

## 審 定

主 文 一、關於健保署 112 年 2 月 4 日健保○字第 0000000000 號函及 112 年 3 月 27 日健保○字第 0000000000 號函部分，申請人○○○、○○○申請審議不受理。  
二、其餘申請審議駁回。

## 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 26 日至 111 年 8 月 8 日期間派員訪查申請人診所負責醫師○○○、執業醫師即申請人○○○與申請人○○○，及保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 10 人，發現保險對象係單純自費減重或調理身體，並非因疾病就醫，申請人診所卻於同日分別以申請人○○○或申請人○○○名義申報疾病就醫之醫療費用，共計於 109 年 7 月至 111 年 2 月期間虛報 3 萬 3,307 點(涉及申請人○○○申報○○○及○○○2 位保險對象計 9,051 點；申請人○○○申報其餘 8 位保險對象計 2 萬 4,256 點)，有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情事，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 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、第 2 款等規定，以 111 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)，核處申請人診所自 112 年 3 月 1 日至 4 月 30 日期間停止特約 2 個月，申請人診所負責醫師○○○於前述停約期間，及負有行為責任醫師即申請人○○○、申請人○○○自 112 年 3 月 1 日起至 31 日止 1 個月期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，另以 112 年 2 月 4 日健保○字第 0000000000 號函(追扣初核)追扣申請人診所虛報醫療費用 3 萬 3,307 點[依健保署○○區○○門診總額結算各季平均點值核算為新臺幣(下同)3 萬 4,471 元]。
- (二) 申請人等不服，申請複核及暫緩執行，經健保署同意暫緩執行，並重行審核，其中以申請人○○○名義申報保險對象○○○110 年 8 月 4 日及 31 日醫療費用計 1,930 點(2,055 元)部分同意從寬排除不列虛報，其餘 3 萬 1,377 點維持原核定，乃以 112 年 3 月 20 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)核復仍維持核處申請人診所停止特約 2 個月，申請人診所負責醫師○○○於停約 2 個月期間，及負有行為責任醫師即申請人○○○、申請人○○○於停約 1 個月期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，另以 112 年 3 月 27 日健保○字第 0000000000 號函核復申請人診所(追扣複核)將追扣金額由 3 萬 3,307 點(3 萬 4,471 元)減為 3 萬 1,377 點(3 萬 2,416 元，計算

式：34,471 元-2,055 元=32,416 元)。

二、申請人○○○不服健保署前揭 112 年 3 月 20 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)，於 112 年 4 月 20 日(本部收文日)向本部申請審議(同日併就健保署 112 年 3 月 20 日健保○字第 0000000000 號函申請審議，因該函涉及案外人○○○○○○診所違規查核，經本部以衛部○字第 0000000000 號另案受理)，申請人○○○於 112 年 4 月 27 日(本部收文日)補充理由後，復於 112 年 5 月 16 日(本部收文日)併同申請人○○○○○○診所及申請人○○○就停約、追扣金額(健保署 112 年 3 月 27 日健保○字第 0000000000 號追扣複核函)等事項向本部申請審議、閱卷、陳述意見及調查證據，另申請人○○○○○○診所、申請人○○○及申請人○○○再於 112 年 8 月 14 日(本部收文日)補充理由，申請人等之申請理由及補充理由要旨如下：

(一)人之記憶會隨時間經過而記憶模糊，經科學實驗驗證，記憶亦會隨著詢問方式不同及是否處於壓力之狀態下而造成扭曲，具有可塑性。健保署請保險對象回憶事隔半年、一年或二年以上之久之情事，其記憶本已甚為模糊，依詢問方式之不同及所受壓力，保險對象之記憶確實出現扭曲。保險對象○○○於 110 年 8 月 4 日視訊看診時確實以文字告知有「有時胃食道逆流」等語，然在事隔半年以上之健保署承辦人員詢問下，健保署人員卻記載非因疾病或不適就醫等語而認列為虛報，可證受訪保險對象之記憶確實有可能出錯之情形。

1. 健保署無非係請保險對象回憶半年至一、二年前就診時之情形並以其記憶作為認定虛報金額之依據，惟在科學實驗中會發現人之記憶會出錯，隨著詢問方式之不同，以及是否處於壓力之環境下，人之記憶具有可塑性。
2. 以保險對象○○○為例，在健保署承辦人員詢問下，表達這三次我都是自費減重，非因疾病或不適就醫，醫師從未告訴我有慢性表淺性胃炎未伴有出血疾病此疾病需要治療等語，然 110 年 8 月 4 日係視訊看診，於視訊看診時，在 LINE 對話中，○○○確實以 LINE 表示「這一年以來(開始喝咖啡)有時胃食道逆流的灼熱胸悶」，可知○○○確實曾告知醫師，有胃食道逆流之狀況，然事隔半年以上，在健保署人員詢問下，○○○陳述則有所不同而遭列為虛報。健保署人員究竟是如何詢問？是否直接以健保申報項目詢問保險對象？有無依該項目就診？還是詢問到還記得當時身體有無及有何不適？詢問過程是否有錄音錄影為記錄？申請人等均無從得知，可看出受訪保險對象之記憶確實與問診當時之文字表示有所歧異。
3. 另保險對象○○○曾於 110 年 3 月 23 日因腸胃敏感，經申請人○○○診斷為「消化不良」，並於當日以通訊軟體 Line 詢問「忘記問咖啡茶可以喝嗎」、「無糖」，經回覆「剛剛蔡醫師把脈沒有特別說不能喝茶喝咖啡的話就可以嘍」、「但拿鐵不行喔~」，○○○再繼續詢問「牛奶 豆漿 可以嗎」，經回覆

