



國立臺灣大學法律學院法律學研究所博士論文

Graduate Institute of Law

College of Law

National Taiwan University

Doctoral Dissertation

論全民健康保險之保險關係

A Study on the Legal Relationship between the Insurer  
and the Insured in National Health Insurance

郭躍民

Yao-Ming KUO

指導教授：蔡茂寅博士

Advisor : Maw-In TSAI, Ph.D.

中華民國一〇九年二月

February 2020



國立臺灣大學博士學位論文  
口試委員會審定書

論全民健康保險之保險關係

A Study on the Legal Relationship between the  
Insurer and the Insured in National Health Insurance

本論文係郭躍民君（學號：D95A21004）在  
國立臺灣大學法律學系完成之博士學位論文，於民國10  
9年1月8日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此  
證明

指導教授： 朱 敬 真

口試委員： 周志宏  
謝榮貴  
孫迺翔

黃詩淳



謹獻給



摯愛的太太

李小芬



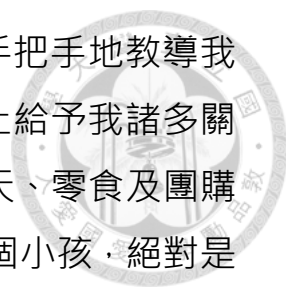
# 謝辭



博士班前前後後竟然念了 13.5 年，期間歷經了擔任律師、司法官受訓、結婚、分發工作、媽媽過世，甚至還生了三個寶貝兒子，最後終於跌跌撞撞地在修業年限內完成論文及取得學位，這應該是我在 95 年間決定報考博士班時所無法預期的。

首先，要深深感謝蔡茂寅老師的指導，老師不僅包容我在就學期間因為受訓及擔任法官而消失了好一陣子，更在我重拾書本後，悉心對於論文從構思、題目、大綱到個別具體內容，給予我數不清之諄諄教誨，每每啟發我進一步去思考與辯證，並對於我不成熟的研究成果抱持寬容，老師的淵博學識與學者氣度，永遠銘感在心。周志宏教授雖然擔任教務長而公務繁忙，仍然慷慨允諾出任口試委員，為我指出論文中之不足與瑕疵，至為感激。謝榮堂教授是國內重量級的社會法學者，先是擔任論文指導委員，並欣然同意為我口試論文，從開始到最後都給了我許多寶貴的建議與指導，無比感謝。孫迺翊教授專精於社會法研究，所發表之論文見解精闢，對於我的研究有著深刻啟發，更在論文初稿審查與口試時提出重要之方向建議，並協助我對於德國法制能有深入理解，老師在學術上的認真與嚴謹，著實令我感佩。黃詩淳老師對於日本法與身分法有深入透徹之研究，不僅在我審判上遭遇麻煩時，屢屢給予我正確之指引，也在擔任論文指導委員與口試時提出關鍵性意見，甚至細心為我挑出錯別字，讓我能重新反省並將論文完成，由衷感謝。此外，在王能君老師的大力幫忙下，我才有機會於 96 年間前往日本東京大學進行短期研究，並得到岩村正彥教授之指導，王老師永遠將學生放在第一位的為師風範，謹此銘謝。

從 99 年分發到士林地院擔任審判工作後，有幸能得到許多貴人協助，才能讓我在工作繁忙之下，仍有餘力完成論文。家事庭李正紀



庭長、陳文通庭長、詹朝傑學長不僅在我剛分發時，手把手地教導我如何處理案件與在法院中待人處事，也在工作與生活上給予我諸多關照，於此衷心感激。高雅敏學姊對我多所提攜，用聊天、零食及團購提供最佳的抒壓管道，更無微不至地寵溺疼愛我的三個小孩，絕對是點滴在心。書記官詹雅筠總是在忙亂時為我整理排序，是最佳的小幫手，在各方面給予適時協助，真誠感謝。另外，我有幸能在刑事庭服務僅短短 1 年的時間裡遇到王美玲庭長，美玲庭長不僅在審判上予以諸多提點，更一再鼓勵我必須堅持把論文寫完，一定要拿到學位，如果不是學姊持續的叮嚀囑咐，或許就沒有這本論文的完成。

親愛的家人永遠是我最堅強的後盾。郭爸在生活上對我們多所照顧，永遠在急需時登場扮演最完美的救援投手，幫我們處理各項疑難雜症，郭媽則是在天上細心地看顧與保佑我們，讓我們能安心快樂、無憂無慮地自在生活。郭哥哥與我同時期攻讀學位，平常互相砥礪切磋，更常常提供緊急醫學諮詢與豐盛饗宴招待，在此衷心恭喜他也順利畢業。向捷、安捷、旭捷是我的寶貝天使，雖然三個小男生吵鬧時有點轉化成為小惡魔，但他們總是能懂事地體諒我在寫論文時的心情起伏，不會跟我計較，還常常童言童語地叮嚀彼此小聲安靜，或是偷偷來問我功課寫完了沒，讓我心裡滿滿的都是溫暖與幸福。最後，太太李小芬是我最大且不可撼動的支柱，從入學時還是女朋友，到後來成為伴侶及孩子的媽媽，一直給予我最重要的支持與照顧，默默承擔著家裡大大小小的事情，還不時為我鼓勵與打氣，也曾陪著我到日本進行短期研究，一起面對陌生的環境，如果沒有她的持續付出與陪伴，我應該無法順利完成學業，對於她只有滿滿且無以為報的感謝心情，謹將這本論文，敬獻給我生命中最重要的人。



## 論文摘要

全民健保實施後不僅長期面臨財務虧損，也因設置健保署作為單一保險人、允許常住境外之國民參加保險、保險給付範圍之變動調整、保險費之計算與補助等受到質疑，本文為此將基於強調權利義務關係研究之法學觀點，就保險人與保險對象間之保險關係展開討論。此外，為能充分理解全民健保之制度內容，亦將對於作為社會健康保險制度原型之德國法定健康保險，及立法時主要參考之日本社會健康保險法制進行比較法研究，同時探究全民健保之憲法基礎與應具備之基本構造，以建構後續檢討保險關係主體與權利義務關係內容之原理論。

本文認為，基於憲法有關人格尊嚴之生活保障、社會國原則與生存權、健康權保障等規定，國家對於遭遇疾病、傷害、懷孕分娩等生活事故之人民，應負有醫療需求之照顧義務，並以推行全民健保方式實踐，且依循自由權保障之理念，亦應尊重人民在保險關係中所具有之權利主體地位，並在憲法保障平等權之規定下，確保人民不得受有不合理之差別待遇。另者，在以保險原理作為運作基礎之同時，全民健保必須採行相互扶助原理與強制參加之制度設計，並課以雇主負擔部分保險費之義務，始能合於憲法要求之社會保險，亦可在立法者裁量後，決定由國家負擔部分財源。

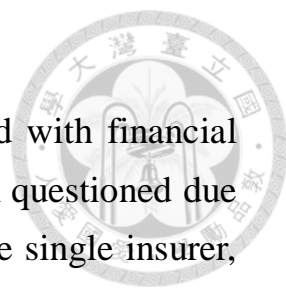
健保法為整合原有各項社會保險制度之給付與追求專業、效率之目的，也受限於現實上不存在得以出任保險人之社會團體，乃在立法時設置行機關組織之健保署擔任單一保險人，雖因此具有相當之保險規模，亦有利於維持財政安定，然對於保險費率與保險給付範圍不具決定權，卻導致經營成敗之權責不清，且與主管機關之衛福部難以區別，更容易受到國會與衛福部之不當干預。至於二代健保所設置之「健保會」，則受限於代表產生之方式不具正當性，無法藉此保障付費者之程序參與權。其次，健保法原則上以具有繼續性之生活居住事實，作為納入保險對象之標準，且要求外國人必須具有合法之居留資格始得參加保險，原則上固無不妥。然健保法依職業或身分區分被保險人，並提供不同比例之保險費補助，則非合理公平，另對於「眷屬」之規範不當，亦使得部分仰賴他人扶養以維持生計者，卻無法以眷屬身分

投保，以及具有相當資力之無職業者，竟得以「眷屬」身分投保後負擔不相應之保險費，亟待改正。此外，「投保單位」既是為協助保險人所設，自應定位為健保署之「履行輔助人」，並將履行義務時所生之不利效果，歸由健保署承擔。

保險關係應是基於健保署向保險對象製發保險憑證之行政處分而發生，畢竟強制參加也具有賦與人民請求納保之權利性格，故健保署對於投保申請所為之決定，將對於人民單方面發生法律效果，並因特別規定而得以溯及生效。又健保法未能明定保險給付之基準，造成參加者無從事先預測及自主規劃健康，爭議案件也無法有效解決，另對於適用事前審查之給付項目未設置及時之救濟程序，亦未能充分保障參加者之權利，惟允許保險對象併用保險醫療給付與自費醫療，則值得給予正面評價，但應注意維護保險對象之資訊權與自主決定權。未在保險費方面，保險人應以健保法明定之方式追求財務均衡，不得透過借款以彌補虧損，且為遵循法律保留原則，除明定投保金額之採計與保險費率之上限外，亦應對於推估保險整體支出數額之方式加以規範。再者，現行有關投保金額之採計、依眷屬人數計收保險費、依保險對象之身分或職業給予不同比例之保險費補助，及就非在國內常住國人未按實際經濟能力計收保險費等，均違反「負擔公平性原理」，且二代健保實施「補充保費」制度後，仍留有未能將被保險人之全部所得與財產價值納入評價負擔保險費能力之問題，應予修正檢討。

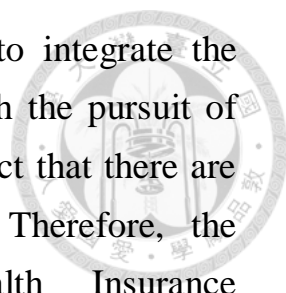
**關鍵字：**全民健保、二代健保、健保法、社會健康保險、保險關係、醫療需求照顧義務、相互扶助原理

## Abstract



The National Health Insurance (NHI) has been faced with financial losses for a long time after implementation, and also been questioned due to setting National Health Insurance Administration as the single insurer, allowing nationals residing overseas to participate, the adjustment of insurance benefits, the calculation and subsidy of insurance premium. In view of this, this paper will discuss the insurance relationship between the insurer and the insured on a legal basis of the emphasis on the parties' rights and obligations. Besides, in order to fully understand the content of NHI, the study of comparative law will also be conducted on the German Statutory Health Care Insurance as the prototype of the social health insurance system and the Japanese social health insurance legal system which is mainly referenced in legislation. In the meanwhile, this paper will discuss the constitutional basis and basic structure of NHI as well, in order to construct a fundamental theory for the follow-up reviews.

Based on the provisions of the Constitution concerning life guarantees for human dignity, the principle of social welfare state, the right to existence and the right to health, the state shall burden an obligation to take care of the medical needs of people who encounter life accidents such as illness, injury, pregnancy and childbirth, and fulfill it by the implementation of NHI. Besides, the rights of the insured shall be highly respected in accordance with the concept of the protection of the right to freedom, and under the request of right to equal, people shall not be treated with discrimination. Additionally, while applying the insurance principle as the operating basis, NHI must adopt mutual assistance principle and the design of mandatory participation, and impose obligations on employers to bear part of the insurance premiums in order to meet the requirements of the Constitution of social insurance. Further, the state should bear part of the financial resources after the discretion of legislators.



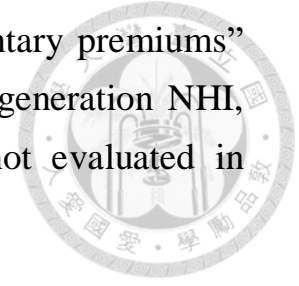
The National Health Insurance Act was designed to integrate the benefits of the existing social insurance system and with the pursuit of professionalism and efficiency, but also limited by the fact that there are no social organizations that can serve as insurers. Therefore, the government agency, namely the National Health Insurance Administration, was established as the single insurer in the legislation, which has the beneficial of maintaining financial stability with the considerable insurance scale. However, the National Health Insurance Administration has no power to determine the insurance premium rate and the insurance benefits at present, which leads to unclear responsibilities of operations and the difficulty of distinguishing from the Ministry of Health and Welfare, who is the competent authority of the National Health Insurance Act. Besides, the National Health Insurance Administration may confront with improper interference from Congress and the Ministry of Health and Welfare. As for the “National Health Insurance Committee” set up by the second generation NHI, it is limited by the way in which representatives are generated, which cannot guarantee the payer's right to participate in the process. The National Health Insurance Act regards the facts of continuous living and residence as the criteria for being the insured, and requires foreigners to have legal residence qualification for participating, should be considered appropriate in principle. However, it is unreasonable for the National Health Insurance Act to identify the insured by occupation or status, and to provide different subsidies to insurance premiums. In addition, the improper regulation of “dependents” has also made some people who depend on others to support their livelihoods unable to participate NHI as dependents, while some people with considerable financial resources allowed being “dependents” only because they are unemployed. Besides, in view that the “group insurance applicants” are set up to assist the insurer, it should be positioned as the “performing party” of the National Health Insurance Administration, and the National Health Insurance

Administration should bear all the adverse effects when the “group insurance applicants” improperly performing their obligations.

The legal relationship between the insurer and the insured in NHI is constituted by the administrative disposition of National Health Insurance Administration as issuing the certificate of insurance to the insured. In view that compulsory participation shall also give people right to participate, the decision of the National Health Insurance Administration on the application for insurance will undoubtedly have external direct effect on the people and have retroactive effect under special provisions. In addition, due to the failure of the National Health Insurance Act to set the criteria for insurance benefits, the insured cannot predict in advance and plan their health care, and the courts also face difficulty to resolve dispute cases. Besides, there were no timely relief procedures designed for the benefit items subject to the prior examination, which may cause damages to the insured’s life or healthy. However, NHI allows the insured to use self-pay medical treatments together with insurance benefits is worthy of positive evaluation, but further administrative regulations should be taken into considered in order to maintain the right to information and independent decision of the insured.

Finally, in terms of insurance premiums, the insurer should pursue financial equilibrium only in the manners specified by the National Health Insurance Act, which means borrowings from banks are prohibited. Moreover, in order to comply with the principle of legal reservation, besides specifying the counting of the insured amount and the upper limit of insurance premium rate, the method of estimating the total amount of insurance expenditure should be regulated. Then, the current counting method of the insured amount, the collecting of insurance premium to dependents, different subsidies from state according to the insured’s occupation or status, and insurance premium that are not calculated based on actual economic capacity for non-residents, all violate the affordability

test. The last but not the least, although the “supplementary premiums” are being collected after the implementation of second generation NHI, the ability to bear premiums of the insured is still not evaluated in accordance with full income and property value.



**Keywords:** National Health Insurance (NHI), second generation NHI, National Health Insurance Act, social health insurance, legal relationship between the insurer and the insured in NHI, obligation to take care of people’s medical needs, mutual assistance principle

# 論文大綱



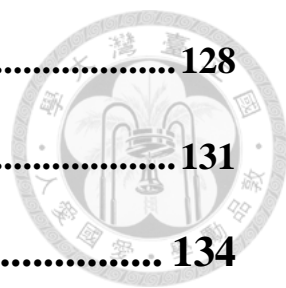
第一章 緒論.....	1
第一節 研究目的.....	3
第二節 研究範圍.....	5
第三節 研究方法.....	5
第四節 文獻回顧.....	6
第五節 論文架構.....	9
第二章 社會健康保險制度之比較法考察.....	11
第一節 德國之法定健康保險.....	11
第一項 制度之建立.....	11
第二項 2007年修正前之制度內容.....	17
第一款 保險人.....	17
第二款 適用對象.....	21
第三款 選擇保險人之自由.....	23
第四款 保險給付.....	25
第五款 保險費.....	28
第三項 2007年之改革內容.....	28
第一款 公私混合之全民皆保險結構.....	29
第二款 健康基金之創設.....	30

第三款 保險費率之統一與附加保險費 .....	31
第四款 保險給付之選擇費率方案 .....	32
第五款 小結：全民醫療保障與保險自治、競爭原理之改變 .....	33
<b>第二節 日本之社會健康保險體系 .....</b>	<b>34</b>
<b>第一項 2006 年修正前之制度內容.....</b>	<b>35</b>
第一款 複數分立之制度.....	35
第二款 保險人 .....	37
第三款 適用對象 .....	41
第四款 高齡者醫療制度.....	45
第五款 保險給付 .....	47
第六款 保險費 .....	49
<b>第二款 2006 年之改革內容.....</b>	<b>51</b>
第一款 新高齡者醫療制度之創設 .....	51
第二款 保險人之調整與統合 .....	53
<b>第三節 本章結論 .....</b>	<b>56</b>
<b>第三章 全民健保之憲法基礎與基本構造 .....</b>	<b>59</b>
<b>第一節 全民健保之憲法基礎 .....</b>	<b>59</b>
<b>第一項 人格尊嚴之生活保障.....</b>	<b>59</b>



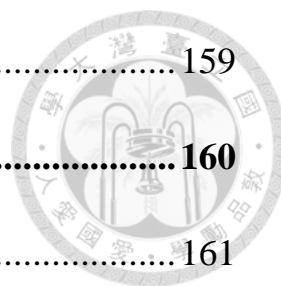
第二項 社會國原則 .....	60
第三項 生存權保障 .....	62
第四項 健康權保障 .....	65
第五項 基本國策 .....	66
第六項 小結 .....	69
<b>第二節 社會健康保險之基本構造 .....</b>	<b>75</b>
第一項 保險原理之運用 .....	76
第二項 相互扶助原理與對價關係之修正 .....	76
第一款 單一保險費率之採用 .....	78
第二款 保險費量能負擔 .....	79
第三款 大致相同之實物醫療給付 .....	83
第三項 社會連帶 .....	84
第一款 參加者間之經濟上扶助關係 .....	84
第二款 基於扶助意識之參加者自治與自律 .....	86
第三款 本文見解 .....	87
第四項 強制參加 .....	90
第一款 強制參加之目的與正當性 .....	92
第二款 全民強制參加之目的與正當性 .....	95
第五項 保險財源之他人負擔 .....	97

第一款 雇主負擔 .....	97
第二款 公庫負擔 .....	99
第六項 所得重分配 .....	102
第三節 風險概念之檢討與變容 .....	103
第一項 從所得保障到醫療保障 .....	104
第二項 預防性質之保健醫療服務 .....	107
第四節 本章結論 .....	109
第四章 保險關係之主體 .....	113
第一節 保險人 .....	113
第一項 保險人建置之原理 .....	113
第一款 保險人任務之達成 .....	114
第二款 保險規模與風險分散 .....	117
第三款 保險事業自治 .....	118
第一目 意義與在德國法上之發展 .....	118
第二目 分析與檢討 .....	120
第四款 保險事業之競爭 .....	123
第五款 負擔公平性與財政調整制度 .....	125
第六款 小結 .....	127
第二項 全民健保之保險人 .....	128



第一款 公營單一保險人之緣起 .....	128
第二款 保險事業營運權之劃分與監督 .....	131
<b>第三項 評價與檢討 .....</b>	<b>134</b>
第一款 保險人任務達成之阻礙 .....	134
第二款 以多元民主參與取代保險事業自治 .....	138
第三款 極大但同質性稀薄之保險規模 .....	139
第四款 不具有競爭機制 .....	140
第五款 負擔公平性問題 .....	140
第六款 小結 .....	140
<b>第二節 適用對象 .....</b>	<b>141</b>
<b>第一項 設定適用對象範圍之基本原理 .....</b>	<b>142</b>
第一款 共同體成員範圍之設定基準 .....	142
第一目 繼續性之生活居住事實 .....	142
第二目 外國人是否應為合法居留之人? .....	144
第二款 被扶養人或眷屬作為保險對象之意義及補充性 .....	149
<b>第二項 全民健保之保險對象規範與檢討 .....</b>	<b>151</b>
第一款 保險對象 .....	151
第二款 被保險人 .....	156
第一目 現行規定 .....	157

第二目 評釋與檢討 .....	159
第三款 眷屬 .....	160
第一目 現行規定 .....	161
第二目 評釋與檢討 .....	162
<b>第三節 附論：投保單位 .....</b>	<b>166</b>
第一項 投保單位之種類與義務 .....	167
第二項 投保單位履行義務時之地位與效果歸屬 ..	169
第一款 公法上之法定義務關係說 .....	169
第二款 行政助手說 .....	170
第三款 法定委任與法定代理說 .....	171
第四款 兼有代理被保險人與履行自己義務說 .....	171
第五款 本文見解 .....	171
<b>第四節 本章結論 .....</b>	<b>175</b>
<b>第五章 保險關係之發生與內容 .....</b>	<b>179</b>
<b>第一節 保險關係之發生 .....</b>	<b>179</b>
第一項 公法上法定債之關係 .....	179
第二項 行政處分 .....	181
第三項 行政契約 .....	185
第四項 本文見解 .....	187

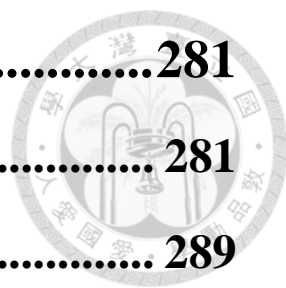


<b>第二節 全民健保之保險給付 .....</b>	<b>192</b>
<b>第一項 保險給付基本原理之建構.....</b>	<b>194</b>
<b>第一款 權利主體面之思考 .....</b>	<b>194</b>
第一目 適正給付之提供 .....	194
第二目 合理尊重參加者選擇醫療之自由 .....	197
第三目 及時決定與救濟之程序機制.....	198
第四目 參加者之平等保障 .....	198
<b>第二款 程序主體面之思考 .....</b>	<b>199</b>
第一目 依「法律保留原則」賦予立法者決定權 ..	199
第二目 依「保險事業自治」賦予付費者決定權 ..	203
<b>第二項 全民健保保險給付之規定與檢討 .....</b>	<b>204</b>
<b>第一款 現行規定之內容.....</b>	<b>204</b>
<b>第二款 現行規定之檢討.....</b>	<b>207</b>
第一目 權利主體面之檢討 .....	207
第二目 程序主體面之檢討 .....	210
<b>第三款 實物醫療給付之提供者 .....</b>	<b>212</b>
<b>第三項 保險醫療給付與自費醫療之併用 .....</b>	<b>214</b>
<b>第一款 現行規定及實務運作 .....</b>	<b>214</b>
<b>第二款 日本法之比較.....</b>	<b>215</b>

第三款 本文見解 .....	220
第四項 部分負擔 .....	225
第一款 全民健保之部分負擔規定 .....	225
第二款 部分負擔之理論基礎 .....	227
第一目 制度目的與效果 .....	227
第二目 定率負擔與定額負擔之比較 .....	228
第三款 檢討與建議 .....	229
第三節 保險費 .....	231
第一項 保險費之性質 .....	231
第一款 分擔金之意義與檢討 .....	232
第二款 保險費與租稅之比較 .....	235
第一目 財政收入目的與強制性收入 .....	235
第二目 徵收主體與有無對價性之區別 .....	235
第三目 以租稅形式徵收之保險費 .....	236
第二項 保險費之法律原理 .....	238
第一款 收支均衡原則 .....	238
第二款 法律保留原則 .....	239
第三款 負擔公平性原則 .....	242
第四款 效率性原則 .....	243

<b>第三項 健保法對於保險費之規範</b> .....	<b>244</b>
<b>第一款 一般保險費之計算與負擔</b> .....	<b>245</b>
第一目 第一類至第三類保險對象 .....	245
第二目 第四類至第六類保險對象 .....	246
<b>第二款 補充保險費之計算與負擔</b> .....	<b>248</b>
<b>第四項 現行制度之評價</b> .....	<b>249</b>
<b>第一款 收支均衡原理之檢討</b> .....	<b>249</b>
<b>第二款 法律保留原則之檢討</b> .....	<b>250</b>
<b>第三款 負擔公平性原則之檢討</b> .....	<b>252</b>
第一目 被保險人與眷屬之經濟能力認定問題 .....	252
第二目 政府補助保險費之差別待遇.....	255
第三目 未在國內常住者之保險費計算.....	259
第四目 投保金額表之意義與檢討 .....	260
第五目 補充保險費制度之檢討 .....	264
第六目 未能實現之家戶總所得制 .....	266
<b>第四款 效率性原則之檢討</b> .....	<b>269</b>
第一目 確保保險費之收取 .....	269
第二目 追求保險費收取之效率 .....	273
<b>第四節 本章結論</b> .....	<b>274</b>

第六章 結論與建議.....	281
第一節 結論.....	281
第二節 建議.....	289
〈參考文獻〉 .....	295





## ( 略語表 )



為利於本論文之寫作及閱讀，將使用以下略語：

正式名稱	略語
全民健康保險	全民健保
全民健康保險法	健保法
司法院大法官	大法官
衛生福利部	衛福部
衛生福利部中央健康保險署	健保署
全民健康保險會	健保會
全民健康保險特約醫事服務機構	健保醫事服務機構
全民健康保險醫療辦法	醫療辦法
全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準	醫療服務給付項目及支付標準
全民健康保險藥物給付項目及支付標準	藥物給付項目及支付標準
全民健保醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法	醫療核付及審查辦法



## ( 表目錄 )

表二之 1：德國健康保險制度之保險人.....	19
表二之 2：日本之社會健康保險法律體系.....	36
表四之 1：全民健保之被保險人.....	157
表四之 2：全民健保之被保險人與投保單位.....	167
表五之 1：保險對象、投保單位及政府分擔保險費之比例.....	256



## 第一章 緒論

台灣全民健保制度自 1995 年 3 月 1 日實施以來，不僅長期獲得多數國民之支持<sup>1</sup>，也在國際上得到一定之重視與推崇<sup>2</sup>，實為近年來重要且成功之公共政策制度<sup>3</sup>。如以實際數據觀察，全民健保於 2018 年之參加者（保險對象）數為 2,394 萬 8,108 人<sup>4</sup>，保險總支出金額為 6,196 億 2,101 萬 5,000 元（其中用於醫療費用之支出數額為 6,192 億 0,896 萬 9,000 元）<sup>5</sup>，相較於同時期在我國設有戶籍之國民總人口數 2,358 萬 8,932 人<sup>6</sup>，同年度之中央政府歲出總預算金額 1 兆 9,668 億 6,230 萬 9,000 元<sup>7</sup>、國民生產毛額中之民間消費支出數額約為 9 兆 5,439 億 1,400 萬元<sup>8</sup>，均可見全民健保不管在適用對象範圍與支出金額規模上，對於在境內人民之生活方式與資源分配模式，都具有舉足輕重之影響，甚至已改變人民之醫療行為與醫療之供給模式。

全民健保實施之結果雖然褒多於貶，然財政狀況受限於收支缺乏連動、保險費基侷限薪資所得等制度設計時之不利缺陷，且保險人控

<sup>1</sup> 全民健保滿意度之最低時點出現於開辦時之 1995 年，僅有 39%，最高時點則為 2010 年之 85.2%，且除開辦時之 1995 年外，僅於 2002 年因「健保雙調（即保險費率與門診部分負擔之調整）」導致滿意度降低至 59.7%，其餘直到 2016 年之各年滿意度維持在 61%至 83%之間，參照 健保署（2016），《2016-2017 年全民健康保險年報》，頁 103，台北：作者自刊。

<sup>2</sup> 諾貝爾經濟學獎得主 Paul Kruman 曾在紐約時報上，讚揚我國全民健保在未大幅增加醫療費用之前提下，能夠完成全民納保之目標，值得美國健康保險制度作為學習借鏡。參照 江朝國（2010），〈社會保險、商業保險在福利社會中的角色：以健康安全及老年經濟安全為中心〉，月旦法學雜誌，179 期，頁 76-77。

<sup>3</sup> 參照 蔡茂寅（2008），〈全民健康保險現行制度分析與探討〉，月旦法學雜誌，153 期，頁 19；郭明政、林宏陽（2015），〈社會法與社會安全制度之發展〉，台灣社會法與社會政策學會（編），《社會法》，頁 63，台北：元照。

<sup>4</sup> 參照 衛生福利部統計處網站，〈全民健康保險統計：84 年到 107 年時間數列統計：表 3 保險對象人數—按保險對象類目分〉，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-4565-49686-113.html>（最後瀏覽日：11/09/2019）。

<sup>5</sup> 參照 衛生福利部統計處網站，〈全民健康保險統計：84 年到 107 年時間數列統計：表 12 全民健康保險基金財務資金流量概況〉，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-4565-49695-113.html>（最後瀏覽日：11/09/2019）。

<sup>6</sup> 參照 內政部戶政司「人口統計資料庫」網站，網址：<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>（最後瀏覽日：11/09/2019）。由於具備一定要件且合法居留之外國人，亦應強制參加全民健保，故全民健保之參加者人數高於具有我國國籍之戶籍總人口數。

<sup>7</sup> 參照 主計總處網站，〈107 年度中央政府總預算：歲入歲出簡明比較分析表〉，網址：<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=42510&CtNode=6445&mp=1>（最後瀏覽日：11/09/2019）。

<sup>8</sup> 參照 主計總處網站，〈國民所得統計摘要：表 3-1 國民生產毛額依支出金額分〉，網址：<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=33338&CtNode=3099&mp=1>（最後瀏覽日：11/09/2019）。

