

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士學位論文

全民健保制度下醫療費用支付審查機制之檢討

-以醫師專業自主為核心



指導教授：孫迺翊 博士

研究生：張志誠 撰

中華民國 一〇五年一月

國立政治大學法學院碩士在職專班  
碩士論文學位考試

論文題目：全民健保制度下醫療費用支付審查機制之檢討-以  
醫師專業自主為核心

指導教授：孫迺翊 教授

研究生：張志誠

口試地點：綜合院館北棟 14 樓第三研討室

考試委員

劉平恩

考試委員

吳金峰

考試委員

孫迺翊

中華民國 105 年 1 月 19 日

## 謝辭

回首高中時期，雖然是讀自然組理工科目為主，但是內心對於自由人權、法律公平正義仍不免嚮往，一直蟄伏心中許久。在醫學院畢業後進入臨床成為醫師後，日常生活被許多醫療冗事佔滿，但是內心底層聲音一直呼喚自己，是否該給自己機會？讓自己踏入法律深奧的殿堂，學習此等高深及實用的學問知識。

近年來，當下的社會氛圍處在醫療糾紛頻傳的年代，復加上全民健保醫療環境逐漸惡化，讓醫療人員不免覺得茫然無所適從，到底該怎麼自處才能在每日的執業工作中，避免誤觸法律界限，讓自己的生活免於動輒得咎的恐懼之中。綜合以上的想法後，告訴自己學習法律知識不啻為另一個提升自我，並同時加強自我法律涵養及跨界的醫學法律的結合。

與指導教授孫迺翊教授於勞動社會法課程有初步互動，當時該課程對於勞動人權及社會法的概念採取小班制開放式討論，作專題報告與學員間操作思辨流程之討論方式，開啟我對於切身的勞動人權及醫療社會法的啟蒙認識，而不再只是報紙媒體等角落的隻字片語的報導而已，彼此學員間的社會法、勞動法之經驗與法律爭點討論適法性或是保護人權的觀點切入，對照以往我個人對於社會法概念遠低於對民法、刑法的熟悉度，故而不免引起我在課堂之中的高度興趣。更進一步，在瞭解孫老師對於全民健保等社會保險的專門研究著作等身，加強我對於民法、刑法之外的社會法求知的渴望。

對於我法律碩士專班的學習過程當中，在忙碌的教學醫院體系下，除了照顧住院病人、門診、夜間仍有值班的執業之外，必須撥出自己的時間在平日夜間或是周末上課與討論，除了醫學方面的工作仍須同步進行，並且不時地轉換思考邏輯(不得不承認，醫學和法律仍是差異極大的思辨判斷過程)，讓生活壓力急速上升，甚至病痛上身-椎間盤突出及坐骨神經痛，讓此論文「全民健保制度下醫療費用支付審查機制之檢討」之過程一再延長。附帶感謝一位老師張道義教授，在搜集資料過程當中不吝提供論文著作給素未謀面的我。此外，仍不免要感謝研究室的學弟妹們，有幸能和一群未來的優秀法律專家們共同受教於孫老師門下，在此就不一一點名致謝，感謝妳(你)們能夠指出及教導我寫作論文的注意細節，於相關爭點的討論上提供專業的法律見解，讓論文寫作能更加順暢，在不算短的相處時間內，感受到政大法律系的確是臥虎藏龍的社會菁英搖籃。

最後，感謝有幸能受教於孫老師，感恩孫老師的寬宏與體諒及細心指導，不厭其煩讓我能夠在法律碩班最後一哩路能平順走完。同時非常感謝口試委員吳全峰教授及劉宏恩教授在學位口試中提出重要的問題意識，對於論文修改方向提出寶貴建議與指正，讓本論文有更全面、更嚴謹的修正方向，並且讓本文能在醫療法律的領域中貢獻出一點點微薄心力於相關爭點討論。

# 論文中文摘要：全民健保制度下醫療服務費用支付審查機制之檢討

## -以醫師專業自主為核心

全民健康保險自 1995 年在台灣實施以來，從設立之初面臨整合困境，到近年來因應健保財務的收支平衡及社會保險財政收入公平性規劃，而於 2013 年通過了改良版二代健保規劃(補充保費)，此意謂著台灣健保也面臨了一般社會保險財務沉重負擔的必然困境，同時也讓主管的衛生機關對於醫療給付的支出更限縮、管制更加嚴格。

注重醫療服務品質、衡平健保財務規劃及醫事服務機構的合理費用支付等三者平衡皆是健康保險制度能夠長久維持的重大元素。然而在總額支付制度之嚴格管制財務規劃下，雖然在名義上，健保局將醫療費用審查委託總額受託團體辦理，但受託單位角色上仍扮演行政協助角色，但健保局仍負責所有審查人員聘任、解僱、及最後審查裁量決定權，最後由健保局執行之行政程序將醫療費用支付給予醫事服務機構。

在當前醫療服務費用審查制度下，招致眾多醫療機構及醫事人員批評審查不公、惡意核刪(viciousness payment subtraction)、欠缺公民參與之黑箱審查等聲浪。細究此指摘聲浪並非空穴來風，實務上仍不免有許多謬誤醫療費用核刪、不確定法律概念(indefinite law concept)及侵犯醫事服務機構及相關醫事人員之財產權、工作權及醫療專業自主權之疑慮。

本文嘗試探討醫療費用審查之法律關係及支付制度角色，並解析目前眾多謬誤醫療費用核刪的法律明確性(principle of clarity and definiteness of law)違反、欠缺法源依據及判斷餘地瑕疵(discretion flaws)。並提出審查機制調整建議，建議將醫療費用審查制度交由公正第三人團體獨立化、專業化、減少爭議審議案件發生及爭審會行政負擔、促進公正審查(impartial review)、公開透明及避免醫療品質快速崩壞。

關鍵字：全民健康保險、醫療費用、醫療費用審查、專業自主、合理化

## 英文摘要 English Abstract:

Research on health insurance medical payment review of health services of Taiwan's national health insurance system

-The professional, and independent physician review as the goal

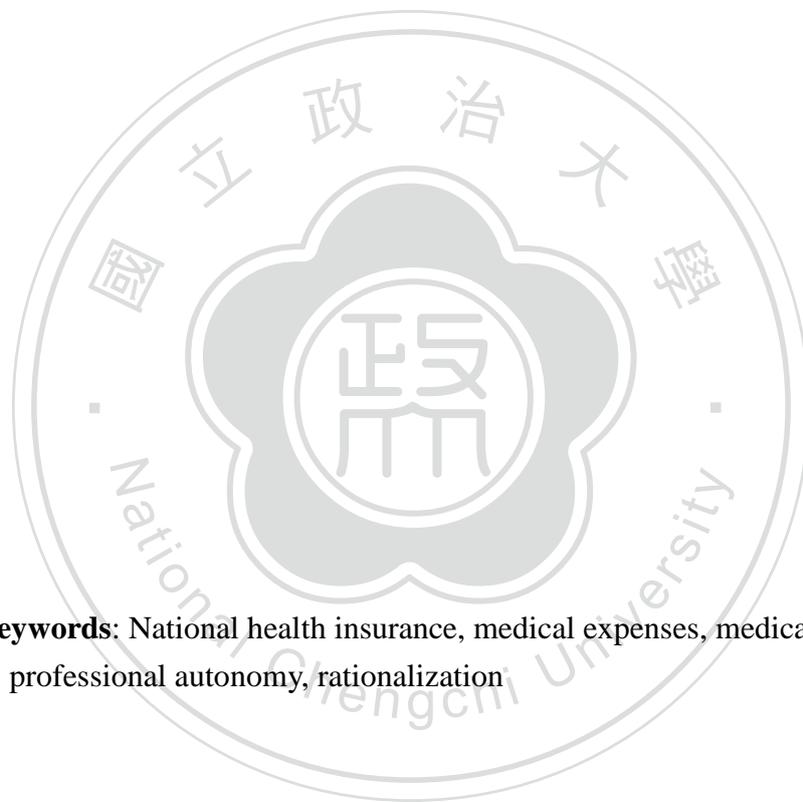
Dilemma of National Health Insurance (NHI) in Taiwan, was founded since 1995, implementation of integrating multiple social insurance systems was established in the beginning of insurance. In recent years, in response to the NHI financial balance and social security revenue fairness plan, and authority adopted a modified version of the second-generation National health insurance (2<sup>nd</sup> Generation NHI- supplementary premium) plan in 2013. This means that Taiwan is facing a general health care financial burden and inevitable dilemma of social insurance, and the competent health authorities to limit health spending shrink more stringent controls.

Focus on the quality of medical services, balance of health care financial planning and reasonable medical services, payment are all three important elements of the national health insurance system maintenance. However, in the strict control of financial planning of a Global budget payment system, the health care Bureau had entrusted delegate group to handle the review of total medical claims expenses. The delegate groups play a role of the trustee administrative assistance role. NHI still is responsible for all peer reviewers appointed, dismissal, and final review of discretionary decision, will be paid for the medical expenses last execution of administrative procedures.

Under the present medical claims review, it incurred numerous criticisms in the unfair peer review, viciousness payment subtraction, and lack of citizen participation. Not groundless, there were doubts violations of human property rights, indefinite law concept and medical expenses related medical services and work right of medical personnel.

This study attempts to explore the relationship between medical payment review and investigation of the legal role of medical payment systems. We also analyze the lack of legal basis for a violation of the principle of clarity and definiteness of law, viciousness medical payment subtraction, and discretion flaws during medical payment review. We suggest the adjustment of the medical review mechanism in medical payment. The impartial third independent review and professional organizations, the trial will reduce the administrative burden of

contention and disputes occur and avoid rapid collapse of medical quality and insurance system.



**Keywords:** National health insurance, medical expenses, medical claims review, professional autonomy, rationalization

全民健保制度下醫療費用支付審查機制之檢討  
-以醫師專業自主為核心

目錄

第一章緒論	
第一節 研究論文緣起與動機.....	7
第二節 研究目的.....	9
第三節 研究架構與方法.....	10
第一章 緒論.....	10
第二章 我國全民健康保險下支付及審查制度.....	10
第三章 現行全民健保支付制度下之專業審查實務.....	11
第四章 美國醫療審查制度及概況.....	11
第五章結論及建議.....	12
第四節 研究範圍與限制.....	12
第二章 我國全民健康保險下支付及審查制度.....	14
第一節 我國全民健保法律關係-三角關係.....	14
第一項 保險人與被保險人（保險對象）-公法上債之關係.....	16
第二項 保險人與保險醫事服務機構間-行政契約與行政處分.....	18
第三項 被保險人（保險對象）與保險醫事服務機構之關係.....	21
第一款 公法部分.....	22
第二款 私法部分.....	23
第三款 其他法律關係、三面關係以外的第三人負擔.....	24
第二節 全民健保醫療費用總額支付制度.....	27
第一項 序言.....	27
第二項 我國現行全民健保總額支付制度.....	28
第三項 總額制度下醫療費用支付標準、保險給付.....	31

第三節 醫療費用申報及審查程序.....	35
第一項 醫療申報支付程序及醫療審查概述.....	35
第一款 支付及審查程序.....	35
第二款「比例回推制」.....	38
第三款 醫療服務審查分類.....	41
第一目 程序審查.....	41
第二目 專業審查.....	42
第三目、其他項目(非程序審查、非專業審查項目).....	44
第四節 醫療審查制度下醫審會角色及法律關係.....	46
第一項 醫審會監督功能.....	46
第二項 委託專業團體審查.....	47
第三項 醫審會組成與遴選代表性-審查醫師聘任機制.....	48
第一款醫療費用審查組織及組成人員結構.....	48
第二款 審查委員遴選與汰換程序.....	49
第五節 醫療費用審查救濟制度.....	51
第一項爭議審議救濟制度及其成員組成.....	51
第二項 醫療服務審查之爭議與救濟法律關係.....	53
第三項 爭議審議救濟流程-以醫療案件為主體-專業稀釋化.....	53
第六節 醫療費用核刪及法律爭議.....	54
第一項 專業審查(程序審查)核刪法律關係.....	55
第二項 司法審查的界限.....	59
第三項 判斷餘地及判斷瑕疵法律效果.....	61
第一款 不確定法律概念.....	61
第二款 判斷餘地.....	62
第三款 判斷餘地之瑕疵.....	63

第四款 小結.....	65
第三章 現行全民健保支付制度下之專業審查實務.....	68
第一節 現行醫療審查辦法及不支付理由代碼.....	68
第二節 健保署醫療審查實務核刪案例類型與分析.....	72
第一項 醫療費用支付審查案例與批判.....	73
第一款 醫審專業性標準不一.....	75
第二款 審查委員個人恣意決定合理使用劑量.....	75
第三款 依審查委員個人想像臆測病人病況.....	76
第四款 審查委員主觀認識與專屬少數說見解概念.....	76
第二項 未依照審查共識規範.....	77
第一款 違反專家會議共識準則、主觀決定住院日數.....	77
第二款 依給付規範(專家共識)使用藥物仍遭核刪.....	77
第三款 依據健保署藥物給付規定標準仍遭核刪.....	78
第四款 審查標準與現行醫療常規不符.....	78
第一目 重大錯誤—審查違反醫療常規.....	78
第五款 推理審查錯誤、審查程序中突襲變更裁決.....	79
第一目 以結果反推定醫療合理性.....	79
第二目 初審與申復以不同理由.....	80
第六款 判斷餘地之濫用權力.....	80
第三節 行政法院對於醫療費用審查核付爭議之案例評析.....	81
第一項 臺北高等行政法院判 96 年度簡字第 00081 號.....	81
第二項 臺北地方法院行政訴訟 103 年度簡字第 181 號.....	83
第三項 解析司法審查強度與舉證程度之調整.....	84
第四節 小結.....	86
第四章 美國聯邦醫療保險審查制度及概況.....	89

第一節 前言.....	89
第二節 美國醫療審查制度之發展概況及審查組織演進.....	90
第一項 實驗性醫療照護審查機構.....	91
第二項 專業標準審查組織.....	91
第三項 同儕審查組織.....	92
第四項 品質促進組織.....	93
第三節 美國醫療費用審查實務及原則演進.....	94
第一項 同儕審查原則(Review principle).....	94
第二項 各階段同儕審查組織審查原則與重點之演進.....	94
第三項 醫療審查改以醫療品質為主要目標.....	96
第四項 政府醫療照護財務署(HCFA)協同共謀醫療品質提升.....	97
第四節 美國醫療費用審查程序.....	98
第一項 審查執行方式.....	99
第二項 醫療服務分析檔案.....	100
第五節 美國審查制度分析與檢討.....	101
第五章 借鏡及建議.....	104
第一節 台灣醫療費用審查及核刪之困境.....	104
第二節 美國制度借鏡之處.....	105
第三節 本文建議.....	107

## 圖表目錄

(Figure 1.現行全民健康保險法下之法律關係) .....	15
(Figure 2. 醫療給付費用總額計算初始公式) .....	30
(Figure 3.104 年全民健康保險醫院總額設定公式) .....	30
(Figure 4、費用申報及審查流程概要圖表) .....	37
(Figure 5 專業審查-初核、復核、再核程序).....	43
(Table 1.台灣與美國健保制度比較表)-----	103

## 附件目錄

附件一 全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法	
附件二 醫審簡碼代碼	
附件三 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法	
附件四 全民健保爭議事項審議辦法	
附件五 醫療服務案件抽樣及回推方式	
附件六 西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘與管理要點	

法令用語法令略語

全民健康保險法	健保法
全民健康保險特約醫事服務機構合約	健保合約
全民健康保險法施行細則	健保法施行細則
全民健康保險醫療辦法	健保醫療辦法
全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法	健保特約及管理辦法
全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法	健保醫審辦法
中央健康保險局組織條例	健保署組織條例
全民健康保險爭議事項審議辦法	健保爭審辦法
全民健康保險爭議審議委員會	健保爭審會
全民健康保險爭議事項審議制度	健保爭議審議制度
全民健康保險會(二代健保後由原費協會及監理會合併)	健保會
行政院衛生福利部	衛福部
行政院二代健康保險	二代健保
全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法	審查委託辦法

# 第一章緒論

## 第一節 研究論文緣起與動機

近來由於 2011 年修法並於 2013 年開始實施的二代健保制度改革後，對於醫療保險費制度之檢討風起雲湧，除了檢討費率高低、補充保費及徵收保費負擔比，上述各項皆廣泛引起社會討論與極大風波；另外一方面，醫療專業人員過勞及血汗醫護現象不斷被輿論提出，也同樣引發社會關注。但醫療本質為「濟世救人」，乃因生存與健康皆為人類的基本需求，也是基本人權，而醫療制度之建立莫不以此為目標，所有醫療從業人員全心全力致力於提昇醫療品質，提供全體國民必須的醫療照顧，提升國民健康水準。另外，依我國憲法第 155 條前段規定「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」，且第 157 條「國家為增進民族健康應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」皆分別定有明文。另依憲法增修條文第 10 條第 5 項、第 8 項所明定之「國家應推行全民健康保險，重視社會救助、福利服務、社會保險及醫療保健等社會福利工作」。

回顧社會保險整體脈絡軌跡，自國民政府遷台，陸續推出 1950 年起施行之勞工保險<sup>1</sup>，1958 年施行之公務人員保險<sup>2</sup>，及 1985 年起施行之農民保險<sup>3</sup>。但上述保險方案仍侷限於有勞僱關係的民眾，故而仍有約當時半數人口未來擁有上述健康福利保障，基於上述理由，政府將各種不同保險方案整合成更完善的全民健康保險制度，提供醫療保健服務，對發生疾病、傷害、生育事故給予保險給付。迄今，在全民健康保險下的納保率已超過 99%，係為台

<sup>1</sup>勞工保險初期的勞保現金給付包括：生育、傷病、殘廢、老年、死亡等給付，又於 98 年 1 月 1 日起施行勞保年金施行後，除了將「殘廢給付」名稱改為「失能給付」外，失能、老年及死亡三種給付更增加了可以每個月領年金的方式，亦即包含「老年年金」、「失能年金」和「遺屬年金」三種給付。行政院勞工委員會勞工保險局全球資訊網 <http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=q58UpWBe19E%3d>(最後瀏覽日 2016/01/20)。

<sup>2</sup>公教人員保險自民國 47 年 9 月開辦後，其保險項目殘廢給付、養老給付、死亡給付、眷屬喪葬津貼。而育嬰留職停薪津貼則是自 98 年 8 月起開辦。但是保險對象僅限 1.法定機關編制內之有給專任人員 2.公立學校編制內之有給專任教職員 3.法定機關編制內有給之公職人員 4.依私立學校法規定，辦妥財團法人登記，並經主管教育行政機關核准立案之私立學校編制內之有給專任教職員。台灣銀行網頁 [http://www.bot.com.tw/GESSI/Catagory/Pages/catagory\\_page1.aspx#regi\\_ccb](http://www.bot.com.tw/GESSI/Catagory/Pages/catagory_page1.aspx#regi_ccb)(最後瀏覽日 2016/01/20)。

<sup>3</sup>民國 74 年 10 月 25 日起開辦農民健康保險，而農民健康保險之保險事故分為傷害、疾病、生育、殘廢及死亡 5 種，分別給與「醫療給付與現金給付」前者包括傷害給付與疾病給付，後者包括生育、殘廢及喪葬津貼。行政院勞工委員會勞工保險局全球資訊網。  
<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=RxE1RBebaZo%3d> (最後瀏覽日 2016/01/20)。

灣醫療史上的一個非常重要里程碑，並且成為我國政府對世界衛生組織或國際友邦不斷地宣揚此項社會保險政策<sup>4</sup>，但是仍有許多待檢討與改善之處。

我國自民國 84 年 3 月 1 日起實行全民健康保險至今已將近二十年，由於全民納保，中央健康保險局幾乎成為醫療市場中的唯一而且是壟斷的獨買者，而且醫療院所的收入九成以上來自健保的醫療給付，故而全民健保的各項政策、制度與辦法均深切地影響醫療院所之運作與整體國家醫療政策導向與全體社會大眾健康權維護。

盱衡初始設計時，由於制度匆促規劃，在整體運作上不致窒礙難行，但是在費用成長與支出增加，反之收入面未能有效同步增加，而造成資金支金面反而逆增向上造成極大反差，甚至可能因此而動搖健保制度財務基礎。故而行政官署當局-中央健保署(政府組織改造前名為中央健保局)以節制支出手段，包含了加強醫療費用審查、總額支付、自主管理等眾多管理支出方法，而達到費用節約目的而減緩年年遞增之保險給付總額，且為行政執行面之考量，此亦無可厚非。但就全民健康保險制度下醫療費用給付之爭議，以及特約關係產生之爭議，屢屢浮上檯面，但是行政法院對於相關判決見解產生極大反差，同時也與醫療機關與醫事人員法律感情相左，同時亦未能服眾。

現行全民健保核刪制度對於若干浮濫申報費用仍具有平抑財政支出的重大效果為其主要優點，但是就現有中央健保署年度統計報資料中，並無法有效呈現真正合理之核刪醫療費用、浮濫申報或是明顯惡意申報費用之間真正比例。一方面無法比較此制度下存在合理適度之核刪佔比為何？另一方面更無法指明不合理惡意核刪之真正比例為何？從而更無法綜合比較其對於浮濫申報的確切數據，僅能就該署年度新聞稿中窺知一二，約略每年核減醫療費用約 140 億點(粗估約 130 億元費用)<sup>5</sup>，而其中近 1/2 是藥品費和檢查費，核刪理由皆以「非必要藥品或檢查」為大宗。另外，僅就北部某區域醫院於 104 年 8 月接受抽查併初審後，某單一科別抽審 44 件，核刪為 19 件，核刪率為 43%；另一科別抽審 26 件，核刪 19 件，核刪率為 73%<sup>6</sup>，至於申覆核

<sup>4</sup> 2012 年更有四大國際媒體，包括紐約時報、國家地理頻道、時代雜誌及 CNN 電視台報導臺灣的全民健康保險制度，全民健保已成為國家最珍貴的資產。2008 年美國內科學年鑑 *Annals of Internal Medicine* 刊載了由國家衛生研究院溫啟邦研究員發表的 "Learning from Taiwan: Experience with Universal Health Insurance"，其內容評估全民健保實施十年的經驗，並肯定我國全民健保政策有助於提升弱勢人口的健康；在英國醫學期刊 "BMJ 12 January 2008 vol. 336" 的「觀測站專欄」中，美國知名健康經濟學者 Uwe Reinhardt 教授在 "Humbled in Taiwan" 一文裡，也曾強調臺灣健保行政效率高。行政院衛生福利部中央健康保險署網站。  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\\_id=659&WD\\_ID=897&webdata\\_id=4889](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=659&WD_ID=897&webdata_id=4889) (最後瀏覽日 2016/01/20)。

<sup>5</sup> 健保申報浮濫 年約 136 億元 <http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201212130050-1.aspx> (最後瀏覽日 2016/01/20)。

<sup>6</sup> 醫事服務機構代碼 1331040513，104 年 8 月抽審及核刪比率

刪而度得到醫療再給付之比率更低於此值。由此可知，中央健保署(保險人)對於醫療機構核刪比率之高，出乎一般行政事務之常理。此一比率可能反映出兩個可能不同面向的訊息，第一、是否大多數醫師執行業務時，皆有可能有醫療不正確，抑或是醫療過度浪費，致使醫療點值下降，醫療人員做愈多不是賠本愈多？第二、保險人委託審查醫師是否有超乎醫療常規之嚴格審查標準，而此標準顯然無法與當下醫療專科共識有相似之光譜！在現行制度下，除爭議審議程序外，現行健保法下已授權制訂醫審辦法，及特約及管理辦法。然該二辦法的規定中之醫審辦法條文內，要求特約醫事服務機構如就該等醫療費用支付事項有所爭議時，尚須提起申復、再議及複核等程序，無一不造成醫療服務機構沉重負擔，以及審查內容不公正至荒謬程度而引起諸多爭議，且有許多不同聲音要求審查醫師具名，避免黑箱審查制度，有利回歸專業討論，故而興起不少社會上要求檢討的聲音。

## 第二節 研究目的

國內目前文獻或有對於健保事件整體爭訟制度加以探討，或有針對於特約關係及保險關係等爭議加以研究，然對於醫療服務費用支付之爭議審議制度以及其所涉及之行政裁罰衡量；及其相關之憲法意涵本身，並無深入及全面性之研究。但回顧眾多醫療費用案件之爭訟之源頭，大抵多為醫療院所與健保署方面關於醫療支付為主，故而本文希望藉由此項研究，深入探討醫療服務費用支付審查之實然面之爭議，並經由醫療服務費用支付審查爭議以探討現行制度之問題。由於實務上醫療服務費用支付爭議審議的類型，不外乎保險關係及特約關係兩種類型，但回顧以往爭議案件，又大多以醫療服務費用爭議案件為大宗，本文希望藉由深入探討醫療費用審查機制內容，及指出其中不盡合法理之處，期能引起健保醫療費用審查醫師、健保署相關人員、衛生福利部有關行政人員、醫師公會全聯會重視，並了解實情並進而檢討目前審查機制內容設計與規劃中部分欠缺周延性及公平性<sup>7</sup>，藉以擬定辦法改進措施以促進改良此種頗具爭議之醫審制度，還給全體現役醫事人員(醫師)、醫療機關及醫界該有的人性尊嚴與公平費用審查制度，並以真正有效杜絕醫療浪費及提高醫療品質為目標。

故本文亦希望藉由現行醫療服務費用支付爭議審議制度所累積之審議判決結果，回溯性審視現有醫療服務審查制度之問題何在。除針對以往學說加以探討，設計其應有之定位，並探討程序上應如何進行較為妥當。另外，現行醫療服務費用支付爭議審議制度，及進入爭議審議程序前所進行初審、

<sup>7</sup>陳建勝等，我國全民健康保險醫療費用審查制度之研究，朝陽商管評論 第5卷，第1期 頁112以下，95年1月。

複審，最終至爭議審議之階段，乃至於現有醫療費用審查制度之建構民主性是否合宜及適當，本文亦希望透過相關之研究予以澄清，並在可行之範圍內提出具體建議，作為未來醫師團體專業自主審查制度調整之建言。

### 第三節 研究架構與方法

本論文之研究架構，大致說明如下：

#### 第一章 緒論

全民健保業務的實施中所涉及的法律關係為多面向的，學界認為全民健保主要法律關係有以下三大面向，有健保署與保險對象之保險關係；健保署與保險醫事服務機構之特約關係；保險對象與保險醫事服務機構之醫療關係。本文係探討現有總額支付制度下有關醫療支付制度設計中，保險醫事服務機構之醫療費用支付權益保障，尤其是關乎保險人(中央健保署)與保險醫事服務機構(即醫療院所)間關於醫療審查與給付關係所衍生之相關法律關係。因此除前開三方法律關係外並結合制度下之正當程序保障建構與專業自主事務委託情形，實為原本應有之法律架構下權利與義務關係，也就是保險人(中央健保署)和醫事服務機構間締結公法下行政契約，故而中央健保署在醫事服務機構提供被保險人醫事服務後而為相對應之給付酬金。但是保險人為抑制保險支付金額因老年化社會與醫療服務昂貴化的趨勢化，必然採取適當之措施。減少快速上漲的醫療費用，本為合理與可預見性，但是在此過程中，所採取之手段因為公部門之故，而許多舉措似乎有待商榷，期望在現有法律邏輯中而為合理之審查手段，在現有法律規定下而為改良，因之有太多沉重與無法平等化的前提下，而無法竟其全功。故而就現有制度作總體檢視，並就制度面作一檢討，期能在法理上與醫療界實體接觸面上作一平衡發展，讓台灣的醫療不因健保制度之設計而扼殺醫療服務品質與民眾能繼續接受合理且具高水準的醫療服務。

#### 第二章 我國全民健康保險下支付及審查制度

我國全民健康保險爭議審議制度運作多年，在實務上已累積相當之案例，而制度上可能產生之問題，亦已經實務之運作而逐漸凸顯。本章除簡介現行爭議審議制度之運作及程序外，亦希望整理現行爭議審議制度所面臨之問題，以作為本文提出改革及處理之方向，除針對我國健保費用爭議審議制度實際

面向提出具體數據，亦就學說上提及相關問題做一整理，以為後續章節深入探討問題之前引。

鑑於費用爭議審議制度在爭議之處理上，因受到爭議事項審議辦法第二條第一項之規範，為此，有必要先針對其所審查之爭議事項屬於何種關係加以探討。而現行健保關係最基本的面向可區分為保險關係、特約關係及醫療關係等多種關係，惟現行法下得為爭議審議之標的，並非包含全部健保法律關係，。

### 第三章 現行全民健保支付制度下之專業審查實務

就我國全民健保爭議審議制度而言，鑑於全民健保爭議審議程序在制度中所扮演之功能重大，且實務上已有累積相當之案例，故就其案件類型及數量先為實證上之分析，以便瞭解在實務上可能產生之爭議案件類型，應有助於思考現行健保制度之問題所在。故本章節，將就爭訟問題部分，歸納整理現行實務上全民健保爭審會自成立以來之相關審議結果、衛生福利部訴願會相關健保爭議之訴願決議及最高行政法院、高等行政法院對於健保關係所為之見解，以期從此一實證的研究中，對上述問題有更進一步的認識與剖析。在就前述實務醫療費用爭議及其相關法院見解所處理之案件加以分析歸類後，本章所要探討的，則是就現行制度運作下思考醫療費用審查爭議審議制度之適用於醫療服務費用案件中所面臨的問題及本質性探討空間。並期待由現行制度面的調整而獲得大量醫療案件的舒緩及爭議的解決。減少大量的實務上爭議審議案件進行與困擾。

### 第四章 美國醫療審查制度及概況

相較於台灣現有的審查制度，本文嘗試去整理及分析美國聯邦公共醫療保險及法律制度及設計，究其原因為台灣醫學目前仍是以歐美醫學制度為主要學習對象，故而不論是醫療病歷的英文化或是診療思考架構皆是以歐美為藍圖，提出國際最高醫療水準之民主國家-美國，雖然美國憲法民主法制上，並未強制單一國家型保險人之全民健康保險制度，為多元化保險制度，包含聯邦公共醫療保險及私人醫療保險等，故而本文選擇和我國相似之聯邦公共性質保險 Medicare 及 Medicaid 為主要討論對象，嘗試以美國聯邦公共醫療保險制度下的費用審查機制為探討。並從中學習該如何調整我國從 30 年前沿用至今的公保時代以降的醫療審查組織及舊有規定中，試圖在健保支付制度下的醫療費用審查中專業審查程序尋求改善醫療品質及真正減少醫療費

用快速成長。以期對於台灣的審查狀況作一詳細比較分析，且找出可能借鏡的方向與改善的目標。然而在相似的國家介入概念的健康保險中，有依據標準獨立之醫療費用審查機關及審查機制，在另外補救救濟方面，在我國醫療案件目前現況是關於救濟方面皆以行政駁回大多數案件，造成醫療品質可能下降及醫療界關心的品質良莠不齊的背景情況下，或可引為未來制度設計之改革方向之一。

## 第五章 結論及建議

本文擬從上述思考及角度為出發點，做出對我國現行全民健保費用支付制度下費用審查中專業審查制度做出中肯且實際操作上建議，欲達到減少爭議與避免醫療崩壞的快速發生，達到醫界與健保署及民眾三方的共同獲益，也就是醫療界能夠因為醫療費用審查制度上的改良，而務實於醫療照護品質的改善，才是全民之福。

釐清全民健保與醫療費用之法律關係，進而保障醫療服務提供者(保險特約關係第三人)與病患(被保險人)之權利，故而我們嘗試將深入探討全民健康保險制度與法令、全民健保支付辦法、中央健康保險局與醫事服務機構之法律關係、醫事服務機構與保險對象之法律關係、健保制度下之醫病關係、醫療費用審查之本質、全民健康保險對醫療費用之支付及其相關醫療服務費用審查影響，最後再提出未來醫療服務審查及爭議事項審議制度合理化及可能的修法方向建議。

## 第四節 研究範圍與限制

由於全民健保之經營層面涵蓋範圍相當廣泛，為使本文之討論重點更加明確，以下先就本文研究之範圍加以限定。

本文主要著重於實務上所發生之保險人一保險對象—醫事服務機構等三方複雜關係。在臨床實務上，面臨醫療案件時，大多是先就被保險人給予醫療診療及處置，並在醫療診療及處置事後再由醫療機構單方面向保險人(全民健保署)申請給付醫療費用給付，故此為事後審查範圍，然而臨床實務上亦有事前審查醫療費用的行為發生(如高貴藥物及重大手術等等內容)，此種事前審查與事後審查性質上不盡相同，事前申請藥物器材手術等，與已發生醫療服務後請求醫療費用之事後審查不同，不僅申請主體不同，且訴訟主體亦不同(事前審查訴訟原告大多為被保險人，事後審查訴訟原告主要是醫療院所)，故而事前審查不在此文主要討論範圍內，另外僅討論外國保險制度-美國聯邦公共醫療保險(Medicare)及醫療救助計畫(Medicaid)，此類保險

制度傾向公辦為主。而一般美國私人醫療保險不同於我國單一保險人之制度，故並不在本文討論之列，併此敘明為先。本文在面對使用之醫療費用支付爭議問題之分析，並嘗試佐以學說、醫療實務見解、健保法中央主管機關衛生福利部函釋等，及外國立法例之介紹，以探討醫療費用事後審查與救濟制度設計與改良方向上。



## 第二章 我國全民健康保險下支付及審查制度

所謂法律關係（Rechtsverhältnis），係指二者以上的法律主體，就具體生活互動事實，依相關法令規定而發生關聯性。此種具體的法律關聯性的核心要素通常是權利與義務<sup>8</sup>。現行全民健康保險制度下，首先面臨與一般所認知雙邊性的傳統法律關係是明顯不同，即在於全民健康保險的法律關係具有多邊性，抑或是至少是三邊關係<sup>9</sup>。亦即可能的當事人有主管機關-行政院衛生福利部、被保險人(國民全體)、醫療服務供者(醫療服務機構)為主要當事人。故而傳統的法律關係，尤其是行政法律關係，大多僅侷限於政府機關與人民之間的權利義務關係。不過，社會保險法律關係當中，國家可能委託第三人，或與第三人達成公共任務，亦涉及公權力委託、締結行政契約等多種態樣的法律關係，所以有必要加以深入討論。

學界多數見解，在全民健康保險制度中，至少存有三面關係：即保險人與被保險人間之「保險關係」、保險人與醫事服務機構間之「特約關係」，以及被保險人與醫事服務機構間之「醫療關係」<sup>10</sup>。不過，此點在總額支付制度實施後，即有些許支付額度之預定改變；因目前總額支付制，係由衛生福利部負責督導總額支付制度實施事宜，而健保會依據衛生福利部之總額支付制度計畫，或行政院核定年度醫療給付費用總額範圍內，協定各部門總額及其分配分式，並負責政策面事宜；健保署負責籌組「總額支付委員會」，研議相關執行辦法，督導總額支付制度實際運作情形，及擬具合約書與受託醫事團體簽訂「專業自主事務委託契約」，由各受託團體執行專業審查。換言之，在保險人、保險對象、醫事服務機構及受託團體間，可能存有五面法律關係，本文在此僅以主要三面法律關係為討論主題。

### 第一節 我國全民健保法律關係-三角關係

全民健康保險法制涉有多邊性法律關係，以法律主體而言，依健保法及其子法等相關法律規定，包含保險人(中央健保署)、被保險人(一般民眾即自然人)以及醫事服務機構(醫療院所)間三面法律關係：

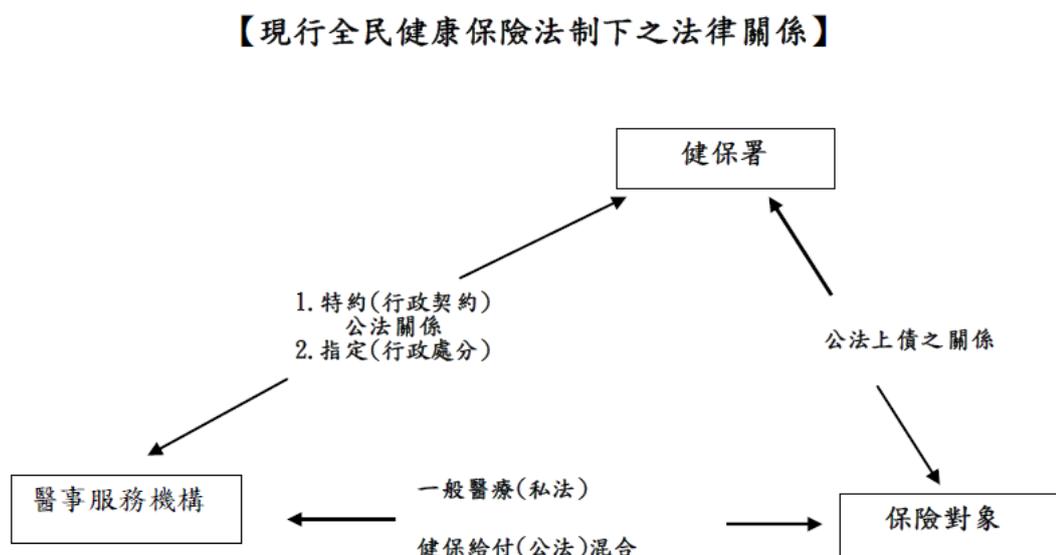
<sup>8</sup>李建良，行政法入門，頁 145 以下，2004 年 5 月修訂版。

<sup>9</sup>蔡維音，社會國之法理基礎，頁 168 頁-170 頁，2001 年 7 月，初版。

<sup>10</sup>雷文政，全民健保保險人與保險對象間法律關係之研究，中原財經法學，第 6 期，2001 年 7 月，頁 36 以下；蔡茂寅，各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構之法律問題研究，行政院衛生署委託研究計畫，頁 16 以下，2000 年。

1、保險人與被保險人間之保險關係；2、保險人與醫事服務機構間之特約關係；以及3、被保險人與醫事服務機構間之醫療關係三種，其法律關係如【圖2-1】，上開法律關係對健康保險之制度舉足輕重，惟本文以醫療費用支付之研究為主，故僅以健保署與醫事服務機構間之法律關係為中心加以探討。較明顯被許多學者所採納之法律關係如下

(Figure 1.現行全民健康保險法下之法律關係)



相較於其他社會保險以「被保險人」/「保險人」之雙面關係，健保之主要法律關係架構為「被保險人」/「保險人」/保險醫事服務機構等權利主體，其相互之間構成三面關係<sup>11</sup>。簡言之，提供保險給付的義務為保險人，依據健保法規定，中央健康保險署為保險人，辦理保險業務，於被保險人(保險對象)在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依據健保法第1條第五項規定給予保險給付；而保險人另與保險醫事服務機構另行簽訂「行政契約」<sup>12</sup>，由該特約之保險醫事服務機構代替保險人執行法定的保險給付義務。保險人除繼受自公保時期的各地聯合門診中已屬於保險人自行提供的

<sup>11</sup> 蔡維音，全民健保行政之法律關係，成大法學，第四期，頁18-21，2002年12月。

<sup>12</sup> 蔡茂寅，全民健康保險之法律關係，行政法實務與理論(一)，台灣大學法學院，頁489-498，2003年。

保險給付外，法定的給付義務基於先前有效簽訂的行政契約，由保險醫事服務機構代為履行保險人的給付義務，由於此種繼受而來的制度背景下，故而兩者的給付項目、內容或範圍，並無質或量的區別<sup>13</sup>。

### 第一項 保險人與被保險人（保險對象）-公法上債之關係

有關保險人與被保險人（保險對象）之法律關係，依據健保法第 14 條第 1 項規定，「保險效力之開始，自符合於同法第 8 條及第 9 條所規定資格之日起算；第 2 項則規定保險效力之終止，自發生前條所定情事之日起算」。所謂合於第 8 條與第 9 條所定資格，係指只要單一個人具有前述法律規定之構成要件事實者，即成為健保之被保險人（保險對象），並依據健保法第 10 條之類別與第 27 條之比例計算，負有繳交保險費之公法上金錢給付義務。在釋字 524 號之前仍有部分疑義與爭點者，在於被保險人（保險對象）「應參加本保險」之法律解釋（健保法第 8、9 條），其與保險人之公法上的法律關係，其性質究竟為何？早期學說上分為「行政處分說」、「行政契約說」、及「公法上債之關係」之不同學說。

主張「行政處分說」的學者認為<sup>14</sup>，其見解認為是以行政契約說為基礎之出發點。而僅特別在意於爭取對於被保險人之權益維護及健保之行政成本考量。尤其認為將健保署與被保險人之法律關係為由健保署所為之行政處分所發動，而非法定自動發生。且依行政處分說，保險關係之成立時點乃是以健保署作成之行政處分為準；生效時點則係依法律規定之，兩者時點之分離。即其主張在於保險關係成立時點於健保局核發健保卡時；生效時點則為向後發生效力，但是目前實務處理皆溯及合乎投保條件時發生效力。

同時也有部分學者主張「行政契約說」<sup>15</sup>，認為全民健保基礎關係之發生及內容均基於法律規定所形成，且此契約之雙方當事人，通常有一方為行政機關主體，從健保法內容得知其對象為「行政機關」與「人民」，有關雙方當事人之權利義務，無論鉅細靡遺都是基於法律規定所強制課予，比如被保險人一方之加保、退保、申報、繳費等等義務以及保險人一方必須提供之給付內容、條件等，所有權利義務之得喪變更，都是依據全民健保法或其授權之以規命令而產生，並就訂定契約，從性質上及

