

臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第七庭
110年度訴更一字第73號
113年11月7日辯論終結

原告 張仲明即善源診所

訴訟代理人 陳建宏 律師

複代理人 蔡宜耘 律師

被告 衛生福利部中央健康保險署

代表人 石崇良

訴訟代理人 楊世同（兼送達代收人）

陳懿娟

上列當事人間全民健康保險事件，原告提起行政訴訟，前經本院以107年度訴字第1601號判決後，最高行政法院以108年度上字第1142號判決廢棄，發回本院更為審理，本院判決如下：

主 文

原告之訴駁回。

第一審及發回前上訴審訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、程序事項：

(一)本件被告代表人原為李伯璋，訴訟進行中變更為石崇良，並經變更後代表人具狀聲明承受訴訟（本院卷第335-336頁），核無不合，應予准許。

(二)按「訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但經被告同意或行政法院認為適當者，不在此限。」「有下列情形

01 之一者，訴之變更或追加，應予准許：……。二、訴訟標的
02 之請求雖有變更，但其請求之基礎不變。……。」行政訴訟
03 法第111條第1項、第3項第2款分別定有明文。查原告起訴時
04 之聲明原為：「被告應給付原告新臺幣（下同）747,287元
05 及自起訴狀繕本送達翌日起，按年利率百分之5計算之法定
06 利息。」（本院卷第29頁）；嗣於112年12月28日言詞辯論
07 期日追加訴之聲明第2項（本院卷第463頁），復經變更，原
08 告最終以113年10月24日變更聲明（二）狀變更為：「1.被
09 告應給付原告747,287元及自起訴狀繕本送達翌日起，按年
10 利率百分之5計算之法定利息。2.被告應給付原告644,612
11 元，及自112年12月28日起，按年利率百分之5計算之法定利
12 息。」上開變更，經被告表示無意見（本院卷第464、576
13 頁），本院衡諸其請求之基礎相同，無礙於訴訟終結，認為
14 適當，爰予准許，先此敘明。

15 二、事實概要：

16 原告與被告間訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約（下
17 稱系爭合約），為被告之特約醫事服務機構，系爭合約有效
18 期間自民國105年1月14日起至108年1月13日止。原告前依規
19 定申報106年1至3月份門診醫療服務費用，經被告逐月審
20 查，先後於106年4月17日、5月4日、6月7日核定醫療點數為
21 負225,651點、負526,751點及負18,979點，並發函通知原
22 告，原告認核定有誤，就上開核定結果提出申復，經被告複
23 審後於106年7月4日、18日、8月8日函復。嗣被告於106年10
24 月2日以健保北字第1061621582A號函通知原告，有關106年
25 第1季西醫基層總額支付制度點值結算已完成，經結算原告
26 該季已核付案件之點數後，該季費用計應向原告追扣新臺幣
27 747,287元，且逕由原告之醫療費用帳上核減追扣在案（下
28 稱原核定）。原告不服，提起申復，經被告以107年3月30日
29 健保北字第1071055406號函維持原核定（下稱申復決定），
30 原告仍不服，申請爭議審議，經決定駁回後，遂提起行政訴
31 訟，前經本院107年度訴字第1601號判決（下稱原判決），

01 原告提起上訴，經最高行政法院108年度上字第1142號判決
02 （下稱最高行廢棄判決）廢棄本院前審原判決，發回本院更
03 為審理。

04 三、本件原告主張：

05 (一)原告申報106年1至3月之精神科門診診察費點數及醫療費
06 用，經被告確認符合契約本旨，被告就此部分醫療費用有給
07 付義務，原告依系爭合約第1條第1項、第10條第1項與全民
08 健康保險法（下稱健保法）第62條、第63條等規定，得向被
09 告請求給付之747,287元之醫療費用：

10 1.原告前依健保法第62條第1、2項及全民健康保險醫療費用申
11 報與核付及醫療服務審查辦法（下稱審查辦法）第4條等規
12 定，向被告申報所屬原告之醫師所提供之醫療服務之點數及
13 藥物費用後，被告應依健保法第62條第3項、第63條、費用
14 申報審查辦法第10條等規定，審查並核定原告申報之醫療費
15 用點數，並依核定點數計算醫療費用，於受理申請文件之日
16 起60日內給付予原告。本件原告請求被告給付之精神科門診
17 診察費經被告審查確認無訛，被告並於本案中將該費用作為
18 健保法第64條之「自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費
19 用」而對之追扣給付，可證原告就該費用部分確實已依系爭
20 契約履行符合契約本旨之醫療行為，是被告應給付如申報費
21 用之金額予原告。

22 2.被告主張依健保法第64條規定刪減原告申請之106年1至3月
23 醫療費用點數，然細繹健保法第64條規定，係賦予被告於符
24 合特定情形時，得自「該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費
25 用核減之」，所得核減之客體為「醫療費用」，而非「醫療
26 費用點數」，則被告不得依健保法第64條規定追扣原告申請
27 之106年1至3月醫療費用點數。從而，被告前依健保法第64
28 條規定追扣原告申請之106年1至3月醫療費用點數，並拒絕
29 給付106年1至3月之醫療費用，於法無據，已違反行政程序
30 法第4條之規定。

