

審 定	
主 文	申請審議不受理。
依 據	<p>一、全民健康保險法第 6 條第 1 項、第 2 項、第 3 項及第 63 條。</p> <p>二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條、第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條。</p> <p>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第 3 條第 3 項及第 22 條第 4 項。</p>
理 由	<p>一、案件緣由及健保署文件要旨</p> <p>○○○○診所申報 113 年 12 月、114 年 4 月、8 月及 12 月門診醫療費用案件，經健保署分別以 114 年 1 月 9 日健保○費○字第 0000000000 號函、114 年 5 月 15 日健保○費○字第 0000000000 號函、114 年 9 月 4 日健保○費○字第 0000000000 號函及 115 年 1 月 6 日健保○費○字第 0000000000 號函通知該診所需進行專業審查案件及應檢送資料如下：</p> <p>(一) 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「全民健康保險醫療費用審查注意事項」辦理。</p> <p>(二) 經抽樣後，抽樣件數計 20 件，詳如「門診醫療費用抽樣暨程序審查調閱清單」。</p> <p>(三) 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 3 條第 3 項及第 11 條第 2 項規定，請於接獲通知日起 7 日內(不含例假日)完成下列資料檢送作業；逾 7 日完成者，依其補件送達日起 60 日內辦理核付；逾 60 日未完成者，該署得逕行辦理醫療費用點數核定，並予以核付。又文到日起 14 日內(不含例假日)未完整提供者，依同辦法第 15 條第 1 項第 1 款規定，停止暫付。另所送病歷或診療相關證明文件以複製本或電子資料送審者，應與正本相符。</p> <p>1. 審查所需之 X 光片及病歷資料，其病歷首頁複製本應含牙醫門診初診日期及至少 6 個月之病歷複製本，6 個月內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料，並請將同一個案集中裝訂。</p> <p>2. 全民健康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暨醫療費用審查注意事項等規定應檢送資料。</p> <p>(四) 門診醫療服務點數及醫令清單之醫令排序需與該案件媒體申報醫療費用資料之醫令排序相同。</p> <p>(五) 檢送審查資料與病歷內容應清晰、詳實、完整。</p>

二、申請人為○○○○診所負責醫師，檢附健保署前開 4 函影本，主張（一）健保署以「牙醫門診總額快速通關免專業審查篩選指標（第 18、19 項）」及「共管會議決議」為依據，對其實施醫療費用抽樣專業審查（抽審），已造成具體且實質不利益；（二）「共管會議」無任何法定依據，屬無權限機制；（三）共管會議卻實質影響行政處分，已構成違法行政擴權；（四）違反行政程序法之正當程序與比例原則；（五）抽審已由監督工具變質為懲罰性行政措施；（六）本案並非醫療品質或政策理念之爭，而係行政機關是否得以無法源之會議機制，實質限制人民執業自由與財產權之重大法治問題，若放任共管會議在無授權、無程序、無監督情形下決定抽審與配額，將嚴重動搖健保制度之法治基礎云云，向本部提起訴願，請求（一）撤銷健保署以共管會議決議為依據，對其所為之抽審處置；（二）確認共管會議不具法定決策地位，其決議不得作為設定件數配額、執行率及抽審標準之依據；（三）命健保署於法源未明確前，停止以指標 18、19 件數門檻作為抽審依據；（四）命健保署重新檢討免審制度，回歸依法行政與專業審查本質，案經本部依全民健康保險法第 6 條規定，以爭議案件受理。

三、健保署提具意見

（一）該署醫療服務審查方式係審查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，無非係審查其服務之適當性及品質，並據以核付費用；另為因應總額支付制度之實施，審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之，得委託項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序、監督及權利義務等有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布，全民健康保險法第 63 條定有明文。