<sup>13</sup>蔡茂寅，全民健康保險現行制度分析與檢討，月旦法學雜誌第 153 期，頁 5-21，2008 年 2 月。

<sup>14</sup>同前註 10，頁 48-49。

<sup>15</sup>林明鏞，全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究-司法釋字第 533 號解釋衍生問題，衛生署委託研究計劃，頁 6，2003 年。

目的而言，皆符合行政契約性質。

而主張「公法上債之關係」<sup>16</sup>的學者認為，健保關係仍相對於契約「意定債之關係」而另成為「法定債之關係」，且此一法律關係為公法之基礎。有關雙方當事人之權利義務，都由法律強制規定，當法定構成要件符合之際則保險關係自動發生，單純取決於法定事實之存在與否，不但不需要以合意為要素，連當事人是否認識到法定事實的發生也在所不問。且就前述健保法相關規定綜合觀察解釋，被保險人（保險對象）資格之成立在法律上均已明確規定，既無須保險人再做成行政處分並依行政程序送達而予以具體化，被保險人（保險對象）與保險人之間亦無須彼此做成意思表示合為一致<sup>17</sup>，則行政處分或行政契約之定性似無必要。此外，需要特別說明的是，若保險人對於被保險人（保險對象）之身分資格認定有錯誤之際（例如具有第一類身分而命其以第六類身分投保）、補繳保險費之補繳時間或金額計算錯誤，其仍未排除係屬於公法上的具體事件而由保險人做成行政處分之可能，被保險人（保險人）仍得視其事件性質而分別決定是否提起爭議審議（健保法第6條）、訴願或行政訴訟<sup>18</sup>。

在 2001 年大法官釋字第 533 號解釋文，明白採取公法上之行政契約定性保險人與保險醫事服務機構間的法律關係。本文主張保險人與被保險人間法律關係屬於公法上債之關係，亦肯認保險關係之成立時點應自人民合於投保條件成立，生效時點自人民合於投保條件時發生效力。而醫事服務機構其與行政機關另行訂定合約，並負有代替中央健康保險局對被保險人提供醫療服務之給付義務，而被保險人受領給付，則係基於與中央健康保險局間所發生之公法關係（參照大法官釋字第 524 號解釋），是故中央健康保險局與醫事服務機構間之前述合約，係以人民公法上權益為契約內容。

---

<sup>16</sup>同前註 9，頁 147。

<sup>17</sup>陳愛娥，行政上所運用之法律歸屬-實務對理論的挑戰，臺灣行政法學會學術研討會論文集-行政契約與行政法，頁 107，2002 年 6 月。

<sup>18</sup>同前註 16，頁 172-175。

## 第二項 保險人與保險醫事服務機構間-行政契約與行政處分

有關保險人與保險醫事服務機構之法律關係，依據健保法第 66 條第 1 項規定由主管機關另定辦法，規範醫事服務機構向保險人申請同意「特約」為保險醫事服務機構之資格、程序、審查基準、不予特約、違約處理等相關事項。早期各種實務及學說上之見解差異甚大，有「私法契約」、「行政契約」、「公法上的附合契約」等學說。

首先，實務上健保署及主管機關主觀上將其視為「私法契約」，因在各項與特約醫事服務機構間各項制度設計與執行，甚至合約內容擬定，皆以「私法契約」為核心進行，這樣的法律關係的定性，可見於許多早先於釋字 533 號解釋之前。保險人與保險醫事服務機構係以「契約」（特約）構成其健保法律關係，約定雙方之權利義務與違反契約之法律效果。但是，在司法院釋字第 533 號解釋之前<sup>19</sup>，保險人與保險醫事服務機構之間曾被誤認為係屬民事契約關係之私法關係<sup>20</sup>，

在制度設計之初並未思考公法上的規範原理，討論健保特約之法律性質，保險人與主管機關之立場一向認為屬於私法關係，行政法院早期亦有相應的見解<sup>21</sup>，因此導致關於「停止特約」和「處以醫療費用二倍之罰鍰」等制度在實務操作的困境與混亂，並造成司法實務之見解的嚴重分歧，更讓保險醫事服務機構於權益受損時救濟無門。

另有主張行政契約說<sup>22</sup>，學者林明鏘教授認為合約之內容係醫事服務機構提供就醫保險對象醫療服務，而中央健保署則支付其核定之醫療費用，係屬於一種利益第三人之委託契約。該契約標的，一方面為醫療給付，另外一方面為費用給付(金錢給付)，契約標的皆為中性內容，此時應判斷契約目的加以判斷，判斷行政機關費用給付目的或整體立法精神是否為執行公法上之規範？故依契約目的說，全民健保特約醫事服務機構合約應屬行政契約。學

<sup>19</sup>釋字第 533 號大法官會議解釋內文：「中央健康保險局依其組織法規係國家機關，…就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故此項合約具有行政契約之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件」，在此解釋文內涵上，以行政目的為解釋理由，加以定性此一關係。

<sup>20</sup>同前註 17。

<sup>21</sup>行政法院 86 年裁字第 985 號裁定，該裁定內容主要包含停止特約二個月及處以二倍之罰鍰。而行政法院駁回行政訴訟理由為該契約、核屬民事契約上糾紛，自非行政處分云云。

<sup>22</sup>林明鏘，行政契約與私法契約-以全民健保契約關係為例，收於行政契約與新行政法，頁 215-216，2002 年 10 月。

者蔡茂寅也認為<sup>23</sup>，無論是健保署與醫事服務機構的法律關係係經特約或指定形成；也無論其對象係醫院、診所等不同醫事服務機構，健保署排他性為該法律關係主體，根據新主體說，此係屬公法上之法律關係，再以健保署支付被保險人醫療費用，是一種利益第三人的委託契約，就其目的性質而言，為辦理全民健康保險業務，於保險事故發生時提供保險對象醫療給付。從契約標的和目的混合判定，而獲致該特約為一行政契約的法律上定性。

最後，蔡維音教授則認為此保險人與特約醫事服務機構盼的特約關係性質<sup>24</sup>，係屬於「公法上的附合契約」，認為在經由「特約」成立法律關係的情形，醫事服務機構可依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第8條的規定，自行決定是否申請、簽訂特約，因此雖然此特約條款以及給付條件等契約內容，包括醫療方針與診療報酬等，醫事機構均無置喙餘地，但由於契約中核心的當事人合意要素只要已經具備，因而認定是以法定約款為內容的「公法上的附合契約」。

儘管實務及學說上有所謂上述的「私法契約」、「行政契約」、「公法上的附合契約」等學說爭議，而後遂由司法院釋字第533號解釋加以定性，認為中央健康保險局依其組織法規係國家機關，為執行其法定之義務與職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約具有行政契約之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件<sup>25</sup>。故而相關爭議告一段落。

審視釋字533號解釋文及解釋理由書中，可歸納出多數意見認為行政契約之理由：

- 1.全民健康保險為強制性社會保險，具有公法性質。
- 2.健保署(舊健保局)依其組織法規係國家機關；故而系爭合約之締結，則為該署執行其法定職權範圍。
- 3.系爭合約約定由保險醫事服務機構提供被保險人醫療保險服務，旨在促進國民健康，增進公共利益之給付行政目的。
- 4.為確保保險醫事服務機構確實履行義務，健保局得為(1)履約所必要之

<sup>23</sup>蔡茂寅，各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究，衛生署委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁33、55-56，2001年5月。

<sup>24</sup>蔡維音，全民健保之法律關係剖析(上)-對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第48期，頁74-75，1999年5月。

<sup>25</sup>李建良，公法契約與私法契約之區別問題，載：行政契約與新行政法，台灣行政法學會主編，頁200，2002年10月初版。

指導及(2)依健保法規定對處以罰鍰，使契約一方當事人之中央健保署顯然享有「優勢地位」。

健保法第 66 條第 1 項及第 67 條第 1 項規定所授權制定之「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」(本章簡稱特約管理辦法)，其規範內容並非僅限於特約之程序性事項(諸如資格、審查程序與審查基準)，而係擴張至「管理」階層之上位概念於其中。而釋字第 533 號解釋理由書亦提到「健保署得對於特約醫事服務機構為必要指導並依全民健康保險法予以罰款」為理由，認定健保局於合約中享有相較於保險醫事服務機構之優勢地位；即基於健保行政之目的對於保險醫事服務機構所為之干涉行政，包括保險醫事服務機構的營運行為規範(特約管理辦法第 10 條至第 28 條)、保險病房之設置(特約管理辦法第 29 條至第 34 條)、保險醫事服務機構之管理措施與不利益法律效果(違約記點、扣減醫療費用十倍金額、停止特約一定期限、終止特約，特約管理辦法第 35 條至第 48 條)。

另外構成「健保行政」之監督措施的法律設計概念，而與健保特約之行政契約內容重疊，遂造成保險人對於保險醫事服務機構若做成不利益措施時，究竟係屬行政處分所為之行政行為，抑或是屬於行政契約之履約管理的意思表示，兩者法律性質的混亂，也造成司法審查實務的分歧見解<sup>26</sup>。停止特約相關規定於特約及管理辦法有所規定，然該等特約中既加以規定，足見健保署居於保險人之地位行使合約權利。

另外，健保合約下醫療機構人員若發生違反健保合約規定內容時相關法律規定又為何？健保之保險醫事服務機構管理雖然係依據健保法與特約管理辦法進行行政管理，然而「醫事服務機構」概念下之「醫院」、「診所」等，係由醫療法規所定義，尚且醫事人員之醫療行為，亦受「醫師法」或其他各專科人員專門職業技術人員法律之規範，而根據衛生福利部過去實務上對於醫師違法與不正當行為之解釋，亦包括醫師辦理農勞保險與全民健康保險業務有違約與違法之情況<sup>27</sup>。

所以我國健保之保險醫事服務機構管理，乃「健保行政與醫事行政」並行的雙重管理制度<sup>28</sup>，簡言之，「健保行政」以機構管理為主；「醫事行政」

<sup>26</sup>最高行政法院 92 年判字第 1039 號判決；內文主要涉及牙醫師執照出租他人，健保局處以罰鍰及終止特約之處分，健保局認定部分於訴訟當時仍處於公私法定義不清的歷史背景下，故而法院定性其係屬私法關係而駁回上訴。由此可知，早期法院對於該類案件之法律關係，仍舊各行其是，無法有合理與統一見解。

<sup>27</sup>社會法，台灣社會法與社會政策學會，元照出版社，頁 263，2015 年 1 月。

<sup>28</sup>參見全民健康保險特約醫事服務機構合約第 19、20 條違約之處理原則及其法律定義上，健保署與醫事機構對於相關之業務行政與管理，均係以特約管理辦法之規定為依據。

則兼具機構與人員管理。

### 第三項 被保險人（保險對象）與保險醫事服務機構之關係

醫病關係的改變，向來因私法醫療契約所生的民、刑事責任外，從全民健康保險的角度切入舊有單純醫病關係後，若是將此等醫療契約的內容與履行單純用雙方當事人自主的合意來加以解釋似乎無法得到合理說明，亦即傳統單純醫病間之私法醫療契約是否有所變更？進一步來說，此種醫病關係在全民健康保險制度介入原有單純醫病關係後，其法律性質是否有程度上改變？抑或是性質上轉變？

被保險人及其眷屬合稱保險對象（健保法第2條第1項），其與保險醫事服務機構之關係，舊有學說上討論存在很大的分歧，部分學者主張無論是被保險人醫療給付請求權之產生與特約保險醫事服務對被保險人提供醫療給付均源自於健保法（公法）<sup>29</sup>，而非單純之病人求醫的行為，因此難以解釋為私法關係，但亦有學者主張其性質上係為公私並行之法律關係<sup>30</sup>，除由保險醫事服務機構代替保險人向保險對象提供保險給付之公法效果外，亦平行存在另一私法醫療契約。

故而在全民健保制度下，保險人與保險對象間所成立之保險關係，使保險對象在保險事故要件發生時，得向保險人請求保險給付。以實際上案例而言，病患至診所向醫師就診，保險對象持健保卡(保險憑證至保險醫事服務機構就診，先由保險醫事服務機構查核保險憑證，查核其保險憑證是否有效(透過健保 IC 卡數位化認證)及有無遭到健保署暫行拒絕給付事由，查核通過後再由醫師為病患進行診察，並開立相關治療方針及藥物或檢查，醫師判定若屬健保給付範圍內之醫療服務與藥品可由該機構直接提供或開立處方受領該保險給付，反之則否。或是可能病況並非該醫事服務機構所能提供完整且適當治療與處理時(無法受領該保險給付時)，則要求醫事服務機構或人員負有轉診之義務。

其中可能牽涉到的法律面向，學者多主張有以下數種權利關係；保險對象與保險醫事服務機構所能主張之公法和私法權利，茲分項說明如下：

<sup>29</sup>陳怡安，全民健康保險法規範下之醫療關係，東吳大學法律學研究所碩士論文，頁 151 以下，1996 年。

<sup>30</sup>蔡維音，全民健保體制下醫療疏失責任之歸屬，中原財經法學，第 12 期，頁 10-13，2004 年 6 月。

## 第一款 公法部分

有關公法部分即涉及保險醫事服務機構相關業務，大致上可以分為兩大類。亦即對於保險對象所提供之「健保保險給付」（醫療服務提供後折算為醫療費用之給予），以及保險醫事服務機構依據保險人所指示之「健保行政事務」（例如身份證件、保險憑証、文件繳驗、上傳保險對象就醫資料、轉診等等）。

就「健保保險給付而言」，本質上仍屬保險人與保險對象之法律關係，只是由保險人與保險醫事服務機構另以行政契約約定由後者向保險對象給付，因此對於涉及「健保保險給付」發生爭議，由於保險人均以「醫療服務給付項目及支付標準」和「藥物給付項目及支付標準」等法規命令拘束保險醫事服務機構，因此保險對象對於保險醫事服務機構並無直接之醫療給付請求權，而必須另行締結私法上之醫療契約，而前述爭議發生時則由保險對象以行政爭訟途徑向保險人主張<sup>31</sup>。

至於「健保行政事務」部分，其業務多為技術性、支援性，並完全接受保險人之行政指揮監督，因此不具有名義上之獨立性，亦非委託行使公權力之項目內容，故保險醫事服務機構之健保行政事務行為具有行政法上法律效果，學說主張均歸屬到保險人本身，而以行政爭訟方式救濟。故而學者主張保險對象與保險醫事服務機構的關係<sup>32</sup>，係「健保基礎關係之行政助手」-保險對象基於健保基礎關係取得醫事服務機構所提供之醫療給付請求權，轉由保險人之「履行輔助人」負責履行。

若完全採此解釋方式下，健保署則自始為醫療給付之實際債務人，解釋上若有醫療疏失，亦應由健保署負過失責任，而可能有國家賠償法之適用。但是類似解釋方式有以下(一)向第三人給付契約之債務人說、(二)給付之公法上債之關係第三人說，前者以健保署與醫事服務機構之健保特約為給付基礎，認定健保特約係一種「向第三人給付之利他契約」而使得保險對象具有直接請求給付之權。後者認定係以健保署與保險對象間之保險契約具有「由第三人給付之債」<sup>33</sup>之性質，即民法第 268 條之第三人給付契約，惟此一契約僅於相對人間，即健保署與保險對象之間有效力，而不能約束保險醫事服

<sup>31</sup>謝榮堂，社會法治國基礎問題與權利救濟，頁 102-104，2008 年 11 月初版。

<sup>32</sup>蔡維音，全民健保之法律關係剖析(下)-對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第 49 期，頁 110-112，1999 年 6 月。

<sup>33</sup>蔡維音，社會國之法理基礎，頁 187-188，2001 年 7 月初版。

務機構。而以上的學說是係以外部之特約關係或保險關係作為醫療給付之基礎<sup>34</sup>

## 第二款 私法部分

保險對象與保險醫事服務機構之間獲得實質醫療給付的內容，固然在醫療服務授與之間受到保險人是否列入保險給付內容的影響，但是實際上對於保險對象之疾病、傷害與生育事故的醫療評估和診療，仍係由保險醫事服務機構及其所屬醫事人員，歸本於該專業人員之專業判斷所採取的一種對待與給付，並且是使保險對象「回復健康」為主要目標，此一層次「醫病關係」的法律關係乃存在於保險對象與保險醫事服務機構之間，認為基於私法法律上之醫療契約而對病患保有醫療費用之契約上請求權，若因非可歸責於醫事服務機構之而無法取得健保醫療費用給付時，仍基此私法契約而可對病患請求醫療費用之給付<sup>35</sup>。但實務上，皆以健保署核扣醫事服務機構，明顯與實務面上差異頗大。

換言之，不因病人和醫院分別具有保險人（保險對象）和保險醫事服務機構之保險身分或締約內容差異，病人與醫院（醫師）之「醫療契約」關係仍然存在，抑或是病人有無全民健保納保對象之身份別差異；致使醫療契約不存在之分別。另外，隨著全民健保制度推行，醫事人員（醫師）提供醫療服務的過程中所承受種種拘束，如對保險對象提供合於健保醫療給付範圍之醫療服務，受限於健保合約內容及給付規範限制，皆必受相當程度受公法關係影響。

基於醫療內容包羅萬象，但是健保給付範圍有限，其請求非健保給付範圍之醫療服務時，需要有私法上醫療契約為雙方法律關係之依據。因此，若保險醫事服務機構未履行醫療契約，或為不完全給付、甚至是加害給付，私法醫療契約對於醫師保護義務、說明義務、照顧義務規定較詳盡，足以因應醫療關係的複雜性。對於保險對象產生損害，而導致醫療糾紛時，追究責任歸屬時，就需要回歸此基礎契約關係為依據，應循民事訴訟途徑進行救濟；關於代行全民健保行政業務部分則屬於公法性質，若發生爭執時應循訴願及行政訴訟解決。

但本文見解，則採私法醫療契約較有理由。認為健保醫療關係應指病患

<sup>34</sup>謝榮堂，社會法治國基礎問題與權利救濟，2008年11月初版，頁102-104

<sup>35</sup>同前註9，頁190-195

至醫事服務機構後由醫事服務人員為其診療、調劑及相關治療等行為，至於醫事服務機構代之健保行政業務雖與民眾就診就醫有相關性，但就其行政業務性質並非醫療行為內容。

醫療行為法律性質之定性，係基於病患對醫療機構或特定醫事服務人員技術與品德有所信賴，進而尋求醫療協助，此種特殊之信賴關係構築於醫療契約中，個別醫事人員對於個別病患之告知、說明與照護義務，而此種特殊醫病信賴關係，則非公法上債務之履行輔助人說可以概括解釋，而此說並不以病患與醫事服務機構間之有一基礎法律關係為主張。又現行制度下，從病患並非完全免費負擔任何醫療費用，病患在就診後，仍必須繳納部分負擔之醫療費用及掛號費，故醫療機構並非單純為保險人履行債務，而應解釋為基於私法契約而提供醫療給付<sup>36</sup>。

首先就健保署之給付規定觀之，基於提供適當醫療服務、抑制醫療資源浪費及控制健保逐年上升之費用的觀點，健保署所規定之繁複的給付指示固然在更為複雜個案中，未必能完全符合醫師對於病患之病情判斷與用藥需求，惟承前述病患與醫療機構間建立之特殊信賴關係，醫事服務人員對於個別病患負有告知、說明與照護義務，縱然健保署之給付規定未能符合具體個案之要求，惟醫事服務人員仍有基於前述義務而對病患分析其最為有利之醫療方案，並進而依其選擇提供符合適切之醫療給付，亦有助於醫療行為之透明化，不以給付規定不符，而逕在未告知之情形下施以相對不利於病患之醫療行為。故而從病患最大利益考量而言，似乎私法契約為醫療契約較為可採。

### 第三款 其他法律關係、三面關係以外的第三人負擔

全民健康保險歷經大法官釋字 524 號解釋後<sup>37</sup>，定性為一「社會保險」，而社會保險制度之背景理念主要有兩項，一是「利己思想」；二是「社會連帶思想」。其中「社會連帶責任」是為強調一種「我為人人；人人為我」之同舟共濟的精神，藉由保險的機制，讓個人可以盡到社會共同體成員的責任，本身也可同時取得來自社會整體的保護<sup>38</sup>。若基於「特別的團體連帶」(special group solidarity)，也就是保險對象與該第三人之間具有「事實基礎的特別關

<sup>36</sup>蘇育賢，全民健康法律關係之研究，台灣大學法律學研究所，頁 123，100 年 1 月。

<sup>37</sup>見大法官釋字第 524 號解釋內容「全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權…，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見」，在此強調該保險性質為強制性社會保險，且再次申明授權明確性之法律規範原則。

<sup>38</sup>柯木興，社會保險，修訂版，84 頁以下，1995 年 8 月。

係」(例如具有受僱的關係或是居住於特定的地域之內),則法律可課予該第三人為與其具有「特別的團體連帶關係」的保險對象,分擔其部分比例之保險費,此即為「第三人負擔」,故而不再是傳統保險人與被保險人間繳付價金的對價性<sup>39</sup>;故而「第三人負擔」其合憲性基本上涉及「平等原則」之審查。健保法有關第三人分擔,主要規定於健保法第 27 條,以「投保單位」、「政府機關」、「學校」、作為繳交分擔金之主體<sup>40</sup>。

在實務上,因為中央與地方財政劃分法負擔及先前舊有全民健保法有關地方主管機關必須負擔一定比例之健保費用,而且各級政府皆有財政困難之共通點,故而地方政府在施行上會容易有所謂的互相推諉發生。前述第三人負擔的問題,雖然經過司法院釋字第 472 號、473 號解釋與司法院釋字第 550 號解釋確認為具合憲性<sup>41</sup>,惟司法院釋字第 472 號、473 號解釋僅廣泛處理「全民強制納保」與「投保金額分級表」之合憲性(另可參見司法院釋字第 676 號解釋),但其實仍並未正面審查第三人分擔是否合憲的問題<sup>42</sup>。

至於司法院釋字第 550 號解釋,由於對地方政府原本早已困窘之地方財政造成嚴重負擔,且當時政治環境背景下亦涉及當時中央政府機關與台北市地方自治團體之對抗,因此台北市政府和高雄市政府等紛紛拒繳,台北市政府並以健保係屬中央事務不應由地方負擔經費為由,聲請釋憲,當時中央健康保險局亦祭出行政處分和行政執行之法律手段,扣押台北市政府之土地,而後釋字第 550 號解釋作成,其認為「國家推行全民健康保險之義務,係兼指中央與地方而言」即正式確認第三人分擔之合憲性<sup>43</sup>,不過在二代健保修法之後,各級政府均已修正為中央政府或中央各主管機關,地方政府於修法前積欠之債務則須提出還款計畫,並修法於健保法第 28 條內,明言舊法所

<sup>39</sup>江朝國,《保險法基礎理論》,38 頁以下,2002 年 9 月。

<sup>40</sup>我國勞工保險與全民健保的保險費即由被保險人、雇主以及政府三者共同分擔。在德國則是勞工與資方各半,政府僅負擔保險行政費用以及若干財務平衡的支出。

<sup>41</sup>大法官釋字第 472 號解釋文內容「有關強制納保、繳納保費,係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量,符合憲法推行全民健康保險之意旨,……,須強制其加入全民健康保險,係增進公共利益所必要」解釋其仍具有合憲性、以及 473 號解釋內容「此項保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用,屬於公法上金錢給付之一種,具分擔金之性質,……,收取不同保險費,以符量能負擔之公平性,並以類型化方式合理計算投保金額」,說明該分擔金性質,仍為符合量能負擔之公平性原則之合憲性。

<sup>42</sup>大法官釋字第 676 號解釋內容「惟於被保險人實際所得未達第六級時,……,應考量設立適當之機制,合理調降保險費,以符社會保險制度中量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性,落實國家推行全民健康保險之憲法意旨」,僅簡單言明合憲性,但是對於分擔金之合憲性,並未深究。

<sup>43</sup>見大法官會議釋字第 550 號解釋文內容「有關執行全民健康保險制度之行政經費,固應由中央負擔,……,責由地方自治團體補助之保險費,……,係指保險對象獲取保障之對價,除由雇主負擔及中央補助部分保險費外,地方政府予以補助,符合憲法首開規定意旨」,關於社會保險制度中各地方自治團體有辦理衛生慈善公益事項,及其施政所需之經費負擔所述內容。

積欠之款項，需於八年期限內分期償還。



## 第二節 全民健保醫療費用總額支付制度

### 第一項 序言

所謂「醫療費用支付制度」，係指保險對象於特約醫事服務機構獲得醫療服務後，保險人應如何對特約醫事服務機構支付其醫療費用之制度，世界各國健康保險付費制度，可分為由病人直接付費之第一者付費制度；或保險人或政府的財務關係介入，收取保險費或稅金為主要財源即「自助人助」之第三者付費制度；而後加入醫療服務提供者與保險人及保險對象共同負擔財務風險之機制，謂第二者付費制度，亦可稱之為「自助人助醫助」<sup>44</sup>。在學理分類上，支付制度的分類有「論服務量計酬」(fee for service)、「論日計酬」(per diem)、「論病例計酬」(per case or case payment)、「論人計酬」(capitation)「總額預算制或總額預算支付制」<sup>45</sup> (Global Budgeting System)、「薪水制」(salary)等設計，至於採用何種支付制度對於醫療費用、醫療服務效率皆有重大的後續影響，另外若不同支付制度對於所關聯之醫療品質、醫療資源之分布及醫療行政效率均有很大的影響，特別是攸關特約醫事服務機構的營收，一直是醫界關注的焦點<sup>46</sup>。

回顧台灣發展社會保險法律制度之始，公勞保時代的審核制度屬於保險人審核制，全民健保開辦後，審核制度依舊承襲公勞保時代，惟同樣以費用原始憑證為送審之依據，但是實質內容與規範已因應時代改變而有所不同。檢視醫療服務提供者(醫療院所、醫事檢驗機構、社區藥局、護理之家)，從早先各自醫療機構自主經營為主要經營模式，到後來則處處仰賴健保之鼻息方能存續，而健康保險之種種法令均對其有重大影響，同時對其生存權、財產權時時緊緊相扣並能操其定奪，於是造成健保署(保險人)與醫療服務提供者(健康保險關係之第三人)之緊張關係，從而影響到普羅病患大眾(被保險人)之醫療品質與就醫權益，當然也同時影響其財產支出。健保法第 60 條規定「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。」回顧我國健保史，於開辦後對於特約醫事服務機構提供醫療服務費用的支付方式並非一開始即採取「總額預

<sup>44</sup>劉見祥，全民健保支付制度之趨勢，醫院，第 32 卷第 6 期，頁 15-16，1999 年。

<sup>45</sup>蔡維音，全民健保之給付法律關係析論，頁 151，2014 年

<sup>46</sup>邱永仁，施行醫院總額制度需兼顧病患權益，台灣醫界，第 47 卷第 9 期，2004 年 9 月。

算支付制度」<sup>47</sup>，其保險制度之演進；主要仍沿襲健保施行前公保與勞保醫療給付的「論服務量計酬」(fee for service)，部分服務則採「論病例計酬」(如生產及手術病例)、「論日計酬」(如：慢性精神病床、日間住院、精神社區復健)或「論質計酬」(pay for performance)眾多制度混同併行，於1998年7月開始試辦牙醫門診總額預算支付制度，2000年7月實施中醫門診總額預算支付制度，2001年7月實施西醫基層總額預算支付制度、2002年7月實施醫院總額預算支付制度，2010年1月開始在總額預算支付制度下實施「診斷關聯群」(Diagnosis-Related Groups, DRGs)<sup>48</sup>，與開始施行新的健保制度下支付基準作分階段式準備與試行<sup>49</sup>。

在全民健保規劃期間，時任台灣大學經濟學系張清溪主任、朱敬一教授、中央研究院經濟所許嘉棟所長，及美國普渡大學經濟學系胡勝正教授，眾多學者聯名發表下列文告：「我國實施全民健保的許多基本條件尚未具備，應有的準備工作尚未展開，國人的浪費、舞弊、不守法，比歐美各國嚴重，國內特有的中醫藥保險缺乏客觀規範，立法機構成員品質良莠不齊，衛生署全民健保規劃小組始終未能正視國內環境的特殊性，只會移植國外現存制度，堅持國外的不得不是我國的勢所必然，欠缺設計新制度的宏觀視野，一味遷就短暫政治現實，置國家長遠利益於不顧，是不負責任的心態與作為。」類此言論，與相關論述一直受到醫界高度重視。亦為學界許多學者多所批評與深入研究標的<sup>50</sup>。對照日後的健保制度發展與演進，若合符節時代演變，不啻為一急需反思的課題。

## 第二項 我國現行全民健保總額支付制度

「總額支付制度」；在我國法規制度下兼具有當年度預告下一年度全國總醫療費用額度的特色，因此也被譯為「總額預算制度」，指健保之付費與醫療供給者，就特定範圍內的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診或住院服務等，預先以多方協商方式，訂定未來一段時間內(通常為一年)健康保險醫療

<sup>47</sup>衛生福利部中央健康保險署網站，  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu\\_id=168&webdata\\_id=1080](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1080) (最後瀏覽日，2016/01/20)。

<sup>48</sup>所謂「診斷關聯群」的支付制度，係指以病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症發生或併發症及出院狀況等條件，事先分類疾病群成不同的群組，並依該群組醫療資源的使用情形，於事前訂定各群組的包裹式支付相對點數。

<sup>49</sup>衛生福利部中央健保署網站，雙月刊，  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu\\_id=168&webdata\\_id=2048](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=2048)，(最後瀏覽日2016/01/20)

<sup>50</sup>邱永仁，施行醫院總額制度需兼顧病患權益，台灣醫界，第47卷第9期，2004年9月。

服務總支出（預算總額），以支付該服務部門在該特定期間內所提供醫療服務費用的醫療支付制度。我國總額支付制度在實際運作上，係採支出上限制（Expenditure cap），即預先依據該醫療機構內醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務計算方式是以相對點數反映各項服務成本，但每點支付金額是採「回溯性計價方式」，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，因此在年度結算前，保險醫事服務機構無從確知當年度之點值，在醫療服務機構對於預先所提供服務之點數支付不一定等於實際應得之價金，對於醫療服務提供者，不啻為財產權上不確定性。

在此處可觀察到有兩處具有不確定性，首先，無法預知該年度內，醫療機構接受何種數額之民眾就醫及診療服務而實際發生之金額，若是超出預算額度時，必須由該醫事機構全面吸收差額。其次，在該年度內，實際發生額度後，再轉由健保署支付之點數值，亦無法固定給付比率（1點等於1元），多為浮動，且大多數情況皆為1點數小於1元價值（亦即大多落於0.7-0.9之間），此種變相再縮減點值換算亦為另一項重要變數及價值損失，亦再次轉嫁於醫療服務機構。此種雙重變相減少支付予提供醫療服務機構之事實，由行政機關保險人（健保署）解釋為控制醫療費用上漲手段，以及規定於健保合約契約內容中。減少支付之設計內容亦相對影響醫療服務機構的照護醫療品質遭受成本考量而下降，此為重要關聯性之伴隨影響，故而為名義上維持及精確控制年度醫療費用總額，而一味以財政考量而非以醫療品質考量的醫療政策，是否真正顧及全體國民健康品質，亦多所疑慮，故在實施多年來一直不斷引發爭議<sup>51</sup>，主管醫療行政機關者，對此不可不慎。

就國家主政者考量下，為了維持全民健保制度能夠永續經營，肩負因應現實狀況變遷，仍需於必要時刻修改制度、維持全民健保能適應社會實際需求的義務。若主要為有效控制費用成長而穩健全民健保財務，全民健保在給付面上進行重要結構性改革-實施總額支付制度，因此健保署進行支付制度調整，以達到控制醫療費用膨脹的威脅，似乎從行政單位考量上，不得不然之作為，但是在法理上及經濟財務上是否完全具有合憲性與正當性仍受挑戰。

---

<sup>51</sup>黃俊雄，民眾就醫權益的省思-談醫院總額繼續推行的適切性，  
<http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/mar/3/today-o3.htm>，（最後瀏覽日 2016/01/20）。

實施年度全民健康保險醫療給付費用總額計算初始公式如下：

(Figure 2. 醫療給付費用總額計算初始公式)

- (一) 實施年度全民健康保險醫療給付費用總額 = 實施年度全民健康保險每人醫療給付費用 x 實際投保人口數
- (二) 實施年度全民健康保險醫療給付費用 = 基期年度全民健康保險每人醫療給付費用 x (1 + 實施年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率)

但是此項公式並非一成不變，而是依據每年的醫療給付及預算編列狀況而有所調整。例如 104 年度全民健康保險醫療給付費用，醫院總額及其分配所計算之公式如下<sup>52</sup>

(Figure 3.104 年全民健康保險醫院總額設定公式)：

104 年全民健康保險醫院總額設定公式：

- 104 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 103 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 104 年度一般服務成長率) + 104 年度專款項目經費 + 104 年度醫院門診透析服務費用
- 104 年度醫院門診透析服務費用 = 103 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 成長率) (校正後 103 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 103 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。)

綜上所述，學理上而言，總額支付制度能有效控制醫療費用的成長。但從實際經驗來看，及每一個國家財政資源為有限規劃下，世界上實施總額支付制度的國家，沒有一個國家的醫療費用能夠長期充裕而不虞匱乏的，大部分的國家都有等候名單過久、新技術引進困難、民眾對於醫療服務滿意度下降等不利的現象與趨勢<sup>53</sup>。

總額預算不同於一般預算，不但是所有保險醫事服務機構履行「行政契

<sup>52</sup>衛生福利部網站，醫療費用給付規定-醫院總額，104 年度醫院醫療給付費用總額及其分配 [http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\\_id=710&WD\\_ID=812&webdata\\_id=4697](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=812&webdata_id=4697)，(最後瀏覽日 2016/01/20)。

<sup>53</sup>洪思雯，醫院卓越計畫下醫院衝擊與因應之探討，台灣醫界，第 48 卷第 6 期，2005 年 6 月。

約」提供醫療服務的「總價金」，也因為是透過全民健康保險會(以下簡稱健保會)共同做成的決定，所以其法律性質究竟為何？

由於健保會係由醫事服務提供者代表、保險付費者代表、專家學者及相關主管機關代表組成，涉及不同利益之折衝。因此該會若無法於法定限期內達成協定時，衛生署依健保法第 61 條第 2 項可自為逕行裁決。同條內文亦指出：「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。」

另依第 61 條文內容第 3 項：「第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」，所以健保會對於醫療費用總額之協定，並非終局決定，健保會的單位屬性，似乎僅屬於「諮詢性質」<sup>54</sup>。況且健保會的組織章程由衛生署擬定，行政業務由衛生福利部兼辦，無法獨立對外發文，因此早有學者對此費用協商制度之批評，並認為此健保會僅僅是衛生福利部的內部單位<sup>55</sup>，無法擁有真正平等之協議基礎之法理精神。

### 第三項 總額制度下醫療費用支付標準、保險給付

全民健康保險原意及設立原則，必須在有效控制醫事服務機構或保險對象任意提供或要求之醫療服務之缺失的主要限制費用成長，且在考量醫療資源為一有限性而並非無限性，本應合理限制醫療給付條件及範圍，由於涉保險對象權益，故需於健保法明定，以符合法律保留原則。依據健保法第 42 條規定「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。」，檢視此條內容，可發現此種法律授權並非真正定性何種給付方式，僅概括性宣示給付可存在數種方式，仍廣泛授權主管機關訂定內容，仍不免令人有浮濫授權之議，對於相對人之缺乏保障。

另一方面，支付標準為醫師或醫療機構提供醫療服務後所獲得之價

<sup>54</sup>同前註 23，頁 77-78。

<sup>55</sup>郝鳳鳴，全民健康保險醫療費用協商制度之法規範評析，法律評論，第 64 期第 1 期，頁 4，1998 年

值，支付標準的訂定係作為保險人給付醫事服務機構提供醫療服務之對價依據，醫事服務機構則常依支付標準來決定醫療行為之內涵，足見支付標準對醫療生態及醫療行為模式影響之至深且鉅。

於全民健保法第 41 條第 1 項內文即規定「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布」。而同條第 2 項亦同樣規範藥物給付項目及支付標準，除了上述代表以外，「並得邀請藥物提供者及相關專家、病友團體代表表示意見，報主管機關核定發布」。從法規內容可知，總額制度下；不論就醫療服務給付項目或是藥物給付項目，為組織內團體共同協商下所獲致之共識決議，雖然藥物給付項目部分，納入了病友團體等公民參與精神，惟仍是列席代表以表示意見之角色，並無實際參與決定之權利，最終仍是必須報主管機關核定發布，若是主管機關並不同意或肯認此會議所議決之結論時，則此一會議效力仍有未竟之處。在此所討論支付標準之擬定過程中，中央主管機關(舊法為衛生署，新法下為衛生福利部)仍然是最後決定權之擁有者，而非專家或是個別與會代表們的共識決。故而形式上，具有公民參與的外貌與形式，但是就會議精神與民主參與的核心價值仍未被明顯彰顯出來，此一公民參與式之民主精神期待未來能由各方專家及醫事代表們在平等地位下討論與議程能公開透明，開放相關團體參與決策。

而支付標準之性質定性，在學說上有「事實行為說」及「法規命令說」二種不同見解。

【事實行為說】-學者蔡坤展主張事實行為說，其認為「支付標準表僅係保險人准許與計算支付費用之依據，在品項數量的收載上，並未限制相對人即保險醫事機構負有法律上使用醫療用品項數目之義務，保險醫事機構仍享有決定醫療方式之自由，在費用的核定上，標準表僅在法律上限制保險醫事機構高於標準表之「販賣」價格，亦未限制不購買價格；…診療費用之標準形式上亦未限制醫事人員之醫療自由」，此說以支付標準表對醫療院所之醫療行為並無限制，僅為誘使醫療院所使用特定醫療用品或醫療行為，性質上認定為事實行為。<sup>56</sup>

【法規命令說】-早期另一學說主張法規命令說，林明鏘教授認為「依舊法全民健康保險法第 51 條第 1 項授權，由保險人與保險醫事服務機構共同擬定經報請主管機關核定之醫療費用支付標準，為醫療給付提供、

<sup>56</sup>蔡坤展，全民健康保險法給付規範之研究，中正大學法律學研究所碩士論文，頁 123-124，1999 年 7 月。

醫療費用申報之最重要準據。」此說以該標準具有決定每一醫療行為之費用支付項目及數額之效果，核其性質為法規命令<sup>57</sup>。

本文認為衛生福利部為全民健康保險法規之主管機關，許多健保法規之發布均由衛生福利部核定公告，一旦公告即對外發生拘束效果。支付標準在舊法時期為保險人與醫事服務機構共同擬訂，目的在實踐保險人與醫事服務機構訂定健保特約時的契約精神，但是就醫療給付項目及數額的協商機制，應維持支付標準的拘束力及穩定性，以為法律秩序的安定性，再由主管機關核定來完成法定效力。但以上法律性質之爭議，在釋字第 524 號後立法者已將其修入新法中，給予直接法源依據，而可核其性質為法規命令，故已無上述之爭議。

至於「醫療費用支付標準」與「保險給付」之分際與實務上之執行差異，舉一例而言，若是該位病患因病就醫，而至醫事服務機構經由醫師診治後，建議需使用某種昂貴之治療術式，而該昂貴術式卻不為「醫療費用支付標準」範圍內，亦即該病患主張此應為「保險給付」內，但卻受限於該支付標準，對其就醫權利有所侵害之爭議，並將之提起訴訟及釋憲。司法院釋字第 524 號解釋已闡明不得以醫療費用支付標準及藥價基準作為不保險給付範圍之項目依據，即建議應予區分。兩者應予區分的理由，主要在於其功能與核心價值的考量重點並不相同，前者所重視的規範功能在於「醫療費用的有效控制」，但後者所重視的價值在於提供「必需的醫療」，或更精確來說是「必需的醫療所產生的醫療費用承擔」，兩者固然在給付項目上會有大多重疊可能性，但是「是否必需」的判斷不應以費用作為取決因素<sup>58</sup>，醫療費用的有效控制並不能作為健保的唯一考量。

蔡維音教授認為在二代健保修法時，可將此類缺陷加以修補，但可惜在立法體例上仍繼續混淆「醫療費用支付標準」與「保險給付」兩者間的界限與不同概念，在健保法第五章(第 40 條至第 59 條)係規定有關「保險給付」之事項，其於第 40 條明定保險醫事服務機構提供保險醫療服務時，應依健保醫療辦法、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準等三項法規命令辦理，第 41 條則做為制定醫療服務給付項目及支付標準與藥物給付項目及支付標準的法律授權依據，故二代健保修法僅僅在形式上回應司法院釋字第 524 號解釋關於授權明確性的要求，但對於法理上的實質問題並未予以仔細釐清與說明；相反地，卻因為二代健保的修法，僅將原有未能授

---

<sup>57</sup>林明鏞，全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究-司法釋字第 533 號解釋衍生問題，衛生署委託研究計劃，頁 63，2003 年。

