

醫師未實際看診而申報醫療費用之倫理法律問題

蔡甫昌 楊哲銘*

台大醫學院社會醫學科 台北醫學大學醫務管理系*

案情摘要

申請人(××診所)於全民健康保險特約期間,經中央健康保險局台北分局於九十年十二月至九十一年一月間派員抽樣訪查梁姓等十名保險對象,該等保險對象表示於申請人診所就醫期間(八十九年七月至九十年十月),均由申請人負責醫師張××診治,未見過其他醫師。惟申請人有以周××、慈××醫師名義記載病歷,並向該局申報醫療費用。健保局以申請人有未實際看診醫師申報醫療費用,致病歷有記載不詳實完整,乃以依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第八條及三十二條第二款規定,於九十一年八月處申請人違約記點乙次,至未以實際看診醫師申報醫療費用,重行計算申請人自八十九年七月至九十年十月之超出合理門診量共計新台幣(下同)三、四六七、七九〇元,將自核撥之醫療費用中扣除等語。

嗣申請人提出異議,健保局函復,略以(一)申請人雖稱其診所自八十九年七月至九十年十月期間,聘有周××及慈××二名醫師,依申請人看診慣例,病患必經該二名醫師診治後,始依處方核實申報醫療費用,且診治醫師必於當場完成製作病歷與處方之同時簽名負責云云,惟經抽樣訪問保險對象,均表示於申請人診所就醫期間係由張××醫師一人為渠等診治,病患於就診時段均未見過其他醫師,且明確表示未由其他醫師診治過;(二)訪查現場,申請人僅有一診間及一張診療桌,而周醫師不會操作電腦,而張醫師自己除須為病患診療外,同時還須一邊幫周醫師將處方鍵入電腦之情況,顯違常理,另查閱申請人所檢

送之病歷影本,其中由不同醫師簽名之電腦病歷,經比對該手寫病歷字跡卻都相同,顯證申請人有病歷記載有不詳實情事,且依訪查當時申請人提供之病歷記載欠完整,該局依規定予以重新計算門診合理量,並予違約記點乙次之處分,並無不當。

申請人不服,以(一)其診所因病患眾多,為增進醫療品質,於八十九年七月至九十年十月間陸續增聘周醫師及慈醫師為病患服務,因該二位醫師不黯電腦輸入,故採用二位醫師聯合看診方式;(二)其診所早已全面電腦化,醫師看診後依規定隨即將紀錄內容列印,並由診治醫師當場親自簽名;(三)二位醫師若未參與診療,應不敢在每一張處方上簽名,而每日門診時段,均有錄影系統可證明;(四)依醫師法規定,最終仍應以在病歷處方簽名者為主要診治醫師;(五)八十九年七月至九十年十月期間,周醫師及慈醫師共診治三九、一〇二人次健保病患,健保局僅訪問其中十名病患,不應據以推論所有病患均非周醫師、慈醫師診察;(六)周醫師及慈醫師雖然年紀略大,不能因其不黯電腦輸入,而完全否定渠等參與病患大部份診療之價值。

審定結果

原核定撤銷,由原核定機關查明後另為適法之核定。

審定理由

一. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十二條規定(於八十九年十二月十二日修正為第八條),病歷記載應清晰、詳實、完整。違反者,依同法第三十二條第二款規定,

保險人應予糾正(於八十九年十二月十二日修正為違約記點)。又「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，若甲方發現乙方有短報者，應主動通知乙方：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」為行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約第二十五條第五款所明定。

二. 本件健保局係以該局台北分局於九十年十二月至九十一年一月間派員訪查梁姓等十名保險對象，發現申請人有就該十名保險對象均係由申請人負責醫師張××診治，惟申請人卻以周××、慈××醫師名義於該等保險對象病歷署名，申報醫療費用之情事，乃處以申請人違約記點及核扣八十九年七月至九十年十月超出合理門診量醫療費用三、四六七、七九〇元。惟查：

