

重要論文導讀 ②

全民健保醫療審查之法源檢驗與舉證程度的實務觀察

編目：公法

	月旦法學雜誌，第 258 期，頁 178~191	
作者	蔡維音教授	
關鍵詞	全民健保、特約關係、醫療審查、行政契約、比例回推	
摘要	醫療費用比例回推之核減方式之法源依據為「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，其母法第 63 條第 3 項容許以抽樣或大量數據形式分析方式進行費用審查，係考量健保費用申請件數龐大，必然需要審查作業的行政簡化，故而抽樣審查即合乎現實需求與規範之合目的性，惟不可當然解釋為包含比例核減之授權，放大核刪之效果至多只能適用於惡意浮報之狀況而已。	
重點整理	本案爭點	比例回推之法源依據？費用核付爭議之司法審查強度？
	解評	<p>一、支付標準之法源定性—最高行政法院 104 年度判字第 2 號判決</p> <p>(一)2011 年修法前支付法源性質之問題點</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健保合約法律關係之屬性：依釋字第 533 號解釋認定為公法上之契約關係，而規範其權利義務關係之法律依據，可能是行政契約或行政處分雙軌並行。 2. 健保醫療費用支付之依據可能之來源： <ol style="list-style-type: none"> (1)母法：全民健康保險法。 (2)法規命令：健保法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法。 (3)合約：各類型之全民健康保險特約合約。 (4)母法或授權命令中，規定應共同擬訂之支付細節性規定：在舊法時期為醫療費用支付標準及藥價基準、全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標、全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項等。 3. 舊法時期除了屬於第二類法規命令之全民健康保險醫療辦法第 31 條，曾被釋字第 524 號解釋宣示為逾越母法且不符明確性而應予修正外，特別是在第四類之細節性規定，更存在大量定性未

【高點法律研習社】

版權所有，重製必究！

<p>重點整理</p>	<p>解評</p>	<p>明的支付規範，使得司法見解陷入混淆：</p> <p>(1)最高行政法院 100 年度判字第 1239 號判決一方面定性醫療費用支付標準為法規命令，然其理由中卻又同時認為其係基於協議產生，根本不涉法律保留之論述。</p> <p>(2)另如所謂「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」，亦屬於不具法律授權依據之支付規則，卻一向被健保局援用為健保審查醫療費用之依據，而法院幾乎一般性地接受而未做合法性檢視。</p> <p>(3)「全民健康保險藥品給付規定」僅為一本健保局藥事小組之出版物，並無法源依據與法規制定程序，但卻長年被醫療審查實務逕引用為審查依據。</p> <p>(二)2011 年修法後支付法源性質之變動</p> <p>1.全民健康保險修法對健保醫療給付之法律依據有所加強，對於參與團體有更明確的規定，特別是對「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」與「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」(以下共同簡稱「支付標準」)，於修正後第 41 條將原「共同擬訂」之程序更加明確化，擬定程序中加強了多方參與之組織、程序與資訊公開要求。</p> <p>2.經由「共同擬訂」程序所議定之支付標準應如何定性？</p> <p>(1)一種路徑是認為母法所稱「共同擬訂」後報主管機關核定，僅僅是意謂法規命令訂定過程中應給予醫事團體表達意見之機會，亦即定性為一種程序參與之特殊要求，支付標準之定性仍為一般之法規命令。</p> <p>(2)另一路徑則是將「共同擬訂」認定為係合約議約程序的踐行，亦即將支付標準定性為合約性質，惟如此則必須要有健全之合意為基礎。惟共同擬訂會議其成員之組成包含各方多元代表，多數由保險人指派或遴選產生，在此基礎上欲援引契約法理則更為困難。</p> <p>(3)定性上尚須注意者，則是相關健保給付之規範並非僅係合約事項處理之細節性規定。除了決</p>
-------------	-----------	--

