

審定

主文	申請審議駁回。
----	---------

事實

一、健保署認定之違規事實及核定內容

(一) 健保署 114 年 3 月 26 日健保○字第 0000000000 號函(停約及扣減 10 倍醫療費用初核)部分

1. 違規事實

申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，核有容留未具醫師資格之人員執行針灸及開立中藥、未診治保險對象自創就醫紀錄及未執行針灸卻虛報針灸醫療費用等情事

(1)受訪保險對象計有○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○及○○○等 11 位。

(2)上開鍾○龍等 11 位保險對象接受健保署訪問時表示，渠等或僅至○○○診所就醫，未至申請人診所(鍾○龍、呂○源)，或至申請人診所就醫，並未做針灸及傷科處置(○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○)，或由非醫師執行針灸(○○○)，或未進診間給醫師看診，櫃檯直接拿紅麴(○○○、○○○)，惟申請人診所卻申報渠等保險對象 112 年 3 月至 113 年 7 月期間多筆醫療費用計 3 萬 3,595 點[包括虛報醫療費用計 2 萬 129 點，及未經醫師診斷提供醫事服務計 1 萬 3,466 點]。

2. 裁處內容

(1)虛報醫療費用計 2 萬 129 點部分

處申請人診所自 114 年 6 月 1 日至 6 月 30 日停止特約 1 個月，申請人診所負責醫師○○○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，不予以支付。

(2)未經醫師診斷提供醫事服務計 1 萬 3,466 點部分

追扣 1 萬 3,466 點及扣減 10 倍金額 13 萬 4,660 點，合計 14 萬 8,126 點，依臺北區中醫基層總額 113 年第 3 季確認平均點值 0.96836716 換算為新臺幣(下同)14 萬 3,440 元。

(二) 健保署 114 年 4 月 8 日健保○字第 0000000000 號函(追扣及扣減 10 倍醫療費用初核)

申請人診所承辦全民健康保險醫療業務，核有容留未具醫師資格之人員執行針灸及開立中藥、未診治保險對象自創就醫紀錄及未執行針灸卻虛報針灸醫療費用之情事，應追扣虛報醫療費用 1 萬 7,115 元(2 萬 129 點)，暨追扣未經醫師診斷逕行提供醫事服務及扣減 10 倍醫療費用 14 萬 3,440 元。

(三) 健保署 114 年 6 月 2 日健保○字第 0000000000 號函(停約、追扣及扣減 10

倍醫療費用複核)部分

申請人申請複核，該署經重行審核，因違規事證具體明確，且申請人未提出其他具體事由，爰此維持原核定，另同意申請人暫緩停約 1 個月處分之執行。

二、申請理由及補充理由要旨

(一) 其診所與○○○診所係依醫療法第 13 條、聯合診所管理辦法，利用同一場所，使用共同設施、分別執行門診業務之聯合診所，為提供病患必要且適當之醫療，其診所與○○○診所依病患實際醫療需求相互轉介就診。健保署○○(誤植為○○)業務組於 113 年 7 月 22 日至 12 月 24 日期間派員至其診所訪查，其診所人員介紹病患就診完整流程，即持卡掛號、赴診間接受醫師診療，再赴診間後方趴在治療床/椅，接受針灸、電療等療程，病患就診完後審閱「○○中醫診所-門診簽名單」並簽名等過程。

(二) 其診所並無自創就醫紀錄、虛報醫療費用之動機與必要性

其診所開業迄今已近 10 年，累積穩定回診病患，經營穩定，並無財務窘迫情事，無須借助虛報醫療費用挹注財務之動機與必要。又本案追扣點數為 2 萬 129 點，遠低於過往多數裁罰案件中認定虛報費用點數，依一般理性醫事從業人員判斷標準，自無捨本逐末，為賺取極小額之健保補助，而甘冒遭停約至少 1 個月，致損失慘重之必要。

