

## 審 定

主 文 申請審議駁回。

## 事 實

## 一、健保署認定之違規事實及核定內容

## 甲、終約核定部分

(一) 健保署 114 年 3 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)

## 1. 違規事實

申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有保險對象持家人健保卡代領藥(包括領取非健保卡本人所需藥品、備用藥品)、預防接種當日不當申報疾病就醫費用，情節重大等違規情事

(1) 受訪保險對象計有○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等 12 位。

(2) 上開○○○等 12 位保險對象接受健保署訪問時表示，渠等至申請人診所，或持家人健保卡領取自己所需藥品(○○○、○○○)，或拿自己及家人健保卡換取其他家人所需藥品(○○○)，或拿家人健保卡領取口服銀杏保健品(○○○、○○○、○○○、○○○)，或領取預防性備用藥品(○○○)，或拿家人健保卡領取腸胃藥品為家人備藥(○○○、○○○)，或單純打疫苗，未因疾病就醫(○○○、○○○)等語，惟申請人診所卻申報渠等保險對象本人或家屬等 22 位(含○○○家屬黃○○○、○○○、○○○本人及家屬○○○、○○○及○○○之家屬○○○、○○○之家屬○○○、○○○、○○○、○○○、○○○本人及家屬○○○、○○○、○○○、○○○本人、○○○家屬○○○、○○○、○○○家屬○○○、○○○、○○○本人、○○○本人、○○○本人及家屬○○○等 22 位)112 年 7 月至 113 年 4 月期間 321 筆醫療費用計 14 萬 3,938 點。

## 2. 裁處內容

(1) 處申請人診所自 114 年 6 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約。

(2) 申請人診所負責醫師○○○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。

3. 又申請人經查有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」及「非藥事人員調劑及交付藥品」等違規情節，該署○○業務組將另函予以追扣及扣減 10 倍處分。

(二) 健保署 114 年 5 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核)

申請人申請複核，該署經重行審核，因違規事證明確，仍維持原核定，另同意暫緩執行，並俟爭議審議審定後再憑辦理。

## 乙、追扣及扣減 10 倍醫療費用部分

### (一) 健保署 114 年 6 月 9 日健保○字第 0000000000 號函(追扣及扣減 10 倍醫療費用初核)

申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有「保險對象持家人健保卡代領藥(包括領取非健保卡本人所需藥品、備用藥品)」、「預防接種當日不當申報疾病就醫費用」、「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」及「非藥事人員調劑及交付藥品」等違規情事，茲核定追扣及扣減 10 倍醫療費用如下：

1. 違約虛報醫療費用 14 萬 3,938 點，依○○分區西醫基層公告各季確認之平均點值核算應追扣金額 13 萬 5,358 元。

2. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務：

(1) 經查○○○等 23 位保險對象於 112 年 7 月 1 日至 113 年 4 月 29 日期間，有未親自至申請人診所就醫，係由親友持渠等之健保卡至申請人診所代為陳述病情並領取藥物之情事，違約申報醫療費用共 216 筆，計 11 萬 9,406 點。

(2) 前開情事藥費以 1 點 1 元計算，藥費以外費用依○○分區西醫基層 113 年第 3 季確認平均點值 0.92860628 換算成元，應不予給付 11 萬 2,686 元暨扣減 10 倍金額 112 萬 6,860 元，合計 123 萬 9,546 元(112,686 元+1,126,860 元=1,239,546 元)。

3. 非藥事人員調劑及交付藥品：

(1) 經查○○○等 8 位保險對象於 112 年 7 月 1 日至 113 年 4 月 29 日期間至申請人診所就醫，有非藥事人員調劑及交付藥品之情事，違約申報醫療費用共 157 筆，合計 3 萬 4,570 點。

(2) 前開情事藥費以 1 點 1 元計算，藥費以外費用依○○分區西醫基層 113 年第 3 季確認平均點值 0.92860628 換算成元，應不予給付 3 萬 4,066 元暨扣減 10 倍金額 34 萬 660 元，合計 37 萬 4,726 元。

