

審 定

主 文	一、原核定關於追扣保險對象○○○114年1月20日醫療費用計594點部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
-----	---

事 實

一、健保署認定之違規事實及裁處內容[詳如健保署 114 年 10 月 22 日健保○字第 0000000000 號函(初核函)及其附表「○○藥局違規事證」]

(一) 申請人藥局承辦全民健康保險醫療業務，經查有「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」等違規情事：

據健保署於 114 年 6 月 25 日至 8 月 14 日期間派員訪查○○○等 8 位保險對象及申請人藥局負責藥師○○○，發現 1. ○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等 7 位保險對象至○○○診所就醫後，是由櫃檯女性人員給藥，惟申請人卻申報渠等保險對象 114 年 1 月至 3 月期間負責藥師○○○調劑之藥事費用(含藥費及藥事服務費，下同)2,785 點；2. 保險對象○○○至○○○診所就醫回診拆線，沒有拿藥，惟申請人卻申報該保險對象 114 年 2 月 1 日藥事費用 98 點；3. 申請人藥局負責藥師○○○外出就醫不在藥局時間，卻申報○○○等多位保險對象 109 年 10 月至 113 年 9 月期間藥事費用 5,147 點(其中 3 年裁處權期間計 891 點)，共計虛報藥事費用 8,030 點(2,785 點+98 點+5,147 點=8,030 點)，其中裁處權期間計 3,774 點(2,785 點+98 點+891 點=3,774 點)。

(二) 裁處內容：

核處申請人藥局自 114 年 12 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止停約 1 個月，追扣醫療費用 8,030 點[藥費點值 1 點 1 元，藥事服務費點值依○○西醫基層總額各季平均點值換算成元，計換算為新臺幣(下同)8,119 元]，申請人藥局負責藥師○○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

二、申請人申請複核，經健保署重行審核，因違規事證明確，以 114 年 11 月 13 日健保○字第 0000000000 號函核復仍維持原核定。申請人申請暫緩執行，健保署以 114 年 11 月 28 日健保○字第 0000000000 號函同意所請。

三、申請理由要旨

(一) 未有具體證據就定罪，太草率。病患未拿到藥品缺乏具體證據。未具體指出哪位行政人員親自拿藥品給哪位病患，太草率。

(二) 114 年 11 月上旬左右，○○縣衛生局藥政科前來稽查，全程錄音錄影並做紀錄，請調閱相關證物查證。

四、健保署提具意見要旨

(一) 申請人稱該署「未有具體證據就定罪，太草率。」一節，非屬事實。本案係該署依據實地訪查、電話訪問及客觀數據勾稽等相關事證綜合研判之結果。

(二) 該署 114 年 6 月 25 日及 7 月 30 日實地抽訪 10 位保險對象，皆是○○○診所申報就醫後開立處方箋，由申請人藥局申報調劑。該署經查核發現，○○○診所及申請人藥局疑有將醫療費用分拆申報及非藥事人員給藥之情事，相關調查程序均依法行政，並無違誤，詳述如下：

1. 關於藥師未調劑部分

○○○等 7 位保險對象明確指稱係由○○○診所之女性行政人員交付藥品，而申請人藥局登記執業藥師僅為○○○一位男性藥師，保險對象對於診所或藥局內部作業流程是否瞭解並不妨礙其分辨給藥人員是男性或女性。此節事實，已足堪認定申請人藥局有未具藥事人員資格者執行藥品交付業務之違規情事。○○○藥師於訪查時表示：「處方箋由○○○診所行政人員拿過來○○藥局這邊，親自調劑後，由其本人親自拿藥過去○○○診所並唱名叫病人名字後，親自把藥品交給病人，並做藥物諮詢。行政人員僅交付收據等非關專業東西，調劑與藥物諮詢都是其親自做的等等…」與所有受訪保險對象陳述皆不相符。○○○藥師之陳述顯屬卸責之詞，不足採信。該署實地訪查前曾電話訪問 7 位保險對象，全數都表示在○○○診所就醫後是在○○○診所櫃檯領藥，另申請人藥局所稱「為方便病人取藥」云云，非但不能免除藥師應親自交付藥品及用藥指導之法定責任，亦間接承認藥品係於診所櫃檯交付之事實。申請人藥局申報○○○7 位保險對象調劑均列虛報。

