

審 定

主 文	一、關於健保署 113 年 10 月 1 日健保○字第○號函部分申請審議不予受理。 二、其餘申請審議駁回。
-----	---

事 實

一、健保署文件內容要旨

(一) 健保署 113 年 10 月 1 日健保○字第○號函

申請人診所坦承有未依規定辦理全民健康保險醫療業務，自願繳回不當申報之醫療費用 300 萬點，該署同意辦理。

(二) 健保署 114 年 6 月 24 日健保○字第○號函（追扣醫療費用及扣減 10 倍金額初核）

1. 依據該署 114 年 5 月 8 日健保○字第○號函（終約初核，認定申請人虛報醫療費用計 14 萬 9,231 點）辦理。

2. 追扣不當申報金額如下：

(1) 虛報醫療費用部分：

違約虛報 14 萬 9,231 點[點值換算為新臺幣(下同)14 萬 2,017 元]，應追扣金額 14 萬 2,017 元。

(2) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務及非藥事人員調劑及交付藥品部分：

① 洪謝○花及葉○韋 2 位保險對象於 112 年 1 月 28 日至 113 年 1 月 14 日期間，有未親自至申請人診所就醫，係由家人持健保卡代為陳述病情並領取藥物情事，違規申報醫療費用計 5,367 點。

② 陳○玉保險對象於 113 年 6 月 8 日至申請人診所就醫，有未具藥事資格人員調劑及交付藥品情事，違規申報醫療費用計 86 點。

③ 違約申報醫療費用合計 5,453 點（點值換算為 5,232 元），應不予給付 5,232 元暨扣減 10 倍金額 5 萬 2,320 元，合計 5 萬 7,552 元。

(3) 未具藥事資格人員交付藥品部分：

林○葉保險對象於 112 年 10 月 12 日至 113 年 7 月 26 日期間至申請人診所就醫，由醫師調劑，但交由未具藥事資格人員交付藥品，違規申報醫療費用，應追扣藥費及藥事服務費計 774 點。

(4) 翁○市、曾○良、曾葉○鶴、陳○芳 4 位保險對象於 111 年 8 月 16 日至 113 年 2 月 7 日期間，係持健保卡至申請人診所換領物品，並未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，該藥局申報 25 筆藥事費用計 2,942 點，應由申請人診所申報之醫療費用核減。

(5) 綜上，合計應追扣虛報醫療用 14 萬 2,017 元(14 萬 9,231 點)、不予給付 5,232 元(5,453 點)暨扣減 10 倍金額 5 萬 2,320 元(合計 5 萬 7,552 元)，

另追扣費用 3,716 點(774 點+2,942 點=3,716 點)，並逕自申請人診所應領之醫療費用中扣抵。

(三)健保署 114 年 8 月 26 日健保○字第○號函(追扣醫療費用及扣減 10 倍金額複核)

申請人不服，向健保署申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，仍維持原核定。

二、申請理由要旨

(一)追扣虛報醫療費用 14 萬 2,017 元部分

其診所自認沒有違規，或許病歷寫的不夠精準，有關健保署所認定之違規事項，其診所已多次提出異議說明，並提供相關照片及 4 位受訪者證明書，均不為健保署採信，已於 114 年 8 月 24 日另案向行政法院提起訴訟。

(二)追扣及扣減 10 倍醫療費用 5 萬 7,552 元部分

個案未親自至診所，一部分門診由先生代領藥等，病患會事先電話說明，審查人員不能坐在辦公室看病歷、有先入為主的主觀認定或誘導病患做片斷回答的筆錄，且藥物都由醫師交付病人：

1. 洪謝○花：罹患糖尿病 20 幾年，藥物服用順從性差，其診所醫師積極衛教，要求病患按時吃藥，為了洪謝○花健康、糖尿病能好好治療，答應病患偶而可請其先生工作結束後代領藥，但前提要每天按時服用藥物。
2. 陳○玉：在診所之藥物，都由醫師配置再由行政人員交付病患。
3. 葉○韋：其診所釋出健保藥物或傷口藥膏（病患有傷口），部分由健保藥局藥師送至診所，醫師看過無誤，再由行政人員交付病患。

