

邱昌榮即邱牙醫診所釋憲聲請書

為臺北高等行政法院 98 年度訴字第 285 號判決所適用當時有效之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 6 條第 1 項規定，附加法律所無之限制，有違憲法第 23 條之法律保留原則，並致聲請人於憲法第 15 條所保障之財產權遭受不法侵害，因發生有牴觸憲法之疑義，業用盡救濟途徑，經最高行政法院 98 年度裁字第 2219 號以上訴不合法裁定駁回而確定，爰依據司法院大法官審理案件法第 5 條第 1 項第 2 款之規定，聲請解釋憲法。

又因本件原因案件之再審即將罹於五年之不變期間，爰先行併提起再審，聲請貴院為暫時處分，許聲請人得先為再審之聲請，並令受訴法院停止再審程序之進行至本件為解釋或決定作成之時。

壹、聲請暫時處分部分：

一、為暫時處分之聲明：

- (一)聲請人得先以本件解釋之聲請，依原因案件適用之程序，就原因案件向管轄法院聲請再審。
- (二)受理再審聲請之法院，於訴訟繫屬後，應通知關係人關於再審之聲請，並於本件解釋之聲請作成解釋或決定前，停止再審程序之進行。

二、聲請暫時處分之理由：

- (一)按司法院釋字第 599 號解釋闡釋所謂暫時處分之意義及要件謂「司法院大法官依據憲法獨立行使憲法解釋及憲法審判權，為確保其解釋或裁判結果實效性之保全制度，乃司法權核心機能之一，不因憲

法解釋、審判或民事、刑事、行政訴訟之審判而異。如因系爭憲法疑義或爭議狀態之持續、爭議法令之適用或原因案件裁判之執行，可能對人民基本權利、憲法基本原則或其他重大公益造成不可回復或難以回復之重大損害，而對損害之防止事實上具急迫必要性，且別無其他手段可資防免時，即得權衡作成暫時處分之利益與不作成暫時處分之不利益，並於利益顯然大於不利益時，依聲請人之聲請，於本案解釋前作成暫時處分以定暫時狀態。」（司法院釋字第 585 號解釋亦類此旨趣）。

準此，依上開解釋之說明，暫時處分之要件係因系爭憲法疑義或爭議狀態之持續、爭議法令之適用或原因案件裁判之執行，對人民基本權利、憲法基本原則或其他重大公益造成不可回復或難以回復之重大損害，而對損害之防止，暫時處分具有事實上必要性及最後手段性，並且經權衡為利益顯大於不作成之不利益者，即得依聲請人之聲請，於本案解釋前作成暫時處分以定暫時狀態。

（二）聲請人聲請就系爭規定為解釋，如經解釋確與憲法意旨不合，依歷來之解釋及法律規定，原得為再審之聲請，乃聲請人訴訟權保障之救濟。

按司法院釋字第 177 號解釋明示：「人民聲請解釋，經解釋之結果，於聲請人有利益者，為符合司法院大法官會議法第四條第一項第二款，許可人民聲請解釋之規定，該解釋效力應及於聲請人

據以聲請之案件，聲請人得依法定程序請求救濟。」又司法院釋字第 185 號解釋明揭：「司法院解釋憲法，並有統一解釋法律及命令之權，為憲法第七十八條所明定，其所為之解釋，自有拘束全國各機關及人民之效力，各機關處理有關事項，應依解釋意旨為之，違背解釋之判例，當然失其效力。確定終局裁判所適用之法律或命令，或其適用法律、命令所表示之見解，經本院依人民聲請解釋認為與憲法意旨不符，其受不利確定終局裁判者，得以該解釋為再審或非常上訴之理由」，司法院釋字第 188 號解釋亦謂：「本院就法律或命令所為之統一解釋，既為各機關適用法令之準據，於其處理引起歧見之案件及同類案件，適用是項法令時，自亦應有其適用。惟引起歧見之該案件，如經確定終局裁判，而其適用法令所表示之見解，經本院解釋為違背法令之本旨時，即屬適用法規顯有錯誤或違背法令，為保護人民之權益，應許當事人據該解釋為再審或非常上訴之理由，依法定程序請求救濟。」是司法院解釋憲法，並有統一解釋法令之權。如終局裁判所適用之法令，經解釋與憲法意旨不符、或經統一解釋認終局裁判之見解違背法令之本旨，均得依所適用之程序，為再審或非常上訴之救濟，乃基於「有權利，斯有救濟」之訴訟權保障基本法理。行政訴訟法第 273 條第 2 項亦明定「確定終局判決所適用之法律或命令，經司法院大法

官依當事人之聲請解釋為牴觸憲法者，其聲請人亦得提起再審之訴。」即本此意旨所訂定。

- (三)原因案件係就系爭規定已終局生確定力，並因此違憲疑義造成確定狀態之繼續，經五年而罹於不變期間，有因系爭憲法疑義或爭議狀態之持續、爭議法令之適用或原因案件裁判之確定而時效進行，致判決之確定罹於時效，而致使聲請人因前揭解釋所得救濟之權利及原因案件所涉之財產權，發生不可回復之損害。

按司法院釋字第 209 號解釋明揭：「確定終局裁判適用法律或命令所持見解，經本院解釋為違背法令之本旨時，當事人如認有民事訴訟法第四百九十六條第一項第一款之再審理由，提起再審之訴或聲請再審者，其起訴或聲請之法定不變期間，參照同法第五百條第二項但書規定，應自該解釋公布當日起算，始足保障人民之權利。惟確定終局裁判適用法規錯誤，係原確定裁判所生之瑕疵，故民事裁判確定已逾五年者，依同法第五百條第三項規定，仍不得以其適用法規顯有錯誤而提起再審之訴或聲請再審，俾兼顧法律秩序之安定性」，是聲請人聲請解釋憲法或統一解釋，縱經貴院解釋與憲法意旨不合或終局裁判之見解與法令本旨不合，如法律已明定自確定時起，經長不變期間而不得提起救濟時，為兼顧法安定性，仍不能提起救濟。

行政訴訟法第 276 條第 4 項本文明定「再審之訴自判決確定時起，如已逾五年者，不得提起。」即有如民事訴訟法之五年不變期間之規定。又本件原因案件經最高行政法院 98 年裁字第 2219 號於 98 年 9 月 17 日裁定駁回，經送達聲請人而確定。自本件聲請解釋起算，距終局判決確定後五年之不變期間屆至，已不足半年，依一般解釋自聲請至作成之時間，難期解釋得於時效完成前作成，而使救濟罹於期間。

職此之故，本件於作成解釋前，即會因為違憲爭議之持續及裁判確定力之進行，而終罹於不變期間而不能提起再審，致聲請人得據解釋基於訴訟權保障之旨趣聲請救濟之權利及原因案件所涉之財產權，發生不能回復之損害。