「這就不行了」，可知○○○確實於 110 年 3 月 23 日曾主訴腸胃敏感等消化不良之症狀，否則為何會再以 LINE 方式詢問「忘記問咖啡茶可以喝嗎」、「牛奶豆漿可以嗎」，可證○○○於就診時確係有腸胃不適並無虛報，益證○○○回憶事隔半年以上、誘導詢問及壓力下確會有記憶出錯之情事。

4. 又健保署曾以保險對象○○○所陳述「曾作 2 次視訊診療，用 LINE，將健保卡放臉旁供確認，蔡醫師執行前述除把脈外其他減重方式(問減重情形、看舌頭、開科學中藥粉及自費套餐等)，看診完轉帳給明師中醫，診所會把藥品及收據寄至其家，看診後未回去補卡及領藥，這兩次就醫皆相同」來詢問申請人○○○，然而○○○在視訊看診向申請人○○○以 LINE 詢問「那押金會退嗎」、「會可以拍健保卡給你嗎 下週也超忙」，最後決定「那我下週四拿過去好了！」，即與○○○於健保署人員面前陳述不同，益證保險對象回憶事隔半年以上、誘導詢問及壓力下確會有記憶出錯之情事。

### (二) 有關申請人診所負責醫師○○○部分

系爭函文並未說明核定申請人診所全部停約 2 個月，而非處以部分門診或部分服務項目停約之理由，有違權益損害程度小之原則。又查申請人診所當時除負責醫師○○○外，聘僱之中醫師即申請人○○○、申請人○○○及沈○貞醫師，此外尚有多名護理人員、行政人員以及其他員工。於本件發生後，行為責任醫師即申請人○○○、申請人○○○已先後離職，對於申請人診所全部停約 2 個月之核定，不啻以離職中醫師之極少數比例錯誤健保金額，嚴重損害申請人診所工作人員 2 個月收入，對於申請人診所暨其所有工作人員造成之損害，遠高於健保署所認定虛報點數數十倍，遠超出處罰所要達成之目的，實有違行政程序法所定比例原則之虞。

### (三) 有關申請人○○○部分(涉及保險對象○○○、○○○)

1. 申請人○○○並非診所負責人，是受僱醫師，絕對不會為了一次 100 元的抽成，讓病人無故掛健保，絕對不會知法犯法，讓病人沒有需求而要求看健保。健保署詢問申請人○○○為何能用自費解決，卻要使用健保？其回答本於醫德良知，不會強行推銷自費，若病人能用健保改善體質，為何要病人自費？至於自費減重部分，因健保不給付，所以才讓病人選擇自費減重。
2. 保險對象○○○部分
  - (1)○○○以健保卡掛號，護理人員會清楚詢問是否領取健保藥，若表明無需要，就會改成自費，確定○○○明確表示要服健保藥，才會開立健保藥，且收據標示保別為健保，足證○○○清楚自己是領取健保藥在調理身體。
  - (2)○○○經健保署電話訪問後，在 111 年 5 月 26 日於申請人○○○看診時，曾告知遇到詐騙電話等語。又一般正常理性之人在回覆詐騙電話時，其陳述多會有所保留或應付式回覆，則○○○已懷疑該電話為詐騙電話，豈可能毫無保留陳述，其陳述之正確性及完整性已值得懷疑。

(3)又○○○於109年8月間初診，主訴脹氣(胃食道逆流)而就診，迄今看診26次等，而於111年間仍持續主訴「腸胃脹氣」、「打嗝」、「胃酸逆流」等症狀，並於看診後領有「門診掛號費收據」及「處方及費用收據」，亦曾親筆簽署聲明書並記載「○○○確實都有來○○○給○醫師看診調理腸胃便秘並非像健保局所說只有看減重在此嚴厲譴責健保局斷章取義扭曲本人的原意○○○112年○月○日」等語。可知○○○接獲健保署承辦人員電話詢問時已懷疑係詐騙電話，其陳述之完整性及正確性頗值得懷疑。又○○○從109年8月迄今均持續至申請人○○○看診，充分溝通後開藥為調理，絕非僅有減重，申請人等無任何以虛偽之證明、報告、陳述虛報醫療費用之違規情事。

### 3. 保險對象○○○部分

(1)○○○以健保卡掛號，護理人員會清楚詢問是否領取健保藥，若表明無需要，就會改成自費，確定○○○明確表示要服健保藥，才會開立健保藥，且收據標示保別為健保，足證○○○清楚自己是領取健保藥在調理身體。

(2)○○○於104年10月23日起即已有主訴「慢性鼻炎」、「鼻涕倒流」、「鼻塞」等症狀並持續就診，於109年間除自費減重外，仍持續調理鼻子過敏或內分泌，○○○親筆出具聲明書記載「○○○我都有給醫生看診，主要鼻子過敏或內分泌問題，請○醫師協助看診處理，並非只有減重。請健保局不要只聽我看減重，而忽略了我還有調理的部分。○醫師是很好的醫師，請不要因為這個事情損失了一位好醫師。○○○112年○月○日」可憑。又○○○看診後領有「門診掛號費收據」及「處方及費用收據」。由上可知，○○○確實接受申請人○○○看診調理身體，包括鼻炎或內分泌問題，並非僅有減重，申請人等無任何以虛偽之證明、報告、陳述虛報醫療費用之違規情事。