(一)關於核扣醫療費用三、四六七、七九〇元部分：

此部分健保局係以申請人有未以實際看診醫師名義申報醫療費用，重新計算申請人負責醫師自八十九年七月至九十年十月超出合理門診量之醫療費用三、四六七、七九〇元，乃予以核扣。經查本件申請人固有由負責醫師張××看診，而以未實際看診醫師周××、慈××名義申報醫療費用之情事，惟申請人主張八十九年七月至九十年十月期間，周醫師及慈醫師共診治三九、一〇二人次健保病患，健保局僅訪問其中十名病患，即逕推翻申請人主張，核與行政程序法第四十三條所定應依論理及經驗法則判斷事實之真偽之意旨，尚有不符，況其中梁姓保險對象亦證稱：「該所還有一位老醫師在為病患吸鼻涕」等語，甚至申請人主張每日門診時段，均有錄影系統可證明周醫師、慈醫師都有親自到診，其於健保局訪查時，已請訪查人員自由調閱乙節，健保局前開意見書亦未見論明，從而本件事實真相為何？宜先查明。

(二)關於違約記點部分：

本件申請人以負責醫師張××看診之病歷，由未實際看診醫師周××、慈××名義署名為

手段，達成以未實際看診醫師申報醫療費用之目的，該手段與目的具有牽連關係，倘健保局對該申報醫療費用之結果，已處以核扣醫療費用之處罰，復對達成該目的之手段(即以未實際看診醫師名義記載病歷)，處以違約記點，是否妥適？何況一份完整的病歷主要由兩部分組成：一為社會背景資料：(醫師法第十二條前段)，一為治療記錄(醫師法第十二條後段)。本件申請人倘係以未實際看診醫師名義向健保局申報醫療費用，是否就構成前開病歷有記載不詳實完整之情事？又有關以未實際看診醫師名義申報醫療費用之類似案件，健保局向以核扣相關醫療費用論處，本件處理亦欠一貫？均有究明之必要。

問題與討論

本案乃申請人張醫師涉嫌以未實際看診的周醫師、慈醫師為人頭，使其向健保局申報病患就醫人次維持在合理門診量範圍內，藉此獲得核發較高之醫療給付；經健保局 XX 分局派員抽樣訪查十名保險對象，認為確實有上述情節，於是對該醫事服務機構處以核扣醫療費用及違約記點。健保局主張理由乃：1. 抽查訪問保險對象，均表示至該診所就醫期間皆由張醫師一人為其診治，非周姓或慈姓醫師；2. 實地訪查發現申請人僅有一診間及一張診療桌，諸多事項違背常理；3. 調閱病例發現雖然醫師簽名不同，但是手寫字跡卻相同，顯有不實之嫌。申請人張醫師不服認為：健保局只有訪查十人，不應據此推斷其它三萬九千人次皆非由周醫師及慈醫師診治，而且每日門診時段，均有錄影系統可證明周醫師及慈醫師確有看診...等理由。本案爭審會判定有關核扣醫療費用部分：健保局不應以十人之訪查結果回推放大斷定其餘三萬九千人次皆非由周姓及慈姓醫師看診，況且申請人提出有錄影系統可證明周姓及慈姓醫師均有親自到診，健保局卻未調閱相關影帶，建議先調閱後再來論處；關於違約記點部分：健保局既已核扣其醫療費用，卻又處申請人違約記點一次，一罪兩罰是否適當？也違背其一貫處理原則，有待說明，於是

撤銷健保局之原核定，交由原核定機關查明後另為適法之核定。

醫學倫理問題之分析

事實真相的釐清自是本案第一爭議之焦點，申請人張醫師舉出其有錄影系統可證明周姓慈姓醫師確實有看診，也有病患提及有一位老醫生在幫病人吸鼻涕，因此針對此證據健保局有察明之必要。然而錄影帶是否就能證明確實有非張醫師以外之醫師在該診所行醫卻不無疑義，健保局訪查之十位病患皆指稱看診者為張醫師而非其他醫師又將如何解釋？一張診療桌如何能兩三位醫師同時看診？病歷上醫師簽名之筆跡為何皆相同？綜合各種現象按常理判斷，此案舉證之負擔相對是落在張醫師一方，張醫師必須提出更強而有利之證據方能為自己辯護。另一方面，健保局若調閱錄影帶資料、驗證其參考價值，並增加訪查病患數目(樣本數)以增加調查之可信度，甚至於對於本案涉及違法之部分移請檢調單位偵辦，應有助於案情真相之釐清。

