臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第七庭
113年度訴字第799號
115年5月7日辯論終結

原　　告　林徑緯即至祥診所

訴訟代理人　林鳳秋　律師
被　　告　衛生福利部中央健康保險署

代　表　人　陳亮妤（署長）
訴訟代理人　吳榮昌　律師
複 代理 人　陳傑明　律師

上列當事人間全民健康保險事件，原告不服衛生福利部中華民國113年5月6日衛部法字第1120039397號訴願決定，提起行政訴訟，本院判決如下：

主　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、程序事項：

㈠原告（以下與林徑緯醫師需做區別時，或稱原告診所）起訴時，被告衛生福利部中央健康保險署（下稱被告，需要區別時或稱健保署）代表人原為石崇良，於訴訟進行中變更為陳亮妤，業據新任代表人具狀聲明承受訴訟（本院卷第313頁），核無不合，應予准許。

㈡行政訴訟法第111條第1項及第3項第2款規定：「（第1項）訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但經被告同意或行政法院認為適當者，不在此限。……（第3項）有下列情形之一者，訴之變更或追加，應予准許：……二、訴訟標的之請求雖有變更，但其請求之基礎不變。」查原告起訴時原以健保署、衛生福利部（下稱衛福部）為被告，提起撤

銷訴訟，其聲明原為：原處分、複核決定、爭議審定、訴願決定均撤銷（本院卷第9頁）；嗣於訴訟進行中撤回對衛福部之起訴（本院卷第134頁）；又因依司法院釋字第533號解釋意旨，保險人與醫事機構簽訂之「全民健康保險特約醫事服務機構合約」（下稱健保合約）具有行政契約之性質，締約雙方如對契約內容發生履約爭議，屬於公法上爭議事件，依行政訴訟法第2條、第8條第1項規定，應循提起公法上一般給付訴訟之程序救濟。保險人與保險醫事機構間既為行政契約，依全民健康保險法（下稱全民健保法）第6條第1項之規定，被告就保險醫事服務機構有關追扣醫療費用、追扣醫療費用點數之部分，是因保險醫事服務機構未依健保合約之約定提供醫療服務，由被告依健保合約第17條約定追扣誤為核付之醫療費用，故被告行使追扣醫療費用、追扣醫療費用點數之權利，是基於健保合約之行政契約法律關係，而非公權力行使之行政處分，保險醫事服務機構就此等部分請求行政救濟，應循行政契約關係而為主張，其適宜之訴訟類型應為行政訴訟法第8條規定之一般給付訴訟。至於停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額、保險醫事服務機構之負責醫師及負有行為責任醫師於停約期間對保險對象提供之醫療服務費用不予支付（下或簡稱不予支付）之部分，則是被告依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」（下稱特管辦法）第39條第4款、第37條第1項第2款、第36條第5款、第47條、「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準」（下稱系爭裁量基準）第2點第1款規定及健保合約第20條約定，就保險醫事服務機構之特定違反行政法上義務行為，於健保合約約定之醫療費用給付外，單方面核處停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額、不予支付之決定，是被告基於管理保險醫事服務機構之公權力所生，應認該等部分性質屬於行政處分，非健保合約一方履行合約內容之意思表示，保險醫事服務機構就該等部分若有不服，應循序提起撤銷訴訟以資救濟。準此，本件原告與被告所簽訂

之全民健康保險特約醫事服務機構合約（下稱系爭合約），被告依系爭合約追扣醫療費用、追扣醫療費用點數之部分，因屬兩造履約問題，是核該等性質乃為行政契約法律關係所生財產上給付爭議，應以一般給付訴訟為之；至於其餘停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額、不予支付之部分，是被告基於管理保險醫事服務機構之公權力所生，是核該等部分性質屬於行政處分，應循序提起撤銷訴訟以資救濟。故於本件訴訟進行中，經本院行使闡明權後，原告迭經變更其聲明內容，最後聲明則為：1.訴願決定、爭議審定、複核決定及原處分關於核定原告停約1個月、扣減醫療費用之10倍金額新臺幣（下同）280,850元、違約記點1點及負責醫師原告與負有行為責任醫師劉○○、蔡○○及林○○（姓名均詳卷，下分別稱劉醫師、蔡醫師、林醫師）於前述停約期間對保險對象提供之醫療服務費用不予支付部分均撤銷。2.被告應給付原告29,425元（按：即為追扣醫療費用28,085元及追扣醫療費用點數1,452點換算為醫療費用1340元之加總金額，見本院卷第382、449頁）。經核原告前開訴之撤回及變更，無礙於公益之維護，且其請求之基礎不變，本院認其所為訴之撤回及變更，洵屬適當，應予准許。

二、事實概要：

緣被告接獲新北市政府衛生局函轉民眾反映至原告診所就醫，有實際領取藥物與手機應用程式全民健保行動快易通所載資料不同之情事，乃於民國110年8月間至112年2月間止之期間，派員訪查余君1、陳君2、陳君3、李君4、呂君5、洪君6、林君7、王君8、陳君9、吳君10、吳君11、曹君12、趙君13、王君14、許君15、江君16、陳君17、林君18、廖君19（姓名均詳卷）等保險對象，並由專業審查醫師（下稱專審醫師）陪同勘驗前述保險對象治療狀況，查認原告有就保險對象自費健檢及慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，卻虛報前述保險對象醫療費用合計2萬187點（3年裁處權期間，劉醫師部分共計5,118點、蔡醫師部分共計6,014點、林醫師

部分共計1,170點），及未經醫師診斷逕行提供醫事服務申報醫療費用，應予追扣共計29,263點及扣減10倍292,630點（3年裁處權期間），未依規定向保險對象收取部分負擔等違規情事，爰審認原告有全民健保法第81條第1項之情形，遂依該項、特管辦法第39條第4款、第37條第1項第2款、第36條第5款、第47條（按：原處分漏載）、系爭裁量基準第2點第1款規定及健保合約第20條約定，以112年4月10日健保北字第1128203581號函（下稱原處分）核處原告診所停約1個月、扣減醫療費用之10倍金額280,850元、違約記點1點及負責醫師原告與負有行為責任醫師劉醫師、蔡醫師、林醫師於前述停約期間對保險對象提供之醫療服務費用不予支付，及依系爭合約追扣醫療費用28,085元、追扣醫療費用點數1,452點。原告不服，申請複核，經被告重行審核後，以112年5月18日健保北字第1121081304號函（下稱複核決定）認保險對象林君7中之劉醫師診察費390點部分有誤而予撤銷，餘仍維持原核定。原告仍不服，申請爭議審議，經衛福部以112年10月30日衛部爭字第1120026301號全民健康保險爭議審定書（下稱爭議審定）駁回。原告猶不服，提起訴願，再經衛福部以113年5月6日衛部法字第1120039397號訴願決定（下稱訴願決定）駁回。原告仍未甘服，遂提起本件行政訴訟。

三、原告起訴主張及聲明：

㈠主張要旨：

1.原處分、複核決定、爭議審定、訴願決定之認定皆有矛盾不符，且未慮及有利於原告之處，其認定應屬違誤，並無理由：

⑴關於余君1部分：

①根據被告提供的病歷內容，就余君1之110年3月15日的就診紀錄，有與被告核刪理由不符、矛盾且有利於原告的病歷內容如下：「1、就診日期：110年3月15日。2、主訴：背痛（S.back pain)、四肢麻（limb numbnes

s)、雙膝痛且腫（both knee pain,swelling)。3、觸診檢查：有局部熱（local heat)。4、開立檢查：開立抽血檢測uric acid等檢查。5、處方用藥：醫師當次並有開立止痛藥、肌肉鬆弛劑等藥物及施打針劑。」被告核刪理由認為，余君1是「自費健檢及慢性病定期追蹤採檢，未因病就醫且未經醫師診治」。被告稱余君1在110年3月15日到111年8月間，都是自費300元做健康檢查，未因任何疾病就診，且其就診模式是「未進診間看診，由護士小姐帶至抽血室抽血並留尿後即離開」。被告認為病患僅為自費健檢而來，診所不應申報健保費用。惟原告提出的余君1於110年3月15日的病歷內容，明確記載其就診時的主訴及身體檢查發現，顯示被告所稱「未因病就醫」及「未經醫師診治」，並非事實。

②余君1當次就診並非單純的「自費健康檢查」或「未因任何疾病就診」，其有明確的身體不適主訴（背痛、四肢麻、雙膝痛腫)，這些都是疾病的症狀。醫師有進行實質的診察行為，病歷記載醫師有進行「局部觸診」並發現「局部熱」的具體診察動作，而非僅由護理人員抽血。醫師有依據診察結果開立對應的處方藥物和執行處置，證明醫師在診察後，根據病患的症狀提供了醫療介入，此與被告所稱「未經醫師診治」或「未開立處方箋」不符。且據原告提供的檢驗報告，余君1於110年3月15日的檢驗結果顯示尿酸（9.6mg/dL，正常值2.4-7.0）和膽固醇（217mg/dL，正常值<200）均為異常。直接證明余君1當時存在高尿酸血症及高血脂症等疾病狀況，與其自稱「未因任何疾病就診」的說法相矛盾。雖然余君1在筆錄中自述110年3月到111年8月都是自費300元做健康檢查，未因任何疾病就診，但其也曾提及自己從109年起就因痛風就診，且痛風很輕微，持續因尿酸及血脂過高而就診。這顯示其就診是具有延續性的疾病追蹤行為。綜上，從余君1訪問筆錄內容中，可以明確

看到病患的實際就醫動機包含「因病就醫」，且其就醫過程中存在醫師診斷與處方行為（收取掛號費、開立藥物、調劑），都與被告「未因病就醫且未經醫師診治」的核刪理由產生直接矛盾，因此對原告而言，是有利的反證。

⑵關於吳君11部分：

①關於「單純抽血、留尿，沒有看診及拿任何用藥」之矛盾：

吳君11在訪問紀錄中稱於111年7月底回診所僅為「單純抽血、留尿做檢查，當次沒有看診及拿任何用藥」。惟依據客觀病歷記錄顯示，吳君11於111年7月30日除了抽血、留尿檢查外，另有開立血壓藥（慢性處方箋）及7日份血壓藥。此外，111年8月26日（在合理領藥區間內）吳君11有簽名領取慢性病連續處方箋。這些客觀事實直接與病患「沒有拿任何用藥」的說法相矛盾，證明醫師確有開立處方箋之醫療行為。

②關於「不會同時拿其他疾病和7天份用藥」之矛盾：

吳君11自述：在至祥診所看高血壓和痛風會同時開2個月慢連箋，慢性病固定回診領藥只會拿這2種口服藥，不會同時拿其他疾病和7天份的用藥等語。惟依病歷記錄顯示，111年7月30日當次確有多開立7顆緊急降壓藥，病歷中亦詳細記載症狀及診斷。這與病患「不會同時拿其他疾病和7天份的用藥」的記憶明顯不符。

③即使吳君11口述111年7月30日未有看診行為，但被告卻未認定為違規情況，理由是「有開藥紀錄」，此凸顯被告在認定「有無診察行為」時，以「開藥與否」作為唯一判斷依據，此標準與實際醫療行為的多樣性有衝突。若以此為標準，恐導致醫師為避免核刪而浮濫開藥，造成不必要的醫療支出，對健保制度和病患權益皆不利。

