

## 審 定

主 文 申請審議駁回。

## 事 實

一、緣該署於 112 年 7 月 11 日至 113 年 3 月 22 日期間派員訪查○○○等 23 位保險對象本人或父母、申請人診所語言治療師○○○、職能治療師○○○及○○○，櫃台行政人員○○○、○○○及負責醫師○○○後，核定及複核定如下：

(一) 健保署 113 年 7 月 8 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核函)要旨  
申請人承辦全民健康保險醫療業務，經查有保險對象復健治療之新療程首次治療日長期未經醫師看診，逕做復健治療，虛報診察費，或未接受復健治療，或以補卡、同日多刷等方式虛報復健治療費用，虛報醫療費用共計 190 萬 7,699 點(3 年裁處權時效內虛報○○○等 16 位保險對象之醫療費用，另 7 位保險對象醫療費用已逾 3 年裁處權時效並未列入)，超過 25 萬點，情節重大，核定申請人診所自 113 年 10 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起一年內不得再申請特約，負責醫師○○○自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

(二) 健保署 113 年 7 月 19 日健保○字第 0000000000 號函(追扣醫療費用初核函)要旨

申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用情事，茲核定追扣 108 年 7 月至 113 年 1 月醫療費用計 427 萬 3,861 點[換算為新臺幣(下同)計 443 萬 1,717 元，按該署公告○區西醫基層總額各季確認平均點值換算，尚未公告之季別以最近一季(即 112 年第 4 季)公告平均點值 0.93666441 換算]，將逕自應領之醫療費用中扣抵：

1. 虛報診察費及診療費，5 年請求權時效內計 297 萬 4,752 點(308 萬 6,280 元)，其中 3 年裁處權期間內計 190 萬 7,543 點(197 萬 103 元)，詳附表 1「○○診所虛報醫療費用明細表」。
2. 保險對象復健治療之新療程首次治療日長期未經醫師看診，依相同處方逕行申報，復健治療費用應不予支付，5 年請求權時效內計 129 萬 9,109 點(134 萬 5,434 元)，詳附表 2「○○診所不予支付醫療費用明細表」。
3. 前述應追扣醫療費用，已排除○○○前經該署核減在案之點數(健保署 113 年 7 月 19 日健保○字第 0000000000 號函附表 1 之編號 3155 至 3160 計 156 點，及附表 2 之編號 933 至 938 計 198 點，共 354 點)。
4. 依行政程序法第 131 條公法上請求權 5 年規定，核算應追扣醫療費用計 427 萬 3,861 點(443 萬 1,714 元)。

(三) 健保署 113 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核函)要旨  
申請人不服健保署 113 年 7 月 8 日健保○字第 0000000000 號函所為核定，  
申請複核，案經健保署重新審核，因違規事證明確，申請複核理由不足推  
翻原違規事證，仍維持原終止特約核定，另同意暫緩執行並俟爭議審議審  
定後再憑辦理，理由如下：

1. 申請人診所認為自願繳回違規金額時點，應有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 46 條豁免處分之適用一節  
(1)旨揭處分，該署認定申請人診所之虛報金額 190 萬 7,699 點，僅限該署訪  
查之 16 名保險對象，申請人診所虛報渠等保險對象 3 年裁處權時效內之醫  
療費用，並未包含申請人診所自 99 年起相同違規樣態之虛報金額。另申請  
人 112 年 11 月至 12 月間向該署坦承違規申報自願繳回 188 萬餘元，係除  
已訪查事證外尚須繳還之金額，經該署審核後認為申請人自願繳回之金額  
顯不足額，爰健保署前於 113 年 1 月 18 日以健保○字第 0000000000 號函  
回復申請人在案。
- (2)再查，申請人並未於其他機關(即檢調偵辦)訪查前，主動向健保署通報有  
申報不正確或向其他機關坦承情事，並足額繳回應扣還之相關費用，爰核  
與特約及管理辦法第 46 條規定不符。
2. 申請人主張應僅停約「小兒早療」服務項目，不宜將全部業務予以停約一  
節，查特約及管理辦法第 40 條規定，保險醫事服務機構有下列情事之一  
者，保險人予以終止特約。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 1 年。按申  
請人診所為復健科診所，並非醫院，爰不適用上開但書規定，尚難僅就「小  
兒早療」項目終約。
3. 申請人主張停約將嚴重影響小兒病患之就醫權益，請准予抵扣停約一節  
(1)依特約及管理辦法第 42 條第 1 項規定，保險醫事服務機構申請抵扣停約，  
需有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害之情  
形，報經健保署同意後始得辦理抵扣停約。
- (2)經查申請人診所為復健科診所，提供門診診察、職能治療、物理治療及語言  
治療等醫療服務，申請人診所停約對保險對象就醫權益之影響，評估如下：  
①申請人診所位於醫療資源豐沛之○○地區，醫療人員充足，其中亦有多家醫  
療院所提供職能治療及物理治療之醫療服務，且○○地區共有 11 家醫療院  
所提供健保之語言治療服務，申請人診所於該等治療項目並非有其他醫療院  
所不可取代之醫療地位。  
②另查，申請人診所曾於 113 年擅自拒絕部分保險對象就醫及持續進行語言治  
療之紀錄，影響該等保險對象權益甚鉅，經健保署查證屬實，並於 113 年 3  
月 29 日以健保○字第 0000000000 號函予以違約記點在案。

③再查，申請人診所旨揭核定主要違規情事之一，即申請人診所醫師長期未實際診察評估小兒保險對象之病況，即逕行執行相同復健治療或由治療師逕行決定治療處置內容，影響早期療育之保險對象權益甚鉅，該等違規情事顯未符合特約及管理辦法第 42 條抵扣停約之「防止、除去對公益之重大危害」之立意宗旨。

④綜上，申請人診所申請抵扣停約，並未符合特約及管理辦法第 42 條規定，該署歉難同意。

(四) 健保署 113 年 9 月 18 日健保○字第 0000000000 號函（追扣醫療費用複核函）要旨

申請人診所不服健保署 113 年 7 月 19 日健保○字第 0000000000 號函所為核定，申請複核，案經健保署重新審核，因違規事證明確，認事用法並無違誤，仍維持原追扣醫療費用 427 萬 3,861 點（換算為 443 萬 1,714 元）之核定，理由如下：

