

最 高 行 政 法 院 判 決

112年度上字第169號

上 訴 人 敏盛綜合醫院

代 表 人 楊弘仁

訴訟代理人 陳國華 律師

莊文玉 律師

黃國益 律師

被 上 訴 人 衛生福利部中央健康保險署

代 表 人 石崇良

訴訟代理人 洪瑞燦 律師

上列當事人間全民健康保險事件，上訴人對於中華民國111年12月29日臺北高等行政法院109年度訴字第721號判決，提起上訴，本院判決如下：

主 文

一、上訴駁回。

二、上訴審訴訟費用由上訴人負擔。

理 由

一、被上訴人代表人原為李伯璋，於上訴繫屬中變更為石崇良，已據其具狀聲明承受訴訟，經核於法尚無不合。

二、爭訟概要：

(一)上訴人為全民健康保險特約醫事服務機構，因其外科醫師李威傑涉嫌與保險黃牛何碧雲合作，開立假診斷書讓保險對象詐領商業保險理賠，將應自費開刀之減肥等項目，改成胃潰瘍等可申請商業保險及健保給付之項目，案經臺灣桃園地方法院檢察署（已更名為臺灣桃園地方檢察署）檢察官提起公訴（臺灣桃園地方法院106年度訴字第1066號及107年度易字第103號刑事案件，其中後者業經該院作成終局判決，下合稱系爭刑事案件），並將涉案保險對象張○信等25人之偵查筆錄及病歷資料送請被上訴人專業醫師審查其等所進行之手術與實際病況是否相符，被上訴人因而發現涉案之診斷與疾

01 病不符、有違醫療常規，應為自費之減肥手術，不符合健保
02 給付要件，且有向保險對象收取自費，又向被上訴人申報疾
03 病住院醫療費用之情事。

04 (二)被上訴人於民國105年10月13日至11月8日對上訴人啟動行政
05 調查，查認李威傑醫師於101年7月至105年7月間涉有安排保
06 險對象楊○怡等54人（含張○信等25人）自費減肥手術，卻
07 偽稱外科疾病手術辦理住院申報健保醫療費用，經扣除上訴
08 人自行清查主動繳回醫療費用計12,336,431點後，核算上訴
09 人不當申報計75件共5,193,718點（詳原審卷一第171至204
10 頁原處分附表所示），其中103年4月後不當申報外科住院醫
11 療費用部分，行政裁處權尚未罹於時效，經核算36人38件計
12 3,416,479點。被上訴人爰依99年1月27日修正公布全民健康
13 保險法（下稱全民健保法）第72條及99年9月15日修正發布
14 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱健保特管
15 辦法）第38條第1項第2款、第40條第3款、第44條規定，以1
16 06年5月16日健保查字第1060044250號函核定上訴人自106年
17 8月1日起停約外科（診療科別：03）住院業務1年（下稱原
18 處分）；負有行為責任醫師李威傑於前述停約期間，對保險
19 對象提供之外科住院醫事服務費用，不予支付；另追扣上訴
20 人自101年7月起至103年3月止期間違規虛報外科住院醫療費
21 用暨自101年7月起至105年7月止期間自清不當申請外科住院
22 醫療費用。

23 (三)上訴人對原處分不服，申請複核，經被上訴人重行審核，以
24 106年8月14日健保查字第1060044353號函（下稱複核決定）
25 維持原核定。上訴人不服，循序申請爭議審議（經審議扣除
26 張○信等25人26件外科住院費用非不實申報共計2,439,071
27 點後，其餘30名保險對象〔下稱系爭保險對象〕計49件外科
28 住院費用之違約虛報點數遠逾15萬點，其中類推3年裁處權
29 期間內13人15件住院費用仍高達1,132,751點，維持原處
30 分），經審議駁回，提起訴願，亦遭駁回。上訴人遂向臺北
31 高等行政法院（下稱原審）提起行政訴訟，聲明：訴願決