(三)未具藥事資格人員交付藥品，追扣藥事費用 774 點部分

林○葉：其診所自行調劑處方皆由醫師處理，診所調劑處方空間和掛號櫃檯同處一室連接，醫師調劑好後順勢轉手由行政人員交付給病患，會口頭交代病患，這有何不對？

(四)保險對象未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，惟該藥局卻有其診所釋出之處方，並申報藥事費用，追扣藥事費用 2,942 點部分

健保署誤認定曾○良、曾葉○鶴及翁○市未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，其診所釋出處方箋，保險對象當然會將處方箋拿至藥局取藥，如果是重複申報，健保署每月電腦資訊核對診所與健保藥局所申報之健保費用時，健保署都會當月或當季勾稽扣除，有關這部分，其診所並不清楚。

(五)健保署違反行政法一事不二罰原則（同一稽查案件），已錯誤申報繳回 300 萬點，稽查訪視人員曾親口說會免除抽審訪視個案行政審查處罰，然因其診所於 113 年 12 月 12 日提起司法訴訟，健保署在司法訴訟未定案，又突襲式針對個案單方面主觀認定違規併處罰（健保○字第○號函）。

三、健保署提具意見要旨

(一)申請人診所檢附保險對象胡○枝、翁○市、林○鋒、陳○玉 113 年 10 月 20

日、113 年 10 月 17 日、113 年 11 月 10 日、113 年 10 月 15 日說明之證明文件一節

查上開證明均係事後所製作，核其內容顯與保險對象於該署訪談時所作紀錄均不相符，是否屬實，已令人生疑。況該署訪查人員與申請人診所間並無利害關係，查獲申請人診所虛報醫療費用亦無額外獎勵，殊無誣陷申請人診所或誘導保險對象作不利於申請人診所陳述之必要；反之保險對象之陳述攸關申請人診所之利害甚鉅，申請人診所所有誘因促使保險對象作對其有利之說詞，因此保險對象於該署訪查後之陳述，容易受到申請人診所之影響而變更其說詞，其可信度不如保險對象第 1 次接受該署訪查時之說詞為可採。又依照臺灣社會習慣，病人不可能故意誣陷醫師，反而容易在醫師之請託之下為其辯解，故受訪保險對象第 1 次接受該署訪查時之說詞，應有較高之可信度，此有臺北高等行政法院 104 年度訴字第 745 號判決意旨可供參考。

(二) 申請人診所於 114 年 7 月 10 日申請複核追扣及扣減醫療費用函中說明，113 年 10 月 18 日及 10 月 23 日函送諸多個案證明文件及個案就醫照片予該署○業務組補充說明一節

1. 有關申請人診所提供前開相關資料，該署已就申請人診所申請終止特約複核併案審酌，並於 114 年 6 月 11 日以健保○字第○號函予以維持原核定終止特約處分在案，合先敘明。
2. 該署實地訪問洪○來（洪謝○花配偶）時表示，洪謝○花只有因感冒、外傷問題或是回診看報告會至申請人診所親自就醫，但其他就醫紀錄（排除 2 人同日就醫）都是洪○來去申請人診所幫洪謝○花領取藥物，與申請人診所負責醫師說明洪謝○花偶而請其先生工作結束後代領藥情節相符，爰該署將洪謝○花非因感冒及外傷症狀就醫，列為未經醫師診斷逕行提供醫療服務違規情節，扣減 10 倍申請醫療費用，尚無違誤。
3. 該署實地訪問葉○韋明確表示，因為白天工作忙，只有在晚上（約下午 17:00 之後）下班後，才有空自行到申請人診所看診，如果是在申請人診所下午 17 點之前刷健保卡，都是由其家人拿他的健保卡到申請人診所代為領藥，又申請人診所負責醫師於 113 年 9 月 26 日亦說明坦承葉○韋有未親自就診，由他的家人代替至申請人診所領藥情形，爰該署將葉○韋下午 17:00 前就醫紀錄（排除 2 筆欠卡就醫紀錄），列為未經醫師診斷逕行提供醫療服務違規情節，扣減 10 倍申請醫療費用，尚無違誤；申請人於爭議申請理由改稱藥品由健保藥局藥師送至診所，申請人診所負責醫師看過無誤，再由行政人員交付，顯係推諉之詞，核不足採。
4. 該署實地訪問陳○玉時表示，渠看診感冒後會直接在申請人診所內領藥，是由申請人診所的小姐調劑及交付藥品，申請人診所負責醫師亦於 113 年 9 月 26 日說明坦承診所所有護理人員調劑及交付藥品給病人的情形，爰該署扣

