

## 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。</p> <p>(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」</p>

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繃的狀態，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 點 x6=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) 況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。