1. 本件據該署訪查保險對象○○○等 23 人、申請人診所語言治療師○○○、職能治療師○○○及○○○，櫃台行政人員○○○、○○○及負責醫師○○○，認定申請人診所所有違規申報醫療費用情事，經健保署以 113 年 7 月 8 日健保○字第 0000000000 號函核處終止特約，申請人申請複核，經健保署以 113 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函維持原處分在案。申請人來文複核申請書對於全案認定之違規基礎事實並不爭執，所爭執者在於點值適用、追扣項目及時效計算所生應追扣金額。
2. 據此，依全案認定之違規基礎事實，核算訪查之 23 名保險對象其於 99 年 6 月 1 日至 113 年 1 月 31 日間，申請人診所違規申報費用計 885 萬 5,878 點，依法核算各該裁處權及請求權時效內之點數如下：
  - (1) 符合行政罰法第 27 條規定，3 年裁處權時效內列為終止特約及罰鍰基礎之違規金額計 190 萬 7,699 點(即 113 年 7 月 8 日健保○字第 0000000000 號函)。
  - (2) 符合行政程序法第 131 條規定之 5 年請求權時效內，應追扣違規費用計 427 萬 3,861 點。說明如下：
    - ①依健保署終止特約處分函附表所列申請人診所違規申報○○○等 16 名保險對象，應追扣醫療費用共計 409 萬 2,335 點。以編號 1○○○為例，說明各項目：
      - I. 申請人診所未提供○○○診察服務，卻無中生有虛報診察費：應追扣公法 5 年請求權時效內醫療費用 2 萬 8,594 點(詳系爭核定追扣函附表 1，NO.1~904，虛報情事欄之 A)。健保署終止特約函僅依法列計裁處權 3 年時效內之點數 1 萬 5,200 點。
      - II. 申請人診所以同日二刷或請○○○家屬於復健治療日外另擇日至其診所單

純刷取健保卡等方式，未提供○○○復健治療服務，卻無中生有虛報診療費：應追扣公法 5 年請求權時效內醫療費用 27 萬 3,064 點(詳系爭核定追扣函附表 1，NO.1-904，虛報情事欄之 B 及 C)。該署終止特約函僅依法列計裁處權 3 年時效內之點數 13 萬 5,562 點。

III. 申請人診所於○○○復健治療之新療程首次治療日，未經醫師看診、評估開立復健治療處方，即逕由治療師決定○○○之復健治療內容並執行復健治療：該等醫療服務雖有提供且不同於無中生有之虛報行為，未經該署處分函認列裁處標的，惟其違反全民健康保險醫療辦法第 8 條等相關規定，依兩造健保合約第 17 條規定，爰予追扣公法 5 年請求權時效內違規申報 9 萬 2,838 點(詳系爭核定追扣函附表 2，NO.1~278)。

②申請人診所違規申報○○○、○○○、○○○等 3 名保險對象 102 年 4 月 1 日至 110 年 5 月 31 日之醫療費用，因全數已逾 3 年裁處權時效而未經該署處分函列為處分標的，惟其中未逾公法 5 年請求權時效內之醫療費用計 18 萬 1,526 點，仍屬系爭核定追扣函依法應予追扣之範圍，即：

I. 申請人診所未提供保險對象診察服務，卻無中生有虛報診察費用：應追扣公法 5 年請求權時效內醫療費用 1 萬 1,618 點(詳系爭核定追扣函附表 1，NO.10382~13746，虛報情事欄之 A)。

II. 申請人診所以同日二刷、請保險對象家屬於復健治療日外另擇日至其診所單純過卡、或留置保險對象健保卡等方式，未提供保險對象復健治療服務，卻無中生有虛報診療費：應追扣公法 5 年請求權時效內醫療費用 10 萬 2,875 點(詳系爭核定追扣函附表 1，NO.10382~13746，虛報情事欄之 B 及 C)。

III. 申請人診所於保險對象復健治療之新療程首次治療日，未經醫師看診、評估開立復健處方，即逕由治療師決定復健治療內容，並執行復健治療：爰予追扣公法 5 年請求權時效內違規申報 6 萬 7,033 點(詳系爭核定追扣函附表 2，NO.5605~7402)。

③另該署行政訪查○○○、○○○、○○○、○○○等 4 名保險對象，發現申請人診所於 99 年 6 月 1 日至 106 年 6 月 30 日違規申報渠等醫療費用計 172 萬 4,361 點，因全數已逾裁處權及請求權時效(詳系爭核定追扣函附表 1，NO.13747~15918；附表 2，NO.7403~9999)，而不予列計處分函標的及系爭核定追扣函之應追扣金額。

④綜上，系爭核定追扣函應追扣金額即係申請人診所前開 3 項違規申報醫療費用之總和 427 萬 3,861 點(409 萬 2,335 點+18 萬 1,526 點+0 點)。

二、申請人先後就健保署前揭終止特約及追扣醫療費用之核定向本部申請審議，經本部併案審理，申請理由及補充理由要旨如下：

(一) 其診所係同日提供 1 小時以上療程(2 單位以上療程)，但以押卡補卡方式，

將每單位療程申報於不同天，亦即受訪保險對象稱一周接受 1 次治療，係表示一周實際到其診所 1 次，並非其診所一周僅提供 1 單位的療程；稱一周接受 2 次治療，係表示一周實際到診所 2 次，但其診所並非僅提供 2 單位療程，以此類推。亦即，其診所確實有提供與申報點數相當之醫療服務，並非無中生有，且確具療效，這些保險對象才可能長期持續前來就診。故而，其診所押卡補卡之作法固有不當，但應不屬特約及管理辦法第 40 條所指「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」。

(二)申請代碼 42017C、43028C、44015C 應治療時間為 30 分鐘以上；代碼 43006C、43027C、44006C、44011C 應治療時間為 30 至 50 分鐘，則其診所就上開代碼以 30 分鐘為 1 單位，換算 1 小時為 2 單位，並未違反醫令代碼支付標準規定。況據其所知，就此類治療，業界慣例也皆以 30 分鐘為 1 單位。職此，申請人配合家屬要求於同日提供 1 小時治療服務，申報為 2 日各 1 單位(代碼 42017C、43028C、44015C、43006C、43027C、44006C 或 44011C)，或類似情形，顯不能認定為健保署所指「未提供保險對象服務，卻無中生有虛報」，只因配合部分患者需求採補卡方式，致發生實際就醫日期與申報日期不符之情形。

