

審 定

主 文 申請審議駁回。

一、案件緣由及健保署核定文件內容要旨

(一) 緣健保署於 113 年 5 月 24 日至 6 月 27 日期間派員訪查○○○、○○○
○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○
○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○○○等 17
位保險對象及申請人診所後，認定申請人診所承辦全民健康保險醫療業
務，經查有「由護理人員為保險對象執行冷凍治療，卻以醫師名義虛報診
療費」及「給予分裝之皮膚藥膏卻虛報完整包裝藥品之藥費」，虛報醫療
費用共計 7 萬 4,143 點之違規情事，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 39 條第 4 款、第 5 款、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 3 款等規定，以 113 年 12 月 20 日健保○字第
0000000000 號函(初核)(含附表○○○○○診所違規說明)，核處申請人診所
自 114 年 3 月 1 日起至 5 月 31 日止停約 3 個月，申請人診所負責醫事人員
即申請人○○○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。

(二) 申請人等不服健保署 113 年 12 月 20 日健保○字第 0000000000 號函(初核)
所為停約 3 個月之核定，申請複核，案經健保署重行審核，因違規事證明
確，乃以 114 年 2 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(複核)核復仍維持
原核定，另以 114 年 2 月 10 日健保○字第 0000000000A 號函同意於爭議審
議審定前暫緩執行。

二、申請人等不服，申請爭議審議，申請理由要旨如下：

(一) 健保署認定違規時點落於 111 年 1 月至 113 年 3 月間，為申請人診所前已
自願繳回「108 年 4 月 1 日至 113 年 3 月 31 日間」醫療費用之範圍所涵
蓋，與特約及管理辦法第 39 條規定未合，健保署以該規定停約 3 個月，實
屬有誤：

1. 申請人診所前於 113 年 6 月 19 日及 27 日業已自願繳回「108 年 4 月 1 日
至 113 年 3 月 31 日間」錯誤申報之醫療費用 200 萬點、100 萬點，係採取
「不列舉方式」繳回，原核定所指違規情形之時點均落於 111 年 1 月至 113
年 3 月間，均已為前自願繳回之範圍所涵蓋，且該等自願繳回醫療費用業
經健保署於 113 年 7 月至 10 月間自支付醫療費用中全數扣抵，該等錯誤申
報之醫療費用既經自願繳回且執行完畢，瑕疵顯已治癒，無任何「不正當
行為申報醫療費用」，且顯未獲有利益，與特約及管理辦法第 39 條之要件
不符。

2. 再者，根據原核定附表所載「訪問保險對象摘要」，可知保險對象均有實際接受冷凍治療或領取藥品，僅係因不熟悉法規及申報細節致「錯誤申報」，並非未實際從事醫療行為或未給予藥品而虛偽申報，益徵絕無詐領之故意，且已主動繳回錯誤申報之醫療費用，顯非故意以不正當行為申報醫療費用。
 3. 基此，申請人診所自願繳回錯誤申報之醫療費用在先，原核定嗣後竟於重疊之時間區段重複認定該等醫療費用屬「以不正當行為申報」，顯屬矛盾。
- (二) 健保署認定虛報醫療費用計 7 萬 4,143 點，該點數之計算及認定有違誤
1. 原核定附表所指之違規情事，虛報醫療費用計 7 萬 4,143 點，無非僅依據 17 名保險對象之訪問摘要，並無其他客觀事證，即單憑保險對象單方所述，已屬草率。該 17 名保險對象，部分年事已高，部分就醫頻繁，且健保署訪視人員所詢問之就醫情形多發生於「111 年至 112 年間」，距離訪問日間隔 1 至 2 年，保險對象對於「1 至 2 年多前」日常就醫所發生之瑣事，是否尚得清楚、明確記憶，顯屬有疑。
 2. 關於冷凍治療之診療費部分
 - (1) 原核定固以 17 名保險對象之訪問摘要稱曾由護理人員執行冷凍治療，而將 111 年 1 月至 113 年 3 月間申報之冷凍治療診療費全數列為虛報，惟查，根據原核定附表編號 2○○○○、編號 3○○○、編號 5○○○、編號 7○○○、編號 8○○○及編號 9○○○等 6 名保險對象之訪問摘要，可知該等保險對象固提及曾由護理人員執行冷凍治療，惟並非表示「每次」冷凍治療皆由護理人員執行，無法排除或有部分次數係由醫師親自執行之可能，原核定將該 6 名保險對象之冷凍治療診療費「全數」列為虛報，而非以比例計算之，顯有疑義。
 - (2) 健保署複核函固稱申請人診所負責醫師即申請人○○○於受訪時明確表示附表 17 名保險對象確係由護理人員執行冷凍治療等語，惟查，健保署訪視人員訪視時，並未明確向申請人○○○特定該 17 名保險對象之具體就醫情況，且申請人○○○於受訪當下亦無充足時間就個案情況詳細查證，僅表示有部分情況為護理人員執行，強調亦有醫師本人親自執行之情形，而原核定附表編號 2○○○○、編號 3○○○、編號 5○○○、編號 7○○○、編號 8○○○及編號 9○○○等 6 名保險對象既未曾表明「每次」冷凍治療皆由護理人員執行，申請人○○○亦表示有醫師本人親自執行之情形，則原核定將附表編號 2、3、5、7、8、9 保險對象之冷凍治療診療費「全數」列為虛報，自屬有誤。
 - (3) 基此，原核定附表所列編號 2、3、5、7、8、9 保險對象之診療費點數總計 2 萬 8,200 點，已佔原核定認定虛報點數 7 萬 4,143 點(誤植為 7 萬 4,100 點)之 1/3，將直接影響核定停約月數，對申請人等之權益影響重大。