⑶關於曹君12部分：

①被告認定曹君12就診行為為「未經醫師診治，虛報診察費」，此有訪問紀錄與客觀事實之矛盾。

②關於「付耗材費50元」及「自費1,800元抽血加驗癌症指標」之矛盾：曹君12在筆錄中自述：111年5月至至祥診所做免費成人預防保健，付耗材費50元，並表示當次有自費1,800元抽血加驗癌症指標等語。然依病歷記錄顯示，曹君12於111年5月8日回診是因高血脂回診抽血檢查。同時，其亦符合國健署免費成人預防保健檢查資格，因此當次就診並未收取任何費用。

③關於自費健檢時間與金額之錯誤記憶：原告進一步澄清，曹君12所稱「自費1,800元健檢」應是發生在111年8月6日的健檢項目，且自費加驗癌症篩檢的實際收費為1,600元。這表示日期、金額及檢驗項目均與病患所言不符。曹君12是高膽固醇血症的慢性病患，該次就診屬於「高血脂回診抽血檢查」，是因病就醫的延續性診療行為，而非單純的自費健檢或與疾病無關的檢查。病患對就診目的和費用的記憶模糊，再次證明病患記憶的不可靠性，不能作為事實認定的唯一依據。

⑷關於趙君13部分：

被告認定趙君13就診行為為「未經醫師診治，虛報診察費」，有病歷記載與被告指摘之矛盾。趙君13是高膽固醇血症的慢性病患者，其自109年6月起就固定就診服用降膽固醇藥物（即降血脂藥物），其自110年2月起，每2個月會回診追蹤高血壓及高血脂問題。儘管趙君13在訪談中曾表示其自109年2月以來，每個月都固定到診所就醫領取2種口服睡眠藥物，且有時會忘記服藥但仍會直接領藥，但這些描述主要是關於睡眠藥物，而非降血脂藥物，然無論病患的主觀認知，醫師根據專業診斷確認其為慢性病或高風險族群，並有相關病歷記載。複核意見也提及趙君13自承會回診追蹤高血壓及高血脂。而趙君13每次回診和複檢追蹤，除有病歷記載為準，都與前次就診具有延續性的診

療行為。這些檢查是為了下次會診追蹤病情而做的預先準備，難謂其「非因病就診」。況醫師診察行為的實質性對於慢性病患而言，抽血或留尿檢查是疾病管理的一部分，即使病人當下沒有強烈的病識感，或僅由護理人員協助採檢，醫師仍會進行診察、評估，並根據檢驗結果給予衛教或調整用藥。這符合「家庭責任醫師制度」中促進預防醫學、落實轉診制度的初衷。被告僅憑病患「未進診間」的說法，而忽略其慢性病史和持續性追蹤的客觀事實，顯示其認定方式過於僵化且不合理。

⑸關於王君14部分：

被告認定王君14就診行為為「未經醫師診治，虛報診察費」，有訪問紀錄與客觀事實之矛盾。王君14在訪問紀錄中自述：110年迄今回診看報告都只有由醫師解說報告，並沒有開其他疾病看鼻子的用藥等語。惟病歷記錄顯示王君14於110年8月7日及111年1月15日回診看報告時，主訴有鼻炎相關症狀，且醫師確有開立鼻炎相關用藥。這直接推翻病患說法。由過去紀錄作佐證王君14於109年3月16日、109年6月19日抽血檢驗後，回診看報告時也曾主訴過敏或鼻炎症狀，並開立相關藥物。這些多次的客觀紀錄證明病患記憶的不準確。王君14的就診不僅是為了看報告，還包含醫師對其伴隨症狀（如鼻炎）的診察和開藥。這證明醫師有實際的診察行為和醫療介入，並非單純僅是「解釋報告」。病患對於自身用藥紀錄有錯誤記憶，記憶不可靠，應以客觀病歷記載為依據，證明原處分缺乏充分依據。

⑹透過上述個案具體病歷記載，顯示被告僅憑病患主觀回憶而作出不當指摘，而就有利於原告的共通點，包括：

①病患記憶不可靠性：多位病患對就診時間、費用支付、是否開藥及就診目的等細節的記憶模糊或與實際病歷紀錄不符。被告過度依賴這些不可靠的片面證詞來進行核刪，是認定事實上的重大瑕疵。

②客觀病歷證據優先性：診所擁有詳細的病歷記錄、檢驗報告和用藥紀錄。這些客觀資料與病患記憶的矛盾處，應作為判斷醫療行為真實性的主要依據。

③慢性病追蹤的醫療本質：多位被訪查病患均為慢性病患者，其抽血或檢查是疾病長期管理和追蹤的必要環節。即使病患自認為是「健檢」或「無病」，醫師仍進行了診察、評估和專業處置，屬於「延續性診療行為」。被告將此類行為認定為「未因病就醫」或「未經醫師診治」，是對醫療實務的誤解和定義的恣意。

④醫師診察行為的多樣性：醫師的診察行為不僅限於在診間內開立藥物，也包括詢問病史、身體評估、解釋報告、衛教及開立檢驗單等，即使沒有開藥或調整藥物，診察行為依然存在。被告若僅以「開藥與否」作為判斷醫師有無診察行為的唯一依據，將導致基層醫師為規避核刪風險而浮濫開藥，造成不必要的醫療支出，損害健保資源。

2.被告於本案之認定確有違誤：

⑴被告就事實認定恣意且調查偏頗，違反職權調查原則：

被告就某些個案認為只要有開立藥物就屬有診視（如吳君11），但又於其他個案認為只有開立藥物即屬未診視（如許君15），於其他病患又一再強調因未開立藥物就是未診視之所憑（如余君1），事實認定顯然恣意；被告在調查過程中，偏頗地採信病患對數年前模糊、紊亂甚至錯誤的記憶與陳述，尤其針對長期服用睡眠藥物或年長慢性病患（其記憶力可能衰退）的訪查內容，有「有罪推定」之嫌。被告完全忽略診所詳實的病歷紀錄、檢驗報告、管制藥用藥聲明書及其他客觀書面證據，這些證據明確顯示病患的疾病狀況和原告提供的醫療服務，被告已違反行政程序法第36條規定。

⑵醫師診察行為多樣性，不應僅以有無開藥或是否進入診間判斷：

被告以「未進診間看診」或「未開立藥物」作為判斷「未經醫師診治」的依據，過於狹隘。醫師的診察行為是多面向的，包含危險因子評估、病史詢問、理學檢查、報告解說與衛教等。診所採用「開放綠色通道」模式，旨在減少病患等候時間和群聚風險，不應被誤解為沒有醫師診察。部分檢查（如抽血）需要空腹，或無法當天立即看報告，因此分次進行是醫療實務上的正常程序。醫師法第11條明文規定醫師需親自診察始能提供「治療、開給方劑或交付診斷書」，但並未包括抽血檢查。這意味抽血行為本身不必然受到此條文的限制。若以開藥作為診察的唯一依據，恐導致基層醫師為規避裁罰而浮濫開立不必要藥物，造成健保資源浪費。

⑶裁罰過苛，違反比例原則及法律明確性原則：

即使存在申報程序上的瑕疵，其性質也僅是申報行政疏失，不具詐領惡意及實質違法性。特管辦法對於未經醫師診斷逕行提供醫事服務在第37條第1項第2款已有明確規範，應處以扣減10倍申報醫療費用。被告捨棄情節及法條規定完全相符的第37條規定，逕行援引不確定法律概念的第39條第4款「其他不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」處以停約重罰，明顯違反行政法上的比例原則、最小侵害原則及裁量權濫用。又此次違規筆數（55筆）與總看診人次（約27萬人次）相比，佔比僅0.0002%，人數（14人）與診所就診病人數（3萬8千人）相比，佔比僅0.0003%，情節輕微，卻被處以等同於刑法無期徒刑的停約處分，顯然過苛且未審酌情節輕重。被告亦缺乏限期改善或輔導改正的行政指導手段，直接施以重罰，有「不教而殺謂之虐」之嫌。

⑷原處分對整體醫療制度的不良影響：

①被告的嚴苛處分，恐將導致基層醫師為避免行政稽查而拒絕慢性病患或睡眠障礙患者，迫使病患轉向醫學中心，增加就醫時間與費用，並增加健保總體支出。此

外，醫師可能被迫放棄執行國健署成人健檢，導致國人罹病及罹癌風險增加。為了規避「未開藥即未看診」的認定，醫師可能浮濫開立非必要藥物，造成醫療資源浪費，過於繁瑣的證據要求，可能導致醫病關係疏離，醫護人員無法專注於醫療行為。

②綜上，被告認定原告「未依規向保險對象收取部分負擔」及「虛報醫療費用／未經醫師診察卻申報診察費」並據此記違約點1點及停約1個月，其基礎顯然建立在片面、偏頗且與客觀證據矛盾的病患訪問紀錄之上。被告對於「因病就醫」及「醫師診察」的定義過於狹隘，未能充分考量慢性病追蹤的醫療本質及基層診所的實際運作模式。被告在裁罰上明顯違反比例原則，對性質輕微的申報瑕疵，卻援引針對嚴重違規情節的特管辦法第39條第4款進行處分，不僅對原告造成不當侵害，更可能對臺灣的基層醫療生態造成負面影響，迫使醫師採取不利於健保制度健全發展的保守醫療行為。因此，被告對原告的違規認定及處分，並無充分理由，應予撤銷。

3.被告稱原告「未經醫師診斷逕行開立處方箋」，特別是針對慢性病及睡眠障礙患者，據此認定有特管辦法第37條第1項第2款規定，其認定應屬違誤，並無理由：

⑴關於許君15部分：

被告稱許君15因睡眠問題長期在診所拿藥，但其就診過程未進診間接受醫師看診，且此情況持續長達3年。惟許君15在訪問筆錄中，明確表示其曾有給男醫師看過診，並有給過敏性鼻炎的藥。後因睡眠問題而固定領藥，這顯示其就醫行為並非單一原因，且有醫師診察紀錄。許君15每次就診均經醫師詳細診治與衛教說明後，並親自簽立管制藥品用藥聲明書以做確認，這即是醫師有實際介入診治的證明。被告僅憑病患片面說詞，卻拒絕採信診所提供的具體書面證據（管制藥品用藥聲明書），顯有未洽。又依許君15的病歷顯示，除睡眠藥物外，其也曾因背痛、筋膜炎等

相關症狀就診，且醫師有開立口服藥物並施打針劑，這與其自述的「沒有開過其他口服藥」不符，顯示病患記憶可能混亂或不完整。

⑵關於江君16部分：

被告稱江君16因失眠問題長期在診所領藥，但其就診過程未進診間接受醫師看診，且此情況持續長達3年以上。惟依江君16訪問筆錄顯示，其除了失眠藥，也曾因頭痛、背痛、皮膚問題等症狀至診所就醫，並領取過口服藥和外用藥，且表示若有其他症狀也會看醫生。這直接駁斥了「未經醫師診斷」和「只拿失眠藥」的說法。另由病歷記錄證明，江君16在失眠期間，同時開立過敏藥物、腸胃藥，以及用於背痛的口服藥物和外用藥，甚至還有針劑。這顯示醫師針對多重疾病進行診察並開立了相應的處方。可見病患對於就診內容和用藥紀錄常有錯置情形，其口述「不曾拿其他疾病的用藥」與病歷記載不符，不應單憑口頭陳述而認定違規。

⑶關於陳君17部分：

被告稱陳君17因頭痛及失眠問題長期在診所領藥，但其就診過程未進診間接受醫師看診，且此情況持續長達3個月。惟依陳君17訪問筆錄提到，其會因為頭痛和失眠問題找診所，並會給予不同男醫師看診，其也提到有口服藥和外用藥，且會拿感冒藥等其他藥物，這表明其確實有接受醫師診治，並非單純領藥。且由病歷記錄顯示，在看診時除了開立失眠藥，也開立了感冒藥、鼻炎用藥以及退燒止痛藥等，清楚載明主訴和診斷。再次證明醫師有針對不同病症進行診察和處方。