4. 非藥事人員交付藥品：經查○○○、○○○及○○○如共 3 位保險對象於 112 年 7 月 1 日至 113 年 4 月 29 日期間至申請人診所就醫，有藥事人員調劑，但交由非藥事人員交付藥品之情事，違約申報醫療費用共 57 筆，應追扣藥費及藥服費計 6,084 點。

5. 綜上，合計應追扣虛報醫療費用 13 萬 5,358 元，不予給付 14 萬 6,752 元(112,686 元+34,066 元=146,752 元)暨扣減 10 倍金額 146 萬 7,520 元(1,126,860 元+340,660 元=1,467,520 元)，合計 161 萬 4,272 元(146,752 元+1,467,520 元=1,614,272 元)，另追扣藥費及藥服費計 6,084 點。

### (二) 健保署 114 年 8 月 6 日健保○字第 0000000000 號函(追扣及扣減 10 倍醫療費用複核)

申請人申請複核，該署經重行審核，因違規事證明確，仍維持原核定。

二、申請人仍未甘服，於 114 年 7 月 9 日(本部收文日)就健保署前開終止特約初、複核函，向本部申請審議，復於 114 年 8 月 13 日 (本部收文日)就健保署前開追扣及扣減 10 倍醫療費用初、複核函，向本部申請審議，並以 2 案之核定基礎事實相同，請求合併審議，經本部併案審理，申請人之審議理由及補充理由要旨如下：

(一)原核定及複核決定有不適用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 條規定之違誤

1. 按特約及管理辦法第 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，得不適用第 37 條至第 40 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。」，所定主動向保險人通報有「申報不正確」，係為鼓勵服務機構自新之機會，考量健保署依法尚有行政調查權(例如依全民健康保險法第 80 條第 1 項規定進行訪查、查詢等)得以釐清服務機構申報不正確之具體情況，解釋上自無從苛責服務機構所通報或坦承之「申報不正確」情況須達到健保署毋庸再予調查之程度，否則現實上恐難有適用特約及管理辦法第 46 條之可能，亦與從寬鼓勵服務機構自新之目的有所扞格。
2. 其診所於 113 年 8 月 22 日提出切結書自願坦承(通報)繳回 108 年 7 月至 113 年 6 月期間，經清查後錯誤申報之醫療費用 577 萬點，並經健保署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函主旨表明「貴診所坦承有未依規定辦理全民健康保險醫療業務，自願繳回錯誤申報之醫療費用 577 萬點一案，本署同意辦理，請查照。」，誠已確認其診所該當特約及管理辦法第 46 條所定「通報有申報不正確情事，並自動繳回應扣減(還)之相關費用者」之要件，得不適用第 37 條至第 40 條等規定。參諸最高行政法院 109 年度上字第 1115 號判決指出「按行政處分除非具有無效之事由而無效外，具有存續力，在未經撤銷、廢止或未因其他事由失效前，其效力繼續存在(行政程序法第 110 條第 3 項參照)，原處分機關及處分相對人應受其拘束。」，健保署 113 年 9 月 5 日處分既未經撤銷、廢止或因其他事由失效，其效力繼續存在具有存續力，自應受其拘束。
3. 健保署於 113 年 9 月 5 日處分作成後，固得本於行政調查權參考相關訪查資料履踐後續行政程序以查明事實，此情並不影響或推翻健保署已確認其診所該當特約及管理辦法第 46 條要件之判斷。然健保署卻未予斟酌特約及管理辦法第 46 條得予免除適用同辦法第 40 條規定之空間，即逕行作成不利其診所之原核定，複核決定亦未予糾正遽維持原核定，均有不適用特約及管理辦法第 46 條規定之違誤。