(三) 本案病歷記載內容符合就診實情，足以證明病患確有診治必要

健保署隨機抽調之 25 名病患名單係由該署依權職決定，其無權干涉。而該 25 名病患病歷製作流程與其他病患相同，係由醫師於通常業務過程中不間斷、有規律而準確之記載，且其紀錄多係完成於執行業務當時，因其無從預見日後是否發生訴訟紛爭而供作證據使用，更按照健保署要求一俟完成病歷即上傳至健保署雲端系統，絕無竄改可能。同理，11 名涉案病患與其餘 14 名經抽調而認定無違誤之病患病歷製作流程亦相同，無從發生見解歧異，認一部分病歷屬不實病歷，一部分病歷無違誤情形，是以依經驗法則及論理法則，系爭病歷屬據實填載，方合於實情。健保署複核意見說明所引臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號判決與本案案例事實迥不相同，無法逕為比附援引。健保署並未說明涉案病歷有何特別不可信情形，不應逕否認涉案病歷之證明力。至複核意見稱「貴診所提供的保險對象病歷與該署行政訪查階段提供之病歷所載內容不相符，明顯為健保署訪查或處分始修改。」，未具體指謫個別病患病歷係何處前後不相符，無從釐清誤會。

(四)「○○中醫診所-門診簽名單」、「○○中醫診所掛號刷卡紀錄」等文件記錄係可信之客觀事證，其等文件表單所載內容及病患簽名，足證申請人有實際診療；另一面，病患係知情同意後接受診治

1. 為減少醫病糾紛，其診所建立「○○中醫診所-門診簽名單」等確認機制，

確保病患對其接受之診療、處方箋皆知情且同意。「○○中醫診所-門診簽名單」係由病患自行閱覽內容全文後簽署，且自「○○中醫診所-門診簽名單」可見所有就診病患皆須簽署，是以病患簽名呈現不間斷、有規律而準確之記載情況。又 11 名涉案病患與其餘 14 名經抽調而認定無違誤之病患簽署表單製作流程亦相同，無從發生見解歧異，認一部分屬不實文件，一部分文件無違誤情形，是以經驗法則及論理法則，系爭文件表單皆屬病患當下據實簽署，方合於實情。

2. 上開表單乃供病患確認診療、處方箋內容，須由其親自確認簽署之表單，與醫師製作之病歷相較，紀錄主體及功能完全不同，更無臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號判決適用餘地。

(五) 本案病患陳述內容之真實性及正確性有商榷必要

1. 涉案 11 名病患係於看診後相隔 5 個月、甚至最長相隔 21 個月方經健保署通知訪查，無從期待其等在倉促接受訪談之情形下，對於就診經過情節均能充分且正確回溯記憶，是涉案病患訪問紀錄容有憑信性不足之瑕疵。甚至，證人證詞不僅常因記憶偏誤而生瑕疵，更容易發生受命題影響致陳述與事實扞格之瑕疵。病患不一定有能力如實、詳盡告知其等於就診當下，向申請人表達其待診療訴求，及申請人向其說明必要性醫療等實際醫病互動過程，仍有高度致其診所銜冤負屈可能。
2. 如訪問摘要稱編號 3 病患○○○自述「我主觀認為是一位女性、年紀約 30 歲、偏中性、酷酷的、身高 165cm、瘦、中短髮，穿短袍衣服，在我上樓之前那位女性已在 2 樓，他請我上床做治療。插針跟拔針都是同一位女性幫我做」，既稱「我主觀認為」，既非明白確定，不無倉促答覆下，錯置記憶可能。況無論是其診所或隔壁○○○診所皆無其所稱年紀約 30 歲、偏中性、酷酷的、身高 165cm、瘦、中短髮，穿短袍衣服之女性同仁，益見該病患陳述與客觀事實不符。實則，病患接受針灸時，病患係就位趴於床上，臉部朝下埋入床洞，無法見諸針灸場景，對於醫師與輔助之護理師等人員之分工協作，不無自行臆測可能。職是，本案受訪問病患之陳述，尚有勾稽比對客觀事證以確認真實性及正確性必要。
3. 本案 11 名涉案病患皆有實際到診，其診所亦有實際診療，其診所與病患間無任何虛偽共謀之合意甚明，與實務上所遇自創就醫紀錄、虛報醫療費用案例迥然有別。又其診所之醫師診治時，雖會有輔助之物理治療師、護理師等人員陪同協助，但不可能由該等協助人員自行執行扎針等情。本案關鍵爭點係其所為診療是否為必要性醫療之專業裁量判斷，實與全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款及第 4 款情形無涉。