制支出之能力與效果極為有限，難以妥善對應濫用保險給付、社會性住院，甚至是健保詐欺等不當增加支出之問題，再加上面臨社會發展與經濟進步所帶來嚴重之「人口高齡化」<sup>9</sup>與「醫療費用昂貴化」<sup>10</sup>，導致性質上屬於社會保險，並採用「隨收隨付制」作為財政運作方式之全民健保，陷入日益嚴重之財務危機<sup>11、12</sup>。尤為甚者，當社會健康保險在財政上遇有入不敷出之情形時，倘非肇因於不必要之浪費，理應依循保險原理，提高保險費率因應，但實際上全民健保受制於政治考量，卻難以適當調整保險費率，因此保險人為維持財政平衡，僅能在收入面上以借款填補，及在支出面上刪減保險給付範圍與醫療報酬數額。惟借款畢竟必須償還，不免有「寅吃卯糧」之疑慮，還帶來額外之利息支出<sup>13</sup>，加劇保險財政之負擔，另對於保險給付範圍與醫療報酬數額之刪減，如僅出於追求財政平衡之目的，卻未設置合理界限，恐將造成參加者即使繳納保險費，仍可能在發生保險事故時，無法獲得所需之保險給付或醫療照顧<sup>14</sup>，是否為妥適之解決方式，不無可議。

行政部門為解決全民健保財務問題，在進行之長期研議後，先由國家衛生研究院於 2001 年 2 月提出「全民健康保險體檢小組報告」，

<sup>9</sup> 於全民健保開始實施之 1995 年，台灣地區 65 歲以上之高齡人口已佔全體人口中約 7.5%（資料來源：中華民國統計資訊網，〈84 年人口及居住調查統計結果表〉，網址：<http://www.stat.gov.tw/public/Attachment/07611193571.pdf>，最後瀏覽日：2017/12/1），至 2016 年 12 月底時，65 歲以上之高齡人口所佔全體人口比例更提升至 13.2%（內政部戶政司「人口統計資料庫」網站，網址：<http://www.ris.gov.tw/346>，最後瀏覽日：12/1/2017）。又依照人口推估，我國高齡人口之比率將於 2018 年時超過 14%，正式進入「高齡（aged）社會」，並於 2026 年時超過 20%，成為「超高齡（super-aged）社會」，至 2061 年時高齡人口佔全體人口比例將高達 38.8%，參照 國家發展委員會（2016），〈中華民國人口推估（105 年至 150 年）報告〉，頁 10，台北：作者自刊。

<sup>10</sup> 全民健保於開辦滿一年之 1996 年時，醫療費用支出約為 2,197 億元，至開辦滿 10 年之 2005 年時已成長至約 3,447 億元，於 2016 年時更遽增為約 5,968 億元；參照 健保署網站，〈全民健康保險統計：84 年到 106 年時間數列統計：表 12 全民健康保險基金財務資金流量概況〉，網址：<https://www.mohw.gov.tw/dl-48868-219f05c7-271d-4383-a6b6-567a408f8e87.html>（最後瀏覽日：05/22/2019）。

<sup>11</sup> 參照 蔡茂寅（2017），《社會健康保險法制之研究》，頁 364，台北：元照。

<sup>12</sup> 「人口高齡化」對採取「隨收隨付制」之社會健康保險制度影響較大，主要原因在於醫療費用之增加，但對於採取個人帳戶制之年金制度則影響較小，參照 岩村正彥（2007），〈高齡化社会と法(2)：法の展開とこれらの課題〉，法学教室，318 号，頁 14-15。

<sup>13</sup> 全民健保於 2008 年曾有高達 10 億 9,360 萬 5,000 元之利息費用支出，相較於同年全民健保總支出數額為 4,078 億 0,866 萬元，即有約 0.25% 之支出款項係用在清償借款利息，還不包括償還借款本金，參照 衛生福利部統計處網站，前揭註 5，（最後瀏覽日：05/22/2019）。

<sup>14</sup> 例如抗生素、兒童止瀉劑等藥品，因不斷被健保署刪減藥價，造成缺藥結果，參照 蘋果日報網站，網址：<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20151119/36907757/>（最後瀏覽日：11/29/2017）。

再由行政院二代健保規劃小組於 2004 年 9 月完成「總結報告」，其後經過冗長繁瑣之立法程序，終於 2011 年 1 月 26 日完成健保法之大幅修正，並自 2013 年 1 月 1 日起開始實施所謂「二代健保」。然而，「二代健保」在政治現實與協商折衝下，未能依「總結報告」之建議採取「家戶所得制」作為財務改革方向，雖然透過開徵「補充保險費」與提高公庫負擔保險費之比例，為全民健保每年增加約 400 億元收入，但在修法完成時就已預期只能維持財務平衡至 2016 年<sup>15</sup>，目前全民健保也確實出現財務虧損狀況，未來勢需再為制度之修正改革<sup>16</sup>。

本文認為，全民健保實施後，確實保障參加者能以合理之保險費負擔，在發生疾病、傷害與懷孕分娩等生活事故時享有相當程度之保障，並獲得人民之高度支持，自有永續維持適正經營之必要。然而，在討論全民健保之制度修正時，不能僅侷限在解決財務平衡之技術觀點，特別是針對全民健保實施後長期面臨之各種公平性質疑，例如設置健保署作為單一保險人、允許常住境外之國民成為保險對象、保險給付範圍之變動與調整、保險費之計算與補助等相關爭議，都有必要從強調權利義務關係研究之法學理論觀點，進行檢討與分析，方能提出具有說服力之修正及興革建議。

## 第一節 研究目的

全民健保實施後，使原本單純發生在醫病間之私法上委任契約關係，轉變成為在保險人（健保署）與參加者（保險對象）、保險人與醫療機構（健保醫事服務機構）、參加者與醫療機構間，分別成立「保險關係」、「特約關係」、「醫療關係」之三面法律關係<sup>17</sup>，其中更以保險人與參加者間之「保險關係」作為該三面法律關係中之基礎，畢竟「特約關係」與「醫療關係」，仍是為實現參加者依「保險關係」所

<sup>15</sup> 參照 韓幸紋、梁景洋（2012），〈以家戶總所得為健保費基方案相關爭議之反思〉，台灣公衛雜誌，32 卷 6 期，頁 526。

<sup>16</sup> 參照 聯合新聞網站（11/03/2016），〈健保明年虧損，第三代規劃中〉，網址：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20161103000397-260114>（最後瀏覽日：12/03/2017）。

<sup>17</sup> 關於全民健保分別在健保署與保險對象間形成「保險關係」、健保署與特約醫事服務機構間形成「特約關係」、保險對象與特約醫事服務機構間形成「醫療服務契約關係」等三面法律關係之說明，詳參 蔡茂寅（2003），〈全民健康保險之法律關係〉，葛克昌、林明鏘（編），《行政法實務與理論（一）》，頁 489-498，台北：臺大法律學院。



享有之保險給付請求權所建立。申言之，由於參加者依法律應強制參加全民健保，並以負擔保險費作為對價，在保險事故發生時具有對於保險人之保險給付請求權，然保險人基於經營效率、成本與實效考量，現實上必須委託既存之醫療機構來提供參加者實物醫療給付，因此需先與醫療機構締結行政契約成立「特約關係」，再於參加者為受領給付而前往就醫時，另由參加者與特約之醫療機構間成立「醫療關係」，藉此確立醫病間對於具體醫療服務提供之權利義務內容。為此，有鑑於「保險關係」在全民健保三面法律關係中之基礎性與重要性，本文寫作目的即在於對「保險關係」進行全面性檢討，期能透過應然面之規範確立，探究現行制度之臧否得失。又基於法學觀點上進行「法律關係」之研究，一般著重在於探討該法律關係所形成之「權利義務」內容，然在該法律關係之主體具有特殊性時，則應兼及於對當事人主體之研究。準此，由於作為全民健保「保險關係」主體之保險人及參加者，係具有不同之組織設計與資格要件，尚非任意之人均可自由選擇是否成為保險人或參加者，故為期完整，自有必要將全民健保保險關係之「主體」與「權利義務」均納入研究範圍。

再者，在進行「保險關係」之原理論與解釋論研究時，不能僅侷限在介紹或解釋現行法律或行政命令之規定。畢竟全民健保不僅在形式上是以憲法增修條文第 10 條第 5 項作為實施依據，憲法增修條文第 10 條第 8 項及本文第 155 條亦要求全民健保必須為「社會保險」，且制度實施之目的，更關涉到人民在現代資本主義與經濟社會中，面臨與健康相關之生活事故所帶來之風險與損失時，國家應如何加以對應處理之基本問題，再加上全民健保採取強制參加之規定，課以被保險人繳納保險費之義務，現實上也支配絕大多數人民之醫療行為，自應併從基本權保障觀點，對全民健保之保險關係進行深入探究。準此，在現行法律與命令之規定外，憲法對於全民健保究竟設有如何之規範要求，應屬解釋與檢討保險關係時所須遵循之上位規範，自有必要先行研究討論，期能建立具有憲法規範位階與效力之原理基礎，以作為後續解釋與評價保險關係「主體」與「權利義務」規定之準則規範。



## 第二節 研究範圍

依上說明，本文研究範圍包括三大部分，分別為憲法對於全民健保之規範、保險關係之主體，以及保險關係之權利義務內容，另有鑑於全民健保之制度原型係來自於德國始創之法定健康保險，在立法時則主要參考日本之社會健康保險法制，故為釐清全民健保之原貌，同時確立全民健保作為社會保險所應具備之基本構造，另將先對於德、日法制進行比較法研究。此外，雖然保險關係之主體只有保險人與參加者（保險對象），然考慮到全民健保在保險人與參加者間另設置特殊之「投保單位」，且不僅課以投保單位負有協助辦理投、退保及收取保險費等事項之義務，更要求部分投保單位為其所屬保險對象負擔部分保險費。因此，為對於保險關係能有完整理解，縱然投保單位不是「保險關係」之主體，考量投保單位之定位攸關於保險人與參加者間權利義務關係之解釋，擬以附論方式併予討論。

至於保險關係之「權利義務」內容，主要即為「保險給付」與「保險費」之問題，本文對此將基於參加者之角度，先討論「保險給付」，再進行「保險費」之論述。另者，對於保險關係之法律定性，或者精確而言，保險關係發生之原因究竟為何，是基於特定事實、行為或本於法律規定所發生，實務上雖未明示見解，學說上已有相當討論，且其結果將涉及參加者權利救濟方式之問題，因此本文將在進行保險給付與保險費之相關討論前，先整理及比較分析學說上對於保險關係發生之見解，並提出個人看法。

## 第三節 研究方法

本論文採用文獻分析法作為研究方法，將盡可能廣泛蒐集與全民健保「保險關係」相關之實務見解及法學文獻資料進行比較分析，以歸結問題之癥結，並提出個人之看法與建議。惟受限於作者之語言能力，所蒐集與比較分析之文獻，將限於中文與日文資料。

其次，本文雖以我國全民健保之保險關係作為研究題目，惟鑑於

「他山之石，可以攻錯」，為釐清全民健保之原貌及確立作為社會保險所應具備之基本構造，將進行比較法研究，期能透過整理介紹外國法制之實施經驗與學說討論，提供作為評析全民健保健法之參考。至於在外國法制之選擇上，由於社會健康保險最早始於德國首相俾斯麥於 1883 年所創設之「法定健康保險」，該制度也為後續其他社會保險制度所追隨，具有社會健康保險制度原型之重要性，在研究上自屬不可或缺。然而，德國法定健康保險所採用之「保險人自治」、「被保險人選擇自由」、「競爭原理」等制度特色，與該國特殊之歷史或社會背景高度相關，往往難為其他國家在建立社會健康保險制度時所仿效。相對於此，日本主要以 1922 年制訂之健康保險法及在第二次世界大戰後修正之國民健康保險法為據建立之社會健康保險體制，則為我國全民健保健制度建立時之主要參考對象，僅在採行分立或單一之保險制度、是否設置多元及企業組織之保險人等部分，因應我國現實之社會狀況加以修正，故日本法制之內容與實施經驗，也同樣對於全民健保健具有相當之參考價值。

綜上，本文選取作為比較法之研究對象，將限定在德國之法定健康保險及日本之社會健康保險體制，其他例如美國之聯邦醫療保險（Medicare）或英國之公醫制度，雖然也為國家對人民提供醫療保障之重要公共政策制度，但由於在內容與基本結構上與全民健保健具有相當差距，所能提供之借鏡有限，為使論點集中，也囿於篇幅考量，將不進行介紹討論。

#### 第四節 文獻回顧

學說上討論全民健保健保險關係相關議題之文獻向來豐富，惟相較於醫學、藥學、流行病學、公衛學及醫務管理等學門，已透過實證分析及全民健保健研究資料庫數據，持續進行並累積大量研究成果，從法學角度切入檢討之研究文獻，不僅在資料蓄積之數量上難以比擬，且從 2013 年 1 月 1 日「二代健保健」實施後，相關討論或研究成果之發表，質量上更為減少。以下為說明本論文進行研究之立基，將簡要歸結目前已有之法學研究成果，針對與本文題目及整體研究範圍直接相



關之國內法學文獻進行分析回顧，至於與本文個別討論部分有關之文獻，則在後續相關章節中加以引介檢討。

雷文攻教授於 2001 年發表「全民健保保險人與保險對象間法律關係之研究」之論文，在題目及研究範圍設定上，與本文幾近相同。惟該論文之寫作目的，是為回應蔡維音教授為定性全民健保之三面法律關係性質，於 1999 年提出之「全民健保之法律關係剖析(上)·(下)」論文中，將保險關係認定為公法上法定債之關係之結論，提出不同看法。因此，雷文攻教授雖然在該文中也對於保險人與保險對象在保險關係下之權利義務內容加以介紹，但其論述目的主要是為證立保險關係是基於保險人之行政處分所發生。換言之，在當時對於保險關係成立之原因仍處於討論較少且相對不明確之狀況下，該論文是以釐清保險關係之定性與後續救濟問題作為研究目的，雖然提出「行政處分說」具有高度參考價值，卻未能進一步對於保險關係之主體與權利義務內容為深入具體之討論或批判。

謝榮堂教授於 2003 年發表之「析論全民健康保險法律關係」及於 2008 年發表之「社會保險之全民健康保險法律關係」二篇論文，是以全民健保中保險人、保險對象與健保醫事服務機構之三面法律關係作為研究範圍，分別就三面關係中之主體、法律關係定性與權利義務內容等各方面進行探討，其中對於保險關係之主體、性質與權利義務皆有相當之討論。惟該論文或受限於題目與篇幅之限制，在主體部分只能著重於探究保險人之組織定位、眷屬、投保單位之地位等問題，另對於保險給付與保險費也僅能依照法令規範內容為簡單介紹，因此留給本文延續為進一步研究之空間。此外，該論文認為投保單位在定位上應屬於被保險人之代理人，並定性保險關係是基於行政契約所發生，結論上也與本文不同。

蔡維音教授於 2014 年出版之「全民健保之給付法律關係析論」專書，是以「(全民健保)醫療給付之提出」作為論述主軸，從最上位之全民健保憲法基礎開展，尤其著重於憲法對於健保給付所為之規範內容，再漸次具體化到建置給付之法律標準及原則，並進行德國法制之比較研究，據以分析評判現行之全民健保給付規定及實務上之重

要案例，在寫作與研究方法上，確實成為本文之重要參考。然而，該書是以「給付」作為論述主軸，故將重心置於研究、建構給付規範之法律基礎與原理標準，而未能對於保險關係之主體，亦即保險人組織與保險對象之範圍等進行全面性檢視，亦未詳細檢討關於保險費之相關原理與規範。此外，該書認為全民健保之憲法基礎，是以生存權保障、財產權保障與法治國原理作為規範指針，亦與本文認為全民健保之憲法基礎，應從人格尊嚴之生活保障、社會國原則及對於生存權、健保權之保障，建構確立國家對於人民之醫療需求應負有照顧義務，並加入憲法保障自由權之理念，尊重人民在保險關係中之權利主體地位，暨以平等權保障之規定，避免對於人民形成不合理之差別待遇，有所不同。再者，該書認為全民健保之給付標準為「生存所必需之健康醫療照顧」，並合於醫療可近性與醫療品質保障之要求，與本文認為全民健保給付之原則性基準，應為合於「必要性」與「經濟性」要求之「基礎醫療照顧」，且必須合理尊重參加者之選擇自由，同時賦予及時救濟與平等保障之結論，亦有差異。

蔡茂寅教授於 2017 年出版之「社會健康保險法制研究」專書，分別針對日本之社會健康保險法制及我國全民健保深入探討，並詳細闡述社會保障制度之生成背景，對於本文具有關鍵性之啟發。然該書是以全民健保之整體制度作為檢討對象，就法律關係之層面而言，除保險關係外，亦及於特約關係與醫療關係，甚至包括從地方自治保障之觀點，探討地方分擔公庫補助保險費之財源問題，並著重於評論全民健保之財務運作與改革，在對全民健保展開全面性研究之同時，卻不免受限於篇幅，而對於全民健保之憲法基礎及保險關係之主體、權利義務內容等，特別是有關保險給付規範之評價，留有未能深入析究之憾。抑且，本文將投保單位定位為保險人之「履行輔助人」，進而認為應參照民法第 224 條與健保法第 37 條第 1 項但書等規定之意旨，將投保單位履行其法定義務時所產生之不利效果歸屬於其所輔助之保險人，也與該書對於投保單位之地位與履行義務之效果，係採取「法定代理」與「法定委任」之見解，並不相同。



## 第五節 論文架構

基於上述說明，本文之基本架構如下：

第一章為緒論，將簡要介紹本文之研究動機、目的、範圍、方法，並進行文獻回顧，及提出論文架構。

在第二章中，本文將進行德、日法制之比較研究，期能透過對於外國法制之介紹與探討，瞭解全民健保建立時之背景與原貌，並檢視全民健保應具備如何之基本構造始，能合於憲法對之社會保險要求，並為後續改革提供借鏡。

在第三章中，本文將討論除在憲法增修條文第 10 條第 5 項之明文規定外，其他關於人格尊嚴之生活保障、社會國原則、基本權保障與基本國策等相關規定，係如何共同建構全民健保之憲法基礎，且由於憲法明定全民健保應為社會保險，並將討論全民健保在此要求下，究應具備如何之基本構造。抑者，隨著制度之發展與演變，全民健保對於參加者究應提供所得或醫療之保障，另對於保險事故之概念，除已實際影響參加者健康之疾病、傷害與懷孕分娩等外，應否進一步擴及於具有預防上開事故發生之保健醫療，將涉及全民健保之「保險」本質概念之界定問題，也將併為探討。

在第四章中，將以對全民健保憲法基礎與基本構造所建構之原理論作為立基，展開對於保險關係主體之討論。具體而言，本文將先提出建置保險人組織與設定參加者範圍所應遵循之基本原理，再以之對現行制度之規範內容進行檢視。尤其針對全民健保僅以國家行政機關組織之健保署作為單一保險人、旅居海外國人與在台外籍人士應否納保，以及眷屬範圍如何設定等長期以來頗受爭議之問題，提出本文之看法與建議。另在附論部分，對於健保法在保險人與參加者間所設立之「投保單位」，其地位應如何理解，及其履行法定義務時之效果歸屬等，將進行分析與檢視。

第五章關於保險關係之權利義務內容，本文將集中在保險關係發生之原因，及對於保險給付與保險費之討論。其中在「保險給付」方

面，本文將先提出保險給付在實體面上所應具備之標準，及討論形成保險給付之決定權歸屬，並據此評論現行之全民健保之給付規定，暨對於與保險給付相關之部分負擔、併用保險醫療與自費醫療等重要議題一併進行檢討。其次在「保險費」方面，本文將評析大法官對於保險費之定性，並整理學說上比較保險費與租稅概念異同之相關論述，藉此理解保險費之概念內涵後，以建構計收保險費所應遵循之基本原則，及對於保險費之現行規範進行檢討。

第六章為結論，將歸納整理本論文之研究結論，並嘗試提出修正建議，期能作為實務運作與未來制度修正時之參考。

## 第二章 社會健康保險制度之比較法考察

德國於 1883 年創立之法定健康保險，不僅是社會健康保險制度之創始，也成為之後其他國家建立相關制度時之重要參考。至於我國全民健保在立法時，除延續德國法定健康保險為社會健康保險制度所設置之基本原型外，另大幅參考日本實施之社會健康保險法制，僅因應我國之社會背景與現實狀況後，在單一或分立之制度、是否設置多元與企業組織之保險人等部分有所修正調整。是此，透過對於德、日制度之比較法研究，有助於釐清全民健保之應然與實然面貌，並為後續檢討全民健保應具備如何之基本構造，始能合於憲法增修條文第 10 條第 8 項及本文第 155 條要求之「社會保險」，提供討論基礎。抑者，因面臨人口高齡化、少子化與醫療費用昂貴化所帶來之衝擊，為解決日益險峻之財務問題，德國、日本分別於 2007 年、2006 年修法進行重大改革，更可藉由對於改革前、後之制度內容比較，分析在社會健康保險制度中，何者應為基本構造而必須為立法者在制定法律時所遵循，何者則可由立法者因應國家資源分配或社經環境變遷，特別是為處理及解決財務問題，在政策決定時加以抉擇取捨。

### 第一節 德國之法定健康保險

關於德國法定健康保險之制度內容，可以從制度於 1883 年最初建立時，以及於 2007 年修正前、修正後，分三階段進行觀察。

#### 第一項 制度之建立

德國以 1883 年制定之法定健康保險法為依據，於 1884 年 12 月 1 日實施之法定健康保險，不僅是社會保險或社會健康保險制度之創始，更成為近代社會保險制度之原型<sup>18</sup>。當時德國在普法戰爭後，雖於 1871 年正式統一而在政治上建立起民族國家，經濟上也隨著工業

<sup>18</sup> 參照 郭明政 (2002)，《社會安全制度與社會法》，頁 145，台北：自刊；謝榮堂 (2001)，〈中德社會國理想之論理與實踐〉，華岡法粹，28 期，頁 131。

革命後資本主義之蓬勃發展呈現榮景，但勞工為尋求工作集中流入都市所形成之急速都市化現象，卻造成勞工面臨居住困難、物價高漲等生活問題，同時源於中世紀之「救貧法傳統 (Armenfürsorge)」，亦即透過地方市政機關對貧窮市民提供恩給式之最低生存保障，也因財政虛耗而無力為繼<sup>19</sup>。由於勞工不具有生產工具之所有權，僅能仰賴為資本家提供勞務換取薪資所得維生，一旦遭遇失業、職業災害、疾病、傷害或懷孕分娩等影響勞務提供之生活事故時，勞工賴以維生之薪資所得勢必受有減損，嚴重者甚至完全喪失，再加上原本可以依靠之救貧制度，亦無法繼續提供支援救助，使得勞工面臨生活上之貧困與匱乏，處於無法維繫基本生活之窘境。

德國勞工對於上述狀況深感無力及不滿，抗議與罷工事件乃在各地紛起，同時支持勞工階級之政治勢力，也因為政府無力處理頻傳之抗議與罷工事件，而在帝國議會中迅速成長，德皇威廉一世甚至於1878年間二度遭到狙殺。有鑑於此，德國首相俾斯麥為解決紛亂之政治與社會情勢，更為遏止敵對政治勢力發展，於是採取「鞭與貽」之兩面策略，一方面藉由解散勞工聯盟、制定「反社會主義法」等方式，壓制社會民主主義人士危害社會之舉動，並對於勞工結社所形成之各種組織採取鎮壓態度，另一方面則制定改革社會政策之法律，希望透過推行社會保險，對尚未受到社會主義影響之勞工在經濟上提供福利，促使其等支持政府，也為國家培養忠實之勞動階級，以緩和政治對立，確保政治局勢與統治權力之穩定，避免甫成立之民族國家遭到反對或革命勢力推翻<sup>20</sup>。換言之，俾斯麥推動社會保險之目的，其實是作為「反社會主義法」之輔助，亦即在將「煽惑動亂者」從政治上排除之同時，亦藉由給予福利措施，將所謂「良善」之勞工納入國家

<sup>19</sup> 救貧制度最初由民間教會捐獻發起，宗教改革後改由地方市政機關以稅收支應，其本質為零星、恩給性之救濟措施，目的在於抒解貧窮可能帶來之反政府思潮，然發展至十七世紀時，囿於教會及地方市政機關在「三十年戰爭」中消耗大量財力，因此日漸式微。參照 邵惠玲 (2008)，〈社會福利國之昨日與今日：以德國社會保險的法制發展為例〉，*財產法暨經濟法*，16期，頁127。

<sup>20</sup> 參照 Eberhard Eichenhofer (2006)，〈德國的社會保險：俾斯麥模式及其廿一世紀的挑戰〉，郭明政 (編)，*社會保險之改革與展望*，頁21-22，台北：翰蘆；Christian Starck (著)，李建良 (譯) (2013)，〈德國社會保險立法的發展與歐洲社會聯盟〉，*台灣法學雜誌*，226期，頁40-41；近藤文二 (1963)，*社會保險*，頁87-90，東京：岩波書店；倉田聡 (1997)，*醫療保險的基本構造*，頁72、88、95-99、314，北海道：北海道大學圖書刊行會；小林甲一 (2009)，*ドイツ社会政策の構造転換*，頁33-35，京都：高菴出版。

陣營<sup>21</sup>。

為此，俾斯麥於 1881 年向帝國議會提出「勞工災害保險法案 (Unfallversicherung, UVG)」，法案內容包括擴大原有「雇主賠償責任法」之適用範圍，即免除勞工請求賠償時必須證明雇主有故意過失之舉證責任，以改善勞工過去因無法舉證導致獲賠機會甚低之弊病，並將年收入 2 萬元馬克以下之勞工，強制納入災害保險之適用範圍。此外，俾斯麥認為應將在重工業等大型企業中任職勞工之災害補償負擔轉嫁國家，使勞工災害補償給付具有國家扶助之色彩，並以社會保險之方式積極推行，另規定保險費除雇主負擔外，也應由勞工或縣市政府之救貧基金按勞工年薪資數額比例負擔，更規劃設置「帝國保險局 (Reichsversicherungsanstalt)」擔任勞工災害保險之單一保險人，期望藉由將保險事務交給行政官僚執行，讓保險事業管理權從雇主移至國家機關。然而，「勞工災害保險法案」不僅引發勞工對於保險費負擔之反彈，自由主義派人士也認為不僅由政府負擔部分保險費，已違反稅收支出不得用於特定私人事務之原則，設立帝國保險局掌握保險事業之營運管理，更會產生官方組織效率低落之弊病，該法案因此受到強烈批判，最終在帝國議會中遭到否決<sup>22</sup>。

勞工災害保險法案遭議會否決後，俾斯麥敏銳觀察當時政治氛圍變化，決定與敵對之中央黨妥協，將社會保險之政策方針，從原本設計由組織上類似於國家機關之帝國保險局來擔任單一保險人，改為利用德國傳統上既存於國家與社會間之各種民間自主性互助組織出任保險人，也就是透過立法方式，對於傳統上由從事相同職業者基於結社自由所組成或加入之各種職業工（公）會 (Genossenschaft)，賦予公法人資格後來擔任保險人，藉此緩解政治上之對立，並促進社會保險相關法律之順利通過<sup>23</sup>。為此，俾斯麥乃說服德皇威廉一世於 1881 年 11 月 27 日頒佈第一道有關社會問題之詔令，宣明：「吾皇早在今

<sup>21</sup> 參照 小椰治宣 (2004)，《社会保障の源流—ドイツ社会保障の形成過程》，頁 127-128，東京：朝文社。

<sup>22</sup> 參照 邵惠玲，前揭註 19，頁 131、133；近藤文二，前揭註 20，頁 90；倉田聡，前揭註 20，頁 76-79。

<sup>23</sup> 參照 孫迺翊 (2008)，〈論社會保險制度之財務運作原則：兼評中央與地方政府關於健保保費補助之爭議問題〉，政大法學評論，101 期，頁 70。

年 2 月，即已將吾皇之確信昭告世人，亦即對於社會凋弊之修正，不能僅依靠壓制社會民主黨之蔓延，亦應同時積極謀求促進勞工福利，吾皇也有義務喚起帝國議會再度對此任務予以關心。...首先，吾皇針對政府先前向帝國議會提出之勞工災害保險法案，參酌帝國議會之意見修正後，再次提案，希求諸位議員進行審議，同時作為該法案之補充，一併提出統合工、商業中各種健保組合組織之法案，亦希求諸位議員進行審議。抑且，對於因老年或殘廢而喪失獲得收入能力之勞工，也必須給予其等權利，以向社會請求較以往更高程度之國家救濟。雖然提出作為提供相關救濟之適切方法與手段極為困難，卻是以基督教教義為立基之國民生活道德基礎中之一項最高社會任務。吾皇如能不違背此一期待，緊密促成國民生活力量之相互協力，並集結在國家保護與育成下之各種特定職業中，透過自由結社、自由加入所組成之合作組織（Genossenschaften）一併給予協助，相較於僅以國家權力推行，毋寧較容易完成該項社會任務。...吾皇殷切期盼眾心一致，讓祖國和平獲得全新且賡續之鞏固，並對於需要幫助之人民，給予更大之安全及可資請求之豐厚支持」<sup>24</sup>。從上開德皇詔令之內容，可明顯看出在勞工災害保險法案遭到否決後，俾斯麥對於社會保險立法所抱持之原則及方向，乃是一方面言明積極促進勞工福利為國家任務，同時宣示社會保險給付作為積極促進勞工福利之一項方式，但難以僅憑國家權力實現，必須藉由在國家保護與育成下，透過由人民自由組成及參加之合作組織給予協力<sup>25</sup>。