【高點法律專班】

版權所有，重製必究！

<p>重點整理</p>	<p>解評</p>	<p>定特約醫事服務機構申領醫療費用之准否外，支付標準尚直接影響作為受益第三人之被保險人之保險給付請求權之實現。</p> <p>(三)最高行政法院定性支付標準作為「定型化契約之前身」？</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.最高行政法院一方面重申特約關係乃屬行政契約之定性，另一方面提出：「法律授權雙方共同擬訂支付標準，而由主管機關予以核定，與一般法規命令授權由主管機關訂定有所不同。是以，所謂『支付標準』乃為被上訴人與醫事服務機構健保特約此種定型化契約條款之前身，經引用作為契約條款，發生拘束健保特約雙方之效力。其訂定原屬契約自由範疇，原則上僅受『法律優越原則』之約制」。 2.此定性可說前所未見，產生之質疑在於：此共同擬訂程序係由設置於健保署內部之機制進行，代表之組成與會議進行之程序亦均依健保署訂定之要點進行，其性質實較類似行政部門內部之諮議機制；擬定後經主觀機關核定發布，更似產生外部效力之步驟，且除了對等議約過程難以觀察到，前後當事人更是全然不相符，要如何將此「前身」與之後簽署之全民健保合約整體以契約自由詮釋其拘束力，實頗茲疑問。更何況支付標準尚有影響被保險人給付請求權之外部效力，這也是契約立論難以解釋之癥結點。 <p>二、比例回推之法源依據</p> <p>(一)比例回推適法性之實務檢驗</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.在醫療費用核減的相關判決中，比例回推之核減方式之法源依據為「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。(第1項)前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。(第2項)隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人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，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
-------------	-----------	--

【高點法律專班】

版權所有，重製必究！

<p>重點整理</p>	<p>解評</p>	<p>告。(第3項)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、增減抽樣審查或全審。(第4項)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或補付作業之計算基礎。(第5項)隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。(第6項)」</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.其母法第63條第3項即容許以抽樣或大量數據形式分析方式進行費用審查。抽樣之比例則可以透過協商或是以附表規定作為計算基礎。 3.臺北地方法院102年度簡字第265號行政訴訟判決意旨，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外，對於隨機抽樣審查與比例回推制整體持肯定態度，亦並未對回推放大核刪提出質疑。其餘類似判決亦持相同看法。 <p>(二)抽樣審查採「比例回推」放大核刪是否逾越母法？</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.全民健康保險法對於專業審查設有容許抽樣審查之規定，但是比例回推則未見於授權依據。 2.母法授權審查可以抽樣方式行之，應是考量到健保費用申請件數龐大，必然需要審查作業的行政簡化，故而抽樣審查是合乎現實需求與規範之合目的性的。然而是否可當然解釋為包含比例核減之授權？ 3.以抽樣案件中之核減率為計算基礎，將核刪點數依比例放大為一種意圖嚇阻僥倖的手段，欲達到監督目的，此手段與目的之適合性上顯有不相當之處。故該文主張母法第63條第3項對抽樣審查之授權並不包含通案地比例回推，放大核刪之效果至多只能適用於惡意浮報之狀況而已。 <p>(三)審查辦法與支付標準規範基礎之分立</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.支付標準之定性，法院係偏向於契約立論，強調其「共同擬訂」之過程，其約束力基礎來自於合意；而審查辦法係法規命令、援用母法授權所訂定，法院亦以法規命令之基準來檢驗其合法性。 2.審查辦法規定醫療費用審查之申報程序與種類，支付標準則是實質規定醫療服務與藥物給付
-------------	-----------	---

【高點法律專班】

版權所有，重製必究！

<p>重點整理</p>	<p>解評</p>	<p>之具體範圍與條件，二者規範標的有明顯區別。</p> <p>3.比例回推之依據乃是在於審查辦法，並非在於支付標準，故法院由「共同擬訂」來正當化相關規範之立論在比例回推上並無法援用。</p> <p>三、費用核付爭議之司法審查強度</p> <p>(一)契約立論的進一步發展</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.以往健保署對於醫療費用審查的單方主控，實務見解並課以醫事機構一方極高舉證程度的要求。 2.臺北地方法院 103 年度簡字第 181 號行政訴訟判決闡述：「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。」 <p>(二)司法審查強度與舉證程度之調整</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實務見解歷年來多採對保險人有利之傾向。健保署一向堅持司法之低度審查，亦即盡量尊重健保行政之專業判斷：「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」，此極高證明程度要求。 2.近期實務對於專業醫療費用審查之強度則著眼於健保特約作為行政契約的特性，著重契約兩造之均衡，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尊重。雖保留了醫事機構的高度舉證責任，惟不要求必定要證明保險人意見為「錯誤」。
<p>考題趨勢</p>	<p>抽樣審查採「比例回推」放大核刪是否逾越母法？</p>	
<p>延伸閱讀</p>	<p>一、張桐銳(2017)，〈全民健保法律關係之再檢討—評臺北高等行政法院九十八年度簡字第八二六號判決〉，《月旦法學雜誌》，第 269 期，頁 147-159。</p> <p>二、李志宏、施肇榮(2017)，〈健保審查與核刪—審查勞務委託契約〉，《臺灣醫界雜誌》，第 60:1 期，頁 25-31。</p> <p>※延伸閱讀推薦，都可在最多法學資源的【月旦法學知識庫】 www.lawdata.com.tw 立即在線搜尋！</p>	

【高點法律專班】

版權所有，重製必究！