

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士論文

指導教授：劉宗德博士

全民健保制度下使用自費醫材之規制



研究生 謝瑞洋

中華民國一〇〇年六月

論文摘要

中央健康保險局於 2010 年 1 月 1 日推動住院醫療費用採「診斷關聯群制度」的支付方式，其主要目的為控制醫療費用的不合理成長，期能拉近健保費用的收支差距，化解財務危機，並將健保財務風險轉嫁到醫療機構、或說是醫事人員來承擔。於 2011 年 1 月 26 日新修訂的二代健保，更擴大保費基礎，促使更多被保險人使用者付費。然而診斷關聯群制度之給付，實已包含當次住院所訂各項相關費用，故中央健保局在約佔整體健保業務支付 20% 的一五五項「診斷關聯群制度」內「禁止使用自費醫材」，令各醫療院所對已納入健保給付，且符合適應症者，皆不可向病患收取自費，如有尚未收載之自費項目，應先向總局申請核價，在未核價前仍不可收取自費。且健保局自 2010 年 7 月起加強審查案件，針對醫療院所向病患收取手術及特材自費之情形，將逕予不給付，並發函限期改善，未改善者，將依「全民健康保險法」、「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理。

觀察世界主要先進國家的健康醫療保險制度，其「傳統醫療體制」，可約略簡化成一光譜，若其極左端為英國之「公醫制度」，則其極右端為美國之「市場化自由醫療」。相對地德國之「社會福利市場經濟醫療保險」可謂處於光譜偏左路線，日本之「國家主導的醫療保險」則屬於中間偏右。然而在近年因應情勢所迫，英國漸鬆綁公醫制度、美國努力邁向全民健保、日本強調社會共生、德國擴大自費承擔之後，各國逐漸朝向醫療體系光譜的中央移動，形成中庸路線，此可成為我國健保改革方向之借鏡。

上有政策，下有對策，醫療院所因應之道與實然之臨床面若非照舊視臨床所需，或配合健保停止使用自費醫材，或改成完全自費醫療，或變通減少使用自費醫材的比率、參雜使用自費醫材，或另設商店專櫃售醫材，讓醫療院所與自費醫材關係脫鉤。然而變通減少使用自費醫材的比率是違法行為，而參雜使用自費醫材畢竟是脫法行為。

在日益普及的私人商業醫療保險下，民眾提高商業健保附加險保費的同時無非於保險事故發生時，得到雙重保障，或多或少因此產生較高的新道德危險。醫

療院所在健保局嚴苛支付制度改革下，轉型多元經營自費醫療產業，也對民眾產生新道德危險而推波助瀾地「增加」民眾利用商業醫療保險的使用率。「診斷關聯群制度」下使用自費醫材禁止則抑制被保險人追求高品質健康的理想，防堵了商業保險理賠金額提升，但對健保局降低保費的給付有限，對被保險人健康提升無助益，相反地卻可大大降低私人商業保險理賠負擔而減緩其責任。

其實健保特約的限制，不宜過度介入與變更醫療核心價值，否則會讓醫療品質退步，最終「以健保規章取代醫學教科書」。解決之道為健保局只能承擔符合健保規定之「適當醫療服務」費用，其他費用應回歸醫療契約債之本旨，讓契約兩造當事人自行處理。使用自費分擔方式可緩和健保局財務窘況，亦可分擔醫療給付的拮据。保險人應妥善健全提供符合最低人性尊嚴需求之醫療體系，至於有人無力負擔自負額，以致僅獲得較低或較危險的醫療服務，也是自由市場經濟運作下在所難免之殘酷事實。

依目前中央健保局函釋認為，納入「診斷關聯群制度」之病患，因健保局已包裹支付其醫療費用，若擅自「額外」要求病人自費，就是「實質收受全額健保給付費用、實際卻只應用部分健保支付品項」，故不得收取自費，否則有詐欺保險人之嫌。建議健保局可精算後，抽離並扣除此健保支付之主要醫材費用後，再另行公布所應支付的定額範圍，而非完全禁止自費。如斯作法只是「技術上的問題」並非不可解決，也才不至於讓保險人、醫事服務機構、保險對象陷入僵局，可讓純粹為服務病患之醫事人員，從保險詐欺罪中解套。

醫療糾紛時最重要的是如何有效填補病患或其家屬的損害，這種民事賠償責任的確立，是處理醫療糾紛的主軸，在刑事上主要目的是在請求刑事訴訟中能附帶民事賠償。在醫事服務機構違反健保規定致保險對象損害時，保險對象只能向保險人監督機關提出「申訴」，要求糾正。然而在醫事服務機構遵照健保規定卻致保險對象損害時，如禁止納入「診斷關聯群制度」之病患使用自費醫材，若保險對象有其自費醫材之使用適應症、本身有意願使用、醫事人員也有能力提供服務，醫事人員卻礙於健保規章而使用「診斷關聯群制度」所提供之醫材，最終卻致保險對象損害之事實發生，則保險人可能具有國家賠償之責任。

基於對憲法基本人權的權衡，可知福利國家內不應全面「診斷關連群制度下自費醫材使用禁止」，而「診斷關連群制度下自費醫材使用禁止」亦是對人性尊嚴之挑戰與侵犯、平等權之背離、生存權之限制、自費醫材廠商之工作權侵害、醫學研究之學術自由迫害，如此完全無法通過比例原則的檢視考驗。

社會福利制度的建構，需要各領域的專才共同致力解決，提出更深入的檢討與批判，以促成健保制度更趨完美、人民健康更受保障。所推動之「診斷關聯群制度」應權衡諸方權益，例如健保給付醫療機構的水準高低，對病人及醫療人員醫療選擇自由限縮的程度，與廠商營業結構的影響等，事先就應該全盤考量，統合相關的法規與憲法規範意旨，並檢驗所有可能之相關基本權的限制是否踰越界限，擬定合憲政策方針後，方能依循施行之。由此可知健保局對於納入「診斷關聯群制度」下的病患禁止使用自費醫材所做的規制，仍然必須合乎憲法保障人民自由權與平等權的規範要求，不得逾越憲法第二十三條及其所蘊含之比例原則的規範要求。「禁止使用自費醫材」將會對病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權構成限制。衛生機關應就全民健保管理監督而通盤檢討改善，始符憲法建立公平、有效社會安全體制之意旨，創造出被保險人、保險醫事服務機構及保險人均能獲得三贏的局面。

關鍵字：全民健康保險法、診斷關聯群制度、禁止使用自費醫材、憲法基本人權、保險詐欺、醫療糾紛、醫療契約、國家賠償

謝辭

會決定踏入政大法學碩士專班，是為了圓一個夢。當初在雄中時深受父親的期待，選讀第三類組報考醫科，因而錯失了就讀法律的夢想。三年前在不顧親朋好友及醫院同仁的質疑下，重回校園作學子，圓夢研讀法學。

就學期間經歷了兒子長大到可就讀幼稚園，女兒的出生與牙牙學語、完成了臺大骨科魔鬼般的住院醫師訓練、及戰戰兢兢的適應初任主治醫師的新角色，過著蠟燭兩頭燒的充實生活，當然也感受到身邊許多人熱心的幫助及開導，才能順利走到這一步。

論文的內容仍須與本身工作相關，才有興趣順利完成。這篇論文的誕生，除了個人廢寢忘食、孜孜矻矻、焚膏繼晷的努力外，尚有臺大老師、敏盛醫院同仁不時地給予寶貴意見及實務上的經驗分享。

最需感謝的是我可愛的家人。從進入政大研讀法律開始，妻小常常得面對曠職的先生及父親，平常日早出晚歸而無法同桌餐飲，值班全排在假日卻無法親子同遊。有賴妻子作我最大的支柱，有她維持溫暖的家、給予我心理鼓勵、與最後的論文校稿，窩心至極。當然父母生鞠撫哺、養育顧憐之恩情，三生報答尚嫌輕。

在現今健保制度下，個人其實並不特別喜好使用自費醫材，原因無非是怕不必要的健保行政上的困擾與病人端的誤解糾紛。然而日新月異的醫療科技會造成健保局無力全額給付，進而須病人使用自費醫材的時機肯定是與日俱增，此不可阻擋之趨勢難單純就診斷關聯群制度下禁止使用之，基於如此個人才選此題目撰寫論文。

指導老師劉宗德教授鴻儒博學，上課旁徵博引，做學認真嚴謹，讓我學業上與人生中啟發受益良多。更感謝老師在我寫作期間，對我的鼓勵及提點方向，每完成一章節，皆不厭其煩的給予指導與修改，可說是師嚴然後道尊，論文才得以順利完成，教誨如春風，師恩似海深。

感謝口試委員孫迺翊老師及宮文祥老師的細心與耐心，因為你們的不吝指導，口試時給予學生之修正建議，使本論文更加完善。

最後，感謝政大法學碩士在職專班的所有人。包括來自各行各業的同學陪伴與激勵下，得以增廣見聞與歡樂地研讀完研究所；及所有修習過的課堂老師們，在課堂上的討論及講解，開啟了我另一個視野，更完成我兒時之夢。在此之後學業告一段落，希望本論文能拋磚引玉，提供現今此方面實務工作者，新的思考方向與解套方法。

謝瑞洋 謹誌於 敏盛醫院

2011年6月17日



目次

第一章 緒論.....	12
第一節 研究動機與目的.....	12
第一項 研究動機.....	12
第一款 多樣式社會保險至全民健保.....	12
第二款 財務窘困的健保：開源節流.....	13
第三款 診斷關聯群制度：不得使用自費醫材.....	14
第二項 研究目的.....	15
第一款 保障全民健康的全民健保.....	15
第二款 無法保障全民健康的診斷關聯群制度.....	16
第三款 作文目的：健全健保、健康國民.....	17
第二節 研究架構與方法.....	18
第一項 研究架構.....	18
第二項 研究方法.....	23
第三節 研究範圍與限制.....	24
第二章 我國全民健康保險之特徵.....	26
第一節 全民健保支付制度之演進.....	29
第一項 部份負擔制度.....	34
第一款 部分負擔制之源由.....	34
第二款 部分負擔制之目的.....	35
第四款 部分負擔制之分類.....	37
第五款 部分負擔制的限制.....	38
第二項 總額預算制度.....	39
第一款 總額預算制之意義.....	39
第二款 總額預算制之源由.....	39
第三款 總額預算制之分類.....	40
第四款 總額預算制之限制.....	41
第三項 地區醫院自主管理.....	42
第一款 自主管理之來由與法源基礎.....	42
第二款 自主管理之目的.....	43
第三款 自主管理之限制.....	44
第四項 診斷關聯群制度.....	44
第一款 診斷關聯群制度之歷史源由.....	44
第二款 診斷關聯群制度之意義與法源基礎.....	46
第三款 診斷關聯群制度之目的.....	47
第四款 診斷關聯群制度之限制.....	48
第五項 小結.....	49

第二節 提供部分給付項目之作業原則	49
第一項 給付標準等級	49
第二項 健保部分給付標準	53
第三節 健保醫材實施部分給付項目	55
第一項 義肢	55
第一款 義肢之適應症	55
第二款 義肢之給付範圍	56
第三款 義肢之差額給付	57
第二項 新增功能類別人工心律調節器	57
第一款 人工心律調節器之適應症	57
第二款 新增功能類別人工心律調節器之適應症	57
第三款 新增功能類別人工心律調節器之給付範圍	58
第三項 塗藥血管支架	59
第一款 血管支架之適應症	59
第二款 塗藥血管支架之適應症	61
第三款 塗藥血管支架之差額給付	61
第四項 特殊功能人工水晶體	62
第一款 人工水晶體之適應症	62
第二款 特殊功能人工水晶體之適應症	62
第三款 特殊功能人工水晶體之差額給付	63
第五項 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節	64
第一款 人工髖關節之適應症	64
第二款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之適應症	64
第三款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之給付範圍	65
第四款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之差額給付	65
第四節 小結：使用自費醫材之臨床面	66
第三章 他國健康保險制度之特徵	71
第一節 德國健康保險制度	72
第一項 德國健康保險制度之特徵	72
第一款 社會保險之發源地	72
第二款 德國醫療保險之特徵	72
第三款 德國醫療保險之運作模式	74
第二項 德國健康保險制度之改革	74
第一款 德國醫療保險之侷促	74
第二款 德國醫療保險的改革法案	75
第三款 德國醫療保險的改革具體實況：	76
第二節 英國健康保險制度	76
第一項 英國健康保險制度之特徵	76

第一款 英國公醫制度之源由.....	76
第二款 英國公醫制度之特徵.....	77
第三款 英國公醫制度之困境.....	79
第二項 英國健康保險制度之改革.....	80
第三節 美國健康保險制度.....	81
第一項 美國健康保險制度之特徵.....	81
第一款 美國健康保險制度之分類.....	81
第二款 美國健康保險制度之大缺口.....	82
第三款 美國健康保險制度之特徵.....	83
第二項 美國健康保險制度之改革.....	85
第一款 美國健康保險制度改革之推動.....	85
第二款 美國健保改革之法案要點.....	85
第四節 日本健康保險制度.....	86
第一項 日本健康保險制度之特點.....	86
第一款 日本健康保險制度之分類.....	86
第二款 日本健康保險制度之現況.....	88
第三款 日本健康保險制度之傲人成就.....	89
第二項 日本健康保險制度之改革.....	89
第一款 日本健康保險制度之侷促.....	89
第二款 日本健康保險制度之改革重點.....	90
第五節 小結：借鏡他國健保制度與我國之比較.....	91
第四章 健保使用自費醫材之法律權益分析.....	97
第一節 保險人、保險對象與醫事服務機構間之法律關係.....	97
第一項 保險人與保險對象間之法律關係.....	97
第一款 保險人與保險對象間乃公法關係.....	98
第二款 行政法上保險關係.....	98
第三款 公法上債之關係.....	100
第二項 保險人與醫事服務機構間之法律關係.....	101
第一款 保險人與醫療院所間之法律關係.....	101
第二款 保險人與醫療院所之間乃行政契約關係.....	103
第三款 保險人與個別醫師間之法律關係.....	104
第四款 醫療服務審查之爭議與救濟途徑.....	105
第三項 保險對象與醫事服務機構間之法律關係.....	106
第一款 醫病間之新法律關係.....	106
第二款 新型態之公私並行法律關係.....	109
第三款 爭議救濟途徑.....	110
第二節 健保關係人對自費醫材使用之權利與義務.....	110
第一項 保險人之特約管理.....	110

第一款	保險人特約管理之公法效果.....	110
第二款	大法官第五二四號解釋對健保的影響.....	112
第三款	受強制健保特約限制的醫療行為.....	112
第二項	醫療契約合併商業保險下的新道德危險.....	116
第一款	醫療契約.....	116
第二款	醫療契約之請求權.....	120
第三款	道德危險與全民健保.....	121
第四款	開發醫療自費.....	122
第五款	開發自費醫療產生商業保險的新道德危險.....	125
第三項	醫事服務機構對保險人之詐欺.....	126
第一款	保險詐欺.....	126
第二款	全民健保違規醫事機構資訊統計.....	127
第三款	健保醫療與醫事行政違法實錄.....	128
第四款	健保詐欺之相關立法例.....	131
第五款	因應新型態健保詐欺.....	134
第四項	併發醫療糾紛時之公私法關係.....	135
第一款	醫療糾紛之源由與歸屬.....	135
第二款	醫療糾紛之民事請求權基礎.....	136
第三款	刑事上醫療糾紛的特色.....	139
第四款	全民健保規範所致醫療糾紛在公法上的效果.....	141
第三節	小結：健保禁止使用自費醫材對保險關係人之衝擊.....	143
第五章	全民健保禁止使用自費醫材之憲法關係.....	156
第一節	福利國家中醫療保險制度.....	158
第一項	社會法治福利國家.....	158
第一款	福利國家之源起.....	158
第二款	我國福利國家之演進.....	159
第三款	福利國家內之全民健保：診斷關連群制度.....	160
第四款	解決衝突：福利國家之自費醫材禁止.....	161
第二項	人性尊嚴之保障.....	163
第一款	人性尊嚴之意涵.....	163
第二款	康德所思之人性尊嚴.....	163
第三款	國家運作下之人性尊嚴.....	164
第四款	憲政對人性尊嚴之反省：健保自費醫材禁止.....	166
第三項	平等原則之維持.....	168
第一款	平等權之意涵.....	168
第二款	福利國家所追求之醫療衛生平等.....	169
第三款	我國之醫療衛生平等：全民健保.....	170
第四款	我國醫療衛生平等之困惑：健保自費醫材禁止.....	171

第二節 福利國人民之自由選擇.....	173
第一項 保險對象之生存權與健康權.....	173
第一款 生存權之意涵.....	173
第二款 生存權之延伸：健康權、醫療權.....	174
第三款 健保自費醫材禁止：健康醫療權之阻礙.....	175
第二項 自費醫材廠商之工作權.....	176
第一款 工作、勞動、職業之意涵.....	176
第二款 工作權之保障.....	178
第三款 工作權之限制.....	178
第四款 自費醫材禁止係對其廠商之工作權限制.....	180
第三節 健保制度下醫療人員之應對.....	181
第一項 醫事服務人員之學術自由權.....	181
第一款 學術自由之意涵.....	181
第二款 學術自由之具體實踐.....	182
第三款 學術自由之限縮.....	183
第四款 健保自費醫材禁止：醫學學術研究之阻礙.....	185
第二項 以比例原則思考應然與實然.....	185
第一款 比例原則之意涵.....	185
第二款 以比例原則權衡社會保險.....	186
第三款 以比例原則檢視健保之自費醫材禁止.....	187
第四款 健保自費醫材禁止：限縮憲法基本權.....	188
第四節 小結：健保自費醫材禁止對憲法基本人權的衝擊.....	189
第六章 結論與建議.....	197
第一節 結論.....	197
第二節 建議.....	202

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

第一項 研究動機

第一款 多樣式社會保險至全民健保

多樣式之社會保險方案自國民政府播遷來台，隨即陸續推出：其中包括 1950 年起施行之勞工保險¹、1958 年起施行之公務人員保險²、及 1985 年起施行之農民保險³。直至 1995 年，59%的人口都已納入保險範圍，但這些保險方案只針對有勞僱關係的民眾，亦即仍有八百多萬人口缺乏健康保障，且多為十四歲以下的孩童及六十五歲以上的老人。政府基於全民健康保險的實行理念、增進全民健康與公平就醫，並以解決因貧窮與疾病而引起的社會問題為宗旨，遂於 1995 年將各種不同社會保險方案的醫療保險整合成更完善的全民健康保險制度，並由中央健康保險局負責經營，對發生疾病、傷害、生育事故給與保險給付，提供醫療保健服務。至今大多數民眾均加入健康保險，除監所收容人口外，均已納入保險體系。截至 2008 年底全民健保參加人數已達 2,291 萬人，除軍人因考量國防機密，無法呈現納保率外，全民納保率已超過 99%⁴。此係為台灣醫療史上的一個重要里程碑⁵。

¹ 勞工保險於 1950 年 5 月開辦時，其保障的範圍，即已包括傷害、殘廢、生育、死亡及老年 5 種給付。之後陸續開始辦理疾病住院給付、疾病門診給付、失業給付、普通疾病補助費、醫療給付、精神病納入醫療給付範圍、早產列入給付範圍。1995 年除普通事故保險之醫療給付業務移轉中央健康保險局辦理外，普通事故保險之生育給付、傷病給付、殘廢給付、老年給付、死亡給付及職業災害保險之各種給付，仍由勞保局繼續辦理。2009 年增加「老年年金」、失能年金」和「遺屬年金」三種給付。行政院勞工委員會勞工保險局全球資訊網

<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=q58UpWBe19E%3d>

² 公務人員保險制度於 1958 年 9 月開辦，業務範圍包括公務人員、私立學校教職員、退休人員、公務人員眷屬疾病、私立學校教職員眷屬疾病、暨退休公教人員及其眷屬疾病等六種保險之醫療給付業務及前三項保險之現金給付等相關業務。惟全民健康保險開辦後，僅繼續辦理公務人員保險、私立學校教職員保險及退休人員保險之現金給付等相關業務，各類保險之醫療給付業務移歸中央健康保險局辦理。台灣銀行網頁

http://www.bot.com.tw/GESSI/GESSI_intro/Pages/default.aspx

³ 農民健康保險於 1985 年 10 月開辦，被保險人以依農會法第十二條規定入會的會員為限。之後擴大投保地區與不設限投保之農民年齡。農民健康保險之保險事故分為傷害、疾病、生育、殘廢及死亡五種，分別給與「醫療給付與現金給付」。全民健康保險開辦後，醫療給付移撥「中央健康保險局」辦理。行政院勞工委員會勞工保險局全球資訊網

<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=RxE1RBebaZo%3d>

⁴ 行政院衛生署中央健保局網頁

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=4&webdata_id=3108&WD_ID

⁵ 中華民國行政院衛生署私立醫療院所協會醫療服務國際化專案管理中心網頁

http://www.medicaltravel.org.tw/about.aspx?id=P_00000007

全民健康保險制度實施以來，其主要目的在減輕民眾生病就醫時的財務負擔，使全國人民都能獲得基本的醫療保障。然全民健保醫療費用成長率漸漸出現失控現象，政府為處理健保財務的危機，健保局於1999年8月，在部份負擔制度上加以調整部分，其實施的主要目的是在抑制不當的醫療資源浪費以及分級醫療，讓消費者必須自行負擔部分的成本而非完全由第三者支付，如此一來可抑制被保險人過度的需求，減少醫療資源的濫用。簡而言之，即藉由「以價制量」的措施來提昇消費者的成本意識促使其珍惜醫療資源⁶。

第二款 財務窘困的健保：開源節流

健保局更為了彌補健保財務的重大缺口，更有效地控制醫療費用的快速成長，積極著手推動總額預算制度。1998年率先實施牙醫門診總額預算支付制度，2000年7月實施中醫門診總額預算支付制度，2001年7月實施西醫基層總額預算支付制度，最後更於2002年7月實施醫院總額預算支付制度⁷。而「審查制度」在健保局與醫院雙方都消耗相當之行政資源，且常為雙方爭議重要焦點。健保局於2003年度實施地區醫院自主管理，讓優良的醫療機構為對象，其醫院自主管理取代健保局的監督，將效率產生之利益回饋給積極改善醫療管理的機構⁸。

又為了要達到正確、一致且公平的住院給付，自2010年1月起，參考美國對於六十五歲以上老人或身心障礙者提供的社會保險制度（Medicare），而發展出的住院「診斷關聯群制度」（Taiwan Diagnosis Related Groups；Tw-DRGs）支付公式。「診斷關聯群制度」是以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，再依各群組醫療資源

⁶ 部份負擔制度即被保險人在享用醫療資源時，需自行負擔部分成本，並非完全由提供保險的第三者來支付。藉由提高被保險人之成本意識以抑制醫療資源之濫用。行政院研究發展考核委員會編印，全民健保部分負擔新制之評估，2000年06月，頁20-22。

⁷ 總額預算支付制度，乃是由保險人將被保險人的醫療支出預先支付給特約醫事機構，而該特約機構必須在一定的醫療費用總額下全權負責該被保險人的醫療照護服務。因此，特約醫事機構若能有效降低被保險人的醫療利用率，其獲利變相增加。紀櫻珍、張偉斌、劉德明、許朝程、吳振龍，醫院總額預算自主管理制度之效益分析：以臺北市立聯合醫院為例，北市醫學雜誌，3卷5期，2006年5月，頁490-505。

⁸ 自主管理方案為醫院住院、門診實施總額支付制度之試辦架構，由健保局輔導醫院配合訂定自主管理指標。藉由訂定住院及門診自主管理指標之後，進入免抽審病歷及健保局全額支付醫院所提供之醫療服務之費用。鄭淑貞，區域醫院門診服務品質之實證研究—以實施自主管理方案後之某區域醫院為例，國立成功大學企業管理研究所碩士論文，2002年6月，頁7-8。

使用的情形，於事前訂定各群組的包裹支付點數，作為給付醫院醫療費用之支付基準。簡單來說，就是一種定額給付制度⁹。

第三款 診斷關聯群制度：不得使用自費醫材

中央健保局依據全民健康保險法第六十八條(保險醫事服務機構不得自立名目收費)：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」同法第八十二條並訂有罰鍰規定：「違反第六十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。」又依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十二條：「本保險給付之項目，保險醫事服務機構不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用。」因此中央健保局針對進入「診斷關聯群制度」時代，應用自費品項的規範，重申特殊材料之自費問題：一、已納入健保給付，且符合適應症者，不得收取自費。二、凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，如有收載同類品項但對病患具有正面診療用途者，應由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用¹⁰。

我國除了部份負擔外，「差額負擔」是被保險人就醫時經常面臨的問題。差額負擔的範圍由於缺少清楚的法令規範，現況醫療院所之差額負擔範圍及金額迥異。現行健保法規定給付範圍內，醫療院所不能要求民眾自費或付差額，健保提供基本給付外，若要求更好的服務，超過部分可自付差額。現行之全民健保制度中為健保差額負擔的項目包括：新增功能類別人工心律調節器、樹脂石膏繃帶、義肢、塗藥血管支架、陶瓷與金屬人工髖關節、特殊功能人工水晶體。

在「診斷關聯群制度」下，健保局是否應明定許多擁有自費醫材的手術，比照人工髖關節類手術，將對病患具有正面診療用途之品項給予部分納入部分給付項

⁹ 「診斷關聯群制度」支付制度的構想是，讓醫療者負擔資源管控的責任：定額支付下，資源耗用少利潤就多；資源耗用多就可能造成虧損。這樣一方面可以管控整體醫療資源的使用，一方面健保局也可以節省審查的行政成本。

行政院衛生署中央健保局網頁 Tw-DRGs 支付方案問答輯-民眾篇 (2000.01.01 更新)。
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=463&webdata_id=937&WD_ID=463

¹⁰ 詳見 2010 年 1 月 12 日中央健保局發函，健保審字第 0990051016 號。

目，而補其差額？否則一律規範醫療院所不得逕行向保險對象收取自付費用，如此之健保特約管理，對有資格支付自費醫材的保險對象，是否符合憲法所保障其健康醫療權？對有意願提供自費品項的醫事人員，是否抑制其憲法所保障之醫學研究學術自由權？對於提供自費醫材之廠商，是否侵害其工作權？換個角度思考，既然「診斷關聯群制度」已包裹給付，其醫療給付項目已涵蓋必要之醫療衛材，醫師卻捨棄不用而選就高單價之自費醫材，健保局是否可對其特約之醫事服務機構間所受僱醫師提起保險詐欺罪？又醫事服務機構遵照健保規定「無使用自費醫材」，最終確有致保險對象損害之事實發生，則保險對象是否具有國家賠償之請求權？本論文擬就以上種種問題領域，加以論述與嘗試解套，如此才對健保局、醫療院所與保險對象有共通最大利益。

第二項 研究目的

第一款 保障全民健康的全民健保

「全民健保」之概念是以全體國民為保障對象的健康保險制度，參加的每一個人只要按規定繳納保險費，由承保機構負責匯集運用及管理，民眾一旦遭遇生育、疾病與傷害事故時，就能獲得適當的醫療給付。也是基於憲法之生存權的保障，國家提供人民生活扶助與醫療救助等給付，亦即「提供最必需之基礎健康照顧」也。此正當化了強制保險對人民自由的限制，這是顧及了比例原則衡量上之「最小侵害原則」所達成的推論，而此任務之界定也同時設下了全民健保制度的界限：全民健保追求的並非是最完備的醫療服務，而僅限於「最基礎、最必要的國民健康管理與醫療照顧」¹¹；且基於保險原理，愈多人分擔風險，保險財務愈穩定。若非強制投保，則健康不佳者會投保，健康佳者卻不願投保，則此保險將因不堪累賠而拖垮，或是保費將高得令人無法負擔。個人可以不願參加，但國家不能不照顧；因為不願參加者如果發生意外，社會仍要付出成本。全民健保基於以上原因而需要強制課徵保險費而令全民納保。

國家認可維護全體國民健康為其責任，並以全民為保障對象建立強制性之社會保險制度，在合乎法律要件前提下，提供國民公平地享用健康保險相關給付，

¹¹ 蔡維音，全民健保強制納保之合憲性，發表於政治大學之勞動法、社會法與基本人權學術研討會，1999年11月06日。

但由於國民受有主、客觀條件因素限制，以致在符合全民健保納保或使用給付之同時，呈現出處於「處境最不利之成員」，致使其或在進入健保體系享用醫療資源受阻（如無力繳納保費）或因利用頻繁而須另付費用而加重其負擔（如重症、慢性病患者、或經濟能力弱而扶養眷口數多者）或居處於醫療資源甚為貧乏不足之區域，使其利用醫療資源需增加費用或過長時間，或因為族群、性別、年齡、疾病性質於使用健保給付時，受到不公平之待遇等。此時國家應對居於此不利處境下之弱勢者，採取必要而有效之協助，增強其能力或去除其使用利用之障礙，使其能與一般國民同享健康保障之給付。故針對這些因為經濟能力、疾病型態、地理區位、族群與性別等因素，處於不利地位或處境之被保障對象，國家為達到社會福利國之理想，以公權力提供相應之配套措施或資源，以強化其納保能力或去除其利用障礙、改善其處境之措施制度者。如全民健保為照顧體制下弱勢族群而採取之照護措施：低收入戶之保費補助、失業者保費補助、重大傷病證明卡、免部分負擔措施、偏遠山地離島地區特別措施等¹²。

第二款 無法保障全民健康的診斷關聯群制度

依據中央健保局「診斷關聯群制度」支付通則二之禁止使用自費規定：「各診斷關聯群制度之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。」健保局在已實施之一五五項「診斷關聯群制度」下，令各醫療院所對已納入健保給付，且符合適應症者，皆不可向病患收取自費，如有尚未收載之自費項目，應先向總局申請核價，在未核價前仍不可收取自費。且健保局自2010年7月起加強審查案件，針對醫療院所向病患收取手術及特材自費之情形，將逕予不給付，並發函限期改善，未改善者，將依「全民健康保險法」、「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理。

然醫療本身即具有許多不確定性，其進步之器具、耗材與技術日新月異且價格與日俱增，健保局誠難完全網羅而納入健保給付，故常產生既繳健保費而卻需補自費醫材費用的疑惑。保險人必須不斷地重新思考費用的合理支付問題，而運

¹² 林志鴻、陳俊全，全民健保體制下弱勢族群照護措施之檢討與財源籌措，台灣社會福利學刊4卷2期，2005年6月，頁2-4。

用不同的費用控制機制以控制不必要的醫療服務及快速成長的醫療費用幾乎是世界各國所關切的議題，此亦為當前台灣社會各界所需共同面對的嚴肅課題。由於支付制度之設計，再加上醫療費用成長遠高於保費收入成長，以及部分醫事服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高漲，使得健保局面臨財務危機，有入不敷出的情形。雖二代健保擴大保費基礎以「開源」，健保局仍不斷地加強「節流」的措施與策略以達成理想之福利國家。而在衛生保健事業及公醫制度所做之努力，以維持最低限度人性尊嚴的醫療，此亦為社會法治國原則下人民身體健康平等權的實現。任何事物都是一體兩面：全民皆納入健保是好事，然而全民皆向同一家中央健保局之強制納保，造成個人之間所謂「社會權」與「自由權」的對立衝突表象。其衍生出保險人為減輕其財政負擔，加諸於保險對象的義務、與醫事服務機構間的健保特約管理，其正當性與合憲性則是需深入探討的課題。

如此除非待廠商或醫療院所已向健保局申請且通過可用，否則目前唯有接受差額給付手術之病患可選擇健保給付以外之自費醫材，其他患者則禁止使用自費醫材項目。是以病患追求其身體健康權受阻，其與全民健康保險第一條：「為增進『全體』國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務，特制定本法。」相違背。

第三款 作文目的：健全健保、健康國民

本論文之目的即在深入檢視我國實施近十六年全民健康保險之制度，配合美國、德國、英國與日本等醫療與法律進步國家之經驗，他山之石可以攻錯，希冀藉由縱軸地檢討本國過去健保制度，橫軸地比較研究外國社會保險法制，以便瞭解法律政策對既存狀態的制約，提供我國未來規劃全民健保之體系中面對自費醫材之立法與政策參考，在經驗事實方面的基礎更為清晰，而藉清楚分析法律決策背後的價值抉擇，以及依此價值抉擇應有的推論結果，期能使法律政策決定在價值目的體系上的前提更為明瞭。對於日新月異且與日俱增的自費醫材，期能因應社會上有增無減之需求，滿足「法律的社會需要」。本文循著前揭思考脈絡，希冀藉由此論文發表，抒發個人觀點，發現解決問題之可能方向，抑或能拋磚引玉，提供現今此各方面的實務工作者，一些新的思考方向與解套方法。

第二節 研究架構與方法

第一項 研究架構

本文擬建立章節內容如下：

本文第二章，擬討論我國全民健保強制納保之意義，由時間之縱軸，依序介紹全民健保因應財務緊縮與醫療費高漲，其階段性給付制度演進的過程。接者闡述我國全民健康保險給付制度下，使用自費品項之相關規定。說明我國健保局因應日新月異且與日俱增之自費醫材，透過差額負擔機制，以求健保永續經營的理念。並介紹現行之差額負擔醫療品項，與健保自費醫材使用的規範。

第三章由地域之橫軸，比較德、英、美、日四國健康保險制度，借鏡醫療與法治皆進步之四國與我國之比較，以構出各健保福利制度之優缺點，並試圖整理其評價基準，以作為本文主要之理論權衡基礎。

第四章則一系列探討診斷關聯群制度開辦後，使用自費醫材之法律上所衍生權益分析。先研究保險人、保險對象與醫事服務機構間相互之法律關係，再運用實務操作，闡述保險人及保險對象的權利與義務、醫療機構使用自費醫材而可能面臨之健保特約的管理與詐欺保險人、使用自費醫材時之醫病關係與糾紛療等問題，藉以探討診斷關聯群制度開辦後，對於自費醫療之使用可能造成的影響。

第五章回歸憲法層次，說明在憲法架構下與全民健保中使用自費醫材之關係。先從福利國家前提下，我國提供之衛生保健事業及公醫制度時，介紹保險人所依循之社會法治國原則，其對保險對象之人性尊嚴保障、平等權維持。接著由自由經濟制度下人民之選擇權觀點出發，說明保險對象之生存權與健康權保障，自費醫療廠商之工作權、醫事服務人員之學術自由。最後再探討以比例原則思考臨床醫學的應然與實然面之差距。

最後之第六章，透過瞭解我國全民健保面臨的財務困境、現代醫療費用的日益高漲、憲法保障的基本權利、及世界各國面對新的世界局勢所採取應對的方法，探討我國健保制度未來的走向，並以此作為本文的結論與建議。

因循以上說明順序，本文的基本章節安排如下：

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

第一項 研究動機

第一款 多樣式社會保險至全民健保

第二款 財務窘困的健保：開源節流

第三款 診斷關聯群制度：不得使用自費醫材

第二項 研究目的

第一款 保障全民健康的全民健保

第二款 無法保障全民健康的診斷關聯群制度

第三款 作文目的：健全健保、健康國民

第二節 研究架構與方法

第一項 研究架構

第二項 研究方法

第三節 研究範圍與限制

第二章 我國全民健康保險之特徵

第一節 全民健保支付制度之演進

第一項 部份負擔制度

第一款 部分負擔制之源由

第二款 部分負擔制之目的

第四款 部分負擔制之分類

第五款 部分負擔制的限制

第二項 總額預算制度

第一款 總額預算制之意義

第二款 總額預算制之源由

第三款 總額預算制之分類

第四款 總額預算制之限制

第三項 地區醫院自主管理

第一款 自主管理之來由與法源基礎

第二款 自主管理之目的

第三款 自主管理之限制

第四項 診斷關聯群制度

第一款 診斷關聯群制度之歷史源由

第二款 診斷關聯群制度之意義與法源基礎

第三款 診斷關聯群制度之目的

第四款 診斷關聯群制度之限制

第五項 小結

第二節 提供部分給付項目之作業原則

第一項 給付標準等級

第二項 健保部分給付標準

第三節 健保醫材實施部分給付項目

第一項 義肢

第一款 義肢之適應症

第二款 義肢之給付範圍

第三款 義肢之差額給付

第二項 新增功能類別人工心律調節器

第一款 人工心律調節器之適應症

第二款 新增功能類別人工心律調節器之適應症

第三款 新增功能類別人工心律調節器之給付範圍

第三項 塗藥血管支架

第一款 血管支架之適應症

第二款 塗藥血管支架之適應症

第三款 塗藥血管支架之差額給付

第四項 特殊功能人工水晶體

第一款 人工水晶體之適應症

第二款 特殊功能人工水晶體之適應症

第三款 特殊功能人工水晶體之差額給付

第五項 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節

第一款 人工髖關節之適應症

第二款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之適應症

第三款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之給付範圍

第四款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之差額給付

第四節 小結：使用自費醫材之臨床面

第三章 他國健康保險制度之特徵

第一節 德國健康保險制度

第一項 德國健康保險制度之特徵

第一款 社會保險之發源地

第二款 德國醫療保險之特徵

第三款 德國醫療保險之運作模式

第二項 德國健康保險制度之改革

第一款 德國醫療保險之侷促

第二款 德國醫療保險的改革法案

第三款 德國醫療保險的改革具體實況：

第二節 英國健康保險制度

第一項 英國健康保險制度之特徵

第一款 英國公醫制度之源由

第二款 英國公醫制度之特徵

第三款 英國公醫制度之困境

第二項 英國健康保險制度之改革

第三節 美國健康保險制度

第一項 美國健康保險制度之特徵

第一款 美國健康保險制度之分類

第二款 美國健康保險制度之大缺口

第三款 美國健康保險制度之特徵

第二項 美國健康保險制度之改革

第一款 美國健康保險制度改革之推動

第二款 美國健保改革之法案要點

第四節 日本健康保險制度

第一項 日本健康保險制度之特點

第一款 日本健康保險制度之分類

第二款 日本健康保險制度之現況

第三款 日本健康保險制度之傲人成就

第二項 日本健康保險制度之改革

第一款 日本健康保險制度之侷促

第二款 日本健康保險制度之改革重點

第五節 小結：借鏡他國健保制度與我國之比較

第四章 健保使用自費醫材之法律權益分析

第一節 保險人、保險對象與醫事服務機構間之法律關係

第一項 保險人與保險對象間之法律關係

第一款 保險人與保險對象間乃公法關係

第二款 行政法上保險關係

第三款 公法上債之關係

第二項 保險人與醫事服務機構間之法律關係

第一款 保險人與醫療院所間之法律關係

第二款 保險人與醫療院所之間乃行政契約關係

第三款 保險人與個別醫師間之法律關係

第四款 醫療服務審查之爭議與救濟途徑

第三項 保險對象與醫事服務機構間之法律關係

第一款 醫病間之新法律關係

第二款 新型態之公私並行法律關係

第三款 爭議救濟途徑

第二節 健保關係人對自費醫材使用之權利與義務

第一項 保險人之特約管理

第一款 保險人特約管理之公法效果

第二款 大法官第五二四號解釋對健保的影響

第三款 受強制健保特約限制的醫療行為

第二項 醫療契約合併商業保險下的新道德危險

第一款 醫療契約

第二款 醫療契約之請求權

第三款 道德危險與全民健保

第四款 開發醫療自費

第五款 開發自費醫療產生商業保險的新道德危險

第三項 醫事服務機構對保險人之詐欺

第一款 保險詐欺

第二款 全民健保違規醫事機構資訊統計

第三款 健保醫療與醫事行政違法實錄

第四款 健保詐欺之相關立法例

第五款 因應新型態健保詐欺

第四項 併發醫療糾紛時之公私法關係

第一款 醫療糾紛之源由與歸屬

第二款 醫療糾紛之民事請求權基礎

第三款 刑事上醫療糾紛的特色

第四款 全民健保規範所致醫療糾紛在公法上的效果

第三節 小結：健保禁止使用自費醫材對保險關係人之衝擊

第五章 全民健保禁止使用自費醫材之憲法關係

第一節 福利國家中醫療保險制度

第一項 社會法治福利國家

第一款 福利國家之源起

第二款 我國福利國家之演進

第三款 福利國家內之全民健保：診斷關連群制度

第四款 解決衝突：福利國家之自費醫材禁止

第二項 人性尊嚴之保障

第一款 人性尊嚴之意涵

第二款 康德所思之人性尊嚴

第三款 國家運作下之人性尊嚴

第四款 憲政對人性尊嚴之反省：健保自費醫材禁止

第三項 平等原則之維持

第一款 平等權之意涵

第二款 福利國家所追求之醫療衛生平等

第三款 我國之醫療衛生平等：全民健保

第四款 我國醫療衛生平等之困惑：健保自費醫材禁止

第二節 福利國人民之自由選擇

第一項 保險對象之生存權與健康權

第一款 生存權之意涵

第二款 生存權之延伸：健康權、醫療權

第三款 健保自費醫材禁止：健康醫療權之阻礙

第二項 自費醫材廠商之工作權

第一款 工作、勞動、職業之意涵

第二款 工作權之保障

第三款 工作權之限制

第四款 自費醫材禁止係對其廠商之工作權限制

第三節 健保制度下醫療人員之應對

第一項 醫事服務人員之學術自由權

第一款 學術自由之意涵

第二款 學術自由之具體實踐

第三款 學術自由之限縮

第四款 健保自費醫材禁止：醫學學術研究之阻礙

第二項 以比例原則思考應然與實然

第一款 比例原則之意涵

第二款 以比例原則權衡社會保險

第三款 以比例原則檢視健保之自費醫材禁止

第四款 健保自費醫材禁止：限縮憲法基本權

第四節 小結：健保自費醫材禁止對憲法基本人權的衝擊

第六章 結論與建議

第一節 結論

第二節 建議

第二項 研究方法

本文擬利用以下研究方法進行研究：制度演進分析法、比較分析法、文獻分析法、實例分析法。茲就其個別分述如下：

一、制度演進分析法

此方法係以法制學與經濟現實層面作為論述核心，即以衛生署及中央健保局之相關規定為主軸，分析全民健保之規範內容，與其因應日益高漲之醫療給付所對應之保險支付制度演進，進而探討應如何完善全民健保給付規範之法律體系。

二、比較分析法

舉凡全世界福利國家，政府開辦健康保險制度而增加之給付行政，其無法避免得因應醫療費用高漲、國民提升給付要求、保險財務緊縮等爭議。為能進一步探求健保制度在各國不同政治、司法、經濟環境下發展之趨勢，尋求類似性及合理性之法制發展方向。故就所蒐集的中外文獻進行比較分析，他山之石，可以攻錯，對照國際趨勢及我國發展需要而進行之評析工作。

三、文獻分析法

本文廣泛蒐集、閱讀、歸納、整理相關之學者論著，並針對國內外健保書籍、文獻進行研究。以法令、函釋及立法背景作為論述基礎，學說與大法官釋憲案對於全民健保相關議題之評釋更是極為重要之參考資料。再利用各類書籍、論文、期刊、統計數據、報紙，法律規定或政府出版品，對研究標的以客觀化、系統化與歸納演繹之方式深入研究。俾與我國健保支付規範相互映證初期合理範圍，將來或可成為我國法制修正之借鏡。

四、實例分析法

法學理論與制度演進之說明固然為本文開展相關論述之基礎，惟千變萬化之醫療實務上操作情形亦為本文關切之重心所在。是以本文擬整理實務上常見爭議問題，就保險人、保險對象與醫事服務機構間三方法律關係，分別研究探討，綜合學說、實務見解分析，並提出本文看法，以求理論與實務之契合。

第三節 研究範圍與限制

由於全民健保之經營層面涵蓋範圍相當廣泛，本文主係著重於實務上曾發生之保險人—保險對象—醫事服務機構等三方複雜關係，其面對自費醫材使用之爭議問題之分析，並適時佐以學說、司法實務見解、健保法中央主管機關衛生署函釋，及外國立法例之介紹，以探討自費醫材使用於實體法上之效力。為使本文之討論重點更加明確，以下先就本文欲研究之範圍加以限定。

一、就「保險人」而言：以實施「診斷關聯群制度」與「禁止自費醫材」為限

依中央健康保險局於 2007 年 2 月 1 日修正「全民健康保險醫療費用支付標準」，新增第九部「全民健康保險住院診斷關聯群」，並自 2008 年 1 月 1 日起實

施¹³。按中央健保局依據全民健康保險法第六十八條規定保險醫事服務機構不得自立名目收費¹⁴。同法第八十二條並訂有罰鍰規定¹⁵。又依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十二條限制醫事服務機構不得囑保險對象自費醫療¹⁶。

二、就「保險對象」而言：以願意接受「自費醫材」為限

病患的自主權在現代的醫療執業中佔有重要的地位，而今日的醫學倫理強調尊重病患之自主，由醫師提供完整治療建議給病患，讓病患在「知情同意」法則下，「告知」其使用或不使用自費醫材執行醫療業務的各種可能性，而病患有其「決定能力」瞭解相關訊息，可以合理遇見其決定之後果，最後「自願」地做出決定，而不受到外力或人為操控影響¹⁷。

三、就「醫事服務機構」而言：以願意使用「自費醫材」為限

現今醫療日新月異研發新種類的醫材，其價格也高漲，若不違背「正義原則」經臨床經驗判斷而符合對病患之「行善」、「不傷害」、「尊重病患自主」的原則下¹⁸，醫療人員基於提供醫療保險人更適切之醫療照顧，而使用自費醫材。

本文除就部分與健保法較具關連性之議題作基礎之說明外，亦提供實務經驗與假設議題，如保險對象對醫療給付之自由選擇權利、健保局對於自費醫材禁止使用是否符合比例原則、使用自費醫材是否增加保險道德危險、醫療院所使用自費醫材是否為詐欺保險人、使用或不使用自費醫材時之併發醫療糾紛其法律關係之見解等實務上常見問題，均為本文衍生研究之重心所在。

¹³ 健保醫字第 0960051879 號。

¹⁴ 全民健康保險法第六十八條：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」

¹⁵ 全民健康保險法第八十二條：「違反第六十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。」

¹⁶ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十二條：「本保險給付之項目，保險醫事服務機構不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用。」

¹⁷ 蔡甫昌、楊哲銘、吳造中，健保給付與病人自願付費之倫理與法律問題，台灣醫學，7 卷 3 期，2003 年 5 月，頁 420-424。

¹⁸ 蔡甫昌、楊哲銘、吳造中，健保給付與病人自願付費之倫理與法律問題，台灣醫學，7 卷 3 期，2003 年 5 月，頁 420-424。

第二章 我國全民健康保險之特徵

德國於 1883 年首創強制疾病納入保險，至今世界上已有上百個國家，因地制宜地實施某型式之健康照護制度。然因應各國風土民情不同，其健康保險制度均有顯著差異。綜觀世界，也找不到有任何一個國家的醫療保障制度是完美無瑕的¹⁹。我國全民健康保險是一種由政府主辦、強制納保的社會保險制度，以全體國民為保障對象，參加的每一個人只要按規定繳納保險費，有承保機構負責匯集運用及管理，民眾一旦遭遇生育、疾病與傷害事故時，就能獲得適當的醫療給付。

我國全民健康保險制度有下列特色：

一、全民強制保險

為促進國家謀求社會福利、增進民族健康，制憲者於憲法第一五五條、第一五七條、與憲法增修條文第十條第五項中明定國家應實施社會保險制度，而為達成社會福利政策之目的，我國政府於 1995 年實行全民健康保險，以普遍推行衛生保健事業及公醫制度。此全民健康保險，是一種非商業性的健康保險，又稱社會性的健康保險，借助政府公權力而強制全民納保。此強制納保之特性列於 2011 年 1 月 26 日新修訂之全民健康保險法第一條第二項²⁰，也曾於司法院大法官釋字第四七二號解釋中闡明。如此係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，即使經濟弱勢者也能享有最基本之醫療服務。

二、由政府主辦之公營事業

中央政府之行政院衛生署，下設中央健康保險局，負責經營辦理此項社會保險業務，以非營利為目的，但人員的職稱、待遇、會計記載，多比照一般公營之金融機構²¹。

三、單一付費者制度

全民健保開辦前，台灣已有公保、勞保、農保等不同保險，全民健保則改以全國統一制度、法令、保險人為原則。單一付費者制度可節省行政成本、提高作

¹⁹ 王政，各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比。全民健康保險雙月刊第四十六期，2003 年 11 月，頁 18-21。

²⁰ 健保法第一條第二項：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」

²¹ 陳聽安，健康保險財務與體制，台北：三民書局，2003 年，頁 281-283。

業效率。但細節而言，不同類別之被保險者之保險費負擔比例各不相同，其實難說為真正純正的單一體系²²。

四、提供綜合性的醫療給付服務

大病如手術治療、加護病房照顧、小病如感冒都列入保險。中醫、西醫均提供醫療服務。長期如洗腎及慢性處方用藥、短期之急性期治療都是全民健保範圍。其醫療給付項目範圍採「負面表列」除全民健保法第五十一條所列之十二項外，全民健保都會負擔。

五、民眾可自由選擇、快速便捷就醫：

任何人在任何地方發生任何傷病，可以到任何醫療院所去看病²³。

六、低廉的醫療費用：

我國實施全民健保，提供全體國民優質且方便的醫療服務，但醫療費用與世界主要國家相較而言，卻十分低廉：每人每年花費 982 美元，僅有美國的 15%，日本的 33%。以醫療費用佔全國內生產毛額計算，我國只有 6.1%，低於絕大多數國家²⁴。

任何事物都是一體兩面地，前段所言我國全民健保之良善設計與特色，皆有其後之相對應缺失：

一、強加憲法外的之第四義務

我國憲法明訂有三項義務：納稅、服兵役、受國民教育。而全民健保「強制納保」之義務則可能侵犯了人民之財產權、一般人格發展自由、與須兩造合意的締約自由決定權。雖然此爭論在大法官第四七二號解釋案中，已回應「強制納保不違憲」而肯定健保法的立法意旨「是保險、不是福利」。然而在新近之二代健

²² 徐文媛，有品質的健康照護：台灣健保擁有五大特色。衛生報導季刊第 140 期，2009 年 12 月，頁 7-9。

²³ 至 2010 年 10 月底止，全民健保特約醫療院所合計達 19,329 家，另有特約社區藥局 4,659 家、居家照護機構 525 家、特約精神科社區復健機構 158 家、特約助產所 14 家、特約醫事檢驗機構 208 家、物理治療所 16 家、醫事放射機構 8 家職能治療所與 1 家。行政院衛生署中央健保局網頁之行政院衛生署中央健康保險局業務執行報告—2000 年度

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=3&menu_id=55&webdata_id=3287&WD_ID

²⁴ 行政院衛生署中央健保局網頁之健保國際比較資料

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=558&webdata_id=3216&WD_ID

保修正後，其保險費率計算基礎調升與擴大，以符合社會保險的精神，此將財富重分配之舉，仍須社會達成共同之共識²⁵。

二、缺乏競爭力

公營事業缺乏競爭力、效率不彰是世界上絕大多數國家所需面對的事實，而具獨占性的公營事業尤其是如此。缺乏民主決策機制，造成球員兼裁判情形。

三、醫療浪費與道德危險

健保需求下道德危險來自兩方面：其一之需求面：因就醫的可用性與可近性方便均獲改善，被保險人增加了不必要的醫療資源及醫療服務，可能有「逛醫院消費」之嫌，因而常造成醫療用支出不斷增加與浪費資源。其二之供給面：由於醫療資訊的不對等，醫師常誘導被保險人做不必要的檢查或治療，增加或主動提供過多醫療服務，而此舉雖不會造成被保險人太多的負擔，卻會使的整體保險業務量加重²⁶。

四、健保局定位混淆的問題

根據全民健康保險法第一條第二項規定：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」同法第七條：「本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。」換言之，中央健保局一方面須確保保險對象之保險利益，另一方面又必須提供保險醫事服務機構合理的醫療給付費用，中央健康保險局同時扮演保險之買賣雙方，造成其角色既混淆又衝突²⁷。

五、保險制度福利化

社會保險是由雇主與受僱者共同分散風險；社會福利是政府為增加全民福祉而提供之給付行政。在商業保險中，「給付」與「捐輸」必然是完整的對價關係。

²⁵ 陳孝平，大法官解釋與全民健保——以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」憲法解釋之理論與實務第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1)，2005年5月，頁93-94。

²⁶ 何珊珊，全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2004年6月，頁8-9。

²⁷ 張茂昌，一代健保與二代健保之比較。國立中山大學社會科學院高階公共政策碩士學程碩士論文，1996年5月，頁93。

然在社會保險中既「不會」也「不可」為完全對價關係，則「給付」與「捐輸」之間關係的密切程度，就無定論。對於欠繳保費的民眾，健保體系不能逕行停止給付，則前述「不完整之對價關係」，可能將更加削弱，因而淡化全民健保作為「保險」的屬性。全民健保財務制度參雜了社會福利制度的觀點，使得健保制度趨向福利化²⁸。

六、影響醫師人力消長

全民健保實施後，由於給付規範更改，讓傳統「高收入且高風險」之大科其給付不再高：促使婦產科與外科之新進醫師人數節節下降，而「給付也不低卻低風險」的皮膚科、耳鼻喉科、眼科、家醫科，卻是醫學生夢想擠進之科別。此各科別醫師人力消長之主因為支付標準不能反映其勞役程度與其所冒風險，造成其他醫師相對的剝削感²⁹。

七、支付制度頻繁更迭

國內醫療健保體系不斷變遷發展，其主因為健保醫療費用平均年成長率接近10%，迫使其支付制度亦隨時變革：部份負擔制度、西醫醫院總額預算制度、地區醫院自主管理與診斷關聯群制度。各科間的支付制度亦會直接地影響醫療服務，讓醫療給付者執行業務時會同時考慮「適當性」與「經濟性」，此二者間的衝突往往非醫療給付者、或被保險人所能決定，而取決於保險人之給付規定。如在包套給付的診斷關聯群制度下，健保局禁止醫事服務機構收取自費項目，本論文即欲探討其合理性、合憲性等。

第一節 全民健保支付制度之演進

消費者對於醫療市場常存有不確定感，主因於疾病發生與否的無可預測性，次因於治療效果的不保證性。也由於此疾病醫療的不確定性，消費者會藉由購買保險來分散發生疾病時可能造成的財產損失。第二次世界大戰後，世界各國逐漸注重對「社會權」的保障，其中社會安全權利、社會救助權利、醫療照護權等國

²⁸ 陳孝平，大法官解釋與全民健保——以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」憲法解釋之理論與實務第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1)，2005年5月，頁94-95。

²⁹ 鄭雅靜，全民健保制度下醫學生選擇醫療科別之因素探討，國立台北大學財政學系碩士班碩士論文，2001年，頁76-80。

家對其人民基本權利，納入憲法的保障，成為普世潮流。

隨著經貿全球化，經濟水平不斷提升，各國執政當局對人權、社會權的保障也與日俱增，而聯合國及其他國際組織，特別是國際勞工組織，對各國社會權的進展，扮演著推動者的角色。「社會安全」(Social Security)的概念，出現於一些國際人權公約與人權宣言中，也見諸於不少國家的憲法條文中，其概念主要是來自美國在1935年所制定的「社會安全法」(Social Security Act)³⁰。其將老人、平民列為政府照顧對象，於1966年設置「老人醫療保險」(Medicare)及「貧民醫療救助」(Medicaid)。由於醫療科技不段推陳出新與社會邁向老人化，對醫療需求成倍數增加，而醫療費用急速上升，造成1960年代晚期，美國醫療費用年漲幅率甚至大於10%³¹。政府所承擔的財政壓力增加同時，非強制性的醫療保險制度所帶來的稅收流失又進一步加重政府的財政壓力，如此狀況不只出現在美國，甚至全球的醫療保險制度也都面臨著類似的嚴重考驗。

至於我國於1947年實施的中華民國憲法，當中第二章人民之權利義務之第十五條規定了「人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。」並在第十三章基本國策之第一五五條規定了「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」不過我國憲法是採較廣義的社會安全概念，其中包括就業政策、勞工與農民之保護（第一五二條至第一五四條）社會保險、社會扶助與社會救濟制度（第一五五條），母性保護與婦女及兒童的福利政策（第一五六條）及健康照護制度（第一五七條）相對的，一般國際公約與文件或各國憲法中所規定的「社會安全的權利」則採較狹義的「社會保險」定義：通常是指人民遭受人生風險而無法工作時（如：

³⁰ 其全名是「老年、遺屬及失能保險」Old Aged, Survivor, Disability Insurance; OASDI，但美國的社會安全法除了社會保險之外，尚包括其他針對低收入者之救助（社會救助），一般美國文獻所稱的社會安全是指前者而言，後者稱為「社會福利」(Social Welfare) 雷文政，全民健保合憲性之探討—從美國社會安全法制之合憲性基礎看我國大法官釋字第四七二號解釋，政大法學評論，第63期，2000年6月，頁107-110。

³¹ 據美國相關機構預計，到2008年，美國全國年齡在二十四歲到六十四歲間的工作年齡段人口，與六十五歲以上的人口比例為5:1，六十五歲以上的老人將占美國總人口的12%。據美國權威的社會保障信託基金測算，到2030年，美國工作年齡段的人口與六十五歲以上老人的比例，將達到5:3，老齡人口比例屆時將升至總人口的19%。美國的醫療保險制度並非是強制性，而更趨向於市場化。除了低收入家庭（即收入在貧困線以下）老年人和殘疾人需要通過參加政府的公共醫療福利計劃而獲得醫療保險外，其餘公民可以自行選擇保險公司和險種，根據自己的經濟狀況作出相應的決定。美國醫療保險制度凸顯弊端-找法網
<http://china.findlaw.cn/info/baozhangfa/y1bx/ybzd/116044.html>

疾病、職業災害、失能、老年、生育、家庭費用需求、死亡等），國家所提供的保障措施；與「社會救助」有所區別，後者是為了確保個人的基本生存需要與人性尊嚴而由公共財源提供最低程度的給付³²。

中央政府於1949年自大陸遷移來臺後，陸續推動數種社會保險方案，其中包括勞工保險、軍人保險、公教人員保險、農民保險及全民健康保險等各種社會保險。基於這些法律規定，被保險人絕大部分有強制參加保險的義務，其中有部分法律有自願參加保險的規定；在符合法定要件時，被保險人享有請求保險人為給付的權利。於1949年後的臺灣社會保險政策之形成與發展情形，分述如表一。

表一，政府播遷來臺後的社會保險政策之形成與發展情形³³

實施日期	政府推動重大社會保險政策之沿革事件
1950年5月	勞工保險於開辦時，其保障的範圍，即已包括傷害、殘廢、生育、死亡及老年五種給付。
1953年11月	原公佈施行之陸海空軍軍人保險，於1970年時修正名稱為「軍人保險」。
1958年9月	初期業務範圍包括公務人員保險、私立學校教職員保險、退休人員保險、公務人員眷屬疾病保險、私立學校教職員眷屬疾病保險暨退休公教人員及其眷屬疾病保險等六種保險之醫療給付業務及前三項保險之現金給付相關業務。
1965年4月	行政院頒行「民生主義現階段社會政策-加強社會福利措施，增進人民生活實施方針」，宣示：社會保險應於現行勞保、公保、軍保以外，視社會需要，逐漸擴大，分期分類實施。公保、軍保之疾病保險應逐步擴及其配偶與直系親屬。現行勞保之保險費率，應就實際情況作合理之調整，並逐步增辦免費門診。勞保、公保之醫療服務，應力求改善，確保被保險人醫療之實益。訂頒社會保險法及其有關法規，建立社會保險之完整體制。

³² 林炫秋，社會保險權利之憲法保障--以司法院大法官解釋為中心，國立中正大學法學集刊，2008年5月，頁297-353。

³³ 張俐雯，制度發展-以我國全民健康保險制度發展為例，國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文，2007年6月，頁35-37；吳凱勳，我國健康保險制度的回顧，列於楊志良（編）《健康保險》，巨流圖書公司，2003年，頁154-157。

1969年3月	國民黨十全大會通過「現階段社會建設綱領」明定「擴大公保、勞保對象與範圍，增加保險給付項目，改進保險給付辦法，……逐步建立社會保險之完整體制。」
1976年10月	行政院頒布「中華民國臺灣經濟建設六年計畫」中規定：「擴大勞保、公保投保範圍，研究擴及眷屬疾病保險可行性，……研訂有關國民健康保險法令，完成立法程序，並指定機關積極籌畫推動。」
1979年12月	國民黨十一屆四中全會通過「復興基地重要建設方針」，宣示：「擴大並改進勞工保險，分期舉辦農民健康保險，辦理公教人員眷屬保險，期能逐漸實施全民健康保險。」
1981年3月	國民黨十二全大會通過「貫徹復興基地民生主義社會經濟建設方案」，揭示：「舉辦公務人員眷屬疾病保險，擴濟建設方案」，揭示：「舉辦公務人員眷屬疾病保險，」
1985年10月	政府開辦農民健康保險，規定被保險人以依農會法第十二條規定入會的會員為限。
1986年5月	行政院核定「中華民國臺灣經濟建設長期展望」，規定於1990年完成全民健康保險。
1987年8月	「現階段勞工政策綱領」中規定：「改進勞保業務，改善勞保給付，並研究逐步規劃實施勞工眷屬保險、退休勞工健康保險暨失業保險。」
1988年7月	國民黨十三全會政綱中，明示積極推動全民健康保險：「改善軍公教及其眷屬、勞工漁民保險業務，全面辦理農民健康保險，優先規劃辦理勞工眷屬及退休勞工健康保險，改進學生保險，逐步實施全民健康保險。」
1991年1月	「國家建設六年計畫」有關配合措施中規定：「為增進國民健康安全，配合實施全民健康保險……」
1992年5月	國民大會完成修憲工作，在憲法增修條文第十八條第三項(1994年8月修正為第九條第四項)規定：「國家應推行全民健康保險……。」

我國在全民健康保險形成前，便已實行了許多不同的社會保險方案，雖這些

方案對其後全民健保政策的形成與規劃可謂具有相當的影響性，然昔日之社會保險方案之納保人多為健康、年輕有工作者；相對地，約有四成人口尚未納入保險體系，未納保人口又以老人、婦女、兒童、無工作者之弱勢族群為主，這些有較高風險的老弱婦孺人口群，非但經濟上處於弱勢、又有較高患病之風險。為響應世界衛生組織的維護全民健康運動，行政院於1995年開辦全民健保。

臺灣的健保是一種單一支付制度及單一組織管理的國民健康保險，屬於社會保險的性質，故消費者在享受醫療照護時並不直接付費給醫療提供者，而是由提供保險的第三者來支付醫療服務的費用，即產生第三者付費的問題。有健康保險的情況下，消費者就醫所面對的貨幣價格降低，因此消費者的醫療需求增加，於是產生了「道德危險」(moral hazard) 的問題。此行為既無關乎「道德」也沒有「危險」，只是在醫療需求有價格彈性時，消費者合乎經濟理性行為的一種反應。換言之，道德危險完全是一個理性消費者面對價格降低時一種可預測的反應。由於實際需付的價格下降了，使消費者產生了「醫療資源不用白不用」的心態，因而造成醫療費用支出不斷的膨脹，由於醫療資源並非取之不盡、用之不竭，故健保財務健全與否，就成為其是否能永續經營之關鍵³⁴。

全民健康保險開辦至今已屆滿十六年，此制度在降低民眾就醫財務障礙及提升民眾就醫可近性等方面有相當成效。全民健康保險法第一條第一項：「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療服務，特制定本法。」此法開宗明義即指出，增進全體國民健康，本該是全民健保的首要目標，但這些年來健保局似乎只在追求財務平衡作努力。政府視全民健保僅為「保險」，且以保險的財務平衡為最高經營原則，為控制日漸增長的醫療給付費用，健保局不斷推陳出新地祭出許多強而有力的規範性措施，而為永續經營健保。

影響所及，醫療資源大幅流向低風險、高支付的科別，如皮膚科及眼科；相對地導致高風險科別，如外科及婦產科的醫師人力日漸減少、醫療日趨保守。此外，有龐大國際市場，且是未來明星產業的生物科技、新藥開發等，也因中央健康保險局偏好給付較經濟實惠、價格低廉的舊有醫療技術及學名藥，而日漸萎

³⁴ 洪明皇，全民健保新制部分負擔對不同社會群體影響之探討，國立政治大學財政研究所碩士論文，2001年10月，頁6-7。

縮。醫院只有以降低成本來因應，又須在維護醫療服務品質優先的前提下，醫院經營成本中最容易受到擠壓的部分是教學經費與醫療技術的創新研發。而醫界應該追求的醫療品質提升以及衛生主管單位應負起的資源分配與提高效率等責任，亦未受重視。醫界先進們對此種現象極為憂心，卻苦於難有全面性的關照³⁵。

表二，全民健保從籌備到實施至今的重大沿革過程³⁶

實施日期	全民健保重大沿革事件
1993年12月	中央健保局籌備處成立。
1995年1月	中央健保局正式成立。
1995年3月	全民健康保險開辦。
1996年3月	全民強制納保，局部實施醫藥分藥。
1998年7月	實施牙醫門診總額支付制度。 (支付制度由總量支付演變成總額支付初期)
2000年7月	實施中醫門診總額支付制度。
2001年1月	全台醫學中心及區域醫院開始實施合理門診量制度。
2001年7月	實施西醫基層總額預算制度。
2002年7月	對各醫院實施「醫院總額預算管制」(全面實施總額支付)
2003年7月	實施「醫院自主管理」即醫院個別總額。
2004年7月	實施「卓越計畫」以因應醫院品質提聲及醫院管控。
2010年1月	推動住院「診斷關聯群制度」,以有效控制健保資源。

第一項 部份負擔制度

第一款 部分負擔制之源由

全民健康保險的實施，固然讓臺灣的健康工程有傲人進步，但開辦之後由於國內人口老化而增加醫療用量、所得增加促進醫療需求、科技發展增漲醫療費用，經過一段時間財務收支發生失衡³⁷。政府逐步改革支付制度以求醫療資源最

³⁵ 中央研究院醫療保健政策建議書規劃小組，醫療保健政策建議書。中央研究院報告No. 003，2009年6月，頁6-31。

³⁶ 蔡東原，全民健保住院診斷關聯群對醫療耗用之探討--以南部某區域教學醫院慢性阻塞性肺病病患為例，義守大學管理研究所碩士論文，2008年，頁7。

³⁷ 楊志良、林雨靜，健保費率以部份負擔調漲之適當性評析，國家政策論壇季刊創刊號，2002年8月，頁273-279。

適化的使用，一方面對於「醫療需求者」制定「部分負擔制度」以遏阻濫用；另一方面對於「醫療提供者」也提出供給面成本分擔制度制訂之「總額支付制度³⁸」及「論病例計酬制度³⁹」，此兩種制度皆以一固定金額支付醫療提供者作為支付方式，目標在控制醫療費用的成長，以避免單純之「論量計酬制度⁴⁰」所造成的醫療資源浪費。

