

審 定

主 文 原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

事 實

- 一、申請人診所前因查有虛報醫療費用，經健保署於 109 年 2 月 24 日以健保○字第 0000000000 號函核處停止特約 1 個月，並於 109 年 7 月 31 日執行完畢在案。
- 二、健保署 112 年 1 月 17 日健保○字第 0000000000 號函(初核函)內容要旨
 健保署於 109 年 7 月 6 日至 9 月 10 日派員訪查，發現申請人診所有未診治李○○、黃○○、童○○、李○○及張○○等 5 位保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報 109 年 1 月至 5 月期間計 25 筆醫療費用共 9,705 點，本次違規係於前開停約處分執行完畢後 5 年內再犯，處申請人診所自 112 年 4 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，負責醫師沈○○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。
- 三、申請人申請複核及暫緩執行，經健保署重行審核，因違規事證明確，以 112 年 3 月 9 日健保○字第 0000000000 號函(複核函)核復仍維持原核定，並同意於爭議審議審定前暫緩執行。
- 四、申請理由要旨
 - (一) 其診所為完全處方箋釋出，健保署 112 年 3 月 9 日健保○字第 0000000000 號函(複核函)為球員兼裁判所審。其診所專門服務低收與街友(要幫其上繳 50 元部分負擔)已有 8 年半，違規只是企圖要拿回原屬於自己的一小部分(不但成為了門前藥局-低診療費制度的犧牲者，還要幫每個病人上繳不相干藥師繳交藥事費 120 元部分負擔)，比之當今醫療給付制度大多院所疑以藥價差吃到飽，健保署不要對其趕盡殺絕。
 - (二) 查 108 年案黃○○為白天工讀晚上讀夜間部，她媽媽宣稱自殺過 8 次，該筆稽查員曾在電話問「你怎沒有來申覆」，所以現在又含這筆加罰，請再審酌一次，另外 109 年案李○○是低收勞工，43 歲已罹患右膝蓋退化性關節炎，免費為他關節腔注射玻尿酸，因沒照 X 光不能申報也沒收取自費，就請他注射完後多回診幾次，以診療費抵銷玻尿酸自費金額，且其診所是完全處方箋釋出沒有虛報貴重藥不當得利，只是申報純服務診療費，本質上都是為保險對象服務，他們都有家人來拿藥回家服用，不是跟藥局合作刷人頭虛報貴重藥品分贓，現在已知道自己這些均屬沒看到病人而申報是違規，今後絕對不會再犯。
 - (三) 功勞第一件：其診所一直默默配合制度，直到被訴才向健保署函詢 2 次：「門前藥局-低診療費，申請人○○診所是否在幫藥師繳交藥事費 120 元部分負擔」。而得到健保署回函謂藥費+醫事服務費=免部分負擔，卻未告知法條依據為何已違反世俗通則。全國院所均擁有門前藥局，因院所本可領有藥

事費之結餘，又可以門前藥局一條龍操作處方箋獲取藥價差彌補低診療費，故申請人為 8 年半被犧牲者，另申請人由自己兩個小孩身上發現，吾人社會 Omicron 疫情腦炎死亡率是日本 10 倍、韓國 8 倍，因醫療給付制度讓醫師為促進藥單業績-退燒消炎藥物過度使用。

(四) 功勞第二件：社會局照顧街友外展中心制度沒擴及診所，僅及於市醫院，且街友身分證大多借人報稅無福保，其診所不能棄求診街友不顧，虧本經營多年。處方箋完全釋出本沒有瓜田底下亂開藥的嫌疑，最適合從事專門服務三重地區低收、街友，8 年來不但不收掛號費，還幫每位街友上繳 50 元部分負擔。

五、健保署提具意見要旨

(一) 申請人診所前因查有虛報醫療費用，經該署於 109 年 2 月 24 日以健保○字第 00000000000 號函處以停約 1 個月在案(停約執行期間自 109 年 7 月 1 日起至 31 日止)，本次違規係於前開停約處分執行完畢後 5 年內再犯，依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 1 款規定，應予以終止特約。

(二) 本案認定違規虛報案件並未包括保險對象黃○○，該違規事件係 109 年 2 月 24 日以健保○字第 00000000000 號函停約 1 個月處分案，與本案無涉。

(三) 保險對象李○○部分，其稱係平日下午就醫，申請人接受該署訪問時證稱「李君因肌肉疲勞固定在本診所注射循例寧，表列疾病都是打循例寧順便看病，健保卡放在我這裡幫他去附近藥局拿藥，隔天下班後順道過來拿藥。一個月來 4-5 次，如果只有報諮詢，即是信中提及打針日，額外掛號報診察費抵付收費」，惟查李○○就醫紀錄中近半數皆為例假日或國定假日刷健保卡，並非李○○就醫之日，顯有留置健保卡並刷取自創就醫紀錄；且此次申請人亦證稱「以免費注射為由，請李君注射完多回診幾次，以抵銷玻尿酸自費金額」，顯見李○○就醫係因申請人診所提供自費玻尿酸，而其受要求多次回診所致，自始均非屬健保應給付之範圍。