⑷關於林君18部分：

被告稱林君18因失眠問題長期在診所領藥，但其就診過程未進診間接受醫師看診，且此情況持續長達3年以上。惟依林君18訪問筆錄表明，其雖表示「沒有進診間給醫師看診」來拿睡眠用藥，但其同時也提及曾因為皮膚問題而拿

藥。這暗示其並非完全「未經醫師診治」，而是針對不同問題有不同就醫模式。且林君18曾由3位醫師看診，並非僅由單一醫師看診。又由病歷記錄顯示，林君18除了睡眠用藥，也確實開立了皮膚用藥、止痛藥等多種藥物，且有詳細記載主訴及診斷。再次證明醫師有進行多元診察。

⑸關於廖君19部分：

被告稱廖君19因失眠問題長期在診所領藥，但其就診過程未進診間接受醫師看診，且此情況持續長達3年。而廖君19在訪談中雖表示「會由護士小姐直接給藥」，但其也說如果需要看其他疾病，會直接請醫師看。這顯示診所並非完全不提供醫師診察，而是根據患者需求進行安排。廖君19屬於自律神經失調或認知紊亂的病人，其記憶力可能減退，對於數年前的就診內容，難以清楚回憶。被告僅憑病患模糊的記憶，而忽略客觀的病歷記載，有「有罪推定」之嫌。

⑹此外，患者到診所檢查，都會經由醫師專業診察，詢問原因，並由醫師開立檢驗檢查項目。又診所採用「開放綠色通道」方式，減少病患等候時間和群聚風險，不代表沒有醫師診察。開立藥物及進行調劑行為，本身即是醫師診斷後提供治療處方的重要環節，這直接反駁被告「未經醫師診治逕行提供藥物服用」指控。綜上所述，被告僅憑病患主觀且模糊的記憶，僅憑病患對數年前就診內容的模糊記憶或認知紊亂（特別是慢性病患或服用睡眠藥物者）的片面說詞，而忽略原告客觀且詳實的病歷紀錄、醫師專業診斷行為的多樣性、慢性病管理之特性，以及相關法律條文的適用順序和輕重，逕行認定原告「未經醫師診斷逕行開立處方箋」，並處以重罰，其認定顯然違誤。況即使有違規情事，其性質亦僅為申報程序上的「瑕疵」，並無「詐領惡意」及「實質違法性」。被告卻捨棄構成特管辦法第37條第1項第2款規定，而直接援引第39條第4款規定，予以停約重罰，顯然違反比例原則與最小侵害原則。

4.被告稱原告「多以其他醫師名義虛報醫療費用」，並因此追扣804點，其認定應屬違誤，並無理由，應予撤銷：

被告僅憑余君1主觀且與病歷紀錄不符的記憶，且未能充分證明實際醫療服務與申報醫師名義之間存在不正當的虛報行為，逕行認定原告「多以其他醫師名義虛報醫療費用」，並追扣804點，其認定忽略病患記憶與客觀病歷紀錄明顯矛盾、多位男性醫師確有實際參與診治等情，顯然違誤，所為之原處分並無理由且違反比例原則，應予撤銷。

5.被告稱原告「未依規向保險對象收取部分負擔」，並因此認定違反特管辦法第36條第5款，記違約點數1點，其認定應屬違誤，並無理由，應予撤銷：

⑴被告稱原告對多位保險對象在抽血、留尿等檢查後，未依全民健保法第43條第1項規定，向其收取應自行負擔的費用，稱指出有此違規情事的病患包括陳君2、陳君3、呂君5、洪君6、吳君11、趙君13，惟病患記憶與客觀病歷紀錄明顯矛盾，訪問紀錄不足採信：

①陳君2部分：

被告可能基於訪談認定有未收取部分負擔情況。然而，陳君2在訪談中表示自己只接受過1次超音波檢查，且僅針對腎臟。但病歷紀錄卻顯示，陳君2總共進行了2次超音波檢查，檢查範圍涵蓋肝、膽、胰臟、腎臟，並非如其所言。這明確指出病患記憶與客觀事實不符，其對就診細節的記憶並不可靠，被告不應單憑此訪談作為裁罰依據。

②吳君11部分：

被告可能基於訪談認定有未收取部分負擔情況。吳君11在訪談中表示，111年7月底回診所是單純抽血、留尿，當次沒有看診及拿任何用藥；且固定回診只會拿高血壓和痛風的藥，不會同時拿其他疾病和7天份的用藥。然而，診所病歷紀錄顯示，111年7月30日吳君11除抽血、留尿外，另有開立血壓藥（慢性處方箋）及7日份血壓

藥。病歷亦記載多開立7顆緊急降壓藥，且其領藥行為也於合理區間內，與其說法不符。再次印證病患的記憶與實際醫療紀錄存在重大矛盾。被告僅依賴病患片面、錯誤的說詞進行處分，明顯失準。

⑵慢性病追蹤採檢屬於「因病就醫」，健保給付具正當性：

被告將慢性病患的定期追蹤採檢，認定為「未因病就醫」，這在邏輯上存在重大矛盾。陳君3、呂君5、趙君13等病患均為高血壓、高尿酸、慢性肝炎、糖尿病、高血脂、高膽固醇等慢性疾病患者。這些患者的定期抽血、留尿等追蹤檢查，是醫師為管理其慢性病、監測病情變化、調整治療方案所必需的醫療行為，本質上就是「因病就醫」。即便病患主觀上可能沒有立即的「病識感」，或僅認為是「健康檢查」，但只要醫師經專業判斷，認為有疾病狀況或高風險因子存在，並提供相應醫療服務，就應屬健保給付範疇。被告將慢性病患的定期追蹤認定為「未因病就醫」，顯屬事實認定上的恣意。

⑶被告調查偏頗，違反行政程序法之職權調查原則：

原告一再強調，被告在調查過程中，僅偏頗地採信病患對數年前就診內容的模糊記憶或認知紊亂（尤其慢性病患或長期服用睡眠藥物者）的片面說詞，卻完全忽略診所客觀且詳實的病歷紀錄、檢驗報告及其他書面證據（例如管制藥用藥聲明書、國健署成人預防保健服務檢查單等），明顯違反行政程序法第36條規定，有「有罪推定」之嫌，所做出的事實認定並無充分依據，更顯恣意與不公。況醫師診察行為多樣性，不應以單一標準認定，被告常以「未進診間看診」或「未開立藥物」作為判斷「未經醫師診治」的依據。然而，診所前已澄清，醫師的診察行為是多面向的，包含危險因子評估、家族史及病史詢問、理學檢查、報告解說與衛教等。採用的「開放綠色通道」模式，旨在減少病患等候時間和群聚風險，不應被誤解為沒有醫師診察。此外，部分檢查（如抽血）需要空腹，或無法當天立

即看報告，因此分次進行是醫療實務上的正常程序，並非「未經醫師診治」的證據。若以有無開藥作為診察的唯一依據，將導致基層醫師為了避免被罰而浮濫開立藥物，造成健保資源浪費，並損害醫病關係和醫療品質。被告裁罰過苛，違反比例原則及法律明確性原則，即使在申報流程上存在「未洽」或程序瑕疵（例如未收取部分負擔），其性質也僅是申報程序上的行政疏失，而非「虛報醫療費用」或涉及刑法詐欺與偽造文書罪章的嚴重違規行為，亦不具詐領惡意及實質違法性。被告在此類僅屬申報瑕疵的情形下，卻仍依特管辦法第36條第5款記違約點數1點，並未考量其違規情節的輕重，明顯違反比例原則與最小侵害原則。被告的裁量標準未能反映實際情況的輕微性，處分過苛，顯有裁量濫用之違法。此種處分方式不僅造成診所權益受損，更可能扭曲醫療行為，迫使醫師採取不利於健保制度健全發展的保守醫療行為。因此，被告認定原告「未依規向保險對象收取部分負擔」並記違約點數1點，並無充分理由，應予撤銷。

㈡聲明：

1.訴願決定、爭議審定、複核決定及原處分關於核定原告停約1個月、扣減醫療費用之10倍金額280,850元、違約記點1點及負責醫師原告與負有行為責任醫師劉醫師、蔡醫師及林醫師於前述停約期間對保險對象提供之醫療服務費用不予支付部分均撤銷。

2.被告應給付原告29,425元。

四、被告答辯及聲明：

㈠答辯要旨：

1.原告對原處分停約1個月部分為撤銷訴訟，顯有違誤：

被告以原處分核定原告停約1個月，停約期間為112年7月1日至112年7月31日計1個月（見被告112年5月18日健保北字第1121081304號函）已經執行完畢，則停約1個月部分縱使撤銷，亦無法回復至未停約之情形，撤銷之訴已無法達到原告

之目的而無回復原狀之可能，故原告主張應撤銷原處分停約1個月部分，欠缺權利保護必要而不合法。

2. 原告對原處分扣減醫療費用10倍金額280,850元及違約記點1點部分為撤銷訴訟，並不合法：

依本院110年度簡上字第105號判決意旨，原處分扣減10倍醫療費用之行政行為，應係行政處分；又依最高行政法院103年度裁字第479號裁定意旨，原處分以原告違約記點1點之行政行為，亦係行政處分。依行政訴訟法第4條第1項規定，若原告不服原處分扣減醫療費用之10倍金額280,850元，及違約記點1點之部分，即應循法定前置救濟程序提起救濟，否則即不得提起撤銷訴訟。惟查，原告於提起爭議審議、訴願時，均僅聲明原處分中「關於停約1個月之處分均撤銷」，足見原告僅就停止特約1個月部分為法定前置救濟程序甚明，並未對其餘部分為任何法定前置救濟程序，則原處分扣減醫療費用之10倍金額及違約記點部分，即已發生形式確定力，原告不得再為訴訟爭執。原告並未踐行任何法定前置救濟程序，顯與行政訴訟法第4條第1項撤銷訴訟之要件不合，故不合法。

3. 原告確實有虛報費用之行為，該當特管辦法第39條第4款規定，被告對原告停約1個月之處分，並無違誤：

⑴余君1於110年3月至111年8月間為進行自費健康檢查之目的至原告診所就診數次，惟原告竟以余君1因病就診為由，數次向被告申請費用。

⑵陳君2、陳君3、李君4、呂君5、洪君6、林君7、王君8、陳君9、吳君10、吳君11、曹君12、趙君13、王君14等保險對象曾至原告診所，由護理人員抽血並留尿後即離開診所，而並未進入診間由醫師診察。惟原告竟向被告申報醫師診察費。

⑶原告以王君8於111年3月1日、曹君12於111年5月8日至原告就診為由，向被告申請醫師診察費。惟王君8、曹君12於前開時點之就診，實係為接受國健署成人預防健康檢查

（下稱國健署成人健檢）。再者，國健署成人健檢屬全民健保法第51條所列全民健康保險不給付之「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」，然原告以此為由申報成人預防保健第一階段費用。被告以保險對象至原告診所就診，而各該就診事件屬於全民健康保險給付範圍之錯誤事實，向被告申報診察費，屬於不實申報之行為，並且係就同一事件重複請領醫療費用，而有害全民健保財務健全，故原告以王君8及曹君12於原告就診為由申報診察費之行為，該當特管辦法第39條第4款「以虛偽之……報告或陳述，申報醫療費用」之要件。

⑷依王君8之訪問紀錄，亦可佐證王君8於111年3月1日、同年6月24日至原告診所看診時，皆未接受醫師之親自診察，且自該事實發生至訪查時歷時不長，亦難認王君8有記憶不清之情事。