上開德皇詔令頒佈後，原本對於國家強制勞工參加保險一事抱持懷疑態度之自由主義陣營中，也出現一些大型企業經營者考量勞工加入保險後對於勞務之經營管理確實具有優點，同意在不損及其等利益範圍內，推動強制性之勞工保險制度。俾斯麥於是順應政治與社會情勢上出現之改變，於 1882 年 4 月 29 日向帝國議會提出「法定健康保險法案」，經帝國議會於 1883 年 5 月 31 日完成「法定健康保險法（Gesetzliche Krankenversicherung, GKV）」之立法後，於 1884 年 12

<sup>24</sup> 參照 倉田聰，前揭註 20，頁 80；近藤文二，前揭註 20，頁 91；Eberhard Eichenhofer，前揭註 20，頁 41。

<sup>25</sup> 該德皇詔令因揭明德國社會政策與創立社會保險制度之基本理念，一般也被稱為「德國社會政策之大憲章（Magna Carta）」。



月 1 日施行<sup>26</sup>。

在保險人方面，由於在法定健康保險法施行前，德國經由歷史發展，社會上已存在諸如手工業同業組合（Zunft）、礦工互助組合等具有互助性質之合作組織，且此類合作組織於 1871 年德國統一後，不僅在政策上受到促進發展，也得以依照 1876 年制定之「互助組合法」，取得國家賦予之公法社團法人資格，實際上更早已對於組合員提供包括疾病津貼、殘廢年金、寡婦年金、喪葬費用等各種金錢給付。此外，雖然此類合作組織存在有任意參加或強制參加等不同型態，且因未留存精確之統計資料，無從推論是否係採取保險方式營運<sup>27</sup>。然俾斯麥鑑於勞工災害保險法案遭議會否決之前車之鑑，決定不再以政府機關擔任保險人來直接經營保險事業，改為利用當時社會上既存之各種具有互助性質之合作組織，包括各地之礦工互助組合、依 1845 年普魯士營業法要求工廠經營者為工匠及學徒投入基金所設立之互助組合、依 1876 年互助組合法設立之登錄互助組合、在南德巴伐利亞邦及巴登邦等地由地方政府徵收特別稅所成立之縣市健保組合（Gemeindekrankenkasse）、手工業同業工會互助組合、在企業或工廠內設立之企業健保組合（Betriebskrankenkasse）等，以及另外以地區勞工為對象設立之地區健保組合、以營建業等定期事業雇用勞工為對象設立之營建業健保組合等，擔任法定健康保險之保險人，並從事保險事業之營運。簡言之，法定健康保險法規定以由勞工基於結社自由所成立之各種互助組合作為保險人，且賦予獨立之公法人地位，使保險人能獨立在國家等統治團體之外，同時由負擔保險費之勞工與雇自主自主進行營運，國家僅有監督權，藉此化解各種勞工運動可能對當時政權帶來之威脅<sup>28</sup>。由是觀之，前述法定健康保險法之保險人設計，

<sup>26</sup> 參照 倉田聰，前揭註 20，頁 81-82；小林甲一，前揭註 20，頁 36。謝榮堂教授亦指出，德國於 1883 年完成法定健康保險法之立法，迅速由雇主責任與互助理念轉變為社會保險制度，其最重要原因在於對經濟自由放任主義之反思，尤其為避免貧富差距過大及勞工階級之革命風潮，當時社會保險能順利推行，除執政者之決心外，善加利用既有制度，也是關鍵，同時更基於政治考量，誘使勞工放棄社會主義之主張，以緩解社會革命之壓力，因此德皇乃於 1881 年公布詔令，明白表示國家不能用強烈鎮壓方式來根除社會弊病，必須同時為勞工福利採取積極措施；參照謝榮堂（2010），《憲法委託之社會立法實現與社會安全制度》，軍法專刊，56 卷 6 期，頁 124。

<sup>27</sup> 參照 近藤文二，前揭註 20，頁 103-107。

<sup>28</sup> 參照 孫迺翊（2006），〈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，35 卷 6 期，頁 262。

對於原本在勞工災害保險法案中，有意以國家機關遂行社會保險政策之俾斯麥而言，固然猶如「被掉包的孩子」，但在當時之政治環境及自由主義思潮下，也唯有透過國家外之自主性團體組織，讓勞工及雇主能夠藉由營運保險事業來參與國家之社會保險政策，才能平衡其等必須強制納保及繳納保費所受到之不利益，進而避免產生國家是否有意透過實施社會保險來實現社會主義之疑慮<sup>29</sup>。

在適用對象上，法定健康保險將勞工視為一個特定階級，且僅適用在其中收入較低之勞工及家屬，並未將同樣仰賴薪資或俸給等勞務所得維持生活之高所得勞工或公務人員納入<sup>30</sup>。在保險給付之內容上，勞工及家屬加入法定健康保險後，如發生疾病或傷害等保險事故，得向保險人請求實物醫療給付，及包括住院津貼、生產津貼、死亡津貼、最高按工資百分之六十計算且期間最長不超過 26 週之醫療津貼等金錢給付，且不論保險事故之發生與僱傭關係是否有關。抑且，保險給付雖包括實物醫療與金錢給付，然在當時之背景下，主要目的仍是為填補勞工因傷病遭受之薪資所得減少或喪失，故以金錢給付為主，至於實物醫療給付之提供，則是著眼於能夠讓勞工盡快回復勞動能力並返回工崗位。最後，保險費規定由雇主負擔三分之二，勞工負擔三分之一<sup>31</sup>。

由上可知，俾斯麥始創之德國法定健康保險，係以仰賴工資維生之中低所得勞工為適用對象所設計之社會保險<sup>32</sup>，畢竟俾斯麥自始就是為使勞工在發生疾病等生活事故而受有所得減損時，仍能享有一定程度之經濟安全保障，以免社會或政治情勢出現混亂作為目的，才藉由法定健康保險之推動，以鞏固其統治權力，並非著眼於消弭社會上之不平等或進行所得重分配。易言之，俾斯麥認為只要能讓憑藉勞力賺取薪資維生之勞工階級，不至於因生老病死等生活事故淪為貧民，就不會造成足以危害政治或社會安定之問題<sup>33</sup>。此外，在保險人之建

<sup>29</sup> 參照 邵惠玲，前揭註 19，頁 134。

<sup>30</sup> 參照 近藤文二，前揭註 20，頁 118-121。

<sup>31</sup> 參照 Christian Starck，前揭註 20，頁 42；小柳治宣，前揭註 21，頁 171-173。

<sup>32</sup> 參照 倉田聡（2003），〈労働形態の多様化と社会保険の将来像〉，法律時報，75 卷 5 号，頁 35。

<sup>33</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 459。

置上，則是基於勞工災害保險法案遭到否決之經驗，在政治上進行妥協，不再堅持由國家機關擔任保險人，而選擇以德國歷史上已存在於社會各行各業中，並由勞工自由組成、參加之各種互助組合擔任保險人，同時將保險事業之營運交由負擔保險費之雇主與勞工。又法定健康保險是以具有保護必要性之中低收入勞工為適用對象，未及於全體勞工或國民，蓋中低所得勞工除不具有生產工具之所有權外，更往往因薪資、所得較低，難以憑藉自己之儲蓄及私有財產因應疾病等生活事故帶來之所得減損，可能陷入貧困進而造成動亂，危及國家統治權力之穩定，反觀雇主具有生產工具之所有權，高所得勞工及公務人員則有充足之儲蓄及私有財產，較能妥善處理疾病所帶來之經濟問題，不至於對社會或政治安定造成危害<sup>34</sup>。

## 第二項 2007 年修正前之制度內容

德國法定健康保險制度於 1883 年創始後，雖因經濟與政治等情勢變化而迭有修正，然於 2007 年修法前大致上未有重大改變，以下將針對就與保險關係有關之制度內容，包括保險人、適用對象、保險費、保險給付，以及該制度賦與被保險人選擇保險人自由等制度內容分別介紹。

### 第一款 保險人

德國法定健康保險是以依法律規定取得公法人資格，且獨立於國家、各邦及自治團體外之「健康保險組合」(Krankenkasse)<sup>35</sup>出任保

<sup>34</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 147；笠木映里（2012），《社會保障と私保險》，頁 13，東京：有斐閣。

<sup>35</sup> 學說上對於「Krankenkasse」之翻譯，有「健保基金會」、「疾病基金會」、「健保組織」或「健保合作社」等不同用語。然而，「基金會」可能令人誤解其性質為財團法人，「合作社」在我國則已屬既定之法律用語，意指私法人性質之經濟合作事業（合作社法第 1、2 條及信用合作社法第 2 條等規定參照），顯然與「Krankenkasse」具有公法人之人格不同，另使用「健保組織」，恐難彰顯「Krankenkasse」之法人資格與團體屬性，也失之空泛，皆無法適切彰顯「Krankenkasse」係具有公法上社團法人資格之保險人。對此，郭明政教授認為，考慮到「Krankenkasse」係具有合作性質之公法團體，不適合翻譯為「基金會」，或可參考日本社會健康保險法制中以企業為單位設立之保險人，將之譯為「健康保險組合」；參照 郭明政，前揭註 18，頁 174。本文認為，「健康保險組合」之翻譯，雖然存有將非中文用語之日文漢字直接援用之缺陷，但能夠避免上開用語可能造成之誤解，亦能彰顯「Krankenkasse」具有互助合作之屬性，且我國長期受到日本法制之

險人，國家不介入保險事業之營運，僅對於健康保險組合進行合法性監督，且健康保險組合應交由負擔保險費之雇主與勞工營運。

具體言之，法定健康保險法於 1883 年制定時，雖要求屬於適用對象之勞工必須依其職業或所在地之不同，強制加入地區健康保險組合、縣市健康保險組合、企業健康保險組合、營建業健康保險組合或手工業同業健康保險組合，但也允許不願加入前開健康保險組合之勞工，另行設立合於 1876 年「互助組合法」規定之「登錄互助組合（eigeschriebene Hilfskasse）」後加入，或選擇加入業已成立之「登錄互助組合」作為替代。然而，上開例外之替代方式實施後造成小規模保險人林立，且由於保險事業規模過小，勢必影響分散風險及損失之功能，進而出現財政不安定之問題，難免將損及參加者獲得保險給付之權利。有鑑於此，德國乃於 1911 年制定「帝國保險法（RVO）」，首先考慮到勞工加入「登錄互助組合」後，即可取代其原本應強制加入特定健康保險組合之義務，乃將「登錄互助組合」更名為「替代性健康保險組合（Ersatzkasse）」<sup>36</sup>，另為解決上述小規模保險人林立之問題，則禁止勞工再設立新替代性健康保險組合，並對現存之替代性健康保險組合設置最低人數限制，藉此進行整併，以擴大保險人之規模。此外，該法又將營建業健康保險組合併入企業健康保險組合，以及將縣市健康保險組合併入地區健康保險組合<sup>37</sup>。準此，加上原本擔任保險人之聯邦礦工互助組合、船員健康保險組合，以及農民納入法定健康保險後設立之農業健康保險組合，法定健康保險計有以下七類保險人，其中第一類保險人是以被保險人之居住地區不同分別設立，第二類至第七類保險人則是以被保險人之職業領域不同所設立<sup>38</sup>：

---

影響，將日文漢字直譯後透過定義解釋及長期援用，採用成為慣用之中文法律用語之事例，尚非罕見，例如構成要件、法益、意思表示、假扣押等皆是，何況縱使是一般人，也非不能透過「組合」之用語，即大概理解是由成員相互結合後形成組織或團體之意義，故予以贊同並為援用。

<sup>36</sup> 替代性健康保險組合係基於互助組合法成立之社團，在法定健康保險實施前即已存在，且僅以勞工作為社員，在法定健康保險實施後，則允許替代性健康保險組合之社員得免除強制加入各類健康保險組合之義務，有學者因此認為該制度具有避免侵害勞工結社自由之重要意義。參照倉田聰（2005），〈社会保険における個人の選択と連帯〉，週刊社会保障，2350 号，頁 47。

<sup>37</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 174；倉田聰，前揭註 28，頁 61、96-99、126。

<sup>38</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 174；倉田聰，前揭註 28，頁 143-150；蔡茂寅等（2001），《各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題》，頁 183，台北：行政院衛生署委託研究計畫；林志鴻（2006），〈德國健康保險制度〉，羅紀琮（編），《健康保險制度》，頁 90-91，台北：巨流；林谷燕（2012），〈德國法定健康保險制度之探討〉，弘光人文社會學報，15 期，頁 77。此



- (1)地區健康保險組合(Allgemeine Ortskrankenkasse, AOK)；
- (2)企業健康保險組合(Betriebskrankenkasse, BKK)；
- (3)手工業同業工會健康保險組合(Innungskrankenkasse, IKK)；
- (4)農業健康保險組合(Landwirtschaftliche Krankenkasse, LKK)；
- (5)船員健康保險組合(See-Krankenkasse)；
- (6)聯邦礦工互助組合(Bundesknappschaft)<sup>39</sup>；
- (7)替代性健康保險組合(Ersatzkasse)。

其後，於 2007 年制定之「法定健康保險競爭強化法」，再對於保險人進行種類與數量上之整併，一方面將聯邦礦工互助組合與船員健康保險組合於 2008 年 1 月 1 日合併，並更名為「聯邦礦工、鐵路工人及船員保險組合 (Knappschaft-Bahn-See-ein, KBS)」，對於加入之礦工、鐵路工人及船員，提供包括醫療、年金和長期照護等內容之綜合性給付<sup>40</sup>，另一方面則促使同種類保險人相互間進行合併，茲以下表簡示各類保險人之數目及變化狀況。

【表二之 1：德國健康保險制度之保險人】

	總數	地區健康保險組合	企業健康保險組合	手工業同業工會健康保險組合	農業健康保險組合	船員健康保險組合	聯邦礦工互助組合	替代性健康保險組合
1970 年*	1,711	399	1,119	178	--**	1	1	15
1990 年*	1,145	267	692	152	19	1	1	15

外，另有學者再將「替代性健康保險組合」，區分為「勞工替代性健康保險組合」與「職員替代性健康保險組合」，而將德國健康保險制度之保險人分為八類，可參 松本勝明 (2003)，《ドイツ社会保障論 I》，頁 4，東京：信山社。

<sup>39</sup> 德國礦工依法應加入包括醫療、年金、長期照護等各種保險在內之綜合性社會保險，並由聯邦礦工互助組合擔任保險人。參照 藤本健太郎 (2011)，〈ドイツの医療保険制度改革における 2 つ方向性〉，経営と情報，24 卷 1 号，頁 3。

<sup>40</sup> 參照 藤本健太郎，前揭註 39，頁 3；門脇美恵 (2012)，〈ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正統化(二)〉，名古屋大学法政論集，247 号，頁 54-55、89。

1991 年	1,209	276	721	174	21	1	1	15
1995 年	960	92	690	140	21	1	1	15
1996 年	642	20	532	53	21	1	1	15
2001 年	396	17	318	28	19	1	1	12
2014 年 9 月	131	11	106	6	1	聯邦礦工、鐵路 工人及船員保險 組合		6
2018 年 4 月	110	11	85	6	1	1		6

\*僅計入原西德地區。

\*\*農業健康保險組合係於 1972 年創設。

(作者自行製作<sup>41</sup>)

在健康保險組合內部之營運方式上，由於俾斯麥建立法定健康保險時，是利用既存於社會上各職業領域中之互助組織擔任保險人，且此類互助組織原本即存在於國家之外，是由從事特定職業之人以結社自由所組成及加入，本來就有成員民主參與及自主形成決定之自治基礎，於是法定健康保險乃延續此種自治原理，明定由負擔保險費之雇主及勞工營運及管理保險事業<sup>42、43</sup>。詳言之，加入健康保險組合之勞工及雇主，應透過每六年辦理之「一般選舉」(另有因特殊事由所辦理之「特別選舉」，例如遇有新設保險人機關、因選舉無效而應重行辦理選舉等情形)，以秘密投票方式，從推薦名冊中各自選出同數之

<sup>41</sup> 參照 Bundesministerium für Gesundheit, Die Gesetzliche Krankenversicherung 網站，網址：[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_Januar\\_bis\\_September\\_2014.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_September_2014.pdf)(最後瀏覽日：10/19/2014)；Bundesministerium für Gesundheit 網站，〈Aufgaben und Organisation der GKV〉，網址：<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>(最後瀏覽日：06/02/2019)；林志鴻，前揭註 38，頁 91；松本勝明，前揭註 38，頁 4；土田武史(2001)，〈醫療保險〉，古瀨徹(等編)，《先進諸国の社会保障 4：ドイツ》，頁 213，東京：東京大学出版会。

<sup>42</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 168；孫迺翊，前揭註 23，頁 70。

<sup>43</sup> 惟「替代性健康保險組合」只由自願加入之被保險人組成，故保險事業完全由被保險人進行營運，自治機關中也只有被保險人代表，雇主並未參與此類保險組合之事業營運，參照 孫迺翊(2016)，〈揮別俾斯麥模式社會保險制度？從德國聯邦憲法法院幾則判決評析德國近二十年健保制度改革方向〉，歐美研究，46 卷 3 期，頁 380。

代表組成管理委員會，管理委員人數最多為 30 人，且應以「郵寄投票」方式進行<sup>44</sup>。管理委員會選出後，再依保險參加者人數是否超過 50 萬人，由管理委員會選任 2 至 3 名之理事，成立理事會<sup>45</sup>。理事為任期 6 年之專職人員，與保險人間成立私法上之委任契約，以利管理委員會一方面得聘請專業人員進行保險事業之營運，另一方面亦得以終止契約之方式，追究理事之經營責任<sup>46</sup>。在權限劃分上，管理委員會負責健康保險組合規章之制訂與修改、理事之選任與監督、基本政策之決定、預算之決定等事項，理事會則負責執行健康保險組合之各項事務，並對外擔任健康保險組合之代表人<sup>47</sup>。

## 第二款 適用對象

法定健康保險之適用對象，分為強制參加之被保險人（第 5 條）、任意參加之被保險人（第 9 條）與眷屬（第 10 條），然僅強制參加之被保險人及任意參加之被保險人具有健康保險組合員之身分，不包括眷屬<sup>48</sup>。

在強制參加之被保險人部分，德國法定健康保險在制度建立時，就已確立僅適用在具有保護必要性之中低所得勞工，故只有年度薪資數額不超過「法定保險加入限額」<sup>49</sup>之勞工及職員，始負有強制參加法定健康保險之義務。至於自營作業者、法人董事及年度薪資數額超過上述「法定保險加入限額」之勞工等，則應自行決定是否加入商業

<sup>44</sup> 管理委員會選舉之計票方式採用「頓特法（d'Hondt method）」，以保障少數人亦能選出代表，但同時設有至少需獲得全部有效票百分之五門檻，以避免管理委員會內之意見過於分歧。參照 門脇美惠，前揭註 40 文，頁 63-64。所謂「頓特法」，係指將每一參選黨派或派別候選人所取得之票數，逐一除以一、二、三、四……，直至席次數目，然後按所得出之商數高低，分配席次。

<sup>45</sup> 於 1996 年前，保險事業之營運機關並非管理委員會，而是分別由負責決策，類似於立法機關之「代表會議」，以及負責執行，類似於行政機關之「理事會」構成。惟為因應 1993 年「醫療保險構造法」制定後賦予被保險人選擇保險人之自由（詳下述），必須調整保險人之組織，始將保險事業之營運機關改為一元化之管理委員會。參照 門脇美惠，前揭註 40，頁 62；倉田聰，前揭註 28，頁 289。

<sup>46</sup> 參照 倉田聰，前揭註 28，頁 289。

<sup>47</sup> 參照 松本勝明，前揭註 38，頁 4。

<sup>48</sup> 參照 門脇美惠，前揭註 40，頁 52。

<sup>49</sup> 2001 年之「保險加入限額」為年金保險所規定保險費計算限額之 75%，2011 年則定為年收入 44,550 歐元或月收入 3,712.5 歐元，參照 松本勝明，前揭註 38，頁 4；林谷燕，前揭註 38，頁 77。

健康保險，另公務員、軍人等也不在制度適用範圍內，而是由國家發給津貼協助投保商業保險，藉以獲得醫療保障。此外，低收入戶雖非法定健康保險之適用對象，而應受領社會救助法提供之醫療照顧，然實際上大部分之低收入戶係選擇自願投保法定健康保險，並由社會救助主管機關負擔保險費<sup>50</sup>。其後，隨著制度適用範圍逐漸擴大，除前開收入在「法定保險加入限額」以下之勞工及職員外，其他例如領取失業津貼者、退休前曾參加法定健康保險達一定期間且現領取年金給付者、自營農業工作者、依委任契約提供勞務之藝術、音樂或文字工作者、在青少年扶助設施中參加就職訓練者、在身心障礙工作場所就職之障礙者、就學在 14 學期內且不超過 30 歲之大學生等，均陸續納入成為強制參加之被保險人。然而，年收入不超過上開「法定保險加入限額」之自營業者，如不屬於前述之農業工作或藝文工作者，例如自行經營商店者、家教、助產士等，於 1989 年 1 月 1 日以後，不再屬於強制參加之被保險人。又初任職且年度薪資數額尚未超過上述「保險加入限額」之勞工及職員、曾屬強制參加之被保險人且在前 5 年間已參加法定健康保險達 24 個月或連續 12 個月者，得自由選擇參加法定健康保險，而為任意參加之被保險人。此外，不論強制參加或任意參加之被保險人，均不以具備德國國籍為必要，合法居留之外國人只要符合上述資格，亦有適用，但外國人僅從事短暫或臨時性工作者，則排除在外<sup>51</sup>。

上述強制參加及任意參加被保險人之配偶、同居人及子女，如不具有前述之被保險人資格，收入亦不超過平均薪資數額之七分之一，得以眷屬身分參加法定健康保險<sup>52</sup>。所謂「同居人」，係指已依德國同居法規定向主管機關登記為同居關係之同性或異性伴侶，「子女」則指未滿 18 歲且現受被保險人扶養者、未滿 23 歲且無工作能力者、未滿 25 歲且仍在學或正在參加職業訓練者，以及患有身心障礙者，並均不限於被保險人之婚生子女<sup>53</sup>。

<sup>50</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 378-379。

<sup>51</sup> 參照 蔡茂寅（2005），《全民健保保險資格政策之未來走向研究》，頁 35，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

<sup>52</sup> 參照 松本勝明，前揭註 38，頁 2-3；郭明政，前揭註 18，頁 146-147。

<sup>53</sup> 參照 林谷燕，前揭註 38，頁 78-79；蔡茂寅，同前註 51，頁 34。



由是觀之，法定健康保險維持著俾斯麥建立制度時之內容，考量僅中低所得者缺乏承擔傷病風險及損失之能力，故以其等作為適用對象，並未及於全體國民或境內居民。簡言之，德國法定健康保險向來是以有無「保護必要性」，作為決定適用對象之標準。準此，即使以被保險人或眷屬身分參加法定健康保險之比例，已從制度開始實施時之百分之十增加到將近百分之九十，然德國在 2007 年修法改革前，仍未施行「國民皆保險」之體制<sup>54</sup>。畢竟依照德國法定健康保險之發展脈絡，一開始就是以中低所得勞工或經濟弱勢者始具有保護必要性作為構想，才將其等納入保險制度以分散風險及損失，倘若將不具有保護必要性之高所得者或自營業者一併納入，難免存在體制上難以突破之侷限。另且，德國學者也有認為因基本法第 120 條第 2 項第 4 段既明定聯邦對於社會保險之財政負有擔保義務，僅在社會保險財源不足時，始應由政府提供財源補助以確保社會保險任務之履行，自不應仿效英美或北歐之社會福利模式，將德國以職業依附關係作為前提之法定健康保險，推向以政府稅收支應制度財源之全民健康保險或公醫制度<sup>55</sup>。

### 第三款 選擇保險人之自由

法定健康保險法於 1883 年制定時，即允許勞工得選擇組成或加入登錄互助組合，以取代原本依職業或所在地應強制參加特定健康保險組合之義務，可謂賦與被保險人選擇保險人自由之開端。惟其後於 1911 年帝國保險法制定時，為解決小規模保險人林立之問題，一方面禁止勞工再行設立更名後之替代性健康保險組合，也對替代性健康保險組合設定最低社員人數之限制，某程度限縮被保險人之選擇自由<sup>56</sup>。

此外，法律上雖未自行對於替代性健康保險組合之參加者，設有特定職業資格或所在地區之限制，卻允許各替代性健康保險組合得以

<sup>54</sup> 參照 林志鴻，前揭註 38，頁 90；郭明政，前揭註 18，頁 147；松本勝明（2011），〈國際比較の視点から見た皆保険・皆年金〉，季刊社会保障，47 卷 3 号，頁 274。

<sup>55</sup> 參照 邵惠玲，前揭註 19，頁 139、152。

<sup>56</sup> 參照 倉田聡，前揭註 28，頁 307-309。

章程設定成員之要件或資格，且實際上因為以白領職員或藍領勞工為對象之替代性健康保險組合各設有不同之要件，使得現實上白領職員參加替代性健康保險組合之人數，遠遠高於藍領勞工。如以 1994 年之西德地區為例，相較於 8 個以藍領勞工為對象之替代性健康保險組合之被保險人合計為 795,495 人，以白領職員為對象之 7 個替代性健康保險組合，其保險人人數多達 13,898,783 人。再加上白領職員之薪資所得普遍高於藍領勞工，因工作內容與經濟狀況差異，也有著較低之罹患傷病機率，自然能適用相對較低之保險費率，於是造成經濟狀況較佳者（白領職業）負擔較少保險費，經濟狀況較差者（藍領勞工）反而需負擔更多保險費之不公平結果<sup>57</sup>。

有鑑於此，德國乃於 1993 年制定「醫療保險構造法（Gesundheitsstrukturgesetz, GSG）」，禁止替代性健康保險組合對參加者設定資格或要件限制，使不論白領職員或藍領勞工，均得自由選擇加入地區健康保險組合或替代性健康保險組合，同時也允許被保險人選擇加入其職業所在地以外之其他地區健康保險組合，藉此賦與所有被保險人均能享有廣泛之選擇自由，目的除為解決上述之不公平外，亦期望藉由導入「競爭原理」以降低保險費率，減輕被保險人之保險費負擔。另者，企業健康保險組合及手工業同業工會健康保險組合，雖仍可維持要求參加者必須為特定企業員工或同業工會成員之資格限制，但亦得決議開放給不具資格之其他被保險人由選擇加入，藉此一併將企業健康保險組合及手工業同業公會健康保險組合納入競爭行列。

職是此故，由於被保險人享有選擇保險人之充分自由，適用競爭原理之結果，各健康保險組合必須認真經營，以避免被保險人流失而在市場上遭到淘汰。然而，為避免因被保險人行使選擇自由，造成各健康保險組合在風險結構上出現差異，另同時建立財政調整機制，以各健康保險組合中被保險人所得高低、眷屬人數多寡、年齡、性別、領取障礙年金人數等無關保險事業經營，卻影響疾病、傷害、生產等保險事故發生率之因素，規定必須由全體保險人共同承擔因此產生之

<sup>57</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 174-175；笠木映里，前揭註 34，頁 12。

特別負擔<sup>58</sup>。簡言之，被保險人雖享有選擇保險人之自由，但不能因此迴避或脫免其理應繳納之保險費<sup>59</sup>。



#### 第四款 保險給付

法定健康保險之參加者（即被保險人與眷屬）發生保險事故時，有請求保險給付之權利，且保險給付可依給付標的，區別為實物醫療給付與金錢給付，以下分述之。

在實物醫療給付方面，依法定健康保險法<sup>60</sup>第 11 條 1 項規定，被保險人及眷屬得請求包括疾病治療、健康維護、疾病預防（含避孕、結紮及墮胎）、健康檢查，以及非屬疾病治療之專業照護等實物給付，且各項給付皆為單一之請求權，分別對應不同之保險事故<sup>61</sup>。

次在實物給付之標準上，法定健康保險法第 12 條第 1 項明定保險給付應合於「經濟性原則」，即保險給付必須為「足夠之給付」、「適合於目的之給付」、「符合經濟性之給付」及「不得逾越必要不可欠程度之給付」，如為非必要不可欠之給付或不符合經濟性之給付，不僅限制被保險人不得請求，保險人也不得提供。詳言之，所謂「足夠之給付」，係指提供之醫療給付種類與範圍，必須是具有充分機會而能獲得治療效果者，且在判斷上應依照下述為法定健康保險法第 2 條第 1 項第 3 句所明定之「專業性原則」，也就是依循一般公認之醫學專業知識認定，藉此設定給付所應具備之最低水準，以免保險人提供低於平均水準之最低限度治療。其次，所謂「適合於目的之給付」，是指給付必須能夠維持、回復或改善被保險人之健康狀態，亦即在醫學專業上一般被認為屬於有效之醫療，此部分同為下述之「專業性原則」所要求。再者，所謂「符合經濟性之給付」，為與上述「經濟性原則」區別，也稱為「狹義經濟性」之要求，其意義係指如果存在有能夠達