<sup>58</sup>同前註 45，89 頁下。

權明確性加以補齊後，未予理會是否法理上適當加以探討，卻導致保險對象的給付權利內容完全由前述法規命令所形成變相「明確地限縮」，一旦保險給付發生爭議時，被保險人在相關醫療給付訴訟上卻反而是完全沒有任何爭執的空間<sup>59</sup>，此外亦更造成醫療保險給付完全委由健保署的抽象給付規範來形成，使得醫師被動性喪失了原有醫療專業自主性，失去在診療過程中作為協助保險人提供保險對象之「醫療給付是否必需」的專業鑑定者角色，使得醫師及相關人員其專業自主空間受到非常嚴重干擾與傷害<sup>60</sup>，亦即醫療專業自主性被立法者及醫療主管機構所完全藐視忽略。



---

<sup>59</sup>同前註 45，125 頁下。

<sup>60</sup>李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列 9，台灣醫界，第 51 卷，No 11，42 頁以下，2008 年。

### 第三節 醫療費用申報及審查程序

#### 第一項 醫療申報支付程序及醫療審查概述

在醫療實務面上，健保署依健保法第 40 條規定於保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，醫事服務機構提供人民醫療服務後，依據醫療服務費用支付標準及藥價基準向健保署申報其提供之醫療服務點數及藥品費用，後由健保署依同法第 63 條第 3 項將保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。亦即換算成金額支付特約醫事機構。

#### 第一款 支付及審查程序

依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 2 條內容陳明：「本辦法所定醫療費用申報及核付，包括醫療費用申報、暫付、抽查、核付、申復等程序及時程。」，且醫事服務機構申報支付案件，依申報與核付及醫審辦法第 3 條內容所述「保險醫事服務機構向保險人申報醫療費用，應檢具完整之醫療費用申報表單」。而同條第二項說明若有表單不完整或填報有錯誤者，保險人應敘明理由通知更正，更正完成，即予受理，並依規定之時程採電子資料申報。在此條文內除了說明申報初始填具之申報文件應確認正確與否，若有不符或錯誤者，應行通知更正，待更正完成後，始予受理。

在有醫療服務事實發生之前提，首先由醫療服務機構提供醫療服務給予被保險人基礎上；再依據健保法、全民健保合約及全民健康保險醫療辦法向被保險人提供醫療服務之後，再依此一公法上債之關係而為相對之醫療酬金之支付。試將健保審查作業流程簡述如下：

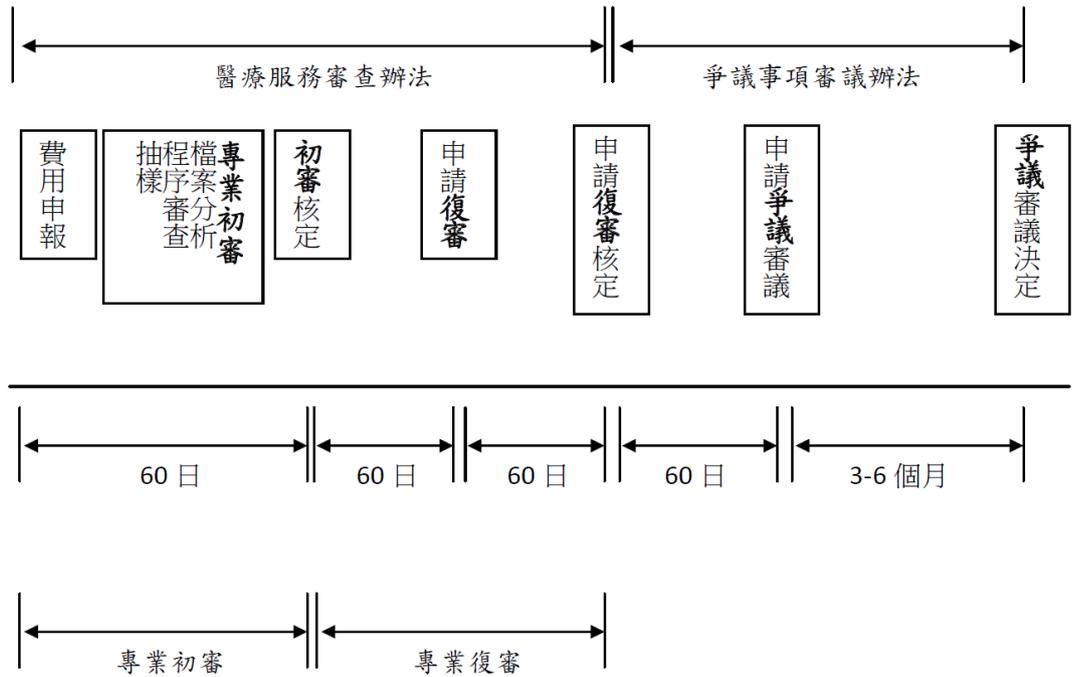
分析其費用支付實務步驟如下：

- 1、 **【提供醫療服務】**：依據健保法、合約及全民健康保險醫療辦法向被保險人提供醫療服務。
- 2、 **【申報】**：依據健保法第 62 條第 1 項規定及全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於規定期限內備齊文件並依全民健康保險醫療服務支付標準，向健保署申報服務點數。

- 3、 **【初核】**：健保規定醫療院所在醫療費用發生後次月二十日前檢附醫療點數申報總表、醫療服務點數清單、醫療服務醫令清單向保險人提出申報。
- 4、 **【暫付】**：健保署應依申報與核付及醫審辦法第6條、第7條、第10條之規定內容在所定之期限內給予一定成數之醫療費用暫付款。
- 5、 **【抽查】**：健保署為管控醫療費用，避免醫療費用無限制上漲的財務管理之下，對於醫事服務機構所申報之醫療服務案件，進行申報案件之審查。實務執行面上，依常理下，保險人無法對每一案件均進行審查，故而改為抽查為主要手段。依醫審辦法第3條第3項，通知保險醫事服務機構提供抽查案件資料複製本並送審查。
- 6、 **【核付】**：將依健保法分配後之醫療給付費用總額及經審查後之醫療服務總點數<sup>61</sup>，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。亦即換算成金額支付
- 7、 **【申復】**：經保險人委託醫事團體進行專業審查後而對該審查結果異議不服時，可依醫審法第32條規定，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。若對申復結果仍不服者，可依醫審法第33條第2項規定，另依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向爭議審議會申請審議。
- 8、 **【申復審查】**：醫事服務機構對於保險單位的初次審查結果有異議時，於保險人通知到達日起規定期限(六十日)內向保險人，也就是健保局提出申復審查請求，且承保機關需於規定期限內完成申復審查作業，一般而言保險人應於受申復文件之日起六十日內核定。
- 9、 **【再議審查】**：申請期內健保均規定醫事服務機構在收到申復審查後15日內提出請求，而保險人(健保局)應於受理再議文件之日起四十五日內核定。

---

<sup>61</sup>參照全民健保法63條內容，僅規定「醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查之辦法，由主管機關定之」，其為轉授權，另行訂定支付浮動點數價值金額，故會出現前節所述「一點不等於一元，大多數小於一元」之情況發生。



(Figure 4、費用申報及審查流程概要圖表)

將上述申報、支付、審查等流程及時日，加以簡化並整理成圖表，以利通盤瞭解該程序。(Figure 4、費用申報及審查流程概要圖表)

## 第二款「比例回推制」

在上款內文論及支付過程中，除了醫療費用不予給付之核刪之外，最重要的刪減醫療費用之工具-**比例回推制**。醫療費用支付之法源界定後，必然要求契約當事對造，在契約內容上有所制約及節制之角色，故而必須同時討論制約之法律效果與作用，要求有法律保留原則是通用於有關人民權利的侵害性相關的法令必須歷經的法律通則。在醫療費用核減的相關判決中，一個長期以來醫界疾呼但是法學方面甚少討論與注目的爭點則是所謂「比例回推」制。亦即實務上一筆申報被刪即導致核扣數十倍乃至數百倍之事例，比比皆是。其法源來自於舊法醫療服務審查辦法第 16 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，其抽樣及回推方式詳如附件五，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。」

此種現況對於一般善意施行醫療之醫師，基於醫學專業之確信與醫學常規而執行每日業務時，造成極大之心理與經濟壓力。此回推制度係源自於健保法 63 條轉授權之內容，若當健保署採隨機抽樣方式進行審查，其中發現有不符規定的申請項目時，除了核減該筆給付外，另依抽樣比例擴大核刪比例。亦即若該筆抽樣係於一百件中取一件抽查，若發現有不符規定，則該筆核減金額將放大一百倍。此種比例回推之核減方式其法源依據為「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條規定「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。」

保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或補付率之計算基礎。隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式另行公告。

此審查辦法所援引之法源依據在於第 1 條：「本辦法依全民健康保險法第 63 條第 3 項規定訂定之」，而母法第 63 條第 3 項文字為：「前項醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。」亦即容許以抽樣或大量數據形式分析方式進行費用審查，但文字中並無所謂「比例回推」之授權，故而回推放大核刪是否逾越母法授權尚待推敲。

在醫界許多次在訴訟案件中對比例回推提出質疑後，實務見解也對此表示其態度。另外，臺北地方法院行政訴訟判決 102 年度簡字第 370 號亦對「比

例回推核刪」之合法性持肯定見解，「由上開法條可見，被告核減點數係有合法權源，並非恣意刪減，況且被告核減醫療院所之點數亦是歷經過多數專家人士之意見，彙整而斷。故被告之爭審決定，本有其合法性與合理性。」

健保法雖然對於抽樣審查有所規定，但是比例回推則未顯見全民健保法授權依據。在醫療臨床實務上，事實上權利侵害強度最大的也是在於「放大回推」效果，而非抽樣的審查方式之選擇本身。若從健保申請件數龐大，故而必然需要審查作業的行政簡化來看，抽樣審查是合乎現實需求與規範之合乎目的性，亦即保險人對於醫療支付是否合理性或是必要性，仍保有最後審查權力，此亦為避免不必要的醫療資源浪費及有效壓抑醫療費用上漲之有效工具，而回推放大的核減方式則可以視為一種意圖嚇阻僥倖的手段<sup>62</sup>。於此處，最重要問題在於：審查可以抽樣方式行使，但是否可擴大當然解釋為包含轉授權後之「比例回推核減制度」？然而從健保署的監督立場而言，若抽查到違規案件後僅僅核扣當件費用，就實際面而言，可能根本無法達到控制費用支出之重要目的。另外從醫事機構的角度而言，若有一件醫療處置被認定違規，即處罰放大至百倍金錢，是否是對財產權利的過度侵害之疑慮？地方法院見解亦係顧及健保署逐一監督困難性，並將此比例回推之「扣罰」認定為有合法之法律依據。

合理之罰扣費用對於浪費醫療資源行為懲罰及壓抑健保支出之上漲，似乎是合理且可理解的，但是現行法規下，尋常抽查案件動輒罰扣數百倍金錢，並一視同仁認定所有相關案件必然同樣具有浪費醫療資源之嫌，而加以處罰，此處要討論的是「兩造約定罰扣並列舉於契約或是健保法中」，但是合理的罰扣倍數，到底多少才符合公平原則？這又是另一個難題。健保署欲將此定性為基於合意之契約罰性質。但是回溯到基本法律原則前提下，之前所論之法源界定問題需要再深究，如果支付標準與罰扣標準本身並非雙方議定，而是單方之定型條款，則對於善意提出給付之醫事機構如此的不利益之對待，是否有顯失契約公平均衡之處？在此處，須注意醫院及診所機構是否同樣具有相對於健保署有同樣的契約議約能力，仍值得深思。

最後，由於行政機關健保署是唯一主辦台灣全體居民之強制健康保險制度，其對醫療資源支配之唯一獨佔性與壟斷性是毋庸置疑，醫事服務機構鮮少有主控權利及最後決定是否加入全民健康保險之自由度可言。在此情形下，健保署縱然嘗試以契約之合意基礎作為醫療費用支付之依據，然而這種巨大的地位落差與公權力之介入程度來看，此支付標準仍然應受到高度的法治國拘束與檢驗。於此有實務上有兩種觀察視角，一種是從被保險人角度去檢驗，

<sup>62</sup> 蔡維音，全民健保醫療審查之法源檢驗與舉證程度之實務觀察，台灣社會法與社會政策學會 2015 年 11 月 12 日演講內容。有關於 臺北地方法院行政訴訟判決 102 年度簡字第 265 號評析。

檢視涉及減縮或拒絕給付之法源是否符合法律保留、比例原則之要求，此即釋字第 524 號解釋所循之檢驗路徑；另一種角度則是從醫事機構角度去檢驗其醫療費用請求被限制、裁罰是否符合法治國要求。另外，就本文討論重點在於醫療費用事後審查合理性；在事後之醫療費用核付之訴訟案件進行中，由於不直接影響病患先前已接受之醫療服務，故法院的焦點則多集中在後者之檢驗上。



### 第三款 醫療服務審查分類

全民健保醫療服務審查主要通常分成行政(程序)審查與專業審查。行政審查部分由健保署各分局之費用且(行政人員)負責，而專業審查則依據案件類型(如高額案件、特定案件或是一般案件等)由健保署總署的醫療審查委員會負責總督導考核，再分別交由審查小組或是各分局的醫療服務審查分組(審查醫師)負責審查。

首先，各特約醫療院所提出申報資料(含書面申報，電子資料申報)後，健保局受理後，經轉檔作業；平衡檢查在規定的期限內完成醫療費用暫付作業。為保證支付品質(特約醫療院所申報是否符合規定)及特約醫療院所提供醫療服務品質，遂以各項審查方式來決定是否予核付或予以核減處罰。

行政(程序)審查主要是確保特約醫療院申報案件內容在行政作業規定上的完整性與正確性。行政(程序)審查後，依申報案件性質進行專案審查前的抽樣作業(立意抽樣或是隨機等距抽樣)。

#### 第一目 程序審查

依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 18 條所依據保險人行政人員僅以行政審查程序直接核刪未符健保相關法規之醫療費用者稱之程序審查(例如：以醫療資訊系統設定檢核邏輯篩檢，即予核刪，未經專業審查程序)，又有稱之為行政審查，由非專業之行政人員進行形式審查，凡違反程序規定視為無效申報，應予核刪並不予支付。通過程序審查者才能接續專業審查。依同條規定保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：

- 一、保險對象資格。
- 二、保險給付範圍。
- 三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。
- 四、申報資料填載之完整性及正確性。
- 五、檢附資料之齊全性。
- 六、論病例計酬案件之基本診療項目。

七、事前審查項目。

八、其他醫療費用申報程序審查事項。

保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反該法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。故而可由法條內容得知，此一規範為一醫療費用審查或相關支付前行為，此為一行政動作，並無實質內容審查，僅就審查案件內容進行初步行政過濾效果。但是仍與專業審查專家最後核刪理由中佔有核刪理由之一，故而在此處，健保署亦將之視為審查內容之一部分，換言之，健保署於此階段下，本身亦常常混淆程序審查與專業審查的分際。如若送審資料中缺漏相關病歷記載內容時，已經歷程序審查而進入專業審查時，審查人員仍可透過專業審查機制與酌予扣減醫療費用<sup>63</sup>。故而彼此階段性審查分工似有不甚明確或是混用的態樣，此證明健保署於此一專業審查的角色定位亦不明確與專業化未落實。

最後，在同條第三項內容則陳述「醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供，其提供複製本或電子資料送審者，應與正本相符。」此即為若是保險人(健保署)將欲審查所需之病歷或診療證明文件，通知醫療機構後，由醫療機構提供複製本，以利後續醫審會審查人員查驗。

實務上，健保署依健保法規定醫事服務機構提供人民醫療服務後，依據醫療服務費用支付標準及藥價基準向健保署申報其提供之醫療服務點數及藥品費用，而後健保署依同法第 63 條第 3 項將保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。亦即換算成金額支付特約醫事機構。

## 第二目 專業審查

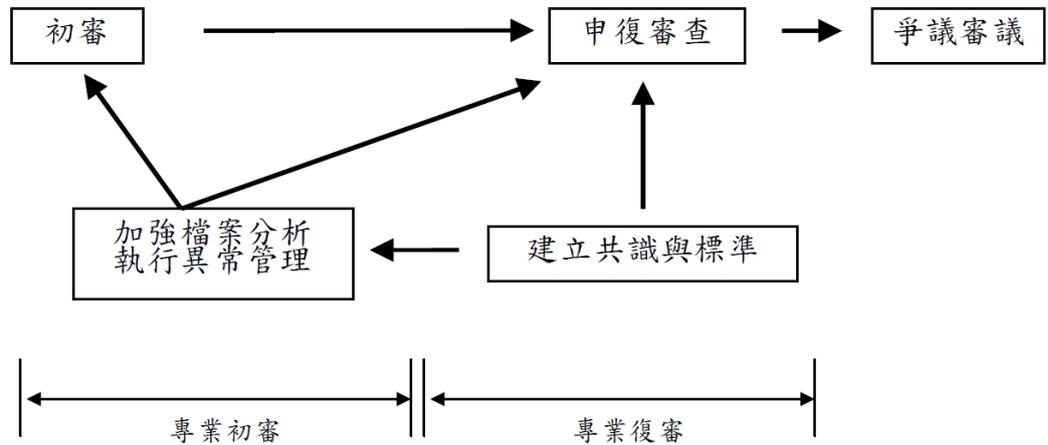
由健保局依健保法第 52 條及醫審辦法第 2 條第 2 項規定「…遴選並聘任具有臨床或實際經驗之醫藥專家組成醫療服務審查委員會」，該委員會審查保險醫事服務機構提供的醫療服務項目、數量、適當性及品質。如經該委員會依醫審辦法第 15 條至第 18 條規定認違反規定或不符專業的不適當服務，進行核刪且不予支付，並註明不予支付內容及理由。另外由於我國自 2003 年起西醫醫事服務支付改採全面總額支付制度，特約醫療院所其經審核的醫療服務點數，仍須加乘以經精算的點值才可得到其應得醫療服務費用，若暫

<sup>63</sup>健保署專業內容不予支付理由代碼 0103A「所附病歷/報告錯誤，資料錯誤/不符(非本個案或基本資料、性別、日期/期限等錯誤)」，見附錄西醫專業審查不予支付理由代碼表(附件二)

付予醫療院所之暫付款比經精算後的醫療服務費用多時則予追扣。

於專業審查過程中，健保署要求審查醫師、藥師等醫事人員應於保險人規定期限內審查完竣。審查的結果，當以公文書通知醫事服務機構。如期申報之醫療費用，保險人應於收到申請文件之日起六十日內核付（醫審辦法第10條第1項）。審查決定態樣不外乎如數通過，或者刪減部份的申報費用，刪減多少及其所採取之依據標準，法律性質上屬於保險人對於法律效果的裁量，醫審會在醫審辦法的授權範圍內，固享有行政裁量的權限。由於先前之暫付程序所給付之金額僅為申報額之一定成數，不足的部份，在正式之核付程序中補足。相反的，如果暫付金額高於核定金額，則依「全民健康保險醫事服務機構醫療費用暫付作業要點」第6條的規定，保險人應於撥付醫療費用中扣抵，類似當事人實體權益的互相抵銷，如無醫療費用可供扣抵者，保險人應予追償有疑問者。

(Figure 5 專業審查-初核、復核、再核程序)



### 第三目、其他項目(非程序審查、非專業審查項目)

依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第2條第2項所列除了前文所言之「程序審查」與「專業審查」外，亦可分為「事前審查」、「實地審查」及「檔案分析」<sup>64</sup>。

而其中事前審查為依醫審辦法第25條規定，健保局針對高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品等訂定事前審查作業要點，規範應事前專案報備核准後始得使用之項目，及其適應症、開立之醫院或開立醫師之資格、申報應檢附之資料及表單等相關作業規定，此部分因仍有相關給付規定訂立及性質上屬於事先審查，與一般醫療服務案件費用皆為事後審查，無論在法律效果上及臨床治療時限上有不同性質，不在本文討論範圍內。

此外，實地審查為一行政指導措施之考核，依全民健康保險醫療服務審查辦法第26條規定，保險人為增進審查效能，為輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得由保險人派人進行實地審查。此項實地審查係指保險人派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療服務點數項目之服務內容，進行審查。若有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、移送稽核或依本辦法第29條不予支付指標及處理方式，不予支付其申報費用。由此得知實地審查一般發生在健保局對特約醫事機構有進一步了解之必要時，或是新健保政策推行時，健保局希望多加宣導、輔導以及防範弊端發生所執行之手段管制方式。

檔案分析，醫審辦法第30條規定，健保局對申報醫療費用案件，進行分級分類之醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等進行檔案分析，主要用於與同儕群體的比較，大致區分為醫事服務機構、醫師及保險對象三方面，藉以找出醫事服務機構申報費用量及單價指標高於同儕者，依分析結果予以行政輔導改善，經行政輔導後未於一定期間改善者，得依醫審法第22條第1項採取立意抽樣審查、加重審查或全面審查等方式，必要時得移請專業人員稽核，此亦為另一行政指導方式而行審查核扣之目的。

綜合上述，真正直接與事後專業審查流程有關主要為程序審查、專業審查兩項為主要相關業務，前者主要在審查各醫事服務機構的特約資格、申報資料的完

<sup>64</sup>全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第3條，「本辦法所稱醫療服務審查包括醫療服務申報及支付、程序審查及專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。」，一般而言，醫療費用案件可概分為事前及事後審查兩大項目。而實地審查則為行政督考之主要措施，職司是否有其他重大執行業務違規，而檔案分析是為另一種交互比對是否該醫院有異常申報案件(如大量高額、同類型案件大幅度成長等等，不符合一般醫療院所常態分佈之疾病型態或給付項目)。

整性、及醫事人員法定資格等行政規定之事項，而後者則是由健保局聘請之醫藥專業人員針對醫療服務的適當性與利用情形予以審核。



## 第四節 醫療審查制度下醫審會角色及法律關係

保險醫事服務機構對保險對象提供醫療服務，並須依健保法 41 條、42 條規定(即保險人擬定並經主管機關核定後之「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用，保險人應依健保法第 62 條所核定分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點數費用，並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。保險人依健保法第 63 條第 3 項授權，就醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查等事項而制定全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法。

進一步言，保險人依據健保法第 63 條第 1 項規定「對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質應進行審查並據以核付費用，審查業務得以委託行使公權力方式委由相關專業機構、團體辦理之」。

### 第一項 醫審會監督功能

醫療服務審查屬於「專家鑑定」及「專業評量」，基本上認為保險人核定或核刪醫療費用，法律性質類似「專家鑑定」或者「專業評量」所做成之決定，不論是基於行政機關裁量權的行使，或是對不確定法律概念之判斷餘地，均屬行政權專業的核心，除非明顯不當或違法情事，法院原則上不予審查，也不宜由司法權代作決定。對於前述主張，已有若干大法官解釋可作依據，釋字第三一九號解釋不同意見書<sup>65</sup>：對國家考試成績之評定，應屬於判斷餘地或裁量餘地，除有明顯不當或違法情事，司法審查應加以尊重；釋字第三八二號解釋：對學生學業成績之評量，主張尊重教師及學校本於專業及對事實真象之熟知所為之決定<sup>66</sup>；釋字第四六二號解釋<sup>67</sup>：對教師升等成績之評定，對於

<sup>65</sup>釋字第 319 號不同意見書中翁岳生大法官等見解。此項評分之法律性質有認為行政機關裁量權之行使者，亦有認為屬於行政機關適用不確定法律概念之「判斷餘地」。無論從裁量之理論或是不確定法律概念之見解，其評分應受尊重……，除發現有顯然錯誤或違法情事，經依法定程序處理者外。

<sup>66</sup>大法官解釋之釋字第 382 號解釋理由書內容「如學生所受者為退學或類此之處分，則其受教育之權利既已受侵害，自應許其於用盡校內申訴途徑後，依法提起訴願及行政訴訟。……，又受理學生退學或類此處分爭訟事件之機關或法院，對於其中涉及學生之品行考核、學業評量或懲處方式之選擇，應尊重教師及學校本於專業及對事實真象之熟知所為之決定，僅於其判斷或裁量違法或顯然不當時，得予撤銷或變更」。此處即明顯尊重該委員會對於事實認定及真實熟知而為之判斷，而僅於裁量違法或顯然不當時才予以介入。

<sup>67</sup>大法官解釋文釋字第 462 號解釋文內容「教師評審委員會，本於專業評量之原則，應選任各該專業領域具有充分專業能力之學者專家先行審查，…。教師評審委員會除能提出具有專業學術依據之具體理由，動搖該專業審查之可信度與正確性，否則即應尊重其判斷」。故而可推知法院態度，在專業認定領域下，法院並不直接介入及實質審查，除非有明顯不當情事。此處則再次彰顯司法高度尊重行政權之行使。

教師評審委員會所提出具有專業學術依據之具體理由，除非明顯動搖該專業審查之可信度與正確性，一般皆尊重其判斷，而受理行政救濟之行政法院，自得據以審查其是否遵守相關之程序，或其判斷評量有無違法或顯然不當之情事；此即僅於其判斷或裁量違法或顯然不當時，得予撤銷或變更。從而，保險人對於醫療費用的審查及核刪，屬於專業評量後對個別醫事服務機構之行政處分，醫事服務機構如果不服，得提起復審、爭議審定、訴願及課予義務訴訟。但是法院審查此類行政處分，標準之認定莫不皆以其「判斷、評量有無違法或顯然不當之情事」為判斷是否已達無效或撤銷等結果改定。

## 第二項 委託專業團體審查

由前節內容可知，每月健保署須每月必須面對數百萬件申請中再抽取數件醫療案件進行審查，綜合各區健保局(台北區、北區、中區、南區、高屏區、東區，共有六分區進行個別審查<sup>68</sup>)，而一般申報審查部分，有鑑於醫療申報費用數量十分龐大與瑣碎，為避免健保行政效率的低落，保險人可基於雙方辦理事項之性質、行政效率與彈性要求，在抽樣後送交各分區之地區醫療服務審查分組進行專業審查，由健保局分局遴聘醫藥專業人員，針對各特約醫療院所的醫療服務之合理性、適當性以專業的角度進行評核，總額預算實施前由健保局共遴聘審查醫師約一千五百餘位負責執行醫療服務專業審查作業。總額預算實施後，部分(牙醫、中醫、西醫基層等)醫療業務之專業審查交由各區總額預算執行委員會遴聘審查醫師執行<sup>69</sup>，而審查之依據、抽樣之方式，審查醫師的遴選聘規定，仍依據相同之法規進行。最後由改制前健保局<sup>70</sup>，即現行的健保署所訂立辦法及管理規則。

故在實務上，健保署依據全民健康保險法第 63 條第 1 項規定擬定「醫療服務審查業務委託辦法」，亦指明其功能「…醫藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之」將上述有關醫療業務審查的部分委託外部團體執行(如附件一)。概類似數量龐大行政業務，本該委託由具有相關醫療專業的醫事團體之協助行政。換言之，該等受託單位為行政程序法第 16 條受委託行使公權力之私人單位，共同協助大量且繁複之瑣

<sup>68</sup>衛生福利部中央健康保險署組織與職掌，網址 [http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\\_id=659&webdata\\_id=3513&WD\\_ID=664](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=659&webdata_id=3513&WD_ID=664)(最後瀏覽日，2016/01/20)

<sup>69</sup>龐一祥、劉見祥、賴美淑，我國醫療服務專業審查制度改革之落實方案，台灣醫學，7 卷 5 期，頁 747-756，2003 年。

<sup>70</sup>章殷超，全民健康保險醫療服務審查問題之探討，台灣醫學，7 卷 1 期，頁 104-114，2003 年。

碎之醫療行政業務，本為合情合理之行政作業程序。

關於委託專業團體的法律授權方面，許多司法爭訟案件當事人皆主張委託專業團體並無法律授權明確性，而欲認定該團體所為之專業審查並無法律效力，但在臺北地方法院行政訴訟判決 102 年度簡字第 265 號判決認為：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 2 條規定：「保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目、數量、適當性及品質，依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用（第 1 項）。…醫療服務審查，應組成醫療服務審查委員會，必要時得委由相關醫事機構或團體辦理（第 2 項）。」確認為合理並有轉授權的效力。但是同時也說明該判決意旨除指出全民健康保險法修正前欠缺委託第三人辦理醫療審查之授權，故審查辦法此部分有逾越母法之虞。但是在修法後，明文授權後，此一難題也獲得解決與釐清。

### 第三項 醫審會組成與遴選代表性-審查醫師聘任機制

#### 第一款 醫療費用審查組織及組成人員結構

健保法第 63 條第 1 項規定訂定「全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法」，健保署為審查醫事服務機構辦理之醫療服務項目、數量及品質，應組成醫療服務審查委員會，足見舊法之全民健保醫療費用審查，係健保署體制內單位來執行。依其組織章程及規定下，其組成委員謂以有臨床或實際經驗之醫療專長擔任<sup>71</sup>，由於委員執行任務具有相當之醫療專業性，理論上若是每位委員醫療見解及權限平等，推論該委員會性質應屬合議制，通常以多數決方式作成決定，其作成之決定代表健保署最後之決定，所以其涉及公權力行使時，應由保險人為之。

依組織改造前之舊法中「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」第 7 條第 1 項及第 8 條規定似乎分為中央型「委員會委員由健保署遴聘具 5 年以上教學、臨床或實際經驗且經認定對臨床與保險著有貢獻之醫藥專家 26 至 31 人組成」，而地方型審查醫師之遴選則規定於同法第 8 條中，審查小組及地區審查分組得遴聘醫師、藥師擔任。在新法「醫療服務審查業務委託辦法」中，雖無明確審查人員年資、臨床著有貢獻之醫藥專家等條文規定，

<sup>71</sup>全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法第 5 條，有關委託辦理項目之說明，包括人員遴聘、管理、品質提升、申訴機制、協助爭訟案件答辯及撰擬等等，在此可謂將眾多項目委託於外，從人員及品質等等皆委託於外部團體，似乎是獨立機構，但是實際上，許多項目皆是由行政單位主導並建立，而非真正交由外部團體擬定，並無落實該規定所立之精神，見諸附件 7 醫藥專家遴聘與管理要點。

但是該委託辦法第 13 條明文規定「遴選原則，經保險人核定後，始得遴聘」抑或是第 15 條內容中亦「擬定專業審查基準、經保險人核定後，辦理本辦法…」。

從上述辦法文字內容可見，顯然審查醫師及藥師來自於健保署之遴聘程序，亦可解讀為中央健保署轄下所自為決斷是否聘任該位醫藥人士，而其人員之推薦來源為各個專科醫師公會或是各級醫事服務機構推薦擔任。另其在執行醫療費用之審查的任務，不免啟人疑慮委員執行職務的公正、客觀立場，其審查結果即代表健保署之決定，如醫療審查案件進入訴訟程序時<sup>72</sup>，審查醫師似應該列為健保署之輔佐人，而非鑑定人的地位同時前開辦法中亦規範審查委員及審查醫事人員辦理審查業務應嚴格遵守的宣示性義務，足見醫療專家仍不免有發生徇私情形，且健保署應該常就有關健保問題之時事，針對違約態樣案件進行全面性審查，此時審查醫事人員之原應具備之超然公正、客觀地位即受質疑。在醫療費用審查組織而言，是否未來能真正由超然中立第三人來擔任審查業務，成為真正中立且專業組織成員而不受利害關係人左右的方向考量。

## 第二款 審查委員遴選與汰換程序

回顧現行健保署所肩負的兩大主要業務；「承保業務」及「醫療費用支付業務」二者內容性質不同，後者具有高度專業性，健保署能否勝任值得深究，於是成立醫療審查委員會；但即便是成立醫療審查委員會，亦難免為醫界批評「行政干預專業」、「裁判兼球員」之嫌，其所提出之質疑在於以下數項內容：

- 第一、審查人員推薦權集中於特定團體內(如特定受託團體內、醫師公會團體、個別醫院推薦)
- 第二、審查人員遴聘、與審查基準皆仍由保險人(健保署)單方面控制，即是否聘任與考核，仍由官署方面決定，專家代表無專業自主之空間可言。
- 第三、舊法中第 13 條內文甚至規定「未能依全民健康保險醫事服務審查辦法及委員聘用相關規定有效執行審查業務者」得解聘之，具體而言，若未達審查績效者，主管機關可直接解聘之。新法中，

<sup>72</sup>醫療服務審查業務委託辦法第 5 條第九項內容有關訴願與訴訟案件之協助事項，但是此處必須思考其法律地位及是否具適當性，該審查醫師或是其團體內部再次作為該案件之鑑定人是否適當？若是該案件由原團體成員 A 審查，再次交回由該團體成員 B(也可能是 A，因為審查人員匿名性質，無法得知)，同一團體再次審查，對於不同見解之產生抑或是專業第三人代表性之地位是否仍存在，此處多所疑問，期待有不同審查結果似乎是微乎其微。

則隱身於第 16 條<sup>73</sup>，委託事項之品質及效率未達，仍受主管機關監督等項目即可窺見無獨立自主性可言。

針對醫事服務機構乃至於醫療界之以上三點之質疑，主管機關則多所含糊其詞，而所謂審查效率與聘用原則皆屬行政內規，審查人員評核基準等等相關規定，亦無法從外界窺視而得知。且健保署常有專案稽核，較易有不當連結因素產生，畢竟醫療費用業務以支付為核心，除了設計減少醫療費用支出審查原則將不必要之醫療費用浮濫成長之限制與除弊之作為規則制定外，尚須配合實際醫療行為真實品質監督(real quality monitor)與審查結果之反饋(feedback)於受審查之醫事服務機構，讓醫事服務機構知曉該如何配合相關醫療政策與公共衛生保健政策之執行，才能健全整個醫療服務與支付制度，而非僅以財政支出之「頭痛醫頭、腳痛醫腳」之治標不治本之財務規劃為至上目標，非但無法增進醫療品質，更易否定醫療專業，反而更容易衍生因給付低廉下導致醫療品質下降<sup>74</sup>、病人得不到合適醫療處置，則無法利益未來健保組織及醫療院所間和諧之共辦發展方向。此外，「總額支付制度」實施之後，名義上審查的工作交由醫師公會全聯會主其事，以所謂自主管理方式讓醫界自我制約，惟審查小組的負責醫師與全體審查醫師成員仍全數交由健保署審核其效率績效評核與資格核定方可聘任，亦即健保署(保險人)掌握最後聘任權且並未下放基層公會組織。另一半數的審查醫師雖由醫師公會全聯會推薦，仍然要接受健保署的人員審查規則與審查潛原則，同時健保署會將每位審查醫師的所有審查案件輸入電腦，統計分析其核減率，來考核分析以決定是否續聘，當然，即使是個別審查醫師之不刪減有其學理的依據，過低的核減率絕對會導致不續聘<sup>75</sup>。

<sup>73</sup> 全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法第 16 條內容中，可得知委託團體其仍受保險人高度掌控下，舉乎方法規範、審查品質、會議審查、意見調查或是請求團體進行專案報告方式，幾乎無所不包地掌控該組織之權力，若仍謂其有獨立性之行使，則不免遭受外界質疑。

<sup>74</sup> 吳運東，期盼合憲性、合目的性的新健保醫療服務審查制度，台灣醫界，第 46 卷第 10 期，2003,10 月

<sup>75</sup> 98 年 9 月 15 日健保審字第 0980095478 號公告之「全民健康保險西醫基層總額支付審查醫師管理要點」及其附件「西醫基層審查醫事人員品質指標」評量表  
<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL020115>(最後瀏覽日，2016/01/20)

## 第五節 醫療費用審查救濟制度

### 第一項爭議審議救濟制度及其成員組成

而在總額支付制度下，特約醫療院所於申報醫療費用時，應依照醫審辦法相關規定，由健保局進行形式審查（審查申報格式是否完整），由與健保署簽訂「總額支付制度專業事務委託契約」之全國醫師聯合會（全聯會），及西醫基層總額支付制度執行委員會（全執會）等受託單位辦理專業審查。名義上現階段進行專業審查之單位均非保險人內部機關，而係總額支付制度下之受託外部單位進行專業審查，但是相關組織及其管理缺失及爭議如上節中所述，故而在前階段之審查公平性、透明性屢屢遭受醫界基層挑戰。

全民健保的專業審查作業流程分為初核、申復。且各程序以申請一次為限。如審查有認為應扣減費用，醫事服務機構如對初核結果有異議，且符合申復要件者，得依據醫審辦法第 32 條第 1 項規定，若對於受領申復結果仍無法滿意時，則於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內填具全民健康保險爭議審議申請書，向全民健康保險爭議審議委員會提起之，向衛生署爭議審議委員會申請爭議審議，以求裁量公平性、合理性。因該等前階段審查均屬專業審查，故名義上仍係由總額支付制度之受託團體辦理。之後若仍不服審查結果而提起爭議審議時，始交由爭審會辦理。

鑑於健保爭議事項，多涉及醫療專業範疇，依規定於行政院衛生署（現為衛生福利部轄）下設立全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱爭審會）<sup>76</sup>，依法審議健保爭議事項。健保法第 6 條第 1 項規定：「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟」，而同法第 2 項亦指定負責審議之單位「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理」。

在此階段，一般將案件劃分為權益案件（有關投保業務行政事項）或是醫療費用案件爭議案件，而後者則具有高度醫療專業性，其所發生前階段費用審查至後階段爭議審議程序之過程中，多牽涉到醫療高度專業性所左右，對於行政機關非醫療人員而言，其呈現較權益案件更為複雜，故亦再委託專業醫事團體再審查案件（依然是不同的組織成員），此處亦難以避免發生同一團體內部之「左手審查右手」之譏，其公平性再次受到質疑。

<sup>76</sup>全民健康保險爭議審議事項審議辦法，訂定審議程序、案件類別、及決定書之繕寫等等，見附件四內容。

依據組織改造前舊全民健康保險法第5條第2項：「為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。」設立全民健康保險爭議審議委員會<sup>77</sup>。由上述舊法規內容可知，其法源依據由全民健保法母法而來，而已因為政府組織改造後於102年7月21日廢止，另行訂立辦法「全民健康保險爭議事項審議辦法」，而所依之全民健保法修訂後第6條第3項為母法依據。而原有之全民健康保險爭議審議會改為內部組織，而不另行成立組織與規程辦法。其組織編制；依照舊有全民健康保險爭審會組織規程第四條規定：「本會隸屬行政院衛生署（以下簡稱本署），置委員十五人，由本署署長遴聘之，任期二年，期滿得續聘；其名額分配如下：一、保險專家二人。二、法學專家四人。三、醫藥專家七人。四、本署代表二人」，實際上，除前開委員外，爭審會亦設置執行秘書一人協助主任委員綜理會務，下設法制組辦理權益及特約管理案件，醫事組辦理醫療費用案件。

至於爭議審議程序應如何定性，依據當初健保法草案之立法說明，明確指出：「爭審會所為之爭議審議，係屬訴願之前置程序，被保險人及投保單位對於爭議案件之審議若有不服時，可以訴願及行政訴訟方式救濟之」，足見在制度設計上，對於相關案件有所爭議時，先循各該程序救濟則視為訴願合法提起之要件。爭議審議之申請，限由被保險人、投保單位及保險醫事服務機構（稱為申請人）提起，且必須對保險人（即健保局或其分局）就健保事項所為之核定案件發生爭議時，依全民健康保險爭議審議辦法(附件四)第4條規定：「申請人申請審議，應於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書一式三份，…向全民健康保險爭議審議委員會提起之」，經爭審會受理後，依作業程序進行審議。並由爭審會做成准駁之決議，若對此准駁仍有異議者，則可逕行依法提起行政爭訟救濟。

<sup>77</sup> 全民健康保險爭議審議委員會組織規程 於102年7月21日廢止

## 第二項 醫療服務審查之爭議與救濟法律關係

故就醫療費用爭議案件而言，至少須經「爭議審議→行政訴訟」之程序，於特約管理案件準用權益案件中，是經「爭議審議」之行政內部審查程序；而同時，醫療費用案件的審議，在進入訴訟程序之前，將是包含更為冗長的「初核、申復、爭議審議」後，若是審議後仍不服，可直接進入行政訴訟。換言之，如果相對人對於行政機關所為之處分不服，應依法規之規定提起救濟，而不得選擇以訴願程序救濟之。在健保爭議制度上，以爭議審議制度取代訴願程序，如相對人對於結果不服者，得可依健保法第6條第1項以爭議審議後向行政法院提起一般訴訟，以達到醫療費用支付給付目的，或逕依其爭議案件之類型提起相對應之行政訴訟。

按舊有全民健康保險爭審會組織規程第四條第一項之規定(新法並無相關組織成員之明確規定，僅提及爭審會之審議通則，但查諸相關爭議審議委員會記錄，委員仍為15人)，其與衛生署一般訴願委員會相較，雖然二委員會之成員均為十五人，在醫學專業及保險制度上，爭審會之要求，較諸行政院衛生署訴願委員會之成員組成，已增加醫藥人員參與；但就醫療案件科別性、專業性，似乎無法顧及各科別獨立與專業性之全民健康保險需求。則審議程序在保險專業之審查能力上，顯然優於行政院衛生署訴願審議委員會，但就醫療案件上醫學專業審查能力及其發揮內部自我審查之功用雖略優於行政院衛生署訴願委員會，但就醫療複雜性與後續法院更無能力就此一案件進行審查，仍需委託專業團體；極高可能性，仍會擱回健保署內部再次提供專家意見，故此一右手審查醫療案件，左手提供法院專業意見，則原本行政法領域欲賦予健保署一個「自省」的機會，期能於當事人問自行解決爭議而毋須另訴諸他機關或法院，在此無異於功能跛腳。更進一步來說，對於保險人與醫事服務機構雙方信任關係之維繫，似乎無有益之實質幫助。

