

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、眷屬蕭○瑛（111 年 8 月 14 日死亡）境外就醫地點：大陸地區○ ○省○○○○○心血管病醫院、○○市○○醫療集團。 二、就醫原因：急性心衰竭、急性冠心症、肺部感染、慢性腎衰竭合併尿毒症、冠狀動脈病合併心衰竭、糖尿病、高血壓等。 三、就醫情形： （一）110 年 11 月 14 日急診。 （二）110 年 11 月 17 日至 12 月 28 日、111 年 2 月 7 日至 12 日、6 月 14 日至 28 日及 6 月 29 日至 7 月 16 日計 4 次住院。 （三）111 年 1 月 4 日門診。 四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 69 萬 276 元（含 110 年 11 月 14 日急診 2 萬 1,133 元、110 年 11 月 17 日至 12 月 28 日及 111 年 2 月 7 日至 12 日住院費用各為 37 萬 3,722 元、5 萬 1,147 元）。 五、核定內容： （一）健保署 111 年 6 月 30 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書（核定對象：蕭○瑛） 1. 110 年 11 月 14 日急診：同意按健保署公告之「110 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」，急診每次 3,227 元，核退 1 次急診費用計 3,227 元；其餘醫療費用，不予核退。 2. 110 年 11 月 17 日至 12 月 28 日住院：同意按健保署公告之「110 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 5,811 元及門診每次 1,127 元，核退 7 日住院費用及 15 次門診洗腎費用計 5 萬 7,582 元（計算式：5,811 元×7 +1,127 元×15=57,582 元）；其餘醫療費用，不予核退。 3. 111 年 1 月 4 日門診：缺診斷證明文件，申請人表示不再補件，爰核定不給付。 4. 111 年 2 月 7 日至 12 日住院：經專業審查，認為非屬不可預期之緊急傷病，不予核退。 （二）健保署 112 年 3 月 6 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書（核定對象：金○帆）

	111 年 6 月 14 日至 28 日及 6 月 29 日至 7 月 16 日 2 次住院：同意依收據記載金額，分別扣除本保險不給付之中成藥費及空調費計 1,338 元及 2,014 元後，核實核退該 2 次住院費用各 9 萬 5,046 元、10 萬 2,981 元，合計 19 萬 8,027 元（95,046 元+102,981 元=198,027 元）。 六、申請人為蕭○瑛之女，為其法定繼承人，檢附前開 2 紙核退核定通知書影本，主張第 1 次送件受理號碼 1111106738 賠付率 13%，第 2 次送件受理號碼 1121100083 賠付率 87.9%，第 1 次賠付率如此之低，不合理云云，不服健保署 111 年 6 月 30 日受理號碼 1111106738 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書所為之核定，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 55 條第 2 款。 （二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項及其附表、第 6 條第 1 項第 2 款暨第 2 項。 （三）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。 （四）健保署 110 年 10 月 8 日健保醫字第 1100034449 號公告。 二、關於未准核退 110 年 11 月 14 日急診費用差額 1 萬 7,906 元（計算式：21,133 元-3,227 元=17,906 元）部分 此部分係該次急診費用超過核退上限之差額，健保署不予核退，並無不合。 三、關於 111 年 1 月 4 日門診部分 （一）按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，審諸其意甚明。 （二）申請人此次門診僅檢附「門診收費票據（電子）」，並無診斷書或證明文件供核，即與前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項之附表規定不符，健保署未准核退，並無不合。 四、關於 110 年 11 月 17 日至 12 月 28 日（第 1 次）及 111 年 2 月 7 日至 12 日（第 2 次）住院部分 （一）此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「住院病案首頁」、「出院記錄」、「入院記錄」、「彩色多普勒超聲心動報

