

審 定

主 文 申請審議駁回。

事 實

一、案件緣由及健保署核定內容要旨

(一) 本件健保署於 110 年 8 月 20 日至 112 年 2 月 9 日期間派員訪查申請人診所負責醫師○○○、執業醫師○○○、○○○、○○○，及○○○等 14 位保險對象，發現申請人有就保險對象自費健檢及慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，卻虛報○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等 14 位保險對象醫療費用計 2 萬 187 點(3 年裁處權期間)，以及未經醫師診斷逕行開立處方箋，申報醫療費用 2 萬 9,263 點(3 年裁處權期間)，另有未依規定向保險對象收取部分負擔等違規情事，經健保署依全民健康保險法第 81 條第 1 項、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約及管理辦法)第 36 條第 5 款、第 37 條第 1 項第 2 款、第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項、特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款等規定，以 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(初核)，核處申請人診所違約記點 1 點(未收取部分負擔部分)、追扣及扣減醫療費用 10 倍金額計 32 萬 1,893 點(申報未經醫師診斷之醫療費用部分，點值換算為 30 萬 8,935 元)，另虛報醫療費用 2 萬 187 點部分，處以申請人診所於 112 年 6 月 1 日至 30 日期間停止特約 1 個月，申請人診所負責醫師○○○及負有行為責任醫師○○○、○○○、○○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

(二) 申請人不服，就停止特約部分申請複核，經健保署重行審核，其中以○○○醫師名義申報保險對象○○○110 年 5 月 3 日診察費 390 點部分撤銷，其餘維持原核定，於 112 年 5 月 18 日以健保○字第 0000000000 號函(複核)核復仍維持核處申請人診所停止特約 1 個月(期間為 112 年 7 月 1 日至 31 日)，申請人診所負責醫師○○○、負有行為責任醫師○○○、○○○及○○○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。

二、申請人不服前開健保署 112 年 5 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(複核)，申請爭議審議，申請理由要旨如下：

(一) 原核定將慢性病患視為身體健康無恙之人，認定非因病就醫，大玩是病非病，既有病又沒病之文字遊戲，足認裁量及認事用法顯有恣意。查原核定得裁罰心證之理由，係認為其「自費健檢及慢性病定期追蹤採檢，未因病就醫且未經醫師診治」而有可議，惟既是慢性病定期追蹤採檢，原核定都白紙黑字肯認慢性病是「病」，並認為該採檢屬於慢性「病」的

定期追蹤，則何以慢性病患前往其診所進行定期追蹤採檢，卻會被歸類為「未因病就醫」？原核定一面認定病患罹有慢性「病」，另面卻又認定「慢性病不是病」而屬於「未因病就醫」，正面一套標準，反面一套標準，但兩套標準完全沒有一致標準，顯然認定事實淪於恣意而有可議，是原核定洵應撤銷。

(二) 其縱未經醫師診治而請領健保給付，原核定捨構成要件明確之法條不予適用，逕依不確定法律概念之嚴苛罰責裁處停約核定，適用法律明顯違反比例原則之最小侵害原則，洵難謂無裁量濫用之可議。特約及管理辦法第五章「保險醫事服務機構之管理」之條文結構，略為第 35 條限期改善、第 36 條違約記點、第 37 條扣減申報醫療費用 10 倍金額、第 38 條停約 1 個月、第 39 條停約 1 至 3 個月、第 40 條終止特約，法條架構清晰，處罰內容由輕而重，層次明確，違約個案本應依情節輕重不同而適用相關法條，俾求核定適法，罰當其責。特約及管理辦法第 39 條之核定內容，僅稍輕於第 40 條終止特約，顯然該條洵為違規情節嚴重，惡性及故意幾無可逕情狀下之處罰手段，尤其該條第 4 款之法文用語為「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」，其中「其他不正當行為」一來洵屬不確定法律概念，二來既為「其他」，解釋上允宜在遍翻特約及管理辦法均無可適用情況下，始予援引，故適用該條洵屬最後手段而應更加慎重，此為特約及管理辦法第五章體系解釋下之必然。

