全民健康保險爭議審議案例彙編（七）

~權 益 篇~



特約管理事項

投保事項

保險給付事項

其他保險權益及程序事項

行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會
NHI Dispute Mediation Committee

全民健康保險爭議審議案例彙編（七）權益篇

行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會 編印

行政院衛生署

健康是您的權利・保健是您的責任

ISBN 978-986-03-5153-8
9 789860 351538
GPN：1010103225
工本費：110元

全民健康保險爭議審議案例彙編(七)

~權益篇~

行 政 院 衛 生 署

全民健康保險爭議審議委員會

NHI Dispute Mediation Committee

中華民國一零一年十二月

全民健康保險爭議審議案例彙編(七)－權益篇目錄

序言

前言

緒言

一、特約管理事項

（一）違反健保特約（未收取部分負擔）…… 1

（二）違反健保特約（自立名目囑自購本保險給付藥品）…… 8

（三）違反健保特約（特約院所對於執業醫師不法行為之發生有故意或過失）…… 13

（四）違反健保特約（規避合理門診量）…… 22

（五）違反健保特約（未依病歷記載提供醫療服務）…… 30

（六）違反健保特約（減重以疾病名義申報費用）…… 38

（七）違反健保特約（自費美容虛報費用）…… 45

（八）違反健保特約（未經醫師診斷逕行提供醫療服務）…… 49

（九）違反健保特約（非公告無藥事人員執業地區未釋出處方箋）…… 54

（十）違反健保特約（中醫師未親自執行傷科推拿治療處置）…… 58

（十一）違反健保特約（藥局停約期間聯合診所虛報藥事費用）…… 67

（十二）違反健保特約（醫師未執行居家照護醫師訪視）…… 70

（十三）違反健保特約（容留未具醫師資格人員執行醫療業務）…… 75

（十四）違反健保特約（多刷健保卡虛報費用）…… 84

（十五）違反健保特約（未依通知限期改善-健保IC卡上傳比率未達標準）92

（十六）違反健保特約(停約執行完畢2年內再有違規情事)…… 95

（十七）特約生效日之認定 …… 100

（十八）比例原則 …… 103

（十九）裁量基準 …… 107

（二十）負有行為責任醫事人員裁量認定 …… 112

（廿一）就違規部分之服務項目及科別停約規定不適用於基層診所 …… 118

（廿二）報備支援養護機構屆期未重新報備 …… 124
（廿三）特約基層診所跨表申請 …… 127
二、投保事項
（一）納保條件/失蹤人口認定…… 129
（二）納保條件/設籍認定…… 133
（三）納保條件/大陸人士持單次有效居留證件，出境後即不具加保資格 135
（四）納保條件/大陸人士取得居留證並居留滿4個月，始具投保資格…… 138
（五）投保身分/公司負責人為第1類被保險人…… 141
（六）投保身分/職業工會理事身分認定…… 144
（七）投保身分/榮眷身分認定…… 148
（八）投保身分/第6類第2目被保險人加保之限制…… 151
（九）投保身分/眷屬擇一依附被保險人投保之效力…… 154
（十）投保身分/被保險人出國停保期間之眷屬投保身分…… 156
（十一）出國停保期間返國奔喪…… 159
（十二）投保金額/公司員工投保金額列計（三節節金、年終獎金及久任獎金）…… 162
（十三）投保金額/投保單位負責人投保金額…… 165
（十四）投保金額/育嬰留職停薪期間之投保金額…… 168
（十五）保費繳納/轉換投保單位之健保費計收原則…… 171
（十六）保費繳納/被保險人負繳納依附加保眷屬保費之義務…… 173
（十七）保費繳納/獨資商號與其負責人為同一權利主體，就欠繳保費負同一債務責任…… 176
（十八）保費繳納/職業工會彙繳會員健保費及欠費 …… 179
（十九）罰鍰/投保單位規避、拒絕保險人因業務需要所為之查詢…… 184
三、保險給付事項
（一）歸墊醫療費用 …… 187
（二）國內就醫/未帶健保卡逾期退費…… 190
（三）國內就醫/核退標準…… 192

（四）國內就醫/委託親友代診拿藥…… 195
（五）國內就醫/自付藥品費用…… 200
（六）國內就醫/自付特材費用…… 204
（七）國內就醫/至非特約院所就醫…… 207
（八）國內就醫/重大傷病部分負擔…… 209
（九）國內就醫/全年部分負擔退費…… 212
（十）國內就醫/門診部分負擔疑義…… 215
（十一）國內就醫/無住院必要…… 218
（十二）境外就醫/本保險不給付項目（中草藥、煎藥費）…… 220
（十三）境外就醫/本保險不給付項目（陪床費、空調費等）…… 223
（十四）境外就醫/欠缺收據…… 225
（十五）境外就醫/欠缺就醫翻譯文件…… 228
（十六）境外就醫/癌症試驗性治療…… 230
（十七）境外就醫/核退上限…… 234
（十八）境外就醫/有意選擇至境外就醫…… 237
（十九）境外就醫/醫療費用匯率換算基準…… 239
（二十）境外就醫/健保與商業保險差別…… 242
四、其他保險權益及程序事項
（一）重大傷病/呼吸器…… 245
（二）重大傷病/血液透析…… 247
（三）重大傷病/先天性心室中隔缺損術後…… 249
（四）逾期未補正 …… 251
（五）觀念通知 …… 252
（六）觀念通知 …… 254
（七）當事人不適格 …… 257
（八）一事不再理 …… 258
（九）無權利保護必要 …… 260
（十）行政指導 …… 261

序

我國自從民國八十四年實施全民健保以來，已經成功讓全民的身體健康獲得基本保障，使大家不致再陷入因病而貧、因貧而病的惡性循環中，民眾的滿意度一向都非常高。

全民健保滿意度高，其實存在很多因素，其中包括對健保局核定案件如果發生爭議，被保險人、投保單位以及保險特約醫事服務機構，均可申請由衛生署代表、法學、醫藥、保險專家所共同組成之「全民健康保險爭議審議委員會」做公平而客觀之審議，對審議之結果如果仍然不服，還可以依法提起訴願或行政訴訟請求救濟，以完整確保大家之權益。

前開之委員會在審議過程中，發現有些被保險人常因為不明白法令規定而喪失其應有權益，許多投保單位因未據實申報所屬員工投保金額而被處予罰鍰，更有不少特約醫事服務機構因不當使用醫療資源而被核刪所申報之費用，甚至於因虛報或浮報醫療費用而被處予停止特約處分。這些均有待於加強教育宣導，才能夠避免該事件一再發生。

為讓各界瞭解，哪些健保權益可以積極爭取，哪些觸法行為可以有效避免，全民健康保險爭議審議委員會特選錄一些具代表性、教育性、宣導性的案例，將之彙整編印成冊，分送各界參考使用，至今已經出版六輯，第七輯亦旋將付梓，欣見書成，感佩用心，特誌數語，以之為序。

這是一本非常實用的工具書，希望大家善加保存充分利用！

行政院衛生署

署長 邱文達 謹誌

中華民國101年11月

前言

全民健康保險在84年3月1日開辦伊始，即設計有為解決大量且具醫療專業特性之健保爭議審議制度及程序；本會乃因應於84年4月28日設立，並依法審議健保局所為核定案件之各項健保爭議事項。在歷屆委員、醫療專家與全體同仁的努力下，秉持「追求品質效率，善盡社會責任」之精神，以專業、公正及客觀立場，在兼顧原核定個案醫療服務之適當性、必要性及品質各面向之前提下，審議原核定個案之適法性及妥當性。並針對不符合時宜之規定，提供建議予健保局作為修法之參考；同時亦致力於簡化作業程序，精進審議品質，以落實「有感改革」之政策目標。

本會已先後編輯案例彙編六輯，選錄具代表性、教育性及宣導性之爭議審議案例供各界參考，以期各界瞭解本會在健保體系所扮演之角色及功能。並自94年起發行電子報，邀請學者專家就經常發生或特殊之健保爭議審議案例撰文分享，藉以改善醫療品質及避免類似爭議發生。而為進一步擴大e化服務，落實資訊公開與分享，除於本會網頁陸續建置參考案例專區、權益案件進度查詢及審定書查詢等服務功能，申請人能隨時掌握案件最新審議進度及審定結果，讓一般民眾可以按案件性質分類，快速查詢參考案例；另在101年7月啟用醫療費用爭議案件線上申請系統，藉由健保資訊網服務系統(VPN)，提供特約醫事服務機構更

快捷簡化的爭議申請程序服務。

即將於102年1月1日施行的二代健保，固然有一些制度設計上的變動及調整，而其中有關健保爭議案件的審議程序，則是維持未變動的機制，爰此，本會為持續擴散教育、輔導及提升醫療品質之功能，並考量參閱對象不同及需求，乃再精心選錄 99 年至 101 年 8 月審定具代表性及宣導性之權益爭議案例計 72 則，編撰為案例彙編（七）－權益篇，敬請各界先進不吝指正。

全民健康保險爭議審議委員會

主任委員 吳憲明 謹識

中華民國101年11月

「全民健康保險爭議審議案例彙編（七）-權益篇」緒言

一、本彙編（七）共收集具代表及特殊性之案例72則，分成特約管理事項、投保事項、保險給付事項、其他保險權益及程序事項等5大類。

（一）特約管理事項：指關於保險人與保險醫事服務機構間有關違約記點、追扣及扣減10倍醫療費用、停止特約、終止特約、特約生效日等特約及管理事項。

（二）投保事項：指關於保險對象之資格、投保手續、投保金額、保險費、滯納金及罰鍰等事項。

（三）保險給付事項：指關於保險對象之保險給付內容或自墊醫療費用核退等事項。

（四）其他保險權益事項：指除上開事項以外涉及保險醫事服務機構特約、投保單位或保險對象之全民健康保險權益事項。

（五）程序事項：指不涉及實體認定之程序審理事項。

二、本彙編之案例係選錄本會99年至101年8月審定之權益爭議案件，所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準，嗣因全民健康保法於100年1月26日修正公布(即二代健保)，行政院並定於102年1月1日施行，在相關子法均已配合修正之情況下，部分案例因二代健保之施行，在適用法規將有所差異。

三、本次編印，除按案件性質排序外，並於每則審定書首段摘要案情內容，以便利查考；另為減少篇幅，並配合個人資料保護法規定，案涉當事人或關係人之姓名、住址或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，均以符號(○○)替代或逕予刪除。

一、特約管理事項

案情摘要

特約診所未依規定向保險對象收取應自行負擔費用，違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 5 款規定，健保局處以違約記點 1 點。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：99 年 8 月 13 日至 9 月 29 日。 二、違規事實： （一）未依規定向保險對象收取應自行負擔費用 申請人未向其診所報准支援之○○護理之家及○○護理之家等養護機構員工收取部分負擔費用。 （二）未經報備支援逕行至養護機構提供醫療服務 申請人於 98 年 8 月 13 日、15 日及 9 月 7 日未報備支援逕行至○○護理之家及○○護理之家提供醫療服務，並向健保局申報上開養護機構院民至其診所就醫之 21 筆醫療費用，計 6,565 點。 （三）未依保險對象實際就醫日期申報費用 ○○護理之家員工保險對象 TRAN ○○（以下簡稱 TRAN 氏）表示其係於申請人診所支援醫師至護理之家為養護機構院民看診時，由申請人診所醫師為其看診，其於 99 年 7 月前不曾至申請人診所就醫，惟申請人卻申報該保險對象 98 年 10 月 9 日至 99 年 6 月 12 日期間 28 筆非實際就醫日期之醫療費用計 10,875 點。 三、99 年 12 月 24 日裁處內容 （一）就未依規定收取保險對象應自行負擔費用部分，處違約記點 1 點。 （二）就未經報備支援逕行至養護機構提供醫療服務及未依保險對象實際就醫日期申報費用部分，追扣醫療費用計 17,440 點。 （三）另有關特約診所及復健科診所報備支援養護機構提供安置於該機構保險對象一般門診及復健治療服務，而該機構員工係屬一般保險對象，應循一般程序至本保險特約醫事服務機構就醫。健保局訪查發現申請人診所有在各該養護機構提供其等員工一般門診之情事，即日起應確實改善。 四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 五、申請人就違約記點 1 點及追扣醫療費用計 17,440 點部分不服，向本會申請審議，申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、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 20 條第 1 項前段、第 23 條第 1 項及第 35 條第 5 款。 二、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約診所適用）第 17 條第 1 項第 5 款。

	卷證	業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）因為安養中心之住民家境及經濟狀況不佳，部分住民家人對住民不聞不問亦有所聞，醫療費用的申請常有困難，其診所除了提供專業的醫療服務外，亦吸收住民之自行負擔部分以表達對住民的尊重及不忍，若因未收取住民自行負擔部分導致被健保局違規記點，敬請考量其診所照顧弱勢族群之初衷，並無不當招攬病患或濫用健保資源。至於健保局並無出示訪談○○護理之家、○○護理之家之員工自述至其診所無繳交任何費用之紀錄，且依其診所與該 2 護理之家簽訂之合約亦無其等員工至其診所就醫不需付任何費用之條文約定，當時健保局訪談其診所負責醫師時，亦僅表達其診所與該 2 護理之家有簽訂醫師巡診合約，並無向健保局訪談人員明確表示上開員工至其診所就醫不收取任何費用，其診所 99 年 7 月至 10 月之請款及匯款資料與申報上開護理之家員工就醫人次均相符，有 99 年 8 月及 9 月當月請款單影印本及其診所存摺與該 2 護理之家匯款往來明細可佐證。

（二）其診所依規定申請報備支援並經衛生主管機關於 98 年 8 月 13 日核可在案，未報備期間均未曾至上開護理之家提供醫療服務且申報任何醫療費用，其診所回溯 98 年 8 月 13 日、15 日及 9 月 7 日該 2 護理之家住民計有 21 筆親自至其診所就醫記錄(非以 E2 巡診身分申請費用)，並非健保局所稱其診所未報備前即至該養護機構巡診進行醫療服務及費用申請之情形，檢附該等養護機構住民親自至其診所就醫說明文件佐證。又其診所負責醫師受訪時只有說明依衛生局及健保局核可報備時間至合約護理之家進行巡診業務，並無健保局所稱於 98 年 8 月 13 日、15 日至○○護理之家為住民看診，健保局之認定實屬誤解，與事實不符，且並無○○護理之家護理長之訪談紀錄所說明該護理之家未曾推住民至其診所就醫之情形，僅以○○護理之家護理長訪談紀錄怎麼能幫○○護理之家說明佐證該護理之家不曾推住民至其診所就醫?且○○護理之家住民 98 年 9 月 7 日僅有兩筆(陳姓及吳姓保險對象)申請健保費用，其診所若是巡診就醫，不會僅以 1 筆（誤繕為 2 筆）申報費用，不符合邏輯（應以當天巡診住民同時申報，遠超過 2 筆），98 年 8 月 13 日、15 日○○護理之家 2 天合計僅 20 筆（誤繕為 19 筆）亦同。

（三）健保局補充說明勞工局翻譯人員全程陪同保險對象 TRAN 氏，雖然有翻譯人員，但國情不同，情境不同，當場被問話的保險對象處於被驚嚇、只求自保之狀態，以趕快結束當次訪談為主要考量，對誘導式問話之證詞，其診所亦有不同見解，經再次請教當事人 TRAN 氏當時情境，才了解 TRAN 氏當時真的不知道訪查人員是誰?只知表達「對的」、「是的」、也有說明其診所負責醫師去巡診時有看到醫師本人，亦有詢問醫師健康常識及相關衛教內容，也有說明曾到其診所就診，但沒問日期，為何有 99 年 7 月前未曾至其診所就醫之訪談記錄，此點 TRAN 氏亦不了解。

（四）其診所係初次接觸健保局訪查，對健保局人員秉持信任及信賴，認為健保局會以輔導的角度協助基層診所了解健保相關法規，以提升醫療服務品質，無奈健保局未以輔導或先來函要求改善方式處理，卻逕處以追扣及違約記點，請審議撤銷原核定。

二、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局辦理「99 年度養護機構外籍勞工異常就

醫查核專案」，發現申請人診所有同日同時段集中刷取報准支援之○○護理之家及○○護理之家多位員工健保 IC 卡之情形，於 99 年 8 月 13 日至 9 月 23 日派員訪查上開養護機構負責人、員工、保險對象、申請人診所負責醫師後，認為申請人診所確有未向上開養護機構員工收取應自行負擔費用、98 年 8 月 13 日、15 日及 9 月 7 日未經報備支援逕行至養護機構提供醫療服務暨未依保險對象實際就醫日期申報費用等情事，除經原核定論明者外，並有經上開養護機構負責人、員工及各該保險對象簽名（蓋章）或按捺指印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。

（二）本件受訪之保險對象均為成年人，渠等於接受健保局訪查訪問時，對於其本人有無至申請人診所就診、至申請人診所診療需否付費、有無於申請人診所醫師至養護機構巡診時，請醫師順便看診之情形陳述詳實明確，且前開訪問事項，如有無至申請人診所就醫、就診過程、健保 IC 卡如何保管、有無付費及是否曾於申請人診所醫師巡診時請醫師一併看診等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之上開訪查訪問紀錄，亦經各該保險對象簽名或按捺指印確認在案，其中受雇於前開養護機構之外籍員工，並有○○縣勞工局（於 99 年 12 月 25 日改制為○○市勞工局）人員陪同受訪，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（三）申請人主張 1.其診所負責醫師並無向健保局訪談人員明確表示上開養護機構員工至其診所就醫不收取任何費用，且其診所 97 年 7 月至 9 月請款及滙款資料與申報上開養護機構員工就醫人次相符；2.其診所申報系爭 98 年 8 月 13 日、15 日及 9 月 7 日養護機構住民 21 筆醫療費用，係渠等親自至其診所就醫，並非健保局所稱其診所未報備日至養護機構巡診進行醫療服務及費用申請；3.系爭保險對象 TRAN 氏雖有翻譯人員陪同，惟其受訪時處於被驚嚇之狀態，只求自保，以趕快結束訪談為主要考量，只知表達「對的」、「是的」，對於為何有 99 年 7 月前未至其診所就醫之訪談紀錄，該保險對象表示不了解云云，並檢附請款及滙款資料、保險對象聲明文件等影本佐證，惟所稱核不足採，分述如下：

1.健保局意見書陳明，略以：

（1）該局訪問○○護理之家、○○護理之家，其等受訪之員工計有陳姓等 10 位員工明確表示至申請人診所就醫時不需付任何費用，另該局 99 年 9 月 29 日訪問申請人診所負責醫師表示，申請人診所與前開 2 護理之家有簽定合約，上開 2 家護理之家的員工至其診所看診不需付任何費用，護理之家員工看診未收部分負擔乙情並未報知該局，顯示申請人診所確實有未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用，申請人診所負責醫師於訪查時明確表示未向該 2 家護理之家員工收受部分負擔之訪談紀錄由其閱覽確認無誤後簽名，且申請人診所負責醫師受訪時亦無提出有收受部分負擔之相關證明文件，於申復時始檢附之「請款單」係該診所內部製作之文件，且「請款單」金額與帳戶收入金額亦有不符，實難作為「確實有收部分負擔」之反證。

（2）由申請人診所提供報備支援資料顯示，98 年 8 月 13 日及 15 日非申請人診所報備支援○○護理之家的日期，98 年 9 月 7 日非申請人診所報備支援○○護理之家的日期，惟申請人診所有於上開日期申報該 2 家護理之家住民醫療費用，據該局 99 年 9 月 29 日訪問申請人診所負責醫師表示，其診所於 98 年 8

月 13 日及 15 日為其本人至○○護理之家為住民看診，另據該局訪問○○護理之家護理長表示，住民若有緊急就醫就會至○○醫院，機構不曾推住民前往申請人診所看診，非緊急就醫由申請人診所醫師至機構為住民看診。綜上，申請人診所於未報備支援日期即 98 年 8 月 13 日及 15 日申報○○護理之家住民醫療費用、98 年 9 月 7 日申報○○護理之家住民醫療費用合計 21 筆，該局依特約及管理辦法第 23 條及全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款規定追扣相關費用，核屬有據。

（3）該局訪查人員係依據相關法令執行政調查，透過對於保險對象之實地訪談，瞭解病患實際接受診療之情形，訪問保險對象時均會將訪查目的告知受訪者，於受訪者同意受訪之情形下進行訪談，經查該局訪問保險對象 TRAN 氏時，由勞工局翻譯人員陪同現場全程翻譯，TRAN 氏對就醫、健保 IC 卡保管及使用情形之陳述詳實明確，訪談時據其表示 99 年 7 月左右有 1 次由同事陪同至申請人診所就醫，99 年 7 月前不曾至申請人診所就醫，係於申請人診所醫師至護理之家為住民看診時，由申請人診所女性醫師為其看診。該局訪查人員依保險對象之敘述詳實記載，完成之訪問紀錄都有經翻譯人員翻譯朗讀，經受訪人確認登載內容與其所述相符後，始簽名及按捺指印於後，翻譯人員亦簽名見證，受訪者既已簽名在卷，表示訪問紀錄內容與其說詞是一致，又訪查人員與受訪者無任何關係，如訪問紀錄未經受訪者確認，受訪者不會願意隨意簽名。另訪查人員與申請人診所間素昧平生亦無利害關係，查獲診所不當申報之醫療費用亦無額外獎勵，殊無污陷申請人診所或誘導保險對象作不利於該診所證詞之必要。保險對象 TRAN 氏於申請人診所醫師至護理之家為住民看診時由醫師為其看診，惟申請人診所未以實際看診日期申報費用，挪移以其他日期申報費用，顯有不當行為，該局追扣 98 年 10 月 9 日至 99 年 6 月 12 日期間申請人診所申報保險對象 TRAN 氏之醫療費用，已屬從寬認定。

2.本會審酌卷附資料判斷如下：

（1）關於申請人診所未依規定向保險對象收取應自行負擔費用部分：

①申請人診所負責醫師於 99 年 9 月 29 日接受健保局訪查時已供稱：「上開護理之家的員工至本診所看診不需付任何費用。」等語，與上開養護機構受訪之員工（如陳姓、TRAN 氏、LAI 氏、潘氏、阮氏等保險對象）於受訪時表示渠等至申請人診所看診不收費或不用付錢之證稱內容相符，顯示申請人診所有未向上開養護機構員工收取部分負擔費用之情事，洵堪認定。

②申請人診所雖事後提出其診所 99 年 7 月至 9 月向○○護理之家及○○護理之家請款之 6 紙請款單及存摺影本，佐證其診所有向養護機構收取其所屬員工部分負擔費用，惟姑不論其中 5 筆以滙款方式支付，其滙款金額均較請款金額少新台幣（下同）15 元，該申請人診所自行製作提示之請款單內容僅記載各該月份部分負擔之單價（50 元）、數量及總額，未有就醫者之姓名明細，無從據以審酌判知請款單所涉之收取部分負擔對象即為該 2 養護機構之員工，況以 99 年 7 月份請款單所載資料為例，依申請人診所所載係分別向○○護理之家及○○護理之家請求支付各 20 人次之部分負擔費用，而經本會據以比對卷附健保局稽核資料結果，上開養護機構員工該月份至申請人診所就醫申報費用之人次，分別為 22 及 23 人次，與上開請款

單所載請款人次亦不相符，故申請人提示之請款單等資料亦難採為申請人有依規定收取保險對象應自行負擔費用之有利佐證。

（2）關於申請人診所未依保險對象實際就醫日期申報費用部分：

①○○護理之家負責人林○○於 99 年 8 月 13 日受訪時明確表示：「本機構的員工於○○診所許醫生巡診時，若有肌肉酸痛等不適問題，會請許醫師看診開立藥品…會由許醫生於支援時一起為員工看診。」等語，申請人診所醫師有於至○○護理之家巡診時一起為該養護機構員工看診之情事，洵堪認定。

②查系爭○○護理之家員工保險對象 TRAN 氏於 99 年 8 月 13 日受訪時，對於健保局人員詢問通常在何處就醫、是否曾經至申請人診所就醫、因何疾病及如何前往就醫，以及是否曾由申請人診所醫生在機構看診等問題，明確證稱：「我到台灣 1 年多有到○○醫院看診，因腰酸到○○醫院看診，另外還有因喉嚨痛到機構後方的診所看 1 次，我因不知道道路所以由同事帶我去，我只有去看過 1 次。」、「我只有去過機構後方的○○診所看診過 1 次…○○診所醫生到機構為阿公阿婆看診時，我會請醫生開貼布給我，…至於醫生開幾次貼布給我，我不記得了。」等語，該保險對象所陳述事項之內容相當詳實，並無申請人申請審議理由所述僅以「是的」、「對的」回復之情事。

③申請人雖提示記載內容為「本人 TRAN ○○於 98 年 10 月 9 日至 99 年 6 月 12 日期間共計 28 次，均為親自至○○診所就醫」並經保險對象 TRAN 氏簽名及按捺指印之聲明文件影本，說明該保險對象於系爭期間有至其診所看診云云，惟姑不論前開聲明文件內容係以電腦繕打後，由 TRAN 氏簽名按捺指印，陳述內容簡略，且未就其說明內容與之前接受健保局訪查訪問證稱內容何以不一致，提出具體說明，其證據力自難與前開訪查訪問紀錄相提並論。又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提出與事實不符之陳述書，事後所製作之陳述書易流於事後迴護，此亦有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 454 號判決意旨可資參照，是所舉自不足以推翻前開違規事實之認定。

（3）關於申請人診所未經報備支援逕至養護機構提供醫療服務部分：

①申請人申報系爭 98 年 8 月 13 日及 15 日○○護理之家院民 20 筆醫療費用部分

依申請人提供報備支援資料顯示，其診所報准支援○○護理之家之期間及時段係自 98 年 8 月 12 日至 12 月 30 日每星期三下午，系爭 98 年 8 月 13 日（星期四）及 15 日（星期六）並非申請人診所報准支援之日期，而申請人診所負責醫師於 99 年 9 月 29 日受訪時已證述：「本診所於 98 年（誤繕為 99 年，下同）8 月 20 日才獲核定可支援養護機構，本診所於 98 年 8 月 12 日左右即成立，於成立初期本人有至○○護理之家為住民看診，並供藥品，機構行政人員再持住民健保 IC 卡至本診所刷取，貴局提示資料上的 98 年 8 月 13 日、15 日，即是本人至○○護理之家為住民看診。」等語，從而健保局認定申請人診所有於未報備支援之 98 年 8 月 13 日及 15 日逕至該養護機構提供醫療服務之情事，予以追扣該 20 筆醫療費用，自無不合。

②申請人申報系爭98年9月7日○○護理之家住民1筆醫療費用部分
依申請人提供報備支援資料顯示，其診所報准支援○○護理之家之期間及時段係自98年8月14日至12月25日每星期五下午，系爭98年9月7日（星期一）並非報准支援之日期，且○○護理之家護理長鄭○○於99年9月23日受訪時已明確證稱：「本機構都是由○○診所的醫生至機構為住民看診，不曾推住民前往○○診所看診…住民若有緊急就醫需求就會去○○（醫院），另非緊急就醫則會由○○診所醫師至本機構為住民看診。」等語，申請人所稱由機構人員推住民前往其診所看診或住民親自至其診所看診云云，核屬卸責之詞，健保局認定申請人診所申報該養護機構院民98年9月7日1筆醫療費用，屬未經報備支援逕行提供醫療服務之情形，核屬有據。

③申請人雖檢附○○護理之家及○○護理之家負責人出具之聲明文件影本，惟該等聲明文件內容簡略，除就醫日期不同外，其餘所載均相同，且均以電腦繕打後，由該2養護機構蓋章，而○○護理之家出具之聲明文件所載內容「於98年8月13日及15日於未巡診期間，住民有就醫需要時，均安排住民親自至○○診所就醫」，與申請人診所負責醫師99年9月29日受訪時所陳述之上開看診情形，顯有予盾，徵諸前開臺北高等行政法院98年度訴字第454號判決要旨，該等聲明文件亦難採為有利申請人之事證。

（四）綜上，本件申請人有未依規定向保險對象收取部分負擔費用、未經報准支援逕至養護機構提供醫事服務及未依保險對象實際就醫日期申報費用等情事，洵堪認定，健保局處以申請人違約記點1點及追扣醫療費用，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5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第20條第1項前段
「服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第23條第1項
「服務機構之醫師於開業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第35條第5款
「服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。」

四、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約診所適用）第17條第1項第5款
「乙方申請之醫療費用，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：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

案情摘要

特約診所有囑保險對象自購本保險給付藥劑之情事，違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條規定，健保局依同辦法第 35 條第 2 款規定，處以違約記點 1 點。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、違規事實及原核定要旨 (一)發現方式： 1.○○○政府衛生局查申請人診所有於 99 年 7 月 15 日囑王姓保險對象自費購買 COWEMIN、HUASWEI 等藥品之情事，移請健保局處理。 2.健保局 99 年 9 月 30 日派員訪查。 (二)違規事實： 王姓及簡姓 2 位保險對象之疾病為全民健康保險給付範圍，健保局專業醫師審查結果，認為 COWEMIN 及 STOGAMET 為成分相同用藥，RICH 與 COWEMIN、HUASWEI 及 STOGAMET 均為制酸劑，但若於同一張處方中則為重複用藥，不符健保規範，亦無須這麼多種用藥，顯見申請人診所係為規避健保局審查之規範，而有囑保險對象自購藥劑之情事。 (三)99 年 11 月 1 日裁處內容： 處以申請人違約記點 1 點。 二、申請人不服，申請複核，健保局仍維持原核定。 三、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	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 12 條及第 35 條第 2 款。
	卷證	巡迴訪查特約醫院診所報告表、保險對象門診就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表、○○○政府衛生局 99 年 9 月 10 日○衛醫字第 0000000000 號函、處方箋、病歷、門診醫療服務點數及醫令清單等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

(一)其診所配合行政院衛生署推行醫藥分業政策，為處方箋釋出院所，醫師在診所內執行醫療業務，未在診所內調劑藥品，亦未收取任何藥品費用。其診所於 99 年 7 月 15 日申報王姓保險對象之制酸劑為 RICH 一項，因病患病情無法緩解，專科醫師依其專業知識認為一種制酸劑無法緩解病患病情，因此開立並交付建議處方加強使用 COWEMIN、HUASWEI 等制酸劑以緩解症狀，病患可持處方依其意願自由選擇合格藥局調劑;另於 99 年 9 月 30 日申報簡姓保險對象之制酸劑為 PEPTIDIN 一項，亦因病情需要，因此開立並交付建議處方加強使用 STOGAMET、HUASWEI 等制酸劑以緩解症狀，病患亦可持處方依其意願自由選擇合格藥局調劑。若病患不瞭解看診或取藥之流程，可隨時詢問其診所之醫護人員，而衛生主管機關或健保局亦有責任協助醫療院所與病患順利完成醫療服務及化解醫病間可能產生誤會。

(二)依健保局 99 年 11 月 1 日函文，專業醫師審查結果提及健保規範:「RICH 與 COWEMIN、HUASWEI 及 STOGAMET 均為制酸劑，若於同一張處方中則為重複用藥，不符健保規範…」，其診所專業醫師亦認同並恪遵此健保規範，故未向健保局申報第 2 種(以上)制酸劑之費用，詳如王姓及簡姓保險對象之健保申報清單。其診所承辦全民健康保險醫療業務，定期接受健保局醫療專業審查，深刻明白，在眾多健保給付的醫療項目中，唯有符合健保規範之項目方為健保給付的項目，若不符合健保規範之項目即為健保不給付之項目，這是健保醫療專業審查存在最主要的目的及功能，故在保險不給付之情況下亦無違反特約及管理辦法第 12 條之情事。

(三)有關全民健康保險法第 53 條規定，醫師所開立處方係由其他保險醫事務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。此法條完全不適用其診所，且不合情理，說明如下：

1. 其診所為處方釋出院所，未收取藥品費用，因此無法為病患負責藥品費用，醫師僅能告知病患更有效解除痛苦症狀的處置方法，這是臨床醫師的職責，不應迴避。有關是否需要用藥的部分，則屬醫療專業範圍，一般而言，「制酸劑」是安全性很高的藥品，該等藥物雖同名為「制酸劑」，其成份及劑量仍有不同，自 94 年 10 月 1 日起，因健保政策調整，健保局逐步不同意給付部分制酸劑，將其列為指示用藥，節省不少健保資源，雖然在特殊專業用藥上健保局仍有條件給付，但同一處方僅同意給付一項制酸劑，惟臨床上應如何服用仍應由專業醫師臨床依病人症狀診斷後，開立處方並指示用藥，以解除病患病痛為優先考量，在醫師倫理規範第 2 章第 7 條亦盼醫師遵行：醫師應關懷病人，以維護病人的健康利益為優先考量，不允許對病人不利的情事干預醫師之專業判斷。醫師開立之每一項藥品處方，都各有其目的及主要功能，不能因為健保有給付或不給付而限制醫師對病患的關懷及建議。有關 2 位病患服用制酸劑之主成份及劑量如下，其診所醫師對於王姓及簡姓保險對象的處方建議並沒有任何不當。

	健保申報(健保規範：給付一項)	症狀無法緩解時建議使用

王姓保險對象就診日：99 年 7 月 15 日	藥名	RICH	COWEMIN	HUASWEI
	主要成分及劑量	LANSOPRAZOLE 30mg	CIMETIDINE 30mg	1.DICYCLOMINE HCL 2MG 2.CHLORDIAZEPOXIDE 5MG 3.MAGNESIUM ALUMINUM HYDRODIOXIDE CO-DRIED GEL 350MG 4.MAGNESIUM OXIDE 40MG 5.CHLOROPHYLL SODIUM COPPER 3MG 6.ALUMINUM SILICATE 60MG
簡姓保險對象就診日：99 年 9 月 30 日	藥名	PEPTIDIN	STOGAMET	HUASWEI
	主要成分及劑量	1.HOMATROPINE METHYLBROMIDE 2MG 2.MAGNESIUM ALUMINUM HYDROXIDE MONOHYDRATE 400MG 3.MAGNESIUM TRISILICATE 300MG	CIMETIDINE 30mg	1.DICYCLOMINE HCL 2MG 2.CHLORDIAZEPOXIDE 5MG 3.MAGNESIUM ALUMINUM HYDRODIOXIDE CO-DRIED GEL 350MG 4.MAGNESIUM OXIDE 40MG 5.CHLOROPHYLL SODIUM COPPER 3MG 6.ALUMINUM SILICATE 60MG

2.再次重申，健保給付有一定的規範，醫療亦應具備應有的專業，不能棄病患於不顧。健保局不應再以全民健康保險法第 53 條要求藥品處方釋出之醫療機構負責健保不給付的藥品費用，而病人持有醫師建議的處方可自行決定是否自費購買健保不給付的藥品，亦屬合理。

(四)健保資源是有限的，應該用在適當的時機，今行政院衛生署盡心盡力推行二代健保，開源節流，而健保合約院所醫師開立健保處方必須要依據健保規範用藥，這亦是健保局一再強調要合約院所遵守的，其診所係為避免浮濫使用健保資源，並非規避審查。若健保有不足的部分，本著醫師的良知與專業，在得到病人的認同下，給予病患合理的建議與補救治療，亦屬合理。在尊重健保規範及病患權益之兩難中，僅得選擇對健保局及病患最適當的處置方法，請撤銷原核定。

二、本會審定理由

(一)依卷附前開相關資料顯示，本件係民眾向○○○政府衛生局陳情申請人診所有不當開立自費藥物，經該局派員前往鄰近申請人診所之○○藥局稽查，發現有多位保險對象持申請人診所開立之處方箋自費購買 COWEMIN、HUASWEI 等藥品，經移請健保局處理，以及健保局於 99 年 9 月 30 日派員訪查申請人，發現申請人有囑簡姓保險對象自費購買 STOGAMET、HUASWEI 藥品等情事，除經原核定論明者外，並有經申請人負責醫師簽章確認之健保局巡迴訪查特約醫院診所報告表、保險對

象門診就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表、處方箋、病歷及○○○政府衛生局 99 年 9 月 10 日○衛醫字第 0000000000 號函等影本附卷可稽。

(二)申請人對於其有開立處方箋囑王姓保險對象自費購買 COWEMIN、HUASWEI 藥品，及囑簡姓保險對象自費購買 STOGAMET、HUASWEI 藥品，並不否認，僅一再主張 1.病人持有醫師建議的處方可自行決定是否自費購買健保不給付的藥品。2.是否需要用藥，屬醫療專業範圍，不能因為健保有給付或不給付而限制醫師對病患的關懷及建議。3.唯有符合健保規範之項目方為健保給付的項目，若不符合健保規範之項目即為健保不給付之項目，在保險不給付之情況下亦無違反特約及管理辦法第 12 條之情事云云，所稱核不足採，分述如下：

1. 健保局提具意見書陳明，略以案經該局專業醫師審查結果，認為「COWEMIN 及 STOGAMET 為成分相同用藥，RICH 與 COWEMIN、HUASWEI 及 STOGAMET 均為制酸劑，但若於同一張處方中則為重覆用藥，不符健保規範，亦無須這麼多種用藥，顯見申請人係為規避該局審查之規範而囑保險對象自購藥劑等語。
2. 按本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。如有違反者，由健保局予以違約記點 1 點，審諸特約及管理辦法第 12 條及第 35 條第 2 款規定甚明，先予敘明。
3. 復按「保險醫事服務機構不以住院診斷關聯群(以下稱診斷關聯群)申報之案件，經審查有下列情形之一者，應載明其理由不予支付不當部分之服務：九、用藥種類與病情不符或有重複。」「本保險處方用藥有下列情況者視為重複用藥，不予給付：(一)為達相同之治療目的，使用兩種以上同一治療類別 (或作用機轉)之藥品，視為重複用藥。」分別為行為時全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 15 條第 9 款及全民健康保險藥品給付規定通則第 9 點第 1 款所明定。
4. 本件經本會審查專家審查，認為「王姓及簡姓保險對象因上腹不適就診，醫師除開一種胃藥外，又囑患者至藥局開立另二種胃藥(H_2-blocker，/PPI 及 antiacid 制酸劑)，二位保險對象均服用一種 PPI，一種 H_2-blocker 及一種 antiacid，屬重複用藥。」
5. 查 COWEMIN、HUASWEI、STOGAMET 等藥品，均為本保險給付之藥品，本件申請人雖主張是否需要用藥，屬醫療專業範圍云云，惟申請人就系爭王姓保險對象開立本保險給付之 RICH(此項申報健保給付)、COWEMIN、HUASWEI 藥品，以及就簡姓保險對象開立健保給付之 PEPTIDIN(此項申報健保給付)、HUASWEI、STOGAMET 藥品，業經健保局及本會醫療專家均認為 COWEMIN、HUASWEI、STOGAMET 藥品為重複用藥，已如前述，申請人專業認定之適當性即待商榷，況再審酌○○○政府衛生局 99 年 9 月 10 日○衛醫字第 0000000000 號函說明二記載「99 年 5 月 19 日前往稽查…至鄰近○○藥局稽查，現場查有多位民眾持○○○診所開立之處方箋自費購買藥品(藥名：COWEMIN、HUASWEI)」等語，亦顯示申請人診所囑保險對象自購本保險給付 COWEMIN、HUASWEI 等藥品，並非偶發性事件，從而健保局認定申請人有囑保險對象自購本保險給付藥劑之情事，即非無據。

(三)綜上，健保局處以申請人違約記點 1 點，尚無不合，原核定應予維持。又本件違規事證已臻明確，申請人其餘主張業經健保局前開意見書陳明在卷，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條

「本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 2 款

「服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：二、違反第十條至第十二條、第十四條至第十五條、第二十四條、第三十一條第二項、第三十二條或第三十三條規定。」

案情摘要

執業醫師涉有將他人癌症組織混入病患之正常病理切片組織中，致保險對象之檢查結果為惡性腫瘤，據以施行手術及化療處置，特約醫院並申報相關醫療費用，健保局依行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款及第 70 條前段規定，核處停約醫院外科門、住診醫療業務 3 個月及管制行為醫師於停止特約期間，不予支付費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：99 年 1 月 5 日至 1 月 25 日。 二、違規事實：虛報醫療費用 （一）保險對象有王姓、盧姓及包姓共 3 位。 （二）上開保險對象表示，因乳房硬塊(表面腫塊)或身體有一些狀況，至申請人醫院診治，病理切片，經申請人醫院前執業醫師楊○○（原名楊○○）告知罹患乳癌，惟查楊○○醫師係於對王姓等 3 位保險對象施行切片檢查，於送檢驗前，將渠等之檢體加入他人之組織碎片，致使檢查結果為惡性腫瘤，據以為渠等施行相關切除手術及化學治療等處置，申請人醫院並向行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）申報該等保險對象 95 年 2 月至 97 年 7 月間多筆醫療費用。 （三）楊○○醫師受訪時坦承有於上開保險對象切片檢體中，加入他人之癌症組織碎片，致使檢查結果為惡性腫瘤，據以為該等保險對象施行相關切除手術、化學治療等處置情事。 三、99 年 4 月 13 日裁處內容 申請人違約總虛報金額超過新台幣(下同)25 萬元，處以自 99 年 7 月 1 日起停止特約外科(含門診、住院）醫療業務 1 年，負有行為責任之楊○○醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。 四、申請人申請複核，健保局除持與初核相同之論見外，並以其中盧姓保險對象 95 年 10 月至 96 年 4 月及包姓保險對象 95 年 2 月至 96 年 1 月醫療費用部分已逾行政罰法裁處權 3 年時效，不予裁罰，乃改核處以停止特約申請人醫院外科(含門診、住院)醫療業務 3 個月，負有行為責任之楊○○醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。 五、申請人再申請複核，健保局仍維持原核定，另同意暫緩執行。 六、申請理由要旨及健保局意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 72 條前段。 二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱行為時特約及管理辦法）第 66 條第 1 項第 8 款及第 70 條前段。 三、行政罰法第7條第2項。

		四、醫療法第57條、第65條及同法施行細則第48條第2項。 五、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條違規處分裁量基準第5點。
	卷證	業務訪查訪問紀錄、臺灣○○地方法院99年6月18日98年度○字第000號刑事判決、臺灣○○地方法院檢察署檢察官審判筆錄、刑事警察局調查紀錄、調查筆錄、保險對象住診就醫紀錄明細表、病歷等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其醫院已撤回醫療費用之申請，即未有申報醫療費用，何來以「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」情事，健保局核定顯有違背法令：

1. 其醫院於健保局及其他機關訪查前，即撤回申報之醫療費用：
其醫院於 98 年 5 月 25 日自媒體獲悉楊○○醫師涉嫌勾結詐騙集團，將正常病理組織調包，當時楊○○醫師尚未被起訴，健保局亦未開始訪查，然其醫院，立即展開調查，調出楊醫師 94 年 7 月到職至 98 年 5 月間所有開刀的乳癌及其他癌症病例之病理組織，由病理科一一檢視，疑有異常者有 3 位病患，與楊醫師所承認之將惡性檢體混入正常檢體的 3 位病患相符。其醫院隨即於 98 年 7 月 1 日主動行文健保局，將 3 位異常患者醫療費用共 432,622 元撤回不予申報，並獲健保局函復同意備查，並將楊醫師 94 年 7 月 15 日至 98 年 4 月 30 日申報之費用 6,401,185 元予以控管。

2. 其他機構未經訪查其醫院，僅偵訊楊○○醫師：
前揭特約及管理辦法第69條(行政院衛生署99年9月15日修正發布為第43條）規定，所指「未經保險人或其他機關訪查」之對象為「保險醫事服務機構」，在本件應係指其醫院，然刑事警察局僅對犯罪嫌疑人楊○○醫師偵訊，並未曾訪查其醫院；又該條係針對已受領費用而已不能撤回者而言，健保局核定顯對該特約及管理辦法第 69 條有所誤解。

3. 由上事實可見，其醫院於申報系爭醫療費用之時，並不知有涉及不法而不應申報，於自媒體獲悉疑涉不當申報時，立即將其醫院調查所得事實向健保局陳明，撤回申報，既已為「撤回」之意思表示，則在法律上已視為自始不生效力，亦即自始未申報之意，況經健保局同意，則當然無特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款(行政院衛生署 99 年 9 月 15 日修正發布為第 37 條第 8 款)所謂「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」情事，行政程序法第 4 條規定行政行為應受法律之拘束，則健保局援引上開特約及管理辦法之規定而為核定，即有違背法令。

（二）其醫院並無可歸責之故意或過失情形：

1. 依行政罰法第 7 條第 1 項意旨，行政機關要處罰人民，須就人民行為具有故意或過失，負舉證責任。故意或過失，該法自身並無定義性規定，必須參照刑法之規定。至關於同條第 2 項，通常所謂「推定」，係屬「事實推定」，僅屬依據經驗法則而來事實認定之方法，依據經驗法則為事實之推定者，必須就基本事實以及經驗法則之存在負舉證責任。但被推定的事實容許提出反證推翻，是健保局應對其醫院對於本件有故意或過失，以及依何經驗法則認定受僱人有「故意」之行為，僱用人即應負故意之責任，亦即應舉證證明依何經驗法則認定楊○○醫師有故意之行為，其醫院必然有故意之情事。

2. 況被推定之事項，得以反證推翻之，而本件傅○○詐欺集團，勾結楊○○醫師於手術中，將癌症組織摻入正常組織，以浸泡福馬林方式破壞 DNA ，以規避醫院之發現，此法依目前大部份醫院（含醫學中心）病理科之醫療水準尚無法察覺。若非該集團成員舉發，且經警方送請○○醫院曾○○醫師採取「粒腺體 mt- DNA 」

鑑定方式鑑定，恐迄今尚難以檢驗出癌症組織非人頭病患所有，要求區域級醫療水準之其醫院病理科，實屬期待不可能，況涉嫌之3位患者，其醫療處置均依癌症患者正常醫療處置行為執行，過程難察覺異狀，則不可歸責於其醫院。

3. 本件發生前，其醫院於新進人員進用、相關內控機制、診斷書稽核及醫療倫理之教育訓練等均落實執行，仍無法完全杜絕醫師個人偏差行為。其醫院於晉用及續用楊○○醫師，乃至防患弊端-抽檢病歷、講習等已盡選任及監督之責任，而該楊○○醫師所為犯罪之手段又非其醫院之醫療水準所能查覺，於渠等犯罪嫌疑經媒體披露，其醫院即從速防患健保局發生損害，撤回醫療費用之申請，致健保局並未遭受損害，其醫院既已依誠信原則履行契約之義務，健保局竟未斟酌行政程序法第4條、第8條及第9條規定，違反誠信及衡平原則而為核定，顯有違背法令。

（三）健保局引用前揭特約及管理辦法第66條第1項第8款所為之核定，其適用法規顯有錯誤，且逾越、牴觸健保法第72條：

1. 健保局核定理由為違規金額情節重大，惟遍查第66條第1項並無有一款之要件合乎該核定理由者，是上開2次健保局之核定，顯然不適用法律或有適用不當之情形，自屬違背法令。

2. 前揭特約及管理辦法第66條第1項共分8款，其中第1款至第7款為例示規定，第8款為概括規定，既然第8款為概括規定，依上開論理上之法體系解釋，則其應受處罰之項目，應為與例示相類之行為，而本條項前7款均屬惡意之行為，且第1款至第3款係處理累次違規之不正當行為，是第8款所規範者，應亦指多次違規且惡意之行為者而言，而其醫院撤回申報之上開醫療費用，於申請時並不知該醫療費用所由生之醫療行為有違法情事存在，於有懷疑時，即主動撤回醫療費用之申報，顯見並無惡意，而其醫院亦未曾有過類似之行為，是健保局所為之上開核定，適用法規顯有錯誤。

3. 健保法第55條第2項僅規定「前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之」，並未就授權之內容及範圍具體明確規定，尤未就違反義務應予處罰之構成要件與法律效果為具體明確之授權，乃上開特約及管理辦法第66條竟為處罰之規定，顯然違背行政程序法第150條、司法院大法官釋字第313、394、402、423、570號解釋而為無效。

4. 若保險醫事服務機構有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付，或申報醫療費用者，健保局至多亦僅能依健保法第72條規定處以領取之2倍罰鍰，健保局竟錯引前揭特約及管理辦法第66條第1項第8款規定，核定停止特約其醫院外科醫療業務3個月，其核定即有違背法律及司法院大法官釋字第423號解釋。

（四）健保局之核定有違比例原則及公益原則：

目前○○地區主要提供醫療服務之醫療院所係其醫院及○○醫院，其醫院位於市區，服務○○地區約6成民眾，外科就約佔其醫院約5成之醫療服務，健保局核定停止特約其醫院外科醫療業務3個月，不但無法達成行政目的，且超越實現目的之必要程度，而缺乏適當性、必要性與衡平性，且此3個月期間，不但將造成民眾之不便，資源之浪費，其他醫療院所之困擾，最嚴重者，莫過於將影響於民眾之健康，甚至生命之危險。

二、健保局意見要旨

(一)查申請人醫院係於刑事警察局 98 年 5 月 25 日偵訊暨 98 年 5 月 26 日新聞報導後，且偵查時已告知病理切片有他人之癌症組織，申請人醫院於 98 年 7 月 1 日始來函撤回違規申報之費用，惟申請人醫院外科楊○○(原名:楊○○)醫師致使服務醫院違規虛報醫療費用之情事，不因違規事證確認後始撤回違規申報之費用，即視同無違規事實，而不構成裁罰事由。

(二)又查申請人醫院於新聞報導(98 年 5 月 26 日)中獲知其執業醫師楊○○已涉案後，於 98 年 7 月 1 日始向該局表示自行清查撤回 3 位病患違規申報之費用 432,622 元，並不適用當時特約及管理辦法第 69 條：「保險醫事服務機構未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第 66 條及第 67 條之規定」。該辦法旨在未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承申報不正確並繳回相關費用者，得不適用第 66 條及第 67 條之規定，本案其他機關既已偵訊楊○○醫師，即不適用特約及管理辦法第 69 條規定。

(三) 又刑事警察局於 97 年 12 間函請該局調借本案相關資料，該局遂主動配合協助該局偵查作為，提供及研析所需資料，刑事警察局 98 年 5 月 25 日、26 日偵訊涉案醫師楊○○及病患王○○、盧○○等人，調查筆錄王○○有稱都是以健保身分就診，其中涉及有不當申報健保費用情事，況該局 97 年 12 月間就提供本案相關資料，申請人醫院係在刑事警察局調查完畢後，才撤回 3 位病患違規申報之費用，並未符合特約及管理辦法第 69 條規定，應得予免罰。

(四) 申請人主張其醫院並無可歸責之故意或過失情形，認為包○、盧○○及王○○等 3 位患者之醫療處置均依癌症患者正常醫療處置行為執行，過程難察覺異狀，且依申請人醫院之醫療水準，難以察覺「以浸泡福馬林方式破壞 DNA」手法，則不可歸責於申請人醫院，其並無故意或過失云云，查依「醫療法」第 18 條規定，醫療機構應置負責醫師 1 人，對其機構醫療業務，負督導責任之規範，不因該醫院不知其涉及不法或難以查覺行為醫師所為醫療處置之異狀，即可推卸其未善盡管理致使服務醫師以不正當行為並以虛偽之證明、報告或陳述造成違規申報醫療費用之責。醫院與行為醫師之裁處一旦脫勾分立，不必負擔其服務醫師以不正當行為、虛偽之證明、報告造成違規事實之責，日後醫事服務機構將如何管理及規範其服務醫師?又對本案造成社會大眾對醫療品管、醫德淪喪之質疑如何以對?

(五) 該局 99 年 6 月 7 日健保○字第 0000000000 號函之核處，係依健保法第 72 條、前揭特約及管理辦法第 67 條第 1 項第 2 款及第 68 條第 1 項第 4 款暨全民健康保險特約醫事服務機構合約第 20 條規定，予以停止特約該醫院外科醫療業務(含門診及住院)1 年。惟經其申請複核，業已扣除盧姓、包姓保險對象逾行政罰法第 27 條之裁處權 3 年時效(迄 96 年 4 月 13 日)之金額，總虛報金額為 176,481 點，未超過新臺幣 25 萬元，爰該局 99 年 8 月 11 日健保○字第 0000000000 號函，依規定改以前揭特約及管理辦法 66 條第 1 項第 8 款規定,予以停止特約該醫院外科(含門、住診)醫療業務 3 個月。另其原申報王姓等 3 名保險對象之違約總虛報金額實際達 430,890 點(門診 11,516 點，住院 419,374 點)暨改算之總虛報金額 176,481 點，2 者之違規金額皆為情節重大，另就該案情節對社會大眾造成之震撼實為重大違規醫療案件。該局依特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款之規定，予以停止特約該醫院外科(含門、住診)醫療業務 3 個月，為適法之核定。

（六）另依健保法第 72 條規定:「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」，該局依特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款規定，予以停止特約申請人醫院外科(含門、住診)醫療業務 3 個月，另應處以該醫院 2 倍罰鍰，惟因依據行政罰法第 26 條規定，將俟司法機關偵審結果，決定是否處以 2 倍罰鍰，並非申請人醫院誤解之僅能處以其領取之保險給付或醫療費用之 2 倍罰鍰。

（七）依照申請人醫院原撤回申報王姓等 3 名保險對象之醫療費用，其違約總虛報金額雖達 430,890 點，該局已扣除盧姓、包姓保險對象逾行政罰法第 27 條之裁處權 3 年時效(迄 96 年 4 月 13 日)之金額，總虛報金額改計為 176,481 點，並依特約及管理辦法 66 條第 1 項第 8 款規定，改以停止特約該醫院外科(含門、住診)醫療業務 3 個月，顯見該局係依法行政並已考量對人民損害最少，符合比例原則及公益原則；另申請人醫院主張位處市區，服務○○地區約 6 成民眾，外科占全院醫療服務之 5 成，該局之核定將造成民眾不便、他院之困擾、民眾之健康云云，該局既依法辦理本保險擔負增進國民健康之職，對於本案違規醫療院所採取之相同核處一致性原則，已考量其適當性與衡平性，本案普遍造成社會大眾對檢體送檢流程、診斷正確性及醫療品質之關注，所為之核處，自有其必要性。

三、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係內政部警政署刑事警察局偵辦醫療保險詐欺案，發現申請人醫院前執業醫師楊○○涉有將他人癌症組織混入病患之正常病理切片組織中情事，健保局乃於 99 年 1 月 5 日至 25 日派員訪查申請人、前執業醫師楊○○及保險對象，發現申請人醫院前執業醫師楊○○將他人癌症組織碎片加入王姓等 3 位保險對象之切片檢體中，致使渠等保險對象之檢查結果為惡性腫瘤，據以為該等保險對象施行切除手術、化學治療等處置，申請人醫院並向健保局申報渠等 95 年 2 月至 97 年 7 月間多筆醫療費用(其中盧姓保險對象 95 年 10 月至 96 年 4 月及包姓保險對象 95 年 2 月至 96 年 1 月醫療費用部分，因已逾裁處權時效，不予裁罰。)，除經原核定論明者外，並有經申請人醫院負責醫師、申請人醫院前執業醫師楊○○(原名楊○○)簽名確認之業務訪查訪問紀錄、病歷及保險對象住診就醫紀錄明細表等影本附卷可稽。

（二）申請人就前開健保局 99 年 6 月 7 日核定函附表之違規說明所述之事實，並不爭執，僅主張其醫院於健保局及其他機關訪查前，即撤回申報之醫療費用；依目前大部分醫院病理科之醫療水準尚無法察覺，況涉嫌之 3 位患者之醫療處置均依癌症患者正常醫療處置行為執行，過程難察覺異狀，不可歸責於其醫院，以及健保局之核定有違比例原則及公益原則云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 本件楊○○醫師於 99 年 1 月 13 日接受健保局訪查時證稱「保險對象王○○、盧○○及包○等 3 人，至○○醫院做乳房超音波，結果都有腫塊，做切片檢查，要送檢之前，都各有加入傅○○先生提供的一瓶內有一些檢體的組織碎片，檢查結果都為惡性腫瘤。本人都有當面告知上述 3 人，其結果是惡性腫瘤，上述 3 人都有做 1/4 乳房切除(前哨淋巴切除)，也都有做化療，上述 3 人在做化療之前，傅先生有向本人表示，不用擔心化療，經本人事後追問，傅先生才表示，會自備點

滴掉換化療的點滴。」等語，顯示系爭王姓等 3 位保險對象均無乳癌，惟申請人醫院聘任之醫師楊○○卻利用執行職務之機會加入他人癌症組織碎片於該等保險對象之切片檢體中，創造虛偽之癌症假象，切除病人乳房及施行化學治療，該醫師行為顯係與業務有關之行為（即具內部關聯），非單純之個人犯罪行為，而違反醫學倫理，並已嚴重危害人民之生命健康，且違規事實自 95 年 2 月至 97 年 7 月，長達 2 年餘，尚難認申請人已就楊○○醫師上開行為善盡注意及督導之責。

2. 依卷附相關資料顯示，楊○○醫師係以加入他人癌症組織碎片於病人之切片檢體，切除病人乳房及施行化學治療方式，使系爭保險對象得向保險公司申請理賠，惟楊○○醫師雖為執行採取組織檢體或手術切取器官之醫師，然申請人醫院之醫療行為係由醫療團隊之人員共同為之，是該醫師執行該等保險對象組織之採檢或器官之切除等醫療處置及施行化學治療時均有其他醫護人員協助，況依醫療法第 65 條及同法施行細則第 48 條第 2 項規定，醫療機構對採取之組織檢體或手術切取之器官，應送請病理檢查，並應就臨床及病理診斷之結果，作成分析、檢討及評估，且應由解剖病理專科醫師作成報告。系爭保險對象既無癌症，切除器官之病理檢查亦應呈現無癌症之表相（徵兆），從而，在醫療常規或醫療標準作業流程下，申請人醫院非不能防範或發現楊○○醫師之不法行為，然楊○○醫師卻多次以上開不法方式協助民眾詐領保險，足見申請人醫院於系統管理上，亦確有缺失，且係可歸責於申請人醫院，該缺失對病人安全已造成危害，申請人即難卸其督導管理之責。

3. 況申請人醫院為行政院○○○設置之醫院，有其完備之組織架構及醫療作業之流程，對病人安全之保護及醫師醫學、倫理、法治等知識之建立及繼續教育，責無旁貸，則申請人醫院仍發生上開管理之缺失，容有改善之必要，以維護醫院之醫療品質及任務，兼以保障民眾就醫之安全。

4. 綜上，申請人為組織體，與健保局簽訂合約，為保險特約醫事服務機構，提供本保險之醫療服務，藉由其代表人、管理人、職員、受僱人等之行為以履行契約之義務，聘任醫師等醫事人員執行醫療業務為保險對象診治。本件系爭王姓等 3 位保險對象至申請人醫院門診及住院，由申請人醫院聘任之楊○○醫師為其等診治，惟楊○○醫師卻於申請人醫院執行醫療業務時違反醫學倫理，嚴重危害病患之生命健康，而申請人於整體醫療過程中，應有嚴謹之醫療標準作業流程及系統管理，並善盡督導之責，然卻讓楊○○醫師一再發生不法行為且長達 2 年之久，顯有嚴重管理之過失，應予負責。

5. 又按「保險醫事服務機構未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第六十六條及第六十七條之規定。」，為前揭行為時特約及管理辦法第 69 條所明定，本件姑不論內政部警政署於 97 年 12 月 22 日即已向健保局函調本案相關資料，且申請人於爭議審議申請書表示，其醫院於 98 年 5 月 25 日自媒體獲悉楊○○醫師涉嫌勾結詐騙集團，將正常組織掉包等語，再參酌刑事警察局係於 98 年 5 月 25 日於該局偵訊楊○○醫師、王○○及盧○○等 3 人，而申請人係於 98 年 7 月 1 日始致函健保局願繳回系爭保險對象之申報費用 432,622 元(有卷附調查紀錄及訪查報告可稽)，足見申請人並非於事發前主動發覺前開情事，而係自媒體獲悉後，於刑事警察局進行調查相關涉案人後，始向健保局繳回相關費用，即不符合前揭辦

法第 69 條規定，健保局依行為時特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款核處申請人停止特約外科醫療業務 3 個月，尚無不合。申請人主張其醫院於健保局及其他機關訪查前，即撤回申報之醫療費用一節，核有誤解。

6. 按「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：八、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。」為行為時特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款所規定，本件依健保局前開意見書陳明，申請人違約總虛報金額達 430,890 點，扣除盧姓及包姓保險對象逾行政罰法第 27 條之裁處權 3 年時效之金額，總虛報金額計為 176,481 點，且違規之診療科別為外科，則健保局依行為時特約及管理辦法第 66 條違規處分裁量基準第 5 點規定，違規事證金額超過 5 萬元，仍應處以停止特約外科(含門診、住院)醫療業務 3 個月，尚無與法律授權之目的相違或係出於不相關之動機之裁量濫用，亦無因故意或過失而消極不行使裁量權之裁量怠惰情事，符合比例原則。

7. 另為健全保險醫事服務機構對於保險對象提供完善之醫療保健服務，健保法第 55 條第 2 項授權主管機關行政院衛生署訂定特約及管理辦法以為規範，其性質為法規命令，而其位階與所授權之法律相同，並未逾越健保法授權範圍或違反法律保留原則之情事，此經台北高等行政法院 96 年度訴字第 01855 號、97 年度訴字第 1094 號等判決審認在案，所稱特約及管理辦法第 66 條竟為處罰之規定，顯然違背行政程序法第 150 條、司法院大法官釋字第 313、394、402、423、570 號解釋而為無效云云，核有誤解。

（三）綜上，健保局處申請人停止特約外科(含門診、住院)醫療業務 3 個月，負有行為責任之楊○○醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用，並無不合，原核定應予維持。又本件違規事證已臻明確，申請人其餘主張業經健保局前開意見書陳明，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條前段

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰。」

二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：八、其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 70 條前段

「保險醫事服務機構受停止或終止特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」

四、行政罰法第7條第2項

「法人、設有代表人或管理人之非法人團體、中央或地方機關或其他組織違反行政法上義務者，其代表人、管理人、其他有代表權之人或實際行為之職員、受僱人或從業人員之故意、過失，推定為該等組織之故意、過失。」

五、醫療法第57條

「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職業法規規定，執行業務。」

六、醫療法第65條

「醫療機構對採取之組織檢體或手術切取之器官，應送請病理檢查，並將結果告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人。醫療機構對於前項之組織檢體或手術切取之器官，應就臨床及病理診斷之結果，作成分析、檢討及評估。」

七、醫療法施行細則第48條第2項

「醫療機構依本法第六十五條規定將手術切取之器官及前項切片檢體送請病理檢查，應由解剖病理專科醫師作成報告。」

八、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十六條違規處分裁量基準第5點

「保險醫事服務機構不當申報醫療費用，金額超過新臺幣五萬元，且無本辦法第六十八條所定情事之一者，處停止特約三個月。」

案情摘要

特約診所為規避健保門診合理量，有以未實際看診醫師名義申報醫療費用之違規情事，健保局依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條第 2 款規定,處扣減其申報之相關醫療費用之 10 倍金額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	一、原核定關於追扣及扣減 10 倍薛姓甲保險對象醫療費用新台幣(下同)48,251 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事　　實	一、訪查期間：100 年 2 月 24 日至 3 月 24 日。 二、違規事實： （一）未以實際看診醫師名義申報醫療費用。 受訪保險對象表示其本人或其家人在申請人診所就醫，都是由負責醫師看診，惟申請人仍有部分申報另 1 位高姓執業醫師看診費用，高醫師受訪時亦表示於上班時間內會在休息室，他不用為病人看診、治療或做其他的檢查，偶爾會去看打點滴的病人，問候一下他們的感受，感覺有沒有不舒服，看病、診斷、開處方的動作都是負責醫師執行，他並不用參與。申請人有未以實際看診醫師名義申報醫療費用，以規避健保門診合理量之情事。 （二）未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。 1. 郭姓保險對象表示長期在申請人診所拿維骨力，在掛號時交給小姐 2 張健保卡，交掛號費 150 元，在掛號台直接領取維骨力，不用再讓醫師看診，去申請人診所拿維骨力，都是拿女兒林姓保險對象的健保卡，2 張健保卡一起領取維骨力給自己服用，林姓保險對象沒有服用維骨力，不是去看病，而在申請人診所只有領取維骨力，不會再看其他疾病。惟 99 年 2 月 20 日、4 月 2 日 、8 月 19 日 、11 月 1 日、12 月 4 日、100 年 1 月 28 日郭姓保險對象與其女兒林姓保險對象於申請人診所同日使用健保卡刷卡紀錄，為未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。 2. 黃姓保險對象表示其先生薛姓甲保險對象只有在申請人診所做過 1 次檢查，後來就沒有再到申請人診所看病，薛姓甲保險對象若在申請人診所有刷卡紀錄，除了 1 次以外，其他都是由其（黃姓保險對象）使用。99 年 1 月 29 日至 6 月 29 日薛姓甲保險對象於申請人診所使用健保卡多次刷卡紀錄，為未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">（三）未經醫師診斷逕行提供醫事服務。
薛姓乙保險對象表示其在 99 年 9 月底 10 月初有幫父親薛姓甲保險對象至申請人診所代為領藥 2~3 次，而母親黃姓保險對象則是在 99 年 6 月以後就沒去申請人診所看病，是由其代為領藥。薛姓甲保險對象 99 年 9 月 27 日、10 月 11 日、10 月 12 日、黃姓保險對象 99 年 7 月 6 日、99 年 7 月 13 日未經醫師診斷，逕行由其家人代為領藥。
三、100 年 5 月 6 日裁處內容
申請人有不當申報醫療費用、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務、未經醫師診斷逕行提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用等情事，應予追扣醫療費用點數合計 4,786,909 元（5,051,083 點）及應扣減 10 倍醫療費用 68,324 元（72,800 點），並自申請人應領之醫療費用扣除。
四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定。
五、申請理由要旨如附件。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">理　　由</td><td>依據</td><td>一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。
二、全民健康保險法第 72 條。
三、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 36 條第 1 款、第 2 款及第 5 款。</td></tr>
<tr><td>卷證</td><td>業務訪查訪問紀錄、○○診所 IC 卡資料上傳明細、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷、付款簽收簿、存摺、陳情書等影本、健保局 100 年 12 月 23 日健保○字第 0000000000 號函及意見書暨補充意見書。</td></tr>
<tr><td>審定理由</td><td>如附件。</td></tr>
</table>