(二)原核定有認定事實錯誤之違誤

1. 按最高行政法院 106 年 12 月份第 2 次庭長法官聯席會議決議「事實認定錯誤，法令適用自必錯誤。」，特約及管理辦法第 39 條第 1 項第 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 1 個月至 3 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 1 個月至 3 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。」、同辦法第 51 條規定「依本辦法所為之裁處，應審酌裁量違反行政法上義務行為、目的、應受責難程度、所生影響，作為違約處理之基準。」，本條規定乃仿效行政罰法第 18 條第 1 項規定「裁處罰鍰，應審酌違反行政法上義務行為應受責難程度、所生影響及因違反行政法上義務所得之利益，並得考量受處罰者之資力。」
2. 本件如審酌下列有利於其診所之陳述證據，事實認定顯有違誤，其診所錯誤申報醫療點數尚未達 10 萬點，容不該當特約及管理辦法第 43 條第 2 款規定所謂情節重大之情況，原核定逕依特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款規定對其診所作成終止特約 1 年之處分，即有應予撤銷之瑕疵
  - (1) 依○○○所述，於健保署訪查期間帶其母親黃○○○及女兒○○○至其診所看診，僅分別代領藥 3 次及 5 次，爰應扣除 1 萬 8,477 點違規點數【原核定認定黃○○○部分涉及虛報 10 次，應扣除 7 次( $10-3=7$ )，即 3,745 點( $535 \text{ 點} \times 7 = 3,745 \text{ 點}$ )；○○○部分涉及虛報 34 次，應扣除 29 次( $34-5=29$ )，即 1 萬 4,732 點( $508 \text{ 點} \times 29 = 14,732 \text{ 點}$ )】
  - (2) 次依○○○所述，於健保署訪查期間均親自前往其診所看診，且抽血驗尿後均一同看診領取 B 群，抽血驗尿需本人到場，殊難想像發生代領藥情形，爰應扣除原核定認定○○○部分涉及虛報 4 次，違規點數 1,465 點。
  - (3) 再依○○○所述，於健保署訪查期間○○○帶其母親○○○及妹妹○○○至其診所僅分別代領藥 10 次、15 次及 20 次，爰應扣除違規點數 4 萬 6,976 點【原核定認定○○○部分涉及虛報 53 次(註：誤植為 10 次)，應扣除 43 次( $53-10=43$ )，即 2 萬 1,844 點( $508 \text{ 點} \times 43 = 21,844 \text{ 點}$ )；○○○部分涉及虛報 47 次(註：誤植為 15 次)，應扣除 32 次( $47-15=32$ )，即 1 萬 400 點( $325 \text{ 點} \times 32 = 10,400 \text{ 點}$ )；○○○部分涉及虛報 56 次(註：誤植為 20 次)，應扣除 36 次( $56-20=36$ )，即 1 萬 4,732 點( $508 \text{ 點} \times 36 = 18,288 \text{ 點}$ )】。
  - (4) 復依○○○所述，於健保署訪查期間帶其母親○○○、父親○○○及兒子○○○至其診所看診，僅分別代領藥 5 次、2 次及 5 次，爰應扣除 3 萬 1,355 點違規點數【原核定認定○○○部分涉及虛報 32 次(註：誤植為 5 次)，應扣除 27 次( $32-5=27$ )，即 7,155 點( $265 \text{ 點} \times 27 = 7,155 \text{ 點}$ )；○○○部分涉及虛報 14 次(註：誤植為 2 次)，應扣除 12 次( $14-2=12$ )，即 6,420 點( $535 \text{ 點} \times 12 = 6,420 \text{ 點}$ )；○○○部分涉及虛報 40 次(註：誤植為 5 次)，應扣除 35

次(40-5=35)，即 1 萬 7,780 點(508 點 x35=17,780 點)】。

(5)另依○○○所述，於健保署訪查期間至其診所看診，未有代領藥情形，除打疫苗外另有看診並領取口服藥，爰應扣除違規點數 325 點。

(6)末依○○○所述，於健保署訪查期間，○○○及其母親○○○至其診所均親自前往看診，訪查人員僅詢問是否施打疫苗並未詢問是否看病，○○○及其母親就詢問事項回答，詎料訪查人員遽認○○○及其母親僅施打疫苗而未實際看診，逕以虛報醫療費用認定違規申報點數，爰應扣除違規點數 755 點(原核定認定虛報○○○490 點及○○○265 點)。

