

審 定

主 文 申請審議駁回。

事 實

一、案件緣由及健保署文件要旨

(一) 健保署 114 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)部分

1. 申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有未提供保險對象針灸處置卻申報針灸處置費用情事

(1) 受訪保險對象計有○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 15 位。

(2) 上開○○○等 15 位保險對象接受健保署訪問時表示，渠等至申請人診所就醫，都只有把脈及推拿，沒有針灸(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○)，或只有部分就醫有針灸[○○○及○○○(第 1 次就醫有針灸)、○○○及○○○(前 2、3 次就醫有針灸)、○○○(前 4、5 次就醫有針灸)、○○○(只有 1、2 次就醫有針灸)、○○○(每週針灸 1 次)、○○○及○○○(只有一半就醫有針灸)、○○○(只有 1、2 次沒針灸，原核定附表誤植為一半次數有針灸)]，惟申請人診所卻申報渠等保險對象 113 年 1 月至 114 年 2 月期間多筆針灸處置費用計 5 萬 960 點(含以執業醫師○○○、○○○名義各申報 1 萬 9,907 點、1,816 點，另以支援醫師○○○、○○○、○○○、○○○名義各申報 1 萬 2,031 點、1,816 點、1,816 點、227 點)。

2. 依全民健康保險法第 81 條第 1 項、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特約及管理辦法)第 39 條第 4 款、特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款等規定，處申請人診所自 114 年 12 月 1 日至 115 年 2 月 28 日停止特約 3 個月，申請人診所負責醫師○○○於停約期間，及負有行為責任醫師○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○自 114 年 12 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

(二) 健保署 114 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000A 號函

1. 緣申請人於 114 年 7 月 28 日及 9 月 1 日簽具切結書，切結自願繳回自 109 年 5 月 1 日至 114 年 4 月 30 日止不當申報之醫療費用共計 700 萬點(1 點以 1 元計算)。

2. 案經健保署以 114 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000A 號函復，略以：

(1) 申請人診所坦承有未執行針灸處置，卻不當申報一般針灸醫療費用，自願繳回不當申報 700 萬點(以 1 點 1 元計)醫療費用一案，同意辦理。

(2)申請人診所辦理本保險醫療業務，除該署訪視查獲之事證外，另自願繳回自 109 年 5 月 1 日至 114 年 4 月 30 日期間未執行針灸處置，卻不當申報一般針灸醫療費用共計 700 萬點，並同意自 114 年 10 月起從該署應支付之醫療費用中分 23 期扣抵(首期扣抵 40 萬元，第 2 期至 23 期每期扣抵 30 萬元至扣完為止)。倘於扣抵前或扣抵期間有停業、歇業、廢止許可、停止特約、終止特約或主體消滅等情事，致無待支付之醫療費用可資扣抵者，請以現金一次繳付尚未扣抵之款項。倘後續產生其他待補付該診所之費用，該署將用以扣抵尚未償還之金額。

(3)本件並不免除已經查獲部分之行政處分。

(三)健保署 114 年 10 月 30 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)部分申請人就健保署 114 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)不服，申請複核，經健保署重行審核，因違規事證具體明確，維持原核定。

二、申請人不服，就健保署 114 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)及 114 年 10 月 30 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)所為停止特約 3 個月之核定不服，向本部申請審議，申請理由要旨如下：

(一)原核定及切結書所認定其診所不當申報之醫療費用，二者差額竟達百倍之多，健保署顯然未盡調查義務，亦違反有利不利一律注意原則

1. 經查，原核定所列之違規附表中即有多位就醫民眾自承係因不喜歡針灸，惟申請人認其應接受與針灸類似或相同效果之診療，遂只能申報針灸處置費用，而非刻意虛報；何況，健保署既於停約初核函說明二中自承經調查結果，其診所虛報醫療費用為 5 萬 960 點，為何又先提供切結書，並要求其診所負責人簽署自願繳納 700 萬點之醫療費用？

2. 何況，若以年度作為計算單位，依原核定所列之違規附表可知，經健保署訪查保險對象而統計之申請人疑涉違規情形，自 113 年 1 月起至 114 年 1 月之一年間疑似虛報 5 萬 960 點；然於健保署要求其診所簽署之切結書卻記載申請人於 109 年起至 114 年五年間虛報高達 700 萬點(換算每年約虛報 140 萬點)，二者之落差甚鉅，顯不合理。

