

裁判字號：高雄高等行政法院 97 年度訴字第 181 號 行政判決

裁判日期：民國 97 年 12 月 17 日

案由摘要：全民健康保險

高雄高等行政法院判決

97 年度訴字第 181 號

民國 97 年 12 月 3 日辯論終結

原 告 李○憲即華○醫院

訴訟代理人 吳宏輝 律師

劉興文 律師

被 告 中央健康保險局南區分局

代 表 人 毛燕明 經理

訴訟代理人 王燕玲 律師

上列當事人間全民健康保險事件，原告提起行政訴訟，本院判決如下：

主 文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

- 一、程序事項：本件被告代表人原為方志琳，於本院審理中變更為毛燕明，並聲明承受訴訟，核無不合，應予准許。
- 二、事實概要：緣原告為華○醫院之負責醫師，並具有中、西醫師資格，於民國 91 年 6 月 28 日與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。嗣原告於 93 年 7 月 1 日及同年 8 月 4 日向被告申報 93 年 6、7 月份之醫療費用，經被告審查結果，以其未辦理中醫執業登錄為由，核扣其所申報之中醫科門診醫療費用各新台幣（下同）417,740 點及 378,476 點，合計 796,216 點。原告不服，向被告提出申復，仍遭被告於 94 年 4 月 18 日以健保南費二字第 0943000650 號函復原告不同意給付。原告猶未甘服，向全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱健保爭審會）申請審議，經健保爭審會以 94 年 12 月 28 日健爭審字第 0940011802 號審定書審定原核定撤銷，由被告另為適當之核定，被告乃於 95 年 3 月 30 日以健保南費二字第 0950007183 號函復原告經重新審核結果仍不予給付。原

告不服，於 96 年 4 月 25 日以華（業）字第 96042503 號函提出再議，被告復於 96 年 5 月 9 日以健保南費二字第 0960009601 號函重申不予給付，嗣健保爭審會於 96 年 9 月 12 日以健爭審字第 0960017193 號審定書，以原告申請審議已逾 60 日之期限為由，審定申請審議不受理。原告仍表不服，就被告 94 年 4 月 18 日健保南費二字第 0943000650 號函及健保爭審會 94 年 12 月 28 日健爭審字第 0940011802 號審定書提起訴願，遭行政院衛生署（以下簡稱衛生署）96 年 12 月 28 日衛署訴字第 0960050768 號訴願決定書以本件爭執非屬訴願救濟範圍內之事項為由，決定訴願不受理，原告遂提起本件行政訴訟。

三、本件原告主張：（一）按「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。」行政訴訟法第 8 條第 1 項定有明文。原告依多重醫事人員資格者執業管理辦法執行醫療服務，被告為主管機關，理應先告知，並訂定相關配套及給付規定，原告並於事前洽詢，被告並未告知不給付中醫醫療費用，惟於事後 8 月再開會決定，追扣醫療服務費用，實有違信賴保護原則。按人民因信賴特定行政行為所形成之法秩序，而安排其生活或處置其財產時，國家不得因嗣後變更行政行為，而影響人民之既得權益，使其遭受不可預見之損害。法治國為憲法基本原則之一，法治國原則首重人民權利之維護，法秩序之安定及誠實信用原則之遵守。人民對公權力行使結果所生之合理信賴，法律自應予以適當保障，此乃信賴保護之法理基礎（司法院釋字第 525 號解釋理由參照）。被告未公告多重醫事人員資格執業相關給付規定，逕以原告未登錄中醫執業執照作為不給付費用之依據，實有違信賴保護原則。（二）次按行政行為之內容應明確，行政程序法第 5 條定有明文。因此，在法律保留原則之支配下，法律及法規命令內容必須明確涉及人民權利義務事項時，始有清楚之界限與範圍。對於何者為法律所允許，何者為禁止，亦可事先預見及考量（參照司法院釋字第 313、345、346、394、426、432、491、522、524 號解釋）。再按 93 年 4 月 16 日公布之多重醫事人員資格者