(3)又○○○於104年10月23日起在○○○○聯合診所、接續於107年6月29日起在申請人診所陸續因鼻子過敏、慢性鼻炎求診。此外在這2、3年間除因鼻炎向申請人○○○就診外，於109年1月18日、12月23日、111年1月11日、3月15日因鼻炎及陰道疾患分別向○○○醫師、○○○醫師就診；再細看○○○病歷資料，除鼻炎外，分別於107年10月15日、11月2日、12月10日、108年1月3日、15日因尿道炎症狀而就診於申請人○○○、於109年6月16日、7月28日、8月21日、9月21日、11月13日、12月23日、110年2月1日、4月23日因內分泌等婦科疾病就診於申請人○○○、○○○醫師，可知○○○於訪問時陳述「這2、3年來只有6次剛好因鼻炎順便看病，除這6次外，我皆沒有因鼻炎、感冒或其他疾病在○○○○就診」云云，係因其記憶混淆或有誤所致，當不得以其混淆或有誤之記憶作為依據。

(四) 有關申請人○○○部分(涉及保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○)

1. 申請人○○○於診療時，會觀察患者之氣色、舌苔分布，並詢問患者之身體狀況及把脈，開立處方予以治療、調養身體，或許彼此溝通未臻明確而造成患者誤會，亦或是患者記憶混淆、錯誤而有所誤解，然申請人○○○未有任何以虛偽之證明、報告、陳述虛報醫療費用之違規情事。
2. 保險對象○○○於 110 年 1 月間向申請人○○○主訴常有胃不適，想要治療及減重，經診斷為慢性胃炎，開立處方予以治療；保險對象○○○109 年 10 月 31 日就診時有排便不順出血情形，開立處方予以治療；保險對象○○○111 年 2 月 11 日看診，主訴口乾嘴破，想要治療及減重，診斷為口腔炎，開立處方予以治療；保險對象○○○109 年 8 月 4 日初診時主訴有脹氣現象，想要治療及減重，診斷為慢性胃炎，開立處方予以治療；保險對象關○貞 110 年 9 月 21 日就診時主訴潮熱盜汗情況，想要同時治療及減重，經診斷為更年期障礙，開立處方予以治療；保險對象○○○109 年 7 月 9 日看診時主訴胃不舒服，想要治療及減重，經診斷為慢性胃炎，開立處方予以治療；保險對象○○○110 年 3 月 23 日看診時主訴胃脹氣，想要治療及減重，經診斷為慢性胃炎，後續患者主張鼻過敏，經診斷為過敏性鼻炎，並開立處方予以治療。
3. 保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○亦出具聲明書表示確實有接受○○○醫師看診調理相關疾病，開立健保藥治療。
4. 保險對象○○○仍持續向申請人○○○看診，在其回診時，保險對象○○○曾向申請人○○○表示健保署人員來其公司，一直想把話鋒轉到減肥這一塊，調查很多人，那時候丟很多資料給我看，我有看到其他人，說其他人是減重，你為什麼不是看減重，我說我不只是看減重等語，實際上○○○確實有口乾口苦等症狀，經申請人○○○診斷為「口腔炎」，並無虛報情事。

(五) 申請調查證據

○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 7 位保險對象分別有腸胃、慢性鼻炎與內分泌、慢性鼻炎、脹氣、潮熱盜汗、慢性胃炎、胃脹氣等病症，除在申請人診所就診外，於 102 年起至 112 年 5 月底亦應會有在其他診所就醫紀錄及病歷，請調取該等保險對象於其他診所之就醫紀錄及病歷，當可證明申請人等無任何虛偽之證明、報告、陳述，虛報醫療費用之違規情事。

(六) 申請閱覽卷宗。

三、申請人○○○於 112 年 11 月 10 日陳述意見要旨

(一) 其正常看診流程是患者進入診所掛號，櫃台人員會問要看健保或自費，再給收據，如果看健保，收據上就會標示「健保」；患者拿掛號收據給護理人員，

護理人員會拿 1 包健保示範藥包問患者是否拿健保藥後再進診間，會問是只看健保或是自費或都要看，其診間電腦前面也都有貼 1 個，因為怕造成誤會，現在很多西醫如果有自費，會叫人家簽自費同意書，這個其之後有做。其先詢問病情再開立藥物，如沒有任何症狀，就不會開立健保。

- (二) 保險對象○○○在 111 年 5 月 26 日就診時自述遇到詐騙集團電話，所以對於以後的訪查都存高度戒心。○○○從 111 年 8 月 2 日在健保署訪談後仍有繼續來看診，如果其有健保署認定之違規內容，為何○○○在健保署訪談後還持續來看診拿藥？○○○共看 29 次，長達 3 年。其在初診會問病情，複診會問前次吃藥後症狀有無改善，○○○確實有來看診。
- (三) 保險對象○○○來看診時間長達 4 到 5 年，共有 29 次，並有在其他院所就診，107 年 9 月 14 日因尿道炎看診，確實有需求且有拿健保藥，持續看 3、4 年，表示有改善，有吃藥。
- (四) 其不是申請人診所負責人，申請健保是申請人診所，因申請人診所是健保署加強審查對象，所以其一直很遵守法規，健保署問其為何自費又要使用健保？因為不是每個人都有辦法付得起自費藥，如果是治療身體、調理身體，會以健保藥物給付。