⑸余君1於110年3月15日、111年2月28日及111年8月25日均至原告診所接受PS1都會上班族自費健康檢查，此有健康檢查報告可證，足認余君1所述與客觀事實相符。又因該3次健康檢查均係自費項目，故原告診所不得向被告申請給付健保費。惟原告卻向被告虛偽申報，原告雖提出余君1病歷置辯，惟該主張無足可採，蓋病歷係由原告單方面自行制作，尚不能排除其中有錯、假、漏之可能性。例如，依余君1之健康檢查報告可見，余君1於111年8月25日至原告診所接受PS1都會上班族自費健康檢查，惟該病歷卻全無相關記載，此可證明原告所為病歷記載不可盡信。反之，余君1之訪問記錄高度可信，且綜合審酌卷內保險對象門診就醫紀錄明細表、余君1之健康檢查報告及其病歷，可充分證明原告確實有虛報醫療費用之情事。故被告據此作成停約基礎事實之一部分，並無違誤。退步言，縱使原告主張余君1於110年3月15日就診為可採，原告未否認余君1於111年2月28日及111年8月25日之2次至原告診所

進行自費健康檢查時，原告有虛偽申報醫療費用之行為。可認被告於此範圍內，仍無事實認定之錯誤。

⑹原告以「病患記憶不可靠性」、「客觀病歷優先性」為指摘停約處分中吳君11、曹君12、趙君13、王君14等4人部分之事實認定有誤。惟：

①被告訪問保險對象所作成之訪問記錄應被推定為真實。反之，病歷僅係原告診所單方面制作之文書，容有虛偽、錯誤、缺漏之可能。故原告主張客觀病歷應優先於病患訪問紀錄，應有違背證據評價法則之誤會。況被告訪查訪問之保險對象均正值青壯年，亦在職工作，而被告訪問之就醫過程、原因均僅在1、2年內，故可認受訪問之保險對象之理解力及記憶力均在正常範圍內。且「進入診所採血留尿而未經醫師診察」乙節，不涉細節之簡單事實，難有記憶錯誤之可能性。又被告於110年8月20日至111年10月25日隨機派員訪問余君1等23名保險對象，竟有高達14人（彼此互不認識）為相同之陳述，此更可以證明該採檢模式為原告診所所慣用，故可認原告所稱病患記憶不可靠性，僅係原告臨訟推諉之詞。

②被告於111年11月11日前往原告診所訪查，抽查病患62名之病歷，惟原告診所僅能即時提出其中10名病患（余君1、陳君2、陳君3、李君4、呂君5、洪君6、林君7、王君8、陳君9、吳君10）之病歷。原告遲至111年11月21日、同年11月23日方提供其餘52筆病歷資料予被告，而吳君11、曹君12、趙君13及王君14之病歷，即係嗣後提出者。故本件尚可合理懷疑原告診所係為掩飾虛報醫療費用之違法行為，而竄改病患病歷。至於原告主張採用開放綠色通道診所模式，故被告以病患未進診間看診作為判斷「未經醫師診治」依據之標準有失狹隘，惟原告並未具體證明及說明其是否真的有採行開放綠色通道運作模式、該模式如何運作。況未經醫師診察，本不得

虛偽申報醫師診察費，原告所述顯係推諉卸責之託詞，無足可採。

③原告就虛偽申報吳君11醫療費用部分，主張吳君11於111年7月30日除抽血、留尿外，原告另有開立血壓藥（慢性處方箋）及7日份血壓藥。而吳君11於111年8月26日亦有簽名領取慢性病連續處方箋，故可以此證明醫師確實有開立處方箋之醫療行為。惟被告作成處分之基礎事實，係原告虛偽申報111年1月15日及111年4月21日診察費，而並未將原告111年7月30日、111年8月26日所申報之診察費列為違規。原告就此主張，顯然與本件無關，無足可採。

④原告主張曹君12對收取費用額度、就診目的之記憶不可靠，故於訪問紀錄中所為之陳述並不可信。惟被告作成處分之基礎事實，係曹君12至原告診所接受成人健康檢查，其未經醫師診治，原告竟虛報111年5月8日及111年8月6日之醫師診察費。而原告上開主張，仍未能積極證明曹君12於該2日是否已經醫師診治。實則，被告係於111年10月17日訪查曹君12，斯時與伊接受健康檢查已歷時數月，縱有些微記憶錯誤，亦仍應在可容許範圍，不得單憑曹君12就收費數額係1,600元或1,800元有記憶不清之處，即全面否定曹君12於訪問紀錄中所為陳述之正確性。

⑤原告就趙君13部分，主張伊為慢性病或高風險族群，故必須定期回診追蹤高血壓及高血脂之情況，自屬「因病就診」，而醫師仍會在抽血或留尿後進行診察、評估。惟被告之所以處以停約1個月，係因趙君13於原告診所進行慢性病追蹤採檢，原告未經醫師診治，竟虛偽申報醫師診察費390點，換言之，被告並非以「原告診所就病患『因病就診』此事實為虛偽申報」為由而停約，原告所為澄清，顯係對原處分有誤解。趙君13於接受被告訪查時明確陳述：我從約2、3年前開始去至祥診所就

醫，是去看高血脂……。我在該診所看診、抽血檢查及拿藥有3種情形：第1種是抽血檢查當天順便拿藥，但有沒有給醫師看診我不確定；第2種情形是先抽血，3~7天後回診所拿藥看報告，會給醫師看診；第3種情形是沒抽血檢查，直接去診所拿藥，但有無給醫師看我不確定。要不要給醫師看診是由護士小姐決定。單純去抽血檢查就不用給醫師看診，直接給護士小姐抽血及留尿，因為檢查是預先排定日期，約每3個月檢查1次，但有時我不會準時去抽血檢查，檢查後3~7天左右回診看報告，有時看報告是直接拿報告就走不會看醫師，有時候會給醫師解釋有疑問的數據等語。由此可見，原告診所於第1種情形確實有未經醫師診斷，僅單純抽血、留尿之情事。被告於認定本件違規事實時從寬認定：倘原告診所有開立藥物，則推定病患曾獲醫師診察；倘原告診所未開立藥物，而僅申報檢測醫療項目，則依趙君13之陳述，認定於該次未經醫師診察。原告因趙君13短暫單側神經痛性頭痛發作伴有結膜，而於110年4月11日前來就診，原告診所因此向被告虛偽申報「一般門診診察費-基層院所門診」之健保點數390點，及其他健康檢查項目（項目代碼「09」開頭即係健康檢查項目；至於「BC」開頭則為開藥項目），因自該次就醫紀錄可見，趙君13該次就診僅係單純施作抽血留尿之檢查，而並無醫師開藥紀錄，故被告綜合審酌前開病患訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表，認定原告診所於110年4月11日所申報之診察費390點為虛偽申報。反之，原告就趙君13於110年4月11日是否曾經哪位醫師診察，並未提出證據以實其說。

⑥關於王君14部分，原告主張該病患就是否曾因鼻子過敏及鼻炎症狀而向原告診所領取藥物乙節，記憶錯誤，故不得憑該病患訪問紀錄之陳述作為認定違規之依據。惟被告作成原處分，係因王君14因慢性病定期追蹤採檢，

伊未經醫師診治，原告診所卻虛報110年7月31日、111年7月23日及111年1月8日之醫師診察費，由此可見，原告所主張之事實，顯非被告作成原處分之基礎，兩者風馬牛不相及。實則，王君14已於訪問紀錄明確陳述：約3年前，在至祥診所就醫有診斷出糖尿病，每3個月回診追蹤1次，有開3個月慢連箋口服藥，後來因病情控制穩定，改為隔半年回診追蹤1次，110年1月迄今都是每半年固定回診由護士小姐抽血並留尿，抽血留尿當次要提供健保卡，但不用付掛號費，都沒有進過診間給醫師看診開藥，抽血留尿後就離開等語。被告因此以「病患110年1月後就醫」、「醫療申報項目單純僅涉及血液及尿液檢驗」、「每半年重複出現一次」（項目代碼為09開頭）之條件篩選病患就醫紀錄，經比對後，認定原告於110年7月31日、111年1月8日及111年7月23日所申報之醫師診察費均係虛報。被告作成之認定，有充分人證及書證支撐，且證據之解讀符合經驗法則及論理法則，故所認定之事實，並無違誤。

⑦原告雖反覆主張被告單方面採信病患陳述，惟此僅係原告之主觀臆測。實則，被告係參考多方紀錄、資料而為綜合研判後始認定違規事實。以王君14部分為例，倘若被告完全採信其說詞（假設語氣，被告否認之），則就其所稱「我在110年迄今因診所看報告都只有由醫師解說報告，並沒有開其他疾病看鼻子過敏的用藥，因為鼻子過敏我都是有症狀才會另外找時間去至祥診所看診拿藥……」部分，被告理應一併作成違規認定才是。惟被告經調查110年8月7日及111年1月15日（因與抽血留尿日期接近，可認係病患回診看報告）保險對象門診就醫紀錄明細表均載明另有開立項目代碼「AC57121100」之「莫鼻卡持續性藥效錠」，且經調閱紅豆藥局之健保卡讀取紀錄後可以確認該2日均有過卡取藥紀錄，故被告認定王君14當日應確實有取藥紀錄，而王君14於受訪問

時所為陳述應有錯誤，故被告並未將藥事費用列為違規事實。由此可見，被告作成原處分時，業已充分踐行行政程序法第9條有利不利併予注意原則。

⑺以上，原告診所多有以虛偽之報告或陳述向被告申報醫療費用之行為。原告雖主張其並無虛偽申報之行為，卻僅空言指摘病患陳述不可信，未能提出具體事證以積極證明原告診所之醫師曾實際診察病患。故被告綜合保險對象訪查訪問紀錄、門診就醫紀錄明細表、病患病歷等資料判斷，認有優勢證據而可以充分證明原告診所有虛偽申報醫療點數之行為，故依特管辦法辦法第39條第4款規定，對原告作成停約1個月之行政處分，並無違誤。

4.原告診所發生未經醫師診斷即逕行開立處方箋之情事，被告依特管辦法第37條第1項第2款、系爭合約第17條第1項第4款、第20條規定，追扣28,085元（相當於29,263點）、扣減醫療費用之10倍金額280,850元（相當於292,630點）並不予給付追扣健保點數648點，於法有據：

⑴許君15為失眠問題至原告看診，其後原告竟便宜行事，以用藥固定為由，令許君15定期返回原告診所，由櫃台小姐開立處方箋，再至藥局領藥，而整個過程並未進診間接受醫師看診。至原告雖主張許君15曾親自簽立管制藥品用藥聲明書、這本身即是醫師有實際介入診治的證明。惟管制藥品用藥聲明書僅係原告診所單方面制作之格式化藥品風險告知書，任何人均可提供予病患簽名，故無法充分證明有醫師為病患看診。又原告主張就許君15因背痛、筋膜炎等症狀經「醫師開立口服藥物並施打針劑，這與其自述的『沒有開過其他口服藥』不符，顯示病患記憶可能混亂或不完整」云云。惟許君15原文係陳稱：「失眠問題從在至祥診所看診以來，都只有開2種口服藥，沒有開過其他1天吃2次或3次的口服藥，也沒有同時開過任何外用藥膏……」由此可見，許君15之本意是在失眠問題上，除2種口服藥外，原告診所並未另外開立其他口服藥物，而許

