

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：義大利○○。</p> <p>二、就醫原因：左側下顎第三大白齒齒槽炎。</p> <p>三、就醫情形：114 年 2 月 19 日及 24 日計 2 次門診(依健保署意見書記載)。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣(下同) 1,991 元、5,491 元，合計 7,482 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 114 年 3 月 27 日受理號碼 0000000000、0000000000 核退核定通知書</p> <p>114 年 2 月 19 日門診：按健保署公告「114 年 1、2、3 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 1,072 元，給付費用 1,072 元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 114 年 5 月 7 日受理號碼 0000000000 核退核定通知書</p> <p>114 年 2 月 24 日門診：核定金額 0 元[114 年 2 月 19 日就醫，依檢附資料只有處方藥物及做檢查的收據，無當次的診斷病名及做何種牙科處置，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，故無法給付；114 年 2 月 24 日就醫，依所附診所就醫證確實有做拔牙傷口清創處置並開立藥物，故同意給付。雖看診 2 次皆屬同一疾病，當初行政作業誤認為 114 年 2 月 19 日(全景攝影)及 2 月 24 日 2 次門診為同一疾病，將其費用合併計算已給付門診 1 次，經再次專業審查，依舊只同意給付門診 1 次，故本案不再核付相關費用]。</p> <p>六、申請人檢附前開健保署核退核定通知書影本，一併向本部申請審議。</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 3 條、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 114 年 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p>

為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議所附相關資料再送專業審查結果，認為申請人114年2月19日及24日就醫，依所附資料，所施行之醫療以門診緊急處置即可，不符支付標準之急診定義，且114年2月24日為2月19日同一疾病複診，非屬不可預期之急急傷病，維持原核定，給付門診1次。

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就醫相關資料(含中譯註記文字)影本顯示：

(一) 申請人於114年2月19日及24日就醫，接受牙科全景斷層攝影檢查、抗生素沖洗及藥物治療，參酌申請審議理由陳稱，申請人於113年12月25日因左下第三白齒阻生和錯位，於臺灣診所接受複雜性拔牙手術，114年1月29日回義大利探親，114年2月19日及24日兩次發生急性齒槽炎等語觀之，申請人2次就醫均係因左側下顎第三大白齒齒槽炎接受治療，其病情經門診治療已足以因應緊急醫療之所需。

(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113年12月25日因左下第三白齒阻生和錯位，於臺灣診所做了複雜性拔牙手術，114年1月29日回義大利探親，114年2月19日及24日兩次發生急性齒槽炎，健保只理賠1次門診，致電健保署解釋牙醫沒有急診，只有門診，所以只能理賠門診。但其緊急就醫2次都是急診，其不服為何急診卻是用門診理賠。就醫資料有寫齒槽炎，但核退清單仍註明114年2月19日就醫依檢附資料只有處方藥物及做檢查的收據，無當次的診斷病名及做何種牙科處置，其質疑健保署之專業且不同意核定結果，請理賠2次急診之理賠金額約新臺幣7,615元云云，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) 本件申請人系爭 2 次就診，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，亦認為門診治療已足以因應緊急醫療之所需，已如前述，另申請人就醫資料係以義大利文記載，中譯註記文字並無「急診」字樣，所稱核有誤解。

五、綜上，健保署依核退上限核退 1 次門診費用 1,072 元，其餘未准核退，並無不合，原核定均應予維持。

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、精神病患者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。」

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 1 月 13 日健保醫字第 1140660006 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 1、2、3 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 1 月至 114 年 3 月	1,072	3,455	6,333

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。」