

111-112 年 全民健康保險爭議審議 統計與案例彙編(十二)



部長序

全民健康保險自民國 84 年 3 月開辦至今，歷經近 30 個年頭，已構築起全民就醫無障礙的環境，提供保險對象完善的醫療照護，實施以來深獲民眾支持並廣獲國際讚譽。鑒於近年來臺灣已進入高齡化及少子化，為確保健保能永續經營，落實健康臺灣願景，有關健保財務改革，不論支出面的總額支付制度、分級醫療等，或收入面的部分負擔、保險費費率、補充保險費費基等多項政策，均持續滾動式調整，但基於有權利即有救濟之憲法原則，全民健康保險所設計爭議審議行政救濟機制，自健保開辦之初即存續至今，提供保險對象、投保單位、扣費義務人及保險特約醫事服務機構對於保險人之核定結果，認為有健保權利或利益遭受侵害之虞，即可透過爭議審議機制來尋求救濟。本部全民健康保險爭議審議會置委員 15 人，由保險、法學、醫藥專家及本部代表所共同組成之委員會議，以合議制方式，對每個爭議個案進行專業、客觀及公平之審議，充分保障每位當事人的健保權益。



自民國 84 年 4 月推行全民健康保險爭議審議業務以來，爭議

案件數量或因政策、疫情等因素而有所變化，但究其原因乃多源於對健保法令規定不瞭解，而未獲得應有之權益保障；抑或因保險特約醫事服務機構申報費用與健保規定不符而遭核刪，更有甚者，因虛報或浮報醫療費用而被處以停止特約、終止特約及罰鍰，並因涉及刑責而被移送司法機關辦理等情形。當然，有部分個案確實是因為保險人所為之核定有違法或不當，致健保權益受侵害，經由爭議審議程序而獲得救濟。

有鑑於此，本部全民健康保險爭議審議會已陸續發行健保爭議審議案例彙編共十一輯。又為方便民眾能即時瞭解與自身健保權益相關之審議個案，另選擇具有代表性之個案於本部全球資訊網公開爭議審議結果。本次本部全民健康保險爭議審議會除蒐集 111 年度至 112 年度審定之常見且具代表性、教育性之爭議案例外，並就爭議審議資料進行統計分析，並說明案件數量與新冠疫情降級後之關聯性，彙整集結編印為爭議審議統計及案例彙編(十二)，提供各界查閱參考，欣見付梓，特誌為序。

衛生福利部 部長

邱素源 謹誌

中華民國 113 年 12 月

編輯說明

全民健康保險爭議審議程序具行政救濟性質，案件源頭來自於保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構因不服保險人即本部中央健康保險署(以下簡稱健保署)所為之核定而申請爭議審議，案件量多寡與健保署審查模式調整及專案查核等措施有關，鑒於健保署為配合 112 年 5 月 1 日 COVID-19 防疫降級，醫療費用之受理及申報作業回歸依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」等相關規定辦理，致 112 年度爭議案件受理案數增加，為簡化流程，本部全民健康保險爭議審議會與健保署共同訂定「爭審醫藥專家初審擬議撤銷之疑義案件處理流程」，健保署認為申請審議有理由時，得重新核定通知申請人，以縮短行政救濟時效。另本部全民健康保險爭議審議會為能於法定期限內審結大量爭議案件，涉及專業技術或係大量發生者，透過類型化等作業方式，逐案委由醫療專家依據申請人所送申請書、病歷與相關資料及健保署核減理由與法令依據，衡酌醫療服務的必要性、適當性及合法性，提供初審專業意見，續由承辦單位確認釐清相關規定並彙整後，始得提報全民健康保險爭議審議委員會議審議。

本彙編(十二)係蒐集 111 年度至 112 年度相關統計數據及爭

議案例編輯而成，為讓讀者能掌握最新的健保爭議案例及比較相關統計數據，仍延續過往按三大部分編排模式，分別為健保爭議審議統計、醫療費用爭議案件常見代表性案例及權益爭議案件常見代表性案例，有關統計部分，藉由統計資料之呈現，讓讀者了解近 2 年來健保審查制度因防疫降級之調整，對於申請爭議審議案件受理量之消長，其中統計數據所列百分比數字均採計到整數位，若有出現 0%，則另以註解方式呈現實際百分比。至有關醫療費用爭議案件及權益爭議案件常見代表性案例部分，係由 111 年度至 112 年度審議約 9 萬 7 千餘案當中，分門別類挑選出具有廣泛性、常見性及代表性之案例，並於每則案例之始即分別列有案情摘要，讓讀者快速掌握每則案例所要呈現之爭點及相關規定，以利讀者更加明白自身健保權益，而所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準。

本彙編(十二)所蒐集之案例內容有涉及當事人或關係人之姓名、住址、相關公文書文號或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料者，均以符號(○○或 00)替代或逕予刪除，以符合個人資料保護法規定。另因篇幅有限，審定書附記之行政救濟教示及法規內容均予省略。本書付梓發行前，雖經多次校稿，惟仍恐有錯漏之處，敬祈各界不吝指正。

目錄

部長序

編輯說明

第一篇 健保爭議案件統計	001
壹、醫療費用爭議案件	001
一、醫療費用爭議案件受理及審議統計	001
二、醫療費用爭議案件受理類型統計	002
三、醫療費用爭議案件審議類型統計	004
貳、權益爭議案件	006
一、權益爭議案件受理及審議統計	006
二、權益爭議案件審議類型統計	006
三、保險給付案件統計	007

第二篇 醫療費用爭議案件常見代表性案例	008
壹、西醫	008
一、檢查檢驗(5則)	008
二、復健治療(2則)	015
三、血液透析(3則)	019
四、手術及處置項目(6則)	025
五、藥品(16則)	035
六、護理訪視費(2則)	085
七、部分負擔(1則)	089
八、精神醫療治療(2則)	091
九、特殊材料項目(1則)	095
十、其他案件(4則)	098
貳、牙醫	110
一、牙科處置及手術(5則)	110
二、牙周病學(2則)	117
三、根管治療(3則)	120
參、中醫	124
一、藥費(1則)	124
二、針灸治療處理費(2則)	125
三、門診診察費(1則)	131

第三篇 權益爭議案件常見代表性案例	132
壹、承保(保險費、滯納金、罰鍰)	132
一、案例一/本國人之加保資格	132
二、案例二/外籍人士之加保資格	134
三、案例三/專技人員之投保身分	136
四、案例四/未成年人之投保身分	138
五、案例五/保險費計費原則	140
六、案例六/專技人員之投保金額	142
七、案例七/受僱者之投保金額	145
八、案例八/投保金額調整	148
九、案例九/投保單位滯納金	150
十、案例十/投保單位罰鍰	153
貳、補充保險費	155
一、案例一/利息所得補充保險費	155
二、案例二/高額獎金補充保險費	156
三、案例三/投保單位補充保險費	159
參、保險給付	162
一、案例一/境外分娩	162
二、案例二/境外因急性心肌梗塞就醫	165
三、案例三/境外因高原反應就醫	167
四、案例四/生物製劑適應症範圍	169
五、案例五/未納入本保險給付特材	171
六、案例六/不具加保資格期間門診之排程檢查費用	174
七、案例七/非重大傷病證明效期之部分負擔	176
八、案例八/非重大傷病相關治療之部分負擔	178
九、案例九/未帶卡就醫 10 日內申請退費	180
十、案例十/未帶卡就醫逾 10 日申請退費	182
十一、案例十一/罹患重疾遲誤申請期限	184
十二、案例十二/逾期申請核退費用	185

肆、特約管理事項	187
一、案例一/藥師未實際調劑及容留密藥調劑，虛報藥事費用	187
二、案例二/保險對象單純作成人健檢或自費檢查，虛報費用	191
三、案例三/以未實際看診醫師名義申報費用	198
四、案例四/未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	203
五、案例五/未診治保險對象，自創就醫紀錄	205
六、案例六/未記載病歷提供醫療服務	209
七、案例七/裁處負責醫師罰鍰	217
八、案例八/罰鍰金額上限計算	221
九、案例九/罰鍰金額扣抵範圍	225
伍、其他權益	230
一、案例一/重大傷病證明之核發/乳癌第二期	230
二、案例二/重大傷病證明之核發/急性骨髓性白血病	232
三、案例三/重大傷病證明之核發/慢性精神病	234
四、案例四/重大傷病證明之核發/重症肌無力	236
五、案例五/返還未具加保資格期間已受領之保險給付	237
六、案例六/健保給付與自費項目之認定	240
陸、程序事項	244
一、案例一/逾 60 日申請審議	244
二、案例二/非核定案件/非本人或繼承人申請核退	245
三、案例三/非核定案件/觀念通知	246
四、案例四/非核定案件/觀念通知	249
五、案例五/非核定案件/和解契約	251
六、案例六/重新核定，標的不存在	254

第一篇

健保爭議案件統計



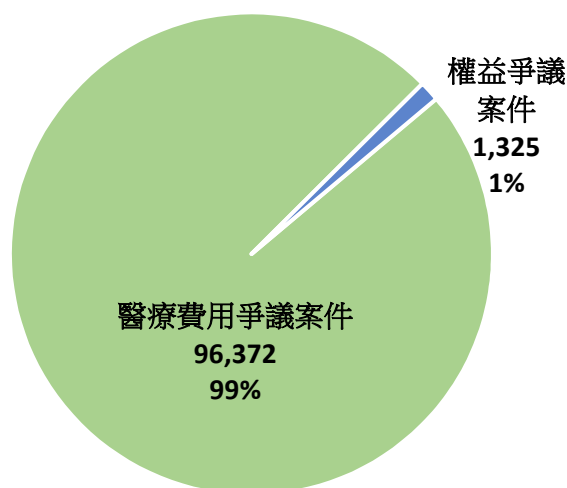
◆ 醫療費用爭議案件

◆ 權益爭議案件

第一篇 健保爭議案件統計

健保爭議案件可分為醫療費用及權益爭議案件兩大類型，111-112 年度受理案數共計 97,697 案，以醫療費用爭議案件為大宗，有 96,372 案(占 99%)，權益爭議案件 1,325 案(占 1%)(如圖 1)。

★圖 1：111-112 年度健保爭議案件受理量(N=97,697)

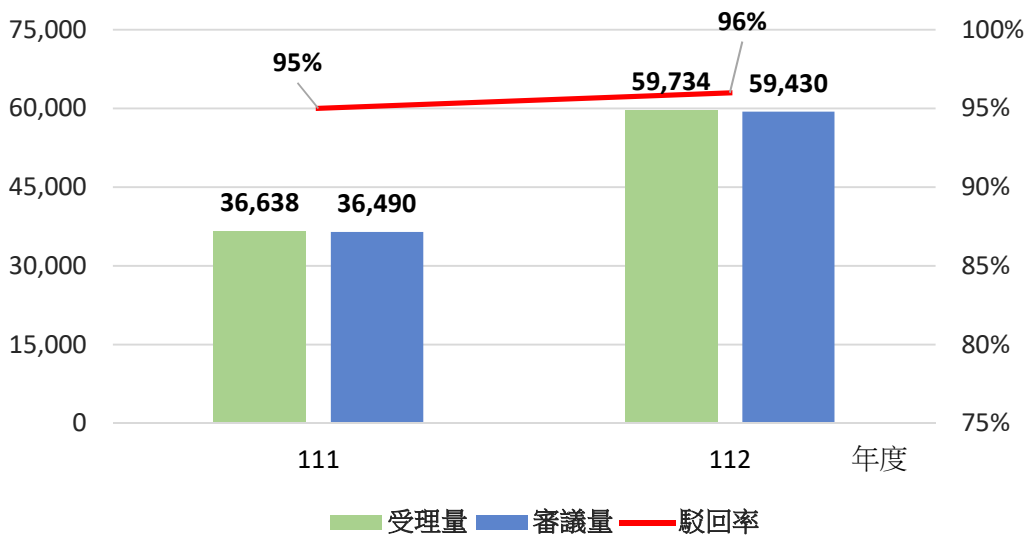


壹、醫療費用爭議案件

一、醫療費用爭議案件受理及審議統計

醫療費用爭議案件 111 年度計受理 36,638 案、審議(不含撤回及移文案件)36,490 案、駁回率 95%，112 年度計受理 59,734 案、審議 59,430 案、駁回率 96%，兩年整體駁回率約為 95%(行政救濟率約為 5%)(如圖 2)。

鑒於健保署配合 112 年 5 月 1 日 COVID-19 防疫降級，醫療費用之受理及申報作業回歸依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」等相關規定辦理，致 112 年度爭議案件受理案數增加，為簡化流程，爰本部全民健康保險爭議審議會與健保署共同訂定「爭審醫藥專家初審擬議撤銷之疑義案件處理流程」，健保署認為申請審議有理由時，得依申請事項重新核定，逕行通知申請人，以縮短行政救濟時效。

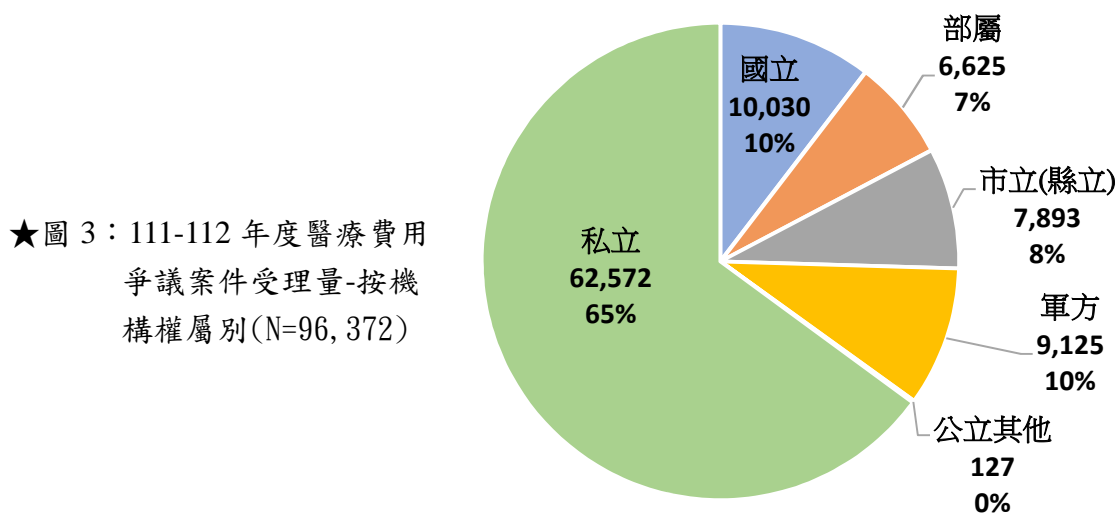


★圖 2：111-112 年度醫療費用爭議案件受理量、審議量及駁回率

二、醫療費用爭議案件受理類型統計

(一) 按機構權屬別

按機構權屬別分析，以私立醫療機構居冠，計 62,572 案(占 65%)，國立醫療機構居次，為 10,030 案(占 10%)，其餘軍方、市立(縣立)、部屬、公立其他醫療機構分別為 9,125 案(占 10%)、7,893 案(占 8%)、6,625 案(占 7%)、公立其他 127 案(占 0%)^(註 1)(如圖 3)。



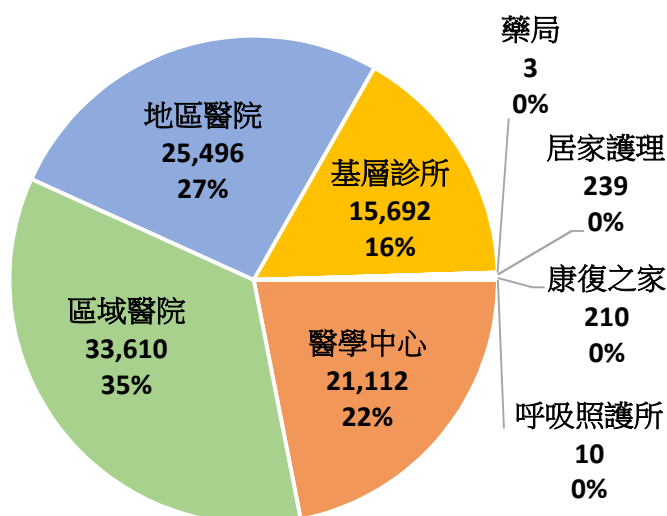
★圖 3：111-112 年度醫療費用爭議案件受理量-按機構權屬別(N=96,372)

註 1：公立其他包括矯正機關附設醫院、公務機關附設醫務室/衛生保健所、大學附設診所，實際占比為 0.1%。

(二) 按健保特約類別

按健保特約類別分析，以區域醫院居冠，計 33,610 案(占 35%)，地區醫院居次，為 25,496 案(占 27%)，醫學中心 21,112 案(占 22%)、基層診所 15,692 案(占 16%)，其餘居家護理、康復之家、呼吸照護所及藥局計 462 案(占 0%)^(註 2) (如圖 4)。

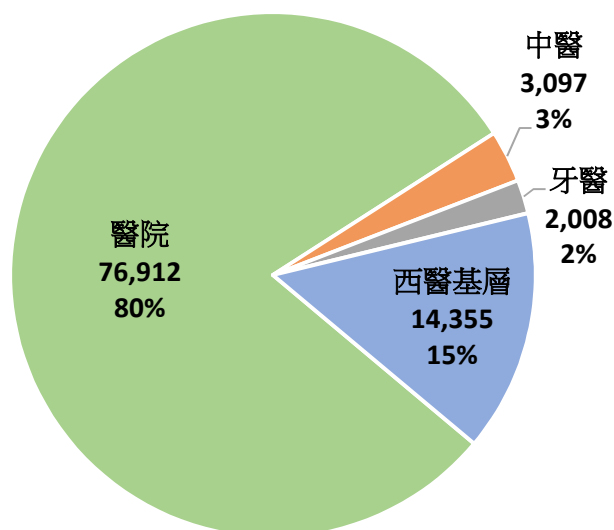
★圖 4：111-112 年度醫療費用爭議案件受理量-按健保特約類別(N=96,372)



(三) 按醫療給付費用總額部門別

按醫療給付費用總額部門別分析，以醫院總額居冠，計 76,912 案(占 80%)，西醫基層總額居次，為 14,355 案(占 15%)，其餘中醫及牙醫總額分別為 3,097 案(占 3%)、2,008 案(占 2%) (如圖 5)。

★圖 5：111-112 年度醫療費用爭議案件受理量-按醫療給付費用總額部門別(N=96,372)

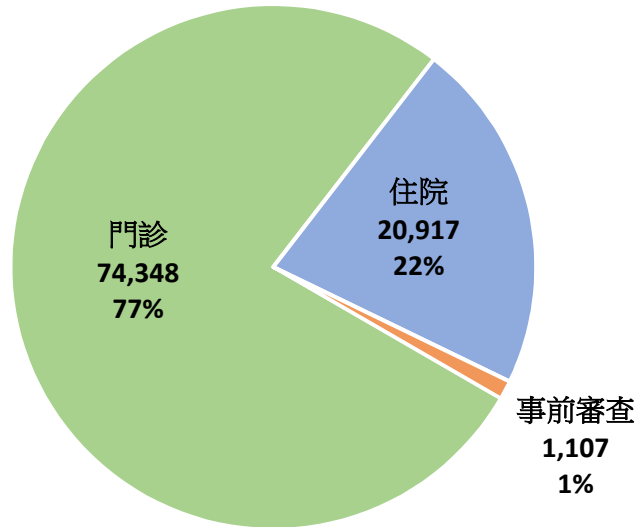


註 2：居家護理、康復之家、呼吸照護所及藥局實際占比分別為 0.2%、0.2%、0.01%、0.003%。

(四) 按爭議事項別

按爭議事項別分析，以門診爭議案件居冠，計 74,348 案(占 77%)，住院爭議案件居次，為 20,917 案(占 22%)，事前審查案件為 1,107 案(占 1%) (如圖 6)。

★圖 6：111-112 年度醫療費用
爭議案件受理量-按爭議
事項別(N=96,372)

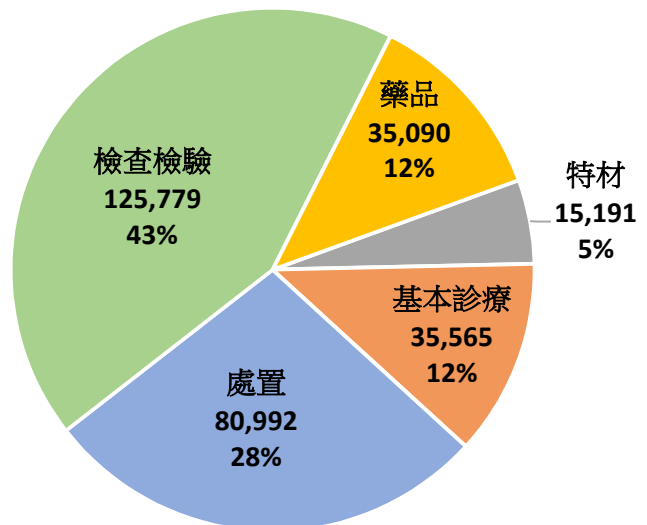


三、醫療費用爭議案件審議類型統計

(一) 按診療項目醫令別

診療項目醫令個數總量 292,617 項，按醫令別分析，以檢查檢驗項目居冠，為 125,779 案(占 43%)，處置項目居次，為 80,992 案(占 28%)，其餘基本診療、藥品及特材項目分別為 35,565 案(占 12%)、35,090 案(占 12%)、15,191 案(占 5%) (如圖 7)。

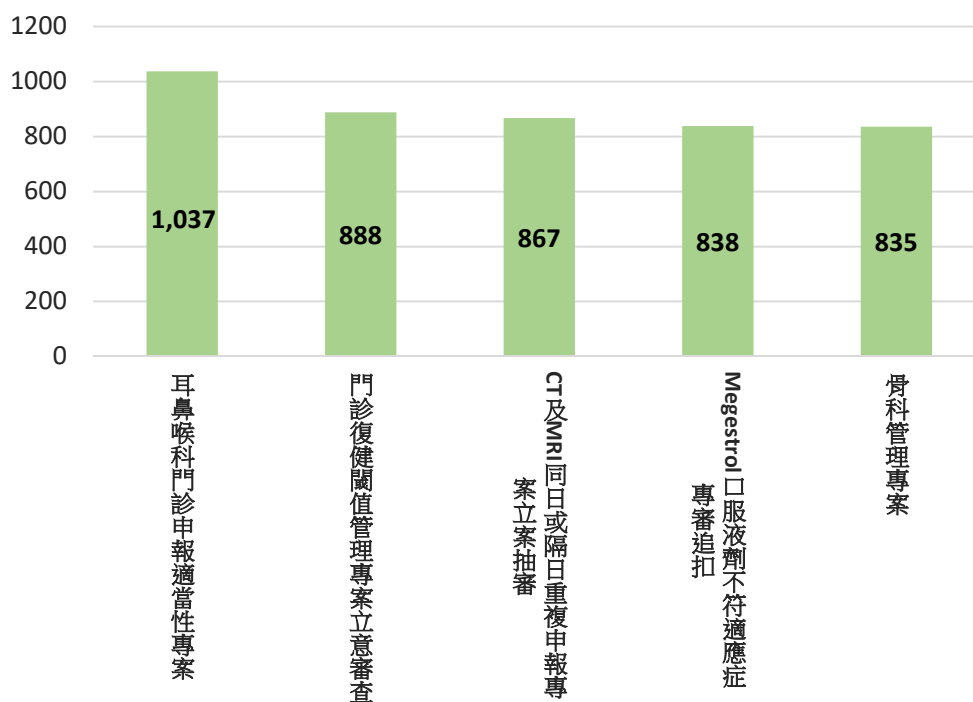
★圖 7：111-112 年度醫療費用
爭議案件審議量-按診療
項目醫令別(N=292,617)



(二) 專案審查爭議案件常見類型

111-112 年度受理健保署執行專案審查爭議案件共 27,571 案，排序前 5 名分別為「耳鼻喉科門診申報適當性專案」1,037 案、「門診復健閾值管理專案立意審查」888 案、「CT 及 MRI 同日或隔日重複申報專案立案抽審」867 案、「Megestrol 口服液劑不符適應症專審追扣」838 案、「骨科管理專案」835 案 (如圖 8)。

依保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣方式得採論人歸戶抽樣或論件抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，為「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條第 1 項、第 2 項、第 3 項及附表二所明定。是以健保署依特定條件抽審案件屬「立意抽樣」，則核刪結果不回推。

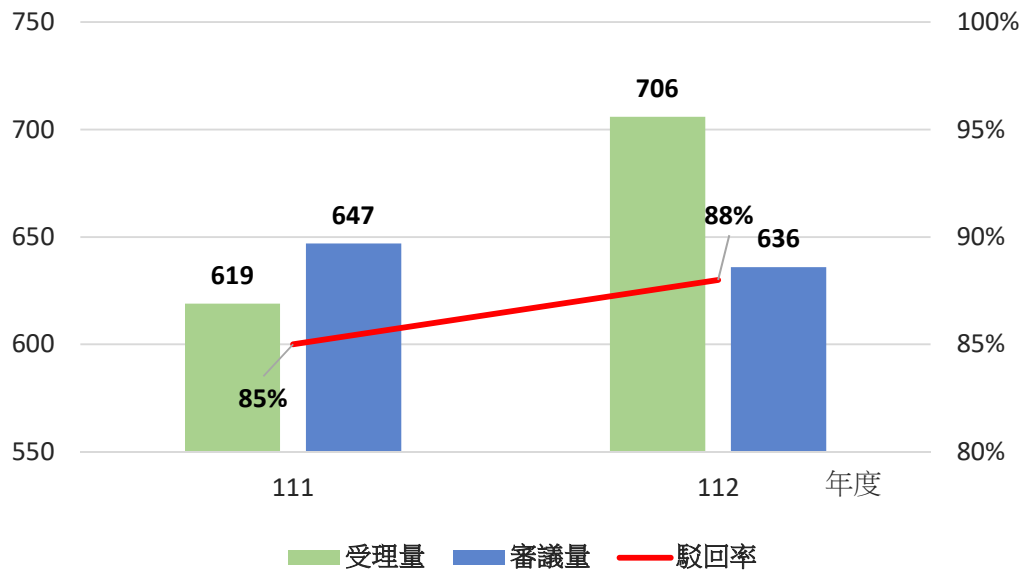


★圖 8：111-112 年度醫療費用爭議案件-按常見專案審查排序前 5 名

貳、權益爭議案件

一、權益爭議案件受理及審議統計

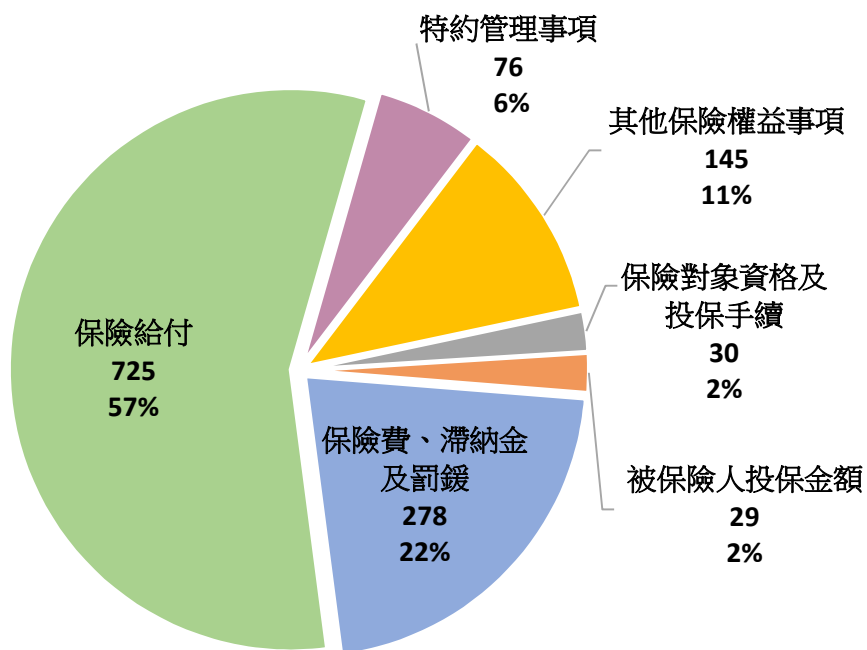
權益爭議案件 111 年度計受理 619 案、審議(不含撤回及移文案件)647 案、駁回率為 85%，112 年度計受理 706 案、審議 636 案、駁回率為 88%，兩年整體駁回率約為 86%(行政救濟率約 14%)(如圖 9)。



★圖 9：111-112 年度權益爭議案件受理量、審議量與駁回率

二、權益爭議案件審議類型統計

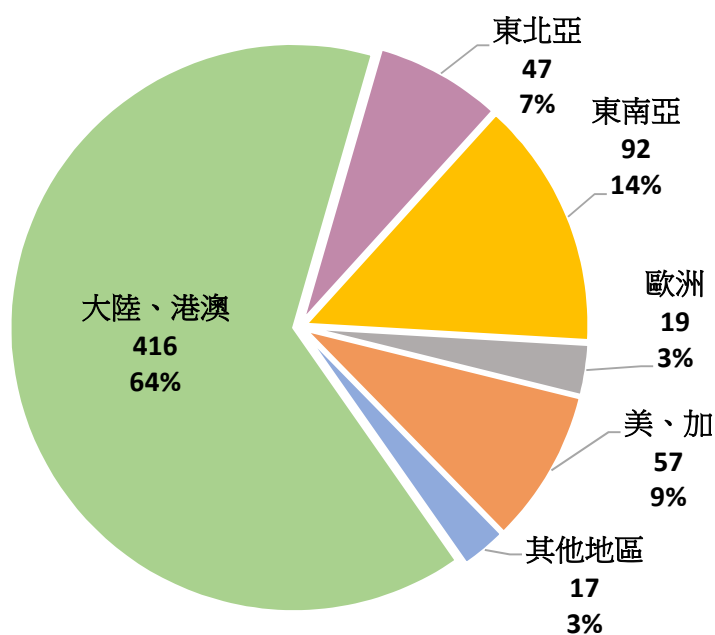
以案件類型分析，最多者為保險給付案件，兩年共計審議 725 案(占 57%)，其次為保險費、滯納金及罰鍰，共計審議 278 案(占 22%)，排名第三者為其他保險權益事項(主要為申請核發重大傷病證明)，共計審議 145 案(占 11%)，其餘特約管理事項、保險對象資格及投保手續與被保險人投保金額，各占 6%、2%及 2%(如圖 10)。



★圖 10：111-112 年度權益案件審議類型統計(N=1, 283)

三、保險給付案件統計

111-112 年度審議保險給付案件 725 案中，以申請核退臺灣地區外自墊醫療費用案件為最大宗，共計審議 648 案(占 89%)。以地區分布而言，大陸地區(含香港、澳門)最多，占 64%，其次為東南亞國家，占 14%(如圖 11)。



★圖 11：111-112 年度臺灣地區外就醫核退自墊醫療費用案件地區分布統計(N=648)

第二篇

醫療費用爭議案件 常見代表性案例



◆ 西醫

◆ 牙醫

◆ 中醫

第二篇 醫療費用爭議案件常見代表性案例

壹、西醫

一、檢查檢驗

案例一

案情摘要

系爭項目為「睡眠多項生理檢查(17008B)」，依卷附資料，檢查時間未達6小時，且檢查報告未完整，核與規定不符。

衛部爭字第1103403515號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節診療項目「睡眠多項生理檢查(17008B)」註2： 「適應症如下： (1)睡眠呼吸障礙、猝睡症、睡眠行為異常、parasomnia 癲癇引起的睡眠中斷、神經肌肉疾病侷限性胸廓異常合併睡眠問題。 (2)不得做慢性肺部疾病例行診斷。 (3)『困難處理失眠症』之鑑別診斷。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)第一部、壹、二、(二)、5.(33)睡眠多項生理檢查之審查原則： 「甲、Total recording time，6小時(MSLT除外)。 乙、睡眠多項生理檢查，應依病情需要慎選個案，並需檢附醫師及技術人員判讀簽名之報告。對檢查頻率及檢查結果為正常過多之醫療院所加強審查。 丙、報告內容應包含 total recording time、total sleep time、sleep efficiency、sleep onset latency、REM latency、sleep stages histogram、apnea-hypopnea index(AHI)(或 respiratory disturbance index, RDI), periodic leg movement (及 index), arousal (及 index)」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「睡眠多項生理檢查(17008B)檢查時間過短專案審查」爭議案，分述如下：</p>

		<p>(一) 健保署審核意見</p> <p>1. 初核：1. 不符合健保 PSG 規範(total recording time 6 小時)之規定。2. 不同意以 EEG(20002C)申報，因適應症不同，且檢查內容也不同。</p> <p>2. 複核：白天施作 PSG 不符睡眠生理與診斷品質，經檢視申復案件均未依 PSG 標準施作，且白天令病人刻意入睡會造成病人睡眠障礙，有違醫學倫理，故不予補付，改核亦不予許可。</p> <p>(二) 依卷附資料，○○○等 90 案，均系爭「睡眠多項生理檢查 (17008B)」項目，以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「REM sleep behavior disorder」，申請理由雖略稱：「檢查時間過短為考量病人實際配合度取捨結果，睡眠腦波所規範之內容仍完整進行，應考量實際檢查完程度給予部分給付，故建議審查委員可考慮至少以 EEG 項目申報給付，而非完全不予給付。」，惟查 108 年 7 月 10 日「腦波檢查報告」記載：「throughout the 120 minutes recording」，顯示檢查時間未達 6 小時，且該報告未完整包含前揭審查注意事項規定之內容，亦與 EEG 之適應症及檢查內容不同，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據；其餘個案，亦類此情形，經核亦無不妥。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請「睡眠多項生理檢查 (17008B)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

案例二

案情摘要

系爭項目為「視網膜裂孔位置測定(23809C)」，依卷附資料，施行並申報左、右眼系爭項目各1次，核與規定不符。

衛部爭字第1113401559號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節通則三 「對稱器官之檢查，各項目所定點數，除有特殊規定者外，係指兩側</p>

	<p>器官之檢查。」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「門診同病人同日申報相同檢驗檢查專案審查」爭議案，系爭項目為「視網膜裂孔位置測定(23809C)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人醫院於系爭就醫日 109 年 11 月 11 日申報系爭「視網膜裂孔位置測定(23809C)」項目 2 次，健保署初、複核意見略為「1. 審查注意事項(九)5(4)：23809C 網膜裂孔定位限於手術前實行，若有破洞或視網膜剝離但沒有手術，只可申報間接眼底檢查和裂隙燈眼接觸鏡檢查，二項擇一。2. 病歷眼底定位過於潦草，沒有確切角度及方向」、「同意改支 23702 x 1 次，檢查當然是雙眼都要 check，不然 slit、IOP 等雙眼豈非都要申報 2 次」，23809C 改支 23702C 1 次，其餘 1 次不予給付，申請理由雖略稱：「本人認為此處置應跟雷射一樣，打右眼與左眼應當作不同眼計價(為醫師本身執行)，跟 SL、IOP 完全不同(為技術員執行)」，依病歷紀錄，病人診斷為「雙側視網膜裂孔」等，依所附「眼科檢查單」、「眼科綜合檢驗檢查報告單」及系爭就醫日 109 年 11 月 11 日病情記載：「OD 400 wate x 0.02 Sec x 200um...OS 400 wate x 0.02 Sec x 200」、「身體檢查發現：Cornea: clear, no SPK. EOM:free and full. Lens: clear. Fundus: cupping 0.5x0.5, macula: ok, new breaks at 10-11 o/c, OD; new breaks at 1-2 o/c, OS」，顯示左、右眼睛施行並申報系爭「視網膜裂孔位置測定(23809C)」項目共 2 次，即與前揭規定不符，且卷無裂孔定位(經緯度)之紀錄，健保署原給付「間接式眼底鏡檢查(23702C)」項目及數量，已足敷診療所需，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」，卷無確診為Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，亦無嗜酸性白血球數或IgE大於其標準值或過敏原定性檢驗異常之檢驗報告佐證，核與規定不符。

衛部爭字第1123403721號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。

卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、相關規定</p> <p>(一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第二部第二章第一節第二十三項診療項目「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」註： 「限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或2歲以下有異位性皮膚炎。」。</p> <p>(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)第一部、壹、一、一般原則(三十四)過敏原測試MAST allergy test 審查原則： 「2.除年齡、嗜酸性白血球數考量外或IgE(12031C)大於其標準值或過敏原檢驗(定性)(30021C)異常時，方得執行特異過敏原免疫檢驗(30022C)，以兩年內未實施者為原則。」。</p> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「特異過敏原免疫檢驗(30022C)3(含)次以上合理性專案審查」爭議案，系爭項目皆為「特異過敏原免疫檢驗(30022C)」，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，健保署初、複核意見略為「0503A、0509A, No available IgE levels before allergic panel. Allergic panel can not repeatedly performed」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0510A」，依病歷紀錄，病人民國54年生，診斷為「Other atopic dermatitis」，申請理由雖略稱：「病人於食用蛋及麵條後有嚴重過敏反應」，惟該系爭就醫日110年8月9日病歷無確診為Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，亦無嗜酸性白血球數或IgE大於其標準值或過敏原定性檢驗異常之檢驗報告佐證，同意健保署意見，施行系爭檢驗項目，不符前揭支付標準、審查注意事項之規定。</p> <p>(二)○○○案，健保署初、複核意見略為「0509A, Allergic panel has been performed in 2021」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0510A」，依病歷紀錄，病人民國66年生，診斷為「Atopic dermatitis, unspecified」等，申請理由雖略稱：「病人患有嚴重皮膚搔癢症」，惟依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於110年4月19日、10月18日(系爭)申報執行系爭項目各1次，有同(110)年申報系爭項目共2次之情形，且該系爭就醫日110年10月18日病歷無確診為Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，亦無嗜酸性白血球數或IgE大於其標準值或過敏原定性檢驗異常之檢驗報告佐證，同意健保署意見，施行系爭檢驗項目，不符前揭支付標準、審查注意事項之規定。</p> <p>(三)○○○案，健保署初、複核意見略為「0509A, normal IgE levels and</p>

	<p>it has been performed in 2020」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0510A」，依病歷紀錄，病人民國 54 年生，診斷為「Other atopic dermatitis」等，申請理由雖略稱：「病人於 COVID-19 確診後，發生不明原因之嚴重皮膚搔癢症」，惟依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於 109 年 11 月 30 日、110 年 12 月 27 日（系爭）申報執行系爭項目各 1 次，有兩年內申報系爭項目共 2 次之情形，且該系爭就醫日 110 年 12 月 27 日病歷無確診為 Asthma、過敏性鼻炎之相關記載，復依檢驗日 109 年 11 月 30 日 Eosinophil count、IgE 檢驗值分別為 200/μL（參考值 15-300）、57.0 IU/mL（參考值 20-100），尚在正常範圍，同意健保署意見，施行系爭檢驗項目，不符前揭支付標準、審查注意事項之規定。</p> <p>（四）其餘個案，依病情記載，同意健保署意見，不足以支持系爭檢驗項目之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例四

案情摘要

系爭項目為「細菌最低抑制濃度快速試驗(13023C)」，卷無經13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或13020C-13022B(抗生素敏感試驗MIC法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查之資料可稽，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401548 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 (一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節檢查(節錄)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗 Bacterial minimal inhibition concentration rapid detection	v	v	v	v	300

(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二)、5.(41)
 「13023C(細菌最低抑制濃度快速試驗)需經 13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或 13020C-13022B(抗生素敏感試驗 MIC 法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查後施行，送審時需檢附分離出多重或全抗藥性菌株之相關檢驗報告。」

二、查卷附資料，本件係健保署執行「同日重複檢查專案審查」爭議案，系爭項目為「細菌最低抑制濃度快速試驗(13023C)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，系爭就醫日 110 年 12 月 15 日申報系爭項目 2 次，健保署初、複核意見略為「非以執行藥敏數量或菌種數量為申報依據」、「重覆申報」，不予給付 1 次，依病歷紀錄，病人診斷為「Chronic kidney disease, stage 5 第五期慢性腎臟疾病」等，申請理由雖略稱：「病人有第五期慢性腎臟疾病，檢驗 urine routine 發現細菌量 3+，為泌尿道感染，細菌培養結果為 E.coli 及 P.aeruginosa 合併感染，…為 2 種不同菌株…非重複申報」，惟卷無經 13009C-13011C(細菌藥物敏感性試驗)或 13020C-13022B(抗生素敏感試驗 MIC 法)分離出多重或全抗藥性菌種檢查之資料可稽，申請系爭項目與前揭規定不符，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例五

案情摘要

系爭項目為「喉頻閃光源內視鏡檢查(28005B)」，依卷附資料，未經基本診療程序，不足以支持逕予施行系爭項目之必要性。

衛部爭字第 1113400967 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。

卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、查卷附資料，本件係健保署執行「109年耳鼻喉科門診申報適當性專案審查」爭議案，渠等2案，系爭項目皆為「喉頻閃光源內視鏡檢查(28005B)」，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0509A」，依系爭就醫日109年8月14日病歷紀錄，病人診斷為「Other diseases of vocal cords」等，申請理由雖略稱：「病人聲音沙啞，需檢查聲帶是否有病灶」，惟依病情記載，未經基本診療程序，不足以支持逕行系爭檢查項目之必要性。</p> <p>(二)○○○案，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0181A」、「0509A」，依系爭就醫日109年10月13日病歷紀錄，病人診斷為「Other diseases of vocal cords」等，申請理由雖略稱：「病人聲音沙啞，需檢查聲帶是否有病灶」，惟依病情記載，未經基本診療程序，不足以支持逕行系爭檢查項目之必要性。</p> <p>二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

二、復健治療

案例一

案情摘要

系爭項目為「中度-複雜(44014B)」及「複雜Complicated(44008B)」，依「語言治療紀錄卡」記載之語言治療項目，核與規定不符。

衛部爭字第1113401613號

審定																											
主文	申請審議駁回。																										
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																										
理由	依據全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。																										
卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】																										
審定理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節語言治療(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="422 1097 1385 1678"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44014B</td> <td>中度-複雜： 2. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>480</td> </tr> <tr> <td>44008B</td> <td>複雜 Complicated： 3. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、查卷附資料，本件係健保署執行「10901-10912 申報復健語言治療項目數量不足專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○1人2案，系爭項目皆為「中度-複雜(44014B)」，健保署初、複核意見略為「未依(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節第四項)語言治療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44014B改支44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「Vocal cord paralysis、Thyroid tumor」等，申請理由雖略稱：「醫師完整評估病人吞嚥及語</p>						編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	44014B	中度-複雜： 2. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	480	44008B	複雜 Complicated： 3. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	600
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																					
44014B	中度-複雜： 2. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	480																					
44008B	複雜 Complicated： 3. 需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。		v	v	v	600																					

	<p>言功能狀態，並於病歷中完整記錄」，惟依病歷及系爭執行日 109 年 4 月 21 日、5 月 1 日、5 月 5 日、5 月 15 日「語言治療紀錄卡」記載：「1. 語言治療：… (1)口腔動作訓練(ST9) (2)發音部位法(ST10) (3)其他經保險人許可者(ST15)」，顯示施行之治療項目為 ST9、ST10、ST15，申報系爭「中度-複雜(44014B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足數復健治療所需。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目為「複雜 Complicated(44008B)」，健保署初、複核意見略為「未依(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節第四項)語言治療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44008B 改支 44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「Parkinsonism, secondary」等，申請理由雖略稱：「醫師完整評估病人吞嚥及語言功能狀態，並於病歷中完整記錄」，惟依病歷及系爭執行日 109 年 1 月 7 日「語言治療紀錄卡」記載：「2. 語言治療：…(1)觸覺肌動法(ST8) (2)口腔動作訓練(ST9) (3)發音部位法(ST10) (4)其他經保險人許可者(ST15)」，顯示施行之治療項目為 ST8、ST9、ST10、ST15，申報系爭「複雜 Complicated(44008B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足數復健治療所需。</p> <p>(三) ○○○案，系爭項目為「中度-複雜(44014B)」，健保署初、複核意見略為「未依(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節第四項)語言治療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44014B 改支 44005B，依病歷紀錄，病人診斷為「Oropharyngeal cancer」等，申請理由雖略稱：「醫師完整評估病人吞嚥及語言功能狀態，並於病歷中完整記錄」，惟依病歷及系爭執行日 109 年 3 月 13 日「語言治療紀錄卡」記載：「2. 語言治療：…(1)觸覺肌動法(ST8) (2)口腔動作訓練(ST9) (3)其他經保險人許可者(ST15)」，顯示施行之治療項目為 ST8、ST9、ST15，申報系爭「中度-複雜(44014B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足數復健治療所需。</p> <p>(四) 其餘 216 案，系爭項目或為「中度-複雜(44014B)」；或為「複雜 Complicated(44008B)」，健保署初、複核意見均為「未依(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節第四項)語言治</p>
--	--

		<p>療規定申報，申報復健語言治療項目數量不足(改支逕扣)」、「0712A，復健治療未照規定之原則辦理」，44014B、44008B 均改支 44005B，依病歷及「語言治療紀錄卡」記載之治療項目，申報系爭「中度-複雜(44014B)」或「複雜 Complicated(44008B)」，與前揭「需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14」規定不符，同意健保署意見，健保署原給付「中度 Moderate(44005B)」項目及數量，已足敷復健治療所需。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「中度-複雜(44014B)」，依卷附資料，僅施行2項中度治療項目(被動性關節運動、牽拉運動)，未達3項以上，核與規定不符。

衛部爭字第1123401311號

審定							
主文	申請審議駁回。						
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。						
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。					
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】					
審定理由	一、相關規定						
	行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節第二項物理治療(節錄)						
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	42011B	中度治療 一複雜(指實施中度治療項目三項以上，且合計時間超過五十分鐘。) 註：1. 中度治療之治療內容代碼 PTM 1. 肌肉電刺激 Muscle		v	v	v	480

			stimulation PTM 2. 上肢水療 Hydrotherapy, U/E PTM 3. 下肢水療 Hydrotherapy, L/E PTM 4. 全身水療 Hydrotherapy, General PTM 5. 被動性關節運動 Passive R. O. M. PTM 6. 牽拉運動 Stretching Exs. PTM 7. 運動治療 Therapeutic Exs. PTM 8. 傾斜台訓練 Tilting table training PTM 9. 肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10. 耐力訓練 Endurance training PTM 11. 按摩 Massage PTM 12. 鬆動術 Mobilization PTM 13. 姿態訓練 Posture training (含步態訓練 及姿勢訓練) PTM 14. 其他經保險人核可者				
--	--	--	--	--	--	--	--

二、查卷附資料，本件係健保署執行「門診復健閾值管理專案立意審查」爭議案，○○○1人2案，系爭項目為「中度治療-複雜(42011B)」健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0792A」，改支「中度治療-中度(42008B)」，依病歷紀錄，病人診斷為「右側肩部粘連性囊炎」等，申請理由雖略稱：「49歲女性，因右肩疼痛3個餘月前來就診，…診斷為粘連性關節囊炎併旋轉肌袖破裂，理學檢查發現各活動角度都有不定程度受限，故開立中度複雜治療…」，惟系爭就醫日111年9月1日、9月26日病情記載：「P：物理_治療中度-複雜：治療性冷/熱敷、牽引、向量干擾、微波、被動性關節運動、牽拉運動」，顯示僅施行2項中度治療項目(被動性關節運動、牽拉運動)，未達三項以上，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

三、血液透析

案例一

案情摘要

系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，依卷附資料，血液透析病人，實際脫水量<2.0kg，核與規定不符。

衛部爭字第1113401432號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二)2.(7)： 「血液透析病患洗後 CCr>10 ml/min 且每次 UF<2.0 公斤應先減少透析次數為每週兩次，以觀察病患之 CCr 及腎功能變化，再決定日後之增減。」。</p> <p>二、 查卷附資料，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，健保署初、複核意見為「Cr:2-3,UF:0-1Kg,No dialysis indication、consider to taper HD to BIW」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，依所附檢驗報告，110年9月15日至10月6日期間Cr.檢驗值介於2.69 mg/dL至3.73mg/dL之間，且依110年10月1日、4日、6月8日「血液透析紀錄單」顯示，實際脫水量分別為0.4kg、1.2kg、0.9kg，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (二)○○○案，系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，健保署初、複核意見為「Cr:2-3,UF:<2.0 Kg,No HD indication、consider to taper HD to QW」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，110年10月4日Cr.檢驗值為2.34 mg/dL，且依110年10月4日、8日、11日、15日、18日、22日「血液透析紀錄單」顯示，實際脫水量分別為1.7kg、1.6kg、1.3kg、1.0kg、1.2kg、1.3kg，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析治療之數量，已足敷治療所需。</p>

	<p>(三)○○○案，系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，健保署初、複核意見為「Cr:2.0, UF:<2.0 Kg, No HD indication、consider to taper HD to BIW」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，依所附檢驗報告，110年10月23日Cr.檢驗值2.72 mg/dL，且依110年10月23日、26日、28日、30日「血液透析紀錄單」顯示，病人無法下床量體重，未估實際脫水量，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析治療之數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四)○○○案，系爭項目為「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」，健保署初、複核意見為「Cr:<6 and very low UF in each HD: reduce frequency、血液透析病人洗後CCr>10ml/min，且大於40kg而每次UF<2.0公斤，應先減少透析次數為每週兩次」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人診斷為「END STAGE RENAL DISEASE」，依所附檢驗報告，110年10月6日Cr.檢驗值5.54 mg/dL，且依110年10月1日至29日「血液透析紀錄單」顯示，實際脫水量介於-0.2~1.3kg之間，同意健保署意見，健保署原給付系爭血液透析治療之數量，已足敷治療所需。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「血液透析(一次)-門診-一般透析(58029C)」，依卷附資料，為同時施行腹膜透析及血液透析，病人腹膜透析量總和Kt/V值為1.83、WCC標準化總和廓清率為70.83，核與規定不符。

衛部爭字第1113403147號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(二)、

		<p>5. (2)腹膜透析及血液透析同時併作原則： 「乙、原接受腹膜透析之患者，因腹膜功能缺損，致使增加腹膜透析量或增長透析液留置時間，總和 Kt/V 仍 < 1.7 或肌肝酸清除每週無法達到 50 公升/1.73 平方公尺以上體表面積，得併用血液透析者，當月可酌予增加最多 2 次血液透析，但此類患者應改作血液透析為優先考量。」</p> <p>二、查卷附資料，系爭項目為「血液透析（一次）-門診-一般透析〈58029C〉」，健保署初、複核意見為「不符 PD+HD 規定」、「WCCR、Kt/V 足夠，無需 HD」，依病歷紀錄，病人診斷為「末期腎疾病」等，為長期腹膜透析(CAPD)患者，申請理由雖略稱：「病人 111/2/4 出院後回診，發現仍有雙下肢水腫及呼吸喘症狀，經評估需合併血液透析治療一次」，惟姑不論病歷無申請理由所稱相關病情記載，且依卷附「腹膜評估試驗」資料顯示，110 年 10 月 27 日總和 Kt/V 值為 1.83、WCC 標準化總和廓清率為 70.83，於系爭透析日 111 年 2 月 9 日併用系爭血液透析項目，不符前揭規定，同意健保署意見，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

案例三

案情摘要

系爭項目為「一般門診診察費(00109C)」及「醣化血紅素(09006C)」，依卷附資料，系爭就醫日與血液透析日為同一日，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇。

衛部爭字第1123400714號

審定						
主文	申請審議駁回。					
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。					
理由	依據	全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。				
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】				
審定理由	一、相關規定及函釋					
	(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節檢查(節錄)					
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區醫學中心	支付點數

09006C	醣化血紅素 HbA1c (Hemoglobin A1c)	v	v	v	v	200
第六節治療處置(節錄)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	血液透析(一次) Hemodialysis -門診					
58027C	1. 急重症透析	v	v	v	v	4100
58029C	2. 一般透析	v	v	v	v	3912
	註： 1. 以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內。					
<p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、二、(五)其他注意事項： 「1…其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內…。」</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署中央健康保險局(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部中央健康保險署)97 年 8 月 25 日健保醫字第 0970002488 號函要旨： 「血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內。」。</p> <p>(四) 改制前行政院衛生署中央健康保險局 99 年 6 月 7 日健保醫字第 0990072848 號函要旨： 「血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內……。」。</p> <p>(五) 改制前行政院衛生署中央健康保險局 101 年 9 月 7 日健保中字第 1014083114A 號函，有關醫療費用申報規定彙編之血液透析醫療費用申報說明一中段：「同一醫師同次醫療服務中，提供保險對象血液透析及開立慢性病用藥之醫療服務者，血液透析與慢性病用藥之醫療服務費用應拆 2 筆申報，茲血液透析屬定額支付項目，故均不得申報門診診察費」。</p> <p>二、查卷附資料，渠等 5 案，系爭項目為「一般門診診察費(00109C、</p>						

	<p>00110C)」、「醣化血紅素(09006C)」，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」等，茲就系爭項目，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 關於系爭「一般門診診察費(00110C)」項目部分，健保署初、複核意見為「0005A，已內含，穩定慢性病，屬血液透析醫師診察後可處方之情形」、「洗腎病人並無緊急病況之發生需醫師緊急介入處置之情況，診察費不應再次申報」，依系爭就醫日111年8月4日病歷紀錄及「透析記錄表」顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，同一診治醫師，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，依前揭規定及函釋意旨，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費之必要性。 2. 關於系爭「醣化血紅素(09006C)」項目部分，健保署初、複核意見為「全民健康保險爭議審議統計與案例彙編十案例四，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤HbA1c變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中」、「A1c屬於洗腎包裹給付，不應再申報」，申請理由雖略稱：「糖尿病治療和洗腎治療是兩種疾病，分屬不同的治療，且各有其支付標準有所依循」，惟依「透析記錄表」顯示，病人為長期血液透析患者，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤HbA1c變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，依前揭規定及函釋意旨，系爭檢驗費應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。 <p>(二) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus with diabetic nephropathy」等，茲就系爭項目，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 關於系爭「一般門診診察費(00110C)」項目部分，健保署初、複核意見為「0005A，已內含，穩定慢性病，屬血液透析醫師診察後可處方之情形」、「洗腎病人並無緊急病況之發生需醫師緊急介入處置之情況，診察費不應再次申報」，依系爭就醫日111年8月5日病歷紀錄及「透析記錄表」顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，同一診治醫師，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，依前揭規定及函釋意旨，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費之必要性。 2. 關於系爭「醣化血紅素(09006C)」項目部分，健保署初、複核意見為「全民健康保險爭議審議統計與案例彙編十案例四，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤HbA1c變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中」、「A1c屬於洗腎包裹給付，不應再申報」，申請理由雖略稱：「糖尿病治療和洗腎治療是兩種疾病，分屬不同的治療，且各
--	---

有其支付標準有所依循」，惟依「透析記錄表」顯示，病人為長期血液透析患者，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，依前揭規定及函釋意旨，系爭檢驗費應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。

(三) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Type 2 diabetes mellitus without complications」，茲就系爭項目，分述如下：

1. 關於系爭「一般門診診察費(00110C)」項目部分，健保署初、複核意見為「0005A，已內含，穩定慢性病，屬血液透析醫師診察後可處方之情形」、「洗腎病人並無緊急病況之發生需醫師緊急介入處置之情況，診察費不應再次申報」，依系爭就醫日 111 年 8 月 11 日病歷紀錄及「透析記錄表」顯示，系爭就醫日與血液透析日為同一日，同一診治醫師，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，依前揭規定及函釋意旨，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費之必要性。
2. 關於系爭「醣化血紅素(09006C)」項目部分，健保署初、複核意見為「全民健康保險爭議審議統計與案例彙編十案例四，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，應內含於血液透析包裹式給付費用中」、「A1c 屬於洗腎包裹給付，不應再申報，依所提供資料，病人 A1c 在 6.4-7.0 之間，控制尚可」，申請理由雖略稱：「糖尿病治療和洗腎治療是兩種疾病，分屬不同的治療，且各有其支付標準有所依循」，惟依「透析記錄表」顯示，病人為長期血液透析患者，血糖控制係影響長期透析病人預後之重要因子，且與殘餘腎功能保存相關，定期追蹤 HbA1c 變化情形，屬尿毒症相關治療之一環，依前揭規定及函釋意旨，系爭檢驗費應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。

(四) 其餘個案，依病歷紀錄，系爭就醫日與血液透析日為同一日，依系爭就醫日病情記載，病情非突發、非不可預期之變化，屬血液透析醫師診察後可處理之範疇，不足以支持另行申報系爭一般門診診察費項目之必要性；或系爭檢驗項目之費用應內含於血液透析包裹式給付費用中，不足以支持另行申報系爭檢驗項目之必要性。

三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

四、至申請理由雖略稱：「依據 107 年 11 月 14 日『全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議』107 年第 4 次會議記錄關於洗腎病患看一般門診」云云，惟健保署業已重申全民健康保險醫療費用審查之審查依據為該署公告週知且具一致性之法令規定，於 105 年 10 月 20

	日以健保審字第 1050036445 號函知全國各醫學會及公會轉知所屬會員遵循，所稱「研商議事會議紀錄」，非屬保險人依法定程序訂定發布之法規命令，尚難執為本案之論據，併予敘明。
--	--

四、手術及處置項目

案例一

案情摘要

系爭項目為「軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)」，依所附照片及病歷記載，核與規定不符。

衛部爭字第1113404196號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、三、(三十一)：「軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)之明確規範為，其軟組織良性腫瘤應大於十五公分或深及肌膜層。」</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「軟組織良性腫瘤切除術，大或深(64208C)」，健保署初、複核意見略為「0108A、依相片及病理 report，以 62003C 申報」，改支「顏面皮膚及皮下腫瘤切除術一直徑超過 2 公分(62003C)」，依病歷紀錄，病人診斷為「頭、臉及頸部結締組織及其他軟組織之良性腫瘤」，申請理由雖略稱：「病人因右側顳部大及深的軟組織腫瘤，於 9 月 17 日來診所接受切除手術…腫瘤的深度已在肌膜層之下…」，惟依所附照片及「病理組織檢查報告」記載：「GROSS EXAMINATION: THE SPECIMEN SUBMITTED CONSISTS OF THREE SOFT TISSUE MEASURING 5.0 X 4.5 X 1.5 CM. IT IS WELL CIRCUMSCRIBED AN LOBULATED MASS. MICROSCOPIC EXAMINATION: THE SECTIONS SHOW PROLIFERATIVE ADIPOSE TISSUE IN A MASS FASHION MAINLY COMPOSED OF MATURE ADIPOSE TISSUE IN SOFT TISSUE. THE FINDINGS SUGGEST A DIAGNOSIS OF LIPOMATOUS TUMOR.」，同意健保署意見，健保署原給付「顏面皮膚及皮下腫瘤切除術一直徑超過 2 公分(62003C)」項目及數量，已足敷治療所需，自無</p>

法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例二

案情摘要

系爭項目為「眼瞼內翻矯正手術(87009C)」及「眦成形術(87013C)」，支付成數皆為1.53，依手術記錄顯示，係屬同類手術，健保署依規定按其所定點數之一半計算，核屬有據。

衛部爭字第1123402196號

審定											
主文	申請審議駁回。										
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。										
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。									
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】									
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第二部第二章第七節手術</p> <p>(一) 通則六</p> <p>「同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：(一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術(支付點數較高者)按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算…。</p> <p>(三)…本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之(如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推)。」</p> <p>(二) 第十七項十一、眼瞼(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="438 1694 1278 2038"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87009C</td> <td>眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註：限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內</td> <td>4113</td> </tr> <tr> <td>87013C</td> <td>眦成形術 Canthoplasty</td> <td>3083</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、 查卷附資料，渠等個案，系爭項目皆為「眦成形術(87013C)」，分述</p>		編號	診療項目	支付點數	87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註：限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內	4113	87013C	眦成形術 Canthoplasty	3083
	編號	診療項目	支付點數								
87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion 註：限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內	4113									
87013C	眦成形術 Canthoplasty	3083									

