

審 定

主 文 申請審議駁回。

事 實

一、訪查期間：112 年 3 月 3 日至 5 月 15 日。

二、健保署 112 年 10 月 5 日健保企字第○號函(終約初核)要旨

(一) 健保署認定之違規事實[詳如健保署 112 年 10 月 5 日健保企字第○號函及其附表「○○診所違規說明」]：

1. 虛報醫師訪視費、提供健保不給付之藥品及食品、同日二刷虛報補卡就醫之醫療費用、虛報藥事費用等，違規情節重大，共計虛報醫療費用 11 萬 6,421 點：

(1) 保險對象王○成(由其子王○益、其配偶王○礪之照顧者阿○受訪)自 109 年 10 月以後，每月由王○益載回大埤寮家(配偶王○礪居住地)給申請人診所醫師看診 1 次，申請人虛報 109 年 10 月 13 日至 112 年 2 月 21 日期間每月申報超過 1 次之醫師訪視費計 67 筆，合計 10 萬 4,051 點。

(2) 保險對象陳○○美受訪時表示，112 年農曆年後其因喉嚨癢，醫師有開給喉片，當次沒有再開給其他藥品，沒有拿到申請人申報之發泡錠及口服藥，申請人提供非醫療必要之喉片，虛報 112 年 2 月 16 日醫療費用計 1,965 點。

(3) 保險對象陳○娟受訪時表示，由申請人診所醫師到家看診，開給喉片(3 至 4 次)、通血路藥品(2 至 3 次)、鈣片，申請人提供陳○娟非醫療必要之喉片(3 次)、通血路藥品(2 次)、鈣片(112 年 3 月 11 日)，虛報醫療費用計 2,496 點。

(4) 保險對象顏○煌受訪時表示，由申請人診所醫師到家看診、開藥，但沒有拿過眼藥水，申請人虛報止膿敏點眼液藥費 3 筆各 14 點，計 42 點。

(5) 保險對象何○○環、何○中(以上 2 人由照顧者姜○○花受訪)、韓○○鑾、顏○泉等 4 人沒有欠卡補卡情形，申請人以補卡註記多刷健保卡，虛報醫師訪視費各 1,553 點、1,553 點、3,106 點、1,553 點。

(6) 保險對象黃○生(由照顧者黃○綉受訪)112 年 3 月由申請人診所醫師到家訪視 3 次，均未開藥，係黃○綉於 112 年 3 月 29 日至申請人診所代為領藥，申請人虛報其中 2 次藥事服務費計 102 點。

2. 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。

(二) 裁處內容

1. 虛報醫療費用部分，處申請人診所自 113 年 1 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，負責醫師朱○○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。

2. 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務部分，將另函追扣及扣減 10 倍醫療費用。

三、健保署 112 年 10 月 26 日健保南字第○號函(追扣及扣減 10 倍醫療費用初核)要旨

申請人診所所有虛報醫療費用及以未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務等情事，核定追扣醫療費用計 12 萬 8,107 點[按點值換算為新臺幣(下同) 12 萬 8,107 元]及扣減 10 倍醫療費用計 11 萬 740 點(按點值換算為 11 萬 740 元)，共計 23 萬 8,847 點(按點值換算為 23 萬 8,847 元)，詳如該函之附件 1「○○診所追扣虛報醫療費用明細」及附件 2「○○診所追扣違規醫療費用暨扣減 10 倍金額明細」，並逕自申請人診所應領之醫療費用中扣抵：