## 第三項 爭議審議救濟流程-以醫療案件為主體-專業稀釋化

醫療費用申報案件核定若是無法在專業初審及專業復審時，加以及時修正相關醫療案件錯誤核刪及保險人不為給付於相關醫療院所遇到的困境，將此類懲罰性核刪及加以專業自主性專業角色予以把握機會導正，若欲在後段爭議審查部分加入眾多法律學者、行政學者、保險學者再共同審查此一醫療費用案件，在目前爭議審議制度為合議制下，更無法就醫療案件予以長期永久性規範制定及醫療常規審查原則之穩定性予以核定並深入討論。

我國現行針對健康保險爭議並未下轄分組或是劃分小組討論，從會議記錄中得知，並無區分所謂「一般權益爭議案件」會議或「醫療費用爭議案件」會議<sup>78</sup>，全部均由爭審會加以審議，僅組織上設有法制組與醫事組分別管理而已，這也同時代表著，此一爭審會設立，並無法有效解決醫療費用案件之醫療支付審查的爭議案件後段救濟程序的審議，這也讓外界醫事服務機構一直質疑或主管衛生機關能否化解疑義於是否真有審議醫療費用爭議的流程及能力。概查全民健康保險爭議審議會之各月份之會議紀錄可得知，每月舉行之爭議審議委員會所審案件皆在 5000 至 6000 多案件數左右。更舉出 104 年 5 月份會議紀錄為例<sup>79</sup>；該次會議舉行時間為 2 小時 30 分，但該次審議爭議案件共有 5123 案，而其中審議醫療費用爭議案件共有 5078 案，更細分其醫療費用案件內程序審議案件供 9 案，實體審議案件共 5069 案；而以審查時間計算，平均一案審查時間為  $9000 \text{ 秒} / 5123 \text{ 案} = 1.756 \text{ 秒}$ ，故而在有限時間下，平均約不到二秒時間審查一案，故此審查品質與內容可知，更無法律上給予行政機關自省的原意與反省能力。

## 第六節 醫療費用核刪及法律爭議

於健保合約所稱之醫療費用支付制度，係依據健保法第六章「醫療費用支付」第 60 條至第 65 條規定。在法律性質上，醫療費用支付制度所面臨到的當事人對象，主要是涉及「保險人／保險特約醫事服務機構」之間的法律關係，並且是以「行政契約」型式和「行政處分」共同互為補用而作為其法律行為的互動方式。而「保險支付」係規定於健保法第 40 條至 59 條，此種保險支付則為訂立保險人(健保署)與被保險人(投保人)之間所對應的給付權力與責任範圍，其中當然就包含該法第 40 條之「給付條件」、第 41 條與第 42 條之「藥物給付項目」、及第 43 條門診和第 47 條住院部分之「自行負擔比例」之規定等等。

「醫療費用支付」與「保險給付」係屬兩種不同層次法律關係。審視在於在健保法規定下，雖然保險對象之保險給付請求權已經成立，但是其內容尚未具體化-須待第三人（特約醫事服務機構之醫師）之協力判

<sup>78</sup>衛生福利部全民健康保險爭議審議會之組織架構與簡介

[http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=438&fod\\_list\\_no=0&doc\\_no=1499](http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/DM1_P.aspx?f_list_no=438&fod_list_no=0&doc_no=1499)

(最後瀏覽日，2016/01/20)

<sup>79</sup>衛生福利部全民健保險爭議審議會之會議紀錄，104 年 5 月會議紀錄

[http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=542&fod\\_list\\_no=5376&doc\\_no=49421](http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/DM1_P.aspx?f_list_no=542&fod_list_no=5376&doc_no=49421)

(最後瀏覽日，2016/01/20)

斷（提供所必須之醫療服務），該內容才得以實現<sup>80</sup>，而保險人的醫療費用支付標準又實質上作為特約醫事服務機構提供保險對象醫療服務的準據與唯一圭臬<sup>81</sup>，從而保險對象所能實際獲得的保險給付（醫療給付）完全受到醫療費用支付標準的影響。

而本文中所討論的專業審查制度核刪主體，主要是討論事後專業審查內容，亦即是上段文字中「醫療費用支付」內容，究其所授權之法源為全民健保法第 63 條規定「對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，……，醫藥專家進行審查，並據以核付費用，審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之。」

### 第一項 專業審查(程序審查)核刪法律關係

保險人委託專業團體，而依專業評審查後作出核定或核刪醫療費用，是否屬於行政程序法之行政處分？或者屬於行政契約履約行為之通知<sup>82</sup>？在行政法實務上見解頗為紛歧。

（一）課予義務訴訟說：張道義教授認為「核刪醫療費用為行政處分，對此不服得提起復審、爭議審定及訴願與課予義務訴訟」<sup>83</sup>；此說主張「健保醫療費用支付被衛生機關拒絕或是核刪所呈現之拒絕醫事服務機構費用申請」，首先目前實務上保險人專業審查之費用，並不屬於法定健保費的支出之一，又此一行為為違反原本需要作成該「醫療費用給付」之行政機關之法定義務。且此種對行政機關課予作為義務，亦有公法上之全民健康保險法律作為法令依據。從支付流程及法律性質來綜合判斷，可得以說明醫療費用審查程序並非健保特約之履約行為。唯有保險人根據審查後確定之給付金額，交付費用之行為方屬真正該行政契約下的履約行為。依此，若保險人有遲延給付、金額不符，遲延利息等行為，皆明顯屬於履約行為之爭議，所以推論該行政契約內容非屬公法事件則準用民事訴訟案件原則，故而醫事服務機構得依健保特約主張權利，提起一般給付訴訟。醫事服務機構若對核刪行為不服，係質疑保險人之「專家鑑定」及「專業評量的效度」，

<sup>80</sup> 同前註 45，頁 144。

<sup>81</sup> 根據修正前全民健保法第 42 條規定「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其醫療費用應由該保險醫事服務機構自行負責」

<sup>82</sup> 蔡茂寅，各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究，衛生署委託研究計畫，頁 100，2001 年。

<sup>83</sup> 張道義，全民健保醫事服務機構特約管理及爭議解決制度之研究，衛生署委託研究計畫(2002-2003 年)，頁 44，2003 年。

依上述演譯及說明，就非履約行為之爭議，應提起課予義務之訴。

(二) 行政契約吸收說(一般給付訴訟)：實務上行政法院多主張此說。最高行政法院九十年裁字第四八五號則認為係履約行為<sup>84</sup>，應以給付訴訟主張權利；高雄高等行政法院九十一年訴字第五六九號及其後審法院最高行政法院九十三年判字第八五六號皆認為以健保特約契約規定認定，則以契約吸收所有之法規命令規範，並不再視為行政處分，且相關扣罰兩倍醫療費用<sup>85</sup>等等皆視同違約金，準用民事契約原則。近年僅有最高行政法院 99 年裁字第 102 號進入醫療費用診察費之核刪爭議之實體審查，該等裁定更定性為公法行政契約關係中一般給付訴訟，並且認為需列舉證據指出健保署所委託審查醫師之審核已達「錯誤」之程度始可推翻行政機關所為之裁量權之行使可能性，又或以健保署設置之「不予支付指標」拒絕給付上訴人所申報之醫療費用，是否有違反法律保留原則及健保法醫療費用支付規定。若是尚未能證明健保局醫師之審核錯誤或違反審查辦法之規定，則司法權高度尊重行政權之決議。

目前行政法院實務上對於「核定或核刪醫療費用」的爭議，大多數案件皆停留在訴訟案件本身程序審查的部分的審查，認為醫事服務機構應提一般給付訴訟，其所依據多為行政訴訟法第 8 條前段「人民與中央或地方機關間，因公法上原因發生財產上之給付或請求作成行政處分以外之其他非財產上之給付，得提起給付訴訟。因公法上契約發生之給付，亦同」，遂以法院多以裁定駁回行政訴訟為大部分案件的結論。少數僅見「核定或核刪醫療費用爭議」進入醫療費用支付之實體審查，法官如何針對保險人的醫療服務審查，進行規範審查，一般而言，法官並非醫療專業，故而在面對原告、被告皆屬醫療專業的主張時，如何以其法律專業檢驗醫療專業，如何附理由作出判斷或取捨，實際上並無審查能力，皆是再次委託專業團體作外部鑑定或是發回原行政機關(衛生福利部)再次審查為主要管道；如果醫事服務機構提起一般給付訴訟，法官必須從適用法規的觀點，作出個案中醫療服務點數若干或者換算醫療費用金額若干方屬適當的判決，無異以法律專業審查醫療專業，法

---

<sup>84</sup> 最高行政法院裁定九十年度裁字第四八五號：「上開合約係約定由該診所提供保險對象所需醫療服務，再依雙方議定之支付標準等向被告請求費用，其目的在於提供全民醫療服務，而全民健康保險乃社會強制保險，性質上乃屬公法行為，核本件合約屬公法契約(行政契約)，被告對於原告申請診療費用，刪除部分未完全給付，乃拒絕給付之意思表示，其性質並非行政處分」。

<sup>85</sup> 全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條、第 34 條及第 35 條規定情事之一者，主管機關可予以罰扣二倍醫療費用之內容。

官亦會無法進入該爭點實際內容。對於若提起一般給付訴訟<sup>86</sup>「核定或核刪醫療費用」的爭議，法院為求客觀，勢必如同醫療糾紛的民事訴訟，另以專家鑑定的方式，作為裁判的依據，在原告、被告專業意見之外，再尋求第三專業意見，是否徒增程序上的困擾；再者從實証角度看待，在真正進入行政訴訟之前，若是救濟到最後之爭議審議階段時，在進入訴訟之前，會有多少案件呢？依據全民健保爭議審議委員會的統計顯示，申請醫療案件審議的案件，平均每月可達一萬件，即使扣除百分之七十六程序上駁回的件數，平均每月約有二千四百件的爭議，假設有十分之一進入訴訟程序，法院也不可能承受如此巨大的業務，遑論逐案轉請第三方專家提供專業意見。

一般給付訴訟的可能面臨的矛盾已如上述，如何進行適當的權利救濟，有必要闡明保險人醫療服務審查的法律性質，以尋求相應的行政訴訟類型。

(三) **雙務行政契約說與拒絕部分給付之意思表示**：蔡茂寅教授持相似之見解<sup>87</sup>，概最高法院 90 年裁字第 485 號裁定，該院認屬私法上之私權爭議，非為訴願程序所得救濟，並認為核刪醫療費用係屬拒絕部分給付之意思表示，純屬行政契約之履約行為，認定「本件合約屬於公法契約(行政契約)，被告對於原告申請之診療費用，刪除部分屬於未完全給付，乃拒絕給付之意思表示，其性質並非行政處分，…自不合提起撤銷訴訟之要件。原告復提起行政訴訟，自非合法，應予駁回並非行政處分，將之駁回」；該見解是否符合雙務行政契約為隸屬關係之行政契約本質，仍有待商榷。蓋隸屬關係之行政契約，原則上就是賦予行政機關優勢地位，簽約及履約時，當事人法律地位即明顯不平等，最高法院前述見解立論依據，蔡老師認為該判決見解似乎將隸屬關係之行政契約與平等關係之民法契約混同並合一判斷，而認為保險人刪除部分申報點數，單純屬於契約之履約行為。上述見解，明顯忽略健保特約之不對等關係以及保險人核刪醫療費用另有全民健保法第六十三條、及健保法第六十二條第三項及依其授權訂定之醫療服務審查辦法之法令依據，與現行健保法第 62 條支付基準及費用核付方式之闡述內容，故而此種行政契約並非單純履行契約之行為，而另有公權力行使，以及相關健康保險財務上考量、精算之行政目的。再者，該號裁定係在釋字第 533 號解釋公布前作成，該號解釋之後，認為以行政契約吸收所有法規命中將行政契約位階置於法規命令之上或取代法令之規範效果，甚至可能改變法律以及法規命令授權行政機關單方從事行政行為之效果，且如此推論似乎擴張行政程序法第 135 條之適用範圍至所有公法上法律關係均得以行政契

<sup>86</sup> 同前註 83，頁 113-114。

<sup>87</sup> 蔡茂寅，各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究，衛生署委託研究計畫，2001 年，頁 102；周志宏，全民健康保險行政救濟案件之研析，健保局委託研究計畫，頁 41，2003 年。

約變更，而忽略行政契約應在法規命令位階之下，且約定之內容除受法令限制，更不得取代法律及法規命令規範效果。

若是將行政程序法原規定的意旨轉換，勢必將失去「行政處分」與「行政契約」相互競爭的必要性與行政程序法設計結構之美意，反而任意讓公權力隱藏在私權力之下，將會降低國民對國家執行該管法令的信任度，且對契約相對人之信賴保護皆有所侵害<sup>88</sup>。



---

<sup>88</sup> 同前註 22，頁 218。

## 第二項 司法審查的界限

司法審查如何在行政契約下之特約履約事項的審查程序中發揮其功能。原有醫事服務機構醫療費用的初步審查屬於保險人職權，對於違反行政審查以及專業審查的醫療服務，由保險人依其裁量，刪減不當部分的服務，再通知該醫事服務機構。至於刪減的依據，規定於醫審辦法以及醫療品質的專業標準。容許保險人具有判斷餘地，其評價及選擇權限包括自行選擇評估作業的標準、比較的取樣、核減金額的計算方法以及進行的方式。<sup>89</sup>

司法審查介入行政領域內醫療費用審查訴訟之程度應該如何？抽象給付規範與個案差異間的權衡至關重要，以及是否確保健保局的說理義務？在事後審查的領域討論較少，而學者雷文攻曾著墨於「事前審查」案件判決中獲致以下的觀點。並舉例台北高等行政法院 94 年訴字 19 號判決內文中「原告之情形不符合藥品許可證所載的適應症，也不符合健保給付的規定。亦且是否支付 Anti-CD20(抗淋巴瘤藥物)，涉及高度之屬人性、專業性、經驗性之專業判斷，基於法院審查能力有美，及司法、行政權之分立之原則，法院原則上承認行政機關就此等事項之決定，有判斷餘地」<sup>90</sup>。在此處必須討論的是該法院僅告訴原告，不符合規定因此不予給付，並沒有就該規定的合理性，課予健保局說理義務，另外，法院尊重此種形式上具有專業判斷決定，進一步尊重健保局的裁量，不要求健保局回應申復主治醫師對於原告特殊性的主張。同時，也在其所檢索的事前審查相關判決中，法院仍大多數尊重健保局對於事實的涵攝，認定不符合給付規範，判決原告敗訴。該文提出對於既有給付規範挑戰中，是對於事實涵攝正確性挑戰，並且是取決於舉證責任之分配。法院如何審查健保局的事實涵攝？保險對象對於有利於己之事實舉證程度？

<sup>89</sup> 同前註 83，頁 114。

<sup>90</sup> 雷文攻，司法審查健保給付決策的正當性及其界限？載於 2010 行政管制與行政爭訟，黃丞儀主編，中央研究院法律學研究所，頁 168，2011 年 11 月。該判決案例事實為「某位淋巴瘤患者，具有先天性心臟瓣膜疾病、自體免疫性溶血性貧血、心臟衰竭、B 型肝炎、結締組織病變等多重疾病患者。依照當時健保局給付規範，必須先行使用 Adriamycin 藥物治療失敗後，方可申請昂貴之 Anti-CD20(Rituximab)藥物使用，但是主治醫師認為使用 Adriamycin 對病患而言，風險過高，毒性過大，故而主張此種單株抗體合併低劑量化學治療，應是唯一可行方案，並無其他替代方法。後續的確復原狀況良好，達到預期效果為由。」故而保險對象要求健保局應給付該事前審查藥物。但是該判決仍判原告(被保險人)敗訴。

以及法院依職權進一步調查事實的責任又為何？此類有關事前審查制度下的爭議，在某種程度上，類似於事後審查爭議，關鍵在於相關事實的調查與舉證責任的消長。

司法審查的目的不在於介入審查的運作，其目的在於監督保險人及爭審會是否正確行使權限，以防止逾越或濫用權限的審查行為，畢竟逾越權限或濫用權力的行政處分即為違法的行政處分。釋字 319 號不同意見書中，亦陳述除有「1、程序是否違背法令 2、事實認定有無錯誤 3、逾越權限 4、濫用權力」等條件下，作一初步審查，原則仍是高度尊重行政權。從此可知，司法審查的作用並不在於監督保險人的評價及選擇權限，更不應取而代之，或者另作專業審查，此類全面的職權監督應由其上級審議機制之爭審會執行。此外，行政程序法第四條至第十條的規定，亦適用於行政契約的約定以及履約行為，法院得以之檢驗當事人是否合法的、正當的履行特約。

但在德國的醫療服務司法審查實務中，發生爭執最多的，通常是「附理由說明」的部分，究其原因，專業審查主要本應由醫事人員進行，原本即欠缺法學職業訓練，對於「附理由說明」的法規要求，往往以醫事人員間常用的溝通模式回應，一般而言，皆達不到司法審查要求的標準<sup>91</sup>。然而該國社會法院也承認，司法審查固然要求明確的依據，但並不強求唯一的正確；理論上，選擇醫療服務審查的依據或者法律效果的裁量時，應該只有一種選項或組合是絕對的正確，然而這種絕對正確結果的追尋，一方面欠缺期待可能性，再者必須花費高度不成比例的行政成本，以竟全功<sup>92</sup>。歸納而言，一、達不到附理由說明的司法審查標準，二、法學上絕對正確結果追尋不可期待，三、耗費極不成比例的行政成本。因此之故，除了前述三項要件必備外，司法審查對於醫療服務的審查程序故僅僅要求所謂的「概然正確」，承認在合理誤差的範圍內，醫療服務審查的結果即為合法<sup>93</sup>。故而此一寬鬆行政部門的審查結果，無形中也增加行政單位的恣意裁量的衍生，造成相對人之不利益。

---

<sup>91</sup> 轉引自，張道義，全民健保醫事服務機構特約管理及爭議解決制度之研究，衛生署委託研究計劃（2002-2003 年），頁 114，2003 年。

<sup>92</sup> 張道義，全民健保醫事服務機構特約管理及爭議解決制度之研究，衛生署委託研究計劃（2002-2003 年），頁 116，2003 年。

<sup>93</sup> 轉引自註 91，頁 116，2003 年。

### 第三項 判斷餘地及判斷瑕疵法律效果

依前章所述及討論分類下，一般法院及通說皆採認「醫療費用核刪與不給付」之審查結果視為行契約上請求權，可依不當得利而要求返還，可推論為此一公法下之行政措施可受行政法上之拘束與適用。但細究其事實構成要件認定上，許多案件上皆有「不確定法律概念」之適用。回顧法學之發展歷史，由於法律文字不可能精確適用至每個單一個案上，在邏輯上及實務上皆不可行。故立法者在制定法律時，必須運用抽象的文字始能規範涵蓋抽象性、一般性的事務，難免會有不確定法律概念的適用。此時在解釋上可能將有多種解釋可能性，司法者藉由法律來控制行政行為，雖然有多種解釋可能，惟只有一種正確之可能。行政單位此時必須接受司法者對於法律的解釋。簡言之，在構成要件的解釋與適用上，司法的解釋高於行政解釋，並進而適用法律。

#### 第一款 不確定法律概念

在法學領域中，法規用語係屬涵義不確定或有多種可能之解釋，即所謂不確定法律概念。而不確定法律概念最簡明定義為：「含義有多種解釋之可能，而法律本身不作界定之概念。」從法律保留原則中，可演繹出明確性原則。明確性原則首先要求法律規定之意義必須明白且確定。法律概念的確定，均依賴不同程序之闡釋。雖然「不確定法律概念」在具體個案適用有其不確定性，但行政機關仍必須作成依其意志之認為作唯一正確的決定。從而，在具體個案的適用上，無論是傳統的「社會秩序」等概念或現代所形成的科技性不確定法律概念，均易使判斷者有不同評價，此被稱為判斷空間。

若是法律概念既然會呈現如此高度不確定性，則司法如何維繫憲法對明確性的要求？大法官會議釋字第432號理由書中闡明<sup>94</sup>：「法律明確性之要求，非僅指法律文義具體詳盡之體例而言，立法者於立法定制時，仍得衡酌法律所規範生活事實之複雜性及適用於個案之妥當性，從立法上適當運用不確定法律概念或概括條款而為相應之規定」。故而，在一般行政體系及司法審查尊重權力分立，行政機關享有不受行政法院審查之評價與決定的空間，相當

<sup>94</sup> 大法官會議釋字第432號解釋理由書中，「…憑其專業知識予以判斷，並非難以理解，對於懲戒權之發動亦非不能預見，縱其內容及範圍具有某程度之不確定性或概括性，惟個案事實是否屬該規定所欲規範之對象，仍可經由司法程序依照社會上客觀價值、職業倫理等，按具體情況加以認定及判斷，要無礙於法安定性之要求」。闡述其義，則若具有可預見性、客觀價值認定與判斷，且不礙法安定性的前提下，以之定義明確性原則。

程度上，立法者授權行政機關自行負責與做成決定的立法意旨於其中，故而法院僅得為「有限度的審查」<sup>95</sup>。同時，林明鏘教授亦發現「歐盟法的法院審查密度較諸德國法而言，因為有尊重行政權的傳統因素，不僅未區分「不確定法律概念」、「判斷餘地」、「裁量」等概念之不同，而且其審查範圍及密度亦較低，大部分僅就行政程度的合法性作審查，而未及於其實體內容。」<sup>96</sup>，因此可能造成適用同一不確定法律概念於相同事件時，得到不同的結果。但是這並不表示在此等原則下，所有不確定法律概念之判斷均是合法被繼受，亦不代表司法合法性審查權完全無法介入而被排除在外，而是在此時必須考慮司法審查的密度該如何介入，方才不會侵犯到行政權之行使。

## 第二款 判斷餘地

若是將不確定概念適用於具體之事實關係時，行政機關得自由判斷之情形，謂之為「判斷餘地」，但「判斷餘地」又依附於「不確定法律概念」（或稱概括條款）之下，而存在故許多著作或學者常以判斷餘地一詞取代不確定法律概念<sup>97</sup>。如揆諸司法院大法官釋字第432號之意旨，可知法律雖以抽象概念表示，不論其為不確定概念或概括條款，均須無違反明確性之要求。但是法律明確性之要求，非僅指法律文義具體詳盡之體例而言，……，從立法上適當運用不確定法律概念或概括條款而為相應之規定。故而「判斷餘地」是指法律所授權允許的專業判斷領域而已。

若干學者常以判斷餘地或不確定法律概念交互使用，實則不確定法律概念尚分為「無判斷餘地之不確定法律概念」及「有判斷餘地之不確定法律概念」，前者指不確定法律概念只有一種解釋係屬正確，其適用結果亦屬合法。後者謂在若干事件行政機關對不確定法律概念的解釋享有自主之判斷餘地<sup>98</sup>，其判斷結果無論為何，原則上皆屬正確並且合法。這兩種區別具有訴訟法上分別之意義，對於前者行政法院有完全之審查權，對於後者行政法院之審查權受有明顯限制。除非判斷有明顯瑕疵外應尊重主管機關之決定，而一般不作相反之判斷。

大致分為兩大類有判斷餘地與無判斷餘地。

<sup>95</sup>翁岳生，論「不確定法律概念」與行政裁量之關係，載於行政法與現代法治國家，頁72下，1990年。

<sup>96</sup>林明鏘，歐盟行政法，德國行政法總論之變革，2009年12月，255頁。

<sup>97</sup>吳庚，行政法理論與實用，增訂12版，117頁，2012年。

<sup>98</sup>同前註97，124頁。

有判斷餘地之不確定法律概念包括 1、考試測驗或類比評分事項，如釋字 319 號不同意見書陳述之尊重閱卷委員之判斷餘地。2、公務員人事升遷、學生品行考核；於釋字 382 號解釋謂「對於其中學生涉及學生之品行考核、學業評量或懲處方式之選擇，……，應尊重教師及學校本於專業及對事實真象之熟知所為之決定，僅於其判斷或裁量違法或顯然不當時，得予撤銷或變更」。3、具有高度屬人性質之判斷：依靠個人印象與專業經驗所為之判斷，亦應受到尊重，行政法院自不宜任意推翻，故而無從經由司法審查而獲得救濟。4、科技事項之判斷，某種不確定法律概念，須依專門之科學技術加以鑑定，始能作正確之判斷，行政法院對於此類案件亦多所尊重。5、由法律設置獨立行使職權之合議機構判斷之事項，合議制下之專門學識人員或代表社會多元意見者所組成，其不受其他機關之影響自有正當性，應受行政爭訟之機關或法院之尊重，如國家通訊委員會、公民投票審議委員會。6、預測性判斷(如環境評估、景氣預測)等，對危險之判斷及作成計畫性質之評估，主管機關之判斷，應屬最終之終定，非法院審查權所宜擴及。應該高度尊重行政機關對不確定法律概念自由判斷之餘地。<sup>99</sup>

無判斷餘地之不確定法律概念：這類概念雖不確定，但只有一種正確，如兩個商標是否構成「混同誤認」或稱為「近似」，判斷的結果不可能「近似」與「不近似」皆係為正確。行政法院對行政機關適用這類不確定法律概念，「有權作完全之審查，行政法院之審查，可能認同主管機關之判斷，也可能以法院自己之判斷加以取代。<sup>100</sup>

審視本文欲討論之內容，醫療費用專業審查之性質，較符合有判斷餘地之不確定法律概念中第 4 項內容，專業科技事項之判斷，某種不確定法律概念，須依專門之科學技術加以鑑定，始能作正確之判斷。

### 第三款 判斷餘地之瑕疵

不確定之法律概念與裁量相同，也會發生適用不當之問題，此稱為判斷餘地瑕疵。判斷瑕疵亦如同裁量瑕疵一般，有濫用判斷、逾越判斷、應為判斷而「不作判斷」等<sup>101</sup>。於此時刻，行政法院即可介入審查。行政法院對不確定之法律概念以有權審查為原則，但如屬前述四種所謂有判斷餘地之不確定概念，則為例外，行政法院應儘量避免予以審查，惟若公認行政機關有判

<sup>99</sup> 同前註 97，124-126 頁。

<sup>100</sup> 同前註 97，127 頁。

<sup>101</sup> 同前註 97，127-128 頁。

斷餘地之各種事項中，有明顯之瑕疵存在，行政法院對之仍可加以審查。是為「例外之例外」。至於行政法院對判斷瑕疵之事件，除撤銷原行政處分由主管機關重為判斷外，若事件已達可裁判之程度，而原處分機關亦無另行考量之空間，則行政法院應自為判決。至於行政法院對判斷餘地之審查，並無簡單明確之基準可資依循，惟從學理上言。有以下五點可供斟酌：1、主管機關作成判斷時有無遵守程序法之規定，例如應由合議之委員會作判斷，而未踐行。2、對於事實有無認知錯誤或視而不見 3、是否遵守判斷餘地的界限 4、有無悖離評價事物的一般規則，諸如公平、合理等原則 5、有無將無關之事物列入考量。<sup>102</sup>

任何人之權利遭受公權力違法侵害時，皆得訴請超然獨立之司法機關予以救濟，此為憲法第 16 條所規制之現代法治國家之基本原則，釋字第 319 號解釋不同意見書指出：「典試委員之評分雖應予尊重，但如其評分有違法情事時，並不排除其接受司法審查之可能性（行政法院五十五年判字第二七五號判例參照）。法院固不得自行評分以代替典試委員之評分，惟得審查考試程序是否違背法令（如典試委員有無符合法定格要件），事實認定有無錯誤（如部分漏未評閱或計分錯誤），有無逾越權限（如一題三十分而給逾三十分）或濫用權力（專斷、將與事件無關之因素考慮在內）等。若有上述違法情事，行政法院得撤銷該評分，使其失去效力，而由考試機關重新評定。」

<sup>103</sup>

依上述大法官會議解釋內容，推論得知，除有程序違背法令、事實認定有錯誤、逾越權限、濫用權力，概此四大違失違法情事外，方能由行政法院撤銷行政機關之決定，否則不輕易啟動司法審查介入行政權。

綜合歸納上述兩段文字內容而可得為若是欲認定行政機關是否有判斷瑕疵，則可初步歸納為

- 1、程序是否違背法令
- 2、事實認定有無錯誤
- 3、逾越權限
- 4、濫用權力-專斷、將無關之事物列入考量

---

<sup>102</sup>同前註 97，128 頁。

<sup>103</sup>大法官會議釋字第 319 號不同意見書，翁岳生、楊日然、吳庚等之不同意見書，指出「考試機關依法舉行之考試，其閱卷委員評定成績後，除發現有顯然錯誤或違法情事，經依法定程序處理者外，不應任意再行評閱，以尊重閱卷委員之判斷，始符國家典試制度之意旨」。

從上述釋憲解釋不同意見書可歸納並闡述如下。前述第 1 點則為明顯行政行為程序違背之法令判斷瑕疵，第 2 點第 3 點為判斷權限之違反及第 4 點則為事實認定瑕疵，最後二點為普世基本價值判斷瑕疵。回顧「醫療費用核刪與給付爭議」之錯誤及瑕疵亦可適用上述列舉之行政法規中判斷瑕疵之態樣分類項目。有關醫療費用審查過程中是否涉及判斷餘地裁量不當情形時，判斷餘地之濫用主體，應為健保署。雖然審查委員作成核刪之行政措施，但是審查委員並非行政機關內部公務員或是行政主體，僅為行政行為輔助人，故其行政措施仍須要由行政機關-健保署對外部達成行政效果，故而，由此處可推述「逾越權限、濫用權力」的主體仍是歸屬於做為此一行政效果的主體行政機關—健保署，並非審查醫師個人。

在目前醫療費用審查制度下，若欲主張保險人之醫療費用審查判斷餘地是否有無瑕疵而得無效或撤銷者，則須符合上述六項判斷瑕疵級，皆屬於判斷瑕疵(撤銷)，方為法院審查與判斷餘地之裁量是否保險人與醫事服務機構間之爭訟之合理標準。回顧臺北高等行政法院判 96 年度簡字第 00081 號中有關醫療服務審查費用核刪爭議，在法院判斷基準之要求，必須達到嚴重之「重大錯誤」始得撤銷該行政處分，似乎有要求該上訴人(醫事服務機構)過高舉證責任標準以維護行政尊嚴與權威之情事<sup>104</sup>，亦可見於其他相關健保醫療服務案件專業審查不予支付提起行政訴訟之舉證責任<sup>105</sup>。

#### 第四款 小結

行政契約與行政法令之規範密度應為互相消長之關係，若行政法另已做相當密度之規範，行政機關雖仍得自由選擇行政契約作為行政行為之方式，此時行政契約應立於法規命令之下，居於補充地位，彌補法規命令之不足。例如公保、勞保時期，相關法令較為簡略，且多屬授權條款，保險人與醫療院所間的醫療服務以及費用支付多由當時的特約補充。健保局與醫事服務機構間之權利義務關係，在於締約期間成立、管理及費用之申報、審查與核付等執行均為可能發生爭議所在，上開事項所適用之法規為健保法、特約管理辦法、醫審辦法、支付標準及藥價基準。健保局對醫療院所所為特約、不予特約、管理、醫療服務之審查及核付等行為，在法院見解下多肯認為促進國民健康、增進公共利益、提升醫療品質，並維持健保財務平衡之目的。醫

<sup>104</sup>楊玉隆，健保醫療服務案件專業審查不予支付提起行政訴訟之舉證責任—簡評台北高等行政法院 97 年度簡字第 410 號判決，台灣醫界，52 卷第 9 期，頁 34-38，2009 年。

<sup>105</sup>盛子龍著，行政法上不確定法律概念具體化之司法審查密度，國立台灣大學法律研究所博士論文，頁 139。1998 年。

事服務機構如果有不服於健保局之醫療費用及特約管理事項所為之契約裁罰措施，得提起爭議審議，如對爭議審議結果仍有不服者，得依行政行為事件類型逕提起行政訴訟中之一般給付訴訟<sup>106</sup>。

對於不確定法律概念之用語，學說上有「規範授權理論」主張：判斷餘地並非因為有不確定法律概念就當然存在，仍然必須法律有授權給行政機關做最終判斷的權力時，始有判斷餘地可言。但法律在採用不確定法律概念時，通常並未明示判斷餘地之授權，亦無法由立法者意思或法律體系明確獲知有無此一授權，亦即並無授權條款之存在，自然無法有檢討授權明確性之可能。依此，似不能從法律明文授權之有無，來判斷是否存在有授權餘地，而必須整體考量與仔細檢驗才能判斷是否有授權，但此一理論基礎上，仍不免有超出論理原則以外之擴充解釋可能性<sup>107</sup>。

目前有關行政機關就不確定法律概念可以享有判斷餘地的情形，多按行政決定的種類加以類型化做處理<sup>108</sup>，主要有考試決定、人事考評或判斷(公務員法、大專教師升等之評審)、委員會的評價或決定、預測計劃決定(風險預測)。而「專家參與」作成的評價決定便是類似於委員會類型之一，行政法院於審查時宜予尊重，除非對於其專業判斷若有明顯的瑕疵，行政法院才得介入審查，此乃基於司法權與行政權分立的原則。實務上，僅於行政機關之判斷有恣意濫用及其他違法情事時，得予撤銷或變更。若是法院認為對於具有高度屬人性之評定(如國家考試評分、學生之品行考核與學業成績評定、教師評議會對教師升等前之學術能力評量等)、高度科技性之判斷(如環保、醫藥、電機有關之風險效率預估或價值取捨)、計畫性政策之決定及獨立專家委員會之判斷，則基於尊重其不可替代性、專業性及法律授權之專屬特性，而承認行政機關就此等事項之決定，有判斷餘地，對其判斷採取較低之審查密度。

另外有關當前醫療服務給付審查過程，仍舊會遇到三大重要問題無法有效解決，第一、行政機關無法負荷，醫療費用核刪案件經申復後仍進入爭議審議案件量龐大，第二、醫療專業對等地位之溝通可能性不可及；初審階段、申復審查階段仍以醫療對話窗口，若期待後段爭議審議過程欲求取更高位解釋與合理審查，見諸醫療專業所佔委員數比例快速稀釋化的委員會，更加無專業能力審查是否恰當與合乎行政處分之裁量，第三、司法審查階段舉證

<sup>106</sup>張道義，全民健康保險給付之法律規範研究，衛生署委託研究計劃，頁 113，2002 年 3 月。

<sup>107</sup>同前註 105，頁 148-149。

<sup>108</sup>陳清秀，依法行政與法律的適用，載於翁岳生編行政法，頁 197-203，2000 年；陳敏，行政法總論，三版，頁 202-207，2003 年。

能力之高度要求，必須舉證該保險人醫師核刪已達明顯「錯誤」之瑕疵，方能推翻之要件。就以上三大關卡無法解決下，更顯得一個公正獨立客觀審查機關的重要性，也唯有此一公正、專業、獨立機構審查，才能讓醫療服務機構與保險人對於審查結果獲得一致性看法與定紛止爭，謀求行政機關與醫療服務機構共同合作，共謀國人健康福祉，求取每位被保險人最大生命保障。

本節欲探討醫療費用審查案件在歷經多重審查程序後，本可進行法律程序上所謂「救濟程序」，即爭議審議制度之補正。但就由前項中諸多原因可得知有許多難題仍無法克服。就以每個月龐大醫療費用程序審議案件數（不含實體審議案）則數倍於權益爭議案件（包含程序、實體案件），就該委員會審查能力與案件上，皆有可能達成審查客觀性與各領域專家共同開會協商而獲致共識決議。但若是醫療費用實體審議件數多達數千件。在實務操作面上根本不可行，每案件僅有不到 2 秒審議，抑或是可能根本未依照委員會專家會議公開討論下審酌的行政怠惰與不公平，逕行裁量予駁回、或部分撤銷等行政決議。

另從醫療費用案件皆牽涉個別案件複雜度與專科別屬性不同。在此方面，尚未考量醫學治療的多樣性與不可測性的日新月異的科學進步因素下，何況醫療專家僅有 7 位；仍未有過半數委員，本身的專科別亦無法解釋他科專科別專業知識。如此情況下，在後段爭議審議案件的減少為當務之急，而又不可剝奪當事人訴訟權力等因素。勢必在減少爭訟源方為可行。但是該如何減少訟源？此處建議唯有在前階段儘可能符合醫療實務面的審查機制，才能期待醫療品質提升與減少醫事服務機構對於審查結果之不滿意，如此雙管齊下，才能減少醫療案件進入爭議審議階段，並且維護爭議審議委員會的真正功能。

### 第三章 現行全民健保支付制度下之專業審查實務

#### 第一節 現行醫療審查辦法及不支付理由代碼

全民健康保險醫療費用支付制度係依據全民健康保險醫事機構特約合約第5條規定「辦理本保險醫療給付事宜，應依據中央衛生主管機關核定之醫療費用支付制度、支付標準及藥價基準等規定辦理。」故而中央主管機關因人事行政及專業考量下，著力推行醫療費用審查委託專業團體或人員執行，保險人(健保署)在被保險人獲致相關醫療服務後，由醫療機構提出對待給付請求保險人給付價金。特約醫療院所於申報醫療費用時，依照醫審辦法相關規定，由健保署進行形式審查。在程序上，相關委託審查人員(醫療專業審查醫師)在大量保險案件抽審中，實務上因為案件在重複性高，及申請量極大下，故而做成一致性與審查作業上便利考量，由審查醫師作出相對應的價值判斷時，而產生由行政機關所編列之代碼。(見附件二-專業審查不予支付理由代碼)，但仍不免有涵攝過於含糊與語意不明之處，易造成雙方混淆。

其依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第19條規定「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群(以下稱診斷關聯群)之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由」。而將其內容一一檢視其分類有以下十七分項內容。

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、非必要之連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與申報項目或其規定不符。
- 五、非必要之檢查或檢驗。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。
- 八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符。

- 十一、未依臨床常規選用非第一線藥物。
- 十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。
- 十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

分析此法條內容，皆採負面表列為主要方式。大致分類為診斷不符(第一項)、材料不符(第三項、第四項)、病歷不符、用藥不符(第九項、第十項、第十一項、第十二項)、申報不符(第十三項、第十四項、第十五項、第十六項、第十七項)。望之似乎有詳細文字規定，但仔細深究其所列規定內容繁雜無所依循。而有關本文前章所提及之「不確定法律概念」或涉及「判斷餘地」之專業行政權之延伸，在本法條第二項內容中「非必要之連續就診」中所謂「非必要」以及第五項「非必要之檢查或檢驗」中「非必要」，皆包含何者為非必要？此處「必要性」之解釋可以漫無邊際任人定義，每個人的必要性皆會發生不一樣的標準和範圍。另外第六項「非必要之住院或住院日數不適當」此條文中同時包含兩種不確定法律概念「非必要」、與「不適當」。在此舉一例說明；若是一位老年婦人因肺炎住院，而病人確實是有肺炎影像上證據，也有相關身體發燒、血壓不穩之休克症狀等病歷記載，一般而言，可能需要入住加護病房(依照國際肺炎敗血症治療指引)，且事後檢視病歷，病人確實有入住加護病房5日，之後病況穩定再轉入普通病房3日即痊癒出院。但在事後專家審查時，卻主張該位病人不必要入住加護病房！將加護病房5日期間發生費用全數刪除，而逕不予給付。依照國際通用的指引指示下，符合需要入住加護病房，但是個別專業審查委員「恣意認定」其屬於「不必要」，此種明顯偏移治療準則之「個人主觀下自由心證」之界限，是否明顯逾越判斷餘地？不問可知。

在此處相關條文中多所涉及之不確定法律概念「非必要」與「不適當」，到底是如何的不必要？是另有明文規定或是延伸之審查辦法規定「不必要」之量尺或是可依循之適用規定？究竟是當時醫療服務案件發生時，由診治醫師認定的必要和事後審查醫師僅就文字內容陳述之「非必要」，更遑論單方審查醫師之個人主觀認定抑或是惡意認定之可能性，皆無法界定，並能一體適用於類似案件，以造成同樣的案件必須有同一行政行為之規制效果可言，此種雙方皆不知何謂不必要的界限於何處？更無法進一步形成交集！

另外；細究其分類，原應於程序審查階段，予以退件(如本項中第十三項、十五規定內容)，申報項目錯誤或不符，而錯誤於此處專業審查階段再予以補救處理。似乎有混用全民健保法規所欲分層處理不同問題的立法意旨。另於第九項、第十項內容，亦有重複表列的相似概念，第九項所指為用藥種類不符(可能包含數量上概念)，另第十項用藥份量又與病情不符(亦是指數量上，抑或是總量不符，令人實在不明所以)。又多次以抽象性不確定法律概念欲以包含於第十四項內容中「其醫療品質不符專業認定」、第十七項中「其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定」，其中有極大問題臚列如下；

