

106-108

全民健康保險爭議審議統計與案例彙編

(十)



部長序

全民健康保險自民國 84 年 3 月 1 日開辦以來，雖歷經總額部門推動，乃至最近的分級醫療，以及包括收費、審查等多項制度變革，但對於在開辦之初，全民健康保險法所設計的爭議審議行政救濟程序，一直延續至今均未改變，此乃本於法治國家有權利即有救濟之憲法原則，一旦保險醫事服務機構、保險對象、投保單位或扣費義務人認為保險人之核定有侵害其權利或利益時，即可尋求救濟，本部全民健康保險爭議審議會即係以第三方立場，透過由法學、醫藥、保險專家及本部代表所共同組成的委員會議，以合議制方式，就每個爭議案件，秉持專業、公正及客觀的態度共同審議，期以確保每一位申請人的權益。

全民健康保險爭議審議業務推行 25 年來，深感爭議案件多源於民眾對於健保法令規定不瞭解，而未獲得應有之權益保障，抑或保險醫事服務機構因申報醫療費用行為偏差，誤觸虛報或浮報醫療費用，而被核刪費用或處以停(終)止特約，甚或違規情節重大致被移送司法機關辦理等情形，不一而足。為此，本部全民健康保險爭議審議會已陸續發行具有代表性或教育性的健保爭議審議案例彙編共 9 輯，依 106 年



11月29日修正公布之全民健康保險法第6條第4項及第5項分別規定：「全民健康保險爭議審議會應定期以出版公報、網際網路或其他適當方式，公開爭議審議結果。」「前項公開，應將個人、法人或團體資料以代碼、匿名、隱藏部分資料或其他方式，達無從辨識後，始得為之。」爰本部全民健康保險爭議審議會已在本部全球資訊網公開爭議審議結果，3年來之瀏覽人數合計已超過1萬5千人次，顯示各界對於爭議審議結果之參考需求甚殷，有鑑於此，本次本部全民健康保險爭議審議會除再蒐集近3年來具代表性、教育性的爭議案例外，有別於以往，更就爭議案件資料進行統計分析及說明，彙整集結編印為爭議審議統計及案例彙編(十)，讓讀者能從中獲知與自身有關健保之權利及義務，也能瞭解3年來全民健康保險爭議趨勢，欣見本書付梓，特誌為序。

衛生福利部部長

陳時中 謹誌

中華民國109年12月

(編) (輯) (說) (明)

全民健康保險爭議審議程序具行政救濟性質，案件源頭來自於保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構因不服保險人即中央健康保險署所為之核定而申請爭議審議，案件多寡常繫於中央健康保險署審查模式調整及全民健康保險醫療品質篩異管理等措施而有所變動。全民健康保險爭議審議會為能有效因應，以期於法定期限內審結大量爭議案件，涉及專業技術或係大量發生者，透過資訊化、科別化及類型化等作業方式，逐案委由醫療專家依據申請人所送申請書、病歷與相關資料及中央健康保險署核減理由與法令依據，衡酌醫療服務的必要性、適當性及合法性，提供初審專業意見，若審查意見與原核定內容相同或原核定核減代碼已涵括者，為提升大量案件之審議時效，則採制式片語之理由呈現，由幕僚再次確認釐清相關規定，彙整提報全民健康保險爭議審議會委員會議審議。

鑑於全民健康保險爭議審議案例彙編已陸續發行醫療篇及權益篇各 9 輯，且全民健康保險法於 106 年 11 月 29 日修正公布增列第 6 條第 4 項及第 5 項有關公開爭議審議結果之規定，爰本次有別以往，除持續再蒐集具有代表性及教育性之爭議案例外，並就爭議審議資料進行統計分析及說明，編印成爭議審議統計及案例彙編(十)，內容編排共分成 3 篇，包括 106 至 108 年度爭議案件統計、醫療費用爭議案件常見代表性案例及權益爭議案件常見代表性案例。有關統計部分，係藉由統計數據圖表及統計分析之呈現，讓讀者瞭解近 3 年來全民健康保險爭議審議案件消長及推動概況，至有

關醫療費用爭議案件及權益爭議案件常見代表性案例部分，係由106年至108年期間審議近20萬案典型案例中挑選出來，具有廣泛性、常見性及代表性，案例所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準，而每一案例都附有案情摘要，以供讀者快速了解爭點所在。

本彙編(十)所蒐集之案例，配合個人資料保護法規定，就內容涉有當事人或關係人之姓名、住址或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料者，均以符號(○○)替代或逕予刪除，另為精簡篇幅，審定書附記之行政救濟教示及法令規定內容均予省略，希望能藉由統計分析及個案案例，傳遞全民健康保險資源有限，合理使用全民健康保險醫療資源，避免無謂之爭議一再發生，尚祈各界不吝指正。

目 錄

部長序

編輯說明

第一篇 106-108 年度爭議案件統計	007
壹、醫療費用爭議案件	007
一、按機構權屬別	008
二、按健保特約類別	008
三、按健保醫療給付費用總額部門別	009
四、按爭議事項別	009
五、按診療項目醫令別	010
貳、權益爭議案件	012
一、權益爭議案件受理及審議統計	012
二、權益爭議案件審議類型統計	012
三、保險給付案件統計	013
第二篇 醫療費用爭議案件常見代表性案例	014
壹、西醫	014
一、一般門診診察費（3 則）	014
二、轉診獎勵金（1 則）	020
三、檢查檢驗（5 則）	028
四、復健治療-物理及職能治療（2 則）	036
五、血液透析（5 則）	039
六、手術項目（2 則）	056
七、藥品（14 則）	061
貳、牙醫（11 則）	098
參、中醫（7 則）	116
第三篇 權益爭議案件常見代表性案例	125
壹、保險費及投保金額、罰鍰等.	125
一、案例一/外國專業人才之加保資格	125
二、案例二/未申請停保不符停保條件	128
三、案例三/返國停保效力中斷	133
四、案例四/出國未滿 6 個月不符停保條件	135

五、案例五/借健保卡予他人使用	138
六、案例六/公司負責人之投保身分	140
七、案例七/專技人員之投保金額認定	141
貳、補充保險費	145
一、案例一/優惠存款利息應收補充保險費	145
二、案例二/扣費義務人未依限扣取及繳納補充保險費	147
三、案例三/投保單位補充保險費之計算	149
參、保險給付	153
一、案例一/住院 5 日以上未辦理公驗證	153
二、案例二/學齡兒童突發性體溫不穩定	155
三、案例三/計畫性於國外就醫	156
四、案例四/病情無住院之必要	158
五、案例五/已知預產期非屬不可預期之緊急分娩	161
六、案例六/依公告核退上限給付醫療費用	163
七、案例七/逾 6 個月申請核退醫療費用	165
八、案例八/未經事前審查同意自費使用特材	166
九、案例九/未於就醫 10 日內補卡退費	169
肆、特約管理事項	171
一、案例一/保險對象未欠卡就醫，診所自創就醫紀錄虛報費用	171
二、案例二/保險對象面試或打工，未因疾病就醫，診所虛報費用	181
三、案例三/員工健康檢查未就醫，診所虛報醫療費用	198
四、案例四/保險對象只領取貼布未看診及非醫師親自執行傷科治療	208
五、案例五/未經醫師診斷逕行提供醫療服務	218
六、案例六/負責藥師因藥局不實申報藥事費用遭處罰鍰	221
伍、其他-重大傷病證明之核發	231
一、案例一/末期腎臟病	231
二、案例二/需積極長期治療之癌症	233
三、案例三/因呼吸衰竭需長期使用呼吸器	234

第一篇



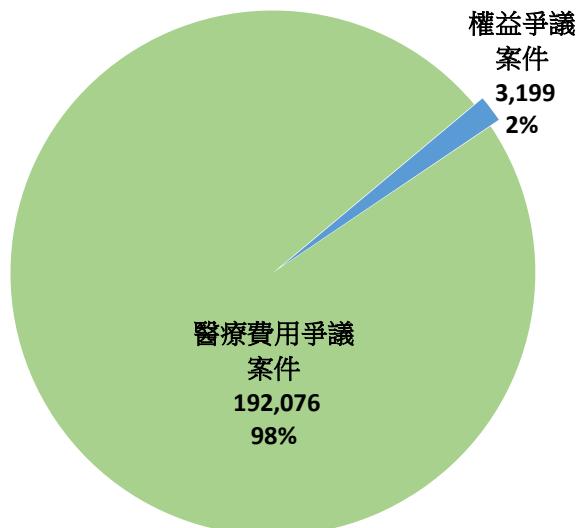
- 醫療費用爭議案件
- 權益爭議案件

106-108 年度爭議

案件統計

第一篇 106-108 年度爭議案件統計

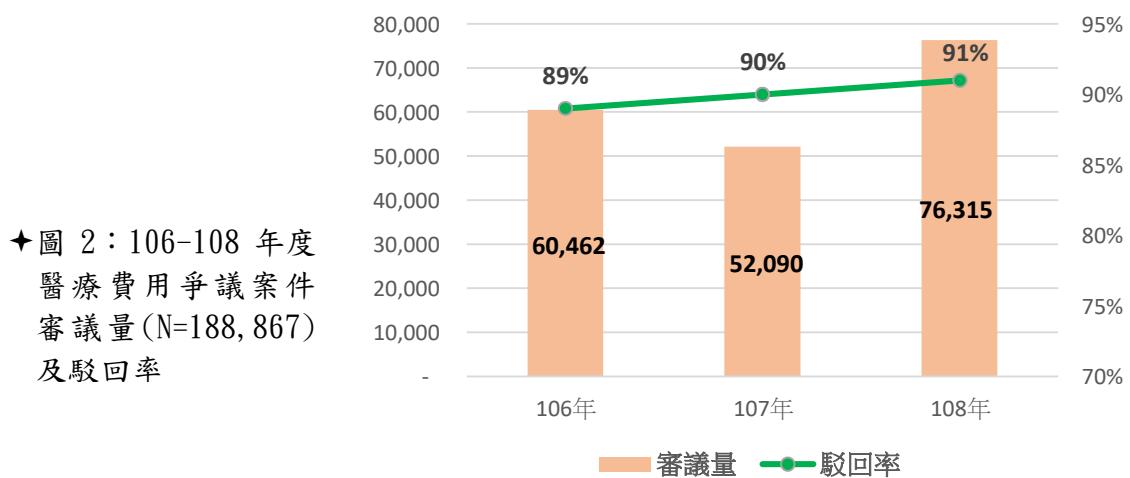
健保爭議案件分為醫療費用及權益爭議案件兩大類型，106-108 年度受理案數共計 195,275 案，以醫療費用爭議案件為大宗，有 192,076 案(占 98%)，權益爭議案件 3,199 案(占 2%)(如圖 1)。



◆ 圖 1：106-108 年度健保爭議
案件受理量(N =195,275)

壹、醫療費用爭議案件

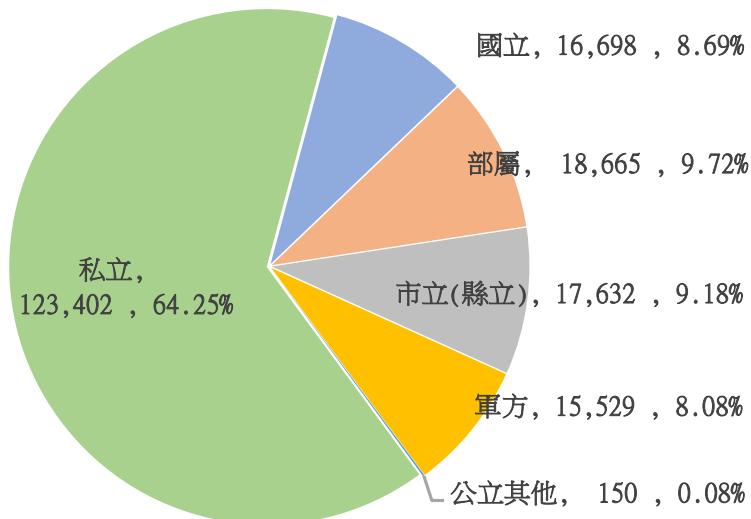
醫療費用爭議案件 106 年計受理 61,369 案、審議(不含撤回及移文案件)60,462 案、駁回率為 89%，107 年計受理 54,060 案、審議 52,090 案、駁回率為 90%，108 年計受理 76,647 案、審議 76,315 案、駁回率為 91%，整體駁回率約為 9 成(行政救濟率約為 1 成)(如圖 2)。



◆ 圖 2：106-108 年度
醫療費用爭議案件
審議量(N=188,867)
及駁回率

一、按機構權屬別

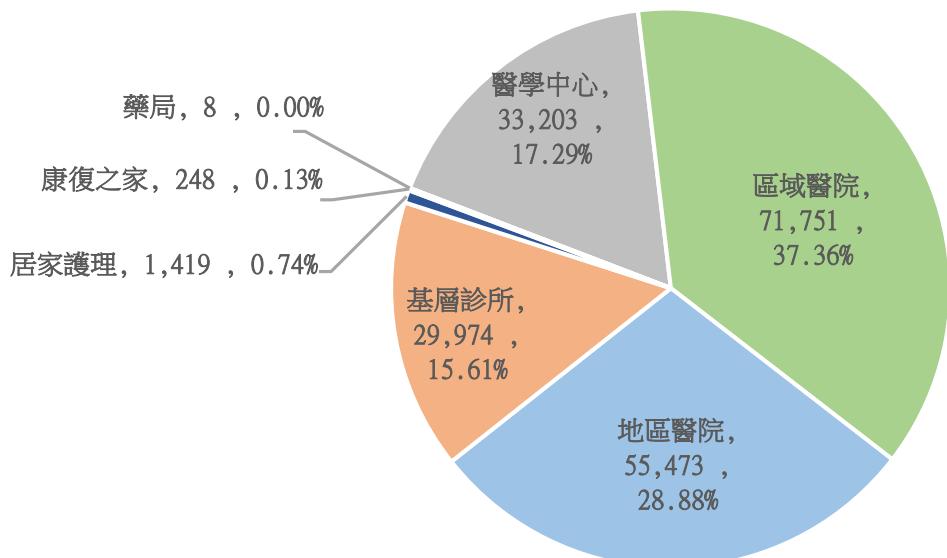
按機構權屬別分析，以私立醫療機構居冠，計 123,402 案(占 64.25%)，部屬醫院居次，為 18,665 案(占 9.72%)(如圖 3)。



◆圖 3：106-108 年度醫療費用爭議案件受理量-按機構權屬別(N =192,076)

二、按健保特約類別

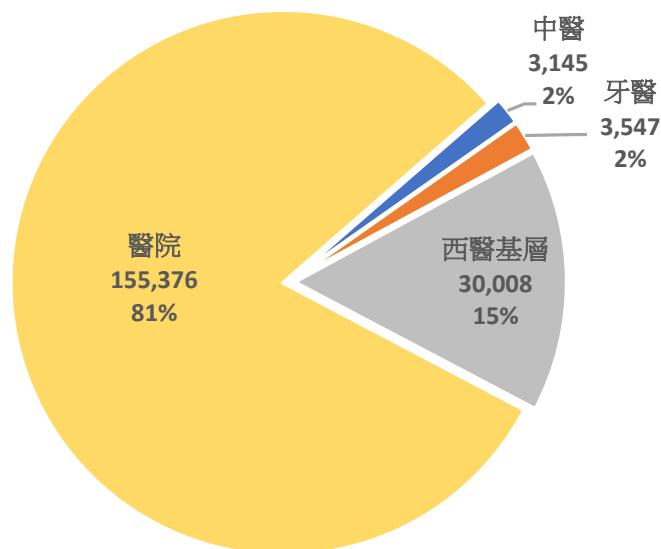
按健保特約類別分析，以區域醫院居冠，計 71,751 案(占 37.36%)，地區醫院居次，為 55,473 案(占 28.88%)，醫學中心及基層診所分別為 33,203 案(占 17.29%)、29,974 案(占 15.61%) (如圖 4)。



◆圖 4：106-108 年度醫療費用爭議案件受理量-按健保特約類別(N =192,076)

三、按健保醫療給付費用總額部門別

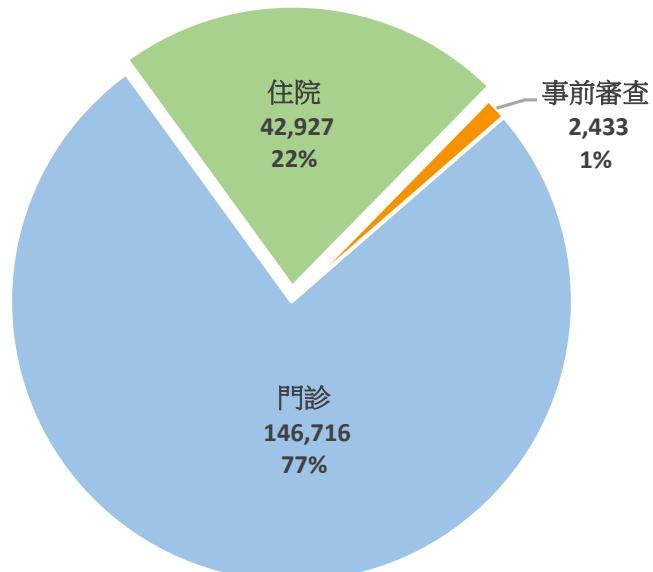
按健保醫療給付費用總額部門別分析，以醫院總額居冠，3 年受理量為 155,376 案(占 81%)，西醫基層總額居次，為 30,008 案(占 15%)，牙醫及中醫總額分別為 3,547 案(占 2%)、3,145 案(占 2%)(如圖 5)。



◆圖 5：106-108 年度醫療費用爭議案件受理量-按健保醫療給付費用總額部門別
(N =192,076)

四、按爭議事項別

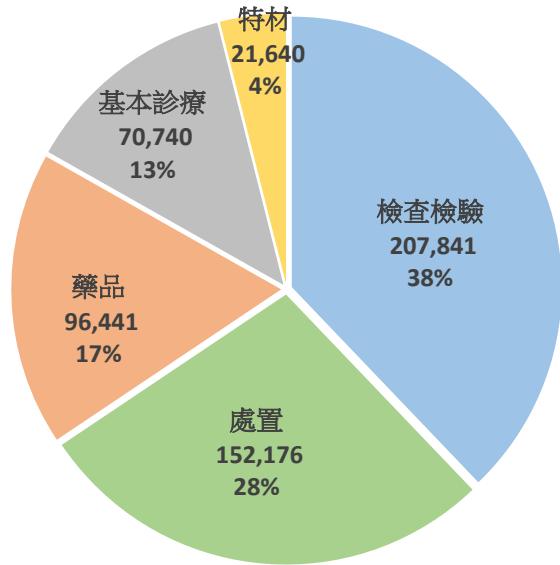
按爭議事項別分析，以門診爭議案件居冠，3 年受理量為 146,716 案(占 77%)，住院爭議案件居次，為 42,927 案(占 22%)，事前審查案件為 2,433 案(占 1%)(如圖 6)。



◆圖 6：106-108 年度醫療費用爭議案件受理量-按爭議事項別 (N =192,076)

五、按診療項目醫令別

(一) 診療項目醫令個數總量 548,838 項，按醫令別分析，以檢查檢驗項目居冠，為 207,841 項(占 38%)，處置項目居次，為 152,176 項(占 28%)，藥品、基本診療及特材項目分別為 96,441 項(占 17%)、70,740 項(占 13%)、21,640 項(占 4%)(如圖 7)。



◆圖 7：106-108 年度醫療費用爭議案件審議量-按診療項目醫令類別 (N =548,838)

(二) 就常見檢查爭議項目電腦斷層造影(CT)/磁振造影(MRI)及心臟超音波案件，分述如下：

1. 電腦斷層造影(CT)/磁振造影(MRI)^(註1)

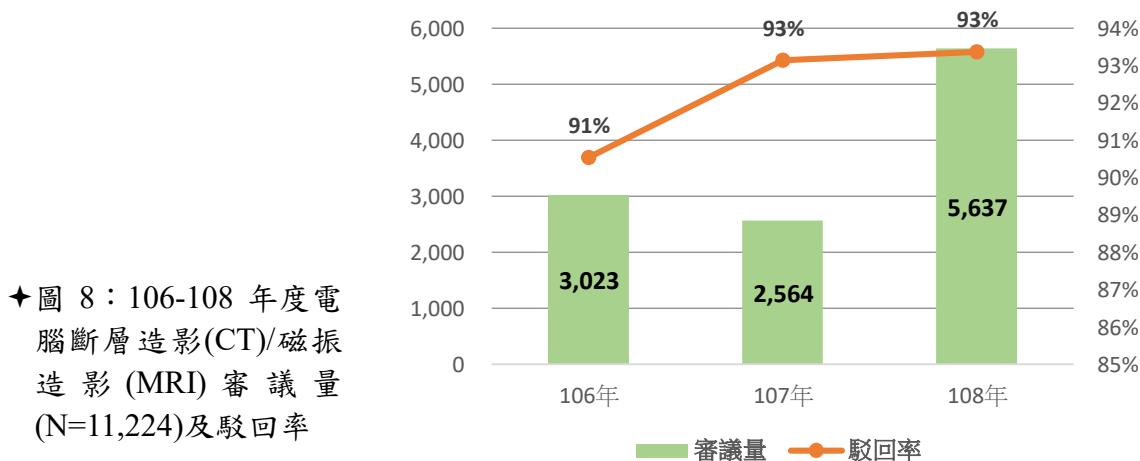
- (1) 依健保署統計^(註2)，自 105 年起電腦斷層檢查費用持續成長，106 年全國電腦斷層造影(CT)醫令點數計 92 億 2,367 萬點、成長率 7.96%。
- (2) 106 年至 108 年期間申請電腦斷層造影(CT)/磁振造影(MRI)爭議案件亦逐年提升，106 年至 108 年電腦斷層造影(CT)/磁振造影(MRI)爭議案件受理量總計 11,242 案，106 年受理量 3,037 案，107 年受理量 2,565 案，至 108 年已達 5,640 案，108 年較 107 年成長逾 2 倍。106 年至 108 年審議量 11,224 案，平均駁回率 93% (如圖 8)。

註¹ 電腦斷層造影(CT)/磁振造影(MRI)醫令包含：「電腦斷層造影 - 無造影劑(33070B)」、「電腦斷層造影 - 有造影劑(33071B)」、「電腦斷層造影 - 有/無造影劑(33072B)」、「磁振造影 - 無造影劑(33084B)」、「磁振造影 - 有造影劑 (33085B)」。

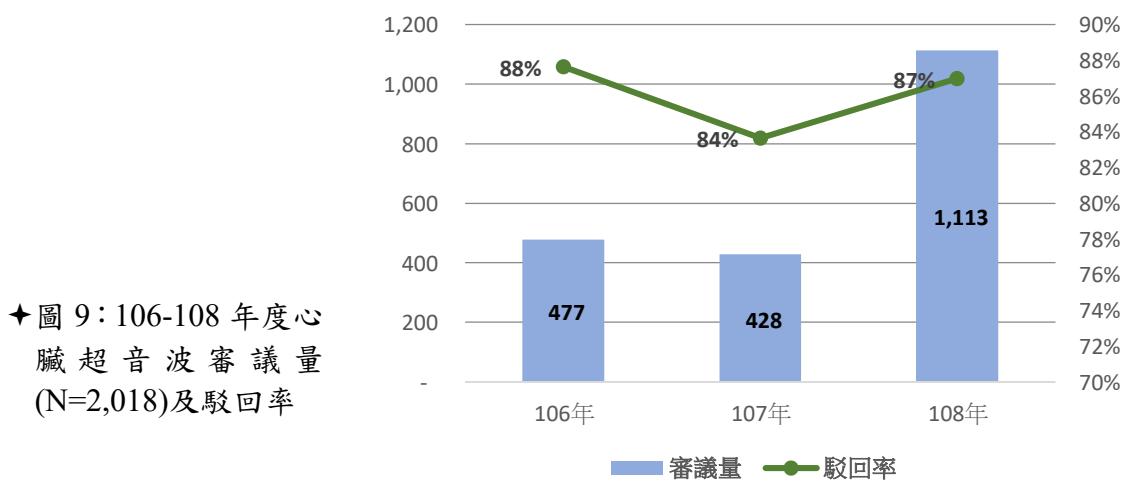
註² 資料來源：健保署「全民健康保險醫療院所申報項目管理專案回饋」，專案名稱：「同日執行 2 次以上電腦斷層(CT)檢查適當性」。

2. 心臟超音波^(註3)

- (1) 健保署自 106 年 5 月開放「超音波心臟圖(18005C)」、「杜卜勒氏超音波心臟圖(18006C)」，以及 108 年 4 月開放「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C)」至基層表別，經該署統計^(註4)106 年 5 月至 107 年 1 月共 9 個月，基層診所「超音波心臟圖(18005C)」執行家數 92 家，平均執行率 6.99%；「杜卜勒氏超音波心臟圖(18006C)」執行家數 77 家，平均執行率 6.8%。
- (2) 106 年至 108 年心臟超音波檢查爭議案件受理量總計 2,026 案，106 年受理量 485 案，107 年受理量 428 案，至 108 年受理量為 1,113 案。106 年至 108 年審議量 2,018 案，平均駁回率 86%（如圖 9）。



◆圖 8：106-108 年度電
腦斷層造影(CT)/磁振
造影(MRI)審議量
(N=11,224)及駁回率



◆圖 9：106-108 年度心
臟超音波審議量
(N=2,018)及駁回率

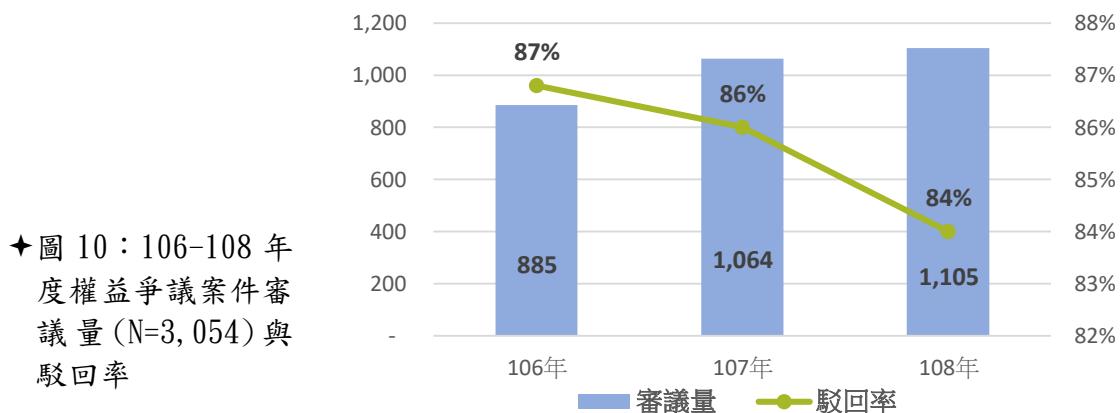
註³ 心臟超音波醫令包含：「超音波心臟圖(包括單面、雙面)(18005B、18005C)」、「杜卜勒氏超音波心臟圖(18006B、18006C)」、「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B、18007C)」。

註⁴ 資料來源：健保署「全民健康保險醫療院所申報項目管理專案回饋」，專案名稱：「心臟超音波異常管理」

貳、權益爭議案件

一、權益爭議案件受理及審議統計

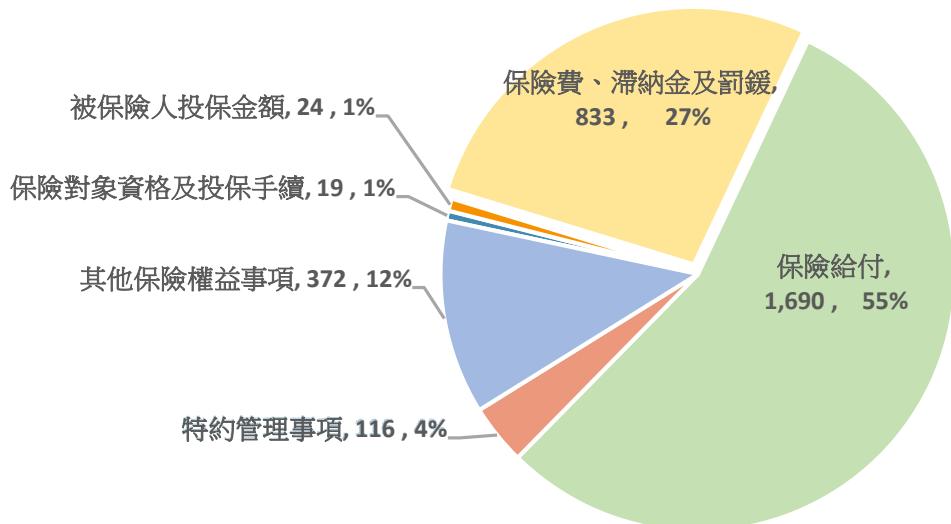
權益爭議案件 106 年計受理 915 案、審議(不含撤回及移文案件)885 案、駁回率為 87%，107 年計受理 1,121 案、審議 1,064 案、駁回率為 86%，108 年計受理 1,163 案、審議 1,105 案、駁回率為 84%，整體駁回率約為 86%(行政救濟率約 14%)(如圖 10)。



◆圖 10：106-108 年度權益爭議案件審議量 (N=3,054) 與駁回率

二、權益爭議案件審議類型統計

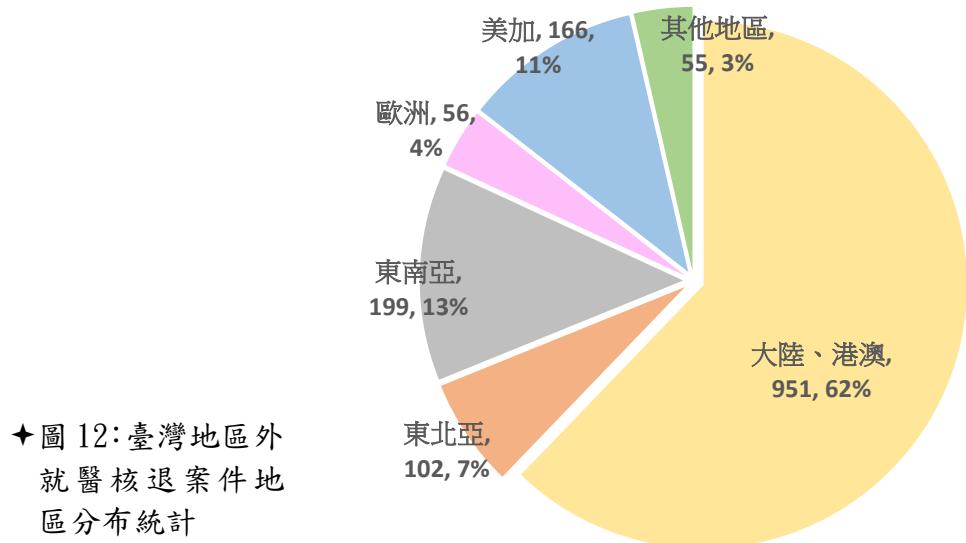
以案件類型觀察，最多者為保險給付案件，3 年共計審議 1,690 案(占 55%)，其次為保險費、滯納金及罰鍰，共計審議 833 案(占 27%)，排名第三者為其他保險權益事項(主要為申請核發重大傷病證明)，共計審議 372 案(占 12%)，其餘特約管理事項、保險對象資格及投保手續與被保險人投保金額，各占 4%、1% 及 1%(如圖 11)。



◆圖 11:106-108 年度權益爭議案件審議類型統計

三、保險給付案件統計

106 至 108 年審議保險給付案件 1,690 案中，以申請核退臺灣地區外就醫醫療費用案件為最大宗，共計審議 1,530 案(占 91%)。以地區分布而言，大陸地區(含香港、澳門)最多，占 62%，其次為東南亞國家，占 13%(如圖 12)。



◆圖 12:臺灣地區外就醫核退案件地區分布統計

第二篇



- 西醫
- 牙醫
- 中醫

醫療費用爭議案件

常見代表性案例

第二篇 醫療費用爭議案件常見代表性案例

壹、西醫

一、一般門診診察費

案例一

案情摘要

病人於系爭就醫日由同一診治醫師併行一般診療及單純疫苗接種處置，病歷無相關疾病治療處置及處方，依行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節通則六及衛生福利部中央健康保險署行政協助疾病管制署辦理「補助1歲以下兒童常規疫苗接種處置費」申報及核付作業五、(五)之規定，不得另外申報系爭「一般門診診察費（00110C）」項目。

衛部爭字第1073404921號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節通則六：「預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。」。</p> <p>(二) 行為時衛生福利部中央健康保險署行政協助疾病管制署辦理「補助1歲以下兒童常規疫苗接種處置費」申報及核付作業五、(五)「實施對象當次就診單純接種常規疫苗，支付本項兒童常規疫苗接種處置費，不得再另向健保署申請診察費。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：0222A，當日已有健檢門診或預防注射門診，已申請診察費用。</p> <p>(二) 複核：0222A，依支付標準，門診診察費第6條預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) ○○○案，同時看診和打疫苗，為什麼不是刪100元，而是刪金額較高的診察費？</p> <p>(二) ○○○案，申報及核付作業及流感第五章接種作業「實施對象因病就診，評估後可同時接種疫苗，可同時支付常規疫苗接種處置費」。</p>

- (三) ○○○案，沒有預防保健，沒有另外申報診察費。
 (四) ○○○案，支付標準，門診診察費第6條指的是當病人來看預防保健時，「視病情需要」才不得另外申請“診察費”，兒童常規疫苗，為今年1月1日才給的補助是100點的“處置費”。

- (五) ○○○案，只申請診察費，沒有預防保健。

四、查卷附資料，分述如下：

(一)依特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單、申復清單及健保署提供之補充資料，系爭就醫日申報情形如下：

姓名 (流水號)	系爭就醫日	申報項目(代碼)	診治醫師
○○○(87)	107年2月3日	一般門診診察費 (00110C) 流感疫苗接種處置費 (A2001C) 流感疫苗(K000453277)	○○○
○○○(120)	107年2月5日	一般門診診察費 (00110C) 1歲以下(含)兒童常規疫苗接種處置費(A2051C) A肝疫苗(K000981206)	○○○
○○○(285)	107年2月10日	一般門診診察費 (00110C) 1歲以下(含)兒童常規疫苗接種處置費(A2051C) A肝疫苗(K000981206)	○○○
○○○(318)	107年2月11日	一般門診診察費 (00110C) 1歲以下(含)兒童常規疫苗接種處置費(A2051C) 6合1疫苗(X000156206)	○○○
○○○(615)	107年2月27日	一般門診診察費 (00110C) 1歲以下(含)兒童常規疫苗接種處置費(A2051C) A肝疫苗(K000981206)	○○○

(二)依病歷紀錄，渠等5案，診斷分別為「左側肩關節扭傷之初期照護」、

		<p>「鼻塞」、「胃腸脹氣」、「胃腸脹氣、新生兒餵食問題」、「其他特定皮膚炎、飲食諮詢與監測」，承上表所示及病歷紀錄，系爭就醫日係由同一診治醫師併行一般診療及單純疫苗接種處置，且無相關疾病治療處置及處方，依前揭規定，不得另行申報系爭一般門診診察費（00110C）項目。</p> <p>五、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例二

案情摘要

病人於系爭就醫日由同一診治醫師併行一般診療及妊娠第三期產前檢查，依行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節通則六規定，不得另外申報系爭「一般門診診察費（00110C）」項目。

衛部爭字第1083401644號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（四）5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定 理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節通則六</p> <p>「預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。」。</p> <p>二、 查卷附資料，健保署初、複核意見為「依支付標準第二部第一章第一節六：預防保健不得另外申報診察費」、「依規定，實行預防保健服務，又開立藥物同一醫師不得再申請診察費」，申請理由雖略稱：「直接帶入診察費，並非我們另外申報。」，惟依病歷紀錄，病人診斷為「缺鐵性貧血」，系爭就醫日（107年7月30日）係由同一診治醫師併行一般診療及妊娠第三期產前檢查（卡號IC48），健保署依前揭規定不予給付系爭「一般門診診察費—基層院所門診診察</p>	

		費(00110C)」，核屬有據，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
--	--	---

案例三**案情摘要**

病人○○○因下腹痛就醫，診斷為「諮詢，未明示」，惟病情僅記載產科超音波檢查資料，未有下腹痛之身體診察及結果紀錄，不足以支持申報系爭「一般門診診察費(00110C)」項目之必要性。其餘個案係於接受產檢、子宮頸抹片檢查預防保健服務同日，由同一診治醫師併行其他一般診療，依行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節通則六規定，不得另外申報系爭「一般門診診察費(00110C、00224C、00112C)」。

衛部爭字第1073404365號

審定														
主文	申請審議駁回。													
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。													
理由	依據	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23條之規定。												
	卷證	申請書及所附相關文件資料。												
審定 理由	一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節通則六：「預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。」。 二、 健保署審核意見要旨	<table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象</th><th>初核</th><th>複核</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○</td><td>Negative finding非必要之檢查(如做level II sonogram →收自費即可，或產檢手冊檢查即可)。</td><td>依106年醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，該院不得另申報診察費。</td></tr> <tr> <td>○○○</td><td>Negative finding，非必要檢查，產檢手冊檢查即可。</td><td>依106年醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，同一醫師診療，不得另外申報診察費。</td></tr> <tr> <td>○○○</td><td>含於抹片內。</td><td></td></tr> </tbody> </table>	保險對象	初核	複核	○○○	Negative finding非必要之檢查(如做level II sonogram →收自費即可，或產檢手冊檢查即可)。	依106年醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，該院不得另申報診察費。	○○○	Negative finding，非必要檢查，產檢手冊檢查即可。	依106年醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，同一醫師診療，不得另外申報診察費。	○○○	含於抹片內。	
保險對象	初核	複核												
○○○	Negative finding非必要之檢查(如做level II sonogram →收自費即可，或產檢手冊檢查即可)。	依106年醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，該院不得另申報診察費。												
○○○	Negative finding，非必要檢查，產檢手冊檢查即可。	依106年醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，同一醫師診療，不得另外申報診察費。												
○○○	含於抹片內。													

	○○○	當日已作預防保健，產檢不能再申請診察費。	1. 從醫療記錄病歷上並無記錄腹痛。 2. 若實施產檢且已申請預防保健費用，本應包括產婦之了解及衛教，實不宜重複申請診察費，其乃有違健保給付之規定及精神。 3. 所附資料不宜任意擴大其用意及規定。
	○○○	0102A，產檢不能再申報診察費。	1. 貴院所示資料乃是申報醫療費用（包括藥費及檢驗費），可分列申報。 2. 依106年3月醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。
	其餘個案	0102A，含於產檢或抹片內。	依106年全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第一節第6條規定，同一醫師診療，不得另申報診察費。產檢包括門診、身體檢查、腹部、胸部，孕婦手冊均載明。

三、查卷附資料，渠等個案，系爭「一般門診診察費（00110C、00224C、00112C）」項目，分述如下：

(一) ○○○案，申請理由略稱：「此孕婦為一般看診，完全沒有申報預保呀？到底在核刪什麼呢？」，依病歷紀錄，病人GA 21+4 weeks，因下腹痛就醫，診斷為「諮詢，未明示」，惟病情僅記載產科超音波檢查資料，未有下腹痛之身體診察及結果紀錄，不足以支持申報系爭「一般門診診察費（00110C）」項目之必要性。

(二) 其餘個案

1. 申請理由分別略稱：「病人因疾病就醫，不是預保給付項目」、「符合分列申報條件，非包含在預保內」。

2. 依病歷紀錄，病人診斷分別為「消化系統疾病，未明示妊娠期」、「妊娠週數小於8週」、「妊娠週數9週，或18週，或12週，或16週，或25週，或27週，或30週，或31週，或33週，或38週」、「諮詢，未明示」、「其他特定子宮及陰道異常出血」、「急性上呼吸道感染」等，係於接受產檢、子宮頸抹片檢查預防保健服務同日，由同一診治醫師併行其他一般診療，則申報系爭診察費，即

醫療費用爭議案件常見代表性案例

		<p>不符前揭規定。</p> <p>四、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>五、 至○○○案，申請理由略稱：「此類申報申復之前有通過」云云，惟本件係審查醫藥專家基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力、服務行為及健保相關規定就具體個案所附相關病歷資料進行專業審查及判斷，不同之病人，其病情有別，自有不同之認定，申請人所稱核難執為本案之論據，併予敘明。</p>
--	--	---

二、轉診獎勵金

案情摘要

健保署執行「107年7-9月轉診獎勵金專案審查」案，申請人申報費用經系統勾稽不到轉出院所資料，經本部審查，○○○○案轉診單資料核符行為時全民健康保險轉診實施辦法之規定，健保署以「已參與IDS計畫」不予給付系爭「接受轉診門診診察費加算（01038C）」之費用，其依據為何？法有未明。部分個案，核符行為時全民健康保險轉診實施辦法規定，同意給付。其餘個案，轉診單無建議轉診之院所，或轉診院所經塗改，或無轉診日期，或轉診院所地址及專線電話欄位空白，與行為時全民健康保險轉診實施辦法等相關規定不符，健保署不予給付系爭「接受轉診門診診察費加算（01038C）」費用，核無不合。

衛部爭字第1083403699號

審定		
主文	一、原核定關於○○○○案撤銷，由原核定機關另為適法之核定。 二、原核定關於○○○○等13案部分撤銷，同意給付。 三、其餘○○○○等425案部分，申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	一、相關規定 (一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第二部第一章第一節	

		編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
		01038C	<p>接受轉診門診診察費加算 註：</p> <p>1. 適用對象：接受申報01034B-01037C之轉診案件。</p> <p>2. 執行規範：</p> <p>(1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。</p> <p>(2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</p> <p>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p> <p>3. 支付規範：</p> <p>(1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b. 屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 c. 已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 d. 已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。 	V	V	V	V	200

		<p>(二)全民健康保險轉診實施辦法(以下簡稱轉診實施辦法)</p> <p>第6條第1項及第3項</p> <p>「特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供的就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。」</p> <p>「保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限。」</p> <p>第7條第1項</p> <p>「前條之轉診單，其內容應包括下列事項，並經開立之醫師簽章。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、保險對象基本資料。 二、病歷摘要或處置情形。 三、轉診目的。 四、開立日期及有效期限。 五、建議轉至之特約醫院、診所名稱、地址、電話及診療科別。」 <p>第10條第1項</p> <p>「接受轉診之特約醫院、診所，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診治處置情形，及後續診治疾病之相關檢查及處置結果，回復原診治之特約醫院、診所。」</p> <p>二、健保署審核意見要旨</p> <p>(一)初核：(107年12月27日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據現行轉診支付標準規範，轉診及接受轉診費用點數先申報0，由健保署後續勾稽個案實際就醫及申報情形後每季統一補付院所費用。 2. 轉診支付標準費用係由醫院總額專款項目「鼓勵院所建立轉診合作機制」支應，並按季均分預算及結算，107年第3季醫院總核付點數未超出當季預算，以一點一元核付。 3. 醫令代碼01034B「辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台」等5項轉診支付標準費用核付作業，107年第3季業經健保署計算完成，核付937,800元整。 <p>(二)複核：(108年4月22日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函)</p> <p>依「轉診支付標準_門診案件明細」，不予核付之原因為</p>
--	--	--

	<p>勾稽不到轉出院所資料，原因有轉診單未有建議轉診院所/指定多個院所/建議轉診院所填為轉出院所、建議轉診院所經塗改，且無法辨認是否為轉出院所所修改、未有轉診日期、建議轉診院所為○○醫院、○○○○...等。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)經查案件病患確因病情緊急需要，並符合支付標準所訂轉診適用對象，於本院就醫確有診療事實，且完成接受轉診及辦理轉診(含回復對方院所)之各項作業程序，依轉診辦法規定該類轉診病患予以收取轉診部分負擔，另依轉診支付標準(01034B- 01038C)另行申報接受轉診門診診察費加算費(01038C)。</p> <p>(二)民眾持紙本轉診單來院就醫，雖然院所之間已先行聯繫，惟民眾是否依開單日期或依約定醫院就醫，自主性就醫高，無法限制，導致轉出院所之轉診單，相關欄位空白，如開單日期或轉診院所空白，實無法歸咎轉入院所之責，惠請依全民健康保險轉診實施辦法條文，第6條「…保險對象因不可歸責之因素，無法依轉診單所載就醫日期就醫，得逕洽接受轉診之特約醫院、診所辦理，另行安排就醫日期。」，惠請准予補還「接受轉診門診診察費加算費」。</p> <p>(三)因當初忙中有誤，檢附開單日期不符的轉診單，故重新檢附正確的轉診單，惠請准予補還接受轉診門診診察費加算費。</p> <p>四、健保署提具意見要旨</p> <p>依檢附之病患轉診單，審核結果：依據全民健康保險轉診實施辦法第6條第3項規定：「保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限」，經審核申請人檢附之病患轉診單，發現所附指定轉診院所填載確實非申請人醫院，不符合本保險給付之轉診案件。</p> <p>五、審定理由</p> <p>(一)按健保署為推動分級醫療之政策，引導民眾養成分級就醫觀念，鼓勵特約醫療院所間建立良好之轉診合作機制。乃於107年7月1日起提供轉診支付誘因，新增5項轉診支付標準項目，包括「辦理轉診費_回轉及下轉」(01034B、01035B，支付點數分別為500點、400點)、「辦理轉診費_上轉」(01036C、01037C，支付點數分別為250點、200點)及「接受轉診門診診察費加算」(01038C，支付點數200點)，特約醫</p>
--	---

療院所除當次就醫之診察費外，可同時申報前項費用，且接受轉診之當次門診診察費，不列入院所原門診合理量計算。希冀大醫院能強化重症照護，真正照顧急重症或基層無法處理而上轉之病人，而把輕症病人下轉到基層院所接手照顧，合先敘明。

(二)查卷附資料，本件係健保署執行「107年7-9月轉診獎勵金專案審查」案，發現申請人醫院申報保險對象○○○○等107年7月至9月系爭「接受轉診門診診察費加算費(01038C)」，經系統勾稽不到轉出院所資料，逐案審查發現有病人未依轉診單指定醫院就醫、轉診單之建議轉診院所欄位空白等情形，與前開規定不符，乃不予給付系爭「接受轉診門診診察費加算費(01038C)」2,331案，計466,200點，復經申請人就其中1,384案提起申復，健保署同意補付742案，計148,400點，申請人仍不服，就其中600案，計120,000點，申請爭議審議，本件為其中439案，詳如下表：

序號	案號	案數	爭議點數
1	1083403699(本案)	439	87,800
2	1083403700	9	1,800
3	1083404448	152	30,400
	總計	600	120,000

(三)茲就渠等個案卷附轉診單之記載內容逐案審查，歸類綜整如下表：

序號	保險對象姓名	健保署審核意見	轉診單資料顯示情形
1	○○○○案	轉診日期為 107年12月12日	一、一份轉診單轉診日期為 107年7月24日，建議轉診 院所為○○○○○○○○○○ ○○○○醫院(申請人)醫 院 二、一份轉診單轉診日期為 107年12月12日
2	○○○○等8案	轉診日期為 99年10月11日...，未有建 議轉診院 所，且轉診	一、一份轉診單為填具有轉診 日期並於申報期限內，且 轉診院所填列為○○○○ ○○○○○○○○○○醫院 (申請人)醫 院

醫療費用爭議案件常見代表性案例

(四)承上表所示，渠等個案，分述如下：

1. 關於○○○○案部分，申請理由雖略稱：「重新檢附正確的轉診單」，經健保署108年9月9日補充意見表示略以：「已參與IDS計畫(全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫)，不同意給付」等語，惟查所附轉診單資料顯示，建議轉診院所為申請人醫院，轉診日期為107年7月24日，且接受轉診院所為申請人醫院，填列處理情形為「已安排本院神外科門診治療中」，核符前開轉診實施辦法規

		<p>定，至於健保署以「已參與IDS計畫」作為不予給付之理由部分，經查「IDS計畫」並未包含在前開支付規範所定不得申報該項費用之情形，健保署以「已參與IDS計畫」不予給付系爭費用，其依據為何？有查明之必要，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。</p> <p>2. 關於○○○○等8案部分，申請理由略稱：「因當初忙中有誤，檢附開單日期不符的轉診單，故重新檢附正確的轉診單」，經健保署於108年9月9日補充意見表示略以：「補正正確轉診單，同意補付」等語，爰將原核定撤銷，所請同意給付。</p> <p>3. 關於○○○○等5案部分，依所附轉診單資料顯示，建議轉診醫院確實為申請人醫院，且經健保署108年9月9日提具補充意見表示略以：「轉出入不小心看相反、誤key，同意補付」等語，爰將原核定撤銷，所請同意給付。</p> <p>4. 關於○○○○等425案部分</p> <p>(1) ○○○、○○○○、○○○○○3案，申請理由雖略稱：「重新檢附正確的轉診單」，惟經就所附轉診單查核結果，分述如下：</p> <p>①○○○案，建議轉診院所非申請人醫院，○○○○案，無建議轉診之院所，均與前揭規定不符，健保署不予給付系爭費用，即非無據。</p> <p>②○○○○○案：經查轉診單原轉診院所為○○○○○○○醫院，塗改為「○○」(申請人醫院)，經健保署108年9月9日補充意見表示略以：「建議轉診院所經塗改，且無法辨認是否為轉出院所所修改，不同意給付」等語，健保署不予給付系爭費用，即非無據。</p> <p>(2) 其餘422案，以○○○○案為例，依所附「全民健康保險○○院(所)轉診單」顯示，建議轉診院所為○○醫院、轉診院所地址及專線電話欄位均為空白，其餘421案均類此情形，或轉診院所非申請人醫院或空白，或無轉診日期等，均與前揭規定不符，健保署不予給付系爭費用，即非無據。</p> <p>(3) 至申請理由略稱：「民眾持紙本轉診單來院就醫，雖然院所之間已先行聯繫…民眾是否依開單日期或依約定醫院就醫，自主性就醫高，無法限制…無法歸咎轉入院所之責」云云，惟按「保險對象接受轉診，以轉診單所載之</p>
--	--	--

		<p>特約醫院、診所為限。」，為全民健康保險轉診實施辦法第6條第3項所明定，考其立法意旨即在減少無目的之轉診及無病情需要之轉診，並非得由保險對象恣意選擇特約醫院、診所，而系爭「接受轉診門診診察費加算」（支付點數200點），係本保險提供之轉診支付誘因，對於符合執行規範（符合全民健康保險轉診實施辦法等規定）門診轉診，除原給付之門診診察費外，額外獎勵再加給費用200點，是以如不符合轉診規定（如保險對象非依轉診單所載特約醫院、診所轉診就醫），本保險自不額外支給「接受轉診門診診察費加算」，申請人所稱，核難執為本案之論據。</p> <p>六、綜上，關於○○○○案部分撤銷，由保險人查明後另為適法之核定；原核定關於○○○○等13案部分撤銷，所請同意給付；其餘○○○○等425案部分，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

三、檢查檢驗

案例一

案情摘要

施行「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)」，或病歷無申請理由所稱之相關病情記載，或已施行同性質心臟檢查，或未符合行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第十二項所訂杜卜勒氏彩色心臟血流圖適應症範圍，健保署不予以給付系爭檢查項目，核無不合。

衛部爭字第1083401730號

審定																		
主文	申請審議駁回。																	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																	
理由	依據	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23條之規定。																
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（四）5.前段規定意旨，不予認列。】																
審定 理由	<p>一、查卷附資料，本件係健保署執行「107Q3超音波執行率大於同儕90百分位專案審查」爭議案，渠等8案，分述如下：</p> <p>(一)○○○、○○○2案</p> <p>1. 健保署審核意見</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象姓名</th><th>系爭項目</th><th>初核</th><th>複核</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○</td><td>超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C)</td><td rowspan="2">0102A</td><td>申復理由病歷或摘要未記載</td></tr> <tr> <td></td><td>杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)</td><td></td></tr> <tr> <td>○○○</td><td>杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)</td><td></td><td>申復理由病歷未記載，已補付18005C</td></tr> </tbody> </table> <p>2. 依病歷紀錄，渠等2案，病人診斷分別為「End stage renal disease」、「Other transplanted organ and tissue status」等，依病情記載，無申請理由所稱：「病患為洗腎病人，來器官移植門診接受腎臟移植受贈者評估，心臟超音波為腎臟移植評估中的重要項目」(○案)、「病患為胰、腎移植病人，因移植腎臟無功能，所以來器官移植門診接受二次腎臟移植受贈者評估，心臟超音波為腎臟移植評估中的重要項目」(○案)之相關記載，不足以支持系爭檢查之必要性。</p>			保險對象姓名	系爭項目	初核	複核	○○○	超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C)	0102A	申復理由病歷或摘要未記載		杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)		○○○	杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)		申復理由病歷未記載，已補付18005C
保險對象姓名	系爭項目	初核	複核															
○○○	超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C)	0102A	申復理由病歷或摘要未記載															
	杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)																	
○○○	杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)		申復理由病歷未記載，已補付18005C															

	<p>(二)○○○○案</p> <p>1. 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.1.1.6 Clopidogrel (如Plavix)</p> <p>「1. 限近期發生中風、心肌梗塞或週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化病人，並符合下列條件之一者使用。</p> <p>(1)對acetylsalicylic acid (如Aspirin)過敏。</p> <p>(2)臨床診斷確定為acetylsalicylic acid (如Aspirin)所導致之消化性潰瘍或上消化道出血、穿孔病史者。需於病歷註明發生時間。</p> <p>(3)最近一年內臨床診斷確定為消化性潰瘍者。病歷上應有明確消化性潰瘍之典型症狀紀錄及發病時間。</p> <p>(4)最近一年內經上消化道內視鏡檢查或上消化道X光攝影檢查證實消化性潰瘍或發生上消化道出血、穿孔病史。需於病歷註明上消化道內視鏡或上消化道X光攝影檢查時間。但對acetylsalicylic acid無法耐受，且身體狀況無法忍受內視鏡或消化道X光攝影檢查者（如75歲(含)以上罹有中風、心肌梗塞、週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化或長期卧床者）不在此限。」。</p> <p>2. 健保署審核意見</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>系爭項目</th><th>初核</th><th>複核</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PLAVIX FILM-COATED TABLETS 75MG (BC22932100)</td><td>0307A，不符規定</td><td></td></tr> <tr> <td>杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)</td><td>0510A</td><td>給付數量已敷使用</td></tr> </tbody> </table> <p>3. 依病歷紀錄，病人診斷為「Kidney transplant status」等，依病情記載：「AMI in 105年s/p PTCA with 2 stent」，惟病歷無申請理由所稱：「主訴過去使用ASPIRIN有造成EPIGASTRIC PAIN之狀況，所以腎臟移植後，改用PLAVIX預防冠狀動脈血栓」之相關記載，處方系爭藥品，不符前揭規定，且已施行同性質之心臟檢查，不足以支持系爭檢查之必要性。</p> <p>(三)其餘個案</p> <p>1. 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第十二項</p>	系爭項目	初核	複核	PLAVIX FILM-COATED TABLETS 75MG (BC22932100)	0307A，不符規定		杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0510A	給付數量已敷使用
系爭項目	初核	複核								
PLAVIX FILM-COATED TABLETS 75MG (BC22932100)	0307A，不符規定									
杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0510A	給付數量已敷使用								

編號	診療項目
18005C	<p>超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限由心臟專科醫師施行後申報。 2. 除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。
18007B	<p>杜卜勒氏彩色心臟血流圖 Doppler color flow mapping</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已含超音波心臟圖，不得同時申報18006C。 2. 適應症： <ol style="list-style-type: none"> (1)心臟手術或介入性治療前後之評估。 (2)瓣膜性心臟疾病。 (3)先天性心臟病。 (4)心肌病變或缺血性心臟病。 (5)主動脈病變。 (6)心臟衰竭。

2. 健保署審核意見

保險對象姓名	系爭項目	初核	複核
○○○	超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C) 、杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0102A	0102A，主診斷為支氣管炎
○○○	超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C)	0102A	主診斷為COPD，應由CV評估檢查必要性
	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0510A	
○○○	超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C)	0102A	主診斷為chronic bronchitis，應由CV評估檢查必要性
	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0510A	
○○○	超音波心臟圖(包括單面、雙面) (18005C) 、杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0102A	主診斷為chronic bronchitis，應由CV評估檢查必要性

		○○○	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (18007B)	0510A	給付數量已敷使用	
<p>3. 依病歷紀錄，渠等個案，病人診斷分別為「Bronchitis, not specified as acute or chronic」、「Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified」、「Unspecified chronic bronchitis」、「Other and unspecified asthma」等，依病情記載：「DOE for years…mild lower legs pitting edema」、「left chest pain with local tenderness…」、「COPD under Foster 2 puff bid…chest tightness」、「COPD…still feel SOB despite」、「mild chest tightness CxR:cardiomegaly」，無施行系爭項目之適應症，同意健保署意見，不足以支持系爭檢查之必要性。</p> <p>二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>						

案例二

案情摘要

同一疾病再次施行腹部超音波追蹤檢查，依全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、二、(一)、12.(4)「B、C 肝炎患者每6個月超音波追蹤檢查一次（診療代碼19009C追蹤性超音波）、肝硬化患者每三個月超音波追蹤檢查（診療代碼19009C）一次為原則」，健保署改核「腹部超音波，追蹤性(19009C)」，已足敷所需。

衛部爭字第1063407013號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、二、(一)、12.(4)B、C 肝炎患者每6個月超音波追蹤檢查一次（診療代碼19009C追蹤性超音波）、肝硬化患者每三個月超音波追蹤檢查（診療代碼19009C）一次為原則。</p> <p>二、健保署初、複核意見以西醫專業審查不予支付理由代碼「0504A」、「按申報規定19009C」為由，改以19009C 項目給付。</p>	

		<p>三、申請理由要旨</p> <p>病人有B型肝炎併肝硬化，依健保規定，每隔半年應給予超音波檢查。</p> <p>四、查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為急性B型病毒性肝炎未併D型肝炎病毒，未伴有肝昏迷等，依病情記載，確如健保署審核意見所載，病人係同一疾病再次施行腹部超音波追蹤檢查，依首揭規定，不足以支持申報系爭腹部超音波(19001C)項目之必要性，健保署原改核「腹部超音波，追蹤性(19009C)」，已足敷診療所需，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例三

案情摘要

腸胃道疾病同時施行胃鏡及大腸鏡，依全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、二、(五)「20. 門診胃鏡與大腸鏡不宜同時申報，如有需求應於病歷詳述理由。」，依病情記載，不足以支持同時施行「大腸鏡檢查(28017C)」及系爭「上消化道泛內視鏡檢查(28016C)」之必要性。

