

臺北高等行政法院判決

地方行政訴訟庭第一庭

113年度簡字第213號

114年1月6日辯論終結

原告 王振森即一古堂中醫診所

被告 衛生福利部中央健康保險署

代表人 石崇良

訴訟代理人 陳琨勝

謝宗穎

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6月4日衛部法字第1120036621號訴願決定，提起行政訴訟，本院判決如下：

主 文

一、原告之訴駁回。

二、訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序方面：按行政訴訟法第229條第2項第3款之規定，其他關於公法上財產關係之訴訟，其標的之金額或價額在新臺幣（下同）50萬元以下者，應適用簡易訴訟程序。查本件原告起訴時訴訟標的金額為483,498元，核其屬前揭規定，適用簡易程序，合先敘明。

貳、實體方面：

一、事實概要：原告經被告於民國109年5月13日至7月2日期間派員訪查，發現原告診所有收集保險對象健保IC卡，或未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，向被告虛報106年12月1日至109年5月11日期間（3年裁處時效內）因疾病就診之醫療費用或傷科治療處置費計24萬1653點之違規情事，被告乃以109年12月15日健保查字第1090044642號函核處原告中止特

約1年，負責醫師即原告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（下稱該處分），至罰鍰部分，暫未核處。原告對該處分依循申請復核、爭議審議及提起訴願，經駁回在案，嗣提起行政訴訟，於111年6月具狀撤回起訴，該處分業已確定。本件係被告接獲臺灣雲林地方檢察署（下稱雲林地檢署）檢察官111年度偵字第1223號緩起訴處分書，就前開已確定之違規事實（即110年5月31日健保查字第1090044641號函減列虛報醫療費用為24萬993點，換算為新臺幣【下同】228,962元），依全民健康保險法第81條、全民健康保險保險人執行全民健康罰鍰注意事項第7點第4款、第9點、行政罰法第26條第1項、第2項及第3項等規定，以112年8月25日健保南字第1128504502號罰鍰處分書（下稱原處分），裁處原告最近1年月平均申報費用（246,749元）之2倍罰鍰，並扣抵原告向全民健康愛心專戶支付1萬元，計483,498元（計算式：246749元×00000-00000元＝483498元）。原告不服，申請審議，經衛生福利部（下稱衛福部）以112年10月30日衛部爭字第1123403992號審定書審議（下稱系爭審定書）駁回。原告仍不服，經衛福部於113年6月4日以衛部法字第1120036621號訴願決定（下稱訴願決定），訴願駁回；但原告猶不服訴願決定，故提起本件行政訴訟。

二、原告主張：

（一）原告受被告懲處3次，分別為：1、第1張罰單(107至109年650,025元)；2、第2張罰單(104至106年387,077元)；3、第3張罰單(停止健保1年)。而本件被告對於原告裁罰基礎主要係因認定原告「收集健保卡」及「傷科沒有推拿虛報健保」等情事。首先，關於「收集健保卡」一事，健保署稱其當場目睹原告有此情事，勢必會當場查扣，然而被告卻提不出證據，顯屬此不之指摘純屬被告憑空想像。再者，關於「傷科沒有推拿虛報健保」一事，被告一開始稱原告以「小針刀治療」而用傷科申報，後又稱原告係用非健保項目治療申報健保，是被告為達懲處目的而不擇手

段、亦有偽造文書之嫌。醫師應就自身專業對病患的不同病徵，進行對其症狀適切的治療方式，被告認定沒有「推拿」就是虛報，顯是對醫師治療方式的干涉，對於病患而言也是一種傷害。本件原告的傷科治療方式係先用「小針刀治療」後再外敷藥膏，絕非是被告所言用小針刀治療用傷科申報。

(二) 被告稱「小針刀治療」非健保項目是被告對於此一治療項目不了解，被告以「小針刀治療」之針具與針灸的針具不同、操作原理不一樣即認定「小針刀治療」非屬健保給付項目，顯示對於相關療法不熟悉而導致之錯誤認知。原告先前在中國醫藥大學附設醫院實習時，該院醫師有使用「小針刀治療」對病患治療傷科，而未使用推拿之手法，原告不服為何使用一樣的治療方式，卻受到被告指摘原告虛報健保點數等語。