若假設周姓、慈姓醫師事實上只是人頭，用來使平均每診就醫人次降到合理門診量以下，以使張醫師獲得每單位病患最高之給付，事實上人頭醫師並無實際之醫療行為發生，則該醫師為圖利自己而行詐騙之行為，已經違背相關法律(見以下法律分析)，其違背醫學倫理、專業倫理情事，亦十分明顯。張醫師如此作為可能辯稱病患實質之利益並未受損，然而醫師對社會及醫療體系的各種法規制度還是有謹守遵行之義務，方能保障社會之正義，進而保護個人權益；若社會容忍個人以違法手段不當圖利，對守法者亦不公平。

醫療專業由於其執業內涵關乎病人之生命與健康，因此相較於其他行業有較高之專業倫理要求，這也同時反映了社會對此專業之期望。因此正如「台灣醫師公會全聯會醫師倫理規範」之「前言」指出「醫師以照顧病患的生命與健康為使命，除維持專業自主外，當以良知和尊重生命尊嚴之方式執行醫療專業，以維繫良好的醫療執業與照顧病患的水準，除了考量對病人的責任外，同時也應確認自己對社會、其他醫事人員和

自己的責任，並應基於倫理自覺，實踐醫師自律、自治，維護醫師職業尊嚴與專業形象...。」「第2條 醫師執業，應遵守法令...」「第5條 ...醫師必須隨時注意與執業相關的法律和執業法規，以免誤觸法令而聲譽受損。」「第22條 醫師不將醫師證書、會員章證或標誌以任何方式提供他人使用。」因此，醫師肯認對社會之責任、對相關法律與執業規範之遵守，為專業倫理之重要內涵。

醫療相關法律之分析

本案的主要案情是申請人將負責醫師張醫師看診之病歷，以未實際看診的周醫師、慈醫師名義署名申報醫療費用。健保局經訪查認為確實有上述情節，於是乎對該醫事服務機構處以核扣醫療費用，再加上違約記點。處分的依據是全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十二條規定(於八十九年十二月十二日修正為第八條)，病歷記載應清晰、詳實、完整；違反者，依同法第三十二條第二款規定應違約記點。另外依據行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約第二十五條(現行十九條)第五款的約定：「乙方申請之醫療費用，有左列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣，若甲方發現乙方有短報者，應主動通知乙方：五、其他應可歸責於乙方之事由者」，因之又處以追扣。

爭審會審議之後將原核定撤銷，要求原核定機關查明後另為適法之核定。審定的法理推論主要有兩點，一是健保局在查證上不符合行政程序法第四十三條所定應依論理及經驗法則判斷事實之真偽之意旨，二是跟以前的案例處理方式不一貫。

依行政程序法第四十三條：「行政機關為處分或其他行政行為，應斟酌全部陳述與調查事實及證據之結果，依論理及經驗法則判斷事實之真偽，並將其決定及理由告知當事人」。而且行政程序法第九條也強調：「行政機關就該管行政程序，應於當事人有利及不利之情形，一律注意」。也就是說行政機關不能只想要證明人民有錯，也要想辦法證明人民沒錯，因之爭審會認為

本文中健保局查訪到的證據似乎太少，也沒有充分考量對醫事服務機構有利的證據。

此外爭審會也認為本案即使成立，因為手段與目的間具有牽連關係，健保局對申報醫療費用之結果，已經處以核扣醫療費用之處罰，又對達成該目的之手段，即以未實際看診醫師名義記載病歷，處以違約記點，質疑處分是否適當，這樣的想法類似於刑法第五十五條「牽連犯」的概念：「犯一罪而其方法或結果之行為犯他罪名者，從一重處斷」，但是這種在刑罰上普遍被接受的概念，倒不是行政罰上的裁判的慣例。不過以往以未實際看診醫師名義申報醫療費用之類似案件，健保局一向僅以核扣相關醫療費用論處，行政程序法第六條：「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇」，如果沒有正當理由不能缺乏一貫性，這是行政法一般原則中的「平等原則」。