<sup>58</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 174-175；邵惠玲，前揭註 19，頁 148；倉田聰，前揭註 28，頁 307-309；土田武史，前揭註 41，頁 212-213。

<sup>59</sup> 參照 倉田聰，前揭註 36，頁 49。

<sup>60</sup> 德國法定健康保險法（GKV）已於 1989 年編入德國自 1975 年起制定之社會法法典（Sozialgesetzbuch），參照 郭明政，前揭註 18，頁 129。

<sup>61</sup> 參照 張道義（2001），〈德國健康保險法支付制度法律關係的分析〉，臺大法學論叢，30 卷 6 期，頁 230。

到相同效果之多數醫療方法時，應選擇使用其中成本費用最低者。最後，「不得逾越必要不可欠程度之給付」，目的在於排除無謂之醫療給付，以設定給付不得超過之上限，而與上述「足夠之給付」之要求互為配合<sup>62</sup>。此外，法定健康保險法第 2 條第 1 項第 3 句明文規定：「給付之品質及有效性，必須合乎一般公認之醫學專業知識，且必須考慮醫學之進步」，明白揭示保險給付必須符合「專業性原則」，而與「經濟性原則」共同構成保險給付之重要規範<sup>63</sup>。

然前述之「經濟性原則」，不能被解釋用於限制保險給付之範圍，而應作為協助判斷保險醫療給付是否具有必要性之基準<sup>64</sup>。德國聯邦憲法法院對此在判決中明確指出，預防罹患威脅生命或通常足以致死之疾病，屬於社會健康保險給付之核心領域，也是國家負有維護基本權客觀義務中之基礎事項，縱然被保險人原則上無法援引基本法第 2 條第 2 項第 1 段「生命及身體不受侵害」之規定，推導出對於保險人具有請求特定醫療給付之權利，但國家之行政及司法機關仍必須依循上開客觀性義務，解釋並適用法定健康保險法規定，尤其考慮到生命在基本法中具有最高價值，自應依自由權保障結合社會國原則所引伸之社會保險責任，在被保險人罹患足以威脅生命或致死之疾病時，倘若一般之醫學方法已無法提供足以治療或持續有效減緩病情之處置，只要仍非全無治癒之希望，或至少仍可期待對於病情能存有可察覺之正面效果，保險人仍然不得援用法定健康保險法所謂「經濟性原則」，拒絕提供尚未被普遍認可之特殊醫療給付<sup>65</sup>。

在實物醫療給付之外，法定健康保險也提供為填補被保險人之薪資或所得因傷病受到減損之替代性給付，包括被保險人自罹患傷病翌日起，得請求相當於薪資數額百分之五十之金錢給付，期間最長為 13 週，女性被保險人另得請求生育給付及母性照護服務給付<sup>66</sup>。

<sup>62</sup> 參照 笠木映里 (2007)，〈公的医療保険の給付範囲(二)〉，法學協會雜誌，124 卷 1 号，頁 78-80；蔡維音 (2014)，《全民健保之給付法律關係析論》，頁 72，台北：元照；邵惠玲，前揭註 19，頁 154-157。

<sup>63</sup> 參照 笠木映里，前揭註 62，頁 81-84。

<sup>64</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 72。

<sup>65</sup> 參見 邵惠玲，前揭註 19，頁 154-157。

<sup>66</sup> 參見 郭明政，前揭註 18，頁 151；林志鴻，前揭註 38，頁 94。

綜上，目前德國法定健康保險提供之實物醫療與金錢給付，在內容上可謂相當廣泛，包括下列各項給付在內<sup>67</sup>：

1. 疾病預防（第 20 條至第 24b 條）。
2. 疾病之早期發現（第 25 至第 26 條）。
3. 疾病治療，包括醫師診療、牙醫師診療、精神診療、藥劑、必要輔具、居家護理與家務協助、療養服務、住院治療、門診治療、住院安寧照護之補助、人工生殖、復健治療（第 27 條至第 52 條）。
4. 生育給付及母性照護服務（依據為帝國保險法，非法定健康保險法）。
5. 填補薪資之金錢給付（第 45 條至第 51 條）。
6. 死亡給付（第 58 條至第 59 條）。
7. 預防注射（第 23 條）。
8. 除極重症病人外，被保險人每次就診車資超過 13 歐元之交通費用（第 60 條）。
9. 由各健康保險組合自行決定提供之補充給付。

惟法定健康保險之參加者在受領實物醫療給付時，應依照自 1988 年開始實施之「部分負擔」制度，於就診時自行負擔部分之藥品費用、醫療費用與住院費用<sup>68</sup>，藉此避免實物醫療給付之浪費。

末就給付過程進行觀察，上開保險給付中屬於實物醫療給付之項目，尚非由保險人自行向被保險人或眷屬提供，而是透過簽約之醫療機構提供。抑且，醫療機構並非個別與各保險人簽約，而係由地區健康保險組合、企業健康保險組合及手工業同業工會保險組合，分別在各州組成州層級之聯合會，再由各州聯合會組成地區健康保險組合、企業健康保險組合及手工業同業工會保險組合之聯邦聯合會，另由農業健康保險組合、替代性健康保險組合直接組成聯邦層級之聯邦聯合會，並由地區健康保險組合聯邦聯合會、企業健康保險組合聯邦聯合會、手工業同業工會健康保險組合聯邦聯合會、農業健康保險組合聯邦聯合會、替代性健康保險組合聯邦聯合會，以及聯邦礦工、鐵路工

<sup>67</sup> 參見 林志鴻，前揭註 38，頁 94-95。

<sup>68</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 152、177。

人及船員保險組合，與提供醫療服務之醫療機構商議及簽訂契約後，由締約之醫療機構直接向被保險人及眷屬提供實物醫療給付<sup>69</sup>。



## 第五款 保險費

德國法定健康保險至今仍維持俾斯麥建立制度時之傳統，規定保險費應由勞工與雇主共同分擔，惟分擔比例已由原來雇主負擔三分之二、勞工負擔三分之一，改為雇主與勞工各負擔半數。至於以眷屬身分加入保險者，原則上毋須另行繳交保險費，另低收入者之保險費，則由政府代為繳納<sup>70</sup>。另保險費率原則上為勞工淨所得之百分之七點三，然尊重各保險事業之自治權，保險人得以規約自行決定。再關於投保薪資之上限，於 1970 年 12 月 12 日疾病保險法第二修正法案通過後，則定為社會年金保險薪資之百分之七十五，且按照勞工薪資變動連動調整<sup>71</sup>。

其後於 2003 年制定之法定健康保險現代化法（於 2004 年 1 月 1 日實施），為追求財務與風險結構之改善，除提高「法定保險加入限額」之數額，以納入更多適用對象外，又增設所謂「附加保險費」之制，明定附加保險費之費率為百分之零點九，全數由參加保險之勞工負擔，雇主毋須分擔。是此，在「附加保險費」制度實施後，德國向來由勞工與雇主平均分擔保險費之制度傳統，可謂已被打破。此外，另立法要求政府應每年編列預算，給予法定健康保險制度一定額度之財政補助<sup>72</sup>。

## 第三項 2007 年之改革內容

德國國會於 2005 年進行改選，選後由安格拉·梅克爾（Angela Merkel）領導之德國基督教民主聯盟（CDU）與基督教社會聯盟（CSU）、

<sup>69</sup> 參照 松本勝明，前揭註 54，頁 4-5；蔡茂寅，前揭註 38，頁 183-184。

<sup>70</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 145、147；蔡茂寅，同前註 51，頁 35。

<sup>71</sup> 參照 林志鴻，前揭註 38，頁 103-104；Christian Starck，前揭註 20，頁 45；藤本健太郎，前揭註 39，頁 2。

<sup>72</sup> 參照 門脇美惠，前揭註 40，頁 56-57；孫迺翊，前揭註 43，頁 385。

社會民主黨（SPD）組成聯合政府，並由梅克爾出任總理。梅克爾在總理任內，分別於2007年、2010年通過「法定健康保險競爭強化法（GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, GKW-WSG）」（2009年1月1日實施）及「法定健康保險財政法（GKV-Finanzierungsgesetz, GKV-FinG）」（2011年1月2日實施），對於德國法定健康保險之內容，乃至於國家整體之健康保障體制，進行重大改革<sup>73</sup>。

### 第一款 公私混合之全民皆保險結構

如前所述，德國法定健康保險向來基於「保護必要性」之原則，僅以中低所得勞工作為適用對象，未將全體國民或境內居民納入。然在「法定健康保險競爭強化法」實施後，如非公務員、受刑人、納粹政權受害人等享有公法上醫療照顧請求權者，亦非法定健康保險法規定之強制參加被保險人，應選擇任意參加法定健康保險或購買商業醫療保險，藉由社會健康保險與商業醫療保險混合之構造，使全體人民皆能享有以保險方式提供之醫療保障<sup>74</sup>。

此外，在「法定健康保險競爭強化法」實施前，商業醫療保險中原本就有許多限制私法自治之規定，例如保險費決定與變更之限制、保險人不得對於高齡被保險人要求過高之保險費、取代社會健康保險之商業醫療保險不得約定契約期限等，嗣於該法實施後。更要求商業醫療保險領域必須導入「基礎費率（Basistarif）」之契約類型，且明定以下事項，進一步限縮商業保險中私法自治之運作空間：(1)所有商業保險人必須販售「基礎費率」契約；(2)該契約約定之保險給付內容，不得低於法定健康保險之給付水準；(3)保險人不得審查被保險人加入保險時之身體或健康狀態；(4)保險費不得超過法定健康保險之最高數額；(5)保險人不得因被保險人個人之風險發生機率不同，增加其應繳納之保險費數額；(6)對於未加入法定健康保險且滿足一定要件者，保險人不得拒絕與之訂立「基礎費率」契約；(7)對於因

<sup>73</sup> 德國國會另於2006年、2008年、2010年及2011年通過相關法律，對法定健康保險之內容進行部分修正，詳參 松本勝明（2011），〈メルケル政権下の医療制度改革〉，海外社会保障研究，186号，頁16-26。

<sup>74</sup> 參照 孫迺翊，前揭註43，頁389。

負擔保險費而陷入生活窮困之被保險人，應折半收取保險費。至於要求商業保險人販售前述「基礎費率」之醫療保險，目的無非就是要讓上述未享有公法上醫療照顧請求權，也非法定健康保險所定之強制參加被保險人之人投保，以獲得保險提供之醫療保障<sup>75</sup>。

## 第二款 健康基金之創設

德國法定健康保險為避免個別健康保險組合因風險構造上之差異，產生保險費負擔上之公平性問題，原本就設有財政調整機制，以平衡各健康保險組合在被保險人所得高低、眷屬人數多寡、年齡、性別、領取障礙年金之人數等因素所生之風險差異，業如前述。在「法定健康保險競爭強化法」實施後，又創設所謂「健康基金（Gesundheitsfond）」，規定各保險人應將收取之保險費全數繳入「健康基金」，再由「健康基金」按各保險事業之參加人數，以每人定額之「基本撥付額（Grundpauschal）」為基準，並在採用過去已納入之風險因子差異，例如各保險人所屬被保險人之性別、年齡、所得、領取障礙年金之人數等外，再增設所謂「疾病風險群組」，將 128 項高度消耗醫療費用之慢性疾病罹患率，亦列入增額或減額撥付之考量，據以分配資金予各保險人<sup>76</sup>。

此外，相較於勞工災害保險、年金保險、身心障礙保險等其他社會保險制度，早已由國家以稅收補助保險財源，法定健康保險制度中除農業健康保險組合外，仍然是以被保險人及雇主繳納之保險費作為

<sup>75</sup> 參照 笠木映里，前揭註 34，頁 12-15。又德國聯邦憲法法院針對法定健康保險競爭強化法中有關「基礎費率契約」之規定已作出判決，認為保險公司雖然因此必須接受風險較高之被保險人，且不得另行約定較高之保險費或排除特定之給付，但所產生之醫療費用尚非由保險公司終局性負擔，而是透過風險平衡機制分配到所有適用「基礎費率契約」之被保險人，再加上實施「基礎費率契約」固然變更若干契約自由之基本原則，然未根本性地改變市場機制，何況可適用「基礎費率契約」之被保險人範圍非常有限，對於保險公司之營運無明顯影響，當然如未來運作結果確實造成排擠效果時，立法者自有修正之必要。是以，由於立法者為實現基本法第 20 條之社會國原則，使全民均能享有醫療保障，本非只能選擇將全民納入社會保險，也能採取社會保險與商業保險併行之模式，故「基礎費率契約」縱然限制保險公司之職業執行自由，但仍屬為落實全民強制納保之適當手段，也唯有如此始能讓尚未享有醫療保障之居民得以加入醫療保險，同時「基礎費率契約」對保險公司所造成之不利益，相較於重要之公共利益，亦非顯不相當。據此，德國聯邦憲法法院乃肯認「基礎費率契約」規定在目前之合憲性，參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 404-405。

<sup>76</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 392；土田武史（2010），〈医療保険における競争強化と保険者機能の変化〉，健保連海外医療保障，85 号，頁 2-3。



財源基礎，並未仰賴稅收或公庫補助，聯邦政府僅自 2004 年起，必須就國家基於社會救助或社會促進等與社會保險無關之目的，將本來應以稅收支應之社會政策給付轉嫁由法定健康保險之保險人所提供之給付，進而導致保險共同體成員承受與風險分散無關之負擔部分，例如有關懷孕、生產、避孕、流產等特殊醫療給付、生育給付、勞工育嬰期間依法免繳之保險費等，亦即所謂之「外來負擔」，以稅收支付所需費用（惟德國於 2010 年為因應景氣問題所帶來之收入減少狀況，曾由聯邦政府提供臨時性補助 39 億歐元）<sup>77</sup>。此類國家應以稅收支應之財源負擔，在「法定健康競爭強化法」實施後，同樣應全數匯入「健康基金」，再依上述每人定額之方式分配予各健康保險組合。

### 第三款 保險費率之統一與附加保險費

原本允許由各健康保險組合自行訂定之保險費率，在「法定健康保險競爭強化法」實施後，改為要求所有保險人應適用相同之「一般保險費率」，且在「健康基金」總收入高於所有保險人之保險給付及事務費用支出之百分之百時，應降低「一般保險費率」，反之若低於百分之九十五時，則應調高「一般保險費率」。修正理由在於被保險人享有選擇保險人之自由後，法律雖然明文禁止保險人進行「風險選擇」，也就是不允許保險人只接受低風險者投保，卻拒絕高風險者，但實際上保險人仍透過對於高風險者設定嚴格之投保條件進行排除，自應避免發生此類「風險選擇」之狀況<sup>78</sup>。

另外，當個別健康保險組合無法以「健康基金」分配之資金維持收支平衡時，得依章程規定向被保險人徵收「附加保險費」。「附加保險費」依被保險人收入之一定比例或固定數額計算，但不得超過被保險人稅前收入之百分之一，反之如保險人從「健康基金」獲得分配之資金高於所有支出時，則應將超過之保險費退還給被保險人。再者，被保險人一旦行使選擇自由參加特定之健康保險組合後，原則上在

<sup>77</sup> 參照 邵惠玲，前揭註 19，頁 149-151；松本勝明（2012），〈ドイツにおける社会保障財源の見直し〉，海外社会保障，179 号，頁 7、13。

<sup>78</sup> 參照 土田武史，前揭註 76，頁 2-3。

18 個月內之期間內不得變更，僅在遇有保險人開始徵收附加保險費或調高附加保險費率之情形，得例外不受限制<sup>79</sup>。

其後於 2010 年制定之「法定健康保險財政法」，又將上述依「健康基金」收支狀況調整「一般保險費率」之規定廢除，並固定「一般保險費率」為 15.5%，扣除依 2003 年制定之「法定健康保險現代化法」所定之附加保險費率 0.9% 後，其餘由勞工及雇主平均分擔，亦即勞工與雇主各負擔 7.3%。至於如發生保險支出大於保險收入之情形時，應由保險人向被保險人徵收附加保險費作為填補，立法目的在於明確並減輕雇主對於保險費之負擔，藉此增加德國企業相對於其他國際企業之競爭力<sup>80</sup>。附加保險費之數額改採「定額徵收」，由各保險人依照聯邦政府所公告之「平均附加保險費數額」及財務狀況，決定應徵收之數額，被保險人亦可因此選擇更換被保險人，藉以發揮競爭作用<sup>81</sup>。

#### 第四款 保險給付之選擇費率方案

「法定健康保險財政法」在保險給付方面導入「選擇費率方案 (Wahlrtarif)」，要求各健康保險組合在法定保險給付項目外，另需提供「強制性選擇費率方案」及「任意性選擇費率方案」，由被保險人選擇。具體而言，前者之「強制性選擇費率方案」包括：(1) 針對罹患特定慢性病者進行治療之「疾病管理方案」；(2) 結合由保險醫師進行門診治療，及由醫院提供住院治療之「整合性醫療方案」；(3) 需先經家庭醫師初診指示後，再接受專門醫師或醫院治療之「家庭醫師主導方案」；(4) 針對氣喘等特殊疾病患者或預防心肌梗塞疾病之「特別門診醫療方案」；(5) 對自營業者提供傷病津貼之方案。另後者之「任

<sup>79</sup> 參照 藤本健太郎，前揭註 39，頁 7-8；松本勝明，前揭註 73，頁 20。

<sup>80</sup> 參照 藤本健太郎，前揭註 39，頁 8-9；松本勝明，前揭註 73，頁 21-22。

<sup>81</sup> 「平均附加保險費數額」之計算方式，是以次年度保險人可分配之保險費收入與預測之醫療費用支出間之差額，除以應負擔附加保險費之被保險人人數及 12 (月) 後算定，且因設有所謂「社會平衡」之配套措施，亦即當「平均附加保險費數額」超過個別被保險人投保薪資之 2% 時，應將超過部分從該被保險人每月所應繳納之一般保險費中扣除，並由聯邦政府負擔前述應扣除之數額，使附加保險費帶有「健康捐」之色彩；參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 391、393-394；松本勝明 (2011)，前揭註 73，頁 21、26。

意性選擇費率方案」之內容則有：(1)對於被保險人就醫時之部分負擔提供津貼；(2)被保險人除預防性質之醫療給付外，如在一段期間內未曾受領保險給付，可受領一定數額之保險費償還；(3)被保險人受領保險外之醫療措施時，可受領一定數額之保險費償還；(4)住院治療及藥劑費用等部分負擔費用之償還。抑且，被保險人得自由選擇上開方案與保險人締結契約，並支付相應之保險費，惟一旦選擇後，在3年期間內不得變動<sup>82</sup>。

### 第五款 小結：全民醫療保障與保險自治、競爭原理之改變

觀察德國於2007年之改革內容，首要者即為考量醫療保障對於全民之重要性，雖維持過往傳統，仍以「保護必要性」作為判斷應否強制參加法定健康保險之標準，然要求未享有公法上醫療照顧請求權，亦非法定健康保險之強制參加者，必須選擇任意參加法定健康保險或自行購買商業醫療保險，以將全民納入由保險提供之醫療保障範圍內。

其次，為解決法定健康保險之財政問題，於2007年後所進行之連串關於保險財務與給付範圍之改革，也使制度內容與適用原理有所改變。申言之，往昔德國法定健康保險所強調之保險事業自治原理，已因各健康保險組合無從再以規約自行決定保險費率，必須適用相同之「一般保險費率」，而受到相當程度之限縮。抑且，除適用相同之「一般保險費率」外，在保險給付方面實施之「選擇費率方案」，亦導致原本在健康保險組合中由雇主及勞工共同以自治方式決定醫療給付內容之關係，轉變成為類似於商業保險中，由保險經營者與保險購買者間成立之個別契約關係。是此，德國法定健康保險向來強調之保險事業自治，在保險費率統一與保險給付之選擇費率方案導入後，確實受到很大程度之影響。

再者，強調各健康保險組合得透過訂定較低之保險費率以爭取被保險人加入之競爭原理與機制，也在本次改革後出現根本性改變。畢

<sup>82</sup> 參照 土田武史，前揭註76，頁2-3。

竟，當所有健康保險組合都適用相同之「一般保險費率」時，就無法再以較低之保險費率吸引被保險人來參加投保，同時被保險人也必須受到一旦選擇參加特定健康保險組合後，將有 18 個月不得變更之期間限制，在在導致自由競爭之運作空間大幅減少。因此，未來德國法定健康保險中關於保險人間之競爭機制，或將轉變為當特定健康保險組合經營不善，致無法以「健康基金」分配之資金因應支出所需，而必須開徵或提高附加保險費時，被保險人得例外不受上述 18 個月不得變更之期間限制，轉而參加其他健康保險組合之方式，間接促使經營不佳之保險人遭到市場淘汰<sup>83</sup>。

## 第二節 日本之社會健康保險體系

日本之社會健康保險，並非僅為單一之保險制度，而是由適用對象依其職業或居住地不同所分別加入之複數、分立制度構成，本文因此將之稱為「日本之社會健康保險體系」。其中，作為各制度創始之「健康保險」，係以 1922 年制定之「健康保險法」作為實施依據，然該法立法後旋即發生關東大地震，因而延至 1927 年始正式施行。又日本制定健康保險法之社會背景，一方面係處於第一次世界大戰後之經濟不景氣，另一方面也囿於當時礦業法及工場法之保障不足，導致勞工之工作條件極端惡劣，進而頻繁引發勞資爭議造成社會動盪，因此在與德國法定健康保險法制定時相類似之情況下，基於緩和勞資爭議及促進產業和平等政策考量，始制定通過「健康保險法」<sup>84</sup>。

惟健康保險法只以勞工為適用對象，並未將當時人數眾多，卻不具勞工身分之農村居民納入，使得農民因醫療資源匱乏，處於惡劣之健康與衛生條件下，再加上適逢農業恐慌、東北大欠收等天災導致嚴重之貧窮問題，各地甚至傳出必須販賣子女以籌措醫療費用之悲慘狀況。又日本當時處在與中國之戰事中，也有確保農村人力之數量及品質，藉以維持軍力之政策需求，進而促成國民健康保險法於 1938 年

<sup>83</sup> 參照 土田武史，前揭註 76，頁 3-5。

<sup>84</sup> 參照 坂口正之（1985），《日本健康保險法成立史論》，頁 256，京都：晃洋書房。

時完成制定<sup>85</sup>。此外，尚有適用於船員之「船員保險法」(1939年制定)，以及分別以國家公務員、地方公務員、私立學校教職員為適用對象，提供包括醫療、退休、殘障、死亡、意外等給付，性質上屬於綜合性社會保險之「國家公務員共濟組合法」(1948年制定)、「地方公務員等共濟組合法」(1962年制定)、「私立學校教職員共濟法」(1953年制定)，並與前述之「健康保險法」及「國民健康保險法」，共同構成由複數、分立之法律制度形成之日本社會健康保險法體系<sup>86</sup>。

上開各制度實施以後，因日本陸續面臨泡沫經濟崩壞、人口高齡化、少子化及醫療費用膨脹等問題，進而在制度財務上面臨嚴峻之挑戰，為此日本乃於2006年通過健康保險法等相關法律之修正，對既有之社會健康保險法體系及相關制度內容，進行重大改革。

## 第一項 2006年修正前之制度內容

為理解日本社會健康保險各制度之內容，以下將先介紹構成法體系之複數、分立制度，再依序說明有關保險人、適用對象、高齡者醫療制度、保險給付及保險費等重要內容。

### 第一款 複數分立之制度

日本之社會健康保險體系，是以上述「健康保險法」、「國民健康保險法」、「船員保險法」、「國家公務員共濟組合法」、「地方公務員等共濟組合法」、「私立學校教職員共濟法」為依據，分別建立複數、分立之制度構成，此與德國僅有單一之法定健康保險制度不同。又日本多數學說將日本之社會健康保險法體系，區分為適用於有特定職業或身分者之「職業領域健康保險」，及適用於不具有特定職業或身分，而係居住在特定地區者之「地區性健康保險」，前者之「職業領域健康保險」，包括：(1)以一般民間企業之受雇勞工作為對象，並適用健

<sup>85</sup> 參照 佐口卓(1995)，《國民健康保險：形成と展開》，頁1-7，東京：光生館；社団法人國民健康保險中央會(編)(1989)，《國民健康保險五十年史》，頁1-6，東京：株式會社ぎょうせい。

<sup>86</sup> 關於日本建立各社會健康保險法律制度之經緯，參照 蔡茂寅，前揭註11，頁16-18。

康保險法之「健康保險」，再進一步區別為由企業主及勞工共同組成「健康保險組合」擔任保險人之「組合掌管健康保險」，以及由中央之厚生勞動省社會保險廳擔任保險人之「政府掌管健康保險」；(2)以船員為對象，並適用船員保險法之「船員保險」；(3)以公務員及私立學校教職員為對象，並分別適用國家公務員共濟組合法、地方公務員等共濟組合法、私立學校教職員共濟法之「共濟組合制度」；(4)以從事同種類職業之同一地方住民組成之保險組合擔任保險人，並適用國民健康保險法之「組合國民健康保險」，另後者之「地區性健康保險」則指由地方自治團體之市町村擔任保險人，適用國民健康保險法，並以市町村內未加入上述職業領域健康保險之住民為對象之「市町村國民健康保險」<sup>87</sup>。簡言之，日本之社會健康保險法體系，係由「組合掌管健康保險」、「政府掌管健康保險」、「船員保險」、「共濟組合制度」、「組合國民健康保險」與「市町村國民健康保險」等六大不同制度構成。

【表二之 2：日本之社會健康保險法律體系】<sup>88</sup>

制度名稱		法律依據	保險人	保險人數*	參加者人數*
職業領域健康保	組合掌管健康保險	健康保險法	各健康保險組合	1,584	2,999 萬
	政府掌管健康保險		厚生勞動省 社會保險廳	1	3,561 萬 17 萬
	船員保險	船員保險法			
	共濟組合制度	國家公務員	國家公務員共濟組合法	各共濟組合	21
地方公務員		地方公務員等共濟組合法	54		

<sup>87</sup> 參照 窪田隼人（等編）（2002），《新現代社會保障法入門》，二版，頁 76，京都：法律文化社；蔡茂寅，前揭註 38，頁 247 以下。惟日本亦有將「合作社掌管國民健康保險」歸類為「地區性健康保險」之見解，例如西村健一郎（2003），《社會保障法》，頁 15，東京：有斐閣。

<sup>88</sup> 參照 郭躍民（2009），〈日本 2006 年社會健康保險法制改革之評介〉，東吳法律學報，20 卷 3 期，頁 112。

險	私立學校教職員	私立學校教職員共濟法	振興與共濟事業團	166	5,157 萬
	組合掌管國民健康保險		國民健康保險組合		
地區性健康保險	市町村國民健康保險		地方自治團體之市町村	2,531	4,760 萬

\*保險人數及參加者人數，均為在 2006 年修法前，於 2005 年 3 月之統計資料。

## 第二款 保險人

在健康保險法制定前之明治時期，日本民間雖已有以企業單位成立之共濟組合，然此類組合在財源上大多仰賴企業主或雇主，存有濃厚之企業主恩惠性質，不僅不具有勞工相互扶助之色彩，在組織基礎與自治構造上亦非穩定，身為組合員之勞工更對於共濟組合之營運幾無發言權，自然無法與德國在建立法定健康保險時，社會上所存在且得為援用作為保險人之各種民間互助組合相提並論。再者，當時民間之共濟組合數量不多難謂普遍，也缺乏保險營運之經驗及必要之統計資料。有鑑於此，健康保險法並未將當時已存在之共濟組合採為保險人，而是要求以企業為單位，另設立「健康保險組合」擔任保險人。至於選擇以「健康保險組合」擔任保險人，而非直接實施國家公營保險制度之原因，一方面固然是參考德國之比較法經驗，另一方面也期待以企業為單位設立健康保險組合之組織設計，能夠有效防止詐領保險給付以助於企業之勞務管理，並在以官營工廠為中心所育成之近代日本產業中，因應當時勞工已開始追求跨企業團體交涉權之氛圍下，希望由個別企業作為單位，特別是以大型企業為單位所設立之健康保險組合，能夠扮演企業內福利事業之角色，協助弭平及解決勞資爭議。抑且，健康保險法基於保險事業自治之理念，要求健康保險組合應由企業之事業主與勞工共同營運，也與以往民間存在之共濟組合，大多

僅由事業主單方面主導不同<sup>89</sup>。此外，為將所有勞工均納入健康保險法之適用範圍，同時回應當時在野黨之憲政會意見，健康保險法也將國家機關之厚生勞動省社會保險廳，列為補充之保險人<sup>90</sup>。