第一、醫療品質所指為何？可能包含用藥、住院天數、開立檢查項目；到底是住院天數或是用藥內容，還是綜合性僅是審查醫師個人主觀感受？此又為另一不確定法律概念之推衍？如同「醫德」一般，誰的醫德？誰來定義醫德？等等辯證思維在此重覆發生，並無有效解決問題。

第二、專業認定又為何？本應於專業醫學會會員大會上形成共識，抑或是由國際上醫療常規併合本地醫療民情而修改適用的專業認定。卻跳脫專業醫學會大會形成之共識決之重要過程，而僅由個別醫師所受醫學教育而成為另類的「自由心證」，更遑論此種專業認定至少在程序上於行政機關內部先行產生共識決，但是此又可能會有爭執，到底是指該專科審查醫師群的共識決還是整體審查醫師所共同推舉認可之共識決議，若是由委託審查團體而再度形成更末端之共識決，而此種審查醫師們所提出的法律規制效力為何？真的符合國際醫療常規專業？還是僅僅在健保署所轄下衛生行政單位所提出的品質認定，而走不出大門適用呢？

此外，有關屬於目前健保署主推之 DRG(diagnosed related groups)診斷關聯群之支付案件下(目前已有百分之九十案件已經包含在此醫療費用支付項目下)。在該醫審辦法第 20 條亦更僅僅臚列五項審查標準陳明「保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由」：

- 一、非必要住院。
- 二、非必要之主手術或處置。
- 三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
- 四、病情不穩定，令其出院。
- 五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。

前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼別核付：

一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。

二、次診斷碼、處置碼不適當。

目前已有許多科別醫療審查納入健保署主推之診斷關聯群案件審查，回顧本條法律規範更是簡略論及數項內容，反而在審查上欲包含該法第 19 條的眾多內容，更是簡單到匪夷所思的僅有五項內容。在規定診斷關聯群相關給付條文下，原應該在經由專業審查有下列情形時，審定是否不予支付，並載明理由。但是此條文中卻幾乎每一項皆發生「不確定法律概念」之第一項、第二項條文中「非必要」或是第三項「不符專業認定」，第四項「不穩定」；都會發生同樣解釋不清狀況。如第一項非必要住院或是第二項非必要之手術與處置，皆由審查人員主觀上認定，並無審查標準可言，全憑審查人員一己之心，而此時不免有極大判斷餘地有恣意判斷狀況發生<sup>109</sup>。更何況本條文亦明文規定「並載明理由」，但是臨床上許多審查實務，卻僅附審查代碼，並無明確指出並說明理由與論述，此亦為審查人員未遵照相關審查規則執行之現存涉有違反該項法律規定的常態性問題。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(附件三)第 21 條規定內容「保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理」。此條規範內容則較明顯與清楚規範將原有診斷關聯群之案件高於上限或低於下限值與金額範圍，而依法律規定而轉移審查依據標準，反而此條有明確金額上限制，則較無爭議。

此外，仍須要討論有關審查條文的部分不確定法律概念及所涵攝的內容與實際上醫療案件必定存有若干差異，相關的條文適用個案發生爭議時，是否有專家共識形成的討論機制？在該審查辦法第 23 條第 1 項揭示「專業審查由具臨床或相關經驗之醫藥專家……，基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。」該條第 2 項同時明文規範「如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫藥專家召開會議審查」。實務上，並未有定期條文疑義會議之召開，以及相關審查基準及案例演示之專家協商會議，僅僅在新聘任審查委員向行政機關(健保署)報到時交付抽象式審查條文及確認個人資料後，即交付審查個案並開始執行業務。在龐大數量的醫療費用申請案件中，必定會發生條文涵攝適用的爭議，更何況在前述眾多

<sup>109</sup>謝博生，醫療爭議審議與醫療品質改善，衛生署全民健康保險爭議審議委員會，頁 28，見全民健康保險爭議審議會網站 [http://www.mohw.gov.tw/MOHW\\_Upload/dmc\\_history/p2.html](http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/dmc_history/p2.html)，2003 年 1 月。(最後瀏覽日 2016/01/20)

的不確定法律概念下，具資格之審查委員本身亦容易發生適用基準不一情況，遑論委員之間的醫學知識能力更是迥異。提供一個可適用與操作的審查基準並且能與當下醫療水準同時進步的審查疑義共識會議平台，似乎是目前制度所欠缺。考量適用醫療領域科別極其廣大且修法不易，依案例式演練並塑造如法學領域之判例形成拘束力，避免個別委員恣意裁量的空間，並定期公告於該署網路平台，提供基層醫師執行業務參考，達到雙方良性互動，是未來醫療審查要走的方向。

## 第二節 健保署醫療審查實務核刪案例類型與分析

在「健保必須兼顧公義與品質」的前提下；健保局大量醫療服務費用不合理刪減仍必須依據明確科學證據，對於不同醫學門派的歧見看法應該減到最低。若健保審查制度執行不當，勢必消耗醫師的智慧與精力，讓醫界隨健保署臨時性醫療政策而朝令夕改，減損醫界對於衛生部門的信賴度。且無時無刻皆需考慮到醫療給付是否核付，明顯壓縮醫師診療時間與進修或研修醫術以提供高品質服務病患，對台灣醫療品質的提升將會大大壓抑，無法將台灣優良醫療服務品質與技術提升至與世界接軌，更非為全體國民健康福祉。

若無深度的醫療研究，治療的成果亦難以彰顯，更無法苟同健保署在汲汲顧「財政平衡」的政治性財務考量以外，是否願意思考到「醫療品質」具體而微的真正內涵？依據中央健保署出版「全民健康保險醫療費用審查注意事項」的規定，審查的醫事人員要依相關法令規定辦理健保審查，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之，而且審查中有核減時，應註明核減理由<sup>110</sup>。

但是，健保局卻可依前述「全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法第16條」而指派一般科醫師來擔任分工愈來愈精細的次專科的審查工作，核減時僅以提供3位數至4位數代碼以資為審查標準，無法就審查個案提出明確科學證據，當然，更無學術能力來否定申復者所附論文的學理或理論。這種官僚式的舊集權思想，導致爭議審議的案件呈現爆炸性成長量，根據統計顯示，全民健康保險爭議審議委員會在88年7月至89年6月一年中，共審議107879案，可見審議議程與極度壓縮時間下，對於審議品質更不具有期待可能性。根據全民健保爭議審議會之業務統計報告舉出，爭議金額在500元以下的爭議案件，約佔55%，100元以下佔20%，雖然此金額涉及回推放大，且有部分申請人提請爭議並非金錢考量，而是為爭點於「醫理」，即是醫學合理性與多樣性，然而不僅爭審會將花費大量人力經費處理小額爭議案

<sup>110</sup>同前註109

件外，申請人與健保局亦付出相當社會成本，對於健保制度的發展、醫療服務的提供，恐有害而無利，如何降低爭議，建立合理審查制度，妥善資源配置，有待思考<sup>111</sup>。

另依據「全民健康保險法」第六條規定組成的「全民健康保險爭議審議委員會」的委員，皆為「兼任性質」的機關代表或各領域專精的專家代表，除了本職的工作以外，每天仍必須審議超過五百件有爭議而且複雜的案件，在非專職人員的審查人員在一周數日，而審查日皆僅有 2 至 4 小時審查時間內需完成數十件甚至數百件高度醫療專業案件，不知健保署當局是如何維持爭議審議的品質來確保醫療品質與昭行政機關之公信與公法上契約內容執行能有公平性乎？讓專業審查能真正達到「專業」程度，及獲得全體醫療人員信任，否則日漸流失的衛生保險機關之醫療專業與信任度，讓日漸崩壞的醫療保險制度如何能夠長久漸往良性方面發展？更遑論如此龐大的爭審案件也造成另一種形式上浪費健保行政資源。

### 第一項 醫療費用支付審查案例與批判

由於「事後審查」是健保局控制財務、節流健康保險支出的「尚方寶劍」，而健保審查核減的理由常無法在學理上令人心悅誠服，甚至還頻頻祭出「加強稽核」等類似白色恐怖的手段來打擊醫界讓醫師不敢反抗<sup>112</sup>。同時「事後審查」乃在醫事服務機構完成醫療服務後，由於醫事服務機構已經耗費醫療成本，卻無法獲得報酬更甚者造成放大回推，造成其他跟本件無關之醫療服務亦依相同的比例被核減，似有悖於「不當聯結禁止原則」<sup>113</sup>的疑慮，令醫事人員頗感無奈與打擊醫療人員對全民健康保險制度支持。從健保申復或爭議審議的案件來看，被健保局核減的最常見理由，總是短短幾字「非必要的檢查、檢驗或治療」，多不說明為何被判定該處置為「非必要」<sup>114</sup>？另外，若是醫師的處置被刪個檢驗（查）、減一種（或多種）藥、扣幾顆藥丸或核減一瓶點滴，更是不勝枚舉，醫師接到健保爭議審議的案件，常感受到醫療專業不受尊重，例如孕婦產檢做妊娠糖尿病篩檢值達 161mg/dL(正常值需於

<sup>111</sup>胡惠德 全民健保爭議審議七年回顧與展望，台灣醫界，Vol45, No.6，2002 年。  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vtCSUO1ugDEJ:www.tma.tw/ltk/90440849.htm+&cd=2&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw> (最後瀏覽日 2016/01/20)。

<sup>112</sup>邱永仁，醫言集-公民會議結論之省思及對策，台灣醫界，第 48 卷第 3 期，2005 年。  
[http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep\\_id=1884](http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=1884) (最後瀏覽日 2016/01/20)

<sup>113</sup>同前註 97，頁 377。

<sup>114</sup>雷文政，司法審查健保給付決策的正當性及其界限？載於 2010 行政管制與行政爭訟，黃丞儀主編，中央研究院法律學研究所，頁 137，2011 年 11 月。

126mg/dL 以下)，另外仍需做葡萄糖耐受試驗(OGTT)來確認是否為真性糖尿病，卻因耐葡萄糖耐受試驗結果正常，而被健保局認為既然 OGTT 正常，就是不該做，就得刪減，這種審查思考邏輯似乎自相矛盾。臨床上有懷疑，(糖尿病篩檢值達超過 105mg/dL，即應懷疑有糖尿病症狀)故進一步檢查，本合乎醫學學理之正常醫療常規做法<sup>115</sup>，而若此項進階檢查結果正常的程序下才能排除懷疑，今若因後續檢查結果正常即刪除該檢驗費用，是不合邏輯之推論。簡言之，原本醫療程序上若有相關懷疑診斷甲、乙、丙三種疾病時，有強烈必要進行代號 A 醫療檢測以排除甲病，然後再往乙病或丙病推導之理論。但此時健保署所委託之審查醫師人員卻以代號 A 檢測就是陰性，故無必要執行 A 醫療檢測，直接要能跳躍式思考至乙病或丙病之診斷順序，此為論證上可笑且重大謬誤。

由於醫療費用審查過程中，審查委員們僅以前節所述簡化代碼為審查核刪理由，並且無詳細具體說理之陳述，故而許多情況下，審查醫師並不明確指明何處「不符合醫療所需」、「不符合照護品質」、「非醫療必需」說理過程，此種缺乏明確事實涵攝過程之專家行政輔助措施，使得原收容許涵攝過程些微差異性可能性亦不復存在，故而造成醫療專家間認定落差，最後由健保署依此專家意見作成此一對外之行政決定-費用核刪；從上所述，亦無可能或機會使之強化「合理決策可問責機制」醫療給付程序保障。健保署多以成本效益或是非醫療必需為理由限制醫師施予保險對象所能獲得的給付，至少應該負說理義務，說服醫事人員作成行政裁量的合理性，尤其此種限制會改變醫療院所及醫事人員工作權及財產權的權益，則不應該僅止於「不符合適應症」此類大量形式化且不確定法律概念等含糊的理由，並在後續作成核刪之實質上財務減損。

歸結而言，若是在初審階段已受此種含糊不清之核刪理由，則受核刪之醫師更無從獲得明確性，嘗試瞭解相關反駁之標的與內容討論，更無法在此准駁裁定下達到合理申復救濟之機會。此為一極為重要之前提要件，若無此要件，則枉論後續申復救濟之進行。本文以下所舉之實際案例也同樣面臨此種欠缺說理過程困境，故而僅以醫師觀點試著去解讀審查醫師所登載之核刪代碼，試著推論其所欲涵攝事實之過程，並以之為批判。以下所述之權力濫用行為雖然由審查醫師作為，但是法律效果及主體仍歸屬於行政機關-健保署，在此先行敘明，避免混淆。

<sup>115</sup>徐富坑，全民健康保險法對醫療費用限制之研究，東吳法碩班論文，頁 68，2008 年 7 月。

## 第一款 醫審專業性標準不一

茲舉臨床醫學上二例，以之說明審查標準之不一與無所依循。首先，若醫師為不孕症的患者施行子宮輸卵管攝影而加以醫療費用申報後，經初審後予以核刪，醫師不服而行申復時仍被刪除，其核刪理由是未先進行通氣試驗(Rubin test)<sup>116</sup>，但是目前世界先進國家已經較少執行此一高危險通氣試驗且不準確，紛紛進行他種更新式檢查術式，但是審查委員仍未與時俱進，而以舊思維審查案件。另一醫療策略：間質性膀胱炎的病人施行水擴張膀胱治療，並做切片以排除膀胱結核感染或癌症時，申復時附上影印的文獻與教科書來論述處置，並非如健保局所指不該打點滴施行麻醉、不該施行切片或不能做水擴張，結果審核僅以制式的印章蓋上「非必要的檢查、檢驗或治療」，而且沒有任何醫學原理的論理解釋與法律條文援引適用。因應臨床上案例眾多錯誤，故而就類型化，而整理如下文。以下案例皆為醫療費用審查常見之態樣，案例事實整理自臨床真實發生之醫療審查狀況，惟顧及病患就醫之隱私與事實內容探討，容有內容部分增減。

## 第二款 審查委員個人恣意決定合理使用劑量

### 案例 1：事實認定有誤

病人 A 使用某種劑量甲藥劑，經查藥品仿單(即使用說明書)建議使用劑量可為每日一次至三次範圍內皆可。但是診察醫師依據病人之實際體重、年齡、當場應就病人病況嚴重程度給予適當使用劑量(為每日二次)，但經向健保局申請醫療費用時，卻遭審查醫師不分青紅皂白，一律刪減到最低量每日一次<sup>117</sup>，毫無尊重診察醫師專業與用藥自由度，並無學理根據可得為酌減劑量<sup>118</sup>，甚至其他相仿案件可能被核刪至毋需用藥<sup>119</sup>，而病歷上記載且無支持審查委員作此核刪之立論基礎。不免遭致「為刪減而刪減」之批評。若是因

<sup>116</sup>台大醫院婦產部 2008 年報，<https://www.ntuh.gov.tw/obgy/doc/2008report.pdf>(最後瀏覽日 2016/01/20)

<sup>117</sup>案件整理自醫療費用審查，申報資料：洪先生，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 23977，科別 AA，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>118</sup>案件整理自醫療費用審查，申報資料：鄭女士，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 24313，科別 AA，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>119</sup>案件整理自醫療費用審查，申報資料：池先生，104 年 3 月，案件分類 08，流水編號 4250，科別 AA，醫事服務機構代碼 1331040513

為劑量意見不同，尚有討論空間，若是已核刪至零，則已是認定有無此疾病症狀之問題，已有重大錯誤核刪可能性發生。

### 第三款 依審查委員個人想像臆測病人病況

#### 案例 2：事實認定有誤判斷餘地下專業自主之限縮

憂鬱症病患 B，使用某種憂鬱藥(乙藥)2 年，病情控制得很好，原診治醫師一直因病況穩定沒改處方，病患也不想改。此藥用法為每日 1 次，習慣上及依藥品指示說明書給予相當劑量，但送審被刪減為只要每周三次即可(隔日使用即可)，理由是病人服用一段時日應該憂鬱症病情穩定，必須強制減量，主觀認定藥物量已足夠。審查醫師據個人經驗決定，甚至忽略病人實際上可能病情需長期使用此藥才能穩定及病歷上明顯記載病人病況需此藥量才能穩定。經再次申復說明並附門診及住院病歷說明，但審查醫師仍拒為給付，申復時亦同遭拒絕<sup>120</sup>。

在上述案例 1 中，若是僅為減少劑量之判斷，則仍有判斷餘地之適法性，但若是判斷縮減至零，則有明顯事實認定有誤，或是濫用權力可能性。案例 2 則仍屬於判斷餘地的射程範圍內。

### 第四款 審查委員主觀認識與專屬少數說見解概念

#### 案例 3：事實認定有誤 判斷餘地下專業自主之限縮

心血管疾病、慢性腎臟病併痛風患者 C：給予某種抗痛風藥(丙藥)，而非傳統痛風藥(丁藥)作為避免關節再次血中尿酸過高而造成更大範圍關節疼痛與腎臟功能更加不全。但是審查醫師卻以某近期單一專刊醫師論文局部性研究報告指出效果並非早期極佳療效之結果，而為學術上之少數論文探討，而且並無大量性或廣泛性被各專家學會列為指引而剔除使用之列。但是審查醫師竟以個人所見聞之部分期刊而予以定性丙藥為較無效之藥物於該類痛風病人身上，概該藥物仍為衛生署所核定藥物使用證之列表內，且病歷上亦記載對丁藥已有較無效之經歷，而他種藥物尚有傷及原本脆弱之腎功能之高

<sup>120</sup>案件整理自醫療費用審查，申報資料：吳女士，104 年 3 月，案件分類 01，流水編號 1980，科別 13，醫事服務機構代碼 1331040513

度疑慮等論述。但是仍不被申復階段審查醫師所接納，同遭核刪<sup>121</sup>。

醫學本為自然科學，許多事證皆可公開討論與科學論證，並非是非黑即白之分明世界，許多事物本就有學門派別之分別，猶如法律學說中之甲說、乙說、與通說之分別。在個別案件中本就容許有討論空間，假若是非我門派之見解即予趕盡殺絕。

## 第二項 未依照審查共識規範

### 第一款 違反專家會議共識準則、主觀決定住院日數

#### 案例 4：事實認定錯誤

中年男性 D 因有肝硬化併肝性昏迷，食道靜脈出血及吐血、全身黃膽症狀。病患血液動力學、血壓不穩、嘔吐及腹痛厲害，結果病房費只核准給付 5 天，刪除 2 天住院費用。查當時已有內科審查小組研討會決議，若為吐血或血流動力學不穩傷患者急性病房住院天數審查標準依當時血壓狀況及穩定方可出院，若有噁心、嘔吐之情形，於學理上及病患安全考量上仍可繼續住院。故未能實際審酌病況，故雖已有專家審查小組會議共識，但是個別審查委員仍依個人意志核刪，恣意核刪住院天數，經申復後仍拒為給付<sup>122</sup>。

### 第二款 依給付規範(專家共識)使用藥物仍遭核刪

#### 案例 5：事實認定錯誤

病患 E 因肺炎併敗血症而入住加護病房，並依據國際重症醫學會建議同一時間應使用廣效性抗生素且依照健康保險藥品給付規範內容亦明白記載可合理使用範圍與日數；並於適當時機約 3 日後檢視抗生素，而考慮是否改用其他較低階抗生素，若病況仍不穩定建議改用更高階抗生素，以利病患治療之不延誤。經治療 14 日後病患轉出加護病房，並改用其他祛痰藥物直至

<sup>121</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：王女士，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 37505，科別 AD，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>122</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：李先生，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 3，科別 AA，醫事服務機構代碼 1331040513

出院，事後審視細菌培養仍有相關使用適應症-即該類抗生素符合治療準則<sup>123</sup>。但審查委員竟以高價藥物為由刪除全部抗生素費用，可推測為達健保局審查業績為由，快速達到審查額度與考量後續聘任委員評核績效，避免或減少不被續聘可能性，故未仔細一一詳查醫療服務品質或內容是否不符。

### 第三款 依據健保署藥物給付規定標準仍遭核刪

#### 案例 6：事實認定錯誤

老年女性病患 F 有長期心臟病、糖尿病及高血脂，因為血中膽固醇及三酸甘油酯過高(三酸甘油酯=260mg/dL,總膽固醇=210md/dL, 正常值皆須小於 200mg/dL 標準值)，必須長期服用降血脂藥物來控制血脂，避免血管內壁因長期血脂肪堆積而導致心血管疾病惡化及冠狀動脈栓塞等嚴重併發症，但審查委員皆不理會原申報資料中醫師所陳述事實與病歷資料，以專業審查不予支付理由代碼 0102A(資料缺乏具體內容或過於簡略)及 0308A(適應症不符藥品規定或醫療常規)而給予不支付理由並核刪其費用。概此類審查，皆明顯忽視「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」內規定降血脂藥物規定此類病人(三酸甘油酯>200mg/dL,或總膽固醇=160md/dL)之藥品給付規定事項，符合開立該藥物規範，卻遭審查委員依該規範內容而涵攝錯誤，且仍恣意核刪至此，難已評論之<sup>124</sup>。

而上述三例(案例 4、案例 5、案例 6)則為事實認定錯誤，明顯違反審查共識與內容，或是將共識等條文視而不見，將之忽略。

### 第四款 審查標準與現行醫療常規不符

#### 第一目 重大錯誤—審查違反醫療常規

#### 案例 7：濫用權力

病患 G 為長期肺疾病患者，容易因為日常動作耗氧量大而導致血氧濃度不足，而導致呼吸費力。在於急性氣喘、阻塞性肺病發作時，血中氧合濃度

<sup>123</sup>案件整理自醫療費用審查，申報資料：江先生，103 年 7 月，案件分類 01，流水編號 379，科別 AC；申報資料：陳先生，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 35535 科別 AC，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>124</sup>案件整理自醫療費用審查，申報資料：胡女士，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 33180，科別 AB，醫事服務機構代碼 1331040513

下降至 90% 以下(一般正常人須於 95% 以上)，故而住院中給予鼻導管氧氣使用，但是審查醫師雖見病歷記載病人於未使用氧氣時，僅 87%~89%，仍逕予核刪，枉顧醫療常規之專業性標準流程。綜合判斷此案病人之判斷餘地瑕疵<sup>125</sup>。

### 案例 8：濫用權力

病人 H 於住院中，因病況不穩定而約 3~5 日抽血檢視血中白血球指數是否下降或超出正常範圍(此為檢視醫療狀態是否穩定之必要檢驗)，故而住院 7 日左右期間，預知可能抽血 2 至 3 次左右，且每次血球指數皆有不正常現象(超出一般正常值範圍)，但是審查醫師逕自核刪，經申覆仍拒為給付。拒絕審視病人住院當中，且符合醫療常規需於合理期間抽血檢驗，仍拒為給付<sup>126</sup>。

### 案例 9：事實認定錯誤或濫用權力

高齡病人 I 因肺炎呼吸衰竭住院，因呼吸衰竭疾病需插管合併使用呼吸器治療，在呼吸器治療記錄紙仍記載病人有明顯體力不足與發燒感染跡象，不適宜早期脫離呼吸器使用，是故於若干數日後病況穩定後拔管，復轉經普通病房治療數日後穩定病況下出院。經向健保局請領醫療費用時，逕自認定該病人之病況早已穩定，早該拔管(相關檢驗指標記錄與病歷記載仍不適當為佐證，但仍不予採納)，刪除呼吸器使用天數 5 日，不服該初結果，經申復後說明該呼吸器使用符點病況且佐證指標皆符合使用適應症，但仍拒為給付醫療費用<sup>127</sup>。

在上述案例 7 則屬於明顯違背現有醫療常規，屬於離一般事物原則，案例 8 與 9，則是濫用權力之判斷餘地。

## 第五款 推理審查錯誤、審查程序中突襲變更裁決

### 第一目 以結果反推定醫療合理性

<sup>125</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：鄭女士，103 年 10 月，案件分類 01，流水編號 557，科別 AC，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>126</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：謝先生，104 年 3 月，案件分類 01，流水編號 624，科別 AC，醫事服務機構代碼 1331040513；申報資料：詹女士，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 39，科別 07，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>127</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：鄭先生，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 24，科別 AC，醫事服務機構代碼 1331040513

## 案例 10：濫用權力

病患 J 至門診求診，主訴左下腹痛及紅色血便，但無消化性潰瘍之症狀，而醫師依據病況診斷臆測為下消化道出血，懷疑為大腸癌而申請住院，第一日施行乙狀結腸鏡檢查乙狀結腸及降結腸之處，並無明顯出血病兆，故而第二天採行胃鏡攝影檢查。但是審查醫師據之以前一日之檢查為不必要而刪除之，概顯而忽略醫療之本就有複雜性，消化道出血病症並非只有胃出血，整段消化道都有可能成為出血構成部分，但是若初始住院就逕自施行喉鏡、胃鏡、小腸鏡、大腸鏡檢查，一次全部檢查，或是另行檢查尿路檢查之明顯謬誤，方為不必要之刪除項目<sup>128</sup>。

## 第二目 初審與申復以不同理由

### 案例 11：事實認定有誤或濫用權力

病患 K 因患頸部退化性背椎炎、高血壓和濕疹之病患，處方給予神經痛專用止痛劑、肌肉鬆弛劑，初審以審查代碼 0317A「非必要之治療」核刪，申復後說明該藥物並非不必要且有助於病患疼痛控制，但遭複審醫師以不同理由審查代碼 0308A 止痛劑「藥品重複使用不符常規」再次被刪，但處方中明顯為止痛劑與肌肉鬆弛劑，何來止痛藥重複。且申復後仍以不同理由核刪，明顯錯置核刪理由，審視此類審查，似有固執於惡意核刪之嫌，不知該歸類此種錯誤屬於法條涵攝錯誤抑或是裁量瑕疵所屬中度及輕度瑕疵<sup>129</sup>。

## 第六款 判斷餘地之濫用權力

### 案例 12：濫用權力

年老女病患 L 因肺炎及呼吸窘迫而經由急診求診，因病況不穩，建議住院提供氧氣治療，住院後考量病患病況危急，需使用廣效性抗生素治療肺炎，才能避免病人急速瀕臨死亡，經 10 日期間謹慎治療後病情穩定出院，此筆醫療費用申報後經初審專業審查，認定使用高價抗生素於第一線，而非先行使用低階抗生素之理由，認定審查代碼 0319A(未依常規選用非第一線藥物)，而予以整筆費用核刪，不服後再經申復，仍遭整筆核刪而不予給付該費用。在可能違反僅單一審查理由下，而不當聯結整筆醫療費用核刪，明顯違反行

<sup>128</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：賴先生，104 年 3 月，案件分類 01，流水編號 626，科別 AC，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>129</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：蔡先生，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 6728，科別 07，醫事服務機構代碼 1331040513

政法中不當聯結禁止準則，僅為達成財務平衡之核刪目標，罔顧行政程序法對於行政處分之法治精神<sup>130</sup>。

### 案例 13：濫用權力

病患 M 因腹痛不適且多日腹瀉而至腸胃科求診，經診察後懷疑大腸病灶或大腸癌之高度可能性，建議安排大腸鏡檢查。於大腸鏡檢查診療期間，發現有大腸息肉數處，檢查前已獲得病人同意若有病灶可同時逕行處理，故而執行大腸息肉切除術(健保支付標準碼 49014C，費用含大腸纖維鏡檢查及切除術，健保支付點數 4172 點)，順利切除後返家並規則門診追蹤。該次費用申報後，遭初審醫師核退並改以他項代碼支付(健保支付標準碼 49027C，費用不含大腸纖維鏡檢查，僅屬加做處置切除術，健保支付點數 1853 點)。故扣除點數差額 2319 點，意即宣示該醫師可以不做大腸鏡可以隔空探囊般取大腸內息肉乎？怪哉理論與明顯偏差之審查醫師，讓人質疑專業審查人員是否真為醫師或是匿名行政人員，而且更難避免此類傳聞一直不絕於市，同時讓醫療人員認定該委員或許該重修醫療學<sup>131</sup>。

## 第三節 行政法院對於醫療費用審查核付爭議之案例評析

### 第一項 臺北高等行政法院判 96 年度簡字第 00081 號

臺北高等行政法院判 96 年度簡字第 00081 號中有關醫療服務審查費用核刪爭議，事實概要如下：「緣原告(某特約醫療服務機構)向被告(健保局台北分局)申報民國 95 年 4 月份蔡 xx(流水號 192)及范 xx(流水號 885)等 2 案之門診送核費用，經被告以 95 年 6 月 20 日健保局核定不予給付，嗣申請複審仍不予給付。而法院見解為若保險人醫師之意見僅屬「具爭議性」或「見人見智」，基於社會保險之特性，尚不能謂保險人審核錯誤<sup>132</sup>。意即須舉証保險人醫師已達錯誤程度，給予保險人單方面較為寬鬆之執行要求，而另一方

<sup>130</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：楊吳女士，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 35028，科別 AC；申報資料：蔡鄭先生，104 年 3 月，案件分類 04，流水編號 34860，科別 AC，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>131</sup> 案件整理自醫療費用審查，申報資料：王先生，104 年 3 月，案件分類 09，流水編號 30853，科別 AA，醫事服務機構代碼 1331040513

<sup>132</sup> 臺北高等行政法院判 96 年度簡字第 00081 號判決書，「為求健全經營，乃被轉化成保險人對保險醫事服務機構之掌控，即保險人透過數量較為有限的保險醫事服務機構的管理，以回復前開保險法律關係不對等性，並進而抑制保險給付不法與不當的需求，從而直接提供健保給付之醫事服務機構，必須以嚴格之標準把守給付關口，就「醫療行為確有必要」、「並非無效或過度治療」等給付要件，醫事服務機關即應負嚴格之舉証責任……。保險人之專業意見與醫事服務機關不同時，醫事服務機關必須要舉証證明保險人醫師之意見已達於「錯誤」之程度，才可推翻保險人之審核結果。」

醫事服務機構必須舉証審核已達「錯誤」，方能推翻該醫療給付審查之行政處分。

行政院所採認及駁回之觀點如下：「（一）申覆醫師雖以幽門螺旋桿菌檢測方法很多種，抽血 anti H. pylorus 的血清抗體是最不準確的，本件已用胃鏡採檢體做 CLO test(Campylobacter-like organism test, 此為幽門螺旋桿菌群測試)都呈陽性，有附胃鏡報告，審查醫師認為「未有 H.pylorus(+)（幽門螺旋桿菌）報告」而不給付，並非顯有明顯重大錯誤」。

（二）惟查以胃鏡採檢體做 CLO test 都呈陽性之幽門螺旋桿菌檢測方法，是否較抽血 anti H.pylorus 的抗體為準確？申覆醫師見解雖與審查醫師不同，但僅屬見仁見智，原告並未證明被告審查醫師之見解於目前醫學科學上係屬錯誤，則審查醫師認定必須要具備「H.pylorus(+)（幽門螺旋桿菌）報告」才符合給付之正當理由，尚難認審核錯誤。」

簡言之，亦即高等行政法院認為若有兩種以上方法皆可檢驗幽門螺旋桿菌，雖然說在臨床上的敏感度與準確度方面，血清抗體檢測明顯略遜於 CLO test，但在本案中，申復醫師甚至亦有相關胃鏡採檢體報告佐證，但是該審查醫師仍只認定需有此等血清報告方准以給付此項檢查費用。故而雖以較略為不準確之檢測法操作，但是也能檢測出及推論出同樣的結果，在法院綜合判斷上，亦不予以認定審查醫師有明顯恣意裁量之濫用，且不以司法權干涉此等行政權之行使，此為該判決所秉持之精神，若是在執行專業審查行政權下，給予極高度尊重與司法不介入之態度。

故而，該行政法院之判斷認為必須達到以下構成條件：醫事服務機關必須要能清楚明顯舉証證明保險人醫師之審核結果已達於「錯誤」之程度，才可推翻保險人之醫療審查審核結果。另基於行政裁量權獨立行使，法院並不直接涉入判斷。

在由上段文字所述內容，即可知曉，在此行政法院見解下，許多保險人審查態度更是有恃無恐在司法低度審查原則下，恣意核刪，故而可見到雖有龐大的申請醫療審議案件數下(每年皆在 7 萬至 10 萬件爭議審議案件進行，見 103 年則有 104687 案醫療費用審查案件，相較於同年度 103 年權益爭議案件有 1114 案，在醫療費用案件的駁回率更高達 88%，而審議結果則是僅有 0.2% 案件得到重新核定)<sup>133</sup>。

<sup>133</sup>衛生福利部全民健康保險爭議審議會網站 受理案件審議結果年度統計表  
[http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=543&fod\\_list\\_no=0&doc\\_no=1356](http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/DM1_P.aspx?f_list_no=543&fod_list_no=0&doc_no=1356)(最後瀏覽日 2016/01/20)

## 第二項 臺北地方法院行政訴訟 103 年度簡字第 181 號

若是由行政契約面向來論理分析醫療費用的請求權基礎，在法源的建構與操作面的監督上，健保署都擁有強大的主控高權單方優勢，也就是在擬訂契約、締約過程之程序正當性，在最高行政法院 104 年判字第 2 號中討論醫事機構之醫療費用請求權是從契約訂定角度檢視締約程序是否具有正當性，並將支付標準定性為「定型化契約條款之前身」<sup>134</sup>。但是此處仍有相當疑問會併隨而生，這種是指行政機關基於法律授權「前身」嗎？抑或是採納訂定契約的立約當事人多元意見之參與後所訂定之行政命令，再取得雙方共識下再轉化成為定型化契約？還是僅僅強勢之當事人一方所主導的內部諮商機制，這樣是否會涉及單方高權主導下，真的合乎所謂雙方對等議約之行政契約原則與精神？是否符合行政行為轉化為行政契約之原有意旨？此亦多所疑問。

103 年簡字第 181 號判決指出：「醫事服務機構基於其對給付事務之接近性、可控制性，及契約關係中舉證分配之法則，固應就其醫療行為合於契約約定盡舉證責任，惟醫師如已盡力證明其基於維護被保險人健康之善意，作出此醫療行為為必要之決定，且提出實證醫學上之憑據，透過鑑定確認可為醫學常規所支持，即應認其舉證為已足。蓋保險醫事服務機構與審查之專審醫師均係領有證照之專業人士，同具專業性，尚無專審醫師之醫理見解較符合醫療常規，而保險醫事服務機構則否之必然。又醫理見解具高度專業性，就具體個案所應採取之醫療行為如何為適當、必要，容有仁智互見之情，法官固不具此專業，然非不能在全民健康保險法之立法目的下，透過鑑定機制予以確認，此為一般民、刑事訴訟所常見」。其為就契約關係下舉證分配法則，而非舊見解之單方(醫事機關)高度舉証責任，蓋其持有之理由為；同屬專業醫師人員，同具有專業性，尚無專審醫師之見解必定高於臨床服務醫師之理，且醫學原理具有高度專業性，如何適當、必要，皆有見仁見智的可能性。所以採取寬鬆認定兩者意見不同。

舊有的此種行政契約傾向高度不對等的論述，在實務的發展上也可能遇上契約當事方的強烈反彈，從最近若干關於醫療費用請求的行政爭訟上，可明顯清楚觀察到司法界對於此等案件有新的邏輯思維的轉變。以往健保署對於醫療費用審查的單方高權主控，一直以來都受到行政法院的普遍性支持，這可從許多過往判決歸納可得知；實務見解中常常課以醫事機構之一方極高度舉證程度的不對等要求。但是此種態度在最近臺北地方法院之行政訴訟簡

<sup>134</sup> 蔡維音，全民健保醫療審查之法源檢驗與舉證程度之實務觀察，台灣社會法與社會政策學會 2015 年 11 月 12 日演講內容。有關於臺北地方法院行政訴訟判決 103 年度簡字第 181 號評析。

易庭判決中可以看到頗為微妙的轉變，該判決探究到行政契約訂立之基本精神與欲達到的行政目的來分析，其闡述基礎正是基於特約關係之行政契約性格。臺北地方法院行政訴訟 103 年度簡字第 181 號判決內容「保險人既係透過行政契約，而非單方高權之行政處分建構與保險醫事服務機構間之法律關係，自應本於平等、協商之精神，容許保險醫事服務機構有請求法院調查審究之空間，並於醫師舉證證明其醫療行為可為醫學常規所支持時，肯定其醫療費用之給付請求。」在此即以此立法精神與意旨推論此類行政契約應本乎公平原則，而將舉證責任適當加以降低，而不再高舉度尊重行政機關之大旗而將該類訴訟敗訴駁回，才符合法治國之比例原則。該判決亦提出健保法之目的在於「畢竟，全民健康保險制度最重要的目的仍是維護被保險人之健康，一味核刪反易使醫師採取保守、消極之治療方式，導致人民健康受損」。顯見法院也認同若是一味刪減勢必會造成後續品質下降效應，最終受害之主體，終究是國民健康，一針見血指出相關利弊得失。

### 第三項 解析司法審查強度與舉證程度之調整

在對專業醫療審查之相關爭訟上，實務見解歷年來多採對行政權之保險人有利的傾向。一直以來健保署堅持司法必須採取之低度審查：「…醫事服務機關必須要舉證證明保險人醫師之審核結果已達於『錯誤』之程度，才可推翻保險人之審核結果」，此極高之證明程度要求，在實務上幾乎難以達成。蓋在高度專業之醫療領域，不同見解常是仁智互見，縱使醫事機構盡力舉證其診斷治療措施之必要性，只要其無法證明他方見解為「錯誤」，則不能推翻健保署核刪之決定。此高度舉證之要求承襲多年來台北高等行政法院對於相類似案件之見解，只有在少數進入最高行政法院且經實質審查的案件中（最高行政法院 100 年判字第 1265 號），最高行政法院對於此舉證程度的要求有更為明確完整的表達。除有「未遵守法定程序」、「基於錯誤之事實」、「未遵守一般有效之價值判斷原則」、「夾雜與事件無關之考慮因素」等顯然違法情形外，一般皆會採認審查委員會及審查醫師之審查意見，其專業委員會之認定應受法院之司法權對於行政權之尊重；而同時醫事服務機構應負舉證責任於何謂「醫療行為確有必要」、「並非無效或過度治療」等給付要件？雖然是 102 年起已有部分法官認識到此一爭議處，但仍有台北地方法院 103 年度簡字第 108 號亦持要求雙方依契約本旨各自履行舉證義務之態度<sup>135</sup>，「原

<sup>135</sup> 臺北地方法院 103 年度簡字第 108 號判決內容「有關醫學原理、病情需要、治療緩急等認定，未與前揭規定相違悖。而原告就其保險對象謝秉諭所為之醫療行為是否必要，且非過度、無效，為合於系爭健保合約本旨之債務履行乙節，未能提出完整病歷支持，揆諸前開說明，原告未履行提供完整病歷之附隨義務，醫療服務主義務之履行即無從肯認，非得請求對待給付」。採取舊說之判決內容，仍過度簡化認定主義務及附隨義務，認定未提供完整之病歷即為無法請求對待給付，但此處亦有一「完整」之不確定法律概念，究竟何謂「完整」？什麼程度的「完整」才被肯認呢？此處亦有不小爭議。

告就其保險對象謝秉諭所為之醫療行為是否必要，且非過度、無效，為合於系爭健保合約本旨之債務履行乙節，未能提出完整病歷支持，揆諸前開說明，原告未履行提供完整病歷之附隨義務，醫療服務主義務之履行即無從肯認，非得請求對待給付。」

從上述案例可看出，除了尊重健保署審查醫師與審查委員會之專業的基本立場上，法院對於個別醫療行為是否再為「必要」或「完整」仍然持有實質審查之空間。

近期法院實務之回顧，大多數行政法院並一直持舊有之見解作為審查案件超高標準，而近期內亦觀察到對於專業醫療費用審查之強度有相對應的微調。台北地院 102 簡字第 149 號判決中<sup>136</sup>，法官援用判斷餘地理論與行政契約之平等精神，認為健保署「在決定自身有無行政契約約定之履行義務時，涉及對不確定法律概念為事實涵攝判斷時，其判斷之正確與否，應容許契約相對人就是否符合原有行政契約之約定意旨，並得請求法院調查審究之空間，對契約之相對人，才有合宜之保障」、「但二者屬仁智互見之情形，醫學常規上本難以證明何者為錯誤，此時保險人提出之專業審查意見，理論上並未充分說明原告之醫療服務違反常規而構成拒絕給付事由，同樣的，原告亦難以舉證並證明被告拒絕給付所本之審核意見有錯誤，此時會應由健保合約合意成立時之目的及真意定此風險之分擔責任」。此觀點著眼於健保特約作為行政契約的特性，注重行政契約兩造之議約能力之均衡，而非如以往僅強調保險人之公益代表性、以財務拮据以及監督困難為由，給予健保署專業意見幾乎不可動搖的極高度尊重。此判決保留要求醫事機構的高度舉證責任，已不再要求必定要證明保險人意見為「錯誤」，而是認為若醫事機構已能具體指明並舉證並能證明其所為醫療服務符合一般醫療常規所指「確有必要而非無效或過度治療」、「病歷記載完整足以支持其診療」、「依臨床常規使用非第一線藥物」等事實，即符合健保合約約定之給付條件，回歸全民健保法母法之授權與規定內容，被告依約即應給付。又該判決中案例事實之辯論於「與本件病患病症相同之案例，皆已給付，本於行政自我拘束原則，被告更無拒絕