3. 簡言之，無論健保署於切結書或原處分，皆未盡職權調查事實之義務即貿然要求其診所簽署切結書。其診所為免遭一次性追償，於事實尚未釐清下無奈僅能先行同意。今健保署竟又以原核定為停止特約之依據，導致，其診所恐因切結書記載「本院所如於扣抵前或扣抵期間有停業、歇業、廢止許可、停止特約、終止特約或主體消滅等情事，致無待支付之醫療費用可資扣抵者，則以現金一次繳付尚未扣抵之款項」等語而遭一次性追償 700 萬元(何況，原處分僅載有 5 萬 960 點，究竟有無高達 700 萬元，健保署亦未親自釐清)。健保署先是未經查明即稱其診所不當申請之醫療費用高達 700 餘萬元，再以分期抵扣方式誘使其診所負責人簽署切結書，嗣竟再引用相同事由，以原核

定為依據停止與其診所之特約，導致其診所違反切結書，此等行為顯與誠信原則、有利不利一律注意及職權調查原則有違。

(二) 健保署要求簽立切結書與原核定最終認定之事實落差百倍，認事用法顯有明顯瑕疵

健保署作成原核定時，就其診所虛報部分只查得 5 萬 960 點，因其診所前已依健保署之指示簽立切結書，因不諳相關法律，為避免遭一次性追償，陷入自承積欠 700 萬元之醫療費用之窘境；若健保署要求其負責人簽署切結書時，即已盡調查義務，確認僅虛報 5 萬 960 點，又何需詐欺人民簽署高達 700 萬點並自願繳回之切結書？足證健保署要求其診所簽署切結書時顯有未盡調查義務之重大瑕疵，健保署對於本件之事實認定、作成原核定皆僅憑臆測、無證據之推論，程序存有明顯重大之瑕疵，方做出前後相差高達百倍之矛盾認定。

(三) 健保署所列違規附表之情形，不僅部分與其診所所聘中醫師訪問所述不符，且健保署所訪問之保險對象皆由中醫師全程親自診治，其診所並無刻意虛報醫療費用之行為

1. 揆諸最高行政法院 111 年度上字第 625 號行政判決意旨「又特管辦法(按：即特約及管理辦法)第 39 條前段第 4 款為同條前 3 款例示規範之概括補遺條款，該款所稱「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」，自須於醫療費用之申報上，特約機構具有相當於前 3 款所例示，足以影響對其誠實履行申報義務之信賴，或有危害於保險對象健康之不當或虛偽情事，始足當之。若特約機構於醫療費用申報業務上之疏誤，依其情節，無礙於對其誠實履行申報義務之信賴，也無危害於保險對象健康之情事，即無以停約或停權等不利處分以資警惕或督促特約機構改正之必要，自難該當於特管辦法第 39 條前段第 4 款所稱不當或虛偽之違反義務情事，尚無從依該條款、同法第 47 條或系爭健保特約第 20 條等規定，處以停約或停權等處分。」，易言之，特約機構是否屬特約及管理辦法第 39 條第 4 款所稱「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述」之手段申報醫療費用，自應以類如同條第 1 款「以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。」第 2 款「以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。」及第 3 款「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」等蓄意破壞保險人對特約機構誠實履約之信賴，或有損於保險對象健康之行為，方該當特約及管理辦法第 39 條第 4 款；若僅屬單純業務上疏誤，則尚難以「虛報」醫療費用相繩。

2. 經查健保署原核定所列之違規附表，皆以申請人未實際執行針灸處置，卻申報健保針灸費用為由，認定申請人係以不正當行為或以虛偽證明、報告或陳述虛報健保費用。惟查其診所所聘中醫師之陳述均稱有為病人針灸，