具體言之，依健康保險法第 11 條及第 12 條規定，經常性僱傭被保險人數已達行政命令所定人數以上之雇主，就關於一個或兩個以上之健康保險適用事業，得經被保險人半數以上同意及訂定規約，並取得厚生勞動大臣許可後，就該一個或二個以上之健康保險適用事業，設立健康保險組合，另健康保險適用事業之雇主，亦得共同設立健康保險組合，此為健康保險組合之「任意設立」。其次，依健康保險法第 14 條規定，厚生勞動大臣得命經常性僱傭被保險人數已達行政命令所定人數以上之雇主，就一個或兩個以上之健康保險適用事業訂定規約，並經厚生勞動大臣許可後，設立健康保險組合，此則為健康保險組合之「強制設立」<sup>91</sup>。

在組織上，健康保險組合具有公法人資格（第 9 條第 1 項），組合員為設立該健康保險組合之健康保險適用事業之雇主、被保險人，以及雖不再受僱於該事業，但選擇任意參加之被保險人（第 17 條）。此外，健康保險組合應設置組合會（第 18 條第 1 項），組合會以偶數之議員組成，並由雇主、勞工選出各半數之議員（第 18 條第 2 項、第 3 項）。組合會作為健康保險組合之意思機關，負責議決規約之變更、預算事項、事業報告及其他規約所定之事項（第 19 條），並有檢查文書簿冊、要求理事或監事報告、檢查議決事項之執行及會計事項等權限（第 20 條第 1 項）。在組合會外，健康保險組合另設置理事及監事，理事人數為偶數，由雇主及勞工各選出半數理事，再由理事推選理事長，監事則由雇主及勞工各選出 1 人（第 21 條）。理事長對外具有代表健康保險組合之權限，負責執行經半數理事決議之業務事項，監事則負責監督健康保險組合之業務執行及財產狀況（第 22 條）。惟

<sup>89</sup> 參照 佐口卓（1977），《日本社会保険制度史》，頁 160-162，東京：勁草書房；坂口正之，前揭註 84，頁 256。

<sup>90</sup> 參照 島崎謙治（2005），〈わが国の医療保険制度の歴史と展開〉，遠藤久夫（等編），《医療保険・診療報酬制度》，頁 5，東京：勁草書房；笠木映里，前揭註 34，頁 218-219、224。

<sup>91</sup> 目前日本所有之健康保險組合均為「任意設立」，並無「強制設立」之健康保險組合存在。參照 西村健一郎（2003），前揭註 88，頁 156。



健康保險適用事業若未設立健康保險組合者，其受僱勞工則應以厚生勞動省社會保險廳為保險人加入健康保險。

至於依「船員保險法」建立之船員保險，係以船員作為適用對象，提供包括醫療、年金、失業、勞災等給付之綜合性保險，並由厚生勞動省社會保險廳擔任單一保險人<sup>92</sup>。

在共濟組合制度方面，國家公務員部分係由中央各省廳或公營事業人員組成之各共濟合作社擔任保險人，地方公務員部分由都道府縣、地方公立學校、各指定都市或市町村之職員、警察所組成之各共濟合作社擔任保險人，私立學校教職員則由「日本私立學校振興與共濟事業團」擔任保險人。

又於 1938 年制定之國民健康保險法，原本是以任意設立之地區性國民健康保險組合，包括以同一地區內之家長為成員設立之「普通國民健康保險組合」，及以從事特定業務內容之自營業者為成員設立之「特別國民健康保險組合」作為保險人，且賦與各組合得以規約決定排除適用之對象、保險給付之比例及部分負擔等，享有廣泛之自治權限。然嗣後為因應第二次世界大戰時期之「強兵強民政策」及「總動員體制」，乃於 1942 年修法將國民健康保險組合由任意設立改為強制設立，並要求適用對象必須強制加入成為組合員，以提供戰爭所需之軍事人力。迭至第二次世界大戰結束後，各國民健康保險組合雖已普遍設立，但組合員因戰後生活困難，滯納保險費情形十分嚴重，同時醫療資源缺乏及通貨膨脹等問題，更造成醫療費用與事務費用急速增加，各組合無法解決財政問題，陸續中止營運，使得國民健康保險面臨崩潰危機。為此，國民健康保險再次進行修正，原則上改為「市町村公營」<sup>93</sup>，亦即由地方自治團體之各市町村，直接擔任國民健康保險之保險人，取代原本之國民健康保險組合，其考量因素為：(1) 增加國民健康保險之公共性，並期待該制度得以存續，繼續以社會保險方式完成分擔住民生活風險之重要任務；(2) 市町村同時為實施疾病預防、公眾衛生及生活保護之行政主體，將國民健康保險改由市町

<sup>92</sup> 參照 菊池馨実 (2014)，《社会保障法》，頁 324，東京：有斐閣。

<sup>93</sup> 參照 笠木映里，前揭註 34，頁 226-227。

村經營，可同時促進衛生事務之統合，增進行政效率；(3)由市町村公營之國民健康保險，不論財源係以保險費或地方稅之形式徵收，實質上有類似租稅之性格，相較於往昔國民健康保險組合收取保險費，具有顯著之實現可能性及便利性，足以緩和國民健康保險當時面臨之財政困境<sup>94</sup>。惟同時在不妨礙市町村公營之原則下，可經由行政機關認可，延續以往「特別健康保險組合」之例，由同一地區內從事同種類職務者組成「國民健康保險組合」，擔任國民健康保險之保險人<sup>95</sup>。由是觀之，以國民健康保險組合擔任保險人之國民健康保險，可謂同時具有「職業領域健康保險」及「地區性健康保險」之性質<sup>96</sup>。

詳言之，依國民健康保險法第3條規定，國民健康保險之保險人原則上為地方自治團體之各市町村<sup>97</sup>或特別區，另由在同一地區內設有住所且從事同種類職業或業務之組合員組成之「國民健康保險組合」，亦得擔任保險人。所謂「同一地區」，係指1個或2個以上之特定市町村，但有特別理由時可不受限制（第13條第1項、第2項）。國民健康保險組合具有公法人資格（第14條），其組成應由15人發起並作成規約，經300名以上應成為組合員者之同意及都道府縣知事之認可後設立，且都道府縣知事應諮詢市町村長之意見，倘認為該國民健康保險組合之設立將對市村國民健康保險營運產生障礙時，應不予認可（第17條第1項至第3項）。國民健康保險組合由組合員選出之組合會議員所組成之組合會作為意思機關，負責議決規約變更、預算決算等事項，並由組合會選出5名以上之理事作為執行機關，及選出2名以上之監事負責業務監督（第23條第1項至第3項、第26條第1項至第3項、第27條）。如從實際情形，日本之醫師、牙醫師、藥劑師、營造業等，普遍在各地設立國民健康保險組合，稅務士、美容美髮業從業人員及律師等，則在特定地區設立國民健康保險組合，

<sup>94</sup> 參照 荒木誠之（1999），《生活保障法理の展開》，頁51，京都：法律文化社。

<sup>95</sup> 參照 島崎謙治，前揭註90，頁6-13。

<sup>96</sup> 參照 上村正彥（1997），〈医療保険改革と国民健康保険組合〉，週刊社会保障，1927号，頁46-47。

<sup>97</sup> 日本之地方自治團體係採二層級構造，最底層為「市町村」，與住民最為接近，可謂為地方自治之基礎，其上則為「都道府縣」，介於市町村與中央之間，屬於廣域地方自治團體。參照 室井力（等編）（2005），《新現代地方自治法入門》，二版，頁44-46，京都：法律文化社；宇賀克也（2007），《地方自治法概說》，二版，頁19，東京：有斐閣；許宗力（等著）（1992），《地方自治之研究》，頁23-24，新北：業強。

依 2011 年之統計資料所示，日本全國共有 155 個國民健康保險組合<sup>98</sup>，然自 1974 年沖繩復歸後設立沖繩縣醫師國民健康保險組合，日本迄今未再允許設立新國民健康保險組合。

綜上可知，日本六大社會健康保險制度中，政府掌管健康保險及船員保險均由厚生勞動省社會保險廳擔任單一保險人，私立學校教職員部分由「日本私立學校振興與共濟事業團」擔任單一保險人，至於組合掌管健康保險、國家公務員共濟組合、地方公務員共濟組合及組合掌管國民健康保險、市町村國民健康保險等則設有複數保險人。然而，由各種組合擔任保險人之組合掌管健康保險、共濟組合及組合國民健康保險等，雖設置組合會作為意思機關，決定組合之相關事項，但因保險醫療給付內容之決定，包括保險醫療機構之指定、醫療給付規則之訂定、醫療費用與診療報酬額之決定等，法律上仍規定為厚生勞動大臣之權限，除少數得由組合提供之「附加給付」<sup>99</sup>外，各組合實際上並無太大之自主權，甚至不具有透過代表向厚生勞動大臣表示意見之程序保障。準此，組合作為保險人之功能，在不具有保險給付決定權之狀況下，往往不過僅止於收取保險費及支付醫療費用。此外，政府掌管健康保險、船員保險與市町村國民健康保險，分別由國會、地方議會作為保險營運之意思機關，但國會及地方議會代表全體國民或住民，並非僅代表加入政府掌管健康保險、船員保險或市町村國民健康保險之被保險人及保險費負擔者，實難認為具有實施保險事業自治之意義。從而，若與德國法定健康保險相較，日本之社會健康保險雖有多元、複數保險人，但保險事業之自治空間實則相當有限<sup>100</sup>。

### 第三款 適用對象

健康保險之適用對象為「被保險人」及「由被保險人扶養之眷屬」，被保險人又再區分「一般被保險人」及「日雇特例被保險人」。再者，「一般被保險人」分為「健康保險適用事業之被使用人」及「任意繼

<sup>98</sup> 參照 菊池馨實，前揭註 92，頁 337。

<sup>99</sup> 即使在「附加給付」方面，針對提供附加給付之健康保險組合所應具備之資格要件，附加給付之種類、數額及期間等，亦必須受到日本厚生勞動省所定「健康保險組合事業營運基準」之限制。

<sup>100</sup> 參照 倉田聡，前揭註 28，頁 3-5；郭躍民，前揭註 88，頁 116。

續被保險人」二類，前者應強制參加健康保險，後者則得由符合法定資格要件者，自行決定是否參加健康保險<sup>101</sup>。申言之，強制參加之「一般被保險人」應符合「健康保險適用事業」之「被使用人」二項要件，前者之「健康保險適用事業」係指：(1)屬於健康保險法第 3 條第 3 項第 1 款第 1 目至第 16 目所定之事業類別，雖不具有法人資格，但經常性使用之從業人員達 5 人以上之事業所；(2)國家、地方自治團體或具有法人資格之事業所，且經常性使用之從業人員在 1 人以上者<sup>102</sup>；(3)其他經厚生勞動大臣認可之事業所，後者之「被使用人」則指在上開事業所中從事業務，事實上依事業主之指揮命令來提供勞務，並以此作為對價而受有報酬之人，且不問是否與事業主間存有契約關係，或與事業主間所訂立之契約性質為何，亦即僅以在上開事業所內任職人員是否與事業主間具有「事實上之使用關係」作為唯一判斷基準<sup>103</sup>。依此標準，「被使用人」除當然包括勞動基準法規定之勞工外，按照判例見解，也及於在公司任職之董事或適用委任契約之職員。然而，符合前述要件之被使用人如為「日雇特例被保險人」，或為修正前健康保險法第 13 條第 1 項第 1 款至第 6 款所定之人，例如船員保險之被保險人、為臨時性使用關係之按日雇用者或使用期間在 2 個月以內者、所在地不固定之事業所使用之人、因季節性業務所使用之人（使用期間不超過連續 4 個月）、為臨時性業務之事業所使用之人（使用期間不超過連續 6 個月）、國民健康保險組合之組合員等，則均排除為被保險人。此外，實務上要求「被使用人」必須具有「經常性使用關係」，原則上應依「該被使用人之服勞務之內容日數、時間、型態等進行綜合性判斷」，且依行政命令之解釋，若該被使用人服勞務之時間及日數，已達該適用事業從事同種類業務之一般被使用人之四分之三時，即應屬於健康保險法之被保險人。至於非強制參加之「任意繼續被保險人」，則指健康保險適用事業之被使用人因退職等原因喪失被保險人資格後，且在喪失資格前一日曾以被保險人身分參加健

<sup>101</sup> 參照 岩村正彦(2001)，〈社会保障法入門 27〉，自治実務セミナー，40 卷 3 号，頁 10-11。

<sup>102</sup> 依此規定，國家及地方自治團體之事業所屬於健康保險保險適用事業，然而於此類事業所中具有事實上使用關係之人，亦即國家公務員共濟組合之組合員、地方公務員共濟組合之組合員，不適用關於健康保險之給付，也毋須繳納健康保險之保險費，而係按期向共濟組合繳交掛金，另在私立學校教職員共濟制度部分亦同。

<sup>103</sup> 參照 岩村正彦，前揭註 101，頁 12-13。

康保險連續 2 個月以上，得在喪失資格後 20 日內申請繼續向該保險人投保，保險人無正當理由不得拒絕<sup>104</sup>。

由於按日雇用或臨時性雇用之勞工，具有僱傭關係不安定及薪資較低等特性，往昔係將之排除在健康保險適用範圍外，而係要求加入於 1953 年創設之日雇勞動者保險制度。然為解決該制度實施後面臨之嚴重財政及赤字問題，乃於 1984 年修正健康保險法時，將之與健康保險統合，並增設「日雇特例被保險人」作為健康保險之被保險人。依修正前健康保險法第 69 條之 7 規定，日雇特例被保險人係指為「法定事業所」所使用之「日雇勞動者」，而關於「法定事業所」之判斷，則與前述健康保險適用事業之事業所認定相同，不再贅述。又關於「日雇勞動者」，係指：(1)屬於臨時性使用關係之按日雇用，且期間超過 1 個月但未滿 2 個月者，或使用期間約定在 2 個月以內者；(2)因季節性業務所使用，且使用期間不超過連續 4 個月者；(3)臨時性業務之事業所所使用，且使用期間不超過連續 6 個月者<sup>105</sup>。

此外，符合下列資格者，應以被保險人之「被扶養人」身分參加健康保險：(1)被保險人之配偶（包括與被保險人具有未登記之事實上婚姻關係）、直系血親尊親屬、子女、孫子女及弟妹，且主要依賴被保險人維持生計者；(2)被保險人之其他三親等親屬，且與被保險人屬於同一家庭（或共同生活戶），並主要依賴被保險人維持生計者；(3)被保險人配偶（包括與保險人具有未登記之事實上婚姻關係）之父母、子女，且與被保險人屬於同一家庭（或共同生活戶），並主要依賴被保險人維持生計者；(4)被保險人配偶（包括與被保險人具有未登記之事實上婚姻關係）死亡後，該配偶之父母、子女繼續與被保險人屬於同一家庭（或共同生活戶），且主要依賴被保險人維持生計者（第 3 條第 7 項）。復依行政命令之規定，認定被扶養人是否「主要依賴被保險人維持生計」，係指該人與被保險人屬於同一家庭而年收入未達 130 萬日圓者，或非與被保險人屬同一家庭而年收入未達

<sup>104</sup> 參照 菊池馨実，前揭註 92，頁 327-329。

<sup>105</sup> 參照 岩村正彦（2001），〈社会保障法入門 30〉，自治実務セミナー，40 卷 7 号，頁 9-10。

180 萬日圓者<sup>106</sup>。

其次，為船舶所有權人所使用，且合乎船員法第 1 條規定要件之船員，應強制參加船員保險，而為船員保險之被保險人。具體而言，包括在日本籍船舶及其他依國土交通省行政命令船舶上之船長、船員及預備船員等。又嗣後雖已喪失被保險人資格，但在喪失之日前曾繼續參加船員保險 2 個月以上者，得就船員保險中關於健康保險及死亡時之喪葬費給付部分，申請成為任意繼續被保險人。另且，由被保險人扶養之人，應以「被扶養人」身分參加船員保險，其認定標準與上述健康保險法之規定相同，並適用關於疾病、傷害及死亡時之家族喪葬費等部分之保險給付規定<sup>107</sup>。

在中央各省廳及所屬獨立行政法人中服常時勤務之國家公務員，包括法務省所轄各矯正機構及厚生勞動省所轄各獨立行政法人國立醫院在內，均為國家公務員共濟組合制度之組合員。另在地方層級之都道府縣中服常時勤務之地方公務員，包括公立學校之職員及警察等則屬地方公務員共濟組合之組合員。又依私立學校法成立之學校法人或事業團所使用之職員，應加入日本私立學校振興與共濟事業團，且其等稱為「加入者」，而非組合員，但不包括非專任或臨時性之職員。組合員或加入者扶養之人，應以「被扶養人」適用加入共濟組合或共濟制度，其認定標準基本上與上述健康保險法規定相同，並適用關於疾病、傷害、分娩及死亡時家族喪葬費等給付部分<sup>108</sup>。

凡不屬於上述健康保險、船員保險、國家公務員共濟組合制度、地方公務員共濟組合制度或私立學校教職員共濟制度之適用對象者，均為國民健康保險之適用對象。其中，除國民健康保險之組合員外，凡在市町村或特別區設有住所者，應以被保險人身分加入市町村國民健康保險，且參加市町村國民健康保險者皆為被保險人，並無被扶養人之概念<sup>109</sup>。至關於「住所」之認定，係依日本民法第 22 條所示之

<sup>106</sup> 參照 菊池馨実，前掲註 92，頁 329-330。

<sup>107</sup> 參照 岩村正彦(2001)〈社会保障法入門 3 2〉，自治実務セミナー，40 卷 10 号，頁 10-11。

<sup>108</sup> 參照 岩村正彦，前掲註 107，頁 11-13。

<sup>109</sup> 另市町村國民健康保險之被保險人，如依厚生年金法等相關年金法律，已具有領取老年給付或退休給付之資格者，倘其適用相關年金法律之期間合計達 20 年，或在年齡滿 40 歲後成為年金保險之被保險人達 10 年以上，則自年金受給權發生日起，由一般被保險人變更為「退職被保險

「生活本據地」為標準，亦即客觀上有居住之事實，且主觀上有居住之意思。另外國人是否屬於國民健康保險之被保險人，行政命令原係規定外國人需入境1年以上，且依外國人登錄法完成登錄者，始得成為國民健康保險之被保險人，嗣因厚生勞動省依照日本最高法院判決意旨修正國民健康保險法施行規則，更進一步明定不具有合法居留資格之外國人，均不得成為國民健康保險之被保險人<sup>110</sup>。

最後應特別加以說明者在於，雖然一般認為日本透過上述六大社會健康保險制度之適用，業已達到「國民皆保險」之目標，將所有國民納入社會健康保險法之體系保障中。然而，實際上由於依生活保護法受領生活保護給付者，以及與該人屬於同一家庭者，囿於經常性貧困而無力繳交保險費，非僅不具有健康保險法等職業領域健康保險制度之適用資格，亦經排除在市町村國民健康保險之適用範圍外，各其等在遭遇傷害或疾病等生活事故時，係以事前申領取之醫療券在指定之醫療機關接受診療服務，而不得自由選擇在保險醫療機構就醫，在性質上應係受領社會扶助之給付，並非參加社會保險。由此以觀，如就嚴格意義而言，尚難謂日本係全民均參加社會健康保險<sup>111</sup>。

#### 第四款 高齡者醫療制度

日本自1960年代起開始出現「人口高齡化」現象<sup>112</sup>，且不僅老年人口眾多，也由於70歲以上之高齡者大多已經退休，不再具有參加職業領域健康保險之資格，只能參加市町村國民健康保險，因此在受領保險給付時，應依照國民健康保險法規定負擔部分醫療費用，造成退休後收入較少之高齡者，面臨沉重之就醫負擔<sup>113</sup>。為此，日本乃

---

人」，並因而得享有就醫時部分負擔比例之減少，直至其符合老人醫療制度之資格時。參照 岩村正彦（2001），〈社会保障法入門34〉，自治実務セミナー，40卷12号，頁12-13。

<sup>110</sup> 參照 菊池馨実，前掲註92，頁331-332。

<sup>111</sup> 參照 稲森公嘉（2012），〈公的医療保険における保険原理と社会原理の均衡点〉，菊池馨実（編），《社会保険の法原理》，頁156-157，京都：法律文化社。

<sup>112</sup> 「人口高齡化」係指人口構成比例邁向「高齡化社會」之過程，如依聯合國1956年人口統計資料，「高齡化社會」係指65歲以上人口之比例達全體人口數之7%以上，但未滿14%之情形，在概念上與「高齡社會」（65歲以上人口比例在14%以上、未滿21%）、「超高齡社會」（65歲以上人口比例在21%以上）相對應；參照 岩村正彦（2007），〈高齡化社会と法(1)：高齡化の現状と基本政策〉，法学教室，317号，頁13。

<sup>113</sup> 參照 倉田聡（2002），〈老人保健拠出金制度の問題点と健康保険事業の可能性（上）〉，健

於 1972 年時修正「老人福祉法」，改以公費支應 70 歲以上高齡者接受保險醫療給付時之部分負擔，使高齡者享有免費之保險醫療給付，創設所謂「高齡者醫療制度」<sup>114</sup>。

然而，老人福祉法修正後免除高齡者就醫時之部分負擔，卻使得高齡者在就醫時不再有所節制，反而形成高齡者濫用保險醫療給付之問題，保險醫療費用支出也因而快速成長。此外，高齡者集中加入市町村國民健康保險，亦為擔任保險人之市町村帶來沉重之財政負擔，產生市町村國民健康保險與其他職業領域健康保險制度間之負擔不公平問題<sup>115</sup>。有鑑於此，日本於 1982 年制定「老人保健法」<sup>116</sup>，一方面為抑制不必要之醫療行為，明定高齡者接受保險醫療給付時應「定額負擔」一定數額之醫療費用，另一方面針對高齡者醫療制度之保險醫療費用支出，建立由公費（國家及地方自治團體之都道府縣、市町村）與其他社會健康保險保險人按比例分擔之「共同支付制度」，亦即高齡者之保險醫療費用支出，不再僅由高齡者所參加之個別保險人（通常為市町村）負擔，而是由國家、地方自治團體與各保險人共同負擔<sup>117</sup>。其後，為解決泡沫經濟崩壞為社會健康保險所帶來之嚴峻財政問題，日本又於 2002 年修正高齡者醫療制度，除將適用對象之年齡門檻調高至 75 歲外，復將上述對於高齡者就醫所採取之「定額負擔」改為「定率負擔」，要求高齡者應於就醫時自行負擔保險醫療費用之一成，並階段性調高公費負擔高齡者醫療制度費用支出之比例至百分之五十<sup>118</sup>。

由此可知，「高齡者醫療制度」並非在原來之六大社會健康保險

---

康保險，56 卷 9 号，頁 26-27。

<sup>114</sup> 參照 岩村正彦(2000)〈社会保障法入門 2 4〉，自治実務セミナー，39 卷 12 号，頁 11-12。

<sup>115</sup> 參照 西村健一郎，前掲註 88，頁 212；岩村正彦(2007)〈社会保障法入門 8 5〉，自治実務セミナー，46 卷 3 号，頁 9。

<sup>116</sup> 關於老人保健法之立法背景與經過之說明，可參照 渡邊芳樹(1992)〈老人保健法制定の立法過程〉，北海道大学法学論集，42 卷 4 号，頁 1165 以下。

<sup>117</sup> 至於在負擔比例上，如以 2006 年改革前之制度為例，原則上由公費負擔百分之三十，其餘百分之七十則由各社會健康保險之保險人負擔。此外，在公費負擔部分，國家、都道府縣與市町村應按 4：1：1 之比例分擔，在各保險人負擔之部分，則依高齡者參加各社會健康保險制度之人數比例決定。參照 西村健一郎，前掲註 88，頁 146-147、216-218；江口隆裕(2006)〈高齡者医療制度の課題と展望〉，週刊社会保障，2394 号，頁 48。

<sup>118</sup> 參照 江口隆裕，前掲註 117，頁 49。



制度外，另行創設新保險制度或設立新保險人，高齡者仍應按其職業身分及居住地區不同，分別參加職業領域健康保險或市町村國民健康保險，只是在高齡者受領保險醫療給付時減輕其部分負擔數額，並考量各保險人間之財政公平性，實施由國家、地方自治團體及各保險人共同支付高齡者醫療費用之制度<sup>119</sup>。

## 第五款 保險給付

日本社會健康保險所提供之保險給付，可分為「實物醫療給付」與「金錢給付」<sup>120</sup>。在前者之「實物醫療給付」部分，是由保險人提供包括診察服務、藥劑或醫療材料、手術、處置或其他治療、在宅療養管理及看護照顧、住院照顧及看護等給付項目，且依照「保險醫療機關及保險醫師療養擔當規則」第2條規定，實物醫療給付必須對被保險人及被扶養人提供「妥當」且「適切」之醫療。此外，被保險人受領實物醫療給付時，應自行負擔保險醫療費用之三成，但高齡者則之部分負擔比例較低，已如上述。其次，依健康保險法之規定，適用對象中之被扶養人，雖得自由選擇在保險醫療機構就醫，惟保險人並非對被扶養人提供實物醫療給付，而係核算被扶養人就醫所需之費用後，再以「家族醫療費」之形式支付被保險人，作為醫療費用之償還。然在實務運作上，因為要求被扶養人先在就醫時自行支付醫療費用，事後再由保險人償還「家族療養費」之方式，徒然增加被保險人之不便，故保險人實際上均直接將核算後之「家族醫療費」支付給保險醫療機構，事實上仍可謂是對被扶養人提供實物醫療給付。

至於後者之「金錢給付」部分，則由保險人提供包括以下給付：  
(一)住院期間之「餐食療養費」及「生活療養費」；  
(二)被保險人在宅接受療養或訪問看護事業之看護照顧時領取之「訪問看護醫療費」；  
(三)被扶養人在宅接受療養及訪問看護事業之看護照顧得領取之「家族訪問看護醫療費」；  
(四)因不得已事由必須在非保險醫療機構就醫時，被保險人得領取「療養費」，及如在國外之醫療機構就醫時，得

<sup>119</sup> 參照 郭躍民，前揭註 88，頁 112-113。

<sup>120</sup> 參照 菊池馨実，前揭註 92，頁 338-349。

領取「海外療養費」；(五)被保險人及被扶養人前往醫院接受診療時，可領取「移送費」及「家族移送費」；(六)被保險人選擇接受非屬保險醫療給付範圍，但經厚生勞動大臣認可之「評價醫療」(指先進之醫療行為)或「選定醫療」(指非必要之醫療行為)時，得就通常所需之費用，領取「保險外醫療費」；(七)因長期住院或長期療養，導致部分負擔數額過高時，得領取「高額療養費」；(八)考量生產非屬典型之保險事故，大多能夠預先準備及規劃，且生產所需之醫療內容，亦往往因地區、醫療機構及個人選擇而有差異，故被保險人生產時，保險人並非提供實物醫療給付，而是提供一次性之「生產育兒津貼」，另健康保險之被扶養人生產時，亦可領取一次性之「家族生產育兒津貼」；(九)健康保險法之被保險人從生產前 42 日至生產後 56 日間如未服勞務，得另領取按每日標準報酬額三分之二計算之「生產津貼」；(十)為保障被保險人之所得水準，健康保險法對於因病接受療養而未能服勞務之被保險人，提供自未服勞務第 4 日起，按每日標準報酬額三分之二計算之「傷病津貼」，最長期間為 1 年 6 個月，超過後則改領取障礙年金；(十一)被保險人或被扶養人死亡時，其遺族得領取一次性之「喪葬津貼」<sup>121</sup>。

此外，除上述「實物醫療給付」與「金錢給付」外，健康保險組合得自行依規約，對被保險人提供各種「附加給付」，例如為減輕就醫時之部分負擔金額而提供之給付。

惟健康保險及共濟組合制度對於被保險人所提供之上開給付，僅限於被保險人非因業務上之事由而遭受疾病、傷害或死亡之情形，如被保險人之疾病、傷害或死亡係因業務上之事由所造成時，則應適用勞災保險法之給付規定。另外，有關公務員共濟組合制度中之非長期性醫療給付部分，亦同樣限於組合員非因公務上事由而遭逢傷害或疾病之情形。

---

<sup>121</sup> 惟金錢給付中之各種「療養費」給付，依學者觀察，大多基於與「家族療養費」相同之考量，實際上以現物給付之形式提供給參加者；參照 菊池馨實，前揭註 92，頁 340。



## 第六款 保險費

依健康保險法規定，被保險人之保險費係按該被保險人之標準報酬月額分級表乘以保險費率，加計其標準年度獎金數額乘以保險費率後所得之數額。至於保險費率，在組合掌管健康保險，由各保險組合於百分之三至百分之九點五範圍內自行決定，但應經厚生勞動大臣認可，在政府掌管健康保險則依健康保險法明定為百分之八點二，惟同時授權厚生勞動大臣遇有 5 年內保險財政無法平衡時，得在百分之六點六至百分之九點一之間調整。抑且，不問由被保險人所扶養，而以被扶養人身分加入健康保險之人數，每一被保險人均適用相同之保險費率。又雇主與被保險人原則上應各半分擔保險費，並由雇主負擔收繳保險費之義務，且得逕行從工資中扣除。此外，健康保險組合得以規約，要求雇主負擔半數以上之保險費。至於任意繼續被保險人，則應自行負擔全額之保險費，並向保險人繳納。

