

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署認定之違規事實及核定內容 (一) 健保署 115 年 1 月 14 日健保○字第○號函(初核) 1. 違規事實：自立名目向保險對象收取醫療費用 申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查黃姓保險對象於 114 年 3 月 25 日至 4 月 3 日至申請人診所就醫，除繳納掛號費及部分負擔費用外，另有向申請人診所繳納新臺幣(下同)800 元至 600 元不等費用，經申請人診所說明表示 800 元係針劑抗生素費用、600 元是回診超音波檢查費用，囿於先前類此個案申報相關費用皆被核刪，爰取得病患同意後，簽訂自費同意書並請其自費；為釐清申請人診所向黃姓保險對象收取自費之合理性，經該署專業審查，認為 114 年 3 月 25 日至 3 月 30 日收取之自費項目實不符健保給付範圍，惟 114 年 4 月 3 日施行之回診超音波檢查，係一星期後之追蹤檢查屬合理，符合健保給付範圍，爰應向本保險申請給付，不得自立名目另向保險對象收取自費 600 元。 2. 裁處內容 (1) 退還黃姓保險對象已收取之費用 600 元。 (2) 處以違約記點 1 點。 (3) 處以 5 倍罰鍰 3,000 元(另函通知申請人再行繳納)。 (二) 健保署 115 年 1 月 14 日健保○字第○號罰鍰處分書 受處分人陳○○係申請人診所負責醫師，承辦全民健康保險醫療業務期間，查有違反全民健康保險法第 68 條情事，依同法第 82 條規定，處以自費金額 600 元之 5 倍罰鍰 3,000 元。 (三) 健保署 115 年 2 月 24 日健保○字第○號函(複核) 申請人申請複核，經健保署重新審核，認為本件違規事證明確，仍維持原核定。 二、申請理由及補充理由要旨 (一) 其診所向來配合健保相關規定辦理申報作業，對於追蹤性檢查之申報間隔亦持審慎態度，惟本案涉及腹部超音波(19001C、19009C)於病情無變化情形下之申報時距，經查詢現行全民健康保險給付標準及相關審查實務，其規範及解釋尚有不一致： 1. 依據既有腹部超音波申報 19001C 或 19009C 之健保核刪案例及相關爭議說明，於病情無變化情形下，再次申報通常須間隔至少 3 個月以上，如附件(衛生福利部全民健康保險爭議審議會第 12 期電子報「腹部超音波申報 19001C 或 19009C 之健保核刪與爭議」)。

	2. 另依據中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會（審查組）110 年第 1 次會議紀錄，除兒童個案外，再次申報至少應間隔 28 日。 3. 綜上，現行制度中對於病情無變化之成人腹部超音波檢查（19009C），是否得於較短期間內再次申報，未見明確之規範、公告函釋或一致性之審查標準，可資遵循，實務上仍存在一定解釋空間。 （二）本案爭議在於其診所對黃姓保險對象施行超音波檢查之醫療行為，係基於臨床專業判斷及實際診療需要；其診所於本案檢查時間點，考量該次超音波是否符合健保申報要件，尚有疑義，為避免申報爭議，爰向黃姓保險對象收取自費 600 元，此一作法係基於維護健保制度秩序及審慎因應審查實務之考量，並非刻意規避健保或圖取不當利益。 三、健保署提具意見及補充意見要旨 （一）按全民健康保險法第 68 條規定「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」，次按同法第 82 條規定：「保險醫事服務機構違反第六十八條之規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰」，再按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 13 條規定「本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第十四條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用」，未按同辦法第 36 條第 2 款規定「保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：二、違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定」。 （二）本案經該署審查醫師認定，申請人診所向黃姓保險對象收取 114 年 4 月 3 日腹部超音波檢查費用 600 元部分符合健保給付規範，申請人診所應依法向該署進行費用申報，不得向保險對象收取自費，是以，該署處分乃適法且並無不當。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 68 條及第 82 條。 （二）全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條及第 36 條第 2 款。 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、病歷記

