

審 定

主 文 申請審議駁回。

事 實

一、健保署 115 年 3 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨

- (一) 受處分人○○○即申請人係○○診所負責醫師，承辦全民健康保險醫療業務期間，查有「保險對象持家人健保卡代領藥(包括領取非健保卡本人所需藥品、備用藥品)、預防接種當日不當申報疾病就醫費用，情節重大」情事，向該署虛報醫療費用計 14 萬 3,938 點，點值換算金額為新臺幣(下同)13 萬 5,358 元，經該署於 114 年 3 月 18 日以健保○字第 0000000000 號函核處終止特約在案。
- (二) 上揭情事，違反全民健康保險法第 81 條規定，依法應處以虛報醫療費用 2 倍至 20 倍罰鍰，次依全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項(以下簡稱罰鍰注意事項)第 7 點第 4 款規定，符合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)所定情節重大者，處 15 倍罰鍰，爰本件經核算違約申報醫療費用 15 倍罰鍰計 203 萬 370 元(計算式：135,358 元 x15=2,030,370 元)。

二、申請理由要旨

- (一) 原處分不適用特約及管理辦法第 46 條規定之違誤
○○診所於 113 年 8 月 22 日提出切結書自願坦承(通報)繳回 108 年 7 月至 113 年 6 月期間，經清查後錯誤申報之醫療費用 577 萬點，並經健保署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函主旨表明「貴診所坦承有未依規定辦理全民健康保險醫療業務，自願繳回錯誤申報之醫療費用 577 萬點一案，本署同意辦理，請查照。」，誠已確認該診所該當特約及管理辦法第 46 條所定「通報有申報不正確情事，並自動繳回應扣減(還)之相關費用者」之要件，得不適用第 37 條至第 40 條等規定。
- (二) 原處分有認定事實錯誤之違誤
本件如審酌有利於○○診所之陳述證據，事實認定顯有違誤，○○診所錯誤申報醫療點數尚未達 10 萬點，容不該當特約及管理辦法第 43 條第 2 款規定所謂情節重大之情況，原處分認定之虛報點數為 14 萬 3,938 點，容有認定事實錯誤之瑕疵。
- (三) 原處分有違反職權調查義務之違誤
健保署固依全民健康保險法第 80 條第 1 項規定訪查保險對象，惟本於行政程序之有利不利一律注意原則，○○診所前所提出之有利事證即保險對象書面陳述意見內容，亦為健保署負有概括調查義務之範圍，各該保險對象之書面陳述意見內容，攸關其診所是否有違約情節重大之判斷顯具有重要

性，健保署自應調查以釐清是否與事實相符。

(四) 原處分有裁量怠惰及違反比例原則之違誤

1. 按行政罰法第 18 條第 1 項規定：「裁處罰鍰，應審酌違反行政法上義務行為應受責難程度、所生影響及因違反行政法上義務所得之利益，並得考量受處罰者之資力。」，對此合義務裁罰之要求，司法實務亦有具體闡釋。最高行政法院 109 年度判字第 662 號判決揭示：「行政程序法第 6 條規定，揭櫫平等原則對於行政作為之要求。晚近行政機關為符合平等原則之要求，以行政規則對於特定事項之作成，預為分類，建立與立法目的相關或法律要求之裁量因素為分類標準，以區別同類或異類而給予相應之對待，用以協助下級機關合法妥適行使裁量權，以達到『等則等之，不等則不等之』實質平等。其中，尤以裁罰基準最為常見，應以行政罰法第 18 條第 1 項所揭示之應受責難程度、所生影響、所得之利益、考量受處罰者之資力等為參考標準，並審視各別管制事項之特性，加計各種應予考慮之裁量因素，如違規次數等。」，另最高行政法院 107 年度判字第 82 號判決揭示：「裁量之目的在於實現個案正義，裁量之行使，以主管機關就個案作為原則。上級機關為維持法律適用之一致性，符合平等原則之要求，固得訂頒裁量基準，以協助下級機關行使裁量權，下級機關原則上亦應受裁量基準之拘束，但裁量基準僅係基於平等原則實踐要求而為之抽象類型化標準，仍應容許特殊情形存在而為不同的處理，因此判斷行政機關裁量權之行使有無瑕疵而屬違法，尚不得以裁罰基準作為判斷之唯一標準。」
2. 經查，原處分固以全民健康保險法第 81 條第 1 項及罰鍰注意事項第 7 點第 4 款規定為基礎，對其裁處違約申報醫療費用 15 倍罰鍰，然原處分以特約及管理辦法第 43 條規定之「情節重大」，即遽以 15 倍計算罰鍰，全然未就本案違規情節之輕重再為區分，形同未為裁量之裁量怠惰。實則特約及管理辦法第 43 條所定各種「情節重大」情形，其違規態樣、可歸責程度、對健保資源之實質侵害程度均明顯有別，然卻不分情節一體適用 15 倍罰鍰，並未考量本件個案中「應受責難程度」、「所生影響」及「所得利益」等法定裁量因素之差異，與行政罰法第 18 條第 1 項之規範意旨有所不合。