(三)倘其欲詐領健保費，為何不比照其他多數醫院常用的「複雜(43031C)」職能治療費用 500 點，或「複雜(44012C)」500 點語言治療費用申報。另○○調查站詢問病患家屬之過程，皆有不當將其配合家屬需求而延長治療時間，造成押還卡之情形，引導為盜刷健保卡，但若真有此種虛報盜刷之情事，這些病患家屬豈可能於被訪查後還對其診所保有信任，而持續帶小朋友來其診所就醫（除了○○○家屬外，其餘健保署指稱其虛報之病患，都有持續來做治療）。

(四)本案訪查報告、保險對象訪問紀錄、相關醫事人員訪問紀錄皆被列為不可閱覽資料，則原核定所載訪問摘要，是否屬實以及有無斷章取義，申請人皆無從得知而難以為救濟上之主張。且其診所之語言治療師為周○佳，而非原核定所載的○○○，另跟診護理師○○○對於看診的過程比治療師、櫃台行政人員都清楚，但原核定所載訪問摘要卻完全沒有跟診護理師○○○之說明。故而，倘上開資料未能提供閱覽，即不應採為本件證據，原核定所載訪問摘要，亦不具證據能力。

(五)系爭病患家長之所以陳述新療程首次治療日未由醫師看診，係因一般小兒早療的家長帶小兒來治療時，將健保卡交給櫃檯後就把小朋友帶到治療區交給治療師，治療師治療不用排隊，這時就直接做治療，但是其診所仍然會依掛號順序安排看診，掛號號碼輪到系爭病患時，診間小姐也會呼喊小兒姓名及找人，醫師通常會於診間外到旁邊的治療區觀察了解小兒狀況進行診察，依醫師法第 11 條規定可知，醫師看診並不限定在診間，此時家長

不一定會陪同，小兒早療包含掛號排隊、治療，需相當時間，尤其系爭有補卡的病患，可能都要耗時 1 個半小時，所以家長未一直在診所內而未陪同看診，是常有之事。且醫師診察內容主要為觀察小兒反應狀況及治療師的治療紀錄，並不用家長陪同才能進行診察，看診所需時間也很短。至於其診所受詢問時表示通常不會再由醫師重新看診評估，通常也沒再進診間，係因新療程的診察通常只是觀察小兒反應，通常並非於診間進行，不需要再作評估表，也不用再重新開立新的治療項目，並非其未進行診察。

(六) 原核定認定○○○於 112 年 6 月至 12 月有違規申報，惟○○○家住診所附近，從來都沒有押卡補卡之情形(原核定所載訪問摘要，○母表示「因家裡住診所對面，不可能有欠卡的情形」)，又○○○於 112 年時已是國中生，斯時都是其自行前來就診，其母並未陪同，故○母對於○○○於 112 年 6 月至 12 月間實際看診之情形並不清楚，原核定據○母所述，認定其診所就○○○之就醫有違規申報，實有錯誤。倘健保署就此節仍有疑義，應另行訪查○○○，單憑○○○之母供述，殊難認其診所有虛報之情形，健保署卻僅依○○○之母供述對其診所處罰，實不合於證據法則。

(七) 健保署稱於 112 年 7 月 11 日已開始訪查，故其診所於 112 年 11、12 月間坦承違規及表示願繳回 188 萬餘元，不符特約及管理辦法第 46 條規定，惟健保署於複核決定係稱其並非於檢調訪查前，通報有申報不正確，故不符合特約及管理辦法第 46 條，與健保署於本件爭議審議程序之說法，前後即有不一。又其於 112 年 11、12 月陸續向健保署提出說明，即係健保署要求其自清，因對於繳回金額有歧見，健保署以 113 年 1 月 18 日健保○字第 0000000000 號函方再敘明「貴診所對於不當申報之醫療費用，請自行檢視後於 113 年 1 月 31 日前主動來函說明還款事宜」，要其於 113 年 1 月 31 日前主動續行自清動作。故倘如健保署稱其診所自始就不符合自清條件，何以健保署卻多次要求其主動說明及繳回之自清行為。其診所於 112 年 11 月開始即陸續進行自清行為，雖後因檢調於 113 年 1 月 23 日進行搜索訊問致未能完成自清程序，亦不可歸責於其診所。基於誠信原則，並依民法第 100 條、第 102 條第 3 項、第 148 條意旨，不應排除特約及管理辦法第 46 條之適用。

(八) 健保署前署長李伯璋所著《「自清和解契約」在健保違規查處的應用》指出 1)：「依特管辦法第 46 條所謂『健保署訪查前』，係指健保署到醫事機構訪查前，而健保署調查虛報案件，多先行訪查病患、檢舉人等，最後才進行醫事機構訪查。至於『其他機關訪查前』，常見情形是檢調機關立案偵辦，並進行相關偵辦作為前。本要件目的不僅為鼓勵醫事機構勇於面對錯誤，亦考量所付出之調查成本，故而限制在相關機關尚未調查或僅進行部分調查者。但運作上不乏有健保署已查獲具體違規事證，也與院所進行訪談，院

所仍願自清，則就已查獲部分雖與自清要件不合，但就未查獲部分，仍可能符合自清要件。」，故健保署稱於 112 年 7 月 11 日開始訪查保險對象，並非特約及管理辦法第 46 條所稱「健保署訪查前」，因而才會通知申請人主動說明。又其診所一直都有積極向健保署表達自清意願，卻始終得不到健保署協助與幫忙，反而向檢調告發而對其診所進行搜索，並在 113 年 5 月行文要求○○調查站向○○地檢署申請凍結其診所負責醫師及其配偶所有帳戶，以及其診所、住家房地產，以刑逼民的態勢非常明顯，自不應認定其診所無特約及管理辦法第 46 條自清規定之適用。