01 (二)醫療點數核定為醫療費用核算之準備程序，原告於計算具體
02 金額之醫療費用核定时，得一併爭執點數核定：

03 1.被告就醫事機構有關醫療費用之核定，係基於行政契約就醫
04 療費用所為之核算，則點數核定僅係醫療費用核算之準備程
05 序，與醫療費用核定均非行政處分（最高行廢棄判決參
06 照）。被告就原告有關106年1至3月醫療費用點數之核定，
07 係基於行政契約就醫療費用所為之核算，點數核算過程中，
08 不論原告是否有於前階段點數核定时提出申覆、審議，被告
09 所為之106年1至3月點數核定均非行政處分，並不生行政處
10 分因確定而發生之拘束效力。

11 2.原告得於最終具體金額醫療費用核定时，一併爭執先前階段
12 核定之點數或點值：

13 (1)健保法第6條規定修正之前，依司法院釋字第533號解釋意
14 旨，醫事機構對醫療費用核定如有不服時，本得逕行提起
15 給付訴訟予以救濟，提起申復僅係賦予醫事機構得向被告
16 請求再次審查之權利；至於現行健保法第6條，修正規定
17 醫療費用核定案件應先申請審議，如醫事機構業對爭議審
18 定不服，自得就該類案件提起給付訴訟。繼以，全民健康
19 保險爭議事項審議辦法（下稱爭審辦法）第2條第2項亦僅
20 規定醫事機構對被告「『醫療費用』核定案件」有爭議
21 時，得依該辦法相關規定申請審議。雖依目前健保相關法
22 規之設計，於最後醫療費用具體金額核定前，固然經過被
23 告數次核定，惟實質上應係同一醫事機構申領醫療費用之
24 先後階段，醫事機構若對最終具體金額醫療費用之核定已
25 依相關規定及約定提出申復、爭議審定及給付訴訟時，自
26 得一併爭執先前階段點數或點值核定。又點數之核定，為
27 履約內容之一部分，醫事機構如不服該核定，無論於點數
28 核定时為爭執，或於計算出具體金額之醫療費用核定始行
29 爭執，均無不可，有最高行廢棄判決可參。

30 (2)106年1至3月之點數核定僅係醫療費用核算之準備程序，
31 於106年1至3月醫療費用具體金額核定前，實質上係原告

01 申領醫療費用之先後階段，均非被告依法作成之行政處
02 分，而不生行政處分確定後之拘束力。再者，原告就106
03 年1、2、3月最終具體金額醫療費用之核定已依相關規定
04 及約定提出申復、爭議審定及給付訴訟時，關係先前階段
05 點數或點值核定時，因點數之核定為履約內容之一部分，
06 原告不服該核定，仍得於計算出具體金額之醫療費用核定
07 就此一併爭執。

08 (三)被告僅得就原告所申請之醫療費用點數進行抽樣審查及比例
09 回推計算醫療費用：

10 1.依健保法第63條規定可知，保險醫事服務機構與被告成立系
11 爭合約後，醫事服務機構是否依系爭合約提供醫療服務，被
12 告得依健保法第63條及審查辦法進行隨機抽樣審查保險醫事
13 服務機構是否有依醫事服務合約提供醫事服務，並以比例回
14 推計算醫事服務機構申報之醫療費用，然而此僅限於醫事服
15 務機構「辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質」後，向
16 被告提出醫療費用之申請，被告據以核付費用時始有適用。
17 再依審查辦法第19條本文及第22條第1、2項規定可知，保險
18 人對保險醫事服務機構所提供之醫療服務得委託專業機構或
19 團體辦理，而就醫事服務機構申報之醫療費用，得採抽樣方
20 式進行審查，並得以等比例回推，如有審查辦法第19條規
21 定，則不予支付不當部分之費用。顯然就醫事服務機構未申
22 報之醫療費用，並無得採用隨機抽樣並以等比例回推之規
23 定。

24 2.原告未配置職能治療師，故不得進行職能治療，而未申請職
25 能治療費用，職能治療費用係由進行職能治療之保險醫事服
26 務機構申報，原告並無提供職能治療之醫療服務，自無從向
27 被告以「職能治療」之醫療項目申報健保點數，遑論領取醫
28 療費用；再者，被告於111年7月20日準備程序中表示，「原
29 告善源診所申報的費用是精神科的『診察費』，可是醫生的
30 處方箋含有交付處方職能治療(45031C)施作6次，因為是
31 職能治療的釋出處方的費用，診所不會向被告申報這筆費

01 用，……」、「……，原則上善源診所只申報診察費，這6
02 次職能治療費用由職能治療所申報，他們是分開申報。」可
03 知原告僅向被告申報精神科診察費，並未向被告申報職能治
04 療費用。

05 3.又原告依系爭合約約定，原告僅對病患進行診察，原告申請
06 醫療費用(即診察費)時，被告依健保法第63條及審查辦法規
07 定，無庸審查原告申請之每一筆診察費是否皆符合系爭合約
08 之本旨，而得進行隨機抽樣審查原告提供之醫療服務，並以
09 比例回推計算醫療費用，如審查後核定金額低於暫付金額
10 時，被告依審查辦法第6條第1項第4款規定，追償被告已暫
11 付之醫療費用，原告並無異議。

12 4.原告開出職能治療之處方申報點數為0，不論如何比例回推
13 計算，金額皆為0元；況自衛生福利部(下稱衛福部)112年
14 6月16日衛部保字第1120123748號函亦可知，處方交付案件
15 係以「不計價方式申報交付處方項目」，則既然「不計價」
16 即無數額可供比例回推，顯然健保法第64條中之「該費用」
17 並不能自所屬原告醫師開出之處方籤依照審查辦法第18條或
18 第22條進行抽樣方式審查、再等比例回推而來。詎被告竟恣
19 意僅以所屬原告醫師開立之處方計算「可能」進行職能治療
20 之數量做為計算基礎，擅自以抽樣審查並比例回推之方式自
21 行計算「費用」，核減原告747,287元，並無法律依據。

