

調 查 意 見

壹、案由：據報載：不肖醫師與民眾勾結，將人頭病患之檢體混充癌症檢體，向保險公司詐領保險金；中央健康保險局疑似稽查不力，未能提出有效之稽查方案及作為，以杜絕詐領健保給付弊端之缺失，涉有違失等情乙案。

貳、調查意見：

據報載：不肖醫師與民眾勾結，將人頭病患之檢體混充癌症檢體，向保險公司詐領保險金；行政院衛生署（下稱衛生署）中央健康保險局（下稱健保局）疑似稽查不力，未能提出有效之稽查方案及作為，以杜絕詐領健保給付弊端之缺失，涉有違失等情乙案。經本院向健保局、審計部調閱相關卷證，並約詢該局主管人員以釐清案情竣事，茲將調查意見臚列如次：

一、**健保局執行稽核工作不力，每年查核違規醫事服務機構所追回之費用寥寥無幾，難以防杜健保醫療支出之無謂浪費，洵有疏失：**

（一）依中央健康保險局組織條例第9條規定，健保局稽核室掌理健保稽核業務，是項業務分為「內部稽核」及「外部訪查」兩部分，內部稽核業務係指針對健保局內部各項業務進行稽核；外部訪查業務則是對投保單位、保險對象及特約醫事服務機構違規案件派員進行查核。目前案件來源主要為健保總局辦理專案稽核、審查案件或檔案分析發現異常案件及民眾檢舉案件等。為保障全體保險對象就醫權益、加強健保醫療資源之有效運用及建構公平合理之醫療經營環境，對於特約醫事服務機構涉及違規案件之查核，是為重要之一環，合先敘明。

（二）根據健保局提供之節流措施執行成效統計表（如附

表 1) 顯示：

- 1、自 88 年至 98 年底止，透過抑制平均每人醫療費用成長率、抑制藥費成長率、藥價調整金額、違規查核追回費用、醫療審查核減等 5 大節流措施之執行，倘以藥價調整金額、違規查處追回費用、醫療審查核減（其點值以 1 點 1 元估計）等 3 項足資統計金額之項目，彙計其節流措施擲節約有新台幣（下同）1,687 億元。
- 2、其中查處違規院所追回費用部分，11 年來共計追回 28.79 億元，僅占節流措施擲節總額之 1.71%，而其年平均追回 2.61 億元更僅為一年動輒 4 千多億元健保醫療給付費用之零頭，足見其在杜絕健保醫療資源浪費、縮減健保財務缺口方面之貢獻度，比重明顯偏低。

(三) 又據全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣金額統計表（如附表 2）顯示：

- 1、健保局 94 年～98 年之查處違規追扣費用件數分別為 568 件、885 件、241 件、154 件、234 件，而 5 年來共計追扣 2,082 件。
- 2、健保局 94 年～98 年之查處違規追扣金額分別為 22,318 萬元、52,644 萬元、29,877 萬元、34,402 萬元、36,933 萬元，而 5 年來共計追扣 176,174 萬元。
- 3、健保局 94 年～98 年之查處違規平均每件追扣金額分別為 39 萬元、59 萬元、124 萬元、223 萬元、158 萬元，而 5 年來平均每件追扣 85 萬元。
- 4、易言之，祇要健保局勤於『違規查處』必有斬獲，倘依上開平均每件可追扣 85 萬元折算，則對避免健保醫療資源之無謂浪費，必有裨益。

(四) 綜上，健保局執行稽核工作 11 年來共計追回 28.79

億元（年平均追回 2.61 億元），即便是 98 年亦僅為 3.7 億元，對照一年高達 4 千多億元之健保醫療給付費用支出，顯不成比例，核該局每年查核違規醫事服務機構所追回之費用寥寥無幾，難以防杜健保醫療支出之無謂浪費，洵有疏失。