<sup>136</sup>參見台北地院 102 簡字第 149 號判決內容「…健保制度為因應人數眾多、需求各異之被保險人，保險人在理論上及實務上均難以於受領保險給付時即加以審核掌控，故而轉化為對數量較為有限之保險醫事服務機構加以管理，抑制保險給付之不法與不當之需求，以解決保險人無法立即掌控保險給付過程所之負擔甚高風險與責任，惟事後抑制而未予特約醫事服務機構保險給付之結果，…終局係由特約醫事服務機構承擔此風險，令該機構仍同意締結之基礎主要在於認知遵守一般醫療常規即可適當避免承擔此風險，至於一般醫學常規領域因納入全民健康保險制度之樽節成本考量，就符合醫療常規但成本較高之醫療措施，採取抑制而認不符合全民健康保險制度所需求之醫療常規，…惟此宜循督促醫師自主團體間形成此類型常規共識之方式形成，若醫師團體間未曾就符合全民健康保險制度需求之應有常規為決議、訂立標準，或特約醫事服務機構前就類似情形並未經以輔導等方式知悉應予樽節之標準」，在此處則由法院認定，應該本乎法治國原則，審查標準應由自主團體內由下而上形成常規決議，若無，再採取輔導機構樽節，而非僅僅扣付費用為目的。

給付之理」。已然浮現此種相呼應的審查態度，故於臺北地方法院 102 度簡 265 號、103 年度簡字第 181 號中也清楚陳述論理。法官基於對健保署全民健康保險爭議審議會之組成與審議程序有更深入細微之觀察，認為該委員會之縝密性難以期待過高，且審定理由亦僅為概括記述或是代碼註記，並無具體敘明原告施行之醫療服務有何違反醫療常規或必要性之理由，保險醫事服務機構仍難知悉遭核刪之理由，由於此種特殊考量下，法院仍不宜僅因該委員會組織之虛有其表下，即為寬鬆審查，反之在上述兩例判決內，法官大費周章深入審查事實案例並比對兩造雙方攻防內容，而推理出每位病人核刪內容中何項檢查或藥品給付是「合理」且「必要」。事實上，醫界對此醫療費用審查早有激烈反彈聲浪，遇到語焉不詳之核刪理由要從何證明其為「錯誤」？故承審法官亦認為「醫事服務機構基於其對給付事務之接近性、可控制性，及契約關係中舉證分配之法則，固應就其醫療行為合於契約約定盡舉證責任，惟醫師如已盡力證明其基於維護被保險人健康之善意，作出此醫療行為且具必要性之決定，提出實證醫學上之憑據，唯獨鑑定確認可為醫學常規所支持，則應認其舉證為已足」，並認為「保險人僅係透過行政契約，而非單方高權之行政處分建構與保險醫事服務機構間之法律關係，會應本於乎對等、協商地位」。

從締約雙方主體而言，單方高權且主持適用於台灣全體居民之強制健康保險的是全國唯一保險人的健保署，其對醫療資源支配之獨佔性與壟斷性是毋庸置疑的，一般醫事服務機構很少有決定是否加入全民健康保險之自由。在此情形下，健保署縱然嘗試以契約之合意基礎作為醫療費用支付之依據，然而以此巨大的雙方地位落差與公權力之介入程度來看，此支付標準仍然應受到高度的法治國拘束與仔細檢驗。

從上述兩例行政法院的判決中，可觀察到早期行政法院存在一種牢不可破的判決基準之現象，舉諸高門檻的反証標準，亦即，需指出衛生行政機關-健保署所委託的醫審醫師之審查，已達到明顯錯誤之階段，才能予以推翻。到如今，103 年度簡字第 181 號判決出爐後，已將重大舉証責任平均分擔雙方，而非如以往只苛責醫事服務機構及執行治療之醫師。

#### 第四節 小結

回顧本章，前述舉列之不合理核刪案件群中，除了僅第二款「醫審專業性標準不一」所表現出為各專業上考量上的微量瑕疵之裁量空間尚屬合理可討論範圍內，其他項如「未依照審查共識規範」、「審查標準與醫療常規不符」、「推理邏輯錯誤、審查程序中突襲變更裁決」等項目，皆有明顯且重大錯誤之行政程序法上瑕疵認定。若是依照新的台北地院行政訴訟判決意旨及見解

而言，該舉証責任之轉換後，上述所有的案件，皆可因為交由審查醫師證明，醫事服務機構確有違反醫療常規，且未達到治療效果時，而方能不予給付，所有上述案件，除了第二款的判斷餘地仍有爭執空間外，其餘皆可由司法審查的介入而重新得到合理的裁判，重新予以給付該醫療費用。當然，若是走到訴訟時，皆已曠日廢時，且徒然增加大量不服醫事審查的醫療給付訴訟案件。除了司法權之介入導正外，當然也期望審查規定條文能與時俱進，減少不必要的衝突與糾紛。

故而近期判決之新見解，是否能造成法院判決觀點全面進步，亦仍有待時間觀察，但是司法機關對於法治國之原則要求，在現代民主國家中，則愈來愈重視且明確化，故而頗受醫界期待此一新見解，同時也造成行政機關不少壓力，必須更為審慎審查費用案件，並認真舉証核刪說理之處。

但是否在相關爭議審議過程之前或是該過程中，就能被提早提出並一一檢視與更正，給予適當補救，避免爭議案件進入訴訟，除了當事人多負擔外，行政機關亦會花費大量公帑於行政訴訟上。何況在大量案件於極短時間內完成審查操作之先天有限時間下受到嚴重限制與擠壓，無法達到合理審查之結果，是可預見。本文認為若是醫療費用審查若是無法在前述初審及複審程序中，予以公正判斷與合理審查時，必有數量不少的案件可避免進入爭議審議階段，將之弭平於審議階段之外，並可以減少審議階段之行政負擔及人力成本。反之若大量醫療費用爭議案件進入爭議審議委員會時，勢必眾多案件無法得到合理與真正的醫療專家審議，除了委員會之非專業性，該會組成已包含許多非醫療專家；如「法學專家、保險專家、衛生當局代表」，更無法就醫療領域專業性進行特殊審查，更無法予以適切與妥當性等等加以深入討論。

若是相關醫療費用爭議審議案件進入司法審查階段，就一般行政訴訟而言，故而在司法審查前與行政機關的訴願階段此兩方法併用之下，就可以明顯減少司法案件程序進行，更減少不必要冗長訴訟等待與資源耗費。就目前法院承擔的龐大司法案件及有限度的司法資源條件下，若是能予強化此一訴訟前處理-爭議審議該階段前或是更早給予順暢且合理醫療審查，必可大大減少爭議審議委員會與行政法院負擔，更可以兼顧該行政契約之真正目的性-促進全體國民健康而辦理此社會保險制度。

在此章末段討論可知，現行我國健康保險醫療費用給付及審查制度，從制度面檢討而言，審查基準僅有簡略代碼呈現，沒有論證說理之理由陳述，造成審查醫師與被審查醫師間認知落差極大，以及沒有可供遵循之案例式討論或衡量醫療品質的審查標準，造成後續之申復過程中無從得知核減之真實理由與標準，更無法統一適用於專科醫療案件，而環顧醫學起源之歐美等外

國立法例及審查制度，試著找尋出合適並能提供我國醫療審查困境之重要參考，美國聯邦公共醫療保險制度在發展歷程上組織結構改變及審查基準之演化(由事後審查轉化為品質審查為主體)，以及從共同的痛處-醫療費用上漲節制；早期醫療費用擲節為主要目標，而至近期的改以醫療品質審查為主體的模。在強化醫療資源有限下能提供資源配置的程序保障及釐清「醫療必需」此一不確定法律概念的判斷能有普世的醫學及社會學上的共同認可標準，並且在作為醫療給付的專業性尊重的判斷餘地，及人性尊嚴下，在美國聯邦醫療保險為主的制度下尋找可資我國健保審查改革參考及借鏡之處。



## 第四章 美國聯邦公共醫療保險審查制度及概況

### 第一節 前言

世界衛生組織 (WHO) 在 2000 年的世界衛生報告中比較了 191 個成員國的醫療素質，美國的醫療消費與應變能力都在榜首、總體衛生系統表現排第 37 位、總體人口健康程度排第 72 位，且相關健康體系反應能力為排名第 1 位，於此份報告中，因台灣並非聯合國成員國，不納入統計報告中，故可以認定美國醫療水準執世界之牛耳<sup>137</sup>。

美國醫療系統是由許多個合法個體提供的醫療服務業。大致上，醫療機構可分為公立機構與私立機構，並一起組成國民健康照護體系。公營機構最主要的兩個保險組織為美國聯邦公共醫療保險及醫療救助計畫，其餘皆是私人保險來涵蓋衛生保險醫療環境。實際上，美國的醫療設施和醫療保險大部分都由私營部門 (Private sector) 經營，美國政府會提供社會安全制度的保險-聯邦公共醫療保險 (美國聯邦公共醫療保險 United States-Medicare, 以下本文簡稱聯邦公共醫療保險)<sup>138</sup>、醫療救助計畫 (Medicaid, 主要對象為經濟地位較差的民眾、窮人，以下本文簡稱貧殘保險)<sup>139</sup>、孩童醫療保險計畫 (Children's Health Insurance Program) 和榮民 (退伍軍人) 健康管理 (Veterans Health Administration)。由於美國仍有不少私人醫療保險，和我國單一保險人制度不盡相似，故而本文僅以公立聯邦政府主辦之聯邦公共醫療保險及醫療救助計畫為主要討論對象。

雖然美國在健康保險系統設計上與我國保險系統有明顯不同之處 (美國以私人保險涵蓋為主，公立保險為輔。我國則為公營全民健保涵蓋近 98% 民眾)，但是仍有許多可以學習之處，諸如美國歷經醫療審查機構對立期、事後審查制的改變、以醫療品質導向的審查機構，以上種種皆為健康保險在適用人類社會時，必定會面臨到的問題，而美國自 1984 年起已實施此制度，遠較早於台灣實施健保制度多年，就社會衝擊及國民適用上皆有可資借鏡之處<sup>140</sup>。

<sup>137</sup> World Health Organization, The World Health Report, (2000).

<sup>138</sup> <https://www.medicare.gov/> (最後瀏覽日 2016/01/20)

<sup>139</sup> <https://www.usa.gov/medicaid> (最後瀏覽日 2016/01/20)

<sup>140</sup> 中央健保局出國考察報告-DRG 及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用，頁 2，2003 年。

美國醫療品質委員會及醫學研究所於公元 2001 年 3 月發表「跨越品質鴻溝：二十一世紀的新醫療體系」，主張對醫療照顧系統進行重要的徹底檢查，建立一套獎勵品質之報酬系統，改變醫療專業執行的文化，並提出六項醫療品質改善目標：「安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正」，這些主張非常值得我們借鏡<sup>141</sup>。醫療品質改善一方面應基於病人的需求，重視醫療院所對個體健康的影響，另一方面也應基於社會的需求，強調醫療體系對群體健康的影響。

故而從美國醫療水準執世界之牛耳，當然不可避免地必須向其學習醫療技術、品質及保險制度，其較諸台灣更早施行健康保險制度的經驗及歷史沿革及脈絡，可以讓台灣免於重蹈覆轍，避免多走冤枉的學習途徑，減少陣痛期。最後，同樣世界各國皆面臨到的醫療費用節節上漲的問題，除了僅直覺地加強醫療費用審查嚴格度外，其所發生嚴重爭執與改革的軌跡，美國保險制度到最後終於走出自己的一條路-提升醫療品質為主要目標，此等經歷值得台灣在面臨開辦全民健保制度以來，所面臨的問題，皆可在其發展過程中，找到可學習的面向。同樣的，在國內醫學界無不認為開辦 20 年以來，許多審查制度面已經面臨不得不改的時機，許多國內學者皆思考在品質見長的美國醫療審查指標導引下，其具有更高的公益性與公平性，亦引起廣大迴響與深思該如何檢討與改進之處<sup>142</sup>。

在前章中，許多審查實務面所面臨的困境，在我國現在的審查制度下，無法獲致審查公平性與有效性，更無法期待該事後審查制度下，能有效提升醫療機構所提供的品質前提下，唯有將注重品質指標的美國審查制度，似乎才能提供有效的解決之道，並且避免醫療費用浮濫、控制費用及兼顧醫療品質的三贏策略，故而選擇美國醫療審查制度比較作為反思的學習對象，以期許為我國醫療環境及醫療水準與品質往醫療先進且一流的國家邁進<sup>143</sup>。

## 第二節 美國醫療審查制度之發展概況及審查組織演進

美國醫療審查組織均為醫師團體審查制，其審查團體由各州的疾病基金特約醫師公會成立審查委員會。此為一獨立性組織，並不受保險單位管轄。概為一平行單位為主要架構。將其演進歷史一一介紹與反思可以提供借鏡之處。

<sup>141</sup>同前註 109，頁 29。

<sup>142</sup>張文麗，探討適合台灣醫院醫療品質審查組織模式，台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文，頁數 1-4，2002 年。

<sup>143</sup>蔡繼志，簡介美國醫院醫療品質比較之現況，台灣醫界，51 卷 12 期，頁 42，2010 年。

## 第一項 實驗性醫療照護審查機構

實驗性醫療照護審查機構全名為(EMCROs, Experimental Medical Care Review Organization)；美國從 1965 年開始實行聯邦保險及貧殘保險，在實施的前幾年聯邦保險的醫療費用支出上漲兩倍，貧殘保險的醫療費用更是漲幅近 4 倍<sup>144</sup>。因此，1971 年美國國會授權成立了實驗性醫療照護審查機構<sup>145</sup>，此種醫療照護審查機構是在美國各地醫師公會或特約醫院內設置利用審查委員會(Utilization Review Committee)，其主要任務是負責逐案審查醫療機構對聯邦保險及貧殘保險被保險人所提供醫療服務的適當性，職司被保險人住院天數，住院收容的適當性以及診療內容的評價審查。而此時，在美國衛生機構也漸漸重視醫療費用的急遽上昇的挑戰，思考將醫療品質是否能夠導入並適用的重要問題。

## 第二項 專業標準審查組織

專業標準審查組織機構全名為(PSRO, Professional Standards Review Organizations)；由於前階段實驗性醫療照護審查機構的試行效果良好，所以 1972 年依社會安全修正條款而正式成立了專業標準審查組織，成立的要旨在於確保醫療資源達到最有效、最適當的運用，主要職責為醫院審查、長期療養機構審查、門診審查等業務。雖然專業標準審查組織成立目的主要是為了控制聯邦保險的醫療費用，但它也被定位成確保醫療機構所提供給聯邦保險被保險人的醫療品質。專業標準審查組織用來維護醫療品質的方法，包括審核服務及項目是否為醫療上所必需；醫療服務是否合於公認的專業標準；及這些醫療服務是否以最經濟有效的方式施行，為了有效確保醫療機構所提供之聯邦保險予被保險人的醫療品質，除了上述之審核方式外，專業標準審查組織並且發展一套完整的負責資訊管理系統用以記錄每一位聯邦保險被保險人的入院資料<sup>146</sup>，以便於完整的掌握醫療服務提供者所提供之醫療服務數量和種類。

<sup>144</sup> Hayes R.P., Lunberg M.T., Peer review Organizations: Scientific challenges in HCFA's health care quality improvement initiative. MED. CARE. REV.,51(1),39-60, (1994).

<sup>145</sup> Bhatia A. J., Evolution of quality review programs for Medicine: Quality assurance to quality improvement, HEALTH. CARE. FINANC. REV., 22(1), 69-74, (2000).

<sup>146</sup>同前註 144.

專業標準審查組織（在成立之初就已開始使用入院前(preadmission)、同步性(concurrent)、及前瞻性(prospective)三種方式來審查病歷<sup>147</sup>。雖然該組織旨在建立一套有系統的機制(住院前、同步性、前瞻性共同使用的制度)以監控醫療服務及確保醫療品質，但這套醫療品質確保機制最為人們所爭議的是：它被認為是用來「控制成本」和「管制醫療行為」的方法，而不是真正用來提升醫療品質的工具，區域性的專業標準審查組織，有些是由非營利性基金會所支持，有些則是與私人機構簽定合約經營，另外有些則為聯邦政府所支持，因為支持專業標準審查組織的機構性質不同，以致個別專業標準審查組織的表現也因機構之間的不同而顯現出很大的落差，造成彼此之間幾乎無法客觀的比較實施醫療品質與成果。最令人詬病的專業標準審查組織不但無法有效的確保醫療品質，甚至對醫療費用的不斷上漲也無法做有效的控制。

反之，在我國似乎也有相同的困境，不同組織、不同審查人員，會造成不同的審查標準與結果，這是合理可知，但是該如何適用於我國健康保險醫療審查制度之改良，需要一一檢視與認真檢討，才有改變的可能。否則，雖然我國已經邁入二代健保體制，仍僅於保費收入來源的擴充與增加為主要目的，亦即著墨於「財務來源穩定」之財政考量為主體，並加之以嚴格「管制醫療行為」限定全國醫療機構必須加入總額管控等高壓行政管制措施為主要。而關於醫療品質提升與病患就醫的可近性、醫療審查合理性等等主要「質量的提升」仍不見關注與重視。

### 第三項 同儕審查組織

同儕審查組織機構全名為(PRO, Peer Review Organization)及品質促進組織；也由於專業標準審查組織的制度漸漸顯現無法有效的控制醫療費用，加上專業標準審查組織的實施造成聯邦政府與美國醫學會(American Medical Association)之間的對立狀態，雷根政府於1984年開始著手廢除專業標準審查組織，至1984年為止已廢除了所有的專業標準審查組織，取而代之的則為「同儕審查組織」，它是依1982年租稅平等及財務責任法案而成立<sup>148</sup>，國會藉由同儕審查組織及DRGs(Diagnosis related groups)的同時實行以控制聯邦保險醫療費用的上漲。

故而該組織成立的主要目的及任務包含以下確認醫療是必須的

<sup>147</sup> Dittman D.A., Magee R.P., *Optimal investigation policies under selected PSRO procedures*, MED CARE, Vol. 18, No. 10, 1032-1047, (1980).

<sup>148</sup> Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, (1982).

(medically necessary)，且該品質是符合(standard of health of care)且醫療機構設置是合適妥當的(an appropriate setting)，也就是必須在接受治療的過程中，不斷省思是否必要性、符合高品質、機構妥當性三大要件下，它不僅具有健康保障、病人就醫安全、控制醫療費用成長的三大功能。此種「同儕審查組織」在各州皆有設立<sup>149</sup>，但規定每州僅能成立一個，其性質屬於民間法人組織，而依審查主題可將醫療審查制度區分為三種類型，分別為醫師團體審查制、保險人審查制、及第三者審查制，美國則屬於醫師團體審查制。目前全美「同儕審查組織」的數目共有 54 個，其中由醫師團體主持(Physician Sponsored)的「同儕審查組織」佔 44 個，其餘為醫師指導(Physician Access)性質，此種「同儕審查組織」大多由其他醫事人員主持，而護理師佔大多數<sup>150</sup>。「同儕審查組織」組成成員中執業醫師至少 10%，或是每一專科領域至少有一位醫師可執行審查職權，同儕審查組織內部審核之成員還包括了護士及熟悉編碼(coding)之人員，讓審查人員不與臨床醫學有所脫節，且每一個「同儕審查組織」的董事會中至少有一位來自被保險人(即病患)，當然這一部分和國內二代健保強調公民參與的精神是相符合。

#### 第四項 品質促進組織

「品質促進組織」全名為(Quality Improvement Organization, QIO)；在 1999 年時期，舊有的同儕審查組織所肩負的審查任務已無法整合多個國家型(national)民間組織，如醫療照護組織協會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)，美國醫院協會(American Hospital Association)，及其他品質促進工作團體(groups align quality improvement efforts)。此後整合上述組織成為品質促進組織，而品質促進組織的新任務即是著重在六大領域的品質促進(急性心肌梗塞、乳癌、中風、糖尿病、心衰竭、及肺炎)，而同時國家的 HCFA 也將同儕審查組織的研究方法及能力導入並協助，也啟動必要協助於護理之家，家庭照護機構、及參與聯邦保險的周邊組織機構。

直至今日，「品質促進組織」仍著重以方法學來達成國家型品質促進計畫(quality improvement based on the measurement of changes in national performance)，也透過合作組織及醫療服務機構來一同不斷研究新的品質量測標準(criteria)，為求除了醫院以外的相關機構(如護理之家、安養機構)等品質也能夠達到標準為目標。也同時看到了美國醫療制度，試著將品質真正導入醫療服務與改善，並藉由醫療照護機構主管及政策擬定人員(health care

<sup>149</sup> 同前註 145

<sup>150</sup> 顏淑娟，公勞保醫療費用審查制度之比較研究。行政院衛生署八十年度委託計畫，1992。

manager, policy makers)達到品質促進，從原本的提供醫療服務，晉升至提供好品質 (quality of care)的醫療服務並節省不必要的醫療支出為雙重目的。且進一步能將品質提升的概念傳遞於醫療政策擬定者，從內部組織及機制去改善醫療環境與提供好的品質促進改良氛圍，最後，冀望能達到創造一個新的醫療文化思惟。

### 第三節 美國醫療費用審查實務及原則演進

#### 第一項 同儕審查原則(Review principle)

同儕審查組織不僅被用來控制聯邦保險的醫療費用，在美國初始也被用來監控提供給聯邦保險被保險人的醫療服務品質，美國國會希望能在同儕審查組織的監控之下，確保提供給聯邦保險被保險人的醫療服務皆有其醫學上的必要性、適當性及專業性尤其在 1983 年實施以 DRG 為基礎的前瞻性付費制度(Prospective payment system PPS)後，提供了醫療機構財務上的誘因，希望能藉由減少醫療行為的種類和數量，以獲得最大的利潤。

研究顯示，因為美國在初始施行健康保險制度，即採用前瞻性的支付制度容易給醫療服務提供者財務動機以提供過少的醫療資源 (underuse)，而造成聯邦保險被保險人的平均住院天數減少，出院狀況被形容為"quicker and sicker"。Kellie 學者亦認為 DRGs 的實施使得醫療品質有下降的情況<sup>151</sup>，這一點，值得國內衛生主管機構，作一全盤式考量目前推行的 DRG(住院診斷關聯支付制度)。因此，同儕審查組織的存在對醫療品質的確保更有其迫切性及重要性。為了確保 DRGs 實施下聯邦保險被保險人的醫療品質，同儕審查組織主要的審核重點轉為醫院對聯邦保險被保險人醫療照護的適當性及需要性把關，而不再只是費用一筆筆逐一核刪，此種毫無效果，亦無良性互動的可能性。

#### 第二項 各階段同儕審查組織審查原則與重點之演進

同儕審查組織的初始發展 (第 1 期間 1984-86) 主要希望能降低不適當及不需要的住院比例，與醫療品質比較無關，針對出院病人的病歷(如 DRG 案件)以隨機挑選的方式做回溯性(retrospective)審查，如果發現不合乎專業標準的案件，則同儕審查組織會根據其權責建議「聯邦健保服務中心」拒絕支

<sup>151</sup> Kellie S.E., Kellie J.T., *Medicare peer review organizations preprocedure review criteria. An analysis of criteria for three procedures.* JAMA, 265(10), 1265-1270, (1991).

付全部或部分的費用給醫療機構。但是所謂的醫療專業標準，是指誰的標準？審查醫師的標準還是當下執行醫師的標準，此一審查概念上的不確定性，也大大增加審查者與被審查者間的不同醫療細項與水準落差而產生漸漸分歧，因此同儕審查組織與醫療機構之間的關係經常是處在對立的狀況。

同儕審查組織於成立的初始幾年間都是使用回溯性審查方式，但後來發現回溯性審查無法全面改善醫療機構所提供的醫療服務品質<sup>152</sup>，且研究顯示醫師審查病歷記錄的過程中，雖然訂有明確的審查標準，但醫師本身的主觀性會影響審查結果<sup>153</sup>。又有文獻記載許多專家學者對「同儕審查組織」審查結果的可靠性及正確性存疑<sup>154</sup>，因為審查人的不同，會出現各州差異很大的情形；而且就品質來說，即可闡述的不確定的概念抑或是判斷餘地適用，即便是符合審查標準的醫療照護，仍然有很多品質提升的空間。

直到第三期（1989-1993）期間，於1989年之後，(Health Care Financing Administration, HCFA)醫療照護財務署與同儕審查組織對醫療機構的審查重點由敵對改為合作模式，從過去集中在發現醫療機構所產生的過失轉變成分析醫療機構所提供的照護模式和成果監測，尤其是1992年開始實施的健康照護品質改善計劃（Health Care Quality Improvement Initiative, HCQII），將同儕審查組織與醫療機構之間變成合作夥伴關係，希望藉由合作能有效的改進及確保醫療機構對聯邦保險被保險人所提供的醫療品質。在第四期及第五期的同儕審查組織主要任務是以提升品質為目的，在醫療照護財務署、特約醫院、醫療專家及公民大眾之間建立一個伙伴關係。全國各地的同儕審查組織在這段期間總共推出了約2,000個品質合作計畫<sup>155</sup>。

在2000年時，當時的「品質促進組織」加上「同儕審查組織」系統下，在全美共有54個同儕審查組織分布在50個州及4個行政特區，這些同儕審查組織的共同特色為皆是由醫師所贊助的獨立組織由美國衛生部負責管理聯邦保險計劃下各地聯邦健保服務中心之同儕審查組織簽約，以提升對聯邦保險被保險人醫療行為的經濟性、有效性和高品質。聯邦健保服務中心要求簽約的同儕審查組織內部，必須要有醫師的實際參與及支持，以便能客觀有

---

<sup>152</sup> Audet A.M., Scott H. D., *The uniform clinical data set: An evaluation of the proposed national database for medicare's quality review program*. ANN INTERN MED, 119(12), 1209-1213, (1993).

<sup>153</sup> Weinmann C., *Quality improvement in health care: A brief history of the medicare peer review organization (PRO)*. EVAL. HEALTH. PROF, 21(4):413-8, (1998).

<sup>154</sup> Jencks S.F., Wilensky G.R., *The health care quality improvement initiative. A new approach to quality assurance in medicare*. JAMA, 268(7):900-903, (1992).

<sup>155</sup> 行政院衛生署，全民健保與醫療品質，台北市，2004年。

效的評估與聯邦保險簽有合約之醫療機構所提供醫療服務的適當性。

### 第三項 醫療審查改以醫療品質為主要目標

同儕審查組織所提供審核的內容包含：保險內容、醫療利用情形、照護品質、延長住院天數、不適當及不需要的住院天數等等。「同儕審查組織」在審查的程序上，係先請醫院內護理人員作初評的工作，由護士將出院病歷做隨機抽審，而醫療品質為一抽象式概念，故而如何將抽象性概念轉化為指標將是另一個難題，並能夠化為醫療品質之參考依據。

為要求醫療品質改善之目標，同儕審查組織將品質類別劃分區塊，將依六大分類篩選，此六大類包含：(1)應有適當出院計畫；(2)出院病情穩定；(3)非預期死亡；(4)是否有院內感染；(5)非預期手術；(6)院內意外、傷害<sup>156</sup>。針對有品質照護問題的病歷記錄加以審查，如果評估結果合於標準，護理人員就認可這份病歷合於品質。如果個案不合乎標準，這份病歷會交由專審醫師複審。如果複審醫師也認為品質不足，他們就轉交至所屬地區的審查組織再審，並要求醫院或醫師對審查醫師的質疑提出解釋，以了解醫院或醫師是否提供了合格的醫療照護品質對於醫療照護品質有問題的案件，同儕審查組織會依品質缺失的嚴重程度而分為三個層級：

**層級一 (minimal risk)** 是病歷上的普通記錄缺失問題；

**層級二 (medium risk)** 則會對病人的健康產生負面的影響；

**層級三 (significant risk)** 會導致病人永久的傷害，或甚至死亡，再依層級不同而制定不同的分數。

同儕審查組織每季依醫療服務提供者所累計的分數來做為懲罰的標準，而懲罰一般可分成罰鍰或是強制退出聯邦保險計畫。同儕審查組織的審查計畫，很明顯的改善了病歷紀錄、醫療服務的適當性、降低了入院次數及住院天數，當然也提昇了聯邦保險被保險人的醫療品質。

根據美國醫療品質協會(American Health Quality Association, AHQA)於1996年4月至1998年3月之間針對10個同儕審查組織所做的調查發現：經同儕審查組織嚴格審查後，不適當的心臟病治療費用共減少了400萬美元；改善糖尿病的照護後，減少三億五千萬美元的醫療支出<sup>157</sup>。美國健保局在

<sup>156</sup> 同前註 151

<sup>157</sup> Anonymous, Report: Peer groups save Medicare Millions, AHA NEWS, 35(7), (1999).

1992 年的報告中也指出同儕審查組織的實施，使得聯邦保險病人的入院率從 15-20% 降至 6-10%。而從 1996 年開始，美國健保局也藉由同儕審查組織來實施預防支付款錯誤避免之計劃(Payment Error, Prevention Program, PEPP)，來預防付款錯誤計劃的實施，可以藉由發現提供非必要醫療服務及預防編碼上的舞弊行為(DRG creep)來節省美國健保局不必要的醫療支出，在 1998 年時同儕審查組織發現了將近一百三十億美元的支付錯誤款。

目前的「同儕審查組織」輔以「品質促進組織」制度已經進入第 9 期，為了不斷增進對聯邦保險被保險人的照顧品質，合約義務中有六大任務：

第一、針對目前六個致死率及罹病率最高的疾病，進行醫療研究俾能改善照顧品質、降低致死率及罹病率；

第二、每一個同儕審查組織都要針對本身地區地緣的特性，提出醫療品質提昇計畫，並且需加強重症醫療的相關研究；

第三、與其他組織，例如「管理式醫療照護組織」(managed care organizations)合作，確保加入該組織的保險對象也有得到和傳統「論量計酬」一樣的照護品質，以使所有的病人皆得到相同的照顧。

第四、研究如何針對住院病人，減少因為行政或醫療導有意或無意錯誤所造成的醫療支出(如：DRG 案件編碼錯誤)；

第五、病患抱怨的處理與評估，以保障聯邦保險被保險人的權益；

第六、進行該州與提升品質有關的發展計畫<sup>158</sup>從 1999 年開始，「同儕審查組織」提供標準化的臨床治療指引 (clinical practice guidelines)給醫療機構以作為提供醫療服務的依據，同儕審查組織也從 1997 年開始，在美國的 Utah 及 Nevada 進行降低用藥錯誤計劃，有效的減少了 26.9%的錯誤用藥。目前同儕審查組織對品質改善計劃的研究重點為臨床及過程面上的評估<sup>159</sup>。

#### 第四項 政府醫療照護財務署協同共謀醫療品質提升

老人醫療保險的保險人-醫療照護財務署(HCFA)，於 2001 年改制為 Center for Medicare and Medicaid Services(簡稱 CMS)相當於我國的中央健康保險局,故簡稱為聯邦健保服務中心，於 1992 年時開始在同儕審查組織中加

<sup>158</sup> Dippe S.E., Bell M.M., Wells M.A., Lyons W, and Clester S., *A peer review of a peer review organization*. WEST. J. MED., 151(1), 93-96, (1989).

<sup>159</sup> Weinmann C, *Quality improvement in health care: A brief history of the Medicare Peer Review Organization(PRO) initiative*. EVAL. HEALTH.PROF, 21(4):413-8, (1998).

入了健康照護品質改善計劃(Health Care Quality Improvement Initiative, HCQII)，它將同儕審查組織的工作重點由以前著重在發現個案的臨床缺失，調整為以分析照護模式及照護結果來做為改善主流醫療照護的方法<sup>160</sup>，亦即由發現個案的臨床缺失調整成幫助醫療服務提供者主動的參與醫療品質的改善健康照護品質改善計劃的實施需要同儕審查組織與醫療服務提供者更緊密的結合<sup>161</sup>，Feldman 等人指出，在「健康照護品質改善計劃」之下，同儕審查組織需要負責完成以下四項工作：

- (1)提供個別醫院及醫師有關醫療照護模式及照護結果之資料；
- (2)與醫院及醫師討論有品質改善空間之領域，以幫助醫院及醫師做更進一步分析
- (3)與醫院及醫師協商可行的品質改善教育計劃
- (4)告知醫療服務提供者在有品質問題項目，與公認的醫療照護標準或其他機構進行照護品質改善計劃的第一個計劃為合作心血管計劃(Cooperative cardiovascular projects, CCP)，它係針對急性心肌梗塞病人的醫療照護改善計劃，由同儕審查組織：結合了美國心臟學會及美國醫學會等組織來合力發展品質指標，再藉由指標來確認需要改善的領域，這也是美國健保局首次使用醫療品質指標來改善醫療品質。

#### 第四節 美國醫療費用審查程序

以聯邦保險審查流程為例：醫院對於每一個出院病例，都需將其性別、年齡、診斷名稱（包括主病名、副病名）、治療處置內容、病情變化及出院時的狀況等基本資料詳載於醫療費用申請書中，屬於強制性的基本住院保險給付應向中間支付機構提出申請；輔助性保險給付則向保險代理機構提出申請。上述兩者中間支付或保險代理機構的主要業務為 DRG 分類、核對醫療院所申請之醫療費用資料、審查支付手續、管理聯邦政府支付之醫療費用。

在醫療保險制度方面，醫療機構在提供醫療服務後申請醫療費用支付，當審查組織核定費用後，由聯邦保險寄發是否同意給付的說明書給予醫療機構，醫療機構收到審定結果後，對於聯邦保險的給付說明書內容不符時，得向早期美國健保局提出申訴請求複核，倘若對爭議審議委員會的判決仍表不

<sup>160</sup> 同前註 154

<sup>161</sup> Vladeck B.C., Miller N.A., *The Medicare Home health Initiative*. HEALTH. CARE.FINANC. REV., 16(1):7-16, (1994).

服，具所涉款項在一千美元以上者，得向聯邦法院提出最後的訴訟程序<sup>162</sup>。

而輔助性醫療給付(即附加主醫療之外)則由被保險人、醫師或其他醫療服務提供者提出申請手續，亦由聯邦保險寄發是否同意給付的說明書，倘若申請人對審定結果不服，可向保險代理機關提出申訴請求，若對複核結果仍不服，最後得要求保險代理機關公正審理，至此不得再提出申訴。且行政及司法審查不受理審查以下項目：

醫療審查分為「品質審查」及「費用審查」兩大類。品質審查主要為稽核醫療機構執行醫療行為的適當性，且藉由保障病人就醫品質；費用審查主要為核對申報金額及其相關資料(如疾病代碼)的正確性。

同儕審查組織之醫療審查又可區分為入院前審查 (preadmission review)、轉診審查(transfer review)、住院日或成本標準審查(day/cost outlier review)、重點手術審查(procedure review)、DRGs 效度查對(DRGs validation)、醫師資源使用統計比較分析(physician profile) 以及社區關懷推廣方案 (community outreach)<sup>163</sup>。

### 第一項 審查執行方式

(1)每季至少隨機抽樣審查 2.5%住院中病人，以保障醫療品質，抽樣比率隨著重點 DRGs、醫院申報錯誤率及重點手術而改變。

(2)逐案審查住院日或成本超標者：早期美國健保局規定每一 DRG 在平均住院天數外，另訂定最高住院天數及最高住院費用，作為額外付費(Additional Payment)之審查基準。病人住院天數超過所屬 DRG 最高天數限制者，稱為天數超標者(day outlier)；住院費用超過所屬 DRG 最高費用者，稱為費用超標者(cost outlier)。費用超標者需由醫院主動提請審查，若屬天數超標者，則依天數超標者處理，經「同儕審查組織」審查其醫療行為確屬必要者，則給付醫院該病例實際發生費用與所屬 DRG 最高費用之間 60%差額。

(3)所有轉至復健醫院或精神病醫院病人逐案審查。

(4)出院後 7 日內再住院者。

(5)DRG 歸碼正確性。<sup>164</sup>

<sup>162</sup>廖素華，中美兩國醫療保險費用申報制度與費用審查制度比較，醫院雜誌，260-265，1993 年。

<sup>163</sup>顏淑娟，公勞保醫療費用審查制度之比較研究。行政院衛生署 八十年度委託計劃，1992 年。

<sup>164</sup>韓揆，行政院衛生署 DRG 償付制度與住院醫療費用相關性，台大公共衛生研究所，1986 年。

在醫療審查時效方面，舉私人保險為例-加州藍十字保險公司在3年內的醫療費用案件約2200餘萬件，全年醫療費用支出約十七億美元(佔總收入約73%)，而且這些案件中90%以上醫療案件於十四天內完成審查及支付作業。

## 第二項 醫療服務分析檔案

美國醫療服務分析檔案是針對醫院內部醫師績效及病人特性而建立的，屬於質性分析，該檔案採用「醫療審查系統」Medical Review System (MRS)。「醫療審查系統」的內容包括：

- (1) 醫療資源使用情況之完整資訊。
- (2) 醫院內同科別醫師間績效比較。
- (3) 醫師個人與整個科別間績效比較。
- (4) 各項醫療的基本治療程序分析。
- (5) 控制因子-病人的生理指標，如年齡、性別、合併症、診斷結果，處置方式、結果，病人死亡率，院內感染率、再入院率等等。<sup>165</sup>

將上述服務分析檔案，統一並彙整後，將其列為該院的品質參考數據，以提供後續同儕或審查其醫療品質是否達到一般水準之上，或可以之為保險給付的對應指標參考，更有甚者，即前節中闡述，可以就此一指標作為品質改善與否的重要參考指標，此分析檔案之精神在於如何提升醫療品質，並確保每一位病人所接受的醫療措施是符合指標並同時注重病人安全等等。

---

<sup>165</sup>林雪如 全民健康保險與醫療給付相關制度之探討。中信通訊 197 期，頁 50-53，1995 年。

## 第五節 美國審查制度分析與檢討

回顧美國的保險制度及審查的演進，大致上，可以從組織間的改造與合作模式與醫療費用給付及審查方式兩個面向來觀察其演進。從初始「實驗性醫療照護審查機構」，進入到「專業標準審查組織」，再進入到同儕審查組織，以及最後轉變為「品質促進組織」。此四個階段皆代表著不同的時代背景及實際審查組織面臨到的審查困境，以及其不得不更改審查組織的架構歷史。同一時間軸下，亦可以觀察到起初也是為了預防詐欺、浮濫及控制費用及因應改變的負面形式的互動-懲罰性手段執行，施行 DRG(疾病診斷群)控制醫療費用上漲，再進入到監測衝擊、降低病人住院率等末端方面，再進入到關注照護品質及醫療可近性等重要議題，也就是不在只有著墨於醫療技術與費用層面，更思考全面性的各個疾病別的品质指標、醫療機構設施可近性及護理之家、居家照護機構合作，更試著整合品質與醫療夥伴關係及醫院機構主動進行品質報告，及監測機構的善意回饋機制，最後更分析門診品質、住院品質、緊急醫療品質、居家照護品質，試著將品質真正導入到醫療的每個層面，再逐步推展為全國性之計畫。

最直接見到的成效便是美國的醫療品質機構所公布「國家醫院死亡率報告」中，將統計改善的指標一一提列，並可歸因於為「品質改進組織」的介入，聯邦健保服務中心(CMS)在公布報告前，先將較原始之資料提供給「品質改進組織」進行過濾，且「品質改進組織」則幫忙醫院瞭解統計資料之意涵，並提供改進建議，開啟了「品質改進組織」和醫院合作的新紀元。

我國中央健保局於 92 年派員出國考察報告中亦指出許多我國當下健保面臨的許多問題與困境<sup>166</sup>，並且參訪美國欲學習 DRG 制度，其由美國同儕審查組織及品質改進組織制度的沿革可以看出，保險人進行回溯式的個案審查明顯無助於醫療品質的提升甚至確保，同時也顯示出醫療品質需要積極、主動、且前瞻的規劃管理介入，這也有助於國內相關健保醫療費用審查未來努力方向與目標。

總結來說，回顧此章內容所述，美國健康保險醫療費用審查制度之演變趨勢可歸納如下：(1)由個案轉變為醫療品質-審查制度已由個案專業審查逐步轉型為注重整體醫療品質之監控管理，但個案專業審查制度並未完全偏廢。(2)醫療夥伴關係轉變-費用審查單位與醫療服務提供者的關係，由「黑臉」轉變為「白臉」，由負面的管制轉變為正面的輔導及合作。(3)以主題式品質

<sup>166</sup> 92 年中央健保局出國考察報告-DRG 及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用，頁 22，2003 年。[http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report\\_detail.jsp?sysId=C09205427](http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report_detail.jsp?sysId=C09205427)(最後瀏覽日 2016/01/20)

改進專案計劃-係以疾病主題導向方式，選定主要的疾病診斷別或照護項目推動品質改進專案計畫，通常並由地方先行試辦理，再逐步調整後再推展為全國性之計畫。(4)加強後端分析能力並協助品質-檔案分析在醫療費用審查角色日益加重，尤其住院部分疾病診斷別等相關申報資料及以疾病嚴重度進行校正等主要的分析方式。同時，在美國審查制度規劃下，可以由「主題式品質改造計畫」減少判斷程序違背法令的可能性(由下而上的真正民意公民意見之展現)，並且是由獨立機構組織下，避免急於判斷作為及逾越判斷權限之官僚風氣，展現單獨公法人之自主制約能力。而事實認定及一般原理、原則，或是減少濫用權力或是專斷情事，因為審查委員不再以業績核刪考核為壓力下，而逕行大量核刪之權力濫用發生，故而可依此美國獨立審查精神，方能舒緩國內醫療審查之不合理之聲浪。