(四)暫時處分具有必要性及最後手段性：

如前揭之說明，貴院歷來解釋業已肯定法律明定長不變期間與憲法意旨並無違誤，是依法律明文之規定，一旦罹於期間，即無任何其他救濟管道可循。因聲請人聲請本件解釋時，尚在期間之內，不過因作成解釋之日可能向後罹於期間，而依司法程序共通之保全法理，聲請暫時處分，當屬必要，亦因別無救濟而有最後手段性。

(五)利益均衡之判斷：

本件於作成或不作成暫時處分間，係原因案件救濟可能性全有或全無之差異。另作成處分之

利益，即聲請人救濟之可能性，即系爭規定違憲可能性，形式上觀之略可認為係以命令為消滅時效之規定，違反法律保留原則，是其違憲可能性即聲請人救濟可能性甚高。是故作成處分之利益顯然應遠大於不作成處分之不利益。另就前揭解釋明揭其旨趣為法安定性之兼顧以觀，本件關係人如於期間內受通知，亦得及時準備相關訴訟文書，俾免罹於期間後受證據資料取得困難之限制。對司法機關而言，亦不過為訴訟之備案，不生過度之勞費，卻使聲請憲法解釋之終局目的得以保全，准予暫時處分應屬合理而均衡。

(六)綜上所述，本件因法律就原因案件之再審，有長不變期間之規定，雖聲請人於期間內提出解釋之聲請，惟依通常情形，甚難期待原因案件違憲爭議解決時，尚未罹於期間。倘一旦罹於期間，對聲請人原因案件之財產權及聲請解釋可能救濟之訴訟權，均發生不可回復之損害。又此係依法律規定而來，並經歷來解釋肯認其正當性，是聲請暫時處分有其必要並具有最後手段性。並此係得否救濟之全有全無問題，兼衡本件系爭規定違憲之可能性，為暫時處分之利益顯然遠大於不利益，應准予暫時處分。

(七)暫時處分之聲請，與民事或行政上假處分或定暫時狀態處分類同，其聲請之聲明並不拘束受理保全聲請之法院。準此，如認聲請人聲明之保全方法有所不當，然保全之目的及理由尚屬正當時，亦請貴院

於保全目的之範圍內，為適當之處分。

貳、解釋憲法之目的：

民國（下同）102 年 1 月 1 日「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」（下稱「新審查辦法」）修正施行前之「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」（下稱「舊審查辦法」或「審查辦法」）第 6 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」

（下稱「系爭規定」），違反憲法第 23 條法律保留原則，應屬違憲。

參、疑義之性質及經過：

一、本件原因事實略以：

（一）聲請人於 91 年 9 月 23 日與當時行政院衛生署中央健康保險局（現改為衛生福利部中央健康保險署，下稱「健保局」）簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約（下稱健保特約醫事機構合約），約定由聲請人提供全民健康保險之保險對象醫療服務後，向健保局申請核付醫療費用。

（二）聲請人申報之 94 年 6 月、7 月、8 月、11 月、12 月、95 年 1 月醫療費用，經健保局以聲請人檢附之資料不齊全，核刪上開月份所有的費用。然聲請人認為健保局所要求之簿冊或文書，並非法定或約定應製備之文件，顯然於請領醫療服務費用時，課以聲請人法律及契約所無之義務，認無補正之必要而健保局仍有給付之義務。案經申請審議，並先後經

臺北高等行政法院 97 年 5 月 29 日 96 年度訴字第 2862 號判決駁回後，提起上訴，經最高行政法院 97 年 8 月 21 日 97 年度裁字第 4058 號裁定駁回確定。

(三)嗣聲請人因敗訴確定，分再於 97 年 9 月 25 日及 97 年 10 月 20 日向健保局補送其要求提出之文件，重行申請給付醫療服務費用。經健保局北區分局以系爭月份醫療費用業依申報、審查及核定等程序完成，並經上訴人提起行政救濟後經終審法院駁回確定，無法重為核定，經申請審議及行政訴訟。

(四)案經臺北高等行政法院 98 年度訴字第 285 號判決以「本件縱認……非屬同一事件，惟因原告未能於 2 年期限內完成合法申報程序……，則被告依系爭健保特約醫事機構合約第 12 條及醫療服務審查辦法第 5 條及第 6 條第 1 項規定，否准原告給付系爭醫療費用之請求，洵屬有據。」引用系爭規定駁回聲請人之訴，並經最高行政法院 98 年度裁字第 2219 號以上訴不合法裁定駁回而確定，用盡救濟途徑。

二、聲請人認為終局裁判所適用之法律即全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 6 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」涉有違反法律保留原則之違憲疑義，不法侵害其財產權，爰依司法院大法官審理案件法第 5 條第 1 項第 2 款，聲請解釋憲法。

三、本件涉及之憲法條文及疑義：

(一)按憲法第 15 條明定：「人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。」司法院釋字第 580 號解釋進一步闡釋財產權之內涵稱：「基於個人之人格發展自由，個人得自由決定其生活資源之使用、收益及處分，因而得自由與他人為生活資源之交換。憲法第十五條保障人民之財產權，使財產所有人得依財產之存續狀態行使其自由使用、收益及處分之權能，以確保人民所賴以維繫個人生存及自由發展其人格之生活資源」(司法院釋字第 596 號解釋亦闡明同一旨趣)，本件所涉全民健康保險之給付，係聲請人基於保險關係，為被保險人提供醫事服務後，向保險人請求給付服務費用之權利，系爭規定就申報以請求給付之行為，逾越申報期限二年者，即不予支付，對請領給付之財產權予以行使期間之限制。

(二)又按憲法第 23 條明定：「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」其中「以法律限制之」即所謂法律保留原則之依據。至法律保留原則之內涵，司法院釋字第 443 號解釋闡析甚詳謂：「憲法所定人民之自由及權利範圍甚廣，凡不妨害社會秩序公共利益者，均受保障。惟並非一切自由及權利均無分軒輊受憲法毫無差別之保障：關於人民身體之自由，憲