3. 關於皮膚藥膏之藥費部分

原核定附表固以 17 名保險對象之訪問摘要稱申請人診所所有「給予分裝之皮膚藥膏卻虛報完整包裝藥品之藥費」違規情事等語，惟查原核定附表所載有與事實不符之處，臚列如下：

(1) 編號 14○○○「藥費：112/9/30(66 點)」1 筆：

查原核定附表編號 14○○○之訪問摘要明載「做冷凍治療後會在櫃台領取條狀完整包裝外用藥膏(1 條/次，消炎用)」，足見申請人診所係給予保險對象○○○「完整包裝條狀藥膏」，並以此申報醫療費用，顯無任何違規情事。複核函固以○○○訪問摘要另稱「也有領過外用分裝小圓盒藥膏，通常是因為溼疹等皮膚問題才會拿」，而稱「藥費：112/9/30(66 點)」1 筆為虛報，然○○○係稱「也有」領過分裝小圓盒藥膏，並非稱「只」領過分裝小圓盒藥膏，無法以此認定○○○所領取者僅有分裝小圓盒藥膏，且○○○亦表明曾領取條狀完整包裝外用藥膏，則原核定將○○○之陳述割裂認定，自非妥適。

(2) 編號 2○○○○之藥費 4 筆、編號 5○○○○之藥費 1 筆、編號 10○○○之藥費 33 筆、編號 11○○○之藥費 1 筆、編號 12○○○之藥費 21 筆及編號 13○○○之藥費 14 筆：

原核定附表編號 2○○○○之訪問摘要明載「如果是冷凍治療會領到 3 盒小圓盒藥膏(消炎藥膏)及口服藥，口服藥 1 天吃 2 次，有 9 包 3 日份」、編號 5○○○○之訪問摘要明載「我在該診所就醫後有在該診所領藥，我有領過 2-3 盒的小圓盒藥膏…另外我也有領過口服藥品(1 日服用 3 次)」、編號 10○○○之訪問摘要明載「我就醫後會在診所內的藥局領藥，我每次都會領取 3 日份口服藥及小圓盒分裝外用藥膏」、編號 11.○○○之訪問摘要明載「我在該診所就醫後，會在診所內藥局領藥，幾乎都會領取口服藥及圓盒分裝外用藥膏」、編號 12○○○之訪問摘要明載「另外如果我疹子比較嚴重時，醫師會開口服藥物給我沒有額外收費，也會為我打針」、編號 13○○○之訪問摘要明載「每次看完診後會領到外用分裝小圓盒藥膏及口服藥物」，可知原核定編號 2、5、10、11、12、13 保險對象於領取小圓盒藥膏時，亦有同時領取口服藥品。核醫療院所給予保險對象「口服藥」，依法本即屬得申報醫療費用之項目，而於同時給予保險對象口服藥及小圓盒藥膏時，應以「口服藥」之名目作為申報項目，惟因口服藥與條狀藥膏之點數相同，申請人診所一時疏忽誤以「條狀藥膏」名目申報，惟此至多僅屬「申報名目有誤」，絕無「以不正當行為或以虛偽證明而申報醫療費用」之情事，蓋若以「口服藥」名目申報，所獲取之醫療費用與條狀藥膏相同，無法獲有額外利益，且亦已自願將錯誤申報之醫療費用繳回，自與特約及管理辦法第 39 條規定之「不正當行為」有別，