22 5.況原告醫師所開出之處方中雖有記載應進行職能治療之次
23 數，然病患取得醫師處方後，得自由選擇任一職能治療所進
24 行職能治療，亦得選擇是否進行職能治療，更可僅進行部份
25 職能治療，因此所屬原告醫師縱於處方上記載應施作6次職
26 能治療，亦非立即產生6次職能治療之費用；縱病患確實前
27 往職能治療所進行職能治療，職能治療所是否確實依醫師處
28 方進行治療、是否依規定申報醫療費用點數等，仍待被告進
29 行審查。被告既未提出經審查、而不予核定給付關職能治療
30 所申請之醫療費用等證據，則顯然並無需以健保法第64條核
31 減原告申報之醫療費用之費用。

01 (四)被告就其他醫事服務機構申請之醫療費用進行抽樣審查及比
02 例回推計算後，如核定不予給付，且可歸責於所屬原告醫師
03 開立之處方時，始得核減原告申報之診療費：

04 1.細繹健保法第64條規定可知，保險醫事服務機構向被保險人
05 提供調劑、檢驗、檢查或處置後，向保險人申報醫療費用，
06 如「該費用」經保險人審查後核定不予給付，且核定不予給
07 付之理由可歸責於開立處方之醫師時，因保險醫事服務機構
08 係依照醫師處方向被保險人提供調劑、檢驗、檢查或處置，
09 此時依健保法第64條規定，例外賦予被告得自醫師所屬之醫
10 療機構申報之醫療費用核減「該費用」，而非追扣申報費用
11 之保險醫事服務機構。

12 2.況原告所屬醫師開立之處方並無任何強制力，亦無強制力可
13 命職能治療所必須依照處方進行職能治療或必須依照規定申
14 報職能治療費用之強制力；病患取得醫師處方後，得自由選
15 擇任一職能治療所進行職能治療、是否進行職能治療，因此
16 醫師縱於處方上記載應施作6次職能治療，亦非立即產生6次
17 職能治療之費用，仍須待被告依健保法第63條及審查辦法對
18 職能治療所所申報之醫療費用進行審查後，始可得知健保法
19 第64條中之「該費用」金額為多少，再核減原告申報之醫療
20 費用。

21 3.被告主張無庸就職能治療所所申報之職能治療項目進行審
22 查，即得依所屬原告醫師開立總價為0職能治療之處方之申
23 報資料，逕行抽樣審查並比例回推，核減原告747,287元之
24 診察費云云。惟倘被告無庸核定不予給付職能治療費用予職
25 能治療所，被告本得因核定不予給付原告，而可扣減原告所
26 申請之診察費，則根本無庸健保法第64條另行規定「……
27 『該費用』應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減
28 之。」，顯然被告主張造成健保法第64條形同具文；另被告
29 主張其須依健保法第64條始得追扣原告之診察費，顯然自相
30 矛盾，而不足採。

31 (五)被告不得據違法之行政慣例主張追扣：

01 被告主張向來處理醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構
02 調劑、檢驗、檢查或處置，且認醫師所開立之處方並不符合
03 與事服務機構間醫事服務合約之本旨時，皆係以醫師開立處
04 方之內容逕行抽樣審查並比例回推，追扣醫師所屬醫療機構
05 申報之醫療費用，本案亦為相同處理，而為合法云云。惟被
06 告空言有行政慣例，卻未提出相關證據證明有行政慣例存
07 在；再者，健保法第63條亦未授權被告得以抽樣審查及比例
08 回推之方式計算原告未申請之醫療費用，並據以核減已屬原
09 告依系爭合約而可取得之診療費，已如前述，則縱使被告歷
10 來皆以此計算金額，並據以核減醫事服務機構所申請之醫療
11 費用，亦不使保險人未依法律之行為取得合法性，而自始為
12 違法行為。

13 (六)所屬原告之醫師開立職能治療「處方箋」為履行雙方合約所
14 必要、有效且非過度之醫療服務，被告不得依健保法第64條
15 核減原告申報費用：

16 1.依健保法第64條規定，須被告核定不予給付且係可歸責於原
17 告所屬醫師時，被告始取得核減權。而此不予給付之費用，
18 為被告支付予職能治療所之職能治療費用，並非被告因同一
19 原因而給付予原告之費用，所核減對象係原告因對病患進行
20 精神科門診診察費等醫療費用，是核減權於性質上類似民法
21 第334條抵銷權，該權利有利於被告，依高雄高等行政法院8
22 9年度訴字第442號判決見解，被告就核減權確實存在之權利
23 發生事實應負舉證責任。

24 2.被告掌理全民健康保險醫療服務審查業務，就全民健康保險
25 醫療服務審查具有高度專業，是就原告是否確有審查辦法第
26 19條各款事由、是否可歸責於所屬原告之醫師二權利發生要
27 件，被告皆有能舉證證明。然而，就是否確「被告核定不
28 予給付」及「可歸責於所屬原告之醫師」等權利發生事實，
29 被告僅提出空泛記載0102A、0113A、0114A、0703A、0220A
30 等代碼之內部資料，然此並不能作為證明確實有權利發生事