告」、「超聲診斷報告單」、「影像報告單」、「檢驗報告單」、「手術記錄」、「動態血壓報告-數據表」等就醫相關資料影本及健保署意見書顯示：

1. 申請人眷屬蕭○瑛因「反覆喘憋 1 月餘，加重 3 天，再發半天」，於 110 年 11 月 17 日經門診以「急性左心衰，腎功能衰竭」收治入院，中醫診斷為「慢性腎衰【脾腎氣虛兼濕濁血瘀症】」、西醫診斷為「1. 慢性腎衰竭（尿毒症期） 腎性貧血 2. 慢性心力衰竭 3. 冠狀動脈粥樣硬化性心臟病 急性冠脈綜合症 心功能IV級 4. 結節性甲狀腺腫 5. 2 型糖尿病 6. 高血壓病（3 級很高危） 7. 肺不張 8. 膽囊結石 9. 雙腎結石 10. 腔隙性腦梗死 11. 腦萎縮」，住院期間接受「頸內靜脈穿刺中心靜脈置管術」及「腹膜透析手工法置管術」，並多次接受「連續性腎臟替代治療[CRRT]」、血液透析及腹膜透析等治療，110 年 12 月 28 日出院，該次住院期間之病情固可認情況緊急，惟經導管置入、血液透析、腹膜透析等介入治療之必要處置後，症狀已有好轉，依臨床經驗，此第 1 次住院之病症予以 7 天住院及 15 次門診洗腎治療已足夠因應緊急醫療所需。
2. 申請人眷屬蕭○瑛嗣因「乏力 10 餘年」於 111 年 2 月 7 日住院就醫，2 月 12 日出院，依入院記錄記載，此第 2 次住院係為求「腹膜透析評估」，卷附此次住院就醫資料並無情況緊急之相關描述，其病情或診斷並不符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，第 2 次住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

（二）綜合判斷：同意健保署意見，第 1 次住院核退 7 天住院及 15 次洗腎門診費用，不予核退第 2 次住院醫療費用。

五、申請人主張其母蕭○瑛旅居大陸地區期間發病，110 年 11 月 14 日第 1 次入院，後續病情不斷反覆，最終於 111 年 8 月 14 日不幸離世，針對第 1 次申請賠付率如此之低，曾去電詢問承辦人員，被告知醫生核定當時醫療行為不合理，但○○的醫院對於其母的醫療行為一直沒有改變，第 2 次申請卻可以合理賠付，難道是因為人已往生，證明非民眾欺騙，所以健保署予以賠付？其母發病時，COVID-19 疫情正嚴重，兩岸皆須隔離 14 天，當地醫生判定其母每周都須洗腎（透析）超過 5 次，實在無法返臺醫療，因此全額自費在當地醫療，第一次申請金額才會那麼高，所有資料都已在健保署，若需檢視煩請自行調閱云云，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。」，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) 申請人雖主張所有資料都已在健保署，若需檢視煩請自行調閱云云，惟申請核退於臺灣地區外自墊之醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退，已如前述，本件申請人眷屬蕭惠瑛系爭 1 次急診、1 次門診及 2 次住院就醫，其中 110 年 11 月 14 日急診就醫，健保署已就申請人檢附之前開就醫資料審查，並依核退上限核退，另 111 年 1 月 4 日門診未檢附診斷證明文件，不符規定，其餘 2 次住院就醫，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，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，亦認為第 1 次住院予以 7 天住院及 15 次洗腎門診治療即可因應緊急醫療之所需，第 2 次住院非屬不可預期之緊急傷病就醫，已如前述，申請人所稱核有誤解。

六、綜上，健保署核退 1 次急診、7 天住院及 15 次洗腎門診費用，其餘醫療費用未准核退，並無不合，原核定應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，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 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 112 年 7 月 3 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。」

二、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、精神病患者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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項及附表

「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。」

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。

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、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 110 年 10 月 8 日健保醫字第 1100034449 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110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)
110 年 10 月至 110 年 12 月	1,127	3,227	5,811

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。」