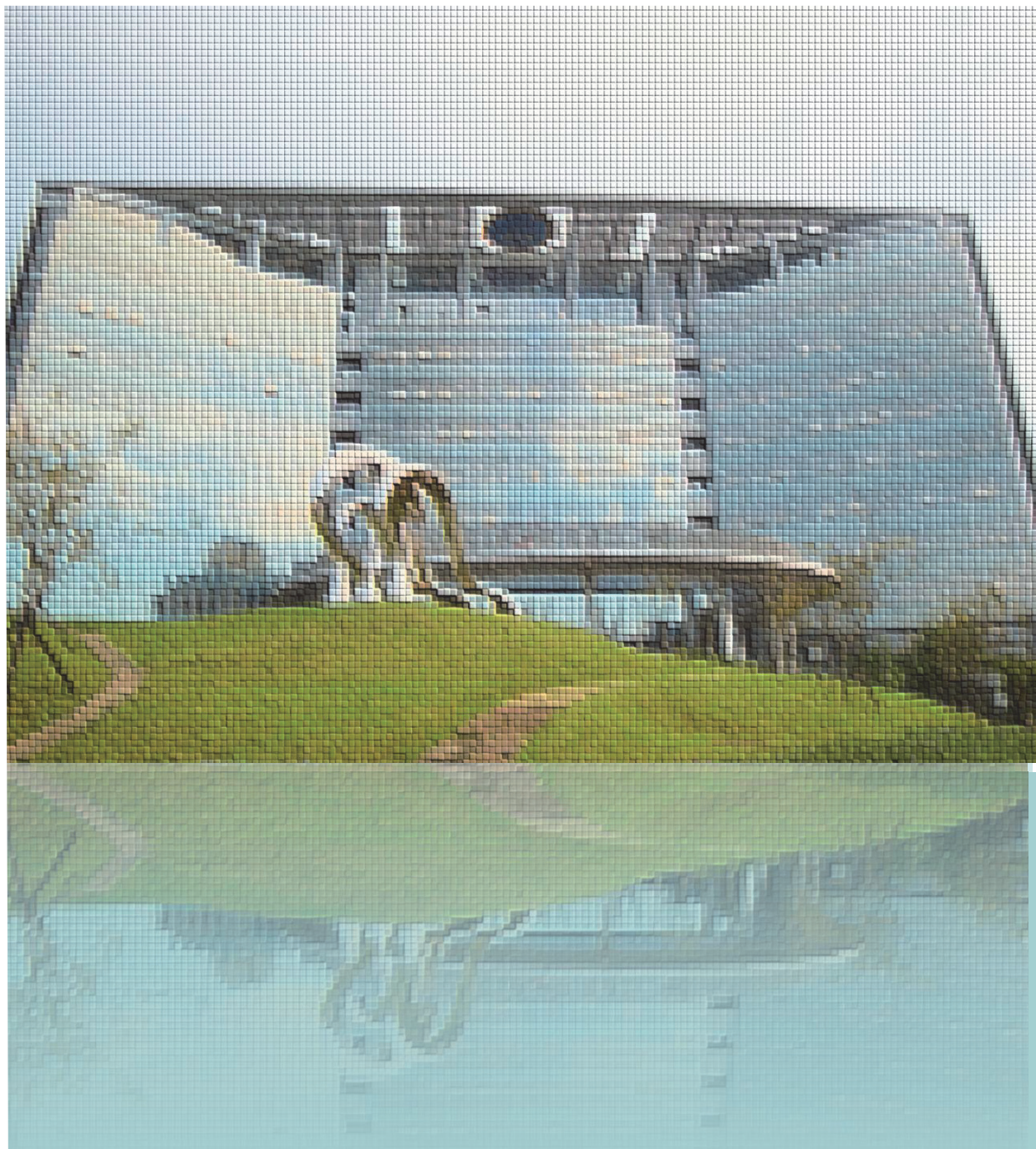


109-110 年

全民健康保險爭議審議 統計與案例彙編(十一)



部 長 序



全民健康保險自民國 84 年 3 月 1 日開辦迄今，歷經 27 個年頭以來，絕大多數民眾之健保就醫權益都能受到保障，讓民眾不會因為經濟困窘而發生無法就醫之憾事。近年來，臺灣人口結構在高齡化及少子化趨勢下，健保成本支出成長遠大於收入成長，為期健保永續經營，對於健保財務支出面及收入面之相關制度迭有變革，但本於有權利即有救濟之法治國原理，全民健康保險法所設計的爭議審議行政救濟程序，自開辦伊始即存續至今，讓保險醫事服務機構、保險對象、投保單位或扣費義務人對於保險人之核定事項，如果認為有侵害到健保權利或利益時，即可透過爭議審議程序來尋求救濟。本部全民健康保險爭議審議會置委員 15 人，包含法學、醫藥、保險專家及本部代表所共同組成之委員會議，透過合議制方式，秉持專業、客觀及公正立場審議每個爭議案件，保障案件當事人之健保權益。

全民健康保險爭議審議業務自民國 84 年 4 月 28 日推行以來，案件或因疫情之故，而有所消長，但絕大多數爭議案件雖肇因民眾對於健保法令不瞭解，而未獲得應有之權益保障，或者因保險醫事服務機構於申報醫療費用不符規定而遭核刪，或有以不正當行為來申報醫療費用，除費用遭到核刪外，還要被處以停約或終約，甚至因違反刑事法律而被移送司法機關辦理。相對的，另有少數個案因健保署作成之核定有違法或不當，健保權益受到侵害，藉由爭議審議程序來獲得平反。有感於此，本部全民健康保險爭議審議會已陸續發行健保爭議審議案例彙編共十輯。再者，為利民眾即時瞭解與自身健保權益相關之審議個案，亦選擇有代表性之個案於本部全球資訊網公開爭議審議結果。本次本部全民健康保險爭議審議會除蒐集 109 年至 110 年審定之常見且具代表性、教育性之爭議案例外，並就爭議審議資料進行統計分析，以及說明案件數量與新冠疫情之關聯後，彙整集結編印為爭議審議統計及案例彙編(十一)，提供各界查閱參考，欣見書成，特之為序。

衛生福利部部長

薛瑞元

謹誌

中華民國 111 年 12 月

編

輯

說

明

全民健康保險爭議審議性質屬訴願先行程序，為行政救濟之一環，如果保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人即本部中央健康保險署(以下稱健保署)所為之核定不服時，都可藉由爭議審議之申請來保障其健保權益，而爭議審議案件數量，除與健保署審查模式及專案查核等措施有關外，健保署為因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情爆發，影響國人就醫行為及意願，並考量醫療人員投入防疫工作需要，於 109 年陸續公告「健保署因應 COVID-19 之調整作為」，滾動式調整並實施暫停醫療費用案件審查及事前審查案件申請作業，由保險醫事服務機構進行自主管理，依病人病情及給付規定，提供相關醫療服務，健保醫療費用之核定及複核案件數隨之減少，進而連動健保爭議案件之受理量下降。然而，無論受理案件多寡，本部全民健康保險爭議審議會均能戮力於法定期限內審結，其中涉及專業技術或係大量發生者，藉由資訊化及系統化等作業方式，依據申請人所送申請書、病歷等相關資料及健保署核減理由與法令依據，委由醫療專家就其醫療服務之必要性、適當性及合法性，提供初審專業意見，再由承辦單位確認釐清相關規定後，始得彙整提報全民健康保險爭議審議會委員會議進行審議。

爭議審議統計及案例彙編(十)係蒐集 106 至 108 年間相關統計數據及爭議案例編輯而成，本次爭議審議統計及案例彙編(十一)，延續過往編排模式，亦分成 3 篇，包括 109 至 110 年度爭議審議統計、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，藉由統計資料及分析之呈現，讓讀者了解近 2 年來因新冠疫情影響及健保審查制度因應疫情所為

之調整，對於後續申請爭議審議案件之數量消長及原因予以分析，另就健保署執行專案審查爭議案件之常見類型，予以分析。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109年至110年期間審議近10萬案當中，分門別類挑選出具有廣泛性、常見性及代表性之案例，並於每篇之始即分別列有3則簡要說明，讓讀者快速洞悉健保爭議最常見之主張及所涉及之相關規定，以期讀者更加關切自身健保權益。又所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準，而每一案例開頭均有案情摘要，讓讀者一目了然爭點所在，節省寶貴時間。

本彙編(十一)所收集之案例內容有涉及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，以符合個人資料保護法規定。另因篇幅有限，審定書附記之行政救濟教示及法規內容均予省略。本書付梓發行前，雖經多次篩選及校正，惟錯漏之處恐難避免，敬祈讀者不吝賜教指正。

目錄

部長序 編輯說明

第一篇 健保爭議案件統計.....	001
壹、醫療費用爭議案件.....	002
一、醫療費用爭議案件受理及審議統計.....	002
二、109-110 年度醫療費用爭議案件受理類型統計.....	002
三、109-110 年度醫療費用爭議案件審議類型統計.....	004
貳、權益爭議案件.....	007
一、權益爭議案件受理及審議統計.....	007
二、權益爭議案件審議類型統計.....	007
三、保險給付案件統計.....	008
第二篇 醫療費用爭議案件常見代表性案例.....	009
壹、西醫.....	009
一、檢查檢驗(9 則).....	009
二、復健治療(2 則).....	034
三、血液透析(4 則).....	038
四、手術項目(6 則).....	044
五、藥品(10 則).....	065
六、護理訪視費(2 則).....	098
七、部分負擔(1 則).....	104
貳、牙醫(7 則).....	106
參、中醫(6 則).....	119
第三篇 權益爭議案件常見代表性案例.....	131
壹、保險費及投保金額、罰鍰等.....	131
一、案例一/本國人之加保資格.....	131
二、案例二/國外出生新生兒之加保資格.....	134
三、案例三/外籍人士之加保資格.....	137
四、案例四/停保免繳保險費條件.....	140
五、案例五/專技人員之投保身分.....	143
六、案例六/投保單位低報員工投保金額.....	146
七、案例七/投保單位申報調整投保金額生效日之認定.....	150
八、案例八/投保單位未配合提供資料核處罰鍰.....	153

貳、補充保險費.....	155
一、案例一/非所屬投保單位給付之薪資所得計收補充保險費.....	155
二、案例二/投保單位補充保險費之計算.....	158
參、保險給付.....	162
一、案例一/眼疾依病情專業判斷是否屬不可預期之緊急傷病.....	162
二、案例二/外痔非屬不可預期之緊急傷病.....	164
三、案例三/已知預產期非屬不可預期之緊急分娩.....	166
四、案例四/依公告之核退上限給付醫療費用.....	169
五、案例五/不符合健保特殊材料給付規定.....	171
六、案例六/重大傷病卡生效前之部分負擔費用.....	173
七、案例七/逾6個月申請核退醫療費用.....	175
八、案例八/逾期申請全年部分負擔費用.....	178
肆、特約管理事項.....	181
一、案例一/刷健保卡換領非醫療必要之藥品、營養品或其他物品，虛報費用.....	181
二、案例二/保險對象因健檢就醫，診所違規虛報費用.....	187
三、案例三/未經醫師診斷逕行提供醫事服務.....	193
四、案例四/未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務.....	198
五、案例五/自立名目收取費用.....	203
六、案例六/裁處罰鍰未違反一事不二罰原則.....	210
七、案例七/申復逾期.....	214
伍、其他-重大傷病證明之核發.....	218
一、案例一/再生不良貧血.....	218
二、案例二/第一型糖尿病.....	220
陸、程序事項.....	222
一、案例一/逾期未補正.....	222
二、案例二/逾60天申請審議.....	223
三、案例三/非核定案件.....	226

第一篇

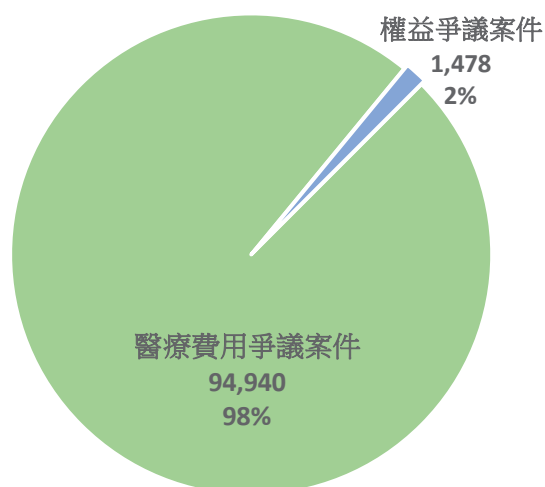


- 醫療費用爭議案件
- 權益爭議案件

健保爭議案件統計

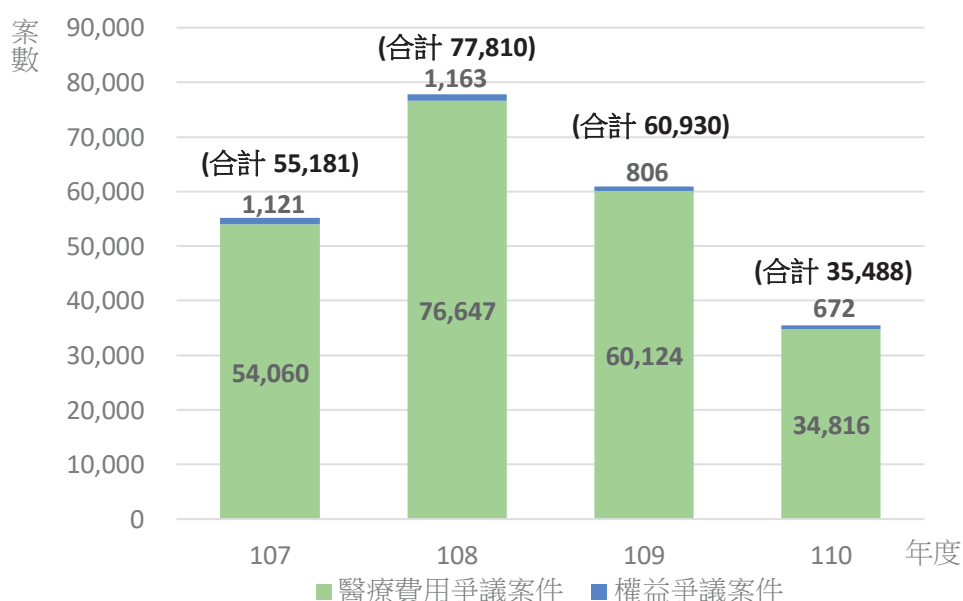
第一篇 健保爭議案件統計

健保爭議案件可分為醫療費用及權益爭議案件兩大類型，109-110 年度受理案數共計 96,418 案，以醫療費用爭議案件為大宗，有 94,940 案(占 98%)，權益爭議案件 1,478 案(占 2%)(如圖 1)。



★圖 1：109-110 年度健保爭議案件受理量

回顧近 4 年(107-110 年度)健保爭議案件之受理案數，從 107 年之 55,181 案、108 年之 77,810 案、109 年之 60,930 案到 110 年之 35,488 案，可以發現 109 年開始有下降之趨勢(如圖 2)，其原因可能係因自 108 年底，嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情爆發，影響國人就醫行為及意願，且衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)考量醫療人員投入防疫工作需要，於 109 年陸續公告「健保署因應 COVID-19 之調整作為」，滾動式調整並實施暫停醫療費用案件審查及事前審查案件申請作業，由保險醫事服務機構進行自主管理，依病人病情及給付規定，提供相關醫療服務，致健保醫療費用之核定及複核案件數減少，爰健保爭議案件受理量隨之下降。

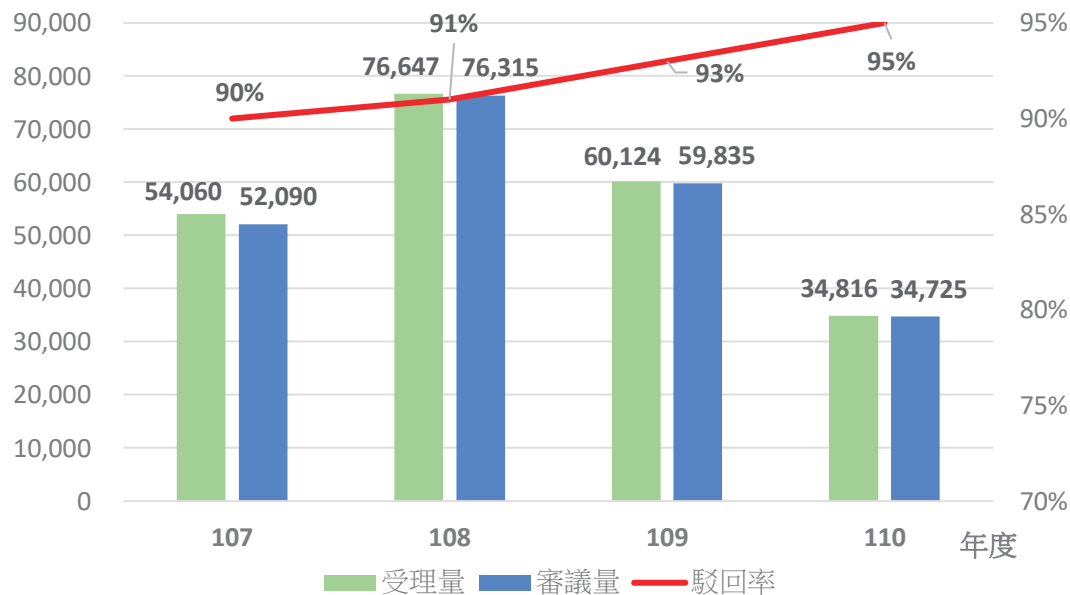


★圖 2：107-110 年度健保爭議案件受理量

壹、醫療費用爭議案件

一、醫療費用爭議案件受理及審議統計

醫療費用爭議案件 109 年度計受理 60,124 案、審議(不含撤回及移文案件)59,835 案、駁回率 93%，110 年度計受理 34,816 案、審議 34,725 案、駁回率 95%，兩年整體駁回率約為 94%(行政救濟率約為 6%)；相較前 2 年度(107 年度計受理 54,060 案、審議 52,090 案、駁回率 90%，108 年度計受理 76,647 案、審議 76,315 案、駁回率 91%)，合計受理量減少 35,767 案，下降約 27%，兩年整體駁回率上升約 3%(如圖 3)。



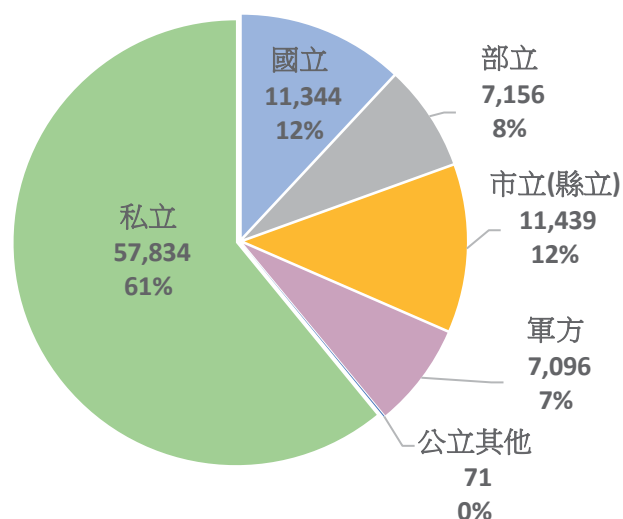
★圖 3：107-110 年度醫療費用爭議案件受理量、審議量及駁回率

二、109-110 年度醫療費用爭議案件受理類型統計

(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 57,834 案(占 61%)，市立(縣立)醫院居次，為 11,439 案(占 12%)，其餘國立、部立、軍方醫院分別為 11,344 案(占 12%)、7,156 案(占 8%)、7,096 案(占 7%)(如圖 4)。

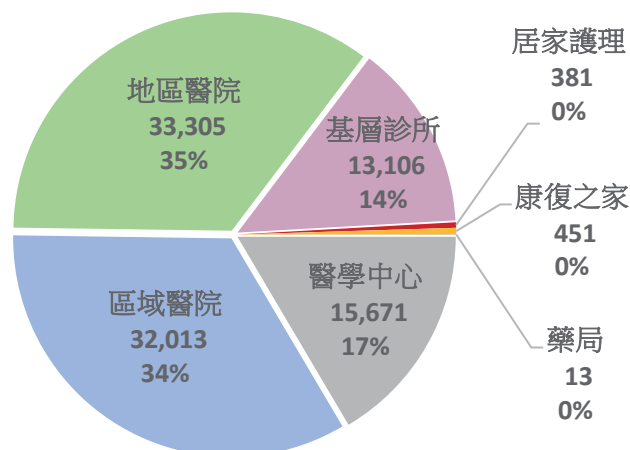
★圖 4：109-110 年度醫療費用爭議案件受理量-按機構權屬別



(二) 按健保特約類別

按健保特約類別分析，以地區醫院居冠，計 33,305 案(占 35%)，區域醫院居次，為 32,013 案(占 34%)，其餘醫學中心、基層診所、康復之家、居家護理及藥局為 29,622 案(占 31%) (如圖 5)。

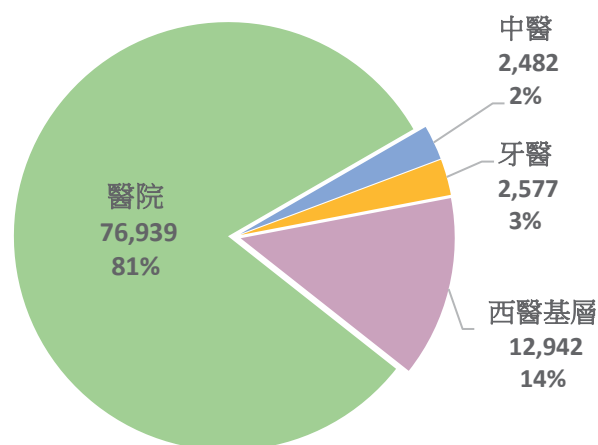
★圖 5：109-110 年度醫療費用爭議案件受理量-按健保特約類別



(三) 按醫療給付費用總額部門別

按醫療給付費用總額部門別分析，以醫院總額居冠，計 76,939 案(占 81%)，西醫基層總額居次，為 12,942 案(占 14%)，其餘牙醫及中醫總額分別為 2,577 案(占 3%)、2,482 案(占 2%) (如圖 6)。

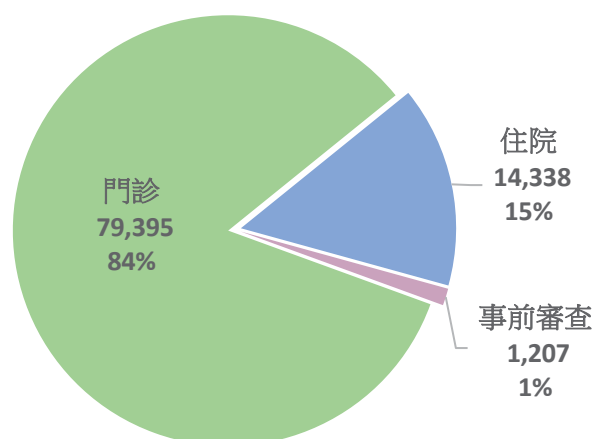
★圖 6：109-110 年度醫療費用
爭議案件受理量-按醫療
給付費用總額部門別



(四) 按爭議事項別

按爭議事項別分析，以門診爭議案件居冠，計 79,395 案(占 84%)，住院爭議案件居次，為 14,338 案(占 15%)，事前審查爭議案件為 1,207 案(占 1%)(如圖 7)。

★圖 7：109-110 年度醫療費用
爭議案件受理量-按爭
議事項別

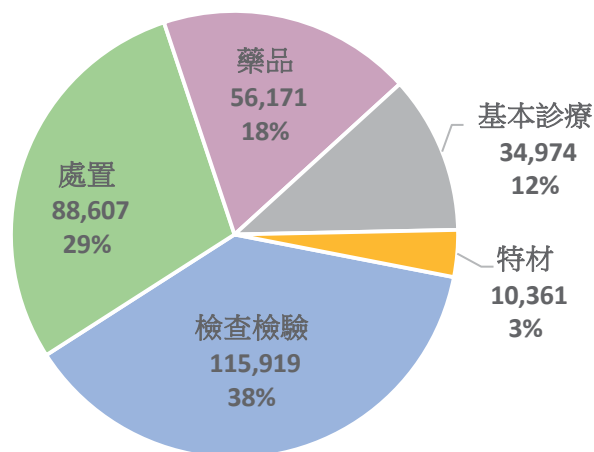


三、109-110 年度醫療費用爭議案件審議類型統計

(一) 按診療項目醫令別

診療項目醫令個數總量 306,032 項，按醫令別分析，以檢查檢驗項目居冠，為 115,919 案(占 38%)，處置項目居次，為 88,607 案(占 29%)，其餘藥品、基本診療及特材項目分別為 56,171 案(占 18%)、34,974 案(占 12%)、10,361 案(占 3%)(如圖 8)。

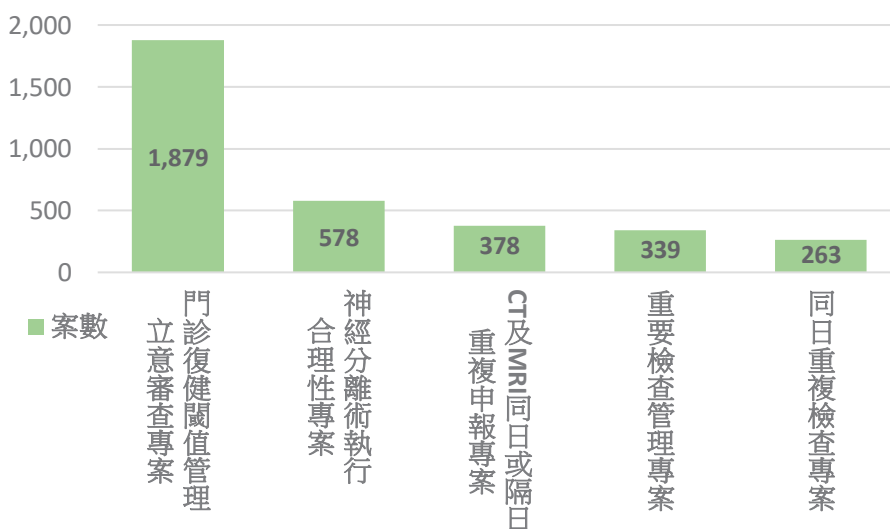
★圖 8：109-110 年度醫療費用爭議案件審議量-按診療項目醫令別



(二) 專案審查爭議案件常見類型

109-110 年度受理健保署執行專案審查爭議案件共 18,315 案，排序前 5 名，以「門診復健閾值管理立意審查專案」占最大宗，為 1,879 案，「神經分離術執行合理性專案」居次，為 578 案，其餘「CT 及 MRI 同日或隔日重複申報專案」、「重要檢查管理專案」、「同日重複檢查專案」，分別為 378 案、339 案、263 案(如圖 9)，特別說明如下：

- 對於費用年月 108 年 1 月至 109 年 12 月之專案審查爭議案件，健保署臺北業務組考量 COVID-19 疫情嚴峻，為讓醫院有足夠現金供調度使用，於 110 年 7 月 9 日以健保北字第 1101611315B 號函通知轄區 41 家院所暫緩追扣相關事宜，其中逾受理申報期間 2 年，涉及「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 5 條第 1 項規定追扣期間之計算，詳如醫療費用爭議案件常見代表性案例(p.29)。



★圖 9：109-110 年度醫療費用爭議案件-按常見專案審查排序前 5 名

2. 神經分離術(醫令代碼：83030B、83089B、83090B)^(註1)

109-110 年度審議「神經分離術執行合理性專案審查」爭議案計 578 案，整體駁回率為 86%^(註2)，本部全民健康保險爭議審議會委員會議審議過程，發現病人皆為三叉神經痛患者，依手術紀錄，係執行「高頻熱凝療法(83079B)」，並非執行神經分離術，亦非健保署改核之三叉神經阻斷術，鑑於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第十五項神經外科診療項目「高頻熱凝療法(83079B)」雖明訂三叉神經痛為其適應症之一，惟對三叉神經痛患者施行術式相較其他神經疾病難度高且複雜，係採電腦斷層掃描定位施術，與脊椎病灶以 X 光定位施術不同，必須面對可能併發症之一，為避免浮濫施行及確保病人安全，爰作附帶建議，建請健保署邀集相關領域專家或醫學會，就實證醫學及醫療經濟等層面，研議訂定三叉神經高頻熱凝療法支付項目規範，俾利特約院所遵循，減少不必要爭議。案經健保署據以修訂全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(十二)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-神經外科「18.神經分離術(Neurolysis, 83030B、83089B、83090B)」項目，增列其施行情況及申報費用應檢附之手術佐證照片、檢查或報告^(註3)，該項增訂規定已於 111 年 5 月 2 日施行。

註 1：神經分離術醫令包含：「神經分離術—肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經(83030B)」、「神經分離術—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經(83089B)」、「神經分離術—手、足的神經(83090B)」。

註 2：109-110 年度審議診療項目「神經分離術」爭議案計 686 案，109 年度審議 556 案，110 年度審議 130 案，兩年整體駁回率 92%。

註 3：18. 神經分離術(Neurolysis, 83030B、83089B、83090B)：

(1)指周邊神經因下列情況所施行神經分離減壓手術：

甲、指周邊神經因受到壓迫、外傷(受傷大於 1.5 個月)、或手術導致神經本身斷裂、損傷。

乙、其他原因造成結疤組織及神經沾黏。

(2)應檢附手術中神經分離前、後照片。

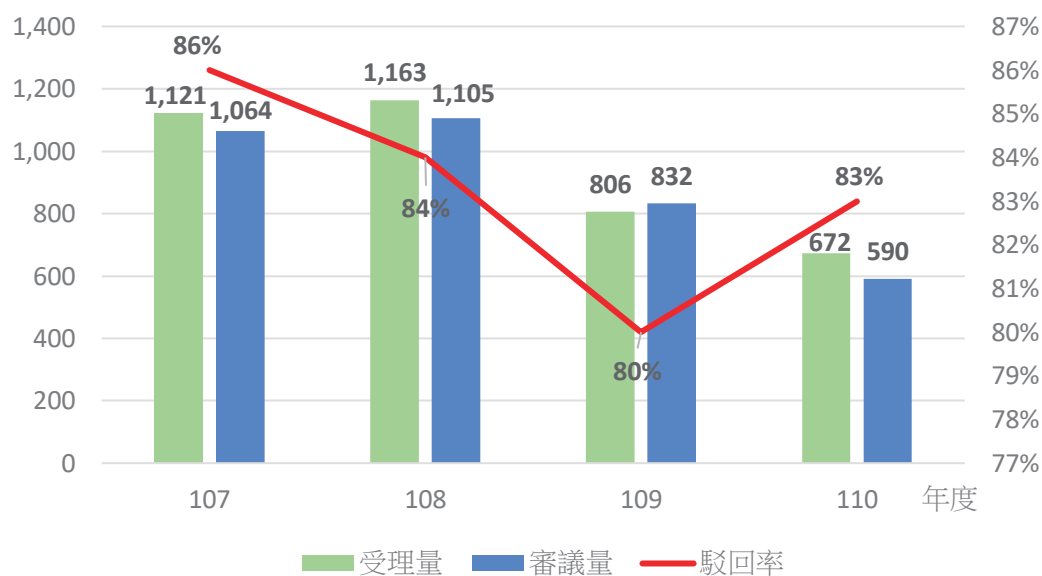
(3)除指神經 digital nerve 及腫瘤之外，應檢附神經傳導檢查(NCV 或 NCS)或肌電圖(EMG)報告。

(4)急性神經損傷(損傷在 1.5 月內)、第一次施行腕隧道手術不得申報。

貳、權益爭議案件

一、權益爭議案件受理及審議統計

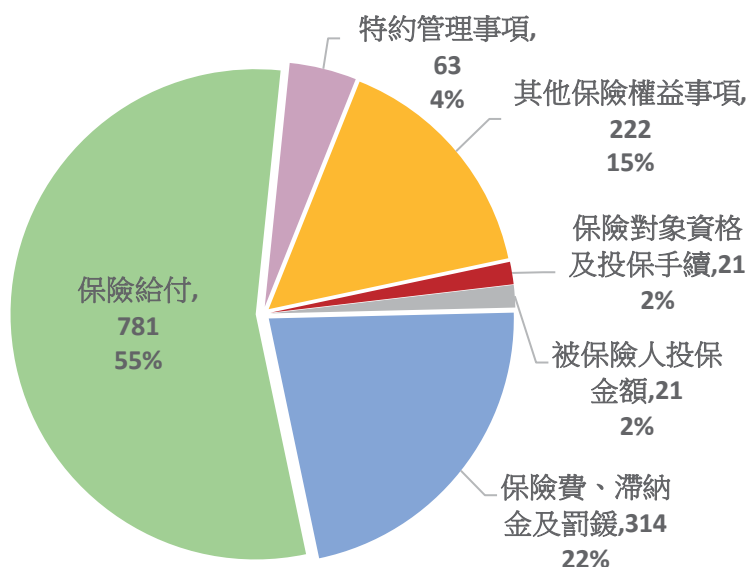
權益爭議案件 109 年度計受理 806 案、審議(不含撤回及移文案件)832 案、駁回率為 80%，110 年度計受理 672 案、審議 590 案、駁回率為 83%，兩年整體駁回率約為 81%(行政救濟率約 19%)；相較前 2 年度(107 年度計受理 1,121 案、審議 1,064 案、駁回率為 86%，108 年度計受理 1,163 案、審議 1,105 案、駁回率為 84%)，合計受理量減少 806 案，下降約 35%，兩年整體駁回率下降約 4%(如圖 10)。



★圖 10：107-110 年度權益爭議案件受理量、審議量與駁回率

二、權益爭議案件審議類型統計

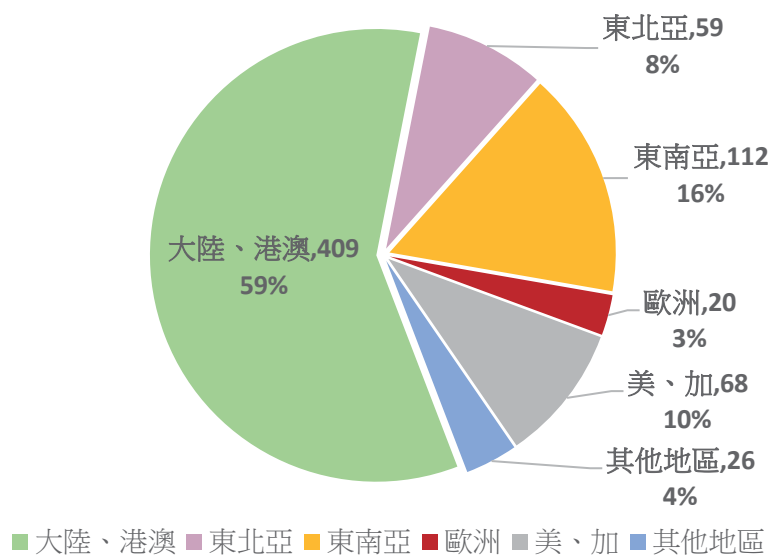
以案件類型觀察，最多者為保險給付案件，109-110 年度共計審議 781 案（占 55%），其次為保險費、滯納金及罰鍰，共計審議 314 案（占 22%），排名第三者為其他保險權益事項（主要為申請核發重大傷病證明），共計審議 222 案（占 15%），其餘特約管理事項、保險對象資格及投保手續與被保險人投保金額，各 4%、2%、2%(如圖 11)。



★圖 11：109-110 年度權益爭議案件審議類型統計

三、保險給付案件統計

109-110 年度審議保險給付案件 781 案中，以申請核退臺灣地區外自墊醫療費用案件為最大宗，共計審議 694 案(占 89%)。以地區分布而言，大陸地區(含香港、澳門)最多，占 59%，其次為東南亞國家，占 16%(如圖 12)。



★圖 12：109-110 年度臺灣地區外就醫核退案件地區分布統計

筆

記

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dashed lines.