01 實存在，且就其他權利發生事實之證據付之闕如，則被告並
02 未盡其舉證責任。

03 3.縱認被告無庸就權利發生事實負舉證責任，原告所屬醫師開
04 立之「職能治療」處方箋亦符合債之本旨，而無健保法第64
05 條之適用：

06 (1)本件被告以具有專業知識之醫師審查原告之醫療服務是否
07 合於上述「必要、且非無效或過度治療」之要件，其標準
08 並非診療結果是否正確或醫術高下，而在確認原告之醫療
09 服務在現有資源下，是否為必要，且非無效或過度治療。
10 而原告申報醫療點數、醫療費用之案件中，苟其病歷記載
11 完整而得支持其診斷與治療內容者，即合於醫事服務合約
12 本旨之附隨義務，被告經客觀審查後，若無明確理由判定
13 在現有醫療資源下，該醫療行為係非必要、無效或過度治
14 療者，即應認原告已依約踐履醫事服務合約之主義務，被
15 告即應依約給付醫療費用，而不得藉故推拖。

16 (2)原告之醫師開具「職能治療處方箋」，係根據就診病患實
17 際病況，經專業醫療知識判斷病症之治療方式後所作成，
18 且該處方之治療方式對於病患均屬必要，並非無效或過度
19 治療，且與醫療服務之本旨相符。被告之審查醫師係依據
20 原告送審之病歷進行審查並作成核扣結果，樣本數量明顯
21 過低，無從證明其他病患接受職能治療之效果為何，完全
22 忽視已接受職能治療且有顯著效果之病患，且審查醫師並
23 未實際接觸病患，僅以病歷進行書面審查結果，恐無法正
24 確判斷病患實際情況，且其認定結果究屬片面意見，若無
25 另行徵詢第三方客觀之專業意見前，實不得逕採為向原告
26 核減之依據，從而被告所為系爭核減函，容有認定事實不
27 當之違誤。

28 4.退萬步言，縱認所屬原告醫師開具「職能治療處方箋」未符
29 合兩造間契約，所得拒絕給付者應為原告申請之醫療費用即
30 診查費，而非職能治療之費用，則顯然被告核減原告申請之
31 醫療費用747,287元並無理由。

01 (七)原告訴之聲明第1項金額之由來，係原告依兩造系爭合約及
02 規定，向被告申報106年第1季醫療費用點數669,304點（1月
03 218,944點、2月209,844點、3月240,516點）；被告按月核
04 定點數，總計審查核減點數1,440,685點（1月444,595點、2
05 月736,595點、3月259,495點），送核費用審查後核定點數
06 為-711,381點（1月-225,651點、2月-526,751點、3月-18,9
07 79點），-711,381點依照106年第1季西醫基層總額結算後核
08 定金額為-726,247元（1月-211,993元、2月-503,881元、3
09 月-10,373元），再加上部分負擔21,040元（1月6,560元、2
10 月6,240元、3月8,240元），總計追扣747,287元（1月218,5
11 53元、2月510,121元、3月18,613元）。然而此金額並不包
12 含原告申報之106年第1季醫療費用點數669,304點部分，從
13 而，被告尚有原告申報之106年第1季醫療費用點數669,304
14 點尚未給付。且106年第1季點值已確定為0.96310727，故被
15 告應依照106年第1季西醫基層總額結算後核定醫療費用644,
16 612元（ $669,304 \times 0.96310727 = 644,612$ ）予原告。

17 (八)聲明：

- 18 1.被告應給付原告747,287元及自起訴狀繕本送達翌日起，按
19 年利率百分之5計算之法定利息。
- 20 2.被告應給付原告644,612元，及自112年12月28日起，按年利
21 率百分之5計算之法定利息。

22 四、被告答辯及聲明：

23 (一)有關原告106年1至3月醫療費用審查及核定，被告係依健保
24 法第63條第1項、第2項及審查辦法第19條等規定辦理，採取
25 抽樣方式進行審查，並以抽樣審查個案之核減點數等比例回
26 推計算出整體核減點數，再核算出整月最終核定點數。原告
27 診所抽樣審查個案核減內容，尚包含由原告診所醫師開立處
28 方箋交由其他保險醫事服務機構處置之職能治療項目，依健
29 保法第64條規定，該交付處方經審查核減之費用，應自醫師
30 所屬之原告診所申報之醫療費用核減之。健保法第64條係規
31 定，「醫師開立之處方」交由其他保險醫療機構處置，如該

01 處方內容經被告核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用
02 應自處方醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減，而不應
03 由接受處方之交付機構申報之醫療費用核減，原告主張顯係
04 誤解健保法第64條規定。

05 (二)系爭合約（特約職能治療所適用）第8條規定，特約職能治
06 療所依特約診所開立之處方，向被告申報費用，經被告審核
07 有不合規定且可歸責於特約職能治療所之事由，應於特約
08 職能治療所申請之費用中扣除；若屬被告特約醫療院所責任
09 者，應向特約醫院、診所扣除。準此，特約職能治療所必須
10 完全依照特約診所開立之處方，提供完整醫事服務，則不發
11 生不符規定核扣費用之情事；至診所交付處方內容是否符合
12 醫學常規、病情需要，則須由開立交付處方之醫師所屬醫療
13 機構申報之醫療費用案件為審查。被告辦理診所交付職能治
14 療處方之審查，及經審查核定不予給付費用，由開立處方醫
15 師所屬之醫療機構，申報之醫療費用核減之，皆依照健保法
16 第63條及第64條相關規定辦理。有關原告主張其開立總價為
17 0元之處方，被告辦理抽樣審查及回推追扣為違法且違約一
18 節，不符前開健保相關法令規定意旨，並不足採。

