東海大學法律學研究所

碩士論文

指導教授：李惠宗　教授

全民健康保險給付制度合理性之研究

Study on the Rationality of the National Health Insurance Payment System

研究生：李坤樺　撰

中華民國 101 年 7 月 20 日

碩士學位考試委員會審定書

東海大學法律學研究所

碩士班研究生李坤樺君所提之論文：

全民健康保險給付制度合理性之研究

經本委員會審查並舉行口試，認為符合碩士學位標準。

考試委員簽名處

黃啟禎

陳志忠

李惠宗

2012年　7月　20日

東海大學
TUNGHAI UNIVERSITY
1955

摘　要

我國全民健康保險自 1995 年 3 月 1 日開辦以來，至今已 17 年有餘。由於醫療科技進步、疾病嚴重度改變、台灣進入老年化社會，以及物價成長、保費收入長年無法調整、支付制度執行偏差、醫療資源遭到濫用等因素，良善之政策變成政府、醫界與全民的災難。本研究之重心在於探討現行全民健康保險包括支付制度在內的給付制度之合理性，以及健保局因特約醫事機構之醫療過失對保險對象之責任。

本研究主要以文獻分析法掌握、分析歷年產官學界學者之學說，回顧既有之實務見解，參酌全民健康保險法制之立法、修法歷程，以及醫界、法界實務運作情形，最後提出本文之論證、見解與建議。

對於全民健康保險制度中各法律主體間之法律關係，本文提出與其他學者相異之見解：健保局與保險對象間之「健保關係」為「類似行政契約」之雙方行政行為關係或「準行政契約」關係；健保局與特約醫事機構之「特約關係」係屬對等行政契約之雙務規範契約，為行政委託，有處理健保相關行政事項與給付行政行為等公權力之授予；特約醫事機構與保險對象之「醫療關係」基本上仍為私法醫療契約，但有相當部分實具有公法面向。特約醫事機構於執行醫療行為時因過失侵害保險對象之權益，通說認為醫療糾紛之損害賠償責任僅存於醫病之間，無國家賠償之適用，但本文認為健保局是否應負國家賠償之責，仍有待商榷。

全民健康保險包括支付制度在內之給付制度，本文認為於保險對象範圍、承保範圍、部分負擔、健保代位求償、「全民健康保險醫療費用支付標準」與「全民健康保險藥價基準」、醫療費用專業審查，以及總額支付制度之理論、流程、實施、微觀調控方案包括 DRGs 支付制度等方面存有不合理之處，或呈現動員偏差、執行偏差等問題，有悖於實質正當性、法律保留原則，亦違反實質之平等原則。本文分別就各項不合理之處提出建議，以作為制度改善之參考。

關鍵詞：

全民健康保險；健保局；健保關係；準行政契約；特約關係；雙務規範契約；行政委託；行政契約；國家賠償；給付制度；部分負擔；代位求償；支付制度；全民健康保險醫療費用支付標準；全民健康保險藥價基準；專業審查；總額支付制度；DRGs 支付制度；實質正當性；法律保留原則；平等原則

Abstract

It has been more than 17 years since national health insurance was first offered on March 1, 1995. Owing to such factors as advances in medical technology, changes in the severity of diseases, the ageing of Taiwanese society, increases in the cost of living, the difficulty of adjusting health insurance premium rates, deviations from planned implementation of the payment system, and the abuse of medical resources, this originally good policy has turned out to be a disaster for the government, the medical community, and the people. This study focuses on the rationality of the current national health insurance payment system and the responsibility of the Bureau of National Health Insurance to the insured with regard to medical malpractice of contracted medical care institutions.

Our study uses literature analysis to analyze the theories of scholars and experts in the field, reviews existing practical opinions, and considers the legislative history of the national health insurance system, and practical implementation of the system in medical and jurisprudential circles. Finally we present our evidence, opinions, and proposals on the topic.

Regarding the legal relationship between legal principles and the national health insurance system, the opinions we propose differ from those of other scholars. We propose that the "health insurance relation" – that is, the relationship between the Bureau of National Health Insurance and the insurance object – is a quasi-administrative contract or prospective administrative contract. We also propose that that the "contracted relation" – that is, the relationship between the Bureau of National Health Insurance and contracted medical care institutions – is a bilateral normative contract, which is a kind of equal administrative contract. Thus the contracted medical care institutions have an administrative commission and are given public power to deal with health insurance-related administrative matters and administrative behavior with regard to payment. We propose that the "medical relation," the relationship between contracted medical care institutions and the insurance object, is a private medical contract basically, but there is a portion of dimension that involve in public law. Therefore, whether the

Bureau of National Health Insurance should take responsibility of state compensation or not if the contracted medical institutions act negligently against the interests of insurance objects while they are performing their duty is still controversial.

We are of the opinion that there are irrational portions in the insurance payment system, such as the range of insurance objects; the range of insurance coverage; the part of burden; the subrogation right of the Bureau of National Health Insurance; the national health insurance medical expenses payment standard; the national health insurance drug prices benchmark; professional review of medical expenses; and the theory, process, implementation, and micro-adjustment scheme of the global budget payment system, including the DRGs payment system, etc, or it presents deviations from planned mobilization and implementation. These irrational portions run contrary to real legitimacy and the principle of legal reservation, and violate the principle of real equality. We offer our recommendations regarding these irrational portions in the hope that the authorities can take them into consideration in order to make systemic improvements.

Key words:

national health insurance; Bureau of National Health Insurance; health insurance relation; quasi-administrative contract; contracted relation; bilateral normative contract; administrative commission; administrative contract; state compensation; insurance payments; part of burden; subrogation right; payment system; national health insurance medical expenses payment standard; national health insurance drug prices benchmark; professional review; global budget payment system; DRGs payment system; real legitimacy; principle of legal reservation; principle of equality

謝　辭

在千呼萬喚之下，延宕多年的論文終告完成。由於這幾年忝任外傷醫學會理事及高級外傷救命術指導員，經常於台灣北中南東四處教學，故而一再遲延本文之進展，誠感惶恐之至；；在此也感謝指導教授　李惠宗教授的容忍與關懷。

每當面對病家因為無法或不願自費健保所不給付之必要醫療項目，或手術完畢翻開「全民健康保險醫療費用支付標準」尋找可得申報的手術代碼時（一主一副），或通知傷病患出院而拒不出院時，就感到我國全民健康保險制度不僅對病家和醫界雙方的給付及支付均不足，亦造成病方不願自行照護或欲賺取保險費之道風險；而面對健保核刪以及總額支付制度、DRGs 支付制度等亂象，更加深筆者對整個全民健康保險制度之疑慮：一個被本國及外國所稱道的良善制度，為何卻面臨被醫界所痛恨、病方必要之給付卻又缺東漏西的情況？是制度本身之問題，抑或係執行方面出了差錯？此乃筆者最終選定研究全民健康保險給付制度合理性之原因。

這些年來，承蒙　李教授的提示、指導與鼓勵，讓我得以不斷檢視本文論理薄弱之處與思維方向之盲點，據以強化之；且能長期沉浸於思索、分析、論理及研究的氛圍中並深感愉快；而　李教授的治學方式也讓我在論文寫作及外傷教育上相得益彰。萬分感謝　李教授，尤其是到晚上八、九點亦不厭倦。

兩位口試老師黃啟禎教授及陳志忠老師，對於本文仔細檢閱、針砭，以及對內容之提點和建議，使本文能更臻完善，在此由衷感謝。

此外，醫院同仁對於筆者的容忍與幫忙照護傷病患，以及外傷醫學會同仁之關懷，尤其是我的恩師羅崇杰理事長長期鼓勵與關心，使筆者能在百忙之中順利完成學業，於此亦表達感謝之意。同時，也感謝 William 夫婦在三更半夜挑燈夜戰，幫忙完成英文摘要之校對與修改。

最後，我要感謝我家的戶長老婆大人怡亨，這些年來任勞任怨，一手將小孩帶大，且總掌全家大小事務，使我能安心完成論文。

要感謝的人太多了，本人謹在此誠心表達我的感謝之意。

李坤樺

2012 年 7 月 20 日

03：18

簡目

第一章　緒論 1

第一節　研究動機與目的 1

第二節　研究方法與範圍 3

第三節　論文架構 3

第二章　社會保險制度之理論基礎 5

第一節　社會保險之起源 6

第二節　社會保險之意義 7

第三節　社會保險之憲法基礎 8

第四節　社會保險之基本原則 14

第五節　社會保險之種類 22

第六節　社會保險之效果 24

第七節　健康保險制度 27

第八節　我國全民健康保險制度概述 36

第三章　全民健康保險之法律關係 41

第一節　健保局與保險對象之法律關係 41

第二節　健保局與特約醫事機構之法律關係 52

第三節　特約醫事機構與保險對象之法律關係 63

第四節　投保單位於全民健康保險之法律關係 74

第五節　小結 76

第四章　全民健康保險給付規範之探討 79

第一節　現行全民健康保險給付制度之法律規範 80

第二節　全民健康保險給付對象結構與給付範圍 83

第三節　現行全民健康保險支付制度之法律規範 113

第四節　全民健康保險支付標準與總額支付制度.....131
第五節　小結.....163
第五章　結論與建議..... 167
第一節　結論.....167
第二節　建議.....169
參考文獻..... i
索　引..... xvi

詳目

第一章　緒論 1

第一節　研究動機與目的 1

第二節　研究方法與範圍 3

第三節　論文架構 3

第二章　社會保險制度之理論基礎 5

第一節　社會保險之起源 6

第二節　社會保險之意義 7

第三節　社會保險之憲法基礎 8

第一項　基本國策 8

第一款　學者見解 9

第二款　司法院大法官解釋 10

第二項　憲法基本權 11

第一款　學者見解 11

第二款　司法院大法官解釋 12

第三項　本文見解 13

第四節　社會保險之基本原則 14

第一項　強制原則 15

第二項　最低收入保障原則 16

第三項　注重社會適當原則 16

第四項　給付與所得無直接關係原則 17

第五項　給付權利原則 17

第六項　給付假定需要原則 17

第七項　給付依法律訂定原則 18

第八項　自給自足原則.....18
第九項　不必完全提存基金準備原則.....18
第十項　社會安全原則.....19
第十一項　需求與供應原則.....19
第十二項　自助互助原則（保險原則）.....20
第十三項　社會連帶責任原則.....20
第十四項　平等原則.....21
第十五項　誠實信用原則.....21
第十六項　信賴保護原則.....22
第五節　社會保險之種類.....22
第一項　依型態分類.....23
第一款　依保險事故分類.....23
第二款　依參加之身分資格分類.....23
第三款　依給付期間分類.....23
第四款　其他分類.....24
第二項　依社會基本結構分類.....24
第三項　依社會保險之目的分類.....24
第六節　社會保險之效果.....24
第一項　社會保險在經濟上之效果.....25
第一款　對國民提供基本之經濟安全.....25
第二款　預防貧窮.....25
第三款　提供經濟穩定性.....25
第二項　社會保險於社會變遷中之角色.....25
第一款　積極性之角色.....26
第二款　消極性之角色.....26

第三項　社會保險於政治上之效果.....26
第一款　正面效果.....26
第二款　負面效果.....27
第七節　健康保險制度.....27
第一項　健康保險之定義.....27
第二項　健康保險的理論基礎.....28
第一款　國民有獲得醫療照護之基本權利.....28
第二款　現行醫療保健制度之改善.....28
第三款　低收入者所接受之醫療服務較低.....29
第四款　發揮更大之所得重分配效果.....29
第三項　健康保險之種類.....29
第一款　依給付型態分類.....29
第一目　現金給付.....29
第二目　醫療給付.....30
第三目　眷屬醫療給付.....30
第二款　依給付種類分類.....30
第一目　生育給付.....30
第二目　傷害給付.....30
第三目　疾病給付.....31
第四目　醫療給付.....31
第四項　健康保險之類型.....32
第一款　社會保險型.....32
第二款　福利型.....32
第三款　儲蓄型.....33
第四款　混合型.....33

第五款　商業保險型.....34
第五項　健康保險之目標與特性.....34
第一款　保險技術性.....35
第二款　醫療服務性.....35
第三款　社會扶助性.....35
第六項　政府於健康保險制度之角色.....36
第八節　我國全民健康保險制度概述.....36
第一項　保險對象.....37
第二項　保險人.....37
第三項　保險費之計算與負擔.....37
第四項　醫療給付制度.....38
第五項　醫療支付制度.....38
第三章　全民健康保險之法律關係.....41
第一節　健保局與保險對象之法律關係.....41
第一項　公法關係抑或私法關係.....41
第二項　何種公法關係.....44
第一款　行政契約說.....44
第二款　行政處分說.....46
第三款　公法上法定債之關係說.....47
第四款　本文見解.....47
第一目　「健保關係」應先有「參加」之行為始成立.....49
第二目　全民健康保險法第 15 條係保險效力之回溯條款..49
第三目　不參加健保或欠繳保費之規定無關「健保關係」之成立或消滅.....49
第四目　對經濟困難無力繳納保費者之規定應解為須先「加保」.....50

第五目　「健保關係」並非不得締結行政契約 50
第六目　保險對象就醫須繳驗健保卡 51
第二節　健保局與特約醫事機構之法律關係 52
第一項　「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之法律性質 53
第一款　私法契約說 53
第二款　行政處分說 54
第三款　行政契約說 55
第四款　釋字第 533 號解釋 56
第五款　本文見解 57
第二項　特約醫事機構與公權力之授與 60
第三項　健保局與個別醫師間之法律關係 61
第三節　特約醫事機構與保險對象之法律關係 63
第一項　私法契約說 64
第二項　公私並行之法律關係說 65
第三項　本文見解 66
第一款　特約醫事機構提供必要醫療給付之性質 67
第二款　健保局對於保險對象必要醫療之義務 69
第三款　醫病關係與保險對象權利之保障 72
第四款　小結 73
第四節　投保單位於全民健康保險之法律關係 74
第五節　小結 76
第四章　全民健康保險給付規範之探討 79
第一節　現行全民健康保險給付制度之法律規範 80
第一項　法律層次之規定 80
第二項　行政命令層次之規定 81

第二節　全民健康保險給付對象結構與給付範圍.....83
第一項　保險對象範圍之合理性.....83
第一款　僑胞或出國者.....84
第二款　外籍人士.....85
第三款　受刑人.....86
第二項　承保範圍之合理性.....87
第一款　有關法律規範之合理性.....88
第一目　全民健康保險法第 39 條第 12 款之問題.....90
第二目　全民健康保險法第 31 條之問題.....91
第三目　全民健康保險法第 41 條第 3 款之問題.....92
第四目　全民健康保險法第 50 條第 1 項、第 51 條第 1 項及第 52 條之問題.....93
第二款　有關具體承保範圍之合理性.....95
第一目　不給付項目方面.....96
第二目　健保之重複給付方面.....100
第三目　醫療資源配置方面.....101
第四目　限制給付之項目及次數方面.....103
第五目　醫藥分業方面.....105
第三項　部分負擔之合理性.....105
第一款　定率制或定額制之選擇方面.....107
第二款　重大傷病之免部分負擔方面.....108
第四項　健保代位求償之合理性.....109
第五項　小結.....111
第三節　現行全民健康保險支付制度之法律規範.....113
第一項　法律層次之規定.....113

第二項　行政命令層次之規定.....114
第三項　總額支付制度.....116
第一款　總額支付制度之意義.....117
第二款　總額支付制度之支付單位.....117
第一目　「組織」.....117
第二目　「服務類別」.....118
第三款　總額支付制度之支付型態.....118
第一目　支出上限制（expenditure cap，浮動點值）...118
第二目　支出目標制（expenditure target，固定點值）118
第四款　我國總額支付制度與論量計酬制度之比較.....118
第五款　我國總額支付制度之優缺點.....119
第一目　優點.....120
第二目　缺點.....120
第六款　我國實施總額支付制度之原因.....121
第七款　我國總額支付制度之實施概況.....122
第一目　總額預算決議流程.....122
第二目　總額支付制度涵蓋範圍.....124
第三目　西醫醫院總額預算協商公式.....125
第四目　總額支付制度實施時程.....125
第八款　總額支付制度下之微觀調控方案.....126
第一目　「醫院自主管理方案」.....127
第二目　「醫院卓越計畫」.....128
第三目　「醫院總額品質確保計畫」.....129
第四目　「診斷關聯群（DRGs）」支付制度.....129
第四節　全民健康保險支付標準與總額支付制度.....131

第一項　支付標準與藥價基準之合理性.....131
第一款　支付標準與藥價基準之合法性及正當性.....132
第二款　支付標準與藥價基準內容之合理性.....133
第一目　整體醫療費用過低.....134
第二目　支付項目間點數不公，勞務與支付不等值.....135
第三目　支付項目偏頗.....137
第四目　項目支付之限制不當.....138
第二項　醫療費用專業審查之合理性.....143
第一款　審查注意事項與藥品給付規定之合理性.....143
第二款　審查過程之合理性.....144
第三項　總額支付制度之合理性.....146
第一款　欠缺全盤考量我國醫療體系結構與外國有間.....147
第二款　年度總額不足.....148
第三款　制度缺乏配套.....148
第四款　醫師之薪資仍為論量計酬制.....152
第五款　同儕制約之迷思.....153
第六款　急診採浮動點值導致急重症傷病患成人球.....153
第七款　每人次自費金額上升.....154
第八款　藥品及計價藥材依成本給付造成醫療生態嚴重扭曲.....155
第九款　總額支付制度實施之結果.....155
第四項　DRGs 支付制度之合理性.....156
第一款　DRGs 支付價格之訂定.....156
第二款　相對權重（RW）與病例組合指標（CMI）.....156
第三款　以合併症或併發症之有無分組.....157

第四款　DRGs 支付制度對除外傷病之訂定 158
第五款　DRGs 支付制度實為變相之「論量計酬制」 159
第六款　DRGs 支付制度本身所誘發醫院申報或其他因應策略 159
第七款　小結 160
第五項　小結 161
第五節　小結 163
第五章　結論與建議 167
第一節　結論 167
第二節　建議 169
參考文獻 i
索　引 xvi

圖目錄

圖 1：全民健康保險之法律關係圖 78
圖 2：全民健康保險醫療給付費用總額協商程序流程圖 123
圖 3：醫療費用總額設定流程圖 124

表目錄

表 1：總額支付制及論量計酬制比較表 119
表 2：各 MDC 導入時程表（第 2 階段以下迄今尚未導入） 131

縮語表

縮語	原文	意義
NHS	National Health Service	（英國）國民健康服務
GP	General Practioner	（英國）一般科醫師
MSA	Medical Savings Account	（新加坡）醫療儲金
HMO	Health Maintain Organization	（美國）健康維護組織
NSAIDs	Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs	非類固醇抗發炎藥物
DRGs	Dignosis Related Groups	診斷關聯群
MDC	Major Diagnostic Category	主要疾病類別
RW	Relative Weight	相對權重
SPR	Standardized Payment Rate	標準給付額
CMI	Case Mix Index	病例組合指標

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

我國全民健康保險自 1995 年 3 月 1 日開辦以來，至今已 17 年有餘。保險對象逾兩千三百萬人[1]，納保率超過百分之九十九；人民對全民健康保險的滿意度已達八成以上[2]，而被相關單位吹捧其為「以極短的時間，極低的社會成本達成了全民有保、綜合照護、費用低廉、民眾滿意及世界矚目的成就」[3]，並以被保險人口投保率高、投保費率低、給付範圍廣及就醫方便而聞名於國際[4]。然而，由於醫療科技進步、疾病嚴重度改變、台灣進入老年化社會[5]，以及物價成長、保費收入長年無法調整、支付制度執行偏差、醫療資源遭到濫用等因素，導致醫療費用持續上漲，健保財務危機日益加深；另一方面，總額支付制度實施後在醫界卻發生國內中小型醫院普遍面臨經營困難之窘境，地區醫院已倒閉兩百多家[6]、大小醫院輪番叫苦；有些地區之基層醫師已出現外科、婦產科醫師轉做家醫科或醫學美容，醫學院學生及住院醫師在分科時，不願走婦產科、外科或是病理、麻醉等科，而選皮膚科、眼科、耳鼻喉科等輕鬆且風險小而給付又高的科別[7]；醫師之榮譽感、責任心逐漸消失[8]，地區醫院走上街頭抗議[9]；血品費用支付發生

---

1 資料來源：中央健康保險局（以下簡稱為健保局），〈行政院衛生署健保局業務執行報告－101 年度〉，4 月份，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=684&webdata_id=4138。參訪日期：2012 年 6 月 14 日。

2 資料來源：健保局〈100 年度顧客服務滿意度調查〉，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=693&webdata_id=3338。參訪日期：2012 年 6 月 14 日。

3 參楊志良，〈全民健康保險的問題與改革〉，財團法人國家政策研究基金會，社會(析)094-013 號，2005 年 5 月 28 日。

4 參黃俊雄，〈民眾就醫權益的省思--談醫院總額繼續推行的適切性〉，自由時報，2004 年 3 月 3 日，自由新聞網 http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/mar/3/today-o3.htm。

5 參〈立法院衛生環境及社會福利委員會舉行「健保總額支付制度運作困境與永續經營之探討公聽會」紀錄〉，2004 年 3 月 1 日，頁委二九，中華民國地區醫院協會謝文輝理事長發言。

6 參吳慧芬，〈健保以來地區醫院倒閉 200 多家〉，中時電子報，2004 年 2 月 13 日，http://tw.news.yahoo.com/040213/19/g80x.html。

7 參魏怡嘉等，〈健保 10 年　變調中尋找變革〉，自由時報，2004 年 3 月 7 日，http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/mar/7/today-life6.htm。

8 參陳清芳，〈價值觀扭曲 醫病不如醫醜〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%83%B9%E5%80%BC%E8%A7%80%E6%89%AD%E6%9B%B2-%E9%86%AB%E7%97%85%E4%B8%8D%E5%A6%82%E9%86%AB%E9%86%9C-033322623.html。

9 參周啟東，〈健保讓醫師變成了 sales！〉，《商業周刊》第 788 期人物專訪，2003 年 1 月，http://www.businessweekly.com.tw/article.php?id=15720；張瓊方，〈總額預算，能否解

爭議，有些醫院要求病患家屬到捐血中心自費買血[10]；縮診、限號、換藥、減少開藥種類或數量、不願開立慢性病連續處方箋、取消原排定門診、拒絕開立或要求病患自費購買高價藥物、拒收病人、拒絕病人住院及延長重要檢查等候期間、預約看診被轉院、關閉部份住院病床、小醫院往大醫院擠、中部及南部往北部跑、罕見疾病及急重症傷病患成人球、擴展自費市場，爭做健檢、美容生意[11]等現象；至於全民健康保險之被保險人，則是不惟須忍受上揭醫療不便之現象，尚須面臨提高保費之加重負擔（如 2002 年之健保雙漲）[12]。由此觀之，全民健康保險面臨政府、醫界及民眾三輸之慘況，不禁令人質疑，為何如此良善之政策卻變成政府、醫界與全民的災難？孰令致之？是制度本身之問題，抑或執行方面出了差錯？目前之窘境將如何因應？此外，傳統之醫事機構與傷病患間的法律關係自全民健康保險體制建立後轉變為特約醫事機構與保險對象間之關係，其法律規範被導入更多政策性考量，大量行政法規介入醫療體系，動輒左右醫療資源分配與醫療服務提供之生態，使醫師之醫療行為受到健保相關規定之拘束與牽制，從而對於醫事機構之醫療過失，中央健康保險局（以下簡稱為健保局）對於保險對象是否亦須負責？本研究之目的即在探討現行全民健康保險給付制度之合理性，以及健保局因特約醫事機構之醫療過失對保險對象之責任；而欲探討此二大問題，則須先釐清全民健康保險制度中各法律主體間之法律關係，俾知給付制度與支付制度是否合理，及其因應之道。

決醫療沈疴？〉，《光華畫報雜誌社》，http://www.sinorama.com.tw/ch/print_issue.php3?id=2004119311050c.txt&mag=past，2012 年 6 月 14 日參訪。

[10] 參黃靜宜、薛桂文，〈醫院買血欠款　血液基金會算帳〉，自由時報 10 版，2005 年 5 月 6 日。

[11] 參樊天璣、詹建富，〈健保自主管理　急重症患成人球〉，民生報，2004 年 5 月 18 日，http://www.hemophilia.org.tw/news/930518 民生報.htm；〈醫院自主管理　病患變人球〉，自由時報，2004 年 6 月 7 日，http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/jun/7/today-so7.htm；邱俊吉，〈7 月起醫院總額自主管理　南病北醫　健保新制怪象〉，中廣新聞網，2004 年 6 月 21 日，http://news.yam.com/chinatimes/focus/news/200406/20040621919457.html;李樹人，〈罕見病大家推　慢性病領藥折騰〉，聯合晚報，2004 年 6 月 29 日，http://www.udn.com/2004/6/29/NEWS/LIFE/LIF7/2102529.shtml；彭顯鈞等，〈總額支付欠配套　衛署被糾正〉，自由時報 3 版，2005 年 1 月 6 日；陳清芳，〈健保給付不足 醫院擴增自費〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%81%A5%E4%BF%9D%E7%B5%A6%E4%BB%98%E4%B8%8D%E8%B6%B3-%E9%86%AB%E9%99%A2%E6%93%B4%E5%A2%9E%E8%87%AA%E8%B2%BB-033322827.html；張瓊方，〈總額預算，能否解決醫療沈疴？〉，《光華畫報雜誌社》，http://www.sinorama.com.tw/ch/print_issue.php3?id=2004119311050c.txt&mag=past，2006 年 10 月 28 日參訪。

[12] 參陳清芳，〈年年赤字　二代健保找財源〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%B9%B4%E5%B9%B4%E8%B5%A4%E5%AD%97-%E4%BA%8C%E4%BB%A3%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%89%BE%E8%B2%A1%E6%BA%90-033322645.html；陳清芳，〈健保拓財源 窮人保障要提升〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%8B%93%E8%B2%A1%E6%BA%90-%E7%AA%AE%E4%BA%BA%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E8%A6%81%E6%8F%90%E5%8D%87-033322964.html。

第二節　研究方法與範圍

本研究主要以文獻分析法掌握、分析歷年產官學界學者之學說，回顧既有之實務見解，參酌全民健康保險法制之立法、修法歷程，以及醫界、法界實務運作情形，最後提出本文之論證、見解與建議。

本文之研究重心在於探討現行全民健康保險包括支付制度在內的給付制度之合理性，以及健保局因特約醫事機構之醫療過失對保險對象之責任。欲探討此二大問題，首須釐清全民健康保險制度中各法律主體間之法律關係，俾知給付制度與支付制度是否合理，及其因應之道；由於論述全民健康保險制度中各法律主體間法律關係之文獻浩繁，且各擁其說，卻又無法真正完美詮釋各法律主體間相互之法律關係，故而本文嘗試提出一己之論點，並以本文所提論點為基礎，輔以相關文獻之見解，審視全民健康保險包括支付制度在內的給付制度之合理性。

另本文所稱現行全民健康保險法係指 2010 年 1 月 27 日版本。該法雖已於 2011 年修正全文 104 條，但除第 27、28 及第 35 條自 2012 年 7 月 1 日施行和第 11 條自 2011 年 9 月 1 日施行外，其餘法條至今尚未施行。本文將於文中標明尚未施行之新法條號。

第三節　論文架構

本文之架構如下。

第一章為緒論，說明本研究之動機與目的、研究方法與範圍，以及論文架構。

第二章概述給付行政、社會保險制度之起源、意義、憲法基礎、基本原則、種類、效果，以及健康保險制度之定義、理論基礎、種類、類型、目標與特性，最後略述我國之全民健康保險制度。

第三章分析歷年學者對於全民健康保險制度中各法律主體間法律關係之學說與見解，並分別對於健保局與保險對象間之「健保關係」、健保局與特約醫事機構之「特約關係」、特約醫事機構與保險對象之「醫療關係」以及投保單位於全民健康保險之法律關係提出不同之見解：「健保關係」為「類似行政契約」之雙方行政行為關係或「準行政契約」關係；「特約關係」係屬對等行政契約之雙務規範契約，為行政委託，有處理健保相關行政事項與給付行政行為等公權力之授予；「醫療關係」基本上仍為私法醫療契約，但有相當部分實具有公法面向；特約醫事機構於執行醫療行為時因過失侵害保險對象之權益，通說認為醫療糾紛

之損害賠償責任僅存於醫病之間，無國家賠償之適用，但本文認為健保局是否應負國家賠償之責，仍有待商榷；投保單位與健保局間之法律關係有法定行政委託、公法上法定債之關係；屬於雇主者，則有推舉代表監理全民健康保險業務和提供保險政策、法規研究及諮詢之權。

第四章探討全民健康保險包括支付制度在內之給付制度其現行法規與實際執行的規範及其合理性，包括保險對象範圍、承保範圍、部分負擔、健保代位求償、「全民健康保險醫療費用支付標準」與「全民健康保險藥價基準」、醫療費用專業審查，以及總額支付制度之理論、流程、實施、微觀調控方案包括已導入第一階段而尚有四階段未導入之 DRGs 支付制度等。研究發現不合理之處見諸全民健康保險相關法律、行政命令以及實際之執行，有悖於實質正當性、法律保留原則，亦違反實質之平等原則。

第五章總結本研究之結論，並就各項結論提出建議，希望主管機關能正視本文所提不合理之處及其相關建議，以作為制度改善之參考。

第二章 社會保險制度之理論基礎

近代國家之建立與發展，主要奉行資本主義制度為主，並漸呈高度化之現象；各種生活危險事故及社會矛盾，諸如災害、疾病、殘障、失業、生產、老年、死亡等，造成人民之所得嚴重減少或停止，導致經濟窮困，從而對政治、社會造成極大之衝擊。為解決資本主義體制所帶來之危機，二次大戰後歐美各國多朝向「社會國」、「給付國家」發展，「社會安全」成為現代國家之主要任務[13]，從而有社會安全制度以及社會權之形成；世界各國之憲法，亦隨之注重社會權之保障，形成所謂之「社會基本權」[14]；而聯合國及其他國際組織例如國際勞工組織，亦藉由聯合國「世界人權宣言」[15]及陸續簽署之各種國際（人權）公約[16]，持續推動社會權之發展。社會權係指國家有義務提供人民必要之生存照顧及生活條件，使人民享有實質之自由，並能獲得合乎人性尊嚴之生存。此即「給付行政」之行政行為[17]。

所謂社會安全[18]，一般國際公約與各國憲法通常採狹義概念，係指國家對於人民遭受生育、老年、疾病、死亡、（職業）傷害、失能、殘廢、失業等社會風險所提供之保障措施，而主要係指「社會保險」；國際勞工組織定義社會安全之

---

13 參鍾秉正，《社會福利之法制化》，初版第 1 刷，2008 年 12 月，元照出版有限公司，頁 122。

14 參林炫秋，〈社會保險權利之憲法保障－以司法院大法官解釋為中心〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 300。

15 1948 年聯合國「世界人權宣言」第 22 條規定：「任何人作為社會的成員，享有社會安全的權利。在國家的努力與國際合作下，依照各國的機構與資源的狀況，每個人還享有對其尊嚴與人格自由發展不可或缺的經濟社會與文化權利。」第 25 條規定：「任何人有權利享有提供其個人與眷屬健康與福祉的生活水準，包括食物、衣著、住宅、醫療與必要的社會服務；在遭遇失業、疾病、失能、鰥寡、年老、或其他超乎個人所能控制的情況所造成的生活匱乏時，有權享受保障。」

16 包括 1944 年國際勞工組織「關於所得保障建議書 (第 67 號建議書)」、1952 年國際勞工組織「社會安全(最低標準)公約」、1953 年「歐洲有關老年、失能與遺屬的社會安全計劃暫時協議暨議定書」與「歐洲有關老年、失能與遺屬以外的社會安全計劃暫時協議暨議定書」、1961 年「歐洲社會憲章」、1964 年「歐洲社會安全法典暨議定書」、1966 年「有關經濟、社會與文化權利國際公約」、「排除任何形式的種族歧視國際公約」、1972 年「歐洲社會安全公約與補充協議」、1979 年「排除對婦女任何形式歧視國際公約」、1982 年國際勞工組織「維護社會安全權利公約（第 157 號公約）」、1989 年「歐洲共同體勞工基本社會權憲章」、1996 年「歐洲社會憲章」、2000 年「歐盟基本權利憲章」、2004 年「制定歐洲憲法條約」等。參林炫秋，〈社會保險權利之憲法保障－以司法院大法官解釋為中心〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 303-310。

17 社會權又被稱為「生存權之基本權」；有關社會權較深入之論述，請參周志宏，〈社會權—總論、教育權〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 127－135。

18 參郭明政，「社會憲法—社會安全制度的憲法規範」，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 315；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〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 301。

範疇則包括老年年金、殘障年金、遺屬年金、疾病及生育照顧、職業災害補償、失業補償、家庭津貼和社會救助八大類。我國憲法第 13 章第 4 節「社會安全」則採廣義之社會安全概念，包括就業政策、勞工及農民保護、社會保險、社會扶助、社會救濟、母性保護、婦兒福利政策、衛生保健事業與公醫制度。總而言之，社會安全係指國家須保障人民享有合乎人性尊嚴之生存條件，以減輕或避免其面臨經濟上之困境，並進而保障國民之經濟安全、圖其社會生活之安定，其範圍通常指社會保險、社會津貼、社會救助三大項[19]。

健康保險係屬社會保險之一環，而社會保險則為社會安全制度之一部；欲探討全民健康保險之各類問題，必須基於社會保險之精神、內容及相關規定，輔以國內外理論與學說，始能求其真意。本章概述社會保險制度之起源、意義、憲法基礎、基本原則、種類、效果，以及健康保險制度之定義、理論基礎、種類、類型、目標與特性，最後略述我國之全民健康保險制度。

第一節　社會保險之起源

社會保險制度，起源[20]於 19 世紀末之歐洲。在當時之資本主義制度下，勞工常罹於失業、貧困等威脅，因而多有自發性組織若干經濟互助活動，以圖解決因生育、衰老、疾病、工傷、死亡或其他原因所造成之生活困頓。某些國家的工會對此類群眾互助加以發展，成立帶有保險性之組織，如由勞工繳納保險費之疾病基金會等；另有僱主協會負責經營工傷方面之保險。此即爾後國家社會保險制度之萌芽。

19 世紀 80 年代，德國首相 Otto von Bismarck 迫於日益嚴重之工人運動及社會問題，為避免工業革命造成資產階級落差、緩解社會矛盾、削弱社會主義工人運動之影響、解決勞工階級之革命運動及勞資糾紛、維護社會秩序，以社會立法為手段，安撫勞工，使其生活得以維持基本之保障，將各地自發組織之工人互助補助基金、疾病基金會等予以國有化，使其成為國家的保險制度。德國政府於 1883 年頒布「疾病保險法」[21]，1884 年頒布「傷害保險（就業災害）法」，

---

[19] 參林萬億，〈我國憲法與社會權的實踐〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 283。

[20] 有關社會保險制度之起源，請參林萬億，《福利國家的形成與社會公平》，2003 年初版，國立台灣大學出版，頁 67－68；楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 157－177；明智科技大學圖書館網站，「中國大百科全書智慧藏」，http://library.mit.edu.tw:8080/Content.asp?ID=17798 及 http://140.133.6.14:9000/cpedia/Content.asp?ID=10388&Query=3，參訪日期：2008 年 6 月 10 日。

[21] 「疾病保險法」於 1883 年 6 月 15 日制訂，1884 年 12 月 1 日實施，以勞工為對象，強制雇主與受雇者共同繳付費用參加。

1889 年頒布「殘廢及老年保險法」，從而奠定德國社會保險法之基礎，使德國成為最早實行社會保險制度的國家。雖然 Bismarck 其動機乃在提高勞動生產率，使勞工繼續支持其政府，然於其倡導之下，德國為全世界搭建了最早的社會保障框架，延續至今。

第二節　社會保險之意義

社會保險係國家為謀社會福利所實施之社會政策，乃依法強制之保險[22]。其係運用損失分擔、風險分散及大數法則等保險之基本原理，藉多數人之投保來分擔少數人所發生之危險事故，期能避免國民因該等危險事故而影響家庭生計之穩定，以達幫助、照顧、救濟被保險人經濟生活之安定，防止其陷於生活不能或生活窮困之目的。我國之勞工保險、農民保險及全民健康保險等均屬之。社會保險制度係一具強迫性和非營利性，由政府監督，以求保障國民最低經濟生活之社會安全制度，係包含「社會」與「保險」兩種要素之社會機制[23]。施文森大法官指出[24]：「此種形式之社會福利制度已由國家單向給與，轉變為被保險人與承保機關間互為對待給付，學者稱此為『水平式社會安全制度』」。社會保險為社會安全之主要部門，其財源籌措方式乃由雇主及受雇者（勞方）共同分攤全部或部分費用，並輔以政府之負擔或補助[25]，而達社會保險使用者負擔與繳費互助之特性。

社會保險之定義，依美國危險暨保險學會社會保險術語委員會（The Committee on Social Insurance Terminology of the American Risk and Insurance Association）之定義[26]，社會保險為：「通常由政府採用危險集中管理方式，對於可能發生預期損失的被保險人提供現金給付或醫療服務。」惟其成立，必須具有下列要件：（一）應依法律強制規定承保之範圍。（二）除於開始實施之過渡時期外，給付標準須適當，且通常須受扶養者始能取得賠償。雖然對於受扶養者之情況須瞭解，然並不須對被保險人之財務狀況予以調查。亦即給付資格依個人所繳之保險費而定。（三）依法律訂定給付標準。（四）給付水準通常與其所繳保險費無直接關係，且對低所得者與扶養子女較多之被保險人有利，而形成所得重分配。(五)籌措保險給付之支付能力應有長期之考慮及計畫。(六)保險費主要係由被保險人、雇主或雙方共同負擔。（七）計畫須由政府管理，或

---

[22] 參鄭玉波，《保險法論》修訂 9 版，2012 年 2 月，三民書局，頁 200。

[23] 參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版社，2003 年 3 月，頁 475。

[24] 摘錄自釋字第 472 號解釋施文森大法官之部分不同意見書。

[25] 政府以雇主身分所分攤之費用非屬此處所指之「政府之負擔或補助」，詳見第參章第四節。

[26] George E. Rejda: Social Insurance and Economic Security. Prentice-Hall Inc., 1976; p. 10－11。

至少由政府監督。（八）計畫非僅為公務員所設立者。另依學者柯木興之定義[27]，社會保險係由政府為推行社會政策，應用保險技術，採用強制方式，對於全體國民或多數國民遭遇生、老、病、死、傷、殘及失業等特定危險事故時，提供保險給付，以保障其最低收入安全及基本醫療照顧為目的之一種社會福利措施。

析言之，凡以人身特定危險事故（生育、老年、疾病、死亡、創傷、身心障礙及失業等）為保險標的，採非營利之強制方式，並透過政府之介入，以保障國民最低收入安全及基本醫療照顧為目的者，厥為社會保險之範圍。雖大部分社會保險係以政府為保險人，實則政府之角色主要在擬定政策、制定法律而據以監督，非必然由其自任保險人；此觀諸各國社會保險機構，尤以德國社會保險機構之分散、複數，且由勞資雙方或被保險人以社會自治之方式為其組織方式，即可得以知之[28]。易言之，於管理上，「非營利」始為社會保險與商業保險之差異所在，而非保險人係政府或民間組織[29]。

第三節　社會保險之憲法基礎

我國憲法第 13 章「基本國策」第 4 節為有關「社會安全」之規定。第 155 條前段規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」；第 157 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」；增修條文第 10 條第 5 項規定：「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」；同條第 8 項規定：「國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作，對於社會救助和國民就業等救濟性支出應優先編列。」此為我國有關「社會保險」之憲法依據。由此可知，制憲者係將社會保險視為實現社會福利國原則之重要方法[30]。社會保險之憲法保障，學說與實務大體基於基本國策與憲法基本權兩方面論述，本文亦以此兩方面探討之。

第一項　　基本國策

我國憲法中有關「基本國策」條款規範效力之論述，主要見於學者見解與司法院大法官解釋。

---

[27] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 55。

[28] 參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版社，2003 年 3 月，頁 476。

[29] 參楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 169。

[30] 參孫迺翊，〈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 卷第 6 期，2006 年 11 月，頁 248。

第一款　學者見解

我國憲法中「基本國策」條款之規範效力，學者有不同見解：早期有認為「基本國策」僅係指示立法行政之目標而無強行性[31]；有認為「基本國策」章之規定雖為方針條款，但與其他憲法條款一樣仍具有強行性[32]；近年來學者則大多肯定「基本國策」之規範效力，且依據不同條款分別判斷其究係單純之方針條款、憲法委託、制度性保障或視為公法權利[33]。

論者有認為「基本國策」條款係「制度保障」人民基本權利，而非「裁判上保障」，人民不得據憲法「基本國策」中有規定「社會保險」即訴請法院命行政機關提供之[34]。

有認為依法治國家權力分立、人權限制之理念，「基本國策」具有憲法委託與制度性保障之功能，其條款有賴立法始得實行；立法者擁有較大之形成自由，倘立法侵害此制度保障之內容，則為違憲[35]。

學者郭明政認為憲法「基本國策」與社會基本權相同，僅係立法、行政與司法之行為指南，並據以作為違憲審查之基準；其可視為「憲法委託」，委託政府得為特定行為；政府依憲法第 155 條之社會保險立法，應符合社會保險之本旨、目的與基本原則[36]。

學者雷文玫與黃舒芃認為[37]社會福利基本國策之憲法規定係一種社會權，但其規範效力僅為「憲法委託」而不具主觀權利之基本權位階，司法機關僅能於國家完全無視於此等憲法委託之存在，完全不實施任何社會安全制度，或在無任何

---

31 參謝瀛洲，《中華民國憲法論》，1971 年，頁 266 以下，轉引自林紀東，《中華民國憲法釋論》，改訂第 53 版，1990 年 9 月，大中國圖書股份有限公司，頁 359。

32 參林紀東，《中華民國憲法釋論》，改訂第 53 版，1990 年 9 月，大中國圖書股份有限公司，頁 359-361。

33 參林明鏘，〈論基本國策－以環境基本國策為中心〉，收於李鴻禧教授六秩華誕祝賀論文集編輯委員會編，《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，月旦出版社，頁 1474-1477；法治斌、董保城，《憲法新論》2 版，2003 年 9 月，自刊，頁 371；陳新民，《憲法學釋論》，修正 5 版，2005 年 9 月，三民書局，頁 903-908；林騰鷂，《中華民國憲法》修訂 4 版，2005 年 8 月，三民書局，頁 374-375；許育典，〈教育憲法之建構〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 540-547。

34 參法治斌、董保城，《憲法新論》2 版，2003 年 9 月，自刊，頁 373。

35 參陳新民，《憲法學釋論》，修正 5 版，2005 年 9 月，三民書局，頁 906-907；陳愛娥，〈社會國的憲法委託與基本權保障〉，收於吳庚大法官榮退論文集編輯委員會編，《公法學與政治理論—吳庚大法官榮退論文集》，2004 年 10 月，元照出版有限公司，頁 274。

36 參郭明政，「社會憲法—社會安全制度的憲法規範」，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 345。

37 參黃舒芃，〈社會權在我國憲法中的保障〉，《中原財經法學》第 16 期，2006 年 6 月，頁 24；雷文玫、黃舒芃，〈社會權入憲的分析以及基本國策中有關社會福利的檢討〉，收於行政院研究發展考核委員會編，《憲改方向盤》，2006 年 4 月，五南出版社，頁 413。

替代方案的情況下逕行根本廢除已實施之社會給付制度時，始能經由對該等憲法規範之解釋宣示國家之積極作為義務，或國家根本停止給付之行為為違憲。

學者孫迺毅則認為基本國策條款具有兩種規範特性[38]：（一）經濟社會基本秩序之價值拘束性，可拘束所有國家權力與憲法機關；（二）規範內容之開放性，較自由基本權力具開放性，於民主原則與權力分立之脈絡下，立法者就制度選擇與政策決定享有廣大之形成空間。

第二款　司法院大法官解釋

歷年司法院大法官有關社會保險之解釋，常直接引用基本國策之規定，是其肯定基本國策作為違憲審查之依據。

有關全民健康保險之案件，釋字第 550 號解釋理由書引用憲法第 155 條、第 157 條及增修條文第 10 條第 5 項與第 8 項，指出「憲法基本國策條款乃指導國家政策及整體國家發展之方針」；釋字第 472 號則引用憲法第 155 條、第 157 條及憲法增修條文第 10 條第 5 項，指出「行政院依憲法規定，僅得對立法院提出法律案」。準此，司法院大法官應係肯認憲法中之社會福利基本國策係國家方針條款。

有關勞工保險之案件，釋字第 568 號解釋理由書指出「勞工保險係國家為實現憲法第一百五十三條保護勞工生活及憲法第一百五十五條、憲法增修條文第十條第八項實施社會保險制度之基本國策而建立之社會安全措施，為社會保險之一種。勞工保險條例即係依上開憲法意旨而制定之法律。勞工依該條例參加保險及因此所生之公法上權利，應受憲法保障。」而釋字第 609 號解釋理由書則指出「勞工保險係國家為實現憲法第一百五十三條第一項保護勞工及第一百五十五條、憲法增修條文第十條第八項實施社會保險制度之基本國策而建立之社會福利措施，為社會保險之一種，旨在保障勞工生活安定、促進社會安全，是以勞工保險具有明顯之社會政策目的。勞工依法參加勞工保險之權利，應受憲法之保障。」此所謂「公法上權利」係指勞工依勞工保險條例參加勞工保險所生之「法律上」權利，而非直接依據憲法所產生之權利；其之所以受憲法保障，乃係因立法者依據憲法第 153 條，第 155 條與憲法增修條文第 10 條第 8 項之「憲法委託」而制定「勞工保險條例」。此二號解釋除將社會保險之立法視為「憲法委託」外，似亦有由立法者制定法律以保障人民社會保險權利之「制度保障」意思[39]。釋字第

[38] 參孫迺翊，〈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 卷第 6 期，2006 年 11 月，頁 248-253。

[39] 參林炫秋，〈社會保險權利之憲法保障－以司法院大法官解釋為中心〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 316。

549 號解釋文則引用憲法第 153 條憲法第 155 條與增修條文第 10 條第 8 項，指出「勞工保險係國家為實現憲法第一百五十三條保護勞工及第一百五十五條、憲法增修條文第十條第八項實施社會保險制度之基本國策而建立之社會福利措施，為社會保險之一種，旨在保障勞工生活，促進社會安全。」而釋字第 456 號則僅引用了憲法第 153 條，指出「憲法第一百五十三條規定國家應實施保護勞工之政策。政府為保障勞工生活，促進社會安全，乃制定勞工保險條例。」

綜上所述，可知大法官們認為[40]社會保險法律制度係基於憲法委託而產生，立法者享有廣泛的形成的空間[41]。

有關公務人員保險之案件，釋字第 316 號解釋理由書直接以憲法第 155 條為根據，指出「公務人員保險為社會保險之一種。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，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟，為憲法第一百五十五條所明定。」但其於聲請人聲請解釋之事項外指出「『植物人』之大腦病變縱可終止治療，其所需治療以外之專門性照護，較殘廢給付更為重要，現行公務人員保險就專業照護欠缺規定，應迅予檢討改進。」許宗力大法官認為[42]其應係自憲法第 15 條生存權之保障所導出。學者郭明政則認為，依此號解釋，憲法上之社會保險條款，非僅作為違憲審查之依據，亦被認定為人民之權利[43]。

第二項　憲法基本權

對於社會保險之權利是否享有憲法基本權之保障，多數學者不以基本權作為社會保險權利之憲法基礎。僅少數學者持不同觀點；而司法院大法官解釋則並未直接以基本權作為社會保險權利之憲法基礎。

第一款　學者見解

如上所述，學者大多不以基本權作為社會保險權利之憲法基礎，僅少數學者肯認社會保險之權利享有某些憲法基本權之保障。

---

40 參釋字第 549 號施文森大法官協同意見書、釋字第 472 號吳庚大法官協同意見書及蘇俊雄大法官協同意見書、釋字第 550 號戴東雄大法官協同意見書及蘇俊雄大法官協同意見書、釋字第 568 號許宗力大法官協同意見書。

41 相同見解亦見於李玉君，〈全民健保法對經濟弱勢者醫療保障規定之評析〉，《臺大法學論叢》第 36 卷第 1 期，2007 年 3 月，頁 163。

42 參許宗力，《憲法與法治國行政》2 版，2007 年 1 月，元照出版有限公司，頁 187-192。

43 參郭明政，〈社會憲法—社會安全制度的憲法規範〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 347。

學者蔡維音及鍾秉正援引德國聯邦憲法法院之解釋，認為依公法上法規規定之社會保險所取得之「期待權」及「請求權」，係具財產價值之公法上權利；該權利係被保險人投入一已之勞務給付與繳納保險費，屬被保險人或其遺屬所享有，且其具生存保障之功能，故而此種公法上權利應受憲法上財產權之保障[44]。學者鍾秉正並認為憲法第 155 條有關社會保險之規定應解為憲法第 22 條所稱之「人民之其他自由及權利」，於效力上應與基本權利同受等值對待。

學者陳新民認為憲法社會安全基本國策條款具有構成「生存權」及「工作權」內容之功用，此種附有國家作為義務所形成之權利稱為「社會基本權利」；「社會保險制度」係憲法明文期待且欲保障之「社會基本權利制度」，亦即於憲法層面之實踐上視為「制度保障」，憲法賦予立法者相當廣泛之形成權利以建構「社會保險制度」[45]；人民須經立法程序過後，使得行使具體社會保險權利，無法直接依據憲法而為請求。

學者李震山認為基本國策所列舉之社會權具複合權性質，其有部分已包含於憲法所列舉權利之保障範圍內，然無法完全涵蓋，有賴憲法第 22 條補充保護之[46]。

學者林炫秋則認為，由於生存權之保障包含社會保險權利、社會保險權利經由憲法委託具體實現生存權之內容以及其與其他基本權係相輔相成，故而社會保險權利不應僅係基本國策中之「憲法委託」或「制度保障」，而應具憲法所保障之基本權地位，係經由基本國策具體實現之生存權[47]。

第二款　司法院大法官解釋

釋字第 246 號解釋劉鐵錚大法官不同意見書指出「民國七十年六月十二日行政院訂頒之全國軍公教人員待遇支給辦法第七條前段規定：『依本辦法支給之文職工作津貼及軍職幹部服勤加給、主官獎助金，不列入退休（役）撫卹及保險俸額內計算…』…牴觸法律明文規定之俸給範圍…侵害憲法第十五條所保障之人民財產權」。

釋字第 434 號解釋文指出「公務人員保險法於第十六條第一項關於養老給付

---

44 參蔡維音，《社會國之法理基礎》1 版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 163-164；鍾秉正，《社會保險法論》，2005 年 11 月，三民書局，頁 82-89。相同見解，請參陳新民，《憲法基本權利之基本理論（上冊）》5 版，2002 年 7 月，元照出版有限公司，頁 295。

45 參陳新民，《憲法基本權利之基本理論（上冊）》5 版，2002 年 7 月，元照出版有限公司，頁 96-97、頁 114-115 及頁 121-124。

46 參李震山，《多元寬容與人權保障—以憲法未列舉權之保障為中心》，初版，2005 年 10 月，元照出版有限公司，頁 19-20。

47 參林炫秋，〈社會保險權利之憲法保障－以司法院大法官解釋為中心〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 322-329。

僅規定依法退休人員有請領之權，對於其他離職人員則未規定，與憲法第十五條保障人民財產權之意旨不符」；劉鐵錚大法官不同意見書中指出「公務人員保險法未規定離職人員有請領養老給付之權或應返還要保人有關養老保險之保險費，有侵害憲法第十五條所保障之人民財產權、工作權及生存權之嫌」。學者郭明政認為凡基於社會保險或退休撫卹等社會政策或憲法之社會保障目標，即有承認期待保障之必要；未有期待保障之制度設計者即不符社會保障或勞工保護之憲法目的或憲法委託，其無法以憲法委託之理由合理化有關干預人民財產權與自由權之行為[48]。

釋字第 472 號解釋施文森大法官部分不同意見書中指出「基於社會保險而生之權益，屬公法上財產請求權…應受憲法財產權保障」；蘇俊雄大法官協同意見書中亦指出「由全民健康保險所整合與提供的醫療給付，有部分已屬維持人民基本生活條件所必要；國家若以人民未繳納保費為由而拒絕提供此種基本給付，將違反憲法保障生存權所含『禁止不足給付原則』的要求。」

綜上可知，司法院大法官解釋基本上並未直接以基本權作為社會保險權利之憲法基礎，僅承認老年給付請求權與期待權享有財產權之保障；於大法官之不同意見書或協同意見書中則偶有援引財產權、工作權或生存權。

第三項　本文見解

經由上開學說與實務之論述，本文認為，我國憲法「基本國策」之社會保險條款除具憲法委託與制度性保障之功能而得據以作為違憲審查之基準外，由於其係委託政府得為特定行為，政府須依憲法第 155 條之社會保險立法，並符合社會保險之本旨、目的與基本原則，故亦應為人民之權利，然其權利有賴立法始得實行，人民得請求國家建立並維護社會保險法律制度，俾使人民得以參加之，而享社會保險給付權利。社會保險所取得之「期待權」及「請求權」牽涉憲法所保障之財產權、工作權、生存權（第 15 條）及健康權（第 22 條）等基本權，故應具憲法所保障之基本權地位，或至少於效力上應與基本權利同受等值對待；然其亦形成憲法基本權保障之競合[49]。依吳庚大法官釋字第 472 號解釋協同意見書「立法者履行憲法委託之義務而制定相關法律，涉及對個人自由權利之限制，與立法者單純依據憲法第二十三條基於公共利益等因素考量的比例原則，具有更高的正當性。」之觀點，吾人可知憲法於基本國策中委託立法者具體形成社會保險之法律以謀求社會福利，當限制到人民之人格發展自由或財產權時，憲法委託者（社

[48] 參郭明政，〈社會憲法—社會安全制度的憲法規範〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 335。

[49] 例如強制納保會限制人民之人格發展自由，而強制人民繳納社會保險之保險費則限制人民之財產權等。

會保險）具有更高之正當性，得以限制其他基本權[50]。人民參加社會保險與其所享有之權利，立法機關不得任意剝奪，且對此種權利之限制亦須與如其他憲法所保障之基本權，同受憲法第 23 條「法律保留原則」與「比例原則」之限制[51]。

社會保險權利伴隨強制納保、強制繳納保險費之義務，干預人民之財產權或其他自由權，故須由法律加以規定，且經由立法程序之民主討論，以貫徹主權在民之憲法原則，並防止行政之恣意與專斷[52]。行政機關未經法律授權，不得訂定限制人民社會保險權利之法規命令；倘有法律授權，亦須有明示其授權之目的、範圍及內容，並符合具體明確之要件（授權明確原則）；行政機關依據法律授權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；應以法律規定之社會保險權利，行政機關不得逕以行政解釋函替代之。立法機關制定社會保險法律制度後，該制度即受憲法保障，不得恣意廢棄既存制度，然立法機關得隨經濟與社會情事之發展而修正法律內容。

法律對於人民基本權之限制除應有助於達成立法目的，尚須考量有無其他效果相同且侵害人民較少之手段，且其所採取之手段與所欲達成目的間並應具備合理必要之關係（比例原則）[53]。

社會保險法律與其他社會福利法律一樣，皆應接受平等原則之違憲審查[54]；而依釋字第 560 號解釋文、釋字第 568 號解釋許宗力大法官協同意見書及釋字第 473 號解釋文之意旨，有關社會保險法令作差別對待規定時，必須合理而且有正當理由。

第四節　社會保險之基本原則

如上開第 2 節所述，社會保險包含「社會」與「保險」兩種要素。其中「社會」要素係反映制度之精神，其意義在於強制納保、法定給付內容和未有準備金概念（隨收隨付）之財務制度；而「保險」要素則說明其運作之機制，其意義在於財源係源自於保險費，且具風險分攤之功能[55]：基於風險分攤之保險原理，透

---

50 相同見解，請參郭明政，〈社會憲法—社會安全制度的憲法規範〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 334。

51 社會保險制度應符合憲法第 23 條之規定，釋字第 568 號及第 609 號解釋亦肯定之。

52 參郭明政，〈社會憲法—社會安全制度的憲法規範〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 332-333。

53 參釋字第 551 號解釋理由書。

54 參郭明政，〈社會憲法—社會安全制度的憲法規範〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 336。

55 參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版有限公司，2003 年 3 月，頁 475；楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，

過風險共同體成員相互扶助；此乃社會保險異於社會救助等單向性給付者。然由於社會保險所具有之「社會」意義，致使其風險概念並不等同於私人保險之風險概念，而蘊含社會扶助之性質；其給付除與保費有關聯外，尚應顧及社會之衡平[56]。準此，綜合學說[57]及實務之觀點，社會保險之基本原則約有 16 項，茲分別概述如下。

第一項　強制原則

社會保險係政策性之保險，須考量大多數人之利益及負擔能力；由於社會保險之保費不具個別對價關係，無法期待個人依契約自由原則自願加入，故由國家制定法律，規定符合法定要件之國民均應強制參加保險，以達所得重分配之效，俾確保社會之衡平。基於大數法則，投保人數愈多，費用負擔較低，從而多數國民及雇主較具負擔能力，俾使制度較易於推行，大多數國民因之得以獲取基本之保障。強制原則雖然會減少個人經濟自由與可用之所得，而涉及人民自我形成自由之限制[58]，然其對整個社會將產生積極性之利益，並擴大社會福利及個人之經濟安全[59]。

社會保險依法強制納保，個人危險性之高低或性別、年齡等差異皆在所不問，只有依法參加、依法承保之問題，與完全出於當事人雙方契約行為之商業保險有所不同，亦不具個別對價關係，此為社會保險最大之特點[60]，其目的在減少逆選擇之問題。強制原則乃社會保險與商業保險或互助社團間最根本之差異，於強制原則下，較易維持勞工之最低生活水準[61]。

《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 167。

56 參 Kolb, Versicherung, Versorgung, Fürsong, in: von Maydell-Kannengießer(Hrsg.), Handbuch Sozialpolitik,頁 92 以下；轉引自郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版有限公司，2003 年 3 月，頁 475。

57 國內學者多援引美國社會保險學者 George E. Rejda 以美國老年遺屬殘廢及健康保險（Old-Age, Survivors, Disability and Health Insurance, 簡稱 OASDHI）為例來說明社會保險的基本原則。

58 參蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 103。

59 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 79-80；楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 167；謝榮堂，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，2008 年 11 月初版，元照出版有限公司，頁 15；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 140；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 1 月，頁 16；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 19；李玉君，〈全民健保改革之理想與實踐—若干問題之觀察與建議〉，《月旦法學雜誌》第 92 期，2003 年 1 月，頁 102－103；鍾秉正，《社會保險法論》初版，2005 年 11 月，三民書局，頁 131-141；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〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 346。

60 參鄭玉波，《保險法論》修訂 9 版，2012 年 2 月，三民書局，頁 200。

61 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 80。

第二項　最低收入保障原則

社會保險旨在提供國民最低收入保障，以應特定危險事故（生育、老年、疾病、死亡、創傷、身心障礙及失業等）之損失。所謂最低收入保障，學說上有三種見解：第一種見解認為，最低收入保障係指若無此項收入即無法維持生活所需；第二種見解認為，最低收入保障係指依靠此項收入即可維持基本之生活，而不必依靠私人保險、年金或團體保險提供其他經濟安全計畫；第三種見解則持較折衷之看法，認為最低收入保障係指綜合此項收入與其他收入及資產即足以維持大部分人之基本生活，而無法滿足基本需要者則以公共救助加以補充之[62]。

目前多數學者較贊同第三種見解[63]，認為社會保險給付應對各種危險事故提供最低收入之保障、最基本之社會所得；第以國民基本之生活並非固定不變，將隨會一般生活水準之變動而有所改變，故社會保險給付亦須適時予以調整，以應實際之需要。然社會保險涉及保險成本之負擔，此項因素亦須一併加以考慮為荷。

第三項　注重社會適當原則

社會保險對於所有被保險人發生保險事故時，應提供維持適當生活水準之給付，以維持其一般社會生活基本之需求；保費則與個人之風險程度無關，而係依其經濟能力計算保費之多寡，期使經濟弱勢者亦能透過風險分擔方式確保其經濟之安全。社會保險具所得重分配之效果，為社會連帶思想之展現[64]。

---

62 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 80-81；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 151；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 1 月，頁 16；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 15。

63 學者郭明政則認為，柯木興定義中所謂「最低收入安全」非指一般國民基本生活之需求，而係顧及個人原有之所得，維持個人原有生活水準之目的。其認為揆諸世界各國之社會保險，尤其是年金保險及國際勞動組織有關社會安全公約，莫不以原有所得為所得替代率之基準；且實務上制度設計亦每達原有所得百分之六十或七十。參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版有限公司，2003 年 3 月，頁 475－476；相似之見解（基礎照護）亦見於許宗力，〈基本權的功能與司法審查〉，《憲法與法治國行政》二版，元照出版有限公司，2007 年 1 月，頁 160－164。本文則認為，上開見解應限縮於年金保險部分，否則各被保險人所領受之保險給付（如醫療保險）依其原有所得而有不同，且原有所得越高者所領受之保險給付亦越高，此不符社會扶助、社會衡平、給付與所得高低間並無直接關係及平等原則等社會保險之基本原則，實有待商榷。

64 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 81-83；謝榮堂，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，2008 年 11 月初版，元照出版有限公司，頁 15；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 142；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 1 月，頁 17；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 15。

第四項　給付與所得無直接關係原則

社會保險具有「社會」意義，蘊含社會扶助之性質；其係透過社會資源之重分配，給付除與保費有所關聯外，尚顧及社會之衡平，重視社會適當性原則。其保險給付與所得高低（影響繳交保費金額之高低）之間並無直接關係，低所得者所領受現金給付金額，在比例上較高所得者為高；而在醫療給付方面，不論繳交保費之高低，其所領受之醫療服務均相同[65]。

第五項　給付權利原則

社會保險之加入，多係經由法律規定強制納保，凡符合該項保險所欲保障之對象，不須經過資產與所得之調查，即可成為該保險之被保險人。然既稱之為「保險」，原則上即屬有償，被保險人應繳納一定之保險費，始得受領保險之給付，此與社會救助及社會福利係屬無償者有間；從而受領社會保險之給付，可認其為一種受領給付者因繳納（或有人或國家代繳）保險費所應得之權利和法令上有明文規定之法定權利，及其與最高民意機關、政府間之準契約權利[66]。

第六項　給付假定需要原則

社會保險對於保險費之收入與保險給付的支出須加以精算，進而擬訂其給付之項目與範圍，用以維財務之平衡。保險給付係依據假定之需要而訂定，保險事件只要係屬法律規定之特定危險範圍內即予以給付；而既然給付係依假定之需要而訂定，倘被保險人繼續從事有酬之工作，且其收入超過法定最高限制，則亦不予以保險給付[67]。

---

[65] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 83-84；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 142；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 1 月，頁 17；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 16。

[66] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 84-85；楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 167 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 1 月，頁 17；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 20；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 卷第 6 期，2006 年 11 月，頁 259。

[67] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 85；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 1 月，頁 17；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 16。

第七項　給付依法律訂定原則

社會保險之給付內容，包括給付標準、給付方式、給付條件及給付項目等，悉依法律訂定之，不得任由保險人與被保險人合意改變，並由政府負責監督其執行[68]。例如我國全民健康保險，其給付標準、給付方式、給付條件及給付內容等，全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）至第 54 條（尚未實施之新法移列為第 65 條，並作修正）有明文規定。

第八項　自給自足原則

社會保險非以營利為目的，其財源原則上由雇主、受僱者及自僱者所繳納之保險費與信託基金投資收益等來籌措，政府僅負監督之責，原則上並不擔任保險人提供保險給付或補助行政事務費。社會保險之經營但求收支平衡，故而採取自給自足原則運作之，用以提高行政效率；惟其非硬性要求維持當年度即須收支平衡，而得以總體觀點處理其財務，例如我國全民健康保險即以 5 年為一期，期使收支能平衡：前兩年收入大於支出，以補最後兩年之支出大於收入[69]。

第九項　不必完全提存基金準備原則

社會保險係建立於代間互助的代間契約之上的社會制度[70]，為一開放式永久性互助福利制度，其財源透過強制納保，新加入者源源不絕，藉由世代間轉移，被保險人所繳納之保費只要足以支應整個制度的當期之財務支出需要即為已足[71]，因此無須類似民營人壽保險公司之養老保險或退休金制度而依法提存完全責任準備，以確保被保險人之未來給付權利。一旦出現財務問題，則透過調整保險

---

68 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 87；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 141；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 1 月，頁 18；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 20；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〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 346。

69 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 85-86；楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 169；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 1 月，頁 17-18；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 18。

70 參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版有限公司，2003 年 3 月，頁 471 註 2。

71 現行社會保險制度多採隨收隨付方式之財務處理以計收保險費，只求短期間保險收支之平衡，以減輕勞雇雙方之財務負擔，並透過世代間之移轉功能，將未來之財務責任轉嫁於年輕一代及後代被保險人來承擔。

費率以因應之[72]。雖社會保險不必完全提存基金準備，惟我國之全民健康保險，依全民健康保險法第 63 條（尚未實施之新法移列為第 76 條，並作修正）第 1 項之規定，為平衡保險財務，應提列安全準備[73]。此一規定相較於世界各國之規定，誠屬少見。

第十項　　社會安全原則

所謂社會安全，乃社會於其組成份子所可能遭遇之若干種危險事故，經由適當之組織，給予安全之謂。「美國社會學家 Walter Afriedlander 謂：『社會安全係對現代社會中，生活所偶發而非個人能力所能預知之事件，如疾病、失業、老年無依、工業災害等，給予個人或家庭之保護。其方式為社會保險、公共救助、疾病預防和一般福利工作[74]。』」易言之，社會安全係對每一國民本身於生活遭遇困難之時，透過國家之責任，給予保障其生活之制度；每一國民享有衣、食、住、行及醫藥等所必須之生活程度，且於失業、罹病、殘廢、衰老或因不可抗力事故致喪失其生活能力時享有保障[75]。社會保險乃國家遂行社會安全政策、達成社會安全的方式之一，倘若無社會安全為最高原則，社會保險將失其根本價值。有關社會安全制度，我國憲法第 13 章「基本國策」第 152 條至第 157 條訂有明文，例如第 153 條規定「（第 1 項）國家為改良勞工及農民之生活，增進其生產技能，應制定保護勞工及農民之法律，實施保護勞工及農民之政策。（第 2 項）婦女兒童從事勞動者，應按其年齡及身體狀態，予以特別之保護。」第 155 條規定「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害者，國家應予以適當之扶助與救濟。」第 157 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。」等。此乃我國實施社會保險之最高依據。

第十一項　需求與供應原則

政府依據國民之需要順序提供社會保險，而由社會保險之保險人依被保險人

---

[72] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 86-87；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 1 月，頁 18；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 18。

[73] 全民健康保險有關安全準備，其來源及總額之規定請參全民健康保險法第 63 條（尚未實施之新法移列為第 76 條，並作修正）至第 67 條（尚未實施之新法移列為第 78 條，並作修正）。

[74] 摘錄自張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 14。

[75] 參陳志豐，〈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 1 月，頁 21；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 14。