		<p>如下：</p> <p>(一) ○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於111年11月2日申報執行「眼瞼內翻矯正手術(87009C)」及系爭「眥成形術(87013C)」手術項目，支付成數皆為1.53，健保署初、複核意見略為「0425A,重複申報」，系爭項目支付成數改支0.765(計2358點)，依病歷紀錄，病人診斷為「老年性眼瞼內翻」，依系爭手術日111年11月2日手術記錄顯示，同時施行眼瞼內翻矯正手術及系爭手術，該2項手術皆為行為時支付標準第二部第二章第七節第十七項十一、眼瞼手術項目，係屬同類手術，健保署依前揭規定，系爭手術項目，按其所定點數之一半計算，核屬有據。</p> <p>(二) ○○○案，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，申請人於111年11月30日申報執行「眼瞼內翻矯正手術(87009C)」及系爭「眥成形術(87013C)」手術項目，支付成數皆為1.53，健保署初、複核意見略為「0425A,重複申報」，系爭項目支付成數改支0.765(計2358點)，依病歷紀錄，病人診斷為「老年性眼瞼內翻」，依系爭手術日111年11月30日手術記錄顯示，同時施行眼瞼內翻矯正手術及系爭手術，該2項手術皆為行為時支付標準第二部第二章第七節第十七項十一、眼瞼手術項目，係屬同類手術，健保署依前揭規定，系爭手術項目，按其所定點數之一半計算，核屬有據。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)(97607B)」，病歷內容簡略，核與規定不符。

衛部爭字第1123400928號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 (一) 醫療法

1. 第 67 條第 1 項

「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」。

2. 第 68 條第 1、2 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。

前項病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗燬。」。

(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(二)1.：「病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。」

二、查卷附資料，渠等5案，系爭項目皆為「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)(97607B)」，健保署初、複核意見均為「已要求手術繪圖補件，但陳述術前檢查圖即為手術繪圖，手術記錄亦相當簡略，例如無切開位置之標示方位」，分述如下：

(一) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示之老年期白內障」，申復及申請理由雖分別略稱：「不知道需要繪圖下刀位置，所以疏失，目前已改正…」、「…已(誤植為以)補正手術下刀位置」，惟病歷增刪修正未於送審前完成，且未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，復依原送審資料，系爭手術日111年9月1日「白內障手術記錄」內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

(二) ○○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「老年性白內障」等，申請理由雖略稱：「1. 眼周本已呈現IOL Master檢查單上2. 再補附手術單」，惟經比對申請人所附之2份系爭手術日111年9月7日「白內障手術記錄」，其中一份有以人工手繪手術位置，另一份標示為「補件」之紀錄，則無手術位置，顯示原送審病歷資料經增刪修改，且增刪修改處未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，並應於送審前完成，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

(三) ○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示之老年期白內障」，申復及申請理由雖分別略稱：「不知道需要繪圖下刀位置，所以疏失，目前已改正…」、「…已補正手術下刀位置」，惟病歷增刪修正未於送審前完成，且未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，復依原送審資料，系爭手術日111年9月8日「白內障手術記錄」內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

(四) 其餘個案，病歷增刪修正未於送審前完成，且未依前揭醫療法規定簽名或蓋章及註明年、月、日，復依原送審資料，系爭手術日「白內障手術記錄」內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭手術項目之必要性。

三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

	四、另建請申請人於送審前妥為檢視申報資料之正確性及完整性，以維自身權益，併予敘明。
--	---

案例四

案情摘要

系爭項目為「皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)(48014C)」處置項目，依病情記載及所附照片，核與規定不符。

衛部爭字第1113403717號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、三、(二)3. 燒傷門診病患之處置、換藥燒燙傷部分： 「(1)申報時需註明部位(範圍)、時間、原因、嚴重度。(3)大範圍燒燙傷：應為傷口大於25平方公分或嬰兒大於0.5%TBSA(Total body surface area)，已達第二度燒燙傷範圍，及附上清晰之照片，才可以48014C申報。」。</p> <p>二、查卷附資料，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，系爭項目為「皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)(48014C)」、「皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)一體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)〈48018C〉」、「手術、創傷處置及換藥—中換藥(十至二十公分)〈48012C〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0415A」，48012C部分不予給付、其餘項目不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，病人罹患「薦骨壓迫性潰瘍，第四期」等，依系爭就醫日111年3月3日病情記載及所附照片，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。 (二)○○○○案，系爭項目為「手術、創傷處置及換藥—小換藥(小於十公分)〈48011C〉」、「手術、創傷處置及換藥—中換藥(十至二十公分)</p>

	<p>〈48012C〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0415A」，48011C部分不予給付、48012C不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，病人罹患「右側肱骨上端閉鎖性骨折之初期照護」等，依系爭就醫日111年3月3日病情記載：「多處bed sore，Albumin很低(2.1)，全身水腫」及所附照片，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(三) ○○○○案，系爭項目為「手術、創傷處置及換藥—小換藥(小於十公分)〈48011C〉」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0415A」，部分不予給付，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，病人罹患「右側腕部開放性傷口之初期照護」等，依系爭就醫日111年3月4日病情記載：「屁股傷口有膿疱，有較改善，協助換藥」及所附照片，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四) 其餘個案，依病情記載，同意健保署意見，不足以支持系爭處置項目之必要性，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例五

案情摘要

系爭項目為「黃斑部雷射術—複診(60002C)」、「全網膜雷射術—初診(60003C)」及「周邊(局部)網膜雷射術—初診(60005C)」，病歷內容簡略，核與規定不符。

衛部爭字第1123404181號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第二部、貳、九、西醫基層醫療費用審查注意事項-眼科</p> <p>「(九)雷射治療7.申報【…黃斑部雷射術—複診(60002C)、全網膜雷射術—初診(60003C)…週邊(局部)網膜雷射術—初診</p>

(60005C)…】需附術前與處置之完整病歷紀錄。」。

「(十七) 眼科抽審到之案件需附病歷首頁及支持該治療前後相關之病歷影本資料(若附影像請以清晰影像檢附)。」。

「(二十一)病歷記載應有病人之主訴、檢查所見之敘述 或 圖示(得照相或文字敘述)、診斷及處置或治療，病歷紀錄不完整者，應不予給付。」。

二、查卷附資料，渠等個案，分述如下：

(一) ○○○案

1. 健保署審核意見

(1) 初核：所附照片無法評估該處置合宜性。

(2) 複核：西醫專業審查不予支付理由代碼 0181A。

2. 申請理由要旨

病人因飛蚊突然增加而至本院散瞳檢查，經發現有視網膜裂孔，照片中已指出裂孔位置，周邊也指出雷射疤痕。

3. 健保署提具意見及補充意見要旨

(1) 112 年 12 月 12 日提具意見

病歷：僅單次，無雷射後的追蹤後續病歷資料，視網膜雷射當天，也無做基本的視力檢查，不符醫療常規。

照片：手術照片未標註日期，無法確認為手術當日照片。

(2) 113 年 1 月 2 日補充意見

A. 本次門診 112 年 5 月 4 日僅附驗光及眼壓貼紙(左上角)，未見書明裸視與矯正紀錄，應屬術前檢查不完全。

B. 診斷 Dx、處置 Rx 紀錄簡略，未見任何患者主訴，檢查所見視網膜紀錄僅以略圖加上一小圓圈，無法確認視網膜小破洞及雷射施行之必要性，依規定應屬病歷紀錄不完整。

4. 系爭項目為「周邊(局部)網膜雷射術-初診(60005C)」，依病歷紀錄，病人診斷為「retinal break c local detachment」等，該系爭就醫日 112 年 5 月 4 日病情記載簡略，所附照片資料模糊且未標示日期，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(二) ○○案，系爭項目為「黃斑部雷射術-複診(60002C)」，健保署初、複核意見為「依病歷紀錄，無法支持該處置」、西醫專業審查不予支付理由代碼「0181A」，依病歷紀錄，病人診斷為「PDR c DME」等，申請理由雖略稱：「病人為糖尿病視網膜病變併黃斑部水腫，照片中有指出水腫位置，眼部電腦斷層亦有指出水腫位置」，惟依系爭就醫日 112 年 5 月 12 日病情記載：「cc for grid(OS)…DME…dots microaneurysms(+)…」，病歷內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(三) ○○○案，系爭項目為「全網膜雷射術-初診(60003C)」，健保署初、

	<p>複核意見為「依病歷紀錄，無法支持該處置」、「0181A, no PRP spots in photo」，依病歷紀錄，病人診斷為「PDR」等，申請理由雖略稱：「病人為糖尿病視網膜病變患者，由照片中可見視網膜新生血管及出血位置，此照片為雷射之前照片，尚無雷射疤痕」，惟依系爭就醫日112年5月12日病情記載：「cc ask for PRP(OS)…PDR…」，病歷內容簡略，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例六

案情摘要

系爭項目為「板機指手術(64081C)」，「手術同意書」及「麻醉同意書」資料記載不全，核與規定不符。

衛部爭字第1113400024號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時醫療法</p> <p>1. 第63條第1項 「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。」</p> <p>2. 第67條第1項：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。」</p> <p>3. 第68條第1、2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。 前項病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗燬。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項</p> <p>1. 總則貳、一、(二)1.：「病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。」</p>

2. 第二部、壹、一般原則

「十五、申報手術項目費用時，應檢附手術同意書及麻醉同意書，其內容依中央主管機關規定，未檢附者，不予支付該項費用。」。

二、查卷附資料，本件係健保署執行「109年骨科管理專案審查」爭議案，系爭項目均為「板機指手術(64081C)」，分述如下：

(一) ○○、○○○、○○○、○○○4案

1. 健保署審核意見

(1) 初核

甲、○○案：0801A，病人未簽名。

乙、○○○案：0801A，手術同意書無病患之簽名。

丙、○○○案：0801A，手術、麻醉同意書沒有病人簽名。

丁、○○○案：0801A，無病患之簽名(手術、麻醉同意書)。

(2) 複核：同原審意見。

2. 依病歷紀錄，病人診斷分別為「板機指」(○案、○案)、「未明示手指挫傷未伴有指甲受損之初期照護」(○案、○案)，依手術紀錄顯示，分別於108年7月10日(○案)、10月3日(○案)、11月1日(○案)、12月27日(○案)施行系爭板機指手術，申請理由雖均略稱：「已經請病人回院補簽名於同意書上，才提出申復…」，惟卷附蓋有健保署章戳之「手術同意書」及「麻醉同意書」，雖有病人補簽名，惟未加註執行年、月、日，則健保署依前揭規定不予給付，核屬有據。

(二) 其餘15案，分述如下

1. 健保署審核意見

(1) 初核：

甲、○○○、○○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○8案：0801A，病人未簽名。

乙、○○○、○○○、○○○3案：0801A，手術與麻醉同意書無病患之簽名。

丙、○○○、○○○2案：0801A，手術、麻醉同意書沒有病人簽名。

丁、○○案：0801A，依審查注意事項一般原則十五、手術、麻醉同意書未經病人簽名。

戊、○○○案：0801A，手術與麻醉同意書無病患之簽名，且不宜與復健同時進行。

(2) 同原審意見。

2. 申請理由要旨

病人未回院補簽名。由於本院對申報注意事項不清楚，故未要求病患一定要簽名，目前已確實做到凡手術或麻醉必請病患簽署手術麻醉同意書。

3. 以○○○案為例，依病歷紀錄，病人診斷為「未明示手指挫傷未伴有

		<p>指甲受損之初期照護」，依手術紀錄顯示，病人於108年4月13日施行系爭板機指手術，惟卷附蓋有健保署章戳之「手術同意書」、「麻醉同意書」立同意書人姓名欄位空白，且為申請人所不否認，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據；其餘個案，亦類此情形，經核亦無不妥。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請「板機指手術(64081C)」費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

五、藥品

案例一

案情摘要

系爭項目為「MEGEST ORAL (AB46991157)」，依卷附資料，病人最近6個月內體重流失未>5%，核與規定不符。

衛部爭字第1113400687號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 5.3.6. Megestrol 口服液劑：(108/6/1) 「1. 限用於已排除其他可治療之體重減輕(如全身性感染、影響吸收的腸胃道疾病、內分泌疾病、腎臟或精神病)之具惡病質的後天免疫缺乏症候群患者及癌症患者。 2. 惡病質之條件包括最近 6 個月以上體重流失>5%，或 BMI <20 且體重流失>2%。」。 5.3.6. Megestrol 口服液劑：(109/3/1) 「1. 限用於已排除其他可治療之體重減輕(如全身性感染、影響吸收的腸胃道疾病、內分泌疾病、腎臟或精神病)之具惡病質的後天免疫缺乏症候群患者及癌症患者。 2. 惡病質之條件包括最近 6 個月以內體重流失>5%，或 BMI<20 且體重流失>2%。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「Megstrol 高劑量醫師/病人專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一) ○○○1 人 2 案，系爭項目為「MEGEST ORAL (AB46991157)」(流水號 63010)、「MEGEST ORAL (AB46991157)」、「一般門診診察費 (00156A)」、「門診藥事服務費 (05201A)」(流水號 34322)，健保署初、複核意見為「no BW record in chart, no treatment response evaluation process」，依系爭就醫日 109 年 8 月 26 日、9 月 16 日病歷紀錄，病人診斷為「下齒齦惡性腫瘤、頰粘膜惡性腫瘤」等，申請理由雖略稱：「BH:175 BW:68 mucositis(+)」，惟

	<p>依 109 年 8 月 26 日病情記載：「身體檢查發現…BH：175(cm) BW：69-68(kg)」，顯示體重下降 1kg，流失 1.47%(1/68 ×100%)，未達前揭規定「最近 6 個月以上體重流失>5%」之標準，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) 其餘個案，或依病歷紀錄，無體重記載，或體重流失未達前揭「最近 6 個月以上體重流失>5%」，或非屬惡病質之癌症患者，使用系爭「MEGEST ORAL (AB46991157)」藥品，不符前揭規定；或依病情記載，不足以支持系爭門診診察費、門診藥事服務費之必要性。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「TAGRISSO Film-coated Tablets 80 mg(BC26968100)」，卷無病人已使用過 EGFR 標靶藥 afatinib 治療失敗及具有 EGFR T790M 基因突變之相關佐證資料，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402667 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 9.80.0simertinib (如 Tagrisso)： 「1. 限單獨使用於： (1) 具有 EGFR Exon 19 Del 基因突變且具腦轉移 (CNS) 之轉移性 (第IV期) 肺腺癌病患之第一線治療。 (2) 先前已使用過 EGFR 標靶藥物 gefitinib、erlotinib、afatinib 或 dacomitinib 治療失敗，且具有 EGFR T790M 基因突變之局部侵犯性或轉移性之非小細胞肺癌之第二線治療。」</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「Tagrisso 申報適當性專案審查」爭議案，渠等○○○1 人 6 案，系爭項目皆為「TAGRISSO Film-</p>

		<p>coated Tablets 80 mg (BC26968100)」，健保署初、複核意見皆為「初次使用 Tagrisso 藥物，不符合藥品給付規定 9.80，此病例為肺腺癌第二線使用 Tagrisso，依當時之規定必須有 EGFR 突變，且又用藥後發生 T790M 突變者，此病例未符合上述條件，Tagrisso 用於 Exon 19 Del 用於第一線，本病例並不符合」，依病歷紀錄，病人診斷為「Lung cancer, right」，申請理由雖略稱：「病人在 Giotrif 治療下，腫瘤持續變大，且 CEA 持續升高(8.43)，表示原有的治療無效，鑒於 Giotrif 使用已有抗藥性，此為臨床不得已的措施，並非第一線使用，因此改用 Tagrisso」，惟依病情及僅附 108 年 3 月 22 日、11 月 11 日病理組織報告，無病人已使用過 EGFR 標靶藥 afatinib 治療失敗及具有 EGFR T790M 基因突變之相關佐證資料，同意健保署意見，處方系爭藥品，與前揭規定不符。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請系爭「TAGRISSO」項目費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「DURATEARS STERILE OPH OINT(B017121417)」、「TEARS NATURALE (B017091435)」，未檢附初次診斷乾眼症之淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)之紀錄佐證，核與規定不符。

衛部爭字第 1123400620 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 14.5. 人工淚液：</p> <p>「1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。</p> <p>2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必須時之使用。」</p> <p>二、查卷附資料，系爭項目為「DURATEARS STERILE OPH OINT</p>

		(B017121417)」、「TEARS NATURALE (B017091435)」，健保署初、複核意見為「0317A，無相關疾病敘述支持該藥物」，依病歷紀錄，病人診斷為「復發性角膜糜爛」，申請理由雖略稱：「病人右眼有固定區域之角膜表皮破損，診斷為復發性角膜糜爛，採取日間 TEARS NATURALE 予以滋潤及睡前 DURATEARS 預防表皮再度撕裂」，惟未檢附初次診斷乾眼症之淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)之紀錄佐證，處方系爭藥品，不符前揭規定，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
--	--	--

案例四

案情摘要

系爭項目為「KELFER CAPSULES 500MG(VC00005100)」，卷無系爭藥品許可證登載適應症之診斷及相關病情記載，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404412 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由 一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定通則七： 「本保險處方用藥，需符合主管機關核准藥品許可證登載之適應症，並應依病情治療所需劑量，處方合理之含量或規格藥品。」 二、查卷附資料，本件係健保署執行「非罕病使用非事前審查罕病藥物不支付費用專案審查」爭議案，系爭項目為「KELFER CAPSULES 500MG (VC00005100)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0308A」、「不符使用規定」，申請理由雖略稱：「病人因嚴重慢性腎衰竭合併骨髓化生不良症候群長期嚴重貧血(Hb:3~5mg/dl)，貧血症狀嚴重頻繁接受輸血治療，因而造成鐵過量沉積…iron chelator 治療，使用 Kelfer Cap…另排鐵藥物 Deferasirox，因病人(eGFR<15)評估病況為藥品禁忌症 eGFR<40 者不宜使用…故採本藥品治療以利病人症狀改善…是延續原本慢性外院用藥，用以治療慢性血液疾病」，惟依病歷紀錄，病人因 fever 於 112 年 1 月 5 日至</p>

	<p>15 日入住申請人醫院接受診治，入院診斷為「Anemia suspicious acute on chronic kidney disease related」等，依「出院病歷摘要」記載：「Underlying disease:…Myelodysplastic syndrome been f/u…」，無系爭藥品許可證登載適應症「重型海洋性貧血 (Thalassemia major)…」之診斷及相關病情紀錄，處方系爭藥品，不符前揭規定。</p> <p>三、綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例五

案情摘要

系爭項目為「STELARA Concentrate for Solution for Infusion (130mg/26mL) (KC01084241)」，依卷附資料，病人傳統藥物使用時間未達連續3個月療效評估，核與規定不符。

衛部爭字第 1123403256 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 如附表。

附表

衛部爭字第 1123403256 號

序號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○	STELARA Concentrate for Solution for	3		3	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給

附表 衛部爭字第 1123403256 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	腸胃內科	Infusion (130 mg/26mL) (KC01084241)				<p>付規定(以下簡稱藥品給付規定)</p> <p>8.2.4.7.1. ustekinumab (如 Stelara): 成人治療部分</p> <p>「3. 須經診斷為成人克隆氏症…</p> <p>(1) 克隆氏症病情發作, 經 5-aminosalicylic acid 藥物 (sulfasalazine, mesalamine, balsalazide)、類固醇、及/或免疫抑制劑 (azathioprine, 6-mercaptopurine, methotrexate) 充分治療超過六個月, 仍然無法控制病情 (CDAI \geq 300) 或產生嚴重藥物副作用時, 且病況不適合手術者。</p> <p>4. 療效評估與繼續使用:</p> <p>(3) 總療程: …ustekinumab 治療 44 週使用 5 劑。總療程結束後, 必須至少再間隔超過 3 個月後, 因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)…之標準(惟其中經 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療, 連續超過 3 個月)才能再次提出申請使用。」。</p> <p>二、健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核:</p> <p>5ASA 及類固醇治療必須滿 3 個月, 所附病歷僅 4 月 12 日起, 未滿 3 個月。</p>

附表						
衛部爭字第 1123403256 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>(二) 複核：</p> <p>1. 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療必須連續超過 3 個月，所附病歷僅 (112 年)4 月 12 日及(112 年)7 月 5 日有門診治療紀錄，並未充分治療連續超過 3 個月。</p> <p>2. 用於克隆氏症治療部分依 8.2.4.7.1. 規定：總療程：… ustekinumab 治療 44 週使用 5 劑。總療程結束後，必須至少再間隔超過 3 個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)…之標準(惟其中經 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療，連續超過 3 個月)才能再次提出申請使用。</p> <p>三、申請理由要旨 病歷資料中有 112 年 4 月 12 日回診接受傳統藥物治療，且開立連處 3 次之紀錄。112 年 7 月 5 日回診病人仍腹痛，且抽血發炎指數 CRP:8.42 mg/(d)1，CDAI:356.2 分，…患者已經 5-ASA、類固醇及免疫抑制劑充分治療超過 3 個月。</p> <p>四、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「K5000」(小腸克隆氏病未伴有併發症)。 (二) 依健保署 112 年 7 月 26 日提供之「○○○事前審查藥品申請歷程」及申報資料顯示，健保署於</p>

附表 衛部爭字第 1123403256 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項 目 名 稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>111 年 3 月 15 日核定同意備查系爭 Stelara 藥品 (KC01084241)3 支(第 1 劑)，於 111 年 5 月 11 日核定同意備查 Stelara 藥品(KC00957209)2 支(第 2、3 劑)，於 111 年 10 月 18 日核定同意備查 Stelara 藥品(KC00957209)2 支(第 4、5 劑)，總計核定同意備查 Stelara 藥品共 5 劑在案，申請人復於 112 年 6 月 9 日(本件送核受理日)再次提出申請使用系爭藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為「Crohn's disease, unspecified, without complications」等，申請使用系爭藥品，不符前揭規定，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依健保署 112 年 7 月 26 日提供系爭藥品申報資料顯示，病人於 111 年 4 月 6 日完成第 1 劑系爭 STELARA 藥品治療，之後分別於 111 年 6 月 1 日、8 月 24 日、11 月 16 日及 112 年 2 月 8 日接受 4 劑治療，總計使用 5 劑，治療 44 週。 2. 申請理由雖略稱：「112 年 4 月 12 日回診接受傳統藥物治療，且開立連處 3 次，…患者已經 5-ASA、類固醇及免疫抑制劑充分治療

附表						
衛部爭字第 1123403256 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>超過 3 個月」，惟依 112 年 4 月 12 日病歷記載：「2023/04/12 08:41, Patient has no evidence of pain」，亦未見系爭 STELARA 藥品療程結束後，病人病情復發之佐證資料(如:CDAI 評估報告)，旋於 112 年 4 月 12 日處方傳統藥物治療，然傳統藥物使用時間未達連續 3 個月療效評估，即於 112 年 6 月 9 日(本件送核受理日)再次提出申請使用系爭藥品，不符前揭「…充分治療，連續超過 3 個月才能再次提出申請使用」之規定。</p> <p>五、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例六

案情摘要

系爭項目為「RINVOQ Extended-Release Tablets 15 mg(BC27902100)」，依卷附資料，病人 DMARDs 藥品使用之劑量未達治療劑量及時間，核與規定不符。

衛部爭字第 1123403491 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查

		注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	如附表。	

附表						
衛部爭字第 1123403491 號						
序號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○ 風濕免疫科	RINVOQ Extended- Release Tablets 15 mg (BC27902100)	168		168	<p>一、相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 8.2.4.2. upadacitinib(如 Rinvoq)</p> <p>「6. 病患需同時符合下述…(3)項條件，方可使用；…</p> <p>(3) 標準疾病修飾抗風濕病藥物 (Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARD) 療法失敗：病患曾經接受至少兩種 DMARDs (methotrexate 為基本藥物，另一藥物必須包括肌肉注射之金劑、hydroxychloroquine、sulfasalazine、d-penicillamine、azathioprine、leflunomide、cyclosporine 中之任何一種) 之充分治療，而仍無明顯療效。</p> <p>I. 充分治療的定義：</p> <p>i. DMARDs 藥物治療時間須符合下列條件之一：</p> <p>(i) 必須至少 6 個月以上，而其中至少 2 個月必須達到 (附表十四) 所示標準目標劑量 (standard target dose)。</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 號																		
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由												
				撤 銷	駁 回													
續前頁						<p>ii. 若病患因 DMARDs 藥物毒性無法忍受，以致無法達到上項要求時，DMARDs 劑量仍需達(附表十四)治療劑量 (therapeutic doses)連續 2 個月以上。」</p> <p>附表十四：全民健康保險疾病修飾抗風濕病藥物(DMARDs)之標準目標劑量暨治療劑量表(節錄)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DMARDs 名稱</th> <th>標準目標劑量</th> <th>治療劑量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Methotrexate</td> <td>15-20 毫克/週</td> <td>7.5 毫克/週</td> </tr> <tr> <td>Sulphasalazine</td> <td>40 毫克/公斤/天</td> <td>2 公克/天</td> </tr> <tr> <td>Cyclosporines</td> <td>2.5-5.0 毫克/公斤/天</td> <td>2.5 毫克/公斤/天</td> </tr> </tbody> </table> <p>(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四) 5. 前段「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料。」</p> <p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：</p>	DMARDs 名稱	標準目標劑量	治療劑量	Methotrexate	15-20 毫克/週	7.5 毫克/週	Sulphasalazine	40 毫克/公斤/天	2 公克/天	Cyclosporines	2.5-5.0 毫克/公斤/天	2.5 毫克/公斤/天
DMARDs 名稱	標準目標劑量	治療劑量																
Methotrexate	15-20 毫克/週	7.5 毫克/週																
Sulphasalazine	40 毫克/公斤/天	2 公克/天																
Cyclosporines	2.5-5.0 毫克/公斤/天	2.5 毫克/公斤/天																

附表 衛部爭字第 1123403491 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>1. 112 年 6 月 21 日:關節照片無腫脹，請附其他影像如超音波 or X ray with typical radiographic change。</p> <p>2. 112 年 7 月 18 日:DMARDs 劑量未達生物製劑申請規範。</p> <p>(二)複核: Some symptoms you mentioned are so subjective, May careful titrate cDMARD with closely followed up and education the complience。</p> <p>四、申請理由要旨</p> <p>(一)患者使用 DMARDs 治療，但出現多項副作用:MTX:疲勞、Leflunomide:肝功能上升、Cyclosporine:嚴重頭痛，但口服藥效果不彰，近期仍多次到院施打止痛消炎針，以緩解嚴重關節腫痛…顯示病情未獲得控制。</p> <p>(二)經 DMARDs 及 NSAID 藥物治療: 1. MTX 7.5mg/QW(111 年 6 月 21 日-10 月 27 日;111 年 12 月 27 日-迄今，副作用:疲勞。2. SSZ 500 mg 1# BID (111 年 1 月 18 日-10 月 27 日;111 年 12 月 27 日-迄今)。 3. Prednisolone 5mg 1# Bid(111 年 5 月 24 日-10 月 27 日;111 年 12 月 27 日-迄今)。4. Leflunomide 1# QD(111 年 8 月 30 日-9 月 27 日)，副作用:肝功能上升。</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>5. Cyclosporine 1# 100mg QD (112年3月8日-3月29日)，副作用：嚴重頭痛，…，口服治療後關節腫痛未改善，…評估 DAS28:6.67->6.97 (112年5月10日->112年6月14日)，符合健保申請規範。</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「M0570」 (未明示部位類風濕性關節炎伴有類風濕因子，未侵及器官及系統)。</p> <p>(二) 查卷附資料，申請人透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統上傳之「20230802 病歷.pdf」檔案為112年8月2日門診病歷，經比對健保署透過前開系統所交換之資料，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。</p> <p>(三) 復依原送審資料，依病歷紀錄，病人體重66公斤，為類風濕性關節炎患者，申請理由雖略稱：「患者使用DMARDs治療，但出現多項副作用…符合健保申請規範」，惟依所附111年1月18日至同年12月27日他院門診病歷及112年2月8日至同年7月19日申請人醫院門診病歷，病人曾接受過4種DMARDs治療，分述如下：</p> <p>1. Sulphasalazine:111年1月18日至同年12月27日及112年2月8</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>日至同年 7 月 19 日期間，處方劑量分別為 1.5g/day、1g/day，皆未達治療劑量 2g/day。</p> <p>2. Methotrexate:111 年 6 月 21 日至同年 12 月 27 日及 112 年 2 月 8 日至同年 7 月 19 日期間，處方劑量分別為 5mg/week、7.5mg/week。</p> <p>3. Leflunomide 僅於 111 年 8 月 30 日處方 20mg/day 共 28 天，Sandimmun (Cyclosporines)僅於 112 年 3 月 8 日處方 100mg/day 共 21 天，治療時間皆未達 2 個月。</p> <p>(四)次依 111 年 12 月 27 日(他院)及 112 年 3 月 29 日門診病歷分別記載：「[S]…Severe dizziness and nausea with Arheuma and very fatigue…[0]…Try low dose MTX again previous severe hair loss with MTX」、「Subjective…Severe headache over bil frontal area after CsA intake…」，顯示病人使用 DMARDs 固有副作用，然僅 Methotrexate 藥品使用治療劑量 (7.5mg/week)治療達 2 個月以上，其餘 DMARDs 藥品使用之劑量仍未達治療劑量及治療時間，顯未達充分治療之定義，則申請使用系爭藥品，不符前揭「病患曾經接受至少兩種 DMARDs…之充分治療…」之規定。</p> <p>六、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原</p>

附表 衛部爭字第 1123403491 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					核定並無不合，應予維持。 七、另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維病人權益，併予敘明。

案例七

案情摘要

系爭項目為「Eylea aflibercept(rch)40 mg/mL solution for intravitreal injection vial(KC00936248)」，依卷附資料，病人為老年性滲出性黃斑部病變患者，眼部病灶已無疾病活性，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1123405292 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	如附表。

附表 衛部爭字第 1123405292 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○○	Eylea	3		3	一、相關規定

附表 衛部爭字第 1123405292 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	○○○ ○ 眼科	aflibercept (rch) 40 mg/mL solution for intravitreal injection vial (KC00936248)				<p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents)：Anti-VEGF 如 aflibercept(Eylea) 本類藥品使用須符合下列條件： 「7. 依疾病別另規定如下： (1)50 歲以上血管新生型(濕性) 年齡相關性黃斑部退化病變 (wAMD)： III. 第二次及第三次申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢附有改善證明及須持續治療需求之相關資料。且符合下列情況者方得以繼續治療： iii. 解剖學上仍有疾病活性者(如視網膜內積液、視網膜下積液、視網膜色素上皮層下積液、黃斑部出血，或黃斑新生血管等病灶)。」</p> <p>二、健保署審核意見 (一)初核：無上次治療後改善之紀錄，且目前病況穩定。 (二)複核：目前無活動病灶，必須符合 iii. 解剖學上仍有疾病活性者(如視網膜內積液、視網膜下積液、視網膜色素上皮層下積液、黃斑部出血，或黃斑新生血管等病灶)。</p> <p>三、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「H35.32」</p>

附表 衛部爭字第 1123405292 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>(老年性滲出性黃斑退化)。</p> <p>(二) 依健保署 112 年 11 月 8 日提供「○○○事前審查申請歷程」資料顯示，健保署於 111 年 11 月 3 日核定同意右眼使用系爭 Eylea 藥品在案，申請人復於 112 年 10 月 3 日(本件送核受理日)申請使用系爭 Eylea 藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，申請理由雖略稱：「病人治療後，控制效果佳，需持續治療防止惡化，故申請續針」，惟依 112 年 10 月 2 日眼底攝影及 OCT 檢查影像資料顯示，病人右眼病灶已無疾病活性，申請續用系爭藥品，不符前揭「iii. 解剖學上仍有疾病活性者…」之規定。</p> <p>四、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例八

案情摘要

系爭項目為「TREMFYA Solution for injection(KC01077209)」，依卷附資料，非屬無法接受足夠照光及至少2種系統性治療之情形，且僅使用1種系統性藥物MTX藥品治療，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402976 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。

理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	如附表。

附表						
衛部爭字第 1113402976 號						
序號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○ 皮膚科	TREMFYA Solution for injection (KC01077209)	3		3	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 8.2.4.6. guselkumab(如 Tremfya)：用於乾癬治療部分</p> <p>「1. 給付條件：限符合下列…情形使用：</p> <p>(1)用於經照光治療及其他系統性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之全身慢性中、重度之乾癬或頑固之掌蹠性乾癬，且影響功能之患者。</p> <p>IV. 所稱治療…。</p> <p>i. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下兩種系統性治療之至少兩種，包括 methotrexate、acitretin、cyclosporin。</p> <p>V. 所稱無法接受治療：</p> <p>ii. Acitretin：指有明顯肝功能異常、高血脂無法有效控制，或 cyclosporin 有效但停藥後迅速復發，已持續使用超用 1</p>

附表 衛部爭字第 1113402976 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>年，或已產生腎毒性經減量後無法有效控制者。」。</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 兩種免疫調節劑之使用未達規定。 2. 照光次數未達規定(5月只有7次)。 <p>(二) 複核：兩種免疫調節劑之使用未達規定：Acitretin 因副作用嚴重不適而停藥，MTX 足量滿三個月，當其中一種藥物未達規定，則應換成 Cyclosporine 使用三個月，再提出申請；照光次數未達規定(5月只有7次)，是每周兩次，每月至少八次，連續治療三個月。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) Psoriasis 患者，口服藥物治療：Acitretin 20mg/day (111年1月19日至2月16日) dizziness and nausea after neotigasone、MTX 10-15 mg/week(111年3月14日至3月21日、111年3月21日至7月11日)，Cyclosporine 因患者有高血壓病史，平日血壓均 15X-16X，且有服用高血壓藥物控制，故未使用。</p> <p>(二) 患者照光自 111年3月14日至6月29日(5月只有7次因確診隔離)期間皆規律一週兩次照光，患者已積極配合傳統治療仍療效不佳，院內自主管理期間申請首次新件，懇請惠予同意使用 Tremfya 治療。</p>

附表 衛部爭字第 1113402976 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>四、病情記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「L40.8」(其他乾癬)。</p> <p>(二)查所附資料，依病歷紀錄及「全民健康保險乾癬使用生物製劑申請表」顯示，病人診斷為「其他乾癬」，申請使用系爭藥品，不符首揭規定，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 111年1月19日起使用 Acitretin 治療，因 dizziness and nausea 於 111年2月16日停用，惟 dizziness and nausea 非屬前揭 Acitretin 無法接受治療之「明顯肝功能異常、高血脂無法有效控制」情形。 2. 111年3月14日至111年8月8日(本件送核受理日)僅使用1種系統性藥物 MTX 藥品治療，亦不符前揭「包括以下兩種系統性治療之至少兩種，包括 methotrexate、acitretin、cyclosporin」之規定。 <p>五、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例九

案情摘要

系爭項目為「SIMPONI TM (GOLIMUMAB), SOLUTION FOR INJECTION(KC00911206)」，依卷附資料，病人已使用MTX及leflunomide進行充分的治療，但療效不彰，申請系爭藥品，核符規定。

衛部爭字第 1113403408 號

審定	
主文	原核定撤銷，同意所請如附表。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 如附表。

附表

衛部爭字第 1113403408 號

序號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○ 皮膚科	SIMPONI TM (GOLIMUMAB), SOL UTION FOR INJECTION (KC00911206)	3	3		一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 8.2.4.4.golimumab (如 Simponi)：用於活動性乾癬性關節炎—乾癬性周邊關節炎治療部分 「3. 需符合下列所有條件： (3)三個或是三個以上的疼痛關節及三個或三個以上的腫脹關節，且至少間隔 4 週(含)以上之連續兩次評估均符合上述條件。 (4)應先使用非類固醇類消炎止痛劑(NSAID)及疾病修飾治療藥

附表 衛部爭字第 1113403408 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>物(DMARDs)，且必須曾使用過至少 2 種疾病修飾治療藥物 (DMARDs) 進行充分的治療，但療效不彰。i. 疾病修飾治療藥物 [DMARDs 包括下列四種: sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine、leflunomide]，治療至少六個月，且至少有兩個月都達標準目標劑量(除非有明顯副作用或毒性反應)，仍然未達療效者。ii. 疾病修飾治療藥物中 sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine 為第一線藥物，leflunomide 為第二線藥物，第一線疾病修飾類藥物治療無效，應先經 leflunomide 治療 3 個月無效……。」</p> <p>二、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：Arheuma 20mg/QD(111 年 5 月 19 日至今)標準劑量使用未達 3 個月以上。</p> <p>(二)複核：DMARDs, MTX, SSZ 共同標準劑量使用未達 6 個月以上。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>患者確實已達先後使用兩種 DMARDs (含二線藥物 3 個月 [12 週]) 治療 6 個月 [24 週])，且至少有兩個月都達標準目標劑量以上： Methotrexate 15mg/QW(111 年 2 月</p>

附表 衛部爭字第 1113403408 號																				
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由														
				撤 銷	駁 回															
	續前頁					<p>23 日至 111 年 5 月 18 日、111 年 9 月 8 日:Ps0 and PsA flare up after oral artheuma, Change back Methotrexate 6#至今), Arheuma 20mg/QD(111 年 5 月 19 日至 111 年 9 月 8 日)。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「L4050」(關節病型乾癱)。</p> <p>(二)查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為乾癱性關節炎等，申請使用系爭藥品，符合前揭規定，分述如下：</p> <p>1. 依「全民健康保險乾癱性周邊關節炎使用 Golimumab 申請表」記載，DMARDs 使用情形綜整臚列如下表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>藥物名稱</th> <th>標準目標劑量</th> <th>使用劑量</th> <th>使用時間(月數)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Methotrexate(MTX)</td> <td rowspan="2">15mg/週</td> <td>15mg/週</td> <td>111年2月23日至111年5月18日(>2.5個月)</td> </tr> <tr> <td>15mg/週</td> <td>111年9月9日至111年9月16日(本件送核受理日)<1個月)</td> </tr> <tr> <td>Arheuma (leflunomide)</td> <td>20mg/day</td> <td>20mg/day</td> <td>111年5月19日至111年9月8日(>3個月)</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 承上表所示，病人自 111 年 2 月 23 日至 111 年 9 月 16 日，已先後使用 MTX 及 leflunomide 治療至</p>	藥物名稱	標準目標劑量	使用劑量	使用時間(月數)	Methotrexate(MTX)	15mg/週	15mg/週	111年2月23日至111年5月18日(>2.5個月)	15mg/週	111年9月9日至111年9月16日(本件送核受理日)<1個月)	Arheuma (leflunomide)	20mg/day	20mg/day	111年5月19日至111年9月8日(>3個月)
藥物名稱	標準目標劑量	使用劑量	使用時間(月數)																	
Methotrexate(MTX)	15mg/週	15mg/週	111年2月23日至111年5月18日(>2.5個月)																	
		15mg/週	111年9月9日至111年9月16日(本件送核受理日)<1個月)																	
Arheuma (leflunomide)	20mg/day	20mg/day	111年5月19日至111年9月8日(>3個月)																	

附表						
衛部爭字第 1113403408 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>少 6 個月，且有 2 個月達標準目標劑量(標準目標劑量：MTX：15 mg/週、Arheuma 20mg/day)，依 111 年 8 月 11 日及 9 月 8 日之「乾癆性關節炎評估表」顯示，連續兩次關節炎評估間隔為 4 週，病人有三個以上疼痛及腫脹關節，顯示未達療效。</p> <p>五、綜上，以健保給付系爭項目尚屬病情所需，爰將原核定撤銷，同意所請。</p>

案例十

案情摘要

系爭項目為「NINLARO CAPSULES 4 MG(BC27328100)」，卷無疾病惡化之臨床症狀佐證資料，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402727 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	如附表。

附表 衛部爭字第 1123402727 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	NINLARO CAPSULES 4 MG (BC27328100)	12		12	<p>一、相關規定</p> <p>行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 9.77. Ixazomib (如 Ninlaro)</p> <p>「1. 與 lenalidomide 及 dexamethasone 合併使用於先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤病患…</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用：</p> <p>(1) 初次申請以 4 個療程為限，且需同時符合下列 I. 與 II. 的條件：</p> <p>I. 具有下列任一疾病惡化的指標：病患開始治療前須在連續 2 次評估中均符合同一指標 (但若為 plasmacytoma 體積增加，或是新產生的 bone lesion(s) 或新 plasmacytoma，則僅需 1 次評估)：</p> <p>i. 若前一線治療中 M component 最低值 ≥ 5 g/dL，血清 M 蛋白需增加 ≥ 1 g/dL；若前一線治療中 M component 最低值 < 5 g/dL，血清 M 蛋白需增加 ≥ 0.5g/dL。</p> <p>ii. Urine M-protein 需增加 ≥ 0.2 gm/24Hr，且需較前一線治療中的最低值增加 \geq</p>

附表 衛部爭字第 1123402727 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>25%。</p> <p>iii. 在 non-secretary myeloma 病患，骨髓漿細胞 (plasma cells) 之比例絕對值增加 $\geq 10\%$，且需較前一線治療中的最低值增加 $\geq 25\%$。</p> <p>iv. 新產生的 bone lesion(s) 或 plasmacytoma；且須經病理切片證實。</p> <p>v. Plasmacytoma 體積增加 $\geq 50\%$。</p> <p>vi. 周邊血液中漿細胞比例 $\geq 20\%$ 或漿細胞絕對值 ≥ 2000 cells/μL。」</p> <p>二、健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核：沒有明顯疾病惡化之臨床症狀，未符合給付規範。</p> <p>(二) 複核：本案未符合臨床惡化。維持原議，非治療必須，不予給付。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) 70 y/o male ECOG 2 had multiple myeloma, Lambda type, ISS stage III, used VTD 8 cycle since 108 年 9 月~109 年 6 月。</p> <p>(二) Then Free Lambda: 7880(110 年 4 月 7 日)，so used DRD since 110 年 4 月~111 年 3 月，then keep RD till 16cycle。</p> <p>(三) But Free Lambda: 5.54(111 年 5</p>

附表 衛部爭字第 1123402727 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>月)→63.9(111年9月), so used PD x6 cycle since 111年11月~112年4月。</p> <p>(四)F/U Free Lambda: 84.2 (誤植為50) (112年1月)→106(112年4月), so we change apply Ixazomib for him, Lambda上升且申請(系爭Ninlaro)做為第三線以上用藥, 腎功能差無法接受全身性化療, 希冀核准用藥。</p> <p>四、病歷記載、病情部分</p> <p>(一)申請書所載傷病名稱為「C9000」(多發性骨髓瘤, 未達到緩解)。</p> <p>(二)查所附資料, 依111年9月23日、10月24日、112年1月27日檢驗報告記載, Free Lambda 檢驗值分別為63.9 mg/L、50 mg/L、84.2 mg/L (參考值範圍5.71-26.3) 及112年4月19日門診病歷記載:「[Oncology Diagnosis and Previous Treatment History] 70 y/o male a case of 20190821 MM/light chain disease was noted after BM examination since 2019/08 under treatment...112年4月14日 eGFR 27...Free Lambda 106.0 mg/L」, 顯示病人為MM-light chain disease with CKD(MM: Multiple myeloma; 多發性骨髓瘤)患者, 且 Lambda type level</p>

附表 衛部爭字第 1123402727 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					有上升之情形，惟卷無前揭所列任一疾病惡化之臨床症狀佐證資料，申請使用系爭藥品，不符首揭「需同時符合…疾病惡化…」之規定。 五、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例十一

案情摘要

系爭項目為「Ajovy solution for injection(KC01138210)」，卷無經 topiramate 藥物治療無顯著療效，或無法忍受其副作用病情記載及佐證資料，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402672 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	如附表。

附表 衛部爭字第 1123402672 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○○ ○○○ ○ 神經科	Ajovy solution for injection (KC01138210)	3		3	<p>一、相關規定</p> <p>(一)行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 1.6.5. fremanezumab(如 Ajovy)：</p> <p>慢性偏頭痛之預防性治療：</p> <p>「4. 患者需經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物(依據台灣頭痛學會發表之慢性偏頭痛預防性藥物治療準則之建議用藥，至少包括 topiramate)治療無顯著療效，或無法忍受其副作用」。</p> <p>(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四)5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。</p> <p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：</p> <p>1. 112 年 2 月 18 日：近期偏頭痛預防藥物未含 Topamax，不符合藥物給</p>

附表 衛部爭字第 1123402672 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>付規定，如能提供近三個月藥物治療紀錄，可再評估是否符合規定。</p> <p>2. 112年3月6日：偏頭痛預防藥物長期未含 Topamax，與申請原因不符。</p> <p>(二) 複核： 近期偏頭痛預防藥物未含 Topamax，非因副作用停用 Topiramate，預防藥物合併治療至少三個月。</p> <p>四、申請理由要旨 病患過去經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物…，Topamax、Suzin、CARDolol 等治療均無顯著改善，包括 Topamax 於 108 年 4 月 20 日-108 年 9 月 21 日期間使用並無療效，…，現經醫師評估決定採用 Ajovy 注射治療。</p> <p>五、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「G43711」(慢性無預兆偏頭痛，頑固性，伴有偏頭痛重積狀態)。 (二) 查卷附資料，申請人所附 112 年 3 月 4 日、4 月 1 日、5 月 27 日門診記錄及 112 年 4 月 29 日至 5 月 26 日頭痛日記，經比對健保署透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統交換之資料，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。 (三) 復依原送審資料，依病歷記錄，病</p>

附表 衛部爭字第 1123402672 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>人診斷為「Chronic migraine without aura…」，申請理由雖略稱：「病患過去經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物，…，包括 Topamax 於 108 年 4 月 20 日-108 年 9 月 21 日期間使用並無療效」，惟依卷附 111 年 8 月 6 日至 112 年 2 月 11 日期間及 112 年 4 月 29 日之歷次門診記錄皆僅記載：「Plan to do:…off topamax」，均無 topamax(成分 topiramate)治療無顯著療效，或病人無法忍受其副作用之相關病情描述，申請使用系爭藥品，不符前揭「…至少包括 topiramate…治療無顯著療效，或無法忍受其副作用」之規定。</p> <p>六、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>七、另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維病人權益，併予敘明。</p>

案例十二

案情摘要

系爭項目為「Romiplostat 250ug injection(KC009272B4)」，依卷附資料，血小板檢驗值未大於 50,000/ μ L，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1123401814 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 如附表。

附表

衛部爭字第 1123401814 號

序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Romiplostat 250ug injection (KC009272B4)	24		24	一、相關規定 (一)行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 4.3.2.2.Romiplostat (如 Romiplostat) 「1. 限用於成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用： (2)未曾接受脾臟切除且不適合進行脾臟切除之患者，並符合下列所有條件： III. 須經事前審查同意使用，首次申請限用三個月，如申請續用，之

附表						
衛部爭字第 1123401814 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>後每六個月須再次申請，血小板 $>50,000/\mu\text{L}$ 者方得續用。」。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料。」。</p> <p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：本藥品與 eltrombopag 僅得擇一使用，Platelet $>50\text{K}$ 方可續申請。</p> <p>(二) 複核：Platelet $>50\text{K}$ 方可續申請。</p> <p>四、申請理由要旨</p> <p>ITP 患者，續用治療，個案因近期須接受大腸鏡檢查及疝氣手術，且其治療前血小板低於 $5,000/\mu\text{L}$ (治療後 $3,000/\mu\text{L}$)。</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「D69.3」(免疫性血小板缺乏性紫斑症)。</p> <p>(二) 依健保署 112 年 5 月 10 日提供之「○○○事前審查申請歷程」資料</p>

附表						
衛部爭字第 1123401814 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>顯示，該署於 111 年 11 月 15 日、112 年 1 月 31 日分別核定同意備查系爭藥品各 8 劑、24 劑在案，申請人復於 112 年 3 月 24 日(本件送核受理日)申請續用系爭藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查卷附資料，健保署受理申請人申復日期為 112 年 4 月 14 日，核定日期為 112 年 4 月 25 日，則申請人所附 112 年 4 月 27 日紙本「病歷紀錄」資料，日期已在健保署複核核定日期之後，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。</p> <p>(四) 復依原送審資料，依病歷記載，病人診斷為「免疫性血小板缺乏性紫斑症」，依 112 年 3 月 23 日血液檢驗結果顯示，血小板檢驗值為 $31 \times 10^3 / \mu\text{l}$，未大於 $5,000 / \mu\text{L}$，申請續用系爭藥品，不符前揭「血小板 $> 50,000 / \mu\text{L}$ 者方得續用」之規定。</p> <p>六、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>七、另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維護病人權益，併予敘明。</p>

案例十三

案情摘要

系爭項目為「OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL(KC01013229)」，依「病理切片報告」顯示，病人經platinum類化學治療後，無癌變情形，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403964 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 如附表。

附表						
衛部爭字第 1113403964 號						
序號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL (KC01013229)	12		12	一、相關規定 (一)行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第83條附件六藥品給付規定9.69.免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑(如nivolumab製劑)： 「1.(4)泌尿道上皮癌 II.先前已使用過platinum類化學治療失敗後疾病惡化的局部晚期無法切除或轉移性泌尿道上皮癌成人患者。」 (二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四)5.前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。

附表 衛部爭字第 1113403964 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：111年9月15日磁振造影 No significant local recurrence is noted in this study;complete remission after localtherapy，不符合本保險藥品"局部晚期無法切除或轉移性泌尿道上皮癌"給付之規定。</p> <p>(二)複核:110年11月25日CT scan顯示 s/p OP for bladder cancer，no local recurrence，no distant metastases，不屬於給付範圍，目前MRI亦無復發現象，不應再申請。</p> <p>四、申請理由要旨</p> <p>(一)去年審核的時候已經核准，為何現在拿去年的報告來說不符合給付範圍？</p> <p>(二)病人目前使用免疫製劑病情已經有所改善，CT報告可以佐證，所以才申請續用，如果因為突然停止用藥</p>

附表 衛部爭字第 1113403964 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>導致病情復發，那這情形如何解決?</p> <p>五、病歷記載、病情部分</p> <p>(一) 申請書所載傷病名稱為「C679」 (膀胱惡性腫瘤，未特定)。</p> <p>(二) 依健保署 111 年 12 月 6 日提供 「○○○事前審查申請歷程」顯示，申請人醫院於 111 年 6 月 8 日 (該署免除事前審查申請作業，院所自主管理期間)，申報使用系爭 OPDIVO 藥品 12 劑，復於 111 年 10 月 27 日(本件送核受理日)申請續 用系爭 OPDIVO 藥品，先予敘明。</p> <p>(三) 查申請人透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統上 傳之「17627205-2. pdf」檔案，其中 111 年 6 月 7 日急診生化報告、 111 年 5 月 3 日門就診病歷、110 年 7 月 21 至 7 月 25 日臺安醫院出 院病歷摘要單，經比對健保署透過前開系統交換之資料，係屬爭議審 議階段始提出之病歷資料，依前揭 審查注意事項規定及審議意旨，不 予認定。</p> <p>(四) 復依原送審資料，依病歷紀錄，病 人為 bladder cancer, T2N0M0, stage II status 患者，申請續用 系爭 OPDIVO 藥品，不符前揭規 定，分述如下：</p> <p>1. 病人於 110 年 12 月 14 日至 111 年 6 月 9 日接受 gemcitabine 及 cisplatin(platinum 類)治療，依</p>

附表 衛部爭字第 1113403964 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>111 年 4 月 22 日「病理切片報告」記載：「Urinary bladder, Muscle layer, biopsy, no carcinoma involvement」，顯示經 platinum 類化學治療後，無癌變之情形，申請使用系爭 OPDIVO 藥品，已不符首揭「先前已使用過 platinum 類化學治療失敗後疾病惡化的局部晚期無法切除或轉移性泌尿道上皮癌成人患者」之規定。</p> <p>2. 申請理由雖略稱：「去年審核的時候已經核准，為何現在拿去年的報告來說不符合給付範圍？病人使用免疫製劑病情已經有所改善，CT 報告可以佐證」云云，惟查卷無 CT 報告供審核，且經詢據健保署 111 年 12 月 19 日提具意見表示，略以：「該病人最早事前審查同意的日期為 111 年 6 月 8 日」等語。</p> <p>六、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>七、另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維病人權益，併予敘明。</p>

案例十四

案情摘要

系爭項目為「Herceptin solution for injection(KC01065221)」及「Perjeta Vial 420mg(KC00942233)」，未併用Docetaxel藥品，且病歷無標靶藥物併化學治療產生副作用及針對副作用處置無效之相關記載，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403894 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 如附表。

附表						
衛部爭字第 1113403894 號						
序號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭議量	審定結果		理由
				撤銷	駁回	
1	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Herceptin solution for injection (KC01065221)	9		9	一、相關規定 行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 (一) 9.18.Trastuzumab(如 Herceptin)： 「2. 轉移性乳癌。 (3)轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用；但與 pertuzumab 及 docetaxel 併用時，不在此限。」。 (二) 9.70.Pertuzumab(如 Perjeta)： 「1.Pertuzumab 與 Herceptin
		Perjeta Vial 420mg (KC00942233)	9		9	

附表 衛部爭字第 1113403894 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>(trastuzumab)及 docetaxel 併用於治療轉移後未曾以抗 HER2 或化學療法治療之 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)轉移性乳癌病患。」。</p> <p>二、健保署初、複核意見 未依規定併用 docetaxel，合併使用 Capecitabine，不予同意。</p> <p>三、申請理由要旨 病人於 111 年 3 月診斷為 breast cancer, Her-2 3+, bone, brain and liver metastasis，自 111 年 4 月起接受 herceptin, pertuzumab and taxane/ carboplatin 治療，療效顯著，但因副作用無法持續接受針劑化學治療，故自費 Xeloda，與現行雙標靶藥物併用。</p> <p>四、病歷記載、病情部分 (一) 申請書所載傷病名稱為「C50919」(女性乳房未明示部位惡性腫瘤)。 (二) 依健保署 111 年 11 月 30 日提供「○○○事前審查申請歷程」顯示，申請人醫院於 111 年 4 月 1 日首次經健保署核定同意使用系爭 Herceptin、Perjeta 藥品各 9 劑，復於 111 年 10 月 17 日(本件送核受理日)申請續用系爭藥品，先予敘明。 (三) 查卷附資料，依病歷紀錄，病人診斷為「Left breast cancer」，申</p>

附表 衛部爭字第 1113403894 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>請續用系爭 Perjeta 及 Herceptin 藥品，不符前揭規定，分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依 111 年 3 月 23 日「病理組織檢查報告」記載：「Addendum report...Her-2：3+...Pathology Diagnosis 1. Breast, left, core needle biopsy：invasive carcinoma, grade III 2. Lymph node, left axilla, biopsy：metastatic carcinoma」，顯示病人為 HER2 過度表現之轉移性乳癌患者。 2. 申請理由雖略稱：「111 年 4 月起接受 herceptin, pertuzumab and taxane/carboplatin 治療，但因副作用無法持續接受針劑化學治療」，惟病歷未見標靶藥品併化學治療產生副作用及針對副作用處置無效之相關記載，且「Progress Note」記載：「2022. 03. 26 Start dual blockade+weekly paclitaxel+carboplatin... 2022. 7. 20 dual blockade+ weekly paclitaxel+ carboplatin...Date 20221007... Order...Regimen：Pertuzumab+ Herceptin Cycle：9... Pertuzumab...ST...Trastuzumab... ST」，顯示僅使用 Pertuzumab 及 Herceptin 治療，未併用 Docetaxel 藥品，不符前揭

附表 衛部爭字第 1113403894 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					「Pertuzumab 與 Herceptin(trastuzumab)及 docetaxel 併用」之規定。 五、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例十五

案情摘要

系爭項目為「Stivarga Film-Coated Tablets 40mg(BC26168100)」，依卷附資料，病人病症已有惡化情形，申請續用系爭項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403467 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	如附表。

附表						
衛部爭字第 1113403467 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○○ ○○○ ○ 血液腫瘤科	Stivarga Film- Coated Tablets 40mg (BC26168100)	360		360	<p>一、相關規定</p> <p>(一)行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 9.51.Regorafenib (如 Stivarga):</p> <p>「1. 轉移性大腸直腸癌(mCRC):</p> <p>(2)須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 8 週為限，再次申請必須提出客觀證據(如：影像學)證實無惡化，才可繼續使用。」</p> <p>(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四)5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。</p> <p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：Suspicious RML and RLL base metastasis。</p> <p>(二)複核：you should compare the PET performed in last Oct,</p>

附表 衛部爭字第 1113403467 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>i. e., prior to stivarga which was approved first time in this Jan, between the PET performed in this Aug, which did show new nodules。</p> <p>四、申請理由要旨 110 年 10 月與 111 年 8 月正子影像都有看到 RML lesion 且變化不大，使用 stivarga 後，LUL 及 RLQ lesion stationary，在疾病控制上有效。</p> <p>五、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「C18.9」(結腸惡性腫瘤)。 (二)依健保署 111 年 10 月 21 日提供「○○○事前審查申請歷程」顯示，健保署於 111 年 2 月 10 日核定同意備查系爭 Stivarga 共 360 錠在案，其後申請人於 111 年 5 月 10 日申請續用系爭藥品，健保署於 111 年 5 月 19 日依該署因應 COVID-19 之調整作為辦理暫停審查，由申請人依給付規定自主管理，之後申請人於 111 年 8 月 31 日(本件送核受理日)再次申請續用系爭 Stivarga 藥品，先予敘明。 (三)查申請人所附 111 年 10 月 11 日病歷紀錄、111 年 10 月 12 日列印之檢驗資料，日期已在健保署 111 年 9 月 22 日複核核定日期之後；另所附 110 年 10 月 19 日正子斷層造影</p>

附表 衛部爭字第 1113403467 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>檢查報告影本及 110 年 10 月 8 日、111 年 8 月 23 日影像資料影本，經比對健保署透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統交換之檔案，非原送審查之病歷資料，均屬爭議審議階段始提出之病歷，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。</p> <p>(四)復依原送審資料，依 111 年 8 月 16 日病歷紀錄，病人診斷為「Malignant neoplasm of colon, unspecified」等，於 111 年 2 月 15 日開始使用系爭 Stivarga 藥品治療，惟姑不論卷無 111 年 5 月申請人於院所自主管理期間初次申請續用系爭藥品之影像學資料供核，且依 111 年 8 月 30 日正子斷層造影檢查報告記載：「One newly developed small nodule about 0.7 cm in RML...Another irregular nodule in RLL base with mildly larger in size...Suspicious RML and RLL base metastasis」，顯示病情已惡化，同意健保署意見，申請續用系爭藥品，不符前揭規定。</p> <p>六、綜上，無法顯示本案申請當時需以健保給付系爭項目之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p> <p>七、另建請申請人倘有新事證，應重新送健保署審核，以維護病人權益，</p>

附表						
衛部爭字第 1113403467 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					併予敘明。

案例十六

案情摘要

系爭項目為「NUBEQA F.C. Tablets 300 mg (BC27936100)」，依卷附資料，病人 PSA doubling time 小於 10 個月，且前列腺癌無遠端轉移，申請使用系爭項目，核符規定。

衛部爭字第 1113400636 號

審定		
主文	原核定撤銷，同意所請如附表。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	如附表。

附表						
衛部爭字第 1113400636 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
1	○○○ ○○○ ○ 泌尿科	NUBEQA F.C. Tablets 300 mg (BC27936100)	360	360		一、相關規定 (一)行為時全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件六藥品給付規定 9.94. Darolutamide(如 Nubeqa)：

附表 衛部爭字第 1113400636 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>「1. 治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌(high risk nmCRPC)的成年男性。</p> <p>3. 初次申請時需檢附病理報告、使用雄性素去除療法紀錄，系列 PSA 和睪固酮數據，三個月內影像報告證明無遠端轉移。</p> <p>5. PSA doubling time ≤ 10 個月。…」。</p> <p>(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四)5. 前段：「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。</p> <p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、健保署審核意見</p> <p>(一)初核：PSA is within normal limit, Bone scan and CT both showed normal。</p> <p>(二)複核：PSA is within normal limit, 沒有附使用雄性素去除療法紀錄。</p>