健保局早於1995年5月全民健保推行之初，即已經實施了部分負擔制度，然醫療支出仍然不斷上漲，全民健康保險財務於1998年首度發生虧損，次年赤字更高達210億，顯示部分負擔制度似乎未達到預期的效果。於是健保局乃於1999年8月實施新制部分負擔，特別針對高診次、藥費及復健、中醫傷科等多方面，對利用程度高之保險對象加收部分負擔。2002年9月再實施檢驗檢查部分負擔。之後衛生署委託學者專家研究發現，高利用部分負擔並無具體成效，於是便於2004年1月起，取消門診高利用部分負擔及在醫學中心、區域醫院實施之門診檢驗檢查部分負擔⁴¹。如此調整就醫民眾的部分負擔金額，確也造成許多民眾就醫的負擔，尤其對經濟弱勢的患者影響更大。

第二款 部分負擔制之目的

「部分負擔制」(cost sharing)是指健康保險制度中，被保險人除了需繳納保險費用外，使用醫療資源時仍必須自掏腰包給付部份或全部之醫療費用，此制度之主要目的在於抑制被保險人過度或不當的醫療需求，以減少醫療服務的使用量與減少醫療費用。特別是由健康保險所誘發的「道德危險」行為，減少醫療資源的濫用。簡而言之，即藉由「以價制量」的措施，來提升被保險者的消費成

³⁸ 總額支付制度(global budgets)付費者與醫療機構就特定範圍的醫療服務，預先以協商的方式，訂定未來一段時間內醫療費用的總支出(預算總額)，以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，藉以確保健康保險維持財務收支平衡。本章節第二項即是探討此制度。

³⁹ 論病例計酬(case paymet)以診斷關聯群(Diagnosis-related group, DRG)作為支付準則，其主要以病患特質與疾病資源耗用類型將病患分類，保險單位再依據各診斷關聯群，以固定價格支付某一特定疾病的醫療費用。論病例計酬制度提供醫院財務上的誘因，以有效控制病人的醫療費用，實施論病例計酬制度的主要目的，是希望醫院能在不影響醫療品質的前提下，減少不必要的檢查檢驗與治療，藉由提供有效率的病人照護，以降低病人的醫療費用。

⁴⁰ 論量計酬(Fee for service)為最傳統並常見的支付制度，根據所提供的醫療服務項目，逐項收費，此種制度並無財務限制，故醫療機構享有醫療決策主導權，最大缺點是易在追求利潤極大化的經濟誘因下，造成醫療資源的浪費。

⁴¹ 何姍珊，全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2004年6月，頁1-2。

本意識，促使其珍惜使用醫療資源⁴²。

部分負擔機制還有一個次要目的，即可「挹注健保財務收入、增加健保機構的財源」。亦即實施部分負擔之後，名目保險費總收入未因而相對調降的情況下，而使用者付費，等同變質提高實質保險費，藉以減輕全民健保財務壓力⁴³。

此外分級醫療為部分負擔立法的第三個目的，即「提高分配效率、減少社會福利損失」。其原意在區分各層級醫療院所之特定功能，即是小病在診所就診，大病在醫院就診，病情愈嚴重者就到愈高層級的醫院去診治，亦在矯正民眾的就醫型態。我國依就診場所層級別而有差別部份負擔的設計，則另有落實轉診制度與改善醫療分工的目的⁴⁴。

第三款 部分負擔制之法源

門診費用部分負擔制度的法源基礎為健保法第四十三條⁴⁵，住院費用部分負擔制度的法源基礎為健保法第四十七條⁴⁶，除外條件則規定在健保法第四十八條⁴⁷，低收入戶之費用補助規定於健保法第四十九條⁴⁸，若未繳納而暫行停止保險給

⁴² 羅英瑛，門診部分負擔制度對醫療費用及服務量之影響，國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文，2001年7月，頁11-12。

⁴³ 紀駿輝，部分負擔的深度探討，全民健康保險，第21卷第4期，1999年，頁10-14。

⁴⁴ 陳聽安，徐偉初，周麗芳，我國健康保險醫療費用部份負擔經濟效果分析與制度改進，行政院衛生署全民健康保險監理委員會DOH86-HS-001研究計劃，1998年5月，頁3-6。

⁴⁵ 健保法第四十三條：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。」

⁴⁶ 健保法第四十七條：「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。」

⁴⁷ 健保法第四十八條：「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。二、分娩。三、山地離島地區之就醫。前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

⁴⁸ 健保法第四十九條：「符合社會救助法規定之低收入戶成員就醫時，依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助。但不經轉診於各級醫院門診就醫者，除情況特殊者外，不予補助。」

付之要件規定於健保法第五十條⁴⁹。

第四款 部分負擔制之分類

部分負擔制度可細分為許多不同類型的成本分攤制度，一般常見的有定率部分負擔、定額部分負擔、自負額。以下是對部分負擔制度的類型，作一概括性的介紹⁵⁰：

一、定率部分負擔（co-payment）

是最常見的部分負擔方式之一，即民眾就醫時，依實際醫療費用金額，負擔一定比例的費用，通常為 10% 至 50%，目前我國全民健保住院醫療，即採用定率部分負擔，病患負擔醫療服務成本的一定比率⁵¹。其優點為被保險人負擔的費用與實際醫療費用成正比，然缺點為提高低收入者之就醫門檻、不易訂定合理的定率費用⁵²。

二、定額部分負擔（co-insurance）

對於較低或差異有限的醫療費用項目上，許多國家採取定額部分負擔，民眾支付的費用為固定，不隨實際醫療費用上升而增加，因此對高額的醫療費用項目，限制效果較差。國內之全民健保門診醫療服務，即採定額部分負擔⁵³。健保局訂定不同層級醫療院所之部分負擔金額不同，目的是為了落實醫療網所推行之

⁴⁹ 健保法第五十條：「保險對象依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。保險醫事服務機構對保險對象未依前項規定繳納之費用，催繳後仍未繳納時，得通知保險人；保險人於必要時，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。但保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護期間時，不適用之。」

⁵⁰ 洪明皇，全民健保新制部分負擔對不同社會群體影響之探討，國立政治大學財政研究所碩士論文，2001年10月，頁7-11。

⁵¹ 依全民健保法第四十七條規定，保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。

⁵² 許光宏、盧瑞芬，全民健康保險藥品差額負擔可行性之研究，行政院衛生署八十七年委託研究計畫報告，長庚大學醫務管理學系，1998年。

⁵³ 門診費用部分負擔，原則上依全民健保法第四十三條第一項規定，採定率方式繳納：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」惟為方便實施，依同法條第三項規定，改以定額方式收取：「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

轉診制度，但全民健保實施以來，轉診制度並未如預期的推展順利⁵⁴。其優點為被保險人可以事先估計負擔金額、行政作業簡便、抑制被保險人因無病或小病即就醫。缺點為不易訂定合理的定額費用、齊頭式負擔而造成所得分配之逆進效果、負擔金額與醫療成本無絕對關係⁵⁵。

三、總額部分負擔 (deductible)

在一定金額的醫療費用以內，民眾需完全自行負擔，當費用超過此規定額度時，保險才開始給付。因此一定額度內或費用低的疾病皆由民眾自費，可有效抑制不必要的醫療需求。其優點為減少處理小額度申請之行政費用、抑制浮濫使用資源的效果、減少低醫療使用者的負擔比率，然其缺失為行政作業繁瑣、不易訂定符合需求理論的最高限額、醫療費用接近最高限額時，無論醫療供給者或醫療消費者，均可能有增加醫療用的支出⁵⁶，但對於弱勢族群、高診次患者之衝擊較大，迄今尚未全面採行；又為遏止民眾高診次所帶來的道德危險，健保局相對應採取的政策是針對醫療機構加強審查、提高核刪率。

第五款 部分負擔制的限制

通過部分負擔的方式，雖可達到抑制醫療服務需求，進而降低醫療支出的目標，但需求面成本分擔，並非永遠皆能控制醫療費用的增長，部分負擔在形式上會有累退的現象，也就是消費者所支付的部分負擔金額所占的比例會隨著收入的增加而下降。事實上不論是富人還是窮人，看病時所需繳交之部分負擔金額是一樣的，但對窮人而言，所必須付出的成本遠高於富人，因為占所得的比率較高，容易造成嚴重的就醫障礙。也因此，部分負擔亦被稱為懲罰經濟能力較差之民眾的「生病稅」。此外若提高部分負擔比率，雖可在一定程度上抵禦道德風險，降低社會福利的支出，減少醫療保險所的成本，但也會減少保險出險的保護功能，使醫療保險所產生的效益降低，而漸漸失去社會保險的原始初衷⁵⁷。

⁵⁴ 健保實施初其，由於論量計酬支付制度設計不完整，各醫院競相擴充門診量，導致各級醫療院所間轉診制度建立不全。2001年後實施西醫醫院總額與基層診所總額後，互相不願超收病人，如此給付點值才會提升，故醫院與診所間更難垂直整合而相互轉診。

⁵⁵ 陳聽安、徐偉初、周麗芳，我國全民健康保險門診藥品部分負擔之經濟分析，台灣經濟學會1998年年會，1998年12月20日。

⁵⁶ 在2000年1月之前所制訂之全民健保法第三十四條規定：本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。」然此條在2011年1月的「二代健保法」當中已刪除。何姍姍，全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估。中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2004年6月，頁17-19。

⁵⁷ 陳全明、姜曙光，醫療保險費用供需控制分析，豆丁網

第二項 總額預算制度

第一款 總額預算制之意義

「總額預算支付制度」(global budgets or expenditure limits)是指保險人就部分醫療服務的花費做上限控制。如住院或門診的醫療服務，預先以協商方式訂定未來一段期間內的支出預算，以酬付該服務部門或服務在此協商期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。也就是說醫療預算在每年一開始就已分配完成，若超出的部分則由醫事服務機構自行吸收，此法可確保健保局不致虧損⁵⁸。

全民健康保險中的總額預算制度是在年度開始前，由中央健康保險局與醫界代表先行協商，訂定下一年度的醫療給付費用總額，並分四季結算。即使醫院提供之醫療服務費用超過預先議定之總額，中央健康保險局仍以原訂的總額支付。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。此種作法是將健保財務控制的責任，由中央健保局轉移至醫療院所。好處為可控制醫療費用的合理成長、減少醫事服務提供者以量計酬的誘因、促進同儕制約而使醫療行為趨於合理、加強付費者與供給者共同協商而雙方權益平衡⁵⁹。

總額預算採固定額度，給付標準隨醫療提供者提供服務量的多寡而浮動。以門診為例，如果全國健保總額是一萬元，醫院每看一位病人，健保給付一百點，看一百位病人給付一萬點，故一點剛好等於一元；但若醫院總計超額看了兩百位病人，給付總額仍然不變之一萬元，故一點值 0.5 元。

第二款 總額預算制之源由

全民健康保險法第六十條至第六十二條有明文規定需實施總額預算制度。然而由於健保開辦初其考量該制度對醫療院所造成之衝擊，故仍沿用傳統的論量計

<http://www.docin.com/p-103505241.html>

⁵⁸ 全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，全民健康保險醫療費用協定委員會，2005年6月，頁6。

⁵⁹ 葉德豐、王俊文，西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究—以中部四縣市為例，醫務管理期刊，第3卷第4期，2002年12月，頁11-29。

酬支付制度⁶⁰，在第六十五條規定總額支付制度得分階段漸進方法實施。在不同國家因國情不同而其總額預算制度的形式也當然不同，但各國普遍認為總額制度可糾正醫事人員為追求利潤而誘發需求的現象，避免醫療費用的高漲。

中央健保局分別於1998年7月試辦牙醫總額支付制度⁶¹；2000年7月試辦中醫總額支付制度⁶²；2001年7月實施西醫基層總額支付制度；2002年7月醫院實行總額預算支付制度，自此我國全民健保邁向全面實行總額預算制度⁶³。

第三款 總額預算制之分類

一、支出目標制 (Expenditure target)

預先設定醫療服務支付價格及利用量之可容許上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將有結餘；但實際醫療服務利用量超過標準值時，超出部分的費用將折扣支付，以適度反映醫療服務變動成本。因此實際支出可能超出原先設定目標⁶⁴。

二、支出上限制 (Expenditure cap)：

我國總額預算支付制度在實際運作上係採此制，這也是一種前瞻性的支付制度。領先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務每點支付點值採浮動性的方式支付，醫療服務是以相對點數反應各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務

⁶⁰ 「論量計酬制度」(Free-for-Service, FFS) 主為醫療供給者根據所提供之醫療項目而收取費用，如此可能為追求利潤極大化，提供過多的醫療服務量、缺乏分擔醫療成本誘因，導致醫療費用的高漲，是所有支付制度中最易產生醫療資源浪費者。黃為縈，總額支付制度、部分負擔與醫師誘發需求之關係，義守大學管理研究所碩士論文，2006年6月，頁16-17。

⁶¹ 我國自1998年7月開始在牙醫門診進行試辦總額支付制度。其支付模式是以支出上限制為主，由醫療費用協定委員會(費協會)於年度開始三個月前，考量保險對象人數、人口結構、牙醫物價指數、給付範圍、醫療品質及其他醫療利用密集度之改變，加以協定。李玉春，全民健康保險支付制度：如何兼顧品質與費用控制，千禧年健保政策及相關醫療保健政策研討會大會手冊，2000年12月，頁95-112。

⁶² 中醫門診總額預算制度同樣依各區保險對象人數分配，但是採八年漸進方式，即第一年(2000年7月至2001年12月)95%按各區實際發生醫療費用，5%依各區校正後保險對象人數分配；第二年起依保險對象人數分配所佔比例逐年提升為15%、25%、40%、55%、70%、85%及100%，而其實施前仍須提報費協會協商確定。全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，全民健康保險醫療費用協定委員會，2005年6月，頁25。

⁶³ 黃為縈，總額支付制度、部分負擔與醫師誘發需求之關係，義守大學管理研究所碩士論文，2006年6月，頁17-18。

⁶⁴ 林雨靜，全民健保支付制度的改革—總額預算，財團法人國家政策研究基金會社會安全組研究人員國政分析，2001年11月。

量而得；故當實際的總額醫療費用超過上限時，每點支付點值會低於一元⁶⁵。目前施行總額支付制度之經濟合作暨發展組織的國家⁶⁶，其支付型態除了加拿大與荷蘭採用支出目標制外，其餘國家皆採支出上限制。

由於考量到西醫醫院與診所在角色分工、主要收入來源、資源重分配方向、費用控制策略及經營目標不盡相同等因素，西醫總額預算支付制度分為醫院和西醫基層醫療費用總額兩部分。西醫基層醫療費用總額涵蓋門診服務、處置及藥品之自行調劑及交付調劑費用，醫院醫療費用總額則大致涵蓋特約醫院提供的西醫門、住診療服務。一般門診服務項目採支出上限制，特殊門診服務項目方面，洗腎採支出上限制，預防保健則採支出目標制⁶⁷。

第四款 總額預算制之限制

實施總額預算支付制度後，仍然面臨以下缺失待改進：醫療服務業在固定經費下而過渡競爭或弱肉強食、求其財務平衡而降低醫師薪水、減少醫療人力、購買使用最經濟或最低廉之醫療藥品與器材⁶⁸。若醫療服務量之上漲率高於預期，將使支付點數的價格下跌，並使同區域之醫療提供者陷入「賽局理論」的「囚犯之困境」⁶⁹，對處於同一總額分配區域內之醫療提供者而言，當甲提供較多的醫療服務，而乙提供較少的醫療服務，若總服務量未超量，則甲醫療提供者即獲得較多的預算分配；但若甲、乙二者皆提供超量的醫療服務時，則總服務量超過預算，支付的單位價格下降，使得甲、乙二者獲得相同的預算分配，且使用的醫

⁶⁵ 連守揚，醫療利用在總額預算急診點值浮動前後之變化——以區域教學醫院急診室為例，國立中山大學醫務管理研究所碩士論文，2006年1月，頁14-16。

⁶⁶ 實施總額支付制度之經濟合作暨發展組織(OECD)國家為：澳洲、比利時、加拿大、芬蘭、法國、德國、荷蘭、瑞典、英國。Wolfe, P.R. & D.W. Mora. Global Budgeting in the OECD Countries, Health Care Financing Review, 1993, 14(3), 55-76.

⁶⁷ 全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，全民健康保險醫療費用協定委員會，2005年6月，頁15-16。

⁶⁸ 中央研究院之醫療保健政策建議書，中央研究院報告No.003，2009年6月，頁5-6。

⁶⁹ 「賽局理論」(Game Theory)的「囚犯之困境」(Prisoner's dilemma)在選擇理論和自我利益理論中的一個經典問題。兩個被指控共同參與了某種罪行的囚犯被檢察官分隔開來提審。兩人都面臨如下的選擇：(1)如果他們兩人都都不坦白，兩人都將判一年監禁，(2)如果兩人都坦白，每人都將判兩年監禁，(3)如果一人坦白，另一個不坦白，坦白那人將被釋放，而另一人則將判三年監禁。如果每個囚犯要求得到他自己最好的利益，對他而言合理的選擇應是坦白，但這樣兩人都不能得到最好的結果，而是最壞的總結果(各二年的監禁)。反映個人最佳選擇並非團體最佳選擇。David M. Kreps, Paul Milgrom, John Roberts and Robert Butler Wilson. Rational cooperation in the finitely repeated prisoners' dilemma. Journal of Economic Theory, 1982, 27(2), 245-252；維基百科——囚徒困境，<http://zh.wikipedia.org/zh/%E5%9B%9A%E5%BE%92%E5%9B%B0%E5%A2%83>

療成本相對增加。這種情況表明，尋求私利並不意味著甲或乙皆可得到最好的結果，也不意味著由此可有效地促進公共的善。相反，只有甲乙合作才可獲得全體最好的結果⁷⁰。

全民健保實施醫院總額浮動點值支付制度後，其立意雖良善，然小型地區醫院所提供服務量原即較少，對於大型醫院的門診量，卻未採取更嚴格的限制，因此很自然的浮動點值制度對地區醫院的財務狀況負面的衝擊大，總收入會明顯衰退。從1995年健保開辦到2010年間，全臺有近三百家中、西醫院關閉⁷¹。不同的科別也會發生成本效益高的服務科別（如皮膚科、整形美容科）取代成本效益低的服務科別（如急診、小兒科），簽約醫院為控管成本，而限制門診量、調高掛號費、更改低廉藥品、減少收急重症病患等措施，重症病患恐成「人球」之窘境⁷²。

總額預算制度在德國和加拿大實施後，醫療機構為避免虧損倒閉，又要維持合理的醫療品質，則主動限量服務。在非緊急醫療如髖關節置換手術，被保險人可能需漫長的等待。故避免嚴重損害病人權益，已作大幅修正其總額預算制度。我國民情和法律不容許醫療機構延誤診治病人，醫療者採取以量制價、縮短診察時間、增加業務量、購買廉價藥品和醫材。一般醫院診治病人，採取「柿子，挑軟的吃」策略，偏好診治輕病者，因其成本低、業務量易擴大、較低醫療糾紛風險，讓重症病患轉診至醫學中心⁷³。然醫學中心亦並非不注重拚業績爭效率，因此若無客觀公正的審核制度與審查委員，將發生「劣幣驅逐良幣」的結果，易使大者恆大，地區醫院醫療不斷萎縮，而使得民眾醫療可近性大打折扣。

第三項 地區醫院自主管理

第一款 自主管理之來由與法源基礎

⁷⁰ 楊斯年，醫院卓越計畫實施前後處方型態分析：以某區域教學醫院精神科為例。國立陽明大學醫物管理研究所碩士論文，2003年6月，頁9-17。

⁷¹ 鍾佩樺、黃三桂、錢慶文，醫院總額浮動點值對地區醫院財務衝擊之研究，醫務管理期刊，第5卷第2期，2004年，頁208-221。

⁷² 陳欽賢、劉彩卿、邱文達等，總額支付制度下醫院同儕行為之競合：實局理論分析，醫務管理期刊，第4卷第3期，2003年，頁68-79。

⁷³ 謝炎堯，論全民健保總額預算支付制度的爭議，自由時報自由廣場。
<http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/feb/22/today-o4.htm>

自全面實施總額支付制度後，醫界對健保局醫療費用之審查方式均有諸多批評，抱怨健保局干預臨床診療⁷⁴，醫界執行業務時，以健保局給付規則視為依據，而不按醫療教科書上的原則⁷⁵。健保局為掌握合理控制醫療費用，基於當時健保法第四十九條之醫療給付總額及分配之立法精神⁷⁶，並尊重醫療服務之專業自主、民眾需要便捷之醫療品質，乃自高屏分局於1999年10月所提之「三階段自主管理方案」，內容包含第一階段的異常項目管理、第二階段的績效項目管理、第三階段的醫療品質管理，之後各分局則陸續建構出符合該轄區醫療特性的版本積極推展⁷⁷。

健保局於2003年7月開始，開始實施「醫院自主管理」，首先篩選欲參加自主管理之醫院，再簽約實施個別總額自主管理，依各院前一年之服務量，預估出翌年之給付總額，並設定醫院服務量成長幅度最高為4%⁷⁸。簡單來說，就是健保有一個全國的大總額，大總額再分配給六個分區各一個區總額，區總額再依轄區內各醫院過去的醫療費用申報情形，核給各個醫院一個年度小總額來自主管理分配。

第二款 自主管理之目的

自主管理合約乃依全民健康保險特約醫事服務機構合約之規定簽訂，期望能在有限資源與適當監控醫療費用下，兼顧醫療品質，藉由指標管理，減少個案審查以提高醫師專業自主及醫院內部控管之空間⁷⁹。自主管理有數特色：維持醫院

⁷⁴ 謝武吉，醫療品質與健保局刪減對民眾與醫院帶來的衝擊，行政院衛生署，醫院，第31卷第6期，2000年，頁31-32。

⁷⁵ 宋瑞樓，臺灣之醫療品質及其影響因素之研議，醫院，第43卷第1期，2000年，頁11-13。

⁷⁶ 當時之健保法第四十九條，在二代健保修法後擴充為現行健保法第六十一條，其總額分配方式訂定基本方向大致相同，唯增加第四項與第五項詳細規範與會議代表、期間等。健保法第六十一條：「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。」

⁷⁷ 李佳珂、周思源，醫院自主管理操作實務—以中區分局為例，健康保險雜誌，第1卷第1期，2004年8月，頁60-70。

⁷⁸ 楊斯年，醫院卓越計畫實施前後處方型態分析：以某區域教學醫院精神科為例。國立陽明大學醫物管理研究所碩士論文，頁15-31，2003年。

⁷⁹ 吳帆、楊耀山，醫院自主管理指標資訊系統建構—以中部某區域醫院為例，醫務管理期刊，第

總額穩健運作、設有基本加入門檻，醫院選擇性加入、執行具分區共識、設計上各分區大同中有小異、仍保留市場機制、並簡化審查流程⁸⁰。

醫療品質之審核標準，如同醫療處置般錯綜複雜，致醫療機構亦無所適從，而此控制是造成醫療品質低落的原因之一⁸¹。而自主管理方案對醫療院所最大的效益為：避免龐大的核減金額。因核刪在門診部分須放大罰一百倍、住院則放大罰十倍。降低核刪風險，可節省申覆與爭審調閱病歷人力、回歸醫療專業自主權、讓醫師再創造更大的效益、提昇公共衛生品質、加強預防保健等⁸²。

第三款 自主管理之限制

自健保局實施自主管理之後，亦發現許多待改進之處⁸³：

一、甫須加入自主管理者，卯足全力衝高基期之營業額，以利隔年免審額度。「衡量」可能會蓋過其他診療之合理性。

二、醫院入自主管理而已達業績目標後，門診方面可能取消夜間及假日門診，並採限號方式；住院方面可能將慢性病患延後至下一季再手術；急症方面則以設備不足等理由要求轉院，對消極保守之醫院，欠缺競爭之刺激。

三、藥物醫材改用性質相似的价格低廉品，醫師可選擇性降低而影響治療，欠缺創新之動力，不利醫療新知研發。

第四項 診斷關聯群制度

第一款 診斷關聯群制度之歷史源由

4 卷第 4 期，2003 年，頁 59-76。

⁸⁰ 蔡淑玲，健保分局執行醫院自主管理之探討，2003 年度醫院管理研習班，澄清醫院，2003 年。

⁸¹ 陳孝平、鄭文輝，陳啟華，王憶秦，臺灣社會福利學刊，第 1 卷，1999 年，頁 41-70。

⁸² 紀櫻珍、張偉斌、劉德明、許朝程、吳振龍：醫院總額預算自主管理制度之效益分析-以台北市立聯合醫院為例，北市醫學雜誌，第 3 卷第 5 期，2006 年，頁 71-83。

⁸³ 陳孝平，實施醫院自主管理之評估研究，行政院衛生署中央健康保險局專題研究成果報告（報告編號：DOH91-NH-1025）2004 年。

「診斷關聯群制度」起源於 1960 年代晚期的美國，利用「病例組合」的概念，分析七十萬份病歷之資料庫，共分成八十三個主診斷系統(Major Diagnostic Categories; MDCs) 內涵三百八十三個診斷關聯群 (DRGs) 此即為第一代診斷關聯群。然其各診斷關聯群內不同的病例，所耗用醫療資源差異過大，無法滿足臨床及醫療資源耗用相近的需求，以有效地做為醫療支付制度的計價標準。1981 年完成第二代的診斷關聯群，其分析來自全美國三十九萬份病例為樣本，共分二十三個主診斷系統，內含四百六十七個診斷關聯群。第二代 DRGs 導入了依據疾病診斷與收費標準的支付方式，採用了 ICD9 分類編碼，在第一代 DRGs 基礎上擴充了許多相關資料，如增加了入院方式、轉歸等，使第二代 DRGs 組內的病例具有相同的臨床特點、相同的住院天數及資源消耗。1983 年美國國會通過社會安全法修正案明訂以第二代診斷關聯群做為全國的老人與貧民醫療保險

(Medicare) 的住院費用的前瞻性支付制度，並規定所有醫院必須與各地區的同儕審查機構 (Peer Review Organizations) 簽約，接受醫療品質與資源利用之審查。美國健康照護財務總署原則以每年更新一次版本，但主要是針對老人人口作修正。到了 2001 年，美國健康照護財務總署⁸⁴ 出版第十八版的診斷關聯群 (CMS-18)⁸⁵。美國自 1983 年實施 DRG 後，Medicare 住院總費用的增長速度與手術費的增長率迅速下降，平均住院天數也縮短許多。

其實每個國家都要有獨特的適合自己的 DRGs，這就需要一個準確的並且符合臨床要求的系統整合病人的診療過程，以達到適應患者的衛生資源消耗的要求，並在應用中不斷地改進和完善。2005 年公佈的「第三版臺灣診斷關聯群」(Tw-DRG V3.0) 是以美國 CMS-DRGs 18 版為藍本，配合國內醫療特性作適當修訂，包含二十五個主診斷系統 (MDCs) 及九百六十九組的診斷關聯 (DRGs) 於 2005 年 6 月底前導入，逐步完成本土化之「診斷關聯群制度」給付。每一個住院案件只可歸屬一個「診斷關聯群制度」碼，其分類原則之 80% 由「主要疾病診

⁸⁴ 美國健康照護財務總署目前改名「美國醫療保險與醫療補助服務中心」(Center of Medicare & Medicaid Service)。

⁸⁵ 蔡東原，全民健保住院診斷關聯群對醫療耗用之探討-以南部某區域教學醫院慢性阻塞性肺病病患為例，義守大學管理研究所碩士論文，2008 年 6 月，頁 16-23；尤之毅，前瞻性付費制度 (DRGs/PPS) - 美國實施九年後回顧和展望，台灣醫界，第 35 卷第 5 期，1992 年，頁 26 - 30；簡聰建，診斷關係群前瞻性給付制度 (DRGs/PPS) 之介紹 (上)，台灣醫界，第 37 卷第 5 期，1994 年，頁 76 - 80；范碧玉，前瞻性 DRG 支付制度對於病歷管理的影響與因應，醫院，第 28 卷第 3 期，1995 年，頁 13 - 31；藍忠孚，全民健康保險診療報酬預估支付制度之研究，行政院衛生署 86 年度委託研究計劃，1996 年。

斷」來決定，45%的「診斷關聯群制度」為考慮「次要診斷」 20%則考慮「年齡」。因此「主要診斷代碼」為決定「診斷關聯群制度」的最重要因素⁸⁶。醫療費用支付的金額為「診斷關聯群制度」碼所對應的相對權重，當所有權重合計除以總件數即是「病例組合指標值」，此值除可應用於醫療支付費用的依據及同儕醫院間疾病嚴重度的比較外，並可供醫院內部預算基準、財務計劃、資源審核、品質管理等多方面之用途。

第二款 診斷關聯群制度之意義與法源基礎

健保局為因應財務危機於 2002 年全面實施西醫總額支付制度後，固然可將醫療費用成長控制在預期範圍內，但若無合理的支付基準及有效的醫療利用監測，將使總額支付的成效大打折扣。健康保險的支付制度也在不斷演變進化中，為的就是希望可抑制醫療費用的成長、更經濟有效率地應用健保資源。因此行政院衛生署於 1998 年指示，研擬以「住院診斷關聯群」(DRGs) 為分類基礎之病例組合分類支付方式，為總額支付制度奠定合理的支付基準，而擴大節制效果⁸⁷。

「診斷關聯群制度」是將臨床處置方式類似且資源耗用相近的病例加以歸類分組，利用疾病診斷、手術類型、併發症與合併症、出院狀況、性別、年齡作為分類的變項，形成病例分類系統⁸⁸，分成不同的群組，同時依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的支付點數，計算未來健保局應給付醫院之費用。基於當時健保法第五十一條有關於「同病同酬之醫療費用支付原則」⁸⁹，於 2010 年 1 月實施後的「診斷關聯群制度」只適用住院相關費用，不含門診、急診，論

⁸⁶ 賴憲堂，全民健康保險下疾病分類編碼品質與相關影響因素研究，台灣大學公共衛生研究所醫院管理組碩士論文，1996 年。

⁸⁷ 黃信鐘，DRG 制度實施之財務衝擊-以某地區醫院為例，長庚大學，碩士論文，2008 年 7 月，頁 9。

⁸⁸ Baker J. J. (2002). Medicare Payment System for Hospital Inpatients: Diagnosed Groups. *Journal of Health Care Finance*, 28 (3), 1-13.

⁸⁹ 當時之健保法第五十一條，在二代健保修法後擴充為現行健保法第六十二條第一項，並將所謂「同病同酬給付標準之觀念」增列至第二、三、四項詳細規範之。健保法第六十二條：「保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。」

病例計酬，依所歸類的群組，採住院「包裹支付」方式，醫療院所因承擔財務風險，會加強臨床路徑等管理，而減少不必要的用藥、檢驗或住院日，讓總額下之醫療資源分配更公平合理⁹⁰。

第三款 診斷關聯群制度之目的

「診斷關聯群制度」是一種前瞻性的論病例計酬支付制度，同一「診斷關聯群制度」的疾病僅支付同一醫療費用，此時若住院天數拉長，將有可能使醫院的收益轉為負值。因為同一「診斷關聯群制度」的疾病平均住院天數較長的醫院，有可能是因醫院營運管理效率較差，或醫院內有收療住院型態較特殊複雜的病患有關，而產生醫院醫療收益減少的可能⁹¹。

實施「診斷關聯群制度」後，健保局認為此對「妥善運用」醫療資源的醫院是利多的、有助於病人的照護品質獲得確保、減少醫療成本。因健保局是以整筆住院期間為一個定額費用支付給醫院，醫院將該「診斷關聯群制度」案件的病人提供有效率醫療服務、減少不必要手術、用藥及檢查等，而即時出院，可獲得高於成本的收入；反之若因醫療疏忽、管理不當，以致延長病人住院天數或產生不良後遺症，則醫療成本相對增加，在「診斷關聯群制度」支付下並無法獲得補償。然而若因病情嚴重導致醫療費用超過定額的上限臨界點，健保局會再支付超過上限臨界點費用的八成⁹²。

「診斷關聯群制度」前瞻性支付制度之最重要目的為抑制醫療照護成本。然成本的有效運用，並不等於醫療照護的安全，其對醫療行為亦可能造成負面的影響⁹³：

一、為使平均住院天數減少、空床率提高，醫療院所可能催促病人盡早出院。

⁹⁰ 行政院衛生署中央健保局北區業務組之認識 DRG 支付制度網頁

http://www.nhinb.gov.tw/chinese/20_cue/02_detail.asp?pid=140&xlv=3

⁹¹ 陳婉茗、吳尚琪，模擬 DRGs 實施對我國醫院的財務衝擊，台灣衛誌，第 24 卷第 4 期，2005 年 1 月，頁 306 - 314。

⁹² 行政院衛生署中央健保局新聞報導網頁：為提升醫療效率，健保局推出臺灣版 DRGs 支付制度。
http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?News_ID=814&menu=9&Menu_id=544

⁹³ Yi-Cheng Chang, Herng Chang, Exploring Physicians' Perceptions of the Quality of Medical Care Under the Case Payment System. Mid-Taiwan Journal of Medicine 2004; Vol. 9 No. 4, 225-232; 張君蔓，台灣實施診斷關聯群支付制度對醫院之衝擊，靜宜大學管理碩士在職專班碩士論文，2010 年，頁 45-46。

二、避免納入低收益之「診斷關聯群制度」者，將住院病人轉嫁至門診診療，導致門診業務提高風險。

三、為節省醫院成本，轉移仍有病情不穩之病人至成本較低的護理照護機構，如護理之家或居家照護。

四、為縮短住院療程，可能增加併發症發生。

五、為獲得較佳之給付，疾病診斷碼出現取巧行為。

六、為避免診療疾病嚴重度高的病人，可能會增加轉院現象。

七、以上增加的醫療風險，皆有可能增加醫療糾紛的發生。

八、於「包裹支付」方式外，額外使用自費醫療所造成的議題。

第四款 診斷關聯群制度之限制

因本國「診斷關聯群制度」採「包裹給付」方式，理論上各類診斷之疾病所需耗用之所有醫藥費用，已由健保局根據「第三版臺灣診斷關聯群」(Tw-DRG V3.0)之大數法則下縝密精算完成，目的為有效控制醫療給付費用，又同時讓醫療機構有些許盈餘空間。額外使用「自費醫材」是否產生「新道德危險」？又醫療院所使用自費醫材的同時卻放棄使用「診斷關聯群制度」內包裹支付的醫療給付品項，其行為是否為詐欺保險人？又遵照健保指示卻併發醫療糾紛時，病人是否可提起國賠？

中央健保局針對進入「診斷關聯群制度」時代，應用自費品項的規範，重申特殊材料之自費問題：一、已納入健保給付，且符合適應症者，不得收取自費。二、凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，如有收載同類品項但對病患正面診療用途者，應由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用⁹⁴。如此禁止使用自費醫材，是否會造成醫療選擇性降低？

⁹⁴ 2010年1月12日中央健保局發函，健保審字第0990051016號。

保險對象之生命權、健康權與醫療權的取捨又如何？醫事服務人員之工作表現自由權與學術自由權是否受限？以自費醫材為營業之廠商工作權保障又如何？健保局對於自費醫材禁止，是否符合比例原則？這些皆為本論文所要檢視而謀求改進之途。

第五項 小結

「部分負擔」為保險制度下首先被設計出來拯救保險人的制度，迫使保險人與被保險人同時負擔出險的風險，降低道德危險。不可諱言地，「部分負擔」應是解決健保制度的原始構想，也是根本之道，畢竟沒有被保險人的「直接需求」，就無後續所有保險給付的「供給」。然而生病不能由己決定，這時全民健康保險同時須具備社會保險、社會救助的精神。而醫療機構間或求生存而產成的保險「間接需求」，得藉健保局參考先進國家而陸續推展的制度來管制。

由此而知，在面對「保險人與被保險人」利益衝突時，「部分負擔」是原始概念。如斯可做為本論文探討全民健康保險制度下使用自費項目之研究基礎。總額預算制度」、「地區醫院自主管理」、「診斷關聯群制度」等利用保險學的基本原理：「大數法則」，逐漸使醫療統計化，如此更可有效地控制醫療給付成長、進而監管醫療品質。

誠因醫療技術日新月異，全民健保之支付制度也不斷演進以應付高漲的醫療給付，在這專業的「醫療經濟」支付制度下，仍須回頭思考調和健康保險的基本面，畢竟全民健康保險是三方面的關係所架構而成：保險人、被保險人與醫療機構，唯有這三方都和諧才能創造出三贏局面。

第二節 提供部分給付項目之作業原則

第一項 給付標準等級

在 2011 年 1 月 26 日新修訂的二代健保法中，延續舊法，將保險對象的給付標準可概分為「完全給付」、「部分負擔」、「不給付」、「限制給付」、「部分給付」或「差額給付」。

一、完全給付項目

健保法第一條以正面表列方式就承保事故為規定，規定「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」

二、部分負擔項目

依健保法第四十三條規定，保險對象在門診或急診就醫時，需自行負擔部分費用，於不同等級醫院就診時，其負擔金額亦不同，鼓勵民眾降低至醫學中心的頻率，藉由轉診制度以減輕部分負擔⁹⁵。健保法第四十七條就急、慢性病房的住院費用，鼓勵民眾珍惜健保資源，規定住越久部分負擔越重⁹⁶。

三、不給付項目

健保法第五十一條規定，針對「保險對象」所羅列十二款「非必須的醫療」，以負面表列方式所不保之給付、不保之事故及不為之給付為規定，排除全民健康保險法給付範圍的項目⁹⁷。其不給付之含義不外有二：一為未經主管機關核准公告之診療服務及藥品；另一為經主管機關核准後但公告不予給付之醫療服務及藥品。健保將前者排除於承保範圍之外，乃理所當然；但對於後者，因衛生署同時具有三種身份：審核全國醫療服務及藥品之主管機關、健保主管機關、唯一保險人。如此角色混淆下，也增加健保承保範圍與行政裁量之不明確性。

⁹⁵ 健保法第四十三條：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。」

⁹⁶ 健保法第四十七條：「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。」保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。」

⁹⁷ 健保法第五十一條：「下列項目不列入本保險給付範圍：一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。五、指定醫師、特別護士及護理師。六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。七、人體試驗。八、日間住院。但精神病照護，不在此限。九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。十、病人交通、掛號、證明文件。十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。十二、其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。」

健保法第五十二條認為「特大災難」亦排除全民健保之適用⁹⁸。在健保法第五十三條則規定「醫事服務機構」係就保險人有四種情況不為之給付為規定⁹⁹，屬「保險人原應為之給付」後因被保險人有本條特定事由存在而保險人遂免卻其給付之責任，如此規定之意旨與第五十一條及第五十二條所列舉「原即不屬健保承保範圍之事項」不同，也應規範更形具體明確。然本條第三款將不為給付之範圍擴及「使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物」，實與前開第五十一條第十二款之「其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。」同出一轍，甚而變本加厲。並在第五十四條明文「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人審查認定不符合本法規定者，其費用不得向保險對象收取。」對於原應為給付醫療服務及藥品「事後」由健保局自行裁量，而非第一線臨床之醫事人員，常讓人有「千金難買早知道」之感，此不僅可能延誤對被保險人提供適當治療之時機，亦使健保失其應有之超然性、客觀性、可依賴性及可預見性¹⁰⁰。

四、限制給付項目：

其中關於健保法第五十三條「事前審查」的規定，主要係針對「高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品」的使用前，保險醫事服務機構須向保險人提出申請，此並非保險對象可以獨自提出¹⁰¹。

五、部分給付項目或差額給付項目

依衛生署「全民健康保險醫事服務機構提供部分給付項目之作業原則」¹⁰²，與「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第二十條規定，規定增加「正

⁹⁸ 健保法第五十二條：「因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。」

⁹⁹ 健保法第五十三條：「保險人就下列事項，不予保險給付：一、住院治療經診斷並通知出院，而繼續住院之部分。二、有不當重複就醫或其他不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫。但情況緊急時不在此限。三、使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物。四、違反本保險規定之有關就醫程序。」

¹⁰⁰ 施文森大法官於司法院釋字第五二四號解釋之部分不同意見書。

¹⁰¹ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二十條：「保險人應依本保險支付標準及藥價基準規定辦理事前審查。對於高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品，保險人應就主管機關核定後公告之項目辦理事前審查。保險醫事服務機構應依前二項規定申報事前審查。」

¹⁰² 其依行政院衛生署2006年10月20日衛署健保字第0950044956號函核定，並依中央健康保險局2006年11月2日健保藥字第0950029437-B號公告，訂定目的是為辦理「(舊)全民健康保險法第三十九條第十二款之公告項目(即新修訂之健保法第五十一條第十二款)」。

向表列」之外的診療項目，保險醫事服務機構使用特殊醫材前，應向保險人作事前審查¹⁰³。如本論文第二章第三節之「健保醫療材料實施部分給付項目」，包括義肢、新增功能類別人工心律調節器、塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、陶瓷及金屬對金屬介面人工髖關節。

六、不得自立名目收費

依全民健保法第六十八條之「不得自立名目向保險對象收取費用」¹⁰⁴，及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第十二條之「不得囑保險對象自費醫療」¹⁰⁵，原則上全民健保已納入給付之醫療項目、保險醫事服務機構不能要求病患自費負擔。從醫學倫理角度思考釐清：醫師認為申報健保給付可能面臨核刪壓力而要求病患自費、或故意操弄資訊而誤導病患以謀私立收取高額自費醫材，但如此無法構成道德上的正當理由、且侵犯病患合法權益。醫學倫理中的「正義原則」包含了「應得的賞罰」及「給予應得的資格」，即面臨相抗衡的訴求時，必須以公平的基礎來執行裁量的道德義務。在健保的制度下，病患的合法權益並未受到醫師公平、正當、適切的對待，蒙受的損失與醫學倫理之「不傷害原則」、行善原則」相違背。何謂「自立名目」？若病患自願付費、以書面為之、未去檢舉、只是健保局稽查發現病患自費醫材，如此是否仍構成違反相關法規？依行政院衛生署認為就算是病患書面同意也不得自費¹⁰⁶。健保局再解釋後將病人自費分三類認定：基本上健保有給付者不得自費、但可依個案認定、健保不給付者可使用自費醫材¹⁰⁷。健保局推動「診斷關聯群制度」後，全面禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，除了行政推動的方便性、統一性外，也基於醫病關係中

¹⁰³ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二十條：「保險人應依本保險支付標準及藥價基準規定辦理事前審查。」「對於高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品，保險人應就主管機關核定後公告之項目辦理事前審查。」「保險醫事服務機構應依前二項規定申報事前審查。」

¹⁰⁴ 依全民健保法第六十八條：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」

¹⁰⁵ 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十二條：「本保險給付之項目，保險醫事服務機構不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用。」

¹⁰⁶ 依行政院衛生署 2002 年 3 月 20 日衛署健保字第 0 九一 0 0 一八二七三號函解釋：「屬本保險給付項目且符合使用規定並向保險對象收費者，不論特約醫事服務機構是否事前取得保險對象手術同意書或自願付費同意書，或事後有否退費，則屬自立名目」。

¹⁰⁷ 健保醫字第 0 九一 0 0 一四一一二號函：「一、屬本保險給付項目且符合使用規定並向保險對象收費者，不論特約醫事服務機構是否事前取得保險對象手術同意書或自願付費同意書，或事後有否退費，則屬自立名目；二、屬本保險給付或不給付之界定上有爭議，得視各項給付規定與臨床處方情形，依具體個案認定；三、本保險不給付項目向保險對象收費者，不屬自立名目」。

對醫療知識的不對稱性，給予弱勢方周延的保護，卻對醫事機構處以較嚴苛的規範¹⁰⁸。

第二項 健保部分給付標準

醫療產業的法規對醫療產業的影響非常深遠，除了改變民眾對醫療的需求、就醫行為之外，對醫療產業生態、社會經濟、國家發展均有深遠的影響。近年來，在全民健保制度下中央健保局是唯一承保機構，該單位擁有整個醫療市場的獨買權，醫療價格的單一化，使得所有與健保局特約的醫療院所，幾乎沒有議價的空間與能力¹⁰⁹。

過去醫界以「獨立王國式的醫療」(Solo Practice)¹¹⁰，享有充分的專業自主性，讓醫院管理者習於等待顧客自動上門求診的經營心態。然而面對健保局的總額預算制度等諸多限制，管理者必須重新思考醫院的經營測略與理念，改採多元化醫療事業體的經營與規劃，例如：提供自費醫療服務、經營社區健康、或擔任企業員工健康的管理顧問工作等，均可協助醫院擴大價值鏈、提升競爭力。企業的競爭優勢應該從股東利潤導向轉變為顧客導向，企業應該從供給面的競爭策略轉換為需求面的競爭策略。只有在追求、發展有利潤的顧客關係之前提下，企業的價值才會被創造出來¹¹¹。換言之，以顧客的價值為核心，透過良好互動的溝通方式滿足顧客需求，提高顧客忠誠度等作法，值得醫院管理者學習與參考。

自費醫療的定義是：一般醫療保險不給付之項目，以及預防醫學、美容醫學等醫療項目，醫療費用由病友自己負擔。換言之，自費醫療服務之科別與項目是開創健保不給付之項目，提供自費醫療服務，使醫院成為預防醫學、美容醫學與疾病治療之完善醫療組織¹¹²。國內目前對於新醫療材料改善現有品項的某些功

¹⁰⁸ 蔡甫昌、楊哲銘，醫師自立名目收取醫療費用之倫理與法律問題，臺灣醫學，7卷5期，2003年9月，頁764-767。

¹⁰⁹ 謝啟瑞，健康經濟學，五南圖書出版公司，台北，1997年。

¹¹⁰ Enthoven, A. C. (1988), "Managed Competition: An Agenda for Action", Health Affairs, 7(3):25-47.

¹¹¹ Wayland, R. E. and Cole, P. M. (1997), Customer Connections: New Strategies for Growth, Harvard Business School Press, Boston.

¹¹² 劉燦宏、任文瑗、趙嘉成、崔岡、邱文達，以顧客關係管理觀點探討自費醫療服務，台灣醫務管理學會，第5卷第3期，2004年，頁305-321。

能，因價格較原健保給付類似產品之價格昂貴數倍，在健保財源有限的情況下，難以列入健保給付；依現況，病患或其家屬如果希望使用，必須全數自費購用。健保局為減輕病患的負擔以及考慮給付的公平性，故對該類品項核予「部分給付」。以塗藥血管支架為例，對於已符合血管支架適應症者，可按血管支架之價格給付，差額部分由民眾負擔。至於適用部分給付之品項以衛生署公告者為限¹¹³。

為避免醫師於執行醫療服務時利用其醫療行為誘使受保人員於不知情情況下使用自費項目，故依據全民健康保險法第五十一條第十二款之公告項目作業，奉行政院衛生署核定，中央健康保險局公告¹¹⁴。於2009年4月22日修訂之「全民健康保險醫療辦法」第二十條：「保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第三十五條¹¹⁵應自行負擔之住院費用，第三十九條¹¹⁶或第四十一條¹¹⁷規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。」實施部分給付項目，應完整填寫健保局所訂同意書後，一份交由病患保留，另一份則保留於病歷中。保險醫事服務機構應將現行健保給付同類項目及部分給付項目之廠牌及產品之副作用、禁忌症及應注意事項等，提供民眾參考。並將其所進用部分給付品項之廠牌、收費標準等相關資訊置於醫院之網際網路、明顯易見之公告欄或相關科別診室門口，以供民眾查詢。如保險醫事服務機構有未依「全民健康保險醫療辦法」第二十條規定配合辦理告知、資訊公開等事宜，依於2010年9月15日修訂之「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十四條¹¹⁸規定應通知限期改善；經健保局通知應限期改善而未改善者，應依同辦法第三十五條¹¹⁹予以違約記點。

¹¹³ 行政院衛生署中央健康保險局-主題專區-何謂部分給付
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2473&WD_ID

¹¹⁴ 行政院衛生署2006年10月20日衛署健保字第0950044956號函核定；中央健康保險局2006年11月2日健保藥字第0950029437-B號公告。

¹¹⁵ 即2011年1月26日新修訂之全民健康保險法第四十七條「保險對象應自行負擔之住院費用」。

¹¹⁶ 即新修訂之全民健康保險法第五十一條有關於「不列入全民健保給付範圍」之規定。

¹¹⁷ 即新修訂之全民健康保險法第五十三條有關於「保險人可不予保險給付」之規定。

¹¹⁸ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十四條：「服務機構有下列情事之一者，保險人應通知其限期改善：一、未依本保險醫療辦法規定登錄保險憑證及上傳保險對象就醫資料。二、未協助保險人有關代辦勞工保險職業傷病醫療給付及強制汽車責任保險代位求償所需表單之收繳、填報等事宜。三、藥價調查申報資料錯誤，非屬故意者。四、其他違反特約之約定事項，非屬情節重大者。」

¹¹⁹ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十五條：「服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：一、未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。二、違反第十條至第十二條、第十四條至第十五條、第二十四條、第三十一條第二項、第三十二條或第三十三條規定。三、未依本保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。四、未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申

第三節 健保醫材實施部分給付項目

表三，健保差額給付醫材項目

項目	實施時間	健保部分給付金額	備註
義肢	1995年3月	依裝置部位，4,800元~68,000元	
新增功能類別人 工心律調節器	1995年8月	102,500元	部分型號已納入全額給付
塗藥血管支架	2006年12月	19,940元	須符合傳統血管支架之適應症，始可列入部分給付。
陶瓷人工髖關節	2007年1月	依類別，10,350元~63,180元。	須符合傳統人工髖關節之使用規範，始可列入部分給付。
特殊功能人工水晶體	2007年10月	2,843元	須符合執行白內障手術之規範，始可列入部分給付。
金屬對金屬介面人工髖關節	2008年5月	依類別，52,560元、10,350元。	須符合傳統人工髖關節之使用規範，始可列入部分給付。

備註：所列部分給付金額僅為特殊材料費，不包括病房費、手術費等費用¹²⁰。

（資料建檔時間：2009年9月17日）

第一項 義肢

第一款 義肢之適應症

報醫療費用。六、不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。七、經保險人通知應限期改善而未改善。」

¹²⁰ 行政院衛生署中央健康保險局-健保醫療材料實施部分給付內容
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2476&WD_ID=

義肢指人造肢體，用來取代肢體的功能障礙（不論暫時性或永久性），或是用來掩飾肢體傷殘。與義體（如義乳，假鼻子，假髮之類）最大的不同在於義肢的功能性較強，且單指上下肢¹²¹。

第二款 義肢之給付範圍

義肢之部分給付起使於 1995 年 3 月 1 日，並於 2009 年 7 月起資訊公開¹²²。保險對象義肢裝配之種類依缺損部位分為上肢及下肢，依肢體缺損情形共細分為十五種¹²³，上肢部分包含功能性及美觀性之義肢。給付範圍包含診察之鑑定、檢測及會診，義肢之給予及訓練、處置手術或治療，但不包括義肢之維修費用。給付次數為同一部位之義肢裝配，以給付一次為限。但十八歲以下保險對象同一部位之義肢裝配，得依醫師之處方，每二年給付一次。保險對象已由勞工保險給付義肢裝配者，其同一部位之義肢裝配，不得再申請全民健康保險給付¹²⁴。

保險對象申請義肢裝配時，應填具全民健康保險義肢給付申請書，向保險人申請；經審查符合規定者，由保險人通知保險對象並抄送特約醫院。保險對象應於收到通知之日起六個月內，攜帶保險憑證前往指定之特約醫院受檢、裝配義肢及接受訓練，該項義肢費用由健保局直接給予裝配義肢之特約醫事機構，被保險人不需直接自行先墊錢，但是超出健保給付金額部分則需被保險人自行支付¹²⁵。

1996 年底起，健保局開放醫療機構結合義肢廠商來為截肢者製作義肢，一時之間嘉惠許多深藏於國內各個角落之截肢患者。可是由於義肢廠商水準參差不齊，相關截肢判定、申報人員與居家到府訪視人員的專業度不足，導致有截肢部分判定錯誤，申報義肢部分與實際情況需要有差異，民眾義肢使用與合適度等問

¹²¹ 維基百科-義肢（頁面最後修訂於 2010 年 10 月 24 日）

<http://zh.wikipedia.org/zh/%E7%BE%A9%E8%82%A2>

¹²² 全民健康保險醫療辦法第三十一條：保險對象裝配義肢，以收載於全民健康保險醫療費用支付標準之義肢品項為原則；其自願裝配之義肢，超出本保險給付之費用部分，由保險對象自行負擔。

¹²³ 上肢包含：肩胛截除義肢、肩關節離斷義肢、肘關節以上截肢義肢、肘關節離斷義肢、肘關節以下截肢義肢、腕關節離斷義肢、橫掌截肢義肢、手指截肢義肢；下肢包含：骨盆半截除義肢、髖關節離斷義肢、膝關節以上截肢義肢、膝關節離斷義肢、膝關節以下截肢義肢、踝關節離斷義肢、部分足截肢義肢，共十五種。

¹²⁴ 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID

¹²⁵ 自 1995 年 3 月 1 日起實施，依裝置部位給付 48,000-68,000 元。

題發生。再加上與之簽約的醫療單位如果沒有做好患者的復健訓練對義肢廠商監督的角色時，可能導致截肢復健的品質優劣不一¹²⁶。

第三款 義肢之差額給付

健保總額給付導致醫院限定申報需要義肢之人數，連帶導致需義肢給付之民眾僅能至尚有申報名額之醫院，而無法就近至住家附近醫院裝配義肢，但需要義肢之民眾本身則已常是行動不便者，交通往返對該類民眾造成問題。另健保給付金額從1995年訂定義肢健保申請給付價格，1996年時修正過一次，但迄今已超過十五年時間未調整輔具價格，但義肢價格其實在這段期間已多有調整，影響民眾在自付額部分的權益甚多¹²⁷。

第二項 新增功能類別人工心律調節器

第一款 人工心律調節器之適應症

心臟由四個腔室組成，藉由類幫浦式收縮及舒張將血液擠出腔室循環至全身再回流至心臟。電氣傳導系統就好像心臟中心的電路，攜帶電子脈衝遍及整個心臟肌肉促使心臟跳動，脈衝始於「竇房節」行經心房到達「房室結」，電訊號經此處會短暫減速，再進心室的網路「希氏束」。電氣傳導系統使電子訊號依需要準時到達心臟所有部位，並能協調心臟以正常的速率搏動¹²⁸。

心律不整可分為兩大類，一類是心跳速度過快，達到每分鐘一百次以上；另一類為心跳過緩，每分鐘只有六十次以下。一般造成心律不整的因素是竇房結病變，以致心跳不規則；房室結阻塞造成電氣脈衝在心房內打轉，妨礙心室從心房接收訊號也會造成不規則的心跳。而心律調節器是目前用以治療這些心律不整的主要方法之一¹²⁹。

第二款 新增功能類別人工心律調節器之適應症

最早的心律調節器設計簡單，主要針對心室提供固定速率脈衝刺激，此心律

¹²⁶ 林敏鐘、陳思遠、林銘川、賴美淑，上肢截肢患者之義肢使用調查，台灣醫學，第8卷第2期，2004年，頁190-8。

¹²⁷ 周怡君，台灣輔具給付制度現況與困境分析，身心障礙研究，第8卷第2期，2010年，頁122-135。

¹²⁸ 伯納·葛許，心臟小百科，天下生活出版股份有限公司，2005年。

¹²⁹ 朱樹勳，心臟病與開心手術，健康世界雜誌社，台北，1997年。

調節器稱為「非同步式心律調節器」，在許多案例中連續的刺激會衍生出許多併發症，導致嚴重心室顫動或心輸出量減少，目前已不太使用。1960 年代出現心房「同步式心律調節器」¹³⁰，使用此型心律調節器的前提是竇房結仍可正常運作，且心房同步式心律調節器會錯誤感應有而漏掉激搏。1973 年發展出「組合式心律調節器」，結合了非同步式心律調節器及心房同步式心律調節器的優點，是目前最為先進及治療房室傳導阻塞最主要機型¹³¹。1980 年以後「雙房式導線固定速率型」，其適應正較為廣泛，不但可維持心房收縮順序，保留心房收縮功能，而增加 20-30% 心輸出量供身體利用，減少低血壓與充血性心衰竭，但雙房式導線固定速率型費用較高，也須較密集返診，成為目前是否選擇該機型之重要考量¹³²。

第三款 新增功能類別人工心律調節器之給付範圍

目前健保局給付之心律調節器¹³³包括 ICD+同步雙心室節律器、雙腔型植入式去纖維顫動器（同時具 ATP 及心房自動電擊功能、ICD+同步雙心室節律器、心房同步雙心室節律器）。健保局部分給付之新增功能類別人工心律調節器，於 1995 年 8 月 3 日起實施，2008 年 4 月起資訊公開¹³⁴。

新增功能類別人工心律調節器具備較佳之訊號偵測功能，更加符合心臟之功

¹³⁰ Jeffrey, K, & Parsonnet, V. (1998). Cardiac pacing, 1960-1985 a quarter century of medical and industrial innovation. *Circulation*, 97(19), 1978-1991.

¹³¹ Katritsis, D., & Camm, A. J. (1991). Single-lead VDD pacing: Excellence or expedience? *Clinical Cardiology*, 14(1), 917-922.

¹³² Connolly, S. J., Kerr, C., Gent, M., & Yusuf, S. (1996). Dual-chamber versus ventricular pacing critical appraisal of current data. *Circulation*, 94(3), 578-583.

¹³³ (一)心臟整流去顫器之適應症 1. 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2. 反覆發作之持續性心室頻脈。3. 高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者。
(二)心房同步雙心室節律器適應症：LVEF \leq 35%且 CLBBB (QRS \geq 0.14sec) 且 NYHA Functional Class III IV 及用藥(包括 ACEI 在內之藥物)六個月以上仍不能改善之病患。
(三)植入心律去顫器合併心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流去顫器」之適應症，且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。

行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網-特材品名適應症及使用規範

http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_13766_1_10004適應症.xls

¹³⁴ 行政院衛生署 1995 年 7 月 8 日衛署健保字第 84028667 號函暨本局 1995 年 8 月 3 日健保醫字第 84011705 號公告「保險醫事服務機構置換人工心律調節器，應以全民健康保險醫療費用支付標準特材品項範圍者為原則，若保險對象自願使用較昂貴且未納入全民健康保險給付範圍之人工心律調節器，得按給付範圍內同類近似特材之價格給付，衍生之差額得由保險對象自付」。行政院衛生署為統一全民健康保險部分給付項目之實施方式，爰依當時之全民健康保險法第三十九條第十二款之規定公告修訂法源依據如後：行政院衛生署 2008 年 7 月 3 日衛署健保字第 0972600224 號公告：「全民健康保險給付裝置新增功能類別人工心律調節器診療服務，但超過裝置一般功能類別人工心律調節器診療服務之費用差額不給付」，自即日生效。

能需求，能貼近病人之長期臨床需求，惟目前大型研究顯示，對病人的長期預後，以死亡率來說，無明顯改善，但對生活品質以舒適而言，會有些幫助。保險對象如符合人工心律調節器之使用規範者，經醫師詳細說明並充分瞭解後，自願使用較昂貴且未納入健保給付範圍之新增功能類別人工心律調節器者，健保局支付人工心律調節器之支付金額 102,500 元，超過部分金額約 2,000 元至 3,000 元由保險對象自行負擔¹³⁵。

第三項 塗藥血管支架

第一款 血管支架之適應症

供給心臟血液和養分的冠狀動脈產生狹窄或阻塞，導致心肌缺氧壞死的心臟病，稱冠狀動脈疾病。冠狀動脈疾病盛行率和致死率都相當高，原因與國人的生活飲食習慣日漸西化，使得一些冠狀動脈疾病的危險因子¹³⁶發生比例逐漸上升，冠狀動脈疾病也就隨著增多，並越來越被社會大眾所重視。冠狀動脈心臟病依嚴重程度分不同的表現，如心絞痛¹³⁷、心肌梗塞¹³⁸，嚴重時甚至造成心因性猝死¹³⁹。典型的冠狀動脈疾病多有胸痛現象，但是也有部分病人是無痛性的心肌缺氧，可藉由一些實驗室檢查，包括心電圖、胸部 X 光攝影、心肌酵素檢查及冠狀動脈攝影診斷出來。冠狀動脈疾病治療大體可分為藥物治療¹⁴⁰、介入性治療¹⁴¹和外科手

¹³⁵ 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID=

¹³⁶ 美國心臟學會確立容易得冠狀動脈疾病的危險因子包括大於四十五歲男性或大於五十五歲停經後的女性、家族有心臟病或猝死的病史、高血壓、糖尿病、抽菸及高血脂。

¹³⁷ 心絞痛是指因為心肌暫時缺氧所造成的心臟疼痛，典型表現為在寒冷天氣、情緒緊張時、運動或吃大餐後，感到胸前有悶痛或壓迫感，持續約數分鐘，一般少於二十分鐘。梁興禮，什麼是心絞痛，高榮醫訊，第 3 卷第 11 期，2000 年。

¹³⁸ 心肌梗塞表示心肌壞死已無法復生，嚴重者會導致心臟衰竭。主要症狀為突發嚴重胸痛且常發生於半夜或清晨。急性心肌梗塞的急救時間為降低死亡率的關鍵，患者在發作六小時內就醫的死亡率為 6%，八小時內的死亡率為 7%，十二小時內就醫的死亡率為 8%，發作超過十二小時以後才就醫，死亡率達 16%。李碩榮、許勝雄，急性心肌梗塞，高醫醫訊，第 21 卷第 9 期，2002 年 2 月。

¹³⁹ 由於心臟方面的原因所造成的自然死即為心因性猝死。病患死前在急性症狀出現一個小時內突然失去知覺。死亡的發生時間及方式是非預期的。最常見的原因是冠狀動脈心臟病，75-80% 的心律一開始是心室顫動(ventricular fibrillation)。約 5-10% 的心因性猝死中，病患沒有冠狀動脈心臟病或心臟衰竭。Robert J. Myerburg, M.D. (2001), Sudden Cardiac Death: Exploring the Limits of Our Knowledge, Journal of Cardiovascular Electrophysiology, 12(3), 369-379.

