

保險詐欺案例之研究 ——以台、日、美健保詐欺為中心

呂寧莉*

劉汗曦**

壹、前言

我國自1995年3月1日施行全民健康保險法，辦理全民健康保險，至今已超過28年，國人多持正面評價，也頗獲國際肯定。但因全民健康保險係採病人、醫師、健保局之三方關係，醫師為病人看診後並不直接向病人收費，而係向健保局請款，加上病人有時另有向民間保險公司投保醫療保險，若遇到不肖醫師或病人貪圖保險金，常有製作不實診斷書聯合詐騙健保局或保險公司之情形。而醫療保險詐欺之被害人，有可能是醫師與病人共謀，醫師幫一般民眾「假看診真詐欺」，病人向民間保險公司詐領數萬元之保險金；也有可能是醫院或診所為詐領保險給付，而申報不實點數，向健保局請款，此種詐保之被害人則為健保局。

本文之論述重點將在被害人為健保局之健保詐欺類型。而詐騙健保給付類型，並非僅發生在我國，日本及美國也有相關案例。本

文在介紹日本的詐保案件之前，先介紹日本之健保制度，請領保險給付之流程，再分別以該國刑事案件及行政案件為例，探討日本適用如何之法律處理相關個案。之後則就美國之獨特的健保制度進行說明，並介紹詐欺的幾種類型與該國如何透過立法、執法、科技三個面向，來打擊健保詐騙的作為。最後在我國健保詐欺部分，則是著重在與健保詐欺案件相關之刑法規範，並以實務上經常發生之「門前藥局」詐領藥師調劑費作為案例進行分析，說明司法機關對於此類案件之處理方式。

貳、日本健保詐欺案例分析

一、日本國民保險簡介

(一) 被保險人種類

日本國民保險可分為三大區塊，一為被用者保險，是指一般受雇人，有正職之從業人員相關的保險。一為無業或從事農業，自營

* 本文作者係臺灣高等法院法官，國立陽明交通大學公衛博士，並曾於2007年奉派至日本東京大學擔任客員研究員。

** 本文作者係博思法律事務所資深律師與博安生醫法律團隊總顧問，美國喬治城大學法學博士候選人，國立陽明交通大學公衛博士候選人。

商等，非受雇人員，退休人員等，加入的保險，稱為國民健康保險。第三大類為以75歲以上為對象的全部老年人，稱為後期高齡醫療制度。如下圖1。¹

日本因為醫療費用高昂，不是所有國民都可以支付高額保險費納保，若無法支付民間保險費時，就無法使用醫療。再者，民間保險公司對於較容易患病之人，反而不願意讓其投保。為了讓全民都可以安心使用安全的醫療服務，且可以負擔的費用，所以讓全民都可參加的國民皆保險制度，日本早於1961年已將全國國民都納入保險。

(二) 支付醫療費流程

保險診療流程大致如下：1.先由被保險人支付保險費給醫療保險者。2.患者去醫院或診所就醫，接受治療，同時支付部分醫療費用。3.保險指定醫療機關（即診所或醫院）

於看診後，會提出看診資料向審查支付機關（國民健康保險團體聯合會，下簡稱健保聯合會）請求診療報酬。4.健保聯合會審查請求書之後送交醫療保險者。5.醫療保險者支付請求金額與審查支付機關。6.審查支付機關則會將診療報酬交予保險醫療機關。如下圖2。²

病患持保險證至診所及醫院接受治療，需給付醫療費用之3成，假設醫療費用總額為5千元，則需負擔1500元，剩下的3500元，則是由醫療保險者每月所收的保險費所支付。公司員工的健康保險費，除了員工支付外，事業主也要折半負擔。醫療機關除向病人收取三成的醫療費外，另外7成則向「審查支付機關」請求診療報酬。

不過在自己負擔比例部分，並非全部的國民都需支付3成。若是幼兒園以下或70至74歲

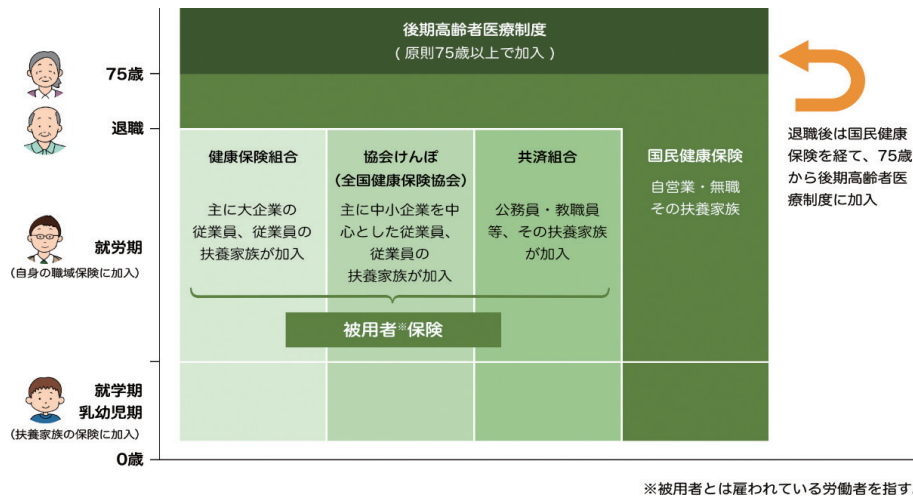


圖1

註1：日本医師会，〈公的医療保険の種類を知っていますか？〉

<https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/system/>。瀏覽日期：2023年4月28日。

註2：厚生労働省，〈我が国の医療保険について〉，

www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/iryohoken01/index.html，瀏覽日期：2023年4月23日。

的長者，則只需負擔2成，75歲則只負擔1成。但若70歲以上有工作者，則仍負擔三成。如圖3。³

（三）日本國民皆保險制度特徵

依照厚生勞動省（相當於我國衛生福利部）之資料，國民皆保險制度有下列4個特徵：

- 1.國民以公家的醫療保險為保障。除了日本，全民皆有健康保險的國家並不多，在美國歐巴馬政府2014年所能推動的公家保險也僅有高齡者、殘障者及低所得者，但仍有很多無法繳付。