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）未以實際看診醫師名義申報醫療費用及5月6日函文附表2部分：

1. 關於其診所雇用之醫師高○○，係自97年1月1日起應聘服務，雙方並約定由其診所分別以轉帳支付39,453元、支付現金3萬元及支付現金3萬元每月共受領薪資約9萬元左右，並非健保局訪視紀錄所指每月僅領取2萬元之代價。故高醫師平常會與其診所負責醫師一起分擔醫療工作，如有需要會相互支援配合以服務病患。
2. 其診所內之值班(跟診)護士陳○○、陳○○、掛號室郭○○、林○○與附設○○藥局負責藥師洪○○，均可證明高醫師確為其診所實際負責執業醫師，且均可證明高醫師有親自看診，並於上班時間與高醫師一同在其診所上班工作，並非如健保局所言只是掛牌之人頭醫師而已。
3. 關於高醫師經健保局3位訪查人員之訪查紀錄，顯然與上揭事實不符，但原核定函附表1之一及複核決定函逕自認定：「本局訪查人員訪問高醫師時即明確告知訪問緣由，請其就在貴診所執業之時間、工作內容做詳細說明並製成訪問記錄，而高醫師於受訪時明確表示上班時間內會在休息室，他不用為病人看診、治療或做其他檢查，偶爾會去看打點滴的病人，問候一下他們的感受，感覺有沒有不舒服，看病、診斷，開處方的動作都是貴診所負責醫師執行，他並不用參與。另其他受訪保險對象亦表示自己或其家人在貴診所就醫，都是由洪醫師看診，申復理由顯不足採信。」等語，原核定及複核決定，顯有調查未盡，且採證不周而與事實不符之具體情事。
4. 高醫師有糖尿病之長期慢性病困擾，100年2月間因為身體不適與其太太住院開刀，再加上高醫師老母親因呼吸不順，在○○醫學院醫院住進加護病房等等因素，乃向其診所請假1個月，也就是在休假這1個月期間內，健保局訪查人員來訪，訪查人員待了將近3個小時，高醫師因為當時身心受到雙重壓力，又誤以為來訪查人員是藉故要追查最近的收入扣款，冗長的反覆查問，加上長期的糖尿病，造成體力不勝負荷才會在誘導之下，說出與事實不符之陳述，顯有詳加調查釐清主觀陳述可信度之必要。
5. 高醫師於健保局100年3月3日訪查後，已先後分別於100年3月3日明確表示略以：「針對我所領的薪水，並非如健保局人員訪查時所說的1-2萬元，而是每月至少實領9萬元，每班以3,000元計算每月實際上班的節數計算薪水，並有證據可以證明。」等語，足見有關高○○由其診所領取之報酬究竟是每月2萬元？或每月9萬元等情，攸關高醫師於97年1月至100年1月是否實際看診，以及看診之代價為何等重要情節，均未見原核定與複核決定有何詳加比對確認之陳述，顯有調查未盡，且僅採信訪談紀錄內容而輕忽其診所所提出之客觀事證！
6. 查100年5月13日高醫師再次澄清函所載，略以「薪水是依照我所要求的分次領取，因為健保給付醫師的診察費跟每位醫師的診察量有關，所以我上班時就根據當天病人人數的多寡彈性與洪醫師配合，在我上班時洪醫師都會配合我，幫我跟病人溝通，電腦還是由我打入醫療資料，而我上班因為洪醫師的幫忙工作量也輕鬆不少。」等語，可知高醫師平常會與其診所負責醫師一起分擔醫療工作，並

會相互支援配合。

7. 原核定函附表 2 差額換算之金額，顯係將所有以高醫師名義申請之醫療費用加以剔除後，所得之所謂應扣除之合理門診量醫療費用差額，差額欄之換算金額約在 10 餘萬元上下不等，並以主觀之訪談紀錄作為推估 97 年 1 月至 100 年 1 月期間，逕自將其診所以高醫師名義申請之醫療費用加以全部剔除，與其診所每月實際支付高醫師之薪資 9 萬元相比較，顯然不合理。附表 2 之金額，係基於訪談紀錄所推估，並無其他客觀事證足以支撐該推估金額之正確性，原核定顯然有調查未盡且採證不周全之處，應發回重新核定。

（二）未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用部分：

1. 其診所之掛號作業，一向嚴謹，病患就診前需比對健保卡與身分證，比對身分，經作業人員發現如有頂替，一律立即取消掛號不予就診。

2. 關於郭姓及林姓保險對象於其診所同日使用健保卡刷卡紀錄部分：
郭姓保險對象是其診所負責醫師的阿姨，每次來診所都是她的女兒林姓保險對象陪同來看診，因為是負責醫師的親戚(電腦設定 VIP)，所以看診時掛號費都是優待不收，有時會象徵性只收 1 位的掛號費與自負額 150 元，其診所並無以卡易物以換取維骨力一事，且其診所並無所謂「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用」之情事，並有郭姓及林姓保險對象出具書面說明函可稽。可見，健保局以主觀不可信之訪談紀錄為憑，對於其診所另行提供維骨力給郭姓保險對象，與其診所依照保險對象實際看診後另行申報就醫之醫療費用，係屬二事。且郭姓及林姓保險對象係母女關係，故 2 人分持 2 健保卡一同就診，亦與常情相符，此並有當時其診所內值班人員知情可證。原核定及複核決定，僅依訪談紀錄逕自認定未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用，所持證據及理由，顯然薄弱而牽強。

3. 關於薛姓甲保險對象原核定採信黃姓保險對象之主觀陳述，顯與事實不符：

（1）黃姓保險對象指稱使用薛姓甲保險對象之健保卡就醫等情，均非事實，蓋 99 年 7 月中旬，黃姓保險對象曾因誤持其夫薛姓甲保險對象之健保卡，至其診所要求看診，但因遭其診所承辦掛號人員郭○○於掛號時予以婉拒，黃姓保險對象認為不給面子，並揚言以後都不會來其診所看病，此有其診所人員郭○○、陳○○、洪○○知情可證，黃姓保險對象從此之後都沒來過其診所看診就醫，故原核定函附表有關黃姓保險對象所表示內容，均屬挾怨報復，且與事實不符，不足採信。有關附表 1 所認定薛姓甲保險對象 99 年 1 月 29 日至 99 年 6 月 29 日使用健保卡刷卡紀錄，均非所謂「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用」，薛姓甲保險對象是公務員確曾於上開期間至其診所就醫，才會留有看診病歷資料，並領取看診藥品，而黃姓保險對象為薛姓甲保險對象之妻，男女有別，不可能由女病患頂替男病患就診！故黃姓保險對象的說辭明顯違反常理，不足採信。更何況，99 年 7 月以後黃姓保險對象雖確實不再前來其診所就診，但薛姓甲保險對象在 99 年 9 月以後仍持續到其診所看診拿藥。

（2）黃姓與薛姓甲保險對象及其幼子薛姓乙保險對象，早於 89 年至 90 年間，即已陸續在其診所看診，渠等全家並曾參加家庭醫師照護計畫長達 5、6 年之久，直到去年（99 年度）因其診所退出家醫計畫為止。從這長達 10 年的家庭就醫紀錄中，不難發現其診所實際上係渠等就醫之第一選擇，包括薛姓甲保險對象在 98 年 2 月 23 日，也是在其診所做腹部超音波發現胰臟有發炎後，馬上轉至大醫院住院治療，薛姓甲保險對象 3 年 1 次的健保檢查也是於 97 年 6 月 2 日在其診所進行，故渠等全家無論是高血壓、感冒酸痛（關節尿酸引起）等等日常身體不適問題，長年在其診所追蹤治療。故在 99 年 7 月以後，縱使黃姓保險對象不再至其診所就診，薛姓甲保險對象仍前來其診所就醫。薛姓甲保險對象自 90 年間即已經在其診所就診，絕非如黃姓保險對象指稱薛姓甲保險對象只有在其診所做過 1 次檢查，後來就沒有再到其診所看病。

（三）未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分：

1. 黃姓保險對象 99 年 7 月 6 日及 99 年 7 月 13 日部分：

黃姓保險對象直到 99 年 7 月中旬，因誤持其先生薛姓甲保險對象之健保卡，到其診所要求看診遭婉拒前，均確實有到其診所看診，並留有病歷紀錄可稽，相關就診及引發黃姓保險對象不快之經過，均有其診所人員郭○○、陳○○、洪○○知情可證。

2. 薛姓甲保險對象 99 年 9 月 27 日、10 月 11 日及 10 月 12 日部分：

其中僅有 99 年 10 月 11 日該次，因其診所人員陳○○於該日接到薛姓甲保險對象找洪醫師的電話，因薛姓甲保險對象發高燒很不舒服，無法親自到診所來看診拿藥，所以要求洪醫師以電話方式口頭問診，並由薛姓甲保險對象委請他的小孩薛姓乙保險對象來診所取藥，洪醫師曾請薛姓甲保險對象量血壓與體溫，確定只是體溫高(發燒)，隨即按照症狀開藥，僅此 1 次非病患親自至診所看診，並有其診所人員陳○○知情可證。至於薛姓甲保險對象 99 年 9 月 27 日及 10 月 12 日部分，雖係在 99 年 7 月以後，縱使黃姓保險對象不再至其診所就診，薛姓甲保險對象仍前來其診所就醫，並由其診所醫師親自診斷後提供醫事服務。

二、本會審定理由

（一）關於追扣及扣減 10 倍醫療費用 48,251 元部分

此部分業經健保局以 100 年 12 月 23 日健保○字第 0000000000 號函重新審核，有關薛姓甲保險對象違規情事乙節，同意不列入違規案件，爰重新核定申請人診所應追扣醫療費用點數合計 4,782,523 元（5,046,433 點）及扣減 10 倍醫療費用 24,460 元(26,300 點)，將補付前已追扣及扣減 10 倍之醫療費用點數合計 48,251 元（51,150 點）等語，則此部分申請審議標的已不存在，應不予受理。

（二）關於其餘部分

1. 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局接獲民眾反映申請人診所會要求保險對象就醫時，拿另 1 張家屬的健保卡刷卡，於 100 年 2 月 24 日至 3 月 24 日期間，派員訪查申請人診所負責醫師、執業醫師高○○及保險對象，發現申請人有未以實際看診醫師名義申報醫療費用、保險對象未就診刷健保 IC 卡換給維骨力、未經醫師診斷由其家人代為領藥之違規情事，除經原核定論明者外，並有經申請人診所執業醫師高○○、保險對象或其家屬簽名或按捺指印確認之健保局業務訪查訪

問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷等影本附卷可稽。

2. 本件受訪之保險對象均為成年人，渠等接受健保局訪查訪問時，對於其本人或其家屬至申請人診所就診之過程、處置陳述詳實明確，且前開訪問事項，如由何人看診、有無持本人及家屬健保卡領取維骨力、有無代領藥品等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，亦經該等保險對象或其家屬簽名或蓋章確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性，健保局依據訪查訪問之結果認定申請人有前開違規事實，核無不合。

3. 申請人主張（1）其診所雇用之醫師高○○，由其診所分別以轉帳支付 39,453 元、支付現金 3 萬元及支付現金 3 萬元每月共受領薪資約 9 萬元左右，所內之值班(跟診)護士陳○○、陳○○、掛號室郭○○、林○○與附設藥局負責藥師洪○○，均可證明高醫師有親自看診，訪查人員待了將近 3 個小時，當時身心受到雙重壓力，誤以為來訪查人員是藉故要追查最近的收入扣款，才會在誘導之下，說出與事實不符之陳述；（2）郭姓保險對象每次來診所都是她的女兒林姓保險對象陪同來看診，其診所並無以卡易物以換取維骨力一事，且其診所並無所謂「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用」之情事，並有郭姓及林姓保險對象出具書面說明函可稽云云，所稱尚不足採，理由分述如下：

甲. 申請人有以未實際看診之高○○醫師名義申報醫療費用，規避健保門診合理量違規情事之證據內容如下：

（1）保險對象之訪查訪問紀錄

抽訪之保險對象賴○○（家人康○○）、謝○○（家人謝黃○○）、吳郭○（家人吳○○）、劉○○（家人劉○○、劉○○）、林○○（家人張○○、張○○）、王黃○○（家人王○○、王○○）、蔡○○（家人蔡○○、蔡○○、林○○）、阮氏○（家人李○○、李○○）、黃姓保險對象等人均表示其本人及家人長時間在申請人診所就醫，都是由洪○○醫師看診，並未由高○○醫師看診。

（2）高○○醫師之訪查訪問紀錄

「其實我在○○診所只是在診所內後方等待，並沒有在為病人看病，病人都是由洪○○醫師負責看診、治療，所以若有貴局所稱的申報費用時間和我的看診就醫時間相重疊時是我沒有在診所的情況，我會跟洪醫師請假後離開診所去看病、就醫。」、「我不看門診，但我會去問候一下打點滴中的病人，我會問候一下，但看病、診斷、開處方的動作都是洪○○醫師執行的，這部份洪醫師會執行，我並不用參與，我只要留在診所內的休息室即可。」、「我一個禮拜到該所 5 日…下午 6 時至晚上 10 時才離開返家…我在 97 年 1 月開始在該診所上班以後都是以這種方式在服務，這種方式是我和洪醫師一開始就談好的方式，所以就一直持續到目前。」。

乙. 健保局意見書及補充意見書陳明，略以：

（1）保險對象訪問情節與高○○醫師於受訪時所稱並沒有為病人看病，病人都是由洪○○醫師負責看診、治療相符，且該 2 位醫師年齡相差近 20 歲，保險對象均非難以辨別。

（2）經查對高○○之健保加保資料，申請人診所實際為其投保金額為 40,100 元，顯與該診所說明不符。依該診所提供之存摺影本資料，每月轉帳高醫師薪資 39,453

元，付款簽收簿（A本）：每月付款高醫師20,000元（該簿本每月按付款時間順序逐筆記載該診所付款明細），另1本付款簽收簿（B本）：每月付款高醫師30,000元，但付款簽收簿（B本）則單獨為97年1月至100年2月期間內，僅有付款給高醫師之紀錄（無其它廠商），為何不紀錄在前一份之付款簽收簿（A本）？該付款簽收簿（B本）是否為該局人員訪查後，為求與該診所說明一致（高醫師每月受領薪資約9萬元），而另行再製作出不實之付款簽收紀錄？該診所是否每月支付高○○醫師薪資9萬元，不無疑問。即便該診所每月初支付現金2萬元，每月中支付現金3萬元，加上銀行轉帳金額39,453元付予高○○醫師薪資9萬元，和高醫師有無於該診所內實際為保險對象看診不能劃上等號。

（3）高○○醫師於98年1月1日至100年1月31日之就醫紀錄，高○○醫師於蔡○○診所及劉○○牙醫診所之就診時間，幾乎都是在早上及下午6時以前，與高○○醫師受訪時表示不在申請人診所上班的時段相符。又擷取申請人診所98年9月1日至99年1月31日期間（98年8月前之IC卡上傳資料已清檔）醫療費用申報資料，該診所卻有申報高○○醫師於下午6時前看診之醫療費用點數42萬2,164點（1,635筆），高○○醫師本人於99年3月18日在劉○○牙醫診所就醫（健保IC卡刷卡時間為20:58:37），惟當日申請人診所卻仍有申報以高○○醫師看診（晚上6時至9時）35人次之相關醫療費用，高○○醫師於受訪時亦坦承去就醫沒有在該診所時，會向洪○○醫師請假去看病，因此該診所確有未以實際看診醫師名義申報醫療費用，藉以規避健保門診合理量之情事。

（4）該局訪查人員訪問高○○醫師時即明確告知訪問緣由，經由高○○醫師本人自行說明在申請人診所執業之時間、工作內容後，才由該局訪查人員據實記載訪問內容，再經訪查人員以台語頌讀之方式，由高○○醫師確認登載內容與其所述相符後才製成訪問紀錄，整個訪問時間歷時約40分鐘(100年3月3日14時24分至15時3分)，非申請人所稱該局訪查人員有待了將近3個小時，在冗長的反覆查問造成體力不勝負荷，才會在誘導之下說出與事實不符之陳述。

丙、保險對象說明書部分

姑不論說明書內容簡略，且未就渠等說明內容與之前接受健保局訪查訪問證稱內容何以不一致，提出具體說明，其證據力自難與經確認記載其就醫及使用健保卡情形，均陳述具體明確之訪查訪問紀錄相提並論，況郭姓及林姓保險對象為申請人診所負責醫生親戚，又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，亦有臺北高等行政法院98年度訴字第454號判決可資參照，所舉核難推翻前開違規事實之認定。

（三）綜上，原核定關於追扣及扣減10倍薛姓甲保險對象醫療費用48,251元部分，申請審議不受理，其餘追扣醫療費用點數合計4,782,523元（5,046,433點）及扣減10倍醫療費用點數合計24,460元（26,300點）部分，核無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項、全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第4款及第19條第1項規定，審定如主

文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條第 1 款、第 2 款及第 5 款

「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：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。」

案情摘要

特約診所有錯報保險對象根管治療牙位之情事，該當行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 65 條第 1 項第 1 款規定之構成要件，健保局處以扣減醫療費用之 10 倍金額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：97 年 11 月 11 日至 98 年 6 月 19 日。 二、違規事實： （一）虛報醫療費用 1. 保險對象有吳姓、袁姓、張姓、許姓、劉姓甲、乙、葉姓、黃姓及陳姓共 9 位。 2. 渠等至申請人診所就診，或係缺牙(假牙)，或未施行牙齒充填，或僅施行銀粉充填雙面，或僅施行複合樹脂充填單面或雙面，或未洗牙。惟申請人卻向中央健康保險局（於 99 年 1 月 1 日改制為行政院衛生署中央健康保險局，以下簡稱健保局）申報渠等 97 年 5 月至 98 年 1 月間多筆牙齒單面（或雙面或三面）銀粉或複合樹脂充填及全口牙結石清除等醫療費用。 （二）未依處方箋或病歷記載提供醫療服務 1. 保險對象有黃姓 1 位。 2. 黃姓保險對象表示，其右上門牙＃11、＃12、＃13、＃14 於 2、3 年前在申請人診所做假牙，至今未拆下來做過任何治療。惟申請人卻向健保局申報該保險對象 97 年 5 月 12 日至 7 月 7 日＃14 牙根管開闊清創、根管治療之醫療費用，且申請人於受訪時，亦自承牙位寫錯。 三、98 年 8 月 31 日裁處內容 （一）停止特約 1 個月，申請人負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。 （二）扣減黃姓保險對象部分(牙位＃14)醫療費用之 10 倍金額。 四、申請人申請複核，健保局重新審核，就虛報醫療費用部分，同意申請人有就葉姓保險對象牙位＃35 施行複合樹脂充填單面，其餘停止特約 1 個月及扣減醫療費用之 10 倍金額，仍維持原核定，並同意暫緩執行。 五、申請理由、補充理由要旨及健保局意見要旨如附件。	
理　　由	依據	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 65 條第 1 項第 1 款、第 66 條第 1 項第 8 款及第 70 條前段。
	卷證	病歷表、照片、牙科患者實地訪視口腔檢查紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、業務訪查訪問紀錄等影本及健保局意見書。

	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由及補充理由要旨

（一）吳姓保險對象牙位＃14、＃34、＃44、＃21、＃31、＃42 有樹脂充填單面，因牙勘條件惡劣，健保局人員勘驗時未將保險對象臉頰拉開，由側面打燈來看，所以看不見頰側頸部樹脂充填，只看見咬合面填充物，審查醫師無法看見填充材料，茲附上照片。

（二）袁姓保險對象＃16 牙位銀粉充填 3 面(咬合、遠心、齦側面)，請看照片。＃24、＃26 牙是筆誤，應是＃25、＃27 牙位，而牙位＃25、＃26、＃27 是試戴中的假牙，因鬆脫取下，發現咬合面有蛀牙，幫他補銀粉後，將假牙以黏劑固定。純粹是牙位紀錄錯誤。

（三）張姓保險對象牙位＃47、＃32、＃33 有複合樹脂充填雙面，牙位＃22 有複合樹脂充填三面，因牙勘條件不佳(光線不足、採坐姿非仰躺姿勢)，牙勘醫師無法看見填補材料之錯誤情形，茲附上照片。

（四）許姓保險對象牙位＃12、＃11、＃22 有複合樹脂充填三面，牙位＃33、＃35 複合樹脂充填單面，因牙勘條件惡劣，牙勘醫師無法看見填補材料，茲附上照片。

（五）劉姓甲保險對象牙位＃24、＃34、＃35 有複合樹脂充填單面，健保局牙勘是銀粉充填雙面，惟 2 者點值均是 600 點，若要虛浮報何需申報成複合樹脂充填單面，且牙勘條件惡劣，牙勘醫師無法看見填補材料。

（六）葉姓保險對象左下第 2 臼齒牙位＃35 是屬於比較淺層表面 erosion 狀腐蝕性蛀牙，故未將 DO 的銀粉去除(因仍堅固，且與目前 erosion 蛀洞無相關連)，且牙位＃35 是補複合樹脂充填三面(OCL)。牙位＃47 曾在別家院所做過根管治療，其診所於 97 年 8 月 2 日為其銀粉充填三面後，再做瓷牙重建。牙位＃17 係其診所為其所作的牙冠，一直試戴中，於 97 年 9 月求診時，表示咬合怪怪的，將其牙冠取下清洗，因有蛀洞以銀粉充填，並繼續試戴假牙。

（七）黃姓保險對象牙位＃25 與原先申報 M-O-D 三面樹脂不符原因，係病患曾在其他牙科補過，但仍感酸痛不適，要求其診所重補樹脂。爾後回診時，仍感酸軟，只好將比較大的 MO 部分改以銀粉充填，故仍可見 DO 樹脂痕跡。關於牙位＃24 部分，原先根管治療後，已予以 MO+DO 三面樹脂充填。但其後牙位＃24 根尖處出現膿瘍瘻管，只好重新治療，並以 Ca(OH)2 治療。直到 98 年 3 月膿瘍消除，再次根管充填，並將 DO 改以銀粉充填，但仍可見樹脂痕跡。健保局人員勘驗時已由樹脂換成銀粉充填，但卻無法再申報。只是同一顆牙在整個療程不同階段之不同治療，礙於健保申報限制，呈現不一致性，並非虛報。另黃姓保險對象是牙位＃24 做根管治療，病歷筆誤記成牙位＃14，左右顛倒，此為一時疏忽，非故意虛報，絕非未依處方箋或病歷記載提供醫療服務之情事。

（八）劉姓乙保險對象有嚴重牙齦腫脹流血問題，於 97 年 5 月至 6 月期間，確實有為他做過多次全口洗牙，以治療其牙周病。於 98 年 11 月回診，牙齦流血問題已改善，不同醫師於不同院所為同一患者治療，應無重複申報問題。

（九）陳姓保險對象牙位＃36、＃46 確實於 97 年 9 月 15 日補複合樹脂充填咬合面，但因病人酸痛無法咀嚼，於 97 年 10 月 13 日將牙位＃36 咬合面改成銀粉充填，而牙位＃46 因急性牙髓炎劇痛，施以根管治療，但因同一顆牙 3 年內在同一家診所

填補，無法重複申報 O.D.項目，故未申報銀粉充填。健保局人員勘驗時已由樹脂換成銀粉充填，但卻無法再申報。只是同一顆牙在整個療程不同階段之不同治療，礙於健保申報限制，呈現不一致性，並非虛報。又牙位＃11、＃21 複合樹脂充填-三面，因色澤與牙齒相近，邊緣完整，並非如勘驗醫師所言是多年前所補。病患因飲食習慣不同，會有不同程度色素沉澱，不能以勘驗醫師主觀來認定。

（十）補附張姓保險對象及陳姓保險對象系爭牙位放大及塗優碘之照片，證明其診所並無虛報張姓保險對象牙位＃47 雙面樹脂充填醫療費用，以及陳姓保險對象牙位＃11、＃21 確有施行 3 面樹脂充填物，並非如勘驗醫師所言係多年所前所填補，而其牙位＃36 確有做樹脂充填，但因陳姓保險對象持續酸痛，故改以銀粉充填，即係對同一顆牙在整個療程不同階段為不同治療，故呈現不一致性，並非虛報。

二、健保局意見要旨

（一）經重行審核申請人診所提示吳姓保險對象之照片，＃14、＃34、＃44、＃22、＃31、＃42 牙位，已有充填。惟該局於 98 年 2 月 25 日實地訪查並勘驗吳姓保險對象牙齒時，其現場口腔牙齒＃15、＃16 為金屬牙冠，該診所提示之照片卻為瓷牙，又牙醫師實地勘驗結果：牙位＃14、＃34、＃44、＃22、＃31、＃42 均無充填材料，該診所卻於 97 年 12 月 9 日申報牙位＃14、＃34、＃44 複合樹脂充填-單面，97 年 12 月 15 日申報牙位＃22、＃31、＃42 複合樹脂充填-單面。

（二）經重行審核該診所提示袁姓保險對象之照片，雖牙位＃16 已有銀粉充填-三面，＃24、＃26 牙位就算是假牙拆下來再充填，亦不得申報費用，何況病人稱一直未拆下過。該局於 98 年 2 月 27 日實地訪查並勘驗袁姓保險對象牙齒時，＃16 牙是銀粉充填 2 面(咬合、遠心面)，又袁姓保險對象表示假牙(牙位＃25、＃26、＃27)是好幾年前作的，因做得很好，一直未拆下過作治療。該診所卻於 97 年 11 月 10 日申報牙位＃24、＃26 銀粉充填單面，97 年 12 月 2 日申報牙位＃16 銀粉充填三面。

（三）經重行審核該診所提示張姓保險對象之照片，雖牙位＃22、＃23、＃32、＃33 已有充填，惟該局於 98 年 2 月 25 日實地訪查並勘驗張姓保險對象牙齒時，牙位＃47 銀粉充填(咬合、近心面)、牙位＃22、＃32、＃33 無充填材料。該診所卻於 97 年 7 月 25 日申報牙位＃47 複合樹脂充填雙面，97 年 8 月 19 日申報牙位＃22 複合樹脂充填三面，97 年 9 月 5 日申報牙位＃32、＃33 複合樹脂充填-雙面。

（四）經重行審核該診所提示許姓保險對象之照片，牙位＃11、＃12、＃33、＃34、＃35 已有充填。惟該局於 98 年 2 月 27 日實地訪查並勘驗許姓保險對象牙齒時，牙位＃35、＃36、＃37 為牙橋，另其表示已做假牙 2 年了，因做得很好，一直未拆下過。牙位＃33 無充填材料(健康牙)。牙位＃12、＃11 複合樹脂充填-單面，牙位＃22 複合樹脂充填 2 面(遠心、唇側)。該診所卻於 97 年 6 月 23 日申報牙位＃33、＃35 複合樹脂充填單面，97 年 7 月 1 日申報牙位＃12、＃11 複合樹脂充填三面，98 年 1 月 20 日申報牙位＃22 複合樹脂充填三面。

（五）經重行審核該診所提示劉姓甲保險對象之照片，牙位＃34、＃35、＃24 已有充填，＃15 假牙未充填，該診所未舉證。但病人於該局訪查時明確表示自 97 年 11 月 24 日至 12 月 9 日期間至該診所就診，由賴醫師診療，有洗牙、補牙 3-4 顆，醫師有告知每次只能補牙 2 顆。第 1 次補上門牙，第 2 次補右側牙，上門牙 2 顆(註：牙位＃11、＃21)因會酸、醫師有補過牙，右上牙第 5 顆(註：牙位＃15)在 15 年

前某牙醫做的假牙，其並未稱左側有補牙。且實地勘驗結果，牙位＃34 無任何充填物、牙位＃35 銀粉充填雙面，牙位＃24 銀粉充填雙面。該診所卻於 97 年 11 月 24 日申報牙位＃34、＃35 複合樹脂充填單面，97 年 12 月 9 日申報牙位＃24 複合樹脂充填單面。

（六）有關葉姓保險對象，經重行審核葉姓保險對象稱牙套未拆下來過，且＃47 牙之牙套其自述比＃37 牙(97 年 6 月)早施作，＃17 假牙(是在 2-3 年前做的牙套)，＃35 牙依該診所舉證已有充填，但依規定齒頸部充填無論幾面均只能申報單面。該診所卻於 97 年 6 月 19 日申報牙位＃35 複合樹脂充填-三面，該局於該診所申復時，業已同意該診所申復牙位＃35 有填補複合樹脂充填-單面，97 年 8 月 2 日申報牙位＃47 銀粉充填三面，97 年 9 月 27 日申報牙位＃17 銀粉充填三面，該診所審議理由不足採信。

（七）有關黃姓保險對象，經重行審核該診所提示之照片可見牙位＃24、＃25 複合樹脂充填、銀粉充填皆為雙面，惟該局於 97 年 10 月 29 日實地訪查並勘驗黃姓保險對象牙齒時，牙位＃24 正在根管治療中，而＃25 牙位係銀粉充填。該診所卻於 97 年 7 月 14 日申報牙位＃24、＃25 複合樹脂充填-三面。該診所解釋因重新治療補不同材料之原因，卻無法提出病歷說明，顯見申報不合理。另＃14 牙為假牙，該診所坦承病歷記載錯誤，故病歷記載與醫療行為不符，顯確有未依處方箋或病歷記載提供醫療服務之情事。

（八）劉姓乙保險對象於該局訪查時明確表示自 97 年 4 月 2 日至 5 月 7 日在○○牙醫診所裝潢期間，其在○○牙醫診所有由賴○○醫師為其根管治療牙位＃17，另拔除上排左右智齒 2 顆及洗牙，拔智齒後有由另 1 名醫師拆線，其餘都是由賴醫師治療，又 97 年 5 月 20 日至 6 月 3 日期間○○牙醫診所已裝潢完工，由賴醫師續做同 1 顆牙根管治療。今將該診所相關資料送請專業審查醫師審核，表示無法就舉證部分來判斷洗牙。惟查○○牙醫診所於 97 年 5 月 1 日以陳○○醫師名義申報全口牙結石清除，○○牙醫診所於 97 年 5 月 27 日以賴○○醫師名義申報牙周疾病控制基本處置、全口牙結石清除，2 家診所於 1 個月內申報牙結石清除，確有重覆申報之嫌，該診所審議理由不足採信。

（九）陳姓保險對象於該局訪查時，經牙勘醫師於牙勘現場指示其牙位後明確表示，左下大臼齒(牙位＃36)是在 4-5 年前由賴醫師補的銀粉，直至目前沒再治療過，另牙醫師實地勘驗結果，牙位＃11、＃21 係多年前補的複合樹脂充填雙面(陳舊性)。該診所病歷記載 97 年 9 月 15 日牙位＃36 是複合樹脂充填咬合面，其牙位＃36 申報與該診所舉證之照片及病歷不符。該診所解釋因重新治療補不同材料之原因，卻無法提出病歷說明，該診所 97 年 9 月 8 日申報牙位＃11、＃21 複合樹脂充填-三面，97 年 9 月 15 日申報牙位＃36 複合樹脂充填-單面，顯有虛報醫療費用情事。

（十）至該診所事後檢附受訪者之親自書寫書面狀影本，顯渠等與醫師維持醫病關係之和諧，迴護用意，尚可理解，惟並未就為何說明內容與原接受該局訪查訪問證稱內容不一致提出具體說明，故不足採信。

三、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局於 97 年 11 月 11 日至 98 年 6 月 19 日派員會同專業審查牙醫師實地勘驗吳姓等 9 位保險對象，發現申請人有就渠等保

險對象未依處方箋或病歷記載提供醫療服務暨虛報牙齒銀粉或複合樹脂充填及全口牙結石清除等醫療費用之情事，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象簽名確認之業務訪查訪問紀錄及牙科患者實地訪視口腔檢查紀錄、病歷表、保險對象門診就醫紀錄明細表等相關資料影本附卷可稽。

（二）關於未依處方箋或病歷記載提供醫療服務部分

按首揭特約及管理辦法第 65 條第 1 項第 1 款規定，其立法目的即係為促使保險醫事服務機構善盡其注意義務，詳實記載病歷及並依病歷記載提供醫療服務，保險醫事服務機構只要有「未依病歷記載提供醫療服務」之情況，即該當於該條款所定之構成要件，而應處以扣減 10 倍醫療費用。查申請人確有將黃姓保險對象牙位＃24 之根管治療，誤報為牙位＃14 之處置，為申請人所自承，即已該當於前開規定之構成要件，健保局處以扣減前開醫療費用之 10 倍金額，尚無不合。申請人所稱一時疏忽，非故意虛報，絕非未依處方箋或病歷記載提供醫療服務情事云云，核難執為本案之論據。

（三）關於虛報醫療費用部分

1.經本會委請牙科醫療專家就前開資料審查結果，認為：

（1）吳姓保險對象部分：申請人申報該保險對象之系爭＃14 等牙位，均係填補牙頸部、頰側單面，依卷附健保局提供之訪視照片，或未照到填補位置，或雖有照到卻無法判定，僅有一張可分辨，與申請人提供之該保險對象照片相符合。如依申請人提供之 98 年 6 月照片，系爭＃14 等牙位均有填補過，惟因填補之品質太差，應予以核刪，但非屬虛報。

（2）袁姓保險對象部分：申請人於 97 年 12 月 2 日申報牙位＃16 銀粉充填 3 面(咬合、遠心、齦側面)，但訪視口腔檢查紀錄記載牙位＃16 是銀粉充填 2 面，且未記載充填部位，無法排除因牙勘條件，無法看清楚遠心或齦側面填補。另牙位＃24、＃26 銀粉充填單面部分，如係假牙拆下來再充填，亦不得申報費用，同意健保局意見。

（3）張姓保險對象部分：經比對健保局提供之訪視照片及申請人提供之照片，申請人確有填補系爭＃47 等牙位，只是填補之品質太差，應予以核刪。另健保局往後得要求申請人診所對此類案件，提供術前、術中及術後之照片供審核。至申請人固復於 99 年 4 月 9 日檢附張姓保險對象牙位＃47 放大及塗優碘照片，主張其診所無虛報云云，惟張姓保險對象牙位＃47 既經專業審查認為係屬核刪範疇，故申請人補附之上開牙位照片，對前開專業審查之認定不生影響。

（4）許姓保險對象部分：健保局未提供訪視時之系爭＃33 等牙位照片，無法判定。

（5）劉姓甲保險對象部分：健保局提供之訪視照片中未有系爭＃24 等牙位牙面之照片，惟依申請人提供之照片，能分辨有充填系爭＃24 等牙位，只是填補之品質極差。另健保局於審核時，得要求申請人提供術前、術中及術後之照片。

（6）葉姓保險對象部分：牙位＃35 無法排除因牙勘條件，致無法看清楚頰側頸部或齦側面填補。至於牙位＃47、＃17 皆為牙冠，依申請人陳述是銀粉充填-三面後，再做瓷牙重建或繼續試戴假牙，但此處置內容無法經由病歷紀錄中得知佐證，且申請人所作之牙冠，若試戴發現有再蛀牙，是否應該找再蛀牙原因並做積極之處置，故申請人申報牙位＃47、＃17 醫療費用，不符健保給付規定。

（7）黃姓保險對象部分：申請人於 97 年 7 月 14 日申報牙位＃25 複合樹脂充填三

面，並主張係因重新治療而補不同材料，惟依其提供之照片，固可見複合樹脂充填，但依病歷記載內容，並無法提出佐證。

（8）劉姓乙保險對象部分：申請人固陳述「不同醫師於不同院所為同一患者治療，應無重複申報問題」，惟保險對象為 gingivitis（齦炎），且申請人於申報全口牙結石清除時，亦未問明保險對象之主訴、近期治療病史，並記錄有關需洗牙之必要性，故依病歷紀錄記載內容，並無法予以佐證申請人所稱屬實，確有重複申報。

（9）陳姓保險對象部分：健保局未提供牙位＃11、＃21 之訪視照片，無法判定。至於牙位＃36 部分，申請人固檢附照片陳述「97 年 10 月 13 日將牙位＃36 咬合面改成銀粉充填」，但病歷紀錄無法佐證牙位＃36 於 97 年 10 月 13 日有銀粉充填，且申請人陳述其重新治療補不同材料，惟都無法提出病歷說明。另申請人固復於 99 年 4 月 9 日檢附陳姓保險對象上開牙位放大及塗優碘照片，主張其診所無虛報陳姓保險對象牙位＃11、＃21、＃36 充填費用云云，惟陳姓保險對象牙位＃11、＃21 部分，業經專業審查認為無法判定是否虛報，而牙位＃36 部分，則經專業審查認為申請人雖陳述其係重新治療而填補不同材料，惟無法提出病歷說明，牙位＃36 部分仍應維持健保局之核定，故申請人於 99 年 4 月 9 日提出之補充理由及系爭牙位照片對前開專業審查之認定不生影響。

2. 綜上所述，關於吳姓、張姓、許姓、劉姓甲、袁姓（牙位＃16）、葉姓（牙位＃35）及陳姓（牙位＃11、＃21）保險對象部分，或因無足以採認之訪視照片，無法判定是否屬虛報，或因填補品質太差，應予以核刪，並非屬虛報，已如前述，則本件健保局將前開吳姓等 4 位保險對象及袁姓等 3 位保險對象部分牙位列入違規事證，即有未妥，惟尚不影響申請人有虛報其餘 5 位保險對象（袁姓保險對象牙位＃24、＃26、葉姓保險對象牙位＃47、＃17、陳姓保險對象牙位＃36、黃姓保險對象牙位＃25 及劉姓乙保險對象全口牙結石清除）醫療費用之事實。

（四）法律適用結果

綜上，健保局認為申請人有未依處方箋或病歷記載提供醫療服務、虛報袁姓等 5 位保險對象牙齒充填及全口牙結石清除等醫療費用之情事，乃處以扣減黃姓保險對象部分(牙位＃14)醫療費用之 10 倍金額及停止特約 1 個月，申請人負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付，並無不合，原核定仍應予維持。至申請人其餘主張，業經健保局前開意見書陳明，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 65 條第 1 項第 1 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險對象應扣減其醫療費用之十倍金額：一、未依處方箋或病歷記載提供醫療服務。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：八、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 70 條前段

「保險醫事服務機構受停止或終止特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」

案情摘要

特約診所有利用健保資源為保險對象減重，卻以疾病名義申報醫療費用之情事，健保局認定該當未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之構成要件，不給付及扣減10倍醫療費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	原核定撤銷。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：99年3月11日至6月3日。 二、違規事實： （一）未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務（利用健保資源為保險對象減重，卻以疾病名義申報醫療費用）。 （二）非由藥事人員或中醫師親自調劑給藥，卻申報中醫師親自調劑之藥品調劑費。 （三）保險對象計有曾姓、黃姓甲、乙、丙、謝姓、鄭姓、賴姓、杜姓、王姓、溫姓、吳姓、連姓、許姓甲、乙、盤姓、趙姓、陳姓、潘姓、盧姓及邱姓等20位。 （四）違規申報醫療費用期間：98年4月至99年4月。 三、100年1月18日裁處內容 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務部分，核定不給付66,750點及扣減10倍醫療費用667,500點；非由藥事人員或中醫師親自調劑給藥，卻申報中醫師親自調劑之藥品調劑費部分，核定不給付1,480點，共計不給付68,230點（66,750＋1,480＝68,230）及扣減10倍醫療費用667,500點。 四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 五、申請人就健保局認定其診所有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務（利用健保資源為保險對象減重，卻以疾病名義申報醫療費用）之違規情事部分，向本會申請審議，申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	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36條第1項第1款 「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：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。」
	卷證	業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷表等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其診所醫師完全依病歷記載提供診療服務，病歷記載屬中醫內科，經望、聞、問、切，診療後處方用藥，處方箋症狀記載並不涉及減重，且所開處方藥，均符合健保用藥，並無健保局核扣處分所指利用健保資源做減重治療，未違反特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款規定。

（二）至於病患經其診所醫師診療後，接受「水平衡」觀念配合控制水分攝取，獲得之效果是改善肝、胃功能及增加免疫力，所造成之效果會有體重減少或增加，完全是病患自行控制水的多少，與其診所醫師之處方用藥無關。本案事實係其診所採行之獨特調理體質治療，而非健保局指稱之減重。

（三）健保局複核時，審查醫師依辨證論治精神及其個人經驗，認為腸胃脹氣應開理氣藥，下肢水腫應開利水藥等意見，以上醫學見解常見於一般中醫教科書或為大部分中醫師具備之診療理念；惟其診所醫師卻有完全不同見解，堅持不以利尿利水作用來醫療，而以強力衛教水管控，即可達到永久而持續的水平衡，又其診所醫師之醫療理念係排泄腸子垃圾及肝、胃功能提升，經多年臨床經驗證實，這樣的治療可改善許多西醫無法克服之宿疾。健保局審查醫師並未能指出其診所醫師構成違反特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款規定，只能指出與其診所診療理念不同，健保局不能據此開罰核扣。

（四）其診所未有任何對外或於診所內宣傳廣告招攬減重減肥，只強調調理體質，並明確告知若要求減重治療，一律不可刷健保卡，需完全自費治療。病患就診後，其診所醫師不僅排斥減重錯誤觀念，也排斥市面上用強力利水藥來減重，經診斷後各種隱藏性症狀及宿疾都會影響身體狀況或體能，透過調理治療後均獲得改善，而各種症狀的調理治療，本來就屬健保給付範圍。

二、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示及健保局意見書陳明，本件係健保局依全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會○○分會函送該會審查提報申請人診所 98 年 8 月申報情形與常規不符及該局辦理「中醫傷科暨調劑業務查核專案」，發現申請人疑有利用健保執行減重門診業務，乃於 99 年 3 月 11 日至 6 月 3 日期間，派員訪查申請人負責醫師及保險對象，發現曾姓等 10 位保險對象表示渠等係因減重至申請人診所就診，並無因身體不適或疾病就診，惟申請人卻於病歷記載該等保險對象因腸胃氣脹、噯氣及脹痛等病名就診，並向健保局申報該等保險對象 98 年 4 月至 99 年 4 月間多筆醫療費用，另黃姓丙等 10 位保險對象表示至申請人診所就醫係非由藥事人員或中醫師親自調劑給藥，申請人卻向健保局申報中醫師親自調劑之藥品調劑費，爰認申請人有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務等違規情事，除經原核定論明者外，並有經各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、病歷表等影本附卷可稽。

（二）健保局於訪查訪問曾姓等 10 位保險對象時，渠等對於本人至申請人診所就診之原因、過程、處置、領藥及收費等情形陳述詳實明確，且前開訪問事項，如就醫原因、有無因身體不適或疾病而就醫等情形，均非難以認明，該等保險對象之陳述亦平實明確，未有記憶不清之情事，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，

均經該等保險對象簽名確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（三）申請人主張病患經其診所醫師診療後，接受「水平衡」觀念配合控制水分攝取，獲得之效果是改善肝、胃功能及增加免疫力，其診所採行之獨特調理體質治療，非健保局指稱之減重云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1.本會醫療專家之審查意見：

（1）按調理體質只是一個概念，無法做為健保給付之具體項目，中醫所謂調理體質，主要著重在身體疾病狀態時，給予適當之醫療介入（含針灸、中藥、食療等），而讓身體恢復健康之治療思維，故實際上，仍應由病人之主訴、醫師診察等病歷記載來判斷醫療作為是否必需，而不能以調理體質做為醫療正當性之理由。

（2）本案從各該保險對象之陳述內容及醫師用藥，皆指向係為減重而就醫。

（3）又病態性肥胖雖屬健保給付範圍，惟本案依系爭保險對象之病歷記載內容，尚無法顯示係因病態性肥胖而就醫。

2.有關曾姓等 10 位保險對象受訪相關證詞及病歷記載之內容摘述：

	保險對象	就醫原因	有關體重之陳述	病歷記載之病名	病歷記載主要藥品名稱（濃縮錠）
1	曾姓	1.因生產後為了減重至申請人診所就醫。 2.並沒有因身體不適或疾病就診，只為減重。	每次就醫均有磅體重，就醫期間（98年7月至10月）已瘦 10 公斤。	98 年 7 月 6 日至 10 月 20 日 10 次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（9 次） 感冒（1 次）	1.柴胡疏肝湯（10 次） 2.桃仁承氣湯（6 次）
2	黃姓甲	1.為了減重至申請人診所就醫。 2.並沒有因疾病就診。	每次就醫均有磅體重，就醫期間（98年8月至10月)只瘦 2 公斤。	98 年 8 月 12 日至 10 月 23 日 6 次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（6 次）	1.柴胡清肝湯、三黃瀉心湯（6 次） 2.平胃散（5 次）
3	黃姓乙	1.為減重至申請人診所就醫。 2.並沒有因疾病就醫，只為減重、沒有作傷科治療。	每個禮拜都有量體重，並告知少喝水，98 年 7 月至 99 年 1 月已減重 7 公斤。	98 年 7 月 7 日至 99 年 1 月 25 日 17 次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（15 次）、 便秘（1 次） 肌痛及肌炎（1 次）	1.柴胡疏肝湯（17 次） 2.三黃瀉心湯（14 次） 3.甘露消毒丹、潤腸丸（11 次）
4	謝姓	1.為減重至申請人診所就醫。	每次就醫均有量體重，就醫期間	98 年 7 月 7 日至 99 年 1 月 22	1.柴胡疏肝湯、三黃瀉心湯（26 次）

			2.並沒有因腸胃問題、失眠等疾病就診。	（98年7月至99年1月）已瘦15公斤。	日 26次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（19次）、 睡眠障礙（7次）	2.潤腸丸（16次）
	5	鄭姓	經友人介紹至申請人診所減重，確實只為減重就醫。	就醫期間（98年7月至99年1月）已減輕5公斤。	98年7月4日至99年1月28日（無98年12月21日門診病歷） （申報）18次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（15次）、 高血脂症（2次）	1.柴胡疏肝湯（17次） 2.清胃散（9次）
	6	賴姓	經友人介紹至申請人診所減重。	每次就醫均有磅重，自98年4月24日至99年4月期間，從99公斤減至80公斤。	98年4月28日至99年4月12日 45次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（45次）、	1.三黃瀉心湯（45次） 2.柴胡清肝湯（23次）
	7	杜姓	1.調理身體、月經不順、身體過重至申請人診所就醫。 2.98年7月至99年1月均是為減重就醫。	就醫期間已減重5公斤。	98年7月4日至99年1月30日 17次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（17次）	1.荊防敗毒散（15次） 2.柴胡疏肝湯（13次）
	8	王姓	經友人介紹至申請人診所做減重。	每次就醫均須秤體重，98年9月至12月已瘦7-8公斤。	98年9月23日至12月22日 6次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（5次） 感冒（1次）	1.潤腸丸（6次） 2.葛根湯（5次） 3.川芎茶調散（4次）
	9	溫姓	1.因調理身體、鼻子過敏、婦	每次就醫均有磅體重，98年7月	98年7月4日至99年2月9	1.三黃瀉心湯（22次） 2.葛根湯（11次）

		女問題至申請人診所就醫。 2.本人的調理身體就是有塑身功能，因朋友告知申請人診所有在為人減肥，但也有作調理身體，自98年7月4日起即是為調理減重就醫。	至99年4月已瘦20公斤。	日 23次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（15次）、 睡眠障礙（8次）	
10	吳姓	1.因腸胃問題、經期不順去調理身體，沒有作減重治療，只是因腸胃問題，有給解決便秘的問題。 2.另本人自98年9月8日聽朋友介紹可以減重、調理身體而至申請人診所就診。	每次就醫均有先磅體重，98年9月至99年1月已減重10公斤。	98年9月8日至99年1月20日 17次門診 腸胃氣脹、噯氣及脹痛（17次）、	柴胡疏肝湯、三黃瀉心湯（17次）

由上開摘述內容顯示，系爭10位保險對象中，曾姓等7位保險對象已明確證稱係為減重至申請人診所就診，杜姓及溫姓2位保險對象證稱原為調理身體或疾病至申請人診所就診，惟自98年7月開始則為減重而就醫，而吳姓保險對象雖陳述曾有因經期不順、腸胃問題等就醫，惟申請人卻大多以腸胃氣脹、噯氣及脹痛之病名向健保局申報費用，可見申請人申報系爭保險對象病名，確屬異常；且系爭10位保險對象病歷記載之用藥，重複性亦相當高，證諸申請人診所負責醫師於99年6月2日受訪時之陳述內容：「因本診所用藥均雷同，本人會在晚上將藥包好，在白天病人就醫後，由小姐交付給病人（用法幾乎雷同）」等語，益見申請人診所用藥及備藥過程，與中醫辨證論治之醫療常規有違；況經本會醫療專家審查，認為本案從保險對象之陳述內容及醫師用藥，皆指向係為減重，已如前述，所稱核難執為本案之論據。

（四）綜上，本件申請人有利用健保資源為保險對象減重，卻以疾病名義申報醫療費用之情事，洵堪認定，健保局認為申請人之行為該當未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之構成要件，而處以不給付66,750點及扣減10倍醫療費用667,500點，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

案情摘要

保險對象至特約診所自費接受美容療程，並無因不適或疾病門診就醫之事實，診療內容均屬於美容外科手術可預期及必須之過程，非屬全民健康保險所應給付之範圍，特約診所卻申報門診就醫之醫療費用，核有未當。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、 本件申請人前因多刷健保 IC 卡虛報醫療費用，經健保局處以自 97 年 8 月 1 日起至 97 年 9 月 30 日停止特約 2 個月在案。 二、訪查期間：99 年 7 月 8 日至 7 月 29 日。 三、違規事實：保險對象自費美容或美容諮詢，非因疾病就醫，申請人卻刷取健保 IC 卡，以疾病名義申報醫療費用 （一）保險對象有黃姓、白姓、林姓甲、乙、王姓甲、乙、丙、柏姓、廖姓、郭姓、陳姓共 11 位。 （二）前開保險對象表示，其等至申請人診所係自費做雷射、除斑、施打肉毒桿菌或諮詢美容雷射等，或沒有因疾病看診，或僅有 1 次因痘痘或濕疹看診，惟申請人卻刷取渠等之健保 IC 卡，向健保局申報該等保險對象 98 年 12 月至 99 年 7 月間多筆醫療費用。 四、99 年 10 月 18 日裁處內容 申請人前經健保局處以自 97 年 8 月 1 日至 97 年 9 月 30 日停止特約 2 個月在案，此次經訪查，仍有虛報醫療費用情事，處以終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，申請人負責醫事人員於終止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 五、申請人申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意暫緩執行。 六、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 39 條第 3 款。 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 37 條第 7 款、第 38 條第 1 項第 1 款及第 44 條第 1 項前段。
	卷證	業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、○○診所貴賓基本資料表、病歷、機構違約資料查詢等影本、照片及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）健保局應就對其診所有利與不利之事項一併予以調查，據此作成之處分始具合法正當性；然健保局卻將片面訪談病患之記錄作為處分之唯一依據，並未調查對其診所有利之事項，核與規定相違，故處分顯有違法及不當之處。

（二）依全民健康保險法第 2 條、第 31 條及第 39 條等規定，保險對象發生疾病者，由保險醫事服務機構進行診療服務，除診療方式非屬健保給付範圍者外，其餘診療服務自屬健保給付範圍內，保險醫事服務機構本即得申報健保醫療費用。然健保局僅以訪談之病患有進行自費美容醫療行為，即認為屬健保給付範圍之疾病診療與開藥之行為，一律屬於預防性或術後用藥，不得申報健保醫療費用云云，卻未調查病患是否客觀上確實患有皮膚疾病之事實，逕率爾作成原處分，顯未調查有利於其診所之事項，與法不符，其處分有重大瑕疵。

（三）本件原處分書附表所列之 11 名病患，其診所負責醫師陳○○於診療時，均確實發現渠等病患罹患異色症、皮膚炎、痤瘡等皮膚疾病，亦確實有為該等病患進行診察與開藥等健保給付之醫療行為，且病患亦有領藥使用之事實，並非健保局所稱之美容手術預防性或術後用藥，則其診所據以申報健保費用，自非虛報；然健保局卻認為渠等並非因病就醫、相關處置均係預防性或術後用藥而不得申報醫療費用云云，並未考量有利於其診所之事證，故原處分認事用法均有違誤，應予撤銷。

（四）無論受訪之病患是否自購物台購買雷射療程前來其診所就診，其診所均確實按病患皮膚疾病狀況診察及開立處方藥物治療，進而就屬於健保給付之診察及藥品等項目申報健保醫療費用，確係符合全民健康保險之相關法令規範，並無偽以疾病不實申報醫療費用之主客觀行為。購物台所推銷之雷射治療課程，非其診所與購物台直接合作，而係由○○醫學美容集團與購物台合作推出之雷射治療課程，惟受限於醫學美容集團設點有限，無法消化全部之病患，故委託其診所代為診治部分購買課程之病患，其診所與購物台間並無直接合作關係，該等自購物台購買雷射治療課程之病患，係經由該醫學美容集團轉介而來，對其診所而言，渠等病患與一般前來看診之病患無異。

（五）其診所確實按病患皮膚疾病狀況診察及開立處方藥物治療，此為醫學上之客觀事實，與病患主觀以為其僅係為進行雷射美容而來，分屬二事，不應僅以病患主觀認知，而忽略其皮膚確實罹患健保給付之疾病，而得以處方藥物治療之事實。就本案而言，健保局對於病患客觀上有無罹患皮膚疾病一事恝置不論，反以訪談病患所取得「不曾因疾病或皮膚疾病就醫」之片面說詞，即率爾認為其診所以疾病名義申報健保費用，委無足取。

二、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係申請人診所離職員工向台北市議員反映申請人診所誘使消費者做免費美容諮詢，以留資料為由，向保險對象收取健保 IC 卡，私下過卡詐領健保費，經市議員指派助理於 99 年 5 月 4 日赴申請人診所查證，確有前開反映情事，健保局乃於 99 年 7 月 8 日至 7 月 29 日期間，派員訪查申請人診所、保險對象，發現申請人有就黃姓等 11 位保險對象自費美容或諮詢，非因疾病

就醫，惟申請人卻刷取該等保險對象之健保 IC 卡，以看診「異色症」、「接觸性皮膚炎及其他濕疹，清潔劑所致」及「痘瘡性痤瘡」等名義，向健保局申報渠等保險對象 98 年 12 月至 99 年 7 月間多筆醫療費用（診察費）之情事，除經原核定論明者外，並有經各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、病歷表等影本附卷可稽。

（二）本件受訪之黃姓等 11 位保險對象均為成年人，渠等對於其本人至申請人診所就診之原因、過程、有無施行自費美容療程或諮詢以外之處置陳述詳實明確，未有記憶不清之情事，且前開訪問事項，如就醫原因、有無領取藥品、身體不適或疾病等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均經該等保險對象簽名確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（三）申請人雖主張其診所於診療時確實發現渠等病患罹患皮膚疾病，亦確實進行診察與開藥等健保給付之醫療行為，不應僅以病患主觀認知僅係為進行雷射美容而來，而忽略其等皮膚確實罹患健保給付之疾病，而得以處方藥物治療之事實云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 健保局意見書陳明，略以：

該局於 99 年 7 月 8 日至 7 月 29 日期間，抽訪黃姓等 11 位保險對象，渠等受訪明確表示，係因臉部長斑、疤痕等從電視○○購物台、○○購物台購買雷射療程或透過網路等管道至申請人診所自費美容（雷射除斑、除疤、施打肉毒桿菌、美白針），並非因疾病就醫，申請人診所明知美容外科手術為健保不給付項目，故向黃姓等 11 位保險對象收取新台幣九千餘元至數萬元不等費用，既屬自費項目，申請人診所本應就病患相關之美容療程處置項目予以診察、評估、處置，並給予預防性用藥或術後用藥，相關藥物之費用理應包含在自費項目內，不應將其切割處理，分別向該局申報醫療費用及向病患收取費用，惟申請人診所卻以「核對資料」為由，刷取渠等健保卡，偽以「接觸性皮膚炎及其他濕疹，清潔劑所致」、「異色症」、「急性上呼吸道感染」、「痘瘡性痤瘡」、「諮詢」等疾病名義，向該局不實申報渠等 1 至 14 筆不等醫療費用，該局依規定，予以申請人診所終止特約，並無違誤。

2. 按全民健康保險為強制性社會保險，以增進全體國民健康為目的，而提供醫療服務，其財源除被保險人負擔部分保費外，主要仍係全民稅收支應，是非為維持生理、心理機能正常狀態之必要診療服務，即不應予保險給付，基此，「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務」、「下列項目之費用不在本保險給付範圍： 3、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。」為全民健康保險法第 31 條第 1 項前段、第 39 條第 3 款所明定。是以，美容外科手術業經立法者評價為非屬增進全體國民健康所必要之診療，則除實施外科手術本身，其手術前之諮詢評估，乃至因手術所產生之生理現象所需之衛教、照護及療程，就一般醫病關係中病患所認知，當然屬於美容外科手術可預期及必須之過程，所需費用自應評價為該美容外科手術所需，非屬全民健康保險所應給付，此與美容外科手術後，有新因素介入，中斷因果關係而另引發病症，可認為一保險事故發生，其所須之臨床處置、檢查或用藥所生費用，仍屬為全民健康保險給付範疇，有所不同，有臺北高等

行政法院 99 年度訴字第 2343 號判決可資參照。

3. 查系爭黃姓等 11 位保險對象均係自費至申請人診所施行雷射除斑或肉毒桿菌等美容手術，為申請人所不否認，且有上開保險對象簽名確認之業務訪查訪問紀錄及申請人診所貴賓基本資料表可按，而該等保險對象至申請人診所自費接受美容療程時，並無因不適或疾病需門診就醫之事實，申請人執行之診療內容均屬於美容外科手術可預期及必須之過程，自非屬全民健康保險所應給付之範圍，申請人申報該等保險對象門診就醫之醫療費用，自有未當。

（四）法律適用結果

綜上，健保局認為申請人前經該局處以停止特約 2 個月，此次經訪查，仍有虛報醫療費用情事，處以終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，申請人負責醫事人員於終止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，尚無不合，原核定應予維持。至申請人其餘主張業經健保局前開意見書陳明在卷，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 39 條第 3 款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 7 款

「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 1 款

「服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：一、服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後十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 44 條第 1 項前段

「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。」

案情摘要

特約診所有就保險對象未經醫師診斷逕行提供醫療服務之情事，健保局依行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 65 條第 1 項第 2 款規定，扣減其醫療費用之 10 倍金額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、 訪查期間：99 年 1 月 25 日至 6 月 10 日。 二、 違規事實 （一）違規態樣 1. 未經醫師診斷逕行提供醫療服務。 2. 同日多刷保險對象健保 IC 卡，並錯開日期虛報醫療費用。 （二）保險對象計有周○○、張○○、王○○、林○○、姚○○、許○○、黃○○、張○○、林○○等（違規情節詳如原核定附表所載）。 （三）違規申報醫療費用期間：98 年 1 月至 99 年 5 月。 三、99 年 11 月 23 日裁處內容 （一）扣減未經醫師診斷逕行提供醫療服務部分 10 倍之醫療費用。 （二）停止特約 3 個月，期間自 100 年 2 月 1 日起至 100 年 4 月 30 日止，申請人診所負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 五、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱行為時特約及管理辦法）第 65 條第 1 項第 2 款、第 66 條第 1 項第 7 款、第 8 款及第 70 條前段。
	卷證	業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、治療記錄、病歷、家長聲明書等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署（臺北市大同區塔城街 36 號）提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）依特約及管理辦法第 66 條違規處分裁量基準「一、・・・四、保險醫事服務機構不當申報醫療費用，金額超過二萬五仟點，未逾五萬點者，處停約 2 個月。」，健保局依上開違約處分裁量基準第 4 點規定，也僅能停約 2 個月，惟健保局卻核定停約 3 個月，顯屬違法不當。

（二）健保局依據病患家屬之訪談內容，認為沒有欠、補卡等情形，進而推認其診所在 1 天之內刷 2 次健保 IC 卡，必然是「自創就醫序號，而虛報醫療費用」。然查，健保局訪談病患家屬之時間距離實際就醫日期已經超過 1 年，在時間長久之狀況下，能否正確記憶不無疑問，且訪談時間倉促，難期正確，且其診所均可提出治療紀錄等具體證據反駁每一個個案家屬記憶有誤。

（三）個案情形：

甲、周○○

1. 原核定固記載：周○○之母親吳○○表示，其女兒周○○週一復健治療 30 分鐘，週二做感統訓練。
2. 治療紀錄所載周○○98 年 1 月至 3 月都是每週四及週五接受復健治療，從來沒有在週一及週二接受治療，家屬陳述顯然與事實不符。
3. 健保局認定其 98 年 1 月 9 日、16 日、2 月 6 日、13 日、20 日、27 日、3 月 13 日、20 日及 27 日有同一日刷周○○2 筆健保 IC 卡之紀錄，就認定上開日期都是虛報。惟查上開日期都是星期四及星期五，與周○○治療紀錄完全相符，治療紀錄上均有治療師用印。
4. 又上開 9 天都是星期五，前一天星期四幾乎都有接受復健治療之紀錄，不能排除是周○○家屬忘記帶健保 IC 卡，而在星期五補卡之可能性存在。

乙、張○○

1. 原核定固記載：張○○之母親表示，其兒子張○○因發展遲緩至本診所做復健治療。98 年 5 月以後，改成每週一下午 5 點開始上物理治療 45 分鐘，6 點半上認知課程。其兒子復健治療期間，不曾欠卡、補卡情事。
2. 經其詢問張○○之家長，重新回想後表示，1 年中難免有欠卡補卡情形，家長亦出具聲明書。
3. 由張○○之治療紀錄及家長聲明書，應可推知張○○有忘記帶健保 IC 卡而事後補卡的情形。
4. 其診所掛號刷卡程序透明，治療單上都有治療次數與日期，家長可明確知道當次治療是第幾次，每 6 次治療後才要繳掛號費，絕不會有多申報醫療費用之情形。

丙、許○○

1. 原核定記載：許○○之母親表示 98 年 10 月（含）以前每週四、五做復健治療，98 年 10 月以後，週一是視知覺訓練、週五(職能及物理)是感統訓練，不會在其他時段做，不曾有欠卡、補卡的情事。
2. 依許○○之治療紀錄，其復健治療時間十分不固定，星期一至星期五都有，與家長陳述不相符，不能認定星期一、星期四及星期五以外之復健治療都是

虛報。

3. 其診所排課時間雖大約有固定時間，但有時因治療師本身工作調度關係，或安排假期，或因家屬臨時有事而調動上課時間，或因其他病患請假等因素而有調課、加減課。

4. 許○○家長亦提出聲明書證明，確有忘記帶卡事後補卡之情形。

丁、黃○○

1. 健保局僅以家長陳稱，黃○○每週一做視知覺訓練，每週二及週三做感統訓練，故申報其 98 年 11 月 13 日（週五）之職能及物理治療費用為盜刷。

2. 依黃○○之治療紀錄，98 年 11 月 13 日確實有接受 2 位治療師之復健治療，且治療紀錄上都有蓋章。

3. 黃○○於 98 年 2 月 1 日至 98 年 12 月 31 日，共計治療 106 次，健保局以病人家長陳述治療時間多安排於週一、二、三為由，認定 98 年 11 月 13 日（週五）之治療為多刷健保卡虛報費用。全年 106 次有 1 次調課情形不可能嗎？

戊、張○○

1. 健保局僅以家長陳稱，張○○每週一、週二及週四做職能及物理治療，故申報其 98 年 11 月 11 日（週三）之職能及物理治療費用（含診察費）為虛報。

2. 惟查張○○之治療紀錄，98 年 11 月 11 日確實有接受 2 位治療師之復健治療，且治療紀錄上都有蓋章。

3. 張○○之治療紀錄，其診所醫師確實有在當天診治之紀錄。

4. 張○○98 年 4 月 23 日至 98 年 12 月 31 日，於其診所共計治療 84 次，大部分於週一、二、四治療，健保局以全年 84 次治療中有 1 次於 98 年 11 月 11 日（週三）上課，推論為多刷健保卡。

己、林○○

1. 健保局僅以家長陳稱，林○○每週一於其診所做職能治療，故星期一以外之時間，為其診所多刷林○○健保 IC 卡，以此申報 98 年 1 月至 98 年 7 月期間共 6 筆之職能治療費用。