(六) 申請閱覽系爭 11 位保險對象訪問紀錄及完整錄音檔，請健保署將涉案 11 名保險對象訪談紀錄，以適當之方式隱去受訪者姓名、年籍資料等個人資料，

供其代理人閱覽拷貝，以確認病患訪談時之上下文真意，確認原處分及複核決定所認定之基礎事實是否有違誤。

(七) 申請陳述意見。

三、健保署提具意見及補充意見要旨

(一) 雖本案認列申請人診所虛報金額為 2 萬 129 點(經點值換算後為 1 萬 7,115 元)，惟虛報類型多樣，短期內撈一票者有之，細水長流溫潤無聲者亦有之，並非沒有「每次多報一些，積少成多」之態樣，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 2 月至 114 年 1 月期間，申報保險對象相同類型案件，其一為未經醫師診斷逕由櫃台人員交付藥品，僅短短 5 年即申報高達 3,864 件、518 萬 2,785 點，如以本案查獲違規事證比率 43.75%(違規件數 14 件/申報件數 32 件)，金額高達 226 萬 7,468 點，申請人所言全然無動機虛報健保費用等云云，實非可採。

(二) 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」、「門診簽名單」等自行製作之文書，來證明系爭保險對象確有因病就診，有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號及 104 年度訴字第 745 號判決可資參照，是申請人所提之病歷、門診簽名單等難作為本件有利之證據。

(三) 另申請人診所於 114 年 4 月 28 日向該署申請複核並一併提供系爭保險對象鍾○龍等 11 人病歷，經查前揭病歷皆逐日增加病患主訴及治療時間等，與該署行政訪查階段提供之病歷所載內容不相符，證明病歷為該署訪查或處分後始修改，且申請人診所負責醫師○○○於 113 年 11 月 27 日接受該署訪談時，曾稱「本診所使用電子病歷，保存在電腦，健保及自費病歷有區分，都存在電腦」等語，此有該署訪查訪問紀錄可參，依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 11 條規定，電子病歷系統須先進行身分及權限認證無誤後，始得進行。病歷製作後，應於 24 小時內完成電子簽章並存檔及備份，且增刪電子病歷時，應能與增刪前明顯辨識，並保存個人使用紀錄及日期資料。由此觀之，醫療機構所採用之電子病歷對身分認證、病歷製作、修改增刪、使用紀錄等，均有較為嚴格之要求及限制。經該署查詢衛生福利部醫事管理系統，申請人診所並未向衛生主管機關申請採用電子病歷，乃使用國泰醫療整合資訊系統，經查該系統對於病歷增刪、修改，並未如同電子病歷系統一般有較為嚴格之限制，申請人診所仍可事後於未經身分、權限認證情形下，診所任何人均可任意於不同時段進入該系統修改及製作病歷內容，是以，申

請人診所自行提出上開病歷等資料，不足以認定申請人診所有為病患診治病之證據。

(四)申請人診所以「○○中醫診所-門診簽名單」、「○○中醫診所掛號刷卡紀錄」欲證明渠等保險對象有就醫看診，然保險對象○○○、○○○證稱僅至○○○診所看成人預防保健檢查報告等，保險對象○○○稱於○○○診所由○○○醫師針灸後至申請人醫診所加熱，皆未至申請人診所就醫，且申請人診所所提「○○中醫診所-門診簽名單」係以就診當日所有就醫保險對象簽具於同一份簽名單，表單抬頭僅加註保險對象聲明有看診接受檢查或治療等詞句，診所人員並未加以說明該表單用途及意義，且保險對象恐無法理解該聲明書所述實際接受申請人診所之醫療處置項目，抑或保險對象為與醫師維持醫病關係之和諧，而單純配合申請人要求所做出之簽名，實有待商榷，再者「○○中醫診所-門診簽名單」是否為每位保險對象之親筆簽名亦並非經由醫師親自確認後而得知，另行為責任醫師○○○於 113 年 12 月 19 日接受該署訪談時，曾稱「…患者都會在櫃台簽名。」等語，申請人診所所主張有實際診療及病患係知情同意後接受診治等語，核難採信。