我國欲借鏡於美國支付制精神-品質審查連動支付制度，取材美國醫療支付制度精神，必須將美國商業特色之醫療保險制度加以說明，概美國醫療支付制度下之審查制度實為與支付制度作一聯結，意即為；在美國醫療支付制度下的審查機制為品質審查為導向，但此一品質審查導向的制度是為支持後續保險機構往後支付該醫療院所的重要參考標準<sup>167</sup>。舉例說明；若是該醫院被評定為優良等級時，則該醫療院所可接受保險機構所撥予之全額醫療費用，甚或是獎勵可延長品質審查年限核准周期(如原核定為一年一期，可改為2年或3年一期到院審查)。若是遭評定為次佳等級，抑或是不佳或未達審查品質內容時，則依據該對應等級所該支付的折扣部分比率後醫療支付金額，甚至未達審查品質內容時，不予給付或是拒為給付，更嚴重者更可以解除醫療保險特約契約之關係。故此種品質審查導向的制度，方可應用於臨床實務與支付制度面有正向聯結，並產生品質控管之連動，也同時鞭策眾多醫療服務機構能在平常時段亦謹慎注意醫療品質，而非僅在特定醫療評鑑期間應付而便宜行事，評鑑過後，即恢復不佳品質結構！同時該制度不僅可以解決這樣沉痾已久的醫療評鑑與審查並非完全實質連動的舊規定，也能解決醫療個案費用事後審查的不公與冗長，但是該前提仍為獨立第三人專業評鑑機關，而非從舊有制度下，找同一批人來逕行審查，此無異疊床架屋，並未達到品質改善的目標。

美國健保審查制度並非完美無缺，仍有其制度上本有之小缺陷之處。例如該制度仍不免落入傳統壓抑費用上漲稍稍不容易達到政府控制目標(例如在我國可以設定明年總額度費用為前一年度之105%目標值，而且絕不可能超標)，但是美國崇尚自由與民主的國家，無法以類似人民公社般壓抑社會老年化後費用自然會成長的態勢，相對我國制度在管制費用上無所不用其極

<sup>167</sup> 邱文達，台灣醫界，53卷第3期，第146頁，2010年。

地，欲達到高壓統治醫療費用成長，甚至某些分局已到達部分浮動點值小於0.7元/點總結來說，就行政機關而言，當然會選擇我國現在制度，便利管控醫療院所，但是相對地容易會失去醫療品質。而美國制度可以管控醫療品質為目標，但是醫療費用之成長仍設法去避免高度成長，以期待在費用微幅成長之下，仍兼顧高度醫療品質，畢竟廉價的醫療服務不被美國傳統社會價值所接受，故可將其間比較，整理成表(Table1.台灣與美國健保制度比較表)

總結來說；美國審查制度之演進固有其歷史背景，並無法完全套用在台灣的健保制度之上，而整套系統完封不動移植至我國制度之下，亦有其操作上的難度，若是只移植部分制度(如 DRG 之引進)，則若是在相同的高度控制思維下，DRG 淪為砍價之標的，而非在美國制度下要求必須有相對應之品質及價格保障，避免醫療院所因給付不足而經營不善，若醫療機構減少，反而讓民眾就醫可近性大大受到影響。而在有限度之下，台灣是否也必須朝向該制度之品質提昇為目標，但是仍須謹慎管控醫療費用成長的幅度在有效範圍內，如此才能兼顧病患就醫品質與醫療院所之生存權、工作權及財產權之法治國原則，而非競逐廉價式或政治上喊價式之醫療水準，也同時避免醫療制度快速崩壞，導致不可收拾局面。

Table 1.台灣與美國健保制度比較表

	台灣健保審查制度	美國健保審查制度
健保制度	單一保險人(壟斷)	眾多保險人可選擇(多元)
醫療費用審查機關	健保署(保險人)主導	第三人獨立審查機關
品質管控	差、費用控制為主	佳、品質指標為主
費用成長壓抑	高度控制	中度控制
民眾就醫權利	較佳	一般
健保費用繳納	低價	中高價
醫療院所保障	差、自生自滅	較受到保護

## 第五章 借鏡及建議

### 第一節 台灣醫療費用審查及核刪之困境

現有的健保醫療費用審查制度存在不少難題，保險人(行政機關健保署)該局於 92 年出國考察報告書中陳明並深知問題不少<sup>168</sup>，大致分為以下的問題表列。

(一) 審查尺度不一：目前審查標準未能完全逐一明確規範，讓審查醫師有諸多自我判斷空間，專業審查共識無法形成，進而引起特約醫療院所醫師及保險對象之質疑。

(二) 核減理由不足：臨床醫療領域廣泛，審查醫師常未詳述核減理由，欠缺說理義務之程序，引起審查不公之質疑及增加爭議案件，造成行政成本之負擔。

(三) 難以兼顧品質：不完全確定之審查標準，包含眾多不確定法律概念於審查條文中，故而在審查核減之後，無法提供對話，更無法導正基層醫師之醫療行為，難以提昇品質。

(四) 未完全掌握審查重點：過去專業審查係針對所有醫療院所之申報案件隨機抽樣一定比例之案件交由審查醫師審查，雖有形式上全部審查的意義，但卻因此迷失審查重點，未能完全針對異常醫療院所、醫師或病患加強輔導及管理，增加審核行政成本。

而在此份考察報告中也明言指出，美國審查制度的改變趨勢，改採品質指標管控兼具事前審查為主題的方向，而非以往事後審查，造成審查機關與醫事服務機構不必要的惡性對立。若是長此以往，只會造成磨擦加深，對立加重，對醫療合作與品質提升並無助益。

可惜的是，就行政機關的對應此一品質導向之審查風向，作出了無關痛癢的對應作為，其認為「為符合上述審查目的之轉變，醫療服務審查業務應朝提升費用核付效率、建立費用偵測合作模式、建立檔案分析為主軸之審查

<sup>168</sup> 92 年中央健保局出國考察報告-DRG 及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用，頁 29-30，2003 年。[http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report\\_detail.jsp?sysId=C09205427](http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report_detail.jsp?sysId=C09205427)(最後瀏覽日 2016/01/20)

及促進品質提升等四大主軸進行規劃改善」<sup>169</sup>，究其檢討內容，僅為「費用核付效率」、「費用偵測」、「檔案分析」此等在健保法條中早已於法條中陳述之內容重述一次，僅最後一項「品質提升」簡略談到相關主旨，至於實際方式，仍付之闕如，顯現出行政機關保險人仍然未重視此等醫療品質之重要性與急迫性，殊為可惜。

## 第二節美國制度借鏡之處

審視我國醫療審查制度與美國健保審查制度，概美國醫療保險制度雖然是商業性醫療保險性質，但其以獨立外部民間專業團體組織為主要審查機關特色，回顧美國健保演進歷史仍有脈絡可循，可減少許多不必要醫療機構與保險人間衝突與對立。我國中央健保局於92年亦派員至美國考察學習相關制度設計與改善的可能方向，該篇報告已能切實點出我國的健保審查困境，但是其討論建議則流於形式，未能回饋有效解決方案。依該篇出國訪察報告，若能尊重醫療專業特殊性與高度專業性，而官方常常未能及時更新並與時俱進，真正反應醫療行業特性，日新月異與進度快速為其主要特色，故許多醫療進展與合理性，皆需經醫學界公開討論辯論與審核，更需要獨立第三人醫療專家職司審查，而非兼職性人員參與審查。進一步言，若能將此獨立性，且以品質導向審查為主體的制度引進，並能為審查支付標準重要參考性指標，則必能對品質與醫療支付制度產生絕佳連動性，以之為日後支付制度重要準則，而非僅僅事後審查節制費用成長，而非兼顧品質改進為目標。

檢討我國健保制度，無論是初期或是近期審查制度，皆是以節制費用成長，控制醫療支出為唯一目標，歷經20年仍未徹底檢討妥適性，而除了行政機關的財務考量為最高指導原則，並無思考醫療支出受到高度擠壓的同時，醫療支出下降連動於醫療品質的下降，以及周邊醫事人員財產權及工作權受有嚴重侵害之虞，無論從醫療服務提供者、醫事人員、被保險人民眾，三方視角下，皆為損害，唯一達到的目標，僅有醫療費用的高壓控制達到目標，但是同時病人醫療浪費、醫療品質下降、病人安全受有威脅，皆已不太在意，此絕非健康保險設立的本意及目標。依照美國經驗，唯有將品質改善與促進訂為目標，才是唯一同時控制費用成長及提升醫療服務品質的雙贏策略。

至於審查人員選任方面，如第二章第四節小結中所論及，審查的工作委託交由專業醫師醫學會協助，並以所謂自我管理方式讓醫界自我制約，反觀美國審查制度為全面委託外部獨立機構，則較無上述問題，甚至是我國現在

<sup>169</sup> 92年中央健保局出國考察報告-DRG及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用，頁31，2003年。[http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report\\_detail.jsp?sysId=C09205427](http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report_detail.jsp?sysId=C09205427)(最後瀏覽日2016/01/20)

的僅虛名委託團體，但實際上，卻仍由行政機關掌控一切運作。另外我國審查小組的負責醫師與半數以上審查醫師仍由健保局指定派任，相關醫師公會並無自主選任及推舉之權限，遑論約有近半數的審查醫師雖由醫師公會或醫療院所推薦，仍要接受健保局的考核審查原則。更遑論將核刪績效考核該醫事審查人員是否續聘的重要考量之一，概原有健保局將每位審查醫師的所有審查案件輸入電腦，統計分析其核減率，來考核分析以決定是否續聘，當然原有設計制度更進一步減少專家之判斷具有獨立性，僅達成避免專家對案件不刪減之財政目的，及過低的核減率所導致不續聘情事發生。在美國之情況，鑑於獨立性之組織，而人員之任用皆授權該機構獨立任用，則不會有我國現有之情況，讓委託關係正常化，真正能夠獨立審查，不受外部干擾，維持其專業性。

建議採納美國健保組織為一獨立性外部審查機構制度概念，方能避免政府健保署直接下轄醫事審查人員而且在該管行政機關內進行專家協助角色，概此一相同所在地及審查人員，若是欲證明其不受健保署指示進行專業醫療審查，難以令人信服，將此一醫療專家平行協助角色變質為下屬單位角色。若審查機構獨立之後，派駐適當行政人員，進行審查醫師們共識與討論，此種將辦公處所與權責分明之審查單位，才有真正專業自主的空間，且讓人信服。但此一組織並非不受控，仍需定期回報相關業務指標與合理性報告給予行政機關，以達真正專業且獨立第三人機構。獨立機構雖可減少行政權高度干擾，但是此處仍有相關問題必須注意，例如獨立外部機構作成核定时，法律效果為何？是否仍歸屬於行政機關-健保署的行政處分或行政措施？仍待商榷與進一步探討。

最後關於審查規範與審查條文內容欠缺明確性與高度不確定法律概念摻雜其中，若檢視現行的審查規範內容，時常存在模糊性與不確定的法律概念於審查條文之中，造成審查尺度不一，讓審查醫師擁有太多的恣意判斷空間，引起諸多爭議，甚至僅以簡略數字代碼充作理由，並未詳述核減理由，引起審查不公之非議及增加大量爭議案件，造成行政負擔。故而一個明確性的原則有效建立，為至關重要。前項所述之審查尺度不一，的確存在於審查醫師擁有恣意判斷空間，概每位醫師都是受不同醫學教育，且醫療經驗不盡相同，若是標準差異太多，易引起爭議，更何況僅以簡略數字代碼充作核減之理由。而且並非單純負面表列，概若是負面表列，則易淪為無意義表列內容，且許多表列內容極高度重覆之概念發生。故而將健康保險欲帶給國民健康的重要目標-「醫療品質」融入審查原則內，才是以品質導向審查目標。

呼應台北地院 102 簡字第 149 號判決內容及意旨，該判決建議審查原則由醫學會主導並訂立。操作理論上，將該審查原則應藉由醫學會主導之該所

屬的醫療專科下，由該管醫學會之會員大會提出條文並過半表決即可將審查原則明確化，而非以往僅概念性表列，並無客觀審查數據之空間。審查原則明確化的原則下，亦可以證明通過會員大會且眾多醫師們的客觀檢視，也提供不同團體醫師是否提供了合格的醫療照護品質對於醫療照護品質。但是此一明確性也同樣面臨了，該如何明確化，也不可能符合眾人的滿意，所以與其求取每一條文皆是明確性，在實務上也不可行，建立一個客觀且能信服的第三人公正機構，仍是刻不容緩。

但醫學專業化及各細分專科屬性眾多，無法逐一訂立審查規範，且操作亦不可行，故而將審查條文之建立與修改委託交由各個專科屬性所屬醫學會進行討論與修訂，在其所屬醫學會之會員大會的會議上公開討論並獲致過半之民主化最大共識決，並提報健保署討論與備核存查，在日後執行審查時亦較不易引起爭議，也同時尊重醫學專業性，若有欲修改之條文內容，則同樣必須歷經會員大會表決通過後，再由健保署存查公告，若遇有與健保署有不同意見時，召開第三人公正介入協調與仲裁，若保險人仍有不同意見時，則必須有該醫學會超過三分之二以上否決，才能推翻，此亦代表該條文存有極大爭議，該暫時擱置而不予施行，方符合行政契約之當事人平等原則，不再由單一方之高度行政權壓抑自由締約之法治國精神，否則易淪為機關下屬執行機構，而非獨立專家團體，依附於行政契約之下而實際上仍是不對等的醫療執行機構。

在上述幾項重要的原則下，追求審查獨立性組織、醫療品質控制與目標、醫學會主導審查原則，以及審查原則儘可能明確化之下，仍是交由個別醫學會或醫事機構進行審查共識形成及自律自決，雖然達到醫療審查標準，但是皆僅限於醫療機構內部自我檢視的空間，對於真正持有外部統計指標，則有待官方協助，也唯有官方機構才有許多衛生福利機構申報資料與必須進行外部監控與品質指標，回饋該管指標供予醫事服務機構，如同美國醫療審查揚棄以往「事後審查，不回饋醫療機構」，造成健保署繼續核刪所謂不符醫療品質的措施，前端醫事服務提供者仍然未提供「符合醫療品質」之可能性，且無貢獻於雙方採取一個有效並官民合辦且共同規劃之品質提升計劃。

### 第三節 本文建議

綜結本文所提出的全民健保醫療審查制度改革，行政契約方面的當事人-健保署在面對醫界大量的批判聲音及不得不改變的大量司法審查壓力下，以及許多行政法院新判決見解漸漸發掘在目前並非嚴謹之醫療審查制度與爭議審查委員會專業代表性不足下，逐漸放棄採取低度寬鬆的尊重行政權之司法審查，司法端之行政法院已然發現醫療費用審查制度的許多缺漏，如欠

缺審查明確性原則與並非公平與對等之行政契約精神下，若仍繼續給予行政機關極高度的行政裁量權力，將會造成兩造雙方地位不對等之契約狀態。另外對醫事機構設下猶如天險的高度舉證保險人委託之醫審專家必須達到明顯「錯誤」之標準檢驗，將使得在醫學上極不合理與違反一般醫療常規，仍無法獲得合理的公平審視。更何況醫療常規更是模糊與醫療高度不確定性之特質，同時也面臨法治國之原則之檢驗無法通過。

反觀若是欲達到全盤改變為依照美國醫療審查制度與精神而設立似乎仍有很長一段路途及考驗。在實務執行面上，必須整體配套設立的法規範及立法精神皆需通盤檢討下，無法一蹴可幾，而是必須循序漸進，並嘗試為行政機關(全民健保署)訂立短期目標(立即可以由行政機關透過行政命令而改變並改善制度)、中期目標(著手規劃與選擇試行條文)、及長期目標(改為以醫療品質改善為目標及協同官方與民間共同合作)，這樣才有實務上可行性。

可立即改善的短期目標-將現有健保法授權之法規命令「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(附件二)內審查標準內容中第19條中「有下列情形…，而不予支付」，加註條文改為審查標準與規約之制定交由各個醫療專業別之專科醫學會，並聘任該專科醫師審查該專科醫事服務申報案件，以避免一般科醫師審查到外科醫師之離譜內容。目前的聘任標準，皆是以健保署單方考量為主，基層醫療人員皆臆測其以核刪績效為重要參考指標，故而該署設計績效評核表如附件六。建議以抽籤為主，而非績效為主，現有制度並非真正專家自主原則，反而是受到行政操控權干擾陰影之下。是否考量改以具資格團體推薦合格人選，並將具有審查委員資格者群體為母數，而以電腦抽籤決定為主，並由中籤者為審查委員，而非固定萬年審查醫師，此一制度更動可猶如法院分案制度，冀求儘可能公平性。

此外，同時併同修改該辦法第23條原內容為「專業審查由具臨床或相關醫療專家…，基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之」如此不確定的法律概念條文，修訂為「相關醫療專家依所屬專業醫學會依其共識會議後之審查共識決議為審查基準」以落實民主化專家參與機制與全民健保法母法41條第1項醫療服務支付項目及標準條文中「專家參與」之立法意旨。依疾病別所採自醫學會制定之醫療費用審查共識，更能符合開放參與與回應基層專業醫師人員共識，避免與基層脫節。並減少不確定之法律概念之產生。另依本文第三章第一節中所述；現有審查醫師僅有就任會議召開，僅有委員報到與醫療審查條文交付等形式，並無實質合議制共識會議之舉行，更無案例型態之討論共識決議之產生，遑論有實質上定期條文爭議之專家會議，未有實質自我檢視審查不當核刪個案爭議及適當性與否？

冀求審查條文之逐一修正之緩慢性與可能性低，另考量醫療快速進步的特性，建議醫學會專科審查醫師們可參考案例式共識決議(猶如法院判例之拘束力適用)，並定期公告於網站上，以對應普遍醫療水準提升與普世價值，似乎較為可行，不僅可減少委員間審查標準不一致的發生，亦促進審查醫師與基層醫師的對話空間，同時減少未來可能醫療費用訴訟案件。

另外，可在本辦法中，加訂品質審查方向「確立品質審查指標及疾病別」初期納入簡單疾病別 DRG 試行，再逐漸推廣至更多疾病別，並依疾病別建立品質導向之審查目標，而非以往不知所云或是欠缺明確性之審查標準，無助於醫療品質改善與進步，以及透過醫審辦法 24 條修訂具名化之公開透明審查「醫藥專家應持客觀、公正態度，並於審查結果具名化，並遵守…」，關於近來醫界呼聲頗高的醫療費用審查具名化之要求，建議健保署是否公佈該專科醫學會全體審查委員名單，並落實交由該專科醫師審查為主體，另外同時佐以眾多案例式審查標準之揭示(如同法院判例之效果)，形成該專科醫師執業之標準，避免黑箱審查，若有審查委員不依照該案例審查，則可依救濟程序要求申復審查且明確說理義務等等。至於個案審查是否公佈委員姓名，則保留由個別委員自主選定是否公開具名，以示對該審查案件負責與否。但在此處，再次強調此制度必須同時強烈要求審查委員之遴選必須由專科醫學會推薦為主，以確保該專科醫學會之審查委員獨立性，避免績效制度等等牽絆與不公遴選制度破壞專科專業自主之獨立性，或許可做為現階段逐步放寬具名化的具體有效作為，以期達到審查負責並能減少黑箱審查之譏。

中期目標-必須透過適度修訂配套周全之法規命令方能解決。透過修訂醫療服務審查業務委託辦法」中第 5 條有關委託醫審人員之遴聘原則合併修改全民健保法第 63 條內容先修改為委託專科醫學會訂立審查專家遴聘及審查原則訂立，將人員選任交由醫學會全權主導，並由醫學會員們推舉出真正醫藥專家代表。亦即著手建立審查人員之選任可供基層醫師參與，以及專家由下而上之民主化共識會議在醫學會內形成，此種審查規範若是能由醫學會主導並參與審查共識之擬定，必定能獲致最大共識，也能減少醫師與審查醫師對於審查條文及準則有高度落差，而造成大量行政訴訟，同時也打擊醫療機構與人員對健保署的不信任。

長期目標-建立完全之獨立審查機構，必須透過大大修改全民健保法第 63 條內容大幅度修改，明確地透過立法將審查機構獨立化、審查組織法人化，避免衛福部之裁判兼球員的角色持續存在，也才能真正公正性選任審查人員，且能真正維持專業自主，不以醫療支出節制為唯一考量，醫療品質之促進才是全民健康保險成立的最主要目標，而非價格壓抑作為單一指標。但在此處若循美國聯邦公共保險體制，可能會改變全民健保的整體保險精神的更動和

衝擊以及給付程序的民主法治程序踐行，同時亦可能稍減損健保署控制財政支出能力，但是若是考量民主法治精神，此一方向仍不可避免必須踏出與實行。

醫療審查改革方向期望打破傳統公務機關之冗長及緩慢之特性，改以獨立但仍受行政機關之定期監督之公法人組織，以避免專家委託變質為內部專家諮議組織，否則將喪失真正的獨立專業自主的審查原則。並能夠協助醫療機構品質改善及準則之建立，並促成良性循環的互動。



<< 參考文獻 >>

中文部分

一、書籍

1. 吳庚，憲法的解釋與適用，三版，三民出版，2004 年
2. 吳庚，行政法理論與實用增訂十二版，三民出版，2012 年。
3. 李惠宗，憲法要義，元照，五版，2009 年。
4. 李建良，公法契約與私法契約之區別問題，載於：行政契約與新行政法，台灣行政法學會主編，2002 年 10 月初版
5. 蔡維音，社會國之法理基礎，正典出版文化，2001 年 7 月。
6. 蔡維音，全民健保之給付法律關係析論，元照出版社，2014 年
7. 蔡茂寅，行政委託相關問題之研究，收錄於當代公法新論(中)-翁岳生教授七秩誕辱祝壽論文集，2002 年 7 月出版。
8. 林明鏘，行政契約，收於翁岳生編著，行政法下冊，2000 年。
9. 林明鏘，行政契約與私法契約-以全民健保契約關係為例，收於行政契約與新行政法，2004 年 01 月。
10. 林明鏘，歐盟行政法，德國行政法總論之變革，新學林出版社，2009 年 12 月。
11. 郭明政，健康保險制度及其法律規範，社會安全制度與社會法，翰蘆圖書出版公司，1997 年 11 月
12. 黃丁全，醫療契約，醫事法，元照出版公司，2000 年初版
13. 謝榮堂，社會法治國基礎問題與權利救濟，2008 年 11 月初版
14. 雷文政，司法審查健保給付決策的正當性及其界限？載於 2010 行政管制與行政爭訟，黃丞儀主編，中央研究院法律學研究所，頁 129-193，2011 年 11 月。
15. 柯木興，社會保險，修訂版，1995 年 8 月。
16. 江朝國，保險法基礎理論，2002 年 9 月。
17. 陳清秀，依法行政與法律的適用，載於翁岳生編行政法，頁 197-203，2000 年。
18. 陳敏，行政法總論，自版，三版，2003 年。
19. 謝博生，醫療爭議審議與醫療品質改善，衛生署全民健康保險爭議審查會出版，頁 28，92 年 1 月。
20. 行政院衛生署，全民健保與醫療品質，台北市，2004 年。

## 二、學位論文

1. 徐富坑，全民健康保險法對醫療費用限制之研究，東吳大學法律學碩士論文，2008年7月。
2. 郭躍民，全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約醫院及診所)之研究，台大法律學研究所碩士論文，2004年7月。
3. 陳怡安，全民健康保險法規範下的醫療關係，東吳大學法研所碩士論文，1996年。
4. 黃俊元，全民健康保險法下保險人與特約醫事服務機構法律關係之研究，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2008年。
5. 廖智雄，全民健康保險醫療費用請求權之探討，東吳大學法研所碩士論文，2000年。
6. 蘇育賢，全民健康法律關係之研究，台灣大學法律學研究所，100年1月
7. 蔡坤展，全民健康保險法給付規範之研究，中正大學法律學研究所碩士論文，1999年7月。
8. 盛子龍，行政法上不確定法律概念具體化之司法審查密度，國立台灣大學法律研究所博士論文，1998年。
9. 張文麗，探討適合台灣醫院醫療品質審查組織模式，台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文，2002年。

## 三、期刊論文

1. 92年中央健保局出國考察報告-DRG及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用。2003年。
2. 林雪如 全民健康保險與醫療給付相關制度之探討。中信通訊197期，頁50-53，1995年。
3. 吳運東，期盼合憲性、合目的性的新健保醫療服務審查制度，台灣醫界，第46卷第10期，2003,10月
4. 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列9，台灣醫界，第51卷，No 11，42頁以下，2008年。
5. 謝博生，論述「醫療爭議與醫療品質改善」，衛生署全民健康保險爭議審議委員會出版品，2003年1月。
6. 雷文玫，全民健保保險人與保險對象間法律關係之研究，中原財經法學，第6期，頁48-49，2001年7月。
7. 林明鏘，全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究-司法釋字第533號解釋衍生問題，衛生署委託研究計劃，頁63，2003年。
8. 周志宏，全民健康保險行政救濟案件之研析，健保局委託研究計劃，頁41，

2003 年。

9. 陳愛娥，行政上所運用之法律歸屬-實務對理論的挑戰，臺灣行政法學會學術研討會論文集-行政契約與行政法，頁 107，2002 年 6 月。
10. 陳建勝 等，我國全民健康保險醫療費用審查制度之研究，朝陽商管評論 第 5 卷，第 1 期 頁 112 以下，95 年 1 月。
11. 邱文達，台灣醫界，53 卷第 3 期，第 146 頁，2010 年。
12. 邱永仁，施行醫院總額制度需兼顧病患權益，台灣醫界，第 47 卷第 9 期，2004 年 9 月。
13. 邱永仁，醫言集-公民會議結論之省思及對策，台灣醫界，第 48 卷第 3 期，2005 年。
14. 廖素華，中美兩國醫療保險費用申報制度與費用審查制度比較，醫院雜誌，260-265，1993 年。
15. 洪思雯，醫院卓越計畫下醫院衝擊與因應之探討，台灣醫界，第 48 卷第 6 期，2005 年 6 月。
16. 蔡茂寅，各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究，衛生署委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 33、55-56，2001 年 5 月。
17. 蔡茂寅，全民健康保險之法律關係，行政法實務與理論(一)，台灣大學法學院，頁 489-498，2003 年。
18. 蔡茂寅，全民健康保險現行制度分析與檢討，月旦法學雜誌第 153 期，頁 5-21，2008 年 2 月。
19. 蔡維音，全民健保之法律關係剖析(上)-對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第 48 期，頁 74-75，1999 年 5 月。
20. 蔡維音，全民健保體制下醫療疏失責任之歸屬，中原財經法學，第 12 期，頁 10-13，2004 年 6 月。
21. 蔡維音，全民健保之法律關係剖析(下)-對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第 49 期，頁 110-112，1999 年 6 月。
22. 蔡維音，全民健保醫療審查之法源檢驗與舉證程度之實務觀察，台灣社會法與社會政策學會 2015 年 11 月 12 日演講內容。有關於臺北地方法院行政訴訟判決 103 年度簡字第 181 號評析。
23. 蔡維音，全民健保醫療審查之法源檢驗與舉證程度之實務觀察，台灣社會法與社會政策學會 2015 年 11 月 12 日演講內容。有關於 臺北地方法院行政訴訟判決 102 年度簡字第 265 號評析。
24. 蔡繼志，簡介美國醫院醫療品質比較之現況，台灣醫界，51 卷 12 期，頁 42，2010 年。

25. 劉見祥，全民健保支付制度之趨勢，醫院，第 32 卷第 6 期，頁 15-16，1999 年。
26. 郝鳳鳴，全民健康保險醫療費用協商制度之法規範評析，法律評論，第 64 期第 1 期，頁 4，1998 年。
27. 龐一祥、劉見祥、賴美淑，我國醫療服務專業審查制度改革之落實方案，台灣醫學，7 卷 5 期，頁 747-756，2003 年。
28. 章殷超，全民健康保險醫療服務審查問題之探討，台灣醫學，7 卷 1 期，頁 104-114，2003 年。
29. 張道義，全民健保醫事服務機構特約管理及爭議解決制度之研究，衛生署委託研究計劃(2002-2003 年)，頁 44，2003 年。
30. 張道義，全民健康保險保險給付之法律規範研究，衛生署委託研究計劃，頁 113，2002 年 3 月。
31. 楊玉隆，健保醫療服務案件專業審查不予支付提起行政訴訟之舉證責任——簡評台北高等行政法院 97 年度簡字第 410 號判決，台灣醫界，52 卷第 9 期，頁 34-38，2009 年。
32. 顏淑娟，公勞保醫療費用審查制度之比較研究。行政院衛生署 八十年度委託計劃，1992。
33. 韓揆，行政院衛生署 DRG 償付制度與住院醫療費用相關性，台大公共衛生研究所，1986 年。

## 英文部分

### 一、期刊論文

1. Anonymous, *Peer groups save Medicare millions*. AHA NEWS, 35(7), (1999).
2. Audet A.M. , Scott H.D., *The uniform clinical data set: An evaluation of the proposed national database for medicare's quality review program*. ANN INTERN MED,119(12) , 1209-1213, (1993).
3. Bhatia A. J., *Evolution of quality review programs for Medicine: Quality assurance to quality improvement*, HEALTH. CARE. FINANC. REV., 22(1), 69-74, (2000).
4. Dippe S.E. , Bell M.M., Wells M.A., Lyons W, and Clester S., *A peer review of a peer review organization*. WEST. J. MED.,151(1),93-96,(1989).

5. Dittman D.A. , Magee R.P. , *Optimal investigation policies under selected PSRO procedures*, MED CARE, Vol. 18, No. 10 , 1032-1047, (1980).
6. Hayes R.P. , Lunberg M.T. , *Peer review Organizations: Scientific challenges in HCFA's health care quality improvement initiative*. MED. CARE. REV.,51(1),39-60, (1994).
7. Jencks S.F., Wilensky G.R., *The health care quality improvement initiative. A new approach to quality assurance in medicare*.JAMA, 268(7):900-903, (1992).
8. Kellie S.E , Kellie J.T., *Medicare peer review organizations preprocedure review criteria. An analysis of criteria for three procedures*. JAMA,265(10), 1265-1270, (1991).
9. Tax Equity and Fiscal Responsibility Act,(1982).
10. Vladeck B.C.,Miller N.A., *The Medicare Home health Initiative*. HEALTH. CARE.FINANC. REV., 16(1):7-16, (1994).
11. Weinmann C, *Quality improvement in health care: A brief history of the Medicare Peer Review Organization(PRO) initiative*. EVAL. HEALTH.PROF , 21(4):413-8, (1998).
12. World Health Organization . *The World Health Report* .(2000).

名稱：全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法

發布日期：民國 101 年 10 月 30 日

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

#### 第 1 條

本辦法依全民健康保險法第六十三條第四項規定訂定之。

#### 第 2 條

保險人得依醫療給付費用總額部門，就其醫療服務審查業務，分別委託專業機構、團體辦理。

#### 第 3 條

保險人應與受委託專業機構、團體簽訂委託契約。

#### 第 4 條

受委託專業機構、團體辦理醫療服務審查業務，涉及公權力行使時，應由保險人為之。

#### 第 5 條

醫療服務審查業務委託辦理之項目如下：

- 一、擔任審查業務醫藥專家（以下稱醫藥專家）之遴聘及管理。
- 二、對於全民健康保險醫事服務機構（以下稱保險醫事服務機構）辦理本保險醫療服務之審查業務。
- 三、審查業務品質之管理及提升。
- 四、保險人指定項目之審查。
- 五、保險人審查業務所需之專業諮詢。
- 六、保險醫事服務機構對審查作業之申訴及處理機制之建立。
- 七、醫療服務審查方法及規範之研擬。
- 八、審查業務所需之保險醫事服務機構輔導及訪查作業。
- 九、審查決定之爭議審議、訴願及訴訟案件，其出席、出庭之協助答辯及書面答辯撰擬。

#### 第 6 條

委託期間、委託費用、各期支付方式及條件，應於委託契約中明定。

#### 第 7 條

受委託專業機構、團體，應具備下列資格或條件：

- 一、依人民團體法規定，經中央目的事業主管機關許可設立與醫療業務相

關之職業團體或社會團體，或經主管機關許可設立之衛生財團法人。

二、協調整合保險醫事服務機構及相關專業團體之能力。

三、履行委託事項及其品質管控之能力。

#### 第 8 條

保險人應以公開招標方式，辦理委託事項。

#### 第 9 條

保險人應公布受委託專業機構、團體名稱、委託事項、經費及期間。

#### 第 10 條

保險人於委託期間，因政策變更，受委託專業機構、團體繼續履行不符公共利益者，得報經主管機關核准，終止部分或全部契約，並補償受委託專業機構、團體所受之損害。但不包括所失利益。

#### 第 11 條

受委託專業機構、團體或保險人於委託期間內，因天災或事變等不可抗力或非可歸責之事由，致未能依時履約者，得展延履約期限；不能履約者，得免除契約責任，保險人並得終止契約。

#### 第 12 條

受委託專業機構、團體應成立醫療服務審查專責單位，並依保險人所屬分區，組成審查分支單位，履行委託事項。

#### 第 13 條

受委託專業機構、團體應擬訂醫藥專家遴聘原則，經保險人核定後，始得遴聘。

#### 第 14 條

受委託專業機構、團體應擬訂保險醫事服務機構輔導方案，經保險人核定後，辦理輔導業務。

#### 第 15 條

受委託專業機構、團體得依全民健康保險相關法規、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，擬訂專業審查基準，經保險人核定後，辦理本辦法之委託事項。

#### 第 16 條

保險人應監督受委託專業機構、團體履行委託事項之品質及效率；其監督項目如下：

一、審核受委託專業機構、團體研擬之醫療服務審查方法及規範。

二、監測及輔導受委託專業機構、團體之審查品質。

三、審查受委託專業機構、團體之履行報告。

前項監督，得採書面審查、實地審查、會議審查、意見調查或請受委託專業機構、團體進行專案報告等方式為之。

#### 第 17 條

保險人發現受委託專業機構、團體有應改善事項者，得請受委託專業機構、團體提出說明，並通知限期改善；屆期未改善或情節重大者，保險人得終止契約之部分或全部。

#### 第 18 條

受委託專業機構、團體履行委託事項有違失或洩漏職務上之機密，致保險人受損害或侵害第三人權益者，應負相關法律之責。

#### 第 19 條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。



**專業審查不予支付理由代碼編碼說明**

**壹、專業審查不予支付理由法源：**依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(102.1.1)

第十九條 保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、非必要之連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與申報項目或其規定不符。
- 五、非必要之檢查或檢驗。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。
- 八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符。
- 十一、未依臨床常規選用非第一線藥物。
- 十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。
- 十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

第二十條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由：

- 一、非必要住院。
  - 二、非必要之主手術或處置。
  - 三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
  - 四、病情不穩定，令其出院。
  - 五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。
- 前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：

- 一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。
- 二、次診斷碼、處置碼不適當。

第二十一條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理。

貳、代碼僅係輔助，而非要求審查醫事人員限用或遷就本代碼；如審查醫事人員認為代碼不敷使用，或認為不易於使用，仍請其依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法，清楚說明不予支付之內容及理由。

參、編碼分類原則說明：

一、以支付標準歸類來區隔：以支付標準分類方式為主(例如下列第一碼之分類2~7)，另外加上支付標準中所缺乏之「病歷紀錄」、「診療品質」、「其他違反相關法令」等類。

二、除共通性項目外，歸入各該特定類別：共通性項目指非支付標準類別者，例如「病歷紀錄」含括各類病歷紀錄之規範、基本診療則包含一般手術/處置/檢驗/檢查/藥品/特材之收案條件等；其餘屬於支付標準特定獨立類別之醫療服務者，則因較為特殊，歸入各該類別(例如論病例計酬之適應症，不列為基本診療，而列入論病例計酬分類內)。

三、不予支付理由採「原則」來敘明：各項理由，不針對個別支付項目列出(例如EPO、Albumin)，而以「原則」方式說明。

肆、代碼編碼方式：

第一、二碼：西醫分類(數字碼)	中醫	牙醫
00 診療品質		
01 病歷紀錄	病歷紀錄	病歷紀錄
02 基本診療	基本診療	違反支付標準與審查事項
03 藥品、特材	藥品	專業判斷
04 手術、麻醉、處置、血液使用	檢查、檢驗	通則
05 檢查、檢驗(含血袋篩檢)	其他不符支付標準或審查規定	
06 論病例計酬		
07 復健治療、精神治療、居家照護、精神社區復健、預防保健		
08 其他不符健保支付或審查規定		
09 其他違反相關法令		

二、第三、四碼：前(第一、二)碼各分類下之序號。

三、第五碼：(一)「A」碼代表西醫；「C」碼代表中醫；「D」碼代表牙醫；「G」碼代表診斷關聯群。(二)為方便登錄作業，「A」碼得以「1」(數字碼)代替鍵入；「C」碼得以「3」(數字碼)代替鍵入；「D」碼得以「4」(數字碼)代替鍵入。

伍、診斷關聯群：1. 依照不予支付理由，編列「給付註記」代碼。2. 個別醫令核刪，適用一般案件不予支付理由編碼原則。3. 第五碼：一律為「G」碼，為方便登錄作業，「G」碼得以「7」(數字碼)代替鍵入。

陸、代碼之增列：代碼如認有增列必要，請將不予支付理由彙總後，提請醫審及藥材組統一增列。

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0001A	001A	診療品質不符專業認定，理由____	19

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0101A	101A	未附病歷(含影像、會診紀錄等)/報告，或所附病歷資料不齊(含未附病理報告)/實施本項(診療/手術/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)，未依規定附期限內之相關病歷資料(檢查/檢驗報告/紀錄/照片/會診紀錄等)/未依規定附手術前後檢查/檢驗之報告/紀錄/照片，或相關手術/麻醉前評估/麻醉/麻醉恢復紀錄	1904

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0203A	203A	不符急診或暫留支付規定/急診經適當處置治療後已無急診暫留之必要	1904 1907

診療品質	0004A	004A	治療與病情診斷不符	19
	0005A	005A	非必要之連續就診	19
	0006A	006A 007A 205A	非必要之住院，且其相關診療、檢驗、檢查、用藥等亦非屬必需。	19
	0009A	新增 (216A)	依據病歷紀錄，病患已實施該器官／組織切除，該部分無再進行治療及處方之可能／必要	1901
	0010A	新增 (219A)	採用之療法（診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材）不符醫療常規／不符正規療程計畫	1901
	0011A	新增	一般（簡表）案件用藥影響病人安全之處方	1902

病歷紀錄	0102A	102A 111A 118A 202A	病歷資料缺乏具體內容或過於簡略（如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等）／僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療內容／未能顯示或判斷施予該項（診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材）之必要	1907
	0103A	103A	所附病歷（含影像、會診紀錄等）／報告錯誤，或所附資料錯誤／不符（非本個案或基本資料、性別、日期／期限等錯誤）	1901 1904
	0105A	105A	檢查報告或治療紀錄無執行者（醫師／醫檢師／治療師）簽章	1907
	0106A	104A106 A107A	無病歷醫囑／手術記錄／病程紀錄或無醫師簽名或蓋章，該部分費用／住院／診察費用應予核扣	1907
	0108A	108A	申報項目／數量多於病歷記載或與病歷記載不符	1901
	0109A	109A	申報診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材與病歷紀錄之病情不符	1901 1903
	0110A	110A	病歷或治療紀錄皆以定型化單張勾選，缺乏個別病患之具體治療內容	1907
	0112A	112A	病歷記錄內容描述甚多但不具體，且不符合醫療常規，無法支持其診斷與治療內容	1907
	0113A	113A	不同病患但所附病歷資料均雷同，有不實記載之嫌	1907
	0114A	114A	所附病歷資料每次記載內容均同，有不實記載之嫌	1907
	0115A	115A	所附病歷資料凌亂，未依診療次序裝釘，無法辨識	1907
	0116A	116A	病歷（含影像）資料模糊或量不足，無法辨識或判讀（例如X光、胎兒監視紀錄等）	1907
	0119A	117A 119A	病歷記載字跡過於潦草，或經二位審查醫師仍無法認定字跡難以辨識	19
	0120A	新增	病歷紀錄內容前後不一	1907
	0121A	新增	手術紀錄過於潦草簡單／無開刀finding／手術過程無詳細紀錄	1907
	0122A	新增	「精神科藥物治療特別處理費」未依規定於病歷中載明不合作之情形	19
	0123A	新增	申報項目與病歷／手術紀錄不符，改按_____給付	19
	0124A	新增	有剪貼、遮掩或修改，致無法確認其內容之正確或真實性（修改要劃線或蓋章）	19