在先進國家中，只有瑞典和英國有全民保險制度，法國及德國雖然也有很高的公家保險參加率，但也未達到100%。

- 2.可以自由選擇醫療機構。在日本患者可自由選擇醫院、診所就醫，且費用相同。但在外國有多數國家並非如此，有些國家需先由家庭醫師⁴診斷後才可去大型醫院，若未經過家庭醫師轉介，則不可以去看專科醫生。
- 3.接受便宜的醫療費但高品質的醫療。日本的醫療費原則上由健保支付7成的醫

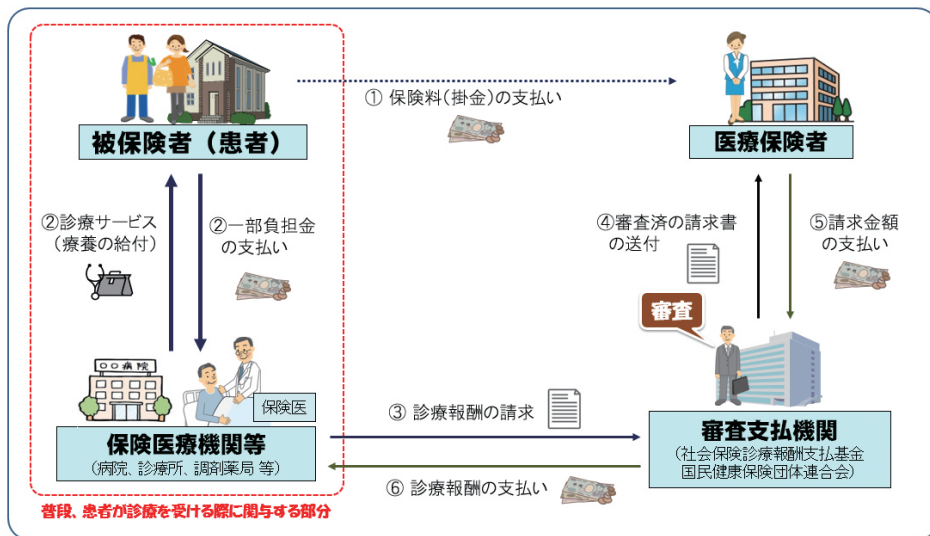


圖2

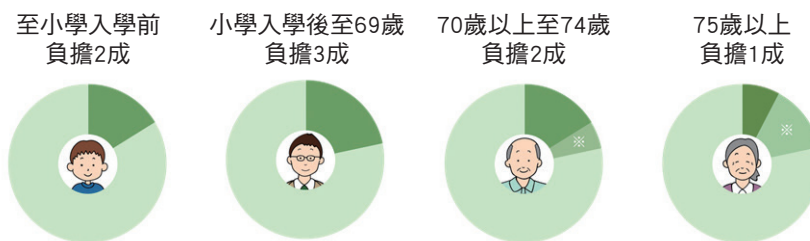


圖3

註3：同前註1，窓口で払う医療費は原則3割。

註4：日本稱為「かかりつけ医」。

療費用，病患只需支付3成，75歲以上之高齡者，更只需支付1成。另外有關短期內需要支付多數醫療費用之「高額療養費制度」，避免過重的高額負擔，也在計畫研議中。國民可以使用到尖端先進的醫療，國民皆保險制度功不可沒。

- 4.除了以基本的財源做為健保費外，也會有公費支應。依據厚生勞動省於「平成30年國民醫療費概況」的資料顯示，一年醫療費支出約42兆日元，患者負擔5兆元，另有21兆日元由雇主或其他參加健保的單位支付，不足的16兆元則是由公費（例如稅金）支應。

（四）日本國民保險之課題及因應之道

健保的課題在收入支出可能會產生不平衡的情形。其理由係少子化、高齡化的緣故。因為少子化，而使得繳納健保費的人口變少，相反的高齡化則是利用醫療資源的機會提高，而增加醫療開支。現在雖是以稅金等公費支應不足的部分，但是若這種不平衡的情形持續擴大，勢必會造成國民皆健保之制度難以維持。

為了讓健保制度可以持續下去，必須做開源節流的工作，日本目前研議的政策包括：提高目前繳納健保費、提高高齡者負擔的醫療費用（例如從負擔1成變成2成）、下修診療費、藥費等，抑制醫療費用支出。此外，

為了更有效的達成收支平衡，可能將一部份的醫療行為排除在保險之外，或是下修給付額度等等的政策加以評估。⁵

二、保險詐欺種類

關於保險詐欺，種類繁多，新聞報導上常有的為了詐取保險金而謀財害命的事件，實際上在整個保險詐欺金額的比例來說，其實是極為微小的。大致上可歸類為以下二種：一為事故偽裝型，一為事故利用型。前者事故偽裝型的意思為儘管保險事故並不存在，但偽裝有發生。可分為：故意做成型，即不是偶然發生，而是用故意的方式，讓保險事故發生。自己放火燒屋請求火險，或自己製造交通事故請求車險理賠。另一種為偽裝事故型，即事實上並沒有發生保險事故，但是偽裝成有發生的情形。例如：事故發生在保險契約生效前，但是假裝是在生效後發生，而申請理賠。事故利用型，利用已經發生的保險事故，牟取超過應該理賠金額以上的保險金。又可以分成2種，一是捏造請求型，即是以實際上不存在的損害請求保險金的情形，例如請求火災險時，將沒有擺放家中的物品也當作有損失加以請求；一是過大請求型，利用發生的保險事故，而向保險公司請求超額的保險金。例如：雖然確實有發生保險事故，但卻把破損的物品申報過高的價值請求保險金。⁶

註5：リアホ，〈日本の国民皆保険制度とはこんな制度！特徴や課題、今後の見通しまで丸わかり〉，2022年3月18日，

<https://reaho.net/magazine/hokenkiso/kokuminkaihoken-tokucho/>瀏覽日期：2023年4月21日。

註6：ニッセイ基礎研究所，山田高弘（2009），〈わが国における保険金詐欺の実態と研究—偽装自動車盗難による保険金詐欺を中心に〉，《保険学雑誌》第606號，日本保険学会，第193頁。

