

博士論文

醫療保險詐欺犯罪辨識指標
之研究

The Study on the Identification
Indices for Medical Insurance Fraud

本論文獲得法務部司法官學院108年傑出碩博士犯罪防治研究論文獎

中華民國 108 年 5 月 3 日

謝誌

中文摘要

由於現在經濟水準普遍的提升及進步，進而帶動了民眾對保險觀念的提升，但在投保人數增加後，保險詐欺犯罪案件也層出不窮，從警方所查獲的保險詐欺案件中，發現其犯罪模式已有朝向組織、集團及專業化的趨勢，且保險詐騙類型是在任何保險的險種中均有可能發生；本研究透過專家訪談及專家問卷調查，歸納醫療保險詐欺犯罪形態及其特性，並探究行為人、核保、醫療及監控等因素之主觀及客觀要件，以瞭解造成醫療保險詐欺犯罪之主要原因，及相關當事人各自扮演之角色及其分擔之行為，以建構醫療保險詐欺犯罪之辨識指標，提供保險公司理賠人員審核及司法人員偵查醫療保險詐欺犯罪之參考。

本研究發現，醫療保險詐欺犯罪主要特性為集團性、預謀性、隱匿性、計畫性；主要型態包括假住院、偽裝病情、勾結黃牛詐騙及勾串醫師；其辨識指標可分為個人、保險、醫療、法律等四大構面，其中個人構面包括集團性犯罪、經濟困難與投保金額不相當、以人頭投保、輕病住院或住院經常請假外出等因子；保險構面包括偽造申請理賠文件、重複投保、連續申領理賠、高理賠保險商品、承保通報速度慢、理賠人員專業敏感度不佳等因子；醫療構面包括住院次數頻繁、病症或事故不合理、誇大病情、多人同症狀同醫院同醫師看診、病情不符醫療項目、醫療院所設備簡陋等因子；法律構面包括行為人熟悉保險理賠程序、行為人認為保險詐欺刑度低、申訴制度、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易、行為人誣告亂控、行為人曲解法令等因子。

本研究主要建議分為預防及偵查二大層面，預防層面包括教育、辨識、訪視、徵信、評估、及系統查詢等各項作為；偵查層面包括追查證據、預謀辨識、追蹤查證、病患測試、比對資料、追查督導、追查仲介及大數據運用等積極作為，以防制醫療保險詐欺犯罪之發生。

關鍵詞：醫療保險、醫療保險詐欺、詐欺辨識指標、詐欺指標因子

英文摘要

With the improvement on the economical level generally, it makes the enhancement of the insurance concepts for general public. However, the more insures, the more health insurance fraud. The police analyze seized health insurance fraud case, finding that it has developed toward organizational, group, and professional trend. Moreover, types of insurance fraud in all different types of insurances. This study summarizes the types and characteristics of medical insurance fraud through expert interviews and expert questionnaires, and explores the subjective and objective elements of the actor, insurance verification, medical care and monitoring to understand the main causes of fraud in medical insurance, as well as the relevant parties' respective roles and behaviors, so as to construct identification indicators of medical insurance fraud to serve as a reference for the review by the insurance company's claim processing personnel and the investigation by the judicial personnel of medical insurance fraud.

In the study, it is found that the main characteristics of medical insurance fraud-related crimes are group-oriented, premeditated, concealed and planned, and the main forms include fake hospitalization, disguised illness, collusion with the scalper and collusion with the doctor. The identification indicators can be divided into the four major aspects of individual, insurance, medical and legal; the indicators of the individual aspect include group crimes, economic difficulties, inappropriate insured amount, insurance in another person's name, hospitalization for minor illness and frequent leave of absence from hospitalization; the indicators of the insurance aspect include forged claim documents, duplicated insurance policy purchases, continuous claims, purchase of high-claim insurance products, complaint about slow notification of insurance coverage, and poor professional sensitivity of the claim processing personnel; the indicators of the medical aspect include frequent hospitalization, unreasonable cause of a disease or accident, exaggerated state of illness, multiple patients with the same symptom diagnosed by the same doctor of only one hospital, the state of illness inconsistent with the medical treatment, and poor equipment of the medical institution; the indicators of the legal aspect include the actor's familiarity with the insurance claim procedure, the actor's belief that the penalty for insurance fraud is low, the appeal system involved, the actor's belief that the evidence collection

and prosecution for insurance fraud are difficult, the actor's false accusation, and the actor's misinterpretation of the decree.

The main recommendations of this study are divided into the two aspects of prevention and investigation. The prevention aspect includes strengthened training, identification, interview, credit evaluation, assessment, and system inquiry; the investigation aspect includes evidence pursuing, premeditation identification, follow-up investigation, patient testing, data comparison, tracking and supervision, tracking the intermediary, and using big data analysis to prevent medical insurance fraud.

Key: Health Insurance, Health Insurance Fraud, Fraud Identification Indices,
Fraud Impact Factor

目 錄

謝誌	I
中文摘要	I
英文摘要	III
目 錄	V
表目錄	VII
圖目錄	XI
第一章 前言	1
第一節 問題背景及研究重要性	1
第二節 研究動機	4
第三節 研究目的與研究問題	7
第四節 相關名詞詮釋	9
第二章 文獻探討	13
第一節 各主要國家防制保險詐欺制度及現況	13
第二節 我國保險詐欺規範及現況分析	21
第三節 醫療保險詐欺犯罪理論基礎	33
第四節 醫療保險詐欺犯罪實證研究	53
第五節 綜合討論	86
第三章 研究設計與實施	97
第一節 研究取向與研究架構	97
第二節 研究流程與研究方法	99
第三節 研究範圍與對象	101

第四節 研究工具.....	107
第五節 資料處理與分析.....	109
第四章 醫療保險詐欺辨識指標因子建構分析	123
第一節 醫療保險詐欺犯罪「個人構面」因子篩選.....	123
第二節 醫療保險詐欺犯罪「保險構面」因子篩選.....	143
第三節 醫療保險詐欺犯罪「醫療構面」因子篩選.....	160
第四節 醫療保險詐欺犯罪「法律構面」因子篩選.....	173
第五節 綜合討論.....	191
第五章 醫療保險詐欺辨識指標權重分析	195
第一節 醫療保險詐欺犯罪因子焦點意見分析.....	195
第二節 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子權重偏好分析.....	202
第六章 結論與建議	239
第一節 研究結果及發現.....	239
第二節 研究建議.....	257
第三節 研究限制及未來研究建議.....	263
參考文獻	267
附件一 訪談同意書	275
附件二 專家焦點問卷	277
附件三 一致性模糊偏好分析問卷	281

表目錄

表 1-1-1	2012~2016 年人壽保險公司醫療理賠一覽表	3
表 1-1-2	2013~2017 年產物保險公司醫療理賠一覽表	4
表 2-2-1	2004-2016 年 9 月全國偵破保險犯罪案件類型件數統計	24
表 2-2-2	2004-2016 年 9 月全國偵破保險犯罪案件類型件數統計	24
表 2-2-3	臺灣壽險公司總保費收入排名與市佔率	25
表 2-2-4	A 人壽保險 2015-2017 年度總理賠件數	26
表 2-2-5	A 人壽保險 2015-2017 年可疑最多保險詐欺統計表	26
表 2-2-6	B 人壽保險公司 2012 至 2017 年度理賠結案件數及金額	27
表 2-2-7	B 人壽保險公司 2012-2017 年各類疾病住院件數及理賠金額統計表	27
表 2-2-8	C 人壽保險公司 2012-2017 年各類疾病住院件數及理賠金額統計表	28
表 2-2-9	C 人壽保險公司 2012-2017 年可疑為前 10 大保險詐欺案件	29
表 2-2-10	D 人壽保險公司 2012 年至 2017 年 11 月總理賠件數及金額	30
表 2-2-11	D 人壽保險公司 2012 年至 2017 年 11 月住院最多疾病件數金額	30
表 2-2-12	D 人壽保險公司 2012 至 2017 年 11 月可疑住院病症件數金額	31
表 2-2-13	A、B、C、D 人壽保險公司可疑保險詐欺案件一年理賠件數金額	32
表 2-2-14	國內保險詐欺規範及現況分析國內外文獻彙整	33
表 2-3-1	醫療保險詐欺犯罪理論基礎國內外文獻彙整	50
表 2-4-1	醫療保險詐欺犯罪實證研究國內外文獻彙整	82
表 3-3-1	本研究訪談人員資歷及訪談時地一覽表	104
表 3-3-2	本研究專家偏好權重問卷調查人員資歷一覽表	105
表 3-3-3	本研究專家偏好權重問卷調查人員資歷一覽表	106
表 3-4-1	醫療保險詐欺犯罪辨識指標訪談大綱架構	108

表 3-5-1	專家焦點意見程式計算表	117
表 3-5-2	專家意見統計表	118
表 3-5-4	一致性模糊偏好關係 Excel 核算表	122
表 4-1-1	個人構面辨識指標因子彙整表	136
表 4-2-1	醫療保險詐欺犯罪「保險構面」辨識指標因子彙整表	155
表 4-3-1	醫療保險詐欺犯罪「醫療構面」辨識指標因子彙整表	169
表 4-4-1	醫療保險詐欺犯罪「法律構面」辨識指標因子彙整表	185
表 4-5-1	醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子彙整表	193
表 5-1-1	受訪專家針對個人構面共識度之意見分佈表	197
表 5-1-2	受訪專家針對保險構面共識度之意見分佈	198
表 5-1-3	受訪專家針對醫療構面共識度之意見分佈	199
表 5-1-4	受訪專家針對法律構面共識度之意見分佈	200
表 5-1-5	醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子彙整表	202
表 5-2-1	醫療保險詐欺犯罪四大構面辨識指標因子表	203
表 5-2-2	醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子-四大構面權重排序表	205
表 5-2-3	個人構面權重排序表	208
表 5-2-4	保險構面辨識指標因子權重排序表	210
表 5-2-5	醫療構面辨識指標因子權重排序表	213
表 5-2-6	法律構面辨識指標因子權重排序表	216
表 5-2-7	保險醫療體系委員四大構面辨識指標權重排序表	218
表 5-2-8	偵查監察體系委員四大構面辨識指標權重排序表	219
表 5-2-9	保險醫療體系委員全部辨識指標因子權重排序表	220
表 5-2-10	偵查監察體系委員全部辨識指標因子權重排序表	222
表 5-2-11	全部委員辨識指標因子權重排序表	223

表 5-2-12 保險醫療體系權重與偵查監察體系權重比較權重排序表	225
表 5-2-13 全部委員與保險醫療體系權重比較	228
表 5-2-14 全部委員與偵查監察體系權重比較	231
表 5-2-15 全部委員與保險醫療、偵查監察體系權重比較	235
表 5-2-16 醫療保險詐欺構面排名與權重關係表	237
表 6-1-1 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子彙整表（篩選前）	256

圖目錄

圖 2-3-1	四面向連結理論	45
圖 2-3-2	修正後四面向連結理論	46
圖 2-3-3	四面向連結理論	48
圖 2-3-4	修正後四面向連結理論	49
圖 3-1-1	研究架構圖	98
圖 3-2-1	研究流程圖	99
圖 5-2-1	保險醫療與偵查監察體系權重比較	226
圖 5-2-2	全部委員與保險醫療體系權重比較	229
圖 5-2-3	全部委員與偵查監察體系權重比較	232
圖 5-2-4	全部委員與保險醫療、偵查監察體系權重比較	236
圖 5-2-5	醫療保險詐欺構面排名與權重關係圖	238
圖 6-1-1	醫療保險詐欺犯罪辨識指標架構圖	257

第一章 前言

第一節 問題背景及研究重要性

由於現在經濟水準普遍的提升及進步，進而帶動了民眾對保險觀念的提升，但是在投保人數增加後，保險犯罪案件也層出不窮，其犯罪模式往往都是經由犯罪者精密的規劃與安排，且從警方以往所查獲的案件中，發現已有走向組織、集團及專業化的趨勢，又因都是屬於智慧型的犯罪，不法證據取得困難，而且保險詐騙種類是在任何險種中均有可能發生的現象，隨著保險業理賠金額不斷升高，保險市場上「詐保黑數」也不斷擴大。

一、問題背景

根據 2017 年財團法人保險犯罪防制中心資料，若以歐美市場經驗，就保險業總理賠金額的一成來估算詐保黑數，台灣保險業一年被犯罪集團或有心人士詐保金額應已突破新台幣一百億元。財團法人保險犯罪防制中心業務處長陳乙棋指出，市場詐保手法正不斷演進，2011 年以前，以公司行號火燒廠房詐保案居多，估計當時與詐保相關，約超過五成理賠金額，都由產險公司負擔；2011 年後，詐保行為集中在壽險市場，包括利用遊民或弱勢民眾人頭詐保、勾結醫師開立不實證明，近年則以「輕病久住」、裝精神病患者假住院等詐保情況最多，估計 2011 年之後，詐保金額將有高達八成二比例幾乎都會由壽險業者買單¹。

壽險業理賠主管分析 2017 年台灣壽險業給付保戶總金額高達 1 兆 6,246 億台幣，人壽保險業者表示因近年詐保手法，集中在「醫療險（假住院）和傷害險（自殘）」，若以醫療險和傷害險理賠金額估算詐保黑數，會比較貼切，2017 年壽險業理賠「醫療險及傷害險（包括個人及團體險）」給付總金額高達 1,343.5 億元，若詐保金額占一成就有 134.5 億元，突破百億元，且隨著理賠金額不斷擴大，詐保金額應會不斷向上攀升。²

根據財團法人保險犯罪防制中心陳乙棋（2017）指出，2011 年後，詐保行為集中在壽險業，一開始是利用遊民或弱勢民眾的「你死、我發財」之詐保模式，但因找「人頭」成本較高，故近年來之詐騙行為偏向於「醫療險」詐騙，幾乎都是以「裝病」或「你掛號我體檢」的方式來進行假住院、真詐財，尤其鎖定遊民、

¹財團法人保險犯罪防制中心，（2017）犯防資訊，查詢日期 2018 年 3 月 1 日。

http://www.iafi.org.tw/TW/NewsGallery/ugC_NewsGallery_Detail.asp?hidNewsgalleryCatID=5&hidNewsgalleryID=36。

² 同上註 1。

弱勢單身者，先幫「人頭」投保意外險、醫療險、旅平險等，再製造假車禍或各種傷害事故來詐領保險金，較惡劣的犯罪集團甚至將遊民騙到國外，再下手殺害，事後申請保險金，即俗稱「你死、我發財」之詐騙方式，估計不法所得高達數千萬元，另外最典型的就 是 2006 年在南部「O 氏家族」勾結醫院，以無病或不明意外方式辦理假住院手續，及犯罪集團以先吸收「會員」投保醫療及意外險種，再教導犯罪成員佯裝患有精神疾病或憂鬱症等，「集體裝病」等方式來進行住院詐騙，估計歷年詐領金額均逾千萬元³。在臺灣詐騙集團甚至連「癌症」都可造假，只要醫療人員配合，在手術時便可將正常組織與癌症組織「調包」，讓只有「痔瘡」的病人變成「直腸癌」的病人，事後再與配合的醫師分紅，類似手法還有找人代為抽血、照 X 光後，讓醫院誤診病人患有「僵直性脊椎炎」，用「你掛號我體檢」的詐騙方式，詐得自費購買昂貴藥品之保險理賠金⁴。

二、研究重要性

根據財團法人保險事業發展中心的統計，全國各保險公司之保險理賠有分人壽保險及產物保險二種類型，人壽保險公司在醫療方面可區分個人保險與團體保險二類型，不論是個人保險或團體保險均有包括人壽保險、健康保險、傷害保險，另產險公司有關醫療人身險的部分則只有傷害險及健康險 2 種，經統計全國保險公司在 2012 年度共發生 772 萬 8,766 件，理賠 1,032 億 700 萬元，2013 年度共發生 972 萬 6,803 件，理賠 1,074 億 5,000 萬元，2014 年度共發生 1,004 萬 3,122 件，理賠 1,152 億 6,600 萬元，2015 年度共發生 1,040 萬 8,623 件，理賠 1,233 億 5,100 佰萬元，2016 年度共發生 1,095 萬 2,588 件，理賠 1,325 億 2,500 萬元，總計高達 581,795 佰萬元（表 1-1-1）；全國產險公司在 2013 年度共理賠 63 億 9,406 萬 8000 元、2014 年度共理賠 66 億 4,181 萬元，2015 年度共理賠 67 億 1,179 萬 9,000 元，2016 年度共理賠 72 億 2,995 萬 7,000 元，2017 年度共理賠 77 億 6,327 萬 8,000 元（表 1-1-2）。

依據美國保險資訊協會(Insurance Information Institute) 在 2011 年 7 月公佈，有關保險信息研究所於 1992 年在巴特爾西雅圖研究中心所進行的一項研究⁵，在保險信息研究所估計，約有 10% 的財產或傷亡，造成保險業者及保險理賠費用的損失。美國聯邦調查局表示，在醫療保險詐欺方面，公營和私營的機構內，估計有 3 至 10% 的醫療總支出⁶。目前沒有其他單位有推翻過這樣的統計數字，再

³財團法人保險犯罪防制中心，(2017) 犯防資訊，查詢日期 2018 年 3 月 1 日。

http://www.iafi.org.tw/TW/NewsGallery/ugC_NewsGallery_Detail.asp?hidNewsgalleryCatID=5&hidNewsgalleryID=36。

⁴ 同上註。

⁵ 打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，1992 年 3 月，巴特爾西雅圖研究中心保險信息研究所。

⁶ 聯邦調查局 2016 年，金融犯罪報告的上市公司。

根據美國衛生和社會服務機構醫療保險和醫療補助服務中心，2016年的數據統計，醫療保健詐欺達75億美元和250億美元。這些除了一些偶發性的詐騙份子或投機取巧的個案外，有些部分是專業的保險經紀公司協助進行詐騙的行為，他們向保戶提供不同類別的意外事故或醫療行為，於申請保險理賠較容易獲得理賠的方法與技巧，甚至於與診治的醫院醫師達成可以住院或符合保險理賠的共識，而此類申請理賠案件不論是否真的為保險詐欺行為，該些專門的保險經紀公司均會向保戶承諾可以向所投保的保險公司成功申請理賠，而通常這類型專門受委託處理保險理賠案件的行為，就我國而言，若比照國外以總保險理賠金額10%以估計保險詐欺之金額，我國2004年財產保險理賠總金額為522億元，人身保險給付總金額為4806億元，若以文獻中的比例估計，粗估臺灣一年因保險詐欺而支出之金額高達533億，遠低於美國，與英國接近，但高於整個歐盟，並且十倍於澳洲⁷。在一般情況下，僅能被視為是商業交易行為，但當保戶與協助申請的經紀公司決議共同參與這類型詐騙行為時，通常使用「造假虛構」或「膨脹誇大」的手段，歪曲事實編造故事，以從誇大傷害或未發生過的傷亡事件來作為理賠申請，並經常以「同類型」的意外事故或假裝身體上的疾病來進行詐騙。讓此類的保險詐欺案件持續不斷的發生導致無法有效的防制與遏止，這就像保險犯罪防制中心於公告網頁上所提的「保險公司在衡算理賠損失率後，最後結果將藉由提高保費來做為因應，另外對保險產品的理賠支付金額，也有可能發生相對性的減少，而保費變得提高，保障福利降低等情形，所以到最後受害者終究還是絕大多數遵守保險契約約定的善良保險消費者」。

表 1-1-1 2012~2016 年人壽保險公司醫療理賠一覽表

年份	個人險						團體險						合計	
	人壽保險		健康保險		傷害保險		人壽保險		健康保險		傷害保險		單位：佰萬元	
	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額
2012	48,628	2641	6,415,404	73,766	177,878	17,002	0	0	970,822	8,583	116,034	1,215	7,728,766	103,207
2013	33,147	1854	6,721,554	78,666	1,762,684	17,090	0	0	1,092,706	8,685	116,712	1,155	9,726,803	107,450
2014	29,855	1379	7,064,114	85,476	1,740,551	17,860	0	0	1,099,224	9,230	109,378	1,321	10,043,122	115,266
2015	19,684	1387	7,460,642	92,977	1,757,717	18,301	0	0	1,064,649	9,304	105,931	1,382	10,408,623	123,351
2016	36,273	1633	7,935,846	101,011	1,764,483	18,981	1	0.5	1,108,017	9,474	107,968	1,421	10,952,588	132,520.50
小計	167,587	8894	35,597,560	431,896	7,203,313	89,234	1	0.5	5,335,418	45,276	556,023	6,494	48,859,902	581,795

資料來源：財團法人保險事業發展中心，2018。

⁷ 周憶嫻、張耀中(2006)，各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究。台北：刑事政策與犯罪研究論文集9》，62頁。

表 1-1-2 2013~2017 年產物保險公司醫療理賠一覽表

險種（年份）	傷害險	健康險	合計
			（單位：仟元）
2013	5,829,864	564,204	6,394,068
2014	6,078,506	563,304	6,641,810
2015	6,093,641	617,438	6,711,079
2016	6,582,976	646,981	7,229,957
2017	7,040,130	723,148	7,763,278

資料來源：財團法人保險事業發展中心，2018。

第二節 研究動機

從保險詐欺發生現象分析，發現有人為了從保險公司獲得更多的錢或利益而蓄意偽造身份或症狀或以其他的方式，得到保險公司所支付的理賠金，故造成了醫療保險的濫用及詐騙，依據世界日報報導，美國的保險公司每年損失數十億美元的醫療保險詐欺，例如南佛州成為全國醫療保險詐欺的「熱點」之一，根據美國聯邦衛生與福利部檢察長辦公室(OIG HHS)最新報告，2016 財政年度，從各州醫療詐欺案件追回的款項中，第一名為紐約，發生 707 起案件，起訴 113 件，定罪 120 件，追回約 2 億 2,886 萬美元；佛州以 1 億 6,554 萬餘美元居全美第二，其中共調查 664 宗案件，78 宗被起訴，51 起定罪；第三名為加州，金額 1 億 3620 萬，共調查 1,735 件，起訴 231 件，定罪 173 件；第四名德州，1 億 2,825 萬元；田納西州第五，1 億 0,583 萬多元⁸。雖然佛州追回的金額數目相當高，但實際被調查案件少於其他州，如印第安那州有 1,745 件，俄亥俄州 1460 件，德州 1367 件。OIG 統計，醫療補助欺詐全國共起訴 1,721 件，1,564 件定罪，追回 18 億元包括刑事和民事的賠償⁹。而在臺灣目前僅有財團法人犯罪防制中心，有在進行遭警方所破獲的各類保險詐欺案件統計（如表 2-2-1、2-2-2），其餘單位，包括警方也只是將保險詐欺歸類為一般詐欺案件，故無法發現其真實的嚴重程度。

⁸ Worldjournal 世界日報轉記者陳文迪／佛州報導 2017 年 03 月 23 日 06:04

⁹ https://oig.hhs.gov/fraud/medicaid-fraud-control-units-mfcu/expenditures_statistics/fy2016-statistical-chart.pdf。

一、保險詐欺是一種風險小、獲利大的犯罪

美國國際保險詐欺協會（International Association of Insurance Fraud Agencies Inc. 簡稱 IAIFA）1985 於美國成立，其成立目的在於希望透過國際間的組織以合作的方式來遏止保險詐騙犯罪的行為，該協會認為保險詐騙容易得逞且有增加趨勢，希望能引起世界各國重視並聯合反制，原因如下¹⁰：

（一）保險詐欺犯罪係所有的犯罪態樣中，是屬於一種文質犯罪，背負的風險遠比其他智慧型或暴力型犯罪來得低，可以獲取的非法所得亦是最大的一種犯罪。

（二）保險詐欺是一種智慧型態的犯罪，其犯罪的模式大都是屬於有計畫及預謀性的犯罪。

（三）對保險詐騙案件的對應人，一般均為保險公司的保戶或專門在幫被保險人請領保險理賠金賺取佣金的保險經紀人，在刑責處罰並不高，目前對於一般的保險詐欺案件，各保險公司與司法單位目前仍無有效的防制機制。

（四）保險詐騙成功，保險公司將會轉嫁到其他的保戶身上，增加保費負擔。

二、醫療保險詐欺案件，偵查困難，真偽不易查證

研究者所偵辦並破獲之保險詐欺犯罪案件中，對於保險詐欺犯罪態樣中，發現對於如自殘、自殺、殺害被保險人或或偽造病症等案件，被保險人詐保動機往往係出於可獲得超高保險理賠金，而保險公司在面對各種投保之申請理賠，如未能預先對有可能發生之保險詐騙案件採取應變及查證，將會很輕易的被詐騙成功，甚至有些犯罪態樣，明知其有可疑之處或事故過程超乎常理，但卻苦於無實質證據或有醫師的診斷證明證明其事故症狀，最後在被保險人的操作下，還是免不了被詐領得逞之命運，故探討故意偽造不實事故，以不正義或非法的手段圖謀獲得保險理賠金，再進一步統計、分析所發生之保險理賠病症的比例進行「保險詐欺漏斗效應」推估將有助於提供保險公司的防制機制的建立及保險詐欺案件偵辦方向，降低保險詐欺案件的發生。

合理的醫療保險制度是針對一個國家或地區，依照公營或民眾所投保之保險方式，為解決民眾醫療疾病或意外事故而籌備、分配、管理，而訂定該醫療保險制度的使用及基金的運作。是一種醫療保險與健康發展籌資的管理與機制，是一種較進步的社會保險制度，也是世界各國目前相當普遍，對於衛生費用管理模式

¹⁰劉政明（1996），國際詐欺協會成立簡介。台北：壽險季刊，101，126-128。

的一種應用現象¹¹。根據維基百科全書中提到，醫療或健康保險（Medical insurance），簡稱醫保或者健保，是非常普遍的保險方式之一，主要目的為應付要保人在無法預測有醫療服務需求或者財務無法負擔的風險上，能夠及時得到紓困與幫助¹²。其實醫療保險在廣義的解釋也可以稱為「健康保險」，因為它不僅可以幫助解決發生疾病的人，所應該負擔的醫療費用所衍生的財務損失，也間接的補償了因為疾病或意外所產生的不足，如請假扣薪等，甚至對生產、分娩、殘廢、疾病和死亡等，也都可以適時給予經濟上的補償。

一般醫療保險大都由各保險公司承辦，以營利為目的，由民眾採取自願參加方式，保險公司的醫療保險，會制定相當條件的保障條款，基本上為使投保人達到真正有效的醫療保障，就必須要增加保費，以達到保障的目的，故有些保險公司往往會針對特定醫療行為或住院醫療項目提高理賠金額，以獲得更多的保戶，但往往提高理賠項目就容易招致保險詐欺案件的產生。

目前在我國產、壽險保險公司總計約 60 家（人壽保險公司 33 家，產物保險公司 27 家，2018 年 1 月）¹³，但除了主管機關行政院金融監督管理委員會保險局所輔導之財團法人保險事業發展中心協助保險教育之各項訓練外，就只有由業者出資共同成立之財團法人犯罪保險防制中心在參與著保險詐欺犯罪的防制工作，而面對目前保險詐欺之犯罪型態，除了少數投機的個體或發生事故後聽信保險黃牛的個案詐保案，已有朝向專業性及組織化的趨勢，意圖詐保犯罪者，會從未投保時即進行規劃，預先謀略一連串縝密的詐保計劃，每當事故發生後，保險公司都已是事過境遷，要保人或受益人來申請理賠時，才知道事故的發生，往往時間已超過案發時間數月之久，如發生的是涉及死亡保險案件，遑論有事故現場，甚至於連屍體都已經火化，縱使懷疑可能涉及保險詐欺案件，但大多因舉證困難，且在無證據不得推論有犯罪事實情況下，不得已只好依契約給付保險理賠金，而司法單位如檢察官、警察機關、調查局等單位，在保險詐欺犯罪方面因制度程序問題，除非是屬於命案或重大社會矚目案件外，大都是屬於被動的狀態，對於保險詐欺案件，不僅沒有專門負責的單位受理偵辦，亦無法長期對保險詐欺犯罪案件實施例行性的防制及調查，故保險詐欺之犯罪黑數將相對性的比一般刑案發生率增高，保險詐騙案件發生黑數的漏斗效應¹⁴，不僅對保險業者造成很大

¹¹ MBA 智庫百科，2017 年。

<https://zh.wikipedia.org/zh-tw/MBA%E6%99%BA%E5%BA%93%E7%99%BE%E7%A7%91>

¹² 維基百科自由百科全書，2017 年。

<https://zh.wikipedia.org/zh-hant/%E9%86%AB%E7%99%82%E4%BF%9D%E9%9A%AA>

¹³ 財團法人保險發展事業中心公告，2018 年 1 月。

¹⁴ 許春金（2017），《犯罪學》。台北：三民書局。

的壓力，也使得對保險詐欺的理賠案件產生無力感，對社會金融秩序亦相對性的產生嚴重影響。

研究者從事保險詐欺偵辦工作及研究，已有近 20 經驗，所偵辦過的案件有民國 92 年國泰世紀產物保險公司業務員洪○聖偽造假死亡證明書、交通事故處理證明、戶籍謄本等詐領 560 萬理賠金、民國 95 年陳○全自殘腿詐領鉅額保險金，共投保 11 家保險公司 9109 萬元意外險、民國 94 年廖○鳳腳趾注蛇毒，截肢詐詐領理賠金 1100 萬元、民國 94 年偵辦高雄醫學院神經科主任關○麗涉嫌偽造病歷案、民國 94 年偽造美國醫院診斷證明吳○達詐領旅遊平安險 34 件，累積申請金額約新台幣 300 萬元、民國 94 年鐘○榮誘騙胞弟赴大陸娶妻，再買兇殺弟案、民國 95 年施○男謊報失竊詐領汽車保險金達五千五百萬、民國 93 年蘇○堂等人製造假車禍謀害親舅領保險金詐領 1 億 6 仟萬元保險金、民國 96 年劉○利謀害直系血親尊親屬，將親生父親劉○楓推落圳溝溺斃詐領 800 萬元保險金案。民國 96 年偵辦陽明醫院醫師林○憲、協和醫院醫師陳○彰、嘉義基督教醫院醫師黃○龍與助手及保險黃牛勾結，以假事故真住院詐領保險金案、民國 97 年偵破林○信家族勾結醫師，假裝殘廢詐領 3000 多萬元保險金詐欺案、97 年偵破林○永假裝失語詐領一億元保險金詐欺案、99 年偵破陳○全出國自殘失明詐領 3000 萬元保險金詐欺案、99 年涂○源剝豬腳自殘斷指詐領 3000 萬元保險金詐欺案、99 年吳○福自殘斷掌詐領 6000 萬元保險金詐欺案等，對於各類保險詐欺案件中發現，長期以來各家保險公司對於醫療保險詐騙的案件偵查是較無法掌控也較無力感的，因為被保險人所治療的症狀及復原狀態，在保險公司的調查人員與醫師的認知上是有所出入的，故長期以來會產生一種被保險人在醫師面前及私下的行為是有落差的現象，在這種情況下，因為被保險人的症狀還是得由專業的醫師來做認定，故往往醫師可能會在不知情或被蒙蔽的情況下，甚至於與被保險人有勾結的狀態下，開立出保險公司必須要支付保險理賠的診斷證明，進而讓保險詐欺案件成立，使保險公司蒙受損失，研究者更發現保險公司在支付醫療保險的理賠金額所佔的金額是非常高的，也佔了每家保險公司相當高的比例，故如何針對一些容易被利用成為保險詐騙的醫療症狀，研究出一套標準的醫療看診流程，作為醫師、被保險人及保險公司的參考，以減少保險詐欺案件的發生及降低保險公司的損害率，進而保障多數保戶的權益。

第三節 研究目的與研究問題

一、研究目的

我國自從引進保險制度後，歷經數十年的發展，現已成為社會經濟活動不可或缺的一環，但在保險事業發展的同時，保險詐欺犯罪現象也因應而起，且犯罪

型態較一般暴力犯罪不同，又因保險詐欺案件多屬於預謀型態的智慧型犯罪，在偵辦及調查的難度上絕不亞於一般的暴力犯罪，而每當保險詐欺案件發生後，通常會因為各家保險公司的相互的通報連結機制及警方偵破等新聞媒體報導而有所減少。目前我國對於保險詐欺案件之數目，在相關目的事業主管機關中，並未有統計保險詐欺的案件理賠數、損失金額及建立詳細的統計數據，也無對保險詐欺案件做出完整的資料統計分析，另外對於爭議性之案件，因為保險詐欺概念的界定不易，所發現之「現象」如無實質證據證明是一種詐騙行為，就會存有諸多的「爭議」，故只要被保險人向金融監督管理委員會提出申訴，保險公司大部分都會屈服而與被保險人進行協商賠付。

一般保險業者在理賠年度數據上，所統計之紀錄均僅為總理賠金額及單項理賠金額，並無詳細分析各項理賠發生偏高之因素，故對於保險詐欺案件突破之困難點便可想而知，因此，研究者認為以保險詐欺案件為研究主題，必須要重視保險詐欺的黑數問題，而保險詐騙案件如果持續增加的結果，不僅會導致案件及理賠程序之虛耗，也會造成另一個層面的社會治安問題。另外，警方在保險詐欺刑案統計上，均與一般詐騙刑案混合統計，並無特別針對保險詐欺的特定類型與詐騙的模式進行整理分析，所以也就無法有效的呈現出這項犯罪的嚴重性，根據數據統計近年來發生的保險詐欺案件件數有逐年增加趨勢，詐領保險金金額亦有相對的提升，因此保險公司被詐騙的風險亦相對的增加，可見保險詐欺案件的嚴重性，在保險業是不容忽視的，所以為避免社會福利的保險制度，被少數不法份子利用作為犯罪之工具，甚至於淪為危害社會治安的因素之一，研究者以實際從事刑事犯罪偵查工作及多年來偵辦保險詐欺案件所累積之辦案經驗，認為在住院醫療方面，對於特定病症及容易被利用成為詐騙方式的醫療症狀，在評估住院醫療的審視上建立一套流程及模式是非常重要的，例如新光人壽保險公司為因應保險理賠詐欺所帶來的公司損失，新光人壽以「SAS」顧問服務及開發搜尋經常性出險病症之軟體，建立一套「理賠防詐欺風險預測系統」。依其公司統計，在短期的一年，保險詐欺案件的發現率提高 15%，依詐保行為所拒賠的金額成長了 35%，成成效可為借鏡¹⁵。

研究者發現唯有建立一套完整之保險詐欺指標模式，案件發生後提供有可能涉及道德危險之保險理賠調查方向，進而以個案分析方式配合指標模式的審視，達到能提供保險公司與司法機關對保險詐欺案件之預防與偵查成效，故為了減少

¹⁵為降低理賠詐欺案帶來的損失，新光人壽導入 SAS 的專業服務與軟體方案，以 SAS Enterprise Miner(EM)和 Business Intelligent(BI)解決方案開發出一套「理賠防詐欺風險預測系統」。新系統在 2012 年上線啟用後，透過系統化的風險預測，降低人為經驗判讀的誤差，並累積理賠審查員的理賠分析能力，詐欺破案率也提高到 15%，確實遏止無效理賠支出的損失（2017 年新光人壽網頁）。

是類案件的發生，針對可能發生之保險詐欺黑數效應進行分析及防制是非常重要的，其主要研究目的有五：

(一) 透過文獻探討，蒐集國內外有關醫療保險詐欺相關理論與實證研究，作為本研究設計之基礎。

(二) 透過深度訪談，蒐集保險詐欺犯罪者、壽險公司理賠專業人員、醫師、保險業務主管機關專職人員與曾偵辦醫療保險詐欺之警察、檢察官等相關人員之訪談資料，歸納醫療保險詐欺犯罪型態及其特性，以供保險公司理賠及司法偵查相關人員參考。

(三) 根據上述資料，探究行為人、核保、醫療及監控等因素之主觀及客觀要件，以瞭解造成醫療保險詐欺犯罪之主要原因，及相關當事人各自扮演之角色及其分擔之行為。

(四) 運用專家問卷調查，建構醫療保險詐欺犯罪之辨識指標，以提供保險公司理賠人員審核及司法人員偵查醫療保險詐欺犯罪之參考。

(五) 根據上述研究發現，提出防制醫療保險詐欺之具體建議，作為保險公司及刑事司法人員辦案之參考。

二、研究問題

根據上述目的茲將研究問題列舉如下：

(一) 透過深度訪談，蒐集保險詐欺犯罪者、壽險公司理賠專業人員、醫師、保險業務主管機關專職人員與曾偵辦醫療保險詐欺之警察、檢察官等相關人員之訪談資料，歸納醫療保險詐欺犯罪型態及其特性為何？

(二) 根據上述資料，探究行為人、核保、醫療及監控等因素之主觀及客觀要件，以瞭解造成醫療保險詐欺犯罪之主要原因為何？

(三) 運用專家問卷調查，建構醫療保險詐欺犯罪之辨識指標為何？

第四節 相關名詞詮釋

一、醫療保險

合理的醫療保險制度是針對一個國家或地區，依照公營或民眾所投保之保險方式，為解決民眾醫療疾病或意外事故而籌備、分配、管理，而訂定該醫療保險制度的使用及基金的運作。是一種醫療保險與健康發展籌資的管理與機制，是一

種較進步的社會保險制度¹⁶，也是世界各國目前相當普遍，對於衛生費用管理模式的一種應用現象。根據維基百科全書中提到，醫療或健康保險（Medical insurance），簡稱醫保或健保，是普遍常見的保險方式之一，主要是對於無法預測所造成之醫療疾病服務或彌補財務風險上的需求所衍生¹⁷。

二、醫療保險詐欺（Medical Insurance Fraud）

（一）醫療保險詐欺是一種涉及虛假陳述信息，隱瞞信息或欺騙個人或實體以獲得利益或為了獲得經濟利益的犯罪行為。有些個人和醫療院所以多種不同的方式實施醫療保險詐欺，關於醫療保險詐欺的罰則，因醫療法及刑法法律界定而有所不同，「醫療犯罪」，由於目前在刑事法規中並無明文規範，相關構成的要件及罰則規定均分散於各種醫療法規中，故至今並無明確的定義，其範圍亦很難以釐清，故醫療犯罪於實務中，在刑法大都為詐欺行為，應係泛指涉及或透過醫療行為所構成之不法要件行為，其範圍包括未取得合法醫師資格者醫病行為、製作虛偽之病歷或偽造診斷證明書等，醫療保險詐欺犯罪是從發生的細節中尋找不合理的現象及不符合醫療常規的型態¹⁸。茲就醫療詐欺的操作型定義，分述如下：

1. 明知並蓄意執行或試圖執行計劃或欺騙行為，以欺騙醫療保險或福利計劃，或以欺詐手段獲取該計劃的任何利益或報酬。

2. 醫療保險欺詐是指個人醫療機構或保險經紀公司以欺騙手段使用醫療保險系統，從中獲利的一種欺詐行為。

（二）在我國醫療詐騙大都屬於醫療診治認定的類型，而有些疾病項目認定的標準，是否需要達到住院等級或門診即可處理的階段，往往均由醫療機構內之主治醫師認定，但醫師的認定標準往往又是介於保險公司理賠與否的界線，尤其是住院醫療部分或是一些特定的病症等，與被保險人的利益是有相呼應的。

（三）由於個人、醫療機構和保險經紀人公司可能實施詐騙行為，因此就會存在著許多類型的醫療保險詐欺，這種詐欺的主要目的是在獲得經濟上的利益，或在沒有有效保險的情況下獲得醫療照顧。醫療保險詐欺的類型包括：

1. 以個人行為進行詐騙

¹⁶ MBA 智庫百科，2017 年。

<https://wiki.mbalib.com/zh-tw/%E5%8C%BB%E7%96%97%E4%BF%9D%E9%99%A9%E5%88%B6%E5%BA%A6>

¹⁷ 同第 12 引註。

¹⁸ 林虹榕（2008），健保詐欺型態之研究。台北：國立臺北大學犯罪學研究所，碩士論文。

利用個人的保險服務項目，偽造虛假的事實，並勾結不同的醫生開立與事實不符之診斷證明以獲得理賠，或提供不實的內容，誇大理賠申請金額以獲得醫療保險理賠金。

2. 醫療機構的詐欺行為

對實際上只有提供一次給病人的醫療服務時，但卻重複的提出相同的醫療理賠申請，或者，偽造病人的診斷，或重複無用、非必要性的治療，甚至有些不是保險範圍的理賠項目，卻用其他名義來進行申請。

3. 欺詐行為由保險經紀人公司承擔

有些保險經紀公司，利用人頭或者是協助無力繳納保費的保戶，控制他們的行動與理賠金融帳戶，故當這些保戶有需要使用醫療服務時，保險經紀公司就可得到一筆定額的現金賠償以補貼其全數或部分醫療開支。

(四) 保險詐欺：關於保險詐欺各家解釋眾多，歸納如下：

1. 實施詐術騙取保險金之犯罪，或以不法方法詐騙保險金的犯罪行為¹⁹。

2. 故意使用假裝或偽造疾病成因的訊息，以不正義或非法手段的手段企圖詐取保險理賠金²⁰。

3. 為了謀取非法利益，濫用保險制度所為之補償性，作為詐領醫療保險詐欺及其他的犯罪行為²¹。

4. 以不實之詐騙手法，再利用各種偽造的方式，使保險公司得以相信其發生意外或損失是正當性的行為²²。

5. 利用不正的方法及手段，令相對人誤信發生之狀態，圖謀所投保保險契約上之不法利益行為²³。

6. 施用詐騙方式，及濫用保險理賠制度，獲取不法理賠金或其他財物之不法利益行為²⁴。

¹⁹林山田（1982），犯罪問題與刑事司法，第二版。台北：台灣商務印書館。

²⁰陳榮一（1993），保險制度與誠實信用原則-以招致保險事故、損害防止義務為例。台北：壽險季刊，88，33-45。

²¹鄭丰密（1996），論保險詐欺之刑事責任。台中：中興大學法律研究所碩士論文。

²²劉政明（1996），國際詐欺協會成立簡介。台北：壽險季刊，101，126-128。

²³張雍制（1998），經濟詐欺的規範與偵查研究。桃園：警學叢刊第29卷第5期。

²⁴甘添貴（2000），體系刑法各論第二卷。台北：五南出版社。

7. 要保人、被保險人、或保險受益人，故意偽造或捏造不實發生情況，或偽裝、隱藏掩蓋事實真相，並誇大受傷或毀損程度，或以故意製造不實之意外事故，達到詐取保險理賠金之行為；另外，甚至有保險公司的承辦人員，以職務之便偽造不實的保險事故，再進行虛假陳報，監守自盜騙取保險理賠金的行為²⁵。

8. 犯罪行為人利用保險理賠制度，配合相對人實施共同詐騙之行為²⁶。

9. 利用以保險理賠金給付的方式，企圖使犯罪人或其共犯，獲得保險非法利益之不法行為²⁷。

綜合上述，本研究所稱醫療保險詐欺是指虛偽或未達病症之狀態，故意運用醫療資源並利用或勾結醫師開立病症之診斷證明書，達到符合請領保險理賠之事實，謂之醫療保險詐欺，其中包括假病症詐欺、輕病住院詐欺、無疾病住院詐欺。

三、辨識指標

指標係指用來描述事件中有關特質的項目，通常會以相關關鍵項目作為價值判斷的參照點，指標亦是指預期中可以達成的目標、方向、數據、標準、水準等；指標可以反映出行動的方向及目標的導引，亦可作為決策的指引；辨識指標則是指標的方向，足以清楚、瞭解指標意圖、目的的一種決策，本研究所指之辨識指標乃是可以清楚明白的辨別、判斷醫療保險詐欺犯罪型態的一種方向及具有客觀性與真實性結果的決策過程。

四、指標因子

因子的基本解釋是一種因素、成分，是個體組成的一種組織，如以生物體為例是細胞中 DNA 基因所產生的建構成分，是細胞用來作為內部信息傳遞及控制遺傳與新陳代謝的因素，以物體而言則是一種基本的組成成分，是一種事實存在的物質，亦是一種物體具備的基本成因；指標因子則是導引因子操作的方向，是一種操作及指引因子的概念；本研究所指之指標因子，則係指醫療保險詐欺中，足以影響或構成犯罪的基本因素，或是一種基本的作為，亦是形成醫療保險詐欺的基本概念及成因。

²⁵ 李添福（2002），剖析保險詐欺成因及防制對策，壽險季刊，125，72-73。

²⁶ 簡美慧（2002），從我國法院判決論保險詐欺之樣態、成因、特徵與防制之道。台北：台灣大學法律研究所碩士論文

²⁷ 蕭文華（1980），從社會型態發展傾向論如可遏止保險犯罪。台北：壽險季刊第 36 期 30 頁。

第二章 文獻探討

本研究主要目的在探討醫療保險詐欺犯罪模式及其防制對策，故本章就各主要國家防制保險詐欺制度介紹、我國保險詐欺規範及現況分析、保險詐欺犯罪理論基礎、保險詐欺犯罪實證研究等四單元進行探討，茲分述如下：

第一節 各主要國家防制保險詐欺制度及現況

自保險制度實施以來，保險詐欺現象就一直存在的問題，世界各國皆然，而且有越趨嚴重的問題，保險詐欺案件所造成之金額損失，會隨著各國的保險市場規模、保險文化、管制策而有差異，例如，美國是全球最大的保險市場，其保險詐欺所損失之金額將隨著人口的增加而產生變化，故人口在保險市場總是佔著極大的重要性，但保險觀念是需要去作國民教育的，如一個國家的國民都只覺得說保險詐欺所詐騙的是保險公司，是屬於「無受害者犯罪」的，認為保險業者的損失是一種應該收取保費再理賠的合理制度，甚至認為保險詐欺的行為只要不傷害他人的行為，都是在可以接受的範圍內，如果一個國家存在著這種保險文化，其保險詐欺嚴重性就可能會增加²⁸。

在世界其他國家中為了防制保詐欺的案件，大都有成立處理保險詐欺案件的單位，分述如下：

一、美國

在美國成立了國家保險犯罪局(National Insurance Crime Bureau, NICB)、防制保險詐欺聯盟(The Coalition Against Insurance Fraud, CAIF)、國家保險專員協會(National Association of Insurance Commissioners, NAIC)、保險詐欺測驗協會(Association of Certified Fraud Examiners, ACFE)等組織，而CAIF在1995年推動的「保險詐欺標準法案」，到目前為止，以很多州已經採用了這個法案。該法案規範了內部與外部型保險詐欺犯罪行為，也規範了諸如索賠範圍、保單條款欺罔等行為，除了明確定義保險詐欺行為外，該法案還提供無罪當事人的賠償，也規定美國保險業者不能因「證據薄弱」或「客戶可疑」而拒絕理賠。立法者認為保險契約乃基於雙方之誠實信譽，當保險業者無正當性的拒絕賠付保險理賠金，將會被客戶認為信用失常與不具有受委託的信任行為²⁹。

美國自1990年代以來，大多數州已建立保險詐欺防制局做為執法機關，主要

²⁸周愷嫻、張耀中(2006)，各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究。刑事政策與犯罪研究論文集9，62頁。

²⁹同上引註，第71頁。

任務是審查、告發、起訴保險詐欺案例。然而，有些州的保險詐欺防制局，只處理勞動傷害之保險賠償申請事宜。佛羅里達州、加州、阿拉斯加州、內華達州、北卡羅來納州、紐澤西州及俄亥俄州的保險詐欺防制局成立已逾十年。美國政府如國家保險專員協會（NAIC）、國家保險犯罪防制局（NICB）、保險詐欺測驗協會（ACFE）等與民間保險組織都會定期提供教育訓練與檢定課程，此外，一些州立的保險部門也提供保險從業人員相關索賠研究以及詐欺偵測教育訓練。其中最有代表性的是1992年成立的國家保險犯罪防制局（NICB），設計上以聯邦層次處理保險詐欺犯罪問題，此組織為非營利機構，是保險業者與其他機構（如行政部門、警方等）之間的橋樑，在1995年又設置了保險詐欺資料庫，稱之為「NICB EyeQ」。該資料庫由保險公司會員提供資料，涵蓋了超過三億五千萬筆資訊，對保險求償案件或交通事故案件，會員可申請使用這些資料庫³⁰。

根據美國總統下達之執法命令與司法行政諮詢委員會（U. S. Presidents Commission on Law Enforcement & Administration of Justice）在1967年對美國犯罪統計加以分析研究，結果發現犯罪報案數字為拘捕捕數字的38倍，拘捕數字又為正式起訴的4.1倍，正式起訴數又為宣判數的1.1倍，宣判數又為最後發監執行的2.5倍³¹，此一犯罪統計的耗損現象稱為「漏斗效應」。漏斗效應產生的原因，包括拘捕的法律規定和非拘捕的價值觀念共同作用的結果³²。一般保險詐欺犯罪因界定的問題就常引起討論，再因漏斗效應關係被發現的案件數量並不多，相對性的被查獲的案件數更是不成比例，推估保險詐騙的犯罪黑數已成為常態，故拘捕的效果將會減少保險詐騙黑數的發生，一般拘捕的法律規定常透過司法程序的運作及處遇運作，如前門政策、微罪不舉、緩起訴等，待起訴後，法院諭知不受理及免訴判決、緩刑、免刑、無罪、六個月以下短期自科刑而易科罰金者等；另一種可減少保險詐騙黑數發生的現象是非拘捕價值的觀念，包括政治社會的意識型態及體系外的社會價值觀，因目標、效力、工作滿足感、外在壓力、個人升遷等因素而減低犯罪³³。

另一位美國學者（Ennis, P.）更強調司法程序於耗損之每一過程均可能為產生大量犯罪黑數之時機³⁴。在處理罪犯之過程中，執法人員因具有高度自主裁量，倘運用不當，再加上許多外力之干擾，將使得案件之審理，充滿許多變數，

³⁰周憐嫻、張耀中（2006），各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究。刑事政策與犯罪研究論文集9，第71頁。

³¹黃富源（1982），《犯罪黑數之研究》，警政學報創刊號。桃園：中央警察大學，第171-189頁。

³²周文勇（2006），第二章：刑事司法與犯罪控制，許春金主編，刑事司法—體系、組織與策略，P. 39-82。台北：三民書局

³³同上引註。

³⁴黃富源（1982），《犯罪黑數之研究》，警政學報創刊號。桃園：中央警察大學印行第171-189頁。

而在實務上法院審判或量刑入監執行的行情，最後都只有為和解的少部分案件。西林 (Sellin, T.) 指出，「處理犯罪的法律程序時間拉得越長，犯罪統計的價值也就越低」。美國學者艾尼斯 (Ennis, P. H) 也認為司法程序會造成犯罪數字的高額耗損，他指出，犯罪案件發生後，被害人真正報案者僅有 49%，全部報案數中，約有 23% 警力並未到案勘查，勘查後約有 25% 被認定為非犯罪刑案，而被認定為犯罪刑案中，真正為警察機關逮捕者僅 20%，及至起訴與審判階段又耗損 58%，只剩 42%，42% 中又 48% 之案件獲得赦免，亦即犯罪案件發生 2077 件，而確定執行者僅餘 50 件³⁵，由此可知冰山效應。尤其案件在各政府部門執行人員之篩檢過濾下，最後會以漏斗型態的方式，只有少數的部分案件會遭起訴獲判刑，而其他案件可能會因證據不足或者追查負荷程度過重而遭排除涉案，有關醫療保險詐欺案件亦是如此，研判甚至可達到更高的比例。2016 年紐約布魯克林檢察官辦公室與聯合聯邦、州、市等執法機構，共同宣布成功破獲一起涉及金額高達近 1.5 億美元的醫療健保斯詐案，逮捕了包括 4 名醫生在內的 20 名嫌犯，2016 年 2 月份，在南佛州的醫療保險欺詐和洗錢案件的起訴金額已達 10 億元，2016 年 1 月份則有一衛生機構涉嫌詐欺 5700 萬元被起訴並定罪。醫療補助詐欺控制小組 (Medicaid Fraud Control Unit, 簡稱 MFCU) 在 49 個州和哥倫比亞特區執行調查和起訴醫療補助提供者的詐欺案件，發現以醫療保健設施和護理機構中的患者被虐待或忽視是常發現的³⁶。

美國保險資訊協會 (Insurance Information Institute) 研究發現，於 1992 年在巴特爾西雅圖研究中心所進行的研究³⁷和其他行業的報告³⁸推估約有 10% 的財產或傷亡，造成保險業者及保險理賠費用的損失及保險詐欺現象，至目前仍是沒有被挑戰過的。對於眾多的醫療保險治療項目中，比如有些項目是需要住院治療的，但有些則只需要門診就可處理，但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金，在這些過程中有些是不容易被發現的，所以雖然有很多的病症應屬於保險詐欺的範疇，但在不易發覺的情況下，大部分都被詐騙成功了，而警方所偵破的案件中，往往卻都只是從漏斗中篩選出來的剩餘結果案件，這其中還包括了，無法舉證保險詐欺或證據不足或涉及違反保險契約的情況下，以協商、和解方式或申訴仲裁結果所理賠之保險案件數據更不在少數。

³⁵ 黃富源、范國勇、張平吾 (2002)，《犯罪學概論》。桃園：中央警察大學印行，第 104-105 頁。

³⁶ IFMC (Mar 2016), Insurance Fraud Management Conference. 13-16 Mar 2016 (notify new dates) Hyatt Regency Savannah, Savannah, USA.

³⁷ 打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，美國保險資訊協會保險信息研究所，(1992)。

³⁸ 「保險詐騙革新的遠見」，美國保險資訊協會，(2001)。

二、英國

英國政府將2002年法律協會提出之建議納入考量，到了2005年已經編撰專門的詐欺法案草案，已經在2006年4月通過國會審查。詐欺法案乃英國政府考量各種建議的直接結果，特別是該法案承認有助於改善刑法符合當代對於詐欺犯罪的需要，且明文將保險詐欺包含其中³⁹。英國政府除了修訂詐欺法案外，基於企業一致性的需求，早已由金融服務法與市場法授予權限在2000年成立金融服務監督機構（Financial Service Authority，簡稱FSA）。FSA是一個獨立機構，是提升對抗保險詐欺的金融機構整體效能之行政組織。FSA主管的相關三個重要工作分別為⁴⁰：

- （一）改善管理監督機制。
- （二）確立執法標準一致化。
- （三）研發相關議題：特別著重研究查核機制相關之議題與危險偵測研究。

保險詐欺行為經過2004年一整年的努力，FSA已經嘗試建立保險業者辨識與防止保險求償的機制，這是FSA打擊保險犯罪上一個很重要的貢獻，其中密切地掌握保險詐欺犯罪的新興趨勢與制高點，使員工體認到對抗保險詐欺犯罪的重要性與特徵；另外，就管理者之間需進行適當地的資料分享，各公司團結合作以防止保險求償的詐欺。至於民間業者配合的部分，英國保險業者協會（Association of British Insurers，ABI，本文簡稱保協）乃是英國保險業者組成的商業協會，參加此組織者大約有四百餘家公司，約佔英國全國保險公司的95%。其功能主要為⁴¹：

1. 廣泛開發、應用電腦科技篩選危險客戶或資料

有些保險業者、再保業者、仲裁機構，已經發展了一套篩選詐欺的系統，稱為「消費者導向科學化危險評估標準（Scientific Customer Orientated Risk Evaluation，簡稱SCORE）」，這個系統可用來辨別可能之保險求償詐欺行為。基本原理是以電話進行保險求償的調查，運用心理學、行為分析技術以及電話會話技巧等調查保險索賠的原因，並賦予保險索賠調查員評估該求償申請是否為真實，設法使索賠者無意中說出其真實性，由結構式之調查取向，辨別異常行為。

2. 警方建立備忘錄

保協也與英國警長協會（Association of Chief Police Officers，ACPO）建立「備忘錄」（初設於2002年，2005年1月修訂再版），備忘錄中指導業者對於可能涉及保險詐欺之危險行為，如何向警方報案。在此備忘錄中，業者在兩種情況下可以

³⁹周憐嫻、張耀中（2006），各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究。刑事政策與犯罪研究論文集9，第68頁。

⁴⁰同上引註，第33頁。

⁴¹同上引註，第68頁。

向警方申請消費者之資料：第一，業者特定理由需要瞭解特定請領保險金案件之相關資訊；第二，業者有證據懷疑之保險詐欺請領案件。業者只要填具相關表格，說明申請或懷疑之理由，並提出需要警方協助查詢資料之項目，警方即會協助查詢。

3. 研發保險詐欺危險因子之計算公式

保協會員也致力於更長遠的保險詐欺偵測與調查研究工作，他們研究開發了一些保險詐欺標準檢查程式，希望透過科技，篩選出更多疑似保險詐欺案件或保戶，讓業者可事先預防。

4. 開辦保險詐欺諮詢處

保協來積極投入開辦保險詐欺諮詢處（Insurance Fraud Bureau, IFB），特別著重於集團性與組織性的保險詐欺份子與其活動。其結合保險詐欺專家與資料庫知識，盡力調查、比對、檢核任何具有詐騙行為的活動。

三、法國

法國管理金融市場的相關法規，最重要的是2003年通過的財政金融法案。其中包括⁴²：

（一）強化歐盟保險調解指令（Insurance Mediation Directive—IMD）中關於被保險人投保人壽保險契約有關之資訊，在此法國配合歐盟重新定義「保險調解」、規範業者需透過保險代理人社會名錄（Association de la liste des courtiers d' assurance - Society of the List of Insurance Brokers, ALCA）委員會，制訂、發給消費者一本購買保險、訂定契約時，必須遵守之義務的手冊；以及保險仲介業者需充分提供、說明消費者之自身義務、保險仲介業者之營業登記號碼、消費者之訴訟權或醫療權、保險金融公司的聯繫方式等資訊。

（二）確定「問題預先控制委員會」（Commission de contrôle des Assurances et des Mutuelles et des Institutions de prevoyance，簡稱CCAMIP）的司法權限，定義CCAMIP，管制保險業者、社會扶助與救濟機構的司法權限，並且確保業者、機關確實執行相關法律、規定與契約。

在司法方面，法國政府在刑事司法部門之院檢警等單位中均成立了專庭或專門部門，負責審理、起訴、偵查經濟金融案件，並且將保險詐欺犯罪視為金融案件之一種。法國刑事訴訟法第705條規定了經濟與財政案件的特殊司法程序，包括了法官審理相關案件時之詢問、命令與判決需遵守之原則。這個作法將法官設計

⁴²周愷嫻、張耀中（2006），各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究。刑事政策與犯罪研究論文集9，第72頁。

為專門人士，其工作任務不同於一般之審判功能，而在審查個案適切性，並需保持專業緘默，目的乃是為了改善司法對金融犯罪之處理過程。

民間組織的配合上，法國比較具有代表性的組織是法國反詐欺協會（French Anti-Fraud Body, ALFA），專門提供保險詐欺索賠文件真偽辨識的服務，此組織不但提供保險業者求償請求案件的相關訊息之交換，也建構了專家、調查員網絡，協助保險業者調查疑似保險詐欺案件。法國的立法、民間組織規模與功能雖然不如美國，但在司法程序中，以專庭、專股或專組偵察起訴與審判，是一大特色，有助於解決如英國保險業者長期無法解決的院檢警調調查資源不足、起訴率、定罪率低的問題，也提升了刑事司法人員對保險詐欺犯罪之重視與之偵審專業知識之累積⁴³。

四、澳洲

澳洲成立澳洲保險委員會（Insurance Council of Australia, ICA），但目前澳洲刑法並未對保險詐欺犯罪有明確的處罰定義，對於保險詐欺犯罪的認定，通常以「錯誤的代理」或是「以詐欺方式取得不正當利益」兩種。因此澳洲並對保險詐欺犯罪者有處罰的規範，澳洲也並無有效的蒐集保險詐欺犯罪之案件與進行統計⁴⁴；依據ICA表示，此一現象代表著澳洲並無正當名義要求聯邦警察投入警力對抗保險詐欺犯罪。同時，由於定義的不明確，澳洲並無法有效的蒐集保險詐欺犯罪之案件與進行統計。從1970年代開始，澳洲保險詐欺犯罪大幅增加，導致保險公司嚴重損失，即建置了保險詐欺指標，讓各保險公司得以檢視投保者是否為可疑的保險詐欺犯罪的因子。1991年時，在39家保險公司的協助下，澳洲建立了保險查詢服務系統（Insurance Reference Service, IRS），其中包含1300萬筆的保險者資料以供會員公司查詢，並可提供查詢保險者之信用資料與是否破產等資料。透過此一系統之建立，保險業者於審核保單時，便可查詢保險者過往之記錄，是否曾經有過詐欺的可疑行為等等，減少保險詐欺犯罪發生的成功率。

（一）醫療保險制度本身有防制醫療保險詐欺的機制，包括嚴格的醫療保險登記制度，以及社會醫療保險並不給付高價位的品項，像是居家醫療和耐久性醫療器材。保險詐欺屬於一種白領犯罪，且難以發現這類發現，與英美的私人醫療保險相較，澳洲私人醫療保險公司在管理理賠詐欺、醫療浪費和濫用上，處於一個較有利的地位。但和其他國家的醫療保險產品相同的是，在處理醫療保險詐欺案件上還是困難重重。有些私人醫療保險的理賠金額相當大，這是因為難以偵查醫療保險詐欺和資源不足的緣故。就大部分的詐欺案件來說，承辦

⁴³周愷嫻、張耀中（2006），各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究。刑事政策與犯罪研究論文集 9，第 72 頁。

⁴⁴同上引註，第 73 頁。

人員和科技資源與低保險詐欺率息息相關。在私人醫療保險公司，許多詐欺調查員碰到的難處是向資深主管提供更先進的科技資源和人力。

(二) Flynn 在澳洲私人醫療保險業詐欺案：產業的觀點一文中談到澳洲與其他國家一樣都面臨國有或私人醫療保險公司(private health insurance, PHI)詐欺的問題。社會醫療保險(Medicare)和私人保險基金間的關係，社會醫療保險(Medicare)和隱私法對醫療保險詐欺偵查和收回理賠金造成的負面影響。該文採取的研究方法是質性研究，訪談澳洲最大私人醫療保險公司醫療保險詐欺偵查員和保險業中與醫療保險詐欺偵查專家⁴⁵。研究者發現私人醫療保險公司業的共識不一致，面臨的問題也不盡相同。私人醫療保險公司的保險詐欺偵查員運用不同的方法來回收保戶詐保得到的理賠金。報案由警方進行偵查或者雇用債務追討機構、與曾經有詐保紀錄的保戶解除保險契約等都是他們會採用的方法。大部分的醫療保險基金皆表示，他們需要更高的科技資源，和由更高階層的人員來負責偵查詐欺案件。私人醫療保險公司皆視隱私法是調查保險詐欺的障礙，希望能保險同業裡更多的情資。

澳洲有34家私人醫療保險公司，每年總收入為199億，總利潤為169億⁴⁶，在澳洲，私人醫療保險公司是給付社會醫療保險不給付的部分。社會醫療保險是由政府補助的醫療保險制度。在醫療保險的範疇中，居民有權接受醫療人員提供、社會醫療保險給付的治療。相對的，私人醫療保險涵蓋社會醫療保險不給付的項目，例如私立醫院的醫療服務、齒科服務、物理治療(physiotherapy)、整脊治療(chiropractic)、驗光(optometry)、按摩治療(remedial massage)和自然療法(natural therapies)、芳香療法(aromatherapy)、虹膜診斷(iridology)、順勢療法(homeopathy)、人體運動學(kinesiology)、草藥治療(herbalism)、瑜珈(yoga)、皮拉提斯(Pilates)和自然醫學(naturopathy)。

(三) Lindsay、Jorna 和 Smith 指出在澳洲所有犯罪行為中，醫療保險詐欺的金額是最龐大的。澳洲統計局(Australian Bureau of Statistics)指出，在所有聯邦犯罪中，醫療保險詐欺佔澳洲各級法院的案件比例最多⁴⁷。

1. 保戶向私人醫療保險公司詐欺的部分

⁴⁵Flynn, K. (2016). Financial fraud in the private health insurance sector in Australia: perspectives from the industry. *Journal of Financial Crime*, 23 (1), 143-158.

⁴⁶Australia. Australian Private Health Insurance Administration Council (2014), *Quarterly Statistics June 2014*:11, available at: <http://phiaac.gov.au/wp-content/uploads/2014/05/Qtr-Stats-Jun14.pdf> (accessed 11 November 2014)

⁴⁷Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R. G. (2012), *Fraud against the Commonwealth 2009-10 Annual Report to Government*. Canberra, Australian Institute of Criminology, accessed at: http://www.aic.gov.au/media_library/publications/mr/18/mr18.pdf (accessed 11 November 2014).

在澳洲現行制度下，有相當多的機會進行私人醫療保險公司詐欺。而詐欺類型可分為保戶向基金詐欺，基金內部的工作人員盜刷保戶的保險卡使保戶的使用額度下降和私人醫療基金詐欺社會醫療保險三種。在買私人醫療保險公司的部分，私人醫療保險公司並未強制要求保戶出示身分證明，這使得私人醫療保險公司成為詐欺犯眼中的肥羊。消費者買了一家的醫療保險基金，進行詐保，拿到理賠金之後就解約；接著向另一家私人醫療保險公司進行同樣的行為，這樣反覆在這34家醫療保險基金進行詐保。之後，他們又從第一家私人醫療保險公司開始。但不同的是，這次他們會使用「新」身分。他們可能會稍微修改「生日」、或「名字的拼法」，例如John Smith 改為Jonathon Smith。私人醫療保險公司表示，這是隱私法助長了這類詐欺行為。由於隱私法不允許各私人醫療保險公司揭露其他家基金發生此類詐欺行為所致。

2. 私人醫療保險公司工作人員對無辜的保戶進行詐保

私人醫療保險公司在碰到新的保戶時，工作人員要求保戶將醫療保險卡放在他們那邊。基於信任原則，保戶將醫療保險卡交給工作人員，工作人員就把他們放到抽屜裏面的一個盒子中，盒子裡面還有其他保護的醫療保險卡。這些保戶都沒有意識到他們的卡會被濫用。工作人員會將卡拿到合作的醫療機構進行刷卡的動作以取得這張醫療卡內記載的詳細資料。如果保戶未定期使用這張醫療保險卡，保戶就不會知道自己的醫療保險卡額度減少了。

3. 私人醫療保險公司的線上理賠申請平台

大部分的醫療保險基金表示，在這個階段最容易受騙的地方是線上理賠申請平台。如果保戶在線上提出理賠申請，可輕易取得上萬元的理賠金。如果保戶每次都是小額理賠的話，該基金就不會注意到系統的瑕疵。唯一會注意到這點是，當工作人員發現特定保戶常常待在理賠申請平台。

五、日本

在日本，保險審議會負責管理保險業者，保險審議會要求保險業者要建立一套資料交換制度，對於被保險人資料的登錄必須正確，同時要求保險業者在締結契約時，業務員應主動告知要保人相關義務及責任⁴⁸。

日本目前對保險詐欺犯罪並沒有特別立法，而是和我國一樣適用普通詐欺罪規範，日本學者與實務界對於保險詐欺始期之約定，係以保險詐欺行為人依整體計畫而對法益之侵害產生迫切之危險者，始認定為保險詐欺之始期，也就是說保險詐欺的成立，必須等保險詐欺行為人向保險公司申請保險理賠時，始為保險詐

⁴⁸鄧子震(2005)，「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」。台中：朝陽科技大學碩士論文第26頁。

欺起始時間，日本雖未對保險詐欺制定特別法律規定，但有關保險詐欺之防制對策，均賴保險審議會、警察廳、保險業三方建立良好合作機制，並定期舉辦座談會加強警方對保險詐欺防制之重視⁴⁹。

第二節 我國保險詐欺規範及現況分析

保險的精神係屬於一種預防未來不可知的防範作為，或是一種儲蓄兼保障的觀念，但因為係屬於一種商業行為，所以難免會產生一些利益的糾紛，但如果純粹是法條上的爭議，均可依照主管機的解釋來做評判仲裁平息爭議，但如果是出於為了領取保險理賠金，而所做的偽造、虛偽、勾串等行為，則是被禁止的，茲就保險詐欺規範現況分析如下：

一、保險詐欺規範

(一) 刑法規範：在我國保險詐欺可能涉及之刑事責任是各類犯罪中最多樣化的，可能涉及包括殺人、傷害、毀損、詐欺、偽造文書、侵佔、背信、誣告、貪污瀆職、組織犯罪等罪名，並依各所犯之各罪論處追訴，如事先為被害人投保而將之殺害，意圖詐領保險金者，涉及刑法 271 條殺人罪、將被害人摘取器官或者砍斷手、腳者等涉及刑法 277 傷害罪或刑法 278 條重傷害罪、將投保之貴重物品製造意外事故毀損詐領保險金，涉及刑法 352 條毀損罪、被保險人以各種不法手段詐領保險金，觸犯了刑法第 339 條詐欺罪、被保險人偽造道路交通事故證明書、行照、駕照與相驗屍體證明書，假冒被保險人之名義申請理賠，意圖詐領保險金，涉及刑法第 211 條偽造變造公文書罪、保險業務員為被保險人申辦保險理賠，將理賠金佔為己有者，涉及刑法 335 條侵佔罪、為被保險人承辦保險理賠申請，從中與保險公司私下議定回扣，使被保險人損失應有之利益者，涉及刑法 342 條背信罪、謊報汽車失竊或交通事故，以獲取保險公司理賠，涉及刑法第 171 條未指定犯人誣告罪、為詐領保險金賄賂有權利之公務人員開立足以獲得保險理賠之證明詐領保險金者，涉及刑罰 122 條瀆職罪、組織犯罪集團豢養遊民為其投保意外或住院等保險或集體以致殘害他人身體之行為申領保險金者，涉及違反組織犯罪防制條例。

據金管會 2006 年年會報告，認為目前臺灣的詐欺犯罪類型已趨於多元化，刑法 339 條上規範意圖為自己或第三人不法之所有使人交付財物之定義已未能涵蓋所有之詐欺犯罪，尤其是這種高獲利之保險詐欺犯罪，故為了防範濫用保險制

⁴⁹周愷嫻、張耀中（2006），各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究，刑事政策與犯罪研究論文集 9，第 38 頁。

度之行為，提出呼籲能以訂立專門條款處罰的方式來規範保險詐欺犯罪，以達嚇阻效果⁵⁰。

(二) 保險法規範：保險法自 1929 年公布施行以來，已歷經 11 次修正，在 2007 年為適度調整保險業資金運，與因應保險市場發展需求及保險業務監理需要，乃針對保險法再次的進行修正，依保險法第 64 條規定，保險人對於投保前的危險評估，主要以書面詢問為主，若要保人或被保險人故意隱匿不符合投保的狀況，保險人一時是很難發現的，故保險法第 64 條規定「若要保人或被保險人對於保險人之書面詢問，有隱匿、遺漏不為說明，或為不實之說明，保險人得於二年內解除契約」，但最高法院民事 86 年度台上字第 2113 號判例要旨：「保險法第 64 條之規定，乃保險契約中關於因詐欺而為意思表示之特別規定，應排除民法第 92 條規定之適用。」該判例有可能會造成部分要保人或被保險人心存僥倖，對於保險人之書面詢問故意隱瞞，待超過二年追究期間，保險人即不得解除契約之規定，而讓保險詐欺案件成為一種賭注的工具⁵¹。另外在保險法 76 條規定，保險金額超過保險標的價值之契約，係由當事人一方之詐欺而訂立者，他方得解除契約。如有損失，並得請求賠償。無詐欺情事者，除定值保險外，其契約僅於保險標的價值之限度內為有效。無詐欺情事之保險契約，經當事人一方將超過價值之事實通知他方後，保險金額及保險費，均應按照保險標的之價值比例減少，這也是在保險法中有將「詐欺」二字明訂在內之條文。

綜合上述，在保險詐欺犯罪條文規範中，可使保險詐欺的相關法律條文變得更加簡單扼要，以使法律的簡單性變得更具有公平性，如依據保險法第 128 條規定，被保險人故意自殺或墮胎所致疾病、殘廢、流產或死亡，保險人不負給付保險金額之責、第 133 條規定被保險人故意自殺，或因犯罪行為，所致傷害、殘廢或死亡，保險人不負給付保險金額之責任、第 134 規定受益人故意傷害被保險人者，無請求保險金額之權，這已說明故意犯下導致本人或他人之生命、身體遭受傷害或死亡，是無法獲得保險理賠給付金的，這也就是清楚表示保險詐欺的概念及內涵，目的就是要讓民眾得以在犯下此類案件時可清楚其犯案之後果，提供其犯行之考量，或有利於他們能夠提出洗刷清白的防衛性答辯。

二、保險詐欺型態及現況

(一) 保險詐欺型態

⁵⁰財團法人保險犯罪防制中心，2006 年 5 月 10 日，保險詐欺入罪化之可行性研究，金管會保險局，頁 1。

⁵¹楊憲宗 (2015)，保險詐欺與逆選擇防阻之研究。嘉義：中正大學法律學系研究所碩士論文，91 頁。

學者 Manuel et al. (1999) 認為詐欺也是消費者基本行為的一種，為消費心理的一種基本型態，所以綜觀保險詐欺行為類型可分下列三種⁵²：

(1) 預謀性的保險事故：

為了詐領保險理賠金，詐保人往往會由要保人、被保險人或是可從中獲利者，設計、預謀事故發生的經過，製造成意外或者符合保單條款上可理賠之事故現象來進行詐保。例如：研究者曾經偵破之鍾進榮大陸買兇弑兄詐保命案、陳奕全自殘殘廢詐領保險金案、蘇氏兄弟謀害親舅詐領保險理賠案、劉錫利殺害親父詐領保險理賠金案、涂朝源自殘斷指詐領保險金案。

(2) 造假性保險事故：

詐保人對於一些事故現場利用事先安排、偽造現場或捏造事故經過，偽造證據，藉以符合保險公司申請理賠之要件，事後再向保險公司詐取保險理賠金。例如：郭順樑勾結醫師製造割韌帶等假事故住院詐領保險理賠金、歐淮德等人涉嫌出國製造假意外事故及住院詐領保險金案。

(3) 勾串型保險事故

在保險事故中最難判定的是醫療就診事實，要保人或被保險人，常以欺騙或誇大症狀或無病呻吟的方式來要求醫師診斷，並開立符合保險公司所要求之診斷證明書申請理賠，在醫療保險中不實的診斷證明書及投保高住院醫療險惡意浮濫住院或因病死亡故意偽裝意外死亡，向保險公司詐取高額保險理賠金時有所聞，這類事故也更是難偵辦的案件。例如：林宗信家族勾結醫師詐領保險金案等，預謀保險事故並捏造與誇大事故詐保案，另壽險附加傷害險亦屬於醫療險的一種，更常見的是佔用病房久住或治療期間不當拖延病情等詐領高額保險理賠金方式進行詐騙。

(二) 保險詐欺現況

發生有可疑為保險詐欺案件時，啟動調查機制為司法機關及人員，基於刑事訴訟法規定，因告訴、告發、自首或其他原因者，知有犯罪嫌疑時，行使偵查人員職權，可逕行調查犯罪嫌疑人之犯罪證據，藉以查明犯罪真相及確定犯罪嫌疑人，並依法進調查偵辦，以提供檢察官追訴與作為法院決定刑之依據⁵³。就我國刑事訴訟程序而言，偵查犯罪乃為偵查機關及偵查人員為調查犯罪及搜集犯罪

⁵²陳榮一(1993)，保險制度與誠實信用原則-以招致保險事故、損害防止義務為例，壽險季刊，88，33-45。

⁵³鄭厚堃(1998)，「犯罪偵查學」。桃園，中央警察大學印行。

證據，以釐清有無犯罪嫌疑及是否需提起公訴的準備程序⁵⁴。故偵查乃在於犯罪發生時或知有犯罪嫌疑人時，為進行證據保全，以因應檢察官、法官起訴、判刑之之程序行為⁵⁵。根據財團法人保險犯罪防制中心統計從2004年至2016年9月全國偵破保險犯罪案件類型的件數統計共有37件(表2-2-1)，涉案金額累計達24億9千餘萬元(表2-2-2)，其中詐保類型包括利用弱勢者型、假住院型、假車禍型、偽造文書詐領型、詐死(殘)型、詐領強制險型、製造假車禍型、謀財害命型、縱火圖利型等方式進行詐騙。而就法律觀點，保險法僅就契約行為進行內容審查，如違反128條被保險人故意自殘、133條因犯罪行為所致傷害、殘廢、死亡等及134規定受益人故意傷害被保險人者，係屬於民事的契約行為，如屬刑事犯罪，涉及殺人、傷害、毀損、偽造文書、背信、侵佔、貪污、組織條例等各依所犯之罪論處追訴外，其最主要的詐欺犯罪行為，僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，而保險詐欺的詐騙金額，往往動則數百萬元，甚至數千萬元，比起這詐騙所得，五年以下的徒刑根本不足以達到嚇阻作用。

表 2-2-1 2004-2016 年 9 月全國偵破保險犯罪案件類型件數統計

年度	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	總計
利用弱勢者型						1	1	1		1			4
假住院型			1	1		1	1	2	1	1	1		9
假車禍型										1			1
偽造文書詐領型					1							3	4
詐死(殘)型						1	1	3	1	2	2	1	11
詐領強制險型								1					1
製造假車禍型											1		1
謀財害命型			1						2	1			4
縱火圖利型	1	1											2
總計	1	1	2	1	1	3	3	7	4	6	4	4	37

資料來源：財團法人保險犯罪防制中心，2018。

表 2-2-2 2004-2016 年 9 月全國偵破保險犯罪案件類型件數統計

年度	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	總計
件數	1	1	2	1	1	3	3	7	4	6	4	4	37
涉案金額(萬元)	103,000	2,600	10,990	23,000	27,000	14,800	6,800	19,800	6,450	20,915	4,325	9,816	249,496

資料來源：財團法人保險事業發展中心，2018。

⁵⁴ 褚劍鴻(2004)，「刑事訴訟法論(上冊)」，三版。台北，臺灣商務印書館。
⁵⁵ 黃東熊(2010)，「刑事訴訟法論」。台北，三民書局。

(二) 各保險公司理賠及疑似保險詐欺發生狀況

美國聯邦調查局表示，在醫療保險欺詐方面，公營和私營的機構內，估計有 3 至 10% 的醫療總支出⁵⁶。而經研究者所查訪 2015 年臺灣壽險公司總保費收入排名與市佔率前幾名之保險公司⁵⁷（如表 2-2-3）。

表 2-2-3 臺灣壽險公司總保費收入排名與市佔率

年 排名	1990		1995		2000		2005		2010		2015	
	公司	占率	公司	占率	公司	占率	公司	占率	公司	占率	公司	占率
1	國泰	51.57	國泰	42.66	國泰	32.71	國泰	23.14	國泰	24.27	國泰	22.05
2	新光	25.46	新光	20.45	南山	17.18	南山	14.29	富邦	18.94	富邦	16.21
3	南山	9.09	南山	14.98	新光	16.10	新光	10.91	南山	9.32	南山	15.12
4	國華	5.84	國華	5.11	安泰	8.40	郵政	8.15	新光	8.24	新光	7.78
5	台壽	2.41	安泰	4.16	國華	5.04	安泰	7.46	郵政	7.18	中國	5.54
6	中國	1.95	台壽	2.88	三商	3.01	富邦	5.49	中國	5.20	郵政	5.15
7	中央	1.79	中國	2.10	台壽	2.99	統一	3.67	安聯	3.93	三商	4.69
8	安泰	1.16	中央	2.06	富邦	2.38	三商	3.43	三商	3.81	中信	4.65
9	第一	0.46	三商	1.19	中國	1.88	中國	3.42	臺銀	2.43	安聯	3.24
10	美家	0.13	保誠	0.68	中央	1.74	保誠	2.62	遠雄	2.20	全球	2.68

資料來源：洪燦楠，成功大學通識課《金融講座》，2017 年

統計發現在保費收入排名與市佔率前幾名的保險公司中，住院醫療理賠金額都佔總理賠金相當高的比例，如 A 人壽保險公司於 2015~2017 年度在疾病、意外、癌症等病症理賠方面，共理賠了 315 萬 5,897 件，金額為 1,750 億 8,572 萬元（如表 2-2-4），其中遭到地方法院檢察署起訴者有 202 件詐騙金額為 5,132 萬元，可疑為觀察中之保險詐欺案件，精神疾病與腸胃病及意外挫傷等人數共高達 3,284 件，金額更達到 11 億 1,067 萬元，合併共高達 3,486 件詐騙金額為 175 億 1,370 萬 4,000 元，且理賠金額及件數有逐年增加的趨勢。（如表 2-2-5）。

⁵⁶ 聯邦調查局，2007 年，上市公司金融犯罪報告。

⁵⁷ 臺灣壽險業概論中華民國人壽保險工會顧問（前秘書長）洪燦楠 2016 年 11 月提供。

表 2-2-4 A 人壽保險 2015-2017 年度總理賠件數

分類/年度	2015		2016		2017		總計	
	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額(萬元)
疾病	517,784	2,449,177	540,969	2,662,585	627,861	2,954,552	1,686,614	8,066,314
意外	296,207	862,419	295,798	917,903	341,838	975,235	933,843	2,755,557
癌症	166,597	2,059,363	176,287	2,175,615	192,556	2,451,723	535,440	6,686,701
總計	980,588	5,370,959	1,013,054	5,756,103	1,162,255	6,381,510	3,155,897	17,508,572

資料提供：A 人壽保險公司，2018 年

表 2-2-5 A 人壽保險 2015-2017 年可疑最多保險詐欺統計表

可疑詐騙種類	觀察中		已起訴	
	人數	金額(萬元)	人數	金額(萬元)
病症種類(疾病及意外)				
精神疾病	321	54,854	-	-
胃潰瘍、大腸息肉、急性腸炎、腸阻塞及闌尾炎等胃腸疾病	976	15,224	33	1,498
椎間盤疾患	220	5,794	26	246
支氣管炎	416	2,767	19	111
前置胎盤、胎位不正及產程遲滯等生產併發症	45	690	31	533
糖尿病	211	12,867	-	-
身體挫傷	829	5,445	80	538
蜂窩性組織炎	88	640	2	288
殘廢	58	1,979	10	918
死亡身故	-	-	1	1,000
癌症	120	10,807	-	-
總計	3,284	111,067	202	5,132

資料提供：A 人壽保險公司，2018 年

B 人壽保險公司從 2012 年~2017 年全部理賠件數為 353 萬件，理賠總金額為 1,618 億元(如表 2-2-6)，其中前 12 名住院疾病理賠件數為 53 萬件，金額為 225 億元(如表 2-2-7)。經 B 人壽保險公司提供資料可疑為保險詐欺案件最高者，分別為精神疾病、大腸息肉、輕傷輕症住院、詐死、詐盲、偽殘、不符醫療常規的檢查或手術、高日額複保險、盲腸炎、癌症假檢體等。

表 2-2-6 B 人壽保險公司 2012 至 2017 年度理賠結案件數及金額

年度	結案件數(萬)	理賠金額(億元)
2012	53	219
2013	55	236
2014	58	267
2015	59	269
2016	61	301
2017	67	326
總計	353	1,618

資料提供：B 人壽保險公司，2018 年

表 2-2-7 B 人壽保險公司 2012-2017 年各類疾病住院件數及理賠金額統計表

傷病名稱	2012		2013		2014		2015		2016		2017(1~11月)		總計	
	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額
1 意外事故	3.1	11.6	3.7	13.5	3.8	14.5	3.8	15.3	3.9	16.9	4.1	19.3	22.4	91.1
2 局部性腸炎(急性腸胃炎、腸胃炎、	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.9	0.7	1.0	0.7	1.0	4.4	5.3
3 女性乳房惡性腫瘤(癌)	0.7	5.5	0.9	6.9	1.1	7.4	1.2	7.9	1.3	8.9	1.5	10.6	6.7	47.2
4 肺炎，未明示病原體者	0.5	0.9	0.4	0.7	0.5	0.9	0.5	1.0	0.6	1.3	0.5	1.0	3	5.8
5 胎兒胎位異常(不正)及產式異常(0.5	1.7	0.5	1.8	0.5	2.0	0.5	2.3	0.5	2.6	0.5	2.8	3	13.2
6 支氣管性肺炎，未明示病原體者	0.4	0.7	0.4	0.8	0.5	0.9	0.5	0.9	0.5	1.1	0.5	0.9	2.8	5.3
7 自發性高血壓	0.4	1.2	0.5	1.5	0.5	1.6	0.4	1.5	0.5	1.7			2.3	7.5
8 輸尿管結石	0.4	0.8			0.4	0.9	0.4	1.0	0.4	1.0	0.4	1.1	2	4.8
9 氣管，支氣管及肺之惡性腫瘤(癌)	0.3	3.0	0.4	3.2	0.5	3.8	0.6	4.5	0.6	5.0	0.7	5.7	3.1	25.2
10 急性扁桃腺炎	0.3	0.5	0.4	0.6	0.5	0.9							1.2	2
11 肝及肝內膽管惡性腫瘤(癌)			0.4	3.2			0.4	3.4	0.4	3.7	0.4	3.6	1.6	13.9
12 直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門惡性腫瘤(癌)直腸											0.5	3.8	0.5	3.8
總計	7.4	26.7	8		9		9		9		9.8	49.8	53	225
結案件數(萬)	理賠金額(億元)													

資料提供：B 人壽保險公司，2018 年

C 人壽保險公司從 2012 年~2017 年總理賠件數為 94 萬 1,651 件，理賠總金額 222 億 9108 萬元，前 20 名住院疾病理賠件數為 49 萬 3,677 件，金額為 151 億 6,525 萬元(如表 2-2-8)；C 人壽保險公司可疑為保險詐欺案件最高件數為 94 萬 1,651 件，金額為 222 億 9,108 萬元(如表 2-2-9)。

表 2-2-8 C 人壽保險公司 2012-2017 年各類疾病住院件數及理賠金額統計表

2012-2017年各類疾病住院件數及理賠金額統計表													
排名	疾病名稱	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額
	全公司	149,293	312,330	147,447	321,422	154,841	349,144	156,499	368,419	161,342	411,857	172,229	465,936
1	癌症	34,608	127,434	35,029	130,715	38,911	144,581	41,290	151,931	42,576	169,329	48,350	196,750
2	精神病	2,846	15,996	2,515	15,178	2,536	15,303	2,658	16,772	2,857	18,638	2,860	20,304
3	椎間盤疾患	3,034	9,204	3,122	10,800	3,052	11,267	2,334	9,375	2,308	10,288	2,488	12,905
4	肺炎	10,589	14,537	8,897	12,982	9,526	14,159	8,429	12,433	9,134	13,571	7,825	12,074
5	胎兒胎位異常及產式異常	3,359	5,919	2,991	5,744	3,209	7,085	2,840	6,959	2,875	8,809	2,679	9,146
6	糖尿病	2,388	4,145	2,342	4,128	2,294	4,201	2,663	5,382	3,123	6,976	3,304	7,659
7	冠狀動脈粥樣硬化	1,408	2,551	1,650	3,248	2,042	4,020	2,339	5,089	2,266	5,036	2,838	7,477
8	子宮平滑肌瘤	2,187	3,580	2,210	4,067	2,176	4,284	2,045	4,590	2,002	5,326	2,407	7,310
9	骨關節病及有關疾患	1,095	2,110	1,382	2,982	1,720	3,980	1,806	4,642	1,884	5,856	2,210	6,905
10	脊椎滑脫症	176	605	309	942	463	1,825	953	4,200	1,037	5,099	1,148	6,206
11	產程過長	1,813	3,337	1,653	3,385	1,836	4,285	1,921	5,072	1,739	5,237	1,676	5,876
12	其他蜂窩組織炎及膿瘍	2,424	3,441	2,355	3,512	2,517	3,730	2,595	3,859	2,771	4,550	2,849	4,443
13	腦內出血	1,245	5,125	1,175	4,923	1,169	5,159	708	3,289	709	4,212	714	3,866
14	其他尿道及泌尿道疾患	2,069	2,534	2,118	2,725	2,159	2,714	2,684	3,467	2,639	3,433	2,837	3,610
15	本態性高血壓	1,028	1,643	1,194	1,978	1,093	1,806	1,352	3,093	1,414	3,507	1,404	3,299
16	腎及輸尿管結石	4,156	2,908	4,204	2,932	4,139	2,976	4,033	2,882	4,046	2,980	4,256	3,204
17	其他背部疾患	28	46	26	25	174	512	479	1,506	664	2,245	841	3,042
18	腦動脈阻塞	710	2,197	781	2,322	903	2,646	878	2,707	906	3,014	1,020	2,980
19	診斷欠明之急性腦血管疾病	94	290	110	255	212	555	520	1,940	583	2,338	692	2,933
20	敗血症	478	1,192	478	1,300	595	1,619	636	1,895	735	2,510	846	2,852

註1:件數係以理賠案號計算、金額統計至萬元。

資料提供：C 人壽保險公司，2018 年

表 2-2-9 C 人壽保險公司 2012-2017 年可疑為前 10 大保險詐欺案件

名稱	住院理賠總額 (萬元)		最高疾病名稱		次高疾病名稱		三高疾病名稱		四高疾病名稱		五高疾病名稱		六高疾病名稱		七高疾病名稱		八高疾病名稱		九高疾病名稱		十高疾病名稱	
	件數	金額	精神病	椎間盤疾患	蜂窩組織炎	泌尿道疾患	痔瘡	腸道感染	眩暈	肛門及直腸息肉	脂肪瘤	肢體麻痺										
年份	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額
2012	149,293	312,330	2,846	15,996	3,034	9,204	2,424	3,441	2,069	2,534	1,944	1,483	113	113	978	988	323	296	228	171	97	355
2013	147,447	321,422	2,515	15,178	3,122	10,800	2,355	3,512	2,118	2,725	1,975	1,567	172	180	927	972	412	376	198	165	69	251
2014	154,841	349,144	2,536	15,303	3,052	11,267	2,517	3,730	2,159	2,714	2,005	1,560	275	295	800	866	393	446	216	184	36	190
2015	156,499	368,419	2,658	16,772	2,334	9,375	2,595	3,859	2,684	3,467	1,817	1,465	608	656	554	568	394	452	251	222	19	69
2016	161,342	411,857	2,857	18,638	2,308	10,288	2,771	4,550	2,639	3,433	1,842	1,779	761	805	472	544	416	501	273	245	11	20
2017	172,229	465,936	2,860	20,304	2,488	12,905	2,849	4,443	2,837	3,610	1,983	2,122	838	1,008	440	511	378	451	293	386	10	128
總計	941,651	2,229,108	16,272	102,190	16,338	63,838	15,511	23,536	14,506	18,484	11,566	9,977	2,767	3,058	4,171	4,449	2,316	2,521	1,459	1,374	242	1,013

資料提供：C 人壽保險公司，2018 年

D 人壽保險公司從 2012 年~2017 年 11 月份，總理賠件數為 18 萬 1,689 件，理賠總金額 61 億 3,836 萬 3000 元（如表 2-2-10）；住院最多疾病統計為 18 萬 1,689 件，理賠總金額 670 億 2,336 萬 1000 元（如表 2-2-11）；可疑為保險詐欺案件最高件數為 52 萬 2,650 件，金額為 302 億 5,449 萬 8,672 元（如表 2-2-11）。

表 2-2-10 D 人壽保險公司 2012 年至 2017 年 11 月總理賠件數及金額

傷病名稱	2012		2013		2014		2015		2016		2017(1~11月)		總計	
	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額 (金額千元)
女性乳房惡性腫瘤	4,752	288,430	5,392	289,942	5,182	298,915	5,876	288,193	6,756	348,081	6,849	372,402	34,807	1,885,963
胃炎及十二指腸炎	6,812	58,150	5,488	51,407	5,356	54,387	5,198	53,197	4,848	53,302	4,172	48,535	31,874	318,978
一般徵候	3,845	38,291	3,726	38,359	3,687	39,130	3,911	45,293	3,749	46,911	3,155	47,444	22,073	255,429
肺炎·未明示病原體者	3,548	67,812	2,749	62,069	3,039	75,205	3,350	93,798	4,170	111,145	2,991	84,474	19,847	494,503
支氣管性肺炎	3,300	49,534	3,026	48,092	3,368	54,239	3,085	51,450	3,160	55,131	2,666	47,674	18,605	306,120
結腸惡性腫瘤	2,275	151,776	2,274	145,750	2,579	160,072	2,865	178,614	2,978	182,688	3,089	191,182	16,060	1,010,082
氣管·支氣管及肺之惡性腫瘤	2,145	150,920	2,350	197,500	2,302	173,480	2,689	237,278	2,793	228,730	2,912	246,015	15,191	1,233,923
胎兒胎位異常(胎位不正)及產式異常	2,532	113,318	2,217	104,486	2,492	114,438	2,408	115,850	2,426	122,289	2,234	112,216	14,309	682,598
急性扁桃腺炎	1,819	23,793	2,105	27,585	2,947	42,303	1,956	28,026	1,829	28,098	1,598	25,645	12,254	175,450
腎及輸尿管結石	1,731	34,082	1,976	37,159	1,913	36,844	2,040	39,183	2,072	38,957	2,126	40,561	11,858	226,787
肝及肝內膽管惡性腫瘤	1,680	147,013	1,846	154,416	1,804	164,482	1,881	179,929	1,917	178,777	1,879	180,873	11,007	1,005,491
急性支氣管炎及細支氣管炎	2,214	34,990	1,967	30,111	1,915	28,960	1,579	25,107	1,369	23,473	1,185	21,323	10,229	163,965
功能性消化道疾患· NEC	1,970	21,353	1,951	22,339	1,583	22,574	1,495	34,126	1,476	29,269	1,486	27,749	9,961	157,410
產程過長(產程遲滯)	1,693	77,665	1,649	75,156	1,740	78,510	1,603	77,854	1,596	75,448	1,470	72,570	9,751	457,203
流行性感冒	2,046	23,555	868	10,420	1,275	16,276	1,320	17,873	2,035	31,139	1,635	22,945	9,179	122,207
其他蜂窩組織炎及膿瘍	1,513	27,026	1,464	28,377	1,388	27,744	1,544	28,413	1,604	33,384	1,547	30,242	9,060	175,186
頭部其他開放性傷口	1,799	39,591	1,775	59,919	1,547	59,091	1,321	41,646	1,190	36,207	992	38,265	8,624	274,719
椎間盤疾患	1,164	47,034	1,391	59,356	1,428	63,446	1,526	70,777	1,426	79,299	1,465	74,689	8,400	394,602
尿道炎及尿道徵候群·非性接觸傳染者	1,273	19,669	1,408	24,701	1,240	22,056	1,340	23,872	1,465	25,694	1,383	23,264	8,109	139,256
Coxsackie克沙奇病毒所致之特定疾病	1,544	21,123	1,996	29,867	1,281	18,297	1,206	19,997	908	14,970	704	12,095	7,639	116,349
痔瘡	1,187	23,790	1,179	23,470	1,366	25,380	1,316	24,943	1,298	25,397	1,216	23,823	7,562	146,803
子宮平滑肌瘤	1,013	37,434	1,166	42,638	1,160	43,377	1,238	47,360	1,347	57,817	1,373	59,294	7,297	287,920
卵巢及其他子宮附屬器官之惡性腫瘤	749	47,624	1,100	58,025	1,053	73,248	1,101	64,940	1,324	84,772	1,586	82,618	6,913	411,228
膽石病(膽結石)	922	25,742	1,046	27,886	1,185	32,887	1,154	31,547	1,157	33,944	1,271	37,063	6,735	189,070
急性上呼吸道感染·多處或未明示部位	1,571	12,212	1,223	10,718	1,252	12,181	824	8,601	1,016	11,792	721	9,724	6,607	65,228
直腸·直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤	659	38,291	845	45,415	1,072	53,372	1,366	76,447	1,310	68,925	1,236	62,330	6,488	344,780
腹腔溝疝氣	981	19,052	1,098	21,105	1,066	21,518	1,098	22,994	1,127	23,814	1,095	25,101	6,465	133,583
橈骨及尺骨之骨折	911	30,749	1,007	39,859	1,043	42,638	1,087	46,535	1,165	56,055	1,190	59,331	6,403	275,166
腦動脈阻塞	946	42,961	898	39,950	946	46,973	1,089	55,435	1,225	69,687	1,184	67,255	6,288	322,262
急性闌尾炎	942	24,101	976	25,067	1,091	28,172	1,043	27,909	1,130	29,871	1,033	27,831	6,215	162,951
其他形態之慢性缺血性心臟病	724	24,545	892	36,739	871	29,921	1,035	36,803	1,217	52,096	1,281	44,441	6,020	224,545
鼻咽惡性腫瘤	732	50,153	703	56,645	773	50,846	1,054	76,414	804	47,296	813	60,299	4,879	341,653
總計(金額單位:千元)	29,964	869,755	30,424	959,340	29,992	998,795	30,260	1,078,705	31,178	1,128,081	29,871	1,103,687	181,689	6,138,363

資料提供：D 人壽保險公司，2018 年

表 2-2-11 D 人壽保險公司 2012 年至 2017 年 11 月住院最多疾病件數金額

年份	理賠件數	理賠金額 (金額千元)
2012	305,796	9,756,441
2013	304,445	9,604,480
2014	305,101	11,367,380
2015	307,130	11,788,355
2016	317,026	12,147,420
2017(1~11月)	311,257	12,359,284
總計	1,850,755	67,023,361

資料提供：D 人壽保險公司，2018 年

表 2-2-12 D 人壽保險公司 2012 至 2017 年 11 月可疑住院病症件數金額

年度	2012		2013		2014		2015		2016		2017(1-11月)		總計		
分類	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	件數	金額	
疾病	精神疾病	2,010	134,379,337	2,128	119,768,208	1,976	127,589,351	1,946	142,560,596	2,147	167,396,453	2,145	170,687,348	12,352	862,381,293
	胃潰瘍、大腸息肉、急性腸炎、腸阻塞及闌尾炎等胃腸疾病	19,364	269,629,519	17,182	293,537,654	16,605	277,536,856	16,345	273,597,586	15,512	285,151,813	14,086	295,448,081	99,094	1,694,901,509
	椎間盤疾患	2,086	82,490,998	2,430	103,958,310	2,544	115,061,722	2,728	126,033,990	2,568	124,972,504	2,594	129,600,570	14,950	682,118,094
	支氣管炎	11,004	168,331,982	10,094	158,748,639	10,624	168,703,407	9,455	156,506,339	9,172	160,284,579	7,839	141,502,885	58,188	954,077,831
	前置胎盤、胎位不正及產程遲滯等生產併發症	6,348	253,271,251	5,848	234,242,161	6,402	260,566,520	6,047	253,981,659	6,257	268,812,652	5,724	253,603,569	36,626	1,524,477,812
	糖尿病	1,189	25,309,892	1,213	28,374,478	1,053	24,571,679	1,028	24,258,028	1,109	29,800,830	1,084	45,172,670	6,676	177,487,577
	身體挫傷	103	1,940,698	84	1,363,130	85	1,398,776	63	1,097,380	87	1,820,585	85	4,256,324	507	11,876,893
意外	蜂窩性組織炎	2,742	47,696,467	2,654	50,392,764	2,580	49,771,469	2,755	50,039,802	2,892	57,039,668	2,714	52,837,256	16,337	307,777,426
	癱瘓(理賠型態篩選)	213	123,158,326	204	122,190,768	227	148,874,649	192	102,991,258	201	128,629,075	212	113,457,766	1,249	739,301,842
	死亡身故(理賠型態篩選)	497	404,170,978	452	361,292,940	585	509,491,668	545	462,419,244	582	489,481,337	575	612,058,823	3,236	2,838,914,990
癌症	36,624	2,772,772,399	41,686	3,118,333,041	43,138	3,271,727,737	47,312	3,447,428,969	50,892	3,728,937,764	53,783	4,121,983,495	273,435	20,461,183,404	
單項總計	82,180	4,283,151,847	83,975	4,592,202,093	85,819	4,955,293,834	88,416	5,040,914,852	91,419	5,442,327,260	90,841	5,940,608,787	522,650	30,254,498,672	

資料提供：D 人壽保險公司，2018 年

(三) 各保險公司理賠及疑似保險詐欺狀況趨勢

經統計 A、B、C、D 保險公司，再依據各公司所設之理賠種類條件，發現 A 保險公司自 2015~2017 年可疑為保險詐欺案件中共高達 3,486 件，詐騙金額為 175 億 1,370 萬 4,000 元，平均一年發生之可疑保險詐欺案件為 1,162 件，金額為 58 億 3,790 萬 1,333 元；發現 B 保險公司自 2012~2017 年全部理賠保險詐欺案件中共高達 353 萬件詐騙金額為 1,618 億元，平均一年發生之全部理賠保險詐欺案件為 58.83 萬件，金額平均為 269.7 億元；發現 C 保險公司自 2012~2017 年可疑為保險詐欺案件中共高達 94 萬 1,651 件，詐騙金額為 222 億 9,108 萬元，平均一年發生之可疑保險詐欺案件為 15 萬 6,941 件，金額為 37 億 1,518 萬元；發現 D 保險公司自 2012~2017 年可疑為保險詐欺案件最高件數為 52 萬 2,650 件，金額為 302 億 5,449 萬 8,672 元，平均一年發生之可疑保險詐欺案件為 8 萬 7,108 件，金額為 50 億 4,241 萬 6,445 萬元，由此可發現保險詐欺案件平均每年的發生數均達數十億元甚至上百億元之多，對於保險公司的財務運作及社會經濟將會造成莫大的影響。

表 2-2-13 A、B、C、D 人壽保險公司可疑保險詐欺案件一年理賠件數金額

公司別	A公司		B公司		C公司		D公司	
公司條件	2015-2017年可疑保險詐欺案件		2012年~2017年11月總理賠件數		2012-2017年可疑保險詐欺案件		2012年~2017年11月可疑保險詐欺案件	
年度	結案件數	理賠金額 (萬元)	結案件數 (萬元)	理賠金額 (億元)	結案件數	理賠金額 (萬元)	結案件數	理賠金額 (千元)
2012			53	219	149,293	312,330	82,180	4,283,157,847
2013			55	236	147,447	321,422	83,975	4,592,202,093
2014			58	267	154,841	349,144	85,819	4,599,293,834
2015			59	269	156,499	368,419	88,416	5,040,914,852
2016	3,486	1,751,370	61	301	161,342	411,857	91,419	5,442,327,260
2017			67	326	172,229	465,936	90,841	5,940,608,787
總計	3,486	1,751,370	353	1,618	941,651	2,229,108	522,650	30,254,498,672
平均一年	1,162	583,790	59	270	156,941.27	371,518.0000	87,108	504,241.6445