健保署將原核定附表編號 2、5、10、11、12、13 保險對象之藥費均列為虛報點數，自屬有誤。

(3)編號 17○○○○之「藥費：111/11/30(66 點)、111/12/14(66 點)」2 筆：經檢視申報紀錄，該 2 筆藥費申報名目為「口服藥」，並非條狀藥膏，且訪問摘要亦明載「我在該診所就醫後有領藥」，故申請人診所給予保險對象口服藥，並以「口服藥」名目申報，全然適法，且該 2 筆藥費之申報名目既與條狀藥膏無涉，更無可能有「給予分裝皮膚藥膏卻虛報完整包裝藥品」之違規情事，健保署將附表編號 17 保險對象之藥費列為虛報點數，與客觀申報紀錄不符，自非適法。複核函固稱○○○○並未稱有拿口服藥，然○○○○之訪問摘要為「我在該診所就醫後有領藥，有拿到小圓盒藥膏」，則前段「有領藥」是否未包含領取「口服藥」之意，實有爭議，複核函以此稱○○○○未曾領取口服藥等語，實屬率斷。

(4)經自行檢核後發現原核定附表所列藥費中至少有 13 筆係確有交付完整條狀藥膏者，即編號 3○○○「藥費：111/11/21(66 點)」1 筆、編號 10○○○「藥費：111/1/8(13 點)、111/1/15(66 點)、111/1/21(13 點)、111/1/29(66 點)、111/2/5(66 點)、111/2/12(13 點)、111/2/26(13 點)」7 筆、編號 12○○○「藥費：111/4/27 (66 點)、111/5/11(66 點)、111/5/18(66 點)、111/6/15(66 點)、111/7/27(66 點)」5 筆等項目。該 13 筆藥費均發生於 111 年間，間隔健保署人員訪問日至少 2 年以上，則原核定附表編號 3、10、12 保險對象於健保署人員訪問時，對於 111 年間就醫細節之相關記憶恐有模糊不清或不復記憶之情形，逕認申請人診所所有違規情事，實屬率斷。

(5)綜上，原核定附表所列編號 2○○○○藥費 4 筆、編號 3○○○藥費 1 筆、編號 5○○○藥費 1 筆、編號 10○○○藥費 33 筆、編號 11○○○藥費 1 筆、編號 12○○○藥費 21 筆、編號 13○○○藥費 14 筆、編號 14○○○藥費 1 筆及編號 17○○○○藥費 2 筆等項目，並未以不正當行為虛報點數。

(三)原核定固以特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款規定「保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第 43 條所定情事之一者，處停約三個月。」處以停約 3 個月，惟該裁量基準僅以「申報之醫療點數多寡」作為裁處輕重之唯一標準，並未參酌行政罰法第 18 條第 1 項規定，就行為人違反行政法上義務行為應受責難程度、所生影響及可能獲得利益之差異等因素予以考量(如是否為首次違規、是否已自願繳回醫療費用)，而申請人等係首次遭健保署認定有「由護理人員執行冷凍治療，卻申報診療費」及「給予分裝之皮膚藥膏卻申報完整包裝藥品藥費」之違規情事，且於健保署訪查人員訪查時，自願繳回錯誤申報之醫