附表 衛部爭字第 1113400636 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審定 結果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>四、申請理由要旨 患者 65 y/o with history of DM 20 years and HCVD，為 very high risk nmCRPC with PSADT：3.2 months。患者(ECOG：0)經 15 個月 Leuplin 治療後已進展為 (very high risk)nmCRPC with PSA doubling time PSADT：3.2 months 符合健保 nmCRPC 使用規範。</p> <p>五、病歷記載、病情部分 (一)申請書所載傷病名稱為「C61」(攝護腺惡性腫瘤)。 (二)查所附資料，健保署受理申請人申復日期為 111 年 2 月 22 日，核定日期為 111 年 2 月 24 日，則申請人所附 111 年 2 月 24 日、3 月 1 日「門診紀錄」、2 月 24 日「檢驗報告單」，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定。 (三)復依原送審資料，病人診斷為「Malignant neoplasm of prostate」等，申請使用系爭藥品，核符前揭規定，分述如下： 1. 依 107 年 12 月 25 日病理報告記載：「Prostate adenocarcinoma，Pathologic stage：pT3bN1，cM0，iPSA 10，Grade Group 3，R0，stage IVA(AJCC，8th)」，顯示病人為前列腺癌患者，病理分期為 pT3bN1，cM0，stage IVA。</p>

附表 衛部爭字第 1113400636 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>2. 110 年 8 月 19 日病歷記載：「65 y/o male...108-1-19: Post robotic RRP...109-09-17: Start Eligard...109-12-10 PSA<0.04, 110-03-04 PSA<0.04 give Eligard...」並處方 Zoladex 藥品，顯示病人於 108 年 1 月 19 日接受根治性前列腺切除術，109 年 9 月 17 日及 110 年 3 月 4 日、8 月 19 日分別以 Eligard(成分：Leuprorelin)、Zoladex 藥品，進行雄性素去除治療。</p> <p>3. 依 110 年 8 月 3 日、111 年 1 月 14 日、1 月 27 日、2 月 8 日「檢驗報告單」記載，PSA 值分別為 0.644、1.93、2.94、3.53 ng/mL，顯示於 110 年 8 月至 111 年 2 月計 6 個月期間，PSA 值由 0.644 ng/mL 上升至 3.53 ng/mL，增加 4 倍多，PSA doubling time 小於 10 個月。</p> <p>4. 復依 111 年 1 月 27 日 Bone scan 及 1 月 30 日 CT 報告記載：「No evidence of bone metastasis...」、「prostate cancer s/p operate No well distended of UB」，顯示無遠端轉移之情形。</p> <p>5. 承上，依病歷紀錄，病人為高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌 (nmCRPC) 患者，經雄性素去除療法治療，PSA 值已上升至 2ng/mL 以</p>

附表						
衛部爭字第 1113400636 號						
序 號	複核受理編號 姓名 性別 科別	項目名稱 (醫令代碼)	爭 議 量	審 定 結 果		理 由
				撤 銷	駁 回	
	續前頁					<p>上，且 PSA doubling time 小於 10 個月內，Bone scan 及 CT 報告無遠端轉移，符合前揭「治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌(high risk nmCRPC)…PSA doubling time\leq10 個月」之規定。</p> <p>六、綜上，以健保給付系爭項目尚屬病情所需，爰將原核定撤銷，同意所請。</p>

六、護理訪視費

案例一

案情摘要

系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅(05303C)」，卷無尿路感染之相關資料，且護理紀錄衛教內容皆雷同，未見衛教說明與執行成效，不足以支持系爭護理訪視費項目之必要性。

衛部爭字第 1123402587 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由 一、查卷附資料，渠等個案，系爭項目均為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅(05303C)」，分述如下： (一)○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A, 1.收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2.醫囑需每99天檢驗血液及尿液，只見血液補上之數據，尿液多次評估疑似UTI，但均未見檢驗數據或評值結果。3.個案每7天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有鼻胃管及導尿管留置，診斷為「J449慢性阻塞性肺病」等，醫囑更換導尿管時間為7天，111年11月3日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「沉澱物易阻塞」，惟對於需7日更換導尿管之理由未盡說明，111年11月有4次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。 (二)○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A, 1.收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2.醫囑需每99天檢驗血液及尿液，只見血液補上之數據，尿液多次評估疑似UTI，但均未見檢驗數據或評值結果。3.個案每7天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，</p>

依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有鼻胃管及導尿管留置，診斷為「I69364 左側非優勢側之其他癱瘓症候群，腦梗塞後遺症」等，醫囑更換導尿管時間為 7 天，111 年 11 月 3 日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「易有沉澱物」，然無尿路感染之相關資料，且對於需 7 日更換導尿管之理由未盡說明，111 年 11 月有 4 次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(三) ○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A，1. 收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2. 醫囑需每 90 天檢驗血液及尿液，只見血液補上之數據，尿液多次評估疑似 UTI，但均未見檢驗數據結果。3. 111/9/22 至 112/2/16 已超過醫囑 90 天/次，未依醫囑檢驗尿液相關數據。4. 個案每 7 天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有鼻胃管及導尿管留置，診斷為「I610 非創傷性腦半球皮質下出血」，醫囑更換導尿管時間為 7 天，111 年 10 月 19 日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「much urine sediment」，然無尿路感染之相關資料，且對於需 7 日更換導尿管之理由未盡說明，111 年 11 月有 4 次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。

(四) ○○○案，健保署初、複核意見略為「0103A，1. 延長收案申請書家屬或代理人簽章應註明與個案關係。2. 醫囑需每 90 天檢驗血液及尿液，只見補上 111/12/20，非 111/11 月(含)前之檢驗數據，尿液多次評估疑似 UTI，但均未見檢驗數據結果。3. 106/11 /1 收案之個案已超過醫囑 90 天/次，未依醫囑檢驗尿液相關數據。4. 個案每 7 天更換尿管一次，未見相關描述檢驗報告佐證需勤於更換尿管。基於上述理由予以核減護理訪視費。敬請送審前詳加檢視病歷一致性，合理性，完整性以避免被核刪費用」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人失能有導尿管留置，診斷為「I639 腦梗塞」等，醫囑更換導尿管時間為 7 天，111 年 10 月 5 日「居家護理複診追蹤病歷」記載：「尿管沉澱物多，易滲尿

	<p>阻塞」，然無尿路感染之相關資料，且對於需 7 日更換導尿管之理由未盡說明，111 年 11 月有 4 次居家訪視，護理紀錄衛教內容皆雷同，僅針對家屬應維持尿管通暢措施之預防尿路感染重複衛教，未見衛教說明與執行成效，宜加強居家護理對於使用尿管個案之照護計畫及措施，以促進居家照護品質，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二、三、四類(在合理量內)1. 在宅(05321C、05305C、05303C)」，「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」內容與「巴氏量表」記載不符，不足以支持系爭護理訪視費項目之必要性。

衛部爭字第 1123401643 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由 一、查卷附資料，渠等 4 案，分述如下： (一) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1. 在宅(05321C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫不全及有誤，如醫囑壓瘡未勾選、主責護理師為徐○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、訪視及記錄人員應相同；資料書寫不完整」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「其他外因所致之續發性帕金森症」等，該申請書所載主責護理師為「徐○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「醫囑」欄未勾選壓瘡，與「傷口紀錄單」記載：「…傷口部位:右足跟…壓力性損傷」不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日 111 年 10 月 12 日申報系爭項目之必要性。 (二) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1. 在宅(05321C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，</p>

居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫有誤，如由口進食為何巴氏量表評估進食為0分、主責護理師為徐○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、護理師訪視與記錄者應同一人；資料書寫應注意其完整性」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「急性腎衰竭」等，該申請書所載主責護理師為「徐○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「進食」欄位勾選為「由口進食」，與「巴氏量表」之進食項目記載：「分數0」，內容說明為「無法自行取食或耗費時間過長」不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日111年10月24日申報系爭項目之必要性。

(三) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1. 在宅(05305C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫不全有誤，如醫囑壓瘡未勾選，進食為由口進食，為何巴氏量表為0分、主責護理師為朱○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、護理師訪視與記錄者應同一人；資料書寫應注意其完整性」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「未明示部位之泌尿道感染」等，該申請書所載主責護理師為「朱○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「進食」欄位勾選為「由口進食」、「醫囑」欄未勾選壓瘡，分別與「巴氏量表」之進食項目記載：「分數0」，內容說明為「無法自行取食或耗費時間過長」、「傷口紀錄單」記載：「…傷口部位:右足跟…壓力性損傷」均不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日111年10月11日申報系爭項目之必要性。

(四) ○○○案，系爭項目為「護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1. 在宅(05303C)」，健保署初、複核意見略為「0120A，居家醫療照護整合計畫收案申請書資料書寫有誤，如進食由口進食，為何巴氏量表評估進食為0分、主責護理師為朱○○但用印為簡○○」、「送審資料應注意其正確性、護理師訪視與記錄者應同一人；資料書寫應注意其完整性」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書」顯示，病人診斷為「顱骨及顏面骨之惡性腫瘤」等，該申請書所載主責護理師為「朱○○」，與評估醫事人員簽章者「簡○○」不一致，且「進食」欄位勾選為「由口進食」，與「巴氏量表」之進食項目記載：「分數0」，內容說明為「無法自行取食或耗費時間過長」不相符，同意健保署意見，不足以支持系爭訪視日111年10月14日申報系爭項目之必要性。

二、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

	三、另建請貴居家護理所於資料送審前，先行檢視資料正確性、完整性，以維自身權益，併予敘明。
--	--

七、部分負擔

案例

案情摘要

系爭項目為「部分負擔」，系爭就醫日之相關診斷及病情記載，非屬重大傷病之相關治療，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403792 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第1項第1款：「保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「重大傷病部分負擔補付專案審查」爭議案，系爭項目為「部分負擔」，健保署初、複核意見為「根據病歷記載，主治醫師認為外傷性蜘蛛網膜下出血不符急性CVA」、「出院診斷:highly suspected traumatic SAH以外傷認定，除非後續診斷有改變」，依病歷紀錄，病人因Dizziness and then syncope/c head injury，於110年12月13日至111年1月10日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「SAH-Diffuse SAH, s/p EVD+ICP monitoring on 2021/12/11→DSA:No abnormal vascular lesion Head injury」，申請理由雖稱：「患者為不明原因蜘蛛網膜下腔出血，屬於出血性腦中風之一」，惟依「特約醫事服務機構住院醫療服務點數清單」顯示，申報診斷碼及名稱為「S06.6X0 Traumatic subarachnoid hemorrhage without loss of consciousness」，及出院病歷摘要記載：「診斷：出院：1.Diffuse SAH, highly suspected traumatic head injury related s/p EVD+ICP</p>

		<p>monitoring on 2021/12/11, s/p V-P shunt on 12/28」，該診斷非屬重大傷病項目，則系爭住院期間之相關診療，即非屬重大傷病免自行負擔費用之範圍，健保署依前揭規定，不予給付系爭部分負擔費用，核屬有據，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--

八、精神醫療治療

案例一

案情摘要

系爭項目為「特殊心理治療-六歲以上至未滿十六歲(45088C)」，病歷紀錄簡略，無具體治療內容相關紀錄，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402204 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第五節精神醫療治療費診療項目「特殊心理治療(45088C)」註：「利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二(十三)精神科審查注意事項</p> <p>「5. 申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療之個別化紀錄…各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：</p> <p>(3)特殊心理治療(45087C、45088C、45089C):…乙、須有討論具體內容摘要。丙、使用心理治療技巧之描述。</p> <p>(4)深度心理治療(每 40 分鐘)(intensive individual psychotherapy)45013C、45090C、45091C:…丙、申報時並應附治療紀錄且記錄須有討論具體內容之摘要，內容如次：A. 須有治療過程之記載。B. 須有健全化病患心理防衛機轉或發展新的或有效適應技巧之描述。C. 須有改善內容之描述。D. 治療時間至少須 40 分鐘」</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行 110 年 5 月至 111 年 7 月「以通訊診療提供 45088C(特殊心理治療-六歲以上至未滿十六歲)等精神科治療適當性專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「特殊心</p>

	<p>理治療-六歲以上至未滿十六歲(45088C)」，健保署初、複核意見為西醫專業審查不予支付理由代碼「0114A、0181A、0217A」，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Attention-deficit hyperactivity disorder, unspecified type」，該系爭就醫日110年5月28日病歷紀錄簡略，僅記載：「Interact well during family days. Worry about COIVD-19. family members and classmates. 在家會流鼻血. psychoeducation. 母親擔心體重上不來」，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(二)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Attention-deficit hyperactivity disorder, combined type」，該系爭就醫日110年6月1日病歷紀錄簡略，僅記載：「在家裡上課，喜歡在家裡上課，比較安全，Worry about COIVD-19. 在家裡跟爸爸媽媽相處很好. 心情很開心. the child is happy and cooperate the school course well now. Parent had no worries」，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(三)○○○案，依病歷紀錄，病人診斷為「Attention-deficit hyperactivity disorder, combined type」，該系爭就醫日110年6月9日病歷紀錄簡略，僅記載：「比要喜歡在學校上課，因為可以跟同學一起玩；會擔心 COIVD-19. 害怕不能出去玩」，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>(四)其餘個案，病歷紀錄簡略，無具體治療內容相關紀錄，不足以支持申報系爭項目之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例二

案情摘要

系爭項目為「支持性心理治療(45010C)」，病歷內容簡略且制式，核與規定不符。

衛部爭字第1123401855號

審定															
主文	申請審議駁回。														
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。														
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第五節精神醫療治療費(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="480 1024 1377 1508"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45010C</td> <td>支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>97</td> </tr> </tbody> </table> <p>(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部、壹、二、(十三)、5.「申報各項精神醫療治療費診療項目之案件送審時，須檢附就診當次及前後看診或治療之個別化紀錄。…45010C得採用定型化單張，並須有欄位做文字附加充分個別化的補充說明。不符者，不予支付。各項診療項目紀錄內容及審查原則如下：…(2)支持性心理治療(45010C)須有本項治療標題及相關內容之記載。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行111年第3季「安養機構住民醫療費用加強審查專案」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「支持性心理治療(45010C)」，分述如下：</p> <p>(一) ○○○1人2案，健保署初、複核意見皆為「病歷描述過於簡略」、「無此項明顯之病歷紀錄」，依病歷紀錄，病人診斷皆為「妄想型思覺失調症」等，依系爭就醫日111年7月13日、7月27日病情</p>	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	45010C	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。	v	v	v	v	97
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數									
45010C	支持性心理治療 Supportive individual psychotherapy 註：利用支持性心理治療技巧，以減輕症狀影響病人的程度，協助精神疾病病人了解疾病及相關治療，應於精神科醫師指導下由精神治療團隊之各專業成員執行。	v	v	v	v	97									

	<p>記載，內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) ○○○1人2案，健保署初、複核意見皆為「病歷描述過於制式」、「無此項明顯之病歷紀錄」，依病歷紀錄，病人診斷皆為「失智症，伴有行為障礙」等，依系爭就醫日111年7月13日、8月10日病情記載，內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(三) ○○○1人2案，健保署初、複核意見皆「病歷描述過於制式」、「無此項明顯之病歷紀錄」，依病歷紀錄，病人診斷皆為「失智症，伴有行為障礙」等，依系爭就醫日111年7月13日、7月27日病情記載，內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(四) 其餘個案，或同意健保署意見；或內容簡略及制式，宜以個別化記錄方式，非以勾選方式呈現，同意健保署意見，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

九、特殊材料項目

案例

案情摘要

系爭項目為「閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髖、足及股骨除外(1)，≥18歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs: 21903)」，申報自費特材項目-未支付，惟被替代之健保給付特材項目，未併同申報骨釘特材項目，核與規定不符。

衛部爭字第1123401557號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、相關規定 (一)全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第18條第1項第4款、第2項 「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進程序審查：四、申報資料填載之完整性及正確性。」 「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。」 (二)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則 「十四、DRG 案件使用符合『全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範』之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：(二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。(三)併同醫療費用申報資料：自費特材(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。」 二、查卷附資料，本件係健保署執行「110年度 Tw-DRG 案件品質專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下： (一)○○○案，系爭項目為「閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髖、足及股骨除外(1)，≥18歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼:21903)」，健保署初、複核意見為「申

報自費品項替代品項只有 Plate，而沒有 Screw，不符合一般固定之原則，違反 DRG 申報規範」、「根據 DRG 申報規定，使用自費骨材須申報合理健保替代品項及數量，(該健保包裹式計價內容有包括合理數量骨板及骨釘)貴院僅申報鋼板無申報骨釘，不合醫療常規，違反 DRG 支付通則，整件 DRG 不予給付。」，依病歷紀錄，病人因 Right humeral head fx was told at LMD after falling down，於 110 年 1 月 9 日至 13 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Right proximal humeral two part fracture along surgical neck」等，於 110 年 1 月 11 日接受 ORIF for right proximal humerus fracture by Aophilos locking plate 手術，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，申報自費特材項目-未支付(醫令類別：E)為 FBZ007815013 ("SYNTHES" PHILOS PROXIMAL HUMER)，惟被替代之健保給付特材項目(醫令類別：D)，僅申報為 FBP03LN32NAE (T-PLATE 3.5 MMN)，未併同申報骨釘特材項目，顯示申報資料填載不完整，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。

(二)○○○案，系爭項目為「閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髌、足及股骨除外(1)，≥18 歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼:21903)」，健保署初、複核意見為「申報自費品項替代品項只有 Plate，無 Screw，不符合一般固定之原則，違反 DRG 申報規範」、「根據 DRG 申報規定，使用自費骨材須申報合理健保替代品項及數量，(該健保包裹式計價內容有包括合理數量骨板及骨釘)貴院僅申報鋼板無申報骨釘，不合醫療常規，違反 DRG 支付通則，整件 DRG 不予給付。」，依病歷紀錄，病人因 fall from bicycle ride，於 110 年 2 月 27 日至 3 月 3 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「left distal tibio-fibular closed fracture」，於 110 年 2 月 27 日接受 ORIF for left distal tibia fracture by Aplus locking plate 等手術，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，申報自費特材項目-未支付(醫令類別：E)為 FBZ003129007 (APS METAL PLATE&SCREW SYSTEM:D)、FBZ027409001 ("EXACTECH" OPTECURE ALLOGRAFT)，惟被替代之健保給付特材項目(醫令類別：D)，僅申報為 FBA041000NS1(CHRON OS GRANULE, 60% POROSITY, 1.0CC)、FBP022431NS(MINI STRAIGHT PLATE 3:6 HOLE 17:35MM)，未併同申報骨釘特材項目，顯示申報資料填載不完整，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。

(三)○○○案，系爭項目為「閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及肱骨手術，髌、足及股骨除外(1)，≥18 歲，無合併症或併發症(Tw-DRGs 碼:21903)」，健保署初、複核意見為「申報自費品項替代品項只有 Plate，無 Screw，不符合一般固定之原則，

	<p>違反 DRG 申報規範」、「根據 DRG 申報規定，使用自費骨材須申報合理健保替代品項及數量，(該健保包裹式計價內容有包括合理數量骨板及骨釘)貴院僅申報鋼板無申報骨釘，不合醫療常規，違反 DRG 支付通則，整件 DRG 不予給付。」，依病歷紀錄，病人因 Right upper arm pain with limited range of motion developed after traffic accident，於 110 年 8 月 31 日至 9 月 3 日入住申請人醫院接受診療，入院診斷為「Right humeral shaft transverse fracture」，於 110 年 9 月 1 日接受 ORIF for right humerus shaft fracture by AO locking plate 手術，依「特約醫事服務機構住院醫療服務醫令清單」顯示，申報自費特材項目-未支付(醫令類別：E)為 FBZ007815005 ("SYNTHES" LC-LCP 4.5/5.0)、FBI028701001 ("ALLOSOURCE" PUROS DEMINERALIN)，惟被替代之健保給付特材項目(醫令類別：D)，僅申報為 FBA041000NS1 (CHRON OS GRANULE, 60 % POROSITY, 1.0CC)、FBP022235NS1 (LC-DCP 3.5 PLATE 4:12HOLE...)，未併同申報骨釘特材項目，顯示申報資料填載不完整，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。</p> <p>(四)其餘個案，或依病歷紀錄，不足以支持系爭 Tw-DRGs 項目之必要性；或同意健保署意見，申報系爭 Tw-DRGs 項目，不符首揭規定。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

十、其他案件

案例一

案情摘要

系爭項目為「電腦斷層造影-無造影劑(33070B)」，申請人未調閱影像或報告，於28日內門診跨院再執行電腦斷層造影檢查，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404059 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 17 款 「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，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：十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」</p> <p>(二) 行為時全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第 11 條 「保險醫事服務機構提供保險對象之診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放、上傳之就醫紀錄或保險醫事服務機構提供之保險對象就醫結果紀錄及醫療費用資料。但經保險對象設定密碼限制讀取資料者，不在此限。」</p> <p>(三) 衛生福利部中央健康保險署 107 年 12 月 12 日健保審字第 1070036475 號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> 有關門診跨院 28 日內再執行電腦斷層掃描 (CT) 及磁振造影 (MRI) 之案件，為減少重複施作之浪費及民眾非必要檢查及輻射劑量曝露，自費用年 108 年 1 月起，若未讀取調閱病人已做檢查之影像及報告，卻逕自開立檢查單，將依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 17 款不予支付。 如有特殊情形需排除相關案件，得申報虛擬醫令代碼： <ol style="list-style-type: none"> S001：保險對象因素，如保險對象設定密碼限制讀取資料、忘帶健保卡或已攜帶影像複製片等。 S002：醫療院所因素，同體系醫事機構 HIS 資訊系統相同或透過衛生福利部全國醫療影像交換中心查閱，無須透過健保雲端查詢系統調閱之情形等。

	<p>(3) S003：系統因素，連線中斷或查無報告或影像等。</p> <p>(4) S004：其他因素，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。</p> <p>二、 健保署審核意見要旨</p> <p>(一) 初核： CT/MRI 跨院 28 日內再次執行，未調閱影像或報告。</p> <p>(二) 複核： 1. CT/MRI 跨院 28 日內再次執行，未調閱影像或報告，依規定應予核扣。 2. 健保署 107 年 12 月 12 日以健保審字第 1070036475 號函知(略以)，自 108 年 1 月起，若未至雲端醫療影像資訊分享平台讀取調閱病人已做檢查之影像及報告，卻逕自開立檢查單，依全民健康保險法醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 17 款不予支付。</p> <p>三、 健保署 112 年 9 月 27 日提具意見要旨</p> <p>(一) 依全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第 11 條：「保險醫事服務機構提供保險對象之診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放、上傳之就醫紀錄或保險醫事服務機構提供之保險對象就醫結果紀錄及醫療費用資料。但經保險對象設定密碼限制讀取資料者，不在此限。」，醫師於診療病人時，應依醫療常規，需掌握病人病史，善盡醫療上必要之注意，以確保醫療品質。</p> <p>(二) 該署自 107 年 1 月建置雲端醫療影像資訊分享平台，以供醫師讀取調閱病人醫療影像或報告。為減少重複施作檢查之浪費及民眾非必要檢查及輻射劑量暴露，並自 108 年 1 月起，若未讀取調閱病人已做檢查之影像及報告，卻逕自開立檢查單，將依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 17 款不予支付。惟如有特殊情形需排除相關案件，得申報虛擬醫令代碼(S001、S002、S003、S004)。</p> <p>(三) 醫院應善盡保障病人減少重複施作檢查及民眾非必要檢查及輻射劑量暴露；且該署已勾稽健保醫療資訊雲端查詢系統及前一家院所健保卡資料上傳日期，本案執行前均已確認院所於民眾就醫時可於雲端查詢到前一家院所門診跨院 28 日內執行電腦斷層掃描(CT)影像或報告，才會納入「未調閱影像或報告而再次執行檢查」之檢核範圍，案內○○○○案，於 111 年 10 月 11 日於○○醫院就醫，當日執行 CT 檢查，該院業上傳影像，可查詢期間為 111 年 10 月 11 日至 112 年 2 月 8 日，爰此病人 111 年 10 月 26 日於申請人醫院就醫，醫師應調閱而未調閱影像，雖申請人醫院稱「懷疑腦部有新的狀況必須排除及有太多病人不主動說自己在</p>
--	---

	<p>他院做過檢查，不應歸責於醫師」，惟未對雲端系統未讀取影像或報告說明，故維持原核定不予補付。</p> <p>四、 審定理由</p> <p>(一) 查卷附資料，本件係健保署執行「門診 28 日內再執行 CT 及 MRI 卻未讀取調閱影像或報告(任一診療部位相同)專案審查」爭議案，健保署經勾稽發現申請人醫院有未讀取調閱病人已做電腦斷層造影檢查之影像，而逕予開立系爭電腦斷層造影檢查之情形，該署乃追扣保險對象○○○○案系爭電腦斷層造影檢查之費用。</p> <p>(二) ○○○○案，系爭項目為「電腦斷層造影—無造影劑(33070B)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Other recurrent depressive disorders、Anxiety disorder, unspecified」等，依健保署提供「門診跨院 28 日內再執行 CT 及 MRI 卻未讀取調閱影像或報告(任一診療部位相同)明細報表」資料顯示，病人早於 111 年 10 月 11 日至他院接受電腦斷層造影檢查，並於 111 年 10 月 11 日即可查詢上傳之影像，申請人卻未讀取調閱病人已做檢查之影像，於系爭就醫日 111 年 10 月 26 日逕予開立系爭電腦斷層造影檢查，同意健保署意見，健保署依前揭規定，不予給付系爭項目，核屬有據。</p> <p>五、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

案例二

案情摘要

系爭項目為「Sevikar(BC24929100)」及「Diovan(BC23373100)」，病人提前就醫，申請人未查證病人餘藥日數即重複開立相同藥品處方，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402998 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定 一、 相關規定

理由	<p>(一) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 19 條第 9 款、第 10 款、第 17 款</p> <p>「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，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：九、用藥種類與病情不符或有重複。十、用藥份量與病情不符。…十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法 第 22 條</p> <p>「本保險處方用藥之用量規定如下：</p> <p>一、處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則。</p> <p>二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。</p> <p>三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。」</p> <p>第 24 條</p> <p>「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。</p> <p>保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。」</p> <p>(三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約 第 1 條第 1 項</p> <p>「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」</p> <p>第 17 條第 1 項第 4 款</p> <p>「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：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」</p> <p>(四) 行為時「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」(以下簡稱重複用藥費用管理方案)三、(二)、(四)、(五)。</p> <p>三、方案內容</p> <p>(二)實施藥品範圍：</p> <p>「針對給藥日份 7 日(含)以上之全藥類藥品」</p> <p>(四)重複用藥費用核扣對象：</p> <p>核扣對象(慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋)</p>
----	---

核扣對象		院所自行調劑	交付藥局調劑
		一般案件、慢連箋案件 跨(同)保險醫事服務機構 處方(調劑)重複用藥案件	一般案件、慢連箋第1次 跨(同)保險醫事服務機構 處方重複用藥案件
處方院所	藥費	V	V

(五) 費用核扣原則

「1. 重複用藥日數計算

依同一病人不同處方之同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序,逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數^{註1},若病人仍有餘藥,但符合提前領藥規範^{註2},不計入重複用藥;不符合者,列入重複用藥日數計算。

註1:病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心,將所有領藥紀錄皆納入計算,包含依規定可提前領藥之案件(出國、返回離島、出海船員、罕病病人或經保險人認定確有必要之特殊病人等)。

註2:提前領藥規範係依「全民健康保險醫療辦法」第24條及第25條規定;另考量病人因病再次就醫,若餘藥日數小於等於10日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。

註3:相關作業邏輯詳附件2。

附件2:作業邏輯說明一、虛擬代碼(一)檢核邏輯說明

代碼	處方(調劑)時若有餘藥是否視為重複用藥	當件領藥日數是否併入餘藥日數累算
R001	Y	接續計算
R002	N	接續計算
R003	N	重新計算
R004	N	接續計算
R005	N	重新計算
R006	N	接續計算
R007	N	重新計算
R008	N	接續計算

R001:因處方箋遺失或毀損,提供切結文件,提前回診,且經院所查詢健保雲端藥歷系統,確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。

R002:因醫師請假因素,提前回診,醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查。

R003:經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。

R004:其他非屬 R001~R003 之提前回診或慢性病連續處方箋

		<p>提前領取藥品或其他等病人因素，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。</p> <p>R005：民眾健保卡加密或其他健保卡問題致無法查詢健保雲端資訊，並於病歷中記載原因備查。</p> <p>R006：配合分級醫療政策，病人由醫院轉診至院所後第 1 次就醫，並符合轉診申報規定之案件。</p> <p>R007：配合衛福部食品藥物管理署公告藥品回收，重新開立處方給病人，並於病歷中記載原因備查。</p> <p>R008：醫師查詢雲端或 API 系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)10 天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。</p> <p>2. 上開重複用藥依下列公式核減： 針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之案件計算重複用藥日數核扣重複藥費＝該醫令處方(調劑)區間重複用藥日數*該醫令每日平均藥費。」。</p> <p>二、 健保署審核意見</p> <p>(一) 初核：依「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組追扣補付核定總表」顯示，門診特定藥品跨院重複用藥費用核扣方案，追扣重複用藥費用總計 16,069 點。</p> <p>(二) 複核：依「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組追扣補付核定總表」顯示，申復受理 4,437 點，同意補付 2,972 點。不予補付理由略為：「重複用藥檢核邏輯認知落差」。</p> <p>三、 申請理由要旨</p> <p>(一) ○○○案：當診電腦查核無餘藥，可能是當時健保雲端有誤。且病人於 109 年 10 月 28 日就診當時查藥歷即已知有在服用 Sevikar，但因有餘藥故請病人於 109 年 11 月 11 日再行回診開藥，而未於 10 月 28 日開藥。</p> <p>(二) ○○○案：病人長期在門診追蹤治療高血壓，門診時醫師並未發現有藥物重複過多，因此持續開立慢箋。</p> <p>四、 健保署提具意見要旨</p> <p>(一) 該署健保醫療資訊雲端查詢系統「雲端藥歷」頁籤(以下簡稱雲端藥歷)可提供院所於開立處方時，查詢病人就醫前二日之最近 6 個月門、住診(5 個月申報資料+最新 1~2 個月的健保卡上傳資料)開藥及領藥紀錄(資料來源含括本院、他院及社區藥局)，並可使用「門診特定藥品遵醫囑應餘用藥日數」查詢鈕，顯示「同成分同劑型」藥品之「同成分用藥結束日期」及「遵醫囑應餘用藥日數」，以避免當次開藥重複，另可選擇「圖形化查詢畫面」，以圖形化呈現之用藥資訊及時間序列。</p>
--	--	--

(二) 申請人主要爭點為「當診電腦查核無餘藥，可能是當時健保雲端有誤或病人長期在門診追蹤治療高血壓，門診時醫師並未發現有藥物重複過多，因此持續開立慢箋」，然經查對各案件主張理由與檢附資料，申請人院所確實了解重複用藥管理方案，並有該署提供個案重複用藥明細表供查證，另有雲端藥歷系統供醫師開立處方時查詢個案用藥及餘藥相關資訊。

(三) 針對爭議審議個案說明如下：

1. ○○○：藥品 BC24929100，重複用藥歷程如下：

(1)109 年 9 月 24 日於他院開立處方，領藥 30 日，藥量可使用至 109 年 10 月 23 日。109 年 10 月 20 日提早於他院開立處方，領藥 30 日，藥量可使用至 109 年 11 月 22 日，因餘藥未大於 10 日本筆無重複用藥。

(2)109 年 11 月 11 日申請人診所開立處方，領藥 28 日，前次藥量可使用至 109 年 11 月 22 日，餘藥 12 日。該項藥品依規定列入重複用藥計算，總計 12 日予以扣除。

2. ○○○：藥品 BC23373100，重複用藥歷程如下：

(1)109 年 9 月 24 日申請人診所開立慢性連續處方箋，領藥 28 日，藥量可使用至 109 年 10 月 21 日。109 年 10 月 17 日提早於藥局領取處方，領藥 28 日，藥量可使用至 109 年 11 月 18 日，因餘藥未大於 10 日本筆無重複用藥。109 年 12 月 6 日於藥局領取處方，領藥 28 日，藥量可使用至 110 年 1 月 2 日。

(2)109 年 12 月 17 日於申請人診所開立處方，領藥 28 日，前次藥量可使用至 110 年 1 月 2 日，至此，該項藥品依規定列入重複用藥計算，總計 17 日予以扣除。

(四) 申請人指稱已查詢雲端藥歷卻無重複用藥訊息，惟經查確實有重複用藥情事，故維持原核定不予補付。

五、審定理由

(一) 按健保署為確保民眾用藥安全，自 100 年起即設定用藥重疊率指標定期提供院所自我管理，於 102 年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統供醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用藥資訊，並於 104 年 7 月(費用年月)起分階段實施重複用藥費用管理方案，自 108 年第 4 季起針對給藥日份 7 日(含)以上之全藥類藥品列入管理，先予敘明。

(二) 查卷附資料，本件係健保署執行「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」爭議案，健保署發現申請人醫院申報保險對象○○○等案 109 年第 4 季醫療費用，有慢性病連續處方[如：治療血管相關用藥 Sevika(BC24929100)、降血壓藥物 Diovan(BC23373100)]重複用藥之情形，與前揭規定不符，乃核減 109 年 11 月至 12 月

份門診特定藥品用藥重複日數之藥品費用計 16,069 點，申復補付 2,972 點，申請人就不同意補付中之 2 案，計 241 點，向本部申請審議。

(三) 經查「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」資料，健保署係以同一病人不同處方之同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數，當次給藥日數大於(含)7 日，經病人歸戶，其手邊餘藥大於 10 天者，納入核扣案件，但符合提前領藥規範，不計入重複用藥，並依前開重複用藥費用管理方案之費用核扣原則核扣系爭藥品費用，茲就系爭保險對象姓名、流水號、醫令代碼、給藥日數、前次連續用藥結束日期、(提前)領藥(就醫)日期、餘藥日數、重複用藥天數及核減藥費情形，綜整臚列如下表：

保險對象姓名	流水號	醫令代碼	給藥日數	前次連續用藥結束日期	(提前)領藥(就醫)日期	餘藥日數	重複用藥天數	核減藥費
○○○	593 (他院)	BC24929100	30	-	109/9/24	0	0	-
	523 (他院)		30	109/10/23	109/10/20	4	0	-
	9073 (系爭)		28	109/11/22	109/11/11	12	12	126

(四) 本件除經健保署提具意見論述甚詳外，承上表所示，以○○○案(流水號 9073)為例，申請人診所開立系爭「Sevikar (BC24929100)」藥品，前次處方箋連續用藥結束日期為 109 年 11 月 22 日，惟病人卻提前於 109 年 11 月 11 日就醫並領取相同藥物，餘藥日數計 12 日，已超過前開重複用藥費用管理方案所定餘藥日數(小於等於 10 日)2 日，則健保署依前揭規定及重複用藥費用管理方案之費用核扣原則，不予給付系爭費用，核屬有據；○○○案，不符規範領藥日數情形亦類如上表所示，經核亦無不妥。

六、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例三

案情摘要

保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，未依法令規定報准支援及報經保險人同意，即為保險對象提供之醫療服務，核與規定不符。

衛部爭字第 1113400996 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 24 條第 1 項： 「保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，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。」。</p> <p>二、 健保署審核意見 (一) 初核：以程序審查不予支付理由代碼(電腦處理部分)「K45 (看診醫師未報備)」，行政核減申請人申報 57 名保險對象由支援醫師○○○醫師(以下簡稱○醫師)於 110 年 10 月 1 日、5 日門診之相關費用共 31,504 點。 (二) 複核 1. 按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 24 條第 1 項規定，保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，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。 2. 經查本案○醫師(D*****)原執登於○○○(以下簡稱 A)診所(機構代碼[以下同]○○○○○○○○○○)，於 110 年 10 月 1 日起執業異動，改執登於○○○(以下簡稱 B 診所)(○○○○○○○○○○)，應屬該診所本次申復檢附附件(新北市政府衛生局○年○月○日新北衛醫字第○○○○○○○○○○號函)說明三之原支援申請案自動失效情形。 3. 本案未符健保申報規範，不予補付。</p> <p>三、 審定理由 (一) 查卷附資料，本件係健保署執行系統檢核程序，發現申請人診所申報 110 年 10 月 1 日及 5 日之看診醫師○○○未經報備，以程序審</p>

案例四

案情摘要

系爭項目為「複雜Complicated(44008B)」，申報醫療費用自健保署受理日起，已逾2年，健保署不得追扣。

衛部爭字第 1123402039 號

審定	
主文	原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下簡稱醫療服務審查辦法)第5條第1項規定：「保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。」。 二、 查卷附資料，本件係健保署執行「早療病患復健情形適當性專案審查」爭議案，渠等2案，系爭項目均為「複雜Complicated(44008B)」，分述如下： (一) 健保署審核意見要旨： 1. ○○○案 (1) 初核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0702A」，改支「中度-複雜(44014B)」。 (2) 複核：依據病歷記載，病況不符合發展遲緩個案。 2. ○○○案 (1) 初核：西醫專業審查不予支付理由代碼「0702A」，改支「中度-複雜(44014B)」。 (2) 複核：依據病歷記載，病況不符合複雜治療。 (二) 依前揭醫療服務審查辦法規定，醫療服務點數追扣期間係以保險人受理申報案件2年內為之，申請人申報之110年1月份醫療費用，經詢據健保署112年7月25日提具意見表示，略以：「110年1月費用年月受理日期為110年2月8日」，則健保署於112年2月9日以健保桃字第○○○○○○○○○○號函追扣申請人110年1月份之醫療費用，已逾受理申報案件2年，申請人有無前揭

		<p>行為時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約之情事？因攸關本件追扣期間之計算，有查明之必要。</p> <p>三、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後，另為適當之核定。</p>
--	--	--

貳、牙醫

一、牙科處置及手術

案例一

案情摘要

系爭項目為「單純齒切除術(92015C)」，依卷附X光影像呈現之牙齒高度及位置，齒槽骨覆蓋牙齦程度，核與規定不符。

衛部爭字第 1123402824 號

審定							
主文	申請審議駁回。						
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。						
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第四節口腔顎面外科診療項目「單純齒切除術(92015C)」註： 「1. 依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。… 4. 適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。」</p> <p>(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引 柒、口腔顎面外科(節錄)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">92015C</td> <td>單純齒切除術</td> </tr> <tr> <td>適應症</td> <td>軟組織阻生齒</td> </tr> <tr> <td>Indications</td> <td>牙根彎曲須齒切除方能拔除者 翻瓣手術 Pell & Gregory class IA, IB之阻生齒</td> </tr> </table> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「單純齒切除術(92015C)」，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見略為「0207D、改 92014C 支付」，改支「複雜性拔牙(92014C)」，依所附 X 光影像呈現之牙齒高度及位置，齒槽骨覆蓋牙齦程度不符系爭手術項目之適應症，同意健保署意見，系爭就醫日 111 年 12 月 5 日申報系爭項目，不符前揭規定，健保署原給付「複雜性拔牙(92014C)」項目及數量，已足敷治療所需，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>	92015C	單純齒切除術	適應症	軟組織阻生齒	Indications	牙根彎曲須齒切除方能拔除者 翻瓣手術 Pell & Gregory class IA, IB之阻生齒
92015C	單純齒切除術						
適應症	軟組織阻生齒						
Indications	牙根彎曲須齒切除方能拔除者 翻瓣手術 Pell & Gregory class IA, IB之阻生齒						

案例二

案情摘要

系爭項目為「手術拔除深部阻生齒(92063C)」，依卷附資料，患齒非屬完全性骨性阻生齒，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404153 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第三部</p> <p>1. 通則二：「牙科治療項目應依循『牙醫門診總額支付制度臨床治療指引』施行。」</p> <p>2. 第三章第四節口腔顎面外科診療項目「手術拔除深部阻生齒(92063C)」註1.：</p> <p>「符合以下四者狀況之一者，得申報此項。</p> <p>(1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。</p> <p>(2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</p> <p>(3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。</p> <p>(4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。」</p> <p>(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引玖、附件</p> <p>「92063 圖例五(支付標準表附註條件3)狀況九：『上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於牙冠 1/3，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合</p>

	<p>面。』」。</p> <p>二、查卷附資料，渠等個案，系爭項目皆為「手術拔除深部阻生齒(92063C)」，分述如下：</p> <p>(一)○○○案，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見為「0103D，X光所見#38不符92063C之申報標準，僅為水平阻生齒，請見支付標準表」、「第二大臼齒後緣離上升枝有一個crown的距離」，改支「複雜齒切除術(92016C)」，依系爭就醫日112年3月28日病歷紀錄，病人診斷為「Impacted teeth」，申請理由雖略稱：「病人是#38埋伏齒，臨床X光及手術所見…皆已符合全民健保牙醫門診總額臨床治療指引92063C圖例五(支付標準表附註條件3)狀況九…及符合健保支付標準92063C手術拔除深部阻生齒註：1.(1)完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖…」，惟依所附X光影像資料顯示，患齒#38牙冠未過深，非屬完全骨性阻生齒，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定，健保署原給付「複雜齒切除術(92016C)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(二)○○○案，申報治療牙位為#38，健保署初、複核意見為「0103D，X光所見#38不符92063C之申報標準，僅為水平阻生齒，請見支付標準表」、「第二大臼齒後緣離上升枝有1/2個crown的距離」，改支「複雜齒切除術(92016C)」，依系爭就醫日112年3月31日病歷紀錄，病人診斷為「Impacted teeth」，申請理由雖略稱：「病人是#38埋伏齒，臨床X光及手術所見…皆已符合全民健保牙醫門診總額臨床治療指引92063C圖例五(支付標準表附註條件3)狀況九…」，惟依所附X光影像資料顯示，患齒#38牙冠未過深，非屬完全骨性阻生齒，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定，健保署原給付「複雜齒切除術(92016C)」項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板(92069B)」，卷無病人已經藥物或其他保守性治療 1 個月仍無效之相關佐證紀錄，核與規定不符。

衛部爭字第 1123403378 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 (一) 第一部總則十四、「本標準…第三部…中有關期間天數之定義如下：…一個月係指三十天…。」 (二) 第三部第三章第四節口腔顎面外科(第一項處置)診療項目「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板(92069B)」註： 「1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中二項(含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「咬合板治療專案審查」爭議案，渠等個案，系爭項目皆為「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板(92069B)」，分述如下： (一) ○○○案，申報治療牙位為FM，健保署初、複核意見略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「病人於 110 年 6 月 28 日病歷首次記載顱顎關節症狀診斷，並印模製作咬合板，於 110 年 7 月 8 日給予咬合板並申報咬合板處置，未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder, unspecified」，申請理由雖略稱：「患者於 110 年 6 月 28 來診主訴為：Severe pain and mouth open limitation of right jaw joint since 2 months ago, try rehabilitation and medication first but in vain. 已服藥及復健保守性治療兩個月…故給予患者"複雜型顱顎障礙之特殊咬合板"治療…」，惟卷無病人接受保守性治療之起迄時間紀錄資料，尚難佐證病人已經藥物或其他保守性治療一個月仍無效，同</p>

	<p>意健保署意見，系爭就醫日 110 年 7 月 8 日申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(二) ○○○案，申報治療牙位為 FM，健保署初、複核意見略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「病人於該院初次診察即印模製作咬合板並申報咬合板處置，未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定…」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder, unspecified」，申請理由雖略稱：「患者於 110 年 7 月 29 日主訴為長期嚴重磨牙，肌肉疼痛及張口困難已"數個月"時間，在"他院以藥物及復健治療多次"仍未見改善…故給予咬合板治療…」，惟系爭就醫日 110 年 7 月 29 日病歷僅記載：「S: Muscle pain and severe teeth attrition since several months ago…」，無病人經藥物或其他保守性治療一個月仍無效之相關紀錄，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(三) ○○○案，申報治療牙位為 FM，健保署初、複核意見略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「病人於 110 年 7 月 29 日病歷首次記載顫顎關節症狀與診斷，當日印模製作咬合板，於 110 年 8 月 9 日給予咬合板並申報咬合板處置，未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定…」，依病歷紀錄，病人診斷為「Temporomandibular joint disorder, unspecified」，申請理由雖略稱：「患者於 110 年 7 月 29 日主訴為左側顫顎關節疼痛及張口困難已"3 年"時間，在"他院以中醫中藥及復健治療多次"仍未見改善，經診斷為顫顎障礙合併關節內紊亂及肌筋膜炎疼痛，故於 110 年 8 月 9 日給予咬合板治療…」，惟卷無病人接受保守性治療之起迄時間紀錄資料，尚難佐證病人已經藥物或其他保守性治療一個月仍無效，同意健保署意見，系爭就醫日 110 年 8 月 9 日申報系爭項目，不符前揭規定。</p> <p>(四) 其餘個案，健保署初、複核意見皆略為「0207D，不符合支付標準註 1. …經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行之規定。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第十四有列一個月係指三十天」、「…未符合支付標準表"經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行"之規定」，依病情記載，或無病人接受保守性治療之起迄時間紀錄資料，尚難佐證病人已經藥物或其他保守性治療一個月仍無效；或無病人經藥物或其他保守性治療一個月仍</p>
--	--

	無效之相關紀錄，同意健保署意見，申報系爭項目，不符前揭規定。 三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。
--	--

案例四

案情摘要

系爭項目為「乳牙複雜性拔牙(92092C)」，依卷附資料，病人乳牙牙根未大於二分之一，核與規定不符。

衛部爭字第 1123404202 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第三部第三章第四節口腔顎面外科診療項目「乳牙複雜性拔牙(92092C)」註： 「1. 限乳牙申報。 2. 適應症包含： (2)乳牙牙根大於二分之一。」。</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「乳牙複雜性拔牙(92092C)」，申報治療牙位為#61、#62、#52、#51、#72、#84、#82、#74，申報總量為9次，健保署初、複核意見為「0103D, Tooth #51、#61 從 X 光上顯示為牙根吸收>1/2，不符乳牙複雜拔牙」、「所附光碟片依舊顯示，Tooth #51、#61 從 X 光上顯示為牙根吸收>1/2，不符乳牙複雜拔牙」，牙位#51、#61 改支「乳牙拔除(92055C)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Dental caries, unspecified」，申請理由雖略稱：「臨床照片可以很確定牙根>1/2…」，惟依 112 年 5 月 9 日 X 光影像資料顯示，患齒#51、#61 乳牙牙根吸收超過 50%，足見乳牙牙根小於二分之一，同意健保署意見，健保署原給付「乳牙拔牙(92055C)」項目之數量，已足敷治療所需，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

案例五

案情摘要

系爭項目為「複雜齒切除術(92016C)」，依卷附資料，病人無牙冠部分超過三分之二被骨質包埋之情形，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401638 號

審定																		
主文	申請審議駁回。																	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。																
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】																
審定理由	一、 相關規定																	
	(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第四節口腔顎面外科第二項門診手術(節錄) <table border="1" data-bbox="427 1019 1353 1455"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>92016C</td> <td>複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1. 依臨床治療指引相關條文申報。 2. 包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>4300</td> </tr> </tbody> </table>					編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1. 依臨床治療指引相關條文申報。 2. 包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數												
92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1. 依臨床治療指引相關條文申報。 2. 包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3. 本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300												
(二) 全民健保牙醫門診總額臨床治療指引之柒、口腔顎面外科																		
		92016C	複雜性齒切除術															
適應症 Indications		Pell & Gregory class IIA, IIB, IIIA, IIIB 水平阻生齒 骨性埋伏齒 骨覆蓋牙冠 2/3 或以上																
二、 查卷附資料，系爭項目為「複雜齒切除術(92016C)」，申報治療牙位為#48，健保署初、複核意見皆為牙醫專業審查不予支付理由代碼「0207D」，改支「單純齒切除術(92015C)」，依病歷及X光影像資料顯示，阻生齒牙冠明顯高於第二大白齒咬合平面，雖靠近神經管，惟無牙冠部份超過三分之二被骨質包埋之情形，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷診療所需，不足以支持系爭「複雜齒切除術(92016C)」之必要性，無法顯示需給付所請費用																		

之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

二、牙周病學

案例一

案情摘要

系爭項目為「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」，病歷未詳細記載牙周發炎情形，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403417 號

審定						
主文	申請審議駁回。					
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。					
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。				
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】				
審定理由	一、相關規定					
	行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第五章牙周病統合治療方案三、支付規範(節錄)					
	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
91022C	牙周病統合治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。 2. 須檢附牙菌斑控制紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	5000
91023C	牙周病統合治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2. 完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週(≥二十八天)後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少一個部位深度降低2mm者達七	v	v	v	v	3200

			<p>成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。</p> <p>3. 須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。</p>						
<p>二、查卷附資料，渠等 2 案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，系爭項目為「牙周病統合治療第三階段支付 (91023C)」，健保署初、複核意見為牙醫專業審查不予支付理由代碼「0101D」、「未附治療前 X 光片」，依病歷紀錄，病人診斷為「牙周病」，申請理由雖略稱：「申覆送核時，已檢附術前全口 x 光」，惟 110 年 12 月 21 日、111 年 2 月 11 日(系爭執行日)病情分別僅記載：「C.F. :Tx: Check Panoramic radiography films for initial examination in this year:l.Missing teeth :18 17 28 38 36 48...Periodontal condition :periodontitis」、 「主訴：Ask for perio tx」，無詳細記載牙周發炎情形，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目為「牙周病統合治療第二階段支付 (91022C)」，健保署初、複核意見為牙醫專業審查不予支付理由代碼「0101D」、「未附治療前 X 光片」，依病歷紀錄，病人診斷為「牙周病」，申請理由雖略稱：「申覆送核時，已檢附術前全口 x 光」，惟 110 年 12 月 21 日、111 年 2 月 8 日(系爭執行日)病情分別僅記載：「主訴：ask for dental scaling. C.F. :Tx: Check Panoramic radiography films for initial examination in this year:l.Missing teeth :18 28 38 48... Periodontal condition :periodontitis」、 「主訴：Ask for perio tx」，無詳細記載牙周發炎情形，不足以支持系爭項目之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>									

案例二

案情摘要

系爭項目為「牙周病支持性治療(91018C)」，卷無已完成患者第三階段 91023C 牙醫醫療服務之紀錄，核與規定不符。

衛部爭字第 1123400420 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	<p>依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。</p> <p>卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p> <p>審定理由</p> <p>一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第三節牙周病學診療項目「牙周病支持性治療(91018C)」註： 「1. 限經『牙周病統合治療方案』核備之醫師，執行院所內已完成第三階段 91023C 患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段 91022C 間隔九十天。」。</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「11104-11107 中牙醫 REA 追扣專案審查」爭議案，系爭項目為「牙周病支持性治療〈91018C〉」，申報治療部位為 FM，健保署初、複核意見為程序審查不予支付理由代碼「C65(限併同申報支付標準代碼無資料)」、「不符支付標準規定，申報 91018C，限經『牙周病統合治療方案』核備之醫師，執行院所內已完成第三階段 91023C 患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段 91022C 間隔 90 天。」，查病歷資料，無申請人醫院已完成患者第三階段 91023C 牙醫醫療服務之紀錄，此亦有申請人自承：「因為行政疏漏，導致後續回診維持治療未注意未完成申報 91023C」等語可稽，則申請人於系爭就醫日 111 年 4 月 28 日施行及申報系爭項目，同意健保署意見，不符前揭「限經…執行院所內已完成第三階段 91023C 患者」之規定，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>

三、根管治療

案例一

案情摘要

系爭項目為「乳牙多根管治療(90018C)」，依卷附資料，病人後牙多根管非所有根管均達根尖二分之一，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401297 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、肆、根管治療： 「三、乳牙根管治療，申報時須檢附術前、術後 X 光片。根管充填須達根尖二分之一，並以可吸收之材料充填，後牙多根管須所有根管均達根尖二分之一才可申報 90018C，後牙若有部份根管充填未達標準可以 90016C 申報。乳牙所有牙根吸收超過三分之二以上（殘存牙根長度在 3mm 以內者），不得申報乳牙根管治療。」。 二、 查卷附資料，系爭「乳牙多根管治療(90018C)」項目，申報治療牙位為#54、#64，健保署初、複核意見為「64 DB canal RCF< 1/2 root length」、「0213D，64 DB canal RCF< 1/2 root length 不符合牙醫醫療費用審查注意事項第肆條第三項規定 91008C 改支 91006C」，改支「乳牙根管治療(90016C)」，申請理由雖略稱：「病患因年紀小不配合，在全身麻醉下進行治療，手術視野受限，MB、P 皆封填到底，唯 DB canal 約封填剛好至一半。」，惟依所附 X 光影像資料顯示，64 DB canal RCF< 1/2 root length，同意健保署意見，健保署原給付「乳牙根管治療(90016C)」項目，已足敷治療所需，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

案例二

案情摘要

系爭項目為「難症特別處理-根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算(90093C)」及「難症特別處理-符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)(90096C)」，卷無難症困難度之相關病情記載，且未檢附原始 X 光片以茲證明根管鈣化或彎曲，核與規定不符。

衛部爭字第 1113401558 號

審定																										
主文	申請審議駁回。																									
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																									
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。																								
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】																								
審定理由	一、 相關規定																									
	(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 1. 第三部第三章第二節根管治療(節錄) <table border="1" data-bbox="432 1115 1380 1719"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>90093C</td> <td>難症特別處理 Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>1000</td> </tr> <tr> <td>90096C</td> <td>— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。（三根管） 上列支付項目 90091C-90098C 申報說明如下 列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片（X 光片費用已內含）。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>2400</td> </tr> </tbody> </table>						編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	90093C	難症特別處理 Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000	90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。（三根管） 上列支付項目 90091C-90098C 申報說明如下 列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片（X 光片費用已內含）。	v	v	v	v
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																				
90093C	難症特別處理 Management of endodontic difficult case，範圍如下所列各項： — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000																				
90096C	— 符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。（三根管） 上列支付項目 90091C-90098C 申報說明如下 列： 註： 1. 90091C-90094C 須檢附術前或術後舉證之 X 光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之 X 光片（X 光片費用已內含）。	v	v	v	v	2400																				
2. 附表 3.3.1 根管治療充填達根尖 2mm 申請給付原則 「四、根管充填的 X 光片上必須顯示出根管緻密而均質的型態，不得有明顯之充填縫隙，並且與原始 X 光片相比較，必須呈現出明顯清創、修形或充填程度之改善。」																										
(二) 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第三部、肆、根管治療 「一…根管治療(ENDO)：…根管難症處理，應依各該根管詳細述明理由及病情並附充填前後 X 光片舉證，病歷應詳載 X 光片診斷或發																										

		<p>現。」</p> <p>二、查卷附資料，系爭項目為「難症特別處理-根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折(非同一醫療院所)，以根管數計算(90093C)」、「難症特別處理-符合附表 3.3.1 標準之多根管根管治療。(三根管)(90096C)」，申報治療牙位皆為#27，健保署初、複核意見皆略為「0104D、0101D、0209D，未檢附原始 X 光片，需有原始 X 光片做比較，無法判斷是否為根管鈣化、特別彎曲等情況」，申請理由雖略稱：「(110 年)12 月 13 日 X 光片為 DB canal 彎曲情形，11 月 8 日顯微鏡影像 2 張為 MB canal 和 P canal 鈣化根管，12 月 24 日封填完後 X 光確定為 3 根管大白齒，並完成根管封填」，惟依系爭執行日 110 年 12 月 24 日病情記載：「身體檢查發現：Tooth 27 percussion(-), mesio-distal fracture line under pen light. 檢驗檢查發現：X-ray: Tooth27 no caries was noted, no apical lesion. Micro: distal crack line was noted from marginal ridge to pulp distal wall(It is not on furcation) 27 B」，未有難症困難度之相關病情記載，且未檢附原始 X 光片以茲證明根管鈣化或彎曲，同意健保署意見，不足以支持施行系爭根管治療項目之必要性。</p> <p>三、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

案例三

案情摘要

系爭項目為「恆牙根管治療(單根)(90001C)」，未檢附術後 X 光片，核與規定不符。

衛部爭字第 1113403144 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由	<p>一、相關規定</p> <p>(一)行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部第三章第二節診療項目「恆牙根管治療(單根)(90001C)」註： 「3.申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核…。」</p>

	<p>(二)行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)總則貳、一、(四) 5. 前段 「申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料」。</p> <p>二、本部就保險人在健保給付專業審查結果之判斷，需依據醫療專家意見為基礎，從而申請人所提病歷及相關資料是否符合健保給付規範，爭議審議階段僅就保險人依申請人原提供資料為專業審查後之原核定範圍進行審查。爰對申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，不予認定，先予敘明。</p> <p>三、查卷附資料，系爭「恆牙根管治療(單根)(90001C)」項目，申報治療牙位為#21、#22，健保署初、複核意見為「無 X 光片」、「未附 RCF 術後 X 光片(插針非術後 X 光片)」，申請理由略稱：「診斷為急性根尖牙周組織炎，為執行恆牙根管治療，故檢附該案#21、#22 RCF 術後 X-ray 影像」，查健保署申復核定函日期為 111 年 4 月 14 日，則申請人透過本部全民健康保險爭議審議會醫療費用爭議案件系統上傳之檢查日期 111 年 4 月 21 日根尖影像，係屬爭議審議階段始提出之病歷資料，依前揭審查注意事項規定及審議意旨，不予認定，復依原送審資料，未檢附術後 X 光片，施行並申報系爭根管治療項目，不符前揭規定，同意健保署意見，自無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--

參、中醫
一、藥費
案例

案情摘要

系爭項目為「每日藥費(A21)」，依卷附資料，病人診斷非屬全民健康保險醫療辦法第14條所定慢性病範圍，核與規定不符。

衛部爭字第1123404544號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項 「二、一般案件給藥天數不得超過七日，惟屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病者，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。」 二、 查卷附資料，○○○1人2案，系爭項目均為「每日藥費(A21)」，健保署初、複核意見皆為「0302C、0304C，痛經症非慢性疾病病名，不應開立超過7天以上處方，而該日就診申報14天用藥，不符醫學常規，故刪其7天藥費」，部分不予給付各7日藥費，申請理由雖略稱：「病人屬長期痛經的患者，而痛經症的觀察本需以月為單位做調理，才有辦法在下次月經來潮時，觀察痛經的症狀是否改善，事實符合長期治療的要件，因此直接給予兩周做治療…」，惟依病歷紀錄，病人診斷皆為「痛經症」，非屬全民健康保險醫療辦法第14條所定慢性病範圍，且該系爭就醫日112年5月3日(流水號24)、24日(流水號232)病情記載，不同療程之病情記載雷同，每一療程無療效評估，未能辯證論治，且四診中無發病時間及期間，四診不完整，同意健保署意見，健保署原給付系爭項目各7日份，已足數診療所需，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。

二、針灸治療處理費

案例一

案情摘要

系爭項目為「高度複雜性針灸－未開內服藥(D08)」，同一療程之申報針灸項目第2-4次與第1次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，不足以支持系爭項目之必要性。

衛部爭字第1123400207號

審定																																
主文	申請審議駁回。																															
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。																															
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。																														
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】																														
審定理由	一、 相關規定 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部 (一) 第六章針灸合併傷科治療處置費通則： 「二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。」(節錄)																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">F01</td> <td>一般針灸合併一般傷科</td> <td rowspan="2">227</td> </tr> <tr> <td>--另開內服藥</td> </tr> <tr> <td>F02</td> <td>--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">F03</td> <td>一般針灸合併中度複雜性傷科</td> <td rowspan="2">427</td> </tr> <tr> <td>--療程第一次</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">F35</td> <td>中度複雜性針灸合併一般傷科</td> <td rowspan="2">327</td> </tr> <tr> <td>--另開內服藥</td> </tr> <tr> <td>F36</td> <td>--未開內服藥</td> <td>327</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">F37</td> <td>中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科</td> <td rowspan="2">427</td> </tr> <tr> <td>--療程第一次</td> </tr> <tr> <td>F38</td> <td>--療程第二至六次－另開內服藥</td> <td>327</td> </tr> <tr> <td>F39</td> <td>--療程第二至六次－未開內服藥</td> <td>327</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	F01	一般針灸合併一般傷科	227	--另開內服藥	F02	--未開內服藥	227	F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	427	--療程第一次	F35	中度複雜性針灸合併一般傷科	327	--另開內服藥	F36	--未開內服藥	327	F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	427	--療程第一次	F38	--療程第二至六次－另開內服藥	327	F39	--療程第二至六次－未開內服藥
編號	診療項目	支付點數																														
F01	一般針灸合併一般傷科	227																														
	--另開內服藥																															
F02	--未開內服藥	227																														
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	427																														
	--療程第一次																															
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科	327																														
	--另開內服藥																															
F36	--未開內服藥	327																														
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	427																														
	--療程第一次																															
F38	--療程第二至六次－另開內服藥	327																														
F39	--療程第二至六次－未開內服藥	327																														