三、案例分析

(一) 醫師虛偽給藥詐領診療報酬案⁷——刑事案件

本案係麻醉科臨床醫師A（同為附屬大學之準教授）於不知情之B醫師施做手術時，在電腦病歷紀錄內記載給予病患藥物C150mg之不實紀錄，並讓不知情之醫院職員據之申報，施做手術病患為47人，時間係自2020年8月9日至2021年1月28日，致使審查支付機關健保聯合會陷於錯誤，而核發包含C150mg之藥費60餘萬日圓之診療報酬6359萬餘日圓。

（下稱第一犯行）另外自2021年2月3日至同月29日則申報15人次病患之不實麻醉紀錄，明知未給予C150mg或C50mg亦將此等不實資訊登載在電腦，據之申報診療報酬，亦使健保聯合會陷於錯誤，據之核發包含藥費24萬餘日圓之診療報酬2179餘萬日圓。（下稱第二犯行）另自2021年3月2日至同月31日，虛偽登載19名病患之使用C150mg或C50mg之資料，交予不知情之醫院職員申報，但尚未向健保聯合會申請前，即遭查獲。（下稱第三犯行）

關於此案涉及刑法分則法條包括日本刑法第161條之2之不正製作及提供電磁紀錄罪、第246條之詐欺罪，以下分別說明之：

刑法第161條之2第1項係規定「以使人錯誤處理事務為目的，不正製作供該事務處理使用之關於權利、義務或事實證明之電磁紀錄者，處5年以下懲役或50萬日圓以下罰金。」；

同條第2項規定「前項犯罪涉及應由公務機關或公務員製作之電磁紀錄者，處10年以下懲役或100萬日圓以下罰金。」；

同條第3項則規定「以第1項之目的，將不正製作關於權利、義務或證明事實之電磁紀錄供人處理事務使用者，處與不正製作電磁紀錄者同一之刑」。

第2項規定與第1項不同在於第2項製作不實之電磁紀錄屬於公務機關之電磁紀錄，所以較一般電磁紀錄之刑責重。而第3項之所謂「供人處理事務使用」，係指將不正製作的電磁紀錄，置於他人的電腦內，可以使用的狀態為以足，只要供用行為開始即為實行著手，終了時為既遂。

同法第246條第1項規定「詐欺他人使其交付財物者，處10年以下懲役。」⁸

此案經津市地方法院審理後，就第一犯行及第二犯行均認為被告構成刑法第161條之2第2項、第3項及第246條第1項，即被告製作不實之公電磁紀錄後，並供人使用，用以詐欺健保聯合會。其犯行均屬一行為觸犯數罪名之想像競合，分別從一重詐欺罪處斷。第三犯行則論以刑法第161條之2第2項、第3項之不正作出公電磁的記錄供用罪。原判決引用刑法第45條⁹，認本件應數罪併罰。而依照日本刑法第47條數罪併罰定刑之規定「併合罪中有二罪以上處有期懲役或禁錮者，以最重罪所定之刑期上限加二分之一作為上限。但不得超過各罪所定刑期上限之合計。」不

註7：令和3年4月22日，津地方裁判所，令和2（わ）555公電磁的記錄不正作出、不正作出公電磁的記錄供用、詐欺被告事件。判決網址：

https://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/656/091656_hanrei.pdf（瀏覽日期：2023年7月1日）

註8：《日本刑法註釋書分則》上冊，第460頁，法官學院。

註9：日本刑法第45條規定「裁判確定前犯二個以上之罪者為併合罪。」

過並未在原判決中見承審法官就各罪分別定宣告刑，再定執行刑。而直接依照檢察官求刑2年6月，在主文宣告：處被告懲役2年6月。

其定刑之理由為：本件被告醫師為了自己的私利，將患者是否有用藥之重要之病歷記錄為不實登載，且該病歷記錄屬於公務電磁紀錄，對於社會公信有重大損害，在約8個月內竄改約81次，認為已有常習性。雖然被告並非直接獲有利得，但造成84萬餘日圓之損害也並非少額，其行為對於病院的藥劑科及其所屬大學也造成困擾。但審酌其已坦承全部犯行，表示反省之意，且願意返還詐欺損

害額，另外已經遭到大學懲戒解雇的處分，受有一定社會制裁，同時也沒有前科，所以給予其緩刑4年的刑罰。¹⁰附帶一提，依照日本檢察統計年報之資料，近10年緩刑宣告比率均約有6成，例如在2022年（令和3年）判有期懲役（即有期徒刑）人數為43556人，其中有26905人宣告執行猶豫（即緩刑），比率達61.7%。如表1。¹¹而日本緩刑規定與我國不同者為，受有期徒刑3年以下宣告有期徒刑者，即可宣告緩刑，且緩刑期間可為1年以上5年以下。法官裁量空間較我國為大。

（二）金澤藤井醫院詐領診療報酬案¹²——行政案件

表1

（平成24年～令和3年）

年次	總數	有罪											無罪	
		死刑	無期懲役	有期懲役			有期禁錮			罰金	拘留	料科		
				一部執行猶子	全部執行猶子	全部執行猶子率	全部執行猶子	全部執行猶子率						
24年	408,936	10	38	58,215	---	32,855	56.4	3,227	3,122	96.7	344,121	5	2,868	82
25	365,291	8	38	52,725	---	29,463	55.9	3,174	3,058	96.3	306,316	4	2,559	122
26	337,794	7	28	52,557	---	30,155	57.4	3,124	3,051	97.7	279,221	4	2,417	116
27	333,755	2	27	53,710	---	31,620	58.9	3,141	3,068	97.7	274,199	5	2,247	88
28	320,488	7	15	51,824	855	30,837	59.5	3,193	3,137	98.2	263,099	6	1,962	104
29	299,320	2	18	49,168	1,525	29,266	59.5	3,065	2,997	97.8	244,701	5	1,919	130
30	275,901	2	25	47,607	1,567	28,831	60.6	3,159	3,099	98.1	222,841	1	1,834	123
元	245,537	5	16	46,086	1,452	28,044	60.9	3,076	3,021	98.2	194,404	3	1,556	96
2	221,057	2	19	44,232	1,298	27,163	61.4	2,738	2,691	98.3	172,326	5	1,366	76
3	213,315	4	18	43,556	1,015	26,905	61.8	2,670	2,624	98.3	165,276	5	1,390	94