#### 四、申請人○○○於 112 年 11 月 10 日陳述意見要旨

- (一) 患者有疾病想治療，其開立相應處方，也許是患者記憶不清，也許是其沒有跟患者說清楚病名，造成患者在接受健保署訪問時產生誤會，但其沒有虛偽製造病名、病況來詐領健保。
- (二) 保險對象○○○主訴有時肚子會脹氣悶悶、長時間戴口罩，臉部出油，乾燥脫屑，其判斷是表淺性胃炎、脂漏性皮膚炎；○○○主訴排便不順，想治療排便，其判斷是痔瘡；○○○主訴嘴巴容易乾，嘴巴有破洞，其診斷是口腔炎；○○○主訴脹氣胃酸已一段時間，其判斷是表淺性胃炎；○○○主訴睡眠問題，會潮熱盜汗，其判斷是更年期相關問題；○○○主訴因業務跑客戶，長時間沒吃東西容易覺得脹氣，其診斷為表淺性胃炎；以上均有開立相關藥物予以治療。
- (三) 另○○○主訴吃東西後肚子會脹脹不舒服，其判斷是消化不良，其開立相關藥物予以治療，並做衛教，○○○在 line 對話也有詢問可不可以喝豆漿和牛奶。○○○說診斷功能性消化不良 OK，可是健保署給其資料是○○○否認有消化不良，沒有來看消化不良，兩者完全相反，○○○知道病歷記載會被上傳到網路，所以很在意，○○○知道使用健保，還是使用自費身分。
- (四) 其確實是依照保險對象需要及實際狀況開立處方，並沒有虛偽不實開立或詐領健保，保險對象也在溝通後簽署聲明。
- (五) 站在保險對象立場，如果知道看診醫生偽造疾病來詐領健保，不會再相信這位醫生，但是○○○、○○○、○○○在這事件被調查後，還有去找其看診。

## 五、申請人等 3 人之代理人○○○律師於 112 年 11 月 10 日陳述意見要旨

- (一) 保險對象是用自費或健保，在病歷上有記載清楚。就診時會有保險別，是「自費」或「健保」就診，也會紀錄上次吃藥的情況，在主訴的部分都有記載，會有 1 個療效的回饋。
- (二) 110 年 3 月 23 日○○○跟護理師對話紀錄，問護理師能不能吃牛奶、豆漿，很明顯當時確實是因腸胃不適來就診，從對話紀錄反推，保險對象接受健保署訪問時可能會緊張，回答可能趨於保守，但不能用來認定有虛報情形。
- (三) 申請人○○○醫師、申請人○○○醫師已經在外開立其他診所，負責醫師停約 2 個月是否違反比例原則，侵害到其他員工或其他醫生的工作權，請斟酌。

## 六、健保署提具意見及補充意見要旨

- (一) 本案經查保險對象係單純因自費減重而前往，並非因疾病就醫，惟申請人診所卻於同日併報一筆健保疾病就醫費用，虛報金額共計 3 萬 1,377 點（申復後減列之點數），該署依特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 47 條規定，核處申請人診所停約 2 個月，負責醫事人員○○○於停約 2 個月期間、負有行為責任醫師即申請人○○○、申請人○○○於停約 1 個月期間內不予支付費用，並無違誤。復參酌司法院釋字第 753 號解釋理由書，略以停止特約及不予支付之目的，在於預防及處置詐領醫療費用，提供完善醫療服務，係為維護重要公共利益，應屬正當。而所採取之手段，係停止特約而不予支付，結果可能造成病患流失，又因公告周知而影響名譽，對詐領醫療費用有一定嚇阻及懲罰作用，自有助於目的之達成。且現行特約及管理辦法就違約之各種情形，其中停止特約，更得視違約情節輕重不同而有 1 至 3 個月不同之處置，並無顯不合理之處。是有關停止特約及不予支付，與憲法第 23 條比例原則尚無違背。
- (二) 有關保險對象○○○部分，申請人診所於申復時提出 110 年 8 月 4 日○○○以 line 視訊看診，向申請人○○○主訴有胃食道逆流的灼熱胸悶，有 line 對話截圖為證，該署審酌後爰於申復核定時已從寬排除申請人診所以「慢性表淺性胃炎未伴有出血」疾病申報○○○110 年 8 月 4 日 990 點及 110 年 8 月 31 日 940 點之醫療費用共 1,930 點，不列虛報。
- (三) 該署於訪問保險對象時，均有告知並明確記載訪查依據（全民健康保險法第 80 條）、詢問受訪保險對象是否瞭解及取得同意始進行訪問、提示申請人診所申報之就醫紀錄明細表供其確認，至訪查程序結束後，受訪保險對象均親自檢閱確認訪問紀錄記載內容，受訪保險對象及該署訪問同仁均緊接於訪問紀錄最末端簽名確認，且訪問紀錄內容有修改之處，保險對象均有逐處簽名確認，足見訪問紀錄內容確係出於受訪保險對象之自由意識所為陳述，內容並經確認無誤，該署訪查程序並無瑕疵。依最高行政法院 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。