療費用，惟仍遭核處法定最高之「3 個月」停約期間，顯有裁量怠惰之違法。

三、健保署提具意見要旨

- (一) ○○○等 17 位保險對象受訪時均明確表示，渠等至申請人診所接受冷凍治療，係由護理人員執行，或就醫後僅領取分裝之外用藥膏等語，申請人○○○於 113 年 6 月 19 日及 27 日受訪時亦明確表示，○○○等 17 位保險對象確實係由護理人員執行冷凍治療處置，診所的護理人員執行冷凍治療皆是由其授意等語，該行為已涉及特約及管理辦法第 39 條第 5 款「容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用」。又申請人○○○亦表示○○○等 15 位保險對象確實是領取分裝圓盒藥膏等語，卻申報完整包裝藥膏之藥費，已涉及特約及管理辦法第 39 條第 4 款「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」。
- (二) 申請理由有關編號 2○○○○、編號 3○○○、編號 5○○○、編號 7○○○、編號 8○○○及編號 9○○○等 6 名保險對象之訪問摘要，並非表示「每次」冷凍治療皆由護理人員執行，實無法排除或有部分次數係由醫師本人親自執行之可能一節，按編號 2○○○○等 6 人受訪時表示略以，由醫師看診評估後開單，由保險對象拿單子到後面房間由護理人員做冷凍治療，保險對象對就醫過程有明確敘述，且申請人○○○也坦承○○○等 17 位保險對象確實係由護理人員執行冷凍治療處置，申請理由，不予採信。
- (三) 申請理由有關編號 14○○○「藥費：112/9/30(66 點)」，○○○之訪問摘要明載：「做冷凍治療後會在櫃台領取條狀完整包裝外用藥膏(1 條/次，消炎用)」，足見申請人診所係給予保險對象「完整包裝條狀藥膏」一節，按編號 14○○○之訪問摘要略以：「…做冷凍治療後會在櫃台領取條狀完整包裝外用藥膏(1 條/次，消炎用)…也有領過外用分裝小圓盒藥膏，通常是因為濕疹等皮膚問題才會拿。」，查申請人診所 112 年 9 月 30 日申報○○○疾病名稱係「結節性癢疹」，並非執行冷凍治療，該署認列申請人診所虛報編號 14○○○「藥費：112/9/30(66 點)」，並無違誤。
- (四) 申請理由有關編號 2、5、10、11、12、13 保險對象同時給予保險對象口服藥及小圓盒藥膏時，應以「口服藥」之名目作為申報項目，一時疏忽誤以「條狀藥膏」之名目申報一節，查該 6 名保險對象均表示並未在申請人診所領過完整包裝條狀藥膏，又該署已排除申請人診所申報口服藥之筆數，僅列「單純領取小圓盒沒有併領取口服藥，惟申請人診所卻申報條狀藥膏之藥費」為虛報，該署核定並無違誤，訪問摘要如下：
1. 編號 2○○○○：「如果是冷凍治療會領到 3 盒小圓盒藥膏(消炎藥膏)及口服藥，口服藥 1 天吃 2 次，有 9 包 3 日份，另外如果看濕疹會領到 2 小圓盒藥膏，我領到的藥膏都是分裝的小圓盒藥膏，沒有領過完整包裝的條狀藥膏。」