國民健康保險營運所需之醫療費用及事務費用，除以保險費之形式向組合員或家長收取外，亦得以地方稅形式之國民健康保險稅進行課徵，且不問家長是否為國民健康保險之被保險人，縱使家長係參加其他職業領域健康保險之人，仍負有繳納國民保險費之義務。另且，由於地方稅在實務上較利於徵收，故大多數之市町村均採用國民健康保險稅之形式進行徵收<sup>122</sup>。

又無論國民健康保險費或國民健康保險稅，均將計算保費之基礎區分為「被保險人之應益負擔比例」及「被保險人之應能負擔比例」二類。申言之，前者之「被保險人之應益負擔比例」，係指被保險人因參加國民健康保險而受有利益之應負擔部分，包括按照被保險人總數計算平均每一人需負擔金額之「被保險人均等比例」，及按照被保險人所屬家庭人數占各類別家庭平等比例總額算定之「家庭別平等比例」。至於後者之「被保險人之應能負擔比例」，則指被保險人依其經濟能力應負擔之部分，包括按被保險人所得計算之「所得比例」，及按照各家庭固定資產稅除以同地區內總家庭資產稅計算之「資產比例」

<sup>122</sup> 參照 西村健一郎，前揭註 88，頁 193。

具體而言，在國民健康保險中，所有被保險人應負擔之保險費或保險稅總額，即所謂「國民健康保險賦課總額」，是將「基礎賦課總額」（預估年度所需之保險給付費用總額扣除公庫負擔之金額）、「後期高齡者支援金賦課總額」與「介護納付金賦課總額」合計後算定。至於個別被保險人所應負擔之保險費或保險稅數額，則是以「國民健康保險賦課總額」為基礎，由保險人自行選擇下述「四區別方式」、「三區別方式」或「二區別方式」所採計之比例算定：(1)四區別方式：「所得比例」占百分之四十，「資產比例」占百分之十，「被保險人均等比例」占百分之三十五，「家庭別平等比例」占百分之十五。(2)三區別方式：「所得比例」占百分之五十，「被保險人均等比例」占百分之三十五，「家庭別平等比例」占百分之十五。(3)二區別方式：「所得比例」占百分之五十，「被保險人均等占比例」百分之五十（國民健康保險法施行令第 29 條之 7 第 2 項第 2 款）<sup>124</sup>。

在前述國民健康保險費或保險稅之計算方式中，無論何者所採計之「被保險人之應益負擔比例」與「被保險人之應能負擔比例」，均為各百分之五十，且其中「四區別方式」因將家庭之固定資產納入考量，適合使用在家庭通常具有固定資產且家庭意識強烈之農村，另將資產因素排除之「三區別方式」，則適合使用在中小型之地方都市，至於「二區別方式」，較適合使用在家庭意識相對薄弱且家庭人數少之大都市。抑者，由於高齡化現象與家庭結構改變，造成低所得且僅保有資產之家庭數增加，再加上資產由法人持有或存在於保險實施地區範圍外之情形也日趨多見，導致選擇採計「資產比例」之保險人有逐漸減少之傾向。最後，隨著家庭中僅有被保險人一人之情況越來越多，將來是否仍應維持將「家庭別平等比例」納為計算保險稅費之基礎，以及「被保險人之應益負擔比例」是否在無論何者之方式中都應

<sup>123</sup> 參照 碓井光明（2009），《社会保障財政法精義》，頁 250-252，東京：信山社；蔡茂寅，前揭註 11，頁 134-137。

<sup>124</sup> 參照 碓井光明，前揭註 123，頁 248-249；蔡茂寅，前揭註 11，頁 132-134。至於船員保險、共濟組合制度因屬綜合性社會保險制度，保險給付不以針對疾病、傷害或懷孕分娩等風險之相關醫療或金錢給付為限，故關於船員保險之保險費及共濟組合之掛金、負擔金徵收及計算方式，因與本文設定之研究議題較無直接關連，茲省略不述。

定為百分之五十，也都存有能否合乎日本社會家庭結構之檢討與質疑。



## 第二款 2006 年之改革內容

隨著平均壽命因醫療技術進步不斷增加，同時少子化則造成低年齡人口減少，導致日本近年來面臨著嚴重之人口急速高齡化問題<sup>125</sup>。由於高齡者對於醫療之需求較高，再加上醫療持續朝向昂貴化進展，日本社會健康保險之醫療費用支出急速增加，財政問題日漸嚴重，遂有進行改革之必要<sup>126</sup>。為此，日本國會於 2006 年時正式通過健康保險法等相關法律之修正，並分階段實施，對日本社會健康保險進行重大改革<sup>127</sup>。簡言之，本次改革係以「確保安心、信賴之醫療與重視疾病之預防」、「促進醫療費用之妥適化」及「實現超高齡社會之新醫療保險體系」為目的，主要內容包括「綜合性追求醫療費用之妥適化」、「新高齡者醫療制度之創設」及「保險人之調整與統合」等三大部分<sup>128</sup>，以下僅就與本文研究議題相關之後二者進行說明。

### 第一款 新高齡者醫療制度之創設

在以往之高齡者醫療制度中，高齡者仍應依其身分或職業分別參加健康保險或國民健康保險，僅在保險醫療費用支出上採取「共同支付制度」，課由公費（國家、地方自治團體）與各保險人按比例共同負擔，因此造成「財政營運責任不明確」及「高齡者與工作世代間之負擔關係不明確」等問題。另且，75 歲以上高齡者因生理機能及日常生活能力多有顯著退化，罹患生活習慣疾病而需住院治療之比例明

<sup>125</sup> 此外，日本於二次世界大戰後嬰兒潮中大量出生之「團塊世代」將逐漸成為高齡者，也是促成日本急速邁向高齡社會之另項因素，依統計資料顯示，日本至 2025 年時，65 歲以上高齡者佔總人口數之比例將高達 30.5%。有關「高齡化」問題與背景之進一步說明 詳參 江口隆裕 (2005)，〈少子高齡社会と社会保障〉，ジュリスト，1282 号，頁 6-8。

<sup>126</sup> 日本近年來之醫療費用，以每年約一億日圓之規模持續成長（除 2000 年外），成長比率高達 3%~4%。參照 厚生労働省保険局総務課 (2006)，〈医療保険制度の現状と課題〉，週刊社会保障，2394 期，頁 12。

<sup>127</sup> 參照 岩村正彦 (2007)，〈医療・介護・障害者福祉改革総論：改革の概観〉，ジュリスト，1327 号，頁 8、18-19。

<sup>128</sup> 參照 厚生労働省保険局総務課，前掲註 126，頁 12。

顯較高，亦有必要針對其等特殊之身心及健康需要，提供不同之保險醫療給付<sup>129</sup>。有鑑於此，日本於 2006 年改革時新設以下之「前期高齡者醫療制度」及「後期高齡者醫療制度」。

首先，適用於 65 歲以上、未滿 75 歲者之「前期高齡者醫療制度」，仍維持過往之架構，由前期高齡者依身分、職業或居住地不同，分別加入健康保險或市町村國民健康保險。然考量八成以上之前期高齡者因退休而集中加入市町村國民健康保險，故為追求保險財政負擔之公平性，自應完全按照各保險事業中前期高齡者人數之比例，實施財政調整制度。準此，前期高齡者醫療制度於 2008 年 4 月實施後，應以全國之前期高齡者平均參加人數作為基準，由前期高齡者人數低於平均數之保險人（通常為組合掌管健康保險或政府掌管健康保險），繳付調整金予前期高齡者人數高於平均數之保險人（通常為市町村國民健康保險）。如此一來，過去按照特定比例共同負擔高齡者保險醫療費用支出造成「財政營運責任不明確」問題，即可獲得一定程度之解決<sup>130</sup>。

至於自 2008 年 4 月起實施，適用於 75 歲以上之「後期高齡者醫療制度」<sup>131</sup>，係一方面考量人口高齡化造成醫療費用支出之持續增加，而有擴大保險事業規模藉以確保財政安定之必要，另一方面也因市町村作為地方自治之基礎層級，在保險費收取、各類事務申請及住民資訊保有等事項上，仍具有不可否認之便利性，乃在各都道府縣層級設立由下轄全部市町村加入之「廣域連合」<sup>132</sup>，擔任後期高齡者醫療制度之保險人<sup>133</sup>，並將有關保險費收取、保險憑證處理等日常事務之執行，

<sup>129</sup> 參照 土佐和男（2007），〈後期高齡者医療制度の基礎知識 2〉，週刊社会保障，2416 号，頁 31。

<sup>130</sup> 參照 江口隆裕，前揭註 125，頁 50；土佐和男（2007），〈後期高齡者医療制度の基礎知識 17〉，週刊社会保障，2431 号，頁 22。

<sup>131</sup> 關於以 75 歲作為區別「前期高齡者」與「後期高齡者」之年齡，其理論根據與妥當性之相關討論，可參 西田和弘（2005），〈高齢者医療制度改革：法学の見地から〉，ジュリスト，1282 号，頁 100。

<sup>132</sup> 「廣域連合」係為計畫性、統合性處理跨越市町村或都道府縣地域範圍之廣域事務，依日本地方自治法第 291 條之 2 以下規定所設立之特殊地方公共團體。參照 室井力（等編），前揭註 97，頁 66-68。

<sup>133</sup> 參照 土佐和男（2007），〈後期高齡者医療制度の基礎知識 4〉，週刊社会保障，2418 号，頁 33。

仍交由各市町村負責執行，以追求行政上之便利及效率<sup>134</sup>。在後期高齡者醫療制度之財源方面，全部醫療費用支出之一成應由向參加者收取之保險費負擔，其餘九成則由公費及各社會健康保險之保險人分別負擔百分之五十及百分之四十，另在公費負擔部分，國家應負擔三分之二，餘由都道府縣與市町村平均分擔<sup>135</sup>。

## 第二款 保險人之調整與統合

為解決社會健康保險之財政困境，及確保財政安定以維持保險事業之適正經營，並提供保被保險人與被扶養人等參加者抑制保險醫療費用支出之誘因，日本於 2006 年改革時對既有之保險人進行調整與統合。

在組合掌管健康保險方面，以企業為單位組成之健康保險組合雖然在本次改革前，於 2003 年至 2005 年間之整體財政決算數字尚有盈餘，但如就個別保險事業加以觀察，卻有將近三成之 472 個健康保險組合於 2005 年時出現財政赤字<sup>136</sup>。有鑑於此，考量規模過小之健康保險組合所能發揮之風險及損失分散功能有限，也容易出現財政不安定之情形，本次改革廢止原本須為從事同一種類業務之事業始得共同設立健康保險組合之規定，並增設健康保險組合得於合併後 6 年內，各自保留並管理原有之準備金，亦可對參加者設定不同之保險費率，藉此促進小規模之健康保險組合能以都道府縣為單位進行合併，以擴大保險事業之規模<sup>137</sup>。

次在市町村國民健康保險方面，由於參加者多為無固定職業、低所得之人或已退休之高齡者，財政收入狀況相較於其他職業領域社會

<sup>134</sup> 參照 土佐和男（2007），〈後期高齡者医療制度の基礎知識 6〉，週刊社会保障，2420 号，頁 52-53。

<sup>135</sup> 參照 厚生労働省保険局総務課老人医療企画室（2006），〈新たな高齢者医療制度の創設〉，週刊社会保障，2394 号，頁 14-15。惟後期高齡者醫療制度之參加者，皆為高風險且低負擔能力之後期高齡者，自然無法有效分散風險及損失，因此受到批評該為不符合保險之本質與構造。參照 加藤智章（2011），〈医療をめぐる諸問題〉，ジュリスト，1414 号，頁 195。

<sup>136</sup> 參照 厚生労働省保険局保険課（2006），〈健康保険組合の現状と課題〉，週刊社会保障，2394 号，頁 31。

<sup>137</sup> 參照 栄田潤（2007），《医療保険の構造改革》，頁 148-149，東京：法研。



健康保險制度明顯脆弱，再加上保險醫療費用支出不斷成長，造成市町村國民健康保險之財政狀況嚴重惡化，在本次改革前已有高達 58.8% 之 1,486 個市町村保險人出現財政赤字。此外，都市化造成鄉村人口流失之結果，也使得被保險人數未達 3,000 人之保險人，竟佔所有市町村保險人之三分之一以上，而參加者人數過少，不僅導致保險事業規模不足，形成維持財政安定之困難，同時也使得市町村處理保險事務之能力及效率低下<sup>138</sup>。為此，國民健康保險法於 2005 年修正時，已創設以都道府縣為單位，對所轄各市町村國民健康保險進行財政調整之「都道府縣調整交付金制度」，並配合降低國家之調整交付金數額與負擔比率，促使作為上層地方自治團體之都道府縣，承擔部分市町村國民健康保險之財政責任。嗣於 2006 年改革時，更為進一步追求市町村國民健康保險之財政安定與保險費率平準化，繼續推動由都道府縣負擔財政責任之改革。詳言之，一方面創設「高額醫療費共同事業」，規定每筆醫療費用超過 70 萬日圓之保險醫療給付，應由國家、都道府縣及市町村按一定比例共同負擔，另一方面亦設立「保險財政共同安定化事業」，要求每筆醫療費用超過 30 萬日圓之保險醫療給付，應由都道府縣內之各市町村共同負擔<sup>139</sup>。其後，為確保市町村國民健康保險之財政安定，國民健康保險法於 2016 年再進行修正，繼續強化以都道府縣作為財政責任主體之方向性，要求各都道府縣所轄之市町村，應依各地之所得與保險給付水準，算定個別之「標準保險費率表」，作為市町村決定保險費率之參考建議，市町村雖得按實際收支情形決定適用不同之保險費率，但應向都道府縣繳付預定數額之「納付金」，再由都道府縣依照各市町村之保險給付費用需求，提供「交付金」作為財源基礎<sup>140</sup>。故如從財政營運之角度觀察，實可謂都道府縣於 2018 年後，將與市町村同為保險人<sup>141</sup>。

<sup>138</sup> 參照 厚生労働省保険局国民健康保険課(2006),〈国民健康保険の現状と課題〉,週刊社会保障,2394号,頁34-37。

<sup>139</sup> 參照 柴田潤,前掲註137,頁65。

<sup>140</sup> 參照 厚生労働省国民健康保険課(2016),〈国民健康保険の見直しについて〉,頁1、12-16,資料來源:厚生労働省ホームページ(網址:<https://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-08-02p.pdf>),瀏覽日期:3/12/2017。

<sup>141</sup> 參照 嵩さやか(2016),〈社会保障行政における費用負担〉,法律時報,88卷2号,頁39;厚生労働省国民健康保険課,前掲註,頁19。



最後，政府掌管健康保險因為將所有未參加其他職業領域健康保險之受雇勞工納入單一之保險事業中，具有相當之保險事業規模，較不至於產生財政不安定之問題。然而，由於政府掌管健康保險由國家行政機關之厚生勞動省社會保險廳擔任保險人，容易受到政治干預而難以進行保險費率之調整，且全國之被保險人均適用相同保險費之結果，也使參加者欠缺抑制醫療費用成長之誘因<sup>142</sup>。準此，本次改革時遂以「保險人公法人化」及「財政營運責任向下移至都道府縣層級」為重心，重新設計政府掌管健康保險之保險人及保險費負擔方式。申言之，在「保險人公法人化」方面，於2008年10月設立具有獨立公法人地位之「全國健康保險協會」，將取代過往之厚生勞動省社會保險廳，擔任政府掌管健康保險之保險人，以解決過去由國家行政機關擔任保險人所面臨之政治干預問題。然在保險費收取等方面，基於實效性考量，則延續由厚生勞動省社會保險廳辦理。其次，在「財政營運責任向下移至都道府縣層級」方面，未來「全國健康保險協會」所決定之保險費率，雖仍需經由厚生勞動大臣以認可及公告之方式進行監督，但不再為全國統一之保險費率，而是可以設定各都道府縣適用不同之保險費率，藉以提供各都道府縣之參加者抑制保險醫療費用成長之誘因<sup>143</sup>。至於決定各都道府縣所適用保險費率之考量因素，則為各地區之醫療費用支出數額、新高齡者醫療制度之支付金負擔數額，以及保健事業、福祉事業之事務費與準備金預算等。由於後二者金額之多寡係依法律決定，故各地區醫療費用支出數額之高低，勢將成為決定保險費率之最關鍵因素。據此，倘各都道府縣致力於抑制醫療費用成長而有成效時，其區域內之被保險人可適用較低之保險費率，即能給予抑制醫療費用成長之誘因<sup>144</sup>。然而，厚生勞動大臣仍保有命全國健康保險協會變更保險費率，及若該協會不遵照變更時，得經社會保障審議會決議後逕行變更保險費率之權限，作為認可保險費率以外

<sup>142</sup> 參照 厚生労働省保険局総務課，前掲註 126，頁 12-15。

<sup>143</sup> 參照 岩村正彦，前掲註 127，頁 20。有學者因此認為，由「全國健康保險協會」擔任保險人之政府掌管健康保險，可謂係採取「一個保險人，四十七個財政單位」之方式，被保險人依其所在地不同，分屬「全國健康保險協會」在各都道府縣所設之 47 個支部，並適用該支部決定之保險費率。參照 加藤智章，前掲註 135，頁 196。

<sup>144</sup> 修正後健康保險法第 160 條第 3 項規定參照。

之監督方式<sup>145</sup>。末且，為追求各地區財政負擔之公平，都道府縣個別保險費率實施後，仍有必要依各地區被保險人之平均年齡與所得等因素，進行相應之財政調整<sup>146</sup>。



### 第三節 本章結論

德國為解決中低所得勞工因生活事故所面臨之貧困問題可能導致對於政治安定之危害，乃於 1883 年首創法定健康保險，作為社會健康保險制度之先驅，在採用保險方式以分散勞工之風險與損失，及要求雇主應為勞工分擔半數保險費之同時，俾斯麥也因應當時之社會背景與政治現實，改以社會上基於結社自由組成之各種職業工（公）會出任保險人，因而賦與制度具有由付費者實施自治之特徵。其後，立法者除為避免保險事業規模過小造成財政不安定之問題，數次對保險人進行整併，也為解決負擔不公平之問題與導入競爭原理以提升經營效率，修法賦與被保險人具有選擇參加保險事業之自由。嗣於 2007 年改革時，立法者為使全體人民獲得保險提供之醫療保障，選擇採行法定健康保險與商業醫療保險之混合模式，而非將全民納入社會健康保險之實施範圍。此外，在統一被保險人適用之一般保險費率及賦與個別被保險人自費選擇加入保險醫療之給付方案後，原來適用之保險自治原理大幅受到限縮，競爭機制雖然繼續有所採行，然由於設有被保險人行使選擇保險事業自由後在一定期間內原則上不得變更之限制，不再允許被保險人單純出於追求較低保險費率或較佳保險給付之動機而變更參加之保險事業，可謂競爭機制相較以往亦受限制，復因健康基金之設置進一步強化對於負擔公平性之追求，以強化維護或避免偏離社會健康保險所理應具有之互助本質。

相較於此，日本發展社會健康保險之背景雖與德國相似，然在途徑上則以設置分立之不同制度，將全民納入實施範圍，並未在適用對象上有所侷限，且由於日本在立法時不具有足以擔任保險人之社會團體，因此除強制大型企業設置保險組合作為保險人外，亦由行政機關

<sup>145</sup> 修正後健康保險法第 160 條第 10 項、第 11 項規定參照。

<sup>146</sup> 有關日本 2006 年社會健康保險制度改革之介紹及評價，可參 郭躍民，前揭註 88，頁 117-135。

與地方自治團體出任保險人。抑且，人民應依其職業或居住地強制參加特定之保險事業，不具有自由選擇保險人之可能，也未採行德國之保險事業自治或競爭原理。其後於 2006 年改革時，除同樣出現為解決因保險人規模過小所造成之財政不安定問題，而進行保險人之整併與財政分擔制度之擴大外，也為解決過往受到政治干預之問題，將行政機關之保險人予以公法人化，另以允許適用差別保險費率之方式，期能給予參加者抑制醫療費用成長之誘因，以避免財政支出規模之持續擴大。

綜合上述德、日法制之內容與修正方向，首先可見以保險方式提供醫療保障對於人民在風險社會中生活之重要性，尤其從德國法定健康保險實施後先逐漸擴大適用對象之範圍，繼於 2007 年改革時則採行社會健康保險與商業醫療保險混合之構造將全民納入保障範圍，即為明證。其次，保險事業是否具有充足之規模，攸關財政安定性之維持確保，故在採行複數保險人設計之德、日法制，為對應處理醫療費用增加所帶來之財務問題，均陸續對於保險人進行整併與調整，以擴大保險事業之規模，藉此追求財政安定。抑且，參加者不應該單純因為（強制）參加不同之保險事業，即在保險費負擔上出現不公平之情形，故不僅在複數保險人中應就風險構造之本質差異進行財政調整，立法上也應謀求解決參加者間之保險費負擔公平性。再者，保險事業自治之實施，與德國立法時之背景與在社會上存在以結社自由組成之行業團體至為相關，並非當然能為其他制度所仿效，另保險事業間之競爭原理，則是作為提升保險經營效率之手段，且無論保險事業自治或競爭原理，從德國 2007 年修正改革後之內容觀察，均非不得為追求其他正當目的，而在利益衡量後加以限制或取捨。最後，德國修法後賦與參加者自費選擇醫療給付方案，使參加者具有選擇醫療保障內容之部分可能，縱使若干程度變更由保險參加者全體共同分擔風險與損失之本質，卻具有尊重參加者個人自主決定之重要意義，另日本修法後改以公法人化之「全國健康保險協會」，取代過往之厚生勞動省社會保險廳擔任政府掌管健康保險之保險人，目的在於避免受到國會等之不當政治干預，也可對於採取行政機關組織之保險人，提供改造方向之重要參考。



## 第三章 全民健保之憲法基礎與基本構造

本章探討全民健保之憲法基礎，以作為後續討論之根基，且由於憲法基本國策明定全民健保應為社會保險，則全民健保應具備如何之基本構造，始能合於社會保險之要求，應併予檢討。

### 第一節 全民健保之憲法基礎

關於全民健保之憲法基礎，大法官以往僅明示以憲法增修條文第 10 條第 5 項、第 8 項及本文第 155 條、第 157 條等基本國策規定為依據，直至釋字第 753 號解釋理由書中，始加入對於憲法中有關人格尊嚴之生活保障、生存權與健康權保障等規定之論述，學說上則另提及有關憲法社會國原則之規定。本文以下將先分別就上述憲法規定作為全民健保憲法基礎之概念與意義進行檢討，再嘗試加以歸結整合。

#### 第一項 人格尊嚴之生活保障

我國憲法雖僅在增修條文第 10 條第 6 項提及「國家應維護婦女之人格尊嚴」，未如同德國基本法第 1 條第 1 項明定：「人性尊嚴不容侵犯。所有的國家權力均負有尊重並保護人性尊嚴的義務」，明文設有保障人格尊嚴之一般性規定。然而，人格尊嚴畢竟為現代立憲國家與憲法之根本價值所在，理論上應無待明文規定，且可從我國憲法中有關基本權保障、民主原則與社會安全之基本國策等規定進行整體推論後導出，自應認為人格尊嚴之保障，應屬於我國憲法之當然內涵<sup>147</sup>，大法官對此也在釋字第 372 號解釋中已有揭明。抑且，人格尊嚴之保障除要求國家不得以權力侵害個人之尊嚴外，亦要求國家必須致力於保護個人尊嚴不會受到國家以外其他力量之侵害，並促使每一個人都能在共同生活之社會中，具有尊嚴地生存與發展之基本條件。是以，國家之任務不僅在於提供人民物質上之生存所需，更應進一步使人民

<sup>147</sup> 參照 蔡宗珍（2004），〈人性尊嚴〉，許志雄（等著），《現代憲法論》，三版，頁 46-47，台北：元照。

能夠享有合於人格尊嚴之生活保障<sup>148</sup>，也就是國家應透過各種給付之提供，確保人民在社會中得以維持具有人格尊嚴之基本生活需求<sup>149</sup>。有鑑於此，全民健保既然是由國家向遭逢與健康相關生活事故之人民提供相關給付之制度，自然具有保障人民社會生活之功能，大法官乃因此在釋字第 753 號解釋理由書中闡釋：「全民健保為國家應實施之強制性社會保險，乃國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務，關係全體國民福祉至鉅」，明示人格尊嚴之生存保障作為全民健保之憲法基礎。

## 第二項 社會國原則

我國憲法雖未言明國家之定位為「社會國」，然既已揭示立憲目的為「奠定社會安寧」、「增進人民福利」，亦在第 1 條中明示採行「民生主義」，並在第 13 章與增修條文第 10 條等規定中，要求國家應履踐各種有關國民經濟與社會安全之基本國策，包括實施平均地權、限制妨害國計民生平衡發展之私人財富或私營企業、救濟失業、保護勞工與農民、實現婦女與兒童福利事業政策、推行社會安全與全民健康保險、扶助身心障礙者，藉此平衡經濟發展與社會安全，即足確認「社會國原則」作為憲法之基本原理，此為通說及大法官釋字第 485 號解釋所肯認<sup>150</sup>。

詳言之，立基於自由主義之「自由法治國」，強調個人在生活、宗教、經濟等社會領域中不應受到國家干預，故以憲法對於自由權之保障及基本權之防禦功能，限制國家僅得在例外之嚴格條件下，始能有限度地介入人民之生活，在經濟上則強調交換正義，要求法律應保障私有財產權、契約自由與形式平等。於此同時，個人既然受憲法保障而享有充分之自由，自必須為其決定結果負責，因此個人應本於契約自由與財產支配自由，決定是否以儲蓄、參加商業保險等方式，對

<sup>148</sup> 參照 蔡宗珍，前揭註 147，頁 52-54；謝榮堂（2008），〈社會法治國之理想與實踐〉，氏著，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，頁 6-7，台北：元照。

<sup>149</sup> 大法官釋字第 485 號解釋理由書參照。

<sup>150</sup> 參照 葛克昌（1997），《國家學與國家法》，頁 49，台北：月旦；吳庚（2003），《憲法的解釋與適用》，頁 67-70，台北：自刊；黃舒芃（2006），〈社會權在我國憲法中的保障〉，中原財經法學，16 期，頁 9。

應疾病、傷害、分娩懷孕等與健康相關之生活事故，國家不得強迫人民為之或不為之，以免干預人民之自由權及財產權。同理，當個人發生上述生活等事故時，應自行負責維持生活及處理因此發生之經濟與醫療需求，不應期待國家給予協助或提供給付。

然而，上述「自由法治國」之理念，是以受過教育且有相當財產之資產階級，作為其理解意義下之個人，忽略在工業革命與資本主義發展後帶來經濟模式之改變，使得不具有生產工具所有權而仰賴勞務所得維生之勞工階級或受薪階級，實質上難以享有上開自我決定與負責之自由，也未考慮個人各自行使其自由權之結果，事實上造成資源配置之極度不公平，導致並非人人實際上均能享有同等機會以行使自由權及發展人格。是此，「社會法治國」之概念於焉生成發展，強調國家公權力應追求實現「社會公平正義」，以調整資本主義與個人主義所產生之資源配置扭曲問題，藉此確保個人在競爭市場下享有平等之立足點，避免私有財產制淪為資產階級支配經濟弱勢者之工具，同時保障人民享有符合人性尊嚴之最低生活，得以在風險社會中遭逢生活事故時，仍然維持一定之經濟安全，而具有自主及自立之機會<sup>151</sup>。準此，人民之自由權及財產權應受到一定程度之節制，經濟上也應強調分配正義及財產權負有社會義務，契約自由亦必須受到節制，法律則應保障人民之實質平等。具體而言，社會國原則要求國家提供人民符合人性尊嚴之最低生存需求保障，與人民受憲法保障之生存權互為對應，雖然立法者對於最低生存需求之內容具有形成自由，但基本上必須為因經濟或生理需求而處於人格或社會發展障礙之人民，亦即陷入生活困境之人民，提供必要之社會給付，並保障人民之實質機會平等，縮小經濟弱勢者與有能力者在取得物質與非物質利益上之差距，以確保其等行使受憲法保障之各項自由權，不至於因經濟或社會條件之差異而有落差<sup>152</sup>。

<sup>151</sup> 參照 孫迺翊(2015)，〈社會法的憲法基礎〉，台灣社會法與社會政策學會(編)，《社會法》，頁70-71，台北：元照；謝榮堂，前揭註26，頁120-121。謝榮堂教授另指出，「社會(法治)國原則」係課以國家作為義務，尤其要求立法者必須立法形成一個可接受之利益衝突平衡關係，及致力於為所有處於困境之人民創造適當生活條件，藉以提昇人民之幸福，並平衡其生存上之負擔，請比較 謝榮堂，前揭註18，頁135-136。