(三) 並聲明：1、原處分、系爭審定書、訴願決定均撤銷。2、訴訟費用由被告負擔。

三、被告答辯：

(一) 本件原告以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，依全民健康保險法第81條規定，應處以其申報醫療費用2倍至20倍罰鍰，因其同時觸犯刑事法律，參照行政罰法第26條第2項規定，經緩起訴處分確定者，得依違反行政法上義務規定裁處之。依全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第7及第9點規定，本件虛報醫療費用共計24萬993點（依南區中醫總額各季已確認平均點值換算為228,962元）原應處15倍罰鍰（即 $228,962 \times 15 = 3,434,430$ 元），然依第9點規定不得超過最近一年月平均申報費用(246,749)之2倍，故改開立月平均申報金額之2倍罰鍰，罰鍰金額為493,498元（即 $246,749 \times 2$ ）。前開行為經雲林地檢署檢察官為緩起訴處分確定，並命原告向全民健康保險愛心專戶捐款10,000元，爰按行政罰法第26條第3項扣抵規定，核處罰鍰483,498

元。

(二) 系爭審定書審議駁回理由略以：被告接獲雲林地檢署檢察官111年度偵字第1223號緩起訴處分書，就已確定之違規事實（虛報醫療費用24萬993點，換算為228,962元）及訴願決定之訴願駁回理由略以：終止特約處分與罰鍰處分之處罰種類不同，健保署依行政罰法第24條第2項規定…併為處罰，並無違反一事不二罰之情形；另追扣醫療費用部分，係健保署基於雙方簽訂之合約規定而予以追扣虛報之醫療費用，此與罰鍰處分性質不同，亦無重複處罰情事。故被告依全民健康保險法第81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7點第4款及第9點等規定，並扣抵原告向健保署愛心專戶支付10,000元，據以裁罰原告罰鍰483,498元，經核並無不合。

(三) 綜上所述，原告以不正當行為虛報醫療費用之處分業已確定，被告核定系爭罰鍰處分並無違誤，原告其餘對政治理念之看法等訴訟主張均與本案無關並顯無理由等語。

(四) 並聲明：1、駁回原告之訴；2、訴訟費用由原告負擔。

四、本院之判斷：

(一) 按全民健康保險法第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。」。次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7點第4款規定：「保險醫事服務機構以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用者，其罰鍰標準如下：…(4)、符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處15倍罰鍰。」；第9點規定：「前2點罰鍰金額最高不得超過保險人第1次處分函發文日期之該服務機構最近1年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療

01 科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務之申報醫
02 療費用之2倍…」。

03 (二) 再按醫院出具之診斷書或病歷紀錄所載之傷病名稱及狀
04 況，原為出具或填載之醫師之個人判斷意見，被告就被保
05 險人之就診或疾病程度，原即得於職權範圍內依法認定事
06 實，不受其他主觀判斷意見之拘束；且被保險人有無該等
07 就醫診療情形或有無該當於醫療給付要件之審查認定職
08 權，涉及專業性、經驗性之判斷，基於法院審查能力有
09 限，及司法、行政權分立之原則，法院原則上承認行政機
10 關就此等事項之決定，有「判斷餘地」。但如行政機關之
11 判斷有恣意濫用及其他違法情事，亦應承認法院得例外加
12 以審查，其可資考量之情形包括：1. 行政機關所為之判
13 斷，是否出於錯誤之事實認定或錯誤之資訊。2. 行政機關
14 之判斷，是否有違一般公認之價值判斷標準。3. 行政機關
15 之判斷，是否違反法定之正當程序。4. 作成判斷之行政機
16 關，其組織是否合法且有判斷之權限。5. 行政機關之判
17 斷，是否出於與事物無關之考量，亦即違反不當連結之禁
18 止。6. 行政機關之判斷，是否違反相關法治國家應遵守之
19 原理原則，如平等原則、公益原則等，仍應由法院審查
20 (司法院釋字第553號解釋及釋字第319號不同意見書參
21 照)。

22 (三) 又按行政罰法第26條規定：「一行為同時觸犯刑事法律及
23 違反行政法上義務規定者，依刑事法律處罰之。但其行為
24 應處以其他種類行政罰或得沒入之物而未經法院宣告沒收
25 者，亦得裁處之；前項行為如經不起訴處分、緩起訴處分
26 確定或為無罪、免訴、不受理、不付審理、不付保護處
27 分、免刑、緩刑之裁判確定者，得依違反行政法上義務規
28 定裁處之；第1項行為經緩起訴處分或緩刑宣告確定且經
29 命向公庫或指定之公益團體、地方自治團體、政府機關、
30 政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或
31 團體，支付一定之金額或提供義務勞務者，其所支付之金

