

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、健保署 112 年 8 月 23 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨

- (一) 申請人係○○診所負責醫師，承辦全民健康保險醫療業務，經該署派員訪查，發現有以不實疾病名稱，不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用之情事(詳見健保署 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函)。
- (二) 上揭情事，依全民健康保險法第 81 條第 1 項、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項(以下簡稱罰鍰注意事項)第 7 點第 4 款之規定，依法應處以違約申報醫療費用 15 倍罰鍰計新臺幣(下同)1,156 萬 1,160 元(77 萬 744 元 x15) [誤植為 940 萬 8,870 元(62 萬 7,258 元 x15)]; 次依同注意事項第 9 點前段規定，前 2 點罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務之申報醫療費用之 2 倍。查○○診所申報費用年月 111 年 4 月至 112 年 3 月之平均每月申報醫療費用為 207 萬 8,847 元，2 倍則為 415 萬 7,694 元，原應處罰鍰 1,156 萬 1,160 元(誤植為 940 萬 8,870 元)顯已超過此上限，爰核處罰鍰金額 415 萬 7,694 元。

二、申請理由要旨

- (一) 本案係涉及○○診所與健保署合約問題，罰鍰金額計算應係與健保署合約之總額醫療費用，不應擴及衛生福利部其他單位代收代付費用，不應計入疾病管制署推行居家關懷與視訊診療(C5 專案費用)、疫苗接種處置費(D 2)及國民健康署預防保健(A3)…等費用。例如 C5 專案及疫苗接種費係面臨 Covid-19 嚴峻疫情，依傳染病防治法與相關規定，○○診所與人員共同抗疫提供民眾服務與關懷，係疾病管制署委託健保署代收代付項目，自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間 C5 專案費用，連同兒童健檢、成人健檢等預防保健、疫苗接種注射費等費用，皆為疾病管制署與國民健康署委託健保署代支代付費用，不在○○診所與健保署合約內容，因此不應納入本案罰款金額的計算。
- (二) ○○診所自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間申請健保醫療及代收代付總費用為 2,484 萬 1,049 元，扣除代支代付之 C5 專案、A3 預防保健、D2 疫苗接種注射費，實際申報醫療費用為 1,450 萬 2,932 元，除以 12 個月為每月申報醫療費用 120 萬 8,577 元，並非健保署所算每月 207 萬 8,847 元。
- (三) 另健保署於 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函列違規 75 萬 847 點，○○診所已申請爭議審議，請求將夜間藥品費不列入違規點數計算，

改列為不給付藥品費，請重新計算與從輕裁量罰鍰。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 4 款及第 9 點。

二、卷證

健保署 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)、112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核)、衛生福利部 112 年 9 月 13 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書、門診醫療費用核定總表(費用年月 111 年 4 月至 112 年 3 月)、「○○診所代辦案件申報統計」、「○○診所自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間健保申報及代支代付費用統計表」等影本及健保署意見書、補充意見。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於健保署辦理○區 000 年度○○查核專案，於 111 年 7 月 13 日至 11 月 14 日期間派員訪查保險對象及○○診所負責醫師○○○即申請人、藥師○○○、○○○及護理人員○○○等人，發現 1.○○診所○○○藥師於就學期間租牌，並未實際到診所執行調劑業務(111 年 1 月至 7 月 13 日期間均未至診所調劑，之後為部分時段調劑)，○○診所卻以○○○藥師名義虛報其未實際執行調劑業務之藥事費用(含藥費及藥事服務費)131 萬 4,851 點(複核排除白天時段藥費 70 萬 5,363 點，減列為 60 萬 9,488 點)；2.由護士○○○(密藥)於晚間執行調劑業務，○○診所卻以○○○藥師名義虛報藥事費用(含藥費及藥事服務費)14 萬 1,359 點，共計虛報藥事費用 75 萬 847 點(609,488 點+141,359 點=750,847 點)之違規情事，健保署前以 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函核處○○診所自 112 年 7 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○○○即申請人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，不予給付。○○診所不服，申請複核，經健保署以 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函核復仍維持原核定(虛報金額由 145 萬 6,210 點減列為 75 萬 847 點)，○○診所及申請人仍未甘服，復向本部申請審議，業經本部以 112 年 9 月 13 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書審定駁回在案，合先敘明。
- (二) 本件係健保署就前揭該署 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)及 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核)認定○○診所虛報費用 75 萬 847 點(77 萬 7,744 元)之事實，依全民健康保險法第 81 條第 1 項規定所為之後續裁處，裁處罰鍰 415 萬 7,694 元之理由，依健保署意見書記載，略以按罰鍰注意事項第 7 點第 4 款規定，本案本應處

以申請人虛報金額 77 萬 744 元之 15 倍罰鍰計 1,156 萬 1,160 元，因申請人業已返還相關不當申報之醫療費用，依同注意事項第 8 點罰鍰金額減半為 578 萬 580 元，惟再依同注意事項第 9 點前段規定「前二點罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用…之二倍」，○○診所於第一次處分函發文日期之最近一年之平均每月申報醫療費用為 207 萬 8,847 元(計算式：111 年 4 月至 112 年 3 月申報醫療費用 2,494 萬 6,166 元÷12=207 萬 8,847 元)，爰本案最終核處之罰鍰金額為 415 萬 7,694 元 (207 萬 8,847 元 x2) 等語。