最迫切之需要項目，提供各種必要的資源，以滿足被保險人之基本需求，或補償被保險人損失[76]。

第十二項　自助互助原則（保險原則）

社會保險係以推動社會政策為手段之一種保險制度，亦即經由保險制度下「風險分攤」之原理，以保險之方式輔助政府推行社會政策以及保障國民最低生活。惟為達此目標，尚須考量補償被保險人之所得損失，以及利用自助互助原則、集合多數國民共同分擔費用，從而分擔其他被保險人之危險責任，以謀彼此間相互之利益[77]。被保險人負有繳納保險費之義務，而於保險事故發生時則享有給付請求權；權利、義務之相互性係社會保險制度之主要運作邏輯，亦為社會保險與社會救助等其他單項性給付間最大之差別[78]。釋字第 434 號解釋解釋文及第 472 號解釋施文森大法官之部分不同意見書亦分別指出此保險原理與權利、義務之相互性。

第十三項　社會連帶責任原則

所謂社會連帶責任，係指人類彼此之間休戚與共、患難分擔，亦即肯認個人利益從屬於社會利益。人類為謀經濟安全，藉自助互助之力量而有保險制度之產生，以解決其經濟不安全之問題；進而又為獲得被尊重之滿足感，乃從事各種福利及服務事業，以個人能力盡其社會責任，因而有社會連帶責任思想之萌生。社會連帶責任具有他助之特性，透過他人之扶助及所得之重分配以確保國民生活之保障[79]。

---

[76] 參洪德旋等，《社會政策與立法》修訂 3 版，2003 年 1 月，空中大學出版中心，頁 79；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 1 月，頁 20-21；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 16-17。

[77] 參謝榮堂，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，2008 年 11 月初版，元照出版有限公司，頁 15；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 1 月，頁 19；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 18。

[78] 參孫迺翊，〈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 卷第 6 期，2006 年 11 月，頁 259；李玉君，〈全民健保法對經濟弱勢者醫療保障規定之評析〉，《臺大法學論叢》第 36 卷第 1 期，2007 年 3 月，頁 164。

[79] 參楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 167-168；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 141-142；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 15；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 卷第 6 期，2006 年 11 月，頁 259；李玉君，〈全民健保法對經濟弱勢者醫療保障規定之評析〉，《臺大法學論叢》第 36 卷第 1 期，2007 年 3 月，頁 165。

社會保險之社會連帶責任，乃係基於高風險者與低風險者間之社會連帶、高所得者（高資產者）與低所得者（低資產者）間之社會連帶，以及雇主與受雇者間之社會連帶理念[80]（公司行號與機關單位對其所屬員工負有一定之照顧義務[81]），而反應於保險費之量能負擔（定率或定額）與勞資分攤[82]。另於此須指明者，社會保險之社會連帶責任與所得重分配，僅存於該社會保險團體之中，不得用於該社會保險團體以外之人，亦不得將原應由國家擔負之社會福利責任，藉社會保險之立法強加於社會保險給付項目之中，否則社會保險將背負原應由國家所擔負之照顧義務而形成制度外之負擔，國家亦因之迴避其應為之社會福利照顧義務與財政責任。

第十四項　平等原則

誠如上揭第 3 節第 3 項之論述，平等原則旨在禁止國家機關對相同之事件為差別之待遇，為憲法所明定之基本原則。我國憲法第 7 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」。行政程序法第 6 條亦規定：「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇」。是而社會保險自應受其拘束，不因種族、階級、身分、性別及年齡等之不同而有所差別[83]；社會保險法令如有差別對待之規定，必須合理而且有正當理由[84]。

第十五項　誠實信用原則

社會保險係一政策性之強制保險，其非以營利為目的，而係以強制加入制度為前提，凡符合一定條件者均應強制納入社會保險，並透過大數法則之運用，採危險分散與費用共攤之自助互助方式為之。因此，社會保險之成敗有繫於國民對制度本身之信任，蓋缺乏信任，則社會保險制度難以運作[85]。我國行政程序法第 8 條亦明定：「行政行為，應以誠實信用之方法為之，並應保護人民正當合理之信賴」。

---

80 參郭明政、蔡茂寅，〈健保局改制後之法律問題研究〉，行政院衛生署 87 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH87-NH-034，頁 71。

81 參蔡茂寅，〈鄉（鎮、市、區）公所辦理健保投保業務之法律關係探討〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1013，頁 7。

82 勞資分攤方式，各國大多為勞資各半；以職業別之不同而有不同分攤比例者，則僅見於我國之全民健康保險制度。

83 參陳志豐，〈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 1 月，頁 20；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 19。

84 參鍾秉正，《社會法與基本權保障》，初版第 1 刷，2010 年 6 月，元照出版有限公司，頁 96-100。

85 參陳志豐，〈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 1 月，頁 20；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 17。

第十六項　信賴保護原則

人民基於既存之法秩序所產生之信賴，原則上應予保護，例如原已參加公務人員保險者併入全民健康保險之例[86]，釋字第 472 號解釋認為全民健康保險之實施係為增進公共利益，因而無法適用信賴保護原則；學者亦有贊同者[87]；但施文森大法官於部分不同意見書則指出「健保關及全國人民權益，健保法規定之當否確需自平等原則、比例原則、信賴保護原則及憲法保障財產權意旨等層面及角度從嚴加以檢驗，惜多數意見就健保強制納保所牽涉之問題，尤其對於公、勞、農保之被保險人，應否按健保施行日之前或之後為區隔，未詳為釐清，僅以『已依法參加公、勞、農保之人員亦須強制其加入全民健康保險，係增進公共利益所必要，難謂有違信賴保護原則』，籠統地作出合憲之宣告，跳脫釋字第三一六號及釋字第四三四號所形成之原則，重回釋字第二四六號之理念，將健保置於社會福利同一基礎上為檢驗，使八十四年三月一日之前已參加公保之被保險人，其權利因而受到侵害。」法治國原則為憲法基本原則之一，首重人民權利之保護及法秩序之安定，人民對公權力行使之結果所生之信賴，法律自應予保障[88]。全民健康保險總額支付制度實施後，對於溢付之暫付款予以追扣，有認為違背信賴保護原則；但本文認為，由於總額支付制度本身之設計即係事先訂定出年度總額，並早已事先規定暫付及追扣之原則和方式，特約醫事機構本即已事先知情，故而不生信賴保護問題，僅需討論健保局保留行政處分之廢止權，本文於此不贅。

第五節　社會保險之種類

社會保險，依其型態、目的和社會基本結構之差異，約可分別作不同之分類如下[89]。

---

86 參陳志豐，〈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 1 月，頁 20；張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月，頁 19。

87 參蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 160-163。

88 釋字第 525 號解釋略以：「信賴保護原則攸關憲法上人民權利之保障，公權力行使涉及人民信賴利益而有保障之必要者，不限於授益行政處分之撤銷或廢止（行政程序法第一百十九條、第一百二十條及第一百二十六條參），即行政法規之廢止或變更亦有其適用。行政法規公布施行後，制定或發布法規之機關依法定程序予以修改或廢止時，應兼顧規範對象信賴利益之保護。除法規預先定有施行期間或因情事變遷而停止適用，不生信賴保護問題外，其因公益之必要廢止法規或修改內容致人民客觀上具體表現其因信賴而生之實體法上利益受損害，應採取合理之補救措施，或訂定過渡期間之條款，俾減輕損害，方符憲法保障人民權利之意旨。至經廢止或變更之法規有重大明顯違反上位規範情形，或法規（如解釋性、裁量性之行政規則）係因主張權益受害者以不正當方法或提供不正確資料而發布者，其信賴即不值得保護；又純屬願望、期待而未有表現其已生信賴之事實者，則欠缺信賴要件，不在保護範圍。」

89 參江亮演等，《社會福利與行政》，2006 年 9 月，五南圖書公司；洪德旋，《社會政策與立

第一項　依型態分類

社會保險依型態分類，有下列四款分類：

第一款　依保險事故分類

依保險事故分類，可分為以下兩種：

一般事故保險：如疾病保險、健康保險、醫療保險、失業保險、殘廢保險、老年年金保險、遺族年金保險等。

特殊事故保險：如因業務上原因遭遇到災害之一種保障勞動者的職業災害保險。

第二款　依參加之身分資格分類

依參加之身分資格分類，可分為以下四種：

勞工保險：對勞動者及受僱者之保險，包括失業、健康、災害等之保險。

國民保險：無論其是否係受雇者，均可參加；一般國民保險，通常係指無業者之國民保險而言。

職域保險：對適用強制加入之受僱者或以職業場所為範圍所作之保險，包括自雇者之保險。

地域保險：居民住在某些規定必須加入保險的地區所作之保險，亦稱居民（住民）保險。

第三款　依給付期間分類

依給付期間分類，可分為以下兩種：

短期保險：屬於一次給付之保險，如生育、疾病、失業等較短期間之保險。

長期保險：屬於延長給付之保險，如老年、殘廢、死亡遺族等較長時間繼續給付之保險，通常稱為年金保險。

法》修訂三版，2003 年，空中大學出版中心。

第四款　其他分類

依加入條件分類：如強制保險、任意保險。

依是否須繳交保險費分類：如繳費制年金保險、免費制年金保險。

第二項　依社會基本結構分類

依社會基本結構分類，可分為短期性一次給付需要之保險、長期性延長給付需要之保險和臨災性賠償給付需要之保險：

短期性一次給付需要之保險：如保障傷病、生育、失業等安全之保險。

長期性延長給付需要之保險：如保障老年、殘廢、死亡遺族等之年金保險。

臨災性賠償給付需要之保險：如保障職業災害等之災害賠償保險。

第三項　依社會保險之目的分類

依社會保險制度所欲達成之目的分類，可分為一般性社會保險和特殊性社會保險：

一般性社會保險：由勞動者（包括勞心及勞力）勞動所獲得之薪資收入中，依其收入之多寡，按一定保險費率預為繳納保險費而成為被保險人，於其遭遇傷病、生育、殘廢、失業、老年、死亡（遺族）或災害等危險事故時，由保險人免費給予醫療服務或發給現金，使其仍能獲得收入以維持其最低生活，從而仍得保全其身心健康。

特殊性社會保險：對於無法繳納保險費之老人、殘障者等弱勢國民，設置例外之免費社會保險措施。

第六節　社會保險之效果

社會保險乃強制性之保險制度，其目的在保障全體國民或多數國民遭遇各種危險事故時，提供其基本之經濟生活與醫療照顧。準此，社會保險之實施，在經濟上有確保國民最低生活安定之效能；在政治上有安定國民生活、調和社會各階

層利益之作用；在社會上則可使分配社會化、所得重分配，而具有節制私人資本之意義。

第一項　社會保險在經濟上之效果

從經濟學之觀點言之，社會保險具有對國民提供基本之經濟安全、預防貧窮和提供經濟穩定性等經濟目的[90]，故而能保障國民之經濟生活，使之不虞匱乏而影響健康或生存。

第一款　對國民提供基本之經濟安全

社會保險之主要目的在對多數人提供基本之經濟安全，以預防被保險人遭逢生、老、病、死、傷、殘及失業等事故引起意外損失或致收入中斷，導致其經濟之不安全，社會保險應對其提供收入之保障或醫療服務。此處之基本經濟安全係指被保險人領受之社會保險給付額及其他收入來源，足以提供其最低生活水準。

第二款　預防貧窮

社會保險之另一目的在於預防貧窮。由於社會保險可以對多數人提供基本之經濟安全，當被保險人發生意外事故，其所領受之社會保險給付及其他收入來源足以提供其最低生活水準，故而社會保險可預防社會貧窮。

第三款　提供經濟穩定性

由於社會保險能影響被保險人之消費、儲蓄、投資等行為，如失業保險給付可維持個人之基本消費、刺激市場交易，使經濟蕭條景況不致再加深惡化，因此，社會保險可達經濟穩定之效果。

第二項　社會保險於社會變遷中之角色

從社會變遷之過程加以探討，由於社會結構之日趨多元化，以及社會功能分化之結果，社會保險具有下述兩種角色功能[91]：

---

[90] 參George E. Rejda: Social Insurance and Economic Security. Prentice-Hall Inc., second edition, 1984; p. 41－42；柯木興，《社會保險》，修訂版，2007年11月，三民書局，頁139－140。

[91] 參詹火生，〈社會保險在社會變遷中的角色〉，《社區發展季刊》第29號，1985年3月，

第一款　積極性之角色

社會保險對被保險人提供收入之基本保障或必須醫療服務，使國民不致因傷病而喪失勞動力；其可維持個人之基本消費、刺激市場交易，因而可提高勞動生產力、促進國家經濟發展。其功能為維持個人與家庭所得、所得重分配與資本之累積[92]。

第二款　消極性之角色

社會保險對被保險人提供基本之經濟安全、預防社會貧窮，並有穩定經濟之效果，故可解決社會變遷中所產生之社會問題，尤其是被保險人遭受重大傷病時，其所喪失之勞動力、收入及所增之支出和家庭之破碎等，皆可因之獲得緩解。社會保險可視為規範性之社會政策，政府之干預具有確保社會秩序穩定及規範現代經濟生產關係兩項功能[93]。

第三項　社會保險於政治上之效果

社會保險因有上述經濟上之效果與社會變遷中所扮演之角色，致其於政治上產生下述正、負二方面之效果[94]：

第一款　正面效果

社會保險在政治、社會上具有（一）保障國民經濟生活與身心健康（二）維護勞工之勞動力，促進生產建設（三）發揮國民所得再分配功能，使中低收入者更具保障和（四）累積龐大社會保險基金，調節財政金融，加速國家經濟建設，增進人民之福利等直接效果，以及（一）預防工業災害之發生，鼓勵雇主重視工業安全衛生（二）調節勞動市場之供需關係，避免勞動力之異常流動，鼓勵勞工長期奉獻（三）建立企業間之共濟互助精神，促進企業重視員工福利措施（四）促進醫療社會化，合理均衡醫療資源和（五）增進人民之福利意識，強化人民之連帶責任感等間接效果。

頁 6－7。

92 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 141。

93 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 141。

94 參吳凱勳，〈社會安全與社會保險〉，《社會安全》第 5 卷第 1 期，1983 年 12 月，頁 19；柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 141－142。

第二款　負面效果

社會保險在政治、社會上則可能有（一）社會保險直接給付之過度保護將減低國民之工作意願與勤奮精神（二）社會保險若過分擴充，將增加勞資負擔，並影響個人儲蓄能力，減少可用所得，使國民易養成依賴性，喪失活力與創造力（三）社會保險取代傳統之鄰保互助機能，人際關係將益趨淡漠（四）社會保險產生之醫療浪費與流弊，將影響社會風氣，敗壞倫理以及（五）社會保險常被利用為政黨政治之工具，不惜犧牲制度之建全，或枉顧政府財務負擔之能力，卻侈談改善給付條件，以討好選民等負面效果。

第七節　健康保險制度

健康保險係屬社會保險之一環，與國民日常生活息息相關；當國民罹患傷病時，須予以治療使其恢復健康，故為保障國民身心健康、提供其醫療照護，應建立健康保險制度。「健康保險」一詞，各國稱謂不一，採行方式亦不盡相同。有以社會保險方式辦理者，如德、法國等國稱為疾病保險，而美國、日本、澳大利亞及北歐國家則稱為「健康保險」；有以公共服務方式辦理者，如英國、紐西蘭、愛爾蘭、冰島及東歐等國家稱為國民保健服務[95]；我國則稱為「全民健康保險」。

第一項　健康保險之定義

健康保險之定義，學者柯木興認為[96]健康保險係基於政策上之考量及需要，其業務多由國家負責經營管理，並負擔部分經費，採強制投保方式，透過大數法則，勞資雙方分擔保險費，期以最少費用，發揮最大保護與互助作用，將不幸而集中於少數人之傷病危險或生育，藉組織機能分散於大眾，俾獲經濟上之補償及身體健康之恢復，以維護勞動力。易言之，凡被保險人罹患傷害、疾病或生育等事故時，透過強制投保方式，以提供現金補償及醫療照顧之社會保險制度均屬社會健康保險範圍。學者吳凱勳則認為[97]，健康保險乃國家直接經營或由政府監督管理之專門事業，各國多經社會立法，設置專門機構、進用專業人員辦理業務，以獨立會計處理財務，並依據社會政策解決由生育及傷病事故所引起之社會問題；亦即運用保險技術，由保護受僱者推及全民，以達防貧之目標，維護國民身心健康為目的之社會安全措施或福利互助組織。

---

[95] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 254。
[96] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 255。
[97] 參吳凱勳，《健康保險概論》五版，1992 年 8 月，三民書局，頁 92－94。

由學者對健康保險所下之定義，以及上揭社會保險制度可知，健康保險係屬社會保險之一環，係以維護國民身心健康為目的之一種社會安全措施，故而強制投保、最低收入保障、注重社會適當、給付與所得無直接關係、給付為權利、給付假定需要、給付依法訂定、自給自足、不必完全提存基金準備、社會安全、需求與供應、自助互助、社會連帶責任、平等、誠信、信賴保護等亦為健康保險之基本原則，並由國家負責經營或監督管理，以及由專責機構負責、財務獨立。

第二項　健康保險的理論基礎

健康保險之目的係為維護國民身心健康、提供國民公平、均等及良好之醫療服務，此有賴醫療體制相互之配合及醫療資源充分之利用。健康保險之理論依據[98]，在於國民有獲得醫療照護之基本權利、現行醫療保健制度之改善、低收入者所接受之醫療服務較低以及發揮更大之所得重分配效果。

第一款　國民有獲得醫療照護之基本權利

健康保險係屬社會保險之一環，依上開社會保險憲法基礎之論述，可使參加全民健康保險之保險對象有獲得醫療照護基本權利，並對其提供較高水準之醫療服務而獲得公平之照顧。此概念類似於每個國民均有接受基本教育之權利，不問其是否有繳納學費之能力，均可接受中小學教育[99]。為使國民均能獲得基本醫療照護之保障，惟有實施強制性健康保險，才可能使尚未擁有醫療保險者（如我國全民健康保險開辦前之失業勞工、勞工眷屬、低收入者及未有任何醫療保險之國民）納入保險範圍，而享有必須醫療照護之保障，使其不致因經濟困頓而捨棄必須醫療。

第二款　現行醫療保健制度之改善

現行醫療保健制度仍存有缺失，如醫療資源之分配不均、醫療費用之不斷上漲、醫療之浪費、無效率，以及不當之醫療服務和所造成傷病患之預後不佳等。為期改進現行醫療保健制度上述之缺失，學者們認為實施強制性國民健康保險制度應係一可行之方法[100]。

---

98 參 George E. Rejda. Social Insurance and Economic Security. Prentice-Hall Inc., Chapter 8, 1976. p. 253－255；柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 241－243。

99 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 242。

100 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 242。

第三款　低收入者所接受之醫療服務較低

低收入者之身體狀況通常較一般人為差，且常罹患疾病而無能力負擔高額醫療費用，致使低收入者僅能接受較低之醫療服務；如能建立強制性健康保險制度，透過所得重分配之功能，使低收入者能減少其醫療費用支出，並得到較合理之醫療照護，而能改善其身心健康。

第四款　發揮更大之所得重分配效果

為使中低收入者與高收入者能獲得相同之醫療照護，實施強制性健康保險最能克盡其功：在健康保險制度上，不論被保險人繳納保險費高低，均能獲得相同之醫療照護，且因低收入者通常罹病率較高，而更有機會接受醫療服務。所得重分配原則係社會保險制度之本質，實施健康保險制度則能使所得重分配效果更為顯著。

第三項　健康保險之種類

健康保險之種類，依給付型態分類有（一）現金給付（二）醫療給付（三）眷屬醫療給付三種；依給付種類分類，則有（一）生育給付（二）疾病給付（三）傷害給付（四）醫療給付四種[101]。

第一款　依給付型態分類

健康保險制度之給付型態有三：（一）為提供短期傷病無法工作者之現金給付（二）為提供被保險人必須之醫療給付（包括門診與住院給付）（三）被保險人眷屬之醫療給付。

第一目　現金給付

現金傷病給付其金額多為被保險人平均薪資的百分之五十至百分之七十五之間，某些制度上對眷屬提供補助；惟大多數制度均訂有最高給付限額，或間接透過一般最高投保薪資限額之規定以達成此項目的。某些國家則規定被保險人如享有住院醫療給付，則將減少其給付金額。

[101] 參柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 256－263。

第二目　醫療給付

各國健康保險醫療給付種類繁多，除一般開業醫師之診療、住院治療及必要之藥劑等外，尚包括專科醫師、外科醫師、牙醫、生育照護及綜合性之醫療照護等。如我國全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項規定：「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。」惟實施健康保險之國家，大都規定傷病患至少應負擔部分醫療費用（部分負擔），期能預防醫療資源之過度浪費使用。

第三目　眷屬醫療給付

各國健康保險制度除提供被保險人醫療給付外，尚有對其眷屬（如配偶、子女）提供醫療給付，然大體上提供給眷屬者往往比被保險人為少，如住院之期限眷屬較被保險人短；醫療費用負擔比例眷屬則較被保險人為多。

第二款　依給付種類分類

健康保險之給付種類，依其事故可劃分為(一)生育給付(二)傷害給付(三)疾病給付（四）醫療給付。

第一目　生育給付

健康保險制度之生育給付，乃國家保護母性政策中之重要措施；我國憲法第 156 條規定：「國家為奠定民族生存發展之基礎，應保護母性，並實施婦女兒童福利政策。」生育給付即對於被保險人本人或其配偶，因生育而無法從事工作，致無法獲取薪資所得時，藉由保險給付予以生活之保障。

一般而言，生育給付包括現金給付與醫療給付，前者包含分娩費、生育津貼及育兒津貼等，後者則係助產醫療照護。某些國家僅實施一種醫療給付，如我國原公務人員保險之生育給付；某些國家則僅實施一種現金給付，如我國勞工保險之生育給付及日本健康保險等。惟大多數國家兼採兩種給付，如法國、德國等國。

第二目　傷害給付

傷害給付乃被保險人因發生傷害事故，於接受醫療期間無法從事工作，而由

保險人支給現金以補償其所得損失之保險給付。傷害給付通常分為普通傷害給付與職業傷害給付二種，前者屬於健康保險之給付項目；後者則因屬於雇主之責任，故歸由職業災害保險支付。如我國勞工保險條例第 33 條規定：「被保險人遭遇普通傷害或普通疾病住院診療，不能工作，以致未能取得原有薪資，正在治療中者，自不能工作之第四日起，發給普通傷害補助費或普通疾病補助費。」第 34 條第 1 項前段規定：「被保險人因執行職務而致傷害或職業病不能工作，以致未能取得原有薪資，正在治療中者，自不能工作之第四日起，發給職業傷害補償費或職業病補償費。」

第三目　疾病給付

疾病給付乃被保險人發生疾病事故，不能工作且收入中斷時，由保險人給付現金以補償其短期性經濟損失。疾病給付通常可分為普通疾病給付與職業疾病給付二種，前者屬於健康保險之給付項目；後者則因屬於雇主之責任，故歸由職業災害保險支付。

第四目　醫療給付

醫療給付乃被保險人或其眷屬發生生育、傷病等事故，前往保險人自設或特約之保險醫療機構就醫，而由保險醫療機構提供門診、住院或其他醫療服務之謂。

醫療給付之給付形態，依醫療費用之支付方式可分為三種：

直接服務方式：即由保險人自設醫療院所，直接提供被保險人及其眷屬相關醫療服務項目，如英國之公醫制度以及我國之原公務人員保險聯合門診中心等。

間接服務或服務給付方式：即由保險醫療機構對被保險人或其眷屬提供醫療服務後，逕向保險人申請醫療費用，如德國、日本及我國全民健康保險制度屬之。

醫療費用核退或償還方式：即由被保險人或其眷屬於接受醫療服務時，先行自付醫療費用，事後檢附單據，向保險人申請核退醫療費用，如法國等國屬之。

對被保險人而言，上揭三種醫療給付方式中，前兩種（直接、間接服務）方式之受益較為便利，但較易發生弊端，是而一般國家均採醫療費用部分負擔制，俾補偏救弊；至於第三種方式，因被保險人須事先籌付醫療費用，故對重病或中低收入患者不免造成困擾，然醫療資源浪費情事則較少。

疾病給付雖與醫療給付同以疾病為保險事故，然醫療給付係以預防和治療疾病、恢復被保險人健康為目的，而疾病給付則在補償被保險人因疾病而引起之所得損失。如我國勞工保險制度，除享有全民健康保險醫療給付外，尚有普通傷病補助費及職業傷病補償費[102]。

第四項　健康保險之類型

由於世界各國社經背景與歷史演變之不同，健康保險制度因而發展出不同之類型。學者陳聽安混合觀察各國健康保險制度之保險人組織與其主要之財務來源，將健康保險劃分為社會保險型、福利型、儲蓄型、混合型及商業保險等五款型態[103]。

第一款　社會保險型

社會保險型又可分為差別型及統一型二種。

差別型又稱多元型，係將全國人民依職業之不同（如農民、漁民、礦工、勞工、公務員等）各自成立健保單位，無職業者則於各地區分別成立地區性保險單位，學生則另成立眷屬保險單位。具代表性之國家為德國（疾病基金）、奧地利、荷蘭、日本等國。其特色為各保險單位大小不一，給付與保險費負擔亦各不相同（但相差不會太大）。其優點為較切合被保險人之需求；缺點則係有些較小之保險單位由於風險分攤不足，容易發生財務困難。

統一型則係將全國人民納入一個保險機構，由其負責辦理所有地區與職業的被保險人之健康保險，如我國之全民健康保險，依全民健康保險法第 6 條（尚未實施之新法移列為第 7 條，並作修正）之規定，設立健保局為單一之保險人。其優點，有認為其與差別型之健康保險制度相較，行政成本較低、風險分散較大；其缺點則係未能完全符合被保險人健康照護之需求，且由於機構組織過於龐大，管理上容易產生效率上之缺失或無效率。

第二款　福利型

又稱公醫制，或國民健康服務（National Health Service, 簡稱 NHS）。於此制度下健康照護被視為社會福利措施之一種，故嚴格而言其已超越社會保險

[102] 此即上文我國勞工保險條例第 33 條及第 34 條之規定。

[103] 參陳聽安，〈健康保險之國際比較〉，《健康保險財務與體制》，2003 年 5 月，三民書局，頁 17－21。

制度。福利型健康保險制度，人民不須繳交保險費，其財源來自一般稅或指定用途稅，如社會安全稅或煙酒附加稅。最早採福利型健康保險者為英國（1911 年），之後瑞典、挪威、丹麥、紐西蘭、義大利、西班牙、葡萄牙等國以及大部分曾隸屬大英國協之國家亦採行此制。

福利型健康保險制度，其特色為全國人民分地區納入當地醫療照護部門，接受各該地區之一般科醫師（general practioner, GP）的醫療服務；而每一醫師負責照護若干居民之健康（家庭醫師制）。其優點為不須繳交保險費，故可減輕低收入者之負擔；缺點則係存有等待名單且等待時間極長，特別是重病須要住院或手術者。

第三款　儲蓄型

儲蓄型健康保險係政府採取強制儲蓄方式，強迫個人將所得中之一部份作為醫療支出之財源，稱為「醫療儲金」（Medical Savings Account，MSA）。醫療儲金係有職業者個人免稅之存款帳戶，帳戶中之儲金僅能用來支付個人或其家屬之醫療照護費用，未被使用者可購買年老之醫療照護或轉為死亡、殘障津貼，或轉贈其家屬作為醫療照護所須之費用；儲金若有不足者則須個人再將錢存入以支應醫療費用。採行此制度者有新加坡、馬來西亞等國。新加坡運用醫療儲金（Medisave）配合實施醫療共同基金（Medishield）及醫療共同基金附加給付（Medishield Plus）來保障國民健康[104]。

儲蓄型健康保險制度其主要精神係藉由提昇消費者就醫時之成本意識，以減少醫療資源之浪費使用。其優點為不致產生商業保險中之逆選擇，但其缺點則係完全缺乏風險分攤，毫無所得重分配之功能，係一自助而非互助之強制健康保險制度。

第四款　混合型

混合型有許多種組合方式，如社會保險與商業保險之混合（如瑞士、荷蘭）或社會保險與福利型之混合（如加拿大）等。以瑞士為例，許多瑞士國民除參加社會保險外，另有購買商業保險，以維護個人與家人更好的健康照護。荷蘭除有社會保險外，私人健康保險亦占有相當大之比重，凡所得超過一定水準者，規定均應參加私人健康保險。

---

[104] 參林雪如，〈環顧四方—健保異同，亞洲五國健康保險國際研討會後記〉，《全民健康保險雙月刊》第 8 期，1997 年 7 月，頁 14。

第五款　商業保險型

商業保險型之健康照護，係除老人及低收入者外，政府不負照護人民健康之責，而由民間健康組織承擔之，如美國健康維護組織（Health Maintain Organization, 簡稱 HMO）、藍盾（Blue Shield）、藍十字（Blue Cross）等。各種組織承保之醫療範圍各不相同，保費之收取亦無統一標準。此制度之優點為各健康保險組織有相互競爭之功能，而缺點則因難免會有商業利潤之考量，容易產生逆選擇；且對於所得未達低收入標準而又無經濟能力購買商業醫療保險者，完全欠缺健康保險之保障。例如美國至今仍有數千萬國民無任何醫療保險，傷病就醫師必須自費。

另有學者單就財務來源區分各國健康保險制度為三大類型[105]：完全稅賦制（財源完全或大部分來自一般稅收，如英國、丹麥、愛爾蘭等國）、社會保險制（以保險費為主要財源，並以薪資所得為保費徵收之基礎，如德國、法國等國）及混合制（政府、雇主與被保險人三方共籌經費，以稅賦與保險費為財源，如比利時、西班牙及我國全民健康保險）。

第五項　健康保險之目標與特性

健康保險制度，其目的以「避免因病而貧」始，演變至今則以「實現全民健康」為宗旨。換言之，健康保險制度不僅對保險對象之疾病和創傷提供醫療，更提供其全面性之醫療保健服務；亦即健康保險制度僅係手段，提供全民健康照護才是目的。

一般而言，健康保險制度所欲達成之目標有二：（一）保障國民健康，於被保險人生育或傷病時，提供醫療服務（醫療給付），以維護、恢復其身心健康及工作能力（二）保障國民之基本所得，於被保險人生育或傷病，導致其喪失正常收入時，提供現金給付，以維持、恢復其日常生活之基本所需。美國學者戴維斯（Karen Davis）於其所著《國家健康保險（National Health Insurance）》書中指出[106]，強制性國民健康保險之目標可分為主要及次要目標兩類：（一）主要目標：確保國民醫療服務之可用性（Availability）、消除國民獲得醫療服務之經濟障礙，及抑制醫療費用之高漲（二）次要目標：國民應享有公平之保險給付、各項行政安排均能使醫療供應者與需求者感到滿意以及醫療品質之控制等。

---

[105] 詳見郝鳳鳴，〈全民健康保險法之修法方向—中法健康保險法比較研究〉，《法律評論》第 60 卷第 11、12 期合刊，1994 年 12 月，頁 8。

[106] 參 Karen Davis. National Health Insurance-Benefits, Costs and Consequences. Brookings Institution 1975, P 22－26；柯木興，《社會保險》，修訂版，2007 年 11 月，三民書局，頁 241。

醫療保健服務系統健全與否對健康保險之品質影響至鉅，是以醫療資源之配置與運用，不可因經濟、地理或其他因素而使醫療服務品質有所差異；從而健康保險能否順利推展，與醫療體制能否相互配合息息相關，並有賴醫療資源之充分利用，始可收預期之效。健康保險乃藉由保險之技術，提供醫療服務，以達保障國民身心健康之目的，故而一般言之，健康保險具有「保險技術性」、「醫療服務性」與「社會扶助性」三種特性[107]。

第一款　保險技術性

保險技術性強調保險給付與保險費繳交之對價關係，亦即危險共同分擔團體之成員，經由保險技術之組織運用，以求自助人助之目的。一般性商業保險係依據危險共同分擔團體成員個人之社會、經濟環境、保費負擔能力等因素，自行決定其保險額度；而健康保險乃係依據法律明文之規定，危險共同分擔團體成員個人並無選擇或決定權，須強制投保，當個人認為健康保險有不足之處，可自由選擇是否參加商業保險輔助。

第二款　醫療服務性

健康保險制度提供危險共同分擔團體被保險人醫療上之基本需要，俾消除其獲得醫療服務之經濟障礙，維護其身心健康。健康保險費率之制定受限於政府財政、國民所得、物價水準等因素影響，是以各國大多規定健康保險之醫療給付範圍、實施部份負擔制度、制定診療報酬標準、管制保險用藥等，俾達節制醫療資源之浪費。

第三款　社會扶助性

所謂社會扶助性，即國家行使其公權力，重新分配社會資源，並偏重照護需要扶助之個人或家庭，以強調社會連帶責任、公益性及強制參與等。各國健康保險制度之設計，通常以二種方式來實現社會扶助性：（一）為顧及低收入者之經濟能力，儘量減少其保費負擔，而由保險團體外（如一般稅收）來負擔其不足部份之保險經費。（二）保險團體中高所得者承擔較高之保險費，以減輕低所得者之保費負擔。某些國家係擇其一而行，而另某些國家則係二者兼採並行。第二項方式如屬強制性保險，則較易施行；而第一項方式因牽涉較廣，且不能不顧及政府財政結構，故較不易付諸實施。

[107] 參吳凱勳，《健康保險概論》五版，1992 年 8 月，三民書局，頁 92－94。

第六項　政府於健康保險制度之角色

政府於健康保險制度中之角色，在各國多所不同：如英國、瑞典、西班牙、葡萄牙等國，政府部門既為醫療之保險人，亦為醫療之提供者；而德國、奧地利、荷蘭等國之政府機關僅係負擔策畫、立法與監督之職責，醫療保險人係由各職業與地區之基金會擔任，基金會之公權力則由政府授予。在美國則政府除負責對65 歲以上老人與低收入者提供醫療保險外，對於一般人民，政府既非醫療照護之保險人，亦非醫療照護之提供者，而是均由民間機構擔任。而在我國，全民健康保險則係公辦公營，政府部門（健保局）為醫療之保險人，但其並非醫療之提供者，而係經由「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之簽訂，由特約醫事機構提供健保醫療給付。

於地方分權之國家，中央政府在該國之健康保險制度下，仍須負擔行政費用與資本性支出，如德國、奧地利、荷蘭等國；而在中央集權之國家如英國、瑞典、義大利、西班牙、葡萄牙等國，中央政府於年度醫療總額確定後，分配給各區域健康局（Regional Health Authorities），由此區域健康局依其各該人口比例分配區域內之醫療經費。是而即便於中央集權健康照護之國家，地方政府仍有相當管制之權力。有鑑於各項使用之醫療資源需求沒有窮盡之情形下，地方分權之健康照護，其最大優點即在於地方政府可在有限之預算下，斟酌地方之需求及特性，提供地方醫療照護之優先順序及評估相對於人口所需要支出之適當性，已分配有限之資源。

第八節　我國全民健康保險制度概述

我國全民健康保險尚未開辦之前，僅有全國僅有百分之五十九的人口，依其身分之不同而參加各種提供醫療服務之社會保障制度[108]。為實現照顧全體國民健康之理想、避免國民因貧病交迫而引起社會問題，政府統合既有各種社會保險之保險對象及其醫療給付項目，以原勞保、公保及農保之被保險人為基礎，擴及其未納保之眷屬和其他未納保人口一併納入保險對象範圍，於 1995 年 3 月 1 日實施全民健康保險，以提供所有民眾健康之基本保障。目前納保率已超過百分之九十九。

[108] 全民健保開辦前，我國共有 14 種健康保險制度：公務人員保險、公務人員眷屬疾病保險、退休人員保險、退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私校教職員保險、私校教職員眷屬疾病保險、私校退休教職員疾病保險、私校退休教職員配偶疾病保險、勞工保險、農民健康保險、地方代表、村里鄰長健康保險、低收入戶健康保險及軍人保險。

第一項　保險對象

全民健康保險屬於強制性[109]社會保險性質，提供保險對象平等就醫權益，其目的在消除國民就醫之財務障礙、有效利用醫療資源，以提供其適當醫療保健服務，增進其健康，並永續經營。凡具中華民國國籍，且在台灣地區設有戶籍滿四個月以上民眾、在臺灣地區設有戶籍，並有一定雇主之受雇者或軍眷家戶代表和其無職業之眷屬，以及在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合被保險人眷屬資格之新生嬰兒[110]，均須依法參加成為保險對象[111]；而領有台灣地區居留證件之非本國籍人士，於台灣居留滿四個月，亦應依法參加全民健康保險。被保險人繳交保險費並領取健保卡後，凡發生疾病、傷害、生育事故，皆可憑卡至特約醫院及診所、特約藥局、指定醫事檢驗機構等特約醫事服務機構，接受醫療服務。

第二項　保險人

全民健康保險制度屬社會保險性質，採公辦公營之「單一保險人」制[112]，民眾沒有選擇保險人之自由；其以「健保局」為唯一保險人，執行保險業務，而隸屬於中央政府最高衛生主管機關「行政院衛生署」。健保局具承保與醫療給付之多重身分，其向被保險人及投保單位收取保險費，以委託特約醫事服務機構提供健康保險醫療事務而支付費用之方式給予保險對象醫療給付。

第三項　保險費之計算與負擔

全民健康保險之保險費係依保險費率及被保險人之投保金額計算[113]，而由被保險人、雇主及政府三方分攤[114]。被保險人之眷屬則依其所依附被保險人應繳之保險費計之[115]，由被保險人繳納，最多繳納三口[116]。被保險人依法分成六大類[117]，

---

109 參全民健康保險法第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）。

110 參全民健康保險法第 8 至第 10 條（尚未實施之新法分別移列為第 10 條、第 2 條第 2 款及第 8 條，並作修正）。

111 保險對象分為被保險人及其隨同加保之眷屬。參全民健康保險法第 7 條（尚未實施之新法移列為第 2 條第 1 款，並作修正）。

112 參全民健康保險法第 6 條（尚未實施之新法移列為第 7 條，並作修正）。

113 參全民健康保險法第 18 條（尚未實施之新法移列為第 18 條第 1 項前段，並作修正）。

114 參全民健康保險法第 27 條（尚未實施之新法第 27 條）。

115 參全民健康保險法第 18 條（尚未實施之新法移列為第 18 條第 1 項前段，並作修正）。

116 參全民健康保險法第 26 條（尚未實施之新法移列為第 23 條，並作修正）第 2 項。

117 全民健康保險被保險人之分類，係依各被保險人原屬勞保、公保、農保之投保單位及其投保金額、保險費負擔比例和保險費計算方式等要件之不同，區分為六大類。參〈全民健康保險實施二年評估報告〉，1997 年 5 月，行政院衛生署編印，頁 19。

並因身分類別之不同而負擔比率不等之保險費自付額[118]。全民健康保險法第 19 條（尚未實施之新法移列為第 18 條，並作修正）第 1 項訂有健保費率上限（百分之六），費率之調整須由行政院衛生署報請行政院核定之。被保險人（保險對象）負擔之保險費比率雖有不同，但得接受醫事服務之項目、次數、內容等權利並無不同。保險費之來源，被保險人占百分之四十、投保單位占百分之三十三，政府補助占百分之二十七[119]。政府並另行編列行政費用。

第四項　醫療給付制度

全民健康保險，於保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由健保局特約醫事機構依衛生署擬訂並報請行政院核定之「全民健康保險醫療辦法」提供門診或住院診療服務。醫療服務[120]包括西醫、中醫及牙醫之門診醫療服務及住院醫療服務、預防保健、分娩等項目，其中門診住院醫療服務給付範圍包括醫師診察、檢查、檢驗、手術、處方、藥品、材料、治療處置、護理、復健及住院病房等項；預防保健服務包括孕婦產前檢查、兒童預防保健、婦女子宮頸抹片檢查及成人預防保健檢查等項。另於全民健康保險法訂有不給付之範圍[121]、不適用本保險之事故[122]以及不予保險給付之情形[123]。

第五項　醫療支付制度

醫療服務費用由保險人與保險對象共同分擔；其大部份由特約醫事機構依據「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險藥價基準」，向保險人健保局申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用，復由健保局將點數換算成給付金額支付予特約醫事機構。「全民健康保險醫療費用支付標準」以同病同酬為原則並以相對點數反映各項醫療服務之成本[124]；其係沿襲 1985 年勞工保險時代之「勞工保險支付標準表」，延用至今僅部份項目之給付點數有所增減，大部分尚未能重新檢討更新。保險對象所須負擔者則為掛號費和門、急、住診之部分負擔[125]。其中門、急診之部分負擔依全民健康保險法第 33 條（尚未實施之新法移列為第 43 條，並作修正）第 1 項規定，應為定率負擔，但同條第 2 項則規定主管機關

---

118 參全民健康保險法第 27 條（尚未實施之新法第 27 條）。

119 參健保局 84 年－94 年〈全民健康保險統計〉。

120 參全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）、第 32 條（尚未實施之新法刪除）。

121 參全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）。

122 參全民健康保險法第 40 條（尚未實施之新法移列為第 52 條，並作修正）。

123 參全民健康保險法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）。

124 參全民健康保險法第 51 條第 2 項（尚未實施之新法移列為第 42 條）。

125 參全民健康保險法第 33 條（尚未實施之新法移列為第 43 條，並作修正）、第 35 條（尚未實施之新法移列為第 47 條，並作修正）。

於必要時，得以定額方式收取，而民眾及醫療機構亦難以配合或不願配合[126]，是以現行門、急診之部分負擔乃採定額式部分負擔。另有部份情況保險對象免除部分負擔之規定[127]。

醫療費用支付制度，雖全民健康保險法明文規定採「總額支付制度」[128]，但開辦之初仍延續勞保制度，採論量計酬制，爾後逐步導入部分論病例計酬制；遲自 1998 年 7 月 1 日開始，實施牙醫門診總額支付制度；2000 年 7 月 1 日實施中醫門診總額支付制度;2001 年 7 月 1 日實施西醫基層總額支付制度;最後於 2002 年 7 月 1 日實施西醫醫院總額支付制度。目前全民健康保險所實施者為多元支付制度。

[126] 參葉金川，《全民健保傳奇》初版一刷，2002 年 4 月，台北：財團法人董氏基金會，頁 67。
[127] 參全民健康保險法第 36 條（尚未實施之新法移列為第 48 條，並作修正）。
[128] 參全民健康保險法第 47 條（尚未實施之新法移列為第 60 條，並作修正）。

第三章 全民健康保險之法律關係

我國全民健康保險法制，基本上主要有三個法律關係主體：健保局（保險人）、特約醫事機構以及保險對象。另有所謂投保單位者，其乃基於法律之規定，而被課予向保險人提出申報、提供資料及繳納保費等之公法上義務。要討論全民健康保險給付制度，須先釐清各法律主體間之法律關係，俾知給付制度與支付制度是否合理，及其因應之道，故本章將釐清各法律關係主體間及其與投保單位間之法律關係。

第一節 健保局與保險對象之法律關係

健保局與保險對象之法律關係，係國家為執行我國憲法及增修條文所揭櫫推行全民健康保險之公法上任務，基於全民健康保險法所成立之權利義務關係；其係我國全民健康保險法制中之基礎法律關係[129]。由於我國全民健康保險向被簡稱為「健保」，且為避免與其他保險（私人保險或其他社會保險）有所混淆，是以本文稱其為「健保關係」；至於其法律關係之內涵，則分為究係公法關係抑或私法關係與究為何種公／私法關係兩個層次。

第一項 公法關係抑或私法關係

我國法律體制向為公私法二元體系，故欲釐清各種法律關係，首須探討者係其究為公法關係抑或私法關係[130]。

---

[129] 依全民健康保險法第 7 條（尚未實施之新法移列為第 2 條第 1 款，並作修正）之規定，全民健康保險之保險對象分為被保險人及其眷屬，是以欲探討此基礎法律關係，理論上應分別對保險人－被保險人及保險人－被保險人之眷屬論之；然被保險人與其眷屬二者間除繳交保費義務和救濟方式有別外，其餘並無不同之情況，故而本文將之合併討論。

[130] 關於公私法之區別標準，有下列數說：一、利益說：公法係關於公共利益之法，公共利益由國家或其他公共團體為代表；私法則係關係個人利益之法。二、從屬說：規範上下隸屬關係者為公法；規範平等關係者為私法。此說又稱權力說或加值說。三、舊主體說：凡法律關係主體之一方為行政主體或國家機關者為公法；法律關係之主體全屬私人者為私法。四、新主體說：又稱特別法規說，凡對任何人皆可適用，均有發生權利義務之可能者為私法；公法則係公權力主體或其機關所執行之職務法規，其賦予或課予之對象僅限於前開主體或其機關，而非任何人皆可適用。五、新特別法規說：此說與特別法規說之差異點，在於將其區別重點置於立法者於訂立法規之際所作之決定，倘係基於公共利益之維護，將特定之範圍或某項規定從一般法律規範即私法中分離，而成為特別法規，即為公法。另尚有傳統說及事件關聯說兩種輔助區別標準。詳細討論請參吳庚，《行政法之理論及實用》，2011 年 8 月增訂 11 版 3 刷，三民書局，頁 28-30；蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機

學者李珮瑜認為，在形式上，由全民健康保險法第 5 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）規定其應依訴願及行政訴訟之公法關係救濟程序可知，其屬於「法律明文規定為公法關係」之類型。在實質上，由於依新主體說之標準，全民健康保險法所定之健康保險制度係集中獨占式，由國家設立健保局代表國家提供全民健康保險服務，其為公法組織之型態，符合「僅能以行政主體為法律關係主體」之要件；「健保關係」皆為全民健康保險法所規定；以及全民健康保險法第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）規定全民健康保險為強制保險等三項理由可知其為公法關係[131]。

學者黃錦堂認為，德國社會保險被界定為公法屬性，主要理由為其具有高度公益性；我國全民健康保險之保險人－健保局雖為依法律而成立之行政機關，與德國之保險人為公法人者有間，但「健保關係」若採公法定性，將有比較法上之依據。再者，釋字第 524 號解釋指出「全民健康保險為強制性社會保險，攸關全體國民福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確規範，並有法律保留原則之適用」；主管機關應優先以發布法規命令之方式以補充法律。此亦指出全民健康保險之高度公益屬性，而有意定其位為公法關係。氏並認為公法關係說允許國家做較為高度之介入以保障保險對象之權益，應屬妥當[132]。

學者蔡茂寅認為[133]，由於保險對象依全民健康保險法第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）之規定有參加全民健康保險之義務；保險人（健保局）係為履行憲法增修條文第 10 條第 5 項「國家應推行全民健康保險」之規定而辦理全民健康保險；全民健康保險法要求國家提供全體國民必要醫療保健服務之行政任務；復自全民健康保險法第 5 條（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）提供被保險人之救濟途徑[134]係審議、訴願及行政訴訟反向推之，「健保關係」係屬公法關係應無疑義[135]。

構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 39－41。

131 參李佩瑜，〈健保中醫療過失之責任歸屬〉，《律師通訊》第 194 期，1995 年 11 月，頁 33。

132 參黃錦堂，〈行政契約法主要適用問題之研究〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 68。

133 參蔡茂寅，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 17。相同文字敘述亦見於蔡茂寅，〈全民健康保險之法律關係〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版有限公司，2003 年 3 月，頁 492－493；蔡茂寅，〈鄉（鎮、市、區）公所辦理健保投保業務之法律關係探討〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1013，頁 24。

134 全民健康保險之保險對象分為被保險人及其眷屬，全民健康保險法第 5 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）提供之救濟途徑僅適用於被保險人及投保單位，而不及於以眷屬身分投保之保險對象；被保險人眷屬發生爭議事項時，應由被保險人申請審議（全民健康保險爭議事項審議辦法第 3 條第 2 項）。

學者林明鏘認為，依釋字第 473 號解釋，全民健康保險之保險費「屬於公法上金錢給付之一種」，釋字第 524 號解釋亦指出「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」；加上全民健康保險法第 5 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）規定「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」，故可證明「健保關係」係屬公法關係[136]。

學者蔡維音則認為，社會保險關係之成立係基於法定事實而自動發生，雙方當事人之權利義務亦係基於法律規定所強制課予，無論在締約、對象或內容形成上均無私人介入之空間；保險關係成立後，給付之條件、內容和保費之高低係隨法律或主管機關單方決定而變動，當事人毫無退出保險關係之可能性。此種保險關係實難想像其能成為私法關係之標的，故定位其為公法關係。再者，全民健康保險法第 5 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）規定保險爭議案件應循訴願及行政訴訟進行，由此亦可推知立法者係將「健保關係」定位為公法關係[137]。

學者陳怡安則認為，綜合全民健康保險法法律本身之性質、全民健康保險之公益目的、強制納保之規定、健保局之組織與獨占地位、保險給付之行政處分性質以及健保局於利用關係中所具有之公權力等因素以觀，「健保關係」應為公法關係[138]。

而在實務上，最高行政法院 90 年度裁字第 485 號裁定、最高行政法院 90 年度判字第 1322 號判決、最高行政法院 92 年度判字第 1039 號判決，以及最高行政法院 93 年度判字第 275 號判決亦均肯認「健保關係」為公法關係。

本文認為，由於全民健康保險係以保障保險對象之健康為目的，帶有公益之性質；且保險對象均須強制加保，而健保局本身屬於一種公法組織，係為代替國家履行憲法增修條文第 10 條第 5 項「國家應推行全民健康保險」之行政任務而辦理全民健康保險，提供特定之給付與分配資源，因此健保局與保險對象之間實為一種垂直之權力關係[139]；復自全民健康保險法之相關規定，對於健保給付事件

---

[135] 相同見解，請參雷文玫，〈全民健保保險人與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 45。

[136] 參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，2006 年 4 月，翰蘆圖書出版有限公司，頁 145－146。

[137] 參蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 139－140。相同文字亦見於蔡維音，〈全民健保之法律問題剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 68。

[138] 參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 74。

[139] 參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版， 2003 年 3 月，元照出版有限公司，頁 470－478；陳愛娥，〈大法官對全民健康保險法制的合憲性

發生爭議時，應以訴願及行政訴訟等公法上之救濟途徑，以及釋字第 473、524 等號解釋之理念以觀，健保局與保險對象之法律關係不論係依利益說、從屬說、舊主體說、新主體說，抑或新特別法規說為斷，均應為公法關係。

第二項　何種公法關係

依上揭論述，健保局與保險對象之關係應屬公法關係；至於其屬何種公法關係，則主要有行政契約說、行政處分說及公法上法定債之關係說三種學說。

第一款　行政契約說

學者及實務界普遍認為，健保局與保險對象之「健保關係」，其性質係屬行政契約[140]，然學者雷文玫認為其論證率皆著力於公、私法性質之界定，至於其定位為行政契約之理由則未見說明，似以其為社會保險關係，而將之定位為「行政契約」[141]。

孫森焱大法官認為「勞工保險、農民健康保險、全民健康保險及公務人員保險（簡稱公保）均屬強制性保險，為社會保險之一環，學者將實施社會保險列為單純統治（公權力）之行政行為，意指社會保險乃國家機關提供給付、服務、救濟、照顧、保護、教養或輔助等方法，增進公共及社會成員之利益，以達成國家任務之行為之一種（廖義男著，國家賠償法三一頁）。[142]」其並認為「就我國所實施公務人員保險言，公務人員依公務人員保險法第六條規定，固應一律參加保險為被保險人，對於保險事故項目亦無選擇餘地，惟仍應自付保險費百分之三十

討論－評釋字第四七二號、釋字第四七三號解釋的解釋風格〉，《台灣本土法學雜誌》第 25 期，2001 年 8 月，頁 1－13。

[140] 參吳庚，〈行政契約之基本問題〉，《台大法學論叢》7 卷 2 期，頁 138 以下，惟氏嗣後變更其見解，認為健保關係應為單方行政行為發生之關係，見氏著《行政法之理論與實用》，2011 年 8 月增訂 11 版 3 刷，三民書局，頁 438；李佩瑜，〈健保中醫療過失之責任歸屬〉，《律師通訊》第 194 期，1995 年 11 月，頁 33；林明鏘，〈行政契約法論－以德國行政契約法為中心試評法務部行政程序法民國 83 年四月草案〉，《台大法學論叢》24 卷 1 期，1994 年 12 月，頁 165，註 91，惟氏嗣後亦變更其見解，認為現制之健保關係為公法上法定債之關係，見參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 147－149。；黃明絹，〈公法契約之研究—西德立法例之探討〉，國立政治大學法律學研究所碩士論文，1984 年 6 月，頁 170 以下；大法官釋字第 524 號施文森大法官之部份不同意見書；另許宗力大法官於釋字第 586 號解釋協同意見書中亦引用施文森大法官之觀點，認為「社會保險是存在於被保險人與推行社會保險之國家間的公法契約關係。」台北地方法院 96 年度保險簡上字第 5 號民事判決亦認為健保局與保險對象間有全民健康保險之契約關係。

[141] 參雷文玫，〈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 45－46。

[142] 參大法官釋字第 466 號解釋孫森焱大法官之不同意見書。

五（公務人員保險法第九條），公務人員保險法施行細列舉要保機關共有八款，至於承保機關（保險人）及受益人於同法亦設有詳細規定。故公保權義關係之成立，仍依加保、承保之方式，以契約為之。其性質所以具有公法契約之意義，乃因國家為提供公務人員生活保障，由其負擔部分保險費，強制公務人員一律參加公保為被保險人，指定由中央信託局為承保機關。關此，公務人員不得主張契約之自由，拒絕參加保險。從而學者指為單純統治行政行為，與行政私法有別，自非無據（即無雙階理論之適用）。」可推知孫大法官亦認「健保關係」為行政契約。學者葛克昌亦以孫大法官之論點，輔以德國多數學者之見解，認為社會保險之法律關係應較趨近於行政法上所稱之行政契約[143]。

學者黃錦堂認為，釋字第 524 號解釋雖未直接言明，但已指出高度公益屬性，係有意將「健保關係」界定為公法契約[144]。施文森大法官認為「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，因其雙方互負對待給付義務，其給付之範圍悉依該公法契約成立當時之法律之所定，而非如社會扶助或社會救濟，純由國家單向為之給付，且其給付之多寡，國家得視其當時之財力或國民經濟狀況而調整」[145]。

學者陳淳文認為，全民健康保險法第 5 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）規定「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。」是以「健保關係」屬於「法定行政契約」，契約之屬性由法律強制規定，非當事人可任意變更，亦無待法院進行契約屬性判定[146]。

學者林明鏘認為，「健保關係」 在學理上較合理之形成手段理應為行政契約：被保險人申請參加全民健康保險，保險人為承諾之意思表示，而形成彼此間之權利義務關係。此似較吻合契約法制與現實上之彈性需求，而其權利義務關係則應先以契約條款為基礎，僅於契約條款無直接規定時始有適用其他法令規定之餘地[147]。

---

143 參葛克昌，〈從大法官會議解釋論財產權之保障〉，行政院國家科學委員會 89 年度委託研究計畫，計劃編號：NSC89-2414-H002-046，頁 201－203。其並對於將社會保險定性為一種「法定債之關係」的見解採懷疑態度，因法定債之關係依德國多數見解係指「因特定事實當然發生」之請求權，似與社會保險仍有賴基礎行為之存續者不同。

144 參黃錦堂，〈行政契約法主要問題之研究〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 68。

145 參釋字第 472 號解釋施文森大法官之部分不同意見書。

146 參陳淳文，〈公法契約與私法契約之劃分—法國法制概述〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 135。

147 參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 147－149。

第二款　行政處分說

持行政處分說者[148]認為，被保險人依全民健康保險法第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）與第 16 條（尚未實施之新法移列為第 15 條第 6 項）之規定有投保之義務（而非權利），其義務之內容乃被保險人對保險人之協力義務；而觀諸實務上之投保流程，健保關係之成立、變更及終止有賴投保單位協力申報；被保險人身分之類別、投保金額等內容完全取決於法律之規定，被保險人所為之申請或同意僅具次要之意義，因此其法律關係應定性為「須被保險人協力之行政處分」。保險費之性質，乃健保局繳費單之行政處分所課予之公法上金錢給付義務，而現行實務上形成健保關係之行政處分，即為全民健康保險之保險憑證—健保卡[149]。健保關係成立、健保局核發健保卡後，始有繳納保費之金錢給付義務；但健保效力則於健保關係成立後依全民健康保險法第 15 條（尚未實施之新法移列為第 14 條，並作修正）之特別規定，溯及自合於投保條件時生效[150]。持此說者認為，此種定性符合全民健康保險法中被保險人對保險人爭訟途徑之規定：審議、訴願、行政訴訟[151]，且被保險人於行政程序法上之程序保障，行政處分相對人優於行政契約相對人[152]；其並認為，健保局依全民健康保險法第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條）追繳保費，而保險對象於投保前所支出之就醫費用不可能向健保局請求核退，有違被保險人之權益[153]。另有學者認為[154]，自健保卡改為 IC 卡後，保險對象於退保時並不繳回健保 IC 卡，僅由健保局鎖卡，待重新加保時再解開鎖卡，故無法以發放健保卡作為形成健保關係之行政處分，而應逕以投保單位代理保險對象申請加保後，健保局之受理加保行為作為形成健保關係之行政處分。

---

148 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 19－28；雷文玫，〈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。

149 學者林明鏘認為，我國證明是否加入全民健康保險之書面乃健保卡（參全民健康保險憑證管理與使用須知），而其上僅有健保局（行政機關）之簽署。在德國，實務上對於「行政契約」與「須相對人協力之行政處分」之區別，係以最後做成之書面是由雙方當事人共同簽署亦或僅由行政機關簽署為斷；若依此判斷標準，則我國健保局與保險對象之保險關係應歸類為「須相對人協力之行政處分」。參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 147。

150 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 21－22。

151 全民健康保險法第 5 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）。

152 雷文玫，〈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 48。

153 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 20－21。

154 參蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月，頁 69－70。

第三款　公法上法定債之關係說

持本說者認為，由於被保險人之加退保、繳費及保險人提供給付之條件、水準等雙方之權利義務均為全民健康保險法所強制課予（基於法律強制而發生），無私法自治之空間，當事人亦無退出健保關係之可能；全民健康保險法第 15 條（尚未實施之新法移列為第 14 條，並作修正）規定「保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算」，並非繫諸當事人之合意，即使被保險人逾時繳交保費，保險人僅有權依全民健康保險法第 30 條第 1、2 項（尚未實施之新法移列為第 35 條，並作修正）之規定[155]，訴請被保險人支付積欠之保險費及滯納金；再者，健保關係之形成、內容與變更均由法律或法律授權主管機關單方決定，被保險人無合意協商之地位；從而健保關係乃係直接依據法律所產生的「公法上法定債之關係」[156]。學者郭明政並認為，依全民健康保險法第 87 條之 1（尚未實施之新法移列為第 98 條，並作修正）對於經濟困難者不得暫行拒絕給付、不予核發保險憑證、有關滯納金或罰鍰之規定，可推導出被保險人之給付請求權並不完全以參加及繳交保費為必要前提;另依同法第 69 條(尚未實施之新法移列為第 84 條，並作修正）規定中，未辦理投保係可歸責於投保單位者並未有「暫不予保險給付」之效力，認定法定被保險人之資格並不因是否投保或參加而受影響，健保關係繼續存在[157]。學者張道義則認為健保關係係由法律強制成立之公法上債權債務關係[158]。

第四款　本文見解

國家為實現照顧、增進全民健康之理想，避免國民因貧病交迫而引起社會問題，選擇以社會保險（須交付保險費始得享有保障之制度設計）此一制度執行此

---

155 全民健康保險法第 30 條第 1 項（尚未實施之新法移列為第 35 條第 1 項，並作修正）：「投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金；加徵之滯納金額，以至應納費額之百分之十五為限。但一定金額以下之小額滯納金得予以免徵，其數額由主管機關定之。」第 2 項（尚未實施之新法移列為第 35 條第 2 項，並作修正）:「前項保險費及滯納金，自投保單位應繳納之日起，屆三十日仍未繳納者，保險人得依法移送強制執行；被保險人屆一百五十日仍未繳納者，亦同。」

156 參蔡維音，〈全民健保之法律問題剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 70；陳愛娥，〈行政上所運用契約之法律歸屬－實務對理論的挑戰〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 107。

157 參郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法之實務與理論（一）》，2003 年 3 月，元照出版社，頁 471－482。

158 參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 8－11 及頁 21。

公法上任務，而非以社會福利或社會救助純由國家單向為給付之方式為之；全民健康保險由主管機關行政院衛生署設立健保局為單一保險人，被保險人與保險人間互負有對待給付義務：被保險人有繳交健保費之義務；而於保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，保險人則有轉由特約醫事服務機構依全民健康保險醫療辦法給予門診或住院診療服務之給付義務。

依前開第 2 章之論述，我國全民健康保險制度，制度設計者原先係依「保險」之原理結合「社會」之要素而設計：被保險人與保險人間關係的形成係依「保險」之原理，以保險契約為藍本[159]，設計成經由加保、承保的方式以契約為之[160]，因此全民健康保險法第 10 條（尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作修正）、第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）、第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）、第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條，並作修正）及第 70 條（尚未實施之新法移列為第 88 條，並作修正）均有「參加」之明文規定，同法第 12 條（尚未實施之新法移列為第 11 條，並作修正）第 3 項、第 16 條（尚未實施之新法移列為第 15 條第 6 項）、第 18 條（尚未實施之新法移列為第 18 條第 1 項前段）、第 21 至第 27 條(尚未實施之新法移列為第 19 至第 23 條及第 27 條，並作修正)、第 69 條（尚未實施之新法移列為第 84 條，並作修正）、第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條，並作修正）、第 82 條（尚未實施之新法移列為第 95 條，並作修正）、第 87 條之 3（尚未實施之新法刪除）及第 87 條之 4（尚未實施之新法移列為第 101 條，並作修正）等有關於「投保」之規定，同法第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）、第 13 條（尚未實施之新法移列為第 12 條，並作修正）、第 16 條（尚未實施之新法移列為第 15 條第 6 項）、第 29 條（尚未實施之新法移列為第 30 條，並作修正）第 2 項及第 45 條（尚未實施之新法移列為第 58 條，並作修正）等有關於「退保」之規定，且制度上還保留有「投保單位」；而為符合社會保險之「社會」要素，保費之繳交、保險人提供給付之條件、水準等雙方權利義務，全民健康保險法均加以規定，或授權主管機關以命令為補充規定；主管機關不得在法律無轉委任之授權下恣意或片面變更保險關係之基本權利義務事項[161]。國家為提供全體國民健康之保障，由其和投保單位負擔部分保險費，強制國民參加全民健康保險為保險對象，並指定由健保局為承保機關；保險對象不得主張契約之自由而拒絕參加保險，此為單純統治行政行為，與行政私法有別，無雙階理論之適用。

本文認為，「健保關係」並非如目前通說之「公法上法定債之關係」，亦非

[159] 參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 59。

[160] 參釋字第 466 號解釋孫森焱大法官之不同意見書對於同屬社會保險之公務人員保險其權義關係成立之論述。

[161] 參釋字第 524 號解釋。

為「行政處分關係」，而係「類似行政契約」之雙方行政行為關係或「準行政契約」關係。其理由有下列六點：

第一目　「健保關係」應先有「參加」之行為始成立

由於上揭法條有關於「參加」及「投保」、「退保」之明文規定，是以「健保關係」並非如「公法上法定債之關係」所言「依法定事實而自動發生，連當事人是否認識到法定事實之發生亦在所不問」[162]，而係應先有「參加」、「投保」之行為始成立之。

第二目　全民健康保險法第 15 條係保險效力之回溯條款

全民健康保險法第 15 條（尚未實施之新法移列為第 14 條，並作修正）[163]有關保險效力之規定乃為避免投保單位延誤或怠為投、退保而影響保險對象之權益，故而將保險效力之開始或終止於納、退保後回溯自合於第 10 條（尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作修正）及第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）所定條件或原因發生之日起算，並非如「公法上法定債之關係」說所主張當然擬制為發生法律關係（「健保關係」）；故而被保險人應先有投保（參加）之行為、並經健保局核定保險對象之身分類別及投保金額後始發生「健保關係」[164]，再將「健保關係」之保險效力回溯自合於全民健康保險法第 10 條（尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作修正）及第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）所定條件或原因發生之日。

第三目　不參加健保或欠繳保費之規定無關「健保關係」之成立或消滅

全民健康保險法第 30 條（尚未實施之新法移列為第 35 至第 38 條，並作修正）有關滯納金之規定、同法第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條，並作修正）及第 70 條（尚未實施之新法移列為第 88 條，並作修正）不依規定參加全民健康保險之規定以及全民健康保險法施行細則第 54 條有關欠繳保險費及滯納金暫行拒絕保險給付之規定等，係為貫徹社會保險之強制納保和防範有心人規避繳交健保費卻享受全民健康保險給付所為之強行規定，與「健保關係」之成立

[162] 參蔡維音，〈全民健保之法律問題剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 70。

[163] 全民健康保險法第 15 條（尚未實施之新法移列為第 14 條，並作修正）：「保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。」

[164] 相似見解，請參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 145。

或消滅與否無涉，亦非如行政處分論者所主張殆「健保關係」成立、健保局核發健保卡之後，始有繳納保費之金錢給付義務；而保險對象於投保前所支出之就醫費用，自可依全民健康保險法施行細則第 54 條有關核退醫療費用之規定向健保局申請核退，而非如行政處分論者所言「不可能向健保局請求核退先前給付之醫療費用」[165]。

第四目　對經濟困難無力繳納保費者之規定應解為須先「加保」

全民健康保險法第 87 條之 1（尚未實施之新法移列為第 98 條，並作修正）的規定，乃「為貫徹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，並配合司法院大法官議決釋字第四七二號解釋，對於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，仍應予保險給付」[166]，並於同法第 87 條之 3（尚未實施之新法刪除）規定「主管機關應責命保險人及投保單位，輔導其完成投保手續」，且於同法第 87 條之 2（尚未實施之新法移列為第 99 條第 1 項，並作修正）規定主管機關得編列預算或由本保險安全準備貸與一定金額設置基金，供該等被保險人申貸保險費及其他相關費用，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保[167]；另同法第 8 條第 1 項第 5 款（尚未實施之新法移列為第 10 條第 1 項第 5 款）合於社會救助法規定之低收入戶成員的第五類被保險人，依同法第 27 條（尚未實施之新法第 27 條，並作修正）第 1 項第 5 款之規定，其保險費由政府全額補助。由上開規定非但無法推導出被保險人之給付請求權不完全以參加及繳交保費為必要，毋寧認為所有符合保險對象資格者均應參加本保險及繳交健保費，立法者無意免除經濟困難者應加保始能取得保險給付之義務，僅規定貸款或政府代繳。

第五目　「健保關係」並非不得締結行政契約

依行政程序法第 135 條之規定，並無法律規定「健保關係」不得締結行政契約；而釋字第 533 號解釋亦指出「行政機關基於法定職權，為達成行政目的，得以行政契約與人民約定由對造為特定用途之給付，俾有助於該行政機關執行其職務，而行政機關亦負相對之給付義務（行政程序法第一百三十七條第一項第一款及第二款參照）。」此亦可適用於健保關係。準此，本文認為「健保關係」並非不得締結行政契約。