基本診療	0204A	204A 206A	非必要之住院，但其相關診療、檢驗／檢查、用藥等全部或部分仍屬必需	1906
	0205A	205A	病歷之記載與診斷、無法顯示住院之必要性(刪除，併入0006 A)	1906
	0207A	207A	不符該類病房（加護病房／燒傷中心／隔離病房／新生兒中重度病房）適應症規定	1904 1907
	0208A	208A	依病況應可轉入一般病房；重症病床住院日數過長，改按一般病床支付	1906
	0209A	209A	依病況應可轉入慢性病房，急性病床住院日數過長，改按慢性病床支付(限精神科急性病房改慢性病房使用)	1906
	0210A	210A	住院日數不適當／病況應已可出院或於門診繼續追蹤	1906
	0211A	211A	屬於內含於病房費／住院治療項目內，不得另行申報	1904
	0212A	212A	不符精神科院外治療支付規定	1904
	0213A	213A	會診次數超過規定	1904
	0214A	214A	會診專科別不符規定／西醫住院不得會診中醫	1904
	0215A	215A	依病況記載，無／未達會診之必要	1907
	0217A	217A 327A	屬同療程之（門、急、住診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材），不應重複申報	1904
	0218A	218A	應優先施以保守療法即可／尚未達到或無執行本項（診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材）之必要／不適當	1901
	0220A	220A	本患者在該院所之看診次數頻繁，依據病況及病歷紀錄判斷並無需如此頻繁就醫，且亦不符醫療常理；屬非必要之連續就診，另應加強對於病患之說明／衛生教育	1902
	0221A	221A	不符管灌飲食適應症規定	1904
	0222A	222A	治療內容與申報項目或其規定不符	19
	0223A	新增	依據病歷記載病況，不符試辦計劃收案條件／追蹤管理照護條件／年度評估管理照護條件	1907

### 西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0301A	301A	慢性病使用簡表，應整筆核減	19
	0302A	302A	本材料費因手術／處置／檢查不予支付，併同不予支付	1904
	0303A	303A	屬於內含於檢查或處置之藥品／特材，不得另行申報	1904
	0304A	304A	限專科醫師使用之藥品／特材	1904
	0305A	305A	未經報備及核准，不得使用該藥品或特材	1904
	0306A	306A	已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品／特材之必要	1902
	0307A	307A	藥品／特材之適應症／種類／用量（劑量／天數等）不符主管機關核准規定	19

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0322A	322A	對病況無積極療效或非必要用之藥品，理由_____	1902
	0323A	323A	未經認定使用同藥理或同成分之常用藥品無效，即還採用高價藥品，或高價藥使用比例過高	1904
	0324A	324A 331A	同時已投予同性質藥物（_____）／用藥種類重複	1902
	0325A	325A	易生不當交互作用，為不宜合併使用之藥物（不宜併用者_____）	1912
	0326A	326A	無醫學上之特殊理由，同一療程不需併用多種類之藥物	1902
	0328A	328A	如有必要使用抗生素，應採口服即可，無施予注射之必要	1902
	0329A	329A	可加入使用中之靜脈輸液一起灌注，無需再另施予注射之必要	1902

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0344A	新增	跨院所已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品／特材之必要	1902
	0345A	新增	跨院所同時已投予同性質藥物（_____）／用藥種類重複	1902
	0346A	新增	跨院所用藥品項產生之交互作用不符臨床常規	1912
	0347A	新增	跨院所用藥品項易生不當交互作用，為不宜合併使用之藥物（不宜併用者_____）	1912

藥品特材

0308A	308A 309A 310A	適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符藥品/特材給付規定/醫療常規	1904
0311A	311A	診斷為一般感冒(common cold)不應使用抗生素而使用者	19
0312A	312A	診斷為上呼吸道感染,但因病患有黃痰、濃鼻涕即給抗生素使用	19
0313A	313A	一般中耳炎僅中耳積水,未證實是細菌性感染即給予抗生素治療	19
0314A	314A	一般咽喉炎未有A群鏈球菌感染之臨床佐證或檢驗確認,即使用抗生素治療	19
0315A	315A	不需使用抗生素治療時,應家屬要求而開立抗生素處方	19
0316A	316A	門診上呼吸道感染雖有細菌性感染之佐證,但使用抗生素之種類、劑量及使用天數不當	19
0317A	317A	依據診斷/病況,無使用該類藥品治療之必要	1902
0318A	318A	不當使用抗生素作為預防性投藥	1910
0319A	319A 337A	未依臨床常規而選用非第一線藥物	1911
0320A	320A	不宜長期使用之藥物	1902
0321A	321A	病患已可進食,亦無其他具體或適當理由需要再投予電解質或營養靜脈補充輸液之必要	1902

0330A	330A	非必要之注射/使用針劑過多	1902
0332A	332A	申報藥量(劑量/天數等)過多,不符醫療常規一般醫理或慣用通則	1910
0333A	333A	使用藥量過少,不符醫療常規或有礙醫療品質	1910
0334A	334A	治療材料之使用與病情不符	19
0335A	335A	用藥種類與病情不符	19
0336A	336A	用藥份量與病情不符	19
0338A	338A	用藥品項產生之交互作用不符臨床常規	19
0339A	新增	空針依針劑數量核減	19
0340A	新增	非慢性病範圍改核一般處方藥事服務費	1902
0341A	新增	有一般醫療通則列舉之禁忌症,不適宜使用此項藥物/劑量	1910
0342A	新增	臨床狀況已改善應依一般醫療通則予以減量或停藥	1910
0343A	新增	藥事服務費因住院日數/藥費/檢查不予支付,併同不予支付	1902

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
手術·麻醉·處置·血液使用	0401A	401A	手術切取標本未送病理檢查,手術相關費用併同核刪	19
	0402A	402A	本麻醉費因手術不予給付,併同不予支付	1904
	0404A	404A	基層院所非急救不可申報本項治療/處置	1904
	0406A	406A	手術前未施予適當檢查、評估及藥物治療/未確立診斷,由病歷紀錄缺乏實施該手術/處置之具體理由	1907
	0407A	407A	施行前一項手術/處置後,應先予觀察/未經適當觀察期,無實施第二次手術/處置之必要	1901
	0408A	408A	未進行詳細理學檢查、問診、評估,逕予進行該項治療/處置,不符一般醫療常理/程序,且病歷未記載具體或特殊之理由	1907
	0410A	410A	與病情無關之治療/處置(含研究、預防或健康檢查)	1904
	0411A	411A	短期內實施相同或類似之處置,不合理/有重複申報之嫌	1902
	0412A	412A	同一部位手術重複	1904
	0413A	413A	同一部位治療重複	1904
	0414A	414A	本次手術應與前次手術併行	1901
	0415A	415A	手術/麻醉/處置/血液使用申報項目/數量/時間不符醫療常規	1904
	0416A	416A	非兒童加成手術項目	1904
	0417A	417A	非急診加成手術項目	1904

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0425A	425A	屬於手術或麻醉內含項目,不得另行申報	1904
	0426A	426A	已包含於手術費之麻醉費用,不得另行申報	1904
	0427A	427A	應按主處置所定點數計算,本項不另計算	1904
	0428A	428A	屬於治療/處置內含項目,不得另行申報	1904
	0429A	429A	未依支付標準規定完成該項次所含治療/處置項目,應予核刪	1904
	0430A	430A	不符醫療常規使用血液代用品	1901
	0431A	431A	非必要之主手術或處置	2002
	0432A	432A	主手術或處置之醫療品質不符專業認定	2003

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
檢查檢驗(含血袋篩檢)	0503A	503A	與病情無關之檢查/檢驗(含研究、預防或健康檢查)	1901
	0504A	504A	申報適應症/數量/時間不符規定	1904
	0505A	505A	未進行詳細理學檢查、問診、評估,逕予進行該項檢查/檢驗,不符一般醫療常理/程序,且病歷未記載具體特殊理由	1905
	0506A	506A	門診/急診/住院病患常規執行套裝檢查/檢驗,非為必要	1905
	0507A	507A	不需於急診實施之檢查/檢驗(結果非立即達成而影響治療,申報急診加成不合理)	1901
	0508A	508A 511A	未經醫療常規檢查/檢驗,逕以實施高科技檢查,且病歷上欠缺合理理由說明	1905
	0509A	509A	施行該項檢查/檢驗過於頻繁不合常理/無特殊理由,該項檢查不應列為常規檢查/無例行性檢查之必要	1905
	0510A	510A	依據之前的檢查/檢驗,已足以進行診斷/已達追蹤病況之目的,不需要再施行本項檢查/檢驗	1905
	0512A	512A	細菌檢查陰性,無實施抗生素敏感試驗之必要	1901
	0513A	513A	申報項目重複(重複: )	1904
	0514A	514A	同一次檢查不應分部位/器官重複申請(如CT、MRI、超音波等)	1904
	0515A	515A	非兒童加成檢查/檢驗項目	1904
	0516A	516A	非急診加成檢查/檢驗項目	1904
	0517A	517A	基層院所非急救不可申報本項檢查/檢驗	1904

0418A	418A	由病歷紀錄之病況，缺乏手術急診加成之具體理由	1907
0419A	419A	應以同一刀口之多項手術計算	1904
0420A	420A	應以不同刀口之同類或兩側性手術計算	1904
0421A	421A	因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項，但第一次手術在他院者不受限	1904
0422A	422A 423A	屬於為達手術最終目的的過程中附帶之手術／處置，不得視為副手術或另行申報	1904
0424A	424A	屬同一目的之二種麻醉，應按主麻醉計算，本項不另計算	1904

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
論 病 例 計 酬	0601A	601A 608A	不符論病例計酬案件適應症（含該疾病診斷不確實／錯誤）	1913
	0602A	602A 610A	論病例計酬項目不當移轉至他次門／住診施行，應不予支付，改納入論病例計酬案件內申報	19
	0603A	603A	屬論病例計酬案件，於規定日期內再入院／再門診重複同論病例計酬項目，應併入前案計算，本案不予支付	1904
	0604A	604A	屬論病例計酬案件，於規定日期內再入院／再門診重複實施其他論病例計酬項目，應併案改核其他論病例計酬支付項目	1904
	0605A	605A	必要執行項目／申報項目未執行或不符規定	1904
	0606A	606A 611A	論病例計酬案件不符出院條件	1916
	0607A	607A 609A	論病例計酬案件醫療品質不符專業認定	1914

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
復 健 治 療 · 精 神 治 療 及 社 區 復 健 · 居 家 照 護 · 預 防 保 健	0701A	701A	非醫師不得執行該項治療	1904
	0702A	702A	依據病歷記載病況，不符收案條件規定／不符適應症	1901
	0703A	703A	非積極性或非必要之復健治療／精神治療／社區復健／居家訪視	1901
	0704A	704A	依據病況／病歷記載／治療紀錄，應實施／實施項目應屬中度或簡單之物理／職能／語言治療，原項目不給付，另予改核	1901
	0705A	705A	為同療效之治療，無論治療機轉相同與否，不應重複實施	1904
	0706A	706A	同部位不應重複實施及申報	1904
	0707A	707A	依據病歷記載，非特殊或複雜性病例，無重複評估之必要	1907
	0708A	708A	非居家照護或精神疾病社區復健給付項目	1904
	0709A	709A	屬於內含項目，不得另行申報	1904
	0710A	710A	檢查項目不足，不符合支付標準預防保健之規定	1904
	0711A	711A	申報之時間／項目／代碼／療程／次數與規定不符	1904
	0712A	712A	復健治療未照規定之原則辦理	1904
	0713A	新增	已逾黃金治療期，不需密集實施復健治療	1905
	0714A	新增	屬非必要超次訪視費申報	19
	0715A	新增	居家訪視紀錄未記載訪視時間／未請患者或其家屬簽章	19
	0716A	新增	依據病歷記載，不符居家訪視資源耗用群／不符安寧居家訪視時間	19

0518A	518A	依規定應打折支付	1904
0519A	519A	應按主檢查／檢驗所定點數計算，本項不另計算	1904
0520A	520A	併行或內含項目檢查／檢驗項目，本項不另計	1904
0521A	521A	屬不得申報之血袋篩檢項目	1904
0522A	522A	屬於血液或輸血技術費內含項，不得另行申報	1904
0523A	523A	未依支付標準規定完成該項次所含檢查項目，應予核刪	1904
0524A	524A	非必要之檢查或檢驗	19
0525A	新增	檢查／檢驗報告過於簡略，不符專業認定	1905
0526A	新增	檢查／檢驗未加以判讀或記載，無法確認臨床做此檢查／檢驗的必要性	1905
0527A	新增 (409A)	施行套裝檢查過於頻繁不合常理；無特殊理由，該項不應列為常規／無例行性執行之必要	1901
0528A	新增	醫療院所電腦斷層掃描影像品質不符專業認定	1917

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
其 他 不 符 支 付 或 審 查 規 定	0801A	801A	不符審查注意事項一般原則第條之規定，理由__	19
	0802A	802A	不符 科審查注意事項第_____條之規定，理由_____	19
	0803A	803A	其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定，理由_____	19
	0804A	新增 (403A 502A)	設備／個案未經報備／核准不得實施	1904
	0805A	新增 (405A 501A)	非規定醫院／專科醫師／專門治療小組，不得實施該項手術／治療／處置	1904

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
其他違反相關法令	0901A	901A	應屬職業災害，請改以職災申報	19
	0902A	902A	係屬汽車交通事故，請改以汽車交通事故申報	19
	0903A	903A	病患家屬不應於本個案申報	19
	0904A	新增(201A)	非本保險給付範圍	19
	0905A	新增	此次就醫不適用重大傷病卡身分	19

備註：1 表中所列法源，指依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第19條、第20條、第21條。

2 不予支付理由「/」表示「或」。

3 理由欄空格部分，請加以說明。

DRG案件整件核減不予支付理由代碼表

給付註記	代碼	不予支付理由
1		<b>非必要住院及非必要手術(處置)</b>
1	0101G	可門診診療之傷病/手術，且無述明需住院之理由。
1	0102G	可門診診療之傷病/手術，所述理由不足以支持住院之必要性。
1	0103G	無相關臨床證據支持手術處置之必要性(例如未執行特定檢查，無法證明施行手術處置之必要性)。
1	0104G	本次住院之主要是為手術或處置目的，而該手術或處置不符合本保險給付規定或適應症範圍者。
1	0199G	其他非必要住院及非必要手術(處置)
2		<b>主手術或處置之醫療品質不符專業認定。</b>
2	0201G	未依規定送病理檢查。
2	0202G	專科醫師資格不符規定。
2	0203G	依病況應提供之診療未提供或提供不足。
2	0299G	其他主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
3		<b>病情不穩定、令其出院(病危自動出院之病患除外)</b>
3	0301G	出院前24小時內生命徵象不穩定而令其出院。
3	0302G	尚有併發症(complication)未獲妥善控制而令其出院。
3	0303G	傷口有嚴重感染、血腫或出血現象而令其出院。
3	0304G	排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定而令其出院。
3	0305G	使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除而令其出院。
3	0306G	非因醫療需要之轉院。
3	0399G	其他經醫療專業認定仍有必要住院治療而令其出院。
4		<b>病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。</b>
4	0401G	主診斷不正確或主診斷非引起病人此次住院醫療之主要原因，次診斷亦無法認定可為主診斷。
4	0402G	主診斷沒有證據支持，次診斷亦無法認定可為主診斷。
4	0403G	主診斷正確但主診斷編碼錯誤，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。
4	0499G	其他病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。

給付註記	代碼	不予支付理由
5		<b>違反Tw-DRGs支付標準或其他相關規定</b>
5	0501G	將屬DRG住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報。
5	0502G	應一次住院診療，卻分次住院。
5	0503G	違規向保險對象收取給付範圍費用。
5	0504G	連續住院不符切帳規定，卻刻意切帳申報DRG。
5	0505G	未附病歷摘要或病歷摘要與病歷不符或病歷摘要不完整(例如未記載主次診斷或主次處置、轉院者未記載轉院之理由···)。
5	0599G	其他違反Tw-DRGs支付標準或其他相關規定。

名稱：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

修正日期：民國 103 年 12 月 22 日

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

## 第一章 總則

### 第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六十三條第三項規定訂定之。

### 第 2 條

本辦法所定醫療費用申報及核付，包括醫療費用申報、暫付、抽查、核付、申復等程序及時程。

本辦法所定醫療服務審查，包括程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。

## 第二章 醫療費用申報及核付

### 第 3 條

保險醫事服務機構向保險人申報醫療費用，應檢具完整之醫療費用申報表單。

前項表單不完整或填報有錯誤者，保險人應敘明理由通知更正，更正完成，即予受理，並依規定之時程採電子資料申報。

醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供，其提供複製本或電子資料送審者，應與正本相符。

### 第 4 條

保險醫事服務機構當月份之醫療服務案件費用申報，應於次月二十日前為之。採電子資料申報者，得分一日至十五日及十六日至月底兩段為之。採網路或電磁紀錄申報者，並應於次月五日及二十日前，檢送醫療費用申報表單。

### 第 5 條

保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。

對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範

，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，不得回推，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。

## 第 6 條

保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

## 第 7 條

保險醫事服務機構已依第四條規定期限申報者，保險人應於收到申報文件之日起，依下列期限暫付：

- 一、電子資料申報者：十五日內。
- 二、書面申報者：三十日內。

採電子資料網路申報者，以保險人收到傳送醫療費用申報表單之日期為暫付期限起算日期。但書面醫療費用申報表單送達保險人之日期較電子傳送日逾五日者（不含例假日），以書面醫療費用申報表單送達之日算起。

## 第 8 條

保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且有第三條第二項情形須更正者，保險人應於下列期限內，通知保險醫事服務機構：

- 一、電子資料申報受理日起十日內。
- 二、書面申報受理日起二十日內。

自保險人通知日起，保險醫事服務機構於十日內補正者，保險人依第六條及第七條規定辦理暫付事宜，其暫付期限之計算以補正資料送達日起算。

## 第 9 條

保險醫事服務機構未依第四條規定期限申報者，申報當月不予暫付，如無正當理由，並列為異常案件審查。

延遲申報超過三十日者，保險人之核付期限，得不受第十條第一項之限制。

#### 第 10 條

保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。

實施總額部門之保險醫事服務機構，前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：

- 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。
- 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。
- 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

非屬各總額部門之保險醫事服務機構，適用之每點核定金額，以一元計算。

#### 第 11 條

保險醫事服務機構申報醫療費用，有第三條第二項情事須補件更正者，其六十日核付期限，自資料補正送達日起算。

保險人依第三條第三項規定，通知保險醫事服務機構檢送病歷或診療證明文件等資料，保險醫事服務機構應於接獲通知日起七日內（不含例假日）完成；逾七日完成者，依其補件送達日起六十日內辦理核付；逾六十日未完成者，保險人得逕行辦理醫療費用點數核定，並予以核付。

#### 第 12 條

實施總額部門之保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。

結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。

#### 第 13 條

實施總額部門之保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。

#### 第 14 條

本辦法第六條及第十條所稱預估點值，依下列原則辦理：

- 一、點數：依受理當月送核及補報之申請點數計算，加計預估核減率。
- 二、跨區就醫比例：一至六月以前一年上半年跨區就醫比例估算，七至十二月以前一年下半年跨區就醫比例估算。

#### 第 15 條

保險醫事服務機構發生下列情形之一者，保險人得對其最近申報月份之費用，停止暫付：

- 一、經保險人通知應提供之病歷或診療相關證明文件，自文到日起十四日內（不含例假日）未完整提供者。
- 二、已暫付之門診醫療費用申報資料填寫不完整或錯誤之件數達該月份案件百分之三者。
- 三、已暫付之住院醫療費用申報資料填寫不完整或錯誤之件數達該月份案件百分之十者。

#### 第 16 條

保險醫事服務機構有下列各款情形之一者，保險人應於應扣減及應核扣金額之範圍內，停止醫療費用之暫付及核付：

- 一、停止特約或終止特約者。
- 二、虛報、浮報醫療費用，案經檢察官提起公訴者。
- 三、特約醫院、診所，涉有容留未具醫師資格之人員為保險對象診療、處方；特約藥局，涉有容留未具藥事人員資格之人員為保險對象調劑藥品；特約醫事檢驗或放射所，涉有容留未具醫事檢驗或醫事放射人員資格之人員為保險對象檢驗或施行放射業務；特約物理或職能治療所，涉有容留未具物理或職能治療人員資格之人員為保險對象提供物理或職能服務。經保險人訪查事證明確或移檢調單位偵辦中者。

#### 第 17 條

保險醫事服務機構因涉有虛報、浮報醫療費用，經保險人訪查事證明確或檢調單位偵（調）查中者，保險人得斟酌涉嫌虛、浮報之額度，核定暫付及核付成數與其執行期間。

### 第 三 章 程 序 審 查 及 專 業 審 查

#### 第 18 條

保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：

- 一、保險對象資格。
- 二、保險給付範圍。
- 三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。
- 四、申報資料填載之完整性及正確性。
- 五、檢附資料之齊全性。
- 六、論病例計酬案件之基本診療項目。
- 七、事前審查項目。
- 八、其他醫療費用申報程序審查事項。

保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。

### 第 19 條

保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、非必要之連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與申報項目或其規定不符。
- 五、非必要之檢查或檢驗。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。
- 八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符。
- 十一、未依臨床常規逕用非第一線藥物。
- 十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。
- 十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

### 第 20 條

保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由：

- 一、非必要住院。
- 二、非必要之主手術或處置。

三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。

四、病情不穩定，令其出院。

五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。

前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：

一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。

二、次診斷碼、處置碼不適當。

#### 第 21 條

保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理。

#### 第 22 條

保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。

保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或補付率之計算基礎。

隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。

#### 第 23 條

專業審查由具臨床或相關經驗之醫藥專家依本辦法及相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。前項專業審查，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫藥專家召開會議審查。

#### 第 24 條

辦理審查業務，審查醫藥專家應持客觀、公正態度，並遵守下列事項：

一、不得洩漏因審查所知悉或持有之內容。

二、不得將各類審查案件攜出審查場所。

三、對審查其本人或配偶所服務之保險醫事服務機構及其三親等內血親、姻親所設立之保險醫事服務機構醫療服務案件時，應予迴避。

四、未經保險人同意，不得以審查醫藥專家之名義參加保險人以外團體所舉辦之活動。

### 第四章 事前審查

#### 第 25 條

保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準辦理事前審查。

前項事前審查，保險人應於受理保險醫事服務機構送達申報文件起二週內完成核定，逾期末核定者，視為同意。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。

## 第五章 實地審查

### 第 26 條

保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同。

### 第 27 條

保險人依前條規定赴特定之保險醫事服務機構進行實地審查，應先函知，並洽各該機構派員陪同。

### 第 28 條

保險人於實地審查結束後，應將審查結果製成審查紀錄，並通知保險醫事服務機構。

### 第 29 條

保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核。

## 第六章 檔案分析

### 第 30 條

保險人得就保險醫事服務機構醫療費用申報資料，依醫事服務機構別、科別、醫師別、保險對象別、案件分類、疾病別或病例別等，分級分類進行該類案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等之檔案分析，並得依分析結果，予輔導改善，經輔導一定期間未改善者，保險人得採立意抽樣審查、加重審查或全審，必要時得移送查核。

### 第 31 條

保險醫事服務機構醫療費用申報資料，經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，保險人應依該指標處理方式不予支付。

前項不予支付指標及處理方式，由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。

## 第七章 附則

### 第 32 條

保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。

保險人應於受理申復文件之日起六十日內核定，其核定日期之計算，需要保險醫事服務機構提供個案病歷或診療相關證明文件者，以保險醫事服務機構將相關資料送達保險人之日起算。

### 第 33 條

前條申復案件不得交由原審查醫藥專家複審，必要時得會同原審查醫藥專家說明。保險人不得再就同一案件追扣其費用。

保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議會申請審議。

### 第 33-1 條

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

### 第 34 條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

名稱：全民健康保險爭議事項審議辦法  
修正日期：民國 103 年 08 月 05 日  
法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

## 第一章 總則

### 第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六條第三項規定訂定之。

### 第 2 條

保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：

- 一、關於保險對象之資格及投保手續事項。
- 二、關於被保險人投保金額事項。
- 三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。
- 四、關於保險給付事項。
- 五、其他關於保險權益事項。

保險醫事服務機構對於保險人核定全民健康保險醫療費用案件有爭議時，得依本辦法規定申請醫療費用案件之審議。

保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。

## 第二章 審議程序

### 第一節 審議之提起及審議決定

### 第 3 條

審議之申請，以保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構為申請人。

投保單位得依其所屬保險對象之請求，代為辦理前項申請。

### 第 4 條

申請人申請審議，應於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書（以下稱申請書），向全民健康保險爭議審議會（以下稱爭審會）提起之。

#### 第 5 條

審議之申請，以爭審會收受申請書之日期為準；其以郵遞方式申請者，以原寄郵政機關之郵戳為準。

因天災或其他不應歸責於申請人之事由，致遲誤申請審議期間者，申請人得於原因消滅後十日內，以書面敘明遲誤原因，申請回復原狀。但遲誤申請審議期間已逾一年者，不得為之。

申請回復原狀，應同時補行期間內應為之申請審議行為。

#### 第 6 條

申請人申請審議後，於審議決定（以下稱審定）前，得撤回之；其經撤回後，不得就同一爭議之事實再行申請審議。

#### 第 7 條

申請審議未附申請書或申請書不合法定程式，而其情形可補正者，應通知申請人於二十日內補正。

前項補正有正當理由者，得於二十日期間屆滿前，申請延期。

#### 第 8 條

爭審會對合於程式之權益案件或特約管理案件，應將申請書影本函送保險人提意見書；對合於程式之醫療費用案件，認為必要時，亦同。

保險人應於收文之次日起一個月內提出意見書，連同必要資料一併檢送爭審會。但保險人認為申請審議有理由時，得依申請事項重新核定，逕行通知申請人，並副知爭審會。

#### 第 9 條

爭議案件之審議，得指定委員先行初審，作成初審意見後，提會議決之；涉及專業技術或係大量發生者，其初審並得委請相關科別醫師或專家協助之。

#### 第 10 條

爭議案件以書面審議為原則。必要時，得委託有關機關或學術機構進行鑑定，並於審議時列席說明。

#### 第 11 條

爭審會主任委員或委員對於爭議案件有利害關係者，應行迴避，不得參與審議。

#### 第 12 條

爭審會對爭議案件之審定，自收受申請書之次日起，應於三個月內為之；必要時，得予延長，並通知申請人，但經申請人同意者，得免通知。延長以一次為限，最長不得逾三個月。

前項期間，於依第七條規定通知補正者，自補正之次日起算；未為補正者，自補正期間屆滿之次日起算；其於審議期間續補具理由者，自收受最後補具理由之次日起算。

逾第一項期間未為審定者，申請人得逕行依法提起爭訟救濟。

### 第 13 條

審定須以其他法律關係是否成立為準據者，於該法律關係尚未確定前，爭審會得依職權停止審議程序之進行，並通知申請人。

## 第 二 節 權益案件

### 第 14 條

權益案件之申請審議，應填具申請書，載明下列事項，由申請人或其代理人簽名或蓋章：

- 一、申請人之姓名、出生年月日、住、居所、身分證明文件字號。如係法人或其他設有管理人或代表人之團體，其名稱、事務所或營業所及管理人或代表人之姓名、出生年月日、住、居所。
- 二、有代理人者，其姓名、出生年月日、住、居所及身分證明文件字號，並應於最初為爭議審議行為時，提出委任書。
- 三、請求之事項。
- 四、申請審議之事實及理由。
- 五、收受或知悉保險人原核定通知之年、月、日。
- 六、證據。其為文書者，應添具繕本或影本。
- 七、保險人原核定通知文件及相關文件資料繕本或影本。
- 八、年、月、日。

前項第四款事實及理由，應分別記載並逐項記明相關爭點；如係外文者，應檢附中文譯本。

### 第 15 條

保險人依第八條第二項規定提出之意見書，應載明下列事項：

- 一、原核定通知文件未附記理由者，其理由。
- 二、申請審議案件之事實上或法律上爭點及其所持見解。
- 三、對於申請人所主張各項爭點，逐一表示意見；其為反對意見者，並應附具理由。
- 四、據以作成原核定通知之證據資料。

### 第 16 條

申請人得以書面向爭審會請求閱覽、抄錄、影印或攝影卷內文件。但下列文件不在此限：

- 一、審定擬辦之文稿。

- 二、審定之準備或審議文件。
- 三、為第三人正當權益有保密必要之文件。
- 四、其他依法律或基於公益，有保密必要之文件。

#### 第 17 條

爭審會於必要時，得依職權或依申請人之申請，通知其於指定期日、處所陳述意見。

#### 第 18 條

權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：

- 一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。
- 二、申請審議逾法定期間。
- 三、非第三條第一項所定之人而提出申請。
- 四、原核定通知已不存在。
- 五、對已審定或已撤回之爭議案件重行提出申請。
- 六、爭議之內容非第二條所定事項。

依前項第一款或第二款規定而為不受理審定者，如原核定確屬違法或不當，保險人或其上級機關得依職權撤銷或變更之。

#### 第 19 條

申請無理由者，爭審會應為駁回之審定。

申請有理由者，爭審會應撤銷原核定之全部或一部，並得視事件之情節，逕為變更之審定或發回保險人於指定相當期間內另為核定。

保險人所提意見書內容欠詳或屆期不提意見書者，爭審會得依職權逕為審定。

#### 第 20 條

權益案件經審定者，應載明下列事項，作成審定書：

- 一、第十四條第一項第一款之事項。
- 二、主文、事實及理由。其中事實部分，得僅記載有爭議之爭點；其依第十八條第一項各款規定應為不受理之審定者，得不記載事實，並引據該條項款以代理理由。
- 三、機關及其首長。
- 四、年、月、日。

審定書應附記不服審定之救濟方法、期間及其受理機關。

### 第三節 醫療費用案件

#### 第 21 條

醫療費用案件之審議申請，應填具申請書及案件明細（如附表一、二），

載明下列事項，由申請人蓋章：

- 一、保險醫事服務機構之名稱、代號及負責醫事人員之姓名。
  - 二、請求之事項。
  - 三、申請審議之事實及理由。
  - 四、收受或知悉保險人複核通知之年、月、日。
  - 五、病歷及其他有助於案件審查或發現真實之相關證明文件；其為文書者，應添具繕本或影本。
  - 六、保險人複核通知文件及有關文件資料繕本或影本。
  - 七、年、月、日。
- 前項第三款事實及理由，應依所定格式之欄位填寫。

#### 第 22 條

保險人依第八條第二項規定提出之意見書，應載明下列事項：

- 一、複核通知文件未附記事實及理由者，其事實及理由。
- 二、對申請人所主張各項爭點之意見。
- 三、據以作成複核通知之證據資料。

前項保險人複核通知文件之作成，如為實地審查、檔案分析、立意或隨機抽樣審查之案件，應載明審查、分析及抽樣方式，並檢附相關資料。

#### 第 23 條

醫療費用案件之審定，除第十八條第一項第四款規定外，準用第十八條及第十九條之規定。

#### 第 24 條

醫療費用案件經審定者，應載明下列事項，作成審定書：

- 一、保險醫事服務機構之名稱及代號。
- 二、主文、事實及理由。其中事實及理由部分，為雙方所不爭執者，得不記載。
- 三、機關及其首長。
- 四、年、月、日。

前項第二款規定，於同一申請人在一定期間內本於同一特約所生二筆以上之爭議審議案件，得僅記載有爭議之部分，無須逐筆記載；其為同類型且審議結果相同者，亦同。

醫療費用案件經保險人依第八條第二項規定重新核定者，爭審會得免作成第一項之審定書，逕行結案。

審定書應附記不服審定之救濟方法及其受理訴訟管轄行政法院。

### 第 四 節 特約管理案件

#### 第 25 條

特約管理案件之審議程序，準用第二節有關權益案件之規定。

### 第三章 附則

#### 第 26 條

審定書應分別送達申請人及保險人；必要時，並副知相關機關或單位。  
保險人對於爭審會所為審定，應於審定書送達之日起十五日內執行。  
爭審會審定撤銷之案件，保險人因申請人所附文件未齊而須補正者，自補正通知日起，至補正完成日止之期間，不計入前項執行期間計算。

#### 第 27 條

本辦法除中華民國一百零一年十一月六日修正發布之條文，自一百零二年一月一日施行者外，自發布日施行。



# 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法

## 第十六條附表二 全民健康保險醫事服務機構醫療服務案件抽樣及回推方式

一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。

### (一)論人歸戶抽樣

抽樣分類	抽樣類別	抽樣人數			備註
		申報人數	人數抽樣率	樣本人數	
門診	西醫 基層	1-500	1/100	1.以申報人數*人數抽樣率(採四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽);牙醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。	1、抽樣類別排除洗腎、代辦案件,以病人為抽樣單位,由電腦按人歸戶後,進行隨機抽樣。 2、樣本病人之全部案件,除排除案件外,均列入抽樣案件送審。
		501 以上	1/100		
	中醫	1-250 251 以上	1/50 1/50		
	牙醫	1-150 人 151 以上	1/15 1/15		

### (二)論件抽樣

抽樣分類	抽樣類別	抽樣件數				備註
		申報件數	抽樣率	調整數	樣本數	
門診	西醫	1-10000	1/100	0	1-200	1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分列。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數20件。 3、不列入隨機抽審案件:洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、一般案件(案件分類:01、11、21)、代辦案件、論病例計酬案件(案件分類c1)及經電腦程序審查需整件核減者。
		10001 以上	1/100	100	201 以上	
	中醫	上				
	牙醫	1-1000 1001 以上	1/10 1/20	0 50	1-100 101 以上	

抽樣分類	抽樣類別	抽樣件數				備註
		申報件數	抽樣率	調整數	樣本數	
住院	內科系		1/15			<p>1、左列各科系含括科別如下：</p> <p>內科系：內科、家庭醫學科、神經科、放射線科、核醫科、結核科、洗腎科等。</p> <p>外科系：外科、神經外科、整型外科、麻醉科、病理科。</p> <p>小兒科系：小兒科</p> <p>婦產科系：婦產科</p> <p>骨科系：骨科、復健科</p> <p>其他科系：泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、牙科、中醫</p> <p>2、各抽樣類別之最少抽樣件數 10 件。</p> <p>3、不列入抽樣審查案件：高額、特定醫療案件(案件分類 3)、論病例計酬案件(案件分類 2)、住院診斷關聯群案件(案件分類 5)及經電腦程序審查需整件核減者。</p>
	外科系					
	小兒科系					
	婦產科系					
	骨科系					
	其他科系					

## 二、回推方式：

### (一)總核減點數

總核減點數	$[(\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數})] \times (\text{核減率}) + (\text{極端值未參與之核減點數}) + (\text{案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減點數})$
案件數之計算	<p>1.抽審案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之6%、住診以全部抽審案件數之10%計算(四捨五入)。</p> <p>2.所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為M1(合計點數T1)、M2(T2)、M3(T3)、...、Mn(Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、...、N/(N+1)。</p>
極端值未參與之合計點數	$\sum (T_n) [(N+1-n) / (N+1)]$

核減率	$\frac{\Sigma (Mn) [n / (N+1)] + \Sigma (\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\Sigma (Tn) [n / (N+1)] + \Sigma (\text{其他非極端值案件之合計點數})}$
極端值未參與之核減點數	$\Sigma (Mn) [(N+1-n) / (N+1)]$
備註	<p>1.非依第十六條採隨機抽樣審查之案件，其核減點數不回推計算。</p> <p>2.各抽樣類別抽樣案件數門診少於 20 件、住診少於 10 件，該抽樣類別單獨計算核減點數（即為全審不回推），不併入計算回推核減率。</p> <p>3.核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。</p> <p>4.總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>

## (二) 申復或爭議審議總補付點數

總補付點數	(抽樣審查案件補付點數) + (極端值未參與之補付點數) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付點數) + (不列入抽樣審查案件補付點數)
補付率	$\frac{(\text{極端值申復案件參與之補付點數}) + (\text{非極端值申復案件補付點數})}{(\text{抽樣樣本極端值案件參與之核減點數}) + (\text{抽樣樣本非極端值案件核減點數})}$
抽樣審查案件補付點數	$\{[(\text{總合計點數}) - (\text{極端值未參與之合計點數})] \times (\text{核減率})\} \times \text{補付率}$
備註	<p>1.補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。</p> <p>2.總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。</p>

**中華民國醫師公會全國聯合會**  
**西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘與管理要點**

- 一、依據：依「104年西醫基層醫療服務審查勞務委託」契約第二條履約標的（一）1.
  - （1）衛生福利部中央健康保險署醫療服務審查醫藥專家遴聘原則，訂定本要點。
- 二、目的：為辦理全民健康保險西醫基層醫療服務審查事務，並確保審查之合理及公平性，特定訂本要點。
- 三、西醫基層醫療服務審查醫藥專家（以下稱審查醫藥專家）之講習、遴聘、解聘及管理，依本要點規定執行。
- 四、審查醫藥專家之遴聘資格如下：
  - （一）具5年以上教學、臨床或實際經驗（含2年以上（含）全民健康保險西醫基層執業經驗）。
  - （二）5年內未曾違反醫療法及醫事人員專門職業法規受停業以上之處分。
  - （三）5年內未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，不予特約情形。
- 五、審查醫藥專家任期2年，期滿得續聘，每次續聘人數不得超過三分之二為原則；但如當年度中華民國醫師公會全國聯合會未續承接衛生福利部中央健康保險署（以下稱中央健保署）西醫基層醫療服務審查勞務委託業務，則審查醫藥專家任期即自動失效。
- 六、審查醫藥專家之推薦，按縣市會員人數比例估算名額，由各縣市醫師公會、相關專科醫學會或醫師自我推薦方式提供推薦名單，經中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會各分會（以下簡稱分會）審查組審核資格，提建議名單交分會決議，經中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會（以下簡稱基層審查執行會）確認後聘請。
- 七、**審查醫藥專家（含新聘任審查醫藥專家）於聘任後應參加培訓教育，又為提升專業審查品質，分會每年至少辦理一次審查醫藥專家培訓教育，培訓教育得擇一方式辦理：**
  - （一）召開審查業務說明會、教育訓練會議、審查共識會議等相關審查會議。
  - （二）提供審查業務教育訓練書面資料。
  - （三）委請資深審查醫藥專家教育輔導。
- 八、審查醫藥專家於聘期內處理之案件，必要時應協助中央健保署辦理保險醫事服務機構爭議審議、訴願及訴訟案件之出席、出庭及答辯，並儘量以書面答辯為主。其行為應受其轄區所屬分會之管理及評核；且分會應依「西醫基層審查醫藥專家品質指標」（如附件）給予評量，經評量如可能有不適任之情事者，應予輔導或解聘之。

另審查醫藥專家有下列行為，經分會確認屬實者，得逕解除該員審查醫藥專家職務：

- (一) 有中央健保署醫療服務審查醫藥專家遴聘原則第八點之情事者。
- (二) 以名片、廣告、市招或其他方式不符合醫學倫理規範公開其審查醫藥專家職務者。
- (三) 利用審查醫藥專家職務之便，有不公正或違法行為者。
- (四) 經分會認定其行為有嚴重影響審查業務者。

九、為提升審查品質，基層審查執行會審查組應設置審畢評量小組，由分會推薦之各專科別審查醫藥專家，並按「中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審畢案件評量作業原則」，抽查審查醫藥專家審畢之醫療案件。該要點未規定者，準用本要點之規定。

十、審查醫藥專家之任務如下：

- (一) 審查醫療服務案件。
- (二) 審查事前審查案件。
- (三) 審查第一款及前款之申復及行政救濟案件。
- (四) 協助提供程序審查、實地審查及檔案分析之專業意見。
- (五) 支援其他分會審查小組審查案件。
- (六) 研提醫療服務審查規範及作業原則意見。
- (七) 其他經中央健保署交付之審查案件。

十一、審查醫藥專家應遵守之相關規定如下：

- (一) 保密原則：  
不得洩漏因審查所知悉或持有之內容。  
不得將各類審查案件攜出審查場所。
- (二) 迴避原則：  
對審查其本人或配偶所服務之保險醫事服務機構及其三親等內血親、姻親所設立之保險醫事服務機構醫療服務案件時，應予迴避。
- (三) 其他原則：  
不得假借職務名義，從事與審查無關之事務。  
未經分會及中央健保署同意，不得以審查醫藥專家職務名義，參加分會、中央健保署以外團體所舉辦之活動。
- (四) 審查時間：每月預留到中央健保署審查之時間。
- (五) 審查醫藥專家應參加中央健保署或分會舉辦之培訓教育。

十二、本要點經中央健保署同意後實施，修正時亦同。

附 件

西醫基層審查醫藥專家品質指標

編號	指標項目	配分	得分
1	依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法及全民健康保險相關規定執行審查業務。 (違反乙次應扣 10 分)	20 分	
2	其他行為應合乎公平、正義、廉潔之基本原則，且能完全勝任審查業務之執行。 (違反乙次應扣 5 分)	20 分	
3	應配合出席審查相關會議。 (無故未出席乙次應扣 10 分)	30 分	
4	應執行案件審查相關業務。 (無故未執行乙次應扣 10 分)	30 分	
總計		100 分	
<p>註：1. 每位審查醫藥專家應接受轄區所屬分會審查組會議評核，評核結果及處理方式，應交由分區共管會議論處。</p> <p>2. 受評核之審查醫藥專家，評核分數總分 100 分，每項指標符合者給滿分，不符合者依規定扣分。</p> <p>3. 評核總分未達 80 分（即 70 分或 75 分）者，且指標任一項未有 0 分者，應予輔導。</p> <p>4. 評核總分未達 70 分（即 65 分及其以下）或指標任一項達 0 分者，應予解聘。</p>			