19 (三)原告雖主張被告並未舉證證明其所屬醫師開立職能治療處方
20 箋有何可歸責事由云云，惟原告106年1至3月醫療費用經被
21 告審核，依代碼表顯示，原告醫師開立之處方箋或有病歷資
22 料缺乏具體內容或過於簡略，或有非積極性或必要性之附件
23 治療/精神治療/社區復健/居家訪視等情事，被告業以106年
24 7月4日健保北字第1062322933號函、106年7月18日健保北字
25 第1062326570號函、106年8月8日健保北字第10623289832號
26 函等，通知原告審查結果在案，原告並未為後續申復、爭議
27 審議核定點數即已確定，尚無由原告再行爭執。

28 (四)聲明：原告之訴駁回。

29 五、上開事實概要欄所述之事實經過，除下列爭執事項外，其餘
30 為兩造所不爭執，並有系爭合約（原判決卷第25-42頁）、
31 被告106年10月2日健保北字第1061621582A號函（原判決卷

01 第43頁)、申復決定(原判決卷第45-47頁)、107年10月5
02 日衛部爭字第1073402881號爭議審定書(原判決卷第51-58
03 頁)、原判決(原判決卷第227-243頁)、最高行廢棄判決
04 (本院卷第13-22頁)等影本在卷可稽,自堪認為真正。是
05 本件爭執事項厥為:被告依健保法第64條規定,認定原告醫
06 師開立交由頡齡治療所處置之處方箋應不予核付,而有可歸
07 責於原告醫師之事由,自原告診所醫療費用中扣減74萬7千2
08 87元,是否適法?原告得否請求被告給付原告申報106年第1
09 季醫療費用64萬4千612元(計算方式為:點數669304X0.963
10 10727=644,612)?以下敘明之。

11 六、本院之判斷:

12 (一)本件原告提起一般給付訴訟,並無錯誤:

13 按司法院釋字第533號解釋意旨,保險人與醫事機構簽訂之
14 「全民健康保險特約醫事服務機構合約」具有行政契約之性
15 質,締約雙方如對契約內容發生履約爭議,屬於公法上爭議
16 事件,依行政訴訟法第2條、第8條第1項規定,應循提起公
17 法上一般給付訴訟之程序救濟。保險人與醫事機構間既為行
18 政契約,依健保法第6條第1項之規定,被告就醫事機構有關
19 醫療費用之核定,僅係基於行政契約就醫療費用所為之核
20 算,並非行政處分,如醫事機構不服,應循行政訴訟法第8
21 條之規定提起公法上一般給付訴訟為之。本件原核定所涉原
22 告申報醫療費用之追扣,依據前開說明,係屬行政契約履約
23 爭議,原告提起一般給付訴訟,即有所據,本院遂應判斷被
24 告應否負有給付(1)106年度1至3月遭被告追扣之系爭醫療
25 費用74萬7千287元及(2)106年第一季西醫基層總額結算後
26 核定之醫療費用64萬4千612元予原告之義務。

27 (二)全民健康保險為強制性之社會保險,於保險對象在保險有效 28 期間,發生疾病、傷害、生育事故時,依全民健康保險法規 29 定給與保險給付,為健保法第1條第2項所明定。又按健保法 30 第62條第1項規定:「保險醫事服務機構應依據醫療服務給 31 付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準,向保險人申

01 報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。」同條第3項規
02 定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審
03 查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服
04 務機構經審查後之點數，核付其費用。」、第63條規定：
05 「（第1項）保險人對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫
06 療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫
07 藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專
08 業機構、團體辦理之。（第2項）前項醫療服務之審查得採
09 事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方
10 式為之。（第3項）醫療費用申報、核付程序與時程及醫療
11 服務審查之辦法，由主管機關定之。……」；又前揭健保法
12 第63條第3項授權訂定之審查辦法第12條規定：「（第1項）
13 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
14 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
15 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
16 算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。（第
17 2項）結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥
18 付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予
19 以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申
20 請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補
21 付。」第19條規定：「保險醫事服務機構申報非屬於住院診
22 斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形
23 之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：一、治
24 療與病情診斷不符。……四、治療內容與申報項目或其規定
25 不符。……七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療
26 內容。……十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認
27 定。」第22條規定：「保險醫事服務機構申報之醫療費用案
28 件，保險人得採抽樣方式進行審查。前項抽樣方式得採用隨
29 機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回
30 推。隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與
31 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

01 體共同擬訂，並依本法第61條第4項規定研商後，由保險人
02 報請主管機關核定後公告。保險人得就保險醫事服務機構申
03 報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣
04 審查或全審。保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期
05 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
06 付作業之計算基礎。隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計
07 算方式如附表二。」上開審查辦法內容包含醫療服務申報及
08 支付、程序審查及專業審查等有關核付醫療服務費用等項
09 目，為簡化核付醫療服務費用、避免上開費用浮濫申報所必
10 要，並未逾越健保法等相關之規定，與法律尚無牴觸，行政
11 機關自可適用之。此外，依健保法第66條第1項之授權，制
12 定前揭特約及管理辦法，俾供被告與醫事服務機構作為辦理
13 全民健康保險醫療業務之準據，及訂立特約的內容，為醫事
14 服務機構於締結特約時所得預見，合先敘明。