註10：日本緩刑規定在日本刑法第二十五條「次に掲げる者が三年以下の懲役若しくは禁錮又は五十万円以下の罰金の言渡しを受けたときは、情状により、裁判が確定した日から一年以上五年以下の期間、その刑の全部の執行を猶予することができる。

一 前に禁錮以上の刑に処せられたことがない者

二 前に禁錮以上の刑に処せられたことがあっても、その執行を終わった日又はその執行の免除を得た日から五年以内に禁錮以上の刑に処せられたことがない者。」

註11：表1為日本自2012年至2021年的宣告緩刑資料。

註12：東海北陸厚生局，保險医療機関等において不正請求等が行われた場合の取扱いについて，直近の事案，令和3年2月17日，保險医療機関の指定の取消について，

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/fusei_seikyuu/。瀏覽日期：2023年4月28日。

本件案情是藤井醫院於病房看護人員不足的情況下，提供不實的勤務表、打卡紀錄、病房管理日誌等資料給東海北陸厚生局。厚生局將勤務表及看護紀錄比對後，發現有多數的看護員姓名記載不相合的地方。再經過仔細調查後，認為有以下之不實情形：包括值夜般的看護人員雖然不足，但仍請求足額的醫療報酬；關於月平均一日看護職員配置數，月平均一日看護補助者配置數及一日平均入院患者數等資料均不吻合。最後認為自2013年9月至2018年8月共虛偽請求950件，人數達261名，金額為1億5千9百餘萬日圓。因虛偽請求之金額龐大，東海北陸厚生局依照健康保險法第80條第2款、第3款、第6款¹³之規定，將藤井醫院取消指定其為保險醫療機關，且5年內不能再指定為保險醫療機關。

本件與上揭醫師填載虛偽紀錄詐領醫療報酬不同者係，本件僅有行政懲處，而未有將相關人員送交刑事案件偵辦之情形。

參、美國健保詐欺案例分析

一、美國健康保險簡介

相較於日本或者台灣，要了解美國健保詐欺首先需要了解美國的健康照護與保險制度。美國與多數已開發國家不同，並無一個由國家統籌負責、單一保險人、全面涵蓋性的健康保險。相反地，由於歷史、文化、政治等因素，其發展出一套公私混合、聯邦地方協力（公營部分）、雇主主導（私人部分）的複雜、多元健康保險制度。¹⁴

首先，在超過三億三千萬的美國民眾中，有六成以上其健康保險是依靠私人保險來提供服務。這部分包括因為就業而取得由雇主所提供的保險，以及個人透過Obama總統醫療改革所創立的marketplace這樣的線上保險市場平台，所自行購買的私人保險。¹⁵

相反地，僅有三成多的民眾需要倚靠美國政

註13：日本健康保險法第八十條第2、3、6款分別規定：厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。

二 前号のほか、保険医療機関又は保険薬局が、第七十条第一項（第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百条第七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）の規定に違反したとき。

三 療養の給付に関する費用の請求又は第八十五条第五項（第八十五条の二第五項及び第八十六条第四項において準用する場合を含む。）若しくは第一百条第四項（これらの規定を第一百四十九条において準用する場合を含む。）の規定による支払に関する請求について不正があったとき。

六 この法律以外の医療保険各法による療養の給付若しくは被保険者若しくは被扶養者の療養又は高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付、入院時食事療養費に係る療養、入院時生活療養費に係る療養若しくは保険外併用療養費に係る療養に関し、前各号のいずれかに相当する事由があったとき。

註14：概括性介紹可以參閱楊秀儀、雷文攻（審閱），劉汗曦、蔡佩玲、林欣柔（譯者）（2006），《健康照護倫理：臨床執業指引》（Edge & Groves: Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice, 3/E），高立圖書。以及參閱劉汗曦（校定），蘇玉菊等（譯者）（2019），《公共衛生法：權力、責任、限制》（Gostin & Lindsay: Public Health Law: Power, Duty, and Constraint），元照出版。

註15：Get 2023 health coverage. Health Insurance Marketplace® | HealthCare.gov

府所提供的健康保險。這其中包括主要以65歲以上老人與身心障礙人士為主的醫療保險（Medicare），以及針對低收入族群所提供的醫療補助（Medicaid）兩個方案。¹⁶此外還有針對未成年人的兒童醫療保險計劃（Children's Health Insurance Program, CHIP）¹⁷，以及軍人與軍眷（TRICARE）¹⁸、退伍軍人（VA Health）¹⁹、等特別的健康保險計畫。

以上僅僅列出公立與私營保險之保險人與比例的大致上分佈，但由每個保險人都有自己的保險政策、涵蓋內容、處理程序，而這些健康保險也並非完全涵蓋所有醫療支出，中間還是有自付額（out-of-pocket）、共付額（co-payment）、免賠額（deductible）等差異，搭配上HMO（Health Maintenance Organization）、PPO（Preferred Provider Organization）、POS（Point of Service）等健康保險方案中的不同類別與服務提供網絡規範，使得整個美國健康保險制度呈現極度複雜的狀況。²⁰如此一來，當然也增加許多行政成本，甚至讓保險詐欺更有存在之空間。

二、保險詐欺種類與案例

健康保險詐欺在美國並不罕見，其金額也從小額數百美元小額到數百萬美元鉅額之譜，其類型依照對象可以分為三種：²¹

（一）醫療服務提供者詐欺（provider fraud）：這也是最常見的類型，就是在整個醫療服務提供環節中的每一個單位，包括醫師、診所、醫院、藥局等，向保險公司開立虛構或不必要的服務請款單，以獲得保險給付。

而可以想見，一但是醫療服務機構帶頭進行的健保詐欺行為，其規模、金額、時間一定都相當驚人。以發生在1997年的Columbia/HCA案為例，這件被美國聯邦司法部稱為史上最大詐欺政府案件，其多項刑事罪名之罰金與民事侵權損害賠償金額、加上案件相關和解金，其總額高達17億美元之譜。²²