執業管理辦法第3條及第4條規定，多重醫事人員資格者執業，應以擇一資格辦理執業登記為之。具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，依前條規定辦理執業登記，得在同一執業處所執行他類資格之業務。原告具中、西醫師資格，依前揭管理辦法，加入中醫師公會後，始於同一執業處所執行中醫醫療服務，應無不當，然醫療費用之支付，被告應可依職權公告訂定相關給付規定，惟被告並未訂定給付規定，逕予核扣，實有違反明確性原則。又健保爭審會94年12月28日健爭審字第0942002063號審定書主文略以：「原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。」前開審定書理由第4點略以：「醫師兼具有西醫及中醫師資格，依上揭管理辦法加入中醫師公會後，始於同一執業處所執行中醫醫療服務，應無不當；然醫療費用之支付，健保局應可依職權公告訂定相關給付規定，合先敘明。」而第5點後半段說明：「另健保局未公告多重醫事人員資格執業相關給付規定逕予以『李○憲醫師未登錄中醫執業』作為不給付費用核定之依據，亦有可議之處。」嗣被告再於95年3月30日函知原告，其核扣原告所申報93年6、7月中醫醫療費用，經重新審核仍不予給付，理由略以：「說明：…二、…。本項作業因涉及跨總額部門之服務，未經審慎通盤評量，及明定公告相關配套作業規範前，針對具多重醫事人員資格，於同一執業處所執行他類資格之業務，本局目前仍依其於衛生機關辦理執業登錄之資格類別，予以醫療服務給付為原則。」職是，被告依法應於衛生署93年4月16日公告多重醫事人員資格者執業管理辦法後訂定相關給付規定，讓醫療院所得以遵循辦理。（三）按行政機關執行法律賦予之職權，對人民權益有影響者，應斟酌情節之輕重，作適當之處分，此即為行政執行最高指導原則「比例原則」。又廣義之比例原則，包括適當性、必要性與合比例性等三原則，此觀行政程序法第7條規定：「行政行為，應依下列原則為之：一、採取之方法應有助於目的之達成。二、有多種同樣能達成目的之方法時，應選擇對人民權益損害最少者。三、採取之方法所造成之損害不得與欲達成目的之利益顯失均衡。」甚明。是依上開法

旨，原告依多重醫事人員資格者執業管理辦法執行醫療服務，被告為主管機關，理應先告知，並訂定相關配套給付規定，原告並於事前洽詢，被告以電話回覆依法可執行醫療服務，並未告知不給付中醫醫療費用，惟於事後8月再開會決定，追扣醫療服務費用，實有違反比例原則。（四）原告所提出中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單，有執照是內科、重症醫學科，卻可申報外科，有執照是骨科，申報是內科，而原告本身即具有中醫資料，或看診的內容亦不出內科，並未逾越法律規定，亦未超過其醫院申報之總數，而內科卻可申報外科，依舉重明輕原則，原告當然可申報中醫科，且原告醫院亦有中醫科，在被告未完善規定之前，原告申報中醫科部分，被告應為給付。按多重醫事人員資格者執業管理辦法是依據醫師法第4條之2規定訂定，而於93年公告施行，原告依據該管理辦法執業，原告本身具有醫師及中醫師多重醫事人員資格，且依據該管理辦法第4條，原告醫院本身經嘉義縣政府核准設有中醫科，原告自得看中醫科之診別。被告並未限制原告看中醫診，所以原告何以不能看中醫診？又據被告所言，其經由一定之流程告知原告不能看中醫診，惟前開管理辦法係於93年4月份公告施行，而原告看中醫診是在93年6月份，試問被告何來之流程告知原告不能看診，請被告負舉證責任。再由健保爭審會94年12月28日健爭審字第0940011802號審定書，亦可知被告未公告多重醫事人員資格執業相關給付規定，逕以「原告未登錄中醫執業」作為不給付費用核定之依據，亦有可議之處。原告有家庭醫學科、高壓氧醫學科、中西整合醫學專科等醫師證照，而多重醫事人員資格者執業管理辦法僅規定擇一登錄，並非作為執業或健保給付之唯一依據，依法論法，既然原告醫院經核准設有中醫部門，原告是負責人，也是合法中醫師，也辦理中醫師公會入會必要程序，且自始至終原告醫院中醫部門之醫療費用也都由原告申請費用，再說原告只登錄家庭醫學科及精神科執業，為何健保局仍然給付原告高壓氣科、婦產科、內科、外科等之費用，顯見健保醫療費用之給付是以該醫療院所核准之科別為依據，到了95年以後才片