(二) 第四章針灸治療處置費(節錄)		
編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
D06	—未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計十分鐘以上。	327
(三) 第五章傷科治療處置費(節錄)		
編號	診療項目	支付點數
E03	中度複雜性傷科 通則： 2. 支付規範： (2)治療時間合計十分鐘以上。 療程第一次 —另開內服藥	427
E04	—未開內服藥	427
E13	不分療程 —另開內服藥	327
E14	—未開內服藥	327
二、查卷附資料，渠等個案，分述如下：		
(一) ○○○1人3案，系爭項目為「中度複雜性針灸合併一般傷科-另開內服藥(F35)」(流水號 200161、200421)、「中度複雜性針灸合併一般傷科-未開內服藥(F36)」(流水號 200078)，健保署初、複核意見均為「0101C、0201C，未寫治療時間區間長短」、「9/2、9/12、9/26 未於病歷記載治療時間」，F35 部分改支「一般針灸合併一般傷科-另開內服藥(F01)」(流水號 200161、200421)、F36 部分改支「一般針灸合併一般傷科-未開內服藥(F02)」(流水號 200078)，依病歷紀錄，病人診斷為「Other spondylosis with myelopathy, cervical region」等，申請理由雖略稱：「時間確實記載於治療處置碼內(執行時間-起和執行時間-迄)，...在病歷中，大多有確實記載起迄時間」，惟系爭執行日 111 年 9 月 2 日、12 日、26 日病歷紀錄皆未有治療時間之記載，同意健保署意見，不足以支持申報系爭項目之必要性，健保署原給付系爭項目及數量，已足敷診療所需。		
(二) ○○○1人2案，系爭項目為「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科-療程第一次(F37)」(流水號 200144)、「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科-療程第二至六次-另開內服藥(F38)」(流水號 200144、200414)、「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科-療程第		

		<p>二至六次-未開內服藥(F39)」(流水號 200144)，健保署初、複核意見為「0101C、0201C，未寫治療時間區間長短」、「治療時間應記載於病歷中，但查病歷中並無記載治療時間」，F37、F38 部分改支「一般針灸合併一般傷科-另開內服藥(F01)」、F39 部分改支「一般針灸合併一般傷科-未開內服藥(F02)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Lumbago with sciatica, unspecified side」等，申請理由雖略稱：「時間確實記載於治療處置碼內(執行時間-起和執行時間-迄)，符合健保標準，雖未呈現於 S/O，但確實呈現於病歷上」，惟系爭執行日 111 年 9 月 5 日至 9 月 19 日病歷紀錄皆未有治療時間之記載，同意健保署意見，不足以支持申報系爭項目之必要性，健保署原給付系爭項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>(三) ○○○案，系爭項目為「一般針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次(F03)」，健保署初、複核意見為「0101C、0201C，未寫治療時間區間長短」、「治療時間應記載於病歷中，但查病歷中並無記載治療時間」，改支「一般針灸合併一般傷科-未開內服藥(F02)」，依病歷紀錄，病人診斷為「Other spondylosis, site unspecified」等，申請理由雖略稱：「時間確實記載於治療處置碼內(執行時間-起和執行時間-迄)，符合健保標準，雖未呈現於 S/O，但確實呈現於病歷上」，惟系爭執行日 111 年 9 月 12 日病歷紀錄未有治療時間之記載，同意健保署意見，不足以支持申報系爭項目之必要性，健保署原給付系爭項目及數量，已足敷診療所需。</p> <p>三、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---

案例二

案情摘要

系爭項目為「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」，同一療程之申報針灸項目第 2-4 次與第 1 次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，不足以支持系爭項目之必要性。

衛部爭字第 1123404536 號

審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。	
理由	依據	全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證	申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查

	<p>【注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】</p>						
<p>審定理由</p>	<p>一、 相關規定</p> <p>(一) 行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第四部中醫</p> <p>第四章針灸治療處置費(節錄)</p> <table border="1" data-bbox="475 484 1326 778"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 484 587 534">編號</th> <th data-bbox="587 484 1174 534">診療項目</th> <th data-bbox="1174 484 1326 534">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 534 587 778">D08</td> <td data-bbox="587 534 1174 778"> 高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上 </td> <td data-bbox="1174 534 1326 778">427</td> </tr> </tbody> </table> <p>第六章 針灸合併傷科治療處置費通則</p> <p>「二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。</p> <p>六、同一療程案件，以療程第一次(起始次)申報之針灸合併傷科複雜度為主，療程第二次至第六次(後續治療)僅執行針灸或傷科單一治療處置者，應以本部第四章及第五章同一複雜度(或一般)之針灸或傷科規範申報。」</p> <p>(二) 衛生福利部中央健康保險署 112 年 5 月 15 日健保醫字第 1120661186 號函要旨</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫…業經衛生福利部公告自 112 年 3 月 1 日起實施，為利中醫院所申報新增「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯」並置於該署全球資訊網。 2. 「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯」(以下簡稱問答輯) <p>「項次 3：說明一、現行中醫支付標準第四章針灸治療，同一療程之後續治療係依起始次之針灸複雜度申報，惟後續治療如有跨章節執行傷科或針傷合併治療需要，涉及針灸部分仍依起始次之複雜度申報…」</p> <p>二、 查卷附資料，本件係健保署執行「中醫申報針傷療程第 2-6 次與第 1 次複雜度不符專案審查」爭議案，渠等個案，分述如下：</p> <p>(一) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸—未開內服藥(D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第 2-6 次複雜度與第 1 次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第 2-6 次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫</p>	編號	診療項目	支付點數	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上	427
編號	診療項目	支付點數					
D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥 註： 2. 支付規範： (3)治療時間合計二十分鐘以上	427					

	<p>療服務點數及醫令清單」及健保署提供「○○○申報針灸療程」資料顯示，就醫日期：112年2月20日，就醫序號：0017，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計1次(執行時間為112年2月20日)，申報「一般針灸-另開內服藥(D01)」項目計1次(執行時間為112年3月3日)，申報系爭「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」項目計2次(執行時間為112年3月1日、6日)，顯示同一療程之申報針灸項目第2、4次(D08)與第1次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Other incomplete lesion at unspecified level of cervical spinal cord, subsequent encounter」等，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(二) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第2-6次複雜度與第1次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第2-6次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，就醫日期：112年3月21日，就醫序號：0018，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計2次(執行時間為112年3月21日、27日)，申報系爭「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」項目計1次(執行時間為112年3月23日)，顯示同一療程之申報針灸項目第2次(D08)與第1次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Cerebral infarction, unspecified」，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(三) ○○○案，系爭項目為「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」，健保署初、複核意見略為「療程第2-6次複雜度與第1次不符逕扣差額」、「查『支付標準診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』及針灸申報規範，應以療程第一次(起始次)之複雜度為主，院所療程第2-6次之複雜度不符，故改支為一般針灸」，改支「一般針灸-未開內服藥(D02)」，依「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」顯示，就醫日期：112年3月15日，就醫序號：0011，申報「一般針灸-未開內服藥(D02)」項目計4次(執行時間為112年3月15日、24日、27日、29日)，申報系爭「高度複雜性針灸-未開內服藥(D08)」項目計2次(執行時間為112年3月17日、22日)，顯示同一療程之申報針灸項目第2、3次(D08)與第1次(D02)複雜度不同，且依病歷紀錄，病人診斷為「Traumatic subdural hemorrhage without loss of consciousness, initial</p>
--	--

	<p>encounter」等，不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>(四) 其餘個案，依病歷及「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」記載，同一療程申報針灸項目第 2-6 次與第 1 次複雜度不同，且不同療程病歷記載雷同，每一療程無療效評估，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。</p> <p>三、 至本件 15 案，除○○○案外，其餘 14 案，申請理由雖均略稱：「…因配合『支付標準部分診療項目第四部第四章複雜性針灸申請給付及支付原則』，造成首次針灸應申報複雜性針灸，調整為一般針灸…追回差額改核一般針灸，與現行健保規則有出入…」云云，惟經健保署代表於另案列席本部全民健康保險爭議審議會 112 年 12 月份臨時委員會議說明，略以：依據支付標準第四部中醫通則四規定，針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限；另「問答輯」項次 3 規定，現行中醫支付標準第四章針灸治療，同一療程之後續治療係依起始次之針灸複雜度申報，爰針灸同一療程第 2 至 6 次複雜度應與第 1 次相同。且為維護保險對象醫療品質，支付標準第四部中醫通則五已規定平均每位專任醫師每月申報高度複雜性針灸合理量上限為七十人次，超過部分改以內含一般針灸醫令計算；該署配合前開規定，已建置醫令自動化審查系統(REA)進行檢核，並核扣超出之費用，爰院所應依實際執行之醫療服務核實申報，以避免申報資料與病歷記載不符等語，是以本件同一療程之針灸處置複雜度，第 2 至 6 次申報項目應與第 1 次相同，至於申報高度複雜性針灸超過合理量之計算，係由健保署以醫令自動化審查系統(REA)進行檢核，並依前開規定核扣超出之費用，所稱核有誤解。</p> <p>四、 綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	---

三、門診診察費

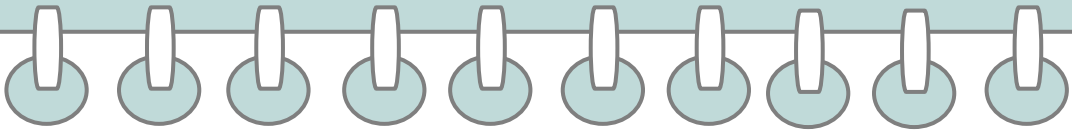
案例

案情摘要

系爭項目為「一般門診診察費(A82)」，依卷附資料，相同診斷連續治療，其針灸、內服藥等處置，係屬同一療程，不足以支持系爭項目之必要性。

衛部爭字第 1123404399 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療費用審查注意事項第四部中醫醫療費用審查注意事項</p> <p>「十五、同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應以不同疾病且於病歷上有詳細記載者為限。」。</p> <p>二、 查卷附資料，系爭項目為「一般門診診察費(A82)」，健保署初、複核意見為「0101C、0201C、0501C，4月22日病歷主診斷及內容為紅斑性狼瘡，與4月28日相同，應屬同一療程不應再申請診察費。」，申請理由雖略稱：「因此次回診以眼症為主，與先前症狀不同，故以新療程治療此病人」，惟依112年4月22日、28日(系爭)病歷紀錄，病人診斷皆為「SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, ORGAN OR SYSTEM INVOLVEMENT UNSPECIFIED」等，係為同一診斷之連續治療，其針灸、內服藥等處置，屬同一療程，同意健保署意見，不足以支持系爭診察費之必要性，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>



NOTE

A series of horizontal dashed lines for writing, consisting of 20 lines spaced evenly down the page.

第三篇

權益爭議案件 常見代表性案例



- ◆ 承保(保險費、滯納金、罰鍰)
- ◆ 補充保險費
- ◆ 保險給付
- ◆ 特約管理事項
- ◆ 其他權益
- ◆ 程序事項

第三篇 權益爭議案件常見代表性案例

壹、承保(保險費、滯納金、罰鍰)

案例一

案情摘要

本國人參加全民健康保險投保資格之認定，以在臺灣地區設有戶籍為要件，並以戶籍登記資料為準據。申請人為本國人，設有戶籍符合加保資格期間為本保險強制納保之保險對象，其雖於111年1月12日已出境滿2年，惟其戶籍迄於111年3月11日始遷出登記，爰其自該戶籍遷出之日起始不具本保險加保資格。

衛部爭字第1113401179號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署核定文件要旨</p> <p>(一) 111年3月16日列印核發之111年1、2月合併保險費繳款單計收申請人111年1、2月保險費計新臺幣(下同)1,652元。</p> <p>(二) 健保署111年4月11日健保○字第0000000000號函申請人原以第6類被保險人身分於○○縣○○鎮公所投保，嗣因出境逾2年未入境，○○縣○○鎮戶政事務所逕為111年3月11日戶籍遷出登記，該署依規定辦理申請人111年3月11日戶籍遷出退保。</p> <p>二、申請人不服，檢附前開健保署繳款單及函影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第8條第1項第1款、第13條第2款及第30條第2項。</p> <p>(二) 戶籍法第67條第1項。</p> <p>二、按「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」、「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：二、不具第八條或第九條所定資格者。」及「各機關所需之戶籍資料及親等關聯資料，應以戶籍登記為依據。」為全民健康保險法第8條第1項第1款、第13條第2款及戶籍法第67條第1項所明定。</p> <p>三、本件依卷附保險對象投保歷史列印、移民署資料介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊、○○縣○○鎮戶政事務所111年3月29日○○戶字第0000000000號函、遷出戶籍(遷出國外)登記申請書、○○縣○○鎮戶政事務所出境滿2年通知書、出境滿兩年未入境人口通報表、戶籍資料等相關資料影本及健保署意見書記載，認為本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，於111年3月11日戶籍遷出登記，設籍期間為全民健康保險強制納保之保險對象，健保署依申請人戶籍資料，逕予辦理其自111年3月11日戶籍遷出日退保，並計收申請人111年1月及2月</p>

保險費，於法並無不合。

四、申請人主張經查詢全民健康保險法及同法施行細則，未具體明確規定要從戶籍遷出登記日為依據，戶籍法第 16 條第 3 項規定：「出境二年以上，應為遷出登記。」，其出境日為 109 年 1 月 13 日，滿 2 年日為 111 年 1 月 12 日，健保署要求其繳交 111 年 1 月 13 日至 2 月 28 日健保費，有待商榷云云，業經健保署提具意見書陳明如下，所稱核有誤解：

(一)按衛生福利部 105 年 6 月 6 日衛部保字第 1051260352 號函釋「有關全民健康保險法第 8 條『設有戶籍』之認定，請依據戶籍法第 67 條『各機關所需之戶籍資料及親等關聯資料，應以戶籍登記為依據』之規定辦理。」，申請人原在臺設有戶籍，以第 6 類被保險人身分於○○縣○○鎮公所投保，並於 109 年 1 月 13 日出境，嗣後申請人因逾 2 年未入境，○○縣○○鎮戶政事務所接獲移民署通報，以 111 年 2 月 9 日出境滿 2 年通知書，通知申請人限期(111 年 3 月 9 日前)辦理遷出國外，惟未獲申辦，該所遂逕為辦理申請人 111 年 3 月 11 日戶籍遷出登記。本案申請人戶籍遷出登記後，未依規定主動辦理退保手續，該署遂於 111 年 4 月間執行除籍退保專案時，依據戶籍資料逕予辦理申請人 111 年 3 月 11 日戶籍遷出退保。該署自申請人退保當月即 111 年 3 月起停止計收保險費，除籍退保前之 111 年 1、2 月保險費仍應繳納。

(二)另依○○縣○○鎮戶政事務所 111 年 3 月 29 日○○戶字第 0000000000 號函說明，戶政事務所須接獲移民署通報，始得踐行機關通知申請人限期辦理程序，俟其逾期未辦理時，方得逕為遷出登記，該遷出日期係以辦理當日為遷出(國外)登記日期，爰無法回溯至當事人出境滿 2 年之日期。爰此，戶籍登記處分非屬該署之權限範疇，該署無從否定戶籍登記效力，遂以戶籍登記處分為事實基礎，認定申請人戶籍遷出登記日 111 年 3 月 11 日為退保日。

五、綜上，健保署計收申請人 111 年 1、2 月保險費及函知申請人，略以該署依規定辦理申請人 111 年 3 月 11 日戶籍遷出退保等語，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 6 條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。

案例二

案情摘要

申請人係大陸地區人士，其新舊居留證效期不連續，其自舊居留證效期屆滿之日起不具投保資格，應予退保，須再次在臺居留滿6個月，始符合全民健康保險之加保資格。

衛部爭字第 1113400630 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署文件要旨</p> <p>(一) 申請人於 111 年 1 月 22 日向健保署申訴，略以其本人健保卡被註銷，係因其配偶○○○2 年多未回臺，戶籍及健保先後被註銷，連帶其本人已有之居留證及健保卡也被停用，而○○○於今(111)年已回臺恢復戶籍及健保，依法其本人應即可恢復健保，且其已申請回臺，基於人道考量，請准予恢復健保云云。</p> <p>(二) 案經健保署於 111 年 1 月 28 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以經查內政部移民署資料，申請人原居留證申請事由為依親居留，該居留效期於 110 年 8 月 25 日屆滿，已不符投保資格，該署業依法核定退保在案；另申請人 111 年 1 月 18 日申請「團聚證」，惟申請人自 109 年 1 月 15 日出境迄今未入境，未在臺居留滿 6 個月，不符投保資格等語。</p> <p>二、申請人檢附健保署前開函影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 9 條、第 13 條第 2 款及第 14 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 8 條。</p> <p>二、按「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿六個月。二、有一定雇主之受僱者。三、在臺灣地區出生之新生嬰兒。」「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：二、不具第八條或第九條所定資格者。」為全民健康保險法第 9 條及第 13 條第 2 項所明定，是不具中華民國國籍而在臺灣地區領有居留證明文件者，除「有一定雇主之受僱者」或「在臺灣地區出生之新生嬰兒」外，應在臺居留滿 6 個月，始取得全民健康保險投保資格，合先敘明。</p> <p>三、本件經審查卷附保險對象投保歷史、移民署資料介接申請案資料列印清冊、外籍人士(歷次)申請來臺資料、居留證、入出境許可證、旅客入出境紀錄清單等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 申請人係大陸地區人士，於 102 年 5 月 30 日申准取得「依親居留多次出入境證」(核准效期至 110 年 8 月 25 日)，自 104 年 3 月 28 日起以眷屬身分依附其配偶○○○投保於○○市○○○○○○職業工會，惟其居留證明文件效期至 110 年 8 月 25 日屆滿，自該日起即不具有投</p>

保資格。

(二) 嗣申請人於 5 個月後之 111 年 1 月 19 日以「團聚」事由申准取得「大陸同胞來臺旅行證」，惟與前次居留證明效期並未連續，且其於 109 年 1 月 15 日出境至 111 年 3 月 9 日列印入出境資料前尚未入境，不符在臺居留滿 6 個月加保之條件。

(三) 綜上，申請人應自 110 年 8 月 25 日起退保，並於再次入境居留滿 6 個月，始符合投保資格。

四、申請人主張其與○○○於 101 年結婚，婚後來臺辦理並領取在臺居留證，在臺連續居留滿 6 個月後，取得健保卡，每年均回臺 1 至 2 次，惟因 COVID-19 疫情影響，夫妻二人均無法回臺，衍生○○○除籍、其本人居留證到期無法延展，健保也因此被取消；其欲回臺辦理取得新的居留證及健保，但需照顧未成年子女，請考量其困境，可以不必再次在臺停留滿 6 個月就取得健保云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 按參加全民健康保險者，除須符合全民健康保險法所訂之基本資格條件（如在臺設籍或領有居留證）外，尚須於合格等待期過後，方得參加健保，而合格等待期，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，有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 5 號判決可資參照。

(二) 查申請人新舊居留證效期不連續，已如前述，依前揭全民健康保險法第 9 條規定，其仍需再次在臺居留滿 6 個月，始符合全民健康保險之加保資格。

(三) 又依健保署網頁（111 年 4 月 19 日瀏覽）「因應疫情影響出境逾 2 年戶籍遷出者健保權益保障措施問答集」所示，國人戶籍遭戶政機關遷出國外致健保退保者，返國恢復戶籍時，倘受疫情影響，可申請「重新納保免等待期之保障措施」，係對於原設有戶籍之保險對象，於返國恢復戶籍後，可免等待期之保障措施，惟該等措施對於非本國籍人士，尚無適用之餘地，併予敘明。

五、綜上，健保署函復申請人，略以申請人原居留證效期於 110 年 8 月 25 日屆滿，該署依法核定退保，另 111 年 1 月 18 日申請「團聚證」，並未在臺居留滿 6 個月，不符投保資格等語，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 6 條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。

案例三

案情摘要

申請人為開業之地政士，屬第 1 類第 5 目被保險人(專門職業及技術人員自行執業者)，以第 2 類被保險人身分於職業工會加保，核與全民健康保險法第 11 條第 1 項前段規定「第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人」不符，健保署核定申請人追溯改以第 1 類第 5 目被保險人(專門職業及技術人員自行執業者)身分投保，核無不合。

衛部爭字第 1113403594 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署核定文件內容要旨</p> <p>(一) 111 年 10 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(受文者為○○○地政士)</p> <p>1. 申請人具有地政士資格且為自行執業者，該署前以 111 年 8 月 15 日健保○字第 0000000000 號函通知請依規定辦理投保單位成立及投保事宜，惟未獲回復，該署爰透過內政部等主管機關查證取得之資料，據以成立本保險投保單位、追溯申請人自執業日期加保並依法追繳 5 年之內保險費。</p> <p>2. 該署核定申請人自 106 年 10 月 1 日以第 1 類第 5 目身分參加全民健康保險，投保單位名稱為「○○○地政士」，106 年 10 月 1 日起投保金額為新臺幣(下同)9 萬 2,100 元，107 年 3 月 1 日起為 9 萬 6,600 元，108 年 3 月 1 日起為 10 萬 1,100 元，109 年 3 月 1 日起為 11 萬 5,500 元，110 年 3 月 1 日起為 10 萬 5,600 元，應補繳之保險費將於 111 年 9 月份繳款單一併補收。</p> <p>(二) 繳款單內容(繳款人「○○○地政士」，為申請人之投保單位) 計收 111 年 9 月保險費計 30 萬 2,723 元(含追溯補收 106 年 10 月至 111 年 8 月保險費 29 萬 7,263 元)。</p> <p>二、申請人不服，檢附上開健保署函及繳款單影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 5 目、第 11 條第 1 項、第 20 條第 1 項第 3 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 11 條及第 46 條第 1 項第 4 款。</p> <p>二、本件經審查卷附個人戶籍資料、個人除戶資料、投保金額查詢資料、105 年執行業務所得資料、綜合所得稅各類所得資料清單(106 年度、107 年度、108 年度、109 年度)、內政部地政司地政士開業查詢資料、○○縣地政士公會資訊系統【地政士資料查詢】查詢資料、保險對象加保記錄明細表、全民健康保險投保金額調整申報表、投保單位保費計算明細表等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 有關申請人投保身分部分</p>

申請人為地政士，於 85 年 3 月 1 日開業，事務所名稱為「○○○地政士事務所」，則申請人自開業之日起即屬全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 5 目所定之第 1 類第 5 目被保險人(專門職業及技術人員自行執業者)，惟申請人卻自 84 年 3 月 1 日起即以第 2 類被保險人身分於○○縣地政業務從業人員職業工會加保，核與全民健康保險法第 11 條第 1 項前段規定「第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人」不符，經健保署於 111 年 8 月間發函輔導申請人成立投保單位及以第 1 類被保險人身分投保未果，乃依公法上請求權 5 年時效之規定，於 111 年 10 月逕辦追溯自 106 年 10 月 1 日起成立投保單位「○○○地政士」，並核定申請人追溯自 106 年 10 月 1 日起改以第 1 類被保險人(專門職業及技術人員自行執業者)身分投保，經核並無不合。

(二) 有關申請人投保金額部分

健保署依財稅資料查得申請人 105 年至 109 年各該年度之執行業務所得(106 萬 8,382 元至 134 萬 2,158 元不等)，核算申請人投保金額自 106 年 10 月 1 日起為 9 萬 2,100 元，107 年 3 月 1 日起為 9 萬 6,600 元，108 年 3 月 1 日起為 10 萬 1,100 元，109 年 3 月 1 日起為 11 萬 1,500 元，110 年 3 月 1 日起為 10 萬 5,600 元，並據以追溯補收申請人系爭 106 年 10 月至 111 年 8 月保險費計 29 萬 7,263 元，經核亦有所據。

三、申請人主張其長期以來在○○縣地政業務從業人員職業工會參加勞健保，依投保薪資等級計算如期繳交健保費，從未逾期繳納。111 年 8 月中旬收到健保署來函通知其應以第 1 類第 5 目身分辦理加保，並且追溯前 5 年保險費，其非常不服。健保署有義務輔導被保險人選擇適法身分投保，但其長期以來並未接到健保署任何通知或輔導公文，也未見健保署在媒體上有任何宣導廣告，而職業工會照常加保健保，其也照常繳納健保費。其認為健保署未善盡責任通知及輔導其以適法身分投保，而逕加以追溯前 5 年保險費，顯有嚴重疏失，損害其權益，其前 5 年保險費已在職業工會繳清，自願從 111 年 10 月起按第 1 類第 4 目或第 5 目身分辦理加保，請不溯及既往，准於免收前 5 年保險費 29 萬 7,263 元云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以全民健康保險法相關條文業自 84 年 3 月 1 日施行日起即發生效力，且法律係人民權利義務之基本規範，全體國民一體適用，個人不得因不瞭解法令規定內容而主張免除應負擔之義務，且該署自健保開辦以來皆有持續辦理全民健保宣導作業，針對各項承保相關作業規定，包括以適法身分加保乙節，也多所宣導不遺餘力。另本案該署並未針對申請人不依規定辦理健保情事，科以罰則，僅補收申請人過去 5 年期間原應以正確身分加保之保險費，且誤保身分加保於職業工會期間之保費，亦可追溯自 106 年 10 月 1 日辦理轉出及退費，已

	<p>兼顧申請人健保相關權利義務之衡平等語。</p> <p>(二)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身分類別，具有第1類被保險人資格者，不得以第2類被保險人身分投保，復為全民健康保險法第11條第1項前段所明定，是申請人既為專門職業及技術人員自行執業者，為第1類被保險人，自不得以第2類被保險人身分加保於職業工會，申請人投保身分之認定，並無由申請人自行決定之餘地。</p> <p>四、綜上，健保署核定申請人追溯自106年10月1日起以專門職業及技術人員自行執業者身分投保，並計收申請人系爭保險費，核無不合，原核定均應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。</p>
--	---

案例四

案情摘要

申請人為未成年人，其父親係以被保險人身分加保，申請人應以眷屬身分依附其父加保，詎健保署以第6類第2目被保險人身分加保，計收保險費，即難認妥適。

衛部爭字第1123404779號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	<p>一、繳款單內容</p> <p>計收申請人112年8月(以第6類第2目被保險人身分追溯補收107年9月至110年4月)保險費計新臺幣2萬4,276元。</p> <p>二、申請人不服，檢附前開繳款單影本，主張其於112年8月間始申請加入健保，不服保險費從107年9月溯及既往至112年8月，其於國外出生且長年旅居國外，近幾年才取得中華民國國籍，於108年4月回國探親後約1星期就出境，期間因新冠疫情不可抗力因素超過2年未入境，戶籍被取消，112年8月9日入境後辦理恢復戶籍，112年8月20日出境，回國均短暫停留，並無健保醫療保險，其自取得國籍後從未接到健保加保通知，其於108年4月至112年8月間並無戶籍，依規定該期間非投保對象亦無從投保，健保署從107年9月起加收保險費，其無法信服云云，向本部申請爭議審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第2條第2款第3目、第8條第1項第1款及第12</p>

條。

(二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款。

二、本件經審查卷附個人戶籍謄本(現戶全部)、保險對象投保歷史、全民健康保險第六類保險對象投保(轉入)申請表、全民健康保險第六類保險對象補中斷轉入、出申請表、移民署資料介接中外旅客個人歷次出入境資料列印清冊等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：

(一) 本件申請人係中華民國國籍，於 104 年 8 月 4 日在臺初設戶籍，於 110 年 5 月 20 日戶籍遷出登記，因未曾有參加本保險紀錄，自設籍滿 6 個月之 105 年 2 月 4 日起為本保險強制納保之保險對象，並於 110 年 5 月 20 日戶籍遷出退保。

(二) 申請人於前揭符合加保資格期間並未以適當身分加保，迄於 112 年 8 月 10 日戶籍遷入登記後始由其父○○○於 112 年 8 月 16 日辦理加保，健保署依其戶籍資料及公法上 5 年請求權規定，核定申請人以第 6 類第 2 目被保險人自 107 年 9 月 1 日至 110 年 5 月 20 日投保於戶籍所在地之○○縣○○鄉公所及 112 年 8 月 10 日起以眷屬身分依附其父○○○加保。

(三) 申請人於系爭保險費計費期間，雖有 2 次出國期間逾 6 個月之情形(107 年 4 月 16 日出境至 108 年 4 月 7 日入境及 108 年 4 月 16 日出境至 112 年 1 月 15 日入境)，惟未於該 2 次出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費之條件。

(四) 綜上，健保署核收申請人設有戶籍符合加保資格期間之系爭 107 年 9 月至 110 年 4 月保險費，固非無據。

三、惟按「本法用詞，定義如下：二、眷屬：(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」、「符合第二條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。」分別為全民健康保險法第 2 條第 2 款第 3 目及第 12 條前段所明定。查申請人為民國 97 年出生，於系爭 107 年 9 月至 110 年 4 月保險費計費期間為未成年人，健保署意見書雖陳明，略以申請人於 112 年 8 月 10 日完成戶籍遷入登記，其父親 112 年 8 月 16 日洽該署填寫「疫情期間，重新納保免等待期之保障措施聲明書」，申辦申請人 112 年 8 月 10 日(恢復戶籍日)以第 6 類第 2 目眷屬身分依附投保。該署發現申請人 105 年 2 月 4 日(設籍滿 6 個月)至 110 年 5 月 20 日(戶籍遷出)期間，符合參加本保險資格，輔導申請人父親至該期間之投保單位辦理申請人以眷屬身分依附投保，申請人父親以「從單位離職，不便回原單位補中斷」之事由，申辦該期間申請人以第 6 類第 2 目被保險人身分投保等語，惟上開保險費之計費期間，申請人父親○○○以被保險人身分加保，有保險對象投保歷史資料附卷可稽，依前開規定，申請人在系爭保險費計費期間即應以眷屬身分依附其父○○○加保，詎健保署以第 6 類第 2

	<p>目被保險人身分計收申請人系爭 107 年 9 月至 110 年 4 月保險費，即難認妥適。</p> <p>四、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例五

案情摘要

本保險保險費之計繳，係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，而退保(轉出)當月，於轉出單位則免繳納保險費。申請人原以受僱者身分投保，轉出後未以適法身分接續投保，則健保署核定申請人暫以第 6 類第 2 目被保險人身分加保，並計收自加保當月之全月保險費，核無不合。

衛部爭字第 1120023989 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、繳款單內容</p> <p>計收申請人 112 年 2 月至 4 月保險費計新臺幣(下同)2,478 元。</p> <p>二、申請人不服，郵寄「訴願書」向本部提起訴願，經本部依全民健康保險法第 6 條規定，以全民健康保險爭議案件受理。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款、第 10 條第 1 項第 6 款第 2 目、第 23 條第 1 項及第 30 條第 2 項。</p> <p>(二)全民健康保險保險費計收作業要點第 3 點。</p> <p>(三)改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)85 年 1 月 12 日衛署健保字第 84071834 號函。</p> <p>二、本件經審查卷附個人戶籍資料、保險對象投保歷史紀錄、全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表、退保申報表等相關資料影本及健保署意見書顯示，申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象，原以第 1 類第 2 目被保險人(受僱者)身分投保於○○○○○○○，112 年 2 月 8 日轉出後，未以適法身分接續投保，迨至 112 年 5 月 26 日起始再投保於○○○○○○○，致有中斷投保情形，則健保署核定申請人暫以第 6 類第 2 目被保險人身分加保，並計收申請人系爭 112 年 2 月至 4 月全月保險費，經核並無不合。</p> <p>三、申請人主張其 112 年 2 月與 5 月還在公司加保，健保費算月，當月有某天在保，當月就應該計算保險費，其僅有 112 年 3 月及 4 月無公司加保，且 112 年 3 月及 4 月尚在職訓單位半職進修中，不合乎第 6 類計算，且</p>

採費用之月費，應以前後中斷時機關保費計算，非自行以第 6 類計價，不得再寄送任何公文書到○○○○○○，送達地址應以其戶籍地址為依據，若日後產生法律責任，由對方負責不公平，其依法類推民法第 264 條，同時履行抗辯權利云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 依據申請人之投保歷史紀錄顯示，其係於 112 年 2 月 8 日自○○○○○○離職退保，按全民健康保險法第 30 條規定，退保當月（即 112 年 2 月）之保險費並不會由轉出單位扣繳，應自離職日起，另以適法身分至下一個投保單位銜接投保；惟申請人並未依規定辦理，迨至 112 年 5 月 26 日才又投保，112 年 2 月 8 日至 5 月 26 日中斷投保事實明確，適法身分應屬無職業地區人口，爰該署依改制前行政院衛生署 85 年 1 月 12 日衛署健保字第 84071834 號函釋規定，逕辦其以第 6 類第 2 目被保險人身分加保，並按第 6 類地區人口之保險費，核定申請人應繳納 112 年 2 月至 4 月之中斷投保期間之保險費共計 2,478 元，依法有據。
2. 按全民健康保險法第 10 條及第 15 條規定，保險對象是否應以第 1 類被保險人受僱者身分投保，應以投保單位申報為準；本案經調閱○○○○○○向該署申報之投、退保相關表件，查該單位確實於退保表格上註明申請人於 112 年 2 月 8 日離職，嗣於 112 年 5 月 26 日才又復職投保，申請人之到、離職日期均有投保單位之申報表件可稽，足證申請人 112 年 2 月 8 日至 5 月 26 日間並無受僱事實，申請人仍主張該期間有受僱事實，則屬勞資聘僱關係爭議，應向勞政主管機關或受僱單位申請確認僱傭關係後，再檢具相關文件向該署提出異議申復。
3. 該署檢視申請人之個人戶籍資料，查申請人所登載之戶籍地址為○○市○○戶政事務所之地址，相關文書並無法寄送至該址，因此該署依據行政程序法第 72 條第 3 項規定：「應受送達人具有就業處所者，亦得向該處所為送達。」，將行政文書送達至申請人就業處所(○○○○○○○)，該署所為文書送達程序符合行政程序法規定。

(二) 依全民健康保險法第 30 條第 2 項規定：「前項保險費，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。」，爰由該規定意旨以觀，本保險保險費之計繳，係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，而退保(轉出)當月，於轉出單位則免繳納保險費；此外，全民健康保險保險費計收作業要點第 3 點規定：「被保險人有下列情形之一者，保險人應向其當月最末日所屬之投保單位計收全月保險費：(一)當月於一個投保單位持續在保。(二)當月有一個以上投保紀錄與退保紀錄。但於當月最末日退保者，由保險人核定以次月一日為退保日。」，足見該作業原則具有長期加保、簡化計費作業之用意，申請人所稱當月有某天在保，當月就應該計算保險費

	<p>云云，核有誤解。</p> <p>四、綜上，健保署計收申請人系爭保險費，核無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例六

案情摘要

申請人為投保單位，申報其負責人自 106 年 3 月 1 日起投保金額為 4 萬 5,800 元，經健保署查核發現國稅局核定其負責人 109 年之執行業務所得，換算平均每月執行業務所得為 9 萬 4,339 元，據以追溯調整其 110 年 3 月至 111 年 2 月之投保金額為 9 萬 6,600 元，核無不合。

衛部爭字第 1123404560 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署文件內容要旨</p> <p>(一) 緣健保署以 112 年 7 月 27 日健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以該署依專門職業及技術人員自行執業者○○○109 年度之執行業務所得資料除以 12 個月，計算其平均每月所得已超過 110 年 3 月投保金額，爰追溯自 110 年 3 月至 111 年 2 月調整○○○健保投保金額為新臺幣(下同)9 萬 6,600 元，應補收之保險費將於核計申請人 112 年 7 月保險費時一併補收等語。</p> <p>(二) 申請人於 112 年 8 月 9 日及 30 日檢送 109、110 及 111 年度「執行業務(其他)所得損益計算表」，主張健保署對於薪資所得投保薪資有 4 個月的獎金之彈性，但對於獨資執行業務者投保薪資的設算只用 12 個月來除，全部執行業務所得要被當成固定薪資，不准扣除獎金，無法如營利所得扣除薪資及所得稅，據此金額計算所負擔的健保費比公司負責人還高，因此比照股利所得為稅後所得概念，以執行業務所得乘以 80%再除以 16 個月計算投保金額，其負責人投保金額應為 5 萬 7,800 元(110 年 3 月至 112 年 2 月)及 5 萬 5,400 元(112 年 3 月起)云云，向健保署申復。</p> <p>(三) 案經健保署以 112 年 9 月 6 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以○○○為專門職業及技術人員自行執業者，依規定應以其執行業務所得為投保金額，其性質與受僱者之薪資所得或獎金(具有獎勵性質之各項給予)不同；爰依申請人檢附之各年度執行業務(其他)所得損益計算表，○○○109 年、110 年及 111 年度執行業務盈餘分配數分別為 113 萬 2,062 元(已核定)、112 萬 1,540 元及 108 萬 9,807 元，該署依</p>

	<p>月平均核定投保金額為 9 萬 6,600 元、9 萬 6,600 元及 9 萬 2,100 元，並自 110 年 3 月、111 年 3 月及 112 年 3 月生效，應補收之保險費於核計申請人 112 年 8 月繳款單中計收等語。</p> <p>二、申請人不服，檢附前開健保署 112 年 9 月 6 日健保○字第 0000000000 號函影本，向本部申請審議。</p>
<p>理由</p>	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 5 目、第 20 條第 1 項第 3 款、第 2 項及第 21 條第 1 項。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 11 條及第 46 條第 1 項第 3 款。</p> <p>二、本件經審查卷附保險對象計費投保歷史查詢(投保金額查詢)、投保單位保費計算明細表、全民健康保險投保金額調整名冊、「WEB IP 查調訊息回覆(綜所稅所得查調)」、「執行業務(其他)所得損益計算表」(所得年度：109 年、110 年及 111 年)等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一) 依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 3 款及第 2 項規定，專門職業及技術人員自行執業者，應以其執行業務所得為投保金額，並由保險人查核，如申報不實，保險人得逕予調整，合先敘明。</p> <p>(二) 本件申請人之負責人○○○自 95 年 8 月起即以第 1 類第 5 目被保險人身分(專門職業及技術人員自行執業者)投保，106 年 3 月 1 日起投保金額為 4 萬 5,800 元，經健保署查核發現國稅局核定其 109 年之執行業務所得為 113 萬 2,062 元，其平均每月執行業務所得為 9 萬 4,339 元(計算式：1,132,062 元÷12 個月=94,339 元)，乃依衛生福利部 109 年 12 月 3 日衛部保字第 1090142439 號公告「全民健康保險投保金額分級表」(自 110 年 1 月 1 日起生效)，據以追溯調整其 110 年 3 月至 111 年 2 月之投保金額為 9 萬 6,600 元，嗣申請人檢附「執行業務(其他)所得損益計算表」(所得年度：109 年、110 年及 111 年)申復，健保署依據其 109 年、110 年及 111 年度執行業務盈餘分配數[分別為 113 萬 2,062 元(已核定，同前揭國稅局核定資料)、112 萬 1,540 元及 108 萬 9,807 元]，計算 109 年、110 年及 111 年各年度平均每月執行業務所得分別為 9 萬 4,339 元(計算式：1,132,062 元÷12 個月=94,339 元)、9 萬 3,462 元(計算式：1,121,540 元÷12 個月=93,462 元)及 9 萬 817 元(計算式：1,089,807 元÷12 個月=90,817 元)，並依衛生福利部 110 年 12 月 14 日衛部保字第 1100149878 號、111 年 5 月 13 日衛部保字第 1110118301 號、111 年 11 月 17 日衛部保字第 1110144081 號公告「全民健康保險投保金額分級表」(分別自 111 年 1 月 1 日、7 月 1 日、112 年 1 月 1 日起生效)，核定○○○投保金額自 110 年 3 月 1 日起為 9 萬 6,600 元及自 112 年 3 月 1 日起為 9 萬 2,100 元，一併追溯補收該段期間之保險費差額，經核尚無不合。</p> <p>三、申請人主張獨資執行業務者跟公司負責人都是負責人，立法精神都是以盈</p>

餘所得推算健保費的投保級距，然公司營利所得與獨資執行業務所得內涵並不同，執行業務所得查核辦法第 18 條第 2 款明訂獨資者不可列報薪資，然公司組織無此規定，所以公司的營利所得是扣除負責人薪資後的金額，營利所得金額可以被減少，但是獨資的執行業務所得無法扣除負責人薪資，執行業務所得相對來說就比營利所得高，又公司的營利所得即負責人股利所得是扣除了 20% 的營利事業所得稅後之金額，但是執行業務所得並無扣除所得稅。用同樣推算方式導致獨資執行業務者的投保級距大大超過公司負責人投保級距，與立法精神相違背，同時造成極大不公平，實質上是懲罰獨資執行業務者。其主張投保級距應該比照股利用稅後的概念及允許有獎金的空間，以些微彌補無法列報薪資造成的不公平，修正投保金額之計算為執行業務所得乘以 80%，再除以 16 個月云云，惟所稱核有誤解，理由分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 查全民健康保險法未就「執行業務所得」有定義性之規範，惟所得稅法第 14 條第 1 項第 2 類第 1 款有相同文字及明確規範：凡執行業務者之業務或演技收入，減除業務所房租或折舊、業務上使用器材設備之折舊及修理費，或收取代價提供顧客使用之藥品、材料等之成本、業務上僱用人員之薪資、執行業務之旅費及其他直接必要費用後之餘額為所得額。全民健康保險法就作為保險費基礎之執行業務所得之規定，與所得稅法第 14 條第 1 項第 2 類第 1 款以量能負擔為基礎之目的相當，該署對於相同事項為相同之解釋與認定，具有程序上及實質上之客觀性，臺灣雲林地方法院 110 年度簡字第 13 號行政訴訟判決可資參照。
2. 有關營利所得及執行業務所得，凡經稅捐稽徵機關核定後，該核定即屬行政處分之性質，具有構成要件效力，於主管機關依職權撤銷或廢止，或申報人以之為標的提起行政爭訟勝訴確定前，該署以國稅局核定之執行業務所得額，用以查核及校正被保險人之專技身分投保金額，係屬有據。
3. 另依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條規定，獎金指符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。申請人主張執行業務者之執行業務所得比照員工有 4 個月獎金，據以核算其投保金額，於法無據。

(二) 執行業務所得額涉及帳簿、文據之查核，具有高度技術性，該所得額之確定，無論於「應納稅捐」、「全民健康保險投保額」之程序中，均使用相同之證據方法，並無不能援用之理由，被告(健保署)人員查核所得額之專業度，復不如稅捐機關人員為高，被告(健保署)並無必要浪費人力、物力去反覆調查在稅法上已經確定之「原告執行業務所得」，被告

	<p>(健保署)因而依全民健康保險法第 80 條規定,「援用」稅捐機關所核定執行業務所得及原告申報執行業務所得損益計算表所載之自行調整後金額,用以計算其各該年度平均每月執行業務所得,並用以調整健保投保金額,自屬合理,此有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 630 號判決可資參照,爰此,健保署援用國稅局所核定及申請人申報負責人○○○之執行業務所得,調整其之投保金額,尚無違誤。</p> <p>四、綜上,健保署函復申請人,略以核定○○○投保金額為 9 萬 6,600 元、9 萬 6,600 元及 9 萬 2,100 元,並分別自 110 年 3 月、111 年 3 月及 112 年 3 月生效,及追溯補收申請人保險費差額等語,核無不合,原核定應予維持。</p> <p>據上論結,本件申請為無理由,爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定,審定如主文。</p>
--	---

案例七

案情摘要

申請人為第 1 類被保險人(公、民營事業、機構之受僱者),依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款及第 21 條第 2 項前段規定,以其薪資所得為投保金額,除已達本保險最高一級者外,不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加「其他社會保險」之投保薪資。

衛部爭字第 1113403458 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一)緣申請人於 111 年 9 月 21 日(健保署收文日)向健保署申請返還溢繳之健保費,理由略以:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依全民健康保險法施行細則第 47 條及 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…得將加班費予以扣除,但扣除後所申報之投保金額,仍不得低於勞工保險投保薪資」規定,其為舊制勞工,扣除其加班費後,依 111 年健保費投保級距,其健保費投保級距最高應為新臺幣(下同)4 萬 5,800 元。 2. 健保署 111 年 4 月 18 日健保○字第 0000000000 號函「勞工職業災害保險及保護法自 111 年 5 月 1 日實施後,勞工扣除加班費後之投保金額,亦不得低於勞工職業災害保險之投保金額」,顯與全民健康保險法施行細則第 47 條之規定有違,實屬濫權擴張解釋法律。 3. 其投保單位將其健保投保級距調高為 6 萬 800 元,致使其自 111 年 5 月至 8 月溢繳健保費 2,800 元,應返還超收健保費。

	<p>(二) 健保署於 111 年 9 月 30 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按全民健康保險法第 21 條第 2 項規定略以，被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資；次按衛生福利部(前行政院衛生署) 84 年 6 月 27 日衛署健保字第 84031134 號函，加班費可不計入全民健康保險金額。 2. 依據前項之規定，現行勞工扣除加班費後之健保投保金額，仍不得低於勞保或勞退投保金額，勞工職業災害保險及保護法自 111 年 5 月 1 日實施後，勞工扣除加班費後之投保金額，亦不得低於勞工職業災害保險之投保金額。 3. 該署經洽申請人健保投保單位，確認申請人勞工職業災害保險之投保級距為 6 萬 800 元，故依全民健康保險法第 21 條第 2 項規定，合於該署投保金額 6 萬 800 元，申請人所請返還溢繳之健保費，歉難同意。 <p>二、申請人不服，檢附前開函影本，向本部申請爭議審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 20 條第 1 項第 1 款及第 21 條第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 47 條。</p> <p>二、按「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。」、「前項被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資」分別為全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款、第 21 條第 2 項前段所明定，是公、民營事業、機構之受僱者，以其薪資所得為投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加「其他社會保險」之投保薪資，合先敘明。</p> <p>三、本件經審查卷附保險對象投保歷史查詢作業、正確異動表件紀錄查詢作業、勞動部勞工保險局 111 年 10 月 20 日○○○字第 0000000000 號函及其附件「勞保職保被保險人投保資料表(明細)」、111 年 5 月份至 8 月份薪資明細表等影本及健保署意見書顯示，申請人以第 1 類被保險人身分投保於○○市政府○○○○○○○○，該投保單位於 111 年 4 月 13 日網路申報申請人投保金額由 4 萬 5,800 元調整為 6 萬 8,000 元(生效日 111 年 5 月 1 日)，經健保署向勞動部勞工保險局查證回復申請人 111 年 5 月 1 日至 9 月 1 日期間「職保投保薪資」為 6 萬 800 元，爰此，健保署按投保金額 6 萬 800 元核收申請人 111 年 5 月至 8 月保險費，核屬有據。</p> <p>四、申請人主張全民健康保險法第 21 條第 2 項規定「不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資」，但何謂「其他社會保險」？</p>

查全民健康保險法施行細則第 47 條既已就第一類及第二類被保險人適用之「社會保險」明示限於「勞工保險」一項，自不及於其他，且全民健康保險法及其施行細則皆未授權主管機關得就社會保險之範圍另行規定，健保署遽以勞工職業災害保險及保護法實施為由，逕自擴張解釋「社會保險」之範圍，於法未合云云，惟所稱核有誤解，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 為保障遭遇職業災害勞工及其家屬之生活，加強職業災害預防及職業災害勞工重建，以促進社會安全，茲訂定勞工職業災害保險及保護法。該法第 23 條立法理由為「一、本保險係屬納費互助之社會保險制度，基於權利義務對等原則，依法繳納保險費，始享有保險給付權利。」，已說明勞工職業災害保險及保護法係屬社會保險。再依勞工職業災害保險及保護法第 29 條第 2 項規定：「被保險人發生同一保險事故，被保險人、受益人或支出殯葬費之人同時符合請領本保險、勞工保險、農民健康保險、農民職業災害保險、公教人員保險、軍人保險或國民年金保險之給付條件時，僅得擇一請領。」，其立法理由係基於社會保險不重複保障之原則，更確立勞工職業災害保險及保護法為社會保險之範疇。

2. 該署查證該申請人 111 年 5 月 1 日勞工職業災害保險投保薪資為 6 萬 800 元，依全民健康保險法第 21 條第 2 項核定其 111 年 5 月 1 日健保投保金額為 6 萬 800 元，於法無誤。

(二) 查全民健康保險法施行細則第 47 條前段固規定「第一類及第二類被保險人，其申報之投保金額不得低於其適用勞工退休金月提繳工資分級表之月提繳工資及勞工保險之投保薪資。」，惟該規定並未將全民健康保險法第 21 條第 2 項規定之「其他社會保險」限縮為「勞工保險」，此觀衛生福利部 111 年 7 月 18 日衛部保字第 111260232 號公告全民健康保險法施行細則部分修正草案總說明「因本法第二十一條第二項對本保險第一類及第二類被保險人之投保金額已有相關規定，爰刪除現行條文第四十七條是類對象申報投保金額之規定。」自明，申請人所稱核有誤解。

五、綜上，健保署函復申請人，略以其勞工職業災害之投保級距為 6 萬 800 元，依全民健康保險法第 21 條第 2 項規定，合於該署投保金額 6 萬 800 元，申請人所請返還溢繳之健保費，歉難同意等語，核無不合，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 6 條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。

案例八

案情摘要

申請人為投保單位，申報調整其員工投保金額自 110 年 1 月起調整，健保署依國稅局核定之 109 年薪資所得核定自 109 年 3 月起調整投保金額，卻對於系爭 110 年投保金額，不同意申請人所請依 110 年當年度薪資所得(基本工資)調整投保金額，是否符合行政程序法第 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。」之意旨？尚待釐明。

衛部爭字第 1113400715 號

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	<p>一、案件緣由及健保署文件要旨</p> <p>(一) 緣健保署於 110 年 12 月 13 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 查○○○○自 108 年 1 月 9 日起在臺灣地區領有居留證明文件，惟申請人公司未依規定辦理投保，該署依法辦理○○○○自 108 年 1 月 9 日起以受僱者身分投保於申請人公司，投保金額暫核 108 年為新臺幣(下同)2 萬 3,100 元、109 年 3 月 1 日起為 6 萬 800 元。 2. 倘對該署之核定有所異議，得於文到翌日起 15 日內檢證寄送該署辦理申復暨更正手續。 <p>(二) 申請人於 111 年 1 月 10 日填具「全民健康保險投保金額調整表」，向健保署申報○○○○之投保金額自 110 年 1 月 1 日起調整為 2 萬 4,000 元。</p> <p>(三) 案經健保署於 111 年 1 月 24 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以依全民健康保險法第 21 條規定，第 1 類被保險人之所得，如於當年 2 月至 7 月調整時，投保單位應於當年 8 月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年 8 月至次年 1 月調整時，應於次年 2 月底前通知保險人，均自通知之次月 1 日生效，爰該署依法核定○○○○111 年 2 月 1 日調整投保金額為 2 萬 5,250 元(111 年基本工資調整為 2 萬 5,250 元)等語。</p> <p>二、申請人不服健保署前開 111 年 1 月 24 日健保○字第 0000000000 號函，主張其公司於 110 年 10 月收到健保署之外國人投保宣導電子郵件，主動詢問其公司員工○○○○是否具投保資格，健保署要求必須從員工取得居留證日起追溯加保，並調查此員工 108 年起薪資所得以照每年度所得之級距加保，此員工 110 年並無薪資收入，故其公司向健保署提出 110 年度將該員工投保級距調整為最低薪資 2 萬 4,000 元，健保署表示不能再調整 110 年度投保金額，只能從其公司申請薪資調整的次月生效，健保署自動於 109 年調高投保金額，卻不同意其公司申請 110 年度起調整投保金額，不公平並無法接受等語，向本部申請審議。</p>

<p>理由</p>	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 9 條第 2 款、第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 20 條第 1 項第 1 款及第 21 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 2 款第 2 目。</p> <p>二、本件經審查卷附○○○○之中華民國居留證、外籍人士(歷次)申請來臺資料、「勞發署外國專業人員聘雇資料列印作業」、「移工動態查詢系統-專業外國人詳細資料」、保險對象投保歷史、「全民健康保險投保金額調整表」、「108 年度綜合所得稅各類所得資料清單」、「109 年度綜合所得稅各類所得資料清單」、移民署資料介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊等相關資料及健保署意見書，顯示：</p> <p>(一) 本件申請人公司聘僱之日本籍員工○○○○，於 108 年 1 月 14 日以應聘事由申准取得居留證明，效期為 108 年 1 月 9 日起至 112 年 6 月 28 日止，則○○○○自 108 年 1 月 9 日起即屬本保險強制納保之保險對象，惟申請人公司並未為○○○○辦理加保，經健保署於 110 年 12 月 13 日逕辦○○○○自 108 年 1 月 9 日起以第 1 類被保險人身分投保於申請人公司，並依國稅局核定之 108 年度及 109 年度薪資所得，核定○○○○之投保金額 108 年 1 月至 109 年 2 月為 2 萬 3,100 元、109 年 3 月起為 6 萬 800 元。</p> <p>(二) 申請人公司嗣於 111 年 1 月 10 日填具「全民健康保險投保金額調整表」，向健保署申報○○○○之投保金額自 110 年 1 月 1 日起調整為 2 萬 4,000 元，健保署以全民健康保險法第 21 條規定，第 1 類被保險人之所得，如於當年 2 月至 7 月調整時，投保單位應於當年 8 月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年 8 月至次年 1 月調整時，應於次年 2 月底前通知保險人，均自通知之次月 1 日生效，核定○○○○自申請人公司通知次月 1 日之 111 年 2 月 1 日起調整投保金額為 2 萬 5,250 元，固非無見。</p> <p>(三) 惟查本件健保署係於 110 年 12 月 13 日追溯辦理○○○○自 108 年 1 月 9 日投保於申請人公司，同時依國稅局核定之○○○○薪資所得(108 年為 0 元、109 年為 72 萬元)，追溯核定○○○○自 108 年 1 月起投保金額為 2 萬 3,100 元(108 年基本工資)、109 年 3 月起投保金額為 6 萬 800 元，已如前述，則健保署既依○○○○109 年薪資所得核定其 109 年 3 月起之投保金額，卻對於系爭 110 年投保金額，於 110 年年底依前一年 109 年薪資所得追溯核定為 6 萬 800 元，不同意申請人公司請求依○○○○110 年當年度薪資所得(0 元)，調整投保金額為 2 萬 4,000 元(110 年基本工資)，是否符合行政程序法第 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。」之意旨？尚待釐明。</p>
-----------	---

	<p>三、綜上，本件申請人公司員工○○○○系爭 110 年度投保金額之認定，尚有查明釐清之必要，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。</p> <p>據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例九

案情摘要

申請人為投保單位，負有扣、收繳保險費，並須於次月底前向健保署繳納之義務，如未於期限內繳納保險費，依全民健康保險法第 30 條第 1 項第 1 款規定，最高加徵應納費額百分之十五之滯納金，以督促投保單位儘速履行以及填補保險費收入因逾期未繳所造成健保財務不平衡。

衛部爭字第 1113404109 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一) 111 年 11 月 28 日列印核發之保險費及滯納金欠費繳款單 計收申請人 110 年 9 月保險費計新臺幣(下同)1 萬 8,813 元及 110 年 9 月滯納金 2,822 元，合計 2 萬 1,635 元(1 萬 8,813 元+2,822 元=2 萬 1,635 元)。</p> <p>(二) 111 年 12 月 13 日列印核發之保險費及滯納金欠費繳款單(分期繳款單 4 紙) 申請人申請分 4 期繳納積欠 110 年 7 月、8 月及 111 年 3 月保險費計 5 萬 7,960 元及保險費滯納金 8,694 元，合計 6 萬 6,654 元，健保署開立 4 紙分期繳款單，第 1 期至第 3 期為分期保險費，金額各為 2 萬 2,000 元、2 萬 2,000 元、1 萬 3,960 元，第 4 期為計徵保險費滯納金 8,694 元。</p> <p>二、申請人不服，檢附前開繳款單影本，就計徵保險費滯納金 1 萬 1,516 元(2,822 元+8,694 元=11,516 元)部分，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 30 條第 1 項第 1 款及第 35 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 49 條第 1 項及第 2 項。</p> <p>二、本件經審查卷附健保署送達證書、「催繳紀錄維護作業」、「移送執行資料登錄作業」、「銷帳狀況表」、「已繳納未銷帳及應收未收明細表」、「分期資料維護作業」、「全民健康保險保險費緩繳申請書(投保單位)」等資料影本及健保署意見書記載，認為：</p>

- (一) 依全民健康保險法第 30 條第 1 項第 1 款規定：「第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。」，同法第 35 條第 1 項第 1 款規定：「投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期限屆至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，其上限如下：一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。」，又全民健康保險法施行細則第 49 條第 1 項、第 2 項規定：「依本法第三十條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發或以電子資料傳輸方式遞送投保單位或被保險人繳納。」、「投保單位或被保險人於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於十五日內通知保險人補寄送，並依保險人補寄送之表單，限期繳納；其怠為通知者，視為已於次月底寄達。」，是以，投保單位應按月繳納之保險費，倘投保單位於次月底仍未收到健保署寄發或以電子資料傳輸方式遞送之保險費計算表及繳款單，而未於 15 日內履行通知保險人補寄送該等表單之義務，視為保險人於次月底已將保險費計算表及繳款單寄達，投保單位負有扣、收繳保險費，並須於次月底前，向健保署繳納之義務，如未於期限內繳納前開保險費，得寬限 15 日，屆寬限期仍未繳納，自寬限屆至翌日起至完納前 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。
- (二) 查申請人 110 年 7 月、8 月、9 月及 111 年 3 月保險費(各為 1 萬 8,813 元、1 萬 8,813 元、1 萬 8,813 元及 2 萬 334 元)，依法應於各該月次月底前持繳款單繳納，並得寬限 15 日，其中 110 年 7 月、8 月、9 月保險費，申請人雖於 110 年 9 月 24 日向健保署申請緩繳 6 個月，保險費繳納寬限期分別延至 111 年 3 月 15 日、4 月 15 日及 5 月 16 日，惟申請人逾寬限期仍未繳納，經健保署催繳，始於 111 年 11 月 28 日繳納 110 年 9 月保險費，另於 111 年 12 月 13 日申請分期繳納 110 年 7 月、8 月及 111 年 3 月保險費，則健保署以每逾 1 日加徵其應納額百分之零點一滯納金，並以應納費額之百分之十五為上限，計收系爭保險費滯納金計 1 萬 1,516 元(詳如附表)，於法尚無不合。
- 三、申請人雖主張其因新冠肺炎疫情導致繳費困難，申辦緩繳保險費，其有辦理金融機構自動轉帳繳費，因未收到相關提繳或金融機構自動轉帳通知，未扣到款項而遭移送行政執行，其清楚該繳納的相關費用應確實繳清，願意配合按時繳交，但因疫情影響需要一點時間整合費用，是否可因嚴重疫情影響，且有辦理緩繳，也有辦理金融機關自動扣繳，非故意不繳納，是否可以協助減免衍生滯納金或利息云云，惟所稱核難執為本案論

據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以申請人因 COVID-19 疫情影響，繳費困難，該署已依申請人申請，同意 110 年 4 月至 9 月保險費緩繳 6 個月，惟申請人 110 年 7 月至 9 月保險費逾緩繳 6 個月繳納之寬限期仍未繳納，111 年 3 月保險費亦逾繳納寬限期仍未繳納，該署依規定計收申請人應繳滯納金，於法有據等語。

(二) 全民健康保險係為提供醫療保健服務，增進全體國民健康之強制性社會保險，所按月收取之保險費係為按月支付醫療費用，為促使投保單位、保險對象及扣費義務人履行公法上金錢給付之義務，訂有加徵滯納金之規定，係督促渠等儘速履行以及填補保險費收入因逾期未繳所造成健保財務不平衡。查全民健康保險法第 30 條第 1 項規定已課予投保單位應按月繳納保險費之義務，另卷附申請人 110 年 9 月 24 日申請緩繳 6 個月保險費之「全民健康保險保險費緩繳申請書(投保單位)」已註明「若為約定轉帳扣繳單位，本署於每月 9 日(含)前核定符合緩繳資格者，核定緩繳『當月』起即不再由轉帳帳戶扣繳」等語，申請人所稱因嚴重疫情影響，有辦理緩繳，也有辦理金融機關自動扣繳，非故意不繳納云云，核難執為本案免徵滯納金之論據。

