

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 2 月 7 日至 15 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 859 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○○○○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：多發性骨髓瘤及高血鈣症等。</p> <p>三、就醫情形：112 年 2 月 7 日至 15 日（第 1 次）、2 月 15 日至 3 月 2 日（第 2 次）及 3 月 2 日至 9 日（第 3 次）計 3 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 81 萬 995 元(含 112 年 2 月 7 日至 15 日住院費用 16 萬 1,285 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）按全民健康保險法第 55 條規定，保險對象於臺灣地區外，因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，得申請核退自墊醫療費用。另依臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條規定：「在大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。」，故當事人提出在大陸製作之文書，為辨明其真偽，故依據規定須先經海基會驗證後，再據以辦理給付事宜，該等大陸文書依「兩岸公證書使用查證協議」，須先在大陸當地涉臺公證處辦理公證，再持向海基會申請驗證。爰該署規定保險對象申請核退大陸地區住院 5 日（含）以上之自墊醫療費用核退案件，其醫療費用收據正本及診斷書須經公證、驗證，始予採認。</p> <p>（二）本件經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，核定不予核退。另查 112 年 2 月 7 日至 15 日（第 1 次）及 2 月 15 日至 3 月 2 日（第 2 次）診斷證明文件未經公證及驗證，併予敘明。</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 款及第 56 條第 2 項。</p> <p>（三）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條及附表、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>（四）臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條及其施行細則第 38 條。</p> <p>（五）改制前行政院衛生署（於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>（六）健保署 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 號公告。</p>

(七) 全民健康保險自墊醫療費用核退申請書填寫說明。

二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「骨髓活檢報告書」、「出院小結」、「住院病案首頁」等就醫資料影本及健保署意見書顯示，申請人因「反應遲鈍、記憶力下降 2 月」於 112 年 2 月 7 日入住○○○○○○○○醫院（神經內科），經診斷為「1. 多發性骨髓瘤 2. 高鈣血症 3. 電解質紊亂 4. 腎功能不全 5. 低蛋白血症 6. 貧血 7. 慢性乙型病毒性肝炎 8. 高血壓」等，接受降鈣治療後意識恢復清醒，於 112 年 2 月 15 日出院轉至該院血液科治療，診斷為「1. 多發性骨髓瘤 2. 上消化道出血 3. 感染性休克 4. 金黃色葡萄球菌性敗血症 5. 耐甲氧西林金黃色葡萄球菌感染」等，112 年 3 月 2 日出院再轉至該院國際醫療中心治療，於 112 年 3 月 9 日出院，診斷為「多發性骨髓瘤：IgG-kappa 型，DS 分期 III 期，ISS 分期 III 期，mSMAR 分層為高危」等，申請人於 112 年 8 月 11 日填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，向健保署申請核退前揭 3 次住院醫療費用，經健保署專業審查，認定申請人 3 次住院均非屬不可預期之緊急傷病，且 112 年 2 月 7 日至 15 日（第 1 次）及 2 月 15 日至 3 月 2 日（第 2 次）診斷證明文件未經公證及驗證，茲查核分述如下：

(一) 關於 112 年 2 月 7 日至 15 日（第 1 次）住院部分

1. 關於醫療費用 2 萬 859 元部分

申請人此次住院所附診斷證明文件未經公證及驗證，健保署原應依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 2 項規定通知申請人於 2 個月內補件，惟鑑於健保署於申請人 112 年 10 月 16 日（本部收文日）申請審議後，業已同意給付 3 日住院費用，並按健保署前開公告之核退上限，住院每日 6,953 元，核退 3 日住院醫療費用 2 萬 859 元（計算式：6,953 元×3=20,859 元），於 112 年 12 月 4 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通知申請人在案，對申請人已屬有利，此部分申請爭議審議標的已不存在，應不受理。

2. 關於其餘未准核退之住院醫療費用 14 萬 426 元（161,285 元-20,859 元=140,426 元）部分

查本部委請醫療專家審查認為申請人此次住院之出院小結記載「血鈣 3.37mmol/L ↑（即 13.48mg/dL）」，顯高於正常值範圍 8.5-10.5mg/dl，有致命之危險，有住院治療 3 日之必要，與健保署前開業已重新核定補核退 3 日住院費用 2 萬 859 元之結果相同，則此次住院其餘醫療費用，健保署未准核退，核無不妥。

(二) 關於 112 年 2 月 15 日至 3 月 2 日（第 2 次）及 3 月 2 日至 9 日（第 3 次）住院部分

1. 查本部委請醫療專家審查認為申請人後續之 112 年 2 月 15 日至 3 月 2 日（第 2 次）及 3 月 2 日至 9 日（第 3 次）住院為確診後接受化學治療及併發症治療，非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意

健保署意見不予核退。

2. 另健保署未踐行通知申請人補送 112 年 2 月 15 日至 3 月 2 日(第 2 次)住院醫療證明文書公驗證資料，程序固有未洽，惟不影響該次住院不符合核退條件而不予核退之結果。

三、申請人主張其 112 年 2 月 7 日在○○工作期間出現意識障礙，隨即進入醫院治療並住院，經診斷為多發性骨髓瘤。因治療設備及醫療環境等原因，於 112 年 2 月 15 日至 3 月 2 日、3 月 2 日至 9 日轉往其他醫院治療，直至 3 月 9 日返回臺灣○○醫院診治至今。依○○醫院醫師說法，多發性骨髓瘤並非明顯可見之腫瘤，不容易早期發現，許多病人因為骨折或其他併發症就醫才確診，與其他癌症可以早期發現明顯不同，且當時其已出現認知障礙，各項生命指標均十分危險，甚至出現幻覺，無法自主行動，命懸一旦，直至 112 年 3 月 9 日身體稍微好轉，醫院才同意其出院，並經由國際醫療團隊的協助下返抵臺灣治療云云，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。」，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 3 次住院，其中 112 年 2 月 7 日至 15 日(第 1 次)住院部分，申請人申請審議後，業經健保署重新核定，補核

退3日住院費用在案，與本部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相同，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人112年2月7日至15日(第1次)住院醫療費用計2萬859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，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 112 年 12 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、全民健康保險法第56條第2項

「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。」

四、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，需要緊急處理以辨明病因者。
- 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。」

五、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條及附表

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」「保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件，或至保險人指定之醫事服務機構接受相關檢驗或檢查。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者（臺灣地區外）	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

六、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。」

七、臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條

「在大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。」

八、臺灣地區與大陸地區人民關係條例施行細則第 38 條

「在大陸地區製作之委託書、死亡證明書、死亡證明文件、遺囑、醫療機構證明文件、切結書及領據等相關文件，應經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證。」

九、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。」

十、健保署 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 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 112 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)
112 年 1 月至 112 年 3 月	1,070	3,571	6,953

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。」

十一、全民健康保險自墊醫療費用核退申請書填寫說明

「自 99 年 4 月 1 日（住院出院日）起，保險對象申請大陸地區住院 5 日（含 5 日，另出院日不計）以上之自墊醫療費用核退案件，及保險人實務作業認定有查證必要之案件，所須檢具之醫療費用收據正本及診斷書，當事人必須先在大陸地區公證處辦理公證，再持公證書正本向財團法人海峽交流基金會（聯絡電話：02-25335995 網址：<http://www.sef.org.tw>）申請驗證，完成公證驗證之文書，始予採認。惟費用明細及出院病歷摘要暫不需辦理公證驗證。」