錄、「自費同意書」等影本及健保署意見書、補充意見。

三、審定理由

- (一) 按「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。」為全民健康保險法第 68 條所明定。又依特約及管理辦法第 13 條規定：「本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第 14 條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。」，如有違反者，依全民健康保險法第 82 條、特約及管理辦法第 36 條第 2 款規定，除應退還已收取之費用外，並按所收取之費用處以 5 倍之罰鍰，以及違約記點 1 點，合先敘明。
- (二) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於○○市政府衛生局接獲民眾申訴至申請人診所就醫事實與健保卡就醫紀錄不符，移由健保署查核，經健保署於 114 年 8 月 14 日至 12 月 15 日期間派員訪查保險對象及申請人診所負責醫師陳○○，發現申請人診所於 114 年 4 月 3 日為黃姓保險對象施行腹部超音波檢查，向該保險對象收取費用 600 元，經該署專業審查，認為 114 年 4 月 3 日施行之回診超音波檢查，係一星期後之追蹤檢查屬合理，符合健保給付範圍，應向本保險申請給付，不得自立名目另向保險對象收取自費 600 元，乃依全民健康保險法第 82 條、特約及管理辦法第 36 條第 2 款規定，核定申請人需退還收取之費用 600 元，並按所收取之費用處以 5 倍罰鍰 3,000 元及處以違約記點 1 點。
- (三) 申請人雖主張其診所對黃姓保險對象施行超音波檢查之醫療行為，係基於臨床專業判斷及實際診療需要，現行制度中對於病情無變化之成人腹部超音波檢查，是否得於較短期間內再次申報，未見明確之規範或審查標準，考量該次超音波是否符合健保申報要件，尚有疑義，為避免申報爭議，向黃姓保險對象收取自費 600 元云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：
1. 黃姓保險對象以健保身分就醫，申請人申報情形：
 - (1) 114 年 3 月 25 日門診以「腎小管-間質腎炎，未明示為急性或慢性者」申報費用 1,614 點(含「19009C-腹部超音波，追蹤性」643 點)。
 - (2) 114 年 3 月 28 日門診以「腎小管-間質腎炎，未明示為急性或慢性者」申報費用 408 點(不含腹部超音波)。
 - (3) 114 年 3 月 30 日門診以「腎小管-間質腎炎，未明示為急性或慢性者」申報費用 1,186 點(不含腹部超音波)。
 - (4) 114 年 4 月 3 日門診以「腎小管-間質腎炎，未明示為急性或慢

性者」申報費用 378 點(不含腹部超音波)。

2. 申請人收費情形：

114 年 4 月 3 日向黃姓保險對象收取腹部超音波檢查費用 600 元(「自費同意書」記載「本治療經詳細說明後，我已充分了解，並願意接受此項治療，確知自費金額為新台幣 600 元，本人(簽名)同意接受。」，註：該同意書並無自費診療項目名稱之記載，依申請人診所負責醫師 114 年 12 月 15 日接受健保署訪查訪問時陳述，為回診之超音波檢查費用)。

3. 健保署醫療專家審查意見：

114 年 4 月 3 日回診超音波，為一星期後追蹤屬合理，符合健保給付規範。

4. 本部為審慎計，經委請醫療專家審查結果，認為 114 年 3 月 25 日、28 日、30 日及 4 月 3 日之臨床表現，並無明顯惡化的情況，故於(114 年 3 月 25 日)1 週後追蹤腹部超音波檢查，應屬合理，114 年 4 月 3 日執行腹部超音波檢查，同意由健保給付。

5. 按「保險對象均以健保身分就醫，且…針劑皆為全民健保險藥物給付項目及支付標準收載項目，依特約及管理辦法第 13 條規定，原告除依同辦法第 14 條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。原告無論係主動囑保險對象或應保險對象要求自費醫療，均屬自立名目向保險對象收取費用」，有臺北高等行政法院 104 年度訴字第 1540 號判決意旨可資參照，承上，黃姓保險對象以健保身分於系爭 114 年 4 月 3 日至申請人診所就醫，經健保署及本部醫療專家審查結果，均認為符合健保給付腹部超音波檢查之條件，申請人診所並不得向該保險對象收取該項檢查費用，則健保署認定申請人自立名目向保險對象收取費用，自無不妥。

(四) 綜上，健保署核定申請人診所應退還黃姓保險對象醫療費用 600 元、違約記點 1 點及處以罰鍰 3,000 元，並無不合，原核定均應予維持。

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 18 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。」

二、全民健康保險法第82條

「保險醫事服務機構違反第六十八條之規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條

「本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第十四條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條第 2 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：二、違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定。」