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案例

保險醫事服務機構申請爭議審議，依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 規定，應檢送原送審查之病歷資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部不予認列。

保險醫事服務機構申請爭議審議常檢附國內外文獻、期刊、指引(guideline)、共識會議、專家諮詢會議等相關資料，以做為有利之證據，惟健保署於 105 年 10 月 20 日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。

保險醫事服務機構施行應事前審查項目，使用前應報經健保署審查同意，如因事出緊急，得以書面說明電傳健保署報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

壹、西醫

一、檢查檢驗

案例一

案情摘要

同日分別施行及申報「頭部」、「胸部及上腹部」電腦斷層造影檢查各 1 次，可同次施作者，僅能申報 1 次。

衛部爭字第 1103401992 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費用審查注意事項第一部、壹、一、（十八）、1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則： 「(1)『電腦斷層造影』及『磁振造影』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： 甲、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。 乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，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。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「CT 及 MRI 同日或隔日重複申報專案審查」爭議案，系爭項目為「電腦斷層造影—有/無造影劑（33072B）」、「DISPOSABLE 200CC SYRINGE KIT（NBS07SCTPQMH）」，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，109 年 10 月 12 日分別施行及申報頭部「電腦斷層造影—無造影劑〈33070B〉」及胸部及上腹部「電腦斷層造影—有/無造影劑〈33072B〉」（系爭）各 1 次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0514A」、「Brain CT 及 MRI 僅相差 2 天，擇一檢查即可」，依病歷紀錄，病人因 shortness of breath and bilateral lower legs edema for 2 days，於 109 年 10 月 8 日至 29 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Acute respiratory failure s/p ETT+MV」等，依前揭規定，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次，依病情記載，同意健保署意見，健保署原給付電腦斷層造影檢查項目之數量，已足敷診療所需；系爭特殊材料比照電腦斷層造影不予給付，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。

案例二

案情摘要

申報多次系爭「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」項目，未於病歷上詳載其理由，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403453 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費用審查注意事項第一部、壹、一、（十八）、1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則： 「(1)『電腦斷層造影』及『磁振造影』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： 甲、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。 乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，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。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「109Q4 CT 及 MRI 同日或隔日重複申報專案審查」爭議案，渠等 2 案，系爭項目均為「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」，分述如下： （一）○○○案，依「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」顯示，申請人醫院於 109 年 11 月 24 日、27 日（系爭）施行並申報腦部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」各 1 次及 109 年 11 月 26 日施行並申報腹部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」1 次，健保署初、複核意見為西醫

		專業審查不予支付理由代碼「0509A」、「非必要之檢查」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因心腎衰竭，於109年11月17日至12月12日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Acute on chronic renal failure on hemodialysis…」等，申請理由雖略稱：「因腹部 distension 及消化↓，故安排 CT，評估是否腹內感染源」，惟查系爭電腦斷層造影檢查申報部位為頭部，且依病情記載，同意健保署意見，健保署原給付電腦斷層造影檢查項目及數量，已足敷診療所需。 (二)○○○案，依「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」顯示，申請人醫院於109年11月27日、28日(系爭)施行並申報腦部「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」各1次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0181A」、「109年11月27日與109年11月28日 brain CT 無明顯變化」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因雙腳踩地會痛到腳軟無力，需拐杖協助下行走，於109年11月25日至12月3日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「L4/L5、S1 spinal stenosis」等，於109年11月26日接受脊椎手術治療，申請理由雖略稱：「病人腰椎術中 dura tear，故術後 follow up，隔天肢體無力，意識昏迷，懷疑 stroke attack，故再次安排 brain CT，雖 Follow image 無明顯變化，但病人臨床症狀有明顯惡化」，依前揭規定，因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，惟依系爭檢查日109年11月28日 Progress Note 顯示，無申請理由所稱「病人臨床症狀有明顯惡化」之相關病情記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。 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。
--	--	--

案例三

案情摘要

施行左、右兩側甲狀腺檢查，同日重複申報系爭「薄片細胞學檢查（15021C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403875 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二部第二章第一節檢查通則： 「三、對稱器官之檢查，各項目所定點數，除有特殊規定者外，係指兩側器官之檢查。」 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「同日重複檢查專案審查」爭議案，渠等 3 案，系爭「薄片細胞學檢查（15021C）」項目，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，皆於同日申報 2 次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0519A」，不予給付 1 次，依病歷紀錄，病人診斷分別為「Thyrotoxicosis with diffuse goiter without thyrotoxic crisis or storm」等(○案)、「Nontoxic multinodular goiter」等(○○○案)、「Disorder of thyroid, unspecified」(○○○案)，申請理由雖略稱：「執行不同部位穿刺，病理科醫師專業認定採取不同部位檢體分別執行細胞學檢查」，惟依「非婦科細胞報告單」顯示，渠等均為施行左、右兩側甲狀腺檢查，同意健保署意見，重複申報系爭「薄片細胞學檢查

案例四

衛部爭字第 1103402613 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醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第二十一項內視鏡檢查						
	編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	28003C	鼻竇內視鏡檢查	V	V	V	V	1332
	（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、（八）100903022 鼻竇內視鏡 Sinoscopy（28003C）：						

		「100903022-01：可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內得申報3次，手術前後合計最多申報4次。」(自106年8月1日生效)。 「100903022-01：可用於診斷鼻竇疾病，內視鏡鼻竇功能手術(functional endoscopic sinus surgery, FESS)手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。」(自109年5月1日生效)。 二、查卷附資料，本件係健保署執行「鼻竇內視鏡檢查專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」，分述如下： (一)○○○1人3案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，108年1月2日至3月11日期間，施行並申報「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」共6次，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，不予給付3次，依病歷紀錄，病人診斷為「Nasal Polyp, Unspecified」等，於107年12月20日接受內視鏡鼻竇功能手術，依系爭就醫日108年1月9日、1月16日、1月30日病歷紀錄及耳鼻喉內視鏡檢查報告顯示，未有病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。 (二)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，108年1月7日至3月22日期間，施行並申報「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」共4次，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic Sinusitis, Unspecified」等，於107年12月25日接受內視鏡鼻竇手術，依系爭就醫日108年3月22日病歷紀錄及耳鼻喉內視鏡檢查報告顯示，未有病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。 (三)○○○1人4案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，108年11月19日至109年6月26日期間，施行並申報「鼻竇內視鏡檢查(28003C)」共7次，健保署初、複核意見為「0509A，> 3M」，不予給付4次，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic Sinusitis,
--	--	--

		Unspecified」等，於 108 年 11 月 9 日接受內視鏡鼻竇手術，申請理由雖略稱：「前次接受功能性內視鏡鼻竇手術後，病人有不適症狀而回診，Sinoscope 發現有蓄膿與 polyp 並給予清除」，惟依系爭就醫日 108 年 12 月 3 日、109 年 4 月 17 日、5 月 29 日、6 月 26 日病歷紀錄及耳鼻喉內視鏡檢查報告顯示，未有病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，健保署原給付系爭檢查項目之數量，已足敷診療所需。 (四) 其餘個案，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，依病歷紀錄及內視鏡檢查報告顯示，無病情嚴重度之相關記載，同意健保署意見，不足以支持施行系爭檢查項目之必要性。 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。
--	--	---

案例五

案情摘要

申報系爭「骨盆檢查費(55021C)」項目，病歷必須有記載骨盆腔檢查。

衛部爭字第 1103403029 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	查卷附資料，本件係健保署執行「個別醫院專案-109 年門診婦產科申報適當性審查」爭議案，本部審定如附表。
------	--

附表						
衛部爭字第 1103403029 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	○○ ○○○ 婦產科 109/07 04	骨盆檢查費 (55021C)	1	1		一、相關規定 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) 第一部、壹、二、(五)100505 婦科 骨盆腔病狀診療 「100505012 申報骨盆腔檢查費 (55021C)，病歷必須有記載骨盆腔 檢查如下：
2	○○ ○○○ 婦產科 109/09 04	骨盆檢查費 (55021C)	1	1		a. 已有性經驗者，宜記載子宮、子 宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰 部五項檢查之情形，至少也要記 載其中之三項或以上有無病變或 異常。 b. 無性經驗者，宜記載陰道口、外 陰部有無病變或異常。」 二、查所附資料，渠等 2 案，健保署 初、複核意見為「0181A，排定抹 片」(○案)、「0181A，追蹤 PAP smear，(109 年)7 月 6 日已有 PV」 (○案)、「本項內含於 55012C，不 另支付」，惟查有關子宮頸抹片取 樣(55012C)費用是否已含骨盆檢查 費用一節，前經本部審理另案(衛

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					部爭字第○○○○○○○○○○號)詢據健保署提具意見表示，略以：「55021C 骨盆檢查費、55012C 子宮頸抹片取樣及 15017C 婦科細胞檢查，前揭三項診療項目之支付標準規範，未有規定不得同時併報」及 110 年○月○日詢據健保署提具意見表示，略以：「審查醫師就個案實際情況專業判斷之結果」等語，爰本部就渠等 2 案專業審查結果，分述如下： (一)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified」等，依系爭就醫日 109 年 7 月 7 日病情記載：「主訴：Frequent urination, vaginal dryness…客觀：PV：Senile vaginitis, CX and UT：absent, AD free, cystocele, Grade 1」，施行系爭檢查，核符前揭規定及病情所需，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。 (二)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Mild cervical dysplasia」等，依系爭就醫日 109 年 9 月 8 日病情記載：「主

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					訴：Vaginal bleeding before 客 觀：PV：Candida infection, senile change, retracted CX with CX abrasion, UT. Prolapse, Grade 1, rectocele, Grade 2」，施行系爭檢查，核符 前揭規定及病情所需，所請同意 給付，其金額由保險人依規定核 算後補付。
3	○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○	所有如申請 書所載項目			V	一、查卷附資料，渠等個案，系爭項目 皆為「骨盆檢查費（55021C）」， 分述如下： (一)○○○案，健保署初、複核意見 為「0181A，主要追蹤 PAP smear」、「本項內含於 55012C，不另支付」，依病歷紀 錄，病人診斷為「Female pelvic inflammatory disease, unspecified」，申請理由雖略 稱：「內診發現子宮頸外翻及滲 血情形，同時進行超音波檢查亦 記錄在病歷客觀中」，系爭就醫 日 109 年 8 月 19 日病歷僅記載： 「客觀：PV：Candida infection, ectocervix with mild oozing, N/S, AD free」， 未有子宮、子宮附屬器、子宮

附表						
衛部爭字第 1103403029 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	
	○○○ 共 7 案 婦產科					頸、陰道、外陰部五項檢查之其中三項或以上有無病變或異常之記載，不足以支持系爭檢查項目之必要性。 (二)○○○案，健保署初、複核意見為「0181A，主訴抹片」、「本項內含於 55012C，不另支付」，依病歷紀錄，病人診斷為「Encounter for gynecological examination (general)(routine)without abnormal findings」，系爭就醫日 109 年 8 月 19 日病歷僅記載：「客觀：PV：Candida infection, CX：smooth, mild enlarged, AD free, VVC」，未有子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之其中三項或以上有無病變或異常之記載，不足以支持系爭檢查項目之必要性。 (三)其餘個案，系爭就醫日病歷皆未有子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之其中三項或以上有無病變或異常之記載，不足以支持系爭檢查項目之必要性。

附表						
衛部爭字第 1103403029 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					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。

案例六

案情摘要

病歷無氣喘、過敏性鼻炎之診斷，申報系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402938 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）第二部第二章第一節第二十三項診療項目「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」註：「限確診為 Asthma、過敏性鼻炎者或 2 歲以下有異位性皮膚炎。」。 （二）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）第一部、壹 1. 二、（八）100905 鼻科檢查 100905042-01 「使用於臨床診斷為呼吸道過敏疾病者，為確認病人之過敏原，除年齡、嗜酸性白血球數考量外或 IgE (12031C) 大於其標準值或過敏原檢驗(定性) (30021C) 異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。」（自 106 年 8 月 1 日生效） 2. 一、（三十四）過敏原測試 MAST allergy test 審查原則： 「2. 除年齡、嗜酸性白血球數考量外或 IgE (12031C) 大於其標準值或過敏原檢驗(定性) (30021C) 異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。」（自 109 年 5 月 1 日生效）

	二、查卷附資料，本件係健保署執行「30022C(特異過敏原免疫檢驗)申報適當性專案審查」爭議案，系爭項目皆為「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」，茲就渠等個案，分述如下： (一)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭檢查日108年3月22日施行並申報系爭項目共2次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人民國104年生，診斷為「Dermatitis, unspecified」等，申請理由雖略稱：「病人有嚴重異位性皮膚炎，雖已落實食物的選擇及環境清潔，再輔以藥物控制後仍無法改善，故予以檢測過敏原」，惟依系爭就醫日108年3月21日病情記載，未有申請人所稱「異位性皮膚炎」之診斷，且同日施行 PHADIATOP TEST、TOTAL IgE TEST 及系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，不符前揭規定，健保署原給付系爭項目之數量，已屬從寬。 (二)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭檢查日108年10月5日施行並申報系爭項目共2次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人診斷為「Other atopic dermatitis」，申請理由雖略稱：「病人為不孕症患者，長期服用中藥治療引起全身皮疹，由於 panel III 中含有 Seasmе，與中草藥發生交叉反應可能性最高，因此測定 panel III」，系爭就醫日108年10月4日病情記載：「S: generalized itching papules over the whole body including scalp...0: IgE 442」，惟未載明 IgE 檢驗日期，且同日施行 PHADIATOP TEST、Eosinophil count、TOTAL IgE TEST 及系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，不符前揭規定，健保署原給付系爭項目之數量，已屬從寬。 (三)○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭檢查日109年5月27日施行並申報系爭項目共2次，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A」，不予給付1次，依病歷紀錄，病人診斷為「Urticaria, unspecified」，申請理由雖略稱：「病人罹患嚴重蕁麻疹，懷疑食物是過敏原因，故開立該項檢查」，惟系爭就醫日109年5月27
--	--

		日病歷無申請理由所稱「懷疑食物是過敏原因」之相關病情記載，亦無氣喘、過敏性鼻炎之診斷，且同日施行 TOTAL IgE TEST 及系爭「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」項目，不符前揭規定，健保署原給付系爭項目之數量，已屬從寬。 (四)其餘個案，健保署初、複核意見略為西醫專業審查不予支付理由代碼「0218A、0509A、0510A」、「0181A」，依病情記載，或同意健保署意見，施行系爭檢查不符前揭規定；或不足以支持施行系爭檢驗項目之必要性。 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。
--	--	--

案例七

案情摘要

病歷未載明適應症，不足以支持系爭「正子造影-局部(26073B)」項目之必要性。

衛部爭字第 1093402662 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二部第二章第一節「正子造影-局部(26073B)」註：「2. 非

	腫瘤部分之適應症：(1)存活心肌偵測：限 LVEF $\leq 40\%$ 以下且以(或認定)傳統心肌斷層灌注掃描無法做確切心肌存活者適用。」。 二、查卷附資料，本件係健保署執行「心室搏出分率及心室壁活動測定(26045B)併報其他檢查專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，健保署初、複核意見略為「0510A，已作心超，0102A，未註明 indication(病人 stable)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Hypertensive heart disease with heart failure」等，系爭「心室搏出分率及心室壁活動測定(26045B)」項目部分，同時已施行心臟超音波檢查，依病情記載，不足以支持施行系爭檢查之必要性；系爭「正子造影-局部(26073B)」項目部分，病歷無胸痛主訴相關記載，亦無心肌斷層灌注掃描之資料佐證，使用系爭項目，不符前揭規定。 (二)○○○案，系爭「正子造影-局部(26073B)」項目，健保署初、複核意見略為「0102A，0524A，0510A，已安排 Thallium scan，且未註明適應症，病歷過於簡略，卻同時安排兩項高價檢查」，依病歷紀錄，病人診斷為「Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris」等，依病情記載，病況穩定，無胸痛主訴之相關記載，不足以支持施行系爭檢查之必要性。 (三)○○○案，系爭「正子造影-局部(26073B)」項目，健保署初、複核意見略為「0102A，0510A，0324A，未載明適應症，且病歷過於簡略又同時安排兩項高價檢查，但未說明理由」，依病歷紀錄，病人診斷為「ST elevation (STEMI) myocardial infarction of unspecified site」等，依系爭就醫日 107 年 8 月 31 日病歷記載：「still chest tightness...DOE fc I」，不足以支持施行系爭檢查之必要性。 (四)○○○案，系爭「正子造影-局部(26073B)」項目，健保署初、複核意見略為「0102A，0510A，0524A，已安排核醫 LVEF 未載明需安排 PET 之理由」，申請理由雖略稱：「病人已知為 ICMP 且 low EF, UCG 發現有疑似陳舊性心肌梗塞，故安排 Thallium 看 ischemia 及 PET 看
--	---

		viability」，依病歷紀錄，病人診斷為「Heart failure, unspecified」等，病歷無申請理由所稱 ICMP 之相關記載，不足以支持施行系爭檢查之必要性。 (五)其餘個案，系爭均為「正子造影-局部(26073B)」項目，依病情記載，不足以支持系爭項目之必要性。 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。
--	--	--

案例八

案情摘要

移除移位之 IUD 並置入新子宮內避孕器，屬自費裝置之療程範圍，不足以支持申報系爭「婦科超音波(19003C)」項目之必要性。

衛部爭字第 1093406085 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	如附表。

附表																					
衛部爭字第 1093406085 號																					
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由															
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回																
1	○○ ○○○ 婦產科 109/06 09	婦科超音波 〈19003C〉	1		1	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一 節第十三項超音波檢查															
						<table><tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>基 層 院 所</th><th>地 區 醫 院</th><th>區 域 醫 院</th><th>醫 學 中 心</th><th>支 付 點 數</th></tr><tr><td>19003C</td><td>婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註： 1. 不含杜卜 勒檢查及立 體組像。 2. 不得同時 申報 19011C。</td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>450</td></tr></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	19003C	婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註： 1. 不含杜卜 勒檢查及立 體組像。 2. 不得同時 申報 19011C。	v	v	v	v	450
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															
19003C	婦科超音波 Gynecologic ultrasound 註： 1. 不含杜卜 勒檢查及立 體組像。 2. 不得同時 申報 19011C。	v	v	v	v	450															
						二、查所附資料，健保署初、複核意見 為「0102A，依病歷內容無施行超音 波檢查之適應症」、「此檢查非屬 疾病診斷，IUD 為自費項目，不宜 申報健保另收自費」，申請理由略															

附表						
衛部爭字第 1093406085 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					稱：「子宮內避孕器裝置雖是自費，並不是在本診所裝置，給予檢查，重新裝置避孕器，並未申報健保，裝置前避孕器的移位必須以超音波確認」，依病歷紀錄，病人診斷為「子宮內避孕裝置移位之後續照護」等，依系爭就醫日 109 年 6 月 5 日病情記載：「S/P IUD F/U, DISPLACEMENT WAS FELT BY HER HUSBAND PV CX NP MUCUS DISCHARGE VP NP, IUD TAIL MORE LONG TAS IUD DISPLACEMENT」，顯示內診發現子宮內避孕器之線尾較長，懷疑子宮內避孕裝置移位，施行系爭超音波檢查乃為移除 IUD 並置入新裝置，係屬自費裝置子宮內避孕器之療程範圍，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。

案例九

案情摘要

系爭醫療費用自健保署受理之日起，已逾 2 年，健保署不得追扣。

衛部爭字第 1103403282 號

審 定		
主文	序號第 1 至第 3 號原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。 序號第 4 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	查卷附資料，本件係健保署執行「門診玻尿酸併報超音波導引或關節穿刺專案審查」爭議案，本部審定如附表。

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 風濕免疫 科	超音波導引 (為組織切 片，抽吸、 注射等) 〈19007B〉	1	如 理 由		一、相關規定 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)第 5 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構所申報

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	108/04 09					之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。」。
2	○○ ○○○風濕免疫科 108/04 09	超音波導引 (為組織切片，抽吸、注射等) 〈19007B〉	1	如理由		二、健保署審核意見 (一)初核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0431A」。 (二)複核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」。 三、依前揭醫療服務審查辦法第 5 條，自保險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣之規定，追扣費用期間係以健保署受理申報案件 2 年內之費用，申請人申報左列之 108 年 4 月份費用，經健保署 110 年○月○日提具意見略以：「費用年月 108/4 書面總表受理日期 108/05/10」，本件健保署於 110 年 6 月 7 日健保○字第○○○○○○○○○○號函追扣申請人上開之費用，已逾受理申報案件 2 年，申請人有無前揭全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約之情
3	○○ ○○○風濕免疫科 108/04 09	超音波導引 (為組織切片，抽吸、注射等) 〈19007B〉	1	如理由		

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					事？因攸關本件追扣期間之計算，均有查明之必要。 四、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。
4	○○ ○○○等 28 案 風濕免疫科	所有如申請書所載項目			V	一、查所附資料，渠等個案，分述如下： (一)○○○(流水號○○)案，系爭項目為「前降鈣素原(12192C)」、「超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)(19007B)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付代碼「0503A、0431A」、「0509A」，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示部位單發性關節炎，他處未歸類者」等，系爭「前降鈣素原(12192C)」部分，系爭就醫日 108 年 8 月 10 日病情無初步診療相關記載，不足以支持逕予施行系爭檢驗之必要性；系爭「超音波導引(19007B)」部分，申請理由雖略稱：「為類固醇注射與增生治療」，惟依系爭就醫日 108 年 8 月 10 日病情記載，為簡單關節腔注射，無須併行系爭超音波導引項目之必要性。 (二)○○○案 1. 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					目及支付標準第 84 條附件七特殊材料給付規定之分類碼 D108-6： 「一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用」。 2. 系爭項目為「超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等) (19007B)」，「HYA-JOINT SYNOVIAL FLUID SUPPLEMENT(2.5ML/支) (FBT01HJ001V0)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付代碼「0431A、0332A」、「0509A、0308A」，依病歷紀錄，病人診斷為「類風濕性關節炎」等，系爭「超音波導引(19007B)」部分，申請理由雖略稱：「為發炎症關節液抽吸並送檢查…」，惟依系爭就醫日 109 年 1 月 15 日病情記載，為簡單關節腔注射，無須併行系爭超音波導引項目之必要性；系爭「HYA-JOINT SYNOVIAL FLUID SUPPLEMENT (FBT01HJ001V0)」部分，依系爭就醫日 109 年 1 月

附表						
衛部爭字第 1103403282 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					15 日關節液分析檢查單記載： 「WBC：5050/cumm(參考值 <200/cumm)…PMN：58%(參考值 <25%)」，顯示為發炎性關節炎， 使用系爭特材，核與前揭規定不 符。 (三)其餘個案，系爭項目分別為「超音 波導引(為組織切片，抽吸、注射 等)(19007B)」、「化學腫瘤藥 品處方之藥事服務費(天) (05221A)」，健保署初、複核意 見為西醫專業審查不予支付代碼 「0431A、0509A、0303A、0428A」， 依病情記載，或為簡單關節腔注 射，無須併行系爭超音波導引項目 之必要性；或處方藥品非屬需在層 流工作檯調配之成品製劑，不足以 支持申報系爭藥事服務費項目之 必要性。 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。

二、復健治療
案例一

案情摘要

系爭就醫日距發病日，已逾積極治療期，申報系爭「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103401067 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費用審查注意事項第一部、壹、二、（十四）101402040 複雜治療項目 「101402040-01 以積極復健期之病人為原則，病歷中應註明發病日期，以作為積極治療期間之佐證。 101402040-02 病人如病情需要，仍有積極功能性復健需求者，病歷應詳實記載其必要性。 101402040-03 超過積極治療期，不宜申報複雜治療項目。」 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「門診復健閾值管理專案立意審查」爭議案，渠等個案，分述如下： （一）○○○1 人 2 案，系爭項目為「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」、「0791A」，42014B 改支 42011B，43030B 改支 43008B，依病歷紀錄，病人診斷為「Unspecific multiple injuries」、「Brachial plexus disorders」等，依系

		爭就醫日 109 年 6 月 23 日、7 月 13 日病情記載：「Left lower limb fracture and left upper limb numbness and weakness in 2019-8」，顯示系爭就醫月 109 年 6 月、7 月距發病月 108 年 8 月，已逾積極治療期，同意健保署意見，健保署原給付復健治療項目，已足敷治療所需。 (二) ○○○案，系爭項目為「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」，健保署初、複核意見為「0704A」、「0791A，腦炎視同 CVA」，42014B 改支 42011B，43030B 改支 43008B，依病歷紀錄，病人診斷為「Encephalitis and encephalomyelitis, unspecified」，依系爭就醫日 109 年 8 月 10 日病情記載：「Encephalitis with poor balance onset: 2019/8/22」，顯示系爭就醫月 109 年 8 月距發病日 108 年 8 月 22 日，已逾積極治療期，同意健保署意見，健保署原給付復健治療項目，已足敷治療所需。 (三) ○○○1 人 3 案，系爭項目為「複雜治療〈42014B〉」、「複雜 Complicated〈43030B〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0704A」、「0791A」，42014B 改支 42011B，43030B 改支 43008B，依病歷紀錄，病人診斷為「Cerebral infarction due to embolism of left middle」等，依系爭就醫日 109 年 8 月 26 日、9 月 9 日、9 月 23 日病情記載：「Left MCA infarction with right side weakness and aphasia onset: 2019/08/05」，顯示系爭就醫月 109 年 8 月、9 月距發病日 108 年 8 月 5 日，已逾積極治療期，同意健保署意見，健保署原給付復健治療項目，已足敷治療所需。 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。 四、 另建請貴院依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四節，以及全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(十四)醫院全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件醫療費用審查注意事項-復健科之規定，申報復健治療相關費用，以維護貴院權益，併予敘明。
--	--	---

案例二

案情摘要

病歷無病情、症狀改善相關描述，不足以支持系爭物理治療、職能治療、語言治療項目之必要性。

衛部爭字第 1103403278 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「門診復健閾值管理專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： （一）○○○1 人 4 案，系爭項目均為「中度治療_中度（42008B）」，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0703A」，依病歷紀錄，病人診斷為「右側尺神經病灶」等，申請理由雖略稱：「…病人因有糖尿病、洗腎等慢性病，神經修復緩慢，需較長時間復健治療」，惟依系爭就醫日 109 年 10 月 13 日（流水號○○、○○）、11 月 6 日（流水號○○、○○）病情記載：「S：…2020.10 Acute onset of right hand weakness, difficulty in writing and using chopsticks, relatively preserved proximal muscle power…0：…Superimposed with ulnar neuropathy was impressed by clinical presentation.」，顯示病人疑有 Acute compression of the ulnar nerve，然卷無病情、症狀改善相關描述紀錄，同意健保署意見，不足以支持施行系爭復健治療之之必要性。 （二）○○○1 人 5 案，系爭項目均為「中度-複雜(44014B)」，

		健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0791A」，改支 44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「非創傷性腦幹出血」等，申請理由雖略稱：「病人 2020/5/23 再度中風後，才因吞嚥困難放置鼻胃管，實施中度複雜語言治療…」，惟依系爭就醫日 109 年 9 月 22 日（流水號○○）、10 月 13 日（流水號○○）、11 月 3 日（流水號○○）、11 月 24 日（流水號○○）、12 月 15 日（流水號○○）病情記載：「個人病史：CVA 2017…」，顯示為慢性期腦中風個案，同意健保署意見，健保署原給付復健項目及數量，已足敷診療所需。 （三）○○○1 人 3 案，系爭項目為「中度 Moderate(43005B)」、磁振造影—無造影劑（33084B）」、「中度-複雜（43008B）」，健保署初、複核意見皆為西醫專業審查不予支付理由代碼「0508A、0703A」，依病歷紀錄，病人診斷為「右側肱骨上端閉鎖性骨折之初期照護」等，申請理由雖略稱：「病人因 right proximal humeral fracture s/p ORIF，術後右關節僵硬，活動角度受限…」，惟依系爭就醫日 109 年 10 月 19 日（流水號○○）、11 月 17 日（流水號○○、○○）病情記載：「S：rt proximal humerus fx s/p on 20200310…0：flex：100，ABD：80，AROM ABD：70、active flex：80，supra activation：（+）」，無申請理由所稱「術後右關節僵硬，活動角度受限」之相關紀錄佐證，同意健保署意見，不足以支持施行系爭檢查、復健治療之必要性。 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。
--	--	--

三、血液透析

案例一

案情摘要

系爭就醫日與血液透析日為隔日或同一日，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，且血液透析屬定額支付項目，申報系爭「一般門診診察費（00110C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1083405900 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 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 號函釋，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」。 二、 查卷附資料，渠等個案，分述如下： （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「0217A」，依病歷紀錄，病人診斷為「Other specified diabetes mellitus with diabetic nephropathy」等，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」及健保署於 108 年 12 月 10 日提供之「門診費用清單、醫令查詢作業」資料顯示，108 年 3 月 19 日系爭就醫日門診診療之前日及次日皆接受血液透析

		(58029C)治療，病情非突發、非不可預期之變化，依病情記載，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，同意健保署意見，不足以支持另行申報「一般門診診察費(00110C)」之必要性。 (二)其餘個案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0217A」，依病歷紀錄，病人診斷分別略為「Dermatitis, unspecified」、「Secondary parkinsonism, unspecified」、「End stage renal disease」等，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」及健保署於108年○月○日提供之「門診費用清單、醫令查詢作業」資料顯示，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，依病情記載，皆屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，同意健保署意見，不足以支持另行申報「一般門診診察費(00110C)」之必要性。 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。
--	--	--

案例二

案情摘要

血液透析病人，每次脫水量<2.0kg，依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)2.(7)規定，宜減少透析頻率。

衛部爭字第1103403246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費用審查注意事項第一部、壹、二、（二）2.（7）： 「血液透析病患洗後 CCr>10 ml/min 且每次 UF<2.0 公斤應先減少透析次數為每週兩次，以觀察病患之 CCr 及腎功能變化，再決定日後之增減。」。 二、 查卷附資料，系爭項目為「血液透析（一次）-門診-一般透析〈58029C〉」，健保署初、複核意見為「0411A，low creatinine, low inter-dialytic body weight gain，請評估是否可改成 BIW HD」、「病歷中並無低血壓改進措施，建議 SLED 或 CVVH 較合宜」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「End stage renal disease」，依 110 年 2 月 2 日檢驗報告單記載，Creatinine、eGFR 檢驗值分別為 4.51 mg/dL（參考值為 0.5-1.2 mg/dL）、9.71ml/min/1.73m²（參考值為 90-999 ml/min/1.73m²），且依 110 年 2 月 2 日至 27 日期間「血液透析紀錄表」顯示，每次脫水量<2.0kg，宜減少透析頻率，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析項目之數量，已足敷治療所需，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。

案例三

案情摘要

未檢附當月之 BUN、Cr. 檢驗報告，以呈現殘留腎功能及 CCR，申報系爭「血液透析（一次）-門診-一般透析〈58029C〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093402881 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費用審查注意事項第一部、壹、二、（二）、2、（7）乙、透析案件應檢附下列資料： 「A. 開始透析日期及過去透析時間序列。 B. 病患 BMI data。 C. 殘留腎功能（residual renal function）及 CCR。 D. Albumin 檢驗值。 E. 施行透析必要性之理由（如心、肺疾病、貧血等其他合併症）。」 二、 查卷附資料，健保署初、複核意見為「0415A，無當月 BUN、Cr.」，部分不予給付，申請理由雖略稱：「病人為末期腎疾病患者，自 107 年 8 月起於本院開始洗腎至今，於 108 年 8 月份當時在○○醫院住院，108 年 8 月 20 日才轉回本院進行洗腎，為了避免重複施行檢驗資源浪費，例行的 BUN、Cr. 檢驗於 108 年 9 月起恢復」，惟依病歷紀錄，病人為末期腎疾病患者，未檢附 108 年 8 月份當月之 BUN、Cr. 檢驗報告，以呈現殘留腎功能及 CCR，同意健保署意見，不足以支持施行系爭「血液透析（一次）-門

		診－一般透析〈58029C〉」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。
--	--	---

案例四

案情摘要

同時施行腹膜透析與血液透析，未檢附增加腹膜透析量或增長透析液留置時間之相關資料佐證，申報系爭「血液透析（58029C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103400050 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費用審查注意事項第一部、壹、二、（二）、5.（2）腹膜透析及血液透析同時併作原則「乙、原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍＜ 1.7 或肌肝酸清除每週無法達到 50 公升/1.73 平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多 2 次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。」 二、 查卷附資料，系爭項目為「血液透析（一次）－門診－一般透析（58029C）」，健保署初、複核意見略為「0217A、0218A，完全不符合 PD 併作 HD 原則」、「不符 PD 併作 HD 規定」，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL

		DISEASE」等，申請理由雖略稱：「病人透析不足，經採用 PD combine HD(QW)後，病人主訴及抽血報告都持續改善及穩定，進而減少住院次數及增加體力(回歸社會投入工作)，故合併透析」，惟卷無增加腹膜透析量或增長透析液留置時間之相關資料佐證 PD inadequacy，且依 108 年 7 月 2 日透析護理紀錄顯示，Kt/V:1.95，Weekly CCr(L/weekly):51.38，健保署依前揭規定，不予給付系爭「血液透析(58029C)」，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。
--	--	---

四、手術項目

案例一

案情摘要

未經健保署事前審查核准即施行系爭「脊椎融合術—前融合 1. 無固定物(1)≤四節(83043B)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405439 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）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 3 項「應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。」 （二）行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準 1. 第 65 條：「保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。」。 2. 第 66 條：「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。」。 3. 第 84 條附件七特殊材料給付規定之分類碼 D112-4 備註欄：「三、需事前審查…」。 二、 查卷附資料，分述如下：

	(一) 健保署初、複核意見為「Ec(事前審查項目於核定日前實施，惟不屬緊急事件)，未事前申請核可，相關手術不予給付，1. 病歷記錄：58y/o female，OPD follow up 保守治療無效，脊椎方面病變，顯見此為門診追蹤個案 2. 依脊椎植入物健保規範，非緊急狀況，應事前申請，經審查核准後始可手術，此病人應有時間做事前申請，亦非緊急脊椎損傷 3. 依審查程序(109年)4月28日申請、5月1日即已核可，顯見審查之快速(事前審查規定應予遵守)；故此案仍以未申請核可，逕行手術狀況處置，相關植入物不予給付」、「據病歷紀錄，此病人為門診追蹤病人，且未達緊急手術要件，未依程序行事，故以未申請核可逕行手術狀況處理」。 (二) 查系爭「PEEK LUMBAR INTERVERTEBRAL CAGE 高分子材料腰椎椎間融合器(側開型，每節椎體置放 1 個)(FBSFAF0001RK)」特材之給付規定分類碼為 D112-4，依前揭規定，屬事前審查項目，需經事前審查核准後方得使用，依保險對象事前審查核定函顯示，系爭特材經健保署事前審查受理日期為 109 年 4 月 28 日，核定同意備查之日期為 109 年 5 月 1 日，惟依申請人醫院檢附保險對象之手術紀錄單顯示，手術日期為 109 年 4 月 28 日，足證本件未經健保署事前審查核准即施行系爭「脊椎融合術—前融合 1. 無固定物(1)≤四節(83043B)」手術，並使用系爭特材(FBSFAF0001RK)，且依病情記載，病人無緊急脊椎手術之適應症，申請理由雖略稱：「申請時應以急件送審卻誤勾選一般件」，惟查前揭事前審查核定函之「緊急傳真日期」欄為空白，則健保署依前揭規定，不予給付，核屬有據；系爭「特殊材料管理費用(MA12345678NH)」併同特材不予給付。 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。
--	--

案例二

案情摘要

一年內申報系爭「內痔結紮〈74417C〉」手術項目5次，已超過一年內最多不超過四次之審查原則。

衛部爭字第1103401521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	查卷附資料，本件係健保署執行「107年9月至109年8月執行內外痔相關手術異常專案審查」爭議案，本部審定如附表。

附表

衛部爭字第1103401521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	○○ ○○○ 直腸外科	內痔結紮 〈74417C〉	1		1	一、相關規定 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)第一部、壹、二、(三)52.內痔結紮手術(74417C)之審查原則

附表						
衛部爭字第 1103401521 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	108/02 03					「(3)一年內(自第1次施行時間起算)最多不超過四次,仍有反覆發作者,應評估是否接受手術切除。」 二、健保署審核意見 (一)初核:0411A。 (二)複核:短期內實施相同處置。 三、申請理由要旨 健保規定至少相隔十四天,本案相隔十四天才實施第二次。 四、查所附資料,依病歷紀錄,病人診斷為「Third degree hemorrhoids」,分述如下: (一)申請理由雖略稱:「健保規定至少相隔十四天」,惟該項「施行內痔結紮手術兩次時間至少應間隔二星期以上」之規定,原列於前開審查注意事項第一部、壹、二、(三)52.(2),業經健保署於106年11月14日以健保審字第1060081152號令修正發布刪除,先予敘明。 (二)復依系爭就醫日108年2月9日病情記載:「Anoscopy: Residual engorged cushions at various sites... Prolapsed piles with bleeding... Rubber ring ligation at 7°

附表						
衛部爭字第 1103401521 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					position」，顯示申請人因病人痔脫出及出血，施行系爭內痔結紮手術，惟依卷附「107 年 9 月至 109 年 8 月本分區醫院執行內外痔相關手術異常專案之核減點數」及健保署 110 年○月○○日提具意見略以：「○○醫院同專案之其他 4 案，均為同一病人」，顯示申請人於 108 年度就系爭保險對象執行並申報系爭「內痔結紮〈74417C〉」手術計 5 次，費用年月各為 108 年 1 月、2 月、3 月、8 月及 12 月，不符前揭「一年內（自第 1 次施行時間起算）最多不超過四次」之規定，惟究應核減哪一次？經健保署代表於 110 年○月○日列席本部全民健康保險爭議審議會 110 年○月份臨時委員會議說明，略以：「本件經該署專家專業審查，綜觀 108 年度申請人共申報 5 次，有違前揭一年 4 次之規定，因 1 月、2 月、3 月連續實施系爭手術，依臨床專業判斷過於密集，故核刪密集且非必要的 2 月那次，給付其餘 4 次」等語，爰本件健保署依前揭規定，

附表

衛部爭字第 1103401521 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					不予給付 108 年 2 月系爭項目費用，核屬有據。 五、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。

案例三

案情摘要

施行「高頻熱凝療法(83079B)」項目，卻申報系爭「神經分離術—肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經(83030B)」項目，手術處置項目與申報項目不符。

衛部爭字第 1093404571 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醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節第十項 神經外科 <table><tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>基 層 院 所</th><th>地 區 醫 院</th><th>區 域 醫 院</th><th>醫 學 中 心</th><th>支 付 點 數</th></tr><tr><td>83030B</td><td>神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢， 坐骨神經</td><td></td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>9035</td></tr><tr><td>83089B</td><td>—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經</td><td></td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>7868</td></tr><tr><td>83090B</td><td>—手、足的神經</td><td></td><td>V</td><td>V</td><td>V</td><td>7422</td></tr></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、（十二）神經外科審查注意事項 「18. 神經分離術(Neurolysis，83030B、83089B、 83090B)：					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	83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢， 坐骨神經		V	V	V	9035	83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		V	V	V	7868	83090B	—手、足的神經		V	V	V
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																											
83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢， 坐骨神經		V	V	V	9035																											
83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		V	V	V	7868																											
83090B	—手、足的神經		V	V	V	7422																											

		(1)指周邊神經因受到壓迫或外傷導致沾黏而施行的神經分離減壓手術。 (2)手術時間約 2~6 小時，應檢附 NCV/EMG 報告。」。 二、查所附資料，本件係健保署執行「神經分離術執行合理性專案審查」爭議案，本部審定如附表。
--	--	---

附表						
衛部爭字第 1093404571 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	○○ ○○○ 神經外科 107/07 1	神經分離術一肩、 臀關節以上，包括 臂神經叢，坐骨神 經〈83030B〉	1		1	一、健保署審核意見要旨 (一)初核:西醫專業審查不予支付理由代碼「0102A」， 1. 依紀錄執行 RF 手術治療，病人屬事先申請，每六個月執行 1 次，其他需自費 RF 手術。 2. 本案未事前申請，爰改核 47052B(三叉神經阻斷術，1,320 點)。 3. 申報 83030B 應屬不合宜的適應症。 (二)複核:西醫專業審查不予支付理由代碼「0102A」。 二、申請理由要旨 本院申報 83030B 用於治療三叉神經痛，每次手術均有詳細記錄 physiological monitor(stimulation test)及術中電腦斷層導引針的位置，精準將針導引經

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					蝶骨卵圓孔進入顱內三叉神經節，並避開顱內動脈再以射頻電波燒灼，此技術透過術中導航精準施行，而非三叉神經阻斷術(47052B)可以替代…本項手術為 radiofrequency trigeminal rhizotomy，屬於 neurolysis 的一種，故以神經分離術申報…而 83079B 高頻熱凝療法屬 radiofrequency 技術，無法在影像學上直接看到 ganglion，本院手術為 intraoperative CT with navigation，手術中結合 MRI fusion，故可清楚看到的 trigeminal ganglion，與 83079B 的做法不同，且 83079B 屬於事前審查項目，送審資格需先實施一次影像輔助診斷性阻斷，2 週後未緩解才可施行 RF…若審查仍不同意此項手術以神經分離術申報，懇請同意改核為 83079B 高頻熱凝療法，因原改核項目 47052B

附表						
衛部爭字第 1093404571 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					三叉神經阻斷術與實際手術方式差異甚大。 三、依病歷紀錄，分述如下： (一)病人因 Recurrent left facial pain for 3 months 於 107 年 7 月 4 日至 5 日入住申請人醫院診療，入院診斷為「Recurrent trigeminal neuralgia, left side」。 (二)依 107 年 7 月 5 日手術記錄記載：「iCT and navigation. CT-guided radiofrequency trigeminal rhizotomy, left V2,3」，顯示申請人醫院係施行高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation(83079B)，該診療項目與申報不一致。 (三)至申請理由雖略稱：「若審查仍不同意此項手術以神經分離術申報，懇請同意改核為 83079B 高頻熱凝療法」，惟查高頻熱

附表						
衛部爭字第 1093404571 號						
序 號	流水號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結 果		理 由
	姓名 科別 費用年月 案件分類			撤 銷	駁 回	
	續前頁					凝療法(83079B)項目,屬應事前審查項目,申請人醫院未申請事前審查核准,即逕予執行手術,不符規定。 四、綜上,申請人醫院係施行高頻熱凝療法,而非系爭「神經分離術一肩、臀關節以上,包括臂神經叢,坐骨神經(83030B)」,則健保署不予支付系爭手術項目,核屬有據;至申請人申請到場陳述意見一節,本部業已審酌申請人所提申請審議理由及相關證據,認定事實及適用法律已臻明確,爰所請核無必要,併予敘明。
2	○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○ ○○○ ○○	所有如申請書所載項目			V	一、查所附資料,渠等個案,分述如下: (一)○○○案,系爭項目為「神經分離術一肩、臀關節以上,包括臂神經叢,坐骨神經(83030B)」,健保署初、複核意見為「0102A,依紀錄改核83074C」,改支「面神

附表						
衛部爭字第 1093404571 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	
	○○○ ○○ ○○○ 共 5 案 各科					經痙攣－酒精阻斷 (83074C)」，依病歷紀錄，病人因 Severe epigastric pain related to back long time 於 107 年 7 月 4 日至 16 日入住申請人醫院診療，入院診斷為「Chronic pancreatitis with severe epigastric pain, s/p celiac ganglion neurolysis on 2017/08/15 and 2018/02/08…」等，申請理由雖略稱：「病人因胰臟炎，是 intractable pain，藥物無效，給予 celiac ganglionectomy 治療」，惟依 107 年 7 月 12 日手術紀錄記載：「CT-guided percutaneous celiac ganglionectomy…」，惟系爭「神經分離術－肩、臀關節以上，包括

附表						
衛部爭字第 1093404571 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					臂神經叢，坐骨神經（83030B）」僅限於肩、臀關節相關神經，不適用於內臟神經節，健保署原給付項目及數量，已足敷診療所需。 (二)其餘個案，依病情記載，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷診療所需。 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。

案例四

案情摘要

申報系爭「神經分離術—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經（83089B）」項目，手術起訖時間未達2小時，核與規定不符。

衛部爭字第1093406344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醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節第十項 神經外科						
	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
	83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經		V	V	V	9035
	83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		V	V	V	7868
	83090B	—手、足的神經		V	V	V	7422
	(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、(十二)、18. 「神經分離術(Neurolysis，83030B、83089B、83090B)：						

		(1)指周邊神經因受到壓迫或外傷導致沾黏而施行的神經分離減壓手術。 (2)手術時間約 2~6 小時，應檢附 NCV/EMG 報告。」 二、查卷附資料，本件係健保署執行「神經分離術執行合理性專案審查」爭議案，健保署初、複核意見為「0415A，手術時間未達 2 小時」、「經檢視病歷未見有 NCV/EMG 之檢查，無法判別腫瘤是否造成神經功能影響」，依病歷紀錄，病人因 A left posterior thigh mass was noted 於 107 年 12 月 2 日至 12 月 7 日入申請人醫院，入院診斷為「suspect lipoma under the left adductus magnus muscle」，依「手術記錄單」記載，手術起訖時間為 107 年 12 月 3 日 9 時 10 分至 10 時 10 分，申報系爭「神經分離術—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經（83089B）」項目，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。
--	--	--

案例五

案情摘要

病歷未檢附麻醉同意書及病灶相關照片，且所記載之「大腸纖維鏡檢查（28017C）」處置項目與申報「經直腸大腸息肉切除術（74207C）」項目不符。

衛部爭字第 1103404342 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）醫療法第 63 條第 1 項及第 3 項 「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」 「第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」 （二）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 條第 1 項第 4 款及第 2 項 「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。」 「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。」 （三）行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 1. 第二部第二章第六節治療處置

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
49014C	大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註： 1. 包括大腸纖維鏡檢查。 2. 提升兒童加成項目。 3. 限由消化內、外科、大腸直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	V	V	V	V	4172
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy 註： 1. 經由大腸纖維鏡檢查後，依病情需要加做處置，本項目不含鏡檢費用。 2. 提升兒童加成項目。 3. 限由消化內、外科、大腸直腸外科及兒科消化學專科醫師執行。	V	V	V	V	1853
2. 第二部第二章第七節手術						
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
74207C	經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy	V	V	V	V	7605
(四) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項 1. 第一部、壹、一、(十二) 「申報手術項目費用時，應檢附手術同意書及麻醉同意書，其內容依中央主管機關規定，未檢附者，不予支付該項費用。」 2. 第一部、壹、二、(三) 外科審查注意事項 「61. 經直腸大腸息肉切除術(74207C)審查原則： (106/12/1) (1) 至少有 1 顆息肉大於 1 公分；或其他息肉總和大於 1 公分。」						