衛部爭字第1083405938號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5. 前段規定意旨，不予認列。】</p>
審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、二、(五) 「20. 門診胃鏡與大腸鏡不宜同時申報，如有需求應於病歷詳述理由。」</p> <p>二、查所附資料，本件係健保署執行「上消化道泛內視鏡(28016C)立抽專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)健保署審核意見</p> <ol style="list-style-type: none"> 初核：西醫專業審查不予支付理由代碼0102A。 複核：依病歷記載，應執行已給付之大腸鏡檢查。 <p>(二)申請理由略稱：「或長期有胃食道逆流，或胃食道逆流症狀數週，故</p>

	<p>安排胃鏡檢查」。</p> <p>(三)依病歷紀錄，病人診斷為「結腸息肉、胃食道逆流性疾病併食道炎」等，依病情記載：「had GERD S/S with acid regurgitation and heartburn off and on for several(>6) months...found blood in stool 2 days ago」(○案)、「epigastric pain with acid regurgitation for weeks. Blood stool passage for several days」(○案)、「epigastric pain with acid regurgitation for weeks. Blood stool passage intermittent for several days.」(○案)，宜先治療主要症狀之疾病為優先，同意健保署意見，不足以支持同時施行「大腸鏡檢查(28017C)」及系爭「上消化道泛內視鏡檢查(28016C)」之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例四

案情摘要

分次執行多部位磁振造影檢查，病歷卻無分次檢查之特殊理由記載，申報多次系爭「磁振造影(33084B)」檢查項目，核與規定不合。

衛部爭字第1073402555號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	一、 相關規定 改制前中央健康保險局84年9月20日健保醫字第84016620號及88年12月3日健保醫字第88040981號函要旨，「電腦斷層造影檢查」及「磁振造影檢查」，係以「次」為給付單位，非以「部位」為計算單位，亦即同時實施多部位之上開檢查時，費用以1次給付，又多部位可同時1次檢查者，不得分次分項檢查。 二、查卷附資料，本件係健保署執行「CT/MRI 重複申報專案審查」爭議案，茲分述如下： (一) 健保署初、複核意見	

	<p>西醫專業審查不予支付理由代碼 0514A（同一次檢查不應分部位／器官重複申請（如 CT、MRI、超音波等）。</p> <p>(二) 申請理由要旨</p> <p>病人有下肢無力、肌肉痛、解尿困難，無法排除腦部和 Spinal Lord 問題，因檢查部位不同，所以申請 MRI 一筆為腦部，一筆 Spinal lord，非重覆申請。</p> <p>(三) 依病歷紀錄，病人民國○○年生，因 fall down and hit bathtub on 106 年 7 月，於 106 年 9 月 13 日至 22 日住院接受治療，卷附「臨時住院醫囑單」顯示，106 年 9 月 15 日同日開立腦部及脊髓 MRI 檢查，惟卻分次於 106 年 9 月 15 日及 16 日施行，鑑於分次施行 MRI 檢查，需分次 Chloral hydrat 麻醉鎮靜，將導致不必要之 transportation、communication，亦增 quality 及 safety 之風險，再依病歷紀錄，並無腦部與脊髓部位 MRI 分次檢查之特殊理由之相關記載，則分次檢查並申報系爭「磁振造影(33084B)」共 2 次，即與前揭規定不符，健保署原給付 MRI 檢查項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>三、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例五

案情摘要

隔日重複施行電腦斷層檢查，病歷卻無特殊不適之記載，隔日重複申報不同部位電腦斷層造影檢查共2次，核與規定不合。

衛部爭字第1083406773號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 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23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定 理由 一、相關規定 衛生福利部中央健康保險署 107 年 6 月 27 日健保醫字第 1070033408

	<p>號書函要旨</p> <p>「電腦斷層造影檢查」及「磁振造影檢查」診療項目均以「次」為單位，病患如因病情需要多部位造影檢查，其原則如下：</p> <p>(一) 病患可同次施作，僅能申報1次，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次。</p> <p>(二) 若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，必須分次執行，需於病歷上詳載其理由，依實際施作次數申報，其合理性由專業審查認定。」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「CT/MRI 同日或隔日重複申報專案審查」爭議案，健保署初、複核意見為「0509A、0102A，Brain CT 的 indication 不明確，若是為了 fever survey，應是要打 contrast」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人入院診斷為「Left pneumonia、Urinary tract infection」等，依病情記載，108年2月19日已施行腹部電腦斷層造影一有/無造影劑(33072B)1次，另依108年2月20日病程紀錄顯示，Vital sign:T:37.5°C、P:94/min、BP:123/63 mmHg，並無特殊不適之記載，同意健保署意見，不足以支持施行系爭頭部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」檢查之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

四、復健治療-物理及職能治療

案例一

案情摘要

CVA with rt hemiparesis等個案，疾病發作時間距系爭就醫年月已逾黃金治療期程，健保署原給付物理、職能治療項目及數量，已足敷治療所需。

衛部爭字第1083407190號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 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23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、查卷附資料，本件係健保署執行「108Q2 門診復健閾值管理專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」，42014B 改以 42008B、43030B 改以 43005B 紙付，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示側性大腦中動脈阻塞及狹窄」等，依病情記載，病人於 106 年 3 月 13 日因 CVA with rt hemiparesis 復健，距系爭就醫日 108 年 3 月 22 日，已逾黃金治療期，宜降低治療強度，同意健保署意見，健保署原給付物理治療「中度治療-中度(42008B)」、職能治療「中度 Moderate (43005B)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(二) ○○1 人 4 案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」，42011B 改以 42008B 紙付，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示側性膝部原發性骨關節炎，單側性」等，依病情記載，病人 107 年 11 月 1 日接受 TKA 手術，距系爭就醫年月 108 年 4 月至 5 月，已逾黃金治療期，且病歷未有病程進展之相關紀錄，同意健保署意見，健保署原給付物理治療「中度治療-中度(42008B)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(三) ○○○1 人 3 案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」，42014B 改以 42011B、43030B 改以 43008B 紙付，依病歷紀錄，病人診斷為「非創傷性腦出血」，依病情記載，104 年 2 月 20 日 ICH，107 年 1 月 7 日 recurrent ICH ? post coil aneurysm embolization，宜降低治療強度，同意健保署意見，健保</p>

	<p>署原給付物理治療「中度治療-複雜(42011B)」、職能治療「中度-複雜 (43008B)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四) ○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」，42011B 改以 42008B 紙付，依病歷紀錄，病人診斷為「盤狀半月板異常」等，依病情記載，病人 107 年 11 月 30 日接受 arthroscopic partial meniscectomy，距系爭就醫日 108 年 4 月 29 日，已逾黃金治療期，宜降低治療強度，同意健保署意見，健保署原給付物理治療「中度治療-中度(42008B)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>二、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例二

案情摘要

腦梗塞、腦出血等個案，施行物理及職能治療，惟病歷未詳載各項功能進展情形，不足以支持高強度及高頻率施行「複雜治療(42019C)」、「中度-複雜(43028C)」項目之必要性，健保署改核復健治療之項目及數量，已足敷診療所需。

衛部爭字第1083400865號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定 理由	一、查卷附資料，本件係健保署執行「復建立意抽樣專案審查」爭議案，分述如下：	
	(一)○○○1人52案，健保署初、複核意見以「0704A，該病患治療頻率高，依其情況給予42018C+43028C已足夠，超過1年且治療頻率高，以42018C+43027C支付已足夠」為由，將42019C改以42018C、43028C改以43027C項目給付，依病歷紀錄，病人診斷為伴有腦梗塞之左側中大腦動脈血栓等，依病情記載及治療紀錄，病人雖為一年內發生之中風，惟均未詳載所進行物理治療以及職能治療之各項功能進展	

		<p>情形，不足以支持高強度及高頻率施行系爭複雜治療(42019C)、中度-複雜(43028C)項目之必要性，健保署原給付復健治療之項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>(二)其餘個案，健保署初、複核意見分別以「0703A、0704A，依該病患情況及治療頻率，給予42018C+43028C已足夠，另請貴院病歷列印時若能更清楚較佳，目前病歷十分模糊，超過1年且治療頻率高，以42018C+43027C支付已足夠」、「0704A，由出院病摘要Br. stage 5情況並非十分嚴重，且該病患治療頻率高，給予42018C+43028C已足夠，超過1年且治療頻率高，以42018C+43027C支付已足夠」、「0704A，依該病患治療頻率，給予42018C+43028C已足夠，超過1年且治療頻率高，以42018C+43027C支付已足夠」為由，將42019C改以42018C、43028C改以43027C項目給付，依病歷紀錄，病人診斷為「非創傷性腦出血」、「伴有腦梗塞之左側中大腦動脈血栓」、「伴有腦梗塞之右側中大腦動脈血栓」等，依病歷記載及治療紀錄，均未詳載所進行物理治療及職能治療之各項功能進展情形，不足以支持施行系爭複雜治療(42019C)、中度-複雜(43028C)、塑膠製短腿固定副木治療費、材料費〈43010C、43011C〉項目之必要性，健保署原給付復健治療之項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>三、另申請理由雖略稱：「依據復健科審核共識，中風<1年之個案，以申請物理治療複雜(42019C)+職能治療複雜(43031C)方式；中風1-2年個案，以申請物理治療中度複雜(42018C)+職能治療中度複雜(43028C)方式」，惟健保署業於105年10月20日以健保審字第1050036445號函知全國各醫學會及公會轉知所屬會員，再次重申全民健康保險醫療費用審查之審查依據為該署公告週知且具一致性之法令規定，申請人所稱「復健科審核共識」非屬保險人依法定程序訂定發布之法規命令，尚難執為本案之論據，併予敘明。</p>
--	--	---

五、血液透析

案例一

案情摘要

末期腎疾病個案，初次申請慢性腎衰竭定期透析治療，申報「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」，惟不符急重症透析給付條件，健保署改支一般血液透析項目給付，核無不合。

衛部爭字第1073404591號

審定								
主文	申請審議駁回。							
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。							
理由	依據	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23條之規定。						
	卷證	申請書及所附相關文件資料。						
	審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第二部第二章第六節第二項</p>						
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
	58027C	血液透析 (一次) Hemodialysis 1. 急重症透析	V	V	V	V	4100	
	58029C	2. 一般透析	V	V	V	V	3912	
		註： 2. 58027C僅限符合下列條件之一者申報。 (1) 領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。 (2) 12歲以下(含12歲)病患。 (3) 急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4) 金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5) 急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日30日內申報，含有效卡3個月)。						
	二、健保署審核意見							

		<p>(一)初核：健保署○○○年○月○○日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函暨醫療費用醫令核減彙總表，以「C35，不符急重症透析給付條件，改按58029C給付」為由，核減申請人申報流水號29(保險對象○○○)107年3月門診透析醫療費用差額，計188點。</p> <p>(二)複核：健保署○○○年○月○○日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函暨「門診申復及爭審核定總表」，N186重(大傷病卡)生效日為107年1月30日至107年2月28日，共30日內可申報58027C，107年3月1日乃是第31日，不符再申報58027C。</p> <p>三、申請理由主張</p> <p>個案為慢性腎衰竭需長期血液透析之病患，洗腎重大(傷病卡)的生效日為107年1月30日，依規定初次申請1個月內可申報58027C急重症透析，因2月份只有28天，故3月1日仍申報58027C急重症透析，並無違反申報規定。</p> <p>四、健保署提具意見要旨</p> <p>(一)依行為時支付標準第二部第二章第六節第二項透析治療/醫令編號58027C急重症透析註2之(5)規定，急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之日起日30日內申報，含有效卡3個月)。</p> <p>(二)個案重大傷病於107年1月30日至107年2月28日期間(共30日)，符合申報58027C(4100點)，自107年3月1日起，應改按58029C(3912點)申報。惟依該院所提之異議理由「…初次申請1個月內可申報58027C急重症透析，因2月份只有28天，故3月1日仍可申報58027C急重症透析…」，顯示該院針對本項支付標準(58027C急重症透析)適用期限之計算方式，顯有誤解。</p> <p>五、審定理由</p> <p>(一)查卷附資料，本件係健保署經程序(醫令自動化)審查發現，申請人申報系爭保險對象○○○系爭血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)醫療費用，執行日已逾急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日30日內申報)規定期限，遂依規定將107年3月1日血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)費用改支為血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)，核減醫令差額188點。</p> <p>(二)查卷附病歷資料，病人罹患末期腎疾病，依健保署提具意見所附「重大傷病申請資料維護」資料顯示，系爭保險對象○○○，身分證字號*****，出生日期：民國○○年○○月○○日，為初次申請慢性腎衰竭定期透析治療，符合前開申報58027C條件(5)首次領取慢性腎衰竭，且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之病人。</p>
--	--	---

		<p>(三)惟查該病人之重大傷病證明生效起日為107年1月30日，按前開規定，申報系爭58027C項目必須於重大傷病卡之有效起日30日內申報(即迄至107年2月28日止)，則健保署依前揭規定，將申請人醫院申報系爭保險對象○○○案，系爭執行日107年3月1日之「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」改支付「血液透析(一次)-門診 - 一般透析(58029C)」費用，並核減差額188點，核屬有據。</p> <p>六、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例二

案情摘要

病人領有之重大傷病證明，病名分別為「呼吸衰竭需長期使用呼吸器」及「心臟移植術後」，並無病名為「末期腎疾病」之重大傷病證明，申報系爭「血液透析(一次)-門診 - 急重症透析(58027C)」項目是否符合行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定「58027C僅限符合下列條件之一者申報。(1)領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。…」之條件？

(編按：前揭支付標準已修正為「領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第2張其他疾病之重大傷病證明者」，並自109年3月1日起施行。)

衛部爭字第1083404081號

審定		
主文	原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	一、相關規定 (一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第二部第二章第六節第二項透析治療

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
		基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58027C	血液透析(一次) Hemodialysis 1. 急重症透析	V	V	V	V	4100
58029C	2. 一般透析 註： 2. 58027C 僅限符合下列條件之一者申報。 (1) 領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。 (2) 12 歲以下(含 12 歲)病患。 (3) 急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4) 金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5) 急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日 30 日內申報，含有效卡 3 個月)。	V	V	V	V	3912

(二) 改制前行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱改制前健保局)97 年 7 月 22 日健保醫字第 0970002409 號函要旨
有關全民健康保險醫療費用支付標準編號 58027C「血液透析-急重症透析」註 2(摘略)：「僅領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭)...」，係指原領有慢性腎衰竭重大傷病證明必須接受定期透析治療者，又持有第二張其他種類之重大傷病證明者，方能申報該診療項目。

二、健保署審核意見

(一)初核：以「C35，不符急重症透析給付條件，改按 58029C 級付」為由，核減申請人申報流水號 330(保險對象○○○)108 年 2 月門診透析醫療費用差額計 940 點。

(二)複核：

1. 本案不符 58027C(急重症透析)給付條件。
2. ○君初次核發 N186(末期腎疾病)重大傷病卡之有效期間為 107 年 11 月 1 日至 108 年 1 月 31 日，該卡 2 月已逾期註銷，再次核發之 N186 重大傷病卡有效期間為 108 年 5 月 7 日至 108 年 8 月 6 日。
3. 查雖另有 V421(心臟移植術後，有效期間 101 年 4 月 3 日至 999

	<p>年 12 月 31 日)、Z9911(因呼吸衰竭需長期使用呼吸器，有效期間 108 年 3 月 12 日至 108 年 4 月 22 日)2 張重大傷病卡，惟 108 年 2 月 1 日至 108 年 5 月 6 日期間未有末期腎疾病重大傷病卡，該期間均不符申報 58027C(急重症透析)給付條件，故本案維持原核定，不予補付。</p> <p>三、申請理由主張</p> <p>(一)患者因心臟移植、領有"慢性腎病需要透析"外之重大傷病卡 (Z94.1 心臟移植狀態)，合於急重症透析條件。</p> <p>(二)此個案於 107 年 11 月 1 日申請重大傷病卡，108 年 1 月 31 日到期，因適逢 2 月過年，且 2 月 17 日起直接入住 ICU(目前仍住院中)，因病人本身已有 2 張重大傷病卡，所以未積極申請洗腎重大傷病卡，但其病情並不穩定且持續洗腎中，目前已補申請洗腎重大傷病卡並已通過，故其"病情"合乎急重症透析醫令給付，請同意補付。</p> <p>(三)支付標準文字上明示：58027C 僅限符合下列條件之一者申報。 (1)領有健保重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護者)...。並無明示一定要具備洗腎重大傷病卡。</p> <p>四、健保署提具意見要旨</p> <p>(一)依改制前健保局 97 年 7 月 22 日健保醫字第 0970002409 號函說明二，「全民健康保險醫療費用支付標準」診療項目編號：58027C 「血液透析-急重症透析」之註 2(摘略)：「僅領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭)...」，係指原領有慢性腎衰竭重大傷病證明必須接受定期透析治療者，又持有第二張其他種類之重大傷病證明者，方能申報該診療項目。</p> <p>(二)依前揭支付標準規定暨函釋略以，58027C 僅限符合下列條件之一者申報。(1)領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)，係指病患除慢性腎衰竭重大傷病卡外，尚領有另一張重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)。</p> <p>(三)申請人所提異議理由為○君領有心臟移植術後(V421)重大傷病卡及已補申請洗腎重大傷病卡並已通過；惟經查○君重大傷病卡核發情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 初次核發 N186(末期腎疾病)重大傷病卡有效期間為 107 年 11 月 1 日至 108 年 1 月 31 日，該卡 2 月已逾期註銷，再次核發之重大傷病卡有效期間為 108 年 5 月 7 日至 108 年 8 月 6 日。 2. 另 V421 重大傷病卡(心臟移植術後)，有效期間 101 年 4 月 3 日至 999 年 12 月 31 日、Z9911 重大傷病卡(呼吸衰竭需長期
--	---

使用呼吸器)，有效期間 101 年 3 月 12 日至 108 年 4 月 22 日 2 張重大傷病卡。惟 108 年 2 月 1 日至 108 年 5 月 6 日期間未領有末期腎疾病重大傷病卡。

3. 依支付標準規定，108 年 2 月期間不應以 58027C 申報費用，應改以 58029C 申報。申請人對本項支付標準(58027C 急重症透析)給付方式，顯有誤解。

五、審定理由

(一)查卷附資料，本件係健保署經程序(醫令自動化)審查，發現申請人申報系爭保險對象○○○系爭血液透析(一次)-門診 - 急重症透析(58027C)醫療費用，執行日期間不符急重症透析給付條件規定，遂將 108 年 2 月份期間申報「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」費用 4,100 點改支為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」3,912 點，核減醫令差額計 5 次，共 940 點之費用。

(二)依病歷紀錄，病人罹患末期腎疾病，茲就健保署提具意見所載保險對象○○○重大傷病卡核發之診斷代碼、病名、有效日期，綜整臚列如下表：

診斷 代碼	病名	有效日期
Z9911	呼吸衰竭需長期使用呼吸器	101 年 3 月 12 日至 108 年 4 月 22 日
V421	心臟移植術後	101 年 4 月 3 日至 999 年 12 月 31 日
N186	末期腎疾病	107 年 11 月 1 日至 108 年 1 月 31 日
N186	末期腎疾病(再次核發)	108 年 5 月 7 日至 108 年 8 月 6 日

(三)承上表所示，系爭 108 年 2 月份費用期間，病人領有之重大傷病證明，病名分別為「呼吸衰竭需長期使用呼吸器」及「心臟移植術後」，並無病名為「末期腎疾病」之重大傷病證明，健保署乃認定不符合系爭 58027C(急重症透析)之給付條件，依健保署提具意見，陳明改制前健保局 97 年 7 月 22 日健保醫字第 0970002409 號函示要旨，略以原領有慢性腎衰竭重大傷病證明必須接受定期透析治療者，又持有第二張其他種類之重大傷病證明者，方能申報該診療項目等語。

(四)惟查前掲行為時支付標準有關「血液透析(一次)-門診-急重症透

	<p>析(58027C)」項目之申報條件，係明列「領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。」，並未明訂須同時領有慢性腎衰竭及第2張其他種類重大傷病證明。</p> <p>(五)再者，前開改制前健保局97年7月22日健保醫字第0970002409號函要旨「有關全民健康保險醫療費用支付標準編號58027C『血液透析-急重症透析』註2(摘略)：『僅領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭)...』，係指原領有慢性腎衰竭重大傷病證明必須接受定期透析治療者，又持有第二張其他種類之重大傷病證明者，方能申報該診療項目。」，是否等同前揭行為時支付標準所定「58027C(急重症透析)僅限符合下列條件之一者申報。(1)領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。」之意旨，法意未明，且以前開函作為不予給付之依據是否合於法定程序？該函內容是否增加法規所無之限制？亦待究明。</p> <p>六、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適當之核定。</p>
--	---

案例三

案情摘要

同一醫師同日提供保險對象血液透析及開立慢性病用藥之醫療服務，若病情非突發、不可預期之變化，屬透析醫師診察後可處理之範疇，因血液透析屬定額支付項目，不得申報門診診察費。

衛部爭字第1073402274號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p>
審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>改制前行政院衛生署中央健康保險局101年9月7日健保中字第1014083114A號函，有關醫療費用申報規定彙編之血液透析醫療費用申報說明一中段：「同一醫師同次醫療服務中，提供保險對象血液透析及開立慢性病用藥之醫療服務者，血液透析與慢性病用藥之醫療服務費用應拆2筆申報，茲血液透析屬定額支付項目，故均不得申報</p>

	<p>門診診察費」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「10601~10 同醫師同日提供血液透析及開立慢性病用藥追扣診察審查」爭議案，健保署初、複核意見以「不符申報規定」、「不符申報共識」為由，不予給付，依「同一醫師同次醫療提供血液透析及開立慢性病用藥又報門診診察費」資料及病歷記載，渠等個案分別因 DM、hypothyroidism 及更換導尿管就診，惟系爭就醫日與血液透析日為同一日，病情非突發，非不可預期之變化，屬透析醫師診察後可處理之範疇，依前開規定，自不足以支持另行申報「一般門診診察費—基層院所門診診察費」。每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（3-1）未開處方或處方由本院所自行調劑（1-30 人次）（00110C）之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>三、另申請理由雖略稱：「健保支付標準中規定：『同一醫師診療之同日兩次以上門診相同病情案例，限申報門診診察費一次』準此原則…，係不同於洗腎病情，不內含於透析費用，應額外給付診察費」，惟血液透析係屬定額支付項目，依前揭規定，自不得申報一般門診診察費，併予敘明。</p>
--	---

案例四

案情摘要

病人定期追蹤系爭醣化血紅素（09006C）變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中，另行申報系爭醣化血紅素（09006C）項目，核與規定不符。

衛部爭字第1083400780號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（四）5. 前段規定意旨，不予認列。】

審定 理由	一、相關規定及涵釋						
	(一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節						
編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數	
09006C	糖化血紅素 HbA1c (Hemoglobin A1c)(系爭項目)	v	v	v	v	200	
第六節							
編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數	
58001C	血液透析（一次） Hemodialysis —住院 —門診	v	v	v	v	4100	
58027C	1. 急重症透析	v	v	v	v	4100	
58029C	2. 一般透析	v	v	v	v	3912	
註： 1. 以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內。							
(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二)							
5. (1)：							
「血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。」。							
(三)改制前行政院衛生署中央健康保險局 97 年 8 月 25 日健保醫字第 0970002488 號函要旨：							
「血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內。」。							
(四)改制前行政院衛生署中央健康保險局 99 年 6 月 7 日健保醫字第 0990072848 號函要旨：							
「血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術							

		<p>費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內……。」。</p> <p>二、查所附資料，分述如下：</p> <p>(一)系爭項目為「醣化血紅素(09006C)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0520A、洗腎診不得申報健保檢驗費」。</p> <p>(二)申請理由略稱：「患者糖尿病、需三個月追蹤 HbA1c」，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic renal failure, end stage」，依所附 106 年 3 月 7 日至 107 年 9 月 18 日歷史檢驗資料顯示，107 年 1 月 23 日飯前血糖值為 133 mg/dL，107 年 3 月 7 日隨機血糖為 219 mg/dL，病人為糖尿病高危險群患者，每三個月追蹤系爭醣化血紅素(09006C)變化情形，作為血糖控制指標，由於血糖控制之情況係影響長期透析病人預後的重要因子，且與殘餘腎功能保存有關，屬尿毒症相關治療之一環，對尿毒症整體全人照護或 value-base medicine(以價值為基礎的醫療照護)，有其必要性，依前揭函釋意旨，應內含於血液透析包裹式給付費用中，同意健保署意見，不足以支持另行申報系爭醣化血紅素(09006C)項目之必要性。</p> <p>三、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例五

案情摘要

依行為時醫療機構設置標準，診所血液透析床數以45床為限，係基於透析診所於安全考量下人力及設置所訂之規範，違反該設置標準規定，擅自增設床數，所提供之醫療服務，已難認係依健保合約本旨提供醫療服務，健保署追扣系爭醫療服務點數，並無不合。

衛部爭字第1083400713號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】

審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險特約醫事服務機構合約(以下簡稱健保合約)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第1條第1項 「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」。 2. 第17條第1項第4款 「乙方申請之醫療費用，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。」。 <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法 (以下簡稱醫療服務審查辦法)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第2條第2項 「本辦法所定醫療服務審查，包括程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。」。 2. 第5條第2項 「對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。」。 3. 第18條第1項第4款 「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：四、申報資料填載之完整性及正確性。」。 4. 第18條第2項 「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。」。 5. 第19條第17款 「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」。 <p>(三) 行為時醫療機構設置標準第9條附表(七)診所設置標準表規定 「三、設施(三)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為維護病人就醫品質及安全，血液透析床數及安全，血液透析床
----------	---

		<p>數以四十五床為限。</p> <p>2. 本標準 104 年 4 月 9 日修正發布前，血液透析床數已逾四十五床數者，不得再行增設。」</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：健保署○○○年○○月○○日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> 申請人診所血液透析床數未符醫療機構設置標準超床使用，不符設置標準規範下之透析病人照護品質。 申請人診所未依設置標準核定透析床數超床提供透析服務，業經○○市政府衛生局依醫療相關法規核處在案。 依合約第 17 條第 1 項第 4 款規定，106 年 3 月 1 日起至 107 年 10 月 31 日止，以申請人診所核定 45 床，每日 3 班制核計，每日最大透析人數 135 人次，超床血液透析人次共 3,187 人次，以每人 3,912 點計，合計追扣醫療服務點數共計 1 仟 246 萬 7,544 點。 <p>(二)複核：健保署○○○年○月○○日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> 申請人診所自 106 年 3 月起超床使用申報，並未真實呈現於申報資料中，致該署誤給付超床使用透析費用。 依醫療機構設置標準，申請人診所洗腎床設置已達上限 45 床，申請人診所未經衛生主管機關核備擅自增設透析病床，該署依實地訪查及上開規定辦理追扣，無適用法律不當之處。 依醫療機構設置標準，診所血液透析床數以 45 床為限，係基於透析診所於安全考量下人力及設置所訂之規範，惟申請人考量人力照護成本，而將病人集中於固定班別(2~3 班)接受透析，致有同一時段超過 45 人透析超床使用之情事發生。再依○○市政府衛生局查復結果，申請人診所核准登記 45 床血液透析床，經 107 年 11 月 14 日查察實際設置 60 床血液透析床，核已違反醫療法相關規定裁處在案。該署實地訪視目的，係為維護透析醫療服務品質與核對設置床數及人力是否與特約登錄資料相符。 申請人診所基於服務成本，部分日期僅提供 2 個班別透析服務，每週提供服務人次應小於 270 人，該署基於維護人民權益，以申請人診所服務人次最大值來計算其每日班次，再依洗腎臨床每人每次洗腎時間約為 4 小時，核算每日洗腎班次為 3 班次，據以計算每日洗腎人次為 45 床*3 班為審查核扣超次費用，即已從寬認定。 107 年 10 月 26 日實地審查，現場實際核對為 60 張洗腎床及 60 台洗腎機，設置床數與特約登錄資料不符，現場多 15 床洗腎床及
--	--	--

	<p>15 台洗腎機，實地審查當天洗腎人數為 55 人，確有同一時段超過 45 人(床)接受透析情事，訪查結果業經負責醫師確認在案。</p> <p>6. 申請人診所超設透析病床並於同一班別超床提供透析服務確屬事實，該署原核定應予維持。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)本診所 106 年 3 月 1 日起至 107 年 10 月 31 日止，每月向健保署申報之費用，經程序審查及專業審查後，認符合規定，而予以核付在案。健保署複核理由雖謂醫療服務審查辦法第 5 條第 2 項規定保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用云云，然本診所究竟違反何項支付標準、何項規定？複核理由並未詳為記載及說明。另雖複核理由謂本診所「自 106 年 3 月起超床使用申報，並未真實呈現於申報資料中，致本署誤給付超床使用透析費用」。惟本診所就洗腎醫療費用之申報，均已依規定每天上傳申報每日透析人次，每月申報總透析人次，並無不實。否則，健保署本次之追扣資料所憑何來？次查，本診所超床使用之目的，無非在便利就醫者，此項便民措施，目的正當，並無可罰性。</p> <p>(二)健保署依前掲合約第 17 條第 1 項第 4 款「其他可歸責於乙方之事由」追扣，但同條第 1 款至第 3 款規定，均與「保險對象」有關，第 4 款係概括規定在立法體制上屬補充前 3 款列舉規定之不足而訂立，故第 4 款所規定之「其他可歸責於乙方之事由」，性質上必以相類似於可歸責於醫事服務機構未詳加查核保險對象之身分、停權、診療範圍等等有關之事項，凡無關“查核保險對象之義務”之事項，根本即無從適用第 4 款之規定而追扣費用之餘地。</p> <p>(三)健保署 107 年 12 月 20 日所為對本診所追扣之處分雖認本診所承辦全民健保醫療業務，有血液透析床數未符合醫療設置標準超床使用，不符設置標準規範下之透析病人照護品質云云，惟就本診所與健保署間簽訂之契約效力，本診所每月向健保署申報醫療費用之案件，均有實際從事醫療行為正確申報，其間並無任何虛偽不實或溢報之情事，健保署對本診所申報之醫療費用，長年以來均未有異見而審查通過，並核付在案，致本診所自始至終均認為係合法之作為，及係合法申請並係合法受領醫療費用，難認本診所有何可歸責之事由。今健保署驟然為追扣之處分，顯然違反契約上之誠信原則，及行政法上之誠信原則及信賴保護原則，此處分自難合法正當，自應予撤銷。</p> <p>(四)照護品質與超床使用根本無關，二者不能劃上等號。本診所照護品質優良，而需超床使用，並無因超床而降低照護品質之情事。況查照護品質非屬合約第 17 條第 1 項第 4 款規定之追扣事由。</p>
--	---

	<p>(五)本診所超床使用之目的，無非在便利患者就醫而為，每次治療 4 小時，每天可透析早、中、晚三班，每位病患一週需透析 3 次（週一三五或二四六），應可收治 270 人。本診所人力配置增設前後均屬相同，是為便利病患而增床。</p> <p>(六)本診所雖有增設備床的事實，但絕無超收病人之情事；…並無不實虛報之不法情事，健保署目前對洗腎診所之規範，並未限制透析人次上限。</p> <p>四、健保署提具意見要旨</p> <p>(一)依醫療服務審查辦法第 5 條第 2 項規定略以：對於本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣，合先陳明。再依同辦法第 18 條及第 19 條規定，本署針對透析院所每月抽審案件係採抽樣審查，再依診所送審資料進行程序審查及專業審查，以審查申報之醫令及醫療服務內容是否符合本保險支付標準規定及申報正確性、適當性，依申請人診所負責人表示自 106 年 3 月起即陸續增加透析病床至 60 床，惟該診所超床使用申報，且並未真實呈現每班別提供透析服務人次於申報資料中（申報支付標準代碼為 58027C、58029C 及國際疾病代碼：585、N186），致有本署 107 年 10 月 26 日訪視該診所，發現於同一班別提供 55 人次之透析病人情事，使本署誤給付超床使用透析費用，其目的無非是減少透析班別之服務成本，該診所爭議理由核難推翻此部分違規事實之認定。</p> <p>(二)依健保合約第 1 條規定略以：甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務，此乃契約所明定雙方應遵守之法源依據；惟申請人診所為減少透析班別服務成本，並未依醫療機構設置標準第九條附表七診所設置標準表修正規定三、設施（三）透析治療室，依診所洗腎床設置上限 45 床於每一班別提供 45 人次之透析服務係屬事實，該診所未依衛生主管機關核備擅自增設透析病床，已違失在前，次依行政程序法第 119 條第 2 款規定略以，受益人對重要事項提供不正確資料或為不完全陳述，致使行政機關依該資料或陳述而作成行政處分者，其信賴不值得保護。又依合約第 17 條第 1 項第 4 款規定略以，其他應可歸責於醫事機構之事由經本署發現已核付者</p>
--	---

	<p>應予追扣，本案係因診所隱匿並擅自增設透析床，本署依實地訪查發現及依上開規定辦理追扣，無適用法律不當之處。</p> <p>(三)依醫療機構設置標準，診所血液透析床數以 45 床為限，係基於透析診所於安全考量下人力及設置所訂之規範，惟申請人診所考量人力照護成本，而將病人集中於固定班別（2~3 班）接受透析，致有同一時段超過 45 人透析，超床使用之情事發生。再依○○市政府衛生局查復結果，核准登記 45 床血液透析床，經 107 年 11 月 14 日查察實際設置 60 床血液透析床，核已違反醫療法相關規定裁處在案。而本署訪視目的，係為維護透析醫療服務品質與核對設置床數及人力是否與特約登錄資料相符，並無不當。</p> <p>(四)惟查申請人診所基於服務成本，每週部分日期僅提供 2 個班別透析服務，故每週提供服務人次應小於 270 人，本署基於維護人民權益，以該診所服務人次最大值來計算其每日班次，再依洗腎臨床每人每次洗腎時間約為 4 小時，核算每日洗腎班次為 3 班次，亦考量該診所訴求每日洗腎班次為 3 班次，本案依該診所每月申報之透析治療人次，計算每日最大洗腎人次為 45 床*3 班=135 人次，做為審查核扣超次費用之依據，即已從寬認定，並考量對診所有利部分，況診所訪查說明每週一、三、五洗三班；每週二、四、六洗二班，本署核算追扣超洗人次已屬從寬。</p> <p>(五)本件 107 年 10 月 26 日實地審查，現場實際核對為 60 張洗腎床及 60 台洗腎機，設置床數與特約登錄資料不符，現場多設 15 床洗腎床及 15 台洗腎機，實地審查當天洗腎人數為 55 人，確有同一時段超過 45 人（床）接受透析服務情事，上開訪查結果業經負責醫師確認在案，本署依合法程序所為之訪查訪問紀錄，係屬公文書且經該診所負責醫師本人簽名確認在案。</p> <p>(六)綜上所述，申請人診所超過設置標準診所上限 45 床，設置 60 床透析病床並於同一班別超床提供透析服務確屬事實，該診所爭議理由並未提出具體且足以變更本署核定之理由，且承認超設透析病床，惟針對每一班別實際提供服務人次並未說明，本署核定應屬無誤。</p> <h3>五、審定理由</h3> <p>(一)按為維護病人就醫品質及安全，血液透析床數及安全，診所設置之血液透析床數以四十五床為限，為行為時醫療機構設置標準第 9 條附表(七)診所設置標準表所規定。又「甲乙雙方應依照全民健康保險法、…、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、…、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療業務。」「乙方申請之醫療費用，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</p>
--	--

者，應予追扣：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」為健保合約第1條第1項及第17條第1項第4款所明定。

(二)本件依卷附資料顯示，申請人診所經衛生主管機關核定之血液透析病床為45床，惟經健保署107年10月26日實地訪查發現，當天該診所現場有60張洗腎床及60台洗腎機，當場洗腎人數為55人，此經申請人診所負責醫師當場確認，並自承增加之洗腎床數係自106年3月起陸續增加，有經申請人診所負責醫師簽名蓋章確認之健保署業務訪查訪問紀錄影本附卷可稽，足見申請人診所辦理本保險醫療服務有違反前開醫療機構設置標準規定之情事，該情節並經○○市政府衛生局於107年11月14日查察認屬違規，而予以裁處有案，此為健保署複核核定所載，復為申請人所不爭執，則健保署認申請人診所前開違規情事為可歸責於申請人之事由，並依申請人經核定之45床，以及申請人申請複核與申請爭議理由所陳每次透析4小時、每天可透析早、中、晚3班等語，依前開合約規定，據以於扣除45床*3班制=135次施行透析次數後，追扣系爭106年3月1日起至107年10月31日期間所申報超床透析人數3,187人次之透析醫療服務點數計1仟246萬7,544點，核屬有據。

(三)申請人固一再主張健保署依健保合約第17條第1項第4款「其他可歸責於乙方之事由」追扣，但同條項第1款至第3款規定，均與「保險對象」有關，第4款係概括規定，在立法體制上屬補充前3款列舉規定之不足而訂立，第4款所規定之「其他可歸責於乙方之事由」，性質上必以相類似於可歸責於醫事服務機構未詳加查核保險對象之身分、停權、診療範圍等等有關之事項，凡無關“查核保險對象之義務”之事項，即無從適用第4款規定而追扣費用之餘地云云，惟按全民健康保險法第1條所揭示「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療服務」之立法目的，健保署為辦理本保險業務，乃與各醫事服務機構締結健保特約之定型化契約，委由該特約之醫事服務機構提供被保險人醫療服務。是以，為有效管理特約醫事服務機構，並督促其確實依特約本旨履約，為國家持續提供完善醫療服務之關鍵，兩造依特管辦法規定簽訂之系爭健保合約「前言」第1條第1項已明定，雙方應依照健保法、健保法施行細則、特管辦法、……「其他相關法令」及本合約規定辦理全民健保醫療業務。…未依系爭健保合約本旨提供醫療服務，就此可歸責於特約醫療院所之事由，依該合約第17條第1項第5款(按：即本件所指第4款，下同)規定「其他應可歸責於乙方之事由者」，健保署自得追扣已核付之醫療費用。承上論，健保署係為使被保險人獲得完善醫療品質、強化對保險醫事服務機構之管理及督促其確實依

	<p>特約本旨履約，故於系爭健保合約第 17 條第 1 項之定型化條款明定，保險醫事服務機構就其提供之醫療保健服務，凡有可歸責於保險醫事服務機構之事由者，健保署不予核付醫療費用；或追扣已核付之醫療費用，其中，第 1 款至第 4 款為例示之可歸責事由，第 5 款則為其他可歸責事由之概括條款等語，有最高行政法院 108 年度判字第 197 號行政判決意旨可資參照，是以，本件前開健保合約第 17 條第 1 項第 4 款所稱「其他應可歸責於乙方之事由者」，並非補充同條項前 3 款規定之不足，但凡有違反相關法令之情形，即有該款之適用，本件申請人違反前開醫療機構設置標準規定，擅自增設床數，所提供之醫療服務，已難認係依健保合約本旨提供醫療服務，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>六、綜上，本件健保署追扣系爭醫療服務點數，於法並無不合，原核定應予以維持。至申請人其餘主張，業經健保署複核核定及意見書論明在卷，且對本件審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。</p>
--	---

六、手術項目

案例一

案情摘要

醫療院所申報多項手術項目，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則七規定：「凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。」，依病歷紀錄，同意健保署意見，健保署原給付手術項目及數量，已足敷治療所需。

衛部爭字第1083406998號

審定																	
主文	申請審議駁回。																
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																
理由	<p>依據全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則七 「凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。」</p> <p>二、 查所附資料，本件係健保署執行「子宮、卵巢切除手術申報案件適當性專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) 茲依卷附「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」及「全民健保特約醫事服務機構住院醫療費用點數申復清單」顯示，申報之手術項目名稱、執行日期、支付成數、健保署初、複核意見，綜整臚列如下表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象姓名</th> <th>手術項目名稱</th> <th>執行日期</th> <th>申報支付成數</th> <th>初核</th> <th>複核</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○</td> <td>腸粘連分離術 (73001B) (糾爭)</td> <td>106 年 8 月 23 日</td> <td>0.77</td> <td>0422A，屬為達手術目的的附帶手術</td> <td>依婦科審查通則 100501042-01 因治療之需要而行之剝離已含於 80812C(為達手術</td> </tr> </tbody> </table>					保險對象姓名	手術項目名稱	執行日期	申報支付成數	初核	複核	○○○	腸粘連分離術 (73001B) (糾爭)	106 年 8 月 23 日	0.77	0422A，屬為達手術目的的附帶手術	依婦科審查通則 100501042-01 因治療之需要而行之剝離已含於 80812C(為達手術
保險對象姓名	手術項目名稱	執行日期	申報支付成數	初核	複核												
○○○	腸粘連分離術 (73001B) (糾爭)	106 年 8 月 23 日	0.77	0422A，屬為達手術目的的附帶手術	依婦科審查通則 100501042-01 因治療之需要而行之剝離已含於 80812C(為達手術												

							最終目的過程中之 剝離等，不得視為 副手術申報)	
		腹腔鏡雙側子宮附屬器部分或全部切除術一雙側(80812C)		1.53	-	-		
○○○	骨盆腔粘連分離術(80405C)(系爭)	107年4月25日	0.77	0422A，屬於達手術目的的附帶手術	依婦科審查通則100501042-01 Adhesion 已內含於80404C(為達手術最終目的過程中之剝離等，不得視為副手術申報)			
	次全子宮切除術(80404C)		1.53	-	-			
<p>(二) 依病歷紀錄，病人診斷分別為「ovarian hemorrhagic cyst」、「Adenomyosis and probable deep infiltrative endometriosis」等，依病情記載及「Operation Note」，系爭「腸粘連分離術(73001B)」、「骨盆腔粘連分離術(80405C)」，係為達手術最終目的之附帶手術，同意健保署意見，依前揭規定，不得視為副手術另報。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>								

案例二

案情摘要

申報多項同類手術或兩側性手術項目支付成數之計算，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則六規定：「同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：(一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。」，健保署依前揭規定，第3項手術按其所定點數支付之一半給付，其餘不給付，核屬有據。

衛部爭字第1083404311號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p>	
審定 理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則六</p> <p>「(一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。」。</p> <p>「(三)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。」。</p> <p>「第四項一、鼻」</p>	

編號	診療項目	基	地	區	醫	支	付	點數
		層	區	域	學	中	心	
65004C (系爭)	粘膜下中膈矯正術 (S.M.R) Submucous resection of septum 註：單側或雙側(uni or bil)。	V	V	V	V			4050
65014B	全副鼻竇切除術 Pansinusectomy 註：含鼻外及口內徑路。		V	V	V			10307
65029B (系爭)	下鼻甲成型術 Infestor turbinoplasty		V	V	V			4310
65032B (系爭)	鼻中膈造形術 Septal reconstruction/septoplasty		V	V	V			5391

二、查卷附資料，本件為健保署執行「醫院執行 65014B 全副鼻竇切除左右兩側適當性審查」爭議案，渠等個案，分述如下：

(一) ○○○、○○○2 案

1. 健保署審核意見要旨

系爭項目 (醫令代碼)	初核	複核
下鼻甲成型術 (65029B)	西醫專業審查不予支付 理由代碼「0435A」，	西醫專業審查不予支付 理由代碼「0435A」。
鼻中膈造形術 (65032B)	65029B 不予給付， 65032B 改支 1/2 紬付。	屬不同類型，但同項， 皆 650。

2. 依病歷紀錄，病人入院診斷分別為「Bilateral chronic rhinosinusitis with nasal septum deviation to left and chronic hypertrophic rhinitis」、「Bilateral chronic rhinosinusitis」，依病情記載及「手術記錄單」顯示，皆施行「全副鼻竇切除術(65014B)」*2 及系爭「下鼻甲成型術 (65029B)」*1 + 「鼻中膈造形術 (65032B)」*1，健保署依前揭規定，第 3 項手術按其所定點數支付之一半給付，其餘不給付，核屬有據。

(二) ○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0435A」，改支 1/2 紌付，依病歷紀錄，病人入院診斷為「Chronic rhinosinusitis with nasal polyps」，依病情記載及「手術記錄單」顯示，施行「全副鼻竇切除術(65014B)」*2 及系爭「粘膜下中膈矯正術 (S.M.R) (65004B)」*1，健保署依前揭規定，按系爭手術項目所定點數之一半給付，核屬有據。

	<p>(三) 其餘個案，系爭「下鼻甲成型術(65029B)」項目，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0435A」，改支1/2給付，依病歷紀錄，病人入院診斷分別為「Bilateral chronic rhinosinusitis with polyposis」、「Bilateral chronic rhinosinusitis with left nasal polyps」、「Chronic sinusitis, unspecified」、「Bilateral chronic rhinosinusitis s/p bilateral functional endoscopic sinusitis, with left frontal recurrence」、「Bilateral chronic rhinosinusitis」、「Bilateral chronic rhinosinusitis status post Luc's operation with recurrence」、「Bilateral chronic hypertrophic rhinitis with polyp」、「Bilateral rhinosinusitis with polyposis」、「Bilateral chronic sinusitis with polyposis」、「Chronic rhinosinusitis with polyposis」、「Bilateral recurred chronic rhinosinusitis with polyposis」、「Chronic rhinosinusitis with nasal polyps」等，依病情記載及「手術記錄單」顯示，施行「全副鼻竇切除術(65014B)」*2及系爭「下鼻甲成型術(65029B)」*1，健保署依前揭規定，按系爭手術項目所定點數之一半給付，核屬有據。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

七、藥品

案例一

案情摘要

依病情記載，無「不適合口服非類固醇抗發炎製劑者」相關資料佐證，健保署依規定不予給付系爭「FLUR DI FEN PATCH 40MG/12GM (AC40358345)」貼布，核無不合。

衛部爭字第1083400256號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 1.1.1.2. Flurbiprofen 40mg patch (如 Flur Di Fen Patch)：限同時符合下列條件之病患使用：</p> <ul style="list-style-type: none"> 「(1)單一關節（部位）或軟組織風濕症。 (2)不適合口服非類固醇抗發炎製劑者。 (3)不得同時併用口服或其他外用非類固醇發炎製劑。 (4)每月限處方十六片以內。」。 <p>二、健保署初、複核意見</p> <p>(一)○○○1 人 12 案：0308A，未見相關 PE 及診斷。</p> <p>(二)○○○1 人 7 案：0308A，未見相關診斷、未見病情追蹤。</p> <p>(三)○○○1 人 4 案：0112A，雖有診斷，但未見 PE 描述及病情追蹤，實有不合理處，長期使用含 NSAIDs 貼布亦會對 renal function 有影響，再尋找適合有效的治療方式。</p> <p>三、查卷附資料，本件係健保署執行「長期使用 NSAIDs 類貼布適當性專案審查」爭議案，依病歷紀錄，病人診斷分別為「Transient cerebral ischemic attack, unspecified」、「Peripheral vascular disease, unspecified」、「Unspecified osteoarthritis, unspecified site」等，依病情記載，同意健保署意見，且無前揭規定之「不適合口服非類固醇抗發炎製劑者」相關資料佐證，不足以支持系爭 FLUR DI FEN PATCH 40MG/12GM (AC40358345) 貼布之必要性。</p> <p>四、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例二

案情摘要

就醫間隔時間未超過4週(28天)，即重新開立非類固醇抗發炎之貼布、藥膏，已超過行為時藥品給付規定之「每月限處方十六片以內」、「每月至多以處方40gm為限」，健保署依規定不予給付系爭「DISPAIN PATCH〈AC46451345〉」、「TONDONAC GEL〈A032634338〉」藥品，核無不合。

衛部爭字第1073400581號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p>
審定 理由	<p>一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定(以下簡稱藥品給付規定)之1.1.1.1「外用非類固醇抗發炎軟膏，限不適合口服非類固醇抗發炎製劑之軟組織風濕症或關節炎病患使用，每月至多以處方40gm為限。」及1.1.1.2「Flurbiprofen 40mg patch (如Flur Di Fen Patch)：限同時符合下列條件之病患使用：(1)單一關節(部位)或軟組織風濕症。(2)不適合口服非類固醇抗發炎製劑者。(3)不得同時併用口服或其他外用非類固醇發炎製劑。(4)每月限處方十六片以內。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：C34(申報次數超過)。</p> <p>(二) 複核：不予補付，依藥品給付規定第一節(1.1.1.)，貼布每月限處方16片以內，健保署程式設定27天內申請數量應≤16片(○○○、○○○2案)；藥膏每月至多處方40gm為限，健保署程式設定27天內申請數量應≤2(○○○案)。</p> <p>三、申請人主張</p> <p>(一) ○○○案，病患於106年7月14日開立貼布16片，106年8月8日開立16片，未超過一個月16片限制。</p> <p>(二) ○○○案，病患於106年7月17日開立貼布8片，106年7月31日開立8片，106年8月10日開立8片，未超過一個月16片限制。</p> <p>(三) ○○○案，病患於106年8月11日開立藥膏1條，106年8月18日開立1條，該所藥膏為20gm/條，未超過一個月40gm限制。</p> <p>四、查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) 本件係健保署審查申請人申報○○○等3案之106年8月份非類固</p>

醇抗發炎劑外用製劑數量，發現有不符藥品給付規定之情形，乃分別核減系爭 106 年 8 月份「DISPAIN PATCH 〈AC46451345〉」94 點、47 點及「TONDONAC GEL 〈A032634338〉」26 點，共計 167 點。

- (二) 健保署提具意見陳明，略以：「開立藥物需符合使用範圍外，也須在合理用藥期間開立，並非總量管控而已，避免造成病人誤用過量。」
 (三) 依所附資料顯示，○○○等 3 案之就醫日期及處方藥品情形，綜整如下：

姓名	藥品名稱及代碼	就醫日期	數量
○○○	DISPAIN PATCH 〈AC46451345〉	106 年 7 月 14 日	16
		106 年 8 月 8 日(系爭)	16
○○○	DISPAIN PATCH 〈AC46451345〉	106 年 7 月 17 日	8
		106 年 7 月 31 日	8
		106 年 8 月 10 日(系爭)	8
○○○	TONDONAC GEL 〈A032634338〉	106 年 7 月 28 日	1
		106 年 8 月 11 日	1
		106 年 8 月 18 日(系爭)	1

(四) 承上表所示，渠等 3 案，就醫間隔時間均未超過 4 週(28 天)，即重新開立系爭貼布、藥膏，已超過「每月限處方十六片以內」、「每月至多以處方 40gm 為限」之條件，確如健保署審核意見所載，不符前揭藥品給付規定。

(五) 至申請理由(○○○案)略稱：「藥膏為 20gm/條，未超過一個月 40gm 限制」，惟依健保用藥品項查詢顯示，系爭「TONDONAC GEL 〈A032634338〉」之規格量為 20gm，申請人於 106 年 7 月至 8 月處方 3 條共 60gm，所稱核有誤解。

五、綜上，無法顯示需給付所請「DISPAIN PATCH 〈AC46451345〉」、「TONDONAC GEL 〈A032634338〉」藥品費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例三

案情摘要

首次就診(半年內未曾赴該醫院就診)患者，處方系爭「ZOLPIDEM F. C. TABLETS 10MG (AC57306100)」安眠藥管制藥品應以7日為限，系爭就醫日與前次就診日超過半年，健保署部分不予給付系爭藥品，核無不合。

衛部爭字第1073405437號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
理由	卷證	申請書及所附相關文件資料。
理由	<p>一、相關規定</p> <p>(一) 改制前行政院衛生署中央健康保險局 101 年 9 月 7 日健保中字第 1014083114A 號函，有關醫療費用申報規定彙編之血液透析醫療費用申報說明一中段：「同一醫師同次醫療服務中，提供保險對象血液透析及開立慢性病用藥之醫療服務者，血液透析與慢性病用藥之醫療服務費用應拆 2 筆申報，茲血液透析屬定額支付項目，故均不得申報門診診察費」。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 1.2.3. Zaleplon 、 zolpidem 、 zopiclone 及 eszopiclone :「5. 對於首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患，限處方 7 日內安眠藥管制藥品。」</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署中央健康保險局 102 年 7 月 5 日健保審字第 1020081585 號函要旨：有關本保險給付之 zaleplon 、 zolpidem 及 zopiclone 成分藥品，其給付規定第 5 點「首次就診」之時間定義為「半年內未曾赴該醫院就診」。</p> <p>二、查卷附資料，健保署初、複核意見以「0220A，屬血液透析醫師診察後可合併處方之情形，宜提供整合照護，以減少病人奔波、0308A，請附病人第一次使用 7 日之病歷」、「審核 6 個月內未處方即為首次，首次僅能開立 7 日或以內」為由，ZOLPIDEM 不予給付 21 劑、00110C 不予給付，系爭「一般門診診察費 (00110C)」部分，依系爭就醫日 107 年 4 月 13 日之病歷紀錄，病人診斷為 End stage renal disease 、 Other sleep disorders 等，確如健保署審核意見所載，系爭就醫日與血液透析日為同一日，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇；系爭「ZOLPIDEM</p>	

	<p>〈AC57306100〉」部分，系爭就醫日107年4月13日距前次就診日105年11月2日已超過半年，依前開規定，屬於首次就診，系爭用藥應以7日為限，不足以支持申報「一般門診診察費(00110C)」、ZOLPIDEM〈AC57306100〉達28劑之必要性，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>三、另申請理由雖略稱：「根據全民健康保險署之西醫門診診察費通則八：由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情，限申報門診診察費一次」，惟血液透析係屬定額支付項目，依前揭規定，自不得申報一般門診診察費，併予敘明。</p>
--	--

案例四

案情摘要

病歷無近期發生中風、心肌梗塞或週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化之相關記載，亦無胃鏡及心血管疾病報告異常之相關資料佐證，且心電圖檢查結果正常，無心肌酵素檢驗結果，處方系爭「PLAVIX〈BC22932100〉」藥品，核與規定不符。

衛部爭字第1083403083號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據 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23條之規定。 卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】	
審定 理由	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.1.1.6 Clopidogrel(如Plavix)： 「1.限近期發生中風、心肌梗塞或週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化病人，並符合下列條件之一者使用。 (1)對acetylsalicylic acid(如Aspirin)過敏。 (2)臨床診斷確定為acetylsalicylic acid(如Aspirin)所導致之消化性潰瘍或上消化道出血、穿孔病史者。需於病歷註明發生時間。 (3)最近一年內臨床診斷確定為消化性潰瘍者。病歷上應有明確消化性潰瘍之典型症狀紀錄及發病時間。」	

	<p>(4)最近一年內經上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影檢查證實消化性潰瘍或發生上消化道出血、穿孔病史。需於病歷註明上消化道內視鏡或上消化道 X 光攝影檢查時間。但對 acetylsalicylic acid 無法耐受，且身體狀況無法忍受內視鏡或消化道 X 光攝影檢查者(如 75 歲(含)以上罹有中風、心肌梗塞、週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化或長期臥床者)不在此限。</p> <p>2. 置放金屬支架 3 個月內得與 acetylsalicylic acid (如 Aspirin)合併使用；置放塗藥支架 6 個月內得與 acetylsalicylic acid (如 Aspirin)合併使用。需於病歷註明支架置放手術之日期。</p> <p>3. 置放金屬支架後發生支架內再狹窄而施行藥物釋放型冠狀動脈氣球導管者，1 個月內得與 acetylsalicylic acid (如 Aspirin)合併使用；置放塗藥支架後發生支架內再狹窄而施行藥物釋放型冠狀動脈氣球導管者，與 acetylsalicylic acid (如 Aspirin)合併使用期間可再延長 1 個月。</p> <p>4. 用於已發作之急性冠心症(不穩定性心絞痛和心肌梗塞)而住院的病人時，得與 acetylsalicylic acid (如 Aspirin) 合併治療，最長 9 個月。需於病歷註明住院時間。」。</p> <p>二、查卷附資料，健保署初、複核意見以「0101A，未附可使用 Plavix 的病歷、不符給付條件」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「病人有嚴重之冠狀動脈危險因子，一直都有服用 Bokey，但仍感胸痛不適，應考慮已是心絞痛及不穩定性心絞痛來處理，故加上 Plavix 以減低其發生心肌梗塞之機會」，依病歷紀錄，病人診斷為「Hypertensive heart disease without heart failure」等，惟病歷無近期發生中風、心肌梗塞或週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化之相關記載，亦無胃鏡及心血管疾病報告異常之相關資料佐證，且心電圖檢查結果正常，無心肌酵素檢驗結果，處方系爭「PLAVIX 〈BC22932100〉」藥品，與前揭規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例五

案情摘要

依病情記載，Cholesterol值已達起始藥物治療血脂值，或治療後未達血脂目標值，處方系爭「LIPIKON F.C. TABLETS 10MG 〈AC56791100〉」降血脂藥品，核屬病情所需。

衛部爭字第1083405313號

審定		
主文	序號第1至第2號原核定撤銷，同意給付如附表。 序號第3號申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據 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23條之規定。 卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】 審定 理由 如附表。	

附表 衛部爭字第1083405313號											
序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由					
				撤 銷	駁 回						
1	○○ ○○○ 內科 108/03 04	LIPIKON F.C. TABLETS 10MG 〈AC56791100〉	30	30		<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.6.1.全民健康保險降血脂藥物給付規定表</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>非藥物治療</td> <td>起始藥物治療血脂值</td> <td>血脂目標值</td> <td>處方規定</td> </tr> </table>		非藥物治療	起始藥物治療血脂值	血脂目標值	處方規定
	非藥物治療	起始藥物治療血脂值	血脂目標值	處方規定							
	續前頁										

附表

衛部爭字第 1083405313 號

序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理由				
				撤 銷	駁 回					
						心血 管疾 病或 糖尿 病患 者	與藥物 治療可 並行	TC \geq 160mg/dL 或 LDL-C \geq 100mg/dL	TC< 160mg/dL 或 LDL-C< 100mg/dL	第一年應 每3-6個 月抽血檢 查一次， 第二年以 後應至少 每6-12 個月抽血 檢查一 次，同時 請注意副 作用之產 生如肝功 能異常， 橫紋肌溶 解症。

二、查所附資料，健保署初、複核意見略為「0308A，107年4月30日、107年8月18日、108年1月22日 Chol 值分別為 176、141、178，TG 值分別為 174、130、267，107年4月30日、108年1月22日 LDL 值分別為 73、71，應先飲食控制及運動，3個月後再評估」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「Diabetes mellitus」等，病情記載：「Hyperlipidemia for follow up」，且 107 年 5 月 1 日、108 年 1 月 23 日 Cholesterol 值分別為 176mg/dL、178mg/dL，已達起始藥物治療血脂值 TC $\geq 160\text{mg/dL}$ ，於系爭就醫日 108 年 3 月 4 日處方系爭藥

