

## 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) 本件申請人於 108 年 4 月 8 日至 111 年 9 月 6 日期間為○○診所執業醫師，○○診所經健保署於 110 年 8 月 20 日至 112 年 2 月 9 日期間派員訪查，發現有就自費健檢及慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，卻虛報醫療費用，以及未經醫師診斷逕行開立處方箋、未依規定向保險對象收取部分負擔等違規情事，其中虛報醫療費用計 2 萬 187 點（涉及申請人部分為○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 7 位保險對象，共 6,014 點；另以負責醫師○○○及執業醫師○○○、○○○名義分別申報 7,885 點、5,118 點、1,170 點），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 款等規定，以 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(初核)，核處○○診所自 112 年 6 月 1 日至 30 日期間停止特約 1 個月，○○診所負責醫師○○○及負有行為責任醫師○○○、○○○及○○○即申請人於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

(二) ○○診所不服，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，乃以 112 年 5 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(複核)核復仍維持核處○○診所停止特約 1 個月(期間為 112 年 7 月 1 日至 31 日)，○○診所負責醫師○○○、負有行為責任醫師○○○、○○○及○○○即申請人於停止特約期間，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) 其自 108 年 5 月受僱於○○診所至 111 年 9 月離職，期間僅執行醫療業務，包含看診、開藥、做治療、開 order 等，期間從未參與申報業務，健保申報由○○○醫師 100%負責。

(二) 其從未參與申報業務及相關行政業務之事實，其病歷製作與看診流程皆依照○○○醫師之要求執行，○○○醫師可為此證明。

(三) 由於其僅為受僱醫師，於固定時間上下班，並無參與其他診所營運業務，診所如何運作、如何與健保互動，實非其能控制，其僅能寄望○○診所負責醫師○○○應本於善良管理人之注意義務處理診所營運事項及相關事務。

(四) 健保署 112 年 5 月 18 日健保○字第 0000000000 號函文中「○○○醫師涉

虛報 6,014 點」，歸責於其本人，實屬過苛，○○診所因申報違反規定所生之處罰，不應及於其本人。

### 三、健保署提具意見要旨

本案經該署抽訪多名保險對象，並請申請人針對費用申報疑義說明，經綜整受訪保險對象與申請人說詞、調閱相關病歷、處方箋及申報資料，據現有事證依經驗、論理法則予以研判，依所違全民健保相關法規予以論處，違規事證已臻明確。縱令申請人未參與○○診所健保申報業務，惟其自述有配合該診所加速看診流程，並套用看診系統之固定套組製作病歷，此有該署 111 年 12 月 29 日訪問申請人訪問紀錄可稽等，皆可佐證申請人配合○○診所所有未診治保險對象逕予開立處方之行為，應負有虛報醫療費用之責任。該署依特約及管理辦法第 47 條第 1 項規定，以申請人為核處對象，並無不當。

## 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、衛生福利部醫事管理系統醫事人員查詢資料、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○○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○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○在內等多位保險對象，以及○○診所負責醫師○○○、原執業醫師○○○即申請人，發現系爭保險對象至○○診所或自費健檢，未因疾病就醫看診，檢查及領取檢驗報告當天均未給醫師看診(○○○)，或因慢性病(B 型肝炎、高血脂、高血壓、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(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○)，惟○○診所卻以申請人名義申報系爭○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 7 位保險對象 110 年 1 月至 111 年 8 月期間未實際看診之醫療費用計 6,104 點(除○○○為整筆申報之醫療費用外，其餘 6 位保險對象為診察費)，此有經該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，核定申請人於○○診所停止特約期間(初核為 112 年 6 月 1 日至 30 日，複核改為 112 年 7 月 1 日至 31 日)，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. 其受僱於○○診所期間僅執行醫療業務，包含看診、開藥、做治療、開 order 等，期間從未參與申報業務，其病歷製作與看診流程皆依照○○○醫師之要求執行，並無參與其他診所營運業務，健保申報由○○○醫師 100%負責；2. ○○○醫師應本於善良管理人之注意義務處理診所營運事項及相關事務，健保署認定其歸責虛報 6,014 點，實屬過苛，○○診所因申報違反規定所生之處罰，不應及於其本人云云，惟查申請人對於自費健檢或未進診間看診之系爭○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 7 位保險對象，卻製作不實病歷資料供○○診所以申請人名義虛報醫療費用計 6,014 點，即已該當特約及管理辦法第 47 條第 1 項所稱「負有行為責任之醫事人員」，至有無參與申報業務或營運相關業務，並非該條適用要件，且申請人於 111 年 12 月 29 日接受健保署訪查訪問時陳稱「看診系統登入的帳號密碼都是該診所設定的，應該也不是秘密，該診所的人員應該都知道，…我的醫事人員卡及醫師章是交由該診所櫃台保管，如果我要查詢病人的健保雲端資料時，也是由該診所櫃台負責讀取我的醫事人員卡，診間有讀卡機，但我都沒有使用過讀卡機讀卡，病人的健保卡也不會帶進診間給我過卡，大多數在看診時不需蓋醫師章…看診系統我的帳號密碼診所其他人也可以登入。」等語，顯示申請人將其執行醫療業務所需之醫師卡及醫師章交付他人保管使用，並容許他人以其帳號登入看診系統，均致他人得以虛偽製作病歷，進而虛報健保費用，爰此，健保署認定申請人就○○診所前開虛報醫療費用負有行為責任，核無不妥。

(三) 綜上，健保署核處申請人對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付 1 個月，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 112 年 8 月 25 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。」