

審 定

主 文 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 115 年 2 月 11 日健保○字第 0000000000 號函(初核)及其附表「○○診所(代號:0000000000)違規說明」]:

(一) 申請人○○診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有「提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用」、「保險對象接受預防保健或領取慢箋用藥當日，並無疾病需求就醫及領藥，卻申報醫療費用」等違規情節重大情事：

1. 保險對象計有○○○、○○○(由其配偶○○○受訪)、○○○、○○○(○○○之配偶)、○○○、○○○(由其配偶○○○受訪)、○○○、○○○(○○○之配偶)、○○○、○○○及○○○等 11 位保險對象。

2. 上開○○○等 11 位保險對象本人或其配偶接受健保署訪問時表示，渠等至申請人○○診所，或持本人及配偶健保卡在櫃台領取銀杏、維骨力膠囊、酸痛貼布、B 群錠、肝藥，並未就診，或單純打疫苗、抽血檢驗、健檢、領慢性病處方箋用藥，未因疾病就醫等語，惟申請人○○診所卻申報渠等保險對象 112 年 4 月至 114 年 3 月期間多筆醫療費用計 16 萬 6,105 點。

(二) 裁處內容

處申請人○○診所自 115 年 5 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。

二、申請人等不服，向健保署申請複核，經健保署重行審核，認違規事證明確，以 115 年 3 月 23 日健保○字第 0000000000 號函(複核)核復，仍維持原核定；另申請暫緩執行，經健保署以 115 年 4 月 21 日健保○字第 0000000000 號函同意於爭議審議審定前暫緩執行。

二、申請人等仍未甘服，於 115 年 4 月 13 日(本部收文日)向本部申請審議，申請爭議審議之理由要旨如下：

(一) 健保署 115 年 2 月 11 日健保○字第 0000000000 號函(初核)及 115 年 3 月 23 日健保○字第 0000000000 號函(複核)認有違規虛報 16 萬 6,105 點，終止特約 1 年，惟經其等重新計算統計後，發現僅有錯誤申報 3 萬 9,002 點，因此應停止特約 3 個月。事後健保署認依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 46 條規定：「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機

關坦承等情事，並繳回應扣減(還)之相關費用者，得不適用第 37 條至第 40 條之規定」，又認 114 年 6 月 2 日至 114 年(誤植為 116 年)6 月 11 日健保署派員訪查保險對象，且於 114 年 7 月 15 日調取病歷，經綜整受訪保險對象說詞後，其始於 114 年 7 月 31 日自清切結返還 109 年 4 月 1 日至 114 年 3 月 31 日醫療費用 550 萬點，故不符合特約及管理辦法第 46 條規定之訪查前自動繳回之要件。

- (二) 然查，其等所自清切結繳回者為「藥品」部分，與健保署所進行調查之「保險對象有無親自前來看診」事實並不相同，健保署尚未就用藥是否合規開始進行調查，因此其所繳回之藥品爭議款 550 萬點，確實屬於「訪查前自動繳回」之情形。因此健保署認為其等虛報之 16 萬 6,105 點，應扣除自動繳回之 550 萬元，其等 115 年 3 月 5 日及 6 日複核申請書已製作附表，可以證明扣除自動繳回部分，違規申報僅有 3 萬 9,002 點，依法應調整為停止特約 3 個月。

三、健保署提具意見要旨

- (一) 經查該署於 114 年 6 月 2 日至 7 月 31 日期間派員訪查申請人○○診所及○○等多位保險對象，發現有「以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用」及「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」等違規情節重大情事，虛報醫療費用計 16 萬 6,105 點，違規事證明確，爰依特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 43 條第 1 項第 1 款等規定，處申請人○○診所自 115 年 5 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。

- (二) 本案該署訪查過程說明如下：

1. 該署係於 114 年 6 月 2 日至 11 日派員訪查保險對象，並於 114 年 7 月 15 日持訪查公文至申請人○○診所調閱受訪保險對象之病歷，申請人○○診所亦於 114 年 7 月 18 日補齊所有調閱之病歷，經綜整受訪保險對象說詞後，於 114 年 7 月 23 日請申請人○○○至該署○○業務組就本案保險對象違規申報內容進行說明。
2. 嗣申請人○○診所於 114 年 7 月 31 日始提供自行清查願意返還醫療費用之計算方式，經當日於該署○○業務組協商，自願切結繳回 109 年 4 月 1 日至 114 年 3 月 31 日止，經清查後錯誤申報之醫療費用合計 550 萬點，該署○○業務組遂於 114 年 8 月 25 日以健保○字第 0000000000 號函同意在案，該同意函說明二提及申請人○○診所負責醫師即申請人○○○表示，