¹⁴⁰ 藥物治療主要在減少心臟負荷、增加心肌氧氣供給量，目前廣泛用來治療新絞痛藥物有：硝酸鹽類（擴張靜脈系統及冠狀動脈，增加氧氣及冠狀動脈血流量的供給）、乙型交感神經接受器阻斷劑（使心肌收縮力減少，心跳減緩，血壓下降）、鈣離子阻斷劑（降低心肌收縮力，減

術¹⁴²三大項。

冠狀動脈氣球擴張術¹⁴³是將一個極細的氣球由導管內穿入至冠狀動脈狹窄處，藉由氣球的擴張將狹窄處撐開，以改善冠狀動脈血流。通常手術率高達 90% 以上，死亡率約 1%。然而冠狀動脈氣球擴張術只用氣球撐開病灶，術後血管容易再發生狹窄，使症狀復發，因此後來便發展出冠狀動脈血管支架。

血管支架是一種金屬的網狀支撐物，附著在氣球導管上放入冠狀動脈內，在病灶處撐開後，就永久停留在血管壁內，可以支撐著血管壁不使其再阻塞。臨床醫學研究顯示支架可以降低做完冠狀動脈血管成型術後六個月內的不良心臟事件達 30% 之多¹⁴⁴。由於支架器材較為昂貴，所以健保訂定其使用規範¹⁴⁵，否則病

少心肌氧氣消耗量，擴張冠狀動脈，增加血流量）抗血小板製劑、抗凝血劑（防止血栓形成，預防心肌梗塞）血栓溶解劑（心肌梗塞發生十二小時內，可考慮給予，溶解冠狀動脈內血塊）。在藥物無法改善時則可考慮使用介入性治療。劉秉彥、陳志鴻，冠狀動脈疾病，科學發展，第 352 期，2002 年 4 月。

¹⁴¹ 目前冠狀動脈疾病主要的介入性治療項目為「冠狀動脈氣球擴張術」與「血管支架置放術」。

¹⁴² 所謂外科手術即為施行「冠狀動脈繞道手術」(coronary artery bypass graft surgery, CABGs) 治療嚴重二條、三條冠狀動脈血管阻塞、左心室功能異常集中高危險群病患之標準治療方法。在臨床上無法以藥物控制或經皮下導管冠狀動脈擴張術、冠狀動脈支架植入術等改善時所使用的外科手術。健保局以論病例計酬方式分為四項支付(一條血管有心導管無主要合併症或併發症、一條血管無心導管無主要合併症或併發症、二條血管以上有心導管無主要合併症或併發症、二條血管以上無心導管無主要合併症或併發症) 申報上限金額範圍為 530, 030 點至 753, 530 點，四項論病例計酬項目之得核實申報個案術比率別為 5% 到 15% 等不同標準。李冬峰，論病例計酬實施前後冠狀動脈繞道手術醫療品質之探討，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2002 年 6 月，頁 4-7。

¹⁴³ 健保給付「冠狀動脈氣球擴張術」(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA) 適應症：(1) 心絞痛或其他冠狀動脈心臟病症狀經藥物治療後效果不佳者。(2) 血管狹窄 70%(含) 以上者。(3) 狹窄部份為血管近端、左前降枝、左迴旋枝或右冠狀動脈。(4) 左冠狀動脈主幹狹窄 50%(含) 以上者。(5) 血管經 PCI 後 Restenosis 超過 50%(含) 者。同次住院實施經皮冠狀動脈擴張術不論同時或分段做「診斷性心導管檢查」僅能申報經皮冠狀動脈擴張術及一次心導管(18020B 或 18021B)，而不得申報冠狀動脈造影、冠狀動脈血管內超音波。行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網-全民健康保險醫療費用支付標準(2011 年 1 月 31 日更新)
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID=

¹⁴⁴ 劉中平、吳學明、高憲立。左主冠狀動脈疾病血管成形術之現況-藥物釋放型支架的影響。內科學誌，第 19 卷，2008 年，頁 454-464。

¹⁴⁵ 一般血管支架健保給付適應症：(使用數量為每一病人每年給付四個血管支架為限)(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：(1) 內膜剝離長度大於 15 毫米以上(2) 對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B(含)以上(3) 冠狀動脈病灶血流等級在 TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶：(1)

患必須自費負擔一個非塗藥的普通支架約三萬多元。目前血管支架的使用率已佔所有介入性治療的 80%。但不管是氣球擴張或置放支架時，都會造成血管壁受傷，在修復過程中常常導致血管壁內膜過度增生，而產生術後血管再狹窄，因此才又發展出塗藥支架。

第二款 塗藥血管支架之適應症

藥物釋放型支架的發明使得冠狀動脈的治療有了革命性的突破。血管治療後發生的再狹窄是因為動脈內壁對治療所產生的機械性傷害的痊癒反應，包括血管重塑與新生內皮層的過度增生。支架的支撐力已經使得血管重塑不再是一個問題，而新生內皮層的過度增生則是由動脈壁受傷後的發炎反應引起白血球及免疫蛋白活化，最終使得平滑肌細胞增生而減少了血管內徑，造成再狹窄。因此藥物釋放型支架乃是在血管支架上塗佈藥物，穩定釋放以達成抑制血管內壁平滑肌增生，防止再狹窄的目標¹⁴⁶。

第三款 塗藥血管支架之差額給付

健保局部分給付塗藥血管支架於 2006 年 12 月 1 日起公布並實施¹⁴⁷。國內目前市面上有兩種塗藥支架，第一類為禧福 (Cypher) 血管塗藥支架，支架上塗有抗排斥藥物，抑制血管內皮細胞增生，但價格最貴，一支要價約為十二萬元。第二類是塔克斯太平洋紫衫醇塗藥血管支架 (Taxus) 支架上所塗的是治療乳癌、子宮頸癌的太平洋紫衫醇，同樣也可抑制細胞增生，每支費用約八、九萬元。健保局為減輕病患的負擔以及考慮給付的公平性，對於已符合血管支架適應症者，將可按血管支架之價格給付 19,940 元，差額部分由民眾負擔¹⁴⁸。

開口處(ostial)病灶及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於 2.75 毫米，狹窄大於等於 70%。(2)慢性完全阻塞二個月(含)以上。(3)AMI12 小時(含)以內。(4)經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者。行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網-特材品名適應症及使用規範

http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_13766_1_10004適應症.xls

¹⁴⁶ 劉中平、吳學明、高憲立。左主冠狀動脈疾病血管成形術之現況-藥物釋放型支架的影響。內科學誌，第 19 卷，2008 年，頁 454-464。

¹⁴⁷ 行政院衛生署 2006 年 10 月 26 日衛署健保字第 0952600345 號公告：「全民健康保險給付裝置塗藥血管支架診療服務，但超過裝置傳統血管支架診療服務之費用差額不給付」，自 2006 年 12 月 1 日生效。

¹⁴⁸ 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID=

第四項 特殊功能人工水晶體

第一款 人工水晶體之適應症

隨著年齡增加，人眼水晶體會慢慢硬化、混濁，根據統計資料顯示，國人白內障罹患率，五十歲以上 60%，六十歲以上 80%，七十歲以上則高達 90% 以上，所以老年性白內障¹⁴⁹可說是老年人很普遍的疾病。在健保開辦前，白內障的患者對動輒三、四萬的白內障手術，多半能忍則忍，過著視茫茫的生活。健保開辦後，掃除了過去手術費的擔憂，加上醫療科技發展，在門診即可完成白內障手術¹⁵⁰，不需住院，對老年患者相當具吸引力¹⁵¹。

人工水晶體是依照人體眼球內水晶體之屈光特性，利用合成塑脂（PMMA）、矽質（Silicone）或壓克力（Acrylic）等材質，合成具有屈光特性之人工水晶體，用以取代原有水晶體之屈光聚焦功能，幫助影像投射聚焦於視網膜，以恢復患者之視力。

第二款 特殊功能人工水晶體之適應症

1949 年英國眼科醫師 Harold Ridley 發明並植入硬式前房人工水晶體¹⁵²於白內障患者，開啟了人工水晶體的演進路程，1984 年研發出可折疊式人工水晶體¹⁵³，材料為矽膠材質本身容易纖維化，可能產生二次白內障、偏位等併發症，故

¹⁴⁹ 白內障是指人體眼球內之水晶體發生混濁現象，導致光線無法穿透水晶體，影像無法聚焦於視網膜，於是患眼視力下降。白內障的治療方法，是採用手術將混濁之水晶體移除，置入人工水晶體，取代原有之屈光聚焦功能，使患眼恢復視力。

¹⁵⁰ 手術治療為白內障直接有效的治療方法，手術時間約半小時至一小時，不需住院。手術過程是將混濁的水晶體摘除，並置入人工水晶體，在縫合傷口，大多使用局部麻醉即可。1967 年 Kelman 提出晶體乳化術的概念，小切口的白內障晶體乳化術，手術傷口小，受後散光少，復原快，視力穩定等優點，衍然已成為新的趨勢。陳成彥、尤之浩、何一滔，在小切口白內障晶體乳化手術中，使用三種人工水晶體的臨床經驗，中華民國眼科醫學會雜誌，第 36 卷第 1 期，1997 年，頁 36-40。

¹⁵¹ 行政院衛生署全名健康保險爭議審議委員會，白內障手術治療，台灣醫學，第 8 卷第 3 期，2004 年，頁 382-383。

¹⁵² 硬式前房人工水晶體為聚甲機丙烯酸甲酯（PMMA）的硬塑膠材質（非折疊）式，容易發生偏離視軸，即所謂的「偏位現象」而需要被取出重新放置。陳成彥、尤之浩、何一滔，在小切口白內障晶體乳化手術中，使用三種人工水晶體的臨床經驗，中華民國眼科醫學會雜誌，第 36 卷第 1 期，1997 年，頁 36-40。

¹⁵³ 可摺疊式人工水晶體就是可將人工水晶體摺疊成原本大小的一半，其摺疊後的大小就可以利用較小的超音波晶體乳化切口來植入。一旦可摺疊式人工水晶體被放入水晶體囊袋中，就會慢慢伸展開並恢復至原先大小。可摺疊式人工水晶體利用各種柔軟的材質來製作，讓其可以很容

1994 年新材質的人工水晶體¹⁵⁴上市，使用非親水性壓克力材質，具有優越的臨床效果和最低的術後併發症，95%以上病人具有術後最佳的視力，目前健保全額給付即為此材質人工水晶體。

第三款 特殊功能人工水晶體之差額給付

國內目前健保部分負擔特殊功能人工水晶體種類包含非球面軟式人工水晶體¹⁵⁵、多焦點軟式人工水晶體¹⁵⁶及散光功能軟式人工水晶體¹⁵⁷，與一般功能人工水晶體不同於「光學設計」進步所帶來的視覺品質改善，材料生物相容性更佳，減少復發型白內障的比率。

國內健保局目前對於白內障患者接受人工水晶體植入手術治療有其相關規定¹⁵⁸，如符合該使用規範者，其所使用之一般功能人工水晶體已納入給付¹⁵⁹，如自願選用特殊功能人工水晶體者，由健保局依一般功能人工水晶體 2,843 元支付，超過部分，則由保險對象自行負擔，醫療院所施行手術時所需之植入器及滅菌卡匣等材料均已含括於相關費用內，除特殊功能人工水晶體差額外，其他均不

易地被摺疊。張乙朝，目前軟式人工水晶體之益處及限制，慈濟醫學，第 3 卷第 3 期，1991 年，頁 280-282。

¹⁵⁴ 非親水性壓克力材質利用其柔軟、可摺疊的特性，讓人工水晶體容易透過小切口而被植入眼內，並展開放置於固定位置上。更重要的是沒有矽膠人工水晶體的回彈力，可避免因人工水晶體回彈而造成組織的傷害。根據研究顯示非親水性壓克力材質的人工水晶體不但具有可摺疊的特性，且為目前市面上生物相容性最高、二次白內障發生率最低的人工水晶體。

KingNet 國家網路醫院-白內障手術及人工水晶體的進展

<http://hospital.kingnet.com.tw/essay/essay.html?category=%C2%E5%C3%C4%AF%AF&pid=16860>

¹⁵⁵ 非球面軟式人工水晶體-可舒視明軟式單片行人工水晶體(可過濾藍光)其效能可增加視覺敏銳度、降低球面像差、提升對比敏感度、減少夜間或光線不足時所產生的眩光。翁林仲、王孟祺。白內障手術的新發展。中華民國眼科醫學會，41 卷第 1 期。2002 年。頁 1-3。

¹⁵⁶ 多焦點軟式人工水晶體-視然銳視單片型人工水晶體(可過濾藍光)其效能可增加可視距離(同時提供遠、中、近距離視力，減少術後仍需使用老花眼鏡)改善一般功能水晶體術後喪失調節能力的缺點。翁林仲、王孟祺，白內障手術的新發展，中華民國眼科醫學會，41 卷第 1 期，2002 年，頁 1-3。

¹⁵⁷ 散光功能軟式人工水晶體-可舒視立明單片型軟式人工水晶體(可過濾藍光)其功能可同時矯正患眼合併之散光，增加視覺敏銳度。翁林仲、王孟祺，白內障手術的新發展，中華民國眼科醫學會，第 41 卷第 1 期，2002 年，頁 1-3。

¹⁵⁸ 施行白內障手術前應先驗光，驗光得以矯正者，應有矯正視力紀錄，確實不能矯正視力者，應於病歷說明原因，未說明原因者，不予給付。另外一般白內障手術後，如因散光縫線調整應附電腦驗光之度數或角膜弧度測量值，可以依角膜縫線拆除術(顯微鏡下)申報，以乙次為原則。(中央健康保險局 2001 年 2 月 27 日健保審字第 90006127 號函)。

¹⁵⁹ 行政院衛生署 2007 年 9 月 13 日衛署健保字第 0962600417 號公告：「全民健康保險給付植入特殊功能人工水晶體診療服務，但超過植入一般功能人工水晶體診療服務之費用差額不給付」，自 2007 年 10 月 1 日生效。

得另行收費¹⁶⁰。

第五項 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節

第一款 人工髖關節之適應症

人體在正常行走時，髖部需負擔體重 2.5 至 3 倍的重量，罹患嚴重髖關節疾患的病人，例如老年退化性髖關節炎，創傷性關節炎，類風濕性關節炎等，及年輕人酗酒或使用類固醇造成的股骨頭缺血性壞死，造成髖關節軟骨破壞磨損；初期可藉藥物及活動調整來控制，但是到了嚴重的晚期，則常常必須考慮接受人工髖關節置換術¹⁶¹。

全髖關節置換手術雖可有效治療病患之疼痛、活動度及生活品質，然而其費用昂貴，並非所有患者皆有經濟能力¹⁶²。我國於 1995 年開始實施全民健康保險，並於 1997 年起實施論病例計酬支付制度，其中包括全髖關節置換手術。1997 年至 2002 年之間，各項髖關節置換手術人次增加約 22.6%¹⁶³。

第二款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之適應症

目前市面上分三組全人工髖關節，包括傳統耐磨髖關節組¹⁶⁴、陶瓷耐磨組及金屬對金屬介面人工髖關節組。健保局目前全額給付人工髖關節項目包含「傳統耐磨髖關節」、「訂製型人工髖關節¹⁶⁵」及「再置換人工髖關節¹⁶⁶」。

¹⁶⁰ 行政院衛生署中央健康保險局網站-健保特殊材料

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&WD_ID=757&webdata_id=2112

¹⁶¹ 廖振焜、侯勝茂，微創人工髖關節置換術，台灣醫學，第 13 卷第 2 期，2009 年，頁 147-149。

¹⁶² 依 1977 年健保局對每一人工髖關節案例之支付，手術費加人工關節之特殊材料費約需十萬元，加上住院費（平均住院日為十天）及藥品等費用，平均對一病人支付 125,800 元，全髖關節置換術一年之醫療支出高達十億元。張佳琪、黃文鴻，健保支付制度對全髖及全膝關節制換手術醫療利用情形之影響，台灣衛誌，第 20 卷第 6 期，2001 年，頁 440-450。

¹⁶³ 林亞蓉、楊榮森、曹昭懿，台灣全民健康保險制度下髖關節置換手術醫療利用與費用，物理治療，第 32 卷第 4 期，2007 年 6 月，頁 200-209。

¹⁶⁴ 傳統人工髖關節的介面是鈷鉻鉬合金與高耐磨高分子聚乙烯，在正常使用下，磨損率已相當的低，每年約 0.1mm-0.2mm；六十歲左右的病人使用十年後人工關節壽命約在 95% 以上。

行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID

¹⁶⁵ 訂製型鞍狀髖白組適應症限：髖白嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。

¹⁶⁶ 再置換之人工髖關節，用於人工髖關節再置換且骨頭缺損達第二度以上者(DGOT 分類 GRADE II 以上者)，按病例需要可配合使用大轉子重建系統 GTR CABLE GRIP 系統。

1970 年 Boutin 首先將氧化鋁陶瓷應用於髖關節置換術後，陶瓷股骨頭的應用逐漸普遍，在歐洲與美國目前應用已經超過十萬例，臨床上也發現發現陶瓷-陶瓷型髖關節的短期併發症明顯降低。陶瓷襯墊與陶瓷股骨頭的人工髖關節相較於傳統耐磨髖關節有較高的穩定性及抗腐蝕性，磨損顆粒少、較不易與人體起反應¹⁶⁷。但陶瓷材質股骨頭及髖臼內襯相當昂貴，在健保財源有限的情況下，難以列入健保給付，故對該類品項於 2007 年給予部分給付¹⁶⁸。對於已符合傳統人工髖關節使用規範者，將可按傳統人工髖關節之價格 52,560 元給付，差額部分由保險對象負擔。

第三款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之給付範圍

目前「金屬對金屬介面人工髖關節」是以鈷鉻鉬合金作為材質，經過特殊之加工製造。其材質較為耐磨，所以有需要從事粗重工作、年紀較輕或常需蹲坐的病患，可以考慮使用這種新型的人工髖關節。另金屬人工髖關節會釋放金屬離子，有其適應症、禁忌症、風險因素、警告及副作用¹⁶⁹，並不適合所有病患使用¹⁷⁰。

第四款 陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節之差額給付

健保部分給付陶瓷及金屬人工髖關節之規範分為以下三類¹⁷¹：

一、置換整組人工髖關節

¹⁶⁷ 王旭、院湘杰、鮑根喜、陳飛雁、黃加張，陶瓷-陶瓷人工關節初步應用結果，骨與關節損傷雜誌，第 19 卷第 7 期，2004 年，頁 448-450。

¹⁶⁸ 行政院衛生署 2006 年 11 月 23 日衛署健保字第 0952600376 號公告：「全民健康保險給付置換陶瓷人工髖關節診療服務，但超過置換傳統人工髖關節診療服務之費用差額不給付」，自 2007 年 1 月 1 日生效。為整合陶瓷及金屬對金屬介面等二類人工髖關節列入健保部分給付項目，爰行政院衛生署業於 2008 年 4 月 7 日衛署健保字第 0972600123 號公告內容如次：全民健康保險給付置換特殊材質人工髖關節(含陶瓷及金屬對金屬介面人工髖關節)診療服務，但超過置換傳統人工髖關節診療服務之費用差額不給付，自 2008 年 5 月 1 日生效。因此 2006 年 11 月 23 日衛署健保字第 0952600376 號公告之「全民健康保險給付置換陶瓷人工髖關節診療服務，但超過置換傳統人工髖關節診療服務之費用差額不給付」自 2008 年 5 月 1 日起停止適用。

¹⁶⁹ 金屬對金屬介面人工髖關節不建議以下手術患者使用：1. 腎功能不佳、有洗腎風險者。2. 對金屬有過敏體質者。3. 懷孕及授乳婦女(血液中金屬離子會經由胎盤及乳汁傳給胎幼兒)。4. 嚴重骨質疏鬆。5. 髖臼嚴重發育不良或變形，無法支撐金屬介面髖臼者。

¹⁷⁰ 劉耿甫，鑽石薄與金屬基材之人工關節磨耗研究，國立中正大學機械工程學系碩士論文，2004 年 7 月，頁 9-11。

¹⁷¹ 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID=

依傳統人工髖關節費用（全人工髖關節組 52,560 元、重建型人工髖關節組 63,180 元及雙極式人工髖關節組 47,060 元）支付，超過部分由保險對象自行負擔。

二、置換部分組件

再次置換人工髖關節者，可能僅須置換部分組件如「股骨頭」或「髖臼杯內襯」；依「重建型人工髖關節組」之「股骨頭」最高支付價 9,000 元，「髖臼杯內襯」最高支付價 5,490 元支付，超過部分由保險對象自行付擔。

三、特殊情況

符合現行健保給付單極型人工半髖關節股骨規定者，如自願選用上開陶瓷人工髖關節，依人工股骨頭支付價 10,350 元支付，超過部分由保險對象自行付擔。

第四節 小結：使用自費醫材之臨床面

一、包裹支付之診斷關聯群制度

中央健保局於 2010 年推動住院醫療費用採「診斷關聯群制度」的支付方式，其主要目的為控制醫療費用的不合理成長，期能拉近健保費用的收支差距，化解財務危機，並將健保財務風險轉嫁到醫療機構、或醫事人員來承擔。初期的「診斷關聯群制度」以原住院論病例計酬為主的一五五項疾病優先實施¹⁷²，依年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同群組，再訂定各群組支付。

「診斷關聯群制度」採住院「包裹支付」方式，甚至包括與住院前相連的門急診費用、與出院後又因同診斷而十四天再入院的費用¹⁷³。健保局期盼採行「診

¹⁷² 包括水晶體手術、中耳炎手術、心瓣膜手術、冠狀動脈繞道手術、開放性動脈瘻管手術、闌尾切除術、疝氣手術、肛門瘻管手術、髖關節置換手術、膝關節置換手術、上下肢骨折手術、乳房切除重建術、甲狀腺手術、腎移植手術、攝護腺切除術、子宮切除術、剖腹生產與陰道分娩等。

¹⁷³ 依「診斷關聯群制度」支付通則二：各「診斷關聯群制度」之給付，已包含當次住院屬「全民健康保險醫療費用支付標準」所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診。

行政院衛生署中央健保局之 Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構
<http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx>

斷關聯群制度」後，醫療院所會因直接承擔財務風險，而讓總額下之醫療資源分配更公平合理¹⁷⁴。醫療機構無法利用「實支實付」以「加量」的方式從保險人多取得給付金額，漸漸地轉而採取「增質」的方式：除了加強臨床路徑等管理，減少不必要的用藥、檢驗或住院日外，促使病人多使用自費醫療品項，亦是一途。

二、包裹支付：以骨科為例

以骨科為例，其手術相關的自費項目更是琳琅滿目，然而目前在符合「診斷關聯群制度」下，合法的自費骨材僅有人工關節手術當中的陶瓷人工髖關節與金屬對金屬介面人工髖關節，但超過置換傳統人工髖關節診療服務之費用差額不給付¹⁷⁵。其原因乃是健保局認為目前健保給付之人工髖關節之髖臼內襯其磨損率已相當的低，正常使用下，應有相當高的機會不必再次手術更換人工關節。而陶瓷材質及金屬對金屬介面人工髖關節可更降低磨損率，延長人工關節的使用壽命；在健保財源有限的情況下，難以列入健保給付。健保局為減輕保險對象的負擔、尊重病患個人使用不同材質人工關節之意願以及考慮給付的公平性，故對該類品項給予部分納入部分給付項目。

在實施「診斷關聯群制度」後，雖然目前仍有多家醫療院所，除了人工髖關節手術，對保險對象擅收「診斷關聯群制度」包裹支付外的自費醫材費用。然健保局業已包裹支付醫事服務機構點數，除施行陶瓷及金屬對金屬介面人工髖關節類手術外，凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，應先由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用。

目前流通市面之自費骨科項目絕大多數皆有衛生署核准使用於人體醫療，然骨材項目浩瀚，若非價格過高而健保難以支付，則因骨材公司捨棄低價之健保給付而就自費市場，造就骨材自費項目日益龐雜。再以醫師與病人對醫療資訊不對等，易造成病患無所適從。

三、包裹支付外自費醫材之使用禁止

¹⁷⁴ 行政院衛生署中央健保局北區業務組之認識DRG支付制度網頁

http://www.nhinb.gov.tw/chinese/20_cue/02_detail.asp?pid=140&xlv=3

¹⁷⁵ 詳見行政院衛生署2008年4月7日衛署健保字第0972600123號公告：「全民健康保險給付置換特殊材質人工髖關節（含陶瓷及金屬對金屬介面人工髖關節）診療服務，但超過置換傳統人工髖關節診療服務之費用差額不給付。」

然而各診斷關聯群制度之給付，實已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，故中央健保局在已實施之一五五項「診斷關聯群制度」下，令各醫療院所對已納入健保給付，且符合適應症者，皆不可向病患收取自費，如有尚未收載之自費項目，應先向總局申請核價，在未核價前仍不可收取自費。且健保局自 2010 年 7 月起加強審查案件，針對醫療院所向病患收取手術及特材自費之情形，將逕予不給付，並發函限期改善，未改善者，將依「全民健康保險法」、「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理¹⁷⁶。

四、自費醫材使用禁止之臨床實然面

簡而言之，在健保局三令五申的情況下，約佔整體健保業務支付 20% 的一五五項「診斷關聯群制度」，是「禁止使用自費醫療品項」的。至於病人病情所需、醫師臨床判斷、回溯前瞻性學術研究、廠商營業權利為何，在所不問。上有政策，下對策，因應之道與實然之臨床面如下：

（一）照舊，視臨床所需

醫療院所完全尊重病人與醫師的自主權，在不違背醫學倫理、符合醫療法規、且病人知情同意下，臨床醫療者擁有全然自決權，有效地為病患進行診治，同時累積經驗以創造醫療研究。如斯行為出現在健保局推動「診斷關聯群制度」之初期，各醫療院所仍在觀望階段，於 2010 年 7 月後由於健保局一再重申取締與罰鍰的決心，除非大醫學中心，一般醫療院所若不「從新」規制，則需「變通」作為，因為照舊之醫療是違法行為。

（二）從新，全面配合健保

1、停止使用自費醫材

醫療院所完全配合健保政策，只要是納入「診斷關聯群制度」的病患，即遵從停止使用自費醫材。即使病患要求，在院方不背書的情況下，一線之臨床醫事人員需詳細解釋其來由，亦告知現今世界上或國內「曾有」過之「其他可替代之

¹⁷⁶ 依全民健康保險法第六十八條：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」同法第八十二條並訂有罰鍰規定：「違反第六十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。」又依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十二條：「本保險給付之項目，保險醫事服務機構不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用。」

治療方式」，必要時檢附相關說明資料¹⁷⁷。如今若仍願採行非健保給付之自費醫療品項，若不轉院至大醫學中心，則「完全自費醫療」或「參雜使用自用醫材」。基於病患離醫療院所之地緣考量、信任醫師、經濟考量，與醫療院所本身也無法長期承受流失業務量的情況下，多數病患仍會傾向認同現有之健保規劃，接受傳統之治療。然而長久以往禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫療品項，將可能侵害之病人醫療尊嚴、自決權與醫療健康權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權。如此為達目的採取之方法所造成的損害，與欲達成目的之利益顯失均衡，有違狹義比例性原則。

2、完全自費醫療

只要「診斷關聯群制度」中涵蓋的疾病種類，若醫事人員建議使用，而病人執意使用較新穎、較適宜的自費醫療品項，則包括住院期間所有費用、手術費與醫材費用皆須自費。如此行徑將視健保制度為無物，若非經濟雄厚之病患，少有人能負擔。如此健保政策，是否採行對臨床醫療之「最溫和手段」？還是為了方便行政作業而採的「最後手段」？行政單位在此似無採取損害最小的方式而違反比例原則之必要性適用。

(三) 變通，部分使用自費醫材

1、減少使用自費醫材的比率

醫事人員「低調」使用自費醫療品項，醫療機構不鼓勵亦不禁止此行為，消極地維持現狀與健保局保持「冷戰局面」。若醫療行為順利圓滿，病人、醫方與健保局三方和樂融融、相安無事；若爆發醫療糾紛，保險對象可向保險人舉發保險醫事服務機構在「診斷關聯群制度」下，仍向保險對象收取費用。健保局除了對醫療機構整筆醫療費用不予支付外，尚可依「全民健康保險法」第六十八條、八十二條，與「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第十二條辦理，令其應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。如此使得醫病關係呈現緊張異常的情況。

2、參雜使用自用醫材

¹⁷⁷ 參考手術同意書格式，衛署醫字第0九三0二一八一五0號，2004年10月22日；與醫療法第六十三條第三項。

既然健保局禁止使用自費醫材之原意為「各診斷關聯群制度之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用」，是故在手術住院期間，在病人願意使用的自費醫材外，再多使用健保「診斷關聯群制度」所給付的「一根螺絲」或「一小片疝氣網膜」。然而如此只能解決小部分「裝東西進人體」之骨折手術與疝氣手術等，若是「將人體東西拿出」之闌尾切除術、攝護腺切除術等即無法應用。此外，健保局是「全面」禁止自費醫療品項，包括病人想自費購買藥品、維他命、外傷敷料、美容膠帶等，皆屬非法。如此流刺網般禁止，不論大魚、小魚都全部落網，會造成醫療生態浩劫。然而參雜使用自用醫材畢竟是脫法行為。

3、另設商店專櫃售醫材

請病患在醫院內或旁所另設的商店，臨櫃購買所需之醫療品項，如此醫材來源與醫療機構脫鉤，保險醫事服務機構也無違反全民健康保險法第六十八條之：「不得自立名目向保險對象收取費用。」因為向病人收取自費醫材費用的是另設的商店專櫃，而非醫療院所。然而病患事後對私人之商業醫療保險理賠時，可能因醫材購買之收據發票並非開立於醫院，而會遭遇困難。

第三章 他國健康保險制度之特徵

在文明、已開發國家內，其現實行之健康照護制度，可依據財源籌措方式而區分為三大類：如德國之「國家強制性健康保險制度」如英國之「社會主義式健康保險制度」與如美國之「自由資本主義混合式健康保險制度」而鄰近之日本，對臺灣的醫學與醫療影響尤為深遠。

在我國，全民健康保險是採取強制納保的社會保險制度，由政府主辦，強制人民按規定繳納保險費，若民眾遭遇病故，就能獲得適當醫療給付。為因應節節高漲之醫療費用，政府開源節流而使用不同之健保給付制度：部份負擔制度、總額預算制度、地區醫院自主管理、診斷關聯群制度，然而除了健保經濟層面，其結果是否符合民眾之期待？是否符合當今健康保險之世界潮流？本章節將介紹我國全民健康保險之特徵，並綜觀其給付制度之演進，與德、英、美、日四國健康保險制度作比較，以借他山之石，可以攻錯之。

世界各國因其風俗民情、歷史背景、政治經濟因素都不同，各自發展出具其獨樹一格的健康照護制度。而綜觀已開發國家內，其現實行之健康照護制度，可依據財源籌措方式而區分為三大類：「國家強制性質式健康保險制度」、「社會主義式健康保險制度」、「自由資本主義混合式健康保險制度」。

「國家強制性質式健康保險制度」下，政府強制地明文以法律規定人民需購買醫療保險，富者可投保高額醫療保險，收入低者則參加公設之社會保險，其政府藉由此舉而達到全民健保的目的，其代表國家為德國。「社會主義式健康保險制度」下，國家統籌規劃保險制度、指導醫療資源分配、計畫配置醫療服務。全民獲得均等醫療照顧，其代表國家為英國。「自由資本主義混合式健康保險制度」下，人民可自由地購買符合其經濟健康程度的醫療保險，依其保險規範下而選擇就醫院所與接受醫療服務。政府低調介入，多數期間只負責補助與監督。其代表國家為美國。而鄰近之日本，除了對臺灣的醫學教育與醫療文化有深遠影響外，其「社會健康保險制度」更與我國全民健保相似，均採「強制納保」而採「社會公共保險」方式推行之。

有鑑於他石攻錯，本文擬對德、英、美、日四國之社會健康保險制度之內容，

進行綱要介紹與評述，並提出、檢討其中「給付制度」等值得我國全民健保借鏡、思考之處。

第一節 德國健康保險制度

第一項 德國健康保險制度之特徵

第一款 社會保險之發源地

1883 年德國頒布「健康保險法」(Krankenversicherungsgesetz / Health Insurance Law)，成為世界上最早制定社會保障法的國家。經過百餘年的演變，德國始終遵循「社會市場經濟」，將社會福利作為國家政策基本原則。聯邦德國的社會保障制度體現了法制健全、體制完備、互濟共助的特點。其包括了醫療保險、失業保險、養老保險、傷殘保險、護理保險等¹⁷⁸。2006 年時其醫療保險支出占國內生產總值比率為 10.6%，在發達國家中位居第二，僅次於美國¹⁷⁹。

第二款 德國醫療保險之特徵

一、強制性醫療保險

在德國，健康保險的基本框架是法定醫療保險與商業健康保險並行，同時，其保障對象的劃分又非常清楚。為了防止醫療服務的過度使用，法定醫療保險機構設有許多限制性的規定，以保證“基本人權保障”能得以貫徹，這也給商業健康保險留下較大的發展空間。國家立法規定，凡年收入在法定標準以下之國民皆應強制納保；年收入高於法定標準者，則可自由選擇參加法定醫療保險或購買商業保險。目前德國社會醫療保險覆蓋 90% 以上人口，若加上商業醫療保險，德國境內 99.5% 的人口享有醫療保險¹⁸⁰。

二、自由選擇參保形式

德國是醫療保險由法定醫療保險和私人醫療保險兩大運行系統組成。絕大部

¹⁷⁸ 韓曙，德國醫療保險制度的改革及其借鑒，外國財經，第 11 期，2004 年；或參閱「自學書院：自學求知資訊的資訊——比較醫療政策：」網站
<http://www.self-learning-college.org/forum/viewtopic.php?f=3&t=11>

¹⁷⁹ 參閱行政院衛生署中央健保局網頁
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=558&webdata_id=3216&WD_ID；世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems. <http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>

¹⁸⁰ 張望松，全民健保的國際經驗，中國改革，第 10 期，2005 年，頁 71-72。

分德國人都有義務上保險，其中小部分人可以在私人或法定保險中進行選擇。這主要是根據其工作性質和收入多少來決定。法定醫療保險保費由雇主和雇員共同負擔，原則上勞資雙方各負一半，而雇員承擔較多之費用。醫療服務項目涵蓋範圍很廣，因此在保險程度上差別也不大。私人醫療保險可補充法定醫療保險的不足，保障了公職人員、私營業主和高收入人群的醫療需求。與法定醫療保險人人相同的繳費比例不同，私人醫療保險需要審核確認參保個人的疾病風險，從而確定繳費數額¹⁸¹。

三、醫療保障制度高度自治性

對於醫療保險，德國政府不直接辦理健康保險，不補助費用，僅以詳盡的法令規範之，居中充當裁判者的角色，從第三者的角度進行評判，並不斷完善競爭規則，以保證競爭的公正，並著重在監督和宏觀調控上發揮作用。德國「社會安全法」(Sozialgesetzbuch)第五篇即規範「法定醫療保險法」(Gesetzliche Krankenversicherung)此即德國的健保法。此法令強調保險人應自我管理，並由各省政府監督其運作。法律規定，保險人有權利及義務決定保險費率。但後來政府為避免醫療支出成長過快，數次修法介入保險費率的訂定，例如1996年的「健康保險費豁免條例」(Health Insurance Contribution Exoneration Rate Act)更要求保險人調降保險費率0.4%。由於各家保險人風險不均，盈虧差距大，自1994年起，政府訂定「風險結構補償機制」每年由聯邦政府進行財務平衡動作，通知有盈餘的保險人撥付金額補償有虧損的保險人¹⁸²。

四、醫療競爭

德國醫療保險基金組織提倡「多元競爭和自我管理」，前者強調了運作體系的外部條件，後者則強調了基金組織的內部環境。德國主張社會市場經濟理論，政府在市場機制帶來不可接受的後果時應當進行干預，但是，政府干預的同時不能否定以商品和勞務交換為基礎的私人物權和競爭性市場。而基於德國國家制度中主張的公民應當盡可能地參與管理決策，德國醫療保險基金組織的自我管理，就是職工與雇主各自都負有管理社會保險體系的責任。通過自我管理，能夠

¹⁸¹ 胡宏偉、鄧大松，德國醫療保障對我國醫療保障改革的啟示，長春市委黨校學報，第1期，2008年，頁70-74。

¹⁸² 王政，各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比，全民健康保險雙月刊，第四十六期，2003年11月，頁18-21。

更清楚地表達和組織起對醫療保險方面的需要¹⁸³。其醫療保險機構的競爭相當激烈，1989年德國有超過一萬二千家法定醫療保險機構，到2004年只剩下二百五十餘家，其數量由於合併而一直在減少。參加法定保險的人可依照保險費、醫療服務、保險範圍與便捷等而在各保險機構間進行自由選擇。

五、醫藥分業

德國是最早實施醫藥分業制度的國家之一，84%的藥品通過藥局銷售，其中70%為處方用藥。醫院銷售的藥品微乎其微。對於醫藥生產與流通領域，德國採取嚴格的市場管制，其中三大家醫藥批發商的市場佔有率壟斷約六、七成¹⁸⁴。

第三款 德國醫療保險之運作模式

根據世界銀行統計，統一後之德國的經濟實力仍雄厚，其「國內生產總值」（GDP）僅次於美國、日本、中國，排名世界第四位；「平均國民總收入」（GNI）亦排名世界前十五¹⁸⁵。由於具備雄厚的經濟實力，在倡導建立社會福利國家和社會市場經濟原則下，其法定醫療保險服務的範圍、項目和內容覆蓋非常廣泛。參加法定醫療保險的被保險人（包括家屬和未成年人）不管其當時經濟狀況如何，均可得到及時、免費的治療，就診不需要支付現金，病人可在保險基金組織認定的醫院及治療的範圍內自由就診，並可自由選擇開業醫師和專科醫師。法定醫療保險提供的醫療服務包括各種預防保健服務、各種醫療服務、各種藥品和輔助醫療品、患病期間的服務或津貼、各種康復性服務、免費或部分免費就診所需的交通費用等。門診基本是醫生自己開設的診所。醫院則有國家、公共福利和私人性質的。但由於德國將門診和住院嚴格分開的國家。在德國無論大小任何疾病就診，需先至「家醫科」預約掛號，若此醫師認為病情需要，才能轉診至其他專科醫師做處置¹⁸⁶。

第二項 德國健康保險制度之改革

第一款 德國醫療保險之侷促

¹⁸³ 湯子歐，中國保險報，德國社會醫療保險模式：多方責任共擔的社保體系，2011/01/19。

¹⁸⁴ 醫藥世界編輯部，德國：國家主導型醫療制度，醫藥衛生，第5期，2007年，頁24-25

¹⁸⁵ 「世界銀行網站」<http://data.worldbank.org/country>

¹⁸⁶ 董林園，德國醫療初體驗，科學新聞，第3期，2010年，頁76-77。

德國醫療保險模式的優點為人民依其經濟能力而有不同的質量選擇，保險人與被保險人可以靈活運作，效率較高。而政府站在第三者立場監管雙方，亦可在某程度上抑制醫療費用的虛耗。然而缺點為市場機制在社會主義下明顯不足，加上保險人得自負盈虧、醫療費用不斷上漲、參加法定醫療保險之被保險人數增多，因此施行如此強制性社會保險的德國政府，於二〇世紀末期起即著手進行改革，其改革重點是通過改革契約關係，將購買者的角色由被動的支付者變為尋找成本有效服務的主動談判者來加強成本控制。其立法及修訂十分頻繁，如 1992 年「醫療保險結構法」(Health Care Structure Act) 1996 年「健康保險費豁免條例」(Health Insurance Contribution Exoneration Rate Act) 1998 年「增進法定醫療保險公司之間的團結法令」(Act to Strengthen Solidarity in Statutory Health Insurance) 2004 年「法定醫療保險現代化法」(Statutory Health Insurance Modernization Act) 等。實際上僅 1977 年至今，德國針對醫療衛生領域的法規就作出了六千多次的修訂¹⁸⁷。

第二款 德國醫療保險的改革法案¹⁸⁸

一、1996 年的「健康保險費豁免條例」

主要針對住院和治療的保險形式進行改革，取消部分藥品、醫材的醫療補助，提高了自費的比例。

二、1998 年的「增進法定醫療保險公司之間的團結法令」

允許保險公司選擇為其提供服務之醫院作限制，改革以創收和處方開具為盈利方式的醫院薪資酬勞給付制度。

三、2004 年的「法定醫療保險現代化法」

為控制醫療保險支出，聯邦政府與各州政府根據財政情況，與保險公司、各醫院共定協議，自我約束健保開支，改革以往單純由政府補貼保費缺口的問題。此外減少法定醫療保險覆蓋的項目，增加被保險人的責任，而擴大提高被保險人自費承擔醫療費用的範圍與比例。

¹⁸⁷ 余瀛波編輯，法制網—法制日報之各國醫療改革調查：德國醫改：六千多次修訂依然無終點。2011-01-18。
http://www.legaldaily.com.cn/international/content/2011-01/18/content_2446206.htm?node=27368

¹⁸⁸ 侯立平，試論德國的醫療保險體制改革，西北人口，2006 卷 2 期，2006 年 3 月，頁 56-58。

第三款 德國醫療保險的改革具體實況¹⁸⁹：

一、門急診服務和住院服務的逐步合作

由原本低效率的嚴格分離之門急診服務和住院服務，逐步允許部分開業醫師利用醫院手術室和允許部分醫院工作人員在業餘時間看門急診。

二、增加病人和醫院或醫生的責任來控制醫療費用

如引進「診斷關聯群制度」給付方式、推動門診治療來削減住院天數等來增加病人和醫院或醫生的責任，以控制醫療費用支出。

三、適當鼓勵營利性醫院的發展

對其採取靈活的管理政策，保證有足夠的醫療服務能力滿足居民的需求，同時也減輕了政府的負擔。

此改革取得初步成效，一年之醫療保險費用支出降低約二百億歐元，法定醫療保險的保費佔工資總額之比例由之前 14.4% 下降至 12.1%，而二百五十家法定醫療保險公司開始扭虧為盈，大大改善了醫療保險入不敷出的狀況¹⁹⁰。

第二節 英國健康保險制度

第一項 英國健康保險制度之特徵

第一款 英國公醫制度之源由

第二次世界大戰期間，英國政府為提振士氣，委請時任牛津大學之 William Beveridge 爵士，研究協助低收入國人之解決方案。Beveridge 於 1942 年發表研究 (Beveridge Report) 「社會保險與相關福利服務」 (Social Insurance and Allied Services)，主張國家對於國民遭遇所得能力中斷或喪失，以及因生育、結婚、或死亡等導致特別支出時，應提供最低生存保障，以免貧窮匱乏。其強調社會保險的重要性，以提供最低之生活水準，此即英國公醫制度與社會保險相關

¹⁸⁹ 張錄法、黃丞，國外醫療衛生體系改革的四種模式，國際醫藥衛生導報，第 11 期，2005 年，頁 18。

¹⁹⁰ Ralf Boscheck, Intereconomics, Healthcare Reforms and Governance Concerns: The Cases of the United States, the United Kingdom and Germany, 2005(2), 75-88.

福利服務等社會安全制度之藍本。二次戰後，1945年工黨大勝，說服1860年成立之「英國醫學會」與衛生部門合作推動「國民健康服務法」(National Health Service Act, 1946) 保費由稅金徵收支付，英國民眾於1948年7月5日正式邁入全民免費醫療之國家衛生服務制度(National Health Service, NHS)的時代，此可簡稱為「英國的公醫制度」¹⁹¹。相對地，醫師行醫「視為」服公職，而服務期滿亦有退休金。

第二款 英國公醫制度之特徵

一、全面照顧之全民健保

英國政府透過國家稅收而支付其醫療保險資金，民眾就醫時原則上不需自行負擔費用，是故「英國的公醫制度」為全民健康醫療保險。只要合法入境英國之人，無論個人就業與否，其經濟能力高低，退休、失能、甚至是外國訪客，皆可受到免費之醫療保障及服務。其宗旨為提供全面、統一、公平的健保，即依照病患實際病況而決定其醫療需要，而非其支付能力¹⁹²。

二、多層次醫療

英國的公醫制度提供「基層醫療」¹⁹³、「社區服務」¹⁹⁴與「住院醫療」¹⁹⁵三種基本醫療服務¹⁹⁶。是故「英國的公醫制度」可粗分為兩階段：前兩項之初級社區醫療、與末項之二級醫院醫療。英國有嚴格的轉診制度，民眾就醫得先至地區之全科醫師(General Practitioner)就診，此全科醫師即為私人營業之家庭醫學科醫師。只有當此家醫科醫師判斷認為需接受進一步住院醫療時，才會將病患轉診至地區內指定醫院。

¹⁹¹ 葛謹，英國醫療糾紛處理制度-對改進我國制度之啟事，台灣醫界，第51卷第2期，2008年，頁40-45; Jonathan Montgomery, Health care law, 2nd ed, Oxford, Oxford University press. 2003, p4-20。

¹⁹² 侯立平，英國醫療保險體制改革評析，江西財經大學學報，2006卷4期，2006年07月，頁26-29。

¹⁹³ 基層醫療(primary care)：醫療專業人員包括醫師、牙醫師、驗光師、藥師等提供基層醫療之門診服務，「執行委員會」負責行政監督、合約簽署與執行、處理病患之申訴等。

¹⁹⁴ 社區服務(community services) 包括親子福利、訪客衛生、接生婦、衛生教育、疫苗接種、救護服務、環境衛生服務等。

¹⁹⁵ 住院醫療(hospital services)：十四個「區域醫院理事會」處理住院醫療之事務，下轄四百個「醫院管理委員會」處理各轄區之住院醫療業務，教學醫院之住院醫療則另由「首長理事會」負責。

¹⁹⁶ 黃曉令、陳冰虹，談英國公醫制度中基層醫療之改革，台灣醫界，第49卷，2006年，頁218-221。

三、醫療國家化

英國的醫院是公立醫院，醫師是公務員，領政府的薪俸。醫院歸國家所有，其醫師對病患之醫療行為雖屬私領域，然而所有醫師實質上是受僱於國民保健署，領取的「工資」來自於國家之醫療預算。中央政府依據人口、醫學教育經費、物價、患者變動等而分配醫療經費至地方政府，再由地方政府嚴格控管醫院的預算與限定額¹⁹⁷。

四、低廉的醫療費用

英國醫療之供給面由社區醫療與醫院提供，需求面由政府衛生署構成，而此健保之主管者負責制訂醫療服務之範圍、內容，其所控制之醫療保險總支出為相對低之水平，然近年來有較攀升的情況。於1993年時英國醫療保險支出占「國內生產總值」(GDP)比率為6.8%，2006年佔8.4%¹⁹⁸。

五、雙軌並行之商業醫療保險

英國在1948年成立國民保健署後，英國實際上只有一種醫療制度，就是「英國的公醫制度」。其財源主要來自一般稅收，民眾就醫時不必付費，但藥費及牙科費用則由就醫者自行負責。政府允許民間商業健康保險公司經營，因此經濟能力較好的民眾可購買此類商業健康保險，可獲得較迅速醫療。約有11%的民眾另外購買私人醫療保險¹⁹⁹。這些保險公司的健保給付項目甚至可與「英國的公醫制度」的給付項目重覆，有些公司則提供民間健保做為員工的福利²⁰⁰。私營醫療服務機構近年亦蓬勃發展，服務範圍不限於公營機構也提供非緊急手術，更包括國民保健署有限度涵蓋的服務範圍，例如善終服務、手足病護理及療養中心、疝氣或靜脈曲張的治療²⁰¹。

¹⁹⁷ NHS Executive 所印發之 A Guide to the National Health Service, 頁 5-7。網站可參考 <http://www.publications.doh.gov.uk/pub/docs/doh/nhstxt.pdf>

¹⁹⁸ 參閱行政院衛生署中央健保局網頁 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=558&webdata_id=3216&WD_ID；世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems. <http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>

¹⁹⁹ 王玫，各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比，全民健康保險雙月刊，第四十六期，2003年11月，頁18-21。

²⁰⁰ 周恬弘，各國醫療健康照護制度：英國的健康及照護系統，2008年5月21日。
http://thchou.blogspot.com/2008/05/blog-post_21.html

²⁰¹ 劉騏嘉、黃麗菁，英國的醫療開支及融資安排，香港臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，1998年6月24日，頁3；White Paper on Working for Patients 威爾斯、北愛爾蘭及蘇格蘭的衛生大臣於1989年1月提交國會的文件，頁67。

然而公醫制度固然為社會保險制度，可以提供國民最低之醫療水準，避免窮人因病而窮、因窮而病之永無翻身絕境，但實行五十餘年，醫療品質與效率仍備受批評。緣為「英國的公醫制度」下，醫療是在中央政府嚴格控制下的計畫經濟管理，政府既為健保的服務供給者，亦為購買者與管理者。醫院為公家所有，受當地衛生局管轄，無自主權，此可謂醫療之集權健保²⁰²。

第三款 英國公醫制度之困境

一、繳稅同時繳健保費

「英國的公醫制度」的財源與一般稅收在收徵時並未分開，因此個人繳稅金額與所獲得醫療服務間關聯的透明度較低。亦即繳稅同時繳健保費，然而無繳全稅之民眾亦可享有「英國的公醫制度」照護，此賦稅公平性備受質疑²⁰³。

二、醫療效率低下

政府主導整體醫療、統籌控制費用造成公立醫院機構缺乏競爭而官僚處事作風，醫院依類似行政機關預算方式執行，醫護人員欠活力而效率低下。因此醫師及醫院本身均無成本控制概念，若遇經費不足時，則延緩服務，直至下期經費進來為止，也因而造成有病人漫長的就醫等候期²⁰⁴。

三、醫療費用膨脹

幾近免費的醫療服務，導致民眾對其需求無度，此外跟隨生活水平膨脹，造成醫療費用失控，超過經濟成長所能提供的供給能力。

四、商業保險排擠效應

收入高之民眾可選擇購買商業醫療保險，其同時可享有減免賦稅優惠，如此導致國家醫療保險財政資金減少，排擠其發展之持續性²⁰⁵。

²⁰² 王丙毅，英國醫療管制模式的改革與重構及其啟示，聊城大學學報(社會科學版)，2008 卷 5 期，2008 年 10 月，頁 116-120。

²⁰³ 顧海、魯翔、左楠，英國醫保模式對我國醫保制度的啟示與借鑒，世界經濟與政治論壇，2007 卷 5 期，頁 106-111。

²⁰⁴ 王玫，各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比。全民健康保險雙月刊，第四十六期，2003 年 11 月，頁 18-21。

²⁰⁵ 楊新民，醫療保險模式的比較分析與我國的選擇，當代經濟研究，2005 (8)，頁 67-68。

五、新醫療技術、材料應用率低

英國在新手術、用藥及醫療科技或儀器的使用率，明顯都比已開發國家相較為低，這或許與其文化較保守有關，也有可能受到其醫療生態之影響，即醫院接受固定預算、醫師支領固定薪的關係²⁰⁶。

第二項 英國健康保險制度之改革

英國政府與議會擔心「英國的公醫制度」的低效能醫療與醫療費用不斷高漲，保守黨柴契爾夫人於1979年至1990年主政之後，倡導公醫制度改革。其後改革之主要核心即嘗試將政府所扮之雙重角色淡化，使其不再同時擔任提供者與購買者而引入競爭機制。於1999年英國國會通過了「健康法案」(Health Act)，此後改革重點如下：

一、鬆綁醫療投資管制、將「公私合營」觀念擴展到醫療服務，引入私人資本投資營造公立醫院，加入競爭機制、先進管理運作模式，實現政府、醫院、私人業者三贏局面²⁰⁷。

二、逐步將大型醫院和所有其他醫療機構與衛生部門脫鉤，允許公立醫院建立組織自我管理機制，可獨立預算，保留財務自主性，自行發展管理體系與機構，與工作人員建立雇傭關係，可決定其薪資²⁰⁸。

三、政府衛生部門進行職能轉換，由直接管理改革成間接管理，讓地方衛生局不再直接管制醫院、也不再直接提供資金，反而轉換成購買者的角色來制訂醫療服務計畫。巨觀上仍是中央政府統籌醫療政策，然而實際運作上提供者與購買者的分離，這種購買醫療服務形式的轉變，給醫院形成了外部約束，市場上出現競爭機制，可提高醫院間相互競爭的動力²⁰⁹。

²⁰⁶ 吳俊儀，診斷性影像科技於腦阻塞或顱內傷病人之利用適當性評估，嘉南藥理科技大學醫療資訊管理研究所碩士論文，2006年6月，頁18-20。

²⁰⁷ 陳建平，英國醫院私人籌資計畫解析，中國衛生資源，2002卷第5期，2002年，頁232-234。

²⁰⁸ 龔向光、胡養聯，英國醫院體制改革，衛生經濟研究，2002卷第3期，2002年，頁19-20。

²⁰⁹ 程曉明，英國國家衛生服務制度沿革與評價，衛生部國際合作司，國外衛生考察報告，北京，人民衛生出版社，1997年，頁76-80。

四、開放「基層醫療群」向「住院醫療群」之「購買權」(purchase power) 促使「住院醫療群」改善服務效率以爭取基層醫療之轉診病患，等待手術與照會名單平均等待期由十八個月降至六個月，另外也藉加強醫療專業之紀律，增加「申訴程序」以改善醫療服務品質²¹⁰。

五、廣泛建立由約五十名全科醫師組成、負責在社區所有醫療保健事務支出及醫療保健責任，控制防止醫療成本過高。此外組成社區衛生委員，定期督察其社區醫院等進行財務控制，利潤留成。成立「國家臨床品質管制研究所」(National Institute for Clinical Excellence NICE) 和「健康促進委員會」(Commission for Health Improvement, CHI) 等新獨立機構來加強對「英國的公醫制度」系統的管理、評價和改善服務質量。此外英國衛生部還於 2001 年 9 月引進醫院星級評審制度，來定期對醫院進行考核²¹¹。

第三節 美國健康保險制度

第一項 美國健康保險制度之特徵

第一款 美國健康保險制度之分類

美國是全球第一大經濟體，自二十世紀以來制訂一連串法律而建立起其公共福利衛生體系。然而與其他已開發工業、福利國家不同，美國是目前唯一沒有實現全民醫療保險的國家²¹²。美國在醫療衛生所採取的政策與其所崇尚之資本主義、獨有之社會文化等因素有密切關連，而推行「醫療自由市場化」，其醫療保險主要以多種私立醫療保險項目為主、政府醫療專案為輔的模式。

美國的醫療保險主要分為私人醫療保險 (Private insurance) 與社會醫療保障 (Government insurance) 二大類：

²¹⁰ 葛謹，英國醫療糾紛處理制度-對改進我國制度之啟事，台灣醫界，第 51 卷第 2 期，2008 年，頁 40-45；轉引自 Mayberry MK: The NHS complaints system. Postgrad Med J 2000; 78: 651-653; Payne-James J, Dean P, and I: Medicolegal Essentials in Healthcare, 2nd ed, London, Greenwich Medical Media, 2004: 71-81; English V, Romano Critchley G, Sheather J, et al.: Medical Ethics Today. The BMA's handbook of Ethics and Law, 2nd ed, London, BMJ Publishing Group, 2004: 23-70.

²¹¹ 張錄法、黃丞，國外醫療衛生體系改革的四種模式，國際醫藥衛生導報，2005 卷第 11 期，2005 年，頁 18。

²¹² 毛群安，美國醫療保險制度剖析，北京，中國醫藥科技出版社，1994 年，頁 282。

一、私人醫療保險

在 1965 年之前，私人醫療保險是美國唯一最普遍的醫療保險給付來源，主要的對象是中產勞動階級的人們及其家庭。保險主要包括「就業團保」(Employment-based)；「雙藍計畫」組織開辦的醫療保險²¹³；私立或商業性保險公司的醫療保險；「健康維持組織」(Health Maintenance Organizations)等預付型醫療保險計畫。依美國人口調查與統計局資料顯示，2009 年約有 63.9% 的人口(即約 19,450 萬人)參加「私人醫療保險」；有 55.8% 的人口(即約 16,970 萬人)參加「就業團保」，而「就業團保」之參保率是自 1987 年有其統計資料以來的最低值²¹⁴。

二、社會醫療保障

1965 年，美國國會通過對「社會安全法案」(Social Security Act)的修正案，建立了「貧民醫療保險計畫—醫療援助保險」(Medicaid)和「老人醫療保險計畫—醫療照顧保險」(Medicare)，從此政府有負責提供「窮人」和「老人」這兩大公共醫療保障，標誌著美國政府全面干預醫療保障事務的開始。「醫療援助保險」保障覆蓋包括低收入與貧困人口。「醫療照顧保險」保障範圍包括六十五歲以上老人，或六十五歲以下部分殘疾者、腎功能衰竭者、與終身失能者。「醫療援助保險」由州政府管理，經費來源是聯邦稅和州稅。醫療照顧保險的經費來源是社會安全法案相關的稅收、聯邦稅、和受益者所繳的保費²¹⁵。

第二款 美國健康保險制度之大缺口

依美國人口調查與統計局資料顯示，2009 年約有 15.7% 的人口(即約 4,780 萬人)參加「醫療援助保險」，有 14.3% 的人口(即約 4,340 萬人)參加「醫療照顧保險」。而「醫療援助保險」之保險率皆是自 1987 年有其統計資料以來

²¹³ 「雙藍」計畫：「藍十字計畫 (Blue Cross)」和「藍盾計畫 (Blue Shield)」其為非盈利性質的，即對盈利的部分只限用於機構的生存與發展為主。「藍十字計畫」主要解決的是病人住院費用問題，而「藍盾計畫」主要解決外科和一般門診費用問題，至五〇年代早期投保客戶已經達到四千萬。Marshall W. Raffel, Norma K. Raffel. *The U.S. Health System Origins and Functions*. Delmar Publishers Inc. New York, 1994, 211-213.

²¹⁴ Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, Jessica C. Smith. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, Current Population Reports, Consumer Income*. U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration. September 2010. P60-238.

²¹⁵ 張力山，美國的醫療系統和政策，醫學捌號樓：人與醫學，2004 年 3 月 15 日。
<http://www.med8th.com/humed/3/040315mgdylxthzc.htm>

的最高值²¹⁶。

除此之外，依美國人口調查與統計局（Census Bureau）資料顯示，2009年約有16.7%人口，即5,067萬人無醫療保險。由於其中約有2,025萬人不是美國公民，所以最常被引用的數字是「美國有約三千萬人無健保」²¹⁷。

第三款 美國健康保險制度之特徵

一、以私人保險為主

其他發達國家之全民醫療保險模式與美國的不同，美國人強調「自由主義」和「個人主義」的價值觀，展現在自由市場經濟發展模式下的醫療保險市場化，促成「小政府」對醫療保險方面的微弱干預²¹⁸。由上資料可知，2009年全美約有63.9%的人口參加「私人醫療保險」。

二、並非全民皆保

儘管美國為世界第一大經濟體²¹⁹、醫療保險方式紛繁、醫療水準領先全球、醫療保障資金雄厚，醫療總費用和人均費用都比其他發達國家高²²⁰，但並不能把所有國民皆納入醫療保險系統。由以上資料可知，2009年全美約有16.7%人口無任何醫療保險，他們撐到健康問題極嚴重才去醫院接受免費的急診治療。而美國擁有全民急診醫療保障體系²²¹。

²¹⁶ Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, Jessica C. Smith. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, Current Population Reports, Consumer Income. U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration, September 2010. P60-238.

²¹⁷ U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2009 and 2010 Annual Social and Economic Supplements, 美國人口調查與統計局
<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2009/tab8.pdf>

²¹⁸ 高芳英，美國醫療保險體系初探，蘇州大學學報（哲學社會科學版）2007年9月，第5期，頁99-103。

²¹⁹ 「世界銀行網站」：<http://data.worldbank.org/country>

²²⁰ 於1984年時美國醫療保險支出占國內生產總值比率為10.1%，2006年為15.3%，而且還在持續上升，幾乎名列世界之冠，全球僅次於馬紹爾群島（Marshall Islands）
行政院衛生署中央健保局網頁
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=558&webdata_id=3216&WD_ID=；世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems.
<http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>

²²¹ 高芳英，美國醫療保險體系初探，蘇州大學學報（哲學社會科學版）2007年9月，第5期，頁99-103。

三、「就業團保」之參保率特高

醫療保險作為一種工作之福利待遇與隱藏性工資，提供之多寡取決於就業市場上雇主與員工之洽談條件之一，如此亦符合美國私有制邏輯。對員工而言，只要努力工作就有良好之醫療保障，與社會保險無關。政府也為鼓勵雇主替其員工購買醫療保險而幾予免稅政策²²²。

四、高投資、低產出

美國的醫療支出幾乎為世界之冠，然而其「預期健康壽命」(Healthy Life Expectancy)卻名列世界第二十四名，「死亡率」(Preventable Deaths)名列世界第十四名，「國家衛生績效」(Health Performance)更名列世界第七十二，可見其醫療產出之效率低落²²³。

美國的醫療保險體系雖然獨特但並不完美。隨著現代社會各種社會問題和經濟問題的增多，這一體系的缺陷和問題也越來越突出。其實以上美國式醫療保險之特點，也同時為其所面臨到之困境。

一、階級性醫療保險

就是因為美國人所崇尚之個人主義色彩濃厚之自由市場經濟，讓私人保險佔絕對多數，其中由雇主提供之「就業團保」率特高，使得醫療保險出現了「資格限制」--有工作才有醫療保險。即使公共醫療保障亦有「階級劃分」--「貧民」才能參加醫療援助保險、「老人」才能參加醫療照顧保險，如此無工作、又不符合老貧資格者，就失去了社會醫療保障。

二、醫療保險費用快速膨脹

隨著生活水準的不斷提高，美國人對醫療服務的需求也同時增長，美國醫療費用支出佔「國內生產總值」(GDP)的比重，在六〇年代約為5%，七〇年代約為8%，八〇年代為10%，1995年以來已超過15%²²⁴。

三、醫療費用分配不均

²²² 丁純，美國醫療保障制度現狀、問題與改革，財經論叢，2006卷5期，頁40-46。

²²³ 世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems. <http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>

²²⁴ 陳昌平，美國醫療給付制度，秀傳醫學雜誌，第1卷第2期，1999年01月，頁59-62。

美國醫療支出最高之1% 人口花費了27%的醫療費用，5%的人口則花費了將近一半的醫療費用。醫療制度缺乏公允，較少的人享有了絕大多數的資源，而有的人卻毫無醫療保障²²⁵。

第二項 美國健康保險制度之改革

第一款 美國健康保險制度改革之推動

或許美國不需要定量配給醫療的體制差異、或許因為個人主義色彩濃厚之自由市場經濟而迷信自由的市場可以解決健保的問題之意識型態不同、或許美國本身擁有大量合法和非法的移民等政治情勢不允許，使得大多數中產階級對政府的干涉、而須繳納額外的稅款來擴大醫療保障之安排感到厭惡，而健保也不應以政策選擇的方式考量。因此美國的全民醫療保險體制改革，從羅斯福總統到杜魯門、克林頓，從未停止，但也都功敗垂成而未落實「全民健保」，如今歐巴馬總統又進行新一波改革計畫²²⁶。

2010年3月美國眾議院以些微多數通過健保改革法案²²⁷，讓全美三千萬無健保者和健保不足者都能獲得健保，幾近全民健保，且將向富人徵收新稅，並禁止保險公司以投保人病史為由而拒保。

第二款 美國健保改革之法案要點²²⁸

一、人人有保：2014年開始大幅擴大健保，讓三千萬無保族有保。

二、強制保險：除了低收入戶者，每個人都必須加入健保，否則將課以收入2.5%的罰款，直到2016年。

²²⁵ 王梅，美國醫療體制改革的困境與啟示，新視野，2010卷3期，頁95-96。

²²⁶ 符儒友，歐巴馬的健保改革：溝通與協商論述。2000年中國政治學會年會暨「能知的公民？民主的理想與實際」學術研討會，高雄市中山大學，2010年11月07日；轉引自 John P. Geyman, Myths as Barriers to Health Care Reform in the United States, *International Journal of Health Services*, 2003, 33(2):315-329.