---

[165] 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 21－22。

[166] 全民健康保險法第 87 條之 1（尚未實施之新法移列為第 98 條，並作修正）之立法理由。

[167] 全民健康保險法第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條，並作修正）。

第六目　保險對象就醫須繳驗健保卡

全民健康保險法第 59 條（尚未實施之新法移列為第 69 條，並作修正）規定「保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還」，實務上健保局及特約醫事機構對於保險對象是否以健保身分就醫，係以健保卡提示之有無（健保卡改為 IC 卡後，以讀卡機讀取是否成功）為斷，無健保卡或健保卡讀取失敗者視為自費看診（但得於七日內補繳可讀取成功之健保卡，屆時退回除部分負擔和掛號費以外之金額）；倘如「公法上法定債之關係」論者所言[168]，「健保關係」之發生係依據法定事實而自動發生，即便投保單位或加保義務人本人怠於申報，亦不影響保險對象身分及其保險權利之取得，「健保關係」發生之時點及保險對象所應得之給付完全不受影響，此時特約醫事機構所須查核者應係該保險對象是否具保險資格（合於全民健康保險法第 10 條及第 11 條所定條件或原因；尚未實施之新法分別移列為第 8、9 及第 13 條，並作修正），具保險資格者即應予以健保給付，而非繳驗健保卡，無健保卡者或健保卡讀取失敗者即無法以健保身分求診；而全民健康保險法亦不應有拒絕健保給付之規定[169]，僅能循法定途徑，對被保險人進行催繳保險費及滯納金。

綜上所述，本文贊同「健保關係」理應為行政契約；但為避免產生逆選擇之問題，全民健康保險法第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）強制符合一定條件之國民由投保單位為之投保（「參加」全民健康保險）於單一保險人健保局（強制納保），馴致「健保關係」於締約對象上無當事人主觀意思介入之空間（選擇其他保險人）；而保險關係之內容、保險給付之條件及保費之高低復率皆依照法律或授權命令之規定，被保險人並無合意協商之地位，使得「健保關係」無法以行政契約法制為之[170]，而以法令關係為架構，似可稱之為「類似行政契約」之雙方行政行為關係或「準行政契約」關係。

對於「健保關係」法律定性之實益[171]，有探討保險費繳交之時間點者；有闡

---

168 參蔡維音，〈全民健保之法律問題剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 70。

169 全民健康保險法第 30 條第 3 項（尚未實施之新法移列為第 37 條第 1 項，並作修正）、第 38 條（尚未實施之新法移列為第 50 條，並作修正）第 2 項和第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條，並作修正）均有拒絕或暫不予保險給付之規定。

170 學者吳庚認為，按行政契約之性質，具有契約自由原則中四種不同部分之自由（締約自由、選擇對造當事人之自由、契約內容形成之自由和終止契約之自由）的其中部分。參吳庚，〈行政契約之基本問題〉，《台大法學論叢》7 卷 2 期，1978 年 6 月，頁 120。

171 參蔡維音，〈社會給付之法律關係－以全民健康保險為例〉，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 137－178；蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委

述被保險人受領給付請求權所受之公法上財產權的保障是否受影響者;亦有針對爭議救濟途徑著墨者。本文則認為,不論係定性為「須被保險人協力之行政處分」或「公法上法定債之關係」,「健保關係」之內容、給付之多寡與變更均由主管機關單方決定,被保險人無合意協商之地位,導致健保虧損時健保局以增加保費(如歷次之調漲)和減少給付(如幾年前將胃藥改為不給付)因應,健保局本身有權而無責;而對此負擔保費的雇主及保險對象卻無置喙之餘地,成為有責而無權,實與權責相符有違。如能以行政契約法制為之,使被保險人能就保險費和保險給付與保險人及醫療服務提供者協商,對保險對象之權利及義務較有保障,也較能使保險對象認知健保成本與財務之困境、明瞭繳多少保費可以獲得多少醫療給付,冀能減少不必要之浪費。再者,上兩說論者均認為,相較於行政契約,將「健保關係」定性為須被保險人協力之行政處分或公法上法定債之關係,在行政訴訟法上將獲得較大之保障;本文則認為,自從行政訴訟法第 3 條將可提起之行政訴訟擴增為撤銷訴訟、確認訴訟及給付訴訟,且行政程序法亦已建立行政契約之制度後,已無此問題,行政契約由於係經雙方合意而簽訂,雙方之權利義務明文於契約中,反而會比另二者獲得更大之保障。

我國全民健康保險目前名義上雖為單一保險人(健保局),然實務上業務分由台北、北區、中區、南區、東區、高屏六區分局(業務組)執掌;分局各有經理,對各該區之健保行政事務(例如總額支付制度之微調方案)其執行方式亦不盡相同。本文認為,倘若能將六區分局提升為六個獨立保險人,負責各區健保事務及平衡醫療費用與品質,並使民眾有選擇締約對象之自由(選擇六個獨立保險人其中之一),而中央健康保險局予以裁撤或僅居於此六個獨立保險人(六分局)之主管機關地位,負責政策、法規、監督[172]及協調各保險人;或於現行單一保險人下設六分局之架構下使負擔保費之雇主及被保險人有權參與健保給付內容和健保費用之協商以取得契約內容形成之自由,則健保關係即得以行政契約法制為之,而民眾亦可更加滿足個人對必要醫療服務之需求、減少非必要醫療之浪費,以及認清健保成本與財務之困境,減少對於提高保費之反彈。

第二節　健保局與特約醫事機構之法律關係

於全民健康保險制度下,保險對象透過「健保關係」之成立取得相對於保險人(健保局)之醫療保障,而於生育、疾病或創傷時取得醫療給付請求權。醫療

託研究計畫,計畫編號:DOH89-NH-029,頁 17–28;林明鏘,〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉,收於《行政契約法研究》,翰蘆圖書出版有限公司,2006 年 4 月,頁 143–149。

[172] 相同見解,請參李丞華,〈未來五年全民健保重要議題之政策分析〉,行政院衛生署 91 年度委託研究計畫,計畫編號:DOH91-NH-1015,頁 44。

給付請求權，依全民健康保險法第 31 條第 1 項（尚未實施之新法移列為第 40 條第 1 項，並作修正）之規定，採實物給付，其給付義務人本係保險人健保局，然健保局本身由於不具執行醫療行為之資格及專業，無法直接提供醫療服務[173]，故而必須委由醫事機構代為給付，再由醫事機構向健保局申請醫療費用。為此，健保局須與符合法定資格之醫事機構成立特定的法律關係（締結「全民健康保險特約醫事服務機構合約」），以確保其基於健保關係所負提供醫療給付之義務能夠履行。此種法律關係本文稱之為「特約關係」。本節將探討健保局與醫事機構所締結「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之法律性質、特約醫事機構所接受之委任是否有公權力之授與，以及健保局與實際提供醫療服務之個別醫師間是否存有法律關係。

第一項　「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之法律性質

健保局與醫事機構之特約關係乃基於雙方所簽訂之「全民健康保險特約醫事服務機構合約」；依此合約，醫事機構成為健保局之特約醫事機構。「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之法律性質，學界向有私法契約說、行政處分說和行政契約說三說。

第一款　私法契約說

此說認為，雖然「全民健康保險特約醫事服務機構合約」為行政任務（審核是否符合保險給付之要件及提供保險給付）之委託，第以其內容係屬專業性之醫療判斷與給付，不具國家高權之性質；而依據該合約，健保局對特約醫事機構所負之義務為支付醫療費用，此亦不具公法之色彩；從而雖該合約之成立係以公法（全民健康保險法）為依據，然就其給付內容以觀，應屬私法上之雙務契約。學者陳愛娥亦認為[174]，特約醫事機構代替健保局提供相關醫療給付，而後者則支付前者醫療費用，其法律性質可被界定為勞務（特約醫院）、物品（特約藥局）之採購，屬需求行政之滿足，應屬私法契約；復依全民健康保險法第 5 條第 1 項（尚未實施之新法刪除）及第 3 項（尚未實施之新法移列為第 6 條，並作修正）之規定以觀，立法者排除特約醫事機構得提起訴願及行政訴訟，足見其對特約醫事機構與健保局間的關係有不同之考量。在過去健保局與特約醫事機構簽訂之合約版本中即採私法契約見解[175]，約定審判籍應由普通法院管轄，但其見解被認為漠視

---

[173] 原則上健保局並不直接提供醫療給付，例外為過渡時期之門診中心。

[174] 參陳愛娥，〈行政上所運用契約之法律歸屬－實務對理論的挑戰〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 109。

[175] 參閱中央健保局於最高行政法院 85 年判字第 1553 號判決及 87 年判字第 1379 號判決中所提答辯理由。

公法與私法之區別，並有將行政遁入私法之嫌；自司法院大法官會議作出釋字第533號解釋後，健保局刪除了契約所生爭議應由地方法院管轄之約定條款。

第二款　行政處分說

若干學者採行政處分說，其所持之理由，有認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」乃係健保局基於法定授權，依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第4條第1項「應依其申請核定其特約類別，據以特約」之規定，對於特定合格醫事機構之申請行為，所作出具體決定之行政行為。健保局對於申請案，依上揭規定，原則上僅得為羈束處分；而申請人則係以簽章之書面要式行為，受領健保局所許可之全民健康保險特約醫事服務機構資格，並非所有合格之醫事機構均自動成為特約醫事機構。依行政程序法第92條第1項之規定，行政處分係指行政機關（健保局）就公法（全民健康保險法規）上之具體事件（個別醫事機構之申請）所為之決定（對個別醫事機構申請之核准或否准），而對外（個別醫事機構）直接發生法律效果（具備全民健康保險特約醫事服務機構的資格）之單方行政行為（健保局之單方決定），故自醫事機構提出申請到締約之程序面觀之，其應為行政處分[176]。另有論者認為，觀諸合約發生之自由性，醫事機構提出締約之申請雖係主觀上欲與保險人發生「合約」關係，然醫事機構於此一主觀上並無太大之決定自由，而健保局依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第4條第1項之規定，對於個別醫事機構特約之申請，一經審查合格者，即應依其申請核定其特約類別，於此健保局亦無行政裁量之餘地，準此，特約關係並非取決於雙方當事人主觀之意思，而係基於客觀法律之規定；另自行政契約雙方之意思表示應具等值性以觀，行政契約乃係雙方法律行為，必須雙方意思表示一致，且雙方之意思表示應具相等價值，而非由一方命令他方服從，現今各醫事機構由於仍僅以個別之法律主體面對有組織之健保局，當事人間之意思表示非謂等值，是否能有效進行談判以形成合致之契約內容實有待商榷，更遑論變更契約內容之可能；此外，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」其內容之協商及議定係由健保局邀請相關醫事服務團體所完成，而非個別之醫事機構，故其協商結果類似提供諮詢、顧問之功能，僅為健保局之內部行政行為，不能等同於契約關係當事人間之談判協商。據上論述，其認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之法律性質應屬行政處分[177]。

實務上亦有採行政處分說者，如行政法院85年度判字第1553號判決指出「按全民健康保險由中央衛生主管機關設立健保局辦理，其保險給付由保險醫事服務

[176] 參張道義，〈健保法規適用行政程序法與行政執行法之研究〉，衛生署委託88年下半年度及89年度研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-008，頁33。

[177] 參廖智雄，〈全民健康保險醫療費用請求權之探討—以中央健康保險局與醫事服務機構間法律關係為對象〉，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，2000年6月，頁29－30。

機構為之，各保險醫事服務機構雖由健保局即被告與之訂定合約成立特約關係，惟此『特約』係由被告依據中央衛生主管機關所訂全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法審查核定者，並應依該辦法予以管理。該辦法係依全民健康保險法第五十五條第二項制定，內容均屬全民健康保險之給付行政之規範，是被告據以審查核定是否與各醫院診所成立保險醫事服務機構特約，無非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。」

第三款　行政契約說

多數學者認為，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之性質應屬行政契約；而司法院大法官解釋亦認其為行政契約（見下揭第 4 款）。「行政契約」說為我國目前之通說，且多數學者認為該合約係屬「從屬關係契約」。

學者蔡維音認為，雖然對於合約之條件內容，醫事機構並無置喙之餘地，然契約關係發生最重要之「合意」已具備，故應定性為「以法定約款為內容之公法上的附合契約」[178]。

學者李建良自德國「契約標的（Vertragsgegenstand）理論」之觀點分析，認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」應屬公法契約，其理由有三：（1）健保局依全民健康保險法負有提供保險對象醫療給付之公法上義務；「全民健康保險特約醫事服務機構合約」為直接履行此項公法義務之手段，並非間接之行政輔助行為。（2）「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之內容及其履行多於全民健康保險相關法令（公法）中詳為規定，是為公法上義務之履行。（3）健保局將其公法任務之全部以契約委託予特約醫事機構為之，而非以之做為行政助手或履行輔助人[179]。

學者李惠宗認為，行政契約其中一方必有行政機關，釋字第 533 號解釋先確認健保局之行政機關地位，而後認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」其契約標的乃係「全民健康保險醫療服務有關事項」，而契約目的則係「促進國民健康、增進公共利益之行政目的」，故屬行政契約[180]。

學者林明鏘亦認為，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之主要內容一

---

[178] 參蔡維音，〈全民健保之法律關係剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 67－78。

[179] 參李建良，〈公法契約與私法契約之區別問題〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 199－200。

[180] 參李惠宗，《行政法要義》，元照出版有限公司，2010 年 9 月五版第 1 刷，頁 384。

方面係特約醫事機構提供就醫之醫療服務（醫療給付），而另一方面則為健保局支付其核定之醫療費用（金錢給付），係屬於一種利益第三人之委託契約，其標的皆為中性之內容，無從判斷其契約性質是否為「公法上之法律關係」，此時應依契約目的加以判斷；而依「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第 1 條[181]之規定，健保局之費用給付目的乃在執行全民健康保險法上之「公法」任務，則依契約目的說，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」應屬行政契約[182]。

學者陳淳文則以法國法制及判例所建立之判斷準則分析，認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」其契約標的係實現公共服務事項，而契約內容乃是交由締約人直接執行一項「公共服務」事項，故為行政契約[183]。

第四款　釋字第 533 號解釋

司法院大法官會議於 2001 年 11 月 16 日作出釋字第 533 號解釋，確立「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之性質為「行政契約」，本號解釋認為「中央健康保險局依其組織法規係國家機關，為執行其法定之職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，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，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，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。」惟本號解釋並未將此種契約定位為何種行政契約，亦未明示其認定之基準；其理由書中則指出「…健保局之費用給付目的，乃在使特約醫事服務機構依照全民健康保險法暨施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法等公法性質之法規提供醫療服務，以達成促進國民健康、增進公共利益之行政目的。」並指出「又為擔保醫事服務機構確實履行其提供醫療服務之義務，以及協助健保局辦理各項保險行政業務，除於合約中訂定健保局得為履約必要之指導外，並為貫徹行政目的，全民健康保險法復規定健保局得對特約醫事服務機構處以罰鍰之權限，使合約當事人一方之健保局享有優勢之地位，故此項合約具有行政契約之性質。…」，並據以界定「全民健康保險特約醫事服務機構合約」乃為行政契約。吳庚大法官亦於協同意見書中指出「醫事服務機構依合約之規定，負有代替健保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

---

[181] 「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第 1 條：「甲乙雙方應依照健保法、健保法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法、其他法令及本合約規定辦理全民健康保險(以下簡稱本保險)醫療業務。」

[182] 參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 139－140。

[183] 參陳淳文，〈公法契約與私法契約之劃分—法國法制概述〉，收於收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，，頁 152－154。

基於與健保局間所發生之公法關係（參本院釋字第五二四號解釋），是故健保局與醫事服務機構間之前述合約，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，並使健保局之一方顯然享較優勢之地位（參合約第二十六條、第二十七條），甚至將法律所定之行政罰訂為違約之罰則。衡諸前開判別基準，要屬行政契約無疑。」

第五款　本文見解

我國以全民健康保險制度執行「照顧、增進全民健康，避免國民貧病交迫」此一行政任務，而此行政任務主要係在判斷保險對象需要何種醫療或保健行為，並提供保險對象所需之醫療給付；然保險人健保局本身並非醫事機構，沒有資格判斷個別保險對象需要何種醫療或保健行為，亦不得提供保險對象所需之醫療給付[184]，故而健保局本身並無法執行任何此一行政任務之內涵，僅能將此行政任務經由以人民公法上權益為契約主要內容之「全民健康保險特約醫事服務機構合約」委託予特約醫事機構，由特約醫事機構「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[185]」直接執行此行政任務，以達成其行政目的。健保局與醫事機構間並無強制關係，依法存有締約之自由；契約內容透過醫事同業公會、醫事機構同業公會與健保局團體協商，亦非絕無更動之可能。準此，依契約標的理論兼採契約目的加以衡量[186]，並參酌行政契約之契約自由原則[187]，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之性質應以行政契約為妥[188]。

「全民健康保險特約醫事服務機構合約」係為達成上揭行政目的而互負給付義務之契約，是以其應屬雙務規範契約；至於其究屬對等關係之行政契約抑或從屬關係之行政契約，則尚有兩種觀點：學者林明鏘認其為從屬關係之行政契約，因其乃行政主體（健保局）與私人（特約醫事機構）所締結之行政契約[189]；釋字

---

184 參醫師法第 28 條、醫療法第 57 條。

185 參大法官釋字第 533 號解釋吳庚大法官之協同意見書。

186 有關契約標的理論之論述，請參考黃錦堂，〈行政契約法主要適用問題之研究〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 51－53；吳庚，《行政法之理論與實用》，2011 年 8 月增訂 11 版 3 刷，三民書局，頁 414－416；李建良，〈公法契約與私法契約之區別問題〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 175－185；林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 131－136。

187 見上揭註 170。

188 學者葉俊榮亦指出「當全民健康保險法立法之際，立法者決定將健保局與特約醫療院所之間，以契約的簽訂來形塑運作關係」。參葉俊榮，〈從救濟管道到管制脈絡－論行政處分與行政契約的交錯與併存爭議〉，收於王必芳主編，《2008 行政管制與行政爭訟》，2009 年 11 月，台北　中央研究院法律學研究所籌備處　專書（10），頁 5。

189 參林明鏘，〈全民健保法上保險特約爭議〉，《台灣本土法學雜誌》第 7 期，2000 年 2 月，

第 533 號解釋理由書亦指出「為貫徹行政目的，全民健康保險法復規定中央健康保險局得對特約醫事服務機構處以罰鍰之權限，使合約當事人一方之中央健康保險局享有優勢之地位」，似亦認其為從屬關係之行政契約；「從屬行政契約」目前為學界之多數說。學者李惠宗則認其為對等關係之行政契約，因其乃公權力行使委託契約[190]。

本文認為「特約關係」應為對等關係之行政契約，其理由有下列 6 點：（一）健保局與醫事機構本不相隸屬，而係有共同之主管機關－行政院衛生署[191]；健保局僅係全民健康保險制度主管機關行政院衛生署之下級機關，為全民健康保險之執行機關。（二）醫事機構本無義務執行健保局所擔負之公法任務，而係因健保局將其公法任務以「全民健康保險特約醫事服務機構合約」委託予特約醫事機構為之，有公權力行使之委託（詳見本節第 2 項之論述）。（三）「全民健康保險特約醫事服務機構合約」簽約之兩造當事人健保局和相對人特約醫事機構，於行政契約原則上係屬於對等之地位[192]；（四）全民健康保險法第 8 章罰則部分[193]所規定之罰鍰，乃係公法上應罰之強行規定[194]，並非契約標的之一部[195]；罰鍰之處分應為主管機關之權限，而非保險人健保局之權限[196]；然為減少主管機關之行政作業及困擾[197]，且對於特約醫事機構所處之罰鍰與健保局所須支付予特約醫事機構之醫療費用同屬金錢給付，得以抵銷，故而全民健康保險法第 72 條（尚未實施之新法移列為第 81 條第 1 項，並作修正）後段規定「得在其申報應領費用內扣除」，也因此而有同法第 77 條（尚未實施之新法移列為第 92 條）「本法所定之罰鍰，由保險人處罰之」此一規定，亦即健保局理應僅係罰鍰之執行者而非決定者，不宜以之解釋為「為貫徹行政目的，全民健康保險法復規定健保局得對特約醫事服務機構處以罰鍰之權限，使合約當事人一方之健保局享有優勢之地

頁 90。

190 參李惠宗，《行政法要義》五版第 1 刷，2010 年 9 月，元照出版有限公司，頁 386－387 和頁 391 之表 13-1。

191 參全民健康保險法第 3 條（尚未實施之新法移列為第 4 條，並作修正）。

192 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 32。

193 全民健康保險法第 69 條至第 78 條（尚未實施之新法移列為第 81 至第 92 條，並作修正）。

194 相同見解，請參 93 年裁字第 1249 號裁定、最高行政法院 95 年 7 月份庭長法官聯席會議決議（二）。

195 相同見解，請參李建良，〈公法契約與私法契約之區別問題〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 200。

196 相同見解，請參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 89。然多數說則認為其係健保局之權限，參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 60；大法官釋字第 533 號解釋理由書及吳庚大法官之協同意見書；另有多數學者引吳庚大法官之協同意見書，似亦肯認健保局有罰鍰之權限，如林明鏘、李建良、蔡維音等學者。

197 參全民健康保險法第 77 條（尚未實施之新法移列為第 92 條，並作修正）之立法理由，立法院《法律案專輯第一百六十九輯（上）—全民健康保險法案》，1994 年 12 月初版，頁 25。

位」。易言之，罰鍰與否與額度之多寡理應由全民健康保險主管機關行政院衛生署決定，而由保險人健保局於該特約醫事服務機構所申報之醫療費用內扣除（執行）。（五）健保局雖為行政機關，但其於「全民健康保險特約醫事服務機構合約」中係居於契約當事人之地位，不應由其兼掌衛生主管機關之管理權限，否則非但加深契約雙方地位之不平等[198]，亦不符契約之本質，且造成責任歸屬之混淆[199]。退步言之，縱認全民健康保險法第 77 條（尚未實施之新法移列為第 92 條）賦予健保局決定裁罰之權限，由於罰鍰並非契約之一部分，以之做為健保局享有優勢地位之解釋亦不甚妥當。現今實務乃由健保局依全民健康保險法第 72 條(尚未實施之新法移列為第 81 條第 1 項，並作修正）前段之規定決定罰鍰與否與具體數目[200]，本文依上開第 4 點理由認為此屬違法之行政行為。（六）由「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第 1 條第 3 項「在本合約有效期限內，依法令授權甲方訂定之命令，其新訂或修正，而與甲乙雙方權利義務有關者，甲方應與乙方公推之相關團體代表就相關之事項進行協商，以謀雙方權利義務之平衡」可知，保險人健保局與特約醫事服務機構雙方之權利義務本為平衡（關係對等）；法令授權健保局所訂定與雙方權利義務有關之命令，其新訂或修正後變為不平衡，因而才有進行協商以謀雙方權利義務再次平衡之規定。綜上理由，本文認為保險人健保局與特約醫事服務機構二者應屬對等關係為妥。

行政契約，尤其是規範契約（定型化之行政契約），公權力主體之一方常須直接依特定之公法法規作為契約的內容，人民作為締約之另一方，往往無法對契約之內容有置喙之餘地[201]。行政契約成立之實質合法要件[202]，應合乎公共秩序、善良風俗、強行規定、契約自由、交換正義、分配正義等一般契約之原則，並不得牴觸行政法之一般原則（不當聯結禁止原則）。「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之法律性質既然定位為行政契約，則其訂定自須符合行政程序法之規定（行政程序法第 3 章第 135 至 149 條）。行政契約乃係雙方法律行為，必須雙方意思表示一致，且雙方之意思表示應具相等價值，而非由一方命令他方服從；對於處罰之規定，亦應符合行政程序法有關行政契約之規定。行政契約原則上具有第三人效力，保險對象無法主張不受「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之拘束[203]。

---

198 相同見解，請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 115。

199 相同見解，請參許家碩，〈從公義原則思考健保醫療資源分配－以總額預算支付制度為例〉，中央大學哲學研究所碩士論文，2008 年 6 月，頁 60 及 68；蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 92。

200 此為本文作者於 2012 年 1 月 16 日向健保局民眾意見信箱提問「對於特約醫事機構之罰鍰與否與具體數目，是否由健保局決定？」（案件編號：A10101160040）所得之回覆。

201 參李惠宗，《行政法要義》，元照出版有限公司，2010 年 9 月五版第 1 刷，頁 386。

202 參李惠宗，《行政法要義》，元照出版有限公司，2010 年 9 月五版第 1 刷，頁 393。

203 參李惠宗，《行政法要義》，元照出版有限公司，2010 年 9 月五版第 1 刷，頁 398－399。

第二項　特約醫事機構與公權力之授與

健保局與特約醫事機構間之關係，依上揭第 3 章第 2 節第 1 項之論述，為一種公法上之委任關係：行政給付主體（委任人，即全民健康保險保險人健保局）將其應履行之公法上任務經由另一給付主體（受任人，即特約醫事機構）之同意而交由後者行使。然則特約醫事機構所接受之公法上任務之委任究竟是否有公權力之授與？

學者李惠宗認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」乃公權力行使委託契約[204]，但未言其理由；學者蔡坤展以健保局委託特約醫事機構對保險對象決定應否轉診為例，認為「全民健康保險特約醫事服務機構合約」包括行使公權力之委託行政[205]；學者蔡維音認為，雖據全民健康保險醫療辦法第 15 條之規定[206]，特約醫事機構有依其判斷決定是否為醫療給付之權限；但自全民健康保險法第 42 條（尚未實施之新法移列為第 54 條，並作修正）「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。」之規定可看出立法者並未將特約醫事機構規劃為行政之一部而授與其行使公權力之權限：倘保險人與特約醫事機構間之公法上委任關係包含公權力之授與，則依行政法之原則，此時特約醫事機構係以保險人之名義作成行政處分，則當有溢付之醫療給付時，應依公法上行政救濟程序來處理，惟全民健康保險法所規定之處理方式顯係將特約醫事機構視為與行政主體相對之外部單位，以特約醫事機構違反規定為由，拒絕抵償費用之支付；故其認為特約醫事機構透過委任關係所承擔者僅係事實行為之履行，並不包括公權力之代為行使[207]。然氏於後修改其見解，認為特約有公權力之授予，其理由在於若將特約醫事機構代行健保業務（健保相關行政事項）之行為解釋為特約醫事機構本身的行為，有瑕疵亦由其自行負責，則有國家機關將行政風險轉嫁特約醫事機構之嫌，並限縮人民權利救濟之可能性[208]。

本文則認為，健保局將其公法任務以「全民健康保險特約醫事服務機構合約」委託予特約醫事機構為之，性質上屬於行政程序法第 16 條第 1 項行政委託，而非以之做為行政助手或履行輔助人；此公法任務為辦理全民健康保險醫療服務有關事項，亦即釋字第 533 號解釋所指「促進國民健康，增進公共利益之行政目

---

[204] 參李惠宗，《行政法要義》，元照出版有限公司，2010 年 9 月五版第 1 刷，頁 386。

[205] 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 112。

[206] 全民健康保險醫療辦法第 15 條：「保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：一、可門診診療之傷病。二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。

[207] 參蔡維音，〈全民健保之法律關係剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 76。

[208] 參蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 183。

的」，此為「照顧行政」（給付行政行為），屬單純高權行為[209]；準此，應認特約醫事機構所接受之委任有公權力之授予。再者，由於保險事故與否之認定[210]、傷病患是否需要醫療給付或需要何種醫療給付等均須經醫師專業判斷，且醫療給付之內容（例如手術）亦須由醫事專業人員執行；復依全民健康保險醫療辦法第 15 條及全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項[211]之規定，特約醫事機構有依其判斷決定是否為特定醫療給付之權限，此皆表示被委託者有決行之地位、有高權之行使，應屬「公權力之委託」[212]。此外，全民健康保險法第 42 條（尚未實施之新法移列為第 54 條，並作修正）之規定，依其立法理由係指法律明定不給付之部分健保局不予給付，例如全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）之人體試驗費，以及醫療機構不執行醫藥分業等[213]，此部分原非「全民健康保險特約醫事服務機構合約」所涵蓋之範圍，倘不由病患自費，則該保險醫事服務機構自行負責乃理所當然[214]，而非如上揭學者所言「將特約醫事機構視為與行政主體相對之外部單位，以特約醫事機構違反規定為由，拒絕抵償費用之支付」，是以本文認為無法因此認定特約醫事機構透過委任關係所承擔者不包括公權力之代為行使。

綜上所述，本文認為特約醫事機構依「全民健康保險特約醫事服務機構合約」接受保險人健保局之行政委託，有公權力之授予，且此公權力之授予非僅只處理健保相關行政事項，亦包括給付行政行為（照顧行政）。

第三項　健保局與個別醫師間之法律關係

「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之當事人為健保局與特約醫事機構；實際提供傷病患醫療服務之個別醫師並非特約之當事人，其與健保局之間本

---

209 國家賠償法第 2 條第 2 項前段規定所謂「行使公權力」之範圍包含高權行為及公法上事實行為；而高權行為包括高權統治行為和單純高權行為；單純高權行為係指照顧行政、文化行政、道路公園橋樑等公共設施之設置、公營造物提供之給付等給付行政行為。參陳清秀，〈國家賠償實務之探討〉，收於《國家賠償理論與實務 2004》，台北市政府法規委員會編印，2004 年 12 月，頁 6－7。

210 參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 22。

211 全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項規定「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。」

212 參黃錦堂，〈權限委託、委任與國家賠償責任〉，收於《國家賠償理論與實務 2004》，台北市政府法規委員會編印，2004 年 12 月，頁 318。

213 參立法院《法律案專輯第一百六十九輯（上）—全民健康保險法案》，1994 年 12 月初版，頁 432。

214 實務上如遇此情形，傷病患已然出院，醫療機構乃通知傷病患補繳該部分費用；而傷病患是否願意補繳，則會考量日後是否繼續於該醫療機構看病；如不願補繳，則該部分費用即成為該醫療機構之呆帳。

不存在任何法律關係，亦不直接受到該行政契約之拘束。健保局無法直接課予個別醫師遵守「全民健康保險特約醫事服務機構合約」內容之義務，亦不得直接對其進行監督或請求醫療服務之履行；欲使其遵照特約規定履行健保關係之內容，僅能透過個別醫師與特約醫事機構間的僱傭關係，藉由僱用人特約醫事機構之指揮權間接使醫師個人受到該契約內容之約束，冀能確保必要醫療給付之提供與醫療品質之維持；倘若受僱人個別醫師提供醫療服務有不當情事，其責任乃由雇主特約醫事機構承擔，接受違約裁罰責任。然而，也正由於健保局無法直接課予個別醫師遵守委任內容之義務，故而當特約醫事機構依僱傭關係要求其所僱傭之醫師違反健保政策（如減少輕病住院、合理門診量、避免不必要給付、不得巧立名目要求傷病患自費，或將醫療給付遁入「自費補差額」等）[215]時，除非被發現或被檢舉，否則健保局根本無法管控。另自實施總額支付制度以來，許多微調方案如「醫院卓越計畫」對加入之醫院停止專業審查，致使傷病患常為了某些醫師落伍之醫療觀念[216]，或醫師本人（或醫療機構明示或暗示要求醫師）為了賺取醫療費用而接受不必要之醫療給付[217]。不必要之醫療給付未必對傷病患無害（絕大部分其實是有害的，只是短時間內未必發現得出來），此實有違全民健康保險「照顧、增進全民健康」之行政目的。

此外，全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條（舊法第 70 條）第 1 項規定「服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付」，由於健保局與負有行為責任之受僱醫師間並無任何法律關係，上揭規定實欠缺合法性及正當性[218]。

本文認為，由於直至目前民眾及個別醫師絕大多數仍然不知全民健康保險制度之目的與任務，而各大醫院之醫療管理階層亦不知或忽視全民健康保險制度之政策、目的及基本國策所欲追求之願景，是以民眾與醫界均仍以追求一己之最大私利為主，馴致健保政策每每無法達成其目標。基於確保必要醫療給付之提供與醫療品質之維持，並使個別民眾及醫師能確實遵守健保政策，除應加強民眾長期教育外，為免個別醫師無視於全民健康保險制度之行政任務，應許保險人健保局

---

[215] 此即許多任職於特約醫事機構內之醫師所被要求的「衝量」、「增加業績」與「發展自費項目」等現況。

[216] 例如依現今醫學學理不須手術者被判斷為必須手術、不須使用抗生素者被判斷為必須使用抗生素等。

[217] 例如小兒單純咳嗽卻開了 9 種藥：4 種止咳藥、2 種化痰藥、1 種止咳加化痰藥、1 種胃藥和 1 種止痛藥；醫事機構或醫師為了賺錢，無視傷病患暴露於高輻射劑量之風險，使其接受本不須執行之電腦斷層檢查(例如有打顯影劑之腹部電腦斷層，其輻射劑量比胸部 X 光高出約 1200 倍，而且有照到生殖器官）等，皆為適例。

[218] 有關此部分之詳細討論請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 108；樊成華，〈全民健康保險醫療費用支付法規範之研究〉，國立中正大學法律學研究所 2004 年碩士論文，頁 57－58。

與個別醫師成立法律關係，使其對個別醫師能產生拘束力。於此似可參考日本健康保險制度之登錄制度[219]，個別醫師經登錄而成為健保局之受僱醫師：「健保醫師」，使健保局得以直接對個別醫師採取必要措施，以求健保政策之確實遵守和醫療品質之致力維持；而對於受僱於健保局之「健保醫師」，其依全民健康保險法規執行醫療給付任務使保險對象因而受到損害，身為雇主之健保局應負賠償之責，且僅能於受僱人「健保醫師」有故意或重大過失時始能對其求償[220]。如此則健保醫師可安心執行全民健康保險制度之行政任務，不須完全自行承受醫療糾紛之巨大壓力，亦不因之而實施防衛醫療。所謂防衛醫療其實亦係一種醫療資源濫用之型態。

第三節　特約醫事機構與保險對象之法律關係

全民健康保險開辦前，傳統之醫事機構與傷病患間的法律關係—醫療契約，通說認為係屬私法關係[221]：醫療契約乃由醫師（及其歸屬之醫院或診所）與傷病患所締結，始於掛號行為之完成；雙方之權利義務均以此醫療契約為依據，傷病患對醫師、醫療院所之信賴與委任，以及醫師、醫療院所對傷病患之照顧保護義務亦均來自於此。醫療契約屬私法契約，以民法與刑法加以規範之：刑法著重於醫師個人或醫療院所之行為責任，特別是對於是否涉及業務過失致死或傷害之認定；而民事責任則主要從契約責任或侵權行為責任等方面來檢討醫療過失發生時之責任歸屬問題。

然而，自全民健康保險開辦後，醫病之間的法律關係轉變為特約醫事機構與保險對象之間的關係（本文稱之為「醫療關係」），則其法律性質應如何視之？依全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項前段規定，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，故基於健保關係，保險對象對保險人有醫療給付請求權，而由特約醫事機構依據「全民健康保險特約醫事服務機構合約」代為給付；由於「醫療關係」被導入更多政策性考量，大量行政法規介入醫療關係，左右醫療資源分配與醫療服務提供之生態，使醫師之醫療行為受到健保相關規定之拘束與牽制，「醫療關係」其內容與履行因而難以單純用私法契約來說明。雖然在理論上全民健康保險並未排除醫病之間另為合意約定超出健保給付範圍

---

[219] 有關日本健康保險制度之登錄制度請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 111－112；樊成華，〈全民健康保險醫療費用支付法規範之研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，2004 年 6 月，頁 57－58。

[220] 參國家賠償法第 4 條第 1、2 項。

[221] 醫事機構與病患間的法律關係並非一定為契約關係；然倘以契約關係形成之，則學界認此契約為混合準委任契約、承攬契約等契約之混合型契約。參朱柏松，《消費者保護法論》，增補版，1999 年 9 月，翰蘆圖書出版有限公司，頁 244 以下。

外之醫療服務，但此種情形毋寧為例外，絕大部分的保險對象仍以領受健保之醫療給付為主，自費之情形原則上係不得已而為之。

醫療關係，學界向有二說：「私法契約說」與「公私並行之法律關係說」。另有學者比較日本學說討論「債務履行輔助人說」，但多認其不足採[222]。本文認為上述各說目前均尚仍無法完整闡述現行實務上特約醫事機構與保險對象之法律關係。

第一項　私法契約說

學者李建良認為全民健康保險下之醫療關係為私法之醫療契約關係[223]；學者林明鏘亦指出其依國內之通說係私法關係[224]。此說認為醫療關係仍為私法契約，由健保關係而生之費用抵償問題乃健保局與保險對象、健保局與特約醫事機構各自之內部求償關係，健保局基於內部關係就病患應負之診療費用為債務承擔，對於醫療關係法律性質之定位不生影響。另有學者認為雖特約醫事機構與求診之保險對象間因醫療關係成立一般醫師與病患間之權利義務，但特約醫事機構與健保局之間另存在一特約關係，其所為之醫療服務依照特約必須符合全民健康保險法令之相關規定及審核程序，故於此限度內醫療關係也會與一般的自費傷病患有所不同：醫師之診療除須符合其專業水準外，為取得健保局核付之醫療費用，尚須符合全民健康保險醫療服務之各種審查標準[225]。

學者蘇育賢則認為，全民健康保險下之醫療關係仍為單純私法契約，傷病患於就診過程中仍須繳交部分負擔之醫療費用及掛號費應解釋為醫事機構基於私法契約而提供醫療給付，而在有醫療過失時亦以此私法契約作為訴訟上請求權之基礎；基於此私法契約，醫病間建立特殊信賴關係，醫事人員對於個別傷病患負

---

222 有關此部分之討論，請參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 128－129；蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司，頁 187－188；謝榮堂，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，2008 年 11 月初版，元照出版有限公司，頁 102－106；蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月，頁 117－118。贊成此說者則有學者陳怡安，請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 154－155。

223 參李建良，〈公法契約與私法契約之區別問題〉，收於台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司，頁 199。

224 參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 137 。

225 參雷文玫，〈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 37－38；蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 29。

有告知、說明與照顧義務，不應僅以給付規定不符，即逕在未告知之情形下施以相對較不利於傷病患之醫療行為[226]。

第二項　公私並行之法律關係說

持此說者認為，全民健康保險中之醫療關係單用公法上單純之事實行為或傳統私法上之醫療契約均無法完善解釋與規範，而認為除基於特約關係之行政委託所成立的公法關係外，當事人間仍循典型之求診模式另成立一平行之私法醫療契約，而此私法醫療契約之內涵則在相關範圍內受到公法關係的影響[227]。易言之，此說以傳統私法上醫療契約為基礎，提供傷病患與醫師締約選擇之自由、醫療照護雙方當事人間之義務和醫療過失發生時責任歸屬之依據；但於若干範圍內有公法關係之法律效果。此公私並行之法律關係，係以公法關係包含於私法醫療契約之內為概念。

公法關係部分，論者認為特約醫事機構接受健保局之行政指揮監督，協助其處理行政事務如證件、文件之繳驗（保險憑證、身分證件、轉診（檢）單、繼續治療單、兒童健康手冊），以及是否具有保險對象資格之認定和費用之代收等[228]，此時特約醫事機構不具名義上之獨立性，係代行健保行政業務，其所為之決定或辦理過程中之疏失，效果均歸屬於健保局，應容許保險對象提起行政救濟以求得權利保護，其理由乃在於特約醫事機構代理健保業務之事實，和保險對象權利保護之必要性。此外，於全民健康保險醫療體系中，健保局不僅擔任費用核付之審查者，亦為給付決定者；健保局對於醫療過程中之步驟，其規定鉅細靡遺，主要動機乃基於費用控制[229]，對於特殊檢驗、手術、藥品、器材等使用之程序與次數均有限制，此大幅影響醫界之生態與醫師之診療行為。倘醫師因受限於健保給付範圍之規定而給予傷病患較次等之醫療選擇，並因而導致病情擴大或延誤；或於傷病患失去意識無法回應之狀況，醫師為緊急處置時，因未能獲得傷病患之事前同意，只能使用健保局規定範圍內之醫療措施，而無法動用不在給付範圍內或須要特殊核准程序之醫療手段，如此導致之醫療損害；抑或傷病患基於費用負擔之考量以及對健保局之信賴，仍選擇健保所給付之藥劑或療程，結果發生副作用，造成身體傷害；此類情狀，健保局應就其提供健保醫療給付整體上之疏失而負責。

私法關係部分，論者認為保險對象求診時，除特約醫事機構立於健保局之履行輔助人地位代行行政業務外，醫病之間另成立一私法上之醫療契約。保險對象

---

[226] 參蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月，頁 121－122。

[227] 參蔡維音，〈全民健保行政之法律關係〉，《成大法學》第 4 期，2002 年 12 月，頁 27－32。

[228] 參見全民健康保險醫療辦法第 10 條及第 19 條第 1 項之規定。

[229] 參蔡維音，〈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 17。

無法基於保險關係對特約醫事機構直接主張其保險給付請求權，仍只能對保險人（健保局）而為主張。特約醫事機構處理健保業務之義務乃基於特約關係而發生，且係相對於健保局而非相對於保險對象；醫病之間仍須締結另一醫療契約作為其請求醫療照顧之依據。換言之，特約醫事機構乃基於此私法醫療契約而對病患有提供具體醫療服務之義務，對健保局則係基於「全民健康保險特約醫事服務機構合約」負有使此醫療服務合乎健保要求水準之義務。民眾基於私法醫療契約所產生之支付醫療費用義務，則由健保局於符合規定之範圍內予以承擔。其並認為，即便在以請領健保給付為目的之就醫過程，仍然需要一私法醫療契約為其基礎之法律關係，如此才能使得傷病患健康之維護得到確保，不致因健保給付範圍有所限制而危及傷病患之健康照顧。再者，私法醫療契約內涵之發展遠較社會給付行政中之權利保護成熟，對於醫師之保護義務、說明義務、照顧義務等均有較為詳盡之討論與說明，如此才足以因應醫療關係之特色以及規範需求，諸如保險對象之選擇特約醫事機構的自由、診療過程中醫師與病患之間多方的合作關係、醫師與傷病患間相互負有之誠信義務、照顧義務，以及醫療過失發生時之責任歸屬等，均須有一基礎之契約關係才能加以說明。醫療過失糾紛情形，亦由民事法院決定其責任歸屬。若於健保費用核付過程中有（不可歸責於特約醫事機構）未通過之情形，特約醫事機構對於病患仍保有契約上之醫療費用請求權。此私法醫療契約之內容仍係以健康之回復為主要目的，惟透過健保卡之出示與接受註記，解釋上乃包含以請領「合乎健保給付條件之醫療服務」為原則之默示合意，若醫師建議採取健保給付範圍外之醫療方式，應向其說明並另徵求其同意。如此解釋之目的在於，回復健康當然為傷病患主要之就醫目的，然健保局是否為費用之承擔亦是大多數傷病患考量之要素，倘醫療手段不在健保費用承擔範圍內，亦應給予傷病患了解與考慮之機會。健保醫療照顧上常有給付範圍及給付項目上之限制，然此並不因而降低醫師對於傷病患生命、健康之照顧及注意義務；若為治療上所必要，醫師仍應提供傷病患必要之資訊，不得以「健保不給付」為由，逕行放棄必要之診療行為，此時毋寧應向傷病患說明，告知健保給付範圍以及基於其專業判斷所建議的診療方式，醫師之照顧與注意義務並未因健保之影響而縮小。

第三項　本文見解

特約醫事機構代行健保行政業務部份應係「健保關係」之延伸，由特約醫事機構協助健保局執行保險憑證（健保卡）、身分證件、轉診（檢）單、繼續治療單、兒童健康手冊等之繳驗以及保險對象自行負擔費用（部分負擔）之代收等，此部分本即為公法關係固不待言；本文所稱「醫療關係」係指醫、病間醫療行為關係。

目前特約醫事機構與保險對象之「醫療關係」基本上仍以「私法醫療契約」說為最有力學說，其他學說，諸如「公私並行之法律關係」說，甚或「公法關係

說」尚仍無法撼動之。但本文認為，「醫療關係」有相當部分實具有公法面向，或無法以私法醫療契約解釋，是以即便持「私法醫療契約」說者亦認為其「與一般自費就醫者之私法醫療契約有所不同」，而對於健保醫療契約與一般醫療契約之內涵二者作如上揭不同之解釋。

第一款　特約醫事機構提供必要醫療給付之性質

依上揭第 3 章第 2 節第 1 項之論述，健保局係將其公法任務—促進國民健康、增進公共利益之行政目的，以「全民健康保險特約醫事服務機構合約」委託予特約醫事機構為之；復依上揭第 3 章第 2 節第 2 項之分析，該合約屬公權力之委託（行政委託）。依據該合約，特約醫事機構所負之義務似應為「代替健保局提供本應由其提供之必要醫療給付予保險對象」之行政任務，而非只係「使醫療服務合乎健保要求水準」，亦非僅「民眾基於私法醫療契約所產生之支付醫療費用義務，由健保局於符合規定之範圍內予以承擔」；特約醫事機構似應係代替健保局執行其本應執行之公法任務而提供保險對象必要之健保醫療給付，而非基於醫病間之私法醫療契約而提供之；特約醫事機構不得拒絕保險對象之掛號，且除轉診外，特約醫事機構不得無故拒絕提供保險對象醫療給付[230]，此為強行規定，不容當事人以契約改變之，是以醫病雙方於保險對象發生保險事故時似欠缺成立私法醫療契約之合意。保險對象基於健保關係本應對保險人（健保局）主張其保險給付請求權，但因健保局無法提供醫療給付，且已將其公法任務委託予特約醫事機構，故轉而至特約醫事機構受領經特約醫事機構（及其所僱傭之醫師）判斷所應獲得之必要醫療給付[231]；保險對象須於特約醫事機構就醫，否則無法獲得健保之醫療給付。準此，保險對象之就醫似不具任意性，而係須直接至特約醫事機構依據「健保關係」及健保局與特約醫事機構間之內部關係（「全民健康保險特約醫事服務機構合約」）就醫[232]始能獲得健保醫療給付；保險對象無法主張不受「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之拘束[233]。再者，於健保局直屬醫療院所（如從前之公保醫院或門診）直接提供醫療服務之情況下，依上開第 3 章第 1 節之論述，該醫療院所與保險對象之法律關係似應為公法關係（「健保關係」）而非通說之私法關係；然則同樣接受保險對象掛號、提供相同醫療給付之非健保局直屬醫療院所，其與保險對象之法律關係依通說卻為私法關係，似此寧非矛盾？私法契約說著眼於私法醫療契約，將「健保關係」視為私法契約中當事人之一方與第三人間之內部求償關係，卻無法解釋特約醫事機構及其所屬個別醫師於

---

[230] 全民健康保險法第 60 條（尚未實施之新法移列為第 70 條，並作修正）。

[231] 相同見解，請參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 20－22。

[232] 相似見解，請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 151。

[233] 參李惠宗，《行政法要義》，元照出版有限公司，2010 年 9 月五版第 1 刷，頁 398－399。

提供醫療服務的過程中所受限之種種健保規範和健保局之專案、計畫等的拘束（例如醫學中心六大任務、糖尿病品質專案計畫等），實忽略了「健保關係」乃整個全民健康保險制度中之基礎關係，係公法上之關係，此與現行全民健康保險體制之實務面有所不同。

掛號費之性質，有數種說法：有認為係醫療機構之行政管理或處理費用[234]；有認為係證約或違約訂金[235]；亦有認為係醫療費用之一部分[236]。按現行各醫療院所掛號方式不一，有現場掛號者；有電話或電腦掛號者；亦有醫師於看診後或出院時預先為傷病患掛號者。掛號費之收取亦已非如從前之於看診前收取，而係於看診至某一階段（如看完門診、執行某項檢查或辦理住院）時連同部分負擔一併收取；掛號後無看診行為（沒在看診時段至診間看診或醫師判斷不需看診）者，不論是否取消掛號，均視為自始無任何掛號及醫療行為，不須繳納掛號費。準此，上揭數種說法似無法合理解釋現行之掛號制度。本文認為，於現行全民健康保險制度下，掛號似係保險對象（至特約醫事機構之掛號處）請求保險給付之聲明而非私法醫療契約之要約，其性質類似於民眾至行政機關（例如區公所）洽公時領取號碼牌排隊；受理掛號似應係特約醫事機構代替健保局代行健保行政業務所為辦理過程之起始，而非對於保險對象邀約之承諾，因為依據全民健康保險法第 60 條（尚未實施之新法移列為第 70 條，並作修正）之規定，特約醫事機構不得無故拒絕，此為強行規定，似應無私法上締約自由之適用；掛號費之收取，似應解為執行此行政業務之「手續費」或「規費」，故於看診至某一階段或看診完畢後始連同部分負擔一併收取。此外，倘如通說所言醫病間存有一私法醫療契約，且於掛號完成時即已締結完成，此時契約之實際內容尚付之厥如，理應不成其契約；即便可視其為契約[237]，則掛號後無故不到診且未取消掛號者，理應負契約不履行之責；然實務上此種傷病患未曾有負過任何責任，亦未付出任何費用，反而類似上揭民眾至行政機關洽公時領取號碼牌後放棄排隊自行離去，下一位即行遞補，無須擔負任何責任；況且，即便可視其為契約，仍無法解釋當醫師建議某醫療處置（例如手術），傷病患原本同意，但後來又反悔拒絕時，為何不須擔負契約不履行之責任？凡此均與契約法理及國民之法感不符。依本文看法，醫病間似並無私法醫療契約之存在，掛號後無故不到診且未取消掛號者，似應視為放棄其對醫療給付之請求，因此不須負任何責任，亦不須繳納掛號費；傷病患對於醫師

[234] 參 2009 年 10 月 22 日衛署醫字第 0980213344 號函；邱聰智，《債法個論》中冊，1995 年 10 月初版，頁 236－237；蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月，頁 124；監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 386。

[235] 參李聖隆，《醫護法規》，2005 年 1 月五版三刷，華杏出版股份有限公司，頁 103。

[236] 參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年，頁 145；謝榮堂，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，初版第 1 刷，2008 年 11 月，元照出版有限公司，頁 112－113。

[237] 有認為此時契約內容為「願意接受醫事機構之診療」。參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年，頁 146－147。

所建議醫療處置之拒絕，亦僅係拒絕受領醫療給付，而無契約不履行之情事；以此解釋似較符合現行實務上保險對象就醫之行為。

另依全民健康保險相關法令之規定，病患獲得健保醫療給付後所繳交除掛號費外之費用，乃係本應繳給健保局之「部分負擔」，而非其基於私法醫療契約之支付醫療費用義務；此費用之所以繳給特約醫事機構，係特約醫事機構協助健保局處理行政事務項目中之費用代收[238]，僅為健保局於收取費用上所設之技術性規定，並非特約醫事機構給付醫療服務後基於私法醫療契約之報酬[239]。此亦無法以私法契約加以說明。

第二款　健保局對於保險對象必要醫療之義務

「私法契約說」與「公私並行之法律關係說」對於自費就醫之傷病患或健保不予給付之必要醫療均認為須有一基礎私法醫療契約始能涵蓋及保障；並認為[240]健保局於醫療行為進行過程中無從參與亦難以掌握；且保險對象於就醫時會自行選擇其所信賴之醫事機構，則其主觀意思亦應為與其所選擇之醫事機構締結私法之醫療契約。

本文則認為，健保局對於保險對象必要之醫療理應有全部給付之義務，不應有給付範圍及給付項目之限制，否則即違反「全民健康保險法上之公法任務」、違反「促進國民健康，增進公共利益之行政目的」[241]。由於健保局對於保險對象必要之醫療有全部給付之義務，且透過其與特約醫事機構簽訂「全民健康保險特約醫事機構合約」之「特約關係」給付保險對象，是以特約醫事機構與保險對象之醫療關係似不須另行締結私法醫療契約。退步言之，縱因資源有限而必須限制給付範圍[242]，本文認為對於給付範圍內（例如下揭止痛藥物）之項目及數量等亦不應予以限制。

自費醫療理論上有三種情形：（1）不符全民健康保險法第 11 條之 1（尚未

---

238 參全民健康保險法第 38 條（尚未實施之新法移列為第 50 條，並作修正）及全民健康保險醫療辦法第 21、22 條。「部分負擔」即法條中所指「自行負擔費用」或「自行負擔之費用」。此費用於健保局支付費用予特約醫事機構時直接抵扣。

239 相似見解，請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 143；蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 104。

240 參郭躍民，「全民健康保險特約醫事機構合約（特約醫院及診所）之研究」，台灣大學法律學研究所碩士論文，2004 年 7 月，頁 184。

241 此部分詳細之探討請參閱李坤樺、羅崇杰、李惠宗，〈中央健保局對醫事機構創傷手術給付申請限制合理性之探討〉，2007 年外科年會外傷科優秀論文第二名，摘要部份載於台灣外傷醫學會網站，http://www.trauma.org.tw/webmag/traumathesis/traumathesisFile/22/Li.pdf。參訪日期：2008 年 3 月 14 日。

242 關於健保給付範圍及其限制暨其合理性，詳見第 4 章第 1、2 節之論述。

實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）之規定者(2)雖為保險對象，但其請求之醫療處置為全民健康保險法第 39 條(尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）所規定者（3）雖為保險對象，但其自願自費看病者。然而實務上尚有第四種情形，即因投保單位（如雇主）之故意或過失，致使本應成為保險對象者無健保身分，或因欠繳健保費而遭致鎖卡（拒絕醫療給付）之經濟困難者。前兩種情形涉及公平正義、資源分配和非必要醫療，原非全民健康保險所須給付之範圍，醫療院所與傷病患另行締結私法醫療契約乃理所當然；對於第三種情形和自費部份之必要醫療，病患之所以選擇自費，主要係為獲得其所相信之「品質較高」的醫療服務，或是由於健保局不予給付；究其原因，即係肇因於健保局對於給付範圍及給付項目、次數等設有限制；而健保局對於付範圍及給付項目、次數等之所以設有限制，其根本理由則在於費用控制。例如對於較無副作用但價格較高之止痛藥物，規定須於服用價格較低但副作用較高之非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）仍無法控制疼痛或有嚴重副作用時才能使用，然現今醫學上對於 NSAIDs 已證實會對腎臟、胃十二指腸等部位造成傷害，甚至可能導致胃十二指腸大出血或穿孔之致命性緊急疾病[243]；又如現今對於消化性潰瘍穿孔病患之手術，全世界公認「腹腔鏡單純修補穿孔手術」預後最好[244]，但是健保局至今仍未核准給付；病患若無法或不願自費，只得受領次等之醫療服務，日後可能會有許多醫學教科書上臚列之各種晚期併發症（例如沾粘性腸阻塞、切口疝氣等），甚至須另行手術治療，使健保局省下眼前較少之費用而於日後付出更大的代價，且與其所負之公法上任務相違。上例非但不是非必要醫療，甚且攸關病患之預後和日後之生活品質、勞動能力，實為健保局所應履行之全民健康保險法上的公法任務：促進國民健康，增進公共利益之行政目的，是以本文認為，健保局不得基於費用控制之理由違反其所擔負之全民健康保險法上的公法任務；且其是否真正做到「費用控制」，亦有待商榷（省小錢而日後花大錢）。至於第四種情形，則更不應因而將此等可憐且更應救助之人棄於全民健康保險之外，而應主動發現並予以納保。

全民健康保險透過全民強制加保之體制，掌握絕大部份的醫療資源，於此情形下，絕大多數特約醫事機構均須依附於健保體系以求生存，從而，全民健康保險之費用核付流程無疑支配了所有特約醫事機構之醫療服務生態，對於未繳納自行負擔之費用者，健保局甚至得對保險對象暫行拒絕保險給付[245]；健保局對於健

[243] 此部分於第 4 章第 2 節第 2 項第 2 款第 4 目有較詳盡之論述。

[244] 此部分詳細之探討請參拙著，〈當前消化性潰瘍穿孔手術之世界趨勢—傳統手術與微創手術之比較暨提升腹腔鏡修補手術成功率之方法〉，內視鏡外科醫學會會刊，2007 年 6 月，頁 8－15；Lee KH, Chang HC, Lo CJ. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. Am Surg 2004 Apr.; 70 (4): 352-6.

[245] 參全民健康保險法第 38 條（尚未實施之新法移列為第 50 條，並作修正）。目前民眾至醫療院所看診或住院，如無繳交健保卡，則須先自行負擔所有醫療費用；如能於 7 日內繳交健保卡，則可退回原不需繳交之金額；如超過 7 日仍繳不出健保卡，則健保不予給付。

保給付之管控[246]，幾已完全控制醫師對於診療手段與用藥之選擇，限制醫師之醫療裁量權，卻未必完全符合醫療常規及醫學倫理，實際上已嚴重影響醫病間之信賴關係，甚至逾越了傳統私法醫療契約之規範，並限制了特約醫事機構及醫事人員之職業自由[247]、限制醫療行為之自由度[248]；總額支付制度及其細部微調付費措施（例如「醫院卓越計畫」）之實施更使醫病關係和各特約醫事機構之財務雪上加霜，醫師之診療手段、用藥選擇和醫療裁量權所剩無幾，致使全民健康保險已幾近成為實質上之「公醫制度」，此時復以私法之醫療契約迴避健保局所應負之責，寧非坐實公法遁入私法之嫌？本文認為，健保局倘若（也應該）對於保險對象必要之醫療全部給付，則有誰願意自費？且若健保局對於保險對象必要之醫療全部給付，反而可使某些不肖醫師或特約醫事機構不再能為了賺錢而以「未被證明有明確療效之藥物或醫療行為」甚或「根本不須執行之非必要醫療行為」向保險對象謊稱其為必要治療，但因健保不予給付（此時為當然且合乎醫學倫理、醫事法律之不予給付）而要求保險對象自費。如此則保險對象似不須與特約醫事機構另行締結私法之醫療契約以保障其就醫權益，除非其所請求者為全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）[249]所規定不予給付之項目（已由其他單位負責其費用、非必要醫療或無積極療效等合乎醫學倫理、醫事法律之不予給付者），因非屬全民健康保險法上之公法任務，此時非必要醫療或無積極療效者其醫病間並無健保關係，始須由傷病患與醫事機構另行締結私法之醫療契約。以現制而言，依相同之法理，對於健保規定不予給付之項目或次數，

---

[246] 全民健保相關法規雖以負面表列公示其不予給付之項目，實際上卻以正面表列控制特約醫事機構之醫療行為：凡「全民健康保險醫療費用支付標準」內所無之醫療行為均不予給付，且支付標準所列之項目尚限制申報，最後再以全民健康保險法第 58 條（尚未實施之新法移列為第 68 條）、衛生署衛署健保字第 0910018273 號函、中央健保局健保醫字第 0910014112 號函、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 10 條等規定禁止特約醫事機構「自立名目」要求保險對象自費。相關詳細討論請參閱李坤樺、羅崇杰、李惠宗，〈中央健保局對醫事機構創傷手術給付申請限制合理性之探討〉，2007 年外科年會外傷科優秀論文第二名，摘要部份載於台灣外傷醫學會網站，
http://www.trauma.org.tw/webmag/traumathesis/traumathesisFile/22/Li.pdf。參訪日期：2008 年 3 月 14 日。

[247] 相同見解，請參考蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 74；陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年，頁 50－52。

[248] 參李志宏、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》第 51 卷第 6 期，2008 年 6 月，頁 48－53。

[249] 全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）：「下列項目之費用不在本保險給付範圍：一　依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。二　預防接種及其他由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、醫師指示用藥。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。一○　病人交通、掛號、證明文件。一一　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。一二　其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。」

醫療實務上乃係由保險對象與醫事機構另行締結私法之醫療契約（自費同意書），而非如「公私並行之法律關係說」論者所言，於私法醫療契約中在相關範圍內受到公法關係之影響。

第三款　醫病關係與保險對象權利之保障

論者有謂即使在以請領健保給付為目的之就醫過程，基於醫療行為之複雜性，仍須一私法上之醫療契約為其基礎之法律關係，如此才能使得傷病患健康之維護得到確保；又謂私法上醫療契約內涵之發展遠較社會給付行政中之權利保護成熟，對於醫師之保護義務、說明義務、照顧義務均有較為詳盡之討論與說明，如此才足以因應醫療關係之特色以及規範需求。本文則認為，健保關係下醫病間之權利義務，諸如保險對象之選擇特約醫事機構之自由；診療過程中醫師與保險對象之間多方之合作、信賴關係；醫師與保險對象間相互負有之誠信義務、照顧義務；醫師之保護義務、說明義務、善良管理人之注意義務；以及醫療過失發生時之責任歸屬等，均已規定於現行全民健康保險相關法規、醫事相關法律、醫學倫理及民、刑事、行政相關法律等規範，對於保險對象之保護即為已足，似無另行締結私法醫療契約之必要，亦似無須另有一基礎之（私法）契約關係才能加以說明。

目今實務上保險對象至某特約醫事機構就醫之原因，與其認為基於傳統醫病關係（私法醫療契約）信賴該醫事機構或其醫師之醫德醫術，毋寧認其係以為全民健康保險制度下之特約醫事機構，尤其是醫學中心，可以得到較多之醫療給付而不須多付（許多）費用；故而常動輒無理要求與醫治該傷病無關之醫療行為[250]，甚至常見一有醫療過程或結果不符其所期待輒指責醫方無醫德、要求轉院、賠償或提告。醫病間之信賴關係，即使還存在，亦甚為薄弱、所剩無幾，而且隨時翻臉。再者，有論者[251]認為基於健保關係（由公法規範）就醫者與非基於健保關係（由私法規範）就醫者由不同醫療法律制度規範，其合理性有待商榷；本文則認為，不論民眾是否基於健保關係就醫，醫病關係同受上開醫事法律、醫學倫理等之規範，並無不同。三者，有認為[252]若醫療關係解為公法關係，將導出醫療損害填補由健保局負責之結論，將過度加重其負擔；界定為私法契約行為，人民之健康權可獲得雙重之保障；本文則認為，法律性質應依事務之本質予以正確之解釋，不能為偏袒行政機關而曲解；醫療損害之填補似本即為健保局基於其行政任

[250] 例如小腿傷口感染，住院治療中要求順便做全身檢查；門診傷口換藥時順便要求給感冒藥或高血壓藥；頭皮擦傷要求要打「顧腦」的藥等。

[251] 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999年7月，頁129。

[252] 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999年7月，頁129－131。

務轉由特約醫事機構代為執行（行政委託）致生損害所應負之負擔，似無加重之情事；復依上揭兩款理由，公法關係（行政委託）說對於保險對象權利之保障非但不受影響，醫療損害之填補能由健保局負擔，保險對象能獲得填補金額之全部[253]，反將比現行實務更受保障。此外，法律學者亦不須為此而對於健保醫療契約與一般醫療契約之內涵二者作如上揭「私法契約說」或「公私並行之法律關係說」等不同之解釋[254]。易言之，與其將公法關係重疊於私法醫療契約而形成包含關係，毋寧將二者分別清楚再形成聯集關係，似較能兼顧法理解釋上之一致性與醫病雙方之保障。

第四款　小結

目前特約醫事機構與保險對象之「醫療關係」基本上仍以「私法醫療契約」說為最有力學說，但本文認為「醫療關係」有相當部分實具有公法面向或無法以私法醫療契約解釋，諸如特約醫事機構係依「全民健康保險特約醫事機構合約」之行政委託，代替健保局執行其本應執行之公法任務而提供保險對象必要之醫療給付，並非基於醫病間之私法醫療契約、健保局對於保險對象必要之醫療應有全部給付之義務、醫病關係與保險對象權利之保障已有法規之規範，似未必須有私法醫療契約始能涵蓋，且全民健康保險法第 60 條（尚未實施之新法移列為第 70 條，並作修正）為強行規定，醫病雙方於保險對象發生保險事故時似欠缺成立私法醫療契約之合意，以及特約醫事機構因受限於健保醫療給付範圍及規定，必須依法及依合約在符合「健保規定醫療給付」下完成醫療行為等。故而「醫療關係」似仍有再深入探討之餘地。

依現今之通說，特約醫事機構與保險對象之「醫療關係」係私法契約關係，醫療糾紛之損害賠償責任僅存於醫、病之間，無國家賠償之適用，但本文認為，特約醫事機構依上開第 3 章第 2 節第 2 項之論述，屬受委託行使公權力之團體，其受限於健保局有關健保醫療給付之範圍及規定，必須依照現行「全民健康保險特約醫事服務機構合約」與「全民健康保險醫療費用支付標準」等規定下完成醫療行為（執行職務行使公權力），倘保險對象因而導致病情擴大或延誤，受到損害，健保局是否應負國家賠償之責，仍有待商榷，似應有國家賠償之適用[255]。行

---

[253] 如依現制，傷病患與醫院或醫師打完官司後，倘對方有脫產行為，未必能獲得全額填補金額。

[254] 參蔡維音下列著作：〈全民健保之法律關係剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 67－78；〈全民健保之法律關係剖析－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（下）〉，《月旦法學雜誌》第 49 期，1999 年 6 月，頁 110－115；〈全民健保行政之法律關係〉，《成大法學》第 4 期，2002 年 12 月，頁 1－35；〈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；雷文玫，〈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 37－38。

[255] 類似見解請見高添富，〈全民健保與醫療糾紛－兼談醫事人員強制責任保險〉，96 年度畢業

政機關之法定任務不論其選擇自行辦理或委託辦理，不應影響其責任與人民之權益，亦不得謂其完全脫離委託事項之關連；屬於政府法定職權之任務不因委託而自其職權範圍內排除。健保局既將其公法任務以公權力委託契約委託予特約醫事機構，受委託行使公權力之特約醫事機構於執行職務（對保險對象提供必要醫療服務之行政任務）時因過失侵害保險對象之權益，依國家賠償法第 4 條第 1 項及第 2 條第 2 項之規定，健保局應負國家賠償之責。退步言之，現行制度下，健保局僅支付部份之必要醫療，則其至少也應對於特約醫事機構依據健保規定所作出關於診療行為之決定而造成保險對象損害者負國家賠償責任。至於上揭論述之自費部分及現制健保規定不予給付的項目或次數，則另行訂立私法醫療契約。將公法關係與私法醫療契約關係二者分別清楚再形成聯集關係，似較能兼顧法理解釋上之一致性與醫病雙方之保障。至於「藥價差」之問題，本文認為應屬物品之採購，為需求行政，並非醫療行為，亦非公權力行為，此時特約醫事機構之管理者即非國家賠償法第 4 條第 1 項所稱之公務員。

第四節　投保單位於全民健康保險之法律關係

延續勞工保險制度，全民健康保險制度設有投保單位[256]，擔負設置專責單位或置專人辦理全民健康保險有關事宜[257]、向保險人辦理投保及退保[258]、提供辦理各項保險手續所需之資料或文件[259]、第一類及第二類被保險人之所得調整時將調整後之投保金額通知保險人[260]、負擔部分保險費[261]、扣、收繳及彙繳被保險人應自付之保險費[262]、向保險人申請核退保險對象因情況緊急而在非保險醫療機構立

後一般醫學訓練計畫：醫療法律教學研習營課程講義，2007 年 4 月 29 日；陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年，頁 182 及 188；賴進祥，〈醫療關係之危險責任及其分散機制〉，國立臺灣大學國家發展研究所碩士論文，2002 年 5 月，頁 189－191。目前遇此情形，保險對象係向特約醫事機構求償，如特約醫事機構求償被認定無過失，則保險對象將得不到任何賠償（私自購買之保險除外）。健保局始終置身事外，對保險對象和特約醫事機構均極為不公平。

256 全民健康保險法第 14 條（尚未實施之新法移列為第 15 條，並作修正）訂有各類被保險人之投保單位，包括被保險人所屬服務機關、學校、事業、機構、雇主、所屬團體；所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會；國防部指定之單位、內政部指定之單位、戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所、公私立社會福利服務機構及政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關等。另全民健康保險法施行細則第 22 條復規定被保險人依戶籍法規定設籍於政府登記立案之宗教機構者，得以該宗教機構或所屬當地宗教團體為投保單位。