面改為以個別醫師管理作為給付依據。(五)綜上，健保爭審會認為被告之決定顯有違反法律明確性，以未公告事項來限制人民行使權利，顯有違誤，且被告94年後內部對上述爭議仍未定論，如何能於93年8月份即限制原告行使權利？原告曾於93年5月以電話詢問被告欲依據多重醫事人員資格者執業管理辦法看診中醫科，被告告知可以，直到93年8月被告也只以電話告知未有定論，健保爭審會乃健保機關最高裁判單位，其審定結果為原核定撤銷，顯見被告片面核銷申請費用為不適當，有違多重醫事人員資格者執業管理辦法之精神與原意等情。並聲明求為判決被告應給付原告醫療費用796,216元（以上金額係依被告核減之系爭醫療費用點數，以1點折算為1元之點值計算）及自97年3月22日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。

四、被告則以：(一)本件原告雖兼具中西醫師資格，惟被告依行為時全民健康保險醫療辦法第23條及第24條對醫院及中醫醫院與診所門診所提供之服務項目有明確劃分，故雖兼具中西醫師資格者得併用不同醫療方式為病患診斷處方，但僅得依其登記及特約之執業科別申報醫療費用，不得同時申請中西醫之醫療費用。茲就本件處理程序說明如下：原告於93年8月30日及同年11月12日分別針對93年6、7月行政核減中醫科診療費用案提出申復，被告於94年4月18日以健保南費二字第0943000650號函，依94年3月28日請辦單核定有關多重醫事人員資格者，於同一執業處所執行他類資格之業務，仍依其於衛生機關辦理執業登錄之資格類別，予以醫療服務給付為原則，故不同意給付。原告不服，向健保爭審會申請審議，該會於94年12月28日以健爭審字第0940011802號審定書將原核定撤銷，命被告另為適當之核定，被告乃於95年3月30日以健保南費二字第0950007183號函復原告經重新審核仍不予給付。原告仍表不服，於96年4月25日以華(業)字第96042503號函提出再議，被告乃於96年5月9日以健保南費二字第0960009601號函重申不予給付，嗣健保爭審會於96年9月12日以健爭審字第0960017193號審定書，以原告申請審議已逾60日之期限為由，審定申請審議不受理。(二)按衛生

署 93 年 4 月 16 日衛署醫字第 0930200303 號函訂定發布之「多重醫事人員資格者執業管理辦法」第 3 條規定：「多重醫事人員資格者執業，應以擇一資格辦理執業登記為之。」同辦法第 4 條規定：「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，依前條規定辦理執業登記，得在同一執業處所執行他類資格之業務，但以該執業處所符合各該設置標準，經直轄市、縣（市）主管機關核准登記設有該類資格業務之部門者為限。」上開管理辦法雖明定具多重醫事人員資格者得依其資格執行業務，惟被告針對多重醫事人員資格者，於同一執業處所執行他類資格之業務，仍依該醫事人員於衛生機關辦理執業登錄之資格類別，予以醫療服務給付為原則，被告並未同意原告得於其醫院執行中醫診療服務，且因非屬衛生機關辦理執業登錄之資格類別之診療業務，不予給付並無不當。（三）原告於 91 年 6 月 28 日與被告簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約後，所登錄執業之科別僅有精神科及家醫科，並無中醫科之執業登記，有嘉義縣衛生局 97 年 10 月 28 日嘉衛醫字第 0970026723 號函檢附之原告執業登錄歷史資料可憑。按「醫院及診所申請特約，應檢具下列文件：一、申請書。二、負責醫師之身分證明文件。三、負責醫師之醫師證書及開、執業執照。四、申請辦理住院診療業務之醫院，除新設立者外，應檢附評鑑等級證明文件。五、所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件，暨相關負責醫事人員經衛生主管機關認定，並符合本辦法規定之執業年資證明。·。前項文件除第 7 款外，如為正本經保險人查證後發還。」全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 20 條定有明文。又兩造應依上開管理辦法辦理全民健康保險醫療業務，亦為 91 年 6 月 28 日所簽訂之全民健康保險特約醫事服務機構合約第 1 條所明定。蓋被告為辦理全民健康保險業務之保險人，對於特約之保險醫事服務機構所辦理之醫療保險業務內容、提供醫療服務之醫事人員執業執照等事項，於申請特約時，均有審查確認之必要，以提供保險對象適當之醫療保健服務，並就特定範圍之醫療服務（如牙醫門診、中醫門診或住院服務等），預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常