（二）「共管會議」之法源依據及行政效力等，係依全民健康保險法第 63 條第 3 項授權訂定之「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，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，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；87 年 7 月全民健保牙醫門診試辦總額支付制度，中華民國牙醫師公會全國聯合會（下稱牙全會）受該署委託辦理牙醫門診總額支付制度專業自主事務委託事項，並成立牙醫門診總額委員會 6 分區委員會，並於 90 年起辦理醫療服務審查業務委託，歷年均由牙全會承接委託工作，透過組織運作提升專業醫療品質，照護弱勢族群及醫療資源不足地區民眾，

並達牙醫門診總額支付制度專業自主發展目標。

- (三) 依據 114 年牙醫門診醫療服務審查勞務委託契約內容，6 分區審查分會與健保署各分區業務組定期召開共管(聯席)會議，相關抽樣、加重審查、免審辦法等均經相關會議通過，由該署公告後實施。其運作機制係為落實醫療專業團體自我管理精神，並由該專科之公會或學會代表共同參與。其制定之指標，本質上屬於醫療專業社群之自我節制與共識，而非單方面之行政命令，具備高度之專業正當性，爰申請人所反映之「牙醫門診總額快速通關免專業審查篩選指標」均經牙醫門診醫療服務○○審查分會(下稱○○審查分會)會議決議後提報至牙醫門診總額共管會議提案修訂，自屬有據。且指標增修訂均依前述相關規定程序由該署○○業務組與醫界代表於共管會議討論決議後公告於該署網站，包含相關會議記錄及指標內容均公告於該署全球資訊網。
- (四) 查系爭之該署○○業務組「牙醫門診總額快速通關免審專業審查篩選指標」項目「18」、「19」(不符合時需審查)分別為「高風險疾病口腔照護計畫」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，針對高風險疾病病人如三高病患、中風、失智症等，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，並提高口腔照護頻率，同時對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。爰為鼓勵○○牙醫院所以病人為中心照護高風險對象，維護民眾就醫安全，而以計畫執行件數作為免審指標，並考量牙醫院所特殊性(如兒童牙科)及院所申報規模進行設定，倘院所有臨床醫療服務執行之困難可向○○審查分會舉證提報，經○○審查分會專業評估後，可予以排除指標適用。
- (五) 申請人系爭免審指標之合理性，該署○○業務組及牙醫○○分會對於申請人意見均予以尊重並審慎評估，並請○○審查分會向申請人說明指標訂定之理由及了解執行之困難並予以協助，惟申請人拒絕會面或電話溝通，亦未收到申請人相關書面回應。爰申請人稱以「件數不足」即一律抽審，未考量診所人力、病患結構、地區差異，顯屬手段過當，違反比例原則云云，實非可採。
- (六) 另依「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 22 條第 1 項規定，略以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。申請人所稱之共管會議指標，實係依前開法令所建構之統計篩選標準，其法律性質屬行政機關

為執行專業審查前之「行政調查準備行為」。指標本身並非對特定院所之裁罰，亦未對申請人產生直接之財產損害。案件經送專業審查，如有不符合支付標準規範，方依專業審查意見核減，且該指標係經由申請人所屬醫事團體代表參與之共管會議共識達成，旨在落實專業同儕審查精神，確保健保資源配置之公平性。若院所之醫療處置確實符合必要性且記載詳實，即便受指標抽查，亦不生核減之結果。故申請人指摘指標為「懲罰」，逕對申請人為不利推定之情事，實屬主觀臆測，與行政調查之法理不合。