二、健保局未能善盡職責戮力查察不法案件，稽核頻度呈逐年下降趨勢，無從嚇阻不肖醫事服務機構違規情事，核有怠失：

（一）由全民健康保險特約醫事服務機構查核機制與違規查獲率統計表（如附表 3）可知：

- 1、健保局 94 年～98 年之特約醫事服務機構數分別為 22,433 家、22,956 家、23,257 家、23,445 家、23,913 家。
- 2、健保局稽核人員 5 年來平均查核院所家數（查核比率）為 1,090 家（占 4.70%）。
- 3、健保局稽核人員 94 年～98 年查核特約醫事服務機構查獲違規件數（查獲違規比率）分別為 999 家（占 45%）、1,309 家（占 95%）、572 家（占 83%）、446 家（占 83%）、536 家（占 85%），而 5 年平均查獲違規件數（查獲違規比率）為 772 家（占 71%）。
- 4、換言之，健保局目前之特約醫事服務機構數近 24,000 家，其稽核人員近 5 年來，平均每年查核院所家數（查核比率）為 1,090 家（占 4.70%）家；而查獲違規件數（查獲違規比率）為 772 家（占 71%），顯見「查察核特約醫事院所之家數與查獲違規件數成正比」。

（二）查健保局稽核人員 5 年來平均查核院所家數為 1,090 家，又 94 年～98 年查核院所家數（查核比率）分別為 2,205 家（占 9.83%）、1,382 家（占 6.02%

)、688 家 (占 2.96%)、540 家 (占 2.30%)、634 家 (占 2.65%)，呈現稽核頻度逐年下降之趨勢；揆諸該局在組織編制上，總局設有稽核室，各分局 (現已改制為業務組) 另設醫務管理科之查核人員，目前查核人力計 39 名，專責辦理特約醫事服務機構違規案件之查察，以相同專責人力與查核工作負荷量而言，其 98 年查核院所家數 (634 家) 僅為 94 年 (2,205 家) 之 29%，凸顯該局之稽核頻度嚴重不足與查察職能每況愈下，亟待加強。

(三) 綜上，健保局現有查核人力 39 名，專責辦理特約醫事服務機構違規案件之查察工作，揆諸渠等於 94 年查核 2,205 家特約院所，然 98 年卻僅查核 634 家，顯未傾其全力稽核查處違規案件，尤其近年來之稽核頻度更是逐年下降，並未充分發揮其法定職能，甚且每況愈下，無從嚇阻不肖醫事服務機構詐領健保醫療給付情事，核有怠失。

三、健保局迄未建立完備之醫療費用審查監控機制，無從杜絕詐領健保給付弊端，迭經審計部指摘歷歷，核其行事欠當，實難辭其咎：

頃據審計部於 99 年 1 月 12 日函報本院，扼要摘述派員抽查健保局 94~97 年度財務收支及決算，發現該局在「稽核詐領健保給付案件相關作為」方面，涉有下列未盡職責之情事：

(一) 94 年度：不肖醫療院所涉嫌藉由換取藥品，蒐集民眾健保卡盜刷，或於民眾就醫時重複盜刷健保 IC 卡；或藉由蒐購遊民及安養中心老人健保卡、利用人頭假住院等不法方式，偽造病歷紀錄等，長期詐領健保給付情事，時有所聞，其中林進興、永仁、太順、富強等醫院涉嫌詐領健保給付期間甚達 3 年至 11 年，金額逾 2 千 7 百萬元，顯示該局現有之健

保醫療費用監控機制，未能即時、主動偵知上開異常情事，致非但侵蝕健保資源，亦損及政府形象。

院所名稱	詐領年別	期間	詐領金額(萬元)
林進興醫院	88年至94年	7年	325
永仁醫院	88年至94年	7年	373
太順醫院	92年至94年	3年	44
富強醫院	84年至94年	11年	2,001
合計			2,745