(五)另保險對象○○○及○○○證稱僅至○○○診所看成人預防保健檢查報告，夏○稱至○○○診所就醫且僅將健保卡提供該診所刷卡，皆未至○○中醫診所就醫，且申請人診所負責醫師○○○於 113 年 12 月 24 日接受該署訪談時，亦證稱「○○○診所櫃台小姐或本診所櫃台小姐會先去拿健保卡來刷…」等語，可知保險對象 IC 卡就醫紀錄僅能確認該名保險對象之健保卡有經過該診所讀卡機讀取，實難作為保險對象有因病就醫之論據。

(六)保險對象○○○首次接受該署訪查時稱至申請人診所係由一位女性護理師或治療師針灸，因無法提供該人員姓名，該署第 2 次訪問○○○，並提供申請人診所醫師及部分行政人員照片供其指認，○○○證稱 113 年 1 月 18 日至申請人診所就醫，由該署提示照片中序號 3 女性人員協助掛號，當天沒有看到申請人診所中醫師，因執行針灸處置之女性人員皆非該署提示照片，○○○始依記憶陳述該女性人員外觀、身型、打扮及年齡等，人之外貌、髮型、身型、打扮等會因時間而改變，以外觀來判定一個人的年齡也會因人而異，惟大多數男女性容貌外觀、性徵及音調等性別判斷，依常理判斷不易有誤，且依經驗及論理法則，針灸處置乃中醫師需配合患者便於施行的部位、姿勢及身心狀態而經於患者溝通說明後，施以針灸之處置，是以保險對象必然知悉執行針灸處置者，且保險對象○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○、○○○等人受訪時對診療過程等皆可清楚明確陳述，自無申請人診所指謫病患記憶偏誤一事。

(七)保險對象○○○及○○○2 位保險對象皆證稱係至○○○診所做預防保健檢查或就醫，未進至○○中醫診所就醫，申請人診所卻以疾病名義刷卡虛報醫

療費用之情事，研判申請人診所自創就醫紀錄、虛報醫療費用，已臻明確，自該當於全民健康保險醫事服務機構機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款所示「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」要件，而非申請人診所所稱「與實務上所遇自創就醫紀錄、虛報醫療費用案例迥然有別」為要件。

- (八)另○○○稱僅由○○○醫師做氣功，氣功非該署給付項目，申請人診所卻以針灸處置虛報費用，且○○○、○○○、○○○、○○○、○○○皆稱針灸係由非領有中醫師資格之○○○醫師執行，○○○稱由女性人員執行針灸，申請人診所主張醫師診治時，雖會有輔助之物理治療師、護理師等人員陪同協助，但不可能由該等協助人員執行扎針等情，惟負責醫師○○○於 113 年 11 月 27 日及 12 月 24 日接受該署訪談時，曾稱：「診所…無聘用護理人員」、「本診所櫃台女生會幫病人拔針」等語，經查申請人僅執業登記二名男性中醫師(負責醫師○○○及行為責任醫師○○○)，依醫師法第 28 條規定，未取得合法醫師資格，不得執行醫療業務，且針灸係屬中醫核心醫療業務，應由中醫師親自為之，另依護理人員法第 24 條函釋，針灸療法之取針係屬醫療輔助行為，得由護理人員在醫師指示下行之，然○○○醫師僅具西醫師及針灸技術人員資格，未具中醫師資格，其餘女性工作人員亦未見具有護理人員資格，申請人診所即容有未具醫事人員資格人員，對保險對象執行醫療業務，且藉由與○○○診所共同設立為聯合診所之便，由○○○醫師幫保險對象執行針灸處置，卻以申請人診所名義申報費用，自該當於全民健康保險醫事服務機構機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款所示「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申請醫療費用」要件，而非申請人所稱「申請人所為診療是否為必要性醫療之專業判斷」為要件。
- (九)本案違規情事，係經隨機抽訪 20 名保險對象，即有虛報 9 名保險對象醫療費用之情事，其中 2 名保險對象未至申請人診所就醫，惟申請人診所卻以疾病診斷自創就醫紀錄虛報費用，7 名保險對象由未具中醫師資格人員針灸，本案隨機抽訪保險對象，即有近半數有虛報醫療費用之違規情事，顯見此等違規情事並非偶發，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、處方箋及申報資料，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。
- (十)依政府資訊公開法第 18 條第 1 項第 3 款規定，政府資訊屬於政府機關作成意思決定前，內部單位之擬稿或其他準備作業者，應限制公開或不予提供；復依行政程序法第 46 條第 2 項第 1 款規定，行政機關對前項之申請，除行政決定前之擬稿或其他準備作業文件者外，不得拒絕。參諸最高行政法院 102 年度判字第 746 號及 107 年判字第 84 號判決意旨，政府資訊公開法第 18 條第 1 項第 3 款規定，乃因政府內部單位的擬稿、準備作業，於未正式作成意