2. 關於保險對象未領藥申報調劑費用部分

保險對象○○○稱 114 年 2 月 1 日未領取藥品一節，經查該保險對象因臉部外傷就診，對攸關外貌之診療過程記憶深刻，乃事理之常。其陳述內容具體、前後一致，並經家屬再次確認，核與情理相符，應堪採信。該署據此認定申請人藥局就該次診療申報藥事服務費用，核屬「以虛偽之證明、報告或陳述申報醫療費用」。

3. 關於藥師外出就醫卻申報調劑費用部分

該署比對近 5 年申請人藥局申報交付調劑醫療費用、保險對象就醫紀錄及負責藥師○○○就醫紀錄，發現有 45 筆調劑申報紀錄顯示，於該調劑時間○○○藥師應正在院所就醫或交通路途中，○○○藥師於客觀事實上明顯無法在○○藥局親自調劑。○○○藥師訪查時表示：「因為年代久遠，我不太記得，我大多數是利用下班時間去就醫，到底有沒有因我去就醫時間，由他人交付藥品的疏失，因為年代久遠我不太清楚。」，該署提示其就醫紀錄時，雖○○○藥師語帶含糊託詞表示因年代久遠不復記憶，

惟相關電磁紀錄事證確鑿，難謂無違規之實。

4. 該署於 114 年 8 月 14 日派員實地訪查申請人藥局時，○○○藥師未到場執業，申請人藥局大門僅開啟一小部分未正常營業，負責藥師○○○亦未在藥局內，經○○○診所櫃檯人員聯繫後始從他處前來。進入申請人藥局檢視後發現藥局內無執業跡象，藥局內除未設置健保卡讀卡機外，地上堆置紙箱及雜物，似無實際執行調劑業務之跡象。因申請人藥局負責藥師疑涉未依規定親自主持業務，且藥品疑涉由診所端非藥事人員交付，恐已違反藥師法及藥事法等相關規定，為確保民眾用藥安全，因此於 114 年 10 月 21 日移案○○縣衛生局。申請人稱○○縣衛生局於 114 年 11 月稽查時未發現違規，請求撤銷原處分一節，惟查，本案違規事實係發生於該署 114 年 6 月至 8 月查核期間，違規行為既經查證屬實，即應依法核處。申請人以事後（114 年 11 月）衛生主管機關之稽查當下之結果，欲推翻該署此前查獲之違規事實，顯係倒果為因，混淆視聽，與本案違規認定無涉。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。
- (二) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (四) 全民健保特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款。
- (五) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第 17 條第 1 項第 9 款及第 20 條第 1 項。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表、門診交付調劑/慢性病連續處方箋、全民健康保險特約醫事服務機構合約、訪查報告、查處表、公務電話紀錄、病歷等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 關於追扣保險對象○○○114 年 1 月 20 日醫療費用計 594 點部分
此部分申請人於 114 年 11 月 28 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新審核認為申請人申報保險對象○○○114 年 1 月 20 日醫療費用(序號 IC07)594 點，屬於衛生福利部國民健康署戒菸就醫科別，該筆費用應由衛生福利部國民健康署公務預算補助，非健保醫療費用，並以 115 年 1 月 19 日健保○字第 0000000000 號函知申請人，將於申請人虛報費用中排除並補付 594 點（換算為 593 元）在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。
- (二) 關於健保署核處申請人藥局停約 1 個月及追扣其餘醫療費用 7,436 點(計算

式：8,030 點-重核補付 594 點=7,436 點)