(7)基此，本件應扣除虛報點數計 9 萬 9,353 點，原核定認定之虛報點數為 14 萬 3,938 點，容有認定事實錯誤之瑕疵。

### (三) 複核決定有違反職權調查義務之違誤

複核決定固以其於複核階段檢送相關保險對象書面說明，係保險對象於原核定作成後迴護其診所所為，核難採信為理由，維持原核定對於其診所不利之判斷。健保署固依全民健康保險法第 80 條第 1 項規定訪查保險對象，惟本於行政程序之有利不利一律注意原則，其診所於複核階段所提出之有利事證即保險對象書面陳述意見內容，亦為健保署負有概括調查義務之範圍，各該保險對象之書面陳述意見內容，攸關其診所是否有違約情節重大之判斷顯具有重要性，健保署自應調查以釐清是否與事實相符。健保署遽以保險對象之書面說明係事後迴護其診所所為，已嫌速斷。實則，其診所與前述保險對象之間並無親屬或監護等親近之關係，渠等願於健保署訪查後出於自由任意性之更新書面陳述意見，衡情係因個人記憶認知能力，於接受健保署訪談時或有回答不盡準確之可能，因而重新回想後修正陳述之合理誤差範圍，即有予以採信之斟酌空間。然健保署未詳加考量其診所提出之有利事證，容有違反職權調查義務之違誤，請依行政程序法第 9 條、第 36 條及第 43 條等規定，重新審查其診所提出之有利事證，作成適法之決定。

### (四) 原核定及複核核定有違反比例原則之違誤

1. 論者有認為醫院與診所之主要差別在於設有病房收治病人與否，而非其門診診療科別、服務項目或醫師人數之多少，對於診所之處罰，相較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，顯然過重而缺乏合目的性衡量性條件之彈性機制，對於診所處罰之規定，均與醫院顯有無正當理由之差別待遇。
2. 原核定認定虛報點數為 14 萬 3,938 點容有認定事實錯誤之瑕疵，應扣除 9 萬 9,353 點，涉及違約申報費用為 4 萬 4,585 點，尚未達 5 萬點，應依特約及管理辦法第 39 條第 1 項第 4 款及特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 條第 2 款，處停約 2 個月，方屬允當，原核定逕依特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款規定，對其診所終止特約 1 年，容有過度侵害其

診所營業自由之情況，難認合於比例原則，即有應予撤銷之瑕疵。

### 三、健保署提具意見及補充意見要旨

(一) 該署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函說明二已敘明「除本署訪視查獲事證外」，申請人診所另自願切結繳回 108 年 7 月至 113 年 6 月期間錯誤申報之醫療費用 577 萬點，經該署函復同意辦理。是該署就申請人診所自願繳回之 577 萬點部分，已適用特約及管理辦法第 46 條規定，未列為本案虛報金額予以核處之範圍，至本案已查獲之違規虛報醫療費用 14 萬 3,938 點(13 萬 5,358 元)，不予給付 14 萬 6,752 元暨扣減 10 倍金額 146 萬 7,520 元(合計 161 萬 4,272 元)，另追扣藥費及藥事服務費計 6,084 點等費用，並未包含在申請人診所切結自願繳回之 577 萬點內，該署依規定核處申請人終止特約、追扣暨扣減醫療費用，並無違誤。