- (二)95年度：中央健康保險局辦理醫療費用審查作業，核有二代醫療資訊系統醫令自動檢核功能未臻完備，致未能即時發現醫療院所重複、超次、未依規定項目申報費用，或將未具重大傷病身分之保險對象申報為免自行負擔費用案件；且未能即時偵知醫療院所未依規定申報保險對象接受預防保健服務之給付；或未查知醫療院所有無確實登錄資料或符合連續管理要件，仍逕予核付醫療費用等欠妥情事，顯示該局尚乏完備之費用檢核及審查機制，難以即時監控醫療院所異常申報費用之行為，徒增追扣醫療費用之困擾。
- (三)97年度：該局針對醫療院所釋出處方箋交由藥局調劑之費用，雖於二代醫療費用系統建置「當日重覆申報」等10項異常項目勾核功能，由各分局按月執行清查，惟據該局所屬東區分局事後清查轄區藥局申報資料，卻查獲部分藥局於民國94年1月至97年10月間，長期與其他藥局重複申報同一處方，虛報藥費及藥事服務費高達4百餘萬點，顯示該局二代醫療費用系統未能及時偵知醫事服務機構重複申

報同一處方，虛報藥費及藥事服務費，經通知檢討改善，並全面清查有無類似欠妥情事，俾適時遏止醫療機構不法行為，維護有限健保資源。

(四) 綜上，健保局多年來未能建立完備之健保醫療費用審查監控機制，致未能即時察知不當虛、浮報醫療費用情事，有效杜絕詐領健保給付弊端，任令不肖醫療院所長期侵蝕健保資源，影響民眾觀感至鉅，而不利健保財務改革措施之推動，前揭缺失迭經審計部指摘歷歷，核其行事欠當，實難辭其咎。

四、全民健康保險特約醫事服務機構違規之罰則過輕且無退場機制，不足以淘汰頑劣，亟待衛生署檢討改進：

(一) 按現行全民健康保險特約醫事服務機構違規之相關處罰規定為：

- 1、違約記點：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱特管辦法）第 64 條、全民健康保險特約醫事服務機構合約（下稱合約）第 19 條。
- 2、扣減 10 倍醫療費用：特管辦法第 65 條、合約第 20 條。
- 3、二倍罰鍰：健保法第 72 條。
- 4、停止特約一至三個月：特管辦法第 66 條、合約第 20 條。
- 5、終止特約：特管辦法第 67 條、合約第 20 條。
- 6、查處追扣：合約第 17 條。

(二) 據健保局提供之全民健康保險特約醫事服務機構查處統計表（如附表 4）顯示：近 5 年來，該局查獲違規之特約醫事服務機構後，有 19% 係以違約記點方式處理、有 54% 係以扣減其申報之醫療費用方式處理、有 24% 係以停止特約一至三個月方式處理；而累犯或違規情節最嚴重者，雖以終止特約（該醫

事服務機構自終止之日起一年內，不得再申請特約
)方式處理，然因僅『處罰行為人』，致原址於變更負責人後，仍可再申請特約，難昭炯戒。

(三)報載醫療機構詐領健保醫療費用事件仍時有所聞，令人質疑：

1、現行罰則太輕，才不足以產生遏阻作用？

2、健保局執行稽核工作不力或輕縱違規者，才讓詐領健保費用的事件層出不窮？

(四)綜上，衛生署本於主管機關之權責，允宜研修相關法令，加重處分違規者之罰則，並賦予執行機關健保局特約優良院所之充分選擇權，尤其是『汰劣不特約』的退場機制，庶免因罰則過輕且毫無退場機制，而不足以淘汰頑劣特約醫事服務機構。