01 定、爭議審定、複核決定及原處分均撤銷。經原審以109年
02 度訴字第721號判決（下稱原判決）駁回其在原審之訴，上
03 訴人提起本件上訴，並聲明：1.原判決廢棄，2.訴願決定、
04 爭議審定、複核決定及原處分均撤銷。

05 三、上訴人起訴主張與被上訴人在原審之答辯均引用原判決之記
06 載。

07 四、原審斟酌全辯論意旨及調查證據之結果，以：

08 (一)原處分之效力，事涉上訴人提供醫療服務之對價即醫療費用
09 之給付，被上訴人於109年4月1日函知上訴人自同年7月1日
10 起執行，上訴人申請以扣減金額抵扣停約1年（109年7月1日
11 ～110年6月30日），金額為新臺幣（下同）213,739,077
12 元，獲被上訴人於109年7月28日同意分12期攤還，並已抵扣
13 完畢。上訴人於停約期間向保險對象提供之醫療服務，倘事
14 後原處分經行政訴訟撤銷確定，即非不得藉由其提供醫療服
15 務過程中所留存之文件及電磁紀錄，據以向被上訴人申請給
16 付醫療費用。故原處分縱已扣減金額抵扣完畢，惟其存續力
17 仍有效存在，正確之訴訟類型為撤銷訴訟。

18 (二)全民健保法規範之醫療給付，係經由保險人與醫療院所締結
19 醫事服務合約方式，透過保險醫事服務機構對保險對象提供
20 醫療服務，事後由保險人支付醫療費用予保險醫事服務機構
21 之型態為之。故參改制前行政院衛生署（改制為衛生福利
22 部，下稱衛福部）依99年1月27日修正公布全民健保法第52
23 條（現行條文移列第63條第3項）授權訂定之全民健康保險
24 醫事服務機構醫療服務審查辦法（於101年12月24日更名為
25 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法，下
26 稱「審查辦法」）規定，佐以兩造於101年7月9日所締結全
27 民健康保險特約醫事服務機構合約第5條、第10條第1項約定
28 暨行為時被上訴人編訂「全民健康保險醫療費用審查注意事
29 項」（下稱「健保費用審查注意事項」）第一部壹、二、各
30 科審查注意事項(三)外科審查注意事項第48點（下稱「外科審
31 查注意事項」）規定，上訴人請領健保醫療給付，除應受

01 「審查辦法」規定拘束外，亦應依衛福部核定之醫療費用支
02 付制度、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支
03 付標準等規定辦理，符合「外科審查注意事項」規定者，始
04 得向被上訴人申報健保給付，並依規據實申報。

05 (三)原處分認上訴人涉以不當行為或以虛偽之證明、報告或陳
06 述，申報醫療費用共75件計5,193,718點，其中103年4月後
07 不當申報外科住院醫療費用部分，經核算36人38件計3,416,
08 479點；嗣衛福部所屬全民健康保險爭議審議會（下稱爭審
09 會）將原處分核定之法令依據與理由，併同上訴人申請審議
10 理由及檢附之相關病歷資料等證據，送被上訴人委請外科領
11 域醫療專家，衡酌醫療服務之必要性及適當性作成初審意
12 見，認為原處分認定其中張○信等25人26件住院費用屬不實
13 申報，固有未妥，但扣除後上訴人仍不當申報系爭保險對象
14 計49件外科住院費用，其中類推3年裁處時效內為13人15件
15 住院費用計1,132,751點，經被上訴人重新審核後結果，以1
16 07年7月16日健保查字第1070044372號函復同意減列張○信
17 等25人26件住院費用合計2,439,071點，不列為虛報金額等
18 情，有相關證據資料附卷可稽，堪認上訴人就其餘49件外科
19 住院費用部分，確有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或
20 陳述申報外科住院醫療費用之情事，其中未罹時效部分已超
21 過15萬點，自該當99年9月15日修正發布健保特管辦法第38
22 條第1項第2款、第40條第3款所定構成要件。本件爭審會委
23 請之專家皆有衛福部部定外科專科醫師資格，且執業年資非
24 短，堪認具有外科專業及豐富之外科經驗；被上訴人與爭審
25 會均認定保險對象實際進行者為減肥手術，非上訴人以主診
26 斷申報病名之手術，差別在於被上訴人悉依「外科審查注意
27 事項」規定之條件審查是否符合健保給付要件，爭審會則尚
28 衡酌該等醫療服務之必要性及適當性，而將雖未達健保給付
29 減肥手術適應症之條件，但有肥胖或新陳代謝之疾患，亦寬
30 認符合健保給付要件，非基礎事實之認定有所歧異，自難憑
31 此遽認原處分認定之事實有重大錯誤。復細繹上訴人出具原