資料提供：A、B、C、D 人壽保險公司，2018 年

三、小結

本節最主要在探討我國保險詐欺犯罪之範圍及現況，縱使保險詐欺犯罪可能涉及之罪名包括殺人、傷害、毀損、詐欺、偽造文書、侵佔、背信、誣告、貪污、瀆職、違反組織條例等罪名，但在法院的判例中所論處之罪刑比例仍以詐欺罪為最高，可見詐欺罪之本刑還是保險犯罪的根本；而在 2007 年保險法規範中亦修訂當保險人以書面對要保人或被保險人，進行詢問，而要保人或被保險人如有隱匿病情、故意遺漏、欺瞞且不明確表明保單條款之限制投保原因時，保險人得於二年內解除契約，明訂「誠實告知」之義務；另外於保險法條文中亦明訂將「詐欺」二字的字意納入保險法條文中，讓保險詐欺的概念及內涵做更清楚的明示，這種對故意傷害被保險人者，無權請求保險理賠權利之概念，已然說明保險制度對不特定性之危險，因故意行為導致本人或他人之生命、身體遭受傷害或死亡之結果時，是為保險意旨所拒絕的，也是對保險所產生之補償所設計出的一種相對性保障，這不僅可以很清楚的表達了保險詐欺的概念與內涵，更得以在行為人犯下此類案件時，讓犯罪者知道所產生的應報結果，提供犯行時之考量，以作為一種警示的作用，或者對於非出於故意之保險詐欺犯行，可以提出答辯的參考。

在保險詐欺現況中，由前揭現況論述得知醫療保險詐欺案件和一般案件相同，經過司法程序的耗損與報案人的隱匿及主客觀的偵查因素等，有很多的保險詐欺案件都是存在著冰山效應，而且本研究經由以 A、B、C、D 人壽保險公司之理賠案類分析，發現各人壽保險公司自行統計之醫療保險詐騙病症，如精神病、椎間盤突出、腸胃疾病、支氣管炎、糖尿病、挫傷、胎位不正等疾病都有共同發生的現象，而因偵查過程的漏斗效應，目前各保險公司只能自行篩選可疑之症狀加

以注意及防制，故自我防衛之概念加入保險詐欺防制的作為中是刻不容緩也是未來發展的趨勢，本研究並將國內保險詐欺規範及現況分析之國內外文獻作一彙整（如表 2-2-14）。

表 2-2-14 國內保險詐欺規範及現況分析國內外文獻彙整

要項	分類	相關研究
保險詐欺規範	刑法規範	鄧子震(2005);財團法人保險犯罪防制中心(2006年5月10日)
	保險法規範	楊憲宗(2015);
保險詐欺現況	保險詐欺犯罪類型即發生狀況	黃富源(1982);周文勇(2006);黃富源、范國勇、張平吾(2002);美國保險資訊協會保險信息研究所,(1992);Flynn, K. (2016); Australia. Australian Private Health Insurance Administration Council (2014); Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G. (2012); 陳榮一(1993);鄭厚堃(1998);褚劍鴻(2004);黃東熊(2010)
	各保險公司理賠及疑似保險詐欺發生狀況	聯邦調查局,(2007);臺灣壽險業概論(2016);A、B、C、D人壽保險公司2012至2017年度理賠結案件數及金額

資料來源：研究者自整理

第三節 醫療保險詐欺犯罪理論基礎

對於保險詐欺案件，因為證據不顯著、法規及人為的可變因素，有很多是未被發現的，本研究之文獻探討茲就相關理論背景、理論內涵及相關實證研究分述之。

一、行為人因素與醫療保險詐欺犯罪

(一) 新古典理論 (Neoclassicism Theory)

依據許春金博士對於古典犯罪學派主要論點：「在自由意志裡，人會因理性的指引之下且透露出自私的本性，但人們又懼怕刑罰的處罰而受到法律的控制；因此如果刑罰的結果是讓痛苦更甚於犯罪得到的快樂，人們會選擇不去實

施犯罪」。在新古典學派主張是沒什麼改變的，但在刑罰的處罰上是否應該要主張以個別化的方式實行，在新古典學派與貝加利亞的古典犯罪學派是大相逕庭的，即法律之前人人平等是古典犯罪學派一致的主張，認為刑罰的處罰不應該因為身份不同而有所改變，然此一思想模式卻與當代的潮流不同；但新古典學派則認為，犯罪者可能會因年齡、精神狀態的因素或特徵而讓一個人的自由意志受到影響，因此，犯罪者在刑事責任方面，更應該要因年齡或當下精神狀態的差異，而處以不同的刑罰。因此，在新古典學派在刑罰的處罰上，是否應因人而異的主張而個別化處罰的方式進行，其中有牽涉到實證犯罪學的連結，而此學派的代表人物如羅西(Rossi)、奧特蘭(Ortolan)、加拉德(Garraud)、約利(Joly)⁵⁸。在古典學派中認為人會因理性的指引之下，為了私利會透露出自私的本性，醫療保險詐欺犯罪的理念承襲著古典學派的論點，在自私的本性下利用投保醫療保險的方式進行犯罪，又因為懼怕刑罰的處罰而選擇隱瞞事實真相以詐騙的手法向保險公司申請理賠，目的即在掩蓋事實得以享受詐騙所得又避免遭受懲罰；在刑罰方面醫療保險詐欺犯罪處罰型態與新古典學派的認知是較為接近的，因為醫療保險詐欺犯罪所使用的犯罪工具是靠承受自己本身身體病痛的行為來達成詐保的目的，或是以身體當標的而進行詐騙行為，發生的原因有些是經常性的蓄意詐騙，有些則是遇到事故後，在貪婪或佔便宜的心態而犯罪，其犯罪動機的本質上是不同的，故處罰的結果會因年齡或精神狀態的差異而有所不同。

新古典學派中理性選擇的模式，與貝加利亞所提出的「人類會理性選擇」的基本理論教派是一致的，因為他們均承襲著「人們如何以理性的選擇」來進行理論的發展？要如何研究出快樂與痛苦之間的平衡與落差，進而選擇是否進行犯罪，這即造就了理性選擇模式的演變⁵⁹。

理性(rationality)、自由意志(free will)兩種詞彙與討論的主題都是神學與哲學中最重要的根源。笛卡爾形容自由意志為「去做或不去做某件事的能力」、「意志因其在本質上是自由的，以致其不受任何限制」。到了十八世紀，休謨(Hume)提出的經驗主義者，則形容理性是一種「情感的奴隸」。在這個意義下，理性被視為只是人類做決策選擇的一種工具而已，它會因受制於個人內心情感上的需求而不同⁶⁰；另外，經濟學者Ehrlich(1973)則提倡考慮將「合法與非法行為」之時間，列入限制的分析行為中。他提出以「狀態偏好分析法」對「高

⁵⁸黃富源、范國勇、張平吾(2006)二版，犯罪學概論，54頁。台北：三民書局。

⁵⁹黃東熊(2010)，「刑事訴訟法論」，台北，三民書局。

⁶⁰許春金(2017)，犯罪學，225頁。台北：三民書局。

破案率」與「重刑」兩者進行防制犯罪的影響探討。根據他分析的結果發現，「提高破案率」對於犯罪的時間及次數會相對性減少；對「加重刑罰」的政策對於考量風險太大而不實施犯罪行為與中立者而言，則會減少犯罪的次數或時間，但相反對於不懼被捕風險者的影響則是無法確定；另外，發現犯罪所得的提高對於犯罪的次數或時間也隨之增加。根據調查顯示人們傾向會追求不同的目標，同時會斟酌自我能力而將可能實現的目標擺在最重要之位置，也會誇大或詆毀目標與預期中實現的程度以為防衛緊張；另外，Becker則設定每個人對於損害及獲益的看法都是相同的，他在這個假設上發展出他認為最佳化的推論。但是，每件事情均會因人而異，看法有所不同，每個人對於犯罪所得的損害及獲益，也會因主觀上的認知與感受而不一致，這使得行為人對於其所處的環境脈絡上，在「主觀」的差異性將有不同解讀的歧異產生。這種現象在過去研究中，也曾被提出用以批評單純以經濟學的角度及方法來對犯罪進行研究，因為該法忽略了對於人類在決策過程中會有的學習行為，及對情境的解釋與機會或意外事件所帶來的影響。因此，犯罪人在犯罪的學習脈絡及犯罪行為中，所得到的利益與花費成本及所冒的風險與機會因素，這在犯罪人的主觀詮釋與認知，究竟可呈現出何種態樣與多少影響力，可從日常活動中探知⁶¹。在醫療保險詐欺犯罪者的心態上，確實會因不同的主觀認知及感受，導致犯罪的損害及收益而有所不同，因為有些醫療保險詐欺犯罪者詐領保險金的目的，是想一夜致富的，但有些則是細水長流，當然這關係到被查獲風險的高低，及所使用的犯罪方式均有所不同，再者，保險詐欺犯罪者均是屬於智慧型犯罪，會考量成本、風險與利益的關係，故新古典學派的理性選擇模式，對於人們因想要得到不法利益選擇從事保險詐欺的犯罪行為，而忍耐並承受身體的病痛的論點是相符合的。

（二）理性選擇理論(Rational Choice Theory)

理性選擇理論由Conish與Clarke提出，主要在探討犯罪者在行為決定過程中，對於犯罪時之理性與抉擇因素，其認為犯罪者的行為以利己為出發點，是具有目的性的，犯罪者並認為可以在犯罪中獲得好處或非法利益，但這些犯罪者會決定是否要採取行動，則必須考量犯案時間、下手地點或標的物獲得之便利性，再經過相對的意識評估，才會去施行⁶²。

理性選擇理論乃是以「人的理性核心」作為基本假設，是趨樂避苦的，而犯罪是個人在成本及利益考量下的結果，尤其個人會在追求最大的利益，以及最小的代價下會決定是否採取犯罪的行動，但除了犯罪者的動機外，犯罪機會

⁶¹引自何泰寬(1993)，犯罪的經濟學分析。台北：國立台灣大學經濟所碩士論文。

⁶²黃重寅(2005)，公務員採購犯罪之研究。桃園：中央警察大學碩士論文。

也是構成犯罪必要的條件，因為犯罪是一種當下立即的決定，故機會的產生亦會促成犯罪決定。因此，行為者在實施犯罪行為，通常會考量如金錢需求的個人因素和當下的情境因素，是種比較是否成功可能性的一種結果；另外，犯罪者亦會針對犯案後被加以逮捕的機率，及逮捕後所遭受的嚴厲懲罰程度與損失的利益等，經評估後才行動。因此，犯罪行為乃是一種不違反自己利益的選擇，係以個人所得資訊所做的一種分析決定，但是，又因為每次的行為方向及目標導向均不一定相同，故僅能就犯罪時所得到的資訊，考量當下所能獲得的利益及所冒的風險進行評估，所以這種理性的選擇是有一定限度的⁶³。

理性選擇是一個動態過程，從行為開始、持續到結束都有一連串的決定隱含於其中，行為人利用手中資訊或依據經驗法則，做出一個有利於己的決定。行為人的理性為有限度的理性，即其決定過程並非一個安排已久的計畫，乃是利用情境當時的機會與資訊做出決定，因此在不同類型的犯罪中，行為人所能考量的利益、所擁有的資訊以及犯罪後的代價也不相同，會不會為犯罪行為的可能性也產生不同的結果。而影響行為人犯罪決定的因子有：家庭背景、生活直接經驗以及當時的情境因素，在這些因素中，家庭背景與生活經驗為行為決定的遠因，行為人思維方式受過去所學習的生活經驗與知識影響，但當下的情境如犯罪行為的強大誘因才是其決定犯罪的主因。在理性選擇理論中，機會的出現佔有重要成分且為必須的決定因素，並且機會乃為幫助理解犯罪模式的一個重要因素，因為若無良好的機會配合，犯罪便無法實行，故何種機會才能滿足其動機也是犯罪產生的一項重要因素⁶⁴。

如將經濟學理論用於分析保險詐欺犯罪與懲罰上，該理論經過社會學領域廣泛的實際驗證結果，發現越能夠突顯出其理論真實性的效用及成效。而古典犯罪學理論中，如設定人是具備自由意志與理性選擇的因子，而當行為人在經過分析後所做的選擇，並以享樂主意的支配原則，選擇對自己最有利的行為來進行犯罪。故該理論認為人之所以會選擇去進行犯罪，是因為他們認為犯罪所得的利益高於不去犯罪的結果，所以對犯罪者而言，犯罪人只是以其理性計算的結果，而選擇了對自己最有利的行為。雖然古典理論在後階段有受到許多的不同評論，但該理論也有做出部分的修正，所以在「理性」的要素中，「新古典理論」、「理性選擇模式」或「日常活動理論」，仍持續的在後來的理論中被討論及強調。在十九世紀後半期至二十世紀的前半期，犯罪學理論以科學實證主義最為活躍，其稟持的觀點決定論，甚至成為各處遇犯罪人當下的哲學理

⁶³許春金(2017)，《犯罪學》。台北：三民書局。

⁶⁴同上引註。

論主流，因為他們認為犯罪人與病人是相同的、是無異的，如對其實施懲罰，其結果所得的效益無助於他們的回歸社會，所以需利用以各式的矯治措施對犯罪人進行「教化」及「治療」；但自從1970年代「矯治無效論」所引發之風暴後，又讓我們不得不去重新考量，潛藏在人類主觀行為的架構下，所隱藏的背後決意歷程，人是否究竟是有能力去決定犯罪，還是無能力者被犯罪因素所主導。理性選擇理論最主要是運用理性選擇的模式進行犯罪分析的研究，並將犯罪所花費的成本及獲得的效益進行比較。其中因犯罪所獲取的利益，包括所持有資本的增加、預期的金錢收益及各方面刺激與興奮感；相對的因犯罪所發生的負面成本，則包括懲罰、制裁、經濟損失等其他成本。美國經濟學家貝克（Becker, Gary）所著「犯罪與懲罰：經濟觀點」（Crime and Punishment: An Economic Approach），在該篇論文中，他認為有用的犯罪理論，只是在延伸經濟學對於選擇之分析，因此綜合學者的論述犯罪學理性選擇模式可以歸納成以下數點⁶⁵：

- （一）人對事物存有一定程度的結果及偏好。
- （二）每一種偏好具有「穩定性狀態」、「完整性態狀」、「遞移性狀態」、。
- （三）偏好對人在當下與未來的影響，可進行後續的影響與比較。
- （四）人對不確定性風險的態度，會影響或決定其偏好結果，從情資中的訊息也會影響偏愛的喜好。
- （五）對於偏好選擇越重視的行為人，在影響偏好因子的選擇上將會更大；換言之「理性的行為」需由所獲取之資訊、偏好程序、安全與風險、滿足轉移變換性的能力進行決定。
- （六）承認在理性選擇模式中，並不能完全適用於所有人類的行為中，因為該選擇模式，無法排除人是會做出極端的「不理性」行為。
- （七）理性選擇模式的結果，可以分析出人的選擇行為方式與其偏好間是有想當程度的一致性現象。

若以理性選擇理論解釋醫療保險詐欺犯罪上，就行為人而言，當行為人為獲取對自己本身最有利的情況下，只要經權衡考量結果，認為利多於弊或是覺得成功率高可放手一搏的，便會決意行使其犯意，保險詐欺犯罪變因應而生，對於醫療保險詐欺而言，運用在理性選擇分析架構上，會有一些推動因素存在，例如：

1. 「歷史因素」：以行為人過往的犯罪經驗，成功與否會影響他的理性選

⁶⁵許春金(2017)，《犯罪學》。台北：三民書局。

擇決策程度，依據月足一清對於保險詐欺案例分析，發現保險詐欺重複犯罪的情形很多，雖有些犯行因沒被發現而有黑數存在，但是日本在1978、1979二年間因保險金而犯下的殺人案件中，分析38位被告中有前科素行者佔了55%，雖然前科素行無法判定與保險詐欺犯罪案件有相關性，但就犯罪人以其犯罪歷程，及犯罪的持續行為模式是有相關連性的⁶⁶。

2. 「背景動機因素」：在醫療保險詐騙案件中並非每件詐保行為都能得逞，也不是每一件都可被發現而偵破，因為，有些保險詐欺犯罪者並無直接犯罪的動機，係經過慫恿而成為機會犯，亦即當初投保醫療保險商品時之動機，並無預謀的詐欺犯意，但當事故發生有可能啟動保險理賠機制或個人財務發生危機變化時，不管是否違法，若可即時有足以解決其困境之方法，當要保人權衡之下認為有利可圖而機不可失時，則保險詐欺犯罪即可能發生，這樣的犯罪歷程雖較屬偶發型的醫療保險詐欺犯罪模式，但只要能解決眼前的困境，最後可能成為一種犯罪習慣，因此，醫療保險詐欺犯罪在衡量對本身最有利的情況而進行犯罪，當得到不法利益後，即會迷失方向甚至喪失良知，總之，在保險詐欺犯罪案件中，行為人犯罪的動機主要還是運用在「理性選擇模式理論」的架構下進行探討，即可發現犯案的動機因素及決定態度與偏好。

二、機會因素與醫療保險詐欺犯罪

(一) 日常活動理論(Routine Activity Theory)

日常活動理論是於1979年由美國犯罪學者Lawrence Cohen和Marcus Felson提出，而Felson並提出此理論乃根據Zipf(1950)的三大原則：最小功夫原則、最明顯原則及快速風險原則，認為人們因社會進步及生活方式的改變，很多犯罪現象及目標與監控的對象產生了變化，對社會監控方式的型態也跟著改變，這些因素對犯罪案件的發生及減少，都存在著相對性的影響。在日常生活過程中往往存在著許多犯罪事件的發生，而犯罪在發生與被害的情形，都是和人們的食、衣、住、行息息相關，並非屬於單獨性的個案，若一個人經常發生犯罪與被害的情形，那一定與其特殊性的生活習慣及型態，有絕對地相關聯⁶⁷。

日常活動理論發現每日的生活型態均會影響犯罪誘因的產生，以及犯罪的型態和數量，並著重於日常生活中，合法與非法活動相互間的關係，該理論認為，在有動機的想法及具備身體力行的能力，在與合適的被害標的物接觸，又

⁶⁶月足一清原著，吳崇權譯述（1988），「人壽保險犯罪及其防止對策」。台北：財團法人保險事業發展中心。

⁶⁷許春金(2017)，《犯罪學》。台北：三民書局。

在標的物缺乏保護及監控的情況下，犯罪自然就會發生。同時，該理論突破以往以「人」為導向的許多傳統，它是有別於其他犯罪學理論的思維，該理論強調的是「事件」的發生取向，因為該理論認為，探討犯罪者與非犯罪者間之差異並不會產生有意義的結果，「人」只是發生犯罪其中的一個因素，尚需其他相對性的要素配合。故日常活動理論與生活型態理論，均會有具體化相互間的影響，故犯罪動機和犯罪行為可說是一個正常發生的現象，亦即，社會中總會有相當比例的人會因會因特殊原因或理由而犯罪：根據Cohen和Felson，日常活動理論的變化可以反映在三個要素的互動關係上⁶⁸：

1. 有動機的加害人 (motivated offender)

在社會中可能的加害人到處潛藏伺機而動，只要有機會而且可因此獲取利益，縱使傷害他人性命亦可能發生。

2. 合適的標的物 (suitable targets)

對於被害人而言，因工作、業務或其他關係，常為加害人在尋找他們所需的目標，而與被害人（保險公司）互動，進而有機會進行加害。

3. 有能力的監控者未在場 (absence of capable guardian)

以保險詐欺犯罪而言，通常詐領保險金都是精心規劃的結果，且現場不是無目擊證人就是已安排偽證，在這樣的情況下，既然缺乏道德良知的自律，犯罪又係自編自導自演，有效的監控就不易產生。

以上三變項若經由時空因素相互聚合，即有可能會發生犯罪。換句話，即表示犯罪絕非偶然發生的一種現象，而是犯罪人本身思維下的理性選擇結果。故當在一個適合犯罪的情境下，又有出現合適的被害標的，一旦出現有犯罪動機的加害人時，則犯罪便可能會產生。而犯罪本來就是社會生活的一種反應，有什麼樣的生活型態，自然就會產生與該種生活型態相關聯的犯罪⁶⁹。諸如，1. 有金錢、債務需求等動機；2. 且具有醫療保險詐欺的專業知識及有能力製造假事故且有投保醫療保險的詐欺犯罪者；3. 再尋求向投保審查機制較不嚴謹之保險公司投保或有能力去勾串醫療院所之醫療人員或保險業務員，再製造假事故或自殘、偽殘等事故，在無人可證明其所為係造假的情況下，即可能會產生，再經保險理賠審查人員疏於注意或無法舉證的情況下，在此三種時空因素的聚合下，保險詐欺犯罪便即得逞。

⁶⁸許春金(2017)，《犯罪學》。台北：三民書局。

⁶⁹陳永鎮(2007)，台灣地區新興詐欺犯罪趨勢與歷程之研究。桃園：中央警察大學碩防治研究碩士論文。

(二) 機會理論(Opportunity Theory)

克拉法德(Cloward R.)與奧林(Ohlin L.)於1960年提出的「犯罪與機會理論」(Delinquency & Opportunity Theory)認為犯罪行為，有其不同的機會結構(Differential Opportunity Structure)去碰觸到非法的手段，而造成不同的犯罪機會，有些則是因正當性的機會被剝奪，沒有機會合法地達成其目標，而使用非法方式達成，以致陷入犯罪；他們認為，犯罪行為係因「機會」產生結果(Cloward & Ohlin 1965)⁷⁰。而探討環境如何影響人類行為的環境犯罪學者(environmental criminologists)就是要矯正這種缺失，缺少外在環境機會，犯罪難以發生。克拉法德與奧林所提出的「犯罪與機會理論」，認為低層少年希望達到主流社會的生活水準，但因處於不同機會結構，所以無法獲得公平的競爭機會，故因而產生挫敗、緊張與疏離感，轉而以非法的手段及途追求想要的地位，且運用了集體的力量而逐漸發展其犯罪副文化的犯罪行為，故在該機會理論中似乎認為只要公平的機會被剝奪，沒有選擇的人就可群而起之的作出違反法律的犯罪行為，這樣的解釋，研究者認為太過牽強也是行不通的，因為這種理論只能把它當作是一種現象，因為沒有正常發展與公平競爭的機會，是整體社會結構的問題，不是個人的因素，在醫療保險詐欺犯罪中，「犯罪機會」是自己主動去接觸的，不是他人付予的，也不可因制度與本身想像的不同而進行叛亂，犯罪的發生是一項「根本原因」，是本身的控制力與無法自律而產生的行為，因為許多來自破碎家庭，被家長所疏忽的家庭，小孩卻從未犯罪，而一些來自良好家庭的小孩卻是經常犯罪，且不知悔改，因此，本「犯罪機會」用以解釋犯罪的原因太過牽強，只能把這種情形當作是犯罪的一種現象。大都數投保醫療保險的保戶，都只是為了預防萬一，對於將來發生意外事故的預防，也只有少數心術不正，或是意志力不堅之人，無法把持自己才鋌而走險，所以很多犯罪現象應該要從環境因素與個人因素探討，不可只因犯罪機會而就此認定，因為一個人無論是否具有犯罪傾向或是動機？「犯罪的機會」一旦出現，都是造成犯罪不可或缺的重要因素，如果無法克服外在的物理環境及解決本身的障礙，犯罪仍將繼續發生。

三、偵查理論與醫療保險詐欺犯罪

本研究所要進行探討的是醫療保險詐欺犯罪，從各犯罪學眾多理論中發現犯罪現象，從犯罪現象中探討犯罪原因，尋找有可能防制的因素，但防制的結果可能發生兩種現象，一是醫療保險詐欺犯罪隱匿沒被發現；另外一種是醫療保險詐欺犯罪被消滅，而犯罪沒有被發現並不代表沒有發生，反而是讓犯罪者

⁷⁰黃富源、范國勇、張平吾(2006)。桃園：犯罪學概論，犯罪統計，P.140-142。

更謹慎懂得去規避被發現犯罪，我們也都很清楚犯罪不可能被消滅，但可以想像犯罪可能會因為某種因素而被停止，所以我們選擇利用「查獲」的因素，讓醫療保險詐欺犯罪人，得以因怕遭「查獲」而停止其犯罪行為，要查獲犯罪首先必須要瞭解其犯罪原因，找尋犯罪因素，才能獲得破案的契機，故本研究加入犯罪偵查理論及犯罪模式理論，藉以讓本研究能夠更清楚與明白，從犯罪學理論與偵查實務理論的結合，讓本研究能夠更加完善。

（一）犯罪偵查及犯罪模式理論

1. 犯罪偵查係指為了重建一個違法行為或不作為其伴隨心理狀態，對有價值人物、事物的合法蒐尋⁷¹，亦即偵查人員蒐集、記錄、評估犯罪事實的過程⁷²，或犯罪偵查是對可能的犯罪活動所進行合乎邏輯、客觀與合法的調查⁷³。故犯罪偵查即為偵查機關為發現犯罪情資、蒐報及調查犯罪事實真相、查證贓物與逮捕犯罪嫌犯，所為提起訴追準備的一切合法調查作為與具體的實踐作為⁷⁴，亦即偵查人員之責任與目標在於確認犯罪事實是否發生、確認管轄權責、發現犯罪真實(包括蒐集和保存物證、接續發展所有情資)、蒐集贓證物、確認犯嫌涉案或排除其涉案可能、推估犯嫌係何人、找出犯罪者下落並加以逮捕，並提供足夠足以使法院採信的證據以協助及追訴犯罪者，最後再以證人身份在法院中有效作證⁷⁵，James W. & Richard H. (2000)明確指出從事犯罪偵查者，若具備下列犯罪偵查能力及相關技術，在犯罪偵查過程中，將能事半功倍的破獲案件。

- (1) 犯罪現場處理及蒐集物證的能力(如辨認、蒐集、保存物證的技巧、了解犯罪模式MO):醫療保險詐欺犯罪，無論是因病住院或是意外事故，現場絕對都是非常重要的證據來源，因為要有現場才可以有重建的還原。
- (2) 詢問告訴人、證人及犯嫌：證人、目擊者是案發最主要的線索，醫療保險詐欺案件因為申請理賠都已在發生事故之後，所以如何運用訪談技巧及偵詢的方法，以各階層的語法深入瞭解案情與擁有各項偵查的權利及敏感度是非常重要的。
- (3) 發展及追蹤線索：案件發生後貴在掌握偵查時機，偵查時機是追蹤線索及繼續追查共犯或查贓的重要因素。

⁷¹ Weston, Paul B. and Wells, Kenneth M. (1997), *Criminal Investigation - Basic Perspectives* (7th. Ed.), Prentice-Hall.

⁷² Swanson, C., Chamelin, N., & Territo, L. (1996), *Criminal Investigation* (6th. Ed), McGraw-Hill Co.

⁷³ Gilbert, James N. (1998), *Criminal Investigation* (4th. Ed.), Prentice-Hall.

⁷⁴ 黃壬聰(1999)，「犯罪偵查勤務之研究」。桃園：中央警察大學，碩士論文。

⁷⁵ Osterburg, J., & Ward, R. (1997), *Criminal Investigation - A Method for Reconstructing*.

- (4) 撰寫偵查報告：掌握案件追查進度，千萬不可只靠想像及記憶，一定要訴諸文字並加以整理，並將偵查報告送請長官核示，不僅可以增加案件偵辦的意見，亦可符合偵查程序。
- (5) 提供事證申請搜索票：進行搜索是最重要的犯罪偵查手段，尤其是醫療保險詐欺案件，因為詐保案件都已經是沒有現場且行為人完全否認的案件。
- (6) 行動中團隊默契的培養合作：犯罪偵查中單打獨鬥的時機已過，現在講求的團體的互助與證據的補足，對於現在講求證據的時代，團隊合作的默契已漸漸取賴的個人英雄主義，尤其醫療保險詐欺的案件。
- (7) 逮捕犯嫌：對法律的適法性、警械使用的時機、對於犯嫌身體、住處、車輛的犯罪物證的搜索及扣押等，都是逮捕嫌犯事先應該規劃的要項。
- (8) 協助檢察官起訴：對移送前的證據資料整備是非常重要的項目，如何準備及詳盡的報告與必要時出庭作證的準備、協調證人願意出庭的溝通等。
- (9) 促使證人出庭作證：證人傳喚不到雖可罰金也可進行拘提，但如果讓證人無安全感，縱使有意出庭不吐實情也是枉然，所以協助使證人證詞具有證據能力是必備的要項。

2. 犯罪偵查包括了犯罪模式 (Crime Pattern)、犯罪手法 (Modus Operandi) 及簽名特徵 (Signature Aspect) 是犯罪偵查上極為重要的三個不同概念⁷⁶，各有其重要的意義、範疇及功用⁷⁷，分述如下：

- (1) 犯罪模式通指一群不特定的犯罪人或是因犯罪理念同的不法集團份子，以相類似的犯罪手段或方法，再經過共同非法謀略的途徑及過程，所匯流而成具備概括性或共通性，且有成功性經驗的一套犯罪手法⁷⁸。而犯罪模式並不限縮或侷限在一個特定或一群的犯罪人，它是一些犯罪案件的共同現象及表徵，如犯罪型態、類別、被害目標及目的、犯罪跡證、犯案工具、犯罪時空因素、犯罪手段、嫌疑人指證等，及相類似犯罪手法

⁷⁶ 廖訓誠(2010)，警察詢問過程影響因素之研究—以陌生人間性侵害案件為例。桃園：中央警察大學
犯罪防治研究所博士論文。

⁷⁷ 林燦璋(2008)，犯罪模式、犯罪手法及簽名特徵在犯罪偵查上的分析比較—以連續型性侵害案為例。桃園：警學叢刊，第31卷第2期，P. 97-123。

⁷⁸ 李名盛(1999)，犯罪模式分析之研究—以臺灣海洛因及安非他命交易為例。桃園：中央警察大學警政研究所碩士論文，P. 10。

的集成⁷⁹。分析犯罪模式大致可劃分為三項基本階段：犯罪前之犯前行為與準備⁸⁰、犯罪中之犯案行為及犯罪後之犯後行為態度等方向⁸⁰：

- a. 犯前行為與準備 (Antecedent Behavior and Planning)：如犯案前的壓力 (與人衝突、金錢壓力、工作困擾、婚姻困擾等)、犯案前的心理、犯案前的計畫、犯案前的行為、被害人的選定及誘發因素 (Triggering Factors) 等。
 - b. 犯案行為 (The Act of Crime)：指真正行動及行為要件。
 - c. 犯後行為 (Post crime Behavior)：含犯後立即反應、犯後的後續行為 (如逃跑、返回現場、保留紀念品、參與辦案)。
- (2) 犯罪手法 (M.O.) 則係指探究完成犯罪成功的犯罪人，係如何實施犯案行為，就犯罪者的立場而言，犯罪手法的主要目的不外下列三者之一，包括隱藏身份、順利完成或便於逃離，犯罪人常見的犯罪手法包括以下⁸¹ (以保險詐欺案件為例)：
- a. 犯案前的計畫 (如投保險種選擇及事故之經過)。
 - b. 犯案地點的選擇 (例如公共場所、人煙罕至地點、本人住宅)。
 - c. 現場或被害人的事前察看 (製造假事故之地點勘查)。
 - d. 犯案中與被害人的牽扯 (設定為熟悉之親友)。
 - e. 犯案中使用的凶器或工具 (如自殘用之刀械)。
 - f. 案中對付被害人的方式 (如傷害或殺害選擇)。
 - g. 犯罪人事前預防行為 (如隱匿不在場證明等)。
 - h. 抵達及離開現場的交通工具 (例如犯案或逃逸使用之車輛或自殘後就醫之交通工具)。

⁷⁹財團法人保險犯罪防制中心，2006年5月10日，保險詐欺入罪化之可行性研究，金管會保險局，頁1。

⁸⁰林燦璋(2000)，犯罪模式、犯罪手法及簽名特徵在犯罪偵查上的分析比較—以連續型性侵害案為例。桃園：警學叢刊，第31卷2期，P.103。

⁸¹楊金寶、黃讚松(2003)，網路性侵害個案通聯分析之研究。桃園：警學叢刊，第34卷第2期，P.147-172。

(3)簽名特徵 (Signature Aspect) 是犯罪人犯案時慣用的一種獨特行為⁸²，其狀態可以存在於犯罪人的殺人行為中(例如陳瑞欽連續殺害妻兒詐領保險金案)、強暴犯犯案時對被害人所說的特定言詞、犯罪人習慣性故意留在犯罪現場的某些物品，或是特殊的標記，或者是在一些特定其他種類的標示 (Indicator) 之中⁸³。美國FBI 幹員認為簽名特徵是一種固定式 (Static) 且代表自己本身獨特個性的性格和個人執著性 (Unique Element And Personal Compulsion)，且深植於在犯罪人的內心之中，待發酵後激起犯罪人隱藏內心意念的犯罪因子後，犯罪人就會去做某些犯案行為⁸⁴。簽名特徵能夠反應出犯罪人犯案時當下或深藏內心的心理狀態；它有時與犯罪手法沒有直接關聯性，但卻可以讓犯罪人在情緒上或心理上得到滿足，故就犯罪動機而言是一明顯的方向指標⁸⁵(例如犯罪集團控制遊民自殘及賣器官案件，其犯罪動機即是一種明顯的指標方向)。

綜上，犯罪模式可說是同類型刑事案件犯案途徑中犯罪手法的系統化彙整，亦即犯罪模式是犯罪手法的邏輯合成，而簽名特徵和犯罪手法有部分重疊，但其範圍又比犯罪手法小⁸⁶；因此，就偵辦醫療保險詐欺案件而言，均應熟悉及了解醫療保險詐欺犯罪各種態樣之犯罪模式，輔以個別案件所顯露之犯罪手法或簽名特徵，根據特定或重複的行為模式蒐集跡證加以分析，方能有效的進行偵查及順利破案。

(二) 四面向連結理論

四向連結理論(Four-Way Linkage Theory)係指：每一件案件發生後於犯罪偵查過程中，若能將被害人、現場、物證和犯嫌產生連結關係，且關係愈多、愈強，案件偵破的可能性就愈高；且若能產生完整連結，案件可偵破的機會也愈高⁸⁷(如圖 2-3-1 所示)，四面向連結理論的重心，在於「被害人」、「物證」、「現場」、「嫌犯」四個面向的連結⁸⁸。該理論結合刑事鑑識、現場勘查與犯罪偵查的觀點，

⁸²廖訓誠(2010)，警察詢問過程影響因素之研究—以陌生人間性侵害案件為例。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所博士論文

⁸³Holmes, R. M. and S. T. Holmes. (1996). *Profiling Violent Crimes*. (2nd ed.). CA: SAGE Publications Ltd. p.42.

⁸⁴Douglas J. and M. Olshaker. (1995). *Mind Hunter: Inside the FBI's Elite Serial Crime Unit*. New York: Scribner. p.69.; 張俊等譯(1997)，破案之神—FBI 特級重犯追緝實錄，台北：時報文化出版，P. 62。

⁸⁵彭仕宜譯(1997)，哈佛出來的博士殺手。台北：臺灣先智出版，P. 35-39。

⁸⁶彭仕宜譯(1997)，哈佛出來的博士殺手。台北：臺灣先智出版，P. 35-39。

⁸⁷李昌鈺口述、鄧洪編著(1998)，神探李昌鈺破案實錄。台北：時報文化出版社，P. 17。

⁸⁸侯友宜、廖有祿、李文章(2010)，犯罪偵查理論之初探。桃園：警學叢刊，第40卷第5期，P. 7。

以物證做為連結各個面向的方法，來解釋刑案的偵查過程⁸⁹，但通常四面向連結理論屬於偵查過程的理論，原本係刑事鑑識用來解釋物證連結的功能，物證係指真實存在的物體證據，例如指紋、DNA 等，範圍較為狹小，而證據範圍較大，泛指與案件相關的人證（如污點證人、目擊證人、鑑定等）、物證、書證（如契約、遺囑、贖金字條、刷卡消費單等），另外，以偵查技術來連結各個面向，不僅包含原有物證連結的概念，也擴展連結面向的方法，更能解釋偵查實務狀況。故將「物證」修改成「證據」再以偵查技術做為連結四個面向的方法，可擴大四面向連結理論的解釋範圍。據此，四面向連結理論可以修正為犯罪偵查包括「被害人、現場、證據、犯嫌」四個面向，以偵查技術作為連結的方法，當完整連結四個面向，即可偵破刑案⁹⁰（如圖 2-3-2）。例如，醫療保險詐欺案件的發生時間、地點與犯嫌案發時之所在地是否吻合，或犯案之工具為何會在犯嫌家中發現，事故當時行為人所持之電話通聯核對，基地台顯示位置是否相同，犯嫌事故發生過行經之路線與供詞之正確是否可靠，另外，請嫌犯模擬案發當時的發生過程，檢視其過程、時間點、順序、傷口角度等結果是否相同，以此檢視「被害人」、「物證」、「現場」、「嫌犯」四面向的關聯性是否吻合，以符合破案的契機。

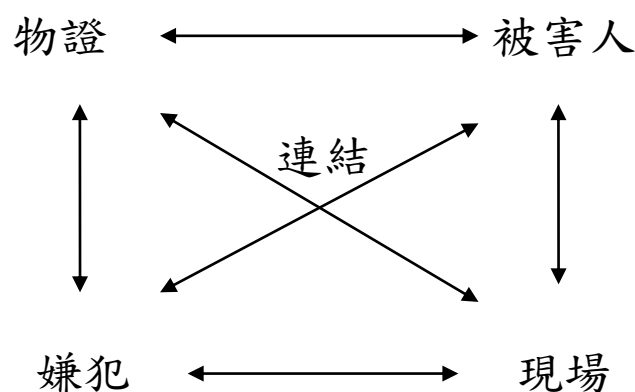


圖 2-3-1 四面向連結理論

資料來源：侯友宜、廖有祿、李文章，2010

⁸⁹ 廖訓誠，2010，警察詢問過程影響因素之研究—以陌生人間性侵害案件為例。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。

⁹⁰ 李昌鈺口述、鄧洪編著(1998)，神探李昌鈺破案實錄，台北：時報文化出版社，P.17。

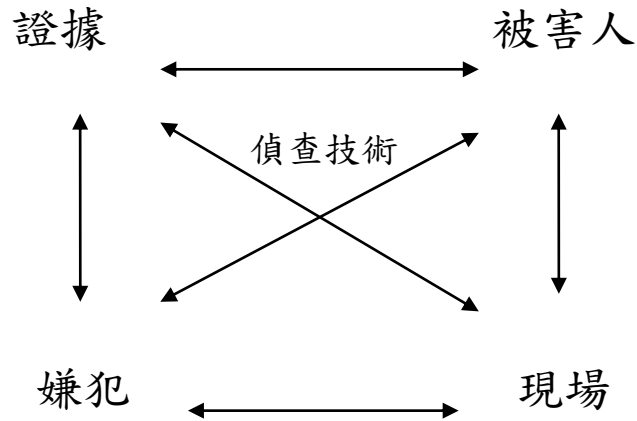


圖 2-3-2 修正後四面向連結理論

資料來源：侯友宜、廖有祿、李文章，2010

(三) 桌腳理論

刑事案件偵查就如製造一張桌子般，要讓桌子穩固四個桌腳是非常重要的，所以不管桌面製造的如何精美，桌腳一旦不穩也無法放置東西。在刑事案件偵查裡，這四根桌腳有四根破案的支柱，即是「現場」、「物證」、「人證」，還有「運氣」⁹¹。缺少了這四根支柱，案件的偵破將有其困難度，其要件如下⁹²：

1. 勘查現場的步驟及判斷現場的要領，要依序標準作業程序進行，必須絕對正確，也要十分地準確，對於現場的重建，一定要依照一定的邏輯思維步驟，不可以跳脫式的方式進行。

2. 物證是破案的關鍵，物證是否有法律、科學的價值，在於能否與案件成連結線索。

3. 對於尋找案件的證人，必須從各個消息層面進行探索，以獲取證據與線索連結的有力證人。

4. 偵查人員要有能力辨識隱含突破性的破案機會，從累積的辦案經驗中去培養這種突破性機會的能力。

所以進行「現場」勘驗時，現場一定要保護完整，在鑑識人員進行蒐集物證程序未結束前，現場除鑑識人員外絕對禁止進入，其中包括非偵辦本案的員警、

⁹¹ 李昌鈺原著，林茂雄 翻譯，刑案現場蒐證。桃園：中央警察大學 1995 年初版

⁹² 李昌鈺(1998)，神探李昌鈺破案實錄，李昌鈺口述、鄧洪編著。台北，時報文化。

長官及媒體工作者等，在現場一定要布置封鎖線，設立三道警戒區域的標準流程，而且一旦要進入現場的所有人員都必須要登記及篩選，以避免現遭到破壞。

現場物證往往是破案的重要關鍵，偵查人員所蒐集的物證必須要有法律及科學的根據及價值與效用，比如指紋或血跡、唾液 DNA 等，所採集之證物最要在於是否能與案件產生關連性或直接成為證據。尋找相關的證據，避免判斷錯誤而漏未採證，並製作現場紀錄，從各個物證的順序、關係、因果，邏輯推理重建犯罪現場。其次是「物證」，近幾年來，法界越來越重視物證的科學證據，故培訓專職的鑑識人員是刻不容緩的，除鑑識人員水準的提升，及採用高科技科學鑑識儀器的配合，這樣才能讓鑑識的結果準確率達到最高效率，在「人證」方面，可從受害者家屬探索被害人交往關係，以力找尋犯嫌，亦可由媒體或布置的線民中得到線索，必須利用各種社會資源與各界通力合作，並運用豐富的辦案經驗去判斷其真偽，找尋人證獲取有利的證詞，最後則是要有良好的「運氣」，因為從事刑事工作人員都能體會到，破案往往是要靠「運氣」的，但運氣往往也不會憑空出現，也不會主動的到來，因為運氣的到來是需要靠偵查人員去尋找與製造的，所以偵查人員要有嚴密的敏感度及豐富的辦案經驗去發現這些的有效機會，而這種辨別隱著運氣的能力，則都是從豐富的辦案經驗中，一點一滴逐漸累積形成的。例如，刑案現場所遺留一個檳榔渣、煙蒂或者一個皮包，一個資深有經驗的偵查人員，會隨即聯想是否為嫌犯所遺留，以找尋關鍵的連結證據，如果把這些證據毀滅而永遠消失，那機會就消失了，運氣也就失去了，所以要如何去掌握運氣，有時是要靠偵查人員去創造出來的，所以四個破案支柱，就像在玩益智拼圖模型一樣，缺少了一些重要關鍵的圖片，整個圖形就有可能無法完成，也就無法破案了。要從辦案經驗培養敏感度，調查對於可能破案的各種訊息，必須仔細搜尋、過濾，不放過任何破案機會（如圖 2-3-3）。

桌角理論與四面向連結理論不同，桌腳理論強調各個面向的偵查重點，不重視面向之間的連結，而四面向連結理論恰好相反，從桌腳理論的內涵來看，它擴大解釋現場、物證、人證的範圍，同時新增了「運氣」觀點。在現場部分強調封鎖、分析、重建的概念和原則；在物體部分則指出物證價值的判斷觀點，故物證必須有證據能力及證明力；在人證部分，除原有的被害人、犯嫌外，更增加其他關係人；新增的運氣則與偵查經驗理論相關。

桌腳理論的運氣，容易讓人誤解犯罪偵查是一種藝術，而非一門科學。從犯罪偵查的發展過程來看，資深偵查人員果累積多年的偵查經驗、例如直覺、觀察、推理、分析、判斷等，也是破案的重要關鍵，亦即經由偵查人員的經驗，運用偵查管理，將所有可能破案的資源加以管理、調查、評估、結合，以達到破案目的⁹³，

⁹³林燦璋、林信雄（2009），偵查管理與重大刑案為例，臺北，五南圖書出版社。

因此，將桌腳理論的「運氣」改為「經驗」將更符合犯罪偵查的實際狀況⁹⁴，修正後的桌腳理論如圖 2-3-4。以桌腳理論之「現場」、「物證」、「人證」、「經驗」來驗證醫療保險詐欺案件的偵查方向，可以發現是缺一不可的，如假裝肢體殘廢或失明案件，首先事故案件現場的調查是最重要的，如果沒有事故現場就不可能有案件的發生，但往往這類案件行為人大都會選擇在境外或者是無人到達之偏遠地帶，因為有現場無目擊證人或境外查證不易的特性，所以要如何證明行為人是否有在現場，這就是一個重要的課題；案發時之凶器或肇事之車輛傷口與凶器或撞擊點是否吻合？事故發生之原因是否合情合理？凶器或肇事車輛是否有移花接木嫌疑？在人證方面以臺灣的民情，除非是有相當的利害關係，否則很難有人願意出面作偽證，縱使作偽證也要花 10 個謊言來圓一個謊，所以要作偽證並非一件容易的事；「經驗」也可解釋為常理判斷，具備越豐富的辦案經驗，案情研判的能力就越強，相對性的破案的機率就越高，因為機會往往是留給事前有準備的人，而不是指一味的靠運氣；另外，如因病住院之醫療患者，或許住院的因素是偽裝而住院，但住院期間，時常請假或不假外出，各項生理檢測值均正常，只是在醫生進行檢查時不斷的哀嚎喊痛，這樣的情況依「現場」及「人證」均可證明其生病住院之正當性，再依據生理檢測的各項數據及護理記錄，可作為證明其無病之「物證」，再依據「經驗」之常理推斷，不難研判有詐保之嫌疑。

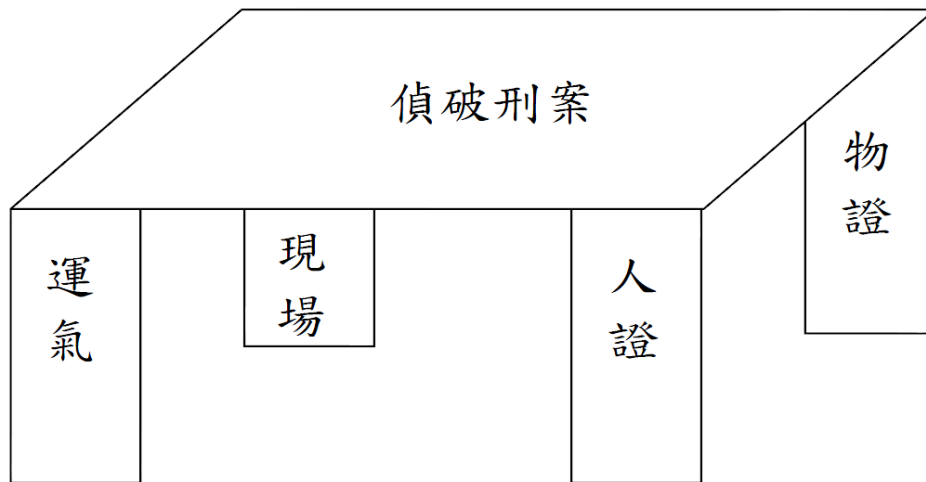


圖 2-3-3 四面向連結理論

資料來源：侯友宜、廖有祿、李文章，2010

⁹⁴引自侯友宜、廖有祿、李文章(2010)，犯罪偵查理論之初探。桃園：警學叢刊，第 40 卷第 5 期，P. 8。

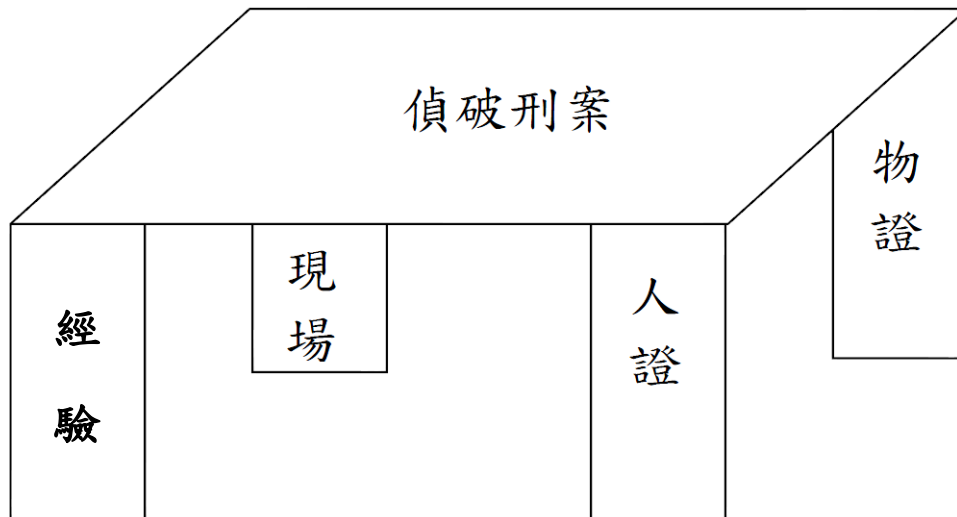


圖 2-3-4 修正後四面向連結理論

資料來源：侯友宜、廖有祿、李文章，2010

四、小結

本節研究在於探討醫療保險詐欺犯罪理論中，相關理論基礎的符合與影響作用，一般而言人們會選擇對自己較有利的事物去實施或踐行，包括犯罪行為，而在醫療保險詐欺犯罪中，對於本身利益的選擇及耗損的程度都是一種風險與取捨，因此在行為人因素與醫療保險詐欺犯罪中，選擇以古典犯罪學派及新古典犯罪學派理論，來印證人之所以會減少犯罪的理論基礎，係基於犯罪後所受的懲罰會增加痛苦的結果，而加重刑罰的政策對犯罪者所嘗試的風險而言，是會讓犯罪者減少犯罪的時間或次數的；另外也發現犯罪所得的利益提高會誘發犯罪的次數，這與 Comish 與 Clark 所提出之理性選擇理論是相符合的，因為理性選擇理論主要在探討犯罪者在行為時犯罪的理性決定過程與因素，因為當下犯罪者的行為，主要是在選擇有利於己的一種衝動，認為犯罪者總是希望可以在不被發現時由犯罪中得到好處或利益，但研究者發現其實有時人是健忘及固執的，或者是只選擇當下的利益而忽略了懲罰的結果，所以在理性選擇理論中往往並非全部都是一種理性的選擇，而只是在某部分的偏好中所做的一種選項，如將之稱呼為有限度的理性選擇應該是更為恰當的。

在機會因素與醫療保險詐欺犯罪中，Lawrence Cohen 和 Marcus Felson 的日常活動理論是相當值得肯定的，該理論認為會產生犯罪，最主要是必須要具備有動機及有能力去實施的加害人，且在合適的標的物缺乏監控的情況下或保護之下，而發生的一種犯罪現象。而且該理論強調的是以「事件」的發生為取向，有

別於以往均著墨在以「人」為出發點的犯罪因素理論，該理論認為在犯罪因素中人只是犯罪發生的一個誘發因素而已，尚需有其他的因素配合才能組合成一個犯罪行為，故日常活動理論是一種生活型態的犯罪理論，認為犯罪是一種無可避免的現象，因為社會總有些人因無法克制自己，會因本身特殊的偏好理由而去犯罪，所以說犯罪的動機和犯罪的發生是一個常數，因此只要能消除日常活動理論中犯罪的三角因素即可抑止犯罪的發生；另外在1960年由克拉法德(Cloward R.)與奧林(Ohlin L.)提出的「犯罪與機會理論」中，認為環境是影響人類行為的重要因素，要減少犯罪發生就是要改變或減少犯罪環境的產生，改變這種犯罪環境型態而減少外在影響犯罪的環境，犯罪即難以發生，但由於人擁有貪心與不滿足的本性，當犯罪環境減少後，繼而產生的可能又是一種為了爭奪利益的犯罪，所以在機會環境理論中輔以教育及約束與監督的單位，對犯罪的發生是絕對可以相輔相成的。

在偵查理論與醫療保險詐欺犯罪中，研究者從犯罪偵查中發現犯罪模式與行為特徵是重要的破案線索之一，犯罪偵查之犯罪剖繪(Criminal Profiling)包括了犯罪模式、犯罪手法及簽名特徵是犯罪偵查上極為重要的三個不同概念，因為不特定的一群犯罪人或犯罪集團，在犯罪過程中經由相同的途徑、手段或方法，所彙集出來具共通性與概括性而有相類似的集合犯罪手法即為犯罪模式，而犯罪模式的建立即可掌握犯罪者的動態及分析其犯罪手法，達到制敵機先、掌握破案的先機；另外在偵查犯罪理論中，發現由「被害人」、「現場」、「物證」和「犯嫌」所產生的四面向連結理論與「現場」、「物證」、「人證」，還有「經驗」四根支柱，所推論出的桌腳理論是相通的，其目的均是由偵查經驗及證據法則，連結相對性所得之證據特徵來作為破案的關連性，即可達到偵破犯罪之目的，故在醫療保險詐欺犯罪理論基礎一節中，所探討的案發前的犯罪預防理論及案發後的犯罪模式與偵查理論，是醫療保險詐欺犯罪動燭先機及掌握破案關鍵的重要預防與破案關鍵。本研究並將醫療保險詐欺犯罪理論基礎國內外文獻作一彙整。(如表 2-3-1)

表 2-3-1 醫療保險詐欺犯罪理論基礎國內外文獻彙整

要項	分類	相關研究	研究發現
行為人因素與醫療保險詐欺犯罪	新古典理論	黃富源、范國勇、張平吾(2006)二版；黃東熊(2010)；許春金(2017)；何泰寬(1993)	醫療保險詐欺犯罪者心態，會因不同的主觀認知及感受，導致犯罪的損害及收益而有所不同，行為人所使用的犯罪方式屬於不同型態的智慧型犯罪，會考量成本、風險與利益的關係，故新古典學派的理性選擇模式，對於想要得到不法利益而選擇從事保險詐欺的犯罪行為，是願意隱忍並承受身體的病痛之論點是相符合的。
	理性選擇理論	黃重寅(2005)；許春金(2017)；月足一清原著，吳崇	理性選擇分析架構上，會有一些推動因素存在，如： 1. 「歷史因素」：行為人過去的犯罪經驗，成功與否會影響他的理性選擇決策，發現保險詐欺重複犯罪的情形很多，雖有些犯行因沒被發現而有黑數存在，雖前

		權譯述 (1988)	<p>科不全是與保險詐欺相關的犯罪，但就犯罪人的犯罪歷程，與犯罪的持續行為模式是有相關連性的。</p> <p>2. 「背景動機因素」：在醫療保險詐騙案件中，有些保險詐欺犯罪者並無直接犯罪的動機，係經過慫恿而成為機會犯，亦即其投保醫療保險時並無詐欺的預謀犯意，但當保險事故發生或財務發生危機時，不管是否違法，若可解決其困境之方法，要保人權衡有利可圖而機不可失時，則保險詐欺即可能發生，因此，醫療保險詐欺犯罪在衡量對本身最有利的情況而進行犯罪，當得到不法利益後，即會迷失方向甚至喪失良知，在保險詐欺案件中，行為人的動機是運用理性選擇模式理論加以探討，即可發現犯案的動機因素及決定態度與偏好。</p>
機會因素與醫療保險詐欺犯罪	日常活動理論	許春金 (2017); 陳永鎮 (2007)	<p>研究發現，犯罪不是偶然發生的，而是犯罪人或多或少理性選擇的結果。當一個有犯罪動機的加害人處於一個適合犯罪的情境，有合適的標的對象時，犯罪便可能產生。而犯罪本來就是社會生活的一種反應，有什麼樣的生活型態，自然就會產生與該種生活型態相關聯的犯罪，如，1. 有金錢、債務需求等動機；2. 且具有醫療保險詐欺的專業知識及有能力製造假事故且有投保醫療保險的詐欺犯罪者；3. 再尋求向投保審查機制較不嚴謹之保險公司投保或有能力去勾串醫療院所之醫療人員或保險業務員，再製造假事故或自殘、偽殘等事故，在無人可證明其所為係造假的情況下，在此三種時空因素的聚合下，保險詐欺犯罪便即得逞。</p>
	機會理論	黃富源、范國勇、張平吾 (2006)	<p>在機會理論認為只要公平的機曾被剝奪，沒有選擇的人就群而起之的製造犯罪行為，研究者認為這裡由太過牽強，在醫療保險詐欺犯罪中，「犯罪機會」是自己主動去接觸的，不是他人付予的，也不可因制度與本身想像的不同而進行叛亂，犯罪的發生是一項「根本原因」，是本身的控制力與無法自律而產生的行為，因為許多來自破碎家庭，被家長所疏忽的家庭，小孩卻從未犯罪，而一些來自良好家庭的小孩卻是經常犯罪，且不知悔改，因此，大都數投保醫療保險的保戶，都只是為了預防意外事故，少數心術不正，或是意志力不堅之人，才鋌而走險，犯罪現象應該要從環境因素與個人因素探討，不可只因犯罪機會而就此認定，因為發生犯罪的機會都是不可或缺的重要因素，如果無法克服外在的物理環境及解決本身的障礙，犯罪仍將繼續發生。</p>
偵查理論與醫療保險詐欺犯罪	犯罪偵查與犯罪模式理論	Weston, Paul B. and Wells, Kenneth M. (1997); Swanson, C., Chamelin, N., & Territo, L. (1996); Gilbert, James N. (1998); 黃壬聰 (1999); Osterburg, J., & Ward, R. (1997); 廖訓誠 (2010); 林燦璋 (2008); 李名盛 (1999); 財團	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療保險詐欺犯罪，無論是因病住院或是意外事故，現場絕對都是非常重要的證據來源，因為要有現場才可以有重建的還原。 2. 證人、目擊者是案發最主要的線索，醫療保險詐欺案件因為申請理賠都已在發生事故之後，如何運用訪談技巧及偵詢的方法，深入瞭解案情與擁有各項偵查的權利及敏感度是非常重要的。 3. 案件發生後貴在掌握偵查時機，偵查時機是追蹤線索及繼續追查共犯或查贓的重要因素。 4. 掌握案件追查進度，千萬不可只靠想像及記憶，訴諸文字並加以整理，送請長官核示，可以增加案件偵辦的意見，亦可符合偵查程序。 5. 進行搜索是最重要的犯罪偵查手段，尤其是醫療保險詐欺案件，因為詐保案件都已經是沒有現場且行為人完全否認的案件。 6. 現在講求的團體的互助與證據的補足，對於現在講求證據的時代，團隊合作的默契已漸漸取賴的個人英雄主義，尤其醫療保險詐欺的案件。

	<p>法人保險犯罪防制中心 (2006)；林燦璋(2000)；楊金寶、黃讚松(2003)；Holmes, R. M. and S. T. Holmes. (1996)</p>	<p>7. 對法律的適法性、警械使用的時機，在犯嫌身體、住處、車輛的犯罪物證的搜索及扣押等，都是逮捕嫌犯事先應該規劃的要項。 8. 對移送前的證據資料整備及如何準備及詳盡的報告與必要時出庭作證的準備、協調證人願意出庭的溝通等。 9. 如果讓證人無安全感，縱使有意出庭不吐實情也是枉然，所以協助使證人證詞具有證據能力是必備的要項。</p>
行為特徵	<p>廖訓誠 (2010)；Holmes, R. M. and S. T. Holmes. (1996)；Douglas J. and M. Olshaker. (1995)；張俠等譯 (1997)；彭仕宜譯 (1997)；李昌鈺口述、鄧洪編著 (1998)</p>	<p>犯罪模式是犯罪手法的邏輯合成，而簽名特徵和犯罪手法，其範圍又比犯罪手法小；因此，就偵辦醫療保險詐欺案件而言，均應熟悉及了解醫療保險詐欺犯罪各種態樣之犯罪模式，輔以個別案件所顯露之犯罪手法或簽名特徵，根據特定或重複的行為模式蒐集跡證加以分析，方能有效的進行偵查及順利破案。</p>
四面向連結理論	<p>李昌鈺口述、鄧洪編著 (1998)；侯友宜、廖有祿、李文章(2010)；廖訓誠，2010</p>	<p>比對醫療保險詐欺案件的發生時間、地點與犯嫌案發時之所在地是否吻合，或犯案之工具出現的位置，核對事故當時行為人所持之電話通聯，基地台顯示位置是否相同，犯嫌事故發生過行經之路線與供詞之正確是否可靠；請嫌犯模擬案發當時的發生過程，紀錄其過程、時間點、順序、傷口角度等結果是否相同，以此檢視「被害人」、「物證」、「現場」、「嫌犯」四面向的關聯性是否吻合，以符合破案的契機。</p>
桌腳理論	<p>李昌鈺著，林茂雄譯 (1995)；李昌鈺 (1998)；林燦璋、林信雄 (2009)；侯友宜、廖有祿、李文章(2010)</p>	<p>以桌腳理論之「現場」、「物證」、「人證」、「經驗」來驗證醫療保險詐欺案件的偵查方向，如假裝肢體殘廢或失明案件，「現場」的調查是最重要的，沒有事故現場就不可能有案件的發生，該類案件大都發生在境外或無人到達之偏遠地帶，有現場無目擊證人或境外查證不易的特性，首先要證明行為人是否在現場；案發時之凶器或肇事之車輛傷口與凶器或撞擊點是否吻合？發生原因是否合情合理？凶器或肇事車輛是否有移花接木嫌疑？在「人證」方面要有相當的利害關係才會有人願意作偽證，作偽證並非一件容易的事因要受各方檢視；「經驗」也可解釋為常理判斷，具備越豐富的辦案經驗，案情研判的能力就越強，相對性破案的機率就越高；這些情況依「現場」及「人證」均可證明其生病住院是否具正當性，再依據生理檢測的各項數據及護理記錄，可作為證明是否偽病之「物證」，再依據「經驗」之常理推斷，不難研判有詐保之嫌疑。</p>

資料來源：研究者自整理

第四節 醫療保險詐欺犯罪實證研究

有關醫療保險詐欺犯罪實證研究，分別就醫療保險詐欺犯罪特性、醫療保險詐欺類型、醫療保險詐欺因素、醫療保險詐欺犯罪歷程及風險管理、醫療保險詐欺犯罪防制，分述如下：

一、醫療保險詐欺犯罪特性

(一) 根據鄧子震(2015)，「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」，以司法院法學資料檢索系統針對全國各地方法院搜尋最近5年內(2009-2014年)有關「人身型保險詐欺犯罪」有罪判決之案件作為分析研究⁹⁵，發現與醫療保險詐欺相關之結論如下：

1. 犯罪人主要的動機均為以金錢所引發之犯案因素，犯罪人負債累累、見錢眼開、見縫詐保及因曾獲保險理賠而食髓知味等。

2. 犯罪人向保險公司購買保險商品主要目的即是為了詐保，利用自己本身或勾串他人，設計意外事故以詐領保險金，利用有人身體受傷害或身亡等事實進行申請理賠保險金，在審核階段由於各保險公司會因人力不足或證據不足而難以查證，一旦詐保得逞，僅以單次之詐保記錄是相當不易為保險公司所發現的，除非是犯罪人貪得無厭，連續的申領理賠而使保險公司發現徵兆。

3. 人身型保險詐欺犯罪的詐領態樣，大多以誇大病情藉以詐領保險金，有些利用原有之疾病，向醫護人員謊報病情而開具不實之診斷證明書進行詐保，一般保險公司的業務審核人員，對於非屬特殊或金額龐大之申請理賠案件，也僅能依據醫生所開立之診斷證明書據以理賠，有些想要進一步進行查證是否為保詐欺案件是有一定的困難度。

4. 醫療保險詐欺案件大都為要保人與共犯合謀共同詐保，其中非獨立犯案之案件約佔八成，在共犯結構中醫護人員及保險從業人員都是屬共犯結構的一環，基於有共犯結構的相互掩飾，因而增長了醫療保險詐欺案件的發生。

5. 一般人身型保險犯罪主要以傷害身體者居多，如係殺人案件，因死亡案件檢警單位調查較為詳盡，蒐證範圍亦較為仔細，故殺人詐保案件為數不高，在一般犯罪人如急於想要申請理賠金，才較有可能露出馬腳而露出破綻。

6. 從犯罪行為進行分析，發現從事詐保案件之犯罪人，如成功詐保後即食髓知味的反覆從事詐保行為，並以所發展出之固定的犯案模式向保險公司進行詐

⁹⁵鄧子震(2015)，「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」。台中：朝陽科大，碩士論文。

保。

從「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」一文中，發現與醫療保險詐欺犯罪特性相吻合，最主要的特性為犯罪人一旦詐保成功後，即會食髓知味的重複進行詐保；再者，發現負債、貪財因素是詐保非常重要的因素之一，且對於核保人力不足之保險公司是較容易詐保得逞的；選擇以金額不高或一般性之意外傷害案件進行詐保則較不易引起注意，亦較容易得逞；勾串醫護、保險從業人員進行詐保之機率遠高於單打獨鬥之個人詐保；另外如連續詐保重複申請理賠案件，只要事故之時間間隔延長，詐保成功機率即隨之增加。

(二) 從Flynn. (2016)，在「產業的觀點」一文中，發現澳洲的醫療保險有下列特點⁹⁶：

1. 有些醫療保險詐欺行為是區域性而非全國性的：在這裡要談的醫療保險詐欺案多發生在新南威爾斯和維多利亞省，而非西澳。這種詐欺案件與按摩治療有關。私人醫療保險公司給付按摩治療，但這個部分卻遭到濫用，這是因為性工作者以按摩治療為名提供性服務。有些妓院將自己的店命名為健康醫療中心，偽裝成是提供按摩治療的地方，老闆也會向他們所屬的醫療保險基金請款，這讓合格的專業按摩治療失感到挫折，因為他們努力了相當長的時間才讓醫界認可按摩治療也是一種醫療實務，同樣地，醫療保險基金對性工作者獲利的條款感到挫折。目前的改善措施是增加評估這些按摩中心的服務頻率，確認提供服務者是否為合格的按摩治療師，這些治療師是否是透過適當的協會取得合格證明，以及是否僅提供成人服務。

2. Medibank Private私人醫療保險是最大的私人醫療保險公司。該公司採取的行動是取消與此類按摩治療中心的合作關係，並拒絕與將開立按摩中心的業者簽約。雖然私人醫療保險公司有許多反制機制，但詐欺犯永遠都在設計出新穎的方法來克服防制詐欺機制。如果考慮到醫療保險制度易受詐欺的脆弱性，相對的也會有很多處理這個問題的方法存在⁹⁷。

首先是採用科技性較低的方法，鼓勵消費者告知所屬私人醫療保險公司，他們的保險帳戶有異常的狀況，但是由保戶作為第一線對抗詐欺案件的方法是否有效，各界有不同的見解，因為有些人認為保戶會通報違法行為，這種情形對社會醫療保險和私人醫療保險公司都會有⁹⁸，舉例來說，社會醫療保險是鼓勵大眾不定

⁹⁶Flynn, K. (2016). Financial fraud in the private health insurance sector in Australia: perspectives from the industry. *Journal of Financial Crime*, 23 (1), 143-158.

⁹⁷Bulletin of the World Health Organization (2009), "Mobilizing the honest majority to fight health-sector fraud: An interview with Jim Gee", Vol. 87, Number 4: 254-255, available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/09-040409/en/> (accessed 17 June 2014).

⁹⁸Sparrow, M.K. (2000), *Licence to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, (2nd edition), Westview Press, Colorado.

期的通報詐欺案件，這個策略到目前為止都很成功⁹⁹；另一方面，詐欺調查員本身遇到的經驗是保戶盲目地相信醫師，他們傾向不批評某些醫療實務。

3. 運用高科技來偵查詐欺案件，私人醫療保險公司面臨許多挑戰。因為這不是部分私人醫療保險公司管理階層關切的事情。管理階層關心的事情是迅速理賠才是首要工作，而不是提出理賠的準確性。就是因為這樣，許多詐欺偵查員努力得到管理階層的支持來購買精密的高科技資源和僱用符合資格的員工來負責詐欺防制。成本是一個很重要的決定因素，最新進的科技是相當昂貴的，對某些私人醫療保險公司來說，這樣的設備是很昂貴的。

4. 未來詐欺管制的方法是以用到醫院醫療和相關申請理賠資料為主的規則為基礎，所有主要的私人保險基金都會運用規則機制來偵測詐欺案件，規則的訂定是以臨床實務或簡單的頻次為主。規則機制內建於電腦系統的中央處理器裡，用來檢核理賠申請案件。每件案件都要經過一夜的檢查以確認沒有違法行為或沒有重複付款。若有異常的話，工作人員會填寫異常報告呈交給詐欺調查員。隨著時間流逝，需要重新測試規則的基礎，改進系統和加入新規則。有些私人醫療保險公司自願將規則機制內建在中央處理系統。其他私人保險基金則與軟體設計商合作，定期持續進行提升基礎軟體。規則機制有持續發展的潛力，即時理賠申請案件。

過去的分析方包括預測模式、使用統計和資料處理探勘技術來過濾大量的醫療照護資料。私人醫療保險公司的工作人員找出在 75%以外的保戶者之特徵，計分演算法(scoring algorithms)、社交網絡分析和文本探勘¹⁰⁰。一旦認定保戶有詐欺行為，詐欺調查員會用不同的方法向保戶收回理賠金。較為激進者表示，如果理賠金額很龐大，他們會直接報警。仔細準備好給警方的資料報警是最有效的方法。特別是警方方面又由擅長處理醫療保險詐無理賠金收回的警員負責處理這個問題。

一般因為國情及制度不同，所以產生的結果也會不一樣，但澳洲的一些防制保險詐欺的方法是值得借鏡的，比如在社會醫療保險方面，可以以提供獎金制度，鼓勵民眾不定期的通報保險詐欺案件，將原由一人監控轉變成不特定的多方監控，不僅可以節省保險公司的監控人力，亦可藉由多方的線索來源，減少保險詐

⁹⁹Scott, S. and Branley, A. (2014), "Australian Medicare fraud revealed in new figures, 1,116 tip-offs so far this financial year", Australian Broadcasting Corporation Television, 7 March, available at: <http://www.abc.net.au/news/2014-03-06/australians-defrauding-medicarehundreds-of-thousands-of-dollars/5302584> (accessed 11 November 2014).

¹⁰⁰Srinivasan, U. and Arunasalam, B. (2013), "Leveraging big data analytics to reduce health care costs" IT Professional, Vol. 15, Issue 6 Nov-Dec. pp. 21-28, available at: <http://www.computer.org/csdl/mags/it/2013/06/mit2013060021-abs.html> (accessed 11 November 2014).

欺犯罪黑數的案件；在預測分析模式上，係運用大數據的概念達到發現保險詐欺與防制的效果，研究者認為，每一件申請醫療保險出險案件，均應核對投保的年資及出險的次數及頻率，當保戶一年度有發生二起以上之申請保險理賠案件，即應主動介入關心及訪問，由特定的調查員進行申請理賠事故原因、背景與經濟狀況，以關心代替調查，以慰問代替瞭解的方式，對保戶建檔列管並輸入資料庫進行分析，此舉不僅可達到嚇阻詐欺案件的發生，亦可利用大數據的概念，達到防制醫療保險詐欺犯罪的效果。

(三) 依據程志強、范兆興、施宇峰(2008)，「保險詐欺之偵查策略¹⁰¹」進行探討，發現該研究主要論述保險公司在內部組織上，有成立特別調查小組之必要性，在理賠案件之分級及調查技術上，應該要歸納出一套系統化的資訊交流程序，藉以分析保險詐欺案件的犯罪特性，並藉由過去累積之經驗及專業知識，運用在可疑保險詐欺案件的發現。

1. 該研究中認為保險詐欺有以下犯罪特性：

- (1) 保險詐欺案件，存在著所有犯罪行為中風險最低，獲利最大的特性。
- (2) 保險詐欺案件非勞力犯罪，是一種白領階級的文質犯罪，高投資報酬率犯罪樣態。
- (3) 保險詐欺之結果，保費虧損將轉嫁到所有保險人傷身上，增加保費的負擔。
- (4) 司法單位對保險詐欺案件，係採取被動式的對應方式，目前仍無有效的防制策略。

2. 以國內十年期間進行有關保險詐欺案例的研究，歸納出經常性的犯罪行為方式，分別為：

- (1) 預謀性的擬定保險詐欺犯罪計畫。
- (2) 勾串保險業內部人員共同犯案。
- (3) 選擇有投保商業保險極有意圖進行詐騙之要保人，。
- (4) 重複並進行多家或高理賠金額的保險。

3. 在防制詐領保險金策略方面，依美國保險資訊機構所出版之「對隱藏性犯罪-打擊保險詐欺之國家藍圖」中，提出對抗保險詐欺之必要工作分為下列三項，可供我國相關單位借鏡：

- (1) 規劃民眾的保險詐欺犯罪宣導與教育活動。
- (2) 定期的進行防制保險詐欺程序及訓練課程。

¹⁰¹程志強、范兆興、施宇峰(2008)，「保險詐欺之偵查策略」，中華民國犯罪學學會會刊第9卷第2期，23-35頁。

(3) 投保客戶檔案資料的建立及運用。

在醫療保險詐欺犯罪有關投保客戶資料系統之建立，不僅要從事資料檔案的建立，最重要的是要將資料可以有效的進行運用，比如整合提供相對應保險公司相關資訊之查詢，在檔案資料整理上更應詳細分類，特別著重在各理賠案件之處理，尤其是可疑為保險詐欺的保戶，或是曾遭法院起訴判刑之保險詐欺者，建立高風險的保險詐騙族群資料，提供作為同業互通警示的平台；另外，對於正確的投保概念更應要從基本的教育著手，讓保險詐欺犯罪的概念可以和法律常識一樣，讓民眾從小紮根，進而變成一種全民教育及活動，以提升民眾正確的保險價值觀。

二、醫療保險詐欺犯罪類型

醫療保險詐欺造成全國醫療制度是很普遍和使得國家付出相當大的代價，專家皆同意醫療保險的成本是過高的，美國國家醫療保健反欺詐協會（National Health Care Anti-Fraud Association）預估，醫療保險詐欺造成每年數百億美元的損失，對抗詐欺和濫用案件可協助降低美國日益成長的醫療保險費用¹⁰²；在鄧子震（2015），有關人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究上，亦特別提出醫療保險詐欺犯罪涵蓋的範圍，在人身型保險詐欺犯罪中有謀財害命型態、加工自殘型態、誇大病情型態、違反告知義務型態、與醫療人員或保險員串通偽造文書型態等五種類型，而在本研究之醫療保險詐欺類型上，根據國內外實證研究文章中進行探討：

（一）依據Flynn, (2016)，在澳大利亞私營醫療保險業的金融詐欺行為研究中，探討了澳大利亞私人醫療保險部門的財務詐欺行為，該部門的詐欺行為與其他擁有類似系統的國家具有共通性，但在澳大利亞，它具有一些獨特的特徵，研究中特別闡述了私人保健基金和公共醫療保險機構之間的關係，醫療保險以及隱私法對詐欺檢測和財務詐騙問題的影響¹⁰³。

1. 醫療保險詐欺的類型

在2016年，澳洲金融管理局收到許多指控醫療服務院所，在沒有提供醫療服務和開立不需要的醫療器材卻向患者請款，此外，他們也指出處方藥物濫用及有所不同，而這些指控的詐欺情形都仍在持續的進行中。指出醫療保險詐欺影響三種主要的保險類型分別為意外險和醫療險、個人失能險和不追究過失險，較為常見的醫療保險詐欺包括：

（1）處方藥物的轉換和誤用。

¹⁰²打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，1992年3月，巴特爾西雅圖研究中心保險信息研究所。

¹⁰³Flynn, (2016). Financial fraud in the private health insurance sector in Australia: perspectives from the industry. *Journal of Financial Crime*, 23 (1), 143-158.

- (2) 醫療身份詐欺。
- (3) 帳單上的服務和產品都沒有提供給病患。
- (4) 帳單上的服務項目填寫的是比實際上提供的醫療程序或服務的金額高，常見的就是不實申報。
- (5) 實施醫療上不需要的治療和費用較高的診斷檢查只為產生保險費用。
- (6) 虛偽陳述醫療保險未涵蓋的治療為涵蓋的治療。例如進行鼻子整形手術，但在帳單上卻填寫鼻中膈歪曲修正手術已取得理賠金。
- (7) 分類定價 - 將完整的醫療程序分成一個個醫療程序，而分別定價。
- (8) 籌畫或製造車禍。
- (9) 針對不存在的傷害申請無過失理賠。
- (10) 針對造假或惡化的醫療失能理賠。
- (11) 籌畫滑倒的意外。
- (12) 接受回扣後轉介患者。

2. 分類與描述醫療照顧詐欺的類型¹⁰⁴

依據 Thornton(2015)在分類和描述醫療保險詐欺類別一文中提到，今日醫療制度有超過 2 兆美元的金額都遭到詐欺、浪費和濫用¹⁰⁵，預估約有三分之一的費用都是以這種方式浪費掉。為了對抗醫療保險詐欺，使用 Webster 和 Watson 的概念格技術(concept matrix technique)系統性的評估已發表的文獻¹⁰⁶。從醫療保險詐欺類型進行分類，其中發現有很多詐欺的形式，如不誠實的醫療服務提供者、組織犯罪者、有謀劃的患者、和誤解患者自身保險有涵蓋該醫療服務等。該社會醫療補助計畫是由州政府經營，分別由州政府和聯邦政府共同出資的醫療保險計畫，與商業保險相較，由於納保人口和疏忽的納保人特別容易成為詐欺犯眼中的肥羊。在這份文獻回顧中採用的概念分別為：

- (1) 辨識關鍵字。
- (2) 追蹤結果及推敲關鍵字。
- (3) 以標題來篩選，過濾出不支持的語言和顯然無關的文章。
- (4) 閱讀摘要過濾結果。
- (5) 詳細閱讀文章來辨識其概念。

¹⁰⁴Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R. (2015). Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare. *Procedia Computer Science* 64: 713 - 720.

¹⁰⁵Kelley RR. (2009). *Where can \$700 Billion in Waste be cut annually from the US Healthcare System?* Thomson Reuters; TR-7261 10/09 LW.

¹⁰⁶Webster, J., and Watson, R. (2002). "Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review," *MIS Quarterly* (26:2), pp. xiii - xxiii.

在蒐尋醫療保險詐欺犯罪中，以標題 Medicaid 或"health" 或"healthcare" 或"medical insurance"（健康醫療保險）和 fraud（弊端）作為搜尋的關鍵字，使用 Scopus 和 Web of Science 進行文獻搜尋，發現「醫療」、「醫療照護」、「醫療保險」中涵蓋許多保險詐欺的文獻。其中均皆涵蓋許多科技和醫療文章，在搜尋過程中選擇英文期刊和科學文章，過濾掉排除非保險要件的部分，Scopus 找到 152 份文件，Web of Science 辨識出 248 份文件，再以文章標題和摘要來評估他的相關性，結果蒐集到 69 篇文章，其中有 27 篇文章是描述保險詐欺的類型，經統計文獻後發現醫療保險詐欺的類型包括：自我轉診(self-referral)、徹底改變偽造的理賠案件(Reverse false claim cases)、偽造協商案件(false negation cases)、提倡藥品仿單標示外使用(off-label promotion of drugs)、管理照護詐欺(MC fraud)、呈交太多申請理賠案件(submitting too many claim cases)、四處看醫師(doctor shopping)、放棄患者的可扣除款(waiving patient deductible)、查驗制度(pinging the system)、為死者申請理賠/不符合資格的會員(claim for deceased/ uneligible members)、虛偽陳述合格的身份(misrepresenting eligibility)、重複請款同一項醫療服務(bill twice for the same service provided)、偽造文件(falsifying document)、使用幽靈員工/使用已故之員工(using ghost employees/using deceased employees)、最大化和複雜化提供的服務(service maximum and complexization)、分開計價(unbundling)、操縱價格(price manipulation)、身份/內視鏡黏膜切除術詐欺(identity/ EMR fraud)、使用未授權的人員(Using unauthorized personnel)、提供不需要的醫療服務(providing unnecessary service)、使用錯誤的診斷(Using wrong diagnosis)、幽靈帳單(Phantom billing)、回扣方案(Kickback schemes)、不當的編碼(Improper coding)，總共發現可能涉及醫療保險詐欺之類型共有 23 項。

3. 不追究過失的保險詐欺

在調查與對抗醫療保險詐欺中，Vullo 在文章中談到 2016 年金融管理局 (Department of Financial Services) 對抗醫療保險詐欺所採取的行動¹⁰⁷。在醫療保險詐欺案件通報中，不追究過失保險占了大部分，對抗不追究過失保險詐欺是該部門最優先進行的任務之一，在 2016 年，該部分與保險業、檢察官和執法部門合作，調查小型、非組織犯罪階段的意外事故，所調查的案件中，發現有些醫療院所他們會提供不實的診斷證明及帳單，給患者向保險公司進行詐騙，這些大規模的調查動作使用了包括法院下令監聽，以及臥底人員滲透進入該犯罪的組織

¹⁰⁷ Maria T. Vullo. (2017). Investigating and Combating Health Insurance Fraud. New York State Department of Financial Services. P. 3-7.

幫派之中。

4. 詐欺和涉入者類型

法國社會安全反詐欺部(Social Security Anti-Fraud Department, DRF)在2008年成功收回1億3千2百萬歐元。除了這筆金額之外，也收回與病假相關的詐欺或濫用的歐元1千3百萬歐元，有將近3千3百萬歐元與醫療院所有關(25%)，1千1百萬歐元是進行整型手術，但是在醫療上所申請理賠的治療都是虛報，許多醫院的治療發票上所記載的都是不需要住院的醫療手續（像是除疣、拆除固定敷料），但是濫用的部分則與處方用藥、物理治療、護士或助產士有關¹⁰⁸。

2011年法國國民議會會期中，開始討論不同類型的詐欺行為，包括在沒有經過開立處方醫師的同意下擅自換藥，改變劑量，增加藥物，在沒有開立處方醫師的同意下更新患者的處方簽，甚至患者拿偽造的處方簽領藥，在藥劑師和開立處方醫師或者患者合作的案件方面，取得政府處方藥物的款項，但實際上患者並未去拿藥，甚至根據消息有些軟體公司提供藥局「全能」軟體，可以讓藥局作假帳，特別是將金額降低已減少課稅；另一種由醫師進行的詐欺的方法是，醫師將病人的電子健保卡留著，並偽造發票假裝他們有來看者。因為患者沒有「Vitale」電子健保卡，患者收到法國國家醫療協助(French State Medical Assistance [AME-Aide Medicale d'Etat])是常發生的事情。在2009到2010年間，從大學醫院(Centre Hospitalo-Universitaire, CHU)收回的理賠金從3千3百萬歐元上升到1億2千7百萬歐元，從2005年開始，以活動為主的花費也證實能有效監督醫療費用支出。

(二) 依據羅戊軒(2010)「台灣地區醫療犯罪與偵查實務研究」發現我國醫療偏差與犯罪行為類型繁多，在不法利益誘惑下，醫療院所醫護人員與不法集團為了獲取不法利益，不斷研究各種與醫療保險詐欺犯罪相關之犯罪手法，使得醫療犯罪之犯罪類型與犯罪手法日益更新，且案件發現不易，造成隱藏式的保險詐欺犯罪相對性的增加，常見之醫療犯罪類型略可分為幾種類型¹⁰⁹：

1. 詐欺型醫療犯罪：醫療院所人員為了獲取不法利益與不法集團掛勾，針對醫療制度及法令的漏洞，研究出各種不同的保險詐欺犯罪手法，使得醫療保險詐欺犯罪之類型及手法更顯得千變萬化，受害主體不僅為各商業保險公司，甚至中央健保局、勞保局等，也都成為受害者，其中對民眾的健康安全較無直接危害的項目，其犯罪類型包括：

¹⁰⁸ Cours des comptes (French Court of Audit). (2010). Report on Securite Sociale.

¹⁰⁹ 羅戊軒(2010)「台灣地區醫療犯罪與偵查實務研究」。桃園：中央警察大學刑事警察研究所碩士班論文。

- (1) 醫師利用願意當人頭之病患，以酸痛貼布、保健食品等各式物品，引誘人頭病患進行健保卡刷卡，由醫療院所詐領中央健保局之健保費用，而民眾由醫師所開立之診斷證明書，向所投保之保險公司申請所投保之保險理賠。
- (2) 醫療院所與不法集團掛勾，直接刷病患之健保卡，造成病人雖未求診卻有診療紀錄，由醫療院所詐領中央健保局之健保費用。
- (3) 醫療院所利用病患就診機會，虛報醫療服務的範圍或重複申報各項檢查或手術的醫療項目。
- (4) 以低單價的用藥或者診療、檢查、手術等醫療行為，申報冒領單價較高之手術診療及藥品費用。
- (5) 以自費看病名目收費，但又盜刷健保給付項目向中央健保局請款。
- (6) 醫療院所以虛報住院天數或者辦理假住院，病患可藉此向投保之保險公司申請保險給付，而醫療院所藉此詐領中央健保局之健保費用。
- (7) 「假癌患、真掉包」：醫師勾結不法集團掉包檢體，私下收賄，把他人癌症組織摻進投保病患病理組織裡，藉由魚目混珠方式讓投保商業保險之民眾得以向保險公司詐領高額之癌症保險理賠金，另一方面醫院也可詐領健保醫療給付。

2. 暴力型醫療犯罪：大多數的手術是病患與醫師的選擇性醫療行為，有些不肖醫療院所為申領較高額之健保給付，教唆醫師向不知情之被害病患告知其病情嚴重，進行一些不必要之醫療行為，但也有一些病患與醫師掛勾，自願截肢而向所投保之保公司進行詐領保險金之非法行為。

3. 密醫型醫療犯罪：「無照行醫」是最常見的密醫案件，醫療院所出資人不是合格醫師，而僱用合格醫師做人頭或租用其醫師執照，進而自己看診或與合格醫師合作看診或僱用不具醫師資格之員工，對就診病患從事醫療行為，開立不實之診斷證明書，醫療院所向中央健康保險局請領健保補助費用，另病患再以診斷證明書向投保之保險公司詐領理賠金。

4. 其他類型

- (1) 醫師結合保險黃牛等不法集團，開立不實之診斷證明，病患藉此申請醫療及殘障等保險理賠。
- (2) 醫師勾結保險黃牛，利用政府補助相關醫療器材，介紹看診病患到這些醫療器材店等機構消費，賺取回扣。
- (3) 醫師收取藥商回扣或其他好處，在開立藥品時有特別偏好。
- (4) 利用不實廣告吸引民眾前往就醫。

從醫療保險詐欺犯罪類型中，探討各式樣的發生原因，發現均有共通的相同點，即醫療院所在醫療保險詐欺中扮演著相當重要的角色，患者之有能力進行醫療保險詐騙，醫療院所的人員難脫其究，為了更加了解醫療保險詐欺，文章中不只探討個人為何要進行保險詐欺，也聚焦在政府的行政程序或任務上，因為他們在制度上的缺失，可能使得投資者看到政府行政程序的漏洞，進而有機可乘實施醫療保險詐欺的機會，所以檢警司法單位在介入保險詐欺案件的時機選擇是非常重要的，另外在相對應的醫病關係中，也可發現保戶就醫與醫生與醫療院所的三角關係，其實是相互各蒙其利的，醫生開立不實之診斷證明書或給予不需要的住院醫療，對於醫生是有業績的，而對於醫院是可以得到商業上的利益或是健保局補助；另外，保戶卻可向保險公司申請商業保險理賠，所以在三方面均能得到好處之下，醫療保險詐欺才會因應而起。

三、醫療保險詐欺犯罪動機因素

在醫療保險詐欺所要探討的犯罪動機中，不難發現經濟與貪財及僥倖心態是佔絕大部分的關鍵，研究者從下列動機因素中進行探討：

(一) 依據黃俊豪(2004)「醫療保險詐欺之研究」中，探討醫療保險詐欺防制上的困難及所面臨之問題，以實際案例分析來論述問題嚴重性並提出未來改進方式，以期對於醫療保險詐欺防制有所助益。主要內容說明如下¹¹⁰：

1. 說明醫療保險發展情況與醫療保險詐欺行為產生的方式，聚交謀和的因素處使產生犯罪的動機。
2. 在制式的醫療體系中，探討醫療病歷的撰寫、保險理賠或醫療院所申報健保給付制度的關聯性、發生住院不實與營運不良醫院之問題，及健保補助制度與商業保險申請理賠，對於醫療保險詐欺之影響。
3. 分析醫療保險詐欺份子組成之集團操控性模式，經由案件破獲蒐集集團成員資料，進一步探討醫療保險詐欺集團之犯罪模式。
4. 針對保險局、各縣市調處委員會及消費者保護機構，對醫療保險爭議案件之處理程序及作法，分析目前醫療保險爭議案件是否有公平性的適法適切的執行，有無其他因素進行干預。
5. 從法院審理醫療保險案件之判決，分析司法機關對於判決內容與審理角度及對於防制醫療保險詐欺漏洞的效果是否適切，重點分析如下：

(1) 儘速完成結合電子病歷作業立法，作為醫療機構實施依據。

¹¹⁰黃俊豪(2004)「醫療保險詐欺之研究」。台北：淡江大學保險學系保險經營碩士班碩士論文。

(2) 對診治方式較不具體之全民健康保險中醫院申報制度部分進行討論修改。

(3) 運用全民舉報查核機制，增加檢舉獎勵及重懲不實申請，以減少醫療資源浪費。

(4) 保險公司對於商品設計方向，應於保單條款上明確列入道德危險之相關除外不保事項，並減少增加高誘因理賠商品，以免增加詐保機會。

(5) 保險公司須針對保險業務員的招攬品質進行有效的控制及明確的獎懲制度。

(6) 加強各保險公司核保、理賠人員專業知識之提升，並建立高道德標準教育，以健全醫療保險體制。

(7) 增列或研修保險法令，確立醫療保險詐欺單位，能夠發揮出獨立仲裁的魄力及專業性評判。

(8) 增加司法機關對保險詐欺之了解，有助於執法及仲裁法官對於保險詐欺涉訟案件做出正確判決。

綜上，研究者認為該研究雖以探討醫療保險詐欺防制上之困難及所面臨之問題為主軸，但其研究結論均以制度面之改進做為研究方向，其實在醫療保險詐欺上，發現問題出現在醫院本身詐領健保費及醫師與保險黃牛掛勾開立假診斷證明書的案例不在少數，例如「林進興醫院」及「溫室家族」詐領保險金案即為一實例，故該研究如能對醫院或醫師的診斷結果，研究出指定醫院複檢的機制，以交叉比對驗證病情的方式，將能更準確得知醫院或醫師有無開立假診斷證明書，對醫療保險詐欺的防制將更有幫助。保險詐欺案件亦形成一漏斗效應狀態，因事故申請保險理賠之案件，除了不符合保單條款規定不予理賠外，尚有一些因素是不應理賠而被詐領的，例如：

1. 因保險公司具有爭議性經協商和解之保險理賠案件。
2. 對於疑似保險詐欺但卻無實據可證明涉及保險詐欺犯罪之案件。
3. 經法院訴訟判決保險公司必須賠付及雖已賠付，但法院判定理賠申請人有罪案件。
4. 保險理賠申訴案件。
5. 保險公司得知賠付錯誤求償案件。
6. 案件偵破後清查同類型或醫療院所驟減申請之保險理賠案件。
7. 統計全部保險理賠漏斗效應之黑數資料，再以比例值推斷其已賠付案件中之理賠黑數金額比例誤差百分比。

故由上列醫療保險詐欺動機因素得知，從保險理賠投保人數到申請人數到實際理賠人數應為一漏斗形狀，而這個漏斗樣態將會因所發現之不同的動機因素，所產生之值與量而有所改變。

(二) 依據劉佳芬(2016)「醫療院所參與保險詐欺之動機研究」¹¹¹，發現該研究主要論述因醫療保險詐欺動機因素，以保險公司的立場而言，有些理賠金額小、重覆性高之詐騙行為，耗費巨大的資源處理這種小詐騙案件，往往是不符成本的，故常因不處理而讓不法保險詐騙份子僥倖得逞，造成保險詐騙份子以鯨吞蠶食的方式，造成保險公司財務上的巨大損失。此外也因風險轉嫁因素，讓醫療保險商品不斷增加費用，扭曲了我國醫療保險市場的健全發展，也傷害了整個保險體制。而在醫療保險詐欺案件當中，醫療院所及醫事從業人員，往往是保險詐欺案件的絕對關鍵角色。該研究以醫療保險詐欺形成的動機與誘因為研究目的，並以醫療院所為研究標的，透過社會交換理論來解釋其參與醫療保險詐欺之動機與獲得的有形與無形報酬，並以訪談法得出研究成果，分別針對「營運考量迫使地區型院所參與保險詐欺」及「醫療霸權的持續與詐欺行為的助長」，提出相關建議有六點：

1. 保險公司理賠端需與醫護人員必須建立互信關係
2. 加強保險公司理賠端的醫療專業新知及對抗詐保案件的決心。
3. 建議金融保險機關應全面性的加強相關醫療保險詐欺的犯罪宣導。
4. 保險公司核保與理賠部門，應加強彼此間的聯繫，掌握異態樣的可疑詐保案件。
5. 建立具體性的保險公司防制制度，增列連坐法之約定，已提升核保與理賠端之水準。
6. 加強主管機關監督管理機制，與推出公正合理之調解機構，或強勢回歸司法單位審查的機制。

(三) 依據周文科(2004)對台灣地區詐欺犯罪問題之研究，發現保險詐欺犯罪具有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟的因素，導致違法行為應受譴責的領會程度較低，並未將所犯罪行視為係犯罪人的行為，反而自認犯下保險詐欺犯罪者是聰明、有辦法的行為，扭曲了社會普遍良知的道德標準，另外對於不亦查證導致追訴困難，而造成高犯罪黑數等因素是造成保險詐欺的動機因素

¹¹¹劉佳芬(2016)，醫療院所參與保險詐欺之動機研究。台北：淡江大學保險學系，碩士論文。

112。

對於醫療保險詐欺犯罪者經審判入監執行的人數，呈現逐年下降之趨勢，且量刑有明顯的從寬從輕之情形，被判處科刑仍以6個月未滿居首，判處一年以上者為數不多，仍以2-6個月居多，造成從事保險詐騙份子之輕忽。研究中提出詐欺管理生命週期理論，認為保險詐欺犯罪是所造成結果，不只保險公司受害，對社會民眾或客戶不便亦有所不變，且所產生的保險理賠機會使成本增加，犯罪者再由詐欺犯罪活動中，取得不法利益，並將此成本轉嫁社會大眾身上，故將保險申請理賠週期區分為：嚇阻、預防、察覺、緩和、分析、政策、偵查、追訴八個階段。

依據保險詐欺的犯罪模式，亦同時具備有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟、追訴困難、高犯罪黑數等六項因素，與周文科之保險詐欺犯罪具有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟的因素相吻合，故適合本項研究發現；但將保險申請理賠週期區分為：嚇阻、預防、察覺、緩和、分析、政策、偵查、追訴八個階段，研究者認為在醫療保險詐欺犯罪中，發現一般的嚇阻行為，並無法達到嚇阻的目的的，因為刑期過低嚇阻力量相對的就無法發揮效果，反而以教育、有效的預防政策、核保審核與理賠人員的高敏感度察覺能力、減少高誘發式的保險產品，對於醫療保險詐欺的防制才是最佳的預防政策。

（四）美國10個流行的醫療保險院所詐欺計劃¹¹³

一般醫療院所應該是充滿誠實，道德，敬業和忠誠的專業人員，但是，像所有的行業一樣，醫療院所也是有違背社會道德的人，在美國西田納西州專業服務的私人調查員調查的結果，描述出將如何因應對並降低醫療保健成本。

1. 醫療院所未提供帳單明細，進行保險詐騙

有些醫療保險詐欺中，發現有些醫療機構向政府或保險公司申請醫療補助，但這些申請人的資料都是偽造的，因為他們會根據當天就診的人偽造他們的就醫記錄，來詐領醫療賠償或補助。

2. 重複承保服務進行結算

有些醫療院所進行實驗性的治療，但該治療卻沒有被政府其他保險公司批准。醫院隨便的找一些可以獲得理賠的名目就申請理賠，但大多數病人只關心兩件事情，就是健康或從痛苦中得到解脫，以及他們自己要付多少醫療費，所以他們並不會知道，也不會在意這樣的過程。

¹¹²周文科（2004），「對台灣地區詐欺犯罪問題之研究」。台北：國立政治大學行政管理碩士論文

¹¹³ 2013年1月至2月 Charles Piper, CFE, CRT. <https://www.linkedin.com/in/cpipercfe>

3. 虛假陳述服務日期

有些醫療院所申請理賠時，不是一天對同一個患者進行治療，但是申請理賠時卻分兩個不同的日期申請，所以詐欺者在申請書上列出的服務項目實際上是有提供的，但日期卻是錯誤的，因為他們可以獲得更多的利益。

4. 虛假陳述看診地點

在美國如果沒有由醫師進行診治及注射治療是無法申請保險理賠的，但有些醫療院所的醫師卻要患者自行在家進行藥劑注射，理論上醫療機構責任應在注射後數分鐘監測患者，以確保患者不會有不良反應，但是調查者查了申請理賠或補助的表格，發現醫生給患者報告卻是在診所內進行了注射，甚至有些醫師所提供看診的時間，實際上是休假的。

5. 冒充醫師看診

據調查發現在美國有些醫師只負責在保險理賠申請表上簽名，但實際上看診的卻不是有合法執照的醫師或是未接受培訓的治療師，在這些情況下，受影響的保險公司仍然會支付由受過較低教育的治療師提供的護理，只是支付的理賠費用會較少，而由領有牌照的醫師親自看診簽名，則可以申請較多之理賠。

6. 放棄免賠額和共同付款

在美國的保險制度，許多看病項目是需要自費治療的，但有些醫療院所卻吸收了這些自負的費用，然後向保險公司以其他醫療項目來進行申報，以彌補差異。甚至有些更不擇手段的增加了一些其他的虛假治療項目，以增加他們的非法收益，因為他們知道患者只要不需要再付款就不會抱怨。

7. 錯誤的診斷或增加收費標準

有些醫療院所會不擇手段的增加額外收費，例如，如果一名老年病人在療養院內，一個沒醫德的醫務人員可能會故意誤診她，並要求（不必要的）使用電腦斷層掃描（CT）掃描和或血液檢查，做一些不需要的檢查，當然，也就需要更長及更昂貴的住院時間與金錢。研究發現了一個現象，就是很多經常住院病人的病例，發現一旦他們的保險理賠範圍用完了，他們就神秘地“變好了”。其中最普遍的就是分開收費，原本合併檢查的費用是比較便宜的，但醫療院所卻會將該些治療及檢查的費用分開計算收費。比如一個正確的計費子宮切除手術將花費\$ 1,300美元，如果醫療院所將這一程序分開計算，所收取費用會包括950美元用於切除卵巢和輸卵管，671美元用於腹部探查，250美元用於闌尾切除術，550美元用於“粘黏溶解”，總共為\$ 3,721元¹¹⁴。

¹¹⁴ACFE（註冊舞弊審查員協會）2013年「詐欺審查員手冊」中的1.1130。

8. 服務的過度使用

研究中發現，根據“美國全國藥物使用和健康調查”，2011年12歲以上的人有1260萬人需要治療非法藥物或酒精使用問題，佔人口8.4%，有230萬人需要治療者，佔10.8%，在專業設施接受治療。很明顯，這個領域有很多潛在的詐欺行為，只要病人仍然有可使用之醫療保險能夠付款，醫療院所就會充分利用這些設施，進行醫療詐欺的行為。

9. 貪腐（回扣和賄賂）

調查中顯示醫療院所就像所有行業一樣，貪腐可能性很大。有些醫療院所非法支付或接受轉介支付費用，這種做法可能會導致濫用服務，如X光，核磁共振成像，處方藥等非必要的服務。要證明賄賂或收回扣，必須建立交換條件才能充分證明提供者為了推薦而付出或得到了有價值的東西是極為重要的，並不是很容易做到。有時回扣或賄賂隱藏或偽裝成豪華假期，折扣設施租金或隱藏的禮物，而不是在桌子下面放下支票或現金，曾經調查了一家提供虛無的辦公室租金給另一名看診的醫生，目的就為了向他轉診病人收取回扣而作為掩飾。

10. 開立虛假或不必要的處方藥

在「美國控制處方藥的轉介與濫用處理櫃檯」一文發現，在哥倫比亞大學所發表由國家成癮和藥物濫用中心（CASA）編寫的一份長達214頁的2005年報告中首先意識到了這個問題的嚴重性和發展。據報導，從1992年到2003年，濫用控制處方藥的美國公民數量從780萬增加到1510萬人。止痛藥是最常被濫用的處方。這些藥物的黑市價值幾乎是法定處方價值的10倍。從一項調查中發現，藥劑師從他的雇主的庫存中偷走了大量的止痛藥，再從保險公司電腦上資料獲得其他保戶姓名和保險單號碼，然後以電子方式向保險公司提供了偽造的申請理賠，這些保險受益人甚至從來不知道藥劑師非法使用他們的名字和保險單，因為大多數人沒有收到他們的保險公司所寄的通知，也沒有任何保險受益人在計劃中損失任何金錢。

在「美國10個流行的醫療保險院所詐欺計劃」中，最主要在探討醫療院所違背社會道德的各項偏失行為，研究者認為其中「開立虛假或不必要的處方藥」與「錯誤的診斷或增加收費標準」二者而言，與醫療保險詐欺犯罪動機因素較為相近且貼切，因為開立虛假或不必要的處方藥與開具不實之診斷證明書，作為詐保的依據正是醫療保險詐欺犯最重要的因素之一；另外在各項醫療檢查方面，在臺灣因為健保制度民眾可以不需要付費進行檢查，但並不代表浪費醫療資源健保局就不用付費給醫療院所，患者還是可以依照所投保之醫療保險商品，向所投保之保險公司申請住院或是重大疾病的醫療給付，像這種浪費醫療資源型態的詐騙，受害者還是保險公司與健保局，故如何判別醫療資源之必要性支出及使用，與平衡醫師權利的審核機制，應該是最重要的另外一種議題。

(五)從陳明興(2011)人身型保險詐欺犯罪特性及其歷程之研究¹¹⁵中,發現保險詐欺犯罪的偵破過程,從投保後保險公司核保的過程到司法機關公權力介入調查,均是需要藉由保險公司與司法機關,縱向與橫向面的聯繫相互配合,才能順利偵破保險詐欺案件,研究中有五種建議進行分析:

1. 保險公司分層負責與環環相扣的把關模式,是防制醫療保險詐欺犯罪最有效的方法。

2. 醫療保險詐欺案件在檢察單位分設專組偵辦;在警察機關設置專責單位,負責與保險公司作為對口聯絡單位,並訂立獎勵跟評核規定,是提升保險詐欺案件破案最好的方法。

3. 保險詐欺在刑期的宣判遇阻力及嚴屬性均不夠,且大多數的保險詐欺犯罪所得與刑期判決不對等,可見保險詐欺在刑法裁判上的嚴屬性是不夠的,遇阻力量相對自然也就偏低,就難以達到嚇阻的力道。

4. 預防保險詐欺案件,最有效的方式是整合各保險公司現有的資源,向保險詐欺犯罪者進行宣示防詐騙的決心,使詐保者知難而退。

5. 建立保險公司與警察之間的合作關係是破案的關鍵:各保險公司對於保險詐欺犯罪不要再保持沈默,不僅要從幕後走到幕前,更應要配合司法機關對保險詐欺犯罪案件聲明譴責,更要聯合各保險公司,不定期的舉行保險詐欺犯罪預防宣導,並利用各項相關的座談會與專家學者進行會談尋求協助,一面宣示保險公司對保險詐欺犯罪者防制的決心,並讓從事保險詐欺犯罪之不法份子有所警惕,建立起全民對保險詐欺犯罪的防制共識。

在保險詐欺犯罪中,建立保險業者與警察之間的合作默契,這樣對於偵辦保險詐欺案件的契機及降低犯案率,有正面的助益,因為不管發現有一半以上的保險詐欺案件是由保險公司人員舉報的,而保險詐欺案件在急迫性並非最高,所以保險公司與警察機關建立合作關係是最重要的。因為醫療保險詐欺犯罪預防所涉及層面廣闊,從法律的處罰至爭議性的裁判都涵蓋在內,牽涉的單位非常廣泛,故醫療保險詐欺犯罪動機因素,從保險公司商品設計、業務招攬、核保審查、徵信調查、理賠申請文件審核及涉及道德危險調查等,只要這些層面保險公司都能嚴格把關,醫療保險詐欺犯罪,一定會大幅度降低。

(六)從 Paul Jesilow, (1993) 醫生如何欺騙醫療補助計劃中,發現醫療保險詐欺案件除瞭解保戶的基本資格外,最重要的是如何判定保險詐欺犯罪的實施者

¹¹⁵陳明興(2011),人身型保險詐欺犯罪特性及其歷程之研究。桃園:中央警察大學犯罪防治研究所,碩士論文。

¹¹⁶，分述如下：

1. 醫師詐保

社會醫療補助計畫和聯邦醫療保險計畫讓醫療人員有進行詐欺和濫用的機會。醫師被騙接受聯邦福利計畫，因為他們以為自己可以控制該計畫將採行的方向。詐騙的方法分為：

(1) 獲得較高的社會醫療保險給付的金額。

醫師開立醫囑和不需要的醫療程序，這是竄改理賠申請資料。醫師看到這個制度的漏洞，早在 1980 年代在國家醫療保險計畫簽署生效之後，就開始鑽漏洞。不論醫師這麼做是為了向聯邦政府炫耀其權力，每年有近 200 名醫師因詐保和濫用而遭剔除這個計畫之外。執業醫師進行詐保的方法有很多，醫師會用「幽靈保單」進行醫療保險詐欺，詐騙方法是由醫師及其團隊創造出有人來就診(但實際上並沒有)的過程。

(2) 重複開立帳單

這種方式是開立兩份帳單，一份給社會醫療補助計畫，一份給病人或其他家醫療保險公司，進行重複請款的動作。

(3) 藥物替代

醫師向社會醫療補助計畫申請給付藥價。他們提交的申請資料上寫的是給病患原廠藥，但實際上患者拿到的卻是副廠藥(較符合成本效益的藥物)。

(4) 與他人合作進行醫療保險詐欺

醫師給予他人回扣，恐嚇他們協助他們進行醫療保險詐欺，利用各種手法使醫師從醫療實務中獲利。獲利的類型包括金錢、禮物、免費假期，讓他們將患者轉診給該名醫師，或是參與詐保行動。像是以假症狀或假理由就醫。

(5) 將各種醫療分類定價

這是醫師將醫療服務分類訂定較高的價格，如果是合併相關的醫療服務的話，價格會較低，這會造成較高的理賠率，患者也會收到一堆帳單。

(6) 在請款單上填上的都是單價較高的醫療費用代碼，而非所需的治療項目代碼¹¹⁷。

¹¹⁶ Paul Jesilow, Henry N. Pontell, Gilbert Geis. (1993). Prescription for Profit: How Doctors Defraud Medicaid. University of California Press.