可知是否未實際執行針灸處置而申報健保費用，仍有疑義而待查明。健保署卻均忽略此等對其診所有利之陳述，逕為不利之推定：

- (1)查健保署所做業務訪查訪問紀錄，健保署訪問其診所所聘○○○醫師針對抽訪保險對象○○○自述無實際針灸意見，○○○醫師表示「我病歷上有登載針灸處置我一定有幫病人針灸，我不清楚病人為何會說沒有針灸。」，惟違規附表之虛報○○○針灸費用部分，登載「113/08/09 費用 227 醫師○○○」。
 - (2)又如訪問○○○醫師針對抽訪保險對象○○○自述有針灸過 2 次之意見，○○○醫師亦表示「我會盡量幫病人針灸，所以病人說的那 2 次針灸應是本人針灸。」，惟違規附表卻記載多筆○○○醫師虛報○○○針灸費用。
- (四)其診所對保險對象之醫療自主權有絕對之尊重，參違規附表之抽訪保險對象自述可知，部分病患或因體質問題(如懼針、暈針、糖尿病等)、扭挫傷患者或經長期針灸後未達預期效果，而拒絕針灸(如違規附表編號 8-○○○、編號 10-○○○)。若病患拒絕針灸，其診所即會選擇如由醫師親自推拿、貼藥膏等療程替病患進行診治，可知違規附表所列之抽訪保險對象，皆經其診所所聘中醫師親自診治、安排療程，並無如特約及管理辦法第 39 條第 1 款「以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。」、第 2 款「以提供保險對象非治療需要之藥品、營養或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。」及第 3 款「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」之行為，依據前開最高行政法院 111 年度上字第 625 號行政判決意旨，其診所自難該當於特約及管理辦法第 39 條前段第 4 款所稱不當或虛偽之違反義務情事。
- (五)綜上，健保署除於作成原核定之程序存有明顯違反誠信原則、未盡職權調查義務瑕疵外，其診所亦無特約及管理辦法第 39 條第 4 款之不當或虛偽申報醫療費用之情事。

三、健保署提具意見要旨

- (一)該署就訪查發現之疑點，均請申請人充分說明並提供相關病歷資料佐證，該署除參酌受訪保險對象陳述之紀錄外，並就病歷、診所申報之保險對象門診就醫紀錄明細表及醫師說明等各項相關資料送經中醫醫藥專家進行專業審查，再綜合研判後予以認定違規事實，已對申請人有利及不利事項，一律注意，並未違反行政程序法之相關規定。
- (二)依全民健康保險法第 80 條第 1 項規定：「主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。」，

足見健保署因業務需要，本具有對於保險對象訪查之權限，保險對象亦有應答及據實陳述之義務，相關證據取得依法有據，此有臺北高等行政法院 100 年度訴字第 2 號判決意旨可資參照。

- (三) 保險對象○○○等 15 人均證稱至申請人診所就醫期間，醫師未執行針灸或做其他處置，即由未具中醫師資格之推拿人員執行傷科推拿，且申請人診所負責醫師○○○於 114 年 5 月 8 日接受該署訪談時，曾稱：「病人說沒有針灸，我就不會幫病人針灸或做其他處置，直接讓病患去推拿區給推拿人員推拿」，保險對象及申請人皆表示就醫期間拒絕針灸，醫師即未執行針灸或做其他任何處置，是由非中醫師身分之推拿人員執行推拿處置，非申請人事後主張病患有接受與針灸類似或相同效果之診療(由醫師親自推拿、貼藥膏等療程)，且健保給付之傷科處置亦需由中醫師親自為之，若非由中醫師親自執行傷科處置，則健保不給付費用。申請人診所明知未幫病患執行針灸等醫療處置卻逕自於病歷登載針灸、穴位等項目並申報針灸費用，該署經綜整受訪保險對象與申請人負責醫師、行為責任醫師之說詞、調閱之相關病歷及申報資料，據現有事證依經驗、論理法則予以研判申請人診所虛報醫療費用計 5 萬 960 點，並無違反行政程序相關規定。
- (四) 另本案隨機抽訪 20 名保險對象，申請人診所即有虛報 15 名保險對象醫療費用之情事，顯見違規事證查獲率高，此等違規情事並非偶發或申報疏誤所致，再者，該署囿於查核之人力、物力有限，僅係抽訪，並非全面性查核，申請人診所實際違規申報費用應大於該署所認定之違規虛報費用，該署為全民健康保險之保險人，為使有限之健保資源做最合理之運用，已盡力查察虛報案件。經該署分析申請人診所 109 年 5 月至 114 年 4 月期間，申報保險對象一般針灸費用，僅短短 5 年即申報高達 4 萬 7,342 件、2,315 萬 2,261 點，如以本案查獲違規事證比率 46.39%(違規件數 225 件/申報件數 485 件)，金額高達 1,074 萬 740 點，申請人所言非刻意虛報、單純業務上之疏誤云云，實非可採。
- (五) 申請人診所負責醫師○○○及實際經營者○○○於 114 年 5 月 8 日分別接受該署訪談時明確表明願意自清協商繳回依行政程序法第 131 條公法上請求權之 5 年不當申報之醫療費用，切結書乃申請人分別於 114 年 7 月 28 日及 114 年 9 月 1 日與該署自清協商，經雙方合意下簽署自清切結書，並同意繳還申請人診所除該署查獲事證外之 5 年未針灸卻不當申報針灸費用共計 700 萬元，前述 2 日協談會議皆已明確告知申請人「本件並不免除已經查獲部分之行政處分」等語，該署以 114 年 9 月 15 日健保○字第 0000000000A 號函知申請人在案，協談會議紀錄及切結書係申請人於自由意識下逐一確認內容後親自簽立及蓋章，屬合意決定，絕非有遭該署強迫之情事。另申請人診所於該署疑義訪查「後」方才表示自清意願，已不符合特約及管理辦法第