- (一) 申請人虛報 109 年 10 月 13 日至 112 年 3 月 15 日醫療費用計 11 萬 6,421 點部分，按每點 1 元換算，追扣 11 萬 6,421 元。
- (二) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務部分，按南區西醫基層總額 112 年第 1 季確認平均點值 1.00013366(超過 3 年裁處權期間部分，按全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案每點 1 元)換算，追扣計 1 萬 1,686 元，其中 3 年裁處權期間內計 1 萬 1,074 點，應予扣減 10 倍醫療費用計 11 萬 740 點(11 萬 740 元)：
 1. 保險對象王○礪(由照顧者阿○受訪)因為臥床，係由申請人診所醫師到家中看診，不曾去宮廟(巡迴點)看診，申請人卻申報 108 年 5 月 28 日於巡迴點看診之醫療費用 414 點(414 元)。
 2. 保險對象陳○娟係由申請人診所醫師到家中看診、開給鈣片、喉片及通血路藥品，申請人卻申報 111 年 5 月 7 日至 112 年 3 月 4 日期間 25 筆於巡迴點看診之醫療費用計 1 萬 610 點(1 萬 610 元)。
 3. 保險對象陳○賢於申請人診所醫師第 2 次到家訪視時，醫師開給非炎凝膠，沒有開給口服藥，申請人卻申報 112 年 1 月 12 日(第 2 次)口服藥費 266 點(266 元)。
 4. 保險對象張○月表示因酸痛至巡迴點看診，醫師開給降血脂及鈣片服用，111 年 11 月 22 日醫師開給永信骨永壯膠囊及 3 天份藥品至少 5 次以上，經查申請人以下背痛及相同處方申報 108 年 5 月 7 日至 111 年 11 月 22 日期間 6 筆藥費計 396 點(396 元，每筆各 66 點)。

四、健保署 112 年 11 月 9 日健保企字第○號函(終約複核)要旨

申請人不服健保署 112 年 10 月 5 日健保企字第○號函(終約初核)所為核定，先後檢附王○益、陳○○美、韓○○鑾、姜○○花、顏○泉、陳○娟之訪談簽名記錄及錄音檔，申請複核及暫緩執行，經健保署以 112 年 12 月 8 日健保企字第○號函同意暫緩執行，並經該署重行審核，認為違規事證明確，以 112 年 11 月 9 日健保企字第○號函核復仍維持原核定，理由如下：

- (一) 申請人提供保險對象王○成之子王○益、陳○○美、韓○○鑾、何○○環及何○中照顧者姜○○花、顏○泉、陳○娟等人之訪談簽名記錄及錄音檔，佐證申請人診所確實有進行居家醫療看診、並無補卡多刷、有開給藥物等情，惟渠等保險對象於接受該署訪問時，對於回答內容均陳述明確清楚，

而前開保險對象之訪談簽名記錄及錄音檔，係由申請人診所預擬並朗讀內容後再請渠等簽名，顯係受託簽名，尚不足推翻申請人診所違規事實之認定。

(二) 針對前開保險對象，說明如下：

1. 王○成：其子王○益受訪時表示王○成自 109 年起都住在仁中街的家，109 年 10 月王○成因車禍骨折，所以王○益每個月載王○成回大埤寮的家給申請人診所醫師看診，確定沒有每週回去給醫師看診，又依據照顧王○確的外籍看護阿○受訪時表示，醫師每星期二到家裡看診，每個月來看 3 次，但王○成 1 個月才給醫師看 1 次，而申請人於 112 年 5 月 3 日及 15 日受訪時雖稱王○成 109 年受傷後就住到仁中街王○益住處，有時路過仁中街會順道看診王○成，看診紀錄會請王○益簽名蓋章，約 111 年 4 月之後每月訪視 1 至 2 次，其他次則把藥品交給外勞或其子；惟經該署檢視王○成 109 年 10 月至 112 年 3 月居家醫療照護整合計畫單中紀錄之訪視時間，均與大埤寮之王○確相距僅相隔 1-2 分鐘，且「病人或家屬簽章」欄均係由在大埤寮之外籍看護簽名，而非由王○益簽章，顯見申請人所稱並非屬實；申請人診所自 109 年 10 月起每月實際訪視王○成之次數既僅有 1 次，該署將每個月申報超過 1 次之醫師訪視費部分列為虛報，並無違誤，與藥品實際有開給，尚無相關。
2. 韓○○鑾、姜○○花、顏○泉受訪時表示，醫師每次訪視時都有提供健保卡，無欠卡補卡情形，其中姜○○花於 112 年 3 月 30 日受訪，距申請人申報何○○環、何○中 112 年 2 月 18 日欠卡補卡僅相隔 1 個月、顏○泉於 112 年 3 月 3 日受訪，距申請人申報 112 年 2 月 11 日欠卡補卡僅相隔 15 天，渠等記憶應尚猶新。
3. 陳○○美受訪時，明確表示 112 年農曆年後醫師訪時只開給喉片(3 排)；陳○娟受訪時表示，申請人診所開給鈣片只有 1 次(112 年 3 月 11 日)、喉片約有 3 至 4 次、通血路藥品約有 2 至 3 次，鈣片是 3 片，每片 10 顆共 30 顆，喉片是 2 片，每片 10 顆共 20 顆、通血路藥品是 1 個月 30 顆；渠對於申請人開給之鈣片、喉片、通血路藥品之次數及顆數，均述之甚詳。