減 10 倍藥事相關費用，尚無違誤；申請人於爭議申請理由改稱渠在診所藥物，都由申請人診所負責醫師配置再由行政人員交付，顯係推諉之詞，核不足採。

5. 該署實地訪問林○葉時表示，在申請人診所就醫後要領藥時，都是由申請人診所負責醫師把藥交給櫃檯小姐，再由櫃檯小姐再交付藥品，與申請人診所負責醫師 113 年 9 月 26 日說明及爭議申請理由中坦承有櫃檯小姐交付藥品情形相符，爰該署追扣藥事相關費用 774 點，尚無違誤。

6. 本案經實地訪查申請人診所違規虛報醫療費用情節中，有釋出翁○市、曾○良、曾葉○鶴及陳○芳等 4 人（合計 25 筆）處方箋由新○○藥局申報調劑費用，經查本案主要違規類型為同家戶保險對象至申請人診所刷健保卡換物，保險對象或其同戶家人未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，申請人診所負責醫師 113 年 9 月 26 日說明有可能是誤按申報系統所致，而新○○藥局負責藥事人員 113 年 9 月 26 日說明都有依據處方箋所載內容進行調劑，並將調劑好的藥品送回申請人診所，並依此向該署申報調劑藥品相關醫療費用，惟申請人診所卻未將藥品交付保險對象，爰該署依全民健康保險法第 64 條規定，將新○○藥局所申報 25 筆之藥事費用 2,942 點，由申請人診所申報之醫療費用追扣核減，尚無違誤。

（三）至於申請人診所另自願切結繳回 111 年 1 月 1 日起至 113 年 7 月 31 日止錯誤申報之醫療費用 300 萬點一節

按該署 113 年 10 月 18 日健保○字第○號函說明二已敘明「除本署訪視查獲事證外」，申請人診所另自願切結繳回 111 年 1 月 1 日起至 113 年 7 月 31 日止錯誤申報之醫療費用 300 萬點，經該署函復同意辦理。是該署就本案已查獲之違規事證追扣虛報醫療費用 14 萬 2,017 元，不予給付 5,232 元暨扣減 10 倍金額 5 萬 2,320 元（合計 5 萬 7,552 元），另追扣醫療費用 3,716 點等費用，並未包含在申請人診所自願切結繳回之 300 萬點內，該署依本保險相關規定追扣暨扣減申請人診所醫療費用，並無違誤，申請人診所就本案已查獲之違規申報費用，主張有違反行政法一事不二罰原則，顯有誤解。

理 由

一、法令依據

（一）全民健康保險法第 6 條第 1 項、第 2 項、第 3 項、第 64 條及第 81 條第 1 項。

（二）全民健康保險爭議事項審議辦法（以下簡稱爭審辦法）第 2 條、第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條。

（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 37 條 1 項第 2 款及第 6 款。

（四）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，以下簡稱特約合約)第17條第1項第4款及第20條第1項。

(五) 行政程序法第136條。

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、病歷表、切結書、交付調劑醫療費用明細表、交付調劑/慢性病連續處方箋等相關資料影本及健保署意見書。