(四) 申請人診所提出保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等人之親筆簽名聲明，表示渠等確實有因相關疾病至申請人診所看診，並由醫師開藥調理等語，惟本案保險對象於接受該署訪問時，對於其本人之就醫及自費減重情形，回答內容陳述明確清楚，並明確表示「沒有胃炎、胃痛、消性潰瘍疾病等原因就醫，我無此需求，因自費減重去，醫師主要幫我看自費減重」(○○○)、「我是因自費減重，非因疾病去的，有時減重時剛好有感冒或鼻炎，這 2、3 年來只有 6 次剛好因鼻炎順便看病，除這 6 次外，我皆沒有因鼻炎、感冒或其他疾病在明師中醫就診」(○○○)、「我單純因自費減重去的，不是疾病去的，也沒有慢性表淺性胃炎未伴有出血及脂漏性皮膚炎」(○○○)、「我因自費減重去明師中醫... 我沒有痔瘡，不知道為何醫師要下如此診斷，痔瘡沒有治療看診過」(○○○)、「我因調理身體在朋友介紹下約 2、3 年前至明師中醫...我沒有因『其他類型口腔炎』看診過」(○○○)、「單純因自費減重去，皆未因慢性表淺性胃炎未伴有出血、貧血、蕁麻疹等疾病及不適就醫，○○○醫師也未因該些疾病看診、診療」(○○○)、「每次單純因自費減重去，非因疾病或不適看診，...○醫師那二次診療皆未問過睡眠問題，只有提醒我要早點吃才不會睡不好」(○○○)、「我從 105 年起每次皆因自費減重去，沒有慢性表淺性胃炎未伴有出血情形，醫師主要幫我看自費減重，不是因疾病去的」(○○○)、「我從 110/3/23 起固定每 1~2 週去○○○○看自費減重，非因功能性消化不良及過敏性鼻炎去看診，也沒有上述疾病，主要由○○○醫師作自費減重，非看疾病」(○○○)。按依我國之醫病關係，病人不太可能故為誣陷醫師之訪談紀錄，反而是醫師不難要求病患事後做出有利於醫師之陳述，又該署訪查人員與申請人等間並無利害關係，並不會因查獲申請人等之違規情事而有額外獎勵，殊無誣陷申請人等或誘導保險對象作不利於申請人等陳述之必要。反之受訪保險對象於該署訪查後之陳述，易受到申請人等之影響而變更其說詞，其可信度不如受訪保險對象第 1 次接受該署訪查時之說詞為可採，此有臺北高等行政法院 104 年度訴字第 745 號判決、最高行政法院 102 年度判字第 18 號判決意旨可資參考。是以，前開保險對象於該署訪查後或處分後始出具之聲明，係屬事後迴護之詞，尚不足以推翻申請人違規事實之認定，核難採信。

(五) 本案因涉及醫療專業，該署經送請專業審查，意見略以「自費醫療不應轉嫁健保要全民買單；不應引導病人入症狀入疾病而刷健保卡，如此自費與公費不分，有詐領之嫌；患者只為減重而來，不是有病而去，明顯申請健保費是不對的；患者既因減重而去，不因疾病而去，如何有該疾病病歷記載，顯然

為不實之記載；自費減重，不能自創名目、疾病，浮報健保費；病歷記載不實，病患沒有疾病就醫之認知和主訴；自費減重相關費用，不應由全民買單；明顯虛報、浮報，患者單純減肥，患者也不買單；無中生有創造疾病名稱，虛報健保費用；自費門診，不該轉嫁或詐領保費；病人不是因疾病而去，有詐領健保費之嫌；每次都自費減重，患者為醫事人員，很明確說明沒有上述疾病，也非疾病就醫。」等語。復於申請人申請複核後，再送請專業審查，意見略以「病人受訪時主訴多因自費減重而求診，惟該兩家診所病歷多未記載減重相關紀錄，疑病歷記載不詳實；病歷記載皆不符合中醫門診醫療常規；即便診所有提供門診掛號費收據、處方及費用收據，但病患仍無法透過收據得知具體求診時的診斷治療內容為何；僅從病歷紀錄，無法判斷是否如實就醫診斷。」

(六)申請人○○○雖主張護理人員會清楚詢問病人是要否領取健保藥，並主動於手中拿著一包健保藥再次詢問病人有無須健保藥，如果病人表明沒有需要，病人就會去掛號處改成一般自費，非常確定病患清楚確認領取健保藥云云，惟查○○○於受訪時明確表示「在候診區由女性護理師作減重諮詢，問減重目標、原因、困擾、不便等，也有量體重、BMI，都指定○○○醫師看診，○醫師問診、把脈、看舌頭，但未作穴位埋線，開自費用藥 7 天或 30 天份，有藥錠、藥水、中藥粉、代餐、茶包及協助排便水藥，每次都有拿到一樣的藥方，我分不清楚哪種品項是自費或健保。」，如申請人○○○所述為真，則○○○對於申請人○○○所述情事怎會一無所悉，且尚明確表示不清楚哪些品項是自費，哪些品項是健保，故是否如申請人○○○所述，不無疑慮。另保險對象○○○受訪時確表示係因自費減重於訪查前 2~3 年（按 108、109 年），且表示係單純因自費減重需求，非因疾病去的，對於就醫過程明確描述：每次看診前在候診區會有一位女性護理師作減重諮詢，同時量體重、BMI，之後進診間由○醫師或其他醫師看，醫師會把脈、看舌頭、問診（生理期、睡眠、飲食、排便、運動、用藥過敏等），在診間會給健保卡、掛號單及一張自費減重券，每次都會開 7 天科學中藥粉及代餐、排油膠囊（綠色）及減重茶包，如有超過 7 天份用量，就要多付 1,400~1,700 元不等（通常為 30 天份）。如申請人○○○所述為真，乃不至於該署訪問○○○時，○○○對申請人○○○所述情事一無所悉，故是否如申請人○○○陳述，不無疑慮。

(七)至於申請人○○○表示保險對象○○○於 111 年 8 月 2 日在健保署訪談後，於 111 年 9 月 15 日、111 年 11 月 26 日、112 年 1 月 3 日仍繼續到申請人診所看診一節，按該署係於 110 年 8 月 26 日訪問保險對象○○○，並非 111 年 8 月 2 日，另上開 3 次就診時間距該署訪查時間已過 1 年多，其後之就醫情形是否有所改變，該署尚無從得知。