01 審另案及系爭刑事案件就保險對象張○昀、林○璇囑託臺北
02 榮民總醫院（下稱榮總）鑑定之意見，並未推翻被上訴人暨
03 爭審會所為上開審定；涉案醫師李威傑於原審另案之證詞，
04 無非證述其就張○昀之醫療處置符合醫療常規，其中有諸多
05 與病歷記載不符，亦乏醫療檢查報告佐證，凡此均無足作為
06 被上訴人及爭審會認定事實錯誤之憑據；原審又查無系爭保
07 險對象外科住院費用有何合於肥胖或新陳代謝疾患，可實施
08 健保給付胃隔間術之相關事證，上訴人主張其未有不實申報
09 醫療費用，難認可採。

10 (四)99年9月15日修正發布健保特管辦法第38條第1項第2款、第4
11 0條第3款規定得就特約醫院違反規定部分之科別停約1年，
12 具有剝奪保險醫事服務機構請求醫療保健服務給付之法律效
13 果，固屬對醫事服務機構不利行政處分，然核其性質乃屬保
14 險人為有效管理保險醫事服務機構並督促其確實依特約本旨
15 履約之必要措施，旨在確保健保制度之永續健全發展，達成
16 國家持續提供完善醫療服務之目的，為促進國民健康所為必
17 要管理措施，屬單純不利處分，非對於違法有責行為予以制
18 裁之行政罰，原則上無須已發生違法有責行為，亦無行政罰
19 法相關規定之適用。

20 (五)99年9月15日修正發布健保特管辦法第38條第1項第2款及第4
21 0條第3款業明定係以特約醫院之服務項目或科別為停約範
22 圍，並未規定得停約「就醫科別」；前桃園縣政府（已改制
23 為桃園市政府）於101年7月1日核予上訴人開業執照所載診
24 療科別未登載「消化外科」，被上訴人亦係以之作為特約範
25 圍依據，並就醫療機構申請健保給付之診療科別進行審查。
26 上訴人不當申報住院醫療費用之診療科別屬外科，則被上訴
27 人僅就上訴人開業執照所載診療科別：03外科住院業務停約
28 1年，不包括門診業務，亦非對上訴人之整體業務停約或終
29 止特約，已屬法效中較輕微者；況上訴人不實申報時間長達
30 5年，於被上訴人從寬以103年4月後尚未罹於3年類推裁處權
31 時效部分認定，又未計入上訴人自行清查，同意返還之醫療

費用計12,336,431點，上訴人違約不實申報13人15件住院費用仍高達1,132,751點，遠逾健保特管辦法所規定之15萬點，情節確屬嚴重；衡酌停約1年具有預防及處置詐領醫療費用，提供完善醫療服務之正當目的，及仍有依現行健保特管辦法第42條規定申請以扣減金額抵扣停約期間之方式，予以調節，自難認原處分有違反比例原則或有裁量怠惰之情事。至上訴人所指其他遭被上訴人停約個案，或與本件同以當地衛生主管機關核定醫院開業執照登錄之科別作為停約範圍，抑或與本件處理方式、裁處依據有別，尚難比附援引等語，判決駁回上訴人在原審之訴。

五、本院的判斷：

(一)100年1月26日修正公布即現行之全民健保法第66條第1項規定：「醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。」第81條第1項規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用2倍至20倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」101年12月28日修正發布即現行之健保特管辦法第40條第1項第2款規定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約1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。……」（原99年9月15日修正發布之健保特管辦法第38條第1項第2款）第43條第3款規定：「第40條第1項第2款、第4款所稱情節重大，指下列情事之一：……三、違約虛報點數超過15萬點，並有虛報保險對象住院診療。……」（原99年9月15日修正