四、綜上，健保署開單計徵系爭保險費滯納金計 1 萬 1,516 元，並無不合，原核定關於此部分均應予維持。至申請人一併檢附之法務部行政執行署○○分署 111 年健執字第 00000000 至 00000000 號全民健康保險法執行事件通知，係健保署將申請人欠繳之保險費移送法務部行政執行署○○分署所為之行政執行事件，並非健保署所為之核定案件，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 6 條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。

〔附表〕

保費年月	保險費金額(元)	寬限日期	緩繳寬限日期	滯納金起徵日	保險費繳納日	滯納金(元)
110/7	18,813	110/9/15	111/3/15	111/3/16	111/12/13	2,822
110/8	18,813	110/10/15	111/4/15	111/4/16	111/12/13 (繳 3,187 元)	2,822
					112/1/7 (繳 15,626 元)	
110/9	18,813	110/11/16	111/5/16	111/5/17	111/11/28	2,822
111/3	20,334	111/5/16		111/5/17	112/1/7	3,050
合計						11,516

案例十

案情摘要

申請人為投保單位，未依規定為其員工辦理投保及退保，健保署依全民健康保險法第 15 條第 6 項、第 84 條第 1 項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 3 點規定，按應繳納保險費，裁處 2 倍罰鍰計新臺幣(下同)6,520 元，核無不合。

衛部爭字第 1123405061 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署 112 年 10 月 19 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨</p> <p>(一)○○○陳情申請人未於其任職期間辦理健保投保案，經該署於 112 年 5 月 5 日以健保○字第 0000000000 號函請申請人查復○○○之陳情事項，申請人於 112 年 5 月 16 日始檢送全民健康保險保險對象投、退保申報表，追溯申辦○○○自 111 年 9 月 1 日投保至 111 年 11 月 25 日離職轉出，投保金額為 2 萬 5,250 元之投、退保事宜。</p> <p>(二)查申請人確有未依規定申辦○○○任職期間之健保投保情事，因違反全民健康保險法第 15 條規定，應補繳保險費計 3,260 元，已於 112 年 5 月保險費中一併計收，並依同法第 84 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 3 點規定，按應繳納之保險費處以 2 倍罰鍰，計 6,520 元(3,260 元 x2=6,520 元)。</p> <p>二、申請人檢附前開罰鍰處分書影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、 法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 15 條第 1 項第 1 款、第 6 項、第 30 條第 1 項第 1 款、第 2 項及第 84 條第 1 項、第 2 項暨其施行細則第 64 條。</p> <p>(二)全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 3 點。</p> <p>二、按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，為全民健康保險法第 15 條第 6 項所明定，未依規定於 3 日內為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，依同法第 84 條第 1 項規定，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以 2 倍至 4 倍之罰鍰，合先敘明。</p> <p>三、本件經審查卷附「薪資單」(111 年 9 月、10 月、11 月)、「投保單位資料」、「保險對象投保歷史」、「保險對象計費投保歷史資料」、「健保署民眾意見信箱」、「全民健康保險保險對象投保申報表」、「全民健康保險保險對象退保申報表」、「追溯更正調整保險費明細表」等相關資料影本及健保署意見書顯示，本件係緣起於案外人○○○檢附其任職於申請人及○○○○○有限公司(以下簡稱○○公司)之 111 年 9 月至 11 月薪資單，透過「健保署民眾意見信箱」向健保署陳情其係申請人及○○公司之員工，於其任職期間未幫其加入健保等語。案經健保署以 112 年 5 月 5 日健保○字第 0000000000 號及 0000000000A 號函請申請人及○○公司查復後，申請人</p>

始於112年5月16日以傳真表示其與○○公司為同企業，且同負責人，並申報○○○追溯自111年9月1日到職加保、投保金額2萬5,200元、111年11月25日退保轉出，則健保署認為申請人未依規定為其員工○○○辦理投保及退保，乃依前開全民健康保險法第15條第6項、第84條第1項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3點規定，按應繳納保險費3,260元(投保金額2萬5,250元，每月自付保險費392元，單位負擔1,238元，共1,630元，111年9月及10月保險費共3,260元)，裁處申請人2倍罰鍰計6,520元(3,260元x2=6,520元)，核無不合。

四、申請人主張○○公司於111年8月15日設立，是原商行「○○○○」(即申請人)轉成公司，因此於111年9月退勞健保，公司同仁轉至新公司加保，由於一些不可預見的疏忽，未能正確填寫相關表單，於111年12月初有其他公司同仁反映健保未加保，因此所有同仁於111年12月中旬回溯追加健保至到職日，而○○○因於111年11月底離職，公司未發現○○○也未加保，直到健保署通知才發覺，並補齊○○○健保費並非有意拒保或未保，請審慎考慮其情況，可免除罰鍰處分云云，惟所稱核難執為本案免罰之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以全民健康保險投保原則採申報制，課以投保單位主動申報之積極義務，倘有違反則課處罰鍰，全民健康保險法第15條第6項及第84條第1項定有明文。申請人主張其為員工辦理轉換投保單位投保未成功，非有意拒保或未保云云，申請人雖非故意違法，然其申報員工轉換投保單位投保後，未追蹤辦理結果，尚無法律上不可歸責之情事，爰該署依法課處罰鍰，並無違誤等語。

(二) 查全民健康保險法第15條第6項已明定，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，違反者，依同法第84條第1項規定，按應繳納之保險費處2倍至4倍之罰鍰，該條第2項固明定「前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。」，惟本件係申請人疏忽所致，此既為不爭之事實，即非全民健康保險法施行細則第64條所定非可歸責於投保單位之情形，自無前開全民健康保險法第84條第2項適用之餘地，所稱尚難執為本案免罰之論據。

五、綜上，健保署處以申請人2倍罰鍰計6,520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6條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。

貳、補充保險費

案例一

案情摘要

扣費義務人單次給付保險對象利息所得達新臺幣(下同)2萬元者，即應依規定費率(110年1月1日起為2.11%)扣取補充保險費，申請人雖主張係其員工作業疏失，造成客戶產生補充保險費云云，核屬申請人與客戶間之內部關係，尚不影響每單次給付利息金額已達補充保險費起徵點2萬元之結果，健保署認定應扣取補充保險費，核無不合。

衛部爭字第1123403702號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署112年8月4日健保○字第0000000000號函要旨 申請人於112年7月19日(健保署收文日)填具「全民健康保險補充保險費退費申請書」，請求退還補充保險費1萬5,815元，經健保署函復，略以依據申請人提供所得人○○及○○客戶序時往來明細查詢資料所示，112年2月7日、11日及22日分別給付存款利息所得，且每筆單次給付均已達2萬元，爰依規定應扣取利息所得補充保險費等語。</p> <p>二、申請人不服，檢附前開函影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第31條第1項第5款。</p> <p>(二)全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第3條第1項第5款及第4條第1項。</p> <p>二、本件經審查卷附「全民健康保險補充保險費退費申請書」、「客戶序時往來明細查詢」、「營業單位代扣補充健保費明細月報表」、「客戶帳戶明細查詢」、「給付利息所得及扣繳補充保費一覽表」、「轉存定存申請書」等相關資料影本及健保署意見書認為：</p> <p>(一)按「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納…五、利息所得。」、「扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣二萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費…」為全民健康保險法第31條第1項第5款及全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第4條第1項所明定，是以，扣費義務人單次給付保險對象利息所得達2萬元者，即應依規定費率(110年1月1日起為2.11%)扣取補充保險費，審諸其意甚明。</p> <p>(二)查本件申請人於112年2月7日、11日及22日分別給付保險對象○○利息所得3萬3,624元計5筆、3萬4,421元計3筆及3萬5,567元計2筆、保險對象○○利息所得3萬3,023元計4筆、3萬3,209元計4筆及3萬5,567元計4筆，此有卷附「客戶序時往來明細查詢」影本</p>

	<p>可稽，復為申請人所不否認，申請人每單次給付金額均已達補充保險費起徵點 2 萬元，則健保署認定應依規定費率 2.11% 扣取補充保險費，自無不合。</p> <p>三、申請人主張客戶(○○、○○)於 112 年 2 月 7 日、11 日及 22 日分別申辦 1 年期定期存款，按月付息，每月利息介於 1,925 元至 2,030 元，未達產生補充保險費標準，本行經辦人員誤植定存條件為整年付息，請退還因作業疏失造成客戶產生補充保險費 1 萬 5,815 元云云，查申請人給付保險對象○○、○○每單筆利息所得為 3 萬 3,023 元至 3 萬 5,567 元不等，已如前述，至申請人所稱係其員工作業疏失造成客戶產生補充保險費一節，核屬申請人與其客戶間之內部關係，尚不影響本件申請人每單次給付利息金額已達補充保險費起徵點 2 萬元，應扣取補充保險費之結果，所稱核難執為本案之論據。</p> <p>四、綜上，健保署函復申請人，略以每單次給付利息所得均已達 2 萬元，應扣取利息所得補充保險費等語，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	---

案例二

案情摘要

健保署執行補充保險費查核案，查得申請人公司員工 109 年度投保金額為新臺幣(下同)3 萬 300 元，惟其 109 年度自申請人公司取得之薪資所得總額為 180 萬 1,664 元，已超過其投保金額 18 倍，認定其有全民健康保險法第 31 條第 1 項第 1 款所定「所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額 4 倍部分之獎金」，計收高額獎金補充保險費，核屬有據。

衛部爭字第 1113403705 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署文件內容要旨</p> <p>(一) 111 年 9 月 8 日健保○字第 0000000000 號函</p> <p>1. 本件係緣起於健保署執行「111 年度扣費義務人補充保險費查核」案，該署於 111 年 6 月 6 日以健保○字第 0000000000B 號函知申請人公司負責人即扣費義務人○○○，略以依申請人公司 109 年給付所屬保險對象全年累計逾當月投保金額 4 倍部分之薪資(所得格式代號 50)資料核算，應補繳補充保險費為 4 萬 5,914 元(含負責人○○○及監察人○○○高額獎金應補繳補充保險費各 2 萬 1,919 元及 2 萬 3,995 元)，隨函檢附查核名冊，如有疑義，請於查核名冊逕予新增、刪除或更正，併附更正內容之證明文件辦理更正等語。</p>

	<p>2. 申請人於 111 年 8 月 25 日檢附補充保險費計費明細表、109 年薪資明細等相關資料，主張○○○為其公司監察人，每月領取 1 萬元車馬費及年終領取 130 萬元車馬費云云，向健保署申復，經健保署以 111 年 9 月 8 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <p>(1) 按受僱者以其薪資所得為投保金額，並應以合於勞動基準法規定之「工資」為計算基礎，所謂「工資」指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；另依最高法院 69 年度台上字第 4049 號判決所釋，所謂「車馬費」應為董事前往公司或為公司與他人洽商業務所應支領之交通費用。</p> <p>(2) 本件依申請人舉證資料排除負責人○○○按月給付之薪資所得，重新核算應繳納之獎金補充保險費為 4,141 元。至○○○按月領取 1 萬元及年終 130 萬元之董監車馬費，請確認是否屬工資範疇，應予調整投保金額，另年終給付之 130 萬元似與最高法院之判決所釋不符，故○○○之獎金補充保險費暫不予申復，隨函檢送申復更正後之獎金補充保險費繳款單計 2 萬 8,136 元，請持單繳納等語。</p> <p>(二) 繳款單（繳款人為申請人公司扣費義務人○○○） 計收申請人公司 109 年度應補繳補充保險費 2 萬 8,136 元（含給付該年度其負責人○○○及監察人○○○之獎金補充保險費各 4,141 元及 2 萬 3,995 元）。</p> <p>二、申請人檢附健保署上開函及繳款單，就其中監察人○○○之獎金補充保險費 2 萬 3,995 元部分，一併向本部申請審議。</p>
<p>理由</p>	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 31 條第 1 項第 1 款及第 33 條。</p> <p>(二) 全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條第 1 項第 1 款及第 4 條第 1 項。</p> <p>(三) 所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類。</p> <p>二、本件依卷附公司基本資料、董監事資料、個人戶籍資料、保險對象投保歷史、全民健康保險 111 年度查核扣費義務人補充保險費查核名冊、計費明細表、109 年度綜合所得稅結算申報稅額試算通知書及健保署意見書顯示，○○○自 96 年 11 月 20 日起以第 1 類被保險人(受僱者)身分加保於申請人公司，嗣經健保署執行 111 年度扣費義務人補充保險費查核案，將所得人全年總薪資 60 萬元以上且為其該年度最高投保金額 18 倍者，列入查核對象，並查核發現○○○109 年度投保金額為每月 3 萬 300 元，惟其 109 年度自申請人公司取得之薪資所得總額為 180 萬 1,664 元，已超過其投保金額 18 倍，認定○○○有全民健康保險法第 31 條第 1 項第 1 款所定「所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金」，乃就查得 109 年度薪資所得總額扣除 18 倍投保金額(12 個月</p>

投保金額+4 個月未列入投保金額獎金+2 個月補助或實物給付薪資)部分，按規定費率 1.91%核算應繳納之全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金補充保險費為 2 萬 3,995 元[計算式： $(1,801,664 \text{ 元}-30,300 \text{ 元} \times 18) \times 1.91\% = 23,995 \text{ 元}$]，經核尚無不合。

三、申請人主張○○○為其公司監察人，是為雇主，所給付之金額每月 1 萬元及年終 130 萬元，並非屬於工資，依「二代健保 Q&A」所訂之規則(董監事為公司員工所領車馬費，如非屬獎勵性質，不須扣取補充保險費)，並不需繳交個人補充保費，因○○○在其公司已繳員工健保費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 有關申請人主張○○○每月支領 1 萬元及年終 130 萬元，為監察人車馬費，不應納入獎金計算一節，惟無法檢附任何證明文件，且年終之車馬費金額鉅大、悖離市場行情甚遠，顯與最高法院 69 年度台上字第 4049 號判決所釋「車馬費應為董事前往公司或為公司與他人洽商業務所應支領之交通費用」不符。
2. 有關申請人主張○○○為監察人是為雇主一節，查與全民健康保險法施行細則第 10 條前段規定「本法第十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」不符。

(二) 按全民健康保險法第 31 條第 1 項第 1 款已明定，第 1 類至第 4 類及第 6 類保險對象領取所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額 4 倍部分之獎金，依法即應計收補充保險費。又全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條第 1 項第 1 款「本法第三十一條第一項所稱所得及收入，規定如下：一、獎金：符合所得稅法第十四條第一項第三類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。」，申請人雖主張給付○○○(車馬費)每月 1 萬元及年終 130 萬元，非屬工資云云，惟姑不論申請人已將○○○上開收入列入○○○109 年度薪資所得申報，且並未能舉證以實其說，空言主張，核難採信。

四、綜上，健保署開單計收系爭補充保險費，並無不合，此部分原核定均應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條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。

案例三

案情摘要

申請人為投保單位，全年給付之薪資所得總額超過申報受僱者之投保金額總額，其差額應列入投保單位補充保險費之計算範圍，而所謂「薪資所得總額」指符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得（所得格式代號 50）規定之所得合計額，不論支付之對象為雇主、受僱者、非受僱者或非本保險之保險對象，均一律列為投保單位補充保險費計算之費基。

衛部爭字第 1113403366 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署文件內容要旨</p> <p>(一) 緣健保署以 111 年 7 月 11 日健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以該署依 109 年財稅薪資所得資料，申請人同年度支付之薪資所得總額(所得格式代號 50)及受僱者投保金額總額之差額資料核算，查得應補繳補充保險費計新臺幣(下同)1 萬 8,208 元，檢附查核名冊，如有疑義，請以紅筆於查核名冊逕予新增、刪除或更正，併附更正內容之相關證明文件或相關資料，辦理更正等語。</p> <p>(二) 申請人先後於 111 年 8 月 9 日及 9 月 15 日(健保署收文日)檢送更正之「111 年度查核投保單位補充保險費查核名冊」、「111 年度查核投保單位補充保險費計算明細表」等資料向健保署申請更正，健保署除於 111 年 8 月 30 日列印核發 111 年度查核投保單位補充保險費繳款單計收補充保險費 1 萬 8,208 元外，並於 111 年 9 月 26 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以申請人 109 年度「每月支付之薪資所得總額」，係指支付予雇主、受僱者、非受僱者及非本保險之保險對象之薪資所得(凡所得格式代號為 50)，均應列入計算。爰申請人 109 年度應繳納 1 萬 8,208 元【(1,299,000 元-345,700 元) x 1.91%】投保單位補充保險費，歉難更正為 0 元，該署業於 111 年 8 月開徵應補繳之投保單位補充保險費繳款單，仍請持單照額繳納等語。</p> <p>二、申請人不服，檢附健保署繳款單及 111 年 9 月 26 日健保○字第 0000000000 號函影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 33 條及第 34 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 55 條及第 56 條第 2 項。</p> <p>二、按「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」、「本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。」為全民健康保險法第 34 條及</p>

其施行細則第 55 條所明定，是以，有受僱者加保之投保單位支付所得稅法所定之薪資所得（所得格式代號 50），於扣除該單位所申報其受僱者之投保金額後，其差額即應列入投保單位補充保險費之計算範圍，審諸其意甚明。

三、本件依卷附財稅所得表、投保金額總額表、全民健康保險111年度查核投保單位補充保險費查核名冊、全民健康保險111年度查核投保單位補充保險費計算明細表等相關資料影本及健保署意見書顯示，申請人公司於109年全年給付之薪資所得總額計129萬9,000元，超過申請人所申報同年度受僱者之投保金額總額34萬5,700元，爰此，申請人即應按其差額及費率計算應負擔之補充保險費併同一般保險費繳納，則健保署就兩者差額95萬3,300元(1,299,000元-345,700元=953,300元)，依規定費率1.91%計收其投保單位應繳納之補充保險費為1萬8,208元（953,300元 \times 1.91%=18,208元），於法並無不合。

四、申請人主張其公司負責人每月保險費乃股利收入(預定金額)，其公司無發行股票，需將其負責人每月保費退回，其公司雇用數名兼職人員，法律無強制規定健保重複投保。其公司兼職人員幾乎工作當日現領，主管人員不在場才會暫時積欠、匯款，5月、8月、12月薪資較高，乃發放一些三節獎金，因健保署與國稅局申報項目不同，故其負責人以股利計算而非國稅局申報資料云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 投保單位補充保險費係依全民健康保險法第 34 條規定，略以第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額(所得稅格式代號 50，包含投保單位支付予雇主、受僱者、非受僱者及非本保險之保險對象)逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及補充保險費率(109 年為 1.91%，110 年起為 2.11%)，計算應負擔之補充保險費，按月繳納。另全民健康保險法施行細則第 55 條規定前開薪資所得總額，指符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得規定之所得合計額，包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、獎金、紅利及各種補助費(所得格式代號 50)。

2. 申請人之負責人○○○自 109 年 3 月 25 日以雇主身分投保並計收保險費，係依全民健康保險法第 18 條第 1 項及 20 條第 1 項第 2 款規定，第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。又依全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 4 款規定，略以僱用被保險人數未滿五人之事業負責人，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（目前為 21 萬 9,500 元）。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目被保險人之平均投保金

額（目前為3萬4,800元）及其所屬員工申報之最高投保金額。申請人雖未發放股利，但僱用被保險人數未滿5人之事業負責人仍需以3萬4,800元投保並繳納健保費，申請人申請退還負責人以營利所得為投保金額所繳納保費，於法無據。

(二) 本件除經健保署前開意見論明者外，查102年1月1日施行之全民健康保險法（二代健保）係經立法院通過、總統公布施行之法律，其中新增計收之投保單位補充保險費，依全民健康保險法第34條規定，該補充保險費之計算費基，為投保單位每月支付「薪資所得總額」與其受僱者當月「投保金額總額」之差額，依同法施行細則第55條規定，「薪資所得總額」指符合所得稅法第14條第1項第3類所定薪資所得規定之所得合計額，是不論支付之對象為雇主、受僱者、非受僱者或非本保險之保險對象，凡支付所得屬所得稅法第14條第1項第3類所定薪資所得（包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、獎金、紅利及各種補助費，所得稅格式代號50），均一律列為該單位投保單位補充保險費計算之費基，爰此，健保署將申請人申報109年度所得格式代號50之薪資所得總額129萬9,000元（含負責人○○○19萬元），列入投保單位補充保險費之費基，自無不合。至於公司有無發行股票、負責人（一般）保險費計收內容、支給薪資方式等事項，核與本件投保單位補充保險費計收無涉，所稱核有誤解。

五、綜上，健保署核定申請人應繳納109年投保單位補充保險費計1萬8,208元，核無不合，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6條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。

參、保險給付

案例一

案情摘要

為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，保險對象於國外分娩可核退自墊醫療費用者，除需具備「緊急情況」、「立即就醫」二要件外，尚需符合「不可預期」之「緊急分娩」，始得核退。申請人於出境前早已知悉其妊娠週數及預產期，且選擇在臺灣地區外生產，難認屬因不可預期之緊急分娩而就醫，健保署未准核退醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1123402997 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○市○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：剖腹生產。</p> <p>三、就醫情形：111年12月4日至8日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一)申請人111年6月22日出境，112年4月5日入境，111年12月4日至8日於大陸地區住院剖腹生產，經送專業審查，認定已知預產期之足月剖腹生產，非屬不可預期之緊急分娩，核與規定不符，所請核退自墊醫療費用，核定不予給付。</p> <p>(二)查所附111年12月4日至8日醫療費用明細帳單為人民幣2萬2,005.68元，與申請人於112年6月1日電子郵件表示為產檢及自然產費用人民幣4萬2,000元及111年12月27日發票金額人民幣6萬3,422.4元不符，且非本次所需申請費用，併予敘明。</p> <p>五、申請人不服，主張(一)其原計畫預產期自然產，但產兆提前入院觀察，最終因產程遲滯，經醫師判斷建議緊急改為剖腹降低生產風險。健保署因本案為足月剖腹非屬不可預期之緊急分娩，明顯與事實不符，提供醫療證明重點如下：1.強烈宮縮持續12小時以上但宮頸擴張開口慢 2.胎位仍處高位並無下墜 3.持續性疼痛及產程停滯，故進行緊急剖腹；(二)本次申請費用僅為111年12月4日至8日手術住院支付總金額人民幣2萬2,012.4元云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>(二)改制前行政院衛生署(於102年7月23日改制為衛生福利部)91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一)為維護申請人權益，該署復依爭議審議申請書補述事實、理由及所提供相關證據文件再送專業審查結果，認定申請人出境時已知妊娠，且</p>

有接受產檢，非屬不可預期之緊急分娩，仍維持原核定，不同意給付。

- (二) 申請人於核退申請書填載收據金額為人民幣 2 萬 2,012.4 元，惟所附發票 2 張金額分別為人民幣 5 萬 3,172.40 元及 1 萬 250 元，「Package Receipt」分別為人民幣 3 萬 5,750 元及 1 萬 250 元，「Invoice Statement 帳單--住院患者」為 2 萬 2,005.68 元，另經申請人 112 年 6 月 1 日電子郵件說明本次申請費用為 111 年 12 月 4 日至 8 日手術支付總金額為人民幣 2 萬 2,012.4 元，因金額不符，爰於上開核定函併予說明。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見、卷附「Medical Certificate」、「Package Receipt」、「Invoice Statement 帳單--住院患者」、「保險對象門診申報表」及旅客入出境紀錄清單等相關資料影本顯示：

- (一) 按全民健康保險法第 55 條規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：…二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、『發生不可預期』之緊急傷病或『緊急分娩』，『須在當地醫事服務機構立即就醫』…」，立法理由為：「為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，於第二款本保險施行區域外之核退，限於不可預期之緊急傷病或分娩之情形，…」。由上可知，為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，保險對象於國外分娩可核退自墊醫療費用者，除需具備「緊急情況」、「立即就醫」二要件外，尚需符合「不可預期」之「緊急分娩」，則其於國外所生之自墊醫療費用始得核退，此有臺灣臺北地方法院 106 年度簡字第 219 號行政訴訟判決及臺北高等行政法院 107 年度訴字第 506 號判決意旨可資參照。
- (二) 本件申請人於 111 年 6 月 22 日出境後於 111 年 12 月 4 日入院剖腹生產，「Medical Certificate」固記載「regular strong contractions lasted for more 12 hours, no progress of cervix dilation changes」(強烈規律宮縮持續超過 12 小時，無宮頸擴張過程)、「CPD and stagnation of labor」(胎頭骨盆不對稱及產程遲滯)，惟查申請人於 111 年 6 月 22 日出境日前之 111 年 5 月 11 日已有在國內健保特約院所就醫產前檢查紀錄(健保序號 IC41，妊娠未滿 17 週；診斷碼 Z3A10，妊娠週數 10 週)，出境後於 111 年 7 月 27 日已支付○○○○○○醫院「產檢套餐」、「順產套餐」費用，足見申請人早已知悉其妊娠週數及預產期，且選擇在○○○○○○醫院生產，系爭住院即難認屬因不可預期之緊急分娩而就醫，不符合全民健康保險法第 55 條申

請核退自墊醫療費用之要件。

(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 111 年 12 月 4 日至 8 日住院費用。

四、申請人主張其原計畫預產期自然產，但產兆提前入院觀察，最終因產程遲滯，經醫師判斷建議緊急改為剖腹降低生產風險。健保署因本案為足月剖腹非屬不可預期之緊急分娩，明顯與事實不符，提供醫療證明重點如下：1. 強烈宮縮持續 12 小時以上但宮頸擴張開口慢 2. 胎位仍處高位並無下墜 3. 持續性疼痛及產程停滯，故進行緊急剖腹云云，惟所稱核難執為本案之論據，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。我國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，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，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，又依改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人系爭住院非屬因不可預期之緊急分娩而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署未准核退系爭 111 年 12 月 4 日至 8 日住院醫療費用，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 6 條及全民健康保

險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

案例二

案情摘要

申請人因急性心肌梗塞緊急氣球導管擴張治療和支架置放等 2 次住院，經本部專業審查，認為第 1 次住院有急性心肌梗塞事實，依臨床經驗，係屬急性冠狀動脈綜合症，可認屬不可預期之緊急傷病，住院 7 日尚屬合理，同意核退第 1 次住院費用，健保署未予核退，即有未洽。另第 2 次住院為計畫性住院，即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，健保署未准核退醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1113401579 號

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於未准核退申請人 110 年 11 月 8 日至 15 日住院就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性心肌梗塞緊急氣球導管擴張治療和支架置放等。</p> <p>三、就醫情形：110 年 11 月 8 日至 15 日及 110 年 12 月 2 日至 5 日計 2 次住院。</p> <p>四、核定內容： 申請人 110 年 11 月 8 日至 15 日及 110 年 12 月 2 日至 5 日於臺灣地區外住院就醫，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核與核退規定不符，所請醫療費用，核定不予給付。</p> <p>五、申請人不服，主張其於 110 年 11 月 8 日因心絞痛無法呼吸，緊急就醫，醫師評估須馬上住院手術，因左右 2 條血管阻塞，又有高血壓，必須分 2 次間隔 1 個月再做另一邊血管云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本件經該署 2 位醫療專家審查結果，認定 110 年 11 月 8 日至 15 日住院，根據出院記錄，並無任何>80%以上的嚴重阻塞，且心電圖無 ST 波段上升，心肌酵素亦無嚴重異常，然在一次導管中，植入 5 根支架，亦不合一般心肌梗塞常理之處理。另 110 年 12 月 2 日至 5 日住院，離上次住院未滿 1 個月，又在看似不嚴重的血管植入 1 根支架，不合醫學常規，</p>

不同意給付。

三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「出院記錄」、「情況說明」等就醫相關資料影本顯示：

(一) 關於 110 年 11 月 8 日至 15 日第 1 次住院部分

1. 申請人因「反復活動後胸痛 1 月餘，加重 1 天」，於 110 年 11 月 8 日住院就醫，入院診斷為「急性冠脈綜合症」，經相關檢驗、檢查結果，肌鈣蛋白：0.440ng/mL，N 端-前腦鈉肽(NT-ProBNP)：339pg/mL，其中心電圖顯示「竇性心律，ST 段 J 點抬高」，而冠狀動脈造影報告為「前降支全程瀰漫性狹窄 20%~70%；回旋支近中段瀰漫性狹窄 20%~70%；右冠脈近段瀰漫性狹窄 50%~80%、中段閉塞、可見白色血栓影，遠端可見逆供」，左室后支植入支架 2 枚，藥物塗層冠狀球囊 1 枚，后降支藥物塗層支架 1 枚；右冠植入藥物塗層支架 2 枚，110 年 11 月 15 日出院，出院診斷為「急性心肌梗死 好轉」、「冠狀動脈支架植入後狀態 其他」、「高血壓病 好轉」、「高脂血症 好轉」。

2. 承上，申請人係因急性胸痛就醫，心電圖顯示 ST 段 J 點抬高，心肌酵素異常上升，符合急性心肌梗塞診斷，且心導管造影顯示右冠脈中段閉塞，有白色血栓影，印證有急性心肌梗塞事實，依臨床經驗，係屬急性冠狀動脈綜合症 (Acute Coronary Syndrome, ACS)，該次住院之病情可認屬不可預期之緊急傷病，住院 7 日尚屬合理。

(二) 關於 110 年 12 月 2 日至 5 日第 2 次住院部分

此部分申請人於 110 年 11 月 15 日出院後，復因「反復胸痛 7 天」於 110 年 12 月 2 日住院，診斷為「冠狀動脈粥樣硬化性心臟病」等，接受「經皮冠狀動脈造影術」、「經皮冠狀動脈支架術」，110 年 12 月 5 日出院，卷附第 2 次住院就醫資料並無情況緊急之相關描述，且參酌申請審議理由陳稱其 110 年 11 月 8 日因心絞痛緊急就醫，醫師評估須馬上住院手術，因左右 2 條血管阻塞，又有高血壓，必須分 2 次間隔 1 個月再做另一邊血管等語，足見第 2 次住院為預先安排之計畫性住院，即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 綜合判斷：同意核退第 1 次住院費用，不予核退第 2 次住院費用。

四、綜上，健保署未准核退 110 年 11 月 8 日至 15 日住院醫療費用，即有未洽，爰將原核定關於此部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；至 110 年 12 月 2 日至 5 日住院醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分有理由，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項暨第 2 項規定，審定如主文。

案例三

案情摘要

申請人因高原反應而就醫，接受輸液治療，卷附就醫資料並無情況緊急或生命徵候不穩定之相關描述，難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，健保署未准核退醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1123404810 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○自治區○○門診部。</p> <p>二、就醫原因：高原反應。</p> <p>三、就醫情形：112年6月8日門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p style="padding-left: 2em;">本件經專業審查，不符合不可預期之緊急傷病，所請核退自墊醫療費用，歉難核付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本案經該署 2 位專審醫師就申請人所附資料審查，認為對於至高海拔地區旅遊者而言，高山症非不可預期，且本案既無肺水腫、腦水腫，亦無不穩定之生命徵象，且診斷證明亦未註明血氧飽和度 (SpO₂)，故不同意給付。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明」、「收款收據」影本顯示：</p> <p>(一) 申請人因「頭暈、頭痛、胸悶、氣緊、四肢無力」於 112 年 6 月 8 日門診就醫，經診斷為「高原反應」，接受輸液治療，申請審議理由雖陳稱「胸痛、頭痛需緊急處理以辨明病因」、「呼吸困難」，得申請核退醫療費用云云，惟收據僅記載「輸液治療」，除此之外，卷附就醫資料並無情況緊急或生命徵候不穩定之相關描述，況查平地居民進入海拔 3,000 公尺以上高原時，約 50% 以上機率出現高原反應，乃可預期之暫時性症狀，系爭門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 6 月 8 日門診費用。</p> <p>四、申請人主張依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條第 2 款「胸痛、頭痛需緊急處理以辨明病因者」，與第 6 款「呼吸困難者」，得申請核退醫療費用，其狀況應符合核退資格云云，惟所稱核難執為本案之論據，</p>

理由如下：

- (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。我國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，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，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，又依改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。
- (三) 本件除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人系爭門診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。

五、綜上，健保署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 6 條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。

案例四

案情摘要

申請人為乾燥症患者，其病情並不符合本保險給付系爭生物製劑 infliximb 藥品之適應症範圍，其住院接受生物製劑 infliximb 治療，本保險不予給付，申請人使用生物製劑及住院治療費用，應由申請人自付。

衛部爭字第 1123401269 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及原核定內容：</p> <p>(一) 申請人於 112 年 3 月 12 日向健保署申訴，略以其因罹患乾燥症，沒唾液、淚液，須終身治療，且有尿道感染、尿失禁、食慾不振(暴瘦 15 公斤)、關節疼痛等併發症，目前疼痛即使長期吃止痛、消炎、肌肉鬆弛劑，依然無效，因疼痛到精神無法集中，才求治○○市立○○醫院-委託○○○○○○興建經營(以下簡稱○○醫院)風濕免疫科醫師幫忙，醫師雖說明住院必須全自費，但以其全身病痛，真的沒辦法以健保身分住院嗎？請健保署查明其病情特殊需要，准以健保住院等語。</p> <p>(二) 經健保署以 112 年 3 月 31 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本案經函請○○醫院說明，略以患者數次自費住院接受生物製劑注射治療，因生物製劑用於乾燥症患者健保不給付，依健保規定，無法以健保身分住院施打自費生物製劑，只能以自費身分住院，且住院前已向患者及家屬詳細說明，並簽署自費同意書等語。 2. 為求慎重，該署依醫院說明及相關病歷資料，交由專業審查結果，認為乾燥症患者使用生物製劑 Infliximab，不符用藥相關適應症，又短期注射型針劑不需住院治療，爰申請人於○○醫院自付使用生物製劑及住院治療費用，應由申請人自付。 <p>二、申請人檢附健保署前開函影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <ol style="list-style-type: none"> (一) 全民健康保險法第 40 條第 1 項。 (二) 全民健康保險醫療辦法第 11 條及第 18 條第 3 款。 (三) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 12 條第 1 項第 4 款及第 83 條附件 6 藥品給付規定第 8 節免疫製劑 8.2.4. infliximb 之適應症規定(節錄)。 <p>二、健保署提具意見</p> <p>本案經該署送專業審查，認為 1. 沒有任何文獻佐證 infliximb 可用於治療乾燥症，不符合醫療常規，故不符合健保支付標準；2. 不符合用藥相關適應症，短期注射型針劑，不需住院，爰申請人於○○醫院所使用生物製劑住院治療費用，應由申請人自付。</p>

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、○○醫院 112 年 3 月 20 日○○○字第 0000000000 號函、「出院病歷摘要」、「住院通知單」、「自費同意書」等相關資料，認為：

- (一) 按「全民健康保險不予給付之藥品如下：四、不符藥品許可證所載適應症及本標準藥品給付規定者。惟特殊病例得以個案向保險人申請事前審查，並經核准後給付。」為全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 12 條第 1 項第 4 款所明定，本件系爭生物製劑 Influximab 之適應症範圍，包含 1. 類風濕關節炎；2. 僵直性脊椎炎；3. 克隆氏症；4. 潰瘍性結腸炎，且須經事前審查核准後使用，先予敘明。
- (二) 本件申請人為乾燥症患者，其病情並不符合本保險給付系爭生物製劑 infliximab 藥品之適應症範圍，其於 112 年 3 月 12 日至 13 日住院接受生物製劑 infliximab [英文品名: Remsima (中文品名: 類希瑪)] 治療，本保險不予給付。
- (三) 依醫療常規，系爭生物製劑 infliximab 藥品經健保署事前審查同意後，一般於門診接受注射處置（注射時間約 2 小時）。
- (四) 綜合判斷：同意健保署意見，申請人自付使用生物製劑及住院治療費用，應由申請人自付。

四、申請人主張其罹患乾燥症，終身沒有免疫力，有重大憂鬱症、帕金森症，疼痛指數較普通人高，其領有殘障手冊、重大傷病卡，對其照顧為何？為何身體如此痛卻不能用健保身分住院？重大傷病不能住院，保險公司就不理賠；其經醫師介紹打生物製劑，保險公司理賠第 1 次，但續打第 2 至 5 次，理賠金額都未通過，經詢問結果，公司說全自費、不理賠，經協調後同意理賠 65%。此次施打生物製劑，護理師比照普通人的流量施打，15 分鐘後感覺不舒服、眼球痛、眼皮腫、全身腫癢，經醫師打了 2 針抗過敏藥後，減低流量施打，打完時已經 22:31，如此狀況，如何在醫院打完針劑馬上就回家？請重新檢視以健保住院之必要性云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

- (一) 按「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。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。」分別為全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項所明定，本件申請人經申准取得診斷病名為「乾燥症候群」之重大傷病證明，有效日期為 111 年 3 月 15 日至永久，依前揭規定，其於重大傷病證明有效期間內因「乾燥症候群」相關治療，得免部分負擔費用。

	<p>(二) 另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，本件經健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為申請人罹患乾燥症，其病情並不符合本保險給付系爭生物製劑 infliximb 藥品之適應症範圍，已如前述，其費用自應由申請人自行負擔。</p> <p>(三) 況卷附「住院通知單」及「自費同意書」(112 年 3 月 12 日) 分別載明「本次住院為全自費(包含病房等相關照護費用)…本次為自費身分，住院相關之費用願依貴院收費標準至貴院收費處繳納」、「1. 立同意書人業經貴院○○○醫師詳細說明並已充分瞭解下列事項，同意使用下列自費醫療項目接受治療…3. 自費原因說明：病人自願自費。」等語，業經申請人簽名確認，有該通知單及同意書影本附卷可稽，足見申請人應早已知悉不符健保給付條件，自行選擇以全自費方式住院接受系爭生物製劑 infliximb 藥品注射處置，事後再以保險公司不理賠爭執，難謂為有理由。</p> <p>五、綜上，健保署函復申請人，略以申請人自付使用生物製劑與住院治療費用，應由申請人自付等語，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例五

案情摘要

申請人因急性闌尾炎住院就醫，接受腹腔鏡闌尾切除手術，手術中使用系爭「奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀」，查該特材尚未納入本保險給付範圍，該項特材費用即應由申請人自行負擔。

衛部爭字第 1113404147 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及原核定內容要旨</p> <p>(一) 申請人於 111 年 9 月 27 日(健保署收文日)向健保署申訴，略以醫生告知闌尾切除術健保只有給付傳統刀，腹腔鏡需另外支付新臺幣(下同)2 萬 5,000 元，進開刀房前才要其簽自費特殊材料說明書暨同意書，事先並未讓其細看同意書。出院後申請健保明細才知健保給付腹腔鏡手</p>

	<p>術技術費及材料費 2 萬 923 元，非醫生說的健保只給付傳統刀，自費特殊材料說明書暨同意書自願付費原因醫生勾選「不符合保險適應症需自費」，但闌尾炎切除術健保有給付腹腔鏡切除術，沒有不符合保險適應症需自費，請協助向○○○○○○○○○○醫療財團法人○○○醫院(以下簡稱○○醫院)要求說明收費理由、各項疑義、調閱其本人病歷，以及協助退還 2 萬 5,000 元，另向護理師求償 2 萬元云云。</p> <p>(二) 案經健保署以 111 年 11 月 24 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以有關申請人反映至○○醫院就醫，自費「奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀」特殊材料 2 萬 5,000 元之收費案，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀(TKY025996002)」全民健康保險尚未納入給付特材，合先敘明。 2. 本案經○○醫院 111 年 10 月 19 日○○醫字第 0000000 號函暨 111 年 11 月 14 日○○醫字第 0000000 號函復說明，略以： <ol style="list-style-type: none"> (1)病人 111 年 8 月 16 日因腹痛至○○醫院婦產科門診就醫，排除婦產科問題後，19 點 36 分轉介至急診繼續診療，診斷為急性闌尾炎，照會外科診治並當晚轉至外科病房治療。 (2) 8 月 17 日外科主治醫師查房，向病人及家屬說明病情，並告知需進行闌尾炎切除手術，說明手術分為傳統開腹及腹腔鏡兩種方式，以及兩種方式的優缺點，且健保皆有給付。惟在腹腔鏡手術，除健保支付內容外，可選擇自費雙極雷聲刀在手術中使用；雙極雷聲刀健保不給付需自費 2 萬 5,000 元，其優點是有效止血、撥離及切除組織。期間家屬(大兒子)表示病人二兒子是○○住院醫師，當時主治醫師使用家屬手機，以擴音方式進行病情說明。 (3)經病人及陪同家屬(大兒子)同意，查房後給予手術同意書、手術說明書及自費特殊材料說明書暨同意書，其自費同意書文件簽署時間為 8 月 17 日 9 點 2 分，並有副本給予病人留存查閱；8 月 17 日 16 點 40 分開刀房通知手術，簽署至手術前至少有 6 小時的時間，期間病人或家屬對於自費特殊材料無要求詢問說明。 (4)另於 10 月 21 日電話追蹤關懷有聯繫到家屬(大兒子)，家屬表示當時醫師有說明手術方式及自費使用雙極雷聲刀的緣由，他們均了解。 (5)有關自費特殊材料使用，術前已詳盡告知病人與家屬，並提供該項自費材料書說明書暨同意書，由病人同意簽署。表格中自費原因選取項目字義上將酌修讓說明者及使用者雙方能更清楚。 3. 綜上，本案就該院回復自費特材收費處理方式，無違反全民健康保險規定。爰申請人 111 年 8 月於○○醫院所使用「奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀」特殊材料之費用自行負擔無誤。 <p>二、申請人檢附上開健保署函影本，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>全民健康保險法第 40 條第 1 項：「保險對象發生疾病、傷害事故或生育</p>

時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」。

二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、「自費特殊材料說明書暨同意書」、手術同意書、麻醉同意書、「腹腔(內視)鏡手術說明書」、訂購單、病歷、全民健保尚未納入給付特殊材料品項表、○○醫院 111 年 10 月 19 日○○○字第 0000000 號函、111 年 11 月 14 日○○○字第 0000000 號函等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：

(一) 申請人因急性闌尾炎於 111 年 8 月 16 日至 19 日住院就醫，111 年 8 月 17 日接受腹腔鏡闌尾切除手術，手術中使用系爭「奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀」，查該特材尚未納入本保險給付範圍，即無由本保險支付該項特材費用。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，系爭奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀費用，應由申請人自行負擔。

三、申請人主張其詢問健保署腹腔鏡闌尾炎切除術沒有需自費付費原因，不符合保險適應症需自費項目，故提出申訴。根本是醫生在推銷醫療器材，使用健保給付的刀具即可，不需要再自付雙極雷聲刀 2 萬 5,000 元增加病人負擔，況且開刀前後均未親見自付雙極雷聲刀為何物云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書已陳明，略以就○○醫院 111 年 10 月 19 日○○○字第 0000000 號函暨 111 年 11 月 14 日○○○字第 1112092 號函回復自費特材收費處理方式，無違反全民健康保險規定，另 112 年 1 月 10 日○○○醫院補充說明，雙極雷聲刀使用於該病人腹腔鏡手術過程中，組織切割、血管凝結。使用後止血效果優於傳統電燒且縮短手術時間，降低對組織的傷害。個案手術時間縮短(開始 17:05、結束 18:00)；手術失血量極少量(Minimal)，提供住院病歷資料及雙極雷聲刀購買證明等語。

(二) 本件業經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為申請人接受腹腔鏡闌尾炎切除手術，使用奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀，該項醫療費用並非健保給付項目，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

(三) 況查系爭特材費用需由申請人自行負擔，○○醫院已告知申請人，有經申請人簽名確認之自費特殊材料說明書暨同意書影本附卷可稽，足見申請人對於需自費系爭醫療費用，應有充分認知，則事後再有爭執，即難謂為有理由。

四、綜上，健保署函復申請人，略以申請人 111 年 8 月於○○醫院所使用「奧林伯斯外科手術系統組-雙極雷聲刀」特殊材料之費用自行負擔無誤等語，並無不合，原核定應予維持，至申請人請求賠償 2 萬元部分，因非

	<p>原核定範圍，尚非本件所得審究，併予敘明。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例六

案情摘要

申請人於不具加保資格期間之門診費用，非本保險給付範圍，且於門診當日並未親自就診，本保險自無從給付未經診療之相關診察費、檢查費、藥事服務費等費用，健保署未准核退，核無不合。

衛部爭字第 1123404427 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：以一般身分於 112 年 5 月 13 日由家人代為就診，自付醫療費用新臺幣(下同)4,433 元(含掛號費 170 元、檢查費 3,938 元、診察費 286 元、藥事服務費 39 元)。</p> <p>三、核定內容： 申請人申請核退 112 年 5 月 13 日門診醫療費用，查申請人於 111 年 5 月 26 日退保，112 年 7 月 20 日加保，上開門診就醫未在本保險有效期間，所請核退，未便辦理。另查申請人 109 年 4 月 23 日出境，112 年 7 月 20 日入境，上開就醫非入境期間，併予敘明。</p> <p>四、申請人主張其因疫情期間人在國外無法回臺，致 111 年 5 月 26 日遭強制退保，至疫情回緩後，於 112 年 7 月 20 日返臺辦理回復健保；其有息肉須定期檢查，因疫情無法實施，由家人於 112 年 5 月 13 日先掛號排程於 112 年 7 月 24 日執行胃鏡及大腸鏡云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據 全民健康保險法第 1 條第 2 項、第 8 條第 1 項第 1 款、第 13 條第 2 款、第 14 條及第 58 條前段。</p> <p>二、按「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」、「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」、「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：二、不具第八條或第九條所定資格者。」、「保險對象依第十三條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付。」為全民健康保險法第 1 條第 2 項、第 8 條第 1 項第 1 款、第 13 條第 2 款及第 58</p>

條前段所明定，是具有中華民國國籍者，倘未在臺灣地區設有戶籍期間，即不具本保險之加保資格，已加保者，應予退保，並自退保之日起，不予保險給付，審諸其意甚明。

三、本件經審查卷附個人戶籍資料、個人除戶資料、醫療費用收據、全民健康保險自墊醫療費用核退申請書、正確異動表件紀錄查詢作業(個人異動查詢)、旅客入出境紀錄清單及健保署意見書記載，認為申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，原以第6類第2目被保險人身份投保，111年5月26日經戶政機關逕為戶籍遷出登記，其自該戶籍遷出登記之日起即不具本保險投保資格，應退保且不予保險給付，嗣於112年7月20日遷入登記恢復戶籍，自該恢復戶籍之日起始具本保險投保資格，則申請人申請核退其不具投保資格期間之系爭112年5月13日門診就醫之醫療費用，健保署未准核退，核屬有據。

四、申請人雖主張其有息肉須定期檢查，因疫情無法實施，於112年7月20日返臺辦理回復健保前，由家人於112年5月13日先掛號排程於112年7月24日執行胃鏡及大腸鏡檢查，胃鏡及大腸鏡由健保給付云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以申請人自墊核退申請書自墊原因填載「沒帶健保卡」，查申請人111年5月26日退保，112年7月20日加保，112年5月13日門診就醫未在本保險有效期間，另查其於109年4月23日出境，112年7月20日入境，上開門診就醫非入境期間，該署調閱醫院病歷並向醫院詢問該次就醫情形，看診醫師告知本案為家屬代排大腸鏡及胃鏡檢查(於112年7月24日執行)，非申請人本人就醫等語。

(二) 按全民健康保險為強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，一體實施，凡符合加保資格之保險對象，均有依全民健康保險法及其相關規定，以適當身分投保及繳納保險費之義務，相對而言，於符合加保資格期間得受領保險給付，於不具加保資格期間就醫，則本保險不予保險給付。又依全民健康保險法第40條第2項授權訂定之全民健康保險醫療辦法第4條、第7條等規定意旨，除符合長期用藥之慢性病人得由他人代為領藥之情形外，原則上，保險對象應持本人之健保卡親自就醫，承上所述，申請人於不具加保資格期間之112年5月13日門診費用，非本保險給付範圍，且其於112年5月13日當日並未親自就診，本保險自無從給付未經診療之相關診察費、檢查費、藥事服務費等費用。

五、綜上，健保署函復申請人，略以所請核退112年5月13日門診醫療費用，未在本保險有效期間，未便辦理等語，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6條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。

案例七

案情摘要

持有重大傷病證明之保險對象未於重大傷病證明有效期間內就醫，例外可回溯至重大傷病證明生效日前之住院免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形。申請人系爭住院並非在重大傷病證明有效期間內，亦不符合例外回溯免除住院部分負擔費用之條件，住院部分負擔費用，應由申請人自行負擔。

衛部爭字第 1123404332 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○市立○○醫院(委託財團法人○○○○○○○○經營，以下簡稱○○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：112年4月26日至5月13日住院。</p> <p>三、醫療費用：住院部分負擔費用計新臺幣1萬7,072元。</p> <p>四、核定內容： 申請人於112年4月26日至5月13日(○○醫院)住院就醫，未符合重大傷病證明生效期間(112年5月26日起生效)，核定不予給付。</p> <p>五、申請人主張其不熟悉健保法令，醫院也未告知，以致重大傷病卡中斷，但自111年12月6日開始接受血液透析治療後，至今未中斷云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項。</p> <p>(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項前段、第2項、第3項、第6條第1項第1款及第2項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一)申請人首次末期腎疾病(ICD-10：N186)重大傷病證明，生效起迄日為112年1月3日至4月2日，再次申請核定效期為112年5月26日至永久，112年4月26日至5月13日住院未符合重大傷病有效期間免部分負擔之規定，故不予核退。</p> <p>(二)為維護保險對象權益，該署復依申請人所附相關資料再次審查，經查申請人委由○○醫院○○分院代辦重大傷病證明，檢送首次申請生化檢驗值檢驗日期為111年12月22日，再次申請生化檢驗值檢驗日期為112年5月18日，兩次申請重大傷病證明均非系爭住院期間之檢驗報告，不符全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條及第6條第2項規定。</p> <p>三、按全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項前段、第2項、第3項及第6條第1項第1款規定：「(第5條第1項前段)重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」「(第5條第2項)重大傷病</p>

證明有效期間屆滿，申請人得於下列期限內，依第二條規定重新申請：一、有效期間為二年以上者：效期屆滿三個月前。二、有效期間為一年或六個月者：效期屆滿一個月前。三、有效期間為三個月以下者：效期屆滿十四日前。」(第5條第3項)於前項期限內重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，其效期得予銜接。逾前項期限始重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，以保險對象提出申請之日為生效日。原疾病經重新審查結果，確認不符重大傷病規定者，不再發給重大傷病證明。」(第6條第1項第1款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；重大傷病證明有效期間屆滿，其於屆滿前之法定期間內申准續發重大傷病證明者，效期得予銜接，若未於該效期屆滿前之法定期間提出續發申請者，其續發重大傷病證明之生效日則不得銜接，而以續發申請之日為生效日。又同辦法第6條第2項規定：「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者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

四、本件經本部審查卷附診斷證明書、全民健保重大傷病證明申請作業資料、住院醫療費用收據聯、住院醫療費用清單等相關資料影本及健保署意見書記載，認為申請人係由○○醫院○○分院於112年5月26日經由網路代申請人向健保署提出重大傷病證明之申請，健保署核發診斷病名為「末期腎疾病」(診斷代碼：N186)之重大傷病證明，有效起迄日為112年5月26日至永久，而申請人系爭112年4月26日至5月13日住院就醫，既非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第1項規定；又健保署核發重大傷病證明之依據為112年5月18日生化檢驗資料，此有卷附「全民健保重大傷病證明申請作業」資料記載內容可資佐證，爰此，健保署據以發給重大傷病證明並非申請人系爭112年4月26日至5月13日○○醫院住院期間之檢驗報告，系爭住院亦無適用全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第2項規定，例外回溯至重大傷病證明生效日前免除住院部分負擔費用之餘地，則系爭112年4月26日至5月13日住院之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。

<p>五、綜上，健保署未准核退系爭住院部分負擔費用，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--

案例八

案情摘要

保險對象免自行部分負擔費用之範圍，限重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病相關之治療。申請人系爭多次門診，係因橋本氏甲狀腺炎併甲狀腺機能低下症就醫，均難認屬與申請人持有重大傷病證明所載之病名「乾燥症候群」為同一傷病或相關治療，申請人應自行負擔門診部分負擔費用。

衛部爭字第 1123401082 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○○○○○醫學院附設醫院（以下簡稱○○醫院）。</p> <p>二、就醫情形：110 年 1 月 28 日、4 月 22 日、7 月 15 日、10 月 7 日、12 月 30 日、111 年 3 月 24 日、6 月 15 日、9 月 7 日及 11 月 30 日計 9 次門診(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、案件緣由及原核定內容要旨：</p> <p>(一)緣申請人於 112 年 1 月 30 日向健保署申訴，略以其具重大傷病卡，近 2 年於內分泌科及新陳代謝科門診就醫，是否符合免部分負擔云云。</p> <p>(二)案經健保署以系爭 112 年 3 月 9 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以本案經轉請○○醫院 112 年 2 月 23 日函復並提供申請人就醫之病歷資料，經專業審查結果，認為申請人領有重大傷病證明之病名為乾燥症候群，已固定在風濕免疫科就醫，而內分泌及新陳代謝科門診是看橋本氏甲狀腺炎併甲狀腺低下症和高血脂症，不屬於重大傷病相關聯疾病，爰申請人於○○醫院內分泌及新陳代謝科門診就醫，應自付部分負擔等語。</p> <p>四、申請人檢附前開健保署 112 年 3 月 9 日健保○字第 0000000000 號函影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二)全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 5 項(八)及第 6 條第 1 項第 1 款。</p> <p>二、按「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治</p>

療。」，為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第1項第1款所明定，故保險對象於重大傷病證明有效期限內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病相關之治療，該次就醫之部分負擔費用免自行負擔，審諸其意甚明。本件申請人領有「乾燥症候群」(M3500)之重大傷病證明(有效起迄日為109年5月22日至永久)，有卷附健保署109年5月29日核定之受理號碼00000000000全民健康保險重大傷病核定審查通知書影本附卷可稽，則申請人免自行部分負擔費用之範圍，限於該重大傷病證明有效期限內就醫，並符合重大傷病證明所載病名「乾燥症候群」之傷病或該傷病相關之治療，合先敘明。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附○○醫院112年2月23日○○○○○字第0000000000號書函(含附件-系爭9次門診病歷)等相關資料顯示，申請人於110年1月28日至111年11月30日期間至○○醫院新陳代謝科9次門診，係因橋本氏甲狀腺炎併甲狀腺機能低下症(Hashimoto thyroiditis with hypothyroidism)就醫，申請人雖領有診斷病名「乾燥症候群」(M3500)之重大傷病證明(有效起迄日為109年5月22日至永久)，惟依臨床經驗，乾燥症候群與甲狀腺機能異常雖同屬免疫系統疾病，可伴隨出現，但兩者之間並無因果關係，屬兩種不同疾病，系爭9次門診均尚難認屬與申請人持有重大傷病證明所載之病名「乾燥症候群」為同一傷病或相關治療，申請人應自行負擔系爭9次門診部分負擔費用。

四、綜上，健保署函復申請人，略以申請人於○○醫院內分泌及新陳代謝科門診疾病，不屬於重大傷病相關聯疾病，應自付部分負擔等語，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6條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。

案例九

案情摘要

保險對象因故未能及時繳驗健保卡而自費就醫，應於就醫之日起 10 日內（不含例假日）向保險醫事服務機構補送健保卡申請退費，若因不可歸責之事由未能依限補送者，向健保署申請核退，健保署將依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退；申請人未帶健保卡自費急診，其中檢查費用經專業審查不符合本保險之適應症，健保署未准核退，核無不合。

衛部爭字第 1123401082 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫療財團法人○○○○○醫院(以下簡稱○○○○○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：112 年 7 月 22 日急診，未帶健保卡，自付醫療費用計新臺幣(下同)1 萬 2,260 元。</p> <p>三、健保署核定內容： 申請人申請核退 112 年 7 月 22 日急診自墊之醫療費用，經依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等相關規定，經專業審查，核減非必要之檢查費 9,331 元，及扣除掛號費 200 元及部分負擔 150 元，共計 9,681 元(計算式：9,331 元+200 元+150 元=9,681 元)，核退 2,579 元(計算式：12,260 元-9,681 元=2,579 元)。</p> <p>四、申請人主張因未帶健保卡，自付現金云云，向本部申請審議，請求核退自墊之醫療費用。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 51 條第 10 款、第 55 條第 4 款及第 56 條。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法第 4 條及第 5 條。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(四) 衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告之附件第 2 點。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>(一) 申請人 112 年 7 月 22 日因未帶健保卡至○○○○○醫院急診就醫，7 月 24 日至該署○○業務組○○聯絡辦公室申請自墊醫療費用核退，經該署○○業務組查證結果表示確有告知收件日期尚在 10 日內(不含例假日)可持健保卡回醫院退費，另告知若未回醫院退費，將依照健保支付標準審查結果核退等語，申請人因住中部，路途遙遠無法回○○○○○醫院退費，堅持送件。該署依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條規定辦理核退。</p> <p>(二) 本案經向○○○○○醫院調閱轉換之醫療服務點數及清單，及系爭急</p>

診病歷送請專業審查結果，認為依病歷記載診斷為腹壁挫傷之初期照護，無明顯感染症狀，不給付血型測定等多項檢驗、檢查費。另無照腹部電腦斷層之適應症，不給付電腦斷層造影-有/無造影劑(33072B)。

(三) 為維護申請人權益，該署再送請專業審查結果，認為申請人生命徵象穩定，身體檢查無毒性反應，無輸血之必要；無做腹部 CT 之適應症；外傷病患已給付全套血液檢查(CBC)，已足夠臨床所需，維持原核定。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、「急診收據」、「急診病歷」、「急診護理記錄(I)(II)」、「轉診單」、「檢驗報告單」、「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」等資料影本及健保署意見書、補充意見認為：

(一) 按「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：

四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，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，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，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，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」分別為全民健康保險法第 55 條第 4 款、全民健康保險法第 40 條第 2 項授權訂定之「全民健康保險醫療辦法」第 4 條及第 5 條所明定。爰此，保險對象因故未能及時繳驗健保卡而自費就醫，應於就醫之日起 10 日內（不含例假日）向保險醫事服務機構補送健保卡申請退費，若因不可歸責之事由未能依限補送者，始得依全民健康保險法第 56 條規定，於門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內向健保署申請核退。

(二) 次按「全民健康保險保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。」固為全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」第 2 條及第 6 條第 1 項第 1 款所明定，惟是以保險對象於保險醫事服務機構診療，因不可歸責之事由致自墊醫療費用而向健保署申請核退者為前提，始得經健保署審查認應核退時，依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退，審諸其意甚明。

(三) 申請人於系爭 112 年 7 月 22 日未攜帶健保卡，至本保險特約之○○○

	<p>○○醫院急診自費就醫，依前揭規定，申請人得於該次急診之日起 10 日內（不含例假日，期間末日為 112 年 8 月 4 日）向原就診之○○○醫院繳驗健保卡辦理退費，卻於核退期限到期前之 112 年 7 月 24 日以「路途遙遠無法回到○○○○醫院」為由，填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，向健保署申請核退系爭自墊醫療費用，健保署囿於申請人堅持送件，固從寬以因不可歸責於申請人之事由致自墊醫療費用，而依專業審查結果核減檢查費 9,331 元及扣除本保險不給付之掛號費 200 元及應由保險對象自行負擔之費用（急診部分負擔）150 元後，核退 2,579 元，惟「路途遙遠無法回到○○○○醫院」尚非屬不可歸責之事由，此觀諸全民健康保險醫療辦法第 4 條 101 年 11 月 6 日修正說明「考量保險對象常常受到地域、出國或要事等因素，無法於期限內補送應繳驗之證明文件，為兼顧保險對象有充裕之補送時間，以及不影響保險醫事服務機構之申報作業，補送健保卡之期限由 7 日（不含例假日）放寬為就醫之日起 10 日內（不含例假日）。」自明，且本部再委請醫療專家就申請人前開就醫資料專業判斷結果，認為申請人系爭急診之血液相關檢查及電腦斷層檢查，並不符合本保險之適應症，爰該不利益即應由申請人自行負擔。</p> <p>四、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例十

案情摘要

申請人未帶健保卡自費門診，因可歸責於個人事由未於就醫之日起 10 日內（不含例假日）向原就醫之特約醫院辦理退費，健保署未准核退門診醫療費用，核無不合。

衛部爭字第 1113400632 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○○醫療社團法人○○○醫院（以下簡稱○○○醫院）。</p> <p>二、就醫情形：於 110 年 12 月 31 日門診，未帶健保卡，自付醫療費用新臺幣（下同）1,546 元。</p> <p>三、核定內容：未符合全民健康保險醫療辦法第 5 條規定「因不可歸責於保險對象之事由，得向保險人申請核退保險醫療費用」，不予核退。</p>
理 由	一、法令依據：