為1年)內健康保險醫療服務總支出(預算總額),以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用,藉以確保全民健康保險維持財務收支平衡(即總額支付制度)。故就上揭全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第20條之意旨,應足認與被告特約之保險醫事服務機構得向被告申請醫療費用給付之範圍,僅為其負責醫師或醫事人員檢具供被告審核之執業執照內所載之執業科別,至於其他未檢具之執業執照,縱屬合法之醫療行為,亦非得向被告請求醫療費用之給付。(四)復按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第20條(95年2月8日修正前為第16條),係於89年12月22日修正增訂醫院及診所申請特約,應檢具負責醫師證書及開、執業執照、所聘醫事人員之執業執照等相關規定。嗣該條文雖陸續略有修正,惟關於應檢具負責醫師開、執業執照及所聘醫事人員之執業執照,則未有變更,甚且於93年4月16日衛生署訂定發布「多重醫事人員資格者執業管理辦法」後,全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第20條於95年2月8日再次修正時,仍明列需檢具負責醫師開、執業執照及所聘醫事人員之執業執照,未增列若具多重醫事人員資格者無需檢附執業執照之相關規定。究其理由,應係認被告於特約之保險醫事服務機構申請醫療給付時,於程序上需先審查該負責醫師及醫事人員之醫療行為是否合法,然被告非醫事人員執業之主管機關,對於醫事人員之執業資格等是否合法,無從就個別醫事人員作實質認定及規範管理,故規定於與被告特約時,即應檢具經醫事人員執業之主管機關核發之執業執照,使被告得以具體認定該醫師或醫事人員是否合法執業而據以審查醫療給付。故被告於與保險醫事服務機構特約時,所提供負責醫師及所聘醫事人員之執業執照審查確認後,自以該執業執照為醫療給付之範圍。按原告於與被告特約時,因所檢附經嘉義縣衛生局核發之醫療機構開業執照內診療科別含中醫科,故得開設中醫門診,並提供所聘具中醫師執業執照之醫師供被告查核(以向衛生機關辦理執業登錄之資格類別為據),始得向被告申請醫療費用給付(惟實際是否得以支付,仍須審核每筆醫療費用)。惟原告與被告特約

後，其所檢附負責醫師之執業執照，為精神科及家醫科，且迄至 93 年 6、7 月，從未向被告提出負責醫師另具中醫師執業資格之相關文件資料及欲以中醫師資格執業之情事，故就其未經被告同意所實施之中醫醫療行為部分，自無請求被告給付醫療費用之法律上依據，被告不予給付並無不當。（五）再按「醫師應向執業所在地直轄市、縣（市）主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業。」醫師法第 8 條第 1 項定有明文。故若施行診療之醫師就其診療之內容，未向其執業所在地直轄市、縣（市）主管機關申請執業登記，領有執業執照者，因已違反上揭醫師法，被告於進行醫療費用程序審查時，將援引全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 14 條：「保險醫事服務機構醫療服務申報資料，保險人應依下列項目進程序審查：…八、其他醫療服務申報程序審查事項。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。」及第 15 條第 17 款：「保險醫事服務機構申報醫療服務案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之服務，並註明不予支付內容及理由。…十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」規定（視實際違反情形），不予支付。此外，本件原告係分別於 93 年 7 月 1 日及 8 月 4 日向被告申報系爭醫療費用，被告於受理後，因認不符規定即予以核扣，並無先行同意給付後再核刪之情等語，資為抗辯。並聲明求為判決駁回原告之訴。

五、按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，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，再由中央健康保險局支付醫療費用予特約醫事服務機構，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（司法院釋字第 533 號解釋意旨參照）。查，原告為華○醫院之負責醫師，並具有中、西醫師資格，於 91 年 6 月 2