2. 林○○之治療紀錄，在 98 年 3 月 27 日、98 年 7 月 6 日及 98 年 7 月 10 日確實有接受 2 位治療師之治療，上開 3 天都不是星期一。

3. 依林○○治療紀錄，自 98 年 1 月 2 日至 98 年 7 月 8 日間，皆於週一、週四、週五做治療。林○○一週甚至 1 天至多家診所治療，訪談過程是否有與家長確認復健地點、時間？

4. 林○○家長表示，健保局訪查人員對其訪談時，剛好要出門，隨便應付一下，許多問題未經思索就回答，事後回想才發現有許多錯誤，亦出具聲明書。

（四）健保局引用其診所負責醫師 99 年 4 月 8 日對健保局承辦人員之陳述，作為不利於其診所認定之理由乙節，事實上，訪談當時其負責醫師恰好在為病患看診，因訪談時間短暫，手邊也沒有相關病歷資料可供參考佐證，並不了解健保局實際調查之個案為何，只能約略描述若有錯誤，可能是何種情形，並非表示其負責醫師針對特定個案有承認故意多刷健保 IC 卡，不能以此擴張解釋已「自白認罪」，對其診所做不利之認定。

（五）兒童治療業務僅占其全部治療人次約 5%，健保局草率停約已嚴重影響其診所其他 95%病患之就醫權利，受影響之人數每月達到 8,000 人次，違反比例原則，且多名

職能治療師等專業人員也同將失業，造成嚴重社會問題，影響病患權益。

二、本會審定理由

（一）依卷附相關資料顯示，本件係健保局於 99 年 1 月 25 日至 6 月 10 日期間，派員訪查申請人診所負責醫師及保險對象，查獲申請人診所有就周○○等多位保險對象未經醫師診斷逕行提供醫療服務及同日多刷保險對象健保 IC 卡，並錯開日期虛報醫療費用等情事，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象家長及申請人負責醫師簽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、病歷、治療記錄等影本附卷可稽。

（二）本件受訪之保險對象均為成年人，渠等於接受健保局訪查訪問時，對於其等子女至申請人診所就診之過程、診療及收費之情形陳述明確具體，且前開訪問事項，如有無經醫師看診、有無欠卡補卡、復健治療時間等情形，均非難以認明，且上開訪查訪問紀錄亦經該等保險對象簽名確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（三）申請人主張其診所可提出治療紀錄等具體證據反駁每一個個案家屬記憶有誤，且依裁量基準規定，僅能停約 2 個月，健保局核定停約 3 個月，顯屬違法不當，另兒童治療業務僅占其全部治療人次約 5%，健保局停約已嚴重影響其診所其他 95% 病患之就醫權利，違反比例原則云云，惟所稱並不足採，分述如下：

1. 按病歷係特約醫療院所單方製作，健保局既會按比例抽驗保險對象之病歷，而特約醫療院所申報醫療費用也須以保險對象之病歷作為依據，故特約醫療院所若欲虛報醫療費用，當然會配合製作不實病歷資料，尚不能以病歷記載等自行製作之文書，來證明保險對象確有就診等語，有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號判決可資參照，所舉治療紀錄尚難採為有利於申請人之證明。

2. 另申請人雖檢附張○○、許○○、林○○等 3 人之家長聲明書佐證，姑不論未就渠等說明內容與之前接受健保局訪查訪問證稱內容何以不一致，提出具體說明，且依照台灣社會之醫病關係，病人（家屬）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（家屬）提出與事實不符之陳述書，各該保險對象（家屬）事後所製作之陳述書易流於事後迴護，此亦有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 454 號判決意旨可資參照，所舉自不足以推翻前開違規事實之認定。

3. 按「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。八、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。」為首揭行為時特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 7 款及第 8 款所規定。查健保局訪問保險對象周○○、張○○、許○○、黃○○、張○○、林○○等 6 人家長，申請人確有同一日多刷取前述 6 人之健保 IC 卡並虛報醫療費用之情事，該局限於人力不足，只是抽訪，並非全面性訪查申請人有同一日刷 2 次以上健保 IC 卡之保險對象，經查獲虛報金額 33,994 點，且違規類型屬於未診治保險對象，得加重停約月數，該局依本保險規定，處以停約 3 個月之處分等語，前經健保局 100 年 1 月 12 日健保○字第 0000000000 號函陳明在案，則健保局衡酌申請人之違規金額、態樣及個案等違規情節，本於職權認定申請人有虛報周○○等保險對象醫療費

用情事，處以申請人停止特約3個月，與比例原則及健保局發布訂定之「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十六條違規處分裁量基準（第3點及第6點第5款）」精神，尚無違背。

（四）綜上，健保局處申請人扣減未經醫師診斷逕行提供醫療服務部分10倍之醫療費用，以及停止特約3個月，期間自100年2月1日起至100年4月30日止，申請人診所負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，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5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第65條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人應扣減其醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫療服務。」

二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條第1項第7款及第8款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。八、其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第70條前段

「保險醫事服務機構受停止或終止特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」

案情摘要

特約診所執業所在地於行政院衛生署公告為無藥事人員執業偏遠地區之前，在無醫療急迫情形下，未依醫藥分業規定釋出處方箋，仍由醫師調劑，並申報藥事相關費用，健保局追扣藥費及藥事服務費。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、案件緣由及原核定文件要旨 （一）緣行政院衛生署食品藥物管理局依○○縣衛生局建議函，於 100 年 4 月 26 日以 FDA 藥字第 0000000000 號公告申請人診所之執業所在地自 100 年 3 月 9 日起列屬藥事法第 102 條所稱之無藥事人員執業之偏遠地區。 （二）申請人於 100 年 5 月 23 日向健保局陳情，略以其診所所在位置於 92 年間由○○縣政府公告為偏遠地區，其診所列屬無藥事人員執業之偏遠地區，請准回溯至開業之日云云，經健保局於 100 年 6 月 10 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以依行政院衛生署食品藥物管理局 100 年 4 月 26 日 FDA 藥字第 0000000000 號公告，申請人診所自 100 年 3 月 9 日起列屬藥事法第 102 條所稱之無藥事人員執業之偏遠地區，故申請人診所自 100 年 3 月 9 日起，執行業務之醫師始得申報藥費及藥事服務費等相關費用。 （三）健保局嗣於 100 年 7 月 15 日以健保○字第 0000000000 號函核定追扣申請人診所 99 年 9 月 9 日至 100 年 3 月 8 日未辦理無藥事人員執業之偏遠地區前即申報之藥費及藥事服務費計 367,552 點。 （四）申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 二、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、藥事法第 102 條。 二、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 6 條第 2 項。 三、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產所、社區精神復健機構、居家照護機構適用）第 17 條第 1 項第 5 款。
	卷證	行政院衛生署食品藥物管理局 100 年 4 月 26 日 FDA 藥字第 1000021225 號公告(含行政院衛生署公告屬於藥事法第 102 條所稱無藥事人員執業之偏遠地區與非屬上述地區名單表)、○○縣政府 100 年 4 月 1 日府衛藥字第 0000000000 號函、健保局 100 年 6 月 10 日健保○字第 0000000000 號函影本及健保局意見書暨補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同

區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其診所係位於行政院衛生署公告之無藥事人員執業之偏遠地區，且由其診所負責醫師親自調劑，並無違反藥事法第 102 條之規定。

（二）藥事法第 102 條係處罰容留未具藥事人員資格人員為保險對象調劑，全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法係規範以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其診所並無容留未具藥事人員資格之人員調劑，絕無任何不正當行為，更無虛偽之證明，完全沒有影響保險對象之用藥安全。

（三）其診所申請特約之初，即明示不採釋出處方箋之方式，並檢附相關資料送審，既經健保局審核合格始簽訂合約，已使其診所有所信賴，健保局事後再以其診所醫師親自調劑不符規定核減相關費用，有損其診所信賴利益。

（四）其診所每月看診給付給病患之藥費即高達數萬元，在已花費鉅額藥品成本後，健保局竟以突擊方式追扣藥事服務費及藥費，造成其診所嚴重損失，顯不符公理及法律規範。

二、本會審定理由

（一）按政府為鼓勵並落實醫藥分業政策，於藥事法第 102 條第 2 項明定，於全民健康保險實施 2 年後，醫師自開處方親自為藥品之調劑，以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限；又依行政院衛生署 91 年 8 月 30 日衛署藥字第 0910054232 號公告訂定之「實施醫藥分業地區之條件指標與實施方式」規定（自 92 年 1 月 1 日起全面實施），台北市、高雄市、基隆市、新竹市、台中市、嘉義市及台南市等全面實施醫藥分業以外之其他縣市之西醫診所，除位於山地、離島鄉鎮者外，應全面實施醫藥分業；周圍 1.8 公里路程內未有健保特約藥局之西醫診所，經確認並提報當地縣、市醫藥分業促進委員會議決後，由該縣、市衛生局函報行政院衛生署，公告為無藥事人員執業之偏遠地區，是 92 年 1 月 1 日全面實施醫藥分業後，除 1.「位於山地、離島鄉鎮」，或 2.「台北市、高雄市、基隆市、新竹市、台中市、嘉義市及台南市以外縣市之西醫診所，周圍 1.8 公里路程未有健保特約藥局，經確認並提報當地縣、市醫藥分業促進委員會議決後，由該縣、市衛生局函報行政院衛生署，公告為無藥事人員執業之偏遠地區」，醫師仍得處方調劑外，其餘醫師之調劑權僅限於醫療急迫情形，非得由醫師自行選擇，合先敘明。

（二）查申請人診所執業所在之○○縣○○鄉係至 100 年 4 月 26 日始經行政院衛生署公告自 100 年 3 月 9 日起為無藥事人員執業之偏遠地區，是申請人診所之醫師於 100 年 3 月 9 日前除有醫療急迫情形得自開處方親自調劑外，即應釋出處方箋，詎申請人並未釋出處方箋，仍由醫師調劑，並向健保局申報及領取相關醫療費用，從而健保局依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 6 條第 2 項及全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款規定，追扣不符給付條件之申請人診所執業所在地經公告列屬無藥事人員執業之偏遠地區前（自開業日 99 年 9 月 9 日至公告日前 100 年 3 月 8 日）所申報醫師調劑之系爭藥費及藥事服務費，核無不合。

（三）綜上，健保局核定追扣申請人於其執業所在地經公告為無藥事人員執業之偏遠地區前申報之藥費及藥事服務費計 367,552 點，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 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、藥事法第 102 條

「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」

二、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 6 條第 2 項

「保險醫事服務機構申報之醫療服務點數，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條、第三十七條或第三十八條規定之情事者，自保險人受理申報醫療服務案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。」

三、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產所、社區精神復健機構、居家照護機構適用）第 17 條第 1 項第 5 款

「乙方申請之醫療費用，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：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

案情摘要

特約診所非由中醫師親自執行傷科推拿治療處置，卻申報傷科治療處置費用，健保局追扣及扣減其申報之相關醫療費用之10倍金額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：99年6月2日至21日。 二、違規事實： (一)中醫師未親自執行傷科推拿治療處置而由推拿師執行該項處置 1.保險對象有施姓、吳姓、高姓、王姓甲、乙、林姓甲、乙、洪姓、朱姓、曾姓、魏姓、郭姓、尤姓、劉姓及陳姓共15位。 2.上開保險對象或其家屬表示，渠等本人或家屬至申請人診所就診，或由推拿師推拿，非由醫師執行推拿(施姓、吳姓、王姓甲、乙、林姓甲、乙、洪姓、曾姓、魏姓、郭姓、尤姓、劉姓、陳姓)，或僅第1次有施行拉筋(高姓)，或有2次拉筋處置(朱姓)，惟申請人卻向健保局申報該等保險對象99年2月至4月間多筆傷科治療處置費用。 (二)未施行傷科推拿治療處置，申報該處置費用 楊姓保險對象表示，由於不敢推拿，故渠於申請人診所就診，每次均由醫師看診併行針灸治療外，未提供推拿處置，於針灸治療結束後，申請人診所會提供貼布供其返家貼用。醫師看診和針灸之外，申請人診所有提供薰藥、熱敷、電療治療，並未再提供推拿或其他治療，惟申請人卻向健保局申報該保險對象99年2月至4月間多筆傷科治療處置費用。 三、99年11月23日裁處內容 (一)追扣不當申報醫療費用21,800點，不給付未依病歷記載提供醫療服務金額2,400點暨扣減10倍醫療費用24,000點。 (二)停止特約1個月，申請人診所負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。 四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 五、申請理由、補充理由及到場陳述意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第72條 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36條第1項第1款及第37條第8款。
	卷證	業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷表、保險對象聲明書等影本及健保局意見書、補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由、補充理由及到場陳述意見要旨

(一)健保局據以認定其診所有違規情事之基礎，無非以系爭核定函附表第 1 至 6 頁所載保險對象之訪問摘要為憑，惟該附表所載內容，除部分保險對象陳述未受推拿治療外，其餘保險對象多半陳述係由推拿師推拿，非由醫師執行推拿等語。其診所對於系爭附表所載內容甚感詫異，因其診所內部多次嚴明須由醫師親自執行推拿，診所內部會議時，亦均提出討論並提醒各醫師，其診所因而認為健保局之訪查似有誤會，因此乃就附表所載保險對象，親自訪問各自之就診經驗，以確定是否果如健保局所述。其診所向各保險對象訪問後，為求慎重起見，並請各保險對象將當日就診情形書寫如附件所示，但是其中高姓保險對象(編號 3)迄至其診所申請審議時，仍未得回音。各該保險對象均表示其就診時，均係由醫師看診後，親自執行推拿，甚至有保險對象表示健保局人員是突然到其公司訪查，因為心裡緊張的關係，沒有特別回想當時的情形就趕快回答了(編號 8、10，曾姓及郭姓保險對象)。也有保險對象表示都有向健保局的人說明醫生有推拿(編號 6、9、14，洪姓、魏姓及劉姓保險對象)，更有保險對象說因時間久遠，記憶早已模糊不清(編號 1、5，施姓及林姓保險對象)等，上揭保險對象經其診所訪問的結果，與健保局訪問摘要結果大相逕庭，其診所懷疑健保局所為之調查，顯有瑕疵：

1.個案說明如下：

(1)施姓保險對象：至其診所就診經醫師親自問診、看診、診斷初傷期患部腫痛瘀，故不宜重手法施行，療程中均以輕手法診治，例如摸法、按法、觸法。

(2)吳姓保險對象：3 月 19 日因騎機車撞擊致協肋挫傷就診，患部悶痛、呼吸不暢，經醫師診治，就醫學常理初傷期不宜重手法施行，故施以輕手法外敷治療。

(3)高姓保險對象：至其診所就診，醫師手法施行推拿拉筋、針灸治療，經電訪該保險對象屬實。

(4)王姓甲保險對象：至其診就診時由阿嬤陪同，經其家屬表示，看診時醫師皆親自問診後於患部施行按壓輕手法(因年紀小怕痛)治療，診治期間亦有詢問病況是否有好一點？還痛嗎？該保險對象家屬甚至對其診所之醫療服務品質讚譽有加，健保局於訪談該保險對象時亦有詢問「院所是否有加收其他費用？」，該保險對象亦肯定回覆沒有，故其診所行為皆符規定。

(5)林姓甲保險對象：就診時由其家屬陪同，治療期間醫師親自看診問診、基本手法推拿、針灸施行，據該保險對象母親表示，健保局訪查詢問醫師是否有幫你看？病患亦照實回答醫師有親自問診看診手法推拿針灸。

(6)洪姓保險對象：就診時自訴 3 月 29 日跌倒，經醫師診治患部紅腫瘀，醫師於看診當時有告知發炎期不可以大力推拿，故輕手法施治，唯恐有誤，其診所電訪時，該保險對象告知亦告知健保局醫師有親自治療。

(7)朱姓保險對象：就診時醫師問診加上手法處置，經電訪該保險對象無誤，且告知其診所亦是同樣告知健保局。

(8)曾姓保險對象：就診時足跟跟腱發炎，不宜過度推拿，於看診時亦告知該保險對象，且醫師於患部亦有輕手法施治，經其診所電訪該保險對象表示，以

為助理所行才是推拿，不知醫師之按、摸亦是手法之一種。

(9)魏姓保險對象：看診皆由母親陪同，治療期間，初傷期冰敷處理後，醫師輕手法按壓患部診治，其診所電訪該保險對象母親說醫師有詢問受傷過程與部位，且醫師亦有在受傷部位揉按，且亦非常肯定告訴健保局，醫師有親自作傷科處置。

(10)郭姓保險對象：至其診所就診，經醫師親自問診後於患部摸按時，該保險對象不適並痛，故改以較輕之手法施治，避免造成病患不適感，每次治療皆循此模式。但據其診所電訪該保險對象稱健保局並未問醫師是否有診治？該保險對象明確告知健保局就診時有時針灸，有時治療，更表示以後不敢再來就診，心裡很害怕，其診所質疑健保局詢問保險對象之過程是否過當？不然怎會令其心生恐懼不敢就醫？

(11)林姓乙保險對象：至其診所就診無固定醫師，治療方式針灸、傷科、內服皆有，皆由醫師親自執行。經其診所電訪該保險對象，該保險對象告知健保局其診所沒有亂來且實作。

(12)尤姓保險對象：至其診所就診，經醫師診治後告知該保險對象患部紅腫不適推拿過重，故輕手法施治，該保險對象亦稱亦以相同之回答告知健保局。

(13)王姓乙保險對象：至其診所就診，醫師全程推拿，經電訪該保險對象亦得相同答覆。

(14)劉姓保險對象：至其診所經醫師親自看診、開藥，患部觸診、摸法、按法施治屬實，其診所電訪該保險對象後亦相同。

(15)陳姓保險對象：看診期間，醫師問診初手法推拿治療無誤。

(16)楊姓甲保險對象：至其診所就診，從未給助理推拿，皆由醫師親自執行推拿，該保險對象誤解健保局所謂之沒有推拿是未給助理推拿而非醫師。

2. 健保局人員於訪問時，與受訪對象之溝通上產生誤會。例如雙方間對於「推拿」的定義不同，蓋何謂「推拿」，在中醫師與一般人民間，因涉及專業知識的有無，故在理解上必然不同，所以健保局訪問人員與受訪者間，各自所理解的「推拿」，是否指同樣的行為？不無疑義。換言之，健保局訪問人員於訪問時，有無先向受訪者說明其使用「推拿」此等專業術語時，所指涉之意義，與受訪者之答覆，自大有影響。若健保局人員於訪問時，並未先向受訪者加以說明，即直接進行訪問，可能兩者間所進行之問答，根本就是奠基在誤會之上，則系爭附表所載內容，能否真實反應現況，顯有疑義。

3. 健保局於訪問時，未給予受訪者足夠時間、線索以回憶當時就診之情形。蓋系爭附表所涉之就醫時點，距離保險對象受訪時，均已相隔甚久，且一般人對於日常生活中之就醫、看診，除非當時有發生特殊事件，否則尚難期待於時間經過後，還能保有深刻之印象，而本件多位受訪者均表示健保局訪問人員是「突然」到公司訪問，則當突然被問到近半年前某日之看診情形時，一般人應甚難精確憶及當時之細節，更何況有些人是在公司受訪，有的正在處理業務，有的是因為老闆就站在後面，均無法冷靜回憶當時就診情形，故在此種情形下所為之訪問，自無法正確反應看診之實況。

4. 例如洪姓保險對象自陳就診情形為「3 月 29 日走路跌倒，去○○診所看診，經過掛號、醫師問診、看診、第 1 次冰敷後，醫師輕輕推拿，第 2 次藥水泡腳後，

醫師親自推拿、上藥、醫師本要幫我針灸，可是我告訴醫師我不敢針灸，健保局人員去我上班的地方訪查，我也是告訴健保局人員，醫師有幫我推拿，診所的醫師還告訴我不要太走路，我確定醫師有親自幫我推拿。」，陳述非常清楚，其診所對於洪姓保險對象的診治推拿，都有親自做到。

5. 再如楊姓保險對象自陳就診情形為「本人楊○○因腰部受傷，到高醫就診，醫師建議要我復健，我因復健一陣沒有效果，就轉到○○診所看診，經醫師親自推拿、針灸後，病情明顯改善，當時健保人員採訪，我也是照實說明醫師有親自推拿和針灸，當時健保局人員問我有沒有推拿，並沒有問我醫師有沒有幫我推拿，我說不敢亂推拿，是不敢給師父推拿而不是醫師，本人100%確定健保局人員沒問醫師是否有幫我推拿，本人再次確認醫師確實有親自執行推拿與針灸。」，其診所對於病人的看診，確實都有遵照健保局的規定，親自診治推拿。

6. 承上所述，本件由其診所自行向各該保險對象訪問之結果，均與健保局之附表所載結果迥然相異，而從原核定所載理由，沒有辦法看出究竟健保局是採用何種方式進行訪問，包括問題設計、詢前溝通等程序之踐行與否？此皆與訪問結果能否真實反應現況有關，而從其診所訪問結果觀之，健保局所為之調查程序顯然有瑕疵，而原核定以此訪問結果為基礎，課予其診所扣減、追扣核定，顯有違誤。

(二)系爭核定同時處以扣減及停止特約處置，其適用法規顯有違誤：

1. 按健保局就系爭核定既已依特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款所定，處以扣減 10 倍金額，又依同辦法第 37 條第 8 款，予以停約 1 個月，其適用法規顯有違誤。

2. 查特約及管理辦法第 36 條及第 37 條在適用上，是否得予「併行適用」？抑或有「先後適用」之關係？依文義解釋，在特約及管理辦法第 37 條第 1 款至第 3 款情形下，應採取「先後適用」，始符合規範原義，蓋特約及管理辦法第 37 條第 1 款至第 3 款規定，皆係在規範服務機構有違反全民健康保險法第 58 條、第 62 條，或違反特約及管理辦法第 35 條、或同辦法第 36 條，且達 3 次以上，而在第 4 次違反時，始適用特約及管理辦法第 37 條予以停止特約。故如服務機構之行為係屬特約及管理辦法第 37 條第 1 至 3 款時，應須先各依該條規定處置，僅在第 4 次違反時，始得依特約及管理辦法第 37 條規定停止特約。

3. 本件系爭核定既依特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款規定，扣減 10 倍金額，自屬特約及管理辦法第 37 條第 3 款之情形，則須其診所前已受 3 次扣減，又再受扣減處置時，始得依該條規定停止特約，惟其診所未曾受 3 次扣減處置，不符合特約及管理辦法第 37 條第 8 款要件，依法即不得依特約及管理辦法第 37 條規定，予以停止特約。系爭核定竟處以停止特約處置，適用法規顯有違誤。

(三)系爭核定捨具體規定不用，逕依概括條款處置，違反概括條款之補充性原則：

1. 按特約及管理辦法第 37 條第 8 款性質上屬於概括條款，解釋上須不屬於同條第 1 至 7 款之情形，始得落入概括條款之範圍。若第 1 至 7 款已足適用，自應優先適用之，不得反而適用概括條款，否則概括條款之補充性原則即受破壞。

2. 本件既屬特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款之情形，即應優先適用特約及管理辦法第 37 條第 3 款規定處理，已如前述，不得逕依同條第 8 款概括條款處理。而系爭核定不查，既已依特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款處置，竟再將同

一行為落入概括條款處置，顯然違反概括條款之補充性原則，其適用法規顯有違誤。

(四)其診所於 99 年 3 月接到公會函轉層層單位文件，知悉傷科健保申報規範後，自 99 年 4 月起，即依照健保業務規範及公會指示要求，凡至其診所門診就醫傷科者，其診斷及施行傷科手法治療等，均由醫師全程親自執行，絕無未有施行傷科治療，卻申報傷科治療處置費之情事。其診所為慎重故亦向該等保險對象訪談詢問，所得答覆是診治就醫過程，均由醫師親自全程執行。

(五)凡有保險對象至其診所就診傷科治療，其掛號和自付額之收取費用，以及診治療程由醫師親自全程執行等，均依健保業務相關規範和公會行文告知之規定運作執行醫療業務，絕無向保險對象收取自費款項作民俗調理後，申報其傷科治療處置費用之情事發生。

(六)依據健保局醫療業務相關規範，中醫診所之傷科患者均應由中醫師親自診治推拿後，得以在中醫師的指示下由相關醫事人員輔助外敷藥之包紮處置。雖然行政院衛生署 99 年 3 月 3 日衛署醫字第 0990200648 號函釋示，但經由衛生署發函予中醫師全國聯合會，再由中醫師全國聯合會發函予○○市中醫師公會，再由○○市中醫師公會發函予各會員診所，已然 99 年 3 月下旬以後，此段期間行政函文之釋示、公告、收發公文要與確實同步執行如函示，的確有執行上之困難，環視所有政府機關單位法令公告，均有生效日期之緩衝期限，且不溯既往，豈有發文即刻生效之情事，如此豈不所有從事傷科診治之院所均有違規事實，且經諮詢○○縣中醫師公會理事長及○○區中保會主委，均表示係從 99 年 4 月份起始依新制審核，又其診所已於 99 年 4 月 1 日起遵照所有相關之函示，其診所之傷科患者均由中醫師親自推拿診治。

(七)經其診所訪查保險對象所得結果，保險對象均認為由助理所執行之手法才是推拿，均不知醫師之傷科治療手法也叫推拿。

二、本會審定理由

(一)依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局辦理 99 年「中醫傷科暨調劑業務查核專案」，於 99 年 6 月 2 日至 21 日期間派員訪查申請人及保險對象或其家屬，發現保險對象至申請人診所就診，申請人診所有醫師未就施姓等 15 位保險對象親自執行傷科推拿治療處置，而由推拿師執行該項處置，以及未就楊姓保險對象施行傷科推拿治療處置，卻申報該等保險對象傷科治療處置費用之情事，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象或其家屬簽名確認之健保局業務訪查訪問紀錄、病歷表及保險對象門診就醫紀錄明細表等影本附卷可稽。

(二)本件受訪之保險對象或其家屬均為成年人，健保局於訪查訪問該等保險對象或其家屬時，渠等對於其本人或家屬至申請人診所就診之治療方式、過程及處置情形陳述詳實明確，且前開訪問事項，如有無推拿、由何人推拿等情形，並非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，亦經該等保險對象或家屬簽名確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

(三)申請人主張 1.系爭保險對象經其診所訪問的結果，均表示由醫師看診後親自執行推拿，與健保局訪問摘要結果大相逕庭。2.若健保局人員於訪問時，未先向受訪者加以說明「推拿」之意義，即直接進行訪問，是奠基在誤會之上，保險對象均認為由助理所執行之手法才是推拿，均不知醫師之傷科治療手法也叫推拿。3.舉

洪姓及楊姓保險對象所自陳就診之情形為例，證明其診所確實都有醫師親自診治推拿。4.健保局同時核處扣減及停止特約，適用法規顯有違誤，且違反概括條款之補充性原則。5. 行政院衛生署 99 年 3 月 3 日衛署醫字第 0990200648 號函釋示，經層轉至其診所，已 99 年 3 月下旬，確有同步執行之困難云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1.健保局意見書及補充意見書陳明，略以：

(1)核諸受訪保險對象所陳述就醫過程，均能明確指出「看診醫師」和「推拿師」施行項目之不同，且部分保險對象表示於 99 年 4 月以後，申請人診所為因應行政院衛生署 99 年 3 月 3 日衛署醫字第 0990200648 號函重申推拿治療相關規定，改以自費方式收治推拿治療病人，若欲繼續施行該項治療者，就醫時均需多付新台幣(下同)100 元「自費推拿治療費用」，故保險對象理當了解何種處置內容稱為「推拿」。

(2)經核對申請人檢附之保險對象證明書與訪問紀錄內受訪人簽名發現，王洪姓保險對象(按：為王姓甲保險對象母親)及洪姓保險對象等 2 人筆跡明顯不符，顯不足採。

(3)參以案發不久之記憶，乃最鮮明，亦較少受他人干擾，與事實較少出入，恆比事後翻異之詞，較為可採。

2.申請人雖檢附施姓、吳姓、王姓甲、乙、林姓甲、乙、洪姓、朱姓、曾姓、魏姓、郭姓、尤姓、劉姓、陳姓及楊姓等 15 位保險對象或其家屬簽名或蓋章或按捺指印之聲明書影本，質疑健保局所為之調查顯有瑕疵云云，惟姑不論前開聲明書內容簡略，且亦未就其等說明內容與之前接受健保局訪查訪問證稱內容何以不一致，提出說明，其證據力自難與前開訪查訪問紀錄相提並論。又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提出與事實不符之陳述書，事後所製作之陳述書易流於事後迴護，此亦有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 454 號判決意旨可資參照，是所舉自不足以推翻前開違規事實之認定。

3.申請人雖舉洪姓及楊姓保險對象所自陳就診情形，佐證其診所醫師確實親自診治推拿，惟經本會查核洪姓保險對象 99 年 6 月 4 日及楊姓保險對象 99 年 6 月 3 日訪查訪問紀錄記載，渠等係分別證稱：「(問：請問您在○○診所接受哪些治療？)我在 99 年 3 月底因跌倒到這家診所看腳，第一次到這家診所是由一位趙醫師看診，有開口服藥給我吃，趙醫師說我的腳傷到筋，所以拿了一張人形圖，畫上我需推拿的部位，再拿到診間外的後面的推拿室由推拿師幫我推拿，但只有在今(99)年 3 月份以內，共推拿了兩次，再貼藥膏藥布。(問：請問您在 99 年 3 月份的兩次推拿是由何人推拿？)我不知道那一位推拿師叫什麼名字，一位年輕人，這 3 月底在○○診所的兩次推拿都是由一位不超過 30 歲的男性推拿師推拿。…但是推拿這兩次後，腳愈來愈痛，所以我就改找歐○○醫師看診，第一位幫我看診的趙醫師並沒有幫我推拿。」、「(問：您曾在○○診所看過病嗎？)我是因為肩頸、腰痲、手痲在該所看病。(問：您在該所有推拿嗎？)我不敢推拿，所以只有做針灸而已。(問：針灸以外有其他治療？)因為我本身也是在醫療體系上班，對推拿治療我不是很放心，連西醫的復健我也沒在做，我倒是比較可以接受針灸，比較有效，所以我是選擇以針灸方式處理，針灸完

後醫師會給我貼布供我返家貼用，而且有給我治療單供我在薰藥室熱敷、電療，有護理人員執行。」等語，足見洪姓保險對象確有未經申請人診所醫師親自執行傷科推拿而由推拿師執行該項處置，以及申請人診所醫師並未對楊姓保險對象施行傷科推拿治療處置，申請人所稱核屬事後卸責之飾詞。

4. 按「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：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。」、「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：八、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。」，分別為特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款及第 37 條第 8 款所明定，該二者規定構成要件不同，自得各別認定事實以為適用。衡酌健保局原核定及意見書之記載，健保局係就系爭楊姓保險對象未施行傷科推拿治療處置及施姓等 15 位保險對象乃由推拿師執行傷科推拿處置，申請人卻申報渠等接受傷科治療處置費用之各別事實，依前開規定分別論處(即就楊姓保險對象部分，依特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款規定，扣減 10 倍醫療費用，另就施姓等 15 位保險對象部分，依特約及管理辦法第 37 條第 8 款規定，處停止特約 1 個月)，並無就同一事實併處扣減醫療費用及停止特約之情形，而本件申請人就施姓等 15 位保險對象未由醫師親自執行推拿卻申報傷科治療處置費用部分之違規情事，既已該當特約及管理辦法第 37 條第 8 款規定應予停止特約之構成要件，自不因其診所另有特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款規定之違規情事(即未對楊姓保險對象施行推拿卻申報傷科治療處置費)而變更其診所因前開違規行為應處停止特約之結果，所稱同時核處扣減醫療費用及停止特約，適用法規顯有違誤，且違反概括條款之補充性原則云云，核有誤解。

5. 至申請人提示之行政院衛生署 99 年 3 月 3 日衛署醫字第 0990200648 號函，核其內容係就醫療機構內是否得提供民俗調理服務所為之釋示，與中醫傷科推拿處置應由何人執行無涉，且依行政院衛生署 97 年 7 月 18 日衛署醫字第 0970029781 號函記載：「中醫診所之傷科推拿業務，為中醫師診治病人後，對疾病診斷所開立之推拿處置處方，係屬醫療業務，該推拿行為仍應由中醫師為之。」，足見行政院衛生署對於中醫傷科治療應由中醫師親自執行之規定，早有明文，則健保局將申請人申報非由中醫師親自執行之傷科治療處置費，列入違規事證，自屬有據，申請人所舉前開行政院衛生署 99 年 3 月 3 日函釋，尚難執為本案免責之論據。

(四)綜上，健保局處以申請人追扣 21,800 點、不給付 2,400 點及扣減 10 倍醫療費用 24,000 點暨停止特約 1 個月，申請人診所負責醫師於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用，經核尚無不合，原核定應予維持。至本件健保局 99 年 11 月 23 日健保○字第 0000000000 號函之附表(違規說明)編號 13 所列王姓乙保險對象訪問摘要內容與查處表內容不一致部分，業經該局提具補充意見書更正為「99 年 4 月於該診所就醫，第 1 次由醫師施行針灸治療，另外有由推拿師推拿，自費 100 元。第 2-5 次係僅施行推拿治療，都由醫師看診後親自推拿治療。第 6 次改由不同醫師看診，開立一張註明傷科治療部位治療單，即持往診間以外的治療室，僅由推拿師藥薰後敷藥，所以連推拿師亦未

施行推拿治療。」，惟尚不影響原核定所認定申請人有不當申報王姓乙保險對象於 99 年 4 月 20 日至 29 日 1 筆傷科治療處置費 200 元之違規事實，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條第 1 項第 1 款

「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：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 8 款

「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：八、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。」

案情摘要

特約藥局於停約期間，仍接收保險對象處方箋調劑給藥，並由其他特約診所申報藥費及藥事服務費，健保局依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 5 款規定，處以終止特約。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：99 年 10 月 22 日至 25 日。 二、案外人：○○診所。 三、違規事實： （一）申請人藥局於 99 年 8 月 1 日至 9 月 30 日停約期間，仍接收保險對象處方箋調劑給藥，並由○○診所向健保局申報藥費及藥事服務費。 （二）保險對象計有黃姓、陳姓、高姓甲、乙、劉姓、鄭姓、徐姓、譚姓、梁姓、林姓及王姓等 11 位。 （三）○○診所違規申報醫療費用期間：99 年 8 月至 9 月。 四、100 年 3 月 21 日裁處內容 處以申請人藥局自 100 年 6 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，申請人藥局負責藥事人員於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付。 五、申請人申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意暫緩執行。 六、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 72 條。 二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱行為時特約及管理辦法）第 38 條第 1 項第 5 款、第 2 項及第 44 條第 1 項。 三、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第 20 條。
	卷證	陳述意見紀錄、業務訪查訪問紀錄、病歷、電子病歷、保險對象門診就醫紀錄明細表、臺灣新竹地方法院檢察署檢察官 100 年度偵字第 000 號起訴書等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其藥局在停約期間，只有為自費及購買藥品之客人服務，並未向健保局申報及申請醫療費用，純屬服務性質。

（二）○○診所與其藥局係完全獨立的 2 個單位，其藥局未申請費用，不但被重罰，還被控管新台幣（下同）約 98 萬元醫療費用沒有撥還，雙重處罰，實屬無辜及冤枉。

二、本會審定理由

（一）本件依卷附前開相關資料顯示，係健保局於 99 年 10 月 22 日至 25 日期間，派員訪查申請人藥局負責藥事人員、保險對象、案外人○○診所醫師、藥劑生，發現申請人藥局於 99 年 8 月 1 日至 9 月 30 日停約期間，仍接收保險對象處方箋調劑給藥，並由○○診所向健保局申報藥費及藥事服務費，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象簽名或併按捺指印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臺灣新竹地方法院檢察署檢察官 100 年度偵字第 000 號起訴書等影本附卷可稽。

（二）本件受訪之 11 位保險對象均為成年人，渠等於接受健保局訪查時，對於至案外人○○診所就診、領藥之過程陳述詳實明確，且前開訪問事項，如因何疾病就醫、診療過程、於何處所領藥、由何人調劑及交付藥品等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均經該等保險對象簽名或併按捺指印確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（三）申請人主張其藥局在停約期間，只有為自費及購買藥品之客人服務，並未向健保局申報及申請醫療費用，與○○診所係不同醫事服務機構，未申請費用卻被重罰云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 健保局意見書陳明，略以黃姓、陳姓、高姓甲、乙、劉姓、鄭姓、徐姓、譚姓、梁姓、林姓、王姓等 11 位保險對象受訪時皆明確表示至○○診所就診後，係持處方箋至 2 樓○○藥局領藥，由女性藥師調劑給藥（按：黃姓等 11 位保險對象上開就診期間為 99 年 8 月 1 日至 99 年 9 月 30 日）」，申請人於停約期間仍為保險對象提供藥事服務之情事，洵堪認定。

2. 本會就卷附資料審查，判斷如下：

（1）依醫事機構基本資料及醫事人員查詢資料顯示，申請人藥局係由藥劑生謝○○自營之特約藥局，設於○○縣○○鎮○○路○段○號○樓，位於○○診所（○○縣○○鎮○○路○段○號○樓）樓上，申請人藥局於 99 年 8 月至 9 月停止特約期間僅有其負責藥事人員謝○○（女）登錄執業，○○診所於該 99 年 8 月至 9 月期間登錄 2 名男性藥劑生牛○○及林○○。

（2）查系爭 11 位保險對象受訪時均證稱其等帶健保卡至○○診所就診後，持處方箋至 2 樓藥局由女性藥師調劑(交付)藥品，顯示該等保險對象係以健保身分就醫，並至○○藥局領藥，而非由○○診所聘僱之男性藥劑生在○○診所內調劑（交付）藥品，況本件申請人藥局負責藥事人員於 99 年 10 月 25 日至健保局陳述意見時亦明確證稱：「○○診所於 99 年 8 月及 9 月期間有自聘藥事人員…但因病患有拿藥習慣，有些病患會到 2 樓○○藥局拿藥，

本人…有服務病患之處方箋調劑情事。」、「（○○診所自聘藥事人員）林藥師…在 2 樓○○藥局內調劑，至於林藥師週六未上班時段，…都是本人調劑及交付藥品。」等語，亦證申請人藥局負責藥事人員確有於 99 年 8 月及 9 月期間調劑○○診所釋出之處方箋，並非申請人所陳只有為自費及購買藥品之客人服務；且○○診所並未設置調劑室，實際上乃由林○○及本件申請人藥局負責藥事人員謝○○在○○藥局原址接收○○診所處方箋調劑給藥，並以○○診所聘用之藥劑生名義向健保局申報藥費及藥事服務費，有前開臺灣新竹地方法院檢察署檢察官 100 年度偵字第 000 號起訴書影本附卷可稽，所稱自不足採。

（3）承前所述，申請人藥局於 99 年 8 月 1 日至 9 月 30 日停止特約期間，本不得為保險對象提供本保險藥事服務，並向健保局申報相關醫療費用，惟申請人藥局卻仍繼續調劑○○診所釋出之處方箋，並由○○診所申報牛○○及林○○調劑之藥費及藥事服務費，則健保局認定本件申請人藥局於停約期間提供藥事服務，並交由其他保險醫事服務機構申報費用，已該當特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 5 款所訂應予終止特約之構成要件，尚無不合。

（四）綜上，健保局處以申請人藥局終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，申請人負責藥事人員於終止特約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付，並無不合，原核定應予維持。至申請人質疑被健保局控管 98 萬餘元醫療費用未撥還乙節，業經健保局意見書陳明，此部分費用該局業於 100 年 6 月全數解控核付在案，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 5 款及第 2 項

「服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他服務機構申報該服務費用。」、「依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條第 1 項

「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；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。」

四、全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約藥局適用)第 20 條

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十五條、第六十六條及第六十七條（於 99 年 9 月 15 日修正為第 36 條、第 37 條及第 38 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。」

案情摘要

特約居家護理所支援醫師未訪視居家照護病患，卻申報居家照護醫師訪視費，健保局依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 8 款及第 44 條第 1 項規定，處支援醫師 1 個月內對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷 100 年 6 月 1 日至 30 日停約之處分。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、訪查期間：99 年 7 月 2 日至 9 月 8 日。 二、違規事實： (一)○○居家護理所虛報居家照護醫師訪視費 1.保險對象計有劉姓甲、湯姓及林呂姓等 3 位。 2.○○居家護理所支援醫師魏○○及陳○○即申請人未親自訪視上開居家照護之保險對象，惟該居家護理所以不實之醫師訪視單，向健保局申報該等保險對象 98 年 7 月至 99 年 5 月間多筆居家照護醫師訪視費用合計 15,525 點。 (二)○○居家護理所虛報居家照護醫療費用 1.保險對象計有劉姓乙、石姓、李姓、黃姓、鄒姓及林姓等 6 位。 2.○○居家護理所將○○地區收治之劉姓乙等 6 位保險對象委由○○醫院做居家照護，所有個案呼吸照護記錄單、護理記錄單、居家護理訪視記錄單、居家照護醫囑單、醫師出診記錄單等均由○○醫院人員記錄填寫後，再由該居家護理所各相關醫事人員簽名，申報居家照護費用，該居家護理所與健保局合約居家照護業務，卻委以未合健保局規定之○○醫院為個案做居護，該居家護理所有未做居家照護，以簽名不實之居家照護紀錄，向健保局申報該等保險對象 98 年 7 月至 99 年 5 月間多筆居家照護醫療費用，合計 1,094,400 點。 (三)上開○○居家護理所申報之費用，包含醫師出診記錄單有申請人簽名並以申請人名義申報之劉姓甲保險對象 99 年 3 月 6 日、石姓保險對象 99 年 2 月 27 日、鄒姓保險對象 99 年 5 月 22 日、林姓保險對象 99 年 3 月 23 日及 5 月 15 日、湯姓保險對象 99 年 3 月 2 日及 5 月 4 日暨林呂姓保險對象 99 年 4 月 20 日等 8 筆醫師訪視費計 8,280 點。 三、100 年 1 月 25 日裁處內容 處○○居家護理所終止特約，期間自 100 年 4 月 1 日至 101 年 3 月 31 日止，該居家護理所負責醫事人員王○○護理師及負有行為責任醫師陳○○即申請人、魏○○醫師於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 四、○○居家護理所、申請人及魏○○分別申請複核，健保局以 100 年 3 月 11

		日健保○字第 0000000000 號函核復,對○○居家護理所及負責醫事人員王○○部分，維持原核定，負有行為責任之醫事人員申請人及魏○○部分，重新核定自 100 年 6 月 1 日至 6 月 30 日期間,對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。 五、申請人及陳○○申請暫緩執行，健保局於 100 年 4 月 14 日以健保○字第 0000000000 號函同意於爭議審議審定前暫緩執行。 六、申請理由要旨如附件。
理　　由	依據	一、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37條第8款、第38條第1項第2款、第40條第4款及第44條第1項。 二、行政罰法第 7 條、第 10 條第 1 項。 三、特約及管理辦法第 37 條裁量基準(以下簡稱裁量基準)第 3 點第 1 款。 四、醫療法第 68 條第 1 項。 五、醫師法第 8 條第 1 項前段及第 12 條第 1 項。
	卷證	業務訪查訪問紀錄、門診醫療服務點數及醫令清單、全民健康保險居家照護申請書、全民健康保險居家照護醫囑單、○○居家護理所醫師出診記錄單、呼吸照護記錄、保險對象門診就醫紀錄明細表等影本及健保局意見書補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

(一)按規定醫師需兩個月居家訪視 1 次呼吸衰竭病患，居家護理所以訪視記錄單遺失，要求其補寫已訪視過病患之出診紀錄，而記錄單也確有填寫已訪視病患姓名，進而重新補寫，其並無勾結及不法利益所得。

(二)其僅能注意病患姓名及病況進行書寫紀錄，而事後被更改做為不實申報部分，使健保局及其本人皆為受害，其為支援醫師，但居家護理所之作業及最終之申報流程，無需其本人參與，居家護理所變更哪些病患，其無從知悉，也無取得分文不法利益，事前既不知情，委實無法事先防範。

(三)健保局以其應注意，能注意而不注意，負有過失責任，然居家護理所事後更改，作為不實申報部分，非其所能掌握，自然無法注意。

(四)依健保局重新核定，其並無故意違犯，且已盡應注意之責任，自不符合行政罰法第 7 條、第 8 條、第 14 條及特約及管理辦法第 44 條第 1 項前段規定之處罰。健保局雖對其處分改為停約 1 個月，以現今健保制度即以過失之理由剝奪工作權 1 個月，且其處分仍缺乏令人心服之合理合法根據，請審議撤銷停約處分。

二、本會審定理由

(一)依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局受理電話反映○○居家護理所對於偏遠地區(○○、○○等)之病患，有醫師未訪視，病患醫囑單由張姓呼吸治療師填寫等情形，於 99 年 7 月 2 日至 9 月 8 日期間，派員訪查○○居家護理所負責醫事人員、支援醫師魏○○、陳○○即申請人及保險對象，發現○○居家護理所支援醫師魏○○及申請人並未為劉姓甲、湯姓及林呂姓等 3 位居家照護之保險對象進行醫師訪視，該居家護理所卻以魏○○及申請人名義向健保局申報劉姓甲等 3 位保險對象 98 年 7 月至 99 年 5 月間多筆居家照護醫師訪視費用，以及該居家護理所有將收治之劉姓乙等 6 位保險對象委由未合健保局規定之○○醫院做居家照護，所有個案居家照護醫囑單、醫師出診記錄單等均由○○醫院人員記錄填寫後，再由該居家護理所各相關醫事人員簽名，並由該居家護理所申報劉姓乙等 6 位保險對象 98 年 7 月至 99 年 5 月間多筆居家照護醫療費用之情事，除經原核定論明者外，並有業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、全民健康保險居家照護醫囑單及○○居家護理所醫師出診記錄單等影本附卷可稽。

(二)本件受訪之保險對象或其家屬均為成年人，健保局於訪查訪問劉姓甲等 9 位保險對象時，渠等對於由何人到其家中為其本人或家屬進行居家訪視，均陳述詳實明確，且前開訪問事項，如有無醫師來過、有無台北來的護理人員或申請人到家中作居家照護等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，亦經該等保險對象或其家屬簽名確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

(三)申請人主張○○居家護理所以訪視記錄單遺失，要求其補寫已訪視過病患之出診紀錄，其僅能注意病患姓名及病況進行書寫紀錄，而事後被更改做為不實申報部分，其不知情亦未參與申報，其並無故意，且已盡應注意之責任云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1.依行政罰法第 7 條規定：「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不

予處罰。」。又按「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」、「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」、「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」，分別為醫療法第 68 條第 1 項、醫師法第 8 條第 1 項前段及第 12 條第 1 項所明定，是以，醫師於執行醫療業務時，應親自診察病患、記載病歷或製作紀錄，並於病歷或紀錄上簽章，審諸其意甚明，合先敘明。

2. 本件爭點在於申請人有無製作系爭保險對象之病歷(居家照護醫囑單、醫師出診記錄單等)?參與○○居家護理所前開違規情事之故意或過失？

（1）查本件申請人於 99 年 9 月 8 日受訪時除已自陳其未就系爭劉姓甲等 6 位保險對象進行醫師訪視外，並陳稱：「劉姓乙等 6 個個案（按：含系爭鄒姓、林姓、石姓等 3 位居住於○○之保險對象部分），本人均不曾訪視過（因近日呼吸治療師張○○曾向本人提及這件事，因個案住在○○，有請○○的人去作居護），醫師出診訪視紀錄均是居護所的人提供資料，我照抄即可。」等語，益證申請人於製作系爭鄒姓、林姓、石姓等 3 位保險對象之醫師出診記錄單時，已明知該 3 位保險對象並非所訪視之病患，申請人既未對該等保險對象進行醫師訪視，竟逕依○○居家護理所提供之資料製作醫師出診記錄單，即難認申請人無法預期其所製作之該 3 位保險對象之出診記錄單將由○○居家護理所持以向健保局申報系爭醫師訪視費。

（2）健保局補充意見書已陳明，略以該局於 100 年 6 月 13 日再次調閱系爭保險對象之醫囑單、醫師出診記錄單等正本，並無發現有塗改痕跡等語。此部分資料，本會審視結果如下：

①系爭劉姓甲保險對象 99 年 3 月 6 日、石姓保險對象 99 年 2 月 27 日、鄒姓保險對象 99 年 5 月 22 日、林姓保險對象 99 年 3 月 23 日、湯姓保險對象 99 年 3 月 2 日及 5 月 4 日暨林呂姓保險對象 99 年 4 月 20 日等 8 紙居家照護醫囑單，均為二聯複寫式表單之第二聯，另林姓保險對象 99 年 5 月 15 日之居家照護醫囑單則為二聯複寫式表單之第一、二聯，上開 8 份表單上所填載之病患姓名，從外觀上尚難看出有遭塗改或擦拭痕跡。

②又劉姓甲保險對象 99 年 3 月 6 日、林姓保險對象 99 年 3 月 23 日及 5 月 15 日、湯姓保險對象 99 年 3 月 2 日及 5 月 4 日暨林呂姓保險對象 99 年 4 月 20 日等 6 份醫師出診紀錄單，該表單雖係單張，而非複寫式之表單，惟上開 6 份表單上方填載病患姓名之部分，經本會從外觀審視結果，亦難判斷有遭塗改或擦拭跡象。況其中住於○○地區之劉姓甲、湯姓及林呂姓保險對象系爭日期之醫師出診記錄單，與上開申請人自陳係依○○居家護理所提供資料照抄之林姓保險對象（另卷附鄒姓、石姓系爭日期之醫師出診記錄單係影本）系爭日期之醫師出診記錄單上之「陳○○」簽名筆跡尚無不同。

3. 承上，本件申請人既未對劉姓甲等 6 位保險對象進行醫師訪視，而前開系爭劉姓甲等 6 位保險對象之居家照護醫囑單及醫師出診記錄單卻均有申請人之簽章，足見申請人所稱本件○○居家護理所事後更改做為不實申報非其所能掌握云云，核不足採，則健保局認定○○居家護理所以申請人名義申報系爭醫師訪視費用，申請人有過失，即非無據。

(四)法律適用結果

綜上，健保局認為○○居家護理所有由申請人於出診記錄單簽名並以申請人名義虛報劉姓甲等 6 位保險對象醫師訪視費計 8,280 點之情事，核處申請人自 100 年 6 月 1 日至 6 月 30 日期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 8 款

「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：八、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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款

「服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：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。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 4 款

「第三十八條第一項第二款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條第 1 項

「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；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。」

五、行政罰法第 7 條

「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。法人、設有代表人或管理人之非法人團體、中央或地方機關或其他組織違反行政法上義務者，其代表人、管理人、其他有代表權之人或實際行為之職員、受僱人或從業人員之故意、過失，推定為該等組織之故意、過失。」

六、行政罰法第 10 條第 1 項

「對於違反行政法上義務事實之發生，依法有防止之義務，能防止而不防止者，與因積極行為發生事實者同。」

七、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條裁量基準第 3 點第 1 款

「保險醫事服務機構違約申報醫療費用，金額在新臺幣 2 萬 5 千點以下者，處停止特約 1 個月。」

八、醫療法第 68 條第 1 項

「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」

九、醫師法第 8 條第 1 項前段

「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」

十、醫師法第 12 條第 1 項

「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」

案情摘要

特約醫院之受僱醫師指派未具醫師資格之人員執行醫療業務，其行為具可非難性及可歸責性，有故意或重大過失，依行政罰法第 7 條第 2 項規定，推定為該醫院之故意、過失，該當全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 4 款之構成要件。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	一、原核定關於 2 倍罰鍰新台幣(下同) 2,004,864 元中之 73,784 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事　　實	一、案件緣由及原核定要旨 （一）發現方式 1.臺灣○○地方法院檢察署檢察官起訴書(98 年 8 月 18 日，被告為洪○○、陳○○及黃○○等)。 2.健保局 98 年 5 月 26 日至 9 月 21 日期間派員訪查。 （二）違規情形 容留未具醫師資格人員黃○○、陳○○於 97 年 8 月至 98 年 1 月期間擔任假日或夜間急診值班醫師，為保險對象提供急診醫療服務，並以陳姓、莊姓 2 位醫師名義申報家醫科、內科及外科急診業務(申報代碼 02)之醫療費用 (1,093 筆，1,002,432 點)。 （三）99 年 10 月 5 日裁處內容 處以自 100 年 1 月 1 日起停止內科、外科之門診業務特約 1 年暨不予支付家醫科、急診業務(申報代碼 02)醫療費用 1 年，申請人醫院負責醫師陳○○於停止特約期間，對保險對象提供之家醫科、急診業務(申報代碼 02)及內科、外科之門診服務費用，不予支付。 （四）申請人申請複核，健保局以 99 年 12 月 31 日健保○字第 0000000000 號函改核處停約申請人醫院急診業務 1 年暨不予支付急診業務(申報代碼 02)醫療費用 1 年，負責醫師陳○○於停約期間，對保險對象提供之急診業務(申報代碼 02)服務費用，不予支付，並同意於爭議審議審定前暫緩執行。 （五）100 年 1 月 12 日罰鍰處分書內容 上揭情事，核屬全民健康保險法第 72 條所列違規情事，處以申請人負責醫師陳○○2 倍罰鍰 2,004,864 元。 二、申請人就上開停約核定及罰鍰處分書，先後向本會申請審議，本會爰併案審理，申請理由及補充理由要旨如附件。

理　　由	依據	一、全民健康保險法第 72 條。 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 38 條第 1 項第 2 款、第 4 款、第 40 條第 4 款及第 44 條第 1 項。 三、行為時特約及管理辦法第 30 條第 1 項（99 年 9 月 15 日修正移列為特約及管理辦法第 23 條第 1 項）。 四、行政罰法第 7 條、第 10 條第 1 項。 五、中華民國刑法第 12 條。 六、醫師法第 1 條、第 8 條第 1 項、第 8 條之 2、第 9 條第 1 項及第 11 條第 1 項。
	卷證	臺灣◯◯地方法院檢察署檢察官 97 年度偵字第 000、98 年度偵字第 000、000、000、000、000、000 號起訴書、訪查報告、業務訪查訪問紀錄、訪問紀錄、說明書、匯款申請書回條聯等影本及健保局意見書暨補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由及補充理由要旨

(一)健保局對被司法起訴者及無犯罪嫌疑者之處罰均相同，是不公平的：

此案經由○○地檢署嚴密偵查後，起訴部分醫院人員，理由為知情仍使用。起訴與否代表有無犯罪，其中之差別一般人均可瞭解，唯有健保局不關心起訴與否，拘泥於"容留未具醫師資格人員…執行醫療服務"的片斷事實，不管有無動機與前因後果，處罰通通一樣，這就像出車禍撞死人，不管己錯還是對方錯，不管是意外或故意(謀殺)，刑責通通一樣，是不合理的。犯錯時須考量動機，動機或犯意的有無決定罰則的輕重，這樣才是真公平。

(二)健保局對其醫院在此案中的未報備支援，以特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款以不正當行為，處罰其醫院 2 倍罰鍰，有違健保局過去以第 23 條，追回該筆款項的通例，對其醫院並不公平：

健保局過去每年均會查獲許多醫師出國，請他人代診未報備的案例，這些支援的醫師既然沒有報備，當然是以原醫師的名義申報費用。據所知，對這些醫療院所，健保局均以特約及管理辦法第 23 條追回該筆款項，未曾聽聞有以特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款或以全民健康保險法第 72 條規定，處以罰款或停約。對其醫院之停約及 2 倍罰鍰，顯與過去慣例不同，對其醫院不公平。

(三)其醫院被衛生公務人員洪○○所騙，健保局亦為公務機關，如果重罰其醫院，不啻是對其醫院的二度傷害。

(四)此案有兩個構件，"未依規定報備支援"及"任用密醫"，對於"任用密醫"情事，其醫院既無動機，又是被 1 個衛生公務人員所騙，此衛生所醫師率領一群密醫集團，假冒醫師看診 7 年，衛生署及相關衛生局從未知曉，這樣又怎能要求僅與洪○○有數面之緣的其醫院能夠知道呢？健保局向來公正嚴明，但在此案的處罰上，對 14 家醫院，不管有無"動機"，有無"起訴"，處罰均相同，這是完全不合理的。最後希望健保局能撤銷罰鍰 2 倍的處罰，改以特約及管理辦法第 23 條"未依規定報備支援"處罰。

(五)當 1 個衛生公務人員，率領一群密醫，能夠長期看診，相關單位行政不力，監督不周的責任是很明顯的。如果相關衛生單位能夠及早糾正或揪出洪○○，其醫院就不致陷入此次密醫事件中。另外，健保局對於其醫院的處罰與因為"故意"以致有員工被起訴的醫院完全相同，這是非常不公平的。請詳細審視評估，考量事件前因後果有無"故意"或"動機"，重新裁決。

二、本會審定理由

壹、程序部分

關於 2 倍罰鍰 2,004,864 元中之 73,784 元部分，申請人於 100 年 3 月 1 日及 10 日向本會申請審議後，業經健保局依違規個案申報費用月份之該季平均點值，重新核算 2 倍罰鍰金額為 1,931,080 元，申請人溢繳之 2 倍罰鍰 73,784 元[2,004,864 元-1,931,080 元=73,784 元]，將予以退還申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

貳、實體部分[關於其餘 2 倍罰鍰 1,931,080 元，及停約申請人醫院急診業務 1 年暨不予支付急診業務(申報代碼 02)醫療費用 1 年，負責醫師陳○○於停約期間，對保

險對象提供之急診業務(申報代碼02)服務費用，不予支付部分]

(一)依卷附相關資料顯示，本件係健保局依臺灣○○地方法院檢察署檢察官起訴書記載及健保局派員訪查未具醫師資格人員陳○○、黃○○及申請人醫院負責醫師暨洪○○(介紹陳○○、黃○○到申請人醫院代班看診之人)，發現申請人有容留未具醫師資格人員陳○○及黃○○於97年8月至98年1月期間為保險對象急診看診及開立處方箋，並以申請人醫院陳姓(即負責醫師陳○○)及莊姓2位醫師名義申報醫療費用之情事，除經原核定論明者外，並有臺灣○○地方法院檢察署檢察官起訴書、業務訪問紀錄及訪問紀錄等影本附卷可稽，申請人對前開事實，亦不否認。

(二)本件申請人對其僱用未具醫事人員資格人員陳○○及黃○○在其醫院執行醫療業務，並以其醫院其他醫師名義向健保局申報醫療費用1,002,432點，均不否認，惟一再主張其醫院被洪○○所騙，健保局不關心起訴與否，拘泥於"容留未具醫師資格人員…執行醫療服務"的片斷事實，不管有無動機與前因後果，處罰通通一樣，以及支援醫師既然沒有報備，當然是以原醫師的名義申報費用，健保局一向均以特約及管理辦法第23條追回該筆款項，未曾聽聞有以特約及管理辦法第38條第1項第2款或全民健康保險法第72條處以2倍罰鍰云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1.健保局意見書陳明，略以申請人容留未具醫師資格人員黃○○、陳○○為保險對象提供急診醫療服務，卻未依規定辦理報備支援手續，申請人所為難謂無過失等語。

2.查本件健保局認為申請人有全民健康保險法第72條、特約及管理辦法第38條第1項第4款「容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務。」及同條項第2款「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。」之違規情事，除處2倍罰鍰1,931,080元外，併處申請人停約急診業務1年，並不予支付急診業務(申報代碼：02)醫療費用1年，茲分別查核如下：

甲、關於申請人僱用陳○○、黃○○在其醫院執行醫療業務，有無該當特約及管理辦法第38條第1項第4款所定「容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務」部分：

(1)現行特約及管理辦法第38條第1項第4款有關「容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務」之處分，並無就個案違規情節輕重程度，予以不同裁罰之立法設計，故於個案適用上，除應具備「留用未具醫事人員資格人員擅自執行醫療業務」之客觀構成要件事實存在外，同時亦應具備「明知或疏未注意他人未具醫事人員資格卻仍容許該未具醫事人員資格者，擅自執行醫療業務」之主觀構成要件，合先敘明。

(2)就客觀事實而言：

申請人僱用未具醫事人員資格之人員陳○○及黃○○留在該院執行業務，為申請人不爭之事實。

(3)就主觀歸責性而言：

①依行政罰法第7條規定：「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。」，是特約院所如就特約及管理辦法第38條第1項第4款規定構成要件之事實有故意或過失，依規定即應處罰。

②依卷附相關資料顯示，申請人僱用黃○○、陳○○當時並不知其等未具醫事人員資格，自無主觀之故意。

③惟就過失責任而言：

A.健保局依特約及管理辦法所為之處分，與刑事法院認定犯罪是否成立及應科處何種刑罰，性質有別，二者就主觀歸責性要求不同，一者依行政罰法第 7 條規定，處罰故意或過失，一者依中華民國刑法第 12 條規定，原則上處罰故意，而過失行為之處罰，則以有特別規定者為限，是尚難以申請人醫院人員未經起訴，即逕認為檢察官認定申請人醫院並無主觀上之過失。

B.本件申請人雖主張係在「無動機」之情況下被洪○○所騙，並向健保局申復時主張洪○○竟然給其偽造的證照(已呈地檢署)云云，惟查：

(a)起訴書記載：

洪○○係○○縣○○鄉衛生所醫師，黃○○、陳○○2 人則均係醫學院畢業生，自始未取得合法醫師資格，3 人共同基於意圖為自己不法所有之犯意，黃○○及陳○○則又各別基於違反醫師法之犯意，先由洪○○出面向○○醫院等醫療機構不知情之負責審查聘僱合格醫師或排班人員，佯稱可安排合格醫師擔任醫療值班業務，使上開負責人員同意其安排之黃○○、陳○○前往值班，包攬假日或夜間急診業務，使上開醫療機構負責審查醫師資格或排班人員，均誤以為洪○○係分派具合法醫師資格之人值班，並依其等值班時數支付薪資。

(b)洪○○98 年 8 月 5 日訪查訪問紀錄：

我只知道黃○○、陳○○沒有醫師執照。○○醫院是我上網找的，找一位陳院長接洽。○○醫院是 9 時(晚上 10 點到早上 7 點)5,500 元。黃○○、陳○○等人雖是我介紹的，但醫院應該也要自行查驗的責任。

(c)陳○○98 年 8 月 6 日訪問紀錄：

(問：您在○○醫院等 5 家醫院看診期間及科別為何？)我在這 5 家看診的科別都是看急診，○○醫院是 97 年下半年開始約歷時 6 個月。(問：該 5 家醫院有無提供醫師執照？)只有○○醫院有跟我要過，但他跟我要之後我就沒有再去○○醫院了，所以也沒有實際交付過。(問：○○醫院如何付費給您們？)把錢匯給洪○○醫師後，洪醫師再把我的薪資轉給我。

(d)黃○○98 年 8 月 6 日訪問紀錄：

都是由洪○○安排醫院，因為他本人也是在該等院所上班，薪水也是由他支付給我，病歷資料處方都是用電腦打字列印。

(e)申請人 98 年 9 月 21 日問題說明書：

陳○○醫師當初接洽的醫師，僅有洪○○，且未說明會有其他人員來值班，且領薪水也是洪○○本人。院長陳○○醫師及莊○○醫師在地檢署通知前，對此確實不知情。當時因醫師離職，以致大夜班急診醫師人力不足，對外招聘醫師又緩不濟急，不得已才使用短期支援醫師，後來本院找到專科醫師，在事件爆發前，已經辭退洪○○。

(f)申請人醫院負責醫師 99 年 10 月 25 日向健保局申復之理由：

本人自始至終只有接觸過洪○○，後來知道有其他的人代替他來值班，本人即向他要求代替者的醫師證書，但是誰料想的到，洪○○，一位衛生所醫師、

國家的衛生公務人員，竟然給我偽造的證照(已呈地檢署)。所以本人在地檢署來臨前，都相信他們都是有照醫師，也一直是以醫師的薪水支付他們。本人確曾要求報備，時值大夜急診醫師值班，斷炊在即，洪○○說他們都是在公家及教學醫院上班，不能報備，本人只好勉強聘用，待本人於 98 年 1 月份徵求到專任醫師之際，立即辭退洪○○等人。由此過程可知，使用無照醫師，完全違反本人意願，完全受到洪○○所矇騙，確實不知其中有無照醫師，也把他們當成應急性的人力而已。

(g)薪資明細：

申請人醫院給付洪○○代班薪資天數如下表：

月份	天數
97/8	18
97/9	22
97/10	22
97/11	19
97/12	16
98/1	13

(4)綜上，鑑於醫療業務攸關病患之生命安全，醫療院所對於醫師之選任監督即應盡善良管理人之注意義務，如有欠缺注意義務，即有過失。又受僱人或從業人員之故意、過失，推定為組織之故意、過失，復為行政罰法第 7 條第 2 項所明定。本件申請人醫院所僱用之洪○○醫師於 98 年 8 月 5 日接受健保局訪查訪問時已陳稱黃○○、陳○○等人是其介紹，並知黃○○、陳○○沒有醫師執照云云，足證申請人之受僱人洪○○早已知悉黃○○、陳○○係不具醫師資格人員，卻仍指派該 2 人代班於申請人醫院執行醫療業務，則洪○○選任未具醫師資格人員黃○○、陳○○執行醫療業務之行為顯具有可非難性及可歸責性，有故意或重大過失，依前開行政罰法第 7 條第 2 項規定，申請人受僱人洪○○之故意、過失，推定為申請人之故意、過失，申請人既未舉證證明其醫院就黃○○、陳○○是否具醫師資格已善盡查核之義務，而任由未具醫師資格人員黃○○及陳○○代洪○○醫師於其醫院執行醫療業務，已該當特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 4 款所定「容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務」之構成要件。