思決定前，均非屬確定事項，故不宜公開或提供，以避免引起外界之誤解、衍生爭議與困擾，政府資訊公開法第 18 條第 1 項第 3 款之規定，於機關作成意思決定前、後均有其適用，始符法意。申請人所請閱覽本案 11 名保險對象之訪問紀錄係為釐清事實，屬該署行政處分前之準備作業文件，為內部簽陳參考文件之範疇，依前開規定該署不同意申請人閱覽。另該署未有保險對象錄音等相關檔案。

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 37 條第 1 項第 2 款、第 39 條第 3 款、第 4 款、第 5 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 1 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 17 條第 1 項第 4 款及第 20 條第 1 項。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、訪查報告、查處表、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷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母至案外人○○○診所老人健檢，後續由其代為領取報告，兩次就醫皆未領藥，事後卻於母親健存摺發現案外人○○藥局申報藥事費用，經健保署立案調查，部分受訪保險對象表示至○○○診所就醫同日未至同址之申請人診所就醫，申請人診所卻有自創就醫紀錄申報費用之情形，乃於 113 年 7 月 22 日至 12 月 24 日期間派員訪查○○○等多位保險對象及申請人診所負責醫師○○○及執業醫師○○○後，認定申請人診所有 1. 虛報醫療費用計 2 萬 129 點及 2. 申報未經醫師診斷逕行提供醫事服務之醫療費用計 1 萬 3,466 點等違規情事，除經健保署原核定、複核核定及意見書、補充意見論明者外，並有經保險對象本人、申請人診所負責醫師○○○、執業醫師○○○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. 其診所與○○○診所為利用同一場所，使用共同設施、分別執行門診業務之聯合診所，為提供病患必要且適當之醫療，其診所與○○○診所依病患實際醫療需求相互轉介就診；2. 其診所並無自創就醫紀錄、虛報醫療費用之動機與必要性；3. 本案病歷記載內容符合就診實情，足以證明病患確有診治必要；4. 「○○中醫診所-門診簽名單」、「○○中醫診所掛號刷

卡紀錄」等文件記錄係可信之客觀事證，所載內容及病患簽名，足證有實際診療，病患係知情同意後接受診治；5. 本案病患陳述內容之真實性及正確性有商榷必要云云，除經健保署原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 11 位保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署
均有提示渠等 112 年 1 月至 113 年 9 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
就醫原因為何等情形，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醫療費用及未經醫師診斷逕行提供醫事服務之醫
療費用，核屬有據

依卷附○○○等 11 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醫療費用
及未經醫師診斷逕行提供醫事服務之違規事實，核屬有據

(1)○○○113 年 10 月 8 日受訪時陳稱「我最近 2 年沒有去○○中醫，是很久
以前去看痠痛，我今年看報告的 113/1/19 我沒有去○○中醫。」(健保署認
定虛報○○○113 年 1 月 19 日未診治保險對象自創就醫紀錄之醫療費用
499 點)。