附表

衛部爭字第 1083405313 號

序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理由
				撤 銷	駁 回	
						品，符合病情所需，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。
2	○○ ○○○ 家醫科 108/03 04	LIPIKON F.C. TABLETS 10MG (AC56791100)	30	30		查所附資料，健保署初、複核意見略為「0308A，107 年 4 月 20 日、107 年 9 月 6 日、108 年 2 月 11 日 Chol 值分別為 141、139、203，TG 值分別為 51、49、124，LDL 值分別為 80、101、137，應先衛教飲食控制及運動，3 個月再評估」，依病歷紀錄，病人診斷為「Diabetes mellitus」等，病情記載：「Atorcal 10mg 1# QD is prescribed」，且 108 年 2 月 12 日 LDL-C 值為 137mg/dL，未達血脂目標值 LDL-C < 100mg/dL，於系爭就醫日 108 年 3 月 5 日處方系爭藥品，符合病情所需，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。
3	○○○ ○○○ 家醫科 108/03 09	ZOLPIDEM F.C. TABLETS 10MG "CYH" (AC57306100)	7	7		<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 1.2.3. … zolpidem… 「5. 對於首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患，限處方 7 日內安眠藥管制藥品。」。</p> <p>(二) 改制前行政院衛生署中央健康保險局 102 年 7 月 5 日健保審字第 1020081585 號函要旨 「有關本保險給付之 zaleplon 、 zolpidem 及 zopiclone 成分藥品，其給付規定第 5 點『首次就診』之時間定義為『半年內未曾赴該醫院就診』。」</p> <p>二、 查所附資料，健保署初、複核</p>

附表

衛部爭字第 1083405313 號

序號	流水號 姓名 科別 費用年月 案件分類	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>意見為「0308A，首次開立 Stilnox 應該小於 7 日，經評估後才宜長期使用」，部分不予以給付，依系爭就醫日 108 年 3 月 21 日病歷紀錄，病人診斷為「Insomnia」等，距上次(106 年 4 月 20 日)處方 ZOLPIDEM 之就診時間約 2 年，依前揭規定，宜重新評估病人用藥後反應，不足以支持處方系爭「Zolpidem(AC57306100)」藥品 14 日之必要性。</p> <p>三、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例六

案情摘要

依病情記載，病人具2個危險因子，惟病歷無給藥(降血脂)前3-6個月非藥物治療之記錄，亦無2次血脂值均異常之檢驗報告佐證，健保署依行為時藥品給付規定，不予給付系爭「ROTY (AA57843100)」降血脂藥物，核無不合。

衛部爭字第 1083400784 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定	一、 相關規定	

理由	行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 2.6.1. 「全民健康保險降膽固醇藥物給付規定表」				
	非藥物治療	起始藥物治療 血脂值	血脂目標值	處方規定	
2 個危險因子或以上	給藥前應有 3-6 個月非藥物治療	TC \geq 200mg/dL 或 LDL-C \geq 130mg/dL	TC < 200mg/dL 或 LDL-C < 130mg/dL	第一年應每 3-6 個月抽血檢查一次，第二年以後應至少每 6-12 個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生如肝功能異常，橫紋肌溶解症。	
<p>● 危險因子定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 高血壓。 2. 男性\geq45 歲，女性\geq55 歲或停經者。 3. 有早發性冠心病家族史(男性\leq55 歲，女性\leq65 歲)。 4. HDL-C < 40mg/dL。 5. 吸菸(因吸菸而符合起步治療準則之個案，若未戒菸而要求藥物治療，應以自費治療)。 <p>二、查所附資料，健保署初、複核意見以「0308A，所附數據未達使用該藥條件(僅 107 年 1 月 5 日 TC/LDL 達標)」、「無兩次符合血脂治療規定的 data，chol/ LDL : 200/130」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「病人 78 歲有高血壓…105 年 9 月 10 日、106 年 1 月 12 日，107 年 1 月 5 日於本診所做檢查，膽固醇都高於 200」，依病歷紀錄，病人民國 30 年生，診斷為「高血壓性心臟病，無心臟衰竭」等，具 2 個危險因子，惟病歷僅檢附 107 年 1 月 5 日及同年 5 月 11 日 TC/LDL-C 檢驗值，分別為 207/135、155/105mg /dl，未有符合前開規定給藥前應有 3-6 個月非藥物治療之記錄，以及 2 次血脂值均異常之檢驗報告佐證，自不足以支持系爭就醫日 107 年 7 月 17 日開立系爭 ROTY (AA57843100) 藥物之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>					

案例七

案情摘要

卷無1年內血脂檢查報告可稽，依行為時藥品給付規定「應至少每6-12個月抽血檢查一次」，處方系爭藥物，與規定不符。

衛部爭字第1083401341號

審定																											
主文	申請審議駁回。																										
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																										
理由	依據	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23條之規定。																									
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】																									
審定 理由	一、 相關規定 (一) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.6.1.	<p style="text-align: center;">全民健康保險降膽固醇藥物給付規定表</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>非藥物治療</th> <th>起始藥物治療血 脂值</th> <th>血脂目標值</th> <th>處方規定</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>心血管疾病 或糖尿病患者</td> <td>與藥物治療可並 行</td> <td>TC\geq 160mg/dL 或 LDL-C\geq 100mg/dL</td> <td>TC<160mg/dL 或 LDL-C<100mg/dL</td> <td rowspan="4">第一年應每3-6個 月抽血檢查一次， 第二年以後應至少 每6-12個月抽血 檢查一次，同時請 注意副作用之產生 如肝功能異常，橫 紋肌溶解症。</td> </tr> <tr> <td>2個危險因子 或以上</td> <td>給藥前應有3-6個 月非藥物治療</td> <td>TC\geq 200mg/dL 或 LDL-C\geq 130mg/dL</td> <td>TC<200mg/dL 或 LDL-C<130mg/dL</td> </tr> <tr> <td>1個危險因子</td> <td>給藥前應有3-6個 月非藥物治療</td> <td>TC\geq 240mg/dL 或 LDL-C\geq 160mg/dL</td> <td>TC<240mg/dL 或 LDL-C<160mg/dL</td> </tr> <tr> <td>0個危險因子</td> <td>給藥前應有3-6個 月非藥物治療</td> <td>LDL-C\geq 190mg/dL</td> <td>LDL-C<190mg/dL</td> </tr> </tbody> </table> (二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、 (二)5. 「(17) 使用降血脂藥物時，請依規定檢附檢驗資料影本」。 「(17-1)降血脂藥物審查原則：甲、高血脂用藥指引請參考藥品 給付規定。…」。 「(17-2)送審之醫療費用案件，請依藥品給付規定第2節心臟血 管及腎臟藥物2.6.1『全民健康保險降血脂藥物給付規定表』之 處方規定，檢送該案處方之抽血檢查報告。」					非藥物治療	起始藥物治療血 脂值	血脂目標值	處方規定	心血管疾病 或糖尿病患者	與藥物治療可並 行	TC \geq 160mg/dL 或 LDL-C \geq 100mg/dL	TC<160mg/dL 或 LDL-C<100mg/dL	第一年應每3-6個 月抽血檢查一次， 第二年以後應至少 每6-12個月抽血 檢查一次，同時請 注意副作用之產生 如肝功能異常，橫 紋肌溶解症。	2個危險因子 或以上	給藥前應有3-6個 月非藥物治療	TC \geq 200mg/dL 或 LDL-C \geq 130mg/dL	TC<200mg/dL 或 LDL-C<130mg/dL	1個危險因子	給藥前應有3-6個 月非藥物治療	TC \geq 240mg/dL 或 LDL-C \geq 160mg/dL	TC<240mg/dL 或 LDL-C<160mg/dL	0個危險因子	給藥前應有3-6個 月非藥物治療	LDL-C \geq 190mg/dL	LDL-C<190mg/dL
	非藥物治療	起始藥物治療血 脂值	血脂目標值	處方規定																							
心血管疾病 或糖尿病患者	與藥物治療可並 行	TC \geq 160mg/dL 或 LDL-C \geq 100mg/dL	TC<160mg/dL 或 LDL-C<100mg/dL	第一年應每3-6個 月抽血檢查一次， 第二年以後應至少 每6-12個月抽血 檢查一次，同時請 注意副作用之產生 如肝功能異常，橫 紋肌溶解症。																							
2個危險因子 或以上	給藥前應有3-6個 月非藥物治療	TC \geq 200mg/dL 或 LDL-C \geq 130mg/dL	TC<200mg/dL 或 LDL-C<130mg/dL																								
1個危險因子	給藥前應有3-6個 月非藥物治療	TC \geq 240mg/dL 或 LDL-C \geq 160mg/dL	TC<240mg/dL 或 LDL-C<160mg/dL																								
0個危險因子	給藥前應有3-6個 月非藥物治療	LDL-C \geq 190mg/dL	LDL-C<190mg/dL																								
二、 健保署審核意見要旨	<table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象姓名及案數</th> <th>初核</th> <th>複核</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○1人11案</td> <td>最後一次抽血報告為105年 2月15日，刪106年3月以 後之Statins。</td> <td>未針對立意抽審說明理 由。</td> </tr> </tbody> </table>				保險對象姓名及案數	初核	複核	○○○1人11案	最後一次抽血報告為105年 2月15日，刪106年3月以 後之Statins。	未針對立意抽審說明理 由。																	
保險對象姓名及案數	初核	複核																									
○○○1人11案	最後一次抽血報告為105年 2月15日，刪106年3月以 後之Statins。	未針對立意抽審說明理 由。																									

○○○○1人9案	最後一次抽血報告為105年5月2日，106年5月以後之Statins全刪。	
○○○○1人8案	最後一次抽血報告為105年5月20日，106年6月以後之Statins全刪。	申復未提出說明，為何105年5月後無data?

三、申請理由要旨

- (一) ○○○1人11案：Left Middle Cerebral Artery large infarction、Left Intracranial Artery total occlusion、Hypertension、Dyslipidemia，LDL-C>100 mg/dL。
- (二) ○○○○1人9案：Acute ischemic stroke & aphasia、HCVD、OA of Knee，very high risk CVD patient, so add statin use。
- (三) ○○○○1人8案：Left hemisphere ischemic stroke、Hyperlipidemia、LDL-C: 112.5 mg/dL, very high risk CVD patient, so add statin。

四、查卷附資料，本件係健保署執行「Statins 類降血脂藥品適當性專案立意抽審」爭議案，渠等個案，分述如下：

- (一) 依病歷紀錄及卷附血脂檢驗報告，綜整渠等病人診斷、系爭就醫日及距系爭就醫日前最後一次血脂檢驗日期臚列如下表：

保險 對象 姓名	流水號	系爭就醫日	最後一次血脂檢驗 日期	診斷
○○ ○1人 11案	106099	106年3月16日	105年2月15日	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of left middle cerebral artery、Essential (primary) hypertension、Hyperlipidemia, unspecified 等
	101508	106年4月3日 (IC02)		
	105693	106年5月11日		
	103080	106年5月29日 (IC02)		
	105632	106年7月15日		
	105363	106年8月12日		
	101308	106年9月1日 (IC02)		
	104781	106年10月11日		
	102927	106年10月30日 (IC02)		
	104682	106年12月6日		
	103151	106年12月31日 (IC02)		

		○○ ○○1 人9案	102514 105919 102145 102145 104931 101724 101507 104250 103145	106年5月17日 (IC03) 106年6月19日 106年7月14日 (IC02) 106年8月12日 (IC03) 106年9月11日 106年10月7日 (IC02) 106年11月4日 (IC03) 106年12月4日 106年12月30日 (IC02)	105年5月2日	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of unspecified cerebral artery、Hypertensive heart disease without heart failure、Aortitis in diseases classified elsewhere 等	
		○○ ○○1 人8案	102383 104989 101714 101332 104538 102840 102523 105562	106年6月16日 (IC03) 106年7月8日 106年8月5日 (IC02) 106年9月1日 (IC03) 106年10月7日 106年10月29日 (IC02) 106年11月22日 (IC03) 106年12月21日	105年5月20日	Diabetes mellitus due to underlying condition with diabetic neuropathy, unspecified、Hypertensive heart disease without heart failure 等	

註:IC02 代表第二次慢性病連續處方箋、IC03 代表第三次慢性病連續處方箋。

(二) 承上表所示，渠等個案最後一次血脂檢驗日期，距系爭就醫日已一年以上，依病歷紀錄，卷無1年內血脂檢查報告可稽，同意健保署意見，開立系爭藥物即與首揭「應至少每6-12個月抽血檢查一次」規定不符。

五、綜上，均無法顯示需給付所請系爭 LIPITOR(BC22886100)、LESCOL (BC23556100) 降血脂藥品費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例八

案情摘要

病歷未有曾使用過降尿酸藥物benzbromarone治療反應不佳之記載，或患有慢性腎臟病，或具尿酸性腎臟結石、尿酸性尿路結石，或肝硬化之痛風等佐證資料，健保署不予給付系爭「FEBURIC 80 MG FILM COATED TABLETS(BC25427100)」藥品，核無不合。

衛部爭字第1083404270號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之2.11.1.Febuxostat(如Feburic):</p> <p>「限慢性痛風患者之高尿酸血症使用，且符合以下條件之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 曾使用過降尿酸藥物benzbromarone治療反應不佳，尿酸值仍高於6.0 mg/dL。 2. 患有慢性腎臟病($eGFR < 45 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$ or serum creatinine $\geq 1.5 \text{ mg/dL}$)，或具尿酸性腎臟結石或尿酸性尿路結石，或肝硬化之痛風病人。」。 <p>二、查卷附資料，健保署初、複核意見為「0101A、0319A，尚有benzbromarone」、「$eGFR < 45, Cr. > 1.5$ 可使用 Febuxostat」，且無之前使用其他藥物之病歷，申請理由略稱：「該員107年於本院曾使用過降尿酸藥物Allopurinol治療半年以上，但尿酸值仍高於6.0mg/dL」，依病歷紀錄，病人診斷為「高血壓性心臟病，無心臟衰竭」、「痛風」、「高尿酸血症未伴有關節炎及痛風石」等，惟病歷無曾使用過降尿酸藥物benzbromarone治療反應不佳之記載，或患有慢性腎臟病，或具尿酸性腎臟結石、尿酸性尿路結石，或肝硬化之痛風等佐證資料，使用系爭「FEBURIC 80 MG FILM COATED TABLETS(BC25427100)」藥品，不符前揭規定，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>	

案例九

案情摘要

病歷無接受過最大耐受劑量的metformin仍無法理想控制血糖之紀錄，健保署依行為時藥品給付規定，不予給付系爭「TRAJENTA (BC25537100)」降血糖藥品，核無不合。

衛部爭字第1083402256號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定之 5.1.2.(2)前段： 「TZD 製劑、DPP-4 抑制劑、SGLT-2 抑制劑、以及含該 3 類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin 仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人。」</p> <p>二、 健保署初、複核意見要旨 0308A，無第一線藥物 metformin 使用，不可使用 DPP4 inhibitor。</p> <p>三、 查卷附資料，申請理由雖略稱：「○○醫院都開連續處方箋，附○○病歷」云云，惟依所附 102 年 11 月 26 日、103 年 2 月 25 日及 103 年 5 月 27 日○○醫院病歷紀錄及系爭就醫日 108 年 1 月 15 日病歷紀錄顯示，均無已接受過最大耐受劑量的 metformin 仍無法理想控制血糖相關資料，開立系爭「TRAJENTA (BC25537100)」即與首揭規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例十

案情摘要

同時處方超過四種口服降血糖藥物，或SGLT-2抑制劑與DPP-4抑制劑之降血糖藥物併用，健保署依行為時藥品給付規定，不予給付系爭降血糖藥品，核無不合。

衛部爭字第1083401785號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定 理由	一、 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定 「5.1.2. 使用條件： (2)TZD製劑、DPP-4抑制劑、SGLT-2抑制劑、以及含該3類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的metformin仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人，且SGLT-2抑制劑與DPP-4抑制劑及其複方製劑宜二種擇一種使用。」。 (5)第二型糖尿病病人使用之口服降血糖藥物成分，以最多四種(含四種)為限。」。 「5.1.3.2. Liraglutide (如Victoza) 1. 限用於已接受過最大耐受劑量的metformin及/或sulfonylurea類藥物仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病患者。 3. 本藥品不得與DPP-4抑制劑、SGLT-2抑制劑併用。」。 二、查卷附資料，本件為健保署執行「糖尿病用藥給付規定管理審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一)○○○1人8案，系爭「JANUMET 50/500 MG FILM-COATED TABLETS (BC25043100)」藥品，健保署初、複核意見為「0307A, >4種OAD」，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」等，系爭就醫日105年10月19日、同年12月14日、106年2月8日、同年4月5日、同年5月31日、同年7月26日、同年9月20日及同年11月22日同時處方5種口服降血糖藥物，藥物名稱如申請人自承：「病人因糖尿病，本給予GLUCOBAY, JANUMET, LODITON, REPAGLINIDE，於105年6月8日再增加ACTOS」	

		<p>所載，系爭用藥不符前揭 5.1.2.(5)之規定。</p> <p>(二) ○○○1 人 7 案，系爭「FORXIGA FILM-COATED TABLETS 10MG (BC26476100)」藥品，健保署初、複核意見為「0307A, >4 種 OHA」，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」等，已使用 4 種口服降血糖藥物 Amaryl, Glucobay, Lotion 及 Trajenta，系爭用藥不符前揭 5.1.2.(5)之規定，且系爭藥品(SGLT-2 抑制劑)與 Trajenta(DPP-4 抑制劑)併用，亦不符前揭 5.1.2.(2)後段之規定。</p> <p>(三) ○○○1 人 2 案，系爭「JARDIANCE 10MG FILM-COATED TABLETS (BC26406100)」，健保署初、複核意見為「0307A, >4 種 OHA」，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」等，系爭就醫日 106 年 4 月 28 日及同年 6 月 28 日同時處方 5 種口服降血糖藥物，藥物名稱如申請人自承：「病人因糖尿病，本給予 GLUCOBAY, JARDIANCE (誤繕為 TARDIANCE), LODITON, REPAGLINIDE，於 106 年 4 月 28 日再增加 ACTOS」所載，系爭用藥不符前揭 5.1.2.(5)之規定。</p> <p>(四) ○○○1 人 2 案、○○○、○○○1 人 4 案共 7 案，系爭「VICTOZA (KC00914216)」藥品，健保署初、複核意見分別為「0307A，需 SU 用到最大劑量(Amaryl 8mg/dL)才可用，不可與 DPP4-I 共用」(○案)、「0307A，需 glinid 最大量下，仍無法控制才可用，且不可與 DPP4-I 共用」(○、○案)，依病歷紀錄，病人診斷分別為「Diabetes mellitus due to underlying condition with hyperglycemia」、「Diabetes mellitus due to underlying condition with diabetic neuropathy, unspecified」、「Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy」等，依病情記載，未有接受過最大耐受劑量的 metformin 及/或 sulfonylurea 類藥物仍無法理想控制血糖之記載，且與 DPP-4 抑制劑【藥品名稱：Onglyza(○案)、Janumet(○案)、Trajenta(○案)】併用，同意健保署意見，系爭用藥不符前揭 5.1.3.2. 之規定。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例十一

案情摘要

卷無LMP、Menopausal status、Estrodiol、FSH、LH等資料，亦無病人無法接受化學治療原因之佐證，申請使用系爭「Leuplin Depot 1M 3.75mg S.C. Injection (BC259342AA)」藥品，不符規定。

衛部爭字第1073405695號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 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23條之規定。 卷證 申請書及所附相關文件資料。 審定 理由 如附表。

附表

衛部爭字第1073405695號

序號	複核受理編號姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Leuplin Depot 1M 3.75mg S.C. Injection (BC259342AA)	36		36	<p>一、 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之5.5.1.2.(3)Gn-RH analogue (如Leuprorelin)。</p> <p>「(3)停經前(或更年期前)之早期乳癌，且須完全符合以下六點：</p> <p>I. 與 tamoxifen 合併使用，作為手術後取代化學治療之輔助療法。</p> <p>II. 荷爾蒙接受體為</p>

附表

衛部爭字第 1073405695 號

序號	複核受理編號姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
	續前頁					<p>強陽性：ER/PR 為 2+ 或 3+。</p> <p>III. Her-2 Fish 檢測為陰性或 IHC 為 1+。</p> <p>IV. 淋巴結轉移數目須 ≤ 3 個。</p> <p>V. 使用期限： leuprorelin 或 goserelin 使用 3 年，tamoxifen 使用 5 年。</p> <p>VI. 須事前審查，並於申請時說明無法接受化學治療之原因。」</p> <p>二、健保署初、複核意見 (停)經前(或更年期前)之早期乳癌，且須完全符合以下：須事前審查，並於申請時說明無法接受化學治療之原因 (medical reason)；for personal consideration → not be paid by NHI。</p> <p>三、申請理由要旨 Right early breast cancer, s/p excisional biopsy (106 年 8 月 24 日) and partial mastectomy + sentinel LN biopsy (106 年 9 月 15 日)，grade 2 invasive carcinoma, ER(95%)，PR(50%)，HER2/neu(-)，Ki-67(30%)，pT1bN0M0，</p>

序號	複核受理編號姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
	續前頁					<p>on Tamoxifen (106 年 10 月 3 日) and s/p R/T 106 年 11 月 7 日 ~106 年 12 月 6 日), then self-paid Leuplin depot therapy on 107 年 5 月 30 日 (3M) and 107 年 8 月 14 日(1M)。因早期乳癌，且患者希望有生育機會，拒絕化療。擬申請 Leuplin depot 與 Tamoxifen 合併使用，作為手術後取代化學治療之輔助療法。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱「C50911」(女性右側乳房未明示部位惡性腫瘤)。</p> <p>(二) 依所附病理組織檢驗報告顯示，病人診斷為 Breast, right, outer middle(9/2.5), excision---Invasive carcinoma of no special type, pT1b, ER(SP1)(+), PR(PgR636)(+), HER-2-neu(4B5): negative(0), Ki67: up to 30% cells+, 申請理由雖稱：「患者希望有生育機會」，惟卷無 LMP、Menopausal status、Estrodiol、FSH、LH 等資料可稽，且亦無病人無法接受化學治療原因之佐</p>

附表

衛部爭字第 1073405695 號

序號	複核受理編號姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
						證資料，申請使用系爭藥品，不符首揭規定。 五、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例十二

案情摘要

○○○1人3案，前一院所僅上傳其就醫紀錄，並未上傳醫令明細，以致申請人醫院查無病人重複用藥資料，此案確不可究責於該醫院，同意補付；其餘個案，病人提前就醫並領取同成分之藥物，餘藥日數超過閾值管理日數120日，健保署依「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之費用核扣原則，核扣申請人醫院藥費，核屬有據。

衛部爭字第 1083405038 號

審定		
主文	一、原核定關於○○○1人3案撤銷，同意給付。 二、其餘申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	一、 相關規定 (一) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 9 款、第 17 款 「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由： 九、用藥種類與病情不符或有重複……十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」

	<p>(二) 全民健康保險醫療辦法</p> <p>第 22 條</p> <p>「本保險處方用藥之用量規定如下：</p> <p>一、處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則。</p> <p>二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。</p> <p>三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。」</p> <p>第 24 條</p> <p>「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。」</p> <p>第 25 條</p> <p>「保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：</p> <p>一、預定出國或返回離島地區。</p> <p>二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。</p> <p>三、罕見疾病病人。</p> <p>四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。」</p> <p>(三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約</p> <p>第 1 條第 1 項</p> <p>「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」</p> <p>第 17 條第 1 項第 4 款</p> <p>「乙方申請之醫療費用，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。」</p> <p>(四) 行為時「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」(以下簡稱管理方案)</p> <p>三、方案內容</p>
--	---

(二) 實施藥品範圍：

「針對慢性病同成分同劑型之口服藥品，包含降血壓、降血脂、降血糖(不分口服及注射)、抗思覺失調、抗憂鬱症安眠鎮靜與抗焦慮、抗血栓用藥、前列腺肥大用藥、抗癲癇用藥、心臟疾病用藥、緩瀉劑及痛風治療用藥等十二類藥品。」

四、管理方式

(一) 管理對象

「1.『同一個案、同成份核價劑型』不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數超過閾值管理日數(當季 90 日加管理區間日數 30 日)之案件，列為重複用藥異常管理。

2. 重複用藥天數計算

依病人、同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數^{註1}，若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範^{註2}，不計入重複用藥。

註 1：病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心，將所有領藥紀錄皆納入計算，包含依規定可提前領藥之案件(出國、出海船員、罕病病人等)。

註 2：提前領藥規範係指『全民健康保險醫療辦法』第 24 條規定；另考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於 10 日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。」

(二) 費用核扣原則

「1. 針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數超過閾值管理日數($90+30=120$ 天)案件計算『核扣天數』。

核扣天數(c)=不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數(a)-閾值管理日數(b)

2. 重複用藥天數之各醫事機構占率

重複用藥天數之各醫事機構占率(e)= $\frac{\text{重複用藥天數}}{\text{重複用藥總天數}}$

3. 重複用藥之核減藥費

重複用藥之核減藥費=核扣天數(c) \times 重複用藥天數之各醫事機構占率(e) \times 各醫事機構該醫令每日平

	<p style="text-align: center;">均藥費最小值」</p> <p>二、 健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核：PHEA-門診特定藥品跨院重複用藥費用核扣方案，追扣醫療費用，總計 2923 點。</p> <p>(二) 複核：本方案已勾稽雲端藥歷及前家院所健保卡資料上傳日期，並排除上傳與轉檔之時間差，確認院所可於雲端查詢到前一次就醫用藥資料才核扣。病人至貴院領藥時仍有他院相同藥理處方用藥且餘藥量大於 10 日，故不予補付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) ○○○1 人 3 案，會有天數重疊之情形，研判因藥局無即時上傳(107 年)10 月 11 日病人領取藥物至系統，導致(107 年)10 月 22 日開立藥物時並不會出現重複用藥之警訊。</p> <p>(二)○○○1 人 5 案，若將用藥 7 天案件排除則不應有超出用藥 10 天情形，故不應列於本次核減標的。</p> <p>(三)○○○1 人 2 案，病人因身體及家庭狀況，出現焦慮及失眠狀況，再給予低劑量 ALPRAZOLAM 後，情況改善，穩定服用後，因病人尚有餘藥，故延後就診，逐步調整民眾用藥。</p> <p>(四)○○○1 人 4 案，為失智症併焦慮狀態，(107 年)8 月 13 日調整用藥，予低劑量藥品使用後狀況穩定，後續可按時回診及領藥，目前持續藥品衛教，待病人狀況持續穩定後，再予整合用藥。</p> <p>(五)○○○1 人 2 案，為失智症患者，狀況較不穩定，(107 年)9 月 17 日狀況穩定後予開立慢性病連續處方箋，開立劑量由 25mg 調整為 50mg，嗣後會依病況變化調整藥品，並加強家屬藥品衛教，避免病人有用藥過量之問題。</p> <p>(六)○○○1 人 3 案，個案主要核心症狀是關係妄想，常借多量安眠藥來處理自己的不安，已給予民眾輔導，精神科病患常藉由服用藥物來處理(情)緒問題，故常有用藥不足問題。</p> <p>(七)○○○1 人 3 案，病人定期每兩個月於本院及他院回診，本身個性較為焦慮，用藥習慣難以矯正，本院僅開立 0.5mg HS，並加強藥物衛教。</p> <p>(八)○○○1 人 2 案，病人本身為高血壓及糖尿病，故給予 ARB 控制血壓，目前血壓狀況維持穩定，病人穩定於本院及○○醫院就醫。</p> <p>(九)○○○1 人 3 案，病人穩定於本院及○○醫院就診，在 ANTI-GOUT 藥品服用下，107 年 7 月仍有發生 GOUTY ARTHRITIS ATTACK，故未再調整藥品劑量。</p> <p>(十)○○○○1 人 2 案，該病人於本院藥品開立天數 28 天，但藥品數量僅 14 顆，另外因計算病人尚有餘藥且在○○醫院就醫，故給予藥品</p>
--	---

	<p>衛教並請病人延後一個月至(108 年)1 月 14 日就醫，避免病人手上 有過多的藥品。</p> <p>(十一)○○○○1 人 2 案，病人本身有巴金森氏症，有嚴重便秘困擾，故給 予緩瀉劑使用，並未出現腹瀉不適等狀況，病人返診狀況正常，故未 修正藥品。</p>
	<p>四、健保署提具意見要旨</p> <p>(一) ○○○1 人 3 案，其中流水號 605071 一案，申請人主張「病人於 107 年 10 月 22 日就醫，確實有查詢健保雲端藥歷系統，但並未查詢到病人重複用藥資料」，經查病人曾於 107 年 10 月 11 日至其他院所就醫，前一院所僅上傳其就醫紀錄，並未上傳醫令明細，以致申請人醫院查無病人重複用藥資料，此案確不能究責於該醫院，故同意補付；另流水號 605622 及 600563 二案，因前案同意補付後，不符前開管理方案規範之「領藥閾值 120 日」原因即消失，故均比照同意補付。</p> <p>(二) 其餘個案，申請人主張「病人出現焦慮狀況」(○案、○案)、「病 況不穩定」(○案、○案、○○○案)、「有跨院就醫情形」(○案、 ○○○案、○○案、○○案)，故未調整用藥，惟醫院應善盡保障 病人用藥安全之責任，確認病人應符合全民健康保險醫療辦法第 24 條規定「須俟上次給藥期間屆滿前十天內」再次給藥，申請人 已可於健保雲端藥歷查詢系統查到渠等病人餘藥日數遠超過 10 日，當次不宜再開立；不符規範領藥天數已超出管理方案閾值 120 日，故維持不予補付。</p> <p>(三) 其中○○○1 人 5 案，申請人主張「用藥 7 天案件應排除，不應列 於核減標的」，依據健保署 107 年第 4 季「門診特定藥品重複用藥 費用管理方案(106 年 9 月 14 日修訂版)」，重複用藥管理對象並未 將用藥 7 天案件排除，係以同病人、同成分同劑型、處方(調劑)日期 進行重複用藥管理檢核，併予敘明。</p>
	<p>五、審定理由</p> <p>(一) 按健保署為確保民眾用藥安全，自 100 年起即設定用藥重疊率指 標定期提供院所自我管理，於 102 年開發以病人為中心之健保雲 端藥歷系統供現行醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用 藥資訊，並於 104 年 7 月(費用年月)起分階段實施「門診特定藥 品重複用藥費用管理方案」，先予敘明。</p> <p>(二) 查卷附資料，本件係健保署執行「107 年第 4 季門診特定藥品跨院 重複用藥費用核扣方案審查」爭議案，健保署發現申請人醫院申報 保險對象○○○等 107 年第 4 季醫療費用，有慢性病處方(降血壓 藥物、降血脂藥物、抗思覺失調藥物、抗憂鬱症藥物、安眠鎮靜與</p>

		<p>抗焦慮藥物、前列腺肥大藥物、抗癲癇藥物、緩瀉劑)重複用藥之情形，與前揭規定不符，乃核減 107 年 10 月至 12 月份門診特定藥品用藥重複日數之藥品費用計 2,923 點，申復補付 95 點，申請人就其中 11 人 31 案，計 1,962 點申請審議。</p> <p>(三) 依所附「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」，統計年季：107 年第四季，用藥核扣計算，彙整如下表：</p>					
序號	保險對象 姓名 (案數)	藥品成分	不符規範領藥 日數	核扣 天數	每日 藥費	重複 天數 佔率	重複用 藥之核 減藥費
1 (3)	○○○	QUETIAPINE	140	20	85.39	52.22%	892
		SULPIRIDE	140	20	12.00	52.22%	125
2 (5)	○○○	TAMSULOSIN	137	17	16.39	78.57%	219
3 (2)	○○○	ALPRAZOLAM	168	48	4.00	37.86%	73
4 (4)	○○○	ALPRAZOLAM	168	48	2.00	71.56%	69
5 (2)	○○○	QUETIAPINE	140	20	10.71	45.79%	98
6 (3)	○○○	FLUNITRAZEPAN	154	34	4.11	59.04%	83
7 (3)	○○○	ALPRAZOLAM	144	24	2.00	57.83%	28
8 (2)	○○○	APROVEL	140	20	12.00	48.81%	117
9 (3)	○○○	SILODOSIN	140	20	13.00	70.41%	183
10 (2)	○○○○	PITAVASTATIN	140	20	7.71	44.64%	69
11 (2)	○○○○	SENNOSIDE (A+B)	140	20	2.11	13.64%	6
		(四) 經查前揭「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」資料顯示，健保署係以「同一個案、同成份核價劑型」不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數超過閾值管理日數(當季 90 日加管理區間日數 30 日共 120 日)之					

案件，列為重複用藥異常管理，並依前開「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之費用核扣原則核扣系爭藥品費用，渠等個案，分述如下：

1. 序號第1號○○○1人3案部分：經健保署於108年9月26日、同年10月22日提具及補充意見陳明，略以：「申請人醫院查無病人重複用藥資料，不能究責於醫院，同意補付」等語，爰將此部分

2 底跨第 2 至 11 跨部八：

(1)以○○○案為例，依保險對象姓名、流水號、QUETIAPINE 醫令代碼、給藥日數、連續用藥結束日期、提前領藥日期、餘藥日數、不符規範領藥日數(核扣天數)及核減藥費情形，臚列如下表：

付現範領宗日數(核扣人數)及核減宗員情形，謹列如下表：								
保險 對象 姓名	流水號	醫令代碼	給 藥 日 數	連續用藥 結束日期	提前 領藥日期	餘藥 日數	不符規 範 領藥日 數 (核扣 天數)	核 減 藥 費
○○○	29582	BC22543100	28	107/11/6	107/10/05	33	140 (20)	98
	510 (系爭)	AB50115100	28	107/12/4	107/10/11	55		
	27839	BC22543100	28	108/1/1	107/11/6	57		
	1498 (系爭)	AB50115100	28	108/1/29	107/11/12	79		
	26703	BC22543100	28	108/2/26	107/12/27	118		

(2)承上表所示，以流水號 510 為例，其 QUETIAPINE (抗思覺失調藥物) 前次處方箋連續用藥結束日期為 107 年 12 月 4 日，惟病人卻提前於 107 年 10 月 11 日就醫並領取同成分之藥物，餘藥日數計 55 日，歸戶後該病人不符規範領藥日數共計 140 日，已超過閾值管理日數 120 日，則健保署依前揭規定及「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之費用核扣原則，核扣申請人醫院藥費 98 點，核屬有據。其餘個案不符規範領藥日數情形亦類如上表所示，經核亦無不妥。

六、綜上，原核定關於○○○1人3案撤銷，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付；其餘10人28案部分，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例十三

案情摘要

病人提前就醫並領取相同藥物，餘藥日數超過重複用藥費用管理方案所定餘藥日數(小於等於10日)，未於病歷中詳細記載原因或提供切結文件，亦未按規定於門診醫療費用點數申報格式IDp4「藥品(項目)代號」欄位申報虛擬醫令代碼，則健保署依重複用藥費用管理方案之費用核扣原則，核扣申請人診所藥費，核屬有據。

衛部爭字第1083405597號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>(一)全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法 第19條第9款、第10款、第17款 「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：九、用藥種類與病情不符或有重複。十、用藥分量與病情不符。…十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」</p> <p>(二)全民健康保險醫療辦法 第22條 「本保險處方用藥之用量規定如下： 一、 處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則。 二、 符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。 三、 慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。」</p> <p>第24條 「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。」</p>

第25條

「保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：

- 一、預定出國或返回離島地區。
- 二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。
- 三、罕見疾病病人。
- 四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。」

(三)全民健康保險特約醫事服務機構合約

第1條第1項

「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」

第17條第1項第4款

「乙方申請之醫療費用，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。」

(四)行為時「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」(以下簡稱重複用藥費用管理方案)三、(二). (四). (五).

三、方案內容

(二)實施藥品範圍：

「針對給藥日份 14 日(含)以上之六十大類藥品」

(四)重複用藥費用核扣對象：

核扣對象(慢性病處方箋以下簡稱慢連箋)

案件類型		院所自行調劑	交付藥局調劑
核扣對象	處方院所	一般案件、慢連箋案件 跨(同)保險醫事服務機構 處方(調劑)重複用藥案件	一般案件、慢連箋第1次 跨(同)保險醫事服務機構 處方重複用藥案件
	藥費	v	v

(五)費用核扣原則

「1. 重複用藥日數計算

依同一病人不同處方之同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數^{註1}，若病人仍有

	<p>餘藥，但符合提前領藥規範^{註2}，不計入重複用藥；不符合者，列入重複用藥日數計算。</p> <p>註 1：病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心，將所有領藥紀錄皆納入計算，包含依規定可提前領藥之案件（出國、返回離島、出海船員、罕病病人或經保險人認定確有必要之特殊病人等）。</p> <p>註 2：提前領藥規範係依「全民健康保險醫療辦法」第 24 條及第 25 條規定；另考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於 10 日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。</p> <p>2. 上開重複用藥依下列公式核減：</p> <p>針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數計算重複用藥日數</p> <p>核扣重複藥費 = 該醫令處方(調劑)區間重複用藥日數 * 該醫令每日平均藥費。」</p> <p>(五) 健保署104年10月28日健保醫字第104008050563號書函要旨</p> <p>「有關修改門診醫療費用點數申報格式欄位IDp4「藥品(項目)代號」欄位虛擬醫令代碼R001及R002之中文說明及新增代碼R004，暨交付機構醫療費用點數申報格式欄位IDp2「藥品(項目)代號」欄位新增虛擬醫令代碼R001~R004事宜說明：</p> <p>二、為順當藥品重疊率指標計算作業，旨揭修改或新增作業說明如下：</p> <p>(一) 門診醫療費用點數申報格式：</p> <p>3. 另新增虛擬醫令代碼R004（其他非屬R001~R003之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查）。」</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：「特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」，統計年季：108年第1季，追扣醫療費用總計5,006點。</p> <p>(二) 複核：已輔導正確申報，同意補付865點。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) ○○○案，病人用藥會沒有在規定內慢連箋時間拿藥，是因為有兩兄弟輪流照顧，一個兄弟都不會去領藥給病母，另一個負責任的兄弟家，會希望提早給病人拿藥...希望能考量此病人特殊情況，予以核付。</p> <p>(二) ○○○案，病人重覆用藥的天數<7天，健保署重複用藥計算方式卻用31(日) x 3(月)來計算...我們慢連箋都開28天，應用28(日) x 3(月)計算才對。</p> <p>(三) ○○○案，此次重複用藥被核扣insulin，因病患在血糖控制不穩</p>
--	---

		<p>時，會調整合理的每日劑量，在病人沒有藥時，即比表訂時間提早拿藥，我們也無法每次都會很精準算到3個月的血糖變化。</p> <p>四、 健保署提具意見要旨</p> <p>(一)○○○(案件分類08、流水號51)申復藥品GLIMPIRIDE，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人診所於108年1月24日開立慢連箋(開立藥品當日尚有7天餘藥日數)，當次給藥日數28日，累計用藥結束日到108年2月27日。 2. 病人於108年2月13日至申請人診所領取第二次慢連箋藥品(IC02)(與上次用藥結束日期108年2月27日提早15日領藥)，領藥日數28日，累計用藥結束日期到108年3月27日，重複用藥天數15日，重複藥費36點。 3. 依就醫資料分析，該個案108年2月13日至申請人診所領取第二次慢連箋藥品(案件分類08-流水號51號)，當日另有申報就醫看診紀錄(案件分類09-流水號348號)，前揭兩筆就醫看診與領藥紀錄於特定治療項目代號欄位均無申報代領藥註記，如:H2-行動不便者，經醫師認定或經受託人提供切結文件，慢性病代拿藥案件等註記，爰與診所申復內容不符；又分析108年2月13日至3月31日止，個案共跨4家醫療院所，8筆就醫看診或拿藥紀錄，爰歎難認定個案有無法就醫領藥情形。 4. 病患經醫師專業評估有特殊原因須提前領取慢連箋藥品，請依規定正確申報門診重複用藥管理方案相關虛擬代碼，並於病歷中詳細記載原因備查。 <p>(二)○○○(案件分類04、流水號77)申復藥品SILYMARIN，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人診所於107年12月28日開立慢連箋，當次給藥日數28日，用藥結束日期到108年1月24日。 2. 病人於108年2月4日到藥局領取第二次慢連箋藥品(IC02)，領藥日數28日，用藥結束日期到108年3月3日。 3. 病人於108年2月22日至申請人診所領取第三次慢連箋藥品(IC03)(與上次用藥結束日期108年3月3日提早10日領藥)，領藥日數28日，累計用藥結束日期到108年3月31日，當次餘藥日數為10日。 4. 申請人診所於108年3月18日新開立慢連箋(與上次用藥結束日期108年3月31日提早14日領藥)，重複用藥天數14日，重複藥費56點。 <p>(三)○○○(案件分類08、流水號191)申復藥品INSULIN GLARGINE，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人診所107年12月24日開立慢連箋，當次給藥日數28日，
--	--	--

		<p>用藥結束日到108年1月20日。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 病人於108年1月15日至申請人診所領取第二次慢連箋藥品 (IC02)(與上次用藥結束日期108年1月20日提早6日領藥)，領藥日數28日，累計用藥結束日期到108年2月17日。 3. 病人於108年2月12日至申請人診所領取第三次慢連箋藥品 (IC03)(與上次用藥結束日期108年2月17日提早6日領藥)，領藥日數28日，累計用藥結束日期到108年3月17日。 4. 申請人診所108年3月9日開立新慢連箋(開立藥品當日尚有9天餘藥日數)，當次給藥日數28日，累計用藥結束日到108年4月14日。 5. 病人於108年3月31日至申請人診所領取第二次慢連箋藥品 (IC02)(與上次用藥結束日期108年4月14日提早15日領藥)，領藥日數28日，累計用藥結束日期到108年5月12日，重複用藥天數15日，重複藥費953點。 6. 依全民健康保險醫療辦法第14條規定略以，「保險對象罹患慢性病，經診斷需長期使用同一處方藥品治療時，…醫師得開給慢性病連續處方箋。」，爰病患病情不穩定，是否開立慢性病連續處方箋，請醫師再審慎評估，以確保病患用藥安全。 						
五、審定理由								
<p>(一)健保署為確保民眾用藥安全，自100年起即設定用藥重疊率指標定期提供院所自我管理，於102年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統供現行醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用藥資訊，並於104年7月(費用年月)起分階段實施「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，先予敘明。</p>								
<p>(二)查卷附資料，本件係健保署執行「門診特定藥品跨院重複用藥費用核扣方案」爭議案，健保署發現申請人診所申報保險對象○○○等3案108年1月至3月醫療費用，有慢性病連續處方(降血糖藥物GLIMPIRIDE [BC22671100]、INSULIN GLARGINE [KC01011272]、肝膽用藥SILYMARIN [AC479011G0])重複用藥之情形，與前揭規定不符，乃核減108年1至3月份門診特定藥品用藥重複日數之藥品費用計5,006點，申復補付865點，申請人就其中3案，計1,045點申請審議。</p>								
<p>(三)依所附「衛生福利部中央健康保險署-高屏業務組特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」(以下簡稱用藥重複明細表)，統計年季：108年第一季，用藥核扣計算，彙整如下表：</p>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象 姓名</th> <th>醫令代碼 /重複用藥類別</th> <th>醫令 金額</th> <th>醫令給藥 天數</th> <th>重複用藥 天數</th> <th>重複藥費 (點)</th> </tr> </thead> </table>			保險對象 姓名	醫令代碼 /重複用藥類別	醫令 金額	醫令給藥 天數	重複用藥 天數	重複藥費 (點)
保險對象 姓名	醫令代碼 /重複用藥類別	醫令 金額	醫令給藥 天數	重複用藥 天數	重複藥費 (點)			

○○○	BC22671100 /降血糖藥物	68	28	15	36	
○○○	AC479011G0 /肝膽用藥	112	28	14	56	
○○○	KC01011272 /降血糖藥物	1,779	28	15	953	

(四)經查前揭特定藥品用藥重複明細表資料，健保署係以同一病人不同處方之同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數，當次給藥日數大於(含)14日，經病人歸戶，其手邊餘藥大於10天者，納入核扣案件，但符合提前領藥規範，不計入重複用藥，並依前開「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之費用核扣原則核扣系爭藥品費用，爰依保險對象姓名、流水號、醫令代碼、給藥日數、連續用藥結束日期、提前領藥日期、餘藥日數、該醫令每日平均藥費及核減藥費情形，臚列如下表：

保險對象姓名	流水號	醫令代碼	給藥日數	連續用藥結束日期	提前領藥日期	餘藥日數	該醫令每日平均藥費	核減藥費
○○○	31	BC22 6711 00	28	107/12/06	107/12/06	0	2.42	-
	178		28	108/01/02	107/12/29	5		-
	106		28	108/01/30	108/01/24	7		-
	51 (系爭)		28	108/02/27	108/02/13	15		36
	122		28	108/03/27	108/03/21	7		-
○○○	120	AC47 9011 G0	28	107/12/28	107/12/28	0	4.0	-
	45		28	108/01/24	108/02/04	0		-
	116		28	108/03/03	108/02/22	10		-
	77 (系爭)		28	108/03/31	108/03/18	14		56

			101	KC01 0112 72	28	107/12/24	107/12/24	0	63. 53	-	
		○○○	91		28	108/01/20	108/01/15	6		-	
			41		28	108/02/17	108/02/12	6		-	
			34		28	108/03/17	108/03/09	9		-	
			191 (系爭)		28	108/04/14	108/03/31	15		953	

(五)承上表所示，分述如下：

1. ○○○案(流水號51)，其開立降血糖藥品GLIMPIRIDE (BC22671100)，前次處方箋連續用藥結束日期為108年2月27日，惟病人卻提前於108年2月13日就醫並領取相同藥物，餘藥日數計15日。
2. ○○○案(流水號77)，其開立肝膽用藥SILYMARIN (AC479011G0)，前次處方箋連續用藥結束日期為108年3月31日，惟病人卻提前於108年3月18日就醫並領取相同藥物，餘藥日數計14日。
3. ○○○案，(流水號191)，其開立降血糖藥品INSULIN GLARGINE (KC01011272)，前次處方箋連續用藥結束日期為108年4月14日，惟病人卻提前於108年3月31日就醫並領取相同藥物，餘藥日數計15日。
4. 綜上，渠等3案，分別已超過前開重複用藥費用管理方案所定餘藥日數(小於等於10日)5日、4日、5日，則健保署依前揭規定及重複用藥費用管理方案之費用核扣原則，核扣申請人診所藥費(分別為36點、56點及953點)共計1,045點，核屬有據，至於○○○案，申請理由略稱「健保署重複用藥計算方式卻用31(日) x 3(月)來計算」，惟依上表顯示，健保署係依給藥日數28日計算，申請人所稱核有誤解。

(六)另申請理由雖略稱：「負責任的兄弟家，會希望提早給病人拿藥」、「血糖控制不穩時...即比表訂時間提早拿藥」云云，惟可提供切結文件或於病歷中詳細記載原因，並按前開健保醫字第104008050563號書函要旨「其他非屬R001~R003之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品」之規定，於門診醫療費用點數申報格式IDp4「藥品(項目)代號」欄位申報虛擬醫令代碼，供健保署據以查核，申請人所稱尚難執為本案之論據。

		六、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
--	--	---------------------------------------

案例十四**案情摘要**

依病情記載，病人eGFR已小於 $30 \text{ ml/min}/1.73\text{m}^2$ ，不建議使用系爭「NATRILIX SR FILM-COATED TABLETS 1.5MG (BB22387100)」利尿劑，且系爭就醫日已同時投予Lasix利尿劑，健保署依行為時藥品給付規定，不予給付系爭藥品，核無不合。

衛部爭字第1083400973號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據 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23條之規定。 卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】	
審定 理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定之通則九</p> <p>「本保險處方用藥有下列情況者視為重複用藥，不予給付：(二)為達相同之治療目的，使用兩種以上不同治療類別（或作用機轉）之藥品，而未能增加療效...」。</p> <p>二、 健保署初、複核意見</p> <p>0324A，同時已投予同性質藥物(Rasitol)，用藥種類重複，慢性腎衰竭(eGFR:16.74) NATRILIX 效果不彰，不建議使用。</p> <p>三、 申請理由主張</p> <p>(一)106年12月7日因水腫及血壓較高，開始加上NATRILIX SR(此時eGFR $>30 \text{ ml/min}/1.73\text{m}^2$)...107年2月1日再加上Lasix併服，以達利尿協同作用，進而改善全身體液蓄積。</p> <p>(二)二種藥物作用機轉不同，用藥種類並未重複...二種利尿劑在腎小管的作用位置是不同的。</p> <p>四、 查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為「第四期慢性腎臟疾病(重度)」等，107年2月1日、同年7月19日生化檢驗報告單顯示，</p>	

醫療費用爭議案件常見代表性案例

		<p>eGFR 值分別為 24.41、16.74 ml/min/1.73m²，惟查本部食品藥物管理署核准系爭 NATRILIX SR FILM-COATED TABLETS 1.5MG (BB22387100) 藥品許可證仿單登載特殊族群：「於嚴重腎功能不全者(肌酸酐廓清率低於 30 ml/min)禁用本藥。Thiazide 及其同類利尿劑，僅在腎功能正常或僅有輕微損傷的情況下才能發揮療效」，則同意健保署意見，病人 eGFR 已小於 30 ml/min/1.73m²，不建議使用系爭藥品，且系爭就醫日 107 年 7 月 19 日同時已投予 Lasix 利尿劑，健保署依前揭規定，不予給付系爭藥品，核屬有據，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

貳、牙醫

案例一

案情摘要

病歷未依行為時審查注意事項規定，詳載病人為「系統性自體免疫疾病」、「頭頸部癌放射線治療之患者」或檢附「沒有刺激下全口唾液分泌率之數值」之相關資料佐證，依主訴、診斷及用藥紀錄，不足以支持病人符合口乾症之適應症，申報系爭「口乾症牙結石清除-全口(91005C)」、「口乾症塗氟(92072C)」，核與規定不合。

衛部爭字第1083401378號

審定																				
主文	申請審議駁回。																			
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																			
理由	依據	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23條之規定。																		
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】																		
審定 理由	<p>一、相關規定</p> <p>(一)行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下簡稱醫療服務審查辦法)</p> <p>第19條第1項第7款</p> <p>「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。」。</p> <p>(二)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第三、四節：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">編號</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">診療項目</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">基層 院所</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">地區 醫院</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">區域 醫院</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">醫學 中心</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">支付 點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">91004C</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">牙結石清除 Scaling — 全口 full mouth 註： 1. 限有治療需要之患者每半年最多申報一次。</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">v</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">600</td> </tr> </tbody> </table>						編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數	91004C	牙結石清除 Scaling — 全口 full mouth 註： 1. 限有治療需要之患者每半年最多申報一次。	v	v	v	v	600
編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數														
91004C	牙結石清除 Scaling — 全口 full mouth 註： 1. 限有治療需要之患者每半年最多申報一次。	v	v	v	v	600														

		91005C	口乾症牙結石清除-全口(系爭項目) 註： 1. 適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。	V	V	V	V	600	
		92072C	口乾症塗氟(系爭項目) 註： 1. 限口乾症患者施行申報。 2. 含材料費。 3. 90 天可申報乙次。	V	V	V	V	500	
(三)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)第三部、壹、廿一：									
「病患主訴口乾症，申報 91005C「口乾症牙結石清除-全口」、92072C「口乾症塗氟」時，應於病歷詳載以下狀況，或檢附相關佐證資料(如重大傷病證明、用藥紀錄、相關檢查、檢驗報告、化療或放療紀錄等。……									
1. 系統性自體免疫疾病：如修格蘭氏症候群、硬皮症。 2. 頭頸部癌放射線治療之患者。 3. 檢附沒有刺激下全口唾液分泌率之數值。受試前 1 小時內禁飲食反吹咽，讓病人滴口水至試管中(早晨起床後馬上測量最好)若 15 分鐘內<1.5cc，則為口乾。」。									
(四)行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約									
1. 第 1 條第 1 項 「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」。									
2. 第 17 條第 1 項第 4 款 「乙方申請之醫療費用，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。」。									
二、健保署審核意見：									
(一)初核：(○○○年○月○○日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函)									
0207D，病歷未詳載口乾症狀或相關用藥情形、0213D 違反審查注意事項第 21 條。									

	<p>(二)複核：(○○○年○月○日健保○字第○○○○○○○○○○○○號函)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 不符合支付標準規定及牙醫醫療費用審查注意事項壹、一般原則第21條之相關規定。 2. 申報91005C及92072C限口乾症患者施行，需附相關佐證資料及病歷記載來確認為口乾症患者，或有相關檢查認定患者為口乾症，申請人提示病人雲端藥歷用藥，雖屬於「引起口乾症常見藥物」，但不等同服用前開藥物即是口乾症患者，也非導致口乾症之必要因素，口乾症尚需長期的追蹤檢查及鑑別診斷。 3. 所附病歷記載，病患並未主訴口乾症之事實，僅記載偶爾會有口乾情形，加以病歷未詳細記載該病患口乾症之症狀及確切口乾症之鑑別診斷，如此治療申報不合醫療常規。 <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)通案部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 痘症或藥物引起口乾之真理乃醫療人員的基本常識，本所無須證明其因果！ 2. 「引起口乾症常見藥物」是否(為)導致口乾症必然因素？並非牙醫實施牙結石清除與塗氟之必要前提，況已提出病歷與病患雲端用藥紀錄證明。 3. 口乾症分為主觀及客觀的口乾。患者服用常見引起口乾藥物，就診主訴牙齦發炎出血並會口乾(如病歷記載 Gum bleeding & sometimes mouth dryness)，符合審查注意事項規定。 4. 本所均有病患為何會引發口乾(之)藥物註記。 5. 支付標準與審查注意事項無提及口乾症「需長期追蹤檢查及鑑別診斷」。 6. 雲端資料並未註記口乾症，僅能從本所的就醫基本資料了解。 7. 91005C「口乾症牙結石清除-全口」與91004C「牙結石清除-全口」處置並無不同，點數也都一樣，健保署強制罰扣91005C「口乾症牙結石清除-全口」，也應改為91004C「牙結石清除-全口」給付。 <p>(二)個案部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ○○○案：有放射線治療的病史，距104年10月91004C很久。 2. 其餘454案：病人分別服用抗精神病、抗精神抑制、抗癲癇、糖尿病、高血壓藥……距91004C很久。 <p>四、健保署提具意見要旨</p> <p>(一)病歷資料病患主訴未記載口乾。(計30案)</p> <p>(二)未詳載口乾症之診斷。(計285案)</p> <p>(三)病歷無服用藥品之品名記載，不足以佐證申報91005C及92072C。</p>
--	---

		(計 41 案)									
		(四)申報 91005C 及 92072C 檢附資料為截印健保雲端藥歷片段資訊，並無患者姓名等資料，不足以佐證該病況。(計 78 案)									
		(五)所附病患服藥資料之雲端藥歷不完整，或服藥日期與執行口乾症洗牙、塗氟日期接近，並未有足夠時間引起口乾症之長期症狀。(計 8 案)									
		(六)所附病歷之病患用藥紀錄不全，或服用之藥物僅為短期上呼吸道感染用藥，未足以引起病患口乾症長期症狀。(計 13 案)									
		五、查卷附資料，本件係健保署執行「口乾洗牙及口乾塗氟專業審查」爭議案，渠等 349 人 455 案，○○○(流水號 85)、○○○(流水號 129)2 案系爭項目為「口乾症牙結石清除-全口(91005C)」，○○○○(流水號 92)案系爭項目為「口乾症塗氟(92072C)」，其餘個案均爭議「口乾症牙結石清除-全口(91005C)」及「口乾症塗氟(92072C)」項目，分述如下：									
		(一)依健保署 108 年 3 月 29 日提具意見記載，本件係健保署檔案分析發現申請人診所 106 年度申報口乾症牙結石清除-全口(91005C)及口乾症塗氟(92072C)項目，於全國或南區皆達 99 百分位，歸戶後占率(申報人數/看診人數)達 20%以上，健保署爰抽審申請人診所申報費用年月 105 年 9 月至 107 年 3 月期間計 471 筆流水號之相關病歷資料，審查申報醫令項目「口乾症牙結石清除-全口(91005C)」及「口乾症塗氟(92072C)」之合理性，經專業審查追扣 455 筆，計 498,900 點，申請人不服，就該 455 筆醫療費用向本部申請爭議審議。									
		(二)本件經本部委請醫療專家逐案審查，依病歷紀錄內容，歸類彙整如下表：									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>保險對象 姓名</th> <th>病歷記載內容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>○○○案</td> <td> <p>Diagnosis/Impression & Treatment： 「FM periodontitis & gingivitis (radiation history)」</p> <p>Chief complaint：「gum tenderness & fetid odor」</p> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>○○○等 64 案</td> <td> <p>Diagnosis/Impression & Treatment： ：「FM periodontitis & gingivitis (taking Muscle relaxant medicine)」</p> </td> </tr> </tbody> </table>	序號	保險對象 姓名	病歷記載內容	1	○○○案	<p>Diagnosis/Impression & Treatment： 「FM periodontitis & gingivitis (radiation history)」</p> <p>Chief complaint：「gum tenderness & fetid odor」</p>	2	○○○等 64 案	<p>Diagnosis/Impression & Treatment： ：「FM periodontitis & gingivitis (taking Muscle relaxant medicine)」</p>
序號	保險對象 姓名	病歷記載內容									
1	○○○案	<p>Diagnosis/Impression & Treatment： 「FM periodontitis & gingivitis (radiation history)」</p> <p>Chief complaint：「gum tenderness & fetid odor」</p>									
2	○○○等 64 案	<p>Diagnosis/Impression & Treatment： ：「FM periodontitis & gingivitis (taking Muscle relaxant medicine)」</p>									

				Chief complaint :「Gum bleeding & Sometimes mouth dryness」	
3	○○○、 ○○○、 ○○○○ 等 314 案			Diagnosis/Impression & Treatment :「FM periodontitis & gingivitis (taking Anti-hypertension medicine)」 Chief complaint :「Gum bleeding & Sometimes mouth dryness」 (使用藥物名稱 : Mevalotin)	
4	○○○等 76 案			Diagnosis/Impression & Treatment :「FM periodontitis & gingivitis (taking Anti-histamine medicine)」 Chief complaint :「Gum bleeding & Sometimes mouth dryness」 (使用藥物名稱 : Loratadine)	