不僅只有醫師本人向聯邦政府進行大規模的醫療保險詐欺，為了成功向聯邦政府詐保，與醫師一起合作進行詐保的團隊還包括員工、招募者、經歷、開立帳單的人和洗錢者也是。

2. 病患進行詐保

病患的醫療資訊與進行醫療保險詐欺有密切關係。有時醫師會意識到患者有進行醫療保險詐欺的企圖時，面臨到是否通報保險公司，或保護患者的個人資料。在許多例子中，病患醫師一樣必須為其詐保負責，因為患者有很多進行詐保的方法。

(1) 盜用醫療保險身份

大部分的時候，當醫師觀察到患者使用他人的保險來看診，這就是盜用身分。每個人的保險計畫與他們的社會保險號碼有關，這值得病人難以使用家庭成員或朋友的保險卡。未進行保險詐欺與盜用個人的身份，會對他們的人身安全造成莫大的影響。像是當有兩個不同的人使用相同的名字、出生年月日和社會安全碼來就醫時，使用者會改變卡片裡面的血型、過敏物質、和疾病史。為了辨識身份，政府鼓勵全國的醫院和醫療機構讓患者告訴工作人員自己的個人資料，而非由工作人員說出患者的個人資料，以保護自己。常見的情況是，若有人盜用他人身分，他們可能會有口誤的情形，或提供不正確的資訊。並鼓勵民眾用碎紙機碎掉上面有個人資料的個人文件，而不是只碎掉病歷和醫療資訊。上面有個人資料的文件必須放在家中安全的地方以避免被竊。

(2) 美國聯邦政府也提出用以確保各地患者安全的計畫¹¹⁸

該機關是反對保險詐欺的保險機構，他們制定了違反保險詐欺的立法，並教育公眾及消費者，及提供保險詐騙諮詢，消費者可以找到保險詐騙警告的相關文章，了解保險詐欺報告的案例以及如何保護自己的資源，美國防制保險詐欺聯盟(Coalition Against Insurance Fraud)教育美國人民，提醒個人資料安全的重要性，及如何避免自己成為醫療身份被竊的受害者。依據防制保險詐欺聯盟網站的資訊指出，他們鼓勵每個人必須意識到「非法和假治療、成癮物質、及那些稱為免費資療」的部分其實都是醫療身份盜用犯取得個人資料的方

¹¹⁷ Malove, R. D. (2017). Retrieved April 13, 2017, from <https://www.robertmalovelaw.com/library/types-of-medicaid-fraud-and-penalties>

¹¹⁸ Kopit, Alan (April 23, 2004). "Don't fall prey to health insurance fraud". MSNBC. ◦

法。防制保險詐欺聯盟認為，涉入醫療身份盜用犯會造成「信用受損、喪失醫療保險、不正確的紀錄、官司纏身、和較高的醫療保險費。」保護自己免於成為醫療保險詐欺受害者的方法包括福利說明書(explanation of benefits, EOB)，監督自己的保險福利，檢查自己的病歷，保護自己的信用和修正不準確的病歷部分。

在醫療保險詐欺犯罪發生的動機因素中，最主要還是醫師與病患的詐保關係，有些保險經紀公司的保險仲介黃牛，他們為了獲取不法利益，慫恿與協助保戶進行詐騙，醫生重複開立處方用藥，並與他人合作進行醫療保險詐騙等；患者也盜用他人身份進行看診以獲得不法之保險理賠；有些患者為了詐領醫療保險給付，甚至利用各種手段夥同共犯，到保險公司舉牌抗議，並對理賠人員施以恐嚇、辱罵或拉布條抗議或胡亂向媒體投訴，以破壞公司形象為手段行詐保之實，再者向各縣市消保官、消基會或各級的民意代表投訴，利用各式手段取得詐保之目的，保險公司往往為了保持公司良好的社會形象，而遭屈服詐保得逞，所以研究者認為，保險公司在處理醫療保險詐欺的問題上，採取的最長遠的作法還是要教育保戶和患者正確的保險觀念，以免觸法。

四、醫療保險詐欺犯罪現象及趨勢

本研究對於醫療保險詐欺犯罪現象及趨分析中，共發現楊超倫「保險詐欺決意歷程之理性因素研究」及林秉耀（2005）「從風險管理與犯罪預防觀點論保險詐欺之防制」二篇文章，符合醫療保險詐欺犯罪的現象，分別進行分析探討：

（一）依據楊超倫（2004）保險詐欺決意歷程之理性因素研究¹¹⁹中，發現從犯罪的主觀意識去進行瞭解，可以考量到多個問題，其中考量是否有金錢以外的利益問題？行為人的家庭經驗所造成的影響？從受訪者的個人經驗結合情境脈絡，以獲得與案情有相關聯的訊息及資訊，並藉由與受訪者「主體性」的認知及「有意義的架構陳述」上進行根本的研究，對於殺人詐領保險金犯罪者之「犯罪決意歷程」的探討，並非每個人均會選擇此類犯罪，也不一定犯罪者都有刑事案件前科，而共通點則是有債務及財務上的危機，犯罪人可能因投資事業或個人非法投資而發生鉅額的債務問題，加諸在被害人或加害人本身之間均有承受債務的壓力，如向地下錢莊借錢或賭債等。在機會因素方面則有利於客觀的犯罪機會或誘因，因為「情境變項」會因當下需求與動機而改變，也有可能因誘因而立即著手犯罪等；在實施犯罪前均經為詳細的進行計算推算及考量各種可行策略，整個詐領保險金的過程，在主觀的認知中，大都以利多於損為前提，只要認為是有利可

¹¹⁹楊超倫（2004）「保險詐欺決意歷程之理性因素研究」。台北：台北大學犯罪學研究所碩士論文。

圖的事，行為人便會願意去發動相關的犯罪行動，為合理化犯罪時的行為，犯罪者也會將不安愧疚的心理因素減輕，以降低犯罪成本的因素考量，

因此，以醫療保險詐欺犯罪，在實施犯罪後會有合理化解釋自己的犯罪行為，及湮滅犯罪證據的舉動，且湮滅證據的目的是為了降低可能遭到預期刑罰的主觀意識，試圖跳脫自己違法的犯罪心理成本因素，起心動念的詐保因素，除非是隨手可得，否則發現動機幾乎是長久以來犯意累積的行為表態，行為人長期隱忍著犯意並籌算著犯罪計畫，等待時機一旦成熟或客觀的機會出現後，即會動手進行犯案。故可推算醫療保險詐欺之犯罪行為，均是預謀性的犯罪行為，不管購買保險之初是否已種下詐保之因子，但要實施詐保之行為一定是考慮再三，且經過詳加考慮及評估，才會著手進行詐保行為。

(二) 依據學者林秉耀(2005)從風險管理與犯罪預防觀點論保險詐欺之防制¹²⁰，發現對於防制醫療保險詐欺犯罪所發生的風險，保險公司是可以更審慎的進行因應作為以達到降低詐保的，發現分析如下：

1. 風險自承原則：並非每一件醫療保險詐欺案件，保險公司都會追查到底，因為對規模小、影響層面不高的保險詐欺案件，在保險公司是列為「可容忍的詐欺」，是可以被接受的，因為花費在調查上面之費用，比起賠付這類規模小的保險詐欺案件，經費還要高出許多。

2. 風險規避原則：統一建立「防範保險詐欺查核表」作為檢核依據，不論是在進行核保或理賠作業，依據統一作業查核表所規定之流程嚴格查核，大部分的詐保案件均可避開保險詐欺的風險。

3. 風險分散原則：保險公司對於較明確損益賠付的投保案件，只要針對理賠損失案件頻率較低，損失幅度較明顯的的案，可與同業建立共保機制，以分散損失率的方式進行；另外對於損失頻率發生較高、但損失幅度卻較小的案件，則可採取約定保戶自負額的方式來承保，以分散遭詐保的風險。

4. 風險轉嫁原則：保險公司成立戶抗詐保聯盟，約集相關保險同業共同成立保險互助組織，把保險詐欺所帶來的風險分散轉移給相互保險組織，以減輕必須理賠鉅額保費時所帶來之風險。

在醫療保險詐欺犯罪風險承擔上，利用風險自承原則、風險規避原則、風險分散原則、風險規避原則等，進行責任減輕，分擔鉅額的保險理賠，同樣的對於詐保之保戶，大都不只投保一家保險公司，故集合共同保險人聯手進行調查，集

¹²⁰ 林秉耀(2005)，從風險管理與犯罪預防觀點論保險詐欺之防制。台北：政治大學經營管理研究所碩士論文。

結多數保險公司的力量，聯手進行防詐保行動，不僅可獲得多數防詐保意見，在出庭作證時亦可形成多數意見，達到眾口成金的裁判結果，有助於醫療保險詐騙案件的防制。

五、醫療保險詐欺犯罪防制

在醫療保險詐欺犯罪防治方面，分為從防制對策、通報機制、防制醫療資源浪費及運用科技等方面進行防制。

(一) 依據韋俊青(2006)，我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策之研究¹²¹中，發現透過相關理論探討、文獻資料回顧及理賠個案與相關統計資料蒐集可進行有效率的防制保險詐騙分析，進行深入瞭解保險詐欺集團犯罪之發生成因及現況，並對保險詐欺犯罪的特性、類型、手法進行分析，並適用透過法規及共犯成員運用組織結構進行防制；另外，為使司法及檢警人員，對於保險詐欺犯罪集團的趨勢與現象有更進一步的瞭解，於醫療偵辦保險詐欺案件時，為提高破案率，能夠清楚的釐清各相關癥結點，找出問題的所在，同時蒐集及彙整保險詐欺集團犯罪防制工作所遭遇到的困難，並對未來有關醫療保險詐欺犯罪的防制對策上提出看法及建議，分述如下：

1. 建立完備的理賠通報制度並擴大通報範圍。
2. 首先由核保之初即對犯罪集團成員進行篩檢。
3. 修正設計避免漏洞的保單條款，提升新商品的效力及內容。
4. 定期針對異常理賠現象進行分析統計。
5. 隨時與檢、警、調單位，保持密切合作關係。
6. 建立海外聯絡機制，以利配合調閱相關文件的協助管道。

有關「我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策之研究」，雖以刑事警察局所破獲之保險詐欺犯罪集團個案作為樣本分析，但因參酌之破獲個案僅3案例，代表性恐有不足之處，且該研究有關壽險公司對於各保險詐欺犯罪之防制對策，除辦理保險犯罪防制教育訓練外，也配合產、壽險工會建立保險詐欺犯罪防制資料庫，及對外推廣保險犯罪防詐騙的觀念，最主要的還是要加強提報保險犯罪事實配合司法偵查或委託專門機關辦理保險理賠調查等工作，因為保險詐欺案件在司法機關公權力未介入之前的犯罪證據蒐集是非常重要的，而且保險公司是首當其衝，故提高保險公司核保人員的篩檢犯罪能力固然重要，而「保險理賠調

¹²¹ 韋俊青(2005)，我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策之研究。台北：淡江大學保險學系碩士論文

查」亦是不容忽視，唯有雙管齊下方能有效的防制保險詐欺犯罪發生。

(二) 依據吳佳擘(2016)健康保險詐欺型態與理賠防制策略之研究¹²²中，因保險詐欺之黑數難以估計，增加了高度的道德風險，同時會因保險詐欺案件的增加，讓大多數的良善保戶在不公平的對等之下提高保費，又因一般商業醫療保險之詐欺，大都因理賠金額低次數又頻繁，至保險業者在不符成本及未吸收保戶的情況下，採行放任政策，終至使保險詐欺犯罪詐騙之風氣增加，進而有朝向集團化與專業化的趨勢。對我國目前之商業醫療保險的保險詐欺行為，由實務面進行歸納整理，並提出研究之三項成果，分別為：

1. 醫療保險詐欺案件往往事出突然，未必預先規劃，卻可能因動心起念或善惑下而臨時起意。
2. 醫療保險詐欺案件醫療院所扮演著關鍵性的角色。
3. 為對醫療保險詐欺犯罪進行防範，必須與當事人保持聯繫，隨時注意與關心其生活起居，以建立起發生事故之真實性研判。此外，研究者由專業理賠人員之視角，提出於理賠程序中所當改進之處，以供有關單位參考。

故「健康保險詐欺型態與理賠防制策略之研究」一文中，可理解到保險詐欺案件的防制亦需要考量成本花費的效益，如超過損以考量，就有可能讓醫療保險詐騙變成犯罪黑數，而醫療保險詐欺案件發生的時機點，可能會因犯案機會的出現而臨時起意發生，而醫療院所在醫療詐保案件中，扮演著關鍵性的角色與本研究之主張相同，因此，由本文得知醫療保險詐欺犯罪在保險公司的立場上，不會只考量案件的發生，還會考量到成本的效益，故這種情形也有可能埋下更多詐保的案件發生。

(三) 防制醫療補助計畫的詐欺、濫用和浪費¹²³

從Ellis, Anna. (2018) 醫療補助詐欺、濫用和浪費一文中，發現20世紀初期，美國研擬建立健保制度的政策，1965年詹森總統簽署社會保險，社會保險法生效。在社會保險法包括社會醫療補助計畫(Medicaid)和聯邦醫療保險(Medicare)，成為當時美國人的醫療保險，當時的美國人工時長，人民努力工作，想要讓家人擺脫貧窮狀況。所以「疾病保險(sickness insurance)」可以讓個人在海外生病的時候免於因沒錢無法就醫的窘境。然而，當美國人開始實施「疾病

¹²²吳佳擘(2016)，「健康保險詐欺型態與理賠防制策略之研究」。台北：淡江大學保險學系，碩士論文。

¹²³Ellis, Anna, "Medicaid Fraud, Abuse and Waste" (2018). Integrated Studies 136. <http://digitalcommons.murraystate.edu/bis437/136>

保險」時，他們了解付給他們尋常工資遠高於涵蓋的醫療費用。在建立醫療保險方面，美國還落後許多國家，但從疾病保險轉變為醫療保險的速度是很快的，因此開起了醫療保險的大門，最大的變化就是當公司開始給員工他們的醫療費用，而非當他們失業時才給付，但令人遺憾的是，這些公司大部分的經費都用來發展公司，只能提供給員工本人的福利，而無法納入員工家人及小孩享有相同的福利。

到了1950年代初期，醫療保險的基礎更加穩固。政府記取經濟大蕭條和第二次世界大戰的不足，加速發展建立全國醫療保險計畫的脚步，建立起聯邦醫療保險策略。在這10年中，歷經相當多嘗試與錯誤，包括大部分的保險計畫並未將從事農業或自雇者納入其中。這兩類在當時就佔了60%的美國人口。從1961年開始，包括甘迺迪在內的每位總統候選人都將全民醫療保險作為勝選後的施政重點。此時，政府的目標與私人醫療保險公司達成協議，建立給付標準。在政黨和醫療保險業這些嘗試與錯誤經驗的累積下，聯邦醫療保險終於開花結果。簡言之，聯邦醫療保險的目的是讓年長者享有初級醫療服務和給付私立醫院清單中的醫療服務¹²⁴。

1. 聯邦醫療保險給付的醫療服務

在政府聯邦醫療保險的網站上列出給付最新、詳細的醫療服務。在這裡，聯邦醫療保險提供的醫療服務大致包括：

- (1) 住院服務
- (2) 門診服務
- (3) 早期和定期篩檢
- (4) 診斷和治療服務
- (5) 家庭醫師服務
- (6) 鄉村醫療診所服務
- (7) 生理檢驗和 X 光檢查
- (8) 家庭計畫服務
- (9) 家庭護理師服務
- (10) 醫療轉送服務
- (11) 聯邦級醫療中心服務

還有選擇性的給付項目。在這個部分各州透過社會醫療保險計畫給付的項目不盡相同，像是保險項目給付的處方藥物、診所服務、職能、物理治療、語言和聽力障礙等治療服務，以及呼吸道照護服務、臨終關懷、整脊治療、眼鏡、義肢

¹²⁴Berkowitz, E. (2005) Medicare and Medicaid: The Past as Prologue. Retrieved on April 13, 2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194925/>

等等¹²⁵。

2. 納入保險資格

聯邦醫療保險提供數百萬美國人醫療服務補助，包括符合資格的低收入的人、兒童、孕婦、年長者和身心障礙人士，聯邦政府規定由州政府執行會醫療補助計畫。這個計畫是由聯邦和州政府出資。許多符合資格的要件都列在平價醫療法(Affordable Care Act)中，並依法執行¹²⁶。病人的資格是以調整後總收入為主(Modified Adjusted Gross Income, MGI)。但在社會醫療保險中並未採用相同合乎納入保險資格者(社會醫療保險的納入標準是身心障礙人士和65歲以上者)。

(四) 醫療保險詐欺通報和預防

1. 保險公司發現通報

在紐約保險法第405節中要求保險業者向金融管理局通報有保險詐欺嫌疑的案子。金融管理局有一個網頁，網頁中有一個案件管理系統，也就是眾所皆知的詐欺案件管理系統(Fraud Case Management System, FCMS)。此一網頁能讓保險業者以電子系統的形式呈交疑似保險詐欺案件。在2016年，金融管理局收到23,472件保險詐欺案件，約94%是由保險業者以電子系統呈交。詐欺案件管理系統對保險業者的益處包括：

- (1) 傳送完疑似詐欺案件報告之後會收到一封電子收據，表示已收到該份報告。
- (2) 告知案件指派的情形。
- (3) 最後的案件配置情形。除此之外，保險業者受惠的是線上協助篩選和線上操作手冊和搜尋與互相參照的特色。

2. 消費者檢舉通報

金融管理局鼓勵消費者通報疑似的醫療保險詐欺案件和維持免付費電話，以促進案件之通報。金融管理局的紀錄顯示，在2016年每周平均會接到13通通報電話。金融管理局的網站消費者這一節中，有一個連結可連結到詐欺案件通報表格和消費者向金融管理局的指示。

3. 遵守紐約保險法 409 節

紐約保險法409節要求保險業者必須有份保險契約，這份契約必須寫道有3,000次個別意外、醫療、工作補償金或汽車保險；或訂定一份團體保險契約，契約必須發給3,000名個人或每年有3,000人拿到這份保險契約。保險業者必須呈交

¹²⁵ Medicaid.gov. (2018). <https://www.medicaid.gov/>

¹²⁶ 同上引註。

一份詐欺預防計畫，用以進行偵查、調查和預防保險詐欺。有執照的健康維護組織(health maintenance organizations, HMOs)至少有60,000入會者，也必須呈交一份詐欺預防計畫。計畫中需有全職的特別調查小組(Special Investigations Unit, SIU)，在特別調查單位也必須有特定的成員層級。必須將提供預防計畫給特別調查單位和在特別調查單位裡的特定成員。

4. 詐欺預防計畫的規定

在詐欺預防計畫中必須包括保險法第409節詳細說明的資訊。要成為特別調查小組的調查員，必須具備的條件包括符合在保險法第409節和金融管理局規定中列舉的教育程度或專業經驗。

保險法第409節和金融管理局規定也要求下列資訊/程序也必須包括在所有的詐欺預防計畫。

- (1) 特別調查小組與執法單位和檢察機構的相互聯繫和互動。
- (2) 設計「詐欺偵查和程序」手冊來協助偵查和排除詐欺行動。
- (3) 特別調查小組成員的層級和可運用資源的客觀條件。
- (4) 提供調查、理賠申請、和保險業從業人員辨識和評估保險詐欺的在職訓練。
- (5) 設計以保險詐欺的成本和頻率，和大眾可協助預防詐欺方法的公眾意識宣導計畫。醫療保險詐欺的問題仍會持續存在，也是保險詐欺局主要的工作之一，在未來的一年，保險詐欺局將積極、持續的繼續對抗醫療保險詐欺。
- (6) 對抗醫療保險詐欺的跨部門合作

金融調查局的調查員與保險業地區、州和聯邦層級的執法機關合作。設計這樣的工作團隊是要加強許多負責打擊醫療保險詐欺的執法機關的合作和溝通。這些機關和任務小組包括¹²⁷：

- a. 紐約州西部醫療保險詐欺任務小組(Western New York Health Care Fraud Task Force)
- b. 紐約州中部醫療保險工作小組(Central New York Health Care Fraud Working Group)
- c. 羅切斯特醫療保險詐欺工作小組(Rochester Health Care Fraud Working Group)

¹²⁷ Maria T. Vullo. (2017). Investigating and Combating Health Insurance Fraud. New York State Department of Financial Services. P.3-7.

- e. 聯邦調查紐約醫療保險詐欺任務小組/聯邦醫療保險快速反應部隊
(FBI New York Health Care Fraud Task Force/Medicare Fraud Strike Force)
- f. 紐約反汽車竊盜和詐欺協會(New York Anti Car Theft and Fraud Association)
- g. 國家保險犯罪局工作小組(National Insurance Crime Bureau Working Group)
- h. 毒品走私高風險區(High Intensity Drug Trafficking Area)跨部門合作提供給參與人員聯合調查、蒐集情資、有效使用資源和研究詐欺趨勢的機會。有些金融管理局的調查員也被指派到工作小組或任務小組，並與其他調查醫療保險詐欺的成員搭檔合作。

(五) 運用科技防制醫療保險詐欺策略

醫療保險詐欺—了解和測量詐欺，證實科技可減少醫療保險詐欺¹²⁸，Eurosmart是位於布魯塞爾的國際協會，代表運用到不同領域的智慧保全業。醫療保險詐欺是目前保險業和政府關切的主要議題，因此Eurosmart與其會員進行愈來愈多的調查，藉此能了解該如何處理這個問題。

法國位於歐洲，在歐洲的大部分的國家都加入歐盟組織，法國也不例外；因此歐洲國家採用各種政策可能都可能與歐盟的規範有關。針對政府提供給國民相關的福利，像是醫療保險，都有各國本身的傳統。截至目前為止，歐盟發展出四種不同的模式，其中「貝佛里奇模式」是以社會福利制度為主；「俾斯麥模式」是以社會保險制度為主；貝佛里奇、俾斯麥模式，兩種制度的混和則形成另種「單一支付者模式」，另外，還有完全以市場機制決定支配的「自付模式」。各四種模式聚焦的基本精神均不太相同，各種模式分述(prototype)如下¹²⁹。

1. 俾斯麥模式(Bismarck Model)

全世界宣示將醫療資源納入國家政策的第一個國家是「德國」，但約1880年時期，鐵血宰相俾斯麥(Otto von Bismarck)，他並未實施「醫療即人權」的社會福利制度，反而，他將社會保險模式(social insurance)運用在國家的社會醫

¹²⁸ Eurosmart. (2012). Healthcare fraud Understanding and measuring fraud Best practices for proven technology to reduce Healthcare fraud. Brussels, France. P.7-20

¹²⁹ Health Care Systems - Four Basic Models(PNHP 2010)
http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
2018年08月26日

療發展模式上。其特色認為，在一個國家醫療保險制度是每位社會公民所必須具備的權利，但並不直接由國家來介入保險制度的經營；相反地，國家的角色是協助及監督各私營的醫療機構及商業保險公司，建立符合民眾需求的制度，國家的立場是強制每個人都必須參加社會保險，並且規範保費的基本程度及醫療服務，每位民眾依照自己不同的需求，與各不同的保險公司簽訂保險條款合約，保費支付則由雇主與勞工依照比例共同來分擔，在失業與自營工作者部分，則由國家另行制定補助計畫，整合要保人及工作與結合保險的一致性關係，因此並不會有因更換工作而產生勞工權益受損的情況。

這種制度，在歐洲很多國家也都採取此種社會保險模式，如荷蘭、比利時與法國等。「俾斯麥模式」其最大優點是國家可以透過社會中，以私人經營保險制度的模式，有效率的解決以往國家經營無效率的醫療問題；另外，多樣化的保險商品選擇，可讓個人選擇納保的種類、投保金額幅度的自由度得以增加。在「俾斯麥模式」下，因為其制度係工作與保險的結合，故每位投保的公民在醫療服務與保險保障制度上，往往是與所投保時之薪資高低成比例的，無法達到資源分配程度的一致性。換言之，即民眾享受社會醫療服務制度，但該制度卻複製了原本就存在於社會各階層的社會階級制度，其優缺點是一體兩面的。

2. 貝佛里奇模式 (Beveridge Model)

在1942年二次大戰之際，英國經濟學家貝佛里奇 (William Beveridge) 對戰後英國社會制度發表了一份報告，該報告以英國「醫療服務制度」(National Health Service) 的論述為基礎進行剖述，奠定了英國國家醫療服務制度日後的成立，該制度通稱為「貝佛里奇模式」，其特色要點如下：

- (1) 醫療院所的均由國家經營，醫療院所服務人員納入公務人員體制管理。
- (2) 將醫療服務視為一種福利制度，也是一種公民「權利」，特別重視該「福利」的普遍性。
- (3) 經營財源來自於國家的稅收。
- (4) 因財源來自國家稅收，因此重視財富分配的高效果程度。

值得一提的是，社會福利制度與社會救助 (social assistance) 制度不同，二者的基礎財源雖然同樣來自國家稅收，但領取的資格卻分屬不同的意義層面，社會救助針對薪資所得較低之低收入戶或中低收入戶；社會福利則由公民或特定身分去界定獲取補助資格，在英國的社會福利體系，醫療體系部分是屬於全民共享的福利制度。「貝佛里奇模式」制度的設計，是在保障每個人皆可獲得相同的醫療資源權利，但他因為運作系統龐大也發生了為人詬病的一些缺點，如民眾對於醫療服務的需求，常常是不足的，而且供過於求，致等待看病所需要花費的時間過長，又因是公營的關係，競爭力較弱，整體醫療品質的效率不彰。

3. 單一支付者模式 (Single Payer System)

「俾斯麥模式」與「貝佛里奇模式」，好像都有各自的優點，但也有些國家是採取截長補短的混和方式，於是「單一支付者模式」便因應而生。「單一支付者模式」，原則上在醫療服務是採「俾斯麥模式」進行運作，醫療院所機構則由私人企業經營，希望可以透過彼此間競爭力的關係，讓醫療機構本身推動市場效率；另外在醫療服務品質的精神上，是採取「貝佛里奇模式」，希望可以讓基本人權得以在醫療權利方面獲得重視及提升，讓民眾都可享受到醫療照顧資源的基本權利，讓有財富的人能出錢出力，幫助需要受幫助的人。

單一支付者模式的實質作法，同樣是規定每位民眾都必須要參加納保，依照薪資所得的高低比例繳納保費，由政府統一管理保費的運用及各醫療機構的費用支付，藉此達到醫療成本的管控。像加拿大與台灣即此「單一支付者模式」的代表制度國家。該模式同時兼顧基本權利在醫療服務與市場競爭的優點，其缺點則是成本的盈虧都需由醫療院所自行負擔。而在台灣實施全民健保制度，為了要控管醫療成本，健保局在2001年實施「總量管制」、「論人(件)計酬」及最新的「住院診斷關聯群(DRG)」等措施，最終的管理方式都與「單一支付者模式」的制度相關。

4. 自付模式 (Out of Pocket Model)

「自付模式」說穿了就是市場自由競爭的機制，民眾所受到的醫療服務品質，取決於自己本身的付費條件，醫療服務成為一種「選擇」，而不是一種「權利」，保障的多寡取決於你的付費金額，在這種模式的邏輯下，人民選擇自由納保，政府不會進行強制，僅會對醫療產業在市場運作的基本原則進行規範，在「自付模式」制度的運作下，就是一種市場自由競爭機制，富有的人可以享受到較多的醫療服務照護，貧窮的人在醫療服務上，所能受到的保護微乎其微，甚至於會發生無錢就醫得不到援助，任其死去的情形，在經濟體較貧窮的國家中，較常會發生無法為百姓負擔醫療費用或無法發展醫療給付制度的這種「自付模式」體制，但值得一提的是，美國原本在我們的認知是屬於「自付模式」的制度，但其實其醫療體系制度系統非常繁雜，在「歐巴馬健保」(Obamacare)實施前，這四種制度均有涉獵，如退休軍人可以在榮民醫院免費看診，是屬於「貝佛里奇模式」的醫療福利，也有一些超過65歲特定的美國人，是由國家支付其醫療服務運作，也享有「聯邦醫療保險」(Medicare)，像此類保險的運作即是在「單一支付者模式」下運行。

法國剛開始是在1945年採用的是由德國人設計的俾斯麥模式，其他使用這個模式的國家還包括盧森堡和荷蘭。不過後來發現單一模式不足的狀況之下，相關當局就開始運用混合模式。所謂的混合模式是將俾斯麥模式和貝佛里奇模式，此

一模式持續影響著大部分的歐洲國家。在20世紀後半期，所有歐洲國基積極拓展全民醫療保險，期望所有的公民都能享有此一醫療保險。自從執行全民醫療保險(Couverture maladie universelle[universal healthcare coverage], CMU)，法國醫療保險制度確定每個人都有獲得醫療照護的管道。

歐盟國家面臨醫療照護的挑戰是，如果提供醫療照護的目標是要持續改善醫療保險，那麼對抗保險詐欺、濫用醫療和醫療疏失都必須包括在其中，在社會正義及其結果來說，醫療保險詐欺是一個嚴重的問題，此一問題越來越嚴重。2009年11月第一份主要的官方出版物，名為「醫療保險詐欺的財務成本」，讓我們能預估醫療保險詐欺造成的財務影響，確認這是個嚴重的問題，在英國、美國、法國、比利時、荷蘭和紐西蘭六國進行的分析得到許多結果，研究6個國家33個組織的69項計畫案，在花費上分析將近歐元3400億歐元，但這些並未將這些國家偵查醫療保險詐欺的研究和民意調查考慮在內。

由歐洲醫療照護詐欺和貪汙網絡(European Healthcare Fraud and Corruption Network, EHFCN)進行這項工作的方法是從2004年開始蒐集比利時、法國、德國、立陶宛、盧森堡、荷蘭、挪威、波蘭、葡萄牙、西班牙、俄羅斯和英國的資料。在2008年歐盟花費了歐元10,000億歐元，有將近歐元560億歐元遭到詐欺。事實上，約有3-10%的基金都遭到誤用。所花費掉的預算中約平均5.59%的金費遭到濫用，這個數字使人眼睛為之一亮¹³⁰。該組織分析不同類型的詐欺行為：

1. 提供假的醫師證明。
2. 藥劑師開立藥物詐欺。
3. 患者詐取處方簽。
4. 全科醫師理賠流程相關的詐欺和錯誤。
5. 醫師對照顧病人的費用詐欺和錯誤。
6. 齒科費用詐欺。
7. 眼鏡商進行詐欺和所犯的錯誤。
8. 由醫療照護組織之人員所進行的詐欺和錯誤。
9. 與醫院提供服務的成本相關的詐欺和錯誤。

¹³⁰ Eurosmart. (2012). Healthcare fraud Understanding and measuring fraud Best practices for proven technology to reduce Healthcare fraud. Brussels, France. P.13

10. 與長期照護相關的詐欺和錯誤。
11. 與居家照護相關的詐欺和錯誤。
12. 與提供的服務和醫財供給相關的詐欺和錯誤。
13. 與兒童醫療保險相關的詐欺和錯誤。

法國開始對全面性對抗詐欺的行動實際上是從2005年開始。社會安全當局預估在2008年有1%的歲出(約歐元150億歐元因詐欺而損失,同時有0.1%約歐元1億6千萬歐元)做為偵查用途,在這方面比照一下歐洲醫療照護詐欺和貪汙案件,網絡預估在法國平均約5.6%(最高到10%)是在歐元80億到150億歐元¹³¹。

事實上,儘管研究聚焦在醫療保險,也應該檢視國家其他部分的程序,這是因為他們會受到詐欺問題的影響。比較數字可使預估和推估的可靠性更高。特別是對法國來說,因此我們會參考法國社會安全制度的其他領域,像是國家養老金管理局(Caisse Nationale Assurance Vieillesse, CNAV)、國家退休金制度(State Pensions Fund)、家庭補貼基金(Caisse Nationale des Allocations Familiales, CNAF)、國家家庭補助金基金(National Family Benefits Fund)和法國國庫署(French Treasury)、法國財政總局(Direction Générale des Finances Publiques [DGFIP], 稅務)¹³²。

六、小結

本節研究在於探討醫療保險詐欺犯罪實證研究中,對於醫療保險詐欺犯罪特性、醫療保險詐欺犯罪類型、醫療保險詐欺犯罪動機因素、醫療保險詐欺犯罪現象及趨勢、醫療保險詐欺犯罪防制之看法與分析,發現在各實證研究中,各不同的見解與闡論,研究者僅將本章之醫療保險詐欺犯罪特性、類型、因素、歷程及動機因素與防制等提出不同的看法與分析,分述於醫療保險詐欺犯罪實證研究國內外相關文獻彙整。(如表 2-4-1)

表 2-4-1 醫療保險詐欺犯罪實證研究國內外文獻彙整

要項	分類	相關研究	研究發現
醫療保險詐欺犯罪特性	人身型保險詐欺犯罪特性及防制	鄧子震 (2015); Flynn. (2016); Bulletin of the World Health	研究發現與醫療保險詐欺犯罪特性相吻合,最主要的特性為犯罪人一旦詐保成功後,即會食髓知味的重複進行詐保;再者,發現負債、貪財因素是詐保非常重要的因素之一,且對於核保人力不足之保險公司是較容易詐保得逞的;選擇以金額不高或一般性之意外傷害案件進行詐保則較不易引起注意,亦較容易得逞;勾串醫護、保險從業人員進行詐保之機率遠高於單打獨鬥之個人詐保;另外如連續詐保重複申請理賠案件,只要事故

¹³¹Cours des comptes (French Court of Audit). (2010). Report on Securite Sociale

¹³² 同上引註。

		Organizatio n (2009) ; Sparrow, M. K. (2000) ; Scott, S. and Branley, A. (2014) ; Srinivasan, U. and Arunasalam, B. (2013) ; 程志強、范兆 興、施宇峰 (2008) ;	之時間間隔延長，詐保成功機率即隨之增加。 發現國情及制度不同，所以產生的結果也會不一樣，澳洲的一些防制保險詐欺的方法是值得借鏡的，每一件醫療保險出險案件，均應核對投保的年資及出險的次數及頻率，當保戶一年度有發生二起以上之申請保險理賠案件，即應主動介入關心及訪問，由特定的調查員進行申請理賠事故原因、背景與經濟狀況，以關心代替調查，以慰問代替瞭解的方式，對保戶建檔列管並輸入資料庫進行分析，此舉不僅可達到嚇阻詐保案件的發生，亦可利用大數據的概念，達到防制醫療保險詐欺犯罪的效果。 在醫療保險詐欺犯罪有關投保客戶資料系統之建立，不僅要從事資料檔案的建立，最重要的是要將資料可以有效的進行運用，比如整合提供相對應保險公司相關資訊之查詢，在檔案資料整理上更應詳細分類，特別著重在各理賠案件之處理，尤其是可疑為保險詐欺的保戶，或是曾遭法院起訴判刑之保險詐欺者，建立高風險的保險詐騙族群資料，提供作為同業互通警示的平台；另外，對於正確的投保概念更應要從基本的教育著手，讓保險詐欺犯罪的概念可以和法律常識一樣，讓民眾從小紮根，進而變成一種全民教育及活動，以提升民眾正確的保險價值觀。
	業 觀 點		
	險 詐 之 偵 查 (特 性) 策 略		
醫 療 保 險 詐 欺 犯 罪 類 型	醫 療 保 險 詐 欺 類 型	巴特爾西雅 圖研究中心 保險信息研 究所 (1992) ; Flynn (2016) ; Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015) ; Kelley RR. (2009) ; Webster, J. a nd Watson, R. (2 002) ; Maria T. Vullo. (2017);資料 來源：Cours des comptes. (20 10) ; 羅戊軒 (2010) ;	有關人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究上，亦特別提出醫療保險詐欺犯罪涵蓋的範圍，在人身型保險詐欺犯罪中有謀財害命型態、加工自殘型態、誇大病情型態、違反告知義務型態、與醫療人員或保險員串通偽造文書型態等五種類型 探討醫療保險詐欺犯各式樣的發生原因，發現均有共通的相同點，即醫療院所在醫療保險詐欺中扮演著相當重要的角色，患者之有能力進行醫療保險詐騙，醫療院所的人員難脫其究，為了更加了解醫療保險詐欺，在制度上的缺失，可能使得投資者看到政府行政程序的漏洞，進而有機可乘實施醫療保險詐欺的機會，檢警司法單位在介入保險詐欺案件的時機選擇是非常重要的；另外在相對應的醫病關係中，也可發現保戶就醫與醫生與醫療院所的三角關係，其實是相互各蒙其利的，醫生開立不實之診斷證明書或給予不需要的住院醫療，對於醫生是有業績的，而對於醫院是可以得到商業上的利益或是健保局補助；另外，保戶卻可向保險公司申請商業保險理賠，所以在三方面均能得到好處之下，醫療保險詐欺才會因應而起。
	台 灣 區 醫 療 犯 罪 與 偵 查 實 務		
醫 療 保 險 詐 欺 犯 罪 動 機 因 素	醫 療 保 險 詐 欺	黃俊豪 (2004) ; 劉 佳芬 (2016) ; 周 文科 (2004) ; Charles Piper, CFE, CRT (2013) ;	研究者認為該研究雖以探討醫療保險詐欺防制上之困難及所面臨之問題為主軸，但其研究結論均以制度面之改進做為研究方向，其實在醫療保險詐欺上，發現問題出現在醫院本身詐領健保費及醫師與保險黃牛掛勾開立假診斷證明書的案例不在少數，例如「林進興醫院」及「溫室家族」詐領保險金案，故該研究如能對醫院或醫師的診斷結果，研究出指定醫院複檢的機制，以交叉比對驗證病情的方式，將能更準確得知醫院或醫師有無開立假診斷證明書，對醫療保險詐欺的防制將更有幫助。保險詐欺案件亦形成一漏斗效應狀態，尚有一些因素是不應理賠而被詐領的

醫療院所參與保險詐欺動機	ACFE (2013); 陳明興 (2011); Paul Jesilow, Henry N. Pontell, Gilbert Geis. (1993); Malove, R. D. (2017); Kopit, Alan (2004);	發現該研究主要論述因醫療保險詐欺動機因素，以保險公司的立場而言，有些理賠金額小、重覆性高之詐騙行為，耗費巨大的資源處理這種小詐騙案件，往往是不符成本的，故常因不處理而讓不法保險詐騙份子僥倖得逞，造成保險詐騙份子以鯨吞蠶食的方式，造成保險公司財務上的巨大損失。此外也因風險轉嫁因素，讓醫療保險商品不斷增加費用，扭曲了我國醫療保險市場的健全發展，也傷害了整個保險體制。而在醫療保險詐欺案件當中，醫療院所及醫事從業人員，往往是保險詐欺案件的絕對關鍵角色。
對台灣區詐欺罪題		依據保險詐欺的犯罪模式，亦同時具備有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟、追訴困難、高犯罪黑數等六項因素，與周文科之保險詐欺犯罪具有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟的因素相吻合，故適合本項研究發現；但將保險申請理賠週期區分為：嚇阻、預防、察覺、緩和、分析、政策、偵查、追訴八個階段，研究者認為在醫療保險詐欺犯罪中，發現一般的嚇阻行為，並無法達到嚇阻的目的的，因為刑期過低嚇阻力量相對的就無法發揮效果，反而以教育、有效的預防政策、核保審核與理賠人員的高敏感度察覺能力、減少高誘發式的保險產品，對於醫療保險詐欺的防制才是最佳的預防政策。
美國10個流行的醫療院所詐欺計劃		研究者認為其中「開立虛假或不必要的處方藥」與「錯誤的診斷或增加收費標準」二者而言，與醫療保險詐欺犯罪動機因素較為相近且貼切，因為開立虛假或不必要的處方藥與開具不實之診斷證明書，作為詐保的依據正是醫療保險詐欺最重要的因素之一；另外在各項醫療檢查方面，在臺灣因為健保制度民眾可以不需要付費進行檢查，但並不代表浪費醫療資源健保局就不用付費給醫療院所，患者還是可以依照所投保之醫療保險商品，向所投保之保險公司申請住院或是重大疾病的醫療給付，像這種浪費醫療資源型態的詐騙，受害者還是保險公司與健保局，故如何判別醫療資源之必要性支出及使用，與平衡醫師權利的審核機制，應該是最重要的另外一種議題。
人身保險詐欺犯罪特性及其歷程		在保險詐欺犯罪中，建立保險業者與警察之間的合作默契，這樣對於偵辦保險詐欺案件的契機及降低犯案率，有正面的助益，因為不管發現有一半以上的保險詐欺案件是由保險公司人員舉報的，而保險詐欺案件在急迫性並非最高，所以保險公司與警察機關建立合作關係是最重要的。因為醫療保險詐欺犯罪預防所涉及層面廣闊，從法律的處罰至爭議性的裁判都涵蓋在內，牽涉的單位非常廣泛，故醫療保險詐欺犯罪動機因素，從保險公司商品設計、業務招攬、核保審查、徵信調查、理賠申請文件審核及涉及道德危險調查等，只要這些層面保險公司都能嚴格把關，醫療保險詐欺犯罪，一定會大幅度降低。
保險詐欺實施者		在醫療保險詐欺犯罪發生的動機因素中，最主要還是醫師與病患的詐保關係，有些保險經紀公司的保險仲介黃牛，他們為了獲取不法利益，慫恿與協助保戶進行詐騙，醫生重複開立處方用藥，並與他人合作進行醫療保險詐騙等；患者也盜用他人身份進行看診以獲得不法之保險理賠；有些患者為了詐領醫療保險給付，甚至利用各種手段夥同共犯，到保險公司舉牌抗議，並對理賠人員施以恐嚇、辱罵或拉布條抗議或胡亂向媒體投訴，以破壞公司形象為手段行詐保之實，再者向各縣市消保官、消基會或各級的民意代表投訴，利用各式手段取得詐保之目的，保險公司往往為了保持公司良好的社會形象，而遭屈服詐保得逞，所以研究者認為，保險公司在處理醫療保險詐欺的問題上，採取的最長遠的作法還是要教育保戶和患者正確的保險觀念，以免觸法。
醫療保險詐欺決意	楊超倫 (2004); 林	以醫療保險詐欺犯罪，在實施犯罪後會有合理化解釋自己的犯罪行為，及湮滅犯罪證據的舉動，且湮滅證據的目的是為了降低可能遭到預期刑罰的主觀意識，試圖跳脫自己違法的犯罪心

詐欺犯罪現象及趨勢	歷程之因素	秉耀 (2005) ;	理成本因素,起心動念的詐保因素,除非是隨手可得,否則發現動機幾乎是長久以來犯意累積的行為表態,行為人長期隱忍著犯意並籌算著犯罪計畫,等待時機一旦成熟或客觀的機會出現後,即會動手進行犯案。故可推算醫療保險詐欺之犯罪行為,均是預謀性的犯罪行為,不管購買保險之初是否已種下詐保之因子,但要實施詐保之行為一定是考慮再三,且經過詳加考慮及評估,才會著手進行詐保行為
	從風險管理與犯罪預防觀點論保險詐欺		在醫療保險詐欺犯罪風險承擔上,利用風險自承原則、風險規避原則、風險分散原則、風險規避原則等,進行責任減輕,分擔鉅額的保險理賠,同樣的對於詐保之保戶,大都不只投保一家保險公司,故集合共同保險人聯手進行調查,集結多數保險公司的力量,聯手進行防詐保行動,不僅可獲得多數防詐保意見,在出庭作證時亦可形成多數意見,達到眾口成金的裁判結果,有助於醫療保險詐騙案件的防制。
醫療保險詐欺犯罪防制	我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策	韋俊青 (2005);吳佳擘 (2016); Ellis, Anna, "Medicaid Fraud, Abuse and Waste" (2018);	有關「我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策之研究」,雖以刑事警察局所破獲之保險詐欺集團犯罪理賠個案作為分析樣本,但因參酌之破獲個案僅3案例,代表性恐有不足之處,且該研究有關壽險公司對於保險詐欺犯罪之防制對策,除推廣保險詐欺犯罪防制觀念、辦理保險犯罪防制教育訓練及與產、壽險工會配合建立保險犯罪防制相關資料庫外,最主要的還是要加強提報保險犯罪事實配合司法偵查或委託專門機關辦理保險理賠調查等工作,因為保險詐欺案件在司法機關公權力未介入之前的犯罪證據蒐集是非常重要的,而且保險公司是首當其衝,故提高保險公司核保人員的篩檢犯罪能力固然重要,而「保險理賠調查」亦是不容忽視,唯有雙管齊下方能有有效的防制保險詐欺犯罪發生。
	健康保險詐欺型態與理賠防制策略	Berkowitz, E. (2005); Medicaid. go v. (2018); Maria T. Vullo. (2017); Eurosmart. (2012);	故「健康保險詐欺型態與理賠防制策略之研究」一文中,可理解到保險詐欺案件的防制亦需要考量成本花費的效益,如超過損以考量,就有可能讓醫療保險詐騙變成犯罪黑數,而醫療保險詐欺案件發生的時機點,可能會因犯案機會的出現而臨時起意發生,而醫療院所在醫療詐保案件中,扮演著關鍵性的角色與本研究之主張相同,因此,由本文得知醫療保險詐欺犯罪在保險公司的立場上,不會只考量案件的發生,還會考量到成本的效益,故這種情形也有可能埋下更多詐保的案件發生。
	防制醫療補助計畫的欺、濫和浪費	Health Care Systems - Four Basic Models(PNHP 2010);Cours des comptes. (2010);	醫療保險的目的是讓年長者享有初級醫療服務和給付私立醫院清單中的醫療服務 1. 聯邦醫療保險給付的醫療服務,在政府聯邦醫療保險的網站上列出給付最新、詳細的醫療服務。在這裡,聯邦醫療保險提供的醫療服務大致包括: (1) 住院服務 (2) 門診服務 (3) 早期和定期篩檢 (4) 診斷和治療服務 (5) 家庭醫師服務 (6) 鄉村醫療診所服務 (7) 生理檢驗和 X 光檢查 (8) 家庭計畫服務 (9) 家庭護理師服務 (10) 醫療轉送服務 (11) 聯邦級醫療中心服務 2. 納入保險資格 聯邦醫療保險提供數百萬美國人醫療服務補助,包括符合資格的低收入的人、兒童、孕婦、年長者和身心障礙人士,聯邦政府規定由州政府執行會醫療補助計畫。這個計畫是由聯邦和州政府出資。許多符合資格的要件都列在平價醫療法中,並依

醫療保險詐欺通報和預防		<p>法執行¹³³。病人的資格是以調整後總收入為主。但在社會醫療保險中並未採用相同合乎納入保險資格者。</p> <p>紐約保險法要求，契約必須寫道有 3,000 次個別意外、醫療、工作補償金或汽車保險；或訂定一份團體保險契約，契約必須發給 3,000 名個人或每年有 3,000 人拿到這份保險契約。保險業者必須呈交一份詐欺預防計畫，用以進行偵查、調查和預防保險詐欺。有執照的健康維護組織至少有 60,000 入會者，也必須呈交一份詐欺預防計畫。計畫中需有全職的特別調查小組，在特別調查單位也必須有特定的成員層級。必須將提供預防計畫給特別調查單位和在特別調查單位裡的特定成員。</p>
運用科技防制醫療保險詐欺		<p>由歐洲醫療照護詐欺和貪汙網絡進行這項工作的方法是從 2004 年開始蒐集比利時、法國、德國、立陶宛、盧森堡、荷蘭、挪威、波蘭、葡萄牙、西班牙、俄羅斯和英國的資料。在 2008 年歐盟花費了歐元 10,000 億歐元，有將近歐元 560 億歐元遭到詐欺。事實上，約有 3~10% 的基金都遭到誤用。所花費掉的預算中約平均 5.59% 的金費遭到濫用，這個數字使人眼睛為之一亮。該組織分析不同類型的詐欺行為，值得我國借鏡：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供假的醫師證明。 2. 藥劑師開立藥物詐欺。 3. 患者詐取處方簽。 4. 全科醫師理賠流程相關的詐欺和錯誤。 5. 醫師對照顧病人的費用詐欺和錯誤。 6. 齒科費用詐欺。 7. 眼鏡商進行詐欺和所犯的錯誤。 8. 由醫療照護組織之人員所進行的詐欺和錯誤。 9. 與醫院提供服務的成本相關的詐欺和錯誤。 10. 與長期照護相關的詐欺和錯誤。 11. 與居家照護相關的詐欺和錯誤。 12. 與提供的服務和醫財供給相關的詐欺和錯誤。 13. 與兒童醫療保險相關的詐欺和錯誤。

資料來源：研究者自整理

第五節 綜合討論

本章主要係介紹美國、英國、法國、澳洲、日本等國家防制保險詐欺制度之介紹及我國目前保險詐欺規範與現況分析、相關保險詐欺犯罪理論背景、內涵、基礎、保險詐欺犯罪之相關實證研究等四大單元進行探討，本節就各節之主要發現及優缺點進行探討，分述如下：

一、各國保險制度分析探討

各國防制保險詐欺的制度及政策上，因應國家體制的作法及國情不同與對保險詐欺重視程度、積極度的不同而有所差異，而綜觀各國對保險詐欺努力防制的程度，很多是值得借鏡的分述如下：

1. 由政府部門設置防制保險詐欺機構，為有效的管理方式

有效的防制保險詐欺案件發生：發現美國有對於協助保險公司審查、告發、起訴保險詐欺案件，並定期提供保險教育訓練與檢定課程來供各保險從業人員進

¹³³Cours des comptes (French Court of Audit). (2010). Report on Securite Sociale.

行相關保險詐欺偵測教育訓練；英國為提升加強對抗保險詐欺的金融機構整體效能之行政組織，作為改善管理監督機制、確立執法標準一致化成立一個獨立金融服務監督的機構（FSA）；法國將保險詐欺犯罪視為金融案件之一種，刑事司法部門之院檢警等單位中，成立了專庭或專門部門，負責審理、起訴、偵查單位，也建構了專家、調查員網路，協助保險業者調查疑似保險詐欺案件；澳洲對保險詐欺犯罪者並無處罰的規範，但也有成立澳洲保險委員會（ICA），協助保險詐欺的認定；日本由保險審議會、警察廳、保險業三方建立良好合作機制，並同時要求保險業要建立一套資料交換制度，定期舉辦座談會以加強警方對保險詐欺防制之重視。

2. 建立保險詐欺資料庫的重要性

一般過濾保險詐欺份子，減少保險詐欺案件，從有發生類似案件的犯嫌過濾其有無在犯保險詐騙之可能，是最有效也是最直接的方式，美國國家保險犯罪局在1995年又設置「NICB EyeQ」保險詐欺資料庫，目的運用在對保險求償案件或交通事故案件；英國警方建立備忘錄，讓業者在特定理由需要瞭解特定請領保險金案件之相關資訊及有證據懷疑保險詐欺請領案件時，即可向警方申請消費者之資料；法國提供保險詐欺索賠文件真偽辨識的服務，做為提供保險業者求償請求案件的相關訊息之交換，協助保險業者調查疑似保險詐欺案件；澳洲整合了保險業者投保資料以供會員公司查詢，減少保險詐欺犯罪發生的成功率。

3. 立法通過保險詐欺法案作為

我國並無明訂保險詐欺刑責，但英國政府為提升加強對抗保險詐欺的金融機構整體效能，在2006年4月國會通過詐欺法草案，由金融服務法與市場法授予權限在2000年成立一個獨立金融服務監督的機構（FSA）；法國為規範業者需透過保險代理人社會名錄委員會，訂定契約時，必須遵守財政金融法案。

4. 建立政府與保險業者之間的橋樑單位

目前在我國保險體系除由金融監督管理委員會保險局輔導外，有財團法人保險事業發展中心負責研發教育平台，並自2004年起成立「保險商品查詢資料庫」提供民眾可自行查詢各家保險業者，所提供發行的各類保險商品之詳細資訊，另財政部門與產、壽險業者及財團法人保險事業發展中心，為因應對日新月異所發生之保險詐欺犯罪案件，共同推動並成立了「財團法人保險犯罪防制中心」，整合了各相關單位的資源，並協調檢、警、調等司法單位在密切的合作之下，針對保險詐欺犯罪之防制事項進行研究分析，建立各產、壽險公司核保理賠的通報制

度，並由產、壽險工會及財團法人保險事業發展中心，協助建立保險犯罪統計資料庫，以期進一步能夠防範及適時遏阻保險詐欺犯罪案件的發生，保障其投保權益。在美國未建立保險業者與其他行政部門、警方之間的橋樑，1992年成立的國家保險犯罪防制局（NICB），在處理保險詐欺犯罪問題；英國為結合保險詐欺專家與資料庫知識開辦保險詐欺諮詢處（IFB），作為調查、比對、有詐騙行為的犯罪活動；法國為確保業者、機關確實執行相關法律、規定與契約設置「問題預先控制委員會」做為管制保險業者、社會扶助與救濟機構的管道。

二、保險詐欺規範及詐欺現況分析

依據目前我保險詐欺的現況，犯罪統計不及實際的發生數據，此一犯罪統計現象稱為「漏斗效應」。一般保險詐欺犯罪因界定的問題就常引起討論，再因漏斗效應關係被發現的案件數量並不多，相對性的被查獲的案件更少，推估保險詐騙的犯罪黑數已成為常態；另一位美國學者艾尼斯（Ennis, P. H）認為犯罪案件發生後，被害人真正報案者僅有 49%，全部報案數中，約有 23% 警力並未到案勘查，勘查後約有 25% 被認定為非犯罪刑案，而被認定為犯罪刑案中，真正為警察機關逮捕者僅 20%，及至起訴與審判階段又耗損 58%，只剩 42%，42% 中又 48% 之案件獲得赦免，亦即犯罪案件發生 2077 件，而確定執行者僅餘 50 件¹³⁴，由此有關醫療保險詐欺案件亦是如此，研判甚至可達到更高的比例。

我國保險詐欺發生現象：根據我國財團法人保險犯罪防制中心統計從 2004 年至 2016 年 9 月全國偵破保險犯罪案件類型的件數統計共有 37 件，涉案金額累計達 24 億 9 千餘萬元，其中詐保類型包括利用弱勢者型、假住院型、假車禍型、偽造文書詐領型、詐死(殘)型、詐領強制險型、製造假車禍型、謀財害命型、縱火圖利型等方式進行詐騙。但反觀本研究各保險公司理賠及疑似保險詐欺狀況，統計 A、B、C、D 保險公司，發現 A 保險公司自 2015~2017 年可疑為保險詐欺案件中最高達 3,486 件，詐騙金額為 175 億 1,370 萬 4,000 元；B 保險公司自 2012~2017 年全部理賠保險詐欺案件中最高達 353 萬件詐騙金額為 1,618 億元，平均一年發生之全部理賠保險詐欺案件為 58.83 萬件，金額平均為 269.7 億元；C 保險公司自 2012~2017 年可疑為保險詐欺案件中最高達 94 萬 1,651 件，詐騙金額為 222 億 9,108 萬元，平均一年發生之可疑保險詐欺案件為 15 萬 6,941 件，金額為 37 億 1,518 萬元；D 保險公司自 2012~2017 年可疑為保險詐欺案件最高件數為 52 萬 2,650 件，金額為 302 億 5,449 萬 8,672 元，故各保險公司所統計之數據與財團法人保險犯罪防制中心統計之偵破數，案件數明顯過低，且不成比例，故可知保險詐欺案件之犯罪黑數，是很難能夠去進行正確統計的。

¹³⁴黃富源、范國勇、張平吾(2002)，《犯罪學概論》。桃園：中央警察大學印行，第 104-105 頁。

三、保險詐欺犯罪理論基礎彙整與評析

(一) 個人行為因素與醫療保險詐欺犯罪

1. 研究者發現「犯罪經驗」及「道德教育」亦是非常重要的因素，因為犯罪經驗可以讓人膽大，犯罪經驗可以讓人在犯罪中避免重蹈覆轍免於被查獲的危險，犯罪經驗可以讓犯罪人更膽大妄為，犯罪經驗亦可以讓人縮短犯罪年齡的差距，而「道德教育」的缺乏可以讓犯罪人無是非觀念，可以讓犯罪人投機取巧、顛倒是非，甚至泯滅良知，所以良好的道德教育是可以減少及避免犯罪的，因此研究者推論，保險詐欺犯罪在「個人構面」是佔著極大因素的。

2 基於犯罪乃行為者在不違反自己利益的決定之下，根據已有資訊所做的一種行為，但因行為的目標導向，僅能就犯罪當下的資訊，考慮當時的利益和風險，乃一種有限度的理性¹³⁵，且機會乃為幫助理解犯罪模式的一個重要因素，因為若無良好的機會配合，犯罪便無法實行，故何種機會才能滿足其動機也是犯罪產生的一項重要因素¹³⁶。

但針對保險詐欺而言，理性選擇對自己最有利的犯案，往往不是只為了自己，而且犯罪的過程也不是只考慮當下的利益而已，因為保險詐欺犯罪大部分是屬於預謀性的犯罪，是屬於一種計畫性的犯案，而既是屬於計畫性的犯案，亦說明個人考量因素的比例是屬於較重要的原因之一，因為犯罪的方式很多是屬於自殘式的犯罪模式，有些以斷指、斷臂、瞎眼自殘方式來換取保險理賠金抵債，甚至於是買凶自殺而獲取高額的保險理賠金，再將殘廢或身後所理賠的保險理賠金遺留給受益人，故研究者認為理性選擇理論在保險詐欺上，除了考量個人犯罪成本及利益的結果所獲取之個人最大利益外，還需要增加「恐懼指數」與「情感因素」的項目，因為恐懼、害怕讓人不得不遵從，而做出違反自己本身利益的行為，或是因為背負情感的天性，而讓自己本身寧願犧牲最大的利益——即「生命」，卻來創造最大的利益給予自己最親近的人，這種近乎大愛的犧牲行為是理性選擇理論所未考量到的現象，「個人構面」的犯罪因素絕對是重要的成因之一。

(二) 機會因素與醫療保險詐欺犯罪之理論基礎

1. 研究者認為日常活動理論，以事件中「可能的加害人」、「合適的標的物」、「有能力的監控者不在場」為構成的犯罪之主要要件，但終究還是需要「人」才能夠去完成犯案，而保險詐欺案件中除了「事件」之三要素外，很多是需要配合的人，即「幫助的配合者」才能夠去完成保險詐欺犯罪，如犯罪行為實施了，也

¹³⁵ 許春金(2017)，犯罪學。台北：三民書局。

¹³⁶ 同上引註。

完成了「加害」的行為，也有「受害」的結果，但終究還是需要醫師開立診斷證明書才能證明受傷情形，保險公司也才能予以理賠，此種現象以無外傷之殘廢現象或眼睛失明最為常見，因為在醫療行為導向之下「幫助的配合者」才能順利的完成詐保行為，因此研究者認為「醫療構面」在醫療保險詐欺犯罪中佔著極重要的因素。

2. 研究者認為這種「犯罪機會」雖是犯罪發生的主要原因之一，但例如許多來自破碎家庭、疏忽家庭的小孩卻從未犯罪，而相反地一些來自良好家庭的小孩卻是時常犯罪的，因此，「犯罪與機會理論」並無法完全解釋一定會犯罪的原因，只能將「犯罪的機會」列為是一種可能引發犯罪的因素。例如群體遊民遭不法份子收容提供吃住，但不法份子卻將收容之遊民設定為要保對象，不法份子則以各種方法，甚至以假結婚的方式將本身設為受益人，再以所收容遊民之身體健康或受傷結果為標的，將之設為保險受益的條件，進而控制被害人進行不同的身體凌虐，再向保險公司詐領保險理賠金，反觀；收容遊民或幼童、安養中心有很多，為何在同樣的機會條件下，他們卻不會以遊民為要保對象，進行施暴詐領保險金之行為，因為這是一種良知的自由意識判斷，也是一種出自「善」的理念，「機會」往往只是理念之間的一種判斷而已，故「機會」雖是可能發生犯罪的原因之一，但它卻不是最主要的，因為除了良知的道德教育外，還是需要有相對的約束力量作為鞏固的基礎，因此在法律的認知及教育方面就特別彰顯出其重要的地位，而研究者認為如能讓醫療保險詐欺犯罪者或被利用者，清楚明瞭法律的規範與處罰的要項，進而尊重法律、敬畏律法，相信多了一層刑法的約束，對於醫療保險詐欺犯罪是有絕對的助益，故「法律構面」在醫療保險詐欺犯罪的教育方面應該是一門需要加強的課題。

（三）偵查理論與醫療保險詐欺犯罪

1. 犯罪偵查及犯罪模式與行為特徵分析

犯罪偵查最主要係偵查機關為發現犯罪情報資訊、調查犯罪事實真相、追查贓證物及逮捕犯案嫌犯，以作為提起追訴準備的一切合法調查作為與具體的實踐作為¹³⁷，而犯罪偵查也是一種經驗累積，從不同的破案經驗中汲取不同案類發現破綻的能力，找尋偵破的方法與契機，所以累積犯罪偵查經驗及能力等相關技術，在犯罪偵查過程中，將能事半功倍的將案件順利偵破。

2. 犯罪偵查上極為重要的三個不同概念，分別為犯罪模式（Crime Pattern）、犯罪手法（Modus Operandi）及簽名特徵（Signature Aspect），各有

¹³⁷黃壬聰(1999)，犯罪偵查勤務之研究。桃園：中央警察大學，碩士論文。

其重要的意義、範疇及功用¹³⁸，犯罪模式可說是同類型刑案，犯罪手法的系統化彙整，犯罪模式亦是犯罪手法的另一種犯罪邏輯合成，而簽名特徵和犯罪手法雖有部分重疊，但其範圍又比犯罪手法小¹³⁹；因此，就偵辦保險詐欺案件而言，必須熟悉相互間的因果關係及關連性，了解保險詐欺犯罪之各種犯罪態樣，再針對個案中所顯露之犯罪手法或簽名特徵進行分析，再根據特定或重複的行為模式、特徵等進行比對及分析，方能有效的順利偵破刑案；另一方面，在犯罪偵查線索的來源，溯本清源還是需要去探究犯罪發生的因素，追蹤到主要的犯罪發生原因，就可以增加破案的機會，如本研究所探討之「醫療保險詐欺犯罪」為何犯罪人會選擇利用保險來作為犯罪的工具，是否因為其中蘊藏著可有所為的不法利益所導致，因此，追根究底還是需要從保險制度的層面來進行探討，由易遭犯罪人利用的保險項目追查犯案的動機，進而尋找破案的契機，故「保險構面」在醫療保險詐欺犯罪中，亦是破案的重要因素之一。

3. 四面向連結理論、桌腳理論與醫療保險詐欺犯罪

在偵查理論中，四面向連結理論與桌腳理論之字面表示分別為「被害人」、「證據」、「現場」、「嫌犯」與「現場」、「物證」、「人證」、「經驗」，內涵解釋雖不一樣，但相同之文字不同的解釋，容易讓人產生混淆，也易引發字面誤解，研究者認為應該將兩種理論做一整合解釋，建議整合成「關係人」、「證據」、「現場」、「嫌犯」與「經驗」之字面表示，再以理論內容來做文字敘述加以解釋，不僅同時可以以偵查技術來連結犯罪偵查，亦可強調各個面向的偵查重點，可使該二種偵查犯罪理論更加完備，因為，隱藏在四面向連結與桌腳理論的背後的是「犯罪的動機」，雖然犯罪的動機因素有可能與實際發生的情形有所出入，但除精神疾病者外，動機的因素亦成為破案最重要的原因之一，在本研究中，不管是殺人詐保、傷害詐保或是自殘詐保，在「醫療保險詐欺犯罪」中，其最主要的動機一定是為了不法利益，而不法利益的產生則又源自於制度的誘發或是漏洞所致，或許在保險制度中理賠條件訂定太緊會發生減少投保客戶現象，但如理賠條件訂定太鬆，如低門檻的理賠條件及高賠償金額或低標準的理賠審核制度等，可見醫療保險詐欺犯罪中之不法利益所產生之動機，主要還是存在於「保險構面」中，因此，如以四面向連結理論、桌腳理論比喻是犯罪偵查的連結技術而言，那醫療保險詐欺犯罪的發生動機，則可稱為是連結犯罪偵查的心臟，因此「保險構面」在醫療保險詐欺犯罪中，亦佔著極重要的地位。

¹³⁸ 林燦璋(2008)，犯罪模式、犯罪手法及簽名特徵在犯罪偵查上的分析比較—以連續型性侵害案為例。桃園：警學叢刊，第31卷第2期，P. 97-123。

¹³⁹ 彭仕宜譯(1997)，哈佛出來的博士殺手。台北：臺灣先智出版，P. 35-39。

四、保險詐欺犯罪實證研究與醫療保險詐欺

(一) 醫療保險詐欺犯罪特性分析

在醫療保險詐欺犯罪的特性上，本研究一共發現有鄧子震2015年所研究之「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」及Flynn.(2016)，「產業的觀點」與程志強、范兆興、施宇峰(2008)，「保險詐欺之偵查策略」三篇文章，其中鄧子震的「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」，所闡述的是犯罪人主動積極式的向保險公司進行詐騙的一種犯罪特性¹⁴⁰；另一篇Flynn. 2016年「產業的觀點」的文章，則是批判很多保險機構對保險詐欺防制的不積極，甚至有些保險公司為迎合民眾心態，維護公司形象以便招攬更多的客戶投保，以不正確的調查是否為詐保事件為方法，及不聘請較專業之理賠調查人員與更新較精密之調查器具為手段，即迅速的進行理賠，讓保險詐欺案件得逞¹⁴¹；另外程志強、范兆興、施宇峰(2008)「保險詐欺之偵查策略」的文章則是對於認為應該要藉由過去所累積之保險詐欺案件調查經驗及建立專業知識與模式的檔案資料，設計一套有系統化的資訊交流化平台，在可疑為保險詐欺的案件上加以互助運用，並加強保險公司人員之防制詐欺訓練及配合公眾宣導教育¹⁴²，但不諱言的，有很多的私人保險公司，在調查詐保方面是積極且配合的，不但統計被保險人的看診次數，也運用了電腦系統對每件理賠案件的申請進行檢核，以確認沒有重複付款或許保行為情形，並定期的提升軟體程式或報警，以便更精確的把關詐保案件，但也有些公司卻是礙於維護公司企業形象的政策而隱忍詐保案件，甚至於大部分的保險公司在保戶進行申訴時，均會考量保險賠付成本與保證金繳納的抉擇上，而縱容詐保事件發生，這是因為制度而衍生的另一種保險詐欺特性，因此，研究者發現在諸多保險理賠案件中，無論是保險理賠人員的訓練、教育或宣導，或保險系統的維護、保險政策的規劃等，都顯示出在醫療保險詐欺犯罪中「保險構面」所佔的重要比例要項。

(二) 醫療保險詐欺類型法律因素分析

在醫療保險詐欺類型分析中，研究者發現該三篇文獻探討，雖以探討醫療保險詐欺在防制上所遭遇之困難及問題為討論方向，但其研究結論大都朝向制度面之改進進行研究，但實務上所發現之醫療保險詐欺，發現的問題大都在醫院本身為營利而詐領健保費，及醫師與不法集團掛勾或鄉愿遭欺瞞，而開立假診斷證明書的現象。如「林進興醫院」開立假診斷證明書與「溫室家族」假精神病，詐領醫療保險金之案例，問題均是醫院或醫師的態度與診斷結果，因此顯示出醫療保

¹⁴⁰ 鄧子震(2015)，「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」。桃園：朝陽科大，碩士論文。

¹⁴¹ Flynn, K. (2016). Financial fraud in the private health insurance sector in Australia: perspectives from the industry. *Journal of Financial Crime*, 23 (1), 143-158.

¹⁴² 程志強、范兆興、施宇峰(2008)，「保險詐欺之偵查策略」，中華民國犯罪學學會會刊第9卷第2期，23-35頁。

險詐欺犯罪中「醫療構面」的發生要項。

故研究出如何至指定醫院進行複檢之機制，再以交叉比對方式進行病情驗證，將是能更準確得知醫院或醫師有無開立假診斷證明書之舉；另外，保險詐欺案件亦形成一漏斗效應狀態，申請保險理賠之案件，保單條款規定依法予以理賠或不理賠外，另有一些發生因素是被迫而遭詐領的，例如：

- (1) 具有爭議性案件，保險公司會因兩權相害取其輕的方式，以協商方式與保戶取得和解。
- (2) 對於明知可疑為保險詐欺但卻苦無實據之案件。
- (3) 經法院以保險公司需舉證為由，否則訴訟結果保險公司將必須賠付或礙於壓力必須先行賠付，但刑事法院判定結果，卻是理賠申請人有罪案件，而求償無門。
- (4) 財團法人金融消費評議中心，站在消費者立場，評議保險理賠申訴案件。
- (5) 保險公司查證後得知賠付錯誤而無法求償案件。
- (6) 案件宣告警察機關偵破後，清查同類型或醫療院，驟減申請之可疑為保險理賠案件。
- (7) 以短期定期期間進行保險理賠疑似犯罪黑數之資料統計，再以比例值推算已賠付案件中之理賠金額，再依比例計算誤差百分比。

故由上列因素得知，雖然保險理賠由投保人數到申請人數到實際理賠人數應為一漏斗形狀，而這個漏斗樣態將會因以上所發現之不同因素而改變醫療保險詐欺的值跟量，但最主要還是這些保險詐欺案件，都呈現出犯罪人利用法律的漏洞或是保險契約的不周全為掩護，才導致詐騙得逞，因此在法律架構層面的認知，是一種非常重要的概念。

(三) 醫療保險詐欺犯罪動機因素

本研究對於醫療保險詐欺犯罪模式分析中，研究者對於醫療保險詐欺犯罪歷程及風險管理分析，認為為何有人可以選擇以合法方式去解決債務問題，也有人選擇以非法的手段去進行違法的行為？在於他們的犯罪決意歷程中，因理念的不同，所得的結果是有相互迥異的，但其實醫療保險詐欺所涵蓋的犯罪型態相當多樣化，如意外傷害險的自殘、自傷及醫療險與醫療人員的勾串詐騙等，甚至殺人詐保的重大預謀性詐欺等，故在醫療保險詐欺的動機上所呈現的因素是多層面化的，因為犯罪的動機可以來自個人構面的主官決定因素；也可以因為保險構面中

醫療保險契約所規範之保險理賠制度不嚴謹，所呈現出的利益誘惑，或是理賠人員的疏失等因素而導致醫療保險詐欺犯罪的產生，故醫療保險詐欺犯罪考量「個人構面」與「醫療構面」對於醫療保險詐欺犯罪的影響，將更能呈現出其構面之完整性。

（四）醫療保險詐欺犯罪防制分析

研究者在醫療保險詐欺犯罪防制分析方面，發現目前國內並無實際有效統計保險詐欺犯罪黑數的研究單位，各保險業者也往往是因為公司政策要多招攬客戶而採行理賠放任政策，甚至於削減調查人員，以新增加之投保保費作為廣泛投資之基金，再由利潤中設定分配保險賠付的比例，這亦是形成保險詐欺的重要成因之一，目前各單位業務分配如下：

（一）「行政院金融改革小組金融犯罪查緝工作小組」，其業務主要是推廣洗錢防制及危害金融秩序等業務，非保險詐欺犯罪防制單位。

（二）「金融監督管理委員會保險局」其業務主要是針對保險政策的推廣及對各保險公司之保險相關業務進行輔導及爭議調解等。

（三）「財團法人保險事業發展中心」僅負責保險教育、法規資訊、保險產品介紹、精算統計及統合保險業務等資訊業務。

（四）「財團法人保險犯罪防制中心」成立之沿革，是緣起於保險詐欺犯罪現象嚴重對保險業者的合理經營，及對良善的保戶與社會的公平正義需求，而由行政院金融改革小組之金融犯罪查緝工作小組，將保險詐欺犯罪的案件，納入金融犯罪案件之範圍，並經由財團法人保險事業發展中心進行規劃，共同推動成立「財團法人保險犯罪防制中心」，其目的主要是針對層出不窮與日新月異之保險詐欺犯罪案件，結合檢、警、調單位，對於保險詐欺犯罪進行調查，並對保險詐欺的犯罪防制面進行研究、分析，再建立各產壽險公司的核保理賠通報制度與保險詐欺犯罪數據資料庫的統計，以及提升全民對保險之正確觀念，加強防範及遏阻保險詐欺犯罪案件的發生，但因該單位經費、人力不足，欠缺對保險詐欺案件的調查與人員的培訓，故目前著重於案件的整合工作。

（五）「內政部警政署所屬各縣市警察局」依據警察法第 2 條規定，警察任務為依法維持公共秩序，保護社會安全，防止一切危害，促進人民福利，其最主要的目的還是社會治安的維護及保障合法、取締非法、保護人民的安全，如因保險詐欺案件涉及其他刑事案件，則會歸類於所發生之刑事案件類別。

另外，醫療保險詐欺案件都是事發後再向保險公司申請理賠，可查證之主要事證及受傷程度均已達到復原的階段，對於保險詐欺案件並無實際有效的掌控及管理，無法達到防制保險詐欺的效果，故除非是假裝肢體殘障或器官失能案件，否則深入當事人之生活進行調查，就僅能針對事故的合理性進行驗證，但如能依

據出險比例，以關懷為出發點進行訪視，讓被保險人有所警惕，亦不失為一種有效的醫療保險詐欺犯罪防制的措施。

五、小結

有關醫療保險詐欺犯罪案件的研究及統計，大都以國外的研究為主，在我國並無有效的防制單位，因負責保險詐欺犯罪之相關單位，目前分別有「行政院金融改革小組金融犯罪查緝工作小組」、「金融監督管理委員會保險局」、「財團法人保險事業發展中心」、「財團法人保險犯罪防治中心」、「內政部警政署所屬各警察局」，但各單位的業務，最主要還是以本身之保險業務推廣及輔導為主，而警察機關業管甚廣則是處於較被動的單位，故依照目前各保險詐欺案件防制管理及統計，其專責單位應由「財團法人保險犯罪防制中心」與「內政部警政署所屬各警察局」負責較為適切，但因財團法人保險犯罪防制中心目前是由各保險公司出資負責運作，工作人力僅夠業務運作及保險詐欺案件統計與業務聯繫，並無專責之「保險詐欺可疑案件調查小組」之單位運作，故在人力有限情況下杯水車薪，對實際打擊保險詐欺犯罪效益有限；另警察單位因業務繁雜，警力短缺，對於保險詐欺犯罪案件均歸類於一般刑事詐欺案件統計，如保險詐欺犯罪有與其他刑案相牽連，則以其相牽連之案件進行統計，如殺人詐保等，並無特別針對保險詐欺犯罪做成專類統計及防制，故經研究者調查，保險詐欺犯罪之防制，最主要還是由各保險公司自行「成立案件調查小組」進行調查及分析，如查有實證係保險詐欺案件則以拒絕賠付或移送警察機關進行調查偵辦，進入司法程序終止詐領保險金，如無實證則以協商減成賠付方式辦理。

本章除針對保險制度、規範、現況分析外，由各理論及實證研究，發現醫療保險詐欺犯罪在個人行為因素的「個人構面」、保險制度因素的「保險構面」、醫療診斷因素的「醫療構面」及法律認知因素的「法律構面」，對本研究的保險詐欺案件發生及案件偵查方向具有絕對的啟發作用，又因本研究以醫療保險詐欺犯罪為研究方向，在保險詐欺犯罪黑數的統計面，目前國內並無相關資料可參酌，而醫療保險詐欺案件又是各保險詐欺案件中最不易被舉證之詐保區域，而在醫療保險詐欺的理賠領域，也是保險公司一直無法掌握的範疇，故藉由本章各理論及實證研究的探討，再加入犯罪偵查理論，整合犯罪學理論與偵查實務理論，結合成防制概念，不僅可對醫療保詐欺的防制有相當大的助益，亦可與可能發生之保險詐欺案件形成連結，達成本研究設計與實施的目標，建立醫療保險詐欺犯罪辨識之指標因子，以作為醫療保險詐欺案件發生後，檢警機關與保險公司之參考。

第三章 研究設計與實施

為探討醫療保險詐欺犯罪模式及其防制策略，本研究以前述相關文獻為基礎，茲就相關研究設計及實施方式，分述如下：

第一節 研究取向與研究架構

一、研究取向

本研究乃針對2015年在醫療保險詐欺統計上，各總收入排名與市佔率較高之人壽保險公司進行研究，研究期間為2012-2017年間，研究議題為估理賠金額較高比例之病症，及依據專家經驗值，研究各市佔率較高之人壽保險公司有哪些疾病是醫療保險詐騙發生比例較高之症狀。在計畫執行中，研究者從文獻探討、深度訪談、專家意見調查等三種不同的途徑著手，期能具體客觀的呈現醫療保險詐欺犯罪的可能發生狀況，為瞭解醫療保險與住院診治之依據及關係，對各項涉嫌醫療保險詐欺之概況與住院醫療之必要性，進行分析其醫療就診程序與開立診斷證明之依據，並利用訪談與專家焦點意見調查，探討醫療診斷之步驟與程序，尋找有關醫療保險詐欺犯罪之指標因子，經由專家以共同評選方式，篩選出醫療保險詐欺犯罪之辨識指標因子，再以多目標決策方式請專家進行因子排序，依序評選出醫療保險詐欺犯罪最有可能發生之辨識指標因子，最後依據研究發現提出研究建議，作為分析醫療保險詐欺犯罪流程與偵辦保險詐欺犯罪依據之參考。

本研究採用文獻探討、深度訪談、專家意見調查等方法蒐集資料，目的在進行醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之建構，以瞭解醫療保險詐欺犯罪中，對於可疑為各相關保險詐欺因子之推估，以掌握真實之情況；另對於因發生數較少，無法與其他刑案做比較之醫療保險詐欺案件，雖有詳盡之理論基礎為依據，但理論如無法與實務接縫連結，無法讓針對此醫療保險詐欺議題之有心研究人員或實際從事與保險行業相關之人員作為導向參酌，故本研究收集保險公司資深理賠人員、政府部門業務主管、專業醫師及曾偵辦醫療保險詐欺案件之檢察官、警務人員與曾犯保險詐欺犯罪之被告及仲介黃牛等人員之深度訪談資料作為研究，再以專家問卷調查及一致性模糊偏好關係法之方式進行驗證與權重計算，以探究醫療保險詐欺犯罪之辨識指標。

二、研究架構

綜合前述相關文獻資料，本研究建構醫療保險詐欺犯罪研究架構，本研究假設個人構面因素、保險構面因素、醫療構面因素、因素等影響醫療保險詐欺犯罪的發生，茲就相關概念分述如下：（如圖3-1-1）

(一) 個人構面因素：醫療保險詐欺發生原因可分為預謀及臨時起意二種，而兩種因素均取決於行為人本身，即要保人或被保險人之犯案動機，本研究以新古典理論及日常活動理論為基礎，對行為人犯罪動機的緣起及歷程進行探討。

(二) 保險構面因素：保險公司對於新加入之投保人員有負責調查及審核之機制，其中包括要保人之投保歷程調查、出險狀況調查與各保險公司間之徵信通報調查等，本研究依據日常活動理論為基礎，針對核保人員之功能及監督，進行深度探討。

(三) 醫療構面因素：醫療人員在醫療保險詐欺扮演著最主要的關鍵角色，因為是否符合醫療保險理賠，完全是依照醫師所開立之診斷證明書來做為理賠的依據，且對於輕重殘之診斷標準，有些醫師的看法不一，本研究以理性選擇理論為基礎，針對醫療住院之不合理現象進行探討。

(四) 法律構面因素：在醫療保險詐欺方面，監控可分為幾個層面，分別為醫師、保險公司理賠及調查人員與司法人員等，當意外事故發生時，真相並無人知曉，而當被保險人向保險公司申請理賠時，保險公司才得以對醫療症狀所導致之事故進行調查及審核，但大部分的醫療症狀還是由醫師開立之診斷證明書來做初步認定，本研究以日常活動理論及機會理論為基礎，針對申請理賠程序及過程在法律程序的監控面與行為人進行犯案的因素進行探討。（如圖3-1-1）

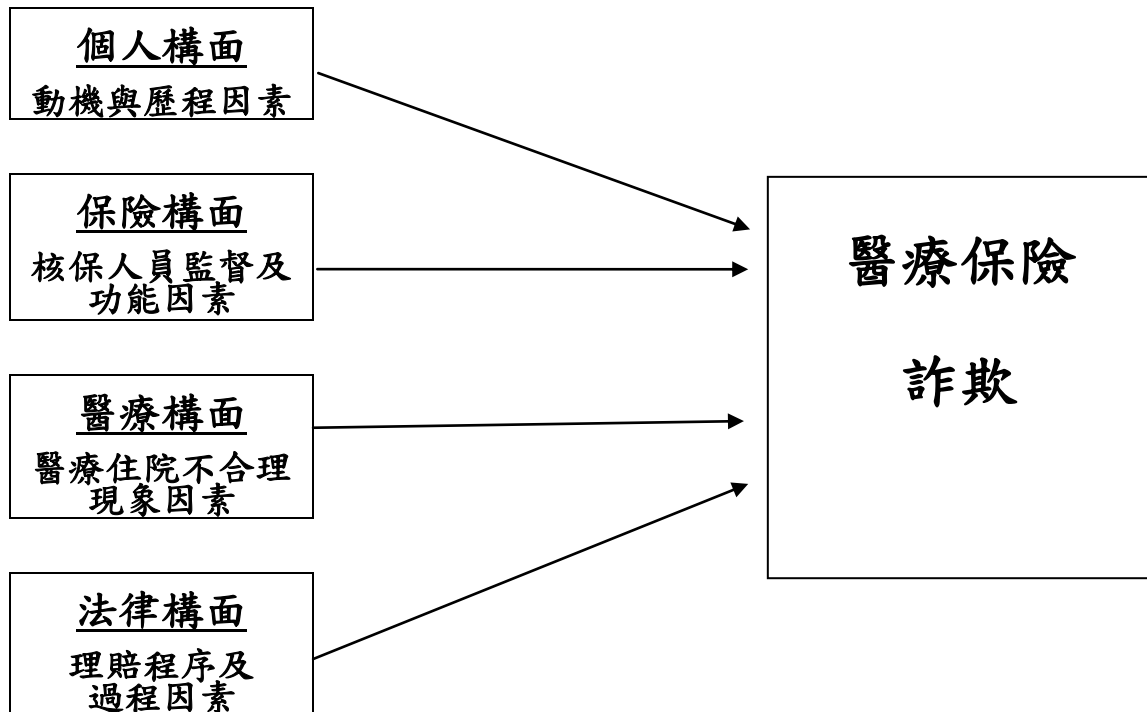


圖 3-1-1 研究架構圖
(資料來源：研究者自行提供)

第二節 研究流程與研究方法

一、研究流程

有關本研究流程共分為六個部分（如圖3-2-1），包括：

- （一）以文獻探討法所獲取之資料，規劃研究流程及設計訪談大綱。
- （二）以質性訪談方式，探討哪些疾病是醫療保險詐騙比較容易發生，且發生比例較高之症狀。
- （三）針對保險業務相關之主管機關，對於醫療保險詐騙之看法與對保險業者辦理保險詐欺案件之支持程度。
- （四）瞭解對各醫療院所之專業醫師，其診治流程及判斷住院與開立診斷證明之依據。
- （五）瞭解警察人員偵辦保險詐欺流程及各地方檢察署檢察官，對於保險詐欺犯罪起訴及求刑之依據，並將訪談所得資料彙整後，作為尋求醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之參考。
- （六）以專家問卷調查法(Expert Questionnair Method) 延續先前文獻蒐集分析及質性訪談所得相關資料，建立起有關保險詐欺防制因子之指標架構，經由專家意見調查及專家權重調查2種方法，進行比重與權重的調查。

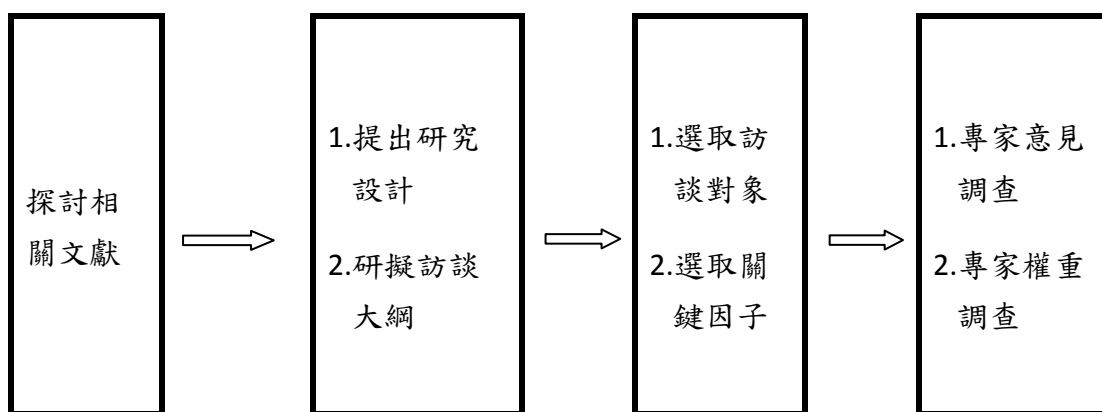


圖 3-2-1 研究流程圖

（資料來源：研究者自行提供）

二、研究方法

本研究為醫療保險詐欺防制作為及屬性因子模式之建立，採以文獻分析法、深度訪談法及專家問卷調查法作為本研究之方法，簡要說明如下：

(一) 文獻分析法(Document Analysis)

所謂「文獻研究法」係參考各種既存的歷史資料、官方文書、碩博士論文資料、各種類的期刊及報章雜誌等資料，客觀並有系統的進行分類、整理及編輯，希藉由前述之內容比對與資料分析，作為研究的基礎。本研究參考之文獻資料，可分為「原始蒐集資料」及「官方次級資料」兩大類。前者有關醫療保險流程與保險詐欺實例探討，及相關保險詐欺防制作為等相關發現之文獻資料；後者包括一般著作、專書報導、碩博士論文、相關研究報告、各種類期刊與報章、雜誌等具學術性的代表作品，期予以檢視有關論述的客觀性與公平性之綜合分析研究，歸納各文獻相關重要的關鍵項目，作為探討防制目標的基礎。

(二) 深度訪談法(Deep In-depth Interview)

本訪談法係質性研究中一種蒐集資料的基本方法，希望透過與受訪者的實際的對談過程中，從訪談過程中發現一些與研究相關之事實真相。質性研究強調在極自然且合乎真實面的歷史情境氛圍中進行訪談，而深度訪談法的特色在於受訪談者可以自由彈性的發揮及臨場的動態反應過程，讓整個訪問可以更貼切實際。

質化資料蒐集與歸納過程中，是一種動態性的資料分析，需要透過研究者與研究對象的深入了解與互動，本次研究為質化資料的深度訪談，包括研究主題的分析與系統分類化的概念，並從訪談所蒐集的資料中，與研究主題進行資料比對及內容的了解。並透過整合過程，將所有的資料有系統性的進行歸納、分析及彙整，使其符合與研究主題相同之概念，並呈現出合理的解釋，故整體研究過程中，針對評估資料的正確性與可轉換性、訪談內容的描述性、發展性與歸類的概念性及解釋整合所得之受訪資料等，均將依循質化研究訪談之基本架構原則下進行。本研究擬透過深入訪談的方式訪談各專家的實際經驗及看法，試圖分析、歸納及整合出醫療保險詐欺犯案之辨識指標因子，以作為司法機關偵辦是類案件之參考。

(三) 專家問卷調查法(Expert Questionnaire Method)

研究者延續質性訪談所得之專家相關意見及文獻資料，將合乎醫療保險詐騙之因素做歸納整理，評選出影響醫療保險詐欺之「關鍵因子」，經由專家意見調查法，請各專家對評選出之「關鍵因子」進行重要性評估，再將專家焦點意見及符合條件比例之比重評選結果，評選出合乎共識程度之醫療保險詐欺犯罪指標因子，建立有關醫療保險詐欺犯罪「辨識指標因子」之指標順序架構，並運用一致性模糊偏好關係法(consistent fuzzy preference relation, CFPR)設計問卷，再

進行專家權重偏好問卷調查，為了確保指標的信、效度，填答專家以保險相關防制業務經歷豐富之保險公司資深理賠主管、主管保險公司之政府部門主管及醫師、檢察官、警務人員為主，最後將所得結果作為本研究有關醫療保險詐欺流程及保險詐欺犯罪之辨識指標參考。

第三節 研究範圍與對象

一、研究範圍

本研究主要針對2015年人壽保險公司中，各營業總收入排名與市佔率較高之壽險公司進行研究，研究期間為2012-2017年，主要針對各市佔率較高之保險公司，在醫療險部分所請領理賠金額較高比例之病症，以及各人壽保險公司理賠人員之經驗值及統計數據，訪談出哪些疾病在醫療保險詐騙中所發生之比例是屬於較高之現象。在研究計畫執行中，研究者將從文獻探討、深度訪談、專家意見調查等三種方式進行訪談及驗證，以期訂定醫療診治及開立診斷證明之標準流程。

本研究所研究之項目，舉凡醫療保險詐欺類型之疾病、身體殘疾、失能住院及住院不合理或因意外事故，所導致需要醫師進行看診，開立診斷證明書之醫療保險詐騙類型均屬之。

二、研究對象

本研究蒐集保險詐欺犯罪者、壽險公司理賠專業人員、專業醫師、保險業務部門主管機關之主管人員與曾偵辦醫療保險詐欺犯罪之警察、檢察官等相關人員，及曾犯保險詐欺犯罪之被告與仲介黃牛等人員，設計符合本研究之訪談大綱進行實地深度訪談，並依訪談資料歸納出醫療保險詐欺犯罪相關模式、型態及特性，以評選出符合本研究辨識指標之因子，作為評選醫療保險詐欺犯罪辨識指標之比重與權重的排序。

三、深度訪談部分

(一) 受訪者條件遴選：

本研究以質性訪談方式，訪談人壽保險公司之理賠資深人員以瞭解其理賠作業流程及調查經驗；訪談政府部門業務執掌保險相關業務之資深主管，以瞭解主管機關對醫療保險理賠的看法；訪談醫療院所之主治醫師，以瞭解醫師診治標準流程及判斷住院與開立診斷證明之準據；訪談曾有偵辦醫療保險詐欺犯罪經驗之刑事人員及檢察官，以瞭解掌握醫療保險詐欺案件偵查細節及起訴的標準與見解；訪談醫療詐騙行為人，以瞭解其犯案動機及手法，本研究更為確保研究標的

之完整性，訪談對象均以符合醫療保險詐欺犯罪之專家為選擇對象，以呈現其真實的一面。

(二) 受訪者資歷介紹：

對於質性訪談除需要受訪者的意願及高度配合外，還需要受訪者對於受訪的內容有相當的瞭解及專業認知，本研究以「醫療保險詐欺犯罪辨識指標」為研究主題，故在選取訪談對象時，均考量目前從事與保險理賠業務相關之人、保險業之政府部門直屬長官、曾有偵辦保險詐欺案件之警務人員、檢察官與對保險詐欺案件相當瞭解之醫院醫師，再針對曾犯保險詐欺案件之犯罪人進行訪談，想藉由這五種各階段都有涉獵之各專業人員與涉案當事人，以其多年來實際的工作經驗歷程與犯罪經驗，為本研究所探討的問題提出專業的看法，以作為本研究的撰寫導向，進而能發現與本研究相關之「醫療保險詐欺犯罪之辨識指標」。

本次研究，分別訪問了不同保險公司人員共 6 名、掌管保險詐欺業務之主管 1 人、曾辦理醫療保險詐欺案件經驗之刑事警察人員 3 名、曾起訴保險詐欺案件犯罪嫌疑之地檢署檢察官 2 名、曾擔任保險公司審查保險詐欺案件之醫師 3 名與曾犯保險詐欺案件之當事人 3 人，一共訪談 18 名（如表 3-3-1），想藉由這五種專業的專家及醫療保險詐欺犯罪嫌疑人之不同的工作領域及經驗，對醫療保險詐欺犯罪做深入的探討，並找出「醫療保險詐欺犯罪之辨識指標因子」以尋求可能發生醫療保險詐欺案件之因素，提早提出預警防制對策。

1. 保險公司人員共 6 位：

- (1) 第一位為 00 保險人壽公司人壽理賠部專案協理，從事這份工作的時間為 28 至 29 年時間，其中有 8 年半在法務，保險理賠及調查工作經驗豐富。
- (2) 第二位為 00 人壽理賠部特案審議科主管，資深副理，從事保險犯罪防制大概有 10 年時間，保險理賠及調查工作經驗豐富。
- (3) 第三位為 00 保險人壽理賠部專案襄理，從事理賠經歷已經 14 年，另外借調財團法人保險犯罪防制中心，處理保險詐欺的經歷有五年的經驗。
- (4) 第四位為 00 保險公司的理賠部，理賠一科科主管，從事這份工作的時間 8 年，目前是財團法人保險犯罪防治中心的借調人員。
- (5) 第五位為 00 人壽保險公司的理賠部部門主管，大概是 10 年前就開始接處有關於保險詐欺防制的工作。從事保險理賠工作已經 17、18 年了。
- (6) 第六位為 00 保險公司的理賠部副理，從事理賠工作有 10 年經驗，碩士論文就是針對醫療保險詐欺的研究為主題。

2. 掌管保險詐欺業務之主管1位

該受訪者保險業務經驗豐富，歷經財政部保險司、金管會、保險局等重要職務，各項保險業務均非常純熟。

3. 曾辦理醫療保險詐欺案件經驗之警察刑事人員3位

- (1) 第一位為中央警察大學○○碩士班畢業，目前為政風工作的職務，偵辦保險詐欺案件共有 18 年左右的時間，包刮冒名投保、詐保、詐盲、癌症檢體調包的案件。
- (2) 第二位為刑事警察局中央警察大學畢業。目前為○○警察局警官，有 6 年偵辦保險詐欺案件的經驗，包括醫療保險詐欺，目前也協助財團法人保險犯罪防治中心偵辦保險詐欺的案子。
- (3) 第三位為中央警察大學○○碩士班畢業，目前為○○警察局警官，有近 20 年偵辦保險詐欺案件經驗，包括用身體割器官詐保案，遊民人頭詐保案、假住院詐保案。

4. 地方檢察署檢察官共2位

- (1) 第一位目前是○○地方檢察署檢察官，從事檢察官 5 年工作資歷，曾偵辦過車禍的醫療保險詐欺案件，起訴過醫療保險詐欺集團。
- (2) 第二位目前為○○地方檢察署主任檢察官，從事 15 年檢察官工作資歷，曾偵辦過醫療保險詐欺犯罪集團與醫師詐領高額保險詐欺案件。

5. 曾擔任保險公司審查保險詐欺案件之醫師3名

- (1) 第一位為現職○○醫院神經內科主治醫師，20 年醫師資歷，曾協助保險局、保險犯罪防制中心、金融消費評議中心，還有保險事業發展中心進行跟保險醫療業務相關的經驗。
- (2) 第二位為○○醫院精神科主任有 28 年醫師資歷。在犯罪防治中心擔任醫療顧問、金融保險評議中心擔任評議委員資歷。
- (3) 第三位為○○診所院長，有 17 年醫師資歷，目前為財團法人金融評議委員。

6. 曾犯保險詐欺案件之當事人3人

- (1) 第一位為外科醫院醫師助理，目前已服刑完畢，曾經協助保險黃牛賄賂醫師幫要保人進行外科手術，以假手術賄賂醫師開立診斷證明書方式，住院詐領保險理賠金。
- (2) 第二位目前為受刑人，曾擔任醫師職務，涉及醫療保險詐欺案件，共遭判刑 9 年 6 個月。
- (3) 第三位目前為受刑人，曾犯下勾串要保人及賄賂醫師，詐領鉅額醫療保險理賠金案件，經合計判處 20 年有期徒刑。

表 3-3-1 本研究訪談人員資歷及訪談時地一覽表

編號	個案代號	性別	服務單位	職稱	服務期間	訪談時間	訪談地點	實務經歷
1	A1	男	○○人壽保險公司	理賠部專案協理	30年	2018年10月14日13時55分至15時1分	公司辦公室	現職有28-29年時間都從事保險理賠調查工作
2	A2	男	○○人壽保險公司	理賠部特案審議科科主管，資深副理	28年	2018年9月10日16時59分至17時55分	公司辦公室	現職有10年時間都從事保險理賠審查工作
3	A3	男	○○人壽保險公司	理賠部專案襄理	14年	2018年9月10日9時52分至10時50分	公司辦公室	1.現職有14年時間都從事保險理賠審查工作。 2.支援保險犯罪防治中心。
4	A4	男	○○人壽保險公司	理賠部，理賠一科科主管	8年	2018年9月17日15時11分至16時22分	公司辦公室	1.現職有8年時間都從事保險理賠審查工作。 2.支援保險犯罪防治中心。
5	A5	女	○○人壽保險公司	理賠部協理部門主管	18年	2018年5月30日15時7分至16時5分	公司辦公室	1.現職有18年時間都從事保險理賠審查工作。 2.支援保險犯罪防治中心。
6	A6	女	○○人壽理賠部副理	理賠部副理部門主管	10年	2018年6月2日14時9分至15時28分	公司辦公室	1.現職從事理賠工作有10年經驗， 2.碩士論文就針對醫療保險詐欺的研究為主題。
7	B1	男	政風單位	○○室主管	28年	2018年9月28日14時58分至16時31分	辦公室	1.○○風室人員。 2.有18年偵辦保險詐欺案件。
8	B2	男	○○警察局	警官	10年	2018年9月28日17時17分至17時46分	辦公室	1.現職警察。 2.有6年期間偵辦壽險或產險相關保險詐欺案件。
9	B3	男	○○警察局	警官	30年	2018年10月9日14時10分至14時59分	辦公室	1.現職警察。 2.有20年期間偵辦壽險或產險相關保險詐欺案件。
10	C1	男	○○地方檢察署	檢察官	20年	2018年9月25日9時31分至10時16分	辦公室	1.現職檢察官。 2.從事年檢察官5工作，有偵辦壽險產險相關保險詐欺案件。
11	C2	男	○○地方檢察署	主任檢察官	25年	2018年10月27日10時12分至11時14分	新北市板橋區訪談處	1.現職主任檢察官。 2.從事15年檢察官工作，偵辦黃牛仲介醫療保險詐欺案。
12	D1	男	○○醫院神經內科	醫師	20年	2018年10月11日17時42分至18時37分	辦公室	1.現職醫師。 2.協助保險局、保險犯罪防制中心、金融消費評議中心，還有保險事業發展中心進行跟保險醫療業務相關的經驗
13	D2	男	○○醫院精神科	醫師	28年	2018年10月22日14時40分至15時56分	辦公室	1.現職醫師。 2.金融保險評議中心、犯罪防治中心顧問及委員15年經驗、消基會醫療經營委員會委員
14	D3	男	○○身心診所	醫師	20年	2018年11月6日9時21分至10時7分	辦公室	1.現職醫師。 2.財團法人金融保險評議委員會委員5-6年。
15	E1	男	醫療保險詐欺前科犯	外科醫師助理	20年	2018年10月15日22時23分至22時52分	辦公室	1.醫療保險詐欺前科犯 2.保險黃牛仲介醫療保險詐欺案件。