申請人○○診所辦理本保險醫療業務，「除本署訪視查獲之事證外」，另自願切結繳回 109 年 4 月 1 日起至 114 年 3 月 31 日止，經清查後錯誤申報之醫療費用合計 550 萬點。另說明五提及「本件並不免除已經查獲部分之行政處分」，故本案查獲之虛報金額 16 萬 6,105 點，並未包含於申請人○○診所切結自願繳回之 550 萬點內，爰申請人等提及虛報之 16 萬 6,105 點，應扣除自動繳回之 550 萬點等語，顯有誤解。

- (三) 按特約及管理辦法第 46 條規定：「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減(還)之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定」，依前開所述時間點，申請人○○診所迄至 114 年 7 月 31 日始切結自清返還，並未符合特約及管理辦法第 46 條規定之訪查前主動通報之要件，自無特約及管理辦法第 46 條規定之適用。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 1 款、第 46 條及第 47 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 20 條第 1 項。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、訪查報告、查處表、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷等資料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，本件係健保署依民眾反映申請人○○診所有押健保卡及刷卡換物等情事，乃立案查核，於 114 年 6 月 2 日至 7 月 31 日期間派員訪查○○○等多位保險對象及申請人○○診所負責醫師○○○後，認定申請人○○診所有「提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫」、「保險對象接受預防保健或領取慢箋用藥當日，並無疾病需求就醫及領藥」，申報醫療費用 16 萬 6,105 點之違規情事，除經健保署原核定、複核定及意見書論明者外，並有經保險對象本人、申請人○○診所負責醫師○○○簽名或蓋章或按捺指紋確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷等影本附卷可稽。
- (二) 查申請人等對於健保署認定系爭之違規情事，並不否認，惟於申復及爭議審議一再主張其等自清切結繳回者為「藥品」部分，與健保署所進行調查

之「保險對象有無親自前來看診」事實並不相同，健保署尚未就用藥是否合規開始進行調查，因此其所繳回之藥品爭議款 550 萬點，確實屬於「訪查前自動繳回」之情形，健保署認定虛報 16 萬 6,105 點，應扣除自動繳回部分，違規申報僅有 3 萬 9,002 點，依法應調整為停止特約 3 個月云云，茲查核分述如下：

1. 按「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。」，為特約及管理辦法第 46 條所明訂。考其立法本意，係為鼓勵該不正確申報之保險醫事服務機構自新及自動繳回相關費用以代替處分，且適用對象包括保險醫事服務機構及負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。是以，保險醫事服務機構或醫事人員得免除處分之要件為保險醫事服務機構、其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員於保險人或其他機關「訪查前」，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用，始足該當得不適用特約及管理辦法第 37 條至第 40 條有關扣減 10 倍醫療費用、停止特約、終止特約之規定，合先敘明。
2. 茲就本案相關事實按時序表列如下：

日期	內容
114/6/2 至 114/6/10	健保署訪問系爭○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 9 位保險對象(虛報保險對象本人或配偶○○○、○○○計 11 位之醫療費用計 16 萬 6,105 點)
114/7/23	健保署訪問申請人○○診所負責醫師○○○，訪問及回答內容記載於「業務訪查訪問紀錄」
114/7/31	申請人○○診所負責醫師○○○向健保署切結同意返還 109 年 4 月 1 日至 114 年 3 月 31 日錯誤申報之醫療費用計 550 萬點
114/8/25	健保署 114 年 8 月 25 日健保○字第 0000000000 號函同意申請人○○診所自願繳回錯誤申報之醫療費用計 550 萬點

3. 承上所述，健保署認定申請人○○診所所有虛報醫療費用計 16 萬 6,105 點之違規情事，已如前述，違約虛報點數「超過 10 萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品」，違規情節重大，則健保署依特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 1 款及第 47 條第 1 項等規定，

核處申請人○○診所終止特約，並自終止特約之日起1年內，不得再申請特約、其診所負責醫師即申請人○○○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，核屬有據。

(三) 綜上，健保署處申請人○○診所終止特約，並自終止特約之日起1年內不得再申請特約，其診所負責醫師即申請人○○○自終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，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項暨第25條規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 6 月 29 日

本件申請人等如有不服，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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。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，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第1款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第46條

「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。」

五、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。」

六、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）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醫療費用、停止特約或終止特約。」