46 條之法定要件，爰已訪查查獲虛報違規部分仍應依法處分，然申請人診所自願返還一定金額，以換取該署就已自清部分不再進行訪查之機制，在定性上為「行政和解契約」之一種，而非行政處分。是故，該署就申請人診所查獲之虛報費用依全民健康保險法第 81 條、特約及管理辦法第 39 條第 4 款以予停約 3 個月等核處，二者屬性不同，一為行政和解契約，另一為行政處分，該署所為並無行政瑕疵。

- (六) 有關申請人診所以○○○醫師於 114 年 5 月 1 日接受該署訪談時稱「我病歷有登載針灸處置我一定有幫病人針灸」等語，及○○○醫師 114 年 4 月 16 日接受該署訪談時稱「我會盡量幫病人針灸，所以病人說的那 2 次針灸應是本人針灸」等語，認定該署忽略對申請人有利之陳述，該署回應意見如下：
1. 保險對象○○○明確證稱至申請人診所就醫期間僅有前 2 至 3 次有針灸，因針灸反造成痠麻疼痛，其餘就醫日期醫師沒有針灸及做其他處置，只有給推拿人員(稱主任)推拿，非由醫師執行傷科推拿，查○○○113 年 7 月 16 日至 113 年 9 月 20 日期間至申請人診所就醫共計 30 次，113 年 8 月 9 日由○○○醫師看診日期係為就醫期間第 11 次就醫，非○○○所述有針灸之就醫日，且該署就該病歷經專業審查意見，略以「病歷記(誤植為紀)載 8/9 過於簡略，另針灸位於前一次 8/7 相同等」，另查○○○113 年 8 月 9 日病歷所載針灸處置部位有「腰陽關」及「腰眼」2 處，該穴位係位於人體背部後腰及腰側部位，針灸時除應先向病患溝通說明外，尚需病患配合可施針姿勢並移除所遮衣物，方可施針，是以病患定可明確知曉有無接受針灸處置，本案○○○受訪時即主動稱就醫前 2 至 3 次有針灸，其餘就醫日期未針灸，表示○○○明確知悉就醫過程醫師有無執行針灸處置。
 2. 另因保險對象○○○證稱就醫期間僅給 60 多歲男醫師針灸過 2 次，其餘就醫日期皆未針灸，○○○醫師 114 年 4 月 16 日接受該署訪談時曾稱「我會盡量幫病人針灸，所以病人說的那 2 次針灸應是本人針灸，但我沒辦法分辨是哪 2 次有幫病人針灸，有時因為病人堅持不要針灸，所以我就沒幫病人針灸，因為針灸療程中沒辦法改其他處置，就算沒有幫病人針灸我還是會在資冊看診系統登載針灸處置並由診所申報費用，實際上我沒有每次都幫病人針灸」，爰該署擇以○○○醫師名義申報之前 2 日(113 年 3 月 25 日及 113 年 4 月 11 日)視為有針灸處置，本案已排除前開 2 日，其餘日期才以虛報認列。
 3. 該署綜整受訪保險對象與負責醫師、行為責任醫師說詞等資料，據相關事證依經驗、論理法則予以研判後認定違規事實，非申請人診所述有忽略對申請人有利證據，逕對申請人為不利推定之情事。