五、有關報載不肖醫師與民眾勾結，利用人頭病患之檢體混充癌症檢體，向保險公司詐領保險金乙節，衛生署一旦釐清相關違失事證後，理當儘速依法予以懲處：

(一)有關報載不肖醫師與民眾勾結，利用人頭病人之檢體混充癌症檢體，向保險公司詐領保險金乙案，係不法集團勾結醫師與民眾，透過掉包檢體，假癌症真動刀，詐領高額保險金！此種敗壞醫德之惡劣行徑，引發社會各界一致之抨擊責難，咸認應嚴懲其不法行為。

(二)涉案醫師賴德興、楊超然、吳國精等3人業經臺灣桃園地方法院檢察署偵查終結，因罪證確鑿並坦承犯行，乃由檢察官提起公訴，並移送臺灣桃園地方法院進行審理當中；而上述三位醫師，於衛生署完成必要之法律程序後，均將遭該署廢止其醫師證書之處分，日後永不能再擔任醫師。

(三)其餘涉案醫師(黃○林、羅○男、陳○明)仍處於司法程序偵辦中，目前尚難遽然評斷其違失情節

，惟衛生署及各該管轄縣市政府衛生局理當持續配合偵辦，並俟司法程序釐清及最終判決定讞後，就涉案醫師違反醫師法及其所屬之醫療機構違反醫療法規定，確實遵照相關法令規定予以處分。

六、衛生署允當釐訂綿密之檢驗檢體送檢標準作業程序與落實醫學研究倫理審查作業，以避免檢體遭蓄意掉包或不當使用：

- (一)按不肖醫師與民眾勾結，利用人頭病人之檢體混充癌症檢體，向保險公司詐領保險金乙案，引發社會各界一致撻伐，已如前述。
- (二)查癌症細胞（組織）病理切片檢查，乃確認癌症診斷之關鍵項目，詎料竟遭有心人士「利用其醫療專業，除事先將供掉包之癌症組織以福馬林浸泡外，並採他人癌症組織與本人正常組織相摻雜方式」掉包得逞，衍生後續犯嫌徐○安等得以持醫師所開立不實之診斷證明書，向各家保險公司申請高達1億8仟餘萬元之保險理賠，造成重大之損失；同時亦使健保局陷於錯誤，而給付癌症醫療費用。
- (三)另查部分醫療院所之醫師於進行相關醫學研究工作時，往往未能事先徵得各該醫院「醫學研究倫理審查委員會」之事前同意，率爾將取自病患之組織切片檢體予以私自使用（留用）或未經同意擅自摘取該檢體之一部分供自己另案研究使用（非法流用），足見醫學研究倫理審查作業未臻嚴密落實。
- (四)綜上，前揭案例凸顯出醫療院所現行之檢驗檢體送檢程序與醫學研究倫理審查作業規範仍有隙漏，致予有心人士蓄意掉包或假借醫學研究之名，擅自留（流）用未經「醫學研究倫理審查委員會」審核通過准許使用之檢體，進行違法勾當等可趁之機，衛生署自當引為殷鑑，釐訂綿密之檢驗檢體送檢標準

作業程序與落實醫學研究倫理審查作業，以避免檢體遭蓄意掉包或不當使用。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一至三，提案糾正中央健康保險局。
- 二、調查意見四至六，函請行政院衛生署確實檢討改進並依法辦理見復。
- 三、本調查報告審議通過後，調查意見（含附表）上網公告。

附表 1

中央健康保險局之節流措施執行成效統計表

(單位：億元，億點，%)

節流成效	88 年	89 年	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	總計
平均每人醫療費用成長率(註 1)	6.53%	0.96%	4.34%	6.44%	3.90%	3.80%	3.605%	-	-	-	-	
藥費成長率	11.28%	3.12%	2.20%	6.90%	4.30%	15.70%	2.44%	1.8%	2.5%	7.0%	9.3%	
藥價調整金額【億元】	-	5	46	32	57	0.7	23.6	96.7	60 (註 2)	-	-	321
違規查處追回費用【億元】(註 3)	2.71	2.98	2.2	1.8	0.9	0.6	2.2	5.3	3	3.4	3.7	28.79
醫療審查核減【億點】(註 4)	111	128	111	109	65	105	138	126	138.1	134.4	172	1337.5
合計【億元】	113.71	135.98	159.2	142.8	122.9	106.3	163.8	228	201.1	137.8	175.7	1687.29
查核追回費用/合計【%】	2.38	2.19	1.38	1.26	0.73	0.56	1.34	2.32	1.49	2.47	2.11	1.71