乙、關於申請人將黃○○、陳○○等人看診之案件改以其他醫師名義申報醫療費用金額超過 25 萬點，有無該當全民健康保險法第 72 條、特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大部分」部分

1. 申請人主張：

(1) 健保局對其醫院在此案中的未報備支援，以特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款以不正當行為，處罰其醫院 2 倍罰鍰，有違健保局過去以同辦法第 23 條，追回該筆款項的通例，對其醫院並不公平。

(2) 健保局過去每年均會查獲許多醫師出國，請他人代診未報備的案例，這些支援的醫師既然沒有報備，當然是以原醫師的名義申報費用。

(3) 申請人負責醫師 99 年 10 月 25 日申復之理由

本人確曾要求報備，時值大夜急診醫師值班，斷炊在即，洪○○說他們都是在公家及教學醫院上班，不能報備，本人只好勉強聘用。

2.健保局意見：

(1)申請人容留未具醫師資格人員黃○○、陳○○為保險對象提供急診醫療服務，卻未依規定辦理報備支援手續，申請人所為難謂無過失。

(2)申請人容留未具醫師資格人員為保險對象提供急診醫療服務，並以其他醫師名義申報醫療費用之違規情事，亦無上開辦法第23條適用餘地。

3.洪○○98年8月5日訪查訪問紀錄：

各家醫院的情形不太一樣，但是因為我有告知不能報備支援，所以醫院大多不會強索。

4.此部分本會判斷如下：

(1)按「特約醫院及診所之執業醫師至其他特約院所執行業務，依其他法令應報經當地衛生主管機關核准者，應於報准後始得提供本保險醫療服務。」為行為時特約及管理辦法第30條第1項（99年9月15日修正移列為特約及管理辦法第23條第1項）所明定，是執業醫師支援其他特約院所執行業務，如未經報准即不得提供本保險醫療服務，並申報費用，審諸前開規定自明。

(2)申請人雖稱支援醫師既然沒有報備，當然是以原醫師的名義申報費用，健保局一向均以特約及管理辦法第23條追回該筆款項云云，惟查姑不論申請人所稱之情形與本案情形不同(申請人所稱為A醫師未報備支援，以A醫師看診並以A醫師名義申報費用，而本案為未具醫師資格人員A看診而以B醫師名義申報費用)，本不得相提並論，且黃○○、陳○○均未具醫師資格，不得提供醫療服務，縱誤認黃○○、陳○○具有合法醫師資格，其等自始均未完成支援醫師報備手續，即不得提供本保險醫療服務，申請人亦不得申報醫療費用，而申請人將黃○○、陳○○自行看診之案件改以其他未實際看診醫師之名義申報費用，已屬不當。

(3)綜上，申請人將未具醫事人員資格之黃○○、陳○○等人看診之案件改以其他醫師名義申報醫療費用金額超過25萬點，衡其情節，已該當全民健康保險法第72條、特約及管理辦法第38條第1項第2款所定「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」之構成要件。

(三)綜上，原核定關於處以申請人負責醫師2倍罰鍰2,004,864元中之73,784元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘2倍罰鍰1,931,080元部分，及停約申請人醫院急診業務1年暨不予支付急診業務(申報代碼02)醫療費用1年，負責醫師陳○○於停約期間，對保險對象提供之急診業務(申報代碼02)服務費用，不予支付部分，並無不合，原核定關於此部分均應予維持。又本件違規事證已臻明確，申請人其餘主張業經健保局前開意見書陳明，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第4款暨第19條第1項規定，審定如

主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款及第 4 款

「服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：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、容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 4 款

「第三十八條第一項第二款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條第 1 項

「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；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。」

五、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 30 條第 1 項（99 年 9 月 15 日修正移列為全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 23 條第 1 項）。

「特約醫院及診所之執業醫師至其他特約院所執行業務，依其他法令應報經當地衛生主管機關核准者，應於報准後始得提供本保險醫療服務。」（「服務機構之醫師於開業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。」）

六、行政罰法第 7 條

「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。法人、設有代表人或管理人之非法人團體、中央或地方機關或其他組織違反行政法上義務者，其代表人、管理人、其他有代表權之人或實際行為之職員、受僱人或從業人員之故意、過失，推定為該等組織之故意、過失。」

七、行政罰法第 10 條第 1 項

「對於違反行政法上義務事實之發生，依法有防止之義務，能防止而不防止者，與因積極行為發生事實者同。」

八、中華民國刑法第 12 條

「行為非出於故意或過失者，不罰。過失行為之處罰，以有特別規定者，為限。」

九、醫師法第 1 條

「中華民國人民經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，得充醫師。」

十、醫師法第 8 條第 1 項

「醫師應向執業所在地直轄市、縣（市）主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業。」

十一、醫師法第 8 條之 2

「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。」

十二、醫師法第 9 條第 1 項

「醫師執業，應加入所在地醫師公會。」

十三、醫師法第 11 條第 1 項

「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」

案情摘要

特約診所多刷健保 IC 卡虛報醫療費用超過 10 萬點，事後檢附之欠卡收據存根聯影本係臨訟而作，自難作為確有欠卡補卡之反證，健保局依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款、第 40 條第 2 款及第 44 條第 1 項規定，處特約診所終止特約及管制其負責醫師在終止特約期間，不予支付費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、訪查期間：99 年 4 月 1 日至 9 日。 二、違規事實： (一)未經醫師診斷逕行提供醫療服務 1. 田姓甲保險對象之母親即田姓乙保險對象表示，其子即田姓甲保險對象於 99 年 1 月期間因感冒、皮膚病至申請人診所就醫，上課期間都是由其攜帶田姓甲保險對象的健保 IC 卡去拿藥，惟申請人診所卻申報田姓甲保險對象 99 年 1 月 4 日至 27 日期間共 3 次門診醫療費用。 2. 王姓甲保險對象之祖母即王姓乙保險對象表示，其孫女王姓甲保險對象自 98 年 11 月至 99 年 4 月 2 日期間，因感冒、氣管炎、皮膚過敏等疾病到申請人診所就醫，因王姓甲保險對象在國小就讀，前開期間都是其幫王姓甲保險對象到申請人診所代拿感冒、氣管炎、皮膚過敏的藥，惟申請人診所卻申報王姓甲保險對象 99 年 1 月 4 日至 3 月 13 日期間共 5 次門診醫療費用。 (二)多刷健保 IC 卡虛報醫療費用(含浮報藥費及藥事服務費) 1. 保險對象有尤姓、高姓、李姓甲、乙、丙、丁、王姓甲、乙、丙、孫姓甲、乙、何姓、黃姓甲、乙、吳姓、許姓、洛金、江姓甲、乙、溫姓、趙姓、盧姓、田姓乙、徐姓、陳姓、范姓、紅姓、馬姓、鄒姓、顏姓、高姓、古姓、林姓等 33 位。 2. 上開保險對象或家屬表示，渠等或其家屬或至申請人診所就醫，不曾欠卡補卡（高姓、李姓甲、乙、丙、丁、王姓甲、乙、丙、孫姓甲、乙、黃姓乙、吳姓、許姓、溫姓、趙姓、盧姓、田姓乙、徐姓、陳姓、馬姓、鄒姓、顏姓、高姓、古姓、林姓)，或補卡時未再就診(尤姓、洛金姓、江姓甲、乙)，或看病當天補卡(何姓、黃姓甲、范姓、紅姓)，或隔 2、3 天補卡，沒有補刷 2 次、3 次、4 次以上情形(何姓、黃姓甲)。惟申請人診所卻於上開保險對象就診同日多刷健保 IC 卡，製作不實病歷，向健保局申報渠等 97 年 1 月至 99 年 3 月間多筆未就診之醫療費用(含藥費及藥事服務費)計 230,687 點。 三、99 年 10 月 18 日裁處內容(健保○字第 0000000000 號函)

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">(一)扣減未經醫師診斷逕行提供醫療服務醫療費用之 10 倍金額。
(二)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。
四、99 年 10 月 25 日扣減及追扣內容
(一)扣減未經醫師診斷逕行提供醫療服務 10 倍金額 31,780 點(3,178 點 x10=31,782 點)。
(二)追扣醫療費用 242,472 點。
五、申請人就前開 99 年 10 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(扣減及終止特約處分)申請複核，健保局仍維持原核定。
六、申請人向本會申請爭議審議，健保局於 100 年 3 月 29 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人同意暫緩執行，並俟審定結果辦理。
七、申請理由及補充理由要旨如附件。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">理　　由</td><td>依據</td><td>一、全民健康保險法第 72 條。
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 38 條第 1 項第 2 款、第 38 條第 1 項第 2 款、第 40 條第 4 款及第 44 條第 1 項。</td></tr>
<tr><td>卷證</td><td>臺灣花蓮地方法院檢察署檢察官 100 年度偵字第 000 號起訴書、健保局業務訪查訪問紀錄、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、病患西醫就醫情形表、病歷表(光碟)等影本及健保局意見書、補充意見書。</td></tr>
<tr><td>審定理由</td><td>如附件。</td></tr>
</table>

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(台北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由及補充理由要旨

(一)健保局於 99 年 10 月 18 日以健保○字第 0000000000 號函告知其診所予以扣減未經醫師診斷逕行提供醫療服務部分醫療費用之 10 倍金額及自 100 年 1 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，其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療服務費用，不予支付，並將此案件移交司法機關辦理。健保局○區業務組於 99 年 10 月 25 日已扣除其診所 99 年 3 月之醫療費用新台幣(下同)34,739 元及追扣醫療費用 242,472 點。其診所於 99 年 11 月 15 日申請複核,健保局於 99 年 12 月 16 日以健保○字第 0000000000 號(誤植為第 0000000000 號)函回復，仍維持原核定在案(其診所未收到此公文，係經致電健保局得知結果)。其診所遂於 99 年 12 月 28 日以書面向健保局局長陳情，並委託律師於 99 年 12 月 30 日向健保局申請暫緩執行，健保局於 99 年 12 月 31 日以健保○字第 0000000000 號函同意於爭議審議審定前暫緩執行。後續其診所一直不斷向健保局書面陳情，以為申請複核之上級單位只有健保局，為了此事，其飽受煎熬，而疏忽要書面致爭審會，絕非故意不去做，而錯失將書面報告給爭審會的良機。

(二)健保局接獲不明人士舉報其診所不法情事後，於 99 年 4 月 1 日至 9 日派員先訪查保險對象，最後才訪查其診所，病患被訪查後都紛紛至其診所詢問發生何事？且病患被稽查人員詢問都害怕極了，因心生懼怕犯了什麼罪，而予以否認毫無欠卡之情事，但病患們也都對其診所坦承過去確有看病欠卡之事，事後其診所看了健保局為其診所和病患所製作之筆錄，實在有相當大出入，而其診所當下也與健保局溝通此事之緣由，此後其診所一直在等待司法公平之審判，希望能與保險對象對質，澄清此事，還其清白，無奈健保局好像未仔細釐清此案，而對其診所施以重罰。

(三)對於其診所病歷記載不實，事實上為其診所對行政助理小姐督導不周，以致病歷呈現有所誤差，此事其診所願意負起全責，欣然接受責罰，並限期改善。其診所座落於偏遠地區，醫療服務的對象大都為原住民(太魯閣族)，健保局當時派員訪查尤姓等 35 名保險對象，並無隨從懂得太魯閣族語之人員在旁翻譯，由於語言之隔閡，反而有誤導他人之言語導向，此訪查事實真相，實有失其客觀性及公平性。經其診所與尤姓等 35 名保險對象證實，確實有因心生懼怕犯法之心態，而予以否認毫無欠卡之情事。

(四)其診所已於法定期間向爭審會申請審議,健保局認為其診所未於規定期限內向爭審會申請審議，顯有違誤：

1. 按訴願法第 61 條規定:「訴願人誤向訴願管轄機關或原行政處分機關以外之機關作不服原行政處分之表示者，視為自始向訴願管轄機關提起訴願。前項收受之機關應於 10 日內將該事件移送於原行政處分機關，並通知訴願人。」，故其診所若誤向其他機關就原行政處分聲明不服,視為自始向有管轄之處分機關提起之。其診所於 99 年 10 月底收悉健保局健保○字第 0000000000 號函，復於 99 年 11 月初收悉健保○字第 0000000000 號書函通知應追扣醫療費用 242,472 點，扣減 10 倍金額 34,739 元(31,780 點)，其診所業於 99 年 11 月 5 日及 12

月 12 日申請複核，並於 99 年 12 月 31 日申請停止執行，惟健保局仍以健保○字第 0000000000 號(誤植為第 0000000000 號)函維持原核定，終止特約部分同意暫緩執行。

2. 其診所為免自身權益受損，已立即於 99 年 12 月 28 日向爭審會申請爭議審議，惟因未諳法律，誤向健保局申請之。而健保局以健保○字第 0000000000 號函告「貴診所申請暫緩執行，本局已同意在案，俟爭議審議審定後再憑辦理。」，顯見健保局已將其診所申請審議，依訴願法第 61 條規定，移送至爭審會審議中，故其診所業已於法定期限內申請審議。

3. 惟查健保局竟以健保○字第 0000000000 號函，告知其診所未於規定期限內向爭審會申請審議，仍予以扣減 10 倍醫療費用暨自 100 年 4 月 1 日起終止特約 1 年，其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療保健服務，不予支付等語，顯然與訴願法第 61 條之規定相左，且其診所自始未收受健保局於 99 年 12 月 16 日健保○字第 0000000000 號函，實難謂健保局之認定為合法。

(五)健保局實質上未就本案重行審核，仍僅以訪查人員記載明顯與事實不符之事證為依據，原核定違法且不當之無效處分，應予撤銷：

1. 按「行政機關就該管行政程序，應於當事人有利及不利之情形，一律注意。」、「行政機關應依職權調查證據，不受當事人主張之拘束，對當事人有利及不利事項一律注意。」、「行政機關為處分或其他行政行為，應斟酌全部陳述與調查事實及證據之結果，依論理及經驗法則判斷事實之真偽，並將其決定及理由告知當事人。」、「行政處分有下列各款情形之一者，無效：七、其他具有重大明顯之瑕疵者。」行政程序法第 9 條、第 36 條、第 43 條及第 111 條第 6 款分別定有明文。次按行政罰法第 7 條第 1 項規定：「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。」，其立法理由明白指出：現代國家基於「有責任始有處罰」之原則，對於違反行政法上義務之處罰，應以行為人主觀上有可非難性及可歸責性為前提，如行為人主觀上並非出於故意或過失情形，應無可非難性及可歸責性，自不予處罰。現代民主法治國家對於行為人違反行政法上義務欲加以處罰時，應由國家負證明行為人有故意或過失之舉證責任，才為保障人權之進步立法。再按最高行政法院 39 年判字第 2 號判例要旨：「當事人主張事實，須負舉證責任，倘其所提出之證據，不足為主張事實之證明，自不能認其主張之事實為真實。又行政官署對於人民有所處罰，必須確實證明其違法之事實。倘不能確實證明違法事實之存在，其處罰即不能認為合法。」，最高行政法院 61 年判字第 70 號判例要旨：「認定事實，需憑證據，不得出於臆測，此項證據法則，自為行政訴訟所適用。」，最高行政法院 75 年判字第 309 號判例要旨：「行政罰與刑罰之構成要件雖有不同，而刑事判決與行政處分，亦原可各自認定事實，惟認定事實須憑證據，倘無證據足資認定有堪以構成行政罰或刑罰要件之事實存在，即不得僅以推測之詞予人處罰，則為二者所應一致。」，末按全民健康保險特約醫事服務機構合約第 22 條第 1 項及第 2 項規定：「乙方對甲方所為之違約記點、扣減醫療費用、停止特約或終止特約之通知，如有不服，得於甲方文到之日起 30 日內，檢具相關事証，提出異議，申請複核，但以 1 次為限。甲方應於收到乙方異議書後 30 日內重行審核，認為有理

由者，應變更或撤銷原通知。甲方對於前項之重行審核，必要時，得進行實地訪查。」

2.經查健保局認定其診所有違規情事，係以訪查人員記載明顯與事實不符之事證為審核依據，惟各該保險對象均有親自至其診所就診，其診所負責醫師確係親自看診，開立處方箋，且健保 IC 卡僅登刷當次就診記錄，其診所就各該保險對象病歷與系爭核定函附表之違規事證予以核對後，全然未發現有任何違規事宜，其診所負責醫師再次向各該保險對象確認其診所有無違規事宜時，各該保險對象均表示係親自看診、未有多刷健保 IC 卡等違反健保特約規定之情事。遍觀系爭核定函附表所列其診所違規事證，各該保險對象全部為不諳國語之太魯閣族原住民，健保局訪查人員訪查時未派有通譯人員到場協助，訪查人員以國語詢問各該保險對象當無法做成真實之訪查記錄，揆諸前開法律及實務見解說明，實足以證明健保局所為系爭核定函為違法且不當之無效處分。

3.其診所將各該保險對象全部為原住民不諳國語，健保局訪查人員確實訪查有違誤等情事申請複核後，健保局所做成之複核雖表示有重行審核，仍認為其診所申復理由顯不可採，且違規事證明確，維持原核定，惟健保局實質上未為重行審核，仍係僅以原訪查人員明顯與事實不符之記載為判斷依據。本案確實有派熟悉原住民語之通譯人員，重新進行實地訪查之必要，健保局捨此不為，僅以形式審核方式維持原核定，明顯有違前開法律及實務見解，是系爭核定仍屬違法且不當之無效處分。

(六)爭審會及健保局應停止本案所有處分之執行：

按行政執行法第 9 條第 3 項規定：「行政執行，除法律另有規定外，不因聲明異議而停止執行。但執行機關因必要情形，得依職權或申請停止之。」，本案其診所並無任何違規事宜，已如前述，健保局應依約給付其診所依約申報之醫療費用，且無須扣減 10 倍醫療費用，亦無須自 100 年 4 月 1 日起終止特約 1 年，其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療保健服務，不予支付等處分，健保局所為處分或決定之執行，將對其診所之財產權造成損害，其診所營運上亦會因出現困難，難以健全承辦全民健康保險醫療業務，有發生難於回復之損害，其診所所受損害與健保局所為處分或決定之執行，有直接因果關係，且本案明顯係因健保局訪查人員訪查記錄與事實明顯不符，致健保局陷於錯誤而為本案處分，健保局於其診所申請複核時，復未為實質審核，進行實地訪查等作為義務，對其診所之權益明顯有急迫侵害情事，應立即停止執行，故應依職權或依其診所之申請，停止本案處分之執行。

(七)各該保險對象至其診所求診時，若忘記攜帶健保 IC 卡，其診所仍會提供醫療服務予各該保險對象，並請各該保險對象下次有攜帶健保 IC 卡求診時，一併於看診時補登先前未攜帶健保 IC 卡時之看診資料，其診所為免爭議，在各該保險對象每次未攜帶健保 IC 卡時，均給予欠卡收據，以證明其診所未多刷保險對象之健保 IC 卡、未有虛報醫療費用及未經醫師診斷提供醫療服務，是健保局認為其診所有違規事證等情，顯與事實不符。

二、本會審定理由

甲、程序部分

(一)按「申請人申請審議，應於保險人核定通知文件達到之次日起六十日內，填具全

民健康保險爭議審議申請書（以下簡稱申請書），向全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱爭審會）提起之。」、「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：二、申請審議逾法定期間。」、「行政機關對事件管轄權之有無，應依職權調查；其認無管轄權者，應即移送有管轄權之機關，並通知當事人。人民在法定期間內提出申請，依前項規定移送有管轄權之機關者，視同已在法定期間內向有管轄權之機關提出申請。」、「訴願人誤向訴願管轄機關或原行政處分機關以外之機關作不服原行政處分之表示者，視為自始向訴願管轄機關提起訴願。」分別為全民健康保險爭議事項審議辦法第 4 條、第 18 條第 1 項第 2 款、行政程序法第 17 條及訴願法第 61 條第 1 項所明定，故申請人倘不服健保局所為之複核核定，在收受複核通知文件之次日起 60 日內即應向本會申請爭議審議，惟倘申請人於該法定申請期限內誤向其他機關為不服之表示，依行政程序法第 17 條及訴願法第 61 條第 1 項規定意旨，視為自始向本會申請爭議審議。

(二)經查本件健保局 99 年 12 月 16 日健保○字第 0000000000 號函所為之複核決定，已於 99 年 12 月 19 日送達申請人，有由申請人診所負責醫師之女兒林○○簽名之中華郵政公司掛號回執影本附卷可稽，申請人如有不服，應於法定期限 100 年 2 月 17 日前向本會申請爭議審議。

(三)惟查卷附健保局於 100 年 1 月 7 日蓋章收文之申請人 99 年 12 月 28 日致健保局局長陳情書影本，已記載「花檢署調查及判決還未定案，為何貴局卻行司法機關之職權而先行對本人及診所施以重罰，難道不先把案情先釐清，再依據事實根據來處理宜妥。」等語，核其陳情書內容，已可認定申請人就健保局所為之核定已有不服，而該不服之意思表示亦於法定期限 100 年 2 月 17 日前提出，依前開說明應視為已於法定期間內向本會申請審議，並未逾 60 日之申請爭議審議期限，合先敘明。

乙、實體部分

(一)依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局接獲檢舉稱申請人有利用義診名義申報醫療費用之情事，乃於 99 年 4 月 1 日至 9 日期間，派員訪查申請人診所及保險對象，發現申請人有就田姓甲等 2 位保險對象未經醫師診斷逕行提供醫療服務，以及多刷尤姓等 33 位保險對象健保 IC 卡，向健保局申報渠等保險對象 97 年 1 月至 99 年 3 月間多筆醫療費用之情事，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象本人或其家屬簽名、蓋章或按捺指印確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、病歷等影本附卷可稽。

(二)本件受訪之保險對象或其家屬均為成年人，渠等於接受健保局訪查訪問時，對於其本人或家屬到申請人診所就醫之原因、過程、處置，陳述詳實明確，且前開訪問事項，如有無欠卡補卡、補卡時有無就診等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均經該等保險對象本人或其家屬簽名、蓋章或按捺指印確認在案，應推定具有真實性。

(三)申請人除主張病歷之記載不實，係因其診所對行政助理小姐督導不周，以致病歷呈現有所誤差，其診所願意負起全責，欣然接受責罰，並限期改善外，又主張 1.健保局訪查人員記載之訪問紀錄明顯與事實不符，其診所負責醫師再次向各該保險對象確認其診所有無違規事宜時，各該保險對象均表示係親自看診，未有多刷健保卡等違規情事。2.其診所座落於偏遠地區，醫療服務的對象大都為原住民(太

魯閣族)，健保局派員訪查尤姓等 35 名保險對象，並無懂得太魯閣族語之人員在旁翻譯，由於語言之隔閡，有誤導他人之言語導向，有失客觀性及公平性。3.為免爭議，其診所在保險對象未攜帶健保 IC 卡時，均給予欠卡收據，以證明未多刷健保 IC 卡云云，惟所稱並不足採，分述如下：

1. 健保局意見書陳明，略以本次訪查之保險對象中，約一半以上為民國 40 年以後出生，大多有受過教育，能清楚表達，部分年紀稍長亦能清楚表達，少部分無法以國語溝通者，亦都有在場者協助接受訪問等語。
2. 本件申請人有虛報尤姓等 32 位保險對象(陳姓保險對象除外)醫療費用之違規情事，業經臺灣花蓮地方法院檢察署檢察官 100 年度偵字第 000 號起訴書認定「被告林○○將前開不實事項登載於業務上作成之病歷表，並鍵入電腦，而以網路申報之方式，向中央健保局詐領健保醫療費用，致使健保局人員陷於錯誤而給付。…又被告自 97 年 1 月間起至 99 年 3 月間止，在其上開診所，反覆密接行使業務登載不實之準文書遂行詐欺取財之犯行，行為本質上具有反覆實施延續性行為之特徵。」，是申請人有上開違規情事，洵堪認定。
3. 一般特約醫事服務機構於欠卡押金時均先登記於登記簿，於補卡領回押金時，並請補卡人在登記簿簽名，表示押金確已退還，該押金登記簿無法事後製作，係「確有押金補卡」之有利證據，當保險對象否認有補卡情事時，申請人只須提出該保險對象簽名之押金登記簿，即為最直接有效之反證，此有台北高等行政法院 97 年度訴字第 01566 號判決可資參照。查本件申請人於申請爭議審議始檢附之欠卡收據存根聯影本，姑不論並非如簿冊以連續登記方式製作，且申請人診所負責醫師於 99 年 4 月 30 日受訪時表示：「(問：請說明貴診所病人未帶健保 IC 卡時，處理方式。)先欠卡，未收押金，請病人一個禮拜內回診所補卡。(問：請說明貴診所欠卡如何控管？)電腦上有紀錄，而且收據上面也有欠卡記錄。」等語，顯示申請人診所對欠卡之病患並未收取押金，亦未給予欠卡收據，更無給予欠卡收據之必要性，該欠卡收據存根聯影本顯係臨訟而作，自難以作為確有欠卡補卡之反證。

(四)綜上，健保局認為申請人有未經醫師診斷逕行提供醫療服務及多刷健保 IC 卡虛報醫療費用情事，處以申請人扣減 10 倍醫療費用及終止特約，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，尚無不合，原核定應予維持。至申請人其餘主張業經健保局前開意見書陳明，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款

「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。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款

「服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：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 40 條第 2 款

「第三十八條第一項第二款所稱情節重大，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 44 條第 1 項

「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；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。」

案情摘要

特約醫院之健保 IC 卡上傳件數少於申報件數之比率大於 10%，經健保局限期改善仍未改善，乃依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 34 條第 1 款及第 35 條第 7 款規定，處違約記點乙次。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	原核定撤銷。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、 違規事實 申請人承辦全民健康保險醫療業務，經健保局查核 99 年 8 月（費用年月）健保 IC 卡上傳資料，發現有健保 IC 卡登錄後逾 24 小時上傳之件數比率大於 10%，以及健保 IC 卡上傳件數少於申報件數之比率大於 10%[達 52.56%（IC 卡未上傳率應≦10%）]，經健保局以 99 年 11 月 5 日健保○字第 0000000000 號函通知於 100 年 1 月起應確實依規定上傳資料，函內同時載明屆期如仍未改善，將依規定處以違約記點乙次，惟申請人 100 年 1 月（費用年月）健保 IC 卡未上傳件數比率仍高達 44.96%。 二、 100 年 5 月 4 日裁罰內容 處以違約記點乙次。 三、 申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 四、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險醫療辦法第 11 條第 1 項、第 12 條第 1 項及第 13 條。 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 34 條第 1 款及第 35 條第 7 款。
	卷證	健保 IC 卡上傳正確率統計報表、健保局 99 年 11 月 5 日健保○字第 0000000000 號函等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其醫院經健保局就 99 年 8 月費用申報資料與 IC 卡上傳資料勾稽結果，雖有 2 項指標未達標準值，但於收到健保局通知限期改善函後，有立即改善「24 小時上傳之件數比率」1 項，唯有「上傳件數少於申報件數之比率」1 項仍未達到標準。

（二）其醫院於 99 年 11 月收到健保局通知改善函後，就其醫院申報人員所知範圍內進行改善，並無置之不理。另其醫院 100 年 4 月間於健保局承辦人員告知將處以違約記點及問題點後，經洽詢同業健保申報人員及健保局承辦人後，方獲得改善。

（三）關於長期住院扣卡雖自 96 年 3 月 8 日健保局公告自同年 7 月 1 日實施以來，但其醫院自 96 年起皆未做長期住院扣卡動作，且每月皆有切帳申報，99 年 6 月上傳率有達標準，其醫院於收到健保局改善函時不知問題點，又值申報系統變更，更不知問題點，懇請再給予 1 次改善機會。

二、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局查核發現申請人 99 年 8 月（費用年月）健保 IC 卡登錄後逾 24 小時上傳之件數比率及健保 IC 卡上傳件數少於申報件數之比率分別為 100%及 52.56%（上傳標準值均應≦10%），該局乃於 99 年 11 月 5 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人儘速查明原因，於 100 年 1 月起確實依規定上傳資料，屆期如仍未改善，將依相關規定處以違約記點乙次。嗣健保局再次查核發現申請人 100 年 1 月(費用年月)健保 IC 卡未上傳比率仍高達 44.96%（大於 10%），爰認申請人有經通知限期改善而未改善，應予違約記點之違規情事，除經原核定論明者外，並有健保 IC 卡上傳正確率統計報表、健保局 99 年 11 月 5 日健保○字第 0000000000 號函等影本附卷可稽。

（二)申請人對其醫院 99 年 8 月及 100 年 1 月申報費用之健保 IC 卡未上傳率不符規定，未依健保局通知於限期內改善完成，並不否認，惟一再主張其醫院自 96 年起皆未做長期住院扣卡動作，且每月皆有切帳申報，於收到健保局通知改善函時不知問題點，又值申報系統變更，更不知問題點，係迄至 100 年 4 月俟健保局告知將處以違約記點及問題點，經洽詢同業健保申報人員及健保局承辦人後，方獲改善，請再給予 1 次改善機會云云，惟所稱核難執為免罰之論據，分述如下：

1. 健保局意見書陳明，略以申請人醫院健保 IC 卡上傳件數少於申報件數之比率，自 99 年 8 月(費用年月)至 100 年 1 月(費用年月)一直未達標準值，經該局通知限期改善，並敘明應自 100 年 1 月(費用年月)起確實依規定上傳資料，如再有未依規定配合上傳者，將依相關規定論處；該局縱改追蹤 100 年 2 月及 3 月(費用年月)健保 IC 卡未上傳之比率，申請人醫院仍然未達標準值，顯見申請人醫院並未積極主動了解不符標準值原因與找出問題並配合改善等語。

2. 按「服務機構有下列情事之一者，保險人應通知其限期改善：一、未依本保險醫療辦法規定登錄保險憑證及上傳保險對象就醫資料。」、「服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：七、經保險人通知應限期改善而未改善。」，為特約及管理辦法第 34 條第 1 款及第 35 條第 7 款所明定。本件申請人有健保 IC 卡上傳件數少於申報件數之比率大於 10%，經健保局通知限期改

善，屆期仍未善之情形，為雙方所不爭執，既如前述，則申請人違規事證洵堪認定，從而健保局處以申請人違約記點乙次，自屬有據。

（三）綜上，健保局以申請人有健保 IC 卡未上傳率未達標準，經通知限期改善而屆期仍未改善之情事，處以申請人違約記點乙次，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫療辦法第 11 條第 1 項

「保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗保險憑證時，應於保險憑證登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。」

二、全民健康保險醫療辦法第 12 條第 1 項

「保險醫事服務機構於保險對象有下列情形，應於其保險憑證登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之就醫類別：一、出院。二、接受同一療程內第二次以後之診療。三、接受排程檢查、排程手術或轉檢服務。」

三、全民健康保險醫療辦法第 13 條

「保險醫事服務機構依第十一條及前條規定，於保險憑證上登錄後，應於二十四小時內，將之上傳予保險人備查。但有不可抗力或經保險人同意之特殊情況者，不在此限。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 34 條第 1 款

「服務機構有下列情事之一者，保險人應通知其限期改善：一、未依本保險醫療辦法規定登錄保險憑證及上傳保險對象就醫資料。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 7 款

「服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：七、經保險人通知應限期改善而未改善。」

案情摘要

特約藥局前因虛報藥事費用，經健保局處停止特約2個月執行完畢2年內，再次查有未實際接受處方箋，卻虛報藥事費用之情事，健保局處特約藥局終止特約及管制其負責藥師在終止特約期間，不予支付費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	請從輕處罰。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、本件申請人前與○○診所相互串聯不當刷取健保IC卡虛報95年1月至97年4月間多筆藥費及藥事服務費，經中央健康保險局（於99年1月1日改制為行政院衛生署中央健康保險局，以下簡稱健保局）查獲並於98年2月2日處以自98年4月1日起至5月31日止停止特約2個月，申請人負責藥事人員於停止特約期間，對保險對象提供之藥事保健服務，不予支付在案。 二、此次訪查期間：99年2月11日至4月15日。 三、案外人：○○診所。 四、違規事實：虛報藥費及藥事服務費 （一）保險對象有劉姓、邱姓甲、乙、黃姓、廖姓及吳姓等共6位（違規情節詳如原核定附表所載）。 （二）上開保險對象表示，其等至○○診所就診，均直接在○○診所領藥，該診所未開立處方箋，未至申請人藥局領藥，申請人之藥師亦不曾到○○診所交付藥品，申請人挪移渠等98年4月、5月之就醫調劑日期為98年6月、7月，以及未實際接受處方箋據以調劑藥品，卻向健保局虛報藥費及藥事服務費。 （三）違規申報費用期間：98年6月至12月。 五、99年9月13日裁處內容 申請人前經健保局查有虛報藥費及藥事服務費情事，處以自98年4月1日至5月31日停止特約2個月，今再經訪查仍有虛報藥費及藥事服務費情事，處以自99年11月1日起終止特約，並自終止特約之日起1年內不得申請特約，申請人負責藥事人員於終止特約期間，對保險對象提供之藥事服務，不予支付費用。 六、申請人申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意暫緩執行。 七、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第72條。 二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱行為時特約及管理辦法）第66條第1項第8款、第67條第1項第1款、第3項及第70條前段。

		三、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第 20 條。
	卷證	巡迴訪查特約醫院診所報告表、業務訪查訪問紀錄、病歷、交付處方箋、保險對象門診就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

本案發生期間，正值其藥局負責藥事人員之父罹患攝護腺癌，開刀、化療共 42 次，期間由其全程陪診，日夜照顧，致精神不濟，不得已委託他人代為申報藥費及藥事服務費，造成誤報違規情事，遭健保局處以終止特約 1 年之處分，請查明系爭邱姓乙保險對象確因車禍，行動不便，由其藥局負責藥事人員親自交付藥品，又本案違規情節輕微，請從輕處罰。

二、本會審定理由

（一）依行為時特約及管理辦法第 67 條第 1 項第 1 款規定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，應予終止特約，或就特約醫院違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一年：一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行完畢二年內再有前條規定情事者。」，本件申請人前經健保局派員訪查，發現申請人藥局有虛報藥費及藥事服務費之違規情事，業經健保局於 98 年 2 月 2 日以健保○字第 0000000000 號函處以停止特約 2 個月，停止特約期間為 98 年 4 月 1 日至 5 月 31 日在案，先予敘明。

（二）本件健保局於 99 年 2 月 11 日至 4 月 15 日期間，派員訪查申請人、保險對象、案外人○○診所，發現劉姓等 6 位保險對象至○○診所看診後，該診所未開給處方箋，均於該診所直接領藥，未曾至申請人藥局領取藥品。惟申請人挪移渠等 98 年 4 月、5 月之就醫調劑日期為 98 年 6 月、7 月，以及未實際接受處方箋據以調劑，卻向健保局虛報渠等保險對象 98 年 6 月至 12 月間多筆藥費及藥事服務費之情事，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象簽名蓋章或按捺指印確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、交付處方箋及交付調劑醫療費用明細表等影本附卷可稽。

（三）本件受訪之 6 位保險對象均為成年人，渠等於接受健保局訪查時，對於至案外人○○診所就診、領藥之過程陳述詳實明確，且前開訪問事項，如有無就診、領藥過程、有無持處方箋至申請人藥局或其他健保特約藥局領藥及申請人藥局藥師有無交付藥品等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均經該等保險對象簽名蓋章或按捺指印確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（四）申請人就前開違規事實，並不爭執，僅主張其藥局負責藥事人員係因照顧罹癌父親，委託他人代為申報費用，造成誤報違規情事，其中系爭邱姓乙保險對象係由其藥局負責藥事人員親自交付藥品，且本案違規情節輕微，請從輕處罰云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 申請人藥局負責藥事人員於 99 年 2 月 6 日接受健保局巡迴訪查時已明確陳稱：「（98 年）4 月、5 月的處方箋有一些分別申報在別的月份（98 年 6-11 月），會收 4 月、5 月處方箋的原因是因與診所合作的關係，不能不收處方簽，但沒有告知診所，本藥局已於 98 年 4 月、5 月受處分停約，本藥局之所以把（98 年）4、5 月處方箋申報至 98 年 6-11 月之原因為怕受損失。」等語，可證申請人係因前案執行停止特約 2 個月之 98 年 4 月 1 日至 5 月 31 日期間，健保局不予支付費用，乃挪移系爭劉姓等 6 位保險對象於 98 年 4 月及 5 月間之就醫調

劑日期，改為 98 年 6 月至 7 月，並據以申報調劑之藥費及藥事服務費。

2. 系爭劉姓等 6 位保險對象於接受健保局訪問時，亦均明確證稱，渠等均在○○診所領藥，未曾持該診所開立之處方箋至申請人藥局領藥，申請人有未實際接受處方箋據以調劑，卻申報藥費及藥事服務費之違規情事，洵堪認定。

3. 按邱姓乙保險對象於接受健保局訪查時，已明確證稱係在○○診所領藥，未曾持處方箋至申請人藥局領藥，也從未聽過申請人藥局，亦不認識申請人藥局之藥師，已如前述，申請人雖主張係由其藥局負責藥事人員親自交付藥品給該保險對象，惟姑不論申請人並未舉證以實其說，僅空言主張，且申請人藥局負責藥事人員於 99 年 4 月 1 日受訪時復陳明：「劉姓、邱姓（甲）、邱姓（乙）、黃姓、廖姓、吳姓等保險對象，是由○○診所拿本藥局寄放的藥物交給病人，本藥局會固定於每月月底至○○診所拿該診所代為給藥的處方箋…來申報藥費及藥事服務費。」等語，顯已自陳系爭邱姓乙保險對象係在○○診所領取其藥局寄存之藥品，並非由其藥局調劑交付，則申請人於事後改稱係由其藥局負責藥事人員親自交付藥品，前後說詞不一，自不足採。

4. 承前所述，申請人前有虛報藥費及藥事服務費之違規情事，經健保局處以自 98 年 4 月 1 日至 5 月 31 日停止特約 2 個月在案，經執行完畢 2 年內再次查有本件虛報藥費及藥事服務費情事，即已該當行為時特約及管理辦法第 67 條第 1 項第 1 款所訂終止特約之構成要件，健保局據以核處，尚無不合。

（五）綜上，健保局認為申請人有虛報藥費及藥事服務費，前經停止特約 2 個月執行完畢後，2 年內再次有虛報藥費及藥事服務費情事，乃處以終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，申請人負責藥事人員於終止特約期間，對保險對象提供之藥事服務，不予支付費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：八、其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 67 條第 1 項第 1 款及第 3 項

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，應予終止特約，或就特約醫院違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一年：一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行完畢後二年內再有前條規定情事之一。」「依第一項規定受終止特約者，自終止之日起一年內，不得申請特約。」

四、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 70 條前段

「保險醫事服務機構受停止或終止特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人

員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」

五、全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約藥局適用)第 20 條

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十五條、第六十六條及第六十七條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」

案情摘要

院所申請特約，健保局於實地訪查或簽約時，並未明確告知院所不得執行其他樓層洗腎業務，且院所復已提供健保醫療服務，基於公平正義等原則及保障人民合理之信賴，宜作成有利特約院所之認定。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	健保特約生效日應追溯至開業執照核發日 100 年 3 月 16 日。	
審　　定		
主　　文	原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。	
事　　實	一、案件緣由及原核定要旨 （一）本件申請人於 100 年 3 月 16 日取得開業執照，100 年 3 月 28 日向健保局申請新特約，經健保局於 100 年 3 月 29 日派員實地訪查結果仍在施工階段並收治個案進行透析業務，因不符醫療管理法規，乃於 100 年 3 月 31 日以健保◯字第 0000000000 號書函移請◯◯縣政府衛生局處理並副知申請人在案。 （二）嗣申請人於 100 年 4 月 14 日向健保局重新申請 1 樓門診、2 樓洗腎業務及增設超音波 1 台，經健保局認為同新特約申請併予實地審查，於 100 年 4 月 25 日實地訪查結果，已符合本保險申請機構特約之相關規定，且◯◯縣政府衛生局 100 年 4 月 18 日府衛醫字第 0000000000 號行政處分書核處之新台幣 2 萬元罰鍰業已繳清，健保局乃以 100 年 5 月 11 日健保◯字第 0000000000 號函核定同意與申請人診所之特約合約自 100 年 4 月 14 日生效，效期 3 年。 二、申請人申請複核，向健保局請求透析治療 15 床得追溯自 100 年 3 月 16 日生效，健保局仍維持原核定。 三、申請理由及到場陳述意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、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 7 條第 1 項及第 3 項。 二、行政程序法第 4 條及第 8 條。
	卷證	血液透析單位訪查表、醫療機構開業執照、合約書（節本）、◯◯縣政府衛生局100年4月15日◯縣衛醫字第0000000000號函、全民健康保險特約醫事服務機構異動申報表、全民健康保險特約診所病床床號資料表等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

審定理由

一、 申請理由及到場陳述意見要旨

（一）其診所成立及申請健保特約之程序，完全合於法定規定程序，即依特約及管理辦法第 2 條及第 7 條之規定，健保局即當依法行政，依規定核定特約起始日。健保局於 100 年 3 月 29 日實地訪查發現，其診所有局部施工，於是通報○○縣政府衛生局查核，雖所查屬實，確有施工，惟其診所已受處罰，但因情形不嚴重且已完工，○○縣政府衛生局並無處以廢止開業執照之處分，因此並未違反特約及管理辦法第 63 條至第 67 條（於 99 年 9 月 15 日修正為第 34 條至第 38 條）之規定，且於距開業執照核發日 15 個工作日完成簽約手續。

（二）健保局在 100 年 6 月 13 日函說明三，謂「惟本局○區業務組於 3 月 29 日派員實地訪查結果，貴診所仍在施工階段即收治個案進行透析業務，顯不符醫療管理法規，本局審查不合格，無法同意簽訂合約」，但在隔日（100 年 3 月 30 日）即與其診所完成簽約，其中「無法同意簽訂合約」之陳述，與事實明顯不符，且完成簽約手續，讓其診所以為完成程序，於是繼續為病患治療，其間之醫療支出高達新台幣 270 多萬元，對初開業之院所，實為無法承受之損失。

（三）其診所有 3 樓，健保局勘查時 3 樓 15 床洗腎床是合格，口頭告知其他部分用異動申請補辦，其診所認知 3 樓 15 床可以繼續，也幫病人治療。

二、本會審定理由

（一）按「機構申請特約，經審查合格後，保險人應與服務機構依第 2 條所定之原則簽訂契約。」「機構無第 34 條至第 38 條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日 15 工作天者，特約生效日得溯至開業執照核發日起算。」為特約及管理辦法第 7 條第 1 項及第 3 項所明定，是健保局對於審查合格之醫事機構，如該機構亦未涉及特約及管理辦法第 34 條至第 38 條各款違規情事，且申請特約日未逾開業執照日 15 工作天，健保局得將特約生效日追溯自開業執照核發日；反之，若審查不合格，本不得簽訂合約，自無特約生效日追溯自開業執照核發日起算之適用，合先敘明。

（二）本件申請人於 100 年 3 月 16 日申准取得○○縣政府核發之開業執照後，於 100 年 3 月 28 日向健保局申請簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約，經健保局於 100 年 3 月 29 日派員實地訪查結果發現，申請人診所仍在施工階段並收治個案進行透析業務，評定審查不合格。嗣申請人於 100 年 4 月 14 日向健保局重新申請 1 樓門診、2 樓洗腎業務及增設超音波 1 台，始經健保局於 100 年 4 月 25 日實地訪查審查合格，乃核定申請人診所自重新申請特約日 100 年 4 月 14 日起生效，效期 3 年，經本會審核卷附照片、申請人診所蓋章確認之血液透析單位訪查表等資料，健保局核定固無不合。

（三）惟查申請人一再主張健保局勘查時告知其診所 3 樓 15 床洗腎床是合格，其他部分用異動申請補辦，其診所認知 3 樓 15 床可以繼續，亦幫病人治療云云，查健保局 100 年 3 月 29 日血液透析單位訪查表記載：「1 樓、2 樓施工中，3 樓共 15 床符合」，而全民健康保險特約診所病床床號資料表附註「3 樓自 100 年 3 月 16 日開始洗腎業務，1、2 樓暫緩。」，且申請人於 100 年 4 月 14 日亦僅填報「全民健康保險特約醫事服務機構異動申報表」，申請異動事項為執行 1 樓門診、2 樓洗

腎業務及增設超音波 1 台，則在健保局於實地訪查或簽約時並未明確告知申請人不得執行 3 樓洗腎業務，申請人復已提供醫療服務之情形下，基於公平正義等原則及保障人民合理之信賴，足認申請人主張並非無據。

（四）法律適用結果

綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 7 條第 1 項及第 3 項

「機構申請特約，經審查合格後，保險人應與服務機構依第 2 條所定之原則簽訂契約。機構無第 34 條至第 38 條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日 15 工作天者，特約生效日得溯至開業執照核發日起算。」

二、行政程序法第 4 條

「行政行為應受法律及一般法律原則之拘束。」

三、行政程序法第 8 條

「行政行為，應以誠實信用之方法為之，並應保護人民正當合理之信賴。」

案情摘要

特約醫院主張2年期間誤用電腦代碼致誤收冰枕費27次，佔全年使用次數萬分之1.7，所得利益僅為1,427元，應受責難程度甚為輕微等語，實情如何？健保局併處違約記點1次及5倍罰鍰，其處分之手段與目的是否失衡？有進一步查明之必要。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷違約記點。	
審　　定		
主　　文	原核定關於處以申請人醫院違約記點1點部分撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。	
事　　實	一、違規事實：囑保險對象自費。 健保局於100年5月間至申請人醫院實地審查，發現3位保險對象有住院自付冰枕使用費各新台幣(下同)262.5元、78.75元及26.25元，另有3位保險對象住院自付顯影劑費用各1,688元之情事。 二、100年8月3日裁處內容 核處違約記點乙次，並按所收取之費用處以5倍罰鍰，所收取之費用應主動退還保險對象，另5倍罰鍰金額核算後另案通知繳納。 三、申請人申請複核，經健保局重行審核，認為申請人醫院囑保險對象自費「等滲透壓非離子性含碘對比劑」，考量申請人誤解本保險支付標準33090B(使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑)使用規定，經該局說明後業配合改善及退還病患費用，同意原核定所列申請人醫院向3位保險對象收取自付顯影劑費用，不列入自立名目之5倍罰鍰計算基礎，惟「冰枕使用費」屬本保險給付範圍，申請人醫院卻仍有另向保險對象收費情形，仍維持原違約記點1點及5倍罰鍰(惟罰鍰計算基礎減少)之核定。 四、申請人就違約記點1點部分，向本會申請審議，申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、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12條及第35條第2款。 二、行政程序法第7條。
	卷證	健保局89年1月13日健保○字第0000000000號函、99年2月26日健保○字第0000000000號函、申請人醫院100年6月16日○醫事字第0000000000號函、病患住院處方清單、申請人醫院100年度第○次行政會報會議紀錄、住院處置明細表等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

審定理由

一、申請理由要旨

(一)健保局於 100 年 5 月 23 日至其醫院訪查收取自費項目情形，發現其醫院向 3 名保險對象收取「冰枕使用費」，惟健保局於 89 年 1 月 13 日健保○字第 0000000000 號函釋示，該費用應內含於病房費中給付。經查誤收原因乃因其醫院另設護理之家，與其醫院共用系統及代碼，致人員誤用「冰枕使用費」代碼，其醫院即刻新增護理之家專用代碼並建立防呆機制，有關誤用部分除健保局所提醒之 3 人，合計 368 元外，亦同時主動將過去 2 年誤收費進行查核，共 23 名，計 1,427 元，已全數通知退費。

(二)其醫院為避免重蹈覆轍，在痛定思痛後，於保險對象住院中及出院後將自費項目逐筆檢視，以杜絕向民眾誤收自費項目再次發生。本案實因人員作業未熟悉，實無犯意，並於發現時立即進行系統修正及退款作業，絕非故意巧立名目向病患收取自費。經清查後，其醫院患者每日使用冰枕推估為 210 次，2 年期間誤觸冰枕費 27 次(23 名)，佔全年使用次數萬分之 1.7。

(三)按行政程序法第 9 條規定：「行政機關就該管行政程序，應於當事人有利及不利之情形，一律注意。」，又依行政罰法第 7 條規定：「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。」，本案「冰枕使用費」係因其醫院另設置護理之家，共用系統及使用共同代碼，其醫院工作人員不察所致，並無故意或過失之情事，應不予處罰。又查行政罰法第 18 條規定：「裁處罰緩，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。」，準此規定，本案「冰枕使用費」之誤用代碼，2 年期間，僅佔全年全部使用量萬分之一點七，對於病患支付之住院費用，所佔之比例甚微，其醫院所得之利益，全部僅為 1,427 元，亦屬微不足道，顯見本件錯誤均係因其醫院與護理之家使用共同代碼所引起，並非故意巧立名目，惡意收取額外費用，雖然違反行政法上義務，但應受責難程度甚為輕微，且其醫院立即全面改正錯誤，嚴格遵守健保局規定。準用上開條文規定，健保局對於本件違規事項，給予記點 1 次之處分，裁處程度與其醫院之應受責難程度，容有差異，未免過重。據此請求對於違約記點 1 次之處分，予以免除，以符合適當裁罰之意旨。

二、本會審定理由

(一)按保險醫事服務機構提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。又屬本保險給付之項目，不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用，如有違反者，應予以違約記點並按所收取之費用處以 5 倍之罰鍰，其收取之費用應退還保險對象，審諸全民健康保險法第 58 條、第 75 條以及特約及管理辦法第 12 條、第 35 條第 2 款規定甚明。是屬本保險給付項目，向保險對象收費者，不論特約醫事服務機構是否事前取得保險對象自願付費同意書，或事後有否退費，均屬自立名目，合先敘明。

(二)依卷附前開相關資料顯示，本件係健保局於 100 年 5 月間至申請人醫院實地審查，發現申請人醫院有囑 3 位住院保險對象自付冰枕使用費各 262.5 元、78.75 元及 26.25 元之情事，除經原核定論明者外，並有申請人醫院 100 年 6 月 16 日

○醫事字第 0000000000 號函、病患住院處方清單等影本附卷可稽，申請人對上開事實，亦不否認。

(三)申請人雖主張誤收原因乃與其醫院護理之家共用系統及代碼，致人員誤用「冰枕使用費」代碼，並無故意或過失之情事云云，惟健保局意見書已陳明，略以「使用冰枕」應包含於病房費中，該局早於 89 年 1 月 13 日以健保醫字第 88007914 號函釋示，當時該局(○區業務組)業彙編為「資訊索引」轉知特約院所，本次申請人醫院向住院病患另外收取「冰枕使用費」案，申請人醫院於 100 年 6 月 16 日以○醫事字第 0000000000 號函寫明「經查冰枕確屬不可自費項目」，另該局 99 年辦理高姓保險對象於申請人醫院住院期間自付材料費案，以 99 年 2 月 26 日健保○字第 0000000000 號函副知申請人醫院，業說明「冰囊」等材料已包含於相關費用中給付，不應另向病患收取，並於該函提醒申請人日後若再有類似情事發生經查證屬實，將依特約及管理辦法規定予以違約記點處分，時隔 1 年，該局於 100 年 5 月 23 日派員至申請人醫院實地審查，卻發現該院有向住院病患另外收取「冰枕使用費」情事，按情節申請人醫院應注意，並能注意而未注意，雖非故意，但難認無過失等語，申請人所稱，固不足採。

(四)惟按行政機關於選擇達成行政目的之手段時，其所作成之行政處分必須符合比例原則。亦即比例原則在於要求「方法」與「目的」之均衡。採取一項措施以達成一項目的時，該方法必須合適、必要及合比例。「合適」之方法係指可以達成目的之方法；「必要」之方法，係指同樣可以達成目的之多數方法中，該方法本身之不利益為最小；「合比例」之方法，係指該方法之不利益，與達成目的之利益相權衡，不失合理之比例關係。換言之，除該行政處分須最適合於行政目的之要求，並不得逾越必要之範圍外，尚須與所欲達成之行政目的間保持一定之比例，始足當之，此有行政程序法第 7 條規定及台中高等行政法院 92 年度訴字第 534 號判決可資參照。查本件申請人一再主張其醫院患者每日使用冰枕推估為 210 次，2 年期間誤觸冰枕費 27 次，佔全年使用次數萬分之 1.7，所得利益僅為 1,427 元，應受責難程度甚為輕微等語，其所稱是否可採？健保局意見書就此部分並未論明，已有未洽，縱該局代表於 101 年 2 月 24 日出席本會委員會會議表示，略以該局○區業務組於 100 年 5 月間至申請人醫院實地審查，抽審 10 餘名病患住院清單即發現 3 件涉有囑保險對象自付冰枕使用費之違規情事等語，惟卷無相關資料可稽，其實情如何？攸關處分之手段與目的是否失衡？有進一步查明之必要。

(五)綜上，爰將原核定關於處以申請人違約記點 1 點部分撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條

「本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 2 款

「服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：二、違反第十條至第十二條、第十四條至第十五條、第二十四條、第三十一條第二項、第三十二條或第三十三條規定。」

三、行政程序法第 7 條

「行政行為，應依下列原則為之：一、採取之方法應有助於目的之達成。二、有多種同樣能達成目的之方法時，應選擇對人民權益損害最少者。三、採取之方法所造成之損害不得與欲達成目的之利益顯失均衡。」

案情摘要

特約醫院違規類型為未診治保險對象卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用，且違規申報點數超過5萬點，健保局衡酌其違規情節，處停約3個月，與比例原則及健保局發布訂定之行為時「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條違規處分裁量基準」精神，尚無違背。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、發現方式：臺灣臺南地方法院檢察署檢察官起訴書。 二、違規情形 申請人醫院張○○等8位醫師涉有「○○」、「○○」等養護中心院民均未至申請人醫院就診，竟開立慢性病（連續）處方箋，偽填病歷等資料及盜刷院民健保卡，向健保局虛報醫療費用，96年7月1日之後違規申報件數61件，違規申報點數50,978點。 三、99年9月29日裁處內容 處以停止特約申請人醫院內科門診醫療業務3個月，負有行為責任之醫事人員張○○醫師於停約期間，對保險對象提供之內科門診醫事服務費用，不予支付。 四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意暫緩執行。 五、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法（以下簡稱健保法）第72條。 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37條第7款、第44條第1項。
	卷證	臺灣臺南地方法院檢察署檢察官起訴書、緩起訴處分書、業務訪查訪問紀錄、訪問紀錄、醫事機構開業執照等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）本案與特約及管理辦法規定之「虛報醫療費用」，並不相符：

本案實因應診之張○○醫師基於行善、便民之服務態度，聽信代領藥品者之說詞，而未確認患者身分，開立藥物，致造成本案遺憾情事，絕無重大惡性。況依據臺灣臺南地方法院檢察署調查結果，各該涉案應診醫師個人與涉案方姓仲介並無對價關係，且於看診後，藥品皆有領出，並非以空賣空，與特約及管理辦法規定之「虛報醫療費用」，並不相符；且本案所涉方姓仲介因個人行為偏差蓄意欺騙及詐領藥品乙節，其醫院絕無與方姓仲介共謀，而係方姓仲介利用看診醫師便民之心所延伸，僅係未依醫師法第 11 條第 1 項前段規定「親自診療」，與前開辦法規定所稱「未診治保險對象」有別，故健保局以前開條文之規定對其醫院作成停約處分，認事用法實有所違誤。

（二）原核定及複核決定所依據之特約及管理辦法規定，欠缺法律授權而屬無效，應予撤銷：

1. 按健保局停止特約之處分屬剝奪其醫院請求醫療保健服務給付之權益，侵害其醫院依憲法第 15 條所保障之財產權，則依憲法第 23 條之法律保留原則之要求，必須以法律或法律授權始得限制之。

2. 特約及管理辦法所訂定之內容不得逾越健保法之授權範圍，查健保法規定並無「停止特約」或「停約」之相關規定或授權文字，特約及管理辦法第 37 條之效果規定，顯然欠缺健保法之授權依據，逾越健保法之授權範圍，違反憲法第 23 條所揭示之法律保留原則而無效，則依據特約及管理辦法第 37 條規定作成之原停約處分及複核決定等 2 行政處分，失其附麗，自屬違法，應予撤銷。

(三)原停約處分及複核決定與比例原則之要求多所不符：

1. 對其醫院以張○○醫師名義提供之醫事服務予以停約，實即可達成健保局作成系爭處分之目的，實無須採取對其醫院之內科門診全部之醫事業務均一律停約，而損及其醫院由張○○醫師以外之其他醫師提供內科醫事服務，而向健保局請領費用之權益，簡言之，針對張○○醫師部分停約，即可達成目的，如仍堅持對其醫院內科門診全部均停約，顯非侵害性最小，故原停約處分及複核決定顯非達成健保局行政目的之方法中侵害性最小者。

2. 其醫院執行大腸直腸癌篩檢，大腸鏡開刀件數為○○區域醫院層級第一名，服務民眾眾多，且其醫院為糖尿病照護網、整合式照護等相關醫療任務之一員，並且 99 年度衛生署國民健康局委託辦理諸多案件恐無法辦理，是若驟然就其醫院內科門診停約 3 個月，將嚴重影響○○市民眾就醫權益，與健保法第 1 條：「增進全體國民健康」之立法意旨不符，是原停約處分及複核決定處分之內容造成損害民眾就診權益，與所欲達成之目的權衡，顯然失當。

3. 故原停約處分及複核決定適用特約及管理辦法第 37 條規定，處以停約 3 個月之處分，顯然與比例原則所要求：「侵害性最小」、「方法與目的間顯然失衡」不符，應予撤銷。

（四）健保局未參照同由健保法授權之「全民健康保險醫療費用支付標準」（下稱支付標準）規定，本於體系解釋，將停止特約效力限於腸胃內科，有裁量怠惰之違法，

應予撤銷：

1.依健保法第 51 條授權訂定之支付標準，由醫事服務機構並非依照「診療科別」，而係按不同之診療項目向健保局申報醫療費用，健保局再依據醫事服務機構所申報之「診療項目」為醫療費用之給付，是以參照前開規範模式，健保局係以「診療項目」為判斷是否給付之基準，而並非以「診療科別」為標準。

2.特約及管理辦法第 37 條條文既然有僅就違規部分之「服務項目」停約之規定，本於健保法相關授權法規就相同事務（即「服務項目」及「診療項目」）均有規範，如作成不同解釋將造成法令適用混亂之體系性解釋之考量，審酌本案行為責任之醫事人員張○○醫師，執業登錄為胃腸內科，於民眾公告就醫科別與健保申報科別皆為胃腸內科，且相關違規事實均發生於腸胃內科，屬於內科之次專科，並非涵蓋所有一般內科均有違規之情事，健保局應本於職權為適當裁量，按其醫院有違規情事之「診療項目」即腸胃內科為判斷停約之標準。

3.健保局一再堅持依據醫療法第 15 條第 1 項前段：「醫療機構之開業，應向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，經發給開業執照，始得為之」，授權各地方醫療主管機關核准發給之開業執照所載內容，為作成原停約處分及複核決定停約範圍之判斷標準，健保局未以更符合健保法自身法規範體系架構（即支付標準），為作成原停約處分及複核決定有關停約範圍之裁量依據，竟考量其他法律（即醫療法）之規定，顯然就原停約處分及複核決定對申請人停約範圍之裁量上，有怠惰未考量支付標準規範模式之違法，應予撤銷。

二、本會審定理由

（一）依卷附相關資料顯示，本件係健保局依臺灣臺南地方法院檢察署檢察官起訴書記載及健保局派員訪查養護中心負責人、藥商、○○藥局負責藥事人員等，發現「○○」、「○○」等養護中心院民未至申請人醫院就診，惟申請人醫院執業醫師張○○等卻偽填病歷等資料及盜刷院民健保卡，申請人並向健保局申報醫療費用，除經原核定論明者外，並有臺灣臺南地方法院檢察署檢察官起訴書、緩起訴處分書、業務訪查訪問紀錄、訪問紀錄等影本附卷可稽。

（二）本件申請人主張本案僅係未依醫師法第 11 條第 1 項前段規定「親自診療」，與「未診治保險對象」有別，特約及管理辦法第 37 條顯然欠缺健保法之授權依據，違反法律保留原則，原處分與比例原則不符，且未參照支付標準規定，將停止特約效力限於腸胃內科，有裁量怠惰之違法云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1.健保局意見書陳明，略以：

（1）該局訪查本案相關人員時（包含張○○醫師、○○藥局周藥師、藥商○○），查獲○○藥局沒有調劑事實，該藥局藥師坦承該藥局確有接受藥品業務人員○○拿來的申請人醫院開立的慢性病連續處方箋，在未給藥的情形下，逕向該局虛報醫療費用之情事；該些處方箋係申請人醫院醫師，依藥商○○之要求所開立，且張○○醫師於臺南地檢署供述(98 年 4 月 8 日警、偵訊筆錄)坦承不實登載病歷，詐領健保給付，約於 94、95 年間開始與○○配合，○○每次都帶約 10 幾 20 張健保卡來掛號等語；臺南地方法院檢察署檢察官針對未親自至申請人醫院就診而配合該藥商開過慢性病處方箋給○○藥局調劑的申請人醫院 8 位醫師起訴張○○、○○2 位醫師（其餘 6 位醫師予以緩起訴處分）；申請人醫院除有違反醫師法第 11 條第 1 項前段規定「親自診療…」，另確有特約及管

理辦法第 37 條第 7 款規定所列「未診治保險對象…」情事。

（2）按該局與院所特約之診療科別，向來以院所申請特約時所檢附之當地衛生主管單位核發之開業執照及醫事服務機構基本資料表上所登載之診療科別為限，亦即以當地衛生主管機關核定申請人醫院開業執照登錄之科別做為停約範圍之認定。而申請人開業執照上未登錄腸胃內科之科別，故該局也難以腸胃內科做為停約之範圍，且申請人也未提出內科細分科有登錄之具體事證，故以申請人醫院開業執照有登錄之內科科別做為停約範圍，應屬合理。

（3）申請人認為若驟然就其醫院內科門診停約 3 個月，將嚴重影響○○市民眾就醫權益乙節，查特約及管理辦法已於 99 年 9 月 15 日修正通過實施，依該辦法第 39 條規定，為避免因停約或終止特約期間，影響保險對象就醫權益或基於公益利益之考量，受處分之保險醫事服務機構得報經保險人同意，核算扣減金額，抵扣執行處分期間。

2. 按健保法第 55 條第 2 項明定：「前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。」，依法律整體解釋，應可推知立法者就保險人與醫事服務機構間之特約、不予特約、停止特約、終止特約、不得特約等事項，有意授權主管機關定之，以達成有效管理醫事機構之授權目的。同法第 72 條規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以 2 倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」，亦可知虛報醫療費用、詐領保險給付，係健保法所明文禁止之行為，以之作為停止特約之要件，不違反該法授權主管機關訂定特約及管理辦法之授權目的。蓋若保險人如於醫事服務機構或其從業人員有此等危害健保財務健全之重大違法行為時，仍不得停止特約，顯無從達到遏止違法行為、有效管理醫事服務機構之授權目的，特約及管理辦法第 66 條（99 年 9 月 15 日修正為第 37 條）有關停止特約之規定，自未違反法律保留等語，此有台北高等行政法院 96 年訴字第 1171 號判決、最高行政法院 97 年度判字第 995 號及 99 年判字第 797 號判決可資參照。

3. 按「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」為首揭特約及管理辦法第 37 條第第 7 款所規定。查本件申請人違規類型屬於未診治保險對象，違規申報點數 50,978 點，則健保局衡酌申請人上開違規情節，處以申請人停止內科門診醫療業務 3 個月，與比例原則及健保局發布訂定之「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條違規處分裁量基準」（99 年 12 月 27 日修正為「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條違規處分裁量基準」）精神，尚無違背。

（三）法律適用結果

綜上，健保局處以停止申請人醫院內科門診醫療業務 3 個月，負有行為責任之醫事人員張○○醫師於停約期間，對保險對象提供之內科門診醫事服務費用，不予支付，尚無不合，原核定應予維持。又本件違規事證已臻明確，申請人其餘主張業經健保局意見書陳明，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭

議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 7 款

「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條第 1 項

「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；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。」