(九) 複核核定稱其診所於 112 年 11、12 月間坦承違規之名單，與原核定所列 16 名保險對象不同。惟原核定所列 16 名保險對象，其中○○○、○○○、○○○、○○○，○○○，○○○，○○○，○○○，皆為其診所於 112 年 11、12 月自清時已提出，故此 8 人仍應有特約及管理辦法第 46 條之適用。如何證明 112 年 11、12 月自清名單，其中 8 人為原核定所認定？斯時有提 48 人的名單及明細？證據給健保署○區業務組？複核核定似乎認為除原核定的 16 人外，之前自清的金額也須繳還？

(十) 複核核定認定其診所不符特約及管理辦法第 42 條規定之理由，尚有違誤

1. 複核核定稱○○地區有多家醫療院所提供職能治療及物理治療，且○○地區共有 11 家醫療院所提供健保之語言治療服務，故對申請人停約不影響保險對象權益。惟以○○地區幅員而言，11 家醫療院所提供健保之語言治療服務(與小兒早療相關)是否足夠，誠有疑義。且目前僅少數家(包含其診所)有提供夜間門診早療，又據其診所所知，○○地區提供小兒早療夜間門診之醫療院所，初診後待排時間約要等候 3 至 6 個月，更加凸顯○○地區小兒早療夜間資源有所不足。職此，複核決定認為對其診所停約不影響保險對象權益，顯有所誤。
2. 複核核定指稱其診所有拒絕提供保險對象繼續進行語言治療受記點處分乙事，係其診所與○○○溝通上之誤解，且○○○是被訪查的對象○○○的母親，被調查後仍然持續帶小孩來其診所看診接受早療復健，因其診所預期將被停約，請家屬趕快找下一家醫院所安排等待持續治療的契機，益見對其診所停約會損害保險對象權益，而非故意拒絕看診。
3. 複核核定另稱其診所之違規事由，即影響小兒早療保險對象權益。惟其診所之小兒早療病患，多持續性來看診接受早療復健至改善為止，且其診所此類保險對象人數逐年成長，足見其診所提供之小兒早療確具療效。故而，其診所行政作業上之違規，並未影響保險對象權益，而對其診所停約，確有嚴重影響小兒早療保險對象權益之虞。
4. 健保署以其診所曾拒絕提供○○○醫療服務，實係其診所行政人員與○○○之母溝通誤會，且○○○確實於 112 年 8 月至 113 年 5 月仍持續來其診



所看診，益見○○○之母檢舉確屬溝通誤會，且足徵停約會對○○○造成不利益。再者，其診所對於記點處分未續行救濟程序，係考量成本效益，不應據此否准適用特約及管理辦法第 42 條「以核減代替停約」之規定。

(十一) 健保署 113 年 7 月 8 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核函)認定其診所 112 年 7 月後違規虛報點數共 190 萬 7,699 點(3 年裁處權期間範圍，其仍有爭執)，但追扣原核定與複核核定認為 112 年 7 月後應追扣之點值超過 190 萬 7,699 點甚多。亦即，關於 112 年 7 月後應追扣之點值，原核定與複核核定認為是 190 萬 7,699 點+原核定附表 2 所示 B 欄中 112 年 7 月以後的部分。但關於由南區業務組所為之原核定附表 2 所示部分，依照由健保署所為系爭 113 年 7 月 8 日函見解，該部分並非違規虛報，且肯認有實際提供早療復健之醫療服務。職此，原核定與複核決定不遵從上級機關之意見，堅持認定原核定附表 2 所示部分違規，應予追扣，顯不合於上下服從關係，並抵觸系爭 113 年 7 月 8 日函之構成要件效力與確認效力。

(十二) 複核決定謂○○○等 23 人各次療程的首次治療日，有提供醫療服務，故非行政裁罰之標的，但未經醫師看診、評估，逕由治療師進行復健治療，違反全民健康保險醫療辦法第 8 條，爰依健保合約第 17 條，予以追扣等語。惟其診所實際上就○○○等人接受「小兒早療」期間，有於各次復健療程首次治療日詢問病患狀況，以了解評估治療進度成效，只是地點不在門診室，家長斯時也通常未陪同在側，致受訪家長誤認醫師未看診。又全民健康保險醫療辦法第 8 條係關於同一療程不得重複登錄之規定，健保合約第 17 條則為保險對象非適法保險對象，特約醫療機構疏於查證，而應予追扣醫療費用之規定，但其診所於同一療程並未重複登錄，且○○○等人皆為適法保險對象，故其診所應未有違反全民健康保險醫療辦法第 8 條及健保合約第 17 條規定。

(十三) 衛生福利部統計處之說明指出每 1 點健保點值，換算為現金是 0.8 或 0.9 元不等；由媒體報導，亦清楚顯示一直以來，每 1 點健保點值換算現金都不到 1 元，一般約為 1 點換 0.9 元，所以醫界爭取修法保障 1 點換 1 元，或至少換 0.95 元。故而，原核定與複核核定稱對其診所追扣 427 萬 3,861 點，換算為 443 萬 1,714 元，每 1 點值換算超過 1 元，顯然嚴重背離事實，也與原核定所稱「平均點值 0.93666441 換算」相互矛盾。

(十四) 其負責醫師秉著服務病人的心態來經營診所，希望幫助這些弱勢偏鄉小朋友成為國家未來的主人翁。但健保署根據單一或少數小兒病人家屬的檢舉，且對小兒病患家屬作詢問時可能存在不當引導問話，更刻意忽略跟診護理師說明，作成對其診所不利之認定，完全沒有考慮這些病人小兒早療的復健療效及其診所復健醫療團隊十三年來所做的努力(小兒及家屬感謝說明光碟)，即推翻這些年來辛苦累積下來的成果，容有違反行政程序法第



9 條：「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」之客觀注意義務。

(十五) 依行政程序法第 46 條第 1 項規定，申請閱覽複印卷宗。

### 三、健保署提具意見及補充意見要旨

(一) 關於申請人主張其診所係同日提供 1 小時以上療程 (2 單位)，以押卡補卡方式提供 2 單位治療，將每單位療程申報於不同天，其確實有提供與申報點數相當之醫療服務，應不屬於特約及管理辦法第 40 條所指不正當行為云云