君15並未在此就背痛、筋膜炎症狀之用藥情況為任何陳述。原告就此所為主張，顯係斷章取義，曲解許君15所為之陳述，無足可採。實則，許君15已於接受被告訪問時明確陳述：我在至祥診所拿失眠用藥只有第1次開28天份失眠用藥，之後都是請櫃檯小姐直接開處方箋給我去藥局領藥，就不用再進診間給醫師看診等語。因許君15不經醫師診察即逕向原告領取處方箋，係反覆發生、不涉專業、無關細節之簡單事實，難有記憶錯誤之可能性。故可認原告確實有未經醫師診察即逕行提供醫事服務之違規行為，故原告主張均不可採。

⑵江君16為失眠問題至原告診所看診，其後原告竟便宜行事，以用藥固定為由，令江君16定期返回原告診所，由櫃台小姐開立處方箋，再至藥局領藥，而整個過程並未進診間接受醫師看診，且此期間長達3年。原告雖主張江君16訪問紀錄顯示，其除了失眠藥，也曾因頭痛、背痛、皮膚問題等症狀至診所就醫，並領取過口服藥和外用藥，且表示若有其他症狀也會看醫生。這直接駁斥了未經醫師診斷和只拿失眠藥的說法云云。惟江君16訪問紀錄之原文係：因失眠問題病情固定，用藥也沒有變更，所以有3年以上時間我都到至祥診所請櫃檯小姐開處方箋給我到隔壁紅豆藥局直接領藥，沒有進診間給醫師看診等語。可見，在失眠問題上，原告確實未經醫師診察，即由診所櫃台人員開立處方箋予江君16。且江君16於訪問紀錄中，完全並未提及伊有頭痛、背痛問題，更未表示若有其他症狀也會看醫生，由此可見，原告捏造病患陳述，毫無訴訟誠信可言。

⑶陳君17為頭痛及失眠問題至原告診所看診，其後原告竟便宜行事，以用藥固定為由，令陳君17定期返回原告診所，由櫃台小姐開立處方箋，再至藥局領藥，而整個過程並未進診間接受醫師看診，且此期間長達3個月。至原告主張陳君17提到有口服藥和外用藥，且會拿感冒藥等其他藥物。這表明其確實有接受醫師診治，並非單純領藥。病歷

紀錄顯示，陳君17在看診時除了開立失眠藥，也開立了感冒藥、鼻炎用藥以及退燒止痛藥等，清楚載明了主訴和診斷。這再次證明醫師有針對不同病症進行診察和處方云云。惟陳君17於111年9月15日接受被告訪查時，已明確陳述：「我在上述期間曾因頭痛及失眠問題去至祥診所就醫」、「近2~3個月（按：即自111年6月或7月間起）左右，因我症狀固定，拿藥也沒有更改，所以我都是在櫃台掛號繳費後，由診所小姐直接請醫師開處方箋給我到紅豆藥局領藥，沒有進診間給醫師看診，因有時診所人很多」。因陳君17不經醫師診察即逕向原告領取處方箋，係不涉專業、無關細節之簡單事實，且自該事實發生至訪查時歷時不長，難謂陳君17有記憶錯誤之可能性。又依陳君17之保險對象門診就醫紀錄明細表可見，原告於111年7月16日申報「一般門診診察費—基層院所門診」醫療項目390點，並且同時開立「”信隆”必舒痛錠」、「益康錠」、「舒咳服膜衣錠」、「”健亞”健得靜錠」等藥物；又原告單方面製作陳君17之111年7月16日病歷記載病人主訴為「rhinorrhea+,nasal obstruction, sorethroat++, headache（按：即頭痛）+ axiety mood（按：應係焦慮之誤繕）, with poor sleep（按：即失眠）」。此節與陳君17陳述綜合判斷，可認原告診所111年7月16日以主診斷焦慮症為由申報之醫師診察為虛偽，且原告診所當日有未經醫師診斷即逕行開立處方箋之情事。原告雖以病歷紀錄置辯，惟該紀錄僅係原告診所單方面製作之文書，尚有錯假、虛偽之可能，既然陳君17之訪問紀錄為優勢證據，應認原告主張為不可採。

⑷林君18為失眠問題至原告看診，其後原告竟便宜行事，以用藥固定為由，令林君18定期返回原告，由櫃台小姐開立處方箋，再至藥局領藥，而整個過程並未進診間接受醫師看診，且此期間長達3年。至原告雖主張：林君18的訪問紀錄表明，其雖表示沒有進診間給醫師看診來拿睡眠用

藥，但其同時也提及曾因為皮膚問題而拿藥。這暗示其並非完全未經醫師診治，而是針對不同問題有不同就醫模式。林君18曾由3位醫師看診，並非僅由單一醫師看診云云。惟依林君18證詞可見，已明示診所確有有未經醫師診斷即逕行開立處方箋之違規情事。又林君18於訪問紀錄中，並未提及伊曾因皮膚問題而至原告診所看診拿藥，更無伊僅曾接受單一醫師看診之錯誤陳述。況查，原告診所內更無名為「陳慧雲」之醫師。

⑸廖君19為失眠問題至原告診所看診，其後原告竟便宜行事，以用藥固定為由，令廖君19定期返回原告，由櫃台小姐開立處方箋，再至藥局領藥，而整個過程並未進診間接受醫師看診，且此期間長達3年。由廖君19之訪問紀錄，亦可佐證廖君19於109年9月至111年3月至原告診所看診時，經過醫師看診4-5次後，其後每次回診，原告診所皆未經醫師診斷即逕行開立處方箋，且自該事實發生至訪查時歷時不長，亦難認廖君19有記憶不清之情事。

⑹綜上，原告診所多次未經醫師診斷即逕行提供醫事服務，其事證明確，則被告依特管辦法第37條第1項第2款、系爭合約第17條第1項第4款、第20條規定，追扣28,085元（相當於29,263點）並不予給付追扣健保點數648點，復扣減醫療費用之10倍金額280,850元（相當於292,630點），於法有據。原告雖主張病患記憶不可靠，惟原告書狀中多有顯然誤植誤繕、扭曲事實之情事，反而才係本件訴訟全部卷證中最不可靠之文書。實則，因受訪查訪問病患均係就長期重複或近期、簡單而無涉專業或細節之事實為陳述，且病患陳述均有相關資料可為佐證，故可認病患於訪問紀錄所為之陳述，均為可信。反之，病歷紀錄僅係原告診所單方面自行製作之文件，尚有虛偽、事後竄改記載之可能性，且原告並未積極提出醫師確實曾看診後方開立處方箋之證據以實其說，故應認被告有優勢證據而可以充分證明原告診所之違規事實。

5.原告以其他醫師名義挪報醫療費用，共計804點，被告依系爭合約第17條第1項第4款規定，追扣健保點數804點，並無違誤：

余君1於111年8月間，在拿到自費健康檢查報告後，因泌尿道感染而至原告診所給1位女醫師看診，但原告竟以男性醫師蔡醫師之名義申報，而原告診所內之劉醫師、林醫師、蔡醫師等3位醫師就此說法，彼此矛盾，顯係為卸責而編造謊言。廖君19因失眠問題，至原告診所接受原告看診共計4、5次，但原告竟以孫醫師（姓名詳卷）名義申報費用，原告就此節避重就輕，無法正面回應，難認原告主張為有理由。原告多次以其他醫師名義挪報醫療費用，而有害於全面健康保險系統資料之正確性，被告依系爭合約第17條第1項第4款規定，以原處分通知追扣原告診所挪報健保點數共計804點，並無違誤。

6.原告未依規定向保險對象收取部分負擔，被告依特管辦法第36條第5款規定，予以違約記點1點，並無違誤：

陳君2、陳君3、呂君5、陳君9、吳君11、趙君13均曾至原告診所做抽血、留尿之檢驗，原告本應依全民健保法第43條第1項規定，向保險對象收取其應自行負擔之費用，惟原告均未向保險對象收取任何費用，則被告依特管辦法第36條第5款規定，以原處分予以違約記點1點，於法有據。

㈡聲明：原告之訴駁回。

五、本院之判斷：

㈠前提事實：

前揭事實概要欄之事實，有系爭合約（原處分卷1第33-46頁）、原處分（本院卷第19-35頁）、複核決定（本院卷第37-47頁）、爭議審定（本院卷第49-59頁）及訴願決定（本院卷第61-75頁）在卷可稽，堪可認定。

㈡應適用之法令：

1.全民健保法：

⑴第7條規定：「本保險以衛生福利部中央健康保險署為保險人，辦理保險業務。」

⑵第43條第1項規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」

⑶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。」

⑷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。」

2. 特管辦法：

⑴第1條規定：「本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第66條第1項及第67條第1項規定訂定之。」

⑵第36條第5款規定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點1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。」

⑶第37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，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10倍金額：……二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」

⑷第39條第4款規定：「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約1個月至3個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其

全部或一部之門診、住院業務，予以停約1個月至3個月：……四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

⑸第47條規定：「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

3.系爭裁量基準：

⑴第1點規定：「保險人辦理保險醫事服務機構有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱本辦法）第39條所列違規情事，應受停約處分案件時，為能符合比例原則，並達成處分一致性，爰訂定本裁量基準。」

⑵第2點第1款規定：「保險醫事服務機構經查有本辦法第39條情事之一者，依其情節處停約1至3個月：㈠保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數在2萬5千點以下者，處停約1個月。」

4.系爭合約（原處分1第39-41頁）：

⑴第17條第1項第4款規定：「乙方申請之本保險醫療費用，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：……四、其他應可歸責於乙方之事由者。」

⑵第20條約定：「（第1項）乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第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。（第2項）乙方於停止或終止特約期間，應將全民健康保險醫事服務機構標誌卸下。」

㈢原告所為本件訴訟之各該訴訟類型，當屬適法：

1.一般給付訴訟部分：

被告就保險醫事服務機構有關追扣醫療費用、追扣醫療費用點數之部分，是因保險醫事服務機構未依健保合約之約定提

供醫療服務，由被告依健保合約第17條約定追扣誤為核付之醫療費用，故被告行使追扣醫療費用、追扣醫療費用點數之權利，是基於健保合約之行政契約法律關係，而非公權力行使之行政處分，保險醫事服務機構就此等部分請求行政救濟，應循行政契約關係而為主張，其適宜之訴訟類型應為行政訴訟法第8條規定之一般給付訴訟，已如前述。據此，本件原告與被告所簽訂之系爭合約，被告依系爭合約追扣醫療費用、追扣醫療費用點數之部分，因屬兩造履約問題，核該等性質乃為行政契約法律關係所生財產上給付爭議，應以一般給付訴訟為之，尚無須循撤銷訴訟及其須踐行之訴願前置程序為之，是於本件訴訟進行中，經本院行使闡明權後，原告業將被告依系爭合約所追扣醫療費用28,085元及追扣醫療費用點數1,452點換算為醫療費用1340元之部分，變更為以一般給付訴訟之聲明為之，亦即被告應給付原告29,425元（本院卷第382、449頁），準此，應認原告就此部分所為之訴訟類型，當屬合法。

2.撤銷訴訟部分：

⑴有關停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額及不予支付之部分，係被告依特管辦法第39條第4款、第37條第1項第2款、第36條第5款、第47條、系爭裁量基準第2點第1款規定及健保合約第20條約定，就保險醫事服務機構之特定違反行政法上義務行為，於健保合約約定之醫療費用給付外，單方面核處停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額、不予支付之決定，是被告基於管理保險醫事服務機構之公權力所生，應認該等部分性質屬於行政處分，保險醫事服務機構就該等部分若有不服，應循序提起撤銷訴訟以資救濟，業如前述。再依行政訴訟法第6條第1、3項：「（第1項）確認行政處分無效及確認公法上法律關係成立或不成立之訴訟，非原告有即受確認判決之法律上利益者，不得提起之。其確認已執行而無回復原狀可能之行政處分或已消滅之行政處分為違法之訴訟，亦同。……（第3項）確