01 額或提供之勞務，應於依前項規定裁處之罰鍰內扣抵
02 之。」。

03 (四) 經查，原告經被告查獲該診所所有收集保險對象健保IC卡，
04 或未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，向健保署虛報醫療
05 費用或傷科治療處置費之情事，有訴願決定書（本院卷第
06 21至29頁）、原處分書暨罰鍰核算明細表（本院卷第65至
07 87頁）、系爭審定書（本院卷第94至98頁）、被告109年
08 12月15日健保查字第1090044642號函（乙證卷第1至3
09 頁）、被告110年5月31日健保查字第1100056541號函（乙
10 證卷第5至6頁）、被告110年1月28日健保查字第
11 1100045139號函（乙證卷第7至9頁）、衛福部全民健康保
12 險爭議衛部爭字第1103400551號審定書（乙證卷第11至16
13 頁）、衛福部衛部法字第1113160270號訴願決定書（乙證
14 卷第18至28頁）、雲林地檢署檢察官111年度偵字第1223
15 號緩起訴處分書（乙證卷第69至78頁）、被告南區業務組
16 訪查紀錄表（訴願-不可閱覽卷第83至109頁）等在卷可
17 稽，堪信為真實。

18 (五) 原告主張被告稱其「收集健保卡」一事，健保屬稱其當場
19 目睹原告有此情事，勢必會當場查扣，然而被告卻提不出
20 證據，顯屬此不之指摘純屬被告憑空想像云云。惟查，本
21 件原告於訴願書已自承有讓移工拿藥回去給父母、患者超
22 過15次傷科治療部分是拿孩子的健保卡使用、給獨居孤苦
23 老人用健保卡拿痠痛藥布等行為，當屬於上開全民健康保
24 險法第81條所規定，以不正當行為領取保險給付之違規作
25 為。次查，依據被告南區業務組訪查紀錄表（訴願-不可
26 閱覽卷第83至109頁），內容記載：「本案係承保一課移
27 送之不具投保資格醫療費用追償案件中，有外籍勞工『山
28 中』已於000年0月00日出境後未再入境，但108年9月28日
29 卻於「一古堂中醫診所」產生就醫紀錄，並申報醫療費用
30 493點，經比對健保卡過卡時間，同一日3分鐘內，另有受
31 雇診所負責醫師王振森之外傭亦有就醫紀錄，且一古堂診

01 所之家戶群聚率高達20~33%，爰予錄案查核。」，又自
02 上開報告表訪查內容可知，曾至原告診所就醫紀錄之16名
03 保險對象中，有數名就診者（例如：松才、阿速、孔山、
04 查韋、阿空、巴希、阿辣、吳淑珍、廖炳堯）表示曾留置
05 健保卡於原告診所中，且16名受訪者均表示未接受推拿治
06 療，故被告認原告確有收集保險對象健保IC卡，或未診治
07 保險對象，卻記載就醫紀錄，向被告虛報醫療費用或傷科
08 治療處置費之情事，非屬無據。被告因接獲雲林地檢署檢
09 察官111年度偵字第1223號緩起訴處分書，依全民健康保
10 險法第81條、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰
11 鍰注意事項第7點第4款、第9點及行政罰法第26條第3項扣
12 抵規定，以原處分書裁處原告最近1年月平均申報費用
13 (246,749元)之2倍罰鍰，並扣抵其向全民健康保險愛心專
14 戶支付之1萬元，即483,498元，並無不合。

15 (六)原告主張被告認定其所使用之「小針刀治療」非屬健保給
16 付項目，顯被告對於相關療法不熟悉而導致之錯誤認知云
17 云。然查，小針刀治療非屬健保給付項目，按原告行為時
18 (即109年)採用之中醫支付標準(本院卷乙證14)，關於
19 「傷科治療處置費」之支付點數所對應的診療項目主要可
20 分為一般傷科、中度複雜性傷科、高度複雜性傷科、多部
21 未損傷、中度複雜性傷科合併特殊疾病、脫臼整復復位、
22 骨折復位等診療項目，並以有無開內服藥而對應不同支付
23 項目編號，共分自E01至E12共12個項目編號。而其中一般
24 傷科之標準作業程序有：(1)四診八綱辯證(2)診斷(3)理
25 筋手法。而中度複雜性傷科及高度複雜性傷科始有規定關
26 於支付範圍須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治
27 療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或
28 夾板固定治療，從而可知原告所採取之「小針刀治療」非
29 屬健保給付項目。又系爭審定書(乙證卷第56頁)內容略
30 以：「查小針刀治療非屬健保給付項目，且一古堂中醫診
31 所之傷科處置僅為貼藥布，未施行推拿等理筋手法，卻申