257 全民健康保險法第 14 條（尚未實施之新法移列為第 15 條，並作修正）第 3 項。

258 全民健康保險法第 16 條（尚未實施之新法移列為第 15 條第 6 項，並作修正）；全民健康保險法施行細則第 30 條以下。

259 全民健康保險法第 17 條（尚未實施之新法移列為第 80 條，並作修正）。

260 全民健康保險法第 24 條（尚未實施之新法移列為第 21 條）。

261 全民健康保險法第 27 條（尚未實施之新法第 27 條，並作修正）。

262 全民健康保險法第 29 條（尚未實施之新法移列為第 30 條，並作修正）。

即診療或分娩之醫療費用[263]、配合主管機關或保險人之訪查或查詢[264]、轉知保險對象其所受之罰鍰處分[265]；以及投保單位有停業、歇業、解期、裁撤或復業時辦理所屬保險對象之異動申報手續[266]等義務。至於投保單位之權利，則無任何規定，然部分投保單位為被保險人之雇主，而有關雇主之權利僅見於全民健康保險法第 4 條（尚未實施之新法併入第 5 條）第 2 項及全民健康保險監理委員會組織規程第 3 條第 1 項第 3 款，全民健康保險監理委員會 29 名委員中有 5 名為雇主代表，參與全民健康保險監理委員會之職責：監理全民健康保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜（全民健康保險法第 4 條第 1 項；尚未實施之新法併入第 5 條）。

投保單位於全民健康保險法制中之角色，學者蔡維音認為[267]，投保單位並非健保關係之當事人，係基於其與投保義務人間之內部關係，而被法律課予上開公法上義務，故就「健保關係」而言，投保單位僅處於第三人之地位；學者林明鏘認為[268]，全民健康保險法對於投保單位規範了數量眾多且相當細緻之義務，但對其對於保險人之權力則完全付之闕如，故依現行法制判斷，健保局與投保單位間之法律關係似可定性為「公法上之法定義務關係」；學者蔡茂寅認為[269]，投保單位係依全民健康保險法及全民健康保險法施行細則之規定為保險人辦理健保業務而非其本身之事務，具為他人處理事務之性質，因而其與保險人間應界定為法定委任關係；另自全民健康保險法第 30 條第 4 項（尚未實施之新法移列為第 37 條，並作修正）[270]及全民健康保險法施行細則第 54 條之 1[271]規定以觀，被保險人向投保單位繳納保險費或讓投保單位扣繳保險費之法律效力直接歸屬於保險人，故而投保單位與保險人間除有法定委任關係外，尚有法定代理關係存在。學者劉宗德則認為[272]，健保局與投保單位間係屬公法關係，以法律單方面課予其負

---

263 全民健康保險法第 43 條（尚未實施之新法移列為第 55 及第 56 條，並作修正）。

264 全民健康保險法施行細則第 29 條。

265 全民健康保險法施行細則第 69 條。

266 全民健康保險法施行細則第 40 條。

267 參蔡維音，〈全民健保之法律關係剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 74。

268 參林明鏘，〈行政契約與私法契約—以全民健保契約關係為例〉，收於《行政契約法研究》，翰蘆圖書出版有限公司，2006 年 4 月，頁 150。相似見解，請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年，頁 98－99。

269 參蔡茂寅，〈鄉（鎮、市、區）公所辦理健保投保業務之法律關係探討〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1013，頁 36－40。

270 全民健康保險法第 30 條第 4 項（尚未實施之新法移列為第 37 條，並作修正）：「保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付及核發保險憑證。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位或經依前項規定分期繳納者，不在此限。」

271 全民健康保險法施行細則第 54 條之 1（已刪除）：「投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金時，保險人得不予發給保險憑證，俟欠費繳清後再予核發。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位，或符合本法第八十七條之一情形者，不適用之。」

272 參劉宗德，〈健保業務委外辦理之法律問題研究期末報告〉，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-010，頁 37。

責投保、繳納保費等義務，其間應無契約關係之可能；但若干以法律課予投保單位之義務中，似有某種程度將健保業務委託或由投保單位分擔辦理之意味。學者蘇育賢則認為，投保單位在保險關係中屬於健保局之行政助手[273]。

本文認為，依現行全民健康保險法制，投保單位與健保局間之法律關係有三：依全民健康保險法及全民健康保險法施行細則之上揭規定，投保單位為保險人中央健保局辦理本應由其自行辦理之健保行政業務，此部分應為（法定）行政委託；至於負擔部分保險費部分，則屬於（公法上）法定債之關係；屬於雇主者，則有推舉代表監理全民健康保險業務和提供保險政策、法規研究及諮詢之權。然而，依現行法制，負擔相當部分保險費之投保單位並無參與形成健保關係內容之權，不甚合理；本文認為，由於投保單位與健保局間有上開法律關係，如能改以行政契約法制行之，並確保及提升投保單位之法定地位和權利，似較為妥當。此外，投保單位與保險對象之法律關係，有雇用關係者；有成員關係者；亦有依法律規定而發生關係者；於現行全民健康保險法制中二者屬於內部關係。至於投保單位與特約醫事機構間，則無任何法律關係。

第五節　小結

現行全民健康保險制度下，健保局與保險對象間之「健保關係」目前學者多採「公法上法定債之關係」說；本文則認為「健保關係」係屬「類似行政契約」之雙方行政行為關係或「準行政契約」關係，並希望能將之提升為行政契約關係，使被保險人能就保險費和保險給付與保險人協商，對保險對象之權利及義務較有保障，也較能使保險對象認知健保成本與財務之困境、明瞭繳多少保費可獲得多少醫療給付。

健保局與特約醫事機構之特約關係，通說及釋字第 533 號解釋採（從屬）行政契約；本文則認為係屬對等行政契約之雙務規範契約，為行政委託，有處理健保相關行政事項與給付行政行為等公權力之授予；其訂定須符合行政程序法第 3 章行政契約（第 135 至 149 條）之規定，並應合乎公共秩序、善良風俗、強行規定、契約自由、交換正義、分配正義等一般契約之原則及不得牴觸行政法之一般原則（不當聯結禁止原則）；至於健保局與實際提供醫療服務之個別醫師間並不存有法律關係，建議可參考日本健康保險制度之登錄制度，使個別醫師經登錄成為受僱於健保局之「健保醫師」，而使健保局得對個別醫師能產生拘束力[274]；並

[273] 參蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月，頁 72。

[274] 有關醫師登錄制度，另請參考樊成華，〈全民健康保險醫療費用支付法規範之研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，2004 年 6 月，頁 131-133。

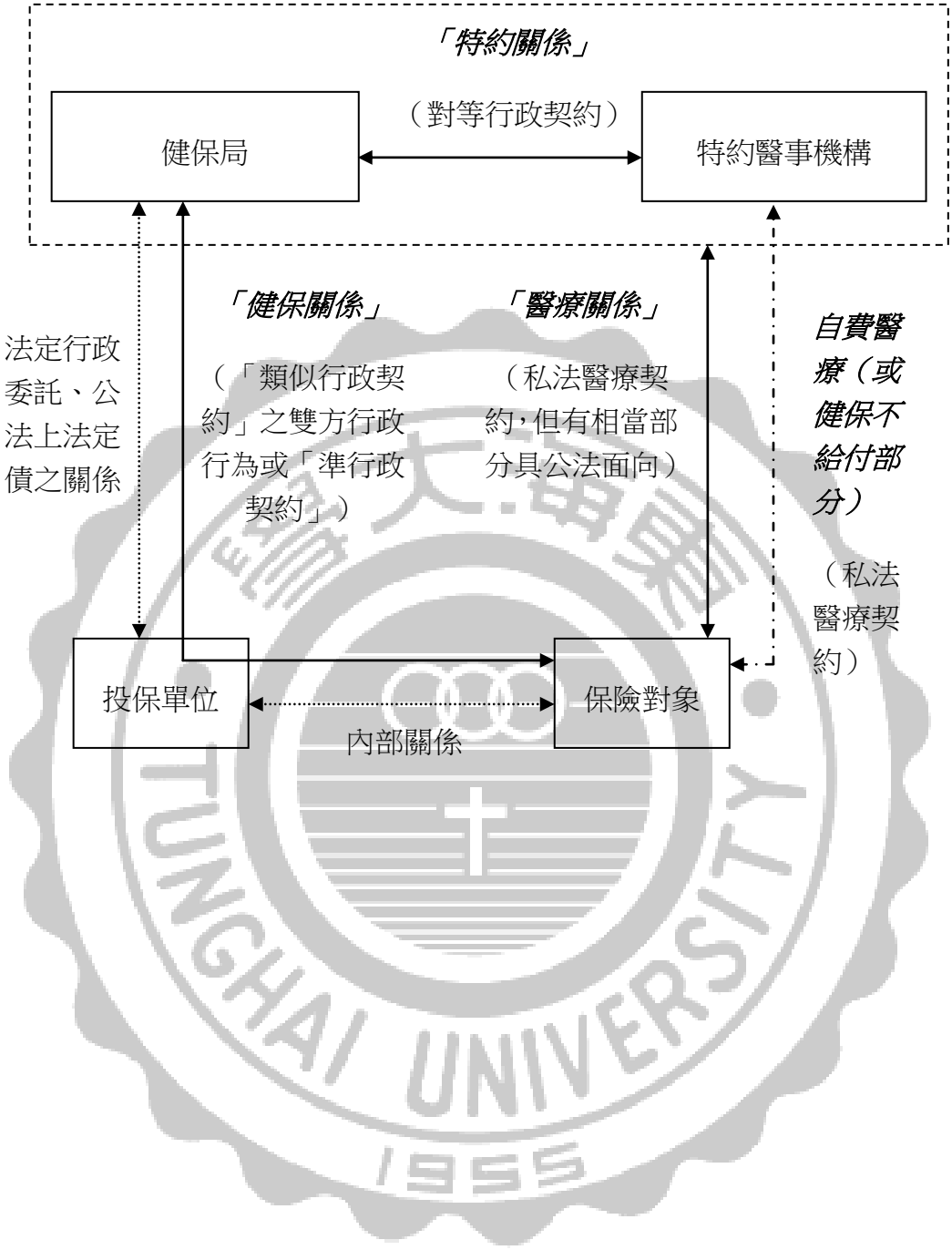
對其依全民健康保險法規執行醫療給付任務使保險對象因而受到損害，負雇主賠償之責，且僅能於受僱人「健保醫師」有故意或重大過失時始能對其求償。如此則健保醫師可安心執行全民健康保險任務，不會有醫療糾紛之巨大壓力，亦不因而實施防衛醫療。

特約醫事機構與保險對象之醫療關係，學者有「私法契約」及「公、私法並行之法律關係」二說，本文認為「醫療關係」基本上仍為私法醫療契約，但有相當部分實具公法面向，或無法以私法醫療契約解釋。特約醫事機構於執行醫療行為時因過失侵害保險對象之權益，通說認為醫療糾紛之損害賠償責任僅存於醫病之間，無國家賠償之適用，但本文認為健保局是否應負國家賠償之責，仍有待商榷。建議健保局對於保險對象必要之醫療應全部給付，至少對於給付範圍內之項目及數量等不應予以限制。

投保單位與健保局間之法律關係，本文認為有法定行政委託、公法上法定債之關係；屬於雇主者，則另有推舉代表監理健保業務和提供保險政策、法規研究及諮詢之權；建議改以行政契約法制行之，並確保及提升其法定地位和權利。

依本文見解，健保局、保險對象、特約醫事服務機構和投保單位間之關係可如下圖所示。

圖 1：全民健康保險之法律關係圖



第四章 全民健康保險給付規範之探討

於現行全民健康保險制度下，保險對象發生疾病、傷害或生育事故[275]時，依全民健康保險給付制度，持健保卡至特約醫事機構請求醫療給付；特約醫事機構依全民健康保險法及全民健康保險醫療辦法[276]、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法等公法性質之法規[277]提供必要醫療給付後，依全民健康保險支付制度向健保局申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用，經健保局審核後，將點數換算成給付金額[278]，扣去保險對象所繳之部分負擔費用[279]，支付予特約醫事機構。另於全民健康保險法第 32 條（尚未實施之新法刪除）第 1 項訂有預防保健服務（回歸公務預算支付）、全民健康保險醫療辦法第 36 條及第 37 條訂有居家照護服務，此亦為保險對象所得請領之健保給付。由於健保局對於健保給付之管控、支付制度決定了特約醫事機構所能獲得之醫療對價、特約醫事機構所提供之醫療行為（診療、藥品等）須符合健保局所訂給付範圍、支付標準及審核標準[280]，是以支付制度對於特約醫事機構醫療行為之選擇和保險對象所能獲得之健保醫療給付有莫大的影響；可以說，「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」和由衛生署或健保局個別公告之醫療服務所規定的範圍（費用支付範圍）即是保險對象所能領受之給付範圍[281]。

鑒於現行全民健康保險法制之給付制度和支付制度仍存有許多有待商榷之處，本章將對此進行其合理性之探討。

---

275 全民健康保險法第 2 條（尚未實施之新法移列為第 1 條第 2 項，並作修正）。

276 全民健康保險法第 31 條第 1 項（尚未實施之新法移列為第 40 條第 1 項，並作修正）。

277 參司法院大法官釋字第 533 號解釋之解釋理由書。

278 全民健康保險法第 47 條至第 54 條（尚未實施之新法移列為第 60 至第 65 條，以及第 41、42 條，並作修正）。

279 全民健康保險法第 33 條（尚未實施之新法移列為第 43 條，並作修正）、第 35 條至第 38 條（尚未實施之新法移列為第 47 至第 50 條，並作修正）。

280 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 29。

281 參蔡茂寅，〈全民健康保險之法律關係〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版有限公司，2003 年 3 月，頁 483－506；張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 25；陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 78；蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 144。

第一節　現行全民健康保險給付制度之法律規範

全民健康保險法第一章總則章中，第 2 條（尚未實施之新法移列為第 1 條第 2 項，並作修正）規定「本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」；復於第 4 章第 31 條第 1 項（尚未實施之新法移列為第 40 條第 1 項，並作修正）前段規定「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」；因此全民健康保險之給付制度係由特約醫事機構提供醫療之實物給付[282]。全民健康保險醫療辦法規範了醫療程序、醫療服務、藥事服務和居家照護，其所規範之給付範圍係委由特約醫事機構執行，給付內容之界定必須符合醫事專業所認定之診療項目及藥品或器材的適應症，準此，健保局依法所提供之保險給付，實質上等同於特約醫事機構之必要醫療服務。由於特約醫事機構所得提供之必要醫療服務，包括具體診療項目及藥品、器材之適應症等，明訂於醫療費用支付標準及藥價基準[283]，而非如釋字第 524 號解釋所指醫療費用支付標準及藥價基準僅限於「對醫療費用及藥價之支出，擬定合理之審核基準」，故而保險人與醫事服務機構之間的費用支付範圍即係保險人健保局之保險給付範圍[284]。

第一項　　法律層次之規定

全民健康保險法第 4 章規定保險對象之保險給付：第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）規定特約醫事機構須依全民健康保險醫療辦法給予門診或住院診療服務，並得交付處方箋；第 32 條（尚未實施之新法刪除）規定主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及原住民地區暨山地離島地區醫療服務促進方案；第 33 條（尚未實施之新法移列為第 43 條，並作修正）及第 35 條至第 38 條（尚未實施之新法移列為第 47 至第 50 條，並作修正）規定保險對象之自行負擔（部分負擔）；第 34 條（尚未實施之新法刪除）規定如連續二年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[285]；第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）規定非屬全民健康保險之範圍；第 40 條（尚未實施之新法移列為第 52 條，並作修正）規定不適用全民健康保險之狀況；第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）和第 45 條（尚未實

[282] 例外者為緊急傷病或特殊情況自墊醫療費用之核退。參全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法和全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點。

[283] 參全民健康保險法第 51 條第 1 項（尚未實施之新法移列為第 41 條，並作修正）。

[284] 相同見解，請參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 25。

[285] 全國平均每人每年門診次數自 1996 年起即已超過 12 次，但本條規定從未執行，實為具文。

施之新法移列為第 58 條，並作修正）規定不予保險給付之情形；第 42 條（尚未實施之新法移列為第 54 條，並作修正）和第 53 條（尚未實施之新法移列為第 64 條，並作修正）規定醫療服務經醫療服務審查委員會審查認定不符合全民健康保險法規定者，其費用應由該特約醫事機構自行負責；第 43 條（尚未實施之新法移列為第 55、56 條，並作修正）規定保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者醫療費用之核退；第 44 條（尚未實施之新法移列為第 57 條，並作修正）和第 46 條（尚未實施之新法移列為第 59 條，並作修正）為受領核退現金之規定；第 30 條第 4 項（尚未實施之新法移列為第 37 條，並作修正）、第 38 條（尚未實施之新法移列為第 50 條，並作修正）第 2 項、第 69 條之 1（尚未實施之新法移列為第 91 條）和第 87 條之 1（尚未實施之新法移列為第 98 條，並作修正）則為有關暫行拒絕給付之規定。

第二項　行政命令層次之規定

行政命令方面主要見於全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、預防保健實施辦法和保險對象免自行負擔費用辦法、「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」以及「全民健康保險藥品給付規定」等。

全民健康保險施行細則第 54 條有因欠繳保險費及滯納金而暫行拒絕給付者，暫行拒絕給付期間應有之保險給付，俟繳清後核退之規定；第 54 條之 2 規定適用和不適用暫行拒絕給付之情況；有關自行負擔費用（部分負擔）規定於第 59 至第 62 條、第 64 條第 2 項、第 65 條及第 67 條；第 67 條之 1 規定藥品及計價藥材成本之核算依全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理；第 70 條之 3 則有關於勞工保險局委託健保局辦理職業災害保險醫療給付之規定，其費用償付辦法由主管機關會同中央勞工保險主管機關定之。

全民健康保險醫療辦法第 5 條及第 6 條規定未能及時繳驗保險憑證或身分證件者之因應；第 9 條為有關繼續治療單之規定；第 10 條為有關特殊狀況無法親自就醫之規定；第 11 條為有關同一療程之規定；第 15 條為有關不得允以住院或繼續住院之規定；有關慢性病連續處方箋規定於第 18、19 條及第 38、39 條；第 23 條至第 29 條則分別規定了西醫診所、牙醫診所、中醫診所、中醫醫院門診及醫院中醫門診、（西醫）醫院門診、（西醫）醫院急診、（西醫）急性住院和（西醫）慢性住院所得提供之服務項目；第 30 條為有關輸血及使用血液製劑之規定；第 31 條為有關義肢之規定；第 32、33 條為有關保險病房之規定；第 34、35 條為有關藥品之規定；第 36、37 條為有關居家照護之規定；第 40 條規定「藥品之

處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥品價格之同成分、同劑型、同劑量其他廠牌藥品替代」；第 41 條規定了藥劑之容器或包裝上應載明事項；第 42 條則有重複就醫或其他浪費醫療資源情形者輔導、指定特定醫事機構診療及不予給付之規定。

預防保健實施辦法第 2 條規定了預防保健之給付時程;第 3 條則規定了預防保健服務項目。保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條至第 6 條分別規定了重大傷病之範圍、申辦、代辦、核定、有效期限及免自行負擔費用之範圍；第 7 條至第 9 條則分別規定分娩、預防保健及山地離島地區免自行負擔費用；第 10 條則規定了免自行負擔費用者因緊急就醫或不可歸責事由，其先付醫療費用之核退。

對於藥品之給付，健保局訂有「全民健康保險藥價基準」，其有支付之藥品以記載於該基準者為限[286]；該基準並訂定了藥品支付品項之收載原則、支付價格訂定原則、支付價格調整和支付品項暨價格表。健保局另訂有「全民健康保險藥品給付規定」[287]，其中詳細規定了各類藥品使用之限制，例如「非類固醇抗發炎劑(NSAIDs)藥品(如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide)(90/7/1、97/9/1) etoricoxib (96/1/1、99/10/1) 1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/10/1)：(1) 年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。(2) 類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癬性關節炎等慢性病發炎性關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。(3) 合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者 (97/2/1)。(4) 同時併有腎上腺類固醇之患者。(5) 曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。(6) 同時併有抗擬血劑者。(7) 肝硬化患者。2. 使用本類製劑之病患不得預防性併用乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑及其他消化性潰瘍用藥，亦不得合併使用前列腺素劑（如 misoprostol）3. Nimesulide 限用於急性疼痛緩解，其連續處方不得超過 15 日(97/9/1)。」藥品給付，統計至 100 年 4 月 1 日，全民健康保險收載且支付價格為有效之藥品為 17,000 項（用藥品項資訊為每月更新）[288]。

而對於藥品以外之醫療服務，健保局訂有「全民健康保險醫療費用支付標準」[289]，其中詳細規定了各項醫療服務（例如處置、手術）申報之限制，例如一般門診診察費中，醫院門診診察費於就診人次在合理量內時，處方交付特約藥局調劑者之支付點數為 228 點;開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑者之支付點數為 263 點；未開處方或處方由本院所自行調劑者之支付點數為 228 點；開具慢性

[286] 參全民健康保險藥價基準第 1 章總則第 2 條。

[287] 參健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20928_1_藥品給付規定條文.doc。參訪日期：2012 年 2 月 22 日。

[288] 參健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&WD_ID=755&webdata_id=3427。參訪日期：2012 年 2 月 22 日。

[289] 參健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3633&WD_ID=900。參訪日期：2012 年 2 月 22 日。

病連續處方並由本院所自行調劑者之支付點數為 243 點；開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑者之支付點數為 463 點；開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑者之支付點數為 443 點。又如手術部分，規定顏面皮膚及皮下腫瘤切除術直徑小於 1 公分者之支付點數為 1300 點；直徑 1～2 公分者之支付點數為 2520 點；直徑超過 2 公分者之支付點數為 4733 點；而臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術小於 2 公分者之支付點數為 1475 點；2 公分至 4 公分者之支付點數為 1752 點；4 公分至 10 公分者之支付點數為 3371 點。頭皮腫瘤則又有另一種申報號碼及支付點數。全民健康保險醫療費用審查注意事項則細部規定了各該項給付之給付數量、次數、條件、不另給付等基準。特殊材料，統計至 100 年 4 月 1 日，全民健康保險收載且支付價格為有效之特殊材料為 8817 項（醫療特材資訊為每季更新）[290]。「全民健康保險醫療費用支付標準」係依全民健康保險法第 51 條第 1 項（尚未實施之新法移列為第 41 條，並作修正）之授權，由健保局與特約醫事機構共同擬訂後，經主管機關行政院衛生署核定，為醫療費用申報之最重要準據，具決定醫療費用支付項目及數量之效果，其性質應屬行政程序法第 150 條第 1 項之法規命令[291]。

此外，保險對象可得之醫療給付尚有事前審查項目及部分給付項目。目前健保部分給付項目為義肢、雙腔可變速率型人工心律調節器、塗藥血管支架、特殊材質人工髖關節（2 項）、特殊功能人工水晶體等 6 項。其餘請詳見健保局網站。

第二節 全民健康保險給付對象結構與給付範圍

現行全民健康保險制度中除支付制度外之給付制度規定，在保險對象範圍、承保範圍、部分負擔、健保代位求償等部分其合理性仍有待商榷，本節將分項探討之；至於支付制度部分則將於本章第 3、4 節探討。

第一項 保險對象範圍之合理性

現行全民健康保險法第 10 條（尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作

[290] 參健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&WD_ID=755&webdata_id=3427。參訪日期：2012 年 2 月 22 日。

[291] 參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 63。健保局原本將「全民健康保險醫療費用支付標準」定位為行政規則（行政院衛生署網站，http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/Default.asp?class=&page=10，2006 年 4 月 27 日參訪，並經作者循「總經理信箱」詢問確認），後始更改為法規命令。

修正）及第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）規定了保險對象之範圍。保險對象範圍之合理與否關乎全民健康保險之財務收支及有限醫療資源之使用，進而影響整個全民健康保險給付制度，因此有必要探討。保險對象範圍之規定中，有關僑胞或出國者、外籍人士和受刑人三方面其合理性有待商榷。

第一款　僑胞或出國者

現行全民健康保險法第 10 條（尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作修正）第 1 項規定「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。」依此規定，凡具我國國籍之僑胞或出國者，只要曾經參加過全民健康保險，或已在臺灣地區設有戶籍之第一類第一至第三目被保險人（政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員；公、民營事業、機構之受雇者；前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者），即得於返國後立即復保；如不曾加過保，亦只須於臺灣地區設有戶籍四個月後加保。實務上常有僑胞或出國者於出國時退保，需要就醫或健康檢查時立即辦理復保，僅繳納當月健保費即受領所需之醫療給付，並於就醫後立即再次出國而退保，形成全民健康保險之道德風險及危險逆選擇[292]。此種規定，雖其修法理由為「對原已依規定參加本保險之國人，因出國求學等因素退保者，為維護其保險權益，應許其於返國後即依適當身分加保」，但本文認為，出國者和僑胞此一行徑無異侵奪全體守法繳交保險費之保險對象的健保醫療資源，故而此為不合理之規定。已修法而尚未實施之二代健保移列為第 8 條第 1 項第 1 款，並修改為「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」；而對於第二款則維持同樣之規定。基於相同之理由，此規定仍屬不合理之規定。

對照同樣無收入之在本國求學的學生[293]或被保險人（或眷屬）仍應每月繳交健保費，上開規定實屬違反平等原則，為不合理之規定。本文認為，除非保險對象確定不再回國就醫而退保，否則出國期間仍應依各該規定每月繳交健保費，或繳納至一定期間（至少五年以上），回國時始可立即享有健保權益；至於其在國外所生醫療費用，則依全民健康保險法第 43 條（尚未實施之新法移列為第 55、56 條，並作修正）第 1 項[294]、「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」、

---

[292] 參林進田，〈探討出國停保者，返國就醫之合理性〉，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-014，頁 1。

[293] 依經驗法則，能出國留學者其經濟狀況比只能在本國求學的學生還困難者，幾希。

[294] 全民健康保險法第 43 條（尚未實施之新法移列為第 55、56 條，並作修正）第 1 項：「保險

「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」和「全民健康保險藥品給付規定」等之規定予以核退，且不得高於主管機關規定之上限[295]。而對於上揭確定不再回國就醫而退保者，竟回國就醫，則應循自費身分就醫，或重新加保並追繳其歷年（而非僅前三年）所欠繳之健保費後，始得以健保身分就醫為妥。倘能如此行之，則可杜絕此類有錢出國卻不願負擔健保費者侵奪全體保險對象之健保醫療資源，暨健全健保財務之收支。至於出國者或僑胞之屬於經濟困難人士，亦應依全民健康保險法第 8 條（尚未實施之新法移列為第 10 條，並作修正）第 1 項第 5 款、第 27 條（尚未實施之新法第 27 條，並作修正）第 1 項第 5 款、第 87 條之 1 至第 87 條之 5（尚未實施之新法移列為第 98 條至第 101 條，並作修正）規定辦理。

另有一種出國者，其具有中華民國國籍，且繼續在臺灣地區設有戶籍，為全民健康保險之保險對象，然由於其認為外國之醫療比國內好，或因其於本國不符資格，無法獲得其所欲獲得之醫療給付，故而專至國外以獲取其所欲獲得之醫療服務，並於獲得該醫療服務後立即返國。此即所謂境外就醫，例如某些保險對象欲獲得肝臟移植，但不符合條件（不論係不符醫學學理上或不符健保政策上之條件）而無法在我國獲得健保給付，乃至對岸接受肝臟移植；甚或其係順應我國醫師之指示，故意至對岸合作醫院就醫，而由當地醫師或由該醫師進行肝臟移植手術。此等醫療費用，本非全民健康保險所應給付，本應自行負擔費用，但有不少案例係將該等境外就醫偽造成緊急傷病須在非保險醫療機構立即診療，逕向健保局依現行全民健康保險法第 43 條（尚未實施之新法移列為第 55、56 條，並作修正）第 1 項申請核退醫療費用，詐領健保給付。實則海外醫事機構良莠不齊，未必符合全民健康保險特約醫事機構所應具之資格，故為維護國民之健康照護權益及全民健康保險之永續經營，監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告中建議衛生署對於境外醫療費用之申請應建立嚴格之查核機制，加強查察造假、浮濫等情事，並堅持特約醫事機構只能及於政府治權所及之處的規定，而不能以任何形式或名義超越政府實質有效統轄範圍之外[296]。本文贊同此一建議。

第二款　外籍人士

依全民健康保險法第 10 條（尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作修正）第 2 項之規定，外籍人士於取得居留證明文件，並符合全民健康保險法第 8

對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。」

[295] 尚未施行之新法則為第 55 條第 2 款之規定：「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。」

[296] 參監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 764－766。

條（尚未實施之新法移列為第 10 條，並作修正）所定被保險人資格或第 9 條（尚未實施之新法移列為第 2 條第 2 款）所定眷屬資格者，自居留滿四個月時起，得參加本保險為保險對象；倘其為政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員，公、民營事業、機構之受雇者，或其他有一定雇主之受雇者[297]，不受四個月之限制，可立即加入健保。另行政院衛生署尚認合法外籍勞工於尚未取得居留證明文件前即得以其護照及事業主管機關核准從事工作之證明文件參加健保[298]。此一規定亦有可能造成全民健康保險之道德風險，例如外籍人士名為來台工作，實為獲得健保醫療給付，受領醫療給付後即行出國離去。本文認為，來台工作者基於社會連帶之理念，固應予以即時納保；但如遇上揭道德風險之例，則應於其離開我國之前追繳其所受領醫療給付之費用（或由其雇主代為繳清），並處以罰鍰，始能准其離開，以保障全體保險對象之權益。

第三款　受刑人

依現行全民健康保險法第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）第 1 款，在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之受刑人，除應執行期間二個月以下或接受保護管束處分外，非屬全民健康保險之保險對象，已參加者應予退保，其立法理由為「第二款之人員，應由監獄或保護管束機構提供醫療服務，且由於無法定期繳納保費，或因受囚禁服刑之限制不能自由就醫，乃明定不參加本保險。另為避免因異動頻繁而增加行政處理，乃規定其應執行之期間未逾二個月者，不在此限」[299]。而監獄行刑法第 58 條第 3 項規定「保外醫治期間，不算入刑期之內。但移送病監或醫院者，視為在監執行。」故保外就醫期間依全民健康保險法第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）第 2 款及第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除，但將原本第 10 條移列之第 8 條由「得參加」改為「應參加」）規定，應參加全民健康保險[300]。目前受刑人除監內一般門診由該監負擔外，其他門診如牙醫，以及戒護外醫，均由其自行負擔[301]；由於現行監

---

297 全民健康保險法第 8 條（尚未實施之新法移列為第 10 條，並作修正）第 1 項第 1 款第 1 目至第 3 目。

298 參衛署健保字第 84017144 號函，1995 年 4 月 8 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%BD%C3%B8p%B0%B7%ABO&N1=%BD%C3%B8p%B0%B7%ABO&N2=84017144&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1，參訪日期：2012 年 3 月 12 日。

299 參全民健康保險法第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）之立法理由，《法律案專輯第一百六十九輯（上）—全民健康保險法案》，1994 年 12 月初版，頁 11。但衛署健保字第 0920016436 號函（2003 年 3 月 19 日）則謂「查本法第十一條第一款之立法意旨，係考量此等人員遭強制拘禁，無自由外出就醫之可能，難以實現保險制度下，保險對象繳交保險費與享有醫療給付之權利義務對等性，且政府業編列預算設置獨立之監所醫療體系，提供收容人適當之醫療照顧，爰將之排除於全民健康保險之保險對象範圍。」

300 參衛署健保字第 84002599 號函，1995 年 2 月 21 日。

301 參法務部矯正署看守所辦事細則第 7 條、法務部矯正署處務規程第 9 條、法務部矯正署監獄

所醫療體系無法提供收容人適當之醫療照顧，致使許多醫療費用須由受刑人自行負擔，造成受刑人及其眷屬之醫療負擔重於一般保險對象，故此亦違反平等原則。尚未實施之新法移列為第 10 條第 1 項第 4 款第 3 目，將此類受刑人歸為第四類被保險人（但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限），其修法理由為「保障受刑人就醫權」，本文贊同。

第二項　承保範圍之合理性

全民健康保險法第 2 條（尚未實施之新法移列為第 1 條第 2 項，並作修正）規定保險對象發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付；同法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項前段規定保險對象發生疾病、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。而為維護保險對象之健康，同法第 32 條（尚未實施之新法刪除）第 1 項規定主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法。同法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）第 1 項規定特約醫事機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用；同法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項則規定醫療費用支付標準及藥價基準由保險人及特約醫事機構共同擬訂，報請主管機關核定；同法第 52 條（尚未實施之新法移列為第 63 條，並作修正）規定保險人組成醫療服務審查委員會，審查特約醫事機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，而審查辦法由主管機關定之。保險人健保局為參與專業審查者另訂有「全民健康保險醫療費用審查注意事項」及「全民健康保險藥品給付規定」，細部規定各該項之給付數量、次數、條件、不另給付等，實質控制特約醫事機構所得提供之醫療給付及其給付之數量、次數、條件[302]。上揭規定係全民健康保險承保範圍之正面表列規定。

全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）羅列 12 款本非保險之給付範圍：（一）依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項

辦事細則第 8 條、監獄組織通則第 6 條、羈押法施行細則第 66 條和法務部矯正署雲林監獄網站 http://www.ulp.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=125038&ctNode=23453。參訪日期：2012 年 3 月 14 日。

302 「全民健康保險醫療費用審查注意事項」與「全民健康保險藥品給付規定」雖屬健保局內部專業審查之行政規則，非保險對象所得知之，但卻是最直接而實質控制特約醫事機構所得提供之醫療給付及其給付之數量、次數、條件，例如「門診病患實施燒傷處置、換藥，第一次可申報 48014C，第二次至第四次得申報 48018C，其後限申報 48013C，48018C 部分如須延長應詳加說明。每次申報需檢附處理前、後之彩色照片，以利審查」；「頭部外傷合併腦膜外血腫、腦膜下血腫及腦內血腫，若為同一手術刀口，應只以支付點數最高者申報一項」；「為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等附帶之手術及處置，不另給付」等。違反此行政規則之規定，不僅無法獲得醫療費用，尚須擴大回推，且有可能遭受罰鍰。

目（二）預防接種及其他由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、醫師指示用藥（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）其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品；同法第 40 條（尚未實施之新法移列為第 52 條，並作修正）規定因戰爭變亂，或經行政院認定並由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；同法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）規定保險對象有（一）依其他社會保險法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療（二）住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用(三)經保險人事前審查,非屬醫療必需之診療服務及藥品或(四)違反本法有關規定四種情形之一者，不予保險給付。此三條係承保範圍之負面表列規定。

全民健康保險對於承保範圍之規定，於法律規範本身和具體承保範圍（例如不給付項目、重複給付、醫療資源配置、限制給付之項目及數額以及醫藥分業）等方面其合理性有待商榷。

第一款　有關法律規範之合理性

基於法治國原理，關於國民與國家公權力間之事務，應由法律明確規範，使國民以主權所有者之身分，得以預見、監督國家公權力之行使；而基於基本權利保護原理，國家對於對國民個人自由權利之限制，須由法律規定（憲法第 23 條法律保留原則），且法律內容應實質正當（公益原則），其限制措施應符合比例原則[303]。依層級化法律保留[304]之原則，「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。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。[305]」是以於全民健康保險法制

[303] 參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，政大法學評論第 73 期，2003 年 3 月，頁 13。

[304] 參釋字第 433 號解釋理由書、吳庚，《行政法之理論與實用》，增訂十一版三刷，2011 年 8 月，頁 106 以下。

[305] 參釋字第 524 號解釋解釋文。

下，保險給付之規定係屬相對法律保留，應遵循法律明確、授權明確及命令明確之原則[306]。

我國全民健康保險制度，保險對象強制納保、繳交保險費，而於保險事故發生時取得必要健保醫療給付之請求權；倘必要健保醫療給付無法取得，保險對象之健保醫療給付請求權即受侵害，全民健康保險制度亦因之失其正當性。準此，對於全民健康保險之承保範圍，法律須明確規範，有法律保留原則之適用，俾全體保險對象得以預見保險給付之範圍、項目及增減；其給付範圍與保險費間應維持一定程度之對價平衡，不存行政裁量之空間[307]；國家不得恣意改變相對於保險對象之醫療給付[308]。依上開第 3 章第 3 節之論述，健保局將其公法任務以「全民健康保險特約醫事服務機構合約」委託予特約醫事機構為之，由特約醫事機構代替健保局提供傷病患經其判斷所應獲得之必要醫療給付；而依照該合約，特約醫事機構須依全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法等法規提供必要醫療給付；易言之，特約醫事機構所提供之醫療給付範圍[309]須符合保險人給付義務之範圍，反之亦然。特約醫事機構所得提供之醫療給付，依全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項，明訂於「全民健康保險醫療費用支付標準」和「全民健康保險藥價基準」。因此，全民健康保險之醫療給付範圍（承保範圍），即係保險人健保局與特約醫事機構間之費用支付範圍[310]。

現行全民健康保險承保範圍以上開負面表列及正面表列規定之，然新增之醫事行為常未及納入支付標準，而負面表列之規定亦常令保險對象誤認全民健康保險係包山包海[311]；加之對於非屬正負表列規定之項目（例如高科技診療項目），

---

306 參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，政大法學評論第 73 期，2003 年 3 月，頁 15－16。有關給付行政適用法律保留原則之論述，另請參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 36－37；郭明政，〈法律在社會福利制度中之角色與任務〉，《社區發展季刊》第 67 期，1994 年 9 月，頁 75；蔡維音，〈社會福利制度之基礎理念及結構－以德國法制為中心〉，《月旦法學雜誌》第 28 期，1997 年 9 月，頁 26；郝鳳鳴，〈我國社會法之現況與展望〉，《輔仁法學》第 15 期，1996 年 6 月，頁 96。

307 參釋字第 524 號解釋施文森大法官之部分不同意見書。

308 相似見解，請參蔡維音，《社會國之法理基礎》一版，正典出版文化有限公司，2001 年 7 月，頁 143－144。

309 即得向保險人健保局依全民健康保險法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）第 1 項申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用者。

310 參蔡茂寅，〈全民健康保險之法律關係〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版設，2003 年 3 月，頁 483－506；張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 25；陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 78；蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 144。

311 全民健康保險開辦初期，健保局給民眾的訊息係只要病情需要，所有醫療處置均有給付。參詹金烈，〈人為因素所導致之醫療相關併發症〉，《台灣醫界》第 53 卷第 12 期，2010 年 12 月，頁 47；洪奇昌，〈沒有目標的改革---即將實施的健保 DRG 支付制度〉，2009 年 9 月 4

其相關法律規定亦不明確，給付與否之決定過程更欠缺定制、公開之程序與標準[312]，從而迭生健保局與保險對象對於保險給付之爭議，終有釋字第 524 號解釋之作成。該解釋認為「全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：『其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品』，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告。又同法第三十一條規定：『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。』內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項，中華民國八十四年二月二十四日發布之全民健康保險醫療辦法，不僅其中有涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務事項，且在法律無轉委任之授權下，該辦法第三十一條第二項，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾母法授權之範圍。另同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』，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十一條所謂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，亦不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。」

全民健康保險法有關承保範圍之法律規範，歷經釋字第 524 號解釋及相關學者之探討，略有下列四問題，以下分別探討之。

第一目　全民健康保險法第 39 條第 12 款之問題

全民健康保險法對於保險給付有除外與不為之給付等條款之規定：第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）[313]之對象除外、第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）之項目除外、第 40 條（尚未實施之新法移列為第 52 條，並作修正）之事故除外和第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53

日。台灣新社會智庫網站 http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1734&Itemid=123。參訪日期：2012 年 5 月 13 日。

312 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 3。

313 現行全民健康保險法第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）：「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。二、失蹤滿六個月者。三、喪失前條所定資格者。」

條，並作修正）不為之給付。第 11 條（尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正）、第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 1 至第 11 款和第 40 條（尚未實施之新法移列為第 52 條，並作修正）屬於較明確之法律概念，但第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 12 款授權主管機關得以公告方式「另作其他不為給付之除外規定」[314]，給付與否得由保險人自行酌定增刪，屬概擴授權，欠缺授權明確性，無法為保險對象所預見；其增加承保範圍之不確定性，違反法律保留原則。釋字第 524 號解釋認為「主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告，尚不能捨棄該款而發布規章另作其他不為給付之除外規定。若為避免醫療資源之濫用或基於醫藥科技之發展，認上開法律第三十九條第十二款之規定仍有不足，自得於法律中增訂或另立具體明確之授權條款，以應實際需要並符法律保留原則。」

法律保留原則係為使行政行為經由立法者之立法或授權而獲得正當性，故立法者授權時應具體明確，俾人民之權利不因行政機關恣意而受侵害[315]。尚未實施之新法（移列為第 51 條）將該第 12 款修改為「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」，雖已明確授權由保險人擬訂，但本文認為其對於不給付項目之審查基準[316]及進行審查之程序[317]二者仍欠缺授權明確性，無從預見主管機關可能公告之不給付項目，亦無從得知健保會做成決定之程序，依然存有承保範圍之不確定性，恐仍無法通過大法官之司法審查。

第二目　全民健康保險法第 31 條之問題

全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項，規定保險對象發生疾病、傷害或生育事故時得請求醫療給付；而醫療給付請求權行使之程序及服務項目，則由同條第 2 項授權主管機關訂定「全民健康保險醫療辦法」，就如何行使醫療給付請求權及其具體給付項目為之規定，然授權之目的、內容和範圍並未明定之，造成允許保險人不僅可隨時增加法定給付項目外之醫療服務[318]，亦得因應實際情況增刪細部之醫療服務項目，使保險人有恣意決

---

[314] 釋字第 524 號解釋理由書。

[315] 參李玉君，〈全民健康保險制度之回顧、檢討與再造〉，《月旦法學雜誌》第 153 期，2008 年 2 月，頁 51。

[316] 例如釋字第 524 號解釋理由書所指「按特殊診療項目及藥材，包括所謂危險性高的醫療服務、易為醫療人員不當或過度使用之醫療服務、高科技診療項目、特殊原因之醫療服務、價格昂貴或有明顯副作用之藥物」等基準。

[317] 例如依職權或依申請，以及如何做成決議等。另參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 36－37。

[318] 健保局常於每年年度總額協商完成、衛生署公佈實施後，卻又在年中增加給付範圍。參本文下揭第 4 節第 3 項第 2 款。

定之虞[319]。釋字第 524 號解釋認為全民健康保險法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項「內容指涉廣泛」，不足以完整規範保險對象所得請求之醫療給付範圍，「有違法律明確性原則」[320]，造成法律漏洞，而有保險給付之不確定狀態（例如上揭高科技診療項目）；行政院衛生署 1995 年 2 月 24 日訂定發布之「全民健康保險醫療辦法」第 31 條第 1 項規定「特約醫院執行高科技診療項目，應事前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[321]，於全民健康保險醫療辦法中限縮保險人之給付責任；第 2 項規定「前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之」，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[322]，「將未經事前審查核可而使用高科技診療之費用排除於給付範圍之外」[323]，二者皆已逾越母法授權範圍，被釋字第 524 號解釋宣告違法，已於 2000 年該辦法修訂時刪除。施文森大法官並認為「若主管機關認為某些傷病或治療此類傷病所需之高價藥品、手術或材料非被保險人交付有限保費所能涵蓋，亦應仿勞工保險條例第四十四條，回歸法律為之詳列，不容保險人在給付範圍上自行調整。」[324]但孫森焱大法官則有不同看法，認為並不發生轉委任授權之問題[325]。

尚未實施之新法（移列為第 40 條），將第 1 項規定修改為「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。」第 2 項規定修改為「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。」以對釋字第 524 號解釋作出回應。

第三目　全民健康保險法第 41 條第 3 款之問題

全民健康保險法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）第 3 款規定經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品不予給付。「對於原

---

319 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 181。

320 但孫森焱大法官則認為並無不明確。參釋字第 524 號解釋孫森焱大法官之部分不同意見書。

321 孫森焱大法官認為並無「涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務」之情事。參釋字第 524 號解釋孫森焱大法官之部分不同意見書。

322 即健保局 1996 年 11 月 13 日公告之全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點和 1997 年 1 月 11 日修正公告之全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點。

323 參釋字第 524 號解釋施文森大法官之部分不同意見書。

324 參釋字第 524 號解釋施文森大法官之部分不同意見書。

325 參釋字第 524 號解釋孫森焱大法官之部分不同意見書。

應為之給付，容許保險人於承保事故發生後、於被保險人接受治療前就所急須施行之醫療服務及藥品是否『必需』為審查；所謂『必需』，究本款規定意旨，並非取決於特約醫事機構之診斷，而係完全由保險人自行裁量，此不僅可能延誤對保險對象提供適當治療之時機，亦使全民健康保險之保障失其應有之客觀性、可依賴性及可預見性。」[326]釋字第 524 號解釋理由書亦認為「對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，又不問有無採取緊急救濟之必要，一律限於事前審查，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違…若由法律籠統授權之法規命令，以高科技診療項目、高危險醫療服務等，就保險給付加以排除，已有未合，況由未經法律明確授權而任由所屬機關發布規範行政體系內部事項之行政規則，諸如：全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點（健保局八十六年一月十一日修正公告）、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點（健保局八十五年十一月十三日公告）為之替代，於法律保留原則尤屬有違。」亦已因逾越母法授權範圍而宣告違法。但孫森焱大法官[327]則認為「尚難遽指與上開立法意旨有違，亦不發生轉委任授權之問題。」並認為全民健康保險法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）第 3 款之規定「無非就事前審查事項概括授權保險人視當時之醫療環境隨時檢討修正。全民健康保險與商業保險不同，其保險給付之範圍不能專以醫療法或藥事法之規定為依歸。本解釋理由謂上開規定對保險對象所發生不予給付之個別情形，未就應審查之項目及基準為明文規定為不當，係對立法裁量之事項為指摘，自有未合。至有關特殊診療項目及藥材事前審查之項目應預為公告、遇有採取緊急救治措施之必要時，應設相應之機制，以保護被保險人及醫事服務機構之權益，乃屬當然。」目前全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第四章事前審查第 20 條以下至今尚未配合修訂。本文認為事前審查之項目、基準固須先行訂定，俾有所遵循及預見，然此等專業之訂定原非立法者之所長，宜授權由主管機關衛生署負責訂定之。

第四目　全民健康保險法第 50 條第 1 項、第 51 條第 1 項及第 52 條之問題

全民健康保險法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）第 1 項規定「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用」；同法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項規定「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」；同法第 52 條（尚未實施之新法移列為第 63 條，並作修正）規定「保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專

[326] 參釋字第 524 號解釋施文森大法官之部分不同意見書。
[327] 參釋字第 524 號解釋孫森焱大法官之部分不同意見書。

家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之」。因此保險對象所得請求之醫療給付範圍，實質上係表列於「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」和「全民健康保險藥品給付規定」中，包括醫療服務之項目、數量、要件及品質。釋字第524號解釋指出「同法第五十一條所謂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，不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據」，學者張道義認為[328]雖「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」和「全民健康保險藥品給付規定」依上揭論述等同於保險對象所得請求之醫療給付範圍，而非僅「主管機關對醫療費用及藥價之支出擬訂合理之審核基準」，然釋字第524號解釋所禁止者為「單純依據支付標準表與藥價基準拒絕保險對象請求保險給付的權利」，「醫療給付之範圍」本身涉及構成要件之問題，非屬支付標準等之授權範圍，倘若保險人僅依支付標準表決定保險對象保險給付之範圍，即不符法律授權之意旨；欲限制保險對象保險給付之權益，應回歸全民健康保險法之法律條文予以明確規範或指示規定，作為適用之依據。本文贊同此一說法。

尚未實施之新法（分別移列為第62條第1項、第41條第1項及第2項和第63條），第62條第1項改為「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。」第41條第1項改為「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」第2項改為「藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。」第63條改為「（第1項）保險人對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之。（第2項）前項醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。（第3項）醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查之辦法，由主管機關定之。」修改理由[329]為「保險人所以審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，無非係審查其服務之適當性及品質，並據以核付費用；再者，為因應總額支付制度之實施，參全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二條第二項有關委由相關機構或醫事團體辦理審查規定，酌修原條文前段，列為第一項，並將得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序、監督及權利義務等有關事項授權辦法列為第四項。原條文後段授權規

[328] 參張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第524號解釋評析〉，《政大法學評論》第73期，2003年3月，頁28及頁30。

[329] 參全民健康保險法第62條之修法理由。2011年1月4日公布。

定，則移列為第二項及第三項，並將其授權範圍及內容修正明確規定。同時將全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三條第一項有關醫療服務審查得採行之方式納入規範，使符合實際審查需要，並減少爭議。」，以回應釋字第524號解釋。

第二款　有關具體承保範圍之合理性

自全民健康保險制度實施以來，給付之範圍逐年擴大[330]，但卻未能與財務評估相互配合，保費收入無法隨之增加，尤其保險費率更因政治因素而極難依全民健康保險法第20條（尚未實施之新法移列為第26條，並作修正）第3項調整，導致財務赤字問題日益嚴重。由於現行有關承保範圍之法律規範本身呈現上款諸問題，是以保險人一方面自1999年下半年開始採行供需費用管控措施[331]，另一方面則限制、削減若干健保給付之項目及次數[332]，或緊縮申報之要件；最後並將依然短絀之醫療費用藉總額支付制度轉嫁特約醫事機構承擔財務風險。

依前開論述，全民健康保險之承保範圍即係保險人健保局與特約醫事機構間之費用支付範圍，而有關費用支付範圍則規定於「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」。至於「全民健康保險醫療費用審查注意事項」和「全民健康保險藥品給付規定」，其乃健保局所發布之（內部）專業審查規範，具體詳細規定了健保局對特約醫事機構提供之各項給付所得支付之數量、次數、條件及不另給付等情事[333]，本係屬行政程序法第159條之行政規則，理應為非直接對外發生法規範效力之規定；然其卻實質控制了特約醫事機構所得提供之醫療給付及其給付之數量、次數和條件，間接影響保險對象所得受領之醫療給付，亦造成行政程序法上之疑義。準此，「全民健康保險醫療費用審查注意事項」之規

---

330 參監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011年1月，頁71、109、257及258；許家碩，〈從公義原則思考健保醫療資源分配－以總額預算支付制度為例〉，中央大學哲學研究所碩士論文，2008年6月，頁3；鄭文輝，〈全民健康保險財務問題探討總論〉，收於《我國全民健康保險財務之診斷與展望文集》，財團法人國家衛生研究院出版，2002年，頁11－32；蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011年2月，頁23；羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁B1-12－B1-13。2012年3月25日參訪。

331 健保局於1999年及2000年實施藥價調查，提高藥品、復健治療、中醫傷科和高診次之部分負擔，並針對高診次民眾實施個別輔導；2001年1月實施醫院門診合理量，調高門診合理量內看診病人之診察費，但降低超出合理門診量之診察費，促使醫師能合理減少看診人數；2002年1月起基層診所日劑藥費由每日35元調整為25元，同年9月調高醫學中心與區域醫院一般門診之基本部分負擔，進行檢查檢驗者另加收20%部分負擔，上限300元。

332 參許家碩，〈從公義原則思考健保醫療資源分配－以總額預算支付制度為例〉，中央大學哲學研究所碩士論文，2008年6月，頁101；蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999年7月，頁180－182。

333 參註302。

定仍應屬有關全民健康保險承保範圍規定，應將其定位為法規命令，並依行政程序法第 150 至 158 條規定為之：內容應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神（第 150 條第 2 項）、事先公告周知（第 154 條第 1 項）、得依職權舉行聽證（第 155 條）、牴觸憲法、法律或上級機關之命令、無法律之授權而剝奪或限制人民之自由、權利或其訂定依法應經其他機關核准而未經核准者無效（第 158 條第 1 項），否則保險對象不易從內部複雜之審查注意事項、支付標準、藥價基準等判斷其所需之醫療項目、數量等健保是否有給付。

現行全民健康保險有關承保範圍之制度，除法律規範本身呈現上款諸問題外，具體承保範圍於不給付項目、重複給付、醫療資源配置、限制給付之項目及次數、醫藥分業等方面仍有待商榷。

第一目　不給付項目方面

全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 1 款至第 11 款，釋字第 524 號解釋認為並不違反法律保留原則，但實務上對於第 3 款之藥癮治療和第 6 款血液兩方面存有若干問題；同法第 41 條第 2 款規定住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用不予給付、第 81 條（尚未實施之新法移列為第 94 條第 1 項）[334]規定被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付，此二項規定雖無法理上之疑慮，然於實際醫療行為中仍有若干問題存在；此外，看護亦為不給付者，但似亦有重新考量之餘地。

有關藥癮治療，依全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 3 款之規定，其為不給付項目，但若因之產生精神病，並經專科醫師診斷為藥物性精神病（ICD-9-CM：292.9）者，則有給付。藥癮本為精神疾病，其所需之治療費用，依現行收費標準估計平均一個星期需 2.8 至 2.9 萬元[335]；若惡化至藥物性精神病，所花費之醫療費用倍增。全民健康保險之目的既在「促進國民健康、增進公共利益」，理應於病況未重時即將之治癒；如今健保須等到嚴重至藥物性精神病時才給付，不啻省眼前之小錢而於日後花費更多健保及社會成本，且違背全民健康保險之行政目的，故此規定欠缺實質正當性。

有關血液給付方面，依全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 6 款，除緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血外，血液為不給付項目。健保局規定血液處理費用及血袋等相關工本材料費併入醫療支付點

[334] 尚未實施之新法第 94 條第 1 項。

[335] 參高雄市立凱旋醫院網站，http://ksph.kcg.gov.tw/table01.htm。參訪日期：2012 年 3 月 26 日。

數計算[336]，而捐血中心則向用血之特約醫事機構收取血袋成本費（固定之金錢）。然自總額支付制度實施後，點值稀釋，而特約醫事機構卻須向捐血中心支付固定之血袋成本費，造成其不敷成本，迭生爭議[337]；此不合理之情狀至 2011 年健保局將血袋成本費用跳出總額後才得以改善。

通知出院而不出院方面，雖然全民健康保險法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）第 2 款規定其繼續住院之費用健保不予給付，有關費用由保險對象自行負擔[338]，但實務上常有傷病患或家屬以回家不會照顧為由，或以虛偽之症狀、包醫之要求（要求保證出院後不會發生事情）、提告之恫嚇、民意代表之關說等方式要脅繼續住院。究其原因，不外乎「對方尚未幫其結清住院費用」、「對方尚未表現出『誠意』」、「尚未與對方和解」、不願照顧回家後之傷病患、住院可有醫護人員隨時使喚、可賺取（私人）保險金等非醫學上之理由；而醫師、醫事機構或為多賺錢，或因怕被告，或欲「做好人」，或怕得罪民意代表，常竄改醫療紀錄以符合健保繼續住院之條件，造成醫療之濫用。於此類似之情形尚有經醫師診斷不須住院而動用朋友、醫院高層、民意代表等關說住院者，其理由與前揭理由類似，而醫師、醫事機構等亦以上開行為因應。凡此種種，皆屬醫療濫用，且破壞健保制度、侵奪健保資源、升高日後保險對象健康之風險（院內感染之風險、有害健康之風險），有違實質合理性，違反（實質）平等原則[339]，悖於實質正當性。對於通知出院而不出院與不須住院而強要住院兩種情況，以目前之醫病關係（如上揭數例），要求醫界遵行健保法令實有困難；而面對保險對象之申訴，健保局非但不予導正，反而對醫界施加壓力，要求醫界不得讓民眾抱怨，醫界只好冒變造文書之刑責，竄改醫療紀錄，使該等保險對象（繼續）住院，造稱真正需要住院之保險對象反而住不進去，塞爆各大醫院急診。本文認為，既然健保局對此兩種情況之作為已等同對為其（繼續）住院與否之最後決定者，故應對此負責，應由健保局直接面對該等保險對象、家屬或黑道、議員，而非躲在醫界後面。

職業災害係屬全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 1 款「依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目」，非屬全民健康保險給付範圍；符合職業災害之傷患應持勞保證明文件求診或住院，而其醫療費用則由職業災害之保險人勞工保險局支付[340]。茲有問題者，在於有部份勞工不願以職業災害身分就診，而堅持以健保身分就診，尤其是門診。以筆者個人之經

[336] 參全民健康保險醫療辦法第 30 條第 1 項。

[337] 據聞前些年有若干特約醫事機構曾以院內血液用盡且無法派人取血為理由，要求傷病患家屬自行至捐血中心取血；是否與此有關，不得而知。另請參〈醫院買血欠款　血液基金會算帳〉，自由時報 10 版，2005 年 5 月 6 日。

[338] 全民健康保險醫療辦法第 15 條。

[339] 類似行為尚有非必要之剖腹產、非必要之手術、處方、處置、檢查、藥物等。

[340] 全民健康保險法第 81 條（尚未實施之新法移列為第 94 條第 1 項）、全民健康保險法施行細則第 70 條之 3。

驗，符合職業災害之勞工堅持以健保身分求診者略有兩類情形：第一類情形係由於雇主不願意發給勞保單，或謊稱只有住院才能符合職業災害；而勞工或矇懂無知被騙，抑或為保一己之工作而隱忍不發，不敢檢舉。第二類情形則係因雇主已為勞工投保（私人）團體保險，並向其宣稱使用健保身分就醫可實支實付，而若以職業災害身分就醫則須自行負擔[341]，造成勞工樂於以健保身分就醫。究其原因，乃在於雇主不願被主管機關得知其事業有（過多）職業災害事故，以免負擔更多費用[342]，或怕被做記號嚴加檢查[343]；而「醫界也少道德勇氣，堅持專業立場，主管當局更是鴕鳥，不執意推展，致有實無名，許多案例不能以勞保基金支付，而由健保承擔」[344]。本文認為，此種行為侵蝕不少健保資源，已達實質之不合理，違反平等原則（實質平等），欠缺實質正當性，應設法改善，並依上揭各該規定或不當得利向職業災害之保險人求償[345]。

看護工作向由傷病患家屬自行為之，或僱傭專人全權處理或協助，非全民健康保險給付範圍。有學者認為[346]看護費之不予給付加重傷病患家屬之負擔、對於經濟不佳者背離社會保險基本保障之要求、家屬缺乏專業知識，不免有阻礙醫療程序之進行或影響病房安寧之困擾，實有不當；其建議看護之費用宜列入健保給付，且所需人力應由健保局統籌管理供應。本文則認為，鑑於家屬之缺乏照護知識及院內感染之風險，看護應由專業人士（護理人員、護佐等）執行為妥，否則可能會由於錯誤之看護行為導致傷病患遭受傷害。歐美封閉式醫院均以護理師和護佐為之，家屬僅得於固定時間內探望，非探病時間原則上禁止流連於醫院內，即係基於此一理念。至於費用是否納入健保給付範圍，則須由健保局與保險對象協商（會增加保費），或由國家介入。此外，亦可由國家統一訓練，以保障看護之專業水準[347]。

---

341 此時自行負擔亦只有 50 元至 150 元之掛號費。

342 參賴俊雄、李卓倫，〈全民健康保險不當支付醫療費用之探討及推估－以勞工職業病所引發之健保醫療成本為例〉，行政院衛生署 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-040，頁 3。

343 有關雇主之責任及後續作業（登錄、受檢等），參職業災害勞工保護法第 7 條；勞工安全衛生法第 27 條至第 29 條、第 31 條及第 32 條；勞工保險條例第 13 條；勞動基準法第 59 條；勞動基準法施行細則第 34 之 1 條；勞工保險職業災害保險實績費率實施辦法第 2 條；行政院勞工委員會網站 http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=41b7b959:7bb8&theme=。參訪日期：2012 年 3 月 19 日。

344 參李源德，〈去蕪存菁—談全民健保的改造〉，《健康政策》，2000 年秋季號，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx。參訪日期：2012 年 3 月 19 日。截至目前為止，李院長之嘆非但沒有改善，於今尤烈。

345 相同見解，請參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 92。

346 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 188。

347 目前醫院內已有經行政院勞工委員會所訓練之看護執業，其後續之繼續訓練目前則由各醫療院所負責。

全民健康保險制度下，自費項目約有三類：（一）上揭全民健康保險依法不給付之項目（二）健保僅給付特定品項，某些具相同功能或療效之品項則不為給付（或改採部分給付）（三）健保有給付，然須符合適應症。第二類及第三類多有爭議，例如特約醫事機構建議保險對象使用健保不給付之品項，但卻沒有告知其另有功能相同而健保有給付者[348]；第三類則可能因特約醫事機構擔心審查時會被刪除，而以「健保不給付」為由要求保險對象自費。依監察委員之調查報告顯示[349]，主要之自費項目包括掛號費、病房差額費、健康檢查、整形美容、護理之家收入、自費藥物、護理費、診察費、伙食費、特殊材料費、證明書費、牙科自費等；另有指定醫師費、加長診療費、提前看診費、檢查排程費、預約治療檢查費、掛號加號費、住院取消手續費、轉床費、磨粉費等，不一而足。由於自費項目繳品項與費用之收取不須向健保局申報，故而於上開第二類及第三類之情形，除非保險對象向健保局檢舉或詢問，否則只好自掏腰包，造成權益受損。本文認為，光有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條之規定[350]並無法完全杜絕此類現象，特約醫事機構收取自費項目之品項及費用亦應須向健保局申報，並須納入專業審查：符合健保給付範圍者改為由健保給付；不符合者始由保險對象自費或由特約醫事機構自行負責，以保障保險對象之權益。另全民健康保險法第 42 條（尚未實施之新法移列為第 54 條，並作修正）規定「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責」，對於不符合全民健康保險法規定之醫療服務一律由特約醫事機構負責，而不問此醫療服務是否為保險對象所必須，本文認為違反實質正當性，蓋保險對象所必須然健保不給付者本應由保險對象自費；非必須醫療者始應由特約醫事機構負責。尚未實施之新法移列為第 54 條，規定「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」，仍存有上揭不合理之處，本文建議應修正之。

此外，全民健康保險法第 58 條（尚未實施之新法移列為第 68 條）規定「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。」主管機關行政院衛生署決議之「擅立名目收費」目前僅指定醫師費、加長診療費、提前看診費、檢查排程費、預約治療檢查費、掛號加號費、住院取消手續費、轉床費、磨粉費九項，本文則認為如上開護理費、診察費，以及某些自費藥物、特殊材料費等亦應屬之。

---

348 此類品項，健保不給付者通常比健保有給付者昂貴甚多。

349 參監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 389－341。

350 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條：「本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。」

第二目　健保之重複給付方面

健保之重複給付有兩種情形：重複受領門診給付與同時段同時接受西醫及中醫之醫療服務。

重複受領門診給付，係指保險對象以同一傷病為由，於短時間內（一、二日內）至多處門診就醫，而重複受領相同之醫療服務。例如，患有高血壓之保險對象於數日內分別至三處不同特約醫事機構之門診就醫，接受三次心電圖檢查、各拿四星期高血壓藥物；若干保險對象會將藥物全部服用，造成藥物過量；另有某些保險對象領了藥卻不服用，任由其過期[351]。此種行為，不僅浪費醫療資源，亦造成保險對象服藥過量或不遵醫囑服藥，因而導致更多併發症（例如腎臟衰竭而須洗腎）或病情惡化。先前由於不易得知保險對象曾至何處治療，醫師對重複給藥或重複檢查認為在所難免；然目今健保晶片卡中已有保險對象前六次門診之醫療紀錄，醫師於處方前理應得以知曉其已接受過哪些藥物[352]，卻還是有不少重複受領給付之現象。究其原因，約有兩類：醫師疏於注意或醫師／特約醫事機構之利益考量。對此問題，保險對象故應擔負部分責任，但醫界亦應有自律或他律機制。本文認為，自律機制原即不彰，應以他律為妥、加強審核為要。全民健康保險醫療辦法第 42 條對此已有規定：「保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，保險人應予輔導，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。」但其標準過寬（全年門診就醫次數大於 100 次以上[353]），應再加以限縮。

我國全民健康保險制度，保險對象可自行選擇西醫或中醫給付，此於法律規範、就醫可近性、選擇多樣性等方面均無問題；茲有疑義者，實務上有部分保險對象於同一時期內因相同或相異之傷病分別至西醫與中醫之特約醫事機構就醫並受領醫療給付。即便有認為中藥較溫和，然依醫學學理，不論中、西藥物，服用過量均有危險；加之絕大部分西醫師並未接受過中醫訓練，縱其已盡查驗健保卡之義務，對於保險對象所使用之中藥與其所處方之西藥可否併用或是否藥效重複亦無法判斷，可能增加保險對象身體健康之負擔，甚或導致併發症或生命危

---

[351] 參林瑩秋，〈賤藥傷身！〉，《新新聞》第 1311 期，2012 年 4 月 18 日。http://www.new7.com.tw/coverStory/CoverView.aspx?NUM=1311&i=TXT20120418145356419；杜宇喬，〈台灣人愛「逛」醫院　健保自由成浪費〉，優活健康網，2012 年 5 月 4 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E4%BA%BA%E6%84%9B-%E9%80%9B-%E9%86%AB%E9%99%A2-%E5%81%A5%E4%BF%9D%E8%87%AA%E7%94%B1%E6%88%90%E6%B5%AA%E8%B2%BB-032800078.html。

[352] 目前健保卡只能看到前六次門診所處方之藥品，其他檢驗或檢查資料則無法看到。

[353] 參行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=467&now_fod_list_no=11727&level_no=3&doc_no=78902http://www.ego.org.tw/front/bin/ptlist.phtml?Category=394973。參訪日期：2012 年 6 月 14 日。

險，不可不慎，但迄今主管機關仍未體認此類風險。為保險對象之健康著想，制度上應再思考可行之配套或防範措施；由於我國目前尚無醫師可合法同時開立中、西藥物，本文建議保險對象於同一時段內，應盡量避免同時進行中、西醫治療或中西醫混著治療。

第三目　醫療資源配置方面

我國全民健康保險制度，對於單純感冒、咳嗽、頭痛、胃腸不適等症狀之治療亦有給付；特約醫事機構及其僱傭之醫師或基於利益之考量，或因其過時（或錯誤）之醫學知識，常給予症狀治療藥物及抗生素，甚至有醫師為使其口服抗生素處方能符合健保給付之條件而將原本單純感冒(common cold，ICD-9-CM：460.0)之診斷更改為上呼吸道感染（acute upper respiratory infections of unspecified site，ICD-9-CM：465.9）。然而，依據醫學學理，單純感冒本不須服藥（尤其是不須服用抗生素），而應多喝水、多休息；咳嗽、頭痛、胃腸不適等須尋找其產生之原因以治之，而非僅以藥物止咳或止痛；更何況止咳藥會成癮、制酸懸浮劑（不須胃鏡檢查即可開立之胃藥）含鋁，據研究[354]可能會導致老人癡呆症、所有藥物或多或少都會損害肝臟或腎臟等之生理機能，此皆直接間接導致保險對象健康之危害。研究[355]顯示全民健康保險對於此類給付不僅支出甚多，且占率偏高；此部分之醫療費用本不須支出，如今卻支出甚多，非但排擠其他必須醫療給付之費用，亦且提高日後保險對象健康之風險，導致醫療支出更為增加，實有百害而無一益。本文認為，此類給付欠缺實質正當性，應刪除之，不應予以給付。

此外，依醫學學理及各醫學學科教科書，醫師診視傷病患，理應以理學檢查為最重要之診療方式，各項檢查僅為輔助（確定）診斷之用；然研究[356]顯示現行健保制度下，醫事機構所提供之醫療給付，有檢查過多、輕基本診療情事，此即肇因於現行制度下無論執行多少基本診療，其支付點數固定（每一人次固定 208 點），而執行檢查則可多獲取該項支付點數。由於利之所趨，無論門、住、急診，檢查越做越多，尤以高點數者為然，例如電腦斷層、高科技醫療等；基本診療(理

[354] 參 Percy ME, Kruck TP, Pogue AI, Lukiw WJ. Towards the prevention of potential aluminum toxic effects and an effective treatment for Alzheimer's disease. J Inorg Biochem 2011 Nov;105(11):1505-12；Tomljenovic L. Aluminum and Alzheimer's disease: after a century of controversy, is there a plausible link? J Alzheimers Dis. 2011; 23(4): 567-98. 等，相關探討目前已有數百篇 SCI 論文。

[355] 參羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-13－B1-15。參訪日期：2012 年 3 月 25 日。

[356] 參羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-16－B1-17。參訪日期：2012 年 3 月 25 日。

學檢查：視聽扣觸等）卻越來越少做，甚至有部分醫師已退化成不會做理學檢查，或有醫師已有十幾年連傷病患之身體都沒觸摸過（更遑論理學檢查）。後進醫師或有樣學樣，或被教導錯誤觀念，以為該檢查係必要檢查（例如急性闌尾炎做腹部電腦斷層）。許多檢查，尤其是放射線學檢查，其放射線對人體不無影響，而顯影劑則會傷害肝腎機能。在現今全世界許多研究均呼籲減少不必要的此類檢查之際，於我國反而越做越多，非但侵奪健保資源，亦戕害保險對象健康，有違實質正當性。全民健康保險給付制度對於醫療資源之分配影響醫師診療行為之選擇[357]，已係不少研究之結論，而其對後進醫師之醫療行為和日後傷病之保險對象所得受領之健保醫療給付影響頗大，應檢討改善。本文認為應增加基本診療之點數，並刪減若干檢查之點數[358]，尤其是高價位之檢查，以其易遭濫用之故。此外，本文亦建議各專科之醫學會以實證醫學編纂各自之「臨床醫療指引」，俾有所遵循與規範。

所謂高科技診療項目，全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點第2條規定「本要點所稱高科技診療項目，指新發明、新引進，高危險性或高費用之手術、處置或檢查等項目。」高科技診療項目須事前審查，且不一定能獲得許可，特約醫事機構或其所雇醫師為省麻煩，多要求傷病患自費，致損害保險對象權益。事實上，某些高科技診療項目一方面保險對象未必真正須要，原有之健保有給付的項目即為已足[359]，引進此高科技診療項目其實僅係為宣傳之用[360]；另一方面其未必已為全世界多數醫師所接受，或其可能尚有未被發現之風險或併發症，而此風險或併發症可能造成傷病患更重大之危害。本文贊同高科技診療項目應詳加審查，並認為已被全世界多數醫師所接受且確為必須者應予給付，然其價格應予以調低，以免特約醫事機構為了其高點數而競相引進（形成軍備競賽[361]）或濫用。

---

[357] 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999年7月，頁58、119；監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011年1月，頁356－358；李名玉，〈健保支付方式變動對醫師診療行為的影響-以東區分局尿路結石體外震波碎石術為例〉，東華大學公共行政研究所碩士論文，2008年6月；蕭郁琪，〈健保總額支付制度、醫院管理和醫病關係對主治醫師診療行為的影響〉，靜宜大學管理碩士在職專班碩士論文，2008年6月；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；中央研究院，〈醫療保健政策建議書〉，2009年6月，頁35等。

[358] 某些檢查其點數比救命手術還高，例如非緊急情況下檢查下肢靜脈是否阻塞之數位減像血管攝影（靜脈）（IV-DSA，診療項目代碼33097B）有11250點、有造影劑之磁振造影（Magnetic resonance imaging，MRI，診療項目代碼33085B）有11500點；而會致命之胃潰瘍穿孔，手術（胃縫合術，gastrorrhaphy，診療項目代碼72019B）卻只有9896點；會致命之脾臟破裂大出血，手術（脾臟切除術 Splenectomy，診療項目代碼70001B）也只有10486點。

[359] 例如若干手術中使用機器手臂幫助，但其並非必要，請助手幫忙亦可；或者使用128切之電腦斷層檢查某些不須要如此細切之傷勢或急症。

[360] 其性質近似於廣告，讓民眾知道該醫事機構有「高科技」，例如上註之機器手臂或128切之電腦斷層。

[361] 參全民健康保險監理委員會第168次會議紀錄，2009年5月22日，頁8。

第四目　限制給付之項目及次數方面

對於全民健康保險有給付之傷病，健保局於「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」及「全民健康保險藥品給付規定」等處多設有給付項目、次數方面之限制。以下僅舉四例。

「全民健康保險藥品給付規定」通則第 3 款規定「本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。[362]」骨折傷患，其疼痛約需二、三個月才能完全緩解，且於前二十幾天最為疼痛；然骨折非屬慢性疾病，故而此類傷患常須每七日回門診拿止痛藥，或自行至藥局買藥，造成門診次數增加，或服用未經醫師處方、對傷患未必無害之成藥[363]。目前醫學上對於疼痛緩解已越來越重視，並已視之為第五生命徵象[364]，健保局此一限制，或基於費用考量，或為防弊，但對傷病患之治療有損害之虞，且增加門診次數，不但與健保初衷有間，亦且有違其公法上任務，缺乏實質正當性。

有關止痛藥物之規定，健保對於較無副作用但價格較高之藥物（例如 tramadol、ultracet、celecoxib 等），規定 tramadol 和 ultracet 須於服用價格較低但副作用較高之非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）仍無法控制疼痛或有嚴重副作用時才能使用[365]；celecoxib 之使用須符合年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患、類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癬性關節炎等慢性病發炎性關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者等 7 款條件之一方能使用，且不得預防性併用乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑及其他消化性潰瘍用藥，亦不得合併使用前列腺素劑（如 misoprostol）[366]。現今醫學上對於價格較低但副作用較高之非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）已證實會對腎臟、胃、十二指腸等部位造成傷害，甚至可能導致胃、十二指腸大出血或穿孔之致命性緊急疾病，其預防及治療則係停用此類藥物，並施予乙型組織胺受體阻斷劑或氫離子幫浦阻斷劑[367]。如今健保局卻做如此之規定，不惟欠缺合理性，亦有違實質正當性。

---

362 參行政院衛生署健保局〈全民健康保險藥品給付規定〉，一百年版，頁通則-1。

363 目前台灣有不少藥局擅自販賣未經醫師處方，對傷病患可能弊大於利之藥物，甚或宣稱有「更好」的藥物更換醫師原處方之藥物。

364 醫學上生命徵象原指體溫、脈搏、呼吸及血壓四項，目前加入第五項「疼痛」指數。

365 參行政院衛生署健保局〈全民健康保險藥品給付規定〉，一百年版，頁 1-1。

366 參行政院衛生署健保局〈全民健康保險藥品給付規定〉，一百年版，頁 1-2。

367 參 Lee KH, Chang HC, Lo CJ. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. Am Surg 2004 Apr.; 70 (4): 352-6.