五、健保署 112 年 11 月 28 日健保南字第○號函(追扣及扣減 10 倍醫療費用複核)要旨

申請人不服健保署 112 年 10 月 26 日健保南字第○號函(追扣及扣減 10 倍醫療費用初核)所為核定，檢附保險對象陳○娟、張○月等之訪談簽名記錄及錄音檔，申請複核，經健保署重行審核重新核定，同意補付追扣張○月醫療費用(藥費)396 點及補付扣減張○月 10 倍醫療費用 1,980 點，共計 2,376 點(396 點+1,980 點=2,376 點；2,376 元)，其餘追扣醫療費用 12 萬 7,711 點(計算式：128,107 點-396 點=127,711 點；127,711 元)及扣減 10 倍醫療費用 10 萬 8,760 點(計算式：110,740 點-1,980 點=108,760 點；108,760 元)，應予維持：

(一) 陳○娟：經查陳○娟受訪時表示，其配偶顏○煌於 111 年 4 月底開刀後，

其本人都是在家由申請人診所醫師看診，並非在申請人申報之巡迴點看診，此部分與申請人申復所提之藥品無關。

- (二) 張○月：經重行檢視比對保險對象證詞所述之藥品數量與申請人申報藥品數量雖不相符，惟因保險對象已服用完畢無法提供確認，且曾提及有領取 3 日份藥品，同意補付藥費計 396 點 (396 元，其中 3 年裁處權期間內計 198 點) 及原扣減 10 倍醫療費用 1,980 點 (1,980 元)。

六、申請人就虛報王○成、顏○泉、韓○○鑾、何○○環、何○中、陳○○美、陳○娟等 7 位保險對象醫療費用及扣減陳○娟 25 筆 10 倍醫療費用部分不服，向本部申請審議，申請理由及補充理由要旨

- (一) 王○成：爭議在於健保署認為從 109 年 10 月起，而其診所認為從 111 年 4 月起，有王○成之子王○益作證簽名及錄音檔可證明，而外勞並不知從何年月才由兒子改為每個月送過來到阿嬤(王○礪)這裡?怎可憑空認定，將醫師採證視糞土或不以採信?其診所醫師與王○益一同回憶是如何從 1 個月載 3 次改為 1 次，王○益因時空問題，以為從 109 年 10 月王○成骨折後，就 1 個月只有載過來 1 次；有關王○成時間爭議說明如下：原先王○成與阿嬤(王○礪)夫妻皆在大埤寮居家醫療，直到 109 年 10 月發生車禍後，開始亦在原處所和阿嬤(王○礪)一起居家醫療，因兄弟間爭吵導致照顧兩老出現問題，必需將王○成移至 5-600 公尺外的王○益家照顧，由王○益每個月 3 次載送王○成，至 111 年 4 月左右，王○益與醫師討論能否改為 1 個月只載送 1 次，其他藥物皆事前電話連絡或視訊而將藥物放在阿嬤家即可?當下醫師說可以過去王○益家作居家醫療，王○益說這樣需等整個上午，不方便，其診所才便宜行事，接受王○益請求，造成此部分違規，而外勞並不知道何時才改為 1 個月載送 1 次。