(三) 另揆諸原核定附表 1(○○診所違規說明-虛報醫療費用，下同)「訪問保險對象摘要欄」，所有受訪者均有「未進診間看診，由護士小姐帶至抽血室抽血並留尿後即離開」之類此陳述，顯然申請人確實曾為保險對象提供醫事服務，故其診所縱有違章，惟違規情節顯與特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」符合，洵應依該條論處。再者，特約及管理辦法第 39 條第 1 款至第 3 款之違規情狀，都涉有刑法詐欺及偽造文書罪章之構成要件該當，職是，同條第 4 款之「其他不正當行為」，洵應解釋為在違規程度已可上網至刑事犯罪情況下始有適用，此為法條體系解釋上之必然。惟原核定附表 1 所有接受訪談之保險對象，均坦承確實接受抽血留尿等醫事服務，其並非「病患根本未到診而虛報醫療費用」，亦非「以無中生有之假病患資料申報醫療費用」、更非「無病裝病申報醫療費用」，其縱於申報醫療費過程涉有違反特約及管理辦法之未洽，亦純屬申報瑕疵，洵為程序問題而全無詐領惡意及實質違法性，允難遽依特約及管理辦法第 39 條第 4 款之重大違規條款，率爾責以停約之強烈核定。

(四) 況我國刑法第五章由輕而重之「罰金、拘役、有期徒刑、無期徒刑、死刑」5 種刑罰，顯然停約核定之違法性及處罰力道已等同刑法之無期徒

刑，試問其申報程序縱有不當而值得非難，縱有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之違規事實，惟舉凡違法性、可歸責性、惡性，均有重大到要祭出等同於刑法無期徒刑之極端核定嗎？本件均無對其權益侵害較小之替代手段可資採用嗎？特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款明白規定「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」應扣減 10 倍申報之醫療費用，何以原核定捨違約情狀與法文規定完全相符之第 37 條第 1 項第 2 款，遽援引第 39 條第 4 款，執最後才應適用，屬於不確定法律概念之「其他不正當行為」給予其停約重罰。

(五) 又原核定附表 1 所有保險對象均為慢性病患者，其等縱有某月某日「未進診間看診，由護士小姐帶至抽血室抽血並留尿後即離開」等情，惟其等既在該「某月某日前」，均曾因高血壓、高血脂、高膽固醇、高尿酸及糖尿病等慢性病前往其診所就診，或為確診之慢性病人、或為具有疾病因子之高風險族群，則「某月某日當日」就醫採檢，即非「未因病就診」，既是因病就診，其診所就不是沒病卻虛報醫療費用，原核定認定其診所涉有「保險對象未因疾病就醫及看診」之違規，進而以虛報申請費用痛下裁罰，其實有委屈。

(六) 其對於原核定附表 2(○○診所違規說明-申報未經醫師診斷逕行提供醫事服務費用，下同)遭認定之違規事實，願依特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款規定認罰而追扣並扣減醫療費用 10 倍金額，惟原核定附表 1 與附表 2 既為同樣之違約事實，原核定如何能遽然引用特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定，就原核定附表 1 部分予以停約 1 個月，致相同事實割裂適用不同規定，實則原核定附表 1 保險對象所罹之慢性疾病，本應每 3-6 個月進行 1 次複檢追蹤，惟礙於慢性病患之病識感因人而異，縱其等在某月某日踏入其診所前，主觀上覺得自己沒病，縱其等腦子裡的認知只是單純去做健康檢查，惟該次抽血留尿，洵屬與再前一次慢性病就診具有接續性之診療行為，實為為了下次回診追蹤病情而作之預先準備，洵難謂非因病就診，其並非無端進行無謂檢查，且確實提供醫事服務，保險對象既均因程度不同之慢性病纏身而前來尋求醫治，則原核定附表 1 之違約情狀，即與特約及管理辦法第 39 條各款已涉及刑法詐欺與偽造文書罪之違約態樣程度有別、犯意殊異。職是，其診所申報醫療費用流程或有未洽，惟實難遽謂已達「以虛偽之證明、虛偽之報告或虛偽之陳述」惡意申報醫療費用之境，原核定在其初次受檢，並非累犯且違章程度洵非極惡不赦情況下，從重適用停約核定，實有過苛，況無限期改善或輔導改正等行政指導手段，是否全無行政程序法第 7 條比例原則之適用，非無探求之餘地，望撤銷原核定命改依特約及管理辦法第 37 條規定，另為適法之核定。