1. 查申請人診所主要違規情事之一，係申請人診所醫師未實際診察評估保險對象之病況即逕行執行相同復健治療或由治療師逕行決定治療處置內容，或未接受復健治療，或以補卡、同日多刷等方式虛報復健治療費用。即保險對象於申請人診所進行 1 小時之復健治療，申請人診所卻以補卡同日多刷方式拆分成 2 筆醫療費用，並將其中一筆醫療費用挪移日期申報，顯構成以不正當行為申報醫療費用。
2. 依據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復健治療」規定，各項代碼支付點數已考量治療項目及治療時間，其診所申報該署訪查事證之物理治療、職能治療及語言治療等相關違規費用，全數為較高給付金額之「中度」及「中度-複雜」等相關醫令，依支付標準規定申報該等「較高額之診療項目」合計治療時間均需 30 分鐘以上，申請人辯稱提供 1 小時之治療即屬 2 單位，顯不可採。(如：42017C：30 分鐘以上；42018C：50 分鐘以上；43027C：超過 30 至 50 分鐘；43028C：30 分鐘以上；44011C：30 至 50 分鐘)。
3. 依前述規定，即便其診所提供保險對象 1 小時相同項目 (如 1 小時的職能治療) 之復健療程，依規定應只能申報診療項目「中度」 (30 至 50 分鐘) 或「中度-複雜」 (30 分鐘以上)，惟保險對象單次單診療項目復健治療時間超過 30 分鐘，申請人診所即以補卡同日多刷方式拆分成 2 筆以上醫療費用，並將其中 1 筆費用挪移至保險對象未實際就醫日期申報醫療費用，顯係以不正當行為虛報醫療費用。
4. 另若該診所同日單次開立物理治療、職能治療或語言治療其中 2 項 (每項 1 小時)，申請人除復健當日刷取 2 次健保卡 (1 次補卡)，亦會請保險對象或其家屬另找其他日期單純刷取健保卡 (當日未執行復健治療，卻以補卡同日多刷方式刷取保險對象健保卡 2 次)，若保險對象或其家屬無法擇他日期來刷卡，則會留置保險對象之健保卡於診所供員工擇日刷卡，即保險對象實際單次至申請人診所復健治療 1 次 (單日治療 2 小時，每項診療項目各 1 小時)，卻被申報 4 筆不同日期之醫療費用 (每筆醫療費用均包含 2 項診療項目之費用)，其中 3 筆醫療費用之就醫日期皆屬無實際提供保險對象

復健治療服務。

5. 再查，多數保險對象於其診所除初診就醫外，之後即未再依全民健康保險醫療辦法第 8 條規定，於復健治療首日治療日重新看診評估保險對象，即逕由復健治療師評估治療項目，相關費用依規定當不予支付；況且其診所甚至以補卡同日多刷或留置健保卡等多種不正當手段及虛偽之證明、報告或陳述，虛報醫療費用，此等行為顯屬無中生有，申報內容與申請人診所實際提供之治療項目，顯不相符。
6. 申請人辯稱醫師有於各次復健療程首次治療日詢問病患狀況，只是地點不在門診室，致受訪家長誤認醫師未看診一節，經查診所除初診外之復健療程首次治療日未看診評估及向家長確認早療保險對象之病況，另該診所職能治療師○○○、○○○及語言治療師○○○於該署訪查時均表示醫師除初診外，皆不曾再對兒童進行複診評估，亦不曾進治療室跟治療師討論兒童病情。再查案內早療之保險對象為「語言發展遲緩或溝通障礙」或「影響日常生活功能」等無法獨立陳述病況之幼兒，顯見申請人所述係推諉卸責之詞。

(二) 關於申請人主張○○○於 112 年時已是國中生，斯時都是自行前來就診，其母並未陪同，應實際訪問○○○云云

1. 依行政程序法第 22 條規定，行政程序當事人之行為能力依民法規定，本案○○○受訪時為未成年，依民法第 1086 條規定，父母為其法定代理人，故該署依法定程序對○○○之母親○○○進行訪問，並無不當。
2. 再查，○○○母親○○○於受訪時明確表示「非常瞭解○○就醫過程」，針對○○○之就醫內容亦可清楚說明，故依其母親○○○所述比對申請人診所申報資料所認定之違規部分，尚無疑義。

(三) 關於申請人主張複核決定認申請人並非於 112 年 11 月 8 日及同年 12 月 20 日坦承違規申報點數，健保署以 113 年 1 月 18 日健保○字第 0000000000 號函，予申請人期限為 113 年 1 月 31 日；惟卻未遵守期限而先行到診所訪查。」「原申複決定申請人於 112 年 11、12 月間坦承違規名單，與原核定所列 16 名保險對象不同。惟原核定○○○8 人於 112 年 11、12 月自清時已提出，故此 8 人應有特約及管理辦法第 46 條之適用。」云云

1. 該署認定申請人診所之虛報金額 190 萬 7,699 點，僅限該署訪查之 16 名保險對象，虛報渠等 3 年裁處權時效內之醫療費用，並未包含申請人診所自 99 年起相同違規樣態之虛報金額。
2. 申請人診所 112 年 11 月至 12 月間向該署坦承違規申報自願繳回 188 萬餘元，係除已訪查事證外，尚須繳還之金額，經該署審核後認申請人自願繳回之金額顯不足額，爰於 113 年 1 月 18 日以健保○字第 0000000000 號函復在案。