- (二) 顏○泉、韓○○鑾、何○○環、何○中：欠卡還卡被認為 1 日兩刷，真是天大的冤枉，絕無此事，況其診所可以 F000 來申報，即無還卡的問題。

1. 顏○泉：自己陳述每月醫師去 3 次，怎麼說沒欠卡?否則那個月藥 Fengal 200mg 及 Allopuine 是如何拿到?健保署不問病患有無拿到藥或那次欠卡後有無缺藥，卻從病患本人有點 Dementia(失智)症狀微弱記憶來汗巖醫師的採證及實際看診行為，請詳查是欠卡還卡，不是盜刷，有病患作證簽名及錄音檔可證明。
2. 韓○○鑾：兩次欠卡，1 次是皮膚科、1 次慢性病長期定期使用，病歷都有記錄很清楚；且病患未曾缺慢性病藥，足可證明其診所醫師採證為真；病患年老，經常記性不良，才會說沒欠卡，事後她又說有這回事；另一次皮膚科用藥亦同，有病患作證簽名及錄音檔可證明。
3. 何○中、何○○環：其診所前一天通知照顧者，但當天照顧者外出不在家，其診所醫護即前往距離約 50 公尺處之該母子家看診，後來照顧者才回憶起來並接受錄音證實此事，有病患(照顧者姜○○花)作證簽名及錄音檔可證明。

- (三) 陳○○美：因臨時上呼吸道不舒服看診，先給她喉片舒緩病情，事後再補給

(藥)，她卻將這件事忘記，事後求證，她亦證實此事，有病患作證簽名及錄音檔可證明。

(四) 陳○娟：

1. 健保署認為(喉片 3 次、通血路 2 次)對其診所為有利認定方式，完全說謊；另有關給予喉片、鈣片、通血路（實為降血壓藥 Acetec，病患記憶只有 1 次，卻記錄為兩次，有 111 年 11 月 19 日病歷為證）是病患非專業說法，導致健保署人員誤聽、誤信；且喉片、鈣片並無健保碼，未向健保署申報，只是輔助治療而已，而且有給病患主診斷之藥物，有病患作證簽名及錄音檔可證明，怎可擴大解釋違規？
2. 健保署將 111 年 5 月 7 日至 112 年 3 月 4 日共 25 筆(誤繕為 24 筆)看診費用全部核刪，並擴大回推 10 倍，真是豈有此理，比強盜還恐怖。健保署指陳○娟非在巡迴點看診，陳○娟因極少次為照顧先生術後行動不便，少次在宅請醫師順便看診、送藥，實際有看診、給藥之醫療行為，惟在申報時忘記點「GB 在宅看診」。健保署對申復理由藥品部分事實有給，卻隻字未提，為何張○月同樣情況，有主診斷藥品+輔助藥品(骨永壯鈣片、喉片)，相同申復理由，而陳○娟一樣情況卻完全不採納，公理何在？標準為何？

七、健保署提具意見及補充意見

(一) 按該署於訪問保險對象時，均有告知並明確記載訪查依據(全民健康保險法第 80 條)、詢問受訪保險對象是否瞭解及取得同意始進行訪問、提示申請人診所申報之就醫紀錄明細表供其確認，至訪查程序結束後，受訪保險對象均親自檢閱確認訪問紀錄記載內容，受訪保險對象及該署訪問人員均緊接於訪問紀錄最末端簽名確認，且訪問紀錄內容有修改之處，保險對象均有逐處簽名確認，足見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，內容並經確認無誤，該署訪查程序並無瑕疵。依最高行政法院 103 年度判字第 657 號判決之意旨，該署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 條之規定推定具有真實性，自得採為證據。

(二) 申請人提出保險對象王○成兒子王○益、陳○○美、韓○○鑾、顏○泉、陳○娟等人之訪談錄音檔，佐證申請人確實有進行居家醫療看診、並無補卡多刷、確實有開給藥物等情。惟渠等保險對象於接受該署訪問時，對於回答內容均陳述明確清楚，按依我國之醫病關係，病人不太可能故為誣陷醫師之訪談紀錄，反而是醫師不難要求病患事後做出有利於醫師之陳述，又該署訪查人員與申請人間並無利害關係，並不會因查獲申請人之違規情事而有額外獎勵，殊無誣陷申請人或誘導保險對象作不利於申請人陳述之必要。反之受訪保險對象於該署訪查後之陳述，易受到申請人之影響而變更其說詞，其可信度不如受訪保險對象第 1 次接受該署訪查時之說詞為可採，此有臺北高等行政法院 104 年度訴字第 745 號判決、最高行政法院 102 年度判字第 18 號判決意旨可資參考。是以，前開保險對象於該署處分後接受申請人訪談之錄音檔，均係由申請人預擬並向保險對象朗讀內容後請渠等