²²⁷ 共和黨人士一致反對，民主黨也有三十四席投反對票，法案在最終以二百一十九票贊成，二百一十二票反對而在2010年3月21日深夜通過。

²²⁸ 朱小明、田思怡，全球先進國家中，美國是唯一沒有全民健保的國家，聯合報2010年03月23日。<http://belongnews.pixnet.net/blog/post/30507743>

三、不得拒保：健保公司不得拒絕帶病投保或收取較高保費，也不得因投保人生病而取消其保險。

四、醫療補助：擴大為窮人提供的醫療援助保險。

五、健保補貼：對四口之家收入為八萬八千二百美元以下的家庭，購買健保給予遞減的抵稅補助。

六、徵健保稅：向投資所得及年收入超過二十萬美元的個人或年收入超過二十五萬美元夫婦增收聯邦醫療保險薪資稅，投資收入課徵的稅率為 3.8%。

七、健保選擇：設立保險交易所，讓小型企業和未獲雇主加保的個人選購保險。

八、墮胎條款：嚴禁聯邦款項用於墮胎的健康保險。

第四節 日本健康保險制度

第一項 日本健康保險制度之特點

第一款 日本健康保險制度之分類

日本的醫療保險制度建立於 1922 年，依據「健康保險法」的制定，首先建立了以受雇者為對象的醫療保險制度，其後又於 1938 年頒布了「國民健康保險法」，專以自營業者、農民為對象。1961 年要求所有國民都有義務加入國民健康保險，從而日本實現全民皆納保險的目標。

日本之社會健康保險制度主以被保險人而分為兩大類：「受雇者之職域保險」及「非受雇者之地域保險」。前者依一般民間企業之受雇勞工、公家機關之公務員、私立學校之教職員、船公司受雇之船員而參加不同類別之「職業領域健康保險」如：「健康保險」、「政府掌管健康保險」、「合作社國民健康保險」、「共濟合作社保險制度」²²⁹、「船員保險」²³⁰等；後者為非受雇者之職域保險者，則入「地

²²⁹ 共濟合作社保險制度同時提供短期之健康保險給付，與長期之年金制度給付，主要目的為安定合作社員及其家屬的生活，使公務營運順利有效率，與振興私立學校與農林漁業團體。健康保險組合聯合會編，社會保障年鑑，1992 年版，頁 59，東洋經濟新報社 1992 年 6 月 4 日發行。

方區域之國民健康保險」體系²³¹，如市町村地方住民、自營業者等，則參加依地域區分的「市町村國民健康保險」、「國民健康保險組合」²³²。其各型醫療保險制度之創設目的、保險人、被保險人、保險給付、保險財源、所依之準據法等均不相同²³³。其分類綱要可參考表四。

表四，日本社會健康保險各制度之概要²³⁴

制度名稱		制度依據	保險人	保險人數	加入者數 (萬人)
職業領域健康保險	組合掌管健康保險	健康保險法	健康保險合作社	1,584	2,999
	政府掌管健康保險				
	船員保險	船員保險法	社會保險廳		17
	國家公務員共濟保險組合	國家公務員共濟組合法	共濟合作社	21	971
	地方公務員共濟保險組合	地方公務員共濟組合法		54	
	私立學校教職員共濟保險組合 ²³⁵	私立學校教職員共濟組		振興與共濟事業團	

²³⁰ 日本船員保險依船員保險法第三條之規定，以中央之厚生勞動省社會保險廳擔任保險人，為具歷史意義的勞動政策，主因海運業在二次世界大戰時深具國防地位，而為確保戰時海上運輸之勞動力而制訂。荒木誠之，社會保障法における社会福祉：福祉立法の特質と地位，Journal of law and politics，第50卷第1期，1983年11月，頁1-25。

²³¹ 按日本之地方自治團體，係採二層級之構造。下層為與住民最為接近之「市町村」，是地方自治之基礎；上層則為介於市町村與中央間之「都道府縣」，屬於較為廣域之地方自治團體。室井力、原野翹，新現代地方自治法入門，京都，法律文化社，2005年2版3刷，頁44-46；宇賀克也，地方自治法概說，東京，有斐閣，2007年2版，頁19。

²³² 地方區域健康保險以非受雇之農漁村居民與都市中自營工作之地方住民為被保險人，以1932年制訂之國民健康保險法為依據。屬強制性社會保險。日本健康保險組合連合會編「社會保障年鑑2004年版」，東洋經濟新報社，2004年；劉宗德主持「全民健保機構行政法人化之研究—授予公權力之必要性及其範圍」，行政院二代健保規劃小組委託研究，2003年，頁58-62。

²³³ 陳美杏，日本健康保險法之研究，政治大學法律研究所碩士論文，1997年，頁2-11。

²³⁴ 郭耀民，日本2006年社會健康保險法治改革之評介—與對我國全民健保及二代健保法草案之啟事，東吳法律學報，第二十卷第三期，2008年6月，頁112；轉引自崇畑潤，醫療保險の構造改革：平成十八年改革の軌跡とポイント，法研。2007年，頁8-9。另表格中統計數據，為2005年3月底之資料。

²³⁵ 本私立學校教職員原來也參加一般受雇者的健康保險，五十年代後期從一般受雇者保險中分離出來成立了獨立機構——私立學校振興互助事業團，專門經辦私立學校教職員養老保險和醫療保險。私立學校振興互助事業團與公務員互助組合一樣具有特殊法人資格，接受日本文部省的監督。保險對象是所有私立學校的教職員及其家屬。

		合法			
地方區域之國民健康保險	國民健康保險組合	國民健康保險法	國民健康保險合作社	166	5,158
	市町村國民健康保險		市町村	2,531	4,761

第二款 日本健康保險制度之現況

按日本健康保險運行模式，採取的是國家推進主義即「國家主導的醫療保險」模式²³⁶，其體系較錯綜複雜，係由「複數、分立保險制度」及「複數保險人」之制度設計。其中除「政府掌管健康保險」與「船員保險」僅由厚生勞動省社會保險廳擔任唯一之保險人外，其餘制度之保險人則均為複數。是故在日本，其被保險人以薪資來源不同，而參加不同之保險制度，各由不同之保險人保之，與我國之社會健康保險制度目前僅由單一之全民健保構成，且僅以中央健康保險局作為單一保險人，具有根本之差異。

在一般民間企業之受雇勞工，其事務性費用係由國庫全額負擔，而保險給付費用主財源來自保險費，其負擔原則採取「勞使折半」方式，亦即由作為被保險人之受雇者及其雇主各負擔保險費之一半²³⁷。船員健康保險為綜合性社會保險制度，其財源大部分由船舶所有者及被保險人依所繳納保險費支應之，而其相關事務性費用以及對於求職者等給付費與部分疾病給付費則由國庫補助之²³⁸。共濟組合具有勞工保險性質，故其保險費之負擔亦採「勞使折半」，亦即組合員及雇主各負擔一半保費²³⁹。而國家、地方公共團體、私立學校在此為「雇主」地位，非基於對其國民或住民提供社會福利之責任。地方區域之國民健康保險之經費，除由被保險人依其所得繳納之保險費、依所轄區內已退休人數計算而自一般民間受雇者保險移撥之支出金外，尚有來自國庫、地方公共團體公庫、都道府縣以及市町村的補助金²⁴⁰。整體言之，日本對於被保險人傷病時，其保險給付以現物療養

²³⁶ 李長運，日本國民健康保險制度探析及其啟示，衛生經濟研究，第7卷第276期，2010年，頁16-18。

²³⁷ 日本健康保險組合連合會編「社會保障年鑑2004年版」，東洋經濟新報社，2004年；劉宗德主持「全民健保機構行政法人化之研究—授予公權力之必要性及其範圍」行政院二代健保規劃小組委託研究，2003年，頁51-54。

²³⁸ 日本健康保險組合連合會編，與前揭註223書，頁54。

²³⁹ 日本健康保險組合連合會編，與前揭註223書，頁54-58。

²⁴⁰ 日本健康保險組合連合會編，與前揭註223書，頁58-62。

為給付原則，療養費之支付為例外，其療養給付項目與我國全民健保大同小異。然而公共醫療體系之經費分擔方式卻相當複雜，不同制度適用於不同對象，有不同給付標準，其保險費計算方式亦不同²⁴¹。

第三款 日本健康保險制度之傲人成就

根據日本厚生勞動省在 2010 年 7 月 26 日發表資料顯示，日本人的平均壽命男性是 79.59 歲，女性是 86.44 歲，跟世界其他主要國家地域平均壽命比較，日本女性平均壽命，連續二十五年位居世界第一長壽²⁴²。另據 2004 年世衛組織公布的一百九十一個國家的醫療綜合評價指標顯示，日本的「預期健康壽命」(Healthy Life Expectancy) 名列世界第一、「死亡率」(Preventable Deaths) 名列世界第二、「國家衛生績效」(Health Performance) 名列世界第九、與「世界衛生系統」(World's Health Systems) 排名第十名。然而相較其優異之排名，2000 年至 2005 年日本的「醫療支出占其 GDP 比率」(Total Health Expenditure as % of GDP) 為 8.2%，排名第三十九名²⁴³。從世界範圍來看，日本是一個醫療體制健全、醫療質量和服務水平高、國民的醫療保障做得很好的國家，這些成績的取得，除了國民生活水平改善、醫療技術的進步外，當然還與健全的醫療保險體制、與相對的願意耗用資源等有著密不可分的關係。因此其醫療健康保險制度是值得國人借鏡的。

第二項 日本健康保險制度之改革

第一款 日本健康保險制度之侷促

日本經濟自 1973 年因受石油危機後改革其社會健康保險之財政問題，於 1982 年起要求高齡者就醫時需定額部分負擔醫療費用、1984 年起將健康保險法中對被保險人所提供之保險給付從全額給付修為八成給付、以稅收挹注政府掌管健康保險市町村國民健康保險等所需之財源。然而患者因就醫時部分負擔之提高

²⁴¹ 劉宗德，制度設計型行政法學，元照出版公司，2009 年 04 月，頁 212-220。

²⁴² 日本厚生勞動省網頁：平成 21 年簡易生命表の概況について
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/>；日本厚生勞動省：日本人の平均余命：平成 21 年簡易生命表 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/03.html>

²⁴³ 行政院衛生署中央健保局網頁
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=558&webdata_id=3216&WD_ID；世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems. <http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>

而自發性地抑制醫療行為的效果，會因時間之經過而逐漸弱化²⁴⁴。1990年泡沫經濟後，更降低保險醫療給付占全部醫療費用之比例、調高部分負擔之數額、提高高齡者就醫時之部分負擔比例與得享有高齡者醫療給付之年齡門檻等²⁴⁵。隨著少子化與日本社會人口急速高齡化，造成高齡者醫療需求之攀增，而主要財務支持之青壯者又顯弱勢少數²⁴⁶。加上醫療技術快速發展，使得日本社會健康保險制度之財政問題更為嚴重，財務收支即年年赤字²⁴⁷。2006年對其社會健康保險制度進行根本性之重大改革，主要選擇採取「節流」之方式，以追求醫療費用之妥適化：其捨棄向來為抑制醫療需求而提高被保險人就醫時部分負擔比例之方式，改以綜合性追求醫療費用之妥適化來抑制醫療費用的成長，包括：預防生活習慣疾病、平均住院日數之縮短、保險給付範圍之重新檢討、醫療費用妥適化計畫之制訂等。

第二款 日本健康保險制度之改革重點²⁴⁸

一、以都道府縣作為社會健康保險制度之基礎層級：

隨著高齡化進展、醫療費用之持續成長、規模過小之保險事業財政上易出現不安定之情形，將市町村國民健康保險之財政責任單位提升至上層級自治團體之都道府縣層級，促進都道府縣內健康保險合作社之合併以符合保險之大數原則，而利於保險事業之推行²⁴⁹。

二、老人醫療制度之創設

由於高齡者不斷增多，老人的醫療費用激增，公共衛生面臨著投保老人健康保險的財政壓力。因為它依賴於政府，與一般僱員的健康保險開始生產保費收入之間的差距。此次改革創設之「老人醫療制度」，乃明定保險費收入僅需負擔後期高齡者醫療制度整體支出之一成，其餘由公費及其他保險人挹注，此亦屬「社會扶助」之制度²⁵⁰。

²⁴⁴ 土田武史，醫療保制度之課題と将来，週刊社会保障，第2196號，2002年，頁50。

²⁴⁵ 窪田隼人、佐藤進、河野正輝，「新現代社会保障法入門」，二版，2002年4月，頁35。

²⁴⁶ 江口隆裕，少子高齢社会と社会保障，ジュリスト，第1282号，2005年，頁6-8。

²⁴⁷ 王政，各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比，全民健康保險雙月刊，第四十六期，2003年11月，頁18-21。

²⁴⁸ 郭耀民，日本2006年社會健康保險法制改革之評介—與對我國全民健保及二代健保法草案之啟示，東吳法律學報，第20卷第3期，2008年6月，頁107-140；轉引自厚生労働省保險局，醫療保險制度の現状と課題，週刊社会保障会，第2394號，2006年，頁12。

²⁴⁹ 前註郭耀民，轉引自岩村正彦，醫療、介護、障害者福祉改革總論—改革の概観，ジュリスト，第1327號，2007年，頁22。

²⁵⁰ 前註郭耀民，轉引自尾崎真美，医療制度改革における後期高齢者医療制度に関する一考察，

三、保險事故內容之擴大與保險人機能之強化

在追求醫療費用妥適化之改革上，將健康檢查、保健指導等保健服務之實施，明確劃歸為保險人之任務，具有擴大社會健康保險制度中保險事故內容之重要意義。由於日本社會健康保險制度之被保險人享有自由選擇醫療機構之權利，接受健康檢查、保健指導等預防性保險給付之處所，藉此「市場競爭」而促使保險醫療機構提升其保健服務之品質²⁵¹。

第五節 小結：借鏡他國健保制度與我國之比較

自 1883 年德國創辦強制性健康保險以來，至今世界上已有上百個國家實施某種型式之健康照護制度，但因國情不同，各國的保險型態均有顯著差異。其所實行之健康照護制度，可依據財源籌措方式而區分為三大類：如德國之「國家強制性健康保險制度」如英國之「社會主義式健康保險制度」如美國之「自由資本主義混合式健康保險制度」如日本之「國家主導的醫療保險」。

各國之「傳統醫療體制」，可約略簡化成一光譜，若其最左端將醫療公化最貫徹者，如英國之「公醫制度」而其最右端將醫療私化最徹底者，如美國之「市場化自由醫療」。相對地，德國之醫療保險可謂處於光譜中間偏左的路線，而日本之醫療保險則屬於中間偏右的行徑，如此概念可簡化成為醫療體系光譜圖，可參考圖一。



圖一：傳統英德日美四國之醫療體系光譜圖。

筑波大学大学院ビジネス科学研究科企業法学専攻修士論文，平成20年度，頁3-9。

²⁵¹ 前註郭耀民，轉引自加藤智章，平成18年改正法に基づく保険者の変容，ジュリ，第1327號，2007年，頁32-33。

一、英國鬆綁公醫制度

英國視健康為國民之基本人權，採取社會福利政策，將全民均納入健康保險，由國家稅收支付保險費用，醫療服務則由公家機構提供，此即英國之公醫制度。固然有全面照顧之全民健保、多層次醫療格的轉診制度、醫療國家化、低廉的醫療費用、雙軌並行之商業醫療保險等優點，國家掌有強大控制力，管理全局醫療體系。正因為大多數醫療服務為國營事業，也易產生醫療效率低下、醫療費用膨脹、繳稅同時繳健保費之賦稅公平性、商業保險排擠效應、新醫療應用率低等缺失。緣為「英國的公醫制度」下，醫療是在中央政府嚴格控制下的計畫經濟管理，政府既為健保的服務供給者，亦為購買者與管理者。醫院為公家所有，受當地衛生局管轄，無自主權，此可謂「醫療之共產集權健保」。有趣的是鼓吹自由資本貿易主義的當代經濟學之父「亞當史密斯」²⁵²，也是出生於英國。「公醫制度」處在各國醫療體系光譜的極左端五十年後，亦倡導制度改革，嘗試將政府所扮之雙重角色淡化、鬆綁醫療投資管制、引入私人資本投資營造公立醫院、允許公立醫院建立組織自我管理、政府衛生部門由直接管理改革成間接管理醫院、開放「基層醫療群」向「住院醫療群」之「購買權」以爭取基層醫療之轉診病患、廣泛建立臨床品質管制督察系統的管理。為了改善效率及減輕國家財政負擔，英國逐漸採行醫療體系內部市場競爭方式，訂定各種醫療服務指標，希望能提升醫療服務品質²⁵³。如此也讓國家管理健康保險極左端的英國公醫制度，漸漸地朝向光譜中間、「右斜」移動。

二、美國邁向全民健保

美國現在醫療衛生採取高度自由的市場競爭、政府低調介入，以多種私立醫療保險項目為主、「小政府」醫療專案為輔的模式。與世界上其他發達國家相比，美國的醫療保險體系的顯著特點為以私人保險為主，尤其「就業團保」之參保率特高但並非全民皆保、而高醫療投資但低國家衛生績效。隨著現代社會各種社會問題和經濟問題的增多，美國式醫療保險也同時面臨到許多困境：階級性醫療保

²⁵² 亞當史密斯 (Adam Smith) 其所著之「國富論」(The Wealth of Nations) 成為現代自由貿易、資本主義和自由意志主義的理論基礎。他反對絕大多數政府管制經濟的行為，而崇尚「自由放任經濟」。參考維基百科：亞當·斯密之網頁

<http://zh.wikipedia.org/zh-hk/%E4%BA%9A%E5%BD%93%C2%B7%E6%96%AF%E5%AF%86>

²⁵³ 陳育平，健保大觀園--國外健保制度簡介，2008年01月23日，可參考網頁

<http://www.wretch.cc/blog/cypunicorn/18009750>

險——有工作才有「就業團保」，即使公共醫療保障亦有「階級劃分」——「貧民」、「老人」才能參加醫療照顧保險；醫療保險費用快速膨脹；醫療費用分配不均；而美國國民本身又充滿了健保改革的迷思與困惑。相對於英國公醫制度的「右斜」，美國現在所代表的「自由醫療市場競爭」醫療保險制度，在歐巴馬總統進行新一波「全民健保」改革計畫下，也宣告其醫療體系將「左傾」，亦中庸地朝向光譜中央移動。如此以國家的力量，徵健保稅，照護三千萬本來無健康保險覆蓋的人民，使得強制人人有健康保險、健保公司亦不得拒保。

三、日本強調社會共生

日本之社會健康保險制度將全國國民皆納入，採取的「國家主導的醫療保險」模式，其體系雖錯綜複雜，然而其醫療綜合評價指標始終名列全球前茅，為一醫療體制健全、醫療質量和服務水平高、國民的醫療保障做得很好的國家。隨著日本經濟泡沫化後，社會健康保險出現財政短缺、少子化與社會人口高齡者醫療需求之攀增，加上醫療技術快速發展，使得日本財務收支即年年赤字。於2006年對其社會健康保險制度進行根本性之重大改革，主要選擇採取「節流」之方式，捨棄向來為抑制醫療需求而提高被保險人就醫時部分負擔比例之方式，改以綜合性追求醫療費用之妥適化來抑制醫療費用的成長。另以都道府縣作為社會健康保險制度之基礎層級以符合保險之大數原則，而利於保險事業之推行。老人醫療制度之創設，乃明定保險費收入僅需負擔後期高齡者醫療制度整體支出之一成，其餘由公費及其他保險人挹注，此亦屬「社會扶助」之制度。保險事故內容之擴大與保險人機能之強化。可見近年來日本之醫療體系並非以「右斜」方式改革，向醫療需求者「開財源」，反而是稍微「左傾」的改變，強調「社會整體共生之醫療保險」。

四、德國擴大自費承擔

德國是世界上最早制定社會保障法的國家，始終遵循「社會市場經濟」，將社會福利作為國家政策基本原則，在自由選擇參保形式下，法定醫療保險與商業健康保險可同時並行，強制性全國參加醫療保險，對於醫療保險，德國政府不直接辦理健康保險，僅以詳盡的法令規範之作監督角色，達到德國醫療的良性多元競爭和自我管理、醫藥分業。雖然德國的經濟實力仍雄厚，醫療保險模式可依人民之經濟能力而有不同的質量靈活選擇。然而缺點為市場機制在社會主義下明顯

不足，加上保險人得自負盈虧、醫療費用不斷上漲、參加法定醫療保險之被保險人數增多，因此施行強制性社會保險的德國政府，通過改革契約關係，將購買者的角色由被動的支付者變為尋找成本有效服務的主動談判者來加強成本控制而進行改革，取消部分藥品、醫材的醫療補助，提高了自費的比例；允許保險公司選擇為其提供服務之醫院作限制各州政府根據財政情況，與保險公司、各醫院共定協議，自我約束健保開支，改革以往單純由政府補貼保費缺口的問題。減少法定醫療保險覆蓋的項目，增加被保險人的責任，而擴大提高被保險人自費承擔醫療費用的範圍與比例。如此一來，德國向來中間偏左的醫療體系，也在改革中逐步「右斜」前進。



圖二：醫療體系改革後，漸朝向中央邁進的英德日美四國醫療體系光譜圖。

五、我國二代健保何去何從？

1995 年我國立法者遵守憲法基本國策的指示，構建出的第一代健保法制，其微弱的商業競爭自由，反而特顯現出濃厚的社會主義色彩，我國健保法制最具有「臺灣特色」，乃在於柔性與人情味。在醫療保險之光譜軸線中，稍微偏左邊的英國公醫制度。可見圖三。然而在 2011 年二代健保通過後，我國健保制度究竟是繼續「左傾」還是「右斜」仍待討論：

（一）未實施嚴格的「對價給付之政策」

我國社會保險制度（公保制度）給付與對待給付之間，沒有採行「嚴謹對價

關係」²⁵⁴。現行健保制度是以經常性薪資為計收健保費。但近年來，經常性薪資占申報的綜合所得大約只有六成，此外的其他所得，例如：租金、利息、股票股利、分紅等，在一代健保中均未納入計費基礎，故受薪階級承擔了大部分的健保財務責任，也造成不公的現象與一代健保法制漠視保費大幅偏低的事實。在二代健保中，繳費基礎擴大，資產利得多，費率可下降，對單純受薪階級，反而是比較公平的。

（二）採取強制投保強調的「社會互助」理念

我國健保法第一條第二項規定，採全民強制投保的立法政策，具有強烈的社會主義色彩。在司法院大法官憲法解釋案「第四七二號」、「第五二四號」之解釋，皆肯定全民應繳納保費以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。如此與英國直接將公醫制度醫療費用課徵於財稅內不同；與德國只要求每個國人一定要有健保，不論加入公立或私立保險體系皆可不論也不同；與日本要求國民依不同職業或不同地域而加入相符合之保險制度更不同。好處是我國健保制度這種「社會協力」的社會主義色彩，即使富人負擔較多的保費來分擔其他較弱勢者之保費負擔，然其本身不一定獲得更多的醫療服務，這就是我國健保法制最具有「臺灣特色」，乃在於柔性與人情味²⁵⁵。缺點為獨家保險人—中央健保局，易造成保險制度封閉獨裁，自不無可慮。

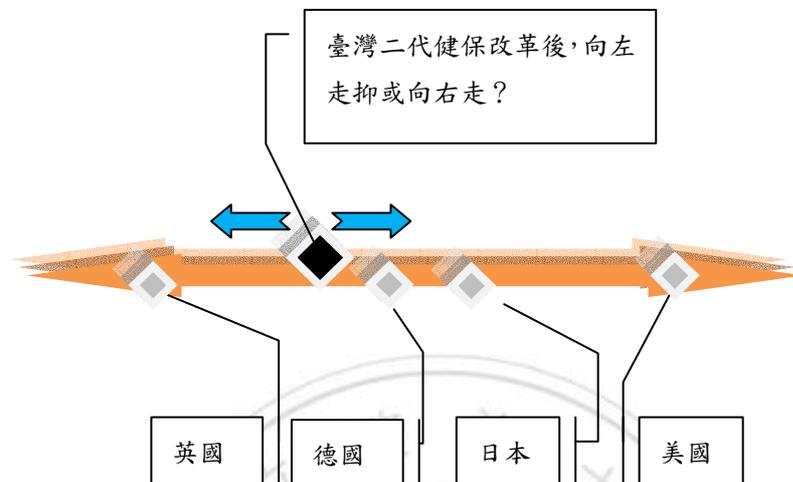
（三）支付制度的改革

在醫療費用支出的管控與醫療服務提供效率的提升方面，全面健保實施十六年來，從未間斷，使每年健保醫療支出成長控制在一合理範圍內；支付標準導入相對值的客觀方式作調整，促進了科別平衡；此外「論病例計酬」及「住院診斷關聯群制度」的導入，「醫療給付改善方案」與「家庭醫師制度等疾病管理與整合性照護計畫」試辦，以及持續改革藥價基準等措施。過去長年以來，已藉由行政的手段，進行支付制度的改革，達到減少醫療浪費與提升醫療品質的目的，並加強個別醫療院所的責任，以改變醫療行為，有效運用健保資源，增進民眾健康。因此在二代健保的醫療面改革，就將重點集中在品質的促進，強調保險人及保險醫事服務機構應該定期公開和健保有關的醫療品質資訊，以增加民眾的選擇能力

²⁵⁴ 吳庚大法官於司法院釋字第四七二號解釋之協同意見書。

²⁵⁵ 陳新民大法官於司法院釋字第六七六號解釋之部分不同意見書。

並進而提升醫療品質²⁵⁶。

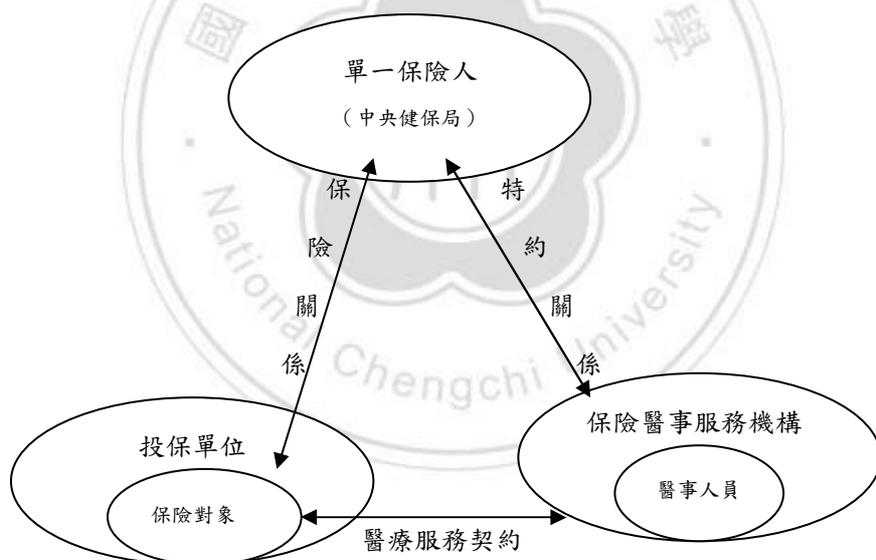


圖三：改革後的四國醫療體系，與我國全民健保體系光譜圖之關係比較。

²⁵⁶ 楊志良，二代健保八大迷思，台灣醫界，第53卷第8期，2010年，頁398-400。

第四章 健保使用自費醫材之法律權益分析

全民健康保險法自開辦，開啟台灣全新的醫療模式，同時也創造出全新的法律關係。公辦公營唯一的保險人是健保局²⁵⁷，在其中是主宰中心。依健保法第八條至第十六條所規定的「保險對象及投保單位」下，保險人與被保險人強制構成了保險關係。為了提供保險對象醫療服務，並控制所給付醫療服務之品質與成本，保險人與特約醫事服務機構間，成立特約醫療關係。如圖一。保險對象與特約醫事服務機構間，除了成立傳統的醫療關係外，醫事人員為求得給付，須符合特約相關法令及審核程序，故已非單純之醫病關係可言之。加上健保局為降低給付與有效控制成本，陸續推動多項支付制度，讓此社會保險中的全民健保並存著多元的法律關係。本章試圖在診斷關聯群制度開辦後，關於使用自費醫材之法律權益逐一作法律關係的分析，再個別地做具體的認定。



圖四：全民健保制度中保險人、保險對象與醫事服務機構間之法律關係

第一節 保險人、保險對象與醫事服務機構間之法律關係

第一項 保險人與保險對象間之法律關係

在社會保險中保險人與被保險人之間的基礎關係法律性質究竟為何，即使是

²⁵⁷ 全民健康保險法第七條：「本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。」

在有行之多年的社會保險制度的國家，也不是一個自明的問題。我國在開辦全民健保之前雖然也已經有了多年實施公教人員保險、勞工保險多年的經驗，但是對於這種社會保險關係在法律面上的分析界定，都還有許多探討的空間。

第一款 保險人與保險對象間乃公法關係

回溯我國憲法第一五五條、一五七條與憲法增修條文第十條第五項所明定的「國家應推行全民健康保險」，大法官釋字第四七三號認為繳交健保費用具公法上分擔金之性質²⁵⁸、第五二四號認為健保規範須具法律保留原則²⁵⁹，又依新修訂之全民健保法第一條第二項之強制納保²⁶⁰，與同法第六條之爭議審議可提訴願或行政訴訟²⁶¹，可推知立法與司法者皆將全民健保關係定位為公法關係。在福利國原則下的社會保險，是基於大數原則的所簽訂的保險契約，雖然原始目的是希望明確彼此權力義務關係，重視個人尊嚴，而提高滿意度與提升效率²⁶²。然而在唯一健保局的高權保險關係成立後，保險對象對於給付條件與內容實無決定權限而變更，亦無退出保險關係的可能性。這樣的一種保險關係，實難以想像能成為私法契約的標的。故中央健保局與被保險人之間的法律關係定位為公法關係。

第二款 行政法上保險關係

惟中央健保局與保險對象間，屬於哪一種國家行為的形式的行政法上保險關係，學者之間眾說紛紜，主要可以歸納為以下三說：

一、公法上的行政契約關係說

行政契約須由雙方意思表示合致而成立，且只有經雙方當事人同意後，始有

²⁵⁸ 大法官議決釋字第四七三號解釋之解釋文：「全民健康保險法第十八條規定同法第八條所定第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。此項保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於『公法上』金錢給付之一種，具分擔金之性質。」

²⁵⁹ 大法官議決釋字第五二四號解釋之解釋文：「全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。」

²⁶⁰ 全民健康保險法第一條第二項：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」

²⁶¹ 全民健康保險法第六條：「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。」

²⁶² 劉宗德，制度設計型行政法學，元照，2009年4月，頁154。

具體內容存在²⁶³。如同社會保險中保險人與保險對象間的關係，過去學者認為係行政契約²⁶⁴。行政法院認為「勞工保險性質上顯係公法上之關係，與普通商業保險私法上之契約關係不同」²⁶⁵，因此行政法院具有管轄權。而保險關係成立始於依申請參加全民健保，由保險人為承諾之時即形成雙方之權利義務關係。此關係應先以具彈性需求之契約法制為基準，當契約條款並無直接規定時，方才適用其他法令規定²⁶⁶。

二、公法上法定債關係說

全民健保乃是由國家主導為實現福利國中的社會保險，以多數國民成立風險共同體、分攤保費的方式來防範生活上的特定風險。新修訂之全民健保法第一條開宗明義強制國民參與，這種保險關係都與私法上的商業保險契約有很大不同²⁶⁷。就健保關係的發生來檢視，全民健保法律關係於保險對象符合法定資格時而「基於法定事實而自動發生」²⁶⁸。被保險人投保、繳費及保險人提供給付的條件及水準等，均是全民健康保險法強制課予，沒有私自作用的空間，當事人亦沒有退出保險關係的可能。即使被保險人逾時繳納保險費，保險人也僅有權依照全民健保法第三十五之規定而訴請保險對象支付積欠之保險費及滯納金，並得寬限；若保險對象逾一百五十日未繳納，保險人得將其移送行政執行。而大法官釋字四

²⁶³ 林明鏘，行政契約，收於翁岳生編著，行政法下冊，2000年，頁636-637。

²⁶⁴ 吳庚，行政法之理論與實用，三民書局，第十版，2008年9月，頁455-456。

²⁶⁵ 例如行政法院1955年判字第30號判決、1965年判字第91號，1966年判字第228號，1970年判字第364號判決。如1966年判字第228號以勞工保險之立法目的、保費分擔方式、立法技術、保險機關組織及救濟程序等加以判斷，勞工保險係屬強制保險。關於保險範圍、保險給付等內容發生爭執，有其特定之審議程序及特設之審議機關，所為之審定自為行政處分，如有異議，自應循訴願、再訴願尋求救濟。劉宗德，制度設計型行政法學，元照，2009年5月，頁68。

²⁶⁶ 林明鏘，五、行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例，行政契約與新行政法，台灣行政法學會，2004年01月，頁205-229。

²⁶⁷ 如保險法第二十九條規定有關要保人之過失故意責任就與社會保險有所差距：「保險人對於由要保人或被保險人之過失所致之損害，負賠償責任。但出於要保人或被保險人之故意者，不在此限。」

²⁶⁸ 全民健康保險法第十四條規定：「保險效力之開始，自合於第八條及第九條所定資格之日起算。」同法第八條規定：「最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」劉宗德，健保業務委外辦理之法律研究，行政院衛生署88年下半年及89年委託研究計畫，2001年4月，頁36。

七二號解釋亦肯定強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨。如此可知全民健保與單純之社會保險本質的未盡契合由此可見。無論在締約上、內容形成與對象上，保險人具絕對的主導權，被保險人完全無基於合意協商之地位，因此無法以傳統契約法上的觀點解釋全民健保之保險關係，而應將解釋為純粹的公法上的法定債之關係²⁶⁹。

三、行政處分說

行政處分僅由單方意思即可產生法律效果，相對人須付協力義務，而此單方意思應由客觀加以判斷。實務上被保險人及其投保單位有義務向健保局辦理投保。健保局審核人民投保資格是否符合後，即將保險憑證之健保卡發給投保單位，使之轉交保險對象。倘若轉入表中有投保人資格不符者，則退回投保單位更正，因此健保卡可視為健保局就全民健保形成與保險對象發生保險關係之單方之行政處分行為²⁷⁰。採「行政處分」較符合保險關係之行政決定特徵，也符合健保法中被保險人對保險人爭訟途徑為審議、訴願、與行政訴訟之規定，同時保險對象也可以因為行政程序法對行政處分相對人所提供之各種程序保障，取得優於行政契約相對人之程序保障。保費性質係健保局繳費單之行政處分所課予之公法上金錢給付義務，而非基於醫療保險之行政契約所生之對價，故較符合社會保險中所繳納之保費，通常與被保險人之風險及實際受領之給付是無必然對價關連；相對地係基於所得重分配之理念，由被保險人依其所得多寡量能分攤²⁷¹。

第三款 公法上債之關係

雖然採「行政契約說」，可能促使健保行政更加靈活，然而我國社會保險中之法律權義關係乃是由高權作用單方所形成，且單一保險人中央健保局與保險對象之地位懸殊，產生之健保規章皆為「法令關係」而非基於雙方當事人合意而產生，因而將健保基礎關係界定為「行政契約說」並不可採。「行政處分說」乃以健保卡的發給作為法定關係之成立生效要件，至於繳納保費之公法上金錢義務，

²⁶⁹ 蔡維音，全民健保行政之法律關係，成大法學，4期，2002年12月，頁1-35。

²⁷⁰ 按行政程序法第九十二條第一項：「本法所稱行政處分，係指行政機關就公法上具體事件所為之決定或其他公權力措施而對外直接發生法律效果之單方行政行為。」

²⁷¹ 雷文政，全民健保保險人與被保險對象間法律關係之研究，中原財經法學，第6期，2001年7月，頁33-65。

則待保險人確認核定被保險人之投保資格後才發生，如此界定已與現行健保法第八條保險效力之規定有所抵觸。從學理到實務面，全民健保中保險人與保險對象間的關係乃直接依法所產生的公法上債之關係，才能界定為健保基礎關係目前最適之定位方式²⁷²。

第二項 保險人與醫事服務機構間之法律關係

第一款 保險人與醫療院所間之法律關係

在全民健保中保險對象透過保險關係的成立而取得醫療保障，然而中央健保局本身並不直接提供醫療服務，因而必須由其他醫事服務機關代為給付。依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三條規定：符合附表一所定，領有開業執照之醫事機構又符合一定資格者，得於向保險人申請「特約」為服務機構，而成立特定的法律關係，以確保其基於基礎保險關係所負的提供醫療給付的義務能夠順利履行。保險人與特約醫事服務機構間的特約關係，其法律關係的性質，各種實務及學說上之見解差異甚大，茲將分析如下：

一、私法契約說

實務上健保局及主管機關主觀上係將保險人與特約醫事服務機構間的特約關係視為「私法契約」²⁷³，因此在各項與特約醫事服務機構各項制度設計與執行，甚至合約內容擬定，皆以「私法契約」為核心進行。健保局認為：「特約醫事服務機構提供之醫療服務內容具有高度專業性，該局對於醫療個案並無指示權」。同時依據舊全民健保法第五條規定，當發生對爭議事項不服時，只有被保險人及

²⁷² 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（上）--對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第48期，1999年5月，頁67-78。

²⁷³ 中央健康保險局全民健康保險爭議審議委員會，於司法院大法官為審理台字第五七八七號陳俊男申請統一解釋案件，函請中央健康保險局派員列席大法官審理案件小組審查會，中央健保局於審查會候補送之相關說明，轉引自蔡茂寅，「各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題」衛生署委託研究計畫，2001年，頁58-59。

投保單位得依法提起訴願及行政訴訟²⁷⁴。法中卻未明文規定有關保險人與特約醫事服務機構間的爭議，可依循行政爭訟程序救濟，亦即有明文排除之意思，此即立法者欲使其成為私法契約之證據。然而在新修訂之全民健保法後，若對申請審議案件結果不服時，保險醫事服務機構得依法提起訴願或行政訴訟²⁷⁵。故將保險人與特約醫事服務機構間的特約關係視為「私法契約」之理論也在修法後告終結。

二、行政契約說

行政契約又稱為行政法上契約或公法契約，指兩個以上當事人就公法上權利義務設定、變更、或廢止所訂立之契約²⁷⁶。健保特約創設了許多公法上的權利義務，而其締結、變更或消滅的過程，係涉及所謂雙階行政行為。不能因實務上遷就法治不完備，而將健保爭執皆歸由普通法院管轄，並據此而反推法律關係的屬性為私法性質²⁷⁷。而且目前健保法第七條明定隸屬於行政院衛生署的中央健保局為唯一保險人²⁷⁸，訂定契約的權能可能由健保局所獨佔，則依據新主體說可以確知其為公法上的法律關係，從而確認該契約為行政契約²⁷⁹。而且契約訂定之法源依據為全民健康保險法醫事服務機構及管理辦法，契約之標的係以達成全民健康保險提供醫療服務之公共福利為目的。綜觀以上，本案無論於契約標的、目的來判斷，均屬「行政契約」²⁸⁰。

²⁷⁴ 遲至於2010年1月27日修訂之全民健保法第五條：「為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。」

²⁷⁵ 於2011年1月26日新修訂之全民健保法第六條：「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。」

²⁷⁶ 吳庚，行政法之理論與實用，增訂10版，2008年9月，頁427。

²⁷⁷ 我國行政程序法第一三五條規定：「公法上法律關係得以契約設定、變更或消滅之。」陳怡安，全民健康保險法規範下的醫療關係，東吳大學法研所碩士論文，1996年，頁108-116。

²⁷⁸ 全民健保法第七條：「本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。」

²⁷⁹ 蔡茂寅，各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題，衛生署委託研究計畫，2001年，頁46

²⁸⁰ 林明鏘，全民健保法上之保險特約爭議，台灣本土法學雜誌，第7期，2000年2月，頁89-93。

三、公法上附合契約說

在經由「特約」成立法律關係的情形，醫事服務機構可依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第八條的規定，自行決定是否申請、簽訂特約，因此雖然此特約條款以及給付條件等契約內容多數為保險人片面單方決定，醫事機構只能遵照配合，但由於契約中核心的當事人合意的要素已經具備，因而將此特約關係認定為是以法定約款為內容的「公法上的附合契約」²⁸¹。

四、行政處分說

理論上行政契約具有光譜特性，右端接近私法契約而左端接近行政處分，行政行為中偏向自由則契約性質明顯；若充斥保守規制則行政處分性質明顯。是以當行政契約以定型化契約的型態表現時，則自由壓制更低，其性質則更接近行政處分²⁸²。保險人與特約醫事服務機構間成立特約關係時，多數為保險人片面單方決定，故此特約關係偏向行政處分。此外中央健保局依據全民健康保險法醫事服務機構及管理辦法第三條至第九條所規定，就領有開業執照之醫事機構的個別申請，審查核准或否決，而直接發生確認是否具備健保醫事服務機構資格的單方行政行為，可稱為「特約行政處分」²⁸³。實務上行政法院的判決亦認為中央健康保險局可審查核定各醫院診所是否成立保險醫事服務機構特約，乃基於給付行政之公權力行使，並非單純之行政機關，對人民團體所為私經濟行為，究與一般契約雙方當事人要約、承諾意思表示基於自由意志者不同，屬行政處分²⁸⁴。

第二款 保險人與醫療院所之間乃行政契約關係

儘管實務及學說上有許多爭議，然因醫療服務機構並未強制加入全民健保，而係採自願特約的方式參與健保，因此健保局與醫事機構之間究竟係屬公法或私法關係，時有爭議。尤其是醫事服務團體認為：當健保局與醫療機構有任何衝突

²⁸¹ 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（上）－對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第四十八期，1999年5月，頁74-75。

²⁸² 廖智雄，全民健康保險醫療費用請求權之探討，東吳大學法研所碩士論文，2000年，頁28-31

²⁸³ 按行政程序法第九十二條一項：「本法所稱行政處分，係指行政機關就公法上具體事件所為之決定或其他公權力措施而對外直接發生法律效果之單方行政行為。」張道義，健保法規適用行政程式法與行政執行法之研究，衛生署委託研究計畫，2001年，頁33-35。

²⁸⁴ 行政法院1996年判字第1553號。

時，健保局以「行政處分」片面行使具有法律效果之行為處分醫療機構，但又主張健保局與醫療機構只是民事契約關係，隨時會跳躍式的角色選擇最有利的角色，為此深感醫界面對健保局「球員兼裁判」之不利地位²⁸⁵。儘管實務及學說上有所謂「私法契約」、「行政契約」、「公法上的附合契約」、「行政處分」等學說的爭議，在司法院大法官釋字第五三三號解釋後，確定將保險人與特約醫事服務機構間的特約關係定性為「行政契約」，相關爭議暫時告一段落。該解釋文認為中央健康保險局依其組織法規係國家機關，而執行法定職權時與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故此項合約具有「行政契約」之性質。

進一步而言，辨別此類行政契約之首，即須確定契約之一造為行政機關。其次，凡行政主體與私人締約，其契約標的具有實施公法法規、約定之內容係行政機關負有作成行政處分之義務與涉及人民公法上權益義務者、約定事項中列有顯然偏袒行政機關一方者，即認定其為行政契約²⁸⁶。中央健康保險局並非財團法人，又不屬公司組織，係具有行使公權力權能之國家機關。醫事服務機構依合約之規定，負有代替中央健康保險局對被保險人提供醫療服務之給付義務，而被保險人受領給付，則係基於與中央健康保險局間所發生之公法關係，是故中央健康保險局與醫事服務機構間之合約，係以人民公法上權益為契約內容，且觀其約定條款多屬重複「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之規定，並使中央健康保險局之一方顯然享較優勢之地位。因此保險人與特約醫事服務機構間的特約關係屬於行政契約²⁸⁷。

第三款 保險人與個別醫師間之法律關係

醫師個人則並非特約當事人，故因此保險人與特約醫事服務機構間所成立的特約行政契約關係並不拘束醫師。保險人無法「直接」課予個別醫師遵守委任內容的義務，也不得直接對個別醫師進行監督或是請求醫療服務的履行，要使得實

²⁸⁵ 林義龍，釋字五三三號久旱逢甘霖，台灣醫界，45卷2期，2002年；陳孝平，大法官解釋與全民健保—以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」，憲法解釋之理論與實務，第四輯，2005年5月，頁88。

²⁸⁶ 吳庚大法官於司法院釋字第五三三號解釋之協同意見書。

²⁸⁷ 黃俊元，全民健康保險法下保險人與特約醫事服務機構法律關係之研究，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2008年，頁11-12。

際提供醫療給付的個別醫師遵照特約規定履行健保關係的內容，也只能透過其與醫院之間的雇傭關係，藉由雇主的指揮權，間接地使醫師個人受到該契約內容的約束。個別醫師在此的地位只是醫療機構的受雇人或為合夥人，保險人只能透過要求與其簽訂特約的醫療機構「間接」監督其所屬醫護人員，以確保醫療給付的提供及其醫療品質的維持。而醫療機構利用其內部規範，要求所屬醫護人員履行特約的內容²⁸⁸。

第四款 醫療服務審查之爭議與救濟途徑

若醫事服務機構對審查結果有異議時，可列舉理由申請複核²⁸⁹。若實施總額預算部門，其保險醫事服務機構對申復案件審查結果有異議且符合再議條件時，可提出再議一次²⁹⁰。若保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定關於保險費率、保險給付範圍、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策法規之研究及諮詢、其他有關保險業務之監理事項所核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟²⁹¹。保險人與保險醫事服務機關之間的關係為公法上的行政契約關係，因而在發生爭議時，本應依行政救濟途徑來尋求解決。若醫事服務機構對爭審不服或爭審會未於三個月內審定得提出行政訴訟時，可提出行政訴訟²⁹²。

健保局與特約醫事服務機構合約雖具有行政契約之性質，締約雙方如對契約

²⁸⁸ 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（上）－對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌第四十八期，1999年5月，頁80。

²⁸⁹ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三十一條：「保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由申復，保險人應於受理申復文件之日起六十日內核定。」

²⁹⁰ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三十二條：「實施總額預算部門，其保險醫事服務機構對申復案件審查結果有異議且符合再議條件時，得於申復結果送達日起十五日內，申請再議一次，保險人應於受理再議文件之日起四十五日內核定。」

²⁹¹ 2011年1月26日新修訂之全民健康保險第五條及第六條。

²⁹² 依全民健康保險爭議事項審議辦法第十二條：「爭審會對爭議案件之審定，自收受申請書之次日起，應於三個月內為之；必要時，得予延長，並通知申請人，但經申請人同意者，得免通知。延長以一次為限，最長不得逾三個月。前項期間，於依第七條規定通知補正者，自補正之次日起算；未為補正者，自補正期間屆滿之次日起算；其於審議期間續補具理由者，自收受最後補具理由之次日起算。逾第一項期間未為審定者，申請人得逕行依法提起爭訟救濟。」

內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件。因此，當保險醫事服務機構對爭議審議委員會就醫療費用案件審議不服時，依據全民健康保險爭議事項審議辦法第十二條及行政訴訟法第二條之「公法上爭議可提行政訴訟」、與第八條第二項之「公法契約得提起撤銷訴訟」之規定得提起之行政訴訟，該行政訴訟性質並非一般給付訴訟，應是撤銷行政處分併為給付之訴訟。²⁹³

第三項 保險對象與醫事服務機構間之法律關係

第一款 醫病間之新法律關係

全民健康保險制度實施前，醫病關係的義務基礎在於因私法而生的債務本旨，只由私法上醫療契約來規範。但是在全民健保體制建立之後，醫病關係轉變為特約醫事服務機構與保險對象之間的關係，依全民健保法第四十條：「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務」。人民只要持健康保險卡及身分證及繳交掛號費後就診，其它大多數的就診費用便直接由醫療機構向健保局請領。所以傳統醫病關係中私法上的「醫療契約」是否還存在？而健保局為公法機關，其與健保特約醫療機構所訂的「行政契約」，性質不同於私法上的「醫療契約」。健康保險體系下醫事服務機構與病人之間醫療關係目前有四種學說。

一、利益第三人契約關係說

保險人與保險對象間的保險關係，產生對處於第三人地位的保險醫事服務機構此契約課予提供醫療給付義務，而透過保險醫事服務機構的特約申請成立「合於健保規定」醫療費用的債務承擔。如甲（醫療機構）與乙（保險對象）約定，由第三人丙（健保局）對乙給付醫療費用；若第三人丙不給付時，甲應負損害賠償責任（幫乙出醫療費用），如民法第二六八條之第三人負擔契約²⁹⁴。另說是保險人與保險醫事服務機構之間的委任關係是一種「利益第三人契約」，透過主契約約定而賦予處於第三人地位的保險對象，向其債務人（保險醫事服務機構）直

²⁹³ 黃俊元，全民健康保險法下保險人與特約醫事服務機構法律關係之研究，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2008年，頁98。

²⁹⁴ 民法第二六八條：「契約當事人之一方，約定由第三人對於他方為給付者，於第三人不為給付時，應負損害賠償責任。」

接請求醫療給付，或被稱為「不真正利益第三人契約」²⁹⁵。以「契約（健保特約）」訂定向「第三人（保險對象）」為「給付者（醫療服務）」，「要約人（健保局）」得請求「債務人（醫療機構）」向「保險對象」為給付，「保險對象」對於「醫療機構」，亦有直接請求醫療服務之權。「保險對象」對於前項「健保特約」，未表示享受其利益之意思前，「健保局」及「醫療機構」得變更其「健保特約」或撤銷之。「保險對象」對於「健保局」及「醫療機構」之一方表示不欲享受其「健保特約」之利益者，視為自始未取得其權利。前條「醫療機構」，得以由「健保特約」所生之一切抗辯，對抗受益之「保險對象」。如民法第二六九條之利益第三人契約與第二七〇條之債務人對第三人之抗辯²⁹⁶。即持有保險憑證之保險對象只是被授與某種請領醫療給付，而免除全部或一部對待給付的權限，而無真正請求提供醫療給付的權利。這兩種解釋都有成立的可能，而此說需要併存的私法契約。其原因在於若將醫療關係只解釋是附有第三人效力主契約的附隨義務，則在實際醫療關係中顯然不足。因為醫療關係的建立主要是醫病雙方的信賴關係，光依附在第三人效力之下，實難呈現信賴關係與表示雙方的合意，這也正是此私法契約併行的根據²⁹⁷。

二、私法醫療契約關係說

這種對保險對象與醫事服務機構之間法律關係的定位，乃是延續傳統醫療法對醫療關係的界定，並認為由於健保關係而生的費用抵償等問題乃是保險人與病

²⁹⁵ 全世界最早實施社會保險的德國，其聯邦法院認為健康保險機構和醫師公會間訂立「對病患有利」的契約，即所謂私法上的契約關係中「利益第三人契約」的關係，即德國民法第三二八條規定：「當事人得依契約訂定向第三人為給付，第三人有直接請求給付的權利。」而該條所稱第三人「直接」取得權利，意為其以自己名義取得權利，無需以任何方式宣稱附和、接受或參與，甚至無需知道該合同的訂立。陳衛佐譯注，德國民法典，第2版，法律出版社，2006年，頁122，Konrad Zweigert & Hein Kötz, An Introduction to Comparative Law, North-Holland Publishing, 1997, p. 128. 轉引自葉金強，第三人利益合同研究，頁70。

²⁹⁶ 民法第二六九條：「以契約訂定向第三人為給付者，要約人得請求債務人向第三人為給付，其第三人對於債務人，亦有直接請求給付之權。第三人對於前項契約，未表示享受其利益之意思前，當事人得變更其契約或撤銷之。第三人對於當事人之一方表示不欲享受其契約之利益者，視為自始未取得其權利。」民法第二七〇條：「前條債務人，得以由契約所生之一切抗辯，對抗受益之第三人。」被保險人依據該項契約，而取得民法上直接的醫療請求權。

²⁹⁷ 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列6：醫事服務機構與保險對象的法律關係-醫療契約（下），台灣醫界，51期6卷，2008年，頁48-53。

患、保險人與醫事服務機關各自的內部關係，對於醫療關係的法律性質的定位不生影響。此種法律關係的定位將健保醫療關係單純化，並不給予不同於一般醫療關係的特別評價。保險人基於內部關係就病患應負的診療費用為「債務承擔」，故醫事服務機構只提供醫療服務卻不向保險對象收取全額費用²⁹⁸。而且保險對象固定繳交保費給保險人，由保險人統籌保費而轉嫁至保險醫療機構。保險對象可自選的保險醫療機構而獲得治療，而此享受的契約上給付並非免費，而是繳交保險費「買來」的，因此並非全然的公法關係。醫療關係仍應是民法上的醫療契約關係，只是病患的給付醫療費用責任轉由健康保險機構承擔，且這種醫療契約關係是直接性的，也不似德國聯邦法院所主張的「利益第三人契約」的關係²⁹⁹。然而此說實不足解釋實務上醫療機構與醫事人員，於臨床上治療處置病患時，除了須依循醫學教科書準則外，尚得遵從健保局的限制與核刪壓力。如此獨重私法契約中當事人之一方與第三人之間的內部求償關係，而忽略健保基礎關係是「公法」上之關係，這可能與現行全民健保制度的實務面有所不同。

三、行政助手說

此說將保險對象與保險醫事服務機構的關係，限縮至單純健保基礎關係的履行行為，而特約醫師診治病人應屬國家給付福利行政的公權力行為之延伸³⁰⁰。視保險醫事服務機構為保險人之行政輔助人，即醫療機構於健保局之指揮監督下，協助遂行公法上醫療給付債務與保險對象所取得之醫療給付請求權，強制實施所得再分配或社會資源再分配，以救助不幸罹患傷病者，達成促進全體國民健康之社會政策目的。在有醫療過失的情形時，保險人也必須將之當作自己的責任來承擔。此時保險醫事服務機構在全民健保關係中的地位則變成保險人的「行政助手」³⁰¹，其透過特約約定承擔某種公法任務的範圍、方式及費用抵償等條件來完成任務。若貫徹這種想法，醫事服務機構乃保險人手足之延伸，必須聽其指揮監督，無獨立之法律地位，若有有醫療過失的情形保險人也必須將之當作自己責任吸收

²⁹⁸ 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（下）--對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第49期，1999年6月，頁111。

²⁹⁹ 許淑霞，醫師責任法，匯刊，第六期，1999年6月。

³⁰⁰ 高添富，全民健保與醫療糾紛—兼談醫事人員強制責任保險
www.tjcha.org.tw/Public/HotNews/2007571453265795.pdf

³⁰¹ 關於「行政助手」概念，可參閱蔡茂寅，行政委託相關問題之研究，收錄於當代公法新論（中）—翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集，出版第一刷，2002年7月，頁622以下。

承擔³⁰²。

四、公私並行之法律關係說

既然對醫療關係單一定位之解釋方法的不足，學界乃將保險對象與醫事服務機構之間定位為同時具有公私法並行的法律關係。基礎的醫療關係是由私法契約來規範，然此是建立在社會保險基礎之公法關係，而此私法醫療契約的內涵也會在某程度圍內受到公法關係的影響。若發生醫療過失糾紛的情形，也是由民事法院來決定其責任歸屬。保險對象有選擇特約醫事服務機構的自由，醫事人員進行診療行為時也必須雙方當事人意思的介入，而此正是私法契約的根據。據此以為除非承認公私法律關係併存，否則難完整以「公法上單純事實行為」或「傳統私法上醫療契約」去完整解釋全民健保的醫療關係，而此也較符合我國國情³⁰³。

第二款 新型態之公私並行法律關係

首先不可忽略的是全民健保制度是依循憲法與增修條文之精神而創立的社會保險，保險對象與醫事服務機構的臨床行為無時無刻仍得接受保險人的監督與查核，故不宜採用純粹私法關係去解釋保險對象與醫事服務機構的法律關係。全民健保雖係屬社會保險，然而仍採行保險人收受保險費而為對待給付之「保費收繳制」，而非國家徵稅後片面單方施惠性「給付行政」的「社會救助」，因此被保險人享受到的診療並非免費，而是按月繳交保費「負擔、購買」的，故病人與醫事服務機構的醫療關係不純然為公法關係。此醫療關係仍不脫私法上的醫療契約關係，只是病患的給付醫療費用責任轉由健康保險機構承擔而已，且這種醫療契約關係是直接性的，並非德國聯邦法院所主張的「利益第三人契約」的關係。綜合上述，健保制度下的醫病關係，醫療服務的提供仍是由私法醫療契約來規範，在典型的醫療過失糾紛應循民事法院決定其責任歸屬。關於代行全民健保行政業務部分則屬於公法性質，若有紛爭應循訴願及行政爭訟解決。若單純的醫療關係摻入「公法」觀念，會使醫病關係更加錯綜複雜。所以本文對於健保制度下之保險對象與醫事服務機構關係，屬於公私法併存的法律關係。

³⁰² 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（下）——對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第49期，1999年6月，頁113。

³⁰³ 蔡維音，全民健保體制下醫療疏失責任之歸屬，中原財經法學，第12期，2004年6月，頁10-13。

第三款 爭議救濟途徑

由於醫病關係採取公私並行說的界定方式，在權利救濟途徑上也勢必會有公私雙軌並行的情形出現。

一、典型的醫療過失糾紛應由具體個案判斷其注意義務、責任歸屬等，以私法醫療契約為依據，依循普通的民事或刑事訴訟途徑解決紛爭。

二、當醫事服務機構基於法律規定或是保險人所為的核定為業務之執行時，其只是在履行其對保險人依法令或依特約所負之公法上義務。當醫事服務機構違反規定時，保險對象只能向保險人監督機關提出申訴，要求糾正，而不能直接對醫事服務機構有所請求；相對的，當保險對象違反規定時，醫事服務機構也只能據實通知保險人，由保險人依法處置³⁰⁴。

第二節 健保關係人對自費醫材使用之權利與義務

第一項 保險人之特約管理

第一款 保險人特約管理之公法效果

保險人之特約管理會產生二種公法上的法律效果：其一為保險醫事服務機構於執行「健保行政業務」時，影響健保關係權利義務變動之決定；其二是保險醫事服務機構「依據健保」相關法規及合約所為之診療行為。

一、為執行健保行政業務

保險醫事服務機構於執行健保行政業務時，類似健保局之「行政助手」，代替健保局執行衛生業務³⁰⁵，與前節所述包含所有醫病關係的「行政助手說」不同。

³⁰⁴ 例如依照全民健保法第五十條關於自負額繳納的規定：「保險醫事服務機構對保險對象未依前項規定繳納之費用，催繳後仍未繳納時，得通知保險人；保險人於必要時，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。」依此規定，保險對象繳納自負額的義務並非基於私法醫療契約而生，醫事服務機構在此並不具有債權人的身份，只是保險人在收取費用上所設的技術性規定。蔡維音，全民健保之法律關係剖析（下）——對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第49期，1999年6月，頁114。

³⁰⁵ 保險醫事服務機構接受健保局行政指揮監督，協助處理健保就醫的行政事務，如依「全民健康保險醫療辦法」第五條之「費用核退」、第十條之「查核健保身份」、第十三條之「上傳保險對象就醫資料」、第十四條之「留置應繳驗的保險憑證」及第二十一條之「代收費用」等，其

此類之行政任務基本上仍是由國家以自己公權力名義執行，醫事服務機構或醫事人員扮演的角色僅為受其行政指揮監督，從旁執行較技術性、支援性的工作。保險醫事服務機構於執行此類健保行政業務時，與保險對象間並未存在任何法律關係，其所為之決定或結果，效果均歸屬到健保局本身。在健保關係中尚有部分「給付請求權」非由保險對象可獨立請領，而需保險醫事服務機構協助才可達成。此類行為包括：依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條之開立「重大傷病證明」、「診斷證明書」、「身分證明文件」、「病歷摘要」或「檢查報告」；或是依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第二十條規定之「高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品」，由保險醫事服務機構代替保險對象向健保局提出「事前審查」申請。最終之法律關係僅存在於保險對象與國家之間。

二、依據健保法規及合約所為之醫療行為

在現行健保制度下，健保局不僅擔任健保醫療給付者，同時也是健保醫療費用核付審查者，也就是「球員兼裁判」的角色。依據「醫療費用支付標準」及「藥價基準」，健保局對於醫療行為具審查辦法加以規範而有效控制醫療給付。從「部份負擔制度」、「總額預算制度」、「地區醫院自主管理」至最新推動的「診斷關聯群制度」，其結果一再降低及限制醫療行為的自由度，且嚴格限制昂貴或容易浮濫使用的醫療服務、特殊材料及藥品。醫事人員常受限於健保醫療給付範圍及規定，必須依法、依合約在符合「健保規定醫療給付」下完成醫療行為，若因此導致保險對象病情擴大或延誤，雖然醫事人員個人應負大部分告知與說明的義務，並承擔醫療結果的責任，但其中是否亦有公法責任在內？再就保險對象所承擔的醫療風險考量，健保制度下健保局的醫療給付只能依一般性或統計數據下大多數作考量，無法周延顧慮到「所有」醫療狀況。在臨床判斷當下，醫事人員所做處置若太積極，得面臨健保規章的核刪壓力³⁰⁶；若礙於給付規章而保守行徑導致醫療疏失，具有「事後諸葛」的健保局亦會質疑一線醫事人員專業判斷不足³⁰⁷。在

性質僅為行政事務性、支援性。

³⁰⁶ 關於審查後不予支付之理由，可見2011年1月13日新修訂之「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」，洋洋灑灑共十七款，其第十五條乃規定保險醫事服務機構「不以住院診斷關聯群」申報之案件，第十五條之一則為「以住院診斷關聯群」申報之案件，亦包含六款。

³⁰⁷ 在醫事人員提醒下，若保險對象基於費用考量及對健保局的信賴，選擇合於「健保規定醫療給付」的項目，而結果卻不如預期時，相關責任應是否就醫事人員之疏失、病患承擔部分、及健保局應其提供之「健保規定醫療給付」而與有過失共同承擔呢？

此的醫療風險應就個案檢討保險對象是否有涉及請求國家賠償之可能性³⁰⁸。

第二款 大法官第五二四號解釋對健保的影響

原「全民健康保險醫療辦法」第三十一條第一項之「特約醫院執行高科技診療項目，應事前須報經保險人審查同意，始得為之。」涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務；第二項之「前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。」因此大法官會議認為「在法律無轉委任之授權下，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，已逾越母法授權範圍」，故此條文已刪除。然而當時之「健保法」第三十一條³⁰⁹的各項「內容指涉廣泛，有違法律明確性原則」；當時之「健保法」第四十一條第三款³¹⁰「不給付之項目未明訂審查項目及基準，致法律效果不明確」；當時之「健保法」第五十一條³¹¹所產生之醫療費用支付標準及藥價基準，僅係授權主管機關對醫療費用及藥價之支出擬訂合理之審核基準，並不同於是否給付的標準，亦不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據³¹²。

第三款 受強制健保特約限制的醫療行為

一、公法上國家行政管理之單一保險人制

³⁰⁸ 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列6：醫事服務機構與保險對象的法律關係-醫療契約（下），台灣醫界，51期6卷，2008年，頁48-53。

³⁰⁹ 當時之健保法第三十一條：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」於二代健保修法後，擴充為現健保法第四十條：「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。前項保險對象就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項之醫療辦法，由主管機關定之。保險對象收容於矯正機關者，其就醫時間與處所之限制，及戒護、轉診、保險醫療提供方式等相關事項之管理辦法，由主管機關會同法務部定之。」然而對於大法官解釋文所重視的給付項目及支付標準規定，並無更彰顯其明確性。

³¹⁰ 當時之健保法第四十一條第三款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。」於二代健保修法後，即為現健保法第五十三條第三款：「使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物。」然而對於大法官解釋文所言之審查項目及基準，亦無未明訂。

³¹¹ 當時之健保法第五十一條：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」在二代健保修法後擴充為現行健保法第六十二條第一項，並將所謂「同病同酬給付標準之觀念」增列至第二、三、四項詳細規範之。

³¹² 陳孝平，大法官解釋與全民健保—以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」憲法解釋之理論與實務，第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1)，2005年5月，頁107-109。

就高科技醫療而言，事實上在 2001 年 4 月大法官第五二四號解釋公布之前，已經委託國立臺灣大學醫學系進行「醫療科技評估體系的建立與執行」研究³¹³，並藉由所謂「以證據為基礎的醫學」(evidence-based medicine) 作為評估高科技醫療是否進入健保給付的科學依據。大法官的本項解釋無疑扮演著有效的推手。這樣的健保給付決策機制的建立，也諳合世界的潮流。基於醫療費用的上漲乃是全球性的現象，世界衛生組織揭櫫所謂「新普遍主義³¹⁴」，亦即在涵蓋人口的普及性的前提下，不再承諾保障項目的全面性，而以一個醫療項目是否具有相對的成本效益為是否納入給付的前提。若同美國般由市場機能左右健保，則健保給付的範圍就多半依賴市場法則為依據。但我國除非在健保制度上有革命性的變革，否則依據行政程序處理健保給付問題殆不可免³¹⁵。

現行全民健保制度有強烈之公權力作用，在制度上並不採取「公私保險多元併存制」亦不採「公法上自治行政制」而係直接採用「公法上國家行政管理之單一保險人制」。因此對被保險人而言，不但無選擇加入保險與否之自由，其他私權之保障亦不復存在，所剩者唯公法上給付與受領關係而已；對其他當事人而言，主管機關不但得以行政命令調整保費，失去國會保留監督原則³¹⁶。

二、可差額給付但不得自立名目收費的矛盾

保險對象也要「共同承擔」健保財務是健保制度朝正確的方向進行，給付的多寡和所繳的保費必有正相關。何況所謂「差額部分不給付」絕非健保法第五十一條的立法意旨，假若往後公告的項目日漸增多，更能凸顯「差額不給付」的模糊性，原來明確的「給付」、「不給付」項目反而會淪為配角。健保局對於「部分給付」實施目的的說法是「為減輕病患的負擔以及考慮給付的公平性，故對該類品項給予部分給付」，但只有「陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節」及「特殊功能人工水晶體」二者屬於「診斷關聯群制度」之特殊材料費。除此之外，健保局禁止保險醫事服務機構向保險對象收取「差額」，保險醫事服務機構所提供的醫

³¹³ 成立「臺灣醫療科技評估會」(Taiwanese Council Office of Health Technology Assessment, TCOHTA) 為進行研究之單位，以學術探討之實證角度為主，透過專家之共識凝聚、評估項目及其標準之設立，建立一套臺灣本土化之醫療科技評估準則。侯勝茂，台灣醫療科技評估之建立與執行之報告，2002 年。

³¹⁴ WHO, World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000.

