

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○醫療財團法人○醫院（以下簡稱○醫院）。 二、就醫情形：以自費身分於 114 年 7 月 14 日至 17 日住院(ICU)，自付醫療費用計 4 萬 8,898 元。 三、案件緣由及健保署原核定內容要旨： 申請人於 115 年 1 月 14 日(健保署收件日)向健保署申請核退 114 年 7 月 14 日至 17 日於○醫院住院自付醫療費用 4 萬 8,898 元，案經健保署以 115 年 2 月 11 日健保北字第○號函復申請人，略以經洽該醫院表示，不符本保險訂定之醫療服務給付項目及支付標準之規定，且申請人親屬許○○已簽署自費住院同意書在案，所請核退費用，該署未便同意等語。 四、申請人檢附健保署前開函及醫療費用收據影本，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 40 條第 1 項、第 53 條第 1 款及第 4 款。 (二) 全民健康保險醫療辦法第 18 條。 (三) 「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫給付項目及支付標準第二章第一節第 5 點(一)。 二、健保署提具意見 (一) 本案經洽○醫院表示，申請人為呼吸器依賴病人，且無法脫離呼吸器，ICU 天數已達需下轉標準，院所已連繫好後續下轉醫院(○醫院)，惟申請人家屬想轉至○醫院，○醫院因床位問題無法轉院，致申請人 114 年 7 月 14 日至 17 日需以自費方式住院。 (二) 另查該署「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫附件二第二章第一節第 5 點規定「所有個案皆需依階段下轉之原則辦理，加護病房階段：除符合延長加護病房照護之狀況外，照護日數最長為 21 日，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離」。 (三) 綜上，本案原核定並無不當。 三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院病歷摘要」、「呼吸器使用記錄」、「自費住院同意書」、「保險對象住診申報紀錄明細表」等相關資料，認為： (一) 按「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」、「保險人就下列事項，

不予保險給付：四、違反本保險規定之有關就醫程序。」為全民健康保險法第 40 條第 1 項及第 53 條第 4 款所明定，又依全民健康保險法第 40 條第 2 項授權訂定之全民健康保險醫療辦法第 18 條第 4 款復規定：「保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：四、遵從醫囑接受轉診服務。」，爰此，保險對象未遵從醫囑接受轉診服務者，本保險得不予給付，先予敘明。

(二) 再者，健保署為改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用，自 89 年起訂有「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，於該計畫規定，呼吸器依賴患者整合性照護分為 4 階段：1. 加護病房(ICU)、2. 亞急性呼吸照護病房(RCC)、3. 慢性呼吸照護病房(RCW)及 4. 居家照護，所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，加護病房階段除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為 21 天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

(三) 依卷附就醫資料顯示，本件申請人 114 年 6 月 9 日因呼吸困難入住○醫院，6 月 17 日轉入 ICU 病房使用非侵襲性呼吸器，因二氧化碳累積與低血氧等症狀，於 6 月 19 日插管改用侵襲性呼吸器，21 天後，○醫院建議下轉至○醫院之亞急性呼吸照護病房(RCC)，因申請人家屬要求轉至○醫院及該醫院床位問題無法立即轉院，於 114 年 7 月 14 日由家屬簽署「自費住院同意書」，自費續住 ICU 病房至 114 年 7 月 17 日出院(同日入住至○醫院)。

(四) 查申請人之病情已符合下轉至第二階段亞急性呼吸照護病房(RCC)，並由家屬簽署自費同意書，自費續住 ICU 病房，爰同意健保署意見，不予核退系爭 114 年 7 月 14 日至 17 日住院(ICU)醫療費用。

四、申請人主張其於 114 年 6 月 19 日因呼吸疾病入住○醫院 ICU 病房進行插管，住院 21 日後，院方要求離開醫院，如續住需自費，因插管中仍需住院治療，只能依醫師要求自付費用；另查健保並沒有規定住院或 ICU 只能住幾天，請查明並核退費用云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(一) 全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於

	財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而被保險人所使用之藥品或診療服務逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，而非在核定之適應症範圍內，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照。 (二) 本件經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人之病情已可下轉至亞急性呼吸照護病房(RCC)，申請人家屬要求續住 ICU 病房，並不符合本保險給付規定，已如前述，況卷附「自費住院同意書」已載明「病患許張○○經醫師診斷符合出院狀況，同意以自費身份繼續住院，自費住院期間所有費用由病患自行負擔」等語，業經申請人家屬許○○簽名確認，有該同意書影本附卷可稽，足見申請人家屬應早已知悉不符健保給付條件，自行選擇以自費方式住院，事後再行爭執，難謂為有理由。 五、綜上，健保署核定不予核退系爭醫療費用，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 115 年 6 月 29 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 40 條第 1 項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

二、全民健康保險法第 53 條第 1 款及第 4 款

「保險人就下列事項，不予保險給付：一、住院治療經診斷並通知出院，而繼續住院之部分。四、違反本保險規定之有關就醫程序。」

三、全民健康保險醫療辦法第 18 條

「保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：一、遵守本保險一

切規定。二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥、處置、住院或轉診。四、遵從醫囑接受轉診服務。五、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。六、依規定繳交應自行負擔之費用。」

四、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫給付項目及支付標準第二章第一節第5點(一)

「所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：(一)「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為 21 天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。」