案情摘要

特約醫院虛報點數超過 25 萬點，固符合情節重大而應予終止特約或就違約科別停止特約 1 年之條件，惟就以負有行為責任醫師名義虛報之醫療費用金額，並未達情節重大之程度，衡酌健保局就個別行為醫師處分之裁量慣例，實務上業以各該行為醫師各自之違規情節所涉範圍為斷，健保局逕核予行為醫師於特約醫院停止特約門診醫療業務 1 年期間，對保險對象提供之門診醫事服務費用不予支付之處分，顯失衡平，自難謂妥適。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	原核定關於核處申請人於○○醫院停止特約門診醫療業務 1 年期間，對保險對象提供之門診醫事服務費用不予支付部分撤銷，由原核定機關另為適當之核定。
事　　實	一、案件緣由及原核定要旨 (一)發現方式 1. 臺灣彰化地方法院檢察署檢察官緩起訴處分書。 2. 健保局 98 年 6 月 16 日至 11 月 24 日期間派員訪查。 (二)違規情形 1. 依前開緩起訴處分書載明略以：楊○○、殷○○、蕭○○、劉○○合夥經營○○醫院，聘請蔡○○兼任院長，竟與○○老人養護中心等多家養護機構基於意圖為自己不法所有及業務上登載不實之犯意聯絡，而為下列犯行： (1)拿取受養護老人之健保卡後，帶回○○醫院，交由殷○○、蕭○○、郭○○即申請人於業務上製作不實之看診記錄後，據以向健保局申請給付。 (2)殷○○、蕭○○、申請人明知外籍勞工僅係至院施打營養針劑，竟製作不實之看診記錄，據以向健保局申請給付。 (3)並扣得○○醫院自前開養護中心及護理之家收回健保卡之簽收簿 2 本暨病患健保卡 73 張、○○醫院電腦資料光碟、病歷及會計電磁資料各 1 片、薪資明細表、醫師看診地點時間表、醫師簽到簿、養護中心及護理之家院民名冊。 (4)上開事實，業據殷○○、蕭○○、申請人等坦承不諱，互核相符，並經證人即○○醫院藥庫管理員施○○等證述屬實，上開人等犯嫌均堪認定，並認為以緩起訴為適當。 2. 健保局於 98 年 6 月 16 日至 11 月 24 日期間派員訪查○○醫院負責醫師蔡○○及負有行為責任醫師殷○○、蕭○○及申請人，渠等違約情事說明及虛報醫療費用情形，略以： (1)○○醫院負責醫師蔡○○受訪時表示，其醫院醫師殷○○、蕭○○及申請人，確有未經報備同意擅至○○、○○地區養護、安養中心

看診，並刷取住民之健保 IC 卡及部分外籍勞工以健保身分至○○醫院施打營養針，向健保局申報費用。

(2)申請人受訪時表示，其在 95 年 2 月起任職○○醫院，均不介入醫院申報、經營，僅對自己門、住診業務負責，關於外勞施打營養針，因疾病看診外勞，倘有要求施打者，經外勞同意要自費新台幣(下同)100 元，倘完全自費要付 200 元，所以要施打營養針的外勞，均會另找○○醫院其他醫師。○○醫院提列虛浮報資料中之病患名冊，其相當陌生，其均確實看診，沒有未看診虛列資料虛報醫療費用之情形，其僅單純在院內看診，領取固定薪資，○○醫院以其名義虛報醫療費用，也是在此次檢察官偵查過程中才知情。

(3)○○醫院於 96 年 10 月至 98 年 6 月期間分別以殷○○、蕭○○及申請人名義各申報醫療費用 276,043 元、128,851 元及 158,827 元。

(三)99 年 11 月 25 日裁處內容

處以○○醫院 2 倍罰鍰及停止門診醫療特約業務 1 年，負有行為責任醫師殷○○、蕭○○及申請人於停止特約期間，對保險對象提供之門診醫事服務費用，不予支付。

(四)申請人就其於○○醫院停止門診醫療特約業務 1 年期間對保險對象提供之門診醫事服務費用不予支付部分申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意於爭議審議審定前暫緩執行。

二、爭議過程

申請人不服，向本會申請爭議審議，經本會以(100)權字第 00000 號審定書審定「原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。」，審定理由略以：

(一)依卷附臺灣彰化地方法院檢察署檢察官 98 年度偵字第 000 號、第 000 號、第 000 號及 99 年度偵字第 000 號緩起訴處分書記載，健保局認為申請人為○○醫院虛報醫療費用之共犯結構成員之一，業經臺灣彰化地檢署檢察官偵辦查明，該局列管申請人 1 年門診停診處分，固屬有據。

(二)惟申請人一再主張 1.其非○○醫院股東或投資人，只能領取定額薪資，自無意存心詐取健保費放入私囊，也不知○○醫院交託必行之醫療工作是違規違法。2.應將法院判決與行政裁量分開云云，按「參照行政程序法第 36 條、第 40 條、第 43 條規定，行政機關對於應依職權調查之事實，負有概括調查義務，且應依各種合法取得之證據資料認定事實、作成行政決定。」，經法務部 97 年 9 月 9 日法律決字第 970027429 號函釋示有案，查健保局於 98 年 11 月 12 日至 19 日派員訪查○○醫院負責醫師、執業醫師等，其中○○醫院負責醫師蔡○○及執業醫師殷○○於 98 年 11 月 19 日陳稱：「有關本院所提供虛浮報資料中，以郭○○醫師(即申請人)名義虛列醫療費用部分，因郭醫師非本院股東，他確實僅為受聘醫師，對於本院以其名義申報費用之作業並未涉入也不清楚。」，而申請人於 98 年 11 月 16 日陳稱:「本院提列的虛浮報資料中之病患名冊，本人對該份資料之病患相當陌生，本人均確實看診，沒有未看診虛列資料虛報醫療費用之情形。」健保局本於職權派員調查結果，未有積極證

		據認定申請人涉入○○醫院虛報醫療費用之情事，與檢察官認定申請人有於業務上製作不實之看診記錄並據以向健保局申請給付之結果，並不一致;又申請人於 99 年 12 月 9 日向健保局申復時主張在檢察官偵查時,曾提出其看診之手記紀錄單，該單均係其按實製作，並無不實虛報情形，看診手記紀錄單與○○醫院申報資料內之藥品種類、數量完全不同，當場殷○○院長承認於事後侵入電腦更改等語，足見其並無製作不良之看診紀錄行為，如有不實之看診紀錄，應是殷○○事後擅自更改變造所致云云，則申請人究有無參與或協助○○醫院製作不實看診紀錄？健保局意見書未據論明，原卷亦無相關病歷等資料可稽，其實情究為如何？均待釐清。 三、100 年 12 月 29 日健保○字第 0000000000 號函要旨(重新核定) 健保局另向臺灣彰化地方法院檢察署函調98年度偵字第000號等案件之訊問筆錄影本資料，摘錄下列檢察官 98 年 6 月 19 日訊問筆錄內容，以及申請人於司法偵查階段坦承詐欺及偽造文書，並接受檢察機關宣告緩起訴處分、應診 240 小時、罰鍰 325,281 元、與楊○○等人共同公益捐 1000 萬元之處分，重行審核認定申請人為○○醫院虛報醫療費用之共犯結構成員之一至為明顯，處以○○醫院 2 倍罰鍰及停止門診醫療業務 1 年，申請人於○○醫院停止特約期間,對保險對象提供之門診醫事服務費用,不予支付。 四、申請人申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意於爭議審議審定前暫緩執行。 五、申請理由要旨如附件。
審　　定	依據	一、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 37 條第 8 款、第 38 條第 1 項第 2 款、第 40 條第 4 款及第 44 條第 1 項。 二、特約及管理辦法第 37 條違約處分裁量基準第 3 點第 3 款。
	卷證	臺灣彰化地方法院檢察署檢察官 98 年度偵字第 000 號、第 000 號、第 000 號及 99 年度偵字第 000 號緩起訴處分書、訊問筆錄、訪查報告、業務訪查訪問紀錄、本會(100)權字第 000 號審定書等影本及健保局意見書、補充意見書。
	審定理由	如附件。

審定理由

一、申請理由要旨

(一)前次爭審內容，健保局提出之資料，言及○○醫院院長蔡○○及殷○○在健保局調詢時，稱其電腦被竄改，其完全不知情，這是鐵證事實，何以這次健保局又提出殷院長在法庭言及其同意他非法竄改，稱其本人或多或少有同意，這是兩極不同之說法，自相矛盾。其認為這是殷○○在法庭上已知能換取緩起訴處分，為求自我脫罪，先減輕刑責，嫁禍於其本人，至於起訴書內容，繁瑣冗長，因院長要求院內所有人員包裹認罪，以換取緩起訴，事實內容無人知道，就只那些參與協商認罪之股東們才知曉。

(二)其本人也是在接獲通知隔天出庭聽判，趕緊打電話找殷○○，殷○○推給陳律師，其幾次催告殷○○才被告知陳律師手機號碼，陳律師也說已定案，不要節外生枝，其才在隔天出庭聽判，當場簽字，也是沒有時間、沒有辦法細讀內容，大夥都簽名了，其無奈之下也簽名，就為了協商包裹認罪，以換取緩起訴，但這樣是便宜了、輕判了主謀大股東及其他作假之股東們。

(三)其非股東也沒有領取 PPF（業績獎勵金），更沒有資格參與分紅，股東們在事發之前都已分過紅利入袋，事發後還嫁罪於非股東之無辜者，天理何在？檢察官也失察，在法庭上，其看診開藥紀錄單不知何故，落入檢察官手上，檢察官當場詢及其本人為何與申報健保局的資料不符，當場又調詢殷○○，殷院長承認是他竄改，沒經其本人知道，怎能知為求提高股東分紅，違法竄改院內申報電腦資料。其深知貪婪者之心態，採原諒、寬恕殷○○之違法、自私行為，但保有法律追訴權。

(四)至於外勞看診打點滴之事項，其堅決反對，從沒答應，醫院打點滴，病人須自費，非外勞者，一律每瓶 500c.c.收費 200 元+頭皮針 20 元，共 220 元，但不申報健保給付，醫院電腦已有設定。若外勞要打點滴，其堅決收費，醫院電腦有設處方碼 39004 項目，自費 100 元，沒有向健保局申請給付或注射費，但給外勞者之點滴量是 250c.c.生理時鹽水(正好是自費者 200 元/500.c.c.點滴之半量)，其絕沒有不收費就逕為外勞打點滴，這是其本人之堅持，堅持不違法，可調問外勞之 2 位領班。他們會爭論為何殷○○可以，其不可以？因為股東與非股東之分，外勞就會退掛號費，轉找殷院長處理，這情況掛號小姐及打點滴之護士都知情，可調詢作證，或再詢外勞領班。

(五)以往「○○」及「○○」安養院，其堅持要上樓看病人才開藥，就因對方有隱情，不方便看病人，也就作罷，沒續往。至○○及○○安養院，其堅持上樓及按人看診，這可調負責人與其本人對質，○○醫院就因調派護士跟診，多花費，又需多 1 位熟悉電腦人員陪診，才讓按步就班之看診被移花接木。

(六)在事發之前，常發生殷○○看診之安養院病人在星期五下午或晚上把 E2 之病人掛在其門診名下，星期五其本人是待在院內看診，不曾到安養院看診過，為何如此？其詢問櫃檯掛號小姐○○，她掛號是聽殷○○指示的，否則其 1 人，E2 加上門診病人，會忙不過來，最後都是殷○○藉其電腦門診時段，再強制掛在其門診時段之病人名單中，由殷○○再自行竄改、開處方。這在事發前 1 個月即 5 月，屢次發生在星期五下午門診名單中，可再調閱便知。在殷○○概念中，自認為不違法，在被約談後，隔天斗大報紙報導，內容也言及殷院長自認為不違法，既如

此，其是1個非股東醫師更無知，但求健保局能體諒其本人之無知，能再經由此次爭審還其清白，不知者，非股東，無PPF制度之上班者，反而被嫁禍，情何以堪？願健保局行使行政裁量權，讓其有機會平反，才合乎公平、公義。

(七)懇求能撇開殷○○在法庭上為求減刑脫罪，換取緩起訴處分所做之偽證，改採在健保局所說之真正真實陳述，還原事實真相。

二、本會審定理由

(一)本件前經本會以(100)權字第000號審定書審定「原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。」後，健保局另向臺灣彰化地方法院檢察署函調98年度偵字第000號等案件之訊問筆錄影本資料,就申請人及殷○○於98年6月19日、11月17日及99年7月29日接受檢察官偵訊時之陳述內容，重行審核仍認為申請人為○○醫院虛報醫療費用之共犯結構成員至為明顯，依特約及管理辦法第38第1項第2款規定,處以申請人在○○醫院停止特約門診醫療業務1年期間，對保險對象提供之門診醫事服務費用，不予支付，合先敘明。

(二)查本件申請人究有無參與或協助○○醫院製作不實看診紀錄之待究明事實，前經本會以(100)權字第000號審定書審定責由健保局查明，健保局重新核定，依檢察官98年6月19日之下列訊問筆錄內容,以及申請人於司法偵查階段坦承詐欺及偽造文書,並接受檢察機關宣告緩起訴處分、應診240小時、罰鍰325,281元、與楊○○等人共同公益捐1000萬元之處分，認定申請人為○○醫院虛報醫療費用之共犯結構成員：

1.申請人陳述：

「有些外勞打點滴不拿藥，但我還是有開藥單，他們拿不拿藥不關我的事。」

「5天藥改成7天藥是事實，但不給藥被改成給藥可能是我口誤。」

「多少有幾個病患，我沒看到，但還是照以前用藥。」

2.殷○○陳述：

「因為我們和安養院約定是7天看1次，慢性病患我會把5天改成7天，我沒有經過他同意，但我有和他(按指申請人)溝通。」

「外勞部分大都在晚上看，我在東海大學上課，所以大都是他(按指申請人)和蕭醫師看診的。」

「(問：盜刷健保卡的部分，郭○○是否有參與？)多多少少，我回去後會把郭○○的部分列表。」

(三)本件申請人雖一再主張 1.殷○○在法庭上已知能換取緩起訴處分，為求自我脫罪，減輕刑責，嫁禍於其本人，院長要求院內所有人員包裹認罪，以換取緩起訴。2.其非股東也沒有領取PPF（業績獎勵金）及參與分紅，檢察官詢及為何與申報健保局的資料不符，殷○○承認是他竄改，沒經其本人知道。3.其絕沒有不收費就逕為外勞打點滴，可調問外勞之2位領班、掛號小姐及打點滴之護士。4.殷○○藉其電腦門診時段，再強制掛在其門診時段之病人名單中，由殷○○再自行竄改，開處方云云，惟有關申請人有無參與或協助○○醫院虛報費用之待查證事項，健保局重新核定係依據上開檢察官98年6月19日訊問筆錄內容，以及申請人於司法偵查階段坦承詐欺及偽造文書，並接受檢察機關宣告緩起訴處分等條件，認定申請人有參與或協助○○醫院虛報醫療費用之違規行為，固非無見。

(四)惟查申請人對於○○醫院前開違規行為固負有協助或參與之行為責任，然申請人

僅係受○○醫院聘僱之執業醫師，亦未負責醫療費用之申報，就○○醫院非以其名義虛報費用部分之違規行為，自難究責於申請人，而依前開緩起訴處分書記載，○○醫院虛報之醫療費用為 563,721 元，虛報點數超過 25 萬點，固符合情節重大而應予終止特約或就違約科別停止特約 1 年之條件，惟就申請人而言，以申請人名義虛報之醫療費用金額，經健保局認定為 158,827 元，並未達情節重大之程度，衡酌健保局就個別行為醫師處分之裁量慣例，實務上業以各該行為醫師各自之違規情節所涉範圍為斷，據此，依健保局訂定之特約及管理辦法第 37 條違約處分裁量基準第 3 點第 3 款規定：「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十七條第四、五、七、八款情事之一者，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，且無本辦法第四十條所定情事之一者，處停約三個月。」，本件健保局逕核予申請人於○○醫院停止特約門診醫療業務 1 年期間，對保險對象提供之門診醫事服務費用不予支付之處分，顯失衡平，自難謂妥適。

(五)綜上，爰將原核定關於核處申請人於○○醫院停止特約門診醫療業務 1 年期間，對保險對象提供之門診醫事服務費用不予支付部分撤銷，由原核定機關依特約及管理辦法第 37 條違約處分裁量基準第 3 點第 3 款規定另為適當之核定。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 8 款

「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：八、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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條第 1 項第 2 款

「服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：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。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 4 款

「第三十八條第一項第二款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條第 1 項

「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；於受部分服務項目或科別停約或終止特約者，不予支付該服務項目或科別之費用。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條違約處分裁量基準第 3 點第 3 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十七條第四、五、七、八款情事之一者，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，且無本辦法第四十條所定情事之一者，處停約三個月。」

案情摘要

特約診所有就保險對象自費美容，非因疾病就醫，卻刷取保險對象之健保 IC 卡，並以疾病名義申報醫療費用，健保局依行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款及第 70 條前段規定，停止診所特約 1 個月及管制負責醫師暨行為醫師於停約期間，不予支付費用，另基層診所不適用停止特約違規部分之服務項目或科別之規定。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、訪查期間：99 年 3 月 25 日至 5 月 6 日。 二、違規事實：保險對象自費美容非因疾病就醫，卻刷取健保 IC 卡，以疾病名稱申報醫療費用 （一）保險對象有唐姓、蔡姓甲、乙、陳姓、羅姓、張姓、林姓甲、乙、王姓、孫姓共 10 位。 （二）前開保險對象表示，其等至申請人診所係自費做臉部雷射、除斑、除痣等，沒有因皮膚問題看診，醫師有開藥膏，惟申請人卻刷取渠等之健保卡向行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）申報該等保險對象 98 年 10 月至 99 年 4 月間多筆醫療費用。 （三）依皮膚專科審查共識，按雷射治療後會有表淺性皮膚損傷，惟傷口小、易乾涸而形成結痂，且會自動剝落，恢復情形良好，保險對象於施行自費雷射美容，當日另行以健保 IC 卡診療、給藥非診療必要。 三、99 年 7 月 21 日裁處內容 （一）停止特約 1 個月，申請人負責醫師及負有行為責任之醫師李○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。 （二）對於案外人○○藥局申報保險對象藥費及藥事服務費，不予給付，應屬歸責於申請人，核減醫療費用 1,447 點。 四、申請人就停止特約 1 個月，申請人負責醫師及負有行為責任之醫師李○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用部分申請複核，健保局仍維持原核定，惟同意暫緩執行。 五、申請理由及補充理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 39 條第 3 款。 二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱行為時特約及管理辦法）第 66 條第 1 項第 8 款及第 70 條前段。

	卷證	業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、醫學美容治療紀錄表、病歷、醫事機構基本資料查詢、醫事機構設置科別資料查詢、醫事機構開業執照等影本及健保局 99 年 11 月 2 日健保○字第 0000000000 號意見書暨 99 年 11 月 17 日健保○字第 0000000000 號函。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由及補充理由要旨

（一）健保局行政裁罰過當，不符行政程序法第 7 條規定，缺乏適當性、必要性及相當性，並違反同法第 6 條不得為差別待遇之規定。

1. 其執業醫師均親自診視病患、詳實記載病歷及開立處方、處方釋出交給病患、病患自付掛號費與部分負擔，並遵守全民健康保險法第 39 條自費規定，僅病患術後傷口照護當日得否申報健保，與健保局認知不同，並未違反特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款之規定。

2. 健保局具有法令解釋之優勢及累積之豐富行政經驗，應可就可能引發之申報適法性疑慮，對健保特約醫事機構先提出意見、函告週知或提醒注意，而非讓特約醫事機構在不了解是否因法令認知與健保局有所差異需調整修正前，即給予處罰。

3. 其診所執業醫師共 8 位，登記 5 個診療科別，均獨立運作。

4. 健保局認定有疑慮之申報部分為皮膚科李○○醫師申報之雷射手術治療後傷口照護之藥品相關費用共 1 千餘點，該手術治療僅由李○○醫師執行，然該局裁罰全診所。診所每月申報點數 200 萬點以上，與認定有疑慮之申報點數 1 千餘點，二者不成比例。

5. 90 年 4 月○○醫院因放射科違反規定，該診療科別遭健保局停止特約；95 年 4 月○○醫院內科及復健科因違反規定遭健保局處以門診停止特約。前案例處罰之主體均為負行為責任之科別，其診所屬聯合執業形態，各診療科別亦於衛生局登記有案，健保局卻將全診所各科停止特約 1 個月，顯為差別待遇。

（二）本案裁罰依據之合法性及正當性存有疑義，行政行為內容未符明確性原則

1. 健保局所援引之專審共識未具體說明適用雷射種類，無法一體適用所有案例，且該共識未經對外函告程序，不具對外裁罰效力，不應以該專審共識據以處罰停止約 1 個月。

2. 健保局所列查核個案之情況，均可連結至特定疾病代碼，均屬皮膚疾病，使用雷射治療可達效果，惟健保不給付，又所稱應包含相關預防性用藥等之說明，亦曾見於其他針對全民健康保險法第 39 條相關之正式函告之公文或函釋。

3. 本案可完全與鉌雅鉻雷射手術治療案例類比，差別只有雷射手術治療部分為健保不給付，健保局卻認定本案術後傷口照護之費用申報屬虛報，不應有雙重認定標準。

（三）專審共識內容未具普遍性原則。

（四）健保局未曾就可能引發申報疑慮之部分主動函知各執業醫師，其診所及皮膚科醫師並未有故意違反之意圖。

1. 本案申報給付項目為傷口照護需要之抗生素等藥品，屬健保給付項目，特約醫事服務機構若自立名目收費，須處以相關罰責，其診所自應謹慎避免逾法。

2. 衛生署對全民健康保險法第 58 條及第 39 條規定可能衍生之申報問題函告、說明前，其診所確實無法瞭解，健保局實不應未充分溝通、輔導下，給予處罰。

（五）本案為民眾自費雷射治療，治療後衍生術後傷口照護之疾病診療、用藥申請保險給付，符合健保局 94 年 8 月 23 日健保醫字第 0940059956 函釋所稱「自費診療引發之相關病症，基於保障保險對象醫療照護權益，其屬於疾病診療、醫療必需之

臨床處置、檢查或用藥，仍得予以保險給付。」。

二、本會審定理由

（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係民眾反映申請人診所為自費打脈衝光、雷射、點痣、除斑等美容病患，以疾疾名義再向健保局申請四環素軟膏、涉有施行美容項目，卻刷健保卡申報相關醫療費用情事，健保局乃於 99 年 3 月 25 日至 5 月 6 日期間，派員訪查申請人診所、保險對象，發現申請人有就唐姓等 10 位保險對象自費美容，非因疾病就醫，惟申請人卻刷取該等保險對象之健保 IC 卡，以「外麥粒腫」「磨損或擦傷，多處及未明示位置者，未提及感染」等名義，向健保局申報渠等保險對象 98 年 10 月至 99 年 4 月間多筆醫療費用（診察費）之情事，除經原核定論明者外，並有經各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、病歷、醫學美容治療紀錄表等影本附卷可稽。

（二）本件受訪之唐姓等 10 位保險對象均為成年人，渠等對於其本人至申請人診所就診之原因、過程、有無施行自費美容療程以外之處置陳述詳實明確，未有記憶不清之情事，且前開訪問事項，如就醫原因、有無領取藥品、身體不適或疾病等情形，均非難以認明，健保局依合法程序所為之訪查訪問紀錄，均經該等保險對象簽名確認在案，如無其他不當或違法之處，應推定其具有真實性。

（三）申請人雖主張病患術後傷口照護當日得否申報健保，與健保局認知不同，並未違反特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款，符合健保局 94 年 8 月 23 日健保醫字第 0940059956 號函釋云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 健保局意見書陳明，略以：

（1）依全民健康保險法第 31 條規定，保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；同法第 39 條規定，有關美容外科手術之費用，不在本保險給付範圍，上開已明確區別患者就醫身分，以健保身分就醫，屬該局健保給付範圍，並符合病情需要，該筆醫療費用由該局支付給保險醫事服務機構。

（2）案內該局抽訪之 10 位保險對象非因疾病前往申請人診所就醫，係自費做臉部雷射，醫師本應就病患相關之美容療程處置項目予診察、評估、處置並給予預防性用藥，惟申請人診所卻利用自費美容項目又刷取保險對象健保 IC 卡，並以磨損或擦傷，多處及未明示位置者，未提及感染或外麥粒腫等疾病名稱，向該局申報診察費。

（3）保險對象當日非病因性自費美容之項目，含括預防性之投藥，醫療院所不應另行切開歸在健保給付項目。申請人診所對於未具健保身分之一般民眾做自費美容，毋需再次收取診察費及該預防性用藥之費用，申請人診所當日向保險對象刷取健保 IC 卡，係向該局申報診察費，該項診察費也應包括在自費處置項目之中，不應申報該項費用。前揭 94 年 8 月 23 日函之規定，係針對自費診療後引發之相關病症之就醫。

2. 查系爭唐姓等 10 位保險對象均係自費至申請人診所施行臉部雷射、除斑、除痣等美容手術，為申請人所不否認，且有上開保險對象簽名確認之業務訪查訪問紀錄及申請人所屬醫學美容中心醫學美容治療紀錄表可按，而該等保險對象於美容手術當日並無因不適或疾病需門診就醫之事實，申請人即不得申報該等保險對象門診就醫之醫療費用（診察費），縱上開保險對象於施行美容手術後確有

給予傷口照護需要抗生素等藥品之必要，惟醫師於美容手術當日之術後評估本為執行自費美容手術一環，自不得以該術後評估（自費）與診察病患（健保給付）混為一談，則上開保險對象於自費美容當日，既無因不適或疾病門診就醫並經申請人所屬醫師診察之事實，申請人診所卻於該等保險對象自費美容當日另向健保局申報醫師診察費，即有不當。

（四）另申請人主張其診所執業醫師共 8 位，登記 5 個診療科別，均獨立運作，健保局認定有疑慮之申報部分為皮膚科李○○醫師申報之雷射手術治療後傷口照護之藥品相關費用共 1 千餘點，且健保局前處罰之主體均為負行為責任之科別，健保局卻處罰全診所各科停止特約 1 個月，顯不成比例，且有差別待遇云云

1.健保局意見書已陳明，略以：

（1）申請人診所診療科別登記有 5 科，該局依檢舉內容查證皮膚科，並確實有違規情事，與申請人提出其每月申報點數並無直接關係。而申請人診所係基層醫療單位，由負責醫師黃○○與該局簽訂合約，其他醫師登記為執業醫師，非聯合門診或醫院之性質。

（2）該局對於特約醫事服務機構之違規處理，一向秉持處分之一致性及公平性原則，同屬基層診所，該局對申請人診所之違規情事，予以停止特約 1 個月，負責醫師黃○○及負有行為責任醫師李○○兩人於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，該局不予支付之處分一致，並未違反行政程序法第 6 條不得為差別待遇之規定。

2.此部分爭點在於健保局得否僅就基層診所違反規定部分之診療科別或服務項目予以停止特約，查「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：八、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。」為首揭行為時特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款所規定，該規定於 99 年 9 月 15 日修正為「服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：八、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。」，考其修正說明「為使語意明確，……並未變更其實質內涵」意旨，即立法本意原僅規範健保局得就特約醫院於其違反規定部分之服務項目或科別予以停約，並未包含基層診所，申請人所稱，核有誤解。

（五）法律適用結果

綜上，本件申請人有虛報系爭醫療費用之違規情事，洵堪認定，健保局處以申請人停止特約 1 個月，申請人負責醫師及負有行為責任之醫師李○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。又本件違規事證已臻明確，申請人其餘主張對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 39 條第 3 款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。」

二、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：八、其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 70 條前段

「保險醫事服務機構受停止或終止特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」

案情摘要

特約診所前報准至養護機構提供醫療服務之期限屆至，並未依行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 26 條規定，重新報經健保局同意，該未報准支援期間之醫療費用，健保局不予支付。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	申請補付醫療費用。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、違規事實及 99 年 7 月 20 日裁處內容 申請人診所負責醫師柯○○前報准至○○市私立○○老人養護中心等 3 家養護機構為保險對象提供醫療服務期限，於 99 年 4 月 30 日屆至，申請人診所迄至 99 年 7 月 5 日（原核定誤繕為 7 月 6 日）始發函向行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）申准同意自 99 年 7 月 6 日起辦理支援是項業務，爰申請人診所負責醫師柯○○於未經該局同意支援期間（99 年 5 月 1 日至 7 月 5 日）自行前往上開養護機構提供醫療服務所衍生相關醫療費用，該局歉難核付。 二、申請人申請複核，健保局仍維持原核定。 三、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 26 條。 二、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產所、社區精神復健機構、居家照護機構適用）第 17 條第 1 項第 5 款。
	卷證	健保局○區分局（於 99 年 1 月 1 日改制為健保局內部單位○區業務組）98 年 5 月 25 日健保○醫字第 0000000000 號函影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其診所柯○○醫師自97年起擔任○○市私立○○、○○、○○等老人養護中心特約醫師，迄99年期滿後，由衛生署線上申辦系統報備支援，並於4月26日經○○市衛生局核准，當時承辦人員告知往後採線上申報，不須再行文。

（二）醫師支援養護中心的報備流程，健保局以往係依衛生局副本登錄，如資料不齊會通知補件，但99年7月5日健保局才通知改為需自行列印、遞送書面資料，否則不予採認，其診所遂於當天列印報備核准資料，併同支援養護機構切結書，立即補送健保局，並隨即獲准。

（三）有關醫師支援報備流程之變更，既無公文，亦未見諸公告，其診所實無從得知，因不知情，其診所醫師仍延續相關作業規範，現場以攜帶式讀卡機刷卡看診、即時上傳，並於99年6月20日上傳99年5月E2案件及養護機構院民名冊，亦從未被告知程序疏漏，以致未能及時補正。

（四）請酌量程序缺失係因流程變更且資訊不足，絕非故意漏報，從寬審議，惠予補付。

二、本會審定理由

（一）按行為時特約及管理辦法第 26 條規定：「特約醫院及診所得派遣醫師至經目的事業主管機關許可設立，並備有符合醫療機構設置標準之診療空間之公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家，為保險對象提供一般門診診療服務。前項特約醫院及診所之派遣醫師，應向當地衛生主管機關報准，並經保險人同意始得為之。」，是特約醫院及診所除應向當地衛生主管機關報准外，並應經健保局同意始得派遣醫師及人員至經目的事業主管機關許可設立之公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家，為保險對象提供一般門診診療服務，審諸其意甚明，合先敘明。

（二）本件申請人診所負責醫師柯○○原向○○市衛生局及健保局申准至○○市私立○○老人養護中心等 3 家養護機構支援醫療業務之期間為 98 年 5 月 1 日至 99 年 4 月 30 日，該支援期限屆至後，柯○○醫師如欲繼續辦理系爭支援醫療業務，依前揭規定，申請人診所除需向○○市衛生局報准外，並應經健保局同意，惟申請人診所於 99 年 4 月 26 日申經○○市衛生局核准後，並未於前開期限屆至前，一併申經健保局同意續辦系爭支援醫療業務，迄至 99 年 7 月 5 日始向健保局提出申請，並經該局以書面同意申請人診所負責醫師柯○○自 99 年 7 月 6 日起辦理支援醫療業務，為申請人所不爭執，則申請人診所負責醫師柯○○於 99 年 5 月 1 日起至 7 月 5 日期間至上開養護機構提供醫療服務，即未符前開規定，健保局未准核付系爭醫療費用，於法並無不合。

（三）申請人固一再主張健保局以往係依衛生局副本登錄，其診所係因報備流程變更，且資訊不足，致漏未報備云云，惟健保局業以 99 年 12 月 14 日健保○字第 0000000000 號意見書陳明，略以按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法自 95 年 2 月 8 日修正發布後，有關醫師至安養機構提供醫療服務之作業流程皆無改變。以往衛生局有紙本公文副知該局，該局尚能盡告知義務，提醒院所於原核准期間結束後應重新提出申請。近年衛生局採節能減碳政策，醫師報備支援採

線上作業不再另行發函，該局於衛生署醫事管理系統亦僅具查詢功能。惟整個申請支援醫療業務流程不應視該局通知與否論定，審諸前開法規本意，醫師至安養機構執行醫療業務，該局保有同意與否之權力，醫事服務機構辦理該項業務應經該局同意始得辦理。況依該局 98 年 5 月 25 日健保○醫字第 0000000000 號函內容可知，該局核准前次支援案乃係依申請人診所提出之支援安養機構切結書辦理，亦即前案乃是經由申請人診所提出申請後同意，而非申請人診所所指依衛生局副本登錄等語，申請人所稱，核難執為本案之論據。

（四）綜上，健保局函復申請人，略以申請人診所負責醫師柯○○前報准至養護機構提供醫療服務之期限於 99 年 4 月 30 日屆至，申請人迄至 99 年 7 月 5 日始向該局申請繼續支援是項業務，申請人診所負責醫師柯○○於未經該局同意支援期間（99 年 5 月 1 日至 7 月 5 日）至養護機構提供醫療服務之醫療費用，歉難核付等語，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、 行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 26 條

「特約醫院及診所得派遣醫師至經目的事業主管機關許可設立，並備有符合醫療機構設置標準之診療空間之公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家，為保險對象提供一般門診診療服務。前項特約醫院及診所之派遣醫師，應向當地衛生主管機關報准，並經保險人同意始得為之。」

二、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產所、社區精神復健機構、居家照護機構適用）第 17 條第 1 項第 5 款

「乙方申請之醫療費用，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：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

案情摘要

特約基層診所依支付標準第一部總則第 4 點規定申請核可實施 18005B 等非基層院所適用類別之診療項目，因該診所位屬醫療資源豐富地區，保險對象倘因醫療必要，應轉診至鄰近之醫院檢查處置，健保局未准同意實施。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	特約醫療機構實施全民健康保險醫療費用支付標準適用類別以外項目申請。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、案件緣由及原核定內容 緣申請人於100年1月31日向健保局申請特約醫療機構實施全民健康保險醫療費用支付標準（以下簡稱支付標準）適用類別以外項目超音波心臟圖(包括單面、雙面)支付代碼：18005B、18006B、18007B 及 18019B 等 4 項診療項目,經健保局於 100 年 3 月 3 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以因台北地區醫療資源豐富，建議可轉診至醫學中心，未便同意實施。 二、申請人申請複核，健保局回復仍未便同意實施，理由為台北地區醫療資源豐富，建議申請人可轉診至醫學中心或教學醫院處置。 三、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	支付標準第一部總則第 4 點 「各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。」
	卷證	特約醫療機構實施全民健康保險醫療費用支付標準適用類別以外項目申請表、行政院衛生署醫療器材許可證、○○國際股份有限公司出貨單、中華民國心臟學會專科醫師證書、行政院衛生署內科專科醫師證書及醫師證書等影本暨健保局意見書、補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

(一)其診所醫療設備完善且具有專任心臟科權威醫師，足以檢查判斷，病患可避免至醫學中心、教學醫院等候冗長之排程檢查。醫學中心、教學醫院平均醫療費用均高，且如上述常需等候冗長之排程檢查，若考量病患之經濟負擔及就醫之便利性，則其診所遠優於醫學中心或教學醫院。

(二)台北地區醫療資源雖然豐富，但因醫學中心或教學醫院理應擔負疑難重症之診治、研究，卻因為一般疾病就診之量過高而無法就教學、研究做進一步之進展。其診所秉承病患適應症及需要性給予檢查，為提供病患就醫可近性及全方位照護原則，同時分攤一般疾病之診治，以利醫學中心或教學醫院能更專注於疑難重症之研究、教學，請重新考量病患就醫權利及醫療費用支出，准許其診所適用類別以外項目申報該項醫令。

二、本會審定理由

(一)按系爭超音波心臟圖(包括單面、雙面)Echocardiography (-M-mode and -sector- scan)（18005B)、杜卜勒氏超音波心臟圖 Doppler echocardiography（18006B)、杜卜勒氏彩色心臟血流圖 Doppler color flow mapping（18007B)及攜帶式心電圖記錄檢查 24hrs. Holtor's scan（18019B）計 4 種診療項目，倘若係由醫學中心、區域醫院及地區醫院層級之特約醫療院所實施，健保局即得依支付標準前開各項編號所列支付點數支付，倘若由屬於基層院所層級之特約醫療院所實施者，則不予支付。本件申請人與健保局特約類別為基層院所，乃依支付標準第一部總則第 4 點規定，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，向健保局申請核可實施前開非基層院所適用類別之診療項目，先予敘明。

(二)申請人固主張其診所醫療設備完善且具有專任心臟科權威醫師，足以檢查判斷云云，惟經本會委請醫療專家審查結果，認為申請人診所位於○○市○○區，位屬醫療資源豐富之台北地區，保險對象倘因醫療必要而需使用 18005B、18006B、18007B 及 18019B 等診療項目，應轉診至鄰近之醫院檢查處置。

(三)綜上，健保局函復申請人，略以所請實施支付代碼：18005B、18006B、18007B 及 18019B 項目，未便同意實施等語，並無不合，原核定應予維持。至申請人其餘主張，對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

二、投保事項

案情摘要

全民健康保險法第 11 條所謂「失蹤」係指除失蹤本人以外，無人知其生死之情形，係他人之認知，法理上斷無失蹤者自己主張自己失蹤之理，保險對象因案自行逃匿，至親好友非不知其去向，並不符合失蹤應退保之條件。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	一、關於計收 95 年 4 月至 10 月、12 月、96 年 1 月至 98 年 8 月保險費部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事　　實	一、案件緣由及健保局文件內容要旨 （一）繳款單 計收申請人 95 年 4 月至 10 月、12 月、96 年 1 月至 99 年 9 月及眷屬何○○95 年 4 月至 10 月、12 月、96 年 1 月至 97 年 3 月保險費計新台幣（下同）47,859 元及 95 年 11 月保險費滯納金 181 元，共計 48,040 元。 （二）100 年 5 月 17 日健保○字第 0000000000 號函 申請人原於 88 年 4 月 1 日加保於○○市○○區公所，另眷屬何○○分別於 88 年 4 月 1 日至 89 年 1 月 25 日、90 年 1 月 25 日至 97 年 4 月 23 日以眷屬身分依附申請人投保，復查申請人投保期間已積欠 98 年 8 月前之保險費，該局業依法移送強制執行，至 98 年 9 月至 99 年 9 月保險費該局已於 100 年 5 月 12 日催繳在案。茲依申請人來函查閱在監執行資料，辦妥申請人 99 年 10 月 15 日入監退保，並就仍在公法請求權 5 年時效內之保險費，更正追繳申請人 95 年 4 月至 99 年 9 月保險費 47,859 元（其中 95 年 4 月至 97 年 3 月含眷屬何○○保險費，另 95 年 11 月及部分 95 年 12 月保險費已執行扣收）及 95 年 11 月滯納金 181 元，共計 48,040 元。 （三）100 年 8 月 16 日健保○字第 0000000000 號函 健保局依據法務部行政執行署○○行政執行處 100 年 7 月 27 日○字第 0000000000 號函轉申請人所提聲明異議狀，就申請人服刑退保及健保費等疑義函復，略以申請人陳述 89 年 9 月 6 日因案通緝，至 99 年 10 月 14 日入監服刑乙事，依全民健康保險法(以下簡稱健保法)第 11 條第 1 款規定，所稱退保係指在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者，通緝尚不在此限；另同條第 2 款規定失蹤滿 6 個月，所稱失蹤依健保法施行細則第 35 條規定，係指戶籍資料註記失蹤、行方不明或查尋人口（註：97 年 9 月 5 日修正後條文為「本法第 11 條所稱失蹤，指經警察機關或入出國及移民主管機關受理登記為失蹤、行方不明或查尋人口。」），倘申請人係屬前開情形，請檢附相關資料俾利更正退保日

	期。 二、申請人檢附前開繳款單及100年5月17日、8月16日2函，提起訴願，經行政院衛生署移由本會審理。
理　　由	一、法令依據： （一）全民健康保險爭議事項審議辦法第2條第1項及第18條第1項第6款。 （二）健保法第10條第1項第1款、第11條、第11條之1、第30條第1項前段、第2項及其施行細則第35條第1項。 （三）戶籍法第50條第1項及其施行細則第19條第3項。 二、本件綜合前開繳款單、復函內容及申請理由，本件爭議標的為申請人本人95年4月至10月、12月、96年1月至99年9月保險費、95年11月保險費滯納金及申請人99年10月14日入監服刑前通緝期間，是否符合健保法所定之退保要件？合先陳明。 三、關於計收95年4月至10月、12月、96年1月至98年8月保險費部分 此部分保險費，業經健保局依法移送法務部行政執行署○○行政執行處強制執行(其中95年4月至98年8月保險費分別於97年10月24日、99年2月26日及100年3月25日取得債權憑證)，則此部分保險費，健保局再次發單催繳，僅係觀念通知，即非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。 四、關於計收申請人95年11月保險費滯納金部分 （一）依健保法第30條第1項前段及第2項規定，被保險人如未於期限內繳納保險費者，得寬限15日，屆寬限期仍未繳納，自寬限期滿之翌日起至完納前1日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，並以應納費額之百分之十五為限，被保險人屆150日仍未繳納者，保險人得移送強制執行。 （二）依卷附相關資料顯示，申請人遲未繳納95年11月保險費1,208元，經健保局於98年3月11日移送法務部行政執行署○○行政執行處，迄於98年12月2日始由申請人帳戶扣收，則健保局就95年11月保險費，依每逾1日加徵其應納費額百分之零點一滯納金規定，並以應納費額之百分之十五為限，核收滯納金計181元(1,208×15%＝181)，並無不合。 五、關於計收申請人98年9月至99年9月保險費部分 （一）申請人係中華民國國籍，在台設有戶籍（於89年10月3日經○○市○○區戶政事務所核准逕為住址變更登記為該戶政事務所)，為本保險強制納保之保險對象。 （二）申請人主張其自89年9月6日遭○○地方法院檢察署發佈通緝，89年10月3日核准戶籍遷入戶政事務所，是其自89年起屬行方不明之失蹤人口，非屬全民健康保險之保險對象云云，所稱經核有誤解，分述如下： 1.按健保法第11條所稱失蹤，指經警察機關或入出國及移民主管機關受理登記為失蹤、行方不明或查尋人口，為健保法施行細則第35條第1項所規定，該規定於97年9月15日修正前係規定健保法第11條所稱失蹤，指戶籍資料註記失蹤、行方不明或查尋人口，是健保法第11條所稱失蹤，於97年9月15日修正前係指戶籍資料註記失蹤、行方不明

	或查尋人口；97 年 9 月 15 日修正後，則為警察機關或入出國及移民主管機關受理登記為失蹤、行方不明或查尋人口，先予陳明。 2. 經查卷附戶籍謄本影本及個人戶籍資料查詢，申請人之戶籍資料並無失蹤、行方不明或查尋人口之註記。至於戶籍謄本記載之地址及全戶動態記事為「○○市○○區戶政事務所」「經○○市○○區第一戶政事務所民國 89 年 10 月 3 日核准逕為住址變更登記」，僅係戶政事務所依戶籍法第 50 條第 1 項及同法施行細則 19 條第 3 項規定逕為登記，將申請人戶籍暫遷至戶政事務所，與戶籍資料註記失蹤、行方不明或查尋人口，容屬有別。 3. 健保局於 101 年 2 月 22 日分別以健保○字第 0000000000 號及第 0000000000 號函請內政部警政署及內政部入出國及移民署提供該等機關或所屬單位受理申請人登記為失蹤、行方不明或查尋人口等資料，經查復情形如下： （1）○○市政府警察局○○分局： 申請人非失蹤人口，係戶政單位通報為遷出未報或未按址遷入之行方不明人口。 （2）內政部入出國及移民署： 有關函詢事項非該署業管。 （3）綜上，警察機關或入出國及移民主管機關並未受理登記申請人為失蹤、行方不明或查尋人口。 4. 又因案自行逃匿，至親好友非不知其去向，此與所謂「失蹤」係指除失蹤本人以外，無人知其生死之情形不同；再者所謂失蹤，係他人之認知，法理上斷無失蹤者自己主張自己失蹤之理，亦有臺北高等行政法院 89 年度訴字第 4099 號判決可資參照。 5. 承上，申請人並不符合健保法第 11 條規定失蹤之條件，仍應納保並繳納保險費。 六、法律適用結果 綜上，關於計收 95 年 4 月至 10 月、12 月、96 年 1 月至 98 年 8 月保險費部分，申請審議應不予受理；其餘關於健保局函復申請人，略以請申請人檢附失蹤之相關資料俾利更正退保日期等語，並計收 98 年 9 月至 99 年 9 月保險費及 95 年 11 月保險費滯納金，並無不合，此部分原核定均應予維持。 據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項

「被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就下列全民健康保險事項所為之核定案件（以下簡稱權益案件）發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

四、全民健康保險法第 11 條

「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。二、失蹤滿六個月者。三、喪失前條所定資格者。」

五、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

六、全民健康保險法第 30 條第 1 項前段及第 2 項

「投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限 15 日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金；加徵之滯納金額，以至應納費額之百分之十五為限。」、「前項保險費及滯納金，自投保單位應繳納之日起，屆三十日仍未繳納者，保險人得依法移送強制執行；被保險人屆一百五十日仍未繳納者，亦同。」

七、全民健康保險法施行細則第 35 條第 1 項

「本法第十一條所稱失蹤，指經警察機關或入出國及移民主管機關受理登記為失蹤、行方不明或查尋人口。」

八、戶籍法第 50 條第 1 項

「全戶遷離戶籍地，未於法定期間申請遷徙登記，無法催告，經房屋所有權人、管理機關、地方自治機關申請或無人申請時，戶政事務所得將其全戶戶籍暫遷至該戶政事務所。」

九、戶籍法施行細則第 19 條第 3 項

「戶政事務所依本法第五十條第一項規定逕為登記者，應將其全戶戶籍暫遷至該戶政事務所並註明地址，同時通報警察機關。」

案情摘要

國人在臺初設戶籍滿4個月起，即為本保險強制納保之保險對象，設籍與否之認定，以戶籍登記為準據。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	退還徐○○及陳○○98年4月至98年11月之保險費。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、原核定文件要旨 (一)100年9月保險費繳款單 1.繳款人為徐○○部分 計收申請人及眷屬陳○○100年9月保險費、眷屬徐○○及陳○○99年9月至100年9月保險費共新台幣(下同)18,452元。 2.繳款人為徐○○及陳○○部分 各計收徐○○及陳○○96年7月至99年8月保險費24,987元。 (二)健保局100年11月30日健保○字第0000000000號函要旨 申請人之子徐○○及陳○○分別於96年3月21日及96年3月15日初設戶籍，並於96年7月21日及96年7月15日初設戶籍滿4個月，從未除籍，雖戶政事務所加註2人於96年3月24日出境、98年12月1日入境，因仍屬設籍狀態，且未事先選擇停保，依規定仍應自符合加保日補繳保險費。 二、申請人為徐○○及陳○○之法定代理人，就其等2人98年4月至98年11月保險費部分不服，向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據 全民健康保險法第10條第1項第1款、第11條之1及其施行細則第36條第2款前段。 二、事實認定部分 (一)強制納保對象： 本件申請人之子徐○○及陳○○係中華民國國籍，分別於96年3月21日及96年3月15日初設戶籍，自設籍滿4個月之96年7月21日及96年7月15日起，為本保險強制納保之保險對象。 (二)加保情形： 申請人之子徐○○及陳○○分別自96年7月21日及96年7月15日起為本保險強制納保之保險對象，惟其等未以適當身分加保，嗣於100年10月5日由申請人填具「未滿20歲獨立加保聲明書」及「全民健康保險第6類保險對象補中斷轉入、轉出申請表」，辦理徐○○及陳○○於96年7月至99年8月期間以第6類第2目被保險人身分加保於○○市○區區公所。

	(三)入出境情形： 申請人之子徐○○及陳○○均於96年3月24日出境至98年12月1日入境，單次出境期間雖逾6個月，惟皆未於該次出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費規定。 (四)綜上，申請人之子徐○○及陳○○應繳納系爭保險費。 三、申請人雖主張其與徐○○及陳○○3人於96年3月24日出境，僅其本人於98年4月20日被除戶遷出，徐○○及陳○○均未除戶，健保法規有設籍就必須繳健保費，顯有漏失之空間云云，惟設籍與否，健保局係依戶籍法第67條第1項所定之戶籍登記為依據，所稱核難執為本案之論據。 四、法律適用結果 綜上，健保局計收系爭保險費，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第10條第1項第1款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

二、全民健康保險法第11條之1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

三、全民健康保險法施行細則第36條第2款前段

「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：二、預定出國六個月以上者。」

案情摘要

大陸人士所持入境證件載明「於效期內得入出境一次」，入境後於 98 年 4 月 9 日出境，該證件即已失效，自 98 年 4 月 9 日出境起喪失健保加保資格，應予退保。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、上開健保○字第 0000000000 號函要旨 行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）循申請人之申訴，函復申請人，略以申請人配偶陳○○所持證件為單次入出境證，其於 98 年 4 月 9 日出境後即喪失健保加保資格，該局已逕辦理申請人配偶陳○○自 98 年 4 月 9 日出境日退保，並請陳○○於再次入境起連續停留滿 4 個月，再次辦理健保投保手續，以維健保就醫權益等語。 二、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 10 條第 2 項前段、第 11 條第 3 款及其施行細則第 34 條之 1 前段。 二、大陸人士參加健保後其出境後再入境參加健保資格處理原則第 2 點。
	卷證	保險對象計費投保歷史資料、全民健康保險第 6 類保險對象投保、退保申請表、大陸人士申請來台資料查詢作業等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

其眷屬陳○○之健保費，每月由其帳上扣繳，為何不能享有醫療權益?其於 99 年 2 月 26 日至健保局櫃檯欲申請核退其眷屬陳○○自墊醫療費用時，健保局職員回復條件不符合，無法受理，該職員明顯誤導，且已延誤其眷屬申請核退之時效。又健保局於 99 年 5 月 3 日未經其同意，且在其正常繳費狀況下，強行將其眷屬陳○○退保，為何要將之退保?

二、本會審定理由

（一）事實認定部分

申請人眷屬陳○○為大陸人士，97 年 10 月 23 日經申准以團聚事由單次入境(有效期限延期至 98 年 6 月 2 日)，於 97 年 12 月 2 日入境，98 年 4 月 2 日在台居留滿 4 個月，申請人於 98 年 4 月 6 日為陳○○辦理自 98 年 4 月 2 日起以第 6 類第 2 目被保險人眷屬身分依附其加保於○○縣○○鎮公所，惟陳○○於 98 年 4 月 9 日出境後，即不具投保資格，依規定應自 98 年 4 月 9 日辦理退保，經健保局電話告知申請人辦理其眷屬陳○○退保未果，乃逕將陳○○自 98 年 4 月 9 日退保，於法並無不合。

（二）申請人主張其於 99 年 2 月 26 日至健保局申請核退眷屬陳○○自墊醫療費用時，健保局回復條件不符合，無法受理，已延誤申請核退之時效，以及健保局未經其同意，且在其正常繳費狀況下，強行將其眷屬陳○○退保云云

查申請人於 98 年 4 月 6 日至該局為其大陸配偶陳○○辦理自 98 年 4 月 2 日(即入境日連續停留滿 4 個月)之投保手續(核准來台事由為團聚，發證日為 97 年 10 月 23 日、入境日為 97 年 12 月 2 日、截止日為 98 年 4 月 22 日，並准延期至 98 年 6 月 2 日)，惟查陳○○所持證件載明「於效期內得入出境一次」，其於 98 年 4 月 9 日出境，該證件即已失效，即陳○○於 98 年 4 月 9 日出境後喪失健保加保資格，應主動辦理自 98 年 4 月 9 日退保。申請人因未辦理其大陸配偶陳○○退保手續，經該局查核發現，並電洽申請人主動辦理，惟申請人並未辦理。該局遂於 99 年 5 月 3 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，該局已逕辦陳○○退保手續，另核退其 98 年 5 月至 99 年 3 月保險費計 7,249 元，扣除陳○○不符投保資格期間使用之醫療費用1,331元及申請人99年4月健保費494元，尚餘5,424元，留待沖抵申請人 99 年 5 月以後開計之健保費，已屬從寬。另申請人提及陳○○之境外自墊醫療費用核退時，該局以「條件不符合核退」為由，無法受理其申請乙節，查係因陳○○98 年 4 月 9 日至申請期間不符合健保加保資格，自不能申請自墊醫療費用核退等語，業經健保局前開意見書陳明在卷，所稱核有誤解。

（三）法律適用結果

綜上，健保局函復申請人，略以申請人配偶陳○○所持證件為單次入出境證，其於 98 年 4 月 9 日出境後即喪失健保加保資格，該局已逕辦理陳○○自 98 年 4 月 9 日出境日退保等語，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 10 條第 2 項前段

「不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，亦得參加本保險為保險對象。」

二、全民健康保險法第 11 條第 3 款

「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：三、喪失前條所定資格者。」

三、全民健康保險法施行細則第 34 條之 1 前段

「保險對象有依本法第十一條規定應予退保情形而投保單位未依前條規定辦理退保手續時，保險人得逕依相關主管機關提供之資料，為其辦理退保手續並通知投保單位及保險對象。」

四、大陸人士參加健保後其出境後再入境參加健保資格處理原則第 2 點

「二、大陸人士持單次入出境證者參加健保後，其離境再持新證件入境，依全民健康保險法第十條第二項規定辦理(即合法之受雇者，自受雇日起，參加健保；無職業者或以眷屬身分投保者，自在台居留四個月時起，參加健保)。」

案情摘要

大陸人士經申准入境，自在臺居留滿 4 個月起，符合加保資格。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	因健保局行政錯誤，導致損失，要求健保局賠償。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	100 年 4 月 13 日健保○字第 0000000000 號函要旨 一、申請人配偶殷○以依親居留事由之臺灣地區入出境許可證於 97 年 6 月 1 日依附申請人加保於○○市○區區公所，並於 97 年 11 月 12 日辦理停保後，該居留許可證於 97 年 11 月 23 日屆期失效時，殷○即喪失參加全民健保資格。惟申請人前於 99 年 2 月 23 日辦理殷○復保手續時，未申請殷○自 97 年 11 月 23 日退保，卻以新申領之團聚事由之臺灣地區入出境許可證辦理復保手續，致該局僅依據申請事宜審核殷○停復保情形，未查明殷○原依親居留許可證已於 97 年 11 月 23 日屆期失效應辦理退保，並應待持新換發之團聚事由之臺灣地區入出境許可證入境滿 4 個月始符合加保，而誤核定殷○自 99 年 2 月 7 日復保。 二、復查殷○99 年 2 月 7 日復保後又於 99 年 2 月 26 日出境，該團聚事由之入出境許可證即已失效，亦不符合參加全民健保。 三、綜上，該局已逕辦理殷○自 97 年 11 月 23 日退保及註銷 99 年 2 月 7 日復保之核定，並於 100 年 3 月 30 日開列殷○99 年 2 月至 100 年 1 月期間之退費支票金額新台幣 7,908 元退還申請人，對於該局誤核定殷○99 年 2 月 7 日復保乙節，尚請見諒。
理　　由	一、法令依據 (一)全民健康保險法第 10 條第 2 項前段、第 11 條第 3 款及其施行細則第 34 條之 1 前段。 (二)大陸人士參加健保後，其出境後再入境參加健保資格處理原則第 2 點及第 3 點。 二、事實認定部分 (一)投保資格： 1. 本件申請人配偶殷○為大陸人士，於 94 年 1 月 31 日申准以依親居留事由入境（有效期限至 97 年 11 月 23 日），自其在臺居留滿 4 個月時起，至 97 年 11 月 23 日居留期限止，為本保險強制納保之保險對象。 2. 殷○復於 98 年 11 月 5 日申准以團聚事由入境（有效期限至 99 年 8 月 7 日），其於 99 年 2 月 7 日入境，旋於 2 月 26 日出境，在臺居留期間未滿 4 個月，不具本保險之投保資格。 3. 殷○另於 99 年 3 月 23 日申准以依親居留事由入境(有效期限至 103 年 3 月 21 日)，其於 100 年 3 月 21 日入境，應自其在臺居留滿 4 個月時起，

始得參加本保險。

4.綜上,本件申請人配偶殷○自 97 年 11 月 23 日起至健保局 100 月 4 月 13 日發文日止並不具本保險之投保資格。

(二)加保情形：

申請人配偶殷○自 97 年 6 月 1 日起依附申請人加保於○○市○○區公所，並於 97 年 11 月 12 日辦理停保，惟該次以依親居留事由入境之有效期限為 97 年 11 月 23 日，已如前述，則殷○於前開 97 年 11 月 23 日效期屆至後，即不具投保資格，應予退保。

(三)綜上，健保局逕辦理殷○自 97 年 11 月 23 日退保及註銷 99 年 2 月 7 日復保，於法並無不合。

三、申請人主張健保局誤核定殷○99 年 2 月復保，並一直扣繳至 100 年 3 月 30 日之健保費，使其認為殷○享有健保的權利，要求健保局賠償損失云云，健保局提具意見陳明,略以該局於 100 年 3 月 25 日查調殷○入出境及申請來臺資料，發現殷○停保後，其依親居留事由之臺灣地區入出境許可證因期限 97 年 11 月 23 日已屆期失效，惟申請人都未依法辦理殷○退保手續，及至 99 年 2 月 23 日另以團聚事由之臺灣地區入出境許可證辦理復保，致該局就其復保申請審核停保有效時，因未再查明新舊證銜接問題，以致核定殷○復保。依全民健康保險法規定，殷○既已不符居留台灣之條件，自是喪失參加本保險之資格，申請人未依法主動辦理殷○退保手續，顯有違法律規定。又申請人辦理殷○復保時並未出具完整之居留證明文件，致該局因其不完全之陳述而作成錯誤之行政處分，亦不符信賴保護原則。再查該局誤核定殷○99 年 2 月 7 日復保後，其隨即於同月 26 日出境，致該團聚事由之臺灣地區入出境許可證失效。由於殷○申請在本保險施行區域外發生之醫療費用非屬 99 年 2 月 7 日復保後至當次團聚事由居留失效(即 99 年 2 月 26 日)期間產生，因此更無因該局失誤致其損失之議等語，所稱核有誤解。

四、法律適用結果

綜上，健保局函復申請人，略以該局逕辦理申請人眷屬殷○自 97 年 11 月 23 日退保及註銷 99 年 2 月 7 日復保等語，並無不合，原核定應予維持。至申請人於申請爭議審議所檢附之全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退申請書正本 1 紙及財團法人海峽交流基金會證明、公證書暨大陸地區○○市○○醫院病歷及收據等相關資料影本 47 紙，並非原核定範圍，業經本會於 100 年 4 月 25 日以健○字第 0000000000 號書函移請健保局本於職權處理，並副知申請人在案，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 10 條第 2 項前段

「不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，亦得參加本保險為保險對象。」

二、全民健康保險法第 11 條第 3 款

「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：三、喪失前條所定資格者。」

三、全民健康保險法施行細則第 34 條之 1 前段

「保險對象有依本法第十一條規定應予退保情形而投保單位未依前條規定辦理退保手續時，保險人得逕依相關主管機關提供之資料，為其辦理退保手續並通知投保單位及保險對象。」

四、大陸人士參加健保後，其出境後再入境參加健保資格處理原則第 2 點

「二、大陸人士持單次入出境證者參加健保後，其離境再持新證件入境，依全民健康保險法第十條第二項規定辦理（即合法之受雇者，自受雇日起，參加健保；無職業者或以眷屬身分投保者，自在台居留滿四個月時起，參加健保）。」

五、大陸人士參加健保後，其出境後再入境參加健保資格處理原則第 3 點

「三、至持多次入出境證之大陸人士，如有出、入境情形，則比照外籍人士，依據本法施行細則第三十六條及三十八條規定，得選擇辦理停、復保。」

案情摘要

設立公司並未成立健保投保單位，且未為其負責人及所屬員工加保，健保局逕予辦理成立投保單位，並將其負責人及員工追溯改以第 1 類被保險人身分加保。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	准予負責人暫緩納入投保。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、案件緣由及原核定文件內容要旨 (一)行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局)於 99 年 4 月 16 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以請於文到 15 日內辦理自 98 年 12 月 24 日成立投保單位及負責人林○○以負責人身分加保手續等語。 (二)申請人迄未辦理，健保局於 99 年 6 月 22 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以： 1. 申請人自 98 年 12 月 29 日獲准設立營利事業，依規定應自同日成立投保單位，前經通知在案，惟迄今未復，該局業已依規定逕予辦理成立投保單位(代號：000000000)，負責人林○○並自是日轉入，其投保金額核定為新台幣(下同)43,900 元，如與事實不符，請於 15 日內備文說明。 2. 申請人負責人林○○原以第 6 類被保險人眷屬身分加保於○○縣○○鄉公所，核與規定不符，請洽該公所辦理自 98 年 12 月 29 日轉出事宜。 3. 本案核定之投保金額如與林○○實際所得不符，請主動填具「全民健康保險投保金額調整申報表」申報調整等語。 二、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款第 4 目、第 12 條第 2 項、第 16 條、第 22 條第 1 項第 2 款、第 2 項、第 70 條及其施行細則第 5 條、第 41 條第 1 項第 3 款。
	卷證	保險對象投保歷史、經濟部商業司-公司資料查詢、全民健康保險第一、二、三類投保單位成立申報表、營業登記資料公示查詢、扣繳單位資料查詢、送達證書等影本及健保局意見書、補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

其公司為新設立之公司，集同好為科技產品作研究開發，至今仍在研發階段中，只有支出尚未有收入，故尚未進入正常營運。各股東皆未支薪，亦尚未有雇用員工，然健保局片面核定其公司負責人投保金額為43,900元，咸認未盡合理。俟其公司正式營運並進入軌道後，理應依據規定申請辦理。擬請准予負責人暫緩納入投保。

二、本會審定理由

(一)依卷附相關資料顯示，本件申請人於98年12月24日核准設立，並於98年12月29日申准取得營利事業登記，負責人即為林○○，則申請人之負責人林○○自98年12月29日起，即屬全民健康保險法第8條第1項第1款第4目所定之雇主，即應以第1類雇主身分投保，並依全民健康保險法第22條第1項第2款、第2項及其施行細則第41條第1項第3款規定，應按投保金額分級表最高一級申報（96年8月1日起為131,700元），若所得未達者，得自行舉證申報投保金額，惟最低不得低於本法第8條第1項第1款第2目被保險人之平均投保金額（98年10月1日起為34,800元）及所屬員工申報之最高投保金額，並由保險人查核，如申報不實，保險人得逕予調整，合先敘明。

(二)查申請人自98年12月29日即應成立投保單位，並為其負責人及所屬員工加保，惟其未成立投保單位，且其負責人林○○仍以第6類第2目被保險人眷屬身分依附林○○加保於○○縣○○鄉公所，核與全民健康保險法第12條第2項「具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。」之規定不符，則健保局逕予辦理成立投保單位及負責人林○○以負責人身分加保，即無不合。

(三)申請人主張其公司尚未有雇用員工，健保局片面核定其公司負責人投保金額為43,900元，咸認未盡合理云云

查首揭全民健康保險法施行細則第41條第1項第3款已明定，有關僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，應按投保金額分級表最高一級申報，其所得未達投保金額分級表最高一級者，即得自行舉證申報其投保金額，惟最低不得低於全民健康保險法第8條第1項第1款第2目被保險人之平均投保金額及所屬員工申報之最高投保金額，其立法本旨乃係基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質而訂定，至實際收入多寡，並非唯一衡量之依據。若申請人負責人之營利所得與核定之投保金額不符，自得依上開規定自行舉證向健保局申報調整，惟仍不得低於本保險被保險人之平均投保金額（98年10月1日起為34,800元），所稱核有誤解。

(四)法律適用結果

綜上，健保局函知申請人，略以申請人98年12月29日獲准設立營利事業，該局業已依規定逕予辦理成立投保單位，負責人林○○並自是日轉入，其投保金額核定為43,900元等語，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5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款第 4 目

「被保險人分為下列六類：一、第一類：(四）雇主或自營業主。」

二、全民健康保險法第 12 條

「第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。」「具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。」

三、全民健康保險法第 16 條

「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起 3 日內，向保險人辦理退保。」

四、全民健康保險法第 22 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。」

「第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核，如申報不實，保險人得逕予調整。」

五、全民健康保險法第 70 條

「保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新台幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。」

六、全民健康保險法施行細則第 5 條

「本法第八條第一項第一款第四目所稱雇主，指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人；所稱自營業主，指未僱用有酬人員幫同工作之民營事業事業主或負責人。」

七、全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 3 款

「下列被保險人之投保金額，依下列規定並配合投保金額分級表等級金額，向保險人申報：三、僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、前款以外之專門職業技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，按投保金額分級表最高一級申報。但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額，最低不得低於本法第八條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。」