<sup>152</sup> 參照 謝榮堂(2003)，〈社會法治國之社會安全法制〉，月旦法學教室，10期，頁122-123、136-137。

是以，在上述憲法社會國原則之要求下，國家自然不能將疾病、傷害、分娩懷孕等與健康相關生活事故所帶來之風險與損失，完全委諸個人在競爭市場中，自行透過私法自治與契約自由尋求對應解決，而是負有積極介入調整之義務，以避免弱勢者受限於經濟能力，陷入無法維持生活或取得所需醫療之生活困境<sup>153</sup>。又國家為實現社會國原則之上開要求，存在各項可資採行之制度選擇，以社會保險之形式，實施將全民納入保障範圍之全民健保制度，即屬其中一項可行方式。

### 第三項 生存權保障

相較於德國基本法未明定生存權為人民之基本權，需合併適用基本法第 1 條第 1 項之「人格尊嚴保障」與第 20 條第 1 項之「社會國原則」等規定加以推導，更直至 2010 年始在聯邦憲法法院判決中得到肯認，我國憲法第 15 條不僅明文規定人民之生存權應受保障，且從歷史解釋探求制憲者意思，及依循體系解釋參酌同條併列之工作權在性質上為社會權，暨衡以憲法第 155 條後段明定：「人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟」，即足認定生存權為受我國憲法保障之社會基本權，蘊含使人民享有「最低生存保障」之權利<sup>154</sup>。至於「最低生存保障」之具體內容，一般認為因涉及經濟、社會、文化因素及價值判斷等綜合考量，基於權力分立原則，應由具有民主正當性基礎之立法者行使資源分配權力，亦即必須先以法律形成規範，司法者則對立法者制定之法律是否符合最低生活需求保障進行審查<sup>155</sup>。

<sup>153</sup> 參照 陳英鈴 (1999)，〈「自由法治國」與「社會法治國」的制度選擇〉，台灣本土法學雜誌，4 期，頁 87-88。

<sup>154</sup> 參見 許宗力 (2015)，〈最低生存保障與立法程序審查：簡評德國聯邦憲法法院 Hartz IV 判決〉，月旦法學雜誌，238 期，頁 102-103、110-111；張桐銳 (2011)，〈論憲法上之最低生存保障請求權〉，政大法學評論，123 期，頁 159-163；蔡茂寅 (2004)，〈社會權(二)〉，許志雄 (等著)，《現代憲法論》，三版，頁 202，台北：元照；郭明政，前揭註 163，頁 338-339；蔡維音 (2001)，《社會國之法理基礎》，頁 48-50、85-86，新北：正典；孫迺翊 (2012)，〈社會給付權利之憲法保障與社會政策之形成空間〉，臺大法學論叢，41 卷 2 期，頁 493-494、498；孫迺翊，前揭註 151，頁 75。

<sup>155</sup> 參照 許宗力，前揭註 154，頁 112-113；孫迺翊，前揭註 151，頁 75。惟在欠缺法律規範時，人民是否具有權利直接依憲法規定請求符合最低生存條件之給付，則有不同見解，採肯定說者例如：許宗力 (1999)，〈基本權的功能與司法審查〉，氏著，《憲法與法治國行政》，頁 161-162，台北：元照；郭明政，前揭註 163，頁 338；蔡茂寅，前揭註 154，頁 202-203；張桐銳，前揭註



當人民發生疾病、傷害或懷孕分娩等與健康相關之生活事故時，為回復健康或維持生存勢必產生醫療需求，然取得醫療必須支出相應費用，人民也可能因上開事故復受有所得減損，即可能在經濟能力出現不足情形，進而無法取得為滿足最低生存所需之醫療。此時，國家應基於生存權保障之規定，積極介入提供給付，以維持人民之最低生存需求。對此，大法官曾在釋字第 422 號解釋理由書中，針對行政機關就耕地三七五減租條例所發佈之函釋，認為其中「所列最低生活費支出標準金額之規定，以固定不變之金額標準，推計承租人之生活費用，而未就不同地域物價水準之差異作考量，亦未斟酌各別農家具體收支情形或其他特殊狀況，諸如必要之醫療及保險相關費用之支出等實際所生困窘狀況，自難謂為切近實際，有失合理…（餘略）」，及在其後之釋字第 701 號理由書中，明揭租稅優惠屬於國家保障人民生存與生活之扶助措施，如納稅義務人為受長期照護所支付之醫療費用，僅能就付給健保醫事服務機構部分作為所得稅之列舉扣除額，係未能考量「受長期照護者因醫療所生之費用，其性質屬維持生存所必需之支出」，因而「對受長期照護者之生存權形成重大不利之影響，難謂合於憲法保障受長期照護者生存權之意旨」，均明白肯認憲法生存權對人民所提供之「最低生存保障」，範圍上應及於人民必要之醫療費用支出。

其次，再從比較法研究之觀點考察「生存權」內涵，也能獲得進一步之啟發。首先，日本國憲法第 25 條第 1 項明定：「全體國民均享有經營健康且具有文化性之最低限度生活之權利」<sup>156</sup>，明文揭示人民之生存權受到憲法保障，在體例上與我國憲法第 15 條之規定相仿。其次，日本學界多數說與最高法院之判決雖對於生存權保障採取「抽象權利說」，認為關於生存權之權利要件及「最低限度生活」之內容，須待立法後始能具體實現，人民尚無從直接依據憲法上保障生存權之規定，直接對國家享有給付請求權，法院也不能逕行裁判實現憲法生

154，頁 161-163；採否定說者例如：吳庚，前揭註 150，頁 273；謝榮堂，前揭註 152，頁 123-124。

<sup>156</sup> 日本憲法第 25 條第 1 項規定：「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する（全體國民皆享有經營健康且具有文化性之最低限度生活之權利）」，第 2 項則規定：「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない（國家必須在一切生活方面，努力提高及增進社會福利、社會保障及公共衛生）」。

存權之內容<sup>157</sup>，然日本國憲法第 25 條第 1 項既已明示「最低限度生活」必須為「健康且具有文化性」，故生存權保障範圍，自應及於人民為保持或回復「健康」狀態所必要之物質條件。此外，德國聯邦憲法法院在判決中明確指出，生存權保障之「最低生存需求」，應包括生理與文化之最低生存保障等二個面向，其具體內容及於維持生理生存（例如食物、衣服、家用器具、住宿、暖氣、衛生與健康）、人際關係（例如電話費），以及最低限度參與社會、文化、政治與生活（例如看電影、聽音樂會）所不可或缺之各項物質條件，亦即包括人民在生理面、經濟面、社會面與文化面之需求<sup>158</sup>，同樣也將維持人民生理生存中關於衛生與健康需求所必要之物質條件，納入生存權保障之範圍。

從而，綜觀上述大法官解釋與德、日之比較法內容，本文認為由

<sup>157</sup> 日本早期學說認為憲法第 25 條只是宣示國家政治及道德義務之方針性條款，未賦與人民任何具體權利，日本最高法院亦曾在涉及違反食糧管理法案件之判決中，採取方針性條款之見解，然而通說自 1950 年代起，已改採「抽象權利說」。另有力說為「具體權利說」，認為生存權之內容固應透過立法實現，然國家如因立法怠惰導致人民經營最低限度生活之權利無從獲得適切保障，即已侵害人民之具體權利，此時人民可直接向司法機關對國家為訴訟上之請求，亦即提起「確認國家立法不作為違憲」之訴訟。此外，尚有學說認為應對於日本憲法第 25 條第 1 項及第 2 項為不同之理解，即採所謂「區別說」，主張依憲法第 25 條第 1 項規定，國家對於處在健康且具有文化性之最低限度生活以下，也就是陷於不能維持生活狀態之國民，既明確負有保障其生活之義務，此時國民應具有「緊急性生存權」，得對國家請求為維持「最低限度生活」所必需之給付，且所謂「最低限度生活」應採客觀標準認定，並非僅以立法者之法律為據，另同條第 2 項宣示國家負有義務努力維持或增進人民得享有最低限度生活以上之生活水準，國民自有要求國家履踐其義務之「生活權」，國家基於憲法第 25 條第 2 項規定制定之社會保險、社會扶助或社會福祉等各項立法，不過只是國家盡其努力義務之具體化，人民固然得以上開立法之給付水準低下來追究國家之政治責任，但國家並不因此當然構成憲法第 25 條規定之違反。實務上，日本最高法院已變更前述在違反食糧管理法案件中所採之「方針規定說」，而在涉及生活保護法之「朝日訴訟」中，於判決傍論中提及：憲法第 25 條所定「健康且具文化性之最低限度生活」，係抽象之相對性概念，應委由行政機關之厚生勞動大臣進行合目的裁量以為判斷，但若有違反憲法或生活保護法之立法目的，抑或逾越裁量界限之情形時，則可成為司法審查之對象，明示日本憲法第 25 條之生存權保障規定，在特定狀況下得具有裁判規範之效力，一般認為係偏向採取上述「具體權利說」之見解。然而，嗣後日本最高法院在涉及兒童保護津貼法之「堀木訴訟」判決中，則表示如何制定法律內容以符合憲法第 25 條生存權保障之規定，應委由立法者進行廣泛裁量，除有顯著欠缺合理性而不得不認為屬於裁量濫用之情形外，並不適合成為司法審查之對象，明顯限縮之前在「朝日訴訟」判決中所示得由法院依憲法生存權保障規定進行司法審查之空間，一般認為係採取「抽象權利說」。相關討論，詳參 蔡茂寅，前揭註 154，頁 202-203；西村健一郎，前揭註 88，頁 35-38；遠藤美奈（2006），〈憲法に 25 条がおかれたことの意味：生存權に関する今日的考察〉，季刊社会保障，41 卷 4 号，頁 334-335；太田匡彦（2000），〈「社会保障受給権の基本権保障」が意味するもの〉，法学教室，242 号，頁 116；中村睦男（1977），〈生存權と生活保護基準—朝日訴訟〉，別冊ジュリスト，56 号（社会保障判例百選），頁 8-11；中村睦男（2000），〈障害福祉年金と児童扶養手当の併給禁止と違憲性：堀木訴訟〉，別冊ジュリスト，153 号（社会保障判例百選第三版），頁 6-7。

<sup>158</sup> 參照 許宗力，前揭註 154，頁 110。

於人民在遭遇與健康相關之生活事故時，可能受限於經濟能力上之不足，無法再額外支出費用以取得為回復或維持健康得所需之醫療，甚至還會因為收入或所得受有減損，導致原有之生活維持也受到影響，此時為保障人民之最低生存需求，國家自應基於生存權之規定，建立相關制度以提供給付，藉此滿足人民兼顧取得所需醫療與維持生活之基本需求<sup>159</sup>。對此，大法官亦在最近作成之釋字第 753 號解釋理由書中，明白指出：「全民健保制度能否健全運作者，攸關國家能否提供完善之醫療服務，以增進全體國民健康，事涉憲法對全民生存權與健康權之保障」，確立全民健保之憲法基礎在於保障人民之生存權。

#### 第四項 健康權保障

大法官在釋字第 753 號解釋理由書中，明示全民健保制度之健全運作，事涉憲法對全民生存權與健康權之保障，可見除生存權保障外，「健康權」不僅是人民之基本權，也是全民健保之憲法基礎。其後，大法官又在對於藥害救濟法所作成之釋字第 767 號解釋文中，再次確認人民之「健康權」應受憲法保障<sup>160</sup>。然而，大法官雖在上開解釋及理由書中揭示憲法對於「健康權」之保障，但對於健康權之意義、內涵、效力與依據，卻仍未言明，自有再為探求之必要。

有關健康權之概念，學說上多數認為應以憲法第 22 條為依據，且在內容與效力上，除要求國家應消極不得侵害個人健康之防禦權或自由權功能外，亦具有客觀面向功能，即一方面課以國家基於健康權之基本權保護義務，應以積極作為、金錢提供或組織、程序、制度之

<sup>159</sup> 黃舒芃教授指出：「(生存權所提供之社會)給付因此應該要達到『足以普遍保障一般人抵禦生活上變故之基本能力』之程度，亦即促使人民能持續享有基本的社會安全保障，並確保其於遭遇生活變故時，能有足夠的生存及消費能力」，在見解上與本文相近，值為參考。參照 黃舒芃，前揭註 150，頁 11-12。惟黃舒芃教授進一步表示：「僅提供『最低生存保障』給付之社會安全制度，實已不能滿足對於現今國家功能期待」，我國「不宜再繼受德國通說之符合人性尊嚴之最低生存保障」，擴大生存權之保障範圍，則與本文仍依循通說見解，將生存權效力限定於保障人民之「最低生存需求」，即國家僅負有義務保障人民遭遇傷病時所「必要」之醫療需求，尚不能僅以生存權保障規定為依據，將給付提升到「足夠」之程度，有所不同。詳參 黃舒芃，前揭註 150，頁 19-20。

<sup>160</sup> 其實大法官最早在釋字第 711 號解釋理由書中，就曾提及國民之「健康權」應受維護，然因該號解釋理由書係引用基本國策章之憲法本文第 157 條規定作為依據，可否以此認為大法官在該號解釋理由書中，已承認「健康權」作為受憲法保障之基本權，尚有疑義。

建立，排除國家以外之第三人，甚至是自然災害對於個人健康之侵害，另方面也必須提供積極之照顧，以確保個人健康之完整性。此外，如進一步參照憲法及增修條文中相關基本國策之規定，應認為全民健保之推行與制度健全化，屬於國家履行上述積極照顧人民健康完整性義務之重要實踐<sup>161</sup>。

本文認為，由於生存權保障之範圍畢竟僅限於人民之「最低生存需求」，如進一步加入「健康權」保障之概念，有助於要求國家在人民之最低生存需求以外，透過立法者之資源分配決定，課以國家在人民發生與健康相關之生活事故時，更積極履行照顧人民健康之義務，將使得全民健保之憲法基礎更為完整，也能提升保險給付之範圍與程度，自然具有重要之意義，確值贊同。惟醫學非無所不能，現實上必然存有界限，且人民因傷害、疾病或分娩懷孕，也可能受有科學上已屬不可逆之損害，再加上個人對於「健康」之定義與標準，主觀上往往存在不同理解，客觀上亦缺乏精確之認定標準，故國家基於「健康權」保障之客觀性義務，雖應透過全民健保制度之實施，確保人民在遭遇與健康相關之生活事故時，能夠取得為回復或維持健康所需之醫療，但國家並不負有使人民回復完整之健康，甚至無窮盡滿足人民對於健康要求之義務，應併敘明。

## 第五項 基本國策

憲法制訂時即以第 155 條前段明定「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」，其後又於 1992 年修憲時，分別在增修條文第 10 條第 5 項前段及第 8 項增訂「國家應推行全民健康保險」及「國家應重視社會保險」等規定，明示推行全民健保及重視社會保險，應為我國之基本國策。至上述基本國策規定之效力，早期學說雖曾主張為「方針性條款」，僅指明國家之政策目標，但不具有拘束之效力，惟目前

<sup>161</sup> 參照 林明昕 (2006)，〈健康權：以「國家之保護義務」為中心〉，氏著，《公法學的開拓線：理論、實務與體系之建構》，頁 36-39，台北：元照；李震山 (2004)，〈身體不受傷害權〉，法學講座，25 期，頁 3-6；李震山 (2005)，《多元、寬容與人權保障：以憲法未列舉權之保障為中心》，頁 32、117-119，台北：元照；孫迺翊，前揭註 151，頁 76-77。又前述學說上對於健康權之理解與定位，亦獲得個別大法官之支持，例如許志雄，〈大法官釋字第 767 號協同意見書〉，頁 4-5；羅昌發，〈大法官釋字第 701 號協同意見書〉，頁 6-9。

通說認為基本國策中上述關於社會保險與全民健保之規定，固未賦與人民向國家請求給付之主觀公權利，仍具有客觀法規範之效力，一方面為對立法者之「憲法委託」，課以立法者負有制定法律，將全民健保制度內容具體化以促實現之義務，另方面也拘束司法者在裁判時必須採為規範基礎或解釋法律之依據，並要求行政機關在執行法律、解釋不確定法律概念與行使裁量權時，應遵守基本國策之規定<sup>162</sup>。此外，郭明政教授進一步指出，基本國策中上述關於社會保險及全民健保之規定，除為課以立法者負有制定法律義務之憲法委託外，更應解釋為授予立法者得行使制定法律以實施社會保險或全民健保之權力，並使立法者據以制定之社會保險相關法律及健保法，不會因為涉及對於人民自由權或財產權之限制，而必須受到司法者嚴格之違憲審查<sup>163</sup>。

如從實定法與大法官解釋內容進行檢視，不僅健保法在第 1 條之立法理由中即表明：「本保險依憲法增修條文第 18 條第 3 項前段（按即現行憲法增修條文第 10 條第 5 項前段）規定『國家應推行全民健康保險』，稱為『全民健康保險』」，大法官也在釋字第 472 號解釋中明示：「健保法即為實現上開憲法規定而制定」，及在其後之釋字第 753 號解釋理由書中論及：「依憲法第 155 條、第 157 條、憲法增修條文第 10 條第 5 項及第 8 項規定，全民健保為國家應實施之強制性社會保險」，可見健保法之立法與全民健保之實施，確實是以憲法增修條文第 10 條第 5 項前段之明文規定作為形式上之依據。此外，大

<sup>162</sup> 參照 林明鏘（1997），〈論基本國策：以環境基本國策為中心〉，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：李鴻禧教授祝賀論文集》，頁 1474-1477，台北：月旦；吳庚，前揭註 150，頁 66-69；陳新民（2005），《憲法釋論》，頁 903-908，修正五版，台北：自刊。另外，對於我國憲法基本國策中有關社會權與社會安全規定之脈絡，謝榮堂教授為文明確指出：我國憲法繼受 1919 年德國威瑪憲法之精神與體例，雖然在基本國策章中規範各項社會基本權利及社會安全制度，但受限於僅有原則性之規定，一般人民無法據以作為請求權基礎而要求直接適用，必須由立法者制定詳盡之法律規定才能落實，且學說上對此提出所謂「憲法委託」之見解，改變早期僅將社會基本權視為無拘束力「方針條款」之看法，主張立法者應負有實現之立法義務，但仍無法解決立法怠惰時不具有任何強制可能性之缺點，因此德國在第二次世界大戰後制定基本法時，決定不再仿效威瑪憲法設置社會基本權之規定，僅在基本法第 20 條第 1 項及第 28 條第 1 項第 1 款確定「社會國原則」，同時配合基本法第 1 條第 1 項對於人性尊嚴之保障及同條第 3 項約束國家三權之交互作用，藉此避免出現威瑪憲法徒具社會基本權規定卻無法實現之尷尬，並給予立法者更大之形成自由空間，復進一步透過基本法第 1 條第 3 項後段及聯邦憲法法院判決，將「社會國原則」解釋為直接有效之權利，而非僅是原則性宣示。參照 謝榮堂，前揭註 18，頁 133。

<sup>163</sup> 參照 郭明政（2006），〈社會憲法：社會安全制度的憲法規範〉，蘇永欽（編），《部門憲法》，頁 345-346，台北：元照。

法官在釋字第 472 號、第 550 號及第 676 號等解釋中，也都援引憲法第 155 條、增修條文第 10 條第 5 項及第 8 項等基本國策規定，作為對全民健保進行違憲審查之基準。由是觀之，上述基本國策之相關規定確實具有通說所認定之客觀法規範效力，即一方面要求立法者須制訂健保法以實施全民健保，同時作為司法者裁判上應適用之規範基準。

抑且，大法官在釋字第 472 號解釋理由書中明白表示：「立法機關自得制定符合上開憲法意旨（按即上述關於社會保險及全民健保之基本國策規定）相關法律」、「至全民健康保險制度應如何設計，則屬立法裁量之範圍」，其後又在釋字第 472 號解釋針對強制納保之規定（包括保險費及滯納金之繳納、已投保其他社會保險者之強制納保），及在釋字第 473、676 號解釋就特定被保險人之投保金額算定方式，採取寬鬆之審查基準進行違憲審查，並得到系爭健保法規定不違憲之結論，僅在釋字第 524 號解釋中以違反法律明確性原則、轉委任授權禁止原則及逾越法律授權範圍等形式要求，宣告 2011 年 1 月 4 日修正前之健保法第 31 條<sup>164</sup>、醫療辦法、醫療費用支付標準及藥價基準違憲，也足認定大法官對於立法者依照基本國策規定制訂之健保法，在實體內容上確實盡量予以尊重，並未進行嚴格之違憲審查，無異於肯認立法者對於全民健保之制度內容享有廣泛之形成自由<sup>165</sup>。

本文認為，國家依憲法增修條文第 10 條第 5 項前段之明文規定，不僅應負有推行全民健保之義務，且如將憲法本文第 155 條與增修條文第 10 條第 8 項所定「國家應實施及重視社會保險」之規定進一步

<sup>164</sup> 2011 年 1 月 4 日修正前健保法第 31 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 1 項藥品之交付，依藥事法第 102 條之規定辦理」。

<sup>165</sup> 對於健保法規定採取寬鬆標準進行違憲審查，甚至明白表示應屬於立法者之裁量範圍，或有認為是因為健保法要求公庫投入財源，屬於給付性質之立法，既然涉及國家之資源分配，依大法官釋字第 485 號解釋意旨，自應由立法者基於社會政策考量，以法律將資源為限定性之分配，蓋立法者對於涉及國家資源分配之措施，理應享有充分之形成自由。惟本文認為，在實定法層次上，依現行健保法第 17、27 條等規定，國家固應負責補助部分之保險費，而為涉及國家資源分配之立法，然社會健康保險之財源並非以國家負擔部分財源為必要，在作為制度原型之德國法定健康保險中，即長期未要求國家負擔關於保險醫療給付之支出財源，已如前述，可見社會健康保險之立法，尚非必然具有分配國家資源之色彩。從而，以立法者具有分配國家資源之權力，推論立法者對於健保法之內容享有形成自由，或存有以實定法規範內容反推憲法原理之疑慮。

加以整合，更應認為國家不僅應該「從無到有」地推行全民健保，國家為此所設立之制度，亦必須以全民作為適用對象，且在性質上為社會保險，並應在全民健實施後負有重視之義務，也就是必須維持全民健保制度永續與適正運作<sup>166</sup>。



## 第六項 小結

由以上之討論可知，大法官解釋與學說上對於全民健保之憲法基礎，分別提到人格尊嚴之生活保障、社會國原則與人民生存權、健康權之保障。實則，國家為確保人民能夠享有合於人格尊嚴之生活，自需避免個人在現代資本主義社會中，因發生與健康相關之生活事故而失去維持生活之經濟基礎，應在社會國原則之要求下，積極介入調整，不能無視於個人現實上在經濟能力之限制，仍要求人民以私法自治與契約自由在競爭市場中自行解決，此與人民之生存權受憲法保障相互對應，賦與人民在遭逢上開事故致陷入無法維持最低基本生存需求時，得直接向國家請求給付，並可進一步透過確立國家對於健康權保障之客觀性義務，要求國家負有更積極之作為義務，確保人民為回復或至少維持健康，能夠取得所需之醫療照顧。於是，制憲者及修憲者乃在基本國策中制訂相關規定，將國家基於上述人格尊嚴之生活保障、社會國原則、生存權與健康權保障所應履行之義務，具體化為相關之社會安全制度，其中包括屬於社會保險之全民健保。

是此，本文認為從上述憲法規定之整合觀察，應可推論並確立國家在人民發生疾病、傷害、懷孕、分娩等與健康相關之生活事故時，應對於人民因此所產生之醫療需求負有照顧義務，且國家應以實施基本國策所定之相關制度，作為履行此項「醫療需求照顧義務」之方式。詳言之，當人民發生與健康相關之生活事故時，為追求回復健康或維持生存，自然產生對應之醫療需求，然在奉行資本主義與市場經濟之現代社會中，醫療取得需以支付相應費用作為前提，再加上人民亦可

<sup>166</sup> 大法官在釋字第 753 號解釋理由書中指出：「全民健保制度能否『健全運作』者，攸關國家能否提供完善之醫療服務，以增進全體國民健康，事涉憲法對全民生存權與健康權之保障」，明文要求全民健保必須能「健全運作」，與本文認為國家負有義務維持全民健保之永續與適正營運，在見解上相近，值為參照。



能因上開事故併受有所得減損，也會對於原有之生活維持造成影響，此時人民在支出增加與收入減少之交相夾擊下，或將受限於經濟能力之不足，進而陷入無法取得醫療與繼續維持生活之困境。對此，國家為保障處在此狀況下之人民，仍能具有合於人格尊嚴之生活條件，必須依循社會國原則與生存權、健康權保障之要求積極介入提供給付，也就是透過向人民直接提供醫療或醫療所需之費用，藉以保障人民之基本生存與健康需求。為此，憲法乃在基本國策中明示國家應建立相關制度，以對人民提供醫療或費用之給付，以解決人民在發生上述事故時，不會因為經濟能力之限制，處在難以取得醫療與維持生活之問題，前者例如國家依憲法第 157 條規定應普遍推行「衛生保健事業」與「公醫制度」，後者則為國家依憲法第 155 條第 1 項前段及增修條文第 10 條第 5 項應「實施社會保險」與「推行全民健保」<sup>167</sup>。惟由於制憲者憲法本文中，係在第 155 條、第 157 條分列「社會保險」、「衛生保健事業」與「公醫制度」，且未設定優先劣後之次序，可謂未特別預設立場，將國家為履行上述醫療需求照顧義務之制度選擇權，交由立法者在衡量當時之社會經濟與國家資源狀況後進行決定<sup>168</sup>，各制度之間更非相互排斥，而是存在有互為補充之可能。然而，當修憲者於 1992 年第二次修憲時，增訂現行增修條文第 10 條第 5 項前段「國家應推行全民健康保險」之規定後，立法者應受此憲法委託之拘束，優先選擇建立及實施以全民做為適用對象，且性質上為社會保險之全民健保，以履行國家對於人民之上述醫療照顧義務<sup>169</sup>，並在實施後予以重視，致力於維持該制度之永續與適正運作。惟國家縱使依增修條文第 10 條第 5 項規定實施全民健保，仍非可謂已完全履行其對於人民之醫療需求照顧義務，尤其在保險給付係採取實物醫療之形式時，仍應從實際面審視是否有部分人民受限於現實因素，存在著縱使參加

<sup>167</sup> 本文認為全民健保之保險給付，並非由保險人對參加者提供實物醫療，而是由保險人擔保將依照特約醫事服務機構合約，支付參加者就醫時所需支付之費用與報酬，藉此確保參加者能在健保醫事服務機構取得醫療服務、藥品及醫材，詳參本文第五章第二節第二項第三款 實物醫療給付之提供者之說明。

<sup>168</sup> 大法官在釋字第 550 號解釋理由書中提及：「憲法第 155 條所稱國家為謀社會福利，應實施社會保險制度，係以實施社會保險制度作為謀社會福利之主要手段。而社會福利之事項，乃國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務」，明示國家為保障人民之生存權，即使人民享有符合最低人性尊嚴之基本生活，應實施社會福利制度，而社會保險則屬於社會福利制度之一種，在見解上與本文相近，可為參照。

<sup>169</sup> 參照 陳英鈴，前揭註 153，頁 91；孫迺翔，前揭註 151，頁 71-72。



保險及繳納保險費，卻因地域偏遠、醫療機構缺乏等因素，導致顯然無法或難以獲得全民健保所提供實物醫療給付之情形。如有，在國家確實改善上述現實問題前，既然該部分人民無法透過修憲者優先選擇之全民健保獲得醫療保障，立法者仍應以公醫制度或社會救助作為填補，否則國家不僅疏於履行其上述之醫療需求照顧義務，更因為要求人民繳納保險費而形成進一步之不利益，顯有違憲之疑慮<sup>170</sup>。

惟學說上雖有主張以憲法第 15 條之生存權為基礎，應將基本國策透過「憲法委託」要求國家必須立法實施之社會保險與全民健保，理解為具體形成生存權保障內容之手段，據此推論出人民在憲法上享有社會保險之權利，且係涵括在生存權保障之範圍內，使人民得基於社會保險之權利，請求國家（尤其是立法機關）建立及維持社會保險制度，也能依該法律制度要求參加成為被保險人<sup>171</sup>。對此，本文認為國家基於生存權保障與對於人民之醫療需求照顧義務，固然依照憲法增修條文第 10 條第 5 項之基本國策規定，應優先以實施全民健保之方式履行，然基本國策畢竟僅有拘束國家機關之客觀效力，並未賦與人民相應之主觀公權利，如直接將基本國策之內容援引認定生存權之權利範圍，似混淆不同效力之基本權與基本國策規定，產生基本國策實質上也能發生主觀權利效力之問題。再者，全民健保作為社會保險，是以集結參加者成立共同體後相互分散風險及損失，並透過健保醫事服務機構對參加者提供實物醫療給付，因而在參加者、保險人、健保醫事福機構等不同主體間，形成複雜、多面之權利義務關係，實際上難以在欠缺具體法律規範之情形下運作，遑論更可能涉及國家資源分