簽名，此顯係受到申請人影響而為之事後迴護之詞，尚不足以推翻申請人違規事實之認定，核難採信。

(三) 針對申請人提出爭議之保險對象，說明如下：

1. 王○成：據王○成兒子王○益(與王○成同住之照顧者)受訪表示，王○成自 109 年起都住在仁中街的家，109 年 10 月王○成因車禍骨折，所以王○益每個月載王○成回大埤寮的家(王○益母親王○礪住處)給申請人看診，確定沒有每週回去大埤寮的家給朱醫師看診。又據照顧王○礪之外籍看護阿○受訪表示，有一位醫師(即申請人朱○○醫師)每星期二都會到家裡看阿嬤(王○礪)，每個月來看阿嬤 3 次，阿公(王○成)是 1 個月才給醫師看一次，醫師每星期來時，阿公及阿嬤的健保卡都會同時交給醫師刷卡等情，述之甚詳。而申請人於該署 112 年 5 月 3 日及 15 日訪問時雖稱王○成 109 年受傷後就住到仁中街王○益住處，有時路過仁中街，就會順道看診王○成，看診紀錄會請王○益簽名或蓋章，外勞在大埤寮照護王○礪，所以不會有外勞簽章；約 111 年 4 月之後，王○成不方便到大埤寮看診，所以每個月只訪視到王○成 1 至 2 次，其他次則把藥品交給外勞或其兒子等語。惟經該署檢視王○成 109 年 10 月至 112 年 3 月居家醫療照護整合計畫單中紀錄之訪視時間，均與在大埤寮之王○礪訪視時間僅相隔 1-2 分鐘，且「病人或家屬簽章」欄位，均係由在大埤寮之外籍看護簽名，而非由王○益簽章，顯見申請人稱「王○成 109 年受傷後就住到仁中街王○益住處，有時路過仁中街，就會順道看診王○成，看診紀錄會請王○益簽名或蓋章」、「自 111 年 4 月之後始每個月只訪視王○成 1 至 2 次」等語，並非屬實，反而印證王○益及外籍看護阿○之陳述係為真。
2. 顏○泉受訪表示，申請人每次來看診，伊都有提供健保卡給朱醫師當場刷健保卡，不曾有欠卡補卡情形；韓○○鑾受訪表示，申請人每次到伊家居家訪視都會事先打電話，所以伊都會準備健保卡，不曾有欠卡補卡；何○○環、何○中之照顧者姜○○花受訪表示，何○○環、何○中的健保卡都是伊在保管，申請人每次來看診前一天都會先打電話告知會過來看診，伊都會提供他們健保卡給申請人刷卡，伊確定 112 年不曾有欠卡補卡情形，渠等陳述明確清楚，並無疑義。
3. 陳○○美受訪時除提供喉片外，亦提供眼藥水、藥膏及口服藥供該署訪查人員拍照，並明確表示 112 年農曆年後醫師訪視，因伊喉嚨癢，申請人有開給伊喉片(3 排)，當次就沒有再開給其他藥品；陳○娟受訪時表示申請人開給伊鈣片只有一次，是在 112 年 3 月 11 日，之前開給伊喉片有 3 至 4 次，最早之前是開給伊通血路的藥品，大約有 2 至 3 次，鈣片是 3 片，每片 10 顆共 30 顆，喉片是 2 片，每片 10 顆共 20 顆，通血路是 1 個月 30 顆。渠對於申請人開給鈣片、喉片、通血路藥品之次數及顆數，均述之甚詳，該署以申請人申報點數最低之 5 筆列計虛報(喉片 3 次、通血路 2 次)，已採最有利於申請人之認定方式。