		(2) 送審時需檢附息肉切除含尺之相片。」 「61. 經直腸大腸息肉切除術(74207C)審查原則： (109/5/1) (1) 至少有 1 顆息肉大於 1 公分且為困難型息肉例如扁平型、沒有根蒂息肉。 (2) 若息肉屬簡單型例如有根蒂可活動，以內視鏡(大腸鏡)方式執行息肉切除者，應加強審查。 (3) 送審時需檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項： 甲、切除前病灶整體型態。 乙、切除後傷口。 丙、需檢附息肉切除含尺之相片。」 二、查卷附資料，本件係健保署執行「大腸息肉切除術執行之適當性專案審查」爭議案，渠等 173 案，系爭項目皆為「經直腸大腸息肉切除術(74207C)」，分述如下： (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「0222A」、「依外科醫學會意見，住院麻醉須於 OR 執行之 OP procedure」，改支 49014C，依病歷紀錄，病人診斷為「Third degree hemorrhoids」等，處置項目記載為「大腸纖維鏡檢查(28017C)」，與申報之系爭項目不符，復依系爭手術日 108 年 5 月 13 日「手術記錄」記載：「Colonoscopy… Polypectomy」，顯示為經大腸纖維鏡檢查之息肉切除，且亦未依前揭規定檢附麻醉同意書，自不足以支持申報系爭手術項目之適當性，同意健保署意見，健保署原給付「大腸鏡息肉切除術(49014C)」項目及數量，已足敷診療所需。 (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「0222A、0401A」，改支 49014C，依病歷紀錄，病人診斷為「Third degree hemorrhoids」等，處置項目記載為「大腸纖維鏡檢查(28017C)」，與申報之系爭項目不符，復依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭手術項目執行時間為 109 年 5 月 26 日，與卷附「手術記錄」日期(109 年 5 月 29 日)不符，且未檢附息肉切除前病灶整體型態及切除後傷口之照片供核，亦無麻醉同意書附卷可稽，申報系爭項目，不符前揭規定，同意健保署意見，健保署原給付
--	--	--

		「大腸鏡息肉切除術(49014C)」項目及數量，已足敷診療所需。 (三)其餘個案，健保署初、複核意見皆略為西醫專業審查不予支付理由代碼「0222A」，改支49014C或49027C，病歷記載之處置項目皆為「大腸纖維鏡檢查(28017C)」，與申報不符，且皆未檢附麻醉同意書供核，又其中部分個案，或申報之手術執行時間與卷附「手術記錄」不符，或未檢附息肉切除前病灶整體型態或切除後傷口之照片供核，已不符前揭規定，且依病情記載、手術記錄及照片，同意健保署意見，健保署原給付「大腸鏡息肉切除術(49014C)」或「大腸息肉切除術(49027C)」項目及數量，已足敷診療所需。 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。 四、另，申請理由雖略稱：「依健保審字第1060036291號公文，可申報74207C」云云，惟申請人申報系爭手術項目不符前揭規定，已如前述，且申請人檢附健保署106年11月9日健保審字第1060036291號函說明有關「經直腸大腸息肉切除術」(74207C)審查原則，業經健保署於109年3月23日以健保審字第1090034829號令修正發布如前揭外科審查注意事項之規定，並自109年5月1日起實施，所稱核有誤解，併予敘明。
--	--	---

案例六

案情摘要

將屬當次住院範圍之相關費用移轉至急診申報，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403504 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七部第一章 Tw-DRGs 支付通則二： 「各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合『全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範』規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「門急診費用未併於住診闌尾炎 Tw-DRG 申報專案審查」爭議案，渠等個案，健保署初、複核意見均略為「0599G，經專審結果認為門急診費用未合併在 Tw-DRG 案件申報，則 Tw-DRG 案件整案刪除」，依病歷紀錄，以保險對象○○○○案為例，系爭項目為「單純性腹腔鏡闌尾切除術，無合併症或併發症（Tw-DRGs 碼：16701）」、「腹腔鏡闌尾切除術（74004B）」，病人於 107 年 10 月 26 日因 RLQ pain 至申請人醫院急診就醫，依當日 CT 檢查報告記載：「In conclusion: acute appendicitis」，復於翌日 10 月 27 日入住申請人醫院，

		入院診斷亦為「Acute appendicitis」，有將屬當次住院範圍之相關費用移轉至急診申報之情事，不符前揭規定，同意健保署意見；其餘個案，依病歷紀錄，病人入院診斷均為 Acute appendicitis，依病情記載，同意健保署意見，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。
--	--	--

五、藥品 案例一

案情摘要

病歷無與系爭藥品許可證登載適應症之相關病情記載，申報系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093404722 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(以下簡稱藥品給付規定) 1. 通則七 「本保險處方用藥，需符合主管機關核准藥品許可證登載之適應症…」。 2. 7.1 消化性潰瘍用藥： 「1. 藥品種類： （5）其他消化性潰瘍用藥：misoprostol 及其他未列入之同類藥品，價格與其相當者比照辦理。 2. 使用規定： （3）消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表（The Los Angeles Classification of Esophagitis）Grade A 或 Grade B 者，欲使用消化性潰瘍用藥，其使用期間以四個月為限，申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告…」。

	(二)衛生福利部食品藥物管理署核准「CYTOTEC (MISOPROSTOL)200MCG」藥品許可證登載適應症：「胃及十二指腸潰瘍」。 二、查卷附資料，本件係健保署執行「MISOPROSTOL 使用不符適應症專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目均為「CYTOTEC (MISOPROSTOL) 200MCG (BC20674100)」，分述如下： (一)○○○案，健保署初、複核意見為「MISOPROSTOL 類藥品使用不符適應症」、「0308A, No GU or DU」，依病歷紀錄，病人因 tarry stool passage，於109年1月19日至21日入住申請人醫院接受治療，入院診斷為「Suspected upper gastrointestinal bleeding with anemia」等，申請理由略稱：「患者 Reflux esophagitis LA Gr A，伴有腸胃道出血，此藥物(misoprostol)用於治療逆流性食道炎」，所附胃鏡報告及病情記載雖略為：「Reflux esophagitis LA Gr A」，惟查系爭 Cytotec 藥品為類前列腺素 E1，藉由增加局部血液循環的方式治療 GU 或 DU，病歷無與系爭藥品許可證登載適應症「胃及十二指腸潰瘍」之相關病情記載，同意健保署意見，處方系爭藥品，不符前揭藥品給付規定之通則七。 (二)○○案，健保署初、複核意見為「MISOPROSTOL 類藥品使用不符適應症」、「0308A, No GU or DU」，依病歷紀錄，病人因 epigastric pain and chest pain，於109年1月16日至29日入住申請人醫院接受治療，入院診斷為「Hemorrhage anemia, suspect LGI bleeding related, s/p blood transfusion」等，申請理由略稱：「患者 Reflux esophagitis LA Gr A 且有腸胃道出血，此藥物(misoprostol)用於治療逆流性食道炎」，所附胃鏡報告及病情記載雖略為：「Reflux esophagitis LA Gr A」，惟查系爭 Cytotec 藥品為類前列腺素 E1，藉由增加局部血液循環的方式治療 GU 或 DU，病歷無與系爭藥品許可證登載適應症「胃及十二指腸潰瘍」之相關病情記載，同意健保署意見，處方系爭藥品，不符前揭藥品給付規定之通則七。 (三)○○○案，健保署初、複核意見為「MISOPROSTOL 類藥品使用不符適應症」、「0308A, No GU or DU」，依病歷紀
--	---

		錄，病人因 tarry stool passage with dizziness more serious，於 109 年 2 月 22 日至 28 日入住申請人醫院接受治療，入院診斷為「Gastrointestinal bleeding with hemorrhagic anemia」，申請理由略稱：「患者 Reflux esophagitis LA Gr A 且有腸胃道出血，此藥物 (misoprostol) 用於治療逆流性食道炎」，所附胃鏡報告及病情記載雖略為：「Reflux esophagitis LA Gr A」，惟查系爭 Cytotec 藥品為類前列腺素 E1，藉由增加局部血液循環的方式治療 GU 或 DU，病歷無與系爭藥品許可證登載適應症「胃及十二指腸潰瘍」之相關病情記載，同意健保署意見，處方系爭藥品，不符前揭藥品給付規定之通則七。 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。
--	--	--

案例二

案情摘要

申報系爭「SPORANOX CAPSULES 100MG (BC22816100)」項目計 192 顆，已超過 168 顆之限用數量，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403187 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 10.6.3.1. Itraconazole 膠囊劑（如 Sporanox cap）： 「限 1. 甲癬病人使用。…足趾甲癬限用 168 顆，需於 17 週內使用完畢。治療結束日起算，並各在 6 及 12 個月內不得重複使用本品或其他同類口服藥品。…6. 每次門診時，應註明使用日期，目前已使用週數及預定停藥日期。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「回溯審查抗微生物製劑不符藥品給付規定專案審查」爭議案，系爭項目為「SPORANOX CAPSULES 100MG (BC22816100)」，健保署複核意見為「依病情不符用藥規定(用量超出)」，部分不予給付，申請理由略稱：「病人為肥胖病患，體重 92Kg 是重度肥胖(125.5cm)，但又 92 歲高齡，根據文獻建議，應 12 小時治療一次，2#bid，目前處方僅使用 2#qd，實際比建議劑量少一半」，依病歷紀錄，病人診斷為「Tinea unguium」等，依系爭就醫日 109 年 3 月 26 日病情僅記載：「No more pain now. Improving」，紀錄簡略，未有治療計畫起訖日期相關紀錄，且案經詢據健保署 110 年 ○月○日提具意見表示，略以：「回溯性審查為 109 年度，個案 109 年申報資料，其在費用年月 109 年 4 月時累計使用 192 顆，超量 168 顆，故核扣 24 顆，470 點」等語，則健保署依前揭規定，不予給付系爭藥品項目，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。 三、 至申請人主張「根據文獻建議，應 12 小時治療一次」云云，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「文獻」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。
------	---

案例三

案情摘要

黃斑部中央窩下顯現瀰散性脈絡膜、視網膜退化及疤痕組織，申請使用系爭「Eylea aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for intravitreal injection v (KC00936248)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405513 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	如附表。

附表						
衛部爭字第 1093405513 號						
序 號	複核受理編號		爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名	項目名稱 (醫令代碼)		撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 女 眼科	Eylea aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for	4		4	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 14. 9. 2. Anti-VEGF 如 aflibercept(Eylea) 「4. 已產生中央窩下(subfoveal)

附表						
衛部爭字第 1093405513 號						
序 號	複核受理編號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
	姓名 性別 科別			撤 銷	駁 回	
	續前頁	intravitreal injection v (KC00936248)				結痂者不得申請使用。 7. 依疾病別另規定如下： (1)50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(wAMD)： II. 必須排除下列情況： i. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。」。 二、 健保署審核意見 (一)初核：central thickness was below 300 um. (二)複核： 1. 109 年 9 月 9 日：The color fundus and OCT reveal scar on macular area. If FAG can proves the neovascularization or leaking on macular area, then repeat IVI should be considered. 2. 109 年 9 月 29 日：The FAG showed only window defect of post pole of macula, no evident dye leaking. The OCT showed thick preretinal fibrotic membrane over macular area. So there is no indication for additional IVI.

附表

衛部爭字第 1093405513 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					三、 病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「H35.32」 (老年性滲出性黃斑退化)。 (二) 查所附資料，申請理由雖略稱： 「左眼之 wAMD 導致視力模糊」，惟 依病情記載及 FAG、OCT 影像資料顯 示，病人左眼黃斑部中央窩下顯現 彌散性脈絡膜、視網膜退化及疤痕 組織，申請使用系爭藥品，不符首 揭規定。 四、 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。

案例四

案情摘要

Tagrisso 藥品治療期間，腫瘤增大，病情惡化，不足以支持申請續用系爭「TAGRISSO FILM-COATED TABLETS 80 MG(BC26968100)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103403966 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	如附表。

附表

衛部爭字第 1103403966 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	○○ ○○○ 女 胸腔內科	TAGRISSO FILM- COATED TABLETS 80 MG 〈BC269681 00〉	90		90	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 9.80. Osimertinib(如 Tagrisso)： 「2.(1)III. 每次申請事前審查之療 程以三個月為限，每三個月需再次申

附表						
衛部爭字第 1103403966 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					請，再次申請時需附上治療後相關臨床資料，每次處方以 4 週為限，再次處方時需於病歷記錄治療後相關臨床資料，如每 4 週需追蹤胸部 X 光或電腦斷層等影像檢查，每 8 至 12 週需進行完整療效評估（如胸部 X 光或電腦斷層）。」。 二、健保署審核意見 (一) 初核：RML tumor 3.47cm; 2.4cm on 2021/01/21; 有明顯病情惡化之影像學報告。 (二) 複核：Larger size(誤植為 sise) of primary(誤植為 ptimary) tumor and new daughter nodule。 三、申請理由要旨 2021/07 及 2021/11 電腦斷層影像，RML tumor 由 3.14cm→3.47cm，增加 10.5%，依據 RECIST guideline 屬於 stable disease。 四、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「C3491（右側支氣管或肺惡性腫瘤）」。 (二) 本件係續用 TAGRISSO 藥品案件，依健保署於 110 年 11 月 25 日提供申請人醫院申請系爭 Tagrisso 藥品核定情形彙整表顯示，109 年 4 月 17 日、7 月 28 日、11 月 5 日、110 年 2 月 1 日、4 月 26 日經健保署核准

附表						
衛部爭字第 1103403966 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					同意備查 Tagrisso 藥品數量各 90 顆，先予敘明。 (三) 查卷附資料，依所附「medication」資料顯示，病人自 109 年 5 月 8 日開始處方系爭 Tagrisso 藥品至 110 年 9 月 24 日，申請理由雖略稱：「2021/07 及 2021/11 電腦斷層影像，RML tumor 由 3.14cm→3.47cm，增加 10.5%，屬於 stable disease」，惟依 109 年 5 月 15 日、7 月 23 日、110 年 1 月 26 日、7 月 14 日 CT with/without contrast-chest 報告分別記載：「2.0cm… lesion at junction of RUL and RML」、「2.2cm…lesion at junction of RUL and RML」、「2.4cm solid nodule…at RML」、「2.7 x 2.0cm solid nodule…at RML」，顯示 Tagrisso 藥品治療期間腫瘤並未縮小，爰宜以 109 年 5 月 15 日 CT with/without contrast-chest 之腫瘤測量值(2.0cm)為基準。 (四) 復依 109 年 5 月 15 日與 110 年 10 月 14 日 CT 影像資料比較，RML tumor 由 2.0cm 增大為 3.47cm，顯示病人病情惡化，同意健保署意見，不足以支持續用系爭藥品之必

附表						
衛部爭字第 1103403966 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					要性。 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。

案例五

案情摘要

檢附「FOUNDATIONONE LIQUID CDx」報告顯示，SPECIMEN TYPE 為 Blood，申請使用系爭「TAGRISSO FILM-COATED TABLETS 80 MG (BC26968100)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403407 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	如附表。

附表

衛部爭字第 1103403407 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	○○ ○○○ 女 胸腔外科	TAGRISSO FILM- COATED TABLETS 80 MG	84		84	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 9.80. Osimertinib (如 Tagrisso)：

附表						
衛部爭字第 1103403407 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	(BC269681 00)				「2. 使用注意事項：(1)須經事前審查核准後使用，申請時需檢附：I. 確實患有肺腺癌之病理或細胞檢查報告，及 EGFR 基因突變檢測報告。IV. 需檢附依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準伴隨式診斷編號 30101B 或 30102B 規定之認證實驗室以體外診斷醫療器材檢測 (IVD) 或實驗室自行研發檢測 (LDT) 檢驗之 EGFR 基因檢測結果報告。」 二、健保署初、複核意見 liquid biopsy was not accepted。 三、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「C3411」(上葉之右側支氣管或肺惡性腫瘤)。 (二) 查所附資料，病人診斷為「上葉之支氣管或肺惡性腫瘤」、「骨骼及骨髓之續發性惡性腫瘤」，分述如下： 1. 依「全民健康保險抗癌藥品事前審查應檢附之資料內容」之「病歷摘要」欄記載，病人於 108 年 10 月 24 日確診 Lung cancer，同年 11 月 11 日腦部及骨骼轉移，使用 Tarceva 及放射線治療，109 年 2 月 20 日至 110 年 8 月 5 日使用 Tarceva combine

附表						
衛部爭字第 1103403407 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					Atezolizumab 治療。 2. 依 110 年 9 月 24 日 brain MRI 報告記載：「Contrast enhancing lesions at Lt cerebellar hemisphere(1.8cm) and Rt fronta Progressive change as comparison with the last MRI on 2021.01.08 is noted」，顯示病情惡化。 3. 110 年 8 月 16 日「FOUNDATIONONE LIQUID CDx」雖顯示 SPECIMEN TYPE 為 Blood，且 EGFR T790m 基因突變，惟按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二十四項診療項目「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)(30101B)」或「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)(30102B)」註 2(1)所定：「限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤體積百分比」之意旨，已將 liquid biopsy 作為 EGFR 基因檢測之檢驗方式排除，此亦經本部審理另案(衛部爭字第○○○○○○○○○○○○號)詢

附表

衛部爭字第 1103403407 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					據健保署提具意見表示略以「EGFR 基因突變報告，須為組織切片」等語，爰申請使用系爭藥品，核與前揭「需檢附…30101B 或 30102B 規定之認證實驗室以體外診斷醫療器材檢測 (IVD) 或實驗室自行研發檢測 (LDT) 檢驗之 EGFR 基因檢測結果報告」之規定不符。 四、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。

案例六

案情摘要

疾病已有惡化情形，申請續用系爭「AVASTIN INJECTION〈KC00807219〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093404823 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	如附表。

附表						
衛部爭字第 1093404823 號						
序 號	複核受理編號	項 目 名 稱 (醫令代 碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名 性別 科別			撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 女 神經外科	AVASTIN INJECTION 〈KC00807 219〉	18		18	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 9.37. Bevacizumab(如 Avastin) 2. 惡性神經膠質瘤(WHO 第 4 級)-神

附表						
衛部爭字第 1093404823 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					經膠母細胞瘤： 「(2)…再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。」。 二、健保署審核意見 (一)初核：治療後，由 109 年 6 月 23 日 Brain MRI 顯示，tumor 已 progression。 (二)複核：治療後，由 109 年 6 月 23 日 Brain MRI 顯示，tumor 已 progression，同意部分用藥，請提早再評估(部分同意備查 18 支，其餘 18 支不予同意備查。))。 三、申請理由要旨 病人為 GBM 患者，自術後(109 年 4 月 29 日)開始接受 CCRT 和 Temadal 及 Avastin 治療，最近一次 MRI (109 年 6 月 23 日)顯示 left frontal tumour post operative change, no definite tumor recurrence noted，故建議繼續使用 AVASTIN 治療，10mg/kg x 50kg(體重)(139cm)，1 次/2w，申請 3 個月，共 6 次，每次 6 支，共 36 支。 四、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「C719」（腦惡性腫瘤）。

附表						
衛部爭字第 1093404823 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					(二)查卷附資料，依 108 年 6 月 23 日 Brain MRI 檢查報告記載： 「Imaging findings: ...A focal nodular enhancement at base of left frontal lobe suspected. Tumour recurrence may be suspected.」，顯示疾病已有惡化情形，同意健保署意見，健保署原核定同意備查系爭藥品之數量，已足敷治療所需。 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。

案例七

案情摘要

病歷 Child- Pugh 分級評估屬 Child- Pugh B，申請使用系爭「OPDIVO (NIVOLUMAB) INJECTION 10MG/ML〈KC01013229〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093401344 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	如附表。

附表						
衛部爭字第 1093401344 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	○○ ○○○ 男 血液腫瘤科	OPDIVO (NIVOLUMAB) INJECTION 10MG/ML	12		12	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 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑(如 nivolumab 製劑)： 「1. 本類藥品得於藥品許可證登載

附表						
衛部爭字第 1093401344 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	〈KC010132 29〉				之適應症及藥品仿單內，單獨使用於下列患者：(8)晚期肝細胞癌：需同時符合下列所有條件：I. Child-Pugh A class 肝細胞癌成人患者。」。 (二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料。」。 二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。 三、健保署審核意見 初、複核：Albumin 3.3, with ascites, 已非 Child-Pugh A class，不符合健保給付規定。 四、申請理由要旨 HCC, s/p TACE(5), with recurrence and portal vein thrombosis, s/p sorafenib(108 年 9 月 3 日-), disease in progression, clinically nonsignificant

附表																		
衛部爭字第 1093401344 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					ascites and Alb 3.7，為 Child A，申請 nivolumab。 五、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「肝細胞癌(C22.0)」。 (二) 查所附資料，健保署受理申請人申復日期為 109 年 2 月 10 日，並當日核定，則申請人所附同年 2 月 25 日門診病歷資料，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。 (三) 復依原送審病歷資料，依病歷紀錄，病人診斷為「肝細胞癌」，申請理由雖略稱：「… clinically nonsignificant ascites and Alb 3.7，為 Child A」，惟依 109 年 2 月 1 日之檢驗報告及同年 2 月 3 日腹部 MRI 之檢查報告，就病人 Child- Pugh 分級評估項目彙整臚列如下表： <table><tr><th>評估項目</th><th>評估結果</th><th>分數(參考標準值)</th></tr><tr><td>肝性腦病變</td><td>無</td><td>1(None)</td></tr><tr><td>腹水</td><td>mild</td><td>2(mild)</td></tr><tr><td>白蛋白(g/dL)</td><td>3.3</td><td>2(2.8~3.5)</td></tr></table>	評估項目	評估結果	分數(參考標準值)	肝性腦病變	無	1(None)	腹水	mild	2(mild)	白蛋白(g/dL)	3.3	2(2.8~3.5)
評估項目	評估結果	分數(參考標準值)																
肝性腦病變	無	1(None)																
腹水	mild	2(mild)																
白蛋白(g/dL)	3.3	2(2.8~3.5)																

附表						
衛部爭字第 1093401344 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					血液凝固時 間延長(INR)
						1.06
						1(< 1.7)
						總膽紅素 (mg/dL)
						1.05
						1(< 2)
(四) 承上表所示，白蛋白檢驗值為 3.3 g/dL、mild ascites，依 Child-Turcotte-Pugh 評分標準，應各計為 2 分，則 Child- Pugh 分數應為 7 分，即係屬 Child- Pugh B，申請使用系爭項目，不符前揭規定。 六、 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。 七、 另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維病人權益，併予敘明。						

案例八

案情摘要

病歷無 CT 檢查影像及報告供比較，亦無已使用 platinum 類化學治療之療效評估佐證，申請使用系爭「OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL (KC01013229)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093406270 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	如附表。

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號		爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名	項目名稱 (醫令代碼)		撤 銷	駁 回	
1	○○ ○○○ 男 血液腫瘤科	OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL	12		12	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 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑(如 nivolumab 製劑)：

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名 性別 科別			撤 銷	駁 回	
	續前頁	(KC01013229)				「1. (5)頭頸部鱗狀細胞癌：先前已使用過 platinum 類化學治療失敗後，又有疾病惡化的復發或轉移性頭頸部鱗狀細胞癌(不含鼻咽癌)成人患者。」。 「2. 使用條件：(7)每次申請以 12 週為限，初次申請時需檢附以下資料：IV. 病人 12 週內之疾病影像檢查及報告(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量(measurable)的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估(evaluable)的病灶亦可採用。備註：上述影像檢查之給付範圍不包括正子造影(PET)。」。 二、健保署審核意見 (一) 初核： 請補附近三個月 chest CT and head and neck CT. 無 performance status and NYHA classification 以 i-RECIST 或 mRECIST 標準評定之藥物療效反應(PR、CR、SD)資料、影像檢查及報告(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量(measurable)的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名 性別 科別			撤 銷	駁 回	
	續前頁					則可評估(evaluable)的病灶亦可採用。備註：上述影像檢查之給付範圍不包括正子造影(PET)。 (二) 複核： 1. 109 年 11 月 19 日 (1)病歷無 performance status and NYHA classification 記載。 (2)CT 報告未採 i-RECIST 或 mRECIST 標準評定之藥物療效反應(PR、CR、SD)資料。 2. 109 年 11 月 24 日未附系列影像佐證為縱膈淋巴已轉移(PET-CT 不能做為佐證)。 三、申請理由要旨 病患為口腔癌併縱膈腔淋巴轉移，經 cisplatin+5-FU 治療後疾病復發惡化，擬申請 Nivolumab 治療 3 個月 BH：160cm、BW：50kg 50*3mg/kg =150mg(2vial)*6=12vial。 四、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「C029」(舌部惡性腫瘤)。 (二) 查所附資料，病人診斷為 Malignant neoplasm of hypopharynx, unspecified 等，自 106 年 8 月起接受 cisplatin + 5-FU 化學治療，109 年 11 月 6 日

附表						
衛部爭字第 1093406270 號						
序 號	複核受理編號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名 性別 科別			撤 銷	駁 回	
	續前頁					CT of Head and Neck 報告顯示： 「comparison：2020-10-07 & 2020-07-16 s/p total pharyngo- laryngectomy with flap reconstruction the mediastinal lymph node is still present (Srs2-Img1)some infiltration in right upper lung」，顯示疾 病進展，惟卷無 109 年 7 月及 10 月 CT 檢查影像及報告供比較，亦 無已使用 platinum 類化學治療之 療效評估佐證，申請使用系爭藥 品，不符前揭規定。 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。

案例九

案情摘要

未檢附完整 CIRS 評估紀錄，亦缺乏 recent MI(心肌梗塞)之佐證，申請使用系爭「KEYTRUDA INJECTION (KC01025219)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093402362 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	如附表。

附表						
衛部爭字第 1093402362 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	○○ ○○○ 男 胸腔內科	KEYTRUDA INJECTION (KC01025219)	8		8	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 9.69. 免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑(如 pembrolizumab 製劑)： 「1. 本類藥品得於藥品許可證登載

附表						
衛部爭字第 1093402362 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					之適應症及藥品仿單內，單獨使用於下列患者：(2)非小細胞肺癌：I. 無法接受化學治療，且 EGFR/ALK 腫瘤基因為原生型之轉移性非小細胞肺癌成人患者。(倘有 ROS-1 藥物納入給付用於此適應症時，本款即同步限縮用於 ROS-1 腫瘤基因為原生型者。) 備註：無法接受化學治療之定義為符合下列條件之一者： 1. CTCAE(the common terminology criteria for adverse events) v4.0 grade$\geq$2 audiometric hearing loss 2. CTCAE v4.0 grade$\geq$2 peripheral neuropathy 3. CIRS(the cumulative illness rating scale) score >6」。 二、健保署審核意見 (一) 初核：無 EGFR/ALK 腫瘤基因檢測之報告。 (二) 複核：Please attach evaluation reports for CIRS。 三、申請理由要旨 (健保署)未核准(意見)為「please attach CIRS report」，但申請與申覆已經有附 CIRS 報告了。 四、病歷記載、病情部分

附表						
衛部爭字第 1093402362 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					(一) 申請書所載傷病名稱為「C3490」(未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤)。 (二) 查所附資料,申請理由雖略稱:「已經有附 CIRS 報告」云云,惟病歷僅記載:「CIRS=7(recent MI+lung cancer)」,同意健保署意見,未檢附完整 CIRS 評估紀錄,亦缺乏病人 recent MI(心肌梗塞)之佐證,不足以支持 CIRS score 為 7 分(>6 分),則申請使用系爭藥品,不符前揭「無法接受化學治療,...,無法接受化學治療之定義為符合下列條件之一者: ...3. CIRS(the cumulative illness rating scale) score >6」之規定。 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

案情摘要

影像資料顯示 tumor size 變大，病情已 PD，申請續用系爭「KEYTRUDA INJECTION〈KC01025219〉」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405194 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	如附表。

附表						
衛部爭字第 1093405194 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	○○ ○○○ 女 皮膚科	KEYTRUDA INJECTION 〈KC01025219〉	8		8	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 9.69. 免疫檢查點 PD-1 、 PD-L1 抑 制 劑 (如 pembrolizumab)

附表						
衛部爭字第 1093405194 號						
序 號	複核受理編號	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定結果		理 由
	姓名 性別 科別			撤 銷	駁 回	
	續前頁					「2.(8)用藥後每 12 週評估一次，以 i-RECIST 或 mRECIST 標準評定反應，依下列原則給付：II. 出現疾病惡化(PD)或出現中、重度或危及生命之藥物不良反應時，應停止使用。」 (二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5.：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料……。」。 二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。 三、健保署審核意見 (一) 初核：所附資料均非此次治療後，無法辨別療效。 (二) 複核：LN progression, new bone lesion, suggesting PD。 四、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「C4372」(左側下肢〔含髖部〕惡性黑色素

附表						
衛部爭字第 1093405194 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					瘤)。 (二) 查所附資料,健保署受理申請人申請申復日期為 109 年 8 月 19 日,核定日期為 109 年 8 月 21 日,卷附 109 年 9 月 17 日之門診病歷紀錄,係屬爭議審議階段始提出之病歷資料,不予認定。 (三) 復依原送審資料,病人罹患黑色素細胞癌,申請續用系爭藥品不符前揭規定,分述如下: 1. 依卷附「治療經過摘要與先前治療無效之評估」資料記載,病人 106 年 11 月經病理證實罹患黑色素細胞瘤,109 年 5 月 12 日追蹤胸部及腹部電腦斷層,發現雙側鼠蹊部、骨盆腔及主動脈周邊有數個轉移性淋巴結,申請系爭藥品(Pembrolizumab)經健保署同意,並自 109 年 5 月 20 日使用至 109 年 7 月 23 日,先予敘明。 2. 申請理由略稱:「109 年 5 月 14 日申請通過,5 月 20 日開始使用 Pembrolizumab,使用狀況良好無明顯不適反應。」,惟依 109 年 8 月 16 日之電腦斷層檢查報告記載:「R/O new osteolytic and osteoblastic bone metastasis」,且影像資

附表

衛部爭字第 1093405194 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					料亦顯示 tumor size 變大，確如健保署審核意見所載，病情已 PD，申請續用系爭藥品，有前揭「出現疾病惡化(PD)……，應停止使用。」之情形。 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。 六、另建請院所倘有新事證，宜重新送健保署審核，以維病患權益，併予敘明。

六、護理訪視費

案例一

案情摘要

檢附 2 份相同系爭訪視日之「病患健康狀況評估(A 表)」，其記載內容不同，且未依醫療法第 68 條規定辦理，不足以支持申報系爭護理訪視費項目之必要性。

衛部爭字第 1103402728 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）醫療法第 67 條第 1 項： 「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」。 （二）醫療法第 68 條第 1、2 項： 「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。 前項病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗燬。」。 （三）行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、（二）1.： 「病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。」。 二、 查卷附資料，渠等 3 案，分述如下： （一）○○○案，系爭「護理訪視費(次)-資源耗用群第三類

(在合理量內)2. 機構(05350C)」項目，健保署初、複核意見為「0120A，1. A 表痰液呈現量中性狀濕稠，與補述痰液多量白稠前後不一致。2. 申請胃管及尿管，但在特殊照護項目無鼻胃管項目。3. 鉀離子 3.1 及血壓 98/52 偏低，未見相關護理措施及衛教指導。」、「病歷記載前後不一，闕漏過多」，依「全民健康保險居家照護申請書」顯示，病人診斷代碼為「G20(帕金森氏症)」，依所附 2 份同為系爭訪視日 109 年 12 月 14 日「病患健康狀況評估(A 表)」之營養狀態及水分攝取、特殊照護項目、補述欄位記載內容不同，申請理由雖略稱：「痰液補述登打錯誤，已更正…。鼻胃管漏 key，已補 key…鉀離子抽血結果已更新…。血壓低後續護理措施遺漏登打，已補上…」，惟未依前開醫療法第 68 條規定「…應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日」辦理，同意健保署意見，宜加強訪視紀錄品質，不足以支持系爭護理訪視費之必要性。

(二) ○○○案，系爭「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1. 在宅(05303C)」項目，健保署初、複核意見略為「0114A，個案血壓偏高 160/58 及鉀 2.0 偏低，未見相關護理措施及衛教指導」、「1. 個案血壓偏高高原護理未見相關護理措施及衛教指導，請提供相關資料證明事後補述內容為真。2. 鉀偏低，於 7 月已發覺，且開立藥物治療，但後續應持續注意是否有改善，追蹤是否有藥物過量導致高血鉀的危急情形。」，依「居家醫療整合照護計畫案件申請表」顯示，病人診斷為「失智症，未伴有行為障礙」，依所附 2 份同為系爭訪視日 109 年 12 月 18 日「病患健康狀況評估(A 表)」之補述欄位記載內容不同，申請理由雖略稱：「血壓偏高，記錄已補…7 月份 K+ 偏低時個案住院中，已有做處置，其記錄於 7 月份已有呈現」，惟未依前開醫療法第 68 條規定「…應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日」辦理，且未適時追蹤並評估檢驗異常情形，同意健保署意見，宜加強醫療照護品質，不足以支持系爭護理訪視費之必要性。

(三) ○○○案，系爭「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1. 在宅(05303C)」項目，健保署初、複

		核意見略為「0114A，1. 個案血壓 99/57 偏低及血糖 HbA1c 8.1 偏高，未見相關護理措施及衛教指導，營養調配未針對糖尿病飲食做調整。2. 痰液評估前後不一致，補述呈現 Ipratran inhalation (誤植為 pratran inhalaton) Q8h use，但在一般照護無呈現。」、「個案家屬是營養師並不影響團隊應對個案飲食評估與衛教，同時對血壓偏低及血糖控制不佳仍需作後續評估計畫」，依「居家醫療整合照護計畫案件申請表」顯示，病人診斷為「腦梗塞」，依所附 2 份同為系爭訪視日 109 年 12 月 25 日「病患健康狀況評估(A 表)」之心肺功能、一般照護項目、補述欄位記載內容不同，申請理由雖略稱：「血壓、血糖異常，記錄已補述…痰液評估記錄有誤已更正」，惟未依前開醫療法第 68 條規定「…應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日」辦理，同意健保署意見，宜加強訪視紀錄品質，不足以支持系爭護理訪視費之必要性。 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。 四、 另，建請貴護理所建立清晰、詳實且完整之訪視紀錄，並加強個案評估之正確性及處置之即時性，以確保機構照護品質，並於送審前妥為檢視資料正確、完整性，以維自身權益，併予敘明。
--	--	---

案例二

案情摘要

同月訪視次數未超過 45 次上限，同日執行並申報系爭「甲類護理訪視費(次)-在宅(05314C)」項目，核符系爭診療項目之規定。

衛部爭字第 1093400639 號

審 定		
主文	原核定撤銷，所請同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。	
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(以下簡稱支付標準)第五部第三章安寧居家療護

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
05314C	一訪視時間一小時以上（>1 小時） 甲類：護理訪視費(次) -在宅 註： 1. 護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。 3. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。	v	v	v	v	2250
二、 健保署初、複核意見為「0714A(屬非必要超次訪視費申報)，同一療程」，部分不予給付。 三、 申請理由要旨 (一) 病人當日訪視 2 次原因：起初由護理師完成訪視居家照顧，回程後接到病人女兒來電，病人自拔鼻胃管，就聯絡醫師訪視更換鼻胃管及病情討論。 (二) 安寧居家申報每周醫師可訪視一次，護理師訪視 2 次。但無限制當天不能訪 2 次，病人同天申報 2 次是因為病人病況變化。 四、 查卷附資料，本件係健保署執行「10810 居護專案追扣/C 案：同日執行醫令二筆審查」爭議案，依病歷紀錄，病人診斷為「Stomach cancer」，分述如下：						

		(一) 依「○○醫院門診醫療服務點數及醫令清單」及「護理過程紀錄」顯示，就訪視日期、時間、醫令項目、執行醫事人員及訪視紀錄要旨等資料，綜整臚列如下表：			
訪視日期、時間		醫令項目	執行醫事人員	訪視紀錄要旨	
108 年 10 月 4 日	14：00	甲類護理訪視費(次)-在宅：訪視時間 1 小時以上(>1 小時)(05314C)	護理師	護訪 62 分，病人嗜睡叫可睜眼…指導床上翻身及復健運動，足部護理…觀察生命徵象及意識情況等。	
108 年 10 月 4 日	16：00	甲類醫師訪視費用(次)-在宅(05312C)	醫師、護理師	醫訪+護訪 70 分鐘，更換鼻胃管 16 號，病人自拔鼻胃管，醫師協助重放…指導案女胸腔護理拍背技巧…觀察病人意識變化及生命徵象等。	
		甲類護理訪視費(次)-在宅：訪視時間 1 小時以上(>1 小時)(05314C)(系爭)			
(二) 承上表所示，108 年 10 月 4 日計有 2 次訪視，第 1 次訪視時間為 14：00，訪視醫事人員為護理師，訪視內容為指導床上翻身、復健運動、足部護理、觀察生命徵象及意識情況等護理照護事項；嗣於 16：00 進行系爭之第 2 次訪視，訪視醫事人員為醫師及護理師，訪視內容為病人自拔鼻胃管，醫師協助重放鼻胃管及護理師指導案女胸腔護理、拍背技巧與觀察病人意識變化及生命徵象等護理照護事項，足見系爭第 2 次訪視係因應病人自拔鼻胃管所執行，其中之護理訪視內容亦與第 1 次不同，且經健保署於 109 年 5 月 27 日提具意見表示：「該案 108 年 10 月訪視次數未超過 45 次，108 年 10 月 1 日至同年月 18 日申報 05314C 日期分別為 10 月 4 日同日 2 次、10 月 8 日 1 次、10 月 16 日 1 次」等語在卷，則申請人申報系爭第 2 次「甲類護理訪視費(次)-在宅(05314C)」項目，核符前揭支付標準註：「1. 護理人員訪視次數每一個案每週					

		以二次為原則…。2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。」之規定。 五、 綜上，所請系爭「甲類護理訪視費(次)-在宅：訪視時間一小時以上(>1 小時)(05314C)」項目計 1 次之費用，同意給付，其金額由保險人依規定核算後補付。
--	--	--

七、部分負擔

案例一

案情摘要

系爭就醫日之相關診斷、主訴及處置，非屬重大傷病之相關治療，申報系爭「部分負擔」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405654 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保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款：「保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「108Q1-Q2 門診部分負擔申報適當性專案審查」爭議案，系爭項目皆為「部分負擔」，渠等個案，分述如下：

	(一) ○○○案，健保署初、複核意見為「就醫原因與重大傷病無關」，申請理由略稱：「病人因情緒及失眠問題，故處方二項藥物」，依系爭就醫日 108 年 1 月 3 日病歷紀錄，病人診斷為「Dysthymic disorder」，依健保署 109 年○○月○○日提供之重大傷病證明資料顯示，系爭就醫日有效之重大傷病名稱為「ICD-9-CM：0451(急性脊髓灰白質炎之後遺症)」，依病情記載：「mentally the same sleep...acceptable with medication」，同意健保署意見，本次就醫之相關診斷、主訴及處置，非屬「急性脊髓灰白質炎之後遺症」重大傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭就醫日門診部分負擔費用，核屬有據。 (二) ○○○案，健保署初、複核意見為「診療與癌症無關」、「無與 GIST 直接相關」，依系爭就醫日 108 年 2 月 14 日病歷紀錄，病人診斷為「Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris」等，依健保署 109 年○○月○○日提供之重大傷病證明資料顯示，系爭就醫日有效之重大傷病證明為「C494(腹[部]結締及軟組織之惡性腫瘤)」，申請理由雖略稱：「患者因患 GIST 而接受開刀、治療，PAF 也是以上的疾病、手術後導致之結果」，惟病歷紀錄簡略，無詳實的主訴和身體診察，且本次就醫之相關診斷、主訴及處置，亦非屬「C494(腹[部]結締及軟組織之惡性腫瘤)」重大傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭就醫日門診部分負擔費用，核屬有據。 (三) 其餘個案，或同意健保署意見；或系爭就醫日之相關診斷、主訴及處置，非屬重大傷病之相關治療，係非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭就醫日門診部分負擔費用，核屬有據。 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。
--	--

貳、牙醫

案例一

案情摘要

病歷記載內容，不符全民健保牙醫門診總額臨床治療指引柒、口腔顎面外科系爭診療項目「硬式咬合板治療（92053B）」之適應症。

衛部爭字第 1103402866 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醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則二：「牙科治療項目應依循『牙醫門診總額支付制度臨床治療指引』施行。」 （二）全民健保牙醫門診總額臨床治療指引柒、口腔顎面外科診療項目「硬式咬合板治療（92053B）」之適應症： 「顫顎關節障礙顫顎關節盤內混亂（internal derangement）肌肉筋膜疼痛及功能障礙症候群（myofacial pain and dysfunction syndrome）」。 二、 查卷附資料，系爭項目為「硬式咬合板治療（92053B）」，健保署初、複核意見略為「0102D，病歷記載內容與申報不符。92053B 咬合板治療 Occlusal bite splint 適應症顫顎關節障礙、顫顎關節盤內混亂（internal derangement）、肌肉筋膜疼痛及功能障礙症候群（myofacial pain and dysfunction syndrome），病歷記載 Bruxism 並不符其適應症，與申報不符」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder,

		unspecified」，申請理由雖略稱：「病人因磨牙致肌肉關節不舒服、牙齒酸軟，已出現症狀，一切皆按標準製作 Michigan bite splint，病人症狀也確實消失，惟病歷記載不夠詳實」，依系爭就醫日 109 年 10 月 30 日病情記載：「PE & others：Imp：Bruxism」，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。 三、綜上，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。
--	--	--

案例二

案情摘要

申報系爭「乳牙根管治療(90016C)」項目，根管充填未達根尖二分之一，且上端處仍未見充填之管壁，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402443 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醫療費用審查注意事項第三部、肆、根管治療： 「三、乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，並以可吸收之材料充填，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報