法第八條規定即較為詳盡，其中內容屬於憲法保留之事項者，縱令立法機關，亦不得制定法律加以限制（參照本院釋字第三九二號解釋理由書），而憲法第七條、第九條至第十八條、第二十一條及第二十二條之各種自由及權利，則於符合憲法第二十三條之條件下，得以法律限制之。至何種事項應以法律直接規範或得委由命令予以規定，與所謂規範密度有關，應視規範對象、內容或法益本身及其所受限制之輕重而容許合理之差異：諸如剝奪人民生命或限制人民身體自由者，必須遵守罪刑法定主義，以制定法律之方式為之；涉及人民其他自由權利之限制者，亦應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定時，其授權應符合具體明確之原則；若僅屬與執行法律之細節性、技術性次要事項，則得由主管機關發布命令為必要之規範，雖因而對人民產生不便或輕微影響，尚非憲法所不許。又關於給付行政措施，其受法律規範之密度，自較限制人民權益者寬鬆，倘涉及公共利益之重大事項者，應有法律或法律授權之命令為依據之必要，乃屬當然。」即一般學說上所謂「層級化法律保留」原則，就本案而言，係涉及人民其他自由權利之限制者，亦應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定時，其授權應符合具體明確之原則，始與法律保留原則無違。

（三）系爭規定即舊審查辦法第6條第1項規定：「保險

醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」其授權基礎係 83 年 7 月 19 日制定之全民健康保險法第 52 條：「保險人為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，應遴聘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；其審查辦法，由主管機關定之。」乃概括授權而為訂定之時效規定，其與法律保留原則，即難謂無抵觸之疑義。

四、聲請人對本案所持之立場與見解，系爭規定違反法律保留原則，應為違憲。

(一)系爭規定係一種時效之規定，依釋字第 474 號解釋，應以法律為之，系爭規定以命令為之，應屬違憲。

1. 按司法院釋字第 474 號解釋明揭：「時效制度不僅與人民權利義務有重大關係，且其目的在於尊重既存之事實狀態，及維持法律秩序之安定，與公益有關，須逕由法律明定，自不得授權行政機關衡情以命令訂定或由行政機關依職權以命令訂之。」認為時效制度涉及法律秩序之安定，且與人民權利義務有重大關係，僅得以法律明定，不得授權行政機關衡情以命令訂定或由行政機關依職權以命令訂之。
2. 依系爭規定後續修正之過程，可知其為一時效規定：

參酌系爭規定於修正後，於移列於新審查辦法第 5 條時，即加以刪除，理由為「配合本法第六十二條第二項規範保險醫事服務機構醫療費用之申報期限，爰予刪除。」復參考 100 年 1 月 4 日修正之全民健康保險法第 62 條第 2 項「前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。」該條項係行政院版草案第 59 條第 2 項及黃淑英等 29 名委員提案版第 59 條第 2 項，立法理由均為「依司法院釋字第五三三號解釋，保險人與保險醫事服務機構間簽訂之合約具有行政契約性質，則保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權，應屬公法上之請求權，依行政程序法第一百三十一條規定，除法律有特別規定外，因五年不行使而消滅。準此，如本法未有特別規定，醫療費用請求權時效即為五年。惟全民健康保險全面實施總額預算，請求時效過長，將導致結算之困難，爰增訂第二項以為特別規定。」由此系爭規定之修正沿革，尤以最終全民健康保險法第 62 條第 2 項立法理由明示為時效規定可知，系爭規定乃為時效規定，甚為明顯。

3. 自實質上言之，所謂時效制度，係以一定的期間經過為要件，使權利發生得、喪、變更之效果。系爭規定明定以兩年之期間經過，不予給付，使

聲請人請求給付之權利，生失權之效果，即屬一種時效之規定。依前揭解釋意旨，此種限制僅得以法律為之，亦不得以法律授權之命令為之。系爭規定係一種行政命令，不得為時效之限制。

4. 職此之故，系爭規定以命令為時效之規定，顯然牴觸法律保留原則，應屬違憲。

(二)退言之，縱認得以明確授權之命令為系爭規定之基礎，然其授權依據為概括之授權，僅得就程序性、細節性之事項為規範，系爭規定為時效之明文，亦有違反授權明確性之原則，應屬違憲。

1. 關於立法機關授權行政機關發布命令限制人民權利者，應以具體明確之授權為之，即應符合「授權明確性」原則，司法院釋字第 680 號解釋闡謂：「立法機關以委任立法之方式，授權行政機關發布命令，以為法律之補充，雖為憲法所許，惟其授權之目的、內容及範圍應具體明確。至於授權條款之明確程度，則應與所授權訂定之法規命令對人民權利之影響相稱。」又司法院釋字第 394 號解釋亦闡謂：「法律授權訂定命令者，如涉及限制人民之自由權利時，其授權之目的、範圍及內容須符合具體明確之要件；若法律僅為概括授權時，固應就該項法律整體所表現之關聯意義為判斷，而非拘泥於特定法條之文字；惟依此種概括授權所訂定之命令祇能就執行母法有關之細節性及技術性事項加以規定，尚不得超越法律授權

之外，逕行訂定制裁性之條款，此觀本院釋字第三六七號解釋甚為明顯。」準此，法律授權行政機關發布命令，以為法律之補充，雖為憲法所許，惟其授權之目的、內容及範圍應具體明確，其程度應與對人民權利之影響相稱，如僅為概括授權時，祇能就執行母法有關之細節性及技術性事項加以規定，尚不得超越法律授權之外，逕行訂定制裁性之條款。

2. 系爭規定之授權基礎係 83 年 7 月 19 日制定之全民健康保險法第 52 條：「保險人為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，應遴聘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；其審查辦法，由主管機關定之。」顯係極其空泛之概括授權，而其效果在創設應以法律規定之時效規範，顯然與授權明確性原則不合，亦非細節性、技術性事項，超出授權範圍而為法律所無之限制，對遲誤期間的聲請人予失權之制裁性效果。

3. 職此之故，縱以授權明確性觀之，系爭規定其授權基礎為概括授權，且與授權明確性原則不合，亦超出授權範圍而對遲誤期間的聲請人予失權之制裁性效果，顯然違反授權明確性原則而為違憲。

(三)綜上所述，參酌後續修正之沿革，並立基於現今之法制架構以回顧，明顯可發現系爭規定乃歷史上之

錯誤。自 90 年 11 月 16 日司法院釋字第 533 號解釋以後，全民健康保險法確立為行政契約後，其醫療費用請求權時效即應適用行政程序法規定為五年，系爭規定所以定為二年，無非基於行政程序法施行前，就醫療費用請求權類推適用民法短期時效規定而來。由是可知，於健保特約之行政契約性質確立前，因遭誤認為私法契約，故系爭規定雖定其內容，惟其效果僅屬重申民法規定之注意規定。然於貴院解釋、並行政程序法施行後，公法請求權時效為五年，則系爭規定二年之時效期間，反而成為效力規定，具有限制時效利益之效果，因而違背法律保留原則。

此項法制上更迭之錯誤，直到全民健康保險法於 100 年修正時，始經立法者加以注意其時效為五年，而終以法律明文加以限縮。本件聲請人爭議發生之時，已為貴院解釋並行政程序法施行多年以後，乃行政機關及法院均未見及此，致歷審均援此為聲請人不利之判斷，致對聲請人構成侵害，如今想來，不勝唏噓。系爭規定雖已因立法而廢止，惟聲請人既仍有救濟之可能，只盼時效將近完成之此刻，能藉貴院之解釋，平復聲請人之冤屈。

