

# 「醫療法人因多項重大 違法過失遭取消保險醫療機關 及保險醫師資格」事例

A Medical Foundation and Its Doctor in Charge  
Were Disqualified as a Contracted Health  
Insurance Institution and a Health Insurance  
Doctor Due to Multiple Illegal Practices

黃浥昕 Yi-Hsin Huang 編譯

平成15（行ウ）16行政處分取消請求事件  
平成18年3月29日那霸地方裁判所棄卻



## 摘要

原告醫療法人A與其所開設診所K之院長B，起訴被告沖繩社會保險事務局C，主張其作成取消健康保險資格之處分應屬違法。經查原告本有浮報診療費用、未交付處方箋予病人、不實登載病歷等詐領健保情事，然原告認為取消資格處分前未踐行充分行政程序，無異強迫承認相關事實。惟判決認為被告實際上已對原告先後為行政指導、調查與聽證，且過程中原告亦未有合理說明。因此被告依健康保險法第80條判斷原告有

關鍵詞：不實申報 (false declaration)、行政裁量權 (administrative discretion)、健康保險 (health insurance)、醫藥分業 (the separation of dispensing practice from medicine practice, SPMP)

DOI：10.3966/241553062017060008007

顯著不正當情事，並為取消健保資格之處分，核無不法。原告敗訴。

The plaintiffs, the medical foundation A (which operated the clinic K) and doctor B (the director of clinic K), sued the defendant C (Okinawa Social Insurance Bureau) and claimed that the decision of their disqualification as contracted health insurance providers should be illegal. According to investigations, the plaintiff overstated the medical expenses, didn't give patients their prescriptions, and made untruthful medical records to swindle money from health insurance. But the plaintiffs thought that the administrative procedures were not fully implemented before the penalty of disqualification, and that they were compelled to admit the truth. However, the court ruled that the defendant had given administrative guidance, carried out investigations and conducted hearings, but during these processes the plaintiffs still failed to give reasonable explanations for themselves. Therefore, it was legitimate for the defendant to determine the plaintiff has a significant misconduct and disqualified them as insurance providers according to health insurance law 80. The plaintiffs lost.

---

## 壹、事實概要

### 一、事件概要

本事件之原告A係一醫療法人，原告B係該醫療法人所開立之K診所的院長，並同時擔任醫師工作，因對部分再診患者在未看診的情況下就進行物理治療，卻向健康保險（以下簡稱健保）申報再診費、以低報高的方式申請診療費用、誘導患者至特定保險藥局拿藥、以傳真方式請L藥局送藥至診所、未交付處方籤給患者、對職員及家屬等免除健保部分負擔、病歷

記載不詳實等行為，在多次接受被告C沖繩社會保險事務局之行政指導後，卻未有明顯立即之改善，因而遭被告C以「屢次進行不正當的診療及診療報酬申報」的重大過失為由，執行「取消原告A醫療法人保險醫療機關資格及原告B保險醫師資格」之行政處分。原告A、B對該處分不服，主張被告C所為之行政處分有程序上之瑕疵，從而提出取消本件行政處分之要求。

原告B於平成3（1991）年設立J整形外科，自平成11（1999）年11月將其改名為K診所，屬政府指定之保險醫療機關。在更名前之J整形外科時期，原告於平成11年7月即曾接受過行政個別指導，當時被指出以下缺失：（一）病歷記載不夠詳實，診療終了之年月日常有疏漏，且病狀經過的記載貧乏；（二）關於特定疾患療養指導之費用的算定內容記載不夠具體；（三）收費部分無論是患者部分負擔或特定療養費，皆須依法收取，避免產生混合診療的疑慮；（四）物理治療開始和結束時間的記載及治療計畫皆不詳實；（五）對於職員及家屬或原告B的熟人，皆須按規定收取健保部分負擔費用。以上各項缺失在之後的指導事項改善報告書中，原告B皆表示有依照指導內容改善，但關於對於職員及家屬或原告B的熟人不得免除健保部分負擔費用的部分，原告在和稅務會計師討論後，採取在治療結束當下收取部分負擔費用，但後可憑「領受書」向法院領回同額費用的方式規避；且除了職員及家屬，連原告B的熟人等也憑「領受書」享有免部分負擔的優惠。在平成14（2002）年4月間，被告C接到匿名電話，表示L藥局職員具有將印有藥局名稱的藥袋直接送至K診所候診室患者之違法行為。基於上述情報，被告C收集了K診所的診療報酬明細書，並對K診所37名患者（其中老人保健對象共27名、醫療保險對象共10名）以家訪進行關於領藥方式的調查。結果發現27名老人中，有18名接受K診所的批價櫃檯人員指示，直

接在該批價檯領藥，或直接向拿藥袋來K診所的L藥局職員領藥，其餘的9名老人則被指示至L藥局領藥；共14名老人表示並未實際拿到K診所的處方籤。根據上述調查結果，被告懷疑K診所是否有誘導患者至特定藥局之情事，並對處方籤的處置有疑慮，因此發文告知K診所將於同年10月31日實施「個別指導」。但個別指導當日，因原告B對領藥方式的陳述及領藥患者的人數和被告所掌握的事實不符，同日個別指導中斷。為了確認上述疑慮，被告C於11月5日再度發文提出基於健保法第78條的照會要求，要求原告B提供同年8月以前在K診所內拿藥的患者名單；但在原告B提供的20名患者名單中，只有3名與被告C所掌握的實際名單相符，因此被告C再度向原告B提出補足資料的請求；後來原告B所補足的11名患者名單，仍未與被告C掌握的實際名單相符。

又被告C在對K診所進行的調查過程中，發現該院在「皮膚或皮下腫瘤摘除術」項目的診療報酬申請中，就麻醉劑的使用量極少、術後回診拔線的費用申請亦少，懷疑該項目申報的合理性，又發現該院從平成13（2001）年8月到平成14年7月的1年間，關於「疣燒灼法及冷凍凝固法」的報酬申請連一例都沒有，全部都為點數報酬較高的「皮膚或皮下腫瘤摘除術」，更加深對該項申報的疑慮，因此對在該院接受皮膚腫瘤手術的25名患者進行調查。調查結果發現其中18位患者並沒有切除、縫合的手術痕跡，患者本身也表示沒有接受切除及縫合的過程。承上述事實，被告C通知原告B在平成15（2003）年1月9日再度進行個別指導，但當日由Q管理官進行的指導過程中，原告B對於在K診所內拿藥的患者名單不一致的事實無法作出明確且合理的說明，加上就前述診療報酬明細產生的疑慮，因此Q管理官當下即認定原告在診療內容及診療報酬的申請上有顯著「不正當」的情事，隨即依厚生勞動省保險局長通知之「有關保險醫療機關與保險醫生等之指導與監察一部