 年 6 月 29 日至 7 月 3 日住院：經專業審查核定，改核門診 1 次，依健保署公告之「114 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 1,034 元，給付 1 次門診費用計 1,034 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退之 114 年 6 月 29 日至 7 月 3 日住院費用部分不服，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 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本案經該署再次專業審查結果，認為 Observation for one day is enough even after vertebroplasty or kyphoplasty(即使進行椎體成形術或椎體後凸成形術後，觀察 1 天也足夠)，系爭 114 年 6 月 29 日至 7 月 3 日住院，同意給付住院天數為 1 天。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「MEDICAL REPORT」</p>

等相關就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因跌倒致上腰椎弓和左髋部疼痛(Pain of the upper lumbar area and left hip after falling down)，於 114 年 6 月 28 日急診就醫，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退該次急診費用在案，已如前述。嗣於 114 年 6 月 29 日收治住院，接受 CT 及 MRI 檢查診斷為胸椎第 12 節壓迫性骨折(Compression fracture of T12 vertebral body)，接受腰椎固定(Lumbar immobilization)、止痛(pain killers)、補液(hydration)、症狀治療(symptomatic treatment)，於 114 年 7 月 3 日出院，經健保署原核定核付 1 次門診費用 1,034 元，其餘住院醫療費用不予核退，茲查核分述如下：

(一) 關於住院醫療費用 5,794 元部分

此部分申請人於 114 年 10 月 23 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為 1 日，依前揭健保署公告之核退上限，住院每日 6,828 元，扣除原核定已核付 1 次門診費用 1,034 元後，補核退 1 日住院費用差額 5,794 元(計算式： $6,828 \text{ 元} - 1,034 \text{ 元} = 5,794 \text{ 元}$)，並於 114 年 10 月 30 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核退 5,794 元，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之住院費用差額 10 萬 2,850 元($109,678 \text{ 元} - 1,034 \text{ 元} - 5,794 \text{ 元} = 102,850 \text{ 元}$)部分

查申請人系爭住院為胸椎第 12 節壓迫性骨折，接受保守治療，依醫療常規，予以 1 日住院治療，即可因應緊急醫療之所需。同意健保署意見，核退 1 日住院費用，其餘住院費用，不予核退。

四、申請人主張其 114 年 6 月 29 日跟團到越南旅遊不慎跌倒，坐救護車急診，醫生要求必須住院留觀，不讓其出院，當時醫生認定必須住院治療，並非其自願住院云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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利，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審查判斷，原核定及重新核定計核付 1 日住院費用外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之就醫資料專業判斷結果，亦認為系爭住院予以 1 日治療已足夠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申請人住院醫療費用計 5,794 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用 10 萬 2,850 元，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。

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利。」

五、健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 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)
114 年 7 月 至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」