(四) 申請人所提「處方箋釋出致使診療費降低」、「為街友繳 50 元部分負擔」等節，均與本案違規情事無涉，對核定結果不生影響。

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（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 4 款、第 40 條第 1 項第 1 款及第 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 20 條第 1 項。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、109 年 2 月 24 日健保○字第 00000000000 號函(前

次停約初核)、109年4月16日健保○字第0000000000號函、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、交付調劑醫療費用明細表、診療記錄單、處方箋、訪查報告、查處表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，本件係緣起於民眾多次檢舉申請人診所刷健保卡換現金100元、自費打玻尿酸刷健保卡抵債、私下販售安眠藥等情事，健保署乃立案查核並於109年7月6日至9月10日期間訪查系爭李○○等5位保險對象及申請人診所負責醫師沈○○，發現申請人有未診治保險對象，卻自創就醫記錄，虛報109年1月至5月期間計25筆醫療費用共9,705點，因申請人診所前因查有虛報醫療費用，經健保署於109年2月24日以健保○字第0000000000號函停約1個月處分在案，健保署認定本次違規係於前次停約處分執行完畢5年內再犯，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40條第1項第1款及第47條第1項等規定，核定申請人診所自112年4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，申請人診所負責醫師沈○○於前述終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

(二) 申請人主張健保署又加罰108年案保險對象黃○○、本案保險對象李○○是低收勞工，免費為他關節腔注射玻尿酸，因沒照X光不能申報也沒收取自費，就請他注射完後多回診幾次，以診療費抵銷玻尿酸自費金額，違規只是企圖要拿回原屬於自己的一小部分，現在已知道自己違規，今後絕對不會再犯，及診所為門前藥局-低診療費制度的犧牲者、專門服務低收與街友，幫每位街友上繳50元部分負擔8年半云云，請求將功折罪為1至2個月，茲查核分述如下：

1. 按全民健保資源有限，於全民健保總額支付制度下，保險醫事服務機構依特約，負有向保險對象提供醫療服務之義務，並享有得依支出成本向保險人申報及領取醫療費用之權利；且應據實申報醫療費用，不得以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述為之，如詐領醫療費用，將排擠據實提供醫療服務者所得請領之數額，間接損及被保險人獲得醫療服務之數量及品質，並侵蝕全民健保財務，致影響全民保費負擔，危及全民健保制度之健全發展，此有臺北高等行政法院110年度訴字第559號判決及106年度訴字第1219號判決可資參照，又醫事服務機構與健保署簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，成為特約醫事服務機構，依合約約定，在辦理全民健康保險醫療業務時，應將就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥及其他情形，據實填載於病歷，並按實際診療情形向健保署申報領取醫療費用，亦有臺北高等行政法院104年度訴字第1310號判決可資參考，合先敘明。

2. 本件健保署於109年7月6日至21日訪查訪問系爭李○○等5位保險對象

時，已當場提示受訪保險對象系爭就醫資料，訪問紀錄內容均明確記載詢問受訪保險對象接受訪問之意願、是否知道申請人診所、是否親自就醫、至申請人診所就醫看診情形、使用健保卡情形、有無將健保卡留置在診所、醫院、藥局或其他院所未取回等，該等保險對象均詳實明確陳述，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最末端簽名確認，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，略以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，自得採為證據等語，爰健保署據前開業務訪查訪問紀錄等資料，認定本件申請人有前揭違規情事，自屬有據。

3. 承上，健保署係依據系爭李○○等 5 位保險對象受訪陳述內容，認定申請人有未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報該 5 位保險對象 109 年 1 月至 5 月計 25 筆醫療費用共 9,705 點之違規情事，申請人所稱之保險對象黃○○並非申請人本次違規查核範圍，非本件所得審究，至所稱免費為保險對象李○○注射玻尿酸，以診療費抵銷玻尿酸自費金額等語，益證申請人有虛偽申報費用之違規事實，所稱固難執為本案之論據。

4. 惟查「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：一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。」為特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 1 款所明定。本件申請人固前經健保署以 109 年 2 月 24 日健保○字第 0000000000 號函處停止特約 1 個月，惟該停約處分係於 109 年 7 月 31 日執行完畢，有卷附健保署 109 年 4 月 16 日健保○字第 0000000000 號函附卷可稽，而本次健保署所認定申請人虛報李○○等 5 位保險對象 109 年 1 月至 5 月計 25 筆醫療費用共 9,705 點之違規事實，係發生於前次停約處分 109 年 7 月 31 日執行完畢之前，並非發生在該停約處分執行完畢之後，不該當前揭特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 1 款之構成要件，健保署據以核定申請人診所自 112 年 4 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，負責醫師沈○○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，即有未洽。

(三) 綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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 40 條第 1 項第 1 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：一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。」

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。」