三、健保署提具意見要旨

- (一) 按全民健康保險法第1條第2項規定：「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。」，同法第40條規定：「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。」，準此以觀，前開規定已明確區別患者就醫身分，保險對象因疾病、傷害或生育事故時，以健保身分就醫，醫療費用應由健保支付，惟自費檢查非本保險給付範圍，應由民眾自行支付費用，故有關自費健康檢查後相關檢查結果報告說明之回診，應仍屬該次健康檢查作業之範圍，特約醫療院所不得向該署申報相關醫療費用。經查保險對象○○○證詞皆為自費健檢，未因疾病就醫看診，領取檢驗報告時亦未看診，且申請人診所110年3月15日與111年2月28日病歷處方皆有「PS1 都會上班族」自費健檢套餐之註記，另110年3月15日、111年2月28日及111年8月25日等3次檢驗報告項目完全一致且註記為「PS1 都會上班族」自費健檢套餐項目，且歷次就診皆未開立用藥處方，與疾病就醫常規顯有不合，故研判申請人診所虛報醫療費用，已臻明確。申請人既有以保險對象自費健檢，非因疾病就醫，卻以疾病名義刷卡虛報醫療點數之情事，自該當於特約及管理辦法第39條第4款所示「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」要件。
- (二) 申請人診所除將前揭自費健檢偽以疾病申報健保費用外，另經訪查13名保險對象亦明確表示於採檢當日均由護理人員執行抽血並留尿後旋即離開診所，未進診間看診，縱令病患先前有慢性病史，惟採檢時未經醫師診治，申請人診所係於渠等保險對象因慢性病回診所抽血檢驗當日，實際上並未提供「診察」服務，卻以疾病診斷虛報診察費等無中生有之不正當行為，實為明確，已該當於特約及管理辦法第39條第4款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」要件。
- (三) 本案違規情事，係經隨機抽訪14名申報檢驗項目之保險對象，即全數有未診治保險對象，虛報醫療費用之違規情事，其中保險對象○○○甚至表示不論採檢、領取檢驗報告皆未經醫師診治，係單純自費檢查未因病就醫，惟申請人診所卻偽以疾病診斷申報健保費用，其餘13名保險對象皆明確表示於採檢當日均由護理人員執行抽血並留尿後即離開，未進診間看診，本案隨機抽訪保險對象，即全數均有虛報醫療費用之違規情事，顯見此等違規情事並非偶發，經綜整受訪保險對象與申請人負責醫師、行為責任醫師之說詞、調閱之相關病歷、處方箋及申報資料，據現有事證依經驗、論理法則予以研判申請人診所虛報診察費，本案「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之違規事證已

臻明確，依全民健康保險法第 81 條、特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 47 條規定予以停約 1 個月，並未違反比例原則，該署核處並無不當。