(四) 申請人主張陳○娟看診均有給藥，健保署扣減其醫療費用不合理一節：

1. 經查陳○娟受訪時表示曾因酸痛到住所附近活動中心給申請人診所醫師看診，惟陳○娟配偶在 111 年 4 月底開刀後，陳○娟均是在其住所給醫師看診。爰申請人於 111 年 4 月底之後申報陳○娟在巡迴點看診(即就醫日期：111 年 5 月 7 日、14 日、111 年 6 月 11 日、18 日、25 日、111 年 7 月 16 日、111 年 8 月 6 日、20 日、27 日、111 年 9 月 3 日、10 日、17 日、24 日、111 年 10 月 8 日、15 日、22 日、29 日、111 年 11 月 19 日、112 年 1 月 7 日、28 日、112 年 2 月 4 日、11 日、18 日、25 日及 112 年 3 月 4 日等 25 筆)，是申請人申報提供陳○娟之醫療服務與實際情形不符，核屬「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」，此與申請人爭議理由所提「有無提供藥品」內容並無關聯，該署依法扣減此部分 10 倍醫療費用金額，並無違誤。
2. 另按全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案醫療院所執行巡迴醫療服務計畫，係鼓勵西醫醫師至該方案施行區域提供巡迴醫療服務，其中五之(二)規定，提供行動不便者到宅醫療，到宅服務於各類申報樣態或其他計畫合併該方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」。申請人雖主張其診所實際有看診、給藥之醫療行為，惟在申報時忘記點「GB 在宅看診」一節，經查上開方案規定，巡迴醫療到宅服務係指提供行動不便者到宅醫療，然查，陳○娟係因酸痛在家由申請人診所醫師看診、開給鈣片、喉片及通血路藥品，上開情事並不符合巡迴醫療到宅服務規定，且申請人陳稱係提供到宅服務，亦未依規定申報「GB(巡迴醫療到宅服務)」。

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 1 款、第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 1 款、第 2 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 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、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、病歷、全民健康保險居家醫療照護計畫/收案申請書/居家訪視紀錄單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，本件係健保署檔案分析申請人診所醫師每月居家訪視次數高達 180 人次、每月下旬申報(醫療資源不足地區改善方案)巡迴案件(案件分類：D4)、居家醫療照護整合計畫個案刷卡間隔時間短，僅看診一下就刷卡，疑未實際提供居家醫療服務等情，乃立案調查，於 112 年 3 月 3 日至 5 月 15 日期間派員訪查申請人診所負責醫師朱○○、王○成等

保險對象本人或家屬，認定申請人有下列違規情事：1. 多刷健保卡或多報醫師訪視次數，虛報醫師訪視費、未開立藥品，虛報藥事費用、提供保險對象非醫療必要或健保不給付之藥品或食品（鈣片、喉片、通血路藥），計 11 萬 6,421 點；2. 保險對象在家由醫師看診，申請人卻申報於巡迴點看診之醫療費用、沒有開給口服藥，卻申報口服藥費等未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，乃處申請人終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，負責醫師朱○○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，另核定追扣醫療費用計 12 萬 8,107 點及扣減 10 倍醫療費用金額計 11 萬 740 點，合計 23 萬 8,847 點（複核排除保險對象張○月部分，補付藥費 396 點及原扣減 10 倍醫療費用 1,980 點，計補付醫療費用 2,376 點，追扣醫療費用減列為 12 萬 7,711 點，扣減 10 倍醫療費用減列為 10 萬 8,760 點），除經原核定論明者外，並有經王○成等保險對象本人或家屬、申請人診所負責醫師朱○○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、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、病歷等影本附卷可稽。

(二) 申請人檢附其診所申復時自行訪問保險對象王○益(王○成之子)、顏○泉、韓○○鑾、陳○○美、陳○娟之錄音檔光碟片 2 張，主張 1. 保險對象王○成每個月由其子王○益載送到大埤寮家中看診 1 次，健保署認為係自 109 年 10 月起，而其診所認為應自 111 年 4 月起；2. 保險對象顏○泉、韓○○鑾、何○○環、何○中應係欠卡還卡，非多刷虛報；3. 保險對象陳○○美係臨時看診，先給喉片，事後再補給藥；4. 保險對象陳○娟誤認降血壓為通血路藥，而其診所開給喉片、鈣片，並無健保碼，未向健保署申報，只是輔助治療而已，而且有給病患主診斷之藥物；5. 另陳○娟為照顧先生術後行動不便，少次在宅請醫師順便看診、送藥，實際有看診、給藥之醫療行為，其診所在申報時忘記點「GB 在宅看診」，健保署竟全部核刪陳○娟 111 年 5 月 7 日至 112 年 3 月 4 日計 25 筆看診費用，又擴大回推 10 倍醫療費用，比強盜還恐怖云云，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，認為所稱並不足採，分述如下：