8日與中央健康保險局簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約，有效期間至93年7月19日，原告於93年7月1日及同年8月4日向被告申報93年6、7月份之醫療費用，經被告審查結果，以其未辦理中醫執業登錄為由，核扣其所申報之中醫科門診醫療費用各417,740點及378,476點，合計796,216點等情，業據兩造分別陳明在卷，復有全民健康保險特約醫事服務機構合約及中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單等影本附卷可稽，洵堪認定。本件原告能否對中央健康保險局請求給付系爭醫療費用，乃屬該醫療費用是否為渠等簽訂之上開合約規定所應給付範圍，故應以上開合約及該合約所援引之健保相關法令之規定為準。經查：

- (一)按上開原告與中央健康保險局所簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約第1條規定：「甲乙雙方應依照健保法、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、其他法令及本合約規定辦理全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療業務。甲乙雙方依法得主張實體與程序之權利，不因前項規定而受影響。在本合約有效期限內，依法令授權甲方訂定之命令，其新訂或修正，而與甲乙雙方權利義務有關者，甲方應與乙方公推之相關團體代表就相關之事項進行協商，以謀雙方權利義務之平衡。」本件系爭醫療費用之給付問題，雖屬因上開合約所生之權利義務關係，依該合約規定，仍應遵守相關健保法規之規定。又按醫師法第4條之2規定：「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，其執業辦法，由中央主管機關定之。」係於91年1月16日修正醫師法所增訂；嗣至93年4月16日衛生署始依上開醫師法第4條之2規定頒布多重醫事人員資格者執業管理辦法，該辦法第2條至第4條規定：「本辦法所稱多重醫事人員資格者，係指領有2類以上醫事人員證書者。」「多重醫事人員資格者執業，應以擇一資格辦理執業登記為之。」「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，依前條規定辦理執業登記，得在同一執業處所執行他類資格之業務，但以該執業處所符合各該設置標準，經直轄市、縣（市）主

管機關核准登記設有該類資格業務之部門者為限。」則由上開法令頒布之時間觀之，原告與中央健康保險局於91年6月28日簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約時，衛生署尚未頒布多重醫事人員資格者執業管理辦法，故上開合約及相關健保法令並無有關多重醫事人員資格者，從事未辦理執業登記之他類資格業務，得向中央健康保險局申報醫療費用之規定，至為明確。且上開多重醫事人員資格者執業管理辦法，僅在規定具有多重醫事人員資格者，應如何辦理執業登記及其得執行他類資格之業務限制；然就具有多重醫事人員資格者，執行他類資格之業務，是否得向中央健康保險局請領醫療費用，該管理辦法並無規定。是原告主張其得依多重醫事人員資格者執業管理辦法之規定，請領系爭醫療費用云云，尚非可採。

(二)再按「醫師應向執業所在地直轄市、縣(市)主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業。醫師執業，應接受繼續教育，並每6年提出完成繼續教育證明文件，辦理執業執照更新。」「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。」「醫師執業，其登記執業之醫療機構以一處為限。」醫師法第8條第1項、第2項、第8條之2前段及醫師法施行細則第4條分別定有明文。又按「醫院及診所申請特約，應檢具下列文件：一、申請書。二、負責醫師之身分證明文件。三、負責醫師之醫師證書及開、執業執照。四、申請辦理住院診療業務之醫院，除新設立者外，應檢附評鑑等級證明文件。五、所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件，暨相關負責醫事人員經衛生主管機關認定，並符合本辦法規定之執業年資證明。」「醫療費用協定委員會應於年度開始3個月前，在第47條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。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例。前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制