³¹⁵ 參考前揭註，陳孝平，頁 108-109。

³¹⁶ 黃越欽大法官於司法院釋字第五五〇號解釋之部分不同意見書。

療服務不符健保規定時，會遭依健保法第五十四條規定核刪、不予給付。如此不啻是對於健保局自我標榜「新醫療材料係改善現有品項的某些功能」的說法，甚至對上述「減輕病患負擔、給付的公平性」都是一大諷刺。所以「部分給付」或「差額不給付」成為健保制度下的例外³¹⁷。至於醫療服務中「不予給付」的費用，若可歸責於醫師者，由其申報之醫療費用核減之³¹⁸，且按所收取之費用處以五倍之罰鍰³¹⁹。若保險對象有此嚴重不正當行為，則可能有二十倍之行政罰鍰或刑事責任³²⁰，並限定其於一定期間不予特約或永不特約³²¹。如斯規定原意為確保醫療資源不被恣意浪費，避免醫病任一方浪費醫療資源，但保險醫事服務機構對於特定醫療服務擔心健保核刪、處以罰鍰或刑事對待，又受限不得在病患同意下以「自費醫療」名義完成醫療服務，導致病情遲延而造成醫療糾紛，讓醫事人員進退維谷、醫病關係緊張莫名。解決之道應健保局只能承擔符合健保規定之「適當醫療服務」費用，其他費用應回歸醫療契約債之本旨，讓契約兩造當事人自行處理。

依上述關於現行健保制度下之醫療費用分析，有健保完全不承擔的費用、有占最大多數健保部分承擔的費用；少數健保部分給付原則下的項目；有用完了就不再承擔的費用；如次數限制的給付項目；有高利用率時就暫時管收限制承擔的費用；如指定院所就醫原則；有將來不再承擔的費用；如自負額制度。總歸而言就是健保局無法承擔所有的醫療費用。但是醫療行為過程與醫療服務項目繁雜，必難套於如此概括規定的健保制度上。健保制度原始根源於採「大數法則」、危險分擔」的保險制度，利用群體的力量幫助少數需幫助的人；國家輔助機制介入

³¹⁷ 會務報導，台灣醫界，第51卷第5期，2005年5月，健保局對於「論病例計酬」案件建請考量新特殊材料成本，或同意保險醫事服務機構收取差額的函覆略以：因科技進步研發而使論病例計酬案件之同一品項特材成本提高，致醫療成本與健保給付差異過大時，請保險醫事服務機構依作業流程提供具體修訂意見，相關申請表單置於該局全球資訊網/醫事機構/各類申請表單。

³¹⁸ 依健保法第六十四條：「醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。」

³¹⁹ 依健保法第八十二條：「保險醫事服務機構違反第六十八條之規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。」

³²⁰ 依健保法第八十一條第一項：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

³²¹ 依健保法第八十三條：「保險醫事服務機構違反第六十八條規定，或有第八十一條第一項規定行為，保險人除依第八十一條及前條規定處罰外，並得視其情節輕重，限定其於一定期間不予特約或永不特約。」

的同時不宜變更醫療核心價值，否則會讓醫療品質退步，最終「以健保規章取代醫學教科書」³²²。

三、對自費醫療之限制

對於何者屬自費醫療費用，其屬性如何？有不同之說法：一、以公法私法兩者並行來看，全民健保法第六十八條規定，醫事服務機構特約不得自立名目向保險對象收取費用，否則處以五倍罰鍰，這條規定之本意乃在於防止醫事服務機構利用診療機會向民眾濫收費用，立意良善，惟在文義上容易引起疑義。結果造成醫病雙方在醫療方法、手段選擇上的困擾，並且也引發衛生主管機關以監護心態干預醫師與民眾之締約自由，因為全民健保所保障的對象乃是全民最基本的醫療照顧，若保險對象自願在保險給付範圍之外另行與醫事機構訂定一般醫療契約，購買品質較高的醫療服務，應可歸屬契約自由、意思自主的範圍，只需要受到一般民事契約及醫療法規的規範，衛生主管機關的干預實非屬必要，且有違民主憲政之精神。因此若保險醫事服務機構與求診民眾以私法醫療契約關係，額外提供醫療給付，而收取之對價，應不在健保法第六十八條之規定之限制範圍³²³。

（一）依公法關係的內涵

特約保險醫事機構對保險人負有遵守此彼此合約規定的義務，保險對象並不得直接對醫療院所有所主張，此即所謂「不真正利益第三人契約」；換言之，居於第三人之保險對象並無真正的「權利」可以主張。在「全民健康保險醫療辦法」、「全民健保醫事服務機構特約及管理辦法」等，充斥著許多對醫事服務機構的規定，同時也影響到醫事服務機構對於保險對象在醫療行為之權利義務關係。

（二）依私法關係的內涵

依公私並行的詮釋，健保之醫療契約內涵與一般醫療契約並不雷同，例如醫事服務機構基於治療上的必要，決定採取某些特定醫療手段，保險對象也同意施行，若醫師未事先明確告知保險對象此項特定醫療方法，並不在保險給付範圍之內，若從傳統醫療契約的觀點來看，在契約雙方當事人完整的合意下，病患即無對於該項醫療費用請求權之抗辯餘地，因這項請求權具有完整的私法醫療契約為

³²² 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列8：醫療費用（下）-全民健康保險不給付、不完全給付與限制給付規定，台灣醫界，51期10卷，2008年，頁42-49。

³²³ 徐富坑，全民健康保險法對醫療費用限制之研究，東吳大學法律學碩士論文，2008年7月，頁95-99。

其請求基礎。然而在釐清醫療關係中公法部份的效果後，私法之醫療契約部份也必須相對應地調整，必須更明確地釐清當事人之間所締結的私法醫療契約的內容。醫事機構以遵守健保程序規定為條件，同意提供醫療服務，但是若醫師認為有必要進行健保範圍之外的醫療行為，則必須明確告知並另行徵求患者之同意。依醫療服務之特質，即使健保醫療不給付之範圍或給付項目的限制，並不因此降低醫師對於病患的生命、健康的照顧義務責任，若為治療上所必要，醫師仍應提供病患必要的資訊，不得以「健保不給付」為由，放棄提供必要的診療服務，此時應向病患說明併告知健保給付範圍，以及基於其專業知識判斷所建議的診療方式，給予病患選擇的自由³²⁴。

四、保險人特約管理之限制

畢竟全民健保為社會保險，非社會救助，而保險給付有其限度，受限於財務現實，健保局對於一些藥品、醫材、手術或治療方法，有所限制或須事前審查。倘因該限制而造成保險對象之病情惡化，雖難由保險人負全責，然是否成立「強制健保特約限制下的醫療損害」尚有爭議。使用自費分擔方式可緩和健保局財務窘況，亦為可分擔醫療給付拮据的措施。至於有人無力負擔自負額，以致僅獲得較低或較危險的醫療服務，也是資本市場經濟運作下在所難免之殘酷事實。就醫療個案論，醫事人員須善盡說明義務，並協助病患因醫療方法之限制可能造成之損害；保險人亦應妥善健全提供符合最低人性尊嚴需求之醫療體系。若非如此而造成被保險人誤以為強制健康保險所給付已完備，則須論醫療疏失之責³²⁵。

第二項 醫療契約合併商業保險下的新道德危險

第一款 醫療契約

一、醫療契約的成立

「契約自由」為近代民法的原則，除法律別有規定外，任何人間有締結任何契約的自由。醫療契約的成立，是醫病雙方合意以診療疾病、恢復健康為目的所訂定，屬於有償性雙務契約。雙方應依「債之本旨³²⁶」互負給付義務以履行債務，

³²⁴ 徐富坑，全民健康保險法對醫療費用限制之研究，東吳大學法律學碩士論文，2008年7月，頁95-99。

³²⁵ 黃茂榮，醫療契約（三）植根雜誌，2009年3月，25卷3期，頁81-89。

³²⁶ 所謂債務者，係指債務人向債權人，為一定行為或不行為之一種義務。債之內容，在向債務人請求為特定之行為，債務人滿足債權人之作為或不作為又稱給付。曾隆興，民法債編總論，

醫療提供者主要所負的為「醫療服務」之提供，病患主要所負的主要是因醫療服務所生「醫療費用或委任報酬」的對價。故醫療契約除探究醫病雙方的締約真意外，更須辨明當事人的實益，主要在於釐清醫療契約下醫病間權利義務的主體，以正確論斷契約責任的歸屬，最終目的則在於滿足醫病雙方損害賠償的請求。由於醫療業務的特殊性，國家對於醫療相關法律規範可謂慎重³²⁷。一般認為醫療契約中，一方當事人為病患，另一方為醫療機構，而醫事人員僅是醫療機構僱請之使用人或輔助人，並非契約當事人主體³²⁸。醫療契約係以病患專屬的生命、身體健康為給付所訂立之債權債務契約，故原則上有意識及完全行為能力人，應尊重其自由意志與醫療自主權所成立的醫療契約³²⁹。在健保制度下，保險醫事服務機構對於病人仍保有醫療契約上「醫療費用請求權」病人就診時是醫事人員據「債之本旨」履行醫療服務義務，病人此時亦應依據「債之本旨」而有給付醫療費用義務³³⁰。

二、醫療契約特色

(一) 醫療行為雖不以有償為必要，然仍以有償為原則，無償為例外，且診治之持續以無必要為終止期。

(二) 受任之醫事人員本於專業有醫療裁量權，原則上係獨立、不受病患指揮，為委任之病患利益為思考的方式，概念類似於以事務處理為內容，而有委任契約之性格³³¹。又醫事人員在醫療過程中，病患除了同意權外幾乎毫無置喙之餘地，與一般委任，受任人受委任人之意思左右不同。因此醫療契約只能說是類似於委

三民書局，1988年10月初版，頁1；林誠二，民法債編總論（上） 瑞興圖書，2000年9月，頁15。

³²⁷ 如醫療法詳細地規範了醫療業務、醫療廣告、醫事人力及設施分布及醫師之義務。

³²⁸ 依民法第一八八條第一項可知：醫事人員因執行職務，不法侵害病患之權利者，由醫療院所與醫事人員連帶負損害賠償責任。因此這種解釋讓病患有了雙層保障。黃丁全，醫療契約，醫事法，元照出版公司，2000年初版，頁249。

³²⁹ 至於限制行為能力人就醫，須依民法第七十七條、第七十九條的規定，須有法定代理人的允許承認始生效力。

³³⁰ 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列8：醫療費用(上)- 醫療費用法律關係、內容、消滅與承擔，台灣醫界，51期8卷，2008年，頁38-43。

³³¹ 戴修瓚，民法債論各論(下冊)，文光，1955年5版，頁3；史尚寬，債法各論(上冊) 自刊，1986年11月，頁361；林誠二，民法債編各論(中冊) 瑞興圖書，2002年初版，頁71-72；邱聰智，醫療過失與侵權行為，民法研究，五南圖書，2000年二版，頁413-415，孫森焱，新訂債法各論(中冊) 元照出版公司，2002年初版，頁192；劉春堂，民法債編各論(中冊)，三民書局，2004年初版，頁136-137。

任契約的「準用委任契約」之規定³³²。實務界不細分之，認為成立「委任契約」即是³³³。

(三)原則上有說明義務以取得病患同意之知情同意原則，其法理基礎為醫療法第六十三條第一項「手術之告知」³³⁴、第六十四條第一項「侵入性檢查或治療之告知」³³⁵、第八十一條與醫師法第十二條之一「診治之告知」³³⁶。但若據實說明病情，可能導致病人放棄治療或病情惡化，則醫事人員得憑專業判斷不予說明。

(四)無論有償或無償，醫師都應盡善良管理人注意義務。希臘哲學家的「西波克拉提斯醫師宣言」(The Hippocratic Oath)所提及的：「我將要憑我的良心和尊嚴從事醫業，病人的健康應為我的首要的顧念。」，此所強調的無非是「醫師的醫療行為須遵從不可傷人的基本道理」³³⁷。

(五)醫學領域浩瀚、疾症範圍駁雜，故醫療契約最終履行不以治癒病情為必要，但醫事人員須具備同儕當時之通常技術水準。

(六)除非當事人有「包醫」的約定，否則每一個醫療行為告一段落後，醫事人員即可請求報酬³³⁸。

三、醫療契約之內容

³³² 孫森焱，論醫師為診療行為應負之義務，鄭玉波先生七秩華誕祝賀論文集，三民書局，1988年初版，頁167-169；孫森焱，民法債編總論(上冊)，自刊，2002年修訂版，頁40。

³³³ 臺灣臺北地方法院，89年重訴字第472號民事判決(臺大子宮肌瘤摘除案)2002年3月29日。

³³⁴ 醫療法第六十三條第一項：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」

³³⁵ 醫療法第六十四條第一項：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」

³³⁶ 醫療法第八十一條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」醫師法第十二條之一：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」

³³⁷ 王皇玉，整型美容、病人同意與醫療過失中之信賴原則—評台北地院九十一年訴字第七三〇號判決，月旦法學雜誌，期127，2005年12月，頁50-63。

³³⁸ 郭躍民，全民健康保險特約醫事服務機構合約(特約醫院及診所)之研究，台大法律學研究所碩士論文，2004年7月，頁103-104。

因為醫療契約不似其他契約可以條列，每一次的醫療行為都因為病患本身的病情不同、醫師的知識技術不同及醫院設備不同，所以每一次契約內容都不盡相同。醫療契約的可見內容³³⁹：

(一)當事人之義務：

內容各自分為「醫療機構」、「醫師」及「病患」之義務³⁴⁰，即醫療與就醫行為為適法性的原則，建立於信賴保護原則之上。

(二)契約內容債之關係：

醫療行為本與民法「債之關係」有關³⁴¹。給付義務可再分為「主給付義務」、「從給付義務」及「附隨義務」。

「主給付義務」是醫療契約所固有，用以決定醫病關係類型之基本義務。即醫事人員運用當代醫學知識及技術，儘速正確的提供診斷給付，並提供適當安全之治療給付³⁴²。原則上醫療契約中的「主給付義務」對雙方當事人負有「對價關係」，違反醫療契約主給付義務之效果有拒絕給付、同時履行抗辯與解除權之限制與不完全給付³⁴³。惟臨床醫療實務面上行為類型之多樣性與複雜性，若執意如此恐對醫方過苛，因而發展基於誠實信用原則及契約之補充解釋「從給付義務」，其包括：忠誠義務、解釋義務與通知義務、協力義務、提出及同意查閱義務與檢查義務。違反醫療契約從給付義務之效果有同時履行抗辯、受領遲延、獨立依訴請求以及強制執行及解除契約。

所謂「附隨義務」，係指與契約履行無直接關聯之其他非獨立性義務，此係為保護債權人關於給付以外的法益，不會因債務人債務的履行而受損害，通說為「誠實信用」原則³⁴⁴，即醫事人員具有說明義務、指示與諮詢義務、保密義務、

³³⁹ 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列6：醫事服務機構與保險對象的法律關係-醫療契約(上)，台灣醫界，51期5卷，2008年，頁42-47。

³⁴⁰ 黃丁全，醫療契約，醫事法，元照出版公司，2000年初版，頁268-276；張世展，論醫療行為有關民法上損害賠償諸問題，司法院印行，2004年11月，頁220-229。

³⁴¹ 民法第一百九十九條第一項：「債權人基於債之關係，得向債務人請求給付。」故醫病雙方之醫療契約依「債務本旨」，病患有向醫事人員請求履行醫療行為之權利。

³⁴² 孫森焱，論醫師為診療行為應負之義務，鄭玉波先生七秩華誕祝賀論文集，三民書局，1988年初版，頁168。

³⁴³ 即民法第二六四條之「同時履行抗辯權」、第二六五條之「不安抗辯權」、第二六六條之「債務人負擔主義」。

³⁴⁴ 王澤鑑，民法學說與判例研究，第四冊，自刊，1983年，頁90-8；孫森焱，民法債編總論，

照顧義務、保護交易安全義務、協力義務及契約履行後之義務等。違反醫療契約附隨義務之效果為固有利益之損害賠償³⁴⁵、解除或終止契約³⁴⁶。實務上「從給付義務」與「附隨義務」界線模糊，未嚴格區分。

第二款 醫療契約之請求權

一、以私法醫療契約為基礎

保險對象對於保險醫事服務機構並無直接保險醫療給付請求權，醫病之間原就存在私法上醫療關係的醫療契約，藉此保險對象才能作為其請求醫療照顧的依據。換言之，保險醫事服務機構是基於此私法醫療契約，才對保險對象提供醫療服務，對於健保局則是基於健保合約負有提供合乎健保「適當醫療服務」的義務。保險對象因私法醫療契約所生之醫療費用，健保局在符合健保規定範圍內予以承擔。因此就醫過程中仍有私法上的醫療契約為基礎，如此才能使保險對象的醫療得到確保，不致因為健保給付規定的限制，而危及保險對象的醫療照顧權益。

然若健保費用核付過程中有不可歸責於保險醫事服務機構卻被核刪，保險醫事服務機構對於保險對象應仍保有基於醫療契約之醫療費用請求權。私法醫療契約係以健康之回復目的，當病患以保險對象就醫時，醫病雙方應有包含向健保局申請合於「健保規定醫療給付」醫療服務的合意，若有其他不合「健保規定醫療給付」的醫療服務，應據實向保險對象說明並徵得同意。因此在健保制度下，雖然醫病間存在私法醫療契約，具有請求回復健康的意思，但亦存在有請領健保醫療給付之意思，醫事人員應先提供合於「健保規定醫療給付」的醫療服務³⁴⁷。

二、全民健保下保險給付之請求權

全民健保關係生效後，被保險人對保險人負保費繳納義務；當保險事故發生時，被保險人可主張其保險給付請求權。健保局傾向以「實物給付」的方式，藉由與醫事服務機構締結行政契約來履行保險給付，此行政契約成立了公法上業務委任關係，以規範特約醫事服務機構提供健保醫療服務之義務與請求費用承擔之

上冊，自刊，2002年修訂版，頁12；林誠二，民法債編總論，下冊，瑞興圖書，2001年初版，頁91。

³⁴⁵ 附隨義務不同於主給付義務，無從訴請法院判令強制執行給付，惟債務人如不履行附隨義務，仍得依不完全給付請求損害賠償。此時請求權基礎為民法第二二七條第二項並適用民法第二二七條之一的準用規定。

³⁴⁶ 吳志正，醫療契約論，東吳大學法律學碩士論文，2005年7月，頁188-214。

³⁴⁷ 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列6：醫事服務機構與保險對象的法律關係-醫療契約(下)，台灣醫界，51期6卷，2008年，頁48-53。

權利。委任人之健保局必須確認受任人之醫事服務機構有能力確實提供適當的、保障相關當事人之權利及利益的任務履行，委任人也從而取得對受任人要求資訊及監督的權限。一般醫事服務機構所承擔之健保業務，即是以此委任關係為基礎。就此委任關係來觀察，健保局就健保醫療服務的內涵項目、程序、標準等訂定繁複的細目，以規範由其所提出之醫療服務水準能符合健保保險關係的要求，故我國健保體制乃是採取實物給付為原則，金錢給付³⁴⁸為例外之混合類型³⁴⁹。

第三款 道德危險與全民健保

一、道德危險的產生

「道德危險」是預測一位理性消費者在價格下降時所作的反應。消費者因為實際支付費用的下降，而引發醫療資源過度使用之虞，進而助長了醫療費用支出無可抑制地膨脹。供給面的誘發需求與需求面的誘發需求探討論量計酬下所產生之道德危險，其中供給面的誘發需求包括：醫療體系缺乏整合、醫療生態嚴重扭曲；科技進步及醫師薪獎制所致；支付制度的瑕疵等等。而需求面的誘發需求則包括：醫療層級不同、給付限制不同；民眾醫療知識不足、缺乏成本概念；部分負擔制度設計不當等等。健保支付制度的改革欲達到「醫療專業自律」、節制醫療浪費、提昇病人權益、合理分配行政資源之目的。然而健保支付制度之設計同時，也可能引發道德危險的產生，而影響醫院經營模式及醫療品質³⁵⁰。

二、以吃到飽自助餐式消費全年健保

由於全民健保係屬社會福利政策中社會保險之一環，其所具有的「大數法則之費用共攤」特性、與「連帶責任之資源再分配」效果，類似「吃到飽自助餐」的服務功能性格，責任消費與資源重分配以共取所需。「吃到飽自助餐」所標榜

³⁴⁸ 所謂金錢給付類似通常之商業醫療保險，由被保險人自行就醫納費後，持醫療費用之收據與診斷書向保險人請求金錢給付，在全民健保制度下實屬少數之例外，如健保法第五十五條關於核退自墊醫療費用規定：「一、於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。三、於保險人暫停停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。五、依第四十七條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。」

³⁴⁹ 蔡維音，健保給付之手術發生醫療疏失造成傷害，可否請求國家賠償？月旦法學教室，第13期，2003年11月，頁24-25。

³⁵⁰ 蔡佩瓊、楊志良，論量計酬下道德危險的產生，台灣醫界，第45卷，第3期，2002年，頁175-177。

的物超所值誘發了撈本心理，濫用健保福利觀念會誘導人性貪念，而忽視了責任觀念與倫理道德的規範，被保險人陷入道德危險情事而導致的保險給付支出增加，顯示人性貪念的道德危險產生類似「吃到飽自助餐」的物超所值效應。

雖然二代健保推出後亟欲擴大費基，讓被保險人所繳納的保險費隨其所得增加而增加，與自助餐式的定額費用負擔方式不同。然在單一保險人制度下，繳納保費與所應得保險給付並無實質對價關係，更容易讓被保險人忽視權利與義務的責任觀念，而誘發「自助餐效應」的「不用白不用」撈本心態，造成部分醫療資源不當使用，勢將導致誘發需求的資源浪費與費用負擔的增加³⁵¹。

三、控管浪費之健保體制對醫病關係的影響

因健保保費已預付，於「保險事故」發生時，民眾容易誤認其是對於特約醫療院所享有請求醫療給付的權利，享有「免費」之醫療服務；實則醫事服務機構乃是基於「利益第三人契約」之效果，免除被保險人之部份醫療費用。而存於醫病間之醫療契約，同時履行「健保局所負保險給付義務」及「其本身所締結之醫療契約」，此時之醫病關係已非過往單純之私法契約可解釋。健保行政為了控制經費、減少醫療資源支出、避免保險對象或醫療院所吃到飽自助餐式消費全年健保，在計費方式上、給付要件與範圍上、費用核付之考核上，都做了層層的控管，以節約健保醫療資源。國內採單一保險人制度，即便恩威並濟的健保局所設下管制嚴苛，醫療院所也必須對其言聽計從，考量漸漸跳脫「西波克拉提斯醫師宣言」而「在商言商」，對於給付高昂者趨之若鶩，面臨給付低廉或經濟效益不佳者卻避之唯恐不及，已直接影響醫療院所，間接包覆於整個醫療體系生態上³⁵²。

第四款 開發醫療自費

一、醫療產品創新以跳脫健保限制

醫療費用支出不斷攀升在資源有限的情況下，健保局又逐步採行更嚴苛的給付制度，限制醫院服務的經營與利潤，醫療院所面臨「顧及民眾權利，維持醫療服務品質」及「醫院營運」的雙重壓力，醫院經營更形困難，甚至面臨虧損窘境。

³⁵¹ 柯木興、林慧芬，談社會保險與自助餐(Buffet) 國家政策論壇，2003年10月，頁220-222；柯木興，談社會保險與自助餐(Buffet) 壽險季刊，期131，2004年3月，頁22-25。

³⁵² 蔡維音，從全民健保觀察醫病關係之變遷，應用倫理研究通訊，第21期，2002年1月，頁25-29。

在此情形下，不受健保制約的自費項目成為醫療院所營運的一線生機，許多醫療院所被迫積極進行產品創新，開發健保之外的收入來源而跳脫健保限制，提供緻客製化之醫療服務以爭生存空間。醫療院所欲提升醫院營運收入，可深入分析考量地區民眾需求，進而強化及發展特色化醫療專科，規劃多元化的經營並增加自費項目，如此可創造出不受到健保「總額預算」、診斷關聯群制度」束縛的醫療市場，提升醫院本身的獲利能力³⁵³。又提供創新便民的服務及設施，達成提供民眾優質醫療服務及提振醫院營運狀況之雙贏局面³⁵⁴。

二、供給者誘發需求

在資訊不對稱的醫療市場裡，醫療院所藉著其在資訊上的優勢，影響病人對醫療服務的需求，以滿足醫療院所自身的利益，此即稱為是「供給者誘發需求」(Supplier-induced demand) 如一個地區醫院病床數增加後，在其他因素不變的狀況下，病床利用率隨之增加；或一個地區的外科醫師增加後，手術次數亦增加³⁵⁵。此假說中，認為求醫行為中，唯「初診」由病人或病人家屬自行決定，後續之醫療行為與複診，多半是由醫師來決定³⁵⁶。

三、規劃多元化的經營與負面特性

過往醫界以「獨立王國式的醫療經營」，享有充分的專業自主性，等待顧客自動上門就診的經營心態，在健保局一波波給付制度改革的衝擊下，醫療管理者漸漸採取多元規劃整個醫療事業，如提供自費醫療服務、經營社區健康管理、協助長期照護及安養之家等，擴大醫院價值鍊、跳脫健保加鎖而提升競爭力。「自費醫療」(self-pay treatment) 即一般醫療保險不給付之項目，包括：健康檢查³⁵⁷、預防醫學³⁵⁸、美容醫學³⁵⁹、高貴醫材³⁶⁰使用等，醫療費用由「顧客」自行負擔。目前各醫院的自費醫療服務只佔營收的 5-10%，反觀牙醫科擁有 50% 的自

³⁵³ 翁瑞宏、黃靖媛、黃金安、蔡文正，醫院對顧客知識吸收能力與自費醫療開發績效的相關性研究，臺灣公共衛生雜誌，27 卷 3 期，2008 年 6 月，頁 259-269。

³⁵⁴ 聯新醫療事業，醫療自費新氣象、醫院發展新方向，聯新醫管，46 期，2004 年 5 月，頁 1-2。

³⁵⁵ 林炳文，供給面誘發需求與醫療保健支出的關聯性，醫務管理期刊，7 卷 2 期，2006 年 6 月，頁 137-154。

³⁵⁶ 何姍姍，全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2004 年 6 月，頁 34-35。

³⁵⁷ 如自費核磁共振檢查、電腦斷層檢查、骨質密度檢測、肝炎檢查、腫瘤標記指數檢查等。

³⁵⁸ 如營養諮詢、體重控制等。

³⁵⁹ 如雷射去斑除皺、玻尿酸微整型、自體脂肪移植、雙眼皮手術等。

³⁶⁰ 如疝氣人工網膜、骨折解剖型鋼板、人工椎間盤、牛心瓣膜等。

費服務³⁶¹，這說明醫療院所仍有極大空間待開發者這塊自費大餅。為了因應健保大環境的高度演化速度，醫療機構必須以更開放的觀念，設置「邊防單位」而擴大服務範圍，轉移健保核心事業的重心，以降低健保給付的極度不確定性帶給醫療機構的衝擊。然而自費市場也不是醫院經營的萬靈丹，其負面特性如下：

(一) 產品生命週期較短：

受歡迎的「自費醫療產品」造成同業競相模仿，價格競爭下，導致產品維持長久不易。

(二) 產品開發時間長：

無健保局背書下的自費醫療通常是「新開發的」，本身即須試驗、磨合、再訓練等程序，準備時間久而投入成本高。

(三) 顧客要求較高：

非全民健保給付而須「病友」自行負擔的醫療，服務當然要求更高才具吸引力。

(四) 市場敏感性高：

受到寒暑假、經濟景氣與否環境的影響大³⁶²。

雖然醫院已積極投入新自費醫療的開發，但所開發出來的醫療服務確未必能符合病患不同的需要，進而帶來良好的績效表現，尤其是民眾在有健保局來支付其大部分的醫療費用的情形下，如何讓民眾完全自掏腰包來使用醫療服務，對醫院自費醫療的開發更是一大挑戰

四、自費醫療市場調查與趨向

自費醫療服務有增加的趨勢。為了治癒疾病，多數民眾就醫時以「醫術好」、「較信任」為主要選擇依據，無論自費就醫與否，部分民眾也認為自費的藥品較佳，而自費就醫者對全民健保制度較不滿意，此顯示部分民眾是因為對全民健保之現狀不滿意轉而尋求自費就醫，造成自費者對全民健保滿意度較差的情形。因慢性病患者較重視照護的持續性因素，故患慢性疾病者較急性疾病者易自費就

³⁶¹ 如自費植牙、齒列矯正、美白牙齒等。

³⁶² 劉燦宏、任文瑗、趙嘉成、崔岡、邱文達，以顧客關係管理觀點探討自費醫療服務，醫務管理期刊，5卷3期，2004年9月，頁304-321。

醫。病患教育程度越低者，似乎較偏好選擇自費就醫³⁶³。市場競爭程度越高的醫療區域，因醫院會以增加自費醫療服務來因應醫療市場的高度競爭行為，故醫院的自費醫療服務項目數量也越多。而醫療市場競爭激烈之區域多集中於大都會區，以臺北、臺中為首，以基隆、臺東為尾³⁶⁴。研究民眾自付醫療費用之狀況，發現就醫次數愈多者、以及商業健保附加險之保費愈高者，其自付費用愈高，但民眾月收入多寡對自付費用高低並沒有顯著影響³⁶⁵。

第五款 開發自費醫療產生商業保險的新道德危險

商業保險基於私法自治原則，其著眼點在於個人的公平性，非社會保險的社會適當性，建立在契約的自由，由眾多的保險人彼此競爭、迎合保險對象，以獲得交易的機會。商業保險給付額度較高，但覆蓋範圍較寡。惟現實考量上，商業保險畢竟以營收獲利為最高指導原則，其保險人為降低出險率，對於風險高之被保險人經常會拒絕承保，導致高風險之族群被排除在商業保險保障之外。保險人與被保險人有明顯的資訊落差，造成出險時的理賠常會各執一詞。但自由市場終究會自動調整商業保險涉入近年來，保險業會計制度修訂而提高清償能力，使業者承受龐大增資壓力，此種對商業保險之要求標準，已實質超過他類商業領域，因此商業保險已賦予某程度的「社會化」的角色。

社會保險乃為協助弱勢者，分攤其所不能承受的風險，其給付標準有其限制，國家並不能強制人民針對「不必要的給付標準」作自我預護，而忽略個人亦可循個人儲蓄或商業保險達到相同的效果。國家亦不能要求所得高者替弱勢者分攤保險費，蓋社會保險之目的僅在落實社會連帶主義「同求生存、自助互助」之精神，終究非追求眾人均富均貧之社會主義共產思想³⁶⁶；反之國家也不該扼殺個人計欲追求健康的理想。

在日益普及的私人商業醫療保險下，民眾提高商業健保附加險保費的同時無

³⁶³ 蔡文正、邱聖豪、龔佩珍、陳綾穗，健保民眾選擇至非健保特約診所自費就醫因素之探討，醫護科技學刊，4卷1期，2002年1月，頁15-30。

³⁶⁴ 王敏容、王如萱、王佳惠、郭乃文，市場競爭程度對醫院開發自費醫療服務之影響，北市醫學雜誌，2卷10期，2005年10月，頁895-906。

³⁶⁵ 何珊珊，全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2004年6月，頁77-78。

³⁶⁶ 江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色—以健康安全及老年經濟安全為中心，月旦法學雜誌，179期，2010年4月，頁76-98。

非於保險事故發生時，得到雙重保障——健保之實物給付與商業保險之金錢給付，或多或少因此產生較高的新道德危險。醫療院所在健保局嚴苛支付制度改革下，轉型多元經營自費醫療產業，也對民眾產生新道德危險而推波助瀾地「增加」民眾利用商業醫療保險的使用率。健保局若一味禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，除了簡化行政推動、防止醫事服務機構詐欺保險人外，雖然也會抑制新道德危險，無疑也扼殺被保險人追求高品質健康的理想，防堵了商業保險理賠金額提升。此政策對健保局降低保費的給付有限，對被保險人健康提升無助益，相反地卻可大大降低私人保險理賠負擔。

健保漫長而不確定的改革路途上，須積極尋求醫療體系的信賴、及民眾對社會保險之「去自助餐化」認同。法案形成過程、改革制度理念、及財務控管原則等良善機制需經民主程序粹煉，絕非少數專家學者意見即可決定。汲汲營營於費用之審核、制度之演化、與對醫療機構、保險對象之監控，未必能達成費用控制的目的，反而往往先犧牲了制度之本旨：為增進全體國民健康。終究以「人」為基礎互動的社會機制，非以「制度」、「財務」、「統計」等為考量中心，才可常常久久順利經營運作。

第三項 醫事服務機構對保險人之詐欺

第一款 保險詐欺

一、保險詐欺定義

雖然實務見解上無明確定義，依據「國際保險詐欺協會」在法律用語上，保險詐欺係指「以犯罪手法欺騙保險公司使其相信發生意外或損失等，以企圖獲取保險金之賠償」³⁶⁷。簡言之即「實施詐術，騙取保險金之犯罪」³⁶⁸。或「施詐術，濫用保險制度，以獲取財物或其他財產上不法利益」³⁶⁹。

二、白領犯罪

全民健康保險自開辦後，醫療服務總申請費用逐年俱增，除了民眾就醫習慣、醫療進步而費用高漲、給付制度使然外，亦有少數不肖之醫療機構或醫事人

³⁶⁷ 劉政明，國際保險詐欺協會簡介，壽險季刊 101 期，1996 年 9 月，頁 126。

³⁶⁸ 林山田，刑法特論（上），三民書局，1989 年 9 月，頁 349。

³⁶⁹ 甘添貴，體系刑法各論第二卷，瑞興圖書股份有限公司，2000 年 4 月。

員詐領健保費，以虛報項目、浮報件數或其他方式詐領健保給付，或由醫院與特定病患勾結，開立虛偽證明或偽造不實病歷。而絕對不會被認為是犯罪者、且受人尊敬的醫事人員，從事具有高尚情操的醫療行為時，一時間可能會做違反法律的行為，竟成為「白領犯罪者³⁷⁰」。

第二款 全民健保違規醫事機構資訊統計

依據中央健保局「全民健康保險特約醫事服務機構查處統計表」之數據，從1995年3月實施全民健保至2011年3月，因違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」而受違約記點、扣減費用、停止特約、終止特約等處分之醫療院所家數，從1995年開始實施全民健保至2003年之前是逐年增加趨勢，在2003年至2006年間達到高峰的每年約1,300家，之後維持每年約五、六百家。

以違約類別觀之，醫療院所被「扣減費用」的違規情形係包括：未依處方箋或病歷記載提供醫療服務、未經醫師診斷逕行提供醫療服務、處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符、未記載病歷，申報醫療費用等³⁷¹。醫療院所被「停止特約、終止特約」的違規情形係包括：謊報疾病、製作不實就醫記錄、虛報醫療或藥事費用、未經醫師診斷逕行提供醫療服務、停約期間仍提供醫療服務、施行自費美容手術卻申報醫療費用等。當然，健保詐欺的手法與頻率可能不僅止於上述態樣。

表五，全民健康保險特約醫事服務機構查處統計表（單位：家次）³⁷²

處分類別	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	總計
1995年3~12月	159	4	40	20	223
1996年1~12月	238	19	262	85	604
1997年1~12月	126	34	250	161	571
1998年1~12月	165	62	246	143	616

³⁷⁰ 「白領犯罪(White-collar Crime) 是由美國犯罪學家薩瑟蘭埃德溫哈丁(Sutherland, Edwin Hardin) 所首先倡議的。維基百科全書，白領犯罪，網頁 http://en.wikipedia.org/wiki/White-collar_crime；或 Sutherland, Edwin Hardin, White Collar Crime, 1949, New York: Dryden Press.

³⁷¹ 林虹榕，健保詐欺型態之研究，國立台北大學犯罪學研究所碩士論文，2008年，頁32-37。

³⁷² 行政院衛生署中央健保局之健保資訊公開，違規醫事機構資訊 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=2401&WD_ID=691

1999年1~12月	445	97	230	67	839
2000年1~12月	304	76	218	35	633
2001年1~12月	295	135	237	33	700
2002年1~12月	421	288	56	25	790
2003年1~12月	412	853	162	11	1,438
2004年1~12月	231	1,019	90	4	1,344
2005年1~12月	192	568	228	11	999
2006年1~12月	174	885	224	26	1,309
2007年1~12月	165	241	149	17	572
2008年1~12月	136	154	138	18	446
2009年1~12月	68	234	207	27	536
2010年1~12月	159	215	114	53	541
2011年1~3月	21	53	26	6	106
合計	3,711	4,937	2,877	742	12,267

第三款 健保醫療與醫事行政違法實錄³⁷³

若以違約的實質內容分類，我國健保開辦後，醫事服務機構的醫療違法大略可分九大類。

一、未具資格而執行醫療業務

即俗稱之「密醫」或「冒用他人名義看診」實際上就是指「無照行醫」也就是醫師法第二十八條³⁷⁴所稱「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者」且不符合其但書者。實務上常見到的方式有：

(一) 無照醫師出資聘僱合格醫師合作看診、或租用已高齡退休之醫師執照獨自看診。

(二) 合格醫師聘僱無照醫師共同執業。

³⁷³ 劉在銓、葉鑫亮，健保下的陰影—健保醫療35項違法實錄公開，商周出版，2000年10月。

³⁷⁴ 醫師法第二十八條：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。三、合於第十一條第一項但書規定。四、臨時施行急救。」

(三) 未具專科資格醫師冒用具有專科資格醫師名義看診。

(四) 無照醫師變造或偽造醫師執照。

(五) 無醫師指示下，助理人員單獨執行醫療業務。健保開辦初期時、或較偏僻鄉壤處較盛行，如今民智開化此情況漸微³⁷⁵。

二、謊報就醫紀錄而虛報費用

病換未至醫療院所看病卻有就醫紀錄。實務上常見到的方式有：

(一) 盜刷他人健保卡、偽造病歷、假辦住院記錄。

(二) 自創健保卡卡號虛報看診紀錄。

(三) 以多次刷健保卡換取日常用品。

三、虛報或重複申報術式

病換真至醫療院所看病，而醫事人員卻虛報實際上未施行之手術或檢查項目，以溢領健保費用。實務上常見到的方式有：

(一) 無中生有的術式。

(二) 重複曾執行之術式。

四、以低報高之術式

醫療院所實際上進行依「全民健康保險支付標準」支付較低點數之診療或手術行為，卻將其轉換成較高支付點數之項目加以申報。實務上以判斷「有、無」或「單、雙」之形式審查為主³⁷⁶，若關於「部分、完全」或「模稜兩可」之術式，

³⁷⁵ 實務上常見到的方式有：(一) 無照醫師出資聘僱合格醫師合作看診、或租用已高齡退休之醫師執照獨自看診。(二) 合格醫師聘僱無照醫師共同執業。(三) 未具專科資格醫師冒用具有專科資格醫師名義看診。(四) 無照醫師變造或偽造醫師執照。(五) 無醫師指示下，助理人員單獨執行醫療業務。

³⁷⁶ 如脊椎後融合術之無固定物(健保支付 13,480 點)與有固定物(少於六節者健保支付 19,406 點) 斷指再接合手術之一隻手指(健保支付 17,438 點) 二隻手指(健保支付 28,680 點)、三隻手指(健保支付 41,730 點)等。這類手術容易「量化」故以形式審查即可判斷虛實。

也常只能由病歷記載得知而較困難實質審查判斷³⁷⁷。

五、以低報高之藥品品項或數量

實際上開立低價藥品或較少數量之藥品給病人，卻向健保局申報高價藥品或較多數量之藥品。實務上常見到的方式有：

- (一) 病患處方箋分成手寫和電腦版，向健保局詐領較高藥費。
- (二) 待病患離開後追加記載處方箋用藥。
- (三) 申報之處方箋內容與病歷記載不符。

六、施行非必要醫療行為或開立非必要藥品

此間涉及醫學倫理與醫療專業判斷，通常是爆發醫療糾紛時才經由醫療鑑定、司法審判而做正義判斷。

七、以自費名目收費附加健保給付名目請款

醫事人員一方面向病患收取自費費用，另一方面又向健保局申請健保給付。實務上常見到的方式有：

(一) 若保險對象針對健保法第五十一條所羅列十二款「非必須的醫療」而求診，醫事人員將原本需由病患自費負擔部分轉換為申報健保給付項目³⁷⁸。此時向病患收自費醫療，又用病患健保卡向健保局申報費用，形成兩邊收費，事實上是欺騙健保局及病患雙方以牟取不當利益，可能涉及病例登載不實、詐欺等有害社會正義行徑，明顯違背醫學倫理與法律。

(二) 若病患納入「診斷關聯群制度」後，依中央健保局函釋認為，既已納入健

³⁷⁷ 如肌腱完全切斷修補術(健保支付 5,236 點)與肌腱不完全切斷修補術(健保支付 3,939 點)；如關節鏡探查手術併施行滑膜切片、灌洗、清創(健保支付 3,000 點)與關節鏡下關節面磨平成形成術、打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術(健保支付 8,000 點)這類手術若有心浮報而紀錄詳盡，即使以實質審查病歷也難判斷其真偽。

³⁷⁸ 如「包皮過長併包莖炎」屬於疾病狀態，則其手術費用可以由健保來支付；然若是「單純包皮過長無合併發炎」按規定非屬疾病狀態，其手術治療必須自費；又如將原本需自費負擔之「割雙眼皮」手術記載為健保給付之「睫毛倒插」、眼或瞼內翻」手術，向病患收取自費負擔後，又變更名目向健保局申請給付，即係以自費名目收費附加健保給付名目請款。蔡甫昌、楊哲銘、謝博生，自費項目申報及同一療程重複申報健保給付所涉倫理法律問題，台灣醫學，10 卷 2 期，2006 年，頁 243-247。

保給付且符合適應症者，不得收取自費³⁷⁹。因健保局已包裹支付其醫療費用，若擅自「額外」要求病人自費，就是「實質收受全額健保給付費用、實際卻只應用部分健保支付品項」。在健保局尚無法抽離出包裹支付品項前³⁸⁰，在「診斷關聯群制度」下使用自費醫材仍為健保局所認定之詐欺。

八、浮濫住院或虛報住院日數

實務上常見到的方式有：

- (一) 浮報病患住院人數，醫院可申報健保給付，病患可能領取商業保險之理賠。
- (二) 浮報病患住院日數。
- (三) 降低住院標準，增加收治病患人數。
- (四) 安排安養中心老人虛報疾患而浮濫住院。

九、浮濫使用健保行政業務

浮濫或不實開立「重大傷病證明」、「診斷證明書」、「身分證明文件」、「病歷摘要」、「檢查報告」或「巴氏量表」等。以讓病患申請特定給付、補助，醫事人員於其中牟取不正利益。

第四款 健保詐欺之相關立法例

因為目前我國尚未有明確界定健保詐欺之立法，只有相似之法條，條列介紹我國全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、醫療法、醫師法、全民健保法與刑法有關之條文如下。

一、醫事機構違約之行政罰則³⁸¹

³⁷⁹ 如無其他合併症之閉鎖性股骨骨折，在醫學中心的「診斷關聯群制度支付定額範圍」為 63,694 點至 65,478 點，易言之健保局包套支付如斯費用給醫事服務機構，「包醫」從入院而到出院，中間當然包括手術費用、麻醉費、住院費、藥費與一切醫療器材費用等。若醫事人員使用非健保局所提供支付之鋼板、鋼釘、敷料或藥品，而由病患自費醫材，則為健保局所言禁止之列。

³⁸⁰ 如前揭註所示，無其他合併症之閉鎖性股骨骨折，在醫學中心的「診斷關聯群制度支付定額範圍」為 63,694 點至 65,478 點。如手術之主要醫材（如健保支付之鋼釘鋼板）若病患要求使用「新型解頰型鋼板」，則健保局應精算後，扣除抽離此健保支付之醫材後所應支付的定額範圍，再另行公布，而非完全禁止自費。至於非主要醫材（如敷料或藥品）所佔費用不顯著，則完全無禁止之必要。

³⁸¹ 李志宏、施肇榮，醫事法律案例解讀系列 10：虛報醫療費用及行政處分，台灣醫界，53 期 1

(一) 違約記點：

依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十五條所規定者³⁸²，保險人予某服務機構以違約記點一點。

(二) 扣減費用：

依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十六條所規定者³⁸³，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減某服務機構申報之相關醫療費用之十倍金額。

(三) 停止特約：

依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十七條所規定者³⁸⁴，於特約期間有下列情事之一者，保險人應予某服務機構停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月。

(四) 終止特約：

依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條所規定者³⁸⁵，

卷，2010年，頁29-34。

³⁸² 一、未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。二、違反第十條至第十二條、第十四條至第十五條、第二十四條、第三十一條第二項、第三十二條或第三十三條規定。三、未依本保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。四、未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。六、不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。七、經保險人通知應限期改善而未改善。

³⁸³ 一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。四、未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。六、第三十八條第三項，容留非依醫事人員法令規定之人員，執行應由特定醫事人員執行之業務。前項應扣減金額，保險人得於應支付服務機構之醫療費用中逕行扣抵。

³⁸⁴ 一、違反本法第五十八條、第六十二條規定，經保險人分別處罰三次後再有違反。二、違反依第三十五條規定受違約記點三次後，再有違反。三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定之一。四、以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。五、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。六、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。八、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。

³⁸⁵ 一、服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後十年內再有前條規定之一。二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。三、違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。四、容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務。五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他服務機構申報該服務費用。六、依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。第一項第四款，於醫療機構容留未具醫事人員資格，

保險人應予某服務機構終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年。此外同法之第四十二條之規定³⁸⁶，也應予終止某服務機構之特約。

(五) 醫療機構若違反「醫療法」第一〇八條³⁸⁷時，會被處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，處一個月以上一年以下停業處分或廢止其開業執照。

(六) 「全民健康保險法」第八十二條規定：保險醫事服務機構違反同法第六十八條之「自立名目向保險對象收取費用」規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。

二、醫事人員詐領健保可能觸犯之刑事罪責³⁸⁸

(一) 如未具資格而執行醫療業務、謊報就醫紀錄而虛報費用、虛報或重複申報術式、以低報高之術式、以低報高之藥品品項或數量、浮濫住院或虛報住院日數、浮濫使用健保行政業務等，則可能觸及刑法第二一〇條之「偽造變造私文書罪³⁸⁹」刑法第二一五條之「業務上文書登載不實罪³⁹⁰」與刑法第二一六條之「行使偽造變造或登載不實之文書罪³⁹¹」。

(二) 如未具資格而執行醫療業務、謊報就醫紀錄而虛報費用、虛報或重複申報術式、以低報高之術式、以低報高之藥品品項或數量、施行非必要醫療行為或開立非必要藥品、以自費名目收費附加健保給付名目請款、浮濫住院或虛報住院日

執行醫師以外醫事人員之業務者，已依第三十六條規定處分執行者，得免終止特約。

³⁸⁶ 一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。二、第五條第一項第二款或第三款之一。

³⁸⁷ 一、屬醫療業務管理之明顯疏失，致造成病患傷亡者。二、明知與事實不符而記載病歷或出具診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書。三、執行中央主管機關規定不得執行之醫療行為。四、使用中央主管機關規定禁止使用之藥物。五、容留違反醫師法第二十八條規定之人員執行醫療業務。六、從事有傷風化或危害人體健康等不正當業務。七、超收醫療費用或擅自收費項目收費經查屬實，而未依限將超收部分退還病人。

³⁸⁸ 施懿純、張綺芫，保險詐欺相關問題之研究，於朝陽科技大學舉行之保險金融管理學術暨產學合作研討會，2008年4月11日。

³⁸⁹ 刑法第二一〇條：「偽造、變造私文書，足以生損害於公眾或他人者，處五年以下有期徒刑。」

³⁹⁰ 刑法第二一五條：「從事業務之人，明知為不實之事項，而登載於其業務上作成之文書，足以生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。」

³⁹¹ 刑法第二一六條：「行使第二百十條至第二百五條之文書者，依偽造、變造文書或登載不實事項或使登載不實事項之規定處斷。」

數、浮濫使用健保行政業務等，則可能觸及刑法第三三九條之「普通詐欺罪³⁹²」。

(三) 公務員之醫事人員可能會觸及「貪污治罪條例」第五條³⁹³之罪責。

(四) 未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者會觸及「醫師法」第二十八條³⁹⁴之罪責。

(五) 醫師所犯情節重大者，會觸及「醫師法」第二十八條之四³⁹⁵之罪責。

(六) 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，會違反「全民健康保險法」第八十一條³⁹⁶。

第五款 因應新型態健保詐欺

不能只靠醫師或其他醫事的十二大團體處理整個健保資源的處理，而衛生署、健保局及相關的民間團體亦有其監督責任及管理機制。複雜又更動頻繁的健保規定與限制已超越醫師應承擔之範圍。惟就目前的健保制度下，醫師在執業過程中需要考慮的項目增加，像是申報規定及給付限制等問題，也因此醫師不再僅

³⁹² 刑法第三三九條：「意圖為自己或第三人不法之所有，以詐術使人將本人或第三人之物交付者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科一千元以下罰金。以前項方法得財產上不法之利益或使第三人得之者，亦同。前二項之未遂犯罰之。」

³⁹³ 貪污治罪條例第五條：「有下列行為之一者，處七年以上有期徒刑，得併科新台幣六千萬元以下罰金：一、意圖得利，擅提或截留公款或違背法令收募稅捐或公債者。二、利用職務上之機會，詐取財物者。三、對於職務上之行為，要求、期約或收受賄賂或其他不正利益者。前項第一款及第二款之未遂犯罰之。」

³⁹⁴ 醫師法第二十八條：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。三、合於第十一條第一項但書規定。四、臨時施行急救。」

³⁹⁵ 醫師法第二十八條之四：「醫師有下列情事之一者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分一個月以上一年以下或廢止其執業執照；情節重大者，並得廢止其醫師證書：一、執行中央主管機關規定不得執行之醫療行為。二、使用中央主管機關規定禁止使用之藥物。三、聘僱或容留違反第二十八條規定之人員執行醫療業務。四、將醫師證書、專科醫師證書租借他人使用。五、出具與事實不符之診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書。」

³⁹⁶ 全民健康保險法第八十一條：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。」

止於單純的盡最大專業能力提供病人最好的醫療服務，對於醫療專業工作的角色定位來說，也已漸脫離醫師所能掌控的範圍³⁹⁷。

健保局同時身居供給、需求與審判者的角色，醫界受到健保局寡頭式的領導。雖在司法院大法官釋字第五三三號解釋後，讓醫界在爭訟的程序上獲得明確的指引，行政契約雖然取代了健保局單方面的「高權行為」，使醫界與健保局處於較為平等的地位。然在公法契約的框架下，行政契約仍承認行政機關在契約中具優勢地位。終究健保治理體系與醫界均能以公益為念，密切合作而非對峙，才有利於作為公共財的健保制度的健全發展³⁹⁸。

原本有明文列舉健保不給付的部分，固然須由患者自費。但醫療服務種類態樣甚多，未為健保局明文列舉為給付項目的部分，亦應基於使用者付費原則由患者自付。但健保局經常以一紙公文片面告知這項服務健保局不給付但亦禁止醫療院所再向患者額外收費，依目前中央健保局函釋認為，納入「診斷關聯群制度」之病患，因健保局已包裹支付其醫療費用，若擅自「額外」要求病人自費，就是「實質收受全額健保給付費用、實際卻只應用部分健保支付品項」，故不得收取自費，否則有詐欺保險人之嫌。建議健保局可精算後，扣除抽離此健保支付之主要醫材費用後，再另行公布所應支付的定額範圍，而非完全禁止自費。至於非主要醫材（如敷料或藥品），所佔費用不顯著，則完全無禁止之必要。如斯作法只是「技術上的問題」，並非不可解決，也才不至於而令保險人、醫事服務機構、保險對象陷入僵局，可讓純粹為服務病患之醫事人員，從保險詐欺罪中解套。

第四項 併發醫療糾紛時之公私法關係

第一款 醫療糾紛之源由與歸屬

一、醫療糾紛之定義

傳統的醫師與病人間，醫師以醫療專業為病人治病，取得病人的信任，並向病人收取合理費用，醫病雙方互相信賴即可，醫病之間的關係單純。全民健保施

³⁹⁷ 李明濱，忍辱負重 同心捍衛醫界尊嚴，臺灣醫界，53卷5期，2010年5月，頁7-8。

³⁹⁸ 陳孝平，大法官解釋與全民健保—以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」憲法解釋之理論與實務，第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1)，2005年5月，頁114。

行後，醫師由診療者改變為醫療服務供給者，病人由求診者改變為醫療保險服務請求者，醫療費用由第三者之健保局支付，醫病關係朝向服務提供者與消費者之轉變，病人對醫療專業的信賴降低，醫療糾紛也隨之增加。所謂「醫療糾紛」(medical malpractice) 主因為醫療行為的不適當，造成的醫療傷害問題，可蓋分為廣義的與狹義的醫療糾紛。廣義的醫療糾紛泛指醫病之間的一切爭執，可分為病患認為自費項目收取費用過高、重複計價、疑義健保不給付品項之「醫療費用的爭執」³⁹⁹、醫病關係不和睦之「醫德的爭執」⁴⁰⁰、及醫療傷害責任歸屬的爭執。狹義的醫療糾紛則專指醫病之間存在的醫療傷害責任歸屬之爭執⁴⁰¹。

二、醫療糾紛之責任歸屬

全民健保特約醫事服務機構非屬健保保險關係之兩造，自然亦非此關係中之權利義務主體。保險對象之保險給付請求權應以健保局為對象，是否有給付障礙而有債務不履行之情形，亦應以健保局就保險關係之給付是否違反義務為準。即使醫事服務機構有部分業務涉及健保局之行政業務履行輔助人，然其主要業務仍為處理醫療行為，故產生醫療糾紛情形時，保險對象亦只得依私法上的醫療契約為法律基礎來處理責任歸屬，無由請求國家賠償；特約醫事服務機構之違約責任也只能另由健保局依合約追究，保險對象對醫事服務機構並無直接請求其履行健保特約之權利，僅能以第三人地位為舉發而已。全民健保醫事服務機構與保險對象之關係性質上為公私並行，於健保業務代行之外，平行存在一私法之醫療契約。病患接受醫療服務之法律基礎乃是私法醫療契約，醫療行為之實施非屬公任務之執行，因而在一般情形，只能依民事途徑來處理責任歸屬問題。若涉及醫事服務機構接受國家福利行政之健保規程指導，此間之醫療關係應為行使公權力之行為，所做之診療行為導致保險對象之損害，應有國家賠償之責⁴⁰²。

第二款 醫療糾紛之民事請求權基礎

因醫療行為導致病人傷亡而造成醫療糾紛，除了過失刑事責任外，最重要的

³⁹⁹ 我國為單一保險人制度，且依照醫療法第二十一條、第二十二條規定，被保險人可藉由向保險人或衛生主管機關申訴醫療機構之濫收、超收費情況，嚴格而言此並不屬於醫療糾紛。

⁴⁰⁰ 醫德的爭執雖屬廣義的醫療糾紛，但畢竟是「道德方面」，而非「法律層次」的醫療糾紛。

⁴⁰¹ 周天給，醫療糾紛之醫師民事責任之探討，國立政治大學法學院碩士在職專班碩士論文，2009年6月，頁49-50；張世展，論醫療行為有關民法上損害賠償諸問題，司法研究年報，第24輯，2004年11月，頁107。

⁴⁰² 蔡維音，健保給付之手術發生醫療疏失造成傷害，可否請求國家賠償？月旦法學教室，第13期，2003年11月，頁24-25。

是如何有效地填補病患或其家屬的損害，這種民事賠償責任的確立，是處理醫療糾紛的主軸。損害填補有三種模式：一、以過失為基礎：是誰的過失行為所引起的損害，就由該過失行為人負責，這是我國目前民事賠償責任的主軸。二、以原因為基礎：是誰的行為造成的損害，就由該行為人負責，只問損害原因，而不問過失與否，典型者如商品製造商之責任。三、以損害為基礎：只要有損害就有賠償，而不問損害之成因，典型者為保險責任⁴⁰³。在我國一般法院實務中，醫療疏失的原告仍以如同歐美法務界相同，主張侵權責任為大多數。然實然侵權責任之成立在於醫病關係具有義務關係；再者，醫病關係所生之各種說明、照顧、協力、保密等義務，無非而自於醫病間契約關係，繼而產生醫療契約的義務，提供侵權責任成立的內涵⁴⁰⁴。

一、侵權行為責任

病患可依據民法第一八四條第一項前段⁴⁰⁵、第一九三條第一項⁴⁰⁶、第一九五條第一項⁴⁰⁷，向醫事人員或醫療機構請求侵權責任之損害賠償，當然受害人所能請求之勞動能力價值，而依其學歷、經歷、年齡、技能等能力條件，以其能力在通常情形下可能取得之收入為標準⁴⁰⁸。若病患因醫療疏失致死，家屬得依民法第一九二條⁴⁰⁹規定請求支出之生活上需要之費用或殯葬費，並依據民法第一九四條⁴¹⁰、一九五條⁴¹¹規定請求「非財產上」之慰撫金賠償。

⁴⁰³ 楊秀儀，論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則，台灣本土法學雜誌，期 39，2002 年 10 月，頁 121-131。

⁴⁰⁴ 陳聰富，醫療法：第四講—醫療契約之法律關係（下）月旦法學教室，73 期，2008 年 11 月，頁 57-68。

⁴⁰⁵ 民法第一八四條第一項前段：「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。」

⁴⁰⁶ 民法第一九三條第一項：「不法侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責任。」

⁴⁰⁷ 民法第一九五條第一項：「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。」

⁴⁰⁸ 如最高法院 63 年台上字第 1394 號判例：「被害人因身體健康被侵害而喪失勞動能力所受之損害，其金額應就被害人受侵害前之身體健康狀態、教育程度、專門技能、社會經驗等方面酌定之，不能以一時一地之工作收入為準。」

⁴⁰⁹ 民法第一九二條：「不法侵害他人致死者，對於支出醫療及增加生活上需要之費用或殯葬費之人，亦應負損害賠償責任。被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人對於該第三人亦應負損害賠償責任。」

⁴¹⁰ 民法第一九四條：「不法侵害他人致死者，被害人之父、母、子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。」

⁴¹¹ 民法第一九五條：「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。前項請求權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約承諾，或已起訴者，不在此限。前二項規定，於不法侵害他人基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，準用之。」

二、債務不履行責任

醫病雙方於成立醫療契約之後，即發生債之關係，互負給付之義務。契約債務不履行得依民法二二〇條規定⁴¹²，包括債務人有故意或過失的事由存在或給付不能、給付遲延及不完全給付之履行障礙的發生。病患可依民法第二二七條規定⁴¹³，請求「債務」上身體傷害或死亡之損害賠償，並可依據民法第二二七條之一規定⁴¹⁴，請求「非財產上」之「人格權」損害賠償。

三、消費者保護法之服務責任

若肯認醫療行為適用「消費者保護法」第七條⁴¹⁵規定時，消費者得請求損害賠償。並得依據消費者保護法第五十一條⁴¹⁶規定請求懲罰性賠償金。醫院若能證明其無過失者，雖仍為消費者保護法所認定須賠償之範圍，惟可請求法院減輕其賠償責任。

四、責任分擔

目前國內醫事人員大部分是受僱於醫療機構，如果以侵權行為法規範醫病關係，則在醫療過程中侵權行為之加害人，醫事人員為主要負損害賠償責任之人，醫院僅能依民法第一八八條⁴¹⁷負連帶賠償責任；醫院甚可依一八八條第一項但書「舉證而免責」或依第三條規定向醫師求償。如此規定似乎對醫事人員與醫院

⁴¹² 民法二二〇條：「債務人就其故意或過失之行為，應負責任。過失之責任，依事件之特性而有輕重，如其事件非予債務人以利益者，應從輕酌定。」

⁴¹³ 民法第二二七條：「因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。因不完全給付而生前項以外之損害者，債權人並得請求賠償。」

⁴¹⁴ 民法第二二七條之一：「債務人因債務不履行，致債權人之人格權受侵害者，準用第一百九十二條至第一百九十五條及第一百九十七條之規定，負損害賠償責任。」

⁴¹⁵ 消費者保護法第七條：「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者，於提供商品流通進入市場，或提供服務時，應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性。商品或服務具有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於明顯處為警告標示及緊急處理危險之方法。企業經營者違反前二項規定，致生損害於消費者或第三人時，應負連帶賠償責任。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。」

⁴¹⁶ 消費者保護法第五十一條：「依本法所提之訴訟，因企業經營者之故意所致之損害，消費者得請求損害額三倍以下之懲罰性賠償金；但因過失所致之損害，得請求損害額一倍以下之懲罰性賠償金。」

⁴¹⁷ 依民法第一八八條：「受僱人（醫師）因執行職務，不法侵害他人（病患）之權利者，由僱用人（醫師）與行為人連帶負損害賠償責任。但選任受僱人（醫師）及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人（醫院）不負賠償責任。」「如被害人（病患）依前項但書之規定，不能受損害賠償時，法院因其聲請，得斟酌僱用人（醫院）與被害人（病人）之經濟狀況，令僱用人（醫院）為全部或一部之損害賠償。」「僱用人（醫院）賠償損害時，對於為侵權行為之受僱人（醫師），有求償權。」

間的責任分攤有失衡平。若以契約法來規範醫病關係，大多數的契約主體為「病人或其家屬」與「醫療機構間」，依民法第二二四條之履行輔助人之故意過失規定⁴¹⁸，醫療糾紛發生時，醫療機構負賠償責任，而醫療機構再以內部協調處理與醫事人員間的分攤賠償責任。然而依民事之侵權行為責任的最大不同，就是醫療糾紛的當事人並非不相干的陌生人，其加害行為也並非積極之「作為」而是「不作為」，而具有責任關係的「不作為」成立前提就是有「醫療契約」的存在⁴¹⁹。

第三款 刑事上醫療糾紛的特色

一、以刑逼民

國內遇到醫療糾紛時常常先以刑事訴訟提告，讓檢察官出面起訴醫事人員科以刑法第二八四條第二項⁴²⁰、第二七六條第二項⁴²¹之刑責任。此外再請求其負擔民事上賠償責任，以減輕自身聘請律師蒐集證據、繳交訴訟費、獲得鑑定報告，同時在刑事訴訟中請求附帶民事賠償⁴²²。

二、低定罪率

若以「醫療過失&鑑定」為全文檢索詞，搜尋司法院之法學資料檢索系統網站，其自2000年1月1日至2010年6月10日間所公布之刑事之各地方法院之有關醫療糾紛判決文，而將其中非屬或重複醫療糾紛的判決文予以剔除，可取得137篇純屬醫療糾紛的判決。統計可知由檢察官提起公訴案件共51件，其中最終判決醫療人員有罪者有25件（49%）；由自訴人提起自訴案件共31件，其中最終判決醫療人員有罪者有5件（16%）；另有55件告訴人不服不起訴處分而聲請交付審判，而全部判決皆為聲請駁回（0%）與我國其他類刑事犯罪被告經檢察官偵查終結起訴後，法院判決有罪之定罪率約90%；與告訴人以自訴方式，對被告向法院提起訴訟後之定罪率約為25%相比較，醫療糾紛的訴訟顯然定罪

⁴¹⁸ 依民法第二二四條：「債務人（醫院）之代理人或使用人（醫師），關於債（醫療糾紛）之履行有故意或過失時，債務人（醫院）應與自己之故意或過失負同一責任。但當事人另有訂定者，不在此限。」

⁴¹⁹ 薛瑞元，醫療契約與告知義務，月旦法學雜誌，期112，2004年9月，頁35-45。

⁴²⁰ 刑法第二八四條第二項：「從事業務之人，因業務上之過失傷害人者，處一年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金，致重傷者，處三年以下有期徒刑、拘役或二千元以下罰金。」

⁴²¹ 刑法第二七六條第二項：「從事業務之人，因業務上之過失犯前項之罪者，處五年以下有期徒刑或拘役，得併科三千元以下罰金。」

⁴²² 朱柔若、林東龍，醫療公道如何討？台灣醫療糾紛處理機制弊病之探索，醫事法學，第11卷第3、4期合訂本，2003年12月，頁48；蔡惠如，台灣醫療糾紛之法律課題，月旦民商法雜誌，4期，2004年6月，頁128。

率偏低，亦相對顯示其自訴人濫訴情形⁴²³。

三、行政醫療鑑定拘束司法心證

延續前文之 2000 年至 2010 年間地方法院處理醫療糾紛刑事判決之統計，公訴機關或審判機關最常依賴信任者為行政院衛生署組織設立之醫事審議委員會（共 230 件醫療鑑定報告）、或建請醫學中心醫院做鑑定者（共 18 件）、或建請專科醫學會所做鑑定（共 3 件）、亦有建請專家學者之鑑定人（共 3 件）。公訴案件中，其醫療鑑定報告「無疏失而判醫療人員無罪者」、與鑑定「有疏失而判有罪者」為多數，各佔 35% 與 38%。自訴案件中更明顯，其鑑定「無疏失而判無罪者」與「有疏失而判有罪者」各佔 81% 與 17%。聲起交付審判的案件中全部皆鑑定無疏失，而判決也皆為聲請駁回。雖然在公訴案件中審判者之心證與鑑定報告有相當程度不同，但在自訴案件中，若醫療鑑定報告為無疏失者，其最終判決醫療人員無罪者佔大多數；在聲起交付審判的案件中更是明顯。足見行政醫療鑑定實質左右了司法判斷者之心證。

四、醫療鑑定報告非傳聞法則例外

由於審判者對醫療知識的不確定、鑑定規則的不完備、鑑定內容無法精準命中質問者核心、以行政院衛生署組織設立之醫事審議委員會為主要諮詢的鑑定對象、司法實務者過份依賴鑑定結論等現象⁴²⁴，且須保障當事人對質詰問權，故鑑定報告並不適合作為傳聞例外之一種⁴²⁵。

五、重大過失始負刑事責任：

面對高風險的醫療行業，以「容許危險」及「信賴原則」緩衝發生實害結果時免除刑責的依據，再區分醫療過失程度輕重，在立法上規劃「重大醫療過失」才應負刑事責任，普通醫療過失除罪化，避免醫事人員走向「防衛性醫療」。

六、嚴格證據法則的妥善運用

判斷有無醫事人員之業務過失時，需達到沒有「合理懷疑」的嚴格證明程度。

⁴²³ 可參見我國法務部法務統計電子書刊之「法務統計年報」網頁

<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=121842&ctNode=28166&mp=001>

⁴²⁴ 張麗卿，醫療糾紛鑑定與對質詰問權，東吳法律學報，20 卷 2 期，2008 年 10 月，頁 1-28。

⁴²⁵ 陳運財，傳聞法則之理論及其實踐，月旦法學雜誌，期 97，2003 年 6 月，頁 85-106。

避免「罪疑時處罰被告」的情形，在舉證責任上的分配應加強「罪疑唯輕原則」，不宜過度強調被告者之舉證責任。此外也須保障被告醫事人員的對質詰問權，讓鑑定者能出庭接受詰問⁴²⁶。

第四款 全民健保規範所致醫療糾紛在公法上的效果

一、爭議救濟途徑

由於醫病關係採取公私並行說的界定方式，在權利救濟途徑上也勢必會有雙軌並行的情形出現。我國行政救濟制度採訴願前置主義，亦即行政訴訟程序之前，必須先行訴願後始可提起行政訴訟。而進行訴願程序之前，部分行政法規尚規定必須先向原處分機關聲明異議，不服其決定後方可提起訴願。然而並非對於所有行政行為之不服均須經聲明異議之程序。易言之，聲明異議之程序及要件亦因各行政法規之不同而有所差異。另被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就全民健康保險事項（權益案件）所為之核定發生爭議時，向行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會申請審議。若被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對爭議案件之審議不服時，得依法向行政院衛生署訴願審議委員會提起訴願，不服訴願決定時再提行政訴訟⁴²⁷。

二、醫事服務機構違反規定致保險對象損害

當醫事服務機構違反規定致保險對象損害時，由於只是在履行其對保險人依法令或依特約所負之公法上義務，基本上與保險對象之間的關係無涉，此類事項並非醫事服務機構與保險對象之間的權義內容。因此保險對象只能向保險人監督機關提出「申訴」，要求糾正，而不能直接對醫事服務機構有所請求。又我國漸漸演化成類似英國的公醫制度⁴²⁸。若有醫療疏失時，保險對象有無可能如英國般要求保險人針對醫事服務機關進行「行政調查⁴²⁹」，則是未來可探討的。

⁴²⁶ 張麗卿，醫療糾紛鑑定與刑事責任認定—以戒毒致死案為例，月旦法學雜誌，期 157，2008 年 6 月，頁 71-101。

⁴²⁷ 陳志豐，現行健保體制之研究，國立中山大學中山學術研究所碩士論文，2003 年 2 月，頁 95。

⁴²⁸ 英國醫療糾紛之被告除醫師、醫院外，各地「基金會」、管理處亦可能為被告，故在英國，醫療糾紛會先經行政介入與調解，滿足多數病家所關心之「事件真相」與應該獲得的「道歉」。葛謹，英國醫療糾紛處理制度：對改進我國制度之啟示，臺灣醫界，51 期，2008 年，頁 45。

⁴²⁹ 所謂「行政調查」乃行政機關對私人所為各種資訊收集活動，常應用於稅務行政、土地行政、消防行政與生活保護行政等，然前提需有法律根據。劉宗德，日本行政調查制度之研究，政大法學評論，52 期，1994 年，頁 113-135。

三、醫事服務機構遵照健保規定卻致保險對象損害：可能有國家賠償責任

在現行健保制度下，健保局不僅擔任健保醫療給付者，同時也是健保醫療費用核付審查者，也就是「球員兼裁判」的角色。健保局對於醫療過程中的所有醫療行為都有嚴謹的規定，此類規定通常以專家學者或統計數據作為後盾，也符合大多數一般病患的需求。此種存在於被保險人與醫事服務機構間的醫療關係是屬於國家福利行政範圍。然浩瀚之醫學與駁雜之疾病豈能由法規命令能含蓋殆盡？全民健保法為醫療法的特別法，限制了醫事人員的醫療裁量權，其臨床效力甚至凌駕於醫學教科書之上。這些健保給付上的限制雖並不一定因此降低了醫療法中醫事人員對於病患的生命、健康的照顧及注意義務，然的確限制了醫事人員的醫療裁量權，甚至亦已逾越私法醫療契約之規範。全民健保體制下被保險人沒有自由選擇到非健保特約醫事服務機構就醫的權利⁴³⁰。

若醫療過程中罕見狀況發生，醫事人員仍依據健保規程僵化處置，雖然其個人應負大部分告知與說明的義務，並承擔醫療結果的責任，但其中是否亦有公法責任在內？再就保險對象所承擔的醫療風險考量，健保制度下健保局的醫療給付只能依一般性考量，無法周延顧慮到所有醫療狀況，如此醫事人員是否應負全部責任？所謂醫療風險在醫師提醒下，若保險對象基於費用考量及對健保局的信賴，選擇合於「健保規定醫療給付」的項目，而結果卻不如預期時，此時因醫事服務機構依據健保規程所作出關於診療行為的決定與疏失、直接或間接導致的損害，必須限縮醫療法之規範，因而其間之醫療關係應為行使公權力之行為，屬國家福利行政範圍，若因而直接導致損害的情形，保險對象應可申請國家賠償⁴³¹。

目前健保局禁止納入「診斷關聯群制度」之病患使用自費醫材，若保險對象有其自費醫材之適應症、本身有意願使用、醫事人員也有能力提供服務，醫事人員卻礙於懼怕健保局稽查，可能會以詐欺保險人、或其他相關刑事罪責及行政上的罰則等論處，而依健保規章使用「診斷關聯群制度」所提供之醫材，最終確有致保險對象損害之事實發生，則保險對象可能具有國家賠償之請求權⁴³²。而其依

⁴³⁰ 高添富，醫師責任與保險法制之研究，國立政治大學法律學研究所碩士論文，2002年4月，頁10-30。

⁴³¹ 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列6：醫事服務機構與保險對象的法律關係-醫療契約（下），台灣醫界，51期6卷，2008年，頁48-53；蔡維音，全民健保體制下醫療疏失責任之歸屬，中原財經法學，第12期，2004年6月，頁1-23。

⁴³² 國家賠償法第二條第二項：「公務員於執行職務行使公權力時，因故意或過失不法侵害人民自

據可能並非國家賠償法第二條第二項前段之公務員「積極執行職務」，因健保局禁止自費醫材雖為國家公權力之延伸、健保局亦有故意地侵害到人民之自由與權利，兩者具有因果關係，然而其並非「不法之行為」。因此若醫事人員於使用自費醫材前，有事前申請而遭健保局否准或禁止，其後選擇合於「健保規定醫療給付」的品項，而治療結果導致病患權益受影響。蓋「診斷關聯群制度內禁止使用自費醫材」雖係為公共利益或一般國民福祉而設之規定，但就法律之整體結構、適用對象、所欲產生之規範效果及社會發展因素等綜合判斷，可得知亦有保障特定人之意旨時，則個人主張其權益因公務員怠於執行職務而受損害者，即應許其依法請求救濟⁴³³，或許有可能依據同法條後段之公務員「迨於、消極執行職務」而產生的國賠責任⁴³⁴。

第三節 小結：健保禁止使用自費醫材對保險關係人之衝擊

一、保險人與保險對象間乃公法上債之關係

（一）保險人與保險對象間乃公法關係，非私法關係

回溯我國憲法第一五五條、一五七條與憲法增修條文第十條第五項所明定的「國家應推行全民健康保險」，大法官釋字第四七三號認為繳交健保費用具公法上分擔金之性質、第五二四號認為健保規範須具法律保留原則，又依新修訂之全民健保法第一條第二項之強制納保，與同法第六條之爭議審議可提訴願或行政訴訟，可推知立法與司法者皆將全民健保關係定位為公法關係。