- (八) 申請人等提出保險對象○○○LINE 之對話，欲證明其確有腸胃敏感等消化不良之症狀，惟據該署訪問○○○明確表示，其從 110 年 3 月 23 日起固定每 1~2 週去○○○○看自費減重，非因功能性消化不良及過敏性鼻炎去看診，也沒有上述疾病，爰尚難以上開 LINE 之對話，即據以認定○○○有因消化不良等症狀就診；至於○○○LINE 之對話，僅係有無回診所補卡，與本件所認定之虛報事實尚無相關。
- (九) 申請人等提出保險對象○○○之錄音光碟，內容係某次看診時申請人○○○向○○○解釋當時未明確告知診斷之疾病名稱(口腔炎)，○○○向申請人○○○陳述該署對渠之訪問過程，惟此僅為於該署處分後之事後說明解釋，尚難作為有利於申請人之證據。
- (十) 有關申請調查保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、關○貞、○○○及○○○等 7 人自 102 年起至 112 年 5 月底在其他醫療院所之健保紀錄及該醫療院所之就診紀錄乙節，已提供該 7 位保險對象自 107 年 1 月 1 日至 112 年 5 月 31 日止之門診、住診就醫紀錄明細表，即便渠等保險對象過去曾於其他醫療院所有相類似之疾病就醫紀錄，亦與本件所認定之虛報事實，尚無相關，更無從即據以推斷申請人診所之申報內容為真，更何況經檢視僅○○○於 107 年 1 月有 2 筆「消化性潰瘍」、○○○於 107 年 2 月有 1 筆「急性胃炎未伴有出血」、○○○107 年 2 月至 4 月有 4 筆「急性鼻竇炎」、○○○109 年 6 月有 1 筆「慢性表淺性胃炎未伴有出血」及 112 年 4 月有 2 筆「胃炎未伴有出血」於其他醫療院所之就醫紀錄，其餘相類似疾病之多筆就醫紀錄均為由申請人診所申報，且其他院所之類似診斷與申請人申報時日相距甚久，尚難以其他院所曾有類似診斷即認申請人診所申報屬實。

## 理 由

### 一、法令依據

- (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 3 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 3 款。
- (二) 全民健康保險法第 81 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 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (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 款及第 2 款。
- (五) 全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用)第 17 條第 1 項第 4 款及第 20 條第 1 項。
- (六) 行政程序法第 20 條。

### 二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫

紀錄明細表、訪查報告、病歷、「健保特約醫事機構查詢明細」等影本及健保署意見書、補充意見。

### 三、審定理由

甲、關於申請人○○○、○○○就健保署 112 年 2 月 4 日健保○字第 0000000000 號函(追扣初核)及 112 年 3 月 27 日健保○字第 0000000000 號函(追扣複核)部分，申請審議不受理

此部分系爭 2 函，係健保署以 112 年 2 月 4 日健保○字第 0000000000 號函核定追扣申請人診所醫療費用 3 萬 3,307 點，經申請人診所申請複核，健保署以 112 年 3 月 27 日健保○字第 0000000000 號函核復申請人診所減列為 3 萬 1,377 點，受核定對象為申請人診所，並非申請人○○○及○○○，申請人○○○、○○○對之申請審議，當事人不適格，應不予受理。

### 乙、關於其餘部分

(一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署於 109 年 12 月間辦理疑似減重保險對象電話抽訪作業，經查有保險對象前往○○○○○○診所及位址相鄰之申請人診所自費減重，惟申請人診所當天亦有健保申報紀錄，乃立案查核並於 110 年 8 月 26 日至 111 年 8 月 8 日期間訪查系爭○○○等 10 位保險對象，以及申請人診所負責醫師○○○、執業醫師即申請人○○○與申請人○○○，發現○○○等 10 位保險對象至申請人診所係單純自費減重(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 9 人)或調理身體(○○○)，並非因疾病就醫，申請人診所卻於同日分別以申請人○○○或申請人○○○名義申報該等保險對象因疾病(「功能性消化不良」、「慢性消化性潰瘍，部分未明示，未伴有出血或穿孔」、「慢性表淺性胃炎未伴有出血」、「慢性鼻炎」、「痔瘡」、「其他類型口腔炎」、「停經及停經前後之疾患」、「過敏性鼻炎」)就醫之醫療費用，共計虛報 3 萬 3,307 點(複核排除保險對象○○○1,930 點，減列為 3 萬 1,377 點)，此有經○○○等 10 位保險對象(複核排除保險對象○○○1 位)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、IC 卡回傳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、第 47 條第 1 項，及特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 1 款、第 2 款等規定，核處申請人診所自 112 年 3 月 1 日至 4 月 30 日期間停止特約 2 個月，申請人診所負責醫師○○○於前述停約期間，及負有行為責任醫師即申請人○○○、申請人○○○自 112 年 3 月 1 日起至 31 日止 1 個月期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，以及追扣申請人診所醫療費用 3 萬 1,377 點(3 萬 2,416 元)，揆諸前揭規定，並無不合。

