

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 5 月 19 日至 20 日及 5 月 20 日至 31 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 5 萬 4,648 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、關於其餘未准核退 112 年 5 月 20 日至 31 日住院就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>三、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○衛生院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：新冠肺炎，重度。</p> <p>三、就醫情形：112 年 5 月 19 日至 20 日及 5 月 20 日至 31 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 8 萬 7,504 元（各 6,016 元、8 萬 1,488 元）。</p> <p>五、核定內容： 依所附出院記錄，申請人就診為發熱 5 天，但心跳、血壓、血氧、神智、白血球指數、CRP、PCT 等全都正常，胸部斷層也僅有不排除為病毒，原則上門診服用抗病毒藥物即可，不符合急診及住院適應症，該 2 次住院各改核門診 1 次給付，爰依該署公告「112 年 4、5、6 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 1,088 元，各核退 1,088 元，合計 2,176 元；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人主張其 112 年 5 月 19 日入院前已反覆高燒 5 日，應過了新冠病毒高峰期，但因所有臨床症狀並未好轉且持續高燒，因此入院檢查治療，主要的病況是 CT 檢查雙肺感染嚴重，醫生建議馬上入院治療，否則有生命危險。112 年 5 月 20 日入院，主因其知悉自身情況並未好轉且持續高燒，與醫生商討診治情況，決定轉院就診。入院治療後持續高燒多日，主要治療非新冠病毒，是雙肺嚴重感染，治療期間拍攝 CT，其肺炎病程長，並非新冠肺炎流感化之輕症狀，主因併發重症型肺炎，使其有生命危險，醫生建議須入院治療云云，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 51 條第 4 款及第 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 3 條、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>（四）改制前行政院衛生署（於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）</p>

91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。

(五) 健保署112年4月13日健保醫字第1120661366號公告。

二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「24小時內入出院記錄」、「出院記錄」、「診斷證明書」、「出院診斷證明書」、「檢驗報告單」、「門診病歷」、「CT檢查報告單」、「CT影像報告單」等就醫資料影本及CT片顯示，申請人112年5月19日因「反復發熱5天」至○○衛生院住院就醫，身體診察結果，體溫38.7°C，診斷為「1.肺部感染；2.新型冠狀病毒感染」，入院期間接受抗感染、退熱等對症支持治療，112年5月20日出院(第1次住院)，旋於出院當天經門診以「發熱1周，咳嗽，咳痰3天」為主訴入住○○醫院，身體診察結果，體溫39.4°C，經新型冠狀病毒RNA測定，SARS-Cov-2陽性(+)，診斷為「1.雙側肺炎；2.新型冠狀病毒感染」，接受抗感染、止咳化痰、退熱、補液等對症支持治療，5月30日複查感染指標明顯下降，5月31日出院(第2次住院)，茲查核分述如下：

(一) 關於醫療費用5萬4,648元部分

此部分申請人於112年12月19日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，其中112年5月19日至20日(第1次)住院部分，同意按收據記載金額，扣除原已核退之門診費用1,088元及本保險不給付項目397元後，補核退費用4,531元(6,016元-397元-1,088元=4,531元)，另112年5月20日至31日(第2次)住院部分，同意給付7日住院費用，依前開公告之核退上限，住院每日7,315元，於扣除原已核退之門診費用1,088元後，補核退費用5萬117元(計算式：7,315元x7-1,088元=50,117元)，合計核退費用5萬4,648元(計算式：4,531元+50,117元=54,648元)，並於113年1月5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付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於未准核退之112年5月19日至20日住院醫療費用差額397元部分

此部分係申請人112年5月19日至20日住院費用中屬本保險不給付項目之中成藥及其他費用，健保署不予核退，核無不合。

(三) 關於其餘未准核退之112年5月20日至31日住院醫療費用差額部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因反覆高燒5日入院，SARS-Cov-2陽性，且112年5月24日胸部CT檢查顯示雙側肺炎浸潤，屬於重度新冠肺炎，屬不可預期之緊急傷病，有緊急住院治療之必要，依其病情，住院11日尚屬合理。

2. 綜合判斷：同意核退 11 日住院費用。

三、綜上，原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 5 月 19 日至 20 日及 5 月 20 日至 31 日住院就醫自付之醫療費用計 5 萬 4,648 元部分，應不予受理；關於其餘未准核退之 112 年 5 月 20 日至 31 日住院醫療費用差額部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；至其餘未准核退之 112 年 5 月 19 日至 20 日住院醫療費用差額部分，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，部分有理由，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款及第 19 條第 1 項暨第 2 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 3 月 14 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 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

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、門診每人、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。」

六、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。」

七、健保署112年4月13日健保醫字第1120661366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4、5、6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4月至 112年6月	1,088	3,704	7,315

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。」