認訴訟，於原告得提起或可得提起撤銷訴訟、課予義務訴訟或一般給付訴訟者，不得提起之。但確認行政處分無效之訴訟，不在此限。」規定，可知法律關係因行政處分而發生，如有爭執，本應訴請撤銷行政處分，使該法律關係失所附麗，隨之消滅。故對於行政處分之救濟，以撤銷訴訟為原則，僅於該行政處分之規範效力解消，執行結果無回復之可能時，方許其提起確認之訴，此為一般所稱確認訴訟之補充性。復按現行健保制度之運作，依全民健保法授權訂立之全民健保醫療辦法、全民健保醫事服務機構醫療服務審查辦法（按：已於102年1月1日修正施行改稱為全民健保醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法）等相關規定，不論醫療服務之提供、醫療費用之申請等程序，均能備足完整文件，及以被保險人所持有IC健保卡建立完整之電磁紀錄，以供被告審查給付醫療費用，故終止特約或停止特約期間雖因時序而經過，然原處分存續力仍有效存在，受處分人應以正確之訴訟形態即撤銷訴訟請求救濟（最高行政法院100年度判字第2091號判決意旨參照）。

⑵查依原告所提複核申請書（原處分卷1第49-87頁）、爭議審議申請書（原處分卷1第90-95頁）、訴願書及補充訴願理由書（原處分卷1第99-131頁）所示，原告於上開書狀首頁中固僅稱請求撤銷原處分中之停約部分，及於補充訴願理由書增稱請求撤銷原處分中之罰鍰部分，然觀之其於複核申請書首頁開頭內容，確係記載不服被告112年4月10日健保北字第1128203581號函之處分（即原處分）而依法申請複核，並無敘述僅不服原處分中之何者，且其上開書狀內所敘述不服內容，皆係否認有特管辦法第39條第4款「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」之情事，則以原告於本件中之行為若符合該款情事者，均會併同特管辦法第36條第5款之違約記點1點、同辦法第37條第1項第2款之扣減醫療費用之10倍金額、同辦法第39條第4款及系爭裁量基準第2點第1款之停約1個

月、同辦法第47條之不予支付等部分之法律效果發生，且觀之原告於本院審理中亦陳明：之前複核申請是記載不服函文的全部，僅是強調停約1個月的部分，但不論是複核決定、爭議審定、訴願決定都是針對整個函文為准駁，所以原告認為還是針對函文的全部，內容還是有提到全部不服的理由等語（本院卷第134頁）。準此，於本件中，仍當寬認原告有就原處分中之停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額及不予支付等部分皆有不服而循序救濟，並踐行提起撤銷訴訟前之訴願前置程序，其後再提起本件中之撤銷訴訟部分。再依原處分（本院卷第19-35頁）所示，可認有關停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額及不予支付等部分，皆事涉原告提供醫療服務之對價即醫療費用之給付准否及多寡，倘原告於該停約期間，仍對保險對象提供其醫療服務，事後於原處分經行政訴訟予以撤銷確定，即非不得藉由原告提供醫事服務之過程中所留存之文件及電磁紀錄，據以向被告申請給付醫療費用。故原處分中之停約、記點、扣減醫療費用之10倍金額及不予支付等部分，縱已因時序而經過，惟其存續力仍有效存在，故原告就此部分所為本件中之撤銷訴訟部分，仍應認具有權利保護必要，而屬適法。是被告執前揭答辯要旨1.、2.所認，尚無可採。

㈣經查：

1.於本件中，余君1至原告診所，原告診所就該人於111年8月25日就診係以原告名義申請醫療費用1,245點，於110年3月15日、22日及111年3月3日就診係以劉醫師名義申請醫療費用380點、200點及340點，於111年2月28日及111年8月29日就診係以蔡醫師名義申請醫療費用1,105點及340點，以上共計3,610點，又就該人於111年9月2日就診以蔡醫師名義申請醫療費用200點；陳君2至原告診所，原告診所就該人於110年1月9日、110年4月30日、110年8月28日、111年4月9日及111年7月30日就診係以原告名義申請

診察費等醫療費用220點、220點、250點、390點、390點，以上共計1,470點；陳君3至原告診所，原告診所就該人於110年10月20日及111年6月4日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用390點、390點，於110年6月29日、111年2月10日及111年9月22日就診係以劉醫師名義申請診察費等醫療費用390點、390點及250點，以上共計1,810點；李君4至原告診所，原告診所就該人於110年8月28日及110年12月4日就診係以劉醫師名義申請診察費等醫療費用358點、390點，於110年2月7日、110年5月15日及111年3月27日就診係以蔡醫師名義申請診察費等醫療費用369點、390點及220點，以上共計1,727點；呂君5至原告診所，原告診所就該人於110年3月21日、110年7月1日、110年10月16日、111年1月22日、111年5月5日及111年8月4日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用220點、390點、220點、390點、390點、390點，以上共計2,000點；洪君6至原告診所，原告診所就該人於110年8月28日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用220點，於110年7月10日、110年10月17日及111年2月13日就診係以蔡醫師名義申請診察費等醫療費用390點、390點及390點，於111年7月17日就診係以林醫師名義申請診察費等醫療費用390點，以上共計1,780點；林君7至原告診所，原告診所就該人於110年10月5日、111年4月27日及111年8月25日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用220點、390點、390點，以上共計1,000點；王君8至原告診所，原告診所就該人於111年3月1日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用390點，於111年6月24日就診係以劉醫師名義申請診察費等醫療費用390點，以上共計780點；陳君9至原告診所，原告診所就該人於110年3月6日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用390點，於110年9月21日及111年2月6日就診係以蔡醫師名義申請診察費等醫療費用390點及390點，以上共計1,170點；吳君10至原告診所，原告診所就該人於110年4月29日

及111年5月23日就診係以劉醫師名義申請診察費等醫療費用220點、250點，於110年1月22日、110年10月1日及111年2月18日就診係以蔡醫師名義申請診察費等醫療費用220點、390點及390點，以上共計1,470點；吳君11至原告診所，原告診所就該人於110年4月21日就診係以原告名義申請診察費等醫療費用390點，於110年1月15日就診係以蔡醫師名義申請診察費等醫療費用250點，以上共計640點；曹君12至原告診所，原告診所就該人於110年5月8日就診係以劉醫師名義申請診察費等醫療費用390點，於111年8月6日就診係以林醫師名義申請診察費等醫療費用390點，以上共計780點；趙君13至原告診所，原告診所就該人於110年4月11日就診係以蔡醫師名義申請診察費等醫療費用390點；王君14至原告診所，原告診所就該人於110年7月31日及111年1月8日就診係以劉醫師名義申請診察費等醫療費用390點、390點，於111年7月23日就診係以林醫師名義申請診察費等醫療費用390點，以上共計1,170點；許君15至原告診所，原告診所就該人於110年2月9日、3月8日、4月6日、5月3日、6月2日、7月1日、7月31日、8月26日、9月23日、10月22日、11月21日、12月18日、111年1月14日、2月10日、3月10日、4月7日、5月4日、6月2日、6月30日、8月26日、9月27日就診以醫師主診斷焦慮症申請醫療費用308點、340點、340點、340點、340點、340點、308點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點、340點及170點；江君16至原告診所，原告診所就該人於109年6月26日、7月31日、8月29日、9月26日、10月24日、11月21日、12月19日、110年1月16日、2月10日、3月27日、5月4日、6月10日、7月9日、8月8日、9月6日、10月5日、11月2日、11月29日、12月27日、111年1月23日、2月20日、3月19日、4月15日、5月18日、6月17日、7月15日及8月12日就診以醫師主診斷焦慮症申請醫療費用308點、170點、

170點、170點、319點、308點、200點、200點、308點、170點、340點、340點、340點、308點、340點、340點、340點、340點、200點、170點、340點、200點、340點、200點、340點、340點、340點；陳君17至原告診所，原告診所就該人於111年7月16日就診以醫師主診斷焦慮症申請醫療費用340點；林君18至原告診所，原告診所就該人於109年3月16日、4月17日、4月20日、5月23日、6月22日、7月23日、8月24日、9月25日、10月26日、12月4日、110年1月8日、2月22日、4月6日、6月2日、7月13日、8月23日、9月28日、11月15日、12月29日、111年2月7日、3月11日、4月18日及5月26日就診以醫師主診斷焦慮症申請醫療費用319點、308點、200點、308點、170點、308點、170點、170點、319點、308點、308點、319點、340點、340點、340點、319點、340點、340點、170點、340點、340點、340點、170點，及109年2月7日就診以同前內容申請醫療費用308點；廖君19至原告診所就診，原告診所就該人以醫師主診斷焦慮症申請醫療費用共29筆，共計8,290點，又就該人於107年6月1日及29日就診以孫醫師（姓名詳卷）名義申請醫療費用302點及302點等情，有以上19位保險對象之門診就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表、IC卡回傳就醫紀錄明細表、原告診所病歷表、就診收據、處方箋、國健署成人健檢檢查單、超音波檢查報告單、實驗室檢驗單、病人用藥聲明書等件（余君1部分，見原處分卷2第19-40頁；陳君2部分，見原處分卷2第46-104頁；陳君3部分，見原處分卷2第109-145頁；李君4部分，見原處分卷2第150-208頁；呂君5部分，見原處分卷2第212-253頁；洪君6部分，見原處分卷2第258-328頁；林君7部分，見原處分卷2第333-366頁；王君8部分，見原處分卷2第407-443頁；陳君9部分，見原處分卷2第371-402頁；吳君10部分，見原處分卷2第449-488頁；吳君11部分，見原處分卷2第493-525頁；曹君12部分，見原處分卷

2第531-555頁；趙君13部分，見原處分卷2第561-585頁；王君14部分，見原處分卷2第590-610頁；許君15部分，見原處分卷2第615-690頁；江君16部分，見原處分卷2第694-759頁；陳君17部分，見原處分卷2第764-809頁；林君18部分，見原處分卷2第814-864頁；廖君19部分，見原處分卷2第870-971頁）在卷可憑，首堪認定。

2.原告就以上19位保險對象各以前述診療項目、醫療行為及醫師名義向被告申請診察費等醫療費用，核有自費健檢及慢性病定期追蹤採驗，未經醫師診治，及未經醫師診斷逕行開立處方箋，及未依規定向保險對象收取部分負擔之情事，而該當於全民健保法第81條第1項、特管辦法第39條第4款、第37條第1項第2款、第36條第5款、第47條、系爭裁量基準第2點第1款之規定及違反系爭合約第20條約定：

⑴按全民健保法第80條規定：「（第1項）主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。……。（第2項）前項相關資料之範圍、調閱程序與訪查、查詢等相關事項之辦法，由主管機關定之。」主管機關衛福部據此授權訂定「全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法」（下稱訪查辦法）第4條規定：「主管機關或保險人前往投保單位、保險醫事服務機構、扣費義務人或保險對象所在處所執行訪查，應依下列規定辦理：一、事前先以公文通知。但為避免事證滅失、串供或其他急迫之情形時，不在此限。二、主動出示訪查證及服務機關證明文件，並應說明訪查目的。但對檢舉案件，不得透露案源。三、所採取之方法應符合誠實信用及比例原則，不得逾越訪查目的之必要範圍，並讓受訪者有充分陳述之機會。四、詳實製作訪談紀錄，由受訪者檢閱後簽名、蓋章或按捺指印。」另按「民事訴訟法……第352條至第358條……，於本節準用