「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 2 章第 7 節通則第 6 條第 2 項規定「經不同刀口施行同類手術或兩側性手術，其第一項或一側手術依其所定支付點數計算；第二項或另側手術，依其所定支付點數之一半計算；第三項手術依其所定支付點數之五分之一計算，其餘不計。」其限制給付之理由為「考量多項手術同時進行其手術之術前準備與術後處理相同，在手術執行過程部分作業重疊，因此副手術不宜全額支付，故經討論後訂定，以不同成數方式支付[368]」。由於該規定給付之限制，目前實務上醫師對於多發之脂肪瘤一次只開一顆或兩顆，等過幾個月後再開另外一顆或兩顆，以此類推，造成保險對象須分次手術，而分次手術則保險對象須多請假、多花時間照護傷口，以及延長洗澡之不便（因為傷口不可接觸未經滅菌之水）。此外，亦導致保險對象須多進出幾次醫院，因而提高保險對象本身感染或攜帶微生物傳染給其他人之風險。本文認為，限制此種給付之次數純為費用之考量：術前準備與術後處理之費用原僅占整體費用之極小部分，第二項手術只給一半費用、第三項僅支付五分之一之規定，等同於將術前準備與術後處理之費用擴大成二分之一及五分之四，實係要特約醫事機構做白工，並自行吸收如縫線等成本費用。是以此部分及類似規定部分[369]欠缺實質合理性，且易造成保險對象之不便與增加感染或傳染之風險，實有悖於實質正當性。

實務上對於細菌培養，原本會同時執行藥物敏感試驗；三天內可同時確定菌種及對其有效之抗生素，醫師可針對藥物敏感試驗之結果處方對該菌種有效之抗生素。「全民健康保險醫療費用審查注意事項」規定「細菌培養時未長出細菌，不可申報藥物敏感試驗[370]」，造成目前須等菌種確定後（約三日）始執行藥物敏感試驗（約三日），前後約需六日，延遲對症下藥之時效（從以往三日延遲至現今約六日），徒增保險對象感染惡化、甚至形成敗血症之風險，此亦有違實質正當性。

由上揭四例可知，對於全民健康保險有給付之傷病，健保局所設有關給付項目、次數方面之限制，多僅見於「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」及「全民健康保險藥品給付規定」等行政命令之中，且未必均符合醫學學理；而「全民健康保險醫療費用審查注意事項」係屬健保局與特約醫事機構內部間有關醫療費用支付之行政規則[371]，本非直接對外發生法規範效力[372]，保險對象亦無預見可能性，然實務上卻因之限制了保險對象所得受領之醫療給付，欠缺實質合理性、違反實質正當性。本文認為，某傷病既屬必要給付範圍，則不應限制給付之項目及數量，始為

[368] 此為筆者於 2012 年 4 月 12 日至健保局民眾意見信箱詢問（案件編號：A10104120020）所得之回覆。
[369] 參「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 2 章第 7 節通則之其他條文規定。
[370] 參「全民健康保險醫療費用審查注意事項」，2012 年 4 月 11 日，頁 27。
[371] 參行政院衛生署網站衛生法規資料檢索系統之「最新動態」。
[372] 參行政程序法第 159 條第 1 項。

合理，否則即違反「全民健康保險法上之公法任務」、違反「促進國民健康，增進公共利益之行政目的」，違反實質正當性。

第五目　醫藥分業方面

藥事法第 102 條第 2 項規定，全民健康保險實施二年後，除在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形外，醫師不得依自開處方，親自為藥品之調劑，亦即我國於全民健康保險實施二年後，利用健保局所具有之醫療費用支付權限，藉由全民健康保險法之強行規定實施醫藥分業。醫藥分業原欲阻斷醫師收入與用藥之關連性[373]，以降低醫師開藥之誘因；另醫藥雙方相互監督制衡，可確保保險對象用藥安全。然而，目前實務上醫師由於恐懼醫療糾紛而實施防衛醫療，即便無藥價差之誘因，亦不會因此而少開藥物；藥師則因須依處方調劑[374]不得錯誤，其僅能於藥品未備或缺乏時通知原處方醫師請其更換；況藥局為多收取處方簽，亦難能真正確實憑藥學學理「監督」醫師。準此，醫藥分業真正影響者僅「調劑費」由何人賺取而已，其降低醫師開藥誘因、醫藥雙方相互監督制衡、確保保險對象用藥安全之初衷實無法達成。再者，自醫藥分業實施以來，對於醫事機構自聘藥師者藥價利潤誘因依然存在，醫藥雙方能否相互監督制衡，亦容有疑問；無自聘藥師而須釋出處方籤者，亦可能與特定藥師結合（例如門前藥局），致使醫藥分業所欲獲得減低藥事費用效果不彰。尤有甚者，常見藥局無視於全民健康保險醫療辦法第 40 條[375]之規定，逕行換藥、慫恿保險對象更換「更好的」藥物，或介紹一堆「保健食品」或「保健藥品」，不惟損及保險對象之權益，亦且傷害其身體健康、傷肝傷腎。本文認為，對此現象仍應加強審查，並課以責任[376]，以杜其弊端。

第三項　部分負擔之合理性

我國勞、公、農保時期並無部分負擔制度，看病只須負擔掛號費，造成醫療資源濫用、各類保險鉅額虧損；全民健康保險法制，則設有部分負擔制度：全民健康保險法第 33 至第 38 條（尚未實施之新法移列為第 43 條、第 47 至第 50 條，並作修正）、第 87 條之 1（尚未實施之新法移列為第 98 條，並作修正）及第 87

373 多數學者認為由於藥價存在利潤之誘因，醫師可能以藥費來彌補專業診療費之不足，造成藥物濫用，嚴重影響民眾健康。另參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 198。

374 藥師法第 17 條：「藥師調劑，應按照處方，不得錯誤，如藥品未備或缺乏時，應通知原處方醫師，請其更換，不得任意省略或代以他藥。」

375 全民健康保險醫療辦法第 40 條：「藥品之處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥品價格之同成分、同劑型、同劑量其他廠牌藥品替代。」

376 例如規定行保險人健保局對其使代位求償之權，因其所售產品傷害民眾健康。

條之 2（尚未實施之新法移列為第 99 條第 1 項，並作修正）；全民健康保險法施行細則第 59 至第 62 條、第 64、65、67 條及第 70 條之 1；全民健康保險醫療辦法第 5 條及第 20 至第 22 條;以及全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 至第 10 條。其乃係特約醫事機構協助健保局處理行政事務項目中之費用代收，僅為健保局於收取費用上所設之技術性規定，並非特約醫事機構給付醫療服務後基於私法醫療契約之報酬[377]；部分負擔之收取乃特約醫事機構之義務，為其公法上任務之履行，不得任意不收取。部分負擔制度，有認為[378]係為減少道德風險、節制醫療濫用、抑制醫療需求過度膨脹；另有認為[379]其係基於「使用者付費」之精神，由保險對象負擔一部分醫療費用，並以此喚起保險對象之成本意識，以減低醫療資源之濫用。全民健康保險法草案總說明中指出[380]，採行部分負擔制度係課以病人節制醫療費用之責任、提高節用醫療資源及控制醫療成本之意識；另為落實分級醫療、建立轉診制度及促使慢性病患轉往療養機構就醫，對於不依轉診規定越級就醫者，加重部分負擔比率。準此，部份負擔制度實係為抑制醫療濫用及落實分級醫療、建立轉診制度；而其附帶效應則可減少健保費之費率，或增加健保財源[381]。

部份負擔制度，原本在全民健康保險法草案（現行全民健康保險法第 33 條第 1 項；尚未實施之新法移列為第 43 條第 1 項，並作修正）係以定率制為之[382]，然由於「行政處理費時費力，醫療機構也難以配合，民眾也不能適應看病無法事先預估要花多少錢」，「定率式的部分負擔條文只好高掛供參考用，另改以定額式的部分負擔」（現行全民健康保險法第 33 條第 2 項；尚未實施之新法移列為第 43 條第 3 項，並作修正）。至於自負額制度（現行全民健康保險法第 34 條；尚未實施之新法刪除），雖全民健康保險於開辦第二年起全國平均每人每年門診次數即已超過 12 次，且歷年來均介於 13 至 15 次，但由於對弱勢團體衝擊較大，故而從未實行過自負額制度[383]。現行部份負擔制度，在定率制或定額制之選擇及其額度與重大傷病之免部分負擔等方面其合理性有待商榷。

---

377 參上揭第 3 章第 3 節第 3 項第 1 款最後一段。

378 參陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月，頁 96 及頁 141；羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-26。參訪日期：2012 年 3 月 25 日。

379 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 201。

380 參《法律案專輯第一百六十九輯（上）—全民健康保險法案》，1994 年 12 月初版，頁 3。

381 參羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-26。參訪日期：2012 年 3 月 25 日。

382 參考《法律案專輯第一百六十九輯（上）—全民健康保險法案》，1994 年 12 月初版，頁 17；葉金川，《全民健保傳奇》初版一刷，2002 年 4 月，台北：財團法人董氏基金會，頁 67。

383 由於從未實行過自負額制度，故尚未施行之新法已將之刪除。

第一款　定率制或定額制之選擇方面

據研究顯示，施行社會保險的國家大多對門診、住院、藥劑費等定有部分負擔之規定，其中又以定率制的規定最為普遍[384]；對於減少道德風險、節制醫療濫用及抑制醫療需求過度膨脹方面，亦以定率制較為有效[385]，惟其可能造成低收入者過重之負擔，使經濟弱勢者之就醫公平性受到傷害[386]。健保自施行以來，門診之部分負擔即捨定率制而改以定額制為之（住院之部分負擔維持定率制），究其原因，與其認係基於低收入者負擔過重之考量，毋寧認其乃多方政治角力之結果[387]；復由於健保施行之初對門診定額之部分負擔額度訂定過低[388]、各層級間部分負擔之差異程度有限，造成醫學中心之實質部分負擔比例反而較基層診所更低[389]，不惟無法抑制就醫次數[390]，反而增加保險對象前往大型醫療院所就醫之誘因；加之門診高診次者亦多因其免保險部分負擔或部分免掛號費[391]，馴致分級轉診制度更難以落實。手段與目的不符，非但造成醫療費用陡升[392]，亦且導致醫學中心人滿為患、消耗醫事人員之精力、侵蝕有限之醫療資源，反而減損真正需要醫學中心等級之急重症傷病患的救治[393]，違反「合目的性」原則。研究文獻[394]多認為

---

384 參陳炫碩，〈台灣地區全民健康保險部分負擔制度之研究〉，中原大學企業管理研究所碩士論文，1990 年 6 月，摘要。

385 參鄭仁鎮，〈全民健康保險藥品部分負擔制度之研究—以呼吸系統疾病為例〉，長庚大學管理學研究所碩士論文，1999 年 6 月。

386 相同見解，請參楊志良，〈調高部分負擔是否真能落實轉診制度？〉，財團法人國家政策研究基金會社會（析）094-021 號，2005 年 8 月 23 日。

387 參葉金川，《全民健保傳奇》初版一刷，2002 年 4 月，台北：財團法人董氏基金會，頁 67；李玉春，〈全民健保立法過程政策分析〉，2009 年 10 月 14 日，http://www.ba.ncku.edu.tw/yong/HE/IIG%20NHI/%E8%B3%A4%E4%BF%9D%20%E6%83%A1%E4%BB%A3%E5%81%A5%E4%BF%9D/20081014_%E6%94%BF%E5%A4%A7%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%B3%95%E7%AB%8B%E6%B3%95%E9%81%8E%E7%A8%8B%E6%94%BF%E7%AD%96%E5%88%86%E6%9E%90.ppt，參訪日期：2012 年 4 月 17 日。

388 全民健康保險施行之初，至診所及地區醫院門診須自負 50 元；區域醫院 100 元；醫學中心 150 元。另參蔡貞慧、張鴻仁、王本仁，〈2002 年調整保費及部分負擔對全民健康保險財務公平性之影響〉，《人文及社會科學集刊》第 17 卷第 7 期，頁 23－25；監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 282。

389 參羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-28、B1-33。參訪日期：2012 年 3 月 25 日。

390 相同見解，請參李玉君，〈全民健康保險制度之回顧、檢討與再造〉，《月旦法學雜誌》第 153 期，2008 年 2 月，頁 44。

391 參監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 282；黃維縈，〈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班碩士論文，2006 年 6 月。

392 參辛炳隆，〈全民健保部分負擔新制之評估〉，行政院研究發展考核委員會 89 年度委託研究計畫，計畫編號：RDEC-RES-089-006，頁 110；羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-29。參訪日期：2012 年 3 月 25 日。

393 相似見解，請參監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 461、462、772。

我國門診之部分負擔制度(定額制)及歷次之小幅調升額度,對於減少就醫次數、抑制醫療費用支出上漲與醫療資源浪費、合理化醫療資源利用分配、落實分級醫療等成效不彰;迨至 2006 年[395]大幅提高大醫院之部分負擔後,始略有發揮抑制就醫次數、迫使保險對象增加至基層診所就醫比例、減少直接至高階層醫療院所就醫比例之效果[396]。然而,此種效果對有兼保私人保險之保險對象並不生影響,甚至有為了賺私人保險給付與健保部分負擔間之差額而故意每天至醫學中心門診處理本不須就醫之傷病[397];或殫思竭慮想出、裝出各種理由或症狀延長住院期間,或經由民意代表之關說為之,形成道德風險,侵奪健保資源。基於上揭研究結果及兼保私人保險者之有恃無恐,本文認為即使部分負擔自 2006 年起已有部分效果,然由於兼保私人保險者之比例逐年上升,故其效果將逐年遞減,況落實分層醫療及雙向轉診自另有更為有效之方法[398],故應改回定率制為妥,或僅於基層醫療實施定額制,以減輕經濟弱勢傷病患之負擔。尚未施行之新法第 43 條仍保留定率制之規定,相信主管機關及保險人亦已了然於心,只看其是否勇於落實。

此外,牙醫與中醫之部分負擔並無因層級而有差異,且迄今仍為每次 50 元[399],此亦有違合理性之要求,應加以改善。

第二款　重大傷病之免部分負擔方面

全民健康保險法第 36 條(尚未實施之新法移列為第 48 條,並作修正)規定

---

394 參考薛亞聖,〈全民健康保險門診新制部分負擔實施後對醫療利用之影響(後續研究)〉,計劃編號:DOH91-HI-1001;黃曉萍,〈探討全民健保藥價差額負擔制度成效之經濟分析〉,中山大學中山學術研究所碩士論文,2000 年 7 月;辛炳隆,〈全民健保部分負擔新制之評估〉,行政院研究發展考核委員會 89 年度委託研究計畫,計畫編號:RDEC-RES-089-006;劉美君,〈加重部分負擔與家庭醫師制度對轉診病患醫療資源耗用差異之研究〉,元智大學管理研究所碩士論文,2006 年 6 月;黃維縈,〈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班碩士論文,2006 年;呂介文,〈我國全民健康保險轉診制度成效之研究〉,東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文,2009 年;楊志良,〈調高部分負擔是否真能落實轉診制度?〉,財團法人國家政策研究基金會,社會(析)094-021 號,2005 年 8 月 23 日。

395 現行部分負擔額度參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=8&menu_id=26&WD_ID=26&webdata_id=841,參訪日期:2012 年 4 月 16 日。

396 參考游家昂,〈2005 年全民健保部分負擔調整政策效果分析〉,中原大學會計學系碩士論文,2011 年 6 月;邱瑋婷,〈不同所得水準之病患對於醫院健保門診部分負擔上升之反應-以就醫場所選擇為例〉,中原大學會計研究所碩士論文,2010 年 6 月。

397 例如有保險對象算過他 7 次門診(擦傷換藥)共可賺 160 元,而健保局每次要支付醫學中心門診一千多元,此人之行為實乃糟蹋、侵奪全民之健保醫療資源。

398 依各級醫療院所對於醫院評鑑之態度及因應,本文認為落實分層醫療及雙向轉診最有效之方法其實即係師法德國制度,實行強制轉診(除緊急醫療外,無基層醫師之證明者不得逕向醫院求診),並將之導入醫院評鑑。各級醫療院所為通過評鑑,必然落實之,無待於保險對象之改變就醫行為。

399 參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=8&menu_id=26&WD_ID=26&webdata_id=841,參訪日期:2012 年 4 月 16 日。

保險對象有重大傷病、分娩、預防保健服務或山地離島地區之就醫等情形之一者，免部分負擔之費用。後三者之施行並無問題，但有關重大傷病之免部分負擔方面，於執行面上則出現不少問題。

全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條規定，保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免部分負擔之範圍為（1）重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療（2）因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療，（3）因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。茲有問題者，係有若干特約醫事機構規定所有持重大傷病就醫之患者，無論其是否合於上揭規定，或是否已逾有效期限，一律免其部分負擔之繳交，以招攬傷病患；另有若干個別醫師或因不知規定，或為「做好人」，而對於以非重大傷病證明所載之傷病或已逾有效期限而就醫者亦免除其部分負擔之繳交。此行為導致許多持有重大傷病證明者，以非重大傷病證明所載傷病就醫[400]或已逾有效期限時之僥倖心態：即若遇其他醫師不免除其部分負擔之繳交，輒在門診處或批價繳費處吵鬧，看看能否遂其心願；而大部分醫師或收費員為了省卻麻煩，常常如其所願。此行為造成健保財源之短收，有損全體保險對象權益，亦形成不公平之現象，違反實質正當性，主管機關及保險人應設法改善。本文認為，倘若健保局與個別醫師間能成立法律關係[401]，似應為一較可行之方法。

第四項　健保代位求償之合理性

保險制度係被保險人將其可能因不可預料或不可抗力之事故所致之損失，經由保險契約移轉由保險人承擔；保險人則基於該保險契約，負有給付保險金之責[402]，其目的乃在填補被保險人之損失。倘被保險人之損失導因於第三人之行為，此時被保險人除得依保險契約向保險人請求保險金之給付外，亦可向該第三人請求損害賠償；為避免被保險人因雙重請求而獲利以及確立第三人不可免除應負之損害賠償責任，保險法上設有保險人代位權制度，規定[403]保險人於履行保險賠償義務後，於不妨害被保險人利益下，得代位行使被保險人對第三人之損害賠償請求權[404]。

全民健康保險法制定時，於第 82 條（尚未實施之新法移列為第 95 條，並作修正）規定「保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保

---

400 例如，持有大腸癌之重大傷病證明者，因左小腿車禍擦傷至外科門診就醫。

401 詳見第 3 章第 2 節第 3 項最後一段之論述。

402 參保險法第 1 條。

403 參保險法第 53 條第 1 項。

404 參林勳發，〈全民健保代位求償相關問題之研究〉，健保局八十四年委託研究計畫，計畫編號：DOH84-NH-006，頁 1－3；林李達，〈我國全民健康保險代位求償之研究〉，成功大學法律學研究所碩士論文，2002 年 7 月，頁 7－9。

險人，得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付」，構成全民健康保險保險人行使代位權之基礎。文獻研究[405]認為賦予健保局代位求償之權具有其正當性，但應及於負有賠償責任之第三人，而非僅止於強制汽車責任保險之保險人；復由於「全民健保公民共識會議之與會人員，一致認為保險事故如果係可明確歸責於第三人之事由所導致，全民健保之保險人於給付後，應向該第三人代位求償，以符公平正義原則，另 2005 年 2 月 25 日全民健康保險監理委員會第 117 次會議，委員發言亦多傾向支持擴大代位求償範圍[406]」，保險人健保局在考量實務上執行之可行性與成本效益後[407]，於 2005 年增訂公共安全事故及重大之交通事故、公害或食品中毒事件為代位求償範圍[408]，但依然未能及於所有負賠償責任之第三人；相關法規命令雖相繼定訂[409]，然自我限制更甚[410]，致使可得代位求償之金額更少。依據現行規定，目前實務上全民健康保險可得代位求償者僅限於汽車交通事故之有投保強制汽車責任保險者（向強制汽車責任保險保險人請求）、公共安全事故之有投保依法規應強制投保之責任保險者（向強制投保之責任保險保險人請求），以及其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件者（第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未投保者，向第三人請求）[411]，且所得求償金額亦僅限於強制保險之保險金額；對於沒有投保強制汽車責任保險之汽車交通事故、沒有投保依法規應強制投保之責任保險的公共安全事故、自殺、故意自傷、自尋傷害（例如惰於自我防護，率爾參觀蜂炮而被炸傷）、酒後或吸食毒品後自傷、故意或過失侵害他人等情形則無代位求償之權。目今外傷醫療實務，多重外傷與重大外傷傷患之醫療費用動輒上百萬新台幣，且故意傷人或殺人之事件益增，然其醫療費用卻全由全體保險對象分攤，而保險人健保局亦怠於行使代位權[412]，馴致加害人減輕賠償責任，實不符公平正義之理念，欠缺實質正當性。

---

405 相關探討請參林勳發，〈全民健保代位求償相關問題之研究〉，健保局八十四年委託研究計畫，計畫編號：DOH84-NH-006；林李達，〈我國全民健康保險代位求償之研究〉，成功大學法律學研究所碩士論文，2002 年 7 月。

406 參第 82 條（尚未實施之新法移列為第 95 條，並作修正）之修法理由。

407 參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&WD_ID=&webdata_id=1070，參訪日期：2012 年 4 月 21 日。

408 參 2005 年 4 月 29 日版之全民健康保險法第 82 條；尚未實施之新法移列為第 95 條，並酌作序文之文字修正。

409 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 63 條（2006 年 2 月 8 日；2010 年 9 月 15 日改列為第 34 條）、全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法（2006 年 5 月 10 日）、全民健康保險法施行細則第 70 條之 5 及第 70 條之 6（2007 年 2 月 27 日）。

410 全民健康保險法施行細則第 70 條之 5 規定「保險對象因同一公共安全事故，經本保險給付醫療費用總額在新臺幣五萬元以上者，保險人得代位求償。（第 1 項）前項金額，以本保險提供該保險給付之日起，一個月內給付費用總額計算。（第 2 項）」而擴大代位求償更係以一個月內醫療費用達 10 萬元以上者為求償範圍。參全民健康保險監理委員會 95 年度第 1 次臨時會會議紀錄，2006 年 12 月 15 日，台灣地區醫院協會網站 www.areahp.org.tw/upload/project/txt/951221A.doc，參訪日期：2012 年 4 月 28 日。

411 參全民健康保險法第 82 條第 1 項；尚未實施之新法移列為第 95 條第 1 項。

412 參林李達，〈我國全民健康保險代位求償之研究〉，成功大學法律學研究所碩士論文，2002 年 7 月，頁 112－114；行政院衛生署健保局財務資金流量概況，健保局網站 http://www.nhi.

本文認為，上揭情形理應由加害人負責，不應由全民健康保險全體保險對象分攤，否則形同侵奪健保資源，此無異鼓勵此類行為，並減輕加害人之損害賠償責任，有違上開保險人代位權之法理。故於不違反責任保險立法目的之前提下，不應過份限制全民健康保險代位求償之範圍，而應適度擴張之；況現今全民健康保險保險費(率)之調升極度不易，健保局更應確實執行代位求償，以籌措財源。再者，同為汽車交通事故或公共安全事故，受害之保險對象對加害人所得求償，於加害人有投保強制保險者反比沒有投保強制保險者為少，此亦有悖於強制責任保險保障被害人之立法意旨，不符公平正義原則[413]。此外，雖有認為健保局係限於人力及資料掌握之不足，而於相關資訊難以取得與求償成本過高之限制下，不再向加害人行使代位權[414]，而健保局本身亦承認其怠於行使代位權，故有加強執行、落實追討等施政目標[415]，但本文認為，以目前台灣網路及通訊之便利，只要藉由法院、警察、消防、醫療各界以及被害人之協助，健保局便能掌握絕大部分資訊，且成本亦能大為降低，應不能再有資訊難以取得、求償成本過高等藉口而怠為行使代位權。最後，本文建議對於諸如製造、販賣偽藥、不實廣告等此類傷害保險對象健康[416]之加害人，健保局亦應對之行使代位求償之權。

第五項　小結

經由上開探討可知，現行全民健康保險制度中除支付制度外之給付制度規定，於各方面仍存有許多不合理之處。

在保險對象方面，對於僑胞或出國者、境外就醫和外籍人士之規定不合理，導致侵奪全民健康保險醫療資源；而對於受刑人之規定則造成受刑人及其眷屬之醫療負擔重於一般保險對象，違反平等原則。

---

gov.tw/resource/Webdata/20381_1_99-T10.xls，參訪日期：2012 年 4 月 28 日。

413 相似見解，請參林李達，〈我國全民健康保險代位求償之研究〉，成功大學法律學研究所碩士論文，2002 年 7 月，頁 125。

414 參林李達，〈我國全民健康保險代位求償之研究〉，成功大學法律學研究所碩士論文，2002 年 7 月，頁 112。

415 參健保局，〈代辦勞保職災醫療及代位求償業務辦理情形〉，2004 年 11 月 26 日，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/15114%E6%AC%A1-%E4%BB%A3%E4%BD%8D%E6%B1%82%E5%84%9F%E5%B0%88%E9%A1%8C%E5%A0%B1%E5%91%8A.pdf；全民健康保險監理委員會 95 年度第 1 次臨時會會議紀錄，2006 年 12 月 15 日，台灣地區醫院協會網站 www.areahp.org.tw/upload/project/txt/951221A.doc；健保局，〈擴大代位求償作業專題報告〉，2007 年 6 月 29 日，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_ RESULT.aspx；健保局，〈健保局 97 年度施政目標與重點（核定版）〉，2008 年 1 月 16 日，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_10208_2_97%E6%96%BD%E6%94%BF%E8%A8%88%E7%95%AB%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E7%89%88970116(%E4%B8%8A%E7%B6%B2).pdf。參訪日期：2012 年 4 月 28 日。

416 此類行為常導致傷病患腎衰竭而須洗腎，花費大量醫療費用。

於承保範圍方面，法律規範對於全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 12 款之項目除外規定欠缺授權明確性，增加承保範圍之不確定性；同法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項違反法律明確性原則，而有保險給付之不確定狀態；同條第 2 項授權主管機關訂定「全民健康保險醫療辦法」，而 1995 年 2 月 24 日訂定發布之「全民健康保險醫療辦法」第 31 條第 1 項涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務、限縮保險人之給付責任；第 2 項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訂定，逾越母法授權範圍，被釋字第 524 號解釋宣告違法，而於 2000 年該辦法修訂時刪除；全民健康保險法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）第 3 款有關事前審查之規定不符保險對象權益應受保障之意旨，且任由所屬機關發布行政規則排除高科技診療項目、高危險醫療服務等保險給付，逾越母法授權範圍，亦宣告違法；同法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）第 1 項、第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項及第 52 條（尚未實施之新法移列為第 63 條，並作修正）之規定導致保險人僅依支付標準表決定保險對象保險給付之範圍，不符法律授權之意旨。此皆違反法律保留原則。

在具體承保範圍方面，對於不給付項目部分，藥癮治療和血液給付之規定欠缺實質正當性；通知出院而不出院之規定本身雖無不合理之處，但實務上常由於醫、病之造假而產生醫療濫用、升高日後保險對象健康之風險；有關職業災害之規定本身亦無不合理之處，然其實際執行上有部份勞工堅持以健保身分就診，侵蝕不少健保資源；看護雖非全民健康保險給付範圍，本文認為應由專業人士執行為妥，其費用是否納入健保給付範圍，須由健保局與保險對象協商，或由國家介入；自費項目費用之收取不須向健保局申報，易產生保險對象之權益受損。對於重複給付部分，實務上則常見有重複受領門診給付或同時段同時接受西醫及中醫之醫療服務，易造成浪費醫療資源、服藥過量或不遵醫囑服藥，導致更多併發症或病情惡化。對於醫療資源配置部分，若干不需給付者不僅支出甚多，而且占率偏高，排擠其他醫療給付，欠缺實質正當性；輕基本診療、檢查過多，尤其是高科技診療項目，非但侵奪健保資源，亦戕害保險對象健康，有違實質正當性。對於限制給付之項目及次數部分，限制理由未必均符合醫學學理，而以行政規則限制保險對象所得受領之醫療給付，欠缺合理性、違反實質正當性。對於醫藥分業部分，現行規定並無法降低醫師開藥之誘因，亦無醫藥雙方相互監督制衡之可能，所欲獲得減低藥事費用之效果不彰；而藥局之更換藥物、推銷「保健食品」或「保健藥品」，可能損及保險對象之權益，或傷害其身體健康。

於部分負擔方面，全民健康保險自施行以來門診部分負擔即採定額制，由於額度訂定過低，且各層級間差異程度有限，對於減少就醫次數、抑制醫療費用支出上漲與醫療資源浪費、合理化醫療資源利用分配、落實分級醫療等成效不彰，且對有兼保私人保險之保險對象並不生影響；另牙醫與中醫之部分負擔並無因層

級而有差異，皆有違合理性之要求。而對於重大傷病之免部分負擔部分，法規之規定雖無問題，但在執行面上則常見有醫、病之造假而產生健保資源濫用。

健保局之代位求償權，目前僅及於汽車交通事故之有投保強制汽車責任保險者、公共安全事故之有投保依法規應強制投保之責任保險者以及其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件者，且所得求償金額亦僅限於強制保險之保險金額，造成沒有投保強制汽車責任保險之汽車交通事故、沒有投保依法規應強制投保之責任保險的公共安全事故、自殺、故意自傷、自尋傷害、酒後或吸食毒品後自傷、故意或過失侵害他人等情形之醫療費用由全體保險對象分攤，加害人減輕賠償責任，不符公平正義、欠缺實質正當性。

現行給付制度不合理之處見諸健保相關法律、行政命令以及實際之執行（執行偏差），有悖於實質正當性，亦違反實質之平等原則。本文認為不僅相關法規須再修正，國民之公民道德法治素養亦應再加強，民眾教育更應長期落實，冀能減少道德風險、避免醫療資源之濫用與侵奪；對於現行給付制度之限制，諸如支付標準、藥價基準、審查注意事項、藥品給付規定、各給付之項目、次數、數量、品項等細節，亦均應事先加以公告，俾全體保險對象事先周知。目前健保局僅將其公布於健保局網站中之「醫事機構」項下，一般民眾幾乎不會去該項內觀看，更無法使用其線上搜尋[417]，本文建議亦應完整公告於「一般民眾」項下為妥。

第三節 現行全民健康保險支付制度之法律規範

現行全民健康保險支付制度，主要規定於全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法，以及其他行政命令如「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」、「全民健康保險藥品給付規定」、特殊材料給付規定、各種醫療給付改善方案、全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標、醫療費用審查不予支付理由代碼表、總額支付制度及其各種微調方案和試辦計畫等[418]。

第一項 法律層次之規定

全民健康保險法第 47 條（尚未實施之新法移列為第 60 條，並作修正）至第

[417] 目前線上搜尋需輸入中文或英文之處置項目名稱，或輸入該項目之健保代碼，凡此種種均非一般民眾所能使用、搜尋。

[418] 參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/－醫事機構－醫療費用支付。

50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）規定總額支付制度：第 47 條（尚未實施之新法移列為第 60 條，並作修正）規定年度醫療給付費用總額，由主管機關衛生署於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定；第 48 條（尚未實施之新法刪除）規定醫療給付費用由醫療費用協定委員會協定及分配，而醫療費用協定委員會由醫事服務提供者代表、保險付費者代表及專家學者和相關主管機關代表各占三分之一組成；第 49 條（尚未實施之新法移列為第 61 條，並作修正）規定醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決（第 1 項）、總額得分地區訂定門診及住院費用之分配比例（第 2 項）、門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付（第 3 項）；第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）規定特約醫事機構應依醫療費用支付標準及藥價基準向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用（第 1 項）、健保局應依分配後之總額，經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用，並按各特約醫事機構經審查後之點數，核付其費用（第 2 項）、門診藥品費用經健保局審查後，核付各特約醫事機構，其支付之費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準（第 3 項）、扣除比例由醫療費用協定委員會定之，醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，則由主管機關逕行裁決（第 4 項）。

全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）規定醫療費用支付標準及藥價基準由健保局及特約醫事機構共同擬訂，報請主管機關核定（第 1 項）；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（第 2 項）。第 52 條（尚未實施之新法移列為第 63 條，並作修正）規定健保局應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會，審查特約醫事機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質；審查辦法由主管機關定之。

第二項　行政命令層次之規定

全民健康保險法施行細則第 67 條之 1 規定藥品及計價藥材之成本係指特約醫事機構取得同類藥品及計價藥材之市場平均價格；其核算則依全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理。

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條規定特約醫事機構提供

健保給付之手術、檢查及處置時，非因情況緊急或不可預期之情形，不得於實施過程中徵詢或請病人、親屬使用健保不給付之項目。

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 2 條第 2 項規定健保局辦理醫療服務審查，應組成醫療服務審查委員會，必要時得委由相關醫事機構或團體辦理。同法第 4 條至第 10 條之 3 規定了醫療服務點數申報之應具之文件、程序、期限（兩年）、醫療費用之暫付、計算、核定及結算；第 11 條至第 13 條規定了停止暫付、核付之事由；第 14 條規定程序審查之項目、不予支付及申復情事；第 15 條和第 15 條之 1 規定專業審查不予支付之情形，以診斷關聯群申報案件之申復、核付；第 16 條規定抽樣審查及放大回推；第 18、19 條規定專業審查之方式及審查人員之迴避情事；第 20 條至第 24 條規定事前審查之依據、應具文件、程序、緊急情況之補件，以及未於事前提出申報或報備，或未經保險人核定即施予者不予支付；第 25 條至第 28 條規定實地審查之意義、程序及後續處置；第 29、30 條規定檔案分析及其處置；第 31、32 條規定申復之程序。

「全民健康保險醫療費用審查注意事項」詳列了各科、各給付項目可得申報之次數、限制、申報要件等，例如「灌食管套之使用應符合適應症，並以每週給付一付為原則」；「彈性繃帶之使用原則，同一次門診或住院，同一部位以一次用量之兩倍為上限」；又如「申報肌腱修補術 tendon repair 時，須於手術紀錄單內詳載手術部位之肌腱名稱，並應檢送手術前、後照片，以憑核付。照片費用應含於該項手術內[419]」等。

「全民健康保險醫療費用支付標準」[420]詳列各診療項目之編號、可申報之醫療院所層級及其支付點數、須事前審查之診療項目、特殊材料項目、醫療院所每日門診合理量之計算公式、申報方式和其限制等。例如第 2 部 西醫 第 1 章 基本診療 第 1 節 門診診察費 通則第 1 條規定「門診診察費本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）」；另於第 2 部 西醫 第 2 章 特定診療 第 7 節 手術 通則第 6 條規定「同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：(一)經同一刀口施行之多項手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術（支付點數次高者）按其所定點數之一半計算;其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。(二)經不同刀口施行同類手術或兩側性手術，其第一項或一側手術依其所定支付點數計算；第二項或另側手術，依其所定支付點數之一半計算；第三項手術依其所定支付點數之五分之一計

[419] 參行政院衛生署健保局，〈19888_1_100 年各總額審查依據及一般原則增修訂病歷條文_依醫審會結論辦理審查注意事項公告 10009 完整版〉，頁 55、56 及 59。

[420] 參行政院衛生署健保局，〈全民健康保險醫療費用支付標準〉，2012 年 3 月 30 日更新版。

算，其餘不計。(三)經不同刀口施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之三分之一計算，其餘不計。(四)經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，不同刀口，係指一病灶需由不同刀口，使能將病灶清除、修復者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部 第二章 第七節 第一項 皮膚 之各項手術 62001C－62063B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。」「全民健康保險藥品給付規定」詳列各類藥品可使用之條件、限制級其申報要件等[421]；另健保局網站尚有特殊材料給付規定、各種醫療給付改善方案（例如糖尿病醫療品質改善方案）、全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標等相關規定[422]。

第三項　總額支付制度

我國全民健康保險制度之目標乃為提供全體國民適當之醫療保健服務，以增進國民健康，並控制醫療費用於合理範圍內，有效利用醫療保健資源。於此目標下，全民健康保險的實施策略中原先即有總額支付與轉診制度之設計，並於全民健康保險法第 47 條至第 50 條（尚未實施之新法移列為第 60 至第 62 條，並作修正）、第 54 條（尚未實施之新法移列為第 65 條，並作修正）加以明文規定。然而全民健康保險自開辦之初，即因各種因素而未能落實原先設計之總額支付制度；復考量該制度對於醫療院所造成之衝擊，故支付制度仍沿用公、勞、農保時期之論量計酬支付制度[423]；而保險對象看病亦無分級看診之規範，僅予提高部分負擔之額度，並無法有效導正民眾長期以來擠大醫院之就醫行為。其結果則為全民健康保險醫療支出快速攀升、民眾看診量屢創高峰，以及（西醫）基層與（西醫）醫院間之發展嚴重失衡。在全民健康保險之財務陷入重重危機之際，健保局不得已乃重新考慮總額支付制度以挽救其財務危機；而為減少總額支付制度對醫療體系的衝擊與執行時之阻力，乃分期實施，先由牙醫門診總額開始，漸次推動中醫門診總額、西醫基層醫療總額及西醫醫院總額：於 1998 年 7 月 1 日開始，實施牙醫門診總額支付制度；2000 年 7 月 1 日開始實施中醫門診總額支付制度；2001 年 7 月 1 日開始實施西醫基層總額支付制度；最後於 2002 年 7 月 1 日起實施西醫醫院總額支付制度。自此，我國全民健康保險制度正式回歸原先規劃之財務設計方式，以總額支付制度決定整個醫療服務的總支出，避免財務繼續惡化之困境。

---

[421] 參行政院衛生署健保局，〈全民健康保險藥品給付規定〉101 年版。

[422] 參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/－醫事機構－醫療費用支付。

[423] Fee-for-Service；即每做一項醫療行為，保險人支付該項醫療費用（點數）。

第一款　總額支付制度之意義

總額支付制度（global budgets 或 expenditure limits）係指在醫療產業中，某部分醫療之費用上限控制[424]。不同的國家其總額支付制度各不相同，例如德國、加拿大、荷蘭等；在我國，總額支付制度之意義，於 2005 年 6 月版《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》中指出總額支付制度「是指付費者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出（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，藉以控制醫療費用於預算範圍內的一種制度。[425]」

第二款　總額支付制度之支付單位

總額支付制度之支付單位可分兩大類[426]：

第一目　「組織」

以醫療體系之組織為支付單位，例如以醫院或醫院之特殊部門為支付單位訂定其年度總額預算。健保局根據特約醫事機構之財務報表，參考其類別、床數及占床率等指標，再考慮其過去之實際成本，直接訂定總額預算，而不考慮支付期間該特約醫事機構實際服務病人之人數、疾病種類，或醫療服務之項目、數量的多寡。

---

[424] 摘譯自 Delaware Healthcare Association 網站 http://www.deha.org/Glossary/GlossaryG.htm；原文如下：「Global budgets or expenditure limits are prospectively defined caps on spending for some portion of the health care industry. Several industrialized countries have applied global budgeting in various forms. Many of these systems (e.g., France, Australia, Sweden, and Switzerland) concentrate their global budgets solely on hospital operating budgets treating capital expenditure outside the annual budget process. Others, including Canada and the United Kingdom, have global budgets that cover both hospital and physician expenditures. Global budgeting in the U.S. as envisioned by most proponents would establish binding targets for permissible growth in the U.S. health care system. Many issues remain unclear, however. In particular, the scope of services to be included (e.g., public vs. private sector programs), and the method for enforcing budget caps (e.g., price controls, premium controls, etc.).」參訪日期：2012 年 5 月 9 日。

[425] 參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》，2005 年 6 月版，頁 8。

[426] 參藍偉峰，〈總額給付制中外實行回顧〉，成大企業管理研究所網站，http://www.ba.ncku.edu.tw/yong/HE/zhe/filedown/he_homework/he2002_8.htm。參訪日期：2012 年 5 月 9 日。

第二目　「服務類別」

針對服務類別，以全包方式訂定預算。例如：依提供者型態（如門診、住院）及服務型態（如牙醫、中醫）加以區分；但個別醫師費用之分配則仍依其所申報之服務量或以論人計酬決定之。

第三款　總額支付制度之支付型態

總額支付制度於實際運作上，可分為下列兩種[427]：

第一目　支出上限制（expenditure cap，浮動點值）

預先依據醫療服務成本及服務量之成長，設定健康保險支出的年度預算總額；醫療服務係以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額係採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量大於原先協議之總服務量時，每點支付金額將降低，反之則將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

第二目　支出目標制（expenditure target，固定點值）

預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許之上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘；但實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分之費用將打折支付，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。

揆諸全民健康保險法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）第 2 項「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額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。」之規定，我國係採「支出上限制」。

第四款　我國總額支付制度與論量計酬制度之比較

依《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》之說法，全民健康保險醫療費用協定委員會認為「在論量計酬制度下，對醫事服務提供者比較缺乏節約誘

[427] 參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》，2005 年 6 月版，頁 8。

因，常藉以量制價、鼓動多次就醫或分次住院等策略，以提高收入，致使醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受到扭曲。實施總額支付制度則為加強整體醫療費用控制，促使醫療資源合理運用之目的，透過協商機制，利於解決『資源有限』的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突，並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。[428]」全民健康保險醫療費用協定委員會對總額支付制及論量計酬制之比較[429]：

表 1：總額支付制及論量計酬制比較表

區分	總額支付制	論量計酬制
費用控制	因預知年度預算總額，醫事服務提供者將發揮同儕制約的效果，促使醫療費用的成長趨於合理。	醫事服務提供者因無須分擔財務風險，缺乏節約醫療資源的誘因，致易提供過度醫療服務，促使醫療費用上漲。
醫師診療模式	減少醫事服務提供者以量取酬的誘因，使服務量合理化。	醫師不必考慮保險成本，容易增加服務量與服務密度。
行政作業	醫事服務機構的輔導作業，可由醫師公會內部參與規範及運作，賦予醫療專業團體較大的自治空間。	由健保局對特約醫事服務機構進行輔導作業。
專業自主性	支付標準訂定及醫療服務審查由供給者主導，是以醫事服務提供者擁有高度專業自主權。	支付標準訂定及醫療服務審查由保險人主導，相較之下，醫事服務提供者的專業自主性較低。
病人求診行為	醫師為提高每點金額，且在同儕制約下，病人求診次數不易受到誘發。	醫師為提高收入，易產生誘發病人求診的情況。

第五款　我國總額支付制度之優缺點

依據醫療費用協定委員會所編《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》[430]及文獻之探討[431]，總額支付制度理論上有下列優缺點：

---

428 參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》，2005年6月版，頁8。

429 參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》，2005年6月版，頁9。

430 參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》，2005年6月版，頁9－10。

431 參藍偉峰，〈總額給付制中外實行回顧〉，成大企業管理研究所網站，http://www.ba.ncku.edu.tw/yong/HE/zhe/filedown/he_homework/he2002_8.htm。參訪日期：2012年5月9日；

第一目　優點

透過付費者與醫事服務提供者之共同協商，可解決供需雙方利益之衝突，並有助於雙方成本意識之提升；付費者不能無限制要求增加給付、減少負擔，而醫事服務提供者亦不得無限制要求增加醫療費用支出。醫療費用之成長因而之得以控制在合理範圍內。

醫事服務提供者因已預知全年預算總額，可減少以量取酬之誘因，鼓勵服務效率之提升，使錢得以用在刀口上。

將品質及民眾健康納入總額協商公式，期能導正醫療行為、提升醫療服務品質及國民健康。另參考醫療網計畫分配地區預算，可促進醫療資源之合理分布及醫療社區化。

增加醫事服務團體參與專業審查、支付制度改革等機會，專業自主權得以提升；另一方面可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。

有效控制及精確執行醫療費用預算，不致造成保險或政府的財務危機。由實證研究及臨床經驗上得知，施行總額支付制度可以減少平均住院天數。

醫事服務團體對控制總體醫療費用之責任加重，形成命運共同體，期能加強醫事服務團體間的合作，以減少院所間人力、設備、檢查及用藥之重複與浪費；並透過垂直整合，藉此提升整體的醫療服務效率。

第二目　缺點

總額預算之訂定須全盤考量，只有建立可觀完整之全民健康保險資料才能正確推估預算年度總額額度；參與協商之各方如不具備充分協調能力與準備，難使協議順利達成。

總額支付制度必須配合其他支付基準（如論人計酬、論病例計酬、論質計酬、診斷關聯群 DRGs 支付制度等），否則難以鼓勵特約醫事機構及醫師改變診療行為，使之趨於合理。

醫療服務提供者自主審查，若審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣之不公平現象。

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（析）090-004 號，2001 年 11 月 8 日。

倘事前缺乏完整之監控機制，醫療品質可能受到成本的因素而受到影響，導致被保險人權益受損，違背全民健康保險之本意。

只能控制預算，並不符合自由市場經濟，且有中央集權傾向。

第六款　我國實施總額支付制度之原因

依據醫療費用協定委員會所編《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》[432]，我國實施總額支付制度有如下之原因：（一）鑑於全民健康保險醫療費用之急速成長，公勞農保時期採論量計酬支付制度，造成財務嚴重虧損；同時為落實自給自足之財務責任制度，全民健康保險在第 1 期及第 2 期規劃時，即將總額支付制度納入規劃重點，並於全民健康保險法第 47 條至第 50 條（尚未實施之新法移列為第 60 至第 62 條，並作修正）、第 54 條（尚未實施之新法移列為第 65 條，並作修正）加以明文規定。（二）全民健康保險論量計酬制度下，健保局獨自承擔費用控制之責任，特約醫事機構缺乏分擔健保財務風險之誘因，醫療費用成長率遠高於健保保費之收入（87 年醫療費用成長率超過 10%，比平均投保金額成長率 5%多），在政治考量使保險費率無法彈性調整下，全民健康保險財務將重蹈公勞農保之覆轍，無法維持平衡。（三）在費用控制考量下，支付標準調整不易，且支付標準之結構失衡，利於門診而不利急診、重症、住院，且科別間相對點數未能全然反應醫師心力之付出，致需醫師較多投入（如：外科、婦產科）之科別人才羅致困難，影響醫療生態。另支付標準協商只考慮價格之調整，未同時規範服務量之成長，在健保門診量仍快速成長情形下，支付標準調整幅度、內容與醫療提供者之期望差距漸大。（四）影響財務收支之重大決策（如：增加給付範圍）未能對等且通盤考量，面臨付費者權利意識高張，相關團體要求增加健保給付項目之聲音迭起，在開源困難之情形下，全民健康保險財務負擔日益惡化。

本文認為，上揭說法並不合理：論量計酬制並非全民健康保險醫療費用急速成長與財務嚴重虧損之唯一原因，亦非由於醫療院所缺乏分擔財務風險之誘因，而應由醫、病雙方共負責任；支付標準之結構失衡，應係修改該支付標準而非施行總額支付制度；健保給付項目之增加與開源之困難即已預告年度總額額度將益形不足，此時實施總額支付制度，寧非將全民健康保險之財務缺口直接轉嫁給特約醫事機構承擔？準此，本文認為以上揭說法為由實施總額支付制度，手段與目的不符，違背「合目的性」原則。

---

[432] 參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》，2005 年 6 月版，頁 10。

第七款　我國總額支付制度之實施概況

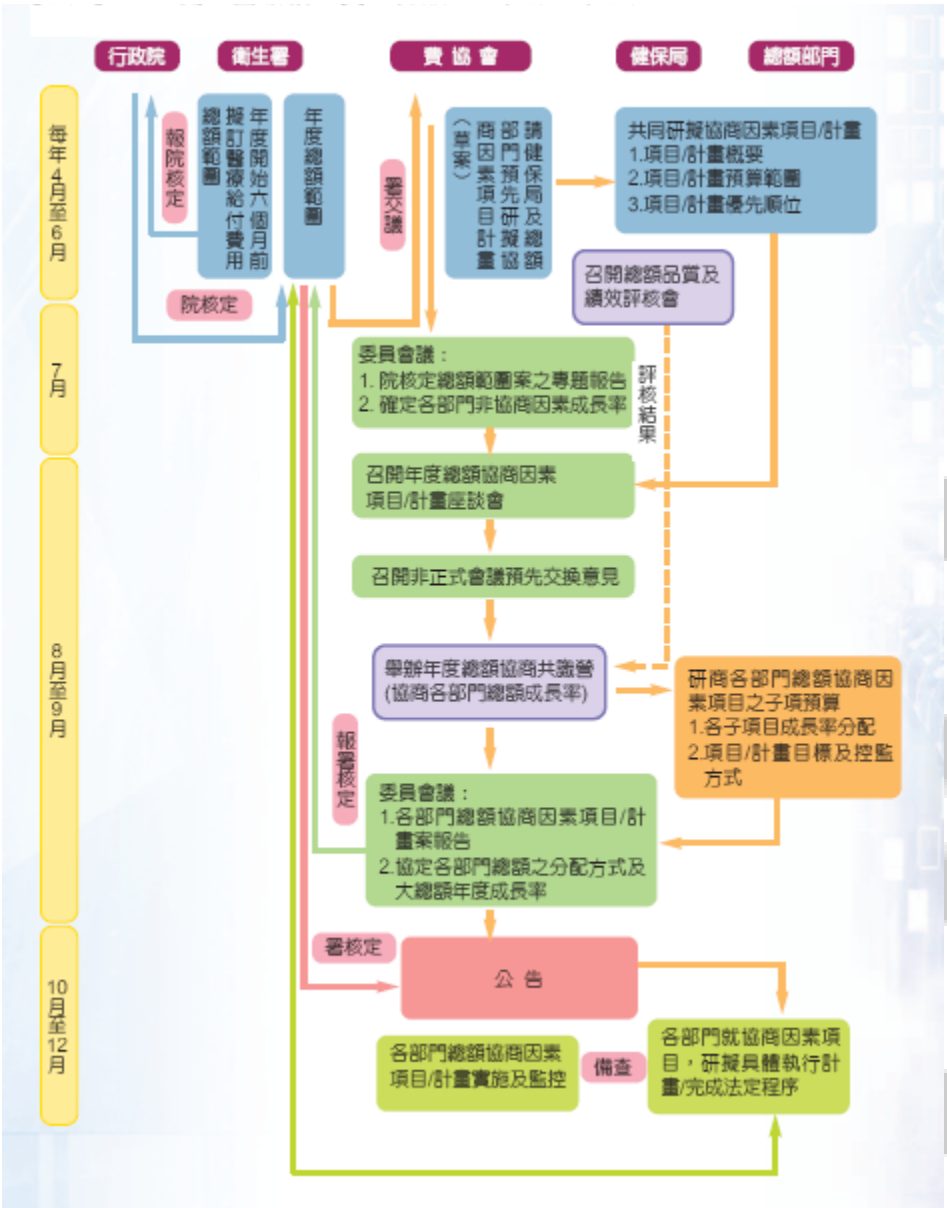
我國總額支付制度之主管機關為行政院衛生署內設之健保小組，完成總額支付制度計畫草案並負責監督總額支付制度實施事宜；全民健康保險醫療費用協定委員會則依據計畫草案，進行協定總額設定公式、總額預算成長率等，而健保局扮演執行之角色，但在規劃與執行的過程中，亦全程參與。全民健康保險醫療費用協定委員會由醫事服務提供者代表（共九人）、保險付費者代表與專家學者（共九人）及相關主管機關代表（共九人）各占三分之一組成，其組織規程由主管機關行政院衛生署擬訂、報請行政院核定後發布之[433]。健保局下分設六區分局：臺北分局、北區分局、中區分局、南區分局、高屏分局和東區分局，分別執行各該區總額之分配。

第一目　總額預算決議流程

年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定（全民健康保險法第 47 條；尚未實施之新法移列為第 60 條，並作修正）。牙醫、中醫、西醫基層及西醫醫院各能從總額預算這塊大餅中分得多少預算，與六區之預算分配均由全民健康保險醫療費用協定委員會與醫界在年度開始前三個月共同協商，並報請健保小組核定。倘若全民健康保險醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，則由健保小組逕行裁決（全民健康保險法第 49 條；尚未實施之新法移列為第 61 條，並作修正）。圖二及圖三為健保局及《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》所公佈之流程圖。

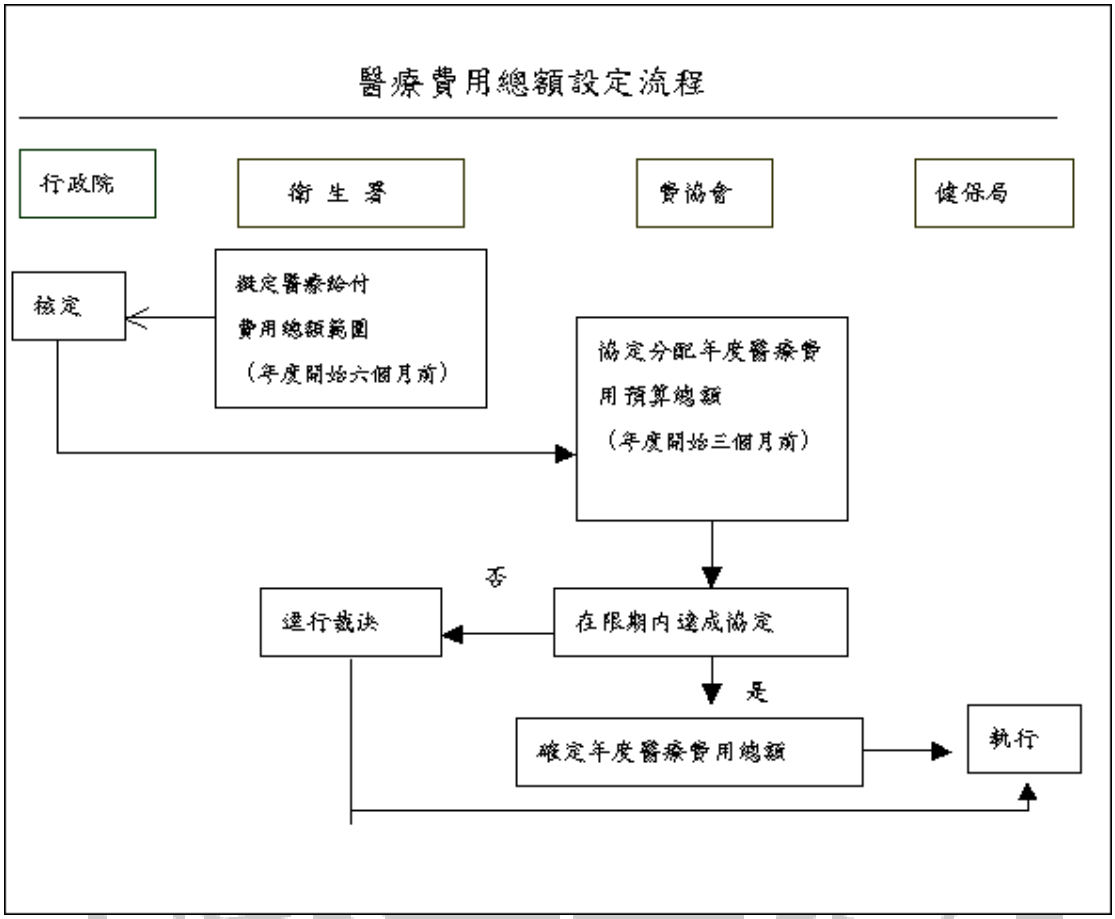
[433] 全民健康保險法第 48 條（尚未實施之新法刪除）。

圖 2：全民健康保險醫療給付費用總額協商程序流程圖



出處：《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》，2005 年 6 月版，頁 10。

圖 3：醫療費用總額設定流程圖



出處：健保局網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=9009&level_no=2&doc_no=21242。參訪日期：2012 年 7 月 1 日。

第二目　總額支付制度涵蓋範圍

現行全民健康保險各總額部門涵蓋之範圍[434]如下：牙醫門診總額支付制度係以牙科門診所提供之部分醫療服務為範圍；中醫門診總額支付制度則以中醫門診所提供之部分醫療服務為範圍[435]；西醫基層總額支付制度係以西醫診所之門、住診醫療服務(含分娩及門診手術)、藥品（含藥事服務費）及預防保健為範圍；而醫院之總額涵蓋範圍則以西醫之門、住、急診醫療服務、藥品（含藥事服務費）及預防保健為總額涵蓋範圍；居家照護及精神疾病社區復健，並不包括於總額範圍內，即維持現行之支付方式（「論量計酬制」）。

[434] 參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=812&webdata_id=3630。參訪日期：2012 年 5 月 10 日。

[435] 牙醫門診與中醫門診兩部門皆至少一半以上為自費項目。

第三目　西醫醫院總額預算協商公式

2002 年度至 2004 年度，西醫醫院總額預算協商公式為「年度醫療給付費用總額＝部門別基期年每人醫療給付費用 ×〔１＋部門別年度每人醫療給付費用（非協商因素＋協商因素）成長率〕× 實際保險對象人數」；自 2005 年度起改為「年度醫療給付費用總額＝部門別基期年每人一般服務醫療給付費用 ×〔１＋部門別年度每人一般服務醫療給付費用（非協商因素＋協商因素）成長率〕× 實際保險對象人數＋部門別年度專款項目預算額度＋年度門診洗腎服務預算＋年度其他預算」，其中專款項目方面，於 2004 年以前係協商預算成長率，惟為釐清屬性與用法，其自 2005 年度起，改為協定預算額度[436]。

非協商因素包括自然成長率(反映投保人口年齡性別結構改變對醫療費用之影響）和醫療服務成本指數改變率（反映醫療服務之機會成本）。各項成本指數係依照其執業成本占率加權平均計算：人事成本按非農業受雇人口薪資指數改變率；藥品、藥材及耗材按躉售物價指數改變率；營業費用則按相關消費者物價指數改變率計算。

協商因素包括保險給付範圍或支付項目的改變(於新年度預期新增給付範圍或支付項目的改變，如高科技及新藥等，對醫療費用之影響）、醫療品質及保險對象健康狀況提升(為鼓勵提升醫療服務品質或促進民眾健康而允許增加費用之幅度）、其他服務利用及密集度之改變[437]、醫療服務效率之提昇（因健保支付制度的改變，造成醫療服務效率之提升，進而影響醫療費用），以及其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響，例如鼓勵提升預防保健服務執行率、鼓勵基層醫療提升慢性病人照護、鼓勵交付慢性病連續處方箋、支付制度改革誘因等。

第四目　總額支付制度實施時程

牙醫總額支付制度自 1998 年 7 月實施，其分配之考量因素有：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，加以協定而決定總額預算，後依校正後保險各項人數分給六區。牙醫總額支

[436] 參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》，2005 年 6 月版，頁 13－14。

[437] 由於自然成長率（保險對象人數及其人口結構的改變）已反映部分保險對象就醫利用及密集度的改變，故此處採用「其他」醫療利用及密集度改變造成的影響，其可考慮項目如下：（1）醫療資源缺乏地區因醫療資源增加後，該地區保險對象利用率或服務密集度的提升（2）反映因醫療科技、診療型態或就醫型態的改變，對醫療費用的影響（3）疾病發生率的改變對醫療費用的影響。參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》，2005 年 6 月版，頁 13－14。

付制度之費用分配成三大塊：專款專用、一般服務與特殊服務三種。一般服務乃依各區校正後保險各項人數實際發生醫療費用比率決定六區分配額度；專款專用有品質保證保留款、牙醫師至無牙醫鄉巡迴醫療服務計劃，以及鼓勵牙醫師至無牙醫鄉服務之專款專用；特殊服務則指齲齒防治服務及重度以上身心障礙者與先天性唇顎裂患者之牙醫醫療服務。

中醫總額支付制度自 2000 年 7 月實施，其六區分配之考量因素有：保險對象人數、人口結構、自然成長率、中醫醫療服務成本指標之改變率、保險給付範圍改變對醫療費用之影響，以及鼓勵醫療品質提升之誘因等。目前支付基準仍多為論量計酬，但在未來希望以論病例計酬為基準。中醫總額支付制度之費用分配成兩大塊：專款專用和一般門診服務。中醫門診總額預算制度同樣依各區保險對象人數分配，但採八年漸進方式；專款專用使用在品質保證保留款和中醫師至無中醫鄉巡迴醫療服務計劃。

西醫基層總額支付制度自 2001 年 7 月實施，其六區分配之考量因素有：保險對象人數、人口結構、自然成長率、西醫醫療服務成本指標之改變率、保險給付範圍改變對醫療費用之影響，以及鼓勵醫療品質提升之誘因等。西醫基層總額支付制度之費用分配成三大塊：上限制之一般門診、洗腎服務；目標制之預防保健、門診手術與慢性病；和專款專用。

西醫醫院總額支付制度自 2002 年 7 月實施，其六區分配之考量因素有：保險對象人數、人口結構、自然成長率、西醫醫療服務成本指標之改變率、保險給付範圍改變對醫療費用之影響，以及鼓勵醫療品質提升之誘因等。西醫醫院總額支付制度之費用分配成四大塊：上限制之門診洗腎服務、門診服務、住院服務；專款專用的新增支付項目及藥材保留。