發布之健保特管辦法第40條第3款)兩造於101年7月9日及104年7月1日簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約第17條第1項第5款約定：「乙方(指上訴人，下同)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(指被上訴人，下同)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。」兩造於104年7月1日簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約第20條第1項約定：「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條至第40條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停約或終止特約。」據上，特約醫院以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，違約虛報保險對象住院醫療費用點數超過15萬點者，即屬情節重大，被上訴人得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約1年。前述有關停止特約之規定，在於預防及處置以違法或不正當方式申請醫療費用，提供完善醫療服務，係為維護重要公共利益，應屬正當，且所採取之手段，有助於目的之達成，尚無違反比例原則。又被上訴人爭議審定書係以103年4月以後尚未罹於類推3年裁處權時效之附表3所示違約不實申報13人15件住院費用1,132,751點(詳見原審卷一第249頁)為裁處之依據，故本件應適用100年1月26日修正公布全民健保法及101年12月28日修正發布健保特管辦法，原處分適用99年1月27日修正公布全民健保法及99年9月15日修正發布健保特管辦法，容有未洽，原審未予糾正，亦有未合，惟因涉及本案適用的法令，僅為條次變更及部分文字修正，修正前、後的構成要件及法律效果並無不同，故尚不影響判決之結果。

(二)依憲法第155條、第157條、憲法增修條文第10條第5項及第8項規定，全民健保為國家應實施之強制性社會保險，乃國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務，關係全體國民福祉至鉅。國家為辦理全民健保，提供醫療保健服務，由衛福部設中央健康保險署即被上訴人為保險人，以辦

理全民健保業務，並由被上訴人與保險醫事服務機構締結全民健保合約，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，由特約保險醫事服務機構給予門診或住院診療服務，以為被上訴人之保險給付。因全民健康保險事故，實際上是由被保險人發動，經由保險醫事服務機構診斷認定並先行提供給付，而不待保險人之核定，與一般商業保險係於保險事故發生時，先由保險人認定後再予給付之情有別，故對於保險醫事服務機構先行提供醫療及藥品之給付過程，保險人無法於事前掌控其給付是否符合「必要」、「合目的」及「不浪費」之經濟原則。考量全民健保資源有限，於全民健保總額支付制下，若以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述等方式虛報醫療費用，將排擠據實提供醫療服務者所得請領之數額，間接損及被保險人獲得醫療服務之數量及品質，並侵蝕全民健保財務，致影響全民健保保費負擔，危及全民健保制度之健全發展。因此在全民健保制度設計上，即須透過對保險醫事服務機構之監督及對醫療服務之審查，以健全保險人之財務及營運，並發揮全民健保制度之效能。準此，透過保險人與保險醫事服務提供者、專家學者等共同參與擬訂之方式，訂定醫療服務之給付項目及支付標準，俾使健保醫療服務與全民健保成本有所平衡。而保險醫事服務機構依全民健保法授權訂定之支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務的點數及藥物費用。保險人對於保險醫事服務機構辦理全民健保之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用。由於全民健保中之特約關係屬於具有高度專業性且業務量龐大之事務領域，須由許多授權之法規命令及行政規則加以規範。其中，為簡化核付醫療服務費用、避免上開費用浮濫申報所必要，對於醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查等相關事項，衛福部101年12月24日修正發布「審查辦法」第19條規定：「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下