之。」、「文書，依其程式及意旨得認作公文書者，推定為真正。」為行政訴訟法第176條準用民事訴訟法第355條第1項所明定。公務員職務上製作之紀錄文書而依其程式及意旨得認作公文書者，推定為真正，自亦具在行政訴訟程序之證據能力。至於該具證據能力之證據對於待證事實的證明力如何，則由行政法院為裁判時依論理及經驗法則判斷之（最高行政法院106年度判字第257號判決參照）。準此，於本件中，觀之余君1、陳君2、陳君3、李君4、呂君5、洪君6、林君7、王君8、陳君9、吳君10、吳君11、曹君12、趙君13、王君14、許君15、江君16、陳君17、林君18、廖君19等19位保險對象之訪問紀錄（余君1部分，見原處分卷2第15-17頁；陳君2部分，見原處分卷2第41-45頁；陳君3部分，見原處分卷2第105-108頁；李君4部分，見原處分卷2第147-149頁；呂君5部分，見原處分卷2第209-211頁；洪君6部分，見原處分卷2第255-257頁；林君7部分，見原處分卷2第329-331頁；王君8部分，見原處分卷2第403-406頁；陳君9部分，見原處分卷2第367-370頁；吳君10部分，見原處分卷2第445-448頁；吳君11部分，見原處分卷2第489-491頁；曹君12部分，見原處分卷2第527-530頁；趙君13部分，見原處分卷2第557-560頁；王君14部分，見原處分卷2第587-589頁；許君15部分，見原處分卷2第611-614頁；江君16部分，見原處分卷2第691-693頁；陳君17部分，見原處分卷2第761-763頁；林君18部分，見原處分卷2第811-813頁；廖君19部分，見原處分卷2第865-868頁），其製作過程及程序並無違反訪查辦法第4條規定，又以上19位保險對象之訪談皆係以問答方式進行，訪談人員並未以冗長方式詢問，亦有使以上19位保險對象以自然始末連貫之方式而為充分陳述，也未見有違反誠實信用及比例原則之情況。從而，應認以上19位保險對象之訪問紀錄皆屬於公務員職務上製作之紀錄文書而依其程式及意旨得認作公文書，依法推定為真正，亦無未循

正當行政調查程序而為詢問製作之相關違法瑕疵，在行政訴訟程序上自皆具有證據能力，至於該等證據對於待證事實的證明力如何，則由本院為裁判時依論理及經驗法則予以判斷。

⑵又觀以余君1、陳君2、陳君3、李君4、呂君5、洪君6、林君7、王君8、陳君9、吳君10、吳君11、曹君12、趙君13、王君14、許君15、江君16、陳君17、林君18、廖君19等19位保險對象之訪問紀錄（證據頁數均同前述）可知：

①依余君1陳述略以：伊於110年3月到111年8月都是到原告診所做自費300元的健康檢查，沒有因任何疾病就診。是由護士小姐帶至抽血室（與診間不同地方）抽血，並留尿後離開，沒有進診間給醫師看診，有提供健保卡核對身分。抽完血3天後可以回原告診所拿報告，拿到報告後就離開，也都沒有給醫師解說報告就離開。自費健檢都不會開收據等語，可見余君1於其陳述之前述時點，均係以自費做健康檢查，惟原告診所就此分別以原告名義、劉醫師名義、蔡醫師名義申報該等醫療費用，合計3,610點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。再依余君1陳述略以：111年8月自費健檢拿報告後隔1～2週有因泌尿道感染到原告診所給1位女醫師看診等語，而對照蔡醫師就此節陳述略以：有可能是該病人自行檢視報告後在111/09/02回診所就醫，但當次該病人泌尿道感染症狀有緩解，所以只有衛教沒有開藥，但該病人也有主訴頭痛症狀，所以伊才會下「短暫單側神經痛性頭痛發作伴有結膜充血及流淚」主診斷，而當時林醫師（按：為女性）有跟診情形，所以林醫師有與伊一同看診，導致該病人誤認為是林醫師看診云云（原處分卷2第1042頁），林醫師就此節則係陳述略以：伊對保險對象余君1沒有印象，

但經核對班表及該病人健保卡過卡時間（111/09/02……，111/09/19……），不是伊的看診時段，但伊忘記有沒有跟診，……有關保險對象余君1所述泌尿道未開藥的情形，與伊的看診的習慣不符等語（原處分卷2第1024頁），顯見該2位醫師所述除互有矛盾外，亦與余君1就此所述情形不合，衡以余君1與該2位醫師並無怨隙過節，自無誣陷該2位醫師之必要，故應以余君1就此所述為可採，則原告診所就此卻以男性之蔡醫師名義申報醫療費用點數200點，是該申報行為核符系爭合約第17條第1項第4款應歸責原告診所而應予追扣醫療費用之情形。

②依陳君2陳述略以：伊於110年1月起迄今因高血壓，固定每4個月到原告診所抽血檢查1次，檢查當次會提供健保卡核對身分後，由女性護理人員帶至抽血室（與診間不同地方）抽血後，並留尿就離開，每次抽血留尿檢查追蹤高血壓都不會進診間給醫師看診，所以不用付費等語，可見陳君2於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此以原告名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,470點，另有未向陳君2收取部分負擔之情事，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形，以及全民健保法第43條第1項及特管辦法第36條第5款規定未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用而當予違約記點1點之情形。

③依陳君3陳述略以：伊於110年1月起迄今因高血壓，固定每2至3個月左右到原告診所抽血留尿檢查追蹤，檢查當天提供健保卡給櫃臺核對身分，都不用再付款，由女性護理人員帶至注射室（與診間不同地方）抽血並留尿後就離開，每次抽血檢查都不會進診間給醫師看診等

語，可見陳君3於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此以原告名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,810點，另有未向陳君3收取部分負擔之情事，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形，以及全民健保法第43條第1項及特管辦法第36條第5款規定未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用而當予違約記點1點之情形。

④依李君4陳述略以：伊於110年2月起迄今因B型肝炎，每3個月到原告診所抽血檢查1次，於櫃臺提供健保卡核對身分後，付針筒等耗材費50元，由護士小姐帶到抽血室（與診間不同地方）抽血並留尿後就離開，不會再進診間給醫師看診等語，可見李君4於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以劉醫師名義及蔡醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,727點，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑤依呂君5陳述略以：伊於110年3月迄今因糖尿病，每3個月固定到原告診所抽血留尿檢查1次，檢查那次會提供健保卡，不會收費，由護理人員帶至抽血室（與診間不同地方）抽血並留尿後離開，都不會進診間給醫師看診等語，可見呂君5於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此以原告名義申報該等診察費等醫療費用，合計2,000點，另有未向呂君5收取部分負擔之情事，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4

款、第47條規定之停約、不予支付之情形，以及全民健保法第43條第1項及特管辦法第36條第5款規定未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用而當予違約記點1點之情形。

⑥依洪君6陳述略以：伊於110年2月迄今因高血脂、膽固醇過高定期每3個月到原告診所抽血、留尿檢查追蹤。抽血、留尿檢查當次會提供健保卡，不會進診間給醫師看診，只會給護士小姐抽血和留尿等語，可見洪君6於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以原告名義、蔡醫師名義、林醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,780點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑦依林君7陳述略以：伊於110年2月迄今因糖尿病，固定每3個月到原告診所抽血驗尿1次，回診檢查當次先到櫃臺提供健保卡核對身分，由女性護理人員帶到抽血室（與診間不同地方）抽血，並有留尿後離開，抽血當次不會看到醫師及看診等語，可見林君7於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以原告名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,000點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑧依王君8陳述略以：伊於111年約3、4月左右去原告診所，告知櫃臺伊要做國健署成人健檢，當次是由1位女性人員帶伊到注射室（與診間不同地方）抽血，並有留尿，那次沒有進診間，沒有因任何疾病給醫師看診就離開。於111年6、7月左右，第2次回原告診所抽血檢查並

留尿，同樣由女性人員抽血，未進診間給醫師看診等語，可見王君8於其陳述之前述時點，係因健檢採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以原告名義、劉醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計780點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑨依陳君9陳述略以：伊從110年2月迄今因高血壓、尿酸過高等慢性病到原告診所抽血驗尿檢查追蹤，檢查當次會提供健保卡核對身分，但不用付費，由女性護理人員帶至注射室（與診間不同地方）抽血並留尿後就離開，111年2月迄今每次抽血檢查都不會進診間給醫師看診等語，可見陳君9於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以原告名義及蔡醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,170點，另有未向陳君9收取部分負擔之情事，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形，以及全民健保法第43條第1項及特管辦法第36條第5款規定未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用而當予違約記點1點之情形。

⑩依吳君10陳述略以：伊於110年1月迄今因混合型高血脂症、膽固醇過高，固定每3個月到原告診所抽血留尿做檢查，檢查當次是由護理人員直接抽血及留尿，沒有進診間給醫師看診等語，可見吳君10於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以劉醫師、蔡醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,470點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之

不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑪依吳君11陳述略以：伊自110年2月迄今，每2個月到原告診所抽血檢查追蹤高血壓和痛風（尿酸），檢查當天提供健保卡給櫃臺後，不用付費，由女性護理人員帶至抽血室抽血並有留尿，沒有進診間給醫師看診等語，可見吳君11於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以原告名義及蔡醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計640點，另有未向吳君11收取部分負擔之情事，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形，以及全民健保法第43條第1項及特管辦法第36條第5款規定未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用而當予違約記點1點之情形。

⑫依曹君12陳述略以：伊於111年5月時，有去原告診所櫃臺主動告知要做國健署40歲以上成人健檢，後來就由女性護理人員帶去抽血室（與診間分開）抽血，並有留尿，當天並未進診間給醫師看診。因之前檢查出高血脂，所以在111年8月有回原告診所櫃臺提供健保卡告知要做高血脂檢查，當次也是由女性護理人員帶去抽血室抽血並留尿，也沒有進診間給醫師看診等語，可見曹君12於其陳述之前述時點，係因健檢採檢及檢查採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以劉醫師名義、林醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計780點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑬依趙君13陳述略以：伊從約2、3年前開始因高血脂約每3個月去原告診所抽血檢查1次，單純去抽血檢查就不用給醫師看診，直接給護士小姐抽血及留尿。110/4/11沒付150元。如果單純抽血檢查，沒有拿藥那次就不會付150元等語，可見趙君13於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此以蔡醫師名義申報該等診察費等醫療費用390點，另有未向趙君13收取部分負擔之情事，是該等行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形，以及全民健保法第43條第1項及特管辦法第36條第5款規定未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用而當予違約記點1點之情形。

⑭依王君14陳述略以：伊於110年1月迄今因糖尿病，每半年固定到原告診所回診由護士小姐抽血並留尿，抽血留尿當次要提供健保卡，都沒有進診間給醫師看診開藥，抽完血留尿後就離開等語，可見王君14於其陳述之前述時點，係因慢性病定期追蹤採檢，未經醫師診治，惟原告診所就此分別以劉醫師名義、林醫師名義申報該等診察費等醫療費用，合計1,170點，是該等申報行為核符全民健保法第81條第1項及特管辦法第39條第4款規定以虛報之不正當行為申報醫療費用，而有特管辦法第39條第4款、第47條規定之停約、不予支付之情形。