3. 又○○地方檢察署檢察官 113 年 1 月 23 日指揮法務部調查局○○市調查站執行司法搜索，該日非該署之行政訪查。
4. 再查，申請人診所並未於保險人（該署訪查開始日為 112 年 7 月 11 日）或其他機關訪查前，主動向該署通報有申報不正確或向其他機關坦承情事，亦未「足額繳還」應扣還之相關費用，爰不符合特約及管理辦法第 46 條規定。
- （四）關於申請人主張○○地區小兒復健資源不足，將影響病患就醫權益，複核決定認申請人不符特約及管理辦法第 42 條規定，尚有違誤云云
1. 依據特約及管理辦法第 42 條第 1 項規定，醫療院所之停約或終止特約，需有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害之情形，受處分之醫事服務機構，報經該署同意後，始得辦理抵扣停約。
2. 經查申請人診所為復健科診所，提供門診診察、職能治療、物理治療及語言治療等醫療服務，有關停約對保險對象就醫權益之影響，評估如下：
- （1）申請人診所位於醫療資源豐沛之○○地區，醫療人員充足，其中亦有多家醫療院所提供職能治療及物理治療之醫療服務，申請人診所於該等項目並非有其他醫療院所不可取代之醫療地位。
- （2）查○○地區共有 11 家醫療院所提供健保語言治療服務，其中基層診所雖僅 2 家（○○市-○○聯合診所及○○縣-○○○○診所），惟查申請人診所曾於 113 年未經醫師診察或向保險對象說明，即僅由行政小姐以電話告知保險對象不需要再復健、不用再來診所，難認申請人診所係因保險對象病情好轉已無治療之必要而不提供醫療服務。申請人診所擅自拒絕部分保險對象就醫及持續進行語言治療之紀錄，影響該等保險對象權益甚鉅，經查證屬實，並經該署以 113 年 3 月 29 日健保○字第 0000000000 號函違約記點在案。
- （3）再查，申請人診所本次主要違規情事之一，即係醫師未實際診察評估保險對象之病況即逕行執行相同復健治療，或由治療師逕行決定治療處置內容，影響早期療育之保險對象權益甚鉅，該等違規情節重大情事，顯不符抵扣停約之「防止、除去對公益之重大危害」之立意宗旨。
- （五）有關訪查報告、保險對象訪問紀錄、相關醫事人員訪問紀錄內容涉及個人隱私，且為該署管理或調查健保醫事服務機構等業務而取得之相關資料，依全民健康保險爭議事項審議辦法第 16 條第 3 款、行政程序法第 46 條第 1 項及第 2 項第 3 款規定，應限制公開或不予提供。
- （六）查申請人於新療程首次治療日，並未依規定針對保險對象之病情變化詢問病人或其家長，並依其主述及病情變化調整治療方式，依醫師法第 11 條規定即不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。再查申請人稱其診察是於診間外觀察小兒反應，申請人既然未詢問病人或其家屬之病情主述，即無從依醫師法第 12 條規定於病歷載明「主訴」，亦無依醫師法第 12 條之 1 規定

向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。申請人所稱顯與醫師法規定有所不符，不足可採。

- (七) 申請人為本保險特約醫事服務機構，本應誠實依循健保相關規範，正當申報醫療費用，共同維持健保制度正面、良性運作，使需要接受早期療育之兒童均能享有基層醫療診所帶來之就醫便利，同時獲得醫師及復健從業人員之妥善照料等重責大任，申請人竟以虛偽不實之醫療紀錄申報醫療費用，所為顯然違背前述職責且同時造成健保制度良性運作基礎之長期危害，尤以申請人自 99 年開業以來，持續以業務上登載不實之就醫紀錄虛報醫療費用，此有申請人診所申報之醫療費用紀錄可稽，申請人所提理由，均屬迴護及卸責之詞，皆不足執為違規免責之論據。
- (八) 有關申請人針對該署點值換算疑義，系爭追扣核定函之點值換算係按「本署公告○區西醫基層總額各季確認平均點值換算成元，尚未公告之季別以最近一季(即 112 年第 4 季)公告平均點值 0.93666441 換算」，經查系爭追扣核定函 5 年請求權時效中，109 年第 1 季至 111 年第 3 季之南區西醫基層總額各季確認平均點值均大於 1 元/點(110 年第 2 季點值最高為 1.10686874 元/點)，所述顯與事實不符。

## 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 37 條第 1 項第 2 款、第 40 條第 1 項第 2 款、第 42 條第 1 項、第 43 條第 4 款、第 46 條及第 47 條第 1 項。
- (三) 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復健治療第二項物理治療、第三項職能治療及第四項語言治療支付規範。
- (四) 全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用，以下簡稱特約合約)第 17 條第 1 項第 4 款及第 20 條第 1 項。
- (五) 全民健康保險醫療辦法第 8 條第 1 項及第 2 項。
- (六) 醫師法第 11 條第 1 項、第 12 條第 1 項、第 2 項及第 12 條之 1。
- (七) 行政罰法第 27 條第 1 項。
- (八) 行政程序法第 131 條第 1 項。

### 二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、訪查報告、查處表、申請人診所虛報醫療費用明細表等影本、健保署意見書及補充意見。

### 三、審定理由

(一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於○○市調查站辦理申請人診所涉嫌詐領健保給付案，協請健保署配合偵辦，以及該署檔案分析疑有申請人診所異常申報之情事，乃立案查核，該署派員訪查○○○等多位保險對象本人或家長(1位為成年人，訪問保險對象本人，其餘為未成年人，訪問保險對象父或母)，及申請人診所負責醫師○○○、職能治療師○○○、○○○、語言治療師○○○、行政人員○○○、○○○等人，發現保險對象長期至申請人診所復健治療，其等或於新療程首次治療日，未經醫師看診，逕做復健治療，或未欠卡接受復健治療，惟申請人卻以補卡或同日多刷健保卡之方式申報診察費及復健治療費用，5年請求權內醫療費用計427萬4,215點[其中○○○354點前已核減在案，另3年裁處權期間虛報未看診之診察費[含「提升基層護理人員照護品質加計(00246C)」]及虛報未欠卡接受復健治療之復健治療費用，計190萬7,699點]，健保署乃以113年7月8日健保○字第0000000000號函(終約初核函)處申請人診所自113年10月1日起終止特約，並自終止特約之日起一年內不得再申請特約，負責醫師○○○自終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，另以113年7月19日健保○字第0000000000號函(追扣醫療費用初核函)追扣醫療費用計427萬3,861點(4,274,215點-354點=4,273,861點)，嗣申請人申復，經健保署重行審核後，因違規事證明確，分別以113年8月29日健保○字第0000000000號函(終約複核函)及113年9月18日健保○字第0000000000號函(追扣醫療費用複核函)維持原終止特約與追扣醫療費用計427萬3,861點。