這個案例也顯示出醫療界在製作病歷和管理病歷的多問題。醫師法第十二條：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日」，而且依醫療法四十八條之規定，病歷記載應清晰、詳實、完整，並保存十年以上。病歷製作的許多技術性問題過去也產生許多疑義，原則上誰診治就是誰寫病歷，88.12.22.衛署醫字第八八〇六九四七〇號函說明：「依醫師法第十二條規定，醫師執行業務時，應製作病歷，記載其對病人之診治情形。所詢有關住院病人之病歷，不論是住院醫師或主治醫師，如有對病人診治，均應就其診治行為負責，分別製作病歷」。

如本案張醫師的陳述，資深醫師不諳電腦，由旁人代輸入再由診治醫師簽名或蓋章幾乎是目前醫界常見的現象，這種做法的合法性未有定論，但是如果以病歷記載潦草為由，將病歷重新謄寫，另行製作新病歷使用會構成醫師法二十五條的不當行為，82.11.16.衛署醫字第 8255943 號函中強調：「……三、病歷係醫師執行業務所製作之文書。病歷記載不僅有助於疾病之連續治療、醫療機構內部之管理，提供衛生行政機關輔導之依據；於醫療爭議法律責任鑑定上，亦是重要證據之一。因此，病歷除應由醫師親自記載外，並應依規定保存十年。又因病歷有其法律責

任之重要性，故醫師或其他人員依醫師指示，將病歷重新謄寫，另行製作新病歷使用，不僅影響病歷記載之真實性，亦有損主管機關對該院所病歷製作情形評鑑結果之準確性，故不宜另行製作。四、據悉，近來有少數醫療機構，因醫師病歷記載過於粗略潦草，為應醫院評鑑或公、勞保特約審查作業，由醫師本人或指示助理人員將病歷重新謄寫，該行為核有不當」。

另外病歷登載不實以申報醫療費用，當然也可能衍生民、刑法的問題，如涉及詐欺，或刑法第二百十五條的業務登載不實罪：「從事業務之人，明知為不實之事項，而登載於其業務上作成之文書，足以生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金」等。

醫學生針對此個案進行討論之感想

問題一：本案例所涉及的醫學倫理問題是什麼？

1. 病歷上的醫師簽章是對該病人負責的行為，應由實際參與問診、決策與開藥的醫師完成簽章的動作，不應該以其他醫師的名義代替。另一方面，當病人對診斷與治療有不良反應時，理應由實際看診醫師負責，若病歷上記載的醫師與實際看診醫師不符時，到底該由誰負起責任？會不會導致互相推卸責任的局面？
2. 合理門診量是否公平？用同樣的標準限制著品質良莠不一的醫師，並不是非常合理的方法，但其出發點在於保障病患享受充足的診療時間，立意十分良好。既然診所和健保簽有約定，就應該確實遵守這樣的規範，若無法接受合理門診量的限制，診所應當選擇不加入健保，而不是想辦法投機取巧。
3. 張醫師表示診所中的診療行為都有錄影存證，先不論其可信度有多高，單就錄影這個行為來看，就侵犯了病人的隱私權。病人與醫師之間的診療互動應只限於病人和醫師雙方之間知悉，醫師不論錄影或公開畫面都應該先告知病人並取得同意。若未經病人同意即錄下或公開診療畫面，是違反醫病關係中的隱私和保密原則。

問題二：本案例所涉及的醫療法律問題是什麼？

1. 就病歷上而言，若張醫師一人參與病患的疾病診斷和醫療處置，卻以另外兩位醫師的名字來署名，是觸犯刑法的偽造文書罪；假使周醫師和慈醫師都熟悉內情，達成協議共同完成偽造文書的行為，則周醫師和慈醫師為共犯，應共同承擔偽造文書之刑責。
2. 張醫師的診所與健保局簽有合約，若張醫師違反合約的規範，應承擔當初合約上所規定的違約處分。

3. 張醫師涉嫌以另外兩個醫師的人頭充數，使超出的門診量能平均分擔在三位醫師的合理門診量之內，以騙取健保局的高額給付，已構成詐欺的行為。(王志宏、徐碩澤記錄)

推薦讀物

1. 吳庚：行政法的理論與實務，三民書局：台北，2003。