第八款　總額支付制度下之微觀調控方案

西醫醫院總額支付制度實施之初，健保局並無任何管控措施，全國各大小醫院之門、住診醫療費用（點數）合併計算、同一點值，名為「門住診不分區總額」；實則個別病例醫療費用之計算仍採「論量計酬制」，是以各醫院努力衝量，以求提升一己之總額占率，造成點值下降。後健保局改為「門診分區，住診不分區總額」，門診醫療費用（點數）由各分區分局自行管控。由於個別病例醫療費用之計算仍採「論量計酬制」，是以各醫院依然努力衝量，以求提升一己之總額占率，造成醫療費用總點數持續高漲，點值因而持續下降。2003 年 SARS 風暴過後，行政院衛生署提出「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」，於 2003 年 7 月推出「醫院自主管理方案」，2004 年 7 月實施「醫院卓越計畫」，2005 年 4 月推出「醫院總額品質確保專案」（新版卓越計畫），2006 年推出「醫院支付最適方案」，2007 年推出「醫院專業分級審查方案」，2010 年起分階段推

出「診斷關聯群（DRGs）」支付制度，目前僅推出第一階段 164 項 DRG，其餘四階段則尚未導入。

「醫院自主管理方案」、「醫院卓越計畫」、「醫院總額品質確保專案」、「醫院支付最適方案」及「醫院專業分級審查方案」等，係於「全民健康保險特約醫事服務機構合約」效力存續之前提下，就參加各該專案之個別醫院其醫療費用之核計方式另為約定。如個別醫院合意參加此等專案，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」本約中依點值核計醫療費用之計費方式被凍結，而適用此等專案商定之醫療費用額度；至於計費之外的其他約定則仍適用本約。此等專案之參加須由申請之特約醫事機構提出計畫書，經健保局審核同意後雙方簽訂書面協議，並以「附約」方式附加於本約，屬締結契約之行為。由於此等專案所涉及之費用審查方式，係屬健保局法定職務之行使範圍，費用核付之准否亦屬公法性格之決定，而雙方爭議亦循行政救濟途徑解決[438]，故而此類專案之合約仍應定性為行政契約[439]。

第一目　「醫院自主管理方案」

自 1995 年全民健康保險實施以來，健保局與特約醫事機構間因繁雜之審查機制導致人力的消耗，並引起雙方之關係緊張，為期能藉由將醫療自主權歸還給特約醫事機構，減輕健保專業審查之負擔，且重新建立與醫療體系之互信關係；並為配合醫院總額支付制度之推動順利，且尊重醫療專業自主，使醫院願意承擔更多之專業及財務責任，以有效提升醫療品質，促進分區醫療資源之有效利用同時亦減少醫院與健保局雙方面之行政成本，乃推動「自主管理」計畫（醫院自主管理方案）。自主管理與醫院個別總額相當，係健保局與醫院協議未來一段時間內醫院合理之服務費用申報量及其預定之醫療費用成長率。於此一定額度之金錢給付下，由醫院自己管理自己，提供與實施前相同品質的醫療服務；此不僅使醫院在財務上自負盈虧，同時也讓專業醫療能夠回歸醫院自主管理。

有鑑於 2003 年當國內面臨 SARS 危機時，全國各大醫院卻發展門診，忽略急重症傷病患之醫療權益，因此，健保局為配合「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之全民健康保險體系改造計畫，依政策之要求、醫療品質控管及合理使用健保資源三個方向，訂定各層級醫院之不同監測指標，提供適合保險對象需要、有效率且方便之醫療服務，但在管理過程仍會保留市場競爭及品質確保。

---

438 參釋字第 533 號之意旨。

439 相同見解，請參蔡維音，〈全民健保之總額預算與卓越計畫支付制度〉，《月旦法學教室》第 30 期，2004 年 8 月，頁 28-29。

第二目　「醫院卓越計畫」

從前以論量計酬為主的支付方式，鼓勵醫療提供者多提供服務，而不鼓勵妥善運用資源，嚴重影響醫療服務品質及醫療生態；在國人共同經歷 SARS 的慘痛教訓之後，為導正平均就診次數偏高、醫院發展偏重門診醫療服務及缺乏分級醫療觀念等醫療弊端，進而促進醫療改革，健保局遂依據全民健康保險醫療費用協定委員會預先公告的支付架構及相關配套措施，推動「醫院卓越計畫」[440]。「醫院卓越計畫」之實施目的，乃為配合後 SARS 全民健康保險之目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫、維護保險對象就醫權益、提升醫療品質。藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系；藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。

所謂「醫院卓越計畫」，乃健保局各分局和參與卓越計畫之醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍（不含洗腎、專款專用）之金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率之 1.2 倍為上限。在支付金額與醫療項目服務點數差額之處理方式方面，若醫療服務點數超出支付金額部分，則不予支付（即俗稱之斷頭）；而若醫療服務點數低於支付金額，轄區分區得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方式。參加「醫院卓越計畫」之醫院，其支付方式並不參與西醫醫院總額點值之結算，而係採金額支付。

依健保局之計畫宗旨，「醫院卓越計畫」實施後之優點會有（1）透過檔案分析，掌握住院疾病嚴重度之改變情形與急重症傷病患醫療利用之情形（2）強化稽核業務，不定時實地到各醫院訪查與輔導（3）特別要求醫院成立「病患服務中心」，及時處理保險對象就醫各項問題（4）建構以病人為中心之醫院評鑑制度、推動家庭醫師整合性試辦計畫（5）強化藥品管理品質，落實藥品不良反應通報制度；而缺點則會有（1）重症傷病患成為人球（2）醫院為減少多餘的成本支出，會採行門診限號、關閉病床及藥物自費等傷害傷病患之基本權利（3）為了達到規定之門、住診比例(45%：55%)，地區醫院賴以維生支門診收入受到限制，使其負擔增加。

「醫院卓越計畫」實施後，上開健保局所宣稱之優點尚未能呈現，即出現其所預知之所有缺點，因而被戲稱為「拙劣計畫」；後由於台中榮民總醫院被檢舉

[440] 參健保局網站，九十三年度醫院卓越計畫支付原則，2004 年 7 月 5 日，http://www.nhi.gov.tw/resource/bulletin/150_卓越計畫.DOC；九十三年度醫院總額卓越計畫辦理情形，2004 年 9 月 24 日，http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/3112%E6%AC%A1%E6%9C%83%E8%AD%B0-930924%E9%86%AB%E9%99%A2%E5%8D%93%E8%B6%8A%E8%A8%88%E5%8A%83%E8%BE%A6%E7%90%86%E6%83%85%E5%BD%A2.pdf；醫院卓越計劃介紹，2004 年 9 月 30 日，http://www.nhi.gov.tw/07information/issue/931012/report2.ppt。

限診、縮診，遭健保局中止卓越計畫，引起醫界反彈，而於 2004 年 12 月停辦。然而，健保局自 2005 年 4 月實施新版卓越計畫，並改名為「醫院總額品質確保計畫」。

第三目 「醫院總額品質確保計畫」

「醫院總額品質確保計畫」以卓越計畫為藍本，規定加入計畫之醫院不可任意縮診、拒收急重症及罕見疾病患者；如須減少門診，則須提出合理解釋；訂定八大項醫院監測指標，包括門、住診比率、非計劃性再住院率、清淨手術抗生素使用率、住院病人留置導尿管相關之尿路感染率、專任醫師病床比、開立慢性病連續處方簽百分比、平均每月病人門診就診次數等；病人用藥、掛號轉診、醫院資訊透明、大醫院之門診、住院病房等資訊須即時上網登錄；另有品質監測指標，總計 23 大措施[441]。

第四目 「診斷關聯群（DRGs）」支付制度

診斷關聯群 DRGs（Dignosis Related Groups，DRGs）支付制度係依有住院傷病患者之診斷[442]、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，將病例分成不同群組[443]，復依各群組醫療資源之使用情形，於事前計算不同群組之相對權重及每一相對權重的支付點數（標準給付額[444]），訂定各群組的包裹支付點數。每一個 DRG 支付價格的訂定，係以該 DRG 之相對權重乘以標準

[441] 參熊心如，〈全民健保總額支付制度與醫病關係之影響——某醫學中心之個案研究〉，東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文，2005 年，頁 4；蔡富櫻，〈我國全民健康保險支出政策變遷之探討： 以醫院卓越計畫為例〉，國立東華大學共行政研究所碩士論文，2006 年 6 月，頁 44。

[442] 以 ICD-9-CM 2001 年版為診斷分類基礎。參〈Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構(101.05.07 更新)〉，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 5 月 20 日。

[443] 依 101 年版 Tw-DRG 支付分類表（101 年 1 月 10 日更新），分類為 25 個主要疾病類別（Major Diagnostic Category，MDC：24 個 MDC 以及 PRE MDC）和 1028 小類。參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 5 月 20 日。

[444] 相對權重（Relative Weight，RW）：每一個 DRG 相對權重等於全國該 DRG 平均每人次點數除以全國平均每人次點數。RW 數值越高反映該 DRG 之資源耗用越多。標準給付額(Standardized Payment Rate，SPR）：「全國合計點數除以全國總權重」並經調整之給付值；按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算。參「全民健康保險醫療費用支付標準」〈第九部 全民健康保險住院診斷關聯群（Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs）〉第一章 Tw-DRGs 支付通則，頁 1，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 5 月 20 日。

給付額，再納入基本診療加成、兒童加成、CMI（病例組合指標[445]）加成及山地離島加成等校正因素。群組、權重、標準給付額為全國性資料，並無層級別差異。凡病患屬於同一個 DRG，住院給付均給予定額給付；低於下限者核實申報，超出上限部分八折支付。各 Tw-DRG 之上、下限臨界點，分別以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 97.5 及 2.5 百分位值訂定。

對於外界擔心實施 DRGs 支付制度，特約醫事機構會篩選病人，使得重症病患會成為人球，影響保險對象就醫權益，健保局之配套措施如下[446]：（1）重症疾病不納入 DRG 範圍內，如癌症、精神病患、血友病、愛滋病、罕見疾病及凡住院日數超過 30 天者、使用 ECMO 個案、臟器移植併發症及後續住院。（2）反映全民健康保險醫療費用支付標準因設置基準之差異，層級間基本診療章支付點數有所區別，對醫學中心、區域醫院、地區醫院支付分別有基本診療之加成。（3）以兒童加成方式反映支付標準兒童加成規定及保障兒童於 Tw-DRGs 實施後各段年齡總體成長百分之十五。（4）若實際醫療點數超過 DRGs 之上限臨界點，超過上限之醫療點數仍支付八成。另 18 歲以下先天性疾病之實際醫療點數超過 DRGs 之上限臨界點，則全額支付。（5）個案使用化（放）療之診療及藥費、呼吸器、洗腎、主動脈內氣球幫浦特殊材料費、雙胞胎第二人次之新生兒照護費等費用，以論量計酬方式申報。

健保局為保障保險對象之權益，避免特約醫事機構為減少醫療成本而提前讓保險對象轉院或出院，對於提早轉院或自動出院之個案，會依其住院日數及醫院提供之醫療服務是否合理而有不同的支付；另為防止保險對象權益受影響，健保局會透過專業審查以確認醫療服務之適當性、處理民眾之申訴案件，並訂立各種監控指標，如出院後再回急診之比率、出院後重覆入院之比率等，以觀察保險對象是否被迫提早出院，違規情節嚴重者可以停約，並將處分結果提供衛生署醫事處做為醫院評鑑之參考[447]。

各 MDC 導入時程如下：

---

[445] 病例組合指標（Case Mix Index，CMI）：各 DRG 案件數乘以各 DRG 相對權重之總和，除以 DRG 總案件數。數值越高反映該醫院收治個案病情複雜程度越高或所需耗用之醫療資源越多。參「全民健康保險醫療費用支付標準」〈第九部 全民健康保險住院診斷關聯群（Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs）〉第一章 Tw-DRGs 支付通則，頁 1，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 5 月 20 日。

[446] 參〈Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構(101.05.07 更新)〉問題 8，頁 3－4，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 5 月 20 日。

[447] 參〈Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構(101.05.07 更新)〉問題 8，頁 4，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 5 月 20 日。

表 2：各 MDC 導入時程表（第 2 階段以下迄今尚未導入）

時程	DRG 或 MDC
第 1 年（99 年）	164 項 DRG
第 2 年（100 年）	（暫定）5、8、12、13、14
第 3 年（101 年）	（暫定）2、3、6、7、9、10
第 4 年（102 年）	（暫定）PRE、4、11、17、23、24
第 5 年（103 年）	（暫定）1、15、16、18、21、22

出處：「全民健康保險醫療費用支付標準」〈第九部 全民健康保險住院診斷關聯群〉第一章 Tw-DRGs 支付通則，頁 5。

第四節 全民健康保險支付標準與總額支付制度

揆諸現行全民健康保險支付制度法規上之規定、文獻之探討，輔以醫界實務上所遭遇之問題，我國全民健康保險支付制度在「全民健康保險醫療費用支付標準」與「全民健康保險藥價基準」、醫療費用專業審查，以及總額支付制度之理論、流程、實施、微觀調控方案等方面，其合理性有待商榷。

第一項 支付標準與藥價基準之合理性

「全民健康保險醫療費用支付標準」主要係沿用 1989 年勞保公告之標準修正而來[448]；全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項規定「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。」據此，健保局成立「全民健康保險醫療費用支付標準研修小組」，負責擬定全民健康保險醫療費用支付標準及藥價基準。「全民健康保險醫療費用支付標準研修小組」由專家學者、醫事服務機構代表及健保局人員共同組成，並由健保局指定其中一人為召集人。專家學者三至七人，由健保局主管處室報請總經理遴選後，由健保局聘任之；醫事服務機構代表由健保局洽請中華民國醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會各推舉五至十人，由健保局聘任之[449]。

[448] 參李玉春，〈全民健保支付制度－實施現況檢討與改革方向建議〉，《政策月刊》第 35 期，1998 年 6 月，頁 15。

[449] 參全民健康保險醫療費用支付標準研修小組設置要點（2000 年 2 月 17 日修正）第 3 點。

總額支付制度實施後，為提昇醫療之專業自主性，健保局與受託醫事團體簽訂總額支付制度專業自主事務委託契約，由總額受託單位研擬支付標準，經送健保局總額支付委員會討論定案後，再送醫療給付協議會議通過，後循行政程序報請衛生署公告。該支付標準最後係以健保局之名義發布實施。

「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險藥價基準」在合法性、正當性以及內容之合理性等方面其合理性有待商榷。

第一款　支付標準與藥價基準之合法性及正當性

「全民健康保險醫療費用支付標準研修小組」係由專家學者、醫事機構代表及健保局人員共同組成，其中專家學者係由健保局主管處室報請總經理遴選，而醫事服務機構代表則係由健保局洽請中華民國醫院協會和中華民國醫師公會全國聯合會兩會推薦。準此，專家學者和健保局人員同屬全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項「保險人」之一方，但另一方「醫事服務機構代表」卻係由健保局指定中華民國醫院協會和中華民國醫師公會全國聯合會兩會推薦（該兩會之幹部）而非由醫界共同推派，故其代表性存有爭議，使「全民健康保險醫療費用支付標準」之內容及規定發生正當性之疑義[450]；依相同理由，藥價基準亦存有正當性之疑義。

總額支付制度實施後，健保局將支付標準之擬定與調整委由總額受託機構為之；由於全民健康保險法第 47 條至第 50 條（尚未實施之新法移列為第 60 至第 62 條，並作修正）、第 54 條（尚未實施之新法移列為第 65 條，並作修正）明文訂定實施總額支付制度[451]之規定無法導出健保局可委託相關團體辦理總額支付制度並委託其訂定支付標準，且亦無其他法規有此授權，因此健保局此一委託不符行政程序法第 16 條第 1 項委託應有法規依據之要求，違反法律保留原則，係違法之轉委託[452]。再者，總額受託單位並非基於所有特約醫事機構之授權，且其與健保局簽訂「專業自主事務委託契約」，法律上係健保局之代理人，實與特約醫事機構為不同之權利主體，於擬定流程上不符合法定參與程序之要求；而支付標準先經其擬定再送健保局討論定案，此程序亦與全民健康保險法所規定之共

---

450 相似見解，請參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 63；蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事機構服務之法律問題研究〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 143－144。

451 參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〉，2005 年 6 月，問題 5，頁 8。

452 相似見解，請參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事機構服務之法律問題研究〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 115－117。

同擬定牴觸；準此，由其所訂定之支付標準實缺乏拘束各特約醫事機構之合理性與正當性，並有違反全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項之規定，似應屬無效[453]。藥價基準亦同。

此外，醫療費用支付標準及藥價基準僅由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，負擔保費之雇主及保險對象無由參與、表達給付項目和事前審查不予支付之意見或申訴，除可能無法顧及保險對象權益[454]，亦使其無法認知健保成本與財務之困境，無法認清繳多少保費可獲得多少醫療給付，此亦有損現行支付標準和藥價基準之合理性及正當性。本文認為，行政機關於行政決策過程中應能使民眾公開、透明且充分之參與，以取得其行政權運作之正當性依據[455]。

最後，支付標準及藥價基準不論係由保險人及特約醫事機構共同擬訂，抑或由總額受託單位研擬、經健保局通過，均非終局之結果，尚須經主管機關行政院衛生署核定，是以保險人及特約醫事機構之平等協商地位並無法獲得保障[456]，支付標準及藥價基準之擬定事實上係由主管機關所主導[457]；且若衛生署不予核定，則特約醫事機構甚或保險對象對此「不予核定」之決定提起救濟亦有困難[458]；凡此種種，均有損現行支付標準和藥價基準之合理性及正當性。

第二款　支付標準與藥價基準內容之合理性

現行「全民健康保險醫療費用支付標準」與「全民健康保險藥價基準」規定了西醫、牙醫、中醫、居家照護及精神疾病患者社區復健、論病例計酬、特殊材料、全民健康保險住院診斷關聯群、品質支付服務、須事前審查之診療項目、藥品等各部分給付項目之代碼、支付點數、給付條件及限制、申報方式。「全民健康保險醫療費用支付標準」與「全民健康保險藥價基準」之內容，存有下列不合理之處：

---

453 相同見解，請參楊翠玲，〈全民健康保險醫療費用支付法律面之探究－以總額支付制度為中心〉，中正大學法律學研究所碩士論文，2010 年 1 月，頁 137－139。

454 相同見解，請參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 65－66。

455 參葉俊榮，〈二元民主與行政程序——從全球化的脈絡論行政程序法的時代機能〉，收於《行政程序法之檢討、傳播行政之爭訟》，台灣行政法學會學術研討會論文集，2003 年 7 月，元照出版有限公司，頁 27-62。

456 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事機構服務之法律問題研究〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 159。

457 參李玉君，〈全民健康保險制度之回顧、檢討與再造〉，《月旦法學雜誌》第 153 期，2008 年 2 月，頁 49。

458 參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 64－65。

第一目　整體醫療費用過低

我國自 1995 年實施全民健康保險，醫療支付制度與標準大部分沿用過去公、勞保時代，許多醫療支付項目自 1989 年至今未做合適調整[459]，與今日實際醫療成本差距益加擴大。和 31 個經濟合作暨發展組織（OCED）國家相比，我國自實施全民健康保險制度以來，歷年醫療費用占國民生產毛額之比率，僅以些微差距略高於土耳其和墨西哥兩國，而遠低於同樣有實施社會保險之英國、德國、加拿大等[460]，為已開發國家中最低；若干文獻及研究亦指出我國的支付標準和整體醫療費用過低[461]，例如 2001 年健保支付之手術費用僅占 6.18%，而美國 1991 年即已 183.%，1995 年 17.8%[462]。學者李玉春指出[463]，健保局鑑於醫院仍有差額負擔之收入及藥品之利潤，基於財務考量，不願大幅提高支付標準。依行政程序法第 137 條第一項第 3 款之規定，行政機關與人民締結行政契約，互負給付義務

---

459 目前仍有 770 個項目，自 1995 年 3 月 1 日全民健康保險實施以來至今未曾調整過。例如 55011C 陰道灌洗（60 點）、57003C 氧氣吸入使用費每小時（30 點）、83080B 顱內壓監視置入（7000 點）等。參健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/query/query2_list.aspx。參訪日期：2012 年 5 月 23 日。

460 參孫智麗、李卓倫，〈台灣醫療產業發展關鍵因素與趨勢分析〉，台灣經濟研究院生物科技產業研究中心網站，http://www.biotaiwan.org.tw/download/core3/3-5%E7%B6%93%E6%BF%9F%E5%88%86%E6%9E%90/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E9%86%AB%E7%99%82%E7%94%A2%E6%A5%AD%E7%99%BC%E5%B1%95%E9%97%9C%E9%8D%B5%E5%9B%A0%E7%B4%A0%E8%88%87%E8%B6%A8%E5%8B%A2%E5%88%86%E6%9E%90(200701).pdf；吳尹中，〈台灣與 OECD 國家醫藥支出之比較〉，Figure 1，中華民國藥品行銷暨管理協會網站，http://www.tpmma.org.tw/epaper/Upload_Files/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E8%88%87OECD%E5%9C%8B%E5%AE%B6%E9%86%AB%E8%97%A5%E6%94%AF%E5%87%BA%E4%B9%8B%E6%AF%94%E8%BC%83.pdf；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 5 月，頁 12－13，表 1-1；中華民國醫師公會全聯會聲明，〈健保支出成長主因為「人口老化」、「重大傷病及罕見疾病人口增加」、「新增藥品與醫療科技」，而非健保支出浮濫。〉，99 年 12 月 17 日，中華民國醫師公會全國聯合會網站 http://www.tma.tw/meeting/meeting_01_info.asp?meete_id=3542；健保局，〈2011-2012 全民健康保險簡介〉，2011 年 11 月，頁 47，圖 5；〈100 年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽〉，頁費用配置-6，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/%E5%8D%94%E5%95%86%E8%A6%81%E8%A6%BD%E6%8C%87%E6%A8%99PDF.pdf 等。參訪日期：2012 年 5 月 22 日。

461 參李丞華，〈未來五年全民健保重要議題之政策分析〉，行政院衛生署 91 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH91-NH-1015，頁 11；孫建峰，〈全民健康保險給付檢驗費用合理性之研究〉，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計劃編號：DOH-89-NH-009；李玉春、林蕙卿，〈全民健康保險支付標準協商模式之檢討與改革之芻議〉，《醫院》第 29 期，1996 年，頁 1－9；戴瑞億，〈台灣外科醫學史〉，教育部健康醫學學習網 http://health.edu.tw/health/upload/ tbteaching_kb/20050630122200_file1.pdf；黃侃如，〈台灣外科醫療發展史（後半部分）〉，社團法人台灣社會改造協會網站，http://www.sea.net.tw/Archive/File/history2002-18. pdf。參訪日期：2012 年 5 月 22 日。

462 參黃元惠、王桂英、洪志祥、張北葉，〈全民健保實施後外科專科醫師人力下降的可能因素探討〉，《台灣醫界》第 47 卷第 4 期，2004 年 4 月，頁 40。

463 參李玉春，〈醫療成本變異大　標準成本爭議多—應用成本分析於全民健保醫療費用支付標準之探討〉，《會計研究月刊》第 118 期，1995 年，頁 111。

者，人民之給付與行政機關之給付應相當，並具有正當合理之關聯。差額負擔本非全民健康保險給付範圍，況全民健康保險剛實施之前幾年並無准許差額負擔之項目；復依全民健康保險法第 49 條（尚未實施之新法移列為第 61 條，並作修正）第 3 項，藥品以成本給付，本不應存有「藥品利潤」之問題。是以本文認為，以醫院之差額負擔收入及藥品之利潤當作行政機關健保局對特約醫事機構對待給付之一部分，不僅不具正當合理之關聯，亦且坐實此對待給付之不相當；再者，醫院之差額負擔收入及藥品之利潤，甚至加上稀少之自費項目，並無法代償偏低的現制醫療支付[464]。準此，本文認為，我國的支付標準和整體醫療費用的支付並不合理。

第二目　支付項目間點數不公，勞務與支付不等值

前衛生署長張博雅接受監察委員訪談時曾提到[465]，健保開辦過程中，由於西醫醫師公會較不積極參與協商，對自身權益也並不瞭解，所以也較沒照顧到醫師該有的福利；其並指出由於健保支付點數較少，外科較少醫師願意擔任，未來 10 年台灣可能沒有外科醫師。由此可得而知，健保局，甚或行政院衛生署，早在健保開辦之前即已知悉西醫醫師對自身權益並不瞭解、外科代表不足、科別間支付標準不公[466]，且全體外科系所占給付費用比率相當低[467]；明知勞務與支付不等值將造成外科醫師之流失，卻仍率爾行之，非但影響科別間之榮枯、左右相關人力及醫療行為、影響醫療品質，亦且使外科之給付與行政機關（健保局）之給付不相當、不合理，而有違行政程序法第 137 條第 1 項第 3 款之規定，實乃廢弛職務。

勞務與支付不等值，始自公、勞保時代，並續存於全民健康保險制度；整體而言，急重症及住院診療的支付一直偏低[468]。例如，同樣是醫學中心，健保剛實施時（1995 年 3 月 1 日），一般門診診察費（項目代碼 01001B）為每看一人次 200 點，且不論應診時間之長短，支付價格均相同[469]；而一般病床住院診察費（項

---

464 參黃元惠、王桂英、洪志祥、張北葉，〈全民健保實施後外科專科醫師人力下降的可能因素探討〉，《台灣醫界》第 47 卷第 4 期，2004 年 4 月，頁 43。

465 參監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 163。

466 例如：非緊急情況下檢查下肢靜脈是否阻塞之數位減像血管攝影（靜脈）（IV-DSA，診療項目代碼 33097B）有 11250 點、有造影劑之磁振造影（Magnetic resonance imaging，MRI，診療項目代碼 33085B)有 11500 點；而會致命之胃潰瘍穿孔，手術（胃縫合術，gastrorrhaphy，診療項目代碼 72019B）卻只有 9896 點；會致命之腹部鈍傷併脾臟破裂大出血，手術（脾臟切除術 Splenectomy，診療項目代碼 70001B）也只有 10486 點。

467 參黃元惠，〈全民健保外科手術項目支付標準訂定之研究〉，交通大學科技管理研究所博士論文，2005 年 11 月，頁 2。

468 參國家衛生研究院，〈全民健保體檢小組報告〉，2001 年 2 月 28 日。http://ebooks.lib.ntu.edu.tw/1_file/NHRI/012367/FRchapter2.htm。參訪日期：2012 年 5 月 31 日。

469 參中央研究院〈醫療保健政策建議書〉，2009 年 6 月，頁 9。門診每一人次，只需數分鐘至

目代碼 02006K）則是照顧一位傷病患一整天 200 點，同樣係不論傷病之困難度，支付價格均相同。1997 年 5 月 1 日至 2001 年 5 月 31 日改為一般門診診察費（項目代碼 00102B）207 點，而同段時間一般病床住院診察費（項目代碼 02006K）調整三次：210 點（1997 年 5 月 1 日至 1997 年 12 月 31 日）、231 點（1998 年 1 月 1 日至 1998 年 6 月 30 日）、243 點（1998 年 7 月 1 日至 2001 年 5 月 31 日）；目前一般門診診察費（項目代碼 00102B）為 228 點，而一般病床住院診察費（項目代碼 02006K）為 310 點，住院診察費仍屬過低，且依然不等值。又如，同樣摘除直徑 1 公分之皮下良性腫瘤，臉部以外（項目代碼 62010C）目前為 1475 點，而顏面（項目代碼 62002C）則為 2520 點，手術只需半小時至 1 小時，手術完成後患者即可回家休息或繼續工作；然緊急救命之胃潰瘍穿孔手術（項目代碼 72019B）卻只有 9896 點，手術約需 2 至 3 小時，而後尚須照護該病患住院至少 7 日[470]；專門進行門診手術（如上開皮下良性腫瘤）之醫師，一天大約可以開 10 個病人以上，不僅不須照護病人，收入尚遠高於救人性命之醫師，而且幾乎無醫療糾紛風險；急重症醫師則反之，非但收入與付出不成比例，亦且始終承受高度醫療糾紛之風險。支付標準之不公，導致如今急重症人力大量流失與萎縮（內、外、婦、兒、急診科五大皆空），五官科成為熱門專科[471]，生活品質良好、收入豐厚，而又少有醫療糾紛。除支付標準過低外，健保局對於給付範圍之界定並無固定收載原則，而支付單位亦無一定之定價原則[472]；新處置之核定，由於多半牽涉所謂「高科技」之儀器，故其支付價格較為有利[473]。

綜觀全民健康保險實施這 17 年，支付標準一直未能合理反應各科成本，加之勞務與支付不等值，馴致醫師人力不願投入不易執業、費時費力而又風險高之內、外、婦、兒四科[474]；而目前尚留在此四科之醫師則深陷於工作繁多、人力失衡、身心壓力極重、醫療糾紛風險極高之深淵，進而影響醫療品質。支付標準間接左右醫療相關人力[475]，此等遭受冷落之科別對保險對象之生命健康卻最具必要

數十分鐘；若干醫師一診 3 小時可看一百多人，平均每人不到兩分鐘。

470 有合併症者，或不願下床活動者，甚至可能須照護其住院數個月。

471 參黃月桂、劉郁薇，〈婦產科醫師人力現況評析〉；朱樹勳、張金堅、陳炯年，〈全民健保實施對一般外科人力影響及醫療品質之評估〉，發表於醫師人力政策研討會，1999 年 1 月 27 日；黃元惠、王貴英、洪志洋、張北葉，〈全民健保實施後外科專科醫師人力下降的可能因素探討〉，《台灣醫界》第 47 卷第 4 期，2004 年 4 月，頁 40；監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月，頁 84；國家衛生研究院，〈全民健保體檢小組報告〉，2001 年 2 月 28 日。參訪日期：2012 年 5 月 31 日。

472 參李丞華，〈未來五年全民健保重要議題之政策分析〉，行政院衛生署 91 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH91-NH-1015，頁 11。

473 參中央研究院〈醫療保健政策建議書〉，2009 年 6 月，頁 9。

474 至於急診科，由於擁有急診專科醫師執照者收入較高，據聞該醫學會為謀其團體利益，急診專科醫師執照考試素以資格限制及冷僻難題刁難眾多有意願投入急診工作之醫師，造成專科醫師總數不足。

475 參中央研究院〈醫療保健政策建議書〉，2009 年 6 月，頁 8；蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月，頁 23。

性與緊急性，法規範上應屬醫療需求優先滿足者，如無法改善，國民健康照護體系將有土崩瓦解之虞[476]。

第三目　支付項目偏頗

現行支付標準，詳細訂定各項醫療行為的支付點數：特定診療部分包括各種檢驗、檢查、處置、麻醉、手術、復健治療等，而基本診察部分僅有門診診察費[477]、急性病房住院診察費、住院會診費、急性病房之病房費[478]、護理費、精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費[479]、管灌飲食費[480]、藥事服務費[481]、藥費、住院安寧療護費[482]等。此外，健保局多次依職權解釋支付項目費用涵蓋範圍[483]，不惟模糊醫療費用之本質，亦且違反明確性原則；甚至由於單一項目之費用經健保局之職權解釋卻涵蓋了多種醫療行為，因而影響該多種醫療行為行為者間之權利義務關係。

檢視所有支付項目，吾人發現全民健康保險對於支付項目有所偏頗：有進行處置者（勞力）始有支付，且有使用「先進」或「高科技」儀器者支付點數陡升（數千至數十萬點）；反之沒有實際進行處置者如觀察、理學檢查、非手術療法等根本技術、心力與判斷力、時間與體力、心理壓力等部份（勞心）則不計入成

---

476 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999年7月，頁195－197。

477 包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出，目前總共每人次228點。

478 包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。

479 包括醫師診察費、病床費、護理費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報第2部第2章第5節之精神醫療治療費。

480 包括提供管灌飲食之所有相關成本。

481 包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。

482 包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。

483 例如健保醫字第85001248號函釋：「所謂『營養諮詢』非屬診療，係屬支援性醫療行為，已含括於病房費、管灌飲食費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費等費用內，不另單獨計費。」健保醫字第85010406號函釋：「醫師對於重症病人應邀出診為事實存在，『全民健康保險特約醫療費用支付標準』雖無出診費之項目，同意辦理該等出診之特約醫療院所得就支付標準已有項目，申報診察費、處置費、藥品費等，以應保險對象實際需要。」健保醫字第87020661號函釋：「抽吸管、氧氣費已內含於相關處置項目中，不另給付。」健保審字第0910023538號函：「…會陰清洗－內含於護理費，不另外申報。…嬰兒肚臍或臀部之塗藥，應含於護理費在內，不得申報 48011C（小換藥十公分以下）。…日間住院治療費係包括精神醫療治療費用、病房費、護理費、醫師診察費等費用。」等。

本、沒有支付，須要人力照護之部份給付亦偏低[484]，僅支付每日些許之診察費（目前醫學中心之一般急性病房住院診察費為每日 310 點）。於醫學學理及實務上，基本診療如理學檢查等乃診治傷病患之最重要診療方法，儀器檢查僅係基本診療之輔助，甚至未必需要；現行支付標準對於醫事人員無形勞務之無形成本的支付（每日 310 點）甚低於（動輒數千甚或上萬點之）檢查、處置或手術等特定診療的支付，實已違反比例原則，導致若干醫師為增加收入，拼命做檢查、處置或手術：可做可不做之檢查或處置必做；可開可不開之手術必開；尤有甚者，某些醫師為了賺錢而執行不須執行之檢驗、檢查或麻醉、手術，並將傷病患之病歷變造為符合該檢驗、檢查或麻醉、手術之適應症[485]，抑或浮報、濫報醫療處置，違反醫學倫理。醫院對此不惟不加以制止，反而因其「衝高業績」而給予更多獎勵，鼓勵醫師多開藥、賺價差[486]；反觀遵守醫學學理、兢兢業業照護傷病患之醫師，非但收入較低，尚可能被醫院高層「關切」其為何「業績」落人之後。支付制度之偏頗，確實已影響（大）部分醫師之醫療行為，並造成劣幣驅逐良幣，有損醫療品質；將醫治傷病患之醫療行為換算成醫師個人及科部之「業績」，有違「以病人為中心」之意旨，實不可取。

第四目　項目支付之限制不當

「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」及「全民健康保險藥品給付規定」等對於全民健康保險各支付項目訂有支付限制，例如「糖尿病用藥，因藥物作用機轉相同：如 sulfonylureas 類型藥物（glimepiride 等）不可與 meglitinides 類型藥物（如 repaglinide、nateglinide）合併使用」；「加護病房或重症之病患得視需要，每星期監測一次必要之血液生化及電解質檢查」；「門診病患實施燒傷處置、換藥，第一次可申報 48014C，第二次至第四次得申報 48018C，其後限申報 48013C，48018C 部分如須延長應詳加說明。每次申報需檢附處理前、後之彩色照片，以利審查」、「彈性繃帶之使用原則，同一次門診或住院，同一部位以一次用量之兩倍為上限」等。部分限制（如上揭糖尿病用藥）確有醫學上之依據，

[484] 相似見解，請參參胡紀光，〈全民健康保險藥品給付制度方案選擇之研究〉，國立交通大學高階主管管理學程碩士班碩士論文，2003 年，頁 29；陳琇玲、楊銘欽、溫信財、黃文駿、邱亨嘉、徐慧娟、楊志良，〈醫師工作量相對值及耗用時間之探討－以消化系外科 86 項處置為例〉，《醫護科技學刊》第 7 卷第 2 期，2005 年 4 月，頁 183。

[485] 例如，將血液動力學平穩、依醫學學理及實務原不須手術之脾臟破裂傷患，病歷記載為血液動力學不穩，並向病方解釋為須要緊急手術，致使病方陷於錯誤，同意執行緊急手術切除脾臟；抑或對剛做完腹部電腦斷層之病患安排腹部超音波，宣稱係為檢查肝臟是否有腫瘤，實則此時腹部超音波根本不須執行，因為肝臟如有腫瘤，剛做完的腹部電腦斷層即可診斷，且可診斷得比超音波更為詳細。

[486] 參詹金烈，〈人為因素所導致之醫療相關併發症〉，《台灣醫界》第 53 卷第 12 期，2010 年 12 月，頁 47。

應予肯定；但亦有不少限制（如前開血液檢驗和燒傷換藥）疑係純為財務之考量，不僅無醫學實證上之依據，亦且規避健保局所應負之責任。以最為外科醫師所詬病之規定為例，「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部第二章第七節第六條規定：

「同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：

（一）經同一刀口施行之多項手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術（支付點數次高者）按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。

（二）經不同刀口施行同類手術或兩側性手術，其第一項或一側手術依其所定支付點數計算；第二項或另側手術，依其所定支付點數之一半計算；第三項手術依其所定支付點數之五分之一計算，其餘不計。

（三）經不同刀口施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項手術依其所定支付點數之三分之一計算，其餘不計。

（四）經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，需同時手術者；不同刀口，係指一病灶需由不同刀口，始能將病灶清除、修復者；同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術62001C－62038B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。」

限制只能申報第一項及第二項手術之原因，依健保局之說法[487]，「係同時考慮麻醉時間、開刀時間、手術風險性等因素，並考量多項手術同時進行其手術之術前準備與術後處理相同，在手術執行過程部分作業重疊，故保險人及保險醫事服務機構經討論後不予支付。」對此回覆，筆者深感費解為何特約醫事機構與保險人健保局「經討論」不予支付後，復於各職場中謾罵此一規定？當時究係「討論」抑或僅係「告知」？退萬步言，縱依醫學學理，某疾病所須之手術術式多已固定，且多已臚列於「全民健康保險醫療費用支付標準」之中[488]，依其給付一項術式原則上即為已足，有部分疾病須加做其他術式者，多亦僅須加做一項，僅少部分須加做兩項以上術式，故上開規定之手術給付僅限於兩項，對大部分疾病而言尚稱合理；然對於多重創傷或重大創傷之傷患，同一手術野（例如腹腔）須要

[487] 此為筆者循健保局網站意見信箱提問（案件編號：A10106070036）之回覆。

[488] 全民健康保險醫療費用支付標準第1部總則第5條規定：「各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中按其最近似之各該編號項目所定點數申報，惟新療法須經健保局報由中央主管機關核定後實施。」亦即未列項目之手術，除非可以找到類似之有列舉項目，否則不予給付。由此可知支付標準為列舉規定。參《全民健康保險醫療費用支付標準（上冊）》，2004年7月，頁：第一部-1。

施行三種以上術式者比例不低[489]，現行規定僅能申報兩項手術，其餘不計，對創傷手術則屬不合理。至於限制第二項手術只給付一半之原因，健保局之理由為「考量多項手術同時進行其手術之術前準備與術後處理相同，在手術執行過程部分作業重疊，因此副手術不宜全額支付，故經討論後訂定，以不同成數方式支付[490]。」

若干學者認為[491]特約醫事機構係依其本身與健保局內部之「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，由健保局承擔符合規定之「部份」醫療費用（亦即健保局願為傷病患支付部分之費用），於此範圍內保險對象之醫療費用債務獲得免除。保險對象對特約醫事機構並無直接之保險給付請求權，其持健保卡就醫仍須與特約醫事機構締結一民事之醫療契約（通說為委任契約），並據此發生醫療照顧與醫療費用之對待給付義務及其他附隨義務，只是保險對象至懸掛健保標章之特約醫事機構檢具健保憑證並提出要約之行為，應解釋包含此默示意思在內：特約醫事機構提供之醫療照顧水準應符合健保規定，特約醫事機構應依規定處理醫療費用之申報事宜，若有超出全民健康保險核付範圍之情形，保險對象本身應依據醫療契約而自行負擔；倘保險對象對自行負擔有所爭議，此乃健保局與保險對象之間「保險契約」承保內容之問題，應由該雙方解決之。換言之，若有超出全民健康保險核付範圍之情形，其結果是健保局「不付錢」，而非醫院「不能收錢」；醫院得依據與保險對象締結之醫療契約要求其自行負擔。倘若保險對象對自付費用有意見，其應質問健保局的「理賠範圍」是否違反了雙方的保險契約，以爭取自己應有的保障。本文則認為，上開學者之說法疑係將「不計」之規定誤解為「不予支付」：健保「不予給付」之項目，無論係依特約醫事機構與保險對象法律關係之私法契約說、公私並行之法律關係說或公法關係說，均肯認其可向保險對象要求自費；然「不計」之項目原即健保局有給付之項目，只是不予計入醫療費用點數（也就是直接賴掉、故意不付費），因此無法向保險對象要求自費。曾有臺北市立聯合醫院某院區於 1996、1997 年間因此種情形向保險對象要求自費，並說明乃是由於健保局不付費，結果該保險對象之家屬打電話向健保局詢問，得到的回答竟然是「支付表上有的項目健保局都會給付，不須自費」，差點造成醫療糾紛[492]。

---

489 例如有腹部鈍傷之傷患，其有脾臟破裂、肝臟破裂、胰臟鈍傷、小腸破裂兩處、大腸漿膜層撕裂十二處、及腸系膜撕裂四處，其所須之術式為（1）脾臟切除術（2）縫肝術（3）胰臟引流術（4）14 個腸穿孔縫補術（5）4 個腸系膜之縫合及修補術。

490 此為作者於 2012 年 4 月 12 日在健保局民眾意見信箱（案件編號：A10104120020）詢問所得之回覆。

491 參考薛瑞元，〈健保給付制度下，不符給付要件的個案如果拒收的法律責任問題〉，1998 年 10 月，www.dryahoo.org.tw/次網頁/衛教走廊/醫學法律/急診拒收.htm，參訪日期：2006 年 5 月 14 日；蔡維音，〈全民健保行政之法律關係〉，《成大法學》第 4 期，2002 年 12 月，頁 1－35。

492 相似之情形請參考洪奇昌，〈沒有目標的改革---即將實施的健保 DRG 支付制度〉，2009 年 9 月 4 日。台灣新社會智庫網站 http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1734&Itemid=123。參訪日期：2012 年 5 月 13 日。

本文認為，「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 2 章第 7 節第 6 條此種支付限制之規定欠缺醫學學理上之合理性，似純係為醫療費用之考量：術前準備與術後處理之費用原僅占整體費用之小部分，而儘管「手術執行過程部分作業重疊」，醫師仍然確實有施行該多項重疊之「作業」，殊無不予支付之理；限制第二項手術只給一半費用、其餘手術不計之規定，一者等同於將術前準備與術後處理之費用不當擴大成第二項手術整體費用的二分之一；再者，即便可視為第二項手術整體費用的二分之一，仍無法解釋為何第一、二項以外之手術直接不計，如依上揭健保局所持理由，第一、二項以外之手術至少亦應如同第二項手術，給予二分之一之費用[493]。健保局對於醫師所確實施行之多項手術僅支付前兩項，其餘則苛扣手術費用，不僅使醫師、特約醫事機構做白工，尚須自行吸收耗材、消毒等成本費用，且無法向保險對象要求自費，缺乏實質合理性及正當性。健保局對於特約醫事機構之對待給付不相當，有違行政程序法第 137 條第 1 項第 3 款之規定。

「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第 5 條「乙方辦理本保險醫療給付事宜，應依據中央衛生主管機關核定之醫療費用支付制度、支付標準及藥價基準等規定辦理。對於已實施總額支付制度之部門，甲乙雙方應遵守主管機關核定之本保險醫療給付費用協定及分配。」第 17 條：「乙方申請之醫療費用，有左列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣…」，第二款為「乙方對保險對象之診療不屬於全民健康保險醫療給付範圍者」，而且全民健康保險法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）第 1 項亦規定「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用」，因此，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第 5 條及第 17 條係以「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險藥價基準」為內容之定型化契約條款。

行政契約之締結乃為緩和行政機關與人民之不平等地位；締約雙方地位平等，並有決定是否締約與締結何種內容之契約的自由。我國對行政契約之規範，除於行政程序法第三章（第 135 條至第 149 條）有明文規定外，該法所未規定者準用民法相關之規定（第 149 條）；行政程序法並無有關定型化之行政契約的規定，而我國有關定型化契約之規範，以消費者保護法及其施行細則中所規定者[494]較為完善，是故定型化之行政契約準用消費者保護法及其施行細則中有關定型化契約之規範。消費者保護法及其施行細則中有關定型化契約之規定乃在保障締約雙方地位之平等及締結之自由，與行政契約「平等」與「自由」之本質概念相符。

[493] 註 489 之例如以此方式計算，點數共 28866 點，為依現行規定（16856 點）之 1.7 倍強。

[494] 消費者保護法第 2 章第 2 節，第 11 條至第 17 條；消費者保護法施行細則第 2 章第 2 節，第 9 條至第 15 條。

「全民健康保險醫療費用支付標準」對於創傷傷患手術給付申報限制之規定，並未考量施行創傷手術醫師之工時、投入成本及心血之多寡、專業技術之複雜程度以及所承擔風險之大小等因素，卻便宜行事將非創傷手術給付之限制規定（一主一副）直接適用於創傷手術，致使申報創傷手術給付遭受不符比例原則之限制，當事人間之給付與對待給付顯不相當（違反給付相當），顯有不利於相對人（各特約醫事機構及施行創傷手術之醫師）的情形。按支付標準不可以法規命令限制手術醫師之權利，以之對手術醫師不當限制及侵害其公法上之財產請求權，違反法律保留原則及行政法理。再者，給付目的與給付項目之問題應符合醫學臨床方面的需求，始合乎醫事法理；如今乃以法規命令為之，致使專業知識價值遭受漠視。綜上所述，此一定型化契約條款有違消費者保護法第 11 條第 1 項及施行細則第 14 條所規定之平等互惠原則，亦違背健保局所應負之給付義務；依消費者保護法第 12 條第 2 項第 1 款之規定，推定其顯失公平，違反誠實信用原則。再者，「全民健康保險醫療費用支付標準」會隨時間而修訂，造成行政機關片面變更契約之基本權利義務事項，有違行政契約成立要件中實質合法要件之一般契約原則，此亦違反誠實信用原則。三者，健保局以其僅承擔符合規定之「部分」醫療費用為理由限制創傷手術給付之申報，仍為違反誠實信用原則。此外，健保局以「全民健康保險醫療費用支付標準」做為不保險給付之依據，有違釋字第 524 號解釋之意旨：「…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，亦不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。」

依上開分析，「全民健康保險特約醫事服務機構合約」屬定型化之行政契約，準用消費者保護法及其施行細則中有關定型化契約之規範。合約第 5 條及第 17 條為以「全民健康保險醫療費用支付標準」為內容之定型化契約條款，其適用消費者保護法及其施行細則中有關定型化契約規範之結果，該定型化契約條款中對於創傷傷患手術給付申報限制規定之部分違反給付相當；對手術醫師不當限制及侵害其公法上之財產請求權，違反法律保留原則及行政法理；以法規命令為之，致使專業知識價值遭受漠視；以法規命令為條款，造成行政機關片面變更契約之基本權利義務事項，有違行政契約成立要件中實質合法要件之一般契約原則。該定型化契約條款違反平等互惠原則及誠實信用原則，對締約之他方（特約醫事機構）顯失公平，且違反釋字第 524 號解釋之意旨，其效力實有待商榷。

本文認為，由於創傷之機轉與疾病相異，創傷手術之型態亦與疾病手術有間，本不應適用疾病手術支付之規定；然由於健保局怠於另為規定，竟便宜行事將疾病手術支付之限制規定（同一手術野僅可申報兩項手術，且第二項手術僅以一半計算）直接適用於創傷手術，致使創傷手術支付之申報遭受不符比例原則之限制，嚴重影響以施行創傷手術為業之（外傷科）醫師的專業發展機制、侵害其公法上之財產請求權，從而使專業創傷知識價值遭受漠視。在「全民健康保險特約醫事服務機構合約」違反定型化契約條款之規定的表象之下其實隱藏著行政機

關違反給付義務之問題。醫療行為乃具高度風險之專業行為，醫師既經長時間訓練養成，且其醫療行為亦為保險對象生命身體之利益，自無不予支付之理。此規定對於須施行三項以上術式之傷病已構成苛扣手術費用，限制醫師營業自由及財產權[495]，馴致健保局對於特約醫事機構之對待給付不相當，有違行政程序法第 137 條第 1 項第 3 款之規定。台灣外科醫學會曾於 2005 年 11 月 28 日行文[496]健保局，希望其能正視此一問題，但至今仍未獲滿意之回應。

第二項　　醫療費用專業審查之合理性

全民健康保險醫療費用專業審查係依「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥價基準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」、「全民健康保險藥品給付規定」和「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」為之；除「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」外，上揭四者所定之規定，直接涉及「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之主要權利義務內容（支付之項目、種類、次數、要件），違反者無法獲得健保局所支付之醫療費用。全民健康保險之醫療費用專業審查，於「全民健康保險醫療費用審查注意事項」與「全民健康保險藥品給付規定」本身和審查過程等方面其合理性有待商榷。

第一款　　審查注意事項與藥品給付規定之合理性

「全民健康保險醫療費用審查注意事項」係由健保局總局或各分局召開各科審查注意事項會議討論訂定，經醫療服務審查委員會會議確認後發布施行，期間並未與醫界進行協商，亦無法律之授權[497]，其適法性與程序正當性實有問題[498]。「全民健康保險藥品給付規定」亦同。

再者，「全民健康保險醫療費用審查注意事項」與「全民健康保險藥品給付規定」，對於若干醫療費用的支付，存有不當之限制，例如不分燒燙傷之嚴重度與傷患之傷口生長速度[499]，對於門診傷患之燒燙傷處置、換藥[500]，規定第一次可

---

495 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 81－82。

496 外醫夫字第 1351 號。

497 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 115－117。

498 參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 65。

499 依醫學學理，營養不良者、糖尿病患者血糖控制不良者、面積大者及傷口感染者，其傷口之生長速度較慢，甚或無法生長。

500 參全民健康保險醫療費用審查注意事項(19888_1_100 年各總額審查依據及一般原則增修訂病歷條文_依醫審會結論辦理審查注意事項公告 10009 完整版）頁 51。健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=813&webdata

申報 48014C（目前為 2417 點），第二次至第四次得申報 48018C（目前為 1343 點），其後限申報 48013C（一般換藥；目前為 104 點），48018C 部分如須延長應詳加說明[501]。依醫學學理，二度以上之燒燙傷傷口很少在第 5 天即已長好到不須燒燙傷之處置換藥，而燒燙傷之嚴重度等級越高，傷口生長越慢，且越易感染；面積越大，傷口生長越慢；今一律依上揭處置之次數支付，不僅對處理嚴重度高或面積大之特約醫事機構（及照護醫師）不公平，尚易使擁有體系合作之醫院聯盟從中取利：比方說安排傷患分別至兩家策略聯盟之醫院換藥，則可申報兩次 48014C 及六次 48018C。退步言之，如認燒燙傷之處置換藥價格過高，則應調降其價格，而非限制申報次數；手段與目的不符，有違「合目的性」原則。

此外，「全民健康保險醫療費用審查注意事項」與「全民健康保險藥品給付規定」並未考量各疾病間以及疾病與創傷間之不同、處置或藥品之需求有間，逕對處置或藥品的支付要件統一規定，導致部分保險對象對其傷病之處置或藥品的保險給付請求權無法獲得滿足。例如，對於內科疾病患者，血清白蛋白濃度只要 2.5 gm/dL 以上即可，但對於外科病患，尤其是接受手術者，由於需大量蛋白質修復，肝臟一時間製造不足，因此希望能將血清白蛋白濃度維持在 3.0 gm/dL 以上；而對於多重創傷或重大創傷之傷患，由於創傷本身已造成體內大量蛋白質損失，倘須接受手術，則需要比外科疾病接受手術者更多的蛋白質，因此亦希望能將血清白蛋白濃度維持在 3.0 gm/dL 以上。然而，「全民健康保險藥品給付規定」對於血清白蛋白濃度偏低之傷病患，齊一規定[502]限病危、有腹水或水腫併有血清白蛋白濃度偏低之病人，血清白蛋白濃度低於 2.5 gm/dL 者，僅於（1）肝硬化症（有相當之腹水或併發水腫）每日最多用量限 25 gm、（2）腎病症候群（嚴重蛋白尿致血清白蛋白下降）每日最多用量限 25 gm、（3）嚴重燒燙傷及（4）肝移植四種情況支付 human albumin（白蛋白製劑）；血清白蛋白濃度低於 3.0 gm/dL 者，僅於（1）嚴重肺水腫和（2）大量肝切除（大於百分之四十）兩種情況支付白蛋白。此規定純係費用之考量，無視於醫學學理和疾病間、疾病與創傷間之不同，造成許多外科傷病患須自費使用白蛋白，違反平等原則。

第二款　審查過程之合理性

「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第 15 條規定特約醫事機構不以住院診斷關聯群申報之案件，經專業審查有下列 17 款情形之一者，應載

_id=1787。參訪日期：2012 年 5 月 29 日。

[501] 此部分極易被刪減，因為照護醫師與審查醫師之判斷未必相同，而審查醫師並未親眼所見與親自照護，僅依所附照片評斷，不免失之專斷。

[502] 參全民健康保險藥品給付規定（101 年版）頁 4-3、4-4。http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=812&webdata_id=2919。參訪日期：2012 年 5 月 29 日。

明其理由不予支付不當部分之服務：（一）治療與病情診斷不符（二）非必要之連續就診（三）治療材料之使用與病情不符（四）治療內容與申報項目或其規定不符（五）非必要之檢查或檢驗（六）非必要之住院或住院日數不適當（七）病歷記載不完整無法支持其診斷與治療內容（八）病歷記載內容經二位審查醫師認定字跡難以辨識（九）用藥種類與病情不符或有重複（十）用藥份量與病情不符（十一）未依臨床常規逕用非第一線藥物（十二）用藥品項產生之交互作用不符臨床常規（十三）以論病例計酬案件申報，不符合其適應症（十四）以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定（十五）論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行（十六）論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院（十七）其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。同法第 15 條之 1 則係對以住院診斷關聯群申報之案件其專業審查之規定。

專業審查應滿足正確性與公正性[503]：審查應能判斷醫療行為妥適與否、是否濫用醫療資源；審查過程應公正客觀，俾受當事人信賴。良好的專業審查，於成本控制方面消極可避免健保之詐欺與濫用、積極可提升醫療利用之效率；就醫療品質而言則消極可減少醫療錯誤、積極可提升醫療時效、促進品質[504]；否則不惟無法提升醫療品質及遏阻醫療資源之濫用，更打擊遵守醫學學理與健保法規者，導致劣幣逐良幣之後果。上揭不予支付之理由，第 2、5、6、7、14 及 17 款係屬不確定法律概念，由並未親自治療傷病患之審查醫師依健保局自行訂定之審查標準及注意事項自行裁量，恐無法一窺整體醫療過程之全貌，致生斷章取義裁量專斷之爭議，形成所謂審查不公[505]或審查過苛[506]之評，例如審查標準不一、相關規範不周延、內規太多且經常有所變更、審核過程及審核標準訂定不夠透明、審查醫師不公正、不夠客觀、過度干預專業自主權、未考量傷病患與特約醫事機構之特殊性、健保局球員兼裁判、健保局會因財務問題而調節並指示審查之嚴格程度、給予審查醫師所屬服務單位特別寬鬆之審查標準、甚至以核扣績效給予審查醫師獎金或作為續聘之依據等[507]，而有「亂刪」或「有目的核刪」之疑。近年來專業審查已逐漸以實證醫學為本，加上總額支付制度實施後審查密度降低，是以此類現象表面上已減少許多，但審查醫師本身之良莠不齊，仍係一隱憂，而由總額受託單位所擬定之「全民健康保險醫療費用審查注意事項」與「全民健康保險藥品給付規定」其前開問題亦尚未解決。

---

503 參蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月，頁 124－125。

504 參章般超，〈全民健康保險醫療服務審查問題之探討〉，《台灣醫學》第 7 卷第 1 期，2003 年 1 月，頁 104。

505 另可參考吳坤煥，〈健保醫療審查制度之檢討及建議〉，《台灣醫界》第 52 卷第 7 期，2009 年 7 月，頁 46－50 所舉之例。

506 參許家碩，〈從公義原則思考健保醫療資源分配－以總額預算支付制度為例〉，中央大學哲學研究所碩士論文，2008 年 6 月，頁 33。

507 參章般超，〈全民健康保險醫療服務審查問題之探討〉，《台灣醫學》第 7 卷第 1 期，2003 年 1 月，頁 105。

此外，雖專業審查漸以各該專科之醫師承審，然據聞有部分專科之審查醫師有共識地對同專科醫師之某些處置不予核刪，而對不同專科醫師之相同處置則予以核刪，例如據聞同樣插胸管，胸腔外科專科醫師可申報手術 67006C 密閉式引流術（Closed drainage，3259 點），而其他科之專科醫師只可申報處置 56010B 胸管插管（Chest intubation，2400 點），申報手術 67006C 則刪之。事實上，「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險醫療費用審查注意事項」等並無此一規定；插胸管並無特殊技巧或方式非得由胸腔外科專科醫師施行不可，且於醫學中心，插胸管實際上多為住院醫師所施行；是以此類行為僅係為維護該專科成員之利益，而非基於醫學學理，此類行為實乃部分專科之審查醫師全體共謀之審查不公。

第三項　總額支付制度之合理性

全民健康保險法於 1994 年 8 月 9 日公布全文 89 條，原先即有總額支付與轉診制度之設計，並於全民健康保險法第 47 條至第 50 條（尚未實施之新法移列為第 60 至第 62 條，並作修正）、第 54 條（尚未實施之新法移列為第 65 條，並作修正）加以明文規定。然而全民健康保險自開辦以後，因各種因素而未能落實原先設計之總額支付制度，遲至 2002 年 7 月 1 日始全面實施。總額支付制度實施前，健保局林燦副理、陽明大學李玉春教授、吳肖琪教授與醫師公會全聯會代表、醫療院所代表及學者代表，曾於 2000 年 5 月中旬至加拿大維多利亞，研習加拿大英屬哥倫比亞之總額預算制度[508]。雖有學者認德國之總額支付制度為我國全民健康保險規劃時所援以參考，然觀諸全民健康保險法及《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》中有關總額支付制度之規定及作法，要屬繼受加拿大制度無疑，而加拿大之醫療體系，近似英國之公醫制度。

若干研究總額支付制度之文獻指出，總額支付制度在牙醫、中醫與西醫基層實施之成果，醫療服務提供者、保險人及被保險人三方面大致上均認為滿意；西醫基層實施時，亦無多大問題[509]；然西醫醫院總額支付制度實施後，卻爭議迭起，且引發醫界上街頭抗議。究其原因，大多肯認係由於一則牙醫、中醫與西醫基層所提供之醫療給付較為單純，不似西醫醫院之複雜；二則牙醫門診與中醫門診兩部門皆至少一半以上為自費項目，故總額支付制度對其影響較小，而西醫基層與西醫醫院不惟少有自費項目，醫療行為之複雜度亦較牙醫與中醫為高；三則由於

[508] 參邱永仁、陳宗獻、郭乃文、林忠劭，〈加拿大總額支付制度考察報告〉，《台灣醫界》第 43 卷第 7 期，2000 年 7 月，頁 41 以下。

[509] 西醫基層實施當年（2001 年），基層即開始將多餘之傷病患推給醫院。此時醫院一方面由於尚未開始實施總額，另一方面各醫院正忙著衝量，故而對於西醫基層將傷病患推給醫院之舉不僅沒有怨言，反而樂觀其成。這也是為何當年西基層總額支付制度實施剛滿一年時沒浮出什麼大問題，因而推行成果被評為優等之原因。

西醫基層與醫院兩者之傷病患來源（門診部分）同一，是以任何一方為因應支付制度之改變所為之策略，將直接影響他方（互推傷病患），因而矛盾與爭議陡增[510]。西醫醫院總額支付制度自實施至今，於下列各方面存有不合理之處。

第一款　欠缺全盤考量我國醫療體系結構與外國有間

我國醫療體系，公私立醫院林立，且私立醫院遠比公立醫院來得多，規模亦為公立醫院所難望其項背[511]；此與美國相類，而與德國、加拿大、荷蘭相較之，其結構較近似於德國。在加拿大，各省之衛生部門或衛生暨社會服務部門負擔醫院之興建及管理，醫院絕大部分為公立體系，與我國差異甚大。醫師收入方面，無論係德國、加拿大或是我國，開業醫師均來自社會保險；對於受僱於醫院之醫師，加拿大為薪水制，由政府發給，和總額預算無關；但在我國，受僱於醫院之醫師其收入除公立醫院醫師來自政府發給[512]外，私立醫院醫師僅以其「業績」為收入來源[513]，必須聽從醫院之指揮與監督，否則只有離開一途，此亦與美國、德國相近，而與加拿大有間。

由於體系與結構上之不同，在加拿大關於是否採取總額支付制度，對受僱於醫院之醫師而言並無影響；況醫院為政府所興建及管理，為政府之下屬單位，盈虧係由政府負擔，故在加拿大採取總額支付制度，醫院部分未見其反彈與抗爭，顯可推知，乃屬當然。德國醫院之總額預算乃由「疾病基金會」與各醫院協商而得，雙方居於平等地位；只要總額預算之成長率不超過被保險人之平均基礎收入成長率，給付範圍及總額額度之協商政府介入不深，僅負有監督之責，是以保險人與醫療服務提供者依協商而合意成契約，自然能消弭反彈及抗爭。反觀我國，醫院體系及結構與美國、德國相近，但總額支付制度卻師法加拿大由政府決定之公醫制度精神，年度總額之額度由行政院先行敲定，且給付範圍亦由行政院決定後（全民健康保險法第 47 條；尚未實施之新法移列為第 60 條，並作修正），再由全民健康保險醫療費用協定委員會與醫界代表「協商」如何分配，且該協商亦僅具參考性質，最後仍須由行政院核定或裁決（全民健康保險法第 49 條；尚未

---

[510] 參張慈惠，〈在健保總額支付制度下醫學中心醫師撙節醫療費用之實証研究〉，南台科技大學高階主管企管碩士班碩士論文，2004 年，頁 3；陳麗春，〈從新制度主義觀點探討全民健保總額支付制度〉，成功大學政治經濟學研究所碩士論文，2007 年 12 月，頁 3；李志宏、施肇榮，〈全民健康保險解讀系列 9：總額支付制度〉，《台灣醫界》第 51 卷第 11 期，2008 年 11 月，頁 38 等。

[511] 目前全國醫學中心共 22 家，其中公立醫院僅占 7 家，私立醫院則有 15 家之多。資料來源：健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/Query/query3_list.aspx。參訪日期:2012 年 6 月 1 日。

[512] 目前許多公立醫院醫師除領取政府薪水外，尚領有依其「業績」所核發之「績效獎金」。

[513] 為了評鑑需要，目前各醫院對於醫師薪資已設有「底薪」之名目（大多少於 10 萬），但實際上僅係將「績效」之一部分播入「底薪」項下而已，其性質類似「保障薪資制」，醫師依然以其「業績」為主要收入來源。另請參考李伯璋，〈血汗醫院 理性面對〉，中國時報，2012 年 5 月 5 日，http://news.chinatimes.com/forum/11051401/112012050500427.html。

實施之新法移列為第 61 條，並作修正）；況名為協商，實則幾近於「告知」，蓋全民健康保險醫療費用協定委員會委員 27 人，整個醫界代表僅有 9 人（三分之一），而醫院代表僅有 3 人（九分之一，其中醫學中心、區域醫院及地區醫院各一人），一開始即處於不平等之地位，無法對等協商[514]。總額支付制度實施之後，每年行政院衛生署所增眾多給付項目，均經全民健康保險醫療費用協定委員會強行通過，醫界只能屈膝接受；不敷成本時，醫界亦無法獲得補助，虧損部分由醫院自行吸收，直接間接影響醫師收入及醫院生存，造成全國兩百多家醫院倒閉。本文認為，由於當初規劃總額支付制度，欠缺全盤考量各國醫療體制及結構之差異，造成以公醫制度的手法管理自由市場機制之醫療環境，實乃導致目今總額亂象之一大癥結。

第二款　年度總額不足

由於「全民健康保險醫療費用支付標準」存有如上揭第 4 章第 4 節第 1 項第 2 款所述整體醫療費用過低、支付項目間點數不公，勞務與支付不等值、支付項目偏頗、項目支付限制不當等情事，醫療費用已長期不足，以之為基準所「精算」出來的基期年度總額當然不足；健保局復以不足之基期年度總額去加成協商因素與非協商因素，以及日後每年以前一年為基礎所算出之年度總額必然年年不足。以不足之醫療費用強迫醫界接受並代其執行全民健康保險此一行政任務，等同苛扣醫療費用，致使「全民健康保險特約醫事機構合約」雙方當事人間醫界（人民）之給付與健保局（行政機關）之給付不相當，違反行政程序法第 137 條第 1 項第 3 款之規定。

此外，依行政程序法第 147 條之規定，行政契約締結後，因有情事重大變更，非當時所得預料，而依原約定顯失公平者，當事人之一方得請求他方適當調整契約內容。如不能調整，得終止契約（第 1 項）。行政契約當事人之一方為人民時，行政機關為維護公益，得於補償相對人之損失後，命其繼續履行原約定之義務（第 2 項）。健保局每每於每年年度總額協商完成、衛生署公佈實施後，卻又在年中增加給付範圍；而面對特約醫事機構要求追加總額額度，卻依然不予追加，亦不補償特約醫事機構之損失，造成各醫事機構之反彈與抗議，違反行政程序法第 147 條之規定。

第三款　制度缺乏配套

贊同總額支付制度之學者，包括全民健康保險醫療費用協定委員會所出版之

[514] 參〈立法院衛生環境及社會福利委員會舉行「健保總額支付制度運作困境與永續經營之探討公聽會」紀錄〉，2004 年 3 月 1 日，頁委二九以下。

《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》，認為總額支付制度可透過付費者與醫事服務提供者之共同協商解決供需雙方利益之衝突，並有助於雙方成本意識之提升；付費者不能無限制要求增加給付、減少負擔，而醫事服務提供者亦不得無限制要求增加醫療費用支出；醫事服務提供者因已預知全年預算總額，可減少以量取酬之誘因，鼓勵服務效率之提升，有效控制及精確執行醫療費用預算；醫師為提高每點金額（點值），且在同儕制約下，病人就醫次數不易受到誘發；將品質及民眾健康納入總額協商公式，能導正醫療行為、提升醫療服務品質及國民健康；參考醫療網計畫分配地區預算，可促進醫療資源之合理分布及醫療社區化；增加醫事服務團體參與專業審查、支付制度改革等機會，專業自主權得以提升，並可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理；可減少平均住院天數；能加強醫事服務團體間之合作，以減少院所間人力、設備、檢查及用藥之重複與浪費；並透過垂直整合，藉此提升整體之醫療服務效率；讓醫療院所分擔財務風險等[515]。然而，提倡總額支付制度者亦了解總額預算之訂定必須全盤考量，只有建立可觀完整之資料才能正確推估預算總額;參與協商之各方如不具備充分之協調能力與準備，難使協議順利達成；總額支付制度必須配合其他支付基準，否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理；醫療服務提供者自主審查，若審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣之不公平現象；事前缺乏完整之監控機制，醫療品質可能受到成本之因素而受到影響，導致被保險人權益受損，違背全民健康保險之本意[516]。