Columbia/HCA不是單一醫院或公司，而是經過多年的併購與投資後，成為旗下擁有380家醫院、200家居家照護機構、130家手術中心的全美最大的巨型醫療集團之一。²³Columbia/HCA承認犯下包括使用灌水的單據、誇大病

註16：詳細介紹可以參見其官方網站，關於Medicare請見

<https://www.medicare.gov/>，關於Medicaid請見<https://www.medicaid.gov/>

註17：相關介紹參見

<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>

註18：相關介紹參見

<https://www.tricare.mil/>

註19：相關介紹參見

<https://www.va.gov/health-care/>

註20：關於這部分的簡要介紹可參見

<https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plan-types/>

註21：<https://www.fbi.gov/investigate/white-collar-crime/health-care-fraud>

註22：Department of Justice, *Largest Health Care Fraud Case in U.S. History Settled: HCA Investigation Nets Record Total of \$1.7 Billion*, (2003),

https://www.justice.gov/archive/opa/pr/2003/June/03_civ_386.htm (last visited May 16, 2023).

註23：J. D. Kleinke, *Deconstructing The Columbia/HCA Investigation*, 17 HEALTH AFFAIRS 7 (1998),

患症狀的嚴重程度來詐取政府的醫療保險給付。此外，公司還提供醫師們各種財務上的回扣，以換取醫師的病人轉介等各種有利於公司收益的作為。²⁴

(二) **病患詐欺 (patient fraud)**：這類型的詐欺包括病患冒名頂替使用別人的保險，偽造或更改單據、四處求醫 (doctor shopping) 而取得更多藥物等。這類型的詐欺也時候也會跟由醫療機構發動的詐欺彼此競合，共同來欺瞞保險人 (不論是政府或私人保險人)，但總體來說數量與金額不如前者來的系統性與巨大。

(三) **保險公司詐欺 (insurance company fraud)**：由保險公司所進行的詐欺並不常見，不過一但發生都是系統性地造成嚴重的後果。例如長期拒絕給付原本應給付的費用、違法取消病人保單、或者為不合資格的個人或團體提供保單等。這在政府非單一保險人，且私人保險佔多數的美國較有可能發生，然而因為發生的機率不高且並非美國或者台灣會發生的狀況，因此非本文討論的重點。

三、相關因應策略與規範

有鑒於健康保險詐欺對於美國醫療體系的

衝擊，各界均有共識應加以改革，這些措施包含了立法加重相關責任、設立吹哨者保護等機制、加強執行機制、病使用最新科技，以下將分成三段來加以介紹：

(一) **立法改革**：首先在1996年所通過的醫療保險可攜帶與可問責法 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 中，先明確將健康保險詐欺認定為一種違法聯邦法規的刑事犯罪樣態。²⁵接著在2010年作為Obama總統醫療改革一環所通過的病人保護與可負擔醫療法 (the Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA或直接簡稱為ACA) 中，亦將原本即存在、處罰向聯邦政府提供虛假陳述與請求的虛假陳述法 (False Claim Act, FCA)，與Medicare及Medicaid兩個公立醫療保險詐欺加以連結，使其相關吹哨者保護 (whistleblower protection) 與加重處罰的規範能夠被加以適用。²⁶

(二) **執法機制**：早在1997年開始，負責兩項公立醫療保險的聯邦醫療保險和醫療補助計畫服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)，就創設健康保險詐欺與濫用控制專案 (Health Care Fraud and Abuse Control Program) 來對抗各種保險詐欺與濫

<https://www.proquest.com/docview/2085070571/abstract/DC4ADEB18F7B4B14PQ/1> (last visited May 16, 2023).

註24：Fred Charatan, *US settles biggest ever healthcare fraud case*, 322 *BMJ* 10 (2001),

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119297/> (last visited May 16, 2023).

註25：Joan H Krause, *Regulating, guiding, and enforcing health care fraud*, 60 *NYU ANN. SURV. AM. L.* 241 (2004).

註26：Jamie McGee et al., *Strategies for fighting Medicare fraud*, 37 *THE HEALTH CARE MANAGER* 147 (2018).

用。²⁷而在2009年，美國聯邦衛生與公共服務部（HHS）與司法部（DOJ）更是攜手合作，共同組成了健康保險詐欺預防及執法行動隊（the Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team, HEAT）這樣的單位來嚴格執法。²⁸根據該單位之統計，單單在成立的2009年，總共就起訴超過800名被告並定罪583項，並進行886件的保險詐欺民事賠償調查，總共涉案金額高達25億美元。²⁹而在2016年一項全國性的保險詐欺打擊行動中，行動隊總共起訴包含61位醫療專業人員在內的301人，其所涉及的詐欺金額高達9億美元。³⁰

（三）**科技應用**：使用包括機器學習（Machine Learning）、人工智慧（Artificial Intelligence）等大數據分析

工具，來加強稽核、對抗保險詐欺，可以說是當前的最新議題。³¹這些技術的原理基本上都是利用大量搜集到申報數據資料，透過事先設定的模型公式來篩檢找出不尋常、可疑的舉動，進而再加以檢查分析，找出可能詐騙的案例。³²

此外，運用區塊鏈（Blockchain）技術的分散性、去中心性、透明性、可追蹤性等特色，來預防醫療體系中的各種詐欺性，也是近來各界研究的熱點。³³對此，在美國加州大學聖地牙哥分校醫學院的一個研究團隊，也提出一套使用區塊鏈技術，希望能預防那些針對聯邦醫療保險和醫療補助計畫的健保詐騙。³⁴其基本原理就是利用區塊鏈可追蹤性的功能，讓民眾也能共享各項與給付相關的資料傳輸與治理，使得單獨一方發動的竄改、詐騙變得幾乎不可能。³⁵另外一個案例

註27：關於CMS在保險詐欺上的成果，可參見其網頁介紹

<https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/health-care-fraud-and-abuse-control-program-protects-consumers-and-taxpayers-combating-health-care-0>

註28：相關資訊可以參見美國聯邦司法部網站之介紹

<https://www.justice.gov/archives/opa/blog/heat-year-tackling-health-care-fraud>

註29：同前註。

註30：參前揭註28。

註31：Justin M. Johnson & Taghi M. Khoshgoftaar, *Medicare fraud detection using neural networks*, 6 JOURNAL OF BIG DATA 63 (2019),

<https://doi.org/10.1186/s40537-019-0225-0> (last visited May 15, 2023).