2. 編號 5○○○：「我在該診所就醫後有在該診所領藥，我有領過 2-3 盒的小圓盒藥膏，但沒有領過完整包裝的條狀藥膏，另外我也有領過口服藥品（1 日服用 3 次）。」
 3. 編號 10○○○：「我就醫後會在診所內的藥局領藥，我每次都會領取 3 日份口服藥及小圓盒分裝外用藥膏…我不曾在該診所領取條狀藥膏。」
 4. 編號 11○○○：「我在該診所就醫後，會在診所內藥局領藥，幾乎都會領取口服藥及圓盒分裝外用藥膏，如果有領口服藥同時會一併領取圓盒分裝外用藥膏，而我在該診所不曾領過條狀藥膏。」
 5. 編號 12○○○：「…但我不曾領過完整包裝條狀外用藥膏，另外如果我疹子比較嚴重時，醫師會開口服藥物給我沒有額外收費，也會為我打針。」
 6. 編號 13○○○：「每次看完診後會領到分裝外用小圓盒藥膏及口服藥物…我不曾在該診所領過完整包裝條狀藥膏。」
- (五) 申請理由有關編號 17○○○○「藥費：111/11/30(66 點)、111/12/14(66 點)」2 筆，申請人診所給予保險對象口服藥，並以「口服藥」名目申報，全然適法一節，按編號 17○○○○之訪問摘要「我在該診所就醫後有領藥，有拿到小圓盒藥膏，但沒拿過完整的條狀藥膏。」，承前，○○○○並未稱有拿口服藥，且表示沒拿過條狀藥膏，該署認列虛報○○○○2 筆條狀藥膏之藥費，並無違誤。
- (六) 申請人等並非首次違規，於 94 年曾經該署扣減處分，於 104 年亦經該署終止特約處分，另該署 113 年 6 月 25 日健保○字第 0000000000 號函及 113 年 7 月 15 日健保○字第 0000000000 號函分別同意申請人診所自願繳回錯誤申報醫療費用 200 萬點、100 萬點之說明二已敘明「貴診所負責醫師○○○表示，貴診所辦理本保險醫療業務，除本署訪視查獲之事證外，另自願切結繳回 108 年 4 月至 113 年 3 月期間錯誤申報之醫療費用，並由應支付貴診所之醫療費用中扣抵。」，爰申請人診所自願繳回錯誤申報之醫療費用，並未包括該署 113 年 12 月 20 日健保○字第 0000000000 號函所查獲申請人診所違規事證認列虛報之醫療費用 7 萬 4,143 點，該署就已查獲之違規事證，依特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款規定，即應處停約 3 個月，該署並無降低停約月數之裁量權限。

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、第 5 款、第 46 條及第 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 3 款。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、醫療院所門診醫療費用明細表、申報醫療費用明細(醫令)、申報醫療費用明細表、保險對象門診就醫紀錄明細表、訪查報告、查處表、113年6月25日健保○字第0000000000號函、113年7月15日健保○字第0000000000號函、病歷、切結書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資料分析發現申請人診所疑有藥師工作時數分配顯不合理、支援期間亦過長，及發現相距3分鐘路程之宏○診所與申請人診所所有醫事人員相互執業及報備支援之情事，為釐清是否涉不當申報費用，乃立案查核，該署派員訪查○○○等17位保險對象，及申請人診所負責醫師○○○，發現申請人診所所有由護理人員為○○○等17位保險對象執行冷凍治療，非醫師親自執行，卻以醫師名義虛報冷凍治療之診療費[「液態氮冷凍治療」(診療項目代碼51017C)，每次600點；「冷凍治療-複雜」(診療項目代碼51022C)，每次250點]計7萬650點，另給予○○○等15位保險對象(不含○○○、○○○)分裝之藥膏，卻虛報完整包裝藥品藥費計3,493點[申報藥費12點或13點，或以簡表申報(MA1)66點]，合計虛報醫療費用7萬4,143點，健保署乃以113年12月20日健保○字第0000000000號函處申請人診所自114年3月1日起至5月31日止停約3個月，負責醫師即申請人○○○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，嗣申請人申復，經健保署重行審核後，因違規事證明確，以114年2月10日健保○字第0000000000號函(複核)維持原停約3個月之核定。
- (二) 申請人等主張1. 其診所前於113年6月19日及27日已自願繳回錯誤申報醫療費用，該等錯誤申報瑕疵已治癒，無任何「不正當行為申報醫療費用」可言；2. 健保署訪查保險對象對於1至2年多前之日常就醫瑣事，是否尚得清楚、明確記憶，顯屬有疑；3. 原核定將附表編號2○○○○、編號3○○○、編號5○○○、編號7○○○、編號8○○○及編號9○○○等6名保險對象未曾表明「每次」冷凍治療皆由護理人員執行，申請人○○○亦表示有醫師本人親自執行之情形，原核定將該6名保險對象之冷凍治療診療費「全數」列為虛報，自屬有誤；4. 原核定附表所列編號2○○○○之藥費4筆、編號3○○○之藥費1筆、編號5○○○之藥費1筆、編號10○○○之藥費33筆、編號11○○○之藥費1筆、編號12○○○之藥費21筆、編號13○○○之藥費14筆、編號14○○○之藥費1筆及編號17○○○之藥費2筆等項目，並未以不正當行為虛報點數；5. 原核定未依行政罰法第18條第1項規定，就違反行政法上義務行為應受責難程度、所生影響及可能獲得利益之差異等因素予以考量，遽以核處法定最高之「3個月」