90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以 90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上（殘存牙根長度在 3mm 以內者），不得申報乳牙根管治療。」。 （二）全民健保牙醫門診總額臨床治療指引 捌、兒童牙科篇	
90016C	乳牙根管治療
適應症 Indications	牙髓炎 牙髓壞死 根尖膿瘍 根尖周圍炎
診斷 Diagnostic Study	病史理學檢查 牙髓活性檢查 X 光檢查（必要時）
處置 Management	根管長度測量 根管清潔修形 根管封填(可吸收之充填材料) (至少需檢附術後 X 光片審核；根管完成充填單一根管開口到根尖，以超過二分之一才給付。)
完成狀態 Finishing Status	無症狀。 無膿腫、瘻管。
二、查卷附資料，系爭項目為「乳牙根管治療(90016C)」，申報治療牙位為#52，健保署初、複核意見為「0309D，rcf 沒有到底，且封填料疏鬆」、「根管治療經詳細判讀所檢附 X 光片及病歷記載不符合醫療品質之訴求」，申請理由雖略稱：「依申報規定已大於 1/2，且上端封填品質尚可」，惟依系爭就醫日 110 年 1 月 22 日病歷紀錄及所附 X 光影像顯示，根管充填未達根尖二分之一，且上端處仍未見充填之管壁，同意健保署意見，施行並申報系爭根管治療項目，不符前揭規定，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

病歷未有同牙位再次接受複合樹脂充填之具體原因說明，且無詳載補牙部位窩洞位置或所使用補牙材質，同病人、同牙位於牙體復形保固期內，申報系爭「複合樹脂充填(89005C)、(89009C)、(89010C)、(89015C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402723 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醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第三部第三章第一節診療項目「前牙複合樹脂充填-雙面(89005C)」、「後牙複合樹脂充填-單面(89008C)、雙面(89009C)」、「前牙三面複合樹脂充填(89012C)」註：「1. 同顆牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式(窩洞及材質)之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C)費用，以同一院所為限。」。 (二) 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、參、一、牙體復形(O.D.)：「除牙位外，應詳載補牙部位窩洞位置及所使用材質。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「牙體復形保固期內跨院所重複申報專案審查」爭議案，依卷附「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」、「108 年牙體復形保固期內跨院所重複申報(同病患、同醫師、同牙位)追扣明細表」及病歷紀錄，茲就系爭保險對象姓名、流水號、系爭項目、就醫日期、申報治療牙位

及健保署初、複核意見，綜整臚列如下表：

保險對象 姓名 (流水號)	前次				系爭				健保署 初、複 核意見 要旨
	醫院 名稱	項目名稱 (代碼)	就 醫 日 期	治 療 牙 位	醫 院 名 稱	項目名稱 (代碼)	就 醫 日 期	治 療 牙 位	
○○ ○ (○ ○)	○○ 醫院	後牙複合 樹脂充填 -雙面 (89009C)	107 年 12 月 25 日	#45	○ ○ 醫 院	後牙複合 樹脂充填 -單面 (89008C)	108 年 9 月 26 日	#45	0207D， 不符合 支付標 準表醫 療項目 備註欄 之規 定，本 案為同 醫師同 病人跨 院所於 保固期 內重複 申報OD 填補， 故核刪 改以 92066C 給付。
○○ ○ (○ ○)		後牙複合 樹脂充填 -雙面 (89009C)	108 年 8 月 2 日	#65		後牙複合 樹脂充填 -單面 (89008C)	108 年 10 月 4 日	#65	
○○ ○ (○ ○)		前牙複合 樹脂充填 -雙面 (89005C)	107 年 4 月 24 日	#23		前牙三面 複合樹脂 充填 (89012C)	108 年 10 月 11 日	#23	
○○ ○ (○ ○)		前牙複合 樹脂充填 -雙面 (89005C)	108 年 6 月 3 日	#11 #12		前牙複合 樹脂充填 -雙面 (89005C)	108 年 12 月 3 日	#11 #12	
○○ ○		後牙複合 樹脂充填	108 年 1 月	#14		後牙複合 樹脂充填	108 年 11 月	#14	

		(○ ○)	-雙面 (89009C)	7 日		-雙面 (89009C)	4 日	
		○○ ○ (○ ○)	後牙雙鄰 接面複合 樹脂充填 (89015C)	108 年 6 月 12 日	#54	後牙複合 樹脂充填 -雙面 (89009C)	108 年 12 月 10 日	#54
		○○ ○ (○ ○)	後牙複合 樹脂充填 -三面 (89010C)	108 年 6 月 12 日	#64	後牙複合 樹脂充填 -雙面 (89009C)	108 年 12 月 13 日	#64

三、 承上表所示，渠等 7 案，均為同病人、同醫師、同牙位分別於 ○○醫院、○○醫院施行並申報複合樹脂充填後，在「一年半」時間內，於申請人醫院再次申報系爭複合樹脂充填項目，惟病歷記載簡略，未有同牙位再次接受複合樹脂充填之具體原因說明，且無詳載補牙部位窩洞位置或所使用補牙材質，不足以支持系爭項目之必要性，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。

四、 至申請理由雖略稱：「自 108 年 9 月 1 日起，支付標準修正給付規定為同顆牙申報複合樹脂充填…以同一院所為限。經查，病人於『本院』執行複合樹脂充填，一年半內僅申報一次，符合支付標準『以同一院所為限』之規定。」，惟經健保署於 110 年 ○月○○日提具意見表示，略以：「乳牙 1 年、恆牙 1 年半內（俗稱保固期）不得重複申報之立意，是著眼於牙醫師施作補牙的醫療品質…本署執行之核扣專案皆僅限同醫師、同病患、同牙位之再填補，不得再申報充填費用，原因為同一醫師跨 2 家以上牙醫診所支援比率甚高…雖於不同院所再填補，其處置應符合支付標準表之精神…同一醫師跨院仍應負保固之責，基於『品質管理』角度執行此專案。」，申請人所稱尚難執為本案之論據，併予敘明。

案例四

案情摘要

申報牙周病統合治療，其療程間隔已逾 180 天，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403199 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五章牙周病統合治療方案通則三、支付規範(六)前段： 「本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天」。 二、 查卷附資料，系爭「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」項目，申報治療部位為 FM，健保署初、複核意見為程序審查不予支付理由代碼「C65(限併同申報支付標準代碼無資料)」、「現有規定仍為 180 天，除非因為疫情而更改規定」，依病歷紀錄，病人診斷為「CHRONIC PERIODONTITIS, GENERALIZED」等，於 109 年 3 月 25 日執行並申報「牙周病統合治療第一階段支付(91021C)」及「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，之後於系爭 110 年 3 月 26 日執行並申報系爭項目，其療程間隔已逾 180 天，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。 三、 至申請理由雖略稱：「因為 2020/3 月『新冠肺炎疫情』病人取消約診，會超過 180 天是因為疫情關係」云云，惟查卷附病歷資料顯示，病人於 109 年 3 月 25 日至系爭 110

		年 3 月 26 日期間，有多次至申請人醫院義齒補綴科、齒內治療科及口腔外科就診之門診紀錄，並非新冠肺炎疫情嚴峻導致不得在特約院所接受醫療服務，且牙周病統合治療三階段療程最長為一百八十天，為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三、支付規範(六)前段所明定，該規定未因新冠肺炎疫情而有所變更，所稱尚難執為本案之論據，併予敘明。
--	--	--

案例五

案情摘要

病歷未有申報「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」相關紀錄，未附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄供核，申報系爭「牙周病支持性治療(91018C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103402134 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(以下簡稱支付標準)第三部第三章第三節診療項目「牙周病支持性治療(91018C)」註：

		「1. 限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段 91023C 患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段 91022C 間隔九十天。2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上）。」。 二、查卷附資料，本件係健保署執行「牙周病支持性治療(91018C)申報不符支付標準專案審查」爭議案，系爭項目皆為「牙周病支持性治療(91018C)」，渠等個案，分述如下： (一)○○○1 人 3 案，健保署初、複核意見為「未附 99 年/1 年內之牙統 charting 表、PI 表等資料」，依病歷所附之「牙周檢查表(牙周病科)」、「牙周病檢查記錄表」、「牙菌斑控制記錄表」日期為 109 年 2 月 15 日，已於系爭就醫日 108 年 3 月 2 日、6 月 15 日、10 月 19 日之後，施行並申報系爭項目，不符前揭規定。 (二)○○○1 人 3 案，健保署初、複核意見為「未附術前 PI 表格(只附術後)」，系爭就醫日 108 年 5 月 11 日、8 月 24 日、12 月 7 日病情雖記載：「0：…4. ACCORDING TO CHARTING DATA(IN 1 YEAR)≥1 TOOTH POCKET≥5mm」，惟所附「牙菌斑指數檢查表(牙周病科)」僅記錄治療後情形，未有治療前牙菌斑控制之相關記載，另經健保署 110 年○月○日提供申請人民國 99 年至 110 年間申報系爭保險對象牙周統合相關資料顯示，僅申報診療項目「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)」，未申報「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」，施行並申報系爭項目，不符前揭規定。 (三)○○○案，健保署初、複核意見為「未附 1 年內之 charting 表及 PI record」，依病歷所附「牙周檢查表(牙周病科)」日期為 107 年 8 月 18 日，距系爭就醫日 108 年 10 月 19 日已逾一年以上，且「牙菌斑控制記錄表」僅有治療後 108 年 3 月 16 日紀錄，施行並申報系爭項目，不符前揭規定。 (四)其餘 3 人 15 案，經健保署 110 年○月○日提供申請人民國 99 年至 110 年間申報系爭保險對象牙周統合相關資料顯示，僅申報診療項目「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)」，
--	--	--

		均未申報「牙周病統合治療第三階段支付(91023C)」，亦有申請人自陳：「因健保碼 P4003C 更改為 91023C，院內系統漏申報 91023C-牙周病統合治療第三階段支付」等語可稽，施行並申報系爭項目，不符前揭支付標準診療項目「牙周病支持性治療（91018C）」註之規定。 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。
--	--	--

案例六

案情摘要

病歷無全身性疾病之相關紀錄，申報系爭「複雜性拔牙（92014C）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1103403056 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 2 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（以下支付標準）第三部第三章第四節診療項目「複雜性拔牙（92014C）」註：「二、全身性疾病患者或

		六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。全身性疾病包含： 1. 符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。 2. 心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3. 服用抗凝血劑療程中。 4. 洗腎病人。 5. 張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6. 曾經接受器官移植病人。 7. 凝血障礙或白血球障礙病人。 8. 經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9. 曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10. 愛滋病。 11. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12. 肝硬化及癌症患者。」。 2. 系爭項目為「複雜性拔牙(92014C)」，申報治療牙位為#24，健保署初、複核意見略為「0207D，病歷上未書寫符合支付標準表之情況」，改支 92013C，依病歷紀錄，病人民國 64 年生，診斷為「慢性根尖牙周組織炎」，申請理由雖略稱：「#25 複雜性拔牙係屬根管治療後拔牙，應符合支付標準表之情況」，惟病人未滿 65 歲，且牙位非第三大白齒，系爭就醫日 110 年 3 月 6 日病情僅記載：「Complicated extraction of #25 under local anesthesia…」，無全身性疾病之相關紀錄，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。 (二)○○○案 1. 相關規定 行為時支付標準第三部第一章第二節診療項目「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察(00315C)」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。」。 2. 查卷附資料，系爭項目為「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察〈00315C〉」，健保署初、複核意見略為「0207D，病歷未書寫 pano 之發現(缺牙、牙冠及阻生齒)」、「申覆病歷與原審病歷(誤
--	--	--

		植為例) 一樣, 並無任何紀錄」, 改支 00305C, 依病歷紀錄, 病人診斷為「慢性牙周炎」, 申請理由雖略稱: 「病人環口全景初診診察, 已完成病歷上 pano 之發現和初診診察內容的書寫, 於電子病歷完成更正並提出申覆」, 經健保署 110 年○○月○日補充意見表示, 略以: 「爭審病歷與申復時檢送的資料一樣, 但與送核時有差異」, 惟病歷增刪修正未於送審前完成, 同意健保署意見, 健保署原給付「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤ 20)—處方交付特約藥局調劑〈00305C〉」項目及數量, 已足敷診療所需。 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。 三、 另請貴診所依醫療法第 67 條規定, 建立清晰、詳實、完整之病歷, 並於送審前妥為檢視資料之正確性, 避免事後修改, 以維護自身權益, 併予敘明。
--	--	--

案例七

案情摘要

系爭牙位之骨覆蓋未達牙冠 2/3 以上，申報系爭「複雜齒切除術(92016C)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405147 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：「1. 依臨床治療指引相關條文申報。」。 （二）全民健保牙醫門診總額臨床治療指引 「柒、…複雜性齒切除術(92016C)之適應症：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。玖、…複雜齒切除術（申報 92016C）：…六、Crown portion bony embedded more than 2/3(Fig.E-1~E-5)牙冠部份超過三分之二被骨質包埋者。」。 二、 查所附資料，系爭項目為「複雜齒切除術（92016C）」，申報治療牙位為#18，健保署初、複核意見略為「0207D，不符 92016C 註 1」，改以「單純齒切除術(92015C)」項目給付，依所附 panoramic X 光影像顯示，系爭牙位#18 之骨覆蓋未達牙冠 2/3 以上，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。

參、中醫
案例一

案情摘要

病人主診斷非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，申報系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403567 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(以下簡稱支付標準)第四部中醫 (一) 第五章傷科治療診療項目「複雜性傷科治療(B55、B56)」註： 「1、申報與審查方式依附表 4.5.1 規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表 4.5.2。」 (二) 附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則： 「一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。 二、費用申報與審查相關規定：4. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。」 二、 查卷附資料，○○○1 人 2 案，系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，健保署初、複核意見略為「C60(複雜性針灸或傷科治療國際疾病分類碼申報不符)」、「病歷為堆疊式記載，主訴與病史與診斷無一致性，且紀錄無充分資料，無法看出複雜性傷科處置之必要」，依病歷紀錄，病人主

		診斷為「S066X5A TRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGE WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS GREATER THAN 24 HOURS WITH RETURN TO PRE-EXISTING CONSCIOUS LEVEL, INITIAL ENCOUNTER」，非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，亦有申請人自承：「門診因輸入時誤植」等語可稽，同意健保署意見，健保署按前揭規定不予給付系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核屬有據。 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。
--	--	---

案例二

案情摘要

所附中醫初診資料表及門診病歷，非原送審查之病歷資料，且個案病情診斷，不符特定疾病門診加強照護適用範圍之規定。

衛部爭字第 1093402873 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醫療服務給付項目及支付標準（以下簡稱支付標準）第四部第九章特定疾病門診加強照護 1. 通則一、個案適用範圍：「（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。」 2. 通則四：「看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。」 (二)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)總則貳、一、(四)5.前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。 二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。 三、查卷附資料，本件係健保署執行「NCVA 個案費用檢核批次追扣專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目分別為「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(治療處置四至六次)(C06)」，分述如下： (一)健保署審核意見 1. 初核：追扣代碼-006(不符收案資格)。 2. 複核：未附中醫病歷(○○○案、○案、○案)、未符合顱腦損傷之疾病及病名(○○○案)。 (二)申請理由要旨 1. ○○○案：此病人108年7月16日於本院神經內科診斷 right MCA infarction 並住院復健治療，故收案。 2. ○○○案：患者符合收案計畫資格。 3. ○○○案：住院期間108年8月24日至9月12日正確診斷：I67.89，因申報誤植為 U000REH 造成健保署 VPN 門診系統抓不到診斷碼以致於無法收案。 4. ○○○案：此病人於108年7月2日在本院復健科診斷 Traumatic spinal cord injury (C1/C2 subluxation and C1-C6 HIVD with myelopathy)，並住院復健治療，故收案治療。
--	--	---

		(三) 依申請人所附二份病歷紀錄，一份為「中醫初診資料表、門診病歷聯」等(電子檔)、一份為「出院病歷摘要」等(紙本)，其中所附中醫初診資料表及門診病歷聯，非原送審查之病歷資料，即與前揭審查注意事項及審議意旨不符，復依原送審病歷資料，病人分別罹患「I67.2 腦血管動脈粥樣硬化」、「I63.50 源於未明示腦動脈阻塞或狹窄之腦梗塞」、「I67.89 其他腦血管疾病」、「S14.105A 第五頸椎脊髓損傷之初期照護」等，同意健保署意見，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(C05)、(C06)」項目，不符前揭支付標準規定。 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。
--	--	---

案例三

案情摘要

病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整；或病情記載簡略，未能辯證論治；或不同療程之病情記載雷同，每一療程未有療效評估，不足以支持系爭「一般門診診察費(A01、A03、A05)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103403275 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，系爭項目為「一般門診診察費(A01)」、「每日藥費(A21)」，健保署初、複核意見略為「0181C，按診斷為“N959 停經及停經前後之疾患，但於 1/19 之病歷記載，均未提及月經狀況(即大概何時開始有停經與更年期症狀，或者是月經斷續之狀態)，無法支持診斷。另病歷堆疊，建議改善；因不符慢性診斷，核刪部分藥費」，A21 部分不予給付，A01 不予給付，依系爭就醫日 110 年 1 月 19 日病歷紀錄，病人診斷為「停經及停經前後之疾患，未特定」，申請理由雖略稱：「檢驗發現其 FSH：28、E2：15，符合停經前後之荷爾蒙狀態」，惟病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (二)○○○1 人 2 案，分述如下： 1. 相關規定 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 條第 1 項第 4 款、第 2 項 「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進程序審查：四、申報資料填載之完整性及正確性。」。 「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。」。 2. 系爭項目為「一般門診診察費(A01、A05)」，健保署初、複核意見均略為「0115C、0201C，病歷記載內容與醫令或申報不符，申報醫令有“N946 痛經症”，在病歷記錄病名及內容記載，未見與申報病名有關之症狀及病情，依據病歷記載及病況，不足以支持本項療程」、「申報醫令之第一診斷病名為“N946 痛經症”，但病歷內容未記載與申報病名痛經症有關之症狀及病情」，申請理由雖略稱：「03/10、03/24 就診時，是以腸胃不適(ICD-10：K31.89)為主訴；而痛經症狀是 110 年 04 月後為處理主軸」，惟依系爭就醫日 110 年 3 月 10 日、24 日病歷紀錄，病人診斷均為「未明示之胃功能性障礙」，與卷附「特約醫事服務機構門診醫
-------------	--

		療服務點數及醫令清單」顯示之申報傷病名稱為「痛經症，未特定」，二者不符，且病情記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (三)其餘個案，系爭項目為「一般門診診察費(A01、A03)」，健保署初、複核意見為中醫專業審查不予支付理由代碼「0108C、0181C、0115C、0191C、0201C」，依病歷紀錄，或病情記載簡略，未能辯證論治；或不同療程之病情記載雷同，每一療程未有療效評估；或病歷記載之症狀不明確，與診斷不合，四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 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。
--	--	--

案例四

案情摘要

相同診斷多次就醫，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不宜分開申報，不足以支持系爭「一般門診診察費(A82)」項目之必要性。

衛部爭字第 1103402925 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）全民健康保險醫療辦法第 8 條第 3 項第 3 款 「自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：…中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目。」。 （二）行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「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。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「針傷療程 30 日內未滿六次，以同診斷開立新療程並申請診療費專案審查」爭議案，渠等 5 案，系爭項目均為「一般門診診察費(A82)」，健保署初、複核意見皆略為「針傷療程 30 日內未滿六次，又以同診斷開立新療程並申請診療費，與申報規定不符」、「針灸療程卡號應有自動檢視作用，以免卡號弄不清楚」，分述如下：

		(一) ○○○案，申請理由略稱：「7/15、7/19、7/22、7/26、7/29 同一療程，因系統讀取卡號異常溢報」，依 108 年 7 月 15 日(系爭)、19 日、22 日、26 日、29 日病歷紀錄，病人診斷皆為「乾燥症候群」、「肌炎」，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，不宜分開申報診察費，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (二) ○○○案，申請理由略稱：「6/21、7/5、7/15、7/19 同一療程，因系統讀取異常造成溢報」，依 108 年 6 月 21 日、7 月 5 日、15 日、19 日(系爭)病歷紀錄，病人診斷皆為「肌炎」，姑不論系爭就醫日 108 年 7 月 19 日之「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，健保卡就醫序號 0021，與病歷所載卡號 0018 不一致，且依病情記載，不同就醫日之診斷相同，其針灸、內服藥等處置，應屬同一療程，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (三) 其餘 3 案，○案、○○案，依病歷紀錄，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，且每一療程未有療效評估，四診不完整；○案，不同療程之病歷記載雷同，不足以支持系爭項目之必要性。 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。
--	--	---

案例五

案情摘要

病人診斷非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，申報系爭「每日藥費（A21）」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093405967 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費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「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。」。 二、 查卷附資料，渠等 3 案，系爭項目皆為「每日藥費（A21）」，分述如下： （一）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「頭暈及目眩」等，系爭就醫日 109 年 7 月 1 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費（A21）」7 日，核屬有據。 （二）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷：痤瘡、毛囊疾患非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 10

		日，依病歷紀錄，病人診斷為「瘰癧」等，系爭就醫日 109 年 7 月 22 日開立 17 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費（A21）」7 日，核屬有據。 （三）○○○案，健保署初、複核意見為「0304C，診斷非屬慢性病，依規定不可開立 7 日以上藥量」、「診斷病名確實不屬慢性病之給付範圍」，不予給付 7 日，依病歷紀錄，病人診斷為「胃及十二指腸其他的疾病」等，系爭就醫日 109 年 7 月 23 日開立 14 日藥品，惟診斷之病名非屬全民健康保險醫療辦法第 14 條所定慢性病範圍，健保署按前揭規定，給付系爭「每日藥費（A21）」7 日，核屬有據。 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。
--	--	--

案例六

案情摘要

病歷無病史、完整四診、身體診察等相關紀錄，申報系爭「初診門診診察費加計〈A90〉」項目，不符「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案四、（一）之規定。

衛部爭字第 1103400902 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 「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案 「四、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。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。」 二、 查卷附資料，系爭項目為「初診門診診察費加計〈A90〉」，健保署初、複核意見為中醫專業審查不予支付理由代碼「0102C、0109C、0181C、0191C」，依系爭就醫日 109 年 10 月 27 日病歷紀錄，病人診斷為「停經及停經前後之疾患」等，病情無病史、完整四診、身體診察等相關紀錄，

		申報系爭項目不符前揭規定，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，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。
--	--	---

筆

記

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dashed lines.

第三篇



權益爭議案件 常見代表性案例

- 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
- 程序事項

第三篇 權益爭議案件常見代表性案例

民眾申請爭議審議最常主張長期出國，沒有使用健保資源，也沒有接獲通知，不應計收健保費，或者在國外因病緊急就醫，健保署不同意核退費用不合理等等，因全民健康保險是強制性之社會保險，保險之條件係由法律規定，一體實施，凡是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，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義務之相關規定，所以民眾並不能用未使用健保或是未接獲健保署通知等理由而主張免除應負之義務。

另外考量到長期居留國外之保險對象，使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，乃於全民健康保險法施行細則第 37 條及第 39 條設有停復保制度，民眾長期出國可以選擇「繼續參加健保」或「辦理停保」，如果沒有申請停保或出國期間未達 6 個月，還是需要繼續繳納保險費，並不會因為出國 6 個月以上而當然發生停保效力。

又民眾在境外就醫申請自墊醫療費用核退是有條件，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，必須是發生「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，並且在門診、急診治療當日或出院之日起「6 個月內」提出申請，權責機關健保署及衛生福利部循序依民眾所檢附之就醫相關資料送請醫療專家審查判斷，准予核退之範圍，以民眾醫療符合適切、合理而有必要之緊急處置為限，所以民眾如果在國外發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，申請核退醫療費用時應檢附診斷書等文件，以利醫療專家判斷就醫之病況，並應於法定 6 個月內提出核退之申請，以保障自身權益。

壹、保險費及投保金額、罰鍰等

案例一

案情摘要

申請人為本國人，於恢復戶籍日最近 2 年內未曾有參加本保險紀錄，自恢復戶籍滿 6 個月之日起為本保險強制納保之保險對象；本國人之加保資格係以「設籍」期間為判斷依據，與在臺居住期間長短無關。

衛部爭字第 1103400513 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署核定文件要旨 (一) 健保署 110 年 1 月 13 日列印核發之 109 年 12 月保險費繳款單計收申請人 109 年 12 月 (含 105 年 1 月至 109 年 12 月) 保險費計新臺幣 4 萬 4,940 元。

	(二) 健保署 110 年 1 月 14 日健保○字第 0000000000 號函 該署已依法核定申請人自 105 年 1 月 1 日以全民健康保險第 6 類第 2 目(地區人口)保險對象身分於戶籍所在地○○市○○區公所投保，應補繳之保險費將一併於 109 年 12 月保險費中計收，嗣後將按月開計保險費，倘申請人目前人在境外，可選擇辦理停保事宜。 二、申請人不服，檢附前開函及繳款單影本，一併向本部申請爭議審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款。 (二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款。 二、本件經審查卷附個人戶籍資料、個人除戶資料、保險對象投保歷史、移民署資料介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊、全民健康保險第六類保險對象停保(復保)申請表、輔導納保等相關資料影本及健保署意見書記載，分述如下： (一) 本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，95 年 9 月 14 日遷出登記，103 年 10 月 3 日恢復戶籍，因其於該恢復戶籍日最近 2 年內未曾有參加本保險紀錄，自恢復戶籍滿 6 個月之 104 年 4 月 3 日起為本保險強制納保之保險對象，惟申請人未依規定加保，經健保署輔導納保未果，乃依申請人前開戶籍資料及公法上 5 年請求權時效規定，逕予辦理申請人自 105 年 1 月 1 日起加保。 (二) 申請人於系爭保險費計費期間，雖有 4 次出境期間逾 6 個月之紀錄(105 年 5 月 13 日出境至 12 月 17 日入境、106 年 11 月 8 日出境至 107 年 8 月 13 日入境、108 年 4 月 23 日出境至 11 月 8 日入境、108 年 11 月 17 日出境至 110 年 2 月 8 日列印入出境記錄前尚未入境)，惟迄至 110 年 1 月 21 日始委由代理人辦理出國停保，在申請停保前，不符停保免繳保險費之條件。 (三) 綜上，申請人應繳納系爭 105 年 1 月至 109 年 12 月保險費。 三、申請人主張其初次返國申請入籍時，發給的 DM 上只說住滿 6 個月才能申請健保，其只在臺灣居住 2 星期，後來雖有再次回國，但都未超過 3 星期，故認為因未住滿 6 個月而未達申請健保之標準，且從未有健保卡亦未曾使用健保醫療，若健保署認定入籍 6 個月後加入健保為強制規定，應於 105 年主動寄發健保卡及繳款單，而不是未曾寄過任何繳款單，欲一次追繳 4 年保險費云云，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. 全民健康保險投保原則上採主動申報制，課以保險對象主動積極申報投保之作為義務，該署依保險對象之適法身分受理核定後，依其投保身分核計保險費及繕具繳款單寄發予繳款人繳納。惟保險對象不為投保申報作為時，該署依職權對未加保之保險對象，追溯自合於投保條件之日起，逕予補辦加保手續，以保障保險對象之健保權益，並於補辦加保後寄發繳款單。
2. 該署為提醒長期居住國外之國人於返國設籍後應遵守全民健康保險加保規定，製有「國人設籍滿 6 個月要參加全民健保」宣導單張，加保條件與住在國內或國外無涉，申請人認為在臺居住未滿 6 個月未達申請全民健康保險標準，此係其個人解讀錯誤。該署為維護申請人健保權益，曾 2 次寄發輔導納保函通知應辦理加保事宜。
3. 有關申請人稱沒有健保卡一節，依全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第 3 條規定，保險對象於首次符合全民健康保險法投保資格之規定，並完成申報投保手續之日起，應向保險人申請製發健保卡。
4. 申請人於追溯加保期間，如有自墊醫療費用情事，得依規定申請核退，其於投保期間之就醫權益仍受保障。

(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，其保險之條件、效果係由法律明定，依全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款規定，國人最近 2 年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前 6 個月繼續在臺灣地區設有戶籍者，應參加本保險之保險對象，是以國人是否符合全民健康保險加保資格，係以「設籍」期間為判斷依據，與在臺居住期間長短無關，申請人所稱只在臺灣居住 2 星期，因未住滿 6 個月而未達申請健保之標準云云，核有誤解。

(三) 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及繳納保險費義務之相關規定，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，尚不得以未接獲通知、未使用健保資源或未領用健保卡而免除應負擔之義務。

(四) 另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達 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。 四、綜上，健保署函知申請人，略以該署已逕辦申請人自 105 年 1 月起加保等語，並計收申請人系爭 105 年 1 月至 109 年 12 月保險費，並無不合，原核定均應予維持。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。
--	---

案例二

案情摘要

申請人之子女為在國外出生之新生嬰兒，不適用全民健康保險法第 8 條第 1 項第 2 款第 4 目規定，須自設籍滿 6 個月之日起，始符合參加全民健康保險之資格。

衛部爭字第 1103402434 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及健保署核定文件要旨 (一) 緣申請人之投保單位(○○市政府警察局○○分局)於 110 年 5 月 20 日申報申請人之子黃○○自 110 年 5 月 14 日起依附申請人加保，經健保署以 110 年 5 月 21 日健保○○○字第 0000000000 號函復，略以查申請人眷屬黃○○係國外出生之新生兒，110 年 5 月 14 日初設戶籍，設籍未滿 6 個月，依全民健康保險法第 8 條及第 9 條規定，不符加保資格，歉難受理。黃○○初設戶籍日滿 6 個月之日(即 110 年 11 月 14 日)起，始具健保投保資格等語。 (二) 申請人不服，於 110 年 5 月 24 日填具「訴願書」向健保署申訴，案經健保署以 110 年 6 月 1 日健保○字第 0000000000 號函復，略以經查申請人之子黃○○110 年 3 月 14 日於國外出生，110 年 5 月 14 日初設戶籍登記，依規定應自初設戶籍日滿 6 個

	月之日即 110 年 11 月 14 日起，始具健保投保資格，屆時請儘速辦理以眷屬身分投保等語。 二、申請人不服，檢附前開健保署 2 函一併向本部申請審議。
理由	一、法令依據：全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款及第 2 款第 4 目。 二、按「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：(四)在臺灣地區出生之新生嬰兒。」為全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款及第 2 款第 4 目所明定。 三、本件依卷附戶口名簿影本、全民健康保險保險對象投保(轉入)申報表等相關資料顯示，本件申請人之子黃○○於 110 年 3 月 14 日在烏克蘭出生，110 年 4 月 25 日入境，110 年 5 月 14 日在臺辦理初設戶籍登記，因非在臺灣地區出生之新生嬰兒，無前揭全民健康保險法第 8 條第 1 項第 2 款第 4 目規定之適用，依同條第 1 項第 1 款規定，黃○○須自設籍滿 6 個月之 110 年 11 月 14 日起，始符合參加全民健康保險之資格，健保署未准申請人辦理其子黃○○自 110 年 5 月 14 日起依附加保，於法並無不合。 四、申請人主張原處分以海外新生兒設籍未滿 6 個月，拒絕為其子申請健保，在這段健保資格等待期間，曾帶其子施打新生兒公費疫苗，然○○市衛生所早已不再替民眾施打公費疫苗，全部委外，疫情期間不可能冒險帶其子跨區施打疫苗，只能自費去附近診所施打，這段健保空窗期，即使是民間商業保險，對於未持有健保卡的保險給付都是減半的，臺灣目前正處於疫情高峰期，國人的健康都身陷高風險，成人的處境尚且堪慮，何況是需要特別保護的新生兒？倘若孩子有就醫需求，如此高昂的醫療費用豈是一般收入家庭能負擔得起的？原處分所引用之法條，將同樣在臺設有戶籍之新生兒，因「出生地」之不同，而做出歧視與不平等之行政處分，無論是在當初立法的過程或是如今行政執行的決策中，均未曾以「兒童最佳利益為優先考量」，全民健康保險法是基於保障國民健康的強制法，故明文強制在臺灣地區出生之新生兒應為「保險對象」，然亦未明文規定在臺設有戶籍之海外新生兒不得於初設戶籍後立即自願投保，原處分對海外新生兒加以歧視並設限，拒絕嬰幼兒投保，實在未曾顧及兒童權益，亦有違「聯合國兒童權利公約」第 2 條、第 3 條、第 24 條及「兒童權利公約施行法」第 2 條、第 4 條所揭櫫之權利，嚴重侵害與剝奪國人在

海外出生並已在臺設有戶籍的嬰幼兒享有平等促進疾病治療以及恢復健康之權利。「設籍滿 6 個月的健保等待期」係為防止久居國外之僑民，以僥倖心理濫用國內健保資源，而對長期繳納健保費用之國人不公平，然而此規定卻未考慮海外出生之新生兒，其父母親亦是長期繳納健保費用之被保險人，僅因個人或突發因素而不得不在國外生產，其付出之健保成本與其他長期投保之國人一般無二；已在臺灣設有戶籍之海外新生兒與在臺灣地區出生之新生兒應享有平等之醫療資源與投保權益，始符合憲法第 7 條實質平等原則(釋字第 485 號解釋)；全民健康保險法第 8 條、第 9 條規定及原處分以齊頭式、機械式平等，將海外成人與兒童平等對待，拒絕健康風險較高的嬰幼兒於全民健康保險門外，均已違反憲法第 7 條平等原則及「聯合國兒童權公約」云云，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. 全民健康保險法中規範部分保險對象，須在臺設戶籍滿 6 個月或居留滿 6 個月始具投保資格之立法原意，係為避免長期旅居海外之國人或外籍人士，於發生傷病事故時始回國或來臺，參加全民健康保險使用醫療給付，而造成權利與義務不對等之不公平現象。查申請人之子黃○○110 年 3 月 14 日於國外出生，110 年 5 月 14 日初設戶籍登記，依全民健康保險法第 8 條及第 14 條規定，應於戶籍登記日滿 6 個月之日(即 110 年 11 月 14 日)始具投保資格。
2. 次按兒童權利公約之立法意旨，係體認到世界各國皆有生活在極端困難情況之兒童，對這些兒童需要給予特別之考量，特制定該公約。復查全民健康保險係提供保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，提供醫療服務，服務範圍已涵蓋兒童及其他國家國民，與兒童權利公約理念一致。

- (二) 全民健康保險為強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，一體實施，而等待期之規定在避免居住於國外者，於發生傷病事故時，始來臺參加保險享受醫療給付，形成僅享受權利而不盡義務之不公平現象，以避免保險支出之驟增，造成收支不平衡，進而加重長期持續繳納保險費之現有保險對象之負擔，該規定所以未排除「國外出生之我國籍嬰兒」，係立法者就「國外出生者之權益」及「保險人財務負擔」權衡裁量之結果，有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 776 號判決意旨可資參考。所稱設籍滿 6 個月的健保等待期，未考慮海外出生之新生兒等節，

	核屬立法政策考量範疇，非本件所得審究。 五、綜上，健保署函復申請人，略以其眷屬黃○○自初設戶籍日滿 6 個月之日(即 110 年 11 月 14 日)起，始具健保投保資格等語，並無不合，原核定均應予維持。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。
--	---

案例三

案情摘要

申請人為外籍人士，前以「外勞」事由申准居留並以第 1 類被保險人（受僱人）身分加保，後因聘僱關係終止及出境，原居留證已遭內政部移民署註銷，其之後改以「投資」事由申准居留，因新舊居留證效期未銜接，須在臺居留滿 6 個月之日起，始符合加保資格。

衛部爭字第 1093400304 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及健保署 109 年 1 月 7 日健保○○○字第 0000000000 號函要旨 （一）緣申請人於 108 年 12 月 30 日向健保署申報其公司負責人黎○○自 108 年 12 月 26 日加保。 （二）經健保署函復申請人，略以： 1. 依全民健康保險法第 9 條及其施行細則第 8 條規定，非本國籍人士在臺灣領有居留證明文件者，自在臺灣居留滿 6 個月，應參加本保險，有一定雇主之受僱者，則無上述 6 個月等待期之限制。 2. 申請人公司於 108 年 11 月 5 日經核准設立營業，負責人為黎○○，黎○○前於 107 年 7 月 2 日入境，取得勞動部核准聘僱許可並取得居留事由為「外勞」（移工）之居留證，以員工身分投保於○○護理之家，嗣於 108 年 11 月 17 日因聘僱關係終止，同日離境退保，並經勞動部撤銷聘僱許可及內政部移民署註銷居留證在案。 3. 申請人申報負責人黎○○於 108 年 12 月 26 日投保，惟查黎○○係於 108 年 12 月 11 日再次入境，並重新取得「投資」事由

	居留證，依前揭規定，如無再出境之情形，應自在臺居留滿 6 個月之日即 109 年 6 月 11 日始取得本保險投保資格，檢還原申報表件，請俟該負責人符合加保資格後，再重新辦理加保。 二、申請人不服，檢附健保署前開函影本，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 9 條第 1 款、第 2 款、第 13 條第 2 款及第 14 條。 (二) 全民健康保險法施行細則第 8 條。 二、按不具中華民國國籍而領有居留證明者，依全民健康保險法第 9 條規定，需符合「在臺居留滿六個月」或「有一定雇主之受僱者」資格，始得加保，不具該項資格而加保者，依全民健康保險法第 13 條第 2 款規定應予退保，合先敘明。 三、本件經審查卷附經濟部 108 年 11 月 5 日經授○字第 00000000000 函、保險對象投保歷史、全國外國人動態查詢、移民署資料介接外國人居留資料列印清冊、中華民國居留證、外籍人士（歷次）申請來臺資料、移民署資料介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊、全民健康保險保險對象投保申報表等相關資料及健保署意見書認為： 申請人於 108 年 11 月 5 日核准設立登記，負責人為外籍人士黎○○，黎○○於 108 年 12 月 23 日申准取得申請事由為「投資」之居留證(核准效期為 108 年 12 月 11 日至 109 年 12 月 11 日)，申請人乃於 108 年 12 月 30 日申報其負責人黎○○自 108 年 12 月 26 日加保，經健保署查核發現，黎○○前雖曾取得內政部移民署核發申請事由為「外勞」之居留證(核准效期為 107 年 7 月 2 日至 110 年 7 月 2 日)，於 107 年 7 月 2 日起以第 1 類被保險人（受僱人）身分加保於○○護理之家，惟因聘僱關係終止，黎○○於 108 年 11 月 17 日出境，居留證並經內政部移民署註銷，爰健保署以黎○○係於 108 年 12 月 23 日始申准取得在臺居留證，必須在臺居留滿 6 個月之日起，始符合加保資格，而未准申請人申報黎○○自 108 年 12 月 26 日起加保，於法尚無不合。 四、申請人主張黎○○自 107 年 7 月 2 日入境以移工身分投保，嗣後於 108 年 11 月 17 日終止聘僱關係離境辦理退保，108 年度已符合在臺居留滿 6 個月之條件，另於 108 年 12 月 11 日再次入境，並以投資事由取得居留證，依法應於 108 年 12 月 26 日重新投保，卻遭健保署割裂法律並增加法律所未規定之限制，將黎○○截至 108 年 11 月 17 日在臺居留滿 6 個月之事實捨棄不計，核

認自 108 年 12 月 11 日起在臺居留滿 6 個月方符合加保資格，有違法之虞，更有歧視移工之嫌，因黎○○先前若為白領工作者，則健保署即可核認先前在臺居留滿 6 個月，此不但違反平等原則，亦有損國家人權形象云云，所稱核難執為本案之論據：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 為提供適切醫療照護，政府依法訂定全民健康保險法，依全民健康保險法規定，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，且不能中斷投保。保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依全民健康保險法規定給與保險給付。依全民健康保險法第 9 條之規定，在臺灣地區領有居留證明文件之外籍人士，應自在臺居留滿 6 個月之日起，始得參加全民健康保險。其立法意旨，此 6 個月為合格等待期，目的在排除帶病投保之逆選擇情形，以避免保險支出之驟增，造成收支不平衡，而加重長期持續繳納保險費之現有保險對象之負擔。
2. 依全民健康保險法第 9 條之規定，非本國籍者，如非有一定雇主之受僱者，應自在臺領有居留證明文件並在臺居留滿 6 個月，取得本保險投保資格；查黎○○因舊證（外勞事由居留證）之居留效期迄日（108 年 11 月 17 日）與新證（投資事由居留證）之居留效期起日（108 年 12 月 11 日）已中斷未銜接，應於重新符合投保資格後，再申報參加本保險。

(二) 承上所述，不具中華民國國籍而領有居留證明者，依全民健康保險法第 9 條規定，需符合「在臺居留滿六個月」或「有一定雇主之受僱者」資格，始得加保，查黎○○先以「外勞」事由取得居留證明，於 107 年 7 月 2 日受僱日起為「有一定雇主之受僱者」，即具有加保資格，後因聘僱關係終止，於 108 年 11 月 17 日出境，並經註銷居留證明，則於 108 年 11 月 17 日起即不具投保資格。之後，黎○○又以「投資」事由取得居留證明，由申請人申報以「雇主」身分加保於申請人公司，此時，黎○○即非受僱者，自應在臺居留滿 6 個月起，始得以第 1 類被保險人(雇主)身分投保。申請人一再主張健保署割裂法律並增加法律所未規定之限制，有歧視移工之嫌一節，核屬誤解。

五、綜上，健保署函復申請人，略以申請人申報負責人黎○○於 108 年 12 月 26 日投保，惟黎○○於 108 年 12 月 11 日再次入境，並

	重新取得「投資」事由居留證，應自在臺居留滿6個月之日始取得本保險投保資格等語，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。
--	--