(二) 申請人等檢附○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○

等 7 位保險對象聲明書、○○○錄音光碟(含錄音譯文)及○○○錄音譯文，以及「門診掛號費收據」(健保)、「○○○○○○診所處方及費用收據」等影本，主張 1. 健保署請保險對象回憶事隔半年、一年或二年以上之久之情事，其記憶本已甚為模糊，依詢問方式之不同及所受壓力，保險對象之記憶確實出現扭曲；2. 申請人○○○正常看診流程是患者進入診所掛號，櫃台人員會問要看健保或自費，再給收據，如果看健保，收據上就會標示「健保」，其先詢問病情再開立藥物，如沒有任何症狀，就不會開立健保；3. 保險對象○○○及○○○出具聲明書，可知確實接受申請人○○○醫師看診；4. 申請人○○○於診療時，會觀察患者之氣色、舌苔分布，並詢問患者之身體狀況及把脈，開立處方予以治療、調養身體，保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○出具聲明書，表示確實有接受申請人○○○看診調理相關疾病，開立健保藥治療；5. 保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 7 位保險對象分別有腸胃、慢性鼻炎與內分泌、慢性鼻炎、脹氣、潮熱盜汗、慢性胃炎、胃脹氣等病症，其等確實是依照保險對象需要及實際狀況開立處方，並沒有虛偽不實開立或詐領健保，保險對象應會有在其他診所就醫紀錄及病歷，請調取該等保險對象於 102 年至 112 年 5 月底於其他院所之就醫紀錄及病歷，證明申請人等無虛報醫療費用；6. 申請人○○○及申請人○○○已經在外開立其他診所，健保署核處申請人診所全部停約 2 個月，而非處以部分門診或部分服務項目停約，損害申請人診所工作人員 2 個月收入，有違比例原則之虞云云，茲查核分述如下：

1. 健保署依據業務訪查訪問紀錄等資料，認定本件違規事實，核無不妥

本件健保署於 110 年 8 月 26 日至 111 年 5 月 12 日期間訪查訪問系爭保險對象時，已就系爭就醫期間之門診就醫紀錄明細表、IC 卡回傳就醫紀錄明細表等資料當場提示受訪保險對象，訪問紀錄內容均明確記載訪問目的(核對特約醫療院所申報費用正確性)、依據(全民健康保險法第 80 條)、詢問受訪保險對象接受訪問之意願、至申請人診所接受相關服務之過程、自費項目收費情形、有無因疾病就醫等，該等保險對象就上開問題均詳實明確陳述，至訪查程序結束後，受訪人及 2 位健保署訪問人員均緊接於訪查訪問紀錄有修正之處及最末端均有簽名確認，足見健保署訪查訪問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，爰健保署據前開業務訪查訪問紀錄等資料，認定本件違規事實，自無不妥，所稱保險對象回憶事隔半年、一年或二年以上情事，記憶甚為模糊，記憶確實出現扭曲一節，核不足採。

2. 健保署認定申請人診所所有虛報費用之違規事實，洵屬有據

(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。」分別為全民健康保險法第1條第2項及第40條1項所明訂，可知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1項提供保險醫療服務。又「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。」此有臺北高等行政法院105年度訴字第329號判決意旨可資參照，是倘若自費減重之民眾有伴隨其他症狀，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，合先敘明。

(2)申請人等雖主張○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等7位保險對象分別有腸胃、慢性鼻炎與內分泌、慢性鼻炎、脹氣、潮熱盜汗、慢性胃炎、胃脹氣等病症，其等確實是依照保險對象需要及實際狀況開立處方，並沒有虛偽不實開立或詐領健保，保險對象應會有在其他診所就醫紀錄及病歷，請求調取該等保險對象於102年至112年5月底於其他院所之就醫紀錄及病歷，證明申請人等無虛報醫療費用云云，惟健保署補充意見已陳明，略以經檢視保險對象就醫紀錄，其他院所之類似診斷與申請人申報時日相距甚久，其餘相類似疾病之多筆就醫紀錄均為由申請人診所申報，尚難以其他院所曾有類似診斷即認申請人診所申報屬實，即便渠等保險對象過去曾於其他醫療院所有相類似之疾病就醫紀錄，亦與本件所認定之虛報事實，尚無相關，更無從即據以推斷申請人診所申報內容為真，本件經健保署專業審查結果，意見為保險對象既因減重，而非疾病而去申請人診所，如何有疾病病歷記載，顯然為不實之記載，病患沒有疾病就醫之認知和主訴等語，已如前述，復經本部委請醫療專家審查結果，認為不同療程病歷書寫與上次雷同，顯見病歷記載不確實，又四診中無發病時間及期間，四診不完整，如何辨證論治，可見病歷記載可疑，自費減重與健保之病歷，完全無療效評估，同意健保署專業審查意見等語在案。

(3)承上，本件系爭9位保險對象於第一時間接受健保署訪查訪問時均證稱自費減重(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等8位)或調理身體(○○○)，並非因疾病就醫，已如前述，該等保險

對象並無「有病就診」之主觀意願，詎申請人診所卻記載病歷申報醫療費用，健保署認屬虛報，核無不妥。

3. 申請人等所舉保險對象聲明書、LINE 對話截圖、錄音光碟及錄音譯文等資料，尚不足以推翻本件違規事實之認定

(1) 申請人爭議審議雖提出保險對象聲明書(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○)、LINE 對話截圖(○○○110 年 4 月 29 日及 30 日、○○○109 年 12 月 14 日、○○○110 年 3 月 23 日)、錄音光碟(○○○，錄音檔建立日期為 112 年 2 月 15 日)及○○○、○○○錄音譯文，主張保險對象事後聲明之內容與健保署認定並不相符，渠等保險對象均有接受申請人○○○、申請人○○○看診相關疾病，無虛報醫療費用云云，惟健保署業已提具意見逐一論明在案，已如前述。