肆、為此狀請貴院明鑒，以維權益。

謹 狀

司法院大法官

具狀人：邱 昌 榮 即邱牙醫診所

撰狀人：劉繼蔚律師

中華民國 103 年 6 月 17 日

(附件)

臺北高等行政法院判決

98 年度訴字第 00285 號

98 年 5 月 21 日辯論終結

原 告 邱昌榮即邱牙醫診所

被 告 中央健康保險局

代 表 人 朱澤民 (總經理)

訴訟代理人 景玉鳳 律師

複 代 理 人 陳家良 律師

上列當事人間因全民健康保險事件，原告提起本件行政訴訟，本院判決如下：

主 文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事 實

一、事實概要：本件原告（醫事機構代號：3733020046）於民國（下同）91 年 9 月 23 日與被告簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約（下稱健保特約醫事機構合約），約定由原告提供全民健康保險之保險對象醫療服務後，向被告申請核付醫療費用。原告申報之 94 年 6 月、7 月、8 月、11 月、12 月、95 年 1 月醫療費用，經被告以原告檢附之資料不齊全，核刪上開月份所有的費用。原告不服，申請審議，經全民健康保險爭議審議委員會以 96 年

2月27日健爭審字第0960006091號、第0960006092號審定書及96年5月30日健爭審字第0960009355號審定書撤銷原核定，由原核定機關另為適當之核定。嗣經被告所屬北區分局重新核定，以其再次函請原告補附資料，仍未獲補送為由，以96年6月15日健保桃診所字第0960007345號函、96年8月7日健保桃診所字第0960007480號函維持原議不予補付。原告不服，提起行政訴訟，經本院97年5月29日96年度訴字第2862號判決駁回後，提起上訴，經最高行政法院97年8月21日97年度裁字第4058號裁定駁回確定。嗣原告分別再於97年9月25日及97年10月20日向被告補送系爭月份就醫日報表、實體病歷影本、所需X光片及醫令清單等資料，申請被告所屬北區分局重為核定給付，經該分局以系爭月份醫療費用業依申報、審查及核定等程序完成，並經原告提起行政救濟後經終審法院駁回確定，無理由重為核定，分別以97年10月14日健保桃診所字第0970007627號、97年11月12日健保桃診所字第0970007707-A號函復礙難受理，並檢還上開資料。原告不服，申請審議，經全民健康保險爭議審議委員會以98年1月5日健爭審字第0970010554號書函回覆不予受理，遂提起本件給付訴訟。

二、兩造聲明：

(一)原告聲明：

- 1、被告應給付原告新臺幣(下同)2,878,667元(即94年6月份之455,630元、同年7月份之423,573

元、同年 8 月份之 542,620 元、同年 11 月份之 488,239 元、同年 12 月份之 479,790 元、95 年 1 月份之 488,815 元) 及自 97 年 11 月 25 日起至清償日止，按年息 5% 計算之利息。

2、訴訟費用由被告負擔。

(二) 被告聲明：

1、駁回原告之訴。

2、訴訟費用由原告負擔。

三、兩造之爭點：

(一) 原告主張之理由：

1、行政訴訟法第 2 條規定：「公法上之爭議，除法律別有規定外，得依本法提起行政訴訟。」第 8 條第 1 項規定：「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。」原告係保險醫事服務機構，與被告訂有健保特約醫事機構合約，兩造間為公法上行政契約之法律關係。故原告就申請系爭月份醫療費用之給付，屬因公法上契約所發生之給付，自得依健保特約醫事機構合約約定，依行政訴訟法第 8 條規定提起本件給付訴訟。又本件請求之利息與前案（即本院 96 年度訴字第 2862 號）不同，故與前案之訴訟標的不同，並無同一事實法律關係之情事，應無一事不再理之適用。

2、原告與被告訂定健保特約醫事機構合約，由原告提供全民健康保險之保險對象醫療服務。原告申報系爭月份之醫療給付，經被告以檢附之資料不齊全，核刪所有醫療費用。原告不服，申請審議，經全民健康保險爭議審議委員會以 96 年 2 月 27 日健爭審字第 0960006091 號（94 年 11、12 月份、95 年 1 月份）、第 0960006092 號（94 年 6、7 月份）、96 年 5 月 30 日健爭審字第 0960009355 號（94 年 8 月份）審定書：「原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。」其理由略以：「……健保局以檢附資料不全、未逐筆逐項於申復清單載明所申復之內容、數量、金額及理由為由，無法受理申請人之醫療費用複審固非無據，惟未詳述案件需全審之原因，在費用核刪依據方面，是否符合醫療服務審查辦法之法制要件並獲得共識及認同，仍有疑義；另對於異常申報費用之案件，三聯單、日報表等工時分析資料，雖可作為審查與輔導醫療行為之參考，惟診療工時之規定與醫療品質確保之間，是否有直接關聯性？亟待釐清，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適當之核定。」嗣被告所屬北區分局重新核定，仍以經再次函請原告補附資料，惟未獲補送為由，分別以 96 年 6 月 15 日健保桃診所字第 0960007345 號、96 年 8 月 7 日健保桃診所字第 0960007480 號函維持原議不予補付。原告不服，

於 96 年 8 月 10 日提起行政訴訟，經本院以 96 年度訴字第 2862 號判決以：「在原告未提供該詳實資料供被告查核原告請求之醫療及診察費用是否適法有據前，被告核刪該部分醫療費用尚非無據」為由，駁回原告之訴，嗣經原告上訴至最高行政法院，亦經該院駁回上訴而確定在案。惟原告收受前開最高行政法院裁定後，已於 97 年 9 月 25 日檢送系爭月份之就醫日報表、實體病歷影本、所需 X 光片及醫令清單等資料，申請被告所屬北區分局重為核定，惟經該分局回函略以，原告前開月份醫療費用業經核定程序完成，自無理由重為核定之理，而檢還上開資料，該分局顯未為實體之核定程序。

- 3、按「甲乙雙方關於本保險醫療費用之申請期限、申報應檢具書表、暫付成數、暫付日期、核付、停止暫付、停止核付、申請案件之資料補件及申復等作業，應依『全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法』相關規定辦理。」健保特約醫事機構合約第 12 條定有明文。次按「(第 1 項)保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療服務案件，保險人應於受理申請文件之日六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。……(第 4 項)保險人依第四條第三項規定，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通知日起七日內……完成，