註：

- 1.自 95 年起，因醫療費用成長率遵行行政院衛生署費用協定委員會頒定之「總額醫療費用成長率」，無控制「平均每人醫療費用成長率」之空間，不再登錄。
- 2.第 5 次藥價再確認及更正申報已於 96 年 7 月 19 日公布，其新藥價自 96 年 9 月 1 日起生效，預估每年影響金額為 60 億元。第 6 次藥價調查新藥價自 98 年 10 月 1 日起生效，故 98 年影響金額尚未能計算。
- 3.違規查處追回費用，係為扣減金額、罰鍰金額、輔導繳回金額及查處追回金額之總和。
- 4.醫療審查核減為初核核減點數(98 年 1-3 月實際值為 43 億點，推估 98 年 1-12 月審查核減點數為 172 億點)。
- 5.藥價調整金額、違規查核追回費用、醫療審查核減(其點值以 1 點 1 元估計)等 3 項足資統計金額之項目，彙計其節流措施擷節總額約 1,677 億元。

附表 2

全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣金額統計表

單位：萬元

年度 \ 項目	查處追扣金額	輔導繳回金額	扣減金額	罰鍰金額	合計	違規扣減費用 (件數)	平均每件 扣減費用
94 年度	18,857	未統計	2,604	857	22,318	568	39
95 年度	10,968	35,972	5,221	483	52,644	885	59
96 年度	6,629	18,521	4,035	692	29,877	241	124
97 年度	14,014	14,480	3,359	2,549	34,402	154	223
98 年度	14,391	16,103	3,074	3,365	36,933	234	158
總 計	64,859	85,076	18,293	7,946	176,174	2,082	85

附註：

1. 查處追扣金額係扣減十倍、罰鍰〔虛報〕金額之一倍金額及其他因查處案件造成可行政追扣之金額。
2. 輔導繳回金額係輔導醫事服務機構正確申報後自動繳回之誤報金額。

附表 3

全民健康保險特約醫事服務機構查核機制與違規查獲率統計表

案源別 年度	民眾 檢舉	費用審核 異常個案	其他單 位移辦	全局性 專案稽查	主動 發現	其他	合計查核 院所家數	當年特約 院所數	查核比 率(%)	查獲違 規件數	查獲比 率(%)
94	343	94	5	1,678	77	8	2,205	22,433	9.83	999	45
95	367	72	22	873	33	15	1,382	22,956	6.02	1,309	95
96	329	56	11	173	83	36	688	23,257	2.96	572	83
97	294	52	9	115	55	15	540	23,445	2.30	446	83
98	346	67	31	118	57	15	634	23,913	2.65	536	85
總計	1,679	341	78	2,957	305	89	5,449	116,004	4.70	3,862	71

備註:1. 資料期間：94 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日。

2. "上級交查案件" 已依案源別分類列計。

3. 製表日期:99.02.10.

附表 4

全民健康保險特約醫事服務機構查處統計表

(單位：家數)

年度 \ 處分類別	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	總計
94 年	192	568	228	11	999
95 年	174	885	224	26	1,309
96 年	165	241	149	17	572
97 年	136	154	138	18	446
98 年	68	234	207	27	536
合 計	735	2,082	946	99	3,862
占 率	19%	54%	24%	3%	100%

備註：

1. 資料期間：94 年 1 月 1 日～98 年 12 月 31 日
2. 占率為各該處分類別占總計之比率。