(三)承上表所示，分述如下：

- 關於序號 1○○○案部分，依病歷紀錄，病人診斷為 FM periodontitis & gingivitis(radiation history)等，申請理由雖略稱：「(病人)有放射線治療的病史」，惟系爭就醫日 106 年 1 月 9 日病歷僅記載：「Chief complaint : gum tenderness & fetid odor」等，無口乾症(xerostomia)主訴或診斷，亦無病人為頭頸部癌症患者之相關資料佐證，不足以支持申報系爭項目之必要性。
- 關於序號 2○○○等 64 案部分，以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「FM periodontitis & gingivitis(taking Muscle relaxant medicine)」等，系爭就醫日病歷僅記載：「Chief complaint : Gum bleeding & Sometimes mouth dryness」等，無口乾症(xerostomia)主訴或診斷，且未詳述藥物名稱或提供口乾症相關之用藥紀錄佐證，不足以支持申報系爭項目之必要性，其餘 63 案均為如此情形。
- 關於序號 3○○○等 314 案部分，以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「FM periodontitis & gingivitis(taking Anti-hypertension medicine)」等，系爭就醫日病歷僅記載：「Chief complaint : Gum bleeding & Sometimes mouth dryness」等，無

	<p>口乾症(xerostomia)主訴或診斷，且依所附用藥紀錄顯示，所用 Mevalotin 為降血脂藥品，非引起口乾的常見藥物，未能佐證病人為口乾症患者，不足以支持申報系爭項目之必要性，其餘 313 案均為如此情形。</p> <p>4. 關於序號 4○○○等 76 案部分，以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「FM periodontitis & gingivitis(Anti-histamine medicine)」等，系爭就醫日病歷僅記載：「Chief complaint: Gum bleeding & Sometimes mouth dryness」等，無口乾症(xerostomia)主訴或診斷，依所附用藥紀錄顯示，所用 Loratadine 為抗組織胺類藥品，雖係常見引起口乾藥物，惟所附之用藥紀錄，為健保雲端藥歷片段資訊，未能佐證病人口乾之病況，不足以支持申報系爭項目之必要性，其餘 75 案均為如此情形。</p> <p>(四)申請理由雖略稱：「病症或藥物引起口乾之真理，本所無須證明其因果！」、「患者服用常見引起口乾藥物，就診主訴牙齦發炎出血並會口乾」、「均有病患為何會引發口乾(之)藥物註記」云云，惟本件系爭 455 案，均無口乾症(xerostomia)主訴或診斷，且依病情記載及所附用藥紀錄，未能佐證病人口乾之病況，不足以支持申報系爭項目之必要性，另申請理由略稱：「91005C『口乾症牙結石清除-全口』與 91004C『牙結石清除-全口』處置並無不同，點數也都一樣，健保署強制罰扣 91005C『口乾症牙結石清除-全口』，也應改為 91004C『牙結石清除-全口』給付。」，經查系爭「口乾症牙結石清除-全口(91005C)」支付點數 600 點，縱與「牙結石清除-全口(91004C)」項目支付點數相同，惟申報條件並不相同，本件系爭之病歷未依行為時審查注意事項規定，詳載病人為「系統性自體免疫疾病」、「頭頸部癌放射線治療之患者」或檢附「沒有刺激下全口唾液分泌率之數值」之相關資料佐證，依主訴、診斷及用藥紀錄，不足以支持病人符合口乾症之適應症，健保署依前揭規定，追扣系爭醫療費用計 498,900 點，並無不合。</p> <p>六、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例二

案情摘要

申報系爭「齒顎全景 X 光片攝影〈34004C〉」，未詳載符合特殊狀況之拍攝理由，不符行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準及全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、貳、三、齒顎全景 X 光片攝影(34004C)審查原則。

衛部爭字第1073404495號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第二章診療項目「齒顎全景 X 光片攝影〈34004C〉」註：「2. 痘歎應詳載符合特殊狀況之拍攝理由。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、貳、三、「齒顎全景 X 光片攝影(34004C)審查原則：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 因張口困難無法放置口內 X 光片，病歎應記載最大張口幅度。 (二) 對口內片過敏。 (三) 口內片難以放置適當位置。 (四) 齒顎全景 X 光片攝影檢查之選擇應用，須在公認有明顯優於其他口內 X 光片檢查，或其他檢查無法提供足夠資料以輔助臨床診斷或治療時，方可申報。」 <p>二、 查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見以程序審查不予支付理由代碼「C36」、「未附牙位更正函」為由，不予給付，申請理由略稱：「病歎記載正確填補應為牙位 16，惟申報銀粉充填處置碼誤植牙位 26，檢附牙位更正函及 X 光片」，惟所附 107 年 8 月 6 日牙位更正函，健保署收文日為 107 年 8 月 1 日，係於申復核定日 107 年 7 月 26 日後始提出，並未在送審前更正，復依病歎紀錄、「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」及「○○○○107 年 3 月 C36(不可併同申報項目)行政核減申復明細」顯示，系爭牙位 26，申請人</p>	

	<p>於 98 年 5 月 21 日已施行並申報「複雜性拔牙〈92014C〉」，自無於系爭就醫日 107 年 3 月 8 日施行並申報系爭項目「銀粉充填—單面〈89001C〉」之必要性。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目「齒顎全景 X 光片攝影〈34004C〉」，健保署初、複核意見以「0101D，未寫 X-ray 之理由，為做假牙之評估非健保給付」為由，不予給付，申請理由略稱：「環口 X �光片的臨床發現有記錄在病歷上，是為了檢查及診斷和擬定全口治療計畫，非只為做假牙之評估」，依系爭就醫日病歷紀錄，未詳載符合特殊狀況之拍攝理由，不符前揭規定。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>四、 另建請於申報資料送審前，先檢視資料之正確性及完整性，以維自身權益，併予敘明。</p>
--	--

案例三

案情摘要

申報「環口全景X光初診診察(01271C)」，病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現，本案未完整記錄下顎的缺牙，X光片顯示與病歷記載不一致，不足以支持申報系爭項目之適當性。

衛部爭字第1073406389號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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 23 條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	一、相關規定	行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第一章診療項目「環口全景 X 光初診診察 (01271C)」備註：「4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。」。
	二、查卷附資料，系爭環口全景 X 光初診診察 (01271C) 項目，治療部	

		位為 FM，健保署初、複核意見以「0207D，未附 X 光片、「不符合支付標準備註欄之規定」為由，改以符合加強感染管制之牙科門診診察費(00130C)項目給付，依所附 X 光片顯示下顎僅有 2 個前牙，惟系爭就醫日 107 年 4 月 16 日病歷記載：「Image examination : 3. Missing teeth: nil」，未完整記錄下顎的缺牙，X 光片顯示與病歷記載不一致，不足以支持申報系爭項目之適當性，健保署原給付項目，已足敷診療所需，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
--	--	--

案例四

案情摘要

依所附 X 光影像顯示，系爭牙位#28 牙冠最低處未低於鄰牙根尖，健保署依支付標準規定，不予給付系爭「手術拔除深部阻生齒(92063C)」項目，核屬有據。

衛部爭字第 1083405659 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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 23 條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定 理由	一、相關規定	
	行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第四節診療項目手術拔除深部阻生齒(92063C)註： 「1. 符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一或低於齒槽骨脊下 1.5 公分者。 (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大臼齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大臼齒後緣小於	

		<p>阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。」。</p> <p>二、查所附資料，系爭「手術拔除深部阻生齒(92063C)」項目，申報治療牙位為#28，健保署初、複核意見略為「0207D，#28 不符合」、「#28 牙冠最低處未低於鄰牙根尖」，改以複雜齒切除術(92016C)項目給付，依所附 X 光影像顯示，系爭牙位#28 牙冠最低處未低於鄰牙根尖，不符前揭規定，同意健保署意見，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

案例五

案情摘要

因自家院所拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，健保署依行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、陸、十、(一) 規定，不予給付系爭「複雜性拔牙 (92014C)」、「後牙複合樹脂充填-雙面 (89009C)」，核屬有據。

衛部爭字第1063404124號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議。	
理由	<p>依據 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 23 條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p>	
審定 理由	<p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、陸、十、(一)：「自家院所因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，一律不支付。」</p> <p>二、 查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○○案，健保署初、複核意見略以「C36，不符合牙醫醫療費用審查注意事項第 6 條第 10 項第 1 款，自家院所拔牙後牙位誤植造成申報錯誤，一律不給付」為由，不予給付，依所附「醫療費用醫令不可併同申報核減彙總表—臺北業務組」顯示，申請人已於 97 年 8 月 8 日對牙位#17 施行複雜性拔牙(92014C)並於 97 年 9 月 12 日申報費用，又於系爭就醫日 106 年 1 月 6 日對同牙位#17 施行系爭「複雜性拔牙 (92014C)」並申報費用，同牙位申報 2 次拔牙，係因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，</p>	

		<p>有申請理由自陳：「約十年前拔除右上後牙，可能因牙位改變而移位」等語可稽，依前揭審查注意事項規定，一律不支付。</p> <p>(二) ○○案，健保署初、複核意見略以「C36，自家院所拔牙牙位誤植後造成申報錯誤一律不給付，符合牙醫醫療費用審查注意事項第6條第10項第1款」為由，不予給付，依所附「醫療費用醫令不可併同申報核減彙總表—臺北業務組」顯示，申請人已於99年8月19日對牙位#15施行簡單性拔牙(92013C)並於99年9月14日申報費用，又於系爭就醫日106年1月12日對同牙位#15施行系爭「後牙複合樹脂充填-雙面(89009C)」並申報費用，同牙位申報拔牙後又申報樹脂充填，係因拔牙後引起牙齒移位，誤植牙位造成申報錯誤，有申請理由自陳：「病人於99月9月14日有因矯正而拔牙，不確定牙位是#14或#15，造成醫師判讀失準（應為#14）」等語可稽，依前揭審查注意事項規定，一律不支付。</p> <p>(三) ○○○案，健保署初、複核意見略以「0102D，適應症不符(cervical abrasion而非root caries)充填材料不符(composite resin而非compomer)」、「病歷記載為複合樹脂充填，不符申報89013C需為複合體充填要件」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「患者確實於106年1月19日接受#14#15#16之複合樹脂填補。」，惟卷無系爭就醫日106年1月19日病歷紀錄可稽，不足以支持施行系爭「複合體充填(89013C)」之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例六

案情摘要

依病歷紀錄，無潔牙說明相關內容記載，健保署依行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定，不予給付系爭「牙結石清除—全口(91004C)」，核屬有據。

衛部爭字第1073405148號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。

	卷證 申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部</p> <p>(一) 第二章通則三：</p> <p>「X光片照射病歷需記載診斷及發現。」</p> <p>(二) 第三章第三節診療項目「牙結石清除—全口（91004C）」註3.：</p> <p>「3. 牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。」</p> <p>二、 查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見略以「0207D，病歷中未載明 PAF 發現」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「病歷已註明 periodontitis」，惟依系爭就醫日 107 年 3 月 15 日病歷紀錄，未記載系爭牙位#16#26#36#47 施行系爭「根尖周 X 光攝影（34001C）」檢查之發現內容，確如健保署審核意見所載，且與首揭規定不符。</p> <p>(二) 其餘個案，健保署初、複核意見均略以「0207D，未於病歷中記載”實施潔牙說明”」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「已於牙結石清除後說明潔牙衛教，臨床操作確實有執行，將強化並書寫記載」，惟依病歷紀錄，確如健保署審核意見所載，無潔牙說明相關內容記載，不足以支持施行系爭「牙結石清除—全口（91004C）」之必要性。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例七

案情摘要

依所附panoramic film X光片顯示，系爭牙位#38為直立阻生齒，不符複雜齒切除術（92016C）項目之適應症，健保署不予給付系爭「複雜齒切除術（92016C）」，核屬有據。

衛部爭字第1083404600號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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 23 條之規

	定。
卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、相關規定</p> <p>(一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第四節診療項目「複雜齒切除術(92016C)」註：</p> <p>「1. 依臨床治療指引相關條文申報。」。</p> <p>(二)全民健保牙醫門診總額臨床治療指引之柒、口腔顎面外科：複雜齒切除術(92016C)項目之適應症：</p> <p>「Pell & Gregory class IIA, IIB, IIIA, IIIB、水平阻生齒、骨性埋伏齒、骨覆蓋牙冠2/3或以上」。</p> <p>二、查所附資料，系爭「複雜齒切除術(92016C)」項目，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見為「0102D，未達支付標準」，改以單純齒切除術(92015C)項目給付，依所附 panoramic film X光片顯示，系爭牙位#38 為直立阻生齒，不符前揭適應症，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例八

案情摘要

同日已拍攝系爭牙位鄰近之X光片(相同象限)，且申報內含X光片費用之「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，健保署依根尖周X光攝影〈34001C〉註：「同一月份費用已內含X光片的支付項目，不得另外重覆申報。」之規定，不予給付系爭「根尖周X光攝影〈34001C〉」項目，核屬有據。

衛部爭字第1073403414號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p> <p>審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部</p>

	<p>1. 第二章診療項目根尖周 X 光攝影〈34001C〉註：「同一月份費用已內含 X 光片的支付項目，不得另外重覆申報。」。</p> <p>2. 第三章第二節診療項目根管開擴及清創〈90015C〉註 4.：「本項目 X �光片費用已內含。」。</p> <p>二、查卷附資料，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見以「0207D，#52、#84 申報 X-ray，但#51、#85 皆根管治療，X 光費用已內含，不得再重複申報」為由，部分不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於病人系爭就醫日 107 年 1 月 15 日分別申報系爭牙位#52、#84「根尖周 X 光攝影〈34001C〉」、系爭牙位#51、#85「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，惟確如健保署審核意見所載，同日已拍攝系爭牙位鄰近之 X 光片(相同象限)，且申報內含 X 光片費用之「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，則再申報「根尖周 X 光攝影〈34001C〉」，自不符前揭規定。</p> <p>(二) ○○○案，健保署初、複核意見以「0207D，X-ray 處置內含」、「申報 X 光片牙位的鄰牙皆根管治療，已內含 X 光費用，不得再另行申報 X 光片」為由，部分不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於病人系爭就醫日 107 年 1 月 22 日分別申報系爭牙位#55、#65、#75、#85「根尖周 X 光攝影〈34001C〉」、系爭牙位#54、#64、#74、#84「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，惟確如健保署審核意見所載，同日已拍攝系爭牙位鄰近之 X 光片(相同象限)，且申報內含 X 光片費用之「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，則再申報「根尖周 X 光攝影〈34001C〉」，自不符前揭規定。</p> <p>(三) ○○○案，健保署初、複核意見以「0207D，X-ray 處置內含」、「X 光片申報牙位皆為根管治療鄰牙牙位，因根管治療已內含所需 X 光費用，不得再另行申報」為由，部分不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於病人系爭就醫日 107 年 1 月 29 日分別申報系爭牙位#55、#65、#71、#75、#85「根尖周 X 光攝影〈34001C〉」、系爭牙位#54、#64、#74、#84「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，惟確如健保署審核意見所載，同日已拍攝系爭牙位鄰近之 X 光片(相同象限)，且申報內含 X 光片費用之「根管開擴及清創〈90015C〉」處置，則再申報「根尖周 X 光攝影〈34001C〉」，自不符前揭規定。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例九

案情摘要

施行並申報「橡皮障防濕裝置〈90012C〉」，卷無使用橡皮障防濕裝置時之實體X光片或相片可稽，雖有附使用橡皮障防濕裝置之X光片影像檔，惟該X光片影像檔非經由醫療影像傳輸系統原始上傳路徑上傳，核與審查注意事項規定不符。

衛部爭字第1073400036號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、壹、十：「…如係以數位化X光影像上傳作業之案件，申復時得附實體膠片或其影像檔(需經由醫療影像傳輸系統原始上傳路徑)。非處置當日X光片或其影像檔，舉證時，須記載拍攝日期。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第二節診療項目橡皮障防濕裝置〈90012C〉註2.：「使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：未附使用rubber dam之X光片或是照片。</p> <p>(二) 複核：申復的X光片仍然沒有上rubber dam的影像佐證。</p> <p>三、 申請理由主張要旨</p> <p>本院確實有上傳rubber dam的影像，檢附X光片，請詳查。</p> <p>四、 健保署提具意見要旨</p> <p>所附影像資料必須為實體膠片或PACS路徑上傳之影像檔。</p> <p>五、 查卷附資料，依病歷紀錄，申請人於系爭就醫日106年5月9日對牙位#11施行並申報「橡皮障防濕裝置〈90012C〉」，查卷無病人使用橡皮障防濕裝置時之實體X光片或相片可稽，雖有附使用橡皮障防濕裝置之X光片影像檔，惟該X光片影像檔非經由醫療影像傳輸系統原始上傳路徑上傳，此有健保署提供PACS上傳查詢資料附卷可稽，即與前揭審查注意事項規定不符。</p> <p>六、 綜上，自無法顯示需給付所請系爭「橡皮障防濕裝置〈90012C〉」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例十

案情摘要

依所附X光影像顯示，未能清楚看到完整16顆牙齒之牙周狀況，不符行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第五章牙周病統合治療方案通則一之規定；恆牙根管治療之封填號數增刪修正，未於送審前完成，健保署不予給付糾爭「牙周病統合治療第一階段支付(91021C)」、「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」、「恆牙根管治療〈90001C、90003C〉」項目，核屬有據。

衛部爭字第1083405212號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
審定 理由	一、查卷附資料，渠等個案，分述如下： (一)○○○案 1. 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第五章牙周病統合治療方案通則一：「適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六（含）顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。」 2. 糾爭「牙周病統合治療第一階段支付(91021C)」、「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」項目，健保署初、複核意見為「0104D，所附X光牙齒數目未達16顆，且應附全口根尖片」，依所附X光影像顯示，未能清楚看到完整16顆牙齒之牙周狀況，不足以支持申報糾爭項目之必要性。 (二)其餘個案，糾爭「恆牙根管治療〈90001C、90003C〉」、「難症特別處理(90092C、90093C、90094C)」項目，健保署初、複核意見均略為「0207D，封填號數未依規定寫國際號數」，申請理由雖略稱：「本院已於申復時提供病歷補述相對應之ISO擴大號數」，惟病歷增刪修正未於送審前完成，同意健保署意見。	

		二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
--	--	--------------------------------------

案例十一**案情摘要**

申報「週日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」診療項目，需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報。

衛部爭字第1073404608號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據 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23條之規定。 卷證 申請書及所附相關文件資料。	
審定 理由	一、相關規定 (一)行為時全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條 「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：……保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。」 (二)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第四節診療項目「週日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」附註：「3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)」 二、健保署審核意見 (一)初核：程序審查不予支付理由代碼「CA8 申報 92094C 未依規定於前一個月完成 VPN 門診時間登錄」 (二)複核：未依規定於前一個月 VPN 完成當月門診時間登錄。 三、健保署提具意見要旨 王○○等 9 位病人於 106 年 12 月就診期間，該院所申報	

	<p>92094C(週日及國定假日牙醫門診急症處置)未依規定於前一個月完成 VPN 門診時間登錄。</p> <p>四、查卷附資料，渠等個案，系爭就醫日期均為 106 年 12 月 30 日，申請理由略稱：「因行政作業疏失未及時登錄，後續已於 106 年 12 月 14 日予以補登報備」，惟既未於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，即與前揭規定不符，則健保署依前揭規定，不予給付系爭項目「週日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」費用，並無不合。</p> <p>五、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

參、中醫

案例一

案情摘要

不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不得重複申報診察費，健保署不予給付系爭「一般門診診察費(A01)」，核屬有據。

衛部爭字第1083407344號

審定							
主文	申請審議駁回。						
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。						
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部 「五：針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，主治醫師應親自執行並得視保險對象病情需要，同一療程取一次卡號，最多可酌予治療六次並僅申報一次診察費。 十五：同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應以不同疾病且於病歷上有詳細記載者為限。」。</p> <p>二、 查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) 健保署審核意見</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象姓名</th><th>審核意見要旨</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○</td><td>0201C，療程未結束，診斷相同，只開內服藥，應於療程內加開內服藥，不可重複申報診察費。</td></tr> <tr> <td>○○○</td><td>0202C、0206C，108年5月4日診斷與5月1日相同，主訴相同，應接續療程，不應再申請診察費。</td></tr> </tbody> </table> <p>(二) 依病歷紀錄，病人診斷分別為「未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤」等(○案)、「源於其他腦動脈血栓之腦梗塞」(○案)，依病情記載，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，則申報系爭「一般門診診察費(A01)」，不符前開規定。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>	保險對象姓名	審核意見要旨	○○○	0201C，療程未結束，診斷相同，只開內服藥，應於療程內加開內服藥，不可重複申報診察費。	○○○	0202C、0206C，108年5月4日診斷與5月1日相同，主訴相同，應接續療程，不應再申請診察費。
保險對象姓名	審核意見要旨						
○○○	0201C，療程未結束，診斷相同，只開內服藥，應於療程內加開內服藥，不可重複申報診察費。						
○○○	0202C、0206C，108年5月4日診斷與5月1日相同，主訴相同，應接續療程，不應再申請診察費。						

案例二

案情摘要

依病歷記錄，或病情紀錄簡略，未能辯證論治，且四診中無發病時間及期間，四診不完整，每一療程無療效評估；或同療程之病歷紀錄內容雷同；或診斷為慢性病，宜開立二星期以上用藥，不足以支持申報系爭「一般門診診察費(A01、A03)」、「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫-中醫輔助醫療診察費(P34001)」之必要性。

衛部爭字第1063403991號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議。	
理由	依據	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 23 條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	<p>一、查所附資料，本件係健保署執行「中醫費用申報合理性及病患就醫適當性專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○1 人 8 案、○○○1 人 6 案、○○○1 人 6 案，健保署初、複核意見以中醫門診總額專業審查不予支付理由代碼「0202C、0203C」為由，不予給付，申請理由雖分別略稱：「病人進行醫療諮詢同時有開立水煎藥處方，頻繁就醫原因為病況反覆不穩定」、「化療過程中服用中醫煎藥以緩解化療之不適及提升白血球，因患者化療病情變化，每週回診，密切觀察病情」，惟依病歷紀錄，確如健保署審核意見所載，病情紀錄簡略，未能辯證論治，且四診中無發病時間及期間，四診不完整，每一療程亦無療效評估。</p> <p>(二) ○○○1 人 7 案，健保署初、複核意見以中醫門診總額專業審查不予支付理由代碼「0202C、0203C」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「治療過程中服用中醫煎藥以緩解化療之不適及提升白血球，因患者化療時病情變化，住院治療時會診，密切觀察病情」，惟依病歷紀錄，確如健保署審核意見所載，不同療程之病歷紀錄內容雷同，且四診中無發病時間及期間，每一療程亦無療效評估。</p> <p>(三) ○○○1 人 10 案、○○○1 人 12 案、○○○1 人 12 案○○○1 人 10 案，健保署初、複核意見以中醫門診總額專業審查不予支付理由代碼「0202C、0203C」為由，不予給付，申請理由雖分別略稱：「患者因體力差，臉部紅疹，眠差，腰痠痛，服用中藥煎劑，以健保申報診察費用，服用過程中，患者體力增，臉部紅疹，眠差，腰痠痛，均改善，癌細胞得以控制，患者持續化療，患者均由醫師詳細診察後開立煎劑藥物」、「治療過程中服用中醫煎藥以緩解化療之不適及提升白血球，患者住院治療時會診，癌輔計畫住院診察</p>	

	<p>符合計畫中一周可申報三次診察費之規定，病人病情改變迅速，密切觀察病情」、「治療過程中服用中醫煎藥以緩解化療之不適及提升白血球，因患者化療時病情變化，住院治療時會診，密切觀察病情」、「考量患者病情危重，需視其症狀調整治療藥物，其治療均處方以煎劑，需自費負擔，無健保給付，故在健保之醫囑上僅列醫療諮詢，另開立自費之煎藥處方單」，惟依病歷紀錄，確如健保署審核意見所載，診斷為慢性病，宜開立二星期以上用藥，且每一療程宜有療效評估。</p> <p>(四) ○○○1人6案，健保署初、複核意見以中醫門診總額專業審查不予支付理由代碼「0202C、0203C」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「治療過程中服用中醫煎藥以緩解化療之不適及提升白血球，患者住院治療時會診，癌輔計畫住院診察符合計畫中一周可申報三次診察費之規定，病人病情改變迅速，密切觀察病情」，惟依病情記載，不足以支持系爭項目之必要性，且每一療程無療效評估。二、綜上，均無法顯示需給付所請「一般門診診察費(A01、A03)」、「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫輔助醫療診察費(P34001)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例三

案情摘要

診斷非屬全民健康保險醫療辦法所定慢性疾病範圍，給藥天數不得超過七日，健保署不予給付系爭「每日藥費(A21)」項目，核無不合。

衛部爭字第1073401071號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 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23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料。</p> <p>審定理由</p> <p>一、相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部、二：「一般案件給藥天數不得超過七日，惟屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病者，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。」</p> <p>二、查卷附資料，渠等個案，分述如下：</p>

	<p>(一) ○○○案，健保署初、複核意見以「0302C，肌炎、肢體疼痛等病名皆不符合健保署規定之慢性病範圍，依規定最多只能申請7天藥費」為由，不予給付，依病歷紀錄，確如健保署審核意見所載，診斷為「肌炎 (ICD-10-CM:M60.9)」，非屬全民健康保險醫療辦法所定慢性疾病範圍，用藥28日份，核與前揭規定不符。</p> <p>(二) ○○○案，健保署初、複核意見分別以中醫門診總額專業審查不予支付理由代碼「0205C」、「0304C，非慢性疾病，不得開立7日以上之藥物天數」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「患者於106年7月14日開始即有感覺倦怠、疲勞感，經診察後判斷應與工作壓力有關，故以慢性疲勞為診斷病名，且認為是慢性病，可服中藥調養」，惟依病歷紀錄，病情記載簡略，尚不足以支持診斷為「慢性疲勞 (ICD-10-CM:R53.82)」，用藥28日份，即與前揭規定不符。三、綜上，均無法顯示需給付所請「每日藥費(A21)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例四

案情摘要

申報「每日藥費 (A21)」之起始日期，與前次就醫開立藥品期間重複，健保署原給付「每日藥費 (A21)」之日數，已足敷治療所需。

衛部爭字第1083407778號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據 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23條之規定。 卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】	
審定理由	一、查卷附資料，渠等3案，均系爭「每日藥費 (A21)」項目，分述如下： (一) 健保署初、複核意見要旨 0201C、0303C、病歷記載及病況，不足以支持提早看診，重複給藥2天。(均申報7日，不予給付2日) (二) 申請理由要旨	

		<p>現代人生活忙碌，提早拿藥，當然有其原因，予以通融是樂於助人。</p> <p>(三) 依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人申報「每日藥費（A21）」執行時間，綜整臚列如下表：</p>	
	保險對象姓名	前次就醫申報A21起迄日期	系爭就醫日申報A21起迄日期
	○○○	6月6日-6月12日(共7日)	6月11日-6月17日(共7日)
	○○○	6月20日-6月26日(共7日)	6月25日-7月1日(共7日)
	○○○	6月21日-6月27日(共7日)	6月26日-7月2日(共7日)

(四) 承上表所示，渠等3案，於系爭就醫日申報「每日藥費（A21）」之起始日期，均與前次就醫重複藥費2日，同意健保署意見，健保署原給付系爭「每日藥費（A21）」之日數，已足敷治療所需。

二、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例五

案情摘要

病歷無自我照護指導及飲食宜忌衛教等相關記載，不符「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案相關規定，健保署不予給付系爭「初診門診診察費加計(A90)」項目，核無不合。

衛部爭字第1063406403號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議。	
理由	依據	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23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	<p>一、相關規定 「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案 (一) 第四點第一款： 「執行方式：(一)申請本方案之特約中醫醫療院所填寫初診病歷規範：本方案乃針對提升初診病患之診療品質所訂，病歷內容需包括以下各項記錄：1. 初診日期。2. 本次看診主訴。3. 現病史。4. 過去病史。如：糖尿病、高血壓…。5. 個人史。包括：飲食習慣、過敏史、煙酒習慣。6. 家族病史。7. 完整望、聞、問、切中醫四診紀錄。」</p>	

	<p>錄。8. 相關實驗室檢驗數據。9. 相關理學檢查。10. 自我照護指導。11. 飲食宜忌衛教。」</p> <p>(二) 第七點第四款：</p> <p>「申報與審查相關限制：(四)未依本方案要求完整填寫病歷者，本項支付點數全部核刪。」</p> <p>二、查卷附資料，渠等個案，確如健保署審核意見所載，並分述如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) ○○○、○○○、○○○、○○○、○○○案，申報「初診門診診察費加計(A90)」，惟病歷無自我照護指導及飲食宜忌衛教等相關記載，與前開規定不符，其中○○○案，病情紀錄簡略，四診不完整，未能辯證論治。 (二) ○○○、○○○、○○○、○○○案，病情紀錄簡略，四診中無發病時間及期間，四診不完整，未能辯證論治，其中○○○、○○○案，系爭就醫日之診斷分別為功能性消化不良、肌痛、神經痛及神經炎、非特定的睡眠障礙症、水腫等，非屬行為時全民健康保險醫療辦法所定之慢性病，給藥不宜超過7日。 (三) ○○○、○○○○、○○○、○○○案，四診不完整，且不同療程之病歷紀錄內容雷同，每一療程亦無療效評估。 (四) ○○○案(流水號300569)，病歷記載之症狀不明確，且四診中無發病時間及期間，四診不完整，不足以支持診斷為「急性鼻咽炎(感冒)(ICD-10-CM:J00)」。 (五) ○○○案(流水號300571)，無系爭就醫日106年3月15日之病歷附卷可稽。 (六) ○○○案，每一療程無療效評估，不足以支持系爭項目之必要性。 (七) ○○○、○○○案，不同療程之病歷紀錄內容雷同，每一療程亦無療效評估。 <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請「初診門診診察費加計(A90)」、「一般門診診察費(A82、A84)」及「甲狀腺刺激素免疫分析(09112C)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例六**案情摘要**

依病歷紀錄，病情記載簡略，且無針灸穴位相關記載，與行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項「針灸應詳細註明穴位（區、帶、點、線）」之規定不符，健保署不予給付系爭「一般門診診察費(A01)」、「針灸治療處置費(B42)」項目，核無不合。

衛部爭字第1073404474號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	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 23 條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料。
審定 理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(三)2.(1)前段：</p> <p>「中醫傷科應敘明理筋推拿手法或傷科處置內容，針灸應詳細註明穴位（區、帶、點、線），如未依規定載明者，應核扣診察費」</p> <p>二、 查卷附資料，○○○1 人 2 案，健保署初、複核意見分別以「0102C，病歷無充分資料」、「0109C、0112C、0201C」為由，不予給付，申請理由雖略稱：「該有內容都有記錄」，惟依病歷紀錄，病情記載簡略，且無針灸穴位相關記載，與前開規定不符，無法顯示需給付所請「一般門診診察費(A01)」、「針灸治療處置費(B42)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>	

案例七

案情摘要

未依照護條件收案及登錄資料，申報系爭「特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次)(C05)」、「特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次)(C07)」診療項目，健保署不予給付，並無不合。

衛部爭字第1083400878號

審定								
主文	申請審議駁回。							
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。							
理由	<p>依據全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（四）5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>(一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護通則</p> <p>「一、(三):(腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、 S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。」</p> <p>「六：為避免病患重複收案，醫事人員收治病人後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病及顱腦損傷每季至少需於VPN填報巴氏量表分數乙次。」。</p> <p>(二)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部第九章診療項目「特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(一至三次)(C05)、(治療處置七至九次)(C07)」註1.：「…首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>保險對象 姓名</th> <th>初核</th> <th>複核</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○</td> <td>006-不符收案資格</td> <td>原用顱腦損傷病名申請健保給付而不符收案資格，再改為複雜性針灸申請實為</td> </tr> </tbody> </table>		保險對象 姓名	初核	複核	○○○	006-不符收案資格	原用顱腦損傷病名申請健保給付而不符收案資格，再改為複雜性針灸申請實為
保險對象 姓名	初核	複核						
○○○	006-不符收案資格	原用顱腦損傷病名申請健保給付而不符收案資格，再改為複雜性針灸申請實為						

				不妥，主治醫師第一時間即應判斷而非事後更改申請項目。	
○○○	006-不符收案資格			原申請項目不符收案資格，再改為複雜性針灸申請實為不妥，主治醫師第一時間即應判斷而非事後更改申請項目。	
○○○	003-未按季登錄巴量			未按季登錄巴量即與當初給付規定不符，故不予補付。	
○○○	006-不符收案資格			未符合收案資格即不能申請本照護費用。	

三、申請理由要旨

(一)○○○、○○○2案

此次因誤植身分申報，但確實有盡心為病患執行相關針灸治療，擬改以一般案件申報。

(二)○○○案

因疏忽未按季登錄巴氏量表，但確實有盡心為病患執行相關針灸治療，於補登量表後懇請予以給付。

(三)○○○案

個案中風之前住院，出院後活動力均未完全恢復常常需家人協助，因中風已逾二年不可收案，但病歷上均有記載註記並附紙本佐證。

四、查卷附資料，渠等個案，系爭「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次)(C05)」、「特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次)(C07)」項目，依病歷記載，不符前揭規定，分述如下：

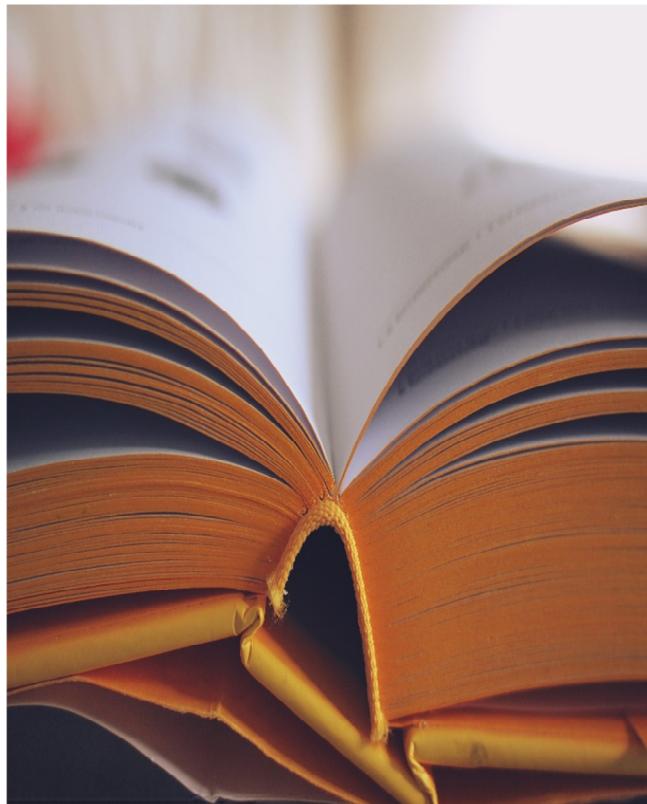
(一)○○○案，病人診斷為「ICD-10-CM I60.9(Nontraumatic subarachnoid hemorrhage, unspecified)非創傷性蜘蛛網膜下腔出血」，自發病日104年1月至就醫日107年6月1日已逾2年。

(二)○○○、○○○案，卷無腦血管疾病確診時間供核，且申請人已自承「誤植身分申報」、「因中風已逾二年不可收案」。

(三)○○○案，未按季登錄巴氏量表。

五、綜上，均同意健保署意見，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

第三篇



- 保險費及投保金額、罰鍰等
- 補充保險費
- 保險給付
- 特約管理事項
- 其他-重大傷病證明之核發

權益爭議案件 常見代表性案例

第三篇 權益爭議案件常見代表性案例

壹、保險費及投保金額、罰鍰等

全民健康保險係強制性之社會保險，凡符合加保資格之保險對象，均有依法以適當身分持續投保及繳納保險費之義務。本保險針對本國人與非本國人分別訂有加保資格條件（全民健康保險法第8條及第9條），另為加強延攬及僱用外國專業人才，以提升國家競爭力，107年2月8日施行之「外國專業人才延攬及僱用法」第14條亦規定聘僱從事專業工作之外國專業人才，其配偶、未成年子女，經領有居留證明文件者，不受在臺居留滿6個月之限制。倘不具加保資格，而已參加本保險者，依規定應予退保並返還已受領之保險給付，更甚者，冒用他人健保身分就醫或借給他人健保卡就醫，除涉及刑責，亦會遭裁處罰鍰。

另停復保制度的存廢一直是社會大眾討論重點，依現行制度，保險對象預定出國6個月以上者，可選擇辦理停保，停保可暫免繳納保費，惟亦喪失使用健保醫療資源之權利，停保與否，各有利弊，由保險對象自行評估後決定，並不因出國6個月以上而當然發生停保效力，保險對象如選擇辦理停保，應主動提出申請，且以每單次出國6個月以上為要件，而出國6個月以上者，自返國之日起辦理復保，倘曾辦理出國停保，於返國復保後，應屆滿3個月，始得再次辦理停保；如未申請停保或出國期間未滿6個月，不符合停保條件，應繼續加保並繳納保險費。

又全民健康保險為達其自助互助及風險分擔之目的，採量能付費之原則，將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為6類，並按不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別（如第1類至第3類被保險人不得為第4類及第6類被保險人等）。

案例一

案情摘要

保險對象為107年2月8日施行之「外國專業人才延攬及僱用法」所稱之外國專業人才，其配偶、未成年子女自申准取得居留證明起即為本保險強制納保之保險對象，不受全民健康保險法第9條第1款在臺居留滿6個月之限制。

衛部爭字第1073404191號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、繳款單內容(繳款人為申請人○○股份有限公司)</p> <p>計收申請人○○股份有限公司107年6月保險費計259萬4,433元(含追溯補收員工即申請人車○○之眷屬車○○、尹○○107年2月至6月保險費2萬5,610元)。</p> <p>二、申請人○○股份有限公司及其員工即申請人車○○，檢附上開繳款單影本，就健保署追溯補收申請人車○○之眷屬車○○、尹○○107年2月至6月</p>

理 由	<p>保險費 2 萬 5,610 元部分不服，一併向本部申請審議。</p> <p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 2 條第 2 款、第 9 條第 1 款及第 15 條第 6 項。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 8 條。</p> <p>(三) 外國專業人才延攬及僱用法第 4 條第 1 款、第 4 款第 1 目及第 14 條 (行政院以 107 年 1 月 29 日院臺教字第 1070002554 號令定自 107 年 2 月 8 日施行)。</p> <p>二、本件經審查卷附中華民國居留證、外籍人士(歷次)申請來臺資料、全國外國人動態查詢系統-專業外國人詳細資料、旅客入出境紀錄清單、保險對象投保歷史、全民健康保險保險對象投保(轉入)申報表、勞動部○年○月○日勞動發事字第 0000000000 號函等相關資料影本及健保署意見書，認為：</p> <p>(一) 本件申請人車○○為美國籍人士，經申請人○○股份有限公司於 106 年 6 月 15 日向勞動部申准核發聘僱其從事專門性及技術性工作之許可(聘僱期間自 106 年 6 月 20 日起至 107 年 6 月 19 日，嗣展延至 108 年 6 月 19 日)，並自 106 年 7 月 10 日起加保於該公司，為 107 年 2 月 8 日施行之「外國專業人才延攬及僱用法」所稱之外國專業人才，為申請人等所不爭執。</p> <p>(二) 申請人車○○之未成年女兒車○○及配偶尹○○先後於 106 年 8 月 5 日及 27 日入境後，於 106 年 8 月 8 日及 29 日分別以依親名義申准取得居留證明，符合本保險之被保險人眷屬資格，自「外國專業人才延攬及僱用法」於 107 年 2 月 8 日施行日起，依該法第 14 條規定，不受全民健康保險法第 9 條第 1 項有關須在臺居留滿 6 個月之限制，即為本保險強制納保之保險對象，惟申請人車○○之投保單位即申請人○○股份有限公司迄於 107 年 7 月 3 日始申報該 2 人以申請人車○○眷屬身分追溯加保於該公司，爰健保署核定該等 2 人追溯自 107 年 2 月 8 日起依附申請人車○○加保，核屬有據。</p> <p>(三) 綜上，申請人車○○應繳納其眷屬尹○○及車○○系爭 107 年 2 月至 6 月保險費。</p> <p>三、申請人等主張車○○之眷屬尹○○、車○○申請健保加保生效日期原為 107 年 7 月 1 日，經健保署告知需依據「外國專業人才延攬及僱用法」生效施行日 107 年 2 月 8 日，追溯加保自 107 年 2 月 8 日生效，考量該法生效施行前，應有管道使外國專業人才本人明確知悉相關規定，並給予明確之指示，然各行政單位未即時將訊息傳達予外國專業人才本人及其所屬企業，以致應申請加保之外國專業人才眷屬無從得知相關法令變更，且聘僱該外國專業人才所屬企業亦無從得知該外國專業人才是否有眷屬及其</p>
-----	--

加保情況。在未能確實將相關規定告知外國專業人才，當眷屬於追溯期間生病，因無健保，已自費就醫、或自行吃成藥，未使用任何健保資源下，卻要追溯健保費，顯不合理云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 全民健康保險原則上採申報制，課以投保單位及保險對象主動依適法身分申報投保作為義務。另為加強延攬及僱用外國專業人才，以提升國家競爭力，外國專業人才延攬及僱用法係於 106 年 10 月 31 日經立法院三讀通過，總統於同年 11 月 22 日公布，並由行政院核定自 107 年 2 月 8 日施行，針對其規範之權利義務，全民及相關事業單位亦有主動知悉及遵循之義務，不得因不瞭解法令規定內容，而主張免除負擔。
2. 全民健康保險法第 9 條第 1 款及同法施行細則第 8 條規定，在臺領有居留證明文件並在臺居留滿 6 個月應參加本保險為保險對象。復依外國專業人才延攬及僱用法第 4 條規定，外國專業人才係指在我國從事就業服務法規定之第 46 條第 1 項第 1 款至第 6 款工作之外國人，又依該法第 14 條規定，受聘僱從事專業工作之外國專業人才，其配偶、未成年子女經領有居留證明文件者，應參加全民健康保險為保險對象，不受全民健康保險法第 9 條第 1 款在臺居留滿 6 個月之限制。
3. 另針對外國專業人才延攬及僱用法，業經主管機關國家發展委員會透過各種說明會及各項媒體廣為週知，該署亦已透過官網、多憑證網路承保作業系統等多項管道加強宣導。
4. 又申請人車○○之眷屬於追溯加保期間如有自墊醫療費用情事，得依規定檢具單據正本及費用明細等資料，向該署申請核退，彼等就醫之權益仍受保障。

(二) 全民健康保險係強制性之社會保險，凡在臺灣地區領有居留證明文件，且符合加保資格者，即有加保及繳納保險費之義務。又「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿六個月。」、「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。」、「投保單位未依第十五條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。」為全民健康保險法第 9 條第 1 款、第 15 條第 6 項及第 84 條第 1 項所明定。至受聘僱從事專業工作之外國專業人才，雖非本國國民，惟為加強延攬及僱用外國專業人才，以提升國家競爭力，總統乃於 106 年 11 月 22 日公布「外國專業

「人才延攬及僱用法」，行政院並據以核定自 107 年 2 月 8 日施行，依該法第 14 條規定：「受聘僱從事專業工作之外國專業人才，其配偶、未成年子女及其滿二十歲以上，因身心障礙無法自理生活之子女，經領有居留證明文件者，應參加全民健康保險為保險對象，不受全民健康保險法第九條第一款在臺居留滿六個月之限制。」，爰受聘僱從事專業工作之外國專業人才，其配偶、未成年子女，經領有居留證明文件者，即應強制參加本保險，聘僱該外國專業人才之投保單位並應於該等保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向健保署辦理投保手續，如有違反者，應處以罰鍰，以促其義務之履行，審諸其意甚明。

(三) 本件申請人車○○之配偶尹○○及未成年子女車○○自 107 年 2 月 8 日外國專業人才延攬及僱用法施行之日起為本保險強制納保之保險對象，已如前述，渠等本有依法加保之義務，投保單位申請人○○股份有限公司更負有於 3 日內為渠等辦理投保手續之義務，卻怠於依規定即時辦理加保，健保署僅開單向申請人等追溯補收糾爭保險費，而未據以核處罰鍰，已屬從寬，申請人等主張無從得知相關法令變更云云，自難執為本案之論據。

四、綜上，健保署開單計收申請人車○○之眷屬尹○○及車○○系爭 107 年 2 月至 6 月保險費，核無不合，原核定關於此部分應予維持。

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。

案例二

案情摘要

保險對象雖出境 2 年以上，但未有戶籍遷出登記情事，在臺灣地區仍設有戶籍，依法為本保險保險對象；單次出境期間雖逾 6 個月，惟未申請停保，不符停保免繳保險費規定。

衛部爭字第 1073402001 號

審定	
主 文	一、關於計收申請人 103 年 6 月、104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）至 105 年 12 月保險費計新臺幣 1 萬 4,231 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、健保署 107 年 1 月 30 日列印核發之保險費、滯納金欠費及執行費繳款單 (一) 計收申請人 103 年 6 月、104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）至 105 年 6 月保險費計新臺幣（下同）9,737 元。

	<p>(二) 預開申請人 104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）保險費滯納金 225 元。</p> <p>二、申請人於 107 年 2 月 1 日填具異議轉介單，主張其未被告知自動復保一事，其兩年出境在外，無法得知已被復保，故也無法處理停保，所以兩年欠費，應以出境兩年停保處理云云，向健保署申訴。</p> <p>三、經健保署於 107 年 2 月 6 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <p>(一) 申請人加保於○○市○○區公所，103 年 7 月 7 日以預定出國 6 個月以上申辦停保後，104 年 7 月 9 日返國未依規定主動辦理復保，該署依規定於 105 年 1 月 8 日逕辦追溯自 104 年 7 月 9 日復保，並於 105 年 1 月 25 日以健保○字第 0000000000 號函通知在案。</p> <p>(二) 申請人 105 年 7 月至 106 年 12 月健保費共計 1 萬 3,482 元尚未繳納。</p> <p>四、申請人檢附前開繳款單及函影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款及第 35 條第 1 項第 2 款。</p> <p>(三) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款及第 39 條第 1 項第 2 款。</p> <p>二、關於計收申請人 103 年 6 月、104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）至 105 年 12 月保險費部分</p> <p>此部分保險費，業經健保署分別於 104 年 1 月 16 日、105 年 10 月 12 日及 106 年 7 月 12 日按址送達申請人在案，有送達證書影本附卷可稽，其中 103 年 6 月、104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）至 105 年 6 月保險費，並經健保署移送法務部行政執行署○○分署行政執行在案，則健保署再次發單催繳此部分系爭保險費，僅係觀念通知，即非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，尚有未合，應不予受理。</p> <p>三、關於計收申請人 106 年 1 月至 12 月保險費部分</p> <p>此部分經審查卷附個人戶籍資料、保險對象計費投保歷史、移民署資料介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 強制納保對象：</p> <p>本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加、停保情形：</p>

	<p>申請人原以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○市○○區公所，於 103 年 7 月 3 日辦理預定 103 年 7 月 7 日出國停保。</p> <p>(三) 入出境情形：</p> <ol style="list-style-type: none">申請人於 103 年 7 月 7 日出境至 104 年 7 月 9 日入境，應自該入境返國日起復保。申請人復於 104 年 8 月 11 日出境至 107 年 1 月 28 日入境期間多次入出境，其中 105 年 2 月 14 日出境至 107 年 1 月 28 日入境，單次出境期間雖逾 6 個月，惟未於該次出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費規定。 <p>(四) 綜上，申請人應自 104 年 7 月 9 日起復保，並繳納系爭 106 年 1 月至 12 月保險費。</p> <p>四、關於預開 104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）保險費滯納金 225 元部分</p> <p>(一) 按保險對象未依全民健康保險法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限 15 日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前 1 日止，每逾 1 日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，並以其應納費額之百分之五為限，全民健康保險法第 35 條第 1 項第 2 款定有明文。</p> <p>(二) 查申請人 104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）保險費 4,494 元，前經健保署於 105 年 10 月 12 日送達申請人在案，已如前述，而申請人迄於健保署 107 年 1 月 30 日列印核發系爭繳款單後，始於當日繳交完竣，復經健保署意見書陳明在卷，則健保署以該保險費繳款單送達日 105 年 10 月 12 日再加寬限期 15 日起算至應納費額之百分之五上限，計收此部分滯納金計 225 元（計算式：4,494 元 X 5% = 225 元），經核尚無不合。</p> <p>五、申請人主張其於 103 年 7 月 7 日出國求學且辦理停保，104 年 7 月 9 日回國處理家事，短暫停留 1 個月後即又出國，期間未曾使用健保資源，且出國前已辦妥停保，亦不知入境國內健保署逕自辦理加保，未收到任何健保署通知，以為仍在停保當中，其長期旅居國外，且不諳相關法律規定，而原戶籍處位居山中，僅有年邁且不識字的祖父母在家，於 107 年 1 月 28 日回國探親，距上次回國時隔 2 年半，查看信件時，發現健保繳款單，前往健保署詢問得知，從 104 年 7 月 9 日健保費累計至今渾然不知，累計金額龐大，令其在外求學的學子難以支付，其於 104 年 8 月 11 日出境至 107 年 1 月 28 日入境，出國期間逾 2 年，戶政機關逕自遷出戶籍，請依全民健康保險法第 8 條第 1 項准予減免出境期間追繳之健保費，至於健保署 105 年 1 月 25 日健保○字第 0000000000 號函通知一事，由於送達居所係由祖父母代收，惟因年邁且目不識丁無法</p>
--	--

	<p>辨別信件內容，故未拆封且未交由他人通知其本人，信件年經久遠而遺失未見，其無以知悉，且長達 2 年半未回國，更無使用健保之需求，請考量實際使用健保情況及公平原則，並依全民健康保險法施行細則第 37 條相關規定，准予追繳出境期間之健保費減免為 3 個月計算云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以：</p> <ol style="list-style-type: none">全民健康保險投保採申報制，課以保險對象主動申報投保、復保之作為義務，惟保險對象不為投、復保申報作為時，該署依職權對未加保、未復保之保險對象，追溯自合於投保條件之日起，逕予補辦加保、復保手續，以保障保險對象之健保權益。停保保險對象自停保開始當月起暫停計收保險費，俟返國辦理復保後始恢復計收保險費，倘未依規定主動辦理復保而由該署清查復保者，其該補繳保險費之月數，俟該署取得內政部移民署入出境清查資料時點而定。查申請人辦理 103 年 7 月 7 日出國停保時所填具之申請表，載有出國停、復保相關規定，「保險對象出國 6 個月以上者，應自返國之日起檢附戶籍謄本及入出境證明文件或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費…。」、「返國未辦理復保者，不論是否再出國，一律追溯自辦理停保之第一次返國日或追溯自停保日復保，並追繳保費。」等說明即列示於停保申請表，業經申請人於已瞭解規定之簽章處簽名，在卷可稽。又全民健康保險施行細則第 37 條「曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿 3 個月，始得再次辦理停保」規定，係指曾辦理出國停保之保險對象，於復保後未逾 3 個月即再出境，若欲再次停保，應自復保後屆滿 3 個月後始開始，並再暫停繳交保險費，則復保至再停保期間至少應繳交 3 個月保費。本案申請人經該署逕辦 104 年 7 月 9 日復保後至 107 年 3 月 1 日再停保期間達 2 年餘，與上開規定之情形不同。該署為協助經濟困難無力一次繳納保險費及滯納金之保險對象，訂有保險費及滯納金分期繳納辦法，亦設置紓困基金提供申貸以償付積欠之保險費。「出境 2 年以上，應為遷出登記。」此為戶籍法之規定，由掌理戶籍登記機關辦理，非該署權責。依申請人戶籍資料記載，未有戶籍遷出登記情事，渠在臺灣地區仍設有戶籍，依法為本保險保險對象，投保期間除因已申請出國停保且符合停保規定期間得免繳保險費外，應依法繳納保險費。申請人於追溯加保期間如有自墊醫療費用情事，尚可依規定得檢具
--	--

	<p>單據申請核退自墊醫療費用，保險對象於投保期間之就醫權益仍受保障。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 8 條有關強制納保之規定，乃國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，係實現全民健康保險之合理手段，此種強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，一體實施，與依個人意願參加之保險契約有間，凡符合加保資格之保險對象，均有依全民健康保險法及其相關規定，以適當身分投保及繳納保險費之義務，且不得有中斷投保之情形。又全民健康保險法及其施行細則並未有主管機關須踐行輔導說明告知之義務，人民始負有以適當身分投保以及繳納保險費之義務之相關規定，故人民不得主張因不諳法令或主管機關是否告知或未曾使用健保之醫療資源而主張免除其應負之義務責任，有臺灣臺北地方法院 104 年度簡字第 173 號行政訴訟判決可資參照。</p> <p>(三) 又考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於全民健康保險法施行細則第 37 條及第 39 條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於出國前主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，而出國 6 個月以上者，自返國之日起辦理復保，倘曾辦理出國停保，於返國復保後，應屆滿 3 個月，始得再次辦理停保；如未申請停保或出國期間未滿 6 個月，即為全民健康保險法所定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務。</p> <p>六、綜上，關於計收申請人 103 年 6 月、104 年 12 月（含 104 年 7 月至 12 月）至 105 年 12 月保險費計 1 萬 4,231 元部分，申請審議不予受理；其餘保險費及滯納金，健保署開單計收，並無不合，此部分原核定應予維持。</p> <p>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、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款及第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例三

案情摘要

保險對象辦理出國停保，於入境後，停保效力即已中斷，健保署核定自返國日復保。

衛部爭字第 1083403269 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、案件緣由及健保署 108 年 5 月 28 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>(一) 申請人於 108 年 5 月 23 日向健保署申訴，略以其長期旅居加拿大，健保已停保，在短暫回國不知情狀況下自動被復保，請依出國 6 個月以上停保條例辦理，核予減免 107 年 6 月 20 日至 108 年 5 月 21 日不在國內的保費云云。</p> <p>(二) 經健保署函復申請人，略以：</p> <p>申請人自 105 年 7 月 22 日於○○股份有限公司停保在案，惟查申請人於 107 年 3 月 2 日返國時，未依全民健康保險法施行細則規定申報復保，爰該署依法核定申請人自該返國日復保，並於 107 年 5 月 15 日健保○字第 0000000000 號函函知○○股份有限公司申請人復保及應補收保險費事宜。</p> <p>二、申請人檢附健保署上開函影本，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款、第 2 項後段及第 39 條第 1 項第 2 款。</p> <p>二、本件經審查卷附個人戶籍資料、保險對象投保歷史、旅客入出境紀錄清單、全民健康保險保險對象投保申報表、全民健康保險保險對象停、復保申報表等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象，其於 105 年 7 月 22 日由○○股份有限公司申報追溯自 105 年 7 月 1 日加保及 105 年 6 月 16 日出國停保，經健保署核定申請人自 105 年 7 月 22 日(該署收件日)停保，嗣申請人於 107 年 3 月 2 日入境，單次出國期間滿 6 個月，應自該返國之日復保，惟其未辦理復保，健保署乃逕辦申請人 107 年 3 月 2 日返國日復保。</p> <p>(二) 另申請人於 107 年 6 月 20 日出境至 108 年 5 月 22 日入境，單次出國期間雖滿 6 個月，惟未於該次出國前或出國期間申請停保，不符停保免繳保險費之條件。</p> <p>(三) 綜上，申請人應自 107 年 3 月 2 日返國復保，並繳納系爭 107 年 6 月 20 日至 108 年 5 月 21 日期間保險費。</p>

三、申請人主張其長期旅居加拿大，健保已停保，未享用健保資源，卻在 107 年 3 月 1 日至 6 月 20 日短暫回國探親期間不知情狀況下自動被健保署復保(未被告知)，於 108 年 5 月 22 日入境收信時，看到法務部強制執行公文，始知於 107 年 6 月 20 日起至 108 年 5 月 21 日起長達 11 個月不在國內的時間已被累積健保費而渾然不知，請依出國 6 個月以上辦理停保之條例辦理，核予減免保費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 本保險係強制性之社會保險，凡符合加保資格之保險對象，均有依法以適當身分持續投保及繳納保險費之義務。
2. 考量長期停留國外者醫療權益之可近性與國內存有差異，故全民健康保險法施行細則第 37 條規定，預定出國連續停留國外 6 個月以上者，「得」於出國前由所屬投保單位申請停保，停保者出國期間暫停繳納保險費，給予預定出國保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，如未提出申請停保，即為依全民健康保險法規定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務，故停保與否，涉及保險對象主觀意願，除申請人有具體意思表示外，不因出境事實而當然生停保效力，且亦涉及保險費繳納及就醫權益享有與否，僅得於保險對象提出申請，始向後生效。
3. 又依全民健康保險法施行細則第 39 條規定，已辦理出國停保保險對象，回國後停保原因消失，即應由投保單位填具復保申報表辦理復保，並無因只屬短暫停留得選擇不申報辦理復保之規定，且再次出國即屬另一次是否辦理停保之選擇，未再次申報辦理停保，即應繼續投保繳納保險費，並享受醫療照護。
4. 經查申請人投保單位○○股份有限公司於 105 年 7 月 22 日填送全民健康保險保險對象停保申報表簽章欄已有特別提醒停、復保規定且被保險人簽章已有申請人蓋章確認，難謂以未充分了解健保法令規定，在不知情的情況下自動被該署復保，另依全民健康保險法第 15 條第 6 項規定：「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起 3 日內，向保險人辦理退保。」，足見本保險係採申報制，保險對象之異動，應主動向保險人申報，該署為維護資料之正確性，雖仍主動定期分批向相關主管機關索取資料比對，以維護保險對象之權益，惟申請人不得因此將通知申報停保、復保異動之責歸屬該署，且其既請其投保單位○○股份有限公司為其申報出國停保，即應了解全民健康保險有關停保、復保規定。

	<p>(二) 按全民健康保險法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在臺設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保險費之義務，為全民健康保險法第8條第1項第1款所明定，一體適用於全國國民，應加保之保險對象除符合停保規定外，其究否出國及出國後以何種原因返國，不影響其加保及繳納保險費之義務。</p> <p>(三) 況保險對象入境後，其停保效力即已中斷，自應辦理復保，並自停保中斷時續繳保險費，此係全民健康保險法第30條第2項前段及其施行細則第39條第1項第2款規定之構成要件該當而當然發生之效力，保險對象入境後，依法其停保之效力即已中斷，而回復為應參加保險之身分，停保固可暫免繳納保費，惟亦喪失使用健保醫療資源之權利，續保固有保費負擔，惟享有保險給付之權利，是停保與否，各有利弊，當由保險對象自行評估後決定，此復有臺灣臺北地方法院101年度簡字第64號行政訴訟判決意旨可資參考。</p> <p>四、綜上，健保署函復申請人，略以該署依法核定申請人自返國日復保等語，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

案例四

案情摘要

保險對象雖已於出國前辦理停保，但持外國護照入境，出國期間未滿6個月，不符合停保條件，健保署註銷停保，並補收保險費。

衛部爭字第1073407058號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、健保署107年6月6日健保○字第0000000000號函要旨(受文者○○藥局)</p> <p>經查投保單位○○藥局之保險對象趙○即申請人前以預定出國超過6個月辦理停保(停保生效日：106年11月14日)，惟經該署比對入出境資料結果，申請人於申辦停保後出境未達6個月即入境，不符停保規定，該署已逕予註銷停保並核定自106年11月14日復保，將於核計107年5月保險費時一併補收應補繳之保險費。</p> <p>二、申請人不服，檢附前開函影本，向本部申請審議。</p>