逾期補件依其補件送達日起六十日內辦理核付。」「保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，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。但保險醫事服務機構得備齊相關文件向保險人申請補正，經查證屬實且符合本法相關規定者得予支付。」全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法（下稱醫療服務審查辦法）第 10 條、第 14 條第 2 項分別定有明文。故保險醫事服務機構對於保險人核定醫療費用所需之文件資料，本有「補報」、「補正」之權利，而保險人收受該補正資料後，應依法於期限內審核支付甚明，本院 96 年度訴字第 2862 號判決理由亦同此旨。故於原告 97 年 9 月 25 日補正相關文件資料後，被告所屬北區分局應就系爭月份之醫療費用重為核定，方屬適法，然該分局並未依限辦理核付，逕以程序已完成為由，不重為核定，顯然侵害原告權益。另按「乙方依前項規定如期申報之保險醫療費用，手續齊全，而甲方未能於所定六十日期限內完成暫付或核付手續時，應依民法規定之利率支付遲延利息。」健保特約醫事機構合約第 12 條第 3 項定有明文，故於原告 97 年 9 月 25 日補正相關文件資料後，被告並未於 60 日內完成核付手續，原告自得自 97 年 11 月 25 日（60 日後）起請求被告支付該法定遲延利息。另補正帳證資

料請領費用之時間計算點應從全民健康保險爭議審議委員會第一次審定之時間開始計算，被告稱原告已逾申報費用之 2 年期限，應屬有誤。

4、綜上，被告對於原告所提之補件資料，應有實體審查並重為核定之義務，惟竟拒絕再予核定，顯非適法，原告依兩造間健保特約醫事機構合約醫療服務審查辦法第 10 條、第 14 條第 2 項規定請求被告給付系爭遭核刪之所有費用及利息，應有理由。

(二)被告主張之理由：

1、原告起訴違反一事不再理原則，程序上應不合法：

(1)原告與被告訂定健保特約醫事機構合約，由原告提供全民健康保險之保險對象醫療服務，被告給付保險醫療費用。惟原告 94 年 3 月及 94 年 8 月申報之醫療給付點數超過該縣市每位醫師平均申報點數，經被告所屬北區分局函請原告配合將系爭月份之醫療費用申請案件送審時，另檢附就醫日報表、工時申報表、實體病歷應於各處置項目後同時記載診療起迄時間與三聯單等相關資料以利審核，並於函中說明：「上開資料，如有缺漏，且經通知，未於規定期限內補齊者，將予以加強審查，必要時，將依『資料不全』予以核減。」後因原告檢附資料不齊全，經被告刪減系爭月份之醫療給付費用。原告不服，申請審議，經全民健康保險爭議審議委員會

撤銷原核定，嗣被告所屬北區分局重新核定，經再次函請原告補附資料，惟仍未獲補送，故被告仍維持原議不予補付。原告不服，遂於 96 年 8 月 10 日提起行政訴訟，請求被告給付系爭月份之醫療及診療費共 2,878,667 元及其滯延利息，經本院判決駁回原告之訴及最高行政法院駁回上訴而確定在案。

- (2)按訴訟標的為確定判決或和解之效力所及者，行政法院應以裁定駁回之，行政訴訟法第 107 條第 1 項第 9 款定有明文。次按「當事人於終局判決後，不得就同一法律關係更行起訴，此為一事不再理之原則。違背此原則者，即為法所不許。」最高行政法院（89 年 7 月 1 日改制前為行政法院）44 年判字第 44 號判例可參。而原告起訴請求被告給付 2,878,667 元（即系爭月份之醫療費用）及其利息，並主張其於 97 年 8 月 22 日最高行政法院裁定駁回上開案件後，已於 97 年 9 月 25 日檢送系爭月份之就醫日報表、實體病歷影本、所需 X 光片及醫令清單等資料申請被告所屬北區分局重為裁定，該分局以程序已完成為由，不再重為核定，顯然侵害原告之權益，被告對於原告所提之補件資料，應有重為核定之義務云云。惟原告就同一事由提出申請，被告所屬北區分局於前核定程序中已多次給予原告補正之機會，原告均未補正，故以程序已完成

為由，不再重為核定，洵為合法。而本件起訴依行政訴訟法第 8 條規定，且原因事實、理由與前案（即本院 96 年度訴字第 2862 號）同一，是原告於前案中起訴請求系爭月份醫療費用給付之法律關係，既經本院及最高行政法院審理判決確定，其就同一法律關係更行提起行政訴訟，有違行政訴訟法第 107 條第 1 項第 9 款所定一事不再理原則，即非法之所許。

2、依醫療服務審查辦法第 4、5、6 條規定及健保特約醫事機構合約第 1、12 條約定，原告未檢具完整之申報文件已逾 2 年之申報期間，申報服務點數程序並不合法：

(1)按「(第 1 項)保險醫事服務機構向保險人申報醫療服務點數應檢具下列文件：一、醫療服務點數申報總表。二、醫療服務點數清單。三、醫療服務醫令清單。(第 2 項)前項文件應於申報時一併提供，文件不完整或填報錯誤者，保險人應敘明理由通知更正後受理，並於階段時程採電子資料申報。(第 3 項)為醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構須於保險人通知後提供。」「保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月二十日以前檢附前條第一項所列文件，向保險人申報醫療服務點數。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以連線或媒體申報，並於

次月五日及二十日前檢送醫療服務點數申報總表。」「保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」分別為醫療服務審查辦法第 4、5 條及第 6 條第 1 項所明定。次按「甲乙雙方關於本保險醫療費用之申請期限、申報應檢具書表……申請案件之資料補件及申復等作業，應依『全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法』相關規定辦理。」亦為健保特約醫事機構合約第 1、12 條所約定。

- (2) 上開 2 年申報期限之相關規定，亦經臺中高等行政法院 91 年度訴字第 383 號及最高行政法院 93 年度判字第 512 號判決予以採認，理由略以：「……經查，宏恩醫院與原告訂有合約，由該院提供全民健康保險醫療服務，各月份之醫療費用並應於次月二十日前，依約向原告申請核付，如逾前開期限兩年，原告不予核付。又申請支付醫療費用，應檢具左列書據……惟並未提出病歷等證明文件，且已逾補件及申報期限」，故如醫事服務機構逾 2 年不檢具完整資料文件向被告申請服務點數，則不得再行申請，否則將妨礙行政機關申請業務正常之流程，而導致申請業務之停滯不前，其結果積案日增，相對侵害依正常申請流程申請者之權益，亦非所宜。