（二）保險人與保險對象間乃公法上債之關係

若採「行政契約說」，雖可促使健保行政更加靈活，然而我國社會保險中之法律權義關係乃是由高權作用單方所形成，且單一保險人中央健保局與保險對象之地位懸殊，產生之健保規章皆為「法令關係」而非基於雙方當事人合意而產生，因而將健保基礎關係界定為「行政契約說」並不可採。「行政處分說」乃以健保卡的發給作為法定關係之成立生效要件，至於繳納保費之公法上金錢義務，則待保險人確認核定被保險人之投保資格後才發生，如此界定已與現行健保法第十條

由或權利者，國家應負損害賠償責任。公務員怠於執行職務，致人民自由或權利遭受損害者亦同。」

⁴³³ 大法官議決釋字第四六九號解釋之解釋文。

⁴³⁴ 劉宗德，制度設計型行政法學，元照出版公司，2009年04月，頁240-253。

保險效力之規定有所抵觸。

就健保關係的發生來檢視，全民健保法律關係於保險對象符合法定資格時而「基於法定事實而自動發生」。被保險人投保、繳費及保險人提供給付的條件及水準等，均是全民健康保險法強制課予，沒有私自作用的空間，當事人亦沒有退出保險關係的可能。如此可知全民健保與單純之社會保險本質的未盡契合由此可見。無論在締約上、內容形成與對象上，保險人具絕對的主導權，被保險人完全無基於合意協商之地位。從學理到實務面，全民健保中保險人與保險對象間的關係乃直接依法所產生的公法上債之關係，才能界定為健保基礎關係目前最適之定位方式。

二、保險人與醫事服務機構間乃行政契約關係

(一) 與具有行使公權力優勢之健保局訂定契約

因醫療服務機構並未強制加入全民健保，而係採自願特約的方式參與健保，因此健保局與醫事機構之間究竟係屬公法或私法關係，時有爭議。尤其是醫事服務團體認為：當健保局與醫療機構有任何衝突時，健保局以「行政處分」片面行使具有法律效果之行為處分醫療機構，但又主張健保局與醫療機構只是民事契約關係，隨時會跳躍式的角色選擇最有利的角色，為此深感醫界面對健保局「球員兼裁判」之不利地位。儘管實務及學說上有所謂「私法契約」、「行政契約」、「公法上的附合契約」、「行政處分」等學說的爭議，在司法院大法官釋字第五三三號解釋後，確定將保險人與特約醫事服務機構間的特約關係定性為「行政契約」，認為中央健康保險局依其組織法規係國家機關，而執行法定職權時與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故此項合約具有「行政契約」之性質。

(二) 保險人透過醫事服務機構間接監督醫事人員

醫師個人則並非特約當事人，故因此保險人與特約醫事服務機構間所成立的特約行政契約關係並不拘束醫師。保險人只能透過要求與其簽訂特約的醫療機構「間接」監督其所屬醫護人員，以確保醫療給付的提供及其醫療品質的維持。而醫療機構利用其內部規範，要求所屬醫護人員履行特約的內容。

三、醫病間乃新型態之公私並行法律關係

全民健保制度是依循憲法與增修條文之精神而創立的社會保險，保險對象與醫事服務機構的臨床行為無時無刻接受保險人的監督與查核，故保險對象與醫事服務機構並非單純之私法關係。全民健保雖係屬社會保險，然而仍採行保險人收受保險費而為對待給付之「保費收繳制」，而非國家徵稅片面單方施惠性「給付行政」的「社會救助」，被保險人享有之診療並非免費，而是按月繳交保費「負擔、購買」的，故病人與醫事服務機構間亦不純然為公法關係。此醫療關係仍不脫私法上的醫療契約關係，只是病患的給付醫療費用責任轉由健康保險機構承擔而已，且這種醫療契約關係是直接性的，並非德國聯邦法院所主張的「利益第三人契約」的關係。綜合上述，健保制度下的醫病關係，醫療服務的提供仍是由私法醫療契約來規範，在典型的醫療過失糾紛應循民事法院決定其責任歸屬。關於代行全民健保行政業務部分則屬於公法性質，若有紛爭應循訴願及行政爭訟解決。若單純的醫療關係摻入「公法」觀念，會使醫病關係更加錯綜複雜，因此健保制度下之保險對象與醫事服務機構間，存在著公私併存法律關係。

四、保險人之強烈特約管理

(一) 給付標準等級

在2011年1月26日新修訂的二代健保法中，延續舊法，將保險對象的給付標準可概分為「完全給付」、「部分負擔」、「不給付」、「限制給付」、「部分給付」或「差額給付」。健保法第五十一條規定，針對「保險對象」所羅列十二款「非必須的醫療」以負面表列方式所不保之給付、不保之事故及不為之給付為規定，排除全民健康保險法給付範圍的項目。依健保法第六十八條之「不得自立名目向保險對象收取費用」，及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第十二條之「不得囑保險對象自費屬醫療」，原則上全民健保已納入給付之醫療項目，保險醫事服務機構不能要求病患自費負擔。

(二) 保險人特約管理之公法上的法律效果

1、為執行健保行政業務：類似健保局之「行政助手」

此類之行政任務基本上仍是由國家以自己公權力名義執行，醫事服務機構或醫事人員扮演的角色僅為受其行政指揮監督，從旁執行較技術性、支援性的工作。如開立「重大傷病證明」、「診斷證明書」、「身分證明文件」、「病歷摘

要」或「檢查報告」；或代替保險對象向健保局提出「高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品」之「事前審查」申請。最終之法律關係僅存在於保險對象與國家之間。

2、依據健保法規及合約所為之醫療行為

在現行健保制度下，健保局不僅擔任健保醫療給付者，同時也是健保醫療費用核付審查者，也就是「球員兼裁判」的角色。醫事人員常受限於健保醫療給付範圍及規定，必須依法、依合約在符合「健保規定醫療給付」下完成醫療行為，若因此導致保險對象病情擴大或延誤，雖然醫事人員個人應負大部分告知與說明的義務，並承擔醫療結果的責任，但其中亦有公法責任在內，在此的醫療風險應就個案檢討保險對象是否有涉及請求國家賠償之可能性。

(三) 受強制健保特約限制的醫療行為

1、公法上國家行政管理之單一保險人制

現行全民健保制度有強烈之公權力作用，係直接採用「公法上國家行政管理之單一保險人制」。因此對被保險人而言，不但無選擇加入保險與否之自由，其他私權之保障亦不復存在，所剩者唯公法上給付與受領關係而已。

2、可差額給付但不得自立名目收費的矛盾

健保局對於「部分給付」實施目的的說法是「為減輕病患的負擔以及考慮給付的公平性，故對該類品項給予部分給付」，但只有「陶瓷、金屬對金屬介面人工髖關節」及「特殊功能人工水晶體」二者屬於「診斷關聯群制度」之特殊材料費。除此之外，健保局禁止保險醫事服務機構向保險對象收取「差額」。如斯規定原意為確保醫療資源不被恣意浪費，避免醫病任何一方浪費醫療資源，但保險醫事服務機構對於特定醫療服務擔心健保核刪、處以罰鍰或刑事對待，又受限不得在病患同意下以「自費醫療」名義完成醫療服務，導致病情遲延而造成醫療糾紛，讓醫事人員進退維谷、醫病關係緊張莫名，國家輔助機制介入的同時不宜變更醫療核心價值，否則會讓醫療品質退步，最終「以健保規章取代醫學教科書」。解決之道應健保局只能承擔符合健保規定之「適當醫療服務」費用，其他費用應回歸醫療契約債之本旨，讓契約兩造當事人自行處理。

3、對自費醫療之限制

依公私並行的詮釋，健保之醫療契約內涵與一般醫療契約並不雷同；若從傳統醫療契約的觀點來看，在契約雙方當事人完整的合意下，病患即無對於該項醫療費用請求權之抗辯餘地，因這項請求權具有完整的私法醫療契約為其請求基礎。醫事機構以遵守健保程序規定為條件，同意提供醫療服務，但是若醫師認為有必要進行健保範圍之外的醫療行為，則必須明確告知並另行徵求患者之同意。依醫療服務之特質，即使健保醫療不給付之範圍或給付項目的限制，並不因此降低醫師對於病患的生命、健康的照顧義務責任。故此時應向病患說明併告知健保給付範圍，以及基於其專業知識判斷所建議的診療方式，給予病患選擇的自由。

4、保險人特約管理之限制

畢竟全民健保為社會保險，非社會救助，而保險給付有其限度。使用自費分擔方式可緩和健保局財務窘況，亦為可分擔醫療給付拮据的措施。至於有人無力負擔自負額，以致僅獲得較低或較危險的醫療服務，也是資本市場經濟運作下在所難免之殘酷事實。就醫療個案論，醫事人員須善盡說明義務，並協助病患因醫療方法之限制可能造成之損害；保險人亦應妥善健全提供符合最低人性尊嚴需求之醫療體系。若非如此卻造成被保險人誤以為強制健康保險所給付已完備，則須論醫療疏失之責。

五、不宜為扼抑新道德危機而禁止自費醫材

(一) 醫療契約的特徵

醫療契約的成立，是醫病雙方合意以診療疾病、恢復健康為目的所訂定，具有「債之本旨」互負給付義務以履行債務。醫療行為以有償為原則，無償為例外，無論有償或無償，醫師都應盡善良管理人注意義務，且醫療契約最終履行不以治癒病情為必要。受任之醫事人員本於專業有醫療裁量權，原則上係獨立、不受病患指揮，為委任之病患利益為思考的方式，有委任契約之性格。原則上有說明義務以取得病患同意之知情同意原則。每一個醫療行為告一段落後，醫事人員即可請求報酬。

(二) 醫療之契約內容債之關係

醫療行為本與民法「債之關係」有關。給付義務可再分為「主給付義務」、從

給付義務」及「附隨義務」。主給付義務」是醫療契約所固有，用以決定醫病關係類型之基本義務。惟臨床醫療實務面上行為類型之多樣性與複雜性，若執意如此恐對醫方過苛，因而發展基於誠實信用原則及契約之補充解釋「從給付義務」。又發展「誠實信用」原則「附隨義務」，以保護債權人關於給付以外的法益，不會因債務人債務的履行而受損害。

（三）醫療契約之請求權基礎

1、以私法上的醫療契約為基礎

保險對象對於保險醫事服務機構並無直接保險醫療給付請求權，醫病之間原就存在私法上醫療關係的醫療契約，保險醫事服務機構是基於此才對保險對象提供醫療服務，對於健保局則是基於健保合約負有提供合乎健保「適當醫療服務」的義務，如此才能使保險對象的醫療得到確保，不致因為健保給付規定的限制，而危及保險對象的醫療照顧權益。

2、健保給付之請求權：以實物給付為原則、金錢給付為例外

當保險事故發生時，被保險人可主張其保險給付請求權。健保局傾向以「實物給付」的方式，藉由與醫事服務機構締結行政契約來履行保險給付，此行政契約成立了公法上業務委任關係，以規範特約醫事服務機構提供健保醫療服務之義務與請求費用承擔之權利。

（四）道德危險與全民健保

1、以吃到飽自助餐式消費全年健保

全民健保具有的「大數法則之費用共攤」特性、與「連帶責任之資源再分配」效果，類似「吃到飽自助餐」的責任消費與資源重分配以共取所需，如此會使被保險人陷入道德危險情事而導致的保險給付支出增加。雖然二代健保推出後亟欲擴大費基，讓被保險人所繳納的保險費隨其所得增加而增加，與自助餐式的定額費用負擔方式不同。然在單一保險人制度下，繳納保費與所應得保險給付並無實質對價關係，更容易讓被保險人忽視權利與義務的責任觀念，誘發「自助餐效應」而誘發需求的資源浪費與費用負擔的增加。

2、控管浪費之健保體制對醫病關係的影響

健保行政為了避免保險對象或醫療院所吃到飽自助餐式消費全年健保，在給付要件與範圍上管制嚴苛，醫療院所也必須對其言聽計從，考量漸漸跳脫「西波克拉提斯醫師宣言」而「在商言商」，對於給付高昂者趨之若鶩，面臨給付低廉或經濟效益不佳者卻避之唯恐不及，已直接影響醫療院所，間接包覆於整個醫療體系生態上。

(五) 開發醫療自費：引誘新道德危險

1、醫療產品創新以跳脫健保限制

醫療費用支出不斷攀升，健保局又逐步採行更嚴苛的給付制度，限制醫院服務的經營與利潤，醫院經營更形困難，於是被迫積極進行產品創新，開發健保之外的收入來源而跳脫健保限制，規劃多元化的經營並增加自費項目，如此可創造出不受到健保束縛的醫療市場，又提供創新便民的服務之雙贏局面。

2、規劃多元化的經營但須面臨自費市場的殘酷現實面

醫療管理者漸漸採取多元規劃整個醫療事業，提供自費醫療服務、經營社區健康管理、協助長期照護及安養之家等，擴大醫院價值鍊、跳脫健保加鎖而提升競爭力。然而自費市場也不是醫院經營的萬靈丹，其亦有負面特性如：產品生命週期較短、產品開發時間長、顧客要求較高、市場敏感性高等挑戰。

3、自費醫療市場偏好：醫術好、慢性病、都會區與有私人醫療保險者

自費醫療服務有增加的趨勢。為了治癒疾病，多數民眾就醫時以「醫術好」、「較信任」為主要選擇依據。因慢性病患者較重視照護的持續性因素，故患慢性疾病者較急性疾病者易自費就醫。市場競爭程度越高的醫療區域，因醫院會以增加自費醫療服務來因應醫療市場的高度競爭行為，而醫療市場競爭激烈之區域多集中於大都會區。研究民眾自付醫療費用之狀況，發現就醫次數愈多者、以及商業健保附加險之保費愈高者，其自付費用愈高。

(六) 權衡新道德危險與自費醫療使用禁止

社會保險乃為協助弱勢者，分攤其所不能承受的風險，其給付標準有其限制，國家並不能強制人民針對「不必要的給付標準」作自我預護，而忽略個人亦可循個人儲蓄或商業保險達到相同的效果。國家亦不能要求所得高者替弱勢者分

攤保險費，蓋社會保險之目的僅在落實社會連帶主義「同求生存、自助互助」之精神，終究非追求眾人均富均貧之社會主義共產思想；反之國家也不該扼殺個人計欲追求健康的理想。

在日益普及的私人商業醫療保險下，民眾提高商業健保附加險保費的同時無非於保險事故發生時，得到雙重保障——健保之實物給付與商業保險之金錢給付，或多或少因此產生較高的新道德危險。醫療院所在健保局嚴苛支付制度改革下，轉型多元經營自費醫療產業，也對民眾產生新道德危機而推波助瀾地「增加」民眾利用商業醫療保險的使用率。健保局若一味禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫療品項，除了簡化行政推動、防止醫事服務機構詐欺保險人外，雖然也會抑制新道德危險，無疑也扼殺被保險人追求高品質健康的理想，防堵了商業保險理賠金額提升。此政策對健保局降低保費的給付有限，對被保險人健康提升無助益，相反地卻可大大降低私人保險理賠負擔。

健保改革，須積極尋求醫療體系的信賴、及民眾對社會保險之「去自助餐化」認同，以「人」為基礎互動的社會機制，非以「制度」、「財務」、「統計」等為考量中心，才可長長久久順利經營運作。

六、解套保險詐欺罪：重評「診斷關聯制度」之支付

（一）保險詐欺

保險詐欺即「施詐術，濫用保險制度，以獲取財物或其他財產上不法利益」。且受人尊敬的醫事人員，從事具有高尚情操的醫療行為時，一時間可能會做違反法律的行為，竟成為「白領犯罪者」而以虛報項目、浮報件數或其他方式詐領健保給付，或由醫院與特定病患勾結，開立虛偽證明或偽造不實病歷。

（二）健保醫療與醫事行政違法實錄

以違約類別觀之，醫療院所被「扣減費用」的違規情形係包括：未依處方箋或病歷記載提供醫療服務、未經醫師診斷逕行提供醫療服務、處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符、未記載病歷，申報醫療費用等。醫療院所被「停止特約、終止特約」的違規情形係包括：謊報疾病、製作不實就醫記錄、虛報醫療或藥事費用、未經醫師診斷逕行提供醫療服務、停約期間仍提供醫療服務、施

行自費美容手術卻申報醫療費用等。當然，健保詐欺的手法與頻率可能不僅止於上述態樣。

若以違約的實質內容分類，我國健保開辦後，醫事服務機構的醫療違法大略可分十類。如：未具資格而執行醫療業務、謊報就醫紀錄而虛報費用、虛報或重複申報術式、以低報高之術式、以低報高之藥品品項或數量、施行非必要醫療行為或開立非必要藥品、以自費名目收費附加健保給付名目請款、浮濫住院或虛報住院日數、浮濫使用健保行政業務。

其中「以自費名目收費附加健保給付名目請款」即醫事人員一方面向病患收取自費費用，另一方面又向健保局申請健保給付。實務上常見到的方式有：

1、若保險對象針對健保法第五十一條所羅列十二款「非必須的醫療」而求診，醫事人員將原本需由病患自費負擔部分轉換為申報健保給付項目。此時向病患收自費醫療，又用病患健保卡向健保局申報費用，形成兩邊收費，事實上是欺騙健保局及病患雙方以牟取不當利益，可能涉及病例登載不實、詐欺等有害社會正義行徑，明顯違背醫學倫理與法律。

2、若病患納入「診斷關聯群制度」後，依中央健保局函釋認為，既已納入健保給付且符合適應症者，不得收取自費。因健保局已包裹支付其醫療費用，若擅自「額外」要求病人自費，就是「實質收受全額健保給付費用、實際卻只應用部分健保支付品項」在健保局尚無法抽離出包裹支付品項前，在「診斷關聯群制度」下使用自費醫材仍為健保局所認定之詐欺。

（三）健保詐欺之相關立法例

1、醫事機構違約之行政罰則包括：違約記點、扣減費用、停止特約、終止特約、與「醫療法」第一〇八條、「全民健康保險法」第八十二條之規定等。

2、醫事人員詐領健保可能觸犯之刑事罪責包括：刑法第二一〇條之「偽造變造私文書罪」刑法第二一五條之「業務上文書登載不實罪」刑法第二一六條之「行使偽造變造或登載不實之文書罪」刑法第三三九條之「普通詐欺罪」此外公務員之醫事人員可能會觸及「貪污治罪條例」第五條之罪責，未取得合法醫師資格，

擅自執行醫療業務者會觸及「醫師法」第二十八條之罪責，醫師所犯情節重大者，會觸及「醫師法」第二十八條之四之罪責，以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，會違反「全民健康保險法」第八十一條。

（四）因應新型態健保詐欺：重新評估「診斷關聯制度」支付定額範圍

如今複雜又更動頻繁的健保規定與限制已超越醫師應承擔之範圍，也因此醫師不再僅止於單純的盡最大專業能力提供病人最好的醫療服務，對於醫療專業工作的角色定位來說，也已漸脫離醫師所能掌控的範圍。

健保局同時身居供給、需求與審判者的角色，醫界受到健保局寡頭式的領導，在公法契約的框架下，行政契約仍承認行政機關在契約中具優勢地位。終究健保治理體系與醫界均能以公益為念，密切合作而非對峙，才有利於作為公共財的健保制度的健全發展。

原本有明文列舉健保不給付的部分，固然須由患者自費。但醫療服務種類態樣甚多，未為健保局明文列舉為給付項目的部分，亦應基於使用者付費原則由患者自付。但健保局經常以一紙公文片面告知這項服務健保局不給付但亦禁止醫療院所再向患者額外收費，依目前中央健保局函釋認為，納入「診斷關聯群制度」之病患，因健保局已包裹支付其醫療費用，若擅自「額外」要求病人自費，就是「實質收受全額健保給付費用、實際卻只應用部分健保支付品項」，故不得收取自費，否則有詐欺保險人之嫌。建議健保局可精算後，扣除抽離此健保支付之主要醫材費用後，再另行公布所應支付的定額範圍，而非完全禁止自費。至於非主要醫材（如敷料或藥品）所佔費用不顯著，則完全無禁止之必要。如斯作法只是「技術上的問題」，並非不可解決，也才不至於而令保險人、醫事服務機構、保險對象陷入僵局，可讓純粹為服務病患之醫事人員，從保險詐欺罪中解套。

七、醫療糾紛之源由與歸屬

（一）醫療糾紛之責任歸屬

全民健保特約醫事服務機構非屬健保保險關係之兩造，自然亦非此關係中之權利義務主體。保險對象之保險給付請求權應以健保局為對象，是否有給付障礙

而有債務不履行之情形，亦應以健保局就保險關係之給付是否違反義務為準。全民健保醫事服務機構與保險對象之關係性質上為公私並行，於健保業務代行之外，平行存在一私法之醫療契約。病患接受醫療服務之法律基礎乃是私法醫療契約，醫療行為之實施非屬公任務之執行，因而在一般情形，只能依民事途徑來處理責任歸屬問題。若涉及醫事服務機構接受國家福利行政之健保規程指導，此間之醫療關係應為行使公權力之行為，所做之診療行為導致保險對象之損害，應有國家賠償之責。

（二）醫療糾紛之民事請求權基礎

醫療行為最重要的是如何有效地填補病患或其家屬的損害，這種民事賠償責任的確立，是處理醫療糾紛的主軸。

1、侵權行為責任

病患可依據民法第一八四條第一項前段、第一九三條第一項、第一九五條第一項，向醫事人員或醫療機構請求侵權責任之損害賠償，家屬得依民法第一九二條規定請求支出之生活上需要之費用或殯葬費，並依據民法第一九四條、一九五條規定請求「非財產上」之慰撫金賠償。

2、債務不履行責任

契約債務不履行得依民法二二〇條規定，包括債務人有故意或過失的事由存在或給付不能、給付遲延及不完全給付之履行障礙的發生。病患可依民法第二二七條規定，請求「債務」上身體傷害或死亡之損害賠償，並可依據民法第二二七條之一規定，請求「非財產上」之「人格權」損害賠償。

3、消費者保護法之服務責任

若肯認醫療行為適用「消費者保護法」第七條規定時，消費者得請求損害賠償。並得依同法第五十一條規定請求懲罰性賠償金。醫院若能證明其無過失者，雖仍為消費者保護法所認定須賠償之範圍，惟可請求法院減輕其賠償責任。

（三）刑事上醫療糾紛的特色

1、以刑逼民

國內遇到醫療糾紛時常常先以刑事訴訟提告，讓檢察官出面起訴醫事人員科以刑法第二八四條第二項、第二七六條第二項之刑責任，再請求刑事訴訟中請求附帶民事賠償。

2、低定罪率

統計過往十年間各地方法院之有關醫療糾紛之刑事判決，其中公訴、自訴與聲請交付審判之定罪率分別為 49%、16%與 0%。與我國其他類刑事犯罪之公訴、自訴之定罪率約 90%、25%相比較，醫療糾紛的訴訟顯然定罪率偏低，亦相對顯示其自訴人濫訴情形。

3、行政醫療鑑定拘束司法心證

延續前文之統計，公訴機關或審判機關最常依賴信任者為行政院衛生署組織設立之醫事審議委員會、其次是建請醫學中心醫院做鑑定者，至於建請專科醫學會所做鑑定或直接建請專家學者之鑑定人接較少。公訴案件中，其醫療鑑定報告「無疏失而判醫療人員無罪者」與鑑定「有疏失而判有罪者」為多數，各佔 35%與 38%。自訴案件中更明顯，其鑑定「無疏失而判無罪者」與「有疏失而判有罪者」各佔 81%與 17%。聲起交付審判的案件中全部皆鑑定無疏失，而判決也皆為聲請駁回。足見行政醫療鑑定實質左右了司法判斷者之心證。

4、醫療鑑定報告非傳聞法則例外

由於審判者過份依賴鑑定結論等現象，且須保障當事人對質詰問權，故鑑定報告並不適合作為傳聞例外之一種。

5、重大過失始負刑事責任：

面對高風險的醫療行業，以「容許危險」及「信賴原則」緩衝發生實害結果時免除刑責的依據，宜在立法上規劃「重大醫療過失」才應負刑事責任，避免醫事人員走向「防衛性醫療」。

6、嚴格證據法則的妥善運用

判斷有無醫事人員之業務過失時，需達到沒有「合理懷疑」的嚴格證明程度，應加強「罪疑唯輕原則」，不宜過度強調被告者之舉證責任。

(四) 健保規範所致醫療糾紛在公法上的效果

1、爭議救濟途徑

由於醫病關係採取公私並行說的界定方式，在權利救濟途徑上也勢必會有雙軌並行的情形出現。我國行政救濟制度採訴願前置主義，亦即行政訴訟程序之前，必須先行訴願後始可提起行政訴訟。而進行訴願程序之前，部分行政法規尚規定必須先向原處分機關聲明異議，不服其決定後方可提起訴願。

2、違反規定致損害可申訴

當醫事服務機構違反規定致保險對象損害時，由於只是在履行其對保險人依法令或依特約所負之公法上義務，基本上與保險對象之間的關係無涉，此類事項並非醫事服務機構與保險對象之間的權義內容。因此保險對象只能向保險人監督機關提出「申訴」，要求糾正，而不能直接對醫事服務機構有所請求。

3、遵照健保規定卻致損害可能有國家賠償責任

在現行健保制度下，健保局對於醫療過程中的所有醫療行為都有嚴謹的規定，此類規定通常以專家學者或統計數據作為後盾，也符合大多數一般病患的需求。此種存在於被保險人與醫事服務機構間的醫療關係是屬於國家福利行政範圍。然全民健保法限制了醫事人員的醫療裁量權，其臨床效力甚至凌駕於醫學教科書之上。這些健保給付上的限制雖並不一定因此降低了醫療法中醫事人員對於病患的生命、健康的照顧及注意義務，然的確限制了醫事人員的醫療裁量權，甚至亦已逾越私法醫療契約之規範。目前健保局禁止納入「診斷關聯群制度」之病患使用自費醫材，若醫療過程中罕見狀況發生，保險對象有其自費醫材之適應症、本身有意願使用、醫事人員也有能力提供服務，醫事人員卻礙於懼怕健保局稽查，可能會以詐欺保險人、或其他相關刑事罪責及行政上的罰則等論處，而依健保規章使用「診斷關聯群制度」所提供之醫材，最終確有致保險對象損害之事實發生，則保險對象或許依據國家賠償法第二條第二項後段之公務員「迨於、消極執行職務」，有申請國家賠償之可能性。

第五章 全民健保禁止使用自費醫材之憲法關係

由我國憲法前言、第一條、第十三章基本國策及憲法增修條文第十條之規定，可知我國憲法係以促進民生福祉視為一項基本原則。國家本此原則而提供各種給付，以保障人民得維持合乎人性尊嚴之基本生活需求，扶助並照顧經濟上弱勢之人民，推行社會安全等民生福利措施⁴³⁵。而許多學者認為孫中山先生之民生主義具有強烈的社會主義與福利國家色彩，與德國之「社會國福利原則」近似，可知我國學說與實務上釋憲案均承認我國憲法應可推導出「社會福利國原則」、或「民生福利國原則」、或稱「民生國原則」⁴³⁶。

憲法第一百五十七條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」憲法中規定要辦理的「公醫制度」，可解釋為完全是模仿參考英國於 1946 年所立的國民健康服務法（the National Health Service Act of 1946），此公醫制度是一種普及於全體國民普遍性的社會福利制度。當時的國民大會就通過當時這種先進的制度，實屬相當不容易⁴³⁷。

經過時代變遷與空間移轉，我國自 1995 年實施全民健康保險制度以來，逐步實現制憲者所設計之社會福利國之理想。其主要目的在於減輕民眾生病就醫時的財務負擔，使全國人民都能獲得基本的醫療保障。然而在全民健保醫療費用成長率漸漸出現失控下，政府為處理健保財務的危機，逐步採取推動「部份負擔制度」、「總額預算制度」、「地區醫院自主管理」與「住院診斷關聯群支付制度等」，以合理控制健保支出與保費成長，開源節流且細水長流而達到健保永續經營的目標。

中央健保局令保險醫事服務機構不得自立名目收費，否則會處以行政罰鍰

⁴³⁵ 司法院大法官釋字第四八五號解釋

⁴³⁶ 陳新民，憲法學釋論，三民書局，2005 年 9 月修正 5 版，頁 63。法治斌、董保成，憲法新論，元照出版社，2005 年 3 版，頁 81-91；李惠宗，憲法要義，元照出版社，頁 631，2004 年 2 版。郭明政，社會憲法—社會安全制度的憲法規範，收錄於蘇永欽編，部門憲法，元照出版社，2006 年，頁 333；孫迺翊，憲法解釋與社會保險制度之建構—以社會保險「相互性」關係為中心，臺大法學論叢，第 35 第卷 6 期，2006 年 11 月，頁 241-290。

⁴³⁷ 吳菁盈，憲法福利國原則的軌跡—由福利國家類型論談起，國立政治大學法律學碩士研究論文，2004 年 7 月，頁 92。

⁴³⁸。另一方面，中央健保局針對進入「住院診斷關聯群支付制度的時代，應用自費品項的規範，重申特殊材料之自費問題：一、已納入健保給付，且符合適應症者，不得收取自費。二、凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，如有收載同類品項但對病患具有正面診療用途者，應由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用⁴³⁹」。易言之，若非中央健保局所規範之可部分給付醫療項目⁴⁴⁰，醫事服務機構不得提供部分給付之醫療項目，即在「住院診斷關聯群制度」下，不得使用自費醫材。

國家在推動社會福利政策時，其權力同時亦會干預人民的基本權，而此公權力之合法性與正當性，其實就時在強調限制人權之國家行政行為，必須要有國會通過之法律始得為之，此稱「國會保留」或「法律保留」。同時此立法必須明確，並賦予人民正當程序之保障，若法律授權行政機關以行政命令干預人權尚須遵守「授權明確性」。在符合以上要求後，法律本身亦不能貶抑「人性尊嚴」。違反「平等原則」、影響「生存健康權」、破壞「工作財產權」、干涉「學術自由」與背離「比例原則」等憲法上的誡命。簡言之，行政機關要干預人民之基本權利必須要有「憲法」與「法律」的雙重授權始能為之⁴⁴¹。

本章節拉高層級討論在「住院診斷關聯群制度」下，健保局之特約管理是否抵觸了憲法位階的保障。分別以福利國家中醫療保險制度之自費材選擇角度，討論其社會法治國之原則、人性尊嚴之保障、社會正義之平等原則與比例原則；再以人民之自由選擇觀點，討論保險對象之生命權、健康權與醫療權，醫事服務人員之學術自由權與自費醫材廠商之工作權；最後總結應然與實然的差距。

⁴³⁸ 全民健康保險法第六十八條：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」同法第八十二條並訂有罰鍰規定：「違反第六十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。」又依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十二條：「本保險給付之項目，保險醫事服務機構不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用。」

⁴³⁹ 2010年1月12日中央健保局發函，健保審字第0990051016號。

⁴⁴⁰ 如義肢、新增功能類別人工心律調節器、塗藥血管支架、陶瓷與金屬對金屬介面人工髖關節、特殊功能人工水晶體等。

⁴⁴¹ 徐良維，國家權力干預人民基本權之合法性與正當性，政策研究學報，第六期，2006年06月，頁267-303。

第一節 福利國家中醫療保險制度

第一項 社會法治福利國家

第一款 福利國家之源起

現代之「福利國家」，或稱「社會國」之理念⁴⁴²，肇始於十九世紀歐洲，是對於工業革命興起後所引發的社會經濟問題的一種反省與思考，人類文明所可以採取且最為有效解決方法，福利國家制度也儼然成為實施資本主義經濟體制國家的努力目標，主旨要求國家積極促進社會正義與維繫社會安全⁴⁴³。而「福利國家」的觀念，因應不同國家環境、不同社會文化，所引發的社會問題不同，而會有產生相對應之福利國家策略模式。從最早的俾斯麥的「福利國家原型」(The Original Model) 到二次戰時於英國成形的貝佛里奇模式的「社會保險與相關福利國家服務」(Social Insurance and Allied Services)⁴⁴⁴。然而無可否認的，無論在過去或現在，福利國家理念在各國間的政治經濟上逐漸擴散，而推展到全球。

西方國家初期所採之社會福利政策，係經由預算之編列，對貧病、老弱、殘廢或無力謀生、及遭受非常災患者，予以救濟或扶助。此種經費直接來自全國稅收之「垂直式社會安全制度」，行於一時固無不可，然之後又經過七〇年代經濟蕭條所造成各國福利支出緊縮，受患者漸成永久依賴，故西方國家逐步更改其社會福利政策，採用「保險之大數法理」透過立法強制人民投保，一方面使個人、團體乃至政府成為一危險共同體；另一方面要求保險參加人必須依法交付保險費始得將其生活上可能遭遇之危險轉嫁予承保機關。此種形式之社會福利制度已由國家單向給付，轉變為被保險人與承保機關間互為對待給付，學者稱此為「水平

⁴⁴² 多數學者認為德文中的「社會國」(Sozialstaat) 之用語其內含實際與英文的「福利國家」(Welfare State) 相當學者一般將兩者並稱並解為同義，例如德國學者 Peter Badura 即謂「現代福利國家的用語，便是憲法意義的社會法治國。」參閱 Peter Badura 著，陳新民譯，「自由主義的法治國家與社會主義的法治國家中的行政法」一文，收錄於陳新民「公法學劄記」，三民出版，1993年10月，頁121以下。

⁴⁴³ 詹鎮榮，憲法基本原則：第五講—社會國原則起源、內涵及規範效力，月旦法學教室，第41期，2006年3月，頁32-41。

⁴⁴⁴ 俾斯麥在1883年德國，認為健康為一種社會權利，突顯出投保者權利與義務的平衡，國家通過立法而建立醫療保障體制，向雇主與雇員雙方強徵稅賦，國家適時補助，如此強調個人與社會的義務責任平衡。貝佛里奇在1942年英國，將醫療視為一種人人應該近乎無條件享有的服務，通過國家一般稅賦的課徵，將醫療覆蓋全國國民，患者擁有較少的醫療選擇權，國家集中調控醫療服務，促成醫療高度公共化的公醫制度。丁純，德英兩國醫療保障模式比較分析：俾斯麥模式和貝佛里奇模式，財經論叢，第2009卷第1期，2009年01月，頁22-27。

式社會安全制度」福利國家雖然歷經盛衰演變，但仍扮演著相當重要的地位⁴⁴⁵。

第二款 我國福利國家之演進

我國立憲初期大量移植西方福利國家思想，以建構成民生福利國為原則。憲法第一五五條明文：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」，憲法第一五七條明文：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」。其揭示社會保險、社會扶助、及社會救濟為三大社會福利措施，造福全體人民。早年我國社會福利在官方之界定：「我國社會福利係以傳統文化之仁愛思想及民生主義思想為基礎，針對社會現實及未來變遷，並配合社會資源運用，所推行的各種社會政策與措施；其目的在預防、減輕或解決社會問題，進而增進個人、家庭、團體及社區的福祉，以提升民眾生活品質，並促進國家建設的整體發展」⁴⁴⁶。

復為憲法增修條文第十條第五項所明定：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。」立法者接受了憲法的委託，就負有一定要將之立法實踐的義務。而在「憲法委託」(Verfassungsauftrag)下，1995年3月1日施行之「全民健康保險法」即為實現上開憲法規定而制定。使人民得經由參加及給付一定對價，於生育及傷病事故發生時獲取醫療給付。基於整合公勞農保之醫療給付，建立全國單一、公平之健康保險體系之目的，具有促使醫療資源合理分配，發揮社會保險之功能。此種強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，社會連帶，於保險事故發生時，給與被保險人填補損害為標的，建立符合憲法意旨之社會安全制度⁴⁴⁷。

我國衛生保健制度屬於福利國家政策之一環，與近代國家發展理念一致，先受到醫師個人主義與自由主義影響，採取實支實付的給付制度，衛生主管機關主在醫療品質之保障與醫療秩序之維繫，對於醫療市場採取不干預之放任立場，任憑其以市場自由競爭方法而自我約束與發展。直至全民健保實施後，隨者醫療費

⁴⁴⁵ 施文森大法官於司法院釋字第四七二號解釋之部分不同意見書。

⁴⁴⁶ 實務界將我國社會福利措施分為三大層次九大項目：基本生活需要層次，計有社會保險、衛生保健、福利服務、社會救助、國民就業與國民住宅。社區生活需要層次，計有社區發展、社會教育。環境品質及精神生活需要層次，包括環境品質維護，國民休閒及文化生活。行政院考會，我國社會福利定義與範圍之研究，行政院研究發展考核委員會編印出版，1989年。

⁴⁴⁷ 司法院大法官釋字第四七二號解釋，與孫森焱大法官於司法院釋字第四七二號解釋之協同意見書。

用的急速膨脹、健保財政的惡化，健保局逐步推出部份負擔制度、總額預算制度、地區醫院自主管理、診斷關聯群制度等，從往昔消極地保障病人、醫師、醫院與醫藥廠商的權利，轉變成強調更高位階的社會正義與而追求健保永續經營。

第三款 福利國家內之全民健保：診斷關聯群制度

由於全民健保採「實物給付原則」，亦即屬保險人的中央健保局之給付義務為供應醫療給付，而非承擔保險對象取得醫療給付之費用，而醫療給付是透過特約醫事服務機構來提供，因此呈現出醫療給付之購買者為健保局，與醫療給付的保險對象消費者，是分離的狀況，亦即供需之間的關係並非市場機制來調節。首先，醫療給付的價格與品質並非取決於消費行為，而是取決於具有壟斷地位之健保局。其次，消費者之消費行為既不受市場機制節制，容易產生醫療浪費之道德問題，故須加強行為之管制。然而當其連結到國家政治層級而「管制過當」時，便容易遭受質疑而不容忽視。且特別是考慮到健保局是我國唯一之醫療衛生保險的保險人，其獨立封閉性的社會功能系統與寡頭式的運作邏輯，恣意推動相關支付制度，本意雖良善而為降低給付支出，然則是否有國家能力「管制過當」問題，備受質疑⁴⁴⁸。

自 2010 年推動的「診斷關聯群制度」，健保局明訂規範所有住院案件，除「診斷關聯群制度」通則所列排除範圍者，不論其現行支付方式，皆應填報診斷碼，而最後健保局按照其申報碼而支付點數金額。健保局除了加強審查制度⁴⁴⁹，更明訂醫療院所不得逕行向保險對象收取自費費用。如此之健保特約管理，公權力深度介入人民的醫療福利與醫師的處置領域，可作為健保局的一種權利義務？其是否符合全民健保形成之期待初衷？

雖然就司法院大法官第四七二號解釋而言，中肯的陳述全民健康保險法的立

⁴⁴⁸ 張桐銳，法律與社會政策作為「社會福利國」模型之建構性觀點，思與言，44 卷 3 期，2006 年 9 月，頁 5-37。

⁴⁴⁹ 「診斷關聯群制度」審查制度之規劃包括：住院日是否太短、住院適當性、特約院所申報資料之信度與效度、ICD-9-CM coding、DRG coding Upcoding/Creeping、醫療服務之適當性完整性與品質、病人出院之妥當性、再住院/再急診、outlier 之醫療服務內容適當性與醫療必要性、已主診斷作為判定其入院必要性之基準、疾病嚴重度處置必要性、出院計劃適當性、不良反應、出院時病情穩定性、有無死亡、手術中或手術後送回加護病房後、非預期院內感染、非計劃性回院手術等。蔡逸虹，全民健保 Tw-DRG 推動概況--中央健康保險局，2006 年 11 月 16 日。

法意旨為「是保險、不是福利」：政府補助之有限責任、健保財務務求獨立且平衡皆凸顯健保作為「保險」的性質。我國「全民健康保險法」所希冀建立的醫療保健保障制度，乃是一種以「社會保險」為基礎的制度，使「全國人民」皆享有基本的醫療保健的保障。然而不可否認的，社會保險仍然不脫其作為「保險」的本質，雖然必須滿足「社會適足性」，但也必須保留某種程度的「個人權益性」；易言之，「捐輸」與「給付」間，儘管並非密切對價關係，但仍保有某程度的相連性，否則即不能稱為「保險」。相對照而言，「捐輸」與「給付」在商業保險中必然是完整的對價關係。在社會保險中，既然不會也不可以是完全的對價關係，則「捐輸」與「給付」之間關係的密切程度，也就無定論，實務上必須透過時間的累積操作後，由全民公意、政治協商所決定⁴⁵⁰。是以若可「給付」大於「捐輸」，反之「捐輸」大於「給付」則禁止要如何？

第四款 解決衝突：福利國家之自費醫材禁止

健保業務推動「診斷關聯群制度」後，健保局明訂醫療院所不得逕行向保險對象收取自費費用，亦即人民在繳納相同往昔之「捐輸（健保保費）」下，出險時卻不得「放棄、降低」使用健保「給付（醫療品項）」之權利，而自費選取它項更適切之醫療產品。在我國「全民健康保險」乃採強制性之社會保險，由此衍生保費必須按時繳納，否則依法徵收滯納金及暫停給付。對此因部分立法委員產生不同見解，而認為全民健康保險法的強制條款在憲法所規定之納稅、服兵役、接受國民教育之外，加上憲法所無之義務，有違憲之嫌疑，遂提請大法官解釋。大法官在第四七二號解釋文中明白表示健保的強制性的合憲性獲得確認，同時也強調國家應予適當之救助於無力繳納保費者⁴⁵¹。強制「捐輸」之「強制納保」已於1999年完成釋憲，而今日之「強制給付」之「禁止自費」是否也該申請大法官解釋？

⁴⁵⁰ 所謂「社會保險」兼有「社會」與「保險」兩種思維：作為「社會」的制度，強調社會公義，不要求「捐輸」(contribution)與受益或「給付」(benefits)之間完整的對價關係，而強調「健康者挹注患者」、富有者濟助貧困者」使社會中人人得以享有基本的醫療保健的保障，這樣的概念，彙整成為「社會的適足性」(social adequacy)一詞。至於「保險」的概念，則對「社會」的概念形成某種程度的「拮抗作用」(antagonism)亦即：儘管捐輸與給付之間可以不具有完整的對價關係，但是，捐輸與給付之間卻必須仍然存在一定程度的關係，除非該個人或家戶經一定的程序證明為不具有任何最低的捐輸能力。這樣的思維，彙整到「個人權益」(individual equity)一詞中。參閱陳孝平，大法官解釋與全民健保——以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」，憲法解釋之理論與實務第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1) 2005年5月，頁77-95。

⁴⁵¹ 司法院大法官釋字第四七二號解釋。

我國憲法乃不同政治理念妥協之產物，在保障人民權利方面，原則上以個人主義及自由主義理念之權利為其內容；另一方面在基本國策之章節中，則明顯以帶有強烈社會主義色彩之綱領性規定作為內涵。憲法經過逐次增修後，「社會化」之措施已從激進的限制私產、改變社會財產結構，轉向兼顧促進經濟發展、環境保護、與保障弱勢族群等溫和手段，唯一仍具有所得重分配功能者，厥為「全民健康保險之推動」⁴⁵²。然而有趣又迷惑的，無論是贊成或質疑我國全民健保福利政策，「自由、平等與正義」都或多或少是其理由，之所以如此，顯然是因為人們對這些價值的意義界定有很大的不同，在理論和政策層面上的對立與決裂，也構成這些爭論的核心議題⁴⁵³。我國全民健保所抱持的原始理念或許可從憲法增修條文第十條第五項所明定之去探求真相，在「前項」所言實施全民健保而推動「診斷關聯群制度」的同時，也該肯定「後項」該促進現代和傳統醫藥之自由研究發展，在正義的介面上，平等地被大眾利用的基本價值。

全民健康保險攸關國家整體衛生事業發展、龐大財政預算均衡、與數十萬醫療人員與醫療機構的維繫，如何方能提供有效的醫療服務，讓國家財政能力足以挹注、全國國民健康福祉提升、醫療生物科技產業發達、甚至影響到醫療教育的改革，都需要行政與立法者仔細思量。此須結合財經、醫療與法界專業智識者，參酌國外先進國家之體制及其成效，方能構思出一整套制度。絕非少數決策單位閉門造車，即可規範出一個可行方案。全民健康保險的體制良善與否直接關連著每位國民、甚至決策者本人的生命健康之福祉。全社會都應關注、且監督立法、行政機關有無不當行使其職權。畢竟福利國家的發展不在國家化、不在官僚化、不在私人化、也不在商業化，而是在於社會化，也就是由下而上的共識形成，而非自上而下的寡頭決斷，如此藉由社會團結、經由社會自治解決社會變遷後所衍生社會風險之社會問題，才可藉此實現社會正義⁴⁵⁴。

⁴⁵² 可參考吳庚大法官於司法院釋字第四七二號解釋之協同意見書。

⁴⁵³ 公民地位理論和人權理論的發展：前者先為福利社會化和福利國家制度化奠基，後者則致力於返回個人自由和財產權利的優先保障。在戰後的福利國家黃金年代中，個人權利與公民地位被調合為一「公民權利」的理念，以「法定資格」的形式致力於促進個人能力的發展。隨著福利國家危機的到臨，兩者間的內在衝突被再次地凸顯。當前任何調合方案的可行性和可欲性，都當視其對這些矛盾和衝突的疏解能力。張世雄，公民權利的演進與困境：自由主義與社會福利的歷史關聯，國立臺灣大學社會學刊，第二十八期，2000年6月，頁65-116。

⁴⁵⁴ 陳新民大法官於司法院釋字第六七六號解釋之部分不同意見書；郭明政，健康保險制度及其法律規範，社會安全制度與社會法，翰蘆圖書出版公司，1997年11月，頁135以下。

第二項 人性尊嚴之保障

第一款 人性尊嚴之意涵

「人性尊嚴」(Menschenwürde)即是人類的尊嚴，主要是強調個人之獨立性，以及人與人間之差異性，同時也肯定「多數人的尊嚴」。因近代人類爭取基本權不遺餘力，人性尊嚴已從傳統的倫理道德、宗教或哲學用語，逐漸轉變成法律用語、甚而昇華為「憲法價值」(Verfassungswert)之一部分，或「憲法秩序之基礎」⁴⁵⁵。

在西方世界因為深受基督教思想的影響，人係透過其作為神的替身性格才獲得其本身的價值。因而其信奉人類尊嚴不可侵犯，以及要求人性尊嚴應受保護，都是因為他是神的創造物，而其靈魂是作為神的替身而被創造出來的，這種思想隨著宗教的影響力普遍流行於西方社會中⁴⁵⁶。

第二款 康德所思之人性尊嚴

除了神學影響，哲學家康德在其著作「道德形上學的基本原則」(Groundwork of the Metaphysic of Morals)中，發表諸多見解而影響人性尊嚴的哲學思想深遠，亦成為許多論理與憲法的依據準則⁴⁵⁷。康德認為人類之所以有其尊嚴，乃因人具有自由意志而能自律表現，即本身制定道德法則並遵從之，如此的道德表現是自律而非他律，故人是具尊嚴的道德行動者，具不可取代性。另言之，立法者本身亦能決定事物的價值，所以擁有無條件和無可比擬的價值⁴⁵⁸。每個理性存有具有自身即是目的的特性，因此作為目的的一份子能制定普遍法則，而這種制定普遍法則的特權，表示理性存有的意志是能立下普遍法則的意志，換言之，理性存有的意志即為自我立法的意志，此即人性尊嚴的根源⁴⁵⁹。

⁴⁵⁵ 李震山，人性尊嚴之憲法意義，律師通訊，第150期，1992年03月，頁34-45。

⁴⁵⁶ Wernicke, Kurt Georg, in: Bonner Kommentar (2. bearb.), Art. 1 GG Rd. 2, Hamburg, Joachim Heitmann, 1983與蔡維音，德國基本法第一條「人性尊嚴」規定之探討，憲政時代，第18卷第1期，1992年7月，頁36-48。

⁴⁵⁷ 牟宗三(譯註)，Immanuel Kant(著)，康德的道德哲學，臺灣學生書局，二版，1983年。

⁴⁵⁸ 黃美芳，從人性尊嚴論複製人、基因增強，國立中央大學哲學研究所碩士論文，2010年6月，頁23；與前註牟宗三(譯註)，Immanuel Kant(著)，頁78。

⁴⁵⁹ 前註黃美芳，頁24；與前註牟宗三(譯註)，Immanuel Kant(著)，頁70。

康德表示：在目的王國中，每一事物或有一「價格」或有一「尊嚴」。凡是有價格的即能為某種其他與之等價的事物所代替；另一方面，在一切價格之上的，亦無與之等價的，即有一尊嚴⁴⁶⁰。人是具有尊嚴的道德主體，所以人有無限的價值且本身亦被視為目的，故「人自身即是目的」的條件下才具尊嚴。因此唯有「人」才能且服從自己所立下的法則，故人類的存在是擁有理性的意志，為具有人格價值的道德主體，絕不僅僅作為工具，而總是同時能視為目的。作為有道德行動能力的人皆有善心，無論如何被降低或人的私心，仍然有一個無限潛能的價值，其意志仍被賦予資格去尊重，不得被對待視為工具或物⁴⁶¹。由以上人性尊嚴的根源思想可知，康德認為「人」都不能被他人當作純粹的「工具」使用、而必須同時當作「目的」看待。人性尊嚴作為理性而存在，具備不可轉讓、不可剝奪的絕對價值，這種理性表現為對世界秩序的認知，此普遍遵循的自治能力是處理事務的基礎，基於形而上理性道德個體的尊重，構成了其整個思想體系的主體基礎，將人視為永遠存在目的本身。

故人之尊嚴非依存於單一個人之理性與自律而發生，此理性之完整發展必須憑藉無止境的學習過程，個人雖然會死，但是只要人類種族不滅，則人類歷史會遞延接續，因此這種理性能力之展現是「人類史的目標課題」，是整個人類種族歷史之發展成果⁴⁶²。這樣經由人類種族全體、以歷史的長時間所發展之尊嚴，即「人類本質的尊嚴」，因為這種人類之理性本質就是尊嚴的源由，而此人類本質的尊嚴，可具體見於普遍性的立法上⁴⁶³。

第三款 國家運作下之人性尊嚴

一、人即是目的

若將康德之人性尊嚴觀點推廣演繹於國家或社會中，可推導出人並非僅是國家機器或社會巨輪轉動作用下之手段或客體，反之應先存在於國家社會的，是國

⁴⁶⁰ 前註黃美芳，頁 25；與前註牟宗三（譯註）Immanuel Kant（著），頁 76-78。

⁴⁶¹ 前註黃美芳，頁 26；與前註牟宗三（譯註）Immanuel Kant（著），頁 66-67。

⁴⁶² 松田純，遺傳子技術の進展と人間の未來 ドイツ生命環境倫理學に學ぶ，知泉書館，2005 年，頁 69；與邱玫惠，「人類尊嚴」法學思維初探—從人類體外胚胎談人性尊嚴之另一面向，臺北大學法學論叢，第 69 期，2009 年 3 月，頁 39-85。

⁴⁶³ カント著，平田俊博譯，人倫の形而上學の基礎づけ—カント全集第 7 卷，岩波書店，2000 年，頁 75-81；與前註邱玫惠。

家社會存在的目的。國家係因人民之意願而存在，而非人民為國家之意願而生⁴⁶⁴。因此，任何以集體主義為名義而將個人視為國家機器或社會巨輪的小螺絲釘，以抽象隱晦的團體概念，對抗具體個人，藉以合理化統治權的暴行，皆應受到排斥，或僅歌頌抽象的集體主義，而不顧慮其個體，亦需非難⁴⁶⁵。畢竟個人與團體關係密切，如此強調個人利益凌駕團體價值之上，目的為辨識且釐清個人與團體間之關係，以在當中化解其緊張約束，以使個人的價值不受侵害⁴⁶⁶。吾人若能認清「人即是目的」之真諦，人性尊嚴之保障方得以落實。康德這種「先有個人、才有國家團體」的思想，與傳統我中華文化儒家思想亦相符合。

二、自治自決權

人性尊嚴包含了「獨特性」、「主體性」、「平等性」與「自治自決性」，其中最重要的是「自治自決性」。一般意義上個人的人性尊嚴，主要強調每個人的獨特性，差異性。人性尊嚴並非國家或法律所授予，而是先於國家而存在的，它所依賴的是每個人自身的主體性，每個人都擁有人性尊嚴的權利主體，他們的尊嚴都應受到尊重與保護。每個人都是一種理性的存在，都是享有人性尊嚴的主體，不能單純作為達到目的的手段而被任何人家以利用，人與人之間是平等的⁴⁶⁷。「自治自決」係相對於「他治他決」的觀念，與「個人本身即為目的」之概念互為表裡，是人性尊嚴的核心價值。「自治自決」應限制於憲法權利正當行使範圍內，在該領域範圍內，每個人的自治自決的機會應受到充分保障與尊重，不能無端受到他治他決。人性尊嚴之原則以個人之自由決定、人人享有平等選擇為基礎，確信個體之自主性高過於國家之價值而不受國家強行支配，以作為個人理性生活自主之理念⁴⁶⁸。德國聯邦憲法法院強調，不能將人當成物，重視自由內在領域，皆是肯定人應自治自決的另一種表達方式。

三、最後一道防線

人性尊嚴強調保護個體之自決權，然而並非因此而犧牲國家社會的共通法

⁴⁶⁴ Art. 1 des Herrenchiemseer Entwurfs; 李震山，人性尊嚴之憲法意義，律師通訊，第150期，1992年03月，頁34-45。

⁴⁶⁵ Loew, a. a. O. S. 72; 李震山，人性尊嚴之憲法意義，律師通訊，第150期，1992年03月，頁34-45。

⁴⁶⁶ BVerfGE4, 7; 李震山，人性尊嚴之憲法意義，律師通訊，第150期，1992年03月，頁34-45。

⁴⁶⁷ 沈秀芹，人性尊嚴：基因科技立法的核心理念，新視野，第2010卷第5期，2010年09月，頁69-71。

⁴⁶⁸ Bleckmann, a. a. O. S. 451; 與前註李震山。

益。學者認為人性尊嚴就是個人對國家社會所盡義務的「最後一道防線」，不可被侵犯、剝奪或使之喪失⁴⁶⁹。學理雖云如此，實務上面臨人性尊嚴與國家義務的拉鋸戰，該如何拿捏的確需更具體化。人性尊嚴作為上位憲法原則，主要是要拘束政府機關，令其尊重並保護個人，此應為人性尊嚴入憲之實質意義。憲法作為最高實定法規範，為國家之根本大法，而人性尊嚴又屬憲法價值秩序中之根本原則，因此不可侵犯的人性尊嚴，已成為價值體系之基礎⁴⁷⁰。

四、德國基本法之明文

我國學者引進「人性尊嚴」此一憲法概念時，多參酌德國基本法第一章第一項規定，描述其規範地位與作用為：憲法最高價值，任何國家公權力均應予以尊重並加以絕對保護，不容以任何形式侵犯之，屬於不得經由修憲程式變更的憲法核心領域⁴⁷¹。有學者提出：以社會承認理論與最小化保護內涵之方式去界定我國憲法中對「人性尊嚴」之保護的規範基礎與內涵。在法律系統中，憲法是法體系根本的起點，而其規範核心內涵就是「共同體成員之間相互承認、尊重對方自我決定的權利」，這也是共同體當中每一份子為了確保和平共存所必須相互認可的最基本承諾，也因此可以在當前的人類社會中獲得幾乎每一種價值系統的認同，即使不訴諸宗教、倫理之美德，就算是機會主義或利己主義也會同意此可確保和平共存的基礎共識。這個理論也可以說明：為何個人在享有基本權利的同時，也有守法的義務，因為整體秩序是建立在相互尊重的允諾之上，在期待個人受到保障同時也負有不能侵犯他人的義務，也因此法秩序運用強制力貫徹此承諾的保障乃有其正當性。而此基於共識之上的規範核心即為「人性尊嚴」，其具體的概念則為「相互尊重彼此的自我決定權」⁴⁷²。

第四款 憲政對人性尊嚴之反省：健保自費醫材禁止

國家為謀社會福利、增進民族健康，乃實施社會保險制度並應普遍推行衛生

⁴⁶⁹ 或稱為「最低底線的保障」(Minimalgarantie) Christian Starck, Menschenwürde als Verfassungsgarantie, 中研院法學期刊, 創刊號, 2007年3月, 頁323。

⁴⁷⁰ 李震山, 人性尊嚴之憲法意義, 律師通訊, 第150期, 1992年03月, 頁34-45。

⁴⁷¹ 陳品錚, 論人性尊嚴之憲法意義—以德國基本法第一條第一項為基礎, 國立中正大學法律學研究所碩士論文, 2010年03月, 頁1-20; 與蘇俊雄大法官於司法院釋字第三七二號解釋之協同(含部分不同)意見書謂:「人性尊嚴之權利概念及其不可侵犯性, 有要求國家公權力保護與尊重之地位。在個人生活領域中, 人性尊嚴是個人『生存形相之核心部分』, 屬於維繫個人生命及自由發展人格不可或缺之權利, 因此是一種國家法律須『絕對保護之基本人權』。」

⁴⁷² 蔡維音, 人性尊嚴作為法概念之出路, 法律與生命科學, 第3卷第3期, 2009年07月, 頁11-16。

保健事業及公醫制度；政府推行全民健康保險及重視社會救助、福利服務、社會保險及醫療保健等社會福利工作，亦國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務。然而在醫療費用不斷高漲情況下，中央健保局亦不得不採取各項措施來因應，逐步以各種統計數據將醫療行為量化，推陳出新的健保給付制度雖可降低醫療支出，減緩健保財政惡化，然而近來「診斷關聯群制度」之統計數據下，能否包辦所有的疾病型態、治療方式或病人本身的「獨特性」、「主體性」、「平等性」與「自治自決性」？如此強制規定給付金額或許有其統計作背景支撐，但關於治療時否定現行健保給付外之醫療品項，健保局似乎是過於將病人「物化」、簡化」忽視各種疾病發生在個別病患的「獨特性」剝奪了病人選擇治療計畫的「自決他種自費醫療的選擇權」雖然人民基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，有強制納保、繳納保費的義務，此已於司法院大法官釋字第四七二號解釋說明之，然此不代表人民可以犧牲對健保局所盡義務的「最後一道防線」——自行付費選擇的醫療方式可以被侵犯、剝奪或使之喪失，如此病人的「人性尊嚴」則藐視殆盡。

在日新月異的生物醫療科技發展過程中，人性尊嚴的內涵仍有待我們做更清楚的界定。人性尊嚴的概念應用應折衝社會上的文化差異，尋求一個規制主體與受規範客體能接受的標準而依循。立法者或政策制訂者當然也可在法條或政策上使用人性尊嚴的討論概念，再經過嚴謹的民主審議過程⁴⁷³，維護人性尊嚴與尊重人格自由發展，乃自由民主憲政秩序之核心價值⁴⁷⁴，法治國家在發展科學技術應充分尊重其國民的人性尊嚴，所有把人直接客體化、工具化與手段化的行為，都是對人的尊嚴做挑戰和侵犯，只有當每個個體都擁有自我生命存在的尊嚴，並能開發內心地去尊重他人生命存在的尊嚴，這個社會整體才是一個真正有尊嚴的社會，一個浸染於現代文明的社會⁴⁷⁵。

我國較忽視基本人權的保障，雖憲法與其增修條文中有關社會福利衛生的改革與全民健保的推行，側重於國家機器的整修，以平衡各種利益，承接歷史，潤滑國家機器，卻忽略國家根本大法中上有基本權力一章，也不明瞭憲政中有關社

⁴⁷³ 劉源祥，人性尊嚴概念之應用與檢討：以生物醫學倫理、法律規範為例，法律與生命科學，2009年07月，3卷3期，頁17-22。

⁴⁷⁴ 司法院大法官釋字第六〇三號解釋。

⁴⁷⁵ 沈秀芹，人性尊嚴：基因科技立法的核心理念，新視野，2010卷5期，2010年09月，頁69-71。

會福利衛生革新的終極目的，是在於追求人民幸福，保障人民基本權利。此種國家優於人民，國家為目的，人民為手段的思考邏輯，實倒果為因⁴⁷⁶。若人性尊嚴都不能得到尊重，社會福利衛生保障最多也只能算作統治者的施捨行為。當社會福利衛生保障被視作民眾的一種權利，國家所提供的社會福利衛生保障就不能再限於是一種道德上的責任，而應當作為一種法定責任⁴⁷⁷。

病患的人性尊嚴是否受到貶抑，端從尊嚴主體的角度出發，與健保局是否有其主觀意圖與動機而侵犯，無關宏旨。即使健保局是出於善意而意欲保護「診斷關聯群制度」的完整性，仍有可能侵犯患者個體的「人性尊嚴」。因此，尊嚴保障是保護「人之為人」與尊重「病人亦為人而非統計數據」之最基本利益，其目的不只是確保醫療品質提高，不是完全與傳統健保給付項目隔絕，或者免於發生治療併發症，尊嚴是一種自決，此種憲法保障主要目的是讓個人的精神及物理存在免於被剝奪，防止個人被置於「強制狀態」，成為國家、社會或健保局的支配客體，讓「病患個體本身醫療即是目的」，其人性尊嚴作為理性而存在，具備自治自決醫療的基礎能力⁴⁷⁸。

第三項 平等原則之維持

第一款 平等權之意涵

平等權的內涵即「要公平」，可因各種不同情況，而為實質上符合公平的處理，而非一種齊頭式的平等。其內涵是一種「立足點的平等」或「實質的平等」，可描述為：「相同事項應相同處理，不同事項應不同處理。」⁴⁷⁹在一個「實質平等」的要求下，平等並不禁止差別待遇，而重點毋寧是「差別待遇有無理由」，基於「實質平等」的要求，國家可針對不同事項為不同之處理，以求合於真正的平等。涉及平等權的案例之經典者如司法院大法官第四八五號解釋⁴⁸⁰，其判斷國

⁴⁷⁶ 李震山，人性尊嚴之憲法意義，律師通訊，第150期，1992年03月，頁34-45。

⁴⁷⁷ 曹達全，論民生保障法治建設的基本要求，中州大學學報，27卷5期，2010年10月，頁1-5。

⁴⁷⁸ 李建良，自由、平等、尊嚴：人的尊嚴作為憲法價值的思想根源與基本課題（下），月旦法學雜誌，154期，2008年03月，頁193-211。

⁴⁷⁹ 即 People who are similarly situated should be treated similarly, and people who are not similarly situated should not be treated similarly 簡言之即「等者等之，不等者不等之。」

⁴⁸⁰ 司法院釋字第四八五號解釋在討論「眷村改建條例等法規就原眷戶之優惠規定」是否違憲時論述：「憲法第七條平等原則並非指絕對、機械之形式上平等，而係保障人民在法律上地位之實質平等，立法機關基於憲法之價值體系及立法目的，自得斟酌規範事物性質之差異而為合理

家行為是否侵害平等權，須理性思考「在本質上相同之事而以不同處理」或「在本質上不同之事而以相同處理」，二者均違反平等權⁴⁸¹。

吾人須引進真正的「實質平等」堅持國家行為應採「合理差別待遇」其中斟酌「立法目的」、「事物差異」與「憲法價值體系」並以此確保「法律上地位」之平等。平等原則並不挑戰目的本身，而是關切「手段能否達成目的。」「等者等之，不等者不等之」的公式前提，端視「目的」而定。不合目的之差別，即會被認定成「恣意」而構成「不平等」。而「實質平等」所關切的，是深層的價值觀為實現社會正義，消弭族群壓迫⁴⁸²。經由形式平等之保障，自由權即可達到實質平等；然僅憑形式平等，卻不足以保障社會權。故社會權之平等，乃是要求保障特定的人民，以求達到實質之平等⁴⁸³。

第二款 福利國家所追求之醫療衛生平等

社會福利國家原則，雖然是追求社會正義的國家任務的實踐，但不能直接排除民主政治原則的適用，且在不違反比例原則、平等原則或其他相關規定的合憲性範圍內，透過法律來加以實現⁴⁸⁴。在福利國家內，對於有能力者，要求強制其參與，對於須保護而無充分資力者，社會則給予多加照顧。故其所推動的社會保險之特徵乃在危險分攤的社會化，此追求社會福利之目的，與基於個人意願參加的商業保險有根本上的差別。辦理社會保險所需費用，除以保險費挹注外，國家亦經常由它向資源而分配為必要之補助，促使醫療資源的合理分配⁴⁸⁵。

我國憲法為保障人民在法律上地位之「實質平等」⁴⁸⁶，並不限制立法機關在此原則下，為增進公共利益，以法律授權主管機關，斟酌具體案件事實上之差異及立法之目的，而為合理之不同處置⁴⁸⁷。一般認為，憲法平等權的保障，乃是一

之區別對待。」

⁴⁸¹ 吳信華，平等權的體系思考(上)，月旦法學教室，第55期，2007年05月，頁83-91。

⁴⁸² 林子儀大法官於司法院釋字第五七一號解釋之協同意見書；廖元豪，實質平等，月旦法學教室，27期，2005年01月，頁38-41。

⁴⁸³ 林昱梅，論我國對聯合國兒童權利公約中兒童社會權與健康權之立法落實，律師雜誌，第278期，2002年11月，頁14-33。

⁴⁸⁴ 蘇俊雄大法官於司法院釋字第四七二號解釋之協同意見書。

⁴⁸⁵ 孫森焱大法官於司法院釋字第四七二號解釋之協同意見書。

⁴⁸⁶ 按憲法第七條規定：「中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等。」

⁴⁸⁷ 大法官議決釋字第二一一號解釋之解釋文。

種「恣意禁止原則」(Willkürverbot)的要求，強調目的與手段必須具有合理關聯性、差別待遇必須要有理智的判斷、且不能違反比例原則等。差別對待若非出於恣意，而具有憲法上正當事由者，仍為憲法之所許。所謂「恣意」的差別待遇，係指缺乏合乎理性的衡量，或欠缺事物上的理由，尤其是違反「事物的本質」。換言之，差別待遇須有合乎事理的理由，使不與憲法保障平等權的意旨相違背⁴⁸⁸。國家所推行之社會福利保險，亦應有醫療平等原則，人民不因種族、經濟、社會、地位、疾病等因素，影響其要求平等接受政府所推行之醫療保健事業與福利之權利，病人因而具有平等享受醫療資源之權利⁴⁸⁹。本此原則國家提供各種健保給付，除扶助並照顧「經濟上弱勢」之人民，也應保障「非經濟上弱勢而有足夠能力」使用自費醫材之人民。畢竟憲法第七條之平等原則並非指絕對、機械之形式上平等，而係保障全體人民在法律上地位之實質平等，健保局基於憲法之價值體系及全民健康保險法之立法目的，應對酌規範事物性質之差異而為合理之區別對待。憲法係以促進民生福祉為一項基本原則，與保障人民得合乎自身人性尊嚴之生活需求以共同追求「實質平等」⁴⁹⁰。

