

## 虛報健保檢查費用議題之探討

### The Issue Concerning a Fraudulence of Expense of National Health Insurance

行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會

#### 案情摘要

中央健康保險局(以下簡稱健保局)台北分局於93年1月12日至94年4月6日派員訪查申請人及保險對象，發現申請人有下列違規情事：

- (一)林姓甲、楊姓甲、羅姓、胡姓、黃姓甲、盧徐氏、余姓、戴姓、吳姓、高姓及劉姓保險對象於92年9月至93年8月至A醫院就診，只做1次杜卜勒氏超音波心臟圖檢查、超音波心臟圖檢查或杜卜勒氏彩色心臟血流圖檢查，惟A醫院申報2次該等檢查費用。
- (二)張姓、楊姓乙、賴姓、許姓、蘇姓、藍姓、邱姓、陳姓、林姓乙、丙、鄭姓、劉林姓、李姓及許姓保險對象於92年9月至93年10月至A醫院就診，或只做1次腹部(或頭頸部或四肢)超音波檢查，或未同日2次超音波檢查，惟A醫院卻申報2次或多次腹部(或頭頸部或四肢)超音波檢查費用。
- (三)林姓丁保險對象93年12月至A醫院就診，X光檢查當日共拍正面及側面2次，惟A醫院卻申報4次X光脊椎檢查費用。
- (四)黃姓乙保險對象93年8月至A醫院就診，只做過1次靜脈注射泌尿系統造影術，惟A醫院卻申報4次靜脈注射泌尿系統造影術檢查費用。
- (五)詹姓保險對象於93年8月7日第2次門診，單純由技術員做聽力檢查，未給醫師看診，93年8月21日門診看結果，未做任何檢查，惟A醫院卻申報93年8月7日診察費及8月21日腦幹聽覺誘發電位檢查費用。

- (六)A醫院坦承，重複申報檢查費用係因申報作業轉出轉入程式出狀況及復健科復健療程帶入非復健療程項目等未確實執行檢查。

#### 法令依據

- (一)行爲時全民健康保險法第72條  
「以不正當行爲或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以2倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」
- (二)行爲時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第34條第1項第7款  
「保險醫事服務機構於特約或指定期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約或停止指定一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約或停止指定一至三個月：七、以不正當行爲或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者。」

#### 健保局處置

- (一)2倍罰鍰。
- (二)停止特約內科及復健科門診業務3個月，A醫院負責醫師及科別於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用。

## 申請人提出爭議審議的理由

- (一) 健保局未給予適當陳述意見之機會，處分程序難謂適法－

健保局雖通知其說明，惟未告知將處分之法規依據、不提出效果等，又未收受其準備之資料即予處分，未給予適當陳述意見之機會，處分程序難謂適法；健保局意見書記載曾給予其陳述意見之機會，應具體說明所履踐之程序如何？

- (二) 特約及管理辦法之規定違反法律保留及授權明確性原則－

特約及管理辦法第 33 條至 35 條處罰之法律效果非健保法所明定，亦非健保法授權主管機關訂定，已違反法律保留及授權明確性原則。

- (三) 重複處罰－

健保法第 72 條及特約及管理辦法第 34 條第 1 項第 7 款之構成要件相同，健保局併處 2 倍罰鍰及停止特約，應屬就同一行為重複處罰；健保局意見書雖認二者處罰種類不同，得予併罰，然以回溯停止特約之效果全為醫療費用之扣減，與罰鍰手段與目的相同，應屬重複處罰。

- (四) 虛報醫療費用應以故意為限－

行為人應有主觀之故意，健保局核定未論究其是否對違規事實具有故意或過失，有理由不備之程序瑕疵，其自始承認資訊系統設計有缺失，致有重複申報情形，但並非故意。

- (五) 健保局不當擴大解釋「就其違反規定部分之診療科別或服務項目」－

依特約及管理辦法第 34 條處分時，應以保險醫事服務機構實質上違規且可分之科別或服務項目為準，並視具體情節決定特定範圍之診療科別或服務項目，其內科下分 6 個次專科，且健保局要求依各次專科申報醫療費用，健保局既認違規科別為心臟科及胃腸肝膽科，則停止特約之範圍應限於違規之心臟科及胃腸肝膽科，如以服務項目為準，範圍應為杜卜勒氏超音波心臟圖檢查等服務項目，然健保局卻以衛生局核發之基本資料表記載之診療

科別形式解釋，處其停止特約內科及復健科業務，已不當擴大違規之診療科別（如內科下分之心臟科、胃腸肝膽科）及服務項目（如杜卜勒氏超音波心臟圖檢查等）。

- (六) 停止特約 3 個月實屬裁量濫用且違反比例原則－

本件多報金額為 35,539 元，與健保局回溯停止特約 3 個月所受處罰 76,748,877 元，相差 2,000 倍以上，且相較健保局處罰之案例，實有裁量濫用且違反比例原則，健保局應說明其裁量基準何在？