- (3) 綜觀醫療服務審查辦法及最高行政法院等實務

見解，原告係於 97 年 9 月 25 日補正就醫日報表申請被告重為核定醫療費用，惟本件醫療費用係發生於 94 年 6、7、8、11、12 月份及 95 年 1 月份，依健保特約醫事機構合約及醫療服務審查辦法第 6 條第 1 項規定，至遲應在 96 年 6 月至 97 年 1 月份完成申報，而期間被告亦多次以公文令原告提出申報點數之相關文件，原告遲不提出，顯然有違「行政法上之協力義務」並罹於「失權效」之原則，故原告在程序上因申報資料不完備已逾 2 年期限，其債權根本未發生，且就確定判決之同一事件重複起訴，程序上亦不合法。

理 由

- 一、原告起訴主張：原告先前申報送核系爭月份之醫療費用，經被告以檢附之資料不齊全，全數予以核刪，原告不服，循序提起行政救濟，經本院 96 年度訴字第 2862 號判決駁回原告之訴及最高行政法院 97 年度裁字第 4058 號裁定駁回原告上訴確定後，原告已於 97 年 9 月 25 日補送系爭月份之就醫日報表、實體病歷影本、所需 X 光片及醫令清單等資料，申請被告所屬北區分局重為核定，依健保特約醫事機構合約第 12 條、醫療服務審查辦法第 10 條、第 14 條第 2 項規定，保險醫事服務機構對於保險人核定醫療費用所需之文件資料，本有「補報」、「補正」之權利，而保險人收受該補正資料後，有依法於期限內審核支付之義務，惟被告竟以程序已完成為由，拒

絕重為核定，顯有違誤。原告依健保特約醫事機構合約之約定及前揭醫療服務審查辦法第 10 條、第 14 條第 2 項規定請求被告給付系爭遭核刪之所有費用及利息，應有理由；而本件與前案請求之利息不同，亦即訴訟標的有所不同，應無一事不再理之適用；又補正帳證資料申報費用之時間，應從全民健康保險爭議審議委員會第一次審定之時點起算，被告稱原告已逾申報費用之 2 年期限，應屬有誤，為此，提起本件行政訴訟，求為判決如訴之聲明所示云云。

二、被告則以：原告就與本件同一原因事實及理由之系爭月份醫療費用給付法律關係，既經本院 96 年度訴字第 2862 號判決及最高行政法院 97 年度裁字第 4058 號裁定駁回確定，其於就同一法律關係更行提起本件訴訟，有違一事不再理原則，應依行政訴訟法第 107 條第 1 項第 9 款規定裁定駁回之。況依醫療服務審查辦法第 6 條第 1 項規定，保險醫事服務機構應於同辦法第 4 條、第 5 條所定申報期限 2 年內提供資料申報醫療費用，而本件醫療費用係發生於 94 年 6、7、8、11、12 月份及 95 年 1 月份，原告至遲應在 96 年 6 月至 97 年 1 月份完成申報，且期間被告亦多次以函請原告提出申報點數之相關文件，惟原告均未提出，而竟遲至 97 年 9 月 25 日始補正就醫日報表等資料申請被告重為核定醫療費用，已逾上開規定 2 年申報期限，亦因有違行政法上之協力義務，而並罹於失權效，其債權自未發生等語，資為抗辯。

三、經查，本件：（一）原告於 91 年 9 月 23 日與被告訂定健

保特約醫事機構合約，由原告提供健保之保險對象醫療服務。原告申報之 94 年 6 月、7 月、8 月、11 月、12 月、95 年 1 月醫療費用 2,878,667 元，經被告以原告檢附之資料不齊全，而核刪上開月份所有的費用。原告不服，申請審議，經全民健康保險爭議審議委員會 96 年 2 月 27 日健爭審字第 0960006091 號（94 年 11、12 月份、95 年 1 月份醫療費用）、第 0960006092 號（94 年 6、7 月份醫療費用）、96 年 5 月 30 日健爭審字第 0960009355 號（94 年 8 月份醫療費用）審定書：「原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。」審定理由略以：「……健保局以檢附資料不全、未逐筆逐項於申復清單載明所申復之內容、數量、金額及理由為由，無法受理申請人之醫療費用複審固非無據，惟未詳述案件需全審之原因，在費用核刪依據方面，是否符合醫療服務審查辦法之法制要件並獲得共識及認同，仍有疑義；另對於異常申報費用之案件，三聯單、日報表等工時分析資料，雖可作為審查與輔導醫療行為之參考，惟診療工時之規定與醫療品質確保之間，是否有直接關聯性？亟待釐清，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適當之核定。」嗣被告所屬北區分局重新核定，以經再次函請原告補附資料，惟未獲補送，乃分別以 96 年 6 月 15 日健保桃診所字第 0960007345 號函、96 年 8 月 7 日健保桃診所字第 0960007480 號函維持原議不予補付。原告不服，依健保特約醫事機構合約之約定提起給付訴訟，請求被告「給付原告 2,878,667 元及 94 年 6 月份之 455,630 元

自 94 年 8 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 7 月份之 423,573 元自 94 年 9 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 8 月份之 542,620 元自 94 年 10 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 11 月份之 488,239 元自 95 年 1 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 12 月份之 479,790 元自 95 年 2 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、95 年 1 月份之 488,815 元自 95 年 3 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息。」經本院 97 年 5 月 29 日以 96 年度訴字第 2862 號判決駁回後，提起上訴，經最高行政法院 97 年 8 月 21 日 97 年度裁字第 4058 號裁定駁回確定。(二) 嗣原告再於 97 年 9 月 25 日及 97 年 10 月 20 日向被告補送系爭月份就醫日報表、實體病歷影本、所需 X 光片及醫令清單等資料，申請被告所屬北區分局重為核定給付，經該分局以 97 年 10 月 14 日健保桃診所字第 0970007627 號、97 年 11 月 12 日健保桃診所字第 0970007707-A 號函復礙難受理。原告不服，申請審議，經全民健康保險爭議審議委員會以 98 年 1 月 5 日健爭審字第 0970010554 號書函回覆不予受理，遂依健保特約醫事機構合約之約定及醫療服務審查辦法第 10 條、第 14 條第 2 項規定，提起本件給付訴訟等情，為兩造所不爭執，且有被告所屬北區分局 94 年 5 月 30 日健保桃診所字第 0940026886 號函、94 年 11 月 3 日健保桃診所字第 0940045892 號函、本院 97 年 5 月 29 日 96 年度訴字第 2862 號判決、最高行政法院 97 年 8 月 21 日 97