案情摘要

職業工會理事具會員身分，應以第 2 類被保險人身分加保於職業工會，卻誤以第 6 類第 1 目(榮民)身分加保，健保局乃逕予更正投保身分並追繳保險費差額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	一、關於健保局 100 年 6 月 10 日健保○字第 0000000000 號函部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事　　實	一、健保局文件內容要旨 （一）100 年 4 月 15 日健保○字第 0000000000 號函 查申請人為○○市○○服務職業工會之常務理事，具職業工會會員身分，依規定除已以第 1 類被保險人身分加保外，應以第 2 類被保險人身分加保，請於文到 10 日內辦理以第 2 類被保險人身分加保手續，屆期如未辦理，將逕予辦理加保。 （二）100 年 5 月 5 日健保○字第 0000000000 號函 查申請人目前並未以第 2 類被保險人身分參加本保險，爰依規定逕予核定申請人自 100 年 3 月 1 日起於○○市○○職業工會以會員身分加保，投保金額為新台幣(下同)21,900 元。 （三）100 年 6 月 10 日健保○字第 0000000000 號函（正本受文者為立法委員○○○國會聯絡辦公室） 有關○○市○○服務、○○及○○等 3 家職業工會陳情常務理事以第 2 類被保險人身分加保疑義，經該局 100 年 3 月 1 日健保○字第 0000000000 號函請該等工會為其負責人辦理以適法身分加保，其中○○服務及○○2 家職業工會因未配合辦理，該局依法逕予核定其等於其所屬工會以第 2 類被保險人身分加保，於 100 年 5 月 5 日以健保○字第 0000000000 號函告在案。 二、申請人檢附前開 3 函，併向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據： （一）全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。 （二）全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 8 條第 1 項第 2 款第 1 目、第 12 條第 2 項及其施行細則第 7 條暨第 41 條第 1 項第 4 款。 二、關於健保局 100 年 6 月 10 日健保○字第 0000000000 號函部分 此部分係健保局循立法委員○○○國會聯絡辦公室傳真就○○市○○服務、○○及○○等 3 家職業工會常務理事投保身分疑義事項，回復該等職業工會常務理事應依適法身分辦理加保所為單純事實之敘述及說明，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，僅係觀念通

知，並非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。

三、關於健保局 100 年 4 月 15 日健保○字第 0000000000 號函及 100 年 5 月 5 日健保○字第 0000000000 號函部分

（一）按「工會會員年滿二十歲者，得被選舉為工會之理事、監事。」，為工會法第 19 條第 1 項所明定，即須具有工會會員身分者始能擔任該工會理事。依 101 年 1 月 10 日下載之○○市總工會網頁登錄之○○市○○服務職業工會資料顯示，本件申請人係該職業工會之理事長，依前揭規定，申請人為該職業工會之會員，屬健保法第 8 條第 1 項第 2 款第 1 目所定之第 2 類被保險人，其投保金額依健保法第 22 條第 1 項第 2 款及第 2 項規定，應以其營利所得申報，若無固定所得者，固得自行舉證依投保金額分級表申報其投保金額，惟最低仍應依健保法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款規定，按投保金額分級表第 6 級起申報[依行政院衛生署 99 年 12 月 23 日公告修正「全民健康保險投保金額分級表」(101 年 1 月 1 日實施）為 21,900 元]，合先敘明。

（二）查申請人自 91 年 1 月 9 日起以第 6 類第 1 目被保險人(榮民)身分加保，與健保法第 12 條第 1 項「第 1 類至第 3 類被保險人不得為第 4 類及第 6 類被保險人。」之規定不符，健保局逕予辦理申請人自 100 年 3 月 1 日起於○○市禮儀服務職業工會加保，並核定其投保金額為 21,900 元，並無不合。

四、申請人主張 1.其已辦理勞保退休領取老年給付，並無薪資或營利所得為收入來源，健保局以健保法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款為最低投保金額，牴觸健保法第 22 條規定；2.理監事係無給職，依勞保局規定必須實際從事工作並以所獲報酬維生之無一定雇主或自營作業勞工，始得由職業工會加保，惟其並無收入，如何加保並申報投保金額？3.職業工會常務理事既已退休，依健保法第 8 條規定自得以適合身分加保；4.其為榮民，應加保於退輔會，擔任民間團體無給職義務幹部，何罪之有？5.依行政院勞工委員會 100 年 9 月 7 日勞保 2 字第 1000025844 號函釋,認職業工會常務理事本身為無給職，且未有任何薪資收入，並已領取勞保老年給付，不得再以會員身分加保，請比照認定其投保身分云云，所稱核有誤解，分述如下：

（一）查全民健康保險是一種強制性之社會保險，為達其自助互助及風險分擔之目的，故採量能付費之原則，即將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為 6 類，並按不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別。

（二）健保局補充意見書陳明，略以

1.按健保法第 8 條對保險身分類別規定，有一定雇主之受雇者、雇主或自營業主為第 1 類被保險人，無一定雇主或自營作業而參加職業工會者為第 2 類被保險人，不具榮民(第 6 類第 1 目)及第 1、2、3、4、5 類被保險人資格者為第 6 類第 2 目被保險人。然依健保法第 12 條規定之保險類別優先順序，具第 2 類身分者優先於第 6 類身分，至於其是否已退休或請領社會保險老年給付非決定投保類別依據。再者，申請人因符合勞

	保規定申請老年給付而不得再參加勞保，並不表示勞保退休等同不可再從事任何工作，已屆勞保退休年齡辦理勞保老年給付後，若再受僱於第1類投保單位從事臨時性工作，仍應依法以第1類被保險人身分於所屬單位投保，並不能因其已勞保退休而得以自行選擇其他身分投保。 2.健保法第22條規定第1、2類被保險人以其薪資或營利所得為投保金額，無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核。另健保法第21條規定第1類至第3類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。至於各類被保險人投保金額下限，健保法雖未明確訂定，主管機關另以法令補充規定，屬法律授權行為。行政院衛生署依法律授權，訂定發布健保法施行細則第41條規定各類各目被保險人應投保之最低投保金額，並未逾越「法律保留」原則，自無牴觸母法規定。 3.另健保法與勞工相關法規立法宗旨與規範事項不同，且勞工相關法規非健保法所從出之法源，亦非健保制度之特別法，彼此並無上下位階關係，健保法及施行細則自無受制於勞工相關法規之義務。 4.該局核定申請人以第2類被保險人身分加保，係以申請人參加工會，具會員身分為依據而辦理，非以其為工會真正雇主身分而要求應以第1類第4目雇主或負責人身分加保。 5.另行政院衛生署於100年8月24日以衛署健保字第1002600167號函釋，略以保險對象之投保身分，健保法已有明文，況依行政院勞工委員會85年9月2日(85)台勞資一字第133162號函釋「工會會員申請勞工保險老年給付後如仍從事本業，仍具有會員資格」，故工會會員依健保法應以第2類被保險人身分於所屬工會投保。 五、法律適用結果 綜上，關於健保局100年6月10日健保○字第0000000000號函部分，申請審議不予受理；至健保局逕予核定申請人自100年3月1日起加保於○○市○○服務職業工會，投保金額為21,900元部分，並無不合，此部分原核定均應予維持。 據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第6款暨第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項

「被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就下列全民健康保險事項所為之核定案件（以下簡稱權益案件）發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 2 款第 1 目

「被保險人分為下列六類：一、第二類：(一) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。」

四、全民健康保險法第 12 條第 1 項

「第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。」

五、全民健康保險法第 22 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。」、「第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核，如申報不實，保險人得逕予調整。」

六、全民健康保險法施行細則第 7 條

「本法第八條第一項第二款第一目及第三款第二目所稱無一定雇主者，指經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一目至第三目規定之二個以上不同雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。」

七、全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款

「下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：四、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第六級起申報。」

案情摘要

榮民之子女年滿 20 歲後，經健保局通知如具備榮民眷屬投保資格，應檢具相關證明文件辦理，仍無法提出證明文件，健保局逕行辦理以第 6 類第 2 目地區人口加保及計收保險費。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	變更投保身分為榮民眷屬及健保費以社會救助急難公費繳納。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、案件緣由及健保局原核定內容要旨 （一）健保○字第 0000000000 號函 申請人於 99 年 11 月 9 日向健保局申訴，略以其具有榮眷身分，且在冤獄 12 年後，已十多年處於無收入狀態，請將投保身分變更為榮眷，及健保費以社會救助急難公費繳納云云，經該局於 99 年 11 月 18 日以健保○承字第 0000000000 號函復，略以申請人若符合眷屬投保資格，請檢附相關證明文件辦理身分變更，否則應以地區人口身分於戶籍地公所投保；經查申請人於獄所服刑期間為 88 年 10 月 8 日至 99 年 8 月 12 日（誤繕為 8 月 13 日），於出監日即符合投保資格，該局核定自 99 年 8 月 13 日投保並開計 99 年 8 月健保費，並無違誤，另關於申請急難救助乙節，因非該局權責範圍，請逕洽○○縣○○鄉公所洽詢等語，申請人復於 99 年 11 月 23 日申復，健保局於 99 年 12 月 2 日以健保○字第 0000000000 號函復，請申請人依前函復內容及全民健康保險法相關規定辦理等語。 （二）繳款單內容 99 年 11 月保險費新台幣(下同)659 元。 二、申請人檢附前開健保○字第 0000000000 號函及 99 年 11 月保險費繳款單，併向本會申請審議。 三、○○市政府於 100 年 3 月 11 日以○字第 0000000000 號函就申請人申請全民健康保險投保身分改列榮眷乙案，移由本會審理。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法（以下簡稱本法）第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目、第 9 條第 3 款、第 10 條第 1 項第 1 款及第 11 條之 1。 二、本件綜合申請人檢附之健保局核定函及繳款單之內容，以及○○市政府就申請人請求改以榮眷身分投保事項之移文意旨，本件爭議標的為申請人之投保身分，究為榮眷或第 6 類第 2 目被保險人，合先敘明。 三、事實認定部分 （一）強制納保對象： 本件申請人係中華民國國籍，在台設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。 （二）加保情形：

	申請人於 88 年 10 月 8 日至 99 年 8 月 12 日期間入監服刑，於 99 年 8 月 13 日至○○縣○○鄉公所辦理以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於該公所。 四、申請人主張其具有榮眷身分，請准予變更投保身分，且其無工作、無收入、無財產云云，業經健保局意見書陳明如下，所稱核有誤解： （一）全民健康保險係一強制性之社會保險，凡符合加保資格之保險對象，均有依法以適當身分，投保及繳納保險費之義務。本法第 11 條之 1 規定，符合第 10 條規定之保險對象，除第 11 條所定情形外，應一律參加本保險。 （二）查申請人父親夏○○自 84 年 3 月 1 日迄今以第 6 類第 1 目榮民身分投保，惟申請人已年滿 20 歲，經該局通知申請人如具備依附父親夏○○以眷屬投保資格，應檢具相關證明文件如：受監護宣告尚未撤銷、領有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明，且不能自謀生活、符合本法第 36 條所稱重大傷病，且不能自謀生活或仍在學就讀且無職業者等，惟迄今申請人仍無法提出上述任一證明文件。 （三）又申請人除可申請分期繳納保險費外，如合於「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」所定經濟困難資格者，亦得申請紓困基金貸款。此外，如遇有急重症需就醫之情形，只要持有村〈里〉長或醫院開具之清寒證明，即可以健保身分先行就醫。甚至，申請人可逕向戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所申請低收入戶資格認定，如取得低收入戶之證明，申請人即可以第 5 類被保險人身分參加本保險，則保險費全額由政府負擔。 五、法律適用結果 （一）綜上，健保局以第 6 類第 2 目被保險人身分計收申請人 99 年 8 月及 11 月保險費 659 元，並無不合，原核定均應予維持。 （二）至申請人主張以急難救助繳納健保費乙節，非屬本會權責範圍，並經健保局意見書陳明，已請申請人逕洽○○市○○區公所辦理等語，尚非本件所得審究，併予敘明。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目

「被保險人分為下列六類：六、第六類：(二)第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。」

二、全民健康保險法第 9 條第 3 款

「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：三、被保險人二親等內直系

血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」

三、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

四、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

案情摘要

第 1 類被保險人之配偶不得以第 6 類第 2 目被保險人(地區人口)身分投保，健保局以第 6 類第 2 目被保險人身分核定保險費，尚欠周妥。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	免除追溯之健保費。	
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、案件緣由及原核定文件內容 申請人於 99 年 7 月 19 日向行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局)異議，經健保局函復，略以申請人於 99 年 7 月 19 日辦理投保手續，案經審閱申請人檢附之臺灣○○監獄出具出監證明書紀錄，核定申請人 94 年 8 月 1 日起以第 6 類第 2 目被保險人身分於○○市○○區公所加保，95 年 3 月 2 日轉出，95 年 5 月 4 日投保及 96 年 5 月 29 日退保，另 95 年 3 月 2 日以眷屬身分依附被保險人黃○○於○○市○○區公所加保，95 年 5 月 4 日轉出及 99 年 7 月 14 日投保，並無違誤。該局於 99 年 8 月底開計申請人 99 年 7 月保險費時，一併追溯補收 94 年 8 月至 95 年 2 月及 95 年 5 月至 96 年 4 月保險費計新台幣(下同)11,476 元，另於 99 年 8 月底開計被保險人黃○○99 年 7 月保險費時，併計追溯補收申請人 95 年 3 月至 4 月及 99 年 7 月當月保險費計 3,185 元，屆時請依規定持單繳納等語。 二、申請人就追溯保險費部分，向本會申請審議，申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目、第 9 條第 1 款、第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條、第 11 條之 1 及第 70 條第 2 項。
	卷證	個人戶籍資料、個人除戶資料、保險對象投保歷史、全民健康保險第六類保險對象補中斷轉入、出申請表、臺灣○○監獄出監證明書等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

審定理由

一、申請理由要旨

(一)其於90年10月19日收押於○○看守所，91年12月31日裁定交保後，其辦理加保手續，因無出監證明，故健保單位不願讓其投保，致91年12月31日至96年5月29日間就醫均是自費看診。嗣於96年5月29日至○○監獄服刑，99年7月14日假釋出獄，始有出監證明，得辦理健保，但卻要追溯5年前健保費，並不合理。

(二)其剛假釋出獄，無經濟基礎，且經濟不寬裕，請考量追溯期間之健保費能予免除。

二、本會審定理由

(一)事實認定部分

1.強制納保對象：

本件申請人係中華民國國籍，在台設有戶籍，90年10月19日至91年12月31日因案羈押，96年5月29日入監執行，99年7月出監，是其92年1月至96年4月及99年7月起為本保險強制納保之保險對象。

2.加、退保情形：

(1)申請人原加保於○○市○○區公所，於90年10月20日退保，迄至99年7月19日始檢附臺灣○○監獄出監證明書至健保局辦理加保手續，致92年1月至96年4月有未依規定加保情形。

(2)健保局以申請人有上開未依規定投保情形，並依申請人填具之「全民健康保險第六類保險對象補中斷轉入、出申請表」所陳「中斷期間，因配偶已離職公司，無法回原單位辦理眷屬加保，故獨自加保」，乃核定申請人自94年8月1日以第6類第2目被保險人身分追溯加保於○○市○○區公所，95年3月2日起改以眷屬身分依附其配偶黃○○加保，95年5月4日再改以第6類第2目被保險人身分加保，96年5月29日服刑退保，99年7月19日以眷屬身分依附黃○○加保，並分別以申請人及其配偶黃○○為繳款人，開單追溯補收申請人最近5年94年8月至95年2月、95年5月至96年4月(繳款人為申請人)及95年3月至4月(繳款人為黃○○)保險費。

(二)惟查依申請人配偶黃○○之投保歷史紀錄顯示，其配偶黃○○於94年5月3日至94年11月11日、94年12月1日至95年3月1日及95年5月4日至97年4月1日分別加保於○○股份有限公司、○○股份有限公司及○○股份有限公司，依規定上開期間申請人不得為第6類第2目被保險人，應依附其配偶黃○○以眷屬身分加保，則健保局並未將申請人以眷屬身分依附其配偶黃○○投保，仍以第6類第2目被保險人身分開單計收申請人94年8月至95年2月及95年5月至96年4月前開未依規定投保期間保險費，即欠周妥。

(三)法律適用結果

綜上，健保局函復申請人，略以該局開計申請人99年7月保險費時，一併追溯補收94年8月至95年2月及95年5月至96年4月保險費等語，有欠周妥，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5條第2項及全民健康保險

爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目

「被保險人分為下列六類：六、第六類（二）第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。」

二、全民健康保險法第 9 條第 1 款

「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：一、被保險人之配偶，且無職業者。」

三、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

四、全民健康保險法第 11 條

「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。」

五、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

六、全民健康保險法第 70 條第 2 項

「前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。」

案情摘要

父母親均為第 1 類被保險人，其未成年子女固可選擇依附任何一方投保，然既已擇定依附其中一人加保並繳納保險費，如未於法定救濟期間內表示異議，行政處分之效力已確定，無法再予撤銷或變更該等已確定之行政處分。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	案件緣由及健保局 100 年 11 月 7 日健保○字第 0000000000 號函要旨 緣申請人之投保單位○○股份有限公司（以下簡稱○○公司）於 100 年 10 月 18 日填具全民健康保險第 1、2、3 類保險對象投保申報表，申報申請人之子廖○○追溯自 99 年 2 月 9 日依附申請人加保，經健保局函復，略以經查廖○○自 99 年 2 月 9 日起即依附其母親鄧○○以眷屬身分投保，並經鄧○○之服務單位○○股份有限公司（以下簡稱○○公司）向該局申報，且經按月計收健保費在案，惟○○公司申報追溯眷屬廖○○自 99 年 2 月 9 日起依附員工廖○○即申請人加保乙節，因與規定未符，歉難受理，該局已依○○公司申請表（收文日）核定為加保日期等語。
理　　由	一、法令依據 全民健康保險法第 16 條及其施行細則第 19 條第 1 項前段暨第 30 條。 二、事實認定部分 （一）依全民健康保險法施行細則第 19 條規定，為 2 位以上被保險人之眷屬者，應擇一投保。本件廖○○為鄧○○及申請人之子女，應擇其中 1 人依附加保，合先陳明。 （二）本件依卷附相關資料顯示，廖○○為未成年人，於 99 年 3 月 26 日即由其母鄧○○之投保單位○○公司辦理自 99 年 2 月 9 日出生之日起依附鄧○○加保，廖○○之父即申請人對前開選擇即廖○○依附其母鄧○○加保並無異議，迄於 100 年 10 月 18 日始由其投保單位○○公司填具全民健康保險第 1、2、3 類保險對象投保申報表，向健保局申報廖○○追溯自 99 年 2 月 9 日依附申請人加保。 （三）查保險對象廖○○固可選擇依附其母鄧○○及其父即申請人之任何一方投保，然其既已擇定依附被保險人鄧○○加保，並繳納保險費，如未於法定救濟期間內表示異議，行政處分之效力已確定，即無法依據申請人或其投保單位之請求再予撤銷或變更該等已確定之行政處分。 三、法律適用結果 綜上，健保局函復○○公司，略以○○公司申報追溯廖○○自 99 年 2 月 9 日起依附員工廖○○即申請人加保乙節，因與規定未符，歉難受理等語，並無不合，原核定應予維持。至廖○○依附其母親鄧○○加保期間之各該

	月份保險費，如有未逾法定救濟期間者，行政處分之效力尚未確定，健保局自應本於職權查明處理，併予敘明。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 16 條

「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。」

二、全民健康保險法施行細則第 19 條第 1 項前段

「為二位以上被保險人之眷屬者，應擇一投保；其選擇以直系血親眷屬身分投保者，除有下列無法隨同投保之特殊情形外，應隨親等最近之被保險人投保。」

三、全民健康保險法施行細則第 30 條

「保險對象有下列情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象投保申報表，送交保險人辦理投保手續：一、合於本法第十一條之一規定者。二、轉換投保單位。三、改變投保身分。」

案情摘要

被保險人於出國停保期間，依全民健康保險法施行細則第 37 條規定，其眷屬除徵得原投保單位同意，得於原投保單位繼續參加本保險外，應改按其他身分投保。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	依慣例比照本人以往正常繳交方式辦理。
審　　定	
主　　文	原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。
事　　實	案件緣由及原核定內容要旨 一、緣健保局於計收申請人 101 年 1 月保險費時，一併補收其眷屬陳○○96 年 2 月、96 年 11 月至 97 年 5 月、98 年 4 月、99 年 3 月及 100 年 1 月至 12 月保險費計新台幣 14,443 元。 二、申請人不服，於 101 年 3 月 6 日以其與前夫陳○○已因感情不睦，有離婚事實，在 101 年 1 月試圖復合，辦理陳○○依附其本人至 101 年 3 月 6 日之健保費，其承認並予以支付，但在未依附其本人之前，其未有依附及繳交健保費之認知，請將其前夫陳○○依附追加之健保費，更改為其前夫個人名義繳納云云，向健保局申訴，經健保局於 101 年 3 月 9 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以經查戶政資料登載，申請人與陳○○於 101 年 3 月 6 日離婚登記前，在法律上仍為夫妻關係，申請人前於 101 年 1 月 30 日至該局辦理眷屬陳○○加保時並未檢附相關證明及聲明，依規定陳○○應優先依附申請人以眷屬身分加保，倘若陳○○有全民健康保險法施行細則第 19 條第 1 項規定之特殊原因，必須辦理獨立加保，請由陳○○攜帶相關證明文件及聲明書辦理更正加保事宜，在陳○○未辦妥前，本案暫時無法受理等語。
理　　由	一、法令依據 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目、第 9 條第 1 款、第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條之 1、第 13 條及同法施行細則第 36 條第 2 款、第 37 條第 2 款。 二、事實認定部分 (一)強制納保對象： 本件申請人前配偶陳○○(101 年 3 月 6 日離婚)係中華民國國籍，92 年除戶，95 年 7 月 12 日遷入登記恢復戶籍，因其於除籍前曾有參加本保險紀錄，應自恢復戶籍之日 95 年 7 月 12 日起為本保險強制納保之保險對象。 (二)加保情形： 陳○○自 95 年 7 月 12 日恢復戶籍之日起未以適當身分加保，申請人迄於 101 年 1 月 30 日辦理陳○○以眷屬身分依附其本人加保於○○市○○區公所。

	(三)入出境情形： 陳○○於 95 年 7 月 24 日出境至 101 年 5 月 10 日列印中外旅客入出境紀錄前尚未入境，其間多次入出境，其中 95 年 7 月 24 日出境至 96 年 2 月 20 日入境、96 年 3 月 5 日出境至 11 月 28 日入境、97 年 6 月 22 日出境至 98 年 4 月 29 日入境、98 年 5 月 16 日出境至 99 年 3 月 22 日入境及 99 年 4 月 10 日出境至 100 年 1 月 13 日入境,單次出國期間均滿 6 個月，雖均未辦理停保手續，惟經健保局從寬處理同意補辦停保。 (四)綜上，健保局核定申請人應繳納其與陳○○婚姻關係存續期間眷屬陳○○系爭 96 年 2 月、96 年 11 月至 97 年 5 月、98 年 4 月、99 年 3 月及 100 年 1 月至 12 月保險費，固無不合。 三、惟依全民健康保險法施行細則第 37 條第 2 款規定:「被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：二、被保險人因前條第二款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意者，得於原投保單位繼續參加本保險。」，查申請人眷屬陳○○系爭 96 年 2 月、96 年 11 月至 97 年 5 月、98 年 4 月、99 年 3 月及 100 年 1 月至 12 月保險費期間，申請人分別於 95 年 7 月 24 日至 96 年 2 月 27 日、96 年 4 月 11 日至 97 年 8 月 3 日、97 年 10 月 14 日至 98 年 8 月 5 日、98 年 11 月 12 日至 99 年 8 月 4 日及 100 年 5 月 27 日至 101 年 1 月 13 日停保，有保險對象投保歷史列印資料附卷可稽，則依前開規定，其眷屬陳○○即應改按其他身分投保，惟健保局在申請人停保期間卻仍核定陳○○以眷屬身分依附申請人加保，原因為何？健保局意見書並未論明，有查明釐清之必要。 四、法律適用結果 綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。 據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 8 條等 1 項第 6 款第 2 目

「被保險人分為下列六類：六、第六類：（二）第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。」

二、全民健康保險法第 9 條第 1 款

「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：一、被保險人之配偶，且無職業者。」

三、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

四、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

五、全民健康保險法第 13 條

「符合第九條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。」

六、全民健康保險法施行細則第 36 條第 2 款

「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：二、預定出國六個月以上者。但遠洋漁船船員除外。」

七、全民健康保險法施行細則第 37 條

「被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：二、被保險人因前條第二款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意者，得於原投保單位繼續參加本保險。」

案情摘要

申請人辦理停保後，非因奔喪首次返國，不符合健保局 101 年 1 月 20 日健保承字第 1010070119 號函釋從寬免予註銷停保或免辦復保之條件。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	繳款單內容 計收申請人 100 年 2 月至 101 年 2 月保險費計新台幣 8,567 元。
理　　由	一、法令依據及函釋 (一)全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條之 1 及其施行細則第 36 條第 2 款前段、第 38 條第 1 項第 2 款。 (二)行政院衛生署 100 年 11 月 9 日衛署健保字第 1002600246 號函。 (三)健保局 101 年 1 月 20 日健保承字第 1010070119 號函。 二、事實認定部分 (一)強制納保對象： 本件申請人係中華民國國籍，在台設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。 (二)加保情形： 申請人於 98 年 5 月 4 日起以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○縣○○鄉公所，98 年 10 月 22 日委託洪○○辦理出國停保。 (三)入出境情形： 申請人於 98 年 10 月 21 日出境至 100 年 2 月 2 日入境，應自該入境返國日起復保。其復於 100 年 3 月 3 日出境至 12 月 2 日入境及 100 年 12 月 13 日出境至 101 年 5 月 29 日列印中外旅客入出境紀錄前尚未入境，單次出境期間雖均滿 6 個月，惟未於該 2 次出國前或停留國外期間申請停保，均不符停保免繳保險費規定。 (四)綜上，申請人應自 100 年 2 月 2 日復保，並繳納系爭 100 年 2 月至 101 年 2 月保險費。 三、申請人主張其因姊姊病危於 100 年 2 月 2 日返國，10 多天後稍穩定，返回加拿大，100 年 12 月 3 日返國奔喪，於 100 年 12 月 13 日返回加拿大，在 101 年 4 月之前從未接到繳費單云云，惟所稱核難執為本案免繳保險費之論據，分述如下： (一)健保局補充意見書陳明，略以申請人曾辦理自 98 年 10 月 22 日停保，惟停保期間曾於 100 年 2 月 2 日入境，該次入境原因非因返國奔喪，不符該局 101 年 1 月 20 日健保承字第 1010070119 號函之規定，不可免予註銷停保或免辦復保；而申請人於 100 年 3 月 3 日再次出境，未辦理停

	保手續，100 年 12 月 2 日返國奔喪無法適用該局上開函規定等語。 (二)查全民健康保險係屬強制性之社會保險，凡符合加保資格者，均應一律參加本保險，不得有中斷情事，又全民健康保險法係為提供醫療保健服務而制定，經立法院通過並經總統公布施行之法律，全體保險對象即有主動知悉及遵循之義務，不得以未接獲通知為由，而主張免除應負擔之義務。 (三)又考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於全民健康保險法施行細則第 36 條及第 38 條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於出國前主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，如未申請停保，即為依全民健康保險法規定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務，另出國 6 個月以上者，自返國之日辦理復保。況本件申請人於 98 年 10 月 22 日委託洪○○辦理出國停保時，所填具之「全民健康保險第 6 類保險對象停保(復保）申請表」之填表說明二、(二)、3 已列有「保險對象出國 6 個月以上者，應自返國之日檢附戶籍謄本及入出境證明或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費。」之復保相關規定，有申請人委託之人洪○○簽名及按捺指印之申請表影本附卷可稽。 四、法律適用結果 綜上，健保局計收申請人系爭保險費，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

二、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

三、全民健康保險法施行細則第 36 條第 2 款前段

「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：二、預定出國六個月以上者。」

四、全民健康保險法施行細則第 38 條第 1 項第 2 款

「保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理：二、出國六個月以上者，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。」

五、行政院衛生署 100 年 11 月 9 日衛署健保字第 1002600246 號函

「保險對象於出國停保後返國奔喪相關疑義，同意以往生者百日期間為限，另請就實

務之作業面檢討，妥適辦理。」

六、健保局 101 年 1 月 20 日健保承字第 1010070119 號函

「有關保險對象於出國停保後返國奔喪，免予註銷停保或免辦復保之作業方式，行政院衛生署 100 年 11 月 9 日衛署健保字第 1002600246 號函同意保險對象於出國停保後返國奔喪，視為原停保原因未消失，但以往生者百日期間為限。其作業方式之申請條件為保險對象於出國停保後，因三親等以內之親屬往生，並於親屬往生百日內返國奔喪，但返國奔喪期間，若有以健保身分就醫者，不適用之。」

案情摘要

投保單位之公司業務制度上，對於三節節金、年終獎金及久任獎金之發放，均係預先明確規定，自屬人力制度上之目的性、制度性給與，並非臨時性之給與，既與工作有關，顯具勞務對價及非恩惠性給與之性質，實質上具有員工因工作而獲得之報酬性質，自屬工資範疇而應列入投保金額計算。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	原核定撤銷。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	案件緣由及原核定文件內容要旨 一、緣健保局比對申請人員工 98 年度薪資所得資料與全民健康保險被保險人投保金額結果，發現申請人申報所屬陳○○等 17 名員工投保金額較實際每月平均薪資所得為低，乃以 100 年 4 月 25 日健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以該局業依規定將「全民健康保險投保金額調整名冊」所列被保險人陳○○等 17 人之投保金額逕予調整提高，並自 100 年 5 月 1 日起按調整後之投保金額計收保險費。調整後之投保金額[新台幣（下同）18,300 元至 43,900 元不等]如與實際薪資不符，請檢附 99 年度薪資所得扣繳憑單及逕調生效日前 3 個月之薪資印領清冊影本辦理更正等語。 二、申請人檢附陳○○等 15 人之 99 年度薪資扣繳憑單、99 年及 100 年 1 月至 4 月份薪資印領清冊，向健保局申復，經該局以 100 年 6 月 22 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以依全民健康保險法、勞動基準法相關規定、台灣高等法院台中分院 92 年度勞上易字第 32 號判決及行政院勞工委員會 88 年 10 月 12 日台 88 勞保二字第 0044291 號函釋，申請人公司節金及獎金發放金額不一，顯係依業績、職稱或年度考核發給，非雇主基於勉勵、恩惠、照顧等目的所為之福利措施，實難謂與工作無關。該局業依申請人檢送員工陳○○等 15 人之 99 年度員工薪資扣繳憑單，經排除 4 個月獎金，重新核定陳○○等 15 人投保金額（20,100 元至 42,000 元不等）等語。 三、申請人復於 100 年 7 月 1 日檢送申請人公司薪資管理辦法影本，再向健保局申復，主張年終獎金、三節獎金及久任獎金等非屬工資，而屬福利給與之性質，不需納入投保薪資基準內，請健保局重新核定，經健保局以 100 年 7 月 12 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以所謂福利性、恩惠性給與，應指雇主在勞工個人遇上婚喪喜慶等情境之際，基於人情交際而任意給與之給付，這類金錢之支給並非基於團體協約、勞動契約或公司規章之規定要求，應指臨時起意且與工作無關而言；經查申請人公司各項獎金雖非按月固定發放，惟應係依公司營運狀況，員工職等、年資、出勤狀況，有無過失等情況核發，顯非臨時起意，非雇主基於勉勵、恩惠、照

	顧等目的所為之福利措施，實難謂與工作無關，自應屬工資範疇，仍維持前函所為核定等語。
理　　由	一、法令依據及函釋 （一）全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款第 2 目及第 22 條第 1 項第 1 款。 （二）行政院衛生署 84 年 6 月 27 日衛署健保字第 84031134 號函。 （三）行政院勞工委員會 85 年 2 月 10 日(85)台勞動二字第 103252 號函及 95 年 10 月 26 日勞保 2 字第 0950114071 號函。 二、本會審定理由 （一）本件係健保局比對申請人員工 98 年度薪資所得資料與全民健康保險被保險人投保金額結果，發現申請人申報所屬陳○○等 17 名員工投保金額低報，按申請人申報之陳○○等 17 名員工 98 年度薪資所得，從寬排除 4 個月獎金後逕行調整陳○○等 17 名員工投保金額為 18,300 元至 43,900 元不等，申請人就陳○○等 15 名員工部分申復後，健保局依申請人提供之 99 年度薪資扣繳憑單、99 年及 100 年 1 月至 4 月份薪資印領清冊核算，重新核定投保金額(20,100 元至 42,000 元不等)。 （二）本件爭點在於申請人所爭執其公司所發放之三節節金(春節、端午節、中秋節)及獎金(年終獎金、久任獎金)，是否屬全民健康保險法第 22 條第 1 項第 1 款規定之薪資所得範圍，亦即是否屬勞動基準法第 2 條第 3 款所規定之「工資」認定標準？ 1.經本會審查卷附申請人提供之「99 年度薪資印領清冊」，發現申請人於 99 年 2 月、3 月、6 月、9 月及 12 月分別發放年終獎金、春節節金、端午節金、中秋節金及久任獎金，除 2 月份發放約 2 個月年終獎金外，每季（3 月、6 月、9 月、12 月）各發放約 1 個月薪資金額之獎金，而上開 99 年度薪資印領清冊記載，陳○○等 15 人 99 年之每月本薪 16,343 元至 35,550 元不等，全年「薪資」總和為 209,359 元至 426,600 元不等，惟該年度所發放之節金及獎金之總額卻高達 100,720 元至 329,500 元不等，即三節節金及獎金總額已占系爭陳○○等 15 名員工全年薪資及節金、獎金合計總額之 31.5%（如陳○○99 年度各項獎金及節金合計 100,720 元、全年薪資及節金、獎金合計總額為 319,436 元）至 49.9%(如王○○99 年度各項獎金及節金合計 329,500 元、全年薪資及節金、獎金之總額為 659,638 元)，尚難認屬恩惠性之給與。 2.再參諸卷附申請人提供之申請人公司薪資管理辦法，該辦法已明確規定發放三節節金、久任獎金及年終獎金，自屬人力制度上之目的性制度給與，雖該辦法定義上開節金或獎金屬福利給與，惟該辦法既已明定三節節金或久任獎金係依據年資及出勤表現或有無過失等，加以評量及計算參考，顯見該等節金及獎金核給與員工之工作表現有關，尚難認屬福利性給與。 （三）承上，申請人公司之業務制度上，該等節金及獎金之發放，均係預先明確規定，自屬人力制度上具目的性之制度性給與，並非臨時性之給與。且該等節金及獎金之發放既與工作有關，顯具勞務對價及非恩惠式給與之性質，實質上具有員工因工作而獲得之報酬性質，自應屬工資範疇，

	故健保局將申請人發放員工之節金及獎金總和併入投保金額計算，並無違誤。 （四）綜上，健保局函復申請人，略以申請人發放之節金及獎金，非臨時起意，非雇主基於勉勵、恩惠、照顧等目的所為之福利措施，實難謂與工作無關，自應屬工資範疇等語，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款第 2 目

「被保險人分為下列六類：一、第一類：（二）公、民營事業、機構之受雇者。」

二、全民健康保險法第 22 條第 1 項第 1 款

「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。」

三、行政院衛生署 84 年 6 月 27 日衛署健保字第 84031134 號函

「全民健康保險法第 22 條第 1 項第 1 款所指受雇勞工之薪資所得,參照勞動基準法第 1 條第 3 款有關工資之規定為其認定標準。」

四、行政院勞工委員會 85 年 2 月 10 日(85)台勞動二字第 103252 號函

「勞動基準法第二條第三款規定『工資：謂勞工因工作而獲得之報酬；包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之』,基此，工資定義重點應在該款前段所敘『勞工因工作而獲得之報酬』,至於該款後段『包括』以下文字係例舉屬於工資之各項給與，規定包括『工資、薪金』、『按計時‥ ‥獎金、津貼』或『其他任何名義之經常性給與』均屬之，但非謂『工資、薪金』、『按計時‥‥獎金、津貼』必須符合『經常性給與』要件始屬工資，而應視其是否為勞工因工作而獲得之報酬而定。又，該款末句『其他任何名義之經常性給與』一詞，法令雖無明文解釋，但應指非臨時起意且非與工作無關之給與而言，立法原旨在於防止雇主對勞工因工作而獲得之報酬不以工資之名而改用其他名義，故特於該法明定應屬工資，以資保護。」

五、行政院勞工委員會 95 年 10 月 26 日勞保 2 字第 0950114071 號函

「核釋勞工保險條例施行細則第三十二條第一項有關本條例第十四條第一項所稱月薪資總額，以勞動基準法第二條第三款規定之工資為準。依勞動基準法第二條第三款規定，工資：謂勞工因工作而獲得之報酬；包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之。至於勞動基準法施行細則第十條規定之獎金，倘係雇主所為非經常性之給與，或單方目的且給付具有勉勵、恩惠性質之給與，則不計入月薪資總額。另符合「勞務對價」性質之工資，不論其名稱為何，均計入月薪資總額申報勞保投保薪資。本解釋自九十五年十一月一日生效。」

案情摘要

僱用被保險人數 5 人以上之投保單位負責人，依全民健康保險法施行細則第 41 條規定，其投保金額最低不得低於其所屬員工申報之最高投保金額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、案件緣由及原核定文件要旨 （一）緣行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局)查核負責人投保金額時，發現申請人申報其負責人鄭○○投保金額低於所屬員工申報之最高投保金額，乃以 99 年 7 月 9 日健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以自 99 年 5 月 1 日起逕行調整負責人投保金額，應補收之保險費於開計 99 年 7 月份保險費繳款單內計收等語。 （二）申請人不服，向健保局申復，經該局於 99 年 8 月 10 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以申請人公司員工最高投保金額為新台幣（下同）110,100 元，申請人申請調降其負責人投保金額為 80,200 元，與全民健康保險法施行細則第 41 條規定不符，該局無法受理等語。申請人仍不服，檢附前開 2 函併向本會申請審議。 二、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	全民健康保險法（以下簡稱健保法）施行細則第 41 條第 1 項第 2 款「下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：二、僱用被保險人數五人以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級及其所屬員工申報之最高投保金額。」
	卷證	投保單位保費計算明細表影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其公司負責人因應金融海嘯之遽變，自 98 年為減低公司費用而自願調整薪資，實際薪資已檢附健保局，且其公司最高投保金額之員工係為其公司謀求業績發展而聘任之專業經理人，自有特定薪資需求之因素。

（二）健保法施行細則之位階並非法律，乃基於健保法第 86 條之空白授權而訂定之行政命令，關於投保金額之規定，健保法並無施行細則第 41 條第 1 項第 2 款規定之限制，換言之，母法中並未限制事業負責人之投保薪資不得低於員工最高投保薪資甚明。又依健保法第 22 條規定，其負責人以其營利所得為投保金額，無固定所得者，由被保險人自行申報，如申報不實，保險人得逕予調整，足見健保局逕予調整保險費，僅在於被保險人申報不實之情形，惟健保法施行細則第 41 條第 1 項第 2 款另為例外之規定，顯已逾越母法法律授權之目的及意旨。

（三）保險人如依法調整投保金額，其保費得按調整後之投保金額計算，惟健保局於 99 年 7 月 9 日始發文通知逕予調整投保金額，竟追繳 99 年 5 月 1 日起之保費差額，明顯違法。投保金額決定保險費之基礎，且全民健康保險為強制險，投保與否固無商量空間，則投保金額及保費繳納亦應受法律保留原則及法律優越原則之規範應以法律定之，否則行政機關即有濫權之嫌，本件健保局不考量負責人實際投保金額，逕以違背法律之健保法施行細則第 41 條第 1 項第 2 款規定調整投保金額及追繳未調整前之保費差額，明顯違法，請撤銷。

二、本會審定理由

（一）事實認定部分

1. 本件鄭○○係僱用被保險人數 5 人以上之申請人公司負責人，為申請人所不否認，即屬健保法第 8 條第 1 項第 1 款第 4 目所定雇主之第一類被保險人，其投保金額最低不得低於其所屬員工申報之最高投保金額。

2. 本件申請人申報其負責人鄭○○之投保金額為 80,200 元，較其所屬員工王○○及潘○○申報之投保金額 110,100 元為低，則健保局據以逕予調整鄭○○自 99 年 5 月起投保金額為 110,100 元，並無不合。

（二）申請人主張健保局不考量負責人實際投保金額，逕以違背法律之健保法施行細則第 41 條第 1 項第 2 款規定調整投保金額及追繳未調整前之保費差額，明顯違法云云

1. 健保局意見書陳明，略以經查申請人所屬員工申報之最高投保金額自 99 年 3 月起已為 110,100 元，申請人未依規定主動申報調整負責人之投保金額，該局 99 年 7 月初清查時，比對當時最新已開單月份 99 年 5 月投保單位保險費計算明細表，發現申請人之負責人鄭○○投保金額 80,200 元，低於所屬員工申報之最高投保金額 110,100 元，爰依上開規定自 99 年 5 月起逕行調整申請人之負責人鄭○○投保金額為 110,100 元，並於 99 年 7 月 9 日發函通知申請人於開計 99 年 7 月保險費時調整申請人之負責人鄭○○投保金額，並補收短繳之 99 年 5 月起之保險費差額，並無違誤等語。

2. 查全民健康保險是一種強制性之社會保險，為達其自助互助及風險分擔之目的，故採量能付費之原則，即將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為 6 類，並按

不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別，而投保單位有依法為其所屬保險對象申報加保及退保等義務。依首揭健保法施行細則第 41 條第 1 項第 2 款，有關僱用被保險人數 5 人以上之事業負責人，其所得未達投保金額分級表最高一級者，固得自行舉證申報其投保金額，惟最低不得低於其所屬員工申報之最高投保金額，其立法本旨乃係基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質而訂定，至薪資多寡，並非唯一衡量之依據。

3. 另健保法施行細則係主管機關行政院衛生署依據健保法之授權制定，該施行細則第 41 條關於申報之投保金額所為細節性、技術性之規定，並未違反法律保留原則，亦未違背母法，此有台北高等行政法院 94 年度簡字第 398 號、98 年度簡字第 357 號判決及最高行政法院 99 年度裁字第 185 號裁定意旨可資參照，所稱核有誤解。

（三）法律適用結果

綜上，健保局函復申請人，略以申請人公司員工最高投保金額為 110,100 元，申請人申請調降其負責人投保金額為 80,200 元，與全民健康保險法施行細則第 41 條規定不符，該局無法受理等語，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

案情摘要

被保險人於育嬰留職停薪期間選擇於原投保單位繼續投保，依全民健康保險法施行細則第 23 條第 2 項規定，應以原投保金額等級投保。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	調降 99 年 2 月至 8 月育嬰留職保險費。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、繳款單內容 申請人及眷屬謝○○99 年 2 月保險費計新台幣(下同)2,190 元。 二、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條之 1 及其施行細則第 23 條第 2 項。 二、性別工作平等法第 16 條第 2 項及其施行細則第 10 條。
	卷證	個人戶籍資料(完整姓名)查詢、保險對象投保歷史列印、目前育嬰留職停薪資料明細表等影本及行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、 申請理由要旨

（一）其於 99 年 2 月至 8 月育嬰留職，但健保局仍以舊投保薪資 80,200 元計算保費，目前其由公保補助 23,523 元(非學校薪資)，請自 99 年 2 月至 8 月調降投保薪資為 23,523 元。

（二）全民健康保險法施行細則第 23 條規定不公平，收入減少許多，卻以原先高收入計收健保費，有處罰育嬰留職停薪人員之虞，係建立在不平等、不合理的法律規定，請修訂。

（三）經重新計算後，請速將新繳款單寄送，以便繳納。

二、本會審定理由

（一）事實認定部分

1. 強制納保對象：本件申請人及眷屬謝○○係中華民國國籍，在台設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。

2. 加保情形：申請人於 85 年 8 月 1 日起即以第一類被保險人身分加保於○○大學，投保金額為 80,200 元，眷屬謝○○於 89 年 11 月 17 日起依附申請人加保，申請人申請自 99 年 2 月 1 日至 8 月 1 日育嬰留職停薪並於原投保單位○○大學繼續加保。

3. 綜上，申請人應按其原投保金額 80,200 元，繳納其本人及眷屬謝○○99 年 2 月保險費計 2,190 元(1,095 元+1,095 元=2,190 元)。

（二）申請人主張其 99 年 2 月至 8 月育嬰留職期間投保金額應以公保補助 23,523 元，而非學校薪資 80,200 元計收云云

按性別工作平等法施行細則第 10 條及全民健康保險法施行細則第 23 條第 2 項前段分別規定：「依本法第 16 條第 2 項規定繼續參加原有之社會保險者，其投保手續、投保金額、保險費繳納及保險給付等事項，依各該相關法令規定辦理。」、「被保險人依性別工作平等法規定申請育嬰留職停薪，並於原投保單位繼續投保者，應以原投保金額等級投保。」，本件申請人於 99 年 2 月起申請育嬰留職停薪，並選擇於原投保單位○○大學繼續投保，依法即應以原投保金額等級 80,200 元投保，所稱核有誤解。

（三）法律適用結果

綜上，健保局開單計收申請人及眷屬謝○○99 年 2 月保險費計 2,190 元，並無不合，原核定應予維持。至申請人主張全民健康保險法施行細則第 23 條規定不公平，收入減少許多，卻以原先高收入計收健保費，有處罰育嬰留職停薪人員之虞，係建立在不平等、不合理的法律規定，請修訂一節，係屬立法政策範疇，非本會所得審究，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：

一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

二、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

三、全民健康保險法施行細則第 23 條第 2 項

「被保險人依性別工作平等法規定申請育嬰留職停薪，並於原投保單位繼續投保者，應以原投保金額等級投保；被保險人應自付之保險費，由保險人依第 45 條規定寄送被保險人繳納。」

四、性別工作平等法第 16 條第 2 項

「受僱者於育嬰留職停薪期間，得繼續參加原有之社會保險，原由雇主負擔之保險費，免予繳納；原由受僱者負擔之保險費，得遞延三年繳納。」

五、性別工作平等法施行細則第 10 條

「依本法第十六條第二項規定繼續參加原有之社會保險者，其投保手續、投保金額、保險費繳納及保險給付等事項，依各該相關法令規定辦理。」

案情摘要

全民健康保險法第 29 條規定健保費係採論進不論出及按月原則計繳,被保險人投保(轉入)當月，應繳納全月之保險費，退保（轉出）當月，於轉出單位免繳納保險費，而被保險人退保轉出，仍應以適法身分接續加保。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	101 年 1 月保險費由軍方支付。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、繳款單內容 101 年 4 月(追溯補收 101 年 1 月至 2 月)保險費計新台幣 1,498 元。 二、申請人就 101 年 1 月保險費，向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條之 1 及第 29 條第 2 項。 二、事實認定部分 (一)強制納保對象： 本件申請人係中華民國國籍，在台設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。 (二)加保情形： 申請人於 101 年 1 月 30 日自○○轉出後，即未依適當身分加保，迄至 101 年 3 月 29 日始加保於○○公司，致 101 年 1 月至 2 月有中斷投保情形。 (三) 綜上，申請人應繳納系爭 101 年 1 月保險費。 三、申請人主張其曾於 100 年 2 月 16 日辦理轉出，並付 100 年 2 月保險費，101 年 1 月 30 日服役期滿,101 年 1 月保險費應由軍方支付，健保局卻向其計收該月保險費，豈有 2 套按月收費標準，自相矛盾云云，惟所稱核有誤解，分述如下： (一)健保局意見書陳明，略以申請人於 94 年 6 月 1 日起以眷屬身分依附孫○○加保於新北市○○區公所,100 年 2 月 16 日至新北市○○區公所辦理自 100 年 3 月 1 日退保轉出，爰申請人 100 年 2 月保險費，以第 6 類地區人口身分計收無誤;嗣後申請人於 100 年 3 月 1 日服役轉入○○投保，至 101 年 1 月 30 日服役期滿，自○○退保轉出，迄於 101 年 3 月 29 日轉入○○公司投保,於 101 年 1 月 30 日至 101 年 3 月 29 日中斷投保，該局依全民健康保險法第 29 條第 2 項規定，開單補收申請人 101 年 1 月至 2 月保險費，於法並無違誤等語。 (二)又全民健康保險係強制性社會保險，凡符合投保資格之保險對象，均有以適當身分投保及繳納保險費之義務，不能中斷投保，且全民健康保險法第 29 條係規定本保險之保險費，採論進不論出及按月原則計繳，即被

	保險人投保（轉入）當月，應繳納全月之保險費，退保（轉出）當月，於轉出單位(即投保單位○○)則免繳納保險費，而申請人於 101 年 1 月 30 日自○○退保轉出，仍應以適法身分加入本保險，並繳納當月全月保險費。 四、法律適用結果 綜上，健保局計收申請人系爭 101 年 1 月保險費，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

二、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

三、全民健康保險法第 29 條第 2 項

「本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。」

案情摘要

依民法第 1116 之 2 條規定：「父母對於未成年子女之扶養義務，不因結婚經撤銷或離婚而受影響。」，未成年人之母親，對於其未成年子女負有扶養之義務，該未成年子女既依附母親以眷屬身分加保，即不得以非監護人而免除應繳納系爭眷屬保險費之義務。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	退還幫鍾○○繳納 96、97、98 年之健保費，由擔任監護人的林黃○○補繳。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、原核定內容 有關申請人申請退還鍾○○健保費案，經查鍾○○自 96 年 12 月 6 日起以眷屬身分依附申請人投保於○○縣○○市公所，又鍾○○於 98 年 4 月 16 日(原核定誤繕為 98 年 5 月 6 日)經法院協議由林黃○○監護，已自 98 年 5 月 19 日起依附林黃○○加保，故自 98 年 5 月 19 日起並未依附申請人加保。綜上，鍾○○於 96 年 12 月至 98 年 4 月保險費仍應由申請人繳納，所請退還鍾○○96、97、98 年健保費，歉難辦理。 二、申請理由要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目、第 9 條第 3 款、第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條之 1 及第 13 條。 二、民法第 1091 條、第 1116 之 2 條。
	卷證	保險對象計費投保歷史資料查詢、全民健康保險第六類保險對象退保申請表、個人戶籍資料、戶籍謄本、96、97、98 年度全民健康保險繳納保險費證明(補發)、臺灣板橋地方法院 98 年度監字第 000 號協議筆錄、臺灣桃園地方法院家事法庭 97 年 7 月 31 日桃院○○日 96 年度繼字第 000 號函等影本及行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）意見書、補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）鍾○○在社會局安置到辦理監護登記有 3 年期間沒有監護人，直到 98 年向法院辦理監護權。在沒有監護人時期，其暫時代理替鍾○○支付中斷的健保費，保障鍾○○可於沒監護人狀況下正常就醫。現今既定監護人，理應由監護人負擔當初中斷的投保事宜，監護登記完成才算是未成年之職務代理人。例如消費券發放之未成年領取辦理及清寒補助之申請辦理等。

（二）失親的未成年人都是依據監護登記來辦理事務，所以向健保局申請其幫鍾○○繳納 96、97 及 98 年保險費之退費，應由擔任監護人的林黃○○補繳納。

二、本會審定理由

（一）事實認定部分

1. 強制納保對象：本件申請人之女兒鍾○○係中華民國國籍，在台設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。
2. 加、退保情形：鍾○○於 96 年 12 月 6 日以眷屬身分依附申請人加保於○○縣○○市公所，申請人於 98 年 5 月 19 日至該公所辦理鍾○○退保轉出，並以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○縣○○市公所。
3. 戶籍登記情形：鍾○○為未成年人，其父母於 89 年 1 月 26 日離婚(其父鍾○○於 96 年 6 月 28 日死亡)，98 年 4 月 16 日經臺灣板橋地方法院協議由林黃○○(即鍾○○外祖母)監護。
4. 綜上，申請人應繳納其女鍾○○96 年 12 月至 98 年 4 月依附加保期間之保險費。

（二）申請人主張應由擔任監護人的林黃○○補繳納鍾○○96、97 及 98 年之健保費云云

查依戶籍登載資料顯示，鍾○○於 98 年 4 月 16 日經法院協議由其外祖母林黃○○監護，已如前述，是 98 年 4 月 16 日以前，林黃○○並非鍾○○之監護人（法定代理人），並無承擔鍾○○保險費之義務，又按民法第 1116 之 2 條規定：「父母對於未成年子女之扶養義務，不因結婚經撤銷或離婚而受影響」，本件申請人既係未成年人鍾○○之母親，對於鍾○○即負有扶養之義務，自不得以鍾○○自 98 年 4 月 16 日改由林黃○○監護而免除應繳納系爭保險費之義務，所稱核有誤解。

（三）法律適用結果

綜上，健保局函復申請人，略以鍾○○於 96 年 12 月至 98 年 4 月保險費仍應由申請人繳納，所請退還鍾○○96、97、98 年健保費，歉難辦理等語，並無不合，原核定應予維持。至鍾○○為未成年人，於 98 年 5 月 19 日至 6 月 24 日以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○縣○○市公所，核與規定不符，健保局應本於職權查明處理，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 6 款第 2 目
「被保險人分為下列六類：六、第六類（二）第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。」
二、全民健康保險法第 9 條第 3 款
「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：三、被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」
三、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款
「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在台灣地區設有戶籍者。」
四、全民健康保險法第 11 條之 1
「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」
五、全民健康保險法第 13 條
「符合第九條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。」
六、民法第 1091 條
「未成年人無父母，或父母均不能行使、負擔對於其未成年子女之權利、義務時，應置監護人。但未成年人已結婚者，不在此限。」
七、民法第 1116 之 2 條
「父母對於未成年子女之扶養義務，不因結婚經撤銷或離婚而受影響。」

案情摘要

被保險人申請核退自墊醫療費用，因其為獨資商號之負責人，與該投保單位為同一權利主體，該投保單位積欠應繳納之保險費，應由該被保險人負同一債務責任，健保局將退費冲抵獨資商號未繳納之保險費，尚無不合。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	繳費時為何不說沖抵公司帳。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、出生日期：民國 58 年 4 月 3 日。 二、就醫地點：以一般身分至○○醫院。 三、就醫情形：於 99 年 6 月 1 日、14 日及 15 日 3 次門診，自付醫療費用計新台幣（下同）6,810 元（包括 99 年 6 月 1 日掛號費 150 元、診察費 200 元、治療處置費 1,000 元、藥費 60 元、99 年 6 月 14 日掛號費 150 元、診察費 200 元、治療處置費 1,950 元、藥費 100 元及 99 年 6 月 15 日治療費 3,000 元）。 四、核定內容： 本件依全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點第 6 點及全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療費用審查及支付等有關規定，於扣除部分負擔、健保不給付之掛號費及收據與健保醫令明細差額，共計核退 4,974 元(經沖抵申請人擔任雇主期間其投保單位即○○工作室未繳納之保險費 4,974 元，實際核退 0 元)。 五、申請人就行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局)核退醫療費用 4,974 元，先予沖抵其投保單位即○○工作室未繳納之保險費 4,974 元部分，向本會申請審議，申請理由要旨及健保局意見暨補充意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 31 條第 1 項前段、第 33 條第 1 項、第 2 項、第 38 條第 1 項及第 39 條第 10 款。 二、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點第 6 點。
	卷證	保險對象投保歷史、臺北縣政府營利事業登記證、加保、繳納、沖銷、退費及付款資料明細表、醫療費用收據、門診現金收入收據、收據與健保醫令明細差額表、退費明細表、自墊核退受理清單、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退申請書、第一、二、三類對象投保(轉入)申報表、第六類保險對象補中斷轉入、轉出申請表、投保單位成立申請表、戶籍謄本等影本及健保局意見書暨補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

其繳費時，健保局為何不說沖抵公司帳。

二、健保局意見及補充意見要旨

（一）本案申請人99年6月1日、14日及15日於○○醫院門診3次，該局依本保險醫療費用審查及支付等相關規定辦理，共可核退4,974元；惟查本案申請人為投保單位○○工作室之負責人，該工作室有健保費逾期未繳，經沖抵欠費後，核退金額為0。該局爰以99年7月20日受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書及退費明細表通知在案。

（二）另申請人所填具自墊醫療費用核退申請書亦已載明「申請人如有積欠健保費或滯納金等，同意將退費金額優先償抵欠費」，故所請醫療費用核退款，應先行抵扣欠費，且經查申請人成立之○○工作室係屬獨資，故抵扣其欠費並無不合。

三、本會審定理由

（一）本件申請人原名趙○○，於96年4月3日戶籍登記更名為趙○○；其於89年12月26日經○○縣政府核准設立獨資商號「○○工作室」，申請人為該工作室負責人，嗣於93年1月間向健保局申請以該工作室成立投保單位，並以第1類雇主身分自93年1月1日起轉入加保，迄94年9月5日轉出，先予敘明。

（二）申請人分別於99年6月1日、14日及15日以一般身分至○○醫院(牙科)就醫，自付醫療費用6,810元，經健保局依全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點及本保險醫療費用審查及支付等有關規定，於扣除本保險不給付之掛號費300元(150元+150元=300元)、藥品費差額86元(收據金額[60元+100元]-支付標準核付金額[28元+46元]=86元)及治療處置費差額1,300元(收據金額[1,000元+1,950元+3,000元]-支付標準核付金額[1,000元+650元+3,000元]=1,300元)暨保險對象看診牙科應自行部分負擔金額150元(50元+50元+50元=150元)後，核退申請人4,974元(6,810元-300元-86元-1,300元-150元=4,974元)，並經全數沖抵申請人擔任○○工作室[投保單位代號：000000000]雇主期間，該投保單位未繳納之94年6月及7月保險費各4,159元及815元，共計4,974元，而實際核退0元，尚無不合。

（三）申請人對核退金額並不爭執，僅主張其繳費時，健保局為何不說沖抵公司帳云云經查本件申請人既為前開獨資商號「○○工作室」之負責人，即與該投保單位為同一權利主體，該投保單位積欠應繳納之保險費，自應由申請人負同一債務責任，況申請人於99年6月30日簽名填具之前開自墊醫療費用核退申請書已載明「申請人如有積欠健保費或滯納金等，同意將退費金額優先償抵欠費或紓困基金貸款」等字樣，爰健保局將應核退申請人之醫療費用逕予抵扣「○○工作室」積欠之保險費，尚非無據，否則會形成一方面既可以積欠健保費不還，另一方面又可以申請核退醫療費用之權利義務不對等現象，所稱核難執為本案之論據。

（四）法律適用結果

綜上，健保局依全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點及本保險醫療費用審查及支付等有關規定，核退申請人99年6月1日、14日及15日3次門診就醫自付之醫療費用4,974元，經全數沖抵申請人擔任雇主期間其投保單位即○○工作室未繳納之保險費，並無不合，原核定應予維持。至健保局原核定記載

將所核退 4,974 元，沖抵「公司保費及滯納金」一節，係沖抵「○○工作室積欠保險費」之誤，惟並不影響申請人仍應負繳納該投保單位積欠保險費之義務，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 31 條第 1 項前段

「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務。」

二、全民健康保險法第 33 條第 1 項及第 2 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。」「前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。」

三、全民健康保險法第 38 條第 1 項

「保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。」

四、全民健康保險法第 39 條第 10 款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

五、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點第 6 點

「健保局對於申請醫療費用核退案件之核退標準，依本保險醫療費用審查及支付等有關規定辦理。」

案情摘要

職業工會應負責按月收繳被保險人之自付保險費及通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向健保局提送被保險人欠費清單。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、 案件緣由及原核定內容 (一)緣申請人於 99 年 1 月 12 日以其會員李○○自 92 年 1 月份即無繳納其眷屬李○○及李○○健保費云云，向行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局)申請退回，經該局函復，略以李○○暨其子女李○○及李○○2 人係由申請人於 91 年 8 月 2 日填表申報自 91 年 8 月 1 日起於申請人職業工會加保，加保身分無誤，該局據此按月計費後彙計於申請人之保險費繳款單中。又李○○及其 2 名眷屬之自付保險費依法應由李○○按月繳至申請人，由申請人按實彙繳，如有欠費則提送欠費清單。 (二)經查申請人自 91 年 8 月起，除 98 年 5 月及 6 月申報李○○2 名眷屬欠費(已於 98 年 12 月 17 日繳清)外，每月皆按時彙繳李○○及其 2 名眷屬之健保費。爰此，健保局據以核定李○○及其眷屬李○○及李○○2 人健保 IC 卡可以更新使用，更毋須進行催繳及移送強制執行等行政行為，此行政行為自當對李○○及其眷屬具有正當合理之信賴。至於申請人與李○○間是否有財務私關係，健保局無從查知亦不影響李○○健保費已繳之行為效果。爰申請人申請退還已彙繳會員李○○2 名眷屬之健保費，歉難同意。 二、 申請理由要旨及健保局意見要旨如附件。
理　　由	依據：全民健康保險法(以下簡稱本法)第 29 條第 1 項第 2 款及其施行細則第 45 條第 3 項、第 52 條第 2 項暨第 3 項。 卷證：投保單位保費計算明細表、保險費繳款單、保險對象計費投保歷史資料、應收已收明細資料查詢、全民健康保險第一、二、三類保險對象投保(轉入)申報表、第二、三類被保險人欠費清單、欠費補繳、滯納金暨利息繳納清單、第二、三類投保單位保險費繳款彙總表等影本及健保局意見書。 審定理由：如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(台北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

二、　申請理由要旨

(一)其職業工會會員李○○自92年1月份即未繳納眷屬李○○及李○○健保費，請健保局退回無權與名目理由誤向其職業工會多收之健保費用，以利資料、財務正確及多數會員權益。

(二)其職業工會原會務之一係義務協助會員轉收轉繳勞、健保費，無收費即無經費予以轉繳納保險費，亦無代繳義務與權利。

(三)其職業工會主張申報欠費名冊係屬形式要件之一，縱未申報欠費名冊亦絕無可推翻未繳健保費之事實真相。被保險人未繳健保費，其職業工會即無法轉繳且亦無代位義務與權利。健保局無權以各種名目理由多收。

(四)再者如自動提款機因機器故障或其他原因造成要五毛給一塊之溢給金額之情形，難道提款人即可強佔為己有，不會有無權佔有、侵占之法律責任嗎？無收款即應無轉繳權利與義務；健保局聲聲表示工會有替會員辦理健保之義務，竟是如此嗎？無權選擇承辦健保局業務還要代支費用嗎？

(五)依健保局核定函說明四後段及全民健保險第二、三類投保單位運用中央健康保險局補助款注意事項要點三：「本局對第二、三類投保單位核發之補助款，依其捐助目的、對象及方式分為人事行政費用及郵件掛號、劃撥或催繳作業費用。又補助款之核發條件，依全民健康保險主管機關之規定辦理。」可知補助款非無因給予，係需被保險人收繳率符合健保局標準才有機會補助人事費，非函文所述單指郵資費。收繳率不足即有帝王條款之絕對否決權，可知與單純作業即給予補助之相對對價關係有分別。再者，補助經費之用途亦有明確限制與規範。

(六)依健保局核定函說明五中段：「李君及2名眷屬之自付保險費自應依法由李君按月繳至貴會，由貴會按時彙繳…」，可知健保局亦表同意被保險人應按時繳保險費由其職業工會按時彙繳；若被保險人無繳保費事實，其職業工會即無繳保險人之權利與義務，健保局應即不生法定收保費之權利。

(七)健保局引用本法第29條第1項第2款及其施行細則第52條第2項，其職業工會應可依本法第29條立法要義與精神補報欠費，同法中亦無明文禁止應有補報機會，且其職業工會係一協助辦理之團體，非專責訓練之公務人員，請健保局依法追認其職業工會補報欠費資料並准請登錄李○○眷屬欠費；再者其作業程序若有不完備，請健保局依職權派員輔導、協助。

(八)其職業工會縱未依本法施行細則第52條第3項，即前項投保單位未依第45條第3項規定提出異議理由者，應於寬限期滿後十五日內，提送保險費應繳納金額與彙繳金額差額部分之欠費清單。惟被保險人未向其職業工會繳納健保費卻是不爭之事實，無繳納健保費，其職業工會即無本法第29條第1項第2款之適用及其所延伸之權利與義務關係存在。健保局亦應無權與名目理由誤向其職業工會多收健保費用，且若有誤收應即歸還以保費名目理由已收取之保費款項，以減少義務協助單位之壓力與驚慌。

二、健保局意見要旨

(一)本案李○○暨眷屬李○○及李○○等2人係由申請人職業工會於91年8月2日填表申報自91年8月1日起於該職業工會加保，加保身分無誤，該局據此按月計費時，

將李○○眷屬等2人自付保費計算於李○○應付保險費中，由李○○繳納，並併同該職業工會全體會員應付保險費彙訂於該職業工會保險費計算表中，由該職業工會依會員實際彙繳情形繳納至該局，該局並無以名目理由誤開單多收保費或溢收之事實。該職業工會自91年8月起，除98年5月及6月申報李○○眷屬等2人欠費外，迄今每月皆按時將李○○與眷屬2人之自付保險費，彙計入該職業工會各月應彙繳保險費中，亦未提報李○○欠費，同時自行填報繳款單內應繳金額空白欄後彙繳至該局。爰此，李○○眷屬保費已繳納是為事實，至於該職業工會與李○○間是否有財務私關係，該局無從查知亦不影響李○○保險費已繳之行為效果。

(二)有關申請人職業工會主張該局是否有無權占有李○○保險費之法律責任乙節，查該職業工會彙繳李○○眷屬等2人之保險費既經該局銷帳，則李○○已完成繳納保險費之義務，自是依法受本保險之醫療照護，同時該局並未有向李○○再行催收致生重複繳納之情形，自無佔有保險費之疑慮。