既然在總額支付制度實施前相關研究已指出上揭隱憂，且總額支付制度之實施有賴「同儕制約」之落實[517]，本文實難想像為何健保局未曾針對上開隱憂制定解決方案，醫療費用點數仍採論量計酬之計算方式？年度總額固定（支出上限制），稍有數學知識者即可得而知各特約醫事機構所關注者實為總額之占率（國小三年級數學：數人分食一餅，誰分得多誰分得少）而非每點之點值[518]，如何能寄望長久互不信任之醫院[519]能讓管理者建立可觀完整之資料？能有「同儕制約」能力以保點值？明知醫療費用之專業審查若制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣之不公平現象，為何依然沿用不合理之審查制度[520]？健保局原即缺乏完整之監控機制，為何卻仍沿用原機制而不思改進，僅於保險對象投訴時懲罰被投訴之特約醫事機構？

---

515 參本文第 4 章第 3 節第 3 項第 4 款第 1 目。

516 參第 4 章第 3 節第 3 項第 4 款第 2 目。

517 參黃麗君，〈中醫總額預算制度之研究—以共有資源管理的觀點〉，國立政治大學政治研究所碩士論文，2007 年 7 月，頁 16 等。

518 點值於醫療費用結算時始發揮功能，因為換算後收入少於已付出之成本，可以拿點值向健保局、監察委員或民眾哭訴。

519 參蔡文正、龔佩珍、王佳文，〈總額制度實施對醫療市場及就醫科別生態之影響初探〉，行政院衛生署 97 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH97-NH-1009，頁 153。

520 參第 4 章第 4 節第 2 項。

總額支付制度實施初期並無任何配套措施，醫療費用點數仍採論量計酬之方式計算，且全國各大小醫院診所之門、住診醫療費用（點數）合併計算、同一點值，各醫院為求提升一己之總額占率而努力衝量[521]，造成醫療費用之鉅額攀升，剛好驗證了賽局理論中最壞的結果：囚徒困境[522]，造成點值巨幅滑落。後健保局雖改為「門診分區，住診不分區總額」、門診醫療費用（點數）由各分區自行管控，並進而推行「醫院自主管理方案」、「醫院卓越計畫」、「醫院總額品質確保專案」、「醫院支付最適方案」、「醫院專業分級審查方案」等微調措施，然皆仍以「論量計酬制」計算醫療費用，且參加方案者不實施專業審查，僅以檔案分析審查之，使健保局「審核醫療給付」之管控防線對之形同虛設；「聰明」的醫院選擇前半年度先不參加上開方案，努力衝量，造成方案外總額點值滑落，再以前半年度所衝高之量為基期總額額度，和健保局協商下半年度總額，造成該等醫院所獲得之醫療費用支付越來越高;配合政策節省醫療資源之特約醫事機構反而獲得之額度較低[523]，形成劣幣逐良幣之情況。另健保局對沒有參加上開方案之特約醫事機構施以更為嚴苛之審查，因而使之著墨於「良好而完整」但未必真實之病歷寫作，以免萬一被查核時，病歷記載兜不攏而被刪扣，而不思如何詳實記載對病人日後之追蹤最有利，造成倫理淪陷，品質下降[524]；加之點值滑落、占率減低，終致發生醫師上街頭抗議之行動。

再者，健保局對有參加上揭方案者不惟缺乏完善之監控機制，亦少有捍衛政策之擔當；以「醫院卓越計畫」為例，原本卓越計畫之目的即為導正平均就診次數偏高、醫院發展偏重門診醫療服務及缺乏分級醫療觀念等醫療弊端，進而促進醫療改革；限制醫療服務量與耗費正係此計劃之所意圖，因而限制服務量並疏通傷病患到基層診所、小醫院係符合政策規劃必然之結果，也是參加「醫院卓越計畫」者必須採行之做法[525]。「醫院卓越計畫」實施之目的，即希望各大型醫院能按其特性、各盡所能，亦即對輕症患者能轉診至基層院所，則大型醫院更能對重症患者予以較好之治療；同時各大型醫院經由較好的配套計畫，減少不必要之住院和用藥。「醫院卓越計畫」實施後，門診時間減少、門診人次減少、醫師提供

---

521 不須住院者被建議住院、一星期或一個月門診追蹤一次者被建議兩三天一次，半個月一次，或一星期一次、不須馬上手術者（如膽結石而無症狀者）為免被其他醫院捷足先登，被建議馬上手術、各家醫院巡迴車依然到處接送病患（政府已明令不准）就醫等各種手段，無所不用其極。

522 參陳欽賢、劉彩卿、林建仁、朱子斌、邱文達，〈總額支付制度下醫院同儕行為之競合：賽局理論分析〉，《醫務管理期刊》第 4 卷第 3 期，2003 年 9 月，頁 68－79。

523 參陳耀東，〈全民健保不同支付制度對醫師執業行為之影響及比較〉，《管理學報》第 21 卷第 2 期，2004 年 4 月，頁 237－255。

524 參詹金烈，〈人為因素所導致之醫療相關併發症〉，《台灣醫界》第 53 卷第 12 期，2010 年 12 月，頁 48。

525 參蔡甫昌、謝博生，〈「衝量」與「卓越」之間--總額預算下的醫療組織倫理〉，2004 年 10 月 22 日自由時報。

藥物和給藥天數改變，但對醫師之醫療行為則無顯著影響[526]。由於當時部分負擔仍低，且民眾就醫習慣未改，小問題仍跑大醫院，因而當大醫院限診、縮診時，保險對象不願轉至基層診所或小醫院就醫，遂向健保局申訴。面對民怨，健保局不思教育及輔導保險對象正確就醫觀念及管道、逐步修正卓越計畫不合理處，反而片面宣布向被稱為中部地區醫界模範生、配合國家分級醫療政策之台中榮民總醫院中止「醫院卓越計畫」，馴致十七家醫學中心憤而聯合聲援台中榮民總醫院。

實施健康保險及總額支付制度的國家中，德國[527]、英國、丹麥、芬蘭、荷蘭[528]等國設有「強制轉診」制度，亦即除緊急醫療之外，無開業醫師或家庭醫師之證明或轉介者不得逕向醫院求診。其他國家雖無強制轉診之規定，但門診部分負擔均約百分之三十。我國自全民健康保險實施以來，未曾實施過「強制轉診」制度；全民健康保險法第 33 條（尚未實施之新法第 43 條）雖有關於轉診之規定，但轉診並非強制，而依上揭第 4 章第 2 節第 3 項之論述，不經轉診逕至各級醫院就醫之部分負擔過低且不合理，因此保險對象依然秉持舊心態就醫：認為大醫院品質較好、藥物拿得較多、同樣繳健保費，到大醫院才不會吃虧等。再者，部分保險對象由於另有購買私人保險，須要有就醫紀錄、收據及診斷書才能得到理賠，因而天天到醫院門診要求換藥而不願自行居家傷口照護。行政院衛生署在 SARS 風暴之後，強調推動分級醫療，讓大醫院減少門診而注重住院急重症；由社區基層院所承接門診病患，並加強社區醫療、預防保健。於 2003 年門住診預算比例由原本 53：47 調整為 50：50；至 2004 年要求達到 45：55，否則超出之門診量其點值將降低。然而，上揭門住診預算比例於實施之初卻錯誤地要求三級醫院一體適用：按醫療服務鏈中，醫學中心位於最頂端，理論上以急、重症之住院為主體，門、住診比例本已門診小於住診，門診早就大多在百分之四十五左右，許多醫學中心尚低於百分之四十五；而處於服務鏈較底層、屬於社區醫療服務之地區醫院，門住診比例本即門診大於住診，大型綜合型地區醫院約 60：40，小型地區醫院更可能達到 70：30 或 80：20，位於最底層之診所幾乎百分之百為門診。此為醫療服務鏈之自然生態，其根本原因乃係由於上揭民眾之不良就醫習慣，多往大醫院就醫。於民眾導正教育依然闕如、轉診制度尚未落實之情況下要求三級醫院一體適用 45：55 的比例不啻緣木求魚，根本不可能實現，其結果醫學中心只要略微減少門診數量、縮診、限量掛號、或延長追蹤期間（要求傷病患從每星期追蹤一次改為半個月或一個月一次），而於住院方面標準稍微放寬一些，即可達到 45：55 之要求；反觀區域醫院及地區醫院，由於住院部分一直無法提高，若要達到 45：55 之比例，勢必要大幅縮診、少看門診病人，或是將過

[526] 參謝雅竹、吳文娟、鄭雅愛、黃巧慧、蔣淨宜，〈健保局醫院卓越計畫對醫師醫療行為之影響—以南部某縣立醫院為例〉，《澄清醫護管理雜誌》第 3 卷第 4 期，2007 年 10 月，頁 29。

[527] 參郭躍民，〈全民健康保險特約醫事機構合約（特約醫院及診所）之研究〉，台灣大學法律學研究所碩士論文，2004 年 7 月，頁 111。

[528] 參林鈺如，〈周邊診所轉介醫院之研究－以南部某區域醫院為例〉，義守大學醫務管理系研究所碩士論文，2009 年 6 月，頁 1。

去門診或門診手術即可解決之疾病要求病患住院。然而健保局不僅要求各級醫院每年之服務點數不得低於前一年之百分之九十五，更要求不得拒絕保險對象就醫，而有些保險對象又係因醫學中心限縮門診量而來，造成區域醫院及地區醫院門診量無法下降，住診量卻又上不來，馴致其門診部分之點值下降到不敷成本，導致國內中小型醫院普遍面臨經營困難之窘境，地區醫院因而倒閉兩百多家。之後雖然取消三級醫院一體適用 45：55 之比例，但此一決策已造成地區醫院大幅萎縮，至今仍未能恢復。文獻[529]指出，我國全民健康保險轉診制度，在合理化醫療資源利用分配方面，各層級醫療院所的醫療費用點數支出、醫療費用點數占率及門診就醫情形似乎無成效；而門診利用情形及醫療供給情形則無成效。在提昇就醫醫療品質方面，各層級醫療院所之醫療專業、硬體設備及人員服務似乎無成效；等候時間無成效；民眾滿意度則有成效。整體而言，搭配調整門診部分負擔施行轉診制度後，不只對合理化醫療資源利用分配之成效不理想，連增加健保財源之成效也只有短期效果。

本文認為，由於健保局對於總額支付制度之強行實施，加上轉診制度不彰、支付制度不合理以及醫師、醫事機構管理階層和民眾三方面之教育皆未落實，非但無法遏止大型醫院之擴張與有私人保險者之就醫行為，反而增加無私人保險者之負擔，而此部分保險對象大多經濟狀況較差，往往也最需要醫療之照護，是以此一缺乏完善配套措施且將健保財務風險全部轉由特約醫事機構完全承擔（而非僅分擔）之總額支付制度造成處罰真正需要健保照顧之弱勢族群和配合政策之特約醫事機構，不啻違反了全民健保照顧弱勢之意旨、欠缺合理性及正當性；亦造成同一傷病在不同特約醫事機構不同酬（點值不同）之結果，違反同病同酬原則，以及醫療費用不確定（由於點值為浮動），違反明確性原則；至於有關總額結算後追扣醫療費用一事是否違反誠實信用原則，由於總額支付制度相關規定係特約醫事機構所明知，故而點值滑落時將會造成健保局暫付金額之溢付應係可得而知，是以本文認為並無違反誠實信用原則。總額支付制度的欠缺配套，終招致行政院衛生署和健保局於 2005 年 1 月 5 日被監察院糾正（094 財正 0004）。

第四款　醫師之薪資仍為論量計酬制

醫療之目的係為醫人活命，因此於整個醫療行為之過程須以病人為中心。然自財團開啟醫院企業化經營後，原本以「救人」為第一要務之醫療業務，改以業績掛帥，高唱成本會計，醫師零底薪、無退休金，是以醫師拚命超時超量工作，以爭求高的薪資所得，而傷病患只好忍受三長兩短之苦。全民健康保險法實施後，甚多健保局之行政命令或相關法令規定，影響醫療行為之演變，進而危及醫

[529] 參呂介文，〈我國全民健康保險轉診制度成效之研究〉，東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文，2009 年，摘要。

療人權。由於醫院合理門診量制度未能落實[530]，對於總額支付制度、醫院自主管理與卓越計畫之實施，各醫院仍依每位醫師原來之業績做配額管制，故而病患多者恆多、看診三長兩短依舊；所不同者，醫院明示暗示擇輕而治。此外，總額支付制度實施後，醫院淨收入雖然減少，但就如同公司少賺錢時，老闆卻不會少賺一樣，原本該拿多少老闆依然拿走，剩下的不利益則由屬下吸收；醫院所減少的淨收入係由院內醫事人員分擔，領導階層不受影響。總額支付制度實施至今，醫師收入約下降兩成，而其他醫事人員則下降一到三成。既然醫師收入下降，對於某些尚有體力之醫師，反正對其而言仍係論量計酬，故依然衝量，無法達到同儕制約之效果；自己享受多衝量之好處，而其成本則由全體承擔[531]。

第五款　同儕制約之迷思

醫界耆老詹金烈主任指出[532]「若費用提供者（健保局）或所得分配者（醫院管理當局）對醫療行為給予不當的示範、指示，或夜郎自大地宣示、誤導民眾（全民健保購買者），難保不會動搖第一線醫護人員之判斷與處置，因而危害病人健康、專業信賴、與健保之良性運作」。特約醫事機構間之同儕制約，由於長久互不信任而不可得；至於同一機構內之同儕制約，由於醫院管理階層向以「業績」決定各科甚或各醫師之發言權，且對於「業績不夠好」者始終強調要繼續增加業績，故而堅守醫學學理之醫師（通常即係沒有什麼發言權之醫師）對於浮報、濫報、提供非必要醫療者多選擇沉默以對或離開，以免「擋人財路」而被處分；冒業績壓力和民眾反感之風險，堅守醫學學理不厭其煩地教育民眾只要自行在家換藥或只要到診所治療即可，不須住院，不須吃藥，或不須自費非必要醫療之醫師反而被同儕譏笑為傻瓜，有時還會被醫院高層「關切」為何業績不好。醫界自總額支付制度實施以來已發生劣幣逐良幣之結果，要想發揮同儕制約之影響不啻緣木求魚。

第六款　急診採浮動點值導致急重症傷病患成人球

急重症傷病患由於有生命危險之虞，不僅須要住院治療，且醫療成本及風險

---

[530] 合理門診量，係指健保局要求每位醫師每診之合理量為六十人以下，超過者打折給付。然上有政策下有對策：首先，加多診次；其次，將所有有「隔間」之處稱為一個「診」，例如三個收費處稱為三個「診」；做心電圖、超音波或抽血之處也算一或兩個「診」；最後，將所有領有醫師執照之人，上自院長、副院長，下至住院醫師，不論是否實際有看診，全部算在內。將分母調高後，平均每個「診」人數達到 60 人，即可過關。

[531] 參李伯璋，〈血汗醫院 理性面對〉，中國時報，2012 年 5 月 5 日，http://news.chinatimes.com/forum/11051401/112012050500427.html。

[532] 參詹金烈，〈人為因素所導致之醫療相關併發症〉，《台灣醫界》第 53 卷第 12 期，2010 年 12 月，頁 47。

高；自總額支付制度實施以來，由於額度固定，各醫院擇輕而治，急重症傷病患成為不受歡迎者。健保局為鼓勵醫院診治急重症傷病患，原將急診點值固定，各醫院尚不致反彈過大，但人球事件已開始悄然上演；自 2004 年起急診點數合併於門診計算，改採浮動點值，區域醫院及地區醫院門診點數過高的問題因之益形嚴重，急重症傷病患已成為避之唯恐不及之凶神惡煞，紛紛以設備、能力不足為理由轉診，造成人球事件時有所聞。健保局鼓勵大醫院診治急重症傷病患之政策不僅無法落實，反而導致相反之結果，此乃手段與目的不符、政策面與執行面南轅北轍之後果，有違「合目的性」原則。醫院為降低成本而限制掛號人數，甚至拒絕重症病患的治療，使傷病患成為人球，嚴重影響傷病患就醫權利。此現象一直存續到將之納入醫學中心評鑑之五大任務後，始為之緩解[533]。

第七款　每人次自費金額上升

自總額支付制度實施以來，由於年度總額固定，各特約醫事機構即便用盡各種方法，也無法再自各區總額中多獲取多少醫療費用，因而許多醫院管理者從傳統的節省費用支出擴展到開源收入上，開始致力於開發自費項目，例如高壓氧、高級健檢、減重醫學、美容中心及護理之家等自費市場，或到其他地區（包括中國大陸）設立醫院；而對於門診就醫經醫師診察後不需執行檢查、檢驗或拿藥者，則直接將其改為自費看診[534]。若干文獻指出自費市場之開發已係未來的走向[535]，另有文獻指出保險對象每人次門、住診之自費金額有上升之情形[536]。醫師醫療行為的轉變並非由於支付制度改變，而係特約醫事機構受到支付制度改變而發展出不同因應策略，進而改變醫師之醫療行為，亦改變該醫事機構整體醫療服務與經營之模式。據聞目前已有若干醫療體系於保險對象辦理住院時先詢問其是否有私人保險，以作為住院中醫師決定某些醫療處置時之參考（有各種「套餐」）；亦有耳聞某些醫院對各科主任，甚至各別醫師，訂定每單位時間（每月、每季或每年）須增加多少自費業績，達不到者換人當主任或離開該醫院。現在許多醫院都朝拉高自費占率之目標而努力[537]，實已戕害社會保險之精神。

---

[533] 但其解決方法係規定醫學中心除滿床外不得轉診，否則評鑑不通過。本文認為此實係以醫學中心評鑑逼迫之，並非良好之解決方法。

[534] 此時自費就醫所負擔之費用比以健保身分就醫便宜，故保險對象均樂於自費就醫，而醫院則可實收門診費用，不須併入總額額度。雙方皆有利益，但健保收入則減少，實則此舉破壞全民健康保險制度。

[535] 參謝雅竹、吳文娟、鄭雅愛、黃巧慧、蔣淨宜，〈健保局醫院卓越計畫對醫師醫療行為之影響—以南部某縣立醫院為例〉，《澄清醫護管理雜誌》第 3 卷第 4 期，2007 年 10 月，頁 29－36。

[536] 參許素貞，〈總額管控措施對臺灣醫院之影響與醫療資源配置比較研究〉，國立成功大學資源工程研究所博士論文，2009 年 6 月，頁 98 等。

[537] 參張君蔓，〈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 5 月，頁 57。

第八款　藥品及計價藥材依成本給付造成醫療生態嚴重扭曲

全民健康保險法第 49 條（尚未實施之新法移列為第 61 條，並作修正）第 3 項後段規定藥品及計價藥材依成本給付。總額支付制度實施後，囿於藥品長期有藥價差及利用浮濫等問題，各界對於藥品的合理支出比率尚無共識，故對於藥品費用仍採論量計酬支付方式，由特約醫事機構據全民健康保險法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）規定，依藥價基準向健保局申報其所提供之藥品費用，並採預先扣除方式處理，不隨其他一般診療服務之點值浮動；另為配合醫藥分業，藥事服務費經協商結果，亦採固定點值每點 1 元支付[538]。此舉嚴重扭曲醫療生態，蓋除藥費及藥事服務費外，其他服務項目（包含急診診療）均採浮動點值，且每點僅有 0.7 至 0.9 元。各大醫院多少都存有藥價差，也正因為有藥價差，使部分私立醫院對於不敷成本之總額支付制度尚能撐到現在，撐不過者早已倒閉。總額支付制度獨厚藥費及藥事服務費，除肥了藥師、延緩醫院倒閉之外，已成為扭曲醫療生態之幫兇，在問題沒有解決之前，藥費點數比例越高，醫院收入越多，更有藥價差可圖，致使醫院更加重視原即成本低、報酬率高、很賺錢之「賣藥」（僅看診及開藥，不需做其他檢查）科如皮膚科、耳鼻喉科等，而對於急重症照護科別、主要以技術、知識、經驗醫治傷病患之外科、外傷科等則不受重視且點值反遭稀釋與排擠，而此更使急重症照護雪上加霜。

第九款　總額支付制度實施之結果

依學者羅紀琼及尤素娟之研究顯示，總額支付制度實施後兩年，30 日內再住院之比率有上升趨勢；病床數越多之醫院，30 日內再住院之機率越大；參加自主管理之醫院，30 日內再住院之機率顯著較高；參加卓越計畫之醫院，30 日內再住院之機率顯著較低[539]，此乃由於參加卓越計畫之醫院將須再住院之傷病患轉至其他醫院，而非參加卓越計畫之醫院本身提升了醫療品質；私立地區醫院傷病患之再住院機率顯著減少，但醫學中心與區域醫院傷病患之再住院機率則比總額實施前與私立地區醫院的差距顯著增加，此亦由於私立地區醫院將須再住院之傷病患轉至醫學中心與區域醫院（或基於病方之要求），而非其本身提升了醫療品質；病床數越多之醫院，傷病患遭感染的機率越大；參加自主管理之醫院傷病患遭感染率機率沒有改變，參加卓越計畫者則顯著較低，此似亦由於參加卓越計畫之醫院將傷病患轉至其他醫院而非其本身提升了醫療品質。其他研究亦多顯示於總額支付制度下，特約醫事機構為了獲利及控制支出於預算內，有可能降低醫

[538] 參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》，2005 年 6 月版，頁 16。

[539] 參羅紀琼、尤素娟，〈醫院總額支付制度對住診醫療品質之初步影響〉，《台灣衛誌》第 29 卷第 4 期，2010 年 8 月，頁 362－363。

療品質[540]。隨著各種支付制度之實施，許多問題不斷浮現，諸如醫院之門診掛號限制、急診室人滿為患、病床一位難求、人球事件等[541]，倘若政府僅以支付制度作為抑制醫療資源浪費之作法，不惟其效果有限，亦可能造成醫院、醫師和傷病患三方面的損失。

第四項　DRGs 支付制度之合理性

我國已於 2011 年導入第一階段部分 164 項的 DRGs 支付制度，第二階段則尚未開始導入。由於導入部分不多，目前尚無重大反彈出現，但已逐漸產生部分質疑聲音。DRGs 支付制度於支付價格之訂定、相對權重與病例組合指標之訂定、以合併症或併發症之有無分組、除外傷病之訂定、僅控制價格而未控制數量以及制度本身所誘發醫院申報或其他因應策略等方面其合理性有待商榷。

第一款　DRGs 支付價格之訂定

依上揭第 4 章第 4 節第 1 項第 2 款之論述，由於「全民健康保險醫療費用支付標準」存有整體醫療費用過低、支付項目間點數不公，勞務與支付不等值、支付項目偏頗和項目支付之限制不當等不合理現象，故而基於「全民健康保險醫療費用支付標準」所計算出來的標準給付額，以及由標準給付額推算而訂定出之每一 DRG 的支付價格亦有支付價格不足和偏頗之情事。

第二款　相對權重（RW）與病例組合指標（CMI）

DRG 並非依成本或價格分類的制度，僅係於觀念上或精神上區分其消耗醫療資源之狀態，並未實際區分各大類別資源消耗之多寡或診療費用之高低[542]。依第 4 章第 3 節第 3 項第 8 款第 4 目之探討，每一個 DRG 之相對權重等於全國該 DRG 平均每人次點數除以全國平均每人次點數。RW 數值越高反映該 DRG 之資源耗用越多，但未必疾病嚴重度越高；同一 DRG 中，病例之嚴重度差異仍大[543]。例如同樣是脾臟破裂第三級，有手術者與沒有手術者相對權重相差 2 至 3 倍；然一般而

[540] 參陳耀東，〈全民健保不同支付制度對醫師執業行為之影響及比較〉，《管理學報》第 21 卷第 2 期，2004 年 4 月，頁 237－255。

[541] 參張錦文，〈醫院總額支付與未來的因應措施〉，《福爾摩莎醫務管理雜誌》第 1 卷第 1 期，2005 年 6 月，頁 1－7。2011 年上半年，筆者曾接到自屏東轉院之重大創傷傷患，其原因據稱係因當天彰化以南所有醫學中心的外科加護病房均已滿床。

[542] 參韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（上）－ DRGs 之支付精神，支付邏輯及侷限〉，《醫務管理期刊》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 9。

[543] 參張君蔓，〈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 5 月，頁 46。

言除非生命徵象不穩係由脾臟破裂所造成，否則脾臟破裂第三級原則上不須手術；醫學文獻亦指出脾臟破裂第三級百分之八十以上能以非手術療法治療。倘醫師選擇手術，只要花費一個多小時，流血的問題即已解決，醫師不須花費多少心力，但傷患之脾臟被摘除；如醫師選擇非手術療法，則往往須要多日細心觀察及檢查脾臟是否流血不止而須手術，醫師所花費之心力較手術者多出許多，且傷患如以非手術療法治療成功，不僅可以儘早重返社會，尚可避免許多手術後的後遺症如沾黏性腸阻塞等之苦，可減少社會資源之消耗，但在 DRGs 支付制度下，後者所領取之醫療支付卻僅為前者的三分之一，實不合理。此外，兒科在 DRGs 支付制度下疾病權重很低，例如同樣是肺炎有合併症或併發症，兒科權重為 0.378，而成人則係 1.0535；二者醫療人力或設置之投入並無太大差異，但給付卻相差 2.7 倍。

由相對權重所推算出之病例組合指標（CMI）等於各 DRG 案件數乘以各 DRG 相對權重之總和，除以 DRG 總案件數。CMI 數值越高者反映該個案所需耗用之醫療資源越多，但未必病情複雜程度或嚴重度越高。對於 CMI 加成部分，應以 CMI 值計算基礎合理且正確為前提，目前公布之辦法為硬性規定分三等級[544]，有違精確反映疾病嚴重度公平給付之原意[545]。此制度以相對權重和 CMI 作為支付醫療費用之計算方式，且醫院評鑑上要求醫學中心之 CMI 值應高，提供醫院選擇耗用醫療資源多的治療方法以牟取較多費用支付及通過評鑑之誘因，然耗用醫療資源多的治療方法卻未必是對傷病患最佳的治療方法，是以此一制度仍屬不合理；醫師依照醫學學理，選擇對傷病患最佳的治療方法，反而可能因該病例之相對權重較低而遭受醫院管理階層之「關切」[546]；選擇相對權重高但對傷病患並非最佳治療方法之醫師則成為醫院管理階層之寵兒，形成劣幣驅逐良幣。本文認為，CMI 無法代表傷病患真正之嚴重度，健保局應再重新思考以何種指標評估醫院收治傷病患之嚴重度。

第三款　以合併症或併發症之有無分組

DRGs 支付制度係前瞻定價，一個 DRG 一個價錢，僅能於確實掌握各醫院各該 DRG 之詳細病例組合內容，才能定出大致公平之定額（平均）給付[547]。目前我國 Tw-DRG 之分組，合併症或併發症此一項目僅分為有或無兩類，並未考量其數

---

544 如基本診療加成、兒童加成等，參 Tw-DRG 支付通則，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。參訪日期：2012 年 6 月 6 日。

545 參張君蔓，〈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 5 月，頁 46。

546 有醫師被醫院管理階層關切為何整個月沒進行任何手術。

547 參韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（下）-論病例計酬及實施準備〉，《醫務管理》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 33。

量與嚴重度之不同，合併症多者與合併症少者其支付價格同一。疾病嚴重度加成支付不公[548]，不利於收治複雜傷病患之醫院，可能會使重症病患成為人球、醫學中心面臨財務危機[549]。此有違「同病同酬」原則。

尤有甚者，倘若傷病患於該次住院過程中發生另一與該次住院無關之傷病（非合併症或併發症），DRGs 支付制度對此亦不予以給付。例如骨折住院之傷病患於住院期間發生急性闌尾炎，DRGs 支付制度並不支付急性闌尾炎治療之費用，醫院須自行吸收。兩病一酬更不合理，違反「同病同酬」原則、違反實質正當性。

第四款　DRGs 支付制度對除外傷病之訂定

我國 DRGs 支付制度排除癌症、性態未明腫瘤、臟器移植併發症及後續住院案件、精神科案件、愛滋病、凝血因子異常、行政院衛生署公告之罕見疾病、試辦計畫、住院日超過 30 日、使用 ECMO 者、住院安寧療護及其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之病例。

DRGs 支付制度之精神，係將臨床上處置類似且資源耗用相近之病例歸類分組，而目前醫學上對於癌症已發展出精確之分級、每一等級有其醫療行為準則（如要開哪一種手術術式、是否需要其他輔助療法、需要何種輔助療法），且同等級病例資源耗用相近，此正符合 DRGs 支付制度之精神，如今卻將之排除在外，令人費解。另對於住院 30 天以上之案件，防止住院日過長為本制度最主要可抑制費用上漲之原則，將之排除反而有違 DRGs 支付制度之精神，且誘導醫院將住院日數接近 30 日者拖至 30 日以後才出院以規避 DRGs 支付制度，形成資源之濫用[550]。準此，本文認為將癌症及住院日超過 30 日者排除 DRGs 支付制度之適用並不合理。

相反地，對於臨床處置多變、資源耗用差異甚多之多重外傷病例，反而沒有排除 DRGs 支付制度之適用（MDC24）。多重外傷係指一傷患同時有多處嚴重創傷，例如硬腦膜下出血、張力性氣胸、肝臟破裂併腹內出血、四肢骨折等發生在同一位傷患身上。依南部某大醫學中心 2007 年之資料，單獨接受顱內手術之住院平均費用約為 28 萬點、肝臟部份切除手術平均費用達 22.5 萬點、四肢手術約 28

[548] 尤其是加護病房之有無入住，醫療費用差別更大。

[549] 相似見解，請參考洪奇昌，〈沒有目標的改革---即將實施的健保 DRG 支付制度〉，2009 年 9 月 4 日。台灣新社會智庫網站 http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1734&Itemid=123。參訪日期：2012 年 5 月 13 日。

[550] 相似見解，請參考張君蔓，〈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 5 月，頁 46。

萬點[551]，但 DRGs 支付制度對於多重外傷經急救住院搶救手術治療，卻只給付 17 萬點，遠低於單一外傷之給付；復據若干醫學中心之非正式統計，多重外傷除非於數日內即死亡，否則醫療費用動輒數十萬甚至百萬以上、住院日數動輒一兩個月，與健保局所訂之 17 萬、平均住院日僅 11 日，差距甚大，不知健保局究係如何算出此 17 萬與 11 日？本文認為健保局疑係將所有重大外傷，包括當日或數日內即死亡之病例一併計算；由於當日或數日內即死亡之病例醫療費用不多，以至於有此過低之計算結果，而此計算結果實係大為低估真正多重外傷之醫療費用與住院日數；蓋重大外傷之死亡率高，能存活者多有若干合併症或併發症，故而醫療費用動輒數十萬甚至百萬以上、住院日數動輒一兩個月。有能力讓重大外傷存活者多為外傷專科醫師團隊，健保局上開計算結果讓奮力救治重大外傷傷患使其存活之外傷醫療團隊鉅額虧損，等同對其施以懲罰；而讓重大外傷傷患早點死亡者反能賺錢，不惟非常不合理，亦違背實質正當性。台灣外傷醫學會曾對此向健保局建議改以國際認可之外傷嚴重度指數(ISS)作為 DRGs 分組之標準，並建議殆單一外傷 DRGs 施行順利後，再施行多重外傷之 DRGs，至今仍未獲具體回應。倘多重外傷果真依前開計算結果實施 DRGs 支付制度，恐將成為醫療人球，或甚至可能會有更為令人遺憾之事發生。

第五款　DRGs 支付制度實為變相之「論量計酬制」

雖然 DRGs 支付制度可控制每一 DRG 的支付價格，似可阻絕「論量計酬制」醫院衝量之誘因，但由於制度本身並未控制醫院收治傷病之數量，故而中小型醫院可衝「幾乎絕對賺錢」的 DRG 之量（如單純鼠蹊疝氣修補手術、包皮環切手術等），而將「很可能會虧損」的傷病患例如多重創傷或重大創傷等轉至醫學中心。因此嚴格來說，DRGs 支付制度實為變相之「論量計酬制」，且提供中小型醫院選擇傷病患之誘因。至於醫學中心，由於轉診係醫院評鑑的指標之一，是以幾乎無法轉出，只能接受轉入，導致醫學中心可能收治多量虧損病例。醫療提供者可能為增加收益或為減少虧損而拒絕無利潤之傷病患，造成無利潤傷病患之醫療可近性不足[552]，此亦不合理。

第六款　DRGs 支付制度本身所誘發醫院申報或其他因應策略

若干文獻[553]指出，為因應 DRGs 支付制度，醫院可能會有下列行為：減少傷

---

[551] 參台灣外傷醫學會，〈『多重外傷』—現階段是否適合 DRGs 給付？〉， 2007 年 3 月 8 日。

[552] 相似見解，請參張君蔓，〈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 5 月，頁 23；韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（上）-DRGs 之支付精神，支付邏輯及侷限〉，《醫務管理》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 11。

[553] 參韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（上）-DRGs 之支付精神，支付邏輯及侷限〉，《醫務管理》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 11；張君蔓，〈台灣實施診斷關聯群支付制度對醫院

病患所需服務、拒絕無利潤傷病患、費用轉移（部分應於住院執行之醫療行為轉至門診執行）、選擇傷病患、將複雜或重症傷病患轉院、將傷病患轉移至成本較低之護理照護機構、DRG 取巧（故意申報不正確，例如主診斷錯誤、錯誤編碼、主診斷倒置、無合併症或併發症者申報為有合併症或併發症[554]等）、可以一次完成的手術分成兩次做[555]、為節省成本而降低醫療品質，應做之檢查不做、使用次級藥品或衛材、改變人力結構，以較便宜之人力代替學歷、資格較高之人力，劣幣驅逐良幣、使病人分段住院，賺取多次 DRG 支付、關閉不賺錢的部門等。如此則可能增加醫療糾紛之發生。

學者張君蔓指出[556]，實施 DRG 的國家多有疾病嚴重度上升、平均住院日下降、占床率下降之現象。目前我國若干醫學中心之非正式統計亦顯現住院傷病患之病歷已有疾病嚴重度上升及合併症或併發症比率上升之情形。

第七款　小結

依上揭論述，DRGs 支付制度存有支付價格不足且偏頗、相對權重與 CMI 之訂定不合理、僅以合併症或併發症之有無分組，未考量其數量與嚴重度、對除外傷病之訂定不合理、僅控制價格但未控制數量，成為變相之「論量計酬制」、誘發醫院取巧申報或其他因應策略等不合理之處。

雖然實施 DRGs 之主要精神係為降低醫療費用，然自國外之經驗以觀，實施 DRGs 支付制度未必可以控制費用之上漲[557]；只要醫院經營者繼續強調獲利，一套方法失效後，總能想出另一套方法取巧[558]。可推論者，醫院之醫療行為將經由臨床路徑之發展趨於一致化，從而醫療品質亦將隨之趨於一致化[559]；然並非變好，而是可能一起變差。疾病嚴重度區分不足係 DRGs 支付制度普遍受到詬病之處；倘從費用公平評斷，最公平者應係「論量計酬制」，疾病嚴重度區分之公平亦復如是[560]。於 DRGs 支付制度下，醫院得以存活甚或勝出之因素未必基於良好之醫

之衝擊〉，靜宜大學管理碩士在職專班碩士論文，2010 年 5 月，頁 23、24、27、45；李樹人，〈DRGs 制度滿月 大醫院嚴重骨折病患暴增〉，2010 年 1 月 31 日聯合晚報，台北報導。

554 例如凡有插尿管者一律申報有「尿瀦流」此一合併症，冀能將病例分到相對權重較高之 DRG 以增加醫療費用之支付。

555 例如可以一次打通三條心血管阻塞，卻分成三次手術。

556 參張君蔓，〈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 5 月，頁 27。

557 參張君蔓，〈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 5 月，頁 27。

558 韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（上）-DRGs 之支付精神，支付邏輯及侷限〉，《醫務管理》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 16。

559 參張君蔓，〈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 5 月，頁 4。

560 參韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（上）-DRGs 之支付精神，支付邏輯及侷限〉，《醫務

療品質，反可能在於病歷文書作業之管理：如何書寫病歷以符合支付點數較高之DRG[561]，而非呈現真實且完整之病歷。

第五項　小結

揆諸前開各項探討，現行全民健康保險支付制度於支付標準和藥價基準、醫療費用專業審查及總額支付制度包括 DRGs 支付制度等方面實仍存有眾多不合理之處。

「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險藥價基準」，由於制定者中之「醫事服務機構代表」代表性存有爭議（總額支付制度實施前）及涉及違法之轉委託（總額支付制度實施後），違反全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第一項之規定，違反法律保留原則；另因繳交健保費之雇主及被保險人無由參與，且其尚須經主管機關行政院衛生署核定，保險人及特約醫事機構之平等協商地位無法獲得保障，故有損其合理性及正當性。支付標準和藥價基準之內容，存有整體醫療費用過低、未能合理反應各科成本，且支付項目間點數不公，產生勞務與支付不等值、支付項目偏頗，重特定診療而輕基本診療[562]、項目支付申報之限制，有不少部分疑係純為財務之考量，無醫學實證上之依據；苛扣手術費用，規避健保局所應負之責任及行政任務，造成其對特約醫事機構之對待給付不相當，違反行政程序法第 137 條第一項第三款之規定；對手術醫師不當限制其營業自由及侵害其公法上之財產請求權，違反法律保留原則及行政法理；以法規命令為定型化契約條款片面變更契約之基本權利義務事項，違反行政契約成立要件中實質合法要件之一般契約原則、違反平等互惠原則及誠實信用原則；對締約之他方特約醫事機構顯失公平，且違反釋字第 524 號解釋之意旨，其效力實有待商榷。

醫療費用專業審查方面，「全民健康保險醫療費用審查注意事項」和「全民健康保險藥品給付規定」之訂定未與醫界進行協商，亦無法律之授權，有違適法性與程序正當性；對於若干醫療費用的支付，存有不當之限制，違反「合目的性」原則；未考量不同疾病間以及疾病與創傷間之不同，齊一規定支付要件，違反平等原則；審查過程存有審查標準不一、相關規範不周延、審核過程及審核標準訂定不夠透明、內規太多且經常有所變更、審查醫師不公正、不夠客觀、過度干預

管理期刊》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 14。

[561] 相同見解，請參洪奇昌，〈沒有目標的改革---即將實施的健保 DRG 支付制度〉，2009 年 9 月 4 日。台灣新社會智庫網站 http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1734&Itemid=123。參訪日期：2012 年 5 月 13 日。

[562] 參羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://wwwl.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf，頁 B1-16－B1-17。2012 年 3 月 25 日參訪。

專業自主權、未考量傷病患與特約醫事機構之特殊性、會因健保財務問題而改變審查嚴格程度、給予審查醫師所屬服務單位特別寬鬆之審查標準、甚至以核扣績效給予審查醫師獎金或作為續聘之依據等不合理之處；另有若干強勢之醫學會主導專業醫療審查，形成審查不公。

總額支付制度方面，存有下列不合理之處：制度之繼受欠缺全盤考量各國醫療體制及結構之差異，造成以公醫制度之手法管理自由市場機制之醫療環境；年度總額不足，等同苛扣醫療費用，致使「全民健康保險特約醫事機構合約」雙方當事人間給付不相當，違反行政程序法第 137 條第 1 項第 3 款之規定；中途變更（增加）給付範圍，卻不補償特約醫事機構之損失，違反行政程序法第 147 條之規定；制度缺乏配套，未曾針對缺點制定解決方案，醫療費用點數仍採論量計酬之方式計算、錯誤認知特約醫事機構所注重者為點值（實則為總額之占率），且能發揮「同儕制約」以保點值，造成醫療費用之鉅額攀升和點值巨幅滑落、沿用不公平不合理之審查制度、對參加各種方案者不實施專業審查，使醫療專業審查之管控防線對之形同虛設，而對沒參加者施以更為嚴苛之審查，導致其點值滑落、占率減低、為避免被核刪而整頓病歷，造成倫理淪陷，品質下降、缺乏完善之監控機制，亦少有捍衛政策之擔當、不思教育及輔導保險對象正確就醫觀念及管道，逐步修正計畫方案不合理之處，反而回頭處分配合國家分級醫療政策之特約醫事機構、轉診制度不彰，不經轉診逕至各級醫院就醫之部分負擔過低且不合理、錯誤要求三級醫院一體適用門住診預算比例，造成地區醫院大幅萎縮、醫師、醫事機構管理階層及民眾三方面之教育未落實，無法遏止大型醫院之擴張與有私人保險者之就醫行為，並增加無私人保險者之負擔、將健保財務風險全部轉由特約醫事機構完全承擔，造成處罰真正需要健保照顧之弱勢族群和配合政策之特約醫事機構，違反全民健保照顧弱勢之意旨，欠缺合理性及正當性；亦造成同一傷病在不同特約醫事機構不同酬（點值不同）之結果，違反同病同酬原則，以及醫療費用不確定（由於點值為浮動），違反明確性原則；醫師之薪資仍為論量計酬制，無法達到同儕制約之效果，劣幣驅逐良幣；急診採浮動點值，急重症傷病患成人球；許多醫院管理者改節省費用支出之策略為經費收入開源，致力於開發自費項目，馴致每人次自費金額上升；藥品及計價藥材依成本給付，造成醫療生態嚴重扭曲等。

DRGs 支付制度方面，存有下列不合理之處：DRGs 支付價格之訂定存有支付價格不足和偏頗之情事；相對權重與病例組合指標 CMI 之訂定不合理，提供醫院選擇耗用醫療資源多卻未必是對傷病患最佳之治療方法以牟取較多費用支付的誘因；僅以合併症或併發症之有無分組，未考量其數量與嚴重度之不同，不利於收治複雜傷病患之醫院，可能會使重症病患成為人球、醫學中心面臨財務危機，有違「同病同酬」原則；除外傷病之訂定，將臨床處置類似且資源耗用相近之癌症及住院日超過 30 日者排除 DRGs 支付制度之適用，然對於臨床處置多變、資源耗用差異甚多之多重外傷卻反而未予排除，不惟非常不合理，亦有違 DRGs 支付

制度之精神、違背實質正當性；DRGs 支付制度形同變相之「論量計酬制」，且提供中小型醫院選擇傷病患之誘因；DRGs 支付制度可能誘發醫院以選擇傷病患、費用轉移、將複雜或重症傷病患轉院、DRG 取巧，故意申報不正確、手術或處置分次完成、為節省成本而降低醫療品質、分段住院、關閉不賺錢之部門等策略因應。實施 DRG 的國家多有疾病嚴重度上升、平均住院日下降、占床率下降之現象，而目前我國若干醫學中心之非正式統計亦顯現住院傷病患之病歷已有疾病嚴重度上升和合併症或併發症比率上升之情形。

第五節 小結

現行全民健康保險制度之給付制度，於各方面仍存有許多不合理之處。除支付制度外之給付制度，其不合理之處見諸保險對象範圍中之僑胞或出國者（全民健康保險法第 10 條[563]第 1 項）、境外就醫、外籍人士（全民健康保險法第 10 條第 2 項）、受刑人（全民健康保險法第 11 條[564]第 1 款）；承保範圍之法律規範（全民健康保險法第 39 條[565]第 12 款、第 31 條[566]、第 41 條[567]第 3 款、第 50 條[568]第 1 項、第 51 條[569]第 1 項、第 52 條[570]）、具體承保範圍中之不給付項目（全民健康保險法第 39 條第 3 款、第 6 款、第 41 條第 2 款、第 81 條[571]、看護）、自費項目（全民健康保險法第 42 條[572]、第 58 條[573]、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條）、重複給付（全民健康保險醫療辦法第 42 條）、醫療資源配置（單純感冒、咳嗽、頭痛、胃腸不適、檢查過多、輕基本診療、高科技診療項目[574]等）、限制給付之項目及次數（〈全民健康保險藥品給付規定〉通則第 3 款、有關止痛藥物之規定、「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 2 章第 7 節通則第 6 條第 2 項、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」等）、醫藥分業（藥事法第 102 條第 2 項、全民健康保險醫療辦法第 40 條）；門診部分負擔

563 尚未實施之新法移列為第 8 及第 9 條，並作修正。
564 尚未實施之新法移列為第 13 條，並作修正。
565 尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正。
566 尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正。
567 尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正。
568 尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正。
569 尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正。
570 尚未實施之新法移列為第 63 條，並作修正。
571 尚未實施之新法移列為第 94 條第 1 項。
572 尚未實施之新法移列為第 54 條，並作修正。
573 尚未實施之新法移列為第 68 條。
574 例如軀幹部電腦斷層一天最多只給付一次，對於軀幹部多重外傷之傷患，常常胸部和腹部均須行電腦斷層檢查，因此每檢查一位軀幹部多重外傷之傷患即虧損一次電腦斷層費用（5035 點，緊急加成為 1.3 倍，共 6545.5 點）。

採定額制（全民健康保險法第 33 條[575]）且牙醫與中醫之門診部分負擔無分級之差異、重大傷病之免部分負擔（全民健康保險法第 36 條[576]、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條）；代位求償（全民健康保險法第 82 條[577]）之限制等。不合理之處見諸全民健康保險相關法律、行政命令以及實際之執行，有悖於實質正當性、法律保留原則，亦違反實質之平等原則。

全民健康保險支付制度則於支付標準和藥價基準、醫療費用專業審查及總額支付制度包括 DRGs 支付制度等方面存有眾多不合理之處。「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險藥價基準」係屬全民健康保險之核心項目，卻未以法律規定，僅以授權之法規命令為之規定；總額支付制度實施後該二者之擬定與修正復形成違法之轉委託，違反法律保留原則，且其合理性及正當性亦有問題；支付標準和藥價基準之內容，存有整體醫療費用過低、未能合理反應各科成本，且支付項目間點數不公，產生勞務與支付不等值、支付項目偏頗，重特定診療而輕基本診療、項目支付申報之限制，有不少部分疑係純為財務之考量，無醫學實證上之依據；苛扣手術費用，造成對特約醫事機構之對待給付不相當；對手術醫師不當限制其營業自由及侵害其公法上之財產請求權，違反法律保留原則及行政法理；以法規命令為定型化契約條款片面變更契約之基本權利義務事項，違反行政契約成立要件中實質合法要件之一般契約原則、違反平等互惠原則及誠實信用原則；對締約之他方特約醫事機構顯失公平，且違反釋字第 524 號解釋之意旨，其效力實有待商榷。

醫療費用專業審查方面，「全民健康保險醫療費用審查注意事項」和「全民健康保險藥品給付規定」之訂定有違適法性與程序正當性；對於若干醫療費用的支付，存有不當之限制，違反「合目的性」原則；未考量不同疾病間以及疾病與創傷間之不同，齊一規定支付要件，違反平等原則；審查過程存有審查標準不一、相關規範不周延、審核過程及審核標準訂定不夠透明、審查醫師不公正、不夠客觀、未考量傷病患與特約醫事機構之特殊性、會因健保財務問題而改變審查嚴格程度等不合理之處；另有若干強勢之醫學會主導專業醫療審查，形成審查不公。

總額支付制度方面，制度之繼受欠缺全盤考量各國醫療體制及結構之差異，造成以公醫制度之手法管理自由市場機制之醫療環境；年度總額不足，等同苛扣醫療費用，致使「全民健康保險特約醫事機構合約」雙方當事人間給付不相當；中途變更（增加）給付範圍，卻不補償特約醫事機構之損失，違反行政程序法第 147 條之規定；制度缺乏配套，未曾針對缺點制定解決方案；沿用不公平不合理之審查制度，導致醫療專業審查之管控防線形同虛設，或造成倫理淪陷，品質下

[575] 尚未實施之新法移列為第 43 條，並作修正。
[576] 尚未實施之新法移列為第 48 條，並作修正。
[577] 尚未實施之新法移列為第 95 條，並作修正。

降；缺乏完善之監控機制，亦少有捍衛政策之擔當；不思教育及輔導保險對象正確就醫觀念及管道，逐步修正計畫方案不合理之處，反而回頭處分配合國家分級醫療政策之特約醫事機構；轉診制度不彰，不經轉診逕至各級醫院就醫之部分負擔過低且不合理、錯誤要求三級醫院一體適用門住診預算比例，造成地區醫院大幅萎縮；醫師、醫事機構管理階層及民眾三方面之教育未落實，無法遏止大型醫院之擴張與有私人保險者之就醫行為，並增加無私人保險者之負擔；將健保財務風險全部轉由特約醫事機構完全承擔，造成處罰真正需要健保照顧之弱勢族群和配合政策之特約醫事機構，違反全民健保照顧弱勢之意旨，欠缺合理性及正當性；亦造成同一傷病在不同特約醫事機構不同酬（點值不同）之結果，違反全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 2 項同病同酬原則，以及醫療費用不確定（由於點值為浮動），違反明確性原則；醫師之薪資仍為論量計酬制，無法達到同儕制約之效果，劣幣驅逐良幣；急診採浮動點值，急重症傷病患成人球；許多醫院管理者致力於開發自費項目，馴致每人次自費金額上升；藥品及計價藥材依成本給付，造成醫療生態嚴重扭曲等。

DRGs 支付制度方面，雖此制度目前僅導入第一階段，但已發現有若干不合理之處，諸如（一）個別 DRG 的支付價格不足且偏頗（二）相對權重與病例組合指標 CMI 之訂定不合理（三）僅以合併症或併發症之有無分組，未考量其數量與嚴重度之不同，有違「同病同酬」原則（四）除外傷病之訂定，將臨床處置類似且資源耗用相近之癌症及住院日超過 30 日者排除 DRGs 支付制度之適用，而對於臨床處置多變、資源耗用差異甚多之多重外傷反而未予排除，有違 DRGs 支付制度之精神、違背實質正當性（五）DRGs 支付制度形同變相之「論量計酬制」，且提供中小型醫院選擇傷病患之誘因（六）制度設計可能誘發醫院扭曲醫療常規，以選擇傷病患、費用轉移、將複雜或重症傷病患轉院、DRG 取巧，故意申報不正確、手術或處置分次完成、為節省成本而降低醫療品質、分段住院、關閉不賺錢之部門等策略因應。

實施 DRGs 支付制度的國家多有疾病嚴重度上升、平均住院日下降、占床率下降等之現象；目前我國雖尚未有正式之統計，然依據若干醫學中心之非正式統計，亦已顯現住院傷病患之病歷有疾病嚴重度上升和合併症或併發症比率上升之情形，其原因似可能與 DRG 取巧申報有關。

行政任務之遂行皆有其公益之取向，「公益」係指在「客觀之法規範下」，「社會上各個成員事實上利益，相互影響衡量後之理想狀態」[578]。公益與私益並不衝突，正確地保障私益亦為實現公益之態樣，故應不可認為「公益必然大於私益」。我國向來傾向於認為公益大於私益，導致往往假公益之名以榨私益；行政機關或因受到壓力，或基於執行職務便利之考量，而對人民有利之事項故意忽

[578] 摘錄自李惠宗，《行政法要義》，五版第一刷，2010 年 9 月，頁 5。

略，此非行政之本質[579]。全民健康保險自 1995 年開辦以來，健保局每每挾「全民之就醫習慣 vs 健保特約之醫療機構」向醫界揮刀，使醫界敢怒而不敢言；另一方面，全民健康保險復將民眾就醫習慣之教育、保險對象拒絕出院之責任、健保財務之風險和缺口以及醫療糾紛之壓力全部轉由醫界承擔，卻僅支付過低且不合理之醫療費用，醫界無法承擔如此巨大之責任與壓力，馴致今日醫療體系之面臨崩潰，以及「血汗醫院」之形成。在全民健康保險體制下，受雇於醫院的醫事人員，包括醫師，亦僅係被僱傭之勞工而已，甚至有稱其為「醫奴」[580]，其實亦不為過；所謂「以極短的時間，極低的社會成本達成了全民有保、綜合照護、費用低廉、民眾滿意及世界矚目的成就。」[581]其背後卻係「擠壓、犧牲醫界得來的代價」[582]，未考量醫師之工時、投入成本及心血之多寡、專業技術之複雜程度、所承擔風險之大小等因素，馴致產生許多不公平、不合理之現象，使外科、外傷科、婦產科、護理人員等給付偏低，而皮膚科、耳鼻喉科、醫療美容等低難度、低風險之科別則是輕鬆而又好賺，造成願意成為此種高難度及高風險之科別的專科醫師大幅減少、護理人員工作負荷過重而造成護士荒[583]，將嚴重影響醫療生態的發展，產生人才之失衡。

---

[579] 參李惠宗，《行政法要義》，五版第一刷，2010 年 9 月，頁 6。

[580] 參謝坤川，〈老醫師拒診枉死 激不起社會一絲漣漪？或是社會仇醫共犯結構下的殺醫事件〉，《新北市醫誌》第 11 期，2011 年 6 月，頁 23；約瀚康納，〈當革命鐘聲響起—我們拒絕再當醫奴〉，《新北市醫誌》第 13 期，2011 年 12 月，頁 25-26；呂適存，〈醫奴論〉，http://mypaper.pchome.com.tw/msd/post/1240083945，參訪日期：2012 年 6 月 23 日。

[581] 參楊志良，〈全民健康保險的問題與改革〉，財團法人國家政策研究基金會，社會(析)094-013 號，2005 年 5 月 28 日。

[582] 參〈立法院衛生環境及社會福利委員會舉行「健保總額支付制度運作困境與永續經營之探討公聽會」紀錄〉，2004 年 3 月 1 日，頁委五一。

[583] 參陳鈞凱，〈護士荒效應！醫院關病房　全台明年恐少 1 成病床可住〉，NOWnews，2012 年 5 月 4 日，http://tw.news.yahoo.com/%E8%AD%B7%E5%A3%AB%E8%8D%92%E6%95%88%E6%87%89-%E9%86%AB%E9%99%A2%E9%97%9C%E7%97%85%E6%88%BF-%E5%85%A8%E5%8F%B0%E6%98%8E%E5%B9%B4%E6%81%90%E5%B0%911%E6%88%90%E7%97%85%E5%BA%8A%E5%8F%AF%E4%BD%8F-045748909.html；龍瑞雲，〈解護士荒 護界盼檢討健保給付〉，中央通訊社，2012 年 5 月 4 日，http://tw.news.yahoo.com/%E8%A7%A3%E8%AD%B7%E5%A3%AB%E8%8D%92-%E8%AD%B7%E7%95%8C%E7%9B%BC%E6%AA%A2%E8%A8%8E%E5%81%A5%E4%BF%9D%E7%B5%A6%E4%BB%98-065814812.html。

第五章 結論與建議

全民健康保險制度係我國最重要也最複雜之醫療保健制度，不僅以增進全國民眾身心健康為目的，亦影響我國之醫學發展與科別間之榮枯。法律主體繁多、彼此間之關係錯綜複雜；而整個制度之核心，則為包括支付制度在內之全民健康保險給付制度。本章將對全民健康保險各法律主體間之法律關係以及現行全民健康保險給付制度和支付制度之合理性歸納結論及提出建議。

第一節 結論

現行全民健康保險制度，本文認為「健保關係」係「類似行政契約」之雙方行政行為關係或「準行政契約」關係；「特約關係」係對等行政契約之雙務規範契約，為行政委託，有公權力之授予；「醫療關係」基本上仍為私法醫療契約，但有相當部分實具公法面向，或無法以私法醫療契約解釋。特約醫事機構於執行醫療行為時因過失侵害保險對象之權益，通說認為醫療糾紛之損害賠償責任僅存於醫病之間，無國家賠償之適用，但本文認為健保局是否應負國家賠償之責，仍有待商榷。

現行全民健康保險給付制度不合理之處見諸全民健康保險相關法律、行政命令以及實際之執行：對於僑胞或出國者、境外就醫、外籍人士和受刑人之規定不合理；藥癮治療及有關血液之規定、通知出院而不出院之規定實務上醫、病常造假、職業災害實務上部份勞工堅持以健保身分就診；自費項目費用之收取不須向健保局申報；對不符規定之醫療服務一律由特約醫事機構負責；重複給付、不需給付者排擠其他醫療給付；輕基本診療、檢查過多，尤其是高科技診療項目；支付標準、藥價基準、審查注意事項及藥品給付規定等規定之限制理由未必均符合醫學學理，且以行政規則限制保險對象之醫療給付；醫藥分業對於減低藥事費用之效果不彰；門診定額制部分負擔額度訂定過低且各層級間差異程度有限，而牙醫與中醫並無因層級而有差異；重大傷病之免部分負擔在執行上常有醫、病之造假（變造文書）；現制健保局之代位求償權有違保險人代位權之法理。其間有制度不合理之處，亦有執行之偏差；此皆不符公平正義，已達實質之不合理，違反平等原則（實質平等），欠缺實質正當性。全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 12 款之項目除外規定和同法第 31 條（尚未實施之新法移列為第 40 條，並作修正）第 1 項違反法律明確性原則；同法第 41 條（尚未實施之新法移列為第 53 條，並作修正）第 3 款有關事前審查之規定逾越母法授權範圍；同法第 50 條（尚未實施之新法移列為第 62 條，並作修正）

第 1 項、第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項及第 52 條（尚未實施之新法移列為第 63 條，並作修正）之規定違反法律保留原則。

健保局依法所提供之保險給付，實質上等同於特約醫事機構之必要醫療服務；保險人與特約醫事機構之間的費用支付範圍即係健保局之保險給付範圍。

支付標準和藥價基準之規定，總額支付制度實施前因醫界之代表性存有疑義而有正當性之問題、總額支付制度實施後則係違法之轉委託、擬定流程不符法定參與程序之要求且違反全民健康保險法第 51 條（尚未實施之新法移列為第 41、42 條，並作修正）第 1 項之規定，其效力應有商榷餘地；另雇主及被保險人無由參與，且其尚須經衛生署核定，有損其合理性及正當性；整體醫療費用過低、勞務與支付不等值、支付項目偏頗、支付之限制不當，疑係純為財務之考量；苛扣手術費用，規避健保局所應負之責任，違反行政程序法第 137 條第 1 項第 3 款之規定；將疾病手術支付之限制規定適用於創傷手術，不符比例原則，嚴重影響以施行創傷手術為業之（外傷科）醫師的專業發展機制，造成動員偏差、侵害其公法上之財產請求權，違反法律保留原則、行政法理及醫事法理；以法規命令為定型化契約條款片面變更契約之基本權利義務事項，違反行政契約成立要件中實質合法要件之一般契約原則、違反平等互惠原則及誠實信用原則，對締約之他方特約醫事機構顯失公平，且違反釋字第 524 號解釋之意旨，其效力亦有商榷餘地。

醫療費用專業審查方面，審查注意事項和藥品給付規定之訂定未與醫界協商，亦無法律之授權，有違適法性與程序正當性；對於若干支付存有不當之限制，違反「合目的性」原則；未考量不同傷病間之不同，齊一規定支付要件，違反平等原則；審查過程存有不合理之處，另有若干強勢之醫學會主導，形成審查不公。

總額支付制度方面，以公醫制度之手法管理自由市場機制之醫療環境；總額、支付標準、審查、特約及管理等，並非健保局與特約醫事機構協商之結果[584]；醫界代表不足，協商地位不平等；年度總額不足，等同苛扣醫療費用；年中增加給付範圍卻不補償特約醫事機構之損失，違反行政程序法第 147 條之規定；制度缺乏配套、沿用不公平不合理之審查制度；轉診制度不彰，醫師、醫事機構管理階層及民眾三方面之教育未落實；將健保財務風險轉由特約醫事機構完全承擔，欠缺合理性及正當性；點值為浮動，醫療費用不確定，違反同病同酬原則及明確性原則；急診採浮動點值，急重症傷病患成人球；每人次自費金額上升；藥品及計價藥材依成本給付，提供藥價差之誘因，造成醫療生態嚴重扭曲。

DRGs 支付制度方面，支付價格不足且偏頗；相對權重與病例組合指標 CMI 之訂定不合理，且評鑑提供醫院選擇耗用醫療資源多之治療方法的誘因；未考量

[584] 參蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029，頁 85－87。

合併症或併發症數量與嚴重度之不同，不利於收治複雜傷病患之醫院；除外傷病之訂定，將癌症排除而多重外傷反而未予排除，有違 DRGs 支付制度之精神，違背實質正當性；形同變相之「論量計酬制」，提供中小型醫院選擇傷病患之誘因；可能誘發醫院以各種策略因應，影響保險對象權益。

第二節 建議

「健保關係」建議提升為行政契約：將健保局六區分局提升為六個獨立保險人，並使保險對象有選擇締約對象之自由；或於現行架構下使雇主及被保險人有權參與健保給付內容和健保費用之協商以取得契約內容形成之自由。另為確保必要醫療給付之提供與醫療品質之維持，並使個別醫師能確實遵守健保政策，建議健保局與個別醫師成立「健保醫師」法律關係，使對其能產生拘束力，並於其依全民健康保險法規執行醫療給付任務使保險對象因而受到損害時，身為雇主之健保局能負起（國家）賠償之責，以維護保險對象權益；而「健保醫師」亦可安心執行全民健康保險任務，不致背負醫療糾紛之巨大壓力與風險，復不因而實施防衛醫療。

對於僑胞或出國者，建議出國期間仍應每月繳交健保費，或繳納至一定期間（至少五年以上，可討論），回國時始可立即享有健保權益；倘退保者竟回國就醫，則應自費，或重新加保並追繳所欠繳之健保費後，始得以健保身分就醫。境外就醫應建立嚴格之查核機制，加強查察造假、浮濫等情事。外籍人士如遇道德風險之例，則應追繳其所受領醫療給付之費用，或由其雇主代為繳清，並處以罰鍰，始能准其離開。

全民健康保險法第 39 條（尚未實施之新法移列為第 51 條，並作修正）第 12 款之項目除外規定，對於不給付項目之審查基準及進行審查之程序仍欠缺授權明確性，建議應再加以訂定之。部份勞工堅持以健保身分就診，應設法改善，並向職業災害之保險人求償。自費項目及費用之收取應須向健保局申報，並須納入專業審查。重複給付應加強審核，且全民健康保險醫療辦法第 42 條須接受輔導之標準應再限縮。保險對象於同一時段內，應盡量避免同時進行中、西醫治療或中西醫混著治療。醫療資源配置部分，建議應增加基本診療之點數，並刪減高價位檢查之點數；高科技診療項目應詳加審查，且其價格應予調低，以免濫用；藥局之更換藥物、推銷保健食品或保健藥品行為應加強審查，並課以侵害保險對象身體健康、增加健保醫療費用之責任。門診部分負擔應改回定率制，或僅於基層醫療實施定額制；牙醫與中醫之部分負擔和重大傷病之免部分負擔應加以改善。健保代位求償範圍應適度擴張。國民之公民道德法治素養及民眾教育應長期落實，以減少道德風險、避免醫療資源之濫用與侵奪；對於現行給付制度之限制，

諸如支付標準、藥價基準、審查注意事項、藥品給付規定等，應事先加以公告；支付標準及藥價基準應於全民健康保險法訂定授權之內容、目的和範圍。

支付標準與藥價基準之修訂，建議於全民健康保險法中明定總額受託團體之資格、條件，並就委託之目的、內容、範圍等明確訂定；醫界之代表應由醫界選出而非指定；另應使付費者對支付標準參與訂定或表達意見，並使其得對「事前審查不予支付結果」之爭執提起救濟[585]。另建議應於「全民健康保險醫療費用支付標準」第 2 部第 2 章第 7 節通則第 6 條增訂第 2 項「於創傷手術，第一項手術按其所定點數申報，其餘手術按其所定點數之一半計算，無前項各款不另計算之限制。」以保障支付外傷手術費用之公平性。

目前醫界應以他律為妥，贊同醫療行為應廣為審查，建議設立專門而獨立之審查機構（例如法務部法醫研究所之地位），由固定且具專業之專家負責專業審查。另建議將審查注意事項和藥品給付規定此二行政規則之內容分別改訂於「全民健康保險醫療費用支付標準」和「全民健康保險藥價基準」。

總額支付制度方面，建議提升協商代表之法源位階[586]，且政府應屬「付費者」，最多只能占保險付費者代表總數的三分之一；雙方當事人間給付應以修改後之支付標準重新精算。應強制轉診，並將醫師費之總額與醫院總額分開；建議醫師費由健保局直接支付[587]，排除醫院之剝削與控制。DRGs 支付價格建議應以修改後之支付標準重新精算，CMI 無法真正代表傷病患之嚴重度。對於複雜度高的疾病應有不同之支付；應加入對基本診療之支付，點數不公要調整，且 3 個以上合併症或併發症須再拆分為不同之 DRG。多重外傷應除外於 DRGs 支付制度，而癌症則應納入之。

我國無論醫療制度、保險制度、給付方式、醫療環境或風俗民情等，均與美國有不小之差異，欲引用其經驗，應加以修正以符合我國實際之情形[588]。全民健康保險給付制度，於形式合法性存有上開若干問題；然更重要者，由於支付制度不符勞動法勞務對價、給付與對待給付、交換正義、分配正義等基本法理，是以

---

585 參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 65－66。

586 相同見解，請參林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016，頁 63。

587 相似見解，請參韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（下）-論病例計酬及實施準備〉，《醫務管理》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 30。韓教授認為醫師費由健保直接支付可精算及合理調整全國醫師人力結構，整體性監控及促進醫師看病品質。由醫院間接支付則無法達成前段效益，只能由各個醫院便宜行事，由政務機關（公立醫院）及企業（私立醫院）配合自己的目標調整醫師費，達到企業目的。

588 參黃元惠、張北葉、洪志洋、商東福、羅依玲、張金堅，〈全民健保外科手術項目新支付標準之分析〉，《台灣醫界》第 48 卷第 7 期，2005 年 7 月，頁 46。

其違反實質正當性，而有本文上揭各項改善之建議。萬望主管機關能正視本文所提不合理之處及其相關建議，以作為制度改善之參考。

參考文獻

中文文獻（依姓氏筆畫順序排列）

一、 學位論文

李名玉，〈健保支付方式變動對醫師診療行為的影響 -以東區分局尿路結石體外震波碎石術為例〉，東華大學公共行政研究所碩士論文，2008 年 6 月。

呂介文，〈我國全民健康保險轉診制度成效之研究〉，東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文，2009 年。摘要。

林李達，〈我國全民健康保險代位求償之研究〉，成功大學法律學研究所碩士論文，2002 年 7 月。

林鈺如，〈周邊診所轉介醫院之研究－以南部某區域醫院為例〉，義守大學醫務管理系研究所碩士論文，2009 年 6 月。

邱瑋婷，〈不同所得水準之病患對於醫院健保門診部分負擔上升之反應-以就醫場所選擇為例〉，中原大學會計研究所碩士論文，2010 年 6 月。

胡紀光，〈全民健康保險藥品給付制度方案選擇之研究〉，國立交通大學高階主管管理學程碩士班碩士論文，2003 年。

郭躍民，「全民健康保險特約醫事機構合約（特約醫院及診所）之研究」，台灣大學法律學研究所碩士論文，2004 年 7 月。

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 1 月。

陳怡安，〈全民健康保險法規範下的醫療關係〉，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996 年 7 月。

陳炫碩，〈台灣地區全民健康保險部分負擔制度之研究〉，中原大學企業管理研究所碩士論文，1990 年 6 月，摘要。

陳麗春，〈從新制度主義觀點探討全民健保總額支付制度〉，成功大學政治經濟學研究所碩士論文，2007 年 12 月。

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 5 月。

張茂昌，〈一代健保與二代健保之比較〉，國立中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006 年 6 月。