第三款 我國之醫療衛生平等：全民健保

全民健保的平等原則理想不僅要求健保局把所有被保險人都當作「平等的病人」來對待，給予平等的關懷與尊重，同時也要求分配資源或機會時，健保局都能平等地對待所有人⁴⁹¹。精要的說，其核心是要求健保局必須「平等關懷與尊重」所有的病人。要做到這點，需要健保資源的總體分配結構上，一方面為了照顧到所有被保險人，健保局採取分配與補償措施，以防止因為個人體質或醫療環境等因素所造成的資源差異。另一方面健保局尊重病患個體的醫療取向，不加以干涉其是否可自購自費醫材品項⁴⁹²。

⁴⁸⁸ 李建良，德國基本權理論攬要—兼談對臺灣的影響，月旦法學教室，第100期，2011年02月，頁38-50；陳新民大法官於司法院釋字第六七六號解釋之部分不同意見書。

⁴⁸⁹ 如醫療法第八八條規定：「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」「主管機關得依前項醫療網計畫，對醫療資源缺乏區域，獎勵民間設立醫療機構、護理之家機構；必要時，得由政府設立。」

⁴⁹⁰ 大法官議決釋字第四八五號解釋之解釋文。

⁴⁹¹ 陳閔翔，德沃金「人性尊嚴原則」之理論意涵與實踐應用，政治與社會哲學評論，第29期，2009年6月，頁195-249。

⁴⁹² 陳閔翔，論德沃金的民主理論：一個憲政自由主義的解讀，台灣政治學刊，第十三卷第二期，2009年12月，頁171-223。

在我國對禁止對「相同的事物做不同的處理」與禁止「對於不同的事物做相同的處理」之思考皆曾出現在全民健保制度推動後。全體國民雖依據健保法規定，相同所得者，繳交相同保險費，但對特地偏遠山區，健保局並無法確保人民之就醫管道，享有如同都市地區的醫療資源。此時，偏遠山區之人民得否主張其享受醫療權利受侵害，而主張減少保費之給付？因而，在健保局無法提供醫療資源時，該地區之保險人得否主張保費之部分免除，如此始符合病人醫療平等權之要求⁴⁹³？此即為對「差別對待的禁止」之思考。而健保法依據不同職業之人，繳交不同健保費，卻享有相同之健保給付，是否違反「不同事件，應為不同處理」之平等權原則？即所有國民既享有相同之健保給付，是否所有國民均僅負擔相同之保險費給付義務，始符合平等原則？此又為對「相同對待的禁止」之思考⁴⁹⁴。

第四款 我國醫療衛生平等之困惑：健保自費醫材禁止

我國全民健保為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，在二代健保推行後擴大保險費而納入高額收入為費基、強化量能負擔精神、減輕受薪階級負擔，以符量能負擔之公平性。即使如此，顧及被保險人相互間之收入及負擔能力差距甚大，決定保險費時不可能精確考量各被保險人不同的資力，仍得以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化功效⁴⁹⁵。但在「診斷關聯群制度」下納入之醫療診斷與治療，若無健保已規定自付、負擔及補助之品項，則無使用之可能，此是否公平合理為推行全民健保，或此有無合於憲法所定平等原則，為此待討論之事項。大凡立法者制定的政策，尤其是給付性的社會政策，須強調在可行層面。系爭規定並非出自於主管機關或立法者單方面恣意判斷，而有「民主參與」的程序，從而構建出一個最可行的制度，且綜合法律、政治與民意的判斷，都屬於立法者的形成與裁量判斷之空間⁴⁹⁶。

所推動「診斷關聯群制度」則出現另一種違背「平等原則」之實例，其「相同診斷」給予「相同健保給付費用」看似合理，且強制使用健保所規制之醫療品

⁴⁹³ 原則上，健保局受限於現實條件，無法提供相同之醫療服務，可認為係健保局給付不能，此項不能係因不可歸責於雙方當事人之事由所致，因而債務人（健保局）得免給付義務（民法二二五）但被保險人亦同免對待給付之義務（民法二二六）。

⁴⁹⁴ 陳聰富，醫療法：第一講—病人醫療人權的實踐議題，月旦法學教室，第64期，2008年02月，頁33-47；蔡維音，全民健保體制下醫療疏失責任之歸屬，中原財經法學，第十二期，2004年6月，頁1-23。

⁴⁹⁵ 大法官議決釋字第四七三號解釋之解釋文。

⁴⁹⁶ 陳新民大法官於司法院釋字第六七六號解釋之部分不同意見書。

項也無太大不妥。然羅列在「相同的診斷」下，浩瀚醫學怎可能簡化成「相同診斷必等於相同治療」？此外疾病對醫療者與受治者的主要意義應為「治療方法與效果」而非僅停留在「診斷」。是故常因為不同病人之年齡、患病時間、背景、需求等情況，即使是「表面之相同診斷，實則不同治療模式。」所以可能發生之「不同治療」就須不同之健保給付。或許因其給付有範圍高低以因應治療之不同而暫免除「完全相同對待的禁止」之思考，然健保局全面禁止使用自費醫材之一體性規定，未針對特殊狀況予以額外考量，「隱性地」存在於「在本質上不同之事而以相同處理」，此行為仍難脫違反平等權之嫌。提及若「使用自費醫材時須全額住院手術自費醫療」之舉，則此完全背離讓每個人均享有全民健保資源之平等分配的權利。

如健保局為達抑制健保給付支出高漲，必要「診斷關聯群制度」具統一給付的規定，且在「診斷關聯群制度」內之病案皆禁止使用自費醫材，致忽略複雜醫療處置的個案特殊性。然就此種一致性處理的規範，是否應就不同情形設例外規定，以使「不同情況有不同考量」，而較符合平等權的要求？雖然一個一致性的規定終可能面臨現實存在的若干例外，然而此規範是否可多設例外規定的也能達到立法目的？有能力使用自費醫材的例外病人可能成為特別被犧牲的少數，然而隨著醫療水準不斷提高，國民健康意識抬頭，逾越該規範目的例外將愈來愈顯著而達普遍情況，可能造成有失均衡。如此可能是健保規制上的疏失，亦即未將該等同樣有規範必要之例外列入考量，似有違反平等權原則⁴⁹⁷。

所謂「合理的差別待遇」係在於「系爭法令中所含的分類標準，是否與該法令之目的契合。」而檢驗健保局之「自費醫材禁止」之「合理與否」之標準在於「體系正義」端視使用自費醫材之差別待遇的措施，是否合乎整體健保法的秩序，乃是判斷平等與否的重要關鍵。回溯我國憲法第一百五十五條、一百五十七條與憲法增修條文第十條第五項所明定的「國家應推行全民健康保險」可知「原始訂定健保法」的「憲法體系正義」應為促進全體國民健康，而非為順利推行「診斷關聯群制度」因此健保局之「自費醫材禁止」似偏離了憲法這個「體系正義」方法下的基本原則，也破壞了預設著法律的和諧的整體秩序，如此有可能就被認

⁴⁹⁷ 吳信華，平等權的體系思考(上)，月旦法學教室，第55期，2007年05月，頁83-91。

為抵觸平等原則⁴⁹⁸。

因此對於病患採取診斷別而實施之全民健康保險「診斷關聯群制度」，所提供相同程度的保險給付而使用自費醫材之禁止，自有重新調整的必要。健保局為整合統一規制「診斷關聯群制度」之醫療給付，制定法規命令而禁止自費醫材使用、甚而不核予該疾病之健保給付，雖係出於合理分配醫療資源之故，似無循「不同事項應不同處理」之原則，顯違平等原則。強制禁止自費醫材使用，限制病人自由權的措施，亦非健保所追求的公益目的而為促進社會互助、危險分攤之宗旨。又健保局為順利推行「診斷關聯群制度」而「自費醫材禁止」，偏離了憲法這個「體系正義」方法下的基本原則，也被認為對意欲使用自費醫材的病人，做出了「不合理的差別待遇」而抵觸平等原則。本文誠盼以平等權促進衛生機關決策理性化與公共思辯，且盱衡社會發展之需要，制定健康保險之規定時，除應讓健保制度永續經營外，尚須建立符合憲法意旨之制度，且同時保障弱勢者與有多餘能力為己行自費醫療者，才可在實體價值層面的「實質平等」，逐漸萌芽⁴⁹⁹。

第二節 福利國人民之自由選擇

第一項 保險對象之生存權與健康權

第一款 生存權之意涵

人類求「生存權」為第一優先，也是基於人類生存本能而產生的自然權力，又每個人都出於本能的會保全自身生命，故生存權首要的條件就是生命安全的保障⁵⁰⁰。生存權主要包括「生命之尊重」與「生活之延續」。人民有權要求國家對其生命尊重及生活照顧，以維持其對合於人性尊嚴之生活⁵⁰¹。故生存權之社會意義為「人民有權向國家要求各種基本社會福利以維持生存」⁵⁰²。

因資本主義制度興起，社會難免產生失業、貧窮、飢餓、疾病等問題，國家

⁴⁹⁸ 廖元豪，平等權：第二講：大法官對平等權之審查基準，月旦法學教室，76期，2009年02月，頁37-46。

⁴⁹⁹ 孫森焱大法官於司法院釋字第四七二號解釋之協同意見書；另參閱廖元豪，平等權：第六講——平等權的檢討與展望，月旦法學教室，90期，2010年04月，頁28-36。

⁵⁰⁰ 李文成，論人民的生存權利，復興崗學報，32期，1984年6月，頁93-143。

⁵⁰¹ 林昱梅，論我國對聯合國兒童權利公約中兒童社會權與健康權之立法落實，律師雜誌，278期，2002年11月，頁14-33；李惠宗，憲法要義，元照出版公司，2002年7月，頁211。

⁵⁰² 許慶雄，憲法入門2001年最新合訂本，元照出版公司，2000年09月，頁154。

與人民關係之歷史演變，從十七、八世紀之「消極夜警國家」，至二十世紀轉變為「積極福祉國家」，近三十年來再轉型為「後福祉國家」「新自由主義國家」。此國家觀的歷史演變顯示國家逐漸體認到人權概念，必須以保障個人過著有尊嚴之最低生活為積極權利面向⁵⁰³。

生存權之性質，主要雖在請求國家作為。不過須注意到，生存權亦具有排除國家公權力不當侵害個人生存自由之消極權利面向。亦即生存權之意義為「保障國民有要求國家確保其最基本、有文化，過著像人的生活條件，同時保障國民可以要求國家不得侵害國民生活所需之相關條件與環境⁵⁰⁴。」我國憲法上「生存權」可解釋為具有社會權性質，主要意義為具有積極面向之權利，並具有排除國家侵害個人生存自由之消極面向的權利⁵⁰⁵。

第二款 生存權之延伸：健康權、醫療權

健康權是生存權的一種，是生存權的必然延伸⁵⁰⁶。在自然法學派的眼裡，健康權是先存的，人的健康也被認為是與生俱來的權利⁵⁰⁷。健康權之具體實現，則為醫療人權。醫療人權包含病人、一般民眾與醫事人員之醫療人權，在實務法規上主要討論的為病人之醫療人權⁵⁰⁸。健康權的發展至少可以歸納為三個歷史階段。首先是樸素的私權觀，繼而是萌芽的社會觀，最後是在二次大戰前後成為各國憲法和國際法強調的基本權利和現代人權，從而徹底地改變了其僅在私法領域「消極權利」的性質⁵⁰⁹。亦有學說認為國家所欲保障的基本人權是「醫療權」，以建立醫療保障體系來保障和促進人民健康，而非保障人民的「健康權」⁵¹⁰。在我國憲法第一五七條與增修條文第十條第五項的規定目的在於確保人民之「醫療

⁵⁰³ 蔡秀卿，台灣新世紀新價值——台灣國民黨的「四新主義」，民眾日報，1999年7月26日。

⁵⁰⁴ 許慶雄，憲法講義，知英文化，1994年4月，頁97。

⁵⁰⁵ 李仁森，生存權的法性質，月旦法學教室，70期，2008年08月，頁6-7。

⁵⁰⁶ 杜承銘、謝敏賢，論健康權的憲法權利屬性及其實現，河北法學，25卷1期，2007年1月，頁64-67。

⁵⁰⁷ 羅斯·霍恩，現代醫學批判，姜學清譯，上海三聯書店，2005年6月，頁1。

⁵⁰⁸ 吳全峰、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，2007年9月，頁128-161。

⁵⁰⁹ 蔣月、林志強，健康權觀源流考，學術論壇，2007卷4期，2007年4月，頁144-148。

⁵¹⁰ 「健康權」作為一種法律上的權利，求其生理機能正常運作和功能完善發揮，以其維持人體生命活動的利益為內容的人格權，是消極不被侵犯的權利。「醫療權」是人民有權要求政府增進國民健康，普遍推行衛生醫療制度，在患病時自醫療保健制度中獲得幫助，是積極恢復健康的權利。在醫療權的概念下，國家的義務在於提供醫療，並且使社會中的人有能力平等地獲得而促進健康。若在健康權的概念裡，似乎國家有義務提供健康的延續，而此為國家無能為力的事。健康取決於諸多因素，如疾病程度、病患體質等，這些都不是國家所能提供的公共產品。國家所能做的事為促進達到健康所需要各種條件，不讓他人任意侵害權利主體的健康。戴慶康，醫療權的倫理辯護，河北法學，25卷10期，2007年10月，頁60-64。

權」，享有基本之健康照護，然而上開規定實屬國家之基本國策，難謂作為人民「健康權」的保障規定⁵¹¹。

健康公平的法律本質包括獲得衛生服務的機會公平、醫療衛生資源的分配公平與健康領域中的正當差別待遇。健康公平即為人民在需要時均有公平的機會獲得應有的衛生服務，達到基本的生存標準。且可按照衛生需求，將醫療衛生資源公平分配於須衛生服務的人群中。並依據衛生需求者的具體情況作分配，使健康利益的強勢與弱勢群體之間的健康狀況的差距縮小化⁵¹²。

第三款 健保自費醫材禁止：健康醫療權之阻礙

「醫療人權」為人民有要求政府增進國民健康，普遍推行保健事業及健全醫療制度的權利；並能以人格主體者之地位，要求尊嚴、自由、平等地「接受妥當照護」及「拒絕不當醫療」之權利，以維護尊嚴、私密與健康⁵¹³。政府應建立健全之全民健康保險制度，確保國民享有平等之醫療資源。積極方面對於貧窮殘廢者，政府應給與補助。消極方面，衛生機關應減少干預病人自主決定權的體現。健保局完全禁止「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，導致醫療人員無法充分告知病人應知悉的所有治療種類及癒後情況，間接使病人無法做成合理的決定，如此無法貫徹病人之屬於憲法保護之基本權利，也無法落實讓國內病人享有世界現今的醫療水準與醫療人權⁵¹⁴。因此全民健康保險制度不應侷限於經營成本與醫療效率的討論，或是單純醫療衛生福利的給付，或是保費計算的涵蓋等，尚牽涉到深層醫療人權的保障與不同權利間的衝突與妥協。

「禁止使用自費規定」將會對人民的人格自我決定權構成限制，查「人工敷料」、「解剖型鋼板」、「人工代用骨」、「耐用型人工膝關節墊片」、「錐形疝氣補片」、「皮膚自動縫合器」等數百種醫療品項，業已經衛生署核可使用，礙於健保財務緊縮而為健保不給付項目。然病患之疾病落入「診斷關聯群制度」內，其整筆醫療給付即納入包套支付而不得使用自費醫材；否則不得納入「診斷關聯群制度」

⁵¹¹ 林明昕，健康權—以「國家之保護義務」為中心，法學講座，32期，2005年3月，頁26-36。

⁵¹² 杜仕林，健康公平的法律本質解讀，河北法學，27卷8期，中國大陸，2009年8月，頁66-69。

⁵¹³ 吳全峰，全民健康保險制度與醫療人權相關之分析，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1999年，頁2-10。

⁵¹⁴ 陳聰富，醫療法：第一講—病人醫療人權的實踐議題，月旦法學教室，64期，2008年2月，頁33-47。

而需整筆醫療全額自費。

在越來越關注健康權的二十一世紀，除了要求國家衛生機關積極作為而及時公布訊息與有效控制公共衛生疫情，建立完善的醫療衛生保健制度等之外，亦需兼顧傳統消極性的健康權而排除他人不正侵害。正如洛克所言：「人們既然都是平等和獨立，任何人就不得侵害他人的生命、健康、自由或財產。」特別是健保局應該以消極的方式不干預、不侵犯實現對這一權利的保障⁵¹⁵。依憲法第一五七條「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」立法意旨在保障全民健康，經由辦理全民健康保險，免費提供全民必要的醫療。惟依全民健康保險法第五十一條、六十八條規定，健保局明顯曲解法律條文，更違背憲法原則及精神，不當限制人民就醫機會，危及民族生存健康之嫌⁵¹⁶。

屬於「診斷關聯群制度」下的病患「使用自費醫材之禁止」，似健保局對人民的人格自我決定權構成限制，影響部分有能力人民之健康權、醫療權，阻礙其為保全自身生命而追求更新更進步醫療技術的基本生存權。基於規範保護範圍與效能之考量並參諸現有法制體系，將此類病患自主決定權之上位概念再予以「權利化」視為單一之權利類型，而符合「病人選擇治療自主決定權」之新興人格權⁵¹⁷。

第二項 自費醫材廠商之工作權

第一款 工作、勞動、職業之意涵

一、「工作」是泛指人類的活動。

工作權之性質有三說：一、工作權為自由權之一種，與職業自由相當，不具社會權之性質，不包括請求國家給予一定工作的請求權⁵¹⁸。二、工作權屬於受益權的一種，乃人民於失業之際，有請求國家予以適當就業機會，以維持其生存的

⁵¹⁵ 路豔娥，健康權的法理學思考，河北法學，27卷3期，2009年3月，頁74-77。

⁵¹⁶ 司法院大法官釋字第524號解釋之聲請書。

⁵¹⁷ 吳志正，論人工流產自主決定權之侵害與損害，東吳法律學報，19卷2期，2007年10月，頁1-26。

⁵¹⁸ 李建良，經濟管制的平等思維—兼評大法官有關職業暨營業自由之憲法解釋，政大法學評論，102期，2008年4月，頁78；李惠宗，憲法要義，元照，五版，2009年，頁243以下；李惠宗，憲法工作權保障系譜之在探討—以司法院大法官解釋為中心，憲政時代，29卷1期，2003年7月，頁125-127。

權利⁵¹⁹。三、工作權兼具自由權與受益權的性質，亦即一方面人民有自由選擇工作的權利，他方面國家必須提供人民就業機會，保障工作條件或給予失業救濟⁵²⁰。

二、「勞動」是一種體力能量的支出。

從思想史角度觀之，洛克認為：「人類透過勞動創造一切財產與價值。」⁵²¹；康德主張：「勞動係人生終極目標」⁵²²；黑格爾則主張：「勞動是人類的自我實現」⁵²³其實，所謂的工作權就是勞動權的綜合表現。人類獲得其生存所需之物質條件來自於財產，而大多數不具有資本及生產工具者之財產取自於勞動之給付。因此經由個人自由從事工作，以求得合理報酬維持家計之勞動，為社會重大意義之過程。故工作權、財產權與自由權等三要素成為現代憲法保障不可或缺之基本權⁵²⁴。

三、「職業」是指具有經濟目的工作。

人民為了求生存，爭財產而工作，均受我國憲法上第十五條保障，此屬工作權之核心⁵²⁵。而工作權係個人藉以維持生存的基本權利。憲法所保障之工作權效力有二：其一是人民要求國家提供適當工作機會之權利，是積極之受益權。然人民積極要求國家提供的給付應限於「合理請求範圍內」，在法律所創設內「機會均等且合乎資格之分配給付」，以自費醫材廠商觀點，應可積極請求健保局核可

⁵¹⁹ 林紀東，中華民國憲法釋論，大中國圖書公司，四十五版，1984年，頁152；林紀東，中華民國憲法逐條釋義（第一冊），三民，再版，1975年，頁241以下；薩孟武，中國憲法新論，三民，八版，1989年，頁127；曾繁康，比較憲法，三民，三版，1978年，頁125；董翔飛，中國憲法與政府，大修訂二十一版，1991年，頁132-133。

⁵²⁰ 謝瀛洲，中華民國憲法論，十五版，1976年，頁63；劉慶瑞，中華民國憲法要義，三民，九版，1975年，頁83、94；洪應灶，中華民國憲法新論，修訂六版，1970年，頁59-60；管歐，憲法新論，五南，增訂二十版，1989年，頁124-126；耿雲卿，中華民國憲法論（上），華欣文化，1982年，頁113；法治斌、董保城，憲法新論，三民，2003年，頁195；蔡茂寅，工作權保障與勞動基本權的關係及其特質，律師雜誌，219期，1997年12月，頁25-26。

⁵²¹ John Locke, Two Treatises of Government, 1689, Book II, Chapter V, §25ff; die Verknüpfung von Arbeit und Eigentum taucht erstmals bei Albertus Magnus auf; siehe dazu O. Langholm, Economics in the Medieval Schools, 1992, S.172f. mit Nachweisen.

⁵²² Immanuel Kant, Kritik der Urteilskraft, 1790, §83; vgl. dazu P. Krause, Die Lehre von der Arbeit in der Philosophie des Deutschen Idealismus und die Bedeutung für das Recht, 1965, S. 37ff. (89).

⁵²³ Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Grundlehren der Philosophie des Rechts, 1821§127 und §196ff; dazu wiederum Krause, Lehre(Fn.3), S. 203ff., ferner S. Z. Lim, Der Begriff der Arbeit bei Hegel, 1963.

⁵²⁴ 黃越欽，憲法中工作權之意義暨其演進，法月月刊，51卷10期，2000年10月，頁34-55。

⁵²⁵ 按憲法第十五條：「人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。」人民從事工作，有自由選擇職業與其工作場所的權利，國家不得違背其意願強迫其就業或工作。蔡茂寅，工作權保障與勞動基本權的關係及其特質，律師雜誌，219期，1997年12月，頁22-30。

成為健保內給付之醫材，增加其被使用率；或許是積極請健保局提高其給付價格。其二為自由選擇執業及從事執業活動之權利，凡法律所未禁止之事，人民皆「自由與國家之外」，此為消極面向觀之職業自由。畢竟若醫材已通過衛生署核可使用，健保局不應增加其在正當醫療用途之干涉⁵²⁶。

第二款 工作權之保障

職業自由在自由經濟具有舉足輕重的地位，包含職業「選擇」自由與職業「活動」自由，任何人皆受保障。然而，職業通常呈現高度的社會關連性，無論從職業自由的內在制約或國家政策考量，其受立法或行政規制，乃無可避免之事。職業自由的規制種類不一而足，既有消極目的規制、職業選擇的主觀要件規制、及客觀要件規制之分⁵²⁷。

第三款 工作權之限制

一、法規之限縮

憲法第十五條固然保障人民之職業自由，然職業通常具有高度的社會關連性，在國家推動社會政策與經濟政策的同時，防止過度放任人民職業自由而有可能對社會秩序及公共安全造成威脅，故須規制職業自由。有所謂從自由國家的立場出發的「消極目的規制」，為防止國民的生命及健康造成危害。亦有所謂從福利國家的立場出發的「積極目的規制」，為實現社會政策與保護弱勢團體。其具體之規制方法包括：「報備制」、「登記制」、「許可制」、「資格制」、「特許制」及「國家獨佔制」等⁵²⁸。如對於自費醫材而言，衛生署為維護國民健康而以「許可制」方式對自費醫材核可使用；以「資格制」方式規定具備某專科醫師資格之醫師方可使用某種醫療器材。

二、大法官解釋之限縮

釋字第四四三號認為，憲法所定人民之自由及權利範圍甚廣，凡不妨害社會秩序公共利益者，均受保障。關於人民身體之自由，憲法第八條規定即較為詳盡，

⁵²⁶ BVerfGE 7, 397; 9, 78 與劉建宏，基本人權保障與行政救濟途徑，元照出版公司，2007年09月，頁3-14。

⁵²⁷ 許志雄，職業規制與保留的違憲審查（下）——司法院釋字第六四九號解釋評析，法學新論，20期，2010年03月，頁1-22。

⁵²⁸ 許志雄，職業規制與保留的違憲審查（上）——司法院釋字第六四九號解釋評析，法學新論，19期，2010年02月，頁1-33。

其中內容屬於憲法保留之事項者，縱令立法機關，亦不得制定法律加以限制。給付行政攸關受益人權益至鉅，其權利之限制亦應以法律定之，若法律授權行政機關發布命令為補充規定者，該命令須符合立法意旨且未逾越母法授權之範圍，始為憲法所許⁵²⁹。當工作權的行使與其他基本權或公共利益發生衝突時，對於職業階層將有所限制。

(一) 對於職業「經營」之限制。

此係指國家對於職業活動之形式、方法、範圍、內容等事項加以規範。由於此種規範只觸及職業自由基本權外圍，並未深入其核心領域，立法者有較大之裁量空間⁵³⁰。如司法院大法官解釋第一九一號⁵³¹、第二〇六號⁵³²、第四〇四號⁵³³、第四一一號⁵³⁴、第五一四號⁵³⁵等。

(二) 對於職業「選擇」之「主觀」限制。

此係立法者就申請執行某種職業之個人其資格特質、能力或技能等，訂定條件規定申請職業人須符合此等條件始允許選擇該職業。如司法院大法官解釋四五三號⁵³⁶、第五一〇號⁵³⁷等。

⁵²⁹ 陳怡如，司法院大法官法律保留原則違憲審查標準之探究：兼評工作權相關釋憲案例，人文社會學報，4期，2005年12月，頁123-148。

⁵³⁰ 劉建宏，論人民職業自由之保障—德國基本法第十二條第一項之研究，輔仁大學法律學研究所碩士論文，1991年，頁87-92。

⁵³¹ 司法院大法官第一九一號解釋認為：關於藥師開設藥局從事調劑外，並經營藥品之販賣業務者，應辦理藥商登記及營利事業登記之命令，旨在管理藥商、健全藥政，對於藥師之工作權尚無影響，與憲法第十五條並無抵觸。

⁵³² 司法院大法官第二〇六號解釋認為：鑲牙生懸掛齒科或牙科市招，標明牙周病或齲齒之防治，即係逾越鑲牙生應以鑲補牙為其業務之範圍，而屬於牙醫師業務之醫療廣告。醫師法禁止醫師為不正當之廣告，與未取得合法醫師資格為醫療廣告，旨在禁止未取得合法醫師資格者為屬於醫師業務之醫療廣告，既未限制鑲牙生懸掛鑲補牙業務之市招，自不致影響其工作機會，與憲法第十五條尚無抵觸。

⁵³³ 司法院大法官第四〇四號解釋認為：醫師法為強化專業分工、保障病人權益及增進國民健康，使不同醫術領域之醫師提供專精之醫療服務，將醫師區分為醫師、中醫師及牙醫師。中醫師之醫療行為應依中國傳統之醫術為之，若中醫師以「限醫師指示使用」之西藥製劑或西藥成藥處方，為人治病，顯非以中國傳統醫術為醫療方法，有違醫師專業分類之原則及病人對中醫師之信賴，此符合醫師法及醫療法之立法意旨，與憲法保障工作權之規定，尚無抵觸。

⁵³⁴ 司法院大法官第四一一號解釋認為：土木與結構工程均涉及公共安全，因職業執掌範圍不同而法律明訂「各科技師執業範圍」，限由學有專精者執行其專長業務，是為增進公共利益所必要，與憲法對人民工作權之保障，尚無抵觸。

⁵³⁵ 司法院大法官第五一四號解釋認為：教育部發布之遊藝場業輔導管理規則，對於電動玩具業不得容許未滿十八歲之兒童及少年進入其營業場所之規定，係為維護社會安寧、善良風俗及兒童暨少年之身心健康，涉及人民工作權及財產權之限制，自應符合首開憲法意旨。

⁵³⁶ 司法院大法官四五三號解釋認為：商業會計記帳人係屬專門職業之一種，其性質涉及公共利益與人民財產權益，是以辦理商業會計事務為職業者，須具備一定之會計專業知識與經驗，始能勝任。依憲法第八十六條第二款之規定，其執業資格自應依法考選銓定之。

⁵³⁷ 司法院大法官第五一〇號解釋認為：民用航空局對於航空人員之技能、體格或性行，應為定

(三) 對於職業「選擇」之「客觀」限制。

此係指立法者就某種職業之申請，制訂特殊之許可條件，此等許可條件與申請職業之個人無關，並且個人對於該許可條件是否成就亦不能加以影響者。如兼職禁止、對於新創設醫學系之申請所設之嚴格審查以配合國內醫師病人比例供需關係、對於醫師職業人數之限額措施與總量管制、以公權力創設中央健保局而獨佔社會福利醫療之健康保險⁵³⁸。

第四款 自費醫材禁止係對其廠商之工作權限制

基於我國是法治國，對人民經濟生活之制約，若健保局僅基於簡化行政措施、順利推動「診斷關聯群制度」等公益事由，而對自費醫材之經濟干預禁止使用措施，不僅消極地不得違反上位的法律優先原則規範：健保法第一條、憲法第一五七條與增修條文第十條第五項的規定目的皆在於確保人民之「醫療權」，享有基本之健康照護。若具基本權重要性者，更應要有法規範之法律保留原則為依據，而非僅為行政法規。此為經濟立法與經濟行政行為尚須符合安定性原則，對於自費醫材廠商遭受到健保局不法干涉，則應確保其有獲得迅速有效的權利救濟⁵³⁹。

健保局為了盡量促進行政效能，順利推動「診斷關聯群制度」，全面禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，這種行政上的類型化措施，固然簡化健保給付制度，惟此不代表行政機關所定之禁止自費醫材無可質疑。這種純提行政機關作業便利，而罔顧事實之行政命令，實有檢討改進之必要⁵⁴⁰。或許為了人民健康福祉把關，健保局應以許可、資格規制自費醫材廠商行銷外，加上在「診斷關聯群制度」下的開放「報備規制」或嚴苛「特許規制」都是解決方法，而非一味禁止卻侵害到「自費醫材廠商的工作權」。關於憲法所保障之人民與私經濟主體之工作權及法益，政府主管機關應對相關權利及法益本質、內容予以詮

期檢查，且得為臨時檢查，經檢查不合標準時，應限制、暫停或終止其執業，並授權民用航空局訂定檢查標準，均係為維護公眾利益，基於航空人員之工作特性，就職業選擇自由個人應具備條件所為之限制，非涉裁罰性之處分，與首開解釋意旨相符，於憲法保障人民工作權之規定亦無抵觸。

⁵³⁸ 劉建宏，基本人權保障與行政救濟途徑，元照出版公司，2007年09月，頁3-14。

⁵³⁹ 詹鎮榮，公經濟法：第二講：經濟憲法，月旦法學教室，第80期，2009年06月，頁65-74。

⁵⁴⁰ 姚其聖，憲法基本權利對全民健康保險法之效力，高雄律師會訊，第14卷第6期，2009年12月，頁11-18。

釋並據以就諸多基本權之間的關係建立原則與體系，調和及平衡個人權益與團體利益，以保障人權、弘揚憲治⁵⁴¹。

第三節 健保制度下醫療人員之應對

第一項 醫事服務人員之學術自由權

第一款 學術自由之意涵

「學術」之目的在探求真理、獲得知識，以理論之方法來探究自然社會與人類的活動。德國聯邦憲法法院對學術之見解為，凡依觀察對象之內容與形式，所有被認為是嚴謹地探究真實者，均稱為學術⁵⁴²。至於學術自由，乃有關知識發現、闡明與傳遞，而依科學上固有的規律性所為之程序、行為樣式與決定者⁵⁴³。舉凡我國憲法第一六五條、第一六六條、大法官在釋字第三八〇號中，有間接對學術自由有制度性保障之意涵⁵⁴⁴。

愛因斯坦認為的「學術自由」(Academic Freedom)為：一個人有探求真理以及發表和講授他認為正確事物的權利，這同時也是一種義務，一個人不應該隱瞞他已認識到的正確事物。顯然，對學術自由的任何限制都會抑制知識的傳播，從而也會妨礙合理性的判斷與行動⁵⁴⁵。「知識無長官，真理無上級」此為學術自由最深層的法理，學術研究及真理的探究，係超乎國家權力作用者，是知識貢獻給宇宙的基本要件，故學術自由應作為制度性保障基本權加以保障⁵⁴⁶。

學術自由包括兩方面，即「外在的自由」與「內心的自由」。所謂「外在的自由」就是個人不會因為發表關於知識的意見主張而遭受危險或損害，此前提

⁵⁴¹ 黃越欽，憲法中工作權之意義暨其演進，法令月刊，51卷10期，2000年10月，頁34-55。

⁵⁴² BVerfGE 90, 1(12).

⁵⁴³ BVerfGE 47, 327(367).

⁵⁴⁴ 陳春生，基本權各論基礎講座(4)—論講學自由，法學講座，20期，2003年08月，頁1-13。

⁵⁴⁵ 內森、諾登編，巨人箴言錄：愛因斯坦論和平：上，李醒民譯，長沙，湖南出版社，1992年，頁430；李醒民，科學自主、學術自由與計畫科學，山東科技大學學報(社會科學版) 10卷5期，2008年10月，頁1-16。

⁵⁴⁶ 憲法第一百六十五條：「國家應保障教育、科學、藝術工作者之生活，並依國民經濟之進展，隨時提高其待遇。」第一百六十六條：「國家應獎勵科學之發明與創造，並保護有關歷史、文化、藝術之古蹟、古物。」李惠宗，制度性保障之學術自由與大學自治權—最高法院九十一年度判字第三三四號及同院九十一年度判字第四六七號判決評釋，台灣本土法學雜誌，38期，2002年9月，頁13-37。

是由法律來保證，而且人民亦會有尊重寬容的精神。而「內心的自由」就是精神上、思想上不授權威和社會偏見的束縛，也不受一般違背哲理的常規習慣限制。此為值得個人追求的一個目標，社會上也應盡量不干涉「內心的自由」的實現⁵⁴⁷。

第二款 學術自由之具體實踐

學術自由不僅為個人自由權，也是每個人的基本權利⁵⁴⁸。為確保學者對各門知識領域探索，並保障研究過程中立性及結果可信度，學者或研究者在其專業領域中進行教學與研究時，擁有不受內外體制箝制的自由⁵⁴⁹。我國憲法第十一條所言之：「人民有言論、講學、著作及出版之自由。」即為學術自由有「研究、發表及事務決策」三個領域之理念表達。

一、學術研究自由

所謂研究，意謂方法上批判地追求新的認識，或以自然和社會之所有素材為對象的新學術認識方法之探究，或真理之方法論上的考量，或學術判斷的證明。學術研究活動是一項專業性強、智力密集型的活動，需發揮研究者的主觀能動性和創造性，使研究者完全掌握研究的主動性，盡可能不受任何思想的約束和外在的羈絆，而將自己的聰明才智運用到極致。具體而言，健保局禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，即讓醫療人員對無法在合理情況內自由選擇研究主題、對象與方法、場所與時間，往往最新先進之醫材又非健保所能給付範圍、或健保尚來不及核准給付，故臨床研究受到不合理的干預，限制了自主決定研究主題或對照組，限縮了獲取研究資源。

二、學術發表自由

其為學術研究自由的當然延伸，包括通過課堂、會議、臨床床邊教學、手術指導等，自由地與相關學者、學生教學討論，前提是必須受到現實的法規限制。然健保局禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，讓新穎之醫療品項技術無法在合理開放的環境下廣為流傳，阻礙部分醫療新知的學術成果流傳。

三、學術事務決策自由

⁵⁴⁷ 李醒民，科學自主、學術自由與計畫科學，山東科技大學學報（社會科學版），10卷5期，2008年10月，頁1-16。

⁵⁴⁸ 周志宏，學術自由與大學法，蔚理法律出版社，1989年，頁45。

⁵⁴⁹ 黃藎，論民主社會中大學之學術自由，初等教育學刊，33期，2009年8月，頁59-78。

在學術過程中衍生出的學術性事務，如儀器設備購買、專利申請、籌備成立學會等，政府也應賦予大學或研究機構獨立裁量與處理之權限，不受上級機關指令監督之約束。然而健保局禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，讓前鋒臨床醫療研究欲收集案例時受到「適法性」的質疑⁵⁵⁰。

第三款 學術自由之限縮

學術自由雖是憲法上所保障的一種基本權利，由於科技之高度專門性、複雜性，及對人類文明與社會發展之重要性，在具正當事由且符合憲法規範下，仍有「基本權利保護」遵守規範性義務之必要性須探討⁵⁵¹。

一、人性尊嚴的保障

科技研究的同時不得侵犯到人性尊嚴，因基本權利是為保障人性尊嚴而存在。如使用自費醫療品項時，需判斷符合使用適應症（Indication），不得仿單核准適應症外的使用（Off-label use），且病人是知情後同意（Informed consent），其原始目的是為了病患利益出發，而非僅為了研究新產品。

二、基本人權的「內在限制」

科技之研究與應用與其他基本權利間，應作相互調整以達和諧，以實現各個基本權利之狀態⁵⁵²。如使用自費醫材時，應確保病患之生命身體健康、自費價格財產權益等不受到不公義、不平等的對待。

三、基本人權的「外在限制」

科技研究應受公共福祉之制約，不妨礙公眾利益進行⁵⁵³。如已使用某自費醫材，而未使用健保所預設之該項同類質醫材時，需剔除該項「診斷關聯群制度」所給付之金額，不得以少報多而浮報健保給付，增加健保支出負擔。

四、必要性最小限制原則

⁵⁵⁰ 胡甲剛，學術自由的構成要件：法律權利的視角，清華大學教育研究，31卷3期，2010年6月，頁15-21。

⁵⁵¹ 周志宏，學術自由與科技研究應用之法律規範，現代國家與憲法—李鴻禧教授六秩華誕祝賀論文集，1997年3月，頁537-590。

⁵⁵² 小林直樹著，憲法講義（上）初版，東京大學出版會，1980年，頁325。

⁵⁵³ 許志雄，表現自由之限制與違憲審查之基準——司法院釋字第一〇五號之評析，法政學報，第一期，1993年7月，頁28-32。

這是所有基本權利之限制的共通原則，亦對於基本權利之限制應限於必要之最小限度。若健保所提供之傳統醫療品項已可全然應用於該疾患且為世界潮流之共識、治療指引（guideline）似無必要為研究新知而驅使病患使用自費醫材。

五、研究者的自律優先原則

由於科技之高度專門性與複雜性，實非一般立法者或行政部門所能完全瞭解與掌控，因此，研究者本身對倫理道德的自律與對人類社會的責任感，就非常重要。如「紐倫堡守則」(The Nuremberg Code)、赫爾辛基宣言」(Declaration of Helsinki) 規範有關醫學新研究人體試驗的國際倫理⁵⁵⁴。如使用自費醫材作臨床研究時，尤須報備當醫院之「醫學研究倫理委員會」(Institution Review Board IRB) 作審查。

六、民眾參與及專家主義平衡之原則

由於科技的專門與複雜性，避免專家過度的樂觀、自信與偏執，應導入適當之民眾參與機會，以平衡專家主義的流弊。是故醫院應將自費醫材的資訊公開，讓民眾的輿論共同監督，此藉由病患使用後意見的表達，促使研究者更謹慎地評估及反省其應用的可能影響，建立相互溝通的管道取得相互間的信賴關係。

七、動態規範之原則

由於科技一日千里，對於科技潛在危險之規範，應隨時配合科技發展之程度來加以檢討改進。然而研究自由之限制屬於法律保留之範圍，法律至少應對重要之基本原則以及授權之內容與範圍加以明確規定，以符合授權明確性原則之要求。⁵⁵⁵ 因此對於臨床醫療研究之規範，或容許應採取較易修訂、較彈性之規範方式，以法律授權制訂法規命令之規範方式，另建立一套「臨床醫學研究時可使用自費醫材」的規範，然此種科技之規範亦非立法者之能力所能負擔。畢竟臨床醫學研究常是演繹歸納後的回溯性研究，而非前瞻性的研究⁵⁵⁶。

⁵⁵⁴ 時國銘，人體試驗之國際倫理規範：歷史的考察，應用倫理研究通訊19期，2001年，頁12-21。

⁵⁵⁵ 許宗力，行政命令授權明確性原則之研究，法與國家權力，元照出版公司，2006年8月，頁215以下。

⁵⁵⁶ 前瞻性的研究 (prospective study) 是將研究對象選定，研究方法設定，在預定的條件下，去作研究追蹤。最後訂出結果時間點，將符合原設計條件的病人列入統計。回溯性研究 (retrospective study) 是針對某項問題，累積過往多年經驗，以病歷搜尋方式作追蹤統計。前瞻性的研究具有極高學術價值，然而國內臨床上常無法規劃良好，或是蒐集病例數不易且不足而使用回溯性研究。

第四款 健保自費醫材禁止：醫學學術研究之阻礙

自由是科學研究的靈魂，沒有自由就沒有創新思想的形式，追求真善美是無限制的，但學術自由有一定的限度，學者就是在一定的學術自由限度內追求最大的學術自由⁵⁵⁷。在不違背醫學倫理、符合醫療法及健保法規、且病人知情同意下、臨床醫療者擁有自由才能有效地進行診治患者與累積創造醫療知識。舉凡研究主題之選擇、研究方法之運用、研究結論之提出及發表，皆應予以研究自由制度性保障。此種保障除不得對學術研究予以非本質性的干預外，如在「診斷關聯群制度」下即禁止使用自費醫材而阻礙臨床醫學研究，干擾且阻礙對醫療之研究，相對地國外卻無此對醫療研究上的臨床門檻限制。此外若健保局執意不開放「診斷關聯群制度」之病人使用自費醫材，或許可另闢制度提供適當的公部門資源，予以獎勵並促進對自費醫材的臨床醫療研究，以免數年後國內醫療難以與世界接軌或並駕齊驅⁵⁵⁸。行政、法律與科技具有密切之關係，其研究亦屬於廣義科學之一部分。法律學者與執政當局，主要在於設計適當之制度或規範手段來促進科學研究對人類的貢獻，並防止科技研究對人類社會的危害，同時調和國家政府、學者與民眾之間的利益衝突，以建立其相互之依賴⁵⁵⁹。

第二項 以比例原則思考應然與實然

第一款 比例原則之意涵

「比例原則」(Verhältnismäßigkeitsprinzip) 或稱「過度禁止原則」(Übermaßverbot) 為法治國家中為了調和公私利益間衝突，達到符合實質正義理念的一種理性思考法則。此強調國家進行干預行政時，不得為達目的而不擇手段，重視目的與手段之間的均衡，而「正義裡念」可構成比例原則之法理基礎⁵⁶⁰。比例原則在我國具憲法位階，有拘束所有國家行為之效力，尤其在國家行為侵害人民基本權利之合憲性判斷上，需逐一審查且得完全符合方可通過比例原則的驗

⁵⁵⁷ 張雄，淺議學術自由的限度與學術責任，邢臺學院學報，第25卷第3期，2010年9月，頁83-85。

⁵⁵⁸ 李惠宗，制度性保障之學術自由與大學自治權—最高行政法院九十一年度判字第三三四號及同院九十一年度判字第四六七號判決評釋，台灣本土法學雜誌，38期，2002年9月，頁13-37。

⁵⁵⁹ 周志宏，學術自由與科技研究應用之法律規範，現代國家與憲法—李鴻禧教授六秩華誕祝賀論文集，1997年3月，頁537-590。

⁵⁶⁰ 蔡震榮，論比例原則與基本人權之保障，收錄於同氏著，行政法理論與基本人權之保障，五南圖書，1999年10月，頁131。

證⁵⁶¹。

第二款 以比例原則權衡社會保險

綜觀憲法本文第一五五條、第一五七條的「社會福利」顯然是包含社會保險，且是要學習英國辦理公醫制度，然而這個條文之「國家目標」卻從來沒有實現過，而在憲法增修條文第十條中被改為國家應推行全民健康保險。如今我國百分之九十九的國民，都已經納入全民健保之中⁵⁶²。然而「社會保險」非社會救助，與「公醫制度」之間亦存著矛盾。社會保險之被保險人與推行社會保險之國家間，係處於公法契約關係，雙方互負對待給付義務，其給付之範圍應悉依該公法契約成立當時之法律之所定，不若社會扶助或社會救濟，純由國家單向為給付，其給付之多寡，國家得視其當時之財力或國民經濟狀況而為調整⁵⁶³。從嚴謹的意義來說，「社會保險中的全民健保」其「藉富濟貧」的財務制度機制，雖具社會公益之性質，但仍有保費之徵收，因此並非完全不具私法之性質⁵⁶⁴。既然仍有私經濟之性質，則被保險人應以具有自由選擇就醫對象與自由決定其使用之醫材為原則。因而在醫療服務方面，自然不宜過度干預，而容有公私醫療體制並存的合理性乃至於必要性，而如此操作卻與人民繳稅、國家提供一體服務的「公醫制度」有所扞格⁵⁶⁵。

美國前總統小羅斯福演講提到：「我們能夠負擔得起我們需要的一切；但我們負擔不起我們想要的一切。」這兩者的差異當然便是「實然面負擔需要」與「應然面負擔不起想要」的差別⁵⁶⁶。是為正本清源改善現行健康保險制度財務狀況嚴

⁵⁶¹ 吳信華，法治國家原則（三）——比例原則，月旦法學雜誌，第52期，1999年09月，頁2-3。

⁵⁶² 因為早年的軍、公、勞工保險中已有生育、疾病給付的設計；另因為醫療團體反對醫師成為公務員的制度，妥協不走公醫制度。透過的全民健康保險制度，將不同職業別的人口，匯總擴大到全體國民納入健康保險。吳菁盈，憲法福利國原則的軌跡——由福利國家類型論談起，國立政治大學法律學研究所碩士論文，2004年7月，頁110-111。

⁵⁶³ 大法官於早期解釋中有將社會保險視為社會福利者，基於社會保險而取得之權益應受憲法財產權保障：社會保險為公法關係，基於社會保險而生之權益，屬公法上財產請求權，而公法上財產請求權又可分為單向施惠式與雙向對待給付式二類，其性質不同，受憲法保障之程度亦因而有別。社會保險權益屬於後者，其應受憲法財產權保障。蘇永欽，財產權的保障與司法審查，國家科學研究會研究彙刊，卷6，期1，1996年1月，頁53-54；施文森大法官於司法院釋字第四七二號解釋之部分不同意見書。

⁵⁶⁴ 蔡維音，社會國之法理基礎，正典出版文化，2001年10月，頁172-176。

⁵⁶⁵ 陳孝平，大法官解釋與全民健保——以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」憲法解釋之理論與實務，第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1)，2005年5月，頁77-79。

⁵⁶⁶ 陳新民大法官於司法院釋字第六七六號解釋之部分不同意見書。

重失衡之問題，除改變給付制度、擴大繳納保費基礎的費基外，釜底抽薪之計仍在於要求衛生機關確實教育民眾與醫療人員共同善用健保資源，實不宜斷然地一味強行推動「診斷關聯群制度」而禁止使用自費醫材，否則不僅反果為因，更將阻礙健全健保制度之改革⁵⁶⁷。揆諸先進國家施行社會福利之歷史經驗，「公法上國家行政管理制」極易流於官僚化、無效率，為此先進國家或改弦更張採行「公法上自治行政制」，強化客觀監督以遏阻上述弊病。全民健保有過度官僚化且中央集權之現象，形成「社會福利之獨裁」的情形，健保局似有為寡頭之保險人，罷凌被保險人、醫事服務人員之嫌⁵⁶⁸。

第三款 以比例原則檢視健保之自費醫材禁止

依照健保局規劃，納入「診斷關聯群制度」下的病患禁止使用自費醫材規定，在此當然不生侵害過度的問題。全民健保之設立乃為避免國民蒙受重大災害時，致使陷入生活困境，因此強制納保共同承擔風險，提供最基本的「必要」健康照護。然而私人商業健康保險逐漸普及發達的狀況下，這對於中、高收入者為謀求本身更完善之醫療照護與健康管理，的確會造成權益受侵害，故須探究其比例原則之檢驗過程⁵⁶⁹。

一、適當性原則

所採取的方法須有助於目的之達成。如健保局函釋納入「診斷關聯群制度」下的病患禁止使用自費醫材，其所規定的限制條款是否符合全民健保法的立法目的？而健保局禁止自費醫材使用之行政行為，是否符合其推行「診斷關聯群制度」原始目的而減少健保給付開支？病人無法自行負擔使用自費醫材後，顯然難說會達到減少健保局給付金額，尚且為防堵「偷使用」者，而加強審查頻率與增加行政作業。

二、必要性原則

在眾多可達成目的之方法中，應選擇對人民權益損害最少者，又稱「最小侵害原則」。只要「診斷關聯群制度」中涵蓋的疾病種類，醫療院所即完全配合健保政策，若非遵從使用自費醫材「禁止」則病人改採「完全自費醫療」後者之

⁵⁶⁷ 大法官議決釋字第五五〇號解釋之聲請書。

⁵⁶⁸ 黃越欽大法官於司法院釋字第五五〇號解釋之部分不同意見書。

⁵⁶⁹ 蔡維音，全民健保強制納保之合憲性，政治大學勞動法、社會法與基本人權學術研討會，發表於1999年11月6日。

行徑將視健保制度為無物，蓋住院期間所有費用、手術費與醫材費用皆須自費，若非經濟雄厚之病患，少有人能負擔。又或許健保局精算後，再增設一支付表而可涵蓋主要醫材使用與否之價差，即可解決臨床上欲使用自費醫材卻已納入「診斷關聯群制度」病患的問題，故全面禁止亦非方便行政作業而採的「最後手段」。如此健保政策，是否採行對臨床醫療之「最溫和手段」？還是為了方便行政作業而採的「最後手段」？行政單位在此似無採取損害最小的方式。

三、狹義比例性原則

為達目的採取之方法所造成的損害，不得與欲達成目的之利益顯失均衡，又稱「均衡原則」如禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，需將健保局所欲追求之公益價值方便行政作業，與所侵害之病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權，在「天秤」上做價值的權衡比較，始反映出國家的人權理念及社會的價值標準。多相橫量之下，病人、醫事人員、自費廠商等所被侵害之私益應大於健保局之公益⁵⁷⁰。

第四款 健保自費醫材禁止：限縮憲法基本權

反省傳統父權思想之醫病關係後，為維護病人權益，而在醫學倫理與法律上，發展出病人之自主醫療決定權。具體展現為「知情後同意」⁵⁷¹與「知情後拒絕」⁵⁷²之原則。兩者主要藉由充分提供病患所需資訊，使病患積極參與自身的醫療決定，也是建立在「尊重人格」、「尊重自主」與「促進病人健康」等倫理原則基礎上，並提出對病人最佳的建議。而病人也確定瞭解此醫療訊息，做出對自己本身利益最佳之決定。此即為醫療自由基本權人權之防禦權⁵⁷³。

憲法對基本權利的保護，應該要統攝所有相關規定的意旨，體系性地加以詮釋，而歸結出在特定生活領域中合乎憲法意旨的規範方針。例如，在引進「診斷關聯群制度」之前，就應該權衡諸方權益，例如健保給付醫療機構的水準高低，對病人及醫療人員醫療選擇自由限縮的程度，與廠商營業結構的影響等，事先就

⁵⁷⁰ 陳新民，中華民國憲法釋論，三民書局，2002年10月，頁170-172；徐良維，國家權力干預人民基本權之合法性與正當性，政策研究學報，第6期，2006年6月，頁267-302。

⁵⁷¹ 楊孝友、蔡甫昌，知情同意，臨床倫理病案討論，橋井文化，2007年7月，頁15。

⁵⁷² 顏似綾、蔡甫昌，病患拒絕輸血，臨床倫理病案討論，橋井文化，2007年7月，頁96。

⁵⁷³ 陳聰富，醫療法：第一講—病人醫療人權的實踐議題，月旦法學教室，第64期，2008年2月，頁33-47。

應該全盤考量，統合相關的法規與憲法規範意旨，並檢驗所有可能之相關基本權的限制是否逾越界限，擬定合憲政策方針後，方能依循施行「診斷關聯群制度」。而非到了臨床具體個案的爭執中，才懲罰醫療機構或忽視現行法規，造成「社會權」與「自由權」的對立衝突表象⁵⁷⁴。

由此可知健保局對於納入「診斷關聯群制度」下的病患禁止使用自費醫材所做的規制，仍然必須合乎憲法保障人民自由權與平等權的規範要求，不得逾越憲法第二十三條及其所蘊含之比例原則的規範要求。「禁止使用自費醫材」將會對病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權構成限制。衛生機關應就全民健保管理監督而通盤檢討改善，始符憲法建立公平、有效社會安全體制之意旨。

第四節 小結：健保自費醫材禁止對憲法基本人權的衝擊

一、福利國家不應「禁止自費醫材使用」

（一）「捐輸」與「給付」應並重之全民健保

雖然就司法院大法官第四七二號解釋而言，中肯的陳述全民健康保險法的立法意旨為「是保險、不是福利」；政府補助之有限責任、健保財務務求獨立且平衡皆凸顯健保作為「保險」的性質。我國「全民健康保險法」所希冀建立的醫療保健保障制度，乃是一種以「社會保險」為基礎的制度，使「全國家與社會」人民皆享有基本的醫療保健的保障。然而不可否認的，社會保險仍然不脫其作為「保險」的本質，雖然必須滿足「社會適足性」，但也必須保留某種程度的「個人權益性」；湯言之，「捐輸」與「給付」間，儘管在社會保險中並非密切對價關係，但仍保有某程度的相連性，否則即不能稱為「保險」。是以若可「給付」大於「捐輸」，反之「捐輸」大於「給付」則禁止要如何？

（二）禁止自費醫材使用不符合福利國家正義

健保業務推動「診斷關聯群制度」後，健保局明訂醫療院所不得逕行向保險對象收取自費費用，亦即人民在繳納相同往昔之「捐輸（健保保費）」下，出險

⁵⁷⁴ 蔡維音，全民健保強制納保之合憲性，政治大學勞動法、社會法與基本人權學術研討會，發表於1999年11月6日。

時卻不得「放棄、降低」使用健保「給付（醫療品項）」之權利，而自費選取它項更適切之醫療產品。在我國「全民健康保險」乃採強制性之社會保險，由此衍生保費必須按時繳納，否則依法徵收滯納金及暫停給付。對此大法官在第四七二號解釋文中明白表示健保的強制性的合憲性獲得確認，同時也強調國家應予適當之救助於無力繳納保費者。「強制捐輸」之「強制納保」已合憲，然今日之「強制給付」之「禁止自費」是否違憲？全民健保福利政策所抱持的原始理念除了憲法增修條文第十條第五項「前項」所言實施全民健保而推動「診斷關聯群制度」的同時，也該肯定「後項」該促進現代和傳統醫藥之自由研究發展，平等地被大眾利用的基本價值，才可藉此實現社會正義。

二、「自費醫材使用禁止」會侵犯人性尊嚴

（一）人性尊嚴之價值判斷

中華儒家故以傳統之「孔子的仁」、「孟子的不忍人之心」作為人之所以為人有其尊嚴和價值的根源。康德之人性尊嚴觀點推廣演繹於國家或社會中，可推導出人並非僅是國家機器或社會巨輪轉動作用下之手段或客體，反之應先存在於國家社會的，是國家社會存在的目的。國家係因人民之意願而存在，而非人民為國家之意願而生，因為「人即是目的」如此「先有個人、才有國家團體」的思想，強調每個人的「自治自決權」，因人性尊嚴並非國家或法律所授予，而是先於國家而存在的，他們的尊嚴都應受到尊重與保護。「自治自決」係相對於「他治他決」的觀念，與「個人本身即為目的」之概念互為表裡，是人性尊嚴的核心價值，個人對國家社會所盡義務的「最後一道防線」，不可被侵犯、剝奪或使之喪失。

（二）挑戰人性尊嚴最後防線、藐視自決權、侵犯人即是目的

在醫療費用不斷高漲情況下，健保局逐步以各種統計數據將醫療行為量化，推陳出新的健保給付制度以降低醫療支出，減緩健保財政惡化。然而「診斷關聯群制度」之統計數據畢竟難包辦所有的疾病型態、治療方式或病人本身的「獨特性」、「主體性」、「平等性」與「自治自決性」，故強制規定給付金額或許有其統計作背景支撐，但關於治療時否定現行健保給付外之醫療品項，健保局似乎是過於將病人「物化」、「簡化」，忽視了各種疾病發生在個別病患的「獨特性」剝奪了病人選擇治療計畫的「自決他種自費醫療的選擇權」雖然人民基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，有強制納保、繳納保費的義務，然此不代表人民可

以犧牲對健保局所盡義務的「最後一道防線」——自行付費選擇的醫療方式可以被侵犯、剝奪或使之喪失，如此病人的「人性尊嚴」則藐視殆盡。

社會福利衛生革新的終極目的，是在於追求人民幸福，保障人民基本權利。此種國家優於人民，國家為目的，人民為手段的思考邏輯，實倒果為因。患者的人性尊嚴是否受到貶抑，端從尊嚴主體的角度出發，與健保局是否有其主觀意圖與動機而侵犯，無關宏旨。即使健保局是出於善意而意欲保護「診斷關聯群制度」的完整性，仍有可能侵犯患者個體的「人性尊嚴」。因此，尊嚴保障是保護「人之為人」與尊重「病人亦為人而非統計數據」之最基本利益，防止個人被置於「強制狀態」，成為國家、社會或健保局的支配客體，讓「病患個體本身醫療即是目的」，其人性尊嚴作為理性而存在，具備自治自決醫療的基礎能力。

三、「自費醫材使用禁止」有背離平等權

（一）實質平等要求恣意禁止原則

平等權的內涵即「立足點的平等」或「實質的平等」，堅持國家行為應採「合理差別待遇」，並以此確保「法律上地位」之平等。憲法平等權的保障，乃是一種「恣意禁止原則」的要求，強調目的與手段必須具有合理關聯性、差別待遇必須要有理智的判斷、且不能違反比例原則等。在福利國家內，其所推動的社會保險之特徵乃在危險分攤的社會化，此追求社會福利之目的，除扶助並照顧「經濟上弱勢」之人民，也應保障「非經濟上弱勢而有足夠能力」使用自費醫材之人民。

（二）全民健保所追求之醫療衛生平等

全民健保的平等原則理想不僅要求健保局把所有被保險人都當作「平等的病人」來對待，給予平等的關懷與尊重，同時也要求分配資源或機會時，健保局都能平等地對待所有人。其核心是要求健保局必須「平等關懷與尊重」所有的病人。要做到這點，需要健保資源的總體分配結構上，一方面為了照顧到所有被保險人，健保局採取分配與補償措施，以防止因為個人體質或醫療環境等因素所造成的資源差異。另一方面健保局尊重病患個體的醫療取向，不應干涉其是否可自購自費醫材。

（三）違背「不同事項應不同處理」之原則

如今所推動「診斷關聯群制度」則出現另一種違背「平等原則」之實例，其「相同診斷」給予「相同健保給付費用」看似合理；然羅列在「相同的診斷」下，浩瀚醫學實難簡化成「相同診斷必等於相同治療」。此外疾病對醫療者與受治者的主要意義應為「治療方法與效果」而非僅停留在「診斷」。是故常因為不同病人之年齡、患病時間、背景、需求等情況，即使是「表面之相同診斷，實則不同治療模式。」所以可能發生之「不同治療」就須不同之健保給付。或許因其給付有範圍高低以因應治療之不同而暫免除「完全相同對待的禁止」之思考，然健保局全面禁止使用自費醫材之一體性規定，未針對特殊狀況予以額外考量，「隱性地」存在於「在本質上不同之事而以相同處理」，此行為仍難脫違反平等權之嫌。提及若「使用自費醫療品項時須全額住院手術自費醫療」之舉，則此完全背離讓每個人均享有全民健保資源之平等分配的權利。強制禁止自費醫療，限制病人自由權的措施，亦非健保所追求的公益目的而為促進社會互助、危險分攤之宗旨。因此對於病人採取診斷別而實施之全民健康保險「診斷關聯群制度」所提供相同程度的保險給付而使用自費醫材之禁止，自有重新調整的必要。

四、「自費醫材使用禁止」限制生存權

（一）生存權：積極求福利、消極拒侵害

生存權之社會意義為「人民有權向國家要求各種基本社會福利以維持生存」，且生存權亦具有排除國家公權力不當侵害個人生存自由之消極權利面向。我國憲法上「生存權」可解釋為具有社會權性質，主要意義為具有積極面向之權利，並具有排除國家侵害個人生存自由之消極面向的權利。健康權是生存權的一種，是生存權的必然延伸。健康公平的法律本質包括獲得衛生服務的機會公平、醫療衛生資源的分配公平與健康領域中的正當差別待遇。「醫療人權」為人民有要求政府增進國民健康，普遍推行保健事業及健全醫療制度的權利。政府應建立健全之全民健康保險制度，確保國民享有平等之醫療資源。積極方面對於貧窮殘廢者，政府應給與輔助。消極方面，衛生機關應減少干預病人自主決定權的體現。

（二）專注成本與效率而犧牲生存權之美滿追求

健保局完全禁止「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，導致醫療人員無法充分告知病人應知悉的所有治療方法及癒後情況，間接使病人無法做成完整決定，如此無法實踐屬於病人之憲法基本權利，也無法落實讓國內病人享有世界

現今的醫療水準與醫療人權。因此全民健康保險制度不應侷限於經營成本與醫療效率的討論，或是單純醫療衛生福利的給付，或是保費計算的涵蓋等，尚牽涉到深層醫療人權的保障與不同權利間的衝突與妥協。

屬於「診斷關聯群制度」之病患「使用自費醫材禁止」，為健保局對人民的人格自我決定權構成限制，影響部分有能力人民之健康權、醫療權，阻礙其為保全自身生命而追求更新更進步醫療技術的基本生存權。基於規範保護範圍與效能之考量並參諸現有法制體系，將此類病患自主決定權之上位概念再予以「權利化」視為單一之權利類型，創設出「病人選擇治療自主決定權」新興人格權。

五、「自費醫材使用禁止」侵害自費醫材廠商之工作權

（一）保障工作權

職業自由在自由經濟具有舉足輕重的地位，包含職業「選擇」自由與職業「活動」自由，在自由經濟體制下具有普遍性，任何人接受保障。

（二）限制工作權

然而，職業通常呈現高度的社會關連性，無論從職業自由的內在制約或國家政策考量，其受立法或行政規制，乃無可避免之事。職業自由的規制種類不一而足，既有消極目的規制、職業選擇的主觀要件規制、及客觀要件規制之分。為防止過度放任人民職業自由而有可能對社會秩序及公共安全造成威脅，故須規制職業自由。有所謂從自由國家的立場出發的「消極目的規制」，為防止國民的生命及健康造成危害。亦有所謂從福利國家的立場出發的「積極目的規制」，為實現社會政策與保護弱勢團體。如對於自費醫材廠商而言，衛生署為維護國民健康而以「許可制」方式對自費醫材核可使用；以「資格制」方式規定具備某專科醫師資格之醫師方可使用某種醫材。

（三）應以特許規制減輕對自費醫材廠商之工作權侵害

基於我國是法治國，對人民經濟生活之制約，若健保局僅基於簡化行政措施、順利推動「診斷關聯群制度」等公益事由，而對自費醫材廠商之經濟干預禁止使用措施，不僅消極地不得違反上位的法律優先原則規範：健保法第一條、憲法第一五七條與增修條文第十條第五項的規定目的皆在於確保人民之「醫療

權」，享有基本之健康照護。若具基本權重要性者，更應要有法規範之法律保留原則為依據，而非僅為行政法規。此為經濟立法與經濟行政行為尚須符合法定性原則，對於自費醫材廠商遭受到健保局不法干涉，則應確保其有獲得迅速有效的權利救濟。健保局應以許可、資格規制自費醫材廠商行銷外，加上在「診斷關聯群制度」下的開放「報備規制」、或嚴苛「特許規制」都是解決方法，而非一味禁止卻侵害到「自費醫材廠商的工作權」。關於憲法所保障之人民與私經濟主體之工作權及法益，政府主管機關應對相關權利及法益本質、內容予以詮釋並據以就諸多基本權之間的關係建立原則與體系，調和及平衡個人權益與團體利益，以保障人權、弘揚憲治。

六、「自費醫材使用禁止」迫害醫學之學術研究自由

(一) 學術自由之制度性保障

「學術自由」為探求真理以及發表和講授學者所認為正確事物之權利，與不應該隱瞞已認識正確事物之義務。顯然，對學術自由的任何限制都會抑制知識的傳播，從而也會妨礙合理性的判斷與行動。為確保學者對各門知識領域探索，並保障研究過程中立性及結果可信度，學者或研究者在其專業領域中進行教學與研究時，擁有不受內外體制箝制的自由。我國憲法第十一條所言之：「人民有言論、講學、著作及出版之自由。」即為學術自由有「研究、發表及事務決策」三個領域之理念表達。

(二) 學術自由之限制

學術自由雖是憲法上所保障的一種基本權利，由於科技之高度專門性、複雜性，及對人類文明與社會發展之重要性，在具正當事由且符合憲法規範下，仍有「基本權利保護」遵守規範性義務之必要性須探討，如：人性尊嚴的保障、基本人權的「內在限制」、基本人權的「外在限制」、必要性最小限制原則、研究者的自律優先原則、民眾參與及專家主義平衡之原則及動態規範之原則。

(三) 使用自費醫材禁止：對醫學學術研究之阻礙

自由是科學研究的靈魂，沒有自由就沒有創新思想的形式，在不違背醫學倫理、符合醫療法及健保法規、且病人知情同意下、臨床醫療者擁有自由才能有效地進行診治患者與累積創造醫療知識。舉凡研究主題之選擇、研究方法之運用、

研究結論之提出及發表，皆應予以研究自由制度性保障。此種保障除不得對學術研究予以非本質性的干預外，如在「診斷關聯群制度」下即禁止使用自費醫材而阻礙臨床醫學研究，干擾且阻礙對私人醫療的研究，相對地國外卻無此對醫療研究上的臨床門檻限制。此外若健保局執意不開放「診斷關聯群制度」之病人使用自費醫材，或許可另闢制度提供適當的公部門資源，予以獎勵並促進對自費醫材的臨床醫學研究，以免數年後國內醫療難以與世界接軌或並駕齊驅。行政、法律與科技具有密切之關係，其研究亦屬於廣義科學之一部分。法律學者與執政當局，應設計適當之制度或規範手段來促進科學研究對人類的貢獻，並防止科技研究對人類社會的危害，同時調和國家政府、學者與民眾之間的利益衝突，以建立其相互之依賴。

七、「自費醫材使用禁止」無法通過比例原則之檢驗

一、比例原則之正義理念

「比例原則」為法治國家中為了調和公私利益間衝突，達到符合實質正義理念的一種理性思考法則。此強調國家進行干預行政時，不得為達目的而不擇手段，重視目的與手段之間的均衡，而「正義理念」可構成比例原則之法理基礎。比例原則在我國具憲法位階，有拘束國家行為之效力，尤其在國家行為侵害人民基本權利之合憲性判斷上，需逐一審查且得完全符合方可通過比例原則的驗證。