(三)申請人職業工會主張申報被保險人欠費清單係屬形式要件乙節，查第二類投保單位每月就該局寄發之保險費計算表及繳款單所載金額如無異議，應於繳納寬限期內，就其實際彙收之保費總額自行填報於繳款單應繳金額空白欄內，據以彙繳，並於繳納寬限期滿後15日內提送欠費清單，作為該局就欠費者續為催繳、移送強執及暫行拒絕給付等行政作為之重要依據。同時，該局依據申請人職業工會所填報之保險費繳款彙總表及欠費清單，核算單位收繳率達到補助標準與否，如符合補助標準，則依已繳人數每人15元撥付郵件掛號劃撥或催繳作業行政費用。經查自92年以來，該局每月依申請人職業工會所申請，皆撥補該職業工會是項補助款在案，該工會確實知悉每月欠費金額之申報，攸關該局補助與否，欠費清單為經費核撥之主要憑證，絕非形式要件。又該職業工會主張該局應同意補報被保險人欠費乙節，查各職業工會申報之被保險人欠費清單如有疏漏，該局均同意比照救濟期間於60日內提出更正，俾該局進行欠費催繳、強執等作業，至於本案該職業工會所請退還92年迄今已繳之保費，不僅將造成該局須另行對被保險人催繳而產生延遲催繳、請求權時效消滅，或工會與李○○二造間是否財務私關係等等爭議，同時如對於單位已繳之保險費均比照退還，則將產生該局債權不確定，亦未課以職業工會善盡財務管理之責任，實不足採。

(四)有關申請人職業工會主張該局依職權派員輔導、協助相關欠費清冊申報乙節，查為健全職業工會健保財務，該局多年來積極輔導各職業工會依規定按實彙繳被保險人自付保費以及按實申報各項保險費繳納彙總表、欠費清單及郵資補助申請表，各職業工會均已瞭解相關規定，再依該局99年2月25日健保○字第0000000000號函，即已明確告知該職業工會備齊相關資料及建議輔導日期，該局將指派專人至申請人職業工會輔導，惟申請人工會迄未函復該局憑以辦理。

三、本會審定理由

(一)按「本保險保險費依下列規定，按月繳納：二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。」、「第二類及第三類被保險人應自付之保險費，未依本法第二十九條規定期限繳納者，投保單位應通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向保險人提送被保險人欠費清單。」分別為本法第 29 條第 1 項第 2 款及其施行細則第 52 條第 2 項所明定，先予敘明。

(二)本件李○○及其子女李○○、李○○(以眷屬身分依附李○○)於91年8月1日加保於申請人職業工會，依規定被保險人李○○於其子女李○○及李○○以眷屬身分依附其加保於申請人職業工會期間，應將其本人及眷屬李○○、李○○自付之保險費，按月向其投保單位即申請人職業工會繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳健保局。倘李○○上開應自付之保險費，未依本法第29條規定期限繳納，申請人應通知李○○繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向健保局提送欠費清單。惟經審查卷附全民健康保險第二、三類被保險人欠費清單(98年1月至12月)及健保局傳真之92年1月、2月、94年1月、2月、98年11月及12月申請人投保單位保費計算明細表、保險費繳款彙總表、保險費繳款單、被保險人欠費清單、被保險人欠費補繳暨滯納金繳納清單影本，顯示申請人僅於98年5月及6月有申報李○○積欠健保費各1,146元，欠費原因為「實際欠費」(亦即李○○未將98年5月及6月保險費向申請人繳納所致)。且健保局前開意見書陳明，略以申請人自91年8月起，除98年5月及6月申報李○○眷屬等2人欠費外，每月皆按時將李○○與眷屬2人之自付保險費，彙計入申請人職業工會各月應彙繳保險費中，亦未提報李○○欠費，同時自行填報繳款單內應繳金額空白欄後彙繳至該局等語，申請人主張李○○自92年1月份即未繳納眷屬李○○及李○○健保費一節，核不足採。

(三)申請人主張追認其職業工會補報欠費資料並准予登錄李○○眷屬自92年1月欠費云云，查本法施行細則第52條第3項已明定第2類被保險人之投保單位提送之欠費清單，若未就本法施行細則第45條第3項規定提出異議理由者，應於寬限期滿後15日內為之。健保局前開意見書已陳明，略以各職業工會申報之被保險人欠費清單如有疏漏，該局均同意比照救濟期間於60日內提出更正等語，況申請人亦自陳其職業工會縱未依本法施行細則第52條第3項規定提出異議理由，惟被保險人未向其職業工會繳納健保費卻是不爭之事實等語，則申請人既未於彙繳實際收繳之保險費後，向健保局提出異議理由，即應於寬限期滿後15日內提送欠費清單，惟查卷內並無申請人所稱李○○與眷屬2人92年1月起之欠費清單(98年5月及6月除外)，申請人於事後主張補報欠費資料，難謂有理由。

（四）綜上，健保局函復申請人，略以申請人申請退還已彙繳會員李○○2名眷屬之健保費，歉難同意等語，並無不合，原核定應予維持。至申請人其餘主張業經健保局前開意見書陳明，且對本案審定不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第29條第1項第2款

「本保險保險費依下列規定，按月繳納：二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。」

二、全民健康保險法施行細則第45條第3項

「投保單位或被保險人對於保險費計算表及繳款單所載金額如有異議，第一類及第六類被保險人之投保單位及第六類被保險人應先照額繳納，第二類、第三類被保險人之投保單位應先彙繳實際收繳之保險費後，再向保險人提出異議理由，經保險人查明錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。」

三、全民健康保險法施行細則 52 條第 2 項及第 3 項

「第二類及第三類被保險人應自付之保險費，未依本法第二十九條規定期限繳納者，投保單位應通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向保險人提送被保險人欠費清單。」、「前項投保單位未依第四十五條第三項規定提出異議理由者，應於寬限期滿後十五日內，提送保險費應繳納金額與彙繳金額差額部分之欠費清單。」

案情摘要

投保單位未依健保局通知，於期限內將薪資明細表等資料送核，健保局依全民健康保險法第 71 條及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 8 點規定，處以投保單位罰鍰。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷罰鍰。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、案件緣由及罰鍰處分書內容 (一)緣健保局於 99 年 7 月 15 日以健保○字第 0000000000 號書函通知申請人，略以為確定申請人員工投保金額覈實申報作業需要，茲依全民健康保險法(以下簡稱本法)第 17 條規定，請於文到次日起 15 日內，檢送申請人 95 年至 98 年各年度 1 月、7 月及 99 年 1 月共 9 個月當時在職員工之薪資明細表，暨 99 年 1 月員工薪資銀行轉帳名冊(含金額)憑辦，倘屆時未蒙配合辦理，將依本法第 71 條規定處以罰鍰，並於查定後，另依本法第 73 條規定辦理等語。 (二)申請人於 99 年 8 月 2 日向健保局申復，略以其當時在職員工多名已陸續離職，該歷年資料已庫存且有的在會計師處，其速請專人取回，但非短短 15 日所能完成，請准予延後 1 個月後備妥後送交等語，經健保局同意延緩在案。 (三)申請人屆期仍未提供系爭資料予健保局，該局爰以申請人拒絕提供資料，妨礙健保業務之執行，於 99 年 11 月 1 日以健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書處申請人新台幣(下同)5,000 元罰鍰。 二、申請人不服，向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據：本法第 17 條、第 71 條及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 8 點。 二、按投保單位對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述，為本法第 17 條所明定，如有違反者，依本法第 71 條規定，處 2 千元以上 1 萬元以下罰鍰。另按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 8 點規定，投保單位違反本法第 17 條規定，規避、拒絕或妨礙主管機關或保險人因業務需要所為之訪查、查詢，每次處 5,000 元罰鍰。故投保單位只要有規避、拒絕或妨礙保險人因業務需要所為之訪查、查詢之情況，即該當於該條款所定之構成要件，而應處以 5,000 元罰鍰，合先敘明。 三、本件健保局前於 99 年 7 月 15 日函知申請人，請申請人於文到次日起 15 日內，檢送系爭 95 年至 98 年各年度 1 月、7 月及 99 年 1 月共 9 個月當時在職員工之薪資明細表，暨 99 年 1 月員工薪資銀行轉帳名冊，申請人雖於

	99 年 8 月 2 日申請延後 1 個月送交，並經健保局同意延緩在案。惟查申請人迄至健保局於 99 年 11 月 1 日裁處前仍未將系爭薪資明細表及轉帳清冊檢送健保局供核，為不爭之事實，健保局依本法第 71 條及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 8 點規定，處以申請人罰鍰 5,000 元，核屬有據。 四、申請人主張因資料被離職員工通通帶走，尚在建立中，時間上來不及提供，而非不提供，且依本法第 71 條規定，罰鍰為 2,000 至 10,000 元，其屬初犯應處罰最低額 2,000 元云云，惟所稱核不足採，分述如下： (一)健保局意見書陳明，略以該局前於 99 年 7 月 15 日依本法第 17 條規定，函請申請人限期提供查核業務所需資料，惟迄今已逾 6 個月仍未獲提供，申請人僅以「因資料被離職員工通通帶走，尚在建立中，時間上來不及提供，而非不提供」、「無妨害健保業務之執行等」為由，作為規避、拒絕提供業務查詢所需資料之藉口，又資料是否確為員工帶走？申請人從未提出任何可資佐證之證明，而重建之時程為何？申請人亦未提出具體之時間表，僅是一再拖延提供查核所需資料而已。倘資料確係被離職員工帶走，此係申請人內部控管之問題，其風險仍應由申請人自行承擔，尚不得據此作為阻卻提供行政機關業務查詢之事由。 (二)查健保局為執行本法有關罰鍰處分事項，已訂定「全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項」，該注意事項明定投保單位有規避、拒絕或妨礙主管機關或保險人因業務需要所為之訪查、查詢，每次處 5,000 元罰鍰，健保局衡酌申請人之違規態樣情節，本於職權認定申請人有拒絕提供資料，妨礙健保業務執行之情事，處以申請人 5,000 元罰鍰，與健保局訂定之「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 8 點）」精神，尚無違背。 五、綜上，健保局以申請人拒絕提供資料，妨礙健保業務之執行，裁處申請人罰鍰 5,000 元，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 17 條

「保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。」

二、全民健康保險法第 71 條

「違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。」

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 8 點

「保險對象及投保單位違反本法第十七條規定，於辦理各項保險手續，拒絕提供所需之資料或文件者，每次處新台幣二千元罰鍰；若規避、拒絕或妨礙主管機關或保險人因業務需要所為之訪查、查詢，每次處新台幣五千元罰鍰；若作虛偽之證明、報告或陳述者，每次處新台幣一萬元罰鍰。」

三、保險給付事項

案情摘要

保險對象具備本保險加保資格前，不得享有本保險給付，其至本保險特約醫事服務機構就醫之醫療費用，應自行負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	應以100年7月14日為健保給付生效日。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、眷屬吳○○就醫地點：○○診所、○○藥局、市醫○○門診部等特約醫事服務機構。 二、就醫情形： 100年7月11日至10月24日期間，至健保特約醫事服務機構門診就醫7次及調劑領藥 5 次，健保局支付醫療（藥）費用計新台幣（下同）3,250元。 三、核定內容： 申請人眷屬吳○○原住大陸地區，100年7月14日初設戶籍登記，依全民健康保險法第10條第1項規定，須設籍滿4個月即100年11月14日起始符合投保資格，於100年7月11日至10月24日不具全民健康保險投保資格期間使用之醫療費用3,250元整，本保險不予給付，請於文到15日內繳還歸墊。
理　　由	一、按「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前4個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。」、「符合第10條規定之保險對象，除第11條所定情形外，應一律參加本保險。」，為全民健康保險法第10條第1項第1款、第3款及第11條之1所明定。又依行政院衛生署88年9月22日衛署健保字第88056961號函釋：「本次修法即齊一各類被保險人眷屬之加保資格，除具有中華民國國籍並曾有參加全民健康保險紀錄、在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，或在台設有戶籍或領有居留證明文件並為有固定雇主之受雇者外，其他民眾一律須設籍或居留滿 4個月方得加保。」，故除在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生兒外，於本保險施行區域外地區出生之本國籍嬰兒，須返國初設戶籍滿4個月後，始得參加本保險，審諸其意甚明。 二、依卷附相關資料顯示，本件申請人眷屬吳○○於100年4月8日在大陸地區出生，100年7月14日在台辦理初設戶籍登記，依前揭全民健康保險法第10條第1項第1款規定及行政院衛生署函釋意旨，申請人眷屬吳○○須迄於設籍滿4個月之100年11月14日起始具參加本保險為保險對象之資格，從而申請人眷屬吳○○於系爭100年7月11日至10月24日期間，依

	法既未具備加保資格，自不得享有本保險給付，至本保險特約醫事服務機構就醫之系爭醫療費用 3,250 元，即應由申請人眷屬吳○○自行負擔。 三、申請人主張其眷屬吳○○雖在大陸地區出生，在程序上向內政部入出國及移民署提出經海基會驗證之出生證明，核准其定居證憑辦初設戶籍，應視為新生兒之出生案，即應以初設戶籍之 100 年 7 月 14 日為健保給付生效日云云，業經健保局意見書陳明如下，所稱核有誤解： （一）按全民健康保險法第 10 條規定，除受雇者及國內出生之我國籍新生兒外，國人應自設籍滿 4 個月之日起，參加全民健康保險，非本國籍人士亦應自居留滿 4 個月時起，始得參加本保險。查其立法意旨，此 4 個月為合格等待期，係保險基本原則，目的為避免居住於國外者，於發生傷病事故時，始來臺參加保險享受醫療給付，形成僅享受權利而不盡義務之不公平現象，以避免保險支出之驟增，造成收支不平衡，進而加重長期持續繳納保險費之現有保險對象之負擔。因此凡參加本保險者，除須符合全民健康保險法所訂之基本資格條件外，尚須於合格等待期過後，方得參加本保險，不論係本國籍人士或外國籍人士、成人或新生嬰兒於國外出生原因為何，均應一體適用，自辦理戶籍登記或在臺居留滿 4 個月之日起，參加全民健康保險。 （二）全民健康保險法第 1 條後段規定，本法未規定者適用其他有關法律，申請人眷屬吳○○返國後係辦理初設戶籍登記，而非出生登記，非適用全民健康保險法第 10 條第 1 項第 3 款規定，應改依同法第 10 條第 1 項第 1 款規定辦理，故該局核定申請人眷屬吳○○於初設戶籍滿 4 個月即 100 年 11 月 14 日始加保。 四、綜上，健保局函知申請人，略以申請人眷屬吳○○須於設籍滿 4 個月即 100 年 11 月 14 日起始符合投保資格，於 100 年 7 月 11 日至 10 月 24 日不具全民健康保險投保資格期間使用之醫療費用 3,250 元，請於文到 15 日內繳還歸墊等語，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 10 條第 1 項

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。」

二、行政院衛生署 88 年 9 月 22 日衛署健保字第 88056961 號函

「查全民健康保險法中有關須設籍四個月之立法原意，係為避免居住於國外者，於發生傷病事故時，始來台參加保險享受醫療給付，形成僅享權利而不盡義務之不公平現象。除具有中華民國國籍並曾有參加全民健康保險紀錄、在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，或在台設有戶籍或領有居留證明文件並為有固定雇主之受雇者外，其他民眾一律須設籍或居留滿四個月方得加保。」

案情摘要

保險對象未攜帶保險憑證至本保險特約診所門診就醫，且未能依全民健康保險醫療辦法第 5 條規定，於就醫之日起 7 日內補送保險憑證向診所辦理退費，乃係可歸責於保險對象之個人事由，即應自行負擔醫療費用。(於 102 年 1 月 1 日二代健保施行後，辦理退費之期限已修正延長為為 10 日)

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退眷屬戴○○自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、眷屬戴○○就醫地點：○○耳鼻喉科診所。 二、就醫情形：100 年 8 月 8 日門診。 三、醫療費用：計新台幣（下同）450 元（包括部分負擔 50 元、掛號費 100 元及押單金額 200 元，合計 350 元，惟收據另以手寫註記「共 450」元)。 四、核定內容： 本件申請人眷屬戴○○自墊門診醫療費用原因係「因住校」，致未及於就醫之日起 7 日內（不含例假日）補送保險憑證向醫療院所申請退費，所請事由係屬個人因素，非屬不可歸責保險對象之事由，不符核退條件，所請核退醫療費用，歉難受理。
理　　由	一、按「保險對象於就醫之日起 7 日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之證明文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」、「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，準用本法第 43 條之規定，向保險人申請核退保險醫療費用。」，分別為全民健康保險醫療辦法第 5 條後段及第 6 條所明定。 二、本件申請人眷屬戴○○於 100 年 8 月 8 日未攜帶保險憑證至本保險特約之○○耳鼻喉科診所門診就醫，自付醫療費用 450 元，依前揭規定，申請人原應於戴○○就醫之日起 7 日內至該診所辦理退費，惟申請人迄至 100 年 10 月 7 日(原核退申請書誤植為 8 日)始填具自墊費用原因為「因住校無法在 7 日內補單。」之全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退申請書於當日向健保局申請核退其眷屬戴○○100 年 8 月 8 日門診醫療費用，再參酌申請人於申請審議理由陳稱，略以戴○○住校期間發燒，校護陪同就診未帶健保卡，因戴○○為住校生，家人長期居住香港，無法在 7 日內補卡云云，足見本件申請人未能依前揭規定，於戴○○就醫之日起 7 日內補送保險憑證申請退費，乃係可歸責於申請人眷屬戴○○之個人事由所導致，即應自行負擔系爭醫療費用。

	三、綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫療辦法第 5 條

「保險對象就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給保險醫療費用項目明細表及收據；保險對象於就醫之日起七日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之證明文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」

二、全民健康保險醫療辦法第 6 條

「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，準用本法第四十三條之規定，向保險人申請核退保險醫療費用。」

案情摘要

保險對象申請核退以一般身分就醫自付之醫療費用，健保局依規定不予核退不符合本保險適應症之電腦斷層造影檢查費、本保險不給付之項目、醫令與收據差額及部分負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、就醫地點：○○醫院。 二、就醫原因：頭暈。 三、就醫情形：100 年 4 月 4 日以一般身分急診。 四、醫療費用：自付醫療費用新台幣(下同)7,533 元(包括頭部電腦斷層造影-無造影劑檢查費用 3,800 元)。 五、核定內容： 本案依全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點第 6 點及全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療費用審查及支付等有關規定，經專業醫師審查，認為申請人於 100 年 4 月 4 日急診就醫，病歷未記載 CT(頭部電腦斷層造影-無造影劑檢查)之適應症，健保局乃於扣除不給付之掛號費、部分負擔、收據與健保醫令明細差額及非必要之電腦斷層造影檢查費用後，共計核退 3,160 元。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 31 條第 1 項前段、第 33 條第 1 項、第 2 項、第 39 條第 10 款、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點第 6 點、全民健康保險醫療費用支付標準（以下簡稱支付標準）33070B「電腦斷層造影-無造影劑」、全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項－電腦斷層審查原則。 二、本件申請人以一般身分於 100 年 4 月 4 日至上開醫院急診就醫，自付醫療費用 7,533 元，經健保局依全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點及本保險醫療費用審查及支付等有關規定，核退申請人 3,160 元，不予核退 4,373 元[包括不符合本保險適應症之電腦斷層造影－無造影劑（33070B）檢查費、本保險不給付之掛號費、按本保險支付標準核付之衛材費、藥品費等與收據之差額及保險對象應自行部分負擔金額，詳如附表]，尚無不合。 三、申請人主張其有高血壓及糖尿病病史，於 100 年 4 月 4 日就診前 1 日即有昏倒之情形，且據其子女事後告知當日症狀為講話不清、走路不穩多次摔倒、走路呈側偏情形，因門診醫師初判有中風之虞，乃轉往急診，經多項檢查後，醫師告知係因血糖偏低而造成上開情形，其係遵從醫囑進行檢查，若非經檢查，如何判斷病因，健保局認病歷未記載 CT 之適應症不予核退相關醫療費用，實不合理云云，惟本會醫療專家審查結果及卷附相關資料顯

	示： （一）病情或診斷：頭暈。 （二）依急診病歷記載，申請人固因頭暈而就醫，經診斷為「眩暈」及「低血醣性昏迷」等，因其病情診斷明確，且現有就醫資料亦無神經學症狀之相關記載，並無施行頭部電腦斷層造影檢查之必要。 （三）綜合判斷：同意健保局意見，不予核退系爭頭部電腦斷層造影－無造影劑（33070B）檢查費用。 四、綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 31 條第 1 項前段

「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務。」

二、全民健康保險法第 33 條第 1 項及第 2 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。」「前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。」

三、全民健康保險法第 39 條第 10 款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

四、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點第 6 點

「健保局對於申請醫療費用核退案件之核退標準，依本保險醫療費用審查及支付等有關規定辦理。」

五、全民健康保險醫療費用支付標準 33070B「電腦斷層造影-無造影劑」

「健保支付點數 3,800：申報費用時應檢附報告。」

六、全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項-電腦斷層審查原則

「一、需附檢查申請書及報告，否則不予給付。二、檢查申請書或報告內容須包括：1、臨床診斷。2、檢查目的。3、相關病史。4、理學（身體）檢查（若係神經系統檢查需附詳細神經學理學檢查；若係骨及肌肉關節系統檢查需附詳細檢查部位理學檢查資料)。5、其他相關檢查結果。三、完整檢查結果應註明檢查日期，並由放射

科專科醫師具名並標明証照號碼。四、除非必要，不可同時施行同部位電腦斷層及磁振造影檢查，若同時實施，應詳加審查。」

附表　　單位：新台幣

就醫日期	項目費用	申請金額	健保局核退金額	健保局各項核付之標準或理由
100 年 6 月 26 日	掛號費	250	0	依全民健康保險法第 39 條規定不予核退
	急診診察費（檢傷分類第 2 級）	820	820	按支付標準 00202B 加成核退
	檢驗檢查費/電腦斷層造影-無造影劑檢查費	3,800	0	不符合支付標準 33070B「電腦斷層造影-無造影劑」給付之適應症，不予核退
	檢驗檢查費/CT 以外之其他項目費用	2,276	2,276	按支付標準各項檢查項目加成核退
	藥事服務費	47	47	按支付標準 05201A 核退
	藥品費	126	111	依本保險使用藥品核價核退
	注射費	75	75	按支付標準 39004C 核退
	衛材費	139	131	依本保險使用特材品項核價加成核退
	部分負擔		-300	
總計		7,533	3,160	備註：不予核退 4,373 元

案情摘要

保險對象出境期間，由其家屬代為以一般身分至本保險特約院所門診及領藥，並非全民健康保險醫療辦法第 10 條規定之行動不便或遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務之情形，即應自行負擔相關門診費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退自墊之醫療費用。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、出生日期：民國 72 年 4 月 21 日。 二、就醫地點：委託家屬以一般身分至○○醫院。 三、就醫情形：97 年 10 月 21 日、98 年 5 月 5 日、9 月 28 日及 12 月 4 日未在國內，由家屬代至醫院門診領藥。(其中 97 年 10 月 21 日及 98 年 5 月 5 日門診部分，業經中央健康保險局○區分局[於 99 年 1 月 1 日改制為行政院衛生署中央健康保險局內部單位○區業務組]核退新台幣(下同)1,120 元在案) 四、醫療費用：計 7,090 元（包括 97 年 10 月 21 日掛號費 70 元、藥品費 540 元、98 年 5 月 5 日掛號費 120 元、診察費 300 元、藥品費 540 元、98 年 9 月 28 日掛號費 120 元、診察費 300 元、藥品費 3,240 元及 12 月 4 日掛號費 120 元、診察費 300 元、藥品費 1,440 元)。 五、核定內容： （一）上開 98 年 12 月 25 日健保○醫管字第 0000000000 號函要旨 申請人於 98 年 9 月 28 日及 12 月 4 日委託家屬於○○醫院就醫，收費項目均為應自行負擔費用，且上述時間申請人尚未在國內，故本次申請已無金額可退。 （二）上開 99 年 1 月 29 日健保○字第 0000000000 號函要旨 申請人於 97 年 10 月 21 日及 98 年 5 月 5 日未在國內而委託他人自費就醫代為領藥，申請特殊情況自墊醫療費用，經查不符本保險自墊醫療費用核退規定，原該局就該 2 次門診於 98 年 8 月 24 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書所為核退 1,120 元之核定，應予撤銷，請申請人於文到 10 日內繳回溢領金額 1,120 元。 六、申請人先後就上開 2 函併向本會申請審議，申請理由、補充理由要旨及中央健康保險局(於 99 年 1 月 1 日改制為行政院衛生署中央健康保險局，以下簡稱健保局)意見要旨如附件。	
理　　由	依據	全民健康保險醫療辦法第 3 條及第 10 條。

	卷證	醫療費用收據、病歷、健保局與○○醫院自墊醫療費用核退連繫單、中外旅客入出境紀錄、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退申請書等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由及補充理由要旨

（一）其在 92 年體檢驗出有糖尿病後，一直在○○縣○○醫院看病拿藥，多年來血糖一直居高不下且伴有高血脂、高膽固醇及高尿酸等代謝症。97 年 6 月去新加坡工作讀書，不能每月回國拿藥。醫院方面說其不在國內，不能用健保拿藥，故由其母親代替以自費拿藥，並於 97 年 9 月辦理退保。

（二）其 98 年 7 月回台辦理復保，因出國未滿半年回國，要追溯保險費。健保局人員表示在○○醫院拿藥的收據可以辦理核退，所以其母親拿 98 年 7 月之前的收據去健保局核退，並且把追溯補收 10 個月的健保費繳清後，大約在 98 年 10 月收到核退的支票。但 98 年 9 月 28 日及 12 月 4 日由其母親至○○醫院拿藥寄到新加坡，這 2 次收據拿去健保局核退結果被退件，理由是以自費身分就醫，收費項目均為應自行負擔。因上述時間未在國內，不能用健保拿藥，所以才自費。其是慢性病定期拿藥，為何辦理復保時說可以核退，而且真的有核退過，之後又不能核退？

（三）目前收到健保局函，不僅沒把 98 年 9 月 28 日及 12 月 4 日 2 次拿藥的費用核退，就前 1 次已核退的醫藥費用也要繳還，真是無法理解。其 1 年回國 2 次，拿 4 個月的藥，還有 8 個月的藥無法用健保拿，但 8 個月的健保費能不繳嗎？不合理的健保制度要改革。

二、健保局意見要旨

（一）申請人於 98 年 9 月 28 日、98 年 12 月 4 日至○○醫院就醫，申請特殊自墊醫療費用核退案，經聯繫該醫院確認該 2 次門診即以自費身分就醫，收費項目均為應自行負擔費用，且上述時間申請人均未在國內，故本次申請已無金額可退。

（二）又查申請人另於 97 年 10 月 21 日及 98 年 5 月 5 日未在國內而委託他人自費就醫，該局誤於 98 年 8 月 24 日核退 1,120 元，該局已於 99 年 1 月 29 日以健保○字第 0000000000 號函撤銷原核定，並請申請人於文到 10 日內繳回溢領之金額 1,120 元。

（三）依行政院衛生署 93 年 8 月 5 日衛署醫字第 0930213429 號函暨該局 95 年 8 月 24 日健保醫字第 0950022868 號函示「對於須長期服藥之慢性病人，因行動不便或出國等因素，無法親自到診，委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑，尚無不可」。基於病人用藥安全量及避免造成不當利用，行政院衛生署 95 年 8 月 2 日衛署健保字第 0950031169 號令發布之全民健康保險醫療辦法第 10 條修正條文規定，針對可委由他人代為領藥之情形，僅限長期臥床及出海作業之遠洋漁船船員等確有客觀上需要者。至一般病患，醫療院所仍應按一般就醫程序，依醫師法第 11 條規定，由醫師親自診察後再開給一般處方箋或慢性病連續處方箋。因申請人未符上開規定，故相關診療費用(醫師診察費、藥事服務費、藥費)，該局不予核退。

三、本會審定理由

（一）按全民健康保險醫療辦法第 3 條及第 10 條規定：「保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：一、保險憑證。二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但保險憑證已足以辨識身分時，得免繳驗。保險對象至前項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗前項文件外，並應繳交特

約醫院、診所交付之處方。」、「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核本人依第 3 條第 1 項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：(一)行動不便。(二)已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，並有相關證明文件。」，故保險對象倘非行動不便或屬遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務者，不得委請他人代為就醫，否則保險醫事服務機構應拒絕其以保險對象身分就醫，如保險對象仍自費就醫，其所衍生之醫療費用，即應自行負擔，審諸其意甚明，先予敘明。

（二）本件申請人自陳於 97 年 10 月 21 日、98 年 5 月 5 日、9 月 28 日及 12 月 4 日因出境未在國內，而由其家屬代其以一般身分至○○醫院門診及領藥[除 97 年 10 月 21 日醫療費用收據僅列藥品費(540 元)及掛號費(70 元)外，其餘 3 次門診醫療費用收據均列有診察費(各 300 元)、掛號費(各 120 元)及藥品費(540 元、3240 元、1440 元)]，有中外旅客入出境紀錄、○○醫院病歷、醫療費用收據及說明、健保局與○○醫院自墊醫療費用核退連繫單影本附卷可稽，參酌申請人自陳其多年來血糖一直居高不下且伴有高血脂、高膽固醇及高尿酸等代謝症，顯示申請人未親自就醫，係因出境因素，並非有行動不便之情形，且申請人亦自陳其出國原因係至新加坡工作讀書，足見申請人亦非遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，則本件即無全民健康保險醫療辦法第 10 條規定適用之餘地，申請人應自行負擔 97 年 10 月 21 日、98 年 5 月 5 日、9 月 28 日及 12 月 4 日 4 次門診費用。

（三）法律適用結果

1. 綜上，健保局函復申請人，略以申請人於 98 年 9 月 28 日及 12 月 4 日尚未在國內，委託家屬以自費身分就醫，所請醫療費用已無金額可退。另申請人於 97 年 10 月 21 日及 98 年 5 月 5 日未在國內而委託他人自費就醫代為領藥，不符本保險自墊醫療費用核退辦法規定，原該局 98 年 8 月 24 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退 1,120 元之核定，應予撤銷，並應繳回溢領金額等語，並無不合，原核定均應予維持。
2. 至申請人主張其 1 年回國 2 次，拿 4 個月的藥，還有 8 個月的藥無法用健保拿，健保制度不合理一節，係屬立法政策範疇，非本會所得審究，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險醫療辦法第 3 條

「保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：一、保險憑證。二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但保險憑證已足以辨識身分時，得免繳驗。保險對象至前項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗前項文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之處方」

二、全民健康保險醫療辦法第 10 條

「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時應查核本人依第 3 條第 1 項應繳驗之文件;如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：(一)行動不便。(二)已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，並有相關證明文件。」

案情摘要

保險對象因疑似川崎氏症住院就醫，自付免疫球蛋白藥品費用，因施打免疫球蛋白針劑當時之臨床表現，並不符合川崎氏症之臨床診斷標準，不符合全民健康保險給付該項藥品之適應症範圍，本保險不予給付該項藥品費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退自付之免疫球蛋白藥品費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、眷屬鍾○○就醫地點：○○醫院○○分院（以下簡稱○○分院）。 二、就醫原因：疑似(非典型)川崎氏症。 三、就醫情形：99 年 8 月 9 日至 16 日住院，自付免疫球蛋白[IVIG]藥品費用計新台幣 35,640 元。 四、案件緣由及原核定內容： (一)申請人於 99 年 8 月 20 日以電話及傳真向健保局申訴，略以其眷屬鍾○○99 年 8 月 9 日至○○分院就醫，經診斷並非川崎氏症，因症狀一直未改善，故自費施打免疫球蛋白，請詳加調查，診斷之結果是否正確無誤云云。 (二)健保局 99 年 9 月 6 日健保○字第 0000000000 號函意旨〔第 1 次核定〕本件依○○分院之說明及檢具病歷相關資料，經專業審查結果，認為依據病歷記載，申請人眷屬鍾○○症狀不符合川崎症，臨床上不建議使用免疫球蛋白治療，申請人針對其眷屬鍾○○使用免疫球蛋白之處置，於 99 年 8 月 14 日簽立自費切結書在案，該局不予支付該項醫療費用。 五、爭議過程： 申請人為未成年人鍾○○之父親，為鍾○○之法定代理人，就鍾○○99 年 8 月 14 日自付免疫球蛋白[IVIG]藥品費用，代鍾○○向本會申請審議，案經本會以（99）權字第 00000 號審定「申請審議駁回」，申請人不服，提起訴願，經行政院衛生署以 100 年 6 月 3 日衛署○字第 0000000000 號訴願決定「原審定及原核定均撤銷，由原核定機關另為適法之核定」，撤銷意旨略以：申請人主張鍾○○事後轉診至○○大學醫學院附設醫院(以下簡稱○○醫院)追蹤治療時，小兒心臟科的林○○醫師認為，鍾○○在他這邊就判定為川崎病，事實為何？理由安在？健保局既未曾徵詢林○○醫師之意見，更未調閱○○醫院病歷詳細加以研判認定，處理情形稍嫌草率等語。 六、健保局 100 年 6 月 3 日健保○字第 0000000000 號函意旨〔重新核定〕 （一）本件經調閱○○分院及○○醫院病歷資料，並補充該醫院林○○醫師說明，重新經專業審查結果，認為申請人眷屬鍾○○，於○○分院給藥日之當時（99 年 8 月 14 日），臨床表現並不符合川崎症診斷條件，不符合全民健康保險免疫球蛋白（IVIG）藥品給付規定，且該院已善盡告知

	使用 IVIG 併發症等義務，醫療品質無不當。 （二）經查「全民健康保險藥品給付規定」第 8 章免疫製劑中，有關高單位免疫球蛋白使用適應症規定第 5 項：川崎病須合乎美國疾病管制中心所定之診斷標準。 （三）申請人眷屬鍾○○於○○分院就醫之診斷未符川崎病，針對上述處置，申請人於 99 年 8 月 14 日簽立自費切結書在案，該局不予支付該項醫療費用。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 31 條第 1 項前段及全民健康保險藥品給付規定第 8 章免疫製劑 8.1 疫苗及免疫球蛋白 8.1.3 之 5。 二、本會醫療專家意見 （一）病情或診斷：疑似川崎氏症。 （二）卷附相關資料顯示： 1. 依○○分院「出院病歷摘要」、「Progress Note(病程紀錄)」、「DOCTOR’S ORDER SHEET」及「心臟超音波報告」等就醫資料記載，申請人眷屬鍾○○（98 年出生）因發燒 4 天於 99 年 8 月 9 日入住上開醫院，住院期間雖有發燒、結膜充血及紅唇等疑似川崎氏症之等症狀，但經持續觀察並檢視心臟超音波結果，並未發現有心臟冠狀動脈擴張(Coronary dilatation)之病灶，故判斷鍾○○於 99 年 8 月 11 日及 14 日 2 次施打免疫球蛋白(IVIG)針劑當時之臨床表現，僅為疑似川崎氏症，並不符合川崎氏症之臨床診斷標準，不符合全民健康保險給付該項藥品之適應症範圍。 2. 復按病患之病情在疾病過程中會有個別化之變化現象，本件依健保局檢附鍾○○後續於○○醫院診治之病歷資料及小兒心臟科主治醫師林○○醫師之說明，顯示鍾○○於 99 年 8 月 19 日至○○醫院就診當時，其臨床症狀亦尚無法確定為川崎氏症，故病歷記錄之診斷為「非典型川崎病」（atypical Kawasaki disease），嗣鍾○○於 99 年 8 月 26 日持續出現指端脫皮現象，始確立符合川崎氏症 5 項要件之診斷。 （三）綜合判斷：同意健保局意見，不予核退系爭期間之免疫球蛋白(IVIG)藥品費用。 三、申請人主張雖其眷屬鍾○○於 99 年 8 月 14 日臨床診斷不符合川崎症，但該病症有分典型與非典型，有調閱○○分院之心臟超音波嗎？請看看當時心臟是否有發炎跡象？當時不符合，等到全部症狀都出來符合標準時，其子鍾○○大概也死了，為何沒提到○○醫院之診斷證明？當初如果沒簽下自願施打 IVIG 同意書，可能會失去兒子云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下： （一）查全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而被保險人若施行之處置及手術係逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，而非在核定之適應症範圍內，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照，先予敘明。

	（二）本件經健保局及本會專審結果，均認為鍾○○該次 99 年 8 月 14 日於○○分院住院當時之病況，經觀察及依心臟超音波檢查結果並無冠狀動脈擴張之病灶，不符合川崎病之診斷標準，而依○○醫院 99 年 8 月 19 日病歷資料及林○○醫師 100 年 5 月 31 日說明，鍾○○於 99 年 8 月 19 日至○○醫院就診當時之臨床症狀係經診斷為「非典型川崎病」，至 99 年 8 月 26 日持續出現指端脫皮現象，始確診符合川崎氏症 5 項要件之診斷，已如前述，故在確定診斷為川崎氏症之前，並不符合全民健康保險給付系爭 IVIG 藥品適應症範圍。 （三）又申請人於 99 年 8 月 14 日簽名確認之切結書復載有「患者鍾○○要求實行下列事項，如發生任何事情，願自行負責。3.已解釋不合川崎氏症診斷，仍使用免疫球蛋白。」等語，足見申請人當時知悉其眷屬鍾○○使用免疫球蛋白，並不符合健保給付該藥品適應症規定，則申請人事後再有爭執，即難謂為有理由。 四、法律適用結果 綜上，健保局未准核退申請人眷屬鍾○○系爭免疫球蛋白費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 31 條第 1 項前段

「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」

二、全民健康保險藥品給付規定第 8 章免疫製劑 Immunologic agents 8.1.疫苗及免疫球蛋白 Vaccines and Immunoglobulins 8.1.3.高單位免疫球蛋白(如 Gamimune-N; Venoglobulin 等)：限符合下列適應症病患檢附病歷摘要（註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效……等）

5. 川崎病合乎美國疾病管制中心所訂之診斷標準，限由區域醫院(含)以上教學醫院實施，並填寫「全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin (IVIG) 治療川崎病」申請表併當月份醫療費用申報。

註：川崎病診斷標準：

1. 發燒五天或五天以上且合併下列五項臨床症狀中至少四項。
   (1)兩眼眼球結膜充血。
   (2)嘴唇及口腔的變化：嘴唇紅、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅。
   (3)肢端病變：手（足）水腫或指（趾）尖脫皮。

(4)多形性皮疹。

(5)頸部淋巴腺腫。

2. 排除其他可能引起類似臨床疾病。

3. 或只符合三項臨床症狀，但心臟超音波檢查已發現有冠狀動脈病變。

案情摘要

保險對象因左側退化性膝關節炎住院手術自付人工膝關節特殊材料費用，因其左側膝關節的髕骨與股骨之間關節磨損程度，尚未達施行「全膝關節置換術」標準，應先嘗試其他方式治療，本保險不予給付該項特材費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退特殊材料費用新台幣（下同）60,663 元。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、就醫地點：○○醫院（以下簡稱○○醫院）。 二、就醫原因：左側退化性膝關節炎。 三、就醫情形：100 年 4 月 20 日至 27 日住院，於 100 年 4 月 21 日手術自付人工膝關節特殊材料費用 60,663 元。 四、案件緣由及核定內容： (一)申請人之媳陳小姐於 100 年 5 月 5 日向健保局申訴，略以申請人於○○醫院手術，醫師表示所換材料約幾千元，於是同意自費，惟手術中即向家屬表示需置換整組關節，於是自費金額增至數萬元，醫師另向家屬表示會向健保局申請，通過後即可退費云云。 (二)健保局 100 年 5 月 26 日健保○字第 0000000000 號函意旨 1.○○醫院 100 年 5 月 18 日○字第 000000 號函復表示，申請人於 100 年 4 月 20 日因 Left knee PA osteoarthrosis（左側膝蓋關節疾病）至該院住院，於 100 年 4 月 21 日執行 TKR（全膝關節置換術），主要原因為其嚴重之 Knee joint 的 P-F compantant（膝關節的髕骨與股骨之間關節磨損）已達手術標準，但申請事前審查未核准，在徵得申請人同意並填寫自費使用骨材同意書後，使用自費骨材。 2.申請人使用之人工膝關節屬健保給付但需事前審查之特殊材料（特材代碼FBKPA8000TZ1），該院已於100年4月12日向該局提出事前審查申請，惟經該局專業醫師審查結果以申請人關節間隙狹窄未達二分之一以上，建議改用其他療法，於100年4月25日核定不予同意。綜上，因人工膝關節事前審查結果為不予同意，且該院係在徵得申請人同意後使用之，故所請自費特殊材料費60,663元，應由申請人自付等語。
理　　由	一、法令依據： （一）全民健康保險法第 31 條第 1 項前段。 （二）全民健康保險醫療辦法第 22 條。 （三）全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 24 條。 （四）全民健康保險特殊材料給付規定：人工膝關節適應症規定（D108-1）。 二、查全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有

	限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而被保險人所使用之藥品或診療服務逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，而非在其核定使用藥品或診療服務之適應症範圍內，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有台北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照，先予敘明。 三、復依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 24 條規定：「依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。」，本件申請人 100 年 4 月 21 日接受手術使用之人工膝關節特殊材料 NEXGEN LPS-FLEX COMPC（FBKPA8000TZ1）為事前審查項目，前經○○醫院於 100 年 4 月 1 日向健保局申請事前審查，健保局於 100 年 4 月 8 日核定不予同意，理由為申請人關節病變尚不嚴重，建請改用其他療法，經○○醫院於 100 年 4 月 12 日申復後，健保局於 100 年 4 月 25 日複核不予同意，理由為申請人之關節間隙狹窄未達二分之一以上，建請改用其他療法有案，則本件申請人使用系爭材料之事前審查既未經核准，健保局不予核退系爭特材費用，即屬有據。 四、本會醫療專家意見及卷附相關資料顯示 （一）病情或診斷：左側退化性膝關節炎。 （二）依相關病歷顯示，申請人係主訴左側膝蓋痛數年而於 100 年 4 月 20 日至上開醫院住院，經診斷為左側退化性膝關節炎，惟因左側膝關節的髕骨與股骨之間關節磨損程度，尚未達施行「全膝關節置換術」標準，應先嘗試其他方式治療。 （三）綜合判斷：同意健保局意見，不予核退人工膝關節之特材費用。 五、申請人於申請審議理由雖陳稱其同意更換「部分膝關節骨材」，而絕非是「全組之人工膝關節骨材」，係開刀途中醫師臨時告知後改換整組人工膝關節骨材云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下： （一）健保局意見書陳明，略以依申請人家屬陳小姐 100 年 5 月 5 日傳真申請人就醫收據影本之說明事項曾反映「因關節骨骼嚴重損壞，不得不開刀更換整組之人工關節，但為何審查未通過。」與申請人爭議審議理由所稱，醫師原擬更換部分關節骨材，臨時改換為整組之人工關節骨材顯有不符，況依○○醫院提供之「自費使用骨材同意書」簽署人為申請人，與所稱係手術中簽署之情況相較，顯不合理。 （二）查申請人於 100 年 4 月 21 日所簽具「○○醫院健保住院患者自費同意書」，已載有「在貴院治療使用健保不給付項整組骨材（Zmer），立同意書人願意繳納該費用，並放棄先訴抗辯權」等語，有申請人 100 年 4 月 21 日簽名及按捺指印之上開自費同意書影本附卷可稽，足見申請人於就醫當時已明確知悉其使用系爭特材為健保不給付項目，應由申請人自行負擔。 六、法律適用結果 綜上，健保局未准核退系爭人工膝關節特殊材料費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 31 條第 1 項前段

「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務。」

二、全民健康保險醫療辦法第 22 條

「保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：一、遵守本保險一切規定。二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。四、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。五、依規定繳交應自行負擔之費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 24 條

「依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。」

四、全民健康保險特殊材料給付規定:人工膝關節 KNEE PROSTHESIS 適應症(代碼:D108-1)人工膝關節使用規範(950701 起修訂)：

「一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個 compartments 以上之關節病變，或有一個 compartment 之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變,經保守療法無效者,但至少需接受保守療法三個月。三、加長型莖 EXTENSION STEM、墊片 WEDGE 之適應症：X 光顯示明顯骨缺損三公分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以 X 光片或照片為佐證申報。四、須附術前 X 光片(及站立兩膝之正面實體照片，自 99 年 1 月 1 日起刪除)，事前報備，經同意後使用。具放射線專科醫師之醫院宜附放射科醫師之 X 光片報告，對於爭議較多醫院可請放射科醫師會審。」

案情摘要

保險對象因腰椎滑脫及壓迫性損傷至非本保險特約診所就醫，因相關就醫資料並無危及生命或其他情況緊急之相關描述，其應有充足時間就近至本保險特約醫事服務機構就醫，本保險不予核退其醫療費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、就醫地點：○○中醫診所（96 年 6 月 30 日終止健保特約後，已非全民健康保險特約診所）。 二、就醫原因：腰痛。 三、就醫情形：100 年 4 月 11 日、20 日、5 月 17 日、21 日、28 日、6 月 1 日、7 日、13 日、18 日、22 日、27 日、30 日、7 月 5 日、9 日及 12 日共計 15 次門診。 四、醫療費用：新台幣 11,480 元。 五、核定內容： 本件申請人申請核退 100 年 4 月 11 日至 7 月 12 日期間多次門診醫療費用，經專業醫師審查，認為藥物、醫療皆無費用明細內容，未能判定是否屬健保給付項目；且腰痛非屬緊急傷病，核與核退規定不符，所請醫療費用，不予核退。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 43 條第 1 項及全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 1 款。 二、本會醫療專家意見及卷附相關資料顯示 （一）病情或診斷：腰痛。 （二）依「診斷證明書」記載，申請人係因腰椎滑脫及壓迫性損傷於 100 年 4 月 11 日至 7 月 12 日期間至上開診所門診就診 15 次，惟相關就醫資料除腰痛之診斷病名外，並無危及生命或其他情況緊急之相關描述，系爭 15 次門診申請人均應有充足時間就近至本保險特約醫事服務機構就醫。 （三）綜合判斷：同意健保局意見，不予核退。 三、申請人雖主張其因年事已高，子女皆有輕度精障，自 100 年年初就身體不適，到○○中醫診所就診後，生活才能自理，卻要持續就醫才有療效，期間花費及心理壓力實屬無奈云云，惟申請人於 100 年初次就診時應即知悉上開診所並非本保險特約診所，而系爭 15 次門診均係因同一病症就醫，且現有就醫資料亦均無情況緊急之相關描述，已如前述，申請人仍選擇持續至該非特約診所就診，即與前揭核退辦法第 2 條第 1 款所定：「因緊急傷病不克前往本保險醫事服務機構就醫，必須於附近非保險醫事服務機構急救者。」之情形不符，所稱核難執為本案之論據。

	四、綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。至申請人申請爭議審議併案檢附之100年7月20日、25日、8月2日、5日、9日、12日及18日○○中醫診所收據正本7紙，並非原核定範圍，業經本會於100年11月24日以健爭審字第0000000000號書函移由健保局辦理並副知申請人在案，併予敘明。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第43條第1項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第2條第1款

「全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：一、本保險施行區域內，因緊急傷病不克前往本保險醫事服務機構就醫，必須於附近非保險醫事服務機構急救者。」

案情摘要

保險對象門診及住院非在其持有重大傷病證明有效期間內，或於該重大傷病證明效期內施行非屬該重大傷病證明病名之相關治療，該門診及住院之部分負擔費用，均應由保險對象自行負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退重大傷病部分負擔費用。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、出生日期：民國 29 年 6 月 18 日。 二、就醫地點：○○醫學院附設醫院（以下簡稱○○醫院）。 三、就醫原因：腹部結締組織及其他軟組織之惡性腫瘤。 四、就醫情形： （一）99 年 2 月 2 日、27 日、3 月 11 日及 16 日(2 次)計 5 次門診。 （二）99 年 2 月 3 日至 23 日及 2 月 27 日至 3 月 8 日計 2 次住院。 五、醫療費用：共新台幣（下同）110,465 元〔其中部分負擔 24,282 元（含門診部分負擔計 1,480 元及住院部分負擔計 22,802 元）〕。 六、原核定內容： 申請人於 99 年 2 月 2 日、27 日、3 月 11 日門診及 99 年 2 月 3 日至 23 日住院就醫，係在「腹部結締組織及其他軟組織之惡性腫瘤」重大傷病證明生效日 99 年 3 月 16 日之前，另 99 年 3 月 16 日(胸腔外科)門診，非屬前開重大傷病證明所載之傷病病名相關治療，與規定不符。爰僅核退 99 年 3 月 16 日(消化外科) 門診部分負擔 360 元及 99 年 2 月 27 日至 3 月 8 日住院部分負擔 4,044 元。 七、申請人就未准核退 99 年 2 月 2 日、27 日、3 月 11 日、16 日(胸腔外科)門診及 99 年 2 月 3 日至 23 日住院部分負擔部分，向本會申請審議，申請理由要旨及行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱健保局)意見、補充意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 二、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條。 三、全民健康保險重大傷病範圍第 1 類。
	卷證	收據、保險對象門診、住診就醫紀錄明細表、重大傷病申請資料、全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退申請書等影本、健保局意見書及補充意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其因胃部不適於 99 年 2 月 1 日至○○醫院進行檢查，診斷出有胃腫瘤，醫師建議立即轉診○○醫院外科門診看診，旋於 2 月 3 日住院接受檢查，2 月 10 日進行切除手術，主治醫師告知可能患有基質瘤，惟須化驗確認。直到 3 月 16 日回診，○○醫院始告知其患基質瘤，可申請重大傷病證明。

（二）其在 3 月 16 日之前，完全不知基質瘤係屬惡性腫瘤範圍，亦不知可申請重大傷病證明，健保局於 3 月 19 日核發重大傷病證明，有效起迄日為 99 年 3 月 16 日至 104 年 3 月 15 日，惟相關補助無法核退，經洽承辦人表示事後申請核退無溯及既往，請設身處地想有哪位病患就醫前，即得知所患疾病且屬重大傷病?請核退 99 年 2 月 2 日至 3 月 16 日期間門診及住院費用。

二、健保局意見及補充意見要旨

本件申請人領有診斷病名為「腹部結締組織及其他軟組織之惡性腫瘤」之重大傷病證明，生效日期為 99 年 3 月 16 日。申請人申請核退於○○醫院自付部分負擔費用，惟依全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條規定，所請 99 年 2 月 2 日、27 日、3 月 11 日及 16 日(2 次)計 5 次門診，其中 3 月 16 日於消化外科之門診符合相關規定，3 月 16 日於胸腔外科之門診非屬重大傷病相關治療，其餘門診均在重大傷病證明生效日前，爰該局核退 99 年 3 月 16 日消化外科門診部分負擔 360 元。又 2 次住院中，99 年 2 月 3 日至 23 日在重大傷病證明生效日前，不符合前開辦法第 6 條第 2 項規定，另 99 年 2 月 27 日至 3 月 8 日住院符合前開辦法第 6 條第 2 項規定，同意核退 4,044 元。

三、本會審定理由

（一）事實認定部分

依卷附相關資料顯示，申請人持有重大傷病免自行部分負擔之重大傷病證明病名記載為「腹部結締組織及其他軟組織之惡性腫瘤」，有效起迄日期為 99 年 3 月 16 日至 104 年 3 月 15 日，依前揭保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條規定，申請人免自行負擔費用限於重大傷病生效日即 99 年 3 月 16 日之後，並符合重大傷病證明所載病名「腹部結締組織及其他軟組織之惡性腫瘤」之相關治療，以及申請獲准發給該項重大傷病證明之當次住院應自行負擔之費用。則本件系爭 99 年 2 月 2 日、27 日、3 月 11 日 3 次門診及 99 年 2 月 3 日至 23 日住院，均非在前開重大傷病證明有效期間之內，又系爭 99 年 3 月 16 日胸腔外科門診，亦非屬前開重大傷病證明病名之相關治療，依規定該等系爭門診及住院之部分負擔費用，均應由申請人自行負擔。

（二）法律適用結果

綜上，健保局未准核退 99 年 2 月 2 日、27 日、3 月 11 日及 16 日胸腔外科 4 次門診暨 99 年 2 月 3 日至 23 日住院部分負擔費用，均無不合，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第 33 條及第 35 條規定自行負擔費用：一、重大傷病。前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。」

二、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條

「保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍如下：一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。二、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。三、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明，其當次住院免自行負擔費用；如以住院期間之檢驗報告，於出院後才確定診斷提出申請者，施行該確定診斷檢驗之當次住院亦免自行負擔費用。」「前開住院免部分負擔日期之計算，以當次住院第一日起至重大傷病證明有效期限屆滿；同一疾病由急診轉住院者，以急診第一日起算。」

三、全民健康保險重大傷病範圍第 1 類

「一、需積極或長期治療之癌症。惡性腫瘤。」

案情摘要

保險對象99年入住急性病房30日以下應自行部分負擔之醫療費用並未超過行政院衛生署公告之 99 年全民健康保險保險對象應自行部分負擔之住院費用上限，自無超過上限之部分負擔金額可供核退，應由保險對象自行負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、就醫地點：○○醫院○○院區（以下簡稱○○院區）。 二、就醫情形：98年10月9日至99年1月12日、3月6日至4月23日、5月25日至8月10日及9月4日至11月29日共4次住院(按出院病歷摘要記載)。 三、醫療費用：新台幣（下同）573,916元，屬部分負擔總額為77,934元（依醫療費用證明書所載自99年1月1日起列計之自付費用及部分負擔金額記載)，其中各次住院急性病房30日內部分負擔各為0元、6,674元、6,036元及5,648元，合計18,358元(依住診清單查詢作業資料記載，另申請人98年10月9日至99年1月12日住院費用，其中屬急性病房30日內即98年10月9日至11月7日之住院部分負擔為4,993元，健保局未列計於99年急性病房30日以內之部分負擔總額)。 四、核定內容： 申請人申請核退99年全年住院部分負擔超過法定上限案，經查申請人99年間計住院4次，其中急性病房30日內部分負擔金額為18,358元，未超過法定上限金額48,000元，所請核退醫療費用，未便辦理。
理　　由	一、法令依據及函釋： (一)全民健康保險法第35條第1項第1款及第2項。 (二)行政院衛生署98年12月29日衛署健保字第0982660251號公告。 二、事實認定部分 本件申請人因病分別於下列期間入住前揭醫院，其應自付之住院部分負擔費用情形如下(依住診清單查詢作業資料合計)： (一)入住急性病房30日以下自付部分負擔費用情形： 1.98年10月9日至11月7日住院為4,993元(原核定未列計為99年住院部分負擔費用範圍) 2.99年3月6日至4月4日為6,674元。 3.99年5月25日至6月23日住院為6,036元。 4.99年9月4日至10月3日為5,648元。 (二)入住急性病房31日以上(包括31~60日及61日以上)自付部分負擔費用

情形：

1.98 年 11 月 8 日至 99 年 1 月 12 日住院為 29,254 元(10,405 元+13,049 元+6,070 元=29,254 元)。

2.99 年 4 月 5 日至 4 月 23 日為 7,015 元。

3.99 年 6 月 24 日至 8 月 10 日住院為 20,690 元(11,044 元+4,205 元+5,441 元=20,690 元)。

4.99 年 10 月 4 日至 11 月 29 日為 25,468 元。

(三)健保局補充意見書陳明，略以申請人 98 年 10 月 9 日至 12 月 31 日住院期間之 30 日內急性病房部分負擔 4,993 元，經查未向該局提出 98 年全年部分負擔超過法定上限核退申請，另本案若加計 98 年 10 月 9 日至 12 月 31 日住院期間之 30 日內急性病房部分負擔 4,993 元，亦未超過 99 年全年法定上限等語。

(四)綜上，申請人系爭 99 年 4 次入住前開醫院急性病房 30 日以下應自行部分負擔之醫療費用合計 23,351 元(4,993 元+6,674 元+6,036 元+5,648 元=23,351 元)，未超過行政院衛生署公告之 99 年全民健康保險保險對象應自行部分負擔之住院費用上限 48,000 元，自無超過上限之部分負擔金額可供核退，應由申請人自行負擔。至健保局原核定系爭 4 次住院 30 日內急性病房部分負擔費用為 18,358 元，固有未妥，惟尚不影響前開結果之認定。

三、申請人主張其因低血鉀、糖尿病等病症，自 94 年間持續在○○院區就診，醫院從未告知或公開標示其所住病房為急性病房，以及其配偶曾親自向該醫院急診收費人員求證告稱該醫院除急診開刀為急性病房外，其餘皆為慢性病房云云，惟所稱核不足採，分述如下：

(一)依出院病歷摘要記載，申請人系爭 4 次住院之病床號碼均為 0000-000，該病床係○○院區為配合健保局之健保規格床號，為急性一般病床，有○○院區醫療事務課回復健保局○○業務組之 100 年 8 月 16 日傳真自墊核退調閱院所病歷及醫令傳真專用單影本附卷可稽，並經健保局意見書陳明，略以經調閱申請人 99 年間系爭 4 次入住○○院區之病床床號皆為 0000-000，經查該醫院向該局報備該病床為急性補差額病床，並非慢性病床等語，足證申請人於系爭 4 次住院之病床屬急性差額病床，非為慢性病床，申請人所稱，核有誤解。

(二)按「明定保險對象住院費用應自行負擔之比率；為避免病患病癒不出院，或久佔急性病房，鼓勵慢性病人轉至慢性病房繼續接受治療，明定依住院天數長短，訂定不同之部分負擔比率；為兼顧保險對象之經濟負擔，明定部分負擔之最高限額，以免影響其就醫權益。」為全民健康保險法第 35 條第 1 項及第 2 項規定之立法理由，而行政院衛生署於每年公告「全民健康保險保險對象應自行負擔之住院費用上限」時，載明該得列計為自行負擔住院費用上限之醫療費用範圍，以保險對象於急性病房住院 30 日以下或於慢性病房住院 180 日以下所應自行負擔之醫療費用為限，自不包含保險對象入住急性病房 31 日以上自付之部分負擔費用，故申請人入住急性病房 31 日以上自付之部分負擔費用，亦應由申請人自行負

	擔。 四、法律適用結果 綜上，健保局未准核退申請人系爭住院部分負擔費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 35 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。」「保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。」

二、行政院衛生署 98 年 12 月 29 日衛署健保字第 0982660251 號公告

「99 年全民健康保險保險對象應自行負擔之住院費用上限如下：(一) 因同一疾病每次住院部分負擔上限：29,000 元。(二) 每年住院部分負擔上限：48,000 元。前列住院部分負擔金額上限之適用範圍，以保險對象於急性病房住院 30 日以下或於慢性病房住院 180 日以下所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。保險對象於 98 年 12 月 31 日以前即已住院者，其當次所應自行負擔之醫療費用上限，准按 99 年上限 29,000 元核計。」

案情摘要

以住院期間之檢驗報告於出院後才確診及申准核發重大傷病證明，保險對象在該出院日至申准日期間之相關門診是否免予負擔部分負擔費用？實務上有認定及執行爭議，有由健保局究明釐清之必要。**(102 年 1 月 1 日施行之「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」規定，於確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，免自行負擔費用)**

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退眷屬林○○自付之部分負擔醫療費用。
審　　定	
主　　文	原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。
事　　實	一、眷屬林○○就醫地點：○綜合醫療社團法人○綜合醫院（以下簡稱○綜合醫院）、○○大學醫學院附設醫院（以下簡稱○○醫院）、○○醫療財團法人○○綜合醫院（以下簡稱○○綜合醫院）。 二、就醫病因：粒腺體疾病（罕病第 12 項）。 三、就醫情形： （一）99 年 12 月 23 日（4 次）、27 日、100 年 1 月 12 日、18 日、19 日（2 次）計 9 次門診（○綜合醫院）。 （二）99 年 12 月 24 日門診（○○綜合醫院）。 （三）100 年 1 月 10 日門診（○○醫院）。 四、醫療費用： （一）99 年 12 月 23 日至 100 年 1 月 19 日：共計新台幣（下同）3,335 元（含自付門診基本部分負擔 2,440 元）。 （二）99 年 12 月 24 日：660 元（含自付門診基本部分負擔 560 元）。 （三）100 年 1 月 10 日：460 元（含自付門診基本部分負擔 360 元）。 五、核定內容： （一）健保局 100 年 3 月 30 日健保○字第 0000000000 號函要旨： 本件申請人申請眷屬林○○99 年 12 月 23 日至 100 年 1 月 19 日期間於○綜合醫院共 9 次門診自付部分負擔費用，就醫日期均於林○○持有之重大傷病證明生效日 100 年 1 月 20 日及身心障礙取得資格日 100 年 2 月 22 日前，不符減免部分負擔範圍，所請歉難核退。 （二）健保局 100 年 5 月 5 日健保○字第 0000000000 號函要旨： 本件申請人眷屬林○○99 年 12 月 24 日於○○綜合醫院就醫及 100 年 1 月 10 日於○○醫院就醫自付部分負擔費用，均於林○○持有之重大傷病證明生效日 100 年 1 月 20 日之前，不符全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法規定，所請核退部分負擔醫療費用，未便同意。 六、申請人持上開 2 函，先後併向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款、第 2 項、全民健康保險

	保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項、第 6 條第 1 項、第 2 項及全民健康保險重大傷病範圍第 7 類。 二、依卷附相關資料顯示，申請人眷屬林○○持有重大傷病免自行部分負擔之重大傷病證明病名記載為「粒腺體疾病（罕病第 12 項）」，有效起迄日期為 100 年 1 月 20 日至永久，依前揭保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條規定，申請人眷屬林○○免自行負擔費用限於重大傷病證明生效日即 100 年 1 月 20 日之後，並符合重大傷病證明所載病名「粒腺體疾病（罕病第 12 項）」之相關治療，以及申請獲准發給該項重大傷病證明之當次住院應自行負擔之費用。則本件申請人眷屬林○○系爭 99 年 12 月 23 日至 100 年 1 月 19 日至○綜合醫院 9 次門診、99 年 12 月 24 日至○○綜合醫院門診及 100 年 1 月 10 日至○○醫院門診，均非在前開重大傷病證明有效期間之內，依前揭規定，健保局(○區業務組、○○業務組)認為系爭 11 次門診之部分負擔費用，均應由申請人眷屬林○○自行負擔，而未准核退，固非無據。 三、惟查本件申請人檢附健保局（○區業務組）另案於 100 年 4 月 15 日核定之受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書影本，主張因眷屬林○○於 99 年 9 月 16 日至○○醫院抽血，疑似為粒腺體異常，其後於 99 年 9 月 30 日至○○醫院住院做肌肉切片檢查，等待 3 個月之久，始於 99 年 12 月 21 日取得報告才得知為粒腺體異常，健保局(○區業務組)已追溯至 99 年 9 月 29 日住院核退住院部分負擔費用等語，經本會審查卷附健保局（○區業務組）提供之自墊核退受理資料維護作業列印及林○○門診醫療費用收據影本，發現該受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書之核退明細為林○○99 年 12 月 7 日、25 日、30 日、100 年 1 月 22 日及 2 月 8 日(2 次)計 6 次門診部分負擔費用共 1,820 元，其中 99 年 12 月 7 日、25 日及 30 日 3 次門診，係在林○○申准核發重大傷病證明生效日 100 年 1 月 20 日之前，是申請人所稱核屬有據。 四、參酌健保局補充意見書亦陳明，略以依全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項及第 6 條第 2 項規定，住院期間同意認定重大傷病資格，而其出院後門診未予認定，在實務上確有認定及執行爭議等語，則本件即有究明釐清之必要。 五、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。 據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。」

二、 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項

「重大傷病證明有效期限，依據全民健康保險重大傷病範圍規定，並以保險人受理

日期為重大傷病證明生效日。」

三、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項及第 2 項

「保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍如下：一、重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。二、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。三、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明，其當次住院免自行負擔費用；如以住院期間之檢驗報告，於出院後才確定診斷提出申請者，施行該確定診斷檢驗之當次住院亦免自行負擔費用。」

四、全民健康保險重大傷病範圍第 7 類

「七、先天性新陳代謝異常疾病。」

案情摘要

保險對象住院進行階段復健療程至100年2月1日完成，只剩後續長期照顧，已無繼續住院治療之適應症，其後100年2月1日至8日住院醫療費用，應由保險對象自行負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退已故眷屬左○○100年2月1日至8日自費住院之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、已故眷屬左○○就醫地點：○○市立○○醫院（以下簡稱○○醫院）。 二、就醫原因：腦血管梗塞及頸椎病變。 三、就醫情形：100年2月1日至8日以一般身分自費住院。 四、醫療費用：新台幣10,787元。 五、案件緣由及核定內容：（受文者誤繕為左○○，於100年8月15日更正為陳○○即申請人） （一）緣申請人於100年5月18日及27日向健保局申訴，略以其眷屬左○○因腦梗塞等病情於99年12月28日轉入○○醫院就醫，100年1月中旬該醫院以農曆年間相關復健項目將關閉，通知家屬出院，但左○○病情嚴重、插鼻胃管、尿管，且經常感染，無法接回家中由家人自行照顧，經詢其他醫院均以相同理由拒絕收治，不得已情況下，乃簽立切結書於100年2月1日至8日自費住院等語。 （二）經健保局以100年7月1日健保○字第0000000000號函復，略以本案依據○○醫院函復，左○○原為頸椎受傷，於99年12月30日至100年2月1日健保住院進行復健療程，因階段復健已完成，病人只剩後續長期照顧，惟因病人家屬不願出院，且同意於100年2月1日至8日自費住院。本案經該局專科醫師依病歷影本等資料審查結果，認為依99年12月30日至100年2月1日出院病歷摘要顯示，左○○於100年2月1日出院前之病況已穩定，並已安排轉往慢性照顧中心，而依100年2月1日至8日病摘顯示，並無新病情，無需再住院，故相關醫療費用，歉難核退等語。
理　　由	一、法令依據： （一）全民健康保險法第41條第2款。 （二）全民健康保險醫療辦法第15條第2款及第16條。 二、按「保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。」、「特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。」為全民健康保險醫療辦法第15條第2款及第16條所明定，是保險對象經適當治療後已無住院必要者，則其以一般身分自費住院治療之相關醫療費用，即非屬本保險給付