(二) 申請人檢附案外人○○○等17位保險對象之家屬錄影光碟，主張1. 本案訪查報告、保險對象訪問紀錄、相關醫事人員訪問紀錄皆被列為不可閱覽資料，即不應採為本件證據，原核定所載訪問摘要，亦不具證據能力；2. 其診所係同日提供1小時以上療程(2單位以上療程)，但以押卡補卡方式，將每單位療程申報於不同天，其確實有提供與申報點數相當之醫療服務，並非無中生有；3. 其診所實際上就黃○平等人接受「小兒早療」期間，有於各次復健療程首次治療日詢問病患狀況，以了解評估治療進度成效，只是地點不在門診室，家長斯時也通常未陪同在側，致受訪家長誤認醫師未看診，醫師通常會於診間外到旁邊的治療區觀察了解小兒狀況進行診察，依醫師法第11條規定可知，醫師看診並不限定在診間；4. 健保署南區業務組所為之原核定附表2所示部分，依照由健保署所為系爭113年7月8日函見解，該部分並非違規虛報，且肯認有實際提供早療復健之醫療服務，原核定與複核決定不遵從上級機關之意見，堅持認定應予追扣，顯不合於上下服從關係；5. 其診所於112年11月開始即陸續進行自清行為，雖後因檢調於113年1月23日進行搜索訊問致未能完成自清程序，不可歸責於其

診所，不應排除特約及管理辦法第 46 條之適用；6. 健保署完全沒有考慮病人小兒早療的復健療效及其診所復健醫療團隊努力，容有違反行政程序法第 9 條「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」之客觀注意義務云云，除經健保署原核定、複核定、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，亦認為所稱並不足採，分述如下：

1. 本件系爭健保署 113 年 7 月 8 日健保○字第 0000000000 號函（終約初核函）附表「○○診所違規說明」所載之「保險對象訪問摘要」，係摘錄健保署製作之業務訪查訪問紀錄內容，而系爭保險對象本人或其父母於接受健保署訪查訪問時，健保署均有提示渠等系爭就醫期間至申請人診所申報之門診就醫紀錄明細表及健保卡刷卡紀錄供渠等保險對象確認，訪查訪問紀錄內容均明確記載訪查依據（全民健康保險法第 80 條）、詢問受訪保險對象本人或其父母是否接受訪問、至申請人診所就醫、健保卡使用情形，並請保險對象確認實際就診情形是否與該署提供健保卡上傳資料和申請人診所醫療費用申報資料相符，至訪查程序結束後，受訪保險對象本人或其父母及健保署訪問人均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名或蓋章或按捺指印確認，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. 申請人雖稱其診所係同日提供 1 小時以上療程（2 單位以上療程），但以押卡補卡方式，將每單位療程申報於不同天，確實有提供與申報點數相當之醫療服務云云，惟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復健治療第三項「職能治療」之「中度 Moderate (43027C)」係指治療項目二至三項，合計治療時間超過三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療，「中度-複雜(43028C)」係指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療，另同節第四項「語言治療」之「中度 Moderate (44011C)」係指治療項目二項以上，合計治療時間超過三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療（表列如下）。各項代碼支付點數已考量治療項目及治療時間，申請人與健保署訂有健保特約合約，即應依合約內容誠實申報醫療費用，亦即應依照保險對象實際接受治療之日期及內容，覈實申報相關復健治療費用，保險對象既無欠卡接受復健治療，申請人診所以補卡或一日多刷健保卡方式，虛偽申報保險對象未實際接受復健治療日期之醫療費用，即屬不當，申請人所稱，委無可採。

編號 (項目)	診療項目
43027C (職能治療)	中度Moderate：指治療項目二至三項，合計治療時間超過三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。
43028C (職能治療)	中度-複雜： 1. 指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療。 2. 且必須包含下列二項以上之治療項目(兒童病人從出生至未滿十二歲不予限制)：OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。
44011C (語言治療)	中度Moerate：指治療項目二項以上，合計治療時間三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。

3. 申請人復稱其診所醫師通常會於診間外到旁邊的治療區觀察了解小兒狀況進行診察，依醫師法第 11 條規定可知，醫師看診並不限定在診間云云，惟依醫師法第 11 條第 1 項前段規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」，同法第 12 條第 1 項及第 2 項規定：「(第 1 項)醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」「(第 2 項)前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。」，又「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」同法第 12 條之 1 亦定有明文。是以，醫師必須親自診察病人，瞭解病人當次就醫之主訴及進行檢查項目，確定診斷或病名後，方得為病人施行治療、處置或用藥，審諸其意甚明。經查，本件系爭保險對象本人或其父母接受健保署訪查時均一致陳稱渠等復健治療之新療程首次治療日，長期未經醫師看診，逕做復健治療（例如○○○母親於 112 年 7 月 11 日受訪時陳稱「○○除了初診時有給○○○醫師看診外，○○做完 6 次語言治療療程後就一直是延續治療，未曾再給任何一位醫師看診。」等語、○○○母親於 112 年 8 月 25 日受訪時陳稱「○○在○○診所除了初診有給醫師看過外，就沒有再進診間給初診的醫師及其他醫師看過，都是由○○老師回饋我們○○上課的情形」等語），而申請人診所職能治療師○○○、○○○及語言治療師○○○於該署訪查時亦表示醫師除初診外，皆不曾再對兒童進行複診評估，亦不曾進治療室跟治療師討論兒童病情（例如語言治療師○○○於 113 年 3 月 19 日受訪時陳稱「歷年來○醫師除了初診帶小朋友過來簡單說明外，



不曾跟我討論小朋友的病情，也不曾在治療過程中進入語言治療室查看小朋友的復健情形」等語)，則申請人診所醫師在未依上開醫師法相關規定親自診察保險對象，聽取主訴、進行檢查及確定診斷病名之情形下，即逕由保險對象接受復健治療，即與前揭規定不符，所稱顯有誤解。