度。」「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額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。」行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 16 條第 1 項第 1 款至第 5 款、全民健康保險法第 49 條第 1 項至第 3 項及第 50 條第 1 項、第 2 項亦分別定有明文。綜上規定可知，醫師須領有執業執照，始得執業，而具有多重醫事資格者，僅能擇一請領執業執照，且醫院及診所申請特約時，須檢具負責醫師及所聘醫事人員之執業執照等證件，供中央健康保險局查核。是被告主張其係以特約醫院及診所之醫師執業執照，作為審核給付醫療費用之依據，堪予採信。再者，全民健康保險醫療費用協定委員會於 92 年 12 月 26 日以費協字第 0925901259 號公告 93 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，該公告第 2 項及第 3 項規定：「二、93 年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率經計算後為 3.813%。三、93 年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：93 年度全民健康保險醫療給付費用總額 = 93 年度全民健康保險每人醫療給付費用 × 實際保險對象人數 93 年度全民健康保險每人醫療給付費用 = 92 年度全民健康保險每人醫療給付費用 × 1.03813」。又依上開全民健康保險法第 49 條規定，中央健康保險局醫療給付費用總額之門診醫療給付費用總額，係依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務，分別設定分配比例。足見全民健康保險醫療費用協定委員會在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式時，就門診醫療給付費用總額部分，係以前 1 年度門診診療服務所請領之醫療費用為參考依據。故上開公告中所述之「全民健康保險每人醫療給付費用」，自不包括具有多重醫事資格者從事未辦理執業登記之他類資格業務所生之醫療費用。而本件原告雖具有中、西醫師資格，且其經營之華○醫院亦設有中醫部門，然因原告係選擇請領精神科及家醫科之執業執照，此有嘉義縣衛生局 97 年 10 月 28 日嘉衛醫字第 0970026723 號函附本

院卷為憑，依上開合約及相關健保法令規定，原告僅得請領西醫診療服務之醫療費用自明。至於原告執行中醫診療業務，雖符合多重醫事人員資格者執業管理辦法之規定，然尚不得以其合法從事中醫診療業務，即認定該診療服務，亦得請領系爭醫療費用。

(三) 至於原告提出中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單，主張中央健康保險局對西醫之診療服務所給付之醫療費用，並未按西醫所請領執業執照上登記之科別為給付，則原告具中醫資格部分雖未請領執業執照，中央健康保險局就其中醫診療服務亦應為給付云云。然依上開全民健康保險法規定，中央健康保險局醫療給付費用總額之門診醫療給付費用總額，係依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務，分別設定分配比例，縱使中央健康保險局就西醫醫療費用給付，未以執業執照登記之科別為限，然因請領西醫執業執照而為中醫診療服務，相關健保法令並無給付之規定，原告自不得援引被告給付西醫醫療費用之方式，主張其執行中醫業務部分雖未請領執業執照，亦應比照辦理。又原告主張被告未公告多重醫事人員資格執業相關給付規定，逕以其未登錄中醫執業執照作為不給付費用之依據，實有違信賴保護原則及明確性原則，原告依多重醫事人員資格者執業管理辦法執行醫療服務，被告為主管機關，理應先告知，並訂定相關配套給付規定，原告並於事前洽詢，被告以電話回覆依法可執行醫療服務，並未告知不給付中醫醫療費用，惟於事後8月再開會決定，追扣醫療服務費用，實有違反比例原則云云。然原告雖具有多重醫事人員資格者，執行執業執照登記以外之他類資格之業務，惟依原告與中央健康保險局所簽訂之合約，及相關健保法令均無規定得請領健保醫療費用，詳如上述。被告以原告未辦理中醫執業登錄為由，核扣其所申報之93年6月及7月之中醫科門診醫療費用各417,740點及378,476點，並無違法。至於中央健康保險局是否要將系爭診療服務納入健保範圍，並訂定相關配套措施，乃屬中央健康保險局政策決定之問題，自不待言。故原告上開主張，亦不足採。

六、綜上所述，原告主張既不足取，被告以原告未辦理中醫執業登錄為由，核扣其所申報之 93 年 6 月及 7 月之中醫科門診醫療費用各 417,740 點及 378,476 點，並無違法。原告訴請被告應給付其醫療費用 796,216 元及自 97 年 3 月 22 日起至清償日止，按週年利率 5% 計算之利息，為無理由，應予駁回。又本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法核與判決結果不生影響，爰不逐一論述，附此敘明。

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

中 華 民 國 97 年 12 月 17 日

高雄高等行政法院第三庭

審判長法官 邱 政 強

法官 詹 日 賢

法官 李 協 明

以上正本係照原本作成。

如不服本判決，應於判決送達後 20 日內向本院提出上訴書狀，其未表明上訴理由者，應於提起上訴後 20 日內向本院提出上訴理由書（須按對造人數附繕本）；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後 20 日內補提上訴理由書（須附繕本）。未表明上訴理由者，逕以裁定駁回。

中 華 民 國 97 年 12 月 17 日

書記官 周 良 駿

資料來源：高雄高等行政法院裁判書彙編（97 年版）第二期 459-474 頁