- (四) 按最高行政法院 75 年度判字第 309 號判例要旨「行政罰與刑罰之構成要件雖有不同，而刑事判決與行政核定，亦原可各自認定事實，惟認定事實須憑證據，倘無證據足資認定有堪以構成行政罰或刑罰要件之事實存在，即不得僅以推測之詞予人處罰」，準此，該署依特約及管理辦法之規定所為之核定，與刑事法院認定犯罪是否成立及應科處何種刑罰，其性質有別，二者就事實認定要求亦有不同，行政罰認定違規之證據證明力，以「優勢證據」為已足，故如有足資佐證之合理證據，即得本於職權認定事實，不受相關刑事判決所拘束。復按臺北高等行政法院 100 年度訴字第 183 號判決，略以「全民健康保險法第 55 條第 2 項（現為同法第 66 條第 1 項）授權主管機關訂定管理辦法（即特約及管理辦法）藉以管控保險醫事服務機構之品質。而此品質之管控，非僅限於醫療成效，該機構之管理制度、人力規劃亦屬品質評價之重要標準…但因管理、人力規劃之疏失而造成醫療資源之無端流失或浪費者，亦非屬適當與之締約之醫事服務機構，應停止特約一定時間，俾令其改正。是前開管理辦法第 66 條第 1 項（現為特約及管理辦法第 39 條第 1 項）所示各款應停止特約之情節，乃就保險醫事服務機構品質高低，而有不同處過方式選項，係以管控一定品質為目的，非以保險醫事服務機構有違章故意為要件，亦即，苟有上開條文各款情事，不論故意或過失，均足徵該保險醫事服務機構品質堪慮，而有停止特約之必要。」，另最高行政法院 109 年度上字第 6 號判決，略以「特管辦法關於停止特約一定期間之規定，乃公法上應為不利處置之強制規定，為保險人排除因保險醫事服務機構從事特定情事所發生之國民健康之危害，並防止該危害之發生及擴大，所為具有保全性質之措施；而非對於違法而有責之行為，給予應報性處罰性質之行政罰，其性質屬單純不利行政處分，故不以故意過失為要件，是縱使上訴人主張其對本件違章情形並不知情屬實，亦難作為有利於其之認定。」，該署依法辦理全民健保業務，依職權調查查獲申請人診所所有未診治保險對象，虛報醫療費用之違約事證，依特約及管理辦法第 39 條所定給予停約核定，並不以故意或過失為要件，亦與刑罰有別，申請人所主張，尚無理由。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第

2 點第 1 款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、訪查報告、查處表、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、病歷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，本件係緣起於健保署接獲○○市衛生局函轉民眾反映至申請人診所就醫，實際領取藥物與健保 APP 資料不同，健保署乃立案查核，並於 110 年 8 月 20 日至 112 年 2 月 9 日期間訪查包含系爭○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等 14 位保險對象，以及申請人診所負責醫師○○○、執業醫師○○○、○○○、○○○，發現系爭保險對象至申請人診所或自費健檢，未因疾病就醫看診，檢查及自費健檢領取檢驗報告當天均未給醫師看診(○○○)，或做國民健康署免費成人健檢，檢查當天未給醫師看診(○○○111 年 3 月 1 日及○○○111 年 5 月 8 日)，或因慢性病(高血壓、B 型肝炎、糖尿病、高血脂、膽固醇過高、尿酸過高、痛風等)定期檢查追蹤，採檢檢體當日由護理人員執行，並未進診間看診(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○111 年 6 月 24 日及○○○111 年 8 月 6 日)，惟申請人診所卻申報系爭○○○等 14 位保險對象 110 年 1 月至 111 年 9 月期間未實際看診之醫療費用計 2 萬 187 點(除○○○為整筆申報之醫療費用外，其餘 13 位保險對象為診察費，複核排除○○○110 年 5 月 3 日診察費 390 點，減列為 1 萬 9,797 點)，此有經該等保險對象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及病歷等影本附卷可稽，健保署依全民健康保險法第 81 條第 1 項、特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項、特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點等規定，核定申請人診所停止特約 1 個月，申請人診所負責醫師○○○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，揆諸前揭規定，並無不合。

(二) 申請人雖主張 1. 原核定肯認慢性病是「病」，何以慢性病患前往其診所定期追蹤採檢，被歸類為「未因病就醫」？保險對象在某月某日踏入其診所前，主觀上覺得自己沒病，縱認知只是單純做健康檢查，惟該次抽血留尿，洵屬與再前一次慢性病就診具有接續性之診療行為，實為下次回診追蹤病情而作之預先準備，洵難謂非因病就診；2. 未經醫師診治而請領健保給付，違規情節與特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」相符，應依該條論處，允難遽依特約及管理辦法第 39 條第 4 款之重大違規處以停約，違反比例原則之最小侵害原

