

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 5 月 13 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,034 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：新加坡○○及○○。</p> <p>二、就醫原因：左側小指中間指骨閉鎖性骨折及姿勢性眩暈等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114 年 5 月 13 日、15 日計 2 次急診。</p> <p>（二）114 年 5 月 21 日門診（原核定誤列為急診）。</p> <p>（三）114 年 8 月 1 日至 6 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 8 萬 1,228 元（含 114 年 5 月 13 日急診費用 3,558 元）</p> <p>五、核定內容：</p> <p>經專業審查，認為申請人 114 年 4 月 28 日在法國左小指於開門時意外撞傷，114 年 5 月 12 日回新加坡，於 114 年 5 月 13 日、15 日急診、114 年 5 月 21 日門診，綜觀整個就醫過程及病情主訴非屬不可預期之緊急傷病，114 年 8 月 1 日至 6 日住院，依檢附資料，病情未合併急性意識障礙或肢體失調，不符合不可預期之緊急傷病，不予給付。</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 3 條、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 4 月 11 日健保醫字第 1140661642 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復依其所附相關資料再送專業審查結果：（一）114 年 4 月 28 日於法國左小指受傷，申請人表示傷後持續紅腫熱痛，影響日常生活功能，方於 5 月 13 日至新加坡醫院急診接受 X 光檢查，5 月 15 日 X 光檢查診斷為左小指閉鎖性骨折並開立止痛藥，安排 5 月 21 日複診及副木保護，同意給付 5 月 13 日門</p>

診費用以辨明病因，5月15日及21日為同一疾病連續就診，且未
有其他須緊急處置之病情，故不予給付。(二)114年8月1日至6
日住院，依所附資料，缺乏生命跡象記載或相關檢驗檢查紀錄，且
病人無意識及生命徵兆不穩定之危象，尚難認屬因不可預期之緊急
傷病而就醫，維持原議，不予給付。

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
「AFTER VISIT SUMMARY」、「OP Time Chit」、「Medical Certificate
(MC)」、「Lab Reports」、「DISCHARGE SUMMARY」、醫師說明等就醫
資料影本，茲查核分述如下：

(一)關於114年5月13日急診醫療費用1,034元部分

此部分申請人於115年2月12日(本部收文日)申請審議後，業
經健保署再經專業審查結果，同意改以1次門診費用核付，依健
保署公告「114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」，門診每次1,034元，於115年3月18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1次門診醫療費用計1,034元在案，則此部分申請
爭議審議之標的已不存在。

(二)關於其餘未准核退之114年5月13日急診醫療費用差額2,524
元(計算式：3,558元-1,034元=2,524元)及114年5月15日急
診、114年5月21日門診部分

此部分申請人114年4月28日於法國因左小指受傷(left little
finger injury sustained)，嗣於114年5月13日至新加坡急
診就醫，接受X光檢查，復於114年5月15日急診，診斷為「左
側小指中間指骨閉鎖性骨折(Close fracture of middle
phalanx of left little finger)」，並於114年5月21日複診
接受副木(splint)固定處置，依醫療常規，其傷症予以1次門
診治療即足因應其緊急醫療之所需，後續114年5月15日急診
及114年5月21日門診皆係因同一傷症就診，均尚難認屬因不
可預期之緊急傷病而就醫。

(三)關於114年8月1日至6日住院部分

此部分申請人於114年8月1日住院就醫，診斷為「Postural
Dizziness With Near Syncope」(姿勢性頭暈伴隨近乎昏厥)、
「Palpitation」(心悸)、「Hypothyroidism」(甲狀腺功能低下)，
接受藥物治療，於114年8月6日出院，申請人雖陳稱其低血壓

與嚴重暈眩、伴隨心悸、胸悶，為防範發生昏倒意外，決定就醫等語，惟卷附住院就醫資料並無情況緊急之相關描述，且低血壓及姿勢性眩暈一般為一過性症狀，無住院之必要，尚難認屬應不可預期之緊急傷病而就醫。

(四) 綜合判斷：同意健保署意見，114年5月13日急診部分，給付1次門診費用，不予給付114年5月15日急診、5月21日門診及114年8月1日至6日住院費用。

四、申請人主張其114年4月28日於法國旅遊期間，因突發意外撞擊導致左小指傷損，此屬外力造成之突發性傷害，為不可預期之意外事件，傷後左小指持續紅腫熱痛，影響日常生活，且懷疑有骨折狀況，其返抵新加坡後於114年5月13日至○○急診室尋求診治，經急診X光檢查確診為「左小指閉鎖性骨折」，院方隨即於5月15日緊急召回申請人進行處置，並安排一週內複診，5月21日骨科專科門診醫生與職能治療師進行手指功能確認及手夾板固定治療，至115年1月2日都還在接受職能治療門診追蹤，骨折傷害若未及時處置，恐導致永久性功能障礙或癒合不良；另其定期於心臟科、腦神經外科及耳鼻喉科進行腦下垂體良性瘤及甲狀腺結節追蹤，114年6月至7月間持續出現低血壓、暈眩、心悸及胸口不適，站立時時常覺得會昏倒等症狀，當時兩次門診醫生僅建議多飲水休息，未因當時症狀安排提早就醫，114年8月1日，其因低血壓與嚴重暈眩惡化，伴隨心悸、胸悶，為防範發生昏倒意外，決定至醫院就醫，醫生臨床檢查初步診斷為Postural Dizziness With Near Syncope收治入院，住院期間經多次心電圖、胸部X光及多項血液檢查，並會同心臟科、內分泌科醫生及物理治療師進行整合診治，並於8月6日出院，請參考臺灣急診醫學會文獻(第155號通訊)，住院診斷明確為Postural Dizziness With Near Syncope、Palpitation、Hypothyroidism，證實基礎醫療已不足以確保其安全，確屬不可預期之緊急住院需求云云，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。」，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) 本件申請人系爭急、門診及住院就醫，其中 114 年 5 月 13 日急診部分，健保署已重新核定改核付 1 次門診費用，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 114 年 5 月 13 日病情於門診治療即足因應其緊急醫療之所需，而 114 年 5 月 15 日急診、114 年 5 月 21 日門診及 114 年 8 月 1 日至 6 日住院皆非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，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 5 月 13 日急診醫療費用計 1,034 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，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 5 月 15 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 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。」

四、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