停約期間，顯有裁量怠惰之違法云云，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，亦認為所稱並不足採，分述如下：

1. 本件系爭 17 位保險對象於 113 年 5 月 24 日至 6 月 4 日期間接受健保署訪查訪問時，健保署均有提示渠等保險對象系爭就醫期間至申請人診所申報之門診就醫紀錄明細表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)、詢問受訪保險對象是否接受訪問、至申請人診所就醫緣故、診療內容、是由何人施行液態氮冷凍治療、如何領取藥品、領取藥膏是否為完整包裝或小圓盒等情形，至訪查程序結束後，受訪保險對象及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，申請人等所稱健保署訪查保險對象對於 1 至 2 年多前之日常就醫瑣事，是否尚得清楚、明確記憶一節，核不足採。
2. 有關健保署認定申請人診所虛報 17 位保險對象冷凍治療診療費計 7 萬 650 點部分
 - (1) 查「液態氮冷凍療法」為侵入性之處置，係屬醫師法第 28 條之醫療業務，應由醫師在醫療機構為之，未具醫師資格之護理人員，亦不得依醫師指示執行前揭之醫療業務，本部改制前行政院衛生署 101 年 2 月 16 日衛署醫字第 1010061785 號函釋有案。
 - (2) 本件依卷附健保署業務訪查訪問紀錄顯示，系爭 17 位保險對象於接受健保署訪查時均一致證稱至申請人診所接受冷凍治療，係由護理人員施行等語，申請人診所卻申報該等保險對冷凍治療費，健保署認定虛報，核屬有據。
 - (3) 申請人等雖稱原核定將附表編號 2○○○○、編號 3○○○、編號 5○○○、編號 7○○○、編號 8○○○及編號 9○○○等 6 名保險對象未曾表明「每次」冷凍治療皆由護理人員執行，申請人○○○亦表示有醫師本人親自執行之情形，原核定將該 6 名保險對象之冷凍治療診療費「全數」列為虛報，自屬有誤云云，惟查而申請人等所爭執此部分系爭○○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 6 名保險對象，於第一時間接受健保署訪問時，分別證稱「醫師看診評估，如需做冷凍治療，醫師會開單，我再(誤植為在)拿單子在後面小房間，由護理人員(非醫師)為我做冷凍治療」(○○○○)；「有先讓醫師評估手部手指疣的情形，如果需做冷凍治療，醫師會開單，再拿單子到後面的注射室，由護理人員(非醫師)幫我做冷凍治療(手部)」(○○○)；「由醫師先幫我評估看診，之

後開單，我拿著單子到後面的小房間，由護士護理人員為我做冷凍液態氮治療」(○○○○)；「先讓醫師看診評估，之後會拿單子到後面的小房間由護理人員為我做冷凍治療(臉部)」(○○○○)；「由醫師為我看診及評估，之後會開單，我再(誤植為在)拿著單子到後面小房間，由護理人員為我做冷凍液態氮治療(腳部長病毒疣)做冷凍治療很痛，還曾經痛到起水泡，我非常印象。我記得有 1 次護理師幫我做冷凍治療時，沒有點到正確的部位，害我還起水泡」(○○○○)；「由醫師為我看診及評估，之後會開單子給我，我再(誤植為在)拿著單子到後面的小房間，由護理人員為我做冷凍治療，因為做冷凍治療很痛，我很有印象」(○○○○)等語，在在顯示○○○○等 6 名保險對象均一致證稱至申請人診所接受冷凍治療，係經醫師診察後，交由護理人員施行此具侵入性之處置，並非由醫師本人親自執行此項醫療行為，況申請人○○○於 113 年 6 月 19 日及 27 日接受健保署訪問時已分別陳稱「針對貴署所查獲事證，我全部都坦承錯誤，○○○等 17 位保險對象確實有由護理人員執行冷凍治療」、「我為病人看診後會寫單子，單子上會註記冷凍治療的部位及深度，本診所護理人員會依據我所寫的內容為病人執行冷凍治療」等語，申請人等所稱，顯不足採。