15 (三)又按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責
16 任，民事訴訟法第277條前段定有明文，依行政訴訟法第136
17 條之規定，上開規定為行政訴訟程序所準用。保險醫事服務
18 機構依據與被告訂定之「全民健康保險特約醫事服務機構合
19 約」(下稱健保合約)，請求被告為醫療服務費用之給付，自
20 應就請求權發生之事實負舉證責任，亦即，原告就其業以保
21 險醫事服務機構地位，完成「合於健保合約本旨」之醫療行
22 為之事實，負舉證責任。全民健康保險屬於強制性社會保
23 險，以增進全體國民健康為目的，而提供醫療服務，其財源
24 除被保險人負擔部分保費外，主要仍係由全民稅收支應，故
25 為資源之合理配置，非為維持生理、心理機能正常狀態之必
26 要診療服務，即不應予保險給付。健保制度因屬於社會保險
27 之一環，其制度設計雖從保險之觀點出發，惟健保保險事
28 故，實際上是由被保險人發動，經由保險醫事服務機構診斷
29 認定並先行提供給付，而不待保險人之核定，故對於保險醫
30 事服務機構先行提供醫療及藥品之給付過程，保險人無法於
31 事前掌控其給付是否符合「必要」、「合目的」及「不浪

01 費」之經濟原則，因此在健保制度設計上，即須透過對保險
02 醫事服務機構之監督、及對醫療服務之審查，以健全保險人
03 之財務及營運，並發揮健保制度之效能。易言之，為平衡保
04 險人於健保給付中對被保險人給付之特性，與一般保險給付
05 由保險人先審後發之不同，從而就直接提供健保給付之醫事
06 服務機構，必須經過保險人嚴格縝密之標準審查，否則現實
07 上健保制度無以運作，此乃兩造系爭合約特別於第1條明定
08 須依照健保法、同法施行細則、全民健康保險醫事服務機構
09 特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、審查辦法辦理之
10 緣由。故就「醫療行為確有必要」、「並非無效或過度治
11 療」等給付要件，醫事服務機構即應負舉證責任。因此，被
12 告就申報費用之審查，乃在於決定保險醫事服務機構醫療服
13 務是否符合特約而應得對待給付，其標準並非在於評價診療
14 結果是否完美或醫術優劣高下，而在確認其醫療服務於現有
15 資源下是否為充分且必要。

16 (四)本件爭議審議決定雖以原告僅對被告追扣醫療費之認定存有
17 錯誤加以爭執，惟原告未於規定期限內申請爭議審議而確定
18 在案，其再對已確定之醫療費用點數有所爭執，顯無理由而
19 予以駁回。惟查，依目前健保相關法規之設計，醫療費用之
20 核付，保險人即被告先後需確認至少3項數據，其流程係經
21 醫事機構申報醫療點數，先由被告審查而為點數核定，次由
22 被告為各點點值之核定，最後再由點數、點值進而醫事機構
23 所得申領之醫療費用具體金額之核定，於最後醫療費用具體
24 金額核定前，固然經過數次核定，惟實質上應係同一醫事機
25 構申領醫療費用之先後階段，醫事機構若對最終具體金額醫
26 療費用之核定已依相關規定及約定提出申復、爭議審議及給
27 付訴訟時，若關係先前階段點數或點值核定時，自得就此一
28 併爭執。又點數之核定為履約內容之一部分，醫事機構如不
29 服該核定，無論於點數核定時為爭執，或於計算出具體金額
30 之醫療費用核定始行爭執，均無不可（最高行廢棄判決意旨
31 參照），亦先予敘明。

01 (五)經查，被告就原告申請106年1月、2月、3月門診醫療費用，
02 採抽樣方式進行審查，發現原告開立「職能治療」處方箋交
03 由頤齡職能治療所進行職能治療，因有審查辦法第19條第
04 1、4、7、17款之事由，遂依健保法第64條規定追扣原告之
05 醫療點數及醫療費用，及計算方式略以：原告分別於106年
06 1、2、3月「申請醫療費用點數」為：225,504、216,084、2
07 48,756（見附表一（B）欄）；「審查核減點數」分別為：4
08 44,595、736,595、259,495，共計1,440,685點（見附表一
09 第三欄）；「送核費用審查後核定點數」分別為：-225,65
10 1、-526,751、-18,979，其結算後之核定總額為-771,381
11 點。扣除送核費用審查後核定金額（0元）及部分負擔（21,
12 040元）後，106年度第1季西醫基層總額點值結算後核定總
13 金額為726,247元（見附表一（D）欄）。再加上部分負擔2
14 1,040元，其追扣金額即為747,287元（見附表一追扣/補付金
15 額（F）欄）等情，為兩造所不爭執，亦有被告相關函文及
16 原告106年1至3月門診醫療費用核定點數計算明細表等在卷
17 可稽，堪以採認。而原告對追扣之點數及醫療費用並未爭
18 執，或具體指明被告主張其治療非屬必要乙節有何不實之
19 處，僅一再主張其就「職能治療」項目未向被告申報或領取
20 醫療費用，其既未保有可供被告追扣之醫療費用利益存在，
21 被告猶向其追扣點數及醫療費用747,287元，顯屬違法云
22 云。惟查：