(一) 全民健康保險法第 56 條。

(二) 全民健康保險醫療辦法第 4 條及第 5 條。

二、按「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，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，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，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，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」為全民健康保險醫療辦法第 4 條及第 5 條所明定，爰此，保險對象因故未能及時繳驗健保卡而自費就醫，應於就醫之日起 10 日內（不含例假日）向保險醫事服務機構補送健保卡申請退費，若因不可歸責之事由未能依限補送者，始得依全民健康保險法第 56 條規定，於門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內向健保署申請核退，審諸其意甚明。

三、本件依卷附資料顯示，申請人於系爭 110 年 12 月 31 日未攜帶健保卡，至本保險特約之○○○醫院門診自費就醫，惟並未於該次門診之日起 10 日內之 111 年 1 月 14 日向原就診之○○○醫院繳驗健保卡辦理退費，迄於 111 年 2 月 8 日始以「出外時間不允准」為由，填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，向健保署申請核退系爭自墊醫療費用，健保署以未符合全民健康保險醫療辦法第 5 條規定，不予核退，尚非無據。至爭議審議理由陳稱「…因忘帶健保卡，以自費收據支出 1,546 元，當日即隨其兒子返回○○休養…錯過 10 日內需申請核退金額之限…」云云，姑不論與前開申請核退理由「出外時間不允准」前後不一，且亦屬可歸責於申請人之個人事由所導致，系爭門診醫療費用即應由申請人自行負擔。

四、綜上，健保署未准核退系爭門診費用，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 6 條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。

案例十一

案情摘要

申請人逾法定 6 個月申請期限申請核退其住院自墊之醫療費用，健保署不予核退，固非無見，惟本件衡諸申請人監護人檢附監護宣告裁定記載內容，申請人是否因罹患重病之事由導致遲誤申請期限，而得適用行政程序法第 50 條第 1 項規定申請回復原狀？健保署並未據論明，尚待查明。

衛部爭字第 1123404020 號

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	<p>一、就醫地點：○○醫療財團法人○○○○紀念醫院。</p> <p>二、就醫情形及醫療費用：以健保身分於 111 年 10 月 21 日至 11 月 11 日住院，自付醫療費用新臺幣（下同）3 萬 5,982 元（含住院部分負擔費用 1 萬 5,892 元）。</p> <p>三、核定內容： 申請人 111 年 10 月 21 日至 11 月 11 日住院就醫，惟遲至 112 年 6 月 16 日始提出自墊醫療費用核退之申請，已逾法定申請期限，核定不予核退。</p> <p>四、申請人於 112 年 5 月 25 日經法院裁定受監護宣告(112 年 6 月 7 日生效)，監護人○○○為其向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款。 (二) 行政程序法第 50 條第 1 項。</p> <p>二、本件依卷附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、住診費用收據等相關資料及健保署意見書、補充意見顯示，申請人因病於 111 年 10 月 21 日至 11 月 11 日住院就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，應自該次出院之日起 6 個月內（申請期間末日為 112 年 5 月 11 日），向健保署提出醫療費用之核退申請，惟申請人遲至 112 年 6 月 16 日始向該署提出系爭醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組○○聯絡辦公室蓋於申請人填具申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收文章戳可按，則健保署以本件系爭醫療費用核退之申請，已逾法定 6 個月之申請期限，核定不予核退，固非無見。</p> <p>三、惟查行政程序法第 50 條第 1 項規定，「因天災或其他不應歸責於申請人之事由，致基於法規之申請不能於法定期間內提出者，得於其原因消滅後十日內，申請回復原狀。如該法定期間少於十日者，於相等之日數內得申請回復原狀。」，又法務部 88 年 2 月 12 日法律字第 002079 號函釋：「所謂不可抗力之事由，不僅指天然災變，如權利人突然罹患重病或車禍受傷等個人因素，亦包括在內。不可抗力之發生，有來自自然界之</p>

	<p>力量，如水災、火山爆發、地震；有來自第三人之群體行為，如戰爭、內亂、罷工，或第三人之個體行為，如徵收、竊盜；有來自權利人自己內在之障礙，如昏迷不醒。」，本件銜諸申請人檢附之臺灣○○地方法院 000 年度監宣字第 000 號民事裁定記載，申請人因高血壓、糖尿病及庫賈氏症，造成器質性精神症，於鑑定時意識不清醒，沒有言語反應，語言及認知功能明顯退化，因精神障礙（器質性精神症）致不能為意思表示、受意思表示或辨識意思表示之效果等情，申請人是否因罹患上開重病之事由導致遲誤申請期限，而得適用行政程序法第 50 條第 1 項規定申請回復原狀？健保署並未據論明，尚待查明。</p> <p>四、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。</p> <p>據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例十二

案情摘要

申請人於本保險區域外住院就醫自墊醫療費用，依全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款規定，其應自該次出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，惟其逾期申請，健保署未准核退醫療費用，核無不合。又全民健康保險與商業保險之性質不同，申請人主張依保險法第 65 條規定請求權效期為 2 年乙節，核有誤解。

衛部爭字第 1123400004 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：韓國。</p> <p>二、就醫原因：頸椎扭傷（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：110 年 8 月 23 日至 27 日住院。</p> <p>四、核定內容：逾期，核定不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 1 項第 1 款。</p> <p>（二）行政程序法第 48 條第 4 項。</p> <p>二、本件申請人於 110 年 8 月 23 日至 27 日住院就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自出院之日起 6 個月內（期間末日 111 年 2 月 27 日為星期日、翌日為 228 紀念日，延至 111 年 3 月 1 日），向健保署提出醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 111 年 12 月 12 日始向健保署提出該次住院醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組○○○○○○科蓋於申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退申請書」上之受理章戳可按，本件即已逾 6 個月</p>

申請期限。

三、申請人主張其於 110 年 8 月 23 日下班途中，因閃避來車不慎跌倒，導致頸椎受傷住院治療，適逢 COVID-19 期間，不便返國，因此延至 111 年 12 月提出申請，依據保險法第 65 條，保險契約請求之權利，有效期為 2 年云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 有關自墊核退申請方式有多重管道，該署全球資訊網已公告，可親洽、委託他人或至該署全球資訊網自墊醫療費用核退線上登打提出申請。
2. 另申請人引述之保險法第 65 條，係指經營保險事業之各種組織與要保人承保雙方約定而成立保險契約所應遵守之法令，與本件應適用全民健康保險法第 56 條規定不同。

(二) 查保險對象於臺灣地區外因發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，其申請核退醫療費用之期限，除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所明定，爰一體適用於全體保險對象，且前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長。

(三) 另商業保險之繳費與給付間具對價性，乃由該商業保險之保險人依所承受風險之大小決定要保人應繳保險費之高低，並由要保人按個人意願選擇是否參加，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、相互互助及風險分攤之精神，以公共利益為考量，由被保險人、雇主及政府共同負擔保險費，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，所稱依保險法第 65 條規定請求權效期為 2 年乙節，核有誤解。

四、綜上，健保署以本件申請逾期為由，核定不予給付，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 6 條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。

肆、特約管理事項

案例一

案情摘要

申請人診所執業藥師未實際到診所執行調劑業務，卻以該藥師名義虛報其未實際執行調劑業務之藥事費用，另有由護士執行調劑業務，卻以藥師名義虛報藥事費用，共計虛報藥事費用超過 25 萬點，健保署依全民健康保險法第 81 條第 1 項、特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款及第 47 條第 1 項等規定，核定申請人診所終止特約，並自終止特約之日起 1 年內，不得再申請特約，負責醫師於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

衛部爭字第 1123402261 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署認定之違規事實及裁處內容[詳如健保署 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)及其附表「○○診所違規說明」]</p> <p>(一) 申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有「藥師於就學期間租牌，並未實際到診所執行調劑業務，卻偽以其名義虛報藥事費用，情節重大」等違規情事：</p> <p>據健保署於 111 年 7 月 13 日至 11 月 14 日期間派員訪查保險對象及申請人診所，發現 1. 申請人診所○○○藥師有於就學期間租牌，並未實際到診所執行調劑業務，申請人診所卻以○○○藥師名義虛報 110 年 12 月至 111 年 8 月期間藥事費用(含藥費及藥事服務費)131 萬 4,851 點；2. 由護士○○○(密藥)於晚間執行調劑業務，申請人診所卻以○○○藥師名義虛報藥事費用(含藥費及藥事服務費)14 萬 1,359 點，共計虛報藥事費用 145 萬 6,210 點(1,314,851 點+141,359 點=1,456,210 點)。</p> <p>(二) 裁處內容</p> <p>核處申請人診所自 112 年 7 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內，不得再申請特約；申請人診所負責醫師○○○及負有行為責任藥事人員○○○於前述終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p> <p>二、申請人診所申請複核及暫緩執行，經健保署重行審核，就其中 110 年 12 月至 111 年 7 月 13 日以○○○藥師名義申報藥事費用，實際由○○○藥師執行調劑一節，考量白天時段實際調劑者為○藥師，且其為合格藥師，所調劑之藥品費用從寬予以給付，將上開期間白天時段申報之藥費 70 萬 5,363 點排除虛報認定，申請人診所所以○○○藥師名義虛報藥事費用改為 60 萬 9,488 點(1,314,851 點-705,363 點=609,488 點)，其餘違規事證明確，虛報金額由原 145 萬 6,210 點減列為 75 萬 847 點(1,456,210 點-705,363 點=750,847 點)，乃以 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函核復(終約複核)核復仍維持原核定，並同意於爭議審議審定前暫緩執行。</p>

三、申請理由要旨

- (一) 其診所原聘有 2 位藥師執行調劑，疫情期間某藥師離職，因疫情嚴峻，招聘人力相當困難，雖努力招聘，該職缺仍乏人應徵，或有應徵者因其診所為急症科，家人憂心感染風險而不敢來上班，對本來人力較有限的基層診所更是雪上加霜。人力短缺但醫療服務及防疫不能中斷，其診所仍積極尋找藥師，後經介紹已具藥師資格之○藥師，但隨疫情嚴峻打亂上班時程。
- (二) 有關 110 年 12 月至 111 年 8 月健保署列扣違規虛報點數 75 萬 847 點，其中夜間非藥師調劑列扣藥事費用(藥事服務費及藥品費)：因新冠疫情嚴峻人力缺口，惟其診所實際都有交付民眾醫囑藥物，懇請藥品費不列入違規點數計算，改列為不給付藥品費。
- (三) 其診所 103 年迄今 10 年支援○○衛生所醫師人力，早期該衛生所醫師需請假、休假及產假時，其診所醫師們輪流支援預防保健門診與預防接種服務，尤其 110 年 1 月該衛生所唯一醫師離職，至今仍出缺沒有醫師。衛生所公共衛生及醫療服務不能中斷，又逢 COVID-19 疫情嚴峻，各院所因疫情自顧不暇，其診所醫師們除堅守服務崗位外，仍咬緊牙關持續支援衛生所執行每週預防保健門診、日間、夜間與假日特診，更支援至社區快篩站、新冠疫苗施打、快打站、校園接種、流感疫苗接種等多達 150 餘場的門診及接種疫苗服務，長達約 10 年持續支援該衛生所醫師人力，提供民眾所需及可近性的服務，維護民眾之就醫及健康權益。

四、健保署提具意見要旨

- (一) 該署訪查申請人、租牌藥師○○○等 2 人，均坦承○○○藥師於就學期間以租牌方式執登於申請人診所，其於 111 年 7 月 13 日以前及 111 年 8 月 16 日以後之夜間時段未至申請人診所實際執行調劑業務，且○○○藥師夜間未到班之時段，係由護士(密藥)○○○執行調劑業務，然○○○非具藥事人員資格，申請人卻偽以租牌藥師○○○及合格藥師○○○等 2 人名義向該署虛報藥事費用。以上內容皆經申請人、租牌藥師○○○及護士○○○等 3 人坦承在案，並有渠等 3 人確認簽名之訪查紀錄在卷可稽。雖申請人表示實際上有交付相關藥物，惟查係依照電腦公司設定之程式，將藥事人員挪移並申報合理量，偽以租牌藥師○○○及合格藥師○○○名義虛報藥事費用，已構成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。況密藥師既不具藥學專業，能否正確調劑藥品亦有疑慮；藥品費用既為整體虛報行為所獲利益之一部，自無將之排除於虛報範圍之理。
- (二) 申請人稱疫情期間招聘藥師困難、人力短缺一節，倘晚班藥師招聘困難，申請人可開立處方箋，交付保險對象至其他健保特約藥局調劑，而非以改聘非具藥事人員資格(密藥)之方式執行調劑業務，爰所提理由係屬事後推諉之詞，實難合理化其違規行為。
- (三) 申請人申請複核，經該署重新審核，業已將虛報金額自 145 萬 6,210 點從寬減列為 75 萬 847 點(即白天由○藥師所調劑之藥費 70 萬 5,363 點從寬予以給付)，已盡力維護申請人權益。

(四) 至申請人所提長期支援衛生所醫師人力及熱心公益之行為一節，與本案違規情事無涉，對核定結果不生影響。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險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 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 20 條第 1 項。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、切結書、「○○診所虛報醫療費用明細表(一)-以○○○藥師名義申報部分」、「○○診所虛報醫療費用明細表(二)-以○○○藥師名義申報部分」、訪查報告、查處表、病歷等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署辦理○區 111 年度藥轉醫查核專案，於 111 年 7 月 13 日至 11 月 14 日期間派員訪查保險對象及申請人診所負責醫師○○○、藥師○○○、○○○及護理人員○○○等人，發現 1. 申請人診所○○○藥師於就學期間租牌，並未實際到診所執行調劑業務（111 年 1 月至 7 月 13 日期間均未至診所調劑，之後為部分時段調劑），申請人診所卻以○○○藥師名義虛報其未實際執行調劑業務之藥事費用（含藥費及藥事服務費）131 萬 4,851 點（複核排除白天時段藥費 70 萬 5,363 點，減列為 60 萬 9,488 點）；2. 由護士○○○（密藥）於晚間執行調劑業務，申請人診所卻以○○○藥師名義虛報藥事費用（含藥費及藥事服務費）14 萬 1,359 點，共計虛報藥事費用 75 萬 847 點（609,488 點+141,359 點=750,847 點），此有受訪保險對象、申請人診所負責醫師○○○、藥師○○○、○○○、護理人員○○○等人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及病歷等影本附卷可稽，健保署依全民健康保險法第 81 條第 1 項、特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款及第 47 條第 1 項等規定，核定申請人診所終止特約，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○○○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，經核並無不合。
- (二) 申請人對於前揭健保署認定其診所○○○藥師於就學期間租牌，並未實際到診所執行調劑業務，及晚間由護士○○○（密藥）執行調劑業務等情事並不否認，僅就健保署認列虛報藥事費用之點數及裁量終停約之期間，主張其診所因疫情招聘藥師困難，實際都有交付民眾醫囑藥物，長期支援衛生所醫師人力，COVID-19 疫情期間更支援快篩、新冠疫苗及流感疫苗施打，請求藥費不列入違規點數，降低裁罰點數，從輕裁量，縮短終止特約或停約期間云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 有關藥品之調劑，藥事法第 37 條第 1 項及第 2 項已規定「藥品之調劑，非依一定作業程序，不得為之；其作業準則，由中央衛生主管機關定之。」「前項調劑應由藥師為之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生為之。」，而授權訂定之「藥品優良調劑作業準則」第 3 條亦規定：「本準則所稱調劑，係指藥事人員自受理處方箋至病患取得藥品間，所為之處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配或調製、再次核對、確認取藥者交付藥品、用藥指導等相關之行為。」，是藥品之調劑為一連續（串）之行為，均應由藥事人員為之，倘非由藥事人員為之，即難認合法調劑。本件申請人診所 110 年 12 月至 111 年 8 月期間由未具藥事人員資格之人員○○○於晚間調劑，而以○○○藥師或○○○藥師名義申報費用，既屬不爭之事實，則○○○既未具藥事人員資格，其調劑及交付藥品予保險對象，自不符前開藥品調劑之規定，申請人診所本不得向健保署申報相關藥事費用，卻仍以藥事人員名義申報藥費及藥事服務費，確屬不實申報，所請藥費不列入違規點數，降低裁罰點數一節，於法無據。
 2. 申請人診所與健保署訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，於申報醫療費用時應盡誠實申報之義務，承前所述，申請人診所虛報醫療費用 75 萬 847 點，已該當特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 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：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。」、「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」應予以終止特約之要件，健保署核定申請人終止特約，並依特約及管理辦法第 47 條第 1 項規定，核處申請人診所負責醫師○○○自終止特約之日起 1 年內，不予支付對保險對象提供醫事服務費用之處分，於法並無不合，且該處分在法律效果之採擇上，健保署已處於羈束裁量之狀況，即負有終止申請人診所特約之作為義務，健保署僅能依上開規定終止申請人診所特約，尚無其他處分措施可資選擇，此有臺北高等行政法院 105 年度訴字第 673 號判決可資參照，健保署依規定予以裁處，自無不合。
- (三) 綜上，健保署核處申請人診所終止特約，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○○○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，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 6 條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。

案例二

案情摘要

保險對象至申請人診所僅單純作成人預防保健檢查或自費檢查，於檢查或看報告當日並無病症，也未領取藥品，申請人診所卻申報渠等保險對象因疾病就醫之醫療費用計 7,524 點，健保署處以申請人診所停止特約 1 個月，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。

衛部爭字第 1123402694 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署認定之違規事實及裁處內容[詳如健保署 112 年 3 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(初核)及其附表「○○○○診所違規說明」]：</p> <p>(一) 申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有保險對象未因疾病就醫，僅單純做成人預防保健檢查及自費檢查，惟申請人同日以疾病名稱併報醫療費用情事：○○○等 14 位保險對象於 111 年 9 月 26 日至 11 月 8 日受訪時表示，渠等至申請人診所或係單純做成人預防保健檢查，檢查或看報告當日並未有任何病症，也未領取藥品(○○○、○○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○)，或係進行公司員工自費健康檢查，未有任何病症(○○○、○○○)，或係進行成人預防保健檢查及加驗其他自費項目，未有任何病症且未進診間給醫師看診，看報告當日也沒有因其他病症詢問醫師(○○○)，申請人卻向健保署申報渠等保險對象 110 年 8 月至 111 年 7 月期間 17 筆因疾病就醫之醫療費用計 7,524 點。</p> <p>(二) 裁處內容 申請人診所自 112 年 6 月 1 日起至 6 月 30 日止停止特約 1 個月，負責醫師○○○於前開停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p> <p>二、申請人診所檢附○○○等 14 位保險對象病情說明、病歷、檢驗報告、○○○、○○○、○○○、○○○等 5 位保險對象陳述書，以及「管制藥品收支結存簿冊」等資料申請複核及暫緩執行，經健保署重行審核，認為違規事證明確，於 112 年 4 月 25 日以健保○字第 0000000000 號函(複核)核復仍維持原核定，並同意暫緩執行。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一) 健保署於 111 年 12 月 23 日訪查訪問其診所負責醫師當時，已據實以告，病人來診所時，櫃台掛號人員皆會問病人是否要看診，病人拿出健保卡掛號，並表明要就醫看診，進入診間後，醫師循例看診，做身體檢查，依其主訴及檢查結果，對有需要施予血液或尿液檢查之病人，安排抽血或留尿檢查，在完成看診後，若發現病人符合做成人預防保健檢查之條件者，基於政府提倡預防醫學之重要性，並維護病人權益，皆會請病人填寫成人健檢單，做成人預防保健檢查，因成人預防保健檢查項目包括膽固醇、肝功能、腎臟功能、血糖及尿蛋白，但對常見小便紅血</p>

- 球、白血球、潛血反應、尿蛋白及細菌等常規項目並沒有包括在內，所以把大部分生化項目移至成人預防保健檢查，可以減少健保開支，尿液檢查仍以健保為之。
- (二) 病人掛號時，即以看病為由收費為新臺幣(下同)150元加部分負擔50元，若做成人預防保健檢查則為150元，但若看診後另做成人預防保健檢查，則不收成人預防保健檢查之掛號費，這些病人都是收200元，足證來診所是為看病。
- (三) 醫師針對病人主訴進行身體檢查後開立各項檢驗，是為執行醫師之診察行為，可以用成人預防保健檢查做的就移至成人預防保健檢查，而成人預防保健檢查不包括的項目就留在健保施行，卻遭健保署誤解。
- (四) 有些自主意識較高的病人非常注重個人隱私，對醫師以外之人訊問其病情，甚為不悅，皆以忘記了敷衍之。
- (五) 對健保署訪查病人過程雖不便置喙，但病人於接受健保署訪查後或回診時皆有怨言，表示訪查中一直引導病人說我沒生病只是來做成人預防保健檢查。
- (六) 醫師看病皆係以病人之主訴及理學檢查結果憑經驗下診斷，以「未明示泌尿道感染」做為病人小便不適之診斷，是因為感染部位不明，而受過正統醫學訓練之醫師，皆知道對感染之治療必須連續以7至10天之抗生素治療，而在檢驗結果未出來之前，冒然使用抗生素，對病人可能造成傷害也造成醫療資源浪費。其診所對於14位保險對象之就醫過程，當然是依據病人主訴及檢驗報告詳實記載。
- (七) 個案說明：
1. ○○○：檢附○○○在診所陳述之錄影光碟片(含譯文)
 - (1) 110年10月30日主訴胸悶、心悸、小便次數頻繁、關節疼痛就醫，○○○長期服用高血壓、鎮定劑及高血脂藥物，有一段時間在診所診療，後因診所晚上停診，覺得不方便而轉至他院，這次再度回來是因為長期使用藥物接不上，希望儘快拿藥。
 - (2) 對於健保署質疑其診所開立管制藥品給病人時，未有簽名，不知是依據哪條法規？因根據管制藥品管理規定，病人於領受第1級至第3級管制藥品時，領受人須憑身分證明簽名領受，其診所開立給○○○之管制藥 Xanax 與 Imovan(e) 皆為第4級管制藥，法規規定只要逐筆登載於收支結存簿冊即可。
 2. ○○○及○○○：因雇主為其診所負責醫師好友，甚為照顧員工，皆會代付員工掛號費，公司代付200元掛號費，足資證明○○○是來就醫看病，如果是來做成人預防保健檢查，掛號費為150元。○○○、○○○111年4月25日主訴容易疲累、過敏、小便不適或小便次數頻繁有很多泡沫等就醫。
 3. ○○○：110年12月1日主訴容易倦怠、頭暈、小便泡沫很多就醫，希望能做全方位之檢查，醫師除根據其主訴及體檢結果開立檢查外，並建議做成人預防保健檢查，其餘生化檢查則經討論後，同意自費2,900元(非5,000-6,000元)做肝炎A、B、C抗原抗體、胰臟功能、甲狀腺、幽門桿菌抗體、腫瘤標記、風濕、電解質等檢查，所有診察、討論及抽血過程皆在診間進行，病人所稱未進診間，若非記憶錯誤即是表達錯誤。至於110年12月11日回診時對於健保所做全血檢查及尿液檢查結果諮詢甚詳，醫師亦花很多時間詳為解說，以諮詢項目申報健保費

用，應屬合理。

4. ○○○：111年7月25日因身體不適就醫，並做慢性病追蹤檢查。

5. ○○○○：為糖尿病病人，長期在診所追蹤檢查治療，111年1月3日主訴倦怠、小便不適就醫。

6. ○○○：111年1月8日主訴小便不適伴有泡沫就醫。

7. ○○○：110年10月15日主訴小便頻繁就醫。

8. ○○○：110年12月31日主訴小便不順、排尿頻繁就醫。

9. ○○○：110年11月20日主訴數年前因子宮癌開刀後，長期小便不適就醫。

10. ○○○：111年(誤植為110年)3月5日主訴倦怠、眩暈、關節疼痛、小便頻繁就醫。

11. ○○○：110年9月18日主訴小便不適、次數頻繁就醫。

12. ○○○：為慢性尿路感染之病人，110年8月10日、111年5月6日分別主訴小便疼痛或眩暈、倦怠、關節疼痛及小便疼痛就醫。

13. ○○○：110年10月20日主訴小便不適、長期膽固醇偏高追蹤檢查就醫。

(八) 健保署質疑病人簽署之陳述書(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等5人)為核處停約後所簽署，「是否出於自由意識下所為陳述，尚有疑義」，請問病人在未得知健保署以病人未有任何疾病至其診所就醫之情況前，如何書寫陳述書？健保署純屬臆測。

四、健保署提具意見要旨

(一) 該署訪問過程均遵守訪查作業之規範，依合法程序製作保險對象之訪問紀錄，並在訪查人員明白告知訪問目的，並提示受訪保險對象門診就醫明細相關資料後，於受訪人理性判斷下，向訪查人員陳述其健保IC卡使用情形，並自由陳述於申請人就診之病情、治療情形，過程陳述詳實明確，經該署訪查人員依受訪人陳述全貌據實記載，再經其親自檢閱或由訪查人員朗讀之方式來確認登載內容與其所述相符後，始請受訪人簽名、蓋章或按捺指印，又該署於訪問保險對象結束後均會再次詢問「以上所言是否屬實？有無補充說明？」，以茲確認訪問紀錄內容之真實性。因此該署所製作之訪問紀錄，均係受訪人於無其他主、客觀因素干擾或存在任何顧慮情形下所為之初次陳述，且就醫病關係而言，受訪保險對象與申請人未交惡、無醫療糾紛、實無誣陷申請人必要及可能性，故該署所製作訪問紀錄真實性無庸置疑，先予敘明。

(二) 有關14名保險對象之個別說明如下：

1. ○○○部分：

(1) 該署訪問時，該保險對象已明確表示110年10月30日係無症狀去做成人預防保健檢查，且成人預防保健檢查當日及110年11月6日回診所看報告當日醫師都沒有開立藥品，有卷可稽。申請人於申請複核時所提供Xanax及Imovane之管制藥品收支結存簿冊影本，該署係表明其雖載有記錄藥品數量及○○○姓名，惟無法作為○○○本人有領藥事實之佐證。

(2) 另申請人提供○○○在診所陳述之錄影光碟片及對話(112/3/22)，查該影片受

訪民眾未表示其自身身分，拍攝角度(背影)亦無法辨識為其本人，且其對話內容多為申請人診所醫師誘導所為之陳述，況院所利用醫病關係請保險對象更改說詞，亦非罕見。退步言之，若錄影片段中為○○○本人，由其錄影對話內容(譯文第5頁-17:04段)「我那個連續處方沒拿是後來覺得…」，已自陳未拿取連續處方藥品，更可證明○○○當時向該署陳述內容為真實。

2. ○○○及○○○部分：

該2人為同鐘錶公司員工，該署訪問時，均明確表示111年4月25日係因公司所安排之自費健檢方至申請人診所，當日是沒有病症去做檢查，且○○○表示當日申請人診所沒有向其收取費用，另○○○表示檢查當日沒有泌尿道感染症狀，且診所有額外收取200元掛號費，後續公司有再退掛號費，有卷可稽。另申請人稱其就職公司會代付員工掛號費，惟未有相關資料佐證，且該2人於同日、皆因相同疾病(泌尿道感染)至申請人診所就醫，就常理判斷，機率甚低，申請人所稱，要無足採。

3. ○○○部分：

該署訪問時，○○○明確表示110年12月1日當日是特地空腹且無病症單純去申請人診所做抽血留尿之成人預防保健檢查，除成人預防保健檢查外也有多做其他詳細項目的檢查，費用約5,000-6,000元，且當日未進診間。後來110年12月11日回診所看報告，是單純聽醫師說明報告結果，沒有因其他病症再諮詢醫師且沒有另外開藥，有卷可稽。該保險對象已明確表示檢查當日無病症係特地空腹去做成人預防保健檢查及加做自費項目檢查，且查○○○係就職於調查單位，其陳述事實高度可信，即便檢查金額有誤，仍未影響判定申請人有違規虛報醫療費用之事實。

4. ○○○、○○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等10位保險對象部分：

該署訪問時，均陳述當日無病症去申請人診所進行成人預防保健檢查，當日是沒有任何症狀，有卷可稽。該署訪問申請人診所負責醫師時，卻稱病人一定都是有病症才來診所看診，可能是痊癒後就忘記就醫情況，又稱病人因隱私未告知該署就醫全貌。惟該署訪問保險對象時，皆請其自由陳述，倘忘卻就醫過程者，該署仍依其陳述照實記錄，查該署訪問前開10名保險對象時並未表示有忘卻就醫過程情形。

(三) 本案經該署將14名保險對象訪問陳述內容、病歷與檢驗報告、申請人診所負責醫師陳述內容，送請專業審查結果，認為申請人診所確有違規虛報費用情事，摘述如下：

1. 病人無病症單純成人預防保健檢查(或二階)未有其他病症，不得申報診察費。
2. 病人自費體檢或進行成人預防保健檢查及自費健康檢查，不得申報診察費等費用。
3. 若病人真如負責醫師所言有病症就醫，但僅開立檢驗卻完全無藥品開立，有違常理，不符醫療常規。

4. 負責醫師說明「病人痊癒後就忘記」說詞，不合理。

- (四) 除前開醫療專家之審查意見外，申請人於申請複核時提供○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 10 位保險對象檢驗報告影本，佐證該等保險對象均係因病就醫，查前開 10 位保險對象檢驗報告影本上有手寫備註「尿路感染」，惟申請人既以尿路感染作為診斷，卻仍未開立相關處方，且經該署醫療專家審查結果為不合醫療常規，申請人說詞前後矛盾，試圖以檢驗報告倒果為因，掩蓋虛報醫療費用事實，申請人所稱，要無足採。
- (五) 至於申請人於申請複核時提供○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 5 位保險對象陳述書，確於該署核處停約 1 個月處分(初核)後始簽署，今查申請人提供○○○至診所對話影像，是否以同方式誘導前開保險對象所為之陳述內容，甚有疑義。以○○○為例，○○○至申請人診所進行成人預防保健檢查暨自費加驗項目，當日未有病症，申請人卻以「貧血」診斷申報診察費，於○○○回診所看報告時又以「諮詢，未明示」向該署申報診察費，申請人所稱以成人預防保健檢查減少健保開支云云，實則申報成人預防保健檢查及收取自費檢驗費用，又同時申報健保費用，所稱要無足採。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款。
- (三) 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第 2 點第 1 款。
- (四) 全民健康保險醫事服務機構合約(特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用)第 20 條。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、訪查報告、查處表、○○○○診所診療單、「國民健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」、檢驗報告等資料影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署接獲民眾檢舉申請人診所疑有非藥事人員調劑藥品、健保卡留置於診所供刷卡、自費注射點滴卻刷取健保卡等情，乃於 111 年 9 月 26 日至 112 年 1 月 16 日期間派員訪查申請人診所負責醫師及○○○等保險對象，發現保險對象至申請人診所僅單純作成成人預防保健檢查或自費檢查，於檢查或看報告當日並無病症，也未領取藥品，申請人診所卻申報渠等因疾病就醫之醫療費用計 7,524 點，除經原核定論明者外，並有經保險對象簽名或蓋章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、保險對象門診就醫紀錄明細表等影本附卷可稽。
- (二) 本件申請人主張 1. 保險對象主訴胸悶、心悸、倦怠、眩暈、關節疼痛、小便不適、疼痛等就醫，醫師針對病人主訴進行身體檢查、開立各項檢查，對於符合成人預

防保健檢查條件者，請病人填寫成人健檢單，做成人預防保健檢查，將大部分生化項目移至成人預防保健檢查，對於未包含在成人預防保健檢查內之項目，以健保申報，卻遭健保署誤解；2. 健保署質疑○○○、○○○、○○○、○○○、○○○保險對象陳述書為核處停約後所簽署，「是否出於自由意識下所為陳述，尚有疑義」，純屬臆測，另檢附○○○在診所陳述之錄影光碟片(含譯文)為證云云，除經健保署提具意見論明如前所述外，復經本部審查卷附相關資料，認為所稱並不足採，分述如下：

1. 依全民健康保險法第1條第2項、第40條第1項規定：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」、「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」，可知政府辦理全民健康保險之目的，僅限於保險對象因疾病、傷害及生育等事故，始由特約院所依全民健康保險法第40條第1項規定提供保險醫療服務，合先敘明。
2. 本件○○○等14位保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示渠等108年10月至111年9月期間不等之「保險對象門診就醫紀錄明細表」及「保險對象IC卡回傳就醫紀錄明細表」供渠等保險對象確認，訪查訪問紀錄內容明確記載訪查依據、詢問受訪人接受訪問之意願、至申請人診所就醫診治過程、收費、領藥、有無進行成人預防保健檢查、於成人預防保健檢查當日及回診看報告時是否有因疾病就醫等情形，至訪查程序結束後，受訪人及健保署訪問人均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名或蓋章確認，且訪問內容有修改之處，受訪人均有逐處簽名或蓋章確認，足見訪查紀錄內容確係出於受訪人之自由意識所為陳述，訪查程序並無瑕疵，參照臺北高等行政法院96年度訴字第3792號判決及最高行政法院103年度判字第657號判決意旨，健保署之訪查紀錄係由公務員依法製作，依行政訴訟法第176條準用民事訴訟法第355條規定推定為真正，自得採為證據。
3. 依卷附健保署業務訪查訪問紀錄顯示，○○○等14位保險對象於111年9月26日至11月8日第一時間接受健保署訪查訪問時，已證稱其等至申請人診所係單純做成人健檢(成人預防保健檢查)或自費健康檢查，均非因疾病而就醫，其中○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等10位保險對象於受訪時更證稱其等係空腹、無病症去診所做檢查(○○○及○○○2位保險對象並預先留尿)，則健保署認定申請人分別以「未明示部位之泌尿道感染」、「貧血」、「關節病變」、「第二型糖尿病」、「高血脂症」等疾病虛報渠等保險對象就醫之醫療費用，核屬有據。
4. 又查系爭14位保險對象17筆醫療費用中，16筆醫療費用(不含○○○110年11月6日)均未申報開立藥品，業經健保署送請專業審查認為「若病人真如負責醫師所言有病症就醫，但僅開立檢驗卻完全無藥品開立，有違常理，不符醫療常規」，另申請人雖申報○○○110年11月6日開立Pitator、Inderal、Cozaar F.C.

Xanax 及 Imovane 等 5 種藥品，惟該保險對象於 111 年 10 月 27 日接受健保署訪查訪訪問時已證稱「我記得在 110/10/30 當日是為了確認血糖、血脂狀況去該診所進行成人健檢…110/11/6 看報告當日劉醫師檢視報告數值，有跟我說數值不錯，僅需要注意飲食、少食甜食、多運動，沒有再開藥給我」等語，顯示該保險對象 110 年 10 月 30 日係做成人預防保健檢查，110 年 11 月 6 日回診看報告時並未領取藥品，申請人主張保險對象主訴胸悶、心悸、小便次數頻繁、關節疼痛就醫云云，核不足採。

5. 至申請人檢附 14 位保險對象病歷、檢查報告、○○○、○○○、○○○等 3 位保險對象陳述書（申復時已檢附）及○○○錄影光碟（含譯文）等，惟所舉核難執為本案之論據：

(1) 查病歷資料係特約醫療院所單方製作，健保署既會按比率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」自行製作之文書，來證明保險對象確有因疾病就診，有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號判決可資參照；另申請人雖事後檢附○○○等 5 位保險對象陳述書影本及○○○錄影光碟（含譯文）佐證，惟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，反而是醫師不難要求病患做有利醫師之陳述，及提出與事實不符之陳述書，保險對象事後所製作之陳述書易流於事後迴護，此有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 454 號判決可資參照，所舉尚難推翻前開違規事實之認定。

(2) 又「健康檢查當天根本不是就醫，不應該刷健保卡取得一般門診之序號，亦無所謂『醫師診察』，當天無任何醫療行為，不可能因事後發現『確實有病』，而事後使當時之健康檢查行為轉換為醫療行為，並回溯使用當天的序號來申請醫療費用，原告就健康檢查當天所取得之序號申請醫療費用，顯然是自創就醫紀錄虛報醫療費用」，亦有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 650 號判決可資參考，系爭保險對象並非因疾病就醫，已如前述，所附檢驗報告，亦難作為渠等保險對象有因疾病就醫之論據。

(三) 綜上，健保署處以申請人診所停止特約 1 個月，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 6 條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。

案例三

案情摘要

申請人診所有由受健保署不予支付處分之執業醫師為保險對象看診或手術，偽以負責醫師名義虛報保險對象多筆醫療費用計 8 萬 6,299 點之違規事實，健保署處申請人診所停止特約 3 個月，負責醫師及執業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。

衛部爭字第 1110018837 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署認定之違規事實及裁處內容[詳如健保署 111 年 5 月 3 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)及其附表「○○○○診所違規說明」]：</p> <p>(一)申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有保險對象看診或手術之醫師為受該署不予支付處分期間之○○○醫師，惟申請人診所卻偽以負責醫師○○○名義虛報醫療費用之違規情事：</p> <p>健保署於 110 年 11 月 12 日至 111 年 3 月 10 日期間派員訪查申請人診所及保險對象，發現○○○等 16 位保險對象至申請人診所就醫，係由○○○醫師為渠等看診或手術，惟申請人診所以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，偽以○○○醫師名義虛報渠等 110 年 5 月至 11 月期間多筆醫療費用計 8 萬 6,299 點</p> <p>(二)裁處內容</p> <p>申請人診所自 111 年 8 月 1 日起至 10 月 31 日止停止特約 3 個月，負責醫師○○○及負有行為責任醫師○○○於前述停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p> <p>二、申請人診所及執業醫師○○○分別申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，於 111 年 6 月 2 日分別以健保○字第 0000000000 號及 0000000000 號函(複核)核復仍維持原核定。</p> <p>三、申請理由要旨</p> <p>(一)查健保署停約初核函附件所稱 16 位保險對象之違規日期並未重複，診所一整天的診療過程，健保署認為只有一件是由○○○醫師看診，停約初核函稱該日期只有○○○醫師看診，沒有其他醫師，那麼當天其他就醫之病人又係由何位醫師看診？內容已違背經驗法則跟論理法則。其診所不可能有單獨○○○醫師看診之情形。○○○醫師於該段期間雖然被健保停約，但是依法有向○○○市政府衛生局報備支援，仍可合法看診自費病人，如果病人指定○○○醫師看診，診所仍可以向病人收取自費費用，何必虛報健保？</p> <p>(二)其診所就醫病患無論是否以前曾就醫○○○診所，皆需重新填寫病歷首頁與基本資料，且已經在診所明顯處張貼看診醫師為院長○○○與 3 位兼、專任醫師○○○、○○○與○○○醫師，其中有固定門診時間表僅有○○○與○○○醫師。○○○醫師可以看診自費病人，並不看診健保診病人，健保就診病患皆由○○○或○○○</p>

○醫師親自診療。

- (三) 其診所僅有一間診療室、一間手術室，其餘皆為開放空間，病患在診間時皆由○○○或○○○醫師親自診療，不能僅以少數病患因與○○○醫師認識，而在開放空間對話寒暄甚至討論病情，便認定○○○醫師利用○○○名義診療病人詐取健保費用。
- (四) ○○○醫師為資深之開業醫師，○○○則是剛從醫院下來開業，○○○指導○○○開業技巧乃是常情，不能擅自認定○○○醫師利用○○○醫師名義診療病人，詐取健保費用。開刀房內多以病患病情討論為主，有時會演示或討論不同處理方式，但病人診察行為與病歷書寫、處方皆由○○○醫師自行完成，○○○醫師或協助共同執行部分侵入性治療行為，但不影響○○○醫師同時之醫療行為，並不能就此認定係由○○○醫師冒用○○○醫師名義診療健保病人。
- (五) 健保署及衛生福利部歷來數次函示意見，皆認為：「按醫療工作之診斷、處方、手術、施行麻醉、病歷記載之醫療行為，應由醫師親自執行，其餘行為得在醫師就特定病人診察後，由各該醫事人員本其專門職業法規所規定之業務，依醫師法第28條第2款規定之意旨，依照醫囑執行，但該行為所產生之責任應由指示醫師負責」，○○○醫師依照○○○醫師之指示協助進行部分診療行為，依歷來函釋之意旨，既然相關醫療糾紛責任皆係由指示醫師負責，而且2人都有醫師執照，並沒有違反相關醫事法規，顯然不能稱協助之醫師係在冒用名義詐欺健保費用。
- (六) ○○○並無健保署處分書所稱犯行，並無以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述虛報醫療費用，自非可歸責之行為人，○○○身為負責醫師自無須連帶負責任。
- (七) 聲請調查證據，命健保署提出處分書附表之日期當日其診所之就診人數分別為多少？
- (八) 依法向健保署申請在救濟程序終結前，暫緩停約行政處分之執行。

四、健保署提具意見要旨

- (一) 本案受訪之○○○等16位保險對象皆指證歷歷，明確表示渠等係由○○○醫師看診或執行手術，按保險對象對於就醫看診及自身接受侵入式醫療手術之執行者應具體知悉，根據經驗法則及論理法則，手術事關個人健康權益重大，且屬侵入性之治療，究係由哪一位醫師執行手術，必為病患重視之點，不易混淆遺忘，甚至有部分保險對象更明確表示至申請人診所就醫就是要去找○○○診所之○○○醫師為渠等看診及開刀的，且該署訪查過程中亦提供醫師照片供保險對象指認，訪查報告經保險對象親閱無誤後始簽名確認，事證明確。
- (二) 該署囿於行政調查權限及人力、物力資源有限，僅係抽訪，尚難全面訪查，爰僅就行政調查所查獲之違規個案做本案虛報之認定，並非逕認申請人診所於查獲有虛報情事之日期全天僅1件是○○○醫師看診(且經查110年9月4日申請人診所係虛報保險對象○○○及○○○2人之醫療費用)。另縱使當天可能有其他醫師為其他保險對象(非本案受訪者)診療，暨該署111年5月3日健保○字第0000000000號處分函附表所示日期申請人診所之就診人數分別為多少，均不影響

申請人診所確有虛報保險對象○○○等 16 人醫療費用之事實。

- (三)○○○醫師明知於受該署不予支付處分期間(自 110 年 4 月 1 日起 1 年內)不能以其名義向該署申報健保醫療費用，卻於上開期間內，隨即與○○○醫師合夥設立申請人診所(申請人○○○醫師 111 年 1 月 14 日之訪問紀錄略以「我和○○○醫師是合資，我也是老闆」；申請人○○○醫師 111 年 1 月 21 日之訪問紀錄略以「診所是我的，我出設備，○○○醫師出人力」)。依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 4 條第 7 款規定「申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有『容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員』之情事者，不予特約」，申請人診所於 110 年 5 月 21 日與該署特約，○○○醫師卻於特約後始登錄為申請人診所執業醫師(110 年 6 月 19 日)，藉以規避前開辦法之不予特約規範，復於受該署不予支付處分期間於申請人診所執行醫療業務，並偽以○○○醫師之名義申報醫療費用，以規避不予支付處分，藉此虛報健保醫療費用之違法事證具體明確，○○○醫師自為本案可歸責之負有行為責任醫師。
- (四)依醫療法第 18 條第 1 項規定：「醫療機構應置負責醫師一人，對其機構醫療業務，負督導責任。私立醫療機構，並以其申請人為負責醫師。」及同法第 57 條規定：「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」，申請人診所負責醫師○○○自負有督導診所醫療業務及醫事人員依法執行業務之責。又申請人診所與該署簽訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，應依全民健保相關規定覈實正確申報醫療費用，且申請人診所向該署申報醫療費用時，須蓋診所之印信及負責醫師之私章，據此，申請人診所向該署申報醫療費用時，負責醫師○○○應盡誠實申報之義務，如未有誠實申報領取醫療費用之情事，自應由負責醫師○○○負擔相關法規及合約之責任。
- (五)申請人請求行政救濟程序終結前暫緩停約執行乙節，該署業於 111 年 7 月 6 日以健保○字第 0000000000 號函不同意暫緩執行。

理 由

一、法令依據

- (一)全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十九條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、訪查報告、查處表、全民健康保險特約診所基本資料表、醫事人員基本資訊查詢、保險對象門診就醫紀錄明細表、全民健康保險特約醫事服務機構合約、醫師照片、病歷等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一)查申請人○○○於擔任○○診所(代號：0000000000)負責醫師期間，因該診所虛報醫療費用，經健保署核處不予支付其於○○診所終止特約之日起 1 年內對保

險對象提供之醫事服務費用（執行期間 110 年 4 月 1 日至 111 年 3 月 31 日）有案，合先敘明。

(二) 依卷附前開相關資料顯示，本件申請人診所於 110 年 5 月 21 日起與健保署特約，申請人○○○旋於 110 年 6 月 19 日登錄執業於申請人診所，經健保署查核發現申請人診所申報異常，疑申請人○○○於前開不予支付費用處分期間仍於申請人診所看診且申報費用，乃於 110 年 11 月 12 日至 111 年 3 月 10 日派員訪查○○○等 16 位保險對象本人或家長、申請人診所負責醫師○○○及執業醫師○○○，發現申請人診所所有由受健保署不予支付處分之○○○醫師為系爭○○○等 16 位保險對象看診或手術，偽以負責醫師○○○名義虛報渠等 110 年 5 月至 11 月期間多筆「深部複雜創傷處理—傷口長小於五公分者(48004C)」、「顏面皮膚及皮下腫瘤摘除術—小於 2 公分(62002C)」等醫療費用計 8 萬 6,299 點之違規情事，除經健保署原核定及複核定論明者外，並有經○○○等 16 位保險對象本人或家長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及病歷表等影本附卷可稽。

(三) 申請人主張 1. ○○○醫師雖然被健保停約，但有向○○市政府衛生局報備支援，仍可合法看診自費病人，○○○醫師並不看健保診病人，健保就診病患皆由○○○或○○○醫師親自診療，病患在診間時皆由○○○或○○○醫師親自診療，不能僅以少數病患因與○○○醫師認識，而在開放空間對話寒暄甚至討論病情，或因○○○醫師指導○○○醫師開業技巧，便認定○○○醫師利用○○○名義診療病人詐取健保費用；2. 其診所不可能有單獨○○○醫師看診之情形，○○○醫師依照○○○醫師指示協助進行部分診療行為，並沒有違反相關醫事法規，不能稱協助之醫師係在冒用名義詐欺健保費用；3. ○○○並無健保署處分書所稱犯行，自非可歸責之行為人，○○○身為負責醫師自無須連帶負責任云云，除經健保署提具意見論明，如前所述外，復經本部查核分述如下：

1. 健保署之訪查紀錄係由公務員依法製作，依行政訴訟法第 176 條準用民事訴訟法第 355 條規定，推定為真正

本件受訪之○○○等 16 位保險對象本人或家長於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示渠等 110 年 5 月至 11 月期間申請人診所申報渠等之醫療費用明細表、申請人診所負責醫師○○○、執業醫師○○○照片（前者戴眼鏡，後者則無）供渠等保險對象確認，訪查訪問紀錄內容均明確記載訪查依據（全民健康保險法第 80 條）、詢問受訪保險對象是否接受訪問、是否至申請人診所就醫、由何位醫師診察處置、檢查治療及給藥內容、有無自費處置等情形，至訪查程序結束後，受訪保險對象及健保署訪問人均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名確認，且訪問內容有修改之處，保險對象均有逐處簽名確認，足見訪查紀錄內容確係出於受訪保險對象之自由意識所為陳述，訪查程序並無瑕疵，且依最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決意旨，健保署之訪查紀錄係由公務員依法製作，依行政訴訟法第 176 條準用民事訴訟法第 355 條規定推定為真正，自得採為證據。

2. 依卷附健保署業務訪查訪問紀錄顯示，○○○等 16 位保險對象本人或家長於第

一時間接受健保署訪問時，或證稱係由○○○醫師(戴眼鏡的醫師)看診或換藥，但由○○○醫師處理傷口或開刀、手術，或證稱由○○○醫師看診及開刀等語，且其中保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○受訪時更分別證稱「我110年8月3日去看診及開刀是○○診所的○○○醫師看，現場沒有其他醫師。」(○○○)、「我看診及手術都是原○○的○醫師幫我看診及開刀，沒有其他醫師在」、「○醫師有幫我打麻藥、開刀切除及縫合，過程都是他，開刀房內有護士但沒有其他醫師在，都是全程○○○醫師幫我開刀的」(○○○)；「是原○○診所的○○○看診及開刀的，當次110年6月15日只有他一位醫師」、「開刀房內只有○○○醫師在還有幾位護士在，但沒有其他醫師在，我有看到，雖然開刀時我臉部有蓋住，但○醫師就在我旁邊，過程亦有和我對話」(○○○)；「開刀房內只有○○○醫師1位，沒有其他醫師在，照片中這位有戴眼鏡的醫師我沒有見過」(○○○)；「我是有先問○○診所的院長看診時間去看的，所以110年7月27日是給○○○看的，他有登打電腦書寫病歷，當時診間只有他一位醫師在」、「開刀房內只有○○○1位醫師及護士在，沒有其他醫師在，是局部麻醉，開刀全程都是○○○醫師做的，當次看診及開刀都是○○○醫師」(○○○)及「耳朵受傷這次，看診是有戴眼鏡這位醫師，但幫我縫合傷口是○○診所(左邊這位醫師)，開刀房只有他一位及護士在，沒有其他醫師在裡面」(○○○)等語，足見○○○醫師係單獨在診間或開刀房為系爭16位保險對象診察或處置，申請人所稱○○○醫師並不看健保診病人，健保就診病患皆由○○○或○○○醫師親自診療，其診所不可能有單獨○○○醫師看診，○○○醫師依照○○○醫師指示協助進行部分診療行為云云，顯不足採。

3. 另申請人○○○因其前負責之○○診所(代號：0000000000)虛報醫療費用，經健保署核處其於110年4月1日至111年3月31日1年期間對保險對象提供之醫事服務費用不予支付在案，已如前述，申請人診所本不得向健保署申領○○○醫師於前開不予支付費用期間為系爭16位保險對象提供之醫事服務費用，詎申請人診所卻以未實際看診或執行手術之○○○醫師名義申報醫療費用，健保署認屬虛報，核屬有據。

4. 承上，申請人診所有虛報系爭16位保險對象醫療費用計8萬6,299點，洵堪認定，健保署依特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點第3款規定「保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月。」，予以申請人診所停止特約3個月之處分，另依特約及管理辦法第47條第1項規定，不予支付負責醫師○○○及負有行為責任醫師○○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，核無不合。

(四) 綜上，健保署處申請人診所停止特約3個月，負責醫師○○○及執業醫師○○○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。另申請人聲請調查證據，命健保署提出處分書附表之日期當日其診所之就診人數一節，並不影響本件違規事實之認定結果，所請核無必要；至請求暫緩執行一節，業經健保署於111年7月6日以健保○字第0000000000號函復

申請人歉難同意在案，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 6 條、全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項及第 25 條規定，審定如主文。

案例四

案情摘要

申請人醫院由護理人員為保險對象縫合傷口，非由醫師執行「深部複雜創傷處理(48004C)」，有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之情事，健保署依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款及特約合約第 17 條第 1 項第 4 款規定，追扣醫療費用及扣減 10 倍醫療費用，經核尚無不合。

衛部爭字第 1113404192 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定內容要旨</p> <p>本件係健保署接獲民眾申訴，查核發現保險對象○○○因手部不慎被剪刀割傷，於 109 年 12 月 29 日至申請人醫院就診，由護理人員縫合傷口，申請人醫院申報「深部複雜創傷處理(48004C)」2,419 點，有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務情事，健保署乃依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特約及管理辦法）第 37 條第 1 項第 1 款規定，以 111 年 10 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(初核)，追扣醫療費用新臺幣(下同)2,278 元(2,419 點，以公告○區醫院總額最近 1 季 111 年第 1 季之平均點值計算)及扣減 10 倍醫療費用 2 萬 2,780 元，合計 2 萬 5,058 元。申請人醫院申請複核，經健保署重行審核，以 111 年 10 月 30 日健保○字第 0000000000 號函(複核)核復仍維持原核定。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>因大夜只有一位護理人員及一位醫師，在經醫師本人診視後，告知傷口可縫合或使用敷料處置，病人同意縫合後，因有其他病人而請護理人員帶一針，且在醫師本人診視下完成，並無離席或擅自行醫療之行為。</p> <p>三、健保署提具意見要旨</p> <p>(一) 查保險對象○○○反映因手部不慎被剪刀割傷，於 109 年 12 月 29 日至該院就診，該院由未具專科護理師資格之○○○○護理師為病患縫合傷口，違反醫療法第 57 條規定，經○○縣政府 111 年 6 月 6 日○○○○字第 0000000000 號函處 5 萬元罰鍰在案。</p> <p>(二) 依據改制前行政院衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部，下同)97 年 1 月 25 日衛署照字第 0972800485 號函略以：傷口縫合為高度專業技術，並具有相當程度之危險性，係屬手術連續過程之一環，應由醫師為之。保險對象○○○反映因手部</p>

不慎被剪刀割傷，於 109 年 12 月 29 日至該院就診，該院申報「深部複雜創傷處理(48004C)」，應由醫師親自處理，卻由護理人員為病患縫合傷口，與規定不合。

- (三) 另依專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法第 3 條附表，略以：專科護理師及訓練期間專科護理師除可執行護理人員之業務，並得於醫師監督下執行表淺傷口清創及未及於肌肉及肌腱之表層傷口縫合。故若為深部複雜創傷處理，應由醫師親自處理，若為表淺傷口清創及未及於肌肉及肌腱之表層傷口縫合，得由專科護理師執行傷口可縫合，惟本案為病患縫合傷口之○○○○護理師未具專科護理師資格，自不能為病患縫合傷口，該署依特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款及全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條規定，予以追扣醫療費用 2,278 元及扣減 10 倍醫療費用 2 萬 2,780 元，並無不合。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款。
 (二) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 17 條第 1 項第 4 款及第 20 條第 1 項。

二、卷證

○○縣政府 111 年 6 月 6 日○○○○字第 0000000000 號函、112 年 2 月 8 日○○○○字第 0000000000 號函、衛生福利部○○醫院 111 年 9 月 23 日○○○○字第 0000000000 號函、112 年 2 月 13 日○○○○第 0000000000 號函、特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單、病歷及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 本件係緣起於保險對象○○○反映其於 109 年 12 月 29 日至申請人醫院急診，由護理人員縫合傷口，經健保署以 111 年 9 月 16 日健保○○○字第 0000000000 號函詢申請人有關該保險對象就醫經過及申請人醫院診療情形。嗣經申請人以 111 年 9 月 23 日○○○○第 0000000000 號函回復「保險對象○○○109 年 12 月 29 日早上 7:45 分至急診就醫，因手部被剪刀不慎割傷，傷口約 0.5x0.5 公分，因無法止血故至本院看診，急診檢傷後，護理師○○○○請急診○○○醫師進行檢視傷口，評估需要縫合，故備齊縫合用物，在急診○○○醫師親自指導下由護理師○○○○進行縫合 1 針」等語，並檢附病歷影本及「門診醫療服務點數及醫令清單」（申報創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理「深部複雜創傷處理(48004C)」，健保署據以認定申請人醫院由護理人員為保險對象○○○縫合傷口，非由醫師執行「深部複雜創傷處理(48004C)」，有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之情事，追扣醫療費用 2,278 元及扣減 10 倍醫療費用 2 萬 2,780 元，合計 2 萬 5,058 元，經核尚無不合。
- (二) 申請人雖持與申復相同理由，主張大夜只有一位護理人員及一位醫師，因有其他病人，在經醫師本人診視及病人同意縫合後請護理人員帶一針，係在醫師本人診視下完成，並無擅自行醫療之行為云云，惟依卷附○○縣政府 111 年 6 月 6 日○○○○

字第 0000000000 號函顯示，地方衛生主管機關○○縣衛生局已就申請人醫院護理人員○○○○為保險對象○○○縫合傷口乙案，訪談申請人醫院護理人員○○○○及○○○醫師，○○縣政府認為依據「專科護理師及訓練期間專科護理師執行監督下之醫療項目業務範圍及項目」，未及於肌肉及肌腱之表層傷縫合，係專科護理師於監督下之醫療範圍項目。又依據改制前行政院衛生署 89 年 4 月 15 日衛署醫字第 859014978 號函示，「協助醫師包紮、換石膏、清理傷口、做 CPR、拉鈎、換藥等行為，依護理人員法第 24 條規定，得由護理人員在醫師指示下為之。縫合傷口，未具醫師資格者，應不得為之」。經該局查得○○○未具專科護理師及醫師資格，自不能為病患縫傷口。該局認為申請人醫院針對所屬人員長達數年之違法行為並未及時發現並予糾正，明顯未善盡督導之責，係違反醫療法第 57 條規定，乃依同法第 103 條處罰鍰 5 萬元在案，所稱核難執為本案之論據。

(三) 綜上，健保署追扣申請人醫院申報「深部複雜創傷處理(48004C)」醫療費用 2,278 元及扣減 10 倍醫療費用 2 萬 2,780 元，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 6 條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。

案例五

案情摘要

申請人固有虛報保險對象 109 年 1 月至 5 月計 25 筆醫療費用共 9,705 點之違規事實，惟此次違規係發生於前次停約處分 109 年 7 月 31 日執行完畢之前，並非發生在該停約處分執行完畢之後，不該當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 1 款之構成要件，健保署據以核定申請人診所終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約，負責醫師自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，即有未洽。

衛部爭字第 1123401842 號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	<p>一、申請人診所前因查有虛報醫療費用，經健保署於 109 年 2 月 24 日以健保○字第 0000000000A 號函核處停止特約 1 個月，並於 109 年 7 月 31 日執行完畢在案。</p> <p>二、健保署 112 年 1 月 17 日健保○字第 0000000000 號函(初核函)內容要旨 健保署於 109 年 7 月 6 日至 9 月 10 日派員訪查，發現申請人診所所有未診治○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 5 位保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報 109 年 1 月至 5 月期間計 25 筆醫療費用共 9,705 點，本次違規係於前開停約處分執行完畢後 5 年內再犯，處申請人診所自 112 年 4 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約，負責醫師○○○自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供</p>

之醫事服務費用，不予支付。

三、申請人申請複核及暫緩執行，經健保署重行審核，因違規事證明確，以 112 年 3 月 9 日健保○字第 0000000000 號函(複核函)核復仍維持原核定，並同意於爭議審議審定前暫緩執行。

四、申請理由要旨

- (一) 其診所為完全處方箋釋出，健保署 112 年 3 月 9 日健保○字第 0000000000 號函(複核函)為球員兼裁判所審。其診所專門服務低收與街友[要幫其上繳新臺幣(下同)50 元部分負擔]已有 8 年半，違規只是企圖要拿回原屬於自己的一小部分(不但成為了門前藥局-低診療費制度的犧牲者，還要幫每個病人上繳不相干藥師繳交藥事費 120 元部分負擔)，比之當今醫療給付制度大多院所疑以藥價差吃到飽，健保署不要對其趕盡殺絕。
- (二) 查 108 年案○○○為白天工讀晚上讀夜間部，她媽媽宣稱自殺過 8 次，該筆稽查員曾在電話問「你怎沒有來申覆」，所以現在又含這筆加罰，請再審酌一次，另外 109 年案○○○是低收勞工，43 歲已罹患右膝蓋退化性關節炎，免費為他關節腔注射玻尿酸，因沒照 X 光不能申報也沒收取自費，就請他注射完後多回診幾次，以診療費抵銷玻尿酸自費金額，且其診所是完全處方箋釋出沒有虛報貴重藥不當得利，只是申報純服務診療費，本質上都是為保險對象服務，他們都有家人來拿藥回家服用，不是跟藥局合作刷人頭虛報貴重藥品分贓，現在已知道自己這些均屬沒看到病人而申報是違規，今後絕對不會再犯。
- (三) 功勞第一件：其診所一直默默配合制度，直到被訴才向健保署函詢 2 次：「門前藥局-低診療費，申請人○○診所是否在幫藥師繳交藥事費 120 元部分負擔」。而得到健保署回函謂藥費+醫事服務費=免部分負擔，卻未告知法條依據為何已違反世俗通則。全國院所均擁有門前藥局，因院所本可領有藥事費之結餘，又可以門前藥局一條龍操作處方箋獲取藥價差彌補低診療費，故申請人為 8 年半被犧牲者，另申請人由自己兩個小孩身上發現，吾人社會 Omicron 疫情腦炎死亡率是日本 10 倍、韓國 8 倍，因醫療給付制度讓醫師為促進藥單業績-退燒消炎藥物過度使用。
- (四) 功勞第二件：社會局照顧街友外展中心制度沒擴及診所，僅及於市醫院，且街友身分證大多借人報稅無福保，其診所不能棄求診街友不顧，虧本經營多年。處方箋完全釋出本沒有瓜田底下亂開藥的嫌疑，最適合從事專門服務三重地區低收、街友，8 年來不但不收掛號費，還幫每位街友上繳 50 元部分負擔。