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 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款。
- (四) 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

業務訪查訪問紀錄、○○中醫診所協談會議結果、訪查報告、查處表、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、病歷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，本件係民眾向健保署反映其 113 年 10 月間至申請人診所就醫，當日僅有把脈，惟查閱健康存摺發現申請人診所有申報其一般針灸紀錄之情事，案經健保署立案調查，於 114 年 2 月 11 日至 5 月 8 日期間派員訪查○○○等多位保險對象及申請人診所負責醫師○○○，以及執業或支援醫師○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○後，認定渠等保險對象至申請人診所就醫，於系爭申報針灸日期並未接受針灸處置，惟申請人卻有申報渠等保險對象「一般針灸」處置費計 5 萬 960 點之違規情事，除經健保署原核定、複核核定及意見書論明者外，並有經保險對象本人、申請人診所負責醫師○○○，及執業或支援醫師○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等人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、病歷等影本附卷可稽。
- (二) 申請人主張 1. 健保署要求簽立切結書與原核定最終認定之事實落差百倍，認事用法顯有明顯瑕疵；2. 其診所所聘中醫師受訪之陳述均稱有為保險對象針灸(如○○○醫師針對保險對象○○○受訪內容，及○○○醫師針對保險對象○○○受訪內容)；3. 其診所對保險對象之醫療自主權有絕對之尊重，若病患拒絕針灸，其診所即會選擇如由醫師親自推拿、貼藥膏等療程替病患進行診治，抽訪保險對象皆經其診所所聘中醫師親自診治、安排療程，並無特約及管理辦法第 39 條第 1 款「以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。」、第 2 款「以提供保險對象非治療需要之藥品、營養或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。」及第 3 款「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」之行為，自難該當於特約及管理辦法第 39 條前段第 4 款所稱不當或虛偽之違反義務情事云云，除經健保署原核定、複核核定及提具意見論明如前所述外，復經本部審查卷附相關資料，亦認為所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 健保署依據業務訪查訪問紀錄等資料，認定本件違規事實，核無不妥查○○○、○○○、○○○、○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 15 位保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示渠等 113 年 1 月至 12 月期間申請人診所申報渠等之醫療費用明細表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、至申請人診所就醫原因、診療過程等情形，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. 健保署認定申請人有虛報「一般針灸」處置費計 5 萬 960 點之違規情事，核屬有據，與其診所簽署切結書自願繳納 700 萬點醫療費用，核屬二事
 - (1)依卷附○○○等 15 位保險對象訪查訪問紀錄顯示，渠等保險對象於第一時間接受健保署訪問時，明確證稱如下，健保署認定申請人有虛報「一般針灸」處置費計 5 萬 960 點，核屬有據：
 - ①○○○114 年 3 月 7 日受訪時陳稱「我掛號後會進診間給醫師看診，醫師會幫我把脈、問我要不要針灸，但因為我主要是要到○○中醫診所給代號 E 的男性推拿人員推拿，所以我在○○中醫診所就醫都只有給推拿人員推拿，醫師沒有幫我針灸或做其他處置，我 113 年 1 月至 114 年 2 月到○○中醫診所就醫，都是給上述 2 位男醫師看診，每次醫師都只有把脈，沒有幫我針灸及做其他處置，然後就到診間旁的推拿區給代號 E 的推拿人員推拿。」(健保署認定虛報○○○113 年 1 月 1 日至 114 年 1 月 16 日期間計 54 筆針灸處置費用計 1 萬 2,189 點)
 - ②○○○114 年 3 月 7 日受訪時陳稱「我掛號後進診間給醫師看診，醫師有幫我把脈，並問我要不要針灸，因為我主要是要去○○中醫診所給代號 E 的推拿人員推拿，所以我跟醫師說不要針灸，醫師就沒有幫我針灸及做其他處置，我就到診所內的推拿區給代號 E 的推拿人員推拿。」(健保署認定虛報○○○113 年 1 月 11 日至 12 月 24 日期間計 31 筆針灸處置費用計 7,037 點)
 - ③○○○114 年 2 月 19 日受訪時陳稱「上述期間(註：113 年 1 月至 12 月)我每次到○○中醫診所看診時都有跟醫師說我不要針灸，所以每一次就醫醫師都沒有幫我針灸，都只有到診間隔壁給男性推拿人員推拿，不是醫師幫我推拿。」(健保署認定虛報○○○113 年 8 月 4 日至 11 月 24 日期

