

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區江蘇省○醫院及○醫院。</p> <p>二、就醫原因：肺部感染、新型冠狀病毒感染、病毒性肺炎等。</p> <p>三、就醫情形：112年6月5日至6月16日及112年6月16日至8月1日計2次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計43萬5,454元（各10萬893元及33萬4,561元，不含住院期間未經公驗證之112年7月5日、18日、21日及24日外配藥房發票、票據金額）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112年6月5日至6月16日住院：經專業審查，同意給付合理住院日數7天，按健保署公告之「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」，住院每日7,315元，給付7日住院費用計5萬1,205元（計算式：7,315元*7=51,205元）；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>（二）112年6月16日至8月1日住院：非屬不可預期之緊急傷病，不予核退。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>（二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條。</p> <p>（三）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>（四）健保署112年4月13日健保醫字第1120661366號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>（一）本件經專業審查，認定112年6月5日至6月16日依所附資料、病情及檢查結果，病情改善，應可協助儘早出院，同意給付住院合理日數7日；另112年6月16日至8月1日住院非必要之再住院，且安排過多非必要之檢查，又前○醫院已註記病情好轉，不同意給付。</p> <p>（二）為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實及相關佐證文件，再送專業審查結果，認定支氣管鏡檢自費外加檢驗出多重感染病原，非必定為致病菌或病毒，無據以延長住院之理由，又因新型冠狀病毒感染所衍生呼吸衰竭，於第一次○醫院住院時已好轉，且112年6月10日降血鈣素已降至<0.05（參考2021最新版敗血症治療指引），初次審查給予之天數已足夠評估</p>

處置，另高流量經鼻氧氣給予非為必要之持續例行處置，仍維持原核定，不予核退。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院紀錄」、「呼吸感染症候群病原靶向檢測」等相關就醫資料影本顯示：

- (一) 申請人因發熱及咳嗽5天，於112年6月5日至6月16日入住○醫院，經診斷為「1.肺部感染、2.高血壓3級、3.高脂血症」等，接受抗感染、抗炎、抗病毒、舒張支氣管、化痰、抗凝、高流量呼吸濕化等治療後，症狀已逐漸好轉，依醫療常規，申請人之病況予以7日住院治療，已足夠因應緊急醫療之所需。
- (二) 申請人為求進一步治療於112年6月16日至8月1日轉入住○醫院，接受檢查及藥物治療，申請理由雖主張住院11天，呼吸嚴重困難，用藥毫無進展，轉至○醫院繼續治療，其間呼吸嚴重衰竭，反覆發燒和血氧低下云云，惟「出院記錄」記載申請人「自覺症狀較前好轉，06-12復查CT兩肺感染較前進展」，且入院時身體診察結果「體溫正常(36.7度)…神智清，精神可，兩肺呼吸音粗，未及明顯干濕囉音。律齊，各瓣膜聽診區未聞及病理性雜音。」，其病情並無緊急住院必要性。
- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，112年6月5日至6月16日部分核退7日住院費用，112年6月16日至8月1日住院費用，不予核退。

四、申請人主張其於112年5月底因呼吸道不適嚴重咳嗽，自行服藥一周未見好轉，自行新冠快篩呈現陽性反應，6月3日至院急診，因持續發燒6月5日再次急診，住院期間肺部感染嚴重，血氧低至90以下，使用高流量氧氣治療，住院11天，因血氧低下，呼吸嚴重困難，用藥毫無進展，故於當日轉至○醫院繼續治療，期間呼吸嚴重衰竭，反覆發燒和血氧低下，長時間在89~91，除使用高流量氧氣(50 l/min)治療一個多月，還使用外配藥房免疫球蛋白和人血白蛋白治療，加強免疫力。7月21日做了肺纖維支氣管鏡檢查手術，報告檢出耶氏肺孢子菌1344序列、單純皰疹病毒I型715序列、人泡疹病毒4型343序列、人呼吸道病毒3型8543序列，其在確定檢出耶氏肺孢子菌肺炎及其他病毒後，即對症投以抗真菌Compound Sulfamethoxazole 复方磺胺甲噁唑片和抗病毒藥物，一周後呼吸及血氧逐步改善，也未再發燒，於8月1日帶藥出院，繼續服用抗真菌藥物一個月，恢復日常作息云云，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。」，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 112 年 6 月 5 日至 6 月 16 日住院部分，予以 7 日住院治療，已足夠因應緊急醫療之所需，另 112 年 6 月 16 日至 8 月 1 日住院部分，其病情並無緊急住院必要性，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署核退 7 日住院費用計 5 萬 1,205 元，其餘醫療費用不予核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

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 113 年 5 月 16 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。」

三、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。」

四、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。」