4. 另申請人所稱健保署○區業務組所為之原核定附表 2 所示部分，依照由健保署所為系爭 113 年 7 月 8 日函見解，該部分並非違規虛報，且肯認有實際提供早療復健之醫療服務，原核定與複核決定不遵從上級機關之意見，堅持認定應予追扣，顯不合於上下服從關係一節，查系爭保險對象復健治療之新療程首次治療日未經醫師看診，逕做復健治療，已如前述，申請人申報復健治療費用雖非虛報，惟仍屬特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」之範疇，則健保署於附表 2「○○診所不予支付醫療費用明細表」追扣原已核付之醫療費用 129 萬 9,109 點(申報 1,299,307 點-前已核刪 198 點=1,299,109 點)，未一併依前揭規定扣減申報復健治療費用之十倍金額，對申請人已屬從寬。
5. 申請人另稱其診所於 112 年 11 月開始即陸續進行自清行為，雖後因檢調於 113 年 1 月 23 日進行搜索訊問致未能完成自清程序，亦不可歸責於其診所，不應排除特約及管理辦法第 46 條之適用云云，惟按「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減(還)之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。」，為特約及管理辦法第 46 條所明訂。考其立法本意，係為鼓勵該不正確申報之保險醫事服務機構自新及自動繳回相關費用以代替處分，且適用對象包括保險醫事服務機構及負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。是以，保險醫事服務機構或醫事人員得免除處分之要件為保險醫事服務機構、其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員於保險人或其他機關「訪查前」，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減(還)之相關費用，始足該當。經查，本件健保署於 112 年 7 月 11 日起已開始訪查保險對象，有卷附保險對象○○○○、○○○○、○○○○及○○○○等 4 人之父親或母親於 112 年 7 月 11 日接受健保署訪查訪問之訪查訪問紀錄影本附卷可稽，而申請人係於 112 年 11 月至 12 月間始向健保署坦承違規申報，則申請人向健保署通報其有申報不正確情事既係在健保署訪查之後，即不符合特約及管理辦法第 46 條規定「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減(還)之相關費用者」之要件，自無適

用該規定得免予處分終止特約之餘地。

6. 至申請人檢附案外人○○○等 17 位保險對象之家屬錄影光碟，主張健保署完全沒有考慮病人小兒早療的復健療效及其診所復健醫療團隊努力，容有違反行政程序法第 9 條「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」之客觀注意義務云云，查申請人診所有系爭違規事實，足堪認定，已如前述，而所附該錄影光碟之內容，係本件案外人家屬說明其未成年子女或孫子女至申請人診所接受復健治療之成效，核與本件違規事實之認定無涉，本件申請人虛報醫療費用點數超過 25 萬點，已足該當特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 43 條第 4 款規定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」、「第四十條第一項第二款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」之構成要件，則健保署處以申請人終止特約，並自終止特約之日起 1 年內，不得再申請特約，申請人診所負責醫師○○○於前述終止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，於法並無不合，所舉核難執為本案免罰之論據。

（三）綜上，健保署處申請人診所終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，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，以及追扣醫療費用，均無不合，應予維持。至申請人申請閱覽卷宗一節，本部業已通知申請人，申請人於 113 年 12 月 12 日偕同閱覽卷宗代理人○○○律師進行閱覽及複印可供閱覽之爭議審議卷在案。又本件違約事證已臻明確，申請人其餘主張對審定結果不生影響，且經健保署意見書及補充意見陳明在卷，已如前述，爰不逐一論述，併此敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項、第 23 項暨第 25 條規定，審定如主文。

本件申請人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 37 條第 1 項第 2 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」

三、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

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。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，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 42 條第 1 項

「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。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 43 條第 4 款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

六、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條

「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。」

七、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。」

八、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復健治療第二項物理治療支付規範(節錄)

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
42008B	中度治療					
42017C	— 中度Moderate	v	v	v		320
42009C		v				265
42011B	— 複雜(指實施中度治療項目三項以上，且合計時間超過五	v	v	v		190
42018C	十分鐘。)	v				480
42012C		v				400
	註：1. 中度治療之治療內容代碼					290
	PTM 1.肌肉電刺激 Muscle stimulation					
	PTM 2.上肢水療 Hydrotherapy, U/E					
	PTM 3.下肢水療 Hydrotherapy, L/E					
	PTM 4.全身水療 Hydrotherapy, General					
	PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M.					
	PTM 6.牽拉運動 Stretching Exs.					
	PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs.					
	PTM 8.傾斜台訓練 Tilting table training					
	PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx					
	PTM 10.耐力訓練 Endurance training					
	PTM 11.按摩 Massage					
	PTM 12.鬆動術 Mobilization					
	PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練)					
	PTM 14.其他經保險人核可者					
	2.42017C、42018C申報資格如下：					
	(1)復健科專科醫師開設之基層院所。					
	(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。					

九、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復健治療第三項職能治療支付規範(節錄)

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
43002B	簡單 Simple：指治療項目一至二項，合計治療時間未滿三十		v	v	v	160
43003C	分鐘之簡單治療。	v				95

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
43005B	中度 Moderate：指治療項目二至三項，合計治療時間超過三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。		v	v	v	320
43027C		v				265
43006C		v				190
43008B	中度-複雜： 1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療。 2.且必須包含下列二項以上之治療項目(兒童病人從出生至未滿十二歲不予限制)： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。		v	v	v	480
43028C		v				400
43009C		v				290

十、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復健治療第四項語言治療支付規範(節錄)

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
44002B	簡單Simple：指治療項目一項以上，合計治療時間未滿三十分鐘之簡單治療。		v	v	v	240
44003C		v				145
44005B	中度Moderate：指治療項目二項以上，合計治療時間三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。		v	v	v	320
44011C		v				265
44006C		v				190
44014B	中度-複雜： 1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之中度治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。 2.需包含下列二項以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	480
44015C		v				400
44016C		v				290

十一、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。」

十二、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 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。」

十三、全民健康保險醫療辦法第 8 條第 1 項及第 2 項

「保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗健保卡時，

應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。」「前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重複登錄。」

#### 十四、醫師法第 11 條第 1 項

「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。」

#### 十五、醫師法第 12 條第 1 項及第 2 項

「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」

「前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。」

#### 十六、醫師法第 12 條之 1

「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」

#### 十七、行政罰法第 27 條第 1 項

「行政罰之裁處權，因三年期間之經過而消滅。」

#### 十八、行政程序法第 131 條第 1 項

「公法上之請求權，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；於請求權人為人民時，除法律另有規定外，因十年間不行使而消滅。」