三、審定理由

(一) 關於健保署 113 年 10 月 1 日健保○字第○號函(同意辦理申請人診所自願繳回不當申報醫療費用)部分

1. 按「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。(第 6 條第 1 項)」、「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。(第 6 條第 2 項)」、「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。(第 6 條第 3 項)」為全民健康保險法第 6 條所明定，另依該條第 3 項授權訂定之爭審辦法第 2 條明定「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。(第 2 條第 1 項)」、「保險醫事服務機構對於保險人核定全民健康保險醫療費用案件有爭議時，得依本辦法規定申請醫療費用案件之審議。(第 2 條第 2 項)」、「保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。(第 2 條第 3 項)」。又所爭議之內容倘非第 2 條所定權益案件、醫療費用案件及特約管理案件事項之情形者，應為不受理之審定，審諸爭審辦法第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條規定，其意甚明，合先敘明。
2. 此部分為申請人診所於 113 年 9 月 26 日簽署切結書同意自願繳回自 111 年 1 月 1 日至 113 年 7 月 31 日不當申報醫療費用計 300 萬點，並由應支付申請人診所之醫療費用中扣抵，此有業務訪查訪問紀錄、切結書影本附卷可稽。健保署乃以系爭 113 年 10 月 1 日健保○字第○號函知申請人診所，該署同意辦理，則此部分係健保署與申請人就申請人不當申報之醫療費用 300 萬點達成合致，核其性質屬依行政程序法第 136 條規定所締結之行政和解契約，與雙方就辦理全民健康保險醫療服務有關事項所締結之「全民健康保險特約醫事服務機構合約」係屬二事，並非前揭爭審辦法第 2 條所定權益案件、醫療費用案件及特約管理案件事項，即非爭議審議之範圍，申請

人對之申請審議，自有未合，應不予受理。

(二) 關於健保署 114 年 6 月 24 日健保○字第○號函及 114 年 8 月 26 日健保○字第○號函（核定追扣醫療費用及扣減 10 倍金額）部分

1. 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署接獲民眾檢舉申請人診所可持健保卡換取一條根精油等情事，又經該署檔案分析發現申請人診所家戶同日健保卡多刷占率偏高、投保單位群聚比率及門診補卡件數比率等指標百分位均偏高，乃於 113 年 9 月 24 日至 26 日期間派員訪查楊○琳等保險對象及申請人診所負責醫師鄭○○、案外人新○○藥局負責藥事人員陳○○，發現申請人診所有 1. 虛報醫療費用計 14 萬 9,231 點；2. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務及非藥事人員調劑及交付藥品，申報醫療費用計 5,453 點；3. 由醫師調劑但由非具藥事資格人員交付藥品，申報醫療費用計 774 點；4. 保險對象未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，惟該藥局卻有申請人診所釋出之處方箋，並申報藥事費用計 2,942 點等違規情事，健保署除就其中虛報醫療費用 14 萬 9,231 點部分，以 114 年 5 月 8 日健保○字第○號函（終約初核）及 114 年 6 月 11 日健保○字第○號函（終約複核，申請人並未申請爭議審議）核定申請人診所自 114 年 8 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，申請人診所負責醫師鄭○○於前述終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付外，另以系爭 114 年 6 月 24 日健保○字第○號函及 114 年 8 月 26 日健保○字第○號函核定：1. 追扣虛報金額計 14 萬 9,231 點(14 萬 2,017 元)、2. 不予支付 5,232 元(5,453 點)暨扣減 10 倍金額 5 萬 2,320 元、3. 追扣藥事費用計 774 點及 4. 追扣藥事費用計 2,942 點，除經原核定論明者外，並有業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷表、切結書、交付調劑醫療費用明細表、交付調劑/慢性病連續處方箋等資料影本附卷可稽。
2. 申請人雖主張 1. 追扣虛報醫療費用 14 萬 2,017 元部分，自認沒有違規，已多次提出異議說明；2. 追扣醫療費用及扣減 10 倍金額部分，個案未親自至診所，一部分門診由先生代領藥等，病患會事先電話說明，且藥物都由醫師交付病人；3. 未具藥事資格人員交付藥品，追扣藥事費用部分，其診所自行調劑處方皆由醫師處理，診所調劑處方空間和掛號櫃檯同處一室連接，醫師調劑好後順勢轉手由行政人員交付給病患，會口頭交代病患；4. 保險對象未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，惟該藥局卻有其診所釋出之處方，並申報藥事費用，追扣藥事費用部分，健保署誤認定曾○良、曾葉○鶴及翁○市未持處方箋至新○○藥局調劑藥品，其診所釋出處方箋，保險對象當然會將處方箋拿至藥局取藥云云，除經健保署原核定及提具意見論明如前所述外，復經本部審查卷附相關資料，亦認為所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(1) 關於追扣虛報醫療費用部分