1. 本件系爭王○成等保險對象本人或家屬於接受健保署訪查訪問時，該署除均有提示渠等保險對象系爭就醫期間之保險對象門診就醫紀錄明細表供渠等保險對象確認外，訪查訪問紀錄內容亦均明確記載訪查目的依據(依據全民健康保險法第 80 條規定)、詢問至申請人診所或巡迴醫療服務點就醫、申請人診所醫師到家提供居家醫療服務、給藥、收費、刷卡、有無欠卡補卡等情形，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簽章確認，且訪問內容有增刪修改之處，受訪之保險對象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，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. 申請人雖檢附其診所申復時自行訪問保險對象王○益（王○成之子）、顏○泉、韓○○鑾、陳○○美、陳○娟之錄音檔光碟片為證，惟按「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，反而是醫生不難要求病患於偵查中做有利醫生之陳述，及提出與事實不符之陳述書，各該保險對象事後所製作之陳述書易流於事後迴護。觀諸本件訪查紀錄係保險對象之首次供詞，其陳述均十分具體而明確，並無任何模稜兩可之處，被告（健保署）訪查人員與原告（特約院所）間並無利害關係，查獲原告虛報醫療費用亦無額外獎勵，殊無誘導保險對象作不利於原告之必要，若謂保險對象於訪談時係因『記憶不清』而為錯誤之陳述，則保險對象於事後所出具『澄清說明書』時距離刷卡時間更遠，豈非更不準確？難謂受訪談人於事後出具之『澄清說明書』之『證明力』必然高過被告之訪查紀錄」，有臺北高等行政法院 98 年度訴字第 454 號判決可資參照，爰系爭保險對象事後出具之說明，究難與第一時間受訪、簽名確認之訪查訪問紀錄相提並論，所舉尚難推翻本件違規事實之認定。
3. 有關健保署認定申請人診所醫師每月僅居家訪視王○成 1 次，申請人申報 109 年 10 月 5 日王○成車禍骨折至 112 年 3 月 3 日受訪日期間每月超過 1 次之醫師訪視費部分為虛報，核屬有據：
- (1) 查王○成之子王○益及王○成配偶王○礪之外籍看護阿○於 112 年 3 月 3 日接受健保署訪查訪問時分別表示「我每個月載我父親王○成回家給朱醫師看診...我確定沒有每週回去...109 年 10 月因為車禍骨折有去新樓醫院急診，之後我就不讓我父親騎車，所以在 109 年 10 月以後的看診都是我在載」、「醫師每個月來看阿嬤是 3 次，每個月有 1 個星期放假沒有來，阿公是每個月看診 1 次」等語，健保署乃據以認定王○成 109 年 10 月車禍後至健保署 112 年 3 月 3 日訪查期間，申請人診所醫師每月僅居家訪視王○成 1 次，申請人卻每月申報 2 次以上之醫師訪視費，乃將申請人每月申報超過 1 次之醫師訪視費列為虛報，核屬有據。
- (2) 申請人並不否認其診所每個月僅居家訪視王○成 1 次，所爭執僅在於每個月居家訪視王○成 1 次係自 111 年 4 月起，而非健保署所認定自王○成 109 年 10 月車禍起，其主張王○成 109 年 10 月發生車禍後，開始亦在原處所和阿嬤(王○礪)一起居家醫療，因兄弟間爭吵將王○成移至王○益家照顧，由王○益每個月 3 次載送云云，惟查該申請審議理由所稱王○成 109 年 10 月發生車禍後先與阿嬤(王○礪)一起居家醫療，之後由王○益每個月 3 次載送至王○礪之處所等語，與申請人負責醫師朱○○於 112 年 5 月 3 日接受健保署訪查訪問時所稱居家訪視王○成方式為王○益載送至王○礪之處所接受診療及其至王○益住家訪視王○成顯有不同，此有卷附訪查訪問紀錄記載「王○成受傷骨折(109 年 10 月)，王○成就住到仁里村仁中街兒子王○益住處，本人到王○礪住處看診時，會請兒子載王○成一起來讓我看診...有時也會路過仁里村王○益住處就會順道看診王○成...，王○成剛開始受傷時，我還有到仁里村看他」等語附卷可按，且申請人舉證資料僅有