(七) 該署○○業務組本於職權，定期召開共管會議，相關抽樣、審查、免審辦法等均經相關會議通過，再由該署○○業務組公告實施，皆係依前揭規定進行，並無不當。

(八) 申請人本次爭議理由，其前已於 114 年 1 月 20 日、5 月 28 日、10 月 22 日及 12 月 17 日計 4 次分別向衛生福利部、行政院、監察院及該署○○業務組反映，業經以衛生福利部 114 年 2 月 20 日、7 月 2 日、12 月 9 日衛授保字第 0000000000、0000000000、0000000000 號及該署○區業務組 114 年 12 月 26 日健保○費○字第 0000000000 號書函正式回函回復申請人，該署○○業務組秉持與申請人特約之公平、對等、互信及尊重原則下，多次嘗試或委託牙醫審查分會與申請人溝通，惟申請人屢次以申訴之管道單向表示，拒絕交流。該署依法可審查保險醫事服務機構之醫療服務項目、數量及品質，及其服務之適當性及品質，並據以核付費用，惟考量審查效益及審查資源有限下，該署依相關規定及程序訂定「牙醫門診總額快速通關免專業審查篩選指標」，讓積極配合政府政策及照護民眾之第一線醫護人員，可專注於提升醫療品質，以達確保醫療審查資源之合理配置。

四、本件經審查卷附前開相關資料，分述如下：

(一) 按「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。(第 6 條第 1 項)」、「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。(第 6 條第 2 項)」、「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。(第 6 條第 3 項)」為全民健康保險法第 6 條所明定，另依該條第 3 項授權訂定之全民健康保險爭議事項審議辦法（以下簡稱爭審辦法）第 2 條明定「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。(第2條第1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。(第2條第2項)」、「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2條第3項)」。又所爭議之內容倘非第2條所定權益案件、醫療費用案件及特約管理案件事項之情形者，均應為不受理之審定，審諸爭審辦法第18條第1項第6款、第23條及第25條規定，合先敘明。

(二) 查本件系爭健保署114年1月9日健保○費○字第0000000000號函、114年5月15日健保○費○字第0000000000號函、114年9月4日健保○費○字第0000000000號函及115年1月6日健保○費○字第0000000000號函，係健保署(○○業務組)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「全民健康保險醫療費用審查注意事項」規定，通知○○○○診所就該診所申報113年12月、114年4月、8月及12月(費用年月)醫療費用案件，抽樣20件進行專業審查，並請○○○○診所檢送X光片及病歷資料，是以，本件並非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所定醫療費用案件審查不予給付爭議，亦非依特約及管理辦法所定特約管理案件所為違規管制處分爭議，更不屬於全民健康保險法所定保險對象之資格及投保手續、被保險人投保金額、保險費、滯納金、罰鍰、保險給付、其他保險權益等所生爭議事項，○○○○診所之負責醫師蕭富永即申請人對之申請審議，自有未合，均應不予受理。

五、另按「人民對於行政興革之建議、行政法令之查詢、行政違失之舉發或行政上權益之維護，得向主管機關陳情。」「受理機關認為人民之陳情有理由者，應採取適當之措施；認為無理由者，應通知陳情人，並說明其意旨。」行政程序法第168條、第171條第1項分別定有明文，申請人爭議請求健保署於法源未明確前，停止以指標18、19件數門檻作為抽審依據，及重新檢討免審制度，回歸依法行政與專業審查本質等節，核係屬人民就行政違失之舉發或行政上權益之維護所為之陳情，健保署前揭意見書業已陳明，略以申請人前已於114年1月20日、5月28日、10月22日及12月17日計4次分別向衛生福利部、行政院、監察院及該署○○業務組反映，業經衛生

福利部分別以 114 年 2 月 20 日、7 月 2 日、12 月 9 日衛授保字第 0000000000 號書函、第 0000000000 號書函、第 0000000000 號書函及該署○○業務組 114 年 12 月 26 日健保○費○字第 0000000000 號書函回復申請人在案等語，已如前述，併予敘明。

據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條、第 25 條規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 5 月 5 日

相關法令：

一、全民健康保險法第 6 條第 1 項、第 2 項及第 3 項

「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。」、「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。」、「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險法第 63 條

「保險人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，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，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。」「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。」「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。」「第一項得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序、監督及權利義務等有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。」

三、全民健康保險爭議事項審議辦法第 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。」

四、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

五、全民健康保險爭議事項審議辦法第 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。」

六、全民健康保險爭議事項審議辦法第 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。」

七、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 條第 3 項

「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。」

八、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 條第 4 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。」