註32：Dallas Thornton et al., *Predicting Healthcare Fraud in Medicaid: A Multidimensional Data Model and Analysis Techniques for Fraud Detection*, 9 PROCEEDIA TECHNOLOGY 1252 (2013),

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212017313002946> (last visited May 16, 2023).

註33：Liam Bell et al., *Applications of Blockchain Within Healthcare*, 1 BHTY (2018), <https://blockchainhealthcareday.com/index.php/journal/article/view/8> (last visited May 16, 2023).

註34：Tim Ken Mackey et al., *Combating Health Care Fraud and Abuse: Conceptualization and Prototyping Study of a Blockchain Antifraud Framework*, 22 JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH e18623 (2020), <https://www.jmir.org/2020/9/e18623> (last visited May 16, 2023).

註35：Id.

則是在提供醫療器材或是藥品給民眾時，所有的物件都有區塊鏈可以追蹤、查詢，使得任何不正確的給付都難以進行申報與請款，進而達到預防保險詐騙的目標。³⁶

肆、臺灣健保詐欺案例分析

一、與保險詐欺相關之刑法

保險詐欺科處罪名大可分為偽造文書罪及詐欺罪2大類，以下分別說明：

(一) 偽造文書罪部分

- 1.偽造私文書罪：刑法第210條規定「偽造、變造私文書，足以生損害於公眾或他人者，處五年以下有期徒刑。」。學說和實務上認為構成偽造私文書需符合2要件，但在構成要件中沒有明文：一是行為人必須是沒有製作權的人；一是製作不實之文書。³⁷所謂沒有製作權，例如學生冒用老師名義打分數的情形。若是老師本身有權打分數，則不會構成偽造私文書。在健保詐欺的案件，例如護理師冒用醫師名義製作不實病歷，則會構成偽造私文書。但醫師本身製作不實的病歷，則不構成偽造私文書罪。當然若A醫師冒用B醫師名義製作，則亦屬於無製作權人。
- 2.行使偽造私文書：刑法第216條規定「行使第二百一十條至第二百一十五條之文書者，依偽造、變造文書或登載不實事項或使登載不實事項之規定

處斷。」。本罪之規定係因偽造私文書後不一定會持以使用，若持以使用則會構成本罪。而因侵害法益類似，所以雖然論以行使偽造私文書罪，但是刑度仍然相同。

- 3.業務登載不實罪：刑法第215條明定「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、拘役或一萬五千元以下罰金。」。本罪之規定即係在填補上揭「有製作權之人」若製作不實文書應負之罪責。而本罪與偽造私文書之刑度相較，本罪之最重本刑為3年，較偽造私文書罪之5年為輕。
- 4.準私文書：刑法上必須嚴守罪刑法定主義原則，亦即未規定在構成要件內之行為，即不能以類推適用之方式，援用類似的法條處罰。一般人的觀念中，「文書」係指以紙本書寫之文字，若偽造、變造者係圖畫、照像等，顯然非文字，在適用「偽造文書」罪上即會產生疑問。故刑法第220條第1項規定「在紙上或物品上之文字、符號、圖畫、照像，依習慣或特約，足以為表示其用意之證明者，關於本章及本章以外各罪，以文書論。」以免產生漏洞。而近年因電腦設備使用普及，大多數文書已揚棄紙本，而直接以電磁紀錄方式存載在電腦內，與「文書」在外觀上更有顯著不

註36：Id.

註37：陳子平（2020），《刑法各論》（下），第316-318頁，元照出版。

同，因此於1997年另增加第2項，規定「錄音、錄影或電磁紀錄，藉機器或電腦之處理所顯示之聲音、影像或符號，足以為表示其用意之證明者，亦同。」。至於「電磁紀錄」之定義則規定在刑法第10條第6項：「稱電磁紀錄者，謂以電子、磁性、光學或其他相類之方式所製成，而供電腦處理之紀錄。」。因目前不論是醫院或診所，大多以電腦資料上傳健保局請領健保給付，因此多會構成本條之罪。至於一般病歷之製作，或有仍以紙本登載相關病情，則仍用一般偽造「文書」之規定。

（二）詐欺罪部分

1.詐欺取財罪：刑法第339條第1項規定「意圖為自己或第三人不法之所有，以詐術使人將本人或第三人之物交付者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金。」本罪是普通詐欺罪，若不合加重詐欺罪之構成要件時，即用本罪處罰。本罪在有期徒刑的刑度部分，並未規定下限，依照刑法第33條第3款之規定，有期徒刑之最輕刑度為2月，較之加重詐欺之最低刑度為有期徒刑1年，輕減很多。而在保險詐欺的情形，通常是為圖得健保給付，以不實的病歷紀錄向健保局請領，因此若有向健保局請領之行為，通常會構成詐欺取財罪。僅在健保局認為不應支付而未支付時，行為人則會構成詐欺未遂罪。且製作不實病歷，及據之申報，通常醫院或診所都係分別由不同之人分工為之，非一

人之力量可完成，若參與之人都知情（以不實資料申請健保給付）將會構成加重詐欺罪。

2.加重詐欺罪：加重詐欺罪係於2014年6月18日公布，並於同年6月20日施行，最初會增修此法係因詐騙集團猖獗，詐欺案件趨於集團化、組織化，甚至結合網路、電信、通訊科技，造成廣大民眾受騙，政府認為與傳統詐欺犯罪型態有別，若僅論以第339條普通詐欺罪責，無法充分評價行為人之惡性。而增修此條文。其於刑法第339條之4規定「犯第三百三十九條詐欺罪而有下列情形之一者，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科一百萬元以下罰金：一、冒用政府機關或公務員名義犯之。二、三人以上共同犯之。三、以廣播電視、電子通訊、網際網路或其他媒體等傳播工具，對公眾散布而犯之。」。關於健保詐欺雖與「詐騙集團」針對一般不特定大眾實施詐騙不同，其被害對象往往僅有健保局，然刑法第339條之4並未區分被害人係何人，而係以實施犯罪行為之人數決定是否是用加重詐欺罪，然因申報流程本就會經過多人之手，相關之人一時輕忽，認為製作不實病歷者為醫師或負責人，自己僅為行政人員，從事例行性申報應不會有事，而造成共犯行為人超過3人，觸犯本罪。