列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：
一、治療與病情診斷不符。……四、治療內容與申報項目或其規定不符。五、非必要之檢查或檢驗。六、非必要之住院或住院日數不適當。七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。……十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」另被上訴人於102年2月7日修正發布「健保費用審查注意事項」總則「貳、病歷審查原則：……(一)病歷記載內容：1. 病歷（得以中文或英文記載）書寫應清晰詳實完整。送審之病歷資料，若經兩位審查醫藥專家會審，仍無法辨識者，由醫療院所事先選擇提供補充說明或逕行核刪。……」第一部醫院醫療費用審查注意事項/壹、全民健康保險非住院診斷關聯群（Tw-DRGs）案件審查注意事項/二、各科審查注意事項/(三)外科審查注意事項第48點規定：「實施胃隔間術（gastric partition）72035B應符合下列各項條件：(1)BMI（body mass index）身體質量指數 $\geq 40\text{kg/m}^2$ ；BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$ ，合併有高危險性併發症，如糖尿病、高血壓、呼吸暫停症候群等。(2)甲. 經運動及飲食控制在半年以上。乙. 年齡在18-55歲間。丙. 無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。丁. 無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。戊. 精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。」係被上訴人就「審查辦法」第3條第3項所稱「診療相關證明文件」之技術性、細節性事項而為之補充規定，與其立法目的無違，自得援用。

(三)經查，上訴人為全民健保特約醫事服務機構，因其外科醫師李威傑經檢警調查發現涉嫌與保險黃牛合作，開立假診斷書，將自費開刀之減肥等項目，改成胃潰瘍等疾病，讓保險對象詐領商業保險理賠，並不當申請健保醫療費用，被上訴人乃進行行政調查，調閱上訴人104年至105年期間以李威傑名義申報主次診斷符合胃潰瘍、急性闌尾炎、腹部疝氣者之原始病歷資料，發現保險對象楊○怡等29位，均稱其等因肥

01 胖問題，透過新聞及網路查詢或親朋好友得知李威傑係減重
02 權威，始掛號減重門診，醫師囑予施作減重手術，並要求收
03 取自費10萬元至25萬元不等金額，核與上訴人所提供楊○怡
04 等29位保險對象之原始病歷資料，經審查醫藥專家詳細審閱
05 病歷判定渠等係因肥胖執行腹腔鏡袖狀胃切除手術，非上訴
06 人所申報因胃潰瘍而施作腹腔鏡胃切除術及胃繞道手術等術
07 式之結果相符，亦即有「不符健保給付條件，向保險對象收
08 取自費減重手術費用，同時又申報健保費用」之情形；被上
09 訴人另將涉及系爭刑事案件之病患（張○信等25人）的偵訊
10 筆錄及病歷資料送請專業審查該等病患所進行之手術與實際
11 病況是否相符，審查結果為「診斷與疾病不相符及有違醫療
12 常規，應為自費之減肥手術，不符合健保給付案件」；被上
13 訴人依據相關事證審認上訴人之外科醫師李威傑為負有行為
14 責任之醫事人員，其明知保險對象係因肥胖減重自費就醫，
15 肥胖減重非屬保險給付項目，卻仍刷健保卡並虛報疾病住院
16 （03：外科）醫療費用，於扣除上訴人自行清查，同意返還
17 之醫療費用12,336,431點後，認定上訴人涉以不正當行為或
18 以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用計75件，計5,19
19 3,718點，其中103年4月以後不當申報外科住院醫療費用部
20 分，尚未罹於類推3年裁處期間者，經核算計3,416,479點，
21 乃以原處分核定上訴人自106年8月1日起停約外科住院業務1
22 年；嗣經爭議審定結果，被上訴人參酌爭審會審定意見，將
23 原認定上訴人不當申報楊○怡等54人75件外科住院費用，減
24 列張○信等25人26件住院費用2,439,071點，即不列為虛報
25 金額，但上訴人仍有不當申報其餘張○綝等30人49件外科住
26 院費用，其中類推3年裁處期間內為13人15件住院費用計1,1
27 32,751點等情，為原審依法認定之事實，經核與卷內證據相
28 符。原審斟酌全辯論意旨及調查證據之結果，據以認定：(1)
29 關於經檢察官起訴列為被告之張○信等25位保險對象部分，
30 其中張○信符合代謝症候群之診斷，上訴人以主診斷「其他
31 特定之新陳代謝疾患」申報張○信101年8月9-17日住院費