- (七) 回溯計算停約期間，於法不符－

行政處分內容應具有實現可能性，對過去已發生完成之事實為命令或禁止，應屬客觀事實不能，另從契約角度，停止特約僅向後發生效力，蓋停止特約制度原寓有使醫事服務機構於停約期間內檢討改善之意，本件健保局在法律無明文容許溯及下，回溯計算停約期間，造成其無法預見之損害，於法不符，亦喪失停約期間檢討改善之功能。而「法未禁止故得為之」，係指法律未禁止者，人民得自由為之，並不包含行政機關行使公權力之行為，行政機關應依法行政，尤其對人民裁罰之侵益行政，更應有法律明文為依據，不能自創處罰方式。況回溯停約，其得以無特約關係，回溯請求保險對象給付差額費用，將造成法律秩序大亂，對保險對象有何保障可言？

- (八) 本件對其權益影響甚大，且涉及停止特約能否向前溯及之制度運作，具有原則上重要性，請給予陳述意見。

- (九) 其開業執照未登記內科下所設置之次專科，係因主管機關之規定，未准內科下次專科登記所致，但如不考量實際違規之服務項目或科別，將形成規模越大之醫療機構越不利之現象，並不公平。另健保局與申請人簽訂之特約雖未明文記載特約之科別，惟健保局自訂之「申報格式及填表說明」已承認內科下之次專科，申請人歷年來均依內科分設之次專科申報醫療項目及費用，健保局亦受理審查支付，是本於誠信原則或禁反言原則，即「審查辦法」與「特約及管理辦法」，所同樣規定

之「診療科別」，不應作不同的解釋。

- (十) 健保局以「回溯」方式停止內科及復健科特約 3 個月處分，並不適法—

「停止」之意義是指往後生效。特約及管理辦法並未明文規定可以「往前停止」，健保局之裁量已逾越法定授與裁量之範圍。健保局認為法規無明文禁止「回溯」停止特約，然回溯停止特約既生申請人過去所請領之醫療費用必須返還之法律效果，法理上當以法律有明文規定為限，始符法律明確性原則。至於所謂為維護民眾就醫權益，或回溯停止特約比將來停止特約對申請人較有利云者，根本未顧及申請人無法預見之損害，有違法安定性原則，且何種情形對申請人有利，應由申請人決定。

- (十一) 健保局原核定違反比例、平等原則—

依特約及管理辦法第 34 條規定，不論從文義解釋或比例原則而論，權責機關於處分時，應以保險醫事服務機構事實上違規且可分之科別或服務項目為準，並視具體情節決定特定範圍之診療科別或服務項目停止特約。本件對健保局處以停止特約內科（含六個次專科）及復健科三個月處分，顯過於嚴重，違反比例原則，且與其他案例相較，亦屬違背平等原則。

## 本會審查結果

爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

## 本會審查理由

- (一) 本件健保局於 93 年 1 月 12 日至 94 年 4 月 6 日派員訪查申請人及保險對象，發現申請人有就林姓甲等 28 位保險對象或只做 1 次杜卜勒氏超音波心臟圖檢查、超音波心臟圖檢查、杜卜勒氏彩色心臟血流圖檢查、超音波檢查、X 光檢查、靜脈注射泌尿系統造影術，或只看檢查結果，未做任何檢查等，惟申請人卻申報 2 至 4 次該等檢查費用及診察費之違規情事，除經原核定論明者外，並有經林姓

甲等保險對象（或家屬）、申請人醫院醫師簽名確認之健保局台北分局業務訪查訪問紀錄等卷證可稽，復為申請人所不否認，則申請人既未執行上開檢查或診察，卻申報醫療費用，即該當健保法第 72 條以及特約及管理辦法第 34 條第 1 項第 7 款之構成要件。

- (二) 申請人雖稱健保局要求依各次專科申報醫療費用，應以保險醫事服務機構實質上違規且可分之科別或服務項目為準云云，惟查健保局與院所特約之診療科別，向來以院所申請特約時，所檢附之當地衛生主管單位核發之開業執照及醫事服務機構基本資料表上所登載之診療科別為限，至服務項目係指醫院申請特約時，於「全民健康保險特約醫院申請書」上「申請辦理業務」欄位所勾選之門診診療、住診診療、血液透析、預防保健、復健業務、婦女乳房檢查服務等，健保局與申請人之合約書雖未明文記載特約之科別，當然係以申請人申請科別（即當地衛生主管單位核准科別）為限，另申報費用資料有就內科再作細分為心臟內科、胸腔內科、胃腸肝膽科…等科別，僅是為便於審查專業之合理性，並非特約之診療科別等語，業經健保局前開意見書陳明，則申請人虛報之杜卜勒氏超音波心臟圖檢查、超音波心臟圖檢查、杜卜勒氏彩色心臟血流圖檢查、超音波檢查及 X 光檢查等檢查項目，既非前開服務項目範圍，且申請人亦自陳開業執照未登記內科次專科，從而健保局衡酌申請人重複申報檢查費用五千多件（期間 92 年到 93 年），實地抽問訪查 28 個個案均有虛報醫療費用，乃處以申請人停止特約內科及復健科 3 個月，固無不合。