間計 4 筆針灸處置費用計 908 點)

- ④○○114 年 2 月 13 日受訪時陳稱「我 113/10/27 到○○中醫診所就醫，醫師只有幫我把脈及由推拿人員幫我推拿，醫師沒有幫我針灸及開藥。」(健保署認定虛報○○113 年 10 月 27 日針灸處置費用 204 點)
- ⑤○○○114 年 2 月 19 日受訪時陳稱「我 113 年去○○中醫診所 2 次，…只有第一次就醫醫師有幫我針灸，第二次只有推拿人員幫我推拿，醫師沒有幫我針灸及做其他治療。」(健保署認定虛報○○○113 年 10 月 8 日針灸處置費用 227 點)
- ⑥○○○114 年 2 月 17 日受訪時陳稱「我 113 年 2 次在○○中醫診所就醫都給一位老老的，滿頭白髮約 60-80 歲的男醫師看診，我不知道醫師的姓名，第一次進診間醫師有問診、把脈及幫我在脖子及手部針灸，針灸後到診間隔壁推拿，…第 2 次到○○中醫診所就醫時，我記得只有跟醫師說我的症狀，不記得有沒有把脈，但這次醫師沒有幫我針灸，只有到診間隔壁給一位專門推拿的男性人員幫我熱敷及推拿，不是醫師幫我推拿。」(健保署認定虛報○○○113 年 5 月 5 日針灸處置費用 227 點)
- ⑦○○○114 年 3 月 5 日受訪時陳稱「上述期間(註：113 年 1 月至 12 月)我在○○中醫診所就醫只有剛開始去的 2-3 次有給醫師針灸，都是一位年紀較大的醫師幫我針灸，因為針灸造成我感到酸麻疼痛不適，所以我只有針灸 2-3 次後就都沒有給醫師針灸，只有給推拿人員(主任)推拿，…只有 113 年 7 月就醫前 2-3 次醫師有幫我針灸，其餘就醫次數醫師沒有幫我針灸及做其他處置。」(健保署認定虛報○○○113 年 7 月 22 日至 9 月 20 日期間計 27 筆針灸處置費用計 6,129 點，已排除 113 年 7 月 16 日、18 日及 20 日 3 筆針灸處置費用)
- ⑧○○○114 年 3 月 14 日受訪時陳稱「113 年時因為跌倒摔傷造成腰部受傷到○○中診所就醫，…掛號後進診間給醫師看診，醫師有問診，問我要不要針灸，因為我會怕針灸，所以 113 年至 114 年 1 月期間在○○中醫診所就醫，我記得只有就醫剛開始的前 2-3 次有給醫師針灸，但我不記得哪一個醫師幫我針灸，除了就醫開始的前 2-3 次有針灸，餘次數因為我怕針灸，所以醫師沒幫我針灸及做其他處置。」(健保署認定虛報○○○113 年 7 月 30 日至 114 年 1 月 22 日期間計 22 筆針灸處置費用計 4,994 點，已排除 113 年 7 月 22 日、23 日及 26 日 3 筆針灸處置費用)
- ⑨○○○114 年 3 月 11 日受訪時陳稱「我記得上述期間(註：113 年 1 月至 12 月)我在○○中醫診所就醫前期 4-5 次有給醫師針灸，…○○中醫診所就醫期間除了剛開始的 4-5 次有針灸，之後的就醫次數及至 114 年 2 月 25 日(經檢視我手機行事曆最近一次就醫日期是 114/2/25)，都是給醫師看診後，我跟醫師說不用針灸，所以醫師就沒有幫我針灸及做其他處置。」

