



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

全民健康保險爭議審議會電子報

第001期 電子報

出刊日期：2013/08/29

出刊頻率：半年刊

■ 本會訊息

102年7月份委員會議紀錄附帶建議，摘錄如下：

一、本次審議○○醫院（台北市○○區）申領101年1、2、3、4、5、6月份郭○○等130案各科住院診療費用爭議案件，均因全身麻醉併同申報支氣管鏡檢查(28006C)，遭健保署以下列規定予以核刪。

(一) 依行為時全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第十節通則一：「麻醉材料費及藥劑費除96002C、96003C、96023B、96025B及96026B外，餘按麻醉費所定點數之50%計算。」。

(二) 健保署90年2月7日健保醫字第90000653號函要旨，麻醉過程中為維持病患呼吸道通暢，不論以何種方式所行之氣管內插管，或協助及確認氣管內插管等相關技術，應屬整體麻醉技術之一部分，其費用已包含於相關之麻醉費用內。

二、惟渠等個案，或於全身麻醉時，因氣道解剖異常（如腫瘤、異物或發炎狀態）導致插管困難，或因單肺麻醉，需確定氣管開口（氣管隆凸）之正確位置，麻醉醫師常會用支氣管鏡檢查（28006C）來協助氣管內插管術，以避免因氣管插管不順暢，增加手術之風險。

三、綜上，基於醫療品質及病人安全考量，建請健保署研議增訂協助氣管內插管術之支付項目、適應症及其給付條件，俾供遵循，減少爭議。

■ 自費接受健保不給付醫療服務之個案問題解析

文/林誠二

東吳大學法律學系教授

衛生福利部全民健康保險爭議審議會委員

【案例事實】

案外保險對象A於98年1月間向行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局，102年7月23日改制為衛生福利部中央健康保險署)反映其眷屬保險對象B至保險醫事服務機構C醫院就診自付頸部固定內外支架費用疑義，經健保局函知C醫院，略以Vimax Occipital及HALO-VEST TRACTION等項特材迄98年4月尚未有廠商或醫院向健保局提出納入健保給付範圍之申請，C醫院不得以使用全民健康保險未給付之特材為由，而要求保險對象自費，故請C醫院將該項特材費用退還予保險對象B等語。C醫院不服，向健保局申請異議，該局函復仍請C醫院退費。

【案例分析】

本件案例事實係保險對象B選擇以一般身分自費購買尚未納入健保給付之Vimax Occipital及HALO-VEST TRACTION特材，則保險對象與保險醫事服務機構約定超出健保給付範圍

之醫療服務，該醫療契約性質為何？保險對象B於事後向健保局申訴其至保險醫事服務機構C醫院就診自付頸部固定內外支架費用疑義，健保局是否有事務管轄權限？試分析論述如下：

一、案例事實中保險醫事服務機構C醫院與保險對象B約定健保不給付之醫療服務，屬一般醫療契約或健保醫療契約？

(一) 醫療契約成立係醫病雙方合意以診療疾病為給付目的所訂立，當事人一方為病患，另一方為醫療機構，醫病雙方依債之本旨互負給付義務，惟因全民健康保險實施，行政法規大量介入「醫療關係」，保險醫事服務機構之醫療行為受到健保相關法令的規範，使得醫療關係更趨複雜，並非如傳統之醫療關係得單純以一般醫療契約視之。

(二) 鑑於全民健保為社會保險，係提供最基本之醫療照顧，並非社會救助，健保資源之運用自有其限度，無法含括所有醫療服務，故保險對象自願選擇購買非全民健保給付之醫療服務，本屬私法契約自由範圍，只需要受到一般民事契約及醫療法規的規範，亦即全民健康保險並未排除保險醫事服務機構與保險對象合意訂立一般醫療契約提供健保給付範圍外之醫療服務。爰此，保險對象在經保險醫事服務機構明確告知而自願同意下簽具自費同意書，同意不以健保身分就醫而改以自費接受非健保給付之醫療服務，係保險對象基於與保險醫事服務機構間另訂一般醫療服務契約而接受醫療服務，其性質與基於全民健康保險所生之醫療給付事件有別。

(三) 基上，系爭緣起之申訴事件係保險對象B選擇購買健保不給付之醫療服務，其以一般身分與保險醫事服務機構C醫院訂定醫療服務契約，並非基於全民健康保險所生之醫療給付事件，自歸屬一般醫療服務契約。

二、健保局就一般醫療契約是否有事務管轄權限？

(一) 按「本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。」、「衛生福利部為辦理全民健康保險業務，特設中央健康保險署。」分別為全民健康保險法第7條及衛生福利部中央健康保險署組織法第1條(註：本文均引用現行條文)所明定，是辦理全民健康保險業務為健保局之法定職掌。

(二) 健保局基於法定職權，為達成行政目的，與保險醫事服務機構特約，由特約之醫事服務機構提供健保保險給付(即醫療服務)後，依全民健康保險法第63條第1項前段規定，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，並據以核付費用，此等事項固均屬健保局事務權限範圍，惟保險醫事服務機構非基於特約關係而係另與保險對象簽訂一般醫療契約，則與全民健康保險業務無涉，即非健保局權限及審查之範圍。

【案件結語】

一、保險醫事服務機構C醫院與保險對象B間因一般醫療服務契約所生之爭執，並非全民健康保險事件，健保局並無事務管轄權限，即保險對象B與C醫院訂定一般醫療服務契約，同意自費使用健保不給付之特材治療，該雙方於互為對待給付後，若發生爭執，自應循民事爭訟途徑請求救濟。

二、縱然全民健保醫療資源有限，無法將新興療法及特殊材料等醫療服務均全數含括在內，惟並不因此降低醫師對於照顧病患生命及健康之義務，若醫師本於醫療專業及基於治療上必要，需提供健保給付以外之醫療服務，在向保險對象說明健保給付範圍及建議採取健保給付範圍之外之醫療服務，且經保險對象自願同意訂定一般醫療契約下，主管機關不

宜過度介入醫病之間對於醫療方法的選擇，故除有違反「告知同意」法則及全民健保相關規範(如全民健康保險法第68條規定特約醫事服務機構不得自立名目向保險對象收取費用)外，應予尊重醫病間基於自由意志及醫療自主所成立的醫療契約。

法令條文摘錄：

一、全民健康保險法第7條

「本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。」

二、全民健康保險法第40條第1項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

三、全民健康保險法第63條第1項

「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。」

四、全民健康保險法第68條

「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第12條

「本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。」

本報所刊登之內容皆屬於本會所有，若要轉載、再利用，應先經本會同意。

聯絡電話：:02-8590-7178 傳真：02-8590-7070 聯絡人：陳昭蓉

信箱：agselina633@mohw.gov.tw