(二) 申請人事後出具保險對象之書面說明，核難採信，相關個案說明如下：

1. 保險對象○○○受訪時明確表示，會拿家人的健保卡領胃藥給自己使用，又其母親黃○○○行動不便，倘有就醫需求大多去另外 1 間診所看診，另女兒○○○有精神疾病，都是黃君拿她的健保卡去申請人診所領腸胃藥，領的藥全家人都會吃。申請人於該署訪查時亦陳述會通融保險對象可持家人健保卡代領藥或領取自身所需之藥物，爰該署核列黃○○○10 筆與○○○同日使用健保卡並申報疾病名稱為胃炎者為虛報費用，○○○34 筆與同戶家人同日刷健保卡為虛報。申請人診所於申請複核時提出○○○代母親黃○○○及女兒○○○拿藥 3 次及 5 次之書面證明，係於該署處分後所出具，核難採信。
2. 保險對象○○○(○○○之妻)受訪時明確表示，○○○除了回診抽血檢驗及有 1 次因皮膚問題有單獨去看診外，其餘同家戶同日的就醫紀錄就是渠使用先生○○○的健保卡至申請人診所換取 B 群或是兒子的青春痘藥膏。該署依○○○陳述，已剔除由○○○自行就醫及因皮膚疾病就醫之醫療費用，並審酌申請人診所陳述會通融保險對象可持家人健保卡代領藥或領取自身所需之藥物，爰認定有同家戶同日以○○○名義申報之 4 筆醫療費用為虛報。申請人事後出具保險對象○○○之書面說明，核難採信。
3. 保險對象○○○(○○○之姊)受訪時明確表示與家人不會同日同時一同至申請人診所就醫，亦沒有同日同時有疾病或身體不適之情形。她(他)們不會去申請人診所看診領藥，大都是由渠一個人去申請人診所看診領藥。審酌申請人診所陳述會通融保險對象可持家人健保卡代領藥或領取自身所需之藥物，爰認定○○○、○○○、○○○及○○○各 53 筆、47 筆、56 筆及 3 筆費用為虛報。承前，申請人事後出具保險對象○○○之書面說明，核難採信。
4. 保險對象○○○受訪時明確表示至申請人診所就醫同時會持家人健保卡代

領藥或備用藥品，渠母親○○○會自行或由渠陪同至申請人診所看高血壓、領慢箋及抽血檢查，但腸胃症狀則是由渠持母親健保卡代領取腸胃藥品備用，另渠父親○○○則是行動不便，由渠持其健保卡代領藥(腸胃症狀除外)，但渠特別表示父親之腸胃症狀不會每天服藥，都是由渠持其健保卡領取治療腸胃不舒服藥品回來給父親做為備用。又渠兒子○○○在外求學，都是由渠持其健保卡領取治療腸胃道、疲勞相關藥品回來讓他有需要時服用。審酌申請人診所陳述會通融保險對象可持家人健保卡代領藥或領取自身所需之藥物，爰認定○○○共 32 筆申報疾病名稱與腸胃道相關者、○○○共 14 筆申報疾病名稱與腸胃道相關者及○○○共 40 筆腸胃道、疲勞等相關疾病者為虛報費用。承前，申請人事後出具保險對象○○○之書面說明，核難採信。

5. 保險對象○○○受訪時明確表示 112 年 10 月 21 日至申請人診所打疫苗，順便打保養針(銀杏、B12)，當日未因病就醫，沒有順便看診。承前，申請人事後出具保險對象○○○之書面說明，核難採信。

6. 保險對象○○○受訪時明確表示 112 年 10 月 14 日係帶母親○○○至申請人診所接種疫苗，兩人接種疫苗當日身體健康沒有不舒服情形，沒有看病也沒有領藥，就是單純去打疫苗。承前，申請人事後出具保險對象○○○之書面說明，核難採信。

(三) 申請人主張本件原核定及複核決定違反比例原則一節，承上所述，申請人診所既經該署查明確有「保險對象持家人健保卡代領藥(含非健保卡本人所需藥品、備用藥品)」、「預防接種當日不當申報疾病就醫費用」，涉未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用共 14 萬 3,938 點，該署依特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 43 條第 2 款規定予以終止特約，自屬於法有據，當無違反比例原則。

## 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 6 款、第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 2 款、第 46 條及第 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 17 條第 1 項第 4 款及第 20 條第 1 項。