案例四

案情摘要

保險對象單次出境期間滿6個月，且已申請停保，始符合停保免繳保險費條件，不因有出境事實而當然發生停保效力；申請人雖長期出國，且有多次出境期間逾6個月之紀錄，惟並未申請停保，仍應依規定繳納保險費。

衛部爭字第1103402847號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	繳款單內容 計收申請人110年4月(含105年5月至110年3月)保險費計新臺幣(下同)4萬4,422元。
理 由	一、法令依據 (一)全民健康保險法第8條第1項第1款。 (二)全民健康保險法施行細則第37條第1項第2款及第2項後段。 二、本件經審查卷附個人戶籍資料、個人除戶資料、全戶除戶資料、保險對象投保歷史、旅客入出境紀錄清單、全民健康保險第6類保險對象投保申請表、全民健康保險第6類保險對象停保申請表等相關資料影本，認為： (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，於93年7月2日自○○期貨經理股份有限公司轉出後，未以適法身分投保，迄至110年4月16日始由代理人代為辦理以第6類第2目被保險人身分投保，以及同日出國停保，經健保署依公法上5年請求權規定，核定申請人105年5月1日加保及110年4月16日停保。 (二)申請人於系爭保險費計費期間，雖有4次出境期間逾6個月(103年12月30日出境至105年6月13日入境、105年6月25日出境至106年7月24日入境、107年1月23日出境至108年

6月30日入境及110年1月14日出境至7月20日列印入出境紀錄前尚未入境)，惟迄至110年4月16日始辦理出國停保，在申請停保前，不符停保免繳保險費之規定。

(三) 綜上，申請人應繳納系爭105年5月至110年3月保險費。

三、申請人主張其93年6月底離職，93年7月22日出國進修，投保單位沒善盡告知退保後應注意事項，導致中斷投保影響其權益，投保單位與健保署間存有法定委任及代理關係，故健保署對投保單位之疏失亦須負相關連帶責任，其出國進修後就業居留美國，至今返國近20趟，16年間健保署竟未能勾稽出其不在保狀態，通知其辦理加保，再輔導其辦理停、復保申報，致其須補繳最長中斷期數之保費，因健保署之行政效能不彰或不作為，致其損失財物且喪失依法出國停保選擇之權益，請健保署依其行政裁量權，准予依追溯期間入出境之時序辦理停、復保申報，另行核計中斷之保費云云，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. 依全民健康保險法第91條規定，保險對象不依全民健康保險法規定參加本保險者，處3,000元以上1萬5,000元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，另全民健康保險法施行細則第41條規定，保險對象有全民健康保險法施行細則第29條、第35條或第40條所定情形，應即通知投保單位。故本保險投保原則上採主動申報制，課予保險對象主動申報投保之作為義務。
2. 申請人在臺灣地區持續設有戶籍，於93年7月2日於原任職單位離職轉出後，未依規定主動辦理投保，多次進出臺灣期間，亦未曾主動詢問並關切自己健保轉出且長期出國健保應如何投保或停保之權益。該署前於104年10月2日寄發輔導函通知投保，未獲置理，該署又於110年3月26日發文通知申請人若未申辦投保將依法核定投保(二次發函地址相同為其戶籍地址)，迄至第2次發函申請人知悉該署將逕予投保，始委託代理人於110年4月16日至戶籍地○○市○○區公所辦理105年5月1日(5年請求權)投保及110年4月16日停保，倘申請人自始即依規定投保，則無事後追溯投保之情事。
3. 申請人於追溯投保期間倘有自墊醫療費用情事，可依規定申請核退自墊醫療費用，其於投保期間之就醫權益仍受保障。

(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，其保險之條件、效果係由法律明定，與依個人意願參加之商業保險有間，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，對於符合加保資格未主動投保之保險對象，全民健康保險法賦予健保署對未加保之保險對象，追溯自合於投保條件之日起，逕予補辦加保之義務，以強制保障保險對象之健保權益，並得依行政程序法第 131 條第 1 項前段之規定，追溯 5 年保險費，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及繳納保險費義務之相關規定，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，尚不得以長居國外或未接獲通知為由，免除其應負之義務責任。

(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達 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。

(四) 況停保與否，涉及投保對象之主觀意願，是除申請人有具體之意思表示外，不因出境之事實而當然生停保效力，且停保與否，亦涉及保險費之課徵，僅得於投保對象提出申請時，始向後生效，而無回溯之可能，否則全民健康保險法強制納保之原則將出現漏洞，減損健保制度之財務基礎，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。

四、綜上，健保署計收申請人系爭 105 年 5 月至 110 年 3 月保險費，核無不合，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。

案例五

案情摘要

申請人為已登記執業之專技人員，具第 1 類第 5 目被保險人身分（專門職業及技術人員自行執業者），以第 2 類被保險人身分加保於職業工會，不符合全民健康保險法第 11 條第 1 項前段規定「第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人」，健保署辦理申請人自職業工會轉出，核無不合。

衛部爭字第 1103403175 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署 110 年 7 月 19 日健保○字第 00000000000 號函要旨 申請人為登記執業之職能治療師，應以第 1 類被保險人身分參加全民健康保險，該署依法核定申請人自 109 年 10 月 1 日於○○市職能治療師職業工會退保轉出。 二、申請人不服，檢附健保署前開函影本，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 5 目及第 11 條第 1 項前段。 （二）全民健康保險法施行細則第 11 條及第 66 條。 （三）職能治療師法第 1 條第 1 項、第 7 條第 1 項及第 10 條第 1 項。 二、本件經審查卷附「個人戶籍資料」、「全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表」、「衛生福利部醫事管理系統醫事人員查詢資料」、「衛生福利部醫事管理系統醫事機構查詢資料」、「保險對象投保歷史」、「投保單位保險對象投保異動清冊」等影本及健保署意見書記載，認為申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為強制納保之保險對象，其於 109 年 10 月 1 日起以第 2 類被保險人身分加保於○○市職能治療師職業工會，惟經健保署查核發現申請人具有職能治療師（專門職業及技術人員）資格，並已於 109 年 3 月 6 日執業登記於○○居家職能治療所，為第 1 類被保險人〔倘申請人係受僱，其為第 1 類第 2 目被保險人（受僱者），如非受僱，則為第 1 類第 5 目被保險人（專門職業及技術人員自行執業者）〕，依全民健康保險法第 11 條第 1 項前段規定「第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人」，其自 109 年 3 月 6 日執業登記起即不得以第 2 類被保險人身分加保，案經健保署於 110 年 4 月 19 日以健保○字第 00000000000 號函輔導申請人以適法身分投保未果，乃逕予核定申請人追溯自 109 年 10 月 1 日起自○○市職能治療師職業工會轉出，經核並無不合。

三、申請人主張其於○○市執行長照人員職業安全衛生教育訓練、衛生福利部延緩失能方案，並辦理大學部實習生實習業務，故辦理執業登記於○○居家職能治療所，為督導職能治療師，以利其本人辦理大學部實習生申請實習業務，主要執行實習生實習業務。其與執業登記處並不具備勞僱關係，其並未自該職能治療所支領任何費用，且該職能治療所亦非辦理勞健保投保業務處所。健保署來函所指 109 年(誤植為 110 年)10 月 1 日起於○○市職能治療師職業工會期間辦理健保投保，係執行相關從業以其職能治療師身分辦理。職業安全衛生相關人員非屬必須辦理執業登記者，但必須有職能治療師、物理治療師或心理師資格，其取得資格之衛生福利部延緩失能方案講師及指導員資格須為職能治療師，但亦非屬必須辦理執業登記者，健保署核定其退保轉出，顯不符合健保投保規範，其現從事之業務均非必要辦理執業登記之處所，相關單位邀請辦理教育訓練或延緩失能，均依法開立扣繳憑單等相關必要程序，健保署所指之專門職業及技術人員自行執業者，於其現職狀況均不符合，請回復其於前述期間由職業工會投保之狀態，以維權益云云，惟所稱核不足採，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 依全民健康保險法第 10 條第 1 項、第 11 條、第 20 條、第 21 條第 2 項、同法施行細則第 11 條及第 66 條規定，略以專門職業及技術人員(依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員)自行執業者為第 1 類被保險人；第 1 類被保險人不得為第 2 類至第 4 類及第 6 類被保險人。
2. 申請人訴其係實習業務之必要，依規定辦理執業登記於○○居家職能治療所，該所並非需辦理勞健保之處所，現從事單位亦均非屬必須辦理執業登記之處所，無法取得執業登記相關文件，因此無法符合自營作業者及專門職業技術人員的規定，乃係誤解法令，於法無據。

(二) 查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身分類別，況具有第 1 類被保險人資格者，不得以第 2 類被保險人身分投保，復為全民健康保險法第 11 條第 1 項前段所明定，是有關申請人投保身分之認定，並無由申請人自行決定之餘地。

(三) 又按「職能治療師應向執業所在地直轄市、縣(市)主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業。」「職能治療師停業或歇業時，應自事實發生之日起三十日內，報請原發執業執照機關備查。」分別為職能治療師法第7條第1項及第10條第1項所明定，本件申請人於109年3月6日執業登記於○○居家職能治療所，已如前述，並有「衛生福利部醫事管理系統醫事人員查詢資料」附卷可稽，健保署據以認定申請人於該職能治療所執業，為第1類保險人身分，即非無據，申請人自應依其實際執業情況辦理以第1類第2目或第5目身分投保事宜(執業型態為受僱，以第1類第2目受僱者身分投保，倘非受僱，則以第1類第5目專門職業及技術人員身分投保)，申請人有無從事其所稱教育訓練等非屬必須辦理執業登記之業務，均不影響其以職能治療師身分登記執業於○○居家職能治療所之事實及以該身分投保之結果，申請人若未於該職能治療所執業，有停業或歇業時，自得依前揭規定報請原發執業執照機關備查，並憑向健保署辦理以適當身分投保。

(四) 另自102年1月1日二代健保施行起，專門職業及技術人員不得以第2類被保險人身分加保於職業工會，此觀全民健康保險法施行細則第66條規定「符合下列各款條件之專門職業及技術人員，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，得以第二類被保險人身分參加本保險：一、其取得之專門職業及技術人員資格項目，屬八十四年三月一日後始列入專門職業及技術人員考試相關法規者。二、取得前款專門職業及技術人員資格及本法一百年一月四日修正之條文施行時，均以第二類被保險人身分於該類職業工會參加本保險。三、未僱用有酬人員幫同工作。」自明，所請回復其於職業工會投保之狀態乙節，於法無據。

四、綜上，健保署核定申請人自109年10月1日於○○市職能治療師職業工會退保轉出，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

申請人為投保單位，因員工投保金額低於勞工退休金月提繳工資，健保署請申請人調整未果，乃依勞工退休金月提繳工資追溯調整該員工投保金額，並按短繳之保險費金額處以 2 倍罰鍰，固非無據，惟關於罰鍰部分，健保署未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 11 點前段規定踐行發函輔導之程序，逕予裁處罰鍰，即有未洽。

衛部爭字第 1093405563 號

審 定	
主 文	一、關於健保署 109 年 9 月 28 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書部分撤銷。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、健保署核定文件內容要旨 (一) 109 年 9 月 11 日健保○字第 0000000000 號函要旨 申請人公司員工陳○○自 107 年 5 月 1 日至 108 年 8 月 1 日(外派韓國公司期間)之勞工退休金月提繳工資資料業已調整，該署多次電話促請調整陳○○健保投保金額，惟迄今未配合辦理，該署業依勞工退休金月提繳工資逕予調整投保金額，107 年 5 月至 8 月調整為新臺幣(下同)9 萬 2,100 元、107 年 9 月至 108 年 2 月調整為 9 萬 6,600 元、108 年 3 月至 7 月調整為 10 萬 1,100 元。 (二) 109 年 9 月 28 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨 1. 申請人未依規定申報調整所屬員工陳○○107 年 5 月至 108 年 7 月期間投保金額，該署已依勞工退休金月提繳工資逕予調整，依法申請人應補繳保險費差額計 6 萬 8,804 元。 2. 該署按應補繳之保險費處以 2 倍之罰鍰，計 13 萬 7,608 元。 二、申請人不服健保署前開函及罰鍰處分書，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款、第 2 項、第 21 條、第 27 條第 1 款第 2 目、第 30 條第 1 項第 1 款及第 89 條第 1 款。 (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 11 點。 二、依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款及第 21 條第 2 項規定，第 1 類受僱者之被保險人以其薪資所得為投保金額，且不得低於其勞工退休金月提繳工資及勞工保險之投保薪資；其應自付之保險費，依同法第 27 條第 1 款第 2 目規定為百分之三十，其投保單

位應依同法第 30 條第 1 項第 1 款規定，按月負責扣、收繳，並於次月底前，連同投保單位應負擔百分之六十部分，一併向健保署繳納；有將被保險人之投保金額以多報少者，依同法第 89 條第 1 款規定，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。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 11 點前段規定，第 1 類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，經保險人查獲並發函輔導，函到 3 個月後始主動覈實補辦投保金額調整者，按其短繳之保險費處以 2 倍之罰鍰，合先敘明。

三、本件經審查卷附保險對象投保歷史、罰鍰金額計算明細表、勞動部勞工保險局 109 年 8 月 7 日保退○字第 00000000000 號、第 00000000000 號函、109 年 8 月 7 日保退○字第 00000000000 號裁處書、月提繳工資明細表、「勞保局 Web IR 查詢系統」等相關資料影本及健保署意見書記載，分述如下：

甲、關於健保署以 109 年 9 月 11 日健保○字第 00000000000 號函逕予調整申請人公司員工陳○○投保金額部分

(一)本件係緣起於申請人員工陳○○於 109 年 5 月 5 日及 8 月 15 日先後向健保署反映申請人未將其 107 年 5 月 1 日至 108 年 7 月 31 日外派韓國期間之韓國薪資納入投保薪資，健保有高薪低報情形，並經勞動部勞工保險局認定申請人未覈實申報陳○○勞工退休金月提繳工資，於 109 年 8 月 7 日逕予更正並調整陳○○月提繳工資(107 年 5 月至 8 月調整為 9 萬 2,100 元、107 年 9 月至 108 年 2 月調整為 9 萬 6,600 元、108 年 3 月至 7 月調整為 10 萬 1,100 元)。

(二)案經健保署查核申請人申報其員工陳○○投保金額(107 年 5 月至 7 月為 5 萬 7,800 元、107 年 8 月至 9 月為 4 萬 8,200 元、107 年 10 月至 108 年 7 月為 5 萬 600 元)均低於前開勞動部勞工保險局核定之勞工退休金月提繳工資，乃依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款、第 2 項、第 21 條第 2 項規定，追溯調整申請人公司員工陳○○投保金額(107 年 5 月至 8 月為 9 萬 2,100 元、107 年 9 月至 108 年 2 月為 9 萬 6,600 元及 108 年 3 月至 7 月為 10 萬 1,100 元)，核無不合。

(三)申請人雖主張陳○○與韓國公司簽訂勞動契約，受韓國公司指揮監督，由韓國公司給付薪資，非為其公司工作報酬，縱認陳○○仍受其指揮監督，則其於韓國公司領取之薪資，應屬差旅津貼或海外津貼，非勞動基準法所稱之工資，非勞工退休金之

計算基礎，自亦非健保投保金額之基礎云云，惟所稱核難執為此部分之論據，分述如下：

1. 健保署意見書陳明，略以：

(1)依陳○○檢附之○○市政府勞工局 109 年 4 月 28 日服務信箱回覆信，載明申請人未依法給付資遣費，違反勞工退休金條例規定，以及申請人檢附之勞動部勞工保險局訴願答辯書理由二實體部分(六)，勞動部勞工保險局說明申請人 109 年 6 月 11 日寄發陳○○之存證信函暨○○市政府勞工局之資遣費差額計算明細等影本佐證，申請人通知陳○○計算後資遣費不足金額含利息應給付金額為 19 萬 3,166 元，依所附資遣費差額計算明細確已將外派韓國公司領取之薪資列入計算，足以證明申請人已認外派薪資屬工資，並將陳○○於外派期間韓國公司給付之薪資納入工資計算平均工資發給資遣費，勞動部勞工保險局因而據以調整陳○○勞退月提繳工資。

(2)依全民健康保險法第 21 條第 2 項規定，第 1 類被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資；如有本保險投保金額較低之情形，投保單位應同時通知保險人予以調整，保險人亦得逕予調整。本案勞動部勞工保險局認定申請人未將外派韓國薪資列入覈實申報陳○○勞退月提繳工資，並已核處罰鍰及補提繳勞工退休金，另查勞保局 Web IR 系統，陳○○月提繳工資已調整，故該署逕予辦理陳○○投保金額調整，於法有據。

2. 此部分健保署係依申請人申報之投保金額及勞動部勞工保險局核定之勞工退休金月提繳工資形式審查結果，認定申請人有低報陳○○投保金額之情事，並依據勞動部勞工保險局核定之勞工退休金月提繳工資，追溯調整申請人公司員工陳○○健保投保金額。本件申請人不服勞動部勞工保險局前開核定，已向勞動部提起訴願，是陳○○勞工退休金月提繳工資之爭議即應由勞動部審理，尚非本件所得審究。

乙、關於健保署裁處申請人罰鍰 13 萬 7,608 元部分

(一)承上，申請人有低報陳○○投保金額之情事，已如前述，健保署乃按陳○○追溯調整之投保金額，核算申請人短繳陳○○107 年 5 月至 108 年 7 月保險費計 6 萬 8,804 元(含陳○○自付本人及眷屬部分 3 萬 8,095 元及投保單位負擔部分 3 萬 709 元)，據以裁處 2 倍罰鍰 13 萬 7,608 元(68,804 元 $\times$ 2=137,608

	元)。 (二) 惟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 11 點前段已明定「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，經保險人查獲並發函輔導，函到三個月後始主動覈實補辦投保金額調整者，按其短繳之保險費處以二倍之罰鍰」，本件經審查卷附相關資料，並無健保署發函輔導之資料，依健保署 109 年 9 月 11 日健保○字第 0000000000 號函記載「…本署依前揭規定，多次電話促請貴單位調整其健保投保金額，惟迄今未配合辦理…」等語以觀，健保署僅以電話方式促請申請人調整投保金額，核與前開罰鍰注意事項第 11 點前段所定「經保險人查獲並發函輔導，函到三個月後始主動覈實補辦投保金額調整者，按其短繳之保險費處以二倍之罰鍰」之裁罰要件容屬有間，則健保署仍裁處申請人 2 倍罰鍰，即有未洽，爰將此部分撤銷。 四、綜上，關於健保署 109 年 9 月 28 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書部分撤銷；其餘健保署逕予調整申請人公司員工陳○○投保金額部分，並無不合，此部分原核定應予維持。 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。
--	---

案件七

案情摘要

申請人為投保單位，於 109 年 2 月 14 日檢附 103 年度至 108 年度所得資料，申請追溯調降其負責人之投保金額，健保署依全民健康保險法第 21 條規定，不同意追溯調降投保金額，並核定自投保單位通知之次月 1 日(109 年 3 月 1 日)起調降投保金額，核無不合。

衛部爭字第 1093402282 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及健保署文件內容要旨 (一) 緣改制前行政院衛生署中央健康保險局(於 102 年 7 月 23 日改制為健保署)於 101 年 6 月 27 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人公司，略以： 1. 依申請人公司 99 年度營利所得資料，重新核算並主動調整負責人之健保投保金額，自 100 年 3 月 1 日起為新臺幣(下同)16 萬 9,200 元，調整應收之健保費將於計收 101 年 7 月份保險費中一併補收；調整後之投保金額如與實際所得不符，請於文到 7 日內，檢附負責人 99 年度綜合所得稅核定通知書及 100 年度綜合所得稅結算申報書等資料，辦理更正。 2. 依 100 年度營利所得申復重新核算投保金額者，自 101 年 3 月 1 日起生效。 (二) 嗣申請人申復調降負責人之投保金額，經健保署核定其負責人自 101 年 3 月 1 日起投保金額調整為 15 萬元。 (三) 另申請人於 109 年 2 月 14 日填具「全民健康保險投保金額調整申報表」，並檢附 103 年度至 108 年度所得相關資料向健保署申請追溯調降負責人投保金額為 4 萬 5,800 元，經健保署以 109 年 4 月 20 日健保○字第 0000000000 號函復，略以： 1. 該署前於 101 年 6 月 27 日函知申請人公司，通知負責人之投保金額自 100 年 3 月 1 日起調整為 16 萬 9,200 元，復於 101 年 3 月 1 日起調整為 15 萬元在案。 2. 查全民健康保險法賦予投保單位應主動申報投保金額調整之義務，且該署上開逕調公文及之後各月保險費繳款單通知已合法送達於申請人公司，本次申請人公司檢附 103 年度至 108 年度綜合所得稅核定通知書、營利事業投資人明細及分配盈餘表及各類所得清單等資料，申報追溯調降負責人之健保投保金額，不符全民健康保險法第 21 條規定，礙難同意辦理，並核

	定自申請人申報之次月即 109 年 3 月 1 日起調降負責人之投保金額為 4 萬 5,800 元，於核計 109 年 3 月保險費中一併計收。 二、申請人檢附健保署上開 109 年 4 月 20 日健保○字第 0000000000 號函影本，向本部申請審議。
理由	一、法令依據 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 4 目、第 20 條第 1 項第 2 款、第 2 項及第 21 條第 1 項。 二、本件經審查卷附保險對象計費投保歷史、全民健康保險投保金額調整表、加保、繳納、沖銷、退費及付款資料明細表等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為： (一)按全民健康保險法第 20 條第 1 項第 2 款及第 2 項規定，雇主以其營利所得為投保金額，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。又同法第 21 條復規定，第 1 類被保險人之所得，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 月底通知保險人，投保金額之調整，均自通知之次月 1 日起生效，合先敘明。 (二)經查改制前健保局前於 101 年 6 月 27 日以健保○字第 0000000000 號函通知申請人公司，略以依申請人公司 99 年度營利所得，重新核算並主動調整負責人之健保投保金額，自 100 年 3 月 1 日起為 16 萬 9,200 元等語，復依申請人檢附相關資料，核定申請人公司負責人自 101 年 3 月 1 日起投保金額調整為 15 萬元，於 101 年 7 月保險費中一併補收負責人投保金額調整之保險費差額，申請人業於 101 年 8 月 23 日繳納該 101 年 7 月保險費在案，對於健保署核定其負責人投保金額為 15 萬元，並無爭議。 (三)本件申請人迄於 109 年 2 月 14 日始檢附申請人公司負責人 103 年度至 106 年度綜合所得稅核定通知書、107 年度綜合所得稅各類所得資料清單等資料，向健保署申請調整負責人投保金額，則健保署依前揭全民健康保險法第 21 條第 1 項規定，核定調整負責人之投保金額為 4 萬 5,800 元，並自通知之次月 1 日即 109 年 3 月 1 日生效，於法並無不合，申請人請求退還溢繳之保險費，於法無據。 三、申請人主張其公司 109 年 1 月 23 日始得知負責人投保金額有誤，於 109 年 2 月 13 日電詢健保署人員如何更正，健保署告知需準備 103 年至 107 年負責人綜合所得稅核定書及勞保投保明細表、

公司未分配盈餘申報書等資料，即可辦理退還 5 年的健保費；其公司於 109 年 2 月 14 日申辦後，卻於 109 年 4 月 21 日收到健保署公文，不同意其公司申請之追溯案件，惟健保署得逕予調高負責人健保費，理應得逕予調降，始符公平正義原則云云，經核尚難執為本案之論據，分述如下：

（一）健保署意見書、補充意見陳明，略以：

1. 按本保險係採申報制，並課以投保單位對保險對象有異動時應主動通知保險人之義務，全民健康保險法第 15 條第 6 項、第 20 條、第 21 條均有明定，而違反規定者，除追繳保險費外，並處以罰鍰，則為全民健康保險法第 84 條及第 89 條所規定。
2. 申請人公司每年度是否發放營利所得、發放予負責人之營利所得金額均知之甚詳，申請人知情卻違法未覈實申報調高公司負責人投保金額在先，又怠於及時申報調降投保金額以維護負責人權益在後，顯示申請人無視全民健康保險法第 20 條及第 21 條規定，事後請求追溯調降負責人投保金額及退還溢繳之保險費，實與全民健康保險法第 21 條規定不合。
3. 至於申請人所稱電詢該署人員如何更正，健保署告知準備相關資料辦理退費一節，經查所詢答之事實難以確認，仍應以實際文件資料予以審核，因所提供投保金額有誤之資訊與核定不符，實難為本案追溯調降投保金額及退還溢繳保險費之論據。

（二）按臺灣嘉義地方法院 107 年度簡字第 19 號行政訴訟判決已載明：「全民健康保險為社會保險，要保人數眾多，以健保署之人力，絕無可能保險存續中，查核眾多被保險人之投保金額是否如實申報，投保金額原則上仍以投保單位之主動申報為主，健保署就投保單位雖有『實質查核權』，但非有逐一查核之義務，若健保署未能依職權查悉時，有關保險費之不利益，仍應由被保險人負擔，此亦全民健康保險法第 20 條、第 21 條及同法施行細則第 46 條及第 47 條課予『被保險人』及『投保單位』應主動申報被保險人投保金額調整之義務，而健保署僅負有『查核』之責」等語，是被保險人及投保單位依法負有主動申報調整投保金額之作為義務，健保署雖得依法查核，如未能職權覈實者，所衍生保險費之不利益，仍應由被保險人負擔。

四、綜上，健保署函復申請人，略以所請追溯調整負責人之投保金額，不符全民健康保險法第 21 條規定，礙難同意辦理，並核定自申請人申報之次月即 109 年 3 月 1 日起調降負責人及投保金額為 4 萬 5,800 元等語，於法並無不合，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。
--	---

案例八

案情摘要

依全民健康保險法第 80 條第 1 項、第 90 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 14 點等規定，申請人未配合提供相關資料，健保署處以 2 萬元罰鍰，核無不合。

衛部爭字第 1103401276 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署 110 年 3 月 17 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨 該署為辦理保險業務，前以 109 年 10 月 14 日健保○字第 0000000000 號函、109 年 11 月 9 日健保○字第 0000000000 號函及 110 年 1 月 4 日健保○字第 0000000000 號函請申請人確認楊○○是否為申請人公司員工及擔任工作性質，並提供 108 年 6 月起之出勤及請假紀錄資料憑辦，惟申請人迄未配合提供資料，妨礙該署執行健保業務法定管理權責，依全民健康保險法第 90 條規定，應處新臺幣（下同）2 萬元罰鍰。 二、申請人不服，主張其公司收到健保署函要求提供出勤紀錄，但楊○○藥師擔任其公司顧問，無出勤紀錄；期間健保署承辦人員打電話至其公司告知要提供出勤紀錄，曾回覆承辦人員，無出勤紀錄，職務為顧問，但因其公司人員不知行政流程，且第一次收到此函，未留意函上最後期限，而疏忽要回函，請給予一次機會，並撤銷罰鍰處分書云云，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 80 條第 1 項及第 90 條。 （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 14 點。 二、依前揭全民健康保險法第 80 條第 1 項規定，保險人為辦理各項保險業務，得請投保單位提供所需之帳冊、簿據等文件或有關資料，投保單位不得規避、拒絕、妨礙。如有違反者，依同法第 90 條規

	定，處 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。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 14 點規定，投保單位違反全民健康保險法第 80 條第 1 項規定，拒絕提供所需之有關資料，處 2 萬元罰鍰，爰此，投保單位只要有前開拒絕提供之情事者，應處以罰鍰，其金額最低為 2 萬元，先予敘明。 三、查本件健保署為辦理保險業務需要，先於 109 年 10 月 14 日以健保○字第 0000000000 號函請申請人說明所屬員工楊○○之工作性質，並提供楊○○108 年 6 月起之出勤、請假紀錄等資料以供查核，嗣復於 109 年 11 月 9 日以健保○字第 0000000000 號函請申請人於文到 5 日內提供前揭資料，惟申請人並未提供，健保署乃再於 110 年 1 月 4 日以健保○字第 0000000000 號函請申請人於 110 年 1 月 15 日前提提供，惟申請人逾期仍未提供，為申請人所不否認，則健保署依前揭規定，處以申請人最低罰鍰 2 萬元，核屬有據，所稱其無楊○○出勤記錄，以及疏失未回覆等節，均難執為本案免罰之理由。 四、綜上，健保署裁處申請人罰鍰 2 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。
--	--

貳、補充保險費

案例一

案情摘要

申請人取得非所屬投保單位給付薪資所得，其取得薪資所得當時之投保身分為第 1 類被保險人眷屬，並非免扣取兼職所得補充保險費之第 2 類被保險人，依全民健康保險法第 31 條第 1 項第 2 款規定，應由扣費義務人於給付時按規定費率扣取補充保險費，健保署否准申請人請求退還已扣取之補充保險費，於法並無不合。

衛部爭字第 1093402283 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及健保署核定文件內容要旨 (一) 緣申請人於 109 年 3 月 10 日檢附「○○機械股份有限公司」108 年 9 月、10 月、12 月及 109 年 1 月「薪資單」影本 4 紙(其中「二代健保補充保費」各為新臺幣(下同)2,600 元、1,347 元、2,686 元、1,347 元，合計 7,980 元)，並填具「全民健康保險補充保險費退費申請書(保險對象專用)」向健保署申請退還前揭 108 年 9 月、10 月、12 月及 109 年 1 月補充保險費計 7,980 元。 (二) 案經健保署於 109 年 3 月 31 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以查申請人 109 年 3 月 9 日始以第 2 類被保險人身分加保於○○市機器製修職業工會，惟受領申請退費期間之○○機械股份有限公司薪資所得時，仍以第 1 類被保險人之眷屬身分加保於○○○企業管理顧問股份有限公司(以下簡稱○○○公司)，尚非免扣取之保險對象，歉難受理，檢還申請人之補充保險費退費申請書。 二、申請人不服，檢附前開健保署函影本，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 31 條第 1 項第 2 款及第 33 條。 (二) 全民健康保險法施行細則第 55 條。 (三) 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 2 款、第 4 條第 1 項、第 2 項第 4 款及第 7 款。 二、依全民健康保險法第 31 條第 1 項第 2 款前段規定：「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。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。」，又「扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣二萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。」、「有下列情形之一者，免依前項規定扣取補充保險費：四、第二類被保險人之薪資所得。七、非所屬投保單位給付且未達中央勞動主管機關公告基本工資之薪資所得。」復為全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第4條第1項前段、第2項第4款、第7款所明定，是以，扣費義務人於給付非所屬投保單位保險對象薪資所得(即兼職所得)達基本工資(自108年1月1日起之每月基本工資為2萬3,100元；自109年1月1日起之每月基本工資為2萬3,800元)時，應依規定之費率(自105年1月1日起為1.91%)扣取補充保險費，並於給付日之次月底前向保險人繳納，審諸其意甚明。

三、本件經審查卷附保險對象投保歷史、全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表、「○○機械股份有限公司」108年9月、10月、12月及109年1月「薪資單」、○○國際商業銀行繳款客戶收據(○○市機械製修職業工會繳費單，繳納月份：109年3月)等相關資料影本及健保署意見書顯示：

(一)申請人為中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象，其自108年8月1日起以眷屬身分依附其配偶陳○○加保於○○○公司，迄於109年3月9日始改以第2類被保險人身分加保於○○市機械製修職業工會。

(二)申請人分別於108年10月9日、11月8日、109年1月10日及2月10日領取系爭108年9月、10月、12月及109年1月薪資所得各13萬6,125元、7萬500元、14萬624元及7萬500元，給付人為○○機械股份有限公司，給付當時申請人之投保單位為○○○公司，投保身分為第1類被保險人眷屬，並非免扣取補充保險費之第2類被保險人，依前揭規定，系爭薪資所得即為補充保險費之費基，扣費義務人於給付時即應按規定費率扣取補充保險費，爰此，健保署否准申請人請求退還已扣取之系爭補充保險費計7,980元，於法並無不合。

四、申請人主張其108年8月離職，以承接外包為月收入，健保依附在其妻，108年9月收入金額達到要扣二代健保的標準，外包公司於當月收入中有扣除二代健保費用，其當月有打電話去健保署詢問，並依目前狀況告知接洽人員是否只要繳單一邊的健保費就好？被告知一樣要扣繳，其在不知情的狀況下沒有申請加入工會(第2

類被保險人身份)，直到其妻於 109 年 2 月底離職，其於 109 年 3 月初辦理加保，提出疑問，只知二代健保是兼職所得需扣繳，但其只有一份收入，哪來兼職所得，何況以眷屬身份加保也要扣健保費，這樣有些不合理，經櫃台人員告知可以第 2 類被保險人身份投保工會，申請退費。針對健保署人員未依其情況告知可申請第 2 類被保險人而申請退費，導致其延誤退費時機，權益受損，針對健保署未依程序給予公文告知申請結果，而是等到其妻致電詢問才補給公文，延誤爭議申請云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明如下，略以：

1. 申請人爭議於 108 年 9 月來電該署詢問保費事項，當時申請人以第 1 類被保險人之眷屬身分加保，該署人員告知依規定須扣繳補充保險費，並無違誤。申請人如符合無一定雇主或自營作業條件時，自應主動至相關職業工會投保，以符合適法身分。
2. 該署自 109 年 3 月 10 日受理申請人退費案件時，即於 109 年 3 月 12 日以電話向申請人說明不符合退費條件，惟申請人主張其以承接外包為月收入，健保以眷屬身分依附配偶，僅一份薪資非屬兼職所得，一般保險費及補充保險費皆扣取不合理，該署爰請申請人向所屬之職業工會確認會員身分生效日期，再提供該署做為核定依據，非刻意不作為。
3. 復依行政程序法第 51 條及第 131 條規定，略以行政機關對於人民依法規之申請，除法規另有規定外，應按各事項類別，訂定處理期間公告之。未依前項規定訂定處理期間者，其處理期間為二個月，本案並無程序延誤、影響申請人權益之情事。

(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，所新增計收保險對象之補充保險費，依全民健康保險法第 31 條規定，係由扣費義務人於給付時扣取後向保險人（健保署）繳納，本件申請人領取系爭○○機械股份有限公司給付 108 年 9 月、10 月、12 月及 109 年 1 月薪資所得當時之投保單位為○○○公司，且申請人當時非屬免扣取補充保險費之第 2 類被保險人，則扣費義務人(○○機械股份有限公司之負責人)即應於給付申請人薪資所得時依規定扣取補充保險費後，向健保署繳納。

五、綜上，健保署函復申請人，略以申請人受領申請退費期間之薪資所得時，仍以第 1 類被保險人之眷屬身分加保，尚非免扣取之保

	險對象，歉難受理等語，核無不合，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。

案例二

案情摘要

申請人為有受僱者加保之投保單位，每月支付之薪資所得總額（所得格式代號 50），於扣除申請人所申報受僱者之投保金額總額後，其差額即應列入投保單位補充保險費之計算範圍；「薪資所得總額」指符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得規定之所得合計額，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。

衛部爭字第 1093405604 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及健保署文件內容要旨 （一）健保署於 109 年 8 月 7 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以該署依 107 年度財稅薪資所得資料，申請人 107 年支付之薪資所得總額（所得格式代號 50）為新臺幣（下同）264 萬 2,012 元，同年受僱者投保金額總額為 120 萬 7,600 元，其差額按補充保險費率（107 年為 1.91%）計算，扣除已繳金額，尚應補繳 107 年投保單位補充保險費 2 萬 7,397 元，申請人對應補繳金額如有疑義，請以紅筆於查核名冊逕予新增、刪除或更正，併附更正內容相關證明文件，辦理更正等語。 （二）申請人於 109 年 8 月 26 日向健保署異議，經健保署於 109 年 9 月 1 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以： 1. 申請人發給吳○○、詹○○及詹○○等 3 名不定時計工人員之薪資，向國稅局申報所得格式代號皆為 50，故 107 年度申報之薪資所得金額合計 89 萬 1,200 元皆應併入全民健康保險法第 34 條之薪資所得總額計算。 2. 該署以查核名冊所列 107 年度薪資所得總額 264 萬 2,012 元減去受僱人投保金額總額 120 萬 7,600 元之差額 143 萬 4,412 元，依補充保費費率（107 年為 1.91%），核算申請人應繳納之 107 年

	度投保單位補充保險費共 2 萬 7,397 元並無違誤。 (三) 申請人於 109 年 9 月 9 日再次異議，經健保署於 109 年 9 月 14 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以依全民健康保險法第 34 條，有受僱員工加保之投保單位，即應依規定將每月支付之薪資總額扣除受僱者當月投保金額總額後，按差額及費率計算投保單位補充保險費。至薪資總額之計算則以投保單位支付之所有格式代號 50 之薪資所得均須列入，不以加保於單位之被保險人為限。是以，申請人支付吳○○、詹○○、詹○○等 3 名臨時人員 107 年薪資所得，依規定即應併入全民健康保險法第 34 條之薪資所得總額計算。 (四) 健保署於 109 年 9 月 17 日列印核發 109 年度查核投保單位補充保險費繳款單，計收申請人 107 年投保單位補充保險費計 2 萬 7,397 元。 二、申請人不服，檢附前開健保署 109 年 9 月 14 日健保○字第 0000000000 號函及 109 年 9 月 17 日列印核發之 109 年度查核投保單位補充保險費繳款單影本，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 33 條及第 34 條。 (二) 全民健康保險法施行細則第 55 條及第 56 條第 2 項。 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。 三、查申請人公司於 107 年度申報財稅薪資所得（所得格式代號 50）總額為 264 萬 2,012 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 120 萬 7,600 元，有全民健康保險 109 年度查核投保單位補充保險費查核名冊、財稅所得表及投保金額總額表等相關資料影本附卷可稽，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 143 萬 4,412 元（2,642,012 元 - 1,207,600 元 = 1,434,412 元），依規定費率

1.91%計收申請人107年投保單位應繳納之補充保險費2萬7,397元(1,434,412元 $\times$ 1.91%=27,397元)，於法有據。

四、申請人主張吳○○現年71歲，104年2月在其公司退休，已非其公司之受僱人；詹○○現年67歲，104年12月在其公司退休；詹○○現年68歲，106年2月退休，2人分別以眷屬身分加保，均非健保署誤認之其公司的被保險人，故並非按全民健康保險法第34條核算及適用。吳○○、詹○○及詹○○之健保身分，健保署知之甚詳！豈能將事實上並非第1類第1目至第3目之被保險人，強行加保於其公司！再查全民健康保險法依法得擇一參加保險，健保署令其公司負擔上開3人補充保險費，顯然於法未合云云，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. 二代健保將薪資總額與投保金額總額間之差額，增列為補充保險費計算基礎，不但可以達到平衡整體保險經費負擔比例之目的，亦可讓過去採低薪、高獎金之投保單位，更公平合理的負擔雇主應負擔的保險費，使各行業別雇主間的負擔更趨公平性。且增加補充保險費之財源後，一般保險費之費率下降，因此企業雖必須另外負擔補充保險費，卻也因一般保險費之費率調降，而減少原有保險費支出。

2. 102年1月1日修正施行之全民健康保險法第34條規定，第1類第1目至第3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(107年為1.91%)計算應負擔之補充保險費，並按月繳納。因此當投保單位有支付未於單位加保之人員薪資所得(申請人所稱臨時人員所得格式代碼50之薪資所得)時，均須將該薪資所得列入「薪資所得總額」計算。

3. 申請人誤解補充保險費與一般保險費之定義，一般保險費係針對加保於該投保單位內之員工收取保險費，補充保險費(全民健康保險法第34條)則是指薪資總額與投保金額總額間之差額，縱然吳○○、詹○○及詹○○等3人非該公司專任員工而投保在其他單位，惟其所領取所得格式代碼50之薪資所得，依前開規定應列入支付之薪資所得總額計算，殆無疑義。

(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，其中新增計收之投保單位補充保險費，依全民健康保險法第34條規定，該補充保險費之計算費基，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，依同法施行細則第 55 條規定，「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，凡支付所得屬所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得（包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、獎金、紅利及各種補助費，所得稅格式代號 50），均一律列為該單位投保單位補充保險費計算之費基，爰此，申請人支付非受僱者之薪資所得仍應列入薪資所得總額內計算投保單位補充保險費。

五、綜上，健保署函復申請人，略以申請人支付吳○○、詹○○及詹○○等 3 名臨時人員 107 年薪資所得依規定應併入全民健康保險法第 34 條薪資所得總額計算等語，並開單計收系爭投保單位補充保險費 2 萬 7,397 元，核無不合，原核定均應予維持。

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

參、保險給付

案例一

案情摘要

申請人分別因視網膜裂孔及白內障 2 次住院，經本部專業審查，認為視網膜裂孔符合不可預期之緊急傷病，依醫療常規，得於門診施行手術，尚無住院之必要，同意核退 1 次門診費用，健保署未予核退，即有未洽；另白內障屬慢性疾病，且為申請人已知，難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，健保署未准核退該次住院費用，核無不合。

衛部爭字第 1093406348 號

審 定	
主 文	一、原核定關於未准核退申請人於 109 年 8 月 27 日住院就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：馬來西亞○○HOSPITAL。 二、就醫原因：視網膜裂孔、白內障。 三、就醫情形：109 年 8 月 27 日、9 月 25 日及 10 月 1 日計 3 次住院。 四、核定內容： 本件經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，所請核退自墊醫療費用，核定不予給付。
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 3 條。 （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。 二、綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫相關資料影本顯示： （一）109 年 8 月 27 日住院部分 申請人因視網膜裂孔（雙眼）於 109 年 8 月 27 日住院就醫，接受雷射手術治療，該病症符合因不可預期之緊急傷病而就醫，依醫療常規，於門診施行手術即可，尚無住院之必要。 （二）109 年 9 月 25 日及 10 月 1 日 2 次住院部分 1. 申請人因白內障（雙眼）分別於 109 年 9 月 25 日及 10 月 1 日接受右眼、左眼水晶體置換術，姑不論白內障為慢性病，且依申請人於申請審議理由所陳其因兩眼白內障於 108 年 9 月申請更換水晶體，遭健保署婉拒等語，顯示申請人此部分住院係就已知之疾病就醫，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關記載，

