

審 定	
主 事	<p>文 申請審議駁回。</p> <p>實 一、境外就醫地點：大陸地區成都市○口腔門診部。 二、就醫原因：齲齒、牙周炎等。 三、就醫情形：113 年 8 月 13 日就診(依「醫學診斷證明表」記載就診科別為「牙科急診部」，病歷記載就醫科室為「醫療部」)。 四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)5 萬 2,542 元。 五、核定內容： 本件經專業審查，同意按健保署公告「113 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 1,023 元，核退 1 次門診費用計 1,023 元；其餘醫療費用，不予核退。 六、申請人不服，主張其於核退申請書上誤勾選為門診，而診斷證明內容有「急診」，請核退自墊醫療費用或急診費用云云，向本部申請審議。</p>
理	<p>由 一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。 (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。 (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。 (四) 健保署 113 年 7 月 5 日健保醫字第 1130663130 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由及相關證據文件，併同申請人前於 113 年 5 月 28 日向該署申請 113 年 5 月 9 日、11 日、16 日、24 日及 27 日於大陸地區牙科就醫醫療費用案資料，再經專業審查，認定本次就醫為 113 年 5 月 9 日之連續醫療，雖為急診，但診療內容為根管治療及假牙處理，其內容與一般門診無異，故不同意給付急診，本案維持原核定。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「醫學診斷證明表」等就醫相關資料影本及健保署意見書，認為：</p> <p>(一) 申請人因自述左側牙疼 3+天、夜間加劇於 113 年 8 月 13 日就診，診斷為「26 慢性根尖周炎急性發作 37 根充術後 46 慢性根尖周炎」，接受牙位 26 牙齒開髓封藥(急性炎症消退後行根管治療)、牙位 37 備牙、製作牙冠等治療處置，其病情不符合急診適應症，予以門診治療已足因應醫療之所需。</p>

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 次門診費用。

四、申請人主張其於核退申請書上誤勾選為門診，而診斷證明內容有「急診」，請核退自墊醫療費用或急診費用云云，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，亦認為申請人之病情，予以門診治療即可因應醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署按該署公告門診核退上限，核退醫療費用計 1,023 元，其餘醫療費用未准核退，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。

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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

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 113 年 7 月 5 日健保醫字第 1130663130 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 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)
113 年 7 月至 113 年 9 月	1,023	3,403	6,362

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。」

