

| 審定 |   |
|----|---|
| 主文 | 原核定關於未准核退申請人於 113 年 11 月 18 日至 12 月 10 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。  |
| 事實 | <p>一、境外就醫地點：西班牙○○。</p> <p>二、就醫原因：氣喘嚴重發作急性呼吸衰竭。</p> <p>三、就醫情形：113 年 11 月 18 日至 12 月 10 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）69 萬 5,880 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>本件經專業審查，認為申請人感染合併嚴重氣喘發作致呼吸衰竭與酸血症，使用機械通氣 12 天，合理住院日數為 15 日，按健保署公告之「113 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 6,493 元，核退 15 日住院費用計 9 萬 7,395 元 (<math>6,493 \text{ 元} \times 15 = 97,395 \text{ 元}</math>)；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人主張其 113 年 11 月 18 日因氣喘嚴重造成呼吸衰竭，由救護車緊急送院並插管送加護病房，期間昏迷 1 周至 113 年 12 月 1 日才甦醒拆除呼吸管，之後發現雙臂及脖子出現大量毛囊炎並有部分化膿嚴重，醫師開立皮膚藥膏擦拭並抽血檢查原因，113 年 12 月 3 日又因臥床多日嚴重脫水，無進食及運動，肌肉萎縮無法站立及行動、盥洗及飲食均需家屬幫忙，其家屬雖要求出院回臺診療，但主治醫師告知因病情嚴重，雖已脫離危險期，但各項器官功能尚未恢復且氣候乾冷，為確保長途搭機安全，需再住院觀察 7 天，113 年 12 月 3 日至 10 日，每日施打點滴 3 瓶，服用藥物治療，胸腔 X 光檢查及身體肌群復健，其身體狀況確實不能自加護病房出來，無法自主行走，立刻回臺等語，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 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</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 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料再經專業審查，認為申請人因急性氣喘及感染於 113 年 11 月 18 日住院治療，符合緊急傷病範圍，其於 113 年 11 月 30 日停止呼吸器治療及拔除呼吸管，並於 113 年 12 月 2 日移除高流量氧氣及鼻胃管，已屬自主能力恢復，完全脫離緊急傷病範圍，皮膚問題、其後的觀察及體力恢復問題乃屬後期慢性治療，非屬緊急傷病給付範圍，維持原給</p>  |

付 15 天住院費用。

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「INFORME DE RESUMEN CLINICO」(臨床總結報告)、「INFORME CLINICO DE ALTA」(出院臨床報告)等就醫資料(含中譯)影本、照片顯示：

(一) 申請人因嚴重氣喘發作致急性呼吸衰竭與酸血症，於 113 年 11 月 18 日住院就醫，經緊急插管使用機械通氣，113 年 11 月 30 日拔管脫離呼吸器，113 年 12 月 2 日移除高流量氧氣與鼻胃管，113 年 12 月 3 日轉入一般肺科病房繼續治療，113 年 12 月 10 日出院，依醫療常規，申請人上述之病況，自移除高流量氧氣後，轉入一般肺科病房再觀察治療 3 日，其急性呼吸衰竭始得緩解，故合理住院天數為 18 天。

(二) 綜合判斷：同意核退 18 日住院費用。

四、綜上，健保署僅核退 15 日住院醫療費用計 9 萬 7,395 元，即有未洽，爰將原核定關於未准核退住院醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，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 19 條第 2 項規定，審定如主文。

中華民國 114 年 6 月 27 日

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 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。」

### 三、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利。」

### 四、健保署 113 年 10 月 11 日健保醫字第 1130664658 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 113 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<br>年月                  | 門診<br>(每次) | 急診<br>(每次) | 住院<br>(每日) |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| 113 年 10 月至<br>113 年 12 月 | 1,034      | 3,394      | 6,493      |

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。」