理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款、第 2 項及第 39 條第 1 項第 2 款。</p> <p>二、本件經審查卷附個人戶籍資料、保險對象投保歷史、全民健康保險保險對象停、復保申報表、內政部移民署 107 年 12 月 21 日○○○字第 0000000000 號函及所附入出境影像與護照、移民署資料介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊等相關資料影本暨健保署意見書記載，認為：</p> <p>本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，原以第 1 類第 2 目被保險人身分加保於○○藥局，106 年 11 月 14 日出境，並由其投保單位於 106 年 11 月 14 日申報當日出國停保，嗣申請人於 107 年 5 月 3 日入境，單次出國期間未滿 6 個月，不符停保條件，爰健保署註銷申請人 106 年 11 月 14 日停保，並補收保險費，於法並無不合。</p> <p>三、申請人主張其自 106 年 11 月 14 日出境，有辦理停保，並於 107 年 11 月 22 日返國，有入出國日期證明書為證，健保署宣稱比對移民署入出境資料，就判定其持外國護照入境，逕註銷停保，直接扣繳保險費，但如何確定為其本人？也無移民署正式文件佐證，持外國護照有權利享有健保？有義務繳保費？請准予停保，並退還保費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 該署與內政部移民署之雲端資料介接平台已架設完成，雙重國籍人士持本國護照與外國護照出入我國之紀錄已歸戶呈現，該署在 107 年 5 月執行返國未復保清查專案，經由該介接平台「內政部移民署雲端資料介接中外旅客個人歷次入出境資料」，查得申請人於 106 年 11 月 14 日辦理出國停保後，於 107 年 5 月 3 日有返國事實（護照號碼：0000000000），另該署復於 107 年 12 月 19 日以健保○字第 0000000000 號函向內政部移民署函詢有關申請人之資料，依該署 107 年 12 月 21 日○○○字第 0000000000 號函復資料，護照號碼 0000000000 及護照號碼 0000000000 之護照及持照人之入出境相片，顯示申請人出國未滿 6 個月即持美國護照（護照號碼：0000000000）提前返國，依規定應自返國之日起註銷原停保，並補繳保險費。 2. 按全民健康保險係強制之社會保險，為全體國民提供健康照護，凡符合投保資格者，均有依法以適當身分投保及繳納保險費之義務，即使持有雙重國籍之國人身在國外，只要在臺灣地區設有戶籍，仍應參加。惟考量國內外就醫可近性差異，爰訂有「出國停保」之配套措施，當
--------	--

	<p>其入境（不論持何國護照），就醫不便性不復存在，停保事由消滅，即應復保繳納健保費，以落實健保照護全民健康及健保費負擔之公平性。</p> <p>(二) 按全民健康保險法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在臺設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保險費之義務，為全民健康保險法第8條第1項第1款所明定，一體適用於全國國民，應加保之保險對象除符合停保規定外，其究否出國及出國後以何種原因返國，不影響其加保及繳納保險費之義務。</p> <p>(三) 又考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於全民健康保險法施行細則第37條及第39條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於出國前主動提出申請，且以每單次出國6個月以上為要件，若出國期間未滿6個月即提前返國者，應自返國之日起註銷停保，並補收保險費。</p> <p>(四) 沒全民健康保險法施行細則第37條第2款前段以「預定出國6個月以上」為停保條件，並配合第39條第1項第2款「出國6個月以上者，應自返國之日起復保。但出國期間未滿6個月即提前返國者，應自返國之日起註銷停保，並補繳保險費」之規定，即保險對象因出國而停保，以實際出國6個月以上為許可之實質要件。易言之，制度設計使具有長期出國之事實者，得於出國前申請停保，但申請停保後，若實際出國未滿6個月，不論原因為何均不符合停保要件，即應註銷停保補繳保險費，此復有臺北高等行政法院100年度簡字第593號判決意旨可資參考。</p> <p>(五) 申請人雖曾辦理停保，惟其既有出國期間未滿6個月即提前返國之事實，則應自其該次返國之日起註銷停保，並補繳保險費，此係全民健康保險法施行細則第39條第1項第2款規定之構成要件該當而當然發生之效力，不因是否持我國護照返國而異其結果。</p> <p>四、綜上，健保署函知申請人，略以註銷申請人106年11月14日停保，並補收保險費等語，尚無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

案例五

案情摘要

保險對象將健保卡借予不具加保資格者使用，健保署依全民健康保險法第 81 條及全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項規定裁處罰鍰新臺幣 100 萬元。

衛部爭字第 1083405752 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
<p>一、健保署 108 年 8 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨</p> <p>(一) 申請人有將健保卡借予不具加保資格者鄭○○(於 106 年 1 月 3 日死亡)使用，容任鄭○○冒用申請人名義，於 105 年 4 月至 11 月期間至○○醫院及○○○醫院就醫，經查有以不正當行為或虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付，共計 94 萬 8,378 點，按各季點值換算為新臺幣(下同)89 萬 9,246 元。</p> <p>(二) 上揭情事，違反全民健康保險法第 81 條規定，應處以領取保險給付 2 倍至 20 倍罰鍰，前揭違法行為，經臺灣○○地方法院判決有期徒刑 4 月，緩刑 2 年，依行政罰法第 26 條第 2 項規定，原應裁處 2 倍罰鍰，復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第 10 點規定，罰鍰最高不得超過 100 萬元，故處以罰鍰 100 萬元。</p>	
<p>二、申請理由要旨</p> <p>其表姐鄭○○聲稱肚子不舒服，因假結婚來臺，無身分不能就醫，哀求本人借健保卡一用，本人多次去電索還健保卡，皆無人接聽，等接到來電時，是在○○醫院見鄭○○最後一面；其已四處借錢還清醫院帳款，其完全出於憐憫之心才借卡，釀成大錯，請念在並無詐騙健保署，並於第一時間付清健保署款項，請求原核定撤銷。</p>	
理由	
<p>一、依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項前段。</p> <p>(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 10 點。</p> <p>(三) 行政罰法第 26 條第 1 項及第 2 項。</p>	
<p>二、卷證</p> <p>臺灣○○地方檢察署檢察官 107 年○字第 0000 號起訴書、臺灣○○地方法院 107 年度○字第 000 號刑事判決、○○醫院 106 年 2 月 8 日(106)○○○○字第 0000 號函、○○○醫院 106 年 2 月 10 日(106)○○○○字第 0000 號函等影本及健保署意見書。</p>	
<p>三、審定理由</p> <p>(一) 依卷附相關資料顯示，本件係緣起於不具加保資格之案外人鄭○○於 106 年 1 月</p>	

3日因病危轉診至○○醫院，於轉診途中死亡，經檢察官相驗，始得知申請人將健保卡借予鄭○○使用，復經○○醫院、○○○醫院及健保署函報確認鄭○○冒用申請人健保卡於105年3月30日至11月13日期間住院及門診就醫，領取醫療費用合計94萬8,378點（按各季點換算為89萬9,246元）之情事，除經原核定論明者外，並有前揭臺灣○○地方法院107年○字第0000號起訴書、臺灣○○地方法院107年度○字第000號刑事判決等影本附卷可稽。

- (二) 本件係健保署因臺灣○○地方法院就申請人之行為判決有期徒刑4月、緩刑2年，依全民健康保險法第81條、行政罰法第26條及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10點規定，就前開領取之醫療費用計89萬9,246元之事實，裁處申請人罰鍰金額100萬元。
- (三) 申請人對於將健保卡借予鄭○○就醫並不爭執，僅主張其已還清醫院帳款，並無詐騙健保署云云，業經健保署意見書陳明如下，所稱核難執為本案免罰之論據：
1. 申請人將其健保卡交予未具加保資格之大陸人士鄭○○使用，致○○醫院、○○○醫院陷於錯誤而為鄭○○提供健保醫療服務，並向該署申報醫療費用點數共94萬8,378點。雖嗣後○○醫院、○○○醫院知悉鄭○○冒名就醫情事，函請該署註銷醫療費用點數，惟當鄭○○持申請人之健保卡到特約醫療院所過卡且完成就診行為，其實已經領取保險給付（接受健保醫療服務），依全民健康保險法第81條規定，應處以罰鍰。
 2. 參酌本案○○地方法院刑事判決事實及理由記載略以：「黃○○…明知鄭○○不得享有健保醫事服務機構所提供之健保醫療服務，…黃○○仍將健保卡交予鄭○○使用…容任鄭○○冒用其名義接受健保醫療服務而詐取免繳納自費醫療費用之利益…」，是申請人之行為顯非不知法規禁止將健保卡借予他人冒名使用，或無法意識到該借卡予他人使用之行為係屬不法，故尚難以行政罰法第8條但書而予以減輕或免除其刑。
 3. 綜上，本案核處罰鍰並無不當，經以當季醫院總額平均點值核算鄭○○冒申請人之名就醫之門、住診醫療費用計89萬9,246元，其2倍罰鍰為179萬8,492元，再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第10點第2項保險對象罰鍰金額最高不得超過新臺幣100萬元規定，處以申請人罰鍰100萬元。
- (四) 綜上，健保署依法處申請人罰鍰100萬元，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。

案例六

案情摘要

公司負責人為第 1 類被保險人，卻以第 6 類被保險人身分投保，與全民健康保險法第 11 條第 1 項前段「第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。」之規定不符。

衛部爭字第 1083402771 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、健保署 108 年 3 月 25 日健保○字第 0000000000 號函要旨 該署已變更申請人公司負責人為陳○○，並核定陳○○自 108 年 1 月 7 日起以負責人身分參加全民健康保險，投保金額核定為新臺幣 3 萬 4,800 元。</p> <p>二、申請人主張其公司負責人陳○○為榮民，享榮民健康保險，就陳○○之投保身分不服，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 4 目及第 11 條第 1 項前段。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 10 條。</p> <p>二、本件經審查卷附個人戶籍資料、財稅資料中心投保單位查詢資料清單、保險對象加保紀錄明細表、投保單位保費計算明細表等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>查申請人公司於 108 年 1 月 7 日變更負責人為陳○○，則陳○○自 108 年 1 月 7 日起即屬全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 4 目所定之雇主或自營業主，應以第 1 類被保險人身分投保，惟陳○○卻以第 6 類第 1 目被保險人身分加保，與全民健康保險法第 11 條第 1 項前段「第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。」之規定不符。</p> <p>三、申請人主張其公司已在結束營業前之準備狀態，目前為陳○○一人獨立善後，並未聘僱人員，陳○○為榮民，享榮民健康保險，政府機關為照顧人民之職責單位，不應以政府單位最有利的規定，剝奪人民爭取合理的最佳選擇云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以該署於 108 年 3 月執行「負責人比對財稅資料批次變更作業」時，發現申請人自 108 年 1 月 7 日變更負責人，未依規定向該署辦理變更及負責人以第 1 類被保險人(雇主或自營業主)身分加保，經該署逕予變更負責人並辦理負責人追溯自 108 年 1 月 7 日以第 1 類被保險人身分投保，陳○○既為申請人之負責人，為第 1 類被保險人應無疑義，依規定陳○○不得為第 6 類被保險人，申請人所稱可以選擇最有利的投保身分，顯係對法規有所誤解。</p>

	<p>(二) 按全民健康保險是一種強制性之社會保險，為達其自助互助及風險分擔之目的，故採量能付費之原則，即將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為 6 類，並按不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別。具有第 1 類被保險人資格者，並不得以第 6 類保險人投保，為全民健康保險法第 11 條第 1 項前段所明定，是有關申請人負責人陳○○投保身分之認定，並無由申請人或保險對象自行決定之餘地。</p> <p>四、綜上，健保署函知申請人，略以該署逕予核定申請人公司負責人陳○○自 108 年 1 月 7 日起以負責人身分投保等語，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

案例七

案情摘要

專門職業及技術人員自行執業者以其執行業務所得為投保金額，健保署依國稅局核定之執行業務所得，計算調整專門職業及技術人員自行執業者之健保投保金額。

衛部爭字第 1070024776 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件內容要旨</p> <p>(一) 本件緣起於健保署 107 年 7 月執行專門職業及技術人員自行執業者投保金額與財稅執行業務所得比對查核，查得申請人 104 年度執行業務所得金額為新臺幣(下同)228 萬 3,852 元，平均每月執行業務所得為 19 萬 321 元，乃於 107 年 7 月 2 日以健保○字第 0000000000 號函知其投保單位即○○會計師事務所簡○○會計師(以下簡稱申請人之投保單位)，略以依申請人之 104 年度執行業務所得合計後除以 12 個月，平均每月所得超過 105 年 3 月投保金額，爰依規定逕予追溯調整申請人 105 年 3 月至 106 年 2 月健保投保金額為 18 萬 2,000 元，應補收之保險費將於核計該單位 107 年 7 月份保險費一併計收。若申請人 104 年所得已重新核定，請於函附「全民健康保險投保金額調整名冊」以紅筆更正，於文到 15 日內併同舉證資料申報調整等語。</p> <p>(二) 申請人之投保單位檢附更正後之「全民健康保險投保金額調整名冊」、申請人 104 年至 106 年度綜合所得稅電子結算[網路]申報收執聯、</p>

	<p>106 年 8 月 25 日致財政部臺北國稅局「同意書」(同意 104 年度執行業務所得之純益率依前 3 年平均純益率之 17.46% 核定) 等資料，於 107 年 7 月 17 日向健保署申復，請求將投保金額由 18 萬 200 元更正為 8 萬 3,900 元。</p> <p>(三) 經健保署於 107 年 8 月 21 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人之投保單位，略以申請人原投保金額為 8 萬 200 元，與 104 年執行業務所得資料不符，該署依規定調整申請人自 105 年 3 月至 106 年 2 月之投保金額為 18 萬 2,000 元，應追繳之保險費差額於 107 年 7 月份保險費一併補收。</p> <p>(四) 另健保署於 107 年 8 月 17 日開單計收申請人之投保單位 107 年 7 月保險費 8 萬 9,468 元(含以投保金額追溯補收申請人 105 年 3 月至 106 年 2 月保險費差額 5 萬 7,300 元)。</p> <p>二、申請人就調高其投保金額及追溯補收保險費部分不服，檢附前開健保署 107 年 8 月 21 日健保○字第 0000000000 號函及 107 年 8 月 17 日列印核發之 107 年 7 月保險費繳款單影本，向本部提起訴願，經本部依全民健康保險法第 6 條規定，以全民健康保險爭議案件受理。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 5 目、第 20 條第 1 項第 3 款、第 2 項及第 21 條第 1 項。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 11 條及第 46 條第 1 項第 3 款。</p> <p>二、本件經審查卷附保險對象投保歷史、全民健康保險投保單位變更事項申報表、投保單位保費計算明細表、營利所得或執行業務所得查詢資料清單、全民健康保險保險費負擔金額表、中華民國會計師公會會計師執業入會查詢資料、財政部臺北國稅局綜合所得稅核定通知書(104 年度申報核定)等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 本件申請人係執業會計師，為○○會計師事務所之負責人，屬全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 5 目所定專門職業及技術人員自行執業者，依同法第 20 條第 1 項第 3 款及第 2 項規定，應以其執行業務所得為投保金額，並由保險人查核，如申報不實，保險人得逕予調整，合先敘明。</p> <p>(二) 申請人之投保單位原申報申請人之投保金額為 8 萬 200 元，經健保署依國稅局核定申請人 104 年度之執行業務所得金額 228 萬 3,852 元核算申請人平均每月執行業務所得為 19 萬 321 元(計算式：2,283,852 元 ÷ 12 個月 = 190,321 元)，乃據以追溯調整申請人 105 年 3 月至 106 年 2 月之投保金額為 18 萬 2,000 元，一併追溯補收該段期間之保險費差額 5 萬 7,300 元[計算式：每月保險費差額(8,536 元 - 3,761</p>

	<p>元)×12=57,300 元]，經核尚無不合。</p> <p>三、申請人主張健保署依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 3 款規定，以其執行業務所得為投保金額，然該條文並未指明此執行業務所得為國稅局所核定之課稅所得，國稅局所核定調整之課稅所得，有部分確實是納稅義務人所漏報之所得，此調整將會伴隨著罰款的產生，有部分卻是因法令另有規定而調整，如執行業務者依「執行業務所得查核辦法」之規定，不予認列之費用而剔除，所調整之所得，在此狀況下調整之所得為課稅所得並非實際之所得，因此並無漏稅罰款之情況，此部分調整之課稅所得理應不得列入健保之投保金額。其為○○會計師事務所合夥人之一，104 年執行業務所得為 104 萬 9,944 元，換算投保金額理應為 87,495 元，當年度國稅局調整其 104 年執行業務所得為 228 萬 3,852 元，此乃因國稅局查核○○會計師事務所之帳冊憑證時，認為有「執行業務所得查核辦法」規定中不予認列之費用，為避免徵納雙方之不便，於 106 年 8 月 25 日同意依前 3 年平均之純益率 17.46% 核定所得額，此為課稅所得並非實際所得，健保署以課稅所得 228 萬 3,852 元作為健保投保金額之換算，而調整其投保金額為 18 萬 2,000 元，追繳保險費 5 萬 7,300 元，實有失公允云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「專門職業及技術人員自行執業者，以其執行業務所得為投保金額」、「第一類被保險人，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整」、「第一類及第二類被保險人依第 20 條規定之所得，如於當年 2 月至 7 月調整時，投保單位應於當年 8 月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年 8 月至次年 1 月調整時，應於次年 2 月底前通知保險人，均自通知之次月 1 日生效」、「第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以 2 倍至 4 倍之罰鍰。」分別為全民健康保險法第 20 條、第 21 條及第 89 條所明定。 2. 另所得稅法第 14 條第 1 項第 2 類第 1 款規定，執行業務所得為凡執行業務者之業務或演技收入，減除業務所房租或折舊、業務上使用器材設備之折舊及修理費，或收取代價提供顧客使用之藥品、材料等之成本、業務上雇用人員之薪資、執行業務之旅費及其他直接必要費用後之餘額為所得額。而「執行業務所得查核辦法」係依所得稅法第 14 條第 1 項第 2 類第 3 款之規定訂定之，其執行業務所得如未依規定申報，主管機關得依法予以查核。 3. 該署 107 年 7 月依財稅資料查得申請人 104 年度執行業務所得為 228
--	---

	<p>萬 3,852 元，依該年度執行業務所得除以 12，計算平均月所得為 19 萬 321 元，經查申請人投保金額為 8 萬 200 元，故依投保金額分級表據以核定申請人自 105 年 3 月至 106 年 2 月投保金額為 18 萬 2,000 元。申請人認為其 104 年度執行業務所得(實際所得)為 104 萬 9,944 元，爰應以其每月平均所得 8 萬 7,600 元為投保金額(計算式：$1,049,944\text{元}/12=87,495$)。惟該署查調其「104 年度營利所得或執行業務所得查詢資料清單」，申請人核定後之執行業務所得為 228 萬 3,852 元。</p> <p>(二) 按執行業務所得之申報，申報人有設帳紀載者，得依其帳載數據申報，並送交帳簿、憑證供稅捐稽徵機關查核，亦得不送交帳簿、憑證，逕依書審純益率標準自行調整該年度執行業務所得總額，據以繳納綜合所得稅。惟無論採取何種方式，均屬申報人自行陳報之執行業務所得，經稅捐稽徵機關核定後，該核定即屬行政處分之性質，具有構成要件效力，於主管機關依職權撤銷或廢止，或申請人以之為標的提起行政爭訟勝訴確定前，該處分內容應為其他行政機關所尊重，並以之為既存之構成要件事實，作為其他機關決定時之基礎，此係行政機關管轄分權後當然發生，不待法律明文。健保署援用財政部臺北國稅局所核定原告年度執行業務所得總額，用以計算該年度平均每月執行業務所得，並用以調整健保投保金額，應屬有據，有臺灣臺北地方法院 103 年度簡字第 313 號行政訴訟判決意旨可資參考。</p> <p>(三) 查申請人向財政部臺北國稅局申報 104 年度執行業務所得，經該局核定為 228 萬 3,852 元，有卷附「營利所得或執行業務所得查詢資料清單」及「財政部臺北國稅局綜合所得稅核定通知書(104 年度申報核定)」影本可稽，則健保署依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 3 款規定，以 228 萬 3,852 元核算其投保金額，依法有據；惟倘申請人之執行業務所得扣除之費用、成本有誤，得向所屬國稅局更正後，另向健保署申復重新核算其投保金額。</p> <p>四、綜上，健保署調整申請人自 105 年 3 月至 106 年 2 月之投保金額為 18 萬 2,000 元，並追溯補收申請人 105 年 3 月至 106 年 2 月保險費差額 5 萬 7,300 元，核無不合，原核定關於此部分均應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

貳、補充保險費

一代健保以薪資所得為健保保險費主要費基，102年1月1日起施行二代健保，將健保保險費費基擴大，如民眾有高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及兼職所得等計收個人補充保險費，另新增投保單位補充保險費，計算費基為投保單位每月支付「薪資所得總額」與其受僱者當月「投保金額總額」之差額，「薪資所得總額」指符合所得稅法第14條第1項第3類所定薪資所得（所得稅格式代號50）規定之所得合計額，是不論支付之對象為雇主、受僱者、非受僱者或非本保險之保險對象，均一律列為該投保單位補充保險費計算之費基。

案例一

案情摘要

軍公教優惠存款利息屬所得稅法第14條第1項第4類規定利息所得，應按法定費率計收利息所得補充保險費。

衛部爭字第1080027625號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署108年8月6日健保○字第0000000000號函要旨 依全民健康保險法第31條、全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第2條、第3條第1項第5款規定及衛生福利部108年5月30日衛授保字第1083004503號函釋，優惠存款仍屬所得稅法第14條第1項第4類所稱之利息所得，因此，○○股份有限公司○○分公司於102年1月15日至108年5月1日期間扣取申請人利息補充保險費計新臺幣(下同)3萬1,477元，並繳納至該署，並無不當，申請人申請退還優惠存款利息扣取之補充保險費，礙難同意。</p> <p>二、申請人檢附健保署上開函影本，向健保署申請審議，經該署移由本部處理。</p>
理 由	<p>一、法令依據 (一) 全民健康保險法第31條及第33條。 (二) 全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第3條第1項第5款及第4條第1項。</p> <p>二、依卷附相關資料顯示，○○股份有限公司○○分公司於102年至108年5月每月給付申請人利息所得2萬438元至2萬1,327元不等，每單次給付金額已達扣取補充保險費下限金額(102年1月1日起為5,000元、105年1月1日起為2萬元)，則健保署依規定以法定費率(102年1月1日起為2%、105年1月1日起為1.91%)計收補充保險費，於法有據。</p> <p>三、申請人主張其係領取退休俸(含優惠存款利息)之軍職退除人員，該優惠</p>

	<p>存款利息自始為退除給與之一部分，非一般存戶與銀行機構間本於存息契約所生之利息所得，且 107 年 7 月 1 日軍職人員年金改革，以退休俸併計優惠存款利息之加總金額，扣減重新計算後退除所得之金額，將差額分 10 年調降至無差額，益證該優惠存款利息之屬性確為退除給與，另陸海空軍軍官士官服役條例第 3 條第 4 款定義優惠存款利息為退除給與項目，又依司法院釋字第 717 號解釋理由書所揭示之「優惠存款利息非獨立於退休金外之經常性給付」、「優惠存款利息為一般退休制度應含之所得替代率」，故健保署應撤銷原處分，並返還已扣取之補充保險費云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見陳明，略以為使健保永續經營，立法院審議通過二代健保法，業經總統 100 年 1 月 26 日公布、行政院發布自 102 年 1 月 1 日起實施，對於保險對象未列入一般保險費計費之其他所得，如高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等，計收補充保險費，以落實量能負擔的精神，提升保費負擔的公平性；以保險對象利息所得，作為核課、負擔全民健康保險保險費之基礎，符合司法院釋字第 472 號及第 473 號解釋所闡明之量能負擔的公平原則。另司法院釋字第 717 號解釋文，旨在解釋限定公教人員退休所得上限，減少辦理優惠存款金額，未違反信賴保護原則及比例原則等語。</p> <p>(二) 有關軍公教優惠存款利息是否屬所得稅法第 14 條第 1 項第 4 類利息所得之疑義，前經本部於 107 年 7 月 10 日以衛部保字第 1071260334 號函詢權責主管機關財稅部，經財政部臺北國稅局以 107 年 10 月 9 日財北國稅審二字第 1070033245 號函釋示「所詢公務人員退休資遣撫卹法第 4 條第 5 款、公立學校教職員退休資遣撫卹條例第 4 條第 5 款之『每月退休所得』，及陸海空軍軍官士官服役條例第 3 條第 4 款規定之『退除給與』，其包含優惠存款利息乙節，主要係為規定退伍、退休（職）人員每月退休所得之範圍，以及計算所得替代率，其立法作用及立法目的與所得稅法迥然不同，與所得稅法第 14 條第 1 項第 9 類規定之退職所得有別，是軍公教優惠存款利息，仍屬所得稅法第 14 條第 1 項第 4 類規定之利息所得」等語，爰健保署將系爭屬所得稅法第 14 條第 1 項第 4 類規定利息所得之優惠存款利息，按法定費率收取利息所得補充保險費，洵屬有據。</p> <p>四、綜上，健保署函復申請人，略以○○股份有限公司○○分公司於 102 年 1 月 15 日至 108 年 5 月 1 日期間扣取申請人利息補充保險費計 3 萬 1,477 元，並繳納至該署，並無不合，所請退還扣取之補充保險費，礙難同意等語，並無不合，原核定應予維持。至申請人一併請求退還 108</p>
--	---

	<p>年 6 月至 7 月扣取之補充保險費部分，因非原核定範圍，尚非本件所得審究，併予敘明。</p> <p>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。</p>
--	---

案例二**案情摘要**

公司負責人（扣費義務人）給付兼職所得時，應依規定之補充保險費率(105 年以後為 1.91%)扣取補充保險費，並於次月底前向健保署繳納，逾期繳納補充保險費，健保署加徵滯納金。

衛部爭字第 1073405252 號

審定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件內容要旨</p> <p>(一) 申請人等填具全民健康保險滯納金申復書，主張因其公司之工程項目繁多且進度不一，無法每月如期計算健保補充保費，請准予其公司於 106 年度補充保費之繳納於年度結束時一併計算云云，於 107 年 6 月 6 日向健保署申訴。</p> <p>(二) 健保署於 107 年 6 月 25 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人公司，略以依全民健康保險法第 35 條第 1 項規定，扣費義務人如逾保險費繳納寬限期仍未繳納者，依規定應加徵滯納金，另依全民健康保險法第 31 條規定，第 1 類至第 4 類及第 6 類保險對象有非所屬投保單位給付之薪資所得等各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納，申請人公司申請免徵滯納金，礙於法令規定，歉難同意，隨文檢附滯納金繳款單[即 107 年 6 月 20 日列印補發之滯納金欠費繳款單，加徵扣費義務人即申請人吳○○，滯繳 106 年 2 月至 6 月非所屬投保單位給付之薪資所得補充保險費之滯納金計新臺幣(下同)1,019 元]。</p> <p>二、申請人等不服，檢附前開函及附件滯納金繳款單影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	一、按「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及

	<p>未達一定金額者，免予扣取；二、非所屬投保單位給付之薪資所得。」、「投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。」為全民健康保險法第31條第1項第2款前段及第35條第1項第1款所明定，是以，扣費義務人應於給付非所屬投保單位保險對象薪資所得(即兼職所得)時，依補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前向保險人繳納，其未於該次月底之繳納期限繳納補充保險費時，得寬限15日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前1日止，每逾1日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，並以其應納費額之百分之十五為限，審諸其意甚明。</p> <p>二、依卷附公司基本資料、銷帳狀況表、申請人公司106年非所屬投保單位給付之薪資所得補充保險費申報明細資料彙總表、補充保險費滯納核計彙總表等相關資料影本及健保署意見書顯示，申請人吳○○為申請人公司之負責人，為申請人公司之扣費義務人，於申請人公司每次給付兼職所得時，即應依規定之補充保險費率(105年以後為1.91%)扣取所給付兼職所得之補充保險費，並於次月底前向保險人即健保署繳納，惟申請人吳○○就106年2月至6月每月非所屬投保單位給付之薪資所得補充保險費(分別為1,284元、1,452元、1,536元、1,047元及1,471元)均遲至107年1月31日始繳納，復為申請人等所不爭執，則申請人吳○○就前開系爭非所屬投保單位給付之薪資所得補充保險費顯已逾限繳納，爰健保署依各該筆補充保險費繳納期限(給付日之次月底)再加寬限期15日起算至實際繳納日止，每逾1日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，並以應納費額之百分之十五為上限，計收系爭補充保險費滯納金1,019元，於法尚無不合。</p> <p>三、申請人等固主張因其公司之工程項目繁多且進度不一，無法每月如期計算健保補充保費，請准予其公司於106年度補充保費之繳納於年度結束時一併計算云云，業經健保署意見書陳明如下，所稱核難執為本案之論據：</p> <p>(一) 全民健康保險係為提供醫療保健服務，增進全體國民健康之強制性社會保險，所按月收取之保險費係為按月支付醫療費用，為促使投保單位、保險對象及扣費義務人履行公法上金錢給付之義務，訂有加徵滯納金之規定，係督促渠等儘速履行以及填補保險費收入因逾期未繳所造成健保財務不平衡。依全民健康保險法第35條規定，投保單位、保險對象或扣費義務人未依繳納期限繳納保險費時，得寬限15日，</p>
--	---

	<p>實已考量繳款人因不同之狀況無法於繳款期限內繳納保險費，而給予寬限期限。另全民健康保險法係經立法院通過並經總統公布施行之法律，全體保險對象即有遵循之義務，為維整體公平性，不得因無法每月如期計算等理由，而主張免除應負擔之義務。</p> <p>(二)申請人等表示其公司工程項目繁多且進度不一，故無法每月如期計算健保補充保費，惟查申請人公司申報之非所屬投保單位給付之薪資所得補充保險費明細資料，扣費義務人已按月臚列各所得人所得給付日期及所得給付金額，所請與法無據。</p> <p>四、綜上，健保署函復申請人公司，略以申請免徵滯納金，歉難同意等語，並開單計收申請人吳○○系爭滯納金 1,019 元，並無不合，原核定均應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

案例三

案情摘要

有受僱者加保之投保單位支付所得稅法所定之薪資所得（所得格式代號 50），於扣除該單位所申報其受僱者之投保金額後，其差額即應列入投保單位補充保險費之計算範圍。

衛部爭字第 1073405312 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一) 健保署於 107 年 6 月 13 日以健保○字第 0000000000 號函通知申請人，略以該署依 105 年度財稅薪資所得資料，申請人公司 105 年度支付之薪資所得總額(所得格式代號 50)及受僱者投保金額總額之差額資料核算，查得應補繳補充保險費新臺幣（下同）3,392 元，隨函檢附查核名冊，如有疑義，請向該署辦理更正，如無異議或更正後尚需補繳者，該署將於 107 年 8 月寄發應補繳之投保單位補充保險費繳款單通知申請人繳納等語。</p> <p>(二) 申請人於 107 年 7 月 13 日以「補充健保費更正申請書」向健保署申請更改剔除有關負責人彭○○薪資部分之補充保險費，經健保署以 107 年 7 月 23 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以雇主以營利所得為投保金額，雇主薪資並未列入一般保險費計算基礎，無重複計收保險費情形，申請人 105 年度支付之薪資總額為 102 萬 2,000</p>

	<p>元，扣除同年度受僱者投保金額總額 84 萬 4,400 元後之差額為 17 萬 7,600 元，按補充保險費率 1.91% 計算應繳納 105 年度投保單位補充保險費為 3,392 元無誤等語。</p> <p>二、申請人不服，檢附健保署前開 107 年 6 月 13 日健保○字第 0000000000 號函及 107 年 7 月 23 日健保○字第 0000000000 號函影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 33 條及第 34 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 55 條及第 56 條第 2 項。</p> <p>二、按「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」、「本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。」為全民健康保險法第 34 條及其施行細則第 55 條所明定，是以，有受僱者加保之投保單位支付所得稅法所定之薪資所得（所得格式代號 50），於扣除該單位所申報其受僱者之投保金額後，其差額即應列入投保單位補充保險費之計算範圍，審諸其意甚明。</p> <p>三、查申請人公司於 105 年度申報財稅薪資所得（所得格式代號 50）總額為 102 萬 2,000 元，已超過申請人所申報同年度受僱者之全年投保金額總額 84 萬 4,400 元，有財稅所得表、投保金額總額表影本附卷可稽，復為申請人所不爭執，因此，申請人即應按其差額及費率計算應負擔之補充保險費，併同一般保險費繳納，則健保署就兩者差額 17 萬 7,600 元（1,022,000 元 - 844,400 元 = 177,600 元），依規定之補充保險費率 1.91%，核定計收其投保單位應繳納之補充保險費為 3,392 元（177,600 X 1.91% = 3,392 元），於法自屬有據。</p> <p>四、申請人主張其公司 105 年支付之薪資所得總額計 102 萬 2,000 元，同年受僱者投保金額總額計 84 萬 4,400 元，差額 17 萬 7,600 元，係其公司支付負責人彭○○ 105 年 1 至 3 月總計薪資 12 萬元及楊○○ 105 年 1 至 12 月薪資計 5 萬 7,600 元之總和，楊○○ 每月薪資低於扣繳額，其公司誤為無需扣繳，同意補繳，而負責人彭○○ 該薪資所得，已於每月依健保署所擇方式計算核發之健保費繳款單繳交，不應再繳交補充保險費，應剔除更正。健保費之徵收理當依當事人薪資所得為計算基準，然健保署對雇主（代表人）無論有無領取薪資，皆依全民健康保險法第 20 條，強迫以公司營利所得或公司最高薪資者之薪資計算核課健保投保費用，明顯不符公平、公正、平等之課稅原則，有違法違憲之事實。再者，既</p>

	<p>選定雇主(代表人)無論有無領取薪資，皆得以公司營利所得或公司最高薪資者之薪資計算核課健保投保費用，即表明為對雇主(代表人)放棄以其本人之薪資所得來核課健保投保費用，而強迫以公司營利所得或他人薪資非本人所得為投保費用，此無異綜合所得稅中列舉所得扣除額與標準扣除額僅能二擇一適用，那有強迫要求選擇以公司營利所得或與本人非有一定關係之他人薪資收取最有利、能核課到最多金額之核課收費方式後，再回頭又要雇主以其真實薪資繳交補充保費？此對雇主而言實為重複課稅，而有違法云云，惟所稱核有誤解，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 保險費負擔公平乃是全民健康保險永續經營的基石，亦為國家社會安全重要一環，基於健保財務穩定，政府推動二代健保，將一代健保以薪資所得為健保保險費主要費基基礎擴大，如民眾有高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及兼職所得等計收補充保險費，及雇主就其每月所支付薪資所得總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，增列為計費基礎收取補充保險費部分，以提升負擔公平之精神前提下，確為二代健保之立意。2. 全民健康保險法第 10 條、同法施行細則第 10 條及公司法第 8 條規定，雇主為第 1 類第 4 目被保險人，雇主指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人，所稱公司負責人在有限公司為董事。經查經濟部公司登記資料查詢，申請人公司之董事為彭○○，代表人亦同，依前述規定其為全民健康保險法所述之負責人無疑。3. 全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並以類型化方式合理計算投保金額。依全民健康保險法第 20 條及同法施行細則第 46 條規定，雇主以其營利所得為投保金額；僱用被保險人數未滿 5 人之事業負責人，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。故雇主計收一般保險費之基礎係營利所得，申請人認為雇主已依薪資所得計算投保金額，似有重複計收保險費之情形，係對法規有所誤解。另營利所得係指所得稅法第 14 條第 1 項第 1 類為公司股東所獲分配之股利總額，依上述規定，雇主投保金額係依其獲分配之股利總額，並同時需符合全民健康保險法規定之最低下限，申請人指以所有公司營利所得加諸於雇主計算投保金額為不合理，以他人之所得核課補充保費等理由，係對法規之誤解。4. 雇主為第 1 類第 4 目被保險人，非全民健康保險法第 34 條規定之第
--	--

	<p>1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位的受僱者，故其投保金額不應計入投保單位之「受僱者當月投保金額總額」。次依全民健康保險法第 20 條規定，雇主以營利所得為投保金額，與受僱者以其薪資所得為投保金額有所不同，雇主薪資並未列入一般保險費計算基礎，爰無重複計收保險費情形。</p> <p>5. 全民健康保險法第 31 條第 1 項第 4 款規定，第 1 類至第 4 類及第 6 類保險對象有股利所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納，已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。爰申請人支付予雇主之股利所得(非薪資所得)，已於一般保費計收，則免扣取補充保險費，故全民健康保險法第 31 條及 34 條規定之繳納對象並不相同，申請人主張雇主之薪資所得再收補充保險費，係重複且不合法一節，實對法規之誤解。</p> <p>(二) 本件除經健保署前開意見論明者外，查 102 年 1 月 1 日施行之全民健康保險法（二代健保）係經立法院通過、總統公布施行之法律，所新增計收投保單位之補充保險費，依全民健康保險法第 34 條及其施行細則第 55 條規定，凡是第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位，所支付符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類規定之薪資所得，不論支付之對象為雇主、受僱者、非受僱者或非本保險之保險對象，一律列為該單位投保單位補充保險費計算之費基。申請人就系爭支付予負責人彭○○之 12 萬元，既以所得格式代號 50 向國稅局申報，即為符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定之薪資所得，則健保署依申請人申報財稅薪資所得資料，認定該金額應併計為其投保單位補充保險費之計算範圍，自屬有據。</p> <p>五、綜上，健保署核定申請人應補繳 105 年度投保單位補充保險費為 3,392 元，核無不合，原核定均應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

參、保險給付

一、於臺灣地區外就醫：以不可預期之緊急傷病或緊急分娩為核退條件

依全民健康保險法第 55 條第 2 款、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法、改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋等相關規定，保險對象於臺灣地區外就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，且健保署、爭審會對於臺灣地區外之核退案件，應依例外從嚴之法理，予以審查，亦即准予核退之範圍，以其醫療符合適切、合理而有必要之緊急處置為限。

- (一)「不可預期」之「緊急傷病或緊急分娩」，此部分屬專業判斷之範圍，原則上採個案審查原則，依申請人所檢附之就醫相關資料，由醫療專家就個案予以認定。
- (二)保險對象所送個案病歷記載過於簡略（只有診斷病名或處方，或只有在收據上記載診斷病名或代碼），無相關資料足以判斷保險對象於就醫當時之病況，申請核退相關醫療費用不予同意。

二、臺灣地區內就醫

此類案件類型較多，例如未帶健保卡就醫又未於十日內(不含例假日)補送健保卡申請退費、不符特材或藥品適應症、非全民健康保險給付範圍、申請核退免部分負擔醫療費用等，不一而足。

案例一

案情摘要

保險對象因糖尿病於大陸地區住院 5 日以上，醫療證明文書未辦理公驗證，且病歷亦無情況緊急之相關記載，系爭住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，不符合核退條件。

衛部爭字第 1083400928 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：糖尿病併慢性合併症等。</p> <p>三、就醫情形：107 年 11 月 1 日至 8 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 依健保署(改制前中央健康保險局)99 年 3 月 29 日健保醫字第 0990072393 號函示，保險對象申請核退大陸地區住院 5 日(含)以上之自墊醫療費用核退案件，其醫療費用收據正本及診斷書須經公證、驗證，始予採認。</p> <p>(二) 本件經專業審查，認定糖尿病非屬不可預期之緊急傷病，所請核退醫</p>

	療費用，核定不予給付。另收據及診斷書未經公驗證，併予敘明。
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。</p> <p>(三) 臺灣地區與大陸地區人民關係條例施行細則第 38 條。</p> <p>(四) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>(五) 改制前中央健康保險局(於 102 年 7 月 23 日改制為健保署)99 年 3 月 29 日健保醫字第 0990072393 號函。</p> <p>二、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「出院小結」、收費票據等就醫相關資料顯示：</p> <p>(一) 申請人於 107 年 11 月 1 日至 8 日住院，所檢附系爭住院(逾 5 日)之醫療證明文書，並未辦理文書驗證，已不符臺灣地區與大陸地區人民關係條例施行細則第 38 條「在大陸地區製作之委託書、死亡證明書、死亡證明文件、遺囑、醫療機構證明文件、切結書及領據等相關文件，應經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證。」之規定，且依該等就醫資料進行審查，申請人於 107 年 11 月 1 日以「口乾、多飲、多尿半年餘，發現血糖升高 1 天」收治入院，經診斷為「2 型糖尿病伴有多個併發症」等，卷附就醫資料並無情況緊急之相關記載，系爭住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 107 年 11 月 1 日至 8 日住院費用。</p> <p>三、申請人主張其於 107 年 11 月 1 日因感冒不適門診就醫，當下醫生測量空腹血糖 26，低於標準 70~110mg，醫生要求緊急住院就醫施打胰島素云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險</p>

	<p>自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。</p> <p>(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限。</p> <p>(三) 本件經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為申請人系爭住院非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>四、綜上，健保署未准核退系爭住院醫療費用，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

案例二

案情摘要

學齡兒童，門診有合併發燒，是否符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條第5款所訂「突發性體溫不穩定者」之緊急傷病範圍？有由健保署釐清之必要。

衛部爭字第1083402603號

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於申請人於107年11月9日、108年1月8日及16日門診就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○門診部。</p> <p>二、就醫原因：急性細支氣管炎等。</p> <p>三、就醫情形：107年11月3日、9日、108年1月8日、16日及19日計5次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p> 本件經專業審查結果，非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署(於102年7月23日改制為衛生福利部)91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>二、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」等相關資料顯示：</p>

	<p>(一) 申請人因發熱、咳嗽、咽痛等於 107 年 11 月 9 日、108 年 1 月 8 日及 16 日門診就醫，經身體診察結果，體溫分別為 39.4°C、38.9°C 及 39.2°C，診斷為「急性化膿扁桃體炎」、「急性扁桃體炎」及「急性上呼吸道感染」，考量申請人係 98 年生，為學齡兒童，該 3 次門診當時合併有發燒之病情，是否符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條第 5 款所訂「突發性體溫不穩定者」之緊急傷病範圍？因攸關此部分 3 次門診是否屬因不可預期之緊急傷病而就醫之認定，有由健保署釐清之必要。</p> <p>(二) 至申請人於 107 年 11 月 3 日及 108 年 1 月 19 日因咳嗽、咳痰等門診就醫，分別經診斷為「急性支氣管炎」及「急性上呼吸道感染」，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>三、綜上，原核定關於 107 年 11 月 9 日、108 年 1 月 8 日及 16 日門診醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；至其餘醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為部分有理由，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 19 條第 1 項暨第 2 項規定，審定如主文。</p>
--	---

案例三

案情摘要

保險對象就已知悉之病情，選擇於國外計畫性住院就醫，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，不符合核退條件。

衛部爭字第 1073404959 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：德國。</p> <p>二、就醫原因：原發性脊椎側彎。</p> <p>三、就醫情形：107 年 6 月 6 日至 7 月 4 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p> 本件經專業審查，認為非屬緊急傷病，核定不予核退。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。</p>

	<p>(三) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復依相關資料及申請人爭議審議申請書說明內容，再經專業審查結果，認為青少年特發性脊柱側彎，不是不可預期，也非緊急傷病，仍維持原核定。</p> <p>三、綜整申請人主張、本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫相關資料顯示：</p> <p>(一) 申請人因原發性脊椎側彎於 107 年 6 月 6 日至 7 月 4 日住院就醫，接受高強度復健治療，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，復參酌申請人於申請理由自述其有脊柱側彎，曾於臺南、臺北各大醫院尋求治療，德國以物理治療及支架能有效治療青少年脊柱側彎等語，顯示申請人係就已知悉之病情，選擇於國外計畫性住院就醫，系爭住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 107 年 6 月 6 日至 7 月 4 日住院費用。</p> <p>四、申請人主張其至德國接受高強度脊柱側彎住院復健治療，科學研究指出，特定物理治療可有效矯正 20-50 度的脊柱側彎，而支持手術治療青少年脊柱側彎則證據並不充分，所以建議健保署將此特定物理治療納入健保給付，並同意核退此次住院治療費用云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。</p> <p>(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，依例外</p>
--	---

	<p>從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權利。</p> <p>(三) 本件經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為系爭住院就醫非屬因不可預期之緊急傷病，已如前述，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

案例四

案情摘要

門診部分未依規定檢附診斷書或證明文件供核，不符規定；住院部分，申請人有高血壓病史，依醫療常規，該病症予以門診藥物治療控制病情即可，尚無住院之必要，健保署核退1次門診費用。

衛部爭字第1083402357號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○自治區○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：高血壓病3級等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 107年11月22日計2次門診(心內科、內分泌科)。</p> <p>(二) 108年1月8日至11日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計2萬6,771元[含住院費用2萬6,505元及107年11月22日門診(心內科)費用266元；另107年11月22日門診(內分泌科)費用，原核定未列計]。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 107年11月22日門診(心內科)：按收據記載金額，核實核退266元。</p> <p>(二) 107年11月22日門診(內分泌科)：檢還收據，未檢附診斷病歷。</p> <p>(三) 108年1月8日至11日住院：經審查核定，同意改以1次門診費用給付，爰按健保署公告「108年1、2、3月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次916元，核付1次門診費用916元；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>六、申請人就未准核退107年11月22日門診(內分泌科)及住院醫療費用部分不服，向本部申請審議。</p>
理由	一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。
- (二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表、第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款暨第 2 項。
- (三) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。
- (四) 健保署 108 年 1 月 15 日健保醫字第 1080032553 號公告。

二、關於 107 年 11 月 22 日門診(內分泌科)部分

(一) 健保署提具意見

申請人 107 年 11 月 22 日內分泌科門診，查迄本次爭議審議階段仍未依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條規定補送診斷證明文件，該署未便受理。

(二) 按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，審諸其意甚明。

(三) 此部分申請人向健保署申請核退該 107 年 11 月 22 日內分泌科門診費用時，僅檢附 1 紙「門診收費收據」及 2 紙「門診醫療收費收據」，並未依前開規定檢附診斷書或證明文件供核，為申請人所不否認，即與前開規定不符，健保署以未檢附診斷病歷，不予核退費用，核屬有據。

三、關於 108 年 1 月 8 日至 11 日住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫資料影本顯示：

(一) 申請人本次住院係因情緒激動，頭暈、頭痛症狀加重，伴心悸、胸悶、頭脹、問答表述欠清等症狀經急診以「高血壓病」收治入院，急診當時量測血壓為 160/90 mmHg，入院後血壓降到 140/80 mmHg，診斷為「高血壓病 3 級(藥物控制)很高危組」等，惟姑不論依出院記錄記載，申請人有高血壓病史，且依醫療常規，該病症予以門診藥物治療控制病情即可，尚無住院之必要。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 1 次門診費用，其餘醫療費用，不予核退。

四、申請人主張其 108 年 1 月 7 日晚間 9 點左右經救護車送急診觀察後，恰巧是 108 年 1 月 8 日 0 點住院，電腦無法更正，當時緊急一團亂，急診收據找不到，但一定是急診收住的，是否應按急診給付；另 107 年 11 月 22 日門診，應該只需門診診斷，為何要求診斷病歷云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使

	<p>命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。</p> <p>(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫，並檢附醫療費用收據(費用明細)、診斷書或證明文件佐證者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權利。</p> <p>(三) 本件申請人系爭門診及住院就醫，其中門診部分，並未依規定檢附診斷書或證明文件供核，另住院部分，復經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為申請人之病症予以 1 次門診治療，已足夠因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

案例五

案情摘要

保險對象於出境前已多次產檢，早已知悉其妊娠週數及預產期，系爭產前檢查及住院生產尚難認屬因不可預期之緊急傷病與緊急分娩而就醫，不符合核退條件。

衛部爭字第 1083402323 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：美國。</p> <p>二、就醫原因：產前檢查及剖腹生產。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 107 年 9 月 11 日、20 日、24 日、27 日、10 月 1 日、4 日、8 日及 15 日計 8 次門診。</p> <p>(二) 107 年 10 月 17 日至 20 日住院(依健保署意見書記載)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>有關申請人 107 年 9 月 8 日出境，107 年 10 月 17 日至 20 日於美國住院剖腹產，11 月 12 日入境，經該署專業審查，認為預期之剖腹產(前胎剖腹產)，非屬不可預期之緊急分娩，另 107 年 9 月 11 日、20 日、24 日、27 日、10 月 1 日、4 日、8 日及 15 日產前檢查，非屬不可預期之緊急傷病，所請核退醫療費用，核定不予給付。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署（於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>二、綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附就醫資料、保險對象門診申報紀錄明細表及「移民署雲端資料介接中外旅客個人歷次入出境資料更新作業」電腦畫面等相關資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人於 107 年 9 月 8 日出境，旋於 9 月 11 日、20 日、24 日、27 日、10 月 1 日、4 日、8 日及 15 日進行多次產前檢查，嗣因「Scheduled c-section」（預定剖腹產）於 107 年 10 月 17 日住院進行剖腹生產，惟姑不論申請人出境前即於 107 年 4 月 3 日至 9 月 4 日期間，在國內健保特約院所有多次產前檢查紀錄(IC41 至 IC46，分別為妊娠未滿 17 週、妊娠 17 週至未滿 29 週及妊娠 29 週以上），足見申請人早已知悉其妊娠週數及預產期，且所附就醫資料亦無情況緊急之相關描述，是系爭 8 次門診產前檢查及住院生產尚難認屬因不可預期之緊急傷病與緊急分娩而就醫。</p>

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 107 年 9 月 11 日至 10 月 15
日期間 8 次門診及 107 年 10 月 17 日至 20 日住院費用。

三、申請人主張其在懷孕期間因家人有急事前往美國處理，等情況安定想回臺時，美國醫生不願開立適航證明讓其回臺，當時醫師考量原因是寶寶的頭太大，若在飛機上有狀況，無法在飛機上「自然產」，這是一開始始料未及的，當寶寶出生時也證實醫生的判斷沒錯，小朋友的頭圍真的過大，這在生產過程中真的很危險云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權利。

(三) 本件經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為系爭 8 次門診及住院非屬因不可預期之緊急傷病與緊急分娩而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，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。

案例六

案情摘要

保險對象於韓國 3 次門診就醫，健保署依公告之全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限(本保險特約醫院及診所總體之平均醫療費用)，核退 3 次門診醫療費用。

衛部爭字第 1083403828 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：韓國。</p> <p>二、就醫原因：眼科不明疾病及子宮內膜增生症（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：107 年 9 月 11 日（眼科）、12 月 12 日（婦產科）及 20 日（婦產科）計 3 次門診（依健保署核定通知書、意見書及補充意見記載）。</p> <p>四、醫療費用：107 年 12 月 12 日及 20 日門診費用折合新臺幣（下同）各 2 萬 7,104 元、4,099 元，合計 3 萬 1,203 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 107 年 12 月 12 日及 20 日門診：按健保署公告「107 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 962 元，各核退 1 次門診費用計 1,924 元($962\text{元} \times 2 = 1,924\text{元}$)；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 107 年 9 月 11 日門診：檢還收據正本 2 紙（未附診斷證明文件）。</p> <p>六、申請人主張其醫藥費用共 3 萬 1,203 元，健保署核退金額 1,924 元，差距過大云云，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(三) 健保署 107 年 10 月 16 日健保醫字第 1070033999 號公告。</p> <p>二、查本件申請人於系爭 107 年 12 月 12 日及 20 日於臺灣地區外門診就醫，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依前揭健保署公告「107 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 962 元，核退該 2 次門診費用計 1,924 元($962\text{元} \times 2 = 1,924\text{元}$)在案，其餘超過核退上限之醫療費用計 2 萬 9,279 元（計算式：$31,203\text{元} - 1,924\text{元} = 29,279\text{元}$），該署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、申請人主張其於韓國期間因子宮內膜出血求診，因病情危急需即時輸血，醫藥費用共 3 萬 1,203 元，健保署核退金額 1,924 元，差距過大，不知健保署給付內容如何云云，惟所稱核有誤解，分述如下：</p> <p>(一) 查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資</p>

	<p>源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署（於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，於該辦法第 6 條第 1 項第 2 款明定臺灣地區外核退醫療費用之基準，採國內各級特約醫院及診所平均水準之支付作為定額核退基準上限，已考量就醫期間使用之材料藥品及治療處置等相關費用，並於同條第 2 項明定，前開核退費用之基準，由保險人每季公告之。</p> <p>(二) 又前開辦法第 6 條第 1 項第 2 款有關臺灣地區外核退醫療費用之基準，係於 106 年 12 月 4 日修正發布，將原以國內特約醫學中心平均費用之基準，修為以本保險特約醫院及診所總體之平均醫療費用為訂定基準，並自 107 年 1 月 1 日施行，其立法目的係為使境外就醫醫療費用核退基準更為合理，有該辦法修正理由可考，爰有關臺灣地區外核退醫療費用之核退上限自 107 年 1 月起即有較大幅度調整。</p> <p>(三) 本件申請人系爭 2 次門診業經健保署依前開規定，以 107 年 10 月 16 日健保醫字第 1070033999 號公告「107 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 962 元，則該署據以核退系爭 2 次門診醫療費用計 1,924 元，於法即無不合。</p> <p>四、綜上，健保署依核退上限核退 107 年 12 月 12 日及 20 日 2 次門診醫療費用 1,924 元，該 2 次門診其餘費用未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

案例七

案情摘要

保險對象於美國就醫，申請核退醫療費用已逾 6 個月申請期限，健保署不予核退。

衛部爭字第 1083406293 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：美國○○HOSPITAL。</p> <p>二、就醫原因：魚刺卡在喉嚨（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：108 年 1 月 12 日急診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人 108 年 1 月 12 日急診就醫，遲至 108 年 8 月 10 日始提出自墊醫療費用核退之申請，已逾 6 個月內申請期限，未便辦理。</p>
理由	<p>一、法令依據：全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 1 項第 1 款。</p> <p>二、本件申請人於 108 年 1 月 12 日急診就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自該次急診治療當日起 6 個月內（申請末日為 108 年 7 月 12 日），向健保署提出醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 108 年 8 月 10 日始向該署提出本件醫療費用核退之申請，有申請人郵寄申請糾爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」信封上之中華郵政股份有限公司○○郵局掛號函件條碼及郵戳日期可按，復為申請人所不否認，本件即已逾 6 個月申請期限。</p> <p>三、申請人雖主張其 108 年 1 月 4 日至美國留學，108 年 1 月 12 日在美國急診就醫，經網路查看申請核退自墊醫療費用需要什麼文件證明，看到需要提供出、入境證明文件影本，想說 108 年 8 月 2 日回臺灣有了入境資料後再申請核退，但因不知有必須就醫起 6 個月內申請的規定，而被原件退回云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 查保險對象於臺灣地區外因發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，其申請核退醫療費用之期限，除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所明定，爰一體適用於全體保險對象。</p> <p>(二) 又前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長。</p> <p>四、綜上，健保署函復申請人，略以申請人提出核退之申請，已逾 6 個月內申請期限，未便辦理等語，並無不合，原核定應予維持。</p>

	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。
--	---

案例八

案情摘要

系爭特材「柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組(TKP03ACT102C)」屬應事前審查之項目，特約醫院為申請人提出事前審查申請，經健保署核定不予同意，且申請人家屬已簽署自費同意書，足見申請人及其家屬對於須自費使用系爭特材，應有充分認知，事後再有爭執，即難謂為有理由。

衛部爭字第1073404853號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、案件緣由及原核定內容要旨</p> <p>(一) 申請人於107年5月14日至16日入住○○醫院，自付醫療費用新臺幣(下同)3萬865元，於107年5月22日填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」向健保署申請核退自墊之醫療費用。</p> <p>(二) 案經健保署以107年8月28日健保○字第0000000000號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依○○醫院函復，申請人為復發性肝癌患者，接受肝腫瘤無線頻率電熱療法的治療(依支付標準規範特材另計)，然治療中所使用之特材(代碼TKP03ACT102C，冷循環式射頻燒灼電極針)屬事前審查品項，該醫院依規定向該署提出申請，惟經審查結果，「不符適應症，不予同意」，故才請申請人自費，該醫院治療前亦先說明並尊重申請人及家屬的選擇，依申請人家屬同意並簽立自費同意書在卷。 本案申請人接受肝腫瘤無線頻率電熱療法的治療，所使用之特材「柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組(TKP03ACT102C)」，經查○○醫院於107年5月3日向該署提出申請事前審查，依病理結果無法確認為肝細胞癌，故107年5月11日核定為「不予同意」。另申請人當次接受「侵入性內視鏡無痛麻醉」，依該醫院檢附申請人病歷影本等資料經送專業審查結果，認為小型肝結節的病理仍無法確認為肝細胞癌，不符合「侵入性內視鏡無痛麻醉」適應症之給付規定。 申請人107年5月14日至16日於○○醫院住院接受「經皮肝臟右葉破壞術」，該醫院申報申請人住院費用，包括診察費、處置費、病房

	<p>費、檢查費、藥費等，已由健保給付；另申請人自付醫療費用明細，該署核定結果，事前審查核定不予同意品項、不符合適應症給付品項計 2 萬 5,685 元(依函附核定明細表記載，包括「柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組」2 萬 685 元、「侵入性內視鏡無痛麻醉」5,000 元)，及健保不給付品項計 5,180 元，共計 3 萬 865 元，均應由申請人自行負擔。</p> <p>二、申請人檢附上開健保署 107 年 8 月 28 日健保○字第 0000000000 號函影本，主張其在進入手術房前，醫師通知健保署未核准費用，須其簽下自費，請給付醫療費用 2 萬 5,685 元云云，就未准核退「柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組」及「侵入性內視鏡無痛麻醉」2 項目之醫療費用 2 萬 5,685 元部分不服，向本部申請審議，並申請到場陳述意見。</p>
理 由	<p>一、法令依據：</p> <p>(一) 全民健康保險法第 40 條第 1 項。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法第 18 條第 1 款。</p> <p>(三) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 25 條第 1 項及第 3 項。</p> <p>(四) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 66 條、第 80 條特殊材料給付品項及第 84 條特殊材料給付規定：特材代碼 TKP03ACT102C/柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組(含 2 片以上之迴路電極貼片)"COVIDIEN" VALLEYLAB COOL-TIP RF SYSTEM-RF ELECTRODE KIT (給付規定代碼：E210-2)。</p> <p>二、綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附病歷、醫療費用收據等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 關於柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組(TKP03ACT102C)計 2 萬 685 元部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 按「依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申請或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。」，為全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 66 條所明定。 查系爭特材「柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組(TKP03ACT102C)」係屬應事前審查之項目，前經○○醫院為申請人檢附相關病歷資料於 107 年 5 月 3 日向健保署提出事前審查申請，經健保署於 107 年 5 月 11 日審查因「The entity of the small nodule is uncertain」，乃核定不予同意，惟該醫院並未