	不足以佐證其就醫當時之病況符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所列之緊急傷病範圍，系爭2次住院即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。 2. 申請人雖主張因武漢肺炎病毒大流行，被困於馬來西亞，兩眼白內障日益嚴重致無法駕駛，不得已在馬來西亞接受手術，健保署以境外就醫不符合不可預期之緊急傷病不予核退，致○○人壽不按全部國外實際就醫費用扣除健保署給付之差額全額補償云云，所稱核難執為此部分之論據，分述如下： (1) 新冠肺炎疫情期間雖實施邊境管制，但並非不得入境，申請人於返臺執行居家隔離或居家檢疫後，即可在特約院所接受醫療服務。 (2) 又商業保險之繳費與給付間具對價性，乃由該商業保險之保險人依所承受風險之大小決定要保人應繳保險費之高低，並由要保人按個人意願選擇是否參加，且保險條件係依個別契約約定所成立；而全民健康保險則是基於社會連帶、相互互助及危險分攤之精神，以公共利益為考量，由被保險人、雇主及政府共同負擔保險費，其保險條件係由法律規定，一體實施適用於符合資格之所有保險對象之強制性社會保險，二者性質不同，所稱健保署不予核退導致○○人壽不補償乙節，核有誤解。 (三) 綜合判斷：109年8月27日住院部分，同意核退1次門診費用；109年9月25日及10月1日住院部分，不予核退。 三、綜上，健保署未准核退109年8月27日住院費用，即有未洽，爰將原核定關於此部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；其餘109年9月25日及10月1日住院費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 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。
--	---

案例二

案情摘要

申請人因肛門腫物脫出伴疼痛而就醫，接受血栓性外痔切除手術治療，其病情非屬緊急傷病範圍，健保署未准核退醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1093403842 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○醫院。 二、就醫原因：血栓性外痔。 三、就醫情形：109年5月4日至7日住院。 四、核定內容： 本件經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與規定不符，所請核退醫療費用，不予給付。
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 3 條。 （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。 二、健保署提具意見 為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由及檢附相關證據文件，再送專業審查，仍認定非屬不可預期之緊急傷病。 三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「出院記錄」等相關資料影本顯示： （一）申請人因肛門腫物脫出伴疼痛兩天，於 109 年 5 月 4 日至 7 日住院就醫，經診斷為「血栓性外痔」，接受血栓性外痔切除手術治療，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，且該等病症或診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所列緊急傷病範圍，尚難認屬因不可預期之緊急傷病就醫。 （二）綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 109 年 5 月 4 日至 7 日住院費用。 四、申請人主張其解便困難、嚴重出血、急性出血，病情急迫，因武漢肺炎疫情無法返臺治療云云，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，有審核其醫療是否適當且合理之權限。

(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。

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。

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。

案例三

案情摘要

為避免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，保險對象於國外分娩需具備「緊急情況」、「立即就醫」、「不可預期」等要件，始得核退費用；申請人於出境前經多次產檢，已知悉其妊娠週數及預產期，且係有意選擇於國外生產，其在國外產前、產後檢查及剖腹生產均難認屬因不可預期之緊急傷病或緊急分娩而就醫，健保署未准核退醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1093402857 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：美國○○○○及○○ HOSPITAL MEDICAL CENTER。 二、就醫原因：產前、產後檢查及剖腹生產。 三、就醫情形： （一）108 年 12 月 10 日、17 日、24 日、31 日、109 年 1 月 7 日、14 日及 30 日計 7 次門診。 （二）109 年 1 月 20 日至 22 日住院。 四、核定內容： 申請人 108 年 12 月 6 日出境至 109 年 2 月 5 日入境，109 年 1 月 20 日至 22 日於美國住院剖腹生產，經專業審查，認定出境時已知妊娠，非屬不可預期之緊急分娩，另 108 年 12 月 10 日、17 日、24 日、31 日、109 年 1 月 7 日、14 日及 30 日產檢非屬不可預期之緊急傷病，所請醫療費用，核定不予給付。
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 2 條及第 3 條。 （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。 二、健保署提具意見 為維護申請人權益，該署依其爭議審議申請書補述事實、理由及所提供相關證據文件，再送專業審查，仍維持原核定。 三、綜整申請審議理由、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入出境資料影本、109 年 5 月 13 日開立之「國立○○大學附設醫院診斷證明書」顯示： （一）申請人於 108 年 12 月 6 日出境後，旋於 108 年 12 月 10 日、17 日、24 日、31 日、109 年 1 月 7 日及 14 日陸續門診接受產前

檢查(Prenatal Office Visit)，嗣於109年1月20日至22日住院施行剖腹生產後，於109年1月30日門診接受產後檢查(Post Partum Office Visit)。

(二) 查申請人於前開出境日前已有在國內健保特約院所進行妊娠產前檢查之紀錄(IC41至IC45)，且在境外亦歷經多次產檢，再參酌申請人於申請審議理由所稱，略以其第3孕期時與醫師討論，建議再赴美由前胎執刀醫師手術，把風險降到最低，109年1月20日順利在美國剖腹成功等語以觀，足見申請人早已知悉其妊娠週數及預產期，係有意選擇於美國生產，系爭住院即難認屬因不可預期之緊急分娩而就醫，另系爭7次產前、產後檢查門診之就醫資料均無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退108年12月10日、17日、24日、31日、109年1月7日、14日、30日門診及109年1月20日至22日住院費用。

四、申請人主張其108年4月懷孕第4胎，前3胎均在美國由好友婦產科醫師剖腹，第3次剖腹時，美國婦產科醫師告知子宮有沾黏及變形，若要再生育需特別小心，此次意外懷孕，預計分娩時已超過39歲，屬高齡產婦，經詳細計畫、規則產檢，高齡產婦之一切檢查均正常，第3孕期時與健保體制內的公立醫院婦產科專科醫師討論，建議再赴美由前胎執刀醫師手術，把風險降到最低，109年1月20日順利在美國剖腹成功，有這樣複雜高風險生育史的高齡產婦，國內還會有醫師願意貿然接手剖腹產手術嗎？生產非疾病，本來就有預期性，不知為何以全民健康保險法第55條緊急傷病之法條回絕醫療給付？懷孕生產自受孕日開始就有預產之準備，若無併發症，健保花費已成定數，意即健保署本來就至少要支付產婦基本生產費用，應給付國內一般剖腹產生育包裹(DRG)費用，不足差額由其自行支付方合理，現今國家鼓勵生育，健保署卻背道而馳，連基本生育費用以不符合緊急傷病之法條而完全不予給付，實在令人失望云云，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限。

(三) 又查全民健康保險法第55條規定：「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』…」，立法理由為：「為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，於第二款本保險施行區域外之核退，限於不可預期之緊急傷病或分娩之情形，…」由上可知，為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，保險對象於國外分娩可核退自墊醫療費用者，除需具備「緊急情況」、「立即就醫」二要件外，尚需符合係「不可預期」之要件，換言之，保險對象之分娩須屬「不可預期」之「緊急分娩」，且應「立即就醫」，則其於國外所生之自墊醫療費用始得核退，復有臺灣臺北地方法院 106 年度簡字第 219 號行政訴訟判決意旨可資參照。

(四) 本件依申請理由所稱，係有意選擇赴美國剖腹生產，且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7次門診非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，而系爭住院亦非屬因不可預期之緊急分娩而就醫，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。
--	---

案例四

案情摘要

申請人之眷屬於泰國住院 14 日，健保署按公告之住院核退上限及實際住院日數，核退 14 日住院醫療費用，其餘超過核退上限之醫療費用不予核退，核無不合。

衛部爭字第 1093405093 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、眷屬林○○境外就醫地點：泰國○○ Hospital。 二、就醫情形：109 年 5 月 18 日至 6 月 1 日住院。 三、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 73 萬 8,197 元。 四、核定內容： 按健保署公告「109 年 4、5、6 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日 5,490 元，核退 14 日住院費用 7 萬 6,860 元（5,490 元×14=76,860 元），其餘醫療費用，不予給付。
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 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。 （三）健保署 109 年 4 月 10 日健保醫字第 1090033070 號公告。 二、查本件申請人之眷屬林○○因傷病於 109 年 5 月 18 日至 6 月 1 日住院就醫，業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依實際住院天數及前開公告核退上限，住院每日 5,490 元，核退 14 日住院費用 7 萬 6,860 元（5,490 元×14=76,860 元）有案，其餘係超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。 三、申請人主張林○○於 109 年 5 月 18 日急性中風，送醫治療，但因腦部血塊腫大壓迫血管，需緊急進行開刀切除，而開刀途中又遇大出血，再次進行搶救，終於順利完成手術，待在加護病房一週持續昏迷，不時有突發狀況，緊急洗腎 3、4 次，急救數次無法救

回。由於新冠肺炎疫情，親人都無法前往探視，開刀住院等醫療費用也都是先請泰國朋友代墊云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(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(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」，採國內醫院及診所平均醫療費用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，並於該辦法第 6 條第 2 項明定，前開核退費用之基準，由保險人每季公告之。

(二) 本件申請人眷屬林○○系爭住院就醫，業經健保署依實際住院天數及前開公告核退上限核退 14 日住院費用，已如前述，於法即無不合。

四、綜上，健保署依核退上限核退申請人眷屬林○○14 日住院費用 7 萬 6,860 元，其餘醫療費用，未准核退，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。

案例五

案情摘要

申請人之病情非後發再狹窄或急性心肌梗塞，相關血管、介入治療並未以 1：1 氣球擴張，不符健保給付血管支架之適應症範圍，血管支架費用應由申請人自行負擔。

衛部爭字第 1103401214 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及原核定內容要旨 (一) 申請人於 109 年 10 月 28 日檢附其於 109 年 8 月 18 日至 20 日入住○○市立○○醫院[○○院區]之住院費用收據，以其全部使用健保給付一般支架，卻需自費付 3 支支架費用 4 萬 4,412 元云云，向健保署申訴。 (二) 案經健保署以 110 年 1 月 21 日健保○字第 0000000000 號書函復申請人，略以： 1. 依○○市立○○醫院回復，向申請人收取鈷鉻合金冠狀動脈血管支架、TERUMO 心血管支架、BOSTON SCIENTIFIC 心血管支架等 3 項自付費用，係因申請人病情不符合健保給付規定之適應症，同時檢附申請人 109 年 8 月 19 日親自蓋指印之自費尚未納入給付之特材同意書。 2. 本件經專業審查結果，因申請人病情非急性心肌梗塞，非再狹窄或繞道術後，為原發病灶且未經 1：1 氣球擴張等情形，故不符合使用冠狀動脈血管支架給付規定。 3. 綜上，本件因不符健保給付冠狀動脈血管支架特材之適應症規範，系爭 3 支冠狀動脈血管支架費用 4 萬 4,412 元，應由申請人自行負擔。 二、申請人檢附上開健保署書函影本，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 40 條第 1 項。 (二) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 84 條附件七特殊材料給付規定[給付代碼：A213-2N/血管支架]。 二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、「Admission Note」、「出院病歷摘要」、「住院護理紀錄」、「心導管檢查及心血管介入性治療說明暨同意書」、「全民健康保險對象自費尚未納入給付特材說明書」、「全民健康保險對象自費尚未納入給付特材同意書」、○○市立○○醫院 110 年 1 月 6 日○市○○字第 0000000000 號函等

相關資料影本及健保署意見書記載，認為：

- (一) 申請人罹患冠狀動脈疾病合併心絞痛，其左前降枝有顯著狹窄，但非後發再狹窄或急性心肌梗塞，相關血管、介入治療，並未以 1：1 氣球擴張，不符合健保給付血管支架規定。
- (二) 綜合判斷：同意健保署意見，系爭血管支架費用應由申請人自行負擔。

三、申請人主張其並未浪費健保資源，已逐步完成各項檢查，所有檢查及治療均由醫師現場專業判定，非由其主動要求裝血管支架，在發現阻塞處要裝心血管支架時，醫師告知有兩處阻塞要裝支架、第三處是裝後才出現的阻塞處再裝一支；裝了普通支架仍有 30% 再阻塞機率，何況已有問題沒裝的阻塞機率更高，健保若沒給付，要求沒錢的人自付，恐失去健保照顧全民平等真義云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (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。
- (二) 本件業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，均認為申請人使用系爭血管支架，不符合健保給付規定，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署函復申請人，略以本件不符健保給付規定，系爭 3 支冠狀動脈血管支架費用 4 萬 4,412 元，應由申請人自行負擔等語，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

持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；申請人系爭急、門診及住院就醫並非在其重大傷病證明有效期間內，依法即應自付部分負擔費用。

衛部爭字第 1103403066 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○○○○○○○醫院（以下簡稱○○醫院）。 二、就醫情形： （一）110 年 2 月 26 日急診。 （二）110 年 2 月 26 日至 3 月 10 日住院。 （三）110 年 3 月 15 日（3 次）、4 月 12 日、5 月 10 日及 6 月 7 日門診。 三、醫療費用：新臺幣（下同）7 萬 5,923 元（含部分負擔費用 9,408 元，其中 110 年 6 月 7 日門診部分負擔為 420 元）。 四、核定內容： （一）110 年 2 月 26 日急診、2 月 26 日至 3 月 10 日住院、3 月 15 日（3 次）、4 月 12 日、5 月 10 日門診：係重大傷病證明生效前（急）門診、住院，與重大傷病相關規定不符，不予給付醫療費用。 （二）110 年 6 月 7 日門診：核付部分負擔 420 元。 五、申請人就健保署未准核退部分負擔費用部分不服，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 （二）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 二、按「重大傷病證明，以保險人受理之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項所明定。又依同辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定：「（第 1 項第 1 款）保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」「（第 2 項）保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費

用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院及門診免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

三、本件經審查卷附診斷證明書、醫療費用收據、出院病歷摘要、檢查報告、全民健保重大傷病證明申請作業電腦查詢畫面等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為：

- (一)本件申請人係由○○醫院於110年6月7日經由網路代為申請，經健保署核發診斷病名為「重症肌無力未伴有急性惡化」(診斷代碼：G7000)之重大傷病證明(效期為110年6月7日至113年6月6日)，而申請人系爭110年2月26日急診、2月26日至3月10日住院、3月15日(3次)、4月12日、5月10日門診就醫，既非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合前揭全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法規定，此部分系爭門、急診及住院之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。
- (二)申請人雖主張醫師協助申請其重大傷病證明時，採用的是110年2月26日至3月10日住院之檢查報告，且已核過，故應予核退部分負擔費用云云，惟經健保署意見書及補充意見陳明，略以該署考量疫情升級及審查醫師人力，自110年5月17日起重大傷病證明之申請案，以行政程序審查從寬同意為原則，查申請人110年6月7日透過○○醫院申請G7000(重症肌無力)之重大傷病證明，採行政核定，醫院未檢送相關資料，且該署調閱病歷資料，再送專業審查，認定申請人於○○○○醫院就醫後，110年2月26日到○○醫院住院尋求第二意見，然住院中經檢查胸腺、大腦影像及神經學重症肌無力相關檢查EMG、RST、AchR抗體皆屬正常，出院診斷為庫欣氏症候群及無力，未提及重症肌無力等語在卷，可見健保署核准發給申請人前開重大傷病證明之依據，並非申請人系爭110年2月26日至3月10日住院期間之檢驗報告資料，爰本件自無追溯至重大傷病證明生效日前之住院及門、急診免部分負擔費用規定之適用，所稱核有誤解。

	四、綜上，健保署未准核退申請人系爭部分負擔費用，並無不合，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。
--	--

案例七

案情摘要

申請人於保險醫事服務機構住院就醫自墊醫療費用，依全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，其應自該次出院之日起 6 個月內申請核退，惟其逾期申請，健保署未准核退醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1103402981 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○○○○○○○○附設醫院(以下簡稱○○醫院)。 二、就醫情形：109 年 10 月 14 日至 25 日住院。 三、醫療費用：自付醫療費用新臺幣(下同)10 萬 9,652 元(部分負擔 1 萬 5,934 元)。 四、核定內容： 有關申請人 109 年 10 月 14 日至 25 日(住診)就醫，惟遲至 110 年 7 月 13 日始提出自墊醫療費用核退之申請，已逾規定 6 個月內申請期限，該署未便辦理。
理 由	一、法令依據 (一)全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款。 (二)行政程序法第 50 條第 1 項。 二、本件申請人於系爭 109 年 10 月 14 日至 25 日住院就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自該次出院之日起 6 個月內(申請期間末日原為 110 年 4 月 25 日，為星期日，延至 4 月 26 日)，向健保署提出上開自墊醫療費用核退申請，惟申請人遲至 110 年 7 月 13 日始填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」向健保署提出上開住院部分負擔費用核退之申請，有中華郵政股份有限公司蓋於郵寄該申請書信封上之郵戳可按，復為申請人所不否認，本件已逾 6 個月申請期限。 三、申請人主張略以 1. 全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款消滅時

效期間之起算，應自請求權人知悉得行使客觀上無法律上障礙之權利時起算，而重大傷病之保險對象申請核退自墊醫療費用，既係以符合重大傷病要件為限，如尚未取得重大傷病資格或受處分人尚不知已取得重大傷病資格，均應不得起算請求權。2. 其因罹直腸癌，於109年10月16日接受腹腔鏡低前位切除手術至同年12月25日出院，迨至12月28日回診時，主任醫師告知將為其申請重大傷病資格，因健保資料業已電子化，不再核發書面之證明書，致其始終不知結果為何。嗣新冠肺炎疫情爆發，因○○醫院要求門診延後，其至110年7月5日始至○○醫院就診，主治醫師方告知重大傷病申請已通過，其至斯時始知得以申請核退已墊付醫療款項，乃於110年7月13日檢送相關文件提出本件申請，並無逾期。3. 其為新冠肺炎之高風險群，自疫情爆發以來，均配合政府防疫政策及醫院醫療量能降載之需求，除申請居家辦公外，尚頂著不知術後檢查結果為何之高度焦慮，硬將原已預約之罹癌定期追蹤門診取消辦理延期，結果竟導致其遭處分機關認定遲誤提出，其原因為天災及不可歸責於受處分人事由，目前已有諸多行政與司法機關已宣示將從寬認定有無回復原狀之事由存在，本件應得依行政程序法第50條規定申請回復原狀云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

（一）健保署意見書及補充意見陳明，略以：

1. 申請人之重大傷病證明係由○○醫院代為申請，申請日為109年11月2日，核定日期為109年11月3日，生效日起迄為109年11月2日至114年11月1日。為服務民眾，該署特於109年11月6日以簡訊傳真系統通知保險對象，又申請人109年12月28日至○○醫院門診就醫，醫院已以重大傷病證明身分未收取部分負擔，可推論申請人應於109年12月28日就醫時，即知重大傷病證明已通過。
2. 該署僅針對因新冠肺炎而被居家隔離案件，如申請期限之末日在居家隔離期間，則適用行政程序法第50條，延長申請期限至隔離期間結束後10日內辦理自墊核退案件申請。本案申請人非因新冠肺炎而居家隔離，爰無該法條之適用，且該署自墊醫療費用核退於新冠肺炎3級警戒期間並未停止收件，如無法臨櫃申請，亦可請家人或朋友代為利用郵寄方式申請，故無申請人所稱申請困難。

（二）查保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，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，前開 6 個月申請期限，係立法者之決定，為法定不變期間，此有臺北高等行政法院 94 年度訴字第 1629 號及臺中高等行政法院 96 年度訴字第 476 號判決可資參照。

(三) 又參照法務部 90 年 8 月 6 日(90)法律字第 026353 號函釋及最高行政法院 95 年度判字第 965 號判決意旨，略以行政程序法第 50 條第 1 項所稱之不應歸責於申請人之事由，應依客觀標準判斷之，凡以通常人之注意而不能預見或不可避免之事由皆在其列，但若僅是主觀上有所謂不應歸責於己之事由，則不得據之申請回復原狀。本件依卷附健保署「保險對象門診申報紀錄明細表」、重大傷病申請受理作業及簡訊傳真管理系統電腦畫面顯示，申請人於 109 年 11 月 2 日至○○醫院(直腸外科)門診，同日○○醫院即為申請人申請重大傷病證明，健保署旋於翌日 109 年 11 月 3 日核准，並於 11 月 6 日以簡訊通知，1 個月後申請人於 109 年 12 月 28 日再至○○醫院門診，該次門診○○醫院並未向其收取門診部分負擔，申請人非無從知悉健保署已核准其重大傷病證明，且本件申請期限內，健保署並未因疫情停止收件，申請人亦可利用郵寄方式申請自墊醫療費用核退，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保署函復申請人，略以本件已逾申請期限，該署未便辦理等語，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。

案例八

案情摘要

申請人因病於 108 年住院 7 次，累計 108 年全年住院部分負擔金額固已超過 108 年保險對象應自行負擔費用最高金額，惟依全民健康保險法第 56 條第 1 項第 3 款規定，應於次年（即 109 年）6 月 30 日前提出該 108 年全年住院部分負擔超過法定上限醫療費用核退之申請，本件申請人遲至 110 年 4 月 26 日始申請核退，已逾法定申請期限。

衛部爭字第 1103402373 號

審 定																													
主 文	申請審議駁回。																												
事 實	一、就醫地點：○○醫院。																												
	二、就醫日期及急性病房 30 日以內住院自付部分負擔醫療費用(依全民健康保險全年部分負擔超過法定上限核退通知書所附清單記載)																												
	<table><tr><th colspan="2">住院日期</th><th>部分負擔金額(新臺幣元)</th></tr><tr><td>1</td><td>107/12/06-108/01/07</td><td>30,294</td></tr><tr><td>2</td><td>108/02/28-108/03/16</td><td>15,793</td></tr><tr><td>3</td><td>108/03/19-108/04/07</td><td>8,919</td></tr><tr><td>4</td><td>108/05/09-108/05/18</td><td>2,936</td></tr><tr><td>5</td><td>108/06/01-108/06/15</td><td>9,477</td></tr><tr><td>6</td><td>108/06/20-108/07/30</td><td>15,495</td></tr><tr><td>7</td><td>108/08/06-108/08/12</td><td>6,981</td></tr><tr><td colspan="2">合計</td><td>89,895</td></tr></table>		住院日期		部分負擔金額(新臺幣元)	1	107/12/06-108/01/07	30,294	2	108/02/28-108/03/16	15,793	3	108/03/19-108/04/07	8,919	4	108/05/09-108/05/18	2,936	5	108/06/01-108/06/15	9,477	6	108/06/20-108/07/30	15,495	7	108/08/06-108/08/12	6,981	合計		89,895
	住院日期		部分負擔金額(新臺幣元)																										
	1	107/12/06-108/01/07	30,294																										
	2	108/02/28-108/03/16	15,793																										
	3	108/03/19-108/04/07	8,919																										
	4	108/05/09-108/05/18	2,936																										
	5	108/06/01-108/06/15	9,477																										
	6	108/06/20-108/07/30	15,495																										
7	108/08/06-108/08/12	6,981																											
合計		89,895																											
三、核定內容：																													
(一) 有關申請人 110 年 4 月 26 日(誤植為 8 日)申請已故眷屬陳○○108 年全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限核退案，按保險對象應自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關公告之最高金額之部分，得於次年 6 月 30 日前申請核退自墊醫療費用，全民健康保險法第 47 條、第 55 條及第 56 條分別定有明文。																													
(二) 經查陳○○於 107 年 12 月 6 日至 108 年 8 月 6 日期間於○○醫院住院就醫，雖符合 108 年全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限核退之條件，惟已逾申請期限(109 年 6 月 30 日以前)，爰核定不予核退。																													
理 由	一、法令依據：全民健康保險法第 47 條第 2 項、第 55 條第 5 款及第 56 條第 1 項第 3 款。																												

二、本件申請人眷屬陳○○因病於 108 年全年共 7 次住院(住院期間 107 年 12 月 6 日至 108 年 8 月 12 日)，依前揭規定，申請人應於陳○○系爭該 7 次住院出院日之次年(即 109 年)6 月 30 日前提出該 108 年全年住院部分負擔超過法定上限醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 110 年 4 月 26 日始向健保署申請核退本件醫療費用，有健保署○區業務組蓋於申請人填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請」上之收文章戳日期可按，復為申請人所不否認，本件系爭醫療費用核退之申請，即已逾法定申請期限。

三、申請人雖主張其長居香港，其父親陳○○於 108 年 8 月 12 日往生，香港因抗爭及疫情，機場關閉，無法返臺奔喪，於 108 年 8 月 17 日至 10 月 2 日處理完父親後事，返回香港旅居，因事於 109 年 3 月 4 日至 25 日返臺，事情結束後即返回香港，故健保署所寄送相關退費信件未能領收，但於 109 年 4 月 6 日有不知名人士代收放置於家門前信箱，其聲明未請人代收信件，更不可能有人可幫領掛號信件，郵差將私人掛號文件給予非本人簽收，明顯中華郵政有重大疏失，其至 110 年 3 月間返臺定居才看到退費文件云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書及補充意見陳明，略以：

1. 有關該署依法定繼承人之戶籍地址寄發全民健康保險 108 年全年住院部分負擔超過法定上限核退通知書，係行政事實行為之觀念通知，不發生規制效力，非行政處分，爰未依行政程序法完成送達程序，僅以一般郵遞方式為之。
2. 查申請人所執持理由為長期不在國內無法收件，非屬行政程序法第 50 條規定申請回復原狀之事由，爰申請人遲至 110 年 4 月 26 日始提出申請，已罹法定申請期限。

(二) 按「因天災或其他不應歸責於申請人之事由，致基於法規之申請不能於法定期間內提出者，得於其原因消滅後十日內，申請回復原狀。如該法定期間少於十日者，於相等之日數內得申請回復原狀。」為行政程序法第 50 條第 1 項所明定。查有關保險對象於急性病房住院 30 日以內或於慢性病房住院 180 日以內，自行負擔之住院費用全年累計超過主管機關所定最高金額之部分，其向保險人申請核退自墊醫療費用之期限，全民健康保險法第 56 條第 1 項第 3 款已明定為次年 6 月 30 日前申請，一體適用於全體保險對象，本件申請人就其為已故眷屬陳○○基於上開全民健康保險法所提出之申請，並未舉證係因天災或其他不應歸責於申請人之事由，致有不能於法定期間內提出而遲誤

	申請期限之情形，自無前開行政程序法第 50 條第 1 項規定得申請回復原狀之適用，即應在「次年六月三十日前」即 109 年 6 月 30 日前提出本件 108 年度全年住院部分負擔超過法定上限醫療費用核退之申請，不因未親自領收健保署寄送之退費通知而異其結果。 四、綜上，健保署函復申請人，略以申請人申請核退已故眷屬陳○○ 108 年全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限之醫療費用，已逾申請期限，核定不予核退等語，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。
--	--

肆、特約管理事項

案例一

案情摘要

保險對象持本人或家屬健保卡至申請人診所換取滾珠瓶或貼布，惟申請人診所卻以下背痛或背痛等疾病虛報醫療費用超過 10 萬點，健保署依法裁處申請人診所終止特約，負責醫師於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

衛部爭字第 1090038312 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署訪查期間：109 年 3 月 11 日至 5 月 20 日。 二、健保署認定之違規事實：以不正當行為及虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用 (一) 保險對象陳○○○、蔡○○、王○○、葉○○、葉○○、葉○○、陳○○及阮○○○受訪時表示，其等本人或家人持健保卡至申請人診所刷卡換取滾珠瓶或貼布，惟申請人診所卻於 106 年 9 月 25 日至 109 年 2 月 26 日期間，以下背痛或背痛等疾病虛報其等本人或家人就醫及領藥之醫療費用計 13 萬 1,466 點。 (二) 保險對象董○○○受訪表示，其近 2 年至申請人診所因異位性皮膚炎就醫，都是領取皮膚藥膏，沒有再領口服藥，惟申請人診所卻於 107 年 12 月 17 日至 109 年 1 月 3 日期間，虛報董○○○以蕁麻疹就醫之口服藥藥費 462 點。 三、109 年 7 月 30 日健保○字第 000000000000 號函(初核)內容 申請人診所虛報醫療費用計 13 萬 1,928 點(131,466 點+462 點=131,928 點)，爰處申請人診所自 109 年 10 月 1 日起終止特約，負責醫事人員簡○○於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 四、申請人申請暫緩執行及複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，於 109 年 9 月 15 日以健保○字第 000000000000 號函(複核)核復仍維持原核定，並同意於爭議審議審定前暫緩執行。 五、申請理由要旨 (一) 一條根滾珠瓶雖未被列為健保給付項目，卻是對舒緩下背痛非常有療效之藥品，深受其診所病患喜愛，陳○○○、蔡○○夫妻不但親自到其診所針對下背痛之舊疾求診，其診所在診療後在病患病歷記載相關診療內容，開立口服藥給該二人，且加碼再給一條根滾珠瓶搭配使用，其診所每次均實際替該二人治療下背痛舊疾，有病歷資料可參，一般病患在就診時不

會看到醫師在病歷上之記載，故該二人訪談之陳述顯與事實不符。

- (二) 同理，王○○及其母親王○○○、妻子吳○○長期以來均親自到其診所針對背痛及下背痛求診，僅偶而王○○○行動不便曾由王○○代拿藥品，其診所診療後均依據該三人就診之病因於病歷表上填載診療記錄後開立口服藥，並加碼給予酸痛貼布及一條根滾珠瓶，有該三人病歷資料可參，並有王○○親簽之證明書可證，健保署訪談筆錄均與事實不符。
- (三) 同理，葉○○及其子葉○○、葉○○、妻子白○○長期以來均實際到其診所針對感冒或下背痛等症狀求診，偶而該四人來診所櫃台掛號時，其診所醫師在距離不遠之問診間即可看到該四人，通常該四人如果表示症狀跟上次相同，醫師即會開給相同之處方，並直接在病歷上記載，避免病患等候太久浪費時間，有該四人之病歷資料可參，並有葉○○親筆書寫之證明書可證。
- (四) 同理，陳○○每次因背痛及腳痛問題均會親自到其診所求診，經醫師開立處方箋，給予口服藥及酸痛貼布或滾珠瓶等輔助藥品，有陳○○之病歷資料可參，並有陳○○親筆書寫之證明書可證。
- (五) 同理，阮○○○長期以來在其診所針對下背痛問題求診後，其診所均會開給口服藥及酸痛貼布，病患領取口服藥後較少服用，並非其診所未開給口服藥，有阮○○○之病歷資料可參。
- (六) 同理，董○○長期將其診所視為家庭醫師，每次到診所均由醫師親自問診，開給處方箋由藥劑師針對其皮膚問題調劑口服藥及藥膏，有董○○之病歷資料可參。
- (七) 健保署在本案中對於病患訪談過程呈現「解讀病患之語意錯誤」之情形，導致誤認病患未實際看診，只拿健保卡領取酸痛貼布或一條根滾珠瓶，實際上，病患大都有實際到其診所求診，其診所也在實際問診後針對病況填載病歷表，並開予口服藥及給予政府核准生產之酸痛貼布或一條根滾珠瓶。
- (八) 其診所簡○○醫師在偏鄉地區行醫數十年，長期為一百多位貧困弱勢病患提供醫療服務，倘驟遭勒令停業一年，將造成病患求診上之重大衝擊，縱認其診所問診過程有便宜行事之疏失，但絕無任何貪圖健保給付之不法意圖，請准予免罰或從輕裁罰。

六、健保署提具意見要旨

- (一) 保險對象陳○○○及蔡○○於訪查紀錄中均明確表示：「領滾珠瓶當次不會另外打針或領口服藥，單純只是領取滾珠瓶」，又申請人並未提出足以佐證確有開立口服藥並看診之證據資料供審酌。
- (二) 保險對象王○○訪查紀錄中明確表示：「我是將我的健保卡及家人的健保卡交給診所櫃台，並告訴櫃台人員要拿那一種上述物品即可直接領取，不

用收費，只要交給櫃台健保卡即可，我母親及太太也是領取前述之貼布或滾珠瓶，都是由我拿她們的健保卡去領取。」，足見王○○、王○○○及吳○○至申請人診所並無看診或領取口服藥之事實，又申請人並未提出足以佐證確有開立口服藥並看診之證據資料供審酌。

- (三) 保險對象葉○○（葉○○小兒子）、葉○○（葉○○大兒子）及葉○○於訪查紀錄中均明確表示：「我們全家人的健保卡都放在我父親那邊，我只有在該診所看診感冒，是我父親持我們的健保卡到該診所，換領我父親要用的一條根滾珠瓶及貼布」、「領一條根滾珠瓶及貼布不需要進入診間給醫師看診，直接在該診所櫃台持健保卡刷卡就可以領取，領一條根商品不需要再付費，也不用給醫師看診」、「我一次使用自己的健保卡只能領取一種物品，因為常使用，所以這些痠痛滾珠瓶、貼布、皮膚藥膏會不夠使用，我就會拿他們三人（註：太太白○○、兒子葉○○、葉○○）的健保卡，在該診所使用刷卡，領取我所需要的前述物品，他們三人不會在診所看診及領藥治療」，足見其等至申請人診所並無看診之事實，僅係為刷卡換物，又申請人並未提出足以佐證確有看診之證據資料供審酌。
- (四) 保險對象陳○○於訪查紀錄中明確表示：「我只有感冒去看診時有領口服藥或打針」、「有領口服藥時，就不能再領痠痛貼布或滾珠瓶」，足見其至申請人診所經醫師看診、開立處方箋、給予口服藥係因感冒就診，而非因下背痛經醫師看診後開立處方箋後始給予口服藥及痠痛貼布或滾珠瓶，是以，申請人所言並無理由。
- (五) 保險對象阮○○○於訪查紀錄中明確表示：「在診所領取口服藥不會超過5次，而痠痛貼布一次都可以領一整包。診所沒有和我收取任何費用，我沒有買過任何自費物品，也沒有打過針，都是帶健保卡至貴診所就醫拿取貼布。」，足見其除5次有領取口服藥外，均係至申請人診所進行刷健保卡換貼布，又申請人並未提出足以推翻該署所列計29筆虛報醫療費用之證據資料供審酌。
- (六) 保險對象董○○於訪查紀錄中均明確表示：「我之前有服用過皮膚炎的藥，容易嗜睡，所以近2年在該診所因異位性皮膚炎就醫，都是領取皮膚藥膏，沒有再領口服藥了」，足見其近2年至申請人診所看診並未有領取口服藥之情事，又申請人並未提出足以佐證確有開給保險對象口服藥之證據資料供審酌。
- (七) 依照最高行政法院103年度判字第657號判決之意旨，該署訪查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條之規定推定具有真實性，自得採為證據，又訪查紀錄所記載之保險對象關於違規事實之敘述均相當具體且明確，並無如該診所所述有「解讀語意錯誤」之情事，申請理由並不足以推翻原違規事證，應仍維持原核定。

(八) 保險對象王○○、葉○○、陳○○親簽之證明係事後出具，依照我國之醫病關係，病人不太可能故為誣陷醫生之訪談紀錄，反而是醫生不難要求病患事後作出有利於醫師之陳述，且距離就診時間較近之訪談紀錄對於受訪人而言，其記憶自然較為清晰，可信度亦較高，是以，渠等嗣後簽具之證明文件內容如與該署之訪查紀錄有所差異時，自應以該署之訪查紀錄為事實認定準據。

理由

一、法令依據

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

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷等資料影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係申請人診所負責醫師簡○○通報有保險對象身分遭冒用至診所就醫，經健保署訪查該保險對象之父母後，發現申請人診所疑有刷卡換物之情事，該署於 109 年 3 月 11 日至 5 月 20 日期間，派員實地訪查陳○○○、蔡○○、王○○、葉○○、葉○○、葉○○、陳○○、阮○○○及董○○等保險對象，發現 1. 保險對象陳○○○、蔡○○、王○○、王○○○（王○○之母）、吳○○（王○○之妻）、葉○○、葉○○、葉○○、白○○（葉○○之妻）、陳○○及阮○○○未實際就診及領藥，申請人診所提供非治療需要之藥品、營養品或其他物品（即一條根滾珠瓶或貼布），虛報醫療費用；2. 保險對象董○○僅領取皮膚藥膏，未領取口服藥，申請人診所卻虛報口服藥藥費等情事，除經原核定論明者外，並有經陳○○○等 9 位保險對象、負責醫師簡○○及執業藥事人員蔡○○簽名確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表等影本附卷可稽。
- (二) 申請人主張 1. 健保署在本案中對於保險對象訪談過程呈現解讀語意錯誤之情形，保險對象大都實際到其診所求診，其診所也在實際問診後針對病況填載病歷表，並開予口服藥及給予政府核准生產之酸痛貼布或一條根滾珠瓶，有病歷資料可參，並有王○○、葉○○及陳○○親筆書寫之證明書可證；2. 其診所長期為一百多位貧困弱勢病患提供醫療服務，倘驟遭勒令停業一年，將造成病患求診上之重大衝擊，縱認其診所問診過程有便宜

行事之疏失，但絕無任何貪圖健保給付之不法意圖，請准予免罰或從輕裁罰云云，除經健保署提具意見論明如前所述外，復經本部審查卷附相關資料，認為所稱並不足採，分述如下：

1. 本件受訪之陳○○○等 9 位保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示其等本人及家人「醫療院所門診醫療費用明細表」供渠等確認，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、其等本人及家人至申請人診所就醫、收費情形、是否由醫師看診、是否領取口服藥、貼布或滾珠瓶等情形，至訪查程序結束後，受訪保險對象及 2 位健保署訪問人均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名確認，足見訪查紀錄內容確係出於受訪保險對象之自由意識所為陳述，訪查程序並無瑕疵，且依最高行政法院 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. 依卷附保險對象訪查紀錄顯示，系爭 9 位保險對象於接受健保署訪問時，或明確證稱係由其持本人及家人之健保卡到診所刷卡換領滾珠瓶或貼布（如陳○○○持本人及其夫蔡○○之健保卡、王○○持本人及其母王○○、其妻吳○○之健保卡、葉○○持其本人及其子葉○○、葉○○、其妻白○○之健保卡），或證稱直接在櫃台領不用再由醫師看診（如王○○、葉○○、葉○○）、領滾珠瓶或貼布當次就不領口服藥（如蔡○○、陳○○、阮○○○）、領取皮膚藥膏沒有領口服藥（如董○○），則健保署認為申請人診所所有虛報醫療費用之違規情事，尚屬有據。
3. 況申請人診所負責醫師簡○○第一時間 109 年 5 月 7 日接受健保署訪問時即已坦承「陳○○○及蔡○○的確是有來本診所領取瑞元一條根舒緩液滾珠瓶，一張健保卡可以換領一瓶，沒有收取任何費用，之前一開始我也有想給他們口服藥，但是他們不想要領，所以附件 2 中的資料都是他們來領滾珠瓶的沒錯」、「答 3、4、6、7（按：即王○○及其家人、葉○○及其家人、阮○○○、陳○○○）的狀況與答 2（按：即陳○○○及蔡○○○）的情況相同，都是來領滾珠瓶等非健保給付的物品，這部分我坦承有錯誤」、「董○○到本診所的確是領取分裝後的小圓盒藥膏沒錯，沒有再領取其它藥品，這部分本診所會再改善」等語，事後翻異其詞，核難採信。
4. 又病歷資料係特約醫療院所單方製作，健保署既會按比率抽驗保險對象之病歷，而特約醫療院所申報醫療費用也須以保險對象之病歷作為依據，故特約醫療院所若欲虛報醫療費用，當然會配合製作不實病歷資料，尚不能以「病歷」自行製作之文書，來證明保險對象確有因疾病就診，有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號判決可資參照，是申請人檢附

其診所自行製作之病歷尚難作為本件有利於申請人之證據。

5. 另申請人雖檢附保險對象王○○、葉○○及陳○○出具之書面證明，惟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，查獲申請人違規亦無額外獎勵，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，此有臺北高等行政法院104年訴字第745號判決意旨可資參考，是以，前開保險對象之書面證明尚不足以推翻違規事實之認定。
 6. 惟有關保險對象陳○○部分，其於109年4月21日接受健保署訪查時證稱「我們都會去該診所由醫師看診後，我們會告訴醫師我們的需要，開立酸痛貼布或滾珠瓶，一次只能領取一種…看診後領取貼布或滾珠瓶」、「我也都長期固定在該診所看診酸痛的問題，偶爾會看感冒，看酸痛疾病時我也會和醫師說要領貼片或是滾珠瓶」、「每次看診每個人收費130元，若要打針則要多自費100元，掛號費不論是看酸痛或感冒都是收一樣的費用」等語，顯示陳○○有因酸痛問題至申請人診所，並由醫師看診，領取貼布或滾珠瓶，則申請人診所既有診察之事實，健保署認定申請人診所虛報陳○○107年1月9日至109年2月24日期間計57筆診察費，即難認妥適。
 7. 承上，健保署認定申請人虛報陳○○107年1月9日至109年2月24日期間計57筆診察費，固有未洽，然縱扣除前述57筆診察費1萬4,026點後，仍不影響申請人有虛報其餘醫療費用11萬7,902點(計算式：131,928點-14,026點=117,902點)，並有發給保險對象非醫療必要之滾珠瓶或貼布之違規事實，已該當全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第1款規定之構成要件，健保署應予以申請人診所終止特約之處分，並依同辦法第47條第1項規定，處以負責醫師簡○○於該診所終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，均已處於羈束裁量之狀況，在此情況下，健保署僅能依上開規定終止申請人診所特約及管制負責醫師簡○○不予支付費用1年，尚無其他處分措施可資選擇，申請人所請准予免罰或從輕裁罰云云，核不足採。
- (三) 綜上，健保署處申請人診所終止特約，申請人診所負責醫師簡○○於終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，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。