張慈惠，〈在健保總額支付制度下醫學中心醫師撙節醫療費用之實証研究〉，南台科技大學高階主管企管碩士班碩士論文，2004 年。

許家碩，〈從公義原則思考健保醫療資源分配－以總額預算支付制度為例〉，中

央大學哲學研究所碩士論文，2008 年 6 月。
黃元惠，〈全民健保外科手術項目支付標準訂定之研究〉，交通大學科技管理研究所博士論文，2005 年 11 月。
黃明絹，〈公法契約之研究—西德立法例之探討〉，國立政治大學法律學研究所碩士論文，1984 年 6 月。
黃維縈，〈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班碩士論文，2006 年 6 月。
黃曉萍，〈探討全民健保藥價差額負擔制度成效之經濟分析〉，中山大學中山學術研究所碩士論文，2000 年 7 月。
黃麗君，〈中醫總額預算制度之研究—以共有資源管理的觀點〉，國立政治大學政治研究所碩士論文，2007 年 7 月。
游家昂，〈2005 年全民健保部分負擔調整政策效果分析〉，中原大學會計學系碩士論文，2011 年 6 月。
楊翠玲，〈全民健康保險醫療費用支付法律面之探究－以總額支付制度為中心〉，中正大學法律學研究所碩士論文，2010 年 1 月。
廖智雄，〈全民健康保險醫療費用請求權之探討—以健保局與醫事服務機構間法律關係為對象〉，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，2000 年 6 月。
熊心如，〈全民健保總額支付制度與醫病關係之影響——某醫學中心之個案研究〉，東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文，2005 年。
劉美君，〈加重部分負擔與家庭醫師制度對轉診病患醫療資源耗用差異之研究〉，元智大學管理研究所碩士論文，2006 年 6 月。
鄭仁鎮，〈全民健康保險藥品部分負擔制度之研究—以呼吸系統疾病為例〉，長庚大學管理學研究所碩士論文，1999 年 6 月。
樊成華，〈全民健康保險醫療費用支付法規範之研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，2004 年 6 月。
蔡坤展，〈全民健康保險法給付規範的研究〉，國立中正大學法律學研究所碩士論文，1999 年 7 月。
蔡富櫻，〈我國全民健康保險支出政策變遷之探討： 以醫院卓越計畫為例〉，國立東華大學共行政研究所碩士論文，2006 年 6 月。
賴進祥，〈醫療關係之危險責任及其分散機制〉，國立臺灣大學國家發展研究所碩士論文，2002 年 5 月。
蘇育賢，〈全民健康保險法律關係之研究〉，臺灣大學法律學院科技整合法律學研究所碩士論文，2011 年 2 月。
蕭郁琪，〈健保總額支付制度、醫院管理和醫病關係對主治醫師診療行為的影響〉，靜宜大學管理碩士在職專班碩士論文，2008 年 6 月。

二、 研究計畫

李丞華，〈未來五年全民健保重要議題之政策分析〉，行政院衛生署 91 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH91-NH-1015。

辛炳隆，〈全民健保部分負擔新制之評估〉，行政院研究發展考核委員會 89 年度委託研究計畫，計畫編號：RDEC-RES-089-006。

林明鏘，〈全民健康保險特約醫事服務機構合約之法律問題研究---司法院釋字第五三三號解釋衍生問題〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1016。

林進田，〈探討出國停保者，返國就醫之合理性〉，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-014。

林勳發，〈全民健保代位求償相關問題之研究〉，健保局八十四年委託研究計畫，計畫編號：DOH84-NH-006。

孫建峰，〈全民健康保險給付檢驗費用合理性之研究〉，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計劃編號：DOH-89-NH-009。

郭明政、蔡茂寅，〈健保局改制後之法律問題研究〉，行政院衛生署 87 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH87-NH-034。

張道義，〈健保法規適用行政程序法與行政執行法之研究〉，衛生署委託 88 年下半年度及 89 年度研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-008。

葛克昌，〈從大法官會議解釋論財產權之保障〉，行政院國家科學委員會 89 年度委託研究計畫，計劃編號：NSC89-2414-H002-046。

蔡文正、龔佩珍、王佳文，〈總額制度實施對醫療市場及就醫科別生態之影響初探〉，行政院衛生署 97 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH97-NH-1009。

蔡茂寅、雷文玫，〈各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題研究計畫〉，行政院衛生署 88 年度下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-029。

蔡茂寅，〈鄉（鎮、市、區）公所辦理健保投保業務之法律關係探討〉，行政院衛生署 92 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH92-NH-1013。

劉宗德，〈健保業務委外辦理之法律問題研究期末報告〉，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-010。

賴俊雄、李卓倫，〈全民健康保險不當支付醫療費用之探討及推估－以勞工職業病所引發之健保醫療成本為例〉，行政院衛生署 89 年度委託研究計畫，計畫編號：DOH89-NH-040。

薛亞聖，〈全民健康保險門診新制部分負擔實施後對醫療利用之影響（後續研究）〉，計劃編號：DOH91-HI-1001。

三、 專書著作

立法院《法律案專輯第一百六十九輯（上）—全民健康保險法案》，1994 年 12 月初版。

江亮演、洪德旋、林顯宗、孫碧霞，《社會福利與行政》，2006 年 9 月，五南圖書公司。

朱柏松，《消費者保護法論》，增補版，1999 年 9 月，翰蘆圖書出版有限公司。

吳庚，《行政法之理論及實用》，增訂 11 版 3 刷，2011 年 8 月，三民書局。

吳凱勳，《健康保險概論》5 版，1992 年 8 月，三民書局。

李惠宗，《行政法要義》，5 版第 1 刷，2010 年 9 月，元照出版有限公司。

李聖隆，《醫護法規》，5 版三刷，2005 年 1 月，華杏出版股份有限公司。

李震山，《多元寬容與人權保障—以憲法未列舉權之保障為中心》，初版，2005 年 10 月，元照出版有限公司。

林明鏘，《行政契約法研究》，2006 年 4 月，翰蘆圖書出版有限公司。

林紀東，《中華民國憲法釋論》，改訂第 53 版，1990 年 9 月，大中國圖書股份有限公司。

林萬億，《福利國家的形成與社會公平》，初版，2003 年，國立台灣大學出版。

林騰鷂，《中華民國憲法》修訂 4 版，2005 年 8 月，三民書局。

法治斌、董保城，《憲法新論》2 版，2003 年 9 月，自刊。

邱聰智，《債法個論》中冊，輔仁大學法學叢書，初版，1995 年 10 月。

洪德旋，《社會政策與立法》修訂 3 版，2003 年 1 月，空中大學出版中心。

柯木興，《社會保險》，修訂版，2001 年 8 月，三民書局。

許宗力，《憲法與法治國行政》2 版，2007 年 1 月，元照出版有限公司。

陳新民，《憲法基本權利之基本理論（上冊）》5 版，2002 年 7 月，元照出版有限公司。

陳新民，《憲法學釋論》，修正 5 版，2005 年 9 月，三民書局。

陳聽安，《健康保險財務與體制》，2003 年 5 月，三民書局。

鄭玉波，《保險法論》修訂 9 版，2012 年 2 月，三民書局。

葉金川，《全民健保傳奇》初版 1 刷，2002 年 4 月，台北：財團法人董氏基金會。

蔡維音，《社會國之法理基礎》1 版，2001 年 7 月，正典出版文化有限公司。

鍾秉正，《社會保險法論》初版，2005 年 11 月，三民書局。

鍾秉正，《社會福利之法制化》，初版第 1 刷，2008 年 12 月，元照出版有限公司。

鍾秉正，《社會法與基本權保障》，初版第 1 刷，2010 年 6 月，元照出版有限公司。

謝榮堂，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，初版第 1 刷，2008 年 11 月，元照出版有限公司。

台灣行政法學會主編，《行政契約與新行政法》，台灣行政法學會學術研討會論文集（2001），初版第 3 刷，2004 年 1 月，元照出版有限公司。

四、 期刊論文

吳庚，〈行政契約之基本問題〉，《台大法學論叢》7 卷 2 期，頁 107－146。

吳坤煥，〈健保醫療審查制度之檢討及建議〉，《台灣醫界》第 52 卷第 7 期，2009 年 7 月，頁 46－50。

吳凱勳，〈社會安全與社會保險〉，《社會安全》第 5 卷第 1 期，1983 年 12 月，頁 16－24。

李玉君，〈全民健保改革之理想與實踐—若干問題之觀察與建議〉，《月旦法學雜誌》第 92 期，2003 年 1 月，頁 101－109。

李玉君，〈全民健保法對經濟弱勢者醫療保障規定之評析〉，《臺大法學論叢》第 36 卷第 1 期，2007 年 3 月，頁 157－208。

李玉君，〈全民健康保險制度之回顧、檢討與再造〉，《月旦法學雜誌》第 153 期，2008 年 2 月，頁 36－60。

李玉春，〈醫療成本變異大　標準成本變異多－應用成本分析於全民健保醫療費用支付標準之探討〉，《會計研究月刊》第 118 期，1995 年，頁 107－113。

李玉春、林蕙卿，〈全民健康保險支付標準協商模式之檢討與改革之芻議〉，《醫院》第 29 期，1996 年，頁 1－9。

李玉春，〈全民健保支付制度－實施現況檢討與改革方向建議〉，《政策月刊》第 35 期，1998 年 6 月，頁 14－16。

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》第 51 卷第 6 期，2008 年 6 月，頁 48－53。

李志宏、施肇榮，〈全民健康保險解讀系列 9：總額支付制度〉，《台灣醫界》第 51 卷第 11 期，2008 年 11 月，頁 37－43。

李佩瑜，〈健保中醫療過失之責任歸屬〉，《律師通訊》第 194 期，1995 年 11 月，頁 32－41。

李坤樺、張宏基、羅崇杰，〈當前消化性潰瘍穿孔手術之世界趨勢—傳統手術與微創手術之比較暨提升腹腔鏡修補手術成功率之方法〉，內視鏡外科醫學會會刊，2007 年 6 月，頁 8－15。

李建良，〈公法契約與私法契約之區別問題〉，收於《行政契約與新行政法》，2004 年 1 月初版第 3 刷，頁 165－203。

李源德，〈去蕪存菁—談全民健保的改造〉，《健康政策》，2000 年秋季號，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx。

周志宏，〈社會權—總論、教育權〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 127－135。

周啟東，〈健保讓醫師變成了 sales！〉，《商業周刊》第 788 期人物專訪，2003 年 1 月，http://www.businessweekly.com.tw/article.php?id=15720。

林明鏘，〈行政契約法論－以德國行政契約法為中心試評法務部行政程序法民國 83 年四月草案〉，《台大法學論叢》24 卷 1 期，1994 年 12 月，頁 143－180。

林明鏘，〈論基本國策－以環境基本國策為中心〉，收於李鴻禧教授六秩華誕祝賀論文集編輯委員會編，《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，月旦出版社，頁 1474-1477。

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

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（析）090-004 號，2001 年 11 月 8 日。

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〉，《中正大學法學集刊》第 24 期，2008 年 5 月，頁 297－353。

林雪如，〈環顧四方一健保異同，亞洲五國健康保險國際研討會後記〉，《全民健康保險雙月刊》第 8 期，1997 年 7 月，頁 14。

林瑩秋，〈賤藥傷身！〉，《新新聞》第 1311 期，2012 年 4 月 18 日。http://www.new7.com.tw/coverStory/CoverView.aspx?NUM=1311&i=TXT20120418145356419。

邱永仁、陳宗獻、郭乃文、林忠劭，〈加拿大總額支付制度考察報告〉，《台灣醫界》第 43 卷第 7 期，2000 年 7 月，頁 39－52。

郝鳳鳴，〈全民健康保險法之修法方向一中法健康保險法比較研究〉，《法律評論》第 60 卷第 11、12 期合刊，1994 年 12 月，頁 2－12。

郝鳳鳴，〈我國社會法之現況與展望〉，《輔仁法學》第 15 期，1996 年 6 月，頁 91－120。

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 卷第 6 期，2006 年 11 月，頁 241-290。

郭明政，〈法律在社會福利制度中之角色與任務〉，《社區發展季刊》第 67 期，1994 年 9 月，頁 75－87。

郭明政，〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版社，2003 年 3 月，頁 469－482。

郭明政，〈社會憲法—社會安全制度的憲法規範〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 313－352。

許育典，〈教育憲法之建構〉，收於蘇永欽編，《部門憲法》，初版第 1 刷，2006 年 1 月，元照出版有限公司，頁 507－561。

陳淳文，〈公法契約與私法契約之劃分—法國法制概述〉，收於《行政契約與新行政法》，2004 年 1 月初版第 3 刷，頁 131－164。

陳清秀，〈國家賠償實務之探討〉，收於《國家賠償理論與實務 2004》，台北市政府法規委員會編印，2004 年 12 月，頁 6－7。

陳欽賢、劉彩卿、林建仁、朱子斌、邱文達，〈總額支付制度下醫院同儕行為之競合：賽局理論分析〉，《醫務管理期刊》第 4 卷第 3 期，2003 年 9 月，頁 68－79。

陳琇玲、楊銘欽、溫信財、黃文駿、邱亨嘉、徐慧娟、楊志良，〈醫師工作量相對值及耗用時間之探討－以消化系外科 86 項處置為例〉，《醫護科技學刊》第 7 卷第 2 期，2005 年 4 月，頁 175－186。

陳愛娥，〈大法官對全民健康保險法制的合憲性討論－評釋字第四七二號、釋字第四七三號解釋的解釋風格〉，《台灣本土法學雜誌》第 25 期，2001 年 8 月，頁 1－13。

陳愛娥，〈行政上所運用契約之法律歸屬－實務對理論的挑戰〉，收於《行政契約與新行政法》，2004 年 1 月初版第 3 刷，頁 77－130。

陳愛娥，〈社會國的憲法委託與基本權保障〉，收於吳庚大法官榮退論文集編輯委員會編，《公法學與政治理論—吳庚大法官榮退論文集》，2004 年 10 月，元照出版有限公司。

陳耀東，〈全民健保不同支付制度對醫師執業行為之影響及比較〉，《管理學報》第 21 卷第 2 期，2004 年 4 月，頁 237－255。

章殷超，〈全民健康保險醫療服務審查問題之探討〉，《台灣醫學》第 7 卷第 1 期，2003 年 1 月，頁 104－114。

張道義，〈全民健保保險給付與法律保留原則－釋字第 524 號解釋評析〉，《政大法學評論》第 73 期，2003 年 3 月，頁 1－50。

張錦文，〈醫院總額支付與未來的因應措施〉，《福爾摩莎醫務管理雜誌》第 1 卷第 1 期，2005 年 6 月，頁 1－7。

張瓊方，〈總額預算，能否解決醫療沈疴？〉，《光華畫報雜誌社》，http://www.sinorama.com.tw/ch/print_issue.php3?id=2004119311050c.txt&mag=past。

黃元惠、王貴英、洪志洋、張北葉，〈全民健保實施後外科專科醫師人力下降的可能因素探討〉，《台灣醫界》第 47 卷第 4 期，2004 年 4 月，頁 40－43。

黃元惠、張北葉、洪志洋、商東福、羅依玲、張金堅，〈全民健保外科手術項目新支付標準之分析〉，《台灣醫界》第 48 卷第 7 期，2005 年 7 月，頁 43－46。

黃舒芃，〈社會權在我國憲法中的保障〉，《中原財經法學》第 16 期，2006 年 6 月，頁 1－43。

黃錦堂，〈行政契約法主要適用問題之研究〉，收於《行政契約與新行政法》，初版第 3 刷，2004 年 1 月，頁 3－75。

黃錦堂，〈權限委託、委任與國家賠償責任〉，收於《國家賠償理論與實務 2004》，台北市政府法規委員會編印，2004 年 12 月，頁 303－326。

詹火生，〈社會保險在社會變遷中的角色〉，《社區發展季刊》第 29 號，1985 年 3 月，頁 6－7。

詹金烈，〈人為因素所導致之醫療相關併發症〉，《台灣醫界》第 53 卷第 12 期，

2010 年 12 月，頁 47－48。
楊志良，〈全民健康保險的問題與改革〉，財團法人國家政策研究基金會，社會（析）094-013 號，2005 年 5 月 28 日。
楊志良，〈調高部分負擔是否真能落實轉診制度？〉，財團法人國家政策研究基金會，社會（析）094-021 號，2005 年 8 月 23 日。
楊靜利，〈社會保險的意義與社會福利體系〉，《台灣社會福利期刊（電子期刊）》第 1 期，2000 年 9 月，頁 157－177。
雷文玫，〈全民健保保險人與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 33－64。
雷文玫、黃舒芃，〈社會權入憲的分析以及基本國策中有關社會福利的檢討〉，收於行政院研究發展考核委員會編，《憲改方向盤》，2006 年 4 月，五南出版社，頁 385－426。
葉俊榮，〈從救濟管道到管制脈絡－論行政處分與行政契約的交錯與併存爭議〉，收於王必芳主編，《2008 行政管制與行政爭訟》，2009 年 11 月，台北　中央研究院法律學研究所籌備處　專書（10），頁 1－33。
葉俊榮，〈二元民主與行政程序——從全球化的脈絡論行政程序法的時代機能〉，收於《行政程序法之檢討、傳播行政之爭訟》，台灣行政法學會學術研討會論文集，2003 年 7 月，元照出版有限公司，頁 27-62。
蔡貞慧、張鴻仁、王本仁，〈2002 年調整保費及部分負擔對全民健康保險財務公平性之影響〉，《人文及社會科學集刊》第 17 卷第 7 期，頁 23－25。
蔡茂寅，〈全民健康保險之法律關係〉，收於《行政法實務與理論(一)》一版，元照出版社，2003 年 3 月，頁 483－506。
蔡維音，〈社會福利制度之基礎理念及結構－以德國法制為中心〉，《月旦法學雜誌》第 28 期，1997 年 9 月，頁 24－29。
蔡維音，〈全民健保之法律問題剖析－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（上）〉，《月旦法學雜誌》第 48 期，1999 年 5 月，頁 67－78。
蔡維音，〈全民健保之法律關係剖析－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（下），《月旦法學雜誌》第 49 期，1999 年 6 月，頁 110－115。
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。
蔡維音，〈全民健保行政之法律關係〉，《成大法學》第 4 期，2002 年 12 月，頁 1－35。
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。
蔡維音，〈全民健保之總額預算與卓越計畫支付制度〉，《月旦法學教室》第 30 期，2004 年 8 月，頁 28-29。

鄭文輝，〈全民健康保險財務問題探討總論〉，收於《我國全民健康保險財務之診斷與展望文集》，財團法人國家衛生研究院出版，2002 年，頁 11－32。

謝雅竹、吳文娟、鄭雅愛、黃巧慧、蔣淨宜，〈健保局醫院卓越計畫對醫師醫療行為之影響—以南部某縣立醫院為例〉，《澄清醫護管理雜誌》第 3 卷第 4 期，2007 年 10 月，頁 29－36。

韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（上）－DRGs 之支付精神，支付邏輯及侷限〉，《醫務管理期刊》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 1－19。

韓揆，〈診斷組合制在台推行問題（下）－論病例計酬及實施準備〉，《醫務管理期刊》第 6 卷第 1 期，2005 年 3 月，頁 20－36。

薛瑞元，〈健保給付制度下，不符給付要件的個案如果拒收的法律責任問題〉，1998 年 10 月，www.dryahoo.org.tw/次網頁/衛教走廊/醫學法律/急診拒收.htm。

羅紀琼、尤素娟，〈醫院總額支付制度對住診醫療品質之初步影響〉，《台灣衛誌》第 29 卷第 4 期，2010 年 8 月，頁 362－363。

五、 研討會論文

朱樹勳、張金堅、陳炯年，〈全民健保實施對一般外科人力影響及醫療品質之評估〉，發表於醫師人力政策研討會，1999 年 1 月 27 日。

李玉春，〈全民健保立法過程政策分析〉，2009 年 10 月 14 日，http://www.ba.ncku.edu.tw/yong/HE/IIG%20NHI/%E8%B3%A4%E4%BF%9D%20%E6%83%A1%E4%BB%A3%E5%81%A5%E4%BF%9D/20081014_%E6%94%BF%E5%A4%A7%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%B3%95%E7%AB%8B%E6%B3%95%E9%81%8E%E7%A8%8B%E6%94%BF%E7%AD%96%E5%88%86%E6%9E%90.ppt。

李坤樺、羅崇杰、李惠宗，〈中央健保局對醫事機構創傷手術給付申請限制合理性之探討〉，2007 年外科年會（外傷科優秀論文第二名），摘要部份載於台灣外傷醫學會網站，http://www.trauma.org.tw/webmag/traumathesis/traumathesisFile/22/Li.pdf。

高添富，〈全民健保與醫療糾紛－兼談醫事人員強制責任保險〉，96 年度畢業後一般醫學訓練計畫：醫療法律教學研習營課程講義，2007 年 4 月 29 日。

黃月桂、劉郁薇，〈婦產科醫師人力現況評析〉，發表於醫師人力政策研討會，1999 年 1 月 27 日。

羅白櫻，〈我國全民健保財務赤字問題——保險給付制度之探討〉，2005 年真理大學財經學術研討會論文集，http://www1.au.edu.tw/ox_view/edu/fe/gife/2005/16.pdf。

六、 報導社論

〈醫院買血欠款　血液基金會算帳〉，自由時報 10 版，2005 年 5 月 6 日。

李伯璋，〈血汗醫院 理性面對〉，中國時報，2012 年 5 月 5 日，http://news.chinatimes.com/forum/11051401/112012050500427.html。

李樹人，〈罕見病大家推　慢性病領藥折騰〉，聯合晚報，2004 年 6 月 29 日，http://www.udn.com/2004/6/29/NEWS/LIFE/LIF7/2102529.shtml。

李樹人，〈DRGs 制度滿月 大醫院嚴重骨折病患暴增〉，2010 年 1 月 31 日聯合晚報，台北報導。

吳慧芬，〈健保以來地區醫院倒閉 200 多家〉，中時電子報，2004 年 2 月 13 日，http://tw.news.yahoo.com/040213/19/g80x.html。

邱俊吉，〈7 月起醫院總額自主管理　南病北醫　健保新制怪象〉，中廣新聞網，2004 年 6 月 21 日，http://news.yam.com/chinatimes/focus/news/200406/20040621919457.html。

陳清芳，〈價值觀扭曲 醫病不如醫醜〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%83%B9%E5%80%BC%E8%A7%80%E6%89%AD%E6%9B%B2-%E9%86%AB%E7%97%85%E4%B8%8D%E5%A6%82%E9%86%AB%E9%86%9C-033322623.html。

陳清芳，〈年年赤字　二代健保找財源〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%B9%B4%E5%B9%B4%E8%B5%A4%E5%AD%97-%E4%BA%8C%E4%BB%A3%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%89%BE%E8%B2%A1%E6%BA%90-033322645.html。

陳清芳，〈健保給付不足　醫院擴增自費〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%81%A5%E4%BF%9D%E7%B5%A6%E4%BB%98%E4%B8%8D%E8%B6%B3-%E9%86%AB%E9%99%A2%E6%93%B4%E5%A2%9E%E8%87%AA%E8%B2%BB-033322827.html。

陳清芳，〈健保拓財源 窮人保障要提升〉，中央通訊社，2012 年 2 月 27 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%81%A5%E4%BF%9D%E6%8B%93%E8%B2%A1%E6%BA%90-%E7%AA%AE%E4%BA%BA%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E8%A6%81%E6%8F%90%E5%8D%87-033322964.html。

陳鈞凱，〈護士荒效應！醫院關病房　全台明年恐少 1 成病床可住〉，NOWnews，2012 年 5 月 4 日，http://tw.news.yahoo.com/%E8%AD%B7%E5%A3%AB%E8%8D%92%E6%95%88%E6%87%89-%E9%86%AB%E9%99%A2%E9%97%9C%E7%97%85%E6%88%BF-%E5%85%A8%E5%8F%B0%E6%98%8E%E5%B9%B4%E6%81%90%E5%B0%911%E6%88%90%E7%97%85%E5%BA%8A%E5%8F%AF%E4%BD%8F-045748909.html。

彭顯鈞等，〈總額支付欠配套　衛署被糾正〉，自由時報 3 版，2005 年 1 月 6 日。

黃俊雄，〈民眾就醫權益的省思--談醫院總額繼續推行的適切性〉，自由時報自由廣場，2004 年 3 月 3 日，自由新聞網 http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/mar/3/today-o3.htm。

黃靜宜、薛桂文，〈醫院買血欠款　血液基金會算帳〉，自由時報 10 版，2005

年 5 月 6 日。
魏怡嘉等，〈健保 10 年　變調中尋找變革〉，自由時報，2004 年 3 月 7 日，http://www.libertytimes.com.tw/2004/new/mar/7/today-life6.htm。
樊天璣、詹建富，〈健保自主管理　急重症患成人球〉，民生報，2004 年 5 月 18 日，http://www.hemophilia.org.tw/news/930518 民生報.htm。
蔡甫昌、謝博生，〈「衝量」與「卓越」之間--總額預算下的醫療組織倫理〉，自由時報，2004 年 10 月 22 日。
龍瑞雲，〈解護士荒 護界盼檢討健保給付〉，中央通訊社，2012 年 5 月 4 日，http://tw.news.yahoo.com/%E8%A7%A3%E8%AD%B7%E5%A3%AB%E8%8D%92-%E8%AD%B7%E7%95%8C%E7%9B%BC%E6%AA%A2%E8%A8%8E%E5%81%A5%E4%BF%9D%E7%B5%A6%E4%BB%98-065814812.html。

七、　網路資料與文獻

健保局，〈全民健康保險部分負擔及保險費率調整報告〉，2002 年 10 月 31 日。
〈Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構(101.05.07 更新)〉，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819。
〈全民健康保險之門診部分負擔要如何計算？那些人可以免除？〉，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=8&menu_id=26&WD_ID=26&webdata_id=841。
健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3633&WD_ID=900。
健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&WD_ID=&webdata_id=1070。
全民健康保險醫療費用審查注意事項(19888_1_100 年各總額審查依據及一般原則增修訂病歷條文_依醫審會結論辦理審查注意事項公告 10009 完整版)。健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=813&webdata_id=1787。
全民健康保險藥品給付規定 (101 年版)。http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD_ID=812&webdata_id=2919。
健保局，〈100 年度顧客服務滿意度調查〉，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=693&webdata_id=3338。
健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&WD_ID=755&webdata_id=3427。
健保局網站
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&WD

_ID=812&webdata_id=3630。
健保局，〈行政院衛生署健保局業務執行報告－101 年度〉，4 月份，健保局網站http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=684&webdata_id=4138。
健保局網站，http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20928_1_藥品給付規定條文.doc。
行政院衛生署健保局財務資金流量概況，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/resource/Webdata/20381_1_99-T10.xls。
健保局，〈健保局 97 年度施政目標與重點（核定版）〉，2008 年 1 月 16 日，健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_10208_2_97%E6%96%BD%E6%94%BF%E8%A8%88%E7%95%AB%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E7%89%88970116(%E4%B8%8A%E7%B6%B2).pdf。
健保局網站，九十三年度醫院卓越計畫支付原則，2004 年 7 月 5 日，http://www.nhi.gov.tw/resource/bulletin/150_卓越計畫.DOC。
健保局網站，九十三年度醫院總額卓越計畫辦理情形，2004 年 9 月 24 日，http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/3112%E6%AC%A1%E6%9C%83%E8%AD%B0-930924%E9%86%AB%E9%99%A2%E5%8D%93%E8%B6%8A%E8%A8%88%E5%8A%83%E8%BE%A6%E7%90%86%E6%83%85%E5%BD%A2.pdf。
健保局網站，醫院卓越計劃介紹，2004 年 9 月 30 日，http://www.nhi.gov.tw/07information/issue/931012/report2.ppt。
健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/query/query2_list.aspx。
健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/Query/query3_list.aspx。
健保局民眾意見信箱，案件編號：A10101160040。
健保局民眾意見信箱，案件編號：A10104120020。
健保局民眾意見信箱，案件編號：A10106070036。
中華民國醫師公會全聯會聲明，〈健保支出成長主因為「人口老化」、「重大傷病及罕見疾病人口增加」、「新增藥品與醫療科技」，而非健保支出浮濫。〉，99 年 12 月 17 日，中華民國醫師公會全國聯合會網站 http://www.tma.tw/meeting/meeting_01_info.asp?meete_id=3542。
吳尹中，〈台灣與 OECD 國家醫藥支出之比較〉，Figure 1，中華民國藥品行銷暨管理協會網站，http://www.tpmma.org.tw/epaper/Upload_Files/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E8%88%87OECD%E5%9C%8B%E5%AE%B6%E9%86%AB%E8%97%A5%E6%94%AF%E5%87%BA%E4%B9%8B%E6%AF%94%E8%BC%83.pdf。
全民健康保險監理委員會 95 年度第 1 次臨時會會議紀錄，2006 年 12 月 15 日，台灣地區醫院協會網站www.areahp.org.tw/upload/project/txt/951221A.doc。
孫智麗、李卓倫，〈台灣醫療產業發展關鍵因素與趨勢分析〉，台灣經濟研究院生物科技產業研究中心網站，http://www.biotaiwan.org.tw/download/

core3/3-5%E7%B6%93%E6%BF%9F%E5%88%86%E6%9E%90/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E9%86%AB%E7%99%82%E7%94%A2%E6%A5%AD%E7%99%BC%E5%B1%95%E9%97%9C%E9%8D%B5%E5%9B%A0%E7%B4%A0%E8%88%87%E8%B6%A8%E5%8B%A2%E5%88%86%E6%9E%90(200701).pdf。

行政院勞工委員會網站 http://www.cla.gov.tw/cgi-bin/Message/MM_msg_control?mode=viewnews&ts=41b7b959:7bb8&theme=。

行政院衛生署網站，最新動態，http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/Default.asp?class=&page=10。

行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=467&now_fod_list_no=11727&level_no=3&doc_no=78902；http://www.ego.org.tw/front/bin/ptlist.phtml?Category=394973。

健保局，〈代辦勞保職災醫療及代位求償業務辦理情形〉，2004 年 11 月 26 日，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/15114%E6%AC%A1-%E4%BB%A3%E4%BD%8D%E6%B1%82%E5%84%9F%E5%B0%88%E9%A1%8C%E5%A0%B1%E5%91%8A.pdf。

〈100 年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽〉，頁費用配置-6，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/%E5%8D%94%E5%95%86%E8%A6%81%E8%A6%BD%E6%8C%87%E6%A8%99PDF.pdf。

健保局，〈擴大代位求償作業專題報告〉，2007 年 6 月 29 日，行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx。

明智科技大學圖書館網站，「中國大百科全書智慧藏」，http://library.mit.edu.tw:8080/Content.asp?ID=17798 及 http://140.133.6.14:9000/cpedia/Content.asp?ID=10388&Query=3。

杜宇喬，〈台灣人愛「逛」醫院　健保自由成浪費〉，優活健康網，2012 年 5 月 4 日，http://tw.news.yahoo.com/%E5%8F%B0%E7%81%A3%E4%BA%BA%E6%84%9B-%E9%80%9B-%E9%86%AB%E9%99%A2-%E5%81%A5%E4%BF%9D%E8%87%AA%E7%94%B1%E6%88%90%E6%B5%AA%E8%B2%BB-032800078.html。

洪奇昌，〈沒有目標的改革---即將實施的健保 DRG 支付制度〉，2009 年 9 月 4 日。台灣新社會智庫網站 http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1734&Itemid=123。

黃侃如，〈台灣外科醫療發展史（後半部分）〉，社團法人台灣社會改造協會網站，http://www.sea.net.tw/Archive/File/history2002-18.pdf。

高雄市立凱旋醫院網站，http://ksph.kcg.gov.tw/table01.htm。

藍偉峰，〈總額給付制中外實行回顧〉，成大企業管理研究所網站，http://www.ba.ncku.edu.tw/yong/HE/zhe/filedown/he_homework/he2002_8.htm。

戴瑞億，〈台灣外科醫學史〉，教育部健康醫學學習網 http://health.edu.tw/health/upload/tbteaching_kb/20050630122200_file1.pdf。

八、 其他

〈立法院衛生環境及社會福利委員會舉行「健保總額支付制度運作困境與永續經營之探討公聽會」紀錄〉，2004 年 3 月 1 日。

中央研究院，〈醫療保健政策建議書〉，2009 年 6 月。

國家衛生研究院，〈全民健保體檢小組報告〉，2001 年 2 月 28 日。 http://ebooks.lib.ntu.edu.tw/1_file/NHRI/012367/FRchapter2.htm。

〈全民健康保險實施二年評估報告〉，1997 年 5 月，行政院衛生署編印。

法務部矯正署雲林監獄網站 http://www.ulp.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=125038&ctNode=23453。

監察院〈我國全民健康保險總體檢〉調查報告，2011 年 1 月。http://www.tma.tw/nhi2/files/%E6%88%91%E5%9C%8B%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E7%B8%BD%E9%AB%94%E6%AA%A2.pdf。

行政院衛生署衛署健保字第 84002599 號函，1995 年 2 月 21 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%B0%B7%ABO%C2%E5&N1=%B0%B7%ABO&N2=84002599&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

行政院衛生署衛署健保字第 84017144 號函，1995 年 4 月 8 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%BD%C3%B8p%B0%B7%ABO&N1=%BD%C3%B8p%B0%B7%ABO&N2=84017144&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

行政院衛生署健保醫字第 85001248 號函，1996 年 1 月 16 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%B0%B7%ABO%C2%E5&N1=%B0%B7%ABO%C2%E5&N2=85001248&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

行政院衛生署健保醫字第 85010406 號函，1996 年 9 月 7 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%B0%B7%ABO%C2%E5&N1=%B0%B7%ABO%C2%E5&N2=85010406&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

行政院衛生署健保醫字第 87020661 號函，1998 年 8 月 5 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%B0%B7%ABO%C2%E5&N1=%B0%B7%ABO%C2%E5&N2=87020661&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

政院衛生署健保審字第 0910023538 號函，2002 年 12 月 20 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%B0%B7%ABO%BCf&N1=%B0%B7%ABO%BCf&N2=0910023538&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

行政院衛生署健保字第 0920016436 號函，2003 年 3 月 19 日。http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FINT/FINTQRY04.asp?sel_word=%B0%B7%ABO%C2%E5&N1=%B0%B7%ABO&N2=0920016436&Y1=&M1=&D1=&Y2=&M2=&D2=&kw=&sdate=&edate=&keyword=&etype=*&EXEC2=%ACd++%B8%DF&datatype=etype&typeid=*&recordNo=1。

台灣外傷醫學會，〈『多重外傷』—現階段是否適合 DRGs 給付？〉， 2007 年 3 月 8 日。

英文文獻

Delaware Healthcare Association. http://www.deha.org/Glossary/GlossaryG.htm。

George E. Rejda: Social Insurance and Economic Security. Prentice-Hall Inc., 1976; p. 10－11.

George E. Rejda. Social Insurance and Economic Security. Prentice-Hall Inc., Chapter 8, 1976. p. 253－255。

Karen Davis. National Health Insurance-Benefits, Costs and Consequences. Brookings Institution 1975, P22－26。

Lee KH, Chang HC, Lo CJ. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. *Am Surg* 2004 Apr; 70 (4): 352-6。

Percy ME, Kruck TP, Pogue AI, Lukiw WJ. Towards the prevention of potential aluminum toxic effects and an effective treatment for Alzheimer's disease. *J Inorg Biochem* 2011 Nov;105(11):1505-12。

Tomljenovic L. Aluminum and Alzheimer's disease: after a century of controversy, is there a plausible link? *J Alzheimers Dis.* 2011; 23(4): 567-98。

索　引

C

CMI.XXIII, 130, 156, 157, 160, 162, 165, 168, 170

二劃

人性尊嚴.....5, 6
人格發展自由.....13
人球 2, 128, 130, 153, 154, 156, 158, 159, 162, 165, 168, xi

三劃

大數法則.....7, 15, 21, 27
工作權 12, 13

四劃

不予保險給付.....38, 47, 51, 81, 88
不必要之醫療給付 62
不當聯結禁止原則 59, 76
不確定法律概念 145
內部行政行為.....54
公、私法並行之法律關係.....77
公平正義..... 70, 110, 111, 113, 167
公共利益 13, 22, 41, 55, 56, 60, 67, 69, 70, 96, 105
公共秩序..... 59, 76
公告不給付.....71, 88, 90
公私並行之法律關係 .. 64, 65, 69, 72, 73, 140
公私法之區別標準 41
公法上之財產請求權 142, 161, 164, 168
公法上任務..... 41, 48, 60, 70, 103, 106
公法上委任.....60
公法上法定債之關係 4, 44, 45, 47, 51, 52, 76, 77
公法上義務.....41, 55, 75
公法任務 55, 58, 60, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 89, 105
公法契約..... 44, 45, 55, 56, 57, 58, 64, ii, v, vi
公法關係 41, 42, 43, 44, 57, 65, 67, 72, 73, 74, 75
公益 22, 35, 42, 43, 45, 88, 148, 165
公務人員保險 11, 12, 22, 30, 31, 36, 44, 48
公醫制度..6, 8, 19, 31, 71, 146, 147, 162, 164, 168
公權力.... 22, 35, 36, 41, 43, 44, 53, 55, 58, 59, 60, 61, 67, 74, 88
公權力之委託 61
公權力之授予 ..... V, 3, 60, 61, 76, 167
公權力行使委託 60
分配正義..... 59, 76, 170
戶籍 37, 74, 84, 85
手術 . 33, 38, 61, 62, 65, 68, 70, 71, 82, 83, 85, 87, 88, 92, 97, 102, 104, 115, 124, 126, 129, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144, 146, 150, 152, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 168, 170, ii, v, vii, ix
手續 50, 68
支付標準... V, 4, 38, 71, 73, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 103, 104, 112, 113, 114, 115, 119, 121, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 146, 148, 156, 161, 163, 164, 167, 168, 170, ii, v, vii
比例原則.....13, 14, 22, 88, 138, 142, 168

五劃

代位求償..... V, 4, 83, 105, 109, 110, 111, 113, 164, 167, 169, i, iii, xiii
代間契約.....18
出國者..... 84, 85, 111, 163, 167, 169
加保 37, 43, 46, 48, 50, 51, 70, 84, 85, 169

司法院
釋字第 246 號 22
釋字第 316 號 11, 22
釋字第 433 號 88
釋字第 434 號 12, 20, 22
釋字第 456 號 11
釋字第 466 號 44, 48
釋字第 472 號 .7, 10, 11, 13, 20, 22, 44, 45, 50, vii
釋字第 473 號 ..... 14, 43, 44, vii
釋字第 524 號42, 43, 44, 45, 47, 48, 57, 61, 67, 79, 80, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 112, 142, 161, 164, 168, vii
釋字第 525 號 22
釋字第 533 號50, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 76, 79, 83, 127, 132, 133, 143, 170, iii
釋字第 549 號 11
釋字第 550 號 10, 11
釋字第 551 號 14
釋字第 560 號 14
釋字第 568 號 10, 11, 14
釋字第 586 號 44
釋字第 609 號 10, 14
外籍人士 84, 85, 86, 111, 163, 167, 169
巧立名目 62
平等原則 ... V, 4, 14, 16, 21, 22, 84, 87, 97, 98, 111, 113, 144, 161, 164, 167, 168
必要醫療服務 52, 74, 80, 168
必要醫療給付 67, 79, 89
本文見解 47, 57, 66
正當合理之關聯 135
正當性 13, 62, 89, 91, 110, 112, 132, 133, 141, 143, 152, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 171
生存權 5, 11, 12, 13

六劃

交換正義 59, 76, 170
任意性 67
全民健康保險 134
DRGs 支付制度 ..... V, 4, 89, 127, 129, 130, 140, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 168, 169, 170, xiii
不計 104, 115, 116, 137, 139, 140, 141, 170
不給付項目 91, 96, 99, 112, 163, 169
支付制度V, 1, 3, 4, 38, 39, 79, 83, 111, 113, 116, 120, 121, 125, 131, 134, 138, 141, 147, 149, 150, 152, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 167, 170, i, v, vi, vii
支付標準 ... 38, 94, 131, 132, 133, 139, 141, 142, 156, 170
自負額制度 80
投保金額 37, 46, 49, 74
定率制 106, 107, 108, 169
定額制 106, 107, 108, 112, 164, 167, 169
承保範圍 87, 88, 89, 90, 91, 95, 96, 112, 163
保險人 37
保險費 37
保險對象 37, 41
保險對象範圍 ..... V, 4, 36, 83, 84, 86, 163
核退 46, 50, 74, 80, 81, 82, 85
執行機關 58
眷屬 37, 41, 42, 84, 86, 87, 111
被保險人 41
給付制度 V, 2, 3, 4, 38, 79, 80, 83, 84, 102, 111, 113, 138, 140, 163, 167, 169, 170, i, ix
給付範圍 1, 80, 97, 98, 99, 168
費用支付範圍 79, 80, 89, 95, 168
費用代收 69, 106
輔導50, 82, 92, 95, 100, 119, 128, 151, 162, 165, 169
暫行拒絕給付 47, 75, 81
總額支付制度V, 1, 4, 22, 39, 52, 59, 62, 71, 94, 95, 97, 102, 107, 108, 113, 114, 116,

117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 131, 132, 133, 134, 141, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 161, 162, 164, 166, 168, 170, i, ii, iii, v, vi, vii, ix, xiii, xiv
總額占率..... 149, 162
點值. 97, 118, 126, 127, 128, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 162, 165, 168
醫療服務審查委員會..... 60, 81, 87, 94, 99, 114, 115, 143
醫療費用協定委員會... 114, 117, 118, 119, 121, 122, 125, 128, 132, 147, 148, 155
全民健康保險制度.. V, IX, 2, 3, 6, 21, 31, 36, 37, 48, 52, 57, 58, 68, 72, 74, 76, 79, 83, 89, 91, 95, 99, 100, 101, 105, 107, 111, 116, 133, 134, 135, 154, 163, 167, v
全民健康保險法.....76, 79, 89, 113
第 10 條（尚未實施之新法第 8 及第 9 條）.....37, 47, 48, 49, 51, 84, 85, 163
第 11 條（尚未實施之新法第 13 條）. 47, 48, 49, 51, 84, 86, 90, 91, 163
第 11 條之 1（尚未實施之新法刪除） 37, 42, 46, 48, 51, 70, 86
第 12 條（尚未實施之新法第 11 條）.. 48
第 13 條（尚未實施之新法第 12 條）.. 48
第 14 條（尚未實施之新法第 15 條）.. 74
第 15 條（尚未實施之新法第 14 條）. 46, 47, 49
第 16 條(尚未實施之新法第 15 條第 6 項）.....46, 48, 74
第 17 條（尚未實施之新法第 80 條）.. 74
第 18 條(尚未實施之新法第 18 條第 1 項前段） 37, 48
第 19 條（尚未實施之新法第 18 條）.. 38
第 20 條（尚未實施之新法第 26 條）.. 95
第 21 條（尚未實施之新法第 19 條）.. 48
第 24 條（尚未實施之新法第 21 條）.. 74
第 26 條（尚未實施之新法第 23 條）.. 37
第 27 條（尚未實施之新法第 27 條）. 37, 38, 48, 50, 74, 85
第 29 條（尚未實施之新法第 30 條）. 48, 74
第 2 條（尚未實施之新法第 1 條第 2 項）..... 79, 80, 87
第 30 條（尚未實施之新法第 35 至第 38 條）.....47, 49, 51, 75, 81
第 30 條第 4 項(尚未實施之新法第 37 條）.....81
第 31 條（尚未實施之新法第 40 條）. 18, 30, 38, 53, 61, 63, 79, 80, 87, 90, 91, 92, 112, 163, 167
第 32 條（尚未實施之新法刪除）. 38, 79, 80, 87
第 33 條（尚未實施之新法第 43 條）. 38, 79, 80, 105, 106, 151, 164
第 34 條（尚未實施之新法刪除） 80, 106
第 35 條（尚未實施之新法第 47 條）. 38, 79, 80
第 36 條（尚未實施之新法第 48 條）. 39, 108, 164
第 38 條（尚未實施之新法第 50 條）. 51, 69, 70, 79, 80, 81, 105
第 39 條（尚未實施之新法第 51 條）. 38, 61, 70, 71, 80, 87, 90, 91, 96, 97, 112, 163, 167, 169
第 3 條（尚未實施之新法第 4 條）.....58
第 40 條（尚未實施之新法第 52 條）. 38, 80, 88, 90, 91
第 41 條（尚未實施之新法第 53 條）. 38, 80, 88, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 112, 163, 167
第 42 條（尚未實施之新法第 54 條）. 60, 61, 81, 99, 163
第 43 條（尚未實施之新法第 55、56 條）.....75, 81, 84, 85
第 44 條（尚未實施之新法第 57 條）.. 81

第 45 條（尚未實施之新法第 58 條）.48, 81
第 46 條（尚未實施之新法第 59 條）..81
第 47 條（尚未實施之新法第 60 條）.39, 79, 113, 114, 116, 121, 122, 132, 146, 147
第 48 條（尚未實施之新法刪除）.....114, 122
第 49 條（尚未實施之新法第 61 條）114, 122, 135, 147, 155
第 4 條（尚未實施之新法併入第 5 條）.....75
第 50 條（尚未實施之新法第 62 條）.87, 89, 93, 94, 112, 114, 116, 118, 121, 132, 141, 146, 155, 163, 168
第 51 條（尚未實施之新法第 41、42 條）....38, 80, 81, 83, 87, 89, 90, 93, 94, 112, 114, 131, 132, 133, 161, 163, 165, 168
第 52 條（尚未實施之新法第 63 條）.87, 93, 94, 112, 114, 163, 168
第 53 條（尚未實施之新法第 64 條）..81
第 54 條（尚未實施之新法第 65 條）.18, 79, 116, 121, 132, 146
第 55 條（尚未實施之新法第 66 條）..55
第 58 條（尚未實施之新法第 68 條）.71, 99, 163
第 59 條（尚未實施之新法第 69 條）..51
第 5 條（尚未實施之新法第 6 條）42, 43, 45, 46, 53
第 60 條（尚未實施之新法第 70 條）.67, 68, 73
第 63 條（尚未實施之新法第 76 條）..19
第 67 條（尚未實施之新法第 78 條）..19
第 69 條（尚未實施之新法第 84 條）.47, 48, 58
第 69 條之 1（尚未實施之新法第 91 條）.....46, 48, 49, 50, 51, 81
第 6 條（尚未實施之新法第 7 條）32, 37
第 70 條（尚未實施之新法第 88 條）.48, 49
第 72 條(尚未實施之新法第 81 條第 1 項）.....58, 59
第 77 條（尚未實施之新法第 92 條）.58, 59
第 78 條（尚未實施之新法刪除）.....58
第 7 條（尚未實施之新法第 2 條第 1 款）.....37, 41
第 81 條(尚未實施之新法第 94 條第 1 項）..... 96, 97, 163
第 82 條（尚未實施之新法第 95 條）.48, 109, 110, 164
第 87 條之 1（尚未實施之新法第 98 條）.....47, 50, 75, 81, 85, 105
第 87 條之 2（尚未實施之新法第 99 條第 1 項）.....50, 106
第 87 條之 3（尚未實施之新法刪除）48, 50
第 87 條之 4（尚未實施之新法第 101 條）.....48
第 87 條之 5（尚未實施之新法第 100 條）.....85
第 8 條（尚未實施之新法第 10 條）...37, 50, 84, 85, 86
第 9 條（尚未實施之新法第 2 條第 2 款）.....86
全民健康保險法施行細則.56, 76, 79, 89, 113
第 22 條.....74
第 29 條.....75
第 30 條.....74
第 40 條.....75
第 54 條.....49, 50
第 54 條之 1.....75
第 59 條.....106
第 62 條.....106
第 64 條.....106
第 65 條.....106

第 67 條.....106
第 67 條之 1.....114
第 69 條.....75
第 70 條之 1.....106
第 70 條之 3.....97
第 70 條之 5.....110
第 70 條之 6.....110
全民健康保險爭議事項審議辦法
第 3 條.....42
全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法
第 10 條.....106
第 6 條.....106, 109, 164
全民健康保險施行細則.....81
第 54 條.....81
第 54 條之 2.....81
第 59 條.....81
第 62 條.....81
第 64 條.....81
第 65 條.....81
第 67 條.....81
第 67 條之 1.....81
第 70 條之 3.....81
全民健康保險特約醫事服務機構合約 36, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 73, 83, 89, 127, 132, 133, 140, 141, 142, 143, 170, iii
全民健康保險特約醫事機構合約 69, 73
全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點.....80
全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點 92, 93
全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點 92, 93
第 2 條.....102
全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法 110
全民健康保險監理委員會組織規程
第 3 條.....75
全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法.....80, 84
全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法.....54, 55, 56, 57, 79, 81, 89, 113
第 10 條.....71
第 12 條 99, 163
第 13 條.....114
第 34 條.....110
第 44 條.....62
第 4 條.....54
第 63 條.....110
全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法..... 93, 94, 113, 115, 143
第 10 條之 3.....115
第 11 條.....115
第 13 條.....115
第 14 條.....115
第 15 條 115, 144
第 15 條之 1 ..... 115, 145
第 16 條.....115
第 18 條.....115
第 19 條.....115
第 20 條 93, 115
第 24 條.....115
第 25 條.....115
第 28 條.....115
第 29 條.....115
第 2 條 94, 115
第 30 條.....115
第 31 條.....115
第 32 條.....115
第 3 條.....95
第 4 條.....115
全民健康保險醫療費用審查注意事項.....94, 115
全民健康保險醫療辦法 38, 48, 56, 79, 80, 81, 89, 90, 91, 112

第 10 條..... 65, 81
第 11 條..... 81
第 15 條.....60, 61, 81, 97
第 18 條..... 81
第 19 條..... 65, 81
第 20 條..... 106
第 21 條..... 69
第 22 條..... 69, 106
第 23 條..... 81
第 29 條..... 81
第 30 條..... 81, 97
第 31 條.....81, 90, 92, 112
第 32 條..... 81
第 33 條..... 81
第 34 條..... 81
第 35 條..... 81
第 36 條..... 79, 81
第 37 條..... 79, 81
第 38 條..... 81
第 39 條..... 81
第 40 條.....81, 105, 163
第 41 條..... 82
第 42 條.....82, 100, 163, 169
第 5 條..... 81, 106
第 6 條..... 81
第 9 條..... 81
劣幣驅逐良幣....120, 138, 145, 149, 150, 153, 157, 160, 162, 165
合目的性原則.....107, 144, 154, 161, 164, 168
合法性 62, 132, 170
合理性V, 2, 3, 4, 69, 71, 72, 79, 83, 84, 87, 88, 95, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 112, 113, 131, 132, 133, 134, 141, 143, 144, 146, 152, 156, 161, 162, 164, 165, 167, 168, iii, ix
合理門診量..... 62, 153
同病同酬.....38, 114, 152, 158, 162, 165, 168
同儕制約.....119, 120, 149, 153, 162, 165
有待商榷.....16, 54, 70, 72, 79, 83, 84, 88, 96, 106, 131, 132, 142, 143, 156, 161, 164, 168
自由權.....13, 14
自負額制度.....106
自費 ... 2, 51, 61, 62, 64, 69, 70, 71, 74, 85, 99, 102, 112, 124, 128, 135, 140, 141, 144, 146, 153, 154, 162, 163, 165, 167, 168, 169, x
血汗醫院.....147, 153, 166, x
血液 .....71, 81, 88, 96, 97, 112, 167, ix, x
行政目的 50, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 67, 69, 70, 96, 105
行政任務.....42, 43, 53, 57, 73, 148, 161, 165
行政助手..... 55, 60, 76
行政命令...4, 81, 104, 113, 114, 152, 164, 167
行政委託 V, 3, 60, 61, 65, 67, 73, 76, 140, 167
行政法之一般原則 59, 76
行政契約... V, 3, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 64, 75, 76, 77, 127, 134, 141, 142, 148, 161, 164, 167, 168, 169, iv, v, vi, vii, viii
合意..... 18, 47, 51, 52, 55, 127
從屬關係契約 55, 57, 58, 76
情事重大變更 148
規範契約.....59
對等關係契約 ..... V, 3, 57, 58, 59, 76, 167
雙務規範契約 ..... V, 3, 57, 76, 167
行政處分 43, 44, 46, 50, 53, 54, 55, 57, 60, viii
授益行政處分 22
須相對人協力之行政處分 46, 52
行政規則.....83, 87, 88, 93, 95, 104, 112, 167, 170
裁量性行政規則.....22
解釋性行政規則.....22
行政程序法..... 59, 95
第 119 條.....22
第 120 條.....22
第 126 條.....22
第 135 條.....50, 59, 76, 141
第 137 條.50, 134, 135, 141, 143, 148, 161,

162, 168
第 147 條.....148, 162, 164, 168
第 149 條.....59, 76, 141
第 150.....96
第 150 條.....83, 96
第 154 條.....96
第 155 條.....96
第 158 條.....96
第 159 條.....95, 104
第 16 條.....60, 132
第 6 條.....21
第 8 條.....21
第 92 條.....54
行政裁量.....54, 89
行政訴訟.....42, 43, 44, 45, 46, 53
行政訴訟法
第 3 條.....52
行政罰.....57
行政輔助行為.....55
行政機關..9, 14, 42, 46, 50, 54, 55, 59, 68, 72, 74, 91, 133, 134, 135, 141, 142, 143, 148, 165

七劃

免部分負擔.106, 108, 109, 113, 164, 167, 169
利益第三人.....56
投保 1, 7, 15, 21, 27, 28, 35, 42, 46, 47, 48, 49, 51, 74, 98, 125, iii
投保單位..3, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 70, 74, 75, 76, 77, 85
抗生素 62, 101, 104, 129
私人保險..15, 16, 41, 108, 112, 151, 152, 154, 162, 165
私法契約 43, 44, 45, 46, 49, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 63, 64, 69, 72, 77, 140, v, vi
私法醫療契約.V, 3, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 106, 167
私法關係..... 41, 43, 63, 64, 65, 67, 73
防衛醫療.....63, 77, 105, 169

八劃

事前審查.....83, 88, 90, 92, 93, 102, 112, 115, 133, 167, 170
事實行為..... 60, 61, 65
協商 . XXIII, 47, 51, 52, 54, 57, 59, 76, 91, 98, 112, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 128, 133, 134, 135, 143, 147, 148, 149, 150, 155, 161, 168, 169, v, xiii
受刑人.....84, 86, 111, 163, 167
受委託行使公權力 73, 74
受雇者.....6, 7, 21, 23, 37, 84, 86
定型化契約條款 141, 142, 161, 164, 168
居家照護.....79, 80, 81, 124, 133
所得重分配....7, 15, 16, 20, 21, 25, 26, 28, 29, 33
承保 ..... V, 4, 7, 15, 34, 37, 45, 48, 83, 93, 140
抵銷 58
明確性原則..... 137, 152, 162, 165, 168
法定代理關係.....75
法定行政委託.....77
法定事實..... 43, 49, 51
法定委任關係.....75
法治國..... 9, 11, 15, 16, 20, 64, 68, iv
法治國原則.....22
法治國原理.....88
法律明確性.....89
法律明確性原則 90, 92, 112, 167
法律保留原則.V, 4, 14, 42, 43, 47, 61, 67, 79, 80, 88, 89, 91, 93, 94, 96, 112, 132, 142, 161, 164, 168, vii
相對法律保留 89
層級化法律保留.....88
法規命令.....42, 83, 88, 93, 96, 110, 142, 161, 164, 168
社會安全....5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 26, 27, 28, 33, v, vi
社會扶助.....6, 15, 16, 17, 35, 45
社會保障.....7, 36

社會保險 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 88, 98, 107, 134, 147, 154, iv, v, vi, vii, viii
效果 24
起源 6
基本原則 14
意義 7
種類 22
憲法基礎 8
社會政策 ..... 7, 8, 10, 13, 20, 22, 26, 27, iv
社會救助 6, 8, 15, 17, 20, 48, 50
社會救濟 6, 45
社會連帶 16, 20, 21, 28, 35, 86
社會福利 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 32, 48, 74, 89, 148, 166, iv, vi, viii, xiv
社會福利國原則 8
社會衡平 15, 16, 17
社會權 ..... 5, 6, 9, 12, v, vii, viii
金錢給付 43, 46, 50, 56, 58, 127
非必要醫療 52, 70, 71, 153
非營利 7, 8

九劃

保險技術 8, 27, 35
保險法
第 1 條 109
第 53 條 109
保險給付請求權 66, 67, 140, 144
保險費 . 6, 7, 17, 18, 19, 21, 24, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 37, 43, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 74, 75, 76, 81, 84, 86, 89, 95, 111, 121, xi
保險對象免自行負擔費用辦法 81
第 10 條 82
第 2 條 82
第 6 條 82
第 7 條 82
第 9 條 82
信賴保護原則 22
契約不履行 68
契約內容形成之自由 51, 52, 169
契約目的說 56
契約自由 59, 76
契約自由原則 15, 51, 57
契約當事人 59, 148
契約標的 55, 56, 58
契約標的理論 55, 57
急重症傷病患 .2, 107, 128, 153, 162, 165, 168
相對點數 38, 114, 118, 121
相對權重 XXIII, 129, 130, 156, 157, 160, 162, 165, 168
看護 96, 98, 112, 163
軍備競賽 102
重大傷病 ..... 82, 106, 108, 109, 113, 134, 164, 167, 169, xii
重大過失 63, 77
重複給付 96, 100, 112, 163, 167, 169
限制給付 69, 96, 103, 104, 112, 163
風險 1, 16, 21, 32, 60, 62, 95, 97, 98, 101, 102, 104, 108, 112, 119, 121, 128, 136, 139, 142, 143, 149, 152, 153, 154, 162, 165, 166, 168
風險分攤 14, 20, 32, 33

十劃

恣意 14, 48, 89, 91
浪費醫療資源 82, 100, 112
消費者保護法 ..... 63, 141, 142, iv
平等互惠原則 142, 161, 164, 168
第 11 條 141, 142
第 12 條 142
第 17 條 141
消費者保護法施行細則 141
第 14 條 142
第 15 條 141
第 9 條 141
特約關係 .. V, 3, 53, 54, 55, 64, 65, 66, 76, 167

疾病基金會 6, 147
病例組合指標 XXIII, 130, 156, 157, 162, 165, 168
財產權 ..... 12, 13, 14, 22, 45, 52, 143, iii
退保 46, 47, 48, 49, 74, 84, 86, 90, 169
逆選擇 15, 33, 34, 51, 84
高科技診療 .. 89, 90, 91, 92, 93, 102, 112, 163, 167, 169
高科技醫療 101
高權行為 61
高權統治行為 61

十一劃

健保卡 37, 46, 50, 51, 66, 70, 79, 100, 140
健保行政業務 65, 68, 76
健保政策 62, 85, 169
健保費 48, 49, 50, 52, 66, 70, 84, 106, 151, 161, 169
健保醫師 63, 76, 169
健保關係 ... V, 3, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 62, 63, 64, 67, 71, 72, 75, 76, 167, 169
健康保險 6, 23, 28
目標 34
制度 27
定義 27
政府角色 36
特性 34
理論基礎 28
種類 29
類型 32
健康保險制度 3
健康維護組織 ..... XXIII, 34
健康權 13, 72
參加 ... 6, 15, 22, 23, 33, 35, 36, 37, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 84, 86, 90, 96, 128, 150, 155, 162
商業保險 8, 15, 32, 33, 34, 35, 93
國家高權 53
國家賠償 V, 4, 44, 61, 73, 74, 77, 167, 169, vi, vii
國家賠償法
第 2 條 61, 74
第 4 條 63, 74
國家機關 21, 41, 44, 56, 60
基本國策 19
基本診療 101, 112, 115, 130, 138, 157, 161, 163, 164, 167, 169, 170
基本權利 28, 48, 88, 90, 92, 112, 128, 142, 161, 164, 168
專業審查 ... V, 4, 62, 87, 95, 99, 115, 120, 130, 131, 143, 144, 145, 146, 149, 150, 161, 162, 164, 168, 169, 170
專斷 14, 144, 145
強行規定 49, 58, 59, 68, 76, 105
強制 . 6, 7, 8, 15, 17, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 37, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 57, 70, 73, 86, 88, ix
強制納保 13, 14, 15, 18, 22, 43, 49, 51, 89
強制轉診 108, 151, 170
情況緊急 74, 81, 85, 100, 115
授權明確性 89, 91, 112, 169
授權明確性原則 14
掛號制度 68
掛號費 38, 51, 64, 68, 98, 99, 105, 107
第三人 59, 75, 109, 110
處方箋 30, 61, 80, 90, 125
處方簽 81, 105, 129
規費 68
通知出院而不出院 88, 96, 97, 112, 167
連續處方箋 2
部分負擔 ... V, 4, 30, 31, 38, 51, 64, 68, 69, 79, 80, 81, 83, 95, 105, 106, 107, 108, 112, 116, 151, 162, 164, 165, 167, 169, i, ii, iii, viii, xi
部分給付 83, 99, 133
部份負擔 35, 106

十二劃

創傷手術.....69, 140, 142, 168
勞工保險.....7, 10, 23, 30, 32, 36, 38, 44, 74
勞工保險支付標準表 38
勞工保險局.....81, 97
勞工保險條例.....10
第 13 條.....98
第 33 條.....31, 32
第 34 條.....31, 32
第 44 條.....92
善良風俗.....59, 76
單一保險人.....37, 48, 51, 52
單方行政行為.....44, 54
單純高權行為.....61
復保 84
登錄制度.....63, 76
給付行政.....V, 3, 5, 55, 61, 66, 72, 76, 89
給付項目 18, 21, 31, 36, 66, 69, 70, 91, 92, 94, 103, 104, 121, 133, 142, 148
給付範圍 35, 38, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 77, 79, 80, 87, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 104, 112, 121, 125, 126, 135, 136, 141, 142, 147, 148, 162, 164, 168
訴願 42, 43, 44, 45, 46, 53
費用控制.....65, 70, 119, 121
量能負擔.....21

十三劃

新主體說.....41, 42, 44
業績 62, 138, 147, 152, 153, 154
概擴授權.....91
準行政契約.....V, 3, 51, 76, 167
照顧行政.....61
誠實信用原則.....21, 142, 152, 161, 164, 168
資源分配.....70, 119
農民保險.....7
逾越母法授權範圍 92, 93, 112, 167
道德風險.....84, 86, 106, 107, 113, 169
預防保健....38, 79, 80, 87, 109, 124, 125, 126, 151
預防保健實施辦法 81
第 2 條.....82
第 3 條.....82

十四劃

僑胞 84, 85, 111, 163, 167, 169
僱傭關係.....62
境外就醫.....85, 111, 163, 167, 169
實質正當性V, 4, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 109, 110, 112, 113
實質合法要件 59, 142, 161, 164, 168
實質合理性.....97, 141
對待給付....7, 45, 48, 135, 140, 141, 142, 143, 161, 164, 170
對價關係.....15, 35
滯納金.....47, 50, 51, 75, 81
監獄行刑法
第 58 條.....86
福利國家.....6, iv
罰鍰 47, 56, 58, 59, 75, 86, 87, 169

十五劃

審查注意事項..81, 83, 85, 87, 94, 95, 96, 103, 104, 113, 115, 138, 143, 144, 145, 146, 161, 163, 164, 167, 168, 170, xi
審查辦法.....56, 87, 94, 114
審議 42, 43, 45, 46, 91
履行輔助人.....55, 60, 64, 65
標準給付額..... XXIII, 129, 130, 156
締約自由.....57
締約對象..... 51, 52, 169
衡量 .....62, 126, 146, 150, 153, 159, xi
論病例計酬..39, 120, 126, 133, 145, 157, 170, ix
論量計酬.....39, 116, 118, 119, 121, 124, 126, 128, 130, 149, 150, 152, 153, 155, 159, 160, 162, 163, 165, 169

十六劃

憲法
方針條款 9, 10
制度性保障 9, 10, 13
制度保障 9, 12
社會憲法 5, 9, 11, 13, 14, vi
基本國策 8, 9, 10, 11, 12, 13, 62, vi, viii
基本權 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 21, iv, vii
基本權競合 13
第 13 章第 4 節 8
第 152 條 19
第 153 條 10, 11, 19
第 155 條 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19
第 156 條 30
第 157 條 8, 10, 19
第 15 條 11, 12, 13
第 22 條 12, 13
第 23 條 13, 14, 88
第 7 條 21
第十三章第四節 6
禁止不足給付原則 13
增修條文第 10 條第 5 項 8, 10, 42, 43
增修條文第 10 條第 8 項 8, 10, 11
憲法委託 9, 10, 11, 12, 13, vii
釋字第 246 號 12

十七劃

優勢之地位 56, 58, 59
濫用 97, 102, 105, 106, 107, 112, 113, 145, 158, 169
營業自由 143, 161, 164
總額支付制度 39
臨床醫療指引 102

十八劃

職業自由 71
職業災害 24, 97, 112, 167, 169
職業災害保險 23, 31, 81, 96
轉委任 48, 88, 90, 92, 93, 112
轉委託 132, 161, 164, 168
轉診 60, 65, 66, 67, 92, 106, 107, 108, 116, 129, 146, 150, 152, 154, 159, 162, 165, 168, i, ii, viii
醫奴 166
醫事法律 71, 72
醫師法
第 28 條 57
醫院支付最適方案 126, 127, 150
醫院自主管理方案 126, 127, 150
醫院卓越計畫 62, 71, 126, 127, 128, 129, 150, 151, 154, ii, ix, xii
醫院專業分級審查方案 126, 127, 150
醫院評鑑 108, 128, 130, 157, 159
醫院總額品質確保計畫 129
醫院總額品質確保專案 126, 127, 150
醫學中心 72, 95, 107, 108, 129, 130, 135, 138, 146, 147, 148, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 165, i, ii
醫學倫理 71, 72, 138
醫學學理 62, 85, 100, 101, 104, 112, 138, 139, 143, 144, 145, 146, 153, 157, 167
醫療法
第 57 條 57
醫療糾紛 V, 4, 63, 73, 77, 105, 136, 140, 160, 166, 167, 169, ix
醫療品質 34, 62, 63, 121, 125, 126, 127, 128, 135, 136, 138, 145, 149, 152, 155, 160, 163, 165, 169, ix
醫療契約 63, 64, 65, 69, 140
醫療常規 71
醫療給付 XXIII, 13, 17, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 52, 53, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 64, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 76, 77, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 95, 99, 100, 101, 104, 109, 112, 113, 114, 116, 118, 122, 125, 128, 132, 133, 141, 146, 150, 158, 167, 169

醫療給付請求權 52, 63, 89, 91
醫療裁量權 71
醫療資源分配 ..... 2, 28, 59, 63, 145, i
醫療資源濫用V, 1, 63, 91, 105, 106, 113, 145, 169
醫療過失.. V, 2, 3, 42, 44, 63, 64, 65, 66, 72, v
醫療儲金 .....XXIII, 33
醫療關係... V, 3, 43, 48, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 72, 73, 74, 77, 167, i
醫藥分業 61, 96, 105, 112, 155, 163, 167
雙方行政行為 ..... V, 3, 51, 76, 167
雙務契約 53

十九劃

藥事服務費 124, 137, 155
藥事法
第 102 條 90, 105, 163
藥品 . 38, 65, 71, 79, 80, 81, 82, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 100, 105, 107, 112, 114, 124, 125, 128, 133, 134, 137, 138, 141, 155, 160, 162, 165, 168, ii, xii
藥品給付規定 81, 82, 85, 87, 94, 95, 103, 104, 113, 116, 138, 143, 144, 145, 161, 163, 164, 167, 168, 170, xi, xii
藥師法
第 17 條 105
藥費 95, 105, 130, 137, 155
藥價基準... V, 4, 38, 79, 80, 81, 82, 85, 87, 89, 90, 93, 95, 96, 103, 104, 113, 114, 131, 132, 133, 138, 141, 142, 143, 155, 161, 164, 167, 168, 170
藥癮 71, 88, 96, 112, 167
類似行政契約 51

二十劃

繼續治療單 65, 66, 81

二十一劃

屬單純高權行為 61

二十二劃

權力分立 9, 10

二十三劃

變更保險關係 48, 90, 92, 112