查此部分醫療費用計 14 萬 2,017 元，健保署係依據該署 114 年 5 月 8 日健保○字第○號函(終約初核)所為之後續追扣；申請人不服健保署 114 年 5 月 8 日健保○字第○號函(終約初核)所為核定，逕向本部申請審議，經本部以 114 年 5 月 20 日衛部爭字第○號書函移由健保署處理，經該署重行審核認為違規事實明確，業以 114 年 6 月 11 日健保○字第○號函(終約複核)核復仍維持原核定，申請人對健保署前開 114 年 6 月 11 日健保○字第○號函(終約複核)之核定並未申請爭議審議，並以 114 年 6 月 13 日○○字第○號函表示「放棄行政救濟」，爰健保署依 114 年 5 月 8 日健保○字第○號函(終約初核)所認定之違規事實(即虛報醫療費用計 14 萬 9,231 點)，後續所為追扣虛報醫療費用計 14 萬 9,231 點(14 萬 2,017 元)，經核並無不合。

(2)關於追扣未經醫師診斷逕行提供醫療服務之醫療費用暨扣減 10 倍金額部分

- ①按「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」為醫師法第 11 條第 1 項前段所明定，而依全民健康保險醫療辦法第 7 條規定，長期服藥之慢性病人因行動不便，無法親自就醫者，經醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，以開給相同方劑為限，得委請他人陳述病情代為領藥；倘不符合上開條件，因保險對象並未親自就診，保險醫事服務機構醫師卻逕行開予藥物，並申報醫療費用，即該當特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款規定「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之構成要件，應予扣減違規申報醫療費用之 10 倍金額，其意甚明。
- ②此部分係保險對象洪謝○花之配偶洪○來於 113 年 9 月 24 日接受健保署訪查訪問時表示「我太太(洪謝○花)不會騎車，所以都是我載她去看診…而我太太只有去該診所看診(親自)感冒、外傷問題，或是回診看報告，她會和我一起去抽血或是她抽血時，我剛好去看診，但其他就醫紀錄都是我去該診所幫她領取藥物」等語，保險對象葉○韋於 113 年 9 月 25 日受訪時表示「我因為白天工作，我只有在晚上(約 17:00 以後)下班後，才有空自己去該診所看診，至於其他的就醫紀錄在 17:00 前都是由我太太拿我的健保卡去該診所領取我所需要的藥品」等語，顯示該 2 人並非因行動不便(洪謝○花係不會騎車、葉○韋係因白天工作關係)，無法親自就診，且依保險對象門診就醫紀錄明細表顯示，申請人申報該 2 位保險對象就醫之疾病名稱為「頭痛」、「其他特定非傳染性胃腸炎及結腸炎」、「胃十二指腸炎，未伴有出血」(洪謝○花)、「皮疹及其他非特定性皮膚出疹」、「未明示側性小腿擦傷之初期照護」、「咳嗽」(葉○韋)，均非慢性疾病，並不符合得委託他人代為領藥之條件，則健保署認定申請人有未經醫師診斷逕行提供醫療服務，追扣醫療費用計 5,367 點(換算為 5,147 元)及扣減 10 倍金額計 5 萬 1,470 元，經核亦無不合。

(3)關於追扣不具藥事資格人員調劑或交付藥品之藥事費用暨扣減 10 倍金額部分

①有關藥品之調劑，藥事法第 37 條第 1 項及第 102 條規定「藥品之調劑，非依一定作業程序，不得為之；其作業準則，由中央衛生主管機關定之。」、「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」，而授權訂定之「藥品優良調劑作業準則」第 3 條亦規定：「本準則所稱調劑，指藥事人員自受理處方箋至病人取得藥品間，所為處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配或調製、藥品核對、取藥者確認、藥品交付及用藥指導之相關行為。」，是藥品之調劑為一連續（串）之行為，均應由藥事人員或醫師為之，倘部分調劑行為非由藥事人員或醫師為之，即難認合法調劑。