16	E2	男	受刑人	醫生	27年	2018年11月16日14時7分至15時13分	○○監獄	1.受刑人。 2.曾協助保險黃牛開立假診斷證明書。
17	E3	男	受刑人	在監	20年	2018年11月19日16時35分至17時12分	○○監獄	1.受刑人。 2.保險黃牛仲介保險理賠金。
18	F1	女	金融管理監督委員會保險局	主管	27年	2018年10月19日17時56分至18時48分	辦公室	保險公司業務政府部門主管

資料來源：研究者自整理

四、量化分析部分

本研究針對專家訪談所得結果及相關文獻資料，篩選出影響醫療保險詐欺犯罪之「辨識指標因子」，共邀請保險公司理賠、調查、警務人員、研究學者共 40 位專家及實務人員（不包犯罪行為人），以問卷方式經由專家針對焦點意見進行調查及比重評分（如表 3-3-2），以驗證「指標因子」之適用，其專家問卷以「非常不符合」、「不太符合」、「沒意見」、「還算符合」、「非常符合」、「不知道」等項，針對題目作選答，評選滿分為 5 分，評選標準須平均數達 3.5 分，共識程度達 70%，且二者需同時達標始符合本研究篩選之辨識指標結果因子，再將所選取合乎標準之「指標因子」，第二次再以「一致性模糊偏好關係法」設計專家問卷，精選保險公司理賠專業主管 7 位、專業醫師 2 位、保險業務部門主管 1 位、曾偵辦醫療保險詐欺之警察 3 位與檢察官 2 位，合計共 15 位專家進行偏好權重問卷調查（如表 3-3-3），其中參與權重問卷人員之專業領域人員，均為現在從事保險業務之資深理賠專家及相關從事保險詐欺偵辦、專業醫師與政府部門業務主管之專家進行問卷填答，以符合本研究之共識程度。

表 3-3-2 本研究專家偏好權重問卷調查人員資歷一覽表

編號	姓名	性別	經歷背景	現職工作性質
1	G1	男	保險體系	人壽保險公司
2	G2	男	保險體系	人壽保險公司
3	G3	男	保險體系	人壽保險公司
4	G4	男	保險體系	人壽保險公司
5	G5	男	保險體系	人壽保險公司
6	G6	男	保險體系	人壽保險公司
7	G7	女	保險體系	產物保險公司
8	G8	男	保險體系	產物保險公司
9	G9	男	保險體系	產物保險公司
10	G10	男	保險體系	人壽保險公司
11	G11	男	刑事偵查體系	刑事警察大隊
12	G12	男	保險體系	人壽保險公司
13	G13	男	保險體系	人壽保險公司
14	G14	男	保險體系	人壽保險公司
15	G15	男	保險體系	人壽保險公司
16	G16	男	保險體系	人壽保險公司
17	G17	男	保險體系	人壽保險公司

醫療保險詐欺犯罪辨識指標之研究

18	G18	男	保險體系	人壽保險公司
19	G19	女	保險體系	人壽保險公司
20	G20	女	保險體系	人壽保險公司
21	G21	男	保險體系	人壽保險公司
22	G22	男	保險體系	人壽保險公司
23	G23	男	保險體系	人壽保險公司
24	G24	女	保險體系	人壽保險公司
25	G25	男	保險體系	人壽保險公司
26	G26	男	保險體系	人壽保險公司
27	G27	男	保險體系	人壽保險公司
28	G28	男	保險體系	人壽保險公司
29	G29	女	保險體系	人壽保險公司
30	G30	男	保險體系	人壽保險公司
31	G31	男	保險體系	人壽保險公司
32	G32	男	保險體系	人壽保險公司
33	G33	男	保險體系	人壽保險公司
34	G34	男	保險體系	人壽保險公司
35	G35	男	保險體系	人壽保險公司
36	G36	男	保險體系	人壽保險公司
37	G37	男	保險體系	人壽保險公司
38	G38	男	保險體系	人壽保險公司
39	G39	男	保險體系	人壽保險公司
40	G40	男	學術體系	大學教授

資料來源：研究者自整理

表 3-3-3 本研究專家偏好權重問卷調查人員資歷一覽表

編號	姓名	年齡	職稱	經歷背景	工作年資	學歷
1	H1	31-40	保險理賠部經理	保險體系	9年	碩士
2	H2	41-50	保險理賠部協理	保險體系	20年	大學
3	H3	51-60	保險理賠部資深副理	保險體系	28年	碩士
4	H4	31-40	保險理賠部協理	保險體系	14年	碩士
5	H5	51-60	保險理賠部協理	保險體系	28年	大學
6	H6	41-50	保險理賠部副理	保險體系	28年	碩士
7	H7	41-50	保險理賠部副理	保險體系	25年	碩士
8	H8	41-50	主任檢察官	刑事偵查體系	20年	碩士
9	H9	41-50	檢察官	刑事偵查體系	25年	碩士
10	H10	41-50	政風人員	刑事偵查體系	21年	碩士
11	H11	41-50	刑事警察人員	刑事偵查體系	25年	碩士
12	H12	31-40	刑事警察人員	刑事偵查體系	10年	大學
13	H13	41-50	醫師	醫療體系	25年	博士
14	H14	51-60	醫師	醫療體系	30年	博士
15	H15	51-60	保險局主管	保險監察體系	37年	碩士

資料來源：研究者自整理

第四節 研究工具

從事質性研究，最主要是必須進入研究的範圍及場域內進行研究，並與研究受訪者保持良好的互動及建立信任的機制，這對研究對象是否願意將所知的內容全部告知，順利取得受訪者的內心認同，因此研究者本身的特質就是最主要的研究工具，研究者的訪談經驗、技巧及嚴謹度，都將會影響到個研究的信效度¹⁴³。

一、研究者本身

研究者的背景及訓練及研究者中立的角色與研究倫理的遵行，這對於研究者本身都是非常重要的，為培養研究者與建立受訪者間的相互信任基礎，得以順利圓滿在蒐集資料的過程中消除受訪者的疑慮，研擬了訪談同意書（如附件一），並清楚告知訪談過程需錄音及取得同意，以利將談內容轉換為書面資料進行分析，作為將來資料的真實呈現，以維護並尊重受訪者的權益。

本研究採用「半結構式訪談大綱」為工具進行訪談，以利受訪者於訪談時對問題的導引及發揮，並對資料蒐集檢核有無疏漏情形；訪談中為怕影響受訪者的思緒，將適時調整訪談大綱之順序以配合受訪者的情緒起伏現象，以融入受訪者陳述的情境，達成完整資料蒐集之目的。另為避免受訪談人無法滿足研究者深度訪談之目的，遂採以多元化方式進行，訪談問題將隨受訪者的內容，採隨時補充問題的方式進行，藉以讓研究者獲得更豐富的資訊。

研究者係主要訪談人員，唯訪談內容牽涉到受訪者豐富的實務經驗，唯有實際從事保險詐欺犯罪之偵辦人員，願意將豐富辦案經驗及看法分享，研究內容才能最有效的獲得專家意見，所以研究者與受訪談者在研究進行的同時，需得到信任、肯定與投入等態度，並與訪談對象彼此間建立良好的互動關係。

研究者為中央警察大學犯罪防治研究所之博士生，在學期間曾修習犯罪學理論、研究方法論、刑事司法制度研究、犯罪心理學理論等相關課程，使研究者在尋找訪談問題的形成，能夠正確地建立研究架構，並在研究分析的基礎上更能充分的提出研究問題，達到符合完成本研究之能力，另外研究者本身為警察人員，曾實際參與緝偵辦多起的保險詐欺案件偵辦，因此研究者對於訪談技巧與與實務融合與歸納，具有一定的技巧基礎水準，足以勝任本研究之訪談與資料整理。

二、訪談大綱

本研究將採半結構式訪談的型式，依據研究者之研究架構，條例式設計訪談大綱，作為本研究主題訪談的依據，引導受訪人進行訪談，在問題的形式上，設計較符合彈性應對的方式來進行，以提高受訪者的意願，願將與本研究相關之豐富經驗及翔實的寶貴經驗與意見作一呈現。

¹⁴³ 吳芝儀、李奉儒譯（1999），質的評鑑與研究。台北：桂冠出版社。

訪談大綱之設計依文獻、理論及實證研究與實際從事偵辦保險詐欺經驗建構，研究架構則採取一體適用分別問答的方式設計，分別設計共同及專業的問題，由保險詐欺犯罪人、理賠人員、業務主管人員、醫師、警務人員、檢察官等人進行回答，藉由不同面向的看法，期能突顯出各不同層面的問題及影響與處置作為，作為本研究探討及蒐集資料的方向。（如表3-4-1）

表 3-4-1 醫療保險詐欺犯罪辨識指標訪談大綱架構

內容及訪問對象 編號	訪談題目內容：「醫療保險詐欺犯罪辨識指標之研究」之各項問題及看法	被保險人	理賠人員	政府保險業務主管	醫師	警察	檢察官
1	你是否接觸醫療保險詐欺的經驗？具有哪方面的經驗？	V	V	V	V	V	V
2	醫療保險詐欺會有哪一些行為模式？	V	V	V	V	V	V
3	醫療保險詐欺犯罪人有哪些方式及管道可取得醫師診斷證明？	V	V	V	V	V	V
4	醫療保險詐欺犯罪人如何實施「冒名頂替」就醫？有那些病症較常發生？	V	V	V	V	V	V
5	醫療保險詐欺犯罪人如何實施「偽病就診」？有那些症狀常發生「偽病就診」情形？	V	V	V	V	V	V
6	醫療保險詐欺犯罪人如何完成「偽造或調包檢驗檢體」情形？	V	V	V	V	V	V
7	醫療保險詐欺犯罪人如何發生「假住院或輕病久住院」情況？有那些症狀常發生「假住院或輕病久住院」情形？	V	V	V	V	V	V
8	醫療保險詐欺方式中，選擇何種症狀是較容易成功的？	V	V	V	V	V	V
9	認為醫師實施醫療行為，研判病情的依據為何？判斷症狀開立診斷證明之依據為何？	V	V	V	V	V	V
10	認為針對醫師實施醫療行為的症狀診斷，有無需要醫療儀器協助佐證？	V	V	V	V	V	V
11	認為醫療患者有哪些方式可取得「與病症不符之診斷證明」？有那些疾病類型較常發生？	V	V	V	V	V	V
12	醫療保險詐欺案件中，下列「肢體殘廢」、「器官失能」、「精神病」、「癌症」、「住院期間長短」之症狀，除醫師專業判斷外，是否有其他方式或儀器可輔助證明？有疑義者有無其他驗證方式？		V	V	V	V	V
13	就你觀點，實務上醫療保險詐欺得逞，所應具備的要件有那些？		V	V	V	V	V

14	實施醫療保險詐欺的行為人（共犯、幫助犯）有哪些？	V	V	V	V	V	V
15	實施醫療保險詐欺犯罪嫌疑，較容易從哪裡發現證據？	V	V	V	V	V	V
16	如事故所引發之醫療行為，而產生醫療保險詐欺犯罪現象，要保人與加害人之間會有哪些關連性？		V		V	V	V
17	如事故引發之醫療行為，所衍生的醫療保險詐欺犯罪中，現場可發現哪些破案跡證或連結？		V		V	V	V
18	在醫療保險詐欺犯罪中，檢驗或鑑識是否為發現犯罪的方法？可知有哪些檢驗或鑑識方法？		V		V	V	V

資料來源：研究者自行整理

三、觀察

本研究將訪談內容，以實地觀察紀錄筆記的方式，列為工具之一，研究者在訪談之後立即將訪談現場所錄製之音檔及摘記之訪談記實，重複重點、想法與情境反映等，一併於逐字稿譯文時，做一詳盡敘述，包括當時受訪者之神情、精神狀態及口氣等，經由實地札記及錄音內容，完整的紀錄及呈現正確的訪談資料內容¹⁴⁴。

四、其他訪談工具

本研究因訪問了18位專家，所得受訪者資料非常豐富且龐大，如僅以記憶或筆記撰寫，無法將內容作一完整呈現，對於受訪內容亦無法專心傾聽及回應，因此先徵得受訪者的同意實施錄音方式，作為輔助訪談的協助工具，以利繕打逐字訪談稿，將資料以逐字稿做完整性的紀錄；訪談過程中，受訪者可依其意願及訪談內容不願被節錄或錄音的情節，隨時做改變並可停止錄音，以保障其個人隱私及權益¹⁴⁵。本研究並發現手機錄音為最佳之錄音工具，並為避免錄音遺漏，均備有雙手機同時進行錄音及紀錄，以確保資料的完整性。

第五節 資料處理與分析

一、質性資料處理

質性資料的分析是一種動態性的實際過程，包含資料蒐集及分析歸納，研究者利用與研究對象的訪談過程中，將更進一步的深入了解與受訪者的關係。本研究屬質性資料，係利用深度訪談與專家焦點資料訪談，包括受訪主題的陳述及案類概化的觀念，從資料脈絡中，可同步的對資料的蒐集能更深入的了解，並將所

¹⁴⁴吳芝儀、李奉儒譯（1999），質的評鑑與研究。台北：桂冠出版社。

¹⁴⁵同上引註資料。

得之資料進行整合、歸納及分析，並有系統性的進行過程分類，使本研究主題與首訪者之概念形成相對性的結合。因此，在研究過程中，從資料描述類化的概念及評估受訪所得內容的整合發展，資料進行整合及歸納等步驟等，是否具有確實性與可轉換性的可能等，均將依循質性研究之基本原則及架構進行。

本研究針對深度訪談之逐字稿，逐一過濾及挑選有關之指標因子，再經過彙整與篩選後，選擇符合本研究之醫療保險詐欺犯罪辨識指標之因子做成專家焦點意見問卷表，再聘請專家進行同意等級勾選之意見反映，以符合資料之處理與分析，茲將資料處理與分析分述如下：

(一) 資料蒐集及檢驗

本研究深度訪談資料的來源主要係透過以下列的方式獲得：

1. 深度一對一訪談

本研究訪談方式採取一對一進行，由研究者依據訪談大綱所列資料，詢問研究對象訪談大綱所欲擬之問題，由研究對象依其專家經驗、看法、意見、常識、建議等進行回答，研究者並取得受訪對象同意後進行錄音，再由錄音檔中整理譯文逐字稿，做為參考資料。

2. 訪談資料收集

收集各種與保險詐欺有相關之書面、雜誌等文件資料，包括研究保險詐欺案件移送、起訴、判決書等資料及官方數據統計、保險詐欺相關文獻與個案之刑案紀錄等。

研究者在質性訪談進行中，盡量避免讓受訪者在回覆詢問的問題時，直接回答是或不是，讓受訪者增加使用思考式的問題回答，以利受訪者可以把問題回覆的更合乎研究主題的需求¹⁴⁶。

研究者在受訪專家部分，尋找受訪對象為與本研究有相關工作性質，瞭解醫療保險詐欺犯罪之資深保險公司理賠人員、政府保險部門主管、醫師、偵辦保險詐欺案件之檢察官、刑事警察人員及犯罪人等，透過各種管道取得受訪者同意後始進行深度訪談，其中為求順利，訪談問題均於1-2週前即分別傳送給受訪談人準備應答資料，傳送後再以雙重確認訪談時間，以確保訪談過程順利圓滿；另外受刑人在監獄受訪部分，均有以中央警察大學博士班研究生學術研究名義，由學校依照公文流程取得監所及受訪受刑人同意後，再依其指定時間前往監所進行訪談，

¹⁴⁶黃光雄、鄭瑞隆 譯(2001)，質性研究教育研究理論與方法--實地工作，嘉義：濤石出版公司。

為求提高訪談之效度，進行訪談時間，每次控制在一小時左右，訪談者18位中，均同意接受錄音，研究者於訪談結束後，立刻將訪談之內容進行筆記整理，並對錄音記錄完成逐字稿，以避免因時間太久而有所疏漏，訪談過程均記載於紀錄表（如表3-3-1）。進入研究訪談場域時，應保有基本的概念特質，首先是達成中立共融共識的關係，受訪者願意告訴研究者任何答案，而研究者對其回答內容，不會有同意或不同意的意見，對其受訪內容不會生氣、尷尬或悲傷、憤怒的表情，全程均採取中立的態度進行訪談，並兼顧受訪者的情緒進行關心，讓受訪者有意願提供他們的經驗及看法，所以受訪者中立的態度是非常重要的，必須秉持著尊重受訪者所表達的立場及內容，與受訪者的態度則是要達到相互融合的境界，兩者的層面是不相同的。因為受訪者均是醫療保險詐欺犯罪方面有經驗的專家，研究者進行訪談時係以學習者的心態進行，在訪談過程中，抱著同理心，在回答時予以適時的口語回應，並分享其經驗，過程中有不明瞭或是不清楚時，均以誠懇的態度，重複的請教，以期能更深入的瞭解受訪者對問題的想法及見解，在訪談過程中，研究者亦將發揮細微的觀察能力及敏銳度，隨時的注意受訪者的情緒態度及言語言表達與肢體動作，以期能更進一步的深入瞭解問題所在。研究者並經自我察覺，避免因為個人的經驗，而受到個人主觀意識的影響，隨時隨地能注意與瞭解是否有自我偏見存在，及視為理所當然的情況產生¹⁴⁷。

（二）資料整理與分析

質性研究之目的最重要是在發現經驗現象，所以質性研究之最後還是要透過紀錄、分析及詮釋，以呈現出結果的發現。資料分析最重要是最後資料的詮釋，包括解釋結果的發現，回答相關為切入主題所回答的問題，並找出資料分析架構之組型（patterns），研究者認為資料分析可區分為「資料整理」與「資料分析」兩大部分分述如下：¹⁴⁸：

1. 資料整理

每位專家訪談結束後，除將訪談錄音內容存檔外，必須以電腦打字方式轉換成文字檔，並將每個受訪者，編列代碼，如保險公司以代號A1-A6代表、警務人員以代號B1-B3代表、地檢署檢察官以代號C1-C2為代表、醫師以D1-D3為代表、犯罪行為人以E1-E3為代表、保險公司部門主管以F1為代表，訪談逐字稿編碼第一位研究對象為A1第一標題第一個問題回答，編碼為A1-1-1、第二個問題為A1-1-2，第二個問題回答編碼為A1-2-1、第二標題第一個問題回答編碼為A2-1-1，第二個問題回答編碼為A2-2-1；第二位研究對象為B1，編碼則為B1-1-1、第二位編碼則為

¹⁴⁷ 吳芝儀、李奉儒譯（1999），質的評鑑與研究。台北：桂冠出版社。

¹⁴⁸ 同上引註資料。

B2-1-1，以此類推，並將所觀察到研究對象之情緒起伏、肢體語言等，以補充方式標示於逐字稿中。

2. 資料分析

本研究之資料分析採用Hycner (1985) 之「現象學內容分析」¹⁴⁹ (phenomenological content analysis) 的具體分析程序有以下的步驟，依序說明如下：

- (1) 謄寫逐字記錄 (transcription)：訪談人在訪談完成後，先將訪談內容儲存於錄音帶中，包括肢體語言的重要訊息以及語意的雙向概念溝通 (paralinguistic communication)，逐字繕打成文字資料。
- (2) 放入括弧 (bracketing) 與現象學的還原 (phenomenological reduction)：研究者首先去除對問題的結果做預先假定，並保持著對答案開放的態度，儘可能先拋除研究者原先已知的定義和解釋，直接進入受訪者個人對問題所詮釋的領域世界，接受受訪者的價值觀點來了解所受訪的問題及表達的意義。
- (3) 傾聽訪談內容及答案是否到位，以掌握整體回答的內涵：多次聆聽訪談的內容及次數，以體會受訪者的想法及其情緒監所要表達的意義，以及整體的意涵。
- (4) 描述一般性的意義單元 (units of general meaning)：對每一個句子、片語、段落及肢體語言與非語言訊息，採取開放的態度，用記錄、斷句等方式，導引出是否有其特殊的意義。
- (5) 研究問題描述的意義單元：一般對研究問題所代表的意義，是可以用來審視並確定受訪者回答的內容，是否可對研究的問題及相關單元進行充分闡明的意義。
- (6) 對於重複多餘且與本研究無相關及不必要的資料進行篩減與去除。
- (7) 群聚相關的意義單元 (units of relevant meaning)：對於保留下的句子分別歸類，從分類中以代碼形成關聯性的概念，將意義相同的單元予以群聚化，歸類成共通的本質或主題 (common theme)。
- (8) 從意義的群聚 (cluster of meaning) 中決定主題項目 (themes)：研

¹⁴⁹ Hycner, R. H. (1985). Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. *Human Studies*.

究者為判定群聚中心主題及本質，乃針對有意義的群聚進行研議推敲。

(9) 一般性與獨特性的主題項目：確認對所有訪談的單元，進行跨單元的交叉比對分析，再過濾訪談中出現的共通性議題，並分類是否為單一或個案獨特的主題，研究者不可對受訪內容加以另行詮釋及文字修飾，必須完全參照日依照受訪者的訪談內容進行逐字稿譯文。

(10) 闡述主題項目的脈絡關係 (contextualization of themes)：從整體的脈絡情境或背景當中，回溯出與研究的主題是否相符，並撰寫與主題相符之摘要，以掌握本研究所發現的現象本質。

(11) 撰寫統合整理摘要：將所有的訪談摘分門別類統一整理。

(三) 可信賴性檢驗

質性研究信、效度問題，長久以來均倍受爭議及令人感到質疑。Lincoln & Guba(1984)主張以確實性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability) 及可確認性 (confirmability) 四種方法來控制質性研究的信度與效度，本研究採此種方式，對訪談所得之資料，相互進行檢核，以求取其客觀性與公正性，本研究依據其概念擬定本研究之信效度作法如下¹⁵⁰：

1. 可信賴性(credibility)

本研究於研究主題確定後，依相關理論文獻及其他次級官方資料，提供本研究初步的理解與詮釋的基礎步驟，而為求對議題的深入了解與持續性探索，即進行對醫療保險詐欺犯罪專家的訪談。訪談時為確實將研究的需求及內容，可以更深入的了解並獲得完整的想法，先取得受訪者同意，願意接受訪談後，並填寫訪談同意書，再以事先設計之訪談大綱問題進行訪談，並以錄音方式在訪談間進行完整記錄，據以達到本研究的真實內涵，及希望觀察所獲得的資料，以求真實性。

2. 可轉換性(transferability)

可轉換性是經由受訪者對於訪談的問題，陳述出個人感受及經驗，有效的將口語內容以逐字稿的方式轉換成文字，並加以具體的描述，對於資料的轉化程序，意涵中有將研究過程及步驟進行反思，是否有達到透明化的詳實過程，因此關於研究歷程的透明化，將於論文的附錄中，將各個重要的步驟及逐字稿編碼歷程與環節的轉化清楚的交代，可藉由審視逐字稿的過程中感同身受研究者分析的步驟，以期讓受訪者的描述內容能夠呈現出更真實的狀態。

¹⁵⁰高淑清 (2009)，質性研究的 18 堂課—揚帆再訪之旅。高雄：麗文文化。

3. 可靠性(dependability)

研究者個人經驗是非常重要的且是唯一性的，如何獲取真實又可靠的資料與轉換可用的分析結果，除了從開始尋訪研究對象的接觸上，即以保證內容僅供參考而不外流的訪談同意書使受訪者能夠放心的分享其專業的經驗，研究過程中所標註的札記或內容分析，均盡可能還原及詮釋訪談時之現象，與受訪者之的溝通及對話亦均力求簡明清晰，務使每一步驟都能合乎真實內容的完整性，同時也針對受訪主體可合乎受訪者之理念以涵蓋整個研究的過程，達到受訪者最佳的檢驗及認同。

4. 可確認性(confirmability)

可確認性係指對研究的一致、中立及客觀的要求，與真實指標的可靠性息息相關，研究者在本研究歷程及結果，發現與受訪者的誠心互動及交流將可得到寶貴的回饋意見。本研究針對醫療保險詐欺犯罪辨識指標之研究，以商業保險公司之資深理賠人員、偵辦醫療保險詐欺經驗豐富之檢察官與刑事警察警官、保險詐欺背景之專業醫生、犯罪人與主管保險公司政府部門之主管，經以深度訪談方式呈現訪談內容的真實性與客觀性，以彙整其實貴經驗以擷取醫療保險詐欺辨識指標之因子。

除此四大指標外，本研究詮釋受訪的過程中，必須對於受訪者所呈現出現象及背後意義不斷的更進一步理解，故研究者除逐字稿有深入的了解外，亦必須具備有對本研究主題清楚的解釋能力，故在受訪者逐字稿間的主題論敘分析上，必需維持平衡一致，如此才得以具備研究解釋的有效性。

(四) 研究倫理

本研究所採取之方式為質性研究中的深度訪談，在訪談過程中與研究受訪對象而有直接的口語接觸，甚至訪談的接觸過程中，也可能牽涉到受訪者的工作經驗與技巧及保密事項，故研究倫理問題是首先必須考量的，因此，本研究將依據Babbie(1992)所提出的五項研究倫理進行，茲分述如下¹⁵¹：

1. 參與者的意願

為不使受訪者有被強迫參與本研究的感覺，故於訪談前會與受訪者先進行相互間的瞭解，及詳細說明本研究的性質及訪談目的，並詳細說明訪談所需的時間，另外在保護受訪者部分，對於如何進行研究、錄音紀錄處理等事宜，皆以出具訪談同意書加以保證，以獲取受訪者的同意及放心。

¹⁵¹林天祐(2005)，教育研究倫理準則，教育研究月刊，第132期，p.70-86。台北，高等教育出版公司。

2. 不影響研究者意見

為避免本研究的研究方向，有意無意的影響到受訪者本身的意見，進行訪談時均以尊重及開放的態度進行互動，並隨時注意到受訪者的感受，而避免受訪者強迫作答，訪問當下若受訪者有不願意繼續接受訪問的情形，當即尊重其意願並立即停止訪談。

3. 匿名與保密原則

受訪者的隱私保密上，在研究過程中是相對重要的一環，對於受訪者所提供之資料必須完全保密，並在訪談逐字稿採取以匿名代號的方式呈現，且對於訪談所提供之資料均僅做為本研究參考，而不作其他用途。

4. 避免隱瞞與欺騙

對於研究目的，不可欺騙或隱瞞，故於訪談前，必須誠實告知研究的性質及目的，確保受訪者能在完全瞭解的情況下同意受訪。

5. 分析與報告原則

研究中發現的限制及缺點及正、反兩面的意見，均應將真相詳實的呈現，避免遭到誤解或扭曲，其分析結果均要坦承的報告及一併的陳述。

除了上述五項原則，研究者本身應首重確保研究的真實性與中立性，更應以同理心、敏銳度及反思等作為進行本研究之執行，並自始自終均以正向的態度來進行研究。

二、專家意見調查資料之處理與分析

為了解專家對於醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子重要性之具體看法，本研究第一階段專家意見調查，共挑選 40 位從事保險理賠或調查工作之專家，參與「專家焦點意見」調查，茲就專家意見調查資料分析之統計方法敘述如下：

(一) 專家間共識一致性及共識程度

本研究專家間共識一致性的統計標準為：

1、標準差 (σ):

係指所有專家填答之妥適性程度與平均數的離散程度。當小於 1.00 時，則顯示專家意見在該題項達成共識 (胡幼慧等, 1996)¹⁵²。

¹⁵²胡幼慧 (主編) (1996), 質性研究——理論、方法與本土女性研究實例 (141-157 頁)。台北, 巨流圖書公司。

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}$$

2、共識程度 (D.C):

變異係數 (C.V) 是判定一組資料分散情形的統計方法，亦可作為共識性評判標準，當變異係數越小表示該題項變異越小，專家看法越趨一致。

$$C.V = \frac{S}{\bar{x}} \times 100\%$$

而為方便理解專家間的共識性，本研究遂定義以專家共識程度(D.C)表示之，當 D.C 越高即表示共識程度越高。

$$D.C = 100\% - C.V$$

因多位專家間意見要達到 100% 共識實屬不可能，故本研究事先擬訂共識程度門檻值，當共識程度達 70% 以上，始能認定該題項的專家意見達到共識。

(二) 專家選定重要性項目及重要性排序集中性

為使本研究結果更具實用程度，將專家意見以 Likert 綜合尺度作為衡量專家意見的表示程度。並把調查問題的合適性分成 1 至 5 個層級，分別為「非常不符合」、「不太符合」、「沒有意見」、「還算符合」、「非常符合」，由專家單獨給予評定 1 至 5 分的等級，分數愈高即表示支持度越高，亦越合適。再以集中趨勢量數分析來求得各項目的平均數 (mean)，瞭解資料的集中趨勢，即瞭解專家對各項目重要性的評估情形。平均數 (M) 係指所有專家填答之合適性程度總和的平均值，數值越大表示專家對該題項的支持程度越高。至於支持程度的標準，本研究考量受試者專業領域的異質性，以稍高於合適性 1 至 5 分中位數的 3.50 分作為支持與否的門檻值，當平均數超過 3.50 分即可代表該題項具專家支持。

(三) 專家焦點意見統計工具

本專家焦點意見統計工具乃以 Excel 設計統計分析程式進行分析，依照表列輸入專家選填「非常不符合」、「不太符合」、「沒有意見」、「還算符合」、「非常符合」等 5 個層級，由專家給予評定分數 1 至 5 分，填入「專家焦點意見程式計算表」(如表 3-5-1)，依據整合結果統計「專家意見統計表」再進行平均數與共識程度分析(如表 3-5-2)。

表 3-5-1 專家焦點意見程式計算表

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
李○○	林○○	許○○	許○○	蘇○○	許○○	朱○○	林○○	謝○○	洪○○	洪○○
5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	4
4	5	4	4	2	4	5	5	5	5	4
3	5	2	4	4	3	5	4	5	5	4
5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4
4	4	4	3	4	3	4	3	5	5	4
4	4	4	4	3	5	3	4	3	5	3
3	3	4	3	3	4	2	4	3	4	3
4	5	4	3	4	4	4	4	5	5	4
4	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5
4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5
5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4
4	3	4	2	3	3	4	3	4	4	3
4	4	3	4	3	5	2	4	4	5	3
3	4	3	3	3	4	2	4	4	5	3
5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4
4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4
4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4
4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4
5	5	3	2	2	4	3	3	2	5	3
5	4	3	2	3	4	2	4	2	5	3
4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	3
5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4
4	5	3	3	2	3	3	4	5	4	3
4	3	3	4	3	5	4	3	2	4	4
4	3	3	5	3	5	3	5	7	5	3

資料來源：研究者自行整理

表 3-5-2 專家意見統計表

眾數	平均數	標準差	Q1	Q3	四分位差
5	4.704	0.66880	5	5	0
5	4.519	0.84900	4	5	1
5	4.259	0.81300	4	5	1
5	4.741	0.44658	4.5	5	0.5
4	3.778	1.25064	4	4	0
4	3.444	0.89156	3	4	1
3	3.222	0.69798	3	4	1
5	4.556	0.57735	4	5	1
5	4.296	0.82345	4	5	1
4	4.407	0.57239	4	5	1
4	4.370	0.62929	4	5	1
4	3.519	0.84900	3	4	1
4	3.444	0.84732	3	4	1
4	3.444	0.75107	3	4	1
5	4.519	0.50918	4	5	1
5	4.778	0.42366	5	5	0
5	4.481	0.57981	4	5	1
5	4.630	0.49210	4	5	1
5	4.519	0.50918	4	5	1
3	3.444	1.18754	3	4	1
3	3.481	1.01414	3	4	1
5	4.519	0.75296	4	5	1
5	4.519	0.70002	4	5	1
5	4.593	0.69389	4	5	1
5	4.667	0.62017	4.5	5	0.5
5	4.037	1.22416	3	5	2
4	3.852	0.76980	3	4	1
3	4.000	1.10940	3	5	2

資料來源：研究者自行整理

三、一致性模糊偏好關係(CFPR)資料之處理與分析

為進行醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之重要性排序，本研究以層級結構為基礎，共遴選為進一步了解判定醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子的權重關係，運用兩兩比較(pairwise comparison)的方式來測度各影響因子間的相對重要性。而

以兩兩比較的評估方式最知名的係屬 Saaty 所發展的層級分析程序法 (Analytical Hierarchical Process, AHP)(Saaty, 1987)，但是當評估項目較多時，AHP 兩兩成對比較方式會變得相當複雜，而且也不容易維持評估者評比過程中的一致性。Herrera-Viedma et al. (Herrera-Viedma, Herrera et al. 2004) 提出的一致性模糊偏好關係(consistent fuzzy preference relation, CFPR)，明顯降低與改善 AHP 中因多準則或多候選項目所產生的不一致性問題，在傳統 AHP 成對比較法中，若評估準則有 n 個候選項目，則需進行 $n(n-1)/2$ 次的成對比較，然而在(Herrera-Viedma, Herrera et al. 2004) 提出模糊偏好關係理論後，只需要進行 $n-1$ 次的成對比較；此方法亦使專家或實務工作者於判斷與評估各服務項目時能簡單易懂、易填且耗費的時間也較少，以下將針對 CFPR 的基本理論與過程作一簡潔介紹。

偏好關係(preference relation)是指決策者對一組項目給予一個值，此值表示第一個項目對第二個項目的偏好程度，很多重要的決策模式經常使用偏好關係來表示決策者的意見，Herrera-Viedma et al.(2004)利用偏好相加的遞移性(additive transitivity)，建立成對比較偏好決策矩陣(pairwise comparison preference decision matrices)，不僅可使決策者在最少的比較判斷過程中進行偏好表達，更可以免除決策過程一致性的檢驗，以下就 Herrera-Viedma et al.(2004)所提到的相乘偏好關係(multiplicative preference relation)、模糊偏好關係(fuzzy preference relation)到建立一致性互補模糊偏好關係矩陣做簡要介紹¹⁵³：

(1)相乘偏好關係

矩陣 $A \subset X \times X$ 表示為 X 評估項目所形成之相乘偏好關係集合 A ，其中 $A = (a_{ij})$ ， a_{ij} 是評估項目 x_i 和評估項目 x_j 的偏好強度比較值，Saaty(1997) 建議 a_{ij} 以 1 到 9 的比例尺度來衡量， $a_{ij} = 1$ 表示評估項目 x_i 和評估項目 x_j 無差異(indifference)， $a_{ij} = 9$ 表示評估項目 x_i 較評估項目 x_j 絕對地(absolutely)重要， a_{ij} 與 a_{ji} 互為倒數且二者相乘為 1 時，則稱為相乘偏好關係，即： $a_{ij} \times a_{ji} = 1, \forall i, j \in \{1, \dots, n\}$ 。

(2)模糊偏好關係

¹⁵³Saaty R.W.(1987) The analytic hierarchy process—what it is and how it is used, Publication: Mathematical Modelling Publisher:Elsevier, Mathematical Modelling Volume 9, Issues 3 - 5, 1987, Pages 161-176

X 評估項目所形成的一個模糊偏好關係 P 是在乘積集合 $X \times X$ 上的一個模糊集合，以隸屬函數(membership function) $\mu_p: X \times X \rightarrow [0,1]$ 表示，其中 $P = (p_{ij})$ ， $p_{ij} = \mu_p(x_i, x_j)$ ， p_{ij} 是評估項目 x_i 相較於評估項目 x_j 的偏好程度(degree of preference)比較值。若 $p_{ij} = 1/2$ 則表示 x_i 和 x_j 一樣好 ($x_i \sim x_j$)， $p_{ij} = 1$ 表示 x_i 絕對地優於 x_j ， $p_{ij} = 0$ 表示 x_j 絕對地優於 x_i ， $p_{ij} > 1/2$ 則表示 x_i 相對地優於 x_j ($x_i \succ x_j$)。因此偏好矩陣 P 中 p_{ij} 與 p_{ji} 相加為 1，即： $p_{ij} + p_{ji} = 1, \forall i, j \in \{1, \dots, n\}$ 。

(3) 建構一致性互補模糊偏好關係矩陣

假設有一組評估項目 $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n, n \geq 2\}$ ，其成對比較偏好的決策判斷矩陣，係以正倒相乘偏好關係(reciprocal multiplicative preference relations)所建立，即決策判斷矩陣 $A = (a_{ij})$ 其 $a_{ij} \in [1/9, 9]$ ，其矩陣中各元素 a_{ij} 可透過函數： $p_{ij} = g(a_{ij}) = (1 + \log_9 a_{ij})/2$ ，求得與 A 相對應的互補模糊偏好關係矩陣(reciprocal fuzzy preference relations matrix) $P = (p_{ij})$ 其 $p_{ij} \in [0, 1]$ 。此處 $\log_9 a_{ij}$ 係考慮 a_{ij} 介於 1/9 到 9 之間。若互補模糊偏好關係矩陣 $P = (p_{ij})$ 符合相加遞移一致性(additive transitivity consistency)，則下列公式成立。

$$p_{i(i+1)} + p_{(i+1)(i+2)} + \dots + p_{(j-1)j} + p_{ji} = (j-i+1)/2, \forall i < j \quad (1)$$

因此我們僅須由評估項目 $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n, n \geq 2\}$ 的 $n-1$ 個模糊偏好關係值 $\{p_{12}, p_{23}, \dots, p_{n-1n}\}$ ，再透過公式(1)，即可求得整個決策矩陣 P 之其他各元素，也就是 $B = \{p_{ij}, i < j \wedge p_{ij} \notin \{p_{12}, p_{23}, \dots, p_{n-1n}\}\}$ 的模糊偏好關係值，然而該決策矩陣 P 中之元素若並非全部都在 $[0, 1]$ 區間之內，但會在 $[-c, 1+c]$ 區

間內，其 $c = |\min\{B \cup \{p_{12}, p_{23}, \dots, p_{n-1n}\}\}|$ ，因此，欲獲得一致性互補模糊偏好關係矩陣 P' ，須透過 $P' = f(P)$ 的轉換函數(transformation function) 得到，並可以維持其互補性(reciprocity)及相加一致性(additive consistency)，其轉換函數為：

$$f: [-c, 1+c] \rightarrow [0, 1], f(x) = (x+c)/(1+2c) \quad (2)$$

(4) 整合受訪專家之綜合判斷

由專家 k 針對評估項目 n ，所建立之順序相鄰(sequentially adjoining)成對評估比較， $\{a_{12}^k, a_{23}^k, \dots, a_{n-1n}^k\}$ ，但若有 m 位評估人員，本研究雖然視每位專家一樣重要，但為使極端及影響減少，採用幾何平均數模式來整合所有專家之意見，亦即各整合的順序相鄰成對評估值由下式計算：

$$\bar{p}_{ij} = (p_{ij}^1 \times p_{ij}^2 \times \dots \times p_{ij}^m)^{1/m} \quad i < j, \quad \forall i, j \in \{1, \dots, n\} \quad (3)$$

隨後再運用上述步驟(3)以獲得整合後之一致性互補模糊偏好關係矩陣， $\bar{P} = (\bar{p}_{ij})$ ，而為求各評估項目 i 整合的權重 w_i ，則可利用 Wang and Chen(2008) 建議之列向量平均值標準化的方式來求得，即：

$$A_i = (\sum_{j=1}^n p'_{ij}) / n, \quad w_i = A_i / \sum_{i=1}^n A_i$$

四、一致性模糊偏好關係統計工具

一致性模糊偏好關係(CFPR)資料之處理，係採第一個項目對第二個項目的偏好程度比較，使用偏好關係來表示決策者的意見，再利用偏好相加的遞移性，建立比較偏好決策矩陣，使決策者在最少的比較判斷過程中進行偏好表達，可以免除決策過程對一致性檢驗的偏頗，Saaty(1997)建議級距以 1 到 9 的比例尺度來衡量，級距=1 表示評估項目 A1 和評估項目 A2 無差異，級距=9 表示評估項目 B1 較評估項目 B2 絕對地重要，如果將二者級距互為倒數且二者相乘為 1 時，則稱為相乘偏好關係。

對比較偏好的決策判斷矩陣，係以正倒相乘偏好關係所建立，即決策判斷矩陣可透過函數，求得與決策判斷矩陣相對應的互補模糊偏好關係矩陣，此處因考慮偏好程度介於 1/9 到 9 之間，若透過公式計算即可符合模糊偏好關係矩陣相加遞移一致性之互補關係，因此僅須由評估項目的模糊偏好關係值，再透過公式即可求得整個決策矩陣之其他各模糊偏好關係值，再透過轉換函數可維持其互補性及相加一致性，其作法乃以 Excel 設計分析程式進行矩陣運算分析，依照表列輸

入專家選填「絕對重要」、「相當重要」、「普通重要」、「稍微重要」、「同等重要」等 5 個層級，並分屬左右兩邊形成拉距，由專家選填重要程度，給予評定分數 1 至 9 分（如附件三），再依 Excel 設計計算程式，如個人構面與保險構面選填右邊「絕對重要」填入「9」則輸入 1/9 (0.111111)，保險構面與醫療構面選填右邊「普通重要」填入「5」則輸入 1/5 (0.2)，醫療構面與法律構面選填左邊「相當重要」填入 7 則輸入 7 (如表 3-5-4)，依據輸入結果進行矩陣運算，進行各構面間之權重換算取得權重值。

表 3-5-4 一致性模糊偏好關係 Excel 核算表

原始矩陣	個人構面(F1)	保險構面(F2)	醫療構面(F3)	法律構面(F4)		1	2	3	4				
個人構面(F1)	1	0.111111			1	0.500	0.000	-0.366	0.077				
保險構面(F2)	9	1	0.2		2	1.000	0.500	0.134	0.577				
醫療構面(F3)		5	1	7	3	1.366	0.866	0.500	0.943				
法律構面(F4)			0.142857	1	4	0.923	0.423	0.057	0.500				
					a=	0.366	0.366	0.366	0.000				
						0.366	0.366	0.366	-0.500				
						0.223	0.223	0.223	0.223				
						0.223	0.223	0.223	0.223				
						0.223	0.223	0.223	0.223				
						平移轉換後的偏好矩							
						1	2	3	4				
					1	0.500	0.211	0.000	0.077	0.088	0.101	個人構面(F1)	
					2	0.789	0.500	0.289	0.544	0.236	0.271	保險構面(F2)	
					3	1.000	0.711	0.500	0.756	0.330	0.379	醫療構面(F3)	
					4	0.744	0.456	0.244	0.500	0.216	0.249	法律構面(F4)	
										0.869	1.000		
						3.033	1.879	1.033	1.876				

資料來源：研究者自行整理

第四章 醫療保險詐欺辨識指標因子建構分析

為建構醫療保險詐欺犯罪辨識指標的因子，透過醫療保險詐欺犯罪型態與特性及犯罪成因進行分析是不可或缺的重要歷程，而在醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之蒐集，更需要有多元化的方向及來源，方可有效的尋找出關鍵之「辨識指標因子」，本研究共分為二個方向進行醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之蒐集，分別為「文獻相關資料蒐集」及「專家深度訪談蒐集」，其中文獻探討相關資料乃由我國保險詐欺規範及現況、醫療保險詐欺犯罪理論基礎、醫療保險詐欺犯罪實證研究中進行搜尋；另外，專家深度訪談蒐集乃根據本研究所設計之「訪談大綱」共 18 大題並細分 36 小題，透過與本研究有相關經驗之專家、學者實地進行訪談，再針對訪談大綱問題，以逐題細問詳答的方式，由受訪者依題意進行經驗分享與看法，發揮其對問題的獨到見解，研究者再將訪談結果進行歸納分析，以尋找符合本研究辨識指標之「關鍵因子」。

本研究之研究範圍除疾病醫療外，亦包括因意外事故所衍生之就醫行為，為了精實的獲取「醫療保險詐欺犯罪辨識指標之因子」篩選，除根據保險詐欺相關文獻與實證研究外，更實地針對有保險詐欺歷練之檢察官、警察、各商業保險公司資深理賠人員、保險局主管、醫生與保險詐欺犯罪人共 18 名熟悉保險詐欺議題之相關專家進行經驗訪談，再由醫療保詐欺犯罪辨識指標之型態及類別，彙整及分析出影響醫療保險詐欺犯罪之四大構面，分別為由個人主觀因素所形成詐騙意圖之「個人構面」、保險公司所規劃保險商品在制度面，易於形成漏洞或為高誘因導致違反保險制度常態之「保險構面」、基於醫療病情診治不合理，或為要保人與醫療人員掛勾進行詐騙行為之「醫療構面」與犯罪人基於熟悉保險理賠程序及申訴制度面而進行詐保之「法律構面」四大面向。

第一節 醫療保險詐欺犯罪「個人構面」因子篩選

醫療保險詐欺犯罪中，在個人因素方面所形成之詐騙意圖係最直接也是最簡明扼要的，個人因素包括教育、操守、交友、經濟等等因素牽涉甚廣，每一項都可影響到個人是否會牽涉到保險詐欺的犯案動機，個人構面因子分析如下：

一、集團性犯罪

依據組織犯罪防制條例之法律見解：「所稱犯罪組織，係指三人以上，所組成具有持續性或牟利性之結構性組織而言，且結構性組織，指非為立即實施犯罪而隨意組成，不以具有名稱、規約、儀式、固定處所、成員持續參與或分工明確為必要」，故本研究對於三人以上為獲取不法保險理賠金之意圖，而共同實施醫療保險詐欺犯罪行為之組合，即定義作為醫療保險詐欺之犯罪集團性。

(一) 由實證研究中發現：

1. 在醫療保險詐欺案件中有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成，其中多半被害人與犯罪人合謀共同詐欺保險公司，部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環，囿於有共犯掩飾，助長了人身型保險詐欺的發生。(鄧子震, 2015)

2. 醫療院所與不法集團掛勾，刷病患之健保卡，造成病人雖未求診卻有診療紀錄，詐領中央健保局之健保費用。(羅戍軒, 2010)

3. 我國醫療偏差與犯罪行為類型繁多，醫療專業人員與不法集團為了獲取不法利益之不法共犯結構，不斷設計出各種與醫療犯罪有關之犯罪手法，使得醫療犯罪之犯罪類型與犯罪手法日益更新。(羅戍軒, 2010)

4. 醫療院所為貪得不法利益與犯罪集團掛勾，利用各式的機會及方法犯下不同的保險詐欺案件，使得保險詐欺案件持續不斷的發生及增加，還有一些不肖醫療院所為申領較高額之健保給付，教唆醫師以病情嚴重為由，進行一些不必要之醫療行為，甚至病患與醫師掛勾，進行截肢而向而詐領保險理賠金，另外醫療院所為節省開銷以租用其醫師執照方式，再僱用不具醫師資格之員工，從事醫療行為，開立不實之診斷證明書進行詐保，還有一些其他類型包括醫師結合保險黃牛等不法集團，開立不實之診斷證明、醫師勾結社福黃牛，介紹看診病患到醫療器材店消費，賺取回扣、醫師開立偏好藥品收取藥商回扣或者利用不實廣告吸引民眾前往就醫。(羅戍軒, 2010)

5. 保險詐欺集團犯罪之主要成因及犯罪現況與犯罪特性、類型與手法等，均與所觸犯之法條及其犯罪組織成員之結構相關聯，該文章彙整了當前在保險詐欺犯罪集團的防制犯罪工作上所遭遇到的困難，並針對各壽險公司可運用的相關保險詐欺犯罪防制對策，提出具體建議。(韋俊青, 2006)

6. 分析醫療保險詐欺組成份子之集團操控性，並藉由成員資料蒐集探討保險詐欺集團犯罪模式，在醫療保險詐欺上，發現問題出現在醫院本身詐領健保費及醫師與保險黃牛掛勾開立假診斷證明書的案例不在少數。(黃俊豪, 2004)

(二) 由專家深度訪談中發現：

共犯結構關係從專家深度訪談中發現，一般稱本人即為與保險公司有契約關係的被保險人，他們與以仲介（俗稱的黃牛）再由仲介找醫師配合就成為一種共犯結構的關係，所以仲介、被保險人、醫師還有助手、醫護人員、檢驗人員等，都是屬於醫療保險詐欺犯罪集團性共犯結構的關係，除了行為人、共犯、幫助犯，基本上家族也是一種共犯的結構關係，其中業務員有時也扮演著很重要的角色，因為有些保險公司會發現異常的保險詐欺客戶，都集中在同一個招攬的業務人員身上，由他招攬的客戶都會有這樣的狀況發生；另外，仲介跟黃牛都比較集中在傷害險、失能的部分；醫護人員在醫療及失能與傷害險都會有，大都因為傷害險的部分，都會有配合開立診斷證明書的問題，較容易發生沒病住院的情形。還有

一種壽險顧問，發現保險公司的業務員及少數理賠人員都會有參與，一般壽險公司理賠人員發生最多就是偽造文書，製作假的診斷書、假的收據，申請理賠，然後入到自己的帳戶。

如何實施喔...就是他自己假裝吧。...找那個醫學的相關的知識。那第二個就是找有些認識的犯罪的主嫌，那第三個就是仲介，就我們俗稱的黃牛。{專家訪談：如何實施喔...就是他自己假裝吧。他自己可能去 google，找那個醫學的相關的知識。那第二個就是找有些認識的犯罪的主嫌，那第三個就是仲介，就我們俗稱的黃牛（A1-5-1）；我辦過案子裡面有兩種，一種是醫生跟他勾結，很明顯的，因為醫生跟他勾結的狀況，大部分都是黃牛，保險黃牛去當仲介，由他來去跟醫師勾結，然後可能給醫生一些好處，第二種其實醫生是沒有跟他勾結，但是，欸，現在的醫生吼，有時候病患去的時候，他會跟他一些訴苦，或陳述，那醫生來講，他其實只是開個診斷證明書，..他開重一點，因為這些語言的陳述，大部分都是有黃牛來教他，他有一套那個教戰手冊，就是教他進去的時候怎麼講，那這種的話，..，他有一套那個教戰手冊，第一個會顯示說他很弱勢，他很可憐，第二個是他真的病沒那麼嚴重，只要他稍微在把病情加重一點，他就會領比較多這樣（B3-2-5）；因為他們好像都已經有一種固定的模式，只要有人帶頭，然後一堆人就可以跟著做（A2-2-9）；假的殘廢也是這樣呀，那是現在公然在醫院，大小醫院，就每一個急診室外面都可以看到三到五個人...就在那邊招，那特別是看推著輪椅的人，問你要不要，問你有沒有保險？（A2-2-10）；業務員，然後那個醫生、黃牛，然後有些還有可能包括護士（A2-14-1）；第一個就是保戶本身。然後業務員，業務員比較有可能，因為他會告訴他，為了讓他能夠領到保險金，他可能就會協助他。然後再來就是仲介，黃牛。再來就是醫生嘛。然後還有什麼...（F1-14-1）}

共犯的話就是業務員嘛、醫師、護理人員、黃牛，那或許要保人也是。{專家訪談（A3-14-11）}

如何實施喔...就是他自己假裝吧。他自己可能去 google，找那個醫學的相關的知識。那第二個就是找有些認識的犯罪的主嫌，那第三個就是仲介，就我們俗稱的黃牛。（A1-5-1）；保險公司的業務員有參與在裡面。...通常會跟保險公司有關就是壽險顧問。那之前產險那邊是有碰到理賠人員也有涉案過。那再來的話就醫院，醫療院所那邊的人。那再來的話就是黃牛嘛，仲介，那些掮客，大概就是這些人（A5-13-2）

業務員，然後那個醫生、黃牛，然後有些還有可能包括護士。（E1-14-3）；所謂的仲介跟黃牛。這個比較集中在所謂的傷害險、失能的那部分有的。那醫護人員的部分，少部分也有；就是、但是醫護人員不僅只於醫療跟失能都會有，傷害險都會有。因為傷害險的部分，可能有配合開立診斷書的問題，那疾病的部分可能就是配合、很容易沒病住院（A4-14-6 原 A4-14-7）

最常見的是，行為人、共犯、幫助犯的話，基本上應該是所謂的家族，家族是一個很、很、扮演很重要的角色。（A4-14-1）；家族是一個很、很、扮演很重要的角色（A4-14-2）

通常我們實務上常見的是，通常可能是一個人先，譬如說一個人先精神病，或一個人先急性腸胃炎、或腦震盪、挫傷，後面會跟著有人；那個人可能就是他的配偶、或者是他的子女、他的父母，或他兄弟姊妹的配偶、子女、父母。親屬會是一個很明顯的指標，講說我們所謂的家族界、或集團界。（A4-14-3）；親屬會是一個很明顯的指標，講說我們所謂的家族界、或集團界（A4-14-4）

再來業務員。業務員其實有時候也會扮演很重要的角色，發現說這些有異常的、我們所謂有異常的保險詐欺的客戶，可能都集中在某一個招攬人員；對，就是他招攬的客戶。（A4-14-5）

嗯，再來就是所謂的仲介跟黃牛。..醫護人員的部分，少部分也有；就是、但是醫護人員不僅只於醫療跟失能都會有，傷害險都會有。因為傷害險的部分，可能有配合開立診斷書的問題，那疾病的部分可能就是配合、很容易沒病住院。(A4-14-6)

..主要就是醫生，再來就是所謂的保險仲介還有業務同仁。一般壽險來講，我們理賠人員比較沒有辦法，理賠人員最多最多就是偽造文書，製作假的診斷書、假的收據，申請理賠，然後入到自己的帳戶，理賠人員最多最多以他的工作方式來講，大概只能做到這樣。..(A6-14-4)；最主要就是醫生，再來就是所謂的保險仲介還有業務同仁(A6-14-1)；基本上理賠人員比較難去做這樣子事情，因為第一個理賠人員的話很少有這樣子的管道，..我不太可能主動去跟客戶說我有這樣子的管道(A6-14-2)；除了被保險人之外，有沒有黃牛？當然有，就會變成是共犯。然後，另外一個部分，還有一個醫師的問題，就我講的第二種類型，就是醫師配合嘛。他其實是本身共犯，甚至醫師他可能不知道他要請領保險，但是他只是要求，..，所謂的共犯過程，包含被保險人，還有主嫌，就是共犯醫師，另外還有一個，我覺得最重要的，保險詐欺裡面還有一個最重要的角色叫做我們的理賠人員(B1-14-2)

黃牛、要保人、醫師，助手、檢驗員、醫護人員醫療的從事人員這樣子就夠了。保險公司業務員 100%可能。保險公司業務員 100%可能(E3-14-5)；黃牛、要保人、醫師，這樣子就夠了(E1-14-1)；如果外科，外科你就要一個製造傷口的人(E1-14-2)；醫療的從事人員，都有可能。這個都有可能是犯案的一個這些人(E2-14-2)醫師嘛、檢驗員(E3-14-2)；醫師，檢驗員應就包括...(E3-14-3)；對，醫護人員(E3-14-4)；對，就是理賠人員，不肖的理賠人員有可能(F1-14-3)

二、經濟困難或投保金額不相當

(一) 由實證研究中發現：

1. 主要犯罪人動機均係因為金錢因素，無論是負債累累、見錢眼開、利用漏洞詐保或曾因保險理賠而食髓知味，可以發現人身型保險詐欺相同於其他保險詐欺，均以金錢引發詐欺之動機。(鄧子震，2015)

2. 發現犯罪者不一定有刑事案件前科，在日常生活因素方面有債務及財務上的冒險，其個案在犯罪之前，發現均因個人所投資之事業或因不法習性，如賭博、吸毒等，所產生之鉅額債務問題相關聯，而加害人或共犯之間亦均有著債務上的壓力，且這種債務大多屬為公開的債務，如向地下錢莊借錢或賭債等。(楊超倫，2004)

3. 個案在犯罪前均因個人本身有鉅額債務的壓力問題而產生加害動機，犯案時機客觀上均有利於立即著手的犯罪機會或誘因，且實施犯罪計畫前均經過縝密的規劃計算，並考量各式各樣可行的策略，犯案後是利可圖、利多於損的，更會合理化犯案時的行為，以作為降低犯罪時的虧欠因素。(楊超倫，2004)

(二) 由專家深度訪談中發現

首先要看購買的保險商品合不合理？包括給付的金額，比如收入跟購買的額度是不是合理的，就是收入與保費支出不對稱，購買很多家保險公司的保險商品，

買的都是短期繳，或是月繳的方式，因為如果保額很高，可能就只繳一期的保費就出險了，甚至有些保戶明明就沒有經濟能力，可是他在要保書上面寫的大公司老闆，也是發現當初投保時所告知的年收入其實只有幾十萬，可是清查的結果，卻發現這些人居然可以同時投保多家，發現這些保費加起來，幾乎都超過他的年收入，當發現不只投保一家，好幾家保費加起來，跟他年收入就不符，或者是每一家陳述的年收入都不相同。

基本上第一個判斷的就是合理性。他的職業、本身的收入，跟他所投保的保險是不是相對等的，這個部分是最應該要考量的，考量的部分也包括重複保險、職業、收入、年齡等，都是與經濟及投保金額有無相當之重要因素。

就是第一個就是那個你買的合不合理？包括那個你給付的，比如說，你的收入跟你的購買的額度是不是合理？（A2-13-1）；對，第二個就是說你是不是有買很多家同業？三家以上，我覺得他本身...（A2-13-2）；對。然後再來就是說，欸，你買的都是短期繳，或者說你買的都是用月繳的方式，你的保額本身來講的話，有可能很高，可是你只繳一期的保費，這最常用的是那種那個癌症型，或是殘廢型的保險，因為它通常繳保費一次以後，就不要再繳了。（A2-13-3）

另外就是收入與保費支出不對稱，也就是說，我們發現你跟我們講的工作，跟我們去了解到你買的我們公司，不只是我們公司，你買了很多家公司，這個保費，跟你的收入，這其實是有呈現不合理狀況，那這個我們也會認為你有可能，你的案件有可能是涉及到要來詐騙保險金。（A3-13-1）

去核對這些人，明明就沒有經濟能力，可是他要保書上面寫的居然都是什麼什麼大公司老闆，投保的時候所告知的年收入其實只有幾十萬，..發現這些人為什麼可以同時投保多家？那我們就發現，欸，那這些保費加起來，其實幾乎都超過他的年收入，他為什麼還能？（A5-14-3）

每一個保戶進來，要保當時，我們要保書那時候會去詢問他們的年收入，那..他告訴我們年收入 60 萬好了。那他買我們的額度，那看起來保費還算合理。這保費家起來，跟他年收入就不符，或者是每一家講的年收入都不對。（A5-14-4）

就是剛剛講到的合理性以外，還有他的職業、它本身的收入，跟他所投保的保險是不是相對等的，這個部分也是我們會考量的一個..。（A6-13-1）；收入最主要是判斷她投保的是不是合理。（A6-13-3）

保險金額的額度，保額嘛，有沒有異常於他的一個生活、身分地位呀，或者是收入等等的，以及他保險的期間。（C1-16-6）

三、以人頭投保

（一）由實證研究中發現：

1. 2011年後，詐保行為集中在壽險市場，包括利用遊民或弱勢民眾人頭詐保、勾結醫師開立不實證明，近年則以「輕病久住」、裝精神病患者假住院等詐保情況最多，估計2011年之後，詐保金額將有高達八成二比例幾乎都會由壽險業者買單。（財團法人保險犯罪防制中心，2017）

2. 鎖定遊民、弱勢單身者，先幫「人頭」投保意外險、醫療險、旅平險等，再製造假車禍或各種傷害事故來詐領保險金（財團法人保險犯罪防制中心，2017犯防資訊）。

3. 有些保險經紀公司，利用人頭或者是協助無力繳納保費的保戶，控制他們的行動與理賠金融帳戶，故當這些保戶有需要使用醫療服務時，保險經紀公司就可藉此得到一筆保險理賠的賠償，以貼補其醫療開支。（organized by the Insurance Services Office will take place from 13th March to the 16th March 2016 at the Hyatt Regency Savannah, in Savannah, USA.）

（二）由專家深度訪談中發現

曾發生保險公司理賠人員，把保戶當作是他的人頭，自己去製作假的診斷書、假的收據，然後去 copy 其他客戶的申請書，改成他想要的那些保戶的名字，那些人頭也都知道，因為可以抽傭，錢也都是入那些保戶的帳，總共金額達到上百萬元的情形。還有發生仲介黃牛勾結理賠人員，再去勾結警察人員，開立不實的事故證明書的案件，過程中仲介黃牛會去指導他的人頭如何製造假車禍事故，如何偽裝成半身不遂的被害人，再填寫符合理賠條件的理賠申請書，以詐領保險理賠金。

普遍醫療保險的保險理賠案件會利用假住院的方法，用鯨吞蠶食的方式，找一大堆的人頭或者遊民幫他們向保險公司投保，先扣留他們的存摺，利用故意受傷偽造成意外事故或是將該些人頭凌虐到生病，再以住院的方式，去詐領日額型的保險金；另外，曾在臺灣造成轟動一時癌症假檢體掉包案件，首謀主嫌傅○○即是利用人頭充當病人，投保商業保險公司之癌症險，再尋找配合的醫生，以掉包假檢體方式，讓醫師診斷出人頭罹患癌症病症，再去詐領商業保險理賠金。

一般來講，理賠人員要做這樣子的事情，我的前家公司就有兩個理賠人員就有做這樣子的事情，…，他自己就是去製作假的診斷書、假的收據，然後去 copy 其他客戶的申請書，..。…例如說改成她想要的那些保戶的名字。入都是入那些保戶的帳，可是這些保戶都是他的人頭。然後這些保戶根本沒有發生事情，（A6-14-11）；保戶，那些人頭都知道。他錢匯到他帳戶，他要給他抽傭。（A6-14-12）；對，他就是跟自己的人頭投保，然後他用別人的診斷書去偽造這幾個人頭的診斷書，而且是病名都一模一樣，他只是改名字，我前一家中壽就有兩個就是做同樣的事情，也是有上百萬的、幾十萬的，就是入自己的人頭帳戶。..（A6-14-13）

…它是勾結理賠人員跟我們所謂的黃牛，勾結完之後，由黃牛再去勾結我們的警察人員，開立不實的事故證明書。然後呢，由這個黃牛再去指導他的人頭，去做一個假車禍事故，…警察拿了一個不實的事故證明，…假的被害人就半身不遂，然後理賠人員配合去現場看，那他就躺在床上。…所以這個過程當中，都有可能是理賠人員去涉案的情況。（B1-14-6）

辦過一件 9800 萬，快 1 億。那假住院的方法是比較像那個...剛剛那個是屬於比較像鯨吞啦，那這個就比較像蠶食，他是去找一大堆的人頭或者遊民，控制他的存摺，然後用假住院的方式，去領取那日額型的那個保險金，所以這兩種類型是台灣目前最常發生，但是這兩種類型也會非常地不一樣這樣。(B3-2-1)但是他必須進入到他的帳戶裡面呀？(B3-16-9)

傅建森集團，用假的癌症檢體。然後他再找一個人頭，充當病人，然後去找配合的醫生。然後藉由診斷，診斷成這個癌症，癌症的確診，然後去詐領商業保險。……。(C2-1-1)人頭就會您提到的那個...冒名頂替的部分啦，就是這部分。(D1-14-2)

四、輕病住院或住院經常請假（不假）外出

（一）由實證研究中發現：

1. 2011年後，詐保行為集中在壽險市場，包括利用遊民或弱勢民眾人頭詐保、勾結醫師開立不實證明，近年則以「輕病久住」、裝精神病患者假住院等詐保情況最多，估計2011年之後，詐保金額將有高達八成二比例幾乎都會由壽險業者買單。(財團法人保險犯罪防制中心，2017)

2. 但有些則只需要門診就可處理，但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金。(打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，美國保險資訊協會保險信息研究所，1992)。

3. 在醫療保險中不實的診斷證明書及投保高住院醫療險惡意浮濫住院或因病死亡故意偽裝意外死亡，向保險公司詐取高額保險理賠金時有所聞，這類事故更是最難偵辦的案件。(陳榮一，1993)

4. 探討醫療體系中有關病歷撰寫、申報制度內容、住院浮濫與不良醫院等問題，以及其制度不良對於醫療保險詐欺之影響。黃俊豪(2004)

（二）由專家深度訪談中發現

輕病久住通常有兩種可能性，第一個與醫生認識，第二個就是騙醫生，對醫院而言當然也是要業績，通常住院的天數還是以健保規範的天數為主，有一些像必須做檢驗、或是精神病就比較容易發生，要證明假住院或是輕病久住，很難說他是詐欺，需要檢警去調查才能夠發現真假，我們常看到是說腦震盪、腸胃炎、大腸息肉、椎間盤突出復健、蜂窩性組織炎或者感冒，看完就拿個藥回家就好了，但是這些人他們通常都會要求醫生住院服。

另一種型態就是輕病，其實並沒有這麼嚴重，那病患就吵著說很不舒服一定要住院，原本只要住一兩天，卻可能延長到五至八天，因為病患會一直裝不舒服，造成天數拉長，那些症狀常發生在精神病、腸胃炎、腦震盪、蜂窩性組織炎、挫傷、骨折、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、高血壓、糖尿病之類的。像這種選擇輕病久

住的型態，不管是什麼病，就是一種很輕的疾病，像腸胃炎、感冒、挫傷等小病，只要去要求醫生住院，把那個天數拉長，這個部分保險公司很難去阻擋，就算發現是詐保、偽病，檢警偵破，最後只要和解法院大都判無罪比較多。

目前的話我們比較常發生的是輕病久住以及假精神病的部分，精神病這個部分因沒有像一般內科、外科的疾病，可以透過檢查儀器，所以通常都只能靠臨床的一些症狀跟表徵進行判斷，因此只要蒐集到精神疾病的症狀，就很容易偽造出那些症狀，如憂鬱症很好裝，他就裝的悶悶不樂，沒有精神，然後沒有參與感，完全提不起勁，告訴醫生食慾下降，或跟醫生說想自殺或割腕，那醫生他就覺得有自殘行為，通常都會讓其住院，這種精神疾病症狀都很好裝的，住院的天數最大的疑問就是明明一個輕病的症狀，為何要住到十幾天，目前來講，這樣子的案例比例相較之下變少，因為輕病久住所獲取的利益比不上傷害險獲取的利益高，所以她還要親自到醫院去住院的話，其實對客戶來講，也不見得可以配合去住院。

輕病久住的部分，需要醫生的配合，大部分都集中在地區型的醫院，醫院的住房率不是那麼高，醫生就會配合，還有一種就是以假住院行健檢之實，醫生開立的診斷書就會開一個疾病的名稱，也就是合法化住院的事實，可是實際上只是去做健康檢查。輕病久住的話，一般都有經驗值，疾病大概住幾天都有相關的經驗值，保險公司會請要保人檢附病歷、護理紀錄、收據，一樣從收據可以看費用是否有異常，醫療保險詐欺裡面，假住院或者是輕病住院就是為了詐領住院日額，因為住一天就可能是新台幣三千元理賠金，保了三家，住院一天就變成九千塊。所以假住院或者是輕病久住，他為了就是要讓住院的日數拖長；所以基本上詐領的標的是為了詐領住院日額，所以假住院或者是輕病久住，最主要還是疾病住院日額的這個部分；另外，在醫療保險實支實付也會發生假住院或者是輕病久住情形，就是為了要詐領這個住院日額，把住院時間拖長就是為了詐領實支實付，甚至有些醫院為了招生意可以做一些不實的診斷，譬如說嘔吐住院，向保險公司請領住院日額，來彌補高階健檢費，這些態樣都會存在假住院或者輕病久住的現象。

有些比較輕微小病，如車禍，或者是精神障礙那種，幾乎都要跟醫師有勾結才有，因為有時是社會問題，醫院也需要病人來看診住院，才能互蒙其利，就會發生睜一隻眼閉一隻眼的情況，所以小醫院會比較多這種情形，還有像耳聰目明、反應很敏捷的人，為了保險金的關係，就可能裝笨、裝傻，因為有保險的需求，所以我就會裝病，那這種就等於是小題大作輕病裝病，從感冒、尿道炎都可以，還有一種像感冒，感冒不用住院，但如果不寫感冒名稱，而寫成支氣管炎，就好像嚴重一點。或者尿道炎，或人好好的，只是比較頻尿一點而已，可是我診斷上面就給你寫腎盂腎炎，用不同的名稱，他的疾病的嚴重度往上拉升，那他就會構成好像他住院合理的假象，這個第一個是用診斷的名字，把輕病寫成重病的診斷，那他住院的合理性就會比較高了，第二種方式就是可能小病裝大病，就是輕病久

住，或是說這個小病為了保險理賠他可以把它裝得更嚴重，假如是完全裝的，假病裝病的話，那這個大概比較容易被發現，所以說輕病久住是會有灰色地帶，說沒有病但確實有病，如果強制讓其出院，可能過沒兩個禮拜、三個禮拜，又會跑來急診，然後三天兩頭來你急診，然後要求要住院，因為急診 24 小時都要去處理他，可能是半夜，變成醫師不堪其擾也很煩，所以乾脆只好讓他住院，對這種所謂的輕病的病人，只好讓他久住。所以有時就是醫療上的灰色地帶。

輕病久住就不一定了..第一個醫生如果那個認識的話就有可能，第二個就是那個他會騙醫生，醫生當然就，喔，這個醫院可能也要業績嘛，..健保有規範，你這病程能住多久，他就可能輕病久住，讓你多住一、兩天，但是健保規範還是在那邊，他就不得不讓你出院，但是他還是有可能。(A1-7-5)

輕病久住，精神病。那其他像比較專門的疾病或是比較嚴重的病，他就必須要做檢驗，要做檢驗的、要做報告的，他就比較不容易。(A1-8-1)

你說做檢驗的比較不容易，比較容易就是輕病久住，還有精神病(A1-8-2)

對。那像假住院或是這個輕病久住，還是有可能會有病歷，但是輕病久住..很難說他是詐欺，..除非..、檢警去調查，才能夠發現他是假的。(A1-12-20)

我們常看到是說腦震盪，..就說我自己很不舒服，然後有可能醫生先讓他急診，然後他就可以後面住院觀察三到五天，..輕病久住我常看到的是腸胃炎，..，但是這些人他們通常都會要求醫生我要住院、我很不舒服。(A2-7-1)

...就是輕病久住常見的就是那個腸胃炎，然後精神病，還有就是我們常看到的就是大腸息肉、蜂窩性組織炎。(A2-7-12)對，息肉，這些東西還有就是那個椎間盤突出，對，做復健。這些東西都看，還有哪剛剛提到的那個說蜂窩性組織炎，都是這些。(A2-7-16)

...裝病，然後就是要求要住院，...一個就是沒有生病，醫生讓他住院是因為醫生被騙，然後一個是跟醫生這邊是有勾結的，塞紅包什麼的，然後醫生讓他住院。..其實並沒有這麼嚴重，..我一定要住院。就是會輕病久住，..只要住一兩天，..那些症狀常發生就剛剛提過的就精神病、腸胃炎、腦震盪、蜂窩性組織炎、挫傷、骨折之類的。..就是你是一種很輕的病，腸胃炎、感冒、挫傷、高血壓、糖尿病、椎間盤、椎間盤突出，精神疾病也是，那胃潰瘍，還有一些消化系統的疾病，十二指腸潰瘍、肺炎。這種小病，然後去住院，你是的確有這個病，..最後到法院這邊，其實大部分都是沒事，或是無罪比較多。(A3-7-1)；我認為就是選擇輕病久住的型態，不管是什麼病，就是你是一種很輕的病，腸胃炎、感冒、挫傷，這種小病，然後去住院，..保險公司最難去阻擋，..發現你是詐保、你是偽病，..或是無罪比較多。因為這等於是有點涉及到打醫療專業。你只要涉及到打醫療專業的，其實不管是到哪邊，對保險公司都不是很又利。(A3-8-1)；基本上，目前實務上比較常見的是一些慢性病，比如高血壓、糖尿病、椎間盤、椎間盤突出，精神疾病也是，那胃潰瘍，還有一些消化系統的疾病，十二指腸潰瘍。(A4-7-1)；..譬如說肺炎。(A4-7-2)

...病患現在是不是正處於憂鬱或躁鬱或者精神分裂的狀況，通常都是用臨床症狀去判斷。...很容易被偽造是因為我只要看書念一念，..比如就像憂鬱症很好裝，我就裝的悶悶不樂，沒有精神，然後沒有參與感，我完全都提不起勁，然後就跟醫生說我食慾下降，然後體重就稍微減輕一點，...跟醫生說，..我想自殺，我有割腕什麼碗糕的，那醫生他就覺得說你有自殘行為，通常都會收之住院，...最大的疑問就是明明一個輕病的東西要住到十幾天。(A5-4-1)；是。可是會這樣子就會有一個問

題，為什麼你回給我的資料跟實際上你去報健保資訊會不同？那我們就會起疑呀。那加上我剛剛說的，最大的疑問就是明明一個輕病的東西要住到十幾天，十天、十幾天。（A5-12-6）

…輕病久住的部分也是有非常多，..輕病久住所獲取的利益比不上傷害險獲取的利益高，所以她還要親自到醫院去住院的話，其實對客戶來講，他也不見得可以配合去住院。所以輕病久住當然有，可是目前的案例相較之下是比較少一點。（A6-1-6）

..輕病久住的部分，也是醫院的配合，大部分都集中在地區型的醫院，醫院的住房率不是那麼高，他就會配合，那還有一種就是假住院行健檢之實，就他可能是要健檢，...例如他是急性腸胃炎，可是他做了非常多的檢查跟急性腸胃炎是不相關的，...還是真的是在作疾病的治療。（A6-2-1）

輕病久住的話，...我們就會請他檢附病歷、護理紀錄、收據，一樣從收據可以去看他什麼樣的費用是有異常，...包括他的症狀、有什麼樣的反應、住院期間的狀況，我們都可以在護理紀錄發現到...（A6-7-2）

醫療保險詐欺裡面，..輕病住院就是..為了詐領住院日額。因為他住一天就是三千，但是我保了三家，我住院一天就變成九千塊。..要讓住院的日數拖長...所以假住院或者是輕病久住的，..他可能要詐領實支實付，所以他去做假住院、或者是輕病久住，那他為了要詐領這個住院日額，他把他拖長，...甚至第二種情形就是他去做健康檢查，..所以頭部外傷，他撞完就說我撞完頭暈（B1-7-1）；還有包含實支實付。他可能要詐領實支實付，所以他去做假住院、或者是輕病久住，那他為了要詐領這個住院日額，他把他拖長、或者是為了他詐領實支實付，..譬如說嘔吐讓他去住院，然後讓他向保險公司請領住院日額，來 cover 他的健保、啊、那個高階健檢費。這些態樣都會存在，所以有哪些症狀比較容易發生假住院、或者輕病久住，目前住院天數要長的，..像精神病、另外一個像眩暈，就耳鼻喉科的眩暈，那因為眩暈原因非常難查，..所以基本上你只要講到眩暈、不明原因的眩暈，通常耳鼻喉科醫師、內科醫師是可以讓病患住院一個月、啊、一個禮拜，基本上就是七天起跳。..頭部外傷比如是我撞頭，他可能沒有外傷，但是呢我跟你講我頭暈，反正我撞頭、頭暈，..非常常見的假住院，或者是所謂的輕病久住。那頭部外傷的目的，..就是為了領住院日額，甚至第二種情形就是他去做健康檢查，高階的健康檢查，想利用健保跟他的商業保險來 cover 他的費用。所以頭部外傷，他撞完就說我撞完頭暈。（B1-7-2）。

..小城市喔，醫院病人沒有很多，他就會跟這個配合，醫院也要請你健保的病床給付，病人需要商業保險的給付，所以這個互蒙其利，...那會有什麼樣的疾病，其實多是這個病人有一點點狀況.....（C2-7-2）；這個喔，這個是社會問題，醫院也需要你病人來住，這互蒙其利。（C2-7-1）；這種大概就是比較微病啦，就小病，比如說發生車禍，或者是...就是精神障礙那種，然後他們...這種幾乎是要跟醫師勾結才有辦法啦。（B3-7-1）

...應該分成兩個部分談，就是一種是沒病裝得有病，一個是輕病裝重病，...，我是一個反應很敏捷的人，可是我今天為了保險金的關係，就裝笨、裝傻，...我有一個輕微的出血，那可是這個出血我事實上恢復得很好，...你高額型的日額型，那我就裝病，我多住一天可以多 6000、8000，我這樣寧可多住個 5 天、10 天，我就可以多賺...（D1-5-1）；他分兩個層次，一個是為了住院為目的嘛，因為這就牽涉到日額型的保險嘛。那另外一個是以殘廢為目的，那就牽涉到殘廢失能保險金。所以要看他的目的在哪裡。你高額型的日額型，那我就裝病，我多住一天可以多 6000、8000，我這樣寧可多住個 5 天、10 天，我就可以多賺...（D1-5-2）

就是輕病住院，...我感冒，..不用住院。可是我就不寫感冒這個診斷，我寫支氣管炎，..明明是一個很簡單的尿道炎，...診斷上面就給你寫腎盂腎炎。用不同的名稱，他的疾病的嚴重度往上拉升，那

他就會構成好像他住院合理的假象…第二種狀況是…那第二種方式小病裝大病，就是輕病久住，..小病他因為為了保險的理賠上，然後他就會把它裝得更嚴重，…(D1-7-1)；..沒病裝病的那種，那就是存心有意為詐騙的行為。那第二種方式就是，他可能就是小病裝大病，..為了保險的理賠上，然後他就會把它裝得更嚴重，那這是第二種。那第三種就是介於模糊地帶，他的病也許不是小病，病是不輕，..就好不了，..原來他有訴訟糾紛的這個情形，那因為訴訟呢，他為了要訴訟上達到他的比較大的這個求償的行為呢，然後他就把這個病情呢，就拖著不好，....(D2-2-1)

…假如輕病久住，..沒兩個禮拜、三個禮拜，他又跑來急診，..，然後叫你收他住院呀。…就是嫌他三天兩頭來急診，你也很煩，因為急診的 24 小時，…。..變成醫師不堪其擾…只好讓他久住。(D2-7-9)

五、非本人身份就診(持他人健保卡)

(一) 由實證研究中發現：

1. 在買私人醫療保險公司的部分，私人醫療保險公司並未強制要求保戶出示身分證明，這使得私人醫療保險公司成為詐欺犯眼中的肥羊。(Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G 2012)

2. 醫師利用病患就診機會，夥同願意當人頭之病患，以實際物品如酸痛貼布、保健食品等各式物品，引誘上述人頭病患多刷病患之健保卡，詐領中央健保局之健保費用。(羅戊軒，2010)

3. 虛偽陳述合格的身份就診(Flynn, K. 2016)

4. 另一種由醫師進行的詐欺的方法是，醫師將病人的電子健保卡留著，並偽造發票假裝他們有來看病。(Cours des comptes, French Court of Audit. 2010)

5. 醫療院所與不法集團掛勾，刷病患之健保卡，造成病人雖未求診卻有診療紀錄，詐領中央健保局之健保費用。(羅戊軒，2010)

(二) 由專家深度訪談中發現

1. 發現有些醫院，尤其是中醫院，會有假冒身分，假冒健保身分就診的問題，因為本來沒有受傷，然後找一位有疾病的人，再借他的健保卡去刷，拿別人健保卡來用，通常像通緝犯或是偷渡犯，沒有身分就會去借別人健保卡來就醫；另外，也有醫院就拿病人的健保卡來亂刷，就直接就是冒用病人的健保卡，比如安養院安養中心的老人，家屬都會把健保卡放在安養中心備用，那安養中心的人會跟醫生有配合，然後就給醫生去刷，刷感冒藥，但其實沒有生那種病，去盜領一些健保的藥品，放在安養中心備用。那醫生就是申請審查費，還有診療費。

2. 有些中醫的部分甚至可能會有跨區，譬如台北跨到桃園或是宜蘭，甚至更遠的地方的中醫診所，分析會發現中醫有跨區的狀況，就會懷疑是不是有把健保

卡放在員工處讓醫護人員去做刷卡的動作，因為中醫院很多，不太可能捨近求遠，而且就醫次數也非常的頻繁，譬如說隔天、隔一、三、五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方，所以說就醫頻繁，而且距離離自己住家又遠，這種模式經過分析就會懷疑有寄卡的問題，就是可能把卡放在那邊醫院，任由醫院去盜刷，然後要保人也可以跟保險公司申請理賠金。

假冒身分，就拿假的健保卡。這個人假冒健保身分就，這個人本來沒有受傷，沒有受傷這項疾病，然後他找一個有疾病的人，然後借他的健保卡去……。 (C2-2-6)

對，拿別人健保來用，通常那種通緝犯或是這個偷渡犯，就沒有身分就去借別人健保卡來就醫。那另外也有醫生就拿病人的健保卡來亂刷。 (C2-2-7)

那直接就是冒用病……。..安養院的安養中心的老人，家屬都會把健保卡放在安養中心備用，..跟醫生有配合，然後就給醫生去刷，刷感冒藥，..去盜領一些健保的藥品，..。那醫生就是申請審查費，還有診療費這些。 (C2-2-8)

…甚至中醫的部分也可能會有跨區，譬如說我住台北跨到桃園、或是宜蘭、甚至更遠的地方的中醫診所，就會懷疑說、我們在分析會發現中醫有跨區的狀況，就會懷疑是不是有把健保卡放在員工、醫護人員去做刷卡的動作。因為…太可能捨近求遠在、因為他的就醫次數、跟非常的頻繁，譬如說隔天、隔一三五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方，..所以說就醫頻繁，而且距離離自己住家又遠，..懷疑有寄卡的問題，就是可能把卡放在那邊，任由他們去盜刷，他可以跟保險公司請錢…。 (A4-2-23)；對，就會懷疑有寄卡的問題。 (A4-2-24)；對，刷次數會很多。 (A4-2-25)；是。然後他可以跟保險公司請錢…。 (A4-2-26)

六、行為人蠻橫無理

(一) 由實證研究中發現：

1. 是指要保人、被保險人、或受益人故意捏造或歪曲、掩蓋虛假情況，並誇大損失的程度，或欲詐騙保險金而故意製造保險意外事故；而商業保險公司人員則是利用職務之便，故意偽造要保人身份，對未發生的保險事故進行虛假審核及實際理賠，以騙取保險金的不法行為。(李添福，2002)

2. 行為人企圖以投保保險公司，製造意外事故給付理賠的方式，使犯人或第三者得到不法利益的一切可罰行為。(簡美慧，2002)

3. 行為人下定決心欲獲取對自己本身最有利的狀態下，經權衡考量過後便決意行使其犯意，而有保險詐欺犯罪行為的產生。(月足一清原著，吳崇權譯述，1988)

(二) 由專家深度訪談中發現

1. 因為終身只能從事輕便工作，很難去認定，因為如果有受傷，常常就是說你車禍或是一些意外，造成脊椎受傷，然後可能有骨折，壓迫性骨折或輕微的骨折，行為人就會去找某些醫生開說「中樞神經受損，終身只能從事輕便工作」，那因為輕便工作這個定義，在條款上面並沒有，所以很難去認定什麼叫做輕便工作，

所以通常只要有受傷表現出有些行動不便，也不知是真還是假，很難去認定。所以行為人就說不能從事繁重工作、不能上班，不能做一些原本的工作，比如說土木，或者會喊說現在因為腰這樣子，所以根本沒有辦法上班等，根本就是蠻無理的說詞。

2. 有些醫療保險詐欺案件，主要的仲介者，就會把交付旁邊的人處理，然後跟醫生套好關係，就會幫忙安排住院，這些仲介者甚至於會要求醫生依照其事先寫好在紙條上的內容，請醫生開力診斷證明。

3. 有些行為人不是感冒症狀，但是他們卻是無病呻吟，比如說頭痛、頭暈，站不起來、沒有辦法呼吸等，主觀感受上無法用醫療器材去檢測的胡亂要求。

..車禍或是一些意外，造成你脊椎以有受傷，然後可能有骨折，什麼壓迫性骨折或輕微的骨折，那之後他就可以去找某些醫生開說我剛剛講的「中樞神經受損，終身只能從事輕便工作」，那因為輕便工作這個定義，在條款上面並沒有，所以我們很難...什麼叫做輕便工作？..你真的有些行動不便，那到至於是真的還是假的，我們很難認定。...因為腰這樣子，我根本沒有辦法上班，那就會比較難...
(A3-5-5)

那些中間人或者那些所謂的主要的那個人，他就會把這些行為交給旁邊的那些人，然後旁邊這些人他就有，有一種她是跟醫生，就是這個主要人它會跟醫生套好關係說：欸，你就幫我開，你就幫我安排住院，(A5-2-1)

對，類似那種公司，他就是中間的黃牛，然後有的甚至是說，就像我剛才提到的，他就是把要求醫生開立的内容整個都寫好在紙條上面，就請醫生開這樣子。(A5-2-4)

有些他不是感冒症狀，有些他就是無病呻吟。比如說我頭痛、頭暈，我站不起來，我沒有辦法呼吸。像這種就是主觀的，主觀感受比較沒有辦法用醫療器材去檢測的，比較容易裝。(C2-4-10)

七、行為人自述交友廣闊

(一) 由實證研究中發現：

1. 犯罪行為的可能性也產生不同的結果。而影響行為人犯罪決定的因子有：家庭背景、生活直接經驗以及當時的情境因素，在這些因素中，家庭背景與生活經驗為行為決定的遠因，行為人思維方式受過去所學習的生活經驗與知識影響，但當下的情境如犯罪行為的強大誘因才是其決定犯罪的主因。在理性選擇理論中，機會的出現佔有重要成分且為必須的決定因素，並且機會乃為幫助理解犯罪模式的一個重要因素，因為若無良好的機會配合，犯罪便無法實行，故何種機會才能滿足其動機也是犯罪產生的一項重要因素。(許春金，2017)

2. 其中有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成，其中多半被害人與犯罪人合謀共同詐欺保險公司，部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環，圍於有共犯掩飾，助長了人身型保險詐欺的發生。(鄧子震，2015)

(二) 由專家深度訪談中發現

這些黃牛交友廣闊，如果他要叫醫生去做事，一定是施展人情壓力，在利用請客、吃飯、喝酒的手段後，想要認識什麼人都可以，可以一大堆利害關係的人都認識，因為他們善用人情，以朋友幫忙一下沒有關係的藉口，不僅符合他們的不法利益，也可讓他們達到要脅控制對象的目的，尤其像是傳○○犯罪集團，他就善於交際及拉攏關係，一開始學長、學弟關係套交情，並亂傳訊息達到其認識醫師的目的，有時也有透過業務員，跟醫生認識，以方便可以在醫院裡面安排他們的人手，所以就是因為他們善用關係，循正常途徑，不然照道理跟醫生的接觸在他們的生活範圍跟型態應該接觸不到的，所以一定要透過中間人。

所以這些黃牛，..因為人就會有人情壓力，更何況你又讓他請過客，去喝過酒，這下子又知道他認識誰，他的什麼人又你什麼人，...接下來，你也是覺得說好啦，這就... (E2-5-8)

人情啦，..剛剛講的傳 OO，為什麼我一開始要跟他講話？因為他一開始來講說，那個誰呀，..就是我的學弟，等於是我的學生那一輩的，大概小我 10 屆的，他叫我，他就說，叫我來找你呀，說這個你是這方面的專家什麼什麼的，有問題可以來找你什麼什麼，...，因為我們那個時候很容易就是說，就歸類成朋友，或者說學弟... 透過業務員，業務員要跟醫生認識呀，然後另外就是他們自己可以在醫院裡面安排他們的人手，...現在在做黃牛的非常非常多。(E2-5-9)；對呀，然後另外就是他們自己可以在醫院裡面安排他們的人手。(A2-3-2)；是呀。就是認識(A2-3-3)；是呀，我們現在在做黃牛的非常非常多。(A2-3-5)；是呀，對呀，因為他們循正途，理論上來講，跟醫生的經驗，其實他們的生活範圍跟型態應該接觸不到，一定要透過中間人。(A2-3-6)

八、小結

在「個人構面」中，經分析個人主觀因素所形成之詐騙意圖共篩選出下列辨識指標因子(如表4-1-1)：

- (1) 集團性犯罪(1-1)。
- (2) 經濟困難與投保金額不相當(1-2)。
- (3) 以人頭投保(1-3)。
- (4) 輕病住院或住院經常請假(不假)外出(1-4)。
- (5) 非本人身份就診(持他人健保卡)(1-5)。
- (6) 行為人蠻橫無理(1-6)。
- (7) 行為人自述交友廣闊(1-7)。

表 4-1-1 個人構面辨識指標因子彙整表

構面	指標因子 (Factor)	參考文獻	說明
個人構面 (F)	集團性犯罪 (1-1)	鄧子震 (2015)； 羅戊軒 (2010)； 黃俊豪	1.其中有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成，其中多半被害人與犯罪人合謀共同詐欺保險公司，部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環，囿於有共犯掩飾，助長了人身型保險詐欺的發生。(鄧子震 2015)。 2.醫療院所與不法集團掛勾，刷病患之健保卡，造成病人雖未求診

1)	(2004); 韋俊青 (2006); 專家訪談: (A1-5-1); (B3-2-5); (A2-2-9); (A2-2-10); (A3-14-11);	<p>卻有診療紀錄，詐領中央健保局之健保費用。羅戊軒（2010）</p> <p>3.指出我國醫療偏差與犯罪行為類型繁多，醫療專業人員與不法集團為了獲取不法利益之不法共犯結構，不斷設計出各種與醫療犯罪有關之犯罪手法，使得醫療犯罪之犯罪類型與犯罪手法日益更新。（羅戊軒，2010）</p> <p>4.醫療院所為貪得不法利益與犯罪集團掛勾，利用各式的機會及方法犯下不同的保險詐欺案件，使得保險詐欺案件持續不斷的發生及增加，還有一些不肖醫療院所為申領較高額之健保給付，教唆醫師以病情嚴重為由，進行一些不必要之醫療行為，甚至病患與醫師掛勾，進行截肢而向而詐領保險理賠金，另外醫療院所為節省開銷以租用其醫師執照方式，再僱用不具醫師資格之員工，從事醫療行為，開立不實之診斷證明書進行詐保，還有一些其他類型包括醫師結合保險黃牛等不法集團，開立不實之診斷證明、醫師勾結社福黃牛，介紹看診病患到醫療器材店消費，賺取回扣、醫師開立偏好藥品收取藥商回扣或者利用不實廣告吸引民眾前往就醫。（羅戊軒，2010）</p> <p>5.保險詐欺集團犯罪之主要成因及犯罪現況與犯罪特性、類型與手法等，均與所觸犯之法條及其犯罪組織成員之結構相關聯，該文章彙整了當前在保險詐欺犯罪集團的防制犯罪工作上所遭遇到的困難，並針對各壽險公司可運用的相關保險詐欺犯罪防制對策，提出具體建議。（韋俊青，2006）</p> <p>6.分析醫療保險詐欺組成份子之集團操控性，並藉由成員資料蒐集探討保險詐欺集團犯罪模式，在醫療保險詐欺上，發現問題出現在醫院本身詐領健保費及醫師與保險黃牛掛勾開立假診斷證明書的案例不在少數（黃俊豪，2004）</p> <p>6. {專家訪談：如何實施喔...就是他自己假裝吧。他自己可能去google，找那個醫學的相關的知識。那第二個就是找有些認識的犯罪的主嫌，那第三個就是仲介，就我們俗稱的黃牛(A1-5-1);...一種是醫生跟他勾結，很明顯的，..大部分都是黃牛，保險黃牛去當仲介，由他來去跟醫師勾結，然後可能給醫生一些好處，...現在的醫生..病患..會跟他一些訴苦，或陳述，那醫生來講，他其實只是開個診斷證明書，..比較常發生是因為他真的有病，只是沒那麼嚴重，然後她會跟醫生講，希望他開重一點，因為這些語言的陳述，大部分都是黃牛來教他，他有一套那個教戰手冊，..通常那個醫生是沒有跟他勾結，但是被蒙蔽了，..他有一套那個教戰手冊，..會顯示說他很弱勢，他很可憐，..真的有病沒那麼嚴重，..把病情加重一點，..會領比較多這樣(B3-2-5);因為他們好像都已經有一種固定的模式，只要有人帶頭，然後一堆人就可以跟著做(A2-2-9);假的殘廢也是這樣呀，那是現在公然在醫院，大小醫院，就每一個急診室外面都可以看到三到五個人...就在那邊招，那特別是看推著輪椅的人，問你要不要，問你有沒有保險?(A2-2-10);共犯的話就是業務員嘛、醫師、護理人員、黃牛，那或許要保人也是。(A3-14-11)}</p>
	經濟困難與投保金額不相當(1-2)	<p>鄧子震 (2015); 楊超倫 (2004); 專家訪談: (A2-13-1);</p> <p>1.犯罪人動機均係因為金錢因素，無論是負債累累、見錢眼開、可以發現人身型保險詐欺相同於其他保險詐欺，均以金錢引發詐欺之動機。（鄧子震，2015）</p> <p>2.發現犯罪者不一定有刑事案件前科，在日常生活因素方面有債務及財務上的冒險，其個案在犯罪之前，會因投資事業或不法行為，如賭博等而產生之鉅額債務問題，而加害人與同案共犯之間</p>

	<p>(A3-13-1); (A5-14-3); (A5-14-4); (A6-13-1); (A6-13-3); (C1-16-6);</p>	<p>的關係，亦均有債務的壓力，如向地下錢莊借錢或賭債等行為，且這種債務多屬非法的公開債務。(楊超倫，2004)</p> <p>3.個案在犯罪前均因個人本身有鉅額債務的壓力問題而產生加害動機，犯案時機客觀上均有利於立即著手的犯罪機會或誘因，且實施犯罪前均經計算與考量各種可行的策略，犯案後是利可圖、利多於損的，更會合理化犯案時的行為，以作為降低犯罪時的虧欠因素。楊超倫(2004)</p> <p>4.就是第一個就是那個你買的合不合理？包括那個你給付的，比如說，你的收入跟你的購買的額度是不是合理？(A2-13-1);另外就是收入與保費支出不對稱，..你買了很多家公司，這個保費，跟你的收入，這其實是有呈現不合理狀況，..你的案件有可能是涉及到要來詐騙保險金。(A3-13-1);去核對這些人，明明就沒有經濟能力，可是他要保書上面寫的居然都是什麼什麼大公司老闆，投保的時候所告知的年收入其實只有幾十萬，..去清查的結果，發現這些人為什麼可以同時投保多家?...那這些保費加起來，其實幾乎都超過他的年收入，他為什麼還能？(A5-14-3);每一個保戶進來，..要保書那時候會去詢問他們的年收入，..他告訴我們年收入 60 萬好了。那他買我們的額度，那看起來保費還算合理。這保費幾家起來，跟他年收入就不符，或者是每一家講的年收入都不對。(A5-14-4);...合理性以外，還有他的職業、它本身的收入，跟他所投保的保險是不是相對等的，這個部分也是我們會考量的一個。...最主要我們還是依據他的合理性來去做判斷。(A6-13-1);收入最主要是判斷她投保的是不是合理。(A6-13-3);保險金額的額度，保額嘛，有沒有異常於他的一個生活、身分地位呀，或者是收入等等的，以及他保險的期間。(C1-16-6)</p>
<p>以人頭投保 (1-3)</p>	<p>財團法人保險 犯罪防制中心 (2017)，犯防 資訊，查詢日期 2018 年 3 月 1 日。; IFMC (Mar 2016), Insurance Fraud Management Conference , Savannah USA. ; 專家訪談： (A6-14-11); (A6-14-12); (A6-14-13); (B1-14-6); (B3-2-1); (B3-16-9); (C2-1-1); (D1-14-2);</p>	<p>1.2011 年後，詐保行為集中在壽險市場，包括利用遊民或弱勢民眾人頭詐保、勾結醫師開立不實證明，近年則以「輕病久住」、裝精神病患者假住院等詐保情況最多，估計 2011 年之後，詐保金額將有高達八成二比例幾乎都會由壽險業者買單。(財團法人保險犯罪防制中心，2017)</p> <p>2..鎖定遊民、弱勢單身者，先幫「人頭」投保意外險、醫療險、旅平險等，再製造假車禍或各種傷害事故來詐領保險金。(財團法人保險犯罪防制中心，2017) 犯防資訊，查詢日期 2018 年 3 月 1 日，</p> <p>3.有些保險經紀公司，利用人頭或者是協助無力繳納保費的保戶，控制他們的行動與理賠金融帳戶，故當這些保戶有需要使用醫療服務時，保險經紀公司就可得到一筆定額的現金賠償以補貼其全數或部分醫療開支。(IFMC (Mar 2016), Insurance Fraud Management Conference, Savannah USA..)</p> <p>4. 一般來講，理賠人員要做這樣子的事情，我的前家公司就有兩個理賠人員就有做這樣子的事情，...，他自己就是去製作假的診斷書、假的收據，然後去 copy 其他客戶的申請書，是有這個保戶喔。...例如說改成她想要的那些保戶的名字。入都是入那些保戶的帳，可是這些保戶都是他的人頭。... (A6-14-11);保戶，那些人頭都知道。他錢匯到他帳戶，他要給他抽傭。(A6-14-12);對，他就是跟自己的人頭投保，然後他用別人的診斷書去偽造這幾個人頭的診斷書，而且是病名都一模一樣，他只是改名字，我前一家中壽就有兩個就是做同樣的事情，也是有上百萬的、幾十</p>

		<p>萬的，就是入自己的人頭帳戶。這個比較好控制，因為他自己做的，他不是透過其他來源，他掌控不到的。(A6-14-13); ...它是勾結理賠人員跟我們所謂的黃牛，勾結完之後，由黃牛再去勾結..警察人員，開立不實的事故證明書。..這個黃牛再去指導他的人頭，去做一個假車禍事故，...警察拿了一個不實的事故證明，...假的被害人就半身不遂，然後理賠人員配合去現場看，那他就躺在床上。...所以這個過程當中，都有可能是理賠人員去涉案的情況。(B1-14-6); 辦過一件 9800 萬，快 1 億。那假住院的方法是...是去找一大堆的人頭或者遊民，控制他的存摺，然後用假住院的方式，去領取那日額型的那個保險金，所以這兩種類型是台灣目前最常發生，..(B3-2-1)但是他必須進入到他的帳戶裡面呀？(B3-16-9); 傅建森集團，用假的癌症檢體。然後他再找一個人頭，充當病人，然後去找配合的醫生。然後藉由診斷，診斷成這個癌症，癌症的確診，然後去詐領商業保險。.....(C2-1-1)人頭就會您提到的那個...冒名頂替的部分啦，就是這部分。(D1-14-2)</p>
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(1-4)	<p>財團法人保險犯罪防制中心，(2017)，犯防資訊，查詢日期 2018 年 3 月 1 日。； 打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，(美國保險資訊協會保險信息研究所，1992)。； 陳榮一(1993)保險制度與誠實信用原則-以招致保險事故、損害防止義務為例，壽險季刊，88，33-45，； 黃俊豪(2004)； 專家訪談：(A1-7-5)；(A1-12-20)；(A1-8-1)；(A1-8-2)；(A2-7-1)；(A2-7-12)；(A2-7-16)；(A3-7-1)；(A3-8-1)；</p>	<p>1. 2011 年後，詐保行為集中在壽險市場，包括利用遊民或弱勢民眾人頭詐保、勾結醫師開立不實證明，近年則以「輕病久住」、裝精神病患者假住院等詐保情況最多，估計 2011 年之後，詐保金額將有高達八成二比例幾乎都會由壽險業者買單。(財團法人保險犯罪防制中心，2017)，犯防資訊，查詢日期 2018 年 3 月 1 日。 2. 但有些則只需要門診就可處理，但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金。(美國保險資訊協會保險信息研究所，1992)。 3. 在醫療保險中不實的診斷證明書及投保高住院醫療險惡意浮濫住院或因病死亡故意偽裝意外死亡，向保險公司詐取高額保險理賠金時有所聞，這類事故也更是最難偵辦的案件。(陳榮一，1993) 4. 探討醫療體系中有關病歷撰寫、申報制度內容、住院浮濫與不良醫院等問題，以及其制度不良對於醫療保險詐欺之影響。黃俊豪(2004) 5. 輕病久住..當..醫生如果那個認識的話就有可能，第二個就是那個他會騙醫生，..醫院可能也要業績嘛，所以就好，沒關係。但是他通常就是健保有規範，你這病程能住多久，他就可能輕病久住，讓你多住一、兩天，...。(A1-7-5)；輕病久住，精神病。..他就必須要做檢驗，..要做報告的，他就比較不容易。(A1-8-1)；..比較容易就是輕病久住，還有精神病(A1-8-2)；...輕病久住..很難說他是詐欺，..除非我們有一些訊息然後拜託警方、檢警去調查，才能夠發現他是假的。(A1-12-20)；..一般腦震盪是觀察嘛，然後就說我自己很不舒服，然後有可能醫生先讓他急診，然後他就可以後面住院觀察三到五天，..我常看到的是腸胃炎，..這些人他們通常都會要求醫生我要住院、我很不舒服。(A2-7-1)；...就是輕病久住常見的就是那個腸胃炎，然後精神病，還有就是我們常看到的就是大腸息肉、蜂窩性組織炎。(A2-7-12)；..還有就是那個椎間盤突出，對，做復健。這些東西都看，還有哪剛剛提到的那個說蜂窩性組織炎，都是這些。(A2-7-16)；...沒有生病，...但是它其實並沒有這麼嚴重，..本來你只要住一兩天，..那些症狀常發生就剛剛提過的就精神病、</p>