### 二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、業務問題說明書、訪查報告、查處表、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷表等資料影本、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，本件係健保署依資料分析結果，發現申請人診所「家戶群聚率」及「同日預防保健二刷」等指標百分位皆高於轄區內院所，110 年 4 月至 112 年 3 月期間家戶多刷率占 29.7%，且家戶同日高達 5 至 7 人就醫，112 年 11 月至 113 年 4 月期間月平均申報 3,475 件約 213 萬點偏高，乃立案查核，於 113 年 7 月 1 日至 8 月 22 日期間派員訪查○○○等多位保險對象及申請人診所負責醫師○○○後，認定申請人有 1. 虛報醫療費用（14 萬 3,938 點）、2. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務（11 萬 9,406 點）、3. 非藥事人員調劑及交付藥品（3 萬 4,570 點）及 4. 非藥事人員交付藥品（6,084 點）等違規情事，除經健保署原核定、複核核定及意見書、補充意見論明者外，並有經保險對象本人、申請人診所負責醫師○○○簽名或蓋章確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、業務問題說明書、病歷表等影本附卷可稽。
- (二) 查申請人對於健保署認定其有前開 4 項違規情事，僅爭執其中第 1 項虛報醫療費用 14 萬 3,938 點，援引其於申復時檢附之○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 6 位保險對象說明書影本，主張健保署有認定事實錯誤之瑕疵，應扣除其中虛報點數計 9 萬 9,353 點，並主張 1. 其診所於 113 年 8 月 22 日提出切結書自願坦承（通報）繳回 108 年 7 月至 113 年 6 月期間，經清查後錯誤申報之醫療費用 577 萬點，並經健保署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函表明同意辦理，已確認其診所該當特約及管理辦法第 46 條所定「通報有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者」之要件，得不適用第 37 條至第 40 條等規定；2. 其診所錯誤申報醫療點數應扣除虛報點數計為 9 萬 9,353 點後，尚未達 10 萬點，容不該當特約及管理辦法第 43 條第 2 款規定所謂情節重大之情況，健保署對其診所終止特約 1 年，與醫院顯有無正當理由之差別待遇，容有過度侵害其診所營業自由之情況，難認合於比例原則云云，茲查核分述如下：
1. 申請人檢附○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 6 位保險對象說明書影本，尚難推翻本件違規事實之認定
- (1) 查○○○、○○○（○○○之配偶）、○○○（○○○之姊姊）、○○○、○○○及○○○等 6 位保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示渠等本人或同戶籍家人 112 年 7 月至 113 年 4 月期間申請人診所申報渠等之醫療費用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、至申請人診所就醫原因為何、是否施打疫苗當日併看其他疾病、說明同戶籍保險對象同一日短時間於申請人診所使用健保卡等情形，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或蓋章確認，且訪問內容有修改之處，保險對象均有逐處簽名或蓋章確認，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○○○、○○○(○○○之配偶)、○○○(○○○之姊姊)、○○○、○○○及○○○等 6 位保險對象訪查訪問紀錄顯示，渠等保險對象於第一時間接受健保署訪問時，明確證稱如下，健保署認定虛報，核屬有據：
- ①○○○113 年 7 月 2 日受訪時陳稱「我胃藥 1 天要吃 2-3 次，常吃不夠，會拿家人的健保卡拿胃藥給我吃。」「我母親則是行動不方便，都是由我去幫她拿痠痛貼布等藥……我母親大多去另外 1 間診所看診」「我女兒有精神疾病，我太太會載她去醫院診所就醫，如果是瑪家診所都是我拿她的健保卡去領腸胃藥，領的藥全家人都會吃。」(健保署認定虛報○○○母親黃○○○與家人同日刷卡且疾病名稱為「胃炎未伴有出血」之 10 筆費用、女兒○○○與家人同日刷卡 34 筆費用)
- ②○○○(○○○之妻) 113 年 7 月 4 日受訪時陳稱「我先生大概每 3 個月會回診抽血檢驗，因為他平時要上班，沒有時間，所以除了他回診抽血檢驗時是他本人親自就醫及曾經有 1 次因為皮膚問題，有起藥疹，有單獨回診所看診以外，其他就醫是我使用他的健保卡換取 B 群或是兒子的青春痘藥膏。」(健保署認定虛報○○○之夫○○○與家人同日刷卡 13 筆中之疾病名稱「皮膚感覺異常」、藥品名稱「合利他命 F50 糖衣錠」之 4 筆費用)
- ③○○○(○○○之姊姊) 113 年 7 月 5 日受訪時陳稱「依健保署提示資料在 112 年 7 月 1 日至 113 年 4 月 30 日期間有我和家人(弟、母親、2 位妹妹)在同日在該診所同時刷了 5 張健保卡之情形，我們不會同日同時有疾病或身體不舒服的情形，因我是因為車禍腳部受傷需要常回該診所看診、清創傷口、領取消炎藥，因為該一張健保卡只能領 3 天份/9 顆，而我因為用量較大，醫師開的量不夠我使用，所以醫師同意我使用前述家人(4 位)健保卡在我看診當天同時刷家人健保卡領取我自己要的消炎止痛藥…這些消炎止痛藥不用再多額外付費且我家人都沒有在使用，都是我一個人在使用，因為弟弟(○○○)都在打零工，我母親(○○○)行動不便，而妹妹(○○○)因中風都在○○醫院○○分院就醫，所以她們都不會去該診所就醫看診、領藥，都是由我要去該診所看診時，同日拿取她們的健保卡刷卡領取我所需要消炎止痛藥」(健保署認定虛報○○○弟弟○○○、母親○○○、妹妹○○○、妹妹○○○與○○○同日刷卡之費用各 53 筆、47 筆、56 筆及 3 筆)。
- ④○○○113 年 7 月 3 日受訪時陳稱「依健保署提示資料，我與上述 3 位家人 112/7/12—113/2/27 期間，共計 40 次有同一日在該診所同時使用 3 至