五、健保署提具意見要旨

- (一) 申請人診所前因查有虛報醫療費用，經該署於 109 年 2 月 24 日以健保○字第 0000000000A 號函處以停約 1 個月在案(停約執行期間自 109 年 7 月 1 日起至 31 日止)，本次違規係於前開停約處分執行完畢後 5 年內再犯，依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 1 款規定，應予以終止特約。
- (二) 本案認定違規虛報案件並未包括保險對象○○○，該違規事件係 109 年 2 月 24 日以健保○字第 0000000000A 號函停約 1 個月處分案，與本案無涉。
- (三) 保險對象○○○部分，其稱係平日下午就醫，申請人接受該署訪問時證稱「○君因

肌肉疲勞固定在本診所注射循例寧，表列疾病都是打循例寧順便看病，健保卡放在我這裡幫他去附近藥局拿藥，隔天下班後順道過來拿藥。一個月來 4-5 次，如果只有報諮詢，即是信中提及打針日，額外掛號報診察費抵付收費」，惟查○○○就醫紀錄中近半數皆為例假日或國定假日刷健保卡，並非○○○就醫之日，顯有留置健保卡並刷取自創就醫紀錄；且此次申請人亦證稱「以免費注射為由，請○君注射完多回診幾次，以抵銷玻尿酸自費金額」，顯見○○○就醫係因申請人診所提供自費玻尿酸，而其受要求多次回診所致，自始均非屬健保應給付之範圍。

(四) 申請人所提「處方箋釋出致使診療費降低」、「為街友繳 50 元部分負擔」等節，均與本案違規情事無涉，對核定結果不生影響。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險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 39 條第 4 款、第 40 條第 1 項第 1 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用)第 20 條第 1 項。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、109 年 2 月 24 日健保○字第 0000000000A 號函(前次停約初核)、109 年 4 月 16 日健保○字第 0000000000 號函、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、交付調劑醫療費用明細表、診療記錄單、處方箋、訪查報告、查處表等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於民眾多次檢舉申請人診所刷健保卡換現金 100 元、自費打玻尿酸刷健保卡抵債、私下販售安眠藥等情事，健保署乃立案查核並於 109 年 7 月 6 日至 9 月 10 日期間訪查系爭○○○等 5 位保險對象及申請人診所負責醫師○○○，發現申請人有未診治保險對象，卻自創就醫記錄，虛報 109 年 1 月至 5 月期間計 25 筆醫療費用共 9,705 點，因申請人診所前因查有虛報醫療費用，經健保署於 109 年 2 月 24 日以健保○字第 0000000000A 號函停約 1 個月處分在案，健保署認定本次違規係於前次停約處分執行完畢 5 年內再犯，依全民健康保險法第 81 條第 1 項、特約及管理辦法第 39 條第 4 款、第 40 條第 1 項第 1 款及第 47 條第 1 項等規定，核定申請人診所自 112 年 4 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，申請人診所負責醫師○○○於前述終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。
- (二) 申請人主張健保署又加罰 108 年案保險對象○○○、本案保險對象○○○是低收勞工，免費為他關節腔注射玻尿酸，因沒照 X 光不能申報也沒收取自費，就請他注射完後多回診幾次，以診療費抵銷玻尿酸自費金額，違規只是企圖要拿回原屬於自己的一小部分，現在已知道自己違規，今後絕對不會再犯，及診所為門前藥局-低診療費制度的犧牲者、專門服務低收與街友，幫每位街友上繳 50 元部分負

擔8年半云云，請求將功折罪為1至2個月，茲查核分述如下：

1. 按全民健保資源有限，於全民健保總額支付制度下，保險醫事服務機構依特約，負有向保險對象提供醫療服務之義務，並享有得依支出成本向保險人申報及領取醫療費用之權利；且應據實申報醫療費用，不得以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述為之，如詐領醫療費用，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，致影響全民保費負擔，危及全民健保制度之健全發展，此有臺北高等行政法院110年度訴字第559號判決及106年度訴字第1219號判決可資參照，又醫事服務機構與健保署簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，成為特約醫事服務機構，依合約約定，在辦理全民健康保險醫療業務時，應將就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥及其他情形，據實填載於病歷，並按實際診療情形向健保署申報領取醫療費用，亦有臺北高等行政法院104年度訴字第1310號判決可資參考，合先敘明。
2. 本件健保署於109年7月6日至21日訪查訪問系爭○○○等5位保險對象時，已當場提示受訪保險對象系爭就醫資料，訪問紀錄內容均明確記載詢問受訪保險對象接受訪問之意願、是否知道申請人診所、是否親自就醫、至申請人診所就醫看診情形、使用健保卡情形、有無將健保卡留置在診所、醫院、藥局或其他院所未取回等，該等保險對象均詳實明確陳述，至訪查程序結束後，受訪人及2位健保署訪問人員均緊接於訪查訪問紀錄最末端簽名確認，足見健保署訪查訪問紀錄內容確係出於受訪保險對象之自由意識所為陳述，訪查程序並無瑕疵，且依最高行政法院103年度判字第657號判決意旨，略以健保署之訪查紀錄係由公務員依法製作，依行政訴訟法第176條準用民事訴訟法第355條規定推定為真正，自得採為證據等語，爰健保署據前開業務訪查訪問紀錄等資料，認定本件申請人有前揭違規情事，自屬有據。
3. 承上，健保署係依據系爭○○○等5位保險對象受訪陳述內容，認定申請人有未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報該5位保險對象109年1月至5月計25筆醫療費用共9,705點之違規情事，申請人所稱之保險對象○○○並非申請人本次違規查核範圍，非本件所得審究，至所稱免費為保險對象○○○注射玻尿酸，以診療費抵銷玻尿酸自費金額等語，益證申請人有虛偽申報費用之違規事實，所稱固難執為本案之論據。
4. 惟查「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約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。」為特約及管理辦法第40條第1項第1款所明定。本件申請人固前經健保署以109年2月24日健保○字第0000000000A號函處停止特約1個月，惟該停約處分係於109年7月31日執行完畢，有卷附健保署109年4月16日健保○字第0000000000號函附卷可稽，而本次健保署所認定申請人虛報○○○等5位保險對象109年1月至5月計25筆醫

療費用共 9,705 點之違規事實，係發生於前次停約處分 109 年 7 月 31 日執行完畢之前，並非發生在該停約處分執行完畢之後，不該當前揭特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 1 款之構成要件，健保署據以核定申請人診所自 112 年 4 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約，負責醫師○○○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，即有未洽。

(三) 綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項暨第 25 條規定，審定如主文。

案例六

案情摘要

申請人擔任負責醫師之診所已歇業，病歷並已由承接者銷毀，健保署於診所歇業後近一年始通知提供系爭保險對象病歷資料，已逾醫療法第 70 條第 2 項規定之保存期限，逕認申請人有未記載病歷卻申報保險對象醫療費用之違規事實，追扣醫療費用，難認周妥。

衛部爭字第 1123400473 號

審 定	
主 文	原核定關於申請人繳回○○○等 9 位保險對象醫療費用新臺幣 1 萬 1,068 元部分撤銷。
事 實	<p>一、健保署 111 年 9 月 6 日健保○字第 0000000000B 號函(初核)要旨[詳附表「○○○診所(代號：0000000000)違規說明」]</p> <p>(一) 緣健保署○○業務組於 109 年 11 月 10 日至 110 年 12 月 22 日期間派員訪查，發現○○○診所(申請人擔任負責醫師)有 1. 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述，虛報醫療費用計 6,653 點；2. 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，申報醫療費用計 1 萬 4,276 點；3. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務，申報醫療費用計 1 萬 6,287 點；4. 未記載病歷卻申報系爭○○○等 9 位保險對象 108 年 2 月 11 日至 3 月 21 日期間計 11 筆醫療費用共 1 萬 1,878 點[經點值換算為新臺幣(下同)1 萬 1,068 元]；5. 未經報備支援至養護機構提供住民巡診服務，申報醫療費用計 2 萬 4,393 點，合計 7 萬 3,487 點(6,653 點+14,276 點+16,287 點+11,878 點+24,393 點=73,487 點，經點值換算為 6 萬 8,475 元)之違規情事，因已逾行政罰法第 27 條第 1 項規定之 3 年裁處權期間，乃依行政程序法第 131 條第 1 項及全民健康保險特約醫事服務機構合約(以下簡稱特約合約)第 17 條規定，予以追扣，因○○○診所已歇業在案，未能抵扣之醫療費用，請負責繳回等語。</p> <p>(二) 申請人檢附「醫事人員報備支援申請書」、「門診記錄單」及掛號記錄等資料申請複核，經健保署重行審核，認為因違規事證具體明確，乃以 111 年 11 月 9 日健保○字第 0000000000 號函(複核)仍維持原核定，其中系爭未記載病歷卻申報○○○等</p>

9 位保險對象醫療費用共 1 萬 1,068 元部分，複核理由如下：

1. 該署就訪問紀錄、病歷、保險對象門診就醫紀錄明細表、診所說明等各項相關資料加以比對後發現，○○○診所並未提供○○○(108/2/11)、○○○(108/2/20)、○○○(108/2/21)、○○○(108/2/25、108/3/11)、○○○(108/3/2)、○○○(108/3/6)、○○○(108/3/14)、○○(108/3/21)、○○○(108/3/21)等 9 名保險對象病歷，查○○○診所卻有申報渠等醫療費用之情事，惟○○○診所未完整製作病歷，卻申報醫療費用 1 萬 1,618 點部分，依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 1 項第 4 款規定，應處以扣減申報之相關醫療費用之十倍金額，因行政程序法第 131 條規定，公法請求權時效為 5 年，108 年 9 月前已逾 3 年裁處權時效，該署予以追扣醫療費用 11,878 點，實符規定。
2. 又○○○診所係於事後提出○○○等 9 名保險對象病歷影本，且未敘明前次未提供渠等病歷影本之原因，不排除為事後製作之可能性，不予認採。

二、申請人就健保署認定前開未記載病歷卻申報○○○等 9 位保險對象 108 年 2 月 11 日至 3 月 21 日期間計 11 筆醫療費用共 1 萬 1,878 點部分不服，向本部申請審議，申請理由及補充理由要旨如下：

(一) 保險對象個案說明

1. ○○○：108 年 2 月 11 日因糖尿病、高血壓、腦中風及長期便秘定期門診追蹤治療。
2. ○○○：108 年 2 月 21 日因消化不良且有糖尿病及其他慢性病史，門診追蹤治療。
3. ○○○：108 年 2 月 21 日因眼睛紅腫 2-3 天且容易流眼淚，予以門診就醫及開立藥品使用。108 年 3 月 11 日因右手皮膚癢門診就醫。
4. ○○○：108 年 3 月 2 日因高血壓、高血脂、糖尿病併有腎臟病變及腦中風後遺症，長期門診追蹤治療。
5. ○○○：108 年 3 月 21 日因足部皮屑厲害，有小水泡，門診就醫治療。
6. ○○：108 年 3 月 21 日因右上肢體紅腫、疼痛且便秘數天，門診就醫治療中。
7. ○○○：108 年 2 月 20 日因腦中風後遺症併左側肢體攣縮及偏癱，行走困難等病況，定期門診復健治療。
8. ○○○：108 年 3 月 6 日因頸椎及腰椎退化性關節炎且走動困難及骨質疏鬆，長期復健及門診追蹤治療。
9. ○○○：108 年 3 月 6 日因四肢肌肉萎縮，膝部原發性骨關節炎，腦性麻痺及行動困難，長期復健及門診追蹤治療。

(二) 健保署於 110 年 1 月 6 日函調病歷時，因○○○診所已歇業，且紙本資料已銷毀，故請資訊廠商協助是否有備份資料可查詢，當時勉強將調閱病歷盡量完整列印，但因時效緊迫，可能有些就醫資料漏印，並非故意逃避。健保署於 111 年 9 月 6 日核刪，○○○診所申復並附上完整病歷資料，因牽涉詐領醫療費用問題，故重新審視 110 年 1 月 6 日資料，並非如複核所述是事後再行補寫。試問○○○診所

歇業近 2 年，沒有紙本及電腦系統資料可查，且人事全非，不知如何憑空捏造就醫資料。

(三) 本案時序如下：

1. 110 年 1 月 6 日：健保署以 110 年 1 月 6 日健保○字第 0000000000 號函通知○○診所應於 7 日內補 396 位病患病歷資料。
2. 110 年 5 月 18 日：健保署以 110 年 5 月 14 日健保○字第 0000000000 號函通知○○○醫師到健保署核對申報費用問題。
3. 110 年 7 月 28 日：○○○(依不起訴處分書記載，為○○○診所實際負責人)以訊息詢問○○○即申請人是否有收到健保署通知說明公文，申請人稱沒收到。
4. 110 年 8 月 5 日及 6 日：○○○陪同○○○醫師、○○○醫師、○○○醫師至健保署說明，3 位醫師現場詢問記錄時，承辦人有提出病歷漏列或機構復健時間有疑問，○○○均當場請求承辦人給時間核對是否漏失及補正，且當場表明○○○是經營代表並留下○○○手機號碼，告知承辦人若有需要連繫或補資料時，請直接連繫○○○，且承辦人當時提及因○○○即申請人未連絡到場訪查時間，故○○○曾詢問承辦人是否連絡地址有誤，當下並將○○○即申請人在○○市○○區之地址提供予承辦人。
5. 111 年 9 月 23 日：○○○接到○○○即申請人訊息通知，健保署 111 年 9 月 6 日函文核刪追扣費用(初核)。
6. 111 年 10 月 7 日：○○○即申請人再次詢問○○○追扣費用問題，該段期間○○○即申請人均未提及到場說明需要補上資料或提供其他證明文件，○○○亦未接獲承辦人的電話通知需要補正資料。

(四) 按「醫療機構因故未能繼續開業，其病歷應交由承接者依規定保存；無承接者時，病人或其代理人得要求醫療機構交付病歷；其餘病歷應繼續保存六個月以上，始得銷燬。」醫療法第 70 條第 2 項定有明文。查○○○診所已於 109 年 2 月 5 日因不堪虧損而辦理歇業，故病歷資料、復健治療紙本紀錄已依法於 109 年 9 月間銷毀，健保署於 110 年 1 月 6 日要求其需於 7 日內補正多達 396 人之病歷資料，故於補正資料時發生列印疏失(漏印)而未予以及時提出而已，均已於申復時提出，並無「未記載病歷或未製作紀錄」之情，實與特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 4 款之要件不符。

(五) 承前時序表所述，○○○診所自 110 年 1 月間第 1 次提出病歷資料予健保署後，健保署至 110 年 8 月間均未來函通知該次調閱有漏哪些病患之病歷，○○○診所將病歷提出後，若健保署未告知有遺漏，又如何能知道檢附之病歷未完整？嗣於 110 年 8 月 5 日及 6 日，○○○陪同○○○等 3 位醫師至健保署時，經承辦人提出有病歷漏列或機構復健時間有疑問之情，○○○並表示為○○○診所之經營代表，請承辦人應與○○○聯繫，卻從未接獲承辦人要求再補正資料等情，直至○○○即申請人通知初核結果時，始知有病歷漏列之情事，旋即於申復時提出，卻遭健保署認定長達 1 年半期間消極不提供完整資料，不排除有事後製作之可能性，實感冤枉莫名。事實上是健保署從未告知有資料漏列或要求補正，不應歸責於○○○

○診所。

- (六)又○○○診所已於109年2月5日因不堪虧損而辦理歇業，故醫療系統早已停用，○○○診所當時係採用○○系統，每月需繳納系統費用，前所附病歷相關資料係當時備份之資料，沒有醫療系統，要如何能修改？健保署僅因○○○診所未予及時提出相關資料，逕認是事後製作，不知所憑為何？足證○○○診所確無違反特約及管理辦法第37條第1項第4款「未記載病歷或未製作紀錄」之情甚明。
- (七)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。」行政程序法第9條定有明文。○○○診所既已於申復時提出系爭○○○等9位保險對象之病歷，並已敘明未能及時提出之原因，健保署即應審查已提出之資料，作為對○○○診所有利之判斷，不應片面認定有何違法之處。
- (八)又○○○診所詢問○○護理師，伊於健保署訪查當時所稱「住民無法外出」，其真意為住民無法「自行」外出，並非無外出紀錄，健保署斷章取義，顯有違誤。
- (九)○○○診所因與○○○即申請人有合作經營上之糾紛，雙方合作期間不到1個月，嗣後○○○即申請人竟然無理告發○○○診所內之看診醫師及○○○涉詐欺、偽造文書等，幸好檢察官明察，認定醫師及○○○無詐欺、偽造文書之情事而獲不起訴在案，此有○○地方法院檢察署檢察官000年度偵字第00000號不起訴處分書可稽。○○○診所僅是因補正資料時發生列印疏失(漏印)，確無「未記載病歷或未製作紀錄」之情，實與特約及管理辦法第37條第1項第4款之要件不符。

三、健保署提具意見及補充意見要旨

- (一)本案依據臺灣○○地方法院檢察署109年7月13日函知民眾檢舉○○○診所涉有不當申報○○護理之家等10家養護機構住民醫療費用之情事，該署既依職權進行調查，並依調查結果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為適切之處分。
- (二)該署依據全民健康保險法第80條規定，得請○○○診所提供病歷等資料，該署就訪問紀錄、病歷、保險對象門診就醫紀錄明細表等各項相關資料加以比對後，發現○○○診所雖於該署調查期間提供案內相關保險對象病歷資料，惟表示因已歇業超過半年，相關病歷資料業已銷毀，僅能盡力提供保險對象歷次就醫紀錄，惟就所提供○○○(108年2月11日)、○○○(108年2月21日)、○○○(108年2月25日及3月11日)、○○○(108年3月2日)、○○(108年3月21日)、○○○(108年3月21日)、○○○(108年2月20日至3月6日)、○○○(108年3月6日至18日)、○○○(108年3月14日至28日)共9位保險對象之前述特定日期無病歷可稽，然觀前開所提之各次就醫紀錄，係列印電腦製作之紀錄，既是電腦紀錄，理論上在調閱時並無可能遺漏，如有遺漏之唯一可能就是當時未製作就醫紀錄，另查前開保險對象多為無法自行外出之住民，而前開所列之就醫紀錄日期，申請人多未報備支援至相關機構，由此顯見似無看診之事實，故○○○診所似有未完整製作病歷卻申報系爭○○○等9位保險對象醫療費用計1萬1,878點，依據特約及管理辦法第37條第1項第4款規定「未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。」，處以扣減申報相關療費用之10倍金額，因行政罰法第27條規

定，行政罰之裁處權為3年，108年9月前已逾3年裁處時效，惟依行政程序法第131條規定，公法上請求權時效為5年，該署予以追扣醫療費用計1萬1,878點，實符規定。

(三) ○○○診所於事後提出○○○等9名保險對象病歷影本，並於本次後補資料敘明前次未提供渠等病歷影本之原因。考量該署於110年1月6日至○○○診所調閱病歷，110年8月19日訪問○○○即申請人，至111年9月6日核定，直至111年10月4日○○○診所提申復時才補提供○○○等9名保險對象缺失之病歷資料，長達1年半期間消極不提供完整病歷資料，○○○診所如有實際製作病歷，應有足夠時間查找病歷或向電腦資訊廠商索取資料並提供予該署，無事證佐證○○○診所確實有於缺漏之病歷日期看診，不排除為事後製作之可能性，不足執為違規免責論據，該署不予採認。

(四) 另申請人雖檢附○○地方法院檢察署檢察官000年度偵字第00000號不起訴處分書，惟經查該處分書係○○○即申請人以告發方式提告○○○等有違法情事，且該案並未提到事涉及本案爭議審議之相關情節，據此觀之，申請人以該不起訴之理由援引至本案，實無相關，無法列為爭議審議之理由，行政處分與司法判決各自獨立且處罰構成要件不同，行政處分無必然以司法判決為準，申請人所持意見，顯非理由。

(五) 該署通知○○○診所負責醫師○○○即申請人之4次陳述意見通知書業經合法送達：

1. 該署110年5月14日健保○字第0000000000號通知書，請○○○診所4任負責醫師(○○○、○○○、○○○、○○○)陳述意見通知，於110年5月20日寄存送達申請人戶籍地，惟○○○診所聯絡人○○○電話表示○○○醫師未收到公文，並提供其現居地予該署。

2. 該署再於110年8月10日健保○字第0000000000號通知書，請申請人陳述意見，公文於110年8月12日送達申請人現居地及執業登記地○○診所。申請人於110年8月19日至該署(○○業務組)說明，該署以110年12月15日健保○字第0000000000號通知書，請申請人再針對該署尚未查明之部分疑義細節陳述意見，公文於110年12月17日送達前揭申請人2處地址。該署於110年12月21日及24日主動電話聯繫申請人，申請人表示本次陳述意見通知書業已收悉，目前於○○診所擔任開業醫師，因診所業務較繁忙，不克休診至該署說明。該署表示可以配合申請人的時間，由訪查人員攜帶相關訪問資料至○○診所以節省其交通往返時間，俾利申請人就本案進行意見陳述，惟申請人電話表示「放棄陳述意見之機會。」。

3. 該署以111年1月3日健保○字第0000000000號函再次請申請人陳述意見，並強調「如未於通知時間到場者，視為放棄陳述意見之機會，將予以逕處。」，公文於111年1月6日送達前揭申請人2處地址。

(六) 本案該署核處情形如下：

1. 該署為釐清案情、核對診所申報費用之正確性及確認本案責任歸屬，分別於110

年5月14日及8月10日函請申請人陳述意見，申請人於110年8月19日接受訪問，因該署後續尚有疑義細節需釐清，分別於110年12月15日及111年1月3日函請○○○即申請人陳述意見，公文皆有送達，○○○即申請人知情並於電話中表示放棄陳述意見的機會，該署已竭盡行政調查職權，給予充分時間及機會說明，爰該署依據現有病歷、安養機構訪問紀錄等事證，依論理及經驗法則，予以研判，並逐筆審視是否有違規申報之情事，依構成違反全民健保法規逕予核處，並無違誤。

2. ○○○診所卻於爭審補充資料時表示該署從未告知病歷漏印或要求補正資料，如○○○即申請人有向該署說明並釐清案情，該署如同訪問○○○等其他3位○○○診所負責醫師，使其充分說明及補充資料，該署並無偏頗。又依據行政程序法第39條規定：「行政機關基於調查事實及證據之必要，得以書面通知相關之人陳述意見」，並依同法第105條第3項規定：「不於期間內提出陳述書者，視為放棄陳述之機會」，再依醫療法第67條規定：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷」。該署竭盡行政調查職權，充分給予陳述意見機會，基於相信○○○診所110年1月提供之病歷為真實，依據現有事證綜合研判後予以核處，於法有據。
3. ○○○診所於該署111年9月6日核處後才提出○○○(108年2月11日)、○○○(108年2月21日)、○○○(108年2月25日及3月11日)、○○○(108年3月2日)、○○○(108年3月21日)、○○○(108年3月21日)、○○○(108年2月20至3月6日)、○○○(108年3月6日至18日)、○○○(108年3月14日至28日)共9位保險對象缺漏之病歷資料並申請複核，卻未敘明9位病患缺漏日期之病歷如何取得，然於本次爭審補充理由時才以醫療法第70條第2項規定，表示「病歷資料、復健治療紙本紀錄已依法於109年9月間銷毀」。○○○診所提供病歷資料或申請複核時，為何未告知該署漏印病歷之原因或電子病歷已銷毀，而能請資訊廠商提供相關電子病歷之情事，於爭議審議時才以醫療法規定告知無須保留病歷，由此可知，○○○診所前後說詞矛盾不一，其提供補充資料內容之真實性可議，不排除有事後製作之可能性。

(七) 申請人主張○○○診所詢問○○○護理師，伊於健保署訪查當時所稱「住民無法外出」，其真意為住民無法「自行」外出，並非無外出紀錄，健保署斷章取義，顯有違誤一節，經檢視該署109年11月9日○○○老人長照中心○○○護理師訪問紀錄，略以本機構住民大部分由家屬陪同外出就醫，倘家屬不克陪伴則由本機構人員陪同。○○○診所除提供住民巡診服務外，也有派車提供住民交通接送至診所做復健等語，並無「住民無法外出」之紀錄，又○○○診所提爭議審議疑義係有關未製作病歷卻申報醫療費用，與住民無法自行外出一事無關。

(八) ○○○診所(機構代號：0000000000)負責醫師○○○及申請人係與該署簽定全民健康保險特約醫事服務機構合約之主體，本案所述之○○○診所應為○○○診所(機構代號：0000000000)即○○○，而○○○為○○○診所的幕後老闆，又其提供之LINE及簡訊對話紀錄，對方顯示為○○○即申請人，由內容可見○○○即申請人與○○○有私人糾紛，而本案申請爭議審議究竟是否為負責醫師○○○之意

思表示，該署不得而知。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 4 款。
- (二) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項。
- (三) 行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 17 條第 1 項第 4 款。
- (四) 行政程序法第 131 條第 1 項前段。
- (五) 醫療法第 70 條第 2 項。

二、卷證

健保署特約診所基本資料表、業務訪查訪問紀錄、臺灣○○地方法院檢察署檢察官○○○年度偵字第 00000 號不起訴處分書、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、保險對象門診就醫紀錄明細表、衛生福利部醫事人員查詢資料、門診紀錄單、護理紀錄單(○○老人長期照護中心)等影本及健保署違規查處表、意見書、補充意見。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件○○○診所(機構代碼 0000000000)係由○○○獨資經營，並為該醫事機構之負責人，於 108 年 2 月 19 日與健保署簽訂特約合約，為特約醫事服務機構，該診所雖於 108 年 3 月 29 日歇業，惟獨資型態經營之醫療機構，本身並無獨立人格，該醫療機構之權利義務歸諸於獨資之負責人，從而，○○○既獨資經營○○○診所，爰以○○○為本件申請人，合先敘明。
- (二) 依健保署意見書記載，本件係緣起於臺灣○○地方法院檢察署函知該署有民眾檢舉○○○診所涉有不當申報養護機構住民醫療費用之情事，乃立案查核並於 109 年 11 月 10 日至 110 年 12 月 22 日期間派員訪查，發現申請人擔任負責醫師之○○○診所有含系爭未記載病歷卻申報○○○等 9 位保險對象 108 年 2 月 11 日至 3 月 21 日期間計 11 筆醫療費用共 1 萬 1,878 點情事，認定該當特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 4 款扣減醫療費用 10 倍金額之要件，惟已逾行政罰法第 27 條第 1 項規定之 3 年裁處權期間，乃依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條第 1 項、行政程序法第 131 條第 1 項及特約合約第 17 條第 1 項第 4 款規定，核定申請人繳回醫療費用 1 萬 1,878 點(1 萬 1,068 元)，所持理由主要為○○○診所係於事後提出○○○等 9 名保險對象病歷影本，且未敘明前次未提供渠等病歷影本之原因，不排除為事後製作之可能性，該署不予認採等語，惟申請人主張因○○○診所於 109 年 2 月 5 日歇業，故病歷資料、復健治療紙本紀錄已依醫療法第 70 條第 2 項規定於 109 年 9 月間銷毀，健保署於 110 年 1 月 6 日要求需於 7 日內補正多達 396 人之病歷資料，故於補正資料時發生列印疏失(漏印)而未予以及時提出而已，均已於申復時提出等語。
- (三) 依前開卷附資料顯示，○○○診所設址○○市○○區○○路 000 號，自 107 年 3 月 13 日起至 109 年 2 月 5 日歇業止，負責醫師分別為○○○醫師(107 年 3 月 13 日至 108 年 2 月 19 日)、申請人(108 年 2 月 19 日至 3 月 29 日)、○○○醫師(108

年3月29日至8月16日)及○○○醫師(108年8月16日至109年2月5日)。健保署於最後1位負責醫師○○○109年2月5日歇業後近一年之110年1月6日始以健保○字第0000000000號函通知○○○醫師提供含系爭○○○等9位保險對象在內之396位保險對象所有病歷資料，經○○○醫師於110年1月25日提供374件病患就醫紀錄影本，並說明「○○○診所於民國109年2月5日向○○市○○區衛生所註銷開業執照，後續因無承接者，依據醫療法第70條第2項之內容，故於超過6個月後，將相關就醫資料：檢查、檢驗報告；巡診記錄、復健治療卡、成人健檢資料等予以銷燬，僅能盡力提供就醫記錄，請貴署惠予諒達。」等語，參酌臺灣○○地方法院檢察署檢察官000年度偵字第00000號不起訴處分書記載「○○○係址設○○市○○區○○路000號○○○診所實際負責人…被告○○○辯稱：…目前伊診所跟安養院的資料都銷毀了，因為診所後來沒有人承接」等語，顯示系爭○○○等9位保險對象病歷已由承接者○○○醫師銷毀，健保署依○○○醫師所提供之電腦列印資料及申報資料，逕認申請人有未記載病歷卻申報○○○等9位保險對象108年2月11日至3月31日醫療費用1萬1,878點(1萬1,068元)之違規事實，難認周妥。另其中系爭保險對象○○○108年2月11日醫療費用並不在申請人擔任○○○診所負責醫師之108年2月19日至3月29日期間，健保署據以認定申請人此部分有違規情事，亦難認周妥。

(四) 綜上，原核定關於申請人繳回系爭○○○等9位保險對象醫療費用計1萬1,068元部分，核有未洽，應予撤銷。至申請人申請閱覽卷宗一節，本部業已通知代理人○○○於112年2月20日閱覽及複印可供閱覽之爭議審議卷在案，併予敘明。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第2項暨第25條規定，審定如主文。

案例七

案情摘要

申請人擔任負責醫師之診所所有虛報醫療費用之違規情事，前經健保署處以終止特約，嗣於申請人不起訴處分確定後，因醫療機構負責醫師之法定督導責任，不得藉其與第三人間私法契約以轉嫁或解免，爰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保險法罰鍰注意事項第 7 點第 3 款、行政罰法第 26 條第 1 項及第 2 項等規定，後續裁處 10 倍罰鍰，經核並無不合。

衛部爭字第 1103403856 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及系爭健保署 110 年 10 月 29 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨</p> <p>(一)緣健保署接獲民眾檢舉○○○醫師於 107 年 5 月 1 日至 108 年 4 月 30 日終止特約不予支付醫療費用期間，仍在申請人擔任負責醫師之○○○診所看診，並冒用負責醫師○○○(擔任期間為 107 年 5 月 2 日至 108 年 5 月 1 日)即申請人名義申報醫療費用情事，經該署於 108 年 6 月 21 日至 7 月 26 日期間派員訪查保險對象，發現○○○診所有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述，違規申報醫療費用計 5 萬 3,362 點[換算為新臺幣(下同)5 萬 2,901 元]之違規情事。</p> <p>(二)健保署除處以○○○診所終止特約，並自終止之日起 1 年內不得再申請特約，及不予支付申請人及負有行為責任醫師○○○於終止特約之日起 1 年內之醫事服務費用外，續以系爭 110 年 10 月 29 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書處以申請人罰鍰，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人係○○○診所負責醫事人員，經該署 108 年 6 月 21 日至 7 月 26 日期間派員訪查，發現○○○診所於承辦全民健康保險醫療業務期間，有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述，違規申報醫療費用計 5 萬 3,362 點[換算為 5 萬 2,901 元]，詳該署 109 年 3 月 5 日健保○字第 0000000000 號函、109 年 3 月 11 日健保○字第 0000000000 號函、109 年 5 月 25 日健保○字第 0000000000B 號函、109 年 5 月 29 日健保○字第 0000000000 號函及臺灣○○地方檢察署檢察官(以下簡稱○○地檢署)000 年度偵字第 0000 號不起訴處分書。 2. 上揭情事，核屬違反全民健康保險法第 81 條規定，依法應處以醫療費用 2 至 20 倍罰鍰，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 點規定，處以醫療費用 10 倍罰鍰 52 萬 9,010 元(計算式:52,901 元 X10=529,010 元)。 3. 前揭行為，經○○地檢署 000 年度偵字第 0000 號不起訴處分書及臺灣高等檢察署○○檢察分署 000 年度上聲議字第 000 號處分書駁回(聲請人健保署)，爰

按行政罰法第 26 條第 2 項規定，處以罰鍰 52 萬 9,010 元。

二、申請理由要旨

- (一) 其並未違反全民健康保險法第 81 條第 1 項規範，故健保署之行政處分，顯有未洽。按「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。」為行政罰法第 7 條第 1 項所明定，足見倘並非故意或過失違反行政法上之義務，則行政機關即不應給予受處分人處罰。
- (二) 查○○地檢署不起訴處分書及起訴書內文可知，「○○○明知○○○（即申請人）實際上未於附表所示之申報就診時間，為附表所示之病患看診，亦明知○○○（即申請人）未同意其使用○○○（即申請人）之印章向健保署虛偽申報健保點數，竟意圖為自己不法之所有，基於詐欺取財、行使偽造私文書…並足生損害於○○○（即申請人）及健保署對於醫療管理之正確性」，承上，○○地檢署經過刑事嚴格程序上之司法調查，已明斷其對於○○○醫師詐欺取財、行使偽造文書等非法情事，均不知情，而另給予不起訴處分。
- (三) 承上所述，○○地檢署基於嚴格之刑事程序調查，已還給其司法上之清白，亦證明其於本案乃屬一無辜之人。是本案其既非出於故意或過失而違反行政法上之義務，且亦未以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付，則健保署核定罰鍰 52 萬 9,010 元之行政處分，顯有未洽。

三、健保署提具意見要旨

- (一) 依醫療法第 18 條第 1 項規定及最高行政法院 103 年度判字第 315 號判決、臺北高等行政法院 104 年度訴字第 1268 號判決意旨，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。而獨資經營之醫療機構無獨立人格，故其權利義務，自應歸屬負責醫師。如醫事機構有違反與該署之合約之情事時，其權利義務即應歸屬於該機構負責醫事人員。
- (二) 本件申請人主張○○地檢署 000 年度偵字第 0000 號不起訴處分書與 000 年度偵字第 0000、0000 號起訴書內文可知，○○○明知○○○（即申請人）實際上未於附表所示之申報就診時間，為附表所示之病患看診，亦明知○○○（即申請人）未同意其使用○○○之印章向健保署虛偽申報健保點數，竟意圖為自己不法之所有，基於詐欺取財、行使偽造私文書。惟查：
 1. 本件罰鍰處分之對象為與該署簽約之醫事機構登記之負責醫師申請人為○○○診所之負責醫師，依醫療法第 18 條規定，對該診所之行為即負有監督管理義務，○○○醫師長達 1 年期間違規申報費用，該期間申請人擔任負責醫師，對診所之申報作業自有監督管理之責。
 2. 次查，○○○診所經查有虛報醫療費用之情事，然而○○○診所申報醫療費用時，申報總表上均蓋○○○診所之印信及申請人之印章，依前揭說明，○○○診所之負責醫師即申請人自應負責，該署依前開規定核處申請人罰鍰處分，核屬有據，尚難以違反行政法上義務之行為非出於故意或過失之人而主張免責。
 3. 另刑事犯罪之構成要件與違反行政法上義務之構成要件，二者互殊，○○○診所虛報醫療費用之違規事證明確，且為確定之行政處分，該署所為罰鍰處分，並

無違誤，尚難解免申請人應負行政罰鍰責任。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 3 款。
- (三) 行政罰法第 26 條第 1 項及第 2 項。

二、卷證

臺灣○○地方檢察署檢察官 000 年度偵字第 0000 號不起訴處分書(被告為申請人及○○○)、000 年度偵字第 0000、0000 號起訴書(被告為○○○)、臺灣高等檢察署○○檢察分署 000 年度上聲議字第 000 號處分書、衛生福利部 109 年 11 月 23 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書、健保署 109 年 3 月 5 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)、109 年 5 月 25 日健保○字第 0000000000B 號函(終約複核)、109 年 12 月 15 日健保○字第 0000000000 號函(改核申請人不予支付費用 3 個月)等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起健保署接獲民眾檢舉○○○醫師於 107 年 5 月 1 日至 108 年 4 月 30 日終止特約不予支付醫療費用期間，仍在申請人擔任負責醫師之○○○診所看診，並冒用負責醫師○○○即申請人名義申報醫療費用情事，乃於 108 年 6 月 21 日至 7 月 26 日期間派員訪查保險對象，發現○○○等保險對象至○○○診所就醫，係由執業醫師○○○看診，該診所卻以非實際看診之負責醫師○○○即申請人名義申報該等保險對象醫療費用計 6 萬 1,655 點之違規情事，爰以 109 年 3 月 5 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)核處○○○診所自 109 年 5 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，違規行為時負責醫師○○○即申請人及負有行為責任醫師○○○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，罰鍰部分暫未核處。申請人申請複核，經健保署重新審查，排除其中醫療費用 8,293 點，虛報金額減列為 5 萬 3,362 點，乃以 109 年 5 月 25 日健保○字第 0000000000B 號函(終約複核)核復仍維持原核定。○○○診所對於健保署核處終止特約之核定未申請爭議審議，已確定及執行在案(執行期間為 109 年 6 月 1 日至 110 年 5 月 31 日)，另申請人就健保署核定不予支付醫事服務費用 1 年部分申請審議，經本部以 109 年 11 月 23 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書審定就該部分核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定，案經健保署以 109 年 12 月 15 日重新核定改核不予支付申請人醫事服務費用 3 個月，申請人並未申復，且已執行完畢(執行期間為 109 年 6 月 1 日至 8 月 31 日)。
- (二) 本件係健保署接獲○○地檢署 000 年度偵字第 0000 號不起訴處分書(被告為申請人及○○○)，健保署不服，聲請再議，案經臺灣高等檢察署○○檢察分署以 000 年度上聲議字第 000 號處分書駁回後，健保署乃就前開已確定 109 年 5 月 25 日健保○字第 0000000000B 號函(終約複核)所認定之違規事實(虛報醫療費用 5 萬

3,362點，即5萬2,901元)部分，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保險法罰鍰注意事項第7點第3款、行政罰法第26條第1項及第2項等規定，後續裁處10倍罰鍰52萬9,010元(52,901元x10=529,010元)，以系爭110年10月29日健保○字第0000000000號罰鍰處分書裁處申請人罰鍰52萬9,010元，經核並無不合。

(三)申請人雖主張○○地檢署基於嚴格之刑事程序調查，已還給其司法上之清白，亦證明其於本案乃屬一無辜之人。其既非出於故意或過失而違反行政法上之義務，且亦未以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付，健保署處以罰鍰，顯有未洽云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 經查前開主張，業經本部於前開109年11月23日衛部爭字第0000000000號爭議審定書審認○○○診所涉有違規情事當時，申請人擔任該診所負責醫師，應對該診所違規行為負其責任在案，健保署並據以改核處不予支付醫事服務費用3個月，申請人並未申復，且已執行完畢(執行期間109年6月1日至8月31日)，已如前述，則健保署就已確認之違規事實(虛報醫療費用5萬3,362點)，後續裁處罰鍰，自無不合。

2. 又「行為人是否違反全民健康保險法暨特約及管理辦法等相關法令規定，應負行政責任，係以其有無違反行政法上之義務為基礎，核與刑法犯罪構成要件之該當性未盡相同，且二者關於事實認定及證據取舍應適用之證據法則亦非一致，是行為人之行政違規行為，縱未經檢察官認定涉嫌犯罪而起訴，並經法院判決有罪，仍不能據以推論其不成立行政責任。」「醫療機構負責醫師之法定督導責任，不得藉其與第三人間私法契約以轉嫁或解免」「…而○○藥局既經查獲有前述虛報藥事服務費之情事，…則○○藥局之負責藥事人員即原告自應負責，尚難以非實際行為人而主張免責。另刑事犯罪之構成要件與違反行政法上義務之構成要件，二者互殊，原告雖經○○地檢署檢察官…以不起訴處分，…，然○○藥局虛報藥事服務費之違規事證明確，…，原告尚難解免應負之行政罰鍰責任。」，分別有臺北高等行政法院99年度訴字第2004號判決、97年度訴字第02712號判決及104年度訴字第1268號判決可資參考，所稱核難執為免罰之論據。

(四)綜上，健保署處以申請人罰鍰52萬9,010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6條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。

案例八

案情摘要

全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 9 點之罰鍰金額上限「罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用之二倍」，所稱「申報醫療費用」不含非關全民健康保險所申報之代辦案件醫療費用，本件健保署將申請人申報之健保署代辦案件費用，一併列入計算罰鍰金額上限，據以資為本件罰鍰計算基礎，容有未妥，有由原核定機關重新核算之必要。

衛部爭字第 1123404081 號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	
<p>一、健保署 112 年 8 月 23 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨</p> <p>(一) 申請人係○○診所負責醫師，承辦全民健康保險醫療業務，經該署派員訪查，發現有以不實疾病名稱，不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用之情事(詳見健保署 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函)。</p> <p>(二) 上揭情事，依全民健康保險法第 81 條第 1 項、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項(以下簡稱罰鍰注意事項)第 7 點第 4 款之規定，依法應處以違約申報醫療費用 15 倍罰鍰計新臺幣(下同) 1,156 萬 1,160 元(77 萬 744 元 x15) [誤植為 940 萬 8,870 元(62 萬 7,258 元 x15)]；次依同注意事項第 9 點前段規定，前 2 點罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用或受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住診業務之申報醫療費用之 2 倍。查○○診所申報費用年月 111 年 4 月至 112 年 3 月之平均每月申報醫療費用為 207 萬 8,847 元，2 倍則為 415 萬 7,694 元，原應處罰鍰 1,156 萬 1,160 元(誤植為 940 萬 8,870 元)顯已超過此上限，爰核處罰鍰金額 415 萬 7,694 元。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>(一) 本案係涉及○○診所與健保署合約問題，罰鍰金額計算應係與健保署合約之總額醫療費用，不應擴及衛生福利部其他單位代收代付費用，不應計入疾病管制署推行居家關懷與視訊診療(C5 專案費用)、疫苗接種處置費(D 2)及國民健康署預防保健(A3)…等費用。例如 C5 專案及疫苗接種費係面臨 Covid-19 嚴峻疫情，依傳染病防治法與相關規定，○○診所與人員共同抗疫提供民眾服務與關懷，係疾病管制署委託健保署代收代付項目，自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間 C5 專案費用，連同兒童健檢、成人健檢等預防保健、疫苗接種注射費等費用，皆為疾病管制署與國民健康署委託健保署代支代付費用，不在○○診所與健保署合約內容，因此不應納入本案罰款金額的計算。</p> <p>(二)○○診所自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間申請健保醫療及代收代付總費用為 2,484 萬 1,049 元，扣除代支代付之 C5 專案、A3 預防保健、D2 疫苗接種注射費，實際申報醫療費用為 1,450 萬 2,932 元，除以 12 個月為每月申報醫療費用 120 萬</p>	

8,577 元，並非健保署所算每月 207 萬 8,847 元。

- (三)另健保署於 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函列違規 75 萬 847 點，○診所已申請爭議審議，請求將夜間藥品費不列入違規點數計算，改列為不給付藥品費，請重新計算與從輕裁量罰鍰。

理 由

一、法令依據

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

二、卷證

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

三、審定理由

- (一)依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於健保署辦理○區 000 年度藥轉醫查核專案，於 111 年 7 月 13 日至 11 月 14 日期間派員訪查保險對象及○○診所負責醫師○○○即申請人、藥師○○○、○○○及護理人員○○○等人，發現 1.○○診所○○○藥師於就學期間租牌，並未實際到診所執行調劑業務(111 年 1 月至 7 月 13 日期間均未至診所調劑，之後為部分時段調劑)，○○診所卻以○○○藥師名義虛報其未實際執行調劑業務之藥事費用(含藥費及藥事服務費)131 萬 4,851 點(複核排除白天時段藥費 70 萬 5,363 點，減列為 60 萬 9,488 點)；2.由護士○○○(密藥)於晚間執行調劑業務，○○診所卻以○○○藥師名義虛報藥事費用(含藥費及藥事服務費)14 萬 1,359 點，共計虛報藥事費用 75 萬 847 點(609,488 點+141,359 點=750,847 點)之違規情事，健保署前以 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函核處○○診所自 112 年 7 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內，不得再申請特約，負責醫師○○○即申請人於前述終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予給付。○○診所不服，申請複核，經健保署以 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函核復仍維持原核定(虛報金額由 145 萬 6,210 點減列為 75 萬 847 點)，○○診所及申請人仍未甘服，復向本部申請審議，業經本部以 112 年 9 月 13 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書審定駁回在案，合先敘明。

- (二)本件係健保署就前揭該署 112 年 4 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)及 112 年 5 月 24 日健保○字第 0000000000 號函(終約複核)認定○○診所虛報費用 75 萬 847 點(77 萬 7,744 元)之事實，依全民健康保險法第 81 條第 1 項規定所為之後續裁處，裁處罰鍰 415 萬 7,694 元之理由，依健保署意見書記載，略以按罰鍰注意事項第 7 點第 4 款規定，本案本應處以申請人虛報金額 77 萬 744 元之 15 倍罰鍰計 1,156 萬 1,160 元，因申請人業已返還相關不當申報之醫療費用，

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

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

1. 健保署認定○○診所違規虛報 75 萬 847 點，核無不合

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

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

(1) 健保署提具意見及補充意見固陳明，略以：

① 查罰鍰注意事項第 9 點規定之立法目的係為免罰鍰金額過高，因而造成對於受裁罰對象造成生存權、工作權之影響，始訂定此罰鍰上限額度，爰該點規定之「受處分院所於該署第一次處分函發文日期之最近一年之平均每月申報醫療費用」計算基準應係該醫事服務機構向該署之申報之「總」申報費用，因系爭計算基準最重要之核心精神係準確判斷「院所之實際收入水平」，進而不讓與前開水平相較下過高之罰鍰處分影響院所之生存權、工作權，殊難謂該署代辦他單位之申報費用即不屬院所之收入，如因而須排除於罰鍰上限計算基礎外，將導致無法準確計算院所實際之收入水平，此無異係悖於該規範立法目的之解釋方法，更遑論罰鍰處分之本質本係「針對違規院所違法行為之懲罰」。

② 又罰鍰注意事項之立法目的係避免對當事人生存權等權益產生影響，對於超過罰鍰上限之受處分院所之罰鍰金額業已係從寬認定，較諸原先依罰鍰注意事項第 7 點之罰鍰金額更係所差甚遠，如再排除所謂代辦費用，無異降低罰鍰處分威嚇效

力，進而變相鼓勵院所之違規申報行為，對健保之永續發展將產生巨大之傷害。

(2)惟按「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰」為全民健康保險法第 81 條第 1 項前段所明定。健保署為執行全民健康保險法有關罰鍰處分事項，乃訂定罰鍰注意事項，其中第 9 點訂有「罰鍰金額最高不得超過保險人第一次處分函發文日期之該服務機構最近一年之平均每月申報醫療費用之二倍」之罰鍰金額上限。本件依卷附門診醫療費用核定總表(費用年月 111 年 4 月至 112 年 3 月)、「○○診所代辦案件申報統計」、「○○診所自 111 年 4 月至 112 年 3 月期間健保申報及代支代付費用統計表」等資料顯示，該罰鍰上限金額係○○診所 111 年 4 月至 112 年 3 月計 12 個月所申報之醫療費用 2,484 萬 1,049 點(2,494 萬 6,166 元)，包含全民健康保險之西醫基層總額醫療費用 1,450 萬 2,932 點及健保署代辦案件費用 1,033 萬 8,117 點，其中健保署代辦案件費用有 C5 專案費用(居家關懷、視訊診療)、A3 預防保健、D2 疫苗接種注射費，與系爭罰鍰處分書記載，係因申請人承辦全民健康保險醫療業務，有以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，依全民健康保險法第 81 條規定所為之裁處，二者性質迥然不同，則非關全民健康保險所申報之代辦案件醫療費用，自當不列入全民健康保險罰鍰金額上限計算，健保署將○○診所申報之健保署代辦案件費用，一併列入計算本件罰鍰金額上限，據以資為本件罰鍰金額最高不得超過保險人 112 年 4 月 10 日第一次處分函發文日期之○○診所最近一年之平均每月申報醫療費用 207 萬 8,847 元(計算式：111 年 4 月至 112 年 3 月申報醫療費用 2,494 萬 6,166 元÷12=207 萬 8,847 元)之二倍 415 萬 7,694 元之計算基礎，容有未妥，有由原核定機關重新核算之必要。

(四)綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。

案例九

案情摘要

申請人為藥局負責藥事人員，該藥局因不實申報藥事費用，前經健保署處以終止特約。本件係健保署因申請人經檢察署予以緩起訴處分後，另就前開已確定之違規事實，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保險法罰鍰注意事項第 7 點、第 9 點、行政罰法第 26 條第 1 項、第 2 項及第 3 項等規定，後續裁處 2 倍罰鍰，於核算罰鍰金額時，扣抵申請人已支付愛心專戶捐款，未准扣抵損害賠償金，核無不合。

衛部爭字第 1113402425 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署 111 年 6 月 20 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨</p> <p>(一) 受處分人○○○即申請人係○○藥局(109 年 4 月 6 日歇業)負責藥事人員，承辦全民健康保險醫療業務期間，經該署訪查發現有以不正當行為及虛偽之證明、報告、陳述，申報醫療費用之情事，向該署虛報 106 年 11 月至 107 年 8 月(3 年裁處權期間內)醫療費用計 60 萬 9,723 點，依該署 109 年 12 月 15 日健保○字第 0000000000 號函，核處終止特約 1 年在案。</p> <p>(二) 上揭情事，違反全民健康保險法第 81 條規定，依法應處以虛報醫療費用 2 倍至 20 倍罰鍰，次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 點第 4 款(原核定誤引第 5 款)及第 9 點規定，經以各季點值核算○○藥局虛報醫療費用並核算 2 倍罰鍰金額計新臺幣(下同)121 萬 7,488 元[60 萬 8,744 元(609,723 點 X 高屏分區各總額部門各季平均值)X2]，惟前揭違法行為，申請人經臺灣○○地方檢察署檢察官緩起訴處分確定，並已支付愛心捐款 10 萬元，爰按行政罰法第 26 條第 3 項扣抵規定，處以罰鍰 111 萬 7,488 元(計算式：608,744 元 X2-100,000 元 =1,117,488 元)。</p> <p>二、申請理由要旨</p> <p>(一) 其於刑事偵查案件中自始坦承認罪，並遵照告訴人即原處分機關之要求支付 10 萬元捐款完竣，因而獲臺灣○○地方檢察署檢察官予以緩起訴處分(000 年度偵字第 00000 號，以下簡稱第 1 次緩起訴處分)，未料原處分機關又聲請再議，臺灣○○地方檢察署遂另作成 000 年度偵續字第 000 號緩起訴處分(以下簡稱第 2 次緩起訴處分)，所附條件變更為「申請人應向告訴人即原處分機關支付為 220 萬 4,265 元之損害賠償」及「申請人應參加 6 場次之法治教育」等二條件，此並經告訴人即原處分機關之同意，基此，行政罰法第 26 條第 3 項之規定暨其規範意旨，既第 2 次緩起訴處分所附條件已明確要求其應向原處分機關給付 220 萬 4,265 元之損害賠償，核其意旨，要與法文明定之「經緩起訴處分確定且經命向指定之政府機關支付一定之金額」之情形完全相符，原處分自應將第 2 次緩起訴處分所附條件之 220 萬 4,265 元於罰鍰金額內予以扣抵。</p> <p>(二) 原處分機關明知且同意第 2 次緩起訴處分之條件業已命其向其支付 220 萬 4,265</p>

元之損害賠償，猶於事後作成原處分而拒不依法扣抵該損害賠償之數額，核其情節，亦顯未適當審酌其違規行為應受責難之程度、所生影響、以及其經命支付 220 萬 4,265 元損害賠償後之資力，與行政罰法第 18 條第 1 項之規定亦有相悖。

- (三) 綜上，足見原處分之作成與行政罰法第 26 條第 3 項、第 18 條第 1 項之規定均有未合，要屬違法之行政處分，應予撤銷。原處分之作成既然於法未合，謹依訴願法第 93 條之規定，申請原處分應停止執行。

三、健保署提具意見要旨

- (一) ○○藥局於 106 年 10 月 1 日至 107 年 8 月 31 日期間，有負責藥事人員○○○未實際於該藥局執行調劑業務、○○藥局聘用未具合格藥師資格之人員執行調劑業務及未以實際執行調劑藥師名義，向該署不實申報藥事費用之違規情事，○○藥局與該署訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，申報費用時應盡誠實申報之義務，負責藥事人員○○○登錄於○○藥局執業期間，從未實際在該藥局執行調劑藥品業務，為不爭之事實，自不得以其名義申報藥事費用，○○藥局於前開 106 年 10 月 1 日至 107 年 8 月 31 日期間以未實際調劑之申請人名義申報藥事費用，即屬虛偽不當，即已該當全民健康保險法第 81 條及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：「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，該署予以究罰，於法有據。
- (二) ○○藥局虛報 106 年 11 月至 107 年 8 月(3 年裁處權期間內)醫療費用計 60 萬 9,723 點，經該署 109 年 12 月 15 日健保○字第 0000000000 號函處以自 110 年 3 月 1 日起終止特約，○○藥局負責藥事人員○○○於前述終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付；○○藥局虛報醫療費用 60 萬 8,744 元，應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 點及第 9 點之規定處違約申報之醫療費用 2 倍合計 121 萬 7,488 元。又申請人前揭違法行為，經臺灣○○地方檢察署為緩起訴處分，且已命申請人支付 10 萬元捐款予該署○○業務組愛心專戶後，爰按行政罰法第 26 條第 3 項扣抵規定，核處申請人應繳納 111 萬 7,488 元罰鍰。
- (三) 申請人主張其向該署支付損害賠償 220 萬 4,265 元之金額，應併於罰鍰金額內予以扣抵一節，惟查申請人因虛報醫療費用，經該署移送臺灣○○地方檢察署偵辦，該署於該檢察署開庭審理時，表達○○藥局負責藥事人員○○○應返還不當向該署申報醫療費用 241 萬 7,400 元，惟經該地檢署檢察官審理偵結(110 年 5 月 7 日臺灣○○地方檢察署檢察官 000 年度偵字第 00000 號緩起訴處分書)，命申請人向公庫支付 10 萬元，逕予申請人緩起訴處分，未將該署要求申請人返還不當申報醫療費用 241 萬 7,400 元，列為緩起訴處分履行條件，該署不服，遂聲請再議，案經臺灣○○地方檢察署受理再議聲請後，該署並再次向該檢察署函復表示，申請人應返還不當申報之醫療費用 241 萬 7,400 元後，該署始同意緩起訴，爰申請人遂提出清償計畫與該署進行調解，於 111 年 3 月 11 日調解成立，申請人不當申報醫療費用 241 萬 7,400 元，經沖抵醫療費用及加計利息後，合計應償還 220 萬 4,265 元，上開償還金額係申請人應返還不當申報之醫療費用，核與行政罰法第 26 條所

定向公庫或指定之公益團體、地方自治團體、政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體，支付一定之金額不符。

(四) 本件罰鍰之行政執行，僅對申請人之財產權為執行，非有「難於回復之損害」。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 4 款及第 9 點。
- (三) 行政罰法第 26 條第 1 項、第 2 項及第 3 項。

二、卷證

臺灣○○地方檢察署檢察官 000 年度偵字第 00000 號、000 年度偵續字第 000 號緩起訴處分書、臺灣○○地方法院簡易庭 000 年度審移調字第 0 號(000 年度審訴字第 0 號)調解筆錄、健保署 109 年 12 月 15 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)、110 年 2 月 25 日健保○字第 0000000000 號函(追扣初核)、110 年 4 月 8 日健保○字第 0000000000 號函(追扣複核)、○○藥局罰鍰金額核算表、衛生福利部 110 年 9 月 16 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於健保署係配合法務部調查局○○地區機動工作站調查，分析○○藥局 106 年 9 月 30 日至 107 年 8 月 30 日期間申報調劑藥事費用資料，並於 109 年 4 月 29 日至 8 月 25 日派員訪查○○藥局負責藥事人員○○○即申請人、執業登記之藥事人員，認為○○藥局係由執業藥師及未具合格藥師資格之人員執行調劑業務，卻以未上班實際調劑之負責藥事人員○○○即申請人名義申報 106 年 10 月至 107 年 8 月期間藥費及藥事服務費 483 萬 3,701 點之違規情事，健保署就其中 106 年 11 月至 107 年 8 月(3 年裁處權期間內)之 60 萬 9,723 點(60 萬 8,744 元)部分，以 109 年 12 月 15 日健保○字第 0000000000 號函核處○○藥局自 110 年 3 月 1 日起終止特約，負責藥事人員○○○即申請人於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，另以 110 年 2 月 25 日健保○字第 0000000000 號函追扣 106 年 10 月至 107 年 8 月(5 年公法上請求權期間)醫療費用計 483 萬 3,701 點，罰鍰部分暫未核處。○○藥局及申請人就健保署前開終止特約之核定並未申請複核及爭議審議，已確定並執行在案，另○○藥局就追扣醫療費用 483 萬 3,701 點部分申請複核，因違規事證明確，經健保署以 110 年 4 月 8 日健保○字第 0000000000 號函核復，仍維持原核定；嗣○○藥局循序提起爭議審議，經本部以 110 年 9 月 16 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定審定「申請審議駁回。」在案。
- (二) 本件係健保署因臺灣○○地方檢察署檢察官就○○藥局負責藥事人員○○○即申請人之行為予以緩起訴處分後，該署另就前開已確定之健保署 109 年 12 月 15 日健保○字第 0000000000 號函(終約初核)所認定之違規事實[虛報 106 年 11 月至 107 年 8 月(3 年裁處權期間內)醫療費用 60 萬 9,723 點(60 萬 8,744 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保險法罰鍰注意事項第

7點、第9點、行政罰法第26條第1項、第2項及第3項等規定，後續裁處2倍罰鍰，於扣抵申請人向健保署愛心專戶支付之10萬元後，以系爭111年6月20日健保○字第0000000000號罰鍰處分書裁處申請人罰鍰計111萬7,488元（計算式：608,744元X2-100,000元=1,117,488元），經核並無不合。

(三)申請人主張臺灣○○地方檢察署檢察官第2次緩起訴處分已變更緩起訴條件，要求申請人應向原處分機關給付220萬4,265元之損害賠償，自應將該緩起訴處分所附條件之220萬4,265元於罰鍰金額內予以扣抵云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 按「一行為同時觸犯刑事法律及違反行政法上義務規定者，依刑事法律處罰之。但其行為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者，亦得裁處之。」第一項行為經緩起訴處分或緩刑宣告確定且經命向公庫或指定之公益團體、地方自治團體、政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體，支付一定之金額或提供義務勞務者，其所支付之金額或提供之勞務，應於依前項規定裁處之罰鍰內扣抵之。」為行政罰法第26條第1項及第3項所明定。
2. 又「行為經緩起訴處分或緩刑宣告確定，且經命向公庫或指定之公益團體、地方自治團體、政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體，支付一定金額或於一定期間提供義務勞務者（刑事訴訟法第253條之2第1項第4款及第5款、刑法第74條第2項第4款及第5款參照），因行為人受有財產之負擔或為勞務之付出，為符比例原則，其所支付之金額或提供之勞務，得扣抵罰鍰。」，此有行政罰法第26條第3項立法理由可資參考；另「行政罰法第26條、刑事訴訟法第253-2條、刑法第74條規定參照，以『向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償』為緩起訴條件或緩刑負擔者，因支付對象係『被害人』，性質上應屬民事損害賠償作用，與向公庫支付一定金額而受有財產負擔情形有別，故無扣抵規定適用。」，復為法務部104年5月5日法律字第10403504970號函所釋示，爰此，罰鍰可扣抵範圍限於依刑事訴訟法第253條之2第1項第4款及第5款、刑法第74條第2項第4款及第5款規定，命向公庫或指定之公益團體、地方自治團體、政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體，支付之金額或提供之勞務，如檢察官依刑事訴訟法第253條之2第1項第3款規定命「向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償」，則無適用行政罰法第26條第3項扣抵規定之餘地。
3. 本件依臺灣○○地方檢察署檢察官000年度偵字第00000號緩起訴處分書（第1次緩起訴處分）及000年度偵續字第000號緩起訴處分處分書（第2次緩起訴處分）記載，檢察官於第1次緩起訴處分時，命申請人「向公庫（即健保署愛心專戶）支付10萬元」，嗣於第2次緩起訴處分時，則命申請人「向告訴人即健保署支付2,204,265元之損害賠償」，前後所憑之依據分別為刑事訴訟法第253條之2第1項第4款「向公庫支付一定金額，並得由該管檢察署依規定提撥一定比率補助相關公益團體或地方自治團體」及第3款「向被害人支付相當數額之財產或非財產