- 23 1. 按健保法第64條規定：「醫師開立處方交由其他保險醫事服
24 務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，
25 且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報
26 之醫療費用核減之。」，蓋醫師開立之處方倘係交由其他保
27 險醫事服務機構依處方調劑、檢驗、檢查或處置，如該處方
28 內容經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應
29 自該處方醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之，不應
30 由接受處方之交付機構申報之醫療費用核減。而原告卻對該
31 法條自行解釋為：「其他保險醫事服務機構依醫師開立處方

01 進行調劑、檢驗、檢查或處置而申報費用，所申報費用經保
02 險人核定不予給付。」，查前開條文並未涉及其他保險醫事
03 服務機構申報費用事項，原告之主張顯與健保法第64條規範
04 意旨不合。

- 05 2. 再查，本院依職權函詢衛福部有關審查辦法第18條及第22條
06 所謂「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件」所應審查該
07 類案件之項目，究竟有無包含保險醫事服務機構醫師所開立
08 處方箋所指交付職能治療或物理治療之項目及費用在內？衛
09 福部函覆以：「……二、有關保險醫事服務機構所開立交付
10 處方之職能治療或物理治療項目及費用是否適用審查辦法規
11 定一節：（一）依據全民健康保險法第63條規定略以：
12 『……』爰保險人於『各約醫事服務機構門診醫療費用點數
13 申報格式及填表說明』規定，診所對於處方交付案件以不計
14 價方式申報交付處方項目，以利保險人審查其開立處方內容
15 之適當性（含數量）及品質。故該類案件自涵括於審查辦法
16 第18條及第22條規定之『保險醫事服務機構申報之醫療費用
17 案件』。（二）另健保法第64條亦明定：『醫師開立處方交
18 由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險
19 人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所
20 屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。』（三）綜上，職
21 能（物理）治療所係依據醫師所開立交付之處方提供醫療服
22 務，該類醫療服務之適當性（含數量）應歸屬處方開立醫師
23 責任，爰適用審查辦法第18條及第22條所定之案件。」（衛
24 福部112年6月16日衛部保字第1120123748號函，本院卷第37
25 1-373頁）。足見健保法第64條係規定，「醫師開立之處
26 方」交由其他保險醫療機構處置，如該處方內容經被告核定
27 不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自處方醫師所屬之
28 醫療機構申報之醫療費用核減，而不應由接受處方之交付機
29 構申報之醫療費用核減，原告主張健保法第64條並無審查辦
30 法第18條或第22條之適用云云，自無理由。

01 3. 況查：依據第三人頤齡診所與被告簽署之全民健康保險特約
02 醫事服務機構合約第八條，亦明文規定：「乙方（即頤齡診
03 所）依甲方特約醫院、診所開立之處方、轉檢單或提檢驗服
04 務，向甲方申報費用，經甲方審核有不合規定並可歸責於
05 乙方之事由，甲方應於乙方申請之費用中扣除；若屬甲方特
06 約醫療院所責任者，甲方應向甲方特約醫院、診所扣除。」
07 （本院卷第275頁）。足見特約職能治療所依特約診所開立
08 之處方，向被告申報費用，經被告審核有不合規定且可歸
09 責於特約職能治療所之事由，應於特約職能治療所申請之費
10 用中扣除；若屬被告特約醫療院所責任者，應向特約醫院、
11 診所扣除。準此，特約職能治療所必須完全依照特約診所開
12 立之處方，提供完整醫事服務，則不發生不符規定核扣費用
13 之情事；至診所交付處方內容是否符合醫學常規、病情需
14 要，則須由開立交付處方之醫師所屬醫療機構申報之醫療費
15 用案件為審查。本件被告辦理診所交付職能治療處方之審
16 查，及經審查核定不予給付費用，由開立處方醫師所屬之醫
17 療機構申報之醫療費用核減之，皆依健保法第63條及第64條
18 相關規定辦理，原告主張：被告僅得就原告所申請之醫療費
19 用點數進行抽樣審查比例回推計算醫療費用、健保法第64條
20 之「該費用」並不能自所屬醫師開立之處方箋依照審查辦法
21 第18條或22條進行抽樣審查比例回推云云，顯然與法條規定
22 意旨不符，其主張自不足採。

23 (六)原告復主張：原告之醫師開具「職能治療」處方箋，係根據
24 就診病患實際病況，經專業醫療知識判斷病症之治療方式後
25 所作成，治療方式對於病患均屬必要，並非無效或過度治
26 療，且與醫療服務之本旨相符；被告之審查醫師係依據原告
27 送審之病歷進行審查並作成核扣結果，樣本數量明顯過低，
28 無從證明其他病患接受職能治療之效果為何，完全忽視已接
29 受職能治療且有顯著效果之病患，且審查醫師並未實際接觸
30 病患，僅以病歷進行書面審查結果，恐無法正確判斷病患實
31 際情況，且其認定結果究屬片面意見，若無另行徵詢第三方