	<p>循序向健保署提出申復，即於申請人 107 年 5 月 14 日至 16 日住院期間逕予使用系爭特材，即與規定不符，況經本部委請醫療專家審查結果，亦認為申請人當時病況尚未確診，難認符合系爭特材之適應症規定。</p> <p>(二) 關於「侵入性內視鏡無痛麻醉」5,000 元部分</p> <p>此部分系爭「侵入性內視鏡無痛麻醉」尚未納入本保險給付範圍，業經健保署意見書陳明在卷，即無由本保險支付該項費用。</p> <p>(三) 綜合判斷：同意健保署意見，系爭「柯惠威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組」(TKP03ACT102C)2 萬 685 元，及「侵入性內視鏡無痛麻醉」5,000 元，合計 2 萬 5,685 元，均應由申請人自行負擔。</p> <p>三、申請人主張其列為重大傷病患者，進入第三次電療療程，在進入手術房前，醫師通知健保署未核准此次醫療費用，須其簽下自費，其在無奈下同意，此次向健保署提出異議，回函令人甚覺不滿，再次提出異議云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而被保險人所使用之藥品或診療服務逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，而非在其核定使用藥品或診療服務之適應症範圍內，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照。</p> <p>(二) 依卷附經申請人之配偶呂○○於 107 年 5 月 15 日 13 時 30 分簽名確認之○○醫院「消化內科檢查自費材料及藥物同意書」影本記載：「<input checked="" type="checkbox"/>本人同意，並願意自費給付材料及藥物如下表。<input checked="" type="checkbox"/>『(品項名稱)RFA 射頻燒灼爪(cool-tip)，(單價 NT\$)20,680』。…立同意書人願意自費負擔上列項目費用，以利醫療作業之進行…」，以及經申請人於 107 年 5 月 14 日 16 時 20 分簽名確認之○○醫院「無痛無感鏡檢檢查治療說明暨同意書」影本記載：「<input checked="" type="checkbox"/>侵入性內視鏡無痛處置 5000 元…。<input checked="" type="checkbox"/>本人同意接受此項醫療處置。…本人保證出於自由意願簽署本說明書暨同意書，表示已接受上述說明，充分了解與思考後所做決定…」等語，足見申請人及其配偶對於申請人於住院當時須自費使用系爭特材及處置，應有充分認知，則申請人事後再有爭執，即難謂為有理由。</p> <p>四、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用 2 萬 5,685 元，並無不合，原核定關於此部分應予維持。至申請人申請到場陳述一節，因本件已審酌申請人審議理由及相關證據，事證已臻明確，所請核無必要，併予敘明。</p>
--	--

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。

案例九

案情摘要

保險對象忘記帶健保卡，未於就醫日起10日內(不含例假日)回原就醫院所補卡退費，逕向健保署申請核退自墊醫療費用，係因原就醫院所誤載退費期限所致，則健保署以申請人未於就醫日起10日內回原就醫院所退費，非屬不可歸責保險對象之事由，而未准同意核退醫療費用，容有未洽。

衛部爭字第1083405958號

審定	
主文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事實	<p>一、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：108年6月23日急診，自付醫療費用新臺幣1,404元。</p> <p>三、核定內容：</p> <p>申請人申請核退108年6月23日於○○醫院急診醫療費用，自墊費用原因填載忘帶健保卡，非屬不可歸責於保險對象之事由，且未於就醫日起10日內(不含例假日)回原就醫院所補卡退費，該署未便辦理。</p> <p>四、申請人係民國95年生，為未成年人，其法定代理人蘇○○為其主張去急診只帶健保卡，因健保卡上沒有照片，沒帶戶口名簿，故此次急診是押金看診，因工作關係，無法在10天內去醫院退押金，108年7月3日就送健保署退押金等語，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第55條第4款及第56條第1項第1款前段。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法第4條及第5條。</p> <p>二、按「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」為全民健康保險醫療辦法第4條及第5條所明定，爰此，保險對象如因故未及時繳驗健保卡或身分證件而自費就醫，向保險</p>

	<p>醫事服務機構補送應繳驗之文件申請退費之期限，為就醫之日起，扣除例假日後之 10 日內；倘保險對象依規定於 10 日之期限內向保險醫事服務機構申請退費，因保險醫事服務機構之因素致無法退費，即屬不可歸責保險對象之事由，自得依全民健康保險法第 56 條規定(即門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內)向健保署申請核退，審諸其意甚明。</p> <p>三、本件申請人於系爭 108 年 6 月 23 日至本保險特約之○○醫院急診自費就醫後，於 108 年 7 月 3 日填具全民健康保險自墊醫療費用核退申請書，向健保署申請核退系爭自墊醫療費用，經健保署審查，認為申請人未能依前揭全民健康保險醫療辦法第 4 條規定，於就醫之日起 10 日內補送健保卡向原就醫醫院所辦理退費，乃係可歸責於申請人之個人事由所導致，未准同意核退系爭急診醫療費用。</p> <p>四、惟申請人之法定代理人蘇○○代申請人於 108 年 7 月 3 日至健保署○○業務組○○聯絡辦公室填具全民健康保險自墊醫療費用核退申請書，申請核退系爭自墊醫療費用當日，尚在 108 年 6 月 23 日就醫之日起 10 日內(期間末日為 108 年 7 月 5 日)，且所檢附○○醫院開具之收據上蓋印「請於次月 3 日前持看診當日之繳費收據、健保卡及病患本人之身分證或戶口名簿…至急診繳費櫃台退費」章戳，與前揭規定之申請退費期限「十日內(不含例假日)」不符，足認申請人未依規定於期限內向保險醫事服務機構申請退費，逕向健保署申請核退自墊醫療費用，係因保險醫事服務機構誤載退費期限所致，則健保署以申請人未於就醫日起 10 日內回原院所退費，非屬不可歸責保險對象之事由，而未准同意核退系爭醫療費用，容有未洽。</p> <p>五、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>據上論結，本件申請為有理由，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 2 項規定，審定如主文。</p>
--	--

肆、特約管理事項

本保險係藉由健保署與醫事服務機構之特約關係，由保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，此類爭議案件，多為保險醫事服務機構違反規定，健保署就查得之違規事實（如虛報醫療費用、未經醫師診斷逕行提供醫事服務等），依全民健康保險法及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法等規定，裁處罰鍰、違約記點、扣減10倍醫療費用、停止特約、終止特約等，最常見的違規態樣為保險醫事服務機構虛報醫療費用，本次收錄之案例也以該類案件為主，虛報醫療費用已實質侵害全民健康保險財務管理及保險對象之權益，健保署除依上開規定裁處罰鍰、停止或終止特約外，還會移送司法機關偵辦，保險醫事服務機構應核實申報醫療費用，避免觸法。

案例一

案情摘要

保險對象未欠卡押金就醫，惟診所以補卡方式另創就醫日期虛報醫療費用，健保署裁處診所停止特約，負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

衛部爭字第 1073405051 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
<p>一、健保署訪查期間：107年1月8日至3月31日。</p> <p>二、健保署認定之違規事實：以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用</p> <p>(一) 保險對象：劉姓、楊姓、林姓甲、乙、Yus ○○○○及巫姓等6人。</p> <p>(二) 上開保險對象表示，渠等至申請人診所就醫，都有帶健保卡，沒有欠卡押金就醫之情事，惟申請人卻以補卡方式另創就醫日期，虛報該等保險對象106年11月至12月期間6筆診察費計1,878點〔以健保署中區分區牙醫總額最近一季(106年第3季)之平均點值0.93310933計算，為新臺幣(下同)1,752元〕。</p> <p>三、107年5月8日健保○字第0000000000號函(初核)裁處內容 處停止特約1個月，申請人診所負責醫師劉○○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；虛報之費用將由核撥申請人之醫療費用中扣抵。</p> <p>四、申請人就停止特約1個月部分申請複核，經健保署重行審核，認為申請人違規事證明確，以107年7月10日健保○字第0000000000號函(複核)核復仍維持原核定。</p> <p>五、申請人就停止特約1個月部分申請審議，申請理由要旨如下：</p> <p>(一) 其診所長期服務社區民眾，耐心照顧身心障礙弱勢病患，每個月申報不到20萬點，都在中部C區平均值以下，不是健保申報高額診所，絕對沒有浪費健保資源，其診所有行政作業疏失，絕對不是故意虛報。</p> <p>(二) 所有的病患來就診，其診所醫師都有做完整診察與治療，沒有虛報治療費用。試</p>	

想，如果其診所要蓄意虛報，怎麼會是 1 千多點呢？目前整個社會人口都在負成長，單一人診所配合各種指標，跟大診所來做數據平均，實難營運。其診所為配合各種規定指標，每月至少幾十件沒有申報，金額都超過萬點沒有申請，怎麼會去蓄意虛報 1 千多點？本案健保署訪查的保險對象可能有些誤會，有些是行政疏失，有些是保險對象記憶失誤，如林姓乙跟印尼籍 Yus○○○○○，請明察。

- (三) 又按修正「全民健康保險法第七十二條規定違法案件函送偵辦注意事項」壹、「全民健康保險特約醫事服務機構如有故意涉犯下列情事之一者，應予函送司法機關偵辦：五、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，其情節重大者。」，有關證據採用，宜遵循行政程序法第 9 條，對於當事人有利及不利之情形，一律注意，並依據刑事訴訟法嚴格證據主義及無罪推定原則，務求勿枉勿縱，兼顧人權之保障，作為函送法辦之依據；保險對象或特約醫事服務機構如有具體事證足資證明顯為疏失之行為者，得免予函送偵辦。觀諸目前健保特約醫療院所運作之現況，通常係由助理或行政人員處理刷用健保卡、病歷列印、用印等工作，且由助理或行政人員專人處理申請健保費用所需資料及向健保署提出申請等流程，而一般醫師過度專注於治療工作，自無法仔細處理申報健保之細節等，核與經驗法則無違。本案自不能以助理或行政人員補卡之申報日期作業疏失，而認其診所主觀上並無初核決定所指故意以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，詐領健保費用 1,752 元之違反申報醫療費用義務，否則，初核核定應扣減其申報之相關醫療費用之 1 倍金額計 1,752 元，並停止特約 1 個月，殊有違反行政罰法第 7 條第 1 項規定。而本案有些保險對象確實因其診所行政人員補卡之申報日期作業疏失，錯誤申報醫療費用亦僅為 1,752 元，並非情節重大，懇求寬容。倘若為了 1 千多點，而被停約 1 個月再移送法辦，處罰是否太重？這樣處罰不符比例原則，不僅傷及病患權益，也太浪費社會資源。
- (四) 牙醫師工作需要長時間專注，身體及腦袋常處於緊繩的狀態，有時會忽略看診工作外的行政事務，懇請體諒。其診所醫師非常認真照護治療保險對象，專心服務社會，一切以保險對象為重，家世清白，也沒有任何前科，這次案子送到爭審會，是決定醫師要不要移送的最後關卡，懇請高抬貴手，其診所若真有疏失，是否可以有其他替代方案處罰，可否接受讓其診所關門診不申報或是扣款繳罰金，以此懲罰。
- (五) 請念及其診所長期照護弱勢身心殘障國民的健康，懇求從寬處置，如果停約，會停止其診所身障保險對象 6 年之特殊醫療，嚴重影響歷年來在其診所就醫的殘障人士的就醫權，近來身障家屬非常不安，所以他們寫出他們的辛酸跟恐懼，懇求包涵，請對本案加以明察，其診所絕對不會為了 1 千多點浪費健保資源，有疏失或瑕疵一定反省改進。

六、健保署提具意見要旨

- (一) 申請人雖堅稱，本案係行政疏失並無虛報之故意，惟經該署實地訪查發現，保險

對象劉姓等 6 人，確實都明確表示至申請人診所就醫，都有帶健保卡，不曾先欠卡押金就醫再擇日補卡，也不清楚診所押金金額。該署後請申請人針對此疑義處提出說明，申請人表示，因先前被通知「單一病人季耗用率」超過 2.23%，很容易被抽審，為避免此情況持續發生，因而聽從同業意見，調整就醫日期並改以補卡方式申報費用。另外同一病患同一日施做全口洗牙及補牙的比率若太高，也會陷入單一病人耗用金額過高之院所，因此將兩項處置拆開申報，另創就醫日以補卡方式申報費用。

- (二) 縱使申請人表示已刪除多筆費用未申報，惟比對申請人診所申報劉姓等 6 人之費用可見，另以補卡方式拆開申報之日期，仍有多申請 1 筆診察費，雖申請人認為虛報金額僅 1 千多點，且非刻意虛報；惟申請人係為符合指標避免抽審，將同日之處置內容拆開，另創就醫日以補卡方式申報費用，進而產生虛報診察費之事實，此已符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款之停約要件。
- (三) 有關申請人表示林姓乙保險對象跟印尼籍 Yus○○○○○係記憶錯誤，並提出聲明書反駁一事。林姓乙保險對象聲明書表示，接受該署訪問時，因工作繁忙一時口誤，忘記自己有補卡的事，106 年 12 月 30 日確定有來看牙科，有做治療，也有照 X 光。查林姓乙保險對象 107 年 1 月 17 日所做之訪問紀錄，其表示不曾欠卡押金於申請人診所就醫，也不清楚該診所欠卡押金收多少，因沒有經驗。自 106 年 12 月到受訪日，僅 107 年 1 月 4 日去過申請人診所就醫一次，且當天原本刷卡刷不過，但試了多次之後就成功了。若如其聲明書所述，忘記有補卡的事，惟受訪當下卻能明確表示僅去過一次，且欠卡押金金額因沒有欠卡經驗，所以不清楚需繳多少。過了數月之後卻反而想起，並明確表示 106 年 12 月 30 日確實有就醫，很難合理相信此聲明較原受訪紀錄更接近事實原貌。另印尼籍 Yus○○○○○ 聲明書表示，確實有來看 3 次。查其 107 年 1 月 25 日之訪問紀錄，表示其去申請人診所就醫都有隨身攜帶健保卡，且沒有欠卡就醫。從 106 年 12 月到受訪日，只去過申請人診所就醫過兩次。雖該保險對象為外籍看護，中文無法跟本國籍人士比擬，惟其表示至本國從事看護工作已多年，查其健保加保紀錄所示，於本國已有 10 年左右之工作經歷。接受該署訪問時亦表示，簡單之對話並無太大之困難，況且該署之訪問重點在於至申請人診所就醫是否有帶健保卡，其表示健保卡都隨身攜帶，並非難以理解。另外從 106 年 12 月到受訪日至申請人診所之就醫次數，其亦明確表示僅兩次，去兩次或去三次應無混淆之可能。又如申請人所稱為記憶錯誤，同樣隔了數月，反而記憶能較接受該署訪問當下清楚及明確，有違常理。申請人之理由及此兩份聲明書顯不足採。
- (四) 現行「全民健康保險法第 81 條規定違法案件函送偵辦注意事項」於 103 年 5 月 9 日修正發布，並自即日起生效。本案申請人診所係因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款之規定，處以停約 1 個月處分，依據全民

健康保險法第 81 條之規定應函送偵辦。本案之停約處分係該署依職權所為之行政調查作成之行政處罰，非刑事罰，並不受刑事訴訟法所拘束。申請人雖推諉係助理或行政人員補卡之申報日期作業疏失，惟本案於 107 年 3 月 31 日至申請人診所實地訪查時，申請人已表示為避免抽審，而去挪移實際就診日，並將同日處置拆開，以補卡方式另創就醫日申報費用，何來助理或行政人員作業疏失之責。

- (五) 至於申請人認為虛報金額僅 1 千多點，卻處以停約及移送法辦，是否違反比例原則。依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條之規定「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…。」又依同條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款之規定「…點數在二萬五千點以下者，處停約一個月」。本案之處分依法有據，並無不當。
- (六) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 42 條抵扣停約之規定，僅醫事服務機構適用，並不及於醫事人員，亦即申請人診所及負責醫師於抵扣停約期間對保險對象提供之醫事服務費用，仍不給付。
- (七) 查○○市○○區參與全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所，目前共有 10 家(含申請人診所)。申請人診所雖於停約期間，對保險對象提供之醫事服務，該署不予給付。惟領有殘障證明之保險對象於申請人診所停約期間有特殊醫療服務之就醫需求，可至其他參與該計畫之院所接受相關醫療服務，並無申請人所述有嚴重影響歷年來在申請人診所就醫的殘障人士的就醫權。

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（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、牙科患者實地訪視紀錄表（以下簡稱訪視紀錄）、訪查報告、特約醫事服務機構違規案件查處表、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、病歷表等相關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，本件係健保署經資料分析發現申請人診所 106 年 1 月至 9 月之補卡率為 10.59%，遠高於該署○區業務組轄區之平均補卡率 1.09%，以及電訪保險對象後，發現申請人疑有不當申報醫療費用之情事，乃於 107 年 1 月 8 日至 3 月 31 日期間派員訪查申請人診所負責醫師及保險對象，發現劉姓等 6 位保險對象至申請人診所就醫，都有帶健保卡，沒有欠卡押金就醫，惟申請人卻以補卡方式另創就醫日期，虛報該等保險對象 106 年 11 月至 12 月期間 6 筆診察費計 1,878 點之違規情事，除經健保署原核定、複核核定及意見書論明者

外，並有經申請人診所負責醫師劉○○及劉姓等 6 位保險對象簽名確認之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、訪視紀錄、病歷等影本附卷可稽。

(二) 申請人檢附其診所 107 年 1 月至 6 月之各月申報金額電腦查詢畫面、106 年 12 月 1 日至 107 年 2 月 28 日期間之「掛號刪除紀錄表」、Yus○○○○○及林姓乙保險對象聲明書、案外人王○芳、顏○華、林○玲及吳○珊等 4 位身心障礙保險對象家屬之陳情書，主張 1. 其診所不是健保申報高額診所，有行政作業疏失，絕對不是故意虛報，為配合各種規定指標，每月至少幾十件沒有申報，金額都超過萬點沒有申請，怎會蓄意虛報 1 千多點；2. 健保署訪查本案保險對象可能有些是保險對象記憶失誤，如林姓乙保險對象跟印尼籍 Yus○○○○○；3. 本案不能以其診所助理或行政人員補卡之申報日期作業疏失，而認其診所主觀上有詐領健保費用之違反申報醫療費用義務，被停約 1 個月再移送法辦，處罰太重，不符比例原則；4. 其診所若真有疏失，是否可以有其他替代方案處罰，可否接受讓其診所關門診不申報或是扣款繳罰金；5. 其診所長期照護弱勢身心殘障國民的健康，如果停約，會嚴重影響歷年來在其診所就醫的殘障人士的就醫權，近來身障家屬非常不安云云，惟除經健保署複核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，認為所稱核不足採，分述如下：

1. 關於健保署訪查訪問紀錄及訪視紀錄部分，係由公務員依法製作，參照最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決意旨，推定為真正，得採為證據

本件系爭劉姓等 6 位保險對象分別於 107 年 1 月 8 日、17 日及 25 日接受健保署訪查訪問時，健保署均有提示保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表供渠等詳閱，且渠等對於其本人至申請人診所就醫，是否曾欠卡押金而先就醫及就醫次數、原因等情節，陳述均平實明確，且前開訪問事項，均非難以認明，況以健保署訪查人員與申請人間並無利害關係，查獲申請人診所違規情事，並無額外獎勵，殊無誣陷申請人或誘導受訪對象作不利於申請人陳述之必要，健保署依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均有經受訪人員簽名確認在案，足見訪談紀錄內容確係出於受訪對象之自由意識所為之陳述，依最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決意旨，健保署之訪查訪問紀錄及訪視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。

2. 本件健保署認定申請人診所虛報醫療費用(診察費)僅 1,878 點，對申請人已屬從寬

(1) 劉姓保險對象於 107 年 1 月 8 日接受健保署訪查訪問時證稱：「(問：請問您 106 年 12 月到○○牙醫診所就醫期間，是否曾欠卡押金就醫？)沒有，本人只去過 2 次，都有帶健保卡，沒有欠卡押金，也不清楚該診所押金收多少。」等語，足認劉姓保險對象 106 年 12 月只有 2 次至申請人診所就診，且無欠卡

就醫情形，惟依保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及門診就醫紀錄明細表記載，申請人卻申報劉姓保險對象 106 年 12 月計有 106 年 12 月 14 日、18 日及 20 日共 3 次就診紀錄，並於 106 年 12 月 20 日當天刷取 2 筆健保卡卡序 6 及 7，就其中 1 筆卡序 7 以補卡方式(註記代碼 2)往前申報劉姓保險對象未實際就診日 106 年 12 月 18 日之診療費 1,610 點及診察費 313 點，經扣除保險對象部分負擔 50 點，實際申報點數為 1,873 點($1,610+313-50=1,873$)。

(2)楊姓保險對象於 107 年 1 月 8 日接受健保署訪查訪問時證稱：「(問：您 106 年 11 月到○○牙醫診所就醫，去過幾次？是否有欠卡押金就醫？)本人只去過 1 次，而且有攜帶健保卡，每次間隔一個月左右，很少隔幾天就去看，但確定 106 年 11 月只去過一次。」等語，可見楊姓保險對象 106 年 11 月只有 1 次至申請人診所就醫，且無欠卡就醫情形，惟依保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及門診就醫紀錄明細表記載，申請人卻申報楊姓保險對象 106 年 11 月計有 106 年 11 月 13 日及 15 日共 2 次就診紀錄，並於 106 年 11 月 15 日當天刷取 2 筆健保卡卡序 21 及 22，就其中 1 筆卡序 22 以補卡方式(註記代碼 2)往前申報楊姓保險對象未實際就診日 106 年 11 月 13 日之診療費 50 點及診察費 313 點，經扣除保險對象部分負擔 50 點，實際申報點數為 313 點($313+50-50=363$)。

(3)林姓甲保險對象於 107 年 1 月 17 日接受健保署訪查訪問時證稱「(問：您至該診所是否曾欠卡押金而先就醫？押金金額？)本人看牙科診所，從以前到現在，每次都會攜帶健保卡，不曾欠卡押金先就醫，也不清楚該診所押金收多少。」、「[問：您 106 年 12 月至目前(107 年 1 月 17 日)於該診所就醫次數？就診原因？治療處置內容？]本人只去過 1 次(107.1.4)，有預約回診(107.1.18)，107 年 1 月 4 日當天有做全口洗牙，以及照 X 光…當日有再預約 107 年 1 月 18 日晚上 7 點回診補崩牙區。」、「(問：您 106 年 1 月至 12 月，是否有牙疾就診？)本人至少半年以上沒有牙科就醫，最近一次牙科就醫是 107 年 1 月 4 日。」等語，足見林姓甲保險對象 106 年 12 月並無至申請人診所就醫，更無補卡就醫情形，惟依保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及門診就醫紀錄明細表記載，申請人卻申報林姓甲保險對象於 106 年 12 月 30 日就診，且係於林姓甲保險對象 107 年 1 月 4 日就診當天刷取 2 筆健保卡卡序 2 及 3，就其中 1 筆卡序 3 以補卡方式(註記代碼 2)往前申報林姓甲保險對象未實際就診日 106 年 12 月 30 日之診療費 600 點及診察費 313 點，經扣除保險對象部分負擔 50 點，實際申報點數為 863 點($600+313-50=863$)。

(4)林姓乙保險對象於 107 年 1 月 17 日接受健保署訪查訪問時證稱：「(問：您至該診所就醫是約診或現場掛號就醫？有指定醫師嗎？)本人最近一次是今年 107 年 1 月 4 日至該診所就醫，去之前先打電話預約，僅一位女醫師診療。」、「(問：您至該診所是否曾欠卡押金而先就醫？押金金額？)本人不曾欠卡押

金在該診所就醫，至於該診所欠卡押金收多少，因本人沒有經驗，所以不清楚繳多少押金。」、「[問：您 106 年 12 月至目前(107 年 1 月 17 日)於該診所就醫次數？就診原因？治療處置內容？]本人只去過 1 次，當天原本刷卡刷不過，但試了多次之後，就成功了。當天女醫師有幫本人全口洗牙，以及右下後牙補牙一顆。」等語，足見林姓乙保險對象 106 年 12 月至 107 年 1 月 17 日期間僅於 107 年 1 月 4 日至申請人診所就診，且無欠卡就醫情形，惟依保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及門診就醫紀錄明細表記載，申請人卻申報林姓乙保險對象 106 年 12 月 30 日及 107 年 1 月 4 日計 2 次就診紀錄，且係於林姓乙保險對象 107 年 1 月 4 日就診當天刷取 2 筆健保卡卡序 1 及 2，就其中 1 筆卡序 2 以補卡方式(註記代碼 2)往前申報林姓乙保險對象未實際就診日 106 年 12 月 30 日之診療費 600 點及診察費 313 點，經扣除保險對象部分負擔 50 點，實際申報點數為 863 點($600+313-50=863$)。

(5)YUS○○○○於 107 年 1 月 25 日接受健保署訪查訪問時證稱：「(問：您至該診所是否曾欠卡押金而先就醫？押金金額？)本人去該診所就醫都有帶健保卡去，都會隨身攜帶，沒有欠卡押金就醫，也不清楚押金金額。」、「[問：您 106 年 12 月至目前(107 年 1 月 25 日)於該診所就醫次數？就診原因？治療處置內容？]到目前本人去就醫過 2 次，有洗牙，也有補牙，有補上前牙及下前牙。」等語，足見 YUS○○○○106 年 12 月至 107 年 1 月 25 日期間只有 2 次至申請人診所就診，且無欠卡就醫情形，惟依保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及門診就醫紀錄明細表記載，申請人卻申報 YUS○○○○於 106 年 12 月 30 日、107 年 1 月 2 日及 107 年 1 月 11 日計 3 次就診紀錄，並於 107 年 1 月 2 日就診當天刷取 2 筆健保卡卡序 1、2，就其中 1 筆卡序 2 以補卡方式(註記代碼 2)往前申報 YUS○○○○未實際就診日 106 年 12 月 30 日之診療費 1,300 點及診察費 313 點，經扣除保險對象部分負擔 50 點，實際申報點數為 1,563 點($1,300+313-50=1,563$)。

(6)巫姓保險對象於 107 年 1 月 25 日接受健保署訪查訪問時證稱：「(問：您至該診所是否曾欠卡押金而先就醫？押金金額？)本人每次去該診所就醫都有攜帶健保卡，不曾欠卡押金，因未欠卡就醫於該診所，所以也不清楚該診所押金金額。」、「[問：您 106 年 12 月至目前(107 年 1 月 25 日)於該診所就醫次數？就診原因？治療處置內容？]…本人 106 年 12 月第一次去該診所就醫有開給處方箋，本人再持去○○藥局拿藥(口服藥 3 日份)，之前則未再去該診所就醫(106 年 12 月)。」等語，足見巫姓保險對象無欠卡就醫情形，且 106 年 12 月首次至申請人診所就診，申請人診所有開給 3 天份藥物，並釋出處方箋由巫姓保險對象持往○○藥局領藥，惟依保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及門診就醫紀錄明細表記載，申請人申報巫姓保險對象 106 年 12 月計有 106 年 12 月 16 日、20 日及 26 日 3 次就診紀錄，其中僅 106 年 12 月 20 日有

開給 3 日份藥物，當天○○藥局並有刷取巫姓保險對象健保卡上傳之紀錄，足證 106 年 12 月 20 日應為巫姓保險對象所稱 106 年 12 月第 1 次至申請人診所就診之日期，而申請人卻於該日同時刷取 2 筆健保卡卡序 15 及 16，就其中 1 筆卡序 16 以補卡方式(註記代碼 2)往前申報巫姓保險對象未實際就診日 106 年 12 月 16 日之診療費 750 點及診察費 313 點，經扣除保險對象部分負擔 50 點，實際申報點數為 1,013 點($750+313-50=1,013$)。

(7)申請人診所負責醫師劉○○107 年 3 月 31 日接受健保署訪查訪問時陳稱：「有關劉○○(即劉姓保險對象)、楊○○(即楊姓保險對象)、林○○(即林姓甲保險對象)、林○○(即林姓乙保險對象)、Yus○○○○及巫○○(即巫姓保險對象)等 6 人有上述補卡就診之資料，本診所坦承是因為本診所被通知單一季病人耗用率超過 2.23%，很容易被抽審，為避免此情況繼續發生，因而聽從同業意見，自刪病患後來來的就診診療未申報，而改以其他就診日以補卡方式申報費用，…雖病患於本診所以補卡方式申報的日期未至本診所就醫，但實際就診日本診所並未申報，以避免季耗用率過高…。另外受限於同日全口洗牙及補牙率太高，也會陷入單一病人耗用金額過高之院所，因而將兩者拆開，而另創就醫日以補卡方式申報費用，怕次數及金額太高。」等語，足認申請人申報系爭劉姓等 6 位保險對象補卡就醫日期當天，該等保險對象並無至申請人診所就診之事實，為申請人所自承。

(8)承上，劉姓等 6 位保險對象至申請人診所就診均無欠卡補卡就醫之情形，惟申請人卻於該等保險對象至其診所就診時，伺機多刷取 1 筆健保卡序號，往前申報該等保險對象未實際就醫日期之醫療費用(包括診療費及診察費)，其申報行為即屬虛偽不實，考其違規情節已該當特約及管理辦法第 39 條第 4 款所定「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」之構成要件，原應就其實際申報之診療費及診察費共 6,488 點($1,873+313+863+863+1,563+1,013=6,488$)認列為虛報，然健保署僅就申請人申報系爭 6 筆診察費計 1,878 點($313 \text{ 點} \times 6 = 1,878$ 點)列為虛報範圍，對申請人已屬從寬，申請人雖檢附其診所 107 年 1 月至 6 月之各月申報金額電腦查詢畫面及 106 年 12 月 1 日至 107 年 2 月 28 日期間之「掛號刪除紀錄表」，主張其診所不是健保申報高額診所，為配合各種規定指標，每月至少幾十件沒有申報，金額都超過萬點沒有申請等節，惟並無礙於其診所有前開違規事實之認定，所稱核難執為有利申請人之事證。

3. 關於申請人事後檢附 Yus○○○○、林姓乙保險對象聲明書部分，尚不足以推翻系爭違規事實之認定

查 Yus○○○○未具日期之聲明書內容係以印尼文書寫，經申請人另以便利貼註記中文內容為「P't 印尼籍 Yus○○○○聲明，中文不是很懂，確實有來看 3 次，健保署來訪問時，她以為是移民署來查偷跑外傭，她說她只是來照顧老阿嬤」

的，請下次訪問時找通譯官，她中文不靈光」等語；林姓乙保險對象未具日期之聲明書則記載：「…我們來看診有時忘記帶健保卡，106 年 12 月 30 日確定有來看牙科，有做治療，也有照 X 光。在 1 月 17 日官員來訪問我的時候，因為我在顧機器，工作繁忙，一時口誤，忘記自己有補卡的事…」等語，惟按保險對象之陳述因攸關申請人之利害甚鉅，申請人有誘因促使保險對象作對其有利之說詞，保險對象訪查後之陳述，容易受到申請人之影響而變更其說詞，其可信度不如保險對象第 1 次接受健保署訪查時之說詞可採；健保署係以合法方式取得訪查訪問紀錄，且其屬公文書，依法應受真正之推定；反而是申請人所提出之保險對象事後所製作之證明書等書證，是否屬實已非無疑；且依臺灣社會習慣，醫師係受人敬重尊崇之行業，病人不可能故意誣陷申請人，反而容易在醫師之請託之下為其辯解，故其陳述前後矛盾時，因訪查保險對象所做之紀錄，係在本件事發之初即作成，當時為自由意識下之首次供述，且無其他主、客觀因素干擾或存有任何顧慮情況下所為之陳述，應有較高之可信度，至於保險對象事後所提之證明書，應屬礙於人情，推翻前詞所為迴護申請人之詞，並不足為有利於申請人認定之證據，有臺北高等行政法院 104 年度訴字第 745 號行政訴訟判決意旨可資參考，是申請人事後檢附 Yus○○○○及林姓乙保險對象聲明書，尚不足以推翻系爭違規事實之認定。

4. 關於申請人主張本案不能以其診所助理或行政人員補卡之申報日期作業疏失，而認其診所主觀上有故意詐領健保費用之違反申報醫療費用義務部分，並不足採

(1) 按「醫療機構應置負責醫師一人，對其機構醫療業務，負督導責任。私立醫療機構，並以其申請人為負責醫師。」、「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職業法規規定，執行業務。」為醫療法第 18 條第 1 項及第 57 條第 1 項所明定。經查劉○○係申請人診所負責醫師，並與健保署間訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約(以下簡稱特約合約)，則其就申請人診所負責醫師之法定督導責任，自難諉為不知，依規定自有督導該診所醫療業務及醫事人員依法執行業務之責，並應盡誠實申報醫療費用之義務；再者，依特約合約，申請人診所之負責醫師始有權向健保署請求給付醫療費用，且申請人診所申領醫療費用時，負責醫師應盡誠實申報之義務，如負責醫師非本人親自填寫申報費用書表，而委由他人代為填寫時，或健保署核付之醫療費用非由負責醫師本人親自領取，而授權由合約外之第三人領取時，因費用請領之效果及於負責醫師本人，故受託人如有未誠實申報領取醫療費用之情事，其效果仍應及於負責醫師本人，已無解於申請人有系爭違規事實之認定。

(2) 沈申請人診所負責醫師劉○○於 107 年 3 月 31 日接受健保署訪查訪問時，對於以補卡方式申報系爭保險對象未實際就診日期醫療費用一事，已坦承係因為被通知單一季病人耗用率超過 2.23%，很容易被抽審，為避免季耗用率過

高，乃聽從同業意見，以補卡方式申報保險對象未就醫日期之醫療費用等語，已如前述，則申請人事後翻異前詞，爭議主張係其診所助理或行政人員補卡之申報日期作業疏失，其診所無故意違反申報醫療費用義務云云，顯係卸責之詞，尚不足採。

5. 關於健保署裁處申請人停止特約1個月，與比例原則尚無違背

(1)按「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。」為首揭特約及管理辦法第39條第4款所明定，而「保險醫事服務機構經查有本辦法第39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。」，特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點第1款亦定有明文。

(2)本件健保署從寬認列申請人虛報劉姓等6位保險對象未實際就診日期之醫療費用點數計1,878點，在2萬5,000點以下，依照上開規定，健保署處以申請人停止特約1個月，核屬有據，且與比例原則尚無違背，至申請人主張是否有其他替代方案處罰，如關門診不申報或扣款繳罰金一節，並不足採。

6. 關於申請人檢附王○芳、顏○華、林○玲及吳○珊等4位身心障礙保險對象家屬之陳情書，主張如果停約，會停止其診所身障保險對象6年之特殊醫療，嚴重影響歷年來在其診所就醫的殘障人士的就醫權一節，姑不論該4人之家屬並非本案系爭保險對象，所陳與本件申請人有無系爭違規事實之認定無關，且查申請人診所所在之○○市○○區，參與全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所，目前共有10家(含申請人診所)，領有殘障證明之保險對象於申請人診所停約期間有特殊醫療服務之就醫需求，可至其他參與該計畫之院所接受相關醫療服務，並無申請人所述有嚴重影響歷年來在申請人診所就醫的殘障人士的就醫權等語，業經健保署前開意見書陳明在卷，所稱核有誤解。

(三)綜上，健保署處以申請人診所停止特約1個月，申請人診所負責醫師劉○○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，並無不合，原核定關於此部分仍應予維持。至申請人一併主張移送法辦，處罰太重一節，並非原核定範圍，尚非本件所得審究，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第6條、全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項及第25條規定，審定如主文。

案例二**案情摘要**

保險對象僅單純應徵面試或打工，並未因疾病就醫，診所卻自創就醫紀錄虛報費用，健保署裁處診所停止特約，負責醫師於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

衛部爭字第 1083400585 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
一、健保署 107 年 11 月 6 日健保○字第 0000000000 號函（以下稱停約處分初核）要旨	
<p>(一) 健保署認定之違規事實：虛報醫療費用（訪查期間：107 年 10 月 8 日至 22 日）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保險對象有呂○儒、蔡○臻、葉○萱、陳○竹、劉○吟、羅○予、袁○蕙、袁○涵、黃○禎、邱○萍、謝○柔、劉○吟、胡○萱、張○玟、張○微、馮○如、洪○凡、洪○雯、張○萍及李○如等 20 位。 2. 前開保險對象本人或母親受訪時表示，其等在申請人診所僅是單純應徵打工，並沒有因「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」之疾病就醫及領藥（呂○儒等 19 人，不含未成年人洪○凡），或在申請人診所應徵面試練習掛號時有使用自己及兒子的健保卡各刷 1 次，其與兒子並沒有因疾病看診（未成年人洪○凡，由母親馮○如受訪），惟申請人卻申報前揭保險對象 107 年 5 月至 9 月期間共 42 筆「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」或「注意力缺失過動疾患，主要為過動型」疾病醫療費用計 3 萬 551 點。 	
<p>(二) 裁處內容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 處申請人診所自 108 年 2 月 1 日起至 4 月 30 日止停約 3 個月。（申請人未向健保署申請暫緩執行停約處分，已執行完畢） 2. 申請人診所負責醫師賴○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予以支付。 	
二、申請人不服，於 107 年 11 月 20 日向健保署申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，以 107 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號函（停約複核）核復申請人仍維持原核定，理由略以：	
<p>(一) 本案經重行審核，確有呂○儒等 20 位保險對象（19 位工讀生及 1 位眷屬）於申請人診所僅單純應徵面試或打工，未因疾病就醫，惟申請人卻刷取渠等健保卡序，自創就醫紀錄，以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」疾病申報渠等 107 年 5 月至 9 月期間之醫療費用情事，理由如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自由時報刊載「打工被醫生捏造就診詐健保」，工讀生在網路上踢爆，申請人診所有以確認身分、練習掛號為由，要求工讀生攜帶健保卡，假造工讀生就醫紀 	

錄，涉詐領健保費用等情。

2. 該署依媒體披露資料及申請人上傳與費用申報資料，檔案分析發現疾病申報占率以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」83.90%名列第一，次為重鬱症3.42%。遂依報載內容所指摘之違規情事及資料分析，篩選申請人107年5月至9月期間申報之保險對象，派員實地訪查呂○儒等20位保險對象結果，渠等均表示僅為應徵申請人診所之工讀生，申請人卻要求渠等填寫初診紀錄單，並以練習掛號為由，刷取渠等健保卡，其中馮○如表示亦有刷取其兒子洪○凡之健保卡，再由申請人診所醫師自創渠等就醫紀錄，虛報醫療費用。
3. 綜上，保險對象係應徵打工，未因任何疾病就醫，申請人卻仍刷健保卡並虛報疾病就醫醫療費用，涉未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用之情事，已違反全民健康保險法第81條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第3款、第47條第1項、全民健康保險特約醫事服務機構合約第20條等相關規定，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點及第3點規定，申請人違約申報醫療費用點數3萬551點，處停約2個月，因申請人違規類型為「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」，得加重停約月數，處停約3個月。

(二) 申請人申復理由指稱「投訴人是出於自由意志自己同意櫃檯人員用投訴人掛號，然而貴署官員還是只相信投訴人所言，試問若投訴人本身沒有同意，那本人及當天執勤櫃檯人員豈能從投訴人皮包中拿得健保卡掛號？」一節，本案受訪工讀生聲稱僅單純至申請人診所面試應徵打工，未因疾病就醫，惟申請人診所負責醫師賴○○卻以確認身分、練習掛號為由，要求工讀生攜帶健保卡，工讀生連同應徵當日及上班日，健保卡都被拿去掛號，還配合練習將憑空編造的就診紀錄黏貼在病歷上，之後工讀生上「全民健保行動快易通」app查詢就醫紀錄，發現自己確實留下申請人診所的看診紀錄，並註記為「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」和「急性上呼吸道感染」。是以申請人係以假借核對應徵者身分的名義，刷取渠等健保卡序，自創就醫紀錄，偽以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」等疾病名義申報健保醫療費用，違規意圖及事證至為明確。

(三) 申請人申復理由指稱「初診單上也是投訴人自己的筆跡，然而貴署下此結論，是否仍是執意認為，初診單上的筆跡不是投訴人自己所為？」一節，針對初診單上之簽名部分，一般求職者，常會填寫一般到職單之基本資料等許多紙本文件，然求職者既選擇至申請人診所應徵工讀生，依當今社會職場關係，基本上均對雇主有所信賴，基此信賴心理，對於雇主所提示之文件，文件抬頭名稱有落差之基本資料欄位，並不會抗拒，皆大略瀏覽後就填寫簽名，因此從本案訪查之全體保險對象，實際上知道是初診單，還填寫簽名可見一斑，僅為了獲得打工的機會，實不足以取之證明申請人無不實申報之依據，也不能證實申請人診所確實已依此進行診察及詢問，亦不能以此作為申請人未違規虛報之事證。

(四) 申請人申復理由指稱「每位投訴人均有進入診間接受本人診察及詢問，若貴署願意詳加查證，投訴人自己是否有進診間接受本人診察及詢問，自可了解事實之真相，由於本人診所監視器受限於記憶體容量，屬於不到半個月就會自動覆蓋之機型，但業已回溯到主要投訴人偷拍病歷等妨害秘密之行為，應屬於不合法取得之證據，如此以不正當，不合法行為取得之所謂爆料資料，卻變成貴署判斷之依歸，回過頭來說本人是以不正當行為或以虛偽之證明、報告而領取健保費，是否對本人有失公允？」一節：

1. 本案受訪 20 位保險對象稱係透過打工趣網站登錄應徵工讀生，後來收到申請人診所負責醫師賴○○以 LINE 通知面試並要求帶健保卡確認身分，面試當日會要求填寫初診單，並非填寫一般到職單之基本資料，面試內容有應徵工作的原因、可配合的時段及工作時薪等，面談時並沒有問及是否有生活上、課業上、經濟上的壓力或睡眠的問題，面試之後有通知要帶健保卡上班練習掛號，並不知道申請人會因此申報費用，在申請人診所僅純於應徵打工的工作而已，並沒有因「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」之疾病就醫。
2. 綜上，渠等工讀生係純粹至申請人診所面試應徵打工，並沒有因疾病就醫意思表示(沒有任何的疾病)，而申請人所稱有進入診間接受診察及詢問，按「就醫程序」，醫師診斷後若有疾病均應主動告知患者，況且渠等均不知自己有在申請人診所看「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」等疾病，實有違醫療常理，又申請人以此稱有診察及詢問之說詞，顯見為卸責之詞，不足採信。
3. 本案鑑於媒體已披露，為免串供滅證，該署北區業務組旋於 107 年 10 月 9 日下午 17 時派員至申請人診所實地訪查，並調閱 21 位保險對象 107 年 5 月至 9 月之病歷影本等資料。該署對於申請人行政處分，係依行政調查結果核處，非僅以工讀生之陳述或申請人說明作為違規之證據，亦參酌上述病歷、申報資料等為佐證，並對當事人有利及不利事項皆予注意，符合證據法則，尚無與行政程序法有違。

(五) 申請人申復理由指稱「本人對於每位投訴人都有查詢雲端藥歷及病名(健保署的系統內應可查到本人有謹遵規定上雲端藥歷查詢之紀錄)，發現主要投訴人本身之前也曾經在其他院所精神科就診治療過，像是睡眠障礙、重度憂鬱症或是憂鬱型疾患，若貴署查閱本人之雲端查詢資料，自可發現本人所言不虛假，若無相當之診察時間及投訴人同意下，豈能有此等查詢雲端藥歷之行為及查詢結果，詎料貴署官員仍是漠視此等有利證據，完全根據投訴人之言判定未診治保險對象，卻自創就醫記錄，虛報醫療費用，若未診治，卻又何必謹遵貴署規定，查詢雲端藥歷之過往疾病名及藥名等資料，作為診察、評估及治療之輔助證據。」一節：

1. 本案依媒體披露資料及申請人申報資料，篩選訪查 20 位保險對象(19 位工讀生及 1 位眷屬)，渠等均明確表示是到申請人診所面試應徵打工，並沒有因疾病就醫的意思表示，申請人稱有查詢渠等雲端藥歷及病名，按「就醫程序」，醫師診

斷後若有疾病均會主動告知患者，在未告知情況下，且渠等並未同意，就查詢病患雲端藥歷及病名，有違醫療倫理及侵犯個人隱私權，顯然申請人說詞僅為卸責之詞。

2. 本案僅係抽訪，並非全面性訪查，渠等保險對象完全於自由意識下且無其他主、客觀因素干擾或存有任何顧慮情況下，詳盡陳述至申請人診所面試應徵打工，並未實際就醫，雖申請人說明時否認有違規之情事，惟據受訪之保險對象已陳述全貌事實紀錄並經親閱確認無誤簽名在卷，且其中馮○如又表示亦有刷取其兒子洪○凡之健保卡，其兒子從未至申請人診所就醫過，足以認定申請人有假借核對身分的名義，刷取渠等健保卡序，自創就醫紀錄，偽以疾病名義申報健保醫療費用之情事。

(六) 申請人申復理由指稱「一位曾擔任工讀生的楊姓小姐於 107 年 10 月 12 日在貴署北區分局作證本人確實有親自診察，治療並完成病歷，然貴署官員在楊小姐作證時，嚴詞告誡楊小姐不應該作對本人有利之作證」一節：

1. 該署北區業務組於 107 年 10 月 12 日現場訪問楊小姐，其完全於自由意識下且無其他主、客觀因素干擾或存有任何顧慮情況下，詳盡陳述至申請人診所面試應徵打工與就醫情形，其受訪紀錄並經其親閱確認無誤簽名在卷，無申請人所指摘之情事。
2. 經查本案該署訪查呂○儒等 20 位保險對象，並未有楊小姐個案，且該署亦未將楊小姐列為本案處分停約違規個案。

(七) 申請人申復理由指稱「貴署為了疑似醫療糾紛的狀況，擬出所謂虛報三萬多點(相當於 2 萬 4 千元)云云之詞，而做出本人負責之診所及兼診院所停約 3 個月的行政處分，全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款之規定，停約之處置，是以所謂疑似違約發生的保險醫事服務機構而認定，健保署通令本人的兼職場所也停約，實屬違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條規定，有不依法行政，過度執法之嫌」一節：

1. 申請人虛報費用之事證明確，且虛報金額計 3 萬 551 點，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 2 款、第 3 點規定，應處停約 3 個月。
2. 本案涉及違規行為之醫事人員係為負責醫師賴○○，故本案裁處負責醫師賴○○係依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項規定，管制負責醫師賴○○於 108 年 2 月 1 日起至 108 年 4 月 30 日止，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。
3. 本件申請人診所違規，負責醫師賴○○依上開規定與該機構受處分一致性，該署裁處負責醫師賴○○不予支付部分，理應函知報備支援院所，以免該等院所申報醫療費用不予核付。

(八) 申請人申復理由指稱「為了 3 萬多點(相當於 2 萬 4 千元)而做出本人負責之診所及兼診院所停約三個月的行政處分，在目前健保完全壟斷臺灣的醫療市場，醫師只能依靠健保賺取收入的情形之下，是否已違反法律上的比例原則及無罪推定論，造成本人基本工作權受到影響，亦有違憲之虞，盼鈞長能詳加斟酌此行政處分之嚴重性及適當性」一節：

1. 查本案申請人有刷取呂○儒等 20 位保險對象健保卡序，自創就醫紀錄，以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」名義申報渠等 107 年 5 月至 9 月期間疾病就醫之醫療費用總計 3 萬 551 點，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款規定，有「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」情事，保險人予以停約 1 至 3 個月，又依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 2 款規定「保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過 2 萬 5 千點，未逾 5 萬點者，處停約 2 個月。」，再依同辦法第 39 條違約處分裁量基準第 3 點規定，依第 2 點第 1 款或第 2 款應處停約 1 個月或 2 個月之保險醫事服務機構，如其主要違規類型有「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」情事，得加重其停約月數。依前開規定，本案援用上開辦法核處，業已考量申請人所涉虛報情節，該署依法所為調查之結果，認原核定之事實採證及適用法規並無錯誤，本案申請人診所停約 3 個月及負責醫師賴○○於停約期間對保險對象提供之醫事服務費用，該署不予支付，仍在上開辦法及裁量基準所定範圍內，自屬於法有據，當無裁量過當、顯失均衡及違反比例原則。
2. 依 106 年 10 月 6 日司法院釋字第 753 號解釋【全民健保特約之違約處置案】解釋文，101 年 12 月 28 日修正發布之全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款規定，保險醫事服務機構於特約期間有「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」情事，保險人予以停約 1 至 3 個月，同辦法第 47 條規定，「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，對保險對象所提供之醫事服務費用，不予支付；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。前項受不付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」其意旨相同，均未超越母法之授權範圍，與法律保留原則尚無不符，亦未抵觸憲法第 23 條比例原則，與憲法第 15 條保障人民工作權及財產權之意旨尚無違背。

三、健保署 107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函要旨

- (一) 有關申請人因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款規定，經健保署前於 107 年 11 月 6 日以健保○字第 0000000000 號函核定停約 3 個月，期間自 108 年 2 月 1 日起至 4 月 30 日止，申請人不服，申請複核，經健保署重行審核，因違規事證明確，於 107 年 12 月 6 日以健保○字第 0000000000

號函維持原停約核定。

(二) 該署於 107 年 12 月 5 日訪查保險對象李○筑，又查獲李○筑在申請人診所僅單純面試或打工，未因疾病就醫，惟申請人卻以練習掛號為由，刷取李○筑及其弟李○賢之健保卡，並自創就醫紀錄，以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」及「注意力缺失過動疾患，主要為過動型」等疾病，申報該等保險對象 107 年 8 月間 3 筆醫療費用計 2,627 點，該虛報醫療費用 2,627 點逕自申請人應領費用中扣除。

四、健保署 108 年 1 月 31 日健保○字第 0000000000 號函要旨

(一) 有關申請人因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款規定，經健保署前於 107 年 11 月 6 日以健保○字第 0000000000 號函核定停約 3 個月，期間自 108 年 2 月 1 日起至 4 月 30 日止，申請人不服，申請複核，經健保署重行審核，因違規事證明確，於 107 年 12 月 6 日以健保○字第 0000000000 號函維持原停約核定，以及 107 年 12 月 28 日以健保○字第 0000000000 號函追扣虛報醫療費用 2,627 點在案。

(二) 該署再次於 108 年 1 月 25 日訪查保險對象連○晨及高○薇，又查獲連○晨及高○薇係申請人診所之資訊系統供應廠商，並未因疾病就醫，惟申請人卻以異常代碼 G000(新特約)代替健保卡序號，自創就醫紀錄，以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」之疾病名義，申報該等保險對象 107 年 5 月至 6 月間 16 筆醫療費用計 8,048 點，該虛報醫療費用 8,048 點逕自申請人應領費用中扣除。

五、申請人不服，先後檢附上開健保署 107 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號函（停約複核）、107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函（追扣）及 108 年 1 月 31 日健保○字第 0000000000 號函（追扣），一併向本部申請審議。

六、申請理由及補充理由要旨

(一) 其診所申復時提及「中央健保署完全不採信本人為了配合健保署北區業務組醫務管理科的調查，花了近五小時所作之陳述，也未經由精神科相關專業人士參與判斷合議，為迎合網路言論而逕下此行政處分，所謂“三人成虎”及“人云亦云”的判斷標準，並未有科學標準及客觀判斷，倉促作出的處分，實失周全思考，已侵害到其基本工作權、經濟財務及名譽。」，健保署還是堅持無須精神科相關專業人士評估此案，所提之證據還是侷限於行政官員之判定，甚且在判斷理由第一點仍是強調自由時報電子報刊載所謂網路上有妨害名譽之嫌的言論，顯見仍是以網路治國及網路辦案的思維去判定此案，而非參酌其他精神科專業人士之專業意見，純粹以訪談來輔佐斷定，而未顧及到有私人恩怨的狀況下，有可能利用官署公報私仇之可能性。

(二) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及該診所申報「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」占 83.90%，其診所本就以看精神科之輕症為主，輕症中大部分是以睡眠障礙為主，若此也列為嫌疑指標，豈不行政凌駕專業之情形？且該初核函提及

之那 20 位人士，所謂的「均表示」是否想要強調官員調查的可靠性及誤導觀文者認為其診所是罪證確鑿？

- (三) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「貴診所違約申報醫療費用點數 3 萬 551 點」，然其診所於 107 年 11 月 21 日接到健保署健保○字第 0000000000 號函追扣虛報金額 2 萬 9,371 元，同份公文內追扣補付點數列表卻為 2 萬 9,371 點，顯見健保署所謂違約申報之認定，無一致性，且有隨意追加之嫌。
- (四) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「工讀生聲稱僅單純至診所面試應徵打工」，顯示健保署仍是只單憑一方之詞，而遽下結論，況又提及「全民健保行動快易通」app 查詢就醫記錄，註記為「失眠症」及「急性呼吸道感染」，若健保署這位工讀生是指爆料者邱○萍的話，依據健保署 107 年 11 月 6 日健保○字第 0000000000 號(初核)之附表，邱○萍只有一次申報記錄，況且其診所並非診治「急性呼吸道感染」之科別診所，健保署完全忽視「全民健保行動快易通」app 查詢功能的錯誤，應要將錯誤的資料當作是處罰的證據。
- (五) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「依當今社會職場關係，基本上對雇主有所信賴…實際上知道是初診單，還填具簽名，…」，但健保署後面又說不能當作有看診之事證，當今社會何來對雇主有所信賴之現象？若有信賴，何來此糾紛？另外，若填寫者「實際上知道是初診單，還填具簽名」，就可以佐證填寫之工讀生明知填寫的文件是初診單，對照工讀生之學歷，應可了解初診單是何用途，而填具初診單在診所的角度及運作來看，若不是看診，何需填具初診單？
- (六) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「面試時並沒有問及是否有壓力及睡眠問題」，又是單憑一方之詞而去作所謂的判斷及判決，試問這些陳述是否又有客觀的證據佐證？還是各說各話的羅生門事件？
- (七) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「醫師診斷後若有疾病應主動告知患者，況且渠等均不知自己有失眠症等疾病，實有違醫療常理」，何謂「醫療常理」？其引用出處？若健保署有認真看工讀生承認是自己主動填具之初診單，上面是否有某些填寫者自己有提及「失眠」或「睡不好」等詞？若又自稱自己沒被告知，豈不自相矛盾？
- (八) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「本案鑑於媒體已披露，為免串供滅證」，同樣可以看到健保署官員在來其診所之前就已經有受媒體影響，有先入為主的想法及印象，連「串供滅證」等不友善的用詞都提的出來，卻又不願回應未照正常調查流程 SOP 出具所有調查官員全名及職稱，若此等粗暴的調查，行政程序法哪一條認可。
- (九) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「按就醫程序…未告知情況下，且渠等並未同意，就查詢病患雲端藥歷及病名，有違反醫療倫理及侵犯個人隱私權」，在診所的角度看來，填完初診單，進到診間，其診所醫師就需按照健保署要求查詢雲端藥歷，關懷名單，避免重複用藥，現在卻因人廢言，回過頭來不認當初推廣高

速 VPN 網路時，要求基層診所配合的指標，誣指其診所侵犯個人隱私，違反醫療倫理。

- (十) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「馮○如又表示亦有刷取兒子洪○凡之健保卡…自創就醫記錄」，若健保署有看有利及不有利證據，為何通篇公文都無提到其診所之陳述？馮○如本身就有憂鬱症在吃藥治療，在其診所擔任員工時曾提及小孩難管教，有過動之症狀，數次因無法忍受其好動難管教而毆打小孩洪○凡，馮○如曾跟其診所醫師提及此事，想尋求協助，因念及馮○如是其診所員工，且小孩年紀尚小，不方便帶來，才勉為同意看診及給予治療建議，馮○如後來因為曠班被辭退，心懷怨懟，挾怨報復，健保署深信不疑，實不可取。
- (十一) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提及「自由意識下無其他主、客觀因素干擾或存有任何顧慮情況下」，然其診所證人楊小姐卻不是這麼感覺，楊小姐有提及健保署人員一再嘗試恫嚇不要作有利於其診所之作證，雖然健保署一再否認，但可考慮詢問楊小姐當時之情況，如同其診所一再強調，健保署官員受媒體影響，心中早有定見，才會主軸放在媒體、網路及爆料者的說詞，卻無科學化之證據，通篇情緒性字眼，實難令人信服。
- (十二) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提「特管辦法第 39 條」，所以才斷定須停約 3 個月，其立論基礎，仍是根據對其診所不利之陳述，並未考量到其診所於申復提及五大主要有利之證據及理由：1. 投訴人是出於自由意志同意掛號，2. 初診單上是投訴人自己的筆跡，3. 每位投訴人均有進入診間接受診察及詢問，4. 其診所對於每位投訴人都有查詢雲端藥歷及病名，發現主要投訴人之前就曾經在其他院所精神科就診治療過，像是睡眠障礙、重度憂鬱症或是憂鬱型疾患，5. 一位曾擔任工讀生的楊小姐作證其本人確實有親自診察、治療並完成病歷，況且健保署也承認當事人都知道自己填的就是初診單，也同意填初診單並進入診間看診。
- (十三) 健保署 107 年 12 月 6 日複核函提「106 年 10 月 6 日司法院釋字第 753 號解釋文」，該號解釋文之案子是有科學化之證據佐證，本案只根據對方的言論、媒體及網路的惡評，就推翻知情填寫的初診單、有進診間看診等確實證據，將該號解釋文強加在本案之上，凸顯健保署一意孤行，不願意公平審視有利之證據。
- (十四) 健保署 107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函還是根據 107 年 12 月 6 日複核函認定之主軸，當作認定其診所違規之證據，甚至再追加所謂的扣除醫療費用之行政處分。此次追加處分亦無其診所之正式陳述而驟下追扣之處分，是否合於行政程序之原則，亦屬可議。
- (十五) 健保署 108 年 1 月 31 日健保○字第 0000000000 號函還是根據 107 年 12 月 6 日複核函認定之主軸，當作認定其診所違規之證據，甚至還為了證明官署的論點，找上與健保署有業務往來及利害關係的展○公司的員工連○晨與高○薇，對其診所提出不利之證詞及攻擊，另又逕行追加所謂的扣除醫療費用之行政處分。連○晨與高○薇任職於展○公司，負責開業整合性服務，與健保署有密切之業務往來，