三、健保署提具意見要旨

- (一) 該署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函說明二已敘明「除本署訪視查獲事證外」，○○診所另自願切結繳回 108 年 7 月至 113 年 6 月期間錯誤申報之醫療費用 577 萬點，經該署函復同意辦理。是該署就○○診所自願繳回之 577 萬點部分，已適用特約及管理辦法第 46 條規定，未列為本案虛報金額予以核處之範圍，至於本案已查獲之違規虛報費用 14 萬 3,938 點，並未包含在○○診所切結自願繳回之 577 萬點內，該署依規定核處罰鍰，並無違誤。

- (二)○○診所確實有「保險對象持家人健保卡代領藥(含非健保卡本人所需藥品、備用藥品)」、「預防接種當日不當申報疾病就醫費用」，涉未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用共 14 萬 3,938 點，該署依特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 43 條第 2 款規定予以終止特約，並依全民健康保險法第 81 條規定處以虛報醫療費用 2 倍至 20 倍罰鍰，自屬於法有據。
- (三)本件該署依罰鍰注意事項第 7 點第 4 款規定：「符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處 15 倍罰鍰」。另考量同注意事項第 9 點規定，略以前 2 點罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務之申報醫療費用之 2 倍。本件○○診所違約虛報醫療費用點數經○○分區○○各季平均點值換算為 13 萬 5,358 元，核算該 15 倍罰鍰，共 203 萬 370 元，未超過第一次處分函發文日期最近一年平均每月申報醫療費用之 2 倍(372 萬 4,374 元)，則本案依法所為之罰鍰處分及金額並無不當。

理 由

一、法令依據

- (一)全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二)全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 4 款及第 9 點。

二、卷證

健保署 114 年 3 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)、114 年 5 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核)、本部 114 年 12 月 23 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書、○○診所罰鍰金額核算表等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一)依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署依資料分析結果，發現○○診所「家戶群聚率」及「同日預防保健二刷」等指標百分位皆高於轄區內院所，110 年 4 月至 112 年 3 月期間家戶多刷率占 29.7%，且家戶同日高達 5 至 7 人就醫，112 年 11 月至 113 年 4 月期間月平均申報 3,475 件約 213 萬點偏高，乃立案查核，於 113 年 7 月 1 日至 8 月 22 日期間派員訪查黃○君等多位保險對象及○○診所負責醫師○○○即申請人後，認定○○診所有虛報 112 年 7 月至 113 年 4 月期間 321 筆醫療費用計 14 萬 3,938 點等違規情事，經健保署以 114 年 3 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)核處○○診所自 114 年 6 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內，不得再申請特約，負責醫師○○○即申請人於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，至罰鍰部分，暫未核處。○○診