	<p>(A4-7-1); (A4-7-2); (A5-4-1); (A5-12-6); (A6-1-6); (A6-2-1); (A6-7-2); (B1-7-1); (B1-7-2); (C2-7-2); (C2-7-1); (B3-7-1); (D1-5-1); (D1-5-2); (D1-7-1); (D2-2-1); (D2-7-9);</p>	<p>腸胃炎、腦震盪、蜂窩性組織炎、挫傷、骨折之類的。..就是你是一種很輕的病，腸胃炎、感冒、挫傷、高血壓、糖尿病、椎間盤、椎間盤突出，精神疾病也是，那胃潰瘍，還有一些消化系統的疾病，十二指腸潰瘍、肺炎。這種小病，然後去住院，你是的確有這個病，..最後到法院這邊，其實大部分都是沒事，..</p> <p>(A3-7-1); ..輕病久住的型態，不管是什麼病，就是你是一種很輕的病，腸胃炎、感冒、挫傷，這種小病，然後去住院，你是的確有這個病，但是你就把那個天數拉長，..。(A3-8-1); ..目前實務上比較常見的是一些慢性病，比如高血壓、糖尿病、椎間盤、椎間盤突出，精神疾病也是，那胃潰瘍，還有一些消化系統的疾病，十二指腸潰瘍。(A4-7-1); ..譬如說肺炎。(A4-7-2); ...病患現在是不是正處於憂鬱或躁鬱或者精神分裂的狀況，通常都是用臨床症狀去判斷。...很容易被偽造是因為我只要看書一念，盡可能裝出那些症狀，..像憂鬱症..就裝的悶悶不樂，沒有精神，然後沒有參與感，我完全都提不起勁，然後就跟醫生說我食慾下降，然後體重就稍微減輕一點，...跟醫生說，我最近因為怎樣怎樣，我想自殺，我有割腕什麼碗糕的，那醫生他就覺得說你有自殘行為，通常都會收之住院，..明明一個輕病的東西要住到十幾天。(A5-4-1); ..為什麼你回給我的資料跟實際上你去報健保資訊會不同？那我們就會起疑呀。那加上我剛剛說的，最大的疑問就是明明一個輕病的東西要住到十幾天，十天、十幾天。</p> <p>(A5-12-6); ...輕病久住的部分也是有非常多，...所以輕病久住當然有，可是目前的案例相較之下是比較少一點。(A6-1-6); ..輕病久住的部分，也是醫院的配合，大部分都集中在地區型的醫院，醫院的住房率不是那麼高，他就會配合，那還有一種就是假住院行健檢之實，就他可能是要健檢，但他就去辦住院，..實際上他是去做健康檢查...例如他是急性腸胃炎，可是他做了非常多的檢查跟急性腸胃炎是不相關的，.....。(A6-2-1); 輕病久住的話，...請他檢附病歷、護理紀錄、收據，一樣從收據可以去看他什麼樣的費用是有異常，...包括他的症狀、有什麼樣的反應、住院期間的狀況，我們都可以在護理紀錄發現到... (A6-7-2); ..輕病住院就是發生非常多的，..為了詐領住院日額。..住一天就是三千，但是我保了三家，我住院一天就變成九千塊。..為了就是要讓住院的日數拖長.....他可能要詐領實支實付，.....甚至第二種情形就是他去做健康檢查，..所以頭部外傷，他撞完就說我撞完頭暈 (B1-7-1); 還有包含實支實付。他可能要詐領實支實付，所以他去做假住院、或者是輕病久住，那他為了要詐領這個住院日額，..其實他只是為了要做高階健檢，所以他幫他做一些不實的診斷; ...只要講到眩暈、不明原因的眩暈，通常耳鼻喉科醫師、內科醫師是可以讓病患住院一個月、..基本上就是七天起跳。..我跟你講我頭暈，反正我撞到頭、頭暈，那這個在實務上是非常常見的假住院，或者是所謂的輕病久住。..。(B1-7-2)。; ..小城市喔，醫院病人沒有很多，他就會跟這個配合，醫院也要請你健保的病床給付，病人需要商業保險的給付，所以這個互蒙其利，..這個病人有一點點狀況.....。(C2-7-2); ...醫院也需要你病人來住，這互蒙其利。(C2-7-1); 這種大概就是比較微病啦，就小病，比如說發生車禍，或者是...就是精神障礙那種，然後他們...這種幾乎是要跟醫師勾結才有辦法啦。(B3-7-1); ...應該分成兩個部分談，就是一種是沒病裝得有病，一個是輕病裝重病，</p>
--	---	--

		<p>這是兩個層次喔，...另外一種是輕病裝重病，....，我是一個反應很敏捷的人，可是我今天為了保險金的關係，就裝笨、裝傻，....我多住一天可以多 6000、8000，我這樣寧可多住個 5 天、10 天，我就可以多賺... (D1-5-1)；他分兩個層次，一個是為了住院為目的嘛，因為這就牽涉到日額型的保險嘛。那另外一個是以殘廢為目的，那就牽涉到殘廢失能保險金。..你高額型的日額型，那我就裝病，我多住一天可以多 6000、8000，我這樣寧可多住個 5 天、10 天，我就可以多賺... (D1-5-2)；就是輕病住院，....感冒需要住院嗎？不用住院。可是我就不寫感冒這個診斷，我寫支氣管炎，....很簡單的尿道炎，就是我也好好的，...住院合理的假象...第二種狀況是... 那第二種方式小病裝大病，就是輕病久住，..小病他因為為了保險的理賠上，然後他就會把它裝得更嚴重，... (D1-7-1)；..一種就是沒病裝病的那種，那就是存心有意為詐騙的行為。那第二種方式就是，他可能就是小病裝大病，就是輕病久住，...就會把它裝得更嚴重，..。那第三種就是介於模糊地帶，他的病也許不是小病，病是不輕，但是呢，..為了要訴訟上達到他的比較大的這個求償的行為呢，然後他就把這個病情呢，就拖著不好，那，所以他也就是說，他的模式上...(D2-2-1)；...假如輕病久住，..沒兩個禮拜、三個禮拜，他又跑來急診，然後他又三天兩頭來你急診，..。所以變成說有時候會變成醫師不堪其擾...只好讓他久住。(D2-7-9)</p>
<p>非本人身份就診(持他人健保卡)(1-5)</p>	<p>Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G (2012) ; 羅戊軒 (2010) 註 110、Flynn, K. (2016) ; Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015).註 105; Cours des comptes (French Court of Audit). (2010) ; 專家問卷：(C2-2-6)；(C2-2-7)；(A4-2-23)；(A4-2-24)；(A5-2-4)；</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.在買私人醫療保險公司的部分，私人醫療保險公司並未強制要求保戶出示身分證明，這使得私人醫療保險公司成為詐欺犯眼中的肥羊。(Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G 2012) 2.醫師利用病患就診機會，夥同願意當人頭之病患，以實際物品如酸痛貼布、保健食品等各式物品，引誘上述人頭病患多刷病患之健保卡，詐領中央健保局之健保費用。(羅戊軒，2010) 註 110 3.虛偽陳述合格的身份就診(Flynn, K. 2016) 4.另一種由醫師進行的詐欺的方法是，醫師將病人的電子健保卡留著，並偽造發票假裝他們有來看病。Cours des comptes (French Court of Audit). (2010) 5.醫療院所與不法集團掛勾，刷病患之健保卡，造成病人雖未求診卻有診療紀錄，詐領中央健保局之健保費用。(羅戊軒，2010) 6.假冒身分，就拿假的健保卡。這個人假冒健保身分就，這個人本來沒有受傷，沒有受傷這項疾病，然後他找一個有疾病的人，然後借他的健保卡去.....(C2-2-6)；對，拿別人健保來用，通常那種通緝犯或是這個偷渡犯，就沒有身分就去借別人健保卡來就醫。那另外也有醫生就拿病人的健保卡來亂刷。(C2-2-7)；...甚至中醫的部分也可能會有跨區，譬如說我住台北跨到桃園、或是宜蘭、甚至更遠的地方的中醫診所，就會懷疑說、我們在分析會發現中醫有跨區的狀況，就會懷疑是不是有把健保卡放在員工、醫護人員去做刷卡的動作。隔一三五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方，..就醫頻繁，而且距離離自己住家又遠，這種模式，就會懷疑有寄卡的問題，就是可能把卡放在那邊，任由他們去盜刷，他可以跟保險公司請錢...(A4-2-23)；對，就會懷疑有寄卡的問題。(A4-2-24)；.所以說就醫頻繁，而且距離離自己住家又遠，這種模式就會懷疑有寄卡的問題。(A5-2-4)
<p>行為人蠻橫無理(1-6)</p>	<p>李添福 (2002)，剖析</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.是指要保人、被保險人、或受益人故意捏造或歪曲、掩蓋虛假情況，並誇大損失的程度，或欲詐騙保險金而故意製造保險意外事

		<p>保險詐欺成因及防制對策, 壽險季刊, 125, 72-73。 ; 簡美慧 (2002), 從我國法院判決論保險詐欺之樣態、成因、特徵與防制之道, 台灣大學法律研究所碩士論文, ; 月足一清原著, 吳崇權譯述 (1988) 註 68 ; 專家問卷 : (A5-2-1) ; (A5-2-4) ; (C2-4-10) ;</p>	<p>故 ; 而商業保險公司人員則是利用職務之便, 故意偽造要保人身份, 對未發生的保險事故進行虛假審核及實際理賠, 以騙取保險金的不法行為。(李添福, 2002),</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 行為人企圖以保險給付的方式, 使犯人或第三者得到不法利益的一切可罰行為。(簡美慧 2002) 3. 行為人下定決心欲獲取對自己本身最有利的狀態下, 經權衡考量過後便決意行使其犯意, 而有保險詐欺犯罪行為的產生。(月足一清原著, 吳崇權譯述 1988) 4. 那些中間人或者那些所謂的主要的那個人, 他就會把這些行為交給旁邊的那些人, 然後旁邊這些人他就有, 有一種她是跟醫生, 就是這個主要人它會跟醫生套好關係說: 欸, 你就幫我開, 你就幫我安排住院, (A5-2-1); 他就是中間的黃牛, 然後有的甚至是說, 就像我剛才提到的, 他就是把要求醫生開立的內容整個都寫好在紙條上面, 就請醫生開這樣子。(A5-2-4); 有些他不是感冒症狀, 有些他就是無病呻吟。比如說我頭痛、頭暈, 我站不起來, 我沒有辦法呼吸。..比較容易裝。(C2-4-10)
<p>行為人自述 交友廣闊 (1-7)</p>		<p>許春金(2017), 《犯罪學》, 三民書局。 ; 鄧子震 (2015), 「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」, 朝陽科大, 碩士論文。 ; 專家訪談 : (E2-5-8) ; (A2-3-2) ; (E2-5-9) ; (A2-3-2) ; (A2-3-3) ; (A2-3-5) ; (A2-3-6) ;</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 犯罪行為的可能性也產生不同的結果。而影響行為人犯罪決定的因子有: 家庭背景、生活直接經驗以及當時的情境因素, 在這些因素中, 家庭背景與生活經驗為行為決定的遠因, 行為人思維方式受過去所學習的生活經驗與知識影響, 但當下的情境如犯罪行為的強大誘因才是其決定犯罪的主因。在理性選擇理論中, 機會的出現佔有重要成分且為必須的決定因素, 並且機會乃為幫助理解犯罪模式的一個重要因素, 因為若無良好的機會配合, 犯罪便無法實行, 故何種機會才能滿足其動機也是犯罪產生的一項重要因素。(許春金, 2017), 2. 其中有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成, 其中多半被害人與犯罪人合謀共同詐欺保險公司, 部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環, 囿於有共犯掩飾, 助長了人身型保險詐欺的發生。(鄧子震, 2015), 3. 所以這些黃牛, ..大概沒辦法一下子就叫醫生去做這個事情, 一定是要有..人情壓力, ...讓他請過客, 去喝過酒, 這下子又知道他認識誰, 他的什麼人又你什麼人...你也是覺得說好啦, 這就...(E2-5-8); 人情啦, ..幫忙一下沒有關係嘛, 但是符合他的不法利益, 這部分可能你知道, ..傳 OO..他一開始來講說, 那個誰呀, ..你們那一科的某某某, 就是我的學弟, 等於是我的學生那一輩的, 大概小我 10 屆的, ..他就說, 叫我來找你呀, ...有問題可以來找你什麼什麼, 我就有一些問題問你呀什麼什麼。...就歸類成朋友, 或者說學弟... 透過業務員, 業務員要跟醫生認識呀, 然後另外就是他們自己可以在醫院裡面安排他們的人手,現在在做黃牛的非常非常多。.. (E2-5-9); 對呀, 然後另外就是他們自己可以在醫院裡面安排他們的人手。(A2-3-2); 是呀。就是認識(A2-3-3); 是呀, 我們現在在做黃牛的非常非常多。(A2-3-5); 是呀, 對呀, 因為他們循正途, 理論上來講, 跟醫生的經驗, 其實他們的生活範圍跟型態應該接觸不到, 一定要透過中間人。(A2-3-6)

資料來源：研究者自行整理

第二節 醫療保險詐欺犯罪「保險構面」因子篩選

一、偽造申請理賠文件

(一) 由實證研究中發現：

1. 從一項調查中發現，藥劑師從他的雇主的庫存中偷走了大量的止痛藥，再從保險公司電腦上資料獲得其他保戶姓名和保險單號碼，然後以電子方式向保險公司提供了偽造的申請理賠，這些保險受益人甚至從來不知道藥劑師非法使用他們的名字和保險單，因為大多數人沒有收到他們的保險公司所寄的通知，也沒有任何保險受益人在計劃中損失任何金錢。(2013年1月至2月Charles Piper, CFE, CRT)

2. 有些醫療保險欺詐中，發現有些醫療機構向政府或保險公司申請醫療補助，但這些申請人的資料都是偽造的，因為他們會根據當天就診的人偽造他們的就醫記錄，來詐領醫療賠償或補助。(2013年1月至2月Charles Piper, CFE, CRT)

3. 醫師結合保險黃牛等不法集團，開立不實之診斷證明，病患藉此申請醫療及殘障等保險理賠。(羅戊軒, 2010)

4. 人身型保險詐欺犯罪近五年來類型主要分為：謀財害命型(殺人)、加工自傷(殘)型、誇大病情型、違反告知義務型、與醫療人員或保險員串通偽造文書型等五種類型。(鄧子震, 2015)

(二) 由專家深度訪談中發現

有關偽造申請理賠文件，就是自行用彩色影印機偽造，通常會勾結醫生跟黃牛，然後請醫生這邊協助開立；另外就是裝病，就是騙醫師或是勾結醫師，然後自己印申請理賠文件。有一些精神病的部分，他沒有任何的精神症狀，可是卻用裝病的方式說有鬱症、憂鬱症，然後去做住院的動作，來申請理賠。再來就是有偽造診斷書或收據來申請理賠的情形，自己偽造，不透過醫生，本身為涉案人，自己也偽造這些保險公司的申請文件、診斷書、收據來申請保險，申請偽造包括醫療證明文件、病歷、檢驗報告單都有可能被偽造；另外，因為理賠人員熟悉公司內部的作業，所以也有可能他自己就偽造了這個醫師診斷證明書，事實上他根本就沒去就醫，或者是他曾經有醫療紀錄，也有自己偽造或是直接都是用套印的方式來偽造申請理賠文件。

冒名頂替就是他找有病的人，就是比如說像僵直性脊椎炎，他必須需要做身體檢驗，它本身沒有，他就找有的人去做檢驗，這就冒名頂替，最有名的然後申請理賠。(A1-4-1)；對。就是去檢查，然後真的有病，然後就可以依他的證明，就是開他的名字嘛，接下來就可以申請理賠(A1-4-2)

就是自行用彩色影印機偽造，因為最近才破了一件嘛，今年的。然後，勾結醫生跟黃牛，然後請醫生這邊協助開立。然後另外就是裝病，就是騙醫師。一個是醫師跟他勾結；一個是醫師真的被騙，然後一個是自己印偽造申請理賠文件。（A3-3-1）

…可是它是用比如說她裝病的方式去做，說他有重鬱症、憂鬱症，然後去做住院的動作，來申請理賠。…那個涉案人他自己偽造這些保險公司在條款裡面所約定的那個申請文件：診斷書、收據來申請保險這樣子。…。（A5-1-1）

…其實也很容易有集團性的，甚至有病歷一模一樣，例如說他們集團性同一段區間，不一定是同一天住院、離院，但就在同一區間內分別不同時間住院，可是他們是一起的，甚至診斷病名都一樣，去調來的病歷發現每個人的病例除了名字有改以外，他的基本資料有改外，其他病歷一模一樣。這種的就很容易發現了，其實他就是一個偽造。（A6-7-9）

理賠人員跟保險詐欺是比較容易去做這樣子事情，可是一般壽險來講，我們理賠人員比較沒有辦法，理賠人員最多最多就是偽造文書，製作假的診斷書、假的收據，申請理賠，然後入到自己的帳戶，…。（A6-14-4）

應該是說醫療證明啦，醫療證明的文件，其實不一定僅限於診斷證明書。也有可能包含病歷，譬如說病歷裡面有一些檢驗報告單那些，都有可能被偽造的情形。（B1-2-16）

..他利用這樣的漏洞，然後去直接偽造。他只要去醫院裡面，我們有病歷科，你看我們、我舉個例子，有些產險公司他根本沒有辦法實際去醫院拿到病歷內容，但是我們要保人就有實際提供病歷、或者是診斷證明書，可是實際上醫院沒有開。（B1-3-8）

像我們去搜尋很多是一些黃牛，就是中間者、仲介，他就在醫院裡面徘徊，看到有去看病，他就問他說，你有沒有保險？你不符合，我可以幫你申請到。所以還是有一些中間者協助他偽造他那個，要請領保險事故的事實。（F1-13-7）；對。所以還是有一些中間者協助他偽造他那個，要請領保險事故的事實。（F1-13-9）

二、重複投保

（一）由實證研究中發現：

1. 該研究主要論述為在保險公司內部組織上，成立特別調查小組有其必要性，另對於理賠案件的調查及分級與技術上的突破，均需藉由過去累積之豐富經驗及專業化的知識為根基，分析其保險詐欺的犯罪特性，並歸納出一套系統化及藉由資訊交流化之程序，可運用於可疑之保險詐欺案件的發現，該研究搜尋國內近十年來與保險詐欺犯罪有關之案例，整合及歸納常發生之保險詐欺犯罪行為方式，可分為詐保犯罪計畫的形成、預謀勾結保險業者、選取具備保險身份之受害者及重複多家重複投保保險。（程志強、范兆興、施宇峰，2008）

2. 美國10個流行的醫療保險院所詐欺計劃中：醫療院所未提供帳單明細，進行保險詐騙、重複承保服務進行結算、虛假陳述服務日期、虛假陳述看診地點、冒充醫師看診、放棄免賠額和共同付款、錯誤的診斷或增加收費標準、服務的過度使用、貪腐（回扣和賄賂）、開立虛假或不必要的處方藥。（2013年1月至2月

Charles Piper, CFE, CRT)

3. 在保險詐欺犯罪中，最容易由自我控制而詐領鉅額保險金的犯罪即是自殘詐保案件，通常此類自殘詐保案件的特性大都為投保意外險或旅遊平安險居多，其特性不外乎為投保高保險金額、所需繳納之保費較低，一次分別投保多家保險公司之保險（重複保險），重複投保之保險公司時間相距不遠，投保後在短期內即出險，而意外發生事故都為地處偏遠、人煙稀少地區，且無目擊證人，又被保險人當下通常處於財務困難階段。（陳明興，2011）

4. 醫療行為之保險詐欺係屬理賠金額小、重覆性高之詐騙行為，以保險公司的立場而言，耗費巨大的資源處理這種小詐騙案件，往往是不符成本，故常讓不法之詐騙份子得以僥倖得逞，造成該保險詐騙份子常以一種蠶食的方式，造成保險公司財務上的巨大損失。此外也因風險轉嫁因素，讓醫療保險商品不斷增加費用，扭曲了我國醫療保險市場的健全發展，也傷害了整個保險體制。而在醫療保險詐欺案件當中，醫療院所及醫事從業人員，往往是保險詐欺案件的絕對關鍵角色。（劉佳芬，2016）

（二）由專家深度訪談中發現

有些行為人為了詐領保險金會重複購買多家保險商品，有時甚至三家以上的重複投保，因保額本身可能很高，所以只繳一期的保費，這最常用的是那種那個癌症型，或是殘廢型的保險，因為它通常繳保費一次以後，就出險不要再繳，分析要保人的薪資結構，是不符合他投保高額保險的，所以一般都會調查，他之前有沒有投保，有沒有重複投保，有沒有多家投保這些，需要先查證有沒有一些異常或不合理的情況，我們覺得不合理才會再去深究，所以常常發生這種的情形，因為投保很多間。所以他可能自付三萬塊，投保五間的話，可能可以申請十五萬的保險金。但是重複投保也有篩選的機制，目前工會都有互相通報機制，每間公司的核保規則不一樣，像有些公司只收第二間而已，再來就是投保通報機制，所以像早期就有人投保十幾、二十家。一般續約的部分是不適用複保險的，所以我們沒有辦法用複保險當依據來說不續約。

一件理賠第一個會發現應該是保險公司，有時有可能是組織犯罪的型態，因為發現有些業務員的保戶會常常申請理賠，當發現理賠浮濫、投保多家，保費少理賠較高的，像傷害險、意外險類的案件，越有可能。

對，第二個就是說你是不是有買很多家同業？三家以上，我覺得他本身重複投保...（A2-13-2）

..買的都是短期繳，或者說你買的都是用月繳的方式，你的保額本身來講的話，有可能很高，可是你只繳一期的保費，這最常用的是那種那個癌症型，或是殘廢型的保險，...。（A2-13-3）；會。再包括說，他之前有沒有投保，有沒有重複投保，有沒有多家投保這些（A3-15-5）

…會先從我剛剛講的這幾個先去看看說他有沒一些異常或不合理的情況，我們覺得不合理才會再去深挖，…有異常，才會去挖你之後講的那些資料。(A3-15-6)

對，因為他投保很多間。所以他可能自付三萬塊，可是如果投保五間的話，可能可以申請十五萬的保險金。(A4-2-17)；目前公會上面是有通報(A4-2-18)

不過，重複投保這個是因為篩選的機制，可能當時沒有互相通報，目前工會上面是有的。每間公司的核保規則不一樣，像我們公司只收第二間而已。對。像是早期有人投保十幾、二十家…(A4-2-21)；每間公司的核保規則不一樣，像我們公司只收第二間而已(A4-2-19)

醫療險的話，我們有分一般的住院醫療險和一般的傷害醫療險，那傷害醫療險一般在條款的約定都是可以每年續約，…可是像住院醫療險是保證續保，他不能說因為他的理賠記錄過高，或是說我們懷疑他有保險詐欺，我們下面就不續約。(A6-1-7)；因為他不適用複保險，所以我們沒有辦法用複保險當依據來說不續約(A6-1-8)

..會發現應該是應該是保險公司，…那我們要先理賠。結果去發現他的理賠有異常，他有沒有重複、短期間內多保險，短期重複保險，會是短期間內高額意外險。如果我們發現短時間內高額重複意外險的保出來後，..有警覺這個診斷證明書是假的。…(C2-15-2)

就是剛開始的時候，我先整理一下，剛開始的時候，我們要先調查他投保的狀況，他投保的狀況不是多重投保，或者是說高額的投保，然後出險是不是集中短期的出險？(C2-15-3)

…組織犯罪的型態，就是為什麼這業務員下面的保戶都常常在申請？就是組織聚集在某醫院。再來就是A公司有，B公司也有，所以這個就是多家投保。所以理賠浮濫、投保多家，然後再來險種可能就是比較屬於不用繳這麼多錢，可是理賠比較高的，像傷害險等等。然後就是那個投保以後，很快就出險。(F1-15-2)

三、連續申請理賠

(一) 由實證研究中發現

1. 保戶在線上提出理賠申請，可輕易取得上萬元的理賠金。如果保戶每次都是小額理賠的話，該基金就不會注意到系統的瑕疵。唯一會注意到這點是，當工作人員發現特定保戶常常待在理賠申請平台。(Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G, 2012)

2. 申請理賠階段由於犯罪人每次申領保險金均有人身受傷害或身亡，在審核階段時使保險公司顯難以查證，如非完成階段時犯罪人貪得無厭，連續申領理賠而使保險公司發現徵兆，相當不易為保險公司所發現(鄧子震，2015)

3. 經統計文獻後發現醫療保險詐欺的類型包括：自我轉診、徹底改變偽造的理賠案件、偽造協商案件、提倡藥品仿單標示外使用、管理照護詐欺、呈交太多申請理賠案件、四處看醫師、放棄患者的可扣除款、查驗制度、為死者申請理賠/不符合資格的會員、虛偽陳述合格的身份、重複請款同一項醫療服務、偽造文件、

使用幽靈員工/使用已故之員工、最大化和複雜化提供的服務、分開計價、操縱價格、身份/內視鏡黏膜切除術詐欺、使用未授權的人員、提供不需要的醫療服務、使用錯誤的診斷、幽靈帳單、回扣方案、不當的編碼，總共發現可能涉及醫療保險詐欺之類型共有23項。(Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. 2015)

4. 小額多次出險，保險詐騙份子常以一種小額出險蠶食方式，造成保險公司財務上的巨大損失（劉佳芬，2016）

5. 一般商業醫療保險之詐欺，大都因理賠金額低次數又頻繁，至保險業者在不符成本及未吸收保戶的情況下，採行放任政策，終至使保險詐欺犯罪詐騙之風氣增加，進而有朝向集團化與專業化的趨勢。（吳佳擘，2016）

6. 分析犯罪行為上發現，犯罪人均不只從事一次犯罪行為，多是反覆從事犯罪行為，當他們發展出一套固定的犯案模式後，成功詐保後食髓知味而反覆詐欺。（鄧子震，2015）

（二）由專家深度訪談中發現

對於很多連續申請理賠案件，所投保的險，日額都較高，也會選擇住院天數多，因為住較多天，可以領較多保險理賠金。一般以投保旅遊平安險、或是醫療傷害險為多，有時可能就會投保3-4家；而重複投保申請理賠的狀況，可能會製造一個比較輕的輕傷，比如說走路跌倒、挫傷，或是騎車跌倒，去中醫診所就醫，就醫的狀況可能次數會非常的頻繁，拿的藥費也非常高，因為自費的部分保險公司也可以給付，假設一次事故上限是三萬塊，他可能連續看個兩個月、或三個月，可能總共花了三萬塊，他可能總共有五個複保險，就可以申請十五萬，這種在實務上是比較常見的，所以就算傷勢非常的輕微，就醫的次數頻率多，使用的費用也是非常驚人的。像早期有人投保十幾、二十家是很正常的，因為早先並無投保通報機制，甚至跑到海外去，發生浴室跌倒或泳池跌倒，回國後申請理賠，這種模式比較常見的。

也常發生跨區就醫情形，譬如住台北跨到桃園、或是宜蘭，甚至更遠的地方的中醫診所就診，經分析會發現中醫有跨區的狀況，懷疑是否有把健保卡放在醫院讓醫護人員獨自去做刷卡的動作，因為中醫很多，一條街就很多間，不太可能捨近求遠，因為就醫次數非常的頻繁，隔一、三、五就會去就醫，不禁讓人懷疑怎麼可能每次都跑那麼遠的地方去看診，曾發生一位女孩發生車禍後，他的病症已經好很多，因投保了10幾家保險公司，申請10幾次的傷害保險，所以懷疑該事故是否為偽造？在意外傷害的部分，中醫診所是比較好去配合保戶需求的，因為診斷書的內容不會那麼嚴謹，例如說，可能是一般疾病就診，拿的是卻是補氣

的藥物，但是診斷書卻開外傷，這樣他所有的費用，加上投保多家，就可以獲取多家保險金的理賠，等於是說一張收據就能獲得非常大的理賠利益。有時更會發現他是有家族性的，或者是集團性的，保險公司才會去瞭解，去發現會有這樣的案例，但是，如果是單一個案，比較不容易發現有這樣的行為，除非他投保很多家，有異常的投保記錄，才會發現客戶是不是有保險詐欺的嫌疑，因為如果一家保險理賠三萬元，十家就三十萬元了，就算是需要住院，日額保險理賠，只要投保好幾家也可以得到很高的理賠金，所以醫生的配合是非常重要的。

比較難判斷，其中一種最嚴重的就是精神科疾病，如憂鬱症是保險公司最為頭痛的問題，且精神科有所謂日間住院這個品項，生病就像到醫院正常上下班一樣，無法判斷出真假病情，而且發生次數非常頻繁，甚至整家族都罹患有精神疾病，有可能是組織犯罪的型態，也發現有些業務員下面的保戶常常在申請理賠，有時集中在某醫院，然後出現在 A 保險公司或 B 保險公司，所以這個就是屬於多家重複投保的情況，因此理賠變得浮濫，只要投保多家也不用繳那麼多錢，就可得到較高的理賠，像傷害險等，投保以後很快就出險。

然後住院天數又長又高，出院、出險的次數又多。..他去保的險，日額是高的險。所以住很多天，就可以領很多錢（A4-2-2）；對。他去保的險，日額是高的險。（A4-2-3）；對。住很多天，就可以領很多錢。（A4-2-4）

..一般醫療傷害險，他可能會投保多家，譬如說三間到四間，...可能會有一個比較輕的輕傷，...去中醫診所去做就醫；就醫的狀況可能次數非常的頻繁，拿的藥費也非常高，...，他一次上限、事故上限是三萬塊，他可能連續看個兩個月、或三個月，可能總共花了三萬塊，他可能總共有五間、五個複保險，他可以申請十五萬，...就傷勢非常的輕微，但是就醫的次數跟頻率、（A4-2-5）；像是早期有人投保十幾、二十家...（A4-2-21）；或者跑到海外去，...在浴室跌倒，或怎麼樣，這是目前比較常見的。（A4-2-22）

也可能會有跨區，譬如說我住台北跨到桃園、或是宜蘭、甚至更遠的地方的中醫診所，就會懷疑說、我們在分析會發現中醫有跨區的狀況，就會懷疑是不是有把健保卡放在員工、醫護人員去做刷卡的動作。...就醫次數、跟非常的頻繁，譬如說隔天、隔一三五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方，...（A4-2-23）

意外傷害的部分，其實中醫診所應該是比較好去配合保戶的需求...會發現它是有家族性的，或者是集團性的，這個就會比較容易發現。如果是單一個案，...，除非他投保很多家，有異常的投保記錄，我們才會發現說，...。（A5-9-11）；意外傷害的部分，其實中醫診所應該是比較好去配合..可以開假的診斷書。..一般的疾病去就診，拿的是補氣的藥物，但可以開有外傷的診斷，..加上投保多家，它就可以獲取多家保險金的理賠，..會發現它是有家族性的，或者是集團性的，這個就會比較容易發現。如果是單一個案，其實我們比較不容易發現說他是有這樣的行為，除非他投保很多家，有異常的投保記錄，我們才會發現說，..家族性或集團性，就等於說他有集中性，..比較好去發現..（A6-1-4）

那如果就像你剛剛所講的，如果一家三萬，十家就三十萬？他需要住院，然後是因為保險理賠，用日額保險理賠，而且投保好幾家，所以他可以得到很多的理賠金，所以他就要求醫生一定要配合他這樣子？（A6-1-5）

那另外一個就我們精神科最常，除了是所謂的那個所謂的那個憂鬱症，更被保險公司更頭大的就是，我們有所謂精神科有所謂日間住院這個品項。（D2-7-4）

…業務員下面的保戶都常常在申請？就是組織聚集在某醫院。再來就是 A 公司有，B 公司也有，所以這個就是多家投保。所以理賠浮濫、投保多家，…可是理賠比較高的，像傷害險等等。然後就是那個投保以後，很快就出險。（F1-15-2）

四、高理賠保險商品誘因

（一）由實證研究中發現

1. 主要犯罪人動機均係因為金錢因素，無論是負債累累、見錢眼開、利用漏洞詐保或曾因保險理賠而食髓知味，可以發現人身型保險詐欺相同於其他保險詐欺，均以金錢引發詐欺之動機。（鄧子震，2015）

2. 保險公司須調整商品設計方向，並於保單條款明確列入道德危險相關之除外不保事項。（黃俊豪2004）

3. 在保險事故中最難判定的是醫療就診事實，要保人或被保險人，常以欺騙或誇大症狀或無病呻吟的方式來要求醫師診斷，並開立符合保險公司所要求之診斷證明書申請理賠，在醫療保險中不實的診斷證明書及投保高住院醫療險惡意浮濫住院或因病死亡故意偽裝意外死亡，向保險公司詐取高額保險理賠金時有所聞，這類事故也更是最難偵辦的案件。例如：林宗信家族勾結醫師詐領保險金案等，預謀保險事故並捏造與誇大事故詐保案，另壽險附加傷害險亦屬於醫療險的一種，更常見的是醫病久住或治療期間不當拖延病情等詐領高額保險理賠金方式進行詐騙。（陳榮一 1993）

（二）由專家深度訪談中發現

在高理賠保險商品誘因基本上應該分成兩部分，一個是一般醫療險，屬於醫療險疾病跟意外都可以給付的，一般醫療險比較常見的就是住院一天的日額是非常高的，例如說已經超過六千，甚至到一萬元，一年的事故可能有三次到四次，住院的部分，可能頻繁的住院，且同一個家族可能都有常在住院，比如說有父母、小朋友、配偶，甚至他的父母都去同一個醫院找同一個醫生，病症都類似去做相同的治療，天數都有偏長的問題，甚至住院期間有重疊的問題。還有找特定的醫生，可能甚至跨區，譬如說台北跨到宜蘭，或台北跨到彰化去找一個特定的醫生

去做就診，這是目前實務上比較常見也比較可能有問題的案件，就是集體生病，生同樣的病，然後找同樣的醫師，投保高日額的理賠險，住院天數又長，出院、出險的次數又多。然後又發現有行為人投保很多家保險公司，買了高日額，或是高金額的旅平險這種，就會覺得這個也是一種有可能是涉及保險詐欺。那另外還有就是家族成員，同一家人常常在同時住院、常常同時門診，然後去同一個醫師、同一家醫院、住院、就診；另外，就是收入與保費支出不對稱，行為人買了非常多家公司保險商品，這個保費與你的收入有呈現不合理的情況，所以會認為有可能涉及詐騙保險金。

一般保戶如果都是正常生活，忽然可能因在投保期間有產生經濟上的困難，然後心生不軌異想天開為圖自己不法之所有，想要獲取高額的保險金，所以雖然本身沒病，就會想辦法甚至用不法的手段去符合可以理賠的條件、請領保險金，所以有些病症比較容易發生冒名理賠的問題，也是涉及到醫療險的保險詐欺，所以先調查投保的狀況，投保是不是多重投保，或者是說高額的投保，是否為短期出險是非常重要的。

嗯，基本上應該分成兩塊，一塊是一般醫療險..住院一天的日額是非常高的，例如說已經超過六千，甚至到一萬塊。一年的事故可能有三次到四次左右，就是說住院的部分，可能頻繁在住院；再來一個是，同一個家族可能都有常在住院的狀況，比如說有父母、小朋友、配偶，甚至他的父母都去同一個醫院、同一個醫生，找同一個醫生，病症都類似去做相同的治療，天數都有偏長的問題…或台北跨到彰化去找一個特定的醫生去做就診，..(A4-2-1)

就是集體生病，生同樣的病，然後找同樣的醫師。然後住院天數又長又高，出院、出險的次數又多..應該是說，他去保的險，日額是高的險。(A4-2-2)；..他去保的險，日額是高的險。(A4-2-3)

…投保很多保險公司，買了高日額，或是高的旅平險這種，就是我們會覺得這個也是一種有可能是涉及保險詐欺。..家族成員，同一家人常常在同時住院、常常同時門診、同時間，然後去同一個醫師、同一家醫院、住院、就診，這也是。然後另外就是收入與保費支出不對稱，也…，這個保費，跟你的收入，這其實是有呈現不合理狀況，…可能是涉及到要來詐騙保險金。(A3-13-1)

…投保期間內我可能產生經濟有困難，…圖自己不法之所有，想要取得這個高額的保險金，那我本身沒有病，我現在當然想去符合他的條件、去請領保險金，…我們要先調查他投保的狀況，他投保的狀況是不是多重投保，或者是說高額的投保，然後出險是不是短期的出險？(B1-4-19)；對，剛開始的時候，我們要先調查他投保的狀況，他投保的狀況是不是多重投保，或者是說高額的投保，然後出險是不是短期的出險(C2-15-3)

五、承通報制度不佳

(一) 由實證研究中發現

1. 依據整合保險詐欺案件資料檔案之建立，提供各保險相關同業公司資訊查詢，並在投保資料上進行整合，且著重於各保險理賠案件，有關理賠之處理情形，

尤其涉及保險詐欺犯罪者，促使提醒各保險業者應加強注意（程志強、范兆興、施宇峰，2008）

2. 壽險公司對保險詐欺犯罪集團未來防制對策，可採行（1）建立理賠通報制度及擴大通報範圍。（2）由核保端交叉比對投保對象及家屬成員，進而篩檢出犯罪集團成員的共犯。（韋俊青，2005）

3. 美國國家保險犯罪局在1995年又設置了保險詐欺資料庫，稱之為「NICB EyeQ」，該資料庫由保險公司會員提供資料，涵蓋了超過三億五千萬筆資訊，對保險求償案件或交通事故案件，會員可申請使用這些資料庫。（周愷嫻、張耀中，2006）

4. 澳洲建立了保險查詢服務系統（IRS），整合了1300萬筆的保險者資料以供會員公司查詢，並可提供查詢保險者之信用資料與是否破產等資料。透過此一系統之建立，過濾曾有過詐欺的可疑行為等，減少保險詐欺犯罪發生的成功率；要求保險業要建立一套資料交換制度，在締結契約時，業務員應主動告知要保人相關義務及責任。（周愷嫻、張耀中，2006）

5. 建立「防範保險詐欺查核表」，在核保、理賠作業的查核，能夠更加的嚴謹，更積極的審核核保及理賠情形，以避免保險詐欺犯罪的風險發生。（林秉耀，2005）

（二）由專家深度訪談中發現

有關承保通報制度，基本上需要有專門的單位負責處理，並做保險詐欺的分析，要有固定大概兩個左右的人力，定期去撈取公司曾經發生過的理賠案件，然後去分析有沒有一些異常點，期間如果分公司有第一線理賠人員發現案件有異常現象，或者甚至有保險詐欺的狀況，會循作業程序通報總公司，去做統一的檢視跟控管，再判斷說是否需要向檢警報案，所以有異常案件的時候就會做審核是否有保險詐欺的可能，這部分包括一般的醫療保險詐欺或是殘廢、意外的部分，另外，有一些診斷證明書有異常的部分也都會通報，設定一個統一的窗口，有問題再跟檢警或是犯罪防制中心去做討論，看是不是可以立案；另外，重複投保機制目前工會有做這樣的機制，但每家保險公司的核保規則不一樣，像有些公司只收第二間而已，還沒有完全統一。

…會定期去撈取公司的曾經發生過的理賠案件，然後去分析說有沒有一些異常點。…案件有異常，或者是甚至有保險詐欺的狀況，他會循作業程序通報總公司，就是我這邊，去做統一的檢視跟控管，再判斷說是否需要往檢警那邊去做進一步的偵查。（A4-1-2）；對，有異常案件的時候有案件發生的時候就會報到這邊來。（A4-1-3）；會重新再看一下，這是否真的有保險詐欺的可能。（A4-1-4）

..所有包含醫療或是殘廢，意外的部分，或是一些診斷書有異常的部分，都會通報、統一的窗口都是到我這邊，有問題的我會跟檢警或是犯罪防制中心去做討論，..重複投保這個是因為篩選的機制，

可能當時沒有互相通報，…每間公司的核保規則不一樣，像我們公司只收第二間而已。(A4-1-5)；目前公會上面有通報(A4-2-18)；每間公司的核保規則不一樣，像我們公司只收第二間而已。(A4-2-19)；對。因為這個機制，當時我那時候才…開始實施(A4-2-20)

六、理賠人員之專業敏感度不佳

(一) 由實證研究中發現

1. 保險公司須提升核保、理賠人員之專業知識(黃俊豪2004)。

2. 在保險公司部分就有涉及保險商品的設計、業務的招攬、核保書面審查、投保徵信調查、理賠申請審核及道德危險件的調查等，這些層面如果保險公司都能夠嚴格把關，保險詐欺犯罪率將會大幅度的降低。保險公司本身層層把關是預防保險詐欺犯罪最佳途徑。(陳明興，2011)

3. 不聘請較專業之理賠調查人員與更新較精密之調查器具為手段，即迅速的進行理賠，讓保險詐欺案件得逞。(Flynn, 2016)

4. 該研究主要針對保險詐欺之黑數難以估計，增加了高度的道德風險，對保險公司之經營成長產生了極大的變數，同時更因為保險詐欺案件的增加，強制性的讓大多數的良善保戶在不公平的對等之下保費必須提高，又因一般商業醫療保險之詐欺，大都因理賠金額低次數又頻繁，至保險業者在不符成本及未吸收保戶的情況下，採行放任政策，終至使保險詐欺犯罪詐騙之風氣增加，進而有朝向集團化與專業化的趨勢。該研究以文獻分析法及深度參與法為研究方法，對我國目前之商業醫療保險的保險詐欺行為，由實務面進行歸納整理，並提出本研究之三項成果，分別為：(1) 醫療保險詐欺犯罪，未必需要事先預謀規劃，亦可能發生臨時起意現象(2) 醫療保險詐欺犯罪，醫療院所及其醫護人員，扮演著關鍵性的地位(3) 瞭解及深入保險當事人之生活環境，可達到防範醫療保險詐欺犯罪的發生。此外，研究者由專業理賠人員之視角，提出於理賠程序中所當改進之處，以供有關單位參考。(吳佳擘，2016)。

(二) 由專家深度訪談中發現

通常理賠人員之專業敏感度，需從接觸到申請理賠案件就要開始，要有固定的人力專門人員負責，並負責保險詐欺的分析，並定期去撈取公司的曾經發生過的理賠案件，再去分析一些異常點。發現有保險詐欺的狀況，就要馬上循作業程序通報總公司，去做統一的檢視跟控管，再判斷說是否需要往檢警那邊去做進一步的偵查。比如說，很少人會去投保 10 幾家保險公司的保險，所以要保人提出理賠申請後，就會要求做檢驗，雖然醫師開出來的診斷證明書都是符合殘廢的，到最後就要發揮專業的態度，直接跟監錄影到他的行動，機能是一個很正常的狀態。

有一些較專業且敏感的問題，就是一個保險金申請理賠案件要從後端看，會先看到一個結果，由申請理賠的結果衍生出各種問題，因為最先發現應該是保險公司，會先看到要保人申請理賠，從結果去發現他的理賠有異常，有沒有重複、短期間內多保險，短期重複保險，還是短期間內高額意外險，如果不合理，發現短時間內高額重複意外險的保險，保險公司就會有警覺，有警覺這個診斷證明書是否有問題，再透過偵查手段，可以去跟監查出他的殘廢是否有問題，或是說癌症或其他症狀，也可以透過跟監的方式去辨別出來，用證據去證明，再下來就是要回去看他的病歷，診斷過程，醫生有沒有問題，從這幾個環節及診斷過程中判斷。

..負責保險詐欺的分析，..會定期去撈取公司的曾經發生過的理賠案件，然後去分析說有沒有有一些異常點。..分公司有第一線理賠人員發現，可能這個案件有異常..通報總公司，...統一的檢視跟控管，再判斷說是否需要往檢警那邊去做進一步的偵查。(A4-1-2)

...很少人會去投保 10 幾家保險公司的險...他同時就去很多家去檢驗，去了六次，先去復健做了六次。所以那個醫師開出來的診斷證明書是符合殘廢的。是跟監就是了(A5-9-12)；到最後是用這種方式，其實這也是最好的方式、最直接的方式，當然就是有時候我們看文件看來看去可以依照這樣來，可是實際上，你再怎麼弄還是一樣。...(A5-9-13)

...保險公司會先看到他申請理賠，那我們要先理賠。結果去發現他的理賠有異常，他有沒有重複、短期間內多保險，短期重複保險，會是短期間內高額意外險。...如果我們發現短時間內高額重複意外險的保出來後，保險公司就會有警覺，有警覺這個診斷證明書是假的。...我們可以透過跟監的方式的，可以去辨別出來，這證據對體。接下來就是要回去看他的病歷，診斷過程，醫生有沒有問題，所以從這幾個環節，從病例、診斷過程....。(C2-15-2)

七、放寬理賠條件爭取客戶

(一) 由實證研究中發現

1. 該研究認為保險詐欺之黑數難以估計，增加高度的道德風險變項，對保險公司之經營成長將會產生了極大的變數，且在一般商業醫療保險詐欺，常因理賠金額低次數頻繁的因素，讓保險業者在不符成本又無新增保戶的情況下，採行放任政策，而使得保險詐欺犯罪風氣增加，該研究以實務面進行歸納整理，提出見解為醫療保險詐欺可能臨時起意而未必是有計畫、醫療院所扮演著相當關鍵的角色、防制醫療保險詐欺，必須深入當事人之生活；但研究者發現目前國內並無實際有效的保險詐欺犯罪黑數研究及統計，保險業者也往往是因為公司政策要多招攬客戶而採行理賠放任政策，甚至於削減調查人員，以新增加之投保保費作為廣泛投資之基金，再由利潤中設定分配保險賠付的比例，故亦是形成保險詐欺的重要成因之一，而無法達到防制保險詐欺的效果；另外，醫療保險詐欺都是事發後申請，除非假裝肢體殘廢外，其餘均已達到復原的階段，故深入當事人之生活進

行調查之意義不大。(吳佳曄, 2016)

2. 保險詐欺犯罪預防涉及的層面很廣, 從處罰的法條增、修訂到出險的理賠調查都涵蓋在內, 所以牽涉的單位非常的廣泛, 在保險公司部分就有涉及保險商品的設計、業務的招攬、核保書面審查、投保徵信調查、理賠申請審核及道德危險件的調查等, 這些層面如果保險公司都能夠嚴格把關, 保險詐欺犯罪率將會大幅度的降低。(陳明興, 2011)

(二) 由專家深度訪談中發現

有些保險公司針對放寬理賠條件來爭取客戶, 是一種又愛又恨的作法, 因為放寬保險詐騙案件會變多, 加緊約束則客戶會減少, 有時候會很無力, 因為即使查到詐保行為, 最多就是拒賠而已, 但對這些人而言, 不會有任何的約束, 也不會對他們造成任何的困擾, 即便保戶領不到錢, 一樣還是可以對保險公司人員辱罵, 有時這是公司政策的問題, 因為大環境對保險公司來講都是這樣, 如果公司政策改變的話, 或許執行上就比較好做, 可是沒有一個公司敢這樣做, 因為媒體都隨時在盯著這些東西, 而且這些人都偽裝成弱勢, 其實弱勢即強勢, 所以才會有輕病久住, 或是精神疾病或偽造傷勢住院這些行為; 另外, 才會要去一直在討論示範條款的修訂的問題, 而讓保險公司在針對非必要性住院條件上可以合理主張, 在保單的示範條款上修正, 比較能夠有依據。

對, 去約範這個...讓保險公司在針對非必要性住院這件事情合理可以主張(A5-7-8); 我們是修示範條款(A5-7-9); 保單的示範條款, ...讓他在保險公司可以主張上面是合法的這樣子, 比較能夠有依據。(A5-7-10)

...很無力, 我們即便查到了, 我們最多就是拒賠而已。對這些人而言, 不會有任何的約束, 也不會, 對他們而言也不會造成任何的困擾, 那即便他們領不到錢, 他們一樣還是可以辱罵我們, 還是一樣可以羞辱我們。(A2-2-6)

這不但是公司政策...因為, 其實這是大環境對保險公司來講都是這樣(A2-2-7); 就是公司政策的問題, 如果公司政策改變的話, 或許下面就比較好做可是沒有一個公司敢這樣做。因為媒體都隨時在盯著這些東西, 而且這些人都偽裝成弱勢, 其實我們現在都相信一句話, 弱勢即強勢。(A2-2-8)

八、小結

「保險構面」: 經分析保險公司所規劃保險商品在制度面, 易於形成漏洞或為高誘因導致違反保險制度常態, 共篩選出下列辨識指標因子(如表4-2-1):

- (1) 偽造申請理賠文件(2-1)。
- (2) 重複投保(2-2)。
- (3) 連續申領理賠(2-3)。
- (4) 高理賠保險商品誘因(2-4)。
- (5) 承保通報制度不佳(2-5)。

(6) 理賠人員之專業敏感度不佳(2-6)。

(7) 放寬理賠條件爭取客戶(2-7)。

表 4-2-1 醫療保險詐欺犯罪「保險構面」辨識指標因子彙整表

構面	指標因子 (Factor)	參考文獻	說明
保險構面 (F2)	偽造申請理賠文件 (2-1)	<p>(2013年1月至2月 Charles Piper, CFE, CRT) https://www.linkedin.com/in/cpiperufe ; 財團法人保險犯罪防制中心 (2018) ; 鄧子震 (2015) ; 羅戊軒, (2010) 「台灣地區醫療犯罪與偵查實務研究」, 中央警察大學刑事警察研究所碩士班論文。 ;</p> <p>專家問答 : (A1-4-1) ; (A1-4-2) ; (A3-3-1) ; (A5-1-1) ; (A6-7-9) ; (A6-14-4) ; (B1-2-16) ; (B1-3-8) ; (F1-13-7) ; (F1-13-9) ;</p>	<p>1.從一項調查中發現,藥劑師從他的雇主的庫存中偷走了大量的止痛藥,再從保險公司電腦上資料獲得其他保戶姓名和保險單號碼,然後以電子方式向保險公司提供了偽造的申請理賠,這些保險受益人甚至從來不知道藥劑師非法使用他們的名字和保險單,因為大多數人沒有收到他們的保險公司所寄的通知,也沒有任何保險受益人在計劃中損失任何金錢。(2013年1月至2月 Charles Piper, CFE, CRT) 註 115</p> <p>2.有些醫療保險欺詐中,發現有些醫療機構向政府或保險公司申請醫療補助,但這些申請人的資料都是偽造的,因為他們會根據當天就診的人偽造他們的就醫記錄,來詐領醫療賠償或補助。(財團法人保險犯罪防制中心,2018)、(鄧子震 2015)</p> <p>3.醫師結合保險黃牛等不法集團,開立不實之診斷證明,病患藉此申請醫療及殘障等保險理賠。(羅戊軒,2010)</p> <p>4.冒名頂替就是他找有病的人,就是比如說像僵直性脊椎炎,..就找有的人去做檢驗,這就冒名頂替,最有名的然後申請理賠。(A1-4-1);對。就是去檢查,然後真的有病,然後就可以依他的證明,就是開他的名字嘛,接下來就可以申請理賠 (A1-4-2);就是自行用彩色影印機偽造,..勾結醫生跟黃牛,然後請醫生這邊協助開立。然後另外就是裝病,就是騙醫師。..醫師跟他勾結;一個是醫師真的被騙,然後一個是自己印偽造申請理賠文件。(A3-3-1);..她裝病的方式去做,說他有重鬱症、憂鬱症,然後去做住院的動作,來申請理賠。...診斷書、收據來申請保險這樣子。.... (A5-1-1) ;..其實也很容易有集團性的,甚至有病歷一模一樣,..不一定是同一天住院、離院,..甚至診斷病名都一樣,..其他病歷一模一樣。這種的就很容易發現了,其實他就是一個偽造。(A6-7-9);..理賠人員比較沒有辦法,理賠人員最多最多就是偽造文書,製作假的診斷書、假的收據,申請理賠,.... (A6-14-4);應該是說醫療證明啦,醫療證明的文件,..包含病歷,譬如說病歷裡面有一些檢驗報告單那些,都有可能被偽造的情形。(B1-2-16);..他利用這樣的漏洞,然後去直接偽造。..要保人就有實際提供病歷、或者是診斷證明書,可是實際上醫院沒有開。(B1-3-8);..很多是一些黃牛,就是中間者、仲介,他就在醫院裡面徘徊,看到有去看病,他就問他說,你有沒有保險,..我可以幫你申請到。(F1-13-7);..你有沒有保險?你不符合,我可以幫你申請到。所以還是有一些中間者協助他偽造他那個,要請領保險事故的事實。(F1-13-7);對。所以還是有一些中間者協助他偽造他那個,要請領保險事故的事實。(F1-13-9)</p>
	重複投保 (2-2)	<p>程志強、范兆興、施宇峰, (2008),「保險詐欺之偵查策略」,中華民國犯罪學學會會刊第9卷第2期,23-35頁。;</p>	<p>1.該研究搜尋國內近十年有關保險詐欺之案例,歸納其常見犯罪行為方式為:犯罪計畫形成、勾結保險業者、挑選受害者、投保大量保險。(程志強、范兆興、施宇峰,2008)</p> <p>2.美國10個流行的醫療保險院所詐欺計劃中,分別為醫療院所未提供帳單明細,進行保險詐騙、重複承保服務進行結算、虛假陳述服務日期、虛假陳述看診地點、冒充醫師看診、放棄免賠額和共同付款、錯誤的診斷或增加收費標準、服務的過度使用、貪腐(回扣和賄賂)、開立虛假或不必要的處方藥。</p>

	<p>(Charles Piper, CFE, CRT) 2013 年 1 月至 2 月 https://www.linkedin.com/in/cpiperufe ; 陳明興 (2011), 人身型保險詐欺犯罪特性及其歷程之研究, 中央警察大學犯罪防治研究所, 碩士論文。 ; 劉佳芬 (2016); 專家問答: (A2-13-2); (A2-13-3); (A3-15-5); (A3-15-6); (A4-2-17); (A4-2-18); (A4-2-21); (A4-2-19); (C2-15-3); (C2-15-2); (A6-1-7); (A6-1-8);</p>	<p>(2013 年 1 月至 2 月 Charles Piper, CFE, CRT) 3. 在保險詐欺犯罪中, 最容易由自我控制而詐領鉅額保險金的犯罪即是自殘詐保案件, 通常此類自殘詐保案件的特性大都為投保意外險或旅遊平安險居多, 其特性不外乎為投保高保險金額、所需繳納之保費較低, 一次分別投保多家保險公司之保險 (重複保險), 重複投保之保險公司時間相距不遠, 投保後在短期內即出險, 而意外發生事故都為地處偏遠、人煙稀少地區, 且無目擊證人, 又被保險人當下通常處於財務困難階段。(陳明興, 2011), 。 4. 醫療行為之保險詐欺係屬理賠金額小、重覆性高之詐騙行為, 以保險公司的立場而言, 耗費巨大的資源處理這種小詐騙案件, 往往是不符成本, 故常讓不法之詐騙份子得以僥倖得逞。(劉佳芬, 2016) 註 113 5. ..有買很多家同業? 三家以上, 我覺得他本身重複投保... (A2-13-2); ..只繳一期的保費, 這最常用的是那種那個癌症型, 或是殘廢型的保險, 因為它通常繳保費一次以後, 就不要再繳了。(A2-13-3); 會。再包括說, 他之前有沒有投保, 有沒有重複投保, 有沒有多家投保這些 (A3-15-5); ...會先從我剛剛講的這幾個先去看看說他有沒一些異常或不合理的情況, .. (A3-15-6); 對, 因為他投保很多間。所以他可能自付三萬塊, 可是如果投保五間的話, 可能可以申請十五萬的保險金。(A4-2-17); 目前公會上面是有通報 (A4-2-18); 不過, 重複投保這個..當時沒有互相通報, 目前工會上面是有的。每間公司的核保規則不一樣, 像我們公司只收第二間而已。對。像是早期有人投保十幾、二十家... (A4-2-21); 每間公司的核保規則不一樣, 像我們公司只收第二間而已 (A4-2-19); 醫療險的話, 我們有分一般的住院醫療險和一般的傷害醫療險, ...可是像住院醫療險是保證續保, 他不能說因為他的理賠記錄過高, 或是說我們懷疑他有保險詐欺, 我們下面就不續約。(A6-1-7); 因為他不適用複保險, 所以我們沒有辦法用複保險當依據來說不續約 (A6-1-8); 申請理賠結果, 第一個會發現應該是應該是保險公司, ..發現他的理賠有異常, 他有沒有重複、短期間內多保險, 短期重複保險, 會是短期間內高額意外險。如果我們發現短時間內高額重複意外險的保出來後, ..有警覺這個診斷證明書是假的。... (C2-15-2); ..要先調查他投保的狀況, 他投保的狀況是不是多重投保, 或者是說高額的投保, 然後出險是不是集中短期的出險? (C2-15-3);可能就是組織犯罪的型態, ..再來就是 A 公司有, B 公司也有, 所以這個就是多家投保。所以理賠浮濫、投保多家, ..不用繳這麼多錢, 可是理賠比較高的, 像傷害險等等。然後就是那個投保以後, 很快就出險。(F1-15-2)</p>
<p>連續申領理賠(2-3)</p>	<p>Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G. (2012); ; 鄧子震 (2015); Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015). Categorizing and Describing</p>	<p>1. 保戶在線上提出理賠申請, 可輕易取得上萬元的理賠金。如果保戶每次都是小額理賠的話, 該基金就不會注意到系統的瑕疵。唯一會注意到這點是, 當工作人員發現特定保戶常常待在理賠申請平台。(Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G 2012), 2. 申請理賠階段由於犯罪人每次申領保險金均有人身受傷害或身亡, 在審核階段時使保險公司顯難以查證, 如非完成階段時犯罪人貪得無厭, 連續申領理賠而使保險公司發現徵兆, 相當不易為保險公司所發現 (鄧子震 2015) 3. 呈交太多申請理賠案件(submitting too many claim cases)、 4. 經統計文獻後發現醫療保險詐欺的類型包括: 自我轉診、徹底改變偽造的理賠案件、...、呈交太多申請理賠案件、四處看醫師、....、重複請款同一項醫療服務、偽造文件、使用幽靈員工/使用已故之員工、...總共發現可能涉及醫療保險詐欺之類型共有 23 項。(Thornton</p>

	<p>the Types of Fraud in Healthcare. Procedia Computer Science 64: 713 - 720. ; 劉佳芬(2016); 吳佳擘(2016); 專家訪談: (A4-2-2); (A4-2-3); (A4-2-5); (A4-2-21); (A4-2-23); (F1-15-2); (D2-7-4); (A5-9-11); (A6-1-4); (A6-1-5);</p>	<p>D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. 2015)</p> <p>5 小額多次出險，保險詐騙份子常以一種小額出險蠶食方式，造成保險公司財務上的巨大損失（劉佳芬，2016）</p> <p>6.一般商業醫療保險之詐欺，大都因理賠金額低次數又頻繁，至保險業者在不符成本及未吸收保戶的情況下，採行放任政策，終至使保險詐欺犯罪詐騙之風氣增加，進而有朝向集團化與專業化的趨勢。（吳佳擘，2016）</p> <p>7.分析犯罪行為上發現，犯罪人均不只從事一次犯罪行為，多是反覆從事犯罪行為，當他們發展出一套固定的犯案模式後，成功詐保後食髓知味而反覆詐欺。（鄧子震，2015）</p> <p>8...他去保的險，日額是高的險。所以住很多天，就可以領很多錢 (A4-2-2); 對。他去保的險，日額是高的險。(A4-2-3); ..可能會投保多家，譬如說三間到四間，就是實務上我們所謂的複保險狀況。...去中醫診所去做就醫；就醫的狀況可能次數非常的頻繁，拿的藥費也非常高，...，他一次上限、事故上限是三萬塊，他可能連續看個兩個月、或三個月，可能總共花了三萬塊，他可能總共有五間、五個複保險，他可以申請十五萬，..實務上是比較常見的；就傷勢非常的輕微，..次數跟頻率、..跑到海外去，..在浴室跌倒，或怎麼樣，這是目前比較常見的。(A4-2-5); 像是早期有人投保十幾、二十家... (A4-2-21); 也可能會有跨區，..台北跨到桃園、或是宜蘭、甚至更遠的地方的中醫診所，..會發現中醫有跨區的狀況，就會懷疑是不是有把健保卡放在員工、醫護人員去做刷卡的動作。...就醫次數、跟非常的頻繁，譬如說隔天、隔一三五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方... (A4-2-23); 意外傷害的部分，其實中醫診所應該是比較好去配合保戶的需求...拿的是補氣的藥物，..，加上投保多家，它就可以獲取多家保險金的理賠，...會發現它是有家族性的，或者是集團性的，...，除非他投保很多家，有異常的投保記錄，我們才會發現說，.....(A5-9-11); 意外傷害的部分，其實中醫診所應該是比較好去配合保戶的需求，可以開假的診斷書。..加上投保多家，它就可以獲取多家保險金的理賠，等於是說他一張收據就能獲得非常大的利益。.. (A6-1-4); ..如果一家三萬，十家就三十萬？他需要住院，然後是因為保險理賠，用日額保險理賠，而且投保好幾家，所以他可以得到很多的理賠金，..(A6-1-5); 那另外一個就我們精神科最常，除..那個憂鬱症，更被保險公司更頭大的就是，..精神科有所謂日間住院這個品項。(D2-7-4);就是 A 公司有，B 公司也有，..就是多家投保。..然後就是那個投保以後，很快就出險。(F1-15-2)</p>
高理賠保險商品誘因(2-4)	<p>鄧子震 (2015); 黃俊豪 (2004) 「醫療保險詐欺之研究」。淡江大學保險學系保險經營碩士班碩士論文; 陳榮一 (1993); 專家訪談: (B1-4-19); (C2-15-3);</p>	<p>1.犯罪人動機均係因為金錢因素，利用漏洞詐保或曾因保險理賠而食髓知味，可以發現人身型保險詐欺相同於其他保險詐欺，均以金錢引發詐欺之動機（鄧子震，2015）</p> <p>2.保險公司須調整商品設計方向，並於保單條款明確列入道德危險相關之除外不保事項。（黃俊豪 2004）</p> <p>3.在保險事故中最難判定的是醫療就診事實，要保人或被保險人，常以欺騙或誇大症狀或無病呻吟的方式來要求醫師診斷，並開立符合保險公司所要求之診斷證明書申請理賠，在醫療保險中不實的診斷證明書及投保高住院醫療險惡意浮濫住院或因病死亡故意偽裝意外死亡，向保險公司詐取高額保險理賠金時有所聞，這類事故也更是更難偵辦的案件。例如：林宗信家族勾結醫師詐領保險金案等，預謀保險事故並捏造與誇大事故詐保案，另壽險附加傷害險亦屬於醫療險的一種，更常見的是醫病久住或治療期間不當拖延病情等詐領高額保險理賠金</p>

	<p>(A4-2-1); (A4-2-2); (A4-2-3);</p>	<p>方式進行詐騙。(陳榮一 1993)</p> <p>4...比較常見的，..的住院一天的日額是非常高的，例如說已經超過六千，甚至到一萬塊。一年的事故可能有三次到四次左右，就是說住院的部分，可能頻繁在住院；..病症都類似去做相同的治療，天數都有偏長的問題...或台北跨到彰化去找一個特定的醫生去做就診，..件。(A4-2-1)；就是集體生病，生同樣的病，然後找同樣的醫師。然後住院天數又長又高，出院、出險的次數又多..應該是說，他去保的險，日額是高的險。(A4-2-2)；對。他去保的險，日額是高的險。(A4-2-3)...投保很多保險公司，買了高日額，或是高的旅平險這種，..有可能是涉及保險詐欺。..家族成員，同一家人常常在同時住院、常常同時門診、同時間，然後去同一個醫師、同一家醫院、住院、就診，這也是。；...投保期間內我可能產生經濟有困難，...圖自己不法之所有，想要取得這個高額の保險金，..(B1-4-19)；對，剛開始的時候，我們要先調查他投保的狀況，他投保的狀況是不是多重投保，或者是說高額の投保，然後出險是不是短期的出險 (C2-15-3)</p>
<p>承保通報制度不佳 (2-5)</p>	<p>程志強、范兆興、施宇峰 (2008)；韋俊青 (2005)；周憐嫻、張耀中 (2006)；林秉耀 (2005)；</p> <p>專家訪談： (A4-1-2)； (A4-1-3)； (A4-1-4)； (A4-1-5)； (A4-2-18)； (A4-2-19)； (A4-2-20)；</p>	<p>1.從事資料檔案之建立，進而提供各保險公司相關資訊之查詢，在檔案資料整理上，著重於各理賠案件之處理情形，特別是有關保險詐欺者，使同業予以注意 (程志強、范兆興、施宇峰，2008)</p> <p>2.壽險公司對保險詐欺犯罪集團未來防制對策，可採行 (1) 建立理賠通報制度及擴大通報範圍。(2) 由核保端交叉比對投保對象及家屬成員，進而篩檢出犯罪集團成員的共犯。(韋俊青，2005)</p> <p>3.美國國家保險犯罪局在 1995 年又設置了保險詐欺資料庫，稱之為「NICB EyeQ」，該資料庫由保險公司會員提供資料，涵蓋了超過三億五千萬筆資訊，對保險求償案件或交通事故案件，會員可申請使用這些資料庫。(周憐嫻、張耀中，2006)</p> <p>4.澳洲建立了保險查詢服務系統 (IRS)，整合了 1300 萬筆的保險者資料以供會員公司查詢，並可提供查詢保險者之信用資料與是否破產等資料。透過此一系統之建立，過濾曾有過詐欺的可疑行為等，減少保險詐欺犯罪發生的成功率；要求保險業要建立一套資料交換制度，在締結契約時，業務員應主動告知要保人相關義務及責任。(周憐嫻、張耀中，2006)</p> <p>5.風險規避原則：在核保、理賠作業的查核，能夠更加的嚴謹，更積極的審核核保及理賠情形，以避免保險詐欺犯罪的風險發生。(林秉耀，2005)</p> <p>6...負責保險詐欺的分析，就是我們有固定的人力，..會定期去撈取公司的曾經發生過的理賠案件，然後去分析說有沒有有一些異常點。..公司有第一線理賠人員發現，可能這個案件有異常，或者是甚至有保險詐欺的狀況，他會循作業程序通報總公司，..做統一的檢視跟控管，再判斷說是否需要往檢警那邊去做進一步的偵查。(A4-1-2)；..有異常案件的時候有案件發生的時候就會報到這邊來。(A4-1-3)；會重新再看..是否真的有保險詐欺的可能。(A4-1-4)；..所有包含醫療或是殘廢，意外的部分，或是一些診斷書有異常的部分，都會通報..有問題的我會跟檢警或是犯罪防制中心去做討論，..重複投保這個是因為篩選的機制，..每間公司的核保規則不一樣，..(A4-1-5)；目前公會上面有通報 (A4-2-18)；每間公司的核保規則不一樣，像我們公司只收第二間而已。(A4-2-19)；對。因為這個機制，..那時候才...開始實施 (A4-2-20)</p>
<p>理賠人員之專業敏</p>	<p>黃俊豪 (2004)；</p>	<p>1.保險公司須提升核保、理賠人員之專業知識 (黃俊豪 2004)。</p> <p>2.在保險公司部分就有涉及保險商品的設計、業務的招攬、核保書面審</p>

<p>感度不佳 (2-6)</p>	<p>陳明興 (2011)； Flynn, K. (2016)； 吳佳擘(2016)， 「健康保險詐 欺型態與理賠 防制策略之研 究」，淡江大學 保險學系，碩士 論文。； 專家訪談： (A4-1-2)； (C2-15-2)； (A5-9-12)； (A5-9-13)；</p>	<p>查、投保徵信調查、理賠申請審核及道德危險件的調查等，這些層面如果保險公司都能夠嚴格把關，保險詐欺犯罪率將會大幅度的降低。保險公司本身層層把關是預防保險詐欺犯罪最佳途徑(陳明興,2011)</p> <p>3.不聘請較專業之理賠調查人員與更新較精密之調查器具為手段，即迅速的進行理賠，讓保險詐欺案件得逞。(Flynn, K., 2016)</p> <p>4...保險詐欺之黑數難以估計，增加了高度的道德風險，對保險公司之經營成長產生了極大的變數，...該研究...對我國目前之商業醫療保險的保險詐欺行為，由實務面進行歸納整理，並提出本研究之三項成果，分別為：(1) 醫療保險詐欺犯罪，未必需要事先預謀規劃，亦可能發生臨時起意現象(2) 醫療保險詐欺犯罪，醫療院所及其醫護人員，扮演著關鍵性的地位(3) 瞭解及深入保險當事人之生活環境，可達到防範醫療保險詐欺犯罪的發生。此外，研究者由專業理賠人員之視角，提出於理賠程序中所當改進之處，...。(吳佳擘, 2016)</p> <p>5.負責保險詐欺的分析，..去分析說有沒有一些異常點..這個案件有異常..通報總公司，...統一的檢視跟控管，再判斷說是否需要往檢警那邊去做進一步的偵查。(A4-1-2)；...很少人會去投保 10 幾家保險公司的險，...，..狀況沒有到達那個殘廢的程度，...他同時就去很多家去檢驗，去了六次，先去復健做了六次..是跟監就是了(A5-9-12)；到最後是用這種方式，其實這也是最好的方式、最直接的方式，... (A5-9-13)；..保險公司會先看到他申請理賠，那我們先理賠..如果欸~這不合理。如果我們發現短時間內高額重複意外險的保出來後，保險公司就會有警覺，有警覺這個診斷證明書是假的。...我們可以透過跟監的方式的，可以去辨別出來，這證據對體。接下來就是要回去看他的病歷，診斷過程，醫生有沒有問題，所以從這幾個環節，從病例、診斷過程....。(C2-15-2)</p>
<p>放寬理賠 條件爭取 客戶(2-7)</p>	<p>吳佳擘 (2016)； 陳明興 (2011)，人身 型保險詐欺犯 罪特性及其歷 程之研究，中央 警察大學犯罪 防治研究所，碩 士論文。； 專家訪談： (A2-2-8)； (A2-2-6)； (A2-2-7)； (A5-7-8)； (A5-7-9)； (A5-7-10)；</p>	<p>1....在一般商業醫療保險詐欺，常因理賠金額低次數頻繁的因素，讓保險業者在不符成本又無新增保戶的情況下，採行放任政策，而使得保險詐欺犯罪風氣增加，...防制醫療保險詐欺，必須深入當事人之生活；...，保險業者也往往是因為公司政策要多招攬客戶而採行理賠放任政策，甚至於削減調查人員，以新增加之投保保費作為廣泛投資之基金，再由利潤中設定分配保險賠付的比例，故亦是形成保險詐欺的重要成因之一，而無法達到防制保險詐欺的效果；...。(吳佳擘, 2016)</p> <p>2.保險詐欺犯罪預防涉及的層面很廣，..在保險公司部分就有涉及保險商品的設計、業務的招攬、核保書面審查、投保徵信調查、理賠申請審核及道德危險件的調查等，..能夠嚴格把關，保險詐欺犯罪率將會大幅度的降低。陳明興(2011)。</p> <p>3.對，去約範這個。所以我們在去年其實公會我們有一直在討論示範條款的修訂這件事情，而讓保險公司在針對非必要性住院這件事情合理可以主張(A5-7-8)；我們是修示範條款(A5-7-9)；保單的示範條款，對，去修那個東西，讓他在保險公司可以主張上面是合法的這樣子，比較能夠有依據。(A5-7-10)；...很無力，我們即便查到了，我們最多就是拒賠而已。對這些人而言，不會有任何的約束，也不會，對他們而言也不會造成任何的困擾，那即便他們領不到錢，他們一樣還是可以辱罵我們，還是一樣可以羞辱我們。(A2-2-6)；這不但是公司政策...因為，其實這是大環境對保險公司來講都是這樣(A2-2-7)；就是公司政策的問題，如果公司政策改變的話，或許下面就比較好做可是沒有一個公司敢這樣做。因為媒體都隨時在盯著這些東西，而且這些人都偽裝成弱勢，其實我們現在都相信一句話，弱勢即強勢。(A2-2-8)</p>

資料來源：研究者自行整理

第三節 醫療保險詐欺犯罪「醫療構面」因子篩選

一、住院次數過於頻繁

(一) 由實證研究中發現

1. 美國保險資訊協會(Insurance Information Institute) 研究發現，於1992年在巴特爾西雅圖研究中心所進行的研究和其他行業的報告推估約有10%的財產或傷亡，造成保險業者及保險理賠費用的損失及保險詐欺現象，至目前仍是沒有被挑戰過的。對於眾多的醫療保險治療項目中，比如有些項目是需要住院治療的，但有些則只需要門診就可處理，但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金。（「保險詐騙革新的遠見」，美國保險資訊協會，2001）

2. 醫療保險詐欺之研究」，該論文以實際案例分析及探討醫療體系住院的浮濫與不良的醫療制度、分析醫療保險詐欺組成份子、探討目前醫療保險爭議案件法令的限制與審理及以法院判決醫療保險案件審理的角度等，來論述醫療保險詐欺防制上之困難及所面臨之問題與嚴重性，並提出改進方式。（黃俊豪，2004）

3. 研究發現了一個現象，就是很多經常住院病人的病例，發現一旦他們的保險理賠範圍用完了，他們就神秘地“變好了”。（2013年1月至2月 Charles Piper, CFE, CRT）

(二) 由專家深度訪談中發現

無病裝病住院或住院次數頻繁是老問題，只是小病因為買了很多家，所以三不五時就去住院，然後就領保險金。另外有一些人因為癌症，已經經過三年到五年治療，理論上應該已經穩定，但是因為這些人有癌症的門診，所以不斷地去看醫生，然後領保險金，這是常見的案例，是否有涉及醫療保險詐欺這個問題。有發現投保很多保險公司，買了高日額，或是高的旅平險，會覺得也是一種可能涉及保險詐欺的狀況，另外有些家族成員，同一家人常常同時住院、同時門診、同時時間去同一家醫院看同一個醫師，這也是不太合理均有可能涉及詐騙保險金的問題。因為客戶的住院一天的日額是非常高的，例如說已經超過六千，甚至到一萬元，所以就發現住院非常頻繁，這是目前實務上比較常見發生的問題。曾有一位保戶天天住院去切息肉，理由是又長出來了，每次就割幾個，因為保險住院可以申請理賠的關係，所以就會有住院頻繁的問題。

..就是小病就，因為她買了很多家，...三不五時就去住院呀。..領保險金哪。...有一些人是因為癌症，那可是他已經經過三年到五年治療，理論上來講的話他應該很穩定，但是這些人因為她有癌症的門診，所以她也不斷地去看醫生住院，然後去領保險金，...（A2-2-5）

..投保很多保險公司，買了高日額，或是高的旅平險這種，…另外還有就是家族成員，同一家人常常在同時住院、常常同時門診、同時間，然後去同一個醫師、同一家醫院、住院、就診，這也是。然後另外就是收入與保費支出不對稱，…這其實是有呈現不合理狀況，那這個我們也會認為你有可能，你的案件有可能是涉及到要來詐騙保險金。(A3-13-1)；嗯，…一般醫療險就是疾病跟意外都可以給付的，…就比如說這個客戶的住院一天的日額是非常高的，例如說已經超過六千，甚至到一萬塊。一年的事故可能有三次到四次左右，就是說住院的部分，可能頻繁在住院；再來一個是，同一個家族可能都有常在住院的狀況，比如說有父母、小朋友、配偶，甚至他的父母都去同一個醫院、同一個醫生，找同一個醫生，病症都類似去做相同的治療，天數都有偏長的問題，甚至住院期間有重疊的問題。..甚至跨區，譬如說台北跨到宜蘭，或台北跨到彰化去找一個特定的醫生去做就診，..實務上比較常見、可能有問題的案件。(A4-2-1)

然後住院天數又長又高，出院、出險的次數又多。…比如說，痔瘡，痔瘡已經割了，你就不能去叫他再讓你看看有沒有痔瘡。…大腸息肉以前有一個某家保險公司的保戶就是天天住院去切息肉，東割一個、西割一個。但是過一陣子他就說還有呀，又長出來啦，每次就割幾個這樣子。(A4-2-2)

二、可疑病症或事故不合理

(一) 由實證研究中發現

1. 被保險人或受益人為自己或他人不法之利益，因欲詐領保險金而故意之作為或不作為所造成或擴大其危險性之行為，一般皆稱道德危險。狹義的道德危險即指被保險人或受益人為詐取保險金，而故意造成危險事故所發生的種種行為。而於保險業之道德危險是指保戶在投保人身保險時，事故發生後不合理賠標準或故意製造、偽造事故，編造不正確訊息，誘導保險公司誤判的結果，當僥倖得逞之後，即以相同之手法利用所投保成為被保險人或受益人之權利，持續去嘗試用各類犯罪手法來詐騙保險金。(韋俊青，2005)

2. 保協也與英國警長協會 (Association of Chief Police Officers, ACPO) 建立「備忘錄」，備忘錄中指導業者對於可能涉及保險詐欺之危險行為，如何向警方報案。在此備忘錄中，業者在兩種情況下可以向警方申請消費者之資料：第一，業者因特定理由需要瞭解特定請領保險金案件之相關資訊；第二，業者有證據懷疑之保險詐欺請領案件。業者只要填具相關表格，說明申請或懷疑之理由，並提出需要警方協助查詢資料之項目，警方即會協助查詢。(周愷嫻、張耀中，2006)

(二) 由專家深度訪談中發現

保險理賠事故的存疑性往往是調查的開始，有時候海外就醫事故不明確，比如說大陸、越南、柬埔寨比較落後的地區，發生了羊肉串插眼很離譜的事，像那種就是很不合理，在國外出險，事故又很不合理，又發現向很多家保險公司投保，買了高日額保險，或是高旅平險，就會覺得這有可能涉及保險詐欺，還有家族成

員常常同時住院、同時門診、看同一個醫師，也在同一家醫院、住院、就診，然後收入與保費支出不對稱，這就呈現不合理狀況也可能是涉及到要來詐騙保險金；另外，像傷口跟現場所發生的事故不吻合，還有像車子相撞與被保險人跌落的事，描述的也不合理。還有醫院割一個痔瘡，一般合理的話，最多就五天，他手術完就出院，結果發現割一個痔瘡可以住 14、15 天，連續住兩週就覺得很不合理，去問健保局回復說健保身分住院只有三天，那其他天數就是自費，可是醫院回給保險公司說他全程都是用健保身分，所以這樣子的資訊是不合理的。

在症狀上，精神疾病也是佔非常大的比例，因為它可以偽裝情緒低落的狀態。還有一種是他的症狀是比較輕微的，可是住院的天數比較不合理，因為不需要去做任何手術的方式治療，只一般的症狀治療，就比較容易輕病久住。因為當疾病發生的時候，會有一個主觀症狀的發生，也會去安排一個相對應的檢查，如果檢查可以完全去解釋症狀的發生，那基本上這就是一個正常合理的行為，但如果一個症狀發生，做了相關的檢查，卻沒有辦法支持這個症狀，那基本上這是不合理的。而在這種不合理的狀況之下就會發生兩個狀況，一種狀況是醫師根本就認為是沒有問題，那病人就會離開，第二種狀況是雖然檢查都正常，可是病人還是這麼痛苦，醫師大部分還是會做表象、形式上的紀錄，這個紀錄就會變成一個診斷書，因為事故的發生保險公司會覺得不合理，理賠過程裡面發現，他的傷勢跟請求也有可能產生不合理的現象，要先推翻，所以大部分保險公司就會請求協助病症的合理性，另外也可能透過法官的方式去做一個裁判。

傷口跟現場不合理，還有他的，就我剛剛講的那個比如說車子撞跟他之後跌落，他那個事故描述是不合理的。(A3-17-14)

我舉之前那個右昌醫院那個例子，他割一個痔瘡，一般合理的話，最多就五天，他手術完就出院，那個案子為什麼會被我們同業所發現是因為他割一個痔瘡可以住 14、15 天，住個兩周。(A5-12-2)

..海外就醫、事故不明確，...之前應該有那個羊肉串插眼，像那種就是很不合理，就國外出險，然後你的事故很不合理，然後我們又發現你投保很多保險公司，買了高日額，或是高的旅平險這種，...可能是涉及保險詐欺。..同一家人常常在同時住院、常常同時門診、同時間，然後去同一個醫師、同一家醫院、住院、就診，這也是。...這其實是有呈現不合理狀況，...有可能是涉及到要來詐騙保險金。(A3-13-1)

...問健保局，健保局回復他說健保身分住院只有三天，那其他天天數就是自費嘛，可是醫院回給保險公司說他全程都是用健保身分。..輕病為什麼要住到這麼多天。(A5-12-3)

..當然精神疾病也是佔非常大的比例，...他住院的天數比較不合理，因為她不需要去有任何手術的方式治療的，...，比較容易輕病久住。(A6-7-1)

當疾病發生的時候，..我做了相關的檢查，完全沒有辦法支持我這個症狀，那基本上這是不合理的。...，一種狀況是醫師根本就認為你沒有問題，那病人就會離開。那第二種狀況就是說，好啦，雖然我檢查你都正常，可是既然你就這麼痛苦，我還是幫你表象的、形式上面的紀錄。...(D1-10-6)

因為保險公司就覺得不合理，要先推翻，所以大部分都會保險公司來付費來請求。那另外一個就是在法院的時候，法官或許也有可能透過這種方式去做一個判斷（F1-12-10）；還有一個就是說，理賠過程裡面發現，他的傷勢跟他的請求也有可能產生不合理的現象。（F1-15-3）

三、誇大病情(違反告知義務)

(一) 由實證研究中發現

1. 人身型保險詐欺的態樣多為誇大病情藉以詐領保險金，透過原有之疾病，利用向醫病人員謊報病情及症狀開具不實之診斷證明書藉以申領保險金，囿於保險人員並非醫療專業人員，僅能依據所開立之診斷證明書賴以理賠，對於是否係以詐欺方式詐領保險金之發現非常困難。（鄧子震，2015）

2. 「產業的觀點」，將醫療保險詐欺包括處方藥物的轉換和誤用、醫療身份詐欺、不實申報帳單、實施醫療上不需要的治療和費用較高的診斷檢查只為產生保險費用、虛偽陳述醫療保險未涵蓋的治療範圍、造假或惡化的醫療失能理賠、籌劃滑倒的意外等作為「醫療保險詐欺的類型」處方藥物的轉換和誤用(Flynn, 2016)

3. 眾多的醫療保險治療項目中，有些項目是需要住院治療的，但有些則只需要門診就可處理，但因為保戶投保住院理賠商業保險，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金。（「保險詐騙革新的遠見」，美國保險資訊協會，2001）

(二) 由專家深度訪談中發現

誇大病情中沒有病裝病，然後小病裝大病，還有比較嚴重的是精神疾病。就是沒有辦法去識破他，因為沒有一個科學的東西可以驗證他到底有沒有這樣的疾病，他不像一般的疾病，用掃描、檢查，就可以發現它到底有沒有，但是精神疾病真的沒有一個客觀的判斷的那個儀器。患者以無病呻吟的方式來假裝患病，有時是因保戶他可能沒有這個病，然後宣稱說有得這個病症，然後就跟醫生主述，我全身病痛，但卻檢查不出。可能一些比較不肖的醫師，或是小型醫院的醫師就會認為既然有病痛，那就允許住院，導致病患裝病也可以開出診斷證明書？所以說，除了只要假裝生病，讓醫生認為有這麼嚴重需要住院？或者是說，已經可以出院了，可是又假裝還沒好，所以可以達到輕病住的情況；還有為了取得醫生的診斷證明書，順利跟保險公司獲得理賠，會集結鄰居、親朋好友，從中間當仲介再協助找醫生來看病，教他們裝病的方法，以取得醫生的相信，例如重鬱症、憂鬱症裝病、假精神病、躁鬱症、失眠、頭痛，各式各樣的幻覺等，用同樣方式裝病等，教導如何裝病，甚至還去買一些很專業的書籍來研究，把重鬱症的那些症狀表現出來取信於醫生；另外，偽裝意外進行醫療行為是最容易的，例如根本沒

有殘廢卻假裝坐輪椅進去給醫生看診，假裝不能動或行動不方便。

沒有病裝病，然後小病裝大病，然後還有一些比如說，我覺得比較嚴重的是精神疾病。那是一個非常非常好賺的。就是沒有辦法去識破他？(A2-2-1)

因為沒有一個科學的東西可以驗證他到底有沒有這樣的疾病，…精神疾病真的沒有一個客觀的判斷的那個儀器(A2-2-2)；無病呻吟，就一定是叫叫叫的；那通常假住院喔，大部分應該是都要有認識，因為要經過檢查。(A1-7-2)

…他可能沒有這個病，然後她就是宣稱說他有這個病症，然後就跟醫生講說，我這裡痛哪裡痛，然後檢查都沒有，但是我就痛。…那你既然這裡痛那裡痛，那我就讓你住院。就裝病。(A3-5-1)

所以說，除了說裝病，讓醫生知道、讓醫生認為我就這麼嚴重，所以我需要住院？(A4-7-15)

…他就說我可以幫你找醫生來幫你處理這件事情，然後就教他怎麼裝病，比如說我說的那個重鬱症、憂鬱症裝病、假精神病裝病的那件事情，就是教他怎麼裝病，甚至還去買一些很專業的書籍來研究說，喔，原來重鬱症有哪些症狀，表現出來，然後才能取信於醫生(A5-2-1)

還有就是…裝，比如說，坐輪椅進去呀，根本沒有那個殘廢呀，…精神疾病最容易裝。因為精神疾病的態樣太多了，從躁鬱症啦、失眠啦、頭痛啦，各式各樣的啦、幻覺啦什麼的。幾乎是這樣。而且，精神疾病的治療方式又不一樣。(F1-5-3)(A6-8-1-2)

四、多人同症狀同醫院同醫師看診

(一) 由實證研究中發現

經統計文獻後發現醫療保險詐欺的類型包括：自我轉診、徹底改變偽造的理賠案件、偽造協商案件、提倡藥品仿單標示外使用、管理照護詐欺、呈交太多申請理賠案件、四處看醫師、放棄患者的可扣除款、查驗制度、為死者申請理賠/不符合資格的會員、虛偽陳述合格的身份、重複請款同一項醫療服務、偽造文件、使用幽靈員工/使用已故之員工、最大化和複雜化提供的服務、分開計價、操縱價格、身份/內視鏡黏膜切除術詐欺、使用未授權的人員、提供不需要的醫療服務、使用錯誤的診斷、幽靈帳單、回扣方案、不當的編碼，總共發現可能涉及醫療保險詐欺之類型共有 23 項。(Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R., 2015).

(二) 由專家深度訪談中發現

多人同症狀同醫院同醫師看診，基本上客戶住院一天的日額都非常高，例如超過六千，甚至到一萬元，頻繁住院，再者，同一個家族常發生住院的狀況，比如父母、小朋友、配偶，都去同一個醫院找同一個醫生，病症也都類似，住院天數也都偏長，甚至住院期間有重疊的問題，還有台北跨到宜蘭、彰化去找一個特定的醫生去看診，這是目前實務上比較常見有問題的案件，因為集體生病、生同樣的病、找同樣的醫師、住院天數又長、出險的次數又多，這是非常可疑的，尤其是中醫院這種情形更為普遍，通常實務上常見的是一個人先發現精神病症狀，

或急性腸胃炎、腦震盪、挫傷，後面他的配偶或者是子女、父母、兄弟姊妹的配偶、子女、父母也都會跟著發生，變成親屬是一個很明顯的指標，演變成家族性、或集團性的組織。這方面蒐集到的資訊是全家都是椎間盤突出的症狀，然後每一個人都做這種手術，一家四至五口，從 18 歲到 60 歲之間，大家同一天去，然後同一天離開，一起申請理賠，也買了很多家保險，而且不只申請這個手術費用，連尿布、護腰全都計算，每次從兩萬多元、三萬多元、四萬多元、五萬多元，越來越多的增加，所以如果有三家就可以領十幾萬元。

有父母、小朋友、配偶，甚至他的父母都去同一個醫院、同一個醫生，找同一個醫生，病症都類似去做相同的治療，…(A4-2-1) 甚至跨區，譬如說台北跨到宜蘭，或台北跨到彰化去找一個特定的醫生去做就診…會有跨區，..到桃園、或是宜蘭、甚至更遠的地方的中醫診所，…隔一三五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方……(A4-2-23)；基本上，應該這麼說，就理賠實務來講，..同一個醫生、有沒有跨區、同一個醫院、都是同一個家族、同一個疾病，住院時間是不是重疊、是不是同樣的業務員。…，進一步才會去分析說，…目前來講，..直接有證據的，可能會是我剛提到跨區的問題。(A4-15-1)；跨區譬如說，我們從台北跨到台中住院或門診。(A4-15-2)

…從 18 歲到 78 歲，全部全家通通都是椎間盤突出，..，一家四口、一家五口，從 18 歲到 5、60 歲，大家同一天去，然後同一天走，然後一起來申請理賠，然後跟很多家保，..住院中買的雜費都灌水，……全部都買，然後一次從兩萬多三萬多四萬多五萬多，越來越多。然後他如果有三家的話，他就可以領十幾萬。(A2-11-23) 對，家族。家族是一個很、很、扮演很重要的角色。(A4-14-2)

實務上常見..一個人先精神病，或一個人先急性腸胃炎、或腦震盪、挫傷，後面會跟著有人；那個人可能就是他的配偶、或者是他的子女、他的父母，或他兄弟姊妹的配偶、子女、父母(A4-14-3)；親屬會是一個很明顯的指標，講說我們所謂的家族界、或集團界。(A4-14-4)

五、與病情不符醫療項目

(一) 由實證研究中發現

1. 虛報醫療上需要的治療來申請理賠，許多醫院的治療發票上所載的都是不需要住院的醫療手續，濫用的部分則與處方用藥、物理治療、護士或助產士有關。2011年法國國民議會會期中，討論不同類型的詐欺行為，包括在沒有經過開立處方醫師的同意下擅自換藥，改變劑量，增加藥物，醫師的同意下更新患者的處方簽，甚至患者拿偽造的處方簽領藥；以低單價診療、手術、檢查、用藥等醫療行為申報單價較高的診療、手術、檢查藥品費用(Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R., , 2015)

2. 以低單價診療、手術、檢查、用藥等醫療行為申報單價較高的診療、手術、檢查藥品費用(羅戎軒，2010)

3. 醫師會用「幽靈保單」進行醫療保險詐欺，詐騙方法是由醫師及其團隊創造出有人來就診(但實際上並沒有)的過程。(Paul Jesilow, Henry N. Pontell,

Gilbert Geis. 1993).