4 張健保卡刷卡情形，該診所申報疾病名稱如與腸胃不舒服相關病名(如：胃炎未伴有出血、胃食道逆流性疾病併食道炎)，這種就是我有去該診所看診時，就會順便拿父親、母親、兒子的健保卡，幫他們領備用藥品(治療腸胃不舒服藥品：加利康和消化酵素錠)。另外我兒子(○○○)有疲勞問題，所以我也會去該診所看診時拿他健保卡去該診所領治療疲勞(補神元)回來，讓他有需要時服用。」(健保署認定虛報○○○母親○○○、先生○○○、兒子○○○與家人同日刷卡且疾病名稱與腸胃道有關之費用各 32 筆、14 筆及 40 筆費用)

⑤○○○113 年 7 月 1 日受訪時陳稱「我沒有因為疾病順便就醫，我打疫苗當天就是單純去打疫苗跟打保養針，沒有順便看診。」(健保署認定虛報○○○112 年 10 月 21 日預防接種當日有關「多處部位短暫性滑膜炎」之費用)

⑥○○○113 年 7 月 8 日受訪時陳稱「我是在身體健康的情況下去打疫苗的，沒有因疾病或身體不舒服看診，我就是單純去打疫苗，沒有看病也沒有領藥。」「母親也曾在該診所接種疫苗，是我帶她去該診所打疫苗的，他打疫苗當日也是身體健康，沒有不舒服的情形去接種疫苗，打疫苗當日沒有因身體不適就醫，也沒有領藥。」(健保署認定虛報○○○及其母親○○○112 年 10 月 14 日預防接種當日有關「多處部位短暫性滑膜炎」之費用)

(3)至申請人所附○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 6 位保險對象說明書影本，經查該等說明書內容簡略，或僅陳述只有幾次是代拿藥，或陳述因手腳麻痺酸痛及疲勞，醫師處方 B 群，或陳述有看病及打疫苗，且按「依照台灣社會之醫病關係，病人不太可能故為誣陷醫生之訪談紀錄，反而是醫生不難要求病患於偵查中做有利醫生之陳述，及提出與事實不符之陳述書，各該保險對象事後所製作之陳述書易流於事後迴護。觀諸本件訪查紀錄係保險對象之首次供詞，其陳述均十分具體而明確，並無任何模稜兩可之處，被告(健保署)訪查人員與原告(特約院所)間並無利害關係，查獲原告虛報醫療費用亦無額外獎勵，殊無誘導保險對象作不利於原告之必要，若謂保險對象於訪談時係因『記憶不清』而為錯誤之陳述，則保險對象於事後所出具『澄清說明書』時距離刷卡時間更遠，豈非更不準確？難謂受訪談人於事後出具之『澄清說明書』之『証明力』必然高過被告之訪查紀錄」，有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 454 號判決可資參照，爰系爭保險對象事後出具之說明，究難與第一時間(113 年 7 月 1 日至 8 日)受訪並簽名或蓋章確認之訪查訪問紀錄相提並論，且該等文件所載內容業經健保署提具意見逐一論明，如前所述，經核尚難推翻本件違規事實認定。