健保署利用職權上之方便，知曉連○晨與高○薇於其診所有看診紀錄，因而招集連○晨與高○薇對其診所做出指控，此等有利害關係之投訴人豈可當作行政裁罰之依據？此種行為及得來的證詞，可信度是否仍存，實屬可議。此次追加處分亦無其診所之正式陳述而驟下追扣之處分，是否合於行政程序之原則，亦屬可議。

七、健保署提具意見及補充意見要旨

甲、關於健保署 107 年 11 月 6 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)及 107 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)部分

(一) 行政機關為處分或其他行政行為，應斟酌全部陳述與調查事實及證據之結果，依論理及經驗法則判斷事實之真偽(行政程序法第 43 條規定參照)，本案業訪問 20 位申請人之工讀生，係前往申請人診所應徵工作，而非就醫，自始即無涉醫療專業上之疑義。申請人指稱「未顧及到有私人恩怨」之言論，僅指 1-2 位保險對象，本案業經訪問 20 位保險對象，加上後續於 107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函再予追扣 2 位(工讀生及其弟弟)虛報費用及 108 年 1 月 31 日健保○字第 0000000000 號函 2 位資訊廠商之虛報費用，總計 24 位保險對象之指摘，尚非僅憑一面說詞或網路言論即驟下定論，行政調查之證據完備，裁處並無違誤。

(二) 該署為查核需要，先予檔案分析申請人申報情況，發現其申報類別較高者「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」占 83.90%，再由該申報名單中抽訪保險對象，僅係行政行為，調查結果發現全部表示係至申請人應徵工讀生工作，刷健保卡僅為練習，而非因疾病就醫，實為該署為調查事實證據而為；所謂的「均表示」係告知申請人，受訪者無一例外，皆非因病就醫，顯見證據之可靠性，不辯可明。該署訪查人員執行申請人訪查業務時，都有明確告知訪查目的，並出示訪查證及訪查公文，所出示之公文，其回執聯均有申請人負責醫師賴○○簽章，並就簽章後之回執聯併入訪查報告保存備查，本案進行訪查實務作業洽申請人說明均依照該署訂頒「洽保險醫事服務機構說明應注意事項辦理」。查該署 107 年 11 月 6 日健保○字第 0000000000 號及 107 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號兩份公文函，均寫有機關地址、傳真、承辦人及電話、電子信箱等資料，為公文製作系統固定格式，無承辦人職稱，承辦人寫陳先生，與本案爭議審議案無關聯。

(三) 查本案申請人於 107 年 5 月至 107 年 9 月期間虛報保險對象呂○儒等 20 人計 42 件醫療費用 3 萬 551 點，按虛報金額 2 萬 9,371 元係違規虛報點數 30,551 點乘以該署○區西醫基層總額最近一季【107 年第 1 季】之平均點值 0.96139078 之計算所得，該署健保○字第 0000000000 號函追扣虛報金額為 2 萬 9,371 元，所附追扣補付核定總表內追扣補付點數記載 2 萬 9,371，係表示虛報收回追扣為 2 萬 9,371 元(已換算為點值而非點數)，並非申請人指稱 2 萬 9,371 點。

(四) 經查申請人申報邱○萍因疾病代碼 F5109「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」就醫之費用計 1 件 976 點，而邱○萍及其他 19 位受訪者均係應徵申請人之工讀

生，並非因病就醫，該署因此據以裁處並追扣費用尚非無理。再者，該署後續於107年12月28日健保○字第000000000號函再予追扣2位保險對象(工讀生及其弟弟)虛報費用及108年1月31日健保○字第000000000號函2位資訊廠商之虛報費用，總計24位保險對象之指摘，尚非僅憑一方之詞即驟下定論，行政調查之證據完備，裁處並無違誤。而報載○○某身心科診所疑以確認身分、練習掛號為由，要求工讀生攜帶健保卡，假造就診紀錄，疑涉詐領健保費用，該署引用報載內容工讀生上「全民健保行動快易通」app查詢就醫紀錄，發現自己確實留下申請人的看診紀錄，並註記為「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」和「急性上呼吸道感染」，查該報載之工讀生並未指為何人，申請人指稱爆料者為邱○萍，應係申請人不當連結。

- (五)申請人稱「若填寫者…，對照工讀生之學歷，應可了解初診單是何用途，若不是看診，何需填具初診單」，經受訪者表示係賴醫師指示面試之工讀生須先填寫初診單，應徵者配合填寫初診單，申請人據以虛報醫療費用，嗣後一再以應徵工讀生明知初診單之意義，推諉塞責。
- (六)本案受訪之保險對象係申請人之工讀生，面試當日應要求方才填寫初診單，申請人到該署說明時曾表示：「需要面試的工讀生如果可以的話，必須要讓我們進行正式會談，正式的評估，每位評估的時間超過10分鐘；本人是有根據精神科的多面向評估來去斷定這些工讀生的心智狀況」。首先，這些受訪工讀生並非有就醫需求至申請人診所就醫，縱令曾有精神病史，也非申請人得以據此強調有就醫之合理性，其次，面試並非就醫，縱令申請人聲稱有評估工讀生心智狀態，然各行業雇主基於業務需求評估應徵者合適性係當然行為，申請人以有評估心智狀況為由據以虛報費用，實不可取。該署依據申請人說明及陳述意見所言，加上多位工讀生之證詞，以及資訊廠商之訪問，洵非單一面向所為之認定。且工讀生為工作需求至申請人應徵工作，卻遭申請人醫師虛報其因疾病就醫，自創就醫紀錄及病歷，留下就醫紀錄，影響渠等日後之權益影響巨大，有悖醫療倫理。
- (七)本案業經訪問多位保險對象，加上後續於107年12月28日健保○字第000000000號函再予追扣2位(工讀生及其弟弟)同樣違規情節之虛報費用及108年1月31日健保○字第000000000號函2位資訊廠商向該署指稱申請人亦虛報就醫費用，渠等於當場已經表示自己不需要看診，惟申請人診所負責醫師請其幫忙做業績，為不得罪客戶勉為其難填寫初診單，本案總計追扣24位保險對象之虛報費用，均有訪問紀錄可稽，尚非僅憑一面說詞即驟下定論，行政調查之證據完備，裁處並無違誤。
- (八)該署之行政調查係依據行政程序法第43條規定，略以行政機關為處分或其他行政行為，應斟酌全部陳述與調查事實及證據之結果，依論理及經驗法則判斷事實之真偽，縱令邱姓保險對象或馮姓保險對象，與申請人間有所爭執，惟事實上，受訪之全部工讀生均指稱非因疾病就醫，又多屬年輕之學莘，社會經驗不足，而

渠等均為證人，望檢調單位及早介入偵辦，令本案及早落幕，降低司法調查曠日廢時對其生活之影響。

- (九) 該署之雲端藥歷政策係為避免保險對象重複用藥，影響病人安全為初衷，同時避免醫療資源浪費，絕非讓醫師利用職務之便，用於「聘僱員工」時，確認其身心狀況之用。申請人診所負責醫師於工讀生應徵工作或練習櫃台事務而非就醫時，即以其健保卡讀取就醫紀錄、用藥紀錄等，即坐實了侵害病患隱私之行為。另申請人胡亂指摘該署圖利中華電信等云云，尚與本案核定無關。
- (十) 查保險對象馮○如稱至申請人面談時向醫師說明只是為了打發時間而應徵，並沒提到有生活上或睡眠的問題，而負責醫師賴醫師要求渠練習掛號時有使用自己及兒子的健保卡各刷一次，未曾因病就醫，非因兒子年紀尚小不方便就醫。
- (十一) 申請人所稱之楊姓保險對象係申請人於 107 年 10 月 12 日至該署說明及陳述意見時，請求該署訪問，因屬於陳述人請求調查對其有利之證據，爰該署同意訪問，且未將楊姓保險對象就醫及申報費用列入虛報。

乙、關於健保署 107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函(追扣)及 108 年 1 月 31 日健保○字第 0000000000 號函(追扣)部分

- (一) 此部分係該署再次查獲之違規個案，與該署 107 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號核定停約之違規情事相同，均係申請人自創就醫紀錄，虛報醫療費用。因該署業處申請人停約 3 個月在案，已無從再予加重停約月數，爰逕予追扣虛報之醫療費用。
- (二) 展○公司與健保署間，並無業務往來利害關係，2 位資訊廠商向該署指稱申請人亦虛報其等就醫費用，渠等於當場已經表示自己不需要看診，惟賴醫師請其幫忙做業績，為不得罪客戶勉為其難填寫初診單，顯見初診單並非全部出於自由意志而填寫，受訪工讀生亦表明係因應徵工作時，被動填寫，絕非主動因病就醫而填寫。
- (三) 該署 107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函及 108 年 1 月 31 日健保○字第 0000000000 號函追扣醫療費用，尚非裁處認定，並於公文後皆附有救濟說明及管道，業保障申請人應有之權益。

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 39 條第 3 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 2 款及第 3 點第 5 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)第 17 條第 1 項第 4 款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、電話訪問紀錄表、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、病歷記錄等影本及健保署意見書、補充意見。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署依媒體批露資料及申請人上傳與費用申報資料，經檔案分析發現疾病申報占率以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」83.90%名列第一，乃於 107 年 10 月 8 日至 10 月 19 日派員訪問呂○儒等 20 位保險對象(其中蔡○臻、袁○蕙、張○玟係以電話訪問，張○玟於訪問後有簽名確認)，及 107 年 10 月 9 日、12 日及 22 日訪問申請人診所負責醫師賴○○，發現呂○儒等 20 位保險對象其本人或母親在申請人診所僅是單純應徵打工，沒有因病就醫及領藥，惟申請人卻申報呂○儒等 20 位保險對象 107 年 5 月至 9 月期間共 42 筆「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」或「注意力缺失過動疾患，主要為過動型」之疾病醫療費用計 3 萬 551 點；嗣再依民眾反映，於 107 年 12 月 5 日訪查訪問李○筑及 108 年 1 月 25 日訪查訪問連○晨、高○薇，發現申請人仍有自創就醫紀錄，以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」或「注意力缺失過動疾患，主要為過動型」等疾病名義分別申報李○筑、李○賢 107 年 8 月間 3 筆醫療費用計 2,627 點，及連○晨及高○薇 107 年 5 月至 6 月間 16 筆醫療費用計 8,048 點之情事，健保署乃依經申請人診所負責醫師賴○○簽章及保險對象本人或家屬簽名(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等資料影本，分別就虛報呂○儒等 20 位保險對象醫療費用 3 萬 551 點部分，處申請人診所停約 3 個月及負責醫師賴○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，以及就虛報李○筑等 4 位保險對象醫療費用部分，追扣醫療費用計 1 萬 675 點(計算式：2,627 點+8,048 點=10,675 點)。
- (二) 申請人主張 1. 健保署堅持無須精神科相關專業人士評估此案，純粹以訪談來輔佐斷定，未顧及有私人恩怨的狀況下，可能利用官署公報私仇之可能性；2. 其診所本就以看精神科之輕症為主，輕症中大部分是以睡眠障礙為主，若此也列為嫌疑指標，豈不行政凌駕專業之情形？3. 邱○萍只有一次申報記錄，況且其診所並非診治「急性呼吸道感染」之科別診所，健保署將錯誤的資料當作是處罰的證據；4. 若填寫者實際上知道是初診單，還填具簽名，就可以佐證填寫之工讀生明知填寫的文件是初診單，對照工讀生之學歷，應可了解初診單是何用途；5. 馮○如本身就有憂鬱症在吃藥治療，在其診所擔任員工時曾提及小孩難管教，數次無法忍受而毆打小孩洪○凡，馮○如曾跟其診所醫師提及此事，想尋求協助，因念及馮○如是其診所員工，且小孩年紀尚小，不方便帶來，才勉為同意看診及給予治療建議；6. 一位曾擔任工讀生的楊小姐作證其本人確實有親自診察、治療並完成病歷；7. 健保署 107 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函追加扣除醫療費用，無其診所之正式陳述，是否合於行政程序；8. 健保署 108 年 1 月 31 日健保

○字第 0000000000 號函追加扣除醫療費用，找上與健保署有業務往來及利害關係的展○公司的員工連○晨與高○薇，對其診所提出不利之證詞及攻擊，豈可當作行政裁罰之依據？云云，除經健保署原核定、複核核定、提具意見及補提意見論明，如前所述外，復經本部審查卷附相關資料結果，分述如下：

甲、關於健保署 107 年 11 月 6 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)及 107 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)部分

1. 關於健保署認定虛報呂○儒、葉○萱、陳○竹、劉○吟、羅○予、袁○涵、黃○禎、邱○萍、謝○柔、劉○吟、胡○萱、張○玟、張○微、馮○如、洪○凡、洪○雯、張○萍及李○如等 18 位保險對象醫療費用計 2 萬 8,599 點部分，核無不合

(1) 健保署訪查訪問紀錄部分，係由公務員依法製作，參照最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決意旨，推定為真正，得採為證據

此部分系爭呂○儒等 18 位保險對象本人或母親(洪○凡為未成年人，由母親馮○如受訪)於接受健保署訪查訪問時，健保署均有提示保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表及醫療費用申報資料供渠等詳閱，訪查訪問紀錄內容均明確記載訪查依據、詢問受訪保險對象接受訪問之意願，其本人或小孩是否有至申請人診所就醫等情節。至訪查程序結束後，受訪人及健保署訪問人均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名確認。況以健保署訪查人員與申請人間並無利害關係，查獲申請人診所違規情事，並無額外獎勵，殊無誣陷申請人或誘導受訪對象作不利於申請人陳述之必要，健保署依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均有經受訪人員簽名確認在案，足見訪談紀錄內容確係出於受訪對象之自由意識所為之陳述，依最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決意旨，健保署之訪查訪問紀錄及訪視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。

(2) 經查，其中呂○儒等 17 位保險對象(不含未成年人洪○凡)受訪時均一致陳述其本人在申請人診所僅是單純應徵打工，並沒有因「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」之疾病就醫及領藥，而未成年人洪○凡由母親馮○如受訪時表示系爭申請人申報就醫日期，係其在申請人診所應徵面試，面試之後接獲通知於 107 年 8 月 22 日至申請人診所練習掛號使用其小孩洪○凡健保卡刷卡，並沒有因「注意力缺失過動疾患，主要為過動型」看診。

(3) 茲舉呂○儒、葉○萱、袁○涵、胡○萱、馮○如(含其子洪○凡)等保險對象為例

①呂○儒 107 年 10 月 8 日受訪時表示：「我 107 年 9 月 10 日到○○身心醫學診所由賴醫師面試，醫師跟我說只要倒茶水及接待病人，面試當日便要我填寫初診單，而非到職單」、「我 9 月 11 日上班時，醫師有請我將我的病歷貼到我的初診單上，我詢問是否是我以前在○○醫院看診的病史資料，醫師說是，

我並沒有在○○身心醫學診所給醫師看診，也不知道醫師會因此申報費用，我都是固定在○○醫院看身心科吃藥，在該診所僅是單純打工而已，並沒有因病就醫及領藥。」。

②葉○萱 107 年 10 月 17 日受訪時表示：「6 月 6 日是我第一天上班，…當天醫師告訴我他那邊沒有員工基本資料表，所以要我填寫初診單代替，我當下沒有特別覺得異常，上班第一天醫師有問我有沒有帶健保卡，我回答有，醫師便以要我練習掛號為由，用我的健保卡於櫃台的讀卡機讀卡。」「因我坐在櫃台辦理掛號事宜，醫師有時也會坐櫃台，問我最近生活如何，我雖有談到壓力大有時難以入眠，但只是閒聊而已，並沒有要求醫師幫我看診，不知道醫師每次都要求我帶健保卡來上班和閒聊的真正目的。」。

③袁○涵 107 年 10 月 9 日受訪時表示：「我 107 年 8 月 7 日到○○身心醫學診所由賴醫師面試，面試當日醫師便要我填寫初診單，我有自備履歷，但醫師拿走後，仍然要我寫初診單」「我 107 年 8 月 7 日上班時賴醫師有教我用我的健保卡掛號，又教我自己貼病歷，所以才知道他有製作我的病歷，我沒有任何疾病，我只是來打工，也沒有領取任何處方箋」「經我確認健保署健保卡上傳資料及醫療費用申報資料，107 年 8 月 7 日迄今(107 年 10 月 9 日)，我完全都沒有因為疾病(非物質或生理狀況所致之其他失眠症)去就醫及領藥，與我實際就醫及領藥情形完全不符，我在這家診所僅是單純打工，我並不知道診所刷健保卡是為了申報費用。」。

④胡○萱 107 年 10 月 16 日受訪時表示：「我於 5 月 23 日到○○身心醫學診所由賴醫師面試，由該診所醫師親自拿初診病歷的掛號單給我填寫，醫師交代寫完拿這張面試，直接由醫師面試及教導掛號流程，有問什麼時候可上班及工作資歷而已，並沒有問我是否有生活上、課業上、經濟上的壓力或睡眠的問題。」。

⑤馮○如 107 年 10 月 16 日受訪時表示：「我們於 8 月 15 日上午到○○身心醫學診所由賴醫師面試，由該診所醫師交代櫃檯的工讀生小姐給我寫初診病歷的掛號單及交付健保卡，當時工讀生小姐並沒有向我拿我準備的簡式履歷表，心裡覺得怪怪的」「面談時僅問為何要上班及上班時段而已，但我有跟醫師說只是為了打發時間而應徵，並沒有問我是否有生活上或睡眠的問題」「每次上班賴醫師要求用我們的健保卡來掛號當業績，某一次我忘了帶健保卡來，還被他叮嚀下一次一定要帶」「經我確認健保署健保卡上傳資料及醫療費用申報資料，107 年 8 月 15 日、8 月 22 日、8 月 30 日、9 月 8 日、9 月 14 日、9 月 21 日及兒子 8 月 22 日等 7 日確實○○身心醫學診所偽造我與兒子不實之就醫紀錄，剛開始是面試、練習掛號、上班及兒子在幼稚園上學而已，並沒有因為非物質或生理狀況所致之其他失眠症去就醫及領藥，與我及兒子之實際就醫及領藥情形完全不符，我不清楚診所為何要申報我與家人的費

用，也不清楚診所如何申報我與家人的費用。」。

(4)承上，呂○儒等 18 位保險對象於系爭日期並未因疾病就醫，惟申請人卻以「非物質或生理狀況所致之其他失眠症」或「注意力缺失過動疾患，主要為過動型」之疾病名義，向健保署申報渠等因疾病就醫之醫療費用，即屬虛偽不實，考其違規情節已該當特約及管理辦法第 39 條第 3 款所定「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」之構成要件，健保署就此部分據以裁處，於法並無不合。

2. 關於健保署認定虛報蔡○臻及袁○蕙等 2 位保險對象醫療費用計 1,952 點部分，難認妥適

(1)按全民健康保險法第 80 條第 2 項授權訂定之「全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法」第 4 條規定：「主管機關或保險人前往投保單位、保險醫事服務機構、扣費義務人或保險對象所在處所執行訪查，應依下列規定辦理：一、事前先以公文通知。但為避免事證滅失、串供或其他急迫之情形時，不在此限。二、主動出示訪查證及服務機關證明文件，並應說明訪查目的。但對檢舉案件，不得透露案源。三、所採取之方法應符合誠實信用及比例原則，不得逾越訪查目的之必要範圍，並讓受訪者有充分陳述之機會。四、詳實製作訪談紀錄，由受訪者檢閱後簽名、蓋章或按捺指印。」，是以，健保署為辦理各項保險業務，倘需要前往保險對象所在處所執行訪查時，必須遵循該辦法第 4 條所定之相關規定，審諸其意甚明。

(2)經查，此部分健保署認定申請人虛報蔡○臻及袁○蕙等 2 位保險對象之依據為該 2 位保險對象之電話訪問紀錄，有該署北區業務組「電話訪問紀錄表」影本附卷可稽，該紀錄表雖有標示“〈註：有錄音檔〉”，惟該電話訪問紀錄並未經受訪者於紀錄表檢閱後簽名、蓋章或按捺指印確認，核與上開「全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法」第 4 條規定不符，健保署資以作為申請人有虛報醫療費用之依據，尚欠妥適。

3. 關於停止特約 3 個月部分

(1)依特約及管理辦法第 39 條第 3 款規定：「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：三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」，次按「保險醫事服務機構經查有本辦法第 39 條情事之一者，依其情節處停約二個月：(二)保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過二萬五千點，未逾 5 萬點者，處停約二個月。」、「依第二點第一款或第二款規定，應處停約一個月或二個月之保險醫事服務機構，如其主要違規類型有下列情事之一時，得加重其停約之月數：(五)未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」，復為全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準(以下簡稱裁量基準)第 2 點第 2 款及第 3 點第 5 款所明定。

(2)本件申請人診所為與健保署簽訂特約提供保險對象適當醫療保健服務之醫事服務機構，自應確實遵守合約及相關法令，依法核實申報費用，竟仍為前揭以未診治保險對象卻自創就醫紀錄之行為，虛報醫療費用，實質侵害全民健康保險財務管理及保險對象之健保權益，已該當於特約及管理辦法第39條第3款規定之要件，其虛報此部分醫療費用計3萬551點，縱扣除前開申報蔡○臻及袁○蕙等2位保險對象醫療費用計1,952點，仍有2萬8,599點(30,551點-1,952點=28,599點)，因申請人違規類型屬於得加重其停約月數之類型，健保署依上開規定及裁量基準裁處申請人診所停止特約3個月，核屬有據。

- 乙. 關於健保署107年12月28日健保○字第0000000000號函追扣保險對象李○筑及李○賢3筆醫療費用計2,627點，以及健保署108年1月31日健保○字第0000000000號函追扣保險對象連○晨及高○薇16筆醫療費用計8,048點部分
1. 健保署意見書陳明，略以呂○儒等20名保險對象僅單純至申請人診所應徵面試或打工，未因疾病就醫，惟申請人卻刷取渠等健保卡，自創就醫紀錄，申報渠等107年5月至9月期間醫療費用計3萬551點，違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第3款規定，經該署核處申請人停約3個月，負責醫師賴○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。嗣健保署再查獲申請人自創李○筑、李○賢、連○晨及高○薇等4位保險對象之就醫紀錄並申報醫療費用之相同違規情事，因前經該署核定停約3個月在案，已無從再予加重停約月數，爰逕予追扣此部分虛報之醫療費用各2,627點及8,048點等語。
 2. 經查，此部分李○筑等4位保險對象，其中李○筑為應聘申請人診所工讀生，李○賢為李○筑之弟，而連○晨及高○薇為醫療資訊廠商，協助新特約院所相關資訊處理。經健保署訪查訪問查得渠等4人並未因疾病至申請人診所看診，惟申請人卻申報渠等4人醫療費用，茲就訪問內容摘述如下：
 - (1)李○筑107年12月5日受訪時表示：「僅單純面試應徵打工，並沒有因失眠看診，之後醫師邀請我加入他的LINE，並告知等通知。後來第1次上班(8月22日)去診所練習掛號系統，有使用我的健保卡練習掛號，第2次(8月27日上班)，忘了帶自己的健保卡，那次是使用我弟弟李○賢的健保卡一次，係因診所開門前須向大樓櫃台押證件才能拿到該診所的鑰匙開門，上班期間醫師叫我先還鑰匙，並將弟弟的健保卡領回，便直接拿來練習掛號刷卡」「我弟弟才國小而已，怎麼可能到診所來看病，係因弟弟健保卡放在家裡，當日又趕著到診所開門，…我的健保卡放在宿舍來不及拿，才先借弟弟的健保卡去借鑰匙」。
 - (2)連○晨108年1月25日受訪時表示：「我是醫療資訊廠商代表，至○○身心醫學診所僅是協助新特約相關資訊處理，不是去看病的，在網路上這家診所盜刷健保卡的事件，而我在健康存摺發現居然該診所有就醫紀錄，嚇了一跳，趕快打電話給貴署確認。」「我不是去看病，當然不會需要拿出健保卡過卡，

更不用說掛號，而雖然賴醫師有要求我跟同事高小姐要拿出健保卡來，我們都聲稱沒有攜帶，至於初診單是迫於無奈，不想得罪客戶，才勉強填寫。」。

(3)高○薇 108 年 1 月 25 日受訪時表示：「經我確認健保署健保卡上傳資料及醫療費用申報資料，107 年 5 月 16 日應該是我們去還新特約相關資料，當日賴醫師要求我們填寫初診單，當下我們立即表明我們不需要看病，而賴醫師央求我們協助增加業績，且又是客戶，不得已之下只好勉為其難填寫初診表，而且我實際到該家診所僅一次，且從來未曾拿出健保卡過卡，我完全沒有因為『非物質或生理狀況所致之其他失眠症』去就醫及也沒有領藥，與我實際就醫及領藥情形完全不符，該診所申報之所有紀錄，1070516、1070521、1070524、1070528、1070531、1070604、1070607 及 1070611 等 8 次之就醫紀錄，完全是虛偽的，我根本沒有病，也沒去看病。」。

3. 承上所述，此部分申請人確有虛報醫療費用之違規情事，健保署以其停約之違規情事相同，係申請人自創就醫紀錄，虛報醫療費用，因該署業處申請人停約 3 個月在案，已無從再予加重停約月數，乃逕予追扣此部分虛報之醫療費用各 2,627 點及 8,048 點，經核尚無不合。

(三) 綜上，健保署核處申請人停約 3 個月，申請人診所負責醫師賴○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，以及追扣醫療費用，並無不合，原核定均應予維持。至申請人其餘主張，對本件審定結果不生影響，且經健保署意見書及補充意見陳明在卷，爰不逐一論述，併予敘明。

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。

案例三

案情摘要

保險對象單純作員工健檢，並未因病就診，診所虛報醫療費用，健保署裁處停止特約，負責醫師於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並終止原核備支援照護機構醫療服務。

衛部爭字第 1063407446 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
<p>一、訪查期間：106 年 4 月 21 日至 7 月 14 日。</p> <p>二、健保署 106 年 9 月 1 日健保○字第 0000000000 號函（以下簡稱停約處分）要旨</p> <p>(一) 違規事實：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用 <ol style="list-style-type: none"> (1)保險對象有張姓、陳姓、連姓、余姓、彭姓、林姓、鄭姓、西○、E○及 B○等 10 位。 (2)前開保險對象或其受僱之照護機構護理長受訪時表示，其等於 105 年 8 月 11 日至○○診所單純作員工健檢，由連醫師(或男醫師)開立檢查單或安排抽血、驗尿、照 X 光，自費健檢，或表示 105 年 6 月 1 日未至○○診所就診，由申請人診所連○○醫師於機構巡診時，同時開立檢查單安排員工健檢，惟申請人卻申報前揭保險對象 105 年 6 月 1 日及 8 月 11 日多筆疾病就醫醫療費用計 9,850 點。 2. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務 <ol style="list-style-type: none"> (1)保險對象有盧李姓、李姓、王葉姓及蔡姓等 4 位。 (2)申請人於前開保險對象於醫院住院期間，仍向健保署申報渠等 102 年 10 月 23 日至 105 年 5 月 2 日期間各 1 筆巡診醫療費用，計 1,627 點。 <p>(二) 裁處內容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 虛報醫療費用部分 <ol style="list-style-type: none"> (1)申請人診所虛報金額計 9,850 點，處申請人診所自 106 年 11 月 1 日起至 30 日止停約一個月，虛報醫療費用以總額點值換算後，另函通知追扣事宜。 (2)申請人診所負責醫師連○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 2. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分 <p>其中申報盧李姓及李姓保險對象醫療費用各 307 點及 270 點部分，應予追扣新臺幣（下同）534 元[依健保署臺北業務組西醫基層總額最近一季(105 年第 4 季)確認平均點值 0.92624594 換算]及扣減醫療費用之 10 倍金額計 5,340 元，合計 5,874 元；申報王葉姓及蔡姓保險對象醫療費用各 780 點及 270 點部分，</p> 	

因已逾行政罰裁處權 3 年時效，惟仍在行政程序法 5 年請求權時效內，應予追扣計 1,050 點。

三、健保署 106 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000 號函（以下簡稱終止支援服務處分）要旨

申請人診所因違反全民健康保險規定，經該署核處自 106 年 11 月 1 日至 30 日止，停約一個月，爰申請人自 106 年 11 月 1 日起終止原核備支援○○市○○老人長期照顧中心等 17 家照護機構醫療服務。另申請人診所或連○○醫師自 106 年 11 月 1 日起 2 年內，如向該署提出申請前往照護機構支援醫療服務，將不予許可。

四、申請人不服，以前開處分違反比例原則、明確性原則及裁量不當，並悖於憲法保障人民工作權及財產權之意旨云云，於 106 年 9 月 30 日向健保署申請複核，並請求暫緩執行。

五、健保署 106 年 10 月 24 日健保○字第 0000000000 號函（複核）要旨

申請人不服該署 106 年 9 月 1 日健保○字第 0000000000 號函及 106 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000 號函等 2 函核定結果，申請複核乙案，經該署重行審核，認為申請人確有虛報張姓等 10 名保險對象醫療服務費用之情事，違規事證具體明確，該署依健保法相關規定及改制前中央健康保險局（以下簡稱改制前健保局，於 102 年 7 月 23 日改制為健保署）101 年 1 月 17 日健保醫字第 1010072483 號函釋（以下簡稱系爭函釋）裁處，並無不當，申複顯無理由，仍維持原核定，並同意於爭議審議審定前，停約一個月處分暫緩執行，如未於期限內申請審議，將另定期間逕予執行。

六、申請理由及補充理由要旨

（一）健保署之停約處分處置顯屬過重，侵害人民受憲法第 7 條保障之平等權、違反行政程序法第 6 條之平等原則、第 7 條之比例原則、第 10 條之合法裁量原則，當屬違法，應予撤銷：

1. 其診所自 96 年 7 月 1 日於○○市開業迄今，均積極配合政府衛生福利政策，參與基層醫療與保健服務，為地方鄰里之社區提供健檢保健服務、社區機構醫療巡診（25 家共約 1,000 餘人次/月）與基層醫療門診服務（約 8,000 人次/月），並配合○○市政府辦理社區闔家歡健康篩檢專案、○○市校園流感疫苗施打專案、○○市學生健康檢查專案等服務，無不協助當地政府照護民眾健康，於基層醫療服務之推動不遺餘力。惟原核定認為其診所對張姓等 10 位保險對象有單純員工體檢虛報疾病醫療費用 9,850 點之違規情事，即因此決定其診所應予停約 1 個月，該處分將導致停約期間，其診所無法為社會大眾提供任何醫療服務，勢必嚴重影響每月 8,000 人次民眾之就醫權益（包含 25 間長照機構共約 1,000 餘位臥床或行動不便之長者）及前述各項醫療服務之推動，嚴重影響保險對象就醫權益，對公益將產生重大危害。

2. 健保署停約處分所指摘者，實為連○○醫師之個人疏失行為，而其診所除連醫

師外，尚設有其他科別，共有 6 位專科醫師及其他多位醫事服務人員，前開處分勢必影響渠等工作權，且將多位醫師與醫事服務人員一併連坐處罰，實際上即屬「不同事物為相同處理」，已侵害人民受憲法第 7 條保障之平等權、違反行政程序法第 6 條之平等原則。

3. 本件連○○醫師個人違規行為之虛報金額甚低(不足 1 萬元)，與其診所全院科別之一個月平均點值約 311 萬元相較之下，金額相差超過 300 多倍，換言之，健保署因連醫師之個人行為即率而決定其診所全院各科別均應予以停約一個月之決定，顯然違背行政程序法第 7 條之比例原則。
4. 況本件係因其診所負責人連○○醫師對健保法令不熟諳所致，絕非故意違反醫療法令規範，連醫師個人已承認自身疏失並同意接受糾舉改正，故健保署停約處分之決定顯然過苛，該署應將停約處分予以撤銷，僅就實際違反規定之人即連○○醫師個人門診為適當處分，並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 42 條規定，准以扣減金額方式抵扣停約處分，方能符合比例原則。
5. 特約及管理辦法第 39 條規範之處分對象雖為「保險醫事服務機構」，惟該法條文義之解釋上是否無法僅裁處負責醫師個人，而需同時處分診所及負責醫師？故健保署因連○○醫師之「個人」行為，遽將其診所「全院各科別」均應予停約一個月之決定，就「處分對象」之客體範圍而言，仍屬違背比例原則及合法裁量原則，且相較停約處分，實際上有更能符合比例原則之手段存在，故停約處分仍屬違法，應予撤銷。

(二) 健保署終止支援服務處分違反憲法第 23 條保障之法律保留原則、侵害憲法第 15 條保障之工作權、違反行政程序法第 5 條之明確性原則、第 8 條之信賴保護原則及第 10 條之合法裁量原則，顯屬違法，應予撤銷：

1. 改制前健保局 101 年 1 月 17 日健保醫字第 1010072483 號函釋就特約及管理辦法第 21 條第 2 項所為之補充解釋，實際上增加該條項所無之限制，與憲法第 23 條法律保留原則有違，蓋該條項雖規定「保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務」等語，惟就法律文字之解釋，該條所定「不予許可」之規範者，應限於「違規後申請支援服務者」，將不予許可，惟系爭函釋另行增加「已核備之服務機構，其停約日於 101 年 2 月 1 日以後者，自停約日起予以終止支援服務」之限制，顯然超出特約及管理辦法第 21 條第 2 項法條文字文義解釋之範圍，自行增加特約及管理辦法第 21 條第 2 項所無之限制，與憲法第 23 條所定法律保留原則有違。
2. 系爭函釋實際上錯誤並擴張解釋特約及管理辦法第 21 條第 2 項所規範不予許可其支援服務之「處分對象」客體範圍，究該條立法目的，係國家對於破壞法秩序者，所施加之制裁，其自應處罰違法之行為人本身，而非同一保險醫事服務機構內之所有醫事人員，否則豈非造成未違法之人員均需一同承擔違法人員

行為之不合理現象？故該條項關於「保險醫事服務機構」之法條文字應予以目的性限縮解釋，限於「違法之行為人本身」，而不包括「同一保險醫事服務機構內未違法之其他醫事人員」，方符該法之立法意旨，惟系爭函釋竟又包含「服務機構」，侵害本件同一診所內未違法之其他醫事人員受憲法第15條保障之工作權。

3. 系爭終止支援服務處分逕行終止其診所現行有效之支援照護機構醫療服務，顯有逾越法規範圍之情，況二年不予許可之處置，除將嚴重影響保險對象權益與公益外，其二年之計算依據為何？未見說明，顯有違行政程序法第5條之明確性原則，且僅因連○○醫師之個人行為即終止其診所全院支援照護機構醫療服務，亦已逾越行政合法裁量之界線，而與行政程序法第10條之規定不符。
4. 其診所基於信賴特約及管理辦法第21條第2項之規定，進而從事已許可之支援服務，並為此安排生活及處置財產，然系爭函釋自行增加特約及管理辦法第21條第2項所無之限制，致其診所基於信賴該條項所許可從事支援服務之安排及付出全部落空，使其診所遭受不可預見之損害，顯然已侵害其診所正當合理信賴該條項所形成之法秩序，已生信賴保護問題。

(三) 本件停約處分雖暫緩執行，惟系爭終止支援服務處分已由健保署自106年11月1日開始執行，實已影響多數病患及其他專科醫師、醫事人員之權益，爰依全民健康保險特約醫事服務機構合約第22條第4項「本合約第20條之停約或終止特約，甲方（即健保署）得依乙方（即申請人）之申請，於爭議審議審定或訴願決定前暫緩執行」之約定，申請於系爭終止支援服務處分之適法性確定前，暫緩該處分之執行。

七、健保署意見書及補充意見要旨

(一) 關於停約處分部分

1. 依「醫療機構之開業，應向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，經發給開業執照，始得為之。」、「醫療機構應置負責醫師一人，對其機構醫療業務，負督導責任。私立醫療機構，並以其申請人為負責醫師」、「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職業法規規定，執行業務。」分別為醫療法第15條第1項前段、第18條第1項及第57條第1項所明定。查申請人診所負責醫師連○○與該署間訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，依此合約，申請人診所負責醫師連○○始有權向該署請求給付健保給付範圍醫療費用，準此，申請人診所申報費用時，負責醫師應盡誠實申報之義務，惟申請人診所經查對保險對象有單純員工體檢虛報疾病醫療費用及有未經醫師診斷逕行提供醫事服務等違規情事。本案違規事證明確，申請人診所虛報醫療費用之違規行為既已造成全民健康保險法第81條、特約及管理辦法第39條第4款、同辦法第47條及申請人與該署所簽訂之全民健康保險特約醫事服務機構合約第20條

- 規定該當處分之結果，該署須依法進行核處，爰該署核處申請人診所停約一個月，係依法裁量，並無逾越。
2. 依前開特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定，保險醫事服務機構於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用情事者，保險人予以停約 1 個月至 3 個月。再依同辦法第 47 條第 1 項規定，保險醫事服務機構受停約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。爰本案停約處分對象依法為保險醫事服務機構（即申請人診所）及保險醫事服務機構負責醫事人員（即診所負責醫師），無法僅裁處申請人診所負責醫師個人。
3. 申請人診所負責醫師連○○及診所其餘執業醫師於該署停約期間，仍得提供病患自費醫療服務，且此停約處分對象係申請人診所及診所負責醫師，該診所其餘執業醫師及醫事服務人員於該署停約期間，仍可依特約及管理辦法第 24 條第 1 項或相關醫事人員支援報備規定，經報准支援及報經該署同意，於申請人診所以外之處所，為保險對象提供全民健康保險保險給付之醫療服務或執行業務，並無申請理由所稱「對未違反特管辦法之醫師與醫事服務人員一併連坐處罰」、「不同事物為相同處理」情事，亦難認渠等工作權受損。另參照司法院釋字第 753 號解釋，「……全民健康保險法第 66 條第 1 項規定：『醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、……、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。』均未抵觸法治國之法律授權明確性原則，與憲法第 15 條保障人民工作權及財產權之意旨尚無違背。96 年 3 月 20 日修正發布之全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款規定：『保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約 1 至 3 個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約 1 至 3 個月：……八、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。』95 年 2 月 8 日修正發布之同辦法第 70 條前段規定：『保險醫事服務機構受停止……特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間……，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。』……（上開條文，均於 101 年 12 月 28 日修正發布，依序分別為第 39 條第 4 款、第 47 條第 1 項、……，其意旨相同）均未逾越母法之授權範圍，與法律保留原則尚無不符，亦未抵觸憲法第 23 條比例原則，與憲法第 15 條保障人民工作權及財產權之意旨尚無違背」（釋字第 753 號解釋文段）。
4. 申請人診所位於○○市○○區，因該地區尚有其他多家健保特約醫事服務機構（截至 106/12/31 止，○○區合約中的西醫醫事機構總計 47 家），且全○○市目前有 9 家健保特約醫院，故申請人診所無以適用特約及管理辦法第 42 條規

定：「有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害」之條件，爰該署未便同意申請人請求以扣減金額方式抵扣停約處分。

5. 該署為增進全體國民健康，依法辦理全民健康保險，以提供醫療服務，保障全民生存權和健康權，且為維持全民健保制度之健全運作，對於違規醫事服務機構依法採取之相同核處一致性原則，以考慮其適當性與衡平性。本案係該署抽選申請人診所申報醫療費用之多名保險對象進行訪查，依訪查結果之明確違規事證，以符合行政程序法相關規定之行政行為，注意當事人有利及不利之情形，始依上開規定核定處分。本案申請人診所對張姓等 10 位保險對象有單純員工體檢虛報疾病醫療費用之違規情事，此舉不僅使該署陷於錯誤而支付費用，更生損害該署醫療管理及保險對象就醫紀錄之正確性及完整性，另參酌司法院釋字第 753 號解釋理由書段，「全民健保資源有限，於全民健保總額支付制下，詐領醫療費用，將排擠據實提供醫療服務者所得請領之數額，間接損及被保險人獲得醫療服務之數量及品質，並侵蝕全民健保財務，致影響全民保費負擔，危及全民健保制度之健全發展。」，再參酌司法院釋字第 545 號解釋理由書段，「醫師於醫療、全民健康保險特約事項，提供病患或被保險人醫療保健及其他相關服務，如有違法或不正當行為，將危害醫療安全、國民健康，若同時因其個人謀取健康保險之不當醫療費用，則將侵蝕全民健康保險財務，致影響全民保費負擔，危及全民健康保險制度之健全發展。」，申請人診所虛報醫療費用計 9,850 點，已屬全民健康保險法第 81 條以不正當行為申報醫療費用，故該署所為之核處，自有其必要性，且本於職權依法核處申請人診所停約一個月，其停約期限係依該署全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準所規定之違約情節進行裁量，亦無違反比例原則。

(二) 關於終止支援服務處分部分

1. 特約及管理辦法第 21 條第 2 項規定，「保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務。」，該署 101 年 1 月 17 日健保醫字第 1010072483 號函釋就該條文之作業規範略以，「（一）違規情事之認定：以服務機構或負有行為責任之醫事人員，於申請書所列支援起日前 2 年，有特約及管理辦法第 37、38 條（現行條文：第 38、39、40 條）所定情事予以認定。（二）不予許可其支援服務之處分對象：服務機構及負有行為責任之醫事人員。（三）不予許可其申請支援服務之處分期間：1. 服務機構最近 2 年涉有違規情事者，自第一次處分日起（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），即不得申請支援服務。2. 已核備之服務機構，其停約日於 101 年 2 月 1 日以後者，自停約日起予以終止支援服務。」。
2. 有關前開系爭函釋係該署依行政程序法第 159 條第 2 項第 2 款規定「為協助下級機關或屬官統一解釋法令、認定事實、及行使裁量權，而訂頒之解釋性規定及裁量基準。」所施行之行政規則，其為核釋特約及管理辦法第 20 條（現行條文：

第21條)第2項規定所稱保險人得不予許可全民健康保險醫事服務機構申請支援服務之作業原則，爰該署依前開特約及管理辦法第21條第2項規定及系爭函釋規範依法裁量，係依法核定申請人診所自106年11月1日起，終止原核備支援照護機構醫療服務，該診所或連○○醫師自106年11月1日起二年內提出申請前往照護機構支援醫療服務，不予許可，並無逾越。

3. 依前開特約及管理辦法第21條第2項規定及系爭函釋規範，爰本案不予許可其支援服務之處分對象依法為保險醫事服務機構（即申請人診所）及負有行為責任之醫事人員（即連○○醫師），無法僅裁處行為責任醫師個人。同理，依上開辦法及函釋規範，不予許可申請人診所申請支援服務之處分期間依法為自第一次處分日起(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，二年內不得申請支援服務。
4. 有關申請人認不予許可其支援服務之處分，已侵害申請人診所負責醫師以外之其餘醫事人員工作權云云，已如前述。
5. 特約及管理辦法第21條第2項規定之立法理由係為確保保險對象醫療品質及醫療資源合理使用，對於支援照護機構診療服務之保險醫事服務機構如有違約情事，授權保險人得不予許可其支援。又系爭函釋已明文規定保險人不予許可申請支援服務之處分對象、處分期間等規範，均已符合依法行政原則。
6. 查申請人診所106年1月至同年12月期間支援照護機構乙案，係於105年12月13日來文申請，該署106年1月19日以健保○字第0000000000號函同意登錄備查，申請人診所申請支援照護機構之行為發生時，特約及管理辦法第21條第2項及相關函釋已有明文規定，自無申請理由主張信賴保護問題。又依行政罰法第8條、第10條第1項明定「不得因不知法規而免除行政處罰責任」、「對於違反行政法上義務事實之發生，依法有防止之義務，能防止而不防止者，與因積極行為發生者義務相同。」，該署核定申請人診所自106年11月1日起，終止原核備支援照護機構醫療服務，該診所或連○○醫師自106年11月1日起二年內提出申請前往照護機構支援醫療服務，不予許可，依法有據，並無不當。

(三) 關於申請暫緩終止支援服務處分之執行部分

依申請人與該署所簽訂之全民健康保險特約醫事服務機構合約第22條第4項規定「本合約第20條之停約或終止特約，甲方（即健保署）得依乙方（即申請人）之申請，於爭議審議審定或訴願決定前暫緩執行」，該署106年10月24日健保○字0000000000號函業已同意申請人請求暫緩執行停約處分，惟申請人請求暫緩執行申請人診所自106年11月1日起，終止原核備支援照護機構醫療服務，該診所或連○○醫師自106年11月1日起二年內提出申請前往照護機構支援醫療服務，不予許可之核定，於法無據，該署未便同意。

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 21 條第 2 項、第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 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)第 20 條。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象住診就醫紀錄明細表、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、檢驗報告單、放射科報告、病歷記錄等影本及健保署意見書、補充意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署於 106 年 4 月 21 日至 7 月 14 日派員訪查申請人診所、照護機構及保險對象，發現申請人診所對張姓等 10 名保險對象有單純員工體檢，卻虛報疾病醫療費用及盧李姓等 4 位保險對象住院期間，申請人診所卻申報巡診之醫療費用情事，除經原核定論明者外，並有經申請人診所負責醫師連○○及保險對象本人簽名或蓋章確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象住診就醫紀錄明細表、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、檢驗報告單、放射科報告等影本附卷可稽，申請人診所違規事實足堪認定。
- (二) 本件申請人對於其診所有前開違規事實並不爭執，僅檢附長照機構醫療合作契約書、備忘錄、勞務採購契約、○○市 105 學年度學生健康檢查委託專業服務採購契約草案、申請人診所 106 年 12 月門診時間表及全院一個月平均申請金額等資料影本，主張 1. 健保署停約處分侵害人民受憲法第 7 條保障之平等權、違反行政程序法第 6 條之平等原則、第 7 條之比例原則、第 10 條之合法裁量原則；2. 健保署終止支援服務處分違反憲法第 23 條之法律保留原則、侵害人民受憲法第 15 條保障之工作權，亦違反行政程序法第 5 條之明確性原則、第 8 條之信賴保護原則及第 10 條之合法裁量原則云云，惟所稱除經健保署於 106 年 10 月 24 日健保○字第 0000000000 號函複核及前開意見書、補充意見論述綦詳外，經本部審認結果，認為所稱核難執為本案之論據，理由分述如下：

1. 關於停約處分部分

- (1) 依特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定：「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：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。」，次按「保險醫事服務機構經查有本辦法第 39 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。」

復為全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準（以下簡稱裁量基準）第 2 點第 1 款所明定。

- (2) 本件申請人診所為與健保署簽訂特約提供保險對象適當醫療保健服務之醫事服務機構，自應確實遵守合約及相關法令，依法核實申報費用，且其對保險對象單純體檢，不得申報疾病醫療費用，應知之甚詳，竟仍為前揭以不正當行為虛報醫療費用，實質侵害全民健康保險財務管理及保險對象之權益，已該當於特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定之要件，其虛報此部分醫療費用計 9,850 點，已如前述，健保署依上開規定及裁量基準裁處申請人診所停止特約一個月，已處於羈束裁量之狀況，僅能停止申請人診所特約一個月之作為義務，尚無其他處分措施可資選擇，此有臺北高等行政法院 105 年度訴字第 673 號判決可資參考，申請人所稱停約處分違反比例原則及合法裁量原則云云，核有誤解。
- (3) 申請人固主張停約期間，其診所無法為社會大眾提供任何醫療服務，勢必嚴重影響每月 8,000 人次民眾之就醫權益及各項醫療服務之推動，嚴重影響保險對象就醫權益，對公益將產生重大危害；停約處分影響其他科別共 6 位專科醫師及其他多位醫事服務人員工作權，且一併連坐處罰，侵害渠等平等權及違反平等原則云云，惟健保署作成停約一個月之處分，僅生申請人診所於停止特約期間對保險對象提供之醫療服務，健保署不予支付醫事服務費用之結果，並非禁止申請人診所或所屬其他醫事人員依法執行醫療業務，所稱亦有誤會。

2. 關於終止支援服務處分部分

- (1) 按「醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。」、「保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務，並以符合下列條件為限：（下略）」、「前項保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務。」，為全民健康保險法第 66 條第 1 項、特約及管理辦法第 21 條所規定，是為確保保險對象醫療品質及醫療資源合理使用，對於依特約及管理辦法第 21 條第 1 項申請支援照護機構診療服務之保險醫事服務機構，如有違規情事，健保署得不予許可其申請支援服務。又有關特約及管理辦法第 21 條第 2 項有關違規情事之認定、不予許可申請支援服務之處分對象、處分期間之作業規範，業經改制前健保局以 101 年 1 月 17 日健保醫字第 1010072483 號函釋明「（一）違規情事之認定：以服務機構或負有行為責任之醫事人員，於申請書所列支援起日前 2 年，涉有本辦法第 37、38 條（即

現行第 38 條至第 40 條)所定情事予以認定。(二)不予許可其支援服務之處分對象：服務機構及負有行為責任之醫事人員。(三)不予許可其申請支援服務之處分期間：1.服務機構最近 2 年涉有違規情事者，自第一次處分日起，即不得申請支援服務。2.已核備之服務機構，其停約日於 101 年 2 月 1 日以後者，自停約日起予以終止支援服務。」。

- (2)查改制前健保局系爭函釋業經下達，且實施多年，系爭函釋所訂之特約及管理辦法第 21 條第 2 項之作業規範，符合該辦法為確保保險對象醫療品質及醫療資源合理使用之規範目的。又申請人診所前於 105 年 12 月 13 日向健保署申請 106 年 1 月至 12 月期間支援○○市○○老人長期照顧中心等 18 家照護機構，經健保署於 106 年 1 月 19 日以健保○字第 0000000000 號函同意登錄備查(申請人於 106 年 3 月 10 日及 17 日函報註銷支援其中 1 家照護機構)，嗣因該署於 106 年 4 月 21 日至 7 月 14 日派員訪查後，始發現申請人診所自 102 年 10 月 23 日起至 105 年 8 月 11 日止有前揭違規情事，並經健保署依特約及管理辦法第 39 條規定，處以自 106 年 11 月 1 日起停止特約一個月，已如前述，則健保署於 106 年 1 月 19 日核准申請人診所申請支援照護機構案當時，尚未查知申請人診所有前揭違規事實，嗣後既已查得申請人診所有前揭違規事實，基於確保保險對象醫療品質及醫療資源合理使用之考量，自不宜再由有違規情事之申請人診所繼續支援照護機構，從而健保署依上開特約及管理辦法第 21 條第 2 項規定及系爭函釋意旨，核處申請人診所自停約日即 106 年 11 月 1 日起，予以終止原核備支援○○市○○老人長期照顧中心等 17 家照護機構醫療服務，經核並無不妥。
- (三)綜上，健保署裁處，於法並無不合，原核定應予維持。至申請人一併請求暫緩系爭終止支援服務處分之執行部分，核屬行政執行範疇，尚非本件所得審究，併予敘明。

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。

案例四

案情摘要

保險對象於診所巡迴醫療時，或只領取貼布，並未給醫師看診，或未由醫師親自執行傷科治療，診所卻申報費用，健保署裁處停止特約；另診所係在健保署訪查後，始自清違規事實，不符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條所定免處分之條件。

衛部爭字第 1083404477 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
<p>一、健保署 108 年 4 月 30 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>(一) 健保署認定之違規事實：虛報醫療費用(訪查期間：107 年 8 月 2 日至 108 年 2 月 26 日)</p> <ol style="list-style-type: none"> 保險對象有林翁姓、董姓、陳姓、王謝姓、蕭林姓、侯姓、吳姓、林姓及詹姓等 9 位。 前開保險對象受訪時表示，其等於申請人診所巡迴醫療時，從未給醫師看診或 106 年 1 月後未給醫師看診，只是領取貼布(林翁姓、董姓、陳姓)，或由助理作推拿、拔罐或貼中藥膏等治療，未由醫師親自執行傷科治療(王謝姓、蕭林姓、侯姓、吳姓、林姓及詹姓)，惟申請人卻申報前揭保險對象 105 年 5 月至 108 年 1 月期間多筆醫療費用(林翁姓、董姓及陳姓部分包括診療費、診察費、診察費加成，其餘 6 位均僅有診療費)計 11 萬 8,657 點。 <p>(二) 裁處內容</p> <ol style="list-style-type: none"> 處申請人診所自 108 年 7 月 1 日起至 9 月 30 日止停約 3 個月。 申請人診所負責醫師楊○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 <p>二、申請人不服，於 108 年 5 月 24 日向健保署申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，以 108 年 6 月 4 日健保○字第 0000000000 號函核復申請人仍維持原核定，理由略以：</p> <p>(一) 有關該署核處違規情事部分，申請人表示因有醫療認知差異，每位患者皆經醫師本人看診並依病情需要給予口服藥物、針灸處置等說明，經該署重行審核，申請人確有不實申報林翁姓保險對象等 9 人違規情事：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依林翁姓及董姓 2 位保險對象訪問紀錄所述，表示僅去領取貼布，沒有給醫師做過傷科推拿或拔罐等治療，也沒有把脈診療。 陳姓保險對象於該署訪問紀錄所述，在巡迴醫療時皆由一位男性助理作推拿、拔罐等治療，醫師從未親自執行傷科治療，以及 106 年 1 月後未予看診僅領取貼布等。 王謝姓等 6 位保險對象於該署訪問紀錄所述，在巡迴醫療時皆由一位男性助理 	

作推拿、拔罐或貼中藥膏等治療。

4. 綜上，9位保險對象個案說法一致，皆有未由醫師親自執行傷科治療而由一位男性助理作推拿、拔罐等治療，且有未看診而直接領取貼布等違規情事，是申請人之陳述與事實不符，顯無理由。

(二)另該署於107年8月13日對申請人診所負責醫師楊○製作之訪問紀錄，及於108年2月26日配合法務部調查局○○市調查處進行實地訪查，並於調查處製作申請人診所負責醫師楊○之訪問紀錄，楊○醫師均坦承100年5月1日至107年7月31日期間有非醫師親自執行傷科診療卻申報醫療費用，以及未看診即提供貼布之情事，是申請人診所所言顯為卸責之詞。

(三)申請人稱因傷科推拿手法不同，以致患者會認為沒有推拿，而貼布是服務性質提供云云，惟查林翁姓保險對象等9人說法一致，指認在巡迴醫療時皆由一位男性助理作推拿、拔罐等治療，故應無患者誤解是否由醫師親自執行傷科。

(四)申請人表示已依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第46條規定繳還金額後仍予處分，該署說明如下：

1.查申請人虛報9位保險對象醫療費用之事證，係經該署訪問保險對象，事證明確，虛報金額計11萬8,657點，爰依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第4款及違約處分裁量基準第2點第3款，處停約3個月；與依同辦法第46條規定繳還金額部分，尚有不同。

2.按該署於100年1月28日公告自100年5月1日起中醫傷科治療及脫臼整復費治療處置，須由中醫師全程親自為之。在該署未繼續訪查其他保險對象前，申請人已坦承100年5月1日至107年7月31日期間有非醫師親自執行傷科診療卻申報醫療費用，以及未看診即提供貼布之情事，自願繳回相關費用計788萬3,650點。該署爰依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第46條規定，不再繼續訪查另予處分。

三、申請人申請暫緩執行停約3個月，經健保署於108年6月18日以健保○字第0000000000號函同意所請。

四、申請理由及108年10月24日(本部收文日)補充理由要旨

(一)107年8月，在健保署還沒有啟動調查之前已主動去自清，並繳回巡迴部分申報錯誤之款項，承辦人員也說一筆勾銷，後醫師對巡迴醫療的診療業務也都按照健保規定確實執行。

(二)108年2月26日調查局持搜索票到診所搜索，之後被叫到調查局詢問，並有約談巡迴點的患者，詢問後一切合乎規定沒有移送，且已經結案，但健保署卻拿著107年8月已自清的內容，處分停約3個月，明顯違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(誤植為健保法)第46條自清條款之法規。

(三)既然檢調搜索後確實沒問題結案，健保署反而說有事。無罪推論，健保署在其診所沒有違法宣告前，應先撤銷或暫緩停約之處分。

五、健保署提具意見及補充意見要旨

- (一) 按該署於 100 年 1 月 28 日公告自 100 年 5 月 1 日起中醫傷科治療及脫臼整復費治療處置，須由中醫師全程親自為之。查申請人有非醫師親自執行傷科治療卻申報醫療費用，及未看診即提供保險對象貼布等情事，虛報 9 位保險對象醫療費用之事證，係經該署訪問保險對象，事證明確，虛報金額計 11 萬 8,657 點，爰依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款及違約處分裁量基準第 2 點第 3 款，處停約 3 個月，與申請人自願繳還不當申報金額部分，尚有不同。
- (二) 有關申請人涉嫌詐領健保醫療費用乙案，刻正由臺灣○○地方檢察署偵辦中，該署已於 108 年 11 月 5 日出庭應訊說明，是司法偵查部分顯非如申請人所稱已經結案。
- (三) 有關該署針對申請人追扣自承繳回部分，係按申請人診所負責醫師楊○之陳述，按月按比例方式計算醫療費用，且為避免重複計算，於 108 年 5 月 29 日健保○字第 000000000 號函追扣申請人自承 100 年 5 月 1 日至 107 年 7 月 31 日之不實申報醫療費用 776 萬 6,784 點時，已按月扣除重疊區間(105 年 5 月 1 日至 107 年 7 月 31 日)中該署查獲之虛報事證筆數及虛報金額計 11 萬 6,866 點，並無重複計算。
- (四) 該署政風單位 103 年 6 月接獲檢舉，法務部調查局在 105 年 1 月 8 日函請該署提供保險對象訪問紀錄當時，該署對部分診所已經啟動訪查，對於本案進度為發函詢問部分藥品採購量，並未啟動保險對象訪查，待 107 年 8 月 2 日、3 日進行保險對象訪查，108 年 2 月 26 日配合司法機關執行搜索勤務時，當日再行訪查的 2 位保險對象，目的係要比對申請人之違規樣態於 107 年 8 月 13 日至該署說明之後，是否有改正。經比對該 2 位保險對象說詞，申請人違規樣態為仍由助理執行傷科推拿，惟未申報診療費，及在巡迴地點刷健保卡換貼布一事，至搜索當日發現仍持續發生中。故搜索當日申請人乃針對在巡迴地點刷健保卡換貼布一節，再歸還該署診察費用 60 餘萬點，故自願繳回總金額變為 776 萬 6,784 點。另該署針對違規院所自願繳還的費用，一般均認定係訪查違規個案之外，再行繳回之金額，故本件針對違規個案，該署另行發函追回 11 萬 8,657 點。
- (五) 該署承辦所有案件均依相關規定辦理，不會採取任何不法手法辦理查核作業。以本案為例，該署政風單位督察中，且調查局錄案偵辦，訪查作業亦均由兩人以上共同執行，以形成互相監督併保護的機制，加上 107 年 8 月 13 日申請人診所負責醫師主動說明的地點係在該署南區業務組 6 樓的協談室進行，該室係全天候 24 小時錄音錄影，該署人員在明知本案已有司法單位錄案偵辦及政風列管案件，已不符全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條適用條件的前提下，絕無應許申請人診所負責醫師任何不法條件之可能性。
- (六) 有關申請人提出其診所「說明書」(針對林翁姓、董姓、陳姓、王謝姓、吳姓、

