

審定	
主文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 8 月 5 日至 15 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2 萬 484 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事實	<p>一、境外就醫地點：泰國○○。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染，疑似急性細支氣管炎 (R/O Acute bronchiolitis)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 114 年 8 月 4 日門診。</p> <p>(二) 114 年 8 月 5 日至 15 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 15 萬 6,458 元(門診及住院醫療費用各為 4,977 元及 15 萬 1,481 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 8 月 4 日門診：按健保署公告之「114 年 7、8、9 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 1,039 元，給付 1 次門診費用 1,039 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(二) 114 年 8 月 5 日至 15 日住院：不符不可預期之緊急傷病就醫，核定不予核退醫療費用。</p> <p>六、申請人就未准核退 114 年 8 月 5 日至 15 日住院費用部分不服，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> <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。</p> <p>(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。</p> <p>(五) 健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依其爭議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定 X 光正常，住院時體溫 37.2°C，完全無記錄活動力、胃口情形，無法判定須住院長達 10 天，考量年齡小，同意給付合理住院日數 3 日住院醫療費用。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「Medical Certification」、「RADIOLOGY RESULT」、「Discharge Summary」等</p>

就醫資料影本及 X-Ray 影像光碟顯示，申請人於 114 年 8 月 4 日門診就醫，經診斷為「Pneumonia, unspecified」[肺炎，未明示病原體，診斷代碼 (ICD-10)：J189]，接受藥物治療，並於 114 年 8 月 5 日至 15 日住院，健保署業依規定核退其中 114 年 8 月 4 日門診費用，茲就未准核退之 114 年 8 月 5 日至 15 日住院費用 15 萬 1,481 元部分，查核分述如下：

(一) 關於住院醫療費用 2 萬 484 元部分

此部分申請人於 114 年 11 月 19 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付 3 日住院費用，依前揭健保署公告核退上限，住院每日 6,828 元，核退 3 日住院費用計 2 萬 484 元($6,828 \text{ 元} \times 3 = 20,484 \text{ 元}$)，並於 114 年 12 月 4 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補核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之住院醫療費用差額 13 萬 997 元(計算式： $151,481 \text{ 元} - 20,484 \text{ 元} = 130,997 \text{ 元}$)部分

查申請人於 114 年 8 月 5 日至 15 日因「cough, lung crepiration+rhonchi, fever」(咳嗽，肺部異音，發燒)住院 10 日，主診斷雖為「Pneumonia, unspecified」[肺炎，未明示病原體，診斷代碼 (ICD-10)：J189]，惟住院病歷資料記載病史並不詳細完整，且胸部 X 光檢查正常，依臨床判斷為上呼吸道感染，疑似急性細支氣管炎，住院 3 日已足因應緊急醫療之所需，同意健保署意見，核退 3 日住院費用，其餘醫療費用，不予核退。

四、申請人之法定代理人主張申請人於 114 年 6 月 28 日至 8 月 15 日期間隨家人赴泰國短期探親，出國前，於臺灣小兒科診所開立感冒藥物，以便旅外期間臨時狀況使用，於 114 年 8 月 1 日起出現流鼻涕症狀，經服用備用藥物後至 114 年 8 月 4 日未見改善，鼻涕轉為濃稠黃色並出現呼吸聲重，遂前往兒科門診就醫，醫師聽診後發現肺部痰音明顯、呼吸略喘，並建議立即住院觀察，家屬因自備隨身霧化器，與醫師討論後暫以口服藥物觀察，醫師並明確提醒，若出現明顯呼吸急促或胸骨下陷，應立即返院急診；翌日(8 月 5 日)凌晨，出現呼吸急促、頻咳、吐奶及拒食情形，立即回院門診，經醫師評估後強烈建議住院，並安排胸部 X 光檢查，雖放射報告顯示「肺部未見明顯陰影」，經醫師判斷當時為急性上呼吸道感染，病情有向肺部發展的風險，且已出現呼吸急促、拒食與嘔吐等症狀，基於嬰兒病情變化迅速的特性，醫師認為需即刻住院，以免發生呼吸惡化或脫水風險；住院期間每日抽痰及霧化治療 2-3 次，第 5 日起出現發

燒，並出現嘔吐與下痢症狀，最終共住院 10 日，其病程發展與治療密度已超出門診及居家照護可處理之範圍，後續由醫院出具之診斷證明亦明確載明為肺炎，再次佐證確屬急性且須住院處置之病情，並非輕症可在門診處理；申請人當時年齡未滿 1 歲，屬呼吸道感染高風險族群，病程進展迅速且已影響進食與呼吸，屬非預期之急性病變且具臨床急迫性之住院情形云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 査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利，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重核補付 3 日住院費用外，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，認為申請人病症予以 3 日住院治療，已足以因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。五、綜上，原核定關於重新核定核退 114 年 8 月 5 日至 15 日住院醫療費用計 2 萬 484 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用 13 萬 997 元，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 2 月 3 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 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 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 114 年 7、8、9 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)
114 年 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」