

審 定	
主 文	原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 11 月 29 日至 12 月 28 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 4 萬 6,025 元部分申請審議不受理；其餘未准核退部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：A 型流感、肺炎合併急性呼吸衰竭。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）112 年 11 月 28 日急診。</p> <p>（二）112 年 11 月 29 日至 12 月 28 日住院(住院 29 日)。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）各 5,575 元、114 萬 2,322 元，合計 114 萬 7,897 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112 年 11 月 28 日急診：同意給付，按健保署公告「112 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 3,340 元，核退 1 次急診費用 3,340 元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>（二）112 年 11 月 29 日至 12 月 28 日住院：同意給付合理住院日數 7 日，按前揭健保署公告核退上限，住院每日 6,575 元，核退 7 日住院費用計 4 萬 6,025 元(6,575 元×7=46,025 元)，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人主張其 112 年 11 月 28 日身體不適，高燒及呼吸困難急診，診斷為「A 型流感確診」及「肺炎」。11 月 29 日至 11 月 30 日肺炎急速惡化，MRSA，入加護病房，11 月 30 日安裝中心靜脈注射，12 月 2 日至 11 日肺炎重症、心臟衰竭及 ARDS，插管治療。12 月 14 日肋膜嚴重積水，肺部排水管置入手術，38 度以上高燒，反覆 20 日以上，12 月 15 日診斷敗血症症狀，12 月 11 日移除內管呼吸器，改用正壓呼吸器，12 月 19 日移除肺部排水管，12 月 20 日 移除中心靜脈注射，12 月 20 日(誤植為 21 日)轉入一般病房至 27 日，每日 2 次肢體復健及肺炎用藥治療，12 月 28 日日本醫護人員全程護送返台，低血氧狀態於機上使用氧氣鋼瓶，12 月 28 日至今肺部修復治療及肺部呼吸復健，肺部嚴重纖維化等語，就未准核退之住院費用部分不服，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>

- (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 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。

## 二、健保署提具意見

為維護申請人權益，該署依其申請爭議審議申請書補述事實、理由及相關文件再送專業審查，認定申請人為 34 歲男性，無明顯過往疾病史，112 年 11 月 27 日出現感冒症狀，112 年 11 月 28 日仍入境日本，112 年 11 月 29 日因 A 型流感肺炎住院，初期使用 CPAP，112 年 12 月 2 日插管使用呼吸器，pressure support level 僅 5 cmH<sub>2</sub>O，positive end expiratory pressure 逐步由 20 降至 6 cmH<sub>2</sub>O、FiO<sub>2</sub> 多於 30-40% 間，最高僅 50%，後於 112 年 12 月 11 日拔管使用 high flow oxygen 觀察，病程中亦予抗病毒藥物及抗生素治療，綜觀療程 29 天住院確實過長，依病情及所附資料改核以 14 天住院天數足供處置，爰補付 7 天住院費用 4 萬 6,025 元。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「診斷書」、醫師說明、「細胞診報告書」、「下肢深部靜脈檢查報告書」、「畫像診斷報告書」、「檢查詳細情報」、「一般細菌檢查」、「抗酸菌檢查」等就醫資料影本、影像光碟及健保署意見書顯示，申請人於 112 年 11 月 27 日出現感冒症狀就診，接受 SARS-CoV-2 病毒感染檢測呈現陰性，112 年 11 月 28 日前往日本後出現體溫 37.8°C 及呼吸困難等症狀，經急診就醫並於翌日 112 年 11 月 29 日收治入院，經診斷為 A 型流感、肺炎合併急性呼吸衰竭，112 年 12 月 28 日出院，經健保署依核退上限給付 7 日住院費用 4 萬 6,025 元，其餘住院醫療費用不予核退，茲查核分述如下：

### (一) 關於醫療費用 4 萬 6,025 元部分

此部分申請人於 113 年 3 月 21 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付合理住院天數 14 天，爰依前揭核退上限，住院每日 6,575 元，扣除原已核退之 7 日住院費用 4 萬 6,025 元，補核退 7 日住院費用 4 萬 6,025 元，並於 113 年 3 月 28 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，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

### (二) 關於其餘醫療費用 105 萬 272 元(計算式：1,142,322 元-46,025 元-46,025 元=1,050,272 元)部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人 112 年 11 月

29日住院，因肺炎狀況持續惡化，至112年12月2日插管使用侵襲性呼吸器支持，112年12月9日開始使用抗生素(Vancomycin、Clarithromycin)，112年12月11日拔管改用高流量鼻導管，112年12月15日使用一般鼻導管，112年12月20日轉入一般病房，112年12月23日起不需使用氧氣，112年12月28日出院，依據申請人治療療程及醫療常規，其病症有予以24日住院治療之必要。

2. 綜合判斷：申請人住院29日，同意核退24日住院費用。

四、綜上，原核定關於重新核定補核退住院醫療費用4萬6,025元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘未准核退之住院醫療費用撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分有理由，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2項規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 5 月 31 日

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限。」

五、健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 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)
112 年 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

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。」