(2)○○○113 年 9 月 24 日受訪時陳稱「我今年去○○○診所 3 次，第一次
(113/7/13)因感冒…(113/7/15)有做抽血檢查…(113/7/27)因為我感冒還
沒好所以又回診，三次就醫都有順便看感冒，…我去○○○診所的時候沒有
進去過○○中醫」(健保署認定虛報○○○113 年 7 月 15 日未診治保險對象
自創就醫紀錄之醫療費用 1,116 點)。

(3)○○○113 年 9 月 19 日受訪時陳稱「我 111 年第一次確診時因拿清冠一號
去○○中醫看診，回診確認身體，廖醫師(年紀大男醫師)幫我看診，順便看
全身痠痛跟針灸同時有紅外線照，針灸有接電，廖醫師有幫我做針灸，針灸
部位有腳踝、腰、肩膀，每次針都有 3 針，醫師忙的話女性護理師幫我拔
針，開始一兩個禮拜針灸不怎麼有療效，因為所以廖醫師推薦我做氣功，我
沒有每次做針灸，我都一直做氣功而已，去年 112 年春夏之交我肩膀拉傷

又開始做針灸，2-3 禮拜針灸後又回去做氣功，總共開 5 次以上中藥藥粉給我，前面因我骨質疏鬆、鼻子過敏，後面開中藥開得比較少。」等語(健保署認定虛報○○○112 年 3 月 7 日至 6 月 8 日期間未做針灸及傷科處置費計 1 萬 5,125 點，註：申請人診所負責醫師○○○於 113 年 12 月 24 日接受健保署訪查訪問時亦陳稱「有些病患(○○○)因為他怕針灸，我就會用氣功推拿，因為健保不給付傷科，我就用針灸申報健保，我有先跟病患先溝通好，我幫你做氣功推拿可以，但健保署問你，你要跟他說我們做針灸，病人同意我用針灸申報，我才幫他做氣功推拿。本診所沒有不當申報，應該沒有不當治療。」「因為氣功不在健保給付範圍，所以我就報針灸，我病歷也是記載針灸，但其實是氣功推拿…實際就醫情形如○○○小姐所述，病人講的日期沒有錯，一段時間做針灸，一段時間做氣功推拿，之後又受傷又做針灸…有時候只做氣功推拿，我就會申報針灸，病人喜歡我做氣功推拿，所以才一直做氣功推拿」等語)。

- (4)○○○113 年 10 月 30 日受訪時陳稱「我因顳頸關節疼痛去○○○診所，由○○○醫師，一名骨科醫師看診，我有 3 次在○○○診所坐著給○○○紮針，針灸後去○○中醫加熱，加電流，由櫃台女性幫我插電，晚上我去的時候，醫生不在，我沒有看○○中醫的醫生，3 次都沒有看到中醫師。」「我今年 113 年 7 月晚上從○○○診所針灸過去，只有一位女性在櫃台，沒有中醫在○○…我去○○○診所才有給健保卡，我沒有交健保卡給○○…櫃台跟我說他們兩家有合作。」(健保署認定虛報○○○113 年 7 月 4 日至 10 日期間醫療費用 1,134 點)。
- (5)○○○113 年 8 月 9 日受訪時陳稱「我今年 4 月初去○○○診所就醫，因左邊肩膀疼痛就醫，是○○○醫師幫我看診…○○○醫師跟我說要復健，我去○○中醫的時候，有給健保卡及掛號(收費 50 元)，我沒有去○○中醫診間，我只有在○○○診所給○○○醫師看，我沒有給○○中醫醫師看，扎針及拔針是○○○醫師幫我做，○○中醫約 30-40 歲女性護理師幫我電療，○○中醫沒有開藥給我。○○○醫師去○○中醫復健治療室幫我針灸。」(健保署認定虛報○○○113 年 4 月 1 日醫療費用 507 點)。
- (6)○○○113 年 10 月 14 日受訪時陳稱「我今年 1 月右手小拇指關節處去○○○診所就醫，在○○○掛號、診間就診，醫師請我去隔壁○○中醫做熱敷、紅外線、電療，○○○醫師幫我針灸，大約 15 分，之後紅外線、熱敷、電療是○○中醫櫃台幫我做，我無法分辨櫃台是否是專職物理治療師，因為他們沒掛名牌。」(健保署認定虛報○○○113 年 1 月 26 日醫療費用 507 點)。
- (7)○○○113 年 11 月 8 日受訪時陳稱「我 113/7/15 看完○○○診所，○○○醫師請我去○○中醫診療床等他，他幫我針灸大概最多 5 針，由○○櫃台