4. 虛偽陳述醫療保險未涵蓋的治療為涵蓋的治療。例如進行鼻子整形手術，但在帳單上卻填寫鼻中膈歪曲修正手術以取得理賠金。(Flynn, K. 2016)

5. 假住院或虛報住院天數，向保險公司申請日額住院給付，而醫院詐領健保費用。(羅戊軒，2010)

(二) 由專家深度訪談中發現

要取得與病症不符之診斷證明，一般會懷疑跟醫師及黃牛有勾結，因為常常看到有一些就直接找黃牛代為申請，像開殘廢診斷，就診時也是黃牛陪在旁邊，然後去找醫師接洽都是，當然無法確定醫師有無勾結，但醫生可能也擋不住黃牛在那邊盧，所以就幫他開與病症不太相符的診斷證明書，或是醫師有收黃牛的錢，也是會幫他們開，還有是裝病去騙醫生開診斷證明書的也有。一般而言意外造假是比較容易的，也比較無法去挑戰他的真實性，因為如果是意外挫傷或扭傷，來申請理賠的時候，已經距離事故有一段時間，去訪視本人，也看不到當時的狀態，除非是那種很嚴重的，就算是騙醫生，當來申請理賠的時候，也是沒辦法回復他當時的狀況，很難挑戰保戶的說詞，除非發現他的用藥治療、診斷治療方式是不對的，才有可能，不然一般很難去發現到這個問題；另外，如果器官要儀器檢驗的就比較難造假，但如果只是外觀上的，就較容易去偽裝。無法發現他實際上的診斷跟症狀是否相符。

概括可以取得與病症不符的診斷證明，其實大致可以分為三種情形，第一個就是陷醫師於錯誤，第二種就是跟醫師共犯，第三種乾脆自己去偽造，所以這三種方式是可以取得跟病症不相符的診斷證明書，因為可能根本沒病，或者是輕病，另外還有一種狀況是當醫生跟病人產生情感的聯繫的時候，比如看診已經看了半年、一年，所以基本上已經從單純的醫病關係，夾雜了一點朋友的成分，像這種狀況也有可能拿到比病情較嚴重的診斷書。在實務上曾經詢問黃牛為什麼認識這個醫師？這個醫師為什麼會給你開與病情不相符的診斷證明書？黃牛的回答，是剛開始也不認識他，就一直一直找這個醫師看病，多看幾次，症狀都沒有好轉，所以，醫師會認為說，把這個責任好像往自己身上擔，是不是沒有把病醫好，所以就變成有醫病的情感交織存在，因此好像變成一種責任，對於要求的部分，就會開比實際病情嚴重的診斷證明書。

..要取得與病症不符之診斷證明，就是跟醫師跟黃牛勾結嘛。..來申請的就直接是黃牛，代替申請嘛，那像要開殘廢診斷，...去找醫師、盧醫師，...醫生可能就礙於擋不住黃牛在那邊盧，所以就幫他開，或是醫師有收黃牛的錢，然後會就是會幫他開，..另外還有就是剛也有提到就是裝病，裝病就是去騙醫生去開，那醫生可能就是被他騙了這樣。(A3-11-1)

一般來講就是意外的部分是非常容易的，造假的也比較容易，..我們也比較沒有辦法去挑戰。..她說是意外，他說他有挫傷或扭傷、其實她來申請理賠的時候，已經距離事故有一段時間。...看不到有任何回復到他當時的狀態說有表皮的外傷，..，...器官都一定要儀器檢驗，他比較難造假。可是外觀上的，他是很容易就可以去偽裝的。他實際上的診斷跟症狀其實是不相符的。(A6-11-1)

..第一個醫師勾結嘛，明明就不是這樣，你要開出這樣。那第二種就是我剛剛講的，就我剛剛基隆那醫師，他其實...他在數據顯示出來，也確實滿嚴重的，那他會有一個扣打(台語)讓醫師自己去判斷，或者是他用比的，他有比錯，那醫師通常都會相信自己的病患真的是...，儀器雖然測出來很嚴重沒錯，..再經過病人的陳述，醫生在這個狀態下很容易開出跟事實有點不太像，...他就是跟醫師勾結，他當然就可以開出完全相反的呀。那第二種是他一定要有一定病的程度...(B3-11-1)；被保險人，他有哪些方式可以取得與病症不符的診斷證明，其實就是我剛提到的三種情形。...陷醫師於錯誤，...就是跟醫師共犯，都可以取得；那第三種，他乾脆自己去偽造就好。..他可能根本沒病，或者是他是輕病。...三種方式都有可能去取得。..(B1-11-2)

...還有一種狀況是，當醫生跟病人產生情感的聯繫的時候。當然不是說男女情感啦。比方..你跟我就診，你已經看了我三個月、半年、一年、兩年，所以基本上我跟你的關係已經從單純的醫病關係，到裡面夾雜了一點朋友的成分在裡頭。那這種狀況，也有可能拿到比較過頭的診斷書。(D1-11-1)
(D1-11-2)

像這樣子的病症是比較多的，就是，那我整理一下就是說，就醫療患者有哪些方式可以取得病症不符的診斷證明就是說，他用假的事實，根本就沒有，然後就去找醫生，所以醫生的話只要他願意幫忙的話，他就可以取得，他就可以來做這診斷(F1-11-4)：大腸息肉，這是最頻繁也是比較典型的(F1-11-5)

六、醫療院所就診人數少

由專家深度訪談中發現：基本上醫院也是一個營利單位，很多小醫院，空床率本來就非常高的，這些就是所謂的空床何去何從，就會讓所謂沒有病，然後去住院會有一個床位的機會，也可有領到保險金的機會，基本上因為在台灣的醫院分級制度下，造成空床率的高低是不一樣，會造成很多小醫院空床率高的情況下，在沒有人排隊的情況之下，醫生會願意讓你或主動要求說，可不可以多留個三五天，在這種實務上會發現有的病例會寫說是病患主動要求，其目的就是要可以領取住院保險理賠金。

基本上就是剛提到的，跟醫生認識、或透過中間人，或甚至我直接去找很小很小的醫院去，有空床率非常高的。就是我們所謂的空床何去何從，那這種東西就會、比較讓所謂沒有病，然後去住院的人會有得到一個空床、床位的機會，領到保險金的機會，對對對對對。(A4-11-3)

基本上原因大概是這樣，..就是說因為台灣的醫院分級制度下，造成空床率的高低不一樣，造成...空床率高的情況下，會沒有人在排隊的情況之下，基本上醫生會願意讓你、或你主動要求，有些甚至主動要求說，我可不可以多留個三五天。這種我們在實務上，有的病例會寫說病患主動要求。(A4-7-11)

七、醫療院所設備簡陋

由專家深度訪談中發現了醫療院所謂的招攬生意及自然淘汰法則，醫院設備雖然都會持續更新，但如果考量到成本或是醫院財力不足的問題，可能就另當別論，因為醫院也會考量到他的營運成本及人力的問題，所以如果健保身分可在允許的範圍天數住院，病患會要求醫師盡可能讓其住院，縱使病患沒達住院的標準，只要有保險也可以自費住院，在實務上確實發生這樣的現象，就是有些醫院不是靠充實設備及醫術來吸引病人的，他們只需要有這些看診的過程及記錄，醫生可能為了業績會允許未達住院標準的病患住院，有些保戶為了住院請領保險金，縱使醫院設備沒那麼好保戶也可以接受，有些醫院為了健保給付的問題的話，為了業績醫院可以睜一隻眼閉一隻眼的縱容浮濫住院，這是整體設計上的問題，包括營利及醫院設備不足等原因，簡單的說明就是醫院為了營利而縱容。

…另外還有一個就是..醫院也考量到他、他的一個營運、營運成本、人力的問題，他會要求、要求醫師說要住院的話，盡可能讓他住院，這樣子？能在健保，如果他是完全健保身分的話也在健保可以允許的範圍內（A4-7-17）；也不能住太多（A4-7-18）

本身他、醫院的政策，為了他的營運的，實務上，確實也發生過。這個是實務上發生的現象，因為有些醫院不是靠充實設備及醫術來吸引病人的，只需要有這些看診的過程。（A4-7-19）

那為什麼醫生要讓她住院？…可能醫生他也為了業績，…他就可以接受人家這樣住院，縱使沒達住院的標準，而且他是在健保局可以申請的範圍內的話，..健保局抽查，偶爾發現一件，也或許健保局根本不會發現，所以他們其實用這樣子的方式，不見得健保局會查得到，他還是可以照樣申請這些費用下來，也可以收取保戶的錢。（A6-7-3）

那假裝的話，比如說，他假住院，或是輕病久住，難道醫生看不出來嗎？有些醫院為了健保給付的問題的話，那他睜一隻眼閉一隻眼...（E3-7-7）；對對。睜一隻眼閉一隻眼（E3-7-8）；這是整體設計上面的問題，包括營利及醫院設備不足等原因。醫院的縱容嘛。簡單講就是醫院的縱容嘛。（E3-7-9）

八、小結

經分析「醫療構面」會發生醫療保險詐欺的問題，最主要乃基於醫療病情診治的合理性，對於有投保醫療保險的民眾，因為有發生醫療行為就會有想要有回本的想法，當食髓知味甚至已失去理性時，利用醫療詐保的行為就會因應而生，或為要保人與醫療人員掛勾進行詐騙之行為，其中的相互結構關係與因素共篩選出下列七項辨識指標因子（如表4-3-1）：

- (1) 住院次數過於頻繁(3-1)。
- (2) 可疑病症或事故不合理(3-2)。
- (3) 誇大病情(違反告知義務)(3-3)。

- (4) 多人同症狀同醫院同醫師看診(3-4)。
- (5) 與病情不符醫療項目(3-5)。
- (6) 醫療院所就診人數少(3-6)。
- (7) 醫療院所設備簡陋(3-7)。

表 4-3-1 醫療保險詐欺犯罪「醫療構面」辨識指標因子彙整表

構面	指標因子 (Factor)	參考文獻	說明
醫療構面 (F3)	住院次數過於頻繁(3-1)	「保險詐騙革新的遠見」, 美國保險資訊協會, (2001); 黃俊豪(2004)「醫療保險詐欺之研究」。淡江大學保險學系保險經營碩士班碩士論文。; Charles Piper, CFE, CRT (2013年1月至2月); 專家訪談: (A2-2-5); (A3-13-1); (A4-2-1); (A4-2-2); (F1-11-2); (F1-11-3);	<p>1.美國保險資訊協會(Insurance Information Institute) 研究發現,於1992年在巴特爾西雅圖研究中心所進行的研究 和其他行業的報告 推估約有10%的財產或傷亡,造成保險業者及保險理賠費用的損失及保險詐欺現象,至目前仍是沒有被挑戰過的。對於眾多的醫療保險治療項目中,比如有些項目是需要住院治療的,但有些則只需要門診就可處理,但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係,所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利,以獲取住院的保險理賠金。(美國保險資訊協會,2001)</p> <p>2.以實際案例分析及探討醫療體系住院的浮濫與不良的醫療制度、分析醫療保險詐欺組成份子、探討目前醫療保險爭議案件法令的限制與審理及以法院判決醫療保險案件審理的角度等,來論述醫療保險詐欺防制上之困難及所面臨之問題與嚴重性,並提出改進方式。(黃俊豪,2004)</p> <p>3.研究發現了一個現象,就是很多經常住院病人的病例,發現一旦他們的保險理賠範圍用完了,他們就神秘地“變好了”。(2013年1月至2月 Charles Piper, CFE, CRT)</p> <p>4...因為她買了很多家,然後就是,三不五時就去住院呀。..就領保險金哪。..有一些人是因為癌症,那可是他已經經過三年到五年治療,理論上來講的話他應該很穩定,但是這些人因為她有癌症的門診,所以她也不斷地去看醫生住院,然後去領保險金,...(A2-2-5);..買了高日額,或是高的旅平險這種,另外還有就是家族成員,同家人常常在同時住院、常常同時門診、同時間,..(A3-13-1);..比如說這個客戶的住院一天的日額是非常高的,例如說已經超過六千,甚至到一萬塊。一年的事故可能有三次到四次左右,就是說住院的部分,可能頻繁在住院;..比如說有父母、小朋友、配偶,甚至他的父母都去同一個醫院、同一個醫生,找同一個醫生,病症都類似去做相同的治療,天數都有偏長的問題,甚至住院期間有重疊的問題。..(A4-2-1);然後住院天數又長又高,出院、出險的次數又多。.....大腸息肉是最典型的。或者是大腸息肉以前有一個某家保險公司的保戶就是天天住院去切息肉,但是過一陣子他就說還有呀,又長出來啦,每次就割幾個這樣子。(A4-2-2);腸胃怎樣,就是跟你做身體檢查,根本看不出來的。...(F1-11-2);但是過一陣子他就說還有呀,又長出來啦,每次就割幾個這樣子。(F1-11-3)</p>
	可疑病症或事故不合理(3-2)	韋俊青 (2005),我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策之研究,淡江大學保險學系	1.被保險人或受益人為自己或他人不法之利益,因欲詐領保險金而故意之作為或不作為所造成或擴大其危險性之行為,一般皆稱道德危險。狹義的道德危險即指被保險人或受益人為詐取保險金,而故意造成危險事故所發生的種種行為。而於保險業之道德危險是指保戶在投保人身保險時,事故發生後不合理賠標準或故意製造、偽造事故,編造不正確訊息,誘導保險公司誤判的結果,當僥倖得逞之後,即以相同之手法利用所投保成為被保險人或受益人之權利,持續去嘗試用各類犯

	<p>碩士論文，； A 人壽保險公司(2018 統計)(表 2-2-5)； B 人壽保險公司(2012-2017 統計)(表 2-2-6)； C 人壽保險公司(2018 統計)； D 人壽保險公司(2018 統計)； 周悛嫻、張耀中 (2006)，各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究，刑事政策與犯罪研究論文集 9，第 68 頁。註 35； 專家訪談： (A3-17-14)； (A5-12-2)； (A3-13-1)； (A5-12-3)； (A6-7-1)； (D1-10-6)； (F1-12-10)； (F1-15-3)；</p>	<p>罪手法來詐騙保險金。(韋俊青，2005)， 2.經○○人壽保險公司提供資料可疑為保險詐欺案件最高者，分別為精神疾病、大腸息肉、輕傷輕症住院、詐死、詐盲、偽殘、不符醫療常規的檢查或手術、高日額複保險、盲腸炎、癌症假檢體等。A 人壽保險公司(2018 統計)、B 人壽保險公司(2012-2017 統計)、C 人壽保險公司(2018 統計)、D 人壽保險公司(2018 統計) 3.保協也與英國警長協會 (Association of Chief Police Officers, ACPO) 建立「備忘錄」，備忘錄中指專業者對於可能涉及保險詐欺之危險行為，如何向警方報案。在此備忘錄中，業者在兩種情況下可以向警方申請消費者之資料：第一，業者特定理由需要瞭解特定請領保險金案件之相關資訊；第二，業者有證據懷疑之保險詐欺請領案件。業者只要填具相關表格，說明申請或懷疑之理由，並提出需要警方協助查詢資料之項目，警方即會協助查詢。(周悛嫻、張耀中，2006) 4.傷口跟現場不合理，還有他的，就我剛剛講的那個比如說車子撞跟他之後跌落，他那個事故描述是不合理的。(A3-17-14)；我舉..那個例子，他割一個痔瘡，一般合理的話，最多就五天，他手術完就出院，那個案子..因為他割一個痔瘡可以住 14、15 天，住個兩周。 (A5-12-2)；..海外就醫、事故不明確，...之前應該有那個羊肉串插眼，像那種就是很不合理，就國外出險，然後你的事故很不合理，..買了高日額，或是高的旅平險這種，...可能是涉及保險詐欺。..這其實是有呈現不合理狀況，...有可能是涉及到要來詐騙保險金。 (A3-13-1)；...問健保局，健保局回復他說健保身分住院只有三天，那其他天天數就是自費嘛，可是醫院回給保險公司說他全程都是用健保身分。..輕病為什麼要住到這麼多天。(A5-12-3)；..當然精神疾病也是佔非常大的比例，因為它可以偽裝情緒低落的狀態。...他住院的天數比較不合理，因為她不需要去有任何手術的方式治療的，...，比較容易輕病久住。(A6-7-1)；..我做了相關的檢查，完全沒有辦法支持我這個症狀，那基本上這是不合理的。....檢查你都正常，可是既然你就這麼痛苦，我還是幫你表象的、形式上面的紀錄。...。 (D1-10-6)；因為保險公司就覺得不合理，..法官或許也有可能會透過這種方式去做一個判斷 (F1-12-10)；還有一個就是說，理賠過程裡面發現，他的傷勢跟他的請求也有可能產生不合理的現象。 (F1-15-3)</p>
<p>誇大病情 (違反告知義務)(3-3)</p>	<p>鄧子震 (2015) 註 97; Flynn, K. (2016)；「保險詐騙革新的遠見」，美國保險資訊協會，(2001)，； 專家訪談： (A2-2-1)； (A1-7-2)； (A2-2-2)； (A3-5-1)； (A4-7-15)； (A5-2-1)； (F1-5-3)；</p>	<p>1.人身型保險詐欺的態樣多為誇大病情藉以詐領保險金，透過原有之疾病，利用向醫病人員謊報病情及症狀開具不實之診斷證明書藉以申領保險金，囿於保險人員並非醫療專業人員，僅能依據所開立之診斷證明書賴以理賠，對於是否係以詐欺方式詐領保險金之發現非常困難。 (鄧子震，2015) 2.「產業的觀點」，將醫療保險詐欺包括處方藥物的轉換和誤用、醫療身份詐欺、不實申報帳單、實施醫療上不需要的治療和費用較高的診斷檢查只為產生保險費用、虛偽陳述醫療保險未涵蓋的治療範圍、造假或惡化的醫療失能理賠、籌劃滑倒的意外等作為「醫療保險詐欺的類型」處方藥物的轉換和誤用 (Flynn, K, 2016) 3.眾多的醫療保險治療項目中，有些項目是需要住院治療的，但有些則只需要門診就可處理，但因為保戶投保住院理賠商業保險，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金。(「保險詐騙革新的遠見」，美國保險資訊協會，2001) 4.沒有病裝病，然後小病裝大病，..我覺得比較嚴重的是精神疾病。..就是沒有辦法去識破他？(A2-2-1)；因為沒有一個科學的東西可以</p>

		<p>驗證他到底有沒有這樣的疾病，...精神疾病真的沒有一個客觀的判斷的那個儀器 (A2-2-2); 無病呻吟，..那通常假住院喔，大部分應該都是都要有認識，因為要經過檢查。(A1-7-2);她就是宣稱說他有這個病症，然後就跟醫生講說，我這裡痛哪裡痛，然後檢查都沒有，...你既然這裡痛那裡痛，那我就讓你住院。就裝病。(A3-5-1); ..裝病，讓醫生知道、讓醫生認為我就這麼嚴重，所以我需要住院？(A4-7-15); ...他就說我可以幫你找醫生來幫你處理這件事情，然後就教他怎麼裝病，..那個重鬱症、憂鬱症裝病、假精神病裝病的那件事情，就是教他怎麼裝病，甚至還去買一些很專業的書籍來研究說，喔，原來重鬱症有哪些症狀，..才能取信於醫生 (A5-2-1); ..根本沒有那個殘廢呀，就有人就裝，...精神疾病最容易裝。因為精神疾病的態樣太多了，從躁鬱症啦、失眠啦、頭痛啦，各式各樣的啦、幻覺啦什麼的。幾乎是這樣。而且，精神疾病的治療方式又不一樣。(F1-5-3) (A6-8-1-2)。沒有病裝病，然後小病裝大病，然後還有一些比如說，我覺得比較嚴重的是精神疾病。那是一個非常非常好賺的。就是沒有辦法去識破他？(A2-2-1)</p> <p>5.因為沒有一個科學的東西可以驗證他到底有沒有這樣的疾病，他不像一半的疾病，你掃描、你檢查，你可以發現它到底有沒有。但是精神疾病真的沒有一個客觀的判斷的那個儀器。無病呻吟，就一定是叫叫的 (A1-7-2) (A2-2-2)</p> <p>6...他可能沒有這個病，然後她就是宣稱說他有這個病症，然後就跟醫生講說，我這裡痛哪裡痛，然後檢查都沒有，...那你既然這裡痛那裡痛，那我就讓你住院。就裝病。(A3-5-1)</p> <p>7.所以說，除了說裝病，讓醫生知道、讓醫生認為我就這麼嚴重，所以我需要住院？(A4-7-15)</p> <p>8...他就說我可以幫你找醫生來幫你處理這件事情，然後就教他怎麼裝病，比如說我說的那個重鬱症、憂鬱症裝病、假精神病裝病的那件事情，就是教他怎麼裝病，甚至還去買一些很專業的書籍來研究說，喔，原來重鬱症有哪些症狀，表現出來，然後才能取信於醫生 (A5-2-1)</p> <p>9.還有就是...裝，比如說，坐輪椅進去呀，根本沒有那個殘廢呀，就有人就裝，尤其是這個部分，還有一個就是精神疾病。精神疾病最容易裝。因為精神疾病的態樣太多了，從躁鬱症啦、失眠啦、頭痛啦，各式各樣的啦、幻覺啦什麼的。..精神疾病的治療方式又不一樣。(F1-5-3)</p>
<p>多人同症狀同醫院同醫師看診(3-4)</p>	<p>Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015) Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare. Procedia Computer Science 64: 713 - 720.; 專家訪談：(A4-14-3);</p>	<p>1.經統計文獻後發現醫療保險詐欺的類型包括：自我轉診、徹底改變偽造的理賠案件、偽造協商案件、提倡藥品仿單標示外使用、管理照護詐欺、呈交太多申請理賠案件、四處看醫師、放棄患者的可扣除款、查驗制度、為死者申請理賠/不符合資格的會員、虛偽陳述合格的身份、重複請款同一項醫療服務、偽造文件、使用幽靈員工/使用已故之員工、最大化和複雜化提供的服務、分開計價、操縱價格、身份/內視鏡黏膜切除術詐欺、使用未授權的人員、提供不需要的醫療服務、使用錯誤的診斷、幽靈帳單、回扣方案、不當的編碼，總共發現可能涉及醫療保險詐欺之類型共有 23 項。Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015).</p> <p>2...都去同一個醫院、同一個醫生，找同一個醫生，病症都類似去做相同的治療，... (A4-2-1) 甚至跨區，譬如說台北跨到宜蘭，或台北跨到彰化去找一個特定的醫生去做就診...會有跨區，..到桃園、或是宜蘭、甚至更遠的地方的中醫診所，...隔一三五就會去就醫，不太可能說每天都跑那麼遠的地方... (A4-2-23); ..，要直接一槍斃命發</p>

		<p>(A4-14-4); (A2-11-23); (A4-14-2); (A4-2-1); (A4-2-23); (A4-15-1); (A4-15-2);</p>	<p>現到證據，比較少。比較多的反而是，..、同一個醫院、都是同一個家族、同一個疾病，住院時間是不是重疊、是不是同樣的業務員。您剛提到說直接有證據的，可能會是我剛提到跨區的問題。(A4-15-1); 跨區譬如說，我們從台北跨到台中住院或門診。(A4-15-2); ..疼痛。實際上，他那個很誇張欸，是從 18 歲到 78 歲，全部全家通通都是椎間盤突出，..，一家四口、一家五口，從 18 歲到 5、60 歲，大家同一天去，然後同一天走，然後一起來申請理賠，然後跟很多家保，.. 住院中買的雜費都灌水，...然後一次從兩萬多三萬多四萬多五萬多，越來越多。..。(A2-11-23) 對，家族。家族是一個很、很、扮演很重要的角色。(A4-14-2); ..一個人先精神病，或一個人先急性腸胃炎、或腦震盪、挫傷，後面會跟著有人；那個人可能就是他的配偶、或者是他的子女、他的父母，或他兄弟姊妹的配偶、子女、父母(A4-14-3); 親屬會是一個很明顯的指標，講說我們所謂的家族界、或集團界。(A4-14-4)</p>
	<p>與病情不符醫療項目(3-5)</p>	<p>Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015) ; 羅戊軒 (2010); Paul Jesilow, Henry N. Pontell, Gilbert Geis. (1993). ; Flynn, K. (2016) ;</p> <p>專家訪談： (A3-11-1); (A6-11-1); (B1-11-2); (B3-11-1); (F1-11-4); (F1-11-5); (D1-11-1); (D1-11-2);</p>	<p>1.虛報醫療上需要的治療來申請理賠，許多醫院的治療發票上所載的都是不需要住院的醫療手續，濫用的部分則與處方用藥、物理治療、護士或助產士有關。2011 年法國國民議會會期中，討論不同類型的詐欺行為，包括在沒有經過開立處方醫師的同意下擅自換藥，改變劑量，增加藥物，醫師的同意下更新患者的處方簽，甚至患者拿偽造的處方簽領藥；以低單價診療、手術、檢查、用藥等醫療行為申報單價較高的診療、手術、檢查藥品費用(Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. , 2015)</p> <p>2.以低單價診療、手術、檢查、用藥等醫療行為申報單價較高的診療、手術、檢查藥品費用 (羅戊軒，2010)</p> <p>3.醫師會用「幽靈保單」進行醫療保險詐欺，詐騙方法是由醫師及其團隊創造出有人來就診(但實際上並沒有)的過程。(Paul Jesilow, Henry N. Pontell, Gilbert Geis. 1993).</p> <p>4.虛偽陳述醫療保險未涵蓋的治療為涵蓋的治療。例如進行鼻子整形手術，但在帳單上卻填寫鼻中膈歪曲修正手術已取得理賠金。(Flynn, K. 2016)</p> <p>5.假住院或虛報住院天數，向保險公司申請日額住院給付，而醫院詐領健保費用。(羅戊軒，2010)</p> <p>6. ..要取得與病症不符之診斷證明，就是跟醫師跟黃牛勾結嘛。因為我們常常看到有一些來申請的就直接是黃牛，代替申請嘛，那像要開殘廢診斷，...去找醫師、盧醫師，..或是醫師有收黃牛的錢，然後會就是會幫他開，..另外還有就是剛也有提到就是裝病，裝病就是去騙醫生去開，..。(A3-11-1); ..造假的也比較容易，然後我們也比較沒有辦法去挑戰。因為像我們如果她說是意外，..申請理賠的時候，已經距離事故有一段時間...看不到有任何回復到他當時的狀態說有表皮的外傷，..，...器官都一定要儀器檢驗，他比較難造假。可是外觀上的，他是很容易就可以去偽裝的。他實際上的診斷跟症狀其實是不相符的。(A6-11-1); ..，他其實...他在數據顯示出來，也確實滿嚴重的，那他會有一個扣打(台語)讓醫師自己去判斷，或者是他用比的，他有比錯，那醫師通常都會相信自己的病患真的是.....，所以...然後他再經過病人的陳述，醫生在這個狀態下很容易開出跟事實有點不太像，... (B3-11-1) ...取得與病症不符的診斷證明，..第一個就是陷醫師於錯誤；第二種就是跟醫師共犯，都可以取得；那第三種，他乾脆自己去偽造就好。所以這三種方式是他可以取得跟病症、因為他可能根本沒病，或者是他是輕病。(B1-11-2); ...還有一種狀況是，當醫</p>

		生跟病人產生情感的聯繫的時候。已經看了我三個月、半年、一年、兩年，了一點朋友的成分在裡頭。那這種狀況，也有可能會拿到比較過頭的診斷書。(D1-11-1) (D1-11-2); ..用假的事實，根本就沒有，然後就去找醫生，所以醫生的話只要他願意幫忙的話，他就可以取得，他就可以來做這診斷 (F1-11-4): 大腸息肉，這是最頻繁也是比較典型的 (F1-11-5)
醫療院所 就診人數 少(3-6)	專家訪談： (A4-11-3); (A4-7-11);	1...，跟醫生認識、或透過中間人，或甚至我直接去找很小很小的醫院去，有空床率非常高的。就是我們所謂的空床何去何從，那這種東西就會、比較讓所謂沒有病，然後去住院的人會有得到一個空床、床位的機會，領到保險金的機會，對對對對對。(A4-11-3) 2....就是說因為台灣的醫院分級制度下，造成空床率的高低不一樣，造成...空床率高的情況下，會沒有人在排隊的情況之下，基本上醫生會願意讓你、或你主動要求，有些甚至主動要求說，我可不可以多留個三五天。這種我們在實務上，有的病例會寫說病患主動要求。(A4-7-11)
醫療院所 設備簡陋 (3-7)	專家訪談： (A4-7-17); (A4-7-18); (A4-7-19); (A6-7-3); (E3-7-7); (E3-7-8); (E3-7-9);	1. ...另外還有一個就是..醫院也考量到他的一個營運、營運成本、人力的問題，..要求醫師說要住院的話，盡可能讓他住院，這樣子？能在健保，如果他是完全健保身分的話也在健保可以允許的範圍內 (A4-7-17); 也不能住太多 (A4-7-18); ..有些醫院不是靠充實設備及醫術來吸引病人的，只需要有這些看診的過程。(A4-7-19); ..可能醫生他也為了業績，包括他可能醫院設備沒那麼好住房率沒有這麼高，他就可以接受人家這樣住院，縱使沒達住院的標準，而且他是在健保局可以申請的範圍內的話，..健保局抽查，偶爾發現一件，也或許健保局根本不會發現，所以他們其實用這樣子方式，..也可以收取保戶的錢。(A6-7-3); 那假裝的話，...有些醫院為了健保給付的問題的話，那他睜一隻眼閉一隻眼... (E3-7-7); 對對。睜一隻眼閉一隻眼 (E3-7-8); 這是整體設計上面的問題，包括營利及醫院設備不足等原因。醫院的縱容嘛。簡單講就是醫院的縱容嘛。(E3-7-9)

資料來源：研究者自行整理

第四節 醫療保險詐欺犯罪「法律構面」因子篩選

一、行為人熟悉保險詐欺法律程序

(一) 由實證研究中發現

1. 有些個人和醫療院所以多種不同的方式實施醫療保險詐欺，關於醫療保險詐欺的罰則，因醫療法及刑法法律界定而有所不同，因目前我國並無專門討論保險詐欺的法律規範，故要探討這個保險詐欺的概念，需要考慮醫療詐欺的定義。

(organized by the Insurance Services Office will take place from 13th March to the 16th March 2016.)

2. 犯罪人利用自己本身或其他無知的被害人，設計事件以詐領保險金，在申請理賠階段由於犯罪人每次申領保險金均有人身受傷害或身亡，在審核階段時使保險公司顯難以查證。(鄧子震，2015)

3. 犯罪經驗可以讓人膽大，犯罪經驗可以讓人在犯罪中避免重蹈覆轍免於被查獲的危險，犯罪經驗可以讓犯罪人更膽大妄為，犯罪經驗亦可以讓人縮短犯罪年齡的差距。(張平吾，2006)

(二) 由專家深度訪談中發現

有關熟悉保險詐欺的法律程序上，保險業者最頭痛的就是就是精神疾病，曾發生保戶稱他妹妹拿她的健保卡去看病，竟然看了好幾百次。因為他同時投保多家，所以也領了很多錢，當被發現以後要解除契約，就辯稱是他妹妹拿它健保卡去看並，但卻查出同一天張健保卡都有就診記錄，所以如果是看自費的話，根本就沒有辦法去查。就好像熟悉保險理賠程序的人，他們都有一個中間人在指導，他們熟悉只要醫生都開同樣的診斷及住院天數，保險公司基本上都不會去查，醫師收病人有錢賺，也許有額外的利益是無法確定的。現在發現更進步的是治療椎間盤突出，醫院自費看診，使用「高頻熱凝療法」，一根針扎進去大概五到十分鐘就可以結束，變可申請理賠，如果有買手術保險就可以不斷的申請，如果買的是住院醫療險，醫生也會同意住院，也可以跟保險公司申請理賠，像這種臨床醫生判斷，裁量空間非常大，醫生認為住三天、七天、十天，很難從第三方公正機關，或者事後鑑定的方式去做驗證，在實務上是最難做評估的，就算懷疑是保險詐欺的犯罪行為人，但有醫生幫忙開立診斷書，就等於是醫生在幫忙做某種程度的背書。

通常有些保險詐欺都以集團性的方式在操作，仲介者是主要角色，會跟醫生套好關係安排住院事宜，這種模式像是黃牛本身熟悉保險法律程序，只要跟醫生套上交情即可完成詐保行為，像是前幾年台中林新醫院的案子一樣，黃牛買通醫生開立診斷證明書就可詐領保險理賠金。目前保險公司遇到最多的，也最容易獲取利益的，就是精神疾病的部分及假的意外傷害，因為精神疾病只要是持續性的症狀，就能簡單的認定是精神疾病，也由於有日間病房的治療，所以根本不需要住院，也能獲得住院的理賠。而且它是持續性的治療，可能一整年都需要日間病房的治療，所以相較之下所獲取的利益就會非常的高，不似一般的疾病，可能住院個五天、十天就能結束，它的治療是持續性的，所以他的治療期都會長達好幾年，而且是沒有間斷地，它叫做日間病房，白天住院，晚上可以回家，健保局也認定說它是一個住院，所以在保險公司的條款裡面，因為早期賣的條款是沒有日間病房這樣子的治療方式，所以沒有把日間病房排除掉，導致保險公司遇到精神疾病的理賠時，即使知道是假的精神疾病，但只要行為人願意偽裝，醫院也必須讓病患治療。

我們現在目前就有處理一個案子，就是說，他是精神疾病，他說是他妹妹拿她的健保卡去看，然後看了好幾百次。..就可以領很多的錢，..我們要解除契約，...，那有些人的話都是看自費當然，他可能我們根本就沒有辦法查。(A2-4-3)

應..他們都有一個中間人，…反正你醫生都開同樣的診斷，…住院天數，保險公司基本上都不會查，我覺得他中間一定是有人跟醫生協調好。(A2-7-4)；他收病人他一定有賺錢，額外的東西我們沒有辦法確定。(A2-7-5)；對。要有利潤(A2-7-6)

現在更進步…就是椎間盤突出。做那個高頻熱凝療法，一根針進去，然後大概五到十分鐘，就可以回家，…，一次大概五到十分鐘。那如果你買的是住院醫療險的話，那就是它會讓你去住院，你就可以跟保險公司申請。(A2-11-19)；高頻熱凝療法治療椎間盤突出。(A2-11-21)

住院期間很難啦。因為這個、這個臨床醫生判斷、裁量的空間非常大。譬如說醫生認為他住七天、他認為住十天，這三天對不對，這很難從第三公正機關、或者事後鑑定的方式去做驗證。(A4-12-22)；…懷疑他是保險詐欺的犯罪行為人，但是他有醫生幫他做、一定有個診斷書嘛，任何的理賠都有診斷書，就等於代表有一個醫生去幫他做某種程度的背書。(A4-12-23)

…可能就會有一個主要的那個關係人或中間人，..曾經因為這樣子的疾病或因為這樣子的手法，他順利取得醫生的診斷證明書，…，比如說我說的那個重鬱症、憂鬱症裝病、假精神病裝病的那件事情，就是教他怎麼裝病，甚至還去買一些很專業的書籍來研究說，……，利用黃牛的方式，也就是說黃牛本身他就跟這個醫生有勾結，…台中的那個林新醫院那個案子就是，其實黃牛是有拿錢給醫生的，…。(A5-2-1)

…能獲取的利益也是最多的，就是精神疾病的部分，還有假的意外傷害。精神疾病…有持續性的症狀，就能簡單的認定他是精神疾病，那由於也有日間病房的治療，所以其實不需要住院，也能獲得住院的理賠。…可能一整年都需要日間病房的治療，…它的治療是持續性的，所以他的治療期都會長達好幾年，…(A6-1-1)；白天住院，晚上可以回家(A6-1-2)；…日間病房早期賣的條款，是沒有想到有日間病房這樣子的治療方式…保險公司遇到精神疾病的理賠時，..知道是假的精神疾病，…醫院也必須讓它治療。(A6-1-3)

二、行為人認為保險詐欺刑度過低

(一) 由實證研究中發現

1. 刑法判處刑期嚴厲性及遏阻力量不夠，應再提高刑度。大多數的犯罪所得與刑期判決是不對等的，可見人身型保險詐欺在刑法判處刑期態樣上的嚴厲性是不夠的，相對性的遏阻力量自然也就偏低。(陳明興，2011)

2. 實務上法院判例中，保險犯罪各類型中，以詐欺罪論處之比例是最高的，但詐欺犯罪行為，刑事罰責最高僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，而保險詐欺的詐騙金額，往往動則數百萬元，甚至數仟萬元，比起高獲利的詐騙所得，五年以下的徒刑根本不足以達到嚇阻作用。

(二) 由專家深度訪談中發現

保險詐欺刑度過低造成保險詐欺案件增加嗎？有一些詐領保險金的案例，是屬於貪小便宜的，有時可能不一定投保很多家，也可能會投保一家以上，雖然不會像保險詐欺一樣投保非常大量，但確實也是保險詐欺的一種，有特定的幾家醫院會這樣協助客戶做特定處理的時候，針對特定的這幾家醫院做特別的了解，檢

視收據還有調病歷發現是急性腸胃炎，可是卻做了非常多的檢查跟急性腸胃炎是不相關的，可以藉由他收據的費用，跟他的病歷去判斷說保戶是不是在做健檢，還是真的是在作疾病的治療或是做篩檢，這樣的行為，如果可以檢視過來，不是一次性檢驗，那就算是民事的行為，而不是刑事責任，雖然疾病是假的，也有醫生開的診斷證明，可是要判定是不是醫療保險詐欺裡面的要件，其實並不容易，如果回歸到刑法詐欺的構成要件裡面，刑法 339 條的詐欺構成要件，有主觀構成要件及客觀構成要件，但是會覺得保險詐欺，要找人不是問題，是誰有獲利的問題，再來就是詐術是很難認定，因為就是要詐騙就是不想讓人發現，所以基本上在偵查實務裡面，是要怎麼去證明他是詐術，比如骨科醫師，要業績的，通常他都會開刀，常常都會痠痛呀，腳會麻，乾脆開刀好了，然後就直接可以領保險金了，再過了半年，開立診斷書，才有殘廢證明，所以像這些疾病，他們病情不符的，也可以這麼做，等於是一種偽造，但是這個開刀，通常在法律上，卻很難判定罪名。所以說與病情相符合，但沒有那麼嚴重，開刀醫師也沒犯法，縱使一場官司下來，刑事罰責最高也只有五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，但不法獲利卻可以達數十倍、數百倍，可見保險詐欺的刑度太低是不足以威嚇的。

..一種就是假住院行健檢之實，就他可能是要健檢，但他就去辦住院，醫生開立的診斷書就會開一個疾病的名稱，也就是合法化她住院的事實，...會去檢視說他的收據裡面，或是我們去調他的病歷發現，例如他是急性腸胃炎，可是他做了非常多的檢查跟急性腸胃炎是不相關的，我們可以藉由他收據的費用，跟他的病歷去判斷說她是不是在做健檢，... (A6-2-1)；我們會針對特定醫院，依照他醫療檢附的病例跟收據去做判斷。(A6-2-2)

那這樣的行為，如果可以檢視過來，不是一次性的話，可以檢驗，這就算是民事的行為，而不是處於刑事部分？但她的疾病是假的。(A6-2-3)對，那這個大概目前就是少數的那幾家醫院專門做這樣子的健檢，配合可以申請保險的理賠。(A6-2-4)

...醫療保險詐欺的要件，當然如果回到刑法 339 條的那個詐欺的構成要件裡面，當然他要件有主觀構成要件、客觀構成要件。但是我會認為說，我覺得你的 focus 會在於說，...我覺得保險詐欺，人不是問題，...因為誰來要錢就是他嘛。那第二個部分，詐術是很難認定，因為她就是要騙你嘛，...不想讓你發現，...，在我偵查實務裡面，...最重要的就是..怎麼去證明...他是詐術？(B1-13-3)

...骨科醫師，要業績的，通常他都會開刀，說你常常都會痠痛呀，腳會麻呀，乾脆開刀好了。...就直接可以領保險金。但是過了半年，還可以追溯一條殘障理賠金，...開立診斷書，才有殘廢證明。(E1-11-19)；所以還可以這麼做就對了啦？像這些疾病，他們病情不符的，...可是這個開刀，通常在法律上，很難判他罪名。(E1-11-20)

對。因為確實有開刀。(E1-11-21)對。雖然說沒有這麼嚴重，或者是說疾病項目可能不符合，可是他還是直接給他開刀(E1-11-22)；與病情相符合，但沒有那麼嚴重，但那個醫師還是沒犯法。縱使一場官司下來，刑事罰責最高也只有五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，但不法獲利卻可以達數十倍、數百倍，可見保險詐欺的刑度太低是不足以威嚇的。(E1-11-23)

三、申訴制度（評議、消保官、民意代表）

（一）由專家深度訪談中發現

保險公司與保戶因為理賠的問題發生爭議，最後會往檢警單位調查、偵辦，但在檢警介入之前，保戶可以向各縣市政府消保官申訴，也可直接向「財團法人金融消費評議中心」申請評議，但是根據研究發現各保險公司都不願意也不太敢由評議中心去做仲裁，保險公司寧願到法院訴訟，也不願到評議中心進行評議，評議中心跟法院的看法是可能是不一樣的，一個可能看病歷就知道這不需要住院；另外一個可能就要尊重主治醫生的意見，但是如果到評議中心去除了公司被計點外，只要一去公司就要繳交費用，繳交的費用可能連理賠也不用花那麼多錢，所以會因為這樣的情形大多算了，就直接跟保戶協商、和解，除非說金額太高或保戶真的是太誇張了，譬如全省到處去住院，彰化出院以後跑到台北，台北住完以後又跑到桃園，桃園以後又跑到中壢，中壢之後又跑到台南、高雄，這種情形保險公司就會主張去評議中心跟法院處理。保險公司原則上會先與保戶協商，因為不是每一件都可以協商成功，如果協商不成，我們認為保戶具很大的惡意性，而且保險公司提出的條件他也不接受，那可能就會走後續的申訴管道，包括現在的評議中心，或甚至是消保官，或者是去訴訟。因為如果碰到小案件花在評議中心的錢，比賠的還要多，所以現在像這種案件的類型，保險公司都很難處理，只要是走評議中心，保險公司都還是滿畏懼的。

如果碰到不需要住院的話，基本上保險公司會先跟保戶溝通，就是請保戶檢附證明可以住院的必要文件，如果沒有辦法檢附，基本上就是以保戶可不可以住院的事實去認定，那如果今天保戶要申訴到評議中心，我們就會有另外一個問題，因為評議中心現在所主張的依據，都是依據他的主治醫師，像這種案件到評議中心，基本上他還會依照他主治醫師的意見，問他主治醫師說他有沒有需要住院？基本上醫生不可能去打臉自己，所以像這種案子到評議中心，那一定就輸了，保險公司就是必須全部給付，所以像這種案子保險公司處理就會比較謹慎小心，因為客戶一旦去評議中心，對保險公司是不利的，縱使保險公司有相關的證明文件足以證明保戶是不需要住院的，還是沒有辦法得到公平的裁判，保險公司每次進評議中心去申請一次就要花 2 萬多塊，所以會有成本上的考量，曾經就有一家產險公司的業務主管，客戶就因為東西壞掉，申請 1500 元理賠，根本就不符合，請他去開證明都不願意，後來因為業務員一直盧，所以到最後這個主管自掏腰包給客戶，因為第一如果不給他，他一直盧；第二如果進入評議委員會，那公司不管要不要賠，首先要花兩萬多塊成本考量；第三個，還要被記點，所以說到評議中心去，對保險公司都是不好的，不管有沒有輸，除非說這官司價值好幾百萬，評議中心認定犯罪事證足夠，或是集團性的犯罪，才會提報犯罪防制中心，犯罪

防制中心願意去偵辦的案件，才有機會站在保險公司的角度去想，不然單一個案的話，一旦去申訴，保險公司還是必須要理賠。

經研究者訪問諮詢評議中心擔任醫療諮詢的顧問稱，評議中心有它的困難度，因為評議中心基本上是金融消費評議中心，所以他們基本上是要偏向消費者的，那偏向消費者以後，基本上就不對了，因為就已經不是為了公正性而存在的了，變成是站在消費者的立場來了。

因為我們是保險公司，我們不是醫生，專業的，這種爭議很多，那有兩個單位，一個是法院，一個是評議中心，可以做這樣子的判斷跟決定（A1-12-12）；客戶都去評議中心。（A1-12-13）

評議中心跟法院，其實看法兩極啦，一個認為說看病歷就知道說你這不需要住院；另外一個就說你要尊重主治醫生的意見。評議中心也是一樣，他也是很兩邊的看法。所以大部分我們都算了。（A1-12-14）評議中心去是除了計點以外，你一去的話，你就要繳交的錢，可能你賠他還不用花那麼多錢，所以大部分我們都算了。（A1-12-15）

…譬如說全省到處去住院，…在彰化的大醫院住院，..出院以後跑到台北，台北住完以後跑到桃園，桃園以後又跑到中壢，中壢之後又跑到台南、高雄，這樣子像這種我們就會主張，但是我們不能夠說他詐欺，…，就是去評議中心跟法院，…我們不會跟你協議呀。（A1-12-16）

原則上會先協商，那因為不是每一件都會協商的成，那如果協商不成，我們認為他有具很大的惡意性，而且我們提出的條件他不接受，..可能就是還是不賠，那他可能就會走後續的申訴管道，包括現在的評議中心，或甚至是消保官，或者是去訴訟。（A3-7-5）

那評議中心去的話，你們就一定要賠呀？因為這種小件...因為你花在那邊的錢，比賠他還要多？對，所以現在這種案件的類型，我們很難處理，因為他走評議，保險公司是還滿畏懼評議的啦。（A3-7-6）

天客戶要申訴到評議中心，我們就會有另外一個問題了，因為評議中心現在所主張的依據，都是依據他的主治醫師，像這種案件到評議中心，..依照他主治醫師的意見，問他主治醫師說他有沒有需要住院？…，所以說我開了這樣的診斷書他要住院，…那就是一定就是輸了，我們就是必須全部給付，是即便是我們有相關的證明文件，像他的病歷是足以證明他是不需要住院的，可是目前比較沒有辦法...（A6-7-7）

…你去申請一次就要花 2 萬多塊，所以就是說成本上考量...（A6-7-8）

…客戶就因為東西壞掉，壞掉以後是 1500 元，後來也是業務員一直過來盧，..到最後這個主管是自掏腰包給客戶，…，他一直盧；第二個，如果進入評議委員會，那公司不管要不要賠，他首先都要花兩萬多塊成本考量；第三個，要被記點。所以說你到那邊去，對保險公司都是不好的。不管說你有沒有輸，除非說這官司價值好幾百萬，才會...

除非說我們一樣也是，評議中心他認定樣本數是足夠，是集團性的，..一旦他去申訴，我們還是必須要理賠。…因為你只要進去的話，你就要賠多少錢。我跟你衡量，你進去，我要繳多少錢，那要繳多少錢，我乾脆賠你算啦，我幹嘛耗那麼多。（A6-7-9）

..後來也了解，評議中心有評議中心他的困難度啦。因為他評議中心基本上他是金融消費評議中心，所以他基本上是要偏向消費者，那偏向消費者以後，基本上就不對了。他已經不是為了公正性而存在的。就好像是那個消費者基金會。站在消費者的立場來，這是不對的。（D1-13-14）

(二) 由實證研究中發現

1. 分析保險局、各縣市調處委員會及消費者保護機構對醫療保險爭議案件處理案例，探討目前醫療保險爭議案件審理情形及適用相關法令之限制。(黃俊豪，2004)

2. 但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金，在這些過程中有些是不容易被發現的，所以雖然有很多的病症應屬於保險詐欺的範疇，但在不易發覺的情況下，大部分都被詐騙成功了，而警方所偵破的案件中，往往卻都只是從漏斗中篩選出來的剩餘結果案件，這其中還包括了，無法舉證保險詐欺或證據不足或涉及違反保險契約的情況下，以協商、和解方式或申訴仲裁結果所理賠之保險案件數據更不在少數。(打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，美國保險資訊協會保險信息研究所，1992)。

3. 但也有些公司卻是礙於維護公司企業形象的政策而隱忍詐保案件，甚至於大部分的保險公司在保戶進行申訴時，均會考量保險賠付成本與保證金繳納的抉擇上，而縱容詐保事件發生，這是因為制度而衍生的另一種保險詐欺特性。(程志強、范兆興、施宇峰，2008)

4. 故研究出如何至指定醫院進行複檢之機制，再以交叉比對方式進行病情驗證，將是能更準確得知醫院或醫師有無開立假診斷證明書之舉；另外，保險詐欺案件亦形成一漏斗效應狀態，申請保險理賠之案件，保單條款規定依法予以理賠或不理賠外，另有一些發生因素是被迫而遭詐領的，例如：(1) 具有爭議性案件，保險公司會因兩權相害取其輕的方式，以協商方式與保戶取得和解。(2) 對於明知可疑為保險詐欺但卻苦無實據之案件。(3) 經法院以保險公司需舉證為由，否則訴訟結果保險公司將必須賠付或礙於壓力必須先行賠付，但刑事法院判定結果，卻是理賠申請人有罪案件，而求償無門。(4) 財團法人金融消費評議中心評議保險理賠申訴案件。(5) 保險公司查證後得知賠付錯誤而無法求償案件。(6) 案件宣告警察機關偵破後，清查同類型或醫療院所，驟減申請之可疑為保險理賠案件。(7) 以短期定期期間進行保險理賠疑似犯罪黑數之資料統計，再以比例值推算已賠付案件中之理賠金額，再依比例計算誤差百分比。

四、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易

(一) 由實證研究中發現

1. 實務上法院判例中，保險犯罪各類型中，以詐欺罪論處之比例是最高的，但詐欺犯罪行為，刑事罰責最高僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，而保險詐欺的詐騙金額，往往動則數百萬元，甚至數仟萬元，比起高獲利的詐騙所得，五年以下的徒刑根本不足以達到嚇阻作用。據金管會2006年

年會報告，認為目前臺灣的詐欺犯罪類型已趨於多元化，刑法339條上規範意圖為自己或第三人不法之所有使人交付財物之定義已未能涵蓋所有之詐欺犯罪，尤其是這種高獲利之保險詐欺犯罪，故為了防範濫用保險制度之行為，提出呼籲能以訂立專門條款處罰的方式來規範保險詐欺犯罪，以達嚇阻效果。(財團法人保險犯罪防制中心，2006)

2. 美國學者艾尼斯(Ennis, P.H)也認為司法程序會造成犯罪數字的高額耗損，他指出，犯罪案件發生後，被害人真正報案者僅有49%，全部報案數中，約有23%警力並未到案勘查，勘查後約有25%被認定為非犯罪刑案，而被認定為犯罪刑案中，真正為警察機關逮捕者僅20%，及至起訴與審判階段又耗損58%，只剩42%，42%中又48%之案件獲得赦免，亦即犯罪案件發生2077件，而確定執行者僅餘50件，由此可知冰山效應。(周文勇，2006)

3. 就我國刑事訴訟程序而言，偵查機關為調查犯罪嫌疑及搜集可能之犯罪證據，以偵查為手段，判斷有無犯罪嫌疑及是否應提起公訴之準備程序，進一步的蒐集或保全犯罪證據，或在犯罪發生之初或有發生犯罪嫌疑之時，得以搜集及偵查與保全證據之行為。根據財團法人保險犯罪防制中心統計從2004年至2016年9月全國偵破保險犯罪案件類型的件數統計共有37件(表2-2-1)，涉案金額累計達24億9千餘萬元(表2-2-2)，其中詐保類型包括利用弱勢者型、假住院型、假車禍型、偽造文書詐領型、詐死(殘)型、詐領強制險型、製造假車禍型、謀財害命型、縱火圖利型等方式進行詐騙。(財團法人保險犯罪防制中心，2004年至2016年9月統計)

4. 司法機關設立保險詐欺專責單位，訂定獎勵跟評核標準是提升保險詐欺破案率最好的方法。(陳明興，2011)

(二) 由專家深度訪談中發現

研究者發現在海外所發生的意外事故，要查證真偽是相當困難的一件事，因為如果要向美國查證，必須透過美國在台辦事處，行文去紐約辦事處那邊，請他們再轉，要取得證明是很困難的，像最近常發生可疑醫療保險詐欺案件就是胎位不正的孕婦產檢案件，原本報請犯罪防制中心處理，但他們不採納、不受理。所以報請刑事局偵辦，也派員潛入月子中心蒐證，像胎位不正，產程遲滯，因為很多保戶都會用這些病名，在國內產婦沒有發生過，但出國在外卻發生了，最後以剖腹生產的名義申請醫療理賠，但因跟醫師查證結果，在國外的醫院從未有開過這樣的情形，後來發現行為人就直接用電腦、列印的方式，偽造診斷證明書；另外，像出國受傷跌倒所取得的國外診斷證明，因為查證不易，所以回國後每人就申請約10萬元的理賠金，但實際上這些診斷證明書都是犯罪嫌疑人自己偽造的，

行為人也會跟醫師勾結，因查證不易證據取得不易，醫師勾結的部分，證據不完整大都不起訴。

包括你說到海外去，你要去拿他，你要去證明他是真的假的？很困難欸，你知道我還透過那個美國在台辦事處，行文去紐約辦事處那邊，請他們再轉，那個要證明很困難，不..... (A3-2-4)

…有搭配同業，像有些同業蘇黎世有派人潛入那個俏媽咪那個月子中心那邊去做一些蒐證，…因為很多保戶都會用這些病名來國內沒有，但國外就開出來，然後去剖腹，那這個部分.... (A3-2-5)；所以也會有這個狀況。(A3-2-6)

他根本在那個醫院，跟醫師、醫院從來沒有開過。他直接用電腦、用偷印的方式，就把這個診斷證明書開出來了.. (B1-3-11)

就像之前有辦過一個案件，就是出國。一出國在那邊就受傷跌倒，他也取得國外證明；可是因為查證不易，所以回來的話，一個人就請十萬塊，也是這樣的情形。實際上這些東西，直接就是被害人、犯罪嫌疑人… (B1-3-12)

有保險黃牛，這仲介的部分，然後騙醫生的部分，然後再來就是拿別人的東西來取得醫生證明這樣子，就是假冒身分，所以就是勾結，但醫師勾結的部分，證據不完整，所以後來沒起訴，不起訴。(B2-3-5)；沒錯，證據不齊。(B2-3-6)

五、行為人多次保險詐欺前科

(一) 由實證研究中發現

1. 依據月足一清(1988)於其書中整理的保險詐欺案例分析，累犯發生的情形極高，未必每次的犯行都會被察覺，但日本在1978、1979二年間，為了保險金而殺人之案件，被舉發的38個犯罪嫌疑人中，有前科者即佔了55%。雖有前科者不完全與保險詐欺犯罪有相關，但就犯罪者的犯罪生涯中，持續型的犯罪行為，卻與其犯罪模式有相當的關連性。另外，某些屬於機會犯的保險詐欺犯罪者，於其投保之初，並無預謀詐保之犯意，但當財務發生危機或保險事故意外發生後，只要認為機不可失或有利可圖的機會，且足以解決其當下的困境時，則貪念即戰勝良知，保險詐欺即可能發生。(月足一清原著，吳崇權譯述，1988)

2. 該研究對殺人詐領保險金犯罪者之「犯罪決意歷程」進行深入探討，得知，並非每個遇到相似「現象」的人，均會選擇此類犯罪，更發現犯罪者不一定有刑事案件前科，在日常生活因素方面有債務及財務上的冒險，其個案在犯罪之前，均因投資事業或不法賭博而產生之鉅額債務問題，而加害人與同案共犯之間的債務壓力，則大多為公開的債務，如向地下錢莊借錢或賭債等。(楊超倫，2004)

3. 在分析犯罪行為上發現，犯罪人均不只從事一次犯罪行為，多是反覆從事犯罪行為，當他們發展出一套固定的犯案模式後，成功詐保後食髓知味而反覆詐欺。其中有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成，其中多半被害人與犯罪人合

謀共同詐欺保險公司，部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環，囿於有共犯掩飾，助長了人身型保險詐欺的發生。(鄧子震，2015)

(二) 由專家深度訪談中發現

現在是科技的時代，講求的是大數據的統計，當然包括是否有詐領保險金等刑案前科紀錄，也就是說，從醫療保險詐欺犯罪的證據及記錄當中，做為保險公司審核及理賠的依據，然後再看之前有沒有投保，有沒有重複投保，有沒有多家投保的這些記錄佐證，有一些密集投保，短期就出險，就會有詐騙動機的問題，會密集在短期內投保好幾家，像這種重複投保的前科記錄都是非常可疑的，另外他們也會審核醫院的醫師有無列入開立診斷證明書黑名單的紀錄，有些醫療保險詐欺的嫌疑比較容易被發現，是因為只要警方一查就可知道這些嫌疑人，是否有這樣的前科紀錄，有可能用相同的手法進行詐騙，但是因為大數據牽涉到建檔的完整性，所以需要去有效率即有系統的建檔，才有辦法去過濾出那些醫生有某一些狀況，這樣才能把那些重複犯罪的人抓到，不然在醫療保險詐欺裡，要用個案去看，都是很難處理的。

那還有一些，比如說他之前的投保紀錄，要去調這些紀錄？就是你們保險公司來審核說他要不要賠的依據嘛。那你們還會再調一些佐證就是...調他的病歷出來當佐證嘛？...有沒有重複投保，有沒有多家投保這些 (A3-15-3) 會調他的病歷出來當佐證。(A3-15-4) 會。再包括說，他之前有沒有投保，有沒有重複投保，有沒有多家投保這些 (A3-15-5)

...就是密集投保，而且短期就出險，也會回到一個動機的問題，因為他如果有這樣子詐欺的需要的話，他其實就密集在短期內投保好幾家，...也會去看說這張診斷證明書開出來，這個醫生是不是之前就被我們所謂列入黑名單的那個部分，...。(A5-12-2)

...發現就是說這些是醫療保險詐欺的嫌疑比較容易發現，那大數據的部分，那假如說像..曾經就是這個嫌疑人，...他的前科發現，...，大數據出來之後，等於是很大一個，很大的一個概念，然後從很大的一個數據裡面，找到一個雷同、相似的東西，把他挑出來，這樣子，有辦法可以，可以找到說，我們想要的東西，可以比對出來。...大數據牽涉到你建檔的完整性啦。..應該都需要去建檔，就可以找得出來某一些醫生、某一些狀況，然後...只有這樣做才能去把那些重複犯罪的人抓到，... (D1-15-2)

六、行為人誣告亂控 (針對法律程序層面)

(一) 由專家深度訪談中發現：

統計保險公司理賠人員一般都是居於幕後，都是屬於文職背景，所以只要因為這個討論議題浮出檯面，保險公司理賠人員考慮到本身安全部份，都還是有所顧忌的。比如宜蘭消費者基金會，從消保官就接到不少申訴案件，指控保險公司不理賠，消保官出面質問有住院為何不賠？原來這些都是非必要性的住院，所以因為這個議題，他們就要求主管機關主張如果保險公司可以不賠，是否符合住院

就可以獲得理賠的規定，應該要加以討論，往往直接由主管保險公司的上級機關進行檢討，對於保險公司造成相當大的困擾。

另外，一般俗稱黃牛的仲介者，不是只有對保險公司人員會進行胡亂指控，他們會對於只要影響到他們利益者，會加以威脅、恐嚇，比如同案共犯，他們共犯結構中的醫務人員、保險業務員等亦多如此，因為對於這些同案共犯他們剛開始時以人情、招待、金錢等因素利誘，而達到信任的目的，但如不管事情有無東窗事發，這些黃牛都會跟你恐嚇威脅，甚至還會找上共犯的家屬進行談判，指控當事人有欠下他們鉅款等話術，不僅造成家人的不諒解，也讓家人生活在恐懼之中，意思就是用另外一種方式威脅，如果發生了以後，就是欠債的關係要求配合，不配合我就是要跟當事人要這些錢。

…宜蘭消保，消費者基金會，消保官那邊他就接到不少申訴案例是說，保險公司沒有賠我。那消保官就出面說，為什麼他有住院你不賠？原來這些都是非必要性的住院。那所以因為這個議題，他們就要求主管機關說那如果保險公司不賠，不是只要住院就可以獲得理賠這件事情既然是以有被成立的，那是不是應該在相關的... (A5-7-7)

我的意思是如果中間人，比如你是一個仲介者嘛，一般俗稱黃牛的仲介者，如果他們醫師本來不會做，可是因為你去跟人講以後，然後他們同意這樣做。(E3-6-9)；利誘他們同意。(E3-6-10)；對。利誘跟信任嘛。(E3-6-11)；那個慾望嘛，就是人性嘛。(E3-6-13)；人情嘛。請吃飯、交朋友、喝花酒。(E3-6-14)用金錢利誘。(E3-6-15)；對。20位上下，沒有一個拒絕的。(E3-6-20)

他就是會跑過來說，欸，你不能說喔，這個事情就是這樣做喔，要不然怎麼樣，你會很倒楣。(E2-6-21)；就是中間黃牛跟其他人，就很多人跟你恐嚇，會有莫名其妙的人，你也不知道，就跑來跟你提起，可是你也不知道是誰(E2-6-22)；對。他用另外一種方式要求，發生了以後，就是說你欠我錢，所以你要配合我，不配合我就要跟你要這些錢。(E2-6-24)

七、行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）

（一）由實證研究中發現

1. 詐欺型醫療犯罪：醫療專業人員與不法集團為了獲取不法利益，會隨著醫療制度及法令的修改，不斷設計出各種犯罪手法，使得詐欺醫療犯罪之犯罪類型及犯罪手法更顯得千變萬化。（羅戎軒，2010）

2. 發現保險詐欺犯罪具有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟（違法行為應受譴責的領會程度較低，並未視其為犯罪人，反而認為詐欺犯罪者是聰明、有辦法而扭曲社會道德標準。（周文科，2004）

（二）由專家深度訪談中發現

一般保戶雖然有向保險公司投保，但有一些法律常識還是不足的，例如加害人也有可能包括自己本身，也就是犯罪者，要保人有包括本人及當事人，不同一

個人，要保人、被保人可能都不同，有時候要保人就是親屬，比如小孩子爸爸幫他保，或小孩子幫父母親保，這個和加害人之間會有可能是實施犯罪的關係，所以要保人如果跟被保人投保，必需要被保險人同意；如果加害人是黃牛，那要保人有可能是親朋好友也有可能是他的朋友或者是業務員。實務常遇到的比較多的就是醫療，可能幫父母親投保，但如果醫療詐騙的案件可能跟父母親是無關的，所以一件保險詐欺案件要保人涉案的機率是很高的，甚至也有比較常見的是業務員。但如果指的是醫療案件的話，受益人就是被保險人本人，跟要保人無關，就只是被保險人也有可能是要保人，有可能是共犯、幫助犯，被保險人也可能是正犯，像這些一般的保戶根本不懂得那麼多，所以常常會被以小利而誘惑成為保險詐欺的共犯，那像這些大部分剛出險的一些要保人，就是被保險人，他們去看病是不懂得這些訣竅的，所以都是這些人保險黃牛教導的。

醫療詐保也有可能發生在一般保險公司的理賠人員，曾發生保險公司的理賠人員，自己製作假的診斷書、假的收據，然後去複製其他客戶的申請書，再改成想要的那些保戶名字，詐騙得逞後把理賠金匯入那些保戶的帳戶，可是那些保戶都是他的人頭，當然這些保戶根本不知發生任何事，這就是因為他們曲解法令，認為只要保戶不知情他們就可以隻手遮天。

前幾年因保險法有關未成年人投保理賠的問題也產生一些爭議，所以為兼顧未滿 15 歲未成年人保險保障權益及生命權保護，行政院才於 105 年 6 月 16 日第 3502 次會議通過金融監督管理委員會擬具保險法第 107 條修正，以未滿十五歲之未成年人為被保險人之壽險契約年齡，還有像車禍案件事故現場、目擊證人、監視器、119 的救護紀錄、急診室護理紀錄、現場採證等，也常因蒐證而產生爭議，所以諸如此類都是行為人曲解法令所致。

加害人就是...包括自己本身也是加害人，比如自殘的話自己本身就是加害人就是犯罪者。(A1-16-2)；要保人、被保人可能不同人。(A1-16-3)；對。要保人有可能是實施犯罪的人，要保人如果跟那個被保人同意，那就是。(A1-16-4)

..不同人要保人有可能是實施犯罪的人，...，要保人跟加害人之間，要保人他可能，加害人是黃牛，那要保人有可能是親朋好友，都有可能。有可能他是朋友，有可能他是業務員。(A1-16-5)；通常保險詐欺案件比較多的就醫療，那醫療的話有可能你的要保人是你的爸媽，但是做這個詐欺案件...爸媽是無關的，所以要保人...可能就是業務員。(A3-14-1)；業務人員有時候自己也在玩，然後教導他，跟他買的保戶一起玩，就是前幾年有類似的案件。(A3-14-3)

...有可能是要保人，第一個？然後有可能不是..有可能就變成受益人...醫療案件的話，受益人就是被保險人本人，跟要保人無關。(A3-14-7)

分剛出險的一些要保人，就是說這些客戶，就是被保險人，他們去看病是不懂得這些訣竅的，所以都是這些人教的(A5-2-5)

前家公司就有兩個理賠人員就有做這樣子的事情，…製作假的診斷書、假的收據，然後去 copy 其他客戶的申請書，…copy 我的申請書、我的診斷書。…改成她想要的那些保戶的名字。..都是入那些保戶的帳，可是這些保戶都是他的人頭。然後這些保戶根本沒有發生事情，他就是... (A6-14-11)

…保險法有修就是未成年人被投保，沒有同意的話，這個是咬有一些規範等等。或是已成年人，那你父母要幫他投保，當事人要知情、要同意等等，…這個病人明明就好啦，一天到晚還是要來看，比如說車禍，所以他跟車禍的肇事人，可能就有法律訴訟，所以因為法律訴訟呢，…。(D2-16-1)

監視器，..救護車、119，…有 119 的紀錄目擊證人，然後急診室的紀錄，然後再慢慢延伸，然後可以從這些去做一些判斷。(F1-17-2)有一些一看就沒有這個現場。(F1-17-3)；對。亂講的。(F1-17-4)

八、小結

「法律構面」：經分析犯罪人基於熟悉保險理賠程序及申訴制度，或為要保人曲解法律面而進行詐保，共篩選出下列辨識指標因子（如表4-4-1）：

- (1) 行為人熟悉保險詐欺法律程序(4-1)。
- (2) 行為人認為保險詐欺刑度過低(4-2)。
- (3) 申訴制度（評議、消保官、民意代表）(4-3)。
- (4) 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(4-4)。
- (5) 行為人多次保險詐欺前科(4-5)。
- (6) 行為人誣告亂控（針對法律程序層面）(4-6)。
- (7) 行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）(4-7)。

表 4-4-1 醫療保險詐欺犯罪「法律構面」辨識指標因子彙整表

構面	指標因子 (Factor)	參考文獻	說明
法律構面(F4)	行為人熟悉保險詐欺法律程序(4-1)	(organized by the Insurance Services Office will take place from 13th March to the 16th March 2016.); : 鄧子震 (2015); 黃富源、范國勇、張平吾 (2006); 專家訪談: (A2-4-3); (A2-7-4); (A2-7-5); (A2-7-6); (A6-1-1);	1.有些個人和醫療院所以多種不同的方式實施醫療保險詐欺，關於醫療保險詐欺的罰則，因醫療法及刑法法律界定而有所不同，因目前我國並無專門討論保險詐欺的法律規範，故要探討這個保險詐欺的概念，需要考慮醫療詐欺的定義。(organized by the Insurance Services Office, 2016.) 2.犯罪人利用自己本身或其他無知的被害人，設計事件以詐領保險金，在申請理賠階段由於犯罪人每次申領保險金均有人身受傷害或身亡，在審核階段時使保險公司顯難以查證（鄧子震，2015） 2.犯罪經驗可以讓人膽大，犯罪經驗可以讓人在犯罪中避免重蹈覆轍免於被查獲的危險，犯罪經驗可以讓犯罪人更膽大妄為，犯罪經驗亦可以讓人縮短犯罪年齡的差距。(黃富源、范國勇、張平吾，2006) 3...他是精神疾病，他說是他妹妹拿她的健保卡去看，然後看了好幾百次。..就可以領很多的錢，..，我們要解除契約，....，那有些人的話都是看自費當然，他可能我們根本就沒有辦法查。(A2-4-3); ..反正你醫生都開同樣的診斷，因為這樣的診斷，住院天數，保險公司基本上都不會查，我覺得他中間一定是有人跟醫生協調好。(A2-7-4); 他收病人他一定有賺錢，額外的東西我們沒有辦法確

	<p>(A6-1-2); (A6-1-3); (A4-12-22); (A4-12-23); (A5-2-1); (A2-11-19); (A2-11-20); (A2-11-21);</p>		<p>定。(A2-7-5);對。要有利潤(A2-7-6);現在更進步...就是椎間盤突出。做那個高頻熱凝療法,一根針進去,然後大概五到十分鐘,就可以回家,...,一次大概五到十分鐘。那如果你買的是住院醫療險的話,那就是它會讓你去住院,你就可以跟保險公司申請。 (A2-11-19);高頻熱凝療法治療椎間盤突出。(A2-11-21);住院期間很難啦。..臨床醫生判斷、裁量的空間非常大。譬如說醫生認為他住七天、他認為住十天,...這很難從第三公正機關、或者事後鑑定的方式去做驗證。(A4-12-22);..懷疑他是保險詐欺的犯罪行為人,但是他有醫生幫他做、一定有個診斷書嘛,就等於代表有一個醫生去幫他做某種程度的背書。(A4-12-23);...可能就會有一個主要的那個關係人或中間人,...,他順利取得醫生的診斷證明書,...,比如說我說的那個重鬱症、憂鬱症裝病、假精神病裝病的那件事情,就是教他怎麼裝病,甚至還去買一些很專業的書籍來研究說,.....,(A5-2-1);...能獲取的利益也是最多的,就是精神疾病的部分,還有假的意外傷害。精神疾病...有持續性的症狀,就能簡單的認定他是精神疾病,那由於也有日間病房的治療..不需要住院,也能獲得住院的理賠。...可能一整年都需要日間病房的治療,...它的治療是持續性的,所以他的治療期都會長達好幾年, (A6-1-1);白天住院,晚上可以回家(A6-1-2);...日間病房早期賣的條款,是沒有想到有日間病房這樣子的治療方式...保險公司遇到精神疾病的理賠時,知道是假的精神疾病,...醫院也必須讓它治療。(A6-1-3)</p>
<p>行為人認為保險詐欺刑度過低(4-2)</p>	<p>陳明興(2011); 黃俊豪(2004); 專家問卷: (A6-2-1); (A6-2-2); (A6-2-3); (A6-2-4); (B1-13-3); (E1-11-21); (E1-11-22); (E1-11-23); (E1-11-19); (E1-11-20);</p>		<p>1.刑法判處刑期嚴厲性及遏阻力量不夠,應再提高刑度。大都數的犯罪所得與刑期判決是不對等的,可見人身型保險詐欺在刑法判處刑期態樣上的嚴厲性是不夠的,相對性的遏阻力量自然也就偏低。(陳明興,2011) 2.實務上法院判例中,保險犯罪各類型中,以詐欺罪論處之比例是最高的,但詐欺犯罪行為,刑事罰責最高僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金,而保險詐欺的詐騙金額,往往動則數百萬元,甚至數仟萬元,比起這高獲利的詐騙所得,五年以下的徒刑根本不足以達到嚇阻作用。黃俊豪(2004) 3. ...他可能是要健檢,但他就去辦住院,醫生開立的診斷書就會開一個疾病的名稱,也就是合法化她住院的事實,可是實際上他是去做健康檢查。..他是急性腸胃炎,可是他做了非常多的檢查跟急性腸胃炎是不相關的,我們可以藉由他收據的費用,跟他的病歷去判斷說她是不是在做健檢,還是真的是在作疾病的治療。(A6-2-1);我們會針對特定醫院,依照他醫療檢附的病例跟收據去做判斷。 (A6-2-2);..不是一次性的話,可以檢驗,這就算是民事的行為,而不是處於刑事部分?但她的疾病是假的。(A6-2-3) ..少數的那幾家醫院專門做這樣子的健檢,配合可以申請保險的理賠。 (A6-2-4);...就回歸到刑法的詐欺的構成要件裡面,...如何去判定,醫療保險詐欺的要件, ..我覺得保險詐欺,人不是問題,...。因為誰來要錢就是他嘛。..,詐術是很難認定,因為她就是要騙你嘛,...不想讓妳發現,...,在我偵查實務裡面,...最重要的就是詐術我怎麼去證明?證明他是詐術?(B1-13-3);...骨科醫師,要業績的,通常他都會開刀,.....就直接可以領保險金。但是過了半年,還可以追溯一條殘障理賠金,...開立診斷書,才有殘廢證明。 (E1-11-19);..,他們病情不符的,...可是這個開刀,通常在法律上,很難判他罪名。(E1-11-20);對。因為確實有開刀。(E1-11-21) ..</p>

			<p>疾病項目可能不符合，可是他還是直接給他開刀 (E1-11-22)；與病情相符合，但沒有那麼嚴重，但那個醫師還是沒犯法。縱使一場官司下來，刑事罰責最高也只有五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，但不法獲利卻可以達數十倍、數百倍，可見保險詐欺的刑度太低是不足以威嚇的。(E1-11-23)</p>
<p>申訴制度 (評議、消保官、民意代表) (4-3)</p>		<p>(黃俊豪, 2004) 淡江大學保險學系保險經營碩士班碩士論文。 打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，美國保險資訊協會保險信息研究所，(1992)。； 程志強、范兆興、施宇峰 (2008)，「保險詐欺之偵查策略」，中華民國犯罪學學會會刊第9卷第2期，23-35頁。； 研究者整理，(本論文91頁)； 專家訪談： (A1-12-12)； (A1-12-13)； (A1-12-14)； (A1-12-15)； (A1-12-16)； (A3-7-5)； (A3-7-6)； (A6-7-7)； (A6-7-8)； (A6-7-9)； (D1-13-14)；</p>	<p>1.分析保險局、各縣市調處委員會及消費者保護機構對醫療保險爭議案件處理案例，探討目前醫療保險爭議案件審理情形及適用相關法令之限制。(黃俊豪, 2004)</p> <p>2.但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金，在這些過程中有些是不容易被發現的，所以雖然有很多的病症應屬於保險詐欺的範疇，但在不易發覺的情況下，大部分都被詐騙成功了，而警方所偵破的案件中，往往卻都只是從漏斗中篩選出來的剩餘結果案件，這其中還包括了，無法舉證保險詐欺或證據不足或涉及違反保險契約的情況下，以協商、和解方式或申訴仲裁結果所理賠之保險案件數據更不在少數。(打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，美國保險資訊協會保險信息研究所，1992)。</p> <p>3.但也有些公司卻是礙於維護公司企業形象的政策而隱忍詐保案件，甚至於大部分的保險公司在保戶進行申訴時，均會考量保險賠付成本與保證金繳納的抉擇上，而縱容詐保事件發生，這是因為制度而衍生的另一種保險詐欺特性。(程志強、范兆興、施宇峰 2008)，</p> <p>4. 故研究出如何至指定醫院進行複檢之機制，再以交叉比對方式進行病情驗證，將是能更準確得知醫院或醫師有無開立假診斷證明書之舉；另外，保險詐欺案件亦形成一漏斗效應狀態，申請保險理賠之案件，保單條款規定依法予以理賠或不理賠外，另有一些發生因素是被迫而遭詐領的，例如：(1) 具有爭議性案件，保險公司會因兩權相害取其輕的方式，以協商方式與保戶取得和解。(2) 對於...案件。(3) 經法院...而求償無門。 (4) 財團法人金融消費評議中心評議保險理賠申訴案件。(5) 保險...無法求償案件。(6) 案件宣告...可疑為保險理賠案件。(7) 以短期...，再依比例計算誤差百分比。(研究者整理，本論文91頁)</p> <p>5...這種爭議很多，那有兩個單位，一個是法院，一個是評議中心，可以做這樣子的判斷跟決定 (A1-12-12)；客戶都去評議中心。(A1-12-13)；評議中心跟法院，其實看法兩極啦，一個認為說看病歷就知道說你這不需要住院；另外一個就說你要尊重主治醫生的意見。評議中心也是一樣，他也是很兩邊的看法。所以大部分我們都算了。(A1-12-14)；評議中心去是除了計點以外，你一去的話，你就要繳交的錢，可能你賠他還不用花那麼多錢，所以大部分我們都算了。(A1-12-15)；..比如說你住彰化，你就在彰化的大醫院住院，..出院以後跑到台北，台北住完以後跑到桃園，桃園以後又跑到中壢，中壢之後又跑到台南、高雄，這樣子像這種我們就會主張，但是我們不能夠說他詐欺，...，就是去評議中心跟法院，..(A1-12-16)；原則上會先協商，..認為他有具有很大的惡意性，而且我們提出的條件他不接受，那我們就，可能就是還是不賠，那他可能就會走後續的申訴管道，包括現在的評議中心，或甚至是消保官，或者是去訴訟。(A3-7-5)；那評議中心去的話，你們就一定要賠呀？因為這種小件...因為你花在那邊的錢，比他還要多..因為他走評議，保險公司是還滿畏懼評議的啦。(A3-7-6)；..客戶要申訴到評議中心，..因為評議中心現在所主張的依據..依照他主治醫師</p>

			<p>的意見，問他主治醫師說他有沒有需要住院？...像這種案子到評議中心，那就是一定就是輸了，我們就是必須全部給付，是即便我們有相關的證明文件，像他的病歷是足以證明他是不需要住院的，可是目前比較沒有辦法... (A6-7-7); ...你去申請一次就要花2萬多塊，所以就是說成本上考量... (A6-7-8); ..後來也是業務員一直過來盧，..到最後這個主管是自掏腰包給客戶，...，他一直盧；第二個，如果進入評議委員會，那公司不管要不要賠，他首先都要花兩萬多塊成本考量；第三個，要被記點。所以說你到那邊去，對保險公司都是不好的。...一旦他去申訴，我們還是必須要理賠。...因為你只要進去的話，你就要賠多少錢。..。(A6-7-9); ..因為他評議中心基本上他是金融消費評議中心，所以他基本上是要偏向消費者，那偏向消費者以後，基本上就不對了。他已經不是為了公正性而存在的。就好像是那個消費者基金會。站在消費者的立場來，這是不對的。(D1-13-14)</p>
<p>行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(4-4)</p>		<p>財團法人保險犯罪防制中心，(2006年5月10日，保險詐欺入罪化之可行性研究，金管會保險局，頁1); 周文勇，(2006)第二章：刑事司法與犯罪控制，許春金主編，刑事司法一體系、組織與策略，P.39-82，台北：三民書局；財團法人保險犯罪防制中心統計(從2004年至2016年9月)本論文24頁；陳明興(2011)；專家訪談：(A3-2-4)；(A3-2-5)；(A3-2-6)；(B1-3-11)；(B1-3-12)；(B2-3-5)；(B2-3-6)；</p>	<p>1.實務上法院判例中，保險犯罪各類型中，以詐欺罪論處之比例是最高的，但詐欺犯罪行為，刑事罰責最高僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，而保險詐欺的詐騙金額，往往動則數佰萬元，甚至數仟萬元，比起這高獲利的詐騙所得，五年以下的徒刑根本不足以達到嚇阻作用。據金管會2006年年會報告，認為目前臺灣的詐欺犯罪類型已趨於多元化，刑法339條上規範意圖為自己或第三人不法之所有使人交付財物之定義已未能涵蓋所有之詐欺犯罪，尤其是這種高獲利之保險詐欺犯罪，故為了防範濫用保險制度之行為，提出呼籲能以訂立專門條款處罰的方式來規範保險詐欺犯罪，以達嚇阻效果。(財團法人保險犯罪防制中心，2006年5月10日)</p> <p>2.美國學者艾尼斯(Ennis.PH)也認為司法程序會造成犯罪數字的高額耗損，他指出，犯罪案件發生後，被害人真正報案者僅有49%，全部報案數中，約有23%警力並未到案勘查，勘查後約有25%被認定為非犯罪刑案，而被認定為犯罪刑案中，真正為警察機關逮捕者僅20%，及至起訴與審判階段又耗損58%，只剩42%，42%中又48%之案件獲得赦免，亦即犯罪案件發生2077件，而確定執行者僅餘50件，由此可知冰山效應。(周文勇，2006)，</p> <p>3.就我國刑事訴訟程序而言，偵查乃為偵查機關調查人犯及搜集一切犯罪證據，以決定有無犯罪嫌疑及應否提起公訴之準備程序。故偵查乃在於犯罪發生或有犯罪發生之嫌疑時，為提起、維持訴追而尋找或保全罪犯，並搜集、保全證據之行為。根據財團法人保險犯罪防制中心統計從2004年至2016年9月全國偵破保險犯罪案件類型的件數統計共有37件(表2-2-1)，涉案金額累計達24億9千餘萬元(表2-2-2)，其中詐保類型包括利用弱勢者型、假住院型、假車禍型、偽造文書詐領型、詐死(殘)型、詐領強制險型、製造假車禍型、謀財害命型、縱火圖利型等方式進行詐騙。財團法人保險犯罪防制中心統計(2004年至2016年9月)本論文24頁</p> <p>4.司法機關設立保險詐欺專責單位，訂定獎勵跟評核標準是提升保險詐欺破案率最好的方法。(陳明興，2011)</p> <p>5...你要去證明他是真的假的？很困難欸，你知道我還透過那個美國在台辦事處，行文去紐約辦事處那邊，請他們再轉，那個要證明很困難，不.....(A3-2-4)；...有些同業蘇黎世有派人潛入那個俏媽咪那個月子中心那邊去做一些蒐證，...因為很多保戶都會用這些病名來國內沒有，但國外就開出來，然後去剖腹，那這個部分....</p>

第四章 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子建構分析

			<p>(A3-2-5) 所以也會有這個狀況。(A3-2-6); ..他直接用電腦、用偷印的方式,就把這個診斷證明書開出來了..(B1-3-11); ..一出國在那邊就受傷跌倒,他也取得國外證明;可是因為查證不易,所以回來的話,一個人就請十萬塊,也是這樣的情形。實際上這些東西,直接就是被害人、犯罪嫌疑人... (B1-3-12); ..就是假冒身分,所以就是勾結,但醫師勾結的部分,證據不完整,所以後來沒起訴,不起訴。(B2-3-5); 沒錯,證據不齊。(B2-3-6)</p>
<p>行為人多次保險詐欺前科 (4-5)</p>	<p>月足一清原著,吳崇權譯述,(1988),「人壽保險犯罪及其防止對策」,財團法人保險事業發展中心。; 楊超倫(2004)「保險詐欺決意歷程之理性因素研究」。台北大學犯罪防制研究所碩士論文。; 鄧子震(2015)「人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究」,朝陽科大,碩士論文。; 專家訪談: (A3-15-3); (A3-15-4); (A3-15-5); (A5-12-2); (D1-15-2);</p>	<p>1. 依據月足一清(1988) ..發現累犯的情形很多,雖然不一定每次的犯行都會被發現,但是日本在1978、1979二年間被舉發的為了保險金而殺人之案件,38個犯罪嫌疑入中有前科者即佔了55%。...此時若有違法的機會足以解決其困境,當其衡量認為機不可失有利可圖時,則保險詐欺即可能發生。(月足一清原著,吳崇權譯述,1988)</p> <p>2. 該研究對殺人詐領保險金犯罪者之「犯罪決意歷程」進行深入探討,得知,並非每個遇到相似「現象」的人,均會選擇此類犯罪,更發現犯罪者不一定有刑事案件前科,在日常生活因素方面有債務及財務上的冒險,其個案在犯罪之前,均因事業、投資或賭博而產生鉅額債務的問題,而加害人本身或是同案共犯之間均有債務的壓力,且這種債務大多屬為公開的債務,如向地下錢莊借錢或賭債等;(楊超倫,2004)</p> <p>3. 在分析犯罪行為上發現,犯罪人均不只從事一次犯罪行為,多是反覆從事犯罪行為,當他們發展出一套固定的犯案模式後,成功詐保後食髓知味而反覆詐欺。其中有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成,其中多半被害人與犯罪人合謀共同詐欺保險公司,部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環,囿於有共犯掩飾,助長了人身型保險詐欺的發生。(鄧子震,2015),</p> <p>4...要去調這些紀錄?就是你們保險公司來審核說他要不要賠的依據嘛。...調他的病歷出來當佐證嘛?...有沒有重複投保,有沒有多家投保這些(A3-15-3)會調他的病歷出來當佐證。(A3-15-4) ..有沒有重複投保,有沒有多家投保這些(A3-15-5); ...就是密集投保,而且短期就出險,也會回到一個動機的問題, ..密集在短期內投保好幾家,也會去看說這張診斷證明書開出來,這個醫生是不是之前就被我們所謂列入黑名單的那個部分, ...。(A5-12-2); ...發現就是說這些是醫療保險詐欺的嫌疑比較容易發現, ..他的前科發現,,大數據出來之後, ..一個概念,然後從很大的一個數據裡面,找到一個雷同、相似的東西,把他挑出來, ..可以比對出來。....大數據牽涉到你建檔的完整性啦..,要不然我就說我們的醫療詐欺裡頭、保險詐欺裡頭,你要用個案去看,都很難處理。 (D1-15-2)</p>	
<p>行為人誣告亂控(針對法律程序層面)(4-6)</p>	<p>陳明興(2011),人身型保險詐欺犯罪特性及其歷程之研究,中央警察大學犯罪防治研究所,碩士論文。; 專家訪談; (A5-7-7); (E3-6-9);</p>	<p>1. 分析有些保險經紀公司的保險中介(俗稱黃牛),他們為了抽取不法之利益,協助這些詐騙的保戶,對保險公司理賠人員以辱罵、恐嚇的方式或到公司舉牌、拉布條陳情抗議或向媒體投訴,以破壞公司形象等手段,再者向消基會、消保官、民意代表投訴來達成順利詐保之目的,保險公司為保持良好的社會形象,很多都是在這種情況之下屈服而遭詐騙的。(陳明興2011)</p> <p>2...宜蘭消保,消費者基金會, ..為什麼他有住院你不賠?原來這些都是非必要性的住院。那所以因為這個議題,他們就要求主管機關說那如果保險公司不賠,不是只要住院就可以獲得理賠這件事情既然是以有被成立的,那是不是應該在相關的... (A5-7-7); ..如果他</p>	

		<p>(E3-6-10); (E3-6-11); (E3-6-13); (E3-6-14); (E3-6-15); (E3-6-20); (E2-6-21); (E2-6-22); (E2-6-24)</p>	<p>們醫師本來不會做，可是因為你去跟人講以後，然後他們同意這樣做。(E3-6-9); 利誘他們同意。(E3-6-10); ..利誘跟信任嘛。 (E3-6-11); 那個慾望嘛，就是人性嘛。(E3-6-13); 人情嘛。請吃飯、交朋友、喝花酒。;(E3-6-14) 用金錢利誘。(E3-6-15); 20位上下，沒有一個拒絕的。(E3-6-20); ..這個事情就是這樣做喔，要不然怎麼樣，你會很倒楣。(E2-6-21); 就是中間黃牛跟其他人，就很多人跟你恐嚇，會有莫名其妙的人，你也不知道，就跑來跟你提起，可是你也不知道是誰 (E2-6-22): 對。他用另外一種方式要求，發生了以後，就是說你欠我錢，所以你要配合我，不配合我就要跟你要這些錢。</p>
<p>行為人曲解法令 (針對誤解法律解釋層面) (4-7)</p>		<p>羅戊軒 (2010) 「台灣地區醫療犯罪與偵查實務研究」, 中央警察大學刑事警察研究所碩士班論文。; 周文科 (2004), 「對台灣地區詐欺犯罪問題之研究」, 國立政治大學行政管理碩士論文; 專家訪談: (A1-16-2); (A1-16-3); (A1-16-4); (A1-16-5); (A3-14-1); (A3-14-3); (A3-14-7); (A5-2-5); (A6-14-11); (D2-16-1); (F1-17-2); (F1-17-3); (F1-17-4);</p>	<p>1. 詐欺型醫療犯罪：醫療專業人員與不法集團為了獲取不法利益，會隨著醫療制度及法令的修改，不斷設計出各種犯罪手法，使得詐欺醫療犯罪之犯罪類型及犯罪手法更顯得千變萬化。(羅戊軒，2010)。 2. 發現保險詐欺犯罪具有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟 (違法行為應受譴責的領會程度較低，並未視其為犯罪人，反而認為詐欺犯罪者是聰明、有辦法而扭曲社會道德標準。(周文科，2004) 3. 加害人就是...包括自己本身也是加害人，比如自殘的話自己本身就是加害人就是犯罪者。(A1-16-2); 要保人、被保人可能不同人。(A1-16-3); 對。要保人有可能是實施犯罪的人，要保人如果跟那個被保人同意，那就是。(A1-16-4); ..不同人要保人有可能是實施犯罪的人，.....，加害人是黃牛，那要保人有可能是親朋好友，都有可能。有可能他是朋友，有可能他是業務員。(A1-16-5); .. 那醫療的話有可能你的要保人是你的爸媽，但是做這個詐欺案件... 爸媽是無關的，所以要保人...可能就是業務員。(A3-14-1); 業務人員有時候自己也在玩，然後教導他，跟他買的保戶一起玩，就是前幾年有類似的案件。(A3-14-3); ...有可能是要保人，..是..有可能就變成受益人...醫療案件的話，受益人就是被保險人本人，跟要保人無關。(A3-14-7); ..就是被保險人，他們去看病是不懂得這些訣竅的，所以都是這些人教的 (A5-2-5);製作假的診斷書、假的收據，然後去 copy 其他客戶的申請書，...copy 我的申請書、我的診斷書。...改成她想要的那些保戶的名字。入都是入那些保戶的帳，可是這些保戶都是他的人頭。然後這些保戶根本沒有發生事情，他就是... (A6-14-11); ...或是已成年人，那你父母要幫他投保，當事人要知情、要同意等等，.....比如說車禍，所以他跟車禍的肇事人，可能就有法律訴訟，所以因為法律訴訟呢，...(D2-16-1) 監視器，..救護車、119，...有 119 的紀錄目擊證人，然後急診室的紀錄，然後再慢慢延伸，然後可以從這些去做一些判斷。(F1-17-2) 有一些一看就沒有這個現場。(F1-17-3); 對。亂講的。(F1-17-4)</p>

資料來源：研究者自行整理

第五節 綜合討論

一、醫療保險詐欺犯罪辨識指標篩選

本研究對於醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之蒐集，分別以「文獻相關資料蒐集」及「專家深度訪談蒐集」所得之資料做為辨識指標之篩選方針，文獻資料部分，以蒐集與本研究相關之國內外醫療保險詐欺犯罪實證研究文章及論文、期刊等相關資料為藍本；專家深度訪談則依據本研究所設計之訪談大綱，挑選對於醫療保險詐欺有深入瞭解之各商業人壽保險公司資深理賠人員 6 人、偵辦過醫療保險詐欺案件之檢察官 2 人、警察人員 3 人、保險公司及評議中心顧問醫生 3 人、保險局主管 1 人與醫療保險詐欺犯罪人 3 人，合計共 18 名，再以「訪談大綱」共 18 大題 36 小題之有關醫療保險詐欺問題進行深度訪談，過程中並節錄各專家所分享之經驗及看法，再分卷細項加註代號及編碼翻譯成逐字稿，使其成為可利用之文章資料，做為本研究醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子選取之資料庫。

二、四大構面辨識指標因子選取歷程

(一) 醫療保險詐欺犯罪辨識指標四大構面

本研究根據上述資料及研究者偵辦保險詐欺案件多年之經驗，認為影響醫療保險詐欺原因之主要因素共有四大構面，分別為 1. 由個人主觀因素所形成詐騙意圖之「個人構面」；2. 保險公司所規劃保險商品在制度面，易於形成漏洞或為高誘因導致違反保險制度常態之「保險構面」；3. 基於醫療病情診治不合理，或為要保人與醫療人員掛勾進行詐騙行為之「醫療構面」；4. 犯罪人基於熟悉保險理賠程序及申訴制度面，或為要保人曲解法律面而進行詐保之「法律構面」等四大面向。

(二) 四大構面辨識指標因子

本研究根據所選取之「個人構面」、「保險構面」、「醫療構面」、「法律構面」四大構面，再由每項構面中分別由文獻參考資料及專家訪談資料庫，篩選出各相關「辨識指標關鍵因子」共 28 項（如表 4-5-1），分述如下：

1. 「個人構面」：經分析個人主觀因素所形成之詐騙意圖共篩選出下列辨識指標因子：

- (1) 集團性犯罪(1-1)。
- (2) 經濟困難與投保金額不相當(1-2)。
- (3) 以人頭投保(1-3)。
- (4) 輕病住院或住院經常請假（不假）外出(1-4)。
- (5) 非本人身份就診(持他人健保卡)(1-5)。

- (6) 行為人蠻橫無理(1-6)。
- (7) 行為人自述交友廣闊(1-7)。

2. 「保險構面」：經分析保險公司所規劃保險商品在制度面，易於形成漏洞或為高誘因導致違反保險制度常態之共篩選出下列辨識指標因子：

- (1) 偽造申請理賠文件(2-1)。
- (2) 重複投保(2-2)。
- (3) 連續申領理賠(2-3)。
- (4) 高理賠保險商品誘因(2-4)。
- (5) 承保通報制度不佳(2-5)。
- (6) 理賠人員之專業敏感度不佳(2-6)。
- (7) 放寬理賠條件爭取客戶(2-7)。

3. 「醫療構面」：經分析基於醫療病情診治不合理，或為要保人與醫療人員掛勾進行詐騙之行為，共篩選出下列辨識指標因子：

- (1) 住院次數過於頻繁(3-1)。
- (2) 可疑病症或事故不合理(3-2)。
- (3) 誇大病情(違反告知義務)(3-3)。
- (4) 多人同症狀同醫院同醫師看診(3-4)。
- (5) 與病情不符醫療項目(3-5)。
- (6) 醫療院所就診人數少(3-6)。
- (7) 醫療院所設備簡陋(3-7)。

4. 「法律構面」：經分析犯罪人基於熟悉保險理賠程序及申訴制度，或為要保人曲解法律面而進行詐保，共篩選出下列辨識指標因子：

- (1) 行為人熟悉保險詐欺法律程序(4-1)。
- (2) 行為人認為保險詐欺刑度過低(4-2)。
- (3) 申訴制度(評議、消保官、民意代表)(4-3)。
- (4) 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(4-4)。
- (5) 行為人多次保險詐欺前科(針對多次保險詐欺法律層面)(4-5)。
- (6) 行為人誣告亂控(針對法律程序層面)(4-6)。
- (7) 行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)(4-7)。

表 4-5-1 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子彙整表

編號	構面/指標因子	醫療保險詐欺辨識指標因子
1	個人構面	集團性犯罪(1-1)
2		經濟困難與投保金額不相當(1-2)
3		以人頭投保(1-3)
4		輕病住院或住院經常請假(不假)外出(1-4)
5		非本人身份就診(持他人健保卡)(1-5)
6		行為人蠻橫無理(1-6)
7		行為人自述交友廣闊(1-7)
1	保險構面	偽造申請理賠文件(2-1)
2		重複投保(2-2)
3		連續申領理賠(2-3)
4		高理賠保險商品誘因(2-4)
5		承保通報制度不佳(2-5)
6		理賠人員之專業敏感度不佳(2-6)
7		放寬理賠條件爭取客戶(2-7)
1	醫療構面	住院次數過於頻繁(3-1)
2		可疑病症或事故不合理(3-2)
3		誇大病情(違反告知義務)(3-3)
4		多人同症狀同醫院同醫師看診(3-4)
5		與病情不符醫療項目(3-5)
6		醫療院所就診人數少(3-6)
7		醫療院所設備簡陋(3-7)
1	法律構面	行為人熟悉保險詐欺法律程序(4-1)
2		行為人認為保險詐欺刑度過低(4-2)
3		申訴制度(評議、消保官、民意代表)(4-3)
4		行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(4-4)
5		行為人多次保險詐欺前科(針對多次保險詐欺法律層面)(4-5)
6		行為人誣告亂控(針對法律程序層面)(4-6)
7		行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)(4-7)

資料來源：研究者自行整理

第五章 醫療保險詐欺辨識指標權重分析

目前無論是地檢署或法院，在醫療保險詐欺犯罪的認定及辨識中，均以個案所涉及之影響程度或犯罪手法來作為是否成為保險詐欺犯罪的認定標準，而其中個案的情節又涉及到刑事證據蒐證及是否觸犯法律的認定標準，這對剛開始就接觸到申請理賠案件的保險公司而言，要做這種是否有涉及到保險詐欺的專業判斷是有困難的，所以讓開始之初即接觸到申請理賠案件的保險公司而言，研究一套作為參考是否可能涉及保險詐欺犯罪的辨識因素是非常重要的，也是一種預先防制保險詐欺犯罪的工具，因此本章針對保險公司理賠、調查、警務人員、研究學者共 40 位專家及實務人員，進行醫療保險詐欺犯罪辨識指標之權重探討，收集各專家及實務人員的相同意見，以作為保險詐欺犯罪辨識因子的篩選。茲就醫療保險詐欺犯罪因子焦點意見、辨識指標因子權重偏好等單元分述如下：

第一節 醫療保險詐欺犯罪因子焦點意見分析

一、醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子調查

(一) 本研究針對專家訪談所得結果及相關文獻資料，篩選出影響醫療保險詐欺犯罪之「辨識指標因子」，共邀請保險公司理賠、調查、警務人員、研究學者共 40 位專家及實務人員（不包犯罪行為人），以醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之個人構面、保險構面、醫療構面、法律構面等四大構面，共選出 28 項辨識指標因子，以符合「醫療保險詐欺犯罪辨識指標」之因子研究標的，篩選出之因子如下：

1. 個人構面：集團性犯罪(多人共同犯罪)、經濟困難與投保金額不相當、以人頭投保、輕病住院或住院經常請假(不假)外出、非本人身份就診(持他人健保卡)、行為人蠻橫無理、行為人自述交友廣闊等七項因子。

2. 保險構面：偽造申請理賠文件、重複投保、連續申領理賠、高理賠保險商品、承保通報速度慢、理賠人員專業敏感度不佳、放寬理賠條件爭取客戶等七項因子。

3. 醫療構面：住院次數頻繁、病症或事故不合理、誇大病情(違反告知義務)、多人同症狀同醫院同醫師看診、病情不符醫療項目、醫療院所就診人數稀少、醫療院所設備簡陋等七項因子。

4. 法律構面：行為人熟悉保險理賠程序、行為人認為保險詐欺刑度低、申訴制度(評議、消保官、民意代表)、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易、行為人具多次保險詐欺前科(針對多次保險詐欺法律層面)、行為人誣告亂控(針對法律程序層面)、行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面等七項因子。

(二)問卷方式經由專家以焦點意見進行調查及比重評分，以驗證「指標因子」之適用，其專家問卷以「1.非常不符合」、「2.不太符合」、「3.沒意見」、「4.還算符合」、「5.非常符合」、「6.不知道」等6選項，針對題目作選答，以選取醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子（詳如附件二）。

二、醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子共識度評估

本研究針對醫療保險詐欺犯罪「指標共識度」之指標因子評選，共分為四個層面，28項辨識指標因子，所邀請之專家即針對篩選出之28項辨識指標因子進行焦點問卷調查。委請之評選專家共計40位，均對醫療保險詐欺案件有深度認識及接觸，其身份分別為保險公司理賠部資深人員、刑事警察人員、學者等，又為因應直接接觸醫療保險詐欺案件頻率最多者為保險公司人員，因此評選專家比例以保險公司人員為主，經評選出之40份專家意見結果，經以表格彙整呈現後，以Excel統計軟體進行「平均數」、「標準差」及計算共識程度「變異係數」之分析結果，評選分數答不知道者為0分，由低至高排列分別為1-5分，滿分為5分；其中在選填「非常不符合」、「不太符合」、「沒有意見」、「還算符合」、「非常符合」等5個層級中，在不影響1-5分的給分方式下為簡化表格統計，將「非常不符合、不太符合」、「還算符合、非常符合」各合併為一格進行計算，其中本問卷評選標準為求嚴謹程度，評選標準平均數必須達3.5分，共識程度達70%，且二者需同時達到標準，始符合本研究所要求之辨識指標結果，再將所選取合乎標準之「辨識指標因子」再進一步進行專家權重偏好分析。

(一)經以Excel統計軟體進行分析，發現「個人構面」之分析結果如下：

1.「集團性犯罪」有效值1分達2.5%，3分達97.5%；「經濟困難與投保金額不相當」分析結果，有效值1分達5%，3分達95%；「以人頭投保」分析結果，有效值1分達2.5%，2分達12.5%，3分達87.5%；「輕病住院或住院經常請假（不假）外出」分析結果，有效值3分達100%；「非本人身份就診(持他人健保卡)」分析結果，有效值1分達2.6%，2分達15.8%，3分達81.6%；「行為人蠻橫無理」分析結果，有效值1分達15%，2分達37.5%，3分達47.5%；「行為人自述交友廣闊」分析結果，有效值1分達15%，2分達52.5%，3分達32.5%。

2.經分析結果，在「個人構面」共識程度意見上，「輕病住院或住院經常請假（不假）外出」平均數4.65分，共識程度達90.58%，共識程度排序第1名；「集團性犯罪(多人共同犯罪)」平均數4.7分共識程度達85.78%，共識程度排序第2名；「經濟困難與投保金額不相當」平均數4.7分，共識程度達81.21%，共識程度排序第3名；「以人頭投保」平均數4.35分，共識程度達80.91%，共識程度排序第4名；「行為人自述交友廣闊」平均數3.18分，共識程度達78.34%，共識程度排序第5名；「行為人蠻橫無理」平均數3.40分，共識程度達74.12%，共識程度排序第6名；

「非本人身份就診(持他人健保卡)」平均數3.87分，共識程度達66.89%，共識程度排序第7名。

3. 經評選二項結果同時達到平均數3.5分，共識程度達70%，符合本研究醫療保險詐欺犯罪-個人構面辨識指標因子之標準者，分別為(1)輕病住院或住院經常請假(不假)外出(2)集團性犯罪(多人共同犯罪)(3)經濟困難與投保金額不相當(4)以人頭投保；另外，未同時達到平均數3.5分及共識程度達70%之標準者有(1)行為人自述交友廣闊(2)行為人蠻橫無理(3)非本人身份就診(持他人健保卡)因子，將列入本研究之可疑因子指標參考。(如表5-1-1)

表 5-1-1 受訪專家針對個人構面共識度之意見分佈表

項目	非常不符合 不太符合		沒有意見		還算符合 非常符合		平均數	標準差	共識程度	共識程度 排序
	人數	%	人數	%	人數	%				
1-1 集團性犯罪(多人共同犯罪)	1	2.5	0	0	39	97.5	4.70	0.608	85.78	2
1-2 經濟困難與投保金額不相當	2	5.0	0	0	38	95.0	4.53	0.751	81.21	3
1-3 以人頭投保	1	2.5	4	12.5	35	87.5	4.35	0.770	80.91	4
1-4 輕病住院或住院經常請假(不假)外出	0	0	0	0	40	100.0	4.65	0.483	90.58	1
1-5 非本人身份就診(持他人健保卡)	1	2.6	6	15.8	31	81.6	3.87	1.159	66.89	7 (未達共識程度)
1-6 行為人蠻橫無理	6	15.0	15	37.5	19	47.5	3.40	0.928	74.12	6 (未達共識程度)
1-7 行為人自述交友廣闊	6	15.0	21	52.5	13	32.5	3.18	0.675	78.34	5 (未達共識程度)

資料來源：研究者自行整理

(二) 經統計分析，本研究發現「保險構面」之分析結果如下：

1. 「偽造申請理賠文件」有效值2分達2.5%，3分達97.5%；「重複投保」分析結果，1分達2.5%，2分達10%，3分達87.5%；「連續申領理賠」分析結果，有效值2分達5.0%，3分達95.5%；「高理賠保險商品」分析結果，有效值2分達7.5%，3分達92.5%；「承保通報速度慢」分析結果，有效值1分達10%，2分達30%，3分達60%；「理賠人員專業敏感度不佳」分析結果，有效值1分達15.0%，2分達27.5%，3分達57.5%；「放寬理賠條件爭取客戶」分析結果，有效值1分達15.0%，2分達35%，3分達50%。

2. 經分析結果，在「保險構面」共識程度意見上，「偽造申請理賠文件」平

均數4.55分，共識程度達87.33%，共識程度排序第1名；「連續申領理賠」平均數4.43分共識程度達87.01%，共識程度排序第2名；「高理賠保險商品」平均數4.38分，共識程度達85.60%，共識程度排序第3名；「重複投保」平均數4.35分，共識程度達80.83%，共識程度排序第4名；「承保通報速度慢」平均數3.58分，共識程度達75.87%，共識程度排序第5名；「理賠人員專業敏感度不佳」平均數3.52分，共識程度達75.40%，共識程度排序第6名；「放寬理賠條件爭取客戶」平均數3.43分，共識程度達78.19%，共識程度排序第7名。

3. 經評選二項結果同時達到平均數3.5分，共識程度達70%，符合本研究醫療保險詐欺犯罪-保險構面辨識指標因子之標準者，分別為（1）偽造申請理賠文件（2）連續申領理賠（3）高理賠保險商品（4）重複投保（5）承保通報速度慢（6）理賠人員專業敏感度不佳；另外，未同時達到平均數3.5分及共識程度達70%之標準者有「放寬理賠條件爭取客戶」因子，將列入本研究之可疑因子指標參考。（如表5-1-2）

表 5-1-2 受訪專家針對保險構面共識度之意見分佈

項目	非常不符合		沒有意見		還算符合		平均數	標準差	共識程度	共識程度排序
	不太符合				非常符合					
	人數	%	人數	%	人數	%				
2-1 偽造申請理賠文件	0	0	1	2.5	39	97.5	4.55	0.552	87.33	1
2-2 重複投保	1	2.5	4	10.0	35	87.5	4.35	0.770	80.83	4
2-3 連續申領理賠	2	5.0	0	0	38	95.0	4.43	0.594	87.01	2
2-4 高理賠保險商品	0	0	3	7.5	37	92.5	4.38	0.628	85.60	3
2-5 承保通報速度慢	4	10	12	30	24	60	3.58	0.781	75.87	5
2-6 理賠人員專業敏感度不佳	6	15	11	27.5	23	57.5	3.52	0.877	75.40	6
2-7 放寬理賠條件爭取客戶	6	15	14	35	20	50	3.43	0.844	78.19	7 (未達共識程度)

資料來源：研究者自行整理

（三）經以統計軟體進行分析，發現「醫療構面」之分析結果如下：

1. 「住院次數頻繁」有效值3分達100%；「病症或事故不合理」分析結果，有效值2分達2.5%，3分達97.5%；「誇大病情(違反告知義務)」分析結果，有效值1分達2.5%，2分達2.5%，3分達95.5%；「多人同症狀同醫院同醫師看診」分析結果，有效值2分達2.5%，3分達97.5%；「病情不符醫療項目」分析結果，有效值3分達100%；「醫療院所就診人數稀少」分析結果，有效值1分達7.7%，2分達43.6%，3分達48.7%；「醫療院所設備簡陋」分析結果，有效值1分達12.5%，2分達35%，3分達52.5%。

2. 經分析結果，在「醫療構面」共識程度意見上，「病症或事故不合理」平均數分，共識程度達%，共識程度排序第1名；「多人同症狀同醫院同醫師看診」平均數分共識程度達%，共識程度排序第2名；「病情不符醫療項目」平均數分，共識程度達%，共識程度排序第3名；「住院次數頻繁」平均數4.53分，共識程度達88.73%，共識程度排序第4名；「誇大病情(違反告知義務)」平均數.43分，共識程度達87.06%，共識程度排序第5名；「醫療院所設備簡陋」平均數3.58分，共識程度達70.87%，共識程度排序第6名；「醫療院所就診人數稀少」平均數3.50分，共識程度達65.5%，共識程度排序第7名。

3. 經評選二項結果同時達到平均數3.5分，共識程度達70%，符合本研究醫療保險詐欺犯罪-醫療構面辨識指標因子之標準者，分別為(1)病症或事故不合理(2)多人同症狀同醫院同醫師看診(3)病情不符醫療項目(4)住院次數頻繁(5)誇大病情(違反告知義務)(6)醫療院所設備簡陋；另外，未同時達到平均數3.5分及共識程度達70%之標準者有「醫療院所就診人數稀少」因子，將列入本研究之可疑因子指標參考。(如表5-1-3)

表 5-1-3 受訪專家針對醫療構面共識度之意見分佈

項目	非常不符合 不太符合		沒有意見		還算符合 非常符合		平均數	標準差	共識程度	共識程度 排序
	人數	%	人數	%	人數	%				
3-1 住院次數頻繁	0	0	0	0	40	100.0	4.53	0.506	88.73	4
3-2 病症或事故不合理	0	0	1	2.5	39	97.5	4.70	0.516	91.13	1
3-3 誇大病情(違反告知義務)	1	2.5	1	2.5	38	95	4.43	0.675	87.06	5
3-4 多人同症狀同醫院同醫師看診	1	2.5	0	0	39	37.5	4.60	0.545	89.37	2
3-5 病情不符醫療項目	0	0	0	0	40	100.0	4.55	0.504	88.73	3
3-6 醫療院所就診人數稀少	3	7.7	17	4.6	19	48.9	3.50	1.038	65.52	7 (未達共識程度)
3-7 醫療院所設備簡陋	5	12.5	14	35	21	52.5	3.58	.931	70.87	6

資料來源：研究者自行整理

(四) 經以 SPSS 統計軟體進行分析，發現「法律構面」之分析結果如下：

1. 「行為人熟悉保險理賠程序」有效值1分達2.5%，2分達2.5%，3分達95.0%；「行為人認為保險詐欺刑度低」分析結果，有效值2分達12.5%，3分達87.5%；「申訴制度(評議、消保官、民意代表)」分析結果，有效值1分達2.5%，2分達10%，3分達87.5%；「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易」分析結果，有效值2分達15%，3分達85%；「行為人具多次保險詐欺前科」分析結果，有效值1分達2.6%，2分達

23.1%，3分達74.4%；「行為人誣告亂控」分析結果，有效值1分達2.5%，2分達32.5%，3分達65%；「行為人曲解法令」分析結果，有效值1分達2.5%，3分達97.5%。

2. 經分析結果，在「法律構面」共識程度意見上，「行為人熟悉保險理賠程序」平均數4.45分，共識程度達86.71%，共識程度排序第1名；「申訴制度（評議、消保官、民意代表）」平均數4.50分，共識程度達84.89%，共識程度排序第2名；「行為人認為保險詐欺刑度低」平均數4.43分，共識程度達84.51%，共識程度排序第3名；「行為人熟悉保險理賠程序」平均數4.58分，共識程度達83.34%，共識程度排序第4名；「行為人誣告亂控」平均數3.80分，共識程度達80.01%，共識程度排序第5名；「行為人曲解法令」平均數3.95分，共識程度達72.26%，共識程度排序第6名；「行為人具多次保險詐欺前科」平均數4.13分，共識程度達69.68%，共識程度排序第7名。

3. 經評選二項結果同時達到平均數3.5分，共識程度達70%，符合本研究醫療保險詐欺犯罪-法律構面辨識指標因子之標準者，分別為（1）行為人熟悉保險理賠程序（2）申訴制度（評議、消保官、民意代表）（3）行為人認為保險詐欺刑度低（4）行為人熟悉保險理賠程序（5）行為人曲解法令（6）行為人誣告亂控；另外，未同時達到平均數3.5分及共識程度達70%之標準者有「行為人具多次保險詐欺前科」因子，將列入本研究之可疑因子指標參考。（如表5-1-4）

表 5-1-4 受訪專家針對法律構面共識度之意見分佈

項目	非常不符合 不太符合		沒有意見		還算符合 非常符合		平均數	標準差	共識程度	共識程度 排序
	人數	%	人數	%	人數	%				
4-1 行為人熟悉保險理賠程序	1	2.5	1	2.5	38	95.0	4.58	0.675	83.34	4
4-2 行為人認為保險詐欺刑度低	0	0	5	12.5	35	87.5	4.43	0.712	84.51	3
4-3 申訴制度（評議、消保官、民意代表）	1	2.5	4	10	35	87.5	4.50	0.784	84.89	2
4-4 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易	0	0	6	15	34	85	4.45	0.749	86.71	1
4-5 行為人具多次保險詐欺前科（針對多次保險詐欺法律層面）	1	2.6	9	23.1	29	74	4.13	1.114	69.68	7 (未達共識程度)
4-6 行為人誣告亂控（針對法律程序層面）	1	205	13	32.5	26	65	3.80	0.758	80.01	5
4-7 行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）	1	2.5	0	0	39	97.5	3.95	1.037	72.26	6

資料來源：研究者自行整理

三、醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子評選

本研究以「個人構面」、「保險構面」、「醫療構面」、「法律構面」等四大構面，篩選出 28 項辨識指標因子，經邀請 40 位對醫療保險詐欺案件有深度認識及接觸之保險公司理賠部人員、刑事警察人員、學者等專家，進行辨識指標因子焦點問卷調查，再將結果以統計軟體進行「平均數」、「標準差」及「變異係數」之統計、分析，並設定評選標準為兩項必須同時達到平均數 3.5 分，共識程度 70% 之基準結果，共發現合乎基準結果者共有 22 項辨識指標因子，分述如下：（如表 5-1-5）

（一）個人構面遴選因子依序為：

1. 輕病住院或住院經常請假（不假）外出（平均數 4.65、共識程度 90.58%）。
2. 集團性犯罪（多人共同犯罪）（平均數 4.70、共識程度 85.78%）。
3. 經濟困難與投保金額不相當（平均數 4.53、共識程度 81.21%）。
4. 以人頭投保等（平均數 4.35、共識程度 80.91%）。

（二）保險構面遴選因子依序為：

1. 偽造申請理賠文件（平均數 4.55、共識程度 87.33%）。
2. 連續申領理賠（平均數 4.43、共識程度 87.01%）。
3. 高理賠保險商品（平均數 4.38、共識程度 85.60%）。
4. 重複投保（平均數 4.35、共識程度 80.83%）。
5. 承保通報速度慢（平均數 3.58、共識程度 75.87%）。
6. 理賠人員專業敏感度不佳（平均數 3.52、共識程度 75.40%）。