案例二

案情摘要

保險對象至申請人診所接受健康檢查抽血及驗尿，非因疾病就醫，申請人診所卻以疾病虛報醫療費用，且主要違規型態為「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」，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 3 點第 5 款規定，得加重其停約之月數，健保署僅處以停止特約 1 個月，已屬從寬。

衛部爭字第 1093403858 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署訪查期間：109 年 2 月 18 日至 6 月 8 日。 二、健保署認定之違規事實：以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用 (一) 保險對象有林○○、林○○、陳○○、陳○、蔡○○、徐○○、吳○○、李○○、張○○、張○○及溫○○等 11 人。 (二) 前開保險對象受訪時分別表示，其等至申請人診所就醫，或陪媽媽驗血脂，因想知道自身狀況就跟著一起抽血，掛完號後就由護士幫其抽血，並沒有給醫師看診也沒有交談，當天沒有頭暈目眩等任何身體不適就醫之情形(林○○)，或是○○藝術坊安排的健康檢查，申請人診所安排護士到公司內抽血及驗尿，沒有頭暈目眩等身體不適症狀至申請人診所就醫(林○○、陳○○、陳○、蔡○○、徐○○、吳○○、李○○、張○○、張○○及溫○○等 10 人)，惟申請人卻以「頭暈及目眩」、「其他高血脂症」、「第二型糖尿病，伴有高血糖」等疾病申報該等保險對象 106 年 8 月至 108 年 11 月期間多筆醫療費用(診察費)計 6,722 點。 三、109 年 6 月 18 日健保○字第 00000000000 號函(初核)裁處內容 處申請人診所停止特約 1 個月，申請人診所負責醫師陳○○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。 四、申請人以○○藝術坊員工並非無病就醫，而是想抽血瞭解自己的健康狀況，其診所事先幫保險對象抽血再以暫時的疾病名稱申報費用，而不是先自創

不實診斷再去申請費用，而且申報的費用都有抽血的事實，也有檢驗報告給每一位抽血者，所以不是無中生有的虛報費用。申報抽血檢驗的項目，其診所已適度的刪除不必要的細項，並沒有以成人健檢的全套項目申報。譬如尿液常規檢查(Urine routine)全部排除，而處分函所列的 11 位保險對象也刪除部分不必要的檢驗項目，例如林○○、陳○○、溫○○刪除 Glucose、LDL-C、GOT、BUN；林○○、徐○○刪除 Glucose、GOT、BUN；陳○○、李○○刪除 Glucose、HDL-C、GOT、BUN，主要的原因就是為了避免醫療浪費。其診所的確有幫保險對象抽血檢驗之事實，但申報健保費用時因診斷欄不能空白，才以暫時性的診斷申報費用，絕非刻意作假虛報。這跟自創疾病名稱而給予完全不實的處方或處置不能相提並論，健保署卻以全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款來處分，實在矯枉過正，其整個違規情節都是出於被動受人情請託，給民眾方便才違規，並非主動地去接洽醫療服務以增加業績，請從輕考慮罰則，其診所願意接受全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 2 款或第 6 款之罰款處分云云，申請複核，經健保署重行審核，認定申請人違規事證明確，以 109 年 7 月 6 日健保○字第 0000000000 號函核復仍維持原核定，理由如下：

- (一) 依林○○等 10 名○○藝術坊員工於受訪時曾明確表示，係配合公司安排的員工健康檢查而接受抽血檢驗，當時並無任何疾病就醫之情事。另林○○係陪同母親就醫時，於掛號櫃台要求抽血，順便了解身體狀況。
- (二) 查本保險僅給付保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，此為全民健康保險法第 40 條所明載，而健康檢查等預防保健項目則非屬本保險給付範圍，惟申請人卻以不實之疾病名稱申報費用，更何況林○○等 9 人皆表示申請人診所僅派護士至公司內幫忙抽血、量身高體重等，未見診所醫師到場看診，也未至申請人診所就診，明顯無看診之實卻虛報渠等保險對象之診察費。

五、申請人不服，向本部申請審議，申請理由要旨如下：

- (一) 其診所受友人請託派護士至公司幫員工抽血做健康檢查，該公司員工都有被告知要空腹接受抽血，表示雖無疾病，卻有就醫意願(抽血也是一種就醫行為)，所給予的疾病名稱是為了方便申報所下的暫時性診斷，非刻意捏造。本次違規是因為不知道健康檢查不在健保給付範圍而給民眾便利所致，違規動機出於被動，申報內容完全屬實(有檢驗報告給每一位保險對象)，並未虛報。
- (二) 其診所承認醫師未到場診察病人，所以觸犯的應該是全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之規定，而健保署卻將其扭曲為觸犯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，實在矯枉過正。其診所跟健保署的關係應是

合作夥伴關係，遺憾的是其診所一旦不小心犯錯，健保署立刻祭出最嚴厲之處分，實難令人心服，明明有相對比較輕的全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 2 款罰則，卻執意以全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款的停約來懲罰，完全不考慮其診所並非蓄意違規，情節也不屬重大，令人遺憾。

- (三) 健保署第一時間就對其診所處以停約處分，已造成其診所無以彌補的重大損失，2 年內不能加入社區醫療群，不能辦理居家醫療整合照護計畫，只因不諳法規而為民眾做健康檢查就遭到如此嚴厲懲罰，完全不符合比例原則，情何以堪。其診所確實未蓄意違規，健保署所謂「以不實之疾病名稱申報」乃屬刻意扭曲，請體恤實情，撤銷停約處分，其診所願接受罰款處分。

六、健保署提具意見要旨

- (一) 本案受訪之○○藝術坊員工皆明確表示，係配合公司安排的員工健康檢查，健檢當天並無任何身體不適或疾病至申請人診所就醫，申請人診所僅派員至○○藝術坊協助抽血等健康檢查事項，申請人診所醫師並未到場診療，申請人診所卻以不實之疾病名稱申報渠等員工之診察費。申請人診所以不知道健康檢查非健保給付範圍、給予的疾病名稱是為了方便申報所下的暫時性診斷等理由，明顯為推卸之詞，若以為員工健康檢查為健保給付範圍，何以創造不實之疾病名稱申報診察費，更何況無看診之實。
- (二) 本案系爭受訪對象並無身體不適或疾病等症狀需就醫，僅單純配合公司安排的員工健康檢查，既然無就醫需求，何來適用全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之規定。該診所無看診之實，又以不實之疾病名稱申報渠等之診察費，即以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述申報醫療費用，該當全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款之違規要件，與申請人稱其非蓄意違規及該署矯枉過正等語未合。
- (三) 查本案虛報金額 6,722 點，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 1 款規定，核處申請人診所停約 1 個月，次查全民健康保險居家醫療照護整合計畫之退場機制所示，參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 至 40 條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。前揭處分及退場機制，皆有明文規定，於法有據。

理 由

一、法令依據

- (一) 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 3 款、第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (二) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款及第 3 點第 5 款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、查處表、訪查報告、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、門診就醫紀錄明細表、病歷等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，本件係健保署接獲民眾檢舉申請人診所派員至○○藝術坊進行員工健康檢查，卻有未看診並以不實之疾病名義申報費用之違規情形，乃於 109 年 2 月 18 日至 6 月 8 日期間派員訪查申請人診所負責醫師及林○○等多位保險對象，發現系爭保險對象表示，至申請人診所就醫係陪媽媽驗血脂，因想知道自身狀況就跟著一起抽血，由護士幫其抽血，並沒有給醫師看診也沒有交談，當天沒有頭暈目眩等任何身體不適就醫之情形(林○○)，或是○○藝術坊安排的健康檢查，申請人診所安排護士到○○藝術坊健康檢查抽血及驗尿，當天沒有任何醫師到公司內看診，也沒有頭暈目眩等身體不適症狀至申請人診所就醫(林○○、陳○○、陳○、蔡○○、徐○○、吳○○、李○○、張○○、張○○及溫○○)，惟申請人卻以不實疾病名稱申報該等保險對象 106 年 8 月至 108 年 11 月期間多筆醫療費用(診察費)計 6,722 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，並有健保署保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、門診就醫紀錄明細表、病歷等資料影本附卷可稽，申請人違規情事，足堪認定。
- (二) 申請人主張 1. 其診所受友人請託派護士至公司幫員工抽血做健康檢查，該公司員工都有被告知要空腹接受抽血，表示雖無疾病，卻有就醫意願，抽血也是一種就醫行為，給予疾病名稱是為了方便申報所下的暫時性診斷，非刻意捏造；2. 其診所承認醫師未到場診察病人，所以觸犯的應該是特約及管理辦法第 37 條第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之規定；3. 其診所不諳法規而為民眾做健康檢查就遭到嚴厲懲罰，完全不符合比例原則云云，除經健保署原核定、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結果，認為所稱並不足採，分述如下：
 1. 按「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」、「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務

給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」為全民健康保險法第1條第2項、第40條第1項所明定，是保險對象於本保險有效期間發生疾病、傷害、生育等保險事故，本保險始予給付。又「健康檢查當天根本不是就醫，不應該刷健保卡取得一般門診(60)之序號，亦無所謂『醫師診察』，當天無任何醫療行為，不可能因事後發現『確實有病』，而事後使當時之健康檢查行為轉換為醫療行為，並回溯使用當天的序號來申請醫療費用，原告就健康檢查當天所取得之序號申請醫療費用，顯然是自創就醫紀錄虛報醫療費用，」有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 650 號判決可資參照。

2. 本部審查卷附下列訪查訪問證詞，認為申請人有虛偽不實申報醫療費用：

- (1) 保險對象林○○於第一時間 109 年 2 月 18 日接受健保署訪查訪問時，陳述「本人如貴署資料 108/11/4 陪媽媽到陳○○診所驗血脂，媽媽有高血脂疾患，本人因想知道自己血脂狀況，就跟著一起做抽血檢驗。當天沒有經醫師看診、交談，掛號完就直接由護士小姐幫本人抽血，過幾天再由媽媽回診所拿報告，本人則在車上等，檢查結果都正常。」等語。
- (2) 保險對象林○○於第一時間 109 年 5 月 29 日接受健保署訪查訪問時，陳述「上述期間都是公司安排的健康檢查，陳○○診所會派 1~2 位護士小姐到公司幫忙抽血、驗尿，沒有到該診所，當天有沒有任何醫師到公司看診。」等語，而其餘陳○○、陳○、蔡○○、徐○○、吳○○、李○○、張○○、張○○及溫○○等 9 位保險對象於第一時間(109 年 2 月 15 日、5 月 25 日及 29 日)時，亦一致陳稱是公司安排的健康檢查，申請人診所派護士到公司幫忙抽血及採集尿液，沒有因疾病看診等語。
- (3) 申請人診所負責醫師於 109 年 6 月 2 日受訪時亦陳稱「因○○藝術坊的老闆娘要求，所以就幫忙配合派小姐過去抽血檢驗，本人雖沒有前往其公司幫忙看診，但確實都有施予抽血檢驗，本人坦承此行為不正確」等語。
- (4) 承上，由上開訪查訪問證詞，顯示林○○等 11 位保險對象於系爭日期僅單純接受抽血(林○○)，或健康檢查(林○○等 10 人)，並未因疾病就醫，申請人診所負責醫師亦無看診之事實，惟申請人卻刷取渠等保險對象健保卡，並以「頭暈及目眩」、「其他高血脂症」、「第二型糖尿病，伴有高血糖」等疾病名義，向健保署申報渠等因疾病就醫之醫療費用(診察費)計 6,722 點，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 款及第 4 款所定「未診治保險對

象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」、「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，所稱其診所觸犯特約及管理辦法第 37 條第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」，核有誤解。

3. 關於裁處申請人停止特約 1 個月部分，已屬從寬

(1) 依特約及管理辦法第 39 條第 3 款及第 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：三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。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。」「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第 2 點第 1 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，尚不得以不諳法規冀邀免責。本件申請人虛報醫療費用 6,722 點，主要違規型態為「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」，健保署依上揭裁量基準應裁處申請人停止特約 1 個月，並得加重其停約之月數，則健保署僅處申請人停止特約 1 個月，對申請人已屬從寬。

(三) 綜上，健保署處以申請人診所停止特約 1 個月，負責醫師陳○○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。

案例三

案情摘要

依全民健康保險醫療辦法第7條第1款規定，保險對象以親自至保險醫事服務機構就醫為原則，例外因行動不便得委請他人向醫師陳述病情，領取相同方劑，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；本件保險對象未親自至申請人診所就醫，而卷查資料難認保險對象行動不便及申請人診所負責醫師可以掌握保險對象病情，並不符合例外得委託他人領藥之情形，健保署核定不給付及扣減10倍醫療費用。

衛部爭字第1103402453號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署訪查期間：109年6月30日至10月28日。 二、健保署認定之違規事實：未經醫師診斷逕行提供醫事服務。 保險對象蔡吳○○於109年6月5日未親自至申請人診所就醫，係由其女兒持其健保卡至申請人診所領藥，申請人診所卻申報蔡吳○○該日就醫之相關費用505點。 三、健保署110年3月15日健保○字第0000000000號函(初核)內容 申請人診所有未經醫師診斷逕行提供醫事服務情事，爰按西醫基層總額○區最近一季公告之點值(0.95622238元/點)計算，核定應不給付醫療費用新臺幣(下同)483元，併扣減10倍醫療費用4,830元。 四、申請人不服，向健保署申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，以110年4月13日健保○字第0000000000號函(複核)核復仍維持原核定。 五、申請理由要旨 (一)按行政機關依法應作成行政處分者，除有法規之依據外，即應依職權調查證據，並斟酌當事人及相關人員之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，以作為處分或其他行政行為之根據，行政程序法第36條、第43條分別定有明文。又認定事實應依證據，無證據尚不得以擬制方式推測事實，此為依職權調查證據認定事實之共通法則。故行政機關本應依職權調查證據以證明違規事實之存在，始能據以做成裁罰處分。據此，行政機關對於作成處分違規事實之存在負有舉證責任，受處分人並無證明自己違規事實存在之責任，因而尚不能以其未提出對自己有利之資料，即推定其違規事實存在。 (二)本件保險對象蔡吳○○因關節炎、下肢行走會疼痛，到街上看診拿藥很困難，服藥不穩定亦無法抽血，因此於106年9月13日起即收入居家醫療，直至109年5月1日結案，但結案後蔡吳○○仍無法到診所看病，

109年6月5日其女兒到申請人診所，向董○○醫師表示，其母與以前一樣因腳痛無法外出看病，因此請醫師開立處方。董○○醫師之前即為蔡吳○○居家醫療負責診治之醫師，因此向蔡吳○○之女詢問病情，確認病情穩定，並無其他變化，因此開立相同之處方，其診所所為，係依據全民健康保險醫療辦法第7條第1款規定，此並有蔡吳○○之女蔡○○之書面說明可資作證，健保署不查，遽認其診所有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之情事，顯與事實不符，健保署未斟酌董○○醫師之陳述及所提出之病歷資料，即據以作成不利之決定，顯有違誤。

六、健保署提具意見及補充意見要旨

- (一) 申請人診所於109年10月28日受訪後僅提供保險對象蔡吳○○至109年3月23日止之病歷影本，而109年6月5日之病歷影本及蔡吳○○之女蔡○○簽具之說明書係於110年4月5日申請複核時始提供，106年9月病歷尚有記載蔡吳○○因下肢行走會疼痛，到街上看診拿藥困難，醫師進行居家診療，106年11月起病歷即未見有下肢行走會疼痛或困難等相關記載，直至申請人診所不服處分，於申復提出109年3月23日及6月5日病歷佐證時，才又在109年6月5日之病歷上出現有下肢行走會疼痛，到街上看診拿藥困難等記載，顯然係申請人診所為符合全民健康保險醫療辦法第7條第1款之規定加註症狀。
- (二) 保險對象蔡吳○○於109年6月30日接受該署訪視時，明確表示申請人診所之送藥服務(居家醫療整合照護)只到109年5月，109年6月5日是由其女兒持其健保卡至診所開藥。另查申請人診所對於蔡吳○○參加之居家醫療整合照護已於109年5月1日予以結案，且申請人診所負責醫師董○○109年10月28日接受該署訪查說明時，亦坦承蔡吳○○109年6月5日是由女兒幫其掛號開慢性病連續處方箋，其本人未親自就診，蔡吳○○由女兒持其健保卡至診所幫忙開立慢性病連續處方箋，是因其女兒想多知道媽媽的狀況，所以才會開藥，並無提及蔡吳○○有行動不便之情形，也未提出蔡吳○○或其女兒之書面說明書。申請人診所申復時，雖有蔡吳○○女兒之書面說明書，惟說明書上記載「109年6月5日那天」，且無註明說明之日期，顯然此份說明書是事後應診所要求簽名具結。
- (三) 保險對象蔡吳○○「居家醫療整合照護計畫案件申請」之結案原因是由申請人診所醫師自行填入：「病情改善」(結案日期：109年5月1日)，而非該署通知結案，且本案於109年6月30日訪問保險對象蔡吳○○時，是邊煮飯邊受訪，於客廳及廚房間穿梭，並無行動困難情形。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特約及管理辦法)

第 37 條第 1 項第 2 款。

(二) 全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 4 款及第 20 條第 1 項。

(三) 醫師法第 11 條第 1 項。

(四) 全民健康保險醫療辦法第 7 條。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、訪查報告、查處表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷、居家醫療整合照護計畫案件申請及居家醫療整合照護審核查詢清單作業電腦查詢畫面等資料影本暨健保署意見書、補充意見。

三、審定理由

(一) 本件係緣起於健保署經檔案分析，發現申請人診所居家訪視次數高，且個案每月非居家醫療次數亦大於 2 次，列入 109 年度「居家醫療辦理院所查核專案」，並於 109 年 6 月 30 日至 10 月 28 日期間派員訪查保險對象及申請人診所負責醫師董○○，發現保險對象蔡吳○○於 109 年 6 月 5 日並未親自至申請人診所就醫，係由其女兒持其健保卡領藥，申請人診所卻申報蔡吳○○當日就醫之醫療費用 505 點(483 元)，乃認定申請人有特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之違規情事，核定不給付醫療費用 483 元及扣減 10 倍醫療費用 4,830 元。

(二) 申請人主張 1. 行政機關應依職權調查證據以證明違規事實之存在，始能據以做成裁罰處分，受處分人並無證明自己違規事實存在之責任，因而尚不能以其未提出對自己有利之資料，即推定其違規事實存在；2. 董○○醫師之前即為蔡吳○○居家醫療負責診治之醫師，因此向蔡吳○○之女詢問病情，確認病情穩定，並無其他變化，因此開立相同之處方，其診所所為，係依據全民健康保險醫療辦法第 7 條第 1 款規定，此並有蔡吳○○之女蔡○○之書面說明可資作證，健保署遽認其診所有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之情事，顯與事實不符云云，除經健保署提具意見及補充意見論明如前所述外，復經本部審查卷附相關資料，認為所稱並不足採，分述如下：

1. 本件受訪之保險對象蔡吳○○於接受健保署訪查訪問時，健保署除當場提示保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表供受訪保險對象核對外，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、董○○醫師是否親自到宅為其診療、看了那些疾病、如何取得開立之藥品、到宅看診之收費情形、是否主動交給收據及有無其他補充意見等，至訪查程序結束後，受訪保險對象、見證人及 2 位健保署訪問人均

緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名確認，足見訪查紀錄內容確係出於受訪保險對象之自由意識所為陳述，訪查程序並無瑕疵，且依最高行政法院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. 申請人對於蔡吳○○於109年6月30日未親自至其診所就診，由其女代為領藥之事實，並不否認，惟檢附病歷及蔡吳○○之女蔡○○書面說明書影本，主張董○○醫師之前為蔡吳○○居家醫療負責診治之醫師，其診所係依據全民健康保險醫療辦法第7條第1款規定云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：
 - (1) 全民健康保險醫療辦法第7條第1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說明文件。」，足見保險對象仍以親自至保險醫事服務機構就醫為原則，例外因行動不便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。
 - (2) 保險對象蔡吳○○自106年9月12日起為居家醫療整合照護收案個案，經2次申請延長照護至109年5月1日止，並經健保署補充意見陳明，略以保險對象蔡吳○○「居家醫療整合照護計畫案件申請」之結案原因是由申請人診所醫師自行填入：「病情改善」（結案日期：109年5月1日），且109年6月30日訪問保險對象蔡吳○○時，是邊煮飯邊受訪，於客廳及廚房間穿梭，並無行動困難情形，另申請人診所109年10月28日受訪後提供之蔡吳○○病歷影本，自106年11月起，病歷未見有下肢行走會疼痛或困難等相關記載等語，復有健保署「居家醫療整合照護審核查詢作業」、「居家醫療整合照護計畫案件申請」電腦查詢畫面影本附卷可稽，已難認蔡吳○○有無行動不便之事實。
 - (3) 另保險對象蔡吳○○於109年6月30日接受健保署訪問時已明確證稱「今年醫師都沒有到我家來，都是護士小姐來我家的，因為疫情關係，醫師今年都沒來。」等語，顯示申請人診所於109年並未有醫師至蔡吳○○住家為其診察，難認申請人診所醫師可以掌握蔡吳○○之病情，不符合前揭例外得委託他人領藥之情形。

- (4)至於申請人檢附病歷及蔡吳○○之女蔡○○書面說明書部分，姑不論健保署意見書已陳明，略以申請人診所於109年10月28日受訪後僅提供保險對象蔡吳○○至109年3月23日止之病歷影本，而109年6月5日之病歷影本及蔡吳○○之女蔡○○簽具之說明書係於110年4月5日申請複核時始提供，說明書上記載「109年6月5日那天」，且無註明說明之日期，顯然此份說明書是事後應診所要求簽名具結等語，且病歷資料係特約醫療院所單方製作，健保署既會按比率抽驗保險對象之病歷，而特約醫療院所申報醫療費用也須以保險對象之病歷作為依據，故特約醫療院所若欲虛報醫療費用，當然會配合製作不實病歷資料，尚不能以「病歷記載」等自行製作之文書，來證明保險對象確有因疾病就診，此有臺北高等行政法院97年度訴字第2910號判決可資參照，另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，查獲申請人違規亦無額外獎勵，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，此亦有臺北高等行政法院104年度訴字第745號判決意旨可資參考，申請人所舉尚難推翻本件違規事實之認定。
- (三)綜上，健保署認為申請人有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之違規情事，核定不給付醫療費用483元及扣減10倍醫療費用4,830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。

案例四

案情摘要

申請人為居家護理所，健保署查核認定申請人至照護機構進行居家訪視，並未製作護理紀錄，有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之違規情事，核處追扣及扣減 10 倍醫療費用，惟其中關於健保署依照護理機構提供資料認定之違規事實部分，申請人已依健保署訪查要求期限提供資料供核，健保署是否已依行政程序法第 9 條規定，一併審酌對當事人有利之事證？又申請人僅係誤用表單，是否即該當於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 1 款所定之構成要件，亦有疑義。

衛部爭字第 1103400837 號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。
事 實	一、健保署訪查期間：109 年 2 月 20 日至 8 月 25 日。 二、健保署認定之違規事實：未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務 (一) 以護理師詹○○名義申報 1 筆 108 年 1 月 9 日醫師訪視費 600 點。 (二) 以未執業登記之護理師塗○○名義申報 1 筆 106 年 12 月 18 日護理訪視費 1,455 點。 (三) 108 年 1 月 30 日、2 月 13 日、14 日、25 日、27 日、3 月 8 日、14 日及 27 日至○○○○老人長期照護中心或○○護理之家訪視，惟使用「○○醫院居家護理所」名義之「訪視時間表」進行居家護理訪視記錄，未親自製作屬於申請人之護理紀錄，申報計 94 筆護理訪視費共計 11 萬 5,302 點。 (四) 108 年 3 月 22 日、4 月 8 日及 24 日至○○○○老人長期照護中心訪視，使用「○○○居家護理所」之「訪視時間表」進行訪視，惟皆為「○○醫院居家護理所」負責人塗○○所執行並蓋章，申報計 22 筆護理訪視費共計 2 萬 7,048 點。 三、109 年 11 月 12 日健保○字第 00000000000 號函(初核)裁處內容 追扣醫療費用 14 萬 4,405 點及扣減 10 倍醫療費用計 144 萬 4,050 點，共計 158 萬 8,455 點，換算點值為新臺幣 158 萬 8,455 元。 四、申請人分別於 109 年 12 月 11 日及 110 年 1 月 7 日(健保署收文日)申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，分別以 110 年 1 月 7 日健保○字第 00000000000 號函(複核)及 110 年 1 月 19 日健保○字第 00000000000 號函核復仍維持原核定。 五、申請理由要旨 (一) 其於每份個案病歷內均有製作「○○○居家護理所訪視記錄單」，此記錄

單內有一欄位為「個案/家屬簽名欄」，均由接受服務之家屬或機構護理人員核章，又有其執行服務之護理人員簽章，均在服務當天現場製作，此為無法偽造之病歷內容。

- (二) 其在稽查期間就依訪查員要求，送去約 200 至 300 本病歷查驗，每一本都有訪視記錄單，但健保署認定檢附之資料是在受行政處分後才提供的佐證資料，故而不予採信。
- (三) 健保署在裁罰中認定的表單，僅僅是機構內的換管名單，為提醒該機構謄寫使用，非其留存之正式表單，功能僅為聯繫備忘所用，在訪查時其負責人嚴正澄清此表單功能，然健保署不予採信，依然認為此表單屬於護理記錄的範疇，進而忽略其提供約 200 至 300 本正式病歷內容，逕行認定其違反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 1 款規定，原核定認定事實即有瑕疵。

六、健保署提具意見及補充意見要旨

- (一) 有關申請人提出「○○○居家護理所訪視記錄單」並表示「現場製作『護理紀錄』，並由接受服務之家屬或機構護理人員及執行服務之護理人員簽章」，惟該署於 109 年 5 月 7 日訪查負責人許○○表示：「現場僅完成醫囑單及醫師訪視記錄單，雖該居家護理所護理人員會製作電子護理紀錄，但係於當天回辦公室才會補作護理紀錄再列印出來由製作護理紀錄的護理人員蓋章並存檔。」，顯然申請理由並非事實，且申請人如有現場即製作護理紀錄，並由接受服務之家屬或機構護理人員及該執行服務之護理人員簽章，理應能於該署第一時間詢問時告知，又該署訪查案內 5 家安養機構（○○○○老人長期照顧中心、○○護理之家、○○護理之家、○○護理之家及○○護理之家）時，現場亦未見該表單，況申請人自始未提供該署「○○○居家護理所訪視記錄單」，該份表單係於爭議審議時方提出，並不足採。
- (二) 該署 110 年 1 月 7 日健保○字第 0000000000 號函(複核)所稱申請人於該署行政處分後方提出之事證，係指申請人於申復時所提供存放於○○○老人長期照護中心及○○護理之家之護理紀錄，並非「○○○居家護理所訪視記錄單」，自無認定上之疑義。經該署再次檢視○○○○老人長期照護中心之訪視時間表及申請人自行於申復時提出之表單，兩份表單執行人員幾近完全一致，顯見該署處分依據現場取得之換管時間表皆為實際執行之真實情形，表單可信度高，雖申請人表示回去後會自行製作電子護理紀錄，惟申報資料與事後製作之電子紀錄一致，與前揭兩份表單不一致，且表單上未見申請人申報之護理人員簽章，實難證明申請人所述為真。
- (三) 申請人於該署訪查後 2 週內提供每位住民之資料：居家照護案件申報受

理作業全民健康保險居家照護申請書、全民健康保險居家照護醫囑單、○○居家護理所醫師訪視病程記錄單、個案健康評估表、病患身體評估表（B表）、護理計畫、護理紀錄單等。

- （四）依護理人員法第 25 條規定，護理人員執行業務時，應製作紀錄，有關申請人或○○醫院附設居家護理所於○○○○老人長期照顧中心及○○護理之家執行業務時所製作之「○○○○機構訪視時間表」及「○○機構訪視時間表」亦屬於該居家護理所護理紀錄之範疇，經該署於 109 年 11 月 12 日以健保○字第 00000000000 號函請○○市政府衛生局辦理，該局於 109 年 12 月 10 日以○市衛○字第 00000000000 號函向所轄居家護理所（含申請人）再次重申執行業務時應確實製作護理紀錄，即認定該居家護理所確有未確實製作護理紀錄之事實，故該署認定該居家護理所人員於案內日期未確實製作護理紀錄卻申報醫療費用，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條處以追扣暨扣減 10 倍醫療費用，於法有據，應無違誤。

理由

一、法令依據

- （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 1 款。
（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。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、申報明細、保險對象門診就醫紀錄明細表、「○○○○機構訪視時間表」、「○○機構訪視時間表」、居家照護案件申報受理作業全民健康保險居家照護申請書、全民健康保險居家照護醫囑單、○○○居家護理所醫師訪視病程記錄單、個案健康評估表、病患身體評估表（B表）、護理計畫、護理紀錄單、訪視記錄單等相關資料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，本件係健保署於 109 年 2 月 20 日至 8 月 25 日期間派員訪查，並勾稽申請人及○○醫院附設居家護理所之申報資料後，發現申請人有下列違規情事：1. 以護理師詹○○名義申報 1 筆醫師訪視費 600 點；2. 以未執業登記之護理師塗○○名義申報 1 筆護理訪視費 1,455 點；3. 至○○○○老人長期照顧中心或○○護理之家訪視，使用「○○醫院居家護理所」名義之「訪視時間表」進行居家護理訪視記錄，未親自製作屬於申請人之護理紀錄，申報計 94 筆護理訪視費共計 11 萬 5,302 點；4. 「訪視時間表」上之表單抬頭為申請人，惟皆為「○○醫院居家護理所」負責人塗○○所執行並蓋章，申報計 22 筆護理訪視費共計

2 萬 7,048 點，除經原核定論明者外，並有經申請人之負責醫事人員許○○、原○○醫院居家護理所負責醫事人員塗○○、○○○○老人長期照護中心主任黃○○、○○護理之家護理師羅○○簽名確認之業務訪查訪問紀錄、「○○○○機構訪視時間表」、「○○機構訪視時間表」、申報明細等影本附卷可稽。

- (二) 申請人主張 1. 其於每份個案病歷內均有製作「○○○居家護理所訪視記錄單」，此記錄單內有一欄位為「個案/家屬簽名欄」，均由接受服務之家屬或機構護理人員核章，又有其執行服務之護理人員簽章，均在服務當天現場製作，此為無法偽造之病歷內容；2. 其在稽查期間就依訪查員要求，送去約 200 至 300 本病歷查驗，每一本都有訪視記錄單，健保署在裁罰中認定的表單，僅僅是機構內的換管名單，為提醒該機構謄寫使用，非其留存之正式表單，功能僅為聯繫備忘所用，在訪查時其負責人嚴正澄清此表單功能，然健保署不予採信，依然認為此表單屬於護理紀錄的範疇，進而忽略其提供約 200 至 300 本正式病歷內容云云，經本部審查卷附相關資料結果，分述如下：

- 甲、關於申請人以護理師詹○○名義申報 1 筆醫師訪視費 600 點及以未執業登記之護理師塗○○名義申報 1 筆護理訪視費 1,455 點部分

申請人之負責醫事人員許○○於 109 年 6 月 1 日及 2 日接受健保署訪查訪問時坦承疏失，略以「(問：貴居護所於 108 年 1 月 9 日以護理師詹○○名義申報住民許吳○○醫師訪視費，與申報給付規定不符，…詳情為何)因是詹○○小姐自己登打錯誤，事後申報也沒有發現才造成這樣錯誤，是本所行政疏失。」、「(問：106 年 12 月 18 日貴居護所係以塗○○名義申報保險對象劉林○○計 1 筆護理訪視費，1,455 點，惟當時塗○○確實執業登記於○○醫院附設居護所而非貴居護所，與規定不符，上述情事詳情為何?)本個案確實是我們所的護理人員(許○○我本人)現場鍵入醫令(護理訪視費)時有錯誤，誤打成塗○○」等語，則健保署認定申請人有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之違規情事，尚無不合。

- 乙、關於健保署依照護機構提供之「訪視時間表」，認定申請人有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，申報計 116 筆護理訪視費共計 14 萬 2,350 點部分

1. 此部分係健保署依「○○○○老人長期照護中心」及「○○護理之家」等 2 家照護機構提供「○○醫院居家護理所 ○○護理之家訪視時間表」、「○○醫院居家護理所 ○○○○機構訪視時間表」、「○○○居家護理所 ○○○○機構訪視時間表」，認定申請人有下列違規情事：1. 使用「○○醫院居家護理所」名義之「訪視時間表」進行訪視，未親自製作屬於申

請人之護理紀錄，申報 108 年 1 月 30 日、2 月 13 日、14 日、25 日、27 日、3 月 8 日、14 日及 27 日計 94 筆護理訪視費共計 11 萬 5,302 點；2. 「訪視時間表」上之表單抬頭為申請人，卻由「○○醫院居家護理所」負責人塗○○執行及蓋章，申報 108 年 3 月 22 日、4 月 8 日及 24 日計 22 筆護理訪視費共計 2 萬 7,048 點，固非無據。

2. 然申請人一再主張其在稽查期間就依訪查員要求，送去約 200 至 300 本病歷查驗，健保署在裁罰中認定的表單，僅僅是機構內的換管名單，為提醒該機構謄寫使用，非其留存之正式表單，功能僅為聯繫備忘所用等語，查健保署於 109 年 5 月 7 日訪查申請人負責人許○○時，要求申請人提供 209 位保險對象自 108 年 1 月迄今所有居家照護相關資料，申請人負責人許○○答復可於 2 週內提供，並於訪查後 2 週內提供住民之個案健康評估表、病患身體評估表（B 表）、護理紀錄單等資料供核，此有卷附健保署業務訪查訪問紀錄及健保署補充意見陳明在卷，則申請人業於期限內依健保署要求提供病歷資料，健保署仍以「○○○○老人長期照護中心」及「○○護理之家」等 2 家照護機構提供之「訪視時間表」作為裁處依據，其情為何？健保署是否已依行政程序法第 9 條規定：「行政機關就該管行政程序，應於當事人有利及不利之情形，一律注意。」，審酌對申請人有利之事證？已待究明。
 3. 另針對申請人使用「○○醫院居家護理所」名義(表單抬頭)之訪視時間表進行居家護理訪視，申請人負責人許○○於 109 年 5 月 7 日接受健保署訪查時固陳述是護理人員疏忽未更正等語，惟其同時亦陳述「護理人員會作電子護理記錄，當日服務完回辦公室才補作記錄存檔，再印出由製作記錄的人蓋章」等語，則健保署逕認申請人未親自製作屬於申請人之護理紀錄，所據為何？
 4. 又按特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款規定，係為促使保險醫事服務機構善盡其注意義務，詳實記載處方箋、病歷或其他紀錄，並依處方箋、病歷或其他紀錄記載提供醫事服務，本件健保署認定申請人確有提供護理訪視服務之事實，是申請人僅誤用表單(表單抬頭為「○○醫院居家護理所」)，是否即該當於該條款所定之構成要件，而應處以扣減 10 倍醫療費用，不無疑義。
- (三) 綜上，本件前開違規事實仍有前開疑義待查明釐清，因攸關整體追扣及扣減 10 倍醫療費用之計算，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

案例五

案情摘要

支付標準醫令代碼 83001B 等 25 項診療項目之支付點數，已包裹給付單一使用之神經外科研磨工具拋棄式等 19 項特殊材料(X 碼特材)費用，X 碼特材不得申報及收取自費；申請人醫院申報執行前開診療項目，另向保險對象收取 X 碼特材費用，健保署固依全民健康保險法第 68 條及第 82 條規定裁處 5 倍罰鍰，惟部分違規事實尚有未明，有無逾 3 年裁處權期間，亦待一併查明。

衛部爭字第 1093405007 號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。
事 實	一、案件緣由 (一) 健保署 109 年 3 月 31 日健保○字第 0000000000 號函要旨 1. 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)醫令代碼 83001B 等 25 項診療項目之支付點數，自 103 年 9 月 1 日起已包裹給付單一使用之神經外科研磨工具拋棄式等 19 項特殊材料(X 碼特材)費用，故前述 X 碼特材不得申報及向民眾收取自費；惟若用於非屬前述 25 項診療項目，醫療院所可依臨床所需，經民眾同意全額自費使用該醫材。 2. 經查申請人於 104 年至 108 年 10 月(費用年月)之健保醫療費用申報資料，有合併申報「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等診療項目與 19 項 X 碼特材之情事，請依附表「申報執行診療項目腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)等項併報神經外科研磨工具特殊材料調查表」逐一填列(其中待填載事項為該調查表所列之 176 件申請人向民眾收取「”美敦力”雷勁氣壓式高速切割系統-單次使用拋棄式研磨工具」、「”柯特曼”顱骨切開手術器械-自動停止安全鑽頭」、「”安使別克”高速氣鑽馬達統鑽頭」等 3 項特材之金額及說明)，並檢附收據(含健保及自費項目)，於文到 14 日內函復憑辦。 (二) 申請人據以填復上開調查表，並以 109 年 4 月 24 日○○○字第 0000000000 號函回復健保署，略以： 1. 其醫院經確認資料正確性後，「”美敦力”雷勁氣壓式高速切割系統-單次使用拋棄式研磨工具」、「”柯特曼”顱骨切開手術器械-自動停止安全鑽頭」、「”安使別克”高速氣鑽馬達統鑽頭」3 項特材，單項實際收取金額分別為新臺幣(下同)5,320 元、3,330 元、5,320 元。 2. 其中項次 55、141 查無向病人收取自費項目；項次 41、159 為骨科或整外病人，實際收取金額各為 5,320 元；項次 119 為病人同次住院開了顱

部和脊椎手術，該自費項目是脊椎手術使用，並沒有問題。

二、健保署 109 年 7 月 17 日健保○字第 00000000000 號罰鍰處分書

- (一) 本件經行政調查，申請人醫院於 104 年 1 月 19 日至 106 年 10 月 2 日期間，有向保險對象收取本保險已內含於手術包裹給付項目之「”美敦力”雷勁氣壓式高速切割系統-單次使用拋棄式研磨工具」、「”柯特曼”顱骨切開手術器械-自動停止安全鑽頭」、「”安使別克”高速氣鑽馬達統鑽頭」3 項特材費用，共計 175 件，金額為 99 萬 3,370 元，違反全民健康保險法第 68 條，按同法第 82 條規定，應退還保險對象已收取之費用，並按所收取之費用，處以 5 倍罰鍰，其中於 3 年內裁處時效計 23 件，費用計 11 萬 8,420 元，處以 5 倍罰鍰 59 萬 2,100 元 (118,420 元 X5=592,100 元)。
- (二) 另申請人醫院向前述 175 名保險對象收取之相關特材費用，因不符健保法令規定，請儘速退還。

三、申請理由要旨

- (一) 經查健保署 109 年 3 月 31 日發函(發文字號：健保○字第 00000000000 號)所列統計表 175 案件中，有 3 案件病患非由其醫院神經外科收治，且住院期間並無會診神經外科或由神經外科執行手術(項次 2、49 及 64)。
- (二) 另有 71 件由神經外科診治，神經外科疾患多屬重症，保險對象在同一次住院期間，因病情需要，接受 2 次以上手術治療，向保險對象收取神經外科磨研工具拋棄式特殊材料費用之當次手術，其手術健保碼不在以包裹支付之診療項目內。
- (三) 綜上，其醫院神經外科於此 175 案件中，共計 74 件並無違反全民健康保險法第 68 條規定之情事。
- (四) 健保署於 109 年 7 月 17 日發文之罰鍰處分書(發文字號：健保○字第 00000000000 號)，其中於 3 年內裁處時效內計 23 件，其中有 7 件並無違反全民健康保險法第 68 條規定之情事，符合健保法規範。

四、健保署提具意見及補充意見

- (一) 按支付標準「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等 25 項診療項目之支付點數，自 103 年 9 月 1 日起已將單一使用之神經外科研磨工具拋棄式特殊材料之費用，包含於前開診療項目，該等特材即不得申報費用以及向民眾收取自費；本案前經該署以 109 年 3 月 31 日健保○字第 00000000000 號函請申請人按「申報執行診療項目腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)等項併報神經外科研磨工具特殊材料調查表」逐一清查填列並檢附收據，經申請人以 109 年 4 月 24 日○○○字第 00000000000 號函回復結果，總件數共計 176 件，其中查無向病人收取該自費項目(2 件)、有向病人收取費用，惟係使用於非神經外科使用(2 件)、以及同次住院開了顱部和脊

椎手術，該自費項目是脊椎手術使用(1件)，其餘171件，均使用系爭特材於「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等手術項目，且承認有向病人收取自費，該署係依申請人醫院函復之說明予以核處。

(二) 有關申請人異議非由申請人醫院神經外科收治或住院期間並無會診神經外科或由神經外科執行手術部分，按該署係以申請人對於本保險提供之醫療給付，又向保險對象收取費用情事，違反健保規定做出裁處，並非針對保險對象看診之科別而有區別處理。