用，不屬不實申報；另保險對象陳○燦其中101年12月17日及104年1月27日住院之主診斷係「賁門鬆弛不能及賁門痙攣」及「消化系統併發症」，為101年11月住院手術之併發症，應有住院治療之必要，故101年12月17-20日及104年1月27-30日2次住院費用，不屬不當申報；除此之外，其餘43筆住院醫療費用（其中3年類推裁處權期間內不當申報之住院費用有9件計539,332點），均屬不實申報。(2)關於其餘不在起訴書所列被告之楊○怡等29位保險對象部分，保險對象張○昀、汪○雯、陳○霞、徐○家、黃○娟、陳○玲之6人接受被上訴人訪查訪問時均表示係為減重目的住院施行手術，上訴人卻以主診斷「橫膈膜疝氣」、「胃下垂」、「胃食道逆性疾病未伴有食道炎」、「食道回流」等申報其等住院費用，而其等病歷卻無相關影像檢查及病理報告佐證其診斷（橫膈膜疝氣、食道回流），或主診斷（胃下垂、胃食道逆性疾病未伴有食道炎）不能作為主手術之適應症，或處置不符醫療常規，合計上訴人不當申報6件住院費用計593,419點；其餘楊○怡等23人並非無肥胖或新陳代謝疾患，則上訴人申報楊○怡等住院費用，難認屬不實申報。(3)上訴人確有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報外科住院醫療費用之情事，且其中如爭議審定附表3所示於類推3年裁處期間內13人15件住院費用部分計1,132,751點（539,332+593,419=1,132,751），遠逾15萬點，情節確屬嚴重，自該當101年12月28日修正發布之健保特管辦法第40條第1項第2款、第43條第3款（原判決誤引99年9月15日修正發布健保特管辦法第38條第1項第2款、第40條第3款）所定之構成要件，因認被上訴人以原處分核定上訴人停約外科住院業務1年，合法有據，經核除保險對象張○昀部分之外（詳後述(七)），其結論尚無不合。

(四)99年9月15日健保特管辦法第38條第1項係以特約醫院之「服務項目」或「科別」為停約範圍，101年12月28日修正發布健保特管辦法第40條第1項將「科別」修正為「診療科

別」。上訴人經桃園市政府於101年7月1日核發醫療機構開業執照所載「診療科別」為：「家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、復健科、麻醉科、放射診斷科、放射腫瘤科、解剖病理科、核子醫學科、急診醫學科、整形外科、職業醫學科、牙醫一般科」，並未登載「消化外科」。而開業執照為醫療機構於申請為健保特約醫事服務機構時依法應檢具之文件，被上訴人亦係以之作為特約範圍之依據，並就醫療機構申請健保給付之診療科別進行審查。原判決因認上訴人不當申報住院醫療費用之診療科別既均屬外科，則被上訴人以上訴人外科住院醫療業務為停約範圍，經核並無不合。上訴意旨主張：原處分違反明確性原則、職權調查原則、論理法則及經驗法則，原判決維持原處分核定上訴人「停約外科（診療科別：03）住院業務1年」，有違正確適用法令之違法，另原判決未敘明本件無法適用「服務項目」作為停約範圍之理由，顯有不備理由之重大違誤等語，核屬其一己主觀見解，並不可採。

(五)上訴意旨另主張：原處分違反比例原則、平等原則及有裁量怠惰之違法，原判決逕予維持，顯有不適用行政訴訟法第125條第1項、第133條及第189條等規定及理由不備之違法等語。經查，原判決已論明：原處分僅係就上訴人開業執照所載診療科別：03外科住院業務停約1年，不包括門診業務，亦非對上訴人之整體業務停約或終止特約，已屬健保特管辦法所定法定效果中較輕微者；況上訴人不實申報時間長達5年，於被上訴人從寬認定以103年4月以後尚未罹於類推3年裁處期間者核計，且未計入上訴人自行清查，同意返還之醫療費用12,336,431點部分之情況下，上訴人違約不實申報系爭保險對象15件外科住院費用點數仍高達1,132,751點，遠逾15萬點甚多，情節確屬嚴重；衡酌停約處分具有預防及處置詐領醫療費用，提供完善醫療服務之正當目的，上訴人違約情節與結果非屬輕微，且仍有依健保特管辦法第42條規