女性幫我拔針，我當天針灸沒有進○○中醫診所診間，沒遇到中醫師幫我看診。」（健保署認定虛報○○○113年7月15日醫療費用507點）。

(8)○○○113年10月7日受訪時陳稱「我113/3/14因肩頸不舒服，跟我做口腔黏膜同天有因肩頸不適，又看到○○○醫師有看疼痛，故○○○醫師在○○○診所幫我針灸1針，針灸約30分鐘，我忘記是誰幫我拔針，然後○○○醫師請我去隔壁○○中醫做紅外線治療，我有給○○中醫健保卡，櫃台有給我復健治療卡，沒有收掛號費，有進去診間看診，是一位蠻老的男醫師，我在○○中醫櫃台前做紅外線治療，我只去了一次○○中醫，因為肩頸還好就沒再去了。」（健保署認定虛報○○○113年3月14日中醫師未執行針灸處置費227點）。

(9)○○○113年8月8日及12月11日受訪時陳稱「我今年年初1月有去○○○診所…看診完後○○○診所櫃台叫我去隔壁○○中醫做針灸跟電療，在○○中醫掛號後，我沒有進○○中醫的診間，我直接進診療室，是女性護理師或治療師年紀大概是30歲幫我做針灸跟連著針灸的電療，插針跟拔針都是同一位護理師或是治療師幫我做，我在○○中醫診所沒有看到醫師，只有看到護理師。」（113年8月8日）、「我113/1/18於○○○診所看診完後，去隔壁○○中醫由附件序號3女生幫我掛號，我沒有進診間看到中醫師。我在○○○診所、○○中醫的2樓靠窗的床接受針灸連著電極（正、負），紮2針有電流通過的感覺，針灸的部位在腰部，就我主觀認為是一位女性、年紀約30歲、偏中性、酷酷的、身高165cm、瘦、當時中短髮，穿短袖白袍衣服如圖5男生穿的衣服，在我上樓之前那位女性已在2樓，他請我躺上床做治療。幫我做電針那位女性不在提示附件2內。不是○○○本人幫我做針灸。」（113年12月11日）[健保署認定虛報○○○113年1月18日由未具醫師資格人員（密醫）執行醫療費用507點]。

(10)○○○113年9月25日受訪時陳稱「113/7/13有感冒順便做成人預防保健，○○○醫師說我太久沒做健康檢查所以我做成人預防保健…我去隔壁○○中醫拿紅麴，我有給掛號費50元，我好像有進診間給醫師看診，給年紀大的男醫師看……113/8/30我在○○中醫櫃台掛號，我沒有進診間給醫師看診，櫃檯直接問醫師紅麴，我從櫃檯直接拿紅麴。」（健保署認定申報○○○113年8月30日未經醫師診斷提供醫事服務之醫療費用1,190元）。

(11)○○○113年10月1日受訪時陳稱「112/3/24那天看報告那天○○○診所櫃檯助理跟我說可以去隔壁○○中醫拿紅麴，我有去隔壁○○中醫掛號，我大概只看過一次醫師，我想不起來中醫師長相，年紀不年輕大概60歲以上，因為我只有一年半以前只看到中醫師一眼，第一次有進○○中醫診間說要拿紅麴，後面都沒有再進診間，櫃台會直接跟醫師說要開紅麴，就都沒有進診間，直接拿紅麴，領紅麴沒有盒子，好像是貴署提示的壽美降脂一號，但

因為我後面看日本的紅麴有毒的新聞後，又因我在○○○診所看診完後，隔壁中醫九點才開，我就不想等中醫開，我就再也不領紅麴藥，我從 113 年 3 月 20 日後就沒有再拿紅麴了。」（健保署認定申報○○○112 年 5 月 1 日至 113 年 3 月 20 日期間未經醫師診斷提供醫事服務之醫療費用計 1 萬 2,276 點）。