所循序申請複核、爭議審議，經本部審查認為健保署認定○○所違規虛報點數 14 萬 3,938 點，核屬有據，爰以 114 年 12 月 23 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書審定「申請審議駁回」，○○診所仍未甘服，提起訴願，合先敘明。

(二) 本件係健保署就前開○○診所違規虛報醫療費用計 14 萬 3,938 點(13 萬 5,358 元)之違規事實，依全民健康保險法第 81 條及罰鍰注意事項第 7 點第 4 款等規定，裁處 15 倍罰鍰 203 萬 370 元(計算式：135,358 元 X15=2,030,370 元)，經核並無不合。

(三) 申請人主張 1. 原處分不適用特約及管理辦法第 46 條規定之違誤；2. 原處分有認定事實錯誤之違誤；3. 原處分有違反職權調查義務之違誤；4. 原處分有裁量怠惰及違反比例原則之違誤云云，除經健保署前開意見書論明者外，復經本部審查卷附相關資料結果，認為所稱核不足採，理由分述如下：

1. 查本件罰鍰處分之裁罰基礎，為健保署 114 年 3 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)認定○○診所虛報醫療費用 14 萬 3,938 點，而○○診所對於健保署核處終止特約之核定申請複核，經健保署重行審核，因違規事證明確，以 114 年 5 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核)核復○○診所仍維持原核定，復經○○診所就終止特約複核核定申請爭議審議，執與本次爭議審議相同主張(原核定及複核核定不適用特約及管理辦法第 46 條規定、認定事實錯誤、違反職權調查義務、違反比例原則)，業經本部審酌卷附健保署業務訪查訪問紀錄、業務問題說明書、訪查報告、查處表、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷表等資料影本、健保署意見書及補充意見結果，以 114 年 12 月 23 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書審定「申請審議駁回」有案，已如前述，則健保署以該終止特約核定所認定違規事實(虛報醫療費用 14 萬 3,938 點)為計算基礎，後續裁處罰鍰，自無不合。

2. 按「行政機關為行使法律所授與裁量權，在遵循法律授權目的及範圍內，必須實踐具體個案正義，惟顧及法律適用之一致性及符合平等原則，乃訂定行政裁量準則作為下級機關行使裁量權之基準，既能實踐具體個案正義，又能實踐行政之平等原則，非法律所不許。經查，本件被告為保險人為執行全民健康保險法有關罰鍰處分事項，訂定系爭注意事項，其中第 7 點乃規定違反全民健康保險法第 81 條規定之裁罰倍數，參照上開說明，被告執為本件裁罰準則，並未違法。」有臺北高等行政法院 106 年度訴字第 1400 號判決可資參考，本件○○診所以保險對象持家人健保卡代領藥(包括領取非健保卡本人所需藥品、備用藥品)及預防接種當日不當申報疾病就醫費用，虛報醫療費用計 14 萬 3,938 點，已該當特約及管理辦法第 43 條第 2 款所定「違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，

仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」要件，為同辦法第 40 條第 1 項第 2 款所定之情節重大，則健保署審酌○○診所違規態樣、違規申報點數(超過 10 萬點)及受處罰者之資力(處罰金額未超過○○診所最近 1 年平均每月申報醫療費用 2 倍)等因素，依罰鍰注意事項第 7 點第 4 款規定，按○○診所違規申報之醫療費用 15 倍計算罰鍰，經核並無違法，所稱原處分有裁量怠惰及違反比例原則之違誤一節，核有誤解。

(四) 綜上，本件健保署核處申請人罰鍰計 203 萬 370 元，並無不合，原核定應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，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 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 5 月 6 日

本件申請人如有不服，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。」

二、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 4 款

「保險醫事服務機構以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用者，其罰鍰標準如下：(四)符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處十五倍罰鍰。」

三、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 9 點

「前二點罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務之申報醫療費用之二倍，但違約申報之醫療費用大於該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務申報醫療費用者，均處違約申報醫療費用之二倍罰鍰。」