(2) 況經查系爭保險對象事後聲明或錄音說明(含譯文)就相關情節之事實陳述，與其等在第一時間 110 年 8 月 26 日至 111 年 5 月 12 日期間接受健保署訪查訪問時證稱並未因疾病就醫等語不同，例如：○○○於事後 112 年 1 月 13 日聲明「確實都有來○○○○給○醫師看診調理腸胃便秘，並非像健保局所說只有看減重在此嚴厲譴責健保局斷章取義扭曲本人的原意」等語，與其於 110 年 8 月 26 日第一時間接受健保署訪查訪問時之陳述「我是因自費減重去○○、○○○○○○看的…沒有胃炎、胃痛、消化性潰瘍疾病原因而在診所就醫，我無此需求，是自費減重需求才去的，醫師主要幫我看自費減重」等語不同；○○○於事後 112 年 2 月 20 日聲明「本人○○○自 110 年 3 月 23 日起至今，多次至○○○○○○診所、○○○○○○診所，找○○○醫師看診，有胃脹氣、鼻塞、流鼻水、鼻子過敏等情形，都有請○醫師幫我開藥」等語，與其於 110 年 8 月 31 日第一時間接受健保署訪查訪問時之陳述「我 110/3/23 第 1 次就直接跟櫃檯人員說要作自費減重…櫃檯也有問我要不要直接買自費減重券(30 張 17000 元)…我明確知道一張自費券可以換 2 盤穴位埋線針或一盤針及一次減重自費套餐(藥錠膠囊、茶包、代餐)，我都選擇後者…我自 110/3/23 固定每週一至二次去○○○○看自費減重，非因功能性不良及過敏性鼻炎去看診，也沒有上述疾病。主要是由○○○醫師做自費減重，非看疾病，我本身是護理師，對醫療業務及中醫算是相當瞭解」等語迥異。依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，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 年度訴字第 745 號判決及最高行政法院 102 年度判字第 18 號判決意旨可資參考，所舉尚不足以推翻本件申請人違規事實之認定。

(3) 另申請人等所舉○○○110 年 4 月 29 日、30 日及○○○109 年 12 月 14 日

之 LINE 對話內容與該 2 位保險對象有無於系爭日期(○○○111 年 2 月 11 日及○○○109 年 8 月 4 日、9 月 3 日、17 日、10 月 1 日、12 月 15 日、110 年 5 月 25 日、6 月 5 日及 17 日)就醫之認定無涉，而○○○110 年 3 月 23 日 LINE 對話「(問：忘記問咖啡 茶 可以喝嗎 無糖)剛剛○醫師把脈沒有特別說不能喝茶喝咖啡的話就可以唷 但拿鐵不行喔~~」內容，亦無法佐證○○○於該日因疾病就醫，均難作為有利於申請人等之事證。

#### 4. 健保署核處申請人診所停止特約 2 個月，無違比例原則

按特約及管理辦法第 39 條規定：「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。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。」，已明定得就其違反規定部分之服務項目或科別停約 1 至 3 個月之處分僅限於特約醫院，本件申請人診所係基層診所，有「健保特約醫事機構查詢明細」附卷可憑，健保署就其診所違反規定部分之服務項目或科別予以停約，即無裁量之餘地；另健保署作成申請人診所停止特約 2 個月之處分，僅生申請人診所於停止特約期間對保險對象提供之醫療服務，健保署不予支付健保給付費用之結果，並非禁止申請人診所或所屬其他醫事人員依法執行醫療業務，所稱申請人○○○及申請人○○○已經在外開立其他診所，健保署核處申請人診所全部停約 2 個月，而非處以部分門診或部分服務項目停約，損害申請人診所工作人員 2 個月收入，有違比例原則之虞云云，核有誤解。

(三) 綜上，關於健保署 112 年 2 月 4 日健保○字第 0000000000 號函及 112 年 3 月 27 日健保○字第 0000000000 號函部分，申請人○○○、○○○申請審議不受理；其餘部分，健保署核處申請人診所停止特約 2 個月，申請人診所負責醫師○○○於該診所停約 2 個月期間，及負有行為責任醫師即申請人○○○、申請人○○○於該診所停約 1 個月期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，以及追扣申請人診所醫療費用 3 萬 2,416 元，均無不合，應予維持。

(四) 至申請人等申請調查證據部分，業經健保署提具意見陳明，略以有關申請調查○○○等 7 位保險對象於其他診所之就醫紀錄及病歷，與本件所認定之虛報事實，尚無相關等語在卷；另申請閱覽卷宗部分，業由申請人○○○之代理人○○○、○○○於 112 年 7 月 7 日，及申請人等之代理人○○○律師、○○○律師於 112 年 7 月 11 日閱覽及複印可供閱覽之爭議審議卷在案，併予敘明。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 3 款、第 19 條第 1 項暨第 25

中 華 民 國 112 年 11 月 21 日

本件申請人診所對於追扣醫療費用部分如有不服，得提起給付訴訟，訴訟標的金額新臺幣 150 萬元以下者向臺北高等行政法院地方行政訴訟庭提起(地址:111044 臺北市士林區福國路 101 號);逾新臺幣 150 萬元者向臺北高等行政法院高等行政訴訟庭提起(地址:111044 臺北市士林區福國路 101 號);申請人等對於其餘部分如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 3 條第 1 項

「審議之申請，以保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構為申請人。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 3 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：三、非第三條第一項所定之人而提出申請。」

三、全民健康保險法第 81 條第 1 項

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

四、全民健康保險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。」

五、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。」

六、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 2 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，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。(二) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過二萬五千點，未逾五萬點者，處停約二個月。」

七、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 17 條第 1 項第 4 款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」

八、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 20 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」

九、行政程序法第 20 條

「本法所稱之當事人如下：一、申請人及申請之相對人。二、行政機關所為行政處分之相對人。三、與行政機關締結行政契約之相對人。四、行政機關實施行政指導之相對人。五、對行政機關陳情之人。六、其他依本法規定參加行政程序之人。」