- (三) 惟依行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約第 22 條所定「乙方（保險醫事服務機構）有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條、第 34 條及 35 條所列情事之一者，甲方（保險人）應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」之意旨，保險醫事服務機構如有前開違約情事，保險人縱有權對違約之保險醫事服務機構為扣減醫療費

用、停止特約或終止特約之處分，然其中停止或終止之效力，除非法有明定得向前追溯處分外，應以處分之意思表示到達後，向後發生效力。本件健保局在法無明定得向前追溯處分之情形下，於 94 年 4 月 26 日處以申請人自 94 年 1 月 1 日至 94 年 3 月 31 日停止特約內科及復健科門診業務 3 個月，申請人負責醫師及科別於停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付費用，即欠妥適。

### 問題探討

- (一) 對於病人提供的診療是與其健康維護、與疾病照護品質有關的、案內的醫院似乎是將其醫療費用的申報和上述照護的理念分開的，醫院管理階層也並未以「病人為中心的思維」進行統計分析，所以當然也未監測病人多次申報檢查檢驗是否合理的問題？
- (二) 對於病人提供的診療是與其健康維護、與疾病照護品質有關的、案內的醫院應該將其醫療費用的申報和上述照護的理念分開的，醫院管理階層並未以「病人為中心的思維」進行統計分析，所以並未監測病人多次申報檢查檢驗的問題，除此能有哪些問題應被探討？
- (三) 在醫療費用總額化之後，醫療機構間是彼此依存的，沒有很好的互信和依賴及合作，勢必造成不當的競爭和互相消耗，本案除了盡可能多申報的出發點而造成錯誤的情形外，對於其他的醫院而言「資源配置的妥當性」是會產生問題的，因為有人浮報了醫療費用後，原有的分配就受到變化，妥當性受了影響而有了不足的資源，必須均攤時，其他所有醫院則必須承受，這除了不公平外，「資源利用的效率性」一樣也受到挑戰！

### 案情評析

本次討論案的例凸顯出幾個問題：

- (一) 健保局的監督職責的問題：現行健保制度中應要建立更合理之機制以管控和確保各醫療機構申報系統的準確性，及避免醫療機構蓄意或無意的疏失。
- (二) 醫院管理倫理的問題：醫院的管理倫理在台灣的醫療體系中，仍是一個難以解決的議題。就目前的醫療執業型態而言，大多數的醫師都依附在醫療機構體系下執業，對於醫療機構中，設計或制定規範者，其造成不當的申報時，尚未真正受到約束與監督。
- (三) 醫療專業價值與自主性的問題：由於醫療經濟型態的改變與健保給付的影響導致醫療專業人員的專業價值受到衝擊、自主性受到擠壓，也影響了醫療專業人員的執業行為，維持專業價值目前卻仍較偏重於個人良心層面。
- (四) 醫療資訊系統建置的問題：就醫院的行政管理而言，醫療資訊與申報系統的建置，是否讓醫療人員適度的參與，也會影響資訊系統的準確性。
- (五) 醫療法律的問題：申請人主要涉及「虛報健保費用」之問題，申請人既未執行次杜卜勒氏超音波心臟圖檢查、超音波心臟圖檢查、杜卜勒氏彩色心臟血流圖檢查、超音波檢查、X光檢查、靜脈注射泌尿系統造影術等檢查或診察，卻申報醫療費用。

### 本會建議

- (一) 醫療機構方面：在建置醫療保險申報系統時，應考量臨床實務及臨床作業現況，並設置管控系統，俟醫療費用申報不當或申報錯誤

時，可由自動回饋機制適度的提醒，以減少申報錯誤率。

(二) 健保局方面：

1. 居於「資源分配的公平性」與「資源利用妥善性」的考量，健保局應著手進行支付制度與審查制度之改革，或與受委託辦理醫療審查的醫事團體，共同建立(1)檔案分析、異常管理(2)同儕制約(3)教育輔導的機制。以保障醫療品質，解決各種醫療品質問題。
2. 發展一個機制，並透過四個核心價值：「實證醫學的依據」、「倫理、法律的考量」、「資源分配的公平性」以及「資源利用的妥當性」來檢視醫療機構的醫療照護品質與醫療專業人員的執業行為。

3. 健保制度應加強瞭解醫療院所之執業型態，並從制度、實務、法規等層面加以思考以謀求解決之道，並建構為確保醫療院所正確申報的監控機制。
4. 對於違規醫療院所，宜思考或建議修正法令，以合法公開其違規情形及製作成教案，以供其他院所之教育和檢視其管理或行為是否合法。

### 致 謝

本文之完成承謝長宏教授提供專業意見、本會法制組張玉霞組長提供案件資料、周燕玉小姐彙整文章內容，謹致謝忱。