（三）醫療構面遴選因子依序為：

1. 病症或事故不合理：（平均數 4.7、共識程度 91.13%）。
2. 多人同症狀同醫院同醫師看診（平均數 4.6、共識程度 89.37%）。
3. 病情不符醫療項目（平均數 4.55、共識程度 88.73%）。
4. 住院次數頻繁（平均數 4.53、共識程度 88.73%）。
5. 誇大病情（違反告知義務）（平均數 4.43、共識程度 87.06%）。
6. 醫療院所設備簡陋（平均數 3.58、共識程度 70.87%）。

（四）法律構面遴選因子依序為：

1. 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易（平均數 4.45、共識程度 86.71%）。
2. 申訴制度（評議、消保官、民意代表）（平均數 4.50、共識程度 84.89%）。
3. 行為人認為保險詐欺刑度低（平均數 4.43、共識程度 84.51%）。
4. 行為人熟悉保險理賠程序（平均數 4.58、共識程度 83.34%）。
5. 行為人誣告亂控（針對法律程序層面）（平均數 3.80、共識程度 80.01%）。
6. 行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）（平均數 3.95、共識程度 72.26%）。

表 5-1-5 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子彙整表

排序	構面/指標因子	醫療保險詐欺辨識指標因子	平均數 (3.5分)	共識程度 (70%)
1	個人構面	輕病住院或住院經常請假(不假)外出	4.65	90.58%
2		集團性犯罪(多人共同犯罪)	4.70	85.78%
3		經濟困難與投保金額不相當	4.53	81.21%
4		以人頭投保	4.35	80.91%
1	保險構面	偽造申請理賠文件	4.55	87.33%
2		連續申領理賠	4.43	87.01%
3		高理賠保險商品	4.38	85.60%
4		重複投保	4.35	80.83%
5		承保通報速度慢	3.58	75.87%
6		理賠人員專業敏感度不佳	3.52	75.40%
1	醫療構面	病症或事故不合理	4.7	91.13%
2		多人同症狀同醫院同醫師看診	4.6	89.37%
3		病情不符醫療項目	4.55	88.73%
4		住院次數頻繁	4.53	88.73%
5		誇大病情(違反告知義務)	4.43	87.06%
6		醫療院所設備簡陋	3.58	70.87%
1	法律構面	行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易	4.45	86.71%
2		申訴制度(評議、消保官、民意代表)	4.50	84.89%
3		行為人認為保險詐欺刑度低	4.43	84.51%
4		行為人熟悉保險理賠程序	4.58	83.34%
5		行為人誣告亂控(針對法律程序層面)	3.80	80.01%
6		行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)	3.95	72.26%

資料來源：研究者自行整理

第二節 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子權重偏好分析

一、醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子權重偏好

本研究經邀請 40 位對醫療保險詐欺案件有深度認識及接觸之專家，進行醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子焦點問卷調查後，從篩選出之 28 項辨識指標因子，再將結果以統計軟體進行「平均數」、「標準差」及「變異係數」統計、分析後符合設定基準之辨識指標因子共為 22 項(如表 5-2-1)，經再將符合設定基準之 22 項辨識指標因子，第二次再以 Herrera-Viedma et al. 的「一致性模糊偏好關係法」(consistent fuzzy preference relation, CFPR)設計問卷，共邀請 15 位專家進行權重問卷調查，本次所邀請之專家分別為保險公司理賠專業主管 7 位、專業醫師 2 位、保險業務部門主管 1 位、曾偵辦醫療保險詐欺之警察 3 位與檢察官 2 位，合計共 15 位專家進行偏好權重問卷調查，其中參與權重問卷人員之專業領

域人員，均為現在從事保險業務之資深理賠專家及相關從事保險詐欺偵辦、專業醫師與政府部門業務主管之專家進行問卷填答，以符合本研究之權重排序。

本研究將符合設定基準之 22 項辨識指標因子，以「一致性模糊偏好關係法」(CFPR)設計問卷，進行第二次專家問卷填答，共分為「絕對重要」、「相當重要」、「普通重要」、「稍微重要」、「同等重要」等，共有 9 個選項，將不同辨識指標因子分列於 AB 兩側，填答等級左右各為「絕對重要」9 分、「相當重要」8 分、「普通重要」7 分、「稍微重要」6 分、等依序排序，中間值為「同等重要」1 分，再由專家進行左右兩邊之兩兩比較，採左右拉距擇一填答方式進行，進行兩兩比較（詳如附件 3），亦即依照個人專業經驗，以兩邊因子之重要程度，選擇一項因子做為相互拉距分數之權重評分標準，及醫療保險詐欺犯罪辨識指標四大構面因子表（如表 5-2-1）。

表 5-2-1 醫療保險詐欺犯罪四大構面辨識指標因子表

標號	構面/指標因子	醫療保險詐欺辨識指標因子	排序
一	個人構面	輕病住院或住院經常請假（不假）外出	1
		集團性犯罪(多人共同犯罪)	2
		經濟困難與投保金額不相當	3
		以人頭投保	4
二	保險構面	偽造申請理賠文件	1
		連續申領理賠	2
		高理賠保險商品	3
		重複投保	4
		承保通報速度慢	5
		理賠人員專業敏感度不佳	6
三	醫療構面	病症或事故不合理	1
		多人同症狀同醫院同醫師看診	2
		病情不符醫療項目	3
		住院次數頻繁	4
		誇大病情(違反告知義務)	5
		醫療院所設備簡陋	6
四	法律構面	行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易	1
		申訴制度（評議、消保官、民意代表）	2
		行為人認為保險詐欺刑度低	3
		行為人熟悉保險理賠程序	4
		行為人誣告亂控（針對法律程序層面）	5
		行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）	6

資料來源：研究者自行整理

二、醫療保險詐欺犯罪辨識指標構面及因子權重排序

本研究將符合設定基準之 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，由「一致性模糊偏好關係法」(CFPR)，以「四大構面」、「個人構面」、「保險構面」、「醫療構面」、「法律構面」設計相對重要性程度問卷，再另邀請 15 位專家進行權重偏好問卷調查，經以 CFPR 問卷及程式進行，以決定其指標因子之重要性及權重排序，分述如下：

(一) 四大構面權重分析：

經以「個人構面」、「保險構面」、「醫療構面」、「法律構面」四大面向，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，透過函數公式，求得與決策判斷矩陣相對應的互補模糊偏好關係矩陣，運用 Excel 公式求得整個決策矩陣之其他各模糊偏好關係值，再透過轉換函數維持其互補性及相加之一致性，再以設計之 Excel 統計分析程式進行分析，依照專家選填「絕對重要」、「相當重要」、「普通重要」、「稍微重要」、「同等重要」等 5 個層級之重要程度，分屬左右兩邊，給予評定分數 1 至 9 分，輸入 Excel 所設計之計算程式，依據輸入結果進行統計，再進行各構面間之權重換算取得權重值，經分析出四大構面中，第一名為醫療構面佔 33.8%；第二名為個人構面佔 29.5%；第三名為保險構面佔 23.2%；第四名為法律構面佔 13.6%。（如表 5-2-2）

由四大構面權重分析得知，發生醫療保險詐欺犯罪高低的可能性分析如下：

1. 醫療構面：醫療構面在醫療保險詐欺犯罪中，統計出發生的比例為 33.8% 是最高的，佔四大構面的三分之一，可見在醫療項目上，由醫療院所產生有可能詐保之機率是高於其他構面因素的，分析發生因素為醫療院所理應屬於公正的第三方，由醫生來對病患（即保戶）進行醫療行為核實開立診斷證明書，讓病患得以據實的向保險公司申請保險理賠，但或許可能因為誘惑、利益、營運或醫生遭蒙蔽等因素，導致醫生開具不實的診斷證明書，或讓保戶冒用身分看診，得以讓不法保戶有詐領保險理賠金之機會，故在申請理賠條件上卻操控在一個可能成為「人為」的因素上，醫療保險詐欺犯罪發生的可能性，當然就相對性的提升，故如能選擇一種公開、公正、有科學根據的申請理賠條件，勢必能降低醫療保險詐欺案件的發生。

2. 個人構面：分析個人構面在四大構面中為 29.5%，佔將近 3 成的比例，分析其原因乃個人因素牽涉廣泛，有教育、操守、品德、道德、利益、誘惑、債務等因素，大都是屬於個人之自發行為，往往犯下保險詐欺案件的當下可能只是迷失心智的一瞬間，但是要阻止或改變這樣的錯誤觀念卻要花費很多的社會資源，故個人構面在醫療保險詐欺案件中分屬次要因素的第二位。

3. 保險構面：統計保險構面為 23.2%，佔四大構面比例四分之一多比例，分析其因素乃保險公司蓬勃發展，走入人們的生活中是在最近幾十年的時間，發展

至今，各保險公司及政府部門主管已都有成立相當完善的理賠制度，而理賠制度首重程序，程序如果不夠完備或易產生漏洞就會產生保險詐欺的問題，本研究訪談之專家著重在保險公司之資深理賠人員，故在保險制度方面應該自詡是很有信心的，但往往因公司政策、人力不足或員工本身的問題，在保險制度方面還是會發生漏洞的問題，故探討保險理賠制度及理賠程序，導致發生保險詐欺的因素，以防止保險詐欺案件的發生是一項必要的議題。

4. 法律構面：法律構面在四大構面中所佔的比例重要性是最低的，僅 13.6%，分析其原因乃認為相信司法是守護保險制度的最後一道正義防線，因為一般醫療保險詐欺案件不僅蒐證不易，偵辦也無專責機關，且從發生查獲到判刑，所得結果往往都不如預期，在法律構面上也常因為處罰刑責過低，讓不法保險詐騙份子鑽法律漏洞而繼續利用保險來進行詐騙，無法達到警惕與教化的功用，故法律構面在四大構面中經評選為最後一項，有其客觀的因素存在，而認為是最不影響醫療保險詐欺的考量，因為保險理賠制度目前還是著眼在醫療院所治療後，醫生所開立之診斷證明書為理賠依據，若保險業者如能定期與醫療院所進行交流，將因醫療保險詐欺案件，涉及醫護人員共謀保險詐騙遭判刑的案例，提供給各醫療院所知悉，或加重處罰結果，或許可因此讓詐領保險金案件在醫療院所中減少，故本研究即分析在法律構面發生醫療保險詐欺的可能因素，尋找醫療保險詐欺辨識指標因子，以供保險公司及相關單位進行參酌。

表 5-2-2 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子-四大構面權重排序表

構面	權重 (%)	排序
個人構面(F1)	29.5 %	2
保險構面(F2)	23.2 %	3
醫療構面(F3)	33.8 %	1
法律構面(F4)	13.6 %	4

資料來源：研究者自行整理

(二) 個人構面權重分析：

經以個人構面所篩選出辨識指標因子共有 4 項，分別為「集團性犯罪(多人共同犯罪)」、「經濟困難與投保金額不相當」、「以人頭投保」、「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」等因子，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，分析出個人構面辨識指標因子中，第一名為集團性犯罪(多人共同犯罪)，佔 32.0%；第二名為輕病住院或住院經常請假(不假)外出，佔 29.0%；第三名經濟困難與投保金額不相當，佔 27.6%；第四名為以人頭投保，佔 11.4%。(如表 5-2-3)

醫療保險詐欺犯罪由個人構面權重分析得知，其犯罪辨識指標因子為集團性犯罪(多人共同犯罪)、輕病住院或住院經常請假(不假)外出、經濟困難與投保金額不相當、以人頭投保等共四項因子，分析其發生因素之可能性如下：

1. 集團性犯罪(多人共同犯罪)：一般投保保險的理由，大都是為預防將來如意外發生時先作彌補的一種措施，故在醫療保險上都是屬於個人投保的一種現象，除非是由機關團體所進行的團保，故在申請理賠時，如非由個人直接提出申請，卻是委託第三人或保險經紀公司來向保險公司提出申請者，保險詐欺的可能性就會隨之增加，由警方所查獲之案件分析，大都數的醫療保險詐欺案件，投保當事人大都是透過俗稱仲介黃牛之第三人協助，或是被幕後的集團份子首領控制，研究中發現有共犯協助而非獨立犯案的案件佔了八成，其中多半被害人與犯罪人合謀共同詐欺保險公司，部分保險從業人員或醫療人員也係屬共犯結構的一環，囿於有共犯掩飾，更助長了醫療保險詐欺案件的發生，故在醫療保險詐欺犯罪的個人構面中，「集團性犯罪(多人共同犯罪)」佔了 32%的比例，超過了比例的 3 成，是屬於非常高的現象，故如保險理賠案件對保戶進行訪查時，發現保戶無法將事故及申請理賠過程詳細解釋，或推託委係請他人代辦保險理賠事宜時，即可分析出可能為保險詐欺案件。

2. 輕病住院或住院經常請假(不假)外出：對於一般正常的民眾，生病是一種不得已的現象，也是一種生理的折磨，而且當生病病情嚴重到需要住院時，首先考慮到的是工作必須停止，收入必須減少，還會累及到家人，並且還必需要負擔一筆為數可觀的醫藥費，所以對於生病能不住院就會盡量避免，但有些購買保險的保戶只是小病或是無病呻吟，卻是千方百計的要求醫師讓其住院，原因無它，就是住院的行為可以讓保戶「賺錢」，使其增加收入，原因在於他們有投保高額的住院醫療保險，其實有些病症只需要門診就可處理，但往往保戶因為投保住院理賠商業保險的關係，所以他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金。這種情形在醫療保險中投保高住院醫療險，惡意浮濫住院向保險公司詐取高額保險理賠金時有所聞，這類事故也更是難偵辦的案件，所以探討醫療體系中有關病歷撰寫、申報制度內容、住院浮濫與不良醫院等問題，對於醫療保險詐欺之影響是絕對相關的，因為他們住院期間常不假外出，然後被發現後

再使用跟醫師假裝病情嚴重無法出院等伎倆，這種現象尤其是精神病患者更是常見，故在醫療保險詐欺犯罪的個人的構面上，「輕病住院或住院經常請假（不假外出）」因子，佔了 29.0%，亦是將近 3 成的比例是非常高的現象。

3. 經濟困難與投保金額不相當：一般對於投保商業保險者，均會考量其經濟狀況，把儲蓄金或總收入的部分，購買保險作為萬一發生意外時之補貼，但研究者訪談發現一般保險詐欺案件的要保人，都是在經濟發生困難時，就會想到保險，想要從以前所繳納的保費中撈本，或是直接利用保險來詐領保險理賠金；犯罪人動機均係因為金錢因素，無論是負債累累、見錢眼開、可以發現保險詐欺均以金錢而引發的詐欺之動機，更發現犯罪者不一定有刑事案件的前科，在日常生活方面均有債務及財務上的冒險，均有因事業、投資或賭博而產生鉅額債務的問題，而同案共犯之間亦均有債務的壓力，且這種債務很多都來自向地下錢莊或賭債等，故他們認為犯案後是有利可圖、利多於損的，所以更會合理化犯案時的行為而加以隱瞞脫罪，以作為降低犯罪時的虧欠，甚至有些保險詐騙者的收入根本入不敷出，竟然還會想要買保險，這種現象都是超乎正常購買保險商品時之思維，尤其是保費便宜的旅遊平安險，更是保險詐騙份子最常利用來詐領保險金所購買的商品，故對於醫療保險詐欺犯罪在個人的構面上，「經濟困難與投保金額不相當」佔了 27.6%，將近 3 成的比例是非常高的現象。

4. 以人頭投保：一般投保的民眾均是為了要防患未然，但有些民眾他們無力買保險，但為了生活卻被當成人頭而投保，從財團法人保險犯罪防治中心的統計，在 2011 年以後，詐保行為集中在壽險市場，包括利用遊民或弱勢民眾人頭詐保，保險詐騙犯罪集團鎖定遊民、弱勢單身者，先幫「人頭」投保意外險、醫療險、旅平險等，再以製造假車禍或各種傷害事故來詐領保險金，甚至有些保險經紀公司，利用人頭或者是協助無力繳納保費的保戶，控制他們的行動與理賠金融帳戶，而當這些人頭保戶有需要使用醫療服務時，保險經紀公司就可得到一筆定額的現金賠償以補貼其全數或部分醫療開支，故對於醫療保險詐欺犯罪在個人的構面上，「以人頭投保」佔了 11.4%，雖僅 1.1 成左右的比例，但卻是醫療保險詐欺案件重要的一環。

表 5-2-3 個人構面權重排序表

個人構面辨識指標因子	權重 (%)	排序
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	32.0%	1
經濟困難與投保金額不相當(F12)	27.6%	3
以人頭投保(F13)	11.4%	4
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	29.0%	2

資料來源：研究者自行整理

(三) 保險構面權重分析

經以保險構面所篩選出辨識指標因子共有 6 項，分別為「個人構面辨識指標因子」、「偽造申請理賠文件」、「重複投保」、「連續申領理賠」、「高理賠保險商品」、「承保通報速度慢」、「理賠人員專業敏感度不佳」等因子，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，分析出保險構面辨識指標因子中，第一名為高理賠保險商品佔 21.7%；第二名為連續申領理賠，佔 20.5%；第三名重複投保，佔 19.1%；第四名為偽造申請理賠文件佔 17.6%；第五名為理賠人員專業敏感度不佳，佔 16.1%；第六名為承保通報速度慢，佔 5.0%。(如表 5-2-4)

醫療保險詐欺犯罪由保險構面權重分析得知，其犯罪辨識指標因子為偽造申請理賠文件、重複投保、連續申領理賠、高理賠保險商品、承保通報速度慢、理賠人員專業敏感度不佳等共六項因子，分析其發生因素之可能性如下：

1. 高理賠保險商品：很多的保險公司在設計保險理賠商品時，都會考量出險與合理的利潤，但有些保險公司為了招攬更多的客戶，會故意設計出一些如發生事故時可獲得高理賠金的商品，以作為吸引更多的人來購買保險的誘因，因此，保險詐欺犯罪人就會針對該些高理賠金額的保險商品，故意偽造符合理賠的假事故以詐領保險理賠金，因為犯罪人的動機均係因為金錢因素，利用漏洞詐保或曾因保險理賠而食髓知味，故犯罪人會故意去挑這些投資報酬率較高的理賠產品來進行詐保，這些都是因為高理賠的商品所引發的詐欺動機，所以保險公司必須要調整商品的設計方向，並在保單條款中明確的列入道德危險相關之除外不保事項，故對於醫療保險詐欺犯罪在保險的構面上，「高理賠保險商品」因子，在六項因子中佔了 21.7%，超過五分之一的比例，是非常高的現象。

2. 連續申領理賠：在醫療保險理賠申請上，一般均是一事故申請一次理賠，但當如果連續多次申請理賠，表示保戶在短時間即發生多起的保險理賠事故，這在正常的狀態之下是少見的，而當保戶又同時向多家保險公司投保時，相對性的申請理賠次數將會更高，這種現象均違反了理賠出險的常態性原則。一般保險詐騙份子會常以一種較不會引人注意的小額出險，慢慢蠶食的方式造成保險公司財

務上的損失，分析其犯罪行為，犯罪人往往不僅只是從事一次犯罪行為，而是多次反覆的從事此詐保行為，而當他們發展出一套成功的保險詐騙模式後，將會食髓知味的反覆進行詐騙。一般商業醫療保險詐欺，大都因理賠金額低、次數頻繁，有些保險公司在不符追查成本及考量保戶流失的情況下，採取放任政策，終將會使保險詐騙之風氣增加，進而朝向集團化的組織趨勢。故對於醫療保險詐欺犯罪在保險的構面上，「連續申領理賠」因子，在六項因子中佔了 20.5%，亦超過了五分之一的比例，也是非常高的現象。

3. 重複投保：購買保險商品需視本身經濟能力而訂，而一般對於保險商品之選擇亦都以合乎滿足給付概況為前提，如在同一家保險公司選擇購買高額之保險商品，保險公司則會對於保戶是否有此購買能力，進行保戶投保薪資金流調查，令意圖進行詐騙者有所顧忌，故保險詐騙犯罪人意圖進行詐騙行為時，為獲取高額保險理賠金，都會以分散向多家保險公司購買保險的方式進行，而產生重複投保現象。在醫療保險詐欺犯罪中，較容易詐領鉅額保險理賠金的犯罪以意外事故案件較多，此類案件的特性大都以投保意外險或旅遊平安險居多，其特性在於所需繳納之保費較低，出險時卻可獲得高額之保險理賠金，且一次分別向多家保險公司重複投保，投保後短期內即製造意外事故申報出險，故對於醫療保險詐欺犯罪在保險的構面上，「重複投保」因子，在六項因子中佔了 19.1%，將近達五分之一的比例，也是非常高的現象。

4. 偽造申請理賠文件：有關申請保險理賠之文件要實施偽造並不容易，最常見的即是醫院之診斷證明書，縱使是國外之醫療收據或診斷證明等，都可以透過公務的方式進行確認，但較無法防範的卻是由醫師本身所開立與病情不符合之診斷證明，及與保險公司內部承辦理賠業務職員，監守自盜偽造之申請理賠文件，因為詐騙的環節出錯在審核端，故較不易被察覺，醫師結合保險黃牛等，開立與病情不符之診斷證明，讓病患藉此可向投保之保險公司，申請醫療及殘障等保險理賠；另外，也有些醫療保險詐騙案件，發現醫療機構向政府或給保戶向保險公司申請醫療補助的資料都是偽造的，因為他們會以當天就診的病患偽造就醫記錄，來詐領醫療賠償或補助。故對於醫療保險詐欺犯罪在保險的構面上，「偽造申請理賠文件」因子，在六項因子中佔了 17.6%，超過六分之一以上的比例，也是非常高的現象。

5. 理賠人員專業敏感度不佳：保險公司之理賠人員均屬專業人員之一，對於保戶提出申請之理賠案件，應具備有專業之判斷能力，對於事故違反常理之案件，更應要有提出查證問題點的能力，但實際發現有些商業保險公司的理賠人員，可能因案件量多人力不足或因不夠細心或因訓練不足等因素，對於申請醫療保險理賠案件是否有涉及保險詐欺可疑之專業敏感度是不夠的，往往需等到他家保險公

司通報是否有相同之申請理賠案件才會發現可疑。因此在保險公司部分從保險商品的設計、業務的招攬、核保書面審查、投保徵信調查、理賠申請審核及道德危險件的調查等，這些層面保險公司如果都能夠嚴格把關，保險詐欺犯罪率將會大幅度的降低，因為保險公司本身層層把關是預防保險詐欺犯罪最佳的途徑；另外，保險公司必須要提升核保、理賠人員之專業知識，聘請較專業之理賠調查人員與更新較精密之調查儀器、器材，這樣才能讓保險詐欺案件防範於未然，故對於醫療保險詐欺犯罪在保險的構面上，「理賠人員專業敏感度不佳」因子，在六項因子中佔了 16.1%，超過將近六分之一的比例，也是非常高的現象。

6. 承保通報速度慢：在醫療保險詐欺案件中，雖然都是因為保戶申請理賠後才知道有事故的發生，但殊不知保險詐欺案件是可以事先預防的，因為當保戶購買保險商品時，保險公司會有核保機制，審查投保的資格是否符合，因此在核保審查的階段，除清查保戶有無投保紀錄出險情形外，即必須要通報其他家保險公司過濾是否有重複向多家投保的情形，以達到防制詐保的預防，所以保險公司可採行之方式為擴大建立保險核保及理賠通報制度，由最初的核保端先行過濾及篩檢是否為保險詐欺犯罪的成員，從投保資料檔案的建立，進而著重保險理賠案件之處理，成立互聯網以提供各保險公司有關保險資訊資料的查詢，如美國、澳洲均有建立保險查詢服務系統整合了各保險公司資料以供會員公司查詢，過濾曾有過詐欺的可疑行為等，以減少保險詐欺犯罪的發生率。故對於醫療保險詐欺犯罪在保險的構面上，「承保通報速度慢」因子，在六項因子中佔了 5.0%，雖然只有佔 20 分之一的比例，但可以因此達到防制保險詐欺案件的發生，也是非常重要的。

表 5-2-4 保險構面辨識指標因子權重排序表

個人構面辨識指標因子	權重 (%)	排序
偽造申請理賠文件(F21)	17.6 %	4
重複投保 (F22)	19.1 %	3
連續申領理賠(F23)	20.5 %	2
高理賠保險商品(F24)	21.7 %	1
承保通報速度慢(F25)	5.0 %	6
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	16.1 %	5

資料來源：研究者自行整理

(四) 醫療構面權重分析

經以醫療構面所篩選出辨識指標因子共有 6 項，分別為「住院次數頻繁」、「病症或事故不合理」、「誇大病情(違反告知義務)」、「多人同症狀同醫院同醫師看診」、「病情不符醫療項目」、「醫療院所設備簡陋」等因子，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，分析出醫療構面辨識指標因子中，第一名住院次數頻繁，佔 22.9%；第二名為病症或事故不合理，佔 20.5%；第三名為

多人同症狀同醫院同醫師看診，佔 17.8%；第四名為誇大病情(違反告知義務)，佔 16.1%；第五名為病情不符醫療項目，佔 13.7%；第六名為醫療院所設備簡陋，佔 8.9%。(如表 5-2-5)

醫療保險詐欺犯罪由醫療構面權重分析得知，其犯罪辨識指標因子為住院次數頻繁、病症或事故不合理、誇大病情(違反告知義務)、多人同症狀同醫院同醫師看診、病情不符醫療項目、醫療院所設備簡陋因子等共六項因子，分析其發生因素之可能性如下：

1. 住院次數頻繁：經統計目前在各醫療院所人滿為患的情況下，尤其像台大等教學醫院，病房都是一床難求的，但是在較偏僻的地區醫院卻有病患可以不斷的持續住院，研究中發現了一個現象，就是很多經常住院病人的病例，發現一旦他們的保險理賠範圍用完了，他們就神秘地「變好了」；另外，還有一些病患就是老問題的小病，但因為買了很多家保險，所以就常常去住院請領保險金，甚至有一些癌症患者，都已經經過三年到五年的穩定治療期，但是因為有投保癌症的門診保險，因此也是不斷地去看醫生住院，繼續請領保險理賠金。所以以實際案例分析及探討醫療體系住院的浮濫與不良的醫療制度，並進一步探討目前醫療保險爭議案件是否涉及保險詐欺的問題，在醫療保險詐欺防制上的困難及所面臨的問題與嚴重性是非常重要的。故對於醫療保險詐欺犯罪在醫療的構面上，「住院次數頻繁」因子，在六項因子中佔了 22.9%，超過將五分之一以上的比例，是非常重要的因素。

2. 病症或事故不合理：在一般門診醫師會請病患針對症狀做主述，再進一步的檢查或檢驗，以確定病因；一般對於涉及可疑保險詐欺的案件，警方也會請當事人對意外事故發生的經過進行模擬，以調查其事故的真偽，但通常會發現被保險人或受益人為自己或他人不法之利益，因意圖詐領保險理賠金而故意製造意外事故等危險性的行為，誘導保險公司誤判的結果，得以僥倖詐騙得逞，研究中發現○○人壽等多家保險公司，提供可疑為保險詐欺案件最多之症狀，分別為精神疾病、大腸息肉、輕傷輕症住院、詐死、詐盲、偽殘、不符醫療常規的檢查或手術、高日額複保險、盲腸炎、癌症假檢體等。故對於醫療保險詐欺犯罪在醫療的構面上，「病症或事故不合理」因子，在六項因子中佔了 20.5%，超過五分之一的比例，是非常高的現象。

3. 多人為同症狀同醫院同醫師看診：古時如果有專精醫術高明的醫師，懸壺濟世定當聲名遠播，但現在已為科技時代，不管是中醫或是西醫都需要有精密的儀器來輔助醫療，所以現在的時代講究的是醫院設備的精密與先進，及醫師豐富的臨床經驗，故古時候所謂的名醫，在現在這個時代處處都有，每一間醫院都有專精的主治醫師駐診，甚至還有南北跨區的看診模式，但如果在現在這個時代還

有為了看病開立診斷證明書固定去找同醫院同醫師看診的情形，可能必須去了解其中的因素了。目前實務上發生有父母、小朋友、配偶，甚至他的父母都去同一間醫院找同一位醫生，做同一種病症的相同治療，而且是跨區到他縣市，頻率每隔一三五就會去就醫，實際上從 18 歲到 78 歲，全家全都是椎間盤突出，全部同一天結伴來回，並全部一起來申請保險理賠，而且是重複多家投保，住院中購買雜費全都灌水，目的就是為了申請保險金，這種情形精神病更是常見，如有其中一人先發生急性腸胃炎、或腦震盪、挫傷等，後面就會有人跟著同樣的症狀看診，而那個人可能就是配偶、或者是他的子女、父母，或是兄弟姊妹的配偶、子女、父母等。故對於醫療保險詐欺犯罪在醫療的構面上，「多人為同症狀同醫院同醫師看診」因子，在六項因子中佔了 17.8%，雖然只有佔六分之一多的比例，但卻是一個非常明確的醫療保險詐欺因素。

4. 誇大病情(違反告知義務)：在眾多的醫療保險治療項目中，有些項目是需要住院治療的，但有些則只需要門診就可處理，但有些有投保高日額住院醫療給付的保戶，他們會用盡各種方法來取得住院的權利，以獲取住院的保險理賠金，甚至於會發生沒病裝病，小病裝大病的現象，經過訪談研究發現，比較嚴重的是精神疾病，因為就連精神科醫生也坦承，目前是無法以科學檢驗的儀器來斷定患者是否真的具有精神疾病及其嚴重的程度，因為沒有辦法可以驗證患者到底有沒有該方面的疾病，它不像一般的疾病，可以掃描、檢查，所以患者可能沒有精神疾病就跟醫生主述，這裡痛哪裡痛，結果檢查都沒有，讓醫生認為就是這麼嚴重，所以需要住院，這些案例甚至發現有保險黃牛可以幫忙找醫生來處理，甚至教保戶怎麼裝病成重鬱症、憂鬱症，甚至還會去購買一些專業的書籍來研究，哪些症狀要如何表現出來才能取信於醫生。故對於醫療保險詐欺犯罪在醫療的構面上，「誇大病情(違反告知義務)」因子，在六項因子中佔了 16.1%，雖然只有佔六分之一的比例，但對於醫療保險詐欺辨識指標而言也是非常高的現象。

5. 病情不符醫療項目：一般病情不符醫療項目大都是醫院本身發生問題，有可能是保戶、黃牛與醫生掛勾，在診斷證明書上填寫與病情不符的項目；或是醫療院所為了商業上的利益，蒙蔽患者所擅自偽造的一種行為，如研究中發現有些醫院虛報醫療上的治療項目，濫用部分包括處方用藥及物理治療，發生包括在沒有經過醫師的同意下擅自換藥，改變劑量，增加藥物，及醫師的同意下更新患者的處方簽，甚至患者拿偽造的處方簽領藥等，以低單價診療、手術、檢查、用藥等醫療行為申報單價較高的診療、手術、檢查藥品費用，甚至有些醫師會用「幽靈診斷」進行醫療保險詐欺，詐騙方法是由醫師及其團隊創造出有人來就診(但實際上並沒有)的過程，所以如果這些行為是保戶與醫院醫生共同的協議，那假住院或虛報住院天數或用幽靈診斷等，一方面保戶可持相關診斷證明向保險公司申請理賠，而醫院則可詐領健保費用。故對於醫療保險詐欺犯罪在醫療的構面上，「病

情不符醫療項目」因子，在六項因子中佔了 13.7%，超過將近七分之三的比例，也是非常高的現象。

6. 醫療院所設備簡陋：醫療院所之所以能夠吸引民眾前往看病治療，除了有好的醫師團隊外，最重要的是醫院的設施及精密的醫療器材，但有些醫療院所雖然沒有好的醫療設施，但生意卻是車水馬龍，經研究者發現，原因乃醫生可以配合開立患者所需要的診斷證明書內容，因為有些醫院也考量到營運成本及人力的問題，只要患者要求醫師要住院，醫生都會在健保允許的範圍內同意住院，往往這是醫院的政策，為了營運考量，所以有些醫院不是靠充實設備及醫術來吸引病人的，只需要有這些看診的過程；另外，還有些醫院為了健保給付的問題，也常睜一隻眼閉一隻眼，簡單講就是醫院的縱容。故對於醫療保險詐欺犯罪在醫療的構面上，「醫療院所設備簡陋」因子，在六項因子中佔了 8.9%，雖然只有佔不到一成的比例，但也是非常重要的因子。

表 5-2-5 醫療構面辨識指標因子權重排序表

個人構面辨識指標因子	權重 (%)	排序
住院次數頻繁(F31)	22.9%	1
病症或事故不合理(F32)	20.5%	2
誇大病情(違反告知義務)(F33)	16.1%	4
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	17.8%	3
病情不符醫療項目(F35)	13.7%	5
醫療院所設備簡陋(F36)	8.9%	6

資料來源：研究者自行整理

(五) 法律構面權重分析：

經以法律構面所篩選出辨識指標因子共有 6 項，分別為「行為人熟悉保險理賠程序」、「行為人認為保險詐欺刑度低」、「申訴制度(評議、消保官、民意代表)」、「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易」、「行為人誣告亂控」、「行為人曲解法令」等因子，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，分析出法律構面辨識指標因子中，第一名為申訴制度(評議、消保官、民意代表)，佔 25.3%；第二名行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易，佔 22.3%；第三名行為人熟悉保險理賠程序，佔 19.5%；第四名為行為人認為保險詐欺刑度低，佔 14.6%；第五名為行為人曲解法令，佔 9.6%；第六名為行為人誣告亂控，佔 8.7%。(如表 5-2-6)

醫療保險詐欺犯罪由法律構面權重分析得知，其犯罪辨識指標因子為申訴制度（評議、消保官、民意代表）、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易、行為人熟悉保險理賠程序、行為人認為保險詐欺刑度低、行為人曲解法令、行為人誣告亂控等共六項因子，分析其發生因素之可能性如下：

1. 申訴制度（評議、消保官、民意代表）：保險詐欺案件包括了很多無法舉證或證據不足或涉及違反保險契約情況下的案件，這類案件為數不少，保險公司常以協商、和解、申訴仲裁的方式來處理，如果這類案件能訴諸法律，由地檢署或法院進行調查、審判，對於保險公司而言是一種既期待又怕受傷害的作為，因為我們都相信司法應該是判定是非的最後一道防線，但對於訴諸法律的行動，保險公司為了怕背負「拒賠亂訴」的名聲及客源招攬的考量下都是處於被動的地位，所以當遇有疑似保險詐欺案件時，除非詐騙證據非常明確，保險公司都會儘可能與客戶達成協議，而在這之前如果客戶不服就會提出申訴，目前申訴的管道眾多，只要是合理的程序保險公司理應接受，但如果是不合理的，保險公司迫於無奈只能選擇兩權相害取其輕的策略，讓損失減低到最少。有些保險公司礙於維護公司企業形象的政策而隱忍詐保案件，甚至於大部分的保險公司在保戶進行申訴時，均會考量保險賠付成本與繳納保證金的抉擇上，而縱容詐保事件的發生，這是因為制度而衍生的另一種保險詐欺特性。

研究發現金融消費者保護法於100年6月3日經立法院三讀通過，同年6月29日總統制定公佈，並經行政院核定自同年12月30日施行，100年11月23日依金融消費者保護法規定，將處理消費爭議的機構定名為「財團法人金融消費評議中心」，並於101年1月2日正式揭牌運作，成為處理金融消費爭議之專責機構，並負責辦理金融教育的宣導，開啟了保護消費者的新開端。但目前對於申訴的案件，保險公司寧願經由法院審理，也不願由評議中心來進行評議，因為評議中心是金融消費評議中心，所以基本上是偏向消費者的，既然偏向消費者，它的方向就不對了，就已經不是為了公正性而存在了，就好比消費者基金會，它是站在消費者的立場來評論的。評議中心跟法院，他們的看法兩極，一個認為由病歷判定醫療結果；另一個則認為要尊重主治醫生的意見，所以這樣的結果看法是很兩極的，所以大部分的保險公司都寧願跟提起申訴的保戶和解、協商，因為只要進去評議中心申請一次就要花2萬多元，基於成本考量，小案件花在那邊的錢，比賠付的還要多，所以保險公司都還滿畏懼評議。故對於醫療保險詐欺犯罪在法律的構面上，「申訴制度（評議、消保官、民意代表）」因子，在六項因子中佔了25.3%，是最高的超過四分之一的比例，可見該因子對於醫療保險詐欺案件是一個非常嚴重的因素。

2. 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易：醫療保險詐欺案件自發生到向保險公司申請理賠，時間都已事過境遷，相距甚久，保險公司都是事後再依據保戶所提供的資料進行事後調查，所以一般意圖詐保之行為人，他們的認知即是只要將犯罪過程隱匿不被發現，保險公司就一定會賠付。根據財團法人保險犯罪防制中

心統計從 2004 年至 2016 年 9 月全國偵破保險犯罪案件類型的件數統計共有 37 件，涉案金額累計達 24 億 9 千餘萬元，但真實的情況，發生保險詐欺的案件根本是數十倍的比例，只是沒被追訴而已，有些保險仲介黃牛他們用假冒身分勾結醫師開立診斷證明書詐領保險金，但在勾結的部分，因為證據不足，醫生的部分也是不起訴。故對於醫療保險詐欺犯罪在法律的構面上，「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易」因子，在六項因子中佔了 22.3%，超過五分之一以上的比例，是非常高的醫療保險詐欺犯罪指標現象。

3. 行為人熟悉保險理賠程序：犯罪經驗可以讓人膽大妄為，也可以讓人在犯罪中避免重蹈覆轍免於被查獲的危險，亦可以讓人縮短犯罪年齡的差距，所以保險詐欺是一種犯罪現象，因此保險理賠申請制度對於犯罪者而言也是一種犯罪經驗，一般保險詐騙黃牛（仲介者），他們對於保戶申請理賠程序非常清楚，有些甚至是曾任保險公司離職的職員，他們熟悉如何去獲取合法申請理賠的文件管道，所以當他們運用各種手段協助保戶申請理賠金後，再向保戶收取 3-5 成不等的回扣作為報酬，另外也有些保險詐欺犯罪人熟悉各項的保險理賠程序，利用自己本身或其他無知的被害人，設計意外事件以詐領保險金，在申請理賠階段由於犯罪人每次申領保險金均有人身受傷害或身亡，在審核階段時使保險公司顯難以查證，而順利取得不法之保險理賠金，故對於醫療保險詐欺犯罪在法律的構面上，「行為人熟悉保險理賠程序」因子，在六項因子中佔了 19.5%，佔了將近五分之一的比例，對於醫療保險詐欺案件是一個非常嚴重的現象

4. 行為人認為保險詐欺刑度低：保險詐欺案件實務上法院的判例，以詐欺罪論處之比例是最高的，但詐欺犯罪行為，刑事罰責最高僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，而保險詐欺的詐騙金額，往往動則數百萬元，甚至數仟萬元，比起高獲利的詐騙所得，五年以下的徒刑還有假釋等規定，根本不足以達到嚇阻作用，因為大多數的犯罪所得與刑期判決是不對等的，可見醫療保險詐欺在刑法判處刑期上的嚴厲性是不夠的，相對性的遏阻力量自然也就偏低，況且只要願意與保險公司進行和解，法院甚至於會給予更輕的處分。故對於醫療保險詐欺犯罪在法律的構面上，「行為人認為保險詐欺刑度低」因子，在六項因子中佔了 14.6%，超過六分之一的比例，對於醫療保險詐欺案件也是一個非常高的因子。

5. 行為人曲解法令：詐欺型醫療犯罪方面，醫療專業人員與不法集團為了獲取不法利益，會隨著醫療制度及法令的修改，不斷設計出各種犯罪手法，使得醫療保險詐欺犯罪之犯罪類型及手法更顯得千變萬化。因為發現保險詐欺犯罪具有複雜性、不易被查覺性、高損害性、低非價領悟，因此他們對於違法行為應受譴責的領會程度是較低的，他們不認為保險詐欺是一種犯罪，也並未將自己視為犯罪人，反而認為詐欺犯罪者是聰明、有辦法而扭曲社會道德標準。所以有一些實際的案例，比如自殘他們會認為自己本身受傷又非傷害他人，所以並非犯罪者，

因此縱使被保險公司發現，只要放棄申請保險理賠就不會被法律追訴的錯誤認知，故對於醫療保險詐欺犯罪在法律的構面上，「行為人曲解法令」因子，在六項因子中佔了 9.6%，雖然只有佔將近十分之一的比例，但卻是很多醫療保險詐欺犯罪的重要因素。

6. 行為人誣告亂控：分析有些保險經紀公司的保險中介（俗稱黃牛），他們為了抽取不法之利益，協助這些詐騙的保戶，對保險公司理賠人員以辱罵、恐嚇的方式或到公司舉牌、拉布條陳情抗議或向媒體投訴，以破壞公司形象等手段，再者向消基會、消保官、民意代表投訴來達成順利詐保之目的，保險公司為保持良好的社會形象，很多都是在這種情況之下屈服，例如很多地區的消保官會接到不少申訴案例，指控保險公司拒賠，消保官就會出面針對事故原因進行調查，他們甚至會要求主管機關要保險公司說明，對於保單條款上不是只要住院就可以獲得理賠這件事情特別標示；也有些保戶透過關係向民意代表陳情，民意代表為選票壓力，即不分是非要求保險公司一定要賠付，甚至也有過民意代表直接向主管機關施壓，要求主官機關一定要在保險公司未透過法律程序前進行賠付。故對於醫療保險詐欺犯罪在法律的構面上，「行為人誣告亂控」因子，在六項因子中佔了 8.7%，雖然只有佔不到十分之一的比例，但對於保險公司而言，卻徒增困擾，造成很大的負擔，這對醫療保險詐欺犯罪辨識指標而言也是一重大辨識因子。

表 5-2-6 法律構面辨識指標因子權重排序表

法律構面辨識指標因子	權重 (%)	排序
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	19.5%	3
行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	14.6%	4
申訴制度（評議、消保官、民意代表）(F43)	25.3%	1
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	22.3%	2
行為人誣告亂控（針對法律程序層面）(F45)	8.7%	6
行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）(F46)	9.6%	5

資料來源：研究者自行整理

（六）醫療保險詐欺犯罪-保險醫療委員對四大構面辨識指標因子權重排序

經以保險業及醫師委員體系針對「個人構面」、「保險構面」、「醫療構面」、「法律構面」四大面向，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，發現保險醫療體系委員對於四大構面辨識指標中，第一名為醫療構面，佔 36.81%；第二名保險構面，佔 23.06%；第三名個人構面，佔 21.67%；第四名為法律構面，佔 18.47%。（如表 5-2-7）

醫療保險詐欺犯罪由保險醫療體系針對四大構面權重分析得知，其保險詐欺犯罪辨識指標在四大構面中嚴重程度排序分別為「醫療構面」、「保險構面」、「個人構面」、「法律構面」，分析其構面面向高低成因，分述如下：

1. 保險醫療體系成員乃保險公司及醫師工作類別，他們站在業者立場上認為最無法掌控的構面因素是操控在醫療院所人員的「醫療構面」上，因為他們從保險詐欺案例中，發現住院次數頻繁、病症或事故不合理、誇大病情(違反告知義務)、多人同症狀同醫院同醫師看診、病情不符醫療項目、醫療院所設備簡陋等 6 項因子是保險業者無法去掌控的，且保戶利用各種關係及手段勾結醫療院所人員詐領保險理賠金，在醫生與保險詐騙者之間隱藏著有太多無法探知的因素，往往一紙診斷證明書，在不管該診斷證明書是否合理的情況之下，保險公司就必須要賠付起巨大金額的理賠金，故有關醫療保險詐欺犯罪之「醫療構面」在業界之間的認知比例高達 36.81%，甚至比法律構面高達一倍的比例，是最高的詐騙構面。

2. 「保險構面」因子計有偽造申請理賠文件、重複投保、連續申領理賠、高理賠保險商品、承保通報速度慢、理賠人員專業敏感度不佳等共六項因子，發現百分比為 23.06%，佔了全部構面將近四分之一比例，分析其原因為該構面因子大都發生在保險公司端，有些因子發生因素係因證據不足、查證困難，有些則為公司政策與制度的無法配合，所產生得結果，因此保險醫療體系委員認為保險構面是醫療保險詐欺辨識指標次要的嚴重問題。

3. 「個人構面」因子計有集團性犯罪(多人共同犯罪)、輕病住院或住院經常請假(不假)外出、經濟困難與投保金額不相當、以人頭投保等共四項因子，百分比為 21.67%，佔了全部構面超過四分之一比例，分析其原因為個人構面屬於以本身犯案動機因素為主，以保險公司而言對於個人構面之辨識指標因子來源查證不易，較無法掌握，故保險醫療體系委員認為個人構面因子的重要性低於醫療與保險構面。

4. 「法律構面」因子計有申訴制度(評議、消保官、民意代表)、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易、行為人熟悉保險理賠程序、行為人認為保險詐欺刑度低、行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)、行為人誣告亂控(針對法律程序層面)等共六項因子，該構面權重百分比為 18.47%，比例佔了全部構面超過六分之一比例，分析原因在保險醫療體系委員認為該構面各項因子，均有一定的法律程序，懂得運用這些申訴管道的保戶比例並不高，嚴重性就會相對減少，且保險法令雖然處罰刑度較低，但還是有很多人是不願意去犯案的，所以保險醫療體系委員認為法律構面在四大構面中，重要程度遠低於其他三項構面。

表 5-2-7 保險醫療體系委員四大構面辨識指標權重排序表

業界辨識指標因子	業界辨識指標因子權重 (%)	排序
個人構面(F1)	21.67%	3
保險構面(F2)	23.06%	2
醫療構面(F3)	36.81%	1
法律構面(F4)	18.47%	4

資料來源：研究者自行整理

(七) 醫療保險詐欺犯罪-偵查監察體系委員對四大構面辨識指標因子權重排序比例

經以偵查監察體系針對「個人構面」、「保險構面」、「醫療構面」、「法律構面」四大面向，運用一致性模糊偏好關係法進行兩兩比較分析統計，發現在偵查監察體系委員對於四大構面辨識指標中，第一名為個人構面，佔 40.52%；第二名醫療構面，佔 27.71%；第三名保險構面，佔 23.67%；第四名為法律構面，佔 8.10%。（如表 5-2-8）

醫療保險詐欺犯罪由偵查監察體系委員針對四大構面權重分析得知，其犯罪辨識指標因子在四大構面中嚴重程度排序分別為個人構面、醫療構面、保險構面、法律構面，分析其構面面向高低成因，分述如下：

1. 個人構面因子計有集團性犯罪(多人共同犯罪)、輕病住院或住院經常請假(不假)外出、經濟困難與投保金額不相當、以人頭投保等共四項因子，構面權重百分比為 40.52%，比例佔了全部構面超過十分之四的比例，分析原因為偵查監察體系委員成員乃警務人員及檢察官之工作類別，因職業工作關係，他們認為一般犯罪著重在以人為中心，犯罪是一種個人的動機因素，因貪念或經濟壓力等因素，才會有犯案的動機，如果個人品德高尚，能夠把持自己不為不法利益所有或，根本就不會有犯罪的行為，故偵查監察體系委員認為個人構面在醫療保險詐欺犯罪辨識指標中是最重要的。

2. 醫療構面因子，計有住院次數頻繁、病症或事故不合理、誇大病情(違反告知義務)、多人同症狀同醫院同醫師看診、病情不符醫療項目、醫療院所設備簡陋等 6 項因子，構面權重百分比為 27.71%，比例佔了全部構面超過四分之一的比例，對於偵查監察體系委員而言，醫療保險詐欺犯罪案件在醫療院所的查證工作，是一種偵查作為也是一種手段，故住院情況的不合理，即是違反常態的一種現象，也是可疑為醫療保險詐欺辨識因子的重要指標。

3. 保險構面因子計有偽造申請理賠文件、重複投保、連續申領理賠、高理賠保險商品、承保通報速度慢、理賠人員專業敏感度不佳等共六項因子，構面權重百分比為 23.67%，比例佔了全部構面將近四分之一的比例，分析其原因以偵查

監察體系委員立場而言，保險構面之辨識指標因子都是屬保險理賠程序的一種現象，或者是理賠人員的不夠專業或怠惰，如要進行防範應該是可立即收到成效，故有關保險構面因子對偵查監察體系委員重要性程度低於個人及醫療構面。

4. 法律構面因子計有申訴制度（評議、消保官、民意代表）、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易、行為人熟悉保險理賠程序、行為人認為保險詐欺刑度低、行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）、行為人誣告亂控（針對法律程序層面）等共六項因子，構面權重百分比為 8.10%，比例僅佔了全部構面的十二分之一的比例，分析其原因乃為偵查監察體系委員本身為執法人員，堅信法律是公理的最後一道防線，認為很多因為行為人胡亂指控或無理取鬧到處陳情的手段，只要運用公權力均可迎刃而解，故因立場不同，所產生的結果也不一樣，故法律構面對於偵查監察體系委員的認知，是四大構面中權重比例最少的。

表 5-2-8 偵查監察體系委員四大構面辨識指標權重排序表

偵查監察四大構面辨識指標因子	偵查監察四大構面辨識指標因子權重 (%)	排序
個人構面(F1)	40.52%	1
保險構面(F2)	23.67%	3
醫療構面(F3)	27.71%	2
法律構面(F4)	8.10%	4

資料來源：研究者自行整理

（八）醫療保險詐欺犯罪辨識指標-保險醫療體系全部因子排序

本研究為求實際受理保險理賠案件及涉及開具診斷證明書醫師二者，對於本研究所發現之醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之意見及看法，從所邀請之 15 位專家中，將受訪之保險公司人員 7 名及醫師 2 名區分為「保險醫療體系」，以保險醫療體系針對符合設定基準之 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，以決定其指標因子之重要性及權重排序，發現保險醫療體系針對權重篩選之 22 項「醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子」中，第一名為「住院次數頻繁因子」，佔 8.43%；第二名為「病症或事故不合理因子」，佔 7.56%；第三名為「集團性犯罪(多人共同犯罪)因子」，佔 6.94%；第四名為「多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)因子」，佔 6.56%；第五名為「輕病住院或住院經常請假(不假)外出因子」，佔 6.29%；第六名為「經濟困難與投保金額不相當因子」，佔 5.97%；第七名為「誇大病情(違反告知義務)因子」，佔 5.93%；第八名為「病情不符醫療項目因子」，佔 5.05%；第九名為「高理賠保險商品因子」，佔 5.00%；第十名為「連續申領理賠因子」，佔 4.72%；第十一名為「申訴制度(評議、消保官、民意代表)因子」，佔 4.68%；第十二名為「重複投保因子」，佔 4.40%；第十三名為「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易因子」，佔 4.11%；第十四為「偽造

申請理賠文件因子」，佔 4.06%；第十五名為「理賠人員專業敏感度不佳因子」，佔 3.71%；第十六名為「理賠人員專業敏感度不佳因子」，佔 3.60%；第十七名為「醫療院所設備簡陋因子」，佔 3.28%；第十八名「為行為人認為保險詐欺刑度低因子」，佔 2.70%；第十九名為「以人頭投保因子」，佔 2.47%；第二十名「為行為人曲解法令因子(針對誤解法律解釋層面)(針對誤解法律解釋層面)」，佔 1.78%；第二十一名為「行為人誣告亂控因子(針對法律程序層面)(針對法律程序層面)」，佔 1.60%；第二十二名為「承保通報速度慢因子」，佔 1.16%。(如表 5-2-9)

表 5-2-9 保險醫療體系委員全部辨識指標因子權重排序表

保險醫療體系委員辨識指標因子排序	保險醫療體系委員辦事指標因子	排序
住院次數頻繁(F31)	8.43%	1
病症或事故不合理(F32)	7.56%	2
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	6.94%	3
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	6.56%	4
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	6.29%	5
經濟困難與投保金額不相當(F12)	5.97%	6
誇大病情(違反告知義務)(F33)	5.93%	7
病情不符醫療項目(F35)	5.05%	8
高理賠保險商品(F24)	5.00%	9
連續申領理賠(F23)	4.72%	10
申訴制度(評議、消保官、民意代表)(F43)	4.68%	11
重複投保(F22)	4.40%	12
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	4.11%	13
偽造申請理賠文件(F21)	4.06%	14
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	3.71%	15
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	3.60%	16
醫療院所設備簡陋(F36)	3.28%	17
行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	2.70%	18
以人頭投保(F13)	2.47%	19
行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)(F46)	1.78%	20
行為人誣告亂控(針對法律程序層面)(F45)	1.60%	21
承保通報速度慢(F25)	1.16%	22

資料來源：研究者自行整理

(九) 醫療保險詐欺犯罪辨識指標-偵查監察體系全部因子排序

本研究為求實際辦理保險詐欺案件及承辦檢察官與保險業者之政府部門主管機關三者，對於本研究所發現之醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之意見及看法，乃從所邀請之 15 位專家中，將受訪之檢察官 2 人、警務人員 3 人及保險公司業務主管人員 1 名區分為「偵查監察體系」，以偵查監察體系針對符合設定基準之 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，以決定其指標因子之重要性及權重排序，發現偵查監察體系針對權重篩選之 22 項「醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子、中，第一名為「集團性犯罪(多人共同犯罪)」因子，佔 12.97%；第二名為「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」因子，佔 11.77%；第三名為「經濟困難與投保金額不相當」因子，佔 11.16%；第四名為「住院次數頻繁」因子，佔 6.34%；第五名為「病症或事故不合理」因子，佔 5.69%；第六名為「高理賠保險商品(F24)」因子，佔 5.14%；第七名為「多人同症狀同醫院同醫師看診」因子，佔 4.94%；第八名為「連續申領理賠(F23)」因子，佔 4.85%；第九名為「以人頭投保(F13)」因子，佔 4.61%；第十名為「重複投保」因子，佔 4.52%；第十一名為「誇大病情(違反告知義務)」因子，佔 4.46%；第十二名為「偽造申請理賠文件」因子，佔 4.17%；第十三名為「理賠人員專業敏感度不佳」因子，佔 3.81%；第十四為「病情不符醫療項目」因子，佔 3.80%；第十五名為「醫療院所設備簡陋」因子，佔 2.47%；第十六名為「申訴制度(評議、消保官、民意代表)」因子，佔 2.05%；第十七名為「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易」因子，佔 1.81%；第十八名為「行為人熟悉保險理賠程序」因子，佔 1.58%；第十九名為「承保通報速度慢(F25)」因子，佔 1.19%；第二十名為「行為人認為保險詐欺刑度低」因子，佔 1.19%；第二十一名為「行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)」因子，佔 0.78%；第二十二名為「行為人誣告亂控(針對法律程序層面)」因子，佔 0.70%。(如表 5-2-10)

表 5-2-10 偵查監察體系委員全部辨識指標因子權重排序表

偵查監察體系委員辨識指標因子排序	偵查監察體系委員辨識指標因子權重排序	排序
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	12.97%	1
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	11.77%	2
經濟困難與投保金額不相當(F12)	11.16%	3
住院次數頻繁(F31)	6.34%	4
病症或事故不合理(F32)	5.69%	5
高理賠保險商品(F24)	5.14%	6
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	4.94%	7
連續申領理賠(F23)	4.85%	8
以人頭投保(F13)	4.61%	9
重複投保(F22)	4.52%	10
誇大病情(違反告知義務)(F33)	4.46%	11
偽造申請理賠文件(F21)	4.17%	12
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	3.81%	13
病情不符醫療項目(F35)	3.80%	14
醫療院所設備簡陋(F36)	2.47%	15
申訴制度(評議、消保官、民意代表)(F43)	2.05%	16
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	1.81%	17
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	1.58%	18
承保通報速度慢(F25)	1.19%	19
行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	1.19%	20
行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)(F46)	0.78%	21
行為人誣告亂控(針對法律程序層面)(F45)	0.70%	22

資料來源：研究者自行整理

(十) 醫療保險詐欺犯罪辨識指標-全部委員因子排序

本研究以符合設定基準之 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，針對所邀請之 15 位專家(保險公司體系 7 人、醫師 2 人、檢察官 2 人、警務人員 3 人及保險公司業務主管人員 1 名)，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，以決定其指標因子之重要性及權重排序，發現符合篩選所設定基準之 22 項醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子中，第一名為「集團性犯罪(多人共同犯罪)」因子，佔 9.45；第二名為「輕病住院或住院經常請假」因子 8.57，佔；第三名為「經濟困難與投保金額不相當」因子，佔 8.13%；第四名為「住院次數頻繁」因子，佔 7.73%；第五名為「病症或事故不合理」因子，佔 6.93%；第六名為「多人同症狀同醫院同醫師看診」因子，佔 6.02%；第七名為「誇大病情(違反告知義務)」因子，佔 5.44%；第八名為「高理賠保險商品」因子，佔 5.03%；第九名為「連續申領理賠(F23)」因子，佔 4.75%；第十名為「病情不符醫療項目」因子，佔 4.63%；第十一名為「重複投保」因子，佔 4.43%；第十二名為「偽造申請理賠文件」因子，佔 4.08%；第十三名為「理賠人員專業敏感度不佳」因子，佔 3.73%；第十四為「申訴制度(評議、消保官、民意代表)」因子，佔 3.44%；第十五名為「以人頭投保」因子，佔 3.36%；第十六名為「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易」因子，佔 3.02%；第十七名為「醫療院所設備簡陋」因子，佔 3.01%；第十八名為「行為人熟悉保險理賠程序」因子，佔 2.64%；第十九名為「行為人認為保險詐欺刑度低」因子，

佔 1.98%；第二十名為「行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）」因子，佔 1.30%；第二十一名為「行為人誣告亂控（針對法律程序層面）」因子，佔 1.18%；第二十二名為「承保通報速度慢」因子，佔 1.17%。（如表 5-2-11）

表 5-2-11 全部委員辨識指標因子權重排序表

全部委員辨識指標因子	全部委員辨識指標因子權重	排序
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	9.45%	1
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	8.57%	2
經濟困難與投保金額不相當(F12)	8.13%	3
住院次數頻繁(F31)	7.73%	4
病症或事故不合理(F32)	6.93%	5
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	6.02%	6
誇大病情(違反告知義務)(F33)	5.44%	7
高理賠保險商品(F24)	5.03%	8
連續申領理賠(F23)	4.75%	9
病情不符醫療項目(F35)	4.63%	10
重複投保(F22)	4.43%	11
偽造申請理賠文件(F21)	4.08%	12
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	3.73%	13
申訴制度(評議、消保官、民意代表)(F43)	3.44%	14
以人頭投保(F13)	3.36%	15
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	3.02%	16
醫療院所設備簡陋(F36)	3.01%	17
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	2.64%	18
行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	1.98%	19
行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)(F46)	1.30%	20
行為人誣告亂控(針對法律程序層面)(F45)	1.18%	21
承保通報速度慢(F25)	1.17%	22

資料來源：研究者自行整理

三、醫療保險詐欺犯罪因子-保險醫療與偵查監察體系權重排序及分析

(一) 保險醫療體系權重與偵查監察體系權重比較

有關 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，發現保險醫療體系與偵查監察體系權重排名略有不同，分述如下：

「住院次數頻繁因子」在保險醫療體系排名第 1 名，佔 8.43%，在偵查監察體系排名第 4 名（佔 6.34%）；「病症或事故不合理因子」在保險醫療體系排名第 2 名（佔 7.56%），在偵查監察體系排名第 5 名（佔 5.69%）；「集團性犯罪(多人共同犯罪)因子」在保險醫療體系排名第 3 名（佔 6.94%），在偵查監察體系排名第 1 名（佔 12.97%）；「多人同症狀同醫院同醫師看診因子」在保險醫療體系排名第 4 名（佔 6.56%），在偵查監察體系排名第 7 名（佔 4.94%）；「輕病住院或住院經常請假(不假)外出因子」在保險醫療體系排名第 5 名（佔 6.29%），在偵查監察體系排名第 2 名（佔 11.77%）；「經濟困難與投保金額不相當因子」在保險醫療體系排名第 6 名（佔 5.97%），在偵查監察體系排名第 3 名（佔 11.16%）；「誇大病情(違反告知義務)因子」在保險醫療體系排名第 7 名（佔 5.93%），在偵查監察體系排名第 11 名（佔 4.46%）；「病情不符醫療項目因子」在保險醫療體系排名第 8 名（佔

5.05%)，在偵查監察體系排名第14名(佔3.80%)；「高理賠保險商品因子」在保險醫療體系排名第9名(佔5.00%)，在偵查監察體系排名第6名(佔5.14%)；「連續申領理賠因子」在保險醫療體系排名第10名(佔4.72%)，在偵查監察體系排名第8名(佔4.85%)；「申訴制度(評議、消保官、民意代表)因子」；在保險醫療體系排名第11名(佔4.68%)，在偵查監察體系排名第16名(佔2.05%)；「重複投保因子」在保險醫療體系排名第12名(佔4.40%)，在偵查監察體系排名第10名(佔4.52%)；「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易因子」在保險醫療體系排名第13名(佔4.11%)，在偵查監察體系排名第17名(1.81%)；「偽造申請理賠文件因子」在保險醫療體系排名第14名(佔4.06%)，在偵查監察體系排名第12名(佔4.17%)；「理賠人員專業敏感度不佳因子」在保險醫療體系排名第15名(佔3.71%)，在偵查監察體系排名第13名(佔3.81%)；「理賠人員專業敏感度不佳因子」在保險醫療體系排名第16名(佔3.60%)，在偵查監察體系排名第18名(佔1.58%)；「醫療院所設備簡陋因子」在保險醫療體系排名第17名(佔3.28%)，在偵查監察體系排名第15名(佔2.47%)；「為行為人認為保險詐欺刑度低因子」在保險醫療體系排名第18名(佔2.70%)，在偵查監察體系排名第20名(佔1.19%)；「以人頭投保因子」在保險醫療體系排名第19名(佔2.47%)，在偵查監察體系排名第9名(佔4.61%)；「為行為人曲解法令因子(針對誤解法律解釋層面)(針對誤解法律解釋層面)」在保險醫療體系排名第20名(佔1.78%)，在偵查監察體系排名第21名(佔0.78%)；「行為人誣告亂控因子(針對法律程序層面)(針對法律程序層面)」在保險醫療體系排名第21名(佔1.60%)，在偵查監察體系排名第22名(佔0.70%)；「承保通報速度慢因子」在保險醫療體系排名第22名(佔1.16%)，在偵查監察體系排名第19名(佔1.19%)。(如表5-2-12)、(圖5-2-1)

有關保險醫療與偵查監察體系權重排序比較，發現二者權重排名互有落差，權重值亦不相同；在保險醫療體系中，前三名分別最高為「住院次數頻繁」因子、「病症或事故不合理」因子次之、「集團性犯罪(多人共同犯罪)」因子第三、因子的權重值最高為「住院次數頻繁」8.43%、第二高為「病症或事故不合理」7.56%、第三名為「團性犯罪(多人共同犯罪)」6.94%；另外在偵查監察體系委員權重排序上，前三名分別最高為「集團性犯罪(多人共同犯罪)」因子、「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」因子次之、「經濟困難與投保金額不相當」因子第三，因子的權重值最高為「集團性犯罪(多人共同犯罪)」12.97%、第二高為「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」11.77%、第三名為「經濟困難與投保金額不相當」11.16%，由比較表中分析如下：

1. 保險醫療體系委員與偵查監察體系委員，因群組概念不同，所表現出之權重比數亦不相同，故分析得知不同的群組背景，因受訓的專業度不同，在意點不相同，所表現出的意見也會有所不同。

2. 保險醫療體系委員之因子權重比數較為平均，前10名之辨識指標因子權重

比數均落在 4.72~8.43 之間，分析顯示保險醫療體系委員，對於各項醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子的重要性認為都較為平均，屬於普遍重要型的概念；另偵查監察體系委員對於因子權重比數落差就較大，前 10 名之辨識指標因子權重比數均落在 4.52~12.97 之間，落差達將近 3 倍之多，顯見偵查監察體系委員對於專業認知的選擇程度是較強的。

3. 偵查監察體系委員針對醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，權重值最高之「集團性犯罪(多人共同犯罪)」為 12.97%，保險醫療體系委員對於因子權重值比數最高之「住院次數頻繁」為 8.43%，二者相差有 65%，顯示偵查監察體系委員對於集團性犯罪有可能發生保險詐欺案件，是遠比住院次數頻繁還要高出甚多。

4. 在偵查監察體系委員，權重比數最高之前三名，分別為「集團性犯罪(多人共同犯罪)」為 12.97%、「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」11.77%、「經濟困難與投保金額不相當」11.16%，發現前三名均為個人體系構面，顯示偵查體系偵查監察體系委員，著重於醫療保險詐欺犯罪個人因素是最重要的；另，保險醫療體系委員權重比數最高之前三名，分別為「住院次數頻繁」8.43%、「病症或事故不合理」7.56%、「集團性犯罪(多人共同犯罪)」6.94%，其中「住院次數頻繁」及「病症或事故不合理」為醫療構面，佔 3 分之 2 強，顯示保險醫療體系委員，著重於醫療構面之因子。

表 5-2-12 保險醫療體系權重與偵查監察體系權重比較權重排序表

醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子	保險醫療體系委員權重排序	保險醫療體系委員權重名次排序	偵查監察體系委員權重排序	偵查監察體系委員權重名次排序
住院次數頻繁(F31)	8.43%	1	6.34%	4
病症或事故不合理(F32)	7.56%	2	5.69%	5
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	6.94%	3	12.97%	1
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	6.56%	4	4.94%	7
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	6.29%	5	11.77%	2
經濟困難與投保金額不相當(F12)	5.97%	6	11.16%	3
誇大病情(違反告知義務)(F33)	5.93%	7	4.46%	11
病情不符醫療項目(F35)	5.05%	8	3.80%	14
高理賠保險商品(F24)	5.00%	9	5.14%	6
連續申領理賠(F23)	4.72%	10	4.85%	8
申訴制度(評議、消保官、民意代表)(F43)	4.68%	11	2.05%	16
重複投保(F22)	4.40%	12	4.52%	10
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	4.11%	13	1.81%	17
偽造申請理賠文件(F21)	4.06%	14	4.17%	12
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	3.71%	15	3.81%	13
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	3.60%	16	1.58%	18
醫療院所設備簡陋(F36)	3.28%	17	2.47%	15

行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	2.70%	18	1.19%	20
以人頭投保(F13)	2.47%	19	4.61%	9
行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）(F46)	1.78%	20	0.78%	21
行為人誣告亂控（針對法律程序層面）(F45)	1.60%	21	0.70%	22
承保通報速度慢(F25)	1.16%	22	1.19%	19

資料來源：研究者自行整理

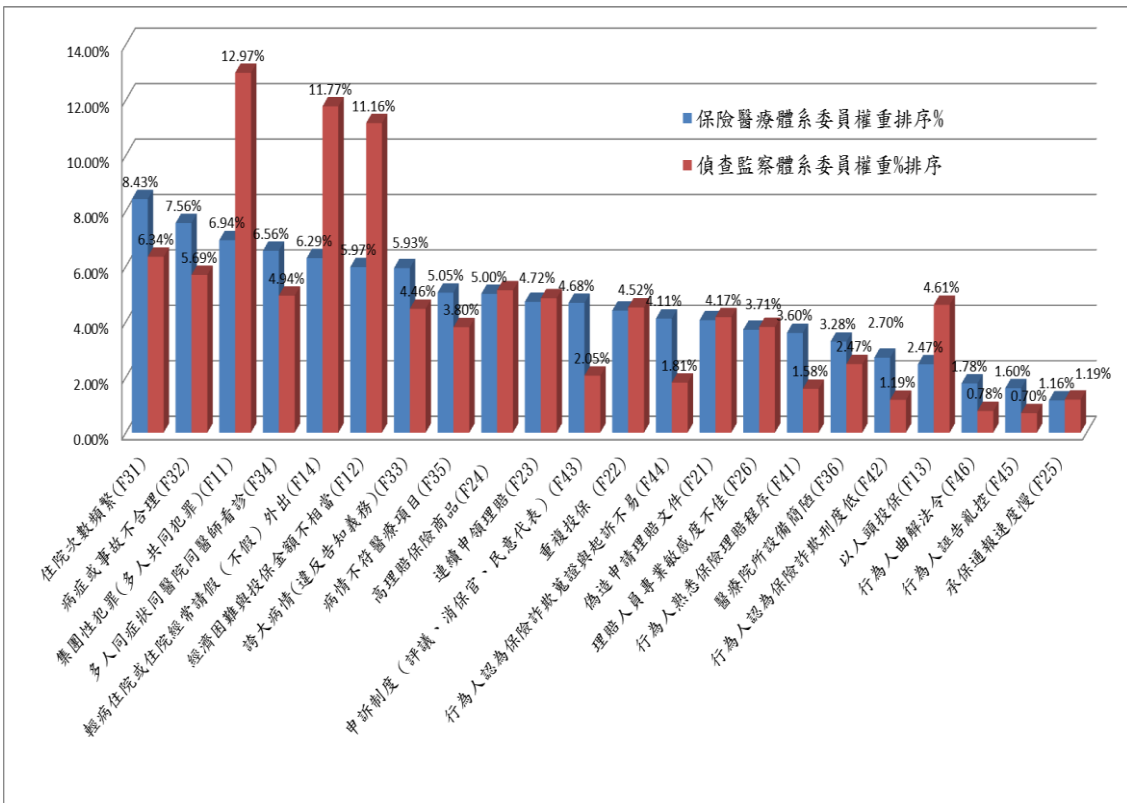


圖 5-2-1 保險醫療與偵查監察體系權重比較

(資料來源：研究者自行整理)

(二) 全部因子與保險醫療體系權重比較及分析

有關 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，發現全部因子與保險醫療體系權重排名略有不同，分述如下：

「集團性犯罪(多人共同犯罪)」在全部委員排名第 1 名(佔 9.45%)，在保險醫療體系排名第 3 名(佔 6.94%)；「輕病住院或住院經常請假(不假外出)因子」在全部委員排名第 2 名(佔 8.57%)，在保險醫療體系排名第 5 名(佔 6.29%)；「經濟困難與投保金額不相當因子」在全部委員排名第 3 名(佔 8.13%)，在保險醫療體系排名第 6 名(佔 5.97%)；「住院次數頻繁因子」在全部委員排名第 4 名(佔 7.73%)，在保險醫療體系排名第 1 名(佔 8.43%)；「病症或事故不合理因子」在全部委員排名第 5 名(佔 6.93%)，在保險醫療體系排名第 2 名(佔 7.56%)；「多人

同症狀同醫院同醫師看診因子」在全部委員排名第 6 名(佔 6.02%)，在保險醫療體系排名第 4 名(佔 6.56%)；「誇大病情(違反告知義務)因子」在全部委員排名第 7 名(佔 5.44%)，在保險醫療體系排名第 7 名(佔 5.93%)；「高理賠保險商品因子」在全部委員排名第 8 名(佔 5.03%)，在保險醫療體系排名第 9 名(佔 5.00%)；「連續申領理賠因子」在全部委員排名第 9 名(佔 4.75%)，在保險醫療體系排名第 10 名(佔 4.72%)；「病情不符醫療項目因子」在全部委員排名第 10 名(佔 4.63%)，在保險醫療體系排名第 8 名(佔 5.05%)；「重複投保因子」在全部委員排名第 11 名(佔 4.43%)，在保險醫療體系排名第 12 名(佔 4.40%)；「偽造申請理賠文件因子」在全部委員排名第 12 名(佔 4.08%)，在保險醫療體系排名第 14 名(佔 4.06%)；「理賠人員專業敏感度不佳因子」在全部委員排名第 13 名(佔 3.73%)，在保險醫療體系排名第 15 名(佔 3.71%)；「申訴制度(評議、消保官、民意代表)因子」在全部委員排名第 14 名(佔 3.44%)，在保險醫療體系排名第 11 名(佔 4.68%)；「以人頭投保因子」在全部委員排名第 15 名(佔 3.36%)，在保險醫療體系排名第 19 名(佔 2.47%)；「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易因子」在全部委員排名第 16 名(佔 3.02%)，在保險醫療體系排名第 13 名(佔 4.11%)；「醫療院所設備簡陋因子」在全部委員排名第 17 名(佔 3.01%)，在保險醫療體系排名第 17 名(佔 3.28%)；「行為人熟悉保險理賠程序因子」在全部委員排名第 18 名(佔 2.64%)，在保險醫療體系排名第 16 名(佔 3.60%)；「行為人認為保險詐欺刑度低因子」在全部委員排名第 19 名(佔 1.98%)，在保險醫療體系排名第 18 名(佔 2.70%)；「行為人曲解法令因子(針對誤解法律解釋層面)(針對誤解法律解釋層面)」在全部委員排名第 20 名(佔 1.30%)，在保險醫療體系排名第 20 名(佔 1.78%)；「行為人誣告亂控因子(針對法律程序層面)(針對法律程序層面)」在全部委員排名第 21 名(佔 1.18%)，在保險醫療體系排名第 21 名(佔 1.60%)；「承保通報速度慢因子」在全部委員排名第 22 名(佔 1.17%)，在保險醫療體系排名第 22 名(佔 1.16%)。(如表 5-2-13)、(圖 5-2-2)

全部委員為保險醫療體系委員與偵查監察體系委員之總和，因各群組所選擇的因子權重比數不同，故在全部委員的權重分析上，所表現出的意見也會有所不同，比較分析如下：

1. 全部委員之因子權重比數，前 10 名之辨識指標因子及權重分別為(1)「集團性犯罪(多人共同犯罪)」為 9.45%、(2)「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」8.57%、(3)「經濟困難與投保金額不相當」8.13%、(4)「住院次數頻繁」7.73%、(5)「病症或事故不合理」6.93%、(6)「多人同症狀同醫院同醫師看診」6.02%、(7)「誇大病情(違反告知義務)」5.54%、(8)「高理賠保險商品」5.03%、(9)「連續申領理賠」4.75%、(10)「病情不符醫療項目」4.63%；另外，保險醫療體系委員權重比數最高之前 10 名之辨識指標因子及權重分別為(1)「住院次數頻繁」為 8.43%、(2)「病症或事故不合理」7.56%、(3)「集團性犯罪(多人共同犯罪)」6.94%、(4)「多人同症狀同醫院同醫師看診」6.56%、(5)「輕病住院或住院經常請假(不

假)外出」6.29%、(6)「經濟困難與投保金額不相當」5.97%、(7)「誇大病情(違反告知義務)」5.93%、(8)「病情不符醫療項目」5.05%、(9)「高理賠保險商品」5.00%、(10)「連續申領理賠」4.72%；其中發現全部委員權重因子，10項因子中醫療構面佔5項、個人構面佔3項、保險構面佔2項；保險醫療體系委員10項權重因子與全部委員相同，醫療構面佔5項、個人構面佔3項、保險構面佔2項，顯示全部委員及保險醫療體系委員之四大構面前10項權重比數均相同。

2. 全部委員第1名為「集團性犯罪」權重比值為9.45%、保險醫療體系委員第1名為「住院次數頻繁」權重比值為8.43%，差異性僅為0.89%，表示二者權重比例差異性不大，可見「集團性犯罪」與「住院次數頻繁」二因子在醫療保險詐欺犯罪中重要性是相當的。

3. 比較全部委員及保險醫療體系委員前10名之權重因子，均分列在前10名，顯示全部委員及保險醫療體系委員之意見相同，除順序不同外，其權重因子落差不大，合乎比例原則，因此認定集團性犯罪(多人共同犯罪)集團性犯罪(多人共同犯罪)、經濟困難與投保金額不相當、住院次數頻繁、病症或事故不合理、多人同症狀同醫院同醫師看診、誇大病情(違反告知義務)、高理賠保險商品、連續申領理賠、病情不符醫療項目等10大指標因子，在醫療保險詐欺犯罪中是最重要性的因素。

表 5-2-13 全部委員與保險醫療體系權重比較

醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子	全部委員 因子權重 排序	全部委員 權重因子 名次排名	保險醫療體 系委員因子 權重排序	保險醫療體 系委員因子 權重排名
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	9.45%	1	6.94%	3
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	8.57%	2	6.29%	5
經濟困難與投保金額不相當(F12)	8.13%	3	5.97%	6
住院次數頻繁(F31)	7.73%	4	8.43%	1
病症或事故不合理(F32)	6.93%	5	7.56%	2
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	6.02%	6	6.56%	4
誇大病情(違反告知義務)(F33)	5.44%	7	5.93%	7
高理賠保險商品(F24)	5.03%	8	5.00%	9
連續申領理賠(F23)	4.75%	9	4.72%	10
病情不符醫療項目(F35)	4.63%	10	5.05%	8
重複投保(F22)	4.43%	11	4.40%	12
偽造申請理賠文件(F21)	4.08%	12	4.06%	14
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	3.73%	13	3.71%	15

申訴制度（評議、消保官、民意代表）(F43)	3.44%	14	4.68%	11
以人頭投保(F13)	3.36%	15	2.47%	19
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	3.02%	16	4.11%	13
醫療院所設備簡陋(F36)	3.01%	17	3.28%	17
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	2.64%	18	3.60%	16
行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	1.98%	19	2.70%	18
行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）(F46)	1.30%	20	1.78%	20
行為人誣告亂控（針對法律程序層面）(F45)	1.18%	21	1.60%	21
承保通報速度慢(F25)	1.17%	22	1.16%	22

資料來源：研究者自行整理

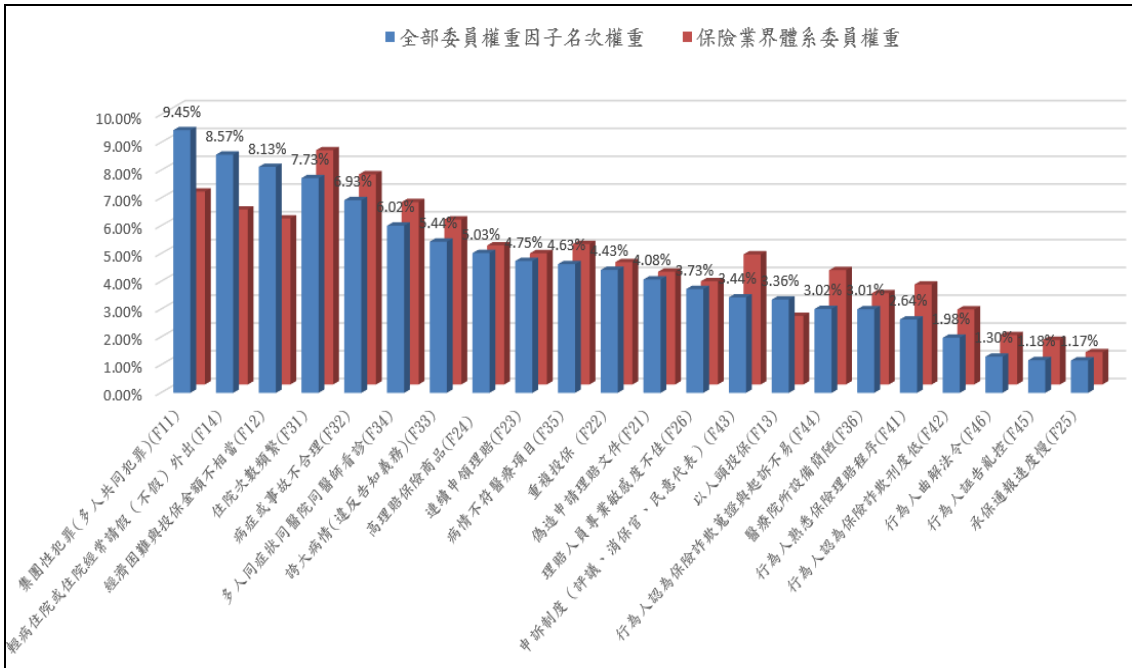


圖 5-2-2 全部委員與保險醫療體系權重比較

(資料來源：研究者自行整理)

(三) 全部因子與偵查監察體系權重比較

有關 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，發現全部因子與偵查監察體系權重排名略有不同，分述如下：

「集團性犯罪(多人共同犯罪)」在全部委員排名第 1 名(佔 9.45%)，在偵查監察體系排名第 1 名(佔 12.97%)；「輕病住院或住院經常請假(不假外出)因子」在全部委員排名第 2 名(佔 8.57%)，在偵查監察體系排名第 2 名(佔 11.77%)；「經

濟困難與投保金額不相當因子」在全部委員排名第 3 名(佔 8.13%)，在偵查監察體系排名第 3 名(佔 11.16%)；「住院次數頻繁因子」在全部委員排名第 4 名(佔 7.73%)，在偵查監察體系排名第 4 名(佔 6.34%)；「病症或事故不合理因子」在全部委員排名第 5 名(佔 6.93%)，在偵查監察體系排名第 5 名(佔 5.69%)；「多人同症狀同醫院同醫師看診因子」在全部委員排名第 6 名(佔 6.02%)，在偵查監察體系排名第 7 名(佔 4.94%)；「誇大病情(違反告知義務)因子」在全部委員排名第 7 名(佔 5.44%)，在偵查監察體系排名第 11 名(佔 4.46%)；「高理賠保險商品因子」在全部委員排名第 8 名(佔 5.03%)，在偵查監察體系排名第 6 名(佔 5.14%)；「連續申領理賠因子」在全部委員排名第 9 名(佔 4.75%)，在偵查監察體系排名第 8 名(佔 4.85%)；「病情不符醫療項目因子」在全部委員排名第 10 名(佔 4.63%)，在偵查監察體系排名第 14 名(佔 3.80%)；「重複投保因子」在全部委員排名第 11 名(佔 4.43%)，在偵查監察體系排名第 10 名(佔 4.52%)；「偽造申請理賠文件因子」在全部委員排名第 12 名(佔 4.08%)，在偵查監察體系排名第 12 名(佔 4.17%)；「理賠人員專業敏感度不佳因子」在全部委員排名第 13 名(佔 3.73%)，在偵查監察體系排名第 13 名(佔 3.81%)；「申訴制度(評議、消保官、民意代表)因子」在全部委員排名第 14 名(佔 3.44%)，在偵查監察體系排名第 16 名(佔 2.05%)；「以人頭投保因子」在全部委員排名第 15 名(佔 3.36%)，在偵查監察體系排名第 9 名(佔 4.61%)；「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易因子」在全部委員排名第 16 名(佔 3.02%)，在偵查監察體系排名第 17 名(佔 1.81%)；「醫療院所設備簡陋因子」在全部委員排名第 17 名(佔 3.01%)，在偵查監察體系排名第 15 名(佔 2.47%)；「行為人熟悉保險理賠程序因子」在全部委員排名第 18 名(佔 2.64%)，在偵查監察體系排名第 18 名(佔 1.58%)；「行為人認為保險詐欺刑度低因子」在全部委員排名第 19 名(佔 1.98%)，在偵查監察體系排名第 20 名(佔 1.19%)；「行為人曲解法令因子(針對誤解法律解釋層面)(針對誤解法律解釋層面)(針對誤解法律解釋層面)」在全部委員排名第 20 名(佔 1.30%)，在偵查監察體系排名第 21 名(佔 0.78%)；「行為人誣告亂控因子(針對法律程序層面)(針對法律程序層面)」在全部委員排名第 21 名(佔 1.18%)，在偵查監察體系排名第 22 名(佔 0.70%)；「承保通報速度慢因子」在全部委員排名第 22 名(佔 1.17%)，在偵查監察體系排名第 19 名(佔 1.19%)。(如表 5-2-14)、(圖 5-2-3)

全部委員與偵查監察體系委員之權重比較分析如下：

1. 全部委員之因子權重比數，前 10 名之辨識指標因子及權重分別為(1)「集團性犯罪(多人共同犯罪)」為 9.45%、(2)「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」8.57%、(3)「經濟困難與投保金額不相當」8.13%、(4)「住院次數頻繁」7.73%、(5)「病症或事故不合理」6.93%、(6)「多人同症狀同醫院同醫師看診」6.02%、(7)「誇大病情(違反告知義務)」5.54%、(8)「高理賠保險商品」5.03%、(9)「連續申領理賠」4.75%、(10)「病情不符醫療項目」4.63%；另外，偵查監察體系委員權重比數最高之前 10 名之辨識指標因子及權重分別為(1)「集團性犯罪(多人共同犯罪)」為 12.97%、(2)「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」11.77%、

(3)「經濟困難與投保金額不相當」11.16%、(4)「住院次數頻繁」6.34%、(5)「病症或事故不合理」5.69%、(6)「高理賠保險商品」5.14%、(7)「多人同症狀同醫院同醫師看診」4.49%、(8)「連續申領理賠」4.85%、(9)「以人頭投保」4.16%、(10)「重複投保」4.52%；其中發現全部委員權重因子，10項因子中醫療構面佔5項、個人構面佔3項、保險構面佔2項；偵查監察體系委員10項權重因子與全部委員相同，個人構面佔4項、醫療構面佔3項、保險構面佔3項，顯示偵查監察體系委員的認知，對於個人構面影響醫療保險詐欺之因子，遠高於其他構面。

2.全部委員與偵查監察體系委員前5名之權重比值排名均相同，惟偵查監察體系委員前3名之權重值比全部委員之權重值高過3.53%~3.03%，顯示偵查監察體系委員對於專業性的認知是比較強烈的，又排序前三名集團性犯罪(多人共同犯罪)、輕病住院或住院經常請假(不假)外出、經濟困難與投保金額不相當均為「個人構面」，可見偵查監察體系委員在醫療保險詐欺敏感度方面是較高的。

3.比較全部委員及偵查監察體系委員前10名，發現前5名之集團性犯罪(多人共同犯罪)、輕病住院或住院經常請假(不假)外出、經濟困難與投保金額不相當、住院次數頻繁、病症或事故不合理權重排名均相同，不同的是偵查監察體系委員之第9名「以人頭投保」，雖與全部委員權重因子名次排名之第15名相同，但其權重值4.61%，卻與全部委員權重因子第9名之「連續身領理賠」因子之4.75%權重值相當，可見二者在權重比值上之認知程度是相符的；第10名之「重複投保」佔因子權重值4.52%，其權重比值則介於全部委員權重因子排名第10名之「病情不符醫療項目」與第11名「重複投保」因子中間，顯示其重要程度差異性不大。

表 5-2-14 全部委員與偵查監察體系權重比較

醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子	全部委員因子權重排序	全部委員權重因子名次排名	偵查監察體系委員因子權重排序	偵查監察體系委員因子權重排名
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)	9.45%	1	12.97%	1
輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)	8.57%	2	11.77%	2
經濟困難與投保金額不相當(F12)	8.13%	3	11.16%	3
住院次數頻繁(F31)	7.73%	4	6.34%	4
病症或事故不合理(F32)	6.93%	5	5.69%	5
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)	6.02%	6	4.94%	7
誇大病情(違反告知義務)(F33)	5.44%	7	4.46%	11
高理賠保險商品(F24)	5.03%	8	5.14%	6
連續申領理賠(F23)	4.75%	9	4.85%	8
病情不符醫療項目(F35)	4.63%	10	3.80%	14
重複投保(F22)	4.43%	11	4.52%	10
偽造申請理賠文件(F21)	4.08%	12	4.17%	12
理賠人員專業敏感度不佳(F26)	3.73%	13	3.81%	13

申訴制度（評議、消保官、民意代表）(F43)	3.44%	14	2.05%	16
以人頭投保(F13)	3.36%	15	4.61%	9
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易(F44)	3.02%	16	1.81%	17
醫療院所設備簡陋(F36)	3.01%	17	2.47%	15
行為人熟悉保險理賠程序(F41)	2.64%	18	1.58%	18
行為人認為保險詐欺刑度低(F42)	1.98%	19	1.19%	20
行為人曲解法令(F46)	1.30%	20	0.78%	21
行為人誣告亂控(F45)	1.18%	21	0.70%	22
承保通報速度慢(F25)	1.17%	22	1.19%	19

資料來源：研究者自行整理

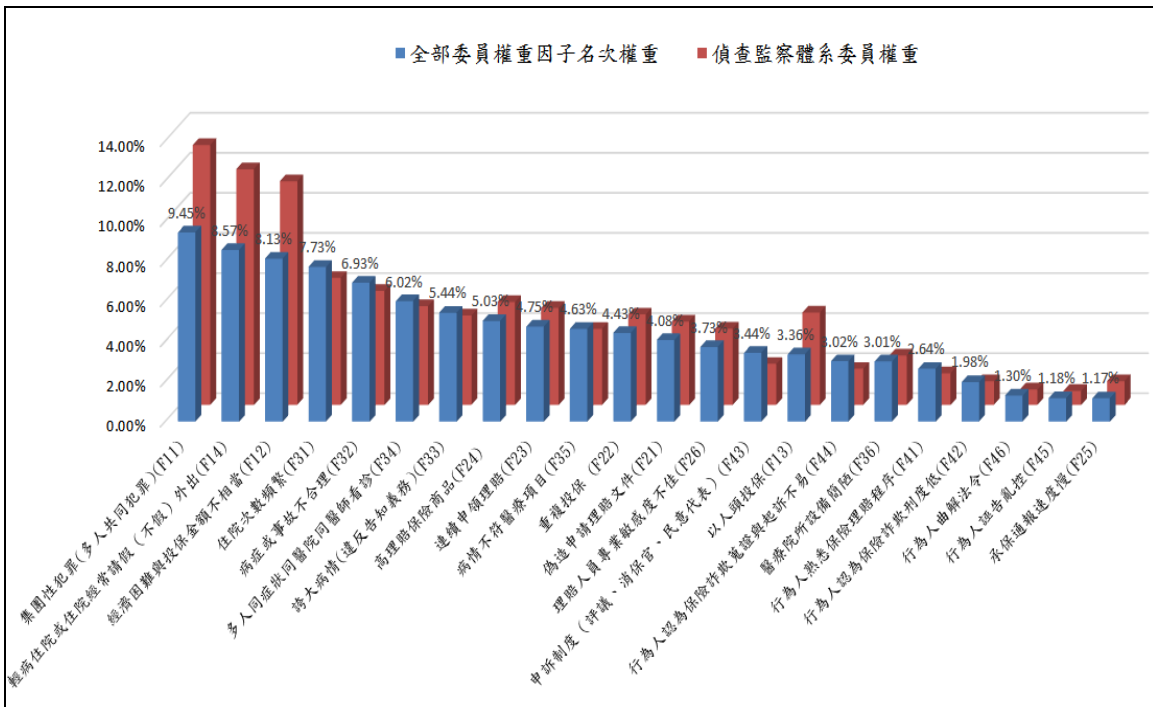


圖 5-2-3 全部委員與偵查監察體系權重比較

(資料來源：研究者自行整理)

(四) 全部因子與保險醫療體系及偵查監察體系權重比較

有關 22 項醫療保險詐欺辨識指標因子，經以 CFPR 問卷及程式進行權重偏好問卷調查，發現全部因子與業界及偵查監察體系權重排名略有不同，分述如下：

「集團性犯罪(多人共同犯罪)」在全部委員排名第 1 名(佔 9.45%)，在保險醫療體系排名第 3 名(佔 6.94%)，在偵查監察體系排名第 1 名(佔 12.97%)；「輕病住院或住院經常請假(不假外出)因子」在全部委員排名第 2 名(佔 8.57%)，在保險醫療體系排名第 5 名(佔 6.29%)，在偵查監察體系排名第 2 名(佔 11.77%)；「經濟困難與投保金額不相當因子」在全部委員排名第 3 名(佔 8.13%)，

在保險醫療體系排名第 6 名 (佔 5.97%)，在偵查監察體系排名第 3 名 (佔 11.16%)；「住院次數頻繁因子」在全部委員排名第 4 名 (佔 7.73%)，在保險醫療體系排名第 1 名 (佔 8.43%)，在偵查監察體系排名第 4 名 (佔 6.34%)；「病症或事故不合理因子」在全部委員排名第 5 名 (佔 6.93%)，在保險醫療體系排名第 2 名 (佔 7.56%)，在偵查監察體系排名第 5 名 (佔 5.69%)；「多人同症狀同醫院同醫師看診因子」在全部委員排名第 6 名 (佔 6.02%)，在保險醫療體系排名第 4 名 (佔 6.56%)，在偵查監察體系排名第 7 名 (佔 4.94%)；「誇大病情(違反告知義務)因子」在全部委員排名第 7 名 (佔 5.44%)，在保險醫療體系排名第 7 名 (佔 5.93%)，在偵查監察體系排名第 7 名 (佔 4.46%)；「高理賠保險商品因子」在全部委員排名第 8 名 (佔 5.03%)，在保險醫療體系排名第 9 名 (佔 5.00%)，在偵查監察體系排名第 6 名 (佔 5.14%)；「連續申領理賠因子」在全部委員排名第 9 名 (佔 4.75%)，在保險醫療體系排名第 10 名 (佔 4.72%)，在偵查監察體系排名第 8 名 (佔 4.85%)；「病情不符醫療項目因子」在全部委員排名第 10 名 (佔 4.63%)，在保險醫療體系排名第 8 名 (佔 5.05%)，在偵查監察體系排名第 14 名 (佔 3.80%)；「重複投保因子」在全部委員排名第 11 名 (佔 4.43%)，在保險醫療體系排名第 12 名 (佔 4.40%)，在偵查監察體系排名第 10 名 (佔 4.52%)；「偽造申請理賠文件因子」在全部委員排名第 12 名 (佔 4.08%)，在保險醫療體系排名第 14 名 (佔 4.06%)，在偵查監察體系排名第 12 名 (佔 4.17%)；「理賠人員專業敏感度不佳因子」在全部委員排名第 13 名 (佔 3.73%)，在保險醫療體系排名第 15 名 (佔 3.71%)，在偵查監察體系排名第 13 名 (佔 3.81%)；「申訴制度(評議、消保官、民意代表)因子」在全部委員排名第 14 名 (佔 3.44%)，在保險醫療體系排名第 11 名 (佔 4.68%)，在偵查監察體系排名第 16 名 (佔 2.05%)；「以人頭投保因子」在全部委員排名第 15 名 (佔 3.36%)，在保險醫療體系排名第 19 名 (佔 2.47%)，在偵查監察體系排名第 9 名 (佔 4.61%)；「行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易因子」在全部委員排名第 16 名 (佔 3.02%)，在保險醫療體系排名第 13 名 (佔 4.11%)，在偵查監察體系排名第 17 名 (佔 1.81%)；「醫療院所設備簡陋因子」在全部委員排名第 17 名 (佔 3.01%)，在保險醫療體系排名第 17 名 (佔 3.28%)，在偵查監察體系排名第 15 名 (佔 2.47%)；「行為人熟悉保險理賠程序因子」在全部委員排名第 18 名 (佔 2.64%)，在保險醫療體系排名第 16 名 (佔 3.60%)，在偵查監察體系排名第 18 名 (佔 1.58%)；「行為人認為保險詐欺刑度低因子」在全部委員排名第 19 名 (佔 1.98%)，在保險醫療體系排名第 18 名 (佔 2.70%)，在偵查監察體系排名第 20 名 (佔 1.19%)；「行為人曲解法令因子(針對誤解法律解釋層面)」在全部委員排名第 20 名 (佔 1.30%)，在保險醫療體系排名第 20 名 (佔 1.78%)，在偵查監察體系排名第 21 名 (佔 0.78%)；「行為人誣告亂控因子(針對法律程序層面)」在全部委員排名第 21 名 (佔 1.18%)，在保險醫療體系排名第 21 名 (佔 1.60%)，在偵查監察體系排名第 22 名 (佔 0.70%)；「承保通報速度慢因子」在全部委員排名第 22 名 (佔 1.17%)，在保險醫療體系排名第 22 名 (佔 1.16%)，在偵查監察體系排名第 19 名 (佔 1.19%)。

(如表 5-2-15)、(圖 5-2-4)

在全部 22 項辨識指標因子中，醫療保險詐欺犯罪由全部委員與業界、偵查監察體系權重比較分析，分述如下：

1. 集團性犯罪(多人共同犯罪)，在全部委員與偵查監察體系委員均排列第 1 名，保險醫療體系委員排名第 3 名，
2. 輕病住院或住院經常請假（不假）外出，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 2 名，保險醫療體系委員排名第 5 名。
3. 經濟困難與投保金額不相當，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 3 名，保險醫療體系委員排名第 6 名。
4. 住院次數頻繁，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 4 名，保險醫療體系委員排名第 1 名。
5. 病症或事故不合理，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 5 名，保險醫療體系委員排名第 2 名。
6. 多人同症狀同醫院同醫師看診，在全部委員排名第 6 名，保險醫療體系委員排名第 4 名，偵查監察體系委員排名第 7 名。
7. 誇大病情(違反告知義務)，在全部委員與保險醫療體系委員共同排列第 7 名，偵查監察體系委員排名第 11 名。
8. 高理賠保險商品，在全部委員排名第 8 名，保險醫療體系委員排名第 9 名，偵查監察體系委員排名第 6 名。
9. 連續申領理賠，在全部委員排名第 9 名，保險醫療體系委員排名第 10 名，偵查監察體系委員排名第 8 名。
10. 病情不符醫療項目，在全部委員排名第 10 名，保險醫療體系委員排名第 8 名，偵查監察體系委員排名第 14 名。
11. 重複投保，在全部委員排名第 11 名，保險醫療體系委員排名第 12 名，偵查監察體系委員排名第 10 名。
12. 偽造申請理賠文件，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 12 名，保險醫療體系委員排名第 14 名。
13. 理賠人員專業敏感度不佳，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 13 名，保險醫療體系委員排名第 15 名。
14. 申訴制度（評議、消保官、民意代表），在全部委員排名第 14 名，保險醫療體系委員排名第 11 名，偵查監察體系委員排名第 16 名。
15. 以人頭投保，在全部委員排名第 15 名，保險醫療體系委員排名第 19 名，偵查監察體系委員排名第 9 名。
16. 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易，在全部委員排名第 16 名，保險醫療體系委員排名第 13 名，偵查監察體系委員排名第 17 名。
17. 醫療院所設備簡陋，在全部委員與保險醫療體系委員共同名列第 17 名，偵查監察體系委員排名第 15 名。

18.行為人熟悉保險理賠程序，在全部委員與偵查監察體系委員同列第 18 名，保險醫療體系委員排名第 16 名。

19.行為人認為保險詐欺刑度低，在全部委員排名第 19 名，保險醫療體系委員排名第 18 名，偵查監察體系委員排名第 20 名。

20.行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面），在全部委員與保險醫療體系委員同列第 20 名，偵查監察體系委員排名第 21 名。

21.行為人誣告亂控（針對法律程序層面），在全部委員與保險醫療體系委員同列第 21 名，偵查監察體系委員排名第 22 名。

22.承保通報速度慢，在全部委員與保險醫療體系委員同列第 22 名，偵查監察體系委員排名第 19 名。

在醫療保險詐欺犯罪指標因子中，經分析全部委員與保險醫療體系委員及偵查監察體系委員中，前十名辨識指標因子大致相同，權重比例並名列在前，其中集團性犯罪、輕病住院或住院經常請假（不假）外出、經濟困難與投保金額不相當等三項辨識因子，經偵查監察體系委員分別評論為 12.97%、11.77%、11.16%，可見該三項辨識指標因子，對於醫療保險詐欺犯罪因素是非常重要的；另外，住院次數頻繁、病症或事故不合理、多人同症狀同醫院同醫師看診等三項辨識指標因子，在全部委員與保險醫療體系委員中，權重評比也都達到 6.02%至 8.43%；另外在誇大病情、高理賠保險商品、連續申領理賠、重複投保等辨識指標因子，在全部委員與保險醫療體系委員及偵查監察體系委員中的看法均趨於一致，都達到 4-5%之間，意見均相近。

表 5-2-15 全部委員與保險醫療、偵查監察體系權重比較

全部委員辨識指標因子	全部委員權重因子名次權重	全部委員權重因子名次排名	保險醫療體系委員權重	保險醫療體系委員權重因子名次排名	偵查監察體系委員權重	偵查監察體系委員因子權重名次排名
集團性犯罪(多人共同犯罪)	9.45%	1	6.94%	3	12.97%	1
輕病住院或住院經常請假(不假)外出	8.57%	2	6.29%	5	11.77%	2
經濟困難與投保金額不相當	8.13%	3	5.97%	6	11.16%	3
住院次數頻繁	7.73%	4	8.43%	1	6.34%	4
病症或事故不合理	6.93%	5	7.56%	2	5.69%	5
多人同症狀同醫院同醫師看診	6.02%	6	6.56%	4	4.94%	7
誇大病情(違反告知義務)	5.44%	7	5.93%	7	4.46%	11
高理賠保險商品	5.03%	8	5.00%	9	5.14%	6
連續申領理賠	4.75%	9	4.72%	10	4.85%	8
病情不符醫療項目	4.63%	10	5.05%	8	3.80%	14

重複投保	4.43%	11	4.40%	12	4.52%	10
偽造申請理賠文件	4.08%	12	4.06%	14	4.17%	12
理賠人員專業敏感度不佳	3.73%	13	3.71%	15	3.81%	13
申訴制度(評議、消保官、民意代表)	3.44%	14	4.68%	11	2.05%	16
以人頭投保	3.36%	15	2.47%	19	4.61%	9
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易	3.02%	16	4.11%	13	1.81%	17
醫療院所設備簡陋	3.01%	17	3.28%	17	2.47%	15
行為人熟悉保險理賠程序	2.64%	18	3.60%	16	1.58%	18
行為人認為保險詐欺刑度低	1.98%	19	2.70%	18	1.19%	20
行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)	1.30%	20	1.78%	20	0.78%	21
行為人誣告亂控(針對法律程序層面)	1.18%	21	1.60%	21	0.70%	22
承保通報速度慢	1.17%	22	1.16%	22	1.19%	19