	範圍，應由保險對象自行負擔，審諸其意甚明，先予敘明。 三、本會醫療專家意見及卷附相關資料顯示： （一）病情或診斷：腦血管梗塞及頸椎病變。 （二）申請人眷屬左○○固因腦血管梗塞及頸椎病變住院就醫，惟依 100 年 2 月 1 日出院病歷摘要記載，左○○當時之病情已穩定，並經建議轉往慢性病照顧中心繼續照護，且卷附○○醫院 100 年 6 月 9 日（100）○字第 0000 號函亦載明，略以左○○住院進行階段復健療程於 100 年 2 月 1 日完成，只剩後續長期照顧等語，顯示左○○之病症於 100 年 2 月 1 日出院後，已無繼續住院治療之適應症。 （三）綜合判斷：同意健保局意見，不予核退左○○100 年 2 月 1 日至 8 日之住院醫療費用。 四、申請人主張 100 年 2 月 1 日至 8 日為農曆年假期，○○各市立醫院均不接受慢性病患住院，不得不簽署自費住院治療，系爭自費住院係屬不可歸責於當事人事由，且左○○持有「脊柱骨折，伴有脊髓病灶」之重大傷病證明，請依全民健康保險法第 36 條規定核退費用云云 按全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，全民健康保險對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要。而本次申請人眷屬左○○於 100 年 2 月 1 日至 8 日入住○○醫院並不符合住院治療之適應症，已如前述，與左○○是否持有重大傷病證明無涉，且查卷附○○醫院住院同意書影本，業經申請人簽名在卷可稽，足見申請人於左○○住院當時應已明確知悉系爭住院不符合健保給付條件，則申請人於事後再執前詞請求核退系爭住院醫療費用，即難認為有理由。 五、綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 41 條第 2 款

「保險對象有下列情形之一者，不予保險給付：二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。」

二、全民健康保險醫療辦法第15條第2款

「保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。」

三、全民健康保險醫療辦法第16條

「特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。」

案情摘要

保險對象於境外就醫自付之中草藥費、煎藥費及掛號費，均為本保險不給付項目，該等費用應由保險對象自行負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退大陸就醫自墊之醫療費用。

審　　定

主　　文　申請審議駁回。

事　　實

一、境外就醫地點：大陸地區○○門診部。

二、就醫原因：風瘟導致面癱急症(依健保局意見書記載)。

三、就醫情形：100 年 8 月 22 日、29 日、9 月 3 日、10 日及 19 日共 5 次門診。

四、醫療費用：折合新台幣(下同)14,226 元。

五、核定內容(表列如下)：

門診日期	申請金額	核付金額	核減/不給付	
			金額	理由
100.8.22	1,864	0	1,864	本保險不給付之中草藥費、煎藥費及掛號費(原核定僅記載中草藥煎藥費)
100.8.29	2,715	0	2,715	
100.9.3	3,267	0	3,267	
100.9.10	2,897	336(按收據記載金額扣除本保險不給付之中草藥費、煎藥費及掛號費後核實核退)	2,561	
100.9.19	3,483	0	3,483	
合計	14,226	336	13,890(人民幣 2,891 元)	

理　　由

一、法令依據：

（一）全民健康保險法第 39 條第 4 款、第 10 款、第 43 條第 1 項、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款及第 6 條第 1 項第 2 款前段。

（二）全民健康保險藥價基準第 2 章全民健康保險藥品支付品項收載原則壹、四、(二)。

二、查全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而若被保險人施行之處置及手術係逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有台北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決書可資參照。又按全民健康保險法第 39 條第 4 款及第 10 款規定：「下列項目不在本保險給付範圍：四、成藥、醫師指示用藥。十、病人交通、掛號、證明文件。」，另查全民健康保險藥價基準第 2 章全民健康保險藥品支付品項收載原則之中藥品項收載原則為「中藥藥品限中央衛生主管機關核准經由 GMP 中藥濃縮廠製造之『調

劑專用』及『須由醫師（中醫師）處方使用』之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥並應列屬中央衛生主管機關整編之『臨床常用中藥方劑標準處方』；中藥藥品支付應依據全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。」，合先敘明。

三、本件健保局未准核退申請人系爭5次門診醫療費用13,890元(人民幣2,891元，詳如下表)，包括中草藥費(人民幣2,729元)、煎藥費(人民幣102元)及掛號費(人民幣 60 元)，均屬本保險不給付之費用，自應由申請人自行負擔，申請人所稱系爭收據之治療費用均為「針灸」治療云云，核有誤解。

收據日期	收據金額(人民幣)	收費項目(人民幣)			
		中草藥費	煎藥費	掛號費	治療費
100.8.22	388	358	30	-	-
100.8.29	565	530	15	20	-
100.9.3	680	659	21	-	-
100.9.10	603	498	15	20	70
100.9.19	725	684	21	20	-
合計	2,961	2,729	102	60	70(此部分已核退)
		不給付項目合計2,891元			

四、綜上，健保局未准核退系爭中草藥費、煎藥費及掛號費，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5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第39條第4款及第10款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：四、成藥、醫師指示用藥。十、病人交通、掛號、證明文件。」

二、全民健康保險法第43條第1項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第2條第3款

「全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

四、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第6條第1項第2款前段

「保險對象合於第2條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。」

五、全民健康保險藥價基準第 2 章全民健康保險藥品支付品項收載原則壹、四、(二)「可申請納入全民健康保險支付之中藥藥品：(二)中央衛生主管機關核准經由 GMP 中藥濃縮廠製造之『調劑專用』及『須由醫師(中醫師)處方使用』之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥並應列屬中央衛生主管機關整編之『臨床常用中藥方劑基準方』。前項中藥藥品支付應依據全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。」

案情摘要

保險對象於境外就醫自付之陪床費、空調費、其他費用，非本保險給付項目，該等費用應由保險對象自行負擔。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退大陸就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。 二、就醫原因：主動脈夾層動脈瘤。 三、就醫情形：100 年 8 月 17 日至 9 月 5 日住院。 四、醫療費用：折合新台幣（下同）659,848 元。 五、核定內容： 本案經專業醫師審查，認為申請人於 100 年 8 月 17 日至 9 月 5 日住院就醫，係屬不可預期之緊急傷病，住院 19 日尚屬合理，爰依該局公告之核退上限，核退申請人 19 日住院醫療費用 137,826 元（7,254×19＝137,826）；其餘費用，不予核退。
理　　由	一、法令依據： （一）全民健康保險法第 43 條第 1 項、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款及第 6 條第 1 項第 2 款但書前段。 （二）健保局 100 年 6 月 29 日健保醫字第 1000073209 號公告。 二、本件申請人於 100 年 8 月 17 日至 9 月 5 日期間至前開醫院住院就醫，業經健保局依核退上限核退 19 日住院醫療費用有案，其餘超過核退上限之醫療費用，該局未准核退，即無不合。 三、申請人主張其因心血管疾病住院就醫，醫療費用總額高達 659,848 元，健保局之核退金額為 137,826 元，有關膳食費、掛號費、證明文件費等均未申請核退，各項重大支出費用如人工血管、全身麻醉及手術費等均屬病情危急必要之治療，健保局核退金額太少云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下： （一）查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，我國之全民健康保險法考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於第 43 條第 1 項規定：「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」，採國內醫學中心水準之支付作為定額核退標準上限，已考量就醫期間使用之材料藥品

	及治療處置等相關費用，但申請費用高於平均費用標準者，其超過部分不予核退，先予敘明。 （二）本件申請人系爭 19 日住院就醫，業經健保局依核退上限，核退 19 日住院費用 137,826 元有案，其餘費用 522,022 元，係超過核退上限之 521,429 元，及屬本保險不給付項目之陪床費、空調費、其他費用計 593 元，乃不予核退，並非認定該 522,022 元之費用係膳食費等項目而不予核退，申請人所稱，核有誤解。 四、綜上，健保局依核退上限核退申請人 19 日住院費用 137,826 元，其餘醫療費用不予核退，尚無不合，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款但書前段

「保險對象合於第二條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用標準者，其超過部分不予給付。」

四、健保局 100 年 6 月 29 日健保醫字第 1000073209 號公告

「依據全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 100 年 7、8、9 月份之全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限：　　單位:元

項目 / 年月	門診（每次）	急診（每次）	住院（每日）	血液透析(每次)	
				一般	急重症
100 年 7 月至 100 年 9 月	1,645	2,787	7,254	3,447	3,518

」

案情摘要

保險對象申請核退境外就醫費用，並未檢附醫療費用收據正本供核，健保局依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 7 條第 2 款規定，未准核退醫療費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退大陸就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。 二、就醫原因：二側硬腦膜下血腫，併施行手術。 三、就醫情形： (一)100 年 2 月 14 日、3 月 4 日及 9 日計 3 次門診。 (二)100 年 2 月 15 日至 28 日住院。 四、醫療費用：人民幣(下同)58,569.8 元（含門診費用計 28 元[依消費清單記載]，住院費用 58,541.8 元[依原核定及收據記載]）。 五、核定內容： 本案申請人於 100 年 2 月 15 日至 28 日住院就醫，經審查醫師審查結果，認為係屬不可預期之緊急傷病，惟合理住院日數為 7 天，爰依健保局公告之 100 年 1-3 月份全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限，住院每人日新台幣(下同)7,118 元，核退 7 日住院費用計 49,826 元（7,118 元×7＝49,826 元）；其餘醫療費用，不予核退。另 100 年 2 月 14 日、3 月 4 日及 9 日 3 次門診未附收據正本，其中 100 年 3 月 4 日及 9 日 2 次門診就醫，非屬不可預期之緊急傷病，檢還門診病歷乙本，請於 100 年 9 月 17 日前補附 100 年 2 月 14 日門診收據正本。
理　　由	一、法令依據及函釋： (一)全民健康保險法第 43 條第 1 項、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款、第 6 條第 1 項第 2 款但書前段及第 7 條第 2 款。 (二)行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。 二、本會醫療專家意見及卷附相關資料顯示： (一)病情或診斷：二側硬腦膜下血腫，併施行手術。 (二)依「門診病歷」、「出院記錄」及「診斷證明書」記載，申請人係因 6 周前頭部意外撞擊，出現晃動頭部時疼痛症狀，於 100 年 2 月 14 日至上開醫院門診並於隔日即 100 年 2 月 15 日收治入院，經檢查診斷為二側硬腦膜下血腫，旋於 100 年 2 月 16 日施行「雙側慢性硬膜下血腫鑽孔術」，固屬不可預期之緊急傷病，惟依國內醫療常規，該項手術術後 3 至 5 天即可出院，若無新的神經症狀發生，即不須予以 CT 檢查及再度手術。依現有就醫資料顯示，僅有申請人於 100 年 2 月 16 日術後經 CT 檢查發現有硬腦膜下血腫復發而再度於 100 年 2 月 21 日施行「顱內血

腫清除術」之記載，並無術後神經症狀變化之描述，不足以佐證申請人之病情有住院治療達13天之必要，住院治療7日已足敷醫療之所需。

(三)至100年2月14日門診部分，固屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，惟申請人僅檢附「消費清單」，並未依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第7條第2款規定，檢附醫療費用收據正本供核，經健保局通知後仍未補正，該局未准核退，並無不合。

(四)另100年3月4日及9日2次門診，姑不論申請人並未依前揭核退辦法第7條第2款規定，檢附醫療費用收據正本供核，且依「門診病歷」記載，該2次門診係100年2月28日出院後之複診，除主訴偶有頭痛、肢體協調差、無噁心、嘔吐外，並無情況緊急之相關描述，該2次門診均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(五)綜合判斷：同意健保局意見，核退7日住院醫療費用，其餘部分，不予核退。

三、申請人主張其因頭部不適於100年2月14日門診就醫，於住院隔天即施行頭部手術，經住院觀察情況危急，再次於100年2月21日手術，兩次手術治療費用為257,950元，與健保局核付49,826元差異過大云云，惟所稱核有誤解，分述如下：

(一)本件申請人系爭3次門診及住院就醫，業經健保局依前揭核退上限核退7日住院費用49,826元有案，健保局既已依規定核退，其餘醫療費用不予核退，於法即無不合。

(二)查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。倘保險對象至非本保險醫療機構就醫，則以發生情況緊急，必須於當地醫療機構就醫之不可預期傷病或分娩者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，本保險對於保險對象於保險區域外發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫者，訂有核退辦法，考量世界各地醫療水準之差異，賦予健保局對施行區域外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權限。申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，健保局依前開核退上限核退申請人7日住院費用49,826元，其餘費用未准核退，並無不合，原核定應予維持。另有關申請人100年2月14日門診醫療費用部分，健保局意見書並陳明該次門診俟申請人補附費用收據正本後再予核附在案，併予敘明。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款但書前段

「保險對象合於第 2 條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用標準者，其超過部分不予給付。」

四、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 7 條第 2 款

「保險對象於申請核退醫療費用時，應檢具下列書據向保險人申請：二、醫療費用收據正本及費用明細，其收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信負責證明與原本相符之影本並註明無法提出原本之原因。」

五、行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

案情摘要

保險對象申請核退至埃及就診之醫療費用，並未檢附全部就醫證明文件之中文翻譯供核，健保局依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 7 條第 3 款規定，未准核退醫療費用。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退埃及就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：埃及。 二、就醫病因：眼周圍腫脹。 三、就醫情形：99 年 10 月 26 日門診。 四、醫療費用：美金 40 元及埃及幣 42 元。 五、核定內容： 本案申請人雖再三說明其在埃及旅遊期間，因眼睛腫痛於當地就醫，惟依所附文件經 3 位臨床專業醫師審查，仍無法辨識或判別申請人之疾病是否為不可預期之傷病，致無法辦理自墊醫療費用核退。是否有屬阿拉伯文致無法辨識，如有檢附翻譯文件，當可再度受理。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 43 條第 1 項、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款及第 7 條第 3 款。 二、本會醫療專家意見 (一)卷附相關資料顯示： 申請人固於 99 年 10 月 26 日至埃及醫院門診就醫，惟姑不論申請人並未依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 7 條第 3 款規定，檢附全部就醫證明文件之中文翻譯供核，且所附門診收據，僅有「Detect foreign eyes」(檢查眼睛周圍)之處置記載，除此之外，並無相關症狀、徵候及診斷紀錄，況所附處方箋及藥品估價單所載之英文字跡潦草，無法辨識所開立之藥物為何，無法據以判斷申請人當時是否發生需緊急就醫之傷病及其病情。 (二)綜合判斷：同意健保局意見，不予核退。 三、申請人主張本件可否依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 3 條第 4 款(急性中毒或急性過敏反應)及第 5 款(突發性體溫不穩定)規定，核退自墊之醫療費用云云，惟所稱核有誤解，分述如下： (一)查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，保險醫事服務機構所提供之醫療給付內容係以適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。倘保險對象至非本保險醫療機構就醫，則以發生情況緊急，必須於當地醫療機構就醫之不可預期傷病或分娩者，始得申請核退醫療費用，先予

	敘明。 (二)又保險對象有全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 3 條第 4 款所訂急性中毒或急性過敏反應及同條第 5 款所訂突發性體溫不穩定之情形者，固得依同辦法第 2 條第 1 款規定申請核退醫療費用，惟係以發生在本保險施行區域內(國內)因不克前往本保險醫事服務機構就醫，必須於附近非保險醫事服務機構急救之情形為前提，與在國外緊急就醫之保險對象應依同辦法第 2 條第 3 款規定申請核退醫療費用之情形有別。 四、法律適用結果 綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第7條第3款

「保險對象於申請核退醫療費用時，應檢具下列書據由投保單位向其所在地之中央健康保險局分局申請：三、診斷書或證明文件，如為外文文件時，應檢附中文翻譯。」

案情摘要

保險對象申請核退於美國因癌症住院及門診並接受化療費用，健保局未准核退，前經本會審定駁回後，提起訴願決定撤銷另核，健保局重新核定認為保險對象之新藥試驗性治療屬於健保不給付之人體試驗，及有搭機返台就醫之可能性，仍未准予核退。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退 97 年 7 月 5 日至 98 年 11 月 10 日於美國就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：美國 ○○ Medical Center、○○ Health and Science University 等。 二、就醫原因：中樞神經淋巴瘤造成神經壓迫。 三、就醫情形：97 年 7 月 5 日至 98 年 11 月 10 日期間多次自費門診及住院。 四、健保局 99 年 3 月 22 日核定內容 申請人 97 年 7 月 5 日至 98 年 11 月 10 日期間於美國住院及門診就醫，經專業醫師審查，認為申請人 97 年 7 月 5 日至 12 日在美國接受手術後確認為中樞神經淋巴瘤，據申請人陳述無法在國內獲得診斷，應符合核退要件，惟該次就醫遲至 99 年 2 月 9 日始提出申請，已逾 6 個月申請期限，核與規定不符；至於 97 年 8 月 15 日至 98 年 11 月 10 日期間之術後化療，應可在國內接受，且國內醫療水準亦足堪提供該項服務，非屬不可預期及須緊急就醫狀況，所請核退醫療費用，均未便同意。 五、爭議過程 (一)申請人向本會申請審議，前經本會以（99）權字第 00000 號審定書審定「申請審議駁回。」 (二)申請人不服本會審定結果，向行政院衛生署提起訴願，經該署審議認為申請人自陳其經醫師確診後，即安排進行連續 3 個療程之化療，3 個療程結束之後，發現腫瘤又長出來，則其又長出來之腫瘤，是否應該認定屬於不可預期傷病？是否須緊急就醫？如果二者答案皆屬肯定，則健保局僅以 97 年 7 月 5 日至 12 日之住院檢查及治療，符合緊急、不可預期之疾病為切割，其餘均認定為並不符合不可預期之情況下就醫，是否符合全民健保保護國民健康本旨？另依照申請人當時身體狀況，是否有搭飛機從美國回台灣就醫之可能性？均有疑義。爰以 99 年 10 月 28 日衛署○字第 0000000000 號訴願決定書決定「原審定及原核定均撤銷，由原核定機關另為適法之核定。」 六、健保局重新核定 (一)關於 99 年 12 月 21 日健保○字第 0000000000 號函意旨(未教示救濟期間，依行政程序法第 98 條第 3 項規定，救濟期間為送達後 1 年內。) 申請人 97 年 7 月 5 日至 12 日雖符合不可預期或須緊急就醫，惟已逾 6

	個月申請期限，後續治療屬可預期及國外試驗性治療；另依病歷記載，申請人當時身體狀況，有搭機回台就醫之可能性，應返國就醫。又 97 年 10 月 7 日之後係經申請人主治醫師轉至 ○○ Health and Science University 之治療淋巴腦瘤的新藥試驗性治療(申請人所不否認之新藥計畫，Blood Brain Barrier Neuro Oncologs Program)，係屬全民健康保險第 39 條所明定之健保不給付之人體試驗。綜上，申請人所請核退醫療費用，核與規定不符，不予核退。 (二)關於 100 年 1 月 21 日健保○字第 0000000000 號函意旨 本案經再送請專科醫師複審，認為申請人於 3 個化學療程結束後，發現腫瘤又長出來而轉至 ○○ Health and Science University 所作之新藥試驗性化療(申請人所不否認)，係屬全民健康保險法第 39 條所明定之健保不給付之人體試驗。且依病歷記載，申請人當時身體狀況，有搭機回台就醫之可能性，應可返國就醫，故維持原核定。 七、申請人持上開 99 年 12 月 21 日及 100 年 1 月 21 日核定文件，併向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 39 條第 7 款、第 43 條、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款及第 5 條前段。 二、本件健保局係依行政院衛生署前開訴願決定書撤銷意旨，就申請人於進行連續 3 個化療療程(97 年 8 月 15 日至 9 月 15 日)結束之後，發現又長出來之腫瘤，是否應該認定屬於不可預期之緊急傷病，及依申請人當時身體狀況，是否有搭飛機從美國回台就醫之可能性等疑義，再次送請專科醫師複審而重新核定，乃就本案屬事實重為查證範疇，參照司法院大法官釋字第 368 號解釋，行政法院所為撤銷原決定及原處分之判決，如係指摘事件之事實尚欠明瞭，應由被告機關調查事證另為處分時，該機關即應依判決意旨或本於職權調查事證。倘依重為調查結果認定之事實，認前處分適用法規並無錯誤，得維持已撤銷之前處分見解，先予敘明。 三、關於 97 年 7 月 5 日至 12 日住院部分 （一）依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 5 條前段規定：「保險對象申請核退醫療費用，應自急診、門診治療當日或出院之日起六個月內辦理，逾期不予核退。」，足見保險對象符合因緊急傷病就醫之條件而得依前開辦法申請核退醫療費用者，應按各該次急診、門診或住院，個別計算其申請核退之期限，並無因就醫傷病之不同，而變異其適用之結果，審諸其意甚明。 （二）本件申請人 97 年 7 月 5 日至 12 日之住院就醫，依前揭核退辦法第 5 條前段規定，申請人應自出院之日（為 97 年 7 月 12 日）起 6 個月內，向健保局提出醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 99 年 2 月 9 日始向該局陳情提出此部分住院醫療費用核退之申請，有本會（99）權字第 00000 號案卷所附申請人遞送陳情書信封上之中華郵政公司郵戳可按，復為健保局及申請人所不爭執，此部分即已逾 6 個月申請期限。 （三）查前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難以個人因素從寬認定或予以延長，申請人所稱癌症治療與一般傷病不同，應從寬認定計算期限，不宜

	要求病患家屬於保險事故尚未結束前，即一筆一筆申請費用云云，核難執為本案之論據。 四、關於 97 年 8 月 15 日至 98 年 11 月 10 日期間多次門診及住院部分 （一）按全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，保險醫事服務機構所提供之醫療給付內容係以適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。倘保險對象至非本保險醫療機構就醫，則以發生情況緊急，必須於當地醫療機構就醫之不可預期傷病或分娩者，始得申請核退醫療費用，先予敘明。 （二）本會醫療專家意見 1.病情或診斷：中樞神經淋巴瘤造成神經壓迫。 2.卷附相關資料顯示： (1)申請人於 97 年 7 月 5 日至 12 日即因中樞神經淋巴瘤造成神經壓迫入住 ○○ Medical Center 並施行開顱手術，固屬不可預期之緊急傷病(已逾 6 個月申請核退期限)，惟其後 97 年 8 月 15 日至 9 月 15 日期間所接受之 3 次化療療程，屬需長期進行之療程，且無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。 (2)嗣申請人於上開 3 次化療療程後，發現顱內腦瘤仍在，於 97 年 10 月 7 日轉院至 ○○ Health and Science University 門診及接受多次化療，亦無情況緊急之相關描述，亦難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。又該治療屬試驗性治療，不符合本保險給付範圍。 (3)至申請人雖檢附 99 年 7 月 30 日 ○○ Medical Center 之醫師說明，主張其當時無法搭機返台就醫云云，惟依所附病歷相關資料記載，並無法佐證申請人當時之身體病況有不能搭機回台就醫之情形。 3.綜合判斷：同意健保局意見，不予核退 97 年 8 月 15 日至 98 年 11 月 10 日期間多次門診及住院之醫療費用。 五、綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 7 款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：七、人體試驗。」

二、全民健康保險法第 43 條

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」「前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

四、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 5 條前段

「保險對象申請核退醫療費用，應自急診、門診治療當日或出院之日起六個月內辦理，逾期不予核退。」

案情摘要

保險對象申請境外住院1日費用，健保局依該局公告之核退上限，核退1日住院醫療費用，其餘超過核退上限部分，不予核退。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	無法接受核付金額。	
審　　定		
主　　文	申請審議駁回。	
事　　實	一、出生日期：48年3月16日。 二、境外就醫地點：高棉 ○○ HOSPITAL。 三、就醫病因：左手肘脫臼。 四、就醫情形：99年3月21日至22日住院。 五、醫療費用：折合新台幣（下同）91,943元。 六、核定內容： 經審查認為申請人因左手肘脫臼就醫，住院1日尚屬合理，爰依行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局)公告之99年1-3月份全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限，住院每人日6,790元，核退1日住院費用6,790元；其餘醫療費用，不予核退。 七、申請理由要旨及健保局意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第43條第1項。 二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第2條第3款及第6條第1項第2款但書前段。
	卷證	收據、費用明細、診斷證明、醫療報告、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退申請書等影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

審定理由

一、申請理由要旨

（一）其在高棉吳哥窟跌傷，造成左手肘嚴重脫臼，送 ○○ HOSPITAL 急診，並安排由金邊專業醫師進行手術，並住院至第 2 天。

（二）其返國後繼續接受中醫及復健治療長達半年，然健保局僅核退 6,790 元，與自付之 91,943 元差距太多，其無法接受健保局核退之金額。

二、健保局意見要旨

本案經該局依申請人檢附之相關資料審查，認為申請人於 99 年 3 月 21 日至 22 日住院就醫，符合緊急就醫條件，該局爰依前揭核退上限，住院每人日 6,790 元，核退 1 日住院醫療費用 6,790 元，其餘超過核退上限之醫療費用，不予核退。

三、本會審定理由

（一）事實認定部分

本件申請人因傷於 99 年 3 月 21 日至 22 日於前開醫院住院 1 日，業經健保局認屬本保險施行區域外發生不可預期之緊急傷病，並依前揭核退上限，住院每人日 6,790 元，核退申請人 1 日住院醫療費用 6,790 元，其餘超過核退上限之醫療費用，該局未准核退，並無不合。

（二）申請人主張其係因左手肘嚴重脫臼住院至第 2 天，所自付之醫療費用達 91,943 元，健保局僅核退 6,790 元，差距太大云云

1. 本件申請人此次就醫住院 1 日進行診治，業經健保局依前揭核退上限，核退 1 日住院醫療費用有案，健保局既已依規定核退，其餘醫療費用不予核退，於法即無不合。
2. 查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，我國之全民健康保險法考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於第 43 條第 1 項規定：「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」，採國內醫學中心水準之支付作為定額核退標準上限，已考量就醫期間使用之材料藥品及治療處置等相關費用，但申請費用高於平均費用標準者，其超過部分不予核退，申請人所稱，核有誤解。
3. 至住院日數，依健保局 95 年 7 月 17 日健保醫字第 0950059909 號函釋係以入院之日起計，出院之日不計之原則計算（與國內採計原則相同）。

（三）法律適用結果

綜上，健保局依前開核退上限，核退申請人 1 日住院醫療費用 6,790 元，其餘超過核退上限之醫療費用未准核退，尚無不合，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款但書前段

「保險對象合於第二條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用標準者，其超過部分不予給付。」

案情摘要

保險對象在國內已知悉其病症，卻因個人因素選擇至境外進行治療，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退大陸就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區○○市○○醫院（以下簡稱○○市○○醫院）。 二、就醫原因：轉移性腺癌(以肺部原發為主要考量)。 三、就醫情形：100 年 3 月 18 日至 4 月 10 日、4 月 21 日至 5 月 23 日及 6 月 8 日至 21 日計 3 次住院。 四、醫療費用：折合新台幣 425,622 元。 五、核定內容： 本案經專業醫師審查，認為申請人肺癌之重大傷病證明雖於 100 年 3 月 15 日起生效，惟 100 年 3 月 18 日至 6 月 21 日期間係因肺癌及後續化學治療住院，而肺癌非急症，非屬不可預期之傷病，不符核退規定，所請醫療費用，不予核退。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 43 條第 1 項及全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款。 二、按全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，保險醫事服務機構所提供之醫療給付內容係以適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。倘保險對象至非本保險醫療機構就醫，則以發生情況緊急，必須於當地醫療機構就醫之不可預期傷病或分娩者，始得申請核退醫療費用，先予敘明。 三、本會醫療專家意見及卷附相關資料顯示： （一）病情或診斷：轉移性腺癌(以肺部原發為主要考量)。 （二）申請人前於國內○○醫院有多次就醫紀錄，依○○醫院病歷記載，申請人於 100 年 2 月 23 日神經外科門診時，已知有多發性骨轉移之病情，經轉至血液腫瘤科門診診察，醫囑建議進行原發部位之探查；嗣申請人於 100 年 3 月 2 日胸腔內科門診時，因發現有肋膜與心包膜積水，乃於當日轉至急診，並收治入院至 3 月 15 日出院，其於該次住院期間，經病理學檢查及相關檢查、檢驗結果，確定診斷為骨頭、肋膜與心包膜之轉移性腺癌（以肺部原發為主要考量），而申請人於醫師告知上開病情當時，已決定轉往大陸治療，並付費由該醫院出具相關診斷資料在案。 （三）申請人於出院隔日之 100 年 3 月 16 日出境，2 天後之 100 年 3 月 18 日（第 1 次）即入住○○市○○醫院，依該醫院出院記錄等就醫資料記載，該醫院於申請人第 1 次住院時，亦係根據○○醫院之前開診斷進行化學

	治療，並無國內診斷未明之情形，而 100 年 4 月 21 日至 5 月 23 日（第 2 次）及 6 月 8 日至 21 日（第 3 次）住院，申請人於入院當時之情況未見異常，係為進一步治療而再次住院，並無情況緊急之相關描述；況其第 2、3 次住院之出院記錄均記載「出院一般情況可、查體大致同入院時」，並無沒辦法返台就醫之情況，系爭 3 次住院治療實屬已知病症之計畫性治療；且申請人於系爭住院期間所施行之化學治療，依國內醫療常規，亦無需住院注射之必要，可於門診進行化療。 （四）承上，復參酌申請人於核退申請書自墊費用原因說明欄記載：「探親」，及其於申請爭議審議理由自陳，其係因醫師告知有不好的東西轉移骨頭，僅剩 3 個月至半年生命期，因想見家人，故回大陸見親人等語，且已申准取得生效起日為 100 年 3 月 15 日之重大傷病證明（病名：其他明示部位之續發性惡性腫瘤），足見申請人早已知悉其病症，係因個人因素，有意選擇至大陸地區醫院進行治療，系爭 3 次住院均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。 （五）綜合判斷：同意健保局意見，不予核退 100 年 3 月 18 日至 4 月 10 日、4 月 21 日至 5 月 23 日及 6 月 8 日至 21 日住院醫療費用。 四、綜上，健保局未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持；至申請人主張其持有重大傷病證明，醫療費用應完全給付乙節，查持有本保險重大傷病證明之保險對象其免自行負擔費用之範圍，係指保險對象於本保險醫事服務機構就醫，而符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條及第 7 條規定之情形而言，本件申請人係於本保險施行區域外之醫療機構就醫，尚無因重大傷病免自行部分負擔費用等相關規定之適用，所稱核有誤解，併予敘明。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

案情摘要

保險對象申請境外就醫之醫療費用核退，健保局依核退申請當日華爾街日報公告之匯率，折算醫療費用金額。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退大陸急診就醫自墊之醫療費用新台幣（下同）8,870 元。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區○○市○○區○○中醫醫院(以下簡稱○○中醫醫院)、○○大學附屬○○醫院(以下簡稱○○醫院)。 二、就醫原因：高血壓、腦部栓塞及疑似腦中風等。 三、就醫情形： (一)99 年 5 月 27 日及 6 月 10 日計 2 次門診(○○中醫醫院)。 (二)99 年 6 月 6 日、7 日、8 日及 12 日計 4 次急診(○○醫院)。 四、醫療費用：折合新台幣 19,454 元。 五、核定內容： 本件申請人 99 年 5 月 27 日、6 月 6 日、7 日、8 日、10 日及 12 日 2 次門診及 4 次急診（援引之核退上限誤植為門診之核退上限），同意核退 99 年 5 月 27 日門診及 6 月 6 日急診費用，並依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費及其他費用後，核實核退各該次門、急診費用計 1,941 元(852 元+1,089 元=1,941 元)；其餘醫療費用，不予核退。 六、申請人就未按收據記載金額及依健保局公告之 99 年 4-6 月份全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限，急診每人次 2,516 元，分別核退其 99 年 6 月 6 日、7 日、8 日及 12 日 4 次急診費用計 8,870 元部分，向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據及函釋： （一）全民健康保險法第 39 條第 4 款、第 43 條第 1 項、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款、第 6 條第 1 項第 2 款前段、第 8 條及全民健康保險藥價基準第 2 章全民健康保險藥品支付品項收載原則壹、四、(二)。 （二）行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。 二、醫療專家意見 （一）病情或診斷：腦部血栓，疑似腦中風。 （二）卷附相關資料顯示： 申請人於 99 年 6 月 6 日至○○醫院就醫，固經診斷有腦栓塞之病症，惟依○○醫院之門急診病史錄記載，其後續 99 年 6 月 7 日、8 日及 12 日每次就診均施打點滴及注射藥物，該等處置與腦中風處置原則不符，且未有確診為腦梗塞之影像檢查報告，亦無急診之基本檢驗數據、完整血

	球數值（CBC）、心電圖檢查（EKG）及生化檢驗數據（Biochem）等資料供核，有關病情及神經學檢查所發現之描述均不清楚，況亦無情況緊急之相關記載，尚難認屬不可預期之緊急傷病。 （三）綜合判斷：健保局同意核退99年6月6日急診費用，已屬從寬，其餘系爭99年6月7日、8日及12日3次急診費用，不予核退。 三、申請人主張99年6月6日急診費用應全部核退，及依核退上限核退99年6月7日、8日及12日3次急診費用云云，惟所稱核不足採，分述如下 （一）查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。倘保險對象至非本保險醫療機構就醫，則以發生情況緊急，必須於當地醫療機構就醫之不可預期傷病或分娩者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，本保險對於保險對象於保險區域外發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫者，訂有核退辦法，考量世界各地醫療水準之差異，賦予健保局對施行區域外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權限。 （二）按全民健康保險法第39條第4款規定:「下列項目不在本保險給付範圍：四、成藥、醫師指示用藥。」，復查全民健康保險藥價基準第2章全民健康保險藥品支付品項收載原則之中藥品項收載原則為「中藥藥品限中央衛生主管機關核准經由GMP中藥濃縮廠製造之『調劑專用』及『須由醫師(中醫師)處方使用』之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥並應列屬中央衛生主管機關整編之『臨床常用中藥方劑標準處方』；中藥藥品支付應依據全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。」。 （三）本件申請人系爭99年6月6日急診就醫，業經健保局認屬本保險施行區域外發生不可預期之緊急傷病，而同意核退該次就醫費用，惟依收據記載內容，其中之中成藥（藥費金額人民幣266.78元），非健保給付之GMP藥廠之濃縮中藥（科學中藥），該項費用即應由申請人自行負擔，健保局依收據記載金額，於扣除健保不給付之中成藥費後，核實核退該次急診費用1,089元(2,317-1,228=1,089)，尚無不合。另系爭99年6月7日、8日及12日3次急診就醫，業經健保局及本會專審結果，均認為非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。 四、綜上，健保局按收據記載金額於扣除健保不給付之中成藥費後，核退1,089元,及未准核退系爭99年6月7日、8日及12日3次急診醫療費用，並無不合，原核定應予維持。至於申請人提示醫療費用與核退費用對照表所引據計算核退金額之匯率與健保局採計之基礎不同致折算為新台幣之金額有差異乙節，依全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第8條規定：「計算核退本保險施行區域外遭遇傷病或分娩之醫療費用時，有關外幣兌換匯率基準日，以申請日之該外幣平均兌換匯率計之。」，查卷附申請人向健保局申請核退之申請書填載其提出之申請日為99年10月26日，依該申請書填寫說明第5點所載之給付方式，健保局乃以99年10月26日華爾街日報公告之匯率，即以1人民幣=0.1501美金、1美金=30.656新

	台幣匯率折算本案之醫療費用金額，併此敘明。 據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 39 條第 4 款

「下列項目之費用不在本保險給付範圍：四、成藥、醫師指示用藥。」

二、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

四、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款前段

「保險對象合於第 2 條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。」

五、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 8 條

「計算核退本保險施行區域外遭遇傷病或分娩之醫療費用時，有關外幣兌換匯率基準日，以申請日之該外幣平均兌換匯率計之。」

六、全民健康保險藥價基準第 2 章全民健康保險藥品支付品項收載原則壹、四、(二)

「可申請納入全民健康保險支付之中藥藥品：(二)中央衛生主管機關核准經由 GMP 中藥濃縮廠製造之『調劑專用』及『須由醫師(中醫師)處方使用』之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥並應列屬中央衛生主管機關整編之『臨床常用中藥方劑基準方』。前項中藥藥品支付應依據全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。」

七、行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

案情摘要

保險對象於保險區域外就醫，雖獲民間保險公司理賠 50 天保險金，惟健保局及本會專家審查均認為依病況，合理住院 10 天，健保局核付 10 日醫療費用，並無不合。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核退大陸就醫自墊之醫療費用。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。 二、就醫原因：左股骨近端骨折。 三、就醫情形：100 年 5 月 13 日至 27 日及 5 月 29 日至 7 月 15 日計2次住院。 四、醫療費用：折合新台幣（下同）共計 156,667 元。 五、核定內容： （一）100 年 9 月 27 日核定（第 1 次住院）部分 本案經專業醫師審查，認為申請人因骨折於 100 年 5 月 13 日至 27 日住院就醫，係屬不可預期之緊急傷病，惟經住院手術治療 10 日後，病情應已穩定，可改門診治療，合理住院日數為 10 天，爰依該局公告之核退上限，核退 10 日住院費用計 73,180 元（7,318×10＝73,180）；其餘費用，不予核退。 （二）100 年 11 月 10 日核定（第 2 次住院）部分 本案經專業醫師審查，認為申請人前次申請核退 100 年 5 月 13 日至 27 日住院費用，已經該局核准核退 10 天住院費用在案，此次 100 年 5 月 29 日至 7 月 15 日應不必再住院治療，非屬不可預期之傷病，所請醫療費用，不予核退。 六、申請人就前開 100 年 9 月 27 日及 100 年 11 月 10 日核定，先後向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據及函釋： （一）全民健康保險法第 43 條第 1 項、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款及第 6 條第 1 項第 2 款但書前段。 （二）行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。 （三）健保局 100 年 3 月 29 日健保醫字第 1000072772 號公告。 二、本會醫療專家意見及卷附相關資料顯示： （一）病情或診斷：左股骨近端骨折。 （二）100 年 5 月 13 日至 27 日第 1 次住院部分： 申請人因左股骨近端骨折第 1 次入住上開醫院接受手術治療，固屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟其術後並無併發症，依國內醫療常規，給予住院 10 日之治療，已足夠其醫療之需要。 （三）100 年 5 月 29 日至 7 月 15 日第 2 次住院部分：

	申請人術後可於門診進行觀察及復健治療，尚無再次住院就醫之必要，且現有就醫資料並無情況緊急之相關記載，該次住院尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。 (四)綜合判斷：同意健保局意見，核退10日住院費用，其餘費用，不予核退。 三、申請人主張其因車禍受傷，嚴重骨折，無法動彈，更無法生活自理，需有看護照料生活，其向保險公司申請理賠已獲認定給付50天保險金，健保局僅核退10日之醫療費不近常理，應一視同仁云云，惟所稱核有誤解，分述如下： (一)本件申請人2次住院就醫，業經健保局依核退上限核退10日住院費用有案，健保局既已依核退標準核退，其餘部分不予核退，於法即無不合。 (二)查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，我國之全民健康保險法考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於第43條第1項規定:「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」，行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」，採國內醫學中心水準之支付作為定額核退標準上限，已考量就醫期間使用之材料藥品及治療處置等相關費用，但申請費用高於平均費用標準者，其超過部分不予核退；又前揭核退辦法，考量世界各地醫療水準之差異，賦予健保局對施行區域外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權限，其所依循之審查原則國內與國外並無不同，避免醫療資源不必要之耗用；況本件經健保局及本會醫療專家審查結果，均認為申請人就醫之病況，合理住院日數為10日，已如前述。 (三)又按商業保險其繳費與給付之間具對價性，由保險人承受之風險大小決定要保人應繳保費之高低，係依個人意願選擇參加，且保險條件係依個別契約約定所成立；而全民健康保險則是基於社會連帶、相互互助及危險分攤之精神，以公共利益為考量，由被保險人、雇主及政府共同付費，其保險條件係由法律規定，一體實施適用於符合資格之所有保險對象之強制性社會保險，二者性質不同，所稱尚難執為本案之論據。 四、綜上，健保局核退10日住院醫療費用73,180元，其餘費用未准核退，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5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 43 條第 1 項

「保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 2 條第 3 款

「全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：三、本保險施行區域外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地醫療機構就醫或分娩者。」

三、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款但書前段

「保險對象合於第 2 條規定之醫療費用，依下列標準予以核退：二、發生於本保險施行區域外之核退案件，由保險人核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用標準者，其超過部分不予給付。」

四、行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

五、健保局 100 年 3 月 29 日健保醫字第 1000072772 號公告

「依據全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 100 年 4、5、6 月份之全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限：　　單位:元

項目 / 年月	門診（每次）	急診（每次）	住院（每日）	血液透析(每次)	
				一般	急重症
100 年 4 月至 100 年 6 月	1,680	3,090	7,318	3,496	3,569

」

四、其他保險權益及程序事項

案情摘要

保險對象申請核發診斷病名為「呼吸衰竭併呼吸器依賴」之重大傷病證明，健保局未准核發，經本會醫療專家認為其病情有脫離呼吸器之可能，宜俟後續呼吸治療情形再議，不同意核發重大傷病證明。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核發重大傷病證明。
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○市立○○醫院(○○院區)。 二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「呼吸衰竭(518.85)併呼吸器依賴」。 三、核定內容： 本案經審查醫師審查，認為申請人拒絕脫離呼吸器，無法判斷申請人需依賴呼吸器，不符合重大傷病範圍，不同意核發重大傷病證明。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款、第 2 項及全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條之附表全民健康保險重大傷病範圍第 13 類。 二、醫療專家意見： (一)病情或診斷：支氣管擴張、肺炎、呼吸衰竭、心臟衰竭及肺心症。 (二)卷附相關資料顯示： 申請人於100年12月19日之前所使用的呼吸器係採PSV(壓力支持性換氣)模式，於 100 年 12 月 20 日接管(人工氣道類別/大小/深度：ET/7.5Fr/21cm)後，都只用 PCV(壓力控制型通氣)，該呼吸訓練過程反趨於保守及不積極，至100年12月29日突然又將PCV改成PSV，並於101年1月1日至4日期間嘗試藉由T型管進行自發呼吸試驗(SBT with T-piece)，惟姑不論從卷附「呼吸治療記錄單」等資料尚無從了解申請人接受呼吸器訓練之依據，且其呼吸器模式由 PCV 改為 PSV，似有勉強練習 T-piece 之嫌，況申請人的情況有脫離呼吸器之可能，故宜俟後續呼吸治療情形再議。 (三)綜合判斷：同意健保局意見，不同意核發重大傷病證明。 三、綜上，健保局不同意核發重大傷病證明，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。」

二、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條之附表全民健康保險重大傷病範圍第 13 類

「十三、因呼吸衰竭需長期使用呼吸器符合下列任一項者：

（一）使用侵襲性呼吸輔助器二十一天以上者。

（二）使用侵襲性呼吸輔助器改善後，改用非侵襲性陽壓呼吸治療總計二十一天以上者。

（三）使用侵襲性呼吸輔助器後改用負壓呼吸輔助器總計二十一天以上者。

（四）特殊疾病(末期心衰竭、慢性呼吸道疾病、原發性神經原肌肉病變、慢性換氣不足症候群)而須使用非侵襲性陽壓呼吸治療總計二十一天以上者。

以上天數計算須符合連續使用定義原則。」

案情摘要

保險對象申請核發診斷病名為「慢性腎衰竭須定期透析治療」之重大傷病證明，健保局未准核發，惟經本會醫療專家認為其病情為不可逆之腎衰竭，仍須透析，同意核發重大傷病證明。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核發重大傷病證明。	
審　　定		
主　　文	原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。	
事　　實	一、出生日期：民國 51 年 9 月 25 日 二、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫療財團法人○○醫院（以下簡稱○○醫院） 三、申請核發重大傷病證明之診斷病名：慢性腎衰竭須定期透析治療(ICD-9-CM：585) 四、核定內容： 申請人 Acute-on chronic renal failure(急性之慢性腎衰竭)且 Cr（血清肌酐酸）5.83mg/dl，Ccr(肌酐酸廓清率)大於 10ml/min，不符重大傷病範圍，不同意發給重大傷病證明。 五、申請理由要旨及行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）意見要旨如附件。	
理　　由	依據	一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 二、全民健康保險重大傷病範圍第 4 類。
	卷證	全民健康保險重大傷病證明申請書、病歷、出院病歷摘要、生命徵象記錄表、醫囑單、病程記錄、入院記錄、手術同意書、麻醉前評估表、超音波檢查報告、門診記錄單等、慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明申請附表影本及健保局意見書。
	審定理由	如附件。

審定理由

一、申請理由要旨

其為糖尿病併慢性腎衰竭病患，因末期腎病併水腫，自 99 年 7 月 1 日起開始接受血液透析，目前維持 1 週透析 2 次，其不知為何不符合透析之適應症。其 99 年 10 月規則血液透析時追蹤之血清肌酸酐為 10.16mg/dL，應屬透析合理範圍，請撤銷原核定。

二、健保局意見要旨

(一)申請人於 99 年 9 月 13 日由○○醫院開立診斷證明書，診斷病名為慢性腎衰竭(585)，於 99 年 9 月 13 日以 VPN 網路傳輸方式向該局申請核發重大傷病證明，該局專業審查結果，認為申請人 Acute-on chronic renal failure 且 Cr5.83mg/dl，Ccr 大於 10ml/min，不符合適應症規定，不同意核發重大傷病證明。

(二)為維護其權益，該局函請○○醫院檢附申請人完整病歷資料，再次送請審查醫師審查結果，認為申請人為相對年輕(48 歲)糖尿病併腎病變之病人，首次透析狀況(99 年 6 月 29 日)Cr 為 11.89，而且 CCr 為 5ml/min，併隨症狀為腎病症候群非急性肺水腫，接受透析治療後(99 年 8 月 11 日)Cr 為 5.83、CCr 為 11.08ml/min，故為慢性腎衰竭急性發作，重新評估其透析相關症狀已消失，故不考慮發給診斷病名為慢性腎衰竭(585)之臨時卡。

三、本會審定理由

（一）醫療專家意見

1.病情或診斷：糖尿病併腎病變。

2.卷附相關資料顯示：

申請人罹患典型糖尿病併腎病變，因腎功能慢性進展惡化至尿毒症，於 99 年 6 月 29 日首次透析狀況之 Cr 值為 11.89 mg/dl，Ccr 為 5ml/min，99 年 8 月 11 日接受透析治療後之 Cr 值為 5.83 mg/dl、Ccr 為 11.08ml/min，在維持透析每週兩次之下，為適當之處置，但當減量透析後，Cr 值大於 10mg/dl，可見為不可逆之腎衰竭，申請人仍須透析。

3.綜合判斷：同意核發重大傷病證明。

（二）法律適用結果

綜上，健保局未准同意發給重大傷病證明，即有未洽，爰將原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項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。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。」

二、全民健康保險重大傷病範圍第 4 類

「四、慢性腎衰竭〔尿毒症〕，必須接受定期透析治療者。(一) 慢性腎衰竭。」

案情摘要

先天性心室中隔缺損已經修補，並未造成永久性心臟結構異常，則該病症已不復存在，不符合重大傷病證明核發之條件。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定
審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫療財團法人○○醫院(以下簡稱○○醫院)。 二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「病史有心室中隔缺損，術後(745.4)」。 三、核定內容： 本案經再次送請專科醫師審查結果，認為申請人經手術治療後，心室之間已無分流(shunt)情形，心室中隔缺損之診斷已不存在，所請申請核發重大傷病證明，未便照准。
理　　由	一、法令依據：全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款、第 2 項及全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條之附表全民健康保險重大傷病範圍第 8 類第 3 項。 二、醫療專家意見： (一)病情或診斷：先天性心室中隔缺損(Ventricular Septal Defect , VSD)術後。 (二)卷附相關資料顯示： 依○○醫院之診斷證明書記載，申請人係罹患先天性心室中隔缺損而施行修補手術治療，嗣於 100 年 3 月 21 日經心臟超音波檢查結果，申請人已無殘存心室中隔缺損及不正常分流等異常情形存在，顯示心室中隔缺損已經修補，並未造成永久性心臟結構異常，則該病症已不復存在，不符合重大傷病證明核發之條件。 三、綜上，健保局不同意核發重大傷病證明，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 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險法第 36 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：一、

重大傷病。」「前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。」

二、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條之附表全民健康保險重大傷病範圍第 8 類第 3 項

「心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常（三）先天性心球[胚胎]及心臟中隔閉合之畸形或心臟之其他先天畸形。」

案情摘要

申請人申請審議之申請書未載明健保局原核定通知文件之日期及文號，亦未檢附該原核定通知文件，程式不合規定，經本會通知限期補正後仍未將原核定通知文件等補正送會，自屬程式不合。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	免繳保險費。	
審　　定		
主　　文	申請審議不受理。	
理　　由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款 「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。」
	審定理由	一、本件申請人因保險費事件，不服行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）所為之核定，向本會申請審議，經查該申請書未載明健保局原核定通知文件之日期及文號，亦未檢附該原核定通知文件，程式不合規定。本會乃於 101 年 1 月 20 日以健爭審字第 0000000000 號書函檢還申請人之申請書，請申請人於文到 20 日內，以原核定通知文件所載之受文者或繳款人為申請人，填具申請書，載明健保局原核定通知文件之日期及文號，並簽名或蓋章後，連同原核定通知文件（影本）以掛號郵寄本會，函內同時載明屆期不補正者，即不予受理。 二、經查本會前開書函已於 101 年 1 月 31 日按址送達申請人，申請人雖於 101 年 2 月 9 日（本會收文日）函復本會「有關貴會要求本人檢附該原核定通知文件，請參考 101 年 1 月 9 日謝○○復保申請書附件」，惟申請人原送之「全民健康保險第六類保險對象停保(復保)申請表」並非健保局原核定通知文件，申請人迄未將原核定通知文件等補正送會，自屬程式不合，應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

案情摘要

被保險人之母親於未受委託之情形下，自無以本人或受託人之名義就該被保險人之保險費向健保局申訴之權利，則健保局循其母親之申訴，就該被保險人之健保相關事項所為之單純事實之說明，對被保險人權利尚不發生具體之法律上效果，自非行政處分。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	重新核算張○○的健保費。	
審　　定		
主　　文	申請審議不受理。	
理　　由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。
	卷證	一、全民健康保險第 6 類保險對象補中斷轉入、出申請表、保險對象投保歷史列印、中外旅客入出境紀錄查詢、個人戶籍資料查詢、全民健康保險停復保回函表等影本及健保局意見書暨補充意見書。 二、健保局 100 年 1 月 21 日健保○字第 0000000000 號函副本。
	審定理由	一、案件緣由及健保局 99 年 12 月 6 日健保○字第 0000000000 號函要旨 (一)緣申請人於 99 年 11 月 29 日向健保局申訴，略以其女兒張○○因學業尚未完成，曾因事短期回國 5 次之多，健保局均一再隱密不告知應恢復健保，突然通知要追溯 1 年多的保險費云云。 (二)健保局於 99 年 12 月 6 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以張○○原投保於○○縣○○鄉公所，於 97 年 9 月 3 日出境且辦理停保手續，嗣於 98 年 5 月 28 日入境、98 年 6 月 9 日出境、98 年 9 月 21 日入境、98 年 9 月 28 日出境、99 年 1 月 6 日入境、99 年 2 月 17 日出境迄今，該局於 99 年 9 月辦理停保查核專案時，發現張○○並未依規定辦理復保、停保手續，於 99 年 9 月 24 日發文通知，由申請人寄回回函表，經該局審核張○○之入出境及戶籍資料，核定張○○98 年 5 月 28 日復保，並於 99 年 10 月追溯補收 98 年 5 月至 99 年 10 月保險費新台幣 11,862 元，所請免繳追溯出國期間保險費，礙於規定不符，歉難同意。 二、查申請人雖係張○○之母親，惟張○○已成年，且未依附申請人加保，而係以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○縣○○鄉公所，有保險對象投保歷史資料影本附卷可稽，復依健保局補充意見書陳明，略以申請人 99 年 11 月 29 日（該局 99 年 12 月 11 日收到）為其女兒張○○申訴的來件資料，只有申請人之來信 1 份，並無張○○委託書等語，是申請人就其女兒張○○保險費，自無以本人或受託人之名義向健保局申訴之權利甚明，則健保局循申請人之申訴，就張○○未辦理返國復保及入出境情形等事項所為之單純事實之說明，對申請人權利尚不發生具體之法律上效果（臺北高等行政法院 93 年度簡字第 296 號裁定可資參考），自非行政處分，即非首揭辦法所定之核定案件，申請

		人對之申請審議，自有未合，應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項

「被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就下列全民健康保險事項所為之核定案件（以下簡稱權益案件）發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

案情摘要

健保局函知被保險人停保後入境，應依規定辦理停、復保所為單純事實之敘述及說明，尚不因該項敘述或說明而對被保險人權益發生具體之法律上效果，僅係觀念通知，非核定案件。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	請求免繳健保費。
審　　定	
主　　文	一、關於健保局 100 年 6 月 3 日健保○字第 0000000000 號函部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事　　實	一、健保局文件內容要旨 （一）健保○字第 0000000000 號函 申請人於○○市○○區公所自 98 年 4 月 1 日出國停保中，返國未辦理復保，請檢附相關資料至該公所辦理復保及重新選擇是否辦理停保，以維護權益。 （二）繳款單內容 100 年 7 月（含 99 年 12 月至 100 年 6 月）保險費新台幣 4,613 元。 二、申請人檢附前開健保○字第 0000000000 號函及繳款單，併向本會申請審議。
理　　由	一、法令依據： （一）全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。 （二）全民健康保險法（以下簡稱本法）第 10 條第 1 項第 1 款、第 11 條之 1 及其施行細則第 36 條第 2 款前段、第 38 條第 1 項第 2 款。 二、關於 100 年 6 月 3 日健保○字第 0000000000 號函部分 查本件健保局前開函僅係通知申請人停保後入境，應依規定辦理停、復保所為單純事實之敘述及說明，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，僅係觀念通知，並非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。 三、關於 100 年 7 月保險費繳款單部分 （一）強制納保對象： 本件申請人係中華民國國籍，在台設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。 （二）加、停保情形： 申請人原以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○市○○區公所，98 年 3 月 3 日至該公所辦理預定自 98 年 4 月 1 日出國停保，100 年 7 月 15 日委由其母黃○○代為辦理復保及停保。 （三）入出境情形： 1. 申請人於 98 年 4 月 1 日出境至 99 年 12 月 19 日入境，應自該入境返國

	日起復保。 2.申請人嗣於99年12月28日出境至100年3月14日入境，單次出境期間未達6個月，不符停保免繳保險費規定。另申請人於100年4月5日出境至100年9月23日列印中外旅客入出境紀錄前尚未入境,惟申請人迄於100年7月15日始委由黃○○代為辦理出國停保，已如前述，故在申請停保前，亦不符停保免繳保險費規定。 （四）綜上，申請人應繳納99年12月至100年6月保險費。 四、申請人主張其99年12月19日回國探望父親病情，於同年月28日出境，除時間緊迫外，亦不知需再辦理停復保，100年3月14日再次回國，是為了父親病逝而奔喪，迄至100年6月間接獲健保局以平信通知復保，始於100年7月15日辦理停復保云云，惟所稱核難執為免繳保險費之論據，分述如下： （一）查本法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在台設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保險費之義務，為本法第10條第1項第1款及第11條之1所明定,個人尚不得因不知法令規定內容，而主張免除應負擔之義務。 （二）另考量長期停留國外者醫療權益之可近性與國內存有差異，本法施行細則第36條及第38條規定，保險對象預定出國6個月以上者，得辦理停保，出國6個月以上者，自返國之日辦理復保，則申請人於99年12月19日入境，依前開規定，應自99年12月19日返國之日辦理復保。況本件申請人於98年3月3日辦理停保時，所填具之「全民健康保險第6類保險對象停保（復保）申請表」填表說明二（二）3.已列有「保險對象出國6個月以上者，應自返國之日檢附戶籍謄本及入出境證明或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費。」之復保相關規定，有申請人簽名之申請表影本附卷可稽。 五、法律適用結果 綜上，關於健保局100年6月3日健保○字第0000000000號函部分，申請審議不予受理；至100年7月保險費繳款單部分，健保局計收申請人系爭保險費，並無不合，原核定應予維持。 據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第5條第2項及全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第6款暨第19條第1項規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第2條第1項

「被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就下列全民健康保險事項所為

之核定案件（以下簡稱權益案件）發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

四、全民健康保險法第 11 條之 1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

五、全民健康保險法施行細則第 36 條第 2 款前段

「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：二、預定出國六個月以上者。」

六、全民健康保險法施行細則第 38 條第 1 項第 2 款

「保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理：二、出國六個月以上者，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。」

案情摘要

申請人就健保局未准核發某甲重大傷病證明之核定向本會申請審議，揆其內容對申請人之權益尚不發生具體之法律效果，申請人對之向本會申請審議，當事人不適格。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	核發重大傷病證明。	
審　　定		
主　　文	申請審議不受理。	
理　　由	依據	一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 3 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 3 款。 二、行政程序法第 20 條第 1 款。
	審定理由	本件申請人等不服行政院衛生署中央健康保險局 100 年 2 月 9 日受理編號 0000000000 全民健康保險重大傷病核定審查通知書所為之核定，併向本會申請審議，經查前開審查通知書之相對人為林○○，通知內容為不同意核發重大傷病證明。揆其內容對申請人等之權益尚不發生具體之法律效果，申請人等對之向本會申請審議，當事人不適格，應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 3 款規定，審定如主文。

本件申請人等如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 3 條第 1 項

「審議之申請，以被保險人、投保單位及保險醫事服務機構為申請人。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 3 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：三、非第三條第一項所定之人而提出申請。」

三、行政程序法第 20 條第 1 款

「本法所稱之當事人如下：一、申請人及申請之相對人。」

案情摘要

特約診所不服健保局所為之核定，經複核、爭議審議、訴願及行政訴訟，均遭駁回在案，則該診所復就同一事實申請審議，程序自有未合，不予受理。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議不受理。	
理　　由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。」
	卷證	本會(97)權字第 00000 號審定書、行政院衛生署 98 年 10 月 5 日衛署訴字第 0000000000 號訴願決定書、臺北高等行政法院 98 年度訴字第 0000 號判決及最高行政法院 99 年度裁字第 0000 號裁定影本。
	審定理由	一、97 年 6 月 16 日健保○字第 0000000000 號函內容 申請人有未診治保險對象，卻自創就醫紀錄虛報醫療費用，且違規金額超過新台幣 10 萬元之情事，處申請人終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，申請人診所負責醫師於終止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。 二、行政救濟情形 (一)申請人就前開健保○字第 0000000000 號函申請複核，中央健康保險局(於 99 年 1 月 1 日改制為行政院衛生署中央健康保險局，以下簡稱健保局)以 97 年 8 月 19 日健保○字第 0000000000 號函仍維持原核定。 (二)申請人不服，向本會申請審議，經本會以（97）權字第 00000 號審定書審定「申請審議駁回。」，申請人仍未甘服，向行政院衛生署提起訴願，亦遭駁回，訴經臺北高等行政法院 98 年度訴字第 0000 號判決駁回後，上訴最高行政法院，業經最高行政法院 99 年 11 月 18 日以 99 年度裁字第 0000 號裁定:「上訴及追加之訴均駁回。」。 三、本會審定理由 (一)按「人民不服官署之處分，固得循訴願程序以求救濟。但處分如已確定，仍對之提起訴願，即為法所不許。」、「當事人於終局判決後，不得就同一法律關係更行起訴，此為一事不再理之原則。違背此原則者，即為法所不許。」，有最高行政法院 59 年判字第 197 號及 44 年判字第 44 號判例可資參照。 (二)查申請人不服前開健保局 97 年 6 月 16 日健保○字第 0000000000 號函，申請複核、爭議審議、訴願及行政訴訟，均遭駁回在案，已如前述，茲申請人復就同一事實向本會申請審議，程序自有未

		合，應不受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

案情摘要

特約診所已註銷開業登記，前負責醫師仍就健保局複核否准該診所實施超音波心臟圖等4項之診療項目申請審議，無權利保護必要。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	申請超音波心臟圖等4項跨表作業。	
審　　定		
主　　文	申請審議不受理。	
理　　由	依據	全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則第4點 「各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。」
	卷證	行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）99年12月14日健保○字第0000000000號、99年12月16日健保○字第0000000000號函影本。
	審定理由	一、原核定內容 ○○診所申請複核實施超音波心臟圖(包括單面、雙面)等4項之跨表作業乙案，經健保局以99年10月14日健保○字第0000000000號函復，略以因台北地區醫療資源豐富，建議可轉診至醫學中心或教學醫院處置，爰未便同意實施等語。 二、本會審定理由 查申請人為○○診所（代號0000000000）負責醫師，不服健保局前開複核仍否准其診所實施超音波心臟圖(包括單面、雙面)等4項之診療項目，向本會申請審議，惟該診所因註銷開業登記，經健保局通知自99年12月10日起終止合約，有卷附健保局99年12月14日健保○字第0000000000號及99年12月16日健保○字第0000000000號函影本附卷可按，則本件申請人既無得於○○診所執業之情形，仍就申請實施超音波心電圖（包括單面、雙面）等4項之跨表作業，申請審議即無權利保護必要，爰不予受理。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起30日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街36號)提起訴願。

案情摘要

健保局函請特約醫院將諮詢費用退還保險對象，核其性質為行政指導，並非核定案件。

全民健康保險爭議審議委員會審定書

請求事項	撤銷原核定。	
審　　定		
主　　文	申請審議不受理。	
理　　由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。
	審定理由	一、案件緣由及 100 年 1 月 11 日健保○字第 0000000000 號函要旨 緣保險對象鄭○○於 99 年 11 月 8 日向行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）申訴其於 99 年 10 月 11 日及 18 日以健保身分至申請人醫院泌尿科就診，需自費諮詢費共新台幣（下同）1,600 元云云，經該局函知申請人，略以經函請申請人說明及調閱相關病歷送專業醫師審查，認為鄭○○因疾病就醫，申請人已向該局申請診察費用，惟同次就診因性功能障礙併行診療，申請人又以諮詢名目另外收取診察費用 800 元(99 年 10 月 10 日及 18 日共計 1,600 元)，顯不合理及不符合本保險給付規定，請申請人將諮詢費用 1,600 元退費給保險對象等語。申請人不服，向本會申請審議。 二、本會審定理由 查本件前開健保局 100 年 1 月 11 日健保○字第 0000000000 號函，僅係該局循保險對象鄭○○之申訴，認申請人就該保險對象因疾病就醫，申請人已向該局申請診察費用，惟同次就診因性功能障礙併行診療，卻以諮詢名目另外收取診察費，不符合本保險給付規定，請申請人將諮詢費用 1,600 元退還保險對象，核其性質僅係健保局在其職權或所掌事務範圍內，為實現一定之行政目的，以輔導、協助、勸告、建議或其他不具法律上強制力之方法，促請保險醫事服務機構為一定作為或不作為之行為，並非健保局針對保險醫事服務機構就全民健康保險事項所為之核定案件，準此，申請人對之向本會申請審議，自有未合，應不予受理。 三、綜上，本件應不予受理。 據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 5 條第 2 項及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向行政院衛生署(臺北市大同區塔城街 36 號)提起訴願。

摘錄法令條文：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項

「被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就下列全民健康保險事項所為之核定案件（以下簡稱權益案件）發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

全民健康保險爭議審議案例彙編. 七, 權益篇 /
行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會編著.
-- 臺北市 : 全民健保爭審會, 民101.12
面 ; 公分
ISBN 978-986-03-5153-8(平裝)

1.全民健康保險 2.保險法規

412.56 101025324

書　名：全民健康保險爭議審議案例彙編（七）-權益篇
編著者：行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會
發行人：吳憲明
總編輯：張玉霞
編　輯：呂秀樺、林嘉慧、許博智、歐合純、謝秀亭、陳麗蘭、陳弘文、童維莉
出版機關：行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會
地　址：10041 台北市北平西路 3 號 3 樓
電　話：02-85906740
網　址：http://www.doh.gov.tw
印刷者：權嬉影印有限公司
地　址：10069 台北市汀州路一段 131 巷 8 弄 3 號
電　話：02-23046544-6544
出版年月:中華民國 101 年 12 月
工本費：新台幣 110 元
GPN：1010103225
ISBN：978-986-03-5153-8