1. 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署辦理專案查核，經勾稽發現申請人藥局疑似有由○○○診所未具藥事人員資格者執行調劑及交付藥品、藥事人員未親自執業及虛報醫療費用等情事，於 114 年 6 月 25 日至 8 月 14 日期間派員訪查保險對象及申請人藥局負責藥師○○○，發現 1. ○○○等 7 位保險對象至○○○診所就醫後，是櫃檯女性人員給藥，惟申請人卻申報渠等保險對象 114 年 1 月至 3 月期間負責藥師○○○調劑之藥事費用 2,785 點(其中 594 點業經健保署重新核定排除)；2. 保險對象○○○至○○○診所就醫回診拆線，沒有拿藥，申請人卻申報該保險對象 114 年 2 月 1 日藥事費用 98 點；3. 申請人藥局負責藥師○○○外出就醫不在藥局時間，卻申報○○○等多位保險對象 109 年 10 月至 113 年 9 月期間藥事費用 5,147 點(其中 3 年裁處權期間計 891 點)，共計虛報藥事費用 8,030 點(其中 594 點業經健保署重新核定排除)，其中裁處權期間計 3,774 點(其中 594 點業經健保署重新核定排除)，此有受訪保險對象、申請人藥局負責藥師○○○等人簽名或蓋章確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表、門診交付調劑/慢性病連續處方箋及病歷等影本附卷可稽，健保署依全民健康保險法第 81 條第 1 項、特約及管理辦法第 39 條第 4 款、第 47 條第 1 項及全民健保特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款等規定，核定申請人藥局停止特約 1 個月，申請人藥局負責藥師○○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，追扣費用 7,436 點，經核並無不合。
2. 申請人雖主張 1. 未有具體證據就定罪，太草率。病患未拿到藥品缺乏具體證據。未具體指出哪位行政人員親自拿藥品給哪位病患，太草率；2. 114 年 11 月上旬左右，○○縣衛生局藥政科前來稽查，全程錄音錄影並做紀錄，請調閱相關證物查證云云，惟除經健保署前開意見書論明甚為詳細外，復經本部審查卷附相關資料結果，認為所稱核難執為本案之論據，茲分述如下：
 - (1) 查○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 8 位保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示系爭申請人申報渠等保險對象藥事費用之門診就醫紀錄明細表及保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表供渠等保險對象確認，訪查訪問紀錄內容均明確記載訪查依據(全民健康保險法第 80 條)、詢問受訪保險對象是否接受訪問、至○○○診所就醫後之領取藥品情形(哪裡領藥？由何人給藥？診所有無交付處方箋?)，至訪查程序結束後，受訪保險對象及健保署訪問人均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名確認，且訪問內容有修改之處，保險對象均有逐處簽名

確認，足見訪查紀錄內容確係出於受訪保險對象之自由意識所為陳述，訪查程序並無瑕疵，且依最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決意旨，健保署之訪查紀錄係由公務員依法製作，依行政訴訟法第 176 條準用民事訴訟法第 355 條規定推定為真正，自得採為證據。依卷附○○○等 8 位保險對象訪查訪問紀錄顯示，渠等保險對象於第一時間接受健保署訪問時，明確證稱至○○○診所就醫後，是由櫃檯女性人員給藥(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○)，或至○○○診所就醫回診拆線，沒有拿藥(○○○)，則健保署據以認定申請人有虛報渠等保險對象 114 年 1 月至 3 月期間系爭藥事費用，核屬有據。

(2)次查健保署比對申請人藥局「申報交付調劑醫療費用」、「保險對象門診就醫紀錄明細表」及負責藥師○○○就醫紀錄後，發現有多筆調劑申報紀錄之調劑時間，○○○藥師應正在特約醫療院所就醫或交通路途中，顯無法在申請人藥局(○○○縣○○○鄉)親自調劑[例如：109 年 10 月 13 日 9 時 36 分至 59 分申報調劑 3 筆，○○○藥師於同日 9 時 51 分在○○醫院就醫]，且○○○藥師於 114 年 8 月 14 日接受健保署訪查時，就上開情形僅表示「因為年代久遠，我不太記得，我大多數是利用下班時間去就醫，到底有沒有因我去就醫時間，由他人交付藥品的疏失，因為年代久遠我不太清楚。」等語，於爭議審議時亦未就此部分舉證說明，則健保署認定虛報，亦無不妥。

(3)至申請人陳稱 114 年 11 月上旬左右，○○縣衛生局藥政科前來稽查，全程錄音錄影並做紀錄云云，與本件健保署認定申請人虛報 109 年 10 月至 114 年 3 月期間藥事費用無涉，並不影響本件違規事實之認定。

(三)綜上，原核定關於追扣保險對象○○○114 年 1 月 20 日醫療費用計 594 點部分申請審議不受理，其餘部分，健保署核處申請人藥局停約 1 個月及追扣醫療費用 7,436 點，申請人藥局負責藥師○○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不合，原核定應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 4 款、第 19 條第 1 項暨第 25 條規定，審定如主文。

本件申請人對於追扣醫療費用部分如有不服，得提起給付訴訟，訴訟標的金額新臺幣 150 萬元以下者向臺北高等行政法院地方行政訴訟庭提起（地址：111044 臺北市士林區福國路 101 號）；逾新臺幣 150 萬元者向臺北高等行政法院高等行政訴訟庭提起（地址：111044 臺北市士林區福國路 101 號）；申請人對於其餘部分如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部（臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號）提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 81 條第 1 項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

五、全民健保特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：（一）保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數在二萬五千點以下者，處停約一個月。」

六、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第 17 條第 1 項第 9 款

「乙方申請之藥事費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：九、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報藥事費用。」

七、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第 20 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減藥事費用、停止特約或終止特約。」