②此部分係保險對象陳○玉及林○葉分別於 113 年 9 月 24 日及 25 日接受健保署訪查訪問時表示「我看診感冒後會直接在診所內領藥，是由該診所的小姐為我調劑及將藥品交付給我」、「我自 112 年 10 月 12 日至 113 年 7 月 26 日在該診所就醫後，要領藥時，都是由鄭醫師把藥交給櫃檯小姐，櫃檯小姐再把藥拿給我」等語，而申請人診所負責醫師鄭○○於 113 年 9 月 26 日受訪時亦表示「確實有本診所護理人員調劑及交付藥品」等語，顯見申請人診所有由不具藥事資格人員執行部分調劑業務之情形，則健保署追扣陳○玉 113 年 6 月 8 日藥事費用 86 點(換算為 85 元)暨扣減 10 倍金額 850 元，以及追扣林○葉 112 年 10 月 12 日至 113 年 7 月 26 日 9 筆藥事費用計 774 點，核無不合。

(4)關於追扣申請人診所釋出處方箋，由新○○藥局申報藥事費用部分

①按「醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。」為全民健康保險法第 64 條所明定。

②此部分翁○市、曾○良、曾葉○鶴（由配偶曾○良受訪）、陳○芳等 4 位保險對象於接受健保署訪查訪問時表示「我就醫後是在診所內領藥…除了領過合利他命及一條根及舒緩液以外，沒有領過其他的口服藥」（翁○市）、「我們在該診所只有領過一條根痠痛貼布或滾珠瓶，不曾領取任何口服藥物、藥膏，而我們都是直接在該診所內領取貼布或滾珠瓶，我太太（曾葉○鶴）因為腳扭傷那次就醫也是領取痠痛貼布」（曾○良）、「我 113/1/19 當日回診所補刷健保卡，沒有因疾病或身體不舒服就醫，也沒有領藥，113/1/19 當日只單純拿健保卡回去刷卡而已」（陳○芳），顯示該等保險對象並未持處方箋至藥局領取藥品，健保署原應不給付藥局藥費及藥事服務費，惟經健保署審酌新○○藥局負責藥事人員陳○○於 113 年 9 月 26 日

受訪時表示該藥局「會依據處方箋所載內容進行調劑，等藥物調劑好後再由我或助理小姐送回診所」等語，及檢附該等保險對象 25 張之處方箋，認定係可歸責於申請人，乃依前揭規定追扣申請人此部分藥事費用計 2,942 點，核無不妥。

(三) 綜上，關於健保署同意辦理申請人診所自願繳回不當申報醫療費用部分，申請審議不受理；其餘健保署核定追扣醫療費用及扣減 10 倍金額部分，尚無不合，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 6 款、第 19 條第 1 項、第 23 條暨第 25 條規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 3 月 3 日

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）；申請人對於扣減 10 倍金額部分如有不服，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、全民健康保險法第 6 條第 1 項、第 2 項及第 3 項

「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。」、「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。」、「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險法第 64 條

「醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。」

三、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。」

四、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」、「保險醫事服務機構對於保險人核定全民健康保險醫療費用案件有爭議時，得依本辦法規定申請醫療費用案件之審議。」、「保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。」

五、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

六、全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條

「醫療費用案件之審定，除第十八條第一項第四款規定外，準用第十八條及第十九條之規定。」

七、全民健康保險爭議事項審議辦法第 25 條

「特約管理案件之審議程序，準用第二節有關權益案件之規定。」

八、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款及第 6 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。六、容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。」

九、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 17 條第 1 項第 4 款

「乙方申請之本保險醫療費用，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：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」

十、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本保險醫療費用、停約或終止特約。」

十一、行政程序法第 136 條

「行政機關對於行政處分所依據之事實或法律關係，經依職權調查仍不能確定者，為有效達成行政目的，並解決爭執，得與人民和解，締結行政契約，以代替行政處分。」