年度裁字第 4058 號裁定、被告所屬北區分局 97 年 10 月 14 日健保桃診所字第 0970007627 號函、原告 97 年 9 月 25 日函附本院卷、原告起訴狀、健保特約醫事機構合約、被告北區分局 94 年 5 月 30 日健保桃診所字第 0940026886 號函、94 年 11 月 3 日健保桃診所字第 0940045892 號函、96 年 6 月 15 日健保桃診所字第 0960007345 號函、96 年 8 月 7 日健保桃診所字第 0960007480 號函、全民健康保險爭議審議委員會 96 年 2 月 27 日健爭審字第 0960006091 號、第 0960006092 號審定書、96 年 5 月 30 日健爭審字第 0960009355 號審定書、被告北區分局門診醫療費用核定總表、門診醫療費用抽樣暨核減清單、97 年 2 月 26 日準備程序筆錄等附本院 96 年度訴字第 2862 號全民健康保險事件案卷可稽，洵堪認定。

四、至於兩造爭執原告提起本件給付訴訟是否違反一事不再理原則，原告以其於 97 年 9 月 25 日及 97 年 10 月 20 日補送系爭月份就醫日報表、實體病歷影本、所需 X 光片及醫令清單等資料為由，訴請被告給付 94 年 6、7、8、11、12 月份及 95 年 1 月份門診醫療費用共計 2,878,667 元及自 97 年 11 月 25 日起至清償日止，按年息 5% 計算之利息有無理由等項，本院判斷如下：

(一)按「原告之訴，有下列各款情形之一者，行政法院應以裁定駁回之。……九、訴訟標的為確定判決或和解之效力所及者。」為行政訴訟法第 107 條第 1 項第 9 款所明定。次按當事人於終局判決後，不得就同一法

律關係更行起訴，此為一事不再理之原則。違背此原則者，即為法所不許。又為訴訟標的之法律關係，於確定之終局判決中已經裁判者，就該法律關係有既判力，當事人不得以該確定判決事件終結前所提出或得提出而未提出之其他攻擊防禦方法，於新訴訟為與該確定判決意旨相反之主張，法院亦不得為反於該確定判決意旨之裁判，最高行政法院（89 年 7 月 1 日改制前為行政法院）著有 44 年判字第 44 號、72 年判字第 336 號判例可資參照。又所謂同一事件，必同一當事人就同一法律關係（訴訟標的）而為同一之請求，須此三者有一不同，始得謂非同一事件，不受確定判決之拘束。

- (二)經查，本件(1)前因原告 94 年 2 月份申報之醫療給付點數超過各該縣市每位醫師平均申報點數，被告所屬北區分局乃依全民健保牙醫門診總額北區分區委員會 94 年 5 月 23 日（94）北聯牙翊字第 083 號函，函請原告配合將 94 年 6、7、8、11、12 月、95 年 1 月之醫療費用申請案件送審時，檢附就醫日報表、工時申報表、實體病歷（應於各處置項目後同時記載診療起迄時間與三聯單等）相關資料以利審核（本院 96 年度訴字第 2862 號全民健康保險事件案卷第 23 頁參照）。惟嗣後原告申報送核系爭月份醫療費用時，檢附之資料不齊全，經被告所屬北區分局核刪所有醫療費用。(2)嗣被告所屬北區分局於原核定經全民健康保險爭議審議委員會以 96 年 2 月 27

日健爭審字第 0960006091 號、0960006092 號審定書及 96 年 5 月 30 日健爭審字第 0960009355 號審定書撤銷原核定重新核定时，再次函請原告補附資料（被告所屬北區分局 96 年 5 月 18 日健保桃診所字第 0960007189 號、96 年 7 月 12 日健保桃診所字第 0960007425 號函附本院卷第 126、128 頁參照），原告仍未補送，被告乃以 96 年 6 月 15 日健保桃診所字第 0960007345 號函、96 年 8 月 7 日健保桃診所字第 0960007480 號函維持原議不予補付。（3）原告嗣於 96 年 8 月 13 日依其與被告間之健保特約醫事機構合約之公法上契約法律關係起訴請求被告給付 94 年 6 月、7 月、8 月、11 月、12 月、95 年 1 月醫療費用共計 2,878,667 元及 94 年 6 月份之 455,630 元自 94 年 8 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 7 月份之 423,573 元自 94 年 9 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 8 月份之 542,620 元自 94 年 10 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 11 月份之 488,239 元自 95 年 1 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、94 年 12 月份之 479,790 元自 95 年 2 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息、95 年 1 月份之 488,815 元自 95 年 3 月 1 日起至清償日止按年息 5% 計算利息（行政訴訟起訴狀、被告北區分局門診醫療費用核定總表、門診醫療費用抽樣暨核減清單、97 年 2 月 26 日準備程序筆錄等附本院 96 年度訴字第 2862 號全民健康保險事

件案卷第 6-9、34-99、117 頁參照)，經本院受理（案號：96 年度訴字第 2862 號），迄至該案 97 年 5 月 8 日言詞辯論結終原告仍未補具就醫日報表、工時申報表、實體病歷，本院 96 年度訴字第 2862 號判決乃以兩造健保合約第 1 條、第 12 條、第 20 條第 1 項、醫療服務審查辦法第 14 條規定，被告為審核保險給付之需而要求特約醫事服務機構提供就醫日報表等相關資料，於法有據，原告在能提供上揭資料予被告查核之情形下，無故拒絕提出被告審核所需相關文件，致被告無從依上揭資料詳為查核，且被告發函通知原告補正後其仍未檢送完整資料，則其所檢附之資料既非齊全，被告核刪該項費用不予給付，難認有何違法或不當，原告提起給付訴訟，難認有理由為由駁回原告之訴，並經最高行政法院 97 年 8 月 21 日 97 年度裁字第 4058 號裁定駁回原告上訴確定，已如前述，則兩造間本於健保特約醫事機構合約之公法契約法律關係所爭訟之 94 年 6 月、7 月、8 月、11 月、12 月、95 年 1 月醫療費用（共計 2,878,667 元）及遲延利息債權關係，既經本院 96 年度訴字第 2862 號判決裁判，並經最高行政法院 97 年 8 月 21 日 97 年度裁字第 4058 號裁定駁回原告上訴確定，即有既判力，原告自不得再執確定判決事件終結前所提出，或得提出而未提出之其他攻擊防禦方法，就同一事件重行起訴。從而，原告就於前揭確定之終局判決中已經裁判之系爭 94 年 6 月、7 月、8 月、11 月、12

月、95 年 1 月醫療費用及遲延利息之法律關係，再執前確定判決事件終結前所得提出而未提出之就醫日報表等其他攻擊防禦證據方法，對同一被告，就同一法律關係（健保特約醫事機構合約之公法契約法律關係），同一醫療費用及遲延利息之給付請求，更行起訴，揆諸前揭說明，於法自有未合。