上之損害賠償」，依前開說明，前者為行政罰法第 26 條第 3 項所定罰鍰可扣抵範圍，後者則無適用扣抵之餘地，健保署核算罰鍰金額時，扣抵申請人已支付愛心專戶捐款 10 萬元，未准扣抵損害賠償金 220 萬 4,265 元，核無不合，申請人所稱應將第 2 次緩起訴處分所附條件之 220 萬 4,265 元於罰鍰金額內予以扣抵云云，顯屬無據。

(四) 綜上，原核定並無不合，應予維持。另申請人申請暫緩執行部分，非本部權責範疇，尚非本件所得審究，且經健保署意見書陳明，略以本件罰鍰之行政執行，僅對申請人之財產權為執行，非有難於回復之損害等語，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 6 條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。

伍、其他權益

案例一

案情摘要

依卷附就醫相關資料顯示，申請人乳癌期別為第二期，依臨床經驗及醫療常規，需持續接受5年荷爾蒙治療，本件申請換發當時治療尚未達5年，仍需持續治療，申請人之病症符合本保險重大傷病項目第1項所列「需積極或長期治療之癌症」之條件，健保署未准核發重大傷病證明，即有未洽。

衛部爭字第1123401699號

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	<p>一、案件緣由及健保署原核定文件要旨</p> <p>(一) 本件申請人前向健保署申准領有「女性左側乳房乳頭及乳暈之惡性腫瘤」(診斷代碼 C50012)之重大傷病證明，效期為109年3月19日至112年3月18日(3年)，嗣○○○○○醫院(以下簡稱○○○○○)於112年3月21日開立診斷證明書及填送「惡性腫瘤患者重大傷病證明換發評估表」，為申請人向健保署申請換發「左側女性乳房內上四分之一惡性腫瘤」(診斷代碼 C50212)重大傷病證明。</p> <p>(二) 案經健保署專業審查結果，認為申請人目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤，以112年3月30日受理編號0000000000全民健康保險重大傷病核定審查通知書核定不同意發給重大傷病證明。</p> <p>(三) ○○○○再於112年4月11日開立診斷證明書，病名為「左側女性乳房內上四分之一惡性腫瘤，期別II」(診斷代碼 C50212)」，醫師囑言為：「病患因上述病症於109年3月術前診斷為第一期乳癌，109年3月27日接受左側改良式乳房根除手術及立即自體組織乳房重建，因腋下淋巴結轉移，術後病理期別修改至第二期，建議延長重大傷病給付」，並為申請人申請複核，健保署以112年4月25日受理編號0000000000全民健康保險重大傷病核定審查通知書核定，不同意發給重大傷病證明，理由摘述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經專業審查結果，認為申請人目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤。 2. 申請人並未於效期內向該署申請更正期別，因已逾3年效期，未於當次重大傷病證明有效期限內提出申請者，因原核定重大傷病證明之行政處分標的已不存在，不符更改效期之申請。 <p>二、申請人不服，檢附健保署前開112年4月25日受理編號0000000000全民健康保險重大傷病核定審查通知書影本，主張109年3月術前診斷為第1期乳癌，接受左側全乳切除及自體乳房重建，因術後發現腋下淋巴結轉移，修改為第二期，並經過8次化療，主治醫師建議必須接受荷爾蒙治療10年以上，並施打停經針5年，目前已施打2年半，由於相關</p>

	<p>作業皆由醫院處理，並不清楚重大傷病證明未於申請期限內更正等語，向本部申請審議。</p>
<p>理由</p>	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 1 項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 本案申請人申請「左側女性乳房內上四分之一惡性腫瘤(ICD-10-CM：C50212)」重大傷病證明，經該署三次專業審查，處理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 112 年 3 月 21 日○○○○代為申請換發重大傷病證明，依所附資料送請外科專科醫師審查，醫審意見：目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤，爰不同意發給重大傷病證明。 2. 112 年 4 月 12 日○○○○代為申請複核，並表示更改病理期別為 2 期，建議延長重大傷病給付，經併原案送另一位外科專科醫師審查，醫審意見：目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤。且申請人未於效期內向該署申請更正期別，因原核定重大傷病證明之行政處分標的已不存在，不符更改效期之申請，爰不同意核發重大傷病證明。 3. 本案經該署併全案再送外科專科醫師審查認定，審查意見為：根據所附資料(惡性腫瘤患者重大傷病證明換發評估表記載)，目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤。 <p>(二) 查該署提供民眾查詢自身重大傷病證明資料，可透過健保快通 APP/健康存摺/個人紀錄/重大傷病證明路徑，查詢重大傷病證明之疾病診斷(中文病名)及證明效期，先予敘明；另查 109 年 3 月 19 日○○○○○○分院代申請人網路申請「女性左側乳房乳頭及乳暈之惡性腫瘤(ICD-10-CM：C50012)」癌症期別為第 1 期，經該署審查核定 3 年效期(109 年 3 月 19 日至 112 年 3 月 18 日止)，惟查效期內申請人並未向該署申請更正期別，直至本次申請換發「左側女性乳房內上四分之一惡性腫瘤(ICD-10-CM：C50212)」之重大傷病證明，方於 112 年 4 月 12 日提出申復時始敘明：「109 年 3 月術前診斷為第一期乳癌，於 109 年 3 月 27 日接受左側改良式乳房根除手術及立即自體組織乳房重建，因腋下淋巴結轉移，術後病理期別修改至第二期，建議延長重大傷病給付。」；惟因該署核定重大傷病證明之行政處分標的已不存在，保險對象仍須依本保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 3 項規定重新申請。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「診斷證明書」、「惡性腫瘤患者重大傷病證明換發評估表」、「病理報告」、「放射線部報告單」、「核醫部影像處理報告」、「細胞學報告」、「門診紀錄」等相關資料影本及健保署意見書顯示：</p>

	<p>(一) 查申請人自 109 年 3 月 19 日起申准核發診斷病名為「女性左側乳房乳頭及乳暈之惡性腫瘤」(診斷代碼 C50012)之重大傷病證明，效期至 112 年 3 月 18 日止，先予敘明。</p> <p>(二) 本件係○○○○於 112 年 3 月 21 日為申請人申請換發重大傷病證明，於「惡性腫瘤患者重大傷病證明換發評估表」填載「癌症最初診斷 AJCC 分期」為「第二期」，及「後續治療計劃」為「荷爾蒙治療」，再於 112 年 4 月 11 日開立診斷證明書，病名為「左側女性乳房內上四分之一惡性腫瘤，期別 II」(診斷代碼 C50212)」，醫師囑言為：「病患因上述病症於 109 年 3 月術前診斷為第一期乳癌，109 年 3 月 27 日接受左側改良式乳房根除手術及立即自體組織乳房重建，因腋下淋巴結轉移，術後病理期別修改至第二期，建議延長重大傷病給付」，並為申請人申請複核，經健保署審查，均以目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤，核定不同意發給重大傷病證明。</p> <p>(三) 惟依就醫相關資料顯示，申請人乳癌期別為第二期，依臨床經驗及醫療常規，需持續接受 5 年荷爾蒙治療，本件申請換發當時治療尚未達 5 年，仍需持續治療，申請人之病症符合本保險重大傷病項目第 1 項所列「需積極或長期治療之癌症」之條件。</p> <p>(四) 綜合判斷：同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署未准核發重大傷病證明，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。</p> <p>據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。</p>
--	---

案例二

案情摘要

申請人並未檢附基因異常報告供核，無法判斷是否符合系爭「急性骨髓性白血病伴有多系發育不全，未達到緩解」(診斷代碼：C92A0)之診斷，健保署未准核發重大傷病證明，並無不合。

衛部爭字第 1123403198 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「急性骨髓性白血病伴有多系發育不全，未達到緩解(診斷代碼：C92A0)」。</p> <p>三、核定內容：</p>

	<p>本件經審查醫師審查，認為依所附資料，bone marrow(骨髓)：5.5%、CD117+、CD34+，無法佐證屬「急性骨髓性白血病」，不符合全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
<p>理由</p>	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 1 項(五)。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>(一) 該署併全案再送專業審查認定，審查意見為：1. 依所附 112 年 7 月 15 日住院病歷，查 112 年 6 月 19 日骨髓檢查為 dry tap，Blast 4-5%，惟病理報告為骨髓纖維化。2. 112 年 5 月 15 日骨髓抽吸報告，Blast=10%，未檢附相關的基因、染色體報告，未能佐證 AML 的診斷，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>(二) 為求審慎，該署再委請多位醫療專家審查，認為即使 ICC 2022 條件 blast\geq10%，尚需基因突變如 RARA/PML、CEBPA、RUNX-1 等，AML/MDS 此診斷亦與 AML(NOS)不同，112 年 5 月 15 日骨髓檢查病理報告為骨髓纖維化且無急性白血病之證據，但骨髓細胞檢查報告芽球細胞 10%為 RAEB，依據 2016 WHO 共識 AML 診斷芽球細胞\geq20%，以此標準此病例尚未達目前所公認的 AML 診斷。至於 2022 WHO 及 ICC 的共識要求芽球細胞若 10-19%，必須有基因異常，此病例芽球細胞 10%但未附基因異常報告。依傳統定義及最新定義皆不符合 AML 的診斷，故仍不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「檢驗報告」(檢體類別：「血」，報告時間：112 年 5 月 12 日；檢體類別：「骨髓」，報告時間：112 年 5 月 22 日)、「骨髓檢查報告」(檢查日期：112 年 5 月 15 日)、「診斷證明書」(開具日期：112 年 5 月 18 日)、「病理組織檢查報告」(報告日期：112 年 5 月 18 日)等資料顯示：</p> <p>(一) 申請人於 112 年 5 月 15 日(檢查日期)之骨髓檢查報告記載「骨髓(血液學)診斷」為「Increased myeloblasts in the PB and BM blood, could be compatible with myelodysplastic syndrome with increased blasts(RAEB by FAB classification), EB2 by 2016 WHO, MDS/AML by ICC and MDS-fibrosis by 2022 WHO」，顯示依 2022 年 WHO 對於 MDS(Myelodysplastic Syndromes, 骨髓造血不良症候群)/AML(Acute Myelogenous Leukemia, 急性骨髓性白血病)之國際共識分類(ICC, International Consensus Classification)，申請人之病情固診斷為 AML/MDS 及 Myelofibrosis。</p> <p>(二) 惟依據 112 年 5 月 15 日(檢查日期)之骨髓檢查報告顯示，申請人為骨髓纖維化且無急性白血病之證據，BM aspirates 為 10% blasts，依</p>

	<p>2022 新版 ICC 分類標準，blast count < 20% 情況下，診斷為 AML 仍需附上特定基因變化，因本件並未檢附基因異常報告供核，無法判斷是否符合系爭急性骨髓性白血病伴有多系發育不全，未達到緩解[Acute myeloid leukemia with multilineage dysplasia, not having achieved remission (診斷代碼：C92A0)]之診斷。</p> <p>(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署未准核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

案例三

案情摘要

依卷附「心理衡鑑報告」記載，申請人雖有憂鬱症狀，但未併有精神病症狀，尚不符合全民健康保險重大傷病項目所訂慢性精神病之條件；又申請人雖檢附身心障礙證明，惟身心障礙證明之核發標準，與申請核發系爭重大傷病證明，二者專業判斷依據及適用法令均不同，尚難援引比照適用，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合。

衛部爭字第 1113402077 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○○○○○醫院(以下簡稱○○醫院)。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「重鬱症，復發，重度無精神病特徵(診斷代碼：F332)」。</p> <p>三、核定內容： 本件經審查醫師審查，認為未能完全排除酒精性影響，社會功能及認知功能無明顯退化程度，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 6 項(五)。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本件經該署依爭議審議所附資料再送專業審查，認為 1. 依病歷仍無法完全排除酒精性影響；2. 單極憂鬱症未合併精神病症狀：近期之門診病歷明確記載無妄想、幻覺等明顯精神病症狀；3. 此病著重慢性化且失去功能(即明顯退化程度)，惟檢附之 110 年 2 月心理衡鑑報告與 107 年評估</p>

結果相比，其認知功能未達明顯退化程度，原核定並無不當。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」、「門診紀錄單」、「心理衡鑑報告」、「腹部超音波檢查報告」影本顯示：

(一) 依卷附「心理衡鑑報告」(衡鑑日期：110年2月2日)記載「物質使用方面，個案自述從17-18歲時開始有飲酒的狀況，飲酒頻率為每天10-20罐(330ml)啤酒，偶爾會飲用高粱約半瓶，目前仍有飲酒行為」，顯示申請人有長期酒癮問題，雖影響其社會功能(例如兒子會擔心、睡眠不好、沒有工作)，惟並未呈現幻覺或是妄想等症狀，也未有退化情形，雖有憂鬱症狀，但未併有精神病症狀，尚不符合全民健康保險重大傷病項目所訂慢性精神病之條件。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。

四、申請人雖檢附「中華民國身心障礙證明」及勞動部勞工保險局(以下簡稱勞保局)110年5月28日○○○字第0000000000號函影本，主張其只靠重度身障補助每月新臺幣5,065元，且勞保局判定其永久失能，終身無法工作，即表示其社會認知功能有所退化現象，健保署與勞保局同為政府機關，為何審查有所不同云云，惟查本件申請人檢附○○醫院開立之診斷書等就醫資料向健保署申請核發系爭重大傷病證明，經健保署依據全民健康保險法第48條第2項及其授權訂定之全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法規定，及申請人於○○醫院就醫之相關病歷、「心理衡鑑報告」等就醫資料予以審查核定，非以申請人檢附之前揭身心障礙證明及勞保局110年5月28日○○○字第0000000000號函為審查依據。另查，身心障礙證明之核發標準，係各縣市政府依據身心障礙相關法規認定，而勞工保險失能年金給付係勞保局依據勞工保險條例等相關規定審查，與本件申請人申請核發系爭重大傷病證明，係由健保署依據前開法令審查，二者專業判斷依據及適用法令均不同，尚難援引比照適用，所稱核有誤解。

五、綜上，健保署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6條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。

案例四

案情摘要

卷附資料固記載申請人經診斷為重症肌無力，惟門診病歷之主觀敘述記載與重症肌無力之臨床特徵相反，又其 RST、SFEMG 等電氣生理檢查及 AchR 抗體檢查結果均正常，且使用藥品治療也無效，不足以佐證申請人於本件申請當時之病情符合全民健康保險重大傷病項目第 16 項所定「重症肌無力症」，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合。

衛部爭字第 1123405002 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○○○○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「重症肌無力未伴有急性惡化(診斷代碼：G7000)」。</p> <p>三、核定內容： 本件經審查醫師審查，認為依所附資料，RST normal(重覆電刺激測定正常)；SFEMG normal(單纖維肌電圖正常)，AchR Ab normal(乙醯膽鹼抗體正常)，未有足夠證據佐證其診斷，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二)全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 16 項。</p> <p>(三)全民健康保險重大傷病各項疾病檢附資料項目參考表第 16 項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本案該署將申請審議申請書及所附資料併全案再送專業審查認定，審查意見為：SFEMG sensitivity(單纖維肌電圖敏感度)高，但 specificity(特異度)低，其他檢驗資料不支持 MG(重症肌無力)診斷，臨床症狀早上起床反而嚴重，對藥物(Mestinon、Prednisolone)反應無效，不同意核發重大傷病證明，原核定並無不當。</p> <p>三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷證明書」(開立日期：112 年 8 月 7 日)、門診病歷、「MG 報告」(檢查日期：111 年 12 月 1 日)等相關資料影本及健保署意見書顯示：</p> <p>(一)前揭卷附資料固記載申請人經診斷為重症肌無力，惟 112 年 2 月 27 日、3 月 27 日及 4 月 10 日門診病歷之 Subjective(主觀敘述)記載「Diurnal fluctuation」「Worse in the morning and after prolonged work」(晝夜變動，早晨和長時間工作後更嚴重)，與重症肌無力係早上情況比較好，午後無力變嚴重之臨床特徵相反。又其 RST(重覆電刺激測定)、SFEMG(單纖維肌電圖)等電氣生理檢查及 AchR 抗體檢查結果均正常，且使用 Pyridostigmine(Antilon)藥品治療也無效，不足</p>

	<p>以佐證申請人於本件申請當時之病情符合全民健康保險重大傷病項目第 16 項所定「重症肌無力症」。</p> <p>(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	---

案例五

案情摘要

申請人未具有本保險加保資格期間曾有多次以健保身分至健保特約院所就醫，受領健保給付，健保署核定申請人返還已受領健保給付，核無不合。

衛部爭字第 1113401457 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署 111 年 5 月 6 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>(一) 查申請人原持有效日期至 108 年 4 月 7 日之居留證件參加本保險，惟於效期屆至後並未接續領有有效證件，由於不符「領有居留證明文件」之加保要件，依規定已喪失繼續參加本保險之資格，爰追溯自上開居留期限屆至日起予以退保。申請人雖自 108 年 6 月 16 日起，再持有效居留證件參加保險，惟依規定應自 108 年 12 月 16 日符合投保資格，亦即申請人在 108 年 4 月 8 日至 12 月 15 日間，仍屬不符合投保資格期間。</p> <p>(二) 另查，申請人於上開不符合投保資格期間，持用健保 IC 卡至本保險特約之○○○○診所等醫事服務機構就醫，其醫療費用合計新臺幣(下同)4 萬 5,598 元，已由該署代為墊付，請於文到 15 日內儘速匯還。</p> <p>二、申請人檢附前開健保署 111 年 5 月 6 日健保○字第 0000000000 號函影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 9 條、第 13 條第 2 款、第 14 條及第 58 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 8 條第 1 項及第 2 項。</p> <p>二、按「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿六個月。二、有一定雇主之受僱者。三、在臺灣地區出生之新生嬰兒。」「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：二、不具第八條或第九條所定資格者。」為全民健康保險法第 9 條及第 13 條第 2 款所明定，是不具中華民國國籍而在臺灣領有居留證明文件者，除「有一定雇</p>

主之受僱者」或「在臺灣地區出生之新生嬰兒」外，應在臺居留滿6個月，始取得全民健康保險投保資格，不具前開資格而加保者，依全民健康保險法第13條第2款及第58條規定，應退保並返還已受領之保險給付，合先敘明。

三、本件經審查卷附中華民國居留證、外籍人士(歷次)申請來臺資料、移民署介接中外旅客個人歷次入出境資料列印清冊、保險對象投保歷史、全民健康保險第6類保險對象投保(轉入)申報表、不符投保資格期間就醫記錄明細表等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：

(一) 申請人係大陸地區人士，前於102年4月8日以「依親居留」事由取得居留證明文件(核准效期至108年4月7日)，自105年2月2日起以第6類第2目被保險人眷屬身分依附其配偶○○○於○○市○○區公所加保，惟其居留證明文件效期至108年4月7日屆滿，自該日起即不具有投保資格。

(二) 嗣申請人於1個月後之108年5月23日再次以「依親居留」事由申准取得居留證明文件，惟與前次居留證明效期並未連續，其於108年6月16日入境至連續居留滿6個月之108年12月16日起，始復為本保險強制納保之保險對象。

(三) 承上，申請人於108年4月8日至12月15日期間，並未具有本保險加保資格，惟其曾有多次以健保身分至健保特約院所就醫，受領健保給付4萬5,598元，爰此，健保署核定申請人返還已受領健保給付4萬5,598元，自屬有據。

四、申請人主張其一直認為拿居留證嫁到臺灣，本應享受同等待遇，居留證是因為疏於查看日期，導致了沒有及時去做延期，照常人思維，過期和遺失補辦一樣，不會影響到任何權利和義務，何況在此期間從未接到電話或其他形式告知，持健保卡去醫療院所看診也一如往常顯示正常健保效用，沒有任何人用任何形式告知不能享受健保待遇。其認為造成健保使用效期不銜接的誤差，應是制度或業務監導者負責，不應由善意無辜的使用者負責，其只願意支付108年6月16日入境後第1次及第2次刷健保看診的費用計1,545元云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 依親居留證為大陸地區人民依親居留期間之身分證明，申請人既持依親居留證參加本保險，並曾多次辦理展延居留證效期，則申請人及其依附加保之被保險人，對於居留證效期如何延期、接續及其對健保投保之影響為何，早即了然於胸，況申請人已自承「居留證是因為疏於查看日期，導致了沒有及時去做延期」，而其配偶亦未依規定協力辦理依附眷屬之退保及再次投保。

2. 全民健保為強制性社會保險，保險對象人數眾多，基於承保行政效率

考量並為方便保險對象就醫，該署形式上均係先行受理投保單位填具之加保、轉入及轉出表件，並據此為核定投保之基礎，惟此並不因而影響該署事後另為實質查核之權限。查本件申請人持居留證明文件參加保險，固經該署核定投保生效，惟既於事後查明申請人系爭期間並無「在臺領有居留證明文件」之事實，則原核定顯然違反健保法規定，自有行政程序法關於行政處分撤銷之適用。又該署係於 111 年 4 月間知悉申請人有不符投保資格之事實，乃依行政程序法第 117 條規定行使撤銷權，其對公益並無重大危害。

(二)「又違法授益性之處分得否撤銷，依法理而言，應視其公益與信賴保護間衡量結果而定，如受益人無信賴不值得保護之情形，且維持違法授益性行政處分之信賴利益顯然大於撤銷所欲維護之公益時，原處分機關原則不應予撤銷；反之，行政機關即得依規定撤銷。於本件誤准加保之情形，因健保之被保險人數眾多，被告核保人力有限，且因具有社會保險之特質，有讓被保險人立即取得醫療資源之急迫性，無法如商業保險般仔細核保，被告只能事先從寬准予加保，再採用事後審查之方式，來加強保險人之監督能力。在此種不得不從寬核保之背景下，難免有為數頗多之被保險人不符合資格，其已取得之健保資源，若由其他被保險人來負擔，顯有失公平，全民健康保險法第 45 條(按現行第 58 條)因而規定：『保險對象依第十一條(按現行第 13 條)規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用，…』，明令已受領保險給付者，負返還醫療費用之責任，立法者顯然已將『公益之保護』優先於『被保險人之信賴保護』之前，原告自不能再主張信賴利益而不負返還醫療費用之責任。」，此有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 221 號判決可資參照，爰此，申請人未具加保資格期間已受領之保險給付，應依法返還。

五、綜上，健保署函知申請人，略以申請人於不符合投保資格期間至本保險特約醫事服務機構就醫之醫療費用計 4 萬 5,598 元，已由該署代為墊付，請於文到 15 日內儘速匯還等語，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 6 條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。

案例六

案情摘要

民眾向健保署申訴申請人醫院收取 HOR 使用費，健保署以保險對象病情經臨床醫療專業判斷屬醫療必需而施行健保相關診療項目，屬健保給付範圍，並援引全民健康保險法第 68 條規定，請申請人退還系爭 HOR 使用費。惟系爭 HOR 並未明列於支付標準內，且申請人醫院所在地方政府已同意核備列為自費收費項目，其他院所使用系爭 HOR，究係向保險對象收取費用？抑或向健保署申報費用？健保署意見書並未論明，難認符合行政程序法第 6 條及第 9 條規定「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇。」、「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。」之意旨。

衛部爭字第 1113401181 號

審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署文件要旨</p> <p>(一) 緣保險對象○○○○之媳○○○於 110 年 12 月 31 日向健保署申訴，略以○○○○於 110 年 12 月 3 日至申請人醫院接受班特式手術及胸主動脈支架置放手術，110 年 12 月 22 日出院，術後方知需自費支付術前未告知 HOR(複合式手術室，Hybrid Operation Room，下同)使用費新臺幣(下同)9,000 元，其查鄰近○○○○○醫院及○○○○○醫院皆可成功進行該項手術，也不須由病家另行自費支付 HOR 使用費，醫院進行開刀，健保署給付之手術費已經包含開刀房使用費，醫院為改善手術進行效率設置之 HOR，乃固定設備，豈可由病家負擔折舊費？且無 HOR 設置之醫院也能成功進行該項手術，縱使必須支付 HOR 使用費，也該由健保署而非病家負擔云云。</p> <p>(二) 案經健保署函請申請人說明，申請人於 111 年 1 月 26 日(健保署收文日)提出書面說明，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ○○○○因病情所需，使用自費醫療項目，醫師於術前均有說明，病患家屬亦簽立同意書。 2. 除自費特材外，另有自費項為「使用複合式手術室造影系統處理費」自費價 9,000 元，該 HOR 可於術中執行血管攝影，系統軟體有高階類 CT 立體掃描、立體 3D 掃描、透視影像儲存、高階 CT/MR3D 影像融合功能、血管計畫及導引功能、主動脈治療計畫及導引功能、影像自動校正及彩色血流分析功能，使醫師在手術過程中可透過導航系統與隨時可進行的電腦斷層，確保手術精準與病人安全，亦可在手術後即刻確認手術結果。 3. 此收費已由○○縣政府核定為其醫院可收自費之項目，並於網站公告，其他院所亦有相同的自費項目。 4. 其醫院遵守事前說明之原則，充分告知民眾後簽署同意書。 <p>(三) 案經健保署以 111 年 1 月 28 日健保○字第 0000000000B 號函(初核)</p>

復申請人，略以：

1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所列之各項診療項目支付點數涵蓋該項技術之醫事人力、醫療相關材料、醫療設備及房屋折舊等成本，並依據各項診療項目作業流程耗用之人力及時間、設備成本、維修費用、作業及管理費用、複雜度及困難度等訂定支付點數。
2. 查支付標準第二部第二章第一節檢查通則一規定，檢查之費用，包括人員、試藥、內服藥劑、檢驗器材、一般材料、管理費及採取檢體之費用在內。又醫療器材、醫療設備等是否屬檢查或手術過程使用，應由醫師專業判斷，且本保險並未限制特約院所使用特定廠牌、種類或型號之產品，如醫療器材已取得衛生福利部核准之醫療器材許可證，特約院所得依臨床需求自行選用。
3. 綜上，病人病情經臨床醫療專業判斷屬醫療必需而施行健保相關診療項目，屬健保給付範圍，又診療項目之給付成本皆已含醫療設備及房屋折舊等成本。
4. 依全民健康保險法第 68 條規定，保險醫事服務機構對本保險所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。本案○○○○自付治療費 9,000 元(使用複合式手術室造影系統處理費)案，請配合主動辦理退費事宜。

(四) 申請人不服，主張主治醫師依病況經專業判斷此手術需使用複合式手術室造影系統的必要，主治醫師於【手術前】已清楚告知家屬有關手術所有自費項目(包括使用複合式手術室造影系統處理費自費 9,000 元)，家屬表示知情同意，送刀後家屬自行回家休息且吩咐等病人清醒後再到醫院簽立紙本，使用複合式手術室造影系統處理費自費 9,000 元為○○縣政府同意核備其醫院自費醫療收費項目(府授衛醫字第 0000000000 號)，並於網站公告，其他院所亦有相同的自費項目。本案依醫療法第 21 條及○○縣醫療機構收費標準收取費用 9,000 元等語，向健保署申復，經健保署以 111 年 3 月 8 日健保○字第 0000000000 號函核復申請人，略以本案前業以 111 年 1 月 28 日健保○字第 0000000000B 號函(初核)敘明在案，請配合主動辦理退費事宜等語。

二、申請人仍未甘服，檢附健保署 111 年 3 月 8 日健保○字第 0000000000 號函，持與申復相同理由，向本部申請審議。

三、健保署提具意見除持與複核相同理由外，另補充意見如下：

- (一) 依全民健康保險法第 68 條規定，保險醫事服務機構對本保險所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。本案病人自付治療費 9,000 元(使用複合式手術室造影系統處理費)一案，院所應辦理退費事宜。
- (二) 保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報。雖本保險目前無使用複合

	<p>式手術室造影系統處理費之健保代碼，申請人醫院仍可按其最近似之各該編號項目所訂點數申報。</p> <p>(三) 醫療院所醫療費用自費收費標準係依「醫療機構醫療費用收費標準核定原則」，經直轄市、縣(市)主管機關核准後，得收取自費，而非該署核定。惟該項目是否為本保險給付，由保險人依支付標準支付及規範規定。被保險人之自費項目，如未提出陳情，該署不會得知院所是否將該項目報准為自費收費。</p> <p>(四) 以申請人醫院申報本案之其中一項醫令「68043B A型急性主動脈剝離術」為例，該項診療項目於新增時，其支付點數經成本分析皆以內含「設備、房屋」等成本費用，該署雖未限制院所使用何種等級之手術室，惟手術室之成本應已內含於診療項目之中院所於執行醫療之過程中，得依其施行項目向該署申報相關費用，如認該署現行支付點數不足以支付其成本，應依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準現有診療項目修訂」之流程辦理提升支付點數。</p> <p>四、健保署代表列席本部全民健康保險爭議審議會 111 年 7 月份臨時委員會發言要旨</p> <p>本案保險對象因主動脈剝離所施行之手術，均為健保診療項目，但都沒有限制申請人醫院要使用何種等級的手術設備，現行健保診療項目，只有心導管主動脈瓣膜、肺動脈瓣膜置換術 2 項手術，有於支付標準之支付規範明定醫院一定要使用 HOR 手術室設備。本案保險對象手術到底要不要使用 HOR，要經過醫師判斷，並不是每個保險對象都有必要使用，另申請人醫院已申請 HOR 為自費項目，保險對象家屬也簽了自費同意書。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 68 條。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節檢查通則一。</p> <p>二、本件緣起保險對象○○○○因主動脈剝離於 110 年 12 月 3 日至申請人醫院住院就醫，於入院當天由其子○○○簽署手術同意書，接受升主動脈置放+主動脈瓣膜置放手術，翌日 110 年 12 月 4 日復由其子○○○簽署「自願繳費同意書」，同意自費使用系爭 HOR 使用費 9,000 元，此有○○○之子○○○於 110 年 12 月 4 日簽署「自願繳費同意書」記載：「…立同意書人經醫療人員說明後，瞭解下列品項之使用目的/原因(☑6. 不符合健保給付規定)…明白現今各項高科技醫療手術、藥品及醫材用品不斷研發改善，可提供疾病治療更多選擇方式，…立同意書人親自閱覽後同意使用該類品項(共 5 種品項，包括系爭 HOR 使用費 9,000 元)並願意繳付費用，絕無異議，恐口說無憑，特立此書為證。」等語可按。嗣後，保險對象○○○○之媳○○○於 110 年 12 月 31 日向健保署</p>

申訴，略以系爭 HOR 使用費，該由健保署而非病家負擔云云，健保署以病人病情經臨床醫療專業判斷屬醫療必需而施行健保相關診療項目，屬健保給付範圍，並援引全民健康保險法第 68 條規定：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」，請申請人退還系爭 HOR 使用費。

三、惟查：

- (一) 按全民健保所保障之對象乃是全民最基本的醫療照顧，若保險對象自願在保險給付範圍外，另行與保險醫事服務機構訂定一般醫療契約，購買品質較高的醫療服務，基於契約自由、意思自主範圍，應無不許之理。保險醫事服務機構基於與病患訂立之私法醫療契約，額外提供醫療給付並收取對價，不受全民健康保險法規範，此有臺灣高等法院 102 年度醫上易字第 5 號民事判決可資參考。
- (二) 系爭 HOR 使用費，並未明列於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之內，另健保署代表列席本部全民健康保險爭議審議會 111 年 7 月臨時委員會發言表示，現行健保診療項目，只有心導管主動脈瓣膜置換術、肺動脈瓣膜置換術(註：診療項目代碼分別為 68040B、68057B，項目名稱分別為經導管主動脈瓣膜置換術、經導管肺動脈瓣膜置換術)明定要使用 HOR 手術室設備等語，復經本部審查卷附系爭保險對象住院費用醫令清單，申請人醫院並無申報執行該 2 項必要使用 HOR 手術室設備之手術，則申請人醫院以 HOR 提供醫療給付，並經保險對象家屬簽署「自願繳費同意書」後，收取系爭 HOR 使用費 9,000 元，依前開判決意旨，不受全民健康保險法規範。
- (三) 另依卷附「○○縣醫療機構自費醫療收費申請核定表」、○○縣政府 109 年 11 月 10 日○○○○字第 0000000000 號函顯示，系爭 HOR 使用費係經申請人向○○縣政府申准同意核備列為自費收費項目，並例舉其他院所亦有相關的自費項目，此有卷附「○○市立醫療院所醫療收費標準：手術中使用複合式手術室造影系統處理費 9,000 元」「○○○：術中機器手臂造影系統處理費 9,000 元」可資佐證，類此情形，其他院所使用系爭 HOR，究係向保險對象收取費用？抑或向健保署申報費用？健保署意見書並未論明，難認符合行政程序法第 6 條及第 9 條規定「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇。」、「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。」之意旨。

四、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 2 項規定，審定如主文。

陸、程序事項

案例一

案情摘要

申請人未於收受系爭繳款單之次日起 60 日內申請審議，已逾 60 日法定申請期限，應不予受理。

衛部爭字第 1113403725 號

審 定	
主 文	申請審議不受理。
理 由	<p>依 據 全民健康保險爭議事項審議辦法第 4 條、第 5 條第 1 項前段及第 18 條第 1 項第 2 款。</p> <p>審 定 理由</p> <p>一、繳款單內容 計收申請人 109 年 12 月(含 105 年 1 月至 109 年 12 月)保險費新臺幣(下同)4 萬 4,940 元、109 年 12 月保險費滯納金 2,247 元及執行費用 86 元，共計 4 萬 7,273 元。</p> <p>二、申請人不服健保署上開繳款單所為之核定，向本部申請審議，查「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(以下稱申請書)，向全民健康保險爭議審議會(以下稱爭審會)提起之。」為全民健康保險爭議事項審議辦法第 4 條所明定，本件申請人已於 111 年 5 月 20 日持系爭繳款單繳納應繳金額 4 萬 7,273 元，有卷附「郵政劃撥儲金存款收據」等資料影本可稽，另申請人於「全民健康保險爭議審議申請書」之「收受或知悉日期」欄並填列其收受或知悉日期為「111 年 5 月 20 日」，顯示申請人已於 111 年 5 月 20 日知悉並收受該繳款單，而所附之繳款單之背面印有教示條款，載明「投保單位、保險對象或扣費義務人對於本單之核定如有不服，請於收到本單 60 日內，向全民健康保險爭議審議會申請審議，逾期不予受理」等語，則申請人對於系爭繳款單倘有不服，即應自 111 年 5 月 20 日知悉並收受該繳款單之次日起 60 日內(期間末日為 111 年 7 月 19 日)申請審議，惟申請人遲至 111 年 11 月 11 日始申請審議，有本部全民健康保險爭議審議會蓋於申請人「全民健康保險爭議審議申請書」之收件章戳可按，則本件審議之申請，已逾前開 60 日法定申請期限，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 2 款規定，審定如主文。</p>

案例二

案情摘要

全民健康保險法規定得向保險人申請核給保險給付者，為保險對象本人，第三人尚無申請權。本件申請人係就醫保險對象之兄，既非該保險對象本人或其繼承人，就該保險對象自付之醫療費用，自無向健保署申請核退之權利，健保署函對申請人之權益尚不發生具體之法律上效果，申請人對之申請審議，應不予受理。

衛部爭字第 1123402843 號

審 定	
主 文	申請審議不予受理。
理 由	<p>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。</p> <p>二、民法第 1138 條。</p> <p>審 定 理 由 一、緣申請人於 112 年 1 月 31 日填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，向健保署申請其弟○○○於日本 111 年 8 月 3 日至 10 月 11 日、111 年 10 月 31 日至 11 月 1 日及 111 年 11 月 2 日至 16 日計 3 次住院就醫自墊之醫療費用，經健保署以 112 年 3 月 6 日健保○字第 0000000000 號函函知申請人補件，申請人於 112 年 3 月 16 日補寄「【保險對象死亡核退】法定繼承人聲明書」及「戶籍謄本」等資料後，經健保署以 112 年 5 月 22 日健保○字第 0000000000 號函函復申請人，略以該署將所附資料再次送專業審查，認為外文文書無翻譯，僅依診斷書及檢送報告無法判別是否為不可預期之緊急傷病。迄今已逾 2 個月補件時間，該署爰以資料不全核定不給付等語，申請人不服，向本部申請審議。</p> <p>二、本件依卷附「【保險對象死亡核退】法定繼承人聲明書」、「戶籍謄本」、「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」等資料顯示，申請人之弟○○○於 111 年 11 月 16 日死亡，其繼承人為其配偶○○○及父○○○，申請人並非○○○之繼承人，又全民健康保險之保險對象在其保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，由保險人依全民健康保險法規定給與保險給付，是依全民健康保險法規定得向保險人申請核給保險給付者，為保險對象本人，第三人尚無申請權，此有臺北高等行政法院 93 年度簡字第 296 號裁定可資參考，爰此，本件申請人既非就醫保險對象○○○本人或其繼承人，就○○○自付之醫療費用，自無向健保署申請核退之權利，健保署前開 112 年 5 月 22 日健保○字第 0000000000 號函對申請人之權利尚不發生具體之法律上效果，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。</p> <p>三、另本件申請人於 112 年 6 月 30 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付 111 年 8 月 3 日至 10 月 11 日住院費</p>

	<p>用新臺幣(下同)18萬9,217元、111年10月31日至11月1日住院費用5,114元,計19萬4,331元,並於112年7月13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通知○○○之繼承人○○○,併予敘明。</p> <p>據上論結,本件申請為不受理,爰依全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第6款規定,審定如主文。</p>
--	--

案例三

案情摘要

行政機關若僅係就某一事件之真相及處理之經過,通知當事人並未損及其任何權益,乃典型之觀念通知,並未直接對外發生法律效果,自不得作為行政爭訟之標的。本件健保署系爭函,係健保署就申請人電子郵件所述其原受僱單位違反勞動基準法,已申請勞資調解並進行等情事所為之回覆,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得喪變更之具體法律上效果,僅係觀念通知,申請人對之申請審議,應不予受理。

衛部爭字第1110033934號

審 定	
主 文	申請審議不受理。
理 由	<p>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。</p> <p>審定理由</p> <p>一、案件緣由及健保署111年10月25日健保○字第0000000000號函內容要旨</p> <p>(一)申請人於111年8月30日填寫「全民健康保險申訴書(承保)」及「同意公開個人資料聲明書」向健保署申訴,略以其原受僱單位為○○○○股份有限公司(以下簡稱○○○○公司),依照勞動基準法第16條規定,其離職日為106年8月9日,該公司未依規定為員工辦理投保云云,復於111年8月31日以電子郵件說明,略以○○○○公司於106年7月10日宣告其被資遣,未依勞動基準法第16條第1項規定,於法定30日之106年8月9日定為契約最末日,亦即退保日與離職日云云,經健保署○○業務組以111年9月7日健保○○○字第0000000000號書函復申請人,略以申請人表示於○○○○公司離職日為106年8月9日,惟該公司辦理申請人106年8月8日退保一節,依行政程序法第131條規定,公法上之請求權時效為5年,爰本案屬106年9月前退保日期之爭議,因5年請求權時效完成而消滅等語。</p> <p>(二)申請人於111年9月14日及15日再次以電子郵件向健保署就預</p>

	<p>告日資料補充說明及提供有關○○○○公司承辦人員法律責任之刑法條文，案經健保署函請○○○○公司檢視申請人之全民健康保險退保(轉出)日期，經○○○○公司於111年10月4日函復健保署後，健保署○○業務組乃以111年10月17日健保○○○字第0000000000號書函復申請人，略以本案經○○○○公司表示申請人離職日期為106年8月8日，同日申報全民健康保險退保(轉出)，與實際離職日期相符。有關申請人與○○○○公司對於離職日期之爭議，係屬勞動基準法規定範疇，建議可洽地方勞工行政主管機關申請認定或法院提起訴訟確認，如認定結果與○○○○公司申報轉出日期不符，請將結果移送該署憑辦更正事宜等語。</p> <p>(三)嗣申請人於111年10月19日復以電子郵件向健保署說明，略以有關○○○○公司違反勞動基準法第16條部分，已申請勞資調解，並於111年9月13日進行云云，案經健保署以111年10月25日健保○字第0000000000號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關申請人所訴事項，該署業分別於111年9月7日健保○○○字第0000000000號書函及111年10月17日健保○○○字第0000000000號書函覆在案。 2. 經電洽○○市政府勞工處表示申請人與○○○○公司勞資爭議調解未成立，另提供臺灣○○地方法院000年度訴字第00號民事判決，經查該判決內容中，申請人自○○○○公司離職生效日為106年8月8日，為兩造不爭執事項之一。 3. 申請人與○○○○公司對於離職日期之爭議，係屬勞動基準法規定範疇，非該署之職掌業務，該署已協助多方查證，惟仍未查得新事證可據以更正申請人於○○○○公司之轉出日，依行政程序法第173條規定，人民陳情案同一事由，經予適當處理並已明確答覆後，而仍一再陳情者，得不予處理。本案該署已適當處理，如無提供具體新事證，將不再回復。 <p>二、申請人不服前開健保署111年10月25日健保○字第0000000000號函，填具「訴願書」向健保署提起訴願，案經健保署以111年11月14日健保○字第0000000000號函移由本部辦理(本部收文日為111年11月15日)並副知申請人，經本部依全民健康保險法第6條規定，以全民健康保險爭議事件受理。</p> <p>三、審定理由</p> <p>(一)按「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：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</p>
--	---

	<p>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。」「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。」為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款所明定。是爭議審議乃全民健康保險之保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人（即健保署）所為之核定，認為損害其權利或利益，請求救濟之方法。又行政機關若僅係就某一事件之真相及處理之經過，通知當事人並未損及其任何權益，乃典型之觀念通知，並未直接對外發生法律效果，自不得作為行政爭訟之標的，有行政法院59年判字第79號判決可資參照。</p> <p>(二) 查本件系爭健保署111年10月25日健保○字第0000000000號函，係健保署就申請人111年10月19日電子郵件說明有關○○○○公司違反勞動基準法第16條部分，已申請勞資調解，並於111年9月13日進行等情事所為之回覆，核其內容乃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得喪變更之具體法律上效果，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。</p> <p>(三) 另申請人申請陳述意見並進行言詞辯論一節，本部業已審酌申請人所提申請審議理由及相關證據，認定系爭函僅係觀念通知，並未對申請人權益發生得喪變更之具體法律上效果，爰所請核無必要。又本件系爭函係觀念通知，審定並無須以其他法律關係是否成立為準據，爰申請人所請暫停審議程序之進行一節，不符全民健康保險爭議事項審議辦法第13條所定停止審議程序之要件，併予敘明。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第18條第1項第6款規定，審定如主文。</p>
--	--

案例四

案情摘要

本件健保署系爭函，僅係健保署再次向申請人說明人體血清蛋白注射劑與血漿注射劑是否屬相同藥品之答覆，並說明行政訴訟判決內容，核其內容乃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得喪變更之具體法律上效果，僅係觀念通知，應不予受理。

衛部爭字第 1123404684 號

審 定	
主 文	申請審議不受理。
理 由	<p>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。</p> <p>審定理由</p> <p>一、案件緣由及健保署 112 年 9 月 22 日健保○字第 0000000000 號函內容要旨</p> <p>(一) 本件申請人於 112 年 9 月 15 日親至健保署陳情並以民眾意見信箱向健保署申訴，略以其已故眷屬(即○○○)至○○○○○醫院住院診療期間，102 年 1 月 4 日符合藥品給付規定第 4 節「Hematological drugs4.2.1 Human Albumin」規定，使用人體血清白蛋白注射液，○○○○○醫院卻使用血漿注射劑。健保署多次引用○○○○○醫院不實內容說明此 2 種健保藥品之成分均含有 Albumin，是相同藥品，提出健保署 104 年 11 月 23 日健保○字第 0000000000 號、衛生福利部食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)111 年 4 月 25 日 FDA 藥字第 0000000000 號函及藥品仿單皆說明此 2 種健保藥品是不同藥品，適應症、成分、品項、製程皆不相同，並提出○○市政府衛生局 104 年 5 月 18 日○市○○○字第 0000000000 號函，已說明○○○○○醫院將人體血清白蛋白注射液與血漿注射劑此 2 項健保藥品說明是相同藥品為錯誤，○○市衛生局已於 104 年 5 月 11 日對○○○○○醫院行政指導，請依據事實回復云云。</p> <p>(二) 案經健保署於 112 年 9 月 22 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請人檢附○○市政府衛生局 104 年 5 月 18 日○市衛醫護字第 0000000000 號函，經查該函文並未否定人體血清蛋白注射劑與血漿注射劑皆屬「albumin 注射劑」，與該署認定並無歧異。 2. 申請人所詢人體血清蛋白注射劑與血漿注射劑是否屬相同藥品乙事，查此二品項之主成分均含有 albumin，皆由人類血漿製備，臨床用途相當，故申報使用時應符合藥品給付規定「第 4 節血液治療藥物 Hematological drugs」之 4.2.1 Human Albumin 規定，業經該署分別於 105 年 1 月 29 日以健保○字第 0000000000 號

	<p>函、108年10月28日以健保○字第0000000000號函、111年3月23日以健保○字第0000000000號函、112年2月14日以健保○字第0000000000號函及112年3月22日以健保○字第0000000000號函復在案。</p> <p>3. 申請人稱臺灣○○地方法院000年度簡字第000號行政訴訟判決認定人體血清蛋白注射劑與血漿注射劑，非屬相同藥品，適應症亦不同，但健保署認定相同等語乙節，查該判決書所載「顯見○○○於101年12月27日至102年1月2日住院期間，並無前開藥品給付規定4.2.1.1.(2)所定肝硬化症、腎病症候群、嚴重燒燙傷、肝移植、蛋白流失性腸症、嚴重肺水腫、大量肝切除之適應症，不符合藥品給付規定，自不得請求○○○○提供Human Albumin藥品。」及「至○○○於102年1月4日發生敗血性休克，符合藥品給付規定4.2.1.『1.(1)休克病人擴充有效循環血液量：II、70歲以上老人，無法忍受太多靜脈輸液』之要件，○○○○於同日申請健保給付A白蛋白，則與規定相符。」，並非如申請人所述法院係認定人體血清蛋白注射劑與血漿注射劑，非屬相同藥品，適應症亦不同，但健保署認定相同等語，併予敘明。</p> <p>4. 綜上，申請人本次向該署反映已故眷屬○○○於○○○○○醫院醫療爭議事由，仍屬同一事由，且所提事證，與該署認定並無歧異，嗣後申請人再度來函內容屬同一事由者，且未有新事證，將依行政程序法第173條第2款之規定，該署將不予處理。</p> <p>二、申請人不服，檢附○○市政府衛生局104年5月18日○市○○○字第0000000000號函、食藥署111年4月25日FDA藥字第0000000000號函影本及藥品仿單，主張健保署112年9月22日健保○字第0000000000號函強詞奪理，包庇○○○○○醫院云云，向本部申請爭議審議，並申請閱覽卷宗。</p> <p>三、審定理由</p> <p>(一) 按「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：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。」「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。」為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款所明定。是爭議審議乃全民健康保險之保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人(即健保署)所為之核定，認為損害其權</p>
--	--

		<p>利或利益，請求救濟之方法。又行政機關若僅係就某一事件之真相及處理之經過，通知當事人並未損及其任何權益，乃典型之觀念通知，並未直接對外發生法律效果，自不得作為行政爭訟之標的，有行政法院 59 年判字第 79 號判決可資參照。</p> <p>(二) 查本件系爭健保署 112 年 9 月 22 日健保○字第 0000000000 號函，僅係健保署再次向申請人說明人體血清蛋白注射劑與血漿注射劑是否屬相同藥品之答覆，並說明臺灣○○地方法院 000 年度簡字第 000 號行政訴訟判決之內容，核其內容乃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得喪變更之具體法律上效果，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。</p> <p>四、申請人向本部申請閱覽卷宗一節，本部業以 112 年 11 月 1 日衛部爭字第 0000000000 號書函通知申請人，申請人並於 112 年 11 月 3 日閱覽健保署可供閱覽之卷宗資料在案，併予敘明。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款規定，審定如主文。</p>
--	--	--

案例五

案情摘要

申請人對於已審定之案件，重行申請審議，應不受理；另申請人向健保署坦承不當申報費用，簽具切結書，自願繳回不當申報費用，健保署函復同意辦理，係健保署與申請人就申請人不當申報之醫療費用達成合致，核其性質屬依行政程序法第 136 條規定所締結之行政和解契約，既非醫療費用案件審查不予給付爭議，亦非違規管制處分爭議，更不屬於全民健康保險法所定其他之爭議事項，申請人對之申請審議，亦應不予受理。

衛部爭字第 1123401907 號

審 定	
主 文	申請審議不受理。
卷 證	健保署業務訪查訪問紀錄、健保署處理涉及違規院所到場陳述意見紀錄、衛生福利部 112 年 5 月 18 日衛部爭字第 0000000000 號爭議審定書、全民健康保險特約醫事服務機構合約、特約機構基本資料作業、簽約確認表、醫事機構醫事人員歷史清單查詢、醫事人員查詢電腦畫面、切結書等相關資料及健保署意見書。
理 由	一、健保署 111 年 12 月 8 日健保○字第 0000000000 號函要旨 ○○○○診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有「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」等違規情事，茲核定自 112 年 1 月 1 日起至 3 月 31 日止停止特約 3 個月，負責醫事人

員○○○即申請人自停止特約之日起3個月內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

二、健保署112年1月10日健保○字第0000000000A號函要旨

○○○○診所自願繳回不當申報之費用計新臺幣(下同)103萬944元，其中69萬9,222元自應領醫療費用中扣抵，其餘33萬1,722元申請自111年12月30日起分6期攤還並按年利率5%計息乙案，同意辦理。

三、本件申請人於112年5月12日(本部收文日)檢附前開健保署111年12月8日健保○字第0000000000號函及112年1月10日健保○字第0000000000A號函影本，主張其於110年間誤用○○○當負責人，○○盜用診所錢財，也詐領健保錢財1~200萬，○○○亂指控○○○○診所於109年間有虛偽申報，也檢舉其本人，致○○○○診所也遭罰款百多萬元，○○醫管組人員不當壓迫，但求公義云云，向本部申請審議，並請求返還○○○○診所申報費用103萬944元及收回○○○○診所(誤植為○○○○診所)停止特約處分。

四、本件經審查卷附前開相關資料，分述如下：

(一)本件○○○○診所係由○○○獨資經營，並為該醫事機構之負責人，於110年2月19日與健保署特約，為特約醫事服務機構，有卷附特約機構基本資料作業電腦畫面、「全民健康保險特約醫事服務機構合約」等影本附卷可稽，該診所雖於110年12月23日歇業，惟獨資型態經營之醫療機構，本身並無獨立人格，該醫療機構之權利義務歸諸於獨資之負責人，爰以○○○為本件申請人，合先敘明。

(二)有關申請人就系爭健保署111年12月8日健保○字第0000000000號函及112年1月10日健保○字第0000000000A號函申請審議，均應不予受理，理由如下：

1. 關於健保署111年12月8日健保○字第0000000000號函部分

查申請人不服健保署111年12月8日健保○字第0000000000號函所為之核定，請求收回○○○○診所停止特約處分，前已於112年3月7日(本部收文日)向本部申請爭議審議，並經本部審定：「申請審議駁回。」，有衛生福利部112年5月18日衛部爭字第0000000000號全民健康保險爭議審定書影本附卷可稽，則申請人對已審定之案件，重行申請審議，自有未合，應不予受理。

2. 關於健保署112年1月10日健保○字第0000000000A號函部分

(1)按「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。(第6條第1項)」、「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。(第6條第2項)」、「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。(第6條第3項)」為全民健康保險法第6條所明定，另

依該條第 3 項授權訂定之全民健康保險爭議事項審議辦法（以下簡稱爭審辦法）第 2 條明定「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：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。（第 2 條第 1 項）」、「保險醫事服務機構對於保險人核定全民健康保險醫療費用案件有爭議時，得依本辦法規定申請醫療費用案件之審議。（第 2 條第 2 項）」、「保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。（第 2 條第 3 項）」。又所爭議之內容倘非第 2 條所定權益案件、醫療費用案件及特約管理案件事項之情形者，應為不受理之審定，審諸爭審辦法第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條規定，其意甚明。是以，保險醫事服務機構對於非屬前開 7 類案件申請爭議審議者，依爭審辦法第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條規定，應為不受理之審定，合先敘明。

- (2) 次按行政程序法第 139 條規定：「行政契約之締結，應以書面為之。」，其主要目的在於保障契約內容的明確及證明功能，不用拘泥於一定的格式或內容，因而從當事人往來文件中可確知雙方已就公法上法律關係的設定、變更或消滅，達成意思表示合致者，即可認已具備書面的要件，而不以單一性文件為必要，此有臺北高等行政法院 108 年訴字第 1259 號判決可資參照。
- (3) 本件經健保署提具意見書陳明，略以本案符合行政程序法第 136 條及第 139 條規定，達成行政和解且締結和解契約等語。
- (4) 依卷附前開相關資料顯示，本件係緣起於健保署接獲檢舉○○○○診所負責醫師○○○即申請人指示未具醫師資格人員○○○為病人看診，卻申報醫療費用，案經健保署立案調查，經申請人於 111 年 8 月 8 日及 10 月 6 日至健保署陳述意見，坦承有不當申報醫療費用計 103 萬 944 元，並於 111 年 10 月 6 日簽署切結書同意繳回，由管控之醫療費用 82 萬 128 元中扣抵，其餘不足金額願意分 6 期繳還，此有健保署處理涉及違規院所到場陳述意見紀錄及切結書影本附卷可稽。健保署乃以系爭 112 年 1 月 10 日健保○字第 0000000000A 號函知申請人，略以○○○○診所自願繳回不當申報之費用計 103 萬 944 元，其中 69 萬 9,222 元自應領醫療費用中扣抵，其餘 33 萬 1,722 元申請自 111 年 12 月 30 日起分 6 期攤還並按年利率 5% 計息一案，同意辦理等語，則本件健保署與申請人就申請人不當申報之醫療費用 103 萬 944 元達成合致，核其性質屬依行政程序法第 136 條規定所締結之行政和解契約，與雙方就辦理全民健康保險醫療服務有關事項所締結之「全民健康保

	<p>險特約醫事服務機構合約」係屬二事，是以，本件既非依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法所定醫療費用案件審查不予給付爭議，亦非依特約及管理辦法所定特約管理案件所為違規管制處分爭議，更不屬於全民健康保險法所定保險對象之資格及投保手續、被保險人投保金額、保險費、滯納金、罰鍰、保險給付、其他保險權益等所生爭議事項，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 5 款、第 6 款、第 23 條、第 25 條規定，審定如主文。</p>
--	--

案例六

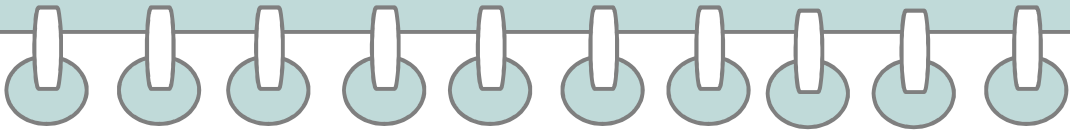
案情摘要

申請人為移工雇主，就健保署開單計收外籍移工保險費不服，申請審議後，經健保署重新核定，依申請人所請受理外籍勞工退保，及退還保險費，並函知申請人，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理。

衛部爭字第 1123404951 號

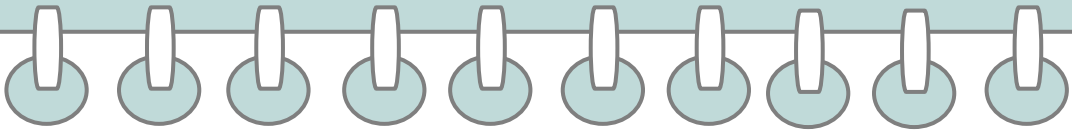
審 定	
主 文	申請審議不受理。
理 由	依據 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款 「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」
	卷證 健保署 112 年 11 月 9 日健保○字第 0000000000 號函副本。
	審定理由 一、健保署 112 年 9 月 27 日列印核發之保險費及滯納金欠費繳款單內容[繳款人：○○○(移工雇主)] (一) 計收 112 年 3 月至 6 月保險費計新臺幣(下同)6,780 元。 (二) 加徵 111 年 7 月至 8 月、11 月至 12 月及 112 年 1 月至 2 月保險費滯納金計 1,088 元。 (三) 共計 7,868 元。 二、申請人不服，主張其聘僱之外籍移工○○○○○○因被照顧者 112 年 4 月 13 日死亡，聘僱關係終止，且勞動部 112 年 5 月 2 日勞動發事字第 0000000000 號聘僱許可也於當日廢止，雇主也於規定期限內完成轉出手續，勞保費及勞動安定基金也計算至被照顧者死亡當日，但日前收到健保費繳款單，112 年 4 月、5 月、6 月皆依然收取健保費，不合理等語，就 112 年 4 月至 6 月保險費部分向本部申請爭議審議。 三、健保署重新核定

	<p>申請人於 112 年 10 月 24 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，受理○○○○○○○自 112 年 4 月 13 日退保轉出，申請人已繳納 112 年 4 月至 6 月健保費 5,085 元(1,695 元×3 個月)沖抵 112 年 3 月滯納金 214 元後，餘 4,871 元以匯入金融機構帳戶方式退還，並於 112 年 11 月 9 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人在案。</p> <p>四、綜上，本件業經健保署依申請人所請受理○○○○○○○退保，並退還系爭 112 年 4 月至 6 月保險費，則申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款規定，審定如主文。</p>
--	---



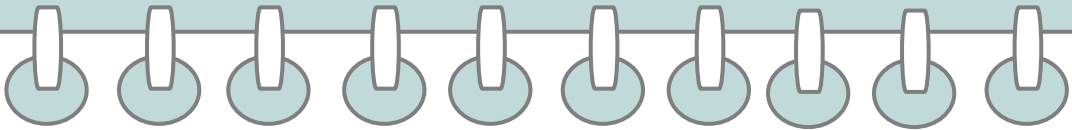
NOTE

A series of horizontal dashed lines for writing, spaced evenly down the page.



NOTE

A series of horizontal dashed lines for writing, consisting of 20 lines spaced evenly down the page.



NOTE

A series of horizontal dashed lines for writing, consisting of 20 lines spaced evenly down the page.

全民健康保險爭議審議統計與案例彙編（十二）

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統計與案例彙編. 十二/
衛生福利部全民健康保險爭議審議會編著. --
臺北市：衛生福利部，民 113. 12
272 面；21x29.7 公分
ISBN 978-626-7461-65-5(平裝)

1. CST:全民健康保險 2. CST:保險法規

412.56

113015963

編著者：衛生福利部全民健康保險爭議審議會

發行人：邱泰源

總編輯：張玉霞

編輯：楊樹梅、呂秀樺、林嘉慧、黃麗貞、郭盈珮、許博智、張欣湄、
謝孟珊、薛紫鳳

出版機關：衛生福利部

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電話：(02)8590-7222

網址：<https://www.mohw.gov.tw>

印刷者：麥克馬林有限公司

地址：241003 新北市三重區大同南路 146 巷 59 號

電話：(02)8287-5310

出版年月：中華民國 113 年 12 月

定價：新臺幣 550 元整

出版品類別：圖書

ISBN：978-626-7461-65-5(平裝)

GPN：1011301406