2. 申請人所舉病歷、「○○中醫診所-門診簽名單」、「○○中醫診所掛號刷卡紀錄」等資料影本，尚不足以推翻本件違規事實之認定

(1)查掛號登記本、病歷記載，係醫療院所單方製作，健保署既會抽驗保險對象之病歷，而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，尚不能以病歷記載等醫療院所自行製作之文書，來證明系爭保險對象確有醫療院所申報之診療處置及就診領藥情形，此有臺北高等行政法院 97 年度訴字第 2910 號判決意旨可資參照。

(2)以保險對象○○○為例，承前所述，○○○113 年 9 月 19 日受訪時已陳稱「…因為所以廖醫師推薦我做氣功，我沒有每次做針灸，我都一直做氣功而已，去年 112 年春夏之交我肩膀拉傷又開始做針灸，2-3 禮拜針灸後又回去做氣功…」等語，申請人診所負責醫師○○○於 113 年 12 月 24 日受訪時亦陳稱「有些病患(○○○)因為他怕針灸，我就會用氣功推拿，因為健保不給付傷科，我就用針灸申報健保，我有先跟病患先溝通好，我幫你做氣功推拿可以，但健保署問你，你要跟他說我們做針灸。」「因為氣功不在健保給付範圍，所以我就報針灸，我病歷也是記載針灸」等語，在在顯示○○○並未接受針灸處置，申請人為虛報針灸處置費用，配合製作不實病歷；又申請人「○○中醫診所-門診簽名單」為制式表單，記載「本人已於____年____月____日在○○中醫診所看完醫師門診，接受完檢查/治療，並領取處方箋及『藥品明細及收據』無誤，特此聲明」，申請人提供之 112 年 3 月 7 日及 9 日「○○中醫診所-門診簽名單」雖列有○○○，然依病歷記載，○○○於該 2 日之健保卡卡序為 5-5 及 5-6，為同一療程第 5 次及第 6 次治療，並未領藥，該簽名單內容與事實顯不相符，至「○○中醫診所掛號刷卡紀錄」係記錄申請人診所掛號系統記錄保險對象掛號時間、卡序及補卡註記等資訊，與申請人診所是否提供醫事服務無涉，爰申請人所舉之證據，尚難推翻本件系爭違規事實之認定。

(三) 綜上，健保署處申請人診所停止特約 1 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，及追扣暨扣減 10 倍醫療費用，並無不合，原核定關於此部分均應予維持。

(四) 至申請人申請閱覽系爭 11 位保險對象訪問紀錄及完整錄音檔，請健保署將涉案 11 名保險對象訪談紀錄，以適當之方式隱去受訪者姓名、年籍資料等

個人資料，供其代理人閱覽拷貝一節，業經健保署補提意見陳明，略以申請人所請閱覽本案 11 名保險對象之訪問紀錄係為釐清事實，屬該署行政處分前之準備作業文件，為內部簽陳參考文件之範疇，依政府資訊公開法第 18 條第 1 項第 3 款、行政程序法第 46 條第 2 項第 1 款規定，及參諸最高行政法院 102 年度判字第 746 號及 107 年判字第 84 號判決意旨，該署不同意申請人閱覽。另該署未有保險對象錄音等相關檔案等語，至申請人申請到場陳述意見一節，本部業已審酌申請人所提申請審議理由及相關證據，認定事實及適用法律已臻明確，爰所請核無必要，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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

中華民國 114 年 12 月 31 日

本件申請人對於追扣醫療費用部分如有不服，得提起給付訴訟，訴訟標的金額新臺幣 150 萬元以下者向臺北高等行政法院地方行政訴訟庭提起（地址：111044 臺北市士林區福國路 101 號）；逾新臺幣 150 萬元者向臺北高等行政法院高等行政訴訟庭提起（地址：111044 臺北市士林區福國路 101 號）；申請人對於其餘部分如有不服，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 37 條第 1 項第 2 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第3款、第4款及第5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：三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。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。五、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。」

四、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。」

五、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

「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：(一)保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數在二萬五千點以下者，處停約一個月。」

六、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

「乙方申請之本保險醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」

七、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。」