（三）刑法總則部分

1.共同正犯：刑法第28條規定「二人以上共同實行犯罪之行為者，皆為正

犯。」，條文中規定十分簡單，但在實務上認定構成共同正犯的情形可能較一般人想像中寬鬆許多。構成共同正犯需有犯意聯絡及行為分擔，最高法院認為意思之聯絡並不限於事前有所謀議，僅於行為當時有共同犯意之聯絡者，亦屬之，且其表示之方法，亦不以明示通謀為必要，即相互間有默示之合致，亦無不可。³⁸再共同正犯之成立，祇須具有犯意之聯絡，行為之分擔，既不問犯罪動機起於何人，亦不必每一階段犯行，均經參與；共同正犯間，非僅就其自己實施之行為負其責任，並在犯意聯絡之範圍內，對於他共同正犯所實施之行為，亦應共同負責³⁹。

因此在健保詐欺之情形，若醫師製作不實之病歷資料，交予行政人員輸入電腦後，再向健保局請領健保給付時，並不需要醫師和行政人員在事前就詐領健保一事有所商議，僅需行政人員申報時察覺醫師紀錄之病歷與實況不合（例如並無施做多次的血液檢查或X光，但申報內容卻有數十名病患；或僅有健保卡之刷卡紀錄，平日並未看見病人就醫等），仍然申報，即會構成共同正犯。且因為「申報」是請領健保給付之主要構成要件行為，所以也不會構成幫助犯。總而言之，適用共同正犯規定之情形下，雖然製作病歷者並非行政人員，

但要同負詐欺或行使業務登載不實之罪責。

- 2.想像競合犯：刑法第55條規定「一行為而觸犯數罪名者，從一重處斷。」。如同上述健保詐欺會觸犯之刑法條文有很多，要論以何罪，則屬想像競合之問題，原則上只會擇一最重的法條適用。舉例而言：醫師登載不實之病歷申請健保給付，可能構成刑法第215、216、220條之行使業務登載不實罪，及同法第339條第1項之普通詐欺罪，因普通詐欺罪之最重本刑為5年，行使業務登載不實罪之最重本刑為3年，從一重即論普通詐欺罪。但若行為人有3人以上，因加重詐欺罪之刑度係有期徒刑1年以上7年以下，則會構成加重詐欺罪。
- 3.數罪併罰：刑法第50條第1項規定「裁判確定前犯數罪者，併合處罰之。」。依照實務案例，通常詐領健保給付並非一次，而係長時間，經健保局發現申報異常，往往已經經過數年。就此等多次申報不實健保之行為，要如何論罪，不無疑問。若將數年的行為論以一罪，顯然不合接續犯需同一時、地接續發生之要件。而實務上申報健保給付通常係以一個月申報一次，因此論罪多以一個月為單位，將數次申報行為概括論以一罪。
- 4.定應執行刑：承上，被告一個月論以一

註38：最高法院74年台上字第2364號刑事判決可資參照。

註39：最高法院105年台上字第2708號刑事判決可資參照。

罪，一年即有12罪，此時要如何執行其刑罰？在實務上會以所處之刑最重一罪為最低刑度，所有之刑相加為最高刑度，在此刑度之間酌定執行之刑度。例如犯5罪，分別宣告1年、10月、1年2月、1年2月、10月時，則會在1年2月至5年間酌定一刑度。因高、低刑度幅度甚寬，最終要如何量定，則需要參考眾多量刑因子，審慎酌定。⁴⁰

5. 緩刑：遭判罪後，被告最關心的就是是否需要入監服刑。我國刑法第74條第1項規定「受二年以下有期徒刑、拘役或罰金之宣告，而有下列情形之一，認以暫不執行為適當者，得宣告二年以上五年以下之緩刑，其期間自裁判確定之日起算：一、未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告者。二、前因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告，執行完畢或赦免後，五年以內未曾因故意犯罪受有期徒刑以上刑之宣告。」因此，若是初次犯罪，且非重大刑事案件，在偵、審過程有悔意且願為自己罪行彌補，法院通常會為緩刑考量。而依同條第2項規定「緩刑宣告，得斟酌情形，命犯罪行為人為下列各款事項。」，即附有條件。實務上較常援用者為第3款「向被害人支付相當數額之財產或非財產上之損害賠償」，亦即賠償被害人；第4款「向公庫支付一定之金額」，亦即類似

繳交罰金；第5款「向指定之政府機關、政府機構、行政法人、社區或其他符合公益目的之機構或團體，提供四十小時以上二百四十小時以下之義務勞務。」，亦即被告若經濟上有困難，則會用服勞務的方式替代處罰。而透過這些所附條件之履行，讓被告可以深刻反省。

二、案例分析——門前藥局案⁴¹

（一）案情

藥局負責人甲與診所負責人乙商議，佯裝診所有釋出處方簽給藥局調劑藥品，但實際上並未將處方簽交給病患，持以向藥局領藥，而是由診所直接交付藥品。甲本身因病已無法執業，而以每月5千元代價，請乙診所之行政人員丙以藥局之名義申請領藥費及藥事服務費。甲因病之故，也無法採買藥品，而係由乙直接向藥廠購買，藥廠則將藥品送至乙診所，乙再交付給病人。乙因此有藥費支出，且認為甲實際上沒有執業，不應拿取全額的藥事服務費，所以除向甲收取已支付的藥費外，另就藥事服務費再抽取8%作為回扣。健保局則誤以為甲之藥局確實有為民眾調劑，而給付甲藥費及藥事服務費。甲、乙、丙所涉相關刑責，分述如下。

（二）案例分析

健保署為落實醫藥分業，而規劃某些區域為醫藥分業地區，依照藥事法第102條第1項

註40：關於量刑是否偏差之相關問題，請參酌呂寧莉，〈臺灣高等法院105年度交上易字第117號刑事判決評析——兼論使用「量刑資訊系統」之相關問題〉，《臺灣法學雜誌》，393期，第53-61頁。