(三) 申請人有異議之部分保險對象，經該署向申請人抽調病歷，經專業審查結果如下：

1. 非神經外科使用：2位病患執行「醫令代碼83013C頭顱部穿洞術」或「醫令代碼83036C硬腦膜下血腫清除術」使用之特材均應包含於手術費用。
2. 同次住院頭顱部和脊椎手術使用：1位病患同時執行「醫令代碼83038C慢性硬腦膜下血腫清除術」及「醫令代碼83002C椎間盤切除術-頸椎」，應有一耗材包含於手術費用，另再請醫院提供佐證資料，申請人醫院表示為不同時間執行，爰該項特材係頸椎手術使用。

(四) 申請人所舉74位保險對象個案之手術適應症、申報健保碼及自費特材使用合宜性等，因並未有渠等相關病歷資料佐證，亦未經專業審查釐清，所稱符合健保法規一節，該署無法採認。

(五) 有關申請人所陳同一次住院期間，施行2次以上手術，病患長期住院且有若干病患同日施行2種手術一節，依據衛生福利部103年8月15日衛部保字第1031260555號令公告修正支付標準，調整腦微血管減壓術(醫令代碼83001B)等25項診療項目之支付點數，自103年9月1日起已包裹式給付單一使用之神經外科研磨工具拋棄式等19項特殊材料，故前項特材不得申報及向民眾收取自費，法有明文，不得違反。又申請人醫院所申報之醫令項目已內含特殊材料費，且另有材料費加計，給付方式為申報費用再予加計。

(六) 另申請人前於109年4月24日以○○○字第0000000000號函復該署調查結果時，並未逐案針對病患實際施行係屬內含醫材之健保手術抑或全部自費手術，暨如同時施行2種手術之特材使用情形予以說明。

(七) 申請人主張神經外科175案件中有74案[內含3年內裁處時效23件中有7件(42%)，以手術醫令代碼83003C、83080B、83049B、83051B、83044B、83022C、64160B、83046B、83055B等申報，非屬103年9月1日公告修正內含特材之手術項目]，自認未違反全民健康保險法第68條規定，惟申請人於該署調查過程中並未檢附渠等病歷等佐證資料供核，爰該署實難僅憑申請人本次事後所提供之片面資料逕予認定。另在該署同一裁罰標準下，申請人就本案未針對其餘101案[內含屬3年裁處時效內23件中16

案（58%）]，進行相關說明，顯不符常理。

理由

一、法令依據

（一）全民健康保險法第 68 條及第 82 條。

（二）行政罰法第 27 條第 1 項及第 2 項。

二、卷證

衛生福利部 103 年 8 月 15 日衛部保字第 1031260555 號令、健保署 109 年 3 月 31 日健保○字第 0000000000 號函、109 年 7 月 17 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書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，本件係衛生福利部 103 年 8 月 15 日衛部保字第 1031260555 號令修正調整「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等 25 項診療項目之支付點數[內含特材「單次使用拋棄式高速刀割系統(鑽頭)」]，經健保署檔案分析發現申請人 104 年至 108 年 10 月(費用年月)申報資料中，有申報執行診療項目腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)等項併報神經外科研磨工具特殊材料，乃函請申請人查填「申報執行診療項目腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)等項併報神經外科研磨工具特殊材料調查表」，並據申請人填復資料認定申請人有自立名目向保險對象收取內含於手術費用之「”美敦力”雷勁氣壓式高速切割系統-單次使用拋棄式研磨工具」、「”柯特曼”顱骨切開手術器械-自動停止安全鑽頭」、「”安使別克”高速氣鑽馬達統鑽頭」等 3 項特材費用，計 175 件之違規情事，並就其中 3 年裁處權期間內之 23 件（自費金額 11 萬 8,420 元），裁處申請人 5 倍罰鍰計 59 萬 2,100 元。

（二）本件申請人主張 1. 健保署 109 年 3 月 31 日發函所列 175 案件中，有 3 位保險對象非由其醫院神經外科收治，且住院期間並無會診神經外科或由神經外科執行手術；2. 另有 71 件由神經外科診治，神經外科疾患多屬重症，保險對象在同一次住院期間，因病情需要，接受 2 次以上手術治療，向保險對象收取神經外科磨研工具拋棄式特殊材料費用之當次手術，其手術健保碼不在以包裹支付之診療項目內，符合健保法規範，綜上，共計 74 件並無違反全民健康保險法第 68 條規定之情事等語，爰本件就申請人有爭議之 74 件部分進行審議，理由分述如下：

1. 按「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」為全民健康保險法第 68 條所規定，又依前開衛生福利部 103 年 8 月 15 日衛部保字第 1031260555 號令修正調整「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等 25 項診療項目支付點數，已內含「單次使用拋棄式高速刀割系統(鑽頭)」特材，爰申請人

於執行前揭「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等 25 項診療項目，並不得再向保險對象收取內含於手術費用之特材費用，違反者，依全民健康保險法第 82 條規定，除應退還已收取之費用外，健保署並得按所收取之費用處以 5 倍罰鍰。

2. 關於申請人主張其中 3 件為保險對象非由神經外科收治、會診或執行手術部分，健保署認為違規事證，經核並無不合：

申請人雖稱 3 位保險對象非由其醫院神經外科收治，且住院期間並無會診神經外科或由神經外科執行手術云云，惟姑不論健保署意見書已陳明該署係以申請人對於本保險提供之醫療給付，又向保險對象收取費用情事，違反健保規定做出裁處，並非針對保險對象看診之科別而有區別處理等語，況本件係健保署查調申請人醫院(全院)執行「腦微血管減壓術(醫令代碼：83001B)」等診療項目另收取自費特材之情形，此觀健保署 109 年 3 月 31 日健保○字第 0000000000 號函附之調查表備註「資料來源：健保署三代倉儲：門診、住院及交付之明細及醫令檔(108.12.19 擷取)」自明，爰此，系爭保險對象是否由神經外科收治、執行手術或有無會診神經外科，均不影響此部分違規事實之認定，申請人所稱核難執為此部分之論據。

3. 關於申請人主張其中 71 件為保險對象於住院期間接受 2 次手術部分，尚有下列疑義待釐清：

- (1)申請人主張該等保險對象在同一次住院期間，因病情需要，接受 2 次以上手術治療，向保險對象收取神經外科磨研工具拋棄式特殊材料費用之當次手術，其手術健保碼不在以包裹支付之診療項目內，符合健保法規範，並無違反全民健康保險法第 68 條規定之情事云云，健保署意見書及補充意見固陳明，略以申請人以手術醫令代碼 83003C、83080B、83049B、83051B、83044B、83022C、64160B、83046B、83055B 等申報，非屬 103 年 9 月 1 日公告修正內含特材之手術項目，惟申請人前於 109 年 4 月 24 日函復該署調查結果時，並未逐案針對病患實際施行係屬內含醫材之健保手術抑或全部自費手術，暨如同時施行 2 種手術之特材使用情形予以說明，實難僅憑申請人本次事後所提供之片面資料逕予認定等語。

- (2)惟此部分經本部審查健保署提供申請人申報系爭保險對象 104 年 1 月至 108 年 10 月醫令明細(6,757 筆)之電子檔(EXCEL)，發現申請人確有為部分保險對象同一次住院申報 2 筆以上之不同執行時間之手術項目代碼，以在 3 年裁處權期間內之 23 件中，申請人有爭議之嚴○○等 7 位保險對象為例，彙整保險對象之住院期間、手術項目、醫令代碼、執行時間如下表：

	姓名	住院期間	醫令代碼	項目中文名稱	執行起迄時間
1	嚴○○	106/01/31-106/08/05	83039B	腦內血腫清除術	106/01/31-02/01
			83065B	開顱術摘除血管病變-腦血管瘤	
			83015C	顱骨切除術	106/02/01-02/02
			83049B	腦室腹腔分流手術	106/02/23
			83016B	頭顱成形術	106/06/02
2	吳○○	106/08/07-106/08/26	83019B	腦瘤切除-腦瘤大小六公分以上	106/08/14
			83080B	顱內壓監視置入	106/08/17
3	簡○○	106/07/21-106/08/26	83019B	腦瘤切除-腦瘤大小六公分以上	106/07/25
			83081B	立體定位術-切片	
			83051B	腦室體外引流	106/07/26
			83049B	腦室腹腔分流手術	106/08/02
4	戴金○○	106/07/18-106/08/30	83065B	開顱術摘除血管病變-腦血管瘤	106/07/18
			83049B	腦室腹腔分流手術	106/07/26
			83049B	腦室腹腔分流手術	106/08/02
5	彭○○	106/08/08-106/08/31	83081B	立體定位術-切片	106/08/10
			83088B	顱底瘤手術	
			83049B	腦室腹腔分流手術	106/08/25
6	黃○○	106/09/10-106/09/28	83081B	立體定位術-切片	106/09/12
			83088B	顱底瘤手術	
			83049B	腦室腹腔分流手術	106/09/15
7	張○○	106/04/21-106/10/02	83063B	顱內外血管吻合術	106/04/24

	續前頁		83065B	開顱術摘除血管病變-腦血管瘤	106/05/01
			83080B	顱內壓監視置入	
			83051B	腦室體外引流	
			83016B	頭顱成形術	106/07/12
			83049B	腦室腹腔分流手術	

(3)承上表所示，部分保險對象住院期間施行2次以上之手術，有內含特材之手術（如醫令代碼83039B、83065B等），亦有不包含特材項目之手術項目（如醫令代碼83049B、83051B等），申請人究係在執行哪一項手術時向保險對象收取特材費用？係於執行內含特材之25項手術（如醫令代碼83039B、83065B等）當時另向保險對象收取特材費用？抑或於執行不包含特材項目之手術項目（如醫令代碼83049B、83051B等）當時，依臨床所需，經民眾同意全額自費？卷無自費同意書等相關資料可稽，申請人主張是否可採？

(4)又「行政罰之裁處權，因三年期間之經過而消滅。」「前項期間，自違反行政法上義務之行為終了時起算。但行為之結果發生在後者，自該結果發生時起算。」為行政罰法第27條第1項及第2項所明定，本件109年7月17日健保○字第0000000000號罰鍰處分書附件「五倍罰鍰核算表」僅記載「保險對象身分證字號」「出院日期」「實際向民眾收取金額」，並無收費日期之記載，原卷亦無收據等資料可供查核，申請人何時向保險對象收取系爭特材費用？尚有未明，因攸關健保署以申請人有不當向保險對象收取自費，而裁處之3年裁處權期間之認定，亦有一併查明釐清之必要。

(三)綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。

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。

案例六

案情摘要

申請人為醫院負責醫師，該醫院經健保署查核發現保險對象自費進行結紮手術，未因任何疾病就醫，醫院虛報疾病就醫之醫療費用，前經健保署處以停約外科門診業務 2 個月，並移送司法機關偵辦，案經法院判決申請人緩刑確定後，健保署依行政罰法第 26 條、第 27 條、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 2 款及第 8 點等規定，後續裁處申請人罰鍰，並不違反一事不二罰原則。

衛部爭字第 1093406093 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、健保署 109 年 10 月 27 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨 (一)受處分人簡○○即申請人係○○醫院負責醫事人員，經該署 106 年 11 月 21 日至 12 月 5 日期間行政調查，發現○○醫院有明知保險對象係自費進行結紮手術，未因任何疾病就醫，卻仍刷健保卡並虛報疾病就醫之醫療費用計新臺幣（下同）3 萬 3,626 元之情事（虛報金額 3 萬 3,626 元係以違規點數 3 萬 5,780 點按○區醫院總額各季平均點值換算，違規情事詳如臺灣○○地方法院 108 年度○○字第 0000 號緩刑判決書及該署 106 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函）。 (二)上揭情事，核屬違反全民健康保險法第 81 條規定，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 2 款及第 8 點規定，處以醫療費用 2.5 倍罰鍰 8 萬 4,065 元（計算式：33,626 元 X 5X1/2=84,065 元）。 二、申請理由要旨 (一)其基於協助國家推行節育政策，同時減輕百姓負擔，為簡○○等 7 位做輸精管結紮手術，每人自費 3,000 元，向健保署申報醫療費用 3 千多元，加起來 6 千多元，比市面自費行情 8 千至 9 千元還少，何來詐欺取財？被判詐欺取財，實屬冤枉。 (二)一行為同時觸犯刑事法律及行政法上義務規定者，依刑事法律處罰之，顯見行政法是依附刑事法律。本案刑事判決，其犯罪所得已全數繳回健保署，爰不宣告沒收，健保署執意要罰，不僅違背上述原則，且加倍為 8 萬 4,065 元，不無重複懲罰之嫌。 (三)小醫院經營困難，因不諳規定，全無詐欺取財之意圖，向健保署申報費用而觸法，被健保署連賠帶罰 400 多萬元，加上總額給付減少 200 多萬元，共 600 多萬元，損失慘重，再處以罰鍰，請予免罰，或於緩刑 2 年

到期再罰。

三、健保署提具意見書及補充意見要旨

- (一) 該署經訪查簡○○等保險對象表示係單純因節育目的至○○醫院進行結紮手術，並未因生殖疾患等疾病就醫，○○醫院卻向該署申報保險對象疾病就醫之醫療費用，且又再向保險對象收取自費 3,000 元，以壓低自費價格（市場約為 6,000 元至 8,000 元），再用健保給付來補貼，此不正當行為已構成刑法第 339 條詐欺取財罪，並經臺灣○○地方法院刑事簡易判決緩刑 2 年在案。
- (二) ○○醫院上開違規行為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 款所定之構成要件，乃處以該醫院停約外科門診業務 2 個月，該署業以 106 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函同意○○醫院以扣減金額 324 萬 691 點抵扣該醫院 107 年 1 月 1 日至 107 年 2 月 28 日停止特約外科門診業務 2 個月，另○○醫院自行清查 101 年 11 月至 106 年 10 月期間申報錯誤醫療費用計 564 件，核計追扣 97 萬 4,280 點（詳 106 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函及追扣補付核定總表），綜上，計 421 萬 4,971 點。
- (三) 至申請人所稱總額給付減少 200 多萬元一節，因申請人並未提供相關資料，無從予以答駁。

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 點第 2 款及第 8 點。
- (三) 行政罰法第 26 條第 1 項、第 2 項、第 27 條第 1 項及第 3 項。

二、卷證

臺灣○○地方法院 108 年度○○字第 0000 號刑事簡易判決、健保署 106 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函等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，本件係健保署前於 106 年 11 月 21 日至 12 月 5 日派員訪查簡○○等 7 位保險對象，發現○○醫院有為該等保險對象施行健保不給付之自費輸精管結紮手術等處置，卻以疾病名義申報醫療費用計 3 萬 5,780 點之違規情事，乃以 106 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函核處○○醫院停約外科門診業務 2 個月，負責醫事人員簡○○即申請人於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，○○醫院及申請人並未提起申復，○○醫院並申請以扣減金額(324 萬 691 點)抵扣停約外科門診業務 2 個月，原核定即已確定在案。

- (二) 嗣健保署接獲臺灣○○地方法院 108 年度○○字第 0000 號刑事簡易判決，就○○醫院負責醫事人員簡○○即申請人之行為處以有期徒刑 3 月，緩刑 2 年，該署乃就前開已確定之 106 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函（停約函）所認定之違規事實，依行政罰法第 26 條、第 27 條、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 2 款及第 8 點等規定，後續裁處申請人 2.5 倍罰鍰計 8 萬 4,065 元。
- (三) 申請人雖主張 1. 一行為同時觸犯刑事法律及行政法上義務規定者，依刑事法律處罰之，顯見行政法是依附刑事法律，本案刑事判決，其犯罪所得已全數繳回健保署，爰不宣告沒收，健保署執意要罰，不僅違背上述原則，且加倍為 8 萬 4,065 元，不無重複懲罰之嫌；2. 其醫院已被健保署連賠帶罰 400 多萬元，加上總額給付減少 200 多萬元，共 600 多萬元，再處以罰鍰，請予免罰，或於緩刑 2 年到期再罰云云，惟除經健保署提具意見論明，如前所述外，復經本部審查卷附相關資料結果，認為所稱核不足採，分述如下：
1. 按行政罰法第 26 條第 1 項所謂一行為不二罰原則，係指一行為同時觸犯刑事法律及違反行政法上義務規定時，由於刑罰與行政罰同屬對不法行為之制裁，而刑罰之懲罰作用較強，故依刑事法律處罰即足資警惕，無一事二罰再處行政罰之必要，但如經檢察官為不起訴處分或法院為無罪、免訴、免刑、緩刑等裁判，未依刑事法律予以處罰，即無一事二罰之疑慮，此有行政罰法第 26 條立法理由可資參考，爰本件申請人係受緩刑之裁判，並未受刑事法律處罰，健保署自得依全民健康保險法第 81 條第 1 項規定為行政裁罰。
 2. 又特約及管理辦法第 42 條第 1 項所定：「依第三十八條至第四十條規定所為之停約或終止特約，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，保險醫事服務機構得報經保險人同意，僅就受處分範圍，以保險人第一次處分函發文日期之該保險醫事服務機構前一年受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住院業務申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約或終止特約期間。」，其立法意旨乃在為避免保險醫事服務機構因停約或終止特約期間，影響保險對象就醫權益，受處分之服務機構得報經保險人同意，核算扣減金額，抵扣執行處分期間，爰抵扣核屬停約之執行方式，並非行政罰，健保署前依○○醫院所請，以 106 年 12 月 28 日健保○字第 0000000000 號函同意以扣減金額（324 萬 691 點）抵扣該醫院 107 年 1 月 1 日至 107 年 2 月 28 日停止特約外科門診業務 2 個月，該扣減金額抵扣停約期間之執行，與本件依全民健康保險法第 81 條規定裁處之罰

緩，核屬二事。

3. 復按行政罰法第 26 條第 1 項及第 2 項規定：「一行為同時觸犯刑事法律及違反行政法上義務規定者，依刑事法律處罰之。但其行為應處以其他種類行政罰或得沒入之物而未經法院宣告沒收者，亦得裁處之。」、「前項行為如經不起訴處分或無罪、免訴、不受理、不付審理、不付保護處分、免刑、緩刑之裁判確定者，得依違反行政法上義務規定裁處之。」，同法第 27 條第 3 項規定：「前條第二項之情形，第一項期間自不起訴處分、緩起訴處分確定或無罪、免訴、不受理、不付審理、不付保護處分、免刑、緩刑之裁判確定日起算。」，是違規行為如經法院判決緩刑者，其行政罰之裁處權期間，自該緩刑判決確定日起算，本件健保署以系爭 109 年 10 月 27 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書裁處申請人罰鍰金額 8 萬 4,065 元，既在法定之 3 年裁處權期間內，於法即無不合，申請人所請免罰或俟緩刑到期再罰云云，於法無據。

- (四) 綜上，健保署處以申請人罰鍰 8 萬 4,065 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。

案例七

案情摘要

申請人為診所執業醫師，該診所經健保署查核發現保險對象至診所自費施打疫苗，並無同日看診疾病，診所卻虛報醫療費用，經健保署認定申請人負有行為責任，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條規定，核定不予支付費用 1 個月，申請人不服健保署核定，應於 30 日內向健保署申請複核，惟其於 2 個月後始為不服之意思表示，已逾 30 日法定申復期限。

衛部爭字第 1090028999 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、案件緣由及健保署核定文件內容 (一) 緣健保署於 108 年 3 月 19 日至 4 月 11 日期間，派員訪查申請人擔任執業醫師之○○○○兒科診所及保險對象，發現有保險對象至該診所僅自費施打疫苗，並無同日看診疾病，卻不實申報疾病診治醫療費用之情事，健保署乃以 108 年 5 月 6 日健保○字第 0000000000 號函處以○○○○兒科診所停止特約 1 個月，追扣違規申報醫療費用計新臺幣 10 萬 45 元(10 萬 188 點)，該診所負責醫師李○○於前述停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，該診所及其負責醫師李○○均未申請複核。 (二) 嗣健保署依臺灣○○地方檢察署 108 年度○字第 00000、00000 號緩起訴處分書(日期：109 年 1 月 15 日，被告李○○即○○○○兒科診所負責醫師及申請人即該診所執業醫師)內容，再於 109 年 2 月 19 日派員訪查訪問申請人，申請人對於該署前揭 108 年 5 月 6 日健保○字第 0000000000 號函及緩起訴處分書所列違規情事坦承不諱，願負共同行為責任在案，乃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，以 109 年 3 月 11 日健保○字第 0000000000 號函(初核)處申請人自 109 年 5 月 1 日至 31 日對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，函內同時載明申請人如不服該署所為之核定，得於收到核定通知後 30 日內申請複核。 (三) 申請人不服，於 109 年 5 月 12 日以掛號郵寄「全民健康保險爭議審議申請書」至本部，因尚未經健保署複核核定，經本部以 109 年 5 月 14 日衛部○字第 0000000000 號書函移請健保署辦理，並副知申請人。 (四) 案經健保署以 109 年 5 月 21 日健保○字第 0000000000 號函(複核)函知申請人，略以本件已逾 30 日法定申復期限，申請複核不受理，同函並載明若有不服，應於核定通知文件送達之次日起 60 日內申請審議等語。 (五) 申請人並未就前開健保署 109 年 5 月 21 日健保○字第 0000000000 號函(複核)申請審議，卻於 109 年 8 月 25 日就前開健保署 109 年 3 月 11 日

健保○字第 0000000000 號函(初核)不服，以掛號郵寄「訴願書」至本部，經本部依全民健康保險法第 6 條規定，以爭議審議事件受理。

二、申請理由要旨

- (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 12 條規定，爭審會對爭議案件之審定，自收受申請書之次日起，應於 3 個月內為之，逾第 1 項期間未為審定者，申請人得逕行依法提起爭訟救濟。其於 109 年 5 月 12 日提出爭議審議申請，衛生福利部於 109 年 5 月 13 日收文，已 3 個月未審定，故依法提起訴願(109 年 8 月 25 日)。
- (二) 健保署 109 年 3 月 11 日健保○字 0000000000 號函(初核)主旨段，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條規定，其自 109 年 5 月 1 日至 31 日對保險對象之醫事服務費用，不予支付，惟其因執業登記之○○○○兒科診所於 108 年 7 月 1 至 31 日停約，按前開規定已受停約處分。
- (三) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 1 項第 1 款規定，保險醫事服務機構未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者，保險人應通知其限期改善。其本人及○○○○兒科診所所在受 108 年 5 月 6 日健保○字第 0000000000 號函處分前未接獲健保署任何限期改善通知，故原處分違法應予撤銷。
- (四) 其看診時皆親自診察，如病人要求施打自費疫苗，仍需診察病人評估是否適合接種，故申報診察費。如病人需開立藥品亦同時開立，如有違反前開規定，其願接受通知限期改善。
- (五) 其因看診之○○○○兒科診所電子病歷系統於掛號頁面預設為健保身分，故偶有欲施打自費疫苗之病人掛號時未與櫃檯掛號人員表明，造成誤為健保身分，然其平時為求看診流暢，於處方藥物之欄位預設有常用之組裝藥物(俗稱套餐)。若當日核對病歷時遺漏針對更改該類病人之掛號身分為自費身分，便可能於日後申報作業時產生不慎申報診療費與藥費等過失，其已檢討改善申報流程，絕無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故意行為，與全民健康保險法第 81 條第 1 項之構成要件不符。
- (六) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 48 條之主體為「保險醫事服務機構」，其非「保險醫事服務機構」，故不適用之。

理 由

一、依據

- (一) 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 47 條及第 48 條第 1 項。
- (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、居家呼吸照護所適用)第22條第2項前段及第4項。

二、卷證

健保署108年5月6日健保○字第0000000000號函、109年5月21日健保○字第0000000000號函(複核)、業務訪查訪問紀錄、傳真查詢國內各類掛號郵件查單、健保署送達證書等影本及健保署意見書、補充意見。

三、審定理由

- (一) 按本件申請人就前開健保署109年3月11日健保○字0000000000號函(初核)主張「其於109年5月12日提出爭議審議申請，衛生福利部於109年5月13日收文，已3個月未審定」，乃向本部提出「訴願書」，經本部依全民健康保險法第6條規定，以爭議審議事件受理，先予敘明。
- (二) 查申請人不服之系爭健保署109年3月11日健保○字第0000000000號函(初核)，申請人已於109年3月13日知悉，此有記載收受或知悉行政處分年月日為「109年3月13日」之前揭「訴願書」可稽，亦有蓋具申請人執業處所之○○○○兒科診所及負責人李○○印章收受之傳真查詢國內各類掛號郵件查單影本附卷可按，申請人不服該函核定，原應依該函說明三所載「莊○○醫師如不服本署以上之核定，得於收到本通知後30日內，以書面向本署○區業務組申請複核，並以1次為限。」等語，於109年4月13日前(期間末日109年4月12日為星期日，延至星期一109年4月13日)向健保署(○區業務組)申請複核，惟申請人遲至109年5月12日始以掛號郵遞「全民健康保險爭議審議申請書」，向本部為不服之意思表示，此亦有中華郵政股份有限公司黏貼於申請人郵寄上開「全民健康保險爭議審議申請書」之信封上郵戳附卷可憑，案經本部依特約及管理辦法第48條第1項規定，移由健保署辦理，則健保署以申請人向本部為不服意思表示之日期109年5月12日為申復日期，認為申請人已逾30日法定申復期限，爰申請複核不受理，經核並無不合。
- (三) 申請人雖主張1.其於109年5月12日提出爭議審議申請，衛生福利部於109年5月13日收文，已3個月未審定，故依法提起訴願；2.特約及管理辦法第48條之主體為「保險醫事服務機構」，其非「保險醫事服務機構」，故不適用云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：
 1. 健保署意見書陳明，略以該署2處分(○○○○兒科診所及申請人)形式上雖各自獨立，實質上仍有高度牽連，就救濟程序而言，系爭醫療院所依據特約及管理辦法第48條之規定，須於收受該署處分函30日內，以書面向該署提出，否則不予受理，該條文雖僅規定「保險醫事服務機構」而無「行為責任醫師」之用語，惟揆諸同辦法第47條規範「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人

員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。(第1項)前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。(第2項)」，該行為醫師所受之不予支付處分既視為受停約或終止特約之處分，相關救濟程序自亦應相互準用等語。

2. 又特約及管理辦法第48條第1項規定：「保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。」，而受健保署依特約及管理辦法處分之受處分對象，除保險醫事服務機構外，尚有基於同一違規事實併同受處分之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，該等人員與保險醫事服務機構既同基於特約及管理辦法受有處分，如有不服，自應依特約及管理辦法所定之救濟程序尋求救濟，以達一致性之處理，類此受處分人為負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員不服健保署核定之案件，亦皆經申復程序循序行政救濟，此有臺北高等行政法院104年度訴字第1310號判決及106年度訴字第1722號判決可資參考。

3. 再按「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。」為全民健康保險法第6條所明定。本件健保署109年3月11日健保○字第0000000000號函(初核)說明三已附記不服之救濟方法，已如前述，申請人卻逾30日申復期限(109年4月13日)後之109年5月12日始以掛號郵寄「全民健康保險爭議審議申請書」向本部申請爭議審議，即未經健保署複核程序，經本部移由健保署為109年5月21日健保○字第0000000000號函複核後，申請人亦未就該複核函申請爭議審議，卻針對「109年3月11日健保○字第0000000000號函」(初核)提出「訴願書」，即與前開應先申請爭議審議之救濟程序不符。

(四) 綜上，健保署函復申請人，略以申請人已逾30日法定申復期限，申請複核不受理等語，並無不合，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。

伍、其他-重大傷病證明之核發

案例一

案情摘要

依卷附就醫資料顯示，申請人之臨床表現符合「再生不良性貧血」之診斷，健保署未准核發重大傷病證明，即有未洽。

衛部爭字第 1093405774 號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。
事 實	一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○○○○○○○○○醫院。 二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「再生不良性貧血(診斷代碼：D619)」。 三、核定內容： 本件經審查醫師審查，認為申請人 hypocellular MDS, not SAA，不符合全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 (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 3 項(三)。 二、健保署提具意見 該署併全案再送專業審查認定，審查意見為：查 109 年 5 月 14 日流式細胞儀(flow cytometry)報告，發育不良骨髓增生異常綜合症(Hypoplastic MDS)是申請人之診斷。全血細胞減少症(Pancytopenia)可以有很多，但再生不良性貧血(SAA)診斷必須符合 Camitt 標準，且 ANC(絕對嗜中性白血球) <500/uL、Reticulocyte count(網狀紅血球計數) < 20,000/uL、周邊血液骨髓無芽細胞(Blast)，只有 SAA(重型再生不良性貧血)及 VSAA(極重型再生不良性貧血)才核發重大傷病證明，故不同意核發重大傷病證明。 三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「病理報告」(收件日期：109 年 5 月 14 日、6 月 11 日及 10 月 19 日，報告日期：109 年 5 月 19 日、6 月 22 日及 10 月 27 日)、「診斷證明書」(開立日期：109 年 7 月 17 日及 9 月 14 日)、「檢驗報告」(109 年 5 月 14 日)顯示： (一) 申請人於 109 年 5 月 14 日(收件日期)之骨髓切片病理報告及臨床診斷固為 hypocellular MDS (hypocellular Myelodysplastic Syndromes，發育不良骨髓增生異常綜合症)，

	惟隨著病程變化，109 年 6 月 11 日(收件日期)第 2 次骨髓切片之病理報告記載造血組織占比僅為<5%，且臨床診斷於 109 年 7 月 17 日開立之診斷證明書已修正為再生不良性貧血；另 109 年 9 月 14 日開立之診斷證明書記載申請人於 109 年 6 月 19 日治療前之中性球僅 120/uL，血紅素值為 7.6g/dL，血小板 17k/uL，符合重度再生不良性貧血之診斷。 (二) 再依申請人於 109 年 10 月 19 日(收件日期)第 3 次骨髓切片之病理報告記載，cellularity < 1%，CD34(+)的 immature cell not increased，顯示申請人骨髓內更嚴重造血組織成分之減少，且不成熟之造血細胞並未增加，更加確認申請人罹患重度再生不良性貧血之現況。 (三) 況依臨床經驗，MDS(不良骨髓增生異常綜合症)之病程進展，或可演變為急性骨髓性白血病，亦可演變為再生不良性貧血(aplastic anemia)。 (四) 承上所述，申請人雖曾有發育不良骨髓增生異常綜合症(hypocellular MDS)之狀態，惟在 109 年 7 月起之臨床表現及診斷，已是系爭再生不良性貧血(疾病代碼為 D61.9)之診斷。 (五) 綜合判斷：同意核發重大傷病證明。 四、綜上，健保署未准核發重大傷病證明，即有未洽，爰將原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。 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。
--	---

案例二

案情摘要

依卷附檢驗資料尚不足以支持申請人之病情符合第一型糖尿病之診斷，健保署未准核發重大傷病證明，並無不合。

衛部爭字第 1103400353 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○醫院。 二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「第一型糖尿病，伴有高血壓（診斷代碼：E1065）」。 三、核定內容： 本件經專業審查結果，認為申請人不能排除為 LADA(成人隱匿性免疫性糖尿病)，與全民健保重大傷病所謂之第一型糖尿病不完全符合，不同意發給重大傷病證明。
理由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 (二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條之附表一全民健康保險重大傷病項目第 7 項 (二)。 二、健保署提具意見 本件併全案再送請專業審查，審查意見為：1. 臨床上不像 T1DM(第一型糖尿病)，比較像 LADA(成人隱匿性免疫性糖尿病)。2. 為何血糖如此高？因為用類固醇藥物(prednisolone)治療 Asthma(氣喘)有關，所以血糖不易下降，故不同意核發重大傷病證明。 三、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) 申請人於 109 年 9 月 19 日(檢體日期)之 Glucagon test(升糖素試驗)，在施打 Glucagon(升糖素)前後之 C-peptide(C-胜肽)各為 0.26 ng/mL、0.37 ng/mL，109 年 11 月 27 日(檢體日期)之 Anti-GAD Ab.[Glutamic Acid Decarboxylase Antibody]檢驗值為 43.40 U/mL(≥ 10 IU/mL 為陽性)，Anti-IA2(Islet Antigen 2) 檢驗值為 750 U/mL(≥ 7.5 U/mL 為陽性)，固均呈現陽性，惟該等檢驗資料尚不足以支持申請人之病情符合第一型糖尿病(Type 1 diabetes mellitus)之診斷。 (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。 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。
--	---

陸、程序事項

案例一

案情摘要

申請人申請審議未檢附健保署原核定通知文件，不合法定程式，經本部通知補正後，屆期仍未依規定補正，應不予受理。

衛部爭字第 1103400125 號

審 定		
主 文	申請審議不予受理。	
理 由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款 「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。」
	審定理由	一、案件緣由 申請人於 110 年 1 月 11 日郵寄「郵局存證信函」至本部，主張其申貸全民健康保險紓困基金貸款，金額全數繳清，卻在 110 年收到健保署 94 年 6 月、7 月的催繳通知書，16 年前的單據有哪位人士有辦法留底複查，依行政程序法規定，公法之請求權，於請求權人為行政機關時，除法律另有規定外，因五年間不行使而消滅，其先行繳完新臺幣(下同)2,178 元，請衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）退費云云。 二、案經本部於 110 年 1 月 12 日以衛部○字第 0000000000 號書函知申請人，略以經查前揭存證信函未載明健保署原核定通知文件之日期及文號，亦未檢附原核定通知文件，程式不合規定，倘申請人係對於健保署所為之核定不服，請於文到之日起 20 日內，將原核定通知文件（影本）以掛號郵寄本部全民健康保險爭議審議會，屆期不補正者，即不予受理等語。 三、申請人遂持前開相同主張，請求「免繳 94 年 6 月至 94 年 7 月保險費或免繳保險費 2,178 元」，於 110 年 1 月 18 日（本部收文日）郵寄全民健康保險爭議審議申請書及「全民健康保險紓困基金貸款明細表」影本、「○○○國際(股)公司代收(代售)專用繳款證明(收據)」影本到部。惟查該「全民健康保險紓困基金貸款明細表」、「○○○國際(股)公司代收(代售)專用繳款證明(收據)」係申請人前於 93 年 5 月 6 日申貸全民健康保險紓困基金貸款，尚有貸款 2,178 元未清償，健保署催繳貸款之通知及申請人至超商繳納貸款

		之收據，均非健保署就全民健康保險事項所為之原核定通知文件，且健保署與民眾間之紓困貸款，性質屬民事金錢借貸關係，如有爭議應循民事訴訟途徑處理，並非健保爭議審議之範圍。 四、綜上，申請人申請審議未檢附健保署原核定通知文件，不合法定程式，經本部通知補正後，屆期仍未依規定補正，自屬程式不符，應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款規定，審定如主文。
--	--	--

案例二

案情摘要

申請人未於收受繳款單之次日起 60 日內申請審議，已逾申請審議法定期限，應不予受理。另紓困貸款分期繳款單，係申請人向全民健康保險紓困基金申請貸款，健保署開立紓困分期繳款單交由申請人分期清償貸款，乃健保署與申請人間之民事金錢借貸契約，如有爭議應循民事訴訟途徑處理，申請人對之申請審議，亦應不予受理。

衛部爭字第 1093405896 號

審 定		
主 文	申請審議不受理。	
理 由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項、第 4 條、第 5 條第 1 項、第 18 條第 1 項第 2 款及第 6 款。
	審定理由	一、繳款單內容 (一) 109 年 5 月 29 日列印補發之保險費欠費繳款單 計收申請人 106 年 12 月至 109 年 4 月保險費新臺幣（下同）2 萬 1,721 元。 (二) 109 年 6 月 4 日列印核發之紓困貸款分期繳款單 紓困貸款分期第 1 期至第 29 期各 749 元，共計 2 萬 1,721 元。 二、關於 109 年 5 月 29 日列印補發之保險費欠費繳款單部分 (一) 按「申請人申請審議，應於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書（以下

	稱申請書)，向全民健康保險爭議審議會（以下稱爭審會）提起之。」為全民健康保險爭議事項審議辦法第4條所明定。 (二) 申請人於109年11月9日(本部收文日為109年11月10日)檢附上開繳款單，向本部申請審議，經查申請人於「全民健康保險爭議審議申請書」之「收受或知悉日期」欄並未填列其收受或收悉日期，而所附之繳款單為影本，背面為空白，無從顯示該繳款單有教示救濟方法及期間之相關記載，此部分經健保署意見書及補充意見陳明，略以109年5月29日列印之繳款單係民眾現場臨櫃補單，又申請人於109年6月4日至該署○區業務組○○聯絡辦公室申請經濟困難認定，並向全民健康保險紓困基金申請貸款金額2萬1,721元，另該署寄發之保費繳款單屬制式化表單，背面均印有教示條款，而所附繳款單背面全民健保保險費及補充保險費相關說明亦載明『投保單位、保險對象或扣費義務人對於本單之核定如有不服，請於收到本單60日內，向全民健康保險爭議審議會申請審議，逾期不予受理』等語，顯示申請人已於109年5月29日收受該繳款單，並於6月4日就該繳款單所列106年12月至109年4月保險費欠費2萬1,721元申請紓困貸款，申請人對於系爭保險費倘有不服，即應自109年5月29日臨櫃補單收受前開繳款單之次日起60日內（期間末日為109年7月28日）申請審議，惟申請人遲至109年11月9日始郵寄申請書申請審議，有中華郵政股份有限公司黏貼於申請人郵寄爭議審議申請書信封上之郵戳日期可按，則此部分審議之申請，已逾前開60日法定申請期限，應不予受理。 三、關於109年6月4日列印核發之紓困貸款分期繳款單部分 (一) 按「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」為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 款所明定。是爭議審議乃全民健康保險之保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人（即健保署）所為之核定，認為損害其權利或利益，請求救濟之方法，合先敘明。 （二）申請人固檢附此部分紓困貸款分期繳款單影本，一併向本部申請審議，惟依卷附「全民健康保險紓困基金貸款申請書」及「全民健康保險紓困貸款撥付通知書」等資料顯示，此部分係申請人同意由健保署代為清償保險費欠費，於 109 年 6 月 4 日向全民健康保險紓困基金申請貸款 2 萬 1,721 元，並自 110 年 7 月起分 29 期清償貸款，健保署開立此部分 29 紙紓困分期繳款單交由申請人自 110 年 7 月起分期清償貸款，此乃健保署與申請人間之民事金錢借貸契約，如有爭議應循民事訴訟途徑處理，申請人對之申請審議，亦應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 2 款、第 6 款規定，審定如主文。
--	--	--

案例三

案情摘要

健保署函文內容係有關一般保險費自付額負擔比率及計收補充保險費之法規說明，尚不因該說明對申請人權益發生得喪變更之具體法律上效果，僅係觀念通知，非核定案件，申請人對之申請審議，應不予受理。

衛部爭字第 1103403658 號

審 定		
主 文	申請審議不予受理。	
理 由	依據	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。
	審定理由	一、案件緣由及健保署 110 年 10 月 20 日健保○字第 0000000000 號函要旨 (一)申請人於 110 年 10 月 13 日以目前無規劃時薪投保薪資級距，只有勞退金薪資級距，且未搭配時薪實際時數及日數設計，無法計算合理之勞保自付額，二代健保補充保費亦只有規定單位負擔之百分比比例，並未規定員工之負擔百分比比例云云，向勞動部陳情，案經勞動部於 110 年 10 月 15 日以勞動保○字第 00000000000 號書函轉請健保署辦理。 (二)經健保署於 110 年 10 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以： 1. 全民健康保險法第 34 條及第 31 條規定略以，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 27 條規定應負擔之保險費，按月繳納。員工(即保險對象) 如有所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金及非所屬投保單位給付之薪資所得(即兼職所得)，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。故投保單位及保險對象均為補充保險費計收對象。 2. 另全民健康保險法第 27 條規定略以，保險費負擔規定，第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目及第 3 目被保險人及其眷屬自付 30%，投保單位負擔 60%，其餘 10%，由中央政府補助。故投保於公、民營機構或有一定雇主之受僱者之保險費，由被保險人自付 30%，並按月由投保單位負責扣、收繳。

	二、申請人檢附健保署前揭 110 年 10 月 20 日健保○字第 0000000000 號函影本，向本部申請審議。 三、審定理由 (一) 按「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」為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 款所明定。是爭議審議乃全民健康保險之保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人（即健保署）所為之核定，認為損害其權利或利益，請求救濟之方法。又行政機關若僅係就某一事件之真相及處理之經過，通知當事人並未損及其任何權益，乃典型之觀念通知，並未直接對外發生法律效果，自不得作為行政爭訟之標的，另行政機關就法令所為之釋示，並非本於行政權而對人民所為發生法律效果之單方行政行為，自不能認屬行政處分，有行政法院 59 年判字第 79 號及 245 號判決可資參照。 (二) 查本件系爭 110 年 10 月 20 日健保○字第 0000000000 號函，僅係健保署就全民健康保險法第 27 條、第 31 條及第 34 條有關一般保險費自付額負擔比率及計收補充保險費之法規說明，尚不因該說明對申請人權益發生得喪變更之具體法律上效果，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，自有未合，應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款規定，審定如主文。
--	---

全民健康保險爭議審議統計與案例彙編（十一）

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. 十一/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 111.12
面；公分
ISBN 978-626-7137-75-8(平裝)

1. CST：全民健康保險 2. CST：保險法規

412.56

111018257

編著者：衛生福利部全民健康保險爭議審議會

發行人：薛瑞元

總編輯：張玉霞

編輯：楊樹梅、呂秀樺、林嘉慧、黃麗貞、許博智、陳胤瑜、
謝孟珊、薛紫鳳

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 111 年 12 月

定價：新臺幣 380 元整

ISBN：978-626-7137-75-8

GPN：1011101785