(三) 惟本件主要爭點有二，一為健保署認定○○診所違規虛報點數為 75 萬 847 點，申請人主張夜間藥品費改列為不給付，不列入違規點數計算等語，是否可採？二為罰鍰注意事項第 9 點規定之罰鍰上限「罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用…之二倍」，該規定所稱之「申報醫療費用」，其意為何？申請人主張不應擴及健保署代辦案件費用，列入計算罰鍰上限金額等語，是否可採？茲查核分述如下：

1. 健保署認定○○診所違規虛報 75 萬 847 點，核無不合

按藥品之調劑為一連續(串)之行為，均應由藥事人員為之，倘非由藥事人員為之，即難認合法調劑。○○診所 110 年 12 月至 111 年 8 月期間由未具藥事人員資格之人員○○○於晚間調劑，而以○○○藥師或○○○藥師名義申報費用，既屬不爭之事實，則○○○既未具藥事人員資格，其調劑及交付藥品予保險對象，自不符前開藥品調劑之規定，○○診所本不得向健保署申報相關藥事費用，卻仍以藥事人員名義申報藥費及藥事服務費，確屬不實申報，所請藥費不列入違規點數，降低裁罰點數一節，於法無據，業經本部 112 年 9 月 13 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書審認在案，申請人主張夜間藥品費改列為不給付，不列入違規點數計算，核不足採，健保署將不實申報之夜間藥品費列入違規點數，認定○○診所違規虛報 75 萬 847 點，核無不合。

2. 健保署將申請人申報之健保署代辦案件費用，一併列入本件計算罰鍰金額上限之基礎，容有未妥

(1) 健保署提具意見及補充意見固陳明，略以：

① 查罰鍰注意事項第 9 點規定之立法目的係為免罰鍰金額過高，因而造成對於受裁罰對象造成生存權、工作權之影響，始訂定此罰鍰上限額度，爰該點規定之「受處分院所於該署第一次處分函發文日期之最近一年之平均每月申報醫療費用」計算基準應係該醫事服務機構向該署之申報之「總」申報費用，因系爭計算基準最重要之核心精神係準確判斷「院所之實際收入水平」，進而不讓與前開水平相較下過高之罰鍰處分影響院所之生存權、工作權，殊難謂該署代辦他單位之申報費用即不屬院所之收入，如因而須排除於罰

緩上限計算基礎外，將導致無法準確計算院所實際之收入水平，此無異係悖於該規範立法目的之解釋方法，更遑論罰鍰處分之本質本係「針對違規院所違法行為之懲罰」。

②又罰鍰注意事項之立法目的係避免對當事人生存權等權益產生影響，對於超過罰鍰上限之受處分院所之罰鍰金額業已係從寬認定，較諸原先依罰鍰注意事項第 7 點之罰鍰金額更係所差甚遠，如再排除所謂代辦費用，無異降低罰鍰處分威嚇效力，進而變相鼓勵院所之違規申報行為，對健保之永續發展將產生巨大之傷害。

(2)惟按「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」為全民健康保險法第 81 條第 1 項前段所明定。健保署為執行全民健康保險法有關罰鍰處分事項，乃訂定罰鍰注意事項，其中第 9 點訂有「罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用之二倍」之罰鍰金額上限。本件依卷附門診醫療費用核定總表(費用年月 111 年 4 月至 112 年 3 月)、「○○診所代辦案件申報統計」、「○○診所自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間健保申報及代支代付費用統計表」等資料顯示，該罰鍰上限金額係○○診所 111 年 4 月至 112 年 3 月計 12 個月所申報之醫療費用 2,484 萬 1,049 點(2,494 萬 6,166 元)，包含全民健康保險之西醫基層總額醫療費用 1,450 萬 2,932 點及健保署代辦案件費用 1,033 萬 8,117 點，其中健保署代辦案件費用有 C5 專案費用(居家關懷、視訊診療)、A3 預防保健、D2 疫苗接種注射費，與系爭罰鍰處分書記載，係因申請人承辦全民健康保險醫療業務，有以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，依全民健康保險法第 81 條規定所為之裁處，二者性質迥然不同，則非關全民健康保險所申報之代辦案件醫療費用，自當不列入全民健康保險罰鍰金額上限計算，健保署將○○診所申報之健保署代辦案件費用，一併列入計算本件罰鍰金額上限，據以資為本件罰鍰金額最高不得超過保險人 112 年 4 月 10 日第一次處分函發文日期之○○診所最近一年之平均每月申報醫療費用 207 萬 8,847 元(計算式：111 年 4 月至 112 年 3 月申報醫療費用 2,494 萬 6,166 元÷12=207 萬 8,847 元)之二倍 415 萬 7,694 元之計算基礎，容有未妥，有由原核定機關重新核算之必要。

(四)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 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 112 年 12 月 1 日

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、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 4 款

「保險醫事服務機構以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用者，其罰鍰標準如下：（四）符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處十五倍罰鍰。」

三、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 9 點

「前二點罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務之申報醫療費用之二倍，但違約申報之醫療費用大於該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務申報醫療費用者，均處違約申報醫療費用之二倍罰鍰。」