註41：臺灣台中高分院110上易545號刑事判決。

本規定「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。」醫師原是可以親自調劑，但同條第2項規定「全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」，本項通過後，只有在特殊情況才可由醫師調劑。⁴²而健保局為鼓勵醫藥分業，給予特約診所藥局較門診藥師較高的補助。詳如下表2。⁴³

本案則是醫師並未將處方簽實際釋出給藥局，卻登載有釋出，並由診所代替藥局向健保局申報，讓藥師領藥費及藥事服務費。本件申報者雖僅為行政人員丙一人，但丙係聽從醫師乙之指示，而最初係由乙與甲合謀欲詐領藥事服務費，依照上揭共犯之說明，本件甲、乙、丙既均知悉是以不實資料申報藥事服務費，自然應負共犯之責。又本件犯行係自2013年11月起至2018年5月查獲為止，

共55個月，原審以一月論一罪，共論55罪。而自2014年6月20日實施加重詐欺罪，故於2014年5月前之7個月之7罪，均論以修正前之普通詐欺取財罪。在量刑部分，乙就普通詐欺取財罪均判處有期徒刑4月，並得易科罰金。2014年6月後之48罪則均論處有期徒刑1年1月。而在定執行刑方面，原審將乙之7罪得易科罰金之罪，總刑度為49個月，定為有期徒刑6月（得易科）；48罪不得易科之有期徒刑，總刑度為52年，定為1年9月，應係考量犯案時間連續、罪質相同，避免重複評價其惡性等，而從輕量處。至於丙部分，因其僅為行政人員，雖然被認定為共犯，但刑度較乙自然為輕。普通詐欺取財罪部分，各判處有期徒刑3月（均得易科），定應執行刑為5月（得易科）。加重詐欺部分，因最輕本刑為1年，考量丙犯罪所得甚少，且僅係聽從乙之指示為之，惡行不重，故援引刑法第59條認為情堪憫恕，予以酌減最低刑度至6月（不

表2：藥師調劑費調升

「基層診所—內聘藥師」及「特約藥局」110年3月起 藥師調劑費支付標準						
說明	診所藥師調劑		特約藥局調劑		醫師自行調劑 (非醫藥分業地區)	
一般處方給藥(7天以內)	05203C	33→39	05202B	48→54	05204D	14→20
—慢性病處方給藥13天以內	05224C	33→39	05223B	48→54	05225D	14→20
—慢性病處方給藥14-27天	05207C	35→41	05206B	59→65	05208D	24→30
—慢性病處方給藥28天以上	05211C	45→51	05210B	69→75	05212D	35→41
本島地區(每人每日80-100件內) 山地離島地區(每人每日100-200)	05234D	18→20				
本島地區每人每日101件含以上 山地離島地區每人每日121件含以上	0					

註42：關於醫師違反醫藥分業規定要受罰乙事，是否有影響醫師工作權，可參酌司法院釋字第778號解釋。

註43：參照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正資料，藥師調劑費部分。

得易科)，且定應執行之刑為1年。乙、丙雖然均有不得易科罰金之刑之宣告，但法院考量被告乙已繳還健保署1297萬餘元，犯後態度良好，及經此教訓，應無再犯之虞，而給予乙緩刑4年，丙緩刑3年之宣告，而不必入監服刑。至於甲藥師部分，因為已經於審理期間病故，所以判決不受理。

伍、結論

從上述案例中可看出，無論日本、美國或我國，均會有健保詐欺之犯罪之發生。日本之健保制度也是由醫師看診後，向厚生省請領醫療報酬，因此詐領醫療給付也是以醫院或診所製作不實的病歷紀錄，據之向厚生省請領。本文所舉之案例，犯罪金額均十分龐大，高達數百萬元至上千萬元。在醫師涉犯刑事案件部分，因日本緩刑比率本就高達6成，上揭案件被告醫師認罪，並願交還詐領給付，故獲得緩刑之宣告，而免去牢獄之災。至於醫院浮報看護費用，則並未同時追究相關參與之人之刑事責任，而是以撤銷該醫院為健保指定醫院之行政手段為處罰。另一方面，美國的保險詐欺在聯邦政府多個部門聯手合作下，也是取得豐碩的成果，在

2016年一項保險詐欺打擊行動中，就起訴包含61位醫療專業人員在內的301人，所涉及的詐欺金額更是高達9億美元。

我國就詐欺健保案件之處理，並未與其他詐欺案件在偵辦或審理上有何差異，也是適用偽造文書及詐欺之法條，只是因加重詐欺罪增修後，大幅拉高刑度，只要參與人數超過3人，刑度將從1年以上起算，而無法易科罰金。若未得到緩刑，就需入監服刑。或有行為人認為，申報一筆藥師調劑費只有領取54元，金額甚微，請領健保費時一併申報無傷大雅或情有可原，然依上開案例可知，詐欺罪之構成與否，與申報金額大小無關，無論請領一筆或百筆都會構成犯罪。只要是申報不實的行為就有可能觸法，並不會因為參與人數多，或是金額不高即成為合法。

目前健保局針對申報異常的診所或醫院都會持續監管⁴⁴，若發現違規情節嚴重者，即會送交偵查機關為刑事偵查。新任署長就職後，也屢屢以表示要以健康數據應用在管理上，以減少不必要的檢驗與費用。⁴⁵是否會參考美國經驗運用機器學習或人工智慧等大數據分析工具來進行費用申報之稽查，是相當值得吾人關切之處。無論如何，為免因小失大，眾人還是誠實申報方為上策。

註44：請參考健保署網頁，健保醫療服務項下，違規機構醫事資訊內，會將違規情節重大之特約機構公布在「全民健康保險特約醫事服務機構違規情節重大名冊」。網址如下：

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=9B6FD1A96FE5B6A8&topn=5FE8C9FEAE863B46

註45：參見關鍵評論網，〈專訪健保署長石崇良：從醫師端抑制浪費，檢驗檢查部分負擔可望擱置〉，<https://www.thenewslens.com/article/181751>（瀏覽日期：2023年5月16日）。