3. 有關健保署認定申請人診所虛報 15 位保險對象(不含○○○、○○○)藥費計 3,493 點部分

查此部分健保署係認定申請人診所給予 15 位保險對象分裝(小圓盒)藥膏，卻虛報完整包裝藥膏藥費，申請人等對於其中編號 2○○○○之藥費 4 筆、編號 3○○○之藥費 1 筆、編號 5○○○之藥費 1 筆、編號 10○○○之藥費 33 筆、編號 11○○○之藥費 1 筆、編號 12○○○之藥費 21 筆、編號 13○○○之藥費 14 筆、編號 14○○○之藥費 1 筆及編號 17○○○○之藥費 2 筆等項目，主張並未以不正當行為虛報點數云云，查核如下：

- (1)依卷附健保署業務訪查訪問紀錄顯示，○○○○○、○○○○、○○○○、○○○○、○○○○、○○○○、○○○○及○○○○等 8 名保險對象於第一時間接受健保署訪問時，均一致證稱領到的藥膏都是分裝的小圓盒外用藥膏，不曾領過完整包裝的條狀藥膏等語，健保署據以認定申請人診所虛報「甘得黴乳膏」(藥品代碼 AC49129321)等藥費之情事，核屬有據。
- (2)惟有關保險對象○○○○○部分，查該保險對象於 113 年 6 月 4 日受訪時證稱「(問：您在該診所就醫後如何領取藥品？若有領取藥膏是否為完整包裝或小圓盒？)我在該診所就醫後有領藥，就在楊皮膚科診所拿到小圓盒藥膏，但沒拿過完整的條狀藥膏」等語，固顯示○○○○○並沒有領取條狀藥膏，惟查申請人診所簡表(MA1)申報○○○○○於系爭 111 年 11 月 30 日(66 點)及 111 年 12 月 14 日(66 點)之藥費項目，均為口服藥

[Mequitine Tab.(AC42538100)、CEMINE F.C.TAB.(AC43403100)、QURMININ-H CAPS (AC13054100)、TNYH TABLETS(AC40887100)]，並無藥膏項目，在無資料佐證該保險對象未領取口服藥品之情形下，健保署遽認定申請人診所虛報該 2 日藥費 132 點，稍嫌速斷，尚有疑義待釐清。

4. 有關健保署核處停止特約 3 個月部分

- (1)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。
- (2)經查，本件健保署係於 113 年 5 月 24 日至 6 月 4 日期間訪查系爭 17 位保險對象，有卷附健保署訪查訪問紀錄影本附卷可稽，而申請人○○○則於 113 年 6 月 19 日始向健保署坦承違規申報，亦有申請人○○○於 113 年 6 月 19 日接受健保署訪查訪問之訪查訪問紀錄影本可按，亦即申請人○○○向健保署坦承其有申報不正確情事既係在健保署訪查之後，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，所稱其診所前於 113 年 6 月 19 日及 27 日已自願繳回錯誤申報醫療費用，該等錯誤申報瑕疵已治癒，無任何「不正當行為申報醫療費用」云云，顯有誤解。
- (3)又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，依法核實申報費用，竟仍為前揭以「由護理人員為保險對象執行冷凍治療，卻以醫師名義虛報診療費」及「給予分裝之皮膚藥膏卻虛報完整包裝藥品之藥費」之行為，虛報醫療費用，實質侵害全民健康保險財務管理及保險對象之健保權益，已該當於特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 5 款規定之要件，其虛報醫療費用計 7 萬 4,143 點，縱扣除申報前開尚有疑義待釐清之保險對象○○○○藥費計 132 點，仍有 7 萬 4,011 點(74,143 點-132 點=74,011 點)，健保署衡酌申請人等之違規金額、態樣及個案等違規情節，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 3 款規定，裁處申請人診所停止特約 3 個月，與比例原則及健保署發布訂定之裁量基準精神，尚無違背。

(三) 綜上，健保署處申請人診所停約 3 個月，申請人診所負責醫事人員即申請人○○○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，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。

中 華 民 國 114 年 7 月 18 日

本件申請人等如有不服，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 款及第 5 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、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，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 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。」

四、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。」

五、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 3 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：(三) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月。」