(健保署認定虛報○○○113年8月18日至114年2月25日期間計10筆針灸處置費用計2,270點，已排除113年5月8日、19日、22日、28日及6月7日5筆針灸處置費用)

①○○○114年3月12日受訪時陳稱「因為我不喜歡針灸，所以上述期間(註：113年1月至12月)我給醫師看診，只有其中那位60多歲男性醫師有幫我針灸過2次，但我不記得實際針灸的時間，期間還有另一位40多歲男醫師有幫我做過2次小針刀，自費1次1,200元，因為我主要是要給診所內的推拿人員推拿，所以上述就醫期間我只有給上開60多歲男醫師針灸過2次，自費小針刀2次，其他就醫次數醫師都沒有幫我針灸或做其他處置。」(健保署認定虛報○○○113年1月20日至12月19日期間計26筆針灸處置費用計5,902點，已排除113年3月25日及4月11日以○○○醫師名義申報之針灸處置費用)

①○○○114年2月18日受訪時陳稱「○醫師會幫我把脈及開中藥給我，…每次○醫師只有幫我把脈及開藥給我，沒有幫我針灸，○醫師幫我把脈後，我會到診間隔壁推拿區給一位代號C的男性推拿人員幫我熱敷及推拿。」(健保署認定以○○○醫師名義虛報○○○113年10月30日至12月26日期間計7筆針灸處置費用計1,589點)

②○○○114年3月7日受訪時陳稱「醫師問診、看傷口、把脈、有時我因為工作造成手臂酸痛，醫師才會幫我在手臂針灸，我每次去○○中醫診所都是給男性推拿人員推拿，沒有每次都給醫師針灸，我記得有給女醫師針灸過1次，其他男醫師也有針灸過，上述期間(註：113年1月至12月)我到○○中醫診所就醫每次都是給醫師看診後到診間後方推拿區給推拿人員推拿，我沒有每次都給醫師針灸，我記得我每天都有去就醫，醫師只有每週幫我針灸一次，但我不記得實際針灸時間，其他次數都只有給推拿人員推拿，醫師沒有幫我針灸及做其他處置，…上述期間我每次去○○中醫診所都是掛號及收150-200元費用，每次就醫都是給推拿人員推拿，醫師只有一週幫我針灸一次，沒有每次都幫我針灸及做其他處置，我在○○中醫診所沒有做過中醫針灸的6次療程。」(申請人診所申報○○○113年7月15日至9月4日期間計9週，共37次針灸處置費用，健保署扣除其中9筆，其餘28筆列為虛報，計6,356點)

③○○○114年3月7日受訪時陳稱「上述期間(註：113年1月至12月)我到○○中醫診所就醫，院長及另一位男醫師都有幫我針灸過，但醫師沒有每次就醫都會幫我針灸，我記得上述就醫期間就醫有一半次數只有給推拿人員推拿，醫師沒有幫我針灸及做其他處置，另一半次數醫師有幫我針灸。」(申請人診所申報○○○113年2月18日至12月17日期間17筆針灸處置費用，健保署扣除其中9筆，其餘8筆列為虛報，計1,816

點)

④○○○114年3月5日受訪時陳稱「我記得上述期間(註：113年1月至12月)我到○○中醫診所就醫只有一半的次數醫師有幫我針灸，一半次數醫師沒有幫我針灸及做其他處置，只有給推拿人員推拿。」(申請人診所申報○○○113年4月4日至11月25日期間9筆針灸處置費用，健保署扣除其中5筆，其餘4筆列為虛報，計908點)