則；3. 原核定附表 1(○○診所違規說明-虛報醫療費用)與附表 2(○○診所違規說明-申報未經醫師診斷逕行提供醫事服務費用)既為同樣之違約事實，原核定如何能遽然引用特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定，就原核定附表 1 部分予以停約 1 個月，致相同事實割裂適用不同規定云云，惟業經健保署前開意見書陳明外，復經本部審查卷附相關資料，認為所稱核不足採，理由分述如下：

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。」全民健康保險法第 1 條第 2 項訂有明文，又「保險對象是要健檢、打預防針，但卻掛號取得醫療序號，該保險對象實無就診求醫之意願，醫師嗣知悉民眾並無『有病就診』之主觀意願時，即應退掛號，不應申報該醫療序號之醫療費用」、「若自費減重病人主觀認為該等症狀有另行就醫必要，當然可以使用健保掛號看診，但醫療單位不能在自費減重病人並無『使用健保卡看診之主觀意願』時，自行將前揭伴隨症狀抽離，用以申報醫療費用…否則即屬虛報及冒刷（健保卡）。若醫療單位果將冒刷之病症（失眠）載入病歷用以申報費用，因無健保看診之實，仍屬假造病歷。」此分別有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 650 號判決及 105 年度訴字第 329 號判決意旨可資參照，是政府辦理全民健康保險之目的，僅限於保險對象因疾病、傷害及生育等事故，始由特約院所依全民健康保險法第 40 條第 1 項提供保險醫療服務，保險對象因自費健檢、成人預防保健檢查至特約院所，檢查當天是否因疾病就醫，應以保險對象是否具「有病就診」之主觀意願為判斷依據，若無主觀就診之意願，特約院所即不能申報醫療費用，否則即屬虛報。系爭○○○、○○○（111 年 3 月 1 日）及○○○（111 年 5 月 8 日）等 3 人至申請人診所係自費健檢或做國民健康署免費成人健檢，詎申請人卻向健保署申報醫療費用，健保署認屬虛報，核無不妥。
2. 另依卷附健保署訪查訪問紀錄顯示，○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○（111 年 6 月 24 日）及○○○（111 年 8 月 6 日）因慢性病定期追蹤採檢當日，僅由護理人員抽血、留尿後離開，並未給醫師看診，已如前述，申請人診所於該等保險對象採檢當日，既無醫師診察之事實，卻製作不實病歷，向健保署申報醫師看診之診察費，考其違規情節已該當特約及管理辦法第 39 條第 4 款所定「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之構成要件，經健保署列入原核定附表 1，以虛報醫療費用論處，另部分保險對象受訪時一併陳述申請人診所會主動電話通知回診檢查（○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○）、或陳述申請人診所會給下次抽血檢查時間之預約單

(○○○、○○○)、或陳述檢查是預先排定日期(○○○)，顯示保險對象係依排程或前次醫囑接受檢查，此與原核定附表 2 所列○○○等 5 位保險對象係因失眠、疼痛等問題至申請人診所就醫，醫師並未診察即逕行開立處方箋供渠等領取藥品，而該當特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款所訂「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」，兩者違規態樣仍屬有間，申請人所稱原核定附表 1 與附表 2 為同樣違約事實，附表 1 部分予以停約 1 個月，致相同事實割裂適用不同規定，應依特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款論處云云，核有誤解。

3. 承上，申請人有虛報醫療費用之違規事實，洵堪認定，其虛報醫療費用計 1 萬 9,797 點，在 2 萬 5,000 點以下，健保署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，據以裁處停約 1 個月，於法並無不合。

(三) 綜上，健保署核處申請人診所停止特約 1 個月，申請人診所負責醫師○○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

中 華 民 國 112 年 10 月 30 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險法第 81 條第 1 項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、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

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其

全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月；四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、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

「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。」

四、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

「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。」