(三)至於原告主張本件與前案請求之（遲延）利息不同，訴訟標的有所不同云云，惟查，原告於本件訴請給付之遲延利息（自 97 年 11 月 25 日起至清償日止，按年息 5%計算之利息），較其於本院 96 年度訴字第 2862 號案件請求之遲延利息（94 年 6 月份之 455,630 元自 94 年 8 月 1 日起至清償日止按年息 5%計算利息、94 年 7 月份之 423,573 元自 94 年 9 月 1 日起至清償日止按年息 5%計算利息、94 年 8 月份之 542,620 元自 94 年 10 月 1 日起至清償日止按年息 5%計算利息、94 年 11 月份之 488,239 元自 95 年 1 月 1 日起至清償日止按年息 5%計算利息、94 年 12 月份之 479,790 元自 95 年 2 月 1 日起至清償日止按年息 5%計算利息、95 年 1 月份之 488,815 元自 95 年 3 月 1 日起至清償日止按年息 5%計算利息）期間雖有不同，惟此僅屬本院 96 年度訴字第 2862 號案件遲延利息請求之減縮，請求權之性質及其所本法律關係則為同一，而為該案之遲延利息請求所涵蓋，訴訟標的亦屬相同。又醫療服務審查辦法第 10 條為關於保險人就保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療服

務案件核定作成期間之規定，同辦法第 14 條則為關於保險人就保險醫事服務機構醫療服務申報資料審查之規定，原告援引說明醫療服務案件送核、補報、審查程序，核均非屬原告請求被告支付醫療費用及利息之請求權依據，無礙本件與本院 96 年度訴字第 2862 號案件之訴訟標的法律關係同一性之認定，是原告就此所稱各語，均無可採。

(四)又按「(第 1 項)保險醫事服務機構向保險人申報醫療服務點數應檢具下列文件：一、醫療服務點數申報總表。二、醫療服務點數清單。三、醫療服務醫令清單。(第 2 項)前項文件應於申報時一併提供，文件不完整或填報錯誤者，保險人應敘明理由通知更正後受理，並於階段時程採電子資料申報。(第 3 項)為醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構須於保險人通知後提供。」「保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月二十日以前檢附前條第一項所列文件，向保險人申報醫療服務點數。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以連線或媒體申報，並於次月五日及二十日前檢送醫療服務點數申報總表。」「保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」為醫療服務審查辦法第 4 條、第 5 條及第 6 條第 1 項所明定。而醫療服務審查辦法第 4 條第 3 項所稱之診療相關證明文件，屬牙醫部門之內容係指：X 光片、術前、中、

後臨床彩色照片，並註明日期、保險醫療費用明細表等，業經行政院衛生署 94 年 6 月 28 日衛署健保字第 0942600257 號令（附本院卷第 134 頁）揭明，據此，保險醫事服務機構申報醫療服務點數，依法應於醫療服務審查辦法第 5 條規定之申報時點起算 2 年之申報期限內提出相關文件單據為之，如未能於期限內補正相關文件單據，縱已先為連線或媒體申報，申報程序仍未完成，保險人依前揭第 6 條第 1 項規定，自不得給付醫療費用。經查：

- 1、本件系爭醫療費用係發生於 94 年 6、7、8、11、12 月份及 95 年 1 月份，依健保特約醫事機構合約及醫療服務審查辦法第 5 條、第 6 條第 1 項規定，至遲應自醫療服務發生月份之次月 20 日起算 2 年內完成申報（於本件至遲應在依序於 96 年 6 月份至 97 年 1 月份完成申報）。而原告因申報之醫療給付點數超過各該縣市每位醫師平均申報點數甚多，被告為避免醫療浪費及不當申報醫療費用依全民健保牙醫門診總額北區分區委員會函釋要求原告提供相關資料以利審核（被告所屬北區分局 94 年 5 月 30 日健保桃診所字第 0940026886 號函、94 年 11 月 3 日健保桃診所字第 0940045892 號函、全民健保牙醫門診總額北區分區委員會 94 年 5 月 23 日（94）北聯牙翊字第 083 號、94 年 10 月 28 日（94）北聯牙千字第 063 號函附本院卷第 56、57、130-

133 頁參照) (本院 96 年度訴字第 2862 號判決理由欄三意旨同此)，是原告於收受被告通知提出就醫日報表、工時申報表、實體病歷 (應於各處置項目後同時記載診療起迄時間與三聯單等) 相關資料函文後，未能依規定依序於 96 年 6 月份至 97 年 1 月份之 2 年申報期間內，提出相關證明文件完成申報，逾期遲至 97 年 9 月 25 日及 97 年 10 月 20 日始向被告提送系爭月份就醫日報表、實體病歷影本、X 光片及醫令清單等資料申報醫療服務點數，請求系爭給付醫療費用，被告否准所請，核與被告依系爭健保特約醫事機構合約第 12 條 (本院卷第 18 頁參照) 及醫療服務審查辦法第 5 及第 6 條第 1 項規定，尚無不合。原告主張：本件補正帳證資料申報費用之時間，應從全民健康保險爭議審議委員會第一次審定之時點起算、伊對於被告核定醫療費用所需之文件資料，有補報、補正之權利，被告收受該補正資料後，依法即應於期限內審核支付，被告以程序完成為由拒絕重為核定給付顯有違誤云云，核無可採。

- 2、又醫療服務審查辦法第 14 條係就保險人審查保險醫事服務機構醫療服務申報資料所為之規定，該條第 2 項但書雖規定保險醫事服務機構於醫療服務申報進程序審查時得備齊相關文件向保險人申請補正，且未明示補正期間，惟相

關表單及醫療服務審查所需文件資料之提出為合法申報醫療服務點數之要件，而保險醫事服務機構須於 2 年之申報期限完成合法申報，保險人始得支付醫療費用，已如前述，則保險醫事服務機構申報醫療服務點數欠缺相關文件單據，既不能認申報完成，自須於 2 年之申報期限補正完畢完成合法申報行為，始可獲保險人支付醫療費用。據此，本件縱認原告提起本件給付訴訟與其前向本院提起之 96 年度訴字第 2862 號全民健康保險事件給付訴訟，非屬同一事件，惟因原告未能於 2 年期限內完成合法申報程序（提出醫療服務點數申報總表、醫療服務點數清單、醫療服務醫令清單及受被告通知提出之醫療服務審查所需文件資料等），則被告依系爭健保特約醫事機構合約第 12 條及醫療服務審查辦法第 5 條及第 6 條第 1 項規定，否准原告給付系爭醫療費用之請求，洵屬有據。原告就此主張各語，核無可取。從而，原告提起本件給付訴訟，請求被告給付如訴之聲明所示，即難認有理由，應予以駁回。

五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊、防禦方法，經核與判決之結果不生影響，無庸逐一論述，併予敘明。

六、據上論結，本件原告之訴為無理由，爰依行政訴訟法第 98 條第 1 項前段之規定，判決如主文。

中 華 民 國 9 8 年 6 月 1 1 日