⑤○○○114年3月5日受訪時陳稱「我記得有給那位很老的醫師針灸過，其他醫師也有幫我針灸，針灸後我會到診所內的推拿區給一位代號H的男性推拿人員推拿，上述期間我每次去○○中醫診所就醫，我記得其中1-2次因為推拿不需要等，所以沒讓醫師幫我針灸，所以這1-2次我只有推拿沒有針灸，但我不記得醫師沒有幫我針灸的時間。」(註：健保署原核定附表之「訪問保險對象摘要及審查醫師審查結果」欄誤植為「我到○○中醫診所就醫只有一半的次數醫師有幫我針灸，一半次數醫師沒有幫我針灸及做其他處置，只有給推拿人員推拿」；申請人診所申報○○○113年5月18日至8月10日期間計9筆針灸處置費用，健保署認定虛報1筆，計204點)

(2)至申請人於114年7月28日及9月1日簽具切結書自願繳回自109年5月1日至114年4月30日止不當申報之醫療費用共計700萬點部分，並不包含健保署114年2月11日啟動行政調查並認定違規申報系爭5萬960點，此觀健保署114年9月15日健保○字第0000000000A號函說明二記載「貴診所辦理本保險醫療業務，除本署訪視查獲之事證外，另自願繳回自109年5月1日至114年4月30日期間未執行針灸處置，卻不當申報一般針灸醫療費用共計700萬點」等語自明，與本件健保署作為停約基礎所認定之違規事實，核屬二事。

3. 申請人所舉其診所所聘中醫師受訪之陳述均稱有為保險對象針灸等情，不足以推翻本件違規事實之認定

(1)申請人所舉○○○醫師針對保險對象○○○受訪內容一節，經查○○○醫師於114年5月1日接受健保署訪問時雖陳稱「檢視○○○病歷，時間有久遠我對這個病人沒有印象，113/8/9晚上6時到10時是我報備支援時間，該病患病歷上所載內容確實是本人所載，是由本人看診，我病歷有登載針灸處置我一定有幫病人針灸，我不清楚病人為何會說沒有針灸」等語，惟查病歷資料係特約醫療院所單方製作，健保署既會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及相關資料，尚不能以「病歷」自行製作之文書，來證明系爭保險對象確實有接受針灸處置，有臺北高等行政法院97年度訴字第2910號可資參照。承前所述，健保署已依

○○○受訪陳述內容，認定該保險對象於113年7月就醫之前2至3次(113年7月16日、18日、20日)有針灸，因感到酸麻疼痛不適，後續就醫日期(包含以○○○醫師名義申報113年8月9日第11次就醫)僅有推拿，並未接受針灸處置，洵屬有據，所舉○○○醫師之受訪內容不足以推翻系爭違規事實之認定。

(2)另申請人所舉○○○醫師針對保險對象○○○受訪內容一節，查○○○醫師114年4月16日接受健保署訪查時陳稱「我會盡量幫病人針灸，所以病人說的那2次針灸應是本人針灸，但我沒辦法分辨是哪2次有幫病人針灸，有時因為病人堅持不要針灸，所以我就沒幫病人針灸，因為針灸療程中沒辦法改其他處置，就算沒有幫病人針灸我還是會在資冊看診系統登載針灸處置並由診所申報費用，實際上我沒有每次都幫病人針灸」等語，業已自陳並非每次都針灸，未針灸亦會登載針灸處置，且健保署前開意見書已陳明，略以該署擇以○○○醫師名義申報之前2日(113年3月25日及113年4月11日)視為有針灸處置，其餘日期才以虛報認列等語，則健保署排除2次(113年3月25日及113年4月11日)以○○○醫師名義申報針灸處置費用後，認定申請人申報○○○113年1月20日至12月19日期間計26次針灸處置費用(每次均為227點)，核屬有據，所舉○○○醫師之受訪內容亦不足以推翻系爭違規事實之認定。

4. 申請人違規事實該當特約及管理辦法第39條第4款「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」規定

查本件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，本件系爭○○○等15位保險對象於系爭日期至申請人診所並未接受針灸處置，詎申請人診所卻向健保署申報針灸處置費用，考其申報之行為，顯有虛偽不當之情形，健保署認定該違規情事，該當特約及管理辦法第39條第4款「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」規定，核無不妥。

(三)綜上，健保署處申請人診所停止特約3個月，申請人診所負責醫師○○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

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。

中 華 民 國 115 年 3 月 19 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險法第 81 條第 1 項

「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；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

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

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

四、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 3 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第 39 條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：(三)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。」

五、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

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」