其診所 112 年 10 月 10 日自行訪談王○益之錄音檔及簽名資料，該等證據力究難與第一時間受訪、簽名確認之訪查訪問紀錄相提並論，已如前述，所舉尚難推翻本件違規事實之認定。

4. 有關健保署認定申請人多刷顏○泉、韓○○鑾、何○○環、何○中健保卡，虛報醫師訪視費部分，經核並無不合：

顏○泉、韓○○鑾、姜○○花（何○○環、何○中之照顧者）受訪時均已明確證稱，申請人診所進行居家訪前都會事先打電話，所以都會準備好健保卡，不曾有欠卡補卡情形；以韓○○鑾為例，該保險對象另陳述申請人診所醫師居家訪視每個月 2 次，經本部檢視卷附全民健康保險居家醫療照護計畫居家訪視紀錄單、保險對象門診就醫紀錄明細表，發現申請人申報該保險對象 111 年 2 月及 8 月醫師訪視費 3 筆（含系爭 111 年 2 月 16 日及 8 月 31 日補卡），較韓○○鑾陳述醫師訪視次數多 1 次，則健保署認申請人多刷健保卡，虛報醫師訪視費，核屬有據。

5. 有關健保署認定申請人提供陳○○美、陳○娟非醫療必要或健保不給付之藥品或食品（鈣片、喉片、通血路藥），虛報醫療費用部分，經核亦無不合：查此部分健保署意見書業已陳明，略以陳○○美受訪時除提供喉片外，亦提供眼藥水、藥膏及口服藥供該署訪查人員拍照，並明確表示 112 年農曆年後醫師訪視，因伊喉嚨癢，申請人有開給伊喉片（3 排），當次就沒有再開給其他藥品；陳○娟受訪時表示申請人開給伊鈣片只有一次，是在 112 年 3 月 11 日，之前開給伊喉片有 3 至 4 次，最早之前是開給伊通血路的藥品，大約有 2 至 3 次，鈣片是 3 片，每片 10 顆共 30 顆，喉片是 2 片，每片 10 顆共 20 顆，通血路是 1 個月 30 顆。渠對於申請人開給鈣片、喉片、通血路藥品之次數及顆數，均述之甚詳，該署以申請人申報點數最低之 5 筆列計虛報（喉片 3 次、通血路 2 次），已採最有利於申請人之認定方式等語，經核尚無不妥。

6. 有關健保署認定陳○娟非在巡迴點看診，申請人申報陳○娟於巡迴點看診之醫療費用，屬未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，核無不合：

查陳○娟於 112 年 3 月 13 日接受健保署訪查訪問時表示：「我是因為酸痛到我家附近活動中心給○○診所看診，我先生 111 年 4 月底開刀後○○診所醫師到我家看診後，我都在家由○○診所醫師看診」等語，顯示陳○娟自 111 年 5 月起並非在巡迴點接受申請人診所提供之醫療服務，亦非因行動不便接受申請人診所巡迴醫療到宅服務（治療項目代號 GB），惟申請人診所卻於病歷記載案件分類 D4（巡迴醫療），並申報陳○娟 111 年 5 月 7 日至 112 年 3 月 4 日期間 25 筆案件分類 D4（巡迴醫療）之醫療費用，健保署認其違規情節，核屬未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，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 款規定，應扣減 10 倍醫療費用。申請人所稱實際有看診、給藥之醫療行為，其診所在申報時

忘記點「GB 在宅看診」，健保署全部核刪陳○娟 25 筆看診費用，又擴大回推 10 倍醫療費用，比強盜還恐怖云云，容有誤解。

(三) 綜上，健保署處申請人診所終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，負責醫師朱○○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，以及追扣及扣減 10 倍醫療費用，均無不合，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 113 年 4 月 19 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 1 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：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款

「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：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。」

- 四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 43 條第 1 款及第 2 款
「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」
- 五、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。」
- 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本保險醫療費用、停止特約或終止特約。」