⑮依許君15陳述略以：伊於109年2月迄今因睡眠問題，長期固定在原告診所就醫拿2種口服藥。失眠用藥一開始只有開7天份，後來逐漸改為1次開28天份。伊在原告診所只有110年1月13日第1次開28天份之前有給醫師看診，後來因用藥固定，所以第2次拿28天份失眠用藥之後，都是請櫃臺小姐直接開處方箋給伊去藥局領藥，都不用再進診間給醫師看診等語，可見許君15於其陳述之

前述第2次拿失眠用藥以後時點，係因睡眠問題固定至原告診所拿失眠用藥，但未經醫師診斷，惟原告診所就此卻以醫師主診斷焦慮症而提供醫事服務申報該等醫療費用，合計6,906點，是該等申報行為核符特管辦法第37條第1項第2款規定及系爭合約第17條第1項第4款及第20條第1項約定，而該當於未經醫師診斷逕行提供醫事服務應歸責原告診所而應追扣醫療費用（點數）及扣減醫療費用之10倍金額之情形。

⑯依江君16陳述略以：伊因失眠問題固定每個月到原告診所拿藥，因失眠問題病情固定，用藥也沒有變更，所以有3年以上時間都到原告診所請櫃臺小姐開處分箋給伊到紅豆藥局直接領藥，沒有進診間給醫師看診。剛開始有給醫師看診2至3次，後來就直接拿處方箋去藥局領藥等語，可見江君16於其陳述之前述有3年以上時點，係因睡眠問題固定至原告診所拿失眠用藥，但未經醫師診斷，惟原告診所就此卻以醫師主診斷焦慮症而提供醫事服務申報該等醫療費用，合計7,481點，是該等申報行為核符特管辦法第37條第1項第2款規定及系爭合約第17條第1項第4款及第20條第1項約定，而該當於未經醫師診斷逕行提供醫事服務應歸責原告診所而應追扣醫療費用（點數）及扣減醫療費用之10倍金額之情形。

⑰依陳君17陳述略以：伊於109年4月至111月7月期間因頭痛及失眠問題去原告診所就醫拿藥。近2至3個月左右，因伊症狀固定，拿的藥也沒更改，所以都是在櫃臺掛號繳費後，由診所小姐直接請醫師開處方箋給伊到紅豆藥局領藥，沒有進診間給醫師看診等語，可見陳君17於其陳述之前述時點，係因頭痛及睡眠問題至原告診所拿藥，但未經醫師診斷，惟原告診所就此卻以醫師主診斷焦慮症而提供醫事服務申報該醫療費用，合計340點，是該申報行為核符特管辦法第37條第1項第2款規定及系爭合約第17條第1項第4款及第20條第1項約定，而該當

於未經醫師診斷逕行提供醫事服務應歸責原告診所而應追扣醫療費用（點數）及扣減醫療費用之10倍金額之情形。

⑱依林君18陳述略以：伊於109年2月至111年5月期間因失眠問題到原告診所就醫，固定拿2種口服藥。因病情穩定，拿的藥也沒有太大變化，所以固定回診請櫃臺小姐通知診間的醫師開立處分箋給伊直接到紅豆藥局領藥，不須進診間給醫師看診，大概有3年以上時間都是直接拿藥未看診等語，可見林君18於其陳述之前述時點，係因睡眠問題至原告診所拿藥，但未經醫師診斷，惟原告診所就此卻以醫師主診斷焦慮症而提供醫事服務申報該醫療費用，合計6,894點（3年內裁處權時效內）、308點（5年請求權時效內），是該等申報行為核符特管辦法第37條第1項第2款規定及系爭合約第17條第1項第4款及第20條第1項約定，而該當於未經醫師診斷逕行提供醫事服務應歸責原告診所而應追扣醫療費用（點數）、扣減醫療費用之10倍金額之情形。

⑲依廖君19陳述略以：伊因失眠問題到原告診所就醫，固定每個月回診所拿樂必眠，至少去原告診所拿安眠藥有3年，一開始去原告診所會經過醫師看診約4～5次後，醫師評估伊的狀況穩定後，都是回診所櫃臺告知護士要領安眠藥，護士直接給伊處方箋到原告診所隔壁的紅豆藥局領藥，不用也沒有進診間給醫師看診。一開始有看診的4～5次都是給院長林醫師看診等語，可見廖君19於其陳述之前述時點，係因睡眠問題至原告診所拿藥，但未經醫師診斷，惟原告診所就此卻以醫師主診斷焦慮症而提供醫事服務申報該醫療費用，合計7,950點（3年內裁處權時效內）、合計340點（5年請求權時效內），是該等申報行為核符特管辦法第37條第1項第2款規定及系爭合約第17條第1項第4款及第20條第1項約定，而該當於未經醫師診斷逕行提供醫事服務應歸責原告診所而應

追扣醫療費用（點數）、扣減醫療費用之10倍金額之情形。再依廖君19前揭陳述略以：一開始有看診的4～5次都是給院長林醫師看診等語，而對照孫醫師就此節陳述略以：經檢視病歷紀錄是套餐的寫法，伊無法確認是否由伊撰寫，但病人都說是給林徑緯醫師看診就都是給林醫師看診，至於為何以伊的名義申報伊不清楚，因為伊不負責健保費用申報，可能要問林徑緯醫師等語（原處分卷2第1083頁），原告就此節則係陳述略以：另針對孫醫師說明補充，伊不會更改看診醫師的病歷及醫令，應該是109年底系統錯誤問題導致。管制藥品本診所一定會親自詢問病人用藥狀況。依病歷記載是哪位醫師就是由那位醫師看診云云（原處分卷2第1162、1164頁），顯見原告所述顯與孫醫師及廖君19就此所述情形不合，衡以廖君19與原告間並無怨隙過節，自無誣陷原告之必要，故應以廖君19就此所述為可採，則原告診所就此原為原告看診，卻以孫醫師名義申報醫療費用點數共計604點，是該申報行為核符系爭合約第17條第1項第4款應歸責原告診所而應予追扣醫療費用（點數）之情形。

⑶復觀以余君1於111年10月17日接受訪談，陳君2於111年10月25日接受訪談，陳君3係於111年10月24日接受訪談，李君4係於111年10月17日接受訪談，呂君5係於111年10月19日接受訪談，洪君6係於111年10月7日接受訪談，林君7係於111年10月19日接受訪談，王君8係於111年10月19日接受訪談，陳君9係於111年10月25日接受訪談，吳君10係於111年10月7日接受訪談，吳君11係於111年10月13日接受訪談，曹君12係於111年10月17日接受訪談，趙君13係於111年8月30日接受訪談，王君14係於111年10月13日接受訪談，許君15係於111年10月7日接受訪談，江君16係於111年9月28日接受訪談，陳君17係於111年9月15日接受訪談，林君18係於111年9月27日接受訪談，廖君19係於111

年5月30日接受訪談，距離其等前開定期每次回診時之時距皆屬相近，依社會一般人之經驗及論理法則以觀，應可認接受訪查之以上19位保險對象的記憶當屬深刻鮮明，尚無因時間過久而有記憶漸趨模糊及恣意回想臆測之情產生。又衡情而論，以上19位保險對象雖無醫學專業，然各自對於自身是否進入診間受有醫師之看診、是否是男性或女性醫師之看診、是否有被收取健保費用之部分負擔、是否是自費健檢等事項，均屬其親身經歷與直接感知之單純經驗及事實，並非需具備醫學專業始得辨識，依一般社會通念，要無記憶錯誤之可能，因此，以上19位保險對象對於其等是否進入診間受有醫師之看診、是否是男性或女性醫師之看診、是否有被收取健保費用之部分負擔、是否是自費健檢等事項，皆具有辨識與陳述能力，況對於以上19位保險對象所為訪談陳述之評價重心並非要求毫無模糊空間，而係觀察各自整體陳述是否符合經驗、論理法則及有無重大矛盾，雖對於細節記憶未必完整，如曹君12就收費金額多少等，但若依其各自陳述足以顯示未曾進到診間受有醫師看診、或只有給某位醫師看診、或未被收取健保費用之部分負擔、或係採自費健檢之情形，即仍具有相當可信之證明力，遑論被告就如王君14於訪談中部分陳述有誤情節，即110年8月7日及111年1月15日情形，對照紅豆藥局健保卡讀取紀錄之客觀事證後認有不符，本已經被告排除在本件違章事實之外，自可認被告對於本件各保險對象均係採取一致基準，皆有將本件各保險對象於訪談中部分陳述有誤情節，對照相關客觀事證後認有不符，皆已經被告予以排除在本件違章事實之外，是就原告而言，當可認已踐行行政程序法第9條之有利不利併予注意原則，也無原告所稱有事實認定恣意且調查偏頗而有違反職權調查原則之情形。綜上可認，以上19位保險對象於最初接受被告訪查人員訪查時，在無任何人際或情感壓力下所為之陳述，其證明力顯然高於由原告診所單方製作而偏向對原告

有利之事證如病歷等資料或原告診所相關涉案醫師之陳述，至依原告所述管制藥品用藥聲明書，仍屬原告診所單方製作制式告知說明文件，衡情而言，原告診所任一人員皆可提供予至該診所之病患簽名，於本件中亦無積極事證足認係由醫師親自提供予本件各保險對象而有實際介入診治之情況，是該聲明書亦不足以證明有符合經醫師診治之要件。從而，應認以上19位保險對象之訪問紀錄所陳與本件違規事實有關之內容，亦有其等前述門診就醫紀錄明細表等件可資勾稽綜合比對，故皆可採信。再者，雖原告就保險對象余君1、吳君11、曹君12、趙君13、王君14、許君15、江君16、陳君17、林君18、廖君19、陳君2、陳君3、呂君5、洪君6於訪問陳述有如其於前揭主張要旨中所陳各節並不可採而為主張，然觀之本件各保險對象之陳述、各涉案醫師之陳述及門診就醫紀錄明細表等事證資料（原處分卷2全卷），均未有如原告於本件事後救濟及訴訟中始主張所謂開放綠色通道診所模式之名稱、或如許君15、江君16、林君18等保險對象所未有之陳述逕移至與本件違規事實並無干涉之其他症狀上，準此，應認被告於前揭答辯要旨中就本件各保險對象所為陳述之說明，應較原告前述主張為可採，原告自無從以病患記憶不可靠性、客觀病歷證據優先性、慢性病追蹤醫療本職、醫師診察行為多樣性云云而規避其違法情節。依上所述，應認原告執前揭主張要旨1.、2.、3.、4.、5.各節所為主張，均不足採。

㈤綜上所述，被告作成原處分除林君7中之劉醫師診察費390點部分有誤經複核決定撤銷外，其餘停約、扣減醫療費用之10倍金額、違約記點及不予支付等部分，及追扣醫療費用、追扣醫療費用點數等部分，均無違誤，並無原告所主張有裁罰過苛、違反比例原則、法律明確性原則、或對整體醫療制度有不良影響之情事，而複核決定、爭議審定及訴願決定遞予

維持，經核亦與法相合，是原告訴請如其聲明所示，為無理由，應予駁回。

㈥本件判決基礎已經明確，兩造其餘攻擊防禦方法及訴訟資料經本院斟酌後，核與判決結果不生影響，而無一一論述之必要，併予說明。

六、結論：原告之訴為無理由。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　6　　月　　11　　日

審判長法　官　林家賢

法　官　吳坤芳

法　官　郭淑珍

一、上為正本係照原本作成。

二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附繕本）。

三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，逕以裁定駁回。

四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。

得不委任律師為訴訟代理人之情形	所　需　要　件
㈠符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1.上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。 2.稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。

	3. 專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
㈡非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人	1. 上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2. 稅務行政事件，具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4. 上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
是否符合㈠、㈡之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出㈡所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　115　　年　　6　　月　　22　　日

書記官　張正清