01 客觀之專業意見前，實不得逕採為向原告追扣之依據，從而
02 被告所為系爭追扣函，容有認定事實不當之違誤云云。經
03 查：

- 04 1. 本件原告與被告簽訂系爭合約，向被告申報106年1至3月門
05 診醫療服務費用，業被告提出之門診醫療費用核定點數計算
06 明細表及門診醫療費用核定總表、抽樣暨核檢經單等報表補
07 充資料（本院卷第101至第133頁）為證。依前揭審查辦法第
08 22條第1、2項規定可知，除醫事機構申報之醫療費用案件，
09 保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣方式得採隨機或立意抽
10 樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。查原告善
11 源診所106年1月、2月、3月（費用年月）醫療費用之審查，被
12 告係依其申報之醫療費用案件以抽樣方式進行審查，106年1
13 月抽審案件為案件分類04（西醫慢性病）、流水號30等20筆
14 案件，106年2月抽審案件為案件分類08（慢性病連續處方調
15 劑）、流水號5等20筆案件，106年3月抽審案件為案件分類0
16 4、流水號96等20筆案件。被告對每一筆抽審案件依其申報
17 項目內容（含有診察費、交付職能治療費用、檢查費、藥費
18 等項目）進行專業審查，並以抽樣審查個案之核減點數等比
19 例回推計算出整體核減點數，再核算出整月最終核定點數於
20 法並無不合，原告對此亦不爭執（原告補充理由(四)狀第四
21 點，本院卷第180頁）。被告對於原告申報點數106年1月份
22 核定為-225,651點，106年2月份核定為-526,751點，106年3
23 月份核定為-18,979點（計算式如前所述爭議審定書理由
24 （七），被告答辯狀證據卷第67頁）即無不合。被告並分別
25 於106年4月17日以健保北字第1062310672號函（被告答辯狀
26 證據卷第32-33頁）、106年5月4日以健保北字第1062316440
27 號函（被告答辯狀證據卷第34-35頁）、106年6月7日以健保
28 北字第1062321267號函（被告答辯狀證據卷第36-37頁），
29 檢送門診醫療費用核定總表等相關資料（被告答辯狀證據卷
30 第38-40頁），將費用核定結果通知原告在案。原告對前揭
31 核定提出申復，被告審查結果仍維持原核定，不同意補付；

01 並分別於106年7月4日以健保北字第1062322993號函、106年
02 7月18日以健保北字第1062326570號函、106年8月8日以健保
03 北字第1062328983號函將複核結果送達通知原告在案（被告
04 答辯狀證據卷第41-49頁）。

05 2. 原告另主張被告未舉證證明所屬原告之醫師親自看診並依醫
06 療專業作成處方箋有何不予給付、並可歸責於原告醫師之事
07 由及證據云云，然查依據兩造系爭合約第九條規定：「本保
08 險特約藥局、物理治療所、職能治療所、醫事檢驗所及醫事
09 放射所一乙方開立之處方箋向甲方申報費用，經甲方審核有
10 不符規定並可歸責於乙方之事由，甲方應於乙方申請之費用
11 中扣還；……」（被告答辯狀證據卷第5頁），被告既已提
12 出原告106年1至3月抽審案件未提申復27件個案之醫療費用
13 明細、抽審個案釋出處方與頤齡職能治療所申報個案之費用
14 明細暨西醫專業審查不予支付理由代編碼說明等資料在卷可
15 稽（本院卷第163-173頁）。依代碼表顯示，原告醫師開立
16 之處方箋或有病歷資料缺乏具體內容或過於簡略（0102
17 A），或有非積極性或必要性之附件治療/精神治療/社區復
18 健/居家訪視（0703A）、非必要之連續就診（0005A）、不
19 同病患但所附資料均雷同（0113A）、所附病歷資料每次記
20 載內容均同一（0114A）、本患者在該院所之看診次數頻
21 繁，依據病況及病歷記錄判斷並無需如此頻繁就醫，且亦不
22 符醫療常理；屬非必要之連續就診，另應加強對病患之說
23 明/衛生教育（0220A）等情事，亦有原告所提申復清單上被
24 告審查醫師所為之審核意見可稽（見原判決第123-187
25 頁）。原告對於「醫療行為確有必要」、「並非無效或過度
26 治療」等給付要件，即應負舉證責任，原告既未舉證前揭資
27 料有何項證據不符之事項，僅空言被告審查認定結果屬片面
28 意見云云，即無所據，不足採信。

29 七、綜上所述，被告依健保法第64條規定，認定原告醫師開立交
30 由頤齡治療所處置之處方箋應不予核付，而有可歸責於原告
31 醫師之事由，自原告診所醫療費用中扣減74萬7千287元，於

01 法有據。又因106年1-3月被告審查核減點數共計1,440,685
02 點，扣除原核定所扣減的點數771,381點之後，尚有669,304
03 點，原告主張原告另請求被告應給付106年第1季西醫基層總
04 額結算後核定醫療費用644,612元（669,304×0.96310727=64
05 4,612）元及自112年12月28日起至清償日止按年利率百分之
06 5計算之利息，亦無所據，原告訴請給付如聲明所示，為無
07 理由，應予駁回。

08 八、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及聲明陳述，於
09 判決結果無影響，爰不逐一論列，附此敘明。

10 九、據上論結，本件原告之訴為無理由，爰判決如主文。

11 中 華 民 國 113 年 12 月 12 日

12 審判長法官 侯志融

13 法官 郭淑珍

14 法官 張瑜鳳

15 一、上為正本係照原本作成。

16 二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭
17 提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內
18 補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，
19 應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附
20 繕本）。

21 三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，
22 逕以裁定駁回。

23 四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟
24 法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不
25 委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。
26

得不委任律師為訴訟代理人之情形	所 需 要 件
(一)符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1. 上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。

	<ol style="list-style-type: none"> 2. 稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
<p>(二)非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2. 稅務行政事件，具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4. 上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
<p>是否符合(一)、(二)之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出(二)所示關係之釋明文書影本及委任書。</p>	

02 中 華 民 國 113 年 12 月 12 日
03 書記官 李宜蓁