二、檢視比例原則之過程

(一) 適當性原則：合目的

病人無法自行負擔使用自費醫材後，顯然難說會達到減少健保局給付金額，尚且為防堵「偷偷使用」者，而加強審查頻率與增加行政作業。故推行「診斷關聯群制度」似難達到原始目的而減少健保給付開支，且其限制規定也不符合健保法的原始立法目的：「增進全體國民健康」。

(二) 必要性原則：最小侵害

只要「診斷關聯群制度」中涵蓋的疾病種類，醫療院所即完全配合健保政策，若非遵從使用自費醫材「禁止」則病人改採「完全自費醫療」後者之行徑將視健保制度為無物，蓋住院期間所有費用、手術費與醫材費用皆須自費，若非經濟雄厚之病患，少有人能負擔。如此健保政策，絕非採行對臨床醫療之「最溫和手

段」或許可算再增設一支付表而能涵蓋主要醫材使用與否之價差，即可解決臨床上欲使用自費醫材卻已納入「診斷關聯群制度」病患的問題，故全面禁止亦非方便行政作業而採的「最後手段」。

（三）狹義比例性原則：平均衡量

為達目的採取之方法所造成的損害，不得與欲達成目的之利益顯失均衡，又稱「均衡原則」如禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫材，需將健保局所欲追求之公益價值方便行政作業，與所侵害之病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權，在「天秤」上做價值的權衡比較，始反映出國家的人權理念及社會的價值標準。多次衡量之後可發現，病人、醫事人員、自費廠商等所被侵害之私益明顯大於健保局之公益。

八、「自費醫材使用禁止」限縮憲法基本權

憲法對基本權利的保護，應該要統攝所有相關規定的意旨，體系性地加以詮釋，而歸結出在特定生活領域中合乎憲法意旨的規範方針。例如，在引進「診斷關聯群制度」之前，就應該權衡諸方權益，例如健保給付醫療機構的水準高低，對病人及醫療人員醫療選擇自由限縮的程度，與廠商營業結構的影響等，事先就應該全盤考量，統合相關的法規與憲法規範意旨，並檢驗所有可能之相關基本權的限制是否逾越界限，擬定合憲政策方針後，方能依循施行「診斷關聯群制度」。而非到了臨床具體個案的爭執中，才懲罰醫療機構或忽視現行法規，造成「社會權」與「自由權」的對立衝突表象。

由此可知健保局對於納入「診斷關聯群制度」下的病患禁止使用自費醫材所做的規制，仍然必須合乎憲法保障人民自由權與平等權的規範要求，不得逾越憲法第二十三條及其所蘊含之比例原則的規範要求。「禁止使用自費」將會對病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費醫材廠商之工作權構成限制。衛生機關應就全民健保管理監督而通盤檢討改善，始符憲法建立公平、有效社會安全體制之意旨。

第六章 結論與建議

第一節 結論

一、臨床面：上有政策、下有對策

(一) 包裹給付之診斷關聯群制度

中央健康保險局於 2010 年 1 月 1 日推動住院醫療費用採「診斷關聯群制度」的支付方式，其主要目的為控制醫療費用的不合理成長，期能拉近健保費用的收支差距，化解財務危機，並將健保財務風險轉嫁到醫療機構、或說是醫事人員來承擔。於 2011 年 1 月 26 日新修訂的二代健保，更擴大保費基礎，促使更多被保險人使用者付費。醫療機構無法利用「實支實付」以「加量」的方式從保險人多取得給付金額，漸漸地轉而採取「增質」的方式：除了加強臨床路徑等管理，減少不必要的用藥、檢驗或住院日外，促使病人「多使用自費醫材」亦是一途。

(二) 包裹給付外自費醫材之使用禁止

然而各診斷關聯群制度之給付，實已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，故中央健保局在約佔整體健保業務支付 20% 的一五五項「診斷關聯群制度」內，「禁止使用自費醫材」強令各醫療院所對已納入健保給付，且符合適應症者，皆不可向病患收取自費，如有尚未收載之自費項目，請先向總局申請核價，在未核價前仍不可收取自費。且健保局自 2010 年 7 月起加強審查案件，針對醫療院所向病患收取手術及特材自費之情形，將逕予不給付，並發函限期改善，未改善者，將依「全民健康保險法」、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理。

(三) 自費醫材使用禁止之臨床實然面

然而上有政策，下有對策，因應之道與實然之臨床面如下：

1、照舊，視臨床所需

在健保局推動「診斷關聯群制度」的早期，各醫療院所仍在觀望階段，在不違背醫學倫理、符合醫療法規、且病人知情同意下，臨床醫療者仍舊擁有全然自決權，有效地為病患進行診治，同時累積經驗以創造醫療研究。

2、停止使用自費醫材

醫療院所完全配合健保政策，只要是納入「診斷關聯群制度」的病患，即遵從自用醫療材禁止使用原則。

3、完全自費醫療

只要「診斷關聯群制度」中涵蓋的疾病種類，若醫事人員建議使用，而病人執意使用較新穎、較適宜的自費醫療品項，則包括住院期間所有費用、手術費與醫材費用皆須自費。

4、減少使用自費醫材的比率

醫事人員「低調」使用自費醫療品項，醫療機構不鼓勵亦不禁止此行為，消極地維持現狀與健保局保持「冷戰局面」，然而如此仍是違法行為。

5、參雜使用自費醫材

在手術住院期時，除病人願意使用的自費醫材外，再參雜使用健保「診斷關聯群制度」所給付的一小部分健保醫材，以規避健保稽查，算是一種脫法行為。

6、另設商店專櫃售醫材

請病患在醫院內或旁所另設的商店，臨櫃購買所需之醫療品項，如此醫材來源與醫療機構脫鉤，保險醫事服務機構也無違反全民健康保險法第六十八條。

二、英、美、德、日之健保制度：朝向中庸邁進

（一）英國漸鬆綁公醫制度

英國採取社會福利政策，將全民均納入健康保險，建立英國之公醫制度有其優點：全面照顧國民健康、多層次轉診制度、醫療國家化、低廉醫療、雙軌並行商業保險等。然而亦有醫療效率低下、醫療費用膨脹、賦稅公平性、商業保險排擠效應、新醫療應用率低等缺失。「公醫制度」處在各國醫療體系光譜的極左端五十年後，亦倡導制度改革，嘗試將政府角色淡化、鬆綁醫療管制、引入私人營造醫院、允許醫院自我管理、政府管理改革醫院、開放「基層醫療群」建立品質管制系統。如此讓極左端的英國公醫制度，漸漸地右斜向光譜中間移動。

（二）美國努力邁向全民健保

美國現在醫療衛生採取高度自由的市場競爭、政府低調介入，以多種私立醫療保險項目為主。然而美國式醫療保險面臨許多困境：階級性醫療保險——有工作才有「就業團保」，即使公共醫療保障亦是「貧民」、「老人」才能參加醫療照顧保險，醫療保險費用快速膨脹，醫療費用分配不均，而美國國民本身又充滿了健保改革的迷思與困惑。在歐巴馬總統進行新一波「全民健保」改革計畫下，也宣告其醫療體系將「左傾」，亦中庸地朝向光譜中央移動。如此以國家的力量，徵健保稅，照護三千萬本來無健康保險覆蓋的人民，使得強制人人有健康保險。

（三）日本強調社會共生

日本採取「國家主導的醫療保險」模式，其醫療綜合評價指標始終名列全球前茅，為一醫療體制健全、醫療質量和服務水平高、國民的醫療保障做得很好的國家。隨著日本經濟泡沫化後，財政短缺、少子化與社會人口高齡攀增、醫療技術快速發展，使得日本財務吃緊。於是 2006 年進行根本性改革，主採取「節流」之方式，捨棄向來為抑制醫療需求而提高被保險人就醫時部分負擔比例之方式，改以綜合性追求醫療費用之妥適化來抑制醫療費用的成長。可見近年來日本之醫療體系是稍微「左傾」的改變，強調「社會整體共生之醫療保險」。

（四）德國擴大自費承擔

德國是世界上最先制定社會保障法的國家，始終遵循「社會市場經濟」，在自由選擇參保形式下，法定醫療保險與商業健康保險可同時並行，達到德國醫療的良性多元競爭和自我管理。然而保險人得自負盈虧、醫療費用不斷上漲、參加法定醫療保險之被保險人數增多等，促使德國政府改革醫療契約關係，取消部分藥品、醫材的醫療補助而提高了自費的比例，督促保險公司及醫院自我約束健保開支，減少法定醫療保險覆蓋的項目，增加被保險人的責任，而擴大提高被保險人自費承擔醫療費用的範圍與比例。如此德國在改革中逐步「右斜」前進。

三、對憲法基本人權的衝擊與權衡

（一）福利國家內不應禁止自費醫材使用

全民健康保險法「是保險、不是福利」然人民在繳納相同往昔之「捐輸（健保保費）」下，出險時卻不得「放棄、降低」使用健保「給付（醫療品項）」之權利，而自費選取它項更適切之醫療產品。「捐輸」與「給付」間，儘管在社會保

險中並非密切對價關係，但仍保有某程度的相連性，否則即不能稱為「保險」。若「給付」大於「捐輸」也莫非不可，反之「捐輸」大於「給付」則要如何禁止？在大法官第四七二號解釋文中明白表示健保的強制納保性的合憲性。「強制捐輸」之「強制納保」已合憲，然今日之「強制給付」之「禁止自費」是否違憲？

（二）自費醫材使用禁止侵犯人性尊嚴

健保局以各種統計數據將醫療行為量化，推陳出新的健保給付制度以降低醫療支出，減緩健保財政惡化。然而「診斷關聯群制度」之統計數據畢竟難包辦所有的疾病型態、治療方式或病人本身的「獨特性」、「主體性」、「平等性」與「自治自決性」，故強制規定給付金額或許有其統計作背景支撐，但關於治療時否定現行健保給付外之醫療品項，健保局似乎是過於將病人「物化」、「簡化」，忽視了各種疾病發生在個別病患的「獨特性」，剝奪了病人選擇治療計畫的「自決他種自費醫療的選擇權」。雖然人民基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，有強制納保、繳納保費的義務，然此不代表人民可以犧牲對健保局所盡義務的「最後一道防線」。

（三）自費醫材使用禁止背離平等權

在「相同診斷」給予「相同健保給付費用」看似合理；然羅列在「相同的診斷」下，醫學實難簡化成「相同診斷必等於相同治療」。是故常因為不同病情時，即使是「表面之相同診斷，實則不同治療模式。」所以可能發生之「不同治療」，就須不同之健保給付。或許因其給付有範圍高低以因應治療之不同而暫免除「完全相同對待的禁止」之思考，然健保局全面禁止使用自費醫療品項之一體性規定，未針對特殊狀況予以額外考量，「隱性地」存在於「在本質上不同之事而以相同處理」。

（四）自費醫材使用禁止限制生存權

健保局完全禁止「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫療品項，導致醫療人員無法充分告知病人應知悉的所有種類治療方法及癒後情況，間接使病人無法做成合理的決定，如此無法貫徹實踐病人之屬於憲法保護之基本權利，影響部分有能力人民之健康權、醫療權，阻礙其為保全自身生命而追求更新更進步醫療技術的基本生存權。

(五) 自費醫材使用禁止侵害廠商之工作權

健保局對自費醫療廠商之經濟干預禁止使用措施，不僅消極地不得違反上位的法律優先原則規範，若具基本權重要性者，更應要有法規範之法律保留原則為依據，而非僅為行政法規。此為經濟立法與經濟行政行為尚須符合法定安定性原則，對於自費醫療廠商遭受到健保局不法干涉，則應確保其有獲得迅速有效的權利救濟。健保局應以許可、資格規制自費廠商衛生醫療用品行銷外，加上在「診斷關聯群制度」下的開放「報備規制」或嚴苛「特許規制」都是解決方法，而非一味禁止卻侵害到「自費醫療廠商的工作權」。

(六) 自費醫材使用禁止影響醫學研究學術自由

自由是科學研究的靈魂，沒有自由就沒有創新思想的形式，在不違背醫學倫理、符合醫療法及健保法規、且病人知情同意下、臨床醫療者擁有自由才能有效地進行診治患者與累積創造醫療知識。在「診斷關聯群制度」下即禁止使用自費醫療品項而阻礙臨床醫學研究，干擾且阻礙對私人醫療的研究，相對地國外卻無此對醫療研究上的臨床門檻限制。此外若健保局執意不開放「診斷關聯群制度」之病人使用自費醫療品項，或許可另闢制度提供適當的公部門資源，予以獎勵並促進對自費醫療品項的臨床醫療研究，以免數年後國內醫療難以與世界接軌或並駕齊驅。

(七) 自費醫材使用禁止無法通過比例原則檢視

病人無法自行負擔使用自費醫療品項，難謂達減少健保局給付金額效果，尚須為防堵「偷使用」而加強的審查頻率之行政作業增加，因此其限制規定不符合健保法的原始立法目的與適當性原則。又不遵從者，病人須改採「住院手術完全自費醫療」若非經濟雄厚之病患，少有人能負擔，此絕非採行對臨床醫療之「最溫和手段」其禁止方式亦非「最後手段」如禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫療品項，需將健保局所欲追求之公益價值方便行政作業，與所侵害之病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權，在「天秤」上做價值的權衡比較，病人、醫事人員、自費廠商等所被侵害之私益應大於健保局之公益。

第二節 建議

一、放寬健保特約的強行限制

健保局禁止保險醫事服務機構向保險對象收取「差額」，如斯規定原意為確保醫療資源不被恣意浪費，避免醫病任一方浪費醫療資源，但保險醫事服務機構對於特定醫療服務擔心健保核刪、處以罰鍰或刑事對待，又受限不得在病患同意下以「自費醫療」名義完成醫療服務，導致病情遲延而造成醫療糾紛，讓醫事人員進退維谷、醫病關係緊張莫名，國家輔助機制介入的同時不宜變更醫療核心價值，否則會讓醫療品質退步，最終「以健保規章取代醫學教科書」。解決之道應健保局只能承擔符合健保規定之「適當醫療服務」費用，其他費用應回歸醫療契約債之本旨，讓契約兩造當事人自行處理。

畢竟全民健保為社會保險，非社會救助，而保險給付有期限度。使用自費分擔方式可緩和健保局財務窘況，亦為可分擔醫療給付拮据的措施。至於有人無力負擔自負額，以致僅獲得較低或較危險的醫療服務，也是資本市場經濟運作下在所難免之殘酷事實。就醫療個案論，醫事人員須善盡說明義務，並協助病患因醫療方法之限制可能造成之損害；保險人亦應妥善健全提供符合最低人性尊嚴需求之醫療體系，倘不充實處由有能力者自行負擔難謂失責。若非而造成被保險人誤以為強制健康保險所給付已完備，則須論醫療疏失之責。

二、不因道德危險而扼抑自費醫療

社會保險乃為協助弱勢者，分攤其所不能承受的風險，其給付標準有其限制，國家並不能強制人民針對「不必要的給付標準」作自我預護，而忽略個人亦可循個人儲蓄或商業保險達到相同的效果。國家亦不能要求所得高者替弱勢者分攤保險費，蓋社會保險之目的僅在落實社會連帶主義「同求生存、自助互助」之精神，終究非追求眾人均富均貧之思想；反之國家也不該扼殺個人計欲追求健康的理想。

在日益普及的私人商業醫療保險下，民眾提高商業健保附加險保費的同時無非於保險事故發生時，得到雙重保障——健保之實物給付與商業保險之金錢給付，或多或少因此產生較高的新道德危險。醫療院所在健保局嚴苛支付制度改革

下，轉型多元經營自費醫療產業，也對民眾產生新道德危機而推波助瀾地「增加」民眾利用商業醫療保險的使用率。健保局若一味禁止納入「診斷關聯群制度」下的病患使用自費醫療品項，除了簡化行政推動、防止醫事服務機構詐欺保險人外，雖然也會抑制新道德危險，無疑也扼殺被保險人追求高品質健康的理想，防堵了商業保險理賠金額提升。此政策對健保局降低保費的給付有限，對被保險人健康提升無助益，相反地卻可大大降低私人保險理賠負擔。健保改革，須積極尋求醫療體系的信賴、及民眾對社會保險之「去自助餐化」認同，以「人」為基礎互動的社會機制，非以「制度」、「財務」、「統計」等為考量中心，才可長長久久順利經營運作。

三、重評「診斷關聯制度」支付公式以化解保險詐欺

如今複雜又更動頻繁的健保規定與限制已超越醫師應承擔之範圍，也因此醫師不再僅止於單純的盡最大專業能力提供病人最好的醫療服務，對於醫療專業工作的角色定位來說，也已漸脫離醫師所能掌控的範圍。健保局同時身居供給、需求與審判者的角色，醫界受到健保局寡頭式的領導，在公法契約的框架下，行政契約仍承認行政機關在契約中具優勢地位。終究健保治理體系與醫界均能以公益為念，密切合作而非對峙，才有利於作為公共財的健保制度的健全發展。

依目前中央健保局函釋認為，納入「診斷關聯群制度」之病患，因健保局已包裹支付其醫療費用，若擅自「額外」要求病人自費，就是「實質收受全額健保給付費用、實際卻只應用部分健保支付品項」，故不得收取自費，否則有詐欺保險人之嫌。建議健保局可精算後，扣除抽離此健保支付之主要醫材費用後，再另行公布所應支付的定額範圍，而非完全禁止自費。至於非主要醫材（如敷料或藥品）所佔費用不顯著，則完全無禁止之必要。如斯作法只是「技術上的問題」，並非不可解決，也才不至於而令保險人、醫事服務機構、保險對象陷入僵局，可讓純粹為服務病患之醫事人員，從保險詐欺罪中解套。

四、遵照健保規制卻併發醫療糾紛應具國賠責任

醫療糾紛時最重要的是如何有效地填補病患或其家屬的損害，這種民事賠償責任的確立，是處理醫療糾紛的主軸，其包括：侵權行為責任、債務不履行責任及消費者保護法之服務責任。在刑事上則有刑法第二八四條第二項、第二七六條

第二項之刑責可能性。在醫事服務機構違反規定致保險對象損害時，保險對象只能向保險人監督機關提出「申訴」，要求糾正，而不能直接對醫事服務機構有所請求。然而在醫事服務機構遵照健保規定卻致保險對象損害時，如禁止納入「診斷關聯群制度」之病患使用自費醫材，若保險對象有其自費醫材之適應症、本身有意願使用、醫事人員也有能力提供服務，醫事人員卻礙於健保規章而使用「診斷關聯群制度」所提供之醫材，最終確有致保險對象損害之事實發生，則保險人可能具有國家賠償法第二條第二項後段公務員「迨於、消極執行職務」之國家賠償之責任。

五、團結互助，創造三贏

社會福利制度的建構，需要各領域的專才共同致力來解決，能提出更深入的檢討與批判，以促成在健保制度更趨完美、人民健康更受保障。憲法對基本權利的保護，應該要統攝所有相關規定的意旨，體系性地加以詮釋，而歸結出在特定生活領域中合乎憲法意旨的規範方針。健保禁止自費醫材使用的原始目的在於配合「診斷關聯群制度」的建立，一方面規定符合診斷關聯的住院病例須按照其支付標準而「包裹給付」，另一方面禁止使用健保給付外之自費醫材，藉此結束醫界以少報多而浮報、濫報浪費健保資源。

然而應權衡諸方權益，例如健保給付醫療機構的水準高低，對病人及醫療人員醫療選擇自由限縮的程度，與廠商營業結構的影響等，事先就應該全盤考量，統合相關的法規與憲法規範意旨，並檢驗所有可能之相關基本權的限制是否踰越界限，擬定合憲政策方針後，方能依循施行「診斷關聯群制度」。而非到了臨床具體個案的爭執中，才懲罰醫療機構或忽視現行法規，造成「社會權」與「自由權」的對立衝突表象。猶記西洋諺語：「解決污染的方法就是稀釋它。」(The solution to pollution is dilution.) 套在人文社會科學上即為「開放勝過禁止」，既然醫材日新月異進步，且醫療費用高漲勢不可擋、民眾對醫療期待圓滿可能性又逐日提升，故禁止使用自費醫材似乎不是最好的方法，與其防堵，何不謹慎開放？

總而言之，全民健康保險的目標，是提供國民適當的醫療服務，減輕國民就醫時的經濟負擔，合理的控制醫療費用，有效率的運用醫療資源，增進國民健康。

尤賴於被保險人、醫事服務機構及保險人三方面抱持積極開放的胸襟，摒除本位主義。由此可知健保局對於納入「診斷關聯群制度」下的病患禁止使用自費醫材所做的規制，仍然必須合乎憲法保障人民自由權與平等權的規範要求，不得逾越憲法第二十三條及其所蘊含之比例原則的規範要求。「禁止使用自費」將會對病人醫療尊嚴、自決權與平等權，醫事人員學術自由，及自費廠商之工作權構成限制。衛生機關應就全民健保管理監督而通盤檢討改善，始符憲法建立公平、有效社會安全體制之意旨，創造出被保險人、保險醫事服務機構及保險人三者均能獲得三贏的局面。



參考文獻

國內部分

一、書籍

1. 王澤鑑，民法學說與判例研究，第四冊，自刊，1983年。
2. 史尚寬，債法各論（上冊），自刊，1986年11月。
3. 甘添貴，體系刑法各論第二卷，瑞興圖書股份有限公司，2000年4月。
4. 朱樹勳，心臟病與開心手術，健康世界雜誌社，台北，1997年。
5. 牟宗三（譯註），Immanuel Kant（著），康德的道德哲學，臺灣學生書局，二版，1983年。
6. 伯納·葛許，心臟小百科，天下生活出版股份有限公司，2005年。
7. 吳庚，行政法之理論與實用，三民書局，2008年9月第十版。
8. 吳凱勳，我國健康保險制度的回顧，列於楊志良（編）健康保險，巨流圖書公司，2003年。
9. 李惠宗，憲法要義，元照出版公司，2002年。
10. 李惠宗，憲法要義，元照出版公司，2004年二版。
11. 李惠宗，憲法要義，元照出版公司，2009年五版。
12. 周志宏，學術自由與大學法，蔚理法律出版社，1989年。
13. 周志宏，學術自由與科技研究應用之法律規範，現代國家與憲法－李鴻禧教授六秩華誕祝賀論文集，1997年3月。
14. 林山田，刑法特論（上），三民書局，1989年9月。
15. 林明鏘，五、行政契約與私法契約－以全民健保契約關係為例，行政契約與新行政法，台灣行政法學會，2004年01月。
16. 林明鏘，行政契約，收於翁岳生編著，行政法下冊，2000年。
17. 林紀東，中華民國憲法逐條釋義（第一冊），三民，1975年再版。
18. 林紀東，中華民國憲法釋論，大中國圖書公司，1984年四十五版。
19. 林誠二，民法債編各論（中冊），瑞興圖書，2002年初版。
20. 林誠二，民法債編總論（上），瑞興圖書，2000年9月。
21. 林誠二，民法債編總論，下冊，瑞興圖書，2001年初版。
22. 法治斌、董保成，憲法新論，元照出版社，2005年三版。
23. 法治斌、董保成，憲法新論，三民，2003年。
24. 邱聰智，醫療過失與侵權行為，民法研究，五南圖書，2000年二版。

25. 洪應灶，中華民國憲法新論，1970年修訂六版。
26. 孫森焱，民法債編總論(上冊)，自刊，2002年修訂版。
27. 孫森焱，新訂債法各論(中冊)，元照出版公司，2002年初版。
28. 孫森焱，論醫師為診療行為應負之義務，鄭玉波先生七秩華誕祝賀論文集，三民書局，1988年初版。
29. 耿雲卿，中華民國憲法論(上)，華欣文化，1982年。
30. 張世展，論醫療行為有關民法上損害賠償諸問題，司法院印行，2004年11月。
31. 許宗力，行政命令授權明確性原則之研究，法與國家權力，元照出版公司，2006年8月。
32. 許慶雄，憲法入門2001年最新合訂本，元照出版公司，2000年09月。
33. 許慶雄，憲法講義，知英文化，1994年4月。
34. 郭明政，社會憲法—社會安全制度的憲法規範，收錄於蘇永欽編，部門憲法，元照出版社，2006年。
35. 郭明政，健康保險制度及其法律規範，社會安全制度與社會法，翰蘆圖書出版公司，1997年11月。
36. 陳孝平，大法官解釋與全民健保—以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」，憲法解釋之理論與實務，第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書(1)，2005年5月。
37. 陳新民，「公法學劄記」，三民出版，1993年10月。
38. 陳新民，中華民國憲法釋論，三民書局，2002年10月。
39. 陳新民，憲法學釋論，三民書局，2005年9月修正5版。
40. 陳衛佐譯注，德國民法典，法律出版社，2006年第二版。
41. 陳聽安，健康保險財務與體制，三民書局，2003年。
42. 曾隆興，民法債編總論，三民書局，1988年10月初版。
43. 曾繁康，比較憲法，三民，1978年三版。
44. 黃丁全，醫療契約，醫事法，元照出版公司，2000年初版。
45. 楊孝友、蔡甫昌，知情同意，臨床倫理病案討論，橋井文化，2007年7月。
46. 董翔飛，中國憲法與政府，1991年大修訂二十一版。
47. 管歐、憲法新論，五南，1989年增訂二十版。
48. 劉在銓、葉鑫亮，健保下的陰影—健保醫療35項違法實錄公開，商周出版，

2000年10月。

49. 劉宗德，制度設計型行政法學，元照出版公司，2009年04月。
50. 劉建宏，基本人權保障與行政救濟途徑，元照出版公司，2007年09月。
51. 劉春堂，民法債編各論（中冊），三民書局，2004年初版。
52. 劉慶瑞，中華民國憲法要義，三民，1975年九版。
53. 劉騏嘉、黃麗菁，英國的醫療開支及融資安排，香港臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，1998年6月。
54. 蔡茂寅，行政委託相關問題之研究，收錄於當代公法新論（中）—翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集，2002年7月出版第一刷。
55. 蔡維音，社會國之法理基礎，正典出版文化，2001年10月。
56. 蔡震榮，論比例原則與基本人權之保障，收錄於同氏著，行政法理論與基本人權之保障，五南圖書，1999年10月。
57. 戴修瓚，民法債論各論（下冊），文光，1955年5版。
58. 謝啟瑞，健康經濟學，五南圖書出版公司，1997年。
59. 謝瀛洲，中華民國憲法論，1976年十五版。
60. 薩孟武，中國憲法新論，三民，1989年八版。
61. 顏似綾、蔡甫昌，病患拒絕輸血，臨床倫理病案討論，橋井文化，2007年7月。

二、學位論文

1. 何姍姍，全民健康保險下民眾自付醫療費用之評估，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2004年6月。
2. 吳全峰，全民健康保險制度與醫療人權相關之分析，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1999年。
3. 吳志正，醫療契約論，東吳大學法律學碩士論文，2005年7月。
4. 吳俊儀，診斷性影像科技於腦阻塞或顱內傷病人之利用適當性評估，嘉南藥理科技大學醫療資訊管理研究所碩士論文，2006年6月。
5. 吳菁盈，憲法福利國原則的軌跡—由福利國家類型論談起，國立政治大學法律學碩士研究論文，2004年7月。
6. 李冬峰，論病例計酬實施前後冠狀動脈繞道手術醫療品質之探討，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2002年6月。

7. 周天給，醫療糾紛之醫師民事責任之探討，國立政治大學法學院碩士在職專班碩士論文，2009年6月。
8. 林虹榕，健保詐欺型態之研究，國立台北大學犯罪學研究所碩士論文，2008年。
9. 洪明皇，全民健保新制部分負擔對不同社會群體影響之探討，國立政治大學財政研究所碩士論文，2001年10月。
10. 徐富坑，全民健康保險法對醫療費用限制之研究，東吳大學法律學碩士論文，2008年7月。
11. 高添富，醫師責任與保險法制之研究，國立政治大學法律學研究所碩士論文，2002年4月。
12. 張君蔓，台灣實施診斷關聯群支付制度對醫院之衝擊，靜宜大學管理碩士在職專班碩士論文，2010年。
13. 張俐雯，制度發展-以我國全民健康保險制度發展為例，國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文，2007年6月。
14. 張茂昌，一代健保與二代健保之比較。國立中山大學社會科學院高階公共政策碩士學程碩士論文，1996年5月。
15. 連守揚，醫療利用在總額預算急診點值浮動前後之變化---以區域教學醫院急診室為例，國立中山大學醫務管理研究所碩士論文，2006年1月。
16. 郭躍民，全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院及診所）之研究，台大法律學研究所碩士論文，2004年7月。
17. 陳志豐，現行健保體制之研究，國立中山大學中山學術研究所碩士論文，2003年2月。
18. 陳怡安，全民健康保險法規範下的醫療關係，東吳大學法研所碩士論文，1996年。
19. 陳品錚，論人性尊嚴之憲法意義—以德國基本法第一條第一項為基礎，國立中正大學法律學研究所碩士論文，2010年03月。
20. 陳美杏，日本健康保險法之研究，政治大學法律研究所碩士論文，1997年。
21. 黃信鐘，DRG制度實施之財務衝擊-以某地區醫院為例，長庚大學，碩士論文，2008年7月。
22. 黃俊元，全民健康保險法下保險人與特約醫事服務機構法律關係之研究，東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2008年。

23. 黃為縈，總額支付制度、部分負擔與醫師誘發需求之關係，義守大學管理研究所碩士論文，2006年6月。
24. 黃美芳，從人性尊嚴論複製人、基因增強，國立中央大學哲學研究所碩士論文，2010年6月。
25. 楊斯年，醫院卓越計畫實施前後處方型態分析：以某區域教學醫院精神科為例，國立陽明大學醫物管理研究所碩士論文，2003年6月。
26. 廖智雄，全民健康保險醫療費用請求權之探討，東吳大學法研所碩士論文，2000年。
27. 劉建宏，論人民職業自由之保障—德國基本法第十二條第一項之研究，輔仁大學法律學研究所碩士論文，1991年。
28. 劉耿甫，鑽石薄與金屬基材之人工關節磨耗研究，國立中正大學機械工程學系碩士論文，2004年7月。
29. 蔡東原，全民健保住院診斷關聯群對醫療耗用之探討—以南部某區域教學醫院慢性阻塞性肺病病患為例，義守大學管理研究所碩士論文，2008年。
30. 鄭淑貞，區域醫院門診服務品質之實證研究—以實施自主管理方案後之某區域醫院為例，國立成功大學企業管理研究所碩士論文，2002年6月。
31. 鄭雅靜，全民健保制度下醫學生選擇醫療科別之因素探討，國立台北大學財政學系碩士班碩士論文，2001年。
32. 賴憲堂，全民健康保險下疾病分類編碼品質與相關影響因素研究，台灣大學公共衛生研究所醫院管理組碩士論文，1996年。
33. 羅英瑛，門診部分負擔制度對醫療費用及服務量之影響，國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文，2001年7月。

三、期刊

1. 尤之毅，前瞻性付費制度（DRGs/PPS）—美國實施九年後回顧和展望，台灣醫界，第35卷第5期，1992年。
2. 王旭、院湘杰、鮑根喜、陳飛雁、黃加張，陶瓷-陶瓷人工關節初步應用結果，骨與關節損傷雜誌，第19卷第7期，2004年。
3. 王玫，各有利弊、截長補短：各國健保制度比一比，全民健康保險雙月刊，第四十六期，2003年11月。
4. 王皇玉，整型美容、病人同意與醫療過失中之信賴原則—評台北地院九十一年

- 訴字第七三〇號判決，月旦法學雜誌，期 127，2005 年 12 月。
5. 王敏容、王如萱、王佳惠、郭乃文，市場競爭程度對醫院開發自費醫療服務之影響，北市醫學雜誌，2 卷 10 期，2005 年 10 月
 6. 朱柔若、林東龍，醫療公道如何討？台灣醫療糾紛處理機制弊病之探索，醫事法學，第 11 卷第 3、4 期合訂本，2003 年 12 月。
 7. 江朝國，社會保險、商業保險在福利社會中的角色—以健康安全及老年經濟安全為中心，月旦法學雜誌，179 期，2010 年 4 月
 8. 行政院衛生署全名健康保險爭議審議委員會，白內障手術治療，台灣醫學，第 8 卷第 3 期，2004 年。
 9. 吳全峰、黃文鴻，論醫療人權之發展與權利體系，月旦法學雜誌，2007 年 9 月。
 10. 吳帆、楊耀山，醫院自主管理指標資訊系統建構—以中部某區域醫院為例，醫務管理期刊，第 4 卷第 4 期，2003 年。
 11. 吳志正，論人工流產自主決定權之侵害與損害，東吳法律學報，19 卷 2 期，2007 年 10 月。
 12. 吳信華，平等權的體系思考(上)，月旦法學教室，第 55 期，2007 年 05 月。
 13. 吳信華，法治國家原則(三)—比例原則，月旦法學雜誌，第 52 期，1999 年 09 月。
 14. 宋瑞樓，臺灣之醫療品質及其影響因素之研議，醫院，第 43 卷第 1 期，2000 年。
 15. 李仁森，生存權的法性質，月旦法學教室，70 期，2008 年 08 月。
 16. 李文成，論人民的生存權利，復興崗學報，32 期，1984 年 6 月。
 17. 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列 6：醫事服務機構與保險對象的法律關係—醫療契約(下)，台灣醫界，51 期 6 卷，2008 年。
 18. 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列 6：醫事服務機構與保險對象的法律關係—醫療契約(上)，台灣醫界，51 期 5 卷，2008 年。
 19. 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列 8：醫療費用(下)—全民健康保險不給付、不完全給付與限制給付規定，台灣醫界，51 期 10 卷，2008 年。
 20. 李志宏、施肇榮，全民健康保險解讀系列 8：醫療費用(上)—醫療費用法律關係、內容、消滅與承擔，台灣醫界，51 期 8 卷，2008 年。
 21. 李志宏、施肇榮，醫事法律案例解讀系列 10：虛報醫療費用及行政處分，台

- 灣醫界，53期1卷，2010年。
22. 李佳珂、周思源，醫院自主管理操作實務—以中區分局為例，健康保險雜誌，第1卷第1期，2004年8月。
 23. 李明濱，忍辱負重 同心捍衛醫界尊嚴，臺灣醫界，53卷5期，2010年5月。
 24. 李建良，自由、平等、尊嚴：人的尊嚴作為憲法價值的思想根源與基本課題（下），月旦法學雜誌，154期，2008年03月。
 25. 李建良，經濟管制的平等思維—兼評大法官有關職業暨營業自由之憲法解釋，政大法學評論，102期，2008年4月。
 26. 李建良，德國基本權理論攬要—兼談對臺灣的影響，月旦法學教室，第100期，2011年02月。
 27. 李惠宗，制度性保障之學術自由與大學自治權—最高行政法院九十一年度判字第334號及同院九十一年度判字第467號判決評釋，台灣本土法學雜誌，38期，2002年9月。
 28. 李惠宗，憲法工作權保障系譜之在探討—以司法院大法官解釋為中心，憲政時代，29卷1期，2003年7月。
 29. 李碩祭、許勝雄，急性心肌梗塞，高醫醫訊，第21卷第9期，2002年2月。
 30. 李震山，人性尊嚴之憲法意義，律師通訊，第150期，1992年03月。
 31. 周怡君，台灣輔具給付制度現況與困境分析，身心障礙研究，第8卷第2期，2010年。
 32. 林志鴻、陳俊全，全民健保體制下弱勢族群照護措施之檢討與財源籌措，台灣社會福利學刊，4卷2期。
 33. 林亞蓉、楊榮森、曹昭懿，台灣全民健康保險制度下髖關節置換手術醫療利用與費用，物理治療，第32卷第4期，2007年6月。
 34. 林明昕，健康權—以「國家之保護義務」為中心，法學講座，32期，2005年3月。
 35. 林明鏘，全民健保法上之保險特約爭議，台灣本土法學雜誌，第7期，2000年2月。
 36. 林雨靜，全民健保支付制度的改革—總額預算，財團法人國家政策研究基金會社會安全組研究人員國政分析，2001年11月。
 37. 林昱梅，論我國對聯合國兒童權利公約中兒童社會權與健康權之立法落實，律師雜誌，第278期，2002年11月。

38. 林炫秋，社會保險權利之憲法保障——以司法院大法官解釋為中心，國立中正大學法學集刊，2008年5月。
39. 林炳文，供給面誘發需求與醫療保健支出的關聯性，醫務管理期刊，7卷2期，2006年6月
40. 林敏鐘、陳思遠、林銘川、賴美淑，上肢截肢患者之義肢使用調查，台灣醫學，第8卷第2期，2004年。
41. 林義龍，釋字五三三號久旱逢甘霖，台灣醫界，45卷2期，2002年。
42. 邱玫惠，「人類尊嚴」法學思維初探——從人類體外胚胎談人性尊嚴之另一面向，臺北大學法學論叢，第69期，2009年3月。
43. 侯勝茂，台灣醫療科技評估之建立與執行之報告，2002年。
44. 姚其聖，憲法基本權利對全民健康保險法之效力，高雄律師會訊，第14卷第6期，2009年12月。
45. 柯木興，談社會保險與自助餐（Buffet）壽險季刊，期131，2004年3月。
46. 柯木興、林慧芬，談社會保險與自助餐（Buffet），國家政策論壇，2003年10月。
47. 紀駿輝，部分負擔的深度探討，全民健康保險，第21卷第4期，1999年。
48. 紀櫻珍、張偉斌、劉德明、許朝程、吳振龍，醫院總額預算自主管理制度之效益分析：以臺北市立聯合醫院為例，北市醫學雜誌，3卷5期，2006年5月。
49. 胡甲剛，學術自由的構成要件：法律權利的視角，清華大學教育研究，31卷3期，2010年6月。
50. 范碧玉，前瞻性DRG支付制度對於病歷管理的影響與因應，醫院，第28卷第3期，1995年。
51. 孫迺翊，憲法解釋與社會保險制度之建構——以社會保險「相互性」關係為中心，臺大法學論叢，第35第卷6期，2006年11月。
52. 徐文媛，有品質的健康照護：台灣健保擁有五大特色。衛生報導季刊，第140期，2009年12月。
53. 徐良維，國家權力干預人民基本權之合法性與正當性，政策研究學報，第6期，2006年6月。
54. 時國銘，人體試驗之國際倫理規範：歷史的考察，應用倫理研究通訊，19期，2001年。

55. 翁林仲、王孟祺。白內障手術的新發展。中華民國眼科醫學會，41 卷第 1 期。2002 年。
56. 翁瑞宏、黃靖媛、黃金安、蔡文正，醫院對顧客知識吸收能力與自費醫療開發績效的相關性研究，臺灣公共衛生雜誌，27 卷 3 期，2008 年 6 月。
57. 張乙朝，目前軟式人工水晶體之益處及限制，慈濟醫學，第 3 卷第 3 期，1991 年。
58. 張世展，論醫療行為有關民法上損害賠償諸問題，司法研究年報，第 24 輯，2004 年 11 月。
59. 張世雄，公民權利的演進與困境：自由主義與社會福利的歷史關聯，國立臺灣大學社會學刊，第二十八期，2000 年 6 月。
60. 張佳琪、黃文鴻，健保支付制度對全髖及全膝關節制換手術醫療利用情形之影響，台灣衛誌，第 20 卷第 6 期，2001 年。
61. 張桐銳，法律與社會政策作為「社會福利國」模型之建構性觀點，思與言，44 卷 3 期，2006 年 9 月。
62. 張麗卿，醫療糾紛鑑定與刑事責任認定——以戒毒致死案為例，月旦法學雜誌，期 157，2008 年 6 月
63. 張麗卿，醫療糾紛鑑定與對質詰問權，東吳法律學報，20 卷 2 期，2008 年 10 月。
64. 梁興禮，什麼是心絞痛，高榮醫訊，第 3 卷第 11 期，2000 年。
65. 許志雄，表現自由之限制與違憲審查之基準——司法院釋字第一〇五號之評析，法政學報，第一期，1993 年 7 月。
66. 許志雄，職業規制與保留的違憲審查（下）——司法院釋字第六四九號解釋評析，法學新論，20 期，2010 年 03 月。
67. 許志雄，職業規制與保留的違憲審查（上）——司法院釋字第六四九號解釋評析，法學新論，19 期，2010 年 02 月。
68. 許淑霞，醫師責任法，匯刊，第六期，1999 年 6 月。
69. 郭耀民，日本 2006 年社會健康保險法治改革之評介-與對我國全民健保及二代健保法草案之啟事，東吳法律學報，第二十卷第三期，2008 年 6 月。
70. 陳成彥、尤之浩、何一滔，在小切口白內障晶體乳化手術中，使用三種人工水晶體的臨床經驗，中華民國眼科醫學會雜誌，第 36 卷第 1 期，1997 年。
71. 陳孝平、鄭文輝，陳歆華，王憶秦，臺灣社會福利學刊，第 1 卷，1999 年。

72. 陳怡如，司法院大法官法律保留原則違憲審查標準之探究：兼評工作權相關釋憲案例，人文社會學報，4期，2005年12月。
73. 陳昌平，美國醫療給付制度，秀傳醫學雜誌，第1卷第2期，1999年01月。
74. 陳春生，基本權各論基礎講座（4）——論講學自由，法學講座，20期，2003年08月。
75. 陳婉茗、吳肖琪，模擬 DRGs 實施對我國醫院的財務衝擊，台灣衛誌，第24卷第4期，2005年1月。
76. 陳欽賢、劉彩卿、邱文達等，總額支付制度下醫院同儕行為之競合：實局理論分析，醫務管理期刊，第4卷第3期，2003年。
77. 陳閔翔，德沃金「人性尊嚴原則」之理論意涵與實踐應用，政治與社會哲學評論，第29期，2009年6月。
78. 陳閔翔，論德沃金的民主理論：一個憲政自由主義的解讀，台灣政治學刊，第十三卷第二期，2009年12月。
79. 陳運財，傳聞法則之理論及其實踐，月旦法學雜誌，期97，2003年6月
80. 陳聰富，醫療法：第一講——病人醫療人權的實踐議題，月旦法學教室，64期，2008年2月。
81. 陳聰富，醫療法：第四講——醫療契約之法律關係（下），月旦法學教室，73期，2008年11月。
82. 陳聽安、徐偉初、周麗芳，我國全民健康保險門診藥品部分負擔之經濟分析，台灣經濟學會1998年年會，1998年12月20日。
83. 黃越欽，憲法中工作權之意義暨其演進，法令月刊，51卷10期，2000年10月。
84. 黃曉令、陳冰虹，談英國公醫制度中基層醫療之改革，台灣醫界，第49卷，2006年。
85. 黃藿，論民主社會中大學之學術自由，初等教育學刊，33期，2009年8月。
86. 會務報導，台灣醫界，第51卷第5期，2005年5月。
87. 楊志良，二代健保八大迷思，台灣醫界，第53卷第8期，2010年。
88. 楊志良、林雨靜，健保費率以部份負擔調漲之適當性評析，國家政策論壇季刊創刊號，2002年8月。
89. 楊秀儀，論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則，台灣本土法學雜誌，期39，2002年10月。

90. 葉德豐、王俊文，西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究—以中部四縣市為例，醫務管理期刊，第3卷第4期，2002年12月。
91. 葛謹，英國醫療糾紛處理制度—對改進我國制度之啟示，台灣醫界，第51卷第2期，2008年。
92. 詹鎮榮，公經濟法：第二講：經濟憲法，月旦法學教室，第80期，2009年06月。
93. 詹鎮榮，憲法基本原則：第五講—社會國原則起源、內涵及規範效力，月旦法學教室，第41期，2006年3月。
94. 雷文政，全民健保合憲性之探討—從美國社會安全法制之合憲性基礎看我國大法官釋字第四七二號解釋，政大法學評論，第63期，2000年6月。
95. 雷文政，全民健保保險人與被保險對象間法律關係之研究，中原財經法學，第6期，2001年7月。
96. 廖元豪，平等權：第二講：大法官對平等權之審查基準，月旦法學教室，76期，2009年02月。
97. 廖元豪，平等權：第六講——平等權的檢討與展望，月旦法學教室，90期，2010年04月。
98. 廖元豪，實質平等，月旦法學教室，27期，2005年01月。
99. 廖振焜、侯勝茂，微創人工髖關節置換術，台灣醫學，第13卷第2期，2009年。
100. 劉中平、吳學明、高憲立。左主冠狀動脈疾病血管成形術之現況—藥物釋放型支架的影響。內科學誌，第19卷，2008年。
101. 劉宗德，日本行政調查制度之研究，政大法學評論，52期，1994年。
102. 劉秉彥、陳志鴻，冠狀動脈疾病，科學發展，第352期，2002年4月。
103. 劉政明，國際保險詐欺協會簡介，壽險季刊101期，1996年9月。
104. 劉源祥，人性尊嚴概念之應用與檢討：以生物醫學倫理、法律規範為例，法律與生命科學，3卷3期，2009年07月。
105. 劉燦宏、任文瑗、趙嘉成、崔岡、邱文達，以顧客關係管理觀點探討自費醫療服務，醫務管理期刊，5卷3期，2004年9月。
106. 蔡文正、邱聖豪、龔佩珍、陳綾穗，健保民眾選擇至非健保特約診所自費就醫因素之探討，醫護科技學刊，4卷1期，2002年1月。
107. 蔡甫昌、楊哲銘，醫師自立名目收取醫療費用之倫理與法律問題，台灣醫學，

- 7 卷 5 期，2003 年 9 月。
108. 蔡甫昌、楊哲銘、吳造中，健保給付與病人自願付費之倫理與法律問題，台灣醫學，7 卷 3 期，2003 年 5 月。
109. 蔡甫昌、楊哲銘、謝博生，自費項目申報及同一療程重複申報健保給付所涉倫理法律問題，台灣醫學，10 卷 2 期，2006 年。
110. 蔡秀卿，台灣新世紀新價值——台灣國民黨的「四新主義」 民眾日報，1999 年 7 月 26 日。
111. 蔡佩瓊、楊志良，論量計酬下道德危險的產生，台灣醫界，第 45 卷，第 3 期，2002 年。
112. 蔡茂寅，工作權保障與勞動基本權的關係及其特質，律師雜誌，219 期，1997 年 12 月。
113. 蔡淑玲，健保分局執行醫院自主管理之探討，2003 年度醫院管理研習班，澄清醫院，2003 年。
114. 蔡惠如，台灣醫療糾紛之法律課題，月旦民商法雜誌，4 期，2004 年 6 月。
115. 蔡逸虹，全民健保 Tw-DRG 推動概況——中央健康保險局，2006 年 11 月 16 日。
116. 蔡維音，人性尊嚴作為法概念之出路，法律與生命科學，第 3 卷第 3 期，2009 年 07 月。
117. 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（下）——對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第 49 期，1999 年 6 月。
118. 蔡維音，全民健保之法律關係剖析（上）——對中央健保局、特約醫事機關以及被保險人之間的多角關係之分析，月旦法學雜誌，第 48 期，1999 年 5 月。
119. 蔡維音，全民健保行政之法律關係，成大法學，4 期，2002 年 12 月。
120. 蔡維音，全民健保強制納保之合憲性，政治大學勞動法、社會法與基本人權學術研討會，發表於 1999 年 11 月 6 日。
121. 蔡維音，全民健保體制下醫療疏失責任之歸屬，中原財經法學，第 12 期，2004 年 6 月。
122. 蔡維音，健保給付之手術發生醫療疏失造成傷害，可否請求國家賠償？月旦法學教室，第 13 期，2003 年 11 月。
123. 蔡維音，從全民健保觀察醫病關係之變遷，應用倫理研究通訊，第 21 期，2002 年 1 月。
124. 蔡維音，德國基本法第一條「人性尊嚴」規定之探討，憲政時代，第 18 卷

第1期，1992年7月。

125. 聯新醫療事業，醫療自費新氣象、醫院發展新方向，聯新醫管，46期，2004年5月。
126. 薛瑞元，醫療契約與告知義務，月旦法學雜誌，期112，2004年9月。
127. 謝武吉，醫療品質與健保局刪減對民眾與醫院帶來的衝擊，政院衛生署，醫院，第31卷第6期，2000年。
128. 鍾佩樺、黃三桂、錢慶文，醫院總額浮動點值對地區醫院財務衝擊之研究，醫務管理期刊，第5卷第2期，2004年。
129. 簡聰建，診斷關係群前瞻性給付制度（DRGs/PPS）之介紹（上） 台灣醫界，第37卷第5期，1994年。
130. 蘇永欽，財產權的保障與司法審查，國家科學研究會研究彙刊，第6卷第1期，1996年1月。

四、政府出版品

1. 中央研究院醫療保健政策建議書規劃小組，醫療保健政策建議書。中央研究院報告 No. 003，2009年6月。
2. 全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，全民健康保險醫療費用協定委員會，2005年6月。
3. 行政院研究發展考核委員會編印，全民健保部分負擔新制之評估，2000年06月。
4. 行政院研考會，我國社會福利定義與範圍之研究，行政院研究發展考核委員會編印出版，1989年。
5. 張道義，健保法規適用行政程式法與行政執行法之研究，衛生署委託研究計畫，2001年。
6. 許光宏、盧瑞芬，全民健康保險藥品差額負擔可行性之研究，行政院衛生署八十七年委託研究計畫報告，長庚大學醫務管理學系，1998年。
7. 陳孝平，大法官解釋與全民健保—以大法官會議與立法院兩種合法性差異的「位能」產生制度改進的「動能」，憲法解釋之理論與實務，第四輯，中央研究院法律學研究所籌備處專書（1） 2005年5月。
8. 陳孝平，實施醫院自主管理之評估研究，行政院衛生署中央健康保險局專題研究成果報告（報告編號：DOH91-NH-1025） 2004年。

9. 陳聽安，徐偉初，周麗芳，我國健康保險醫療費用部份負擔經濟效果分析與制度改進，行政院衛生署全民健康保險監理委員會 DOH86-HS-001 研究計劃，1998 年 5 月。
10. 劉宗德主持「全民健保機構行政法人化之研究—授予公權力之必要性及其範圍」，行政院二代健保規劃小組委託研究，2003 年。
11. 劉宗德，健保業務委外辦理之法律研究，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年委託研究計畫，2001 年 4 月，頁 36。
12. 蔡茂寅，「各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題」，衛生署委託研究計畫，2001 年。
13. 藍忠孚，全民健康保險診療報酬預估支付制度之研究，行政院衛生署 86 年度委託研究計劃，1996 年。

五、學術研討

1. 李玉春，全民健康保險支付制度：如何兼顧品質與費用控制，千禧年健保政策及相關醫療保健政策研討會大會手冊，2000 年 12 月。
2. 施懿純、張綺芩，保險詐欺相關問題之研究，於朝陽科技大學舉行之保險金融管理學術暨產學合作研討會，2008 年 4 月 11 日。
3. 符儒友，歐巴馬的健保改革：溝通與協商論述。2000 年中國政治學會年會暨「能知的公民？民主的理想與實際」學術研討會，高雄市中山大學，2010 年 11 月 07 日。

大陸部分

一、書籍

1. 內森、諾登編，巨人箴言錄：愛因斯坦論和平：上，李醒民譯，長沙，湖南出版社，1992 年。
2. 毛群安，美國醫療保險制度剖析，北京，中國醫藥科技出版社，1994 年。
3. 程曉明，英國國家衛生服務制度沿革與評價，衛生部國際合作司，國外衛生考察報告，北京，人民衛生出版社，1997 年。
4. 羅斯·霍恩，現代醫學批判，姜學清譯，上海三聯書店，2005 年 6 月。

二、期刊

1. 丁純，德英兩國醫療保障模式比較分析：俾斯麥模式和貝弗裡奇模式，財經論叢，第2009卷第1期，2009年。
2. 丁純，美國醫療保障制度現狀、問題與改革，財經論叢，2006卷5期，2006年。
3. 王丙毅，英國醫療管制模式的改革與重構及其啟示，聊城大學學報(社會科學版)，2008卷5期，2008年10月。
4. 王梅，美國醫療體制改革的困境與啟示，新視野，2010卷3期，2010年。
5. 李長運，日本國民健康保險制度探析及其啟示，衛生經濟研究，第7卷第276期，2010年。
6. 李醒民，科學自主、學術自由與計畫科學，山東科技大學學報(社會科學版)，10卷5期，2008年10月。
7. 杜仕林，健康公平的法律本質解讀，河北法學，27卷8期，中國大陸，2009年8月。
8. 杜承銘、謝敏賢，論健康權的憲法權利屬性及其實現，河北法學，25卷1期，2007年1月。
9. 沈秀芹，人性尊嚴：基因科技立法的核心理念，新視野，第2010卷第5期，2010年9月。
10. 侯立平，英國醫療保險體制改革評析，江西財經大學學報，2006卷4期，2006年7月。
11. 侯立平，試論德國的醫療保險體制改革，西北人口，2006卷2期，2006年3月。
12. 胡宏偉、鄧大松，德國醫療保障對我國醫療保障改革的啟示，長春市委黨校學報，第1期，2008年。
13. 高芳英，美國醫療保險體系初探，蘇州大學學報(哲學社會科學版)，第5期，2007年9月。
14. 張望松，全民健保的國際經驗，中國改革，第10期，2005年。
15. 張雄，淺議學術自由的限度與學術責任，邢臺學院學報，第25卷第3期，2010年9月。
16. 張錄法、黃丞，國外醫療衛生體系改革的四種模式，國際醫藥衛生導報，2005卷第11期，2005年。

17. 曹達全，論民生保障法治建設的基本要求，中州大學學報，27 卷 5 期，2010 年 10 月。
18. 陳建平，英國醫院私人籌資計畫解析，中國衛生資源，2002 卷第 5 期，2002 年。
19. 湯子歐，中國保險報，德國社會醫療保險模式：多方責任共擔的社保體系，2011 年 1 月。
20. 楊新民，醫療保險模式的比較分析與我國的選擇，當代經濟研究，第 8 期，2005 年。
21. 董林園，德國醫療初體驗，科學新聞，第 3 期，2010 年。
22. 路豔娥，健康權的法理學思考，河北法學，27 卷 3 期，2009 年 3 月。
23. 蔣月、林志強，健康權觀源流考，學術論壇，2007 卷 4 期，2007 年 4 月。
24. 戴慶康，醫療權的倫理辯護，河北法學，25 卷 10 期，2007 年 10 月。
25. 醫藥世界編輯部，德國：國家主導型醫療制度，醫藥衛生，第 5 期，2007 年。
26. 顧海、魯翔、左楠，英國醫保模式對我國醫保制度的啟示與借鑒，世界經濟與政治論壇，2007 卷 5 期，2007 年。
27. 龔向光、胡養聯，英國醫院體制改革，衛生經濟研究，2002 卷第 3 期，2002 年。

東洋部分

一、書籍

1. カント著，平田俊博譯，人倫の形而上學の基礎づけ—カント全集第 7 卷，岩波書店，2000 年。
2. 小林直樹著，憲法講義（上）初版，東京大學出版會，1980 年。
3. 宇賀克也，地方自治法概說，東京，有斐閣，2007 年 2 版。
4. 松田純，遺伝子技術の進展と人間の未來 ドイツ生命環境倫理學に學ぶ，知泉書館，2005 年。
5. 室井力、原野翹，新現代地方自治法入門，京都，法律文化社，2005 年 2 版 3 刷。
6. 厚生労働省保險局，医療保險制度の現状と課題，週刊社保障会，第 2394 號，2006 年。

7. 健康保険組合聯合會編，社會保障年鑑，1992年版，東洋經濟新報社1992年6月4日發行。
8. 窪田隼人、佐藤進、河野正輝，『新現代社会保障法入門』二版，2002年4月。
9. 柴畑潤，医療保険の構造改革：平成十八年改革の軌跡とポイント，法研，2007年。

二、學位論文

1. 尾崎真美，医療制度改革における後期高齢者医療制度に関する一考察，筑波大学大学院ビジネス科学研究科企業法学専攻修士論文，平成20年度。

三、期刊

1. 土田武史，医療保制度の課題と将来，週刊社会保障，第2196號，2002年。
2. 日本健康保険組合連合會編「社會保障年鑑2004年版」東洋經濟新報社，2004年。
3. 加藤智章，平成18年改正法に基づく保険者の変容，ジュリ，第1327號，2007年。
4. 江口隆裕，少子高齢社会と社会保障，ジュリスト，第1282号，2005年。
5. 岩村正彦，医療、介護、障害者福祉改革總論—改革の概観，ジュリスト，第1327號，2007年。
6. 荒木誠之，社会保障法における社会福祉：福祉立法の特質と地位，Journal of law and politics，第50卷第1期，1983年11月。

西洋部分

一、書籍

1. Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, Jessica C. Smith. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, Current Population Reports, Consumer Income. U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration. September 2010. P60-238.
2. English V, Romano-Critchley G, Sheather J, et al.: Medical Ethics Today. The BMA's handbook of Ethics and Law, 2nd ed, London, BMJ Publishing

- Group, 2004 : 23-70.
3. Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, 1821, §127 und §§196ff.; dazu wiederum Krause, Lehre(Fn.3), S. 203ff., ferner S. Z. Lim, Der Begriff der Arbeit bei Hegel, 1963.
 4. Immanuel Kant, Kritik der Urteilskraft, 1790§83; vgl. dazu P. Krause, Die Lehre von der Arbeit in der Philosophie des Deutschen Idealismus und die Bedeutung für das Recht, 1965, S. 37ff.(89)
 5. John Locke, Two Treatises of Government, 1689, Book II, Chapter V, §25ff; die Verknüpfung von Arbeit und Eigentum taucht erstmals bei Albertus Magnus auf; siehe dazu O. Langholm, Economics in the Medieval Schools, 1992, S. 172f. mit Nachweisen.
 6. Konrad Zweigert & Hein Kötz, An Introduction to Comparative Law[II], North-Holland Publishing, 1997
 7. Marshall W. Raffel, Norma K. Raffel. The U.S. Health System: Origins and Functions. Delmar Publishers Inc. New York, 1994, 211-213.
 8. Mayberry MK: The NHS complaints system. Postgrad Med J 2008 : 651-653
 9. Jonathan Montgomery, Health care law, 2nd ed, Oxford, Oxford University press. 2003, p4-20.
 10. Payne-James J, Dean P, Wall F: Medicolegal Essentials in Healthcare, 2nd ed, London, Greenwich Medical Media, 2004 : 71-81
 11. Sutherland, Edwin Hardin, White Collar Crime, New York: Dryden Press, 1949
 12. Wayland, R. E. and Cole, P. M. (1997), Customer Connections: New Strategies for Growth, Harvard Business School Press, Boston.
 13. Wernicke, Kurt Georg, in: Bonner Kommentar (2. bearb.), Art. 1 GG, Rd. 2, Hamburg, Joachim Heitmann, 1983
 14. WHO, World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000

二、期刊

1. Baker J. J. (2002). Medicare Payment System for Hospital Inpatients:

- Diagnosis-Related Groups. *Journal of Health Care Finance*, 28 (3),-1
13.
2. Christian Starck, *Menschenwürde als Verfassungsgarantie*, 中研院法學
期刊, 創刊號, 2007年3月, 頁323
 3. Connolly, S. J., Kerr, C., Gent, M., & Yusuf, S. (1996). Dual-chamber versus
ventricular pacing critical appraisal of current
data. *Circulation*. 94(3), 578-583.
 4. David M. Kreps, Paul Milgrom, John Roberts and Robert Butler Wilson.
Rational cooperation in the finitely repeated prisoners' dilemma.
Journal of Economic Theory, 1982, 27(2), 245-252.
 5. Enthoven, A. C. (1988), "Managed Competition: An Agenda for Action", *Health
Affairs*, 7(3):25-47.
 6. Jeffrey, K, & Parsonnet, V. (1998). Cardiac pacing, 1960-1985 a quarter
century of medical and industrial innovation.
Circulation, 97(19), 1978-1991.
 7. John P. Geyman, *Myths as Barriers to Health Care Reform in the United
States*, *International Journal of Health Services*, 2003,
33(2):315-329.
 8. Katriotis, D., & Camm, A. J. (1991). Single-lead VDD pacing: Excellence or
expedience? *Clinical Cardiology*, 14(1), 917-922.
 9. Ralf Boscheck, *Intereconomics, Healthcare Reforms and Governance
Concerns: The Cases of the United States, the United Kingdom and
Germany*, 2005(2), 75-88.
 10. Robert J. Myerburg, M. D. (2001), *Sudden Cardiac Death: Exploring the
Limits of Our Knowledge*, *Journal of Cardiovascular
Electrophysiology*, 12(3), 369-379.
 11. *White Paper on Working for Patients*, 威爾斯、北愛爾蘭及蘇格蘭的衛生
大臣於1989年1月提交國會的文件, 頁67。
 12. Wolfe, P. R. & D. W. Moran, *Global Budgeting in the OECD Countries*,
Health Care Financing Review, 1993, 14(3), 55-76.
 13. Yi-Cheng Chang, Herng Chang. *Exploring Physicians' Perceptions of the*

Quality of Medical Care Under the Case Payment System. Mid-Taiwan
Journal of Medicine 2004 ; Vol. 9 No. 4 , 225-232.

網路部分

1. KingNet 國家網路醫院-白內障手術及人工水晶體的進展
<http://hospital.kingnet.com.tw/essay/essay.html?category=%C2%E5%C3%C4%AF%AF&pid=16860>
2. NHS Executive 所印發之 A Guide to the National Health Service 頁 5-7。
<http://www.publications.doh.gov.uk/pub/docs/doh/nhstxt.pdf>
3. U. S. Census Bureau, Current Population Survey, 2009 and 2010 Annual Social and Economic Supplements, 美國人口調查與統計局
<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2009/tab8.pdf>
4. 中華民國行政院衛生署私立醫療院所協會醫療服務國際化專案管理中心網頁
http://www.medicaltravel.org.tw/about.aspx?id=P_00000007
5. 日本厚生労働省：日本人の平均余命：平成 21 年簡易生命表
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/03.html>
6. 日本厚生労働省網頁：平成 21 年簡易生命表の概況について
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/>
7. 世界銀行網站 <http://data.worldbank.org/country>
8. 世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems.
<http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>
9. 世界衛生組織網站：The World Health Organization's ranking of the world's health systems.
<http://www.photius.com/rankings/index.html#HEALTH>
10. 台灣銀行網頁
http://www.bot.com.tw/GESSI/GESSI_intro/Pages/default.aspx
11. 朱小明、田思怡，全球先進國家中，美國是唯一沒有全民健保的國家，聯合報 2010 年 03 月 23 日。
<http://belongnews.pixnet.net/blog/post/30507743>

12. 行政院勞工委員會勞工保險局全球資訊網
<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=q58UpWBe19E%3d>
13. 行政院勞工委員會勞工保險局全球資訊網
<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=RxElRBebaZo%3d>
14. 行政院衛生署中央健保局之 Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構 <http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx>
15. 行政院衛生署中央健保局之健保資訊公開，違規醫事機構資訊
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&webdata_id=2401&WD_ID=691
16. 行政院衛生署中央健保局之新聞報導網頁：為提升醫療效率，健保局推出台灣版 DRGs 支付制度。
http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?News_ID=814&menu=9&Menu_id=544
17. 行政院衛生署中央健保局北區業務組之認識 DRG 支付制度網頁
http://www.nhinb.gov.tw/chinese/20_cue/02_detail.asp?pid=140&xlw=3
18. 行政院衛生署中央健保局北區業務組之認識 DRG 支付制度網頁
http://www.nhinb.gov.tw/chinese/20_cue/02_detail.asp?pid=140&xlw=3
19. 行政院衛生署中央健保局網頁
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=4&webdata_id=3108&WD_ID
20. 行政院衛生署中央健保局網頁 Tw-DRGs 支付方案問答輯-民眾篇(2000.01.01更新)。
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=463&webdata_id=937&WD_ID=463
21. 行政院衛生署中央健保局網頁之行政院衛生署中央健康保險局業務執行報告—2000 年度
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=3&menu_id=55&webdata_id=3287&WD_ID
22. 行政院衛生署中央健保局網頁之健保國際比較資料
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=6&menu_id=558&webdata_id=3216&WD_ID

23. 行政院衛生署中央健康保險局-主題專區-何謂部分給付
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2473&WD_ID
24. 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID
25. 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網-全民健康保險醫療費用支付標準
(2011.01.31 更新)
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2196&WD_ID
26. 行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網-特材品名適應症及使用規範
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_13766_1_10004_適應症.xls
27. 行政院衛生署中央健康保險局-健保醫療材料實施部分給付內容
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=286&webdata_id=2476&WD_ID
28. 法務部法務統計電子書刊之「法務統計年報」
<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=121842&ctNode=28166&mp=001>
29. 余瀛波編輯，法制網—法制日報之各國醫療改革調查：德國醫改：六千多次修訂依然無終點。2011-01-18。
http://www.legaldaily.com.cn/international/content/2011-01/18/content_2446206.htm?node=27368
30. 周恬弘，各國醫療健康照護制度：英國的健康及照護系統，2008年5月21日。
http://thchou.blogspot.com/2008/05/blog-post_21.html
31. 美國醫療保險制度凸顯弊端-找法網
<http://china.findlaw.cn/info/baozhangfa/y1bx/ybzd/116044.html>
32. 高添富，全民健保與醫療糾紛—兼談醫事人員強制責任保險
www.tjcha.org.tw/Public/HotNews/2007571453265795.pdf
33. 張力山，美國的醫療系統和政策，醫學捌號樓：人與醫學，2004年3月15日。
<http://www.med8th.com/humed/3/040315mgdy1xthzc.htm>
34. 陳全明、姜曙光，醫療保險費用供需控制分析，豆丁網

- <http://www.docin.com/p-103505241.html>
35. 陳育平，健保大觀園——國外健保制度簡介，2008年01月23日，可參考網頁
<http://www.wretch.cc/blog/cypunicorn/18009750>
36. 維基百科：亞當·斯密之網頁
<http://zh.wikipedia.org/zh-hk/%E4%BA%9A%E5%BD%93%C2%B7%E6%96%AF%E5%AF%86>
37. 維基百科——囚徒困境，
<http://zh.wikipedia.org/zh/%E5%9B%9A%E5%BE%92%E5%9B%B0%E5%A2%83>
38. 維基百科全書，白領犯罪，網頁
http://en.wikipedia.org/wiki/White-collar_crime
39. 維基百科-義肢（頁面最後修訂於2010年10月24日）
<http://zh.wikipedia.org/zh/%E7%BE%A9%E8%82%A2>
40. 謝炎堯，論全民健保總額預算支付制度的爭議，自由時報自由廣場。
<http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/feb/22/today-o4.htm>
41. 韓曙，德國醫療保險制度的改革及其借鑒，外國財經，第11期，2004年；
或參閱「自學書院：自學求知資訊的資訊——比較醫療政策：」網站
<http://www.self-learning-college.org/forum/viewtopic.php?f=3&t=11>