林姓)及保險對象「自白書」(包括陳姓、蕭林姓、侯姓、吳姓、詹姓)等事證影本，分述如下：

1. 個案說明

(1) 林翁姓保險對象

該保險對象於該署訪問時，明確表示只去申請人診所○○的巡迴點拿貼布，前幾次是其自行前往拿貼布，後來都是由其配偶幫忙拿貼布，「從未給醫師把脈及傷科推拿等看診服務，單純只是去巡迴點拿貼布回去貼」。該保險對象已明確表示未曾給申請人診所醫師看診，與申請人說明書上「拜託醫師問診後開給藥膏…」等情顯有不符。

(2) 董姓保險對象

①該署 108 年 2 月 26 日於調查局製作保險對象訪問紀錄時，該名保險對象明確表示「不曾看診過右側手肘韌帶扭傷，但幫她拿健保卡去巡迴點換貼布的鄰居萬小姐(暱稱:阿○)有去看診過該疾病…應該是診所醫師把他和鄰居的症狀搞錯。」，綜前所述，申請人針對該名保險對象之說明「該患者於 108 年 2 月在調查局有說明 107 年 4 月 16 日右手疼到○○區○○里活動中心給醫師看診」等詞顯與事實不符，申請人診所負責醫師楊○因刷卡換貼布者眾多，且提供他人代拿貼布之服務，始有誤認病患之情形發生。

②另該名保險對象明確表示「我去都跟小姐說要拿貼布，刷完健保卡後，小姐就會把貼布給我，在巡迴點都是單純拿貼布，有親自去拿貼布，也有請鄰居萬小姐去幫忙拿貼布，108/1/21、108/1/28 即是由鄰居萬小姐幫忙去領貼布。從來沒有給醫師把脈、問診過，也沒有做過推拿、刮痧等治療」等詞，該名保險對象既已明確表示未曾至申請人診所看診，該名保險對象之醫療費用自不得申報，並非如說明書的僅有兩筆費用刪除。

(3) 陳姓保險對象

該名保險對象於該署訪問時明確表示「…一開始因為便秘去看診，後來關節痛、肌肉痛的原因去看診，有時也會一起看診。醫師會幫我把脈及開中藥粉，針對我的酸痛部份，以前會給醫師掛號把脈，再給男助理推拿或拔罐…106 年 1 月間開始沒有拿口服藥後，為了節省時間…就沒有再給醫師看診把脈，從來沒有給醫師做傷科推拿，都只單純去拿藥布回來貼，如果沒有給醫師看診，單純領藥布會給我 15 片貼布並刷健保卡，如果有讓醫師把脈看診，就只會給五片左右的貼布。…」等詞，於該署訪問時已清楚表示傷科推拿係由男助理執行，保險對象並清楚敘明「有給醫師把脈看診」跟「為節省時間時，未給醫師看診」領取之貼布數量有 5 片及 15 片之明顯差別，顯見診所確實有提供不看診僅刷取健保卡提供貼布之服務予保險對象做選擇。再查另名保險對象蕭林姓保險對象於訪問時明確表示「楊○醫師為了加速看診流程，要看診及藥單純領貼布的人分不同路線去掛號，一邊負責單純刷卡領貼布但不給楊

○醫師看診的人排隊，這樣要看診的人才不用等這麼久」，陳姓保險對象表示係為「節省時間」，始有未給醫師看診只領貼布之情形發生，倘有問診即有等候時間，即與保險對象所述「節省時間」等詞顯有不符，顯見自白書及說明書所載「掛號後拜託醫師問診才開立藥膏」並非事實。

(4)王謝姓保險對象

該名保險對象 108 年 2 月 26 日於調查局接受該署訪查訪問時明確表示「…該診所在巡迴點的拔罐服務都是由年輕的男助理在做，楊醫師只負責看診，需要拔罐就開單給我去給助理拔罐。…不曾給醫師針灸過，因為針灸我會怕…」等詞，另診所說明書表示「該保險對象因為退化性疼痛，本不能推拿，所以只敷藥…」，綜前所述，該名保險對象確實未曾於該診所巡迴點做過傷科推拿，傷科部分僅做拔罐及貼貼布，與診所之說明書表示「該保險對象不能推拿」尚相符，惟該診所醫師既然未曾親自替保險對象執行傷科推拿，自不得以「傷科推拿」名義向該署申報保險對象之醫療費用。另該名保險對象 108 年 2 月 26 日明確表示「不曾給醫師針灸過，因為針灸我會怕」與申請人說明書「後來患者接受針灸治療(108 年 2 月在調查局，該患者也自訴醫師有跟他針灸)…」顯有不符，且診所於該署訪問及追扣醫療費用之區間未曾申報該名保險對象之針灸相關診療費用，診療費用均申報傷科推拿，診所於巡迴點既未由醫師親自替保險對象執行傷科推拿，該署將傷科推拿診療費列入虛報處分金額，洵無違誤。

(5)蕭林姓保險對象

該名保險對象於該署訪問時明確表示「…每次楊○醫師替我把脈，並診察哪個部位在疼痛，等醫師確認完酸痛部位，每次後續醫師都會指示男性助理幫我拔罐跟貼藥膏，拔罐跟貼藥膏每次都是男性助理幫我處理，醫師每次只負責把脈跟確定痠痛部位，最後診所會再給我 5 片藥膠布讓我帶回去。…楊醫師從未幫我做過傷科推拿。…」等情，惟診所提供的蕭姓保險對象之自白書表示「醫師會幫我把脈開藥，酸痛再幫我針灸…」與該名保險對象訪問當時說的「醫師確認完痠痛部位，每次後續醫師都會指示男助理幫我拔罐跟貼藥膏，拔罐跟貼藥膏每次都是男助理幫我處理」之診療處置方式顯有不符，且申請人於該署訪問及追扣醫療費用之區間未曾申報該名保險對象之針灸相關診療費用，診療費用均申報傷科推拿，診所於巡迴點既未由醫師親自替保險對象執行傷科推拿，該署將傷科推拿診療費列入虛報處分金額，洵無違誤。

(6)侯姓保險對象

該名保險對象於該署訪問時明確表示「…腰椎手術後會不舒服，醫師先幫我把脈，然後開藥粉給我，醫師每次都會開藥單，後由女助理調配藥粉，再由男助理貼中藥膏，最後再給我 5~6 片藥膠布讓我帶回去貼。…男助理每次幫我拔罐約 3~4 分鐘，但因為現場沒有床，所以醫師不曾幫我做過傷科推拿服

務。拔罐是我坐著，然後每次有3~4個藥罐貼在患部。…」等情，綜前所述，且申請人針對該名保險對象表示「醫師不曾幫我做過傷科推拿」未提出反駁意見，且於自白書亦表示「骨折本就不可推拿」，惟申請人診所醫師既然未曾親自替保險對象執行傷科推拿，自不得以「傷科推拿」名義向該署申報保險對象之醫療費用。另就該名保險對象於該署訪問時明確表示傷科部分係用藥品、拔罐及貼貼布項目，未有「針灸」項目，且診所於該署訪問及追扣醫療費用之區間未曾申報該名保險對象之針灸相關診療費用，診療費用均申報傷科推拿，該署將傷科推拿診療費列入虛報處分金額，洵無違誤。

(7) 吳姓保險對象

該名保險對象於該署訪問時明確表示「…因為酸痛有看過傷科，醫師幫我把脈後，會請男性助理幫我做推拿，也會給我藥粉(藥粉罐)，在○○區的診所有床，但在巡迴點(○○)沒有床，我從未做過拔罐，推拿的部份是在椅子上，時間約在10分鐘內，3次每次都有作推拿。…推拿的部份不是醫師幫我推拿，是男性助理協助幫我在椅子上推拿。」，該名保險對象於訪問可清楚敘述由何人推拿(男性助理)、推拿時間次數(3次)、推拿執行地點(椅子)等親身經驗，顯見吳姓保險對象確實有由男性助理推拿之事實存在，與自白書及申請人說明書上「…腰痛部分醫師診療後會拔罐，後貼藥膏(沒有推拿)…」等詞顯有不符。惟申請人診所醫師既然未曾親自替該名保險對象執行傷科推拿，自不得以「傷科推拿」名義申報醫療費用，且申請人於該署訪問及追扣醫療費用之區間未曾申報該名保險對象之針灸相關診療費用，診療費用均申報傷科推拿，該署將傷科推拿診療費列入虛報處分金額，洵無違誤。

(8) 林姓保險對象

該名保險對象於該署訪問表示，於申請人診所巡迴點看診後，未由醫師親自執行傷科推拿，該名保險對象本人確實有親自就醫並由醫師診察，該署於原處分即僅將診療費列入虛報金額。

(9) 詹姓保險對象

該名保險對象於該署訪問時明確表示「肩膀痠痛時，醫師會請男性助理幫她拔罐及貼貼布，但醫師從未幫她做過傷科推拿，都是做拔罐跟針灸…在該巡迴點沒有做過推拿，拔罐及貼貼布部分是男性助理幫忙做的…」，綜前所述，該保險對象確實未曾於該診所巡迴點做過傷科推拿，傷科部分僅做針灸、拔罐及貼貼布，且拔罐及貼貼布部分是男性助理執行，惟該診所醫師既然未曾親自替保險對象執行傷科推拿，自不得以「傷科推拿」名義向該署申報保險對象之醫療費用，原處分已排除針灸相關診療費用，僅將傷科推拿診療費列入虛報處分金額。

2. 查申請人提供保險對象自白書及其診所針對林翁姓保險對象說明書中，有多名保險對象之自白書內容顯與原訪問時之敘述不符，查案內自白書及說明書內容

文字及年月日中的年度全數係由電腦打字列印，僅有年月日中的月份、日期、保險對象之簽名係手寫。由此可推測案內自白書應是由診所人員先行打字列印，再由診所人員請託保險對象於自白書上簽名蓋章，鑑於醫師係受人敬重之行業，依臺灣醫病關係，醫師請託病人時為其做有利之證詞，病人尚難以拒絕醫師之請求，而從其請託在診所預先列印之自白書上簽名蓋章。依據最高行政法院 87 年判字第 2778 號判決，略以「…此項紀錄係由公務人員依法制作之公文書，其內容復經受訪人蓋章承認屬實，則依行政訴訟法第三十三條準用民事訴訟法第三百五十五條第一項之定，應推定其為真正。…」，該署訪問人員與申請人診所醫師並無利害關係，查獲虛報醫療費用亦無額外獎勵，殊無誣陷診所醫師或誘導受訪對象做不利於診所之必要；反之受訪對象之陳述攸關申請人診所之利害甚鉅，申請人診所醫師有誘因促使受訪對象做對其有利之說詞，因在訪問後會向診所調取保險對象之病歷，故申請人知悉受訪問之保險對象身分，因此受訪問對象訪問後之陳述容易受到診所醫師影響而變更其說詞。另該署訪問過程係在保險對象完全自由意識下之首次供詞，且無其他主觀客觀因素干擾或存在有任何顧慮情況下所為之敘述，較可採信。

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（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 4 款、第 46 條及第 47 條第 1 項。
- (三) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款。

二、卷證

訪查報告、查處表、業務訪查訪問紀錄、法務部調查局○○市調查處 105 年 1 月 8 日○市○○字第 000000000 號函、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷、健保署 108 年 5 月 29 日健保○字第 000000000 號函、108 年 5 月 29 日健保○字第 000000000 號函等影本、健保署意見書及補充意見。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署及法務部調查局○○市調查處同案接獲民眾檢舉申請人診所看診人數與申報人數明顯不符，乃於 107 年 8 月 2 日及 3 日派員訪查林翁姓、陳姓、蕭林姓、侯姓、吳姓、林姓及詹姓等 7 位保險對象後，發現申請人有就該 7 位保險對象於巡迴醫療時，未給醫師看診及未由醫師親自執行傷科治療，卻申報醫療費用之情形，嗣申請人診所負責醫師楊○於 107 年 8 月 13 日至健保署說明其診所巡迴醫療申報傷科診療，部分由助理執行，非由醫師親自執行，不符合規範，願意按照比例歸還傷科診療費等語，健保署再於 108 年 2 月 26 日訪問董姓及王謝姓 2 位保險對象後，亦發現其等於申請人診所巡迴醫療時，未給醫師看診及未由醫師親自執行傷科治療等情形，同日訪問申請人診所

負責醫師楊○，確認前開 107 年 8 月 13 日訪問內容，惟申請人卻申報林翁姓等 9 位保險對象 105 年 5 月至 108 年 1 月期間多筆醫療費用計 11 萬 8,657 點，另申請人自承繳回 100 年 5 月 1 日至 107 年 7 月 31 日期間醫療費用(依健保署 108 年 5 月 29 日健保○字第 000000000 號函記載為 776 萬 6,784 點)，除經健保署原核定、複核核定及意見書論明者外，復為申請人所不否認，並有經保險對象本人、申請人診所負責醫師楊○簽名或按捺指印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) 申請人檢附其診所「說明書」(針對林翁姓、董姓、陳姓、王謝姓、吳姓、林姓)、陳姓、蕭林姓、侯姓、吳姓、詹姓保險對象「自白書」及病歷等影本，主張 1. 其 107 年 8 月，在健保署還沒有啟動調查之前已主動自清，並繳回巡迴部分申報錯誤之款項，承辦人說一筆勾銷；2. 調查局 108 年 2 月 26 日持搜索票到其診所搜索，之後被叫到調查局詢問，並有約談巡迴點的患者，詢問後一切合乎規定沒有移送，且已經結案，健保署卻拿其 107 年 8 月自清內容，處分停約 3 個月，明顯違反特約及管理辦法第 46 條自清規定，茲查核分述如下：

1. 申請人檢附其診所「說明書」、保險對象「自白書」及病歷等影本，尚難推翻本件違規事實之認定

(1) 本件健保署訪查訪問林翁姓等 9 位保險對象，該等保險對象已明確證稱只是領取貼布，或由助理作推拿、拔罐或貼中藥膏等治療，未由醫師親自執行傷科治療等語，且申請人負責醫師於 107 年 8 月 13 日及 108 年 2 月 26 日受訪時均不否認其診所有刷健保卡換貼布及非由醫師執行傷科診療，卻申報診療費之情事。

(2) 申請人於申請審議後，始於 108 年 10 月 24 日檢附陳姓、蕭林姓、侯姓、吳姓及詹姓等 5 位保險對象「自白書」影本，以及其診所針對林翁姓、董姓、陳姓、王謝姓、吳姓、林姓等 5 位保險對象之「說明書」影本及病歷，惟查依照臺灣社會之醫病關係，病人不太可能故為誣陷醫生之訪談紀錄，反而是醫師不難要求病患做有利醫師之陳述。健保署訪查人員與申請人間並無利害關係，查獲申請人虛報醫療費用亦無額外獎勵，殊無誣陷申請人或誘導受訪對象作不利於申請人陳述之必要；反之受訪對象之陳述攸關申請人之利害甚鉅，申請人有誘因促使受訪對象作對其有利之說詞，因此受訪保險對象訪查後之陳述，易受到申請人之影響而變更其說辭，其可信度不如受訪保險對象第 1 次接受健保署訪查時之說詞為可採。再者，依臺灣社會習慣，醫師係受人敬重尊崇之行業，病人不可能故意誣陷申請人，反而容易在醫師之請託之下為其辯解，渠等事後所為陳述，常係因礙於人情，推翻前詞所為迴護申請人之詞，故渠等陳述前後矛盾時，因受訪對象所做之紀錄，係在本事發之初即作成，當時為自由意識下之首次供述，且無其他主、客觀因素干擾或存有任何顧慮情況下所為之陳述，應有較高之可信度；而病歷記載，係申請人診所單方製

作，健保署既會抽驗保險對象之病歷，而申請人診所申報醫療費用也須以保險對象之病歷作為依據，故申請人診所若欲虛報醫療費用，當然會配合製作不實病歷及相關資料，尚不能以病歷記載等申請人診所自行製作之文書，來證明系爭保險對象在申請人診所確有如申請人所申報項目，此分別有臺北高等行政法院 96 年度訴字第 3792 號、97 年度訴字第 685 號、第 2910 號及 98 年度訴字第 454 號判決可資參照，且該等文件所載內容業經健保署補充意見逐一論明，如前所述，經核尚難推翻本件違規事實認定。

2. 本件並不符符合特約及管理辦法第 46 條規定得免除停約處分之要件

(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三十七條至第四十條有關扣減 10 倍醫療費用、停止特約、終止特約之規定，合先敘明。

(2)茲就本案案關事實按時序表列下：

日期	內容
105/1/8	法務部調查局○○市調查處函請健保署提供對申請人之訪問紀錄、申報醫療費用相關資料
107/8/2 107/8/3	健保署訪問系爭林翁姓、陳姓、蕭林姓、侯姓、吳姓、林姓及詹姓等 7 位保險對象(11 萬 0,330 點)
107/8/13	申請人診所負責醫師楊○主動向健保署說明巡迴醫療有不當申報傷科診療費及願意自 100 年 5 月 1 日起(至 107 年 7 月 31 日止)按比例歸還傷科診療費
108/2/26 上午	健保署訪問系爭董姓及王謝姓保險對象(8,327 點)
108/2/26 下午	健保署訪問申請人診所負責醫師楊○

(3)查申請人雖稱其於 107 年 8 月，在健保署還沒有啟動調查之前已主動自清，健保署卻拿其 107 年 8 月自清內容，處分停約 3 個月，違反特約及管理辦法第 46 條自清規定云云，惟承上表所示，健保署早已於申請人 107 年 8 月 13

日自清前 10 天（即 107 年 8 月 2 日及 3 日）先行訪查林翁姓等 7 位保險對象，發現申請人有虛報醫療費用之違規情事，則申請人既係在健保署訪查後，始向健保署自清違規事實，即不符合前揭特約及管理辦法第 46 條所定免處分之條件。

(4)另查系爭 9 位保險對象中之董姓及王謝姓等 2 位保險對象，健保署係於申請人 107 年 8 月 13 日自清半年後，續於 108 年 2 月 26 日再進行訪查，且依卷附「○○中醫聯合診所(0000000000)應追扣醫療費用明細表」顯示，健保署認定申請人分別虛報董姓及王謝姓保險對象 105 年 5 月 30 日至 108 年 1 月 28 日及 105 年 11 月 2 日至 107 年 7 月 11 日各 5 筆及 26 筆醫療費用，而其中僅董姓保險對象 108 年 1 月 21 日及 28 日醫療費用計 1,146 點不在申請人自清繳回期間範圍（100 年 5 月 1 日至 107 年 7 月 31 日），健保署將董姓及王謝姓 2 位保險對象併入違規虛報範圍，有欠周妥，然本件縱排除該部分，申請人仍有虛報林翁姓等 7 位保險對象醫療費用計 11 萬 324 點之違規事實，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款規定「保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月」，仍應裁處停止特約 3 個月。

(三)綜上，健保署處以申請人診所停止特約 3 個月，申請人診所負責醫師楊○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，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條、全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項及第 25 條規定，審定如主文。

案例五

案情摘要

保險對象未親自就診，亦不符合全民健康保險醫療辦法第7條所定得例外委託他人代領相同方劑之要件，特約院所卻未經醫師診斷逕行提供醫事服務並申報相關醫療費用，健保署追扣醫療費用及扣減10倍醫療費用。

衛部爭字第1083404084號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
<p>一、健保署訪查期間：108年5月8日。</p> <p>二、違規事實：未經醫師診斷逕行提供醫事服務。</p> <p>林姓保險對象因左肩不適，於107年9月25日由申請人醫院護理之家工作人員至門診，請醫師開立口服藥物，林姓保險對象未親自就診，由他人代拿藥，申請人醫院卻申報其因膝部原發性骨關節炎就診醫療費用1,618點。</p>	
<p>三、108年5月24日健保○字第0000000000號函(初核)內容</p> <p>追扣醫療費用新臺幣(下同)1,509元(1,618點，以公告醫院總額最近1季107年第3季之平均點值0.9328計算)及扣減10倍醫療費用1萬5,090元，合計1萬6,599元。</p> <p>四、申請人申請複核，經健保署重行審核，認為林姓保險對象因左肩不適，非膝部原發性骨關節炎，亦非因慢性病就診，申請人醫院醫師沒有診療即照著前一位醫師107年9月4日之「膝部原發性骨關節炎」診斷開給相同方劑，與規定不合，申請人違約事證明確，於108年6月20日以健保○字第0000000000號函(複核)核復仍維持原核定。</p>	
理由	
<p>一、法令依據</p> <p>(一) 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。</p> <p>(二) 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、居家護理機構適用)第17條第1項第4款及第20條第1項。</p> <p>(三) 醫師法第11條第1項、第12條第1項及第2項。</p> <p>(四) 全民健康保險醫療辦法第7條。</p>	
<p>二、卷證</p> <p>業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、護理紀錄表、病歷、○○○○○○○○醫院醫療爭議關懷小組第一、二、三次會議紀錄、和解書等資料影本及健保署意見書。</p>	
三、審定理由	
<p>(一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署接獲民眾陳情申請人醫院護理之家住</p>	

(二) 申請人對於林姓保險對象並未於系爭 107 年 9 月 25 日至申請人醫院就醫並不否認，僅一再主張依全民健康保險醫療辦法第 7 條規定，須長期用藥之慢性病人，經醫師認定之失智症病人或其他經保險人認定之特殊情形，無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，始能開給相同方劑，經醫師表示，該護理之家住民林姓保險對象診斷為失智症伴有行為障礙，且確實無法言語，107 年至 108 年間因慢性疾病，長期看診骨科及復健科門診，共計 188 次，護理之家照顧服務員表示病人仍有疼痛情形，因此醫師照舊開立口服用藥云云，經本部審查卷附資料結果，認為申請人所稱核不足採，分述如下：

1. 依醫師法第11條第1項前段規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」，同法第12條第1項及第2項規定：「(第1項)醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」「(第2項)前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。」，是以，醫師必須親自診察病人，瞭解病人當次就醫之主訴及進行檢查項目，確定診斷或病名後，方得為病人施行治療、處置或用藥，審諸其意甚明。
 2. 又全民健康保險醫療辦法第7條第1款及第4款規定：「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。四、經醫師認定之失智症病人。」，足見保險對象係以親自至保險醫事服務機構就醫為原則，例外經醫師認定之行動不便或失智症病人得委請他人向醫師陳述病情，領取相同方劑，惟以「須長期服藥之慢性病人」且「醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑」為限。
 3. 經審查卷附資料，本件與前開全民健康保險醫療辦法第7條所定得例外委託他人代領相同方劑之構成要件並不相符，申請人所稱核難執為本案之論據，理由

有二：

- (1)依申請人醫院醫療爭議關懷小組第一次（107年10月18日）及第三次（108年1月2日）會議紀錄記載，申請人醫院醫師羅○○於該2次會議已分別表示「9/25開立口服藥物是由本人處置。因病人未送至診間，無法進一步診療及檢驗，且患者眾多逐一記住每位病徵實有困難，仍須患者本人至診間，方能具體了解病況。」「林女士左肩不適之診療，經翻閱病例查閱為107年9月25日由護家工作人員至門診，請本人開立口服藥物。診療應將病人送至診間，而非告知開立止痛藥物。」等語，顯示羅○○醫師已自陳林姓保險對象左肩不適，應至診間診療，未至診間無法提供診療及檢驗。
- (2)林姓保險對象於系爭107年9月25日之病情為左肩不適，與其前次骨科門診之疾病（膝部原發性骨關節炎，雙側性）不同，羅○○醫師亦非林姓保險對象前次107年9月4日骨科門診之主治醫師，在此情形下，羅○○醫師107年9月25日未親自診察林姓保險對象，顯難掌握該保險對象當日之病情。
- (三)綜上，健保署追扣及扣減10倍醫療費用計1萬6,599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項暨第25條規定，審定如主文。

案例六

案情摘要

健保署執行「清查藥事人員掛牌查核專案」，發現藥局登記執業藥事人員未於該藥局執行藥品調劑業務，藥局卻仍以該藥事人員名義不實申報費用，申請人為負責藥師，經檢察官為緩起訴處分，且命向公庫支付新臺幣 15 萬元，因藥局無獨立人格，權利義務自須歸屬於負責藥事人員即申請人，健保署依全民健康保險法第 81 條、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 點及行政罰法第 26 條第 3 項等規定，裁處申請人罰鍰。

衛部爭字第 1063401968 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
一、健保署 106 年 2 月 13 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨	
<p>(一) 受處分人許○○即申請人為○○藥局負責藥事人員，承辦全民健康保險醫療業務期間，經該署 104 年 1 月 13 日至 20 日期間派員訪查，發現有向該署不實申報 3,859 筆藥事服務費，共計 19 萬 7,411 點〔換算金額為新臺幣（下同）19 萬 817 元〕，經該署 104 年 3 月 30 日健保○字第 0000000000 號函核處追扣醫療費用 19 萬 7,411 點及停約 3 個月，期間自 104 年 6 月 1 日起至 8 月 31 日止，該藥局負責藥事人員許○○即申請人於停止特約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付在案。</p>	
<p>(二) 上揭情事，核屬違反全民健康保險法第 81 條規定，應處以醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰，另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第 7 點第 3 款及第 9 點規定，該署應核處違約申報醫療費用之 2 倍罰鍰，經核算 2 倍罰鍰計 38 萬 1,634 元，惟前揭違法行為，申請人經臺灣○○地方法院檢察署檢察官為緩起訴處分，且命向公庫支付 15 萬元，爰按行政罰法第 26 條第 3 項扣抵規定，核處罰鍰 23 萬 1,634 元(190,817 元 x2 倍 -150,000 元 =231,634 元)。</p>	
二、申請人 106 年 4 月 5 日申請理由及 106 年 6 月 5 日補充理由要旨	
<p>(一) 原處分機關應自行認定其有無該當全民健康保險法第 81 條第 1 項規定之構成要件事實，不能逕以緩起訴處分為裁處之依據：</p>	
<p>1. 按「行政罰與刑罰之構成要件雖有不同，而刑事判決與行政處分，亦原可各自認定事實，惟認定事實須憑證據，倘無證據足資認定有堪以構成行政罰或刑罰要件之事實存在，即不得僅以推測之詞予人處罰，則為二者所應一致。」，有最高行政法院 75 年判字第 309 號判例可稽，上揭判旨亦迭經行政法院多次判決闡釋在案。</p>	
<p>2. 復按臺北高等行政法院 104 年度簡上字第 1 號判決：「本件行政訴訟審理對象之行政處分（「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報</p>	

醫療費用者」)所依據之法令構成要件與主觀違法要件，與刑事之詐欺取財罪(刑法第339條第1項及第216條、215條偽造文書)責等，並非全然相同。」，亦明示全民健康保險法第81條第1項規定，與刑法詐欺取財罪之構成要件有所不同。

3. 摥諸上開裁判意旨，足明行政罰與刑罰之構成要件互殊，行政程序與刑事訴訟之程序要件與目的亦有所別，行政機關裁處罰鍰，本須憑證據自行認定有無該當行政罰之構成要件事實，自不能逕以緩起訴處分為裁處之依據，亦不受刑事訴訟所認定之事實拘束。
4. 查原處分機關係於緩起訴處分確定後方裁處其罰鍰，然緩起訴處分認其所涉犯之刑法第215條、第216條、第220條第2項之「行使業務上登載不實文書」，及同法第339條第1項之「詐欺取財」等罪名，其構成要件與全民健康保險法第81條第1項之規定顯有不同，原處分機關應自行認定有無該當全民健康保險法第81條第1項規定之構成要件事實，方屬合法。

(二) 原處分未具體說明其有何該當於全民健康保險法第81條第1項構成要件之行為事實，有違「行政行為明確性原則」，亦有理由不備之違法：

1. 按「行政行為之內容應明確。」、「行政處分以書面為之者，應記載下列事項：二、主旨、事實、理由及其法令依據。」，行政程序法第5條、第96條第1項第2款分別定有明文，此即所謂之「行政行為明確性原則」，為行政處分應當遵守之原則之一。
2. 復參臺北高等行政法院105年度簡上字第60號判決略以：「本院廢棄判決(即前次廢棄發回)即已經載明，原處分『以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用』之構成要件事實為論述(特別是「不正當行為」領取保險給付或申報醫療費用)，未經合法調查事證；而本件被上訴人迄未說明上訴人違規行為(刷自費美容保險對象之健保IC卡，以疾病名義虛報醫療費用)，究屬『以不正當行為』或『以虛偽之證明、報告、陳述』而申報醫療費用？原審亦未闡明及詳予調查。」，為廢棄發回原判決之理由。上揭判決意旨，亦明確闡釋原處分機關關於論述全民健康保險法第81條第1項之構成要件時，應經合法調查事證，並明確說明受處分人之何種違規行為，係該當「以不正當行為」或「以虛偽之證明、報告、陳述」，所為之罰鍰處分方屬合法。
3. 查原處分主旨、事實及理由欄所載內容，僅分別說明「受處分人許○○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81條情事」「受處分人許○○為○○藥局負責藥事人員，經本署104年1月13日至104年1月20日期間派員訪查，發現有向本署不實申報3,859筆藥事服務費，共計19萬7,411點」等語，僅泛言原處分機關派員訪查之結果，然對於其有何種行為，係該當於全民健康保險法第81條第1項構成要件，原處分未置一詞，更遑論原處分有具體說明其究有何違反「以不正當行為」或「以虛偽之證明、報告、陳述」之行為事實，

揆諸前掲行政程序法規定與判決意旨，原處分顯然違背「行政行為明確性原則」，亦有理由不備之違法，自應予以撤銷。

(三) 原處分機關所提之「全民健康保險爭議案件健保署意見書」中申請人基本資料「申請人」欄位係記載「○○藥局（負責藥事人員：許○○）」，與本件原處分之受處分人許○○即申請人並不相同，又原處分機關所提之「健保爭議案審議意見附表」健保署意見要旨中，亦同時論及「申請人」與「申請人藥局」之相關事實，足見原處分機關顯然就受處分人究為「醫事服務機構」抑或「自然人之負責藥事人員」2種不同之受處分對象混淆不清，則原處分機關裁處罰鍰與申訴之對象，究應為「○○藥局」或「許○○」即申請人，不無疑義，自應由原處分機關詳加釋明。

(四) 原處分機關裁處原處分所依據之事實調查程序，並未符合行政程序法第36條之規定：

1. 按「行政機關應依職權調查證據，不受當事人主張之拘束，對當事人有利及不利事項一律注意。」，行政程序法第36條定有明文，本條之立法理由略為：「二、各國立法例對調查證據，大都採職權調查原則，本法亦採之。行政機關為調查確定事實所必要之一切證據，應依職權調查事實，並決定調查之種類、範圍、順序及方法，不受當事人提出之證據及申請調查證據之拘束。但行政機關本其職權，對當事人有利及不利之事項，均應予以注意。」，準此，行政機關裁處罰鍰，自應依職權調查事實與證據，不受當事人拘束，惟對當事人有利及不利之事項，皆須注意，不可偏廢。
2. 經查，原處分機關意見書略以：「申請人擔任○○藥局負責醫師期間，經查有虛報藥事服務費計19萬7,411點之情事，．．．查申請人藥局針對本署核定特約停止之行政處分，並無異議，未提行政救濟」、「申請人對於孫姓藥事人員自103年7月1日至103年12月31日期間登錄於申請人藥局擔任執業藥事人員期間，部分時段未實際在該藥局執行調劑藥品業務，卻以其名義不實申報藥事服務費共計19萬7,411點之情事，及本署依相關規定所為之行政處分，並無爭執」等語，惟原處分機關裁處原處分所憑之證據，依前掲原處分機關意見書所述，無非以申請人對於原處分機關派員訪查後所為之停約處分之結果並無異議，或對於後續之行政處分未予爭執等事實，然依行政程序法第36條規定，原處分機關本不受申請人之主張拘束，自應依職權認定事實，要難因申請人不願耗費心力與原處分機關興訟抗衡，而未表示異議或未予爭執之消極不作為，即可斷定原處分機關訪查之結果為真實。
3. 再者，原處分機關於訪查時，完全關注在不利於申請人之情事，對於有利於申請人之情事，絲毫未予斟酌考量。縱原處分機關所主張，其非以緩起訴處分書之事實裁處原處分為真，原處分機關所為之證據調查程序，亦難謂符合行政程序法第36條之規定與立法意旨。

- (五) 原處分機關意見書略以：「申請人藥局於前開 103 年 7 月 1 日至 12 月 31 日期間以未實際調劑之申請人名義申報藥事服務費，即屬虛偽不當．．．」等語，原處分機關似乎認為係「申請人藥局」即「○○藥局」申報藥事服務費有虛偽不當之情事，惟如前述，「醫事服務機構」與「自然人之負責藥事人員」實屬不同之受處分對象，若依據上揭原處分機關意見書，自應以「○○藥局」為罰鍰之受處分人，要難以「申請人」個人為罰鍰處分之受處分人，原處分機關顯然混淆「醫事服務機構」與「自然人之負責藥事人員」2 種不同之受處分對象，益顯原處分機關關係以「○○藥局」之虛偽不當，張冠李戴為「申請人」之違法行為而裁處罰鍰，自難認原處分機關就裁處罰鍰之客觀構成要件事實，業已為合法之調查與認定。
- (六) 原處分並未審酌申請人行為時有無故意或過失，原處分機關之意見又僅以客觀上之事實來推論申請人係出於故意或過失，難認合於行政罰法第 7 條第 1 項之規定：
1. 按「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。」，行政罰法第 7 條第 1 項定有明文。第按「違反行政法上義務之行為，乃行政罰之客觀構成要件；故意或過失則為行政罰之主觀構成要件，兩者分別存在而個別判斷，尚不能以行為人有違反行政法上義務之行為，即推論出該行為係出於故意或過失。」，此有最高行政法院 105 年度判字第 308 號判決可資參照。準此，行政機關裁處行政罰，自應論斷行為人有無該當故意或過失之主觀構成要件，要不得逕以客觀上違反行政法上義務之行為事實，即遽認行為人主觀上係出於故意過失。
 2. 經查，原處分未審酌申請人行為時有無故意或過失，原處分亦未就此說明即逕予裁處罰鍰，已悖於行政罰法第 7 條第 1 項之規定，原處分機關意見書復主張「自孫姓藥事人員登錄於申請人藥局擔任執業藥事人員起，申請人即持續性每月以違規行為不實申報藥事服務費，難謂無故意過失」等語，然此主張無異於「以行為人客觀上之事實，推論行為係出於故意或過失」，顯然違背上揭最高行政法院 105 年度判字第 308 號判決所闡釋之意旨，自不足採。

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 點及第 9 點。
- (三) 行政罰法第 26 條第 1 項、第 2 項及第 3 項。

二、卷證

醫事機構醫事人員現況清單查詢、健保署業務訪查訪問紀錄、訪查○○藥局問題說明書、全民健康保險特約藥局基本資料表、○○藥局以孫○○名義不當申報調劑費用總表、罰鍰金額核算表、臺灣○○地方法院檢察署檢察官 105 年度偵字第 0000 號緩起訴處分書及健保署 104 年 3 月 30 日健保○字第 000000000 號函等影本及健保署意見書、補充意見。

三、審定理由

- (一) 依卷附相關資料顯示，本件健保署對申請人裁處罰鍰處分係緣起於該署前執行 103 年「清查藥事人員掛牌查核專案」，於 104 年 1 月 13 日至 22 日派員訪查○○藥局登記執業之藥事人員孫○○及負責藥事人員許○○即申請人，發現○○藥局登記執業藥事人員孫○○於該藥局之上班時段為 103 年 7 月 1 日至 31 日期間之每週一至週五晚上 6 時起，迄至隔壁診所門診時間結束、103 年 8 月 1 日至 12 月 31 日期間之每週一至週五上午 9 時至 12 時、103 年 12 月 1 日至 31 日期間另增加下午 3 時至 4 時 30 分時段，亦即孫○○僅於上開上班時段固定於○○藥局執行藥品調劑業務，惟○○藥局卻於孫○○未上班執行藥品調劑業務時段，仍以孫○○名義不實申報 103 年 7 月 1 日至 12 月 31 日期間 3,859 筆藥事服務費計 19 萬 7,411 點，健保署乃以 104 年 3 月 30 日健保○字第 0000000000 號函核處○○藥局追扣醫療費用 19 萬 7,411 點及停約 3 個月，期間自 104 年 6 月 1 日起至 8 月 31 日止，該藥局負責藥事人員許○○即申請人於停止特約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付，函內除併附○○藥局上開違規申報藥事服務費 3,859 筆明細表外，同時載明如不服該署之核定，得於收到通知後 30 日內，以書面檢具相關事證向該署申請複核等語在案；又因案涉觸犯刑事法令，健保署乃再依前開全民健康保險法第 81 條第 1 項及行政罰法第 26 條第 1 項規定，移送司法機關辦理。
- (二) 經查因申請人及○○藥局對健保署前開核定內容並未爭執，亦未於規定期限內向健保署申請複核，該違規事實與因此受追扣醫療費用及停止特約之處分即已確定在案，○○藥局受停約 3 個月之處分，並於 104 年 8 月 31 日已執行完畢，嗣健保署接獲臺灣○○地方法院檢察署檢察官 105 年度偵字第 0000 號緩起訴處分書，處分申請人緩起訴期間 1 年，並向公庫支付 15 萬元後，乃續依全民健康保險法第 81 條、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 3 款、第 9 點、行政罰法第 26 條第 2 項、第 3 項規定及前述該署已確定之 104 年 3 月 30 日健保○字第 0000000000 號函所認定之違規事實，就前開○○藥局虛報 103 年 7 月 1 日至 12 月 31 日藥事服務費 19 萬 7,411 點(換算金額為 19 萬 817 元)之事實，後續裁處 2 倍罰鍰 38 萬 1,634 元，經扣抵申請人已向國庫支付之 15 萬元後，以 106 年 2 月 13 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書裁處申請人罰鍰 23 萬 1,634 元 ($381,634 - 150,000 = 231,634$)。
- (三) 申請人雖主張 1. 原處分機關應自行認定其有無該當全民健康保險法第 81 條第 1 項規定之構成要件事實，不能逕以緩起訴處分為裁處之依據；2. 原處分未具體說明其有何該當於全民健康保險法第 81 條第 1 項構成要件之行為事實，有違「行政行為明確性原則」，亦有理由不備之違法；3. 原處分機關顯然就受處分人究為「醫事服務機構」抑或「自然人之負責藥事人員」2 種不同之受處分對象混淆不清，原處分機關裁處罰鍰與申訴之對象，究應為「○○藥局」或「許○○」即申

請人，不無疑義，若依據原處分機關似認為係「○○藥局」申報藥事服務費有虛偽不當之情事，自應以「○○藥局」為罰鍰之受處分人，要難以「申請人」個人為罰鍰處分之受處分人；4. 原處分機關裁處原處分所依據之事實調查程序，並未符合行政程序法第36條之規定；5. 原處分並未審酌申請人行為時有無故意或過失，原處分機關之意見又僅以客觀上之事實來推論申請人係出於故意或過失，難認合於行政罰法第7條第1項之規定云云，惟經本部審查卷附相關資料，認為所稱核不足採，分述如下：

1. 健保署意見書及補充意見陳明，略以：

(1)申請人擔任○○藥局負責藥師期間，經查有虛報藥事服務費計19萬7,411點之情事，該署依全民健康保險法第81條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第1項第4款、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第20條規定，核定自104年6月1日起至8月31日停約3個月，查申請人及○○藥局針對該署核定特約停止之行政處分，並無異議，未提行政救濟，故該停止特約之行政處分已於104年8月31日執行完畢，該署係依前述相關規定核處停止特約，且依全民健康保險法第81條規定，移送司法機關偵辦及核處罰鍰，故該署所核定之行政處分，並非依司法單位之緩起訴處分書之事實核定，申請人如對司法機關所為之緩起訴處分裁判有異議，應向司法機關聲請再議，與該署所為之行政處分無關，故該署依相關規定所為之行政處分，認事用法並無違誤。

(2)有關申請人106年6月5日補充理由主張受處分人究為「醫事服務機構」抑或「自然人之負責藥事人員」部分：

①法人為法律上之獨立人格者，其與為法人代表人之自然人，係各別之權利義務主體，不容混為一談（改制前行政法院50年判字第110號判例意旨參照）。依藥事法第19條規定，所稱藥局，係指藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應業務之處所，亦即藥局是以藥師或藥劑生個人名義申請設立。

②又依臺北高等行政法院104年度訴字第1268號判決所載：「按『以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。』行為時全民健康保險法第72條定有明文。揆諸前揭明文可知，本條之處罰對象為『申報醫療費用』之人。」

③綜上，○○藥局並非法人，且○○藥局係申請人獨資經營，故○○藥局與自然人許○○係相同之權利義務主體，○○藥局即許○○，本件申報醫療費用之人為○○藥局即許○○。

(3)有關申請人106年6月5日補充理由主張該署裁處原處分所依據之事實調查

程序，並未符合行政程序法第 36 條規定部分：

①該署 104 年 1 月 20 日實地訪查○○藥局孫姓執業藥師，孫姓藥師表示其是從 103 年 7 月 1 日開始登錄於○○藥局執業，上班時段為每星期一至星期五晚上 6 時至隔壁診所當日門診結束（103 年 7 月 1 日至 7 月 31 日）、每星期一至星期五早上 9 時至 12 時（103 年 8 月 1 日至 12 月 31 日）、103 年 12 月 1 日至 12 月 31 日期間另增加下午 3 時至 4 時 30 分調劑時段。該署依前開孫姓執業藥師說明，核算○○藥局不當申報醫療費用，已採對於申請人更有利之情節，即孫姓藥師上班前、後 60 分鐘皆不列入違規事證，故該署核算孫姓藥師非上班執業調劑時段為 103 年 7 月 1 日至 7 月 31 日星期一至星期五每日 17 時前、103 年 8 月 1 日至 11 月 30 日星期一至星期五中午 13 時後、103 年 12 月 1 日至 12 月 31 日星期一至星期五下午 5 時 30 分後及 103 年 7 月 1 日至 12 月 31 日每星期六、日等時段。申請人補充理由並未再指明其有何有利情事，或提出任何有利證據，證明該署有未予注意之處。

②○○藥局經查有藥事人員未親自執業卻以其名義不當申報藥事費用情事，該署以 104 年 3 月 30 日健保○字第 0000000000 號函（以下簡稱前處分）處以追扣醫療費用 19 萬 7,411 點暨停約 3 個月處分，○○藥局負責藥事人員即申請人於停止特約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付，申請人對前處分因未提起救濟而確定在案。是本件前處分並非當然無效，亦未經依法定程序予以撤銷、廢止，或因其他事由失效，是以前處分認定為既成事實（即前處分所示期間申請人有孫姓執業藥師未親自執業卻以其名義不當申報藥事費用情事）作為本件認定判斷之基礎，依全民健康保險法第 81 條，以原處分裁處申請人所虛報藥事服務費用 19 萬 7,411 點為核處罰緩基準，並無不合。

(4)有關申請人 106 年 6 月 5 日補充理由主張該署迄未具體指明申請人究該當全民健康保險法第 81 條第 1 項之何種客觀構成要件，顯然違反行政程序法第 5 條、第 96 條之行政行為明確性原則部分：

①依臺北高等行政法院 104 年度訴字第 1632 號判決記載：依法特約藥局應核實申報，即應以實際調劑業務之藥事人員申報藥事服務費用，始得向保險人即被告受領健保給付之權利；反之若以特約藥局「非實際調劑」之藥事人員名義申報「合理調劑量」計算之給付藥事服務費，即屬以不正當行為及以虛偽之證明申報醫療費用。

②申請人引用臺北高等行政法院 105 年度簡上字第 60 號判決，指摘該署未說明受處分人之何種違規行為係該當「以不正當行為」或「以虛偽之證明、報告、陳述」等客觀構成要件事實，與本件申請人違規情節不同，自難比附援引。

(5)有關申請人106年6月5日補充理由主張原處分並未審酌申請人行為時有無故意或過失，難認合於行政罰法第7條第1項之規定部分：

- ①依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「特約藥局藥事人員合理調劑量（以每日實際調劑量計算）每人每日100件（山地離島地區每人每日120件），超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算」，另特約藥局藥事人員調劑，每人每日在80件以內者，支付藥事服務費45點至66點不等，81至100件以內者，藥事服務費之點數則降為15點，超過100件點數為0。上開「合理調劑量」規定，乃全民健康保險法為確保藥事人員調劑品質，保障保險對象用藥安全，所訂定之藥事人員調劑合理量之支付標準，依上開規定藥事人員調劑次數愈多，其藥事服務費予以逐段遞減之支付方式，並藉由在合理調劑量內支付較高的藥事服務費，超出合理量，則給予較低藥事服務費的機制，保障民眾就醫時最基本的醫療（藥事調劑）品質。
- ②惟申請人設立之○○藥局因收受處方箋數量超過全民健康保險規定給付數量，故以孫姓執業藥師未親自執行調劑業務時段，另以其名義向該署申報調劑藥品相關費用，藉以規避合理調劑量之規定；○○藥局經查有實際執行調劑藥事人員與申報不一致之情事，此部分事實有孫姓執業藥師訪查紀錄可證，且依藥師法第19條規定，申請人既為○○藥局之負責藥事人員，依法即應親自主持藥局業務，並負有督導之責，申請人明知孫姓執業藥師部分時段未在○○藥局親自執業，卻以其名義向該署申報藥事服務費用，豈能謂無故意過失責任。

2.按以獨資型態經營之醫療機構，因無獨立人格，故關於該醫療機構之權利義務自應歸諸負責醫師；又行為時全民健康保險法第72條（即現行第81條）之處罰對象為「申報醫療費用」之人，藥局係與健保署為簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」（特約藥局適用）之相對人，如藥局有違反合約規定情形時，即應由該藥局之負責藥事人員負責，有最高行政法院103年度判字第315號判決及臺北高等行政法院104年度訴字第1268號判決意旨可資參照。查○○藥局為全民健康保險特約藥局，申請人為○○藥局之主持藥師，亦為藥局之負責藥事人員，此有「全民健康保險特約藥局基本資料表」及「全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）」（以下簡稱健保合約）影本附卷可稽，依該健保合約第1條第1項規定，○○藥局應依照全民健康保險法等相關法令及合約規定辦理全民健康保險醫療業務，而○○藥局係健保合約之相對人，申請人為○○藥局之負責藥事人員，如○○藥局有違反上開健保合約規定情形時，因○○藥局無獨立人格，其權利義務自須歸屬於負責藥事人員許○○即申請人，本件健保署對申請人據以裁處罰鍰，並無不合。

3.查100年11月23日修正之行政罰法第26條修法理由已闡明，「緩起訴處分之

性質，實屬附條件之便宜不起訴處分，檢察官為緩起訴處分時，依刑事訴訟法第253條之2第1項規定，對被告所為之措施及課予之負擔，係一種特殊之處遇措施，並非刑罰。故一行為同時觸犯刑事法律及違反行政法上義務規定，經檢察官為緩起訴處分確定後，行政機關自得依違反行政法上義務規定裁處。」，則健保署因臺灣○○地方法院檢察署檢察官已就申請人之行為予以緩起訴處分，據以依行政罰法第26條第2項規定對申請人為後續之裁處罰鍰，並已依同法第26條第3項規定，扣抵前開緩起訴處分命令申請人支付國庫之15萬元，於法自屬有據。

4. 本件2倍罰鍰金額之計算，經衡酌法目的性，對申請人已屬有利

(1)按有關以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用之罰鍰處分，於102年1月1日施行之全民健康保險法第81條第1項修正，由原來之2倍提高為2倍至20倍，為避免專斷或有輕重之差別待遇，以求裁量之一致性，健保署乃參考二代健保修正前之「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條違約處分裁量基準」第3點各款規定，於「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點訂定裁罰倍數認定標準，另為避免對醫事服務機構所處罰鍰金額過於龐大，影響其整體經營狀況，又於該注意事項第9點明定罰鍰上限，茲綜整前開規定之罰鍰計算方式如下：

- ①違約申報醫療費用點數在2萬5千點以下者，處2倍罰鍰。
- ②違約申報醫療費用點數超過2萬5千點，未逾5萬點者，處5倍罰鍰。
- ③違約申報醫療費用點數超過5萬點，且無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10倍罰鍰。
- ④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。
- ⑤符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第5條第1項各款不予特約者，處20倍罰鍰。
- ⑥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。
- ⑦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2倍罰鍰。

(2)本件○○藥局虛報之藥事服務費計19萬817元，並未大於該藥局最近一年之平均每月申報醫療費用88萬4,529元，且無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第4款所訂「違約虛報點數超過25萬點」情節重大之情形，原應處10倍罰鍰190萬8,170元，因已超過前開罰鍰注意事項第9點規

定之罰鍰上限 176 萬 9,058 元，即應以罰鍰上限 176 萬 9,058 元為本件裁罰金額，惟健保署卻以虛報醫療費用 19 萬 817 元之 2 倍裁處罰鍰 38 萬 1,634 元，等同按違約虛報醫療費用點數在 2 萬 5 千點以下之情形裁處，於法自有未合，茲整理分析本件應處罰鍰之計算方式如下表：

	金額(元)	備註
系爭申(虛)報 醫療費用(A)	190,817	
最近一年平均 每月申報醫療 費用(B)	884,529	
系爭申(虛)報 醫療費用之 10 倍金額(C)	1,908,170 (C=Ax10)	本件依罰鍰注意事項第 7 點第 3 款規定應處以 10 倍罰鍰，惟已超過罰鍰最高上限(E)。
系爭申(虛)報 醫療費用之 2 倍 金額(D)	381,634 (D=Ax2)	適用條件為：1. 申(虛)報點數在 2 萬 5 千點以下(罰鍰注意事項第 7 點第 1 款)，或 2. 申(虛)報金額大於最近一年平均月申報醫療費用(B)(注意事項第 9 點但書)。 本件並不符合上開適用條件。
最近一年平均 月申報醫療費 用之 2 倍金額 (E)	1,769,058 (E=Bx2)	本件罰鍰之最高上限(罰鍰注意事項第 9 點本文)。

(四) 綜上，健保署核算申請人 2 倍罰鍰 38 萬 1,634 元，於扣抵支付國庫 15 萬元後，核處罰鍰 23 萬 1,634 元，對申請人已屬有利，基於行政救濟不得為更不利於申請人之決定，原核定仍應予維持。至申請人申請閱覽卷宗一節，本部業以 106 年 5 月 25 日衛部○字第 0000000000 號書函通知申請人，並由申請人委任之陳○○律師於 106 年 6 月 2 日閱覽健保署標明可供交閱部分之卷宗資料在案，併予敘明。

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。

伍、其他-重大傷病證明之核發

全民健康保險原則上係採醫療費用部分負擔制度，藉以避免濫用醫療資源，惟對於需長期適當之治療，且醫療費用龐大之疾病，為減輕民眾之負擔，依全民健康保險法第43條第2項及全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法等相關規定，經特約醫院、診所醫師診斷為重大傷病者，得申請核發重大傷病證明，在重大傷病證明有效期間內就醫，與該傷病相關治療之醫療費用，免依全民健康保險法第43條及第47條規定自行負擔費用。重大傷病之認定屬專業判斷之範圍，採個案審查原則，依申請人所檢附之就醫相關資料，由醫療專家就個案之就醫相關資料予以認定。

案例一

案情摘要

保險對象雖係慢性腎病第5期患者，惟Cr_e不高、尿量每日超過1,000ml，體重57公斤左右，亦無糖尿病，無透析的絕對適應症，應強制控制飲食，嘗試停止透析，不同意核發末期腎臟病之重大傷病證明。

衛部爭字第1073402884號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○診所。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「末期腎疾病(診斷代碼：N186)」。</p> <p>三、核定內容：</p> <p>本件經審查醫師審查，認為 Cr<6.0, P't may try to biw HD if condition of P't is indicated (肌酸酐小於6，如果符合適應症，病人可以嘗試進行1週2次透析)，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條第1項之附表一全民健康保險重大傷病項目第4項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>該署再送專業審查，認為 1. 不符合重大傷病證明核發，並不代表不能血液透析治療。2. 申請人透析改為1週2次(107年3月12日至24日最長有4天未透析)，BUN：82、Cr：5.35，尿量1,500ml，有嘗試藥物治療的空間，仍不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、綜整申請人主張、本部委請醫療專家審查意見及卷附「全民健康保險慢性</p>

	<p>腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明申請附表」、「血液透析檢驗/檢查記錄」、「血液透析記錄表」、腹部超音波、生化檢驗報告等相關資料影本暨健保署意見書認為：</p> <p>(一) 申請人係慢性腎病第 5 期患者，於 107 年 1 月 31 日首次透析，$\text{Cre} : 4.71 \text{ mg/DL}$、$\text{eGFR} : 9.63 \text{ mL/min}$，每日尿量 1,300 mL(檢驗日期 107 年 1 月 24 日)、$\text{Cre} : 5.35 \text{ mg/dL}$、$\text{eGFR} : 8.32 \text{ mL/min}$，每日尿量 1,500 mL(檢驗日期 107 年 3 月 24 日)，顯示 Cre 均不高、尿量每日超過 1,000mL，而申請人體重 57 公斤左右，亦無糖尿病，應無透析的絕對適應症。</p> <p>(二) 至於申請人申請審議理由固敘載每週 2 次透析，仍有水腫、喘、每週體重增加 5 公斤之情形，惟每日尿量如達 1,000 mL 以上，仍水腫、喘，每週體重增加 5 公斤，即表示申請人每天攝取量達 2,000 克/卡以上，飲食控制極差，應強制控制飲食，嘗試停止透析；如果無法達成水分控制，再用透析方式解決，不應該以透析來控制水分。</p> <p>(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

案例二

案情摘要

保險對象申請換發「右側下肢(含髖部)結締及軟組織之惡性腫瘤」之重大傷病證明，惟未有病理報告確診復發，且「惡性腫瘤重大傷病證明換發評估表」所載「目前癌症狀態」為「癌症確診後從未 disease-free 過」，其病況尚不符合全民健康保險重大傷病項目第 1 項所列癌症需積極或長期治療之條件。

衛部爭字第 1083402171 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「右側下肢(含髖部)結締及軟組織之惡性腫瘤（診斷代碼：C4921）」。</p> <p>三、核定內容：</p> <p>本件經審查醫師審查，認為無復發跡象，目前非屬需積極或長期治療之癌症，後續追蹤即可，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 1 項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本件再送專業審查，認為申請人於 102 年 12 月 10 日切除惡性肉瘤已滿 5 年，屬手術根除治療之病情，需有復發之病理報告，惟病歷資料未有佐證，仍不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附病歷、「門診紀錄」、「惡性腫瘤重大傷病證明換發評估表」、「病理組織切片報告」、「皮膚組織病理報告」、「磁振造影檢驗報告」等相關資料影本顯示：</p> <p>(一) 申請人因患下肢長骨惡性腫瘤手術後於 102 年 12 月 25 日申准重大傷病證明，嗣因放射線治療產生慢性皮膚潰瘍與放射線性皮膚炎，長期接受傷口照護與追蹤，108 年 4 月 1 日 MRI 追蹤檢查報告，雖有需排除復發(R/O recurrence)的臆斷，惟並未有病理報告確診復發，無法證實為需積極或長期治療之癌症。</p> <p>(二) 再依卷附由主治醫師於 108 年 1 月 3 日填具之「惡性腫瘤重大傷病證明換發評估表」第 4 點「目前癌症狀態」，勾選「癌症確診後從未 disease-free 過」、第 5 點「後續治療評估」，勾選「需定期返診追蹤」。</p>

	<p>檢查」，可見本件申請人病況尚不符合本保險重大傷病項目第1項所列癌症需積極或長期治療之條件。</p> <p>(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

案例三

案情摘要

保險對象住院期間使用 HFNC(高流量鼻導管)，並非 NIV(非侵襲性呼吸器)，不符合全民健康保險重大傷病項目第13項所列因呼吸衰竭需長期使用呼吸器之條件。

衛部爭字第 1083404094 號

審定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「因呼吸衰竭需長期使用呼吸器（診斷代碼：Z9911）」。</p> <p>三、核定內容：</p> <p>本案經審查醫師審查，認為申請人 HFNC(高流量鼻導管)，不是 NIV(非侵襲性呼吸器)，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條第1項之附表一全民健康保險重大傷病項目第13項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署併全案再送專業審查，認定 HFNC(高流量鼻導管)非呼吸器，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「呼吸治療紀錄單」、「診斷證明書」、「呼吸器依賴患者重大傷病證明申請附表」、「出院病歷摘要」等就醫資料顯示：</p> <p>(一) 申請人係陳舊性腦中風合併慢性病及呼吸衰竭病人，於108年1月30日入住○○醫院，住院當天開始使用 HFNC(高流量鼻導管)，依卷附「</p>

「呼吸治療紀錄單」顯示，其於 108 年 5 月 1 日申請核發重大傷病證明前，均使用 HFNC(高流量鼻導管)而非 NIV(非侵襲性呼吸器)，足見申請人申請當時之病況並不符合全民健康保險重大傷病項目第 13 項所定因呼吸衰竭需長期使用呼吸器之核發條件。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。

四、綜上，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維持。至申請人於 108 年 7 月 17 日(本部收文日)申請爭議審議所檢附「呼吸治療紀錄單」，其中治療日期 108 年 6 月 20 日(健保署複核日期)至 7 月 15 日期間使用 Bipap(非侵襲性呼吸器)治療部分，係於 108 年 5 月 1 日申請核發重大傷病證明後之呼吸治療紀錄，倘申請人嗣後情況符合系爭重大傷病證明條件，得另案向健保署申請核發重大傷病證明，併予敘明。

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。

全民健康保險爭議審議統計與案例彙編（十）

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

全民健康保險爭議審議統計與案例彙編. 十/
衛生福利部全民健康保險爭議審議會編著. -

臺北市：衛生福利部，民 109.12

面；公分

ISBN 978-986-5439-84-2(平裝)

1. 全民健康保險 2. 保險法規

412.56

109019935

編 著 者：衛生福利部全民健康保險爭議審議會

發 行 人：陳時中

總 編 輯：張玉霞

編 輯：呂秀樺、楊樹梅、林嘉慧、黃麗貞、許博智、陳昭蓉、
陳胤瑜、黃鈺婷

出版機關：衛生福利部

地 址：115204 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電 話：(02)85907222

網 址：<https://www.mohw.gov.tw>

印 刷 者：柏采實業有限公司

地 址：新北市深坑區北深路 3 段 111 號

電 話：(02)26626535

出版年月：中華民國 109 年 12 月

定 價：新臺幣 410 元整

ISBN : 9789865439842 GPN : 1010902201