資料來源：研究者自行整理

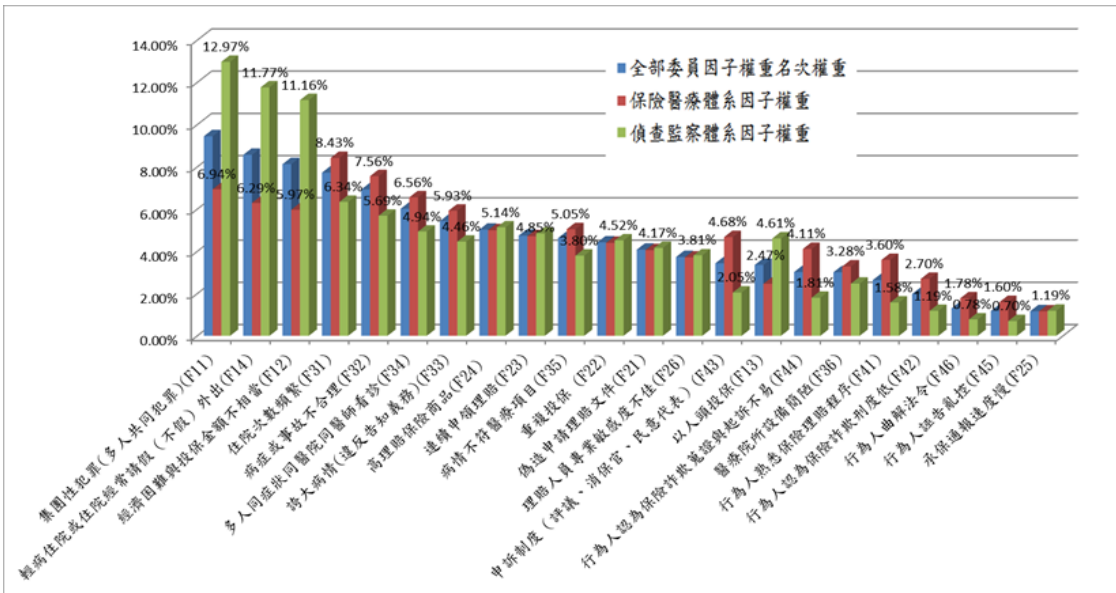


圖 5-2-4 全部委員與保險醫療、偵查監察體系權重比較
(資料來源：研究者自行整理)

本研究進一步發現，全部委員四大構面排序第一名為醫療構面、第二名為個人構面、第三名為保險構面、第四名為法律構面，但經全部委員權重分析保險詐欺犯罪辨識指標因子第一名卻是屬於個人構面的「集團性犯罪(多人共同犯罪)」，第二名才屬於醫療構面之「輕病住院或住院經常請假(不假)外出」因子，第三名又屬於個人構面之「經濟困難與投保金額不相當」因子，由此可發現，本研究之面向體系是屬於概括性的大方向，而醫療保險詐欺犯罪辨識卻是可以凸顯出影響保險詐欺因素的重要指標因子，故如針對醫療保險詐欺犯罪進行防治，則需要

分為面向性的防治及重點式的突破，這樣方能有效的利用本研究所發現之醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子進行有效率的預防。(如表 5-2-16) (如圖 5-2-5)

表 5-2-16 醫療保險詐欺構面排名與權重關係表

醫療保險詐欺構面排名與權重關係表			
四大構面	醫療保險詐欺犯罪因子	權重排名	權重指數
個人構面	集團性犯罪(多人共同犯罪)	1	9.45%
	經濟困難與投保金額不相當	3	8.13%
	以人頭投保	15	3.36%
	輕病住院或住院經常請假	2	8.57%
保險構面	偽造申請理賠文件	12	4.08%
	重複投保	11	4.43%
	連續申請理賠	9	4.75%
	高理賠保險商品	8	5.03%
	承保通報速度慢	22	1.17%
	理賠人員專業敏感度不佳	13	3.73%
醫療構面	住院次數頻繁	4	7.73%
	病症或事故不合理	5	6.93%
	誇大病情(違反告知義務)	7	5.44%
	多人同症狀同醫院同醫師看診	6	6.02%
	病情不符醫療項目	10	4.63%
	醫療院所設備簡陋	17	3.01%
法律構面	行為人熟悉保險理賠程序	18	2.64%
	行為人認為保險詐欺刑度低	19	1.98%
	申訴制度(評議、消保官、民意代表)	14	3.44%
	行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易	16	3.02%
	行為人誣告亂控(針對法律程序層面)	21	1.18%
	行為人曲解法令(針對誤解法律解釋層面)	20	1.30%

資料來源：研究者自行整理

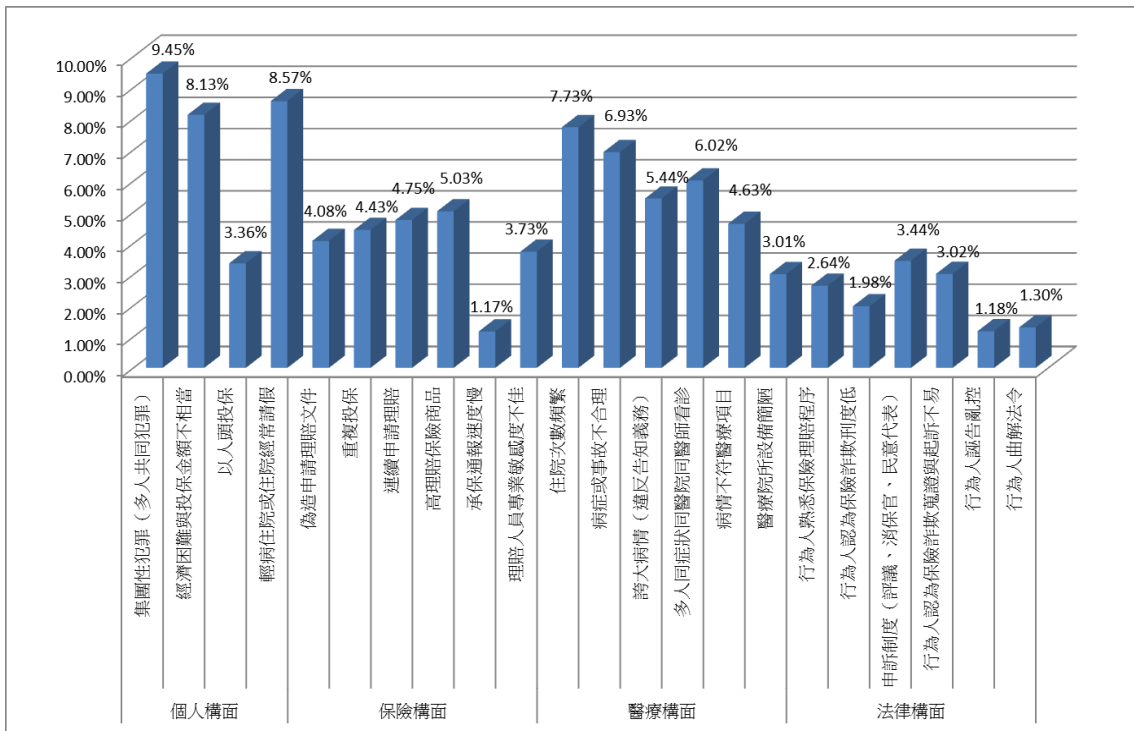


圖 5-2-5 醫療保險詐欺構面排名與權重關係圖

(資料來源：研究者自行整理)

第六章 結論與建議

本研究為探討「醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子」，共採用了文獻分析法、深度訪談法、專家焦點意見調查法及一致性模糊偏好關係法（CFPR）等四種方法進行研究，首先以文獻分析法及深度訪談法，蒐集醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，再利用專家焦點意見調查法篩選出符合本研究之醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，最後運用一致性模糊偏好關係法（CFPR）進行辨識指標因子權重之排序，依序找出醫療保險詐欺犯罪辨識指標機率最高之犯罪因子，以作為保險公司審核、防制醫療保險詐欺犯罪及司法機關偵辦是類案件之參考，茲就研究結果及發現與建議，分述如下：

第一節 研究結果及發現

本研究針對專家訪談所得結果及相關文獻資料進行篩選及評估後，發現醫療保險詐欺犯罪在個人、保險、醫療、法律四大構面中，對於辨識指標「因子篩選」及「因子權重排序」與醫療保險詐欺犯罪型態、歷程、成因有其關聯性，為能有效的針對醫療保險詐欺犯罪態樣進行分析，舉凡因疾病或事故所引發之症狀，透過醫師利用醫療行為加以診斷治療，其過程涉及假冒、偽造之不實行為，均為醫療保險詐欺犯罪型態，茲就研究結果針對其型態、歷程、成因及辨識指標分述如下：

一、醫療保險詐欺犯罪型態特性

一般正常的醫療行為均是醫師與病患間，因醫病關係而產生的互動，純粹是病患因病而求助醫師診治的行為，但如果當醫病行為有其他的利害關係介入而產生糾紛時，所發生的結果就會變得複雜且有可能涉及到刑事責任，其中項目不乏有醫療費用的支付、對醫護人員恐嚇、關說介入看病或健保給付等問題，但最常見也是最大的醫療保險詐欺犯罪因素卻是保險理賠制度的介入，而當醫療行為有保險理賠因素介入後，所衍生的問題就非單純只是醫生救治病患的關係而已，排除道德良知因素外，其中有可能牽涉到病情的真偽、診治的方式、開立診斷證明書的內容、住院的方式及保險黃牛掛勾與保險利益瓜分等問題，而醫病關係所衍生之醫療保險詐欺犯罪成立必須要有幾個特性分析如下：

（一）醫療保險詐欺須以提出申請理賠為標的始成立犯罪

醫療保險詐欺犯罪的態樣層出不窮，各式手法只要能取得保險公司認同或者保險公司無力反駁其事發過程係出於偽造或道德危險之行為，保險公司即應給付保險理賠金，且如無其他特別約定，保戶提出申請後，保險公司最慢應於 15 日內

給付，依據保險法第 34 條規定，「保險人應於要保人或被保險人交齊證明文件後，於約定期限內給付賠償金額，無約定期限者，應於接到通知後十五日內給付之」；但另依據保險法第 58 條規定「要保人、被保險人或受益人，遇有保險人應負保險責任之事故發生，除同法另有規定，或契約另有訂定外，應於知悉後五日內通知保險人」，否則依同法 57 條「當事人之一方對於他方應通知之事項而怠於通知者，除不可抗力之事故外，不問是否故意，他方得據為解除保險契約之原因」，由此可知，保戶在發生事故後要保人、被保險人或受益人應檢具相關證明文件，於 5 日內向保險公司提出理賠申請，除非是「不可抗力之事故外」，否則不問是否出於故意，保險公司可依保戶未於知悉事故發生之 5 日內未告知保險公司為理由，作為解除保險契約之原因，亦即保險公司可依此規定拒絕理賠。

但縱使依據保險法第 63 條有規定「要保人或被保險人不於第五十八條，第五十九條第三項所規定之期限內為通知者，對於保險人因此所受之損失，應負賠償責任」，但實務上保險公司幾乎沒有以保險法第 57 條規定「保戶未於 5 日內向投保之保險公司通知所發生之事故」而予以拒賠的案例，因為爭議性太大，且同法第 62 條規定當事人之一方對於 1. 為他方所知者 2. 依通常注意為他方所應知，或無法諉為不知者 3. 一方對於他方經聲明不必通知者之情形，以上可以不負通知之義務；因此對於當事人之一方，只要曾有以各種方式通知保險公司或是向其投保之業務人員告知，即不可謂之無通知。目前保險公司對於保戶未告知事故發生，大都以依據保險法第 65 條規定「由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅」，據以作為拒賠的理由；除非是有發生 1. 要保人或被保險人對於危險之說明，有隱匿、遺漏或不實者，自保險人知情之日起算；2. 危險發生後，利害關係人能證明其非因疏忽而不知情者，自其知情之日起算；3. 要保人或被保險人對於保險人之請求，係由於第三人之請求而生者，自要保人或被保險人受請求之日起算，以上三項之特別規定，否則如果當事人發生保險理賠事故或標的後二年內不提出申請理賠，即會因不行使而消滅理賠的權益，因此醫療保險詐欺犯罪型態之特性，必須以事故發生後向保險公司提出申請理賠為標的始成立，係為最重要的特性。在本研究犯罪偵查理論中，Weston(1997)指出，犯罪偵查係指為了重建一個違法行為或不作為其伴隨心理狀態，對有價值人物、事物的合法蒐尋，意即偵查機關為蒐集犯罪情報、調查犯罪證據、追查贓、證物來源、逮捕犯案嫌疑人犯，以作為提起訴追準備的一切合法調查作為，但本研究發現這些偵查作為與所得的結果均必須是犯罪成立的狀態，成立的要件即是提出保險理賠申請，如未獲理賠則為未遂，已獲理賠則係既遂，犯罪的構成要件即為手段的實施才是犯罪的開始，故依據本研究保險構面中之「偽造申請理賠」及「連續申請理賠」即可印證此一特性即是已提出理賠申請之要項，是以構成犯罪成立要件之必要性。

（二）排除非故意或意外所導致之預謀犯罪特性

在預謀犯罪特性上，一般商業保險在個人的功能方面最主要是可以分散意外事故風險，及預防事故發生時之緊急應變，也是為自己伸出援助的另一種方式，以避免事故突然發生致生活規劃頓時失去依靠，如未出險其所繳納之保費亦可作為幫助其他同樣有投保，需要緊急受幫助的人，亦係以參加互助會的方式，讓所有的保險成員因自然或意外事故所造成之損失，由多數保險成員來共同分攤及承擔，以做為預防臨時事故發生之緊急應變措施。但醫療保險詐欺犯罪型態眾多，發現有很多狀態都是故意或是非意外的行為，如醫療保險詐欺的行為模式有偽病就診、故意輕病久住、偽裝假住院、掉包假檢體、偽造、變造診斷證明書、偽裝殘廢失能、偽刷健保卡、偽造出國意外事故就醫，甚至是自殘、故意製造事故受傷等類型，對保險公司而言防不勝防，且保險詐欺是一種智慧型的犯罪，也是一種預謀性的經濟犯罪，在本研究理性選擇理論中，許春金（2017）指出，犯罪者亦會評估被逮捕的可能性、懲罰的嚴厲性、可能的利益等，然後再行動，本研究亦發現，無論是事故前或是事故後都會牽涉到預謀性的犯罪行為，原本不符合申請理陪的事故，為了要取得醫師所開立符合理陪申請的診斷證明書，必需要透過各種關係及途徑，來達成申請要件，故為讓保險的用意回歸至單純的預防緊急事故，因此判定事故真偽的界線是值得去注意的。

研究中更發現有些保險詐欺者，會購買很多家的商業保險，一般大都是小病或是自己無病裝病就醫，也有可能尋找相關醫學常識偽裝成病態現象，或是向曾有偽造病症去就醫的人，學習如何假裝病態，再請保險黃牛當仲介，跟認識的醫師勾串再來進行偽病就診，取得不實之診斷證明，或是利用長期治療的機會住院詐領保險金，甚至如癌症已經過了三年到五年的治療，病情已較為穩定，但因為有癌症的門診保險，所以還是會不斷地去看醫生，然後持續的詐領保險金；另外，還發現有一些偽造的非意外傷勢，讓住院變成一種固定的模式，為了獲取保險理賠製造事故頻繁住院，研究中甚至發現家族性的成員集體生病，都罹患相同的病症接受治療，同時段找同醫院同醫生就診，連住院期間都曾重疊，住院出險次數多的現象，或以意外事故為標的，利用出國查證不易在浴室、泳池、滑雪跌倒，或勾串醫生胎位不正等因素來詐領保險理賠，故研究發現對於故意或非意外所導致之預謀犯罪醫療行為是醫療保險詐欺犯罪重要的特性，這與本研究所發現在個人構面中之「集團性犯罪」、「以人頭投保」；保險構面中之「偽造申請理賠文件」；醫療構面中之「誇大病情（違反告知義務）等醫療保險詐欺犯罪因子，均係以預謀性犯罪為出發點所從事之醫療保險詐欺犯罪特性相謀和。

(三) 因偽裝或隱匿病情查證不易之隱匿性犯罪

研究中發現醫療保險詐欺行為人，熟悉因病就診的程序，瞭解跟醫生進行病情主述是博取醫師判斷病情最重要的依據也是最好的方式，故行為人假裝外傷病症嚴重，騙取醫師同意給予住院，以取得高日額型的保險給付，是最常見的偽裝手法。財團法人犯罪防保險犯罪防治中心（2006）指出，犯罪偵查理論之犯罪模式中，並不僅侷限在一群特定的犯罪人身上，它對於如犯罪種類及型態、被害標的的辨別、犯罪工具採證、犯罪時空因素分析、犯案手段分析、犯罪嫌疑人追緝及描述等案件的共同特徵，都是非常重要的。本研究亦發現，醫療保險詐欺犯罪人以欺騙醫生或是讓醫生陷於錯誤的方式，而開立符合詐領保險金之診斷證明書；另外，偽裝輕病取得久住的情形一定需要醫生同意，或者患者認識醫師，或者不認識醫師，但卻假裝病情嚴重博取醫師的同情，認識的醫師有時願意讓病患多住院天數，這些都是常見的偽裝或隱匿病情現象，但如果是一般診所、小醫院是需要業績的，他們在醫院需要有醫師配合時，就會較容易同意患者偽裝病症多住院的情形，但大部分為了讓醫師同意所求，最直接就是計畫性主動認識醫生或者是跟醫生勾串，再來則是騙取醫師，使醫生陷於錯誤或同意而開立與病情不相符之診斷證明書，得以申請保險理賠，分述如下：

1. 計畫性預謀認識醫生：除非經由朋友或親戚介紹，通常醫生與病患的關係均靠掛號看診才能接觸到醫生，所以要認識醫生最好的方式就是掛他的門診看病，如看第一位醫生說沒有問題，就會再找第二個醫生就診，並向第二位醫師投訴第一位醫生根本就不會看病，縱使很痛，第一位醫師也認為我沒有關係，所以第二位醫師就擔心說，如果不幫他看，會不會也變成像他口中所講的不會看病的醫師？所以到最後就會演變成讓病患住院，等於是病患偽裝病情一直在試驗醫生可以住院的底線，只要醫師比較好講話的，或讓同一位醫師多看了幾次病，試到最後幾乎都可讓醫師妥協而獲得住院的許可，但發生這種情形大部分在私人醫院比較常發生這種假住院的狀況。

2. 透過中間人媒介醫生：有些病患想要請醫師開立符合請領保險理賠的診斷證明書，是需要透過中間人去進行媒介的，有些是透過業務員，但大部分則都是靠保險黃牛，因為從實務案例及財團法人保險犯罪防治中心所公布的案例中，黃牛透過醫生開立不實的診斷證明書以詐領保險理賠金的案件並非少數，其中發現保險黃牛會教導病患怎麼去假裝病況，如何去騙醫生，或是黃牛直接賄賂醫生，研究中發現目前大都已經有一種固定的模式，有些黃牛會號召甚至公然在醫院的急診室外面，只要看推著輪椅的人，就問你有沒有保險，可以幫忙申請保險理賠然後要抽成。研究中也發現有些病患為了可以得到醫師的診斷證明書，常會跨區就診，如住在台北專程跨越至台中或高雄等他鄉鎮去找特定的醫院醫師看診，其中因素不乏透過中間人的引線，其目的就是為了找熟識的醫師開立符合請領保險理賠的診斷證明書。

研究中也發現有些病患是靠關係或是找黃牛仲介的方式去認識醫生，而同意患者隱匿或偽裝病情假裝住院通常是私人醫院才較有可能發生，因為在私人醫院比較能夠去影響護理人員，其中影響的程度包括填寫不實的病歷紀錄、護理記錄、檢查報告等，因為這樣的行為有可能牽涉到醫院的利益，有些行為人為達詐騙目的，甚至沒有疾病症狀，假裝病患跟醫生主述身體多處部位疼痛，為達到住院的目的需住院做全身檢查，該類情形尤以精神疾病最常發生，因為沒有儀器可以檢驗精神疾病的真偽，是最難突破的一種症狀，另外還有些像肺炎、高血壓、肺結核、僵直性脊椎炎、糖尿病等疾病都有可能偽裝住院，研究中發現甚至有些小朋友就被家長拿來當人頭詐領保現金，常以發生肚子痛、胃潰瘍、消化性潰瘍、肺炎、感冒等症狀來詐領醫療保險理賠；另外，出國旅遊發生事故不明確、不合理同時又購買多家保險商品，且是高日額意外險或是高額的旅平險，這些案件不易調查，都有可能是涉及預謀性的跨境保險詐欺犯罪；研究中也發現在有些中醫院會涉及到詐騙健保及商業醫療保險的情形，最明顯就是隱匿無就醫卻偽造診斷紀錄，或以隱匿擦傷等輕病症狀來換取高貴的藥品或是營養品的詐騙案件，還有發現要保人利用人頭或遊民，投保高額之日額型保險金，再假裝失明、精神障礙等疾病，隱匿真實的情況進行詐保，沒病裝病、小病裝大病等醫療保險詐欺犯罪型態，因偽裝或隱匿病情查證不易為醫療保險詐欺犯罪重要因素，與本研究中個人構面之「以人頭投保」；醫療構面之「病症與事故不合理」、「病情不符醫療項目」等醫療保險詐欺犯罪因子型態相符，故符合偽裝或隱匿病情查證不易之隱匿性犯罪特性。

（四）以醫療行為為主體之集團性犯罪

保險理賠案件之成立，保戶得以獲得理賠，最主要條件是申請理賠文件必須齊全，其中最重要的是醫師的診斷證明書，缺一不可，且診斷證明書的內容也必須符合理賠的要件，比如殘廢等級、肢體的彎曲角度或能見度之數據等，所以醫生之診斷證明書可以說是整個保險理賠案件最重要的主角，但實務上卻發現，常會有一些患者受傷的程度並非那麼嚴重，但是從醫生所開立之診斷證明書卻與實際的病情不太相符，甚至於在診斷證明書上記載手腳失能無法活動卻能夠騎車，眼睛能見度 0.1 卻能夠自行開車的情況，諸如此類情形除非醫生專業度不足外，最大的因素應該就是醫師與保戶有所勾結，比較常發現的症狀有四肢機能、手腳、眼睛等失能殘廢現象，或者是比較容易取得的椎間盤突出這類病症，只要醫生願意配合都有可能拿到不實的醫療證明。而扮演著黃牛角色的身份有可能是醫生、護士、病理師或保險業務員，他們會透過各種管道與醫師取得共識，要求醫生開立與病情不相符之診斷證明書，有些醫師有可能因為中間人的關係，睜一隻眼閉一隻眼，想法只是說在幫他的病人一個忙而已，但有些醫師卻是為了獲取利益而與黃牛掛勾，雖然有些醫生不承認，稟持著被抓到再說的心態，但事實上醫師與

黃牛勾串的事實卻是不容忽視的，比如胎位不正，醫生的診斷證明書卻開「胎兒過大」或「臍帶繞頸」，從病歷中是無法發現這些情況的，因此再從警方所查獲的案件中發現醫生因協助開立不實之診斷證明書遭判刑的案件為數不少。在醫療保險詐欺犯罪特性實證研究中，程志強、范兆興、施宇峰（2008）指出，保險詐欺案件，存在著所有犯罪行為中風險最低，獲利最大的特性、是非勞力犯罪，是白領階級的文質犯罪，屬高投資報酬率犯罪樣態，本研究故以集團性犯罪為主體之醫療保險詐欺態樣，更是存在著這些現象，保戶透過仲介黃牛，黃牛在媒介醫生，形成一個詐保集團鍊，縝密的詐保計畫與共犯間的勾串結構關係，往往要從外而內去進行偵查是不太容易的，因此，雖係屬公訴罪，但司法單位在一般被害保險公司如未主動提出申告的話，司法機關大都還是採取被動式的對應方式，目前仍無有效的防制及因應措施。

另外，從研究中發現還有一種重大疾病，明知不符要件卻假裝符合，或是跟醫生勾結而開立符合重大疾病之診斷證明書詐領保險金；還有調換疾病組織切片，如癌症檢體，進行掉包，不僅馬上可以得到鉅額的保理賠金，且住院亦可獲得高日額之保險理賠，這些都是保險詐騙份子以集團性的方式在操作，亦即會有一個主要關係人或中間人，以他對保險程序及人脈的熟悉度，可以順利取得醫生的診斷證明書及保險公司理賠的經驗，就扮演起保險黃牛的角色，教導病患如何裝病，甚至還會去買一些很專業的書籍來研究，比如假裝重鬱症、憂鬱症或假裝精神病等，再跟醫生套好關係安排住院，有些是中間人本身就跟醫生有勾結，如收買醫生或以開診斷書的件數計費等，也有些會以保險經紀公司的身份出現，大膽程度甚至要求醫生依照其寫好的內容開立不實之診斷證明書，其目的就是要詐領保險理賠金，故以醫療行為為主體之醫師背書亦是醫療保險詐欺犯罪最重要的一環，這與本研究在保險構面中「偽造申請理賠文件」之醫療保險詐欺犯罪因子，所論述診斷與實際病情不相符，卻因一紙診斷證明而申獲理賠的醫療保險詐欺論述是相符合的。

二、醫療保險詐欺犯罪歷程分析

（一）醫療保險詐欺犯罪投保歷程

一般投保醫療保險的動機為預防萬一，即事故發生後可由保險公司來支付所需之醫療、工作補助或喪葬等費用，而且除非是投資型的保險商品外，正常一般投保將會考慮薪資收入與保費金額，再來考量不同保險公司所提供的產品條件而增加投保家數，最主要還是以考量需求與投資報酬的平衡為主，故如有同性質且內容相同之保險商品，投保數超過三家以上或投保金額過高者，即有可能發生醫療保險詐欺犯罪之現象，這統計符合本研究保險構面中「重複投保」、「連續申請理賠」等醫療保險詐欺所得之因子相同，分述如下：

1. 重複投保多家保險或高額保險理賠

一般詐保首先會先看投保的狀況，是否投保很多家保險，再看病症的狀況是否符合一般醫療常規，再來就是他是否為跨區求診，因為有些病症是很浮誇的，如不明疼痛症狀，從 18 歲到 78 歲均可能發生，從研究中發現，一家四或五口家庭，從 18 歲到 60 歲，全員症狀都是椎間盤突出，全部約好同一天治療，同一天出院，同時來申請理賠，而且重複投保很多家，又怕投保金額過高引起懷疑，分散理賠金額達成詐領醫療保險理賠之目的，買越多領越多，甚至會灌水購買醫療輔助器材，平均單家投保金額達幾萬元，以三家計算一次就可以領十幾萬元，保費只繳一次就因患病而不需要再繳了，可見在醫療方面高日額理賠或是一次性高額賠付是最大的誘因，因為只要持續住院，可能投保的保費就全都要回來了。

2. 隱匿病症投保

對於事故之發生，如果有購買保險者，當然依其保險內容進行理賠，但如果未事先購買保險者，病情又非急迫性，可能在因無法支付高額醫藥費下，就有可能發生隱匿病情的詐保案件。依據保險法第 51 條「保險契約訂立時，保險標的之危險已發生或已消滅者，其契約無效。但為當事人雙方所不知者，不在此限」，從研究中發現曾有保戶因意外事故而骨折找國術館治療，但因無法痊癒，為節省開刀治療費用，即向多家保險公司投保意外險，再偽造假事故申請理賠，像疾病所產生之可疑症狀或意外事故時，要保人利用管道在確定可能為重大疾病因素時，極可能隱匿病情投保非進行體檢之意外險，以獲得理賠。

3. 計畫性詐保

醫療保險詐欺案件，要進行詐保是非常容易的，有些疾病像腸胃炎拉肚子，一些醫院並無做任何檢查醫生就會核准要住院五天，車禍撞到頭腦震盪，只需門診觀察即可的，也是要住院三至五天，蜂窩性組織炎也是住院申請理賠的要項之一，有些保戶通常都投保很多家，住院一天可申請 1 萬至 1 萬 5 千元保險理賠金；另外在傷害醫療保險部分，有些保戶他們就會重複投保多家的旅遊平安險或醫療傷害險，有些一次事故上限的理賠是 3 萬元，連續看二至三個月醫生，可能總共花了三萬元醫療費用，但詐保者他可能購買五個複保險，可以達到申請 15 萬元之多的保險理賠金，有一些中醫院也會去配合保戶的需求，甚至請醫師開立假的診斷書。日額型的保險理賠是台灣目前最常發生的，高日額型多住一天可以多 6000 或 8000 元，且投保好幾家，住一天就相當一個月的薪水，有些癌症的理賠金額更高，詐保者利用癌症或是殘廢的因素購買保險，一個案件的理賠金就可高達幾千萬甚至上億元。

發現在醫療保險詐欺犯罪歷程分析中，林秉耀（2005）指出，保險公司可以針對醫療保險詐欺犯罪所發生的風險進行防制，以達到降低詐保，如可容忍性的

詐欺風險自承原則、建立統一防範保險詐欺查核表之風險規避原則、對理賠頻率高案件，約定保戶自付額方式的風險分散原則及建立保險理賠互助之風險轉嫁原則等，均是可降低醫療保險詐欺犯罪的方式，另外，本研究對於重複投保多家保險或高額保險理賠是可以透過同業共同平台搜尋得到的，隱匿病症投保是可以事先指定醫院進行篩檢的，稟持事前防範的核保流程，則計畫性詐保得逞的機率將會降低。

（二）醫療保險詐欺犯罪審核歷程分析

一般保險公司對於客戶招攬保險核保均有一定的審核程序，依據「保險業招攬及核保作業控管自律規範」第二條中規定業務員（含電話行銷人員）招攬時應有以下程序，以有效控管風險，如：1. 瞭解要保人及被保險人之基本資料與投保目的；2. 向要保人或被保險人確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係；3. 考量要保人及被保險人之保險需求，不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求；4. 確認保單適合度、保險費、保險金額與保障需求間之適當性；5. 瞭解要保人及被保險人之投保動機及財務狀況；6. 瞭解要保人購買以外幣收付之非投資型保險商品匯率風險之承受能力；7. 瞭解要保人購買投資型保險商品風險之承受能力及投資損益係由其自行承擔。而且在業務員（含電話行銷人員）招攬時所填報之業務員報告書或其他招攬文件或電話錄音紀錄，至少應包含下列內容：1. 要保人、被保險人及受益人身分之確認；2. 要保人及被保險人投保目的；3. 要保人及被保險人年收入或財務狀況等。

在醫療保險詐欺犯罪動機因素之實證研究中，周文科（2004）指出，台灣地區的保險詐欺犯罪問題是一種複雜性、難查覺性、高損害性、低非價領悟性的因素，而且保險詐欺犯罪者之詐保行為所受到的可責性是較低的，甚至未將詐保行為視為一種犯罪行為，反而認為是一種聰明、有辦法的現象，扭曲了社會普世價值及道德標準，但本研究發現，保險公司為了招攬客戶，並無法有效依據保險業招攬及核保作業控管自律規範執行，而且縱使依規定詢問要保人投保動機，所得到的結果也可能與事實不相符，業務員也無法及能力作詳實的調查，再者如需要每案均鉅細靡遺的進行詢問及查證，對於保戶而言也倍感困擾，最後可能放棄投保或另擇其他保險公司投保，相較之下保險公司除了保單條款所需要填寫的制式答案外，在審核歷程上只是流於形式，且在意外險部分，尤其以旅遊平安險，很多都是只要行程前進行投保即可，更完全無審核的機制，在這種情況下，保險詐欺份子便有可能隱藏其中而通過保險公司的審核，研究者認為，為防範意圖詐領保險金之行為人參與其中，可能危害到其他良善保戶的權益，投保審核與其形式上審核應該要修改為實質上的查核，這與本研究保險構面中「承保通報速度慢」、「理賠人員專業敏感度不佳」等醫療保險詐欺犯罪因子相同，故研究者建議：

1. 建立詐騙前科份子資料庫：保險公司本身要建立曾經有詐保前科之投保人資料，連其所投保之眷屬也應該一併列入建檔，以作為核保時之參考。

2. 落實核保前通報機制查驗：目前由壽險工會代為管理的「保險業通報作業系統」平台，是各保險公司整合投保客戶之投保資料庫，但是有些保險公司在審核階段並不落實核對是否有重複投保現象，且為了招攬客戶縱使該保戶已有重複投保多家，仍繼續讓其投保，將成為保險詐欺案件之不定時炸彈。

3. 建立向警方查詢保戶保險詐欺前科機制：醫療保險詐欺模式，最常見的狀態就是重複投保，連續申請理賠，因為他們對於這種犯罪模式已經駕輕就熟，所以如果曾有犯過保險詐欺前科之保戶，只要有機會，他們還是會繼續重操舊業，只是更換不同家保險公司繼續投保，繼續詐保而已，所以研究發現保險業者應該仿效保全業者，向警方申請查詢新進保戶有無保險詐欺前科，以利保險公司過濾保險詐欺嫌犯，降低保險詐欺案件的發生。

（三）醫療保險詐欺犯罪實施歷程分析

從研究中發現醫療保險詐欺犯罪因子中與實施歷程相符合者有醫療構面中之「偽造申請理賠文件」、醫療構面中之「病情不符醫療項目」及法律構面中之「行為人熟悉保險理賠程序」等因子均相同，共可區分為事故偽造、取得醫療診斷證明書及向保險公司申請理賠三種階段，分述如下：

1. 事故偽造：可分成沒病裝有病、輕病裝重病及檢體掉包三個部分。

（1）沒病裝有病：沒病裝有病的狀況，相對會比較少，因為理論上當病人產生了某一個症狀，在醫療的專業上，他一定會找到一個相對應的情況，如病人半邊手腳無力就診，專科醫師一定很容易可以判斷病人可能的病兆，疾病發生原因，可是做了全套的檢查卻未發現一個可以解釋症狀的病變存在，這就是偽病就診，沒有病偽裝成有病就醫；還有一種難度比較高是因為檢查全部都正常，可是病患卻告訴醫生病的很嚴重，這種狀況就是不對稱。

（2）輕病裝重病：輕病裝重病相對在醫療保險詐欺就較為容易，比如明明是耳聰目明、反應敏捷的人，但為了詐領保險理賠金，就裝笨、裝傻，或是曾經發生一起意外車禍事故產生輕微出血，也恢復得很好，但是因為保險需求，所以必須裝病，那這種就等於是小題大作，也就是輕病裝病，如果是住院的話也會有2種情形，一是涉及到日額型的保險住院目的；另外一個是以殘廢為目的，牽涉到殘廢失能保險理賠金。

（3）檢體掉包：在檢體掉包整個過程裡頭，需要是一種集團性的組織，首先要有人提供這個假檢體，要有醫生願意配合進行，再來即俗稱狸貓換太子的檢體

掉包，在第三段檢體掉包的過程，可以是醫生，也可以是檢驗師來進行。但依據實際發生的案例及檢視整個過程，發現醫師在這一區塊相對是比較容易成功的。

2. 醫療診斷證明書偽造：可分為醫師偽造、被保險人偽造、理賠人員勾結偽造三種情況：

(1) 第一種是醫師偽造：醫師共犯，由醫師開立不實診斷證明書，陷保險公司於錯誤，因為有一些特定的醫生會因為中間人的關係，針對特定的疾病，像是一些皮肉受傷，他會做出蜂窩性組織炎的診斷，目的就是可以在醫院住上幾天，住院天數，保險公司基本上都不會查，甚至於中間人會把要求醫生開立的內容都寫在紙條上面，請醫生照開，因為大部分出險的要保人，他們去看病是不懂得這些訣竅的，所以這些都是要中間人去指導，像是重鬱症及憂鬱症就是最常見的症狀。有些是集團性的，甚至病歷都一模一樣，他們會在同一區間內分別不同時間住院，從病歷中可以發現診斷的病名都一樣，病歷除了名字及基本資料有改外，病歷都寫的一模一樣，像這類的診斷證明很容易就可發現它就是偽造的，又譬如醫生開一份不實的巴氏量表，讓被保險人不實的住院，那基本上有犯意的聯絡又有犯罪行為的實施，那醫師其實是這個案子裡面的共犯。

(2) 第二種則是被保險人偽造：主嫌、嫌犯，他們自己去偽造不實的診斷證明書，然後陷保險公司於錯誤。保險犯罪集團也會利用出國的機會來進行偽造診斷證明，因為國外的病歷比較無法查證，要偽造是更容易，有些像在印尼、柬埔寨以食物中毒、急性腸胃炎為藉口，所開的病歷包括發燒症狀都是一模一樣的，還有去美國旅遊在浴室、游泳池等地滑倒、至美國發現胎盤不正等，都會有仲介公司幫他們處理的，包括病歷與診斷證明書，像胎位不正或者是前置胎盤，他在國內的醫院是沒有做這樣診斷的，可是在國外卻可以不用做任何檢查就可以判斷有胎位不正的情形，而且有多起卻都是同一個醫生開的診斷證明書。一般他們還會有一個特性，就是一定會買海外突發疾病險，因為海外突發疾病就是在國內半年前都沒有這樣狀況的話，出國在旅遊這段時間才發生的，就可以申請海外突發疾病，這種保費又便宜，等於是一般的旅遊平安險，可是它卻可以獲得很大的利益。

(3) 第三種狀況比較不同是跟所謂的理賠人員勾結偽造診斷證明書，會發生由主嫌或被保險人去偽造診斷證明書，保險公司調醫院病歷時因沒有落實，而導致在理賠時未發現醫療證明書是假的。

在醫療保險詐欺實施歷程分析中，羅戎軒（2010）指出，在不法利益誘惑之下，不法集團會設法與醫療院所醫護人員勾串，不法集團會鑽研不同的醫療保險詐欺犯罪相關手法，致使案件發現不易，造成未被發現之醫療保險詐欺犯罪案件的增加，本研究發現其犯罪手法，大都出現在醫師所開立之診斷證明書之中，較值得探討的是醫師可以把病症寫得嚴重一些，以利住院申請保險理賠，如感冒不

需要住院，但只要醫師寫成支氣管炎，就好像嚴重一點，或者明明只是一個簡單的尿道炎，就比較頻尿一點而已，可是診斷上可以寫成腎虛或腎炎，就是用不同的名稱，可以讓疾病的嚴重度往上提升，就會構成好像住院的合理假象。把輕病寫成重病的診斷狀態，那住院的合理性就會比較高了，在外科醫生有看過傷口就可以寫診斷書，但是寫的病因是不是符合病症？例如，傷口是七公分深的肌腱斷裂，一般的醫師可能寫深度縫合手術，但是如果醫師是跟保險黃牛有掛勾的，就可能寫成肌腱斷裂縫合手術，手術費用不一樣，並可達到住院的目的，意即保險詐欺犯罪人用什麼樣的方式、管道可以取得醫生所開立的診斷證明，只要醫生願意配合即可，醫生開的診斷證明書就會比較嚴重一點，又如，一般頭暈，配合的醫師就會開立「梅尼爾氏症」病名的診斷證明書；急性腸胃炎，會開成食物中毒；急性腸胃炎，會開成食物中毒，這樣就可以住院了，可以由醫生的自由心證判斷，這就是診斷證明的不真實性。

3. 向保險公司申請理賠手段：一般醫療保險詐欺行為人如因具有爭議性案件無法獲得保險公司理賠，除了願意跟保險公司進行協商外，大都是以抗議、申訴、評議為手段逼迫保險公司就範，分析其中包括無法舉證或證據不足或涉及違反保險條款的爭議案件，發現大部分的保險公司在保戶進行申訴時，有些保險公司因礙於維護公司的企業形象政策，會考量形象與賠付成本及評議保證金繳納的多寡進行抉擇，甚至隱忍而縱容此類詐保事件的發生，比如評議中心申請一次就要花2萬多元，所以小件保險理賠案件花在評議中心的錢，比賠付的還要多，公司還要被記點，因此對保險公司而言均蠻畏懼評議的，而且評議中心評議的方向並不是像法院一樣以發現事實證據為前提，反而是詢問開立具有爭議性診斷證明書之醫師意見為參考意見，等於球員兼裁判，故這種政策性的制度，反而成為另類的醫療保險詐騙成因。

三、醫療保險詐欺犯罪成因探討

（一）醫療保險詐欺犯罪行為人因素探討

一般發生醫療保險詐欺犯罪行為人，有些是個人進行詐保，其中可能是要保人、被保險人或受益人，還有的是共犯結構的關係，如要保人、業務員、醫師、護理人員及保險仲介黃牛等，不管是個人因素或集團組織的因素，牽涉的層面均非常廣泛，在犯罪行為人因素探討中，鄧子震（2015）指出，在醫療保險詐欺犯罪涵蓋的範圍，其中與醫療人員或保險員串通偽造文書型態之類型，而發生的成因與本研究所發現個人構面中醫療保險詐欺犯罪因子之「集團性犯罪（多人共同犯罪）」、「經濟困難與投保金額不相當」、「輕病住院或住院經常請假（不假）」

外出」等醫療保險詐欺犯罪因子，均為個人因素或與醫護人員相關聯所造成之因素相符合，分述如下：

1. 經濟因素：研究中發現犯罪人動機本身有鉅額債務的壓力進而參與犯案，產生犯罪的動機，犯罪的因素大都因投資失利、賭債、卡債、高利貸或為預謀其他特定的開銷而產生債務問題；另外，案例中亦發現有些生活困難的人，亦有可能因為經濟的因素淪為保險詐欺犯罪人，如遊民因無法正常生活工作，卻遭不法份子收容成為要保對象，再以各種方法控制進行不同的身體凌虐，不法份子再向保險公司詐領保險理賠金，故經濟因素是醫療保險詐欺犯罪行為人重要的因素。

2. 貪念誘發因素：隨著保險事業的蓬勃發展，保險公司提供的保險商品及保險金額也迅速的提高，保險詐欺案件如果發生得逞，其誘惑力不容小覷，保險的利益實際並不以投保人對保險標的的利害關係，而是為保險人與被保險人之間的依附及信賴與扶助其他保戶的關係，因此，這種關係並不單純是以金錢為考量，但如果當拋棄這個概念後，所形成的就有可能是貪念的概念。因為保險在一般人們的價值觀念中均認為是先繳納支付的錢，與保險法制的概念尚未同步，對於醫療保險詐欺犯罪而言，想要可以從中間獲取不法利益者，都可稱具有貪念的因素，而一般個人因素的詐保動機卻常為保險詐欺仲介者所誘發，保險詐欺仲介者的身份有可能是醫生本身、護士、病理師或保險業務員及保險黃牛，他們會透過各種管道與醫師取得共識，要求醫師開立與病情不相符之診斷證明書，向保險公司詐領保險理賠金，讓原本無犯罪動機之人產生了貪念，而與仲介者掛勾獲取不法利益，從警方移送至法院判決的資料中，可以發現遭醫療人員為了貪念而而涉及醫療保險詐欺的案例為數不少，這些都是因為一時的貪念因素。

3. 僥倖因素；任何人都對於自己本身的生命及身體都可以投資賺換成保險利益，這是一般正當的保險概念，因此，任何人都可以為自己選擇適合的保險商品來為自己進行投保，但原則投保應根據本身的經濟能力及其實際需要而定。就是購買的保險是否合理？本身收入與購買的額度是否相當？合理性以外，還有他的職業本身的收入，與所投保的保險是否相對等，如果忽略了這些概念，那就只有一個解釋，就是心存僥倖隨時準備出險，或者預謀為詐領保險金而作準備；另外，對於保戶為詐領保險金，故意製造事故引發之種種行為，偽造不正確的資訊，利用各種方式讓保險公司誤判結果予以理賠，當僥倖得逞一次之後，即會再以相同的手法，再重複的利用所投保之權利，持續用各種手法來詐領保險理賠金，故建立正確的投保概念是非常重要的。

4. 法律觀念因素：因為醫療保險詐欺犯罪具有不易被查覺的隱匿性，比一般犯罪暴力形式之犯罪手法較為和平，違法者受譴責的領悟程度不高，不會將自己視為犯罪人，反而認為利用保險詐騙的手法是一種聰明的行為，嚴重的扭曲了社

會道德標準價值觀，有些加害人就是自己本身，比如以自己身體為詐騙工具之自殘行為，也有些保險要保人是父母親，即為受益人，該些父母親觀念偏差缺乏法律正確觀念，在缺錢時卻以小孩為犯案工具進行詐保；甚至，也有保險公司的理賠人員監守自盜，製作假的診斷書、收據，再以人頭客戶手法，偽造其他客戶的理賠申請書，診斷書進行詐保，這些都是缺乏正確的保險法律觀念所導致。

（二）醫療行為與保險理賠探討

保險事故的發生，都是經過隔一段時間，故當投保人、被保險人或受益人，有義務應向保險人提供及確認保險事故所發生的原因、損傷程度及實際的因素等，翔實的提供相關證明及資料，以作為保險公司調查、審核之依據，但所提之相關理賠文件資料，除了確認投保人之真實身份外，最重要的就是確認事故的真實性，事故的發生可由警察機關的報案紀錄來證實，醫療行為則必需要從就診醫院醫師所開立之診斷證明書來認定，經研究中發現，一般的醫療行為並非是固定的診斷模式，但最終除非必須調閱護理紀錄或是健保資料作佐證外，大部分均以醫師所開立之診斷證明書作為理賠給付的依據，而實務上常發現醫師所開立之診斷證明書，常常與患者傷勢不符，有些甚至不太合理，如肢體不能彎曲卻能駕車，眼睛失明確能駕車等，故研究者發現如果保險理賠認定的標準是醫師所開立之診斷證明書，那該診斷證明書是否需要經過「檢驗」，而非由單一位醫師憑其所好而開立，故醫療行為、診斷證明與保險理賠的依據，是否應該處於一個對等的狀態，研究者認為如必須以診斷證明書來當作醫療保險理賠的依據，那該診斷證明書必需是要有經過「公證」的歷程才是正確的，這樣不僅醫師會慎重的開立證明，對於所開立診斷證明書之公證性也會提高，相對性的爭議減少，醫療保險詐欺犯罪也會相對的減少。在醫療保險詐欺犯罪投保歷程中，程志強、范兆興、施宇峰（2008）指出，預謀性的擬定犯罪計畫、勾串保險業內部人員共同犯案、選擇有保險身份及意圖詐騙之要保人、重複投保多家或高理賠金額的保險均為經常性的犯罪行為，但本研究發現，有些保險黃牛平時即已跟各大醫院醫師建立良好關係，並伺機在各大醫療院所出入口守候，見傷勢嚴重者或推著輪椅之病患，即詢問有無投保醫療或意外保險，當得知病患未達理賠條件不敢向保險公司申請理賠或遭拒賠時，會以協助申請理賠，得逞後分成的方式，向病患或其家屬兜攬成為受委託經紀人，如病患同意就會教導病患如何裝病，如何指定醫師就診，以順利取得醫師所開立之診斷證明書，再向所投保之保險公司申請理賠，可見保險黃牛已將保險詐欺案件，視為是一種長期的犯案工具了，因此，本研究在投保歷程中發現，除非是特別安排不符合投保要件的共犯向保險公司進行投保，否則縱使是正常的被保險人，一旦發生事故後，縱使不符合理賠要件，也有可能成為保險黃牛經常性的詐騙共犯。

(三) 醫療保險詐欺得逞因素探討

1. 保險黃牛仲介因素：研究者發現探討醫療保險詐欺防制上的困難及所面臨之問題，最主要出現在醫院本身醫師與保險黃牛的掛勾，例如「林進興醫院」及「溫室家族」詐領保險金案即為實例，因為通常會以集團性的方式在操作，會有一個主要的關係人或仲介者，當第一次可以順利取得醫生的診斷證明書進行詐保後，往後就會開始集結有相同利用保險詐騙意念的親朋好友，再教他們怎麼裝病，購買專業的書籍來研究及進行模擬教學，像重鬱症有哪些症狀是要表現出來，才可取信於醫生；另外也發現有跟醫生套好關係，以對價的關係安排住院，比如幾年前台中林新醫院詐保案，故醫療保險詐欺得逞因素，保險黃牛仲介的原因是最高的。

2. 勾串相關共犯因素：一般共犯結構有可能是業務員、醫師、護理人員、保險黃牛及要保人本身，因為研究中發現有醫療保險詐欺有共犯結構關係而非獨立犯案的案件佔有八成之多，醫護人員與不法集團為詐取保險理賠之不法利益，會不斷的利用各種與醫療相關的手法或藉口來進行詐騙，其犯罪手法日益更新，比如醫院會以購買補品的方式灌水醫療費用，詐領保險金，甚至還有一些不肖醫療院所為申領較高額之健保給付，教唆醫師以病情嚴重為由，進行一些不必要之醫療行為等，因為相關共犯的配合，導致大家都可同時獲得向保險公司詐領不法所得。

3. 蒐證不易因素：醫療保險詐欺犯罪案件從發生到申請理賠都是事過境遷的事，如果因疾病住院，向保險公司申請理賠時已痊癒，或因意外事故，案發現場也已消滅，想要進行蒐證及調查是非常不容易的，最後只能靠著醫院的護理紀錄，或是事故時警方之報案紀錄進行查證，因此對於醫療保險詐欺犯罪行為人，因熟悉理賠蒐證不易的程序，故也是讓醫療保險詐欺得逞主要的原因之一。

在醫療保險詐欺得逞因素中，吳佳擘（2016）指出，醫療保險詐欺案件發生的時機點，會因犯案機會的產生而增加，而在醫療詐保案件中，醫療院所的配合是最主要的因素之一，因此，本研究發現保險公司如站在醫療保險詐欺犯罪的立場上，訓練專業的調查人員是非常重要的一項工作，而成立一個醫療保險詐欺的諮詢單位，透過專業調查人員所蒐集可疑詐保之不合理現象，再透過諮詢方式建立起防制的機制，將可減少醫療保險詐欺犯罪得發生。

(四) 醫療保險詐欺追訴刑期探討

一般醫療保險詐欺犯罪人有些是深諳保險法令，有些則是認識不清，在本研究法律構面中「行為人熟悉保險詐欺法律程序」、「行為人認為保險詐欺刑度過低」、「申訴制度（評議、消保官、民意代表）」、「行為人認為保險詐欺蒐證

與起訴不易」、「行為人誣告亂控」、「行為人曲解法令」等醫療保險詐欺因子中分析如下：

1. 判決刑期過低因素：目前保險詐欺案件刑法並無專法處罰，實務上法院的判例，均以詐欺罪論處之比例是最高的，但詐欺犯罪行為，刑事罰責最高僅處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，而保險詐欺的詐騙金額，往往動則數百萬元，甚至數千萬元，比起高獲利的詐騙所得，五年以下的徒刑，根本不足以達到嚇阻作用。

2. 社會觀感同情弱者因素：以個人保戶對保險公司的概念，給予社會的觀感是不對等的，因為保險公司會因一些作法而讓人有所誤解，如保單一旦成立，保險公司會由業務員或承辦人將所需簽約之文件備齊，由要保人進行簽名並收取保費，但如保戶申請保險理賠出險時，必須親自備妥相關文件向保險公司申請，常會因文件的疏漏而遭保險公司要求補件，這是因為保險公司需要有一定作業流程，但對於保戶而言會認為保險公司故意不賠付，甚至認為保險公司是為了拒賠而刁難，且保險公司為公司型態，如與保戶對抗，保戶則會以弱勢的型態出現，基於社會一般都是同情弱者的觀感，對保險公司是較為理虧的。

3. 假釋制度因素：依據目前醫療保險詐欺犯罪，大多數的犯罪所得與刑期判決是不對等的，在刑法判處刑期上的嚴屬性是不夠的，相對性的遏阻力量自然也就偏低，況且只要願意與保險公司進行和解，法院甚至於會給予更輕的處分。研究者發現一般服刑還有假釋減輕規定，即受徒刑之執行而有悛悔實據者，無期徒刑逾二十五年，有期徒刑逾二分之一、累犯逾三分之二，由監獄報請法務部，得許假釋出獄，故如涉及醫療保險詐欺犯罪最高僅處五年以下有期徒刑，服刑滿二年半即可假釋，更何況醫療保險詐欺犯罪只要跟保險公司和解，所判處徒刑將會更低。

在醫療保險詐欺追訴刑期探討中，陳明興（2011）指出，保險詐欺在大多數的判決中，詐保所得與刑期判決結果往往是不對等的，嚴屬性及嚇阻性均不足，在趨利之下就難以達到防制的效果，而本研究也發現，詐保犯罪者在犯案遭警方查獲後，往往新聞媒體所呈現的是詐保犯罪者弱勢的一面，起訴判決的結果則鮮為人知，且只要詐保者與保險公司達成和解，最後判決刑期將又會降低，故如能將詐領保險金判決結果，透過報導的方式進行宣導，達到嚇阻的效力，將可減少詐保犯罪的發生。

四、醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子

本研究篩選出影響醫療保險詐欺犯罪之「辨識指標因子」，共邀請保險公司理賠、調查、警務人員、研究學者共 40 位專家及實務人員（不包犯罪行為人），以醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子之個人構面、保險構面、醫療構面、法律構面等四大構面，共選出 28 項符合「醫療保險詐欺犯罪辨識指標」之因子；再將 28 項因子統計軟體進行「平均數」、「標準差」及「變異係數」分析後，符合設定基準之辨識指標因子共為 22 項，再邀請 15 位專家以「一致性模糊偏好關係法」進行權重問卷調查，以符合本研究之權重排序，其結果分述如下（如表 6-1-1）：

（一）個人構面探討：分析個人構面在四大構面中為 29.5%，佔將近 3 成的比例，分析其原因乃個人因素牽涉廣泛，有教育、操守、品德、道德、利益、誘惑、債務等因素，大都是屬於個人之自發行為，往往犯下保險詐欺案件的當下可能只是迷失心智的一瞬間，但是要阻止或改變這樣的錯誤觀念卻要花費很多的社會資源，故個人構面在醫療保險詐欺案件中分屬次要重要因素的第二位。經分析個人主觀因素所形成之詐騙意圖共篩選出下列辨識指標因子：

1. 集團性犯罪。
2. 經濟困難與投保金額不相當。
3. 以人頭投保。
4. 輕病住院或住院經常請假（不假）外出。
5. 非本人身份就診（持他人健保卡）。
6. 行為人蠻橫無理。
7. 行為人自述交友廣闊。

（二）保險構面探討：統計保險構面為 23.2%，佔四大構面比例四分之一多比例，分析其因素乃保險公司蓬勃發展，走入人們的生活中是在最近幾十年的時間，發展至今，各保險公司及政府部門主管已都有成立相當完善的理賠制度，而理賠制度首重程序，程序如果不夠完備或易產生漏洞就會產生保險詐欺的問題，本研究訪談之專家著重在保險公司之資深理賠人員，故在保險制度方面應該自詡是很有信心的，但往往因公司政策、人力不足或員工本身的問題，在保險制度方面還是會發生漏洞的問題，故探討保險理賠制度及理賠程序，導致發生保險詐欺的因素，以防止保險詐欺案件的發生是一項必要的議題。經分析保險公司所規劃保險商品在制度面，易於形成漏洞或為高誘因導致違反保險制度常態，共篩選出下列辨識指標因子：

1. 偽造申請理賠文件。
2. 重複投保。
3. 連續申領理賠。

4. 高理賠保險商品誘因。
5. 承保通報制度不佳。
6. 理賠人員之專業敏感度不佳。
7. 放寬理賠條件爭取客戶。

(三) 醫療構面探討：醫療構面在醫療保險詐欺犯罪中，統計出發生的比例為 33.8% 是最高的，佔四大構面的三分之一，可見在醫療項目上，由醫療院所產生有可能詐保之機率是高於其他構面因素的，分析發生因素為醫療院所理應屬於公正的第三方，由醫生來對病患（即保戶）進行醫療行為核實開立診斷證明書，讓病患得以據實的向保險公司申請保險理賠，但或許可能因為誘惑、利益、營運或醫生遭蒙蔽等因素，導致醫生開具不實的診斷證明書，或讓保戶冒用身分看診，得以讓不法保戶有詐領保險理賠金之機會，故在申請理賠條件上卻操控在一個可能成為「人為」的因素上，醫療保險詐欺犯罪發生的可能性，當然就相對性的提升，故如能選擇一種公開、公正、有科學根據的申請理賠條件，勢必能降低醫療保險詐欺案件的發生。經分析基於醫療病情診治不合理，或為要保人與醫療人員掛勾進行詐騙之行為，共篩選出下列辨識指標因子：

1. 住院次數過於頻繁。
2. 可疑病症或事故不合理。
3. 誇大病情(違反告知義務)。
4. 多人同症狀同醫院同醫師看診。
5. 與病情不符醫療項目。
6. 醫療院所就診人數少。
7. 醫療院所設備簡陋。

(四) 法律構面探討：法律構面在四大構面中所佔的比例重要性是最低的，僅 13.6%，分析其原因乃認為相信司法是守護保險詐欺的最後一道正義防線，因為一般醫療保險詐欺案件不僅蒐證不易，偵辦也無專責機關，且從發生查獲到判刑，所得結果往往都不如預期，在法律構面上也常因為處罰刑責過低，讓不法保險詐騙份子鑽法律漏洞而繼續利用保險來進行詐騙，無法達到警惕與教化的功用，故法律構面在四大構面中經評選為最後一項，有其客觀的因素存在，而認為是最不影響醫療保險詐欺的考量，因為保險理賠制度目前還是著眼在醫療院所治療後，醫生所開立之診斷證明書為理賠依據，若保險業者如能定期與醫療院所進行交流，將因醫療保險詐欺案件，涉及醫護人員共謀保險詐騙遭判刑的案例，提供給各醫療院所知悉，或加重處罰結果，或許可因此讓詐領保險金案件在醫療院所中減少，故本研究分析在法律構面發生醫療保險詐欺的可能因素，尋找醫療保險詐欺辨識指標因子，以供保險公司及相關單位進行參酌。經分析犯罪人基於熟

悉保險理賠程序及申訴制度，或為要保人曲解法律面而進行詐保，共篩選出下列辨識指標因子：

1. 行為人熟悉保險詐欺法律程序。
2. 行為人認為保險詐欺刑度過低。
3. 申訴制度（評議、消保官、民意代表）。
4. 行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易。
5. 行為人多次保險詐欺前科。
6. 行為人誣告亂控（針對法律程序層面）。
7. 行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）。

表 6-1-1 醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子彙整表（篩選前）

編號	構面/指標因子	醫療保險詐欺辨識指標因子
1	個人構面	集團性犯罪
2		經濟困難與投保金額不相當
3		以人頭投保
4		輕病住院或住院經常請假（不假）外出
5		非本人身份就診(持他人健保卡)
6		行為人蠻橫無理
7		行為人自述交友廣闊
1	保險構面	偽造申請理賠文件
2		重複投保
3		連續申領理賠
4		高理賠保險商品誘因
5		承保通報制度不佳
6		理賠人員之專業敏感度不佳
7		放寬理賠條件爭取客戶
1	醫療構面	住院次數過於頻繁
2		可疑病症或事故不合理
3		誇大病情(違反告知義務)
4		多人同症狀同醫院同醫師看診
5		與病情不符醫療項目
6		醫療院所就診人數少
7		醫療院所設備簡陋
1	法律構面	行為人熟悉保險詐欺法律程序
2		行為人認為保險詐欺刑度過低
3		申訴制度（評議、消保官、民意代表）
4		行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易
5		行為人多次保險詐欺前科
6		行為人誣告亂控（針對法律程序層面）
7		行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）

資料來源：研究者自行整理

五、綜合分析

研究者認為保險制度隨著社會水準的提昇與社會的進步，參加醫療保險的目的已有所共識而趨於一致，其作用應係建立全體成員，以保險基金作為少數成員，如遭遇疾病或意外事故時所為之經濟補償，亦是分攤風險的概念，本研究共利用了文獻分析法、深度訪談法、專家焦點意見調查法及一致性模糊偏好關係法(CFPR)

等四種方法進行研究，並以個人主觀因素所形成之詐騙意圖、保險公司所規劃保險商品在制度面，易於形成漏洞或為高誘因導致違反保險制度常態、基於醫療病情診治不合理，或為要保人與醫療人員掛勾進行詐騙之行為及犯罪人基於熟悉保險理賠程序及申訴制度，或為要保人曲解法律面而進行詐保等因素，共篩選出個人、保險、醫療、法律等四大構面及 22 項醫療保險詐欺犯罪之「辨識指標因子」。該 22 項辨識指標因子分別為集團性犯罪、經濟困難與投保金額不相當、以人頭投保、輕病住院或住院經常請假（不假）外出、偽造申請理賠文件、重複投保、連續申領理賠、高理賠保險商品誘因、承保通報制度不佳、理賠人員之專業敏感度不佳、住院次數過於頻繁、可疑病症或事故不合理、誇大病情(違反告知義務)、多人同症狀同醫院同醫師看診、與病情不符醫療項目、行為人熟悉保險理賠法律程序、行為人認為保險詐欺刑度過低、申訴制度（評議、消保官、民意代表）、行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易、行為人誣告亂控、行為人曲解法令等，如能針對本研究所篩選出之醫療保險詐欺犯罪辨識因子進行防制，將可有效的達到醫療保險詐欺犯罪防制的效果。（如圖 6-1-1）



圖 6-1-1 醫療保險詐欺犯罪辨識指標架構圖

(資料來源：研究者自行整理)

第二節 研究建議

本研究針對醫療保險詐欺犯罪辨識指標進行研究，最後經由專家問卷篩選及權重辨識分析後共發現 22 項犯罪指標辨識因子，進一步分析出該 22 項辨識因子平均分佈在個人、醫療、保險及法律的構面上，研究者再經由本研究犯罪型態特

性、犯罪歷程分析、犯罪成因探討等研究目的，再結合 22 項辨識指標因子，提出了預防層與偵查兩大層面之建議，茲分述如下：

一、預防層面

(一) 對可疑偽裝或隱匿病情詐保案件，由第三方公證醫院醫師檢驗，可判定是否為詐保案件。

保險詐欺不法份子，為取得保險理賠之不法利益，常以投保商業保險為工具手段，透過保險黃牛或仲介取得詐保之手法，藉由假裝生病博取醫生同情進而同意其住院，開立不實之診斷證明書或者是帶病投保方式，再向保險公司申請醫療理賠，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-醫療構面」之「誇大病情」與「病情不符」之指標辨識因子，因此，本研究建議對可疑偽裝或隱匿病情詐保案件，由第三方公證醫院醫師檢驗，可判定是否為詐保案件，。

(二) 定期教育保戶保險觀念課程，可減少詐保事件發生。

一般保險公司招攬保戶，先求有再求良，故保戶客源並不會特別的去要求，除非明知保戶曾有詐保紀錄以外，故一般對於良善的保戶，會發生與保險黃牛勾串的情況，均為缺乏法律觀念及貪念，因此教育保戶正確的保險觀念是非常重要的，故定期教育保戶正確保險的觀念課程有其必要性，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-法律構面」之「行為人曲解法令」之指標辨識因子。

(三) 對投保高理賠保險商品，定期客戶訪視，有助於詐保案件降低

研究中發現保險公司為有效的招攬客戶，常會推出高理賠金額保險商品，如住院醫療一日可獲得 6 仟元至 9 仟元不等之住院醫療給付，在高誘因的條件下，自然商品銷售量會增加，但相對性的有心想要覬覦這種投機或不法份子，自然就會運用各種機會來投保進行詐保，所以對投保高理賠保險商品，定期客戶訪視，均有助於詐保案件的降低，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-保險構面」之「高理賠保險商品」之指標辨識因子，因此，本研究建議對投保高理賠保險商品，定期客戶訪視，是有助於詐保案件的降低。

(四) 核保階段要求客戶同意金融徵信調查，可減少詐保客戶投保。

一般正常且優良之保戶，投保的目的乃在未未來如有發生事故時，以彌補欠缺的不足而進行投保，但實務中卻發現很多保險投機不法份子，他們的投保往往都是在他經濟狀況最困難之時，或者是因欠款遭逼債或向地下錢莊借錢等因素，以投資報酬率的方式，選擇低保費高保額或孤注一擲購買高理賠的商品，再製造意外事故進行詐保，故核保階段要求客戶同意金融徵信調查，可讓投機客戶無所遁形，或提醒核保人員不同意投保，故核保階段要求客戶同意金融徵信調查，可判斷投保客戶經濟能力是否可購買該類保險商品。此現象符合本研究「醫療保險

詐欺犯罪辨識指標-個人構面」之「經濟困難與投保金額不相當」之指標辨識因子，因此，本研究建議核保階段要求客戶同意金融徵信調查，可以減少詐保客戶的投保。

(五) 核保階段評估有無重複投保，或出險記錄頻繁，為降低詐保案件之重要步驟。

保險公司核保單位是很重要的一個部門，因為他不僅負責商品的評估更要負責投保客戶資格條件的審核，一些保險公司為招攬客戶同意客戶可同時購買2家保險公司商品，但有些保險公司卻是嚴格執行，不得重複購買不同家之保險商品，目的就是在避免遭不法投機份子，以保險為工具進行詐保，故核保階段評估有無重複投保，或出險記錄，是為降低詐保案件很重要的判別指標，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-保險構面」之「重複投保」及「連續申請理賠」之指標辨識因子，因此，本研究建議核保階段評估有無重複投保，或出險記錄頻繁，為降低詐保案件之重要步驟。

(六) 訂立業務員不核實招攬及核保人員未落實查詢「保險業通報作業系統」連坐法，有助於減少詐保客戶投保。

依據研究發現保險詐騙集團份子，成員有可能客戶本身也可能包括醫護人員、保險仲介黃牛、理賠員及業務員等，故對於主要招攬保險客戶之保險業務員而言，操守是非常重要的，但疏失也是不容小覷及忽略的，因此，要求在第一線的業務人員一定要落實招攬步驟及初步的審核；另外，目前由壽險工會代為管理之「保險業通報作業系統」，是各保險公司客戶投保的一個大數據資料庫，要求核保人員一定要對新投保的客戶進行複保險查詢，以降低保險詐騙份子混入之可能，因此訂立業務員不核實招攬及核保人員未落實查詢「保險業通報作業系統」連坐法，如不落實可訂定規則處罰，直屬主管連帶處分之方式，將可落實此種機制，有助於減少詐保客戶投保。此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-保險構面」之「承保通報速度慢」之指標辨識因子，因此，本研究建議訂立業務員不核實招攬及核保人員未落實查詢「保險業通報作業系統」連坐法，有助於減少詐保客戶之投保。

(七) 建立保險公司詐保客戶及家屬平台，有利於減少詐保客戶。

每一家保險公司，對於曾經進行詐保或者一些較刁鑽的保戶，都會把它們列入黑名單，甚至不允許再投保，但研究者認為只針對曾發生詐保之客戶建立黑名單是不夠的，更需要擴大到投保的眷屬，因為像很多精神疾病像是會感染一樣，全家都得到相同得精神疾病，像這類疑似詐保情形，更應該要加以防範，因此，

建立保險公司詐保客戶及家屬平台，是有利於減少詐保客戶的發生的，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-個人構面」之「集團性犯罪（多人共同犯罪）」之指標辨識因子，因此，本研究建議建立保險公司詐保客戶及家屬平台，有利於減少詐保之客戶。

（八）協請警方查詢保險詐欺前科份子，評估是否納保，有利於減少詐保客戶。

依據統計犯罪的發生是會重複進行的，因為人是慣性的動物，對於曾經以保險商品進行詐騙得逞的前科份子，往往會因沈溺在那種不勞而獲的氛圍中享受快感，所以保公司需透過關係，向警方申請協助，查詢是否有保險詐騙前科，這樣將可減少詐保的客戶，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-個人構面」之「保險詐欺前科份子（為達指標）」之指標辨識因子，因此，本研究建議協請警方查詢保險詐欺前科份子，評估是否納保，有利於減少詐保客戶。

（九）發展護理電磁記錄，由第三方公證，取代診斷證明書，可減少保險理賠爭議及醫護掛勾。

目前保險公司運用作為理賠的依據及認可的文件，最主要也是唯一的記錄是診斷證明書，但因醫師所開立之診斷證明書，往往與患者實際受傷的程度有所差距，有些情況是醫師遭矇騙，但實務上發現大部分都是與醫師掛勾較多，所以如果能另外建立起一套證明患者所罹患的病症為何？再由第三方申請病症解讀，這不僅可減少醫師為了利益與保險仲介黃牛掛勾的機會，亦可正確的掌握患者的就診記錄，如能發展成功將是保險業界的一大突破，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-保險構面」之「偽造申請理賠文件」之指標辨識因子，因此，本研究建議發展護理電磁記錄，由第三方公證，取代診斷證明書，可減少保險理賠爭議及醫護人員掛勾。

（十）提高對保險詐欺案件的重視，訂立保險詐欺專法及保險詐欺前科犯拒保或增加保費機制，可降低詐保案件。

保險詐欺案件，目前均依附在刑法的詐欺罪中，併同處罰，但依刑法刑事罰責最高也只有五年以下有期徒刑、拘役或科或併科五十萬元以下罰金，但不法獲利卻可以達數十倍、數百倍，可見保險詐欺的刑度太低是不足以威嚇的，由專家訪談發現如能訂立保險詐欺專法，在形式上不止可以彰顯對保險詐欺案件的重視，且對於保險犯罪的偵查及預防，均可依照所設立之專法進行探討，此建議符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-法律構面」之「行為人認為保險詐欺刑度低」之指標辨識因子，因此，本研究建議提高對保險詐欺案件的重視，訂立保險詐欺專法及保險詐欺前科犯拒保或增加保費機制，可降低詐保案件。

二、偵查層面

(一) 追查核對要保書、理賠申請書與事故醫療院所簽名是否一致，為偵辦詐保案件有利證據。

保險公司對於要保書、理賠申請書的填寫是非常慎重，也非常謹慎的，因為要保書及理賠申請書就是一種契約的概念，尤其是縱使保戶有詐騙之意圖及實際行動，但假如未填寫理賠申請書申請理賠，是無法構成犯罪的，但實務上發現很多保險詐騙案例，都是受益人幫要保人冒簽的，所以核對投保人的筆跡是非常重要的偵查作為，因此如住院時之住院同意書，往往是本人所簽名，進行筆跡核對，對於追查證據是有相當幫助的，此方式符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-保險構面」之「偽造申請理賠文件」之指標辨識因子，因此，本研究建議追查核對要保書、理賠申請書與事故醫療院所簽名是否一致，為偵辦詐保案件之有利證據。

(二) 投保時間與保險理賠申請時機或重複申請理賠時間相距過短，為預謀性詐保之偵查徵兆。

保險詐騙行為人，之所以會以購買保險商品作為詐騙的工具，目的就是為了獲取不法詐保所得利益，因此，可以說保險詐騙行為人，都是屬於有經濟壓力的，因此他們投保後會急於想要進行詐保行為，才可儘快獲得理賠，因此在申請理賠案件中，如果發現投保後不久即出險，投保時間與保險理賠申請時機過短，申請理賠時間相距過短，就恐有涉及預謀性詐保的情形，那保險詐欺的可能性就會提升，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-醫療構面」之「病症與事故不合理」之指標辨識因子，因此，本研究建議投保時間與保險理賠申請時機或重複申請理賠時間相距過短，可作為預謀性詐保之偵查徵兆。

(三) 追查故意或偽造意外的保險理賠案件，進行模擬紀錄查證，可確認真實性。

保險詐欺案件發生之案由，常為意外事故原因，而意外事故的保費相對是較低的，尤其是像旅遊平安險，根本不需要購買壽險主契約就可進行投保，所以當保詐欺案件發生時，大都為意外事故，但因事過境遷，發生的現場除非是有錄影設備，否則根本就毫無痕跡可循，因此為追查此類以意外事故進行詐騙之案件，研究者發現必須令當事人進行模擬，錄影比對及分析其行為，是否合乎常態，因此，追查故意或偽造意外的保險理賠案件，以模擬紀錄進行查證，可確認發生之真實性。此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-醫療構面」之「病症與事故不合理」之指標辨識因子，因此，本研究建議追查故意或偽造意外的保險理賠案件，進行模擬紀錄查證，可確認案件發生之真實性。

(四) 精神疾病患者做問題測驗，可作為判斷真假之偵查方向。

本研究進行專家訪談時，普遍性均認為精神醫療疾病是最難以判定的，目前也無法用科學的方法進行儀器檢驗，故症狀的假裝，高日額的住院醫療給付，保險公司均無法在患者的身上進行任何的症狀實質檢查，復經專家指點，對於精神病患唯一有辦法對其進行測試真偽的方法，就是問題測驗，由專家設計問題，暗藏玄機，運用巧妙的問題要求病患據實回答，這就會讓受答者在不知情的情況下，暴露出其是否真的有精神疾病的現象，此現象符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-醫療構面」之「病情不符醫療項目」之指標辨識因子，因此，本研究建議針對精神疾病患者做問題測驗，從中找尋難疑點，可作為判斷真假之偵查方向。

(五) 比對保戶健保資料偵查，可研判住院詐保犯罪。

目前不論是教學醫院、地區醫院或是私人醫療院所，除非有特別門診標榜自費看診外，一般正常都要接受健保制度的規範，所謂醫療院所的健保制度就是各種不同態樣的病症，健保給付的天數是不一樣的，如果違反或超過健保所規定的住院天數，健保就不會給付，因此一般縱使有投保醫療保險的保戶，在必須配合醫療院所的安排下，也無法持續的住院或者做其他的診療，因此往往保戶會利用保險來進行詐保，但只要跟健保資料進行核對，有問題的部分馬上會被發現，因此比對保戶健保資料，可作為判斷住院的合理性，此方式符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-醫療構面」之「病症或事故不合理」、「病情不符醫療項目」之指標辨識因子，因此，本研究建議比對保戶健保資料偵查，可研判是否有可疑為住院詐保犯罪之可能性。

(六) 偵查保戶家庭背景及犯罪素行，可追查是否為集團性詐保成員。

實際案例中發現很多的遊民為了要有一個庇蔭的場所，在不得以的情況下淪為保險詐騙集團的人頭進行詐保，故為了追查遊民是否有能力進行保險，清查其家庭背景是最直接也是最好的方法；另外，案例中也有一些單身的老榮民遭人作為投資的工具搗惑投保，如果，被保險人不幸幾年就去世，那要保人即可獲得高額の保險理賠金，有些被保險人連自己成為保險人頭都不自知，故追查保戶家庭背景，可以判斷出與集團性詐保成員的關係，方式符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-個人構面」之「人頭投保」及法律構面之「行為人熟悉保險理賠程序」指標辨識因子，因此，本研究建議偵查保戶家庭背景及犯罪素行，可追查是否為集團性成員或家族性的詐保現象。

(七) 理賠申訴管道及過程之手法偵查，可追查幕後保險仲介黃牛。

一般保險詐欺份子，對於保險法令及理賠程序都有一定的研究，故他們可以成為保險黃牛跟保戶來詐騙保險理賠金，尤其為了要成功達成理賠的結果，甚至恫嚇保險公司時有所聞，而會想要利用申訴管道來進行要脅保險公司就範的人，

可見其本質就一定有可議之處，因此只要反其道而行，從申訴的管道的脈絡就可以追查幕後的主謀。此方式符合本研究「醫療保險詐欺犯罪辨識指標-法律構面」之「申訴制度」、「行為人熟悉保險理賠程序」之指標辨識因子，因此，本研究建議可從理賠申訴管道及過程手法進行偵查，可追查出幕後保險仲介黃牛。

(八) 提供保險詐騙檢舉獎金，鼓勵民眾舉發，增加偵查情資蒐集。

每一個國家的國情及制度不同，所以產生的結果也會不一樣，在澳洲的防制保險詐欺的方法是值得借鏡的，比如在社會醫療保險方面，可以以提供獎金制度，鼓勵民眾不定期的通報保險詐欺案件，將原由一人監控轉變成不特定的多方監控，不僅可以節省保險公司的監控人力，亦可藉由多方的線索來源，減少保險詐欺犯罪黑數的案件，因此，本研究建議可藉由提供保險詐欺案件檢舉獎金，鼓勵民眾舉發保險詐欺案件，增加偵查情資蒐集。

(九) 運用經濟收入、出險異常等案件大數據資料，進行篩選比對，可追查犯罪跡證。

一般民眾投保與經濟因素是成正筆的，有時將會更低，故在預測分析模式上，可運用大數據的概念達到發現保險詐欺與防制的效果，研究者認為，每一件申請醫療保險出險案件，均應核對投保的年資及出險的次數及頻率，當保戶一年度有發生二起以上之申請保險理賠案件，即應主動介入關心及訪問，由特定的調查員進行申請理賠事故原因、背景與經濟狀況，以關心代替調查，以慰問代替瞭解的方式，對保戶建檔列管並輸入資料庫進行分析，此舉不僅可達到嚇阻詐保案件的發生，亦可利用大數據的概念，進行可疑數據之分析及連結，達到防制醫療保險詐欺犯罪及追查犯罪證據的效果，因此，本研究建議運用經濟收入、出險異常等現象之大數據資料統計，再進行資料比對篩選，可追查犯罪跡證。

第三節 研究限制及未來研究建議

一、研究限制

(一) 本研究原篩選出之 28 項辨識指標因子，再進行「平均數」、「標準差」及「共識程度」統計、分析後，符合設定基準之辨識指標因子共為 22 項，其中有 6 項因無法同時達到平均數 3.5 分與共識程度 70% 之標準，而無法獲選為醫療保險詐欺犯罪指標因子，其中在個人構面方面，計有「非本人身份就診(持他人健保卡)」平均數 3.87 分、共識程度 66.89%、「行為人蠻橫無理」，平均數 3.40 分、共識程度 74.12%，「行為人自述交遊廣闊」平均數 3.18 分、共識程度 78.34%；保險構面方面，有「放寬理賠條件爭取客戶」平均數 3.43 分、共識程度 78.19%；醫療構面方面，有「醫療院所就診人數稀少」平均數 3.50 分、共識程度 65.52%；

法律構面方面，有「行為人具多次保險詐欺前科」平均數 4.1 分、共識程度 69.68% 等六項指標因子，經探究及分析未達標準原因，發現醫療保險詐欺案件類型多樣，每家保險公司所投保之客戶類群不一，申請理賠的態樣亦不相同，故有些較普遍的醫療保險詐欺申請理賠形態案件均能互通有無，但如果發生受訪者剛好未受理過之案件類型，反映的態度則不相同，因此在分數的勾選上便有落差，也就有可能發生因些微的差距，而導致一些辨識指標因子無法達標的現象。

故雖該六項辨識指標因子，未達平均數 3.5 分、共識程度 70% 的條件，但這六項因子仍是影響醫療保險詐欺案件重要的指標之一，故無法以該六項因子進行權重分析是深覺遺憾的一種限制。

(二) 本研究對於保險公司提供保險商品讓被保險人投保，與保戶雖是一種契約的行為，但高誘因及高風險卻又轉嫁到其他合法的保戶身上，而引發保險詐欺的現象，則非屬本研究探討之現象。

二、未來研究建議

(一) 本研究最主要是從醫療保險詐欺犯罪方面進行研究，如果另外從公共衛生的議題方面進行探討，包括食安、流行病、菸害防制等，是否也有牽涉到醫療保險的問題，保險公司是否也有針對公衛生的項目開放投保，是否也有詐保層面的問題，是否容易詐保或曾發生過之案例；另外在醫病的社會學角度上，對於實施醫療保險詐欺犯罪之犯罪人，是否為社會階層較低下的一群，或是專門以保險詐欺犯罪為手段在獲取不法利益之專業犯罪人，如從社會不同階層，如白領、藍領階級或遊民、無正當工作者，去進行分析統計涉及醫療保險詐欺犯罪之分佈及現象，或許會有另外不同的發現，這些都是未來可以再進一步研究的議題。

(二) 本研究係以承辦醫療保險詐欺的檢察官、警察及保險公司的業務主管與各保險公司的專業經理人、曾從事保險詐欺犯罪的犯罪人進行訪談，對於醫療保險詐欺犯罪的議題與看法，或許都會有比較偏執的看法，是否與實際發生的現象會有所差異，在未來的研究裡，可以專挑一定數額，相同疾病類型之醫療保險詐欺犯罪人及相同疾病類型之正常被保險人，再進行一次指標因子的問卷，以驗證與本研究之結果是否相同，或者有其他不同的發現，這也是未來可以再進一步進行研究的議題。

(三) 有關研究對象，除本研究所選定之樣本外，未來研究可再針對保險公司業務員、保險公司調查人員、判刑確定已執行完畢之保險犯罪人再做進一步的研究，以驗證本研究發現之辨識指標。

(四) 本研究礙於醫療資源型態的詐騙，受害者方面除保險公司還有健保局，故如何判別醫療資源之必要性支出及使用，與平衡醫師權利的審核機制，應該是很重要的另外一項議題，但目前醫療保險詐欺項目下，想要突破醫師的權威是

非常困難的一件事，故未來的研究建議能否有一套醫生開立診斷證明書的標準，或是申請保險理賠不必使用診斷證明書來作為理賠依據，將可有效的降低醫療保險詐欺案件的發生。

（五）本研究以醫療保險詐欺犯罪指標因子為研究目的，但發現所得到的辨識指標因子，有些是較為抽象的，如能夠進一步再將它具體化、數位化，成為實際的發生項目，設計一套程式將醫療保險詐騙的發生項目進行具體化的歸類，用電腦輸入程式的方式進行自動統計，並判別保險詐騙犯罪的比重百分比，是邇後期待要去努力的目標。

參考文獻

一、中文部分

- 王得民(2005)，人壽保險理賠爭議之研究。台北：國防管理學院法律研究所碩士論文。
- 月足一清原著，吳崇權譯述(1988)，「人壽保險犯罪及其防止對策」，財團法人保險事業發展中心。
- 甘添貴(2000)，體系刑法各論第二卷。台北：五南圖書出版。
- 何泰寬(1993)，犯罪的經濟學分析。台北：國立台灣大學經濟所碩士論文。
- 李添福(2002)，剖析保險詐欺成因及防制對策。台北：壽險季刊，125，72-73。
- 李昌鈺原著，林茂雄翻譯，刑案現場蒐證。桃園：中央警察大學1995年初版。
- 李昌鈺(1998)，神探李昌鈺破案實錄，李昌鈺口述、鄧洪編著。台北：時報文化出版社。
- 李名盛(1999)，犯罪模式分析之研究-以臺灣海洛因及安非他命交易為例。桃園：中央警察大學警政研究所，碩士論文，P.10。
- 林天祐(2005)，教育研究倫理準則。台北：教育研究月刊，第132期，P.70-86。
- 林虹榕(2008)，健保詐欺型態之研究。台北：國立臺北大學犯罪學研究所，碩士論文。
- 林山田(1982)，犯罪問題與刑事司法，第二版。台北，台灣商務印書館。
- 林燦璋(2008)，犯罪模式、犯罪手法及簽名特徵在犯罪偵查上的分析比較—以連續型性侵害案為例。桃園：警學叢刊，第31卷第2期，P.97-123。
- 林燦璋、林信雄(2009)，偵查管理與重大刑案為例。臺北，五南圖書出版社。
- 林秉耀(2005)，從風險管理與犯罪預防觀點論保險詐欺之防制。台北：政治大學經營管理研究所碩士論文。
- 周文科(2004)，對台灣地區詐欺犯罪問題之研究。台北：國立政治大學行政管理碩士論文。
- 周文勇(2006)，刑事司法與犯罪控制，許春金主編，刑事司法—體系、組織與策略，P.39-82。台北：三民書局。

- 周愷嫻、張耀中(2006)，各國保險詐欺犯罪管制政策之比較研究，刑事政策與犯罪研究論文集9，第62頁。
- 吳芝儀、李奉儒譯(1999)，質的評鑑與研究。台北：桂冠出版社。
- 吳佳擘(2016)，健康保險詐欺型態與理賠防制策略之研究。台北：淡江大學保險學系碩士論文。
- 侯友宜、廖有祿、李文章(2010)，犯罪偵查理論之初探。桃園：警學叢刊，第40卷第5期，P.1~26頁。
- 胡幼慧(1996)，質性研究----理論、方法與本土女性研究實例(141-157頁)。台北：巨流圖書公司。
- 洪燦楠(2016)，臺灣壽險業概論。台北：中華民國人壽保險工會。
- 高淑清(2009)，質性研究的18堂課—揚帆再訪之旅。高雄：麗文文化出版社。
- 韋俊青(2005)，我國人身保險詐欺集團犯罪及壽險公司防制對策之研究。台北：淡江大學保險學系碩士論文
- 許春金(2017)，犯罪學。台北：三民書局。
- 張雍制(1998)，經濟詐欺的規範與偵查研究。桃園：中央警察大學警政研究所碩士論文。
- 黃富源(1982)，犯罪黑數之研究，警政學報創刊號。桃園：中央警察大學，第171~189頁。
- 黃富源、范國勇、張平吾(2006)，犯罪學概論。桃園，中央警察大學印行。
- 黃重寅(2005)，公務員採購犯罪之研究。桃園：中央警察大學碩士犯罪防治研究所論文。
- 黃壬聰(1999)，犯罪偵查勤務之研究。桃園：中央警察大學刑事警察研究所碩士論文。
- 黃俊豪(2004)，醫療保險詐欺之研究。台北：淡江大學保險學系保險經營碩士班碩士論文。
- 黃光雄、鄭瑞隆 譯(2001)，質性研究教育研究理論與方法--實地工作。嘉義：濤石出版公司。
- 黃東熊(2010)，刑事訴訟法論。台北：三民書局。
- 陳榮一(1993)，保險制度與誠實信用原則-以招致保險事故、損害防止義務為例。台北：壽險季刊，88，33-45。

- 陳永鎮(2007)，台灣地區新興詐欺犯罪趨勢與歷程之研究。桃園：中央警察大學碩防治研究碩士論文。
- 陳明興(2011)，人身型保險詐欺犯罪特性及其歷程之研究。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 彭仕宜譯(1997)，哈佛出來的博士殺手。台北：臺灣先智出版。
- 張俠等譯(1997)，破案之神-FBI 特級重犯追緝實錄。台北：時報文化出版。
- 程志強、范兆興、施宇峰(2008)，保險詐欺之偵查策略，中華民國犯罪學學會會刊第9卷第2期，23-35頁。
- 楊憲宗(2015)，保險詐欺與逆選擇防阻之研究。嘉義：中正大學法律學系研究所碩士論文。
- 楊金寶、黃讚松(2003)，網路性侵害個案通聯分析之研究。台北：警學叢刊，第32卷第2期，P.147-172。
- 楊超倫(2004)，保險詐欺決意歷程之理性因素研究。台北：台北大學犯罪防制研究所碩士論文。
- 楊金寶、黃讚松(2003)，網路性侵害個案通聯分析之研究。桃園：警學叢刊，第32卷第2期，P.147-172。
- 劉政明(1996)，國際詐欺協會成立簡介。台北：壽險季刊，101，126-128。
- 劉佳芬(2016)，醫療院所參與保險詐欺之動機研究。台北：淡江大學保險學系碩士論文。
- 鄭丰密(1996)，論保險詐欺之刑事責任。台中：中興大學法律研究所碩士論文。
- 鄭厚堃(1998)，犯罪偵查學。桃園，中央警察大學印行。
- 鄧子震(2015)，人身型保險詐欺犯罪特性及防制之研究。台中：朝陽科技大學，保險金融管理學系碩士論文。
- 褚劍鴻(2004)，刑事訴訟法論(上冊)，三版。台北：臺灣商務印書館。
- 廖訓誠(2010)，警察詢問過程影響因素之研究—以陌生人間性侵害案件為例。桃園：中央警察大學犯罪防治研究所博士論文。
- 簡美慧(2002)，從我國法院判決論保險詐欺之樣態、成因、特徵與防制之道。台北：台灣大學法律研究所碩士論文。
- 謝政耀(1993)，「Insurance Fraud： Epidemic of Deceit」保險詐欺—欺騙的流行。台北：壽險季刊九十期，P.60-75。

蕭文華（1980），從社會型態發展傾向論如可遏止保險犯罪。台北：壽險季刊第36期30頁。

羅戊軒（2010），台灣地區醫療犯罪與偵查實務研究。桃園：中央警察大學刑事警察研究所碩士班論文。

二、外文部分

Douglas J. and M. Olshaker. (1995). *Mind Hunter : Inside the FBI' s Elite Serial Crime Unit*. New York : Scribner. p.69.

Ellis, Anna, "Medicaid Fraud, Abuse and Waste" (2018). *Integrated Studies*. 136.<http://digitalcommons.murraystate.edu/bis437/136>.

Ennis.P.H(1970). " Crime ,Victim & The Police " .*Criminal Law & Delinquency* 77. Block Richard.

Ennis.P.H(1981). " Victim Offender Dynamics in Violent Crime " *Criminal Law & Criminology* 72(2) : 757 .

Eurosmart. (2012). *Healthcare fraud Understanding and measuring fraud Best practices for proven technology to reduce Healthcare fraud*. Brussels, France. P.7-20.

Flynn, K. (2016). *Financial fraud in the private health insurance sector in Australia: perspectives from the industry*. *Journal of Financial Crime*, 23 (1), 143-158.

Gilbert, James N.(1998), *Criminal Investigation (4th. Ed.)* , Prentice-Hall.

Holmes, R. M. and S. T. Holmes. (1996). *Profiling Violent Crimes*. (2nd ed.). CA : SAGE Publications Ltd. p.42.

Herrera-Viedma, E., Herrera, F., Chiclana, F., & Luque, M. (2004). *Some issues on consistency of fuzzy preference relations*. *European Journal of Operational Research*, 154, 98-109.

Hycner,R.H. (1985) .*Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data*. *Human Studies*.

James W. Osterburg, Richard H. Ward(2000),*Criminal Investigation: A Method for Reconstructing the Past*, Anderson Publishing Co.

- Kelley RR. (2009). Where can \$700 Billion in Waste be cut annually from the US Healthcare System? Thomson Reuters; TR-7261 10/09 LW.
- Kopit, Alan (April 23, 2004). "Don't fall prey to health insurance fraud". MSNBC.
- Maria T. Vullo. (2017). Investigating and Combating Health Insurance Fraud. New York State Department of Financial Services. P.3-7.
- Osterburg, J., & Ward, R. (1997), *Criminal Investigation - A Method for Reconstructing the Past* (2nd. Ed.), Anderson Publishing Co.
- Paul Jesilow, Henry N. Pontell, Gilbert Geis. (1993). *Prescription for Profit: How Doctors Defraud Medicaid*. University of California Press.
- Saaty .R.W. (1987) *The analytic hierarchy process—what it is and how it is used* , Publication: *Mathematical Modelling* Publisher: Elsevier , *Mathematical Modelling* Volume 9, Issues 3–5, 1987, Pages 161-176.
- Sparrow, M.K. (2000), *Licence to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, (2nd edition), Westview Press, Colorado.
- Scott, S. and Branley, A. (2014), "Australian Medicare fraud revealed in new figures, 1,116 tip-offs so far this financial year", Australian Broadcasting Corporation Television, 7 March, available at: <http://www.abc.net.au/news/2014-03-06/australians-defrauding-medicarehundreds-of-thousands-of-dollars/5302584> (accessed 11 November 2014).
- Sellin.T.(1951).” The Significance of Crime” *Law Quarterly Review* 67. : 489-504.
- Swanson, C., Chamelin,N., & Territo,L.(1996), *Criminal Investigation*(6th. Ed) , McGraw-Hill Co,1996.
- Thornton D., Brinkhuis M., Amrit C., Aly R.. (2015). Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare. *Procedia Computer Science* 64: 713 – 720.
- Webster, J., and Watson, R. (2002). “Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review,” *MIS Quarterly* (26:2), pp. xiii –xxiii.
- Weston, Paul B. and Wells, Kenneth M. (1997), *Criminal Investigation - Basic Perspectives* (7th. Ed.) ,Prentice-Hall.

三、參考報告資訊

金管會保險局（2006），保險詐欺入罪化之可行性研究，臺北：財團法人保險犯罪防制中心研究報告。

打擊隱蔽性犯罪：以打擊保險詐騙，（1992），美國保險資訊協會保險信息研究所。

保險詐騙革新的遠見，美國保險資訊協會，（2001）。2013年1月至2月 Charles Piper，CFE，CRT

財團法人保險犯罪防制中心（2017），犯防資訊，查詢日期2018年3月1日。

財團法人保險發展事業中心公告，2018年1月。

財團法人保險犯罪防制中心，2006年5月10日，保險詐欺入罪化之可行性研究，金管會保險局。

2013年ACFE（註冊舞弊審查員協會）「詐欺審查員手冊」中的1.1130。

Cours des comptes (French Court of Audit). (2010). Report on Securite Sociale.

四、相關網站

1. 中華民國人壽保險商業同業工會，<http://www.lia-roc.org.tw>，查詢日期：2018.3.29。
2. 財團法人保險事業發展中心，<http://www.iiroc.org.tw>，查詢日期：2018.3.29。
3. 財團法人保險犯罪防制中心，<http://www.iafi.org.tw>，查詢日期：2018.3.29。
4. 行政院金融監督管理委員會保險局 <http://www.ib.gov.tw>，查詢日期：2018.3.29。
5. 全國法規資料庫 <http://law.moj.gov.tw>，查詢日期：2018.4.02。
6. 美國國家保險犯罪局之網站：www.nicb.org，查詢日期：2018.3.22。
7. 美國保險資訊協會網站(Insurance Information Institute)：
www.iii.org/issues_updates/insurance-fraud.html，查詢日期：2018.3.20。

8. MBA 智庫百科，2017 年。
<https://zh.wikipedia.org/zh-tw/MBA%E6%99%BA%E5%BA%93%E7%99%BE%E7%A7%91>，查詢日期：2019.5.22。
- 9.維基百科自由百科全書，2017 年。
<https://zh.wikipedia.org/zh-hant/%E9%86%AB%E7%99%82%E4%BF%9D%E9%9A%AA>，查詢日期：2019.5.22。
- 10.Worldjournal 世界日報轉記者陳文迪／佛州報導 2017 年 03 月 23 日 06:04.https://oig.hhs.gov/fraud/medicaid-fraud-control-units-mfcu/expenditures_statistics/fy2016-statistical-chart.pdf. 查詢日期：2019.5.22。
- 11.Australia. Australian Private Health Insurance Administration Council (2014), Quarterly Statistics June 2014:11, available at:
<https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/>. 查詢日期：2019.3.16。
- 12.Bulletin of the World Health Organization (2009), “Mobilizing the honest majority to fight health-sector fraud: An interview with Jim Gee”, Vol. 87, Number 4: 254-255, available at:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/09-040409/en/> (accessed 17 June 2014). 查詢日期：2019.3.16。
- 13.Berkowitz, E. (2005) Medicare and Medicaid: The Past as Prologue. Retrieved on April 13, 2018 from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194925/>. 查詢日期：2019.4.28。
- 14.Department of Defense Office of Inspector General，（May 6, 2019），Ten, including Pharmacy Owners, Pharmacist, and Nurse Practitioner, Charged in Over \$200 Million Prescription Drug Fraud. <https://www.dodig.mil/>
查詢日期：2019.4.28。
- 15.Health Care Systems - Four Basic Models(PNHP 2010)
http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php. (August 26, 2018). 查詢日期：2019.4.28。

16. IFMC (Mar 2016), Insurance Fraud Management Conference. 13-16 Mar 2016
(notify new dates) Hyatt Regency Savannah, Savannah, USA.
<https://10times.com/ifmc>. 查詢日期：2019.4.28。
17. Lindsay J., Jorna, P. and Smith, R.G. (2012), Fraud against the Commonwealth
2009-10 Annual Report to Government. Canberra, Australian Institute of
Criminology, accessed at:
<https://link.springer.com/article/10.1057%2Fsj.2014.36>. 查詢日期：
2019.4.28。
18. Malove, R. D. (2017). Retrieved April 13, 2017, from
<https://www.robertmalovelaw.com/library/types-of-medicaid-fraud-and-penalties>. 查詢日期：2019.4.28。
19. Medicaid.gov. (2018). <https://www.medicaid.gov/>. 查詢日期：2019.4.28。
20. Srinivasan, U. and Arunasalam, B. (2013), “Leveraging big data analytics to
reduce health care costs” IT Professional, Vol. 15, Issue 6 Nov-Dec. pp.
21-28, available at:
<http://www.computer.org/csdl/mags/it/2013/06/mit2013060021-abs.html>
(accessed 11 November 2014). 查詢日期：2019.4.28。

附件一 訪談同意書

您好：

由於醫療保險詐欺犯罪案件，不僅對社會治安事件造成危害，也對於良善保戶的權利影響甚鉅，因此本研究小組，擬請您提供有關醫療保險方面的經驗及心得，協助進行訪談，希望擷取您對醫療保險方面的專業知識，提供本「醫療保險詐欺犯罪辨識指標之研究」論文撰寫之參考，您的回答僅作為整體分析之用，不會顯示公司及個人名稱，亦不會針對個人作分析討論，請您放心回答。非常感謝您的協助與合作！

敬祝

健康快樂！

中央警察大學犯罪防治學系

研究生

敬上

中華民國 年 月 日

同意書

本人同意參與本項訪問，研究人員對於訪問內容及個人基本資料將負保密責任，以維護受訪者權益。

立同意書人：

中華民國 年 月 日

附件二 專家焦點問卷

有關醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，下列係根據文獻及訪談結果歸納而得結果，請就您個人經驗表示，下列指標是否能成為個人構面之辨識指標因子：

您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可

題號	題 項	低 ←————→ 高					0 不知道	其他意見或理由
		1 非常 不符合	2 不 太 符合	3 沒 意 見	4 還 算 符 合	5 非 常 符 合		
1	集團性犯罪(多人共同犯罪)	1	2	3	4	5	0	
2	經濟困難與投保金額不相當	1	2	3	4	5	0	
3	以人頭投保	1	2	3	4	5	0	
4	輕病住院或住院經常請假(不假)外出	1	2	3	4	5	0	
5	非本人身份就診(持他人健保卡)	1	2	3	4	5	0	
6	行為人蠻橫無理	1	2	3	4	5	0	
7	行為人自述交友廣闊	1	2	3	4	5	0	
有其他個人構面之辨識指標因子嗎？請說明：								

有關醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，下列係根據文獻及訪談結果歸納而得結果，請就您個人經驗表示，下列指標是否能成為保險構面之辨識指標因子：

您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可

題號	題 項	低 ←————→ 高					0 不知道	其他意見或理由
		1 非常 不符合	2 不 太 符合	3 沒 意 見	4 還 算 符 合	5 非 常 符 合		
1	偽造申請理賠文件	1	2	3	4	5	0	
2	重複投保	1	2	3	4	5	0	
3	連續申領理賠	1	2	3	4	5	0	
4	高理賠保險商品	1	2	3	4	5	0	
5	承保通報速度慢	1	2	3	4	5	0	
6	理賠人員專業敏感度不佳	1	2	3	4	5	0	
7	放寬理賠條件爭取客戶	1	2	3	4	5	0	
有其他 <u>保險構面</u> 之辨識指標因子嗎？請說明：								

資料來源：研究者自行整理

有關醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，下列係根據文獻及訪談結果歸納而得結果，請就您個人經驗表示，下列指標是否能成為醫療構面之辨識指標因子：

您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可

題號	題 項	低 ←————→ 高					0 不知道	其他意見或理由
		1 非常 不符合	2 不 太 符合	3 沒 意 見	4 還 算 符 合	5 非 常 符 合		
1	住院次數頻繁	1	2	3	4	5	0	
2	病症或事故不合理	1	2	3	4	5	0	
3	誇大病情(違反告知義務)	1	2	3	4	5	0	
4	多人同症狀同醫院同醫師看診	1	2	3	4	5	0	
5	病情不符醫療項目	1	2	3	4	5	0	
6	醫療院所就診人數稀少	1	2	3	4	5	0	
7	醫療院所設備簡陋	1	2	3	4	5	0	
有其他 <u>醫療構面</u> 之辨識指標因子嗎？請說明：								

資料來源：研究者自行

有關醫療保險詐欺犯罪辨識指標因子，下列係根據文獻及訪談結果歸納而得結果，請就您個人經驗表示，下列指標是否能成為法律構面之辨識指標因子：

您只要選出符合自己想法的答案，在該題之答項上畫圈，或是在橫線上、空格內作答即可

題號	題 項	低 ←————→ 高					0 不知道	其他意見或理由
		1 非常 不符合	2 不 太 符合	3 沒 意 見	4 還 算 符 合	5 非 常 符 合		
1	行為人熟悉保險理賠程序	1	2	3	4	5	0	
2	行為人認為保險詐欺刑度低	1	2	3	4	5	0	
3	申訴制度（評議、消保官、民意代表）	1	2	3	4	5	0	
4	行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易	1	2	3	4	5	0	
5	行為人具多次保險詐欺前科	1	2	3	4	5	0	
6	行為人誣告亂控（針對法律程序面）	1	2	3	4	5	0	
7	行為人曲解法令（針對誤解法律解釋層面）	1	2	3	4	5	0	
有其他 <u>法律構面</u> 之辨識指標因子嗎？請說明：								

附件三 一致性模糊偏好分析問卷

「醫療保險詐欺犯罪辨識指標」各構面之相對重要性程度比較表

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

辨識評估層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		辨識評估層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
個人構面(F1)																			保險構面(F2)
保險構面(F2)																			醫療構面(F3)
醫療構面(F3)																			法律構面(F4)

「個人構面」子項目指標因子之相對重要性程度比較表

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
集團性犯罪(多人共同犯罪)(F11)																			經濟困難與投保金額不相當(F12)
經濟困難與投保金額不相當(F12)																			以人頭投保(F13)
以人頭投保(F13)																			輕病住院或住院經常請假(不假)外出(F14)

「保險構面」子項目指標因子之相對重要性程度比較表

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要	稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
偽造申請理賠文件(F21)																		重複投保(F22)
重複投保(F22)																		連續申領理賠(F23)
連續申領理賠(F23)																		高理賠保險商品(F24)
高理賠保險商品(F24)																		承保通報速度慢(F25)
承保通報速度慢(F25)																		理賠人員專業敏感度不佳(F26)

「醫療構面」子項目之相對重要性程度比較

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要	稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
住院次數頻繁(F31)																		病症或事故不合理(F32)
病症或事故不合理(F32)																		誇大病情(違反告知義務)(F33)
誇大病情(違反告知義務)(F33)																		多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)
多人同症狀同醫院同醫師看診(F34)																		病情不符醫療項目(F35)
與病情不符醫療項目(F35)																		醫療院所設備簡陋(F36)

「法律構面」子項目之相對重要性程度比較

左側項目較為重要 ← | → 右側項目較為重要

子項目層面 A	絕對重要		相當重要		普通重要		稍微重要		同等重要		稍微重要		普通重要		相當重要		絕對重要		子項目層面 B
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
行為人熟悉保險理賠程序 (F41)																			行為人認為保險詐欺刑度低 (F42)
行為人認為保險詐欺刑度低 (F42)																			申訴制度 (評議、消保官、民意代表) (F43)
申訴制度 (評議、消保官、民意代表) (F43)																			行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易 (F44)
行為人認為保險詐欺蒐證與起訴不易 (F44)																			行為人誣告亂控 (針對法律程序層面) (F45)
行為人誣告亂控 (針對法律程序層面) (F45)																			行為人曲解法令 (F46) (針對誤解法律解釋層面)