報傷科治療處置費，核屬不當虛報…。」，是被保險人有無該等就醫診療情形或有無該當於醫療給付要件之審查認定職權，涉及專業性、經驗性之判斷，基於法院審查能力有限，及司法、行政權分立之原則，法院原則上承認行政機關就此等事項之決定，有「判斷餘地」。且原告所為之傷科處置僅為貼藥布，未施行推拿等理筋手法，亦不符合上開關於一般傷科標準作業程序，原告卻以申報傷科治療處置費，核屬不當虛報。則原告前開主張，難認有據。

(七) 原告復稱：其已遭健保署懲處3次，均已執行完畢，又遭懲處云云。惟查，原告所稱3次懲處，第1次應係指健保署109年8月19日健保南字第1095058466號函，係依原告之切結書辦理，除健保署訪視已查獲之事證外，其自承有錯誤申報診療費用情事而自願繳回錯誤申報之醫療費用650,025元，被告以上開函同意辦理，且該函之說明五亦載明「本件並不免除已經查獲部分之行政處分與刑事責任」，則原告自願繳回部分，與原處分所認定之違規事實無涉。至第2次及第3次懲處，則係指被告109年12月15日健保查字第1090044642號函(乙證卷第1至3頁)之終止特約1年處分及同年月25日健保南字第1095066811號函(乙證卷第4頁)核定追扣虛報之醫療費用387,077元，係依據被告訪查，發現原告有收集保險對象憑證、未診治保險對象卻虛報傷科治療費，及虛報其他特定項目之醫療費用情事，爰依全民健康保險法第81條第1項、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款規定，核處原告診所終止特約1年，並依全民健康保險特約醫事服務機構合約第17條第1項第4款、第20條第1項等規定，追扣原告診所104年12月至109年4月違規申報之醫療費用。上開終止特約處分與罰鍰處分之處罰種類不同，被告依行政罰法第24條第2項規定「違反行政法上義務行為，除應處罰鍰外，另有沒入或其他種類行政罰之處罰者，得依該規定併為裁處」，而併為處罰，並無違反一事不二罰之情形；另

01 追扣醫療費用部分，係被告基於雙方簽訂之合約規定而予
02 收回原告診所虛報之醫療費用，此與罰鍰處分性質不同，
03 故與原處分間無重複處罰情事，原告上開主張，核無可
04 採。

05 （八）從而，本件原處分、系爭審定書、訴願決定既無違誤，自
06 應予以維持。

07 五、綜上所述，原告主張各節，均無可採。原處分應屬適法，而
08 爭議審定及訴願決定均予以維持，亦無違誤。從而，原告訴
09 請撤銷原處分、爭議審定及訴願決定為無理由，應予駁回。

10 六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提出之證
11 據，核與判決之結果不生影響，爰不逐一論列，併予敘明。

12 七、本件第一審之訴訟費用為2,000元，由敗訴之原告負擔，爰
13 確定如主文第2項所示。

14 八、據上論結，本件原告之訴為無理由，依行政訴訟法第236
15 條、第195條第1項後段、第98條第1項前段，判決如主文。

16 中 華 民 國 114 年 1 月 24 日
17 法 官 林常智

18 一、上為正本係照原本作成。

19 二、如不服本判決，應於送達後20日內，以原判決違背法令為理
20 由，向本院地方行政訴訟庭提出上訴狀並表明上訴理由（原
21 判決所違背之法令及其具體內容，以及依訴訟資料合於該違
22 背法令之具體事實），其未表明上訴理由者，應於提出上訴
23 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
24 上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他
25 造人數附繕本）。

26 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，
27 逕以裁定駁回。

28 中 華 民 國 114 年 1 月 24 日
29 書記官 蔡忠衛