2. 本件並不符合特約及管理辦法第 46 條規定得免除停約、扣減 10 倍醫療費用等處分之要件

(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，始足該當得不適用特約及管理辦法第 37 條至第 40 條有關扣減 10 倍醫療費用、停止特約、終止特約之規定，合先敘明。

(2)茲就本案案關事實按時序表列如下：

日期	內容
113/7/1 至 113/7/8	健保署訪問系爭○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等 12 位保險對象(虛報保險對象本人或家屬計 22 位之醫療費用計 14 萬 3,938 點)
113/8/5 113/8/15	健保署訪問申請人診所負責醫師○○○，訪問及回答內容記載於「業務問題說明書」
113/8/22	申請人診所負責醫師○○○向健保署切結同意返還 108 年 7 月 1 日至 113 年 6 月 30 日不當申報之醫療費用計 577 萬點
113/9/5	健保署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函同意申請人自願繳回錯誤申報之醫療費用計 577 萬點

(3)查申請人雖稱其診所於 113 年 8 月 22 日提出切結書自願坦承(通報)繳回 108 年 7 月至 113 年 6 月期間，經清查後錯誤申報之醫療費用 577 萬點，並經健保署 113 年 9 月 5 日健保○字第 0000000000 號函表明同意辦理，已確認其診所該當特約及管理辦法第 46 條所定「通報有申報不正確情事，並自動繳回應扣減(還)之相關費用者」之要件，得不適用第 37 條至第 40 條等規定云云，惟承上表所示，健保署早已於申請人 113 年 8 月 22 日自清前之 113 年 7 月 1 日起即已開始訪查○○○等多位保險對象，發現申請人有虛報醫療費用之違規情事，則申請人既係在健保署訪查後，始向健保署自清違規事實，即不符合前揭特約及管理辦法第 46 條所定免處分之條件。

3. 有關申請人主張健保署對其診所終止特約，與醫院顯有無正當理由之差別待遇，容有過度侵害其診所營業自由之情況，難認合於比例原則部分，核有誤解

(1) 查本件申請人診所經健保署查有違規虛報未診治之保險對象本人或家屬 112 年 7 月至 113 年 4 月間醫療費用計 14 萬 3,938 點之情事，已如前述，已該當特約及管理辦法第 43 條第 2 款所訂「違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」及第 40 條第 1 項第 2 款所訂「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。」應予終止特約之要件。

(2) 特約及管理辦法第 40 條第 1 項「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」已明定得按違反規定部分之服務項目或科別予以停約 1 年僅限於特約醫院，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，則健保署即無裁量部分服務項目或科別特約之餘地，該署核處申請人診所終止特約，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○○○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，於法並無不合，且該處分在法律效果之採擇上，健保署已處於羈束裁量之狀況，即負有終止申請人診所特約之作為義務，健保署僅能依上開規定終止申請人診所特約，尚無其他處分措施可資選擇，此有臺北高等行政法院 105 年度訴字第 673 號判決可資參照，申請人所稱終止特約 1 年，顯然違反比例原則云云，核有誤解。

(三) 另申請人對於健保署認定其未經醫師診斷逕行提供醫事服務(11 萬 9,406 點)、非藥事人員調劑及交付藥品(3 萬 4,570 點)及非藥事人員交付藥品(6,084 點)等違規情事，並不爭執，已如前述，該等違規情事已該當特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款及第 6 款之要件，健保署追扣及扣減 10 倍醫療費用，核無不妥。

(四) 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 年內不得再申請特約，申請人診所負責醫師○○○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，及追扣暨扣減 10 倍醫療費用，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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

中 華 民 國 114 年 12 月 23 日

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 款及第 6 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。六、容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。」

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 43 條第 2 款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 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。」

六、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。」

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

「乙方申請之本保險醫療費用，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。」