01 定，申請以扣減金額抵扣停約期間之方式，予以調節，自難
02 認原處分有違反比例原則或有裁量濫用之情事；另被上訴人
03 就林新醫院、高雄長庚醫院及林口長庚醫院等個案與本件均
04 係以當地衛生主管機關核定醫院開業執照登錄之科別作為停
05 約範圍之認定，並無不同，業據被上訴人於原審陳明在卷等
06 語，經核亦無不合。上訴人此部分上訴意旨無非重述其在原
07 審提出而為原審所不採之主張，復執陳詞為爭議，並就原審
08 認定事實、取捨證據之職權行使，指摘其為不當，泛言原判
09 決理由不備，自無足採。

10 (六)又被上訴人之3位審查專家，審查醫師甲曾執業於醫學中
11 心，具外科專科，消化外科次專科及大腸直腸外科次專科資
12 格，執業年資為33年，審查醫師乙、丙均曾執業於區域醫
13 院，並具有外科專科及消化外科次專科醫師資格；衛福部之
14 2位審查專家則均領有外科專科執照，各在醫院執業多年，
15 堪認均具有外科專業及豐富之外科經驗等情，業經原判決詳
16 予說明。至於保險對象林○璇、張○緝並未包括在爭議審定
17 附表3所示類推3年裁處期間13人15件住院費用1,132,751點
18 範圍內，故原判決關於該等部分之論述，容屬贅論，無論當
19 否，均不影響判決之結果。上訴意旨另主張：上訴人於原審
20 提出保險對象林○璇於刑事案件之榮總意見及刑事一審判決
21 等證據，原審未就個別病歷逐一調查，全然援引原處分、爭
22 議審定及系爭刑事案件卷證資料節本內容，逕自採納包含擔
23 任某醫院肝膽胰外科主治醫師及一般外科等所出具之意見，
24 其認定顯有違反經驗法則並有判決不備理由之違誤等語，亦
25 不可採。

26 (七)至於上訴意旨主張：原處分所認定張○昀病歷涉及不實虛報
27 部分為105年5月15日至105年5月18日之住院費用，而原處分
28 附表「訪問保險對象紀錄摘要」欄位，清楚記載張○昀訪談
29 時係稱：「105年5月因胃食道逆流嚴重再次手術，住院期間
30 有自費（簽署自費100,000元）；2次手術均有請領私人保
31 險」等語，顯然張○昀於行政調查受訪談時係明確表達其雖

於103年間曾進行減重手術，但在原處分核刪之住院期間即105年5月15日至同月18日，則係因嚴重胃食道逆流問題始接受手術並住院，與減重手術完全無涉，迺原判決錯誤引用張○昀訪談內容，並認定張○昀自承係為減重目的住院施行手術等語，其所認定事實與所憑證據內容不符，亦有判決理由矛盾之違背法令乙節。因上訴人就張○昀105年5月15日至同月18日住院所申報之醫療費用為101,026點，縱將該部分點數予以扣除，上訴人類推3年裁處期間內不實申報之點數仍高達1,031,725點（1,132,751－101,026＝1,031,725），被上訴人依法仍得作成相同效果之處分，故尚不影響判決之結果。

(八)綜上所述，原判決部分理由之論述，雖有未洽之處，惟依本院前述理由，其判決結果尚屬正當，仍應予維持。至原判決其餘贅述理由，無論當否，要與判決結果不生影響。上訴論旨仍執詞指摘原判決違法，求予廢棄，為無理由，應予駁回。

六、據上論結，本件上訴為無理由。依行政訴訟法第255條第1項、第98條第1項前段，判決如主文。

中 華 民 國 114 年 2 月 20 日

最高行政法院第四庭

審判長法官 王 碧 芳

法官 王 俊 雄

法官 鍾 啟 煒

法官 林 秀 圓

法官 陳 文 燦

以 上 正 本 證 明 與 原 本 無 異

中 華 民 國 114 年 2 月 20 日

書記官 章 舒 涵