<sup>170</sup> 一般認為之「公醫制度」，也被稱為英國之「貝弗里奇模式」，是由國家以向人民收取之租稅作為主要資金基礎，自行建立並經營在組織上與經營管理上均由國家主導之各層級醫療機構，以直接向人民提供醫療服務，此與德國「俾斯麥模式」之社會保險，係由被保險人繳付之保險費作為保險給付之主要資金基礎，且保險給付與保險費負擔間仍具有一定之對價關係，有所不同。參照 郭明政，前揭註 163，頁 343；李玉君（2008），〈二代健保組織體制改革之評析〉，臺大法學論叢，37 卷 4 期，頁 11-13。如依此理解，在現行全民健保中，低收入戶之保險費雖然全額由中央政府補助，亦在就醫時免除應自付之部分負擔，然由於低收入戶仍可選擇在與健保署特約之私人醫療機構就醫，並非僅能在由國家主導或經營之醫療院所就診，且低收入戶就醫之費用，亦是以國家補助之保險費及其他被保險人所支付之保險費整體作為資金基礎，並非完全或主要來自於國家以稅收補助之部分，自不宜認為現行全民健保在低收入戶部分，係在實施公醫制度，以免造成混淆。

<sup>171</sup> 參照 林炫秋（2008），〈社會保險權利之憲法保障〉，中正大學法學集刊，24 期，頁 312、322-323。

配決定，自不宜由司法者直接在個案裁判中要求立法者制定法律，甚至制定特定內容之社會保險法律。何況，縱使國家未能依照基本國策規定建立全民健保，惟若能透過社會救助、公醫制度等其他方式，充分保障人民在遭遇上開生活事故時之醫療需求，此時是否仍可謂國家違反生存權保障之規定，必須賦與人民直接依據生存權請求立法者建立全民健保，或確認立法者之怠於立法為違憲，實非無疑。準此，本文傾向認為在立法者尚未制定實施社會健康保險或全民健保之法律前，應無法肯認人民已有請求參加社會保險或全民健保之憲法權利，縱使因國家未履行實施全民健保之憲法委託，導致人民遭遇疾病、傷害或懷孕分娩等事故後，陷入無法取得維持最低生存所需之醫療，仍應由法院直接在個案中，判命國家對該人民提供金錢或實物醫療給付，而不是迂迴地以裁判要求國家立法實施全民健保，再讓該人民參加後適用。然而，在立法者已制定全民健保或社會健康保險之相關法律時，憲法以生存權及健康權保障等規定，所揭示國家對於維持人民最低生存需求與健康需求之照顧義務，則有拘束國家機關之效力，亦即要求立法者在修正法律及行政機關在個案適用、通案裁量時必須遵守，並作為司法審查之標準。尤其在憲法增修條文第 10 條第 5 項已明示國家應以全民健保之實施，以保障人民面臨上開事故之醫療需求時，倘國家仍將特定人民排除在全民健保之適用範圍外，又未能同時透過其他方式給予保障，抑或在立法者減縮全民健保之給付範圍，已達不足保障參加者之上述需求時，司法者自得指摘為違反憲法對於生存權與健康權保障之規定，作成違憲宣告<sup>172</sup>。

此外，除基於國家保障人民生存與健康之觀點，肯認國家在憲法有關人格尊嚴之生活保障、社會國原則及生存權、健康權保障之規定下，應對於人民之醫療需求負有照顧義務外，亦應考慮全民健保之參

<sup>172</sup> 類似見解，參照 太田匡彥，前揭註 157，頁 116-117；郭明政，前揭註 163，頁 337-338；謝榮堂，前揭註 162，頁 137-138。惟大法官在對於全民健保所作出之釋字第 472、473、524、533、550、676 號解釋中，均未以生存權規定作為違憲審查之依據，而是援用憲法第 155 條、第 157 條及增修條文第 10 條第 5 項之基本國策、財產權保障、因財產權保障所應適用之法律保留原則等來進行違憲審查，甚至針對修正前健保法未設規定對於無力繳納保費者給予救助，導致其等因未繳納保險費而遭拒絕給付之情形，縱可認為已妨害無資力者之基本生活需求範圍，而涉及最低人性尊嚴生活標準之維持，大法官仍在釋字第 472 號解釋中僅援引基本國策規定進行違憲宣告，卻未援用生存權保障之規定，大法官更直至釋字第 753 號解釋理由書中，才首次揭明全民健保係為保障人民之生存權與健康權，但仍未能在解釋文中加以明示。

加者，雖因遭遇與健康相關之生活事故而有取得醫療與維持生活之需求，然畢竟不是單向或被動受領國家給付，而是以被保險人所繳納保險費作為對價以取得保險給付，自應依循憲法保障自由權之理念，強調參加者在保險關係中所具有之權利主體地位，必須受到國家尊重。換言之，在全民健保之保險關係中，不能僅從參加者取得國家保險給付之單一面向進行探討，卻無視於人民是以負擔保險費作為取得給付對價，理應在保險關係中作為積極主動之權利主體，而非被動受領給付或受國家保護之客體，如此始能在面臨給付內容之形成或縮減、保險費之增加等爭議問題時，避免單純基於權力分立原則之觀點，輕易推論出立法者既然享有決定國家資源分配之權力，自然對於給付內容之形成享有廣泛裁量權，致使司法者欠缺有效審查基準，無法在個案裁判中充分有效保障參加者之權利。抑且，縱使認為保險給付之具體內容仍待立法形成，然在程度上不能僅侷限於滿足參加者生存權保障之最低生存需求，否則將與單純受領國家給付之社會救助制度無從區別，使參加者為取得保險給付所負擔之保險費失去法律意義。是此，學說上主張應將社會健康保險或全民健保之保險給付，在程度上從「最低照護」提升至「基礎照護」，確實值得贊同<sup>173</sup>。再者，從德國法制中發展及受強調之「社會連帶」或「相互扶助」思想，雖不可否認作應為社會健康保險及全民健保制度之重要基本原理，但也不能無所止盡地過份上綱，以免造成將個人利益遭埋沒於社會整體利益中之疑慮，不利於確立人民在社會健康保險制度中，理應具有之權利主體地位。

日本學者菊池馨實教授進一步指出，社會保險或社會保障之目的應在於確保個人之自由，亦即保障「個人是基於人格主體性之自律而存在，應能夠以主體性之地位，追求自我生活」，而非只是單純實現或滿足物質需求之生活保障，更是為充足得以追求自律之個人主體性生活及促進人格主體利益實現之各項條件，故應將制度之規範基礎，求諸於憲法中對於自由權保障之相關理念<sup>174</sup>。具體言之，社會保險或

<sup>173</sup> 參照 許宗力，前揭註 155，頁 162。林炫秋教授亦認為，最低生存需求部分應由社會扶助與社會救濟制度具體實現，適當之生存需求則經由社會保險制度具體實現，參照 林炫秋，前揭註 171，頁 314。

<sup>174</sup> 此處係指日本憲法第 13 條關於：「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び

社會保障在上述規範基礎下，「個人基礎性」與「自律方向性」等價值必須受到尊重，縱然二者播非得以截然區別，但仍可認前者是以憲法尊重個人價值為依據，後者則求諸於憲法肯定人民享有追求幸福之權利。至於國家作為責任主體，自然負有義務促進人民獲得追求自律性個人主體生活所需之各項條件，進而必須在人民生活之各階段上，致力於確保個人皆能享有「選擇生活方式之平等」，乃至於「實質之機會平等」，始能合於憲法中要求之平等保障以及人民應享有健康且文化性之最低限度生活權利等規定。簡言之，社會保險之憲法基礎，不能僅由靜態之財物分配平等觀點加以檢討，而應從動態觀點，確立人民能夠立基於權利與行為主體之地位，藉此構築自主且自律之生活價值<sup>175</sup>。

最後，從全民健保參加者彼此間之關係進行觀察，由於全民健保之制度建立與運作，不僅涉及國家對於人民上述生存權與健康權之保

---

幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする（全體國民都應作為個人而受尊重。對於生存、自由及追求幸福之國民權利，只要不違反公共福祉，均必須在立法及其他國政上受到最大之尊重）」之規定。

<sup>175</sup> 菊池馨実教授認為社會健康保險之制度內容，在憲法保障人民自由權、實質機會平等及生存權等要求下，國家不應過度介入人民生活，尤其社會健康保險為強制參加，財源也由參加者負擔，不能只從給付面探討，應一併考量人民負擔之程度及正當性。申言之，首先由於個人並非應受保護之客體，而是主動積極之權利主體，故在具體之制度設計上，應遵循下述四項原則：其一為「選擇原則」，即尊重個人之自我決定，凡無視受給付者或利用者之意思，單方性作成有關給付與否或給付內容決定之制度構造，應受消極評價，也就是強調被保險人之選擇自由必須受到重視。其二為「參加原則」，所謂「參加」非僅侷限於向來在作成不利益之行政決定時，給予人民陳述意見之機會，更應擴及於人民對政策決定與保險營運過程之參加，以及對於保險事業自治之保障，保險事業之規模應該越小越好，如此才有實現參加之真正可能。其三為「接近使用資訊之原則」，即人民應有請求國家公開醫療保障政策資料及獲得個人健康相關資訊之權利，以作為其行使選擇自由之前提。其四為「貢獻原則」，個人既然是權利主體，而非單純受給付者，自須對制度之運作，以負擔保險費之方式有所貢獻，故在給付與負擔相互對應之社會健康保險中，固然應適用量能負擔原理來決定保險費之數額，但仍應考慮應益負擔原理，且保險費之減免也應有所限制。其次，為實現人民選擇生活方式之平等及實質機會平等，人民獲得平等醫療給付之權利，應受保障。於此，對於國民皆能享有醫療保險或社會健康保險之事，應給予積極評價，同時則應避免出現有國民未能參加保險之問題。再者，國民之醫療保障在概念上不同於所得保障，並非僅為最低水準保障，而應提供最適水準之醫療。從而，慢性病與急性病症固非得為明確區分，但由於慢性病患者在治療期間中，與生活關連之因素較為顯著，醫療給付之內容以最小程度為足，但對於急性病症之醫療給付，則應考慮病房費用與設施費用是否應一定程度地予以納入或排除。另外，被保險人選擇併以自費實施急性病症治療中之高度先進醫療行為，可能造成人民因所得及財產差異而享有不同醫療水準之給付，有可能違反醫療機會之實質平等保障，應為慎重之對應處理。最後，醫療給付之保障水準及內容，並非單純強調給付在數量上充足，更應注重醫療品質。參照 菊池馨実（2001），《社会保障の法理念》，頁 139-10，東京：有斐閣；菊池馨実（2006），〈社会保障の規範的基礎付けと憲法〉，季刊社会保障，41 号，頁 308-312；菊池馨実（2010），〈医療保障制度の方向性〉，氏著，《社会保障法制の将来構想》，頁 137-145，東京：有斐閣。

障，也可能因為以公費投入作為制度財源，而屬於分配國家資源利用之社會政策立法，當然必須受到憲法第 7 條平等權保障之拘束<sup>176</sup>。具體言之，在憲法平等權保障之要求下，國家應確保人民對於全民健保之參加，以及參加後在保險給付之享有、保險費之負擔等各方面，均不得受有不合理之差別待遇，尤其是保險費負擔方面，更可藉由平等權保障之確立與適用，進一步推導出保險費在計收上，必須遵循「負擔公平性原理」。

## 第二節 社會健康保險之基本構造

社會健康保險制度之出現，最早是為解決中低所得勞工在面臨與健康相關之生活事故可能陷入之經濟困境，其後逐漸將適用對象擴及到其他具有相同需求之人。此外，透過前章對於德、日法制之比較觀察，雖可見在是否由單一制度構成、保險人組織與運作、適用對象範圍、保險費計算與保險給付內容等存有差異，但所採取之基本構造大致相同。申言之，社會健康保險係運用保險原理作為運作基礎，藉此分散參加者面臨與健康相關生活事故之風險及損失，然國家實施制度之目的係為實踐依憲法規定對於人民所負有之醫療需求照顧義務，與商業保險立基於私法自治，由私法主體間進行財貨交換契約以追求營利之行為有所不同<sup>177</sup>，因此乃採行強制參加、相互扶助、保險費量能負擔等作為修正調整<sup>178</sup>，並將財源負擔義務擴及至參加者以外之人，以成為「社會保險」。為此，本文以下將討論全民健保應具備如何之基本構造，始能合於前述基本國策要求之「社會保險」。

<sup>176</sup> 參照 郭明政（2007），《社會法治國的司法建構：第六屆大法官會議有關社會安全法制解釋之分析》，憲政時代，33 卷 2 期，頁 206-209。

<sup>177</sup> 參照 謝榮堂（2003），〈析論全民健康保險法律關係〉，華岡法粹，29 期，頁 193。大法官也曾針對同屬社會保險之公務人員保險，在釋字第 434 號解釋中表示：「公務人員保險係國家為照顧公務人員生老病死及安養，運用保險原理而設之社會福利制度」，值為參考。

<sup>178</sup> 針對同屬社會保險之勞工保險，大法官曾在釋字第 609 號解釋理由書中，提及保險費按投保勞工之薪資比例計算，與保險事故之危險間並非謹守對價原則，而是以量能負擔原則維持社會互助之功能，且勞工參加保險具有強制性，凡符合一定條件之勞工均應全部參加保險，明確指出「量能負擔」與「強制參加」作為社會保險之基本原則；詳參 孫迺翊，前揭註 151，頁 71-72。另學者林炫秋亦認為：社會保險制度在性質上同時具有「保險性」及「社會性」，且原則是「強制性」；參照 林炫秋，前揭註 171，頁 343-344。



## 第一項 保險原理之運用

起源於商業保險之保險原理，是透過大數法則之運用，將計算上具有一定發生機率之生活風險設定為保險事故，再向可能遭遇該事故而處於相同風險下之參加者收取保險費後成立保險基金，並於個別參加者實際發生保險事故而受有損失時，利用保險基金作為資金基礎，提供預定內容之保險給付，藉此補償該參加者所蒙受之損失，同時將損失轉嫁由保險之全體參加者分擔，進而形成分散風險與損失之共同體<sup>179</sup>。是以，社會健康保險既為「保險」，自然也利用相同之保險原理，亦即設定疾病、傷害或懷孕分娩等與健康相關之生活風險作為保險事故，並將可能發生該事故之參加者納入成立保險共同體，透過收取保險費形成之保險基金作為資金基礎，在個別參加者實際發生上開事故時提供預定之保險給付，藉此為參加者在保險事故發生前分散風險，以及在保險事故發生時分散損失<sup>180</sup>。因此，在運用保險原理之基礎下，社會健康保險之參加者原則上必須繳納保險費以分散風險與損失，故在保險費繳納與分散風險、損失間，即形成一定之對價關係，此與社會救助制度係立基於扶助原理，單向對受給付者提供金錢或勞務之給付，不要求受給付者提出對待給付，有所不同<sup>181</sup>。

## 第二項 相互扶助原理與對價關係之修正

社會健康保險雖援用源自於商業保險中之保險原理，集合參加者成立分散關於健康風險與損失之共同體，但由於實施之責任主體為國家，具有實現基本權保障與社會國原則，以履行對於人民醫療需求照顧義務之重要目的，因此必須修正商業保險在保險費負擔與保險給付

<sup>179</sup> 參照 岩村正彥 (2004)，《社會保障法 I》，頁 40，東京：弘文堂；江朝國 (2002)，《保險法基礎理論》，四版，頁 1-15，台北：瑞興。

<sup>180</sup> 參照 林炫秋，前揭註 171，頁 344；孫迺翊，前揭註 154，頁 473；陳愛娥 (2001)，〈大法官對全民健康保險法制的合憲性討論〉，台灣本土法學雜誌，25 期，頁 6。大法官曾針對屬於社會保險之公務人員保險，於釋字第 434 號理由書中指出：「公務人員保險法規定之保險費，係由被保險人與政府按一定之比例負擔，以為承保機關保險給付之財務基礎。而保險費經繳付後，即由承保機關運用於該保險事務之中，並於保險事故發生時，作為保險給付之基金」（底線為筆者所加），揭示社會保險採用保險原理運作之基本方式，值為參考。

<sup>181</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 259；倉田聰，前揭註 20，頁 316。

間所強調之完全對價關係。詳言之，社會健康保險之參加者雖然必須繳納保險費作為領取保險給付之對價，此與商業保險相同，惟商業保險按照個別參加者之風險發生機率，設定不同之保險費率，及依要保人或受益人之受益程度，也就是以保險給付之內容與金額來計算保險費，更同時維持要保人依保險契約所應給付之保險費，必須與保險人在保險事故發生時所提供之保險給付間，具有明確之對待給付關係，故要保人未能依保險契約繳付保險費時，若為一次交付之保險費或分期交付之首期保險費，將使保險契約不生效力，若為其餘之保險費，則構成商業醫療保險契約效力停止之事由<sup>182</sup>。由是觀之，商業保險之保險費，只依照被保險人發生傷病風險之機率高低與保險給付之受益程度計算，並與保險人之保險給付間存在明確之對待給付關係，因而形成保險費與保險給付間具有完全之對價關係。

相對於此，社會健康保險雖與商業醫療保險相同具有分散參加者風險及損失之目的，但商業醫療保險強調參加者應基於個人責任加入保險，故要求個別參加者所繳納之保險費，應確切反應其風險發生機率與受保障之受益程度，社會健康保險則追求以共同體內所有參加者之集體責任，共同分擔所有參加者之風險及損失，也就是在參加者彼此互助協力之下，齊心協力地對應處理個別成員所面臨之生活風險及損失。因此，社會健康保險之參加者不應計較個人付出之保險費，是否與保險給付間具有經濟上或交易上之等價性，而是應著眼於在未發生事故時依能力繳付保險費，並在發生保險事故而需要協助時，能夠取得保險給付以保障生活需求，以成立全體參加者間之相互扶助關係<sup>183</sup>。是在上述脈絡下，社會健康保險應適用「相互扶助原理」，以修正商業醫療保險中強調保險費與保險給付間所具有之完全對價關係<sup>184</sup>，具體內容包括單一保險費率之採用、保險費計算採量能負擔而非應益負擔，以及對於同一制度之參加者提供大致相同之實物醫療保險

<sup>182</sup> 保險法第 21 條、第 130 條、第 116 條第 1 項等規定參照。另參 劉宗榮(2007),《新保險法》，頁 42、174、200-202，台北：自刊。

<sup>183</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 259-261；謝榮堂(2010),《社會保險制度之生存保障與改革》，軍法專刊，56 卷 5 期，頁 77；倉田聰，前揭註 20，頁 317。

<sup>184</sup> 參照 岩村正彥，前揭註 179，頁 41；稻森公嘉，前揭註 111，頁 158。

給付<sup>185</sup>，以下分述之。



### 第一款 單一保險費率之採用

商業保險之保險費是以「保險金額」乘上「保險費率」計算，且保險費率包括「純費率」與「附加費率」，前者之「純費率」指個別被保險人發生風險之機率，後者之「附加費率」則反映保險人履行保險契約所需之營業費用。又由於依照「純費率」計算之保險費，係保險人在保險事故發生時用來提供預定保險給付之資金基礎，即可見商業保險之保險費高低，主要是由表彰受益程度高低即保險給付多寡之保險金額，與表彰保險事故發生機率高低之純費率決定。特別是在商業醫療保險中，雖然疾病、傷害、懷孕分娩等保險事故之實際發生仍屬不可預期，但發生之機率高低往往與被保險人之年齡、性別、職業、健康狀況、生活習慣等個人條件密切相關，故保險人必定會考慮被保險人因上述個人條件差異所反應出之保險事故發生機率，對被保險人設定不同之保險費率。抑且，保險人為確保對於保險費率之正確評估，復要求要保人在締約時必須負有據實告知健康事項之義務，要保人如違反告知義務致影響保險人之危險評估時，則構成解除契約之事由。另者，保險人為確認被保險人之健康狀況，亦得對被保險人實施健康檢查，並要求在契約期間遇有危險增加時，要保人應負有通知義務，以利保險人按危險增加之程度提議訂定新保險費或終止契約。由此可見，商業醫療保險在保險費率之設定上，對於個別被保險人發生保險事故之機率極為重視<sup>186</sup>，不可能無視於個別被保險人之條件差異，而對於所有被保險人均設定適用相同之保險費率。

然而，社會健康保險既然不強調以個人責任參加保險，而是著重在由全體參加者共同對應風險與損失之相互扶助關係，因此保險費率

<sup>185</sup> 德國學者 Volker Neumann 認為以相互扶助原理為內涵之「社會連帶」，是立法者根據社會國原則之授權，而從倫理上之原則轉換成為法律原理，其思想根源為社會契約之自由主義理論及黑格爾之法哲學，也就是在家族（正）與市民社會（反）之衝突中，必須藉由社會國家來克服。參照 フォルカー・ノイマン（著），太田匡彦（譯）（2006），〈公的医療保険システム：ドイツにおける諸原則と実践〉，ジュリスト，1312 号，頁 58-59。

<sup>186</sup> 保險法第 64 條、第 126 條第 1 項、第 59 條及第 60 條等規定參照。另參 劉宗榮，前揭註 182，頁 175-181、455。



原則上是以共同體內所有參加者之保險給付支出除以保險費基後算定，參加者不論年齡、性別、職業、健康狀況、生活習慣等個人條件所反應出之風險發生機率，均適用相同之保險費率。準此，可謂社會健康保險採用單一保險費率之理由，就是以相互扶助原理修正保險費與保險給付間之完全對價關係，藉此形成在保險共同體內，由低風險者對於高風險者提供扶助之第一層互助關係<sup>187</sup>。

又日本之政府掌管健康保險於 2006 年改革後，雖允許全國健康保險協會對不同都道府縣之被保險人設定不同之保險費率，以提供參加者抑制醫療費用成長之誘因，而成為社會健康保險對於參加者應適用單一保險費率之例外。然而，如考慮到決定不同保險費率之因素，畢竟還是與個別被保險人之健康條件無關，且同一都道府縣內之被保險人也依然適用相同之保險費率，在評價上仍難認為已對於社會健康保險所立基之相互扶助原理有所改變，併此敘明。

## 第二款 保險費量能負擔

社會健康保險之參加者雖然適用相同之保險費率，惟所繳納之保險費數額仍非相同，相較於商業醫療保險是以「保險金額」乘上「保險費率」後計算保險費，並以前者之「保險金額」反應要保人或受益人享有保險給付內容之受益程度，社會健康保險要求參加者負擔之保險費數額，則是按照個別參加者之經濟能力計算，不考量其受益程度<sup>188</sup>。準此，可謂社會健康保險係透過在保險費之計算上適用「量能負擔」原理，以形成保險共同體內，由經濟能力較佳者對於能力較差者提供扶助之第二層互助關係，並與上述單一保險費率之採用相互配合，共同建構社會健康保險制度中，由低風險者扶助高風險者，以及由高能力者扶助低能力者之雙重相互扶助關係。

<sup>187</sup> 參照 岩村正彥，前揭註 179，頁 42；陳英鈞，前揭註 153，頁 91。

<sup>188</sup> 謝榮堂教授認為，基於德國基本法所明定之社會國原則，德國聯邦社會法典第一部第 1 條揭示該法之中心要務，在於實現社會國原則所要追求之社會正義及社會安全，雖然該法對於何謂「社會正義」未有明確定義，但社會正義之實現，當在使人民有機會憑藉個人力量與才能，而在社會之共同體中取得相當之立足點及地位，故在功能上，應使人民取得加入以被保險人繳納之保險費運作之社會保險體系中，且社會保險費之高低，應取決於被保險人之收入高低，而不是參加者之危險係數；參照 謝榮堂，前揭註 162，頁 138-139。

對此，大法官曾在針對全民健保作成之釋字第 472 號解釋中，明白表示：「此項（按即全民健保）保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質，保險費率係依預期損失率，經精算予以核計。其衡酌之原則以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度，鑑於全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能」（底線為筆者所加），並在解釋理由書中進一步指出：「因為保險費額之確定並非與被保險人將來受領給付之多寡按比例計算，鑑於全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並顧及被保險人相互間之收入及負擔能力差距甚大，決定保險費時不可能精確考量各被保險人不同的資力，爰以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能」（底線為筆者所加）。其後，大法官又在釋字第 676 號理由書中揭明：「憲法增修條文第 10 條第 5 項前段規定，國家應推行全民健康保險。健保法採強制納保並課被保險人繳納保險費之公法上金錢給付義務，並對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，為全民健康保險賴以維繫之基礎」、「健保法係以被保險人經常性所得為計算保險費之基礎，被保險人依所得高低承擔不同財務責任，於量能負擔下，形成兼具共同分擔健康風險與社會互助之安全保障制度」（底線為筆者所加），闡述社會健康保險或全民健保之保險費計算應依循量能負擔原理，足為參照。

然而，如進一步審視大法官在上述解釋與理由書中之見解，卻可發現對於應以如何之標準衡量參加者負擔保險費之能力，始能合於「量能負擔原理」，大法官似乎有所搖擺或混淆。申言之，大法官在釋字第 472 號解釋文中提及「全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性」，卻在理由書中又稱：「顧及被保險人相互間之收入及負擔能力差距甚大，決定保險費時不可能精確考量各被保險人不同的資力」，並在其後之釋字第 676 號解釋理由書中表示：「對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性」、「被保險人依所得高低承擔不同財務責任」，不僅分別提到「所得」、「收入」與「負擔能力」、「資力」等不同概念，且

前後也非一致，實難論定究竟何者始為大法官認定之適當衡量基準。

另外，學說見解同樣存在分歧，例如林炫秋教授認為：「社會保險被保險人繳納的保險費，並非依個人遭受的生活風險機率的高低而定，而是依照個人所得的高低而定，也就是高所得者為低所得者分擔部分風險，低風險者為高風險者分擔部分風險」，似主張應以被保險人之「所得」作為計算保險費高低之基準<sup>189</sup>。相較於此，孫迺翊教授則以：「社會保險的保費與個人風險程度無關，而是依其經濟能力（通常為薪資）計算，保費與保險給付之間不具有個別對價性，而是具有社會重分配的效果，使經濟弱勢者亦能透過風險分攤方式確保其經濟安全。…至於社會重分配之效果多大，則取決於保費與給付之間的關連程度。一般而言，健康保險提供之醫療服務不具所得相關性，因此在被保險人間依其性別、年齡與不同的經濟能力、健康狀況，產生多重社會重分配效果」<sup>190</sup>，蔡茂寅教授亦指出：「社會保障本即具有矯正所得、資產分布不公的功能，因此其財源籌措亦應盡可能選擇再分配效果較強之手段，以確保社會保障財源之籌措能依循『負擔公平性』原則」<sup>191</sup>，均認為應以被保險人之資力即整體經濟能力，包括所得及財產，作為計算保險費之標準。

本文認為，若回顧作為社會健康保險制度起源之德國法定健康保險，是俾斯麥為解決仰賴薪資維生之中低所得勞工，不至於因疾病或傷害帶來之薪資減損而陷入生活困難甚至貧困，故運用保險方式將其等集合成立對抗風險與損失之共同體一事進行觀察，由於法定健康保險當時是以不具生產工具所有權而仰賴薪資維生之勞工作為適用對象，則以參加者之薪資多寡，作為衡量個別參加者負擔保險費之經濟能力高低，應為合理之制度設計。同理，在其他以受僱者或受薪階級作為適用對象之社會健康保險制度，例如日本之組合掌管健康保險、政府掌管健康保險，也因為參加者大多仰賴薪資所得維生，其薪資數額大致足以反應經濟能力之高低，因此援用薪資所得來計算保險費，

<sup>189</sup> 參照 林炫秋，前揭註 171，頁 344-345。

<sup>190</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 19-20。

<sup>191</sup> 參照 蔡茂寅(2013)，〈社會保障的財政問題〉，許志雄教授祝壽論文集編輯委員會(編)，《立憲國家之課題與挑戰》，頁 607，台北：元照。

也不會產生太大之公平性問題。然而，當社會健康保險之參加者，並非或不只限於依賴薪資維生之受僱者或受薪階級時，若仍然僅以薪資高低計算保險費，或只是考慮到薪資所得在租稅上因可列為稅額減項而對於企業經營者具有據實申報之誘因，且相較於其他所得更易於捕捉，也不會如財產具有價值難以精確衡量之問題，勢必將因受限於薪資所得顯然無法確切反應所有被保險人之實際經濟能力，導致保險費負擔出現違反量能負擔原理之問題。申言之，社會健康保險之保險費之所以適用量能負擔原理，係為形成由共同體內高能力者對低能力者提供扶助之互助關係，然在參加者之經濟能力非僅由薪資構成時，如未能將其他構成參加者經濟能力之條件，包括薪資以外之其他所得（例如財產交易所得、孳息所得）及財產價值一併納入衡量，不免將造成對於共同體內孰為高能力者、孰為低能力者之誤判，導致高能力之參加者僅因薪資所得不高，卻受到薪資雖高但實為低能力參加者之扶助，進而顛覆社會健康保險所立基之相互扶助原理。準此，當社會健康保險之被保險人非僅為受薪之勞工或受僱者時，理應按個別參加者之整體經濟能力即資力，計算其應負擔之保險費，也就是應將被保險人之「所得」與「財產」都納入計算，不能僅以所得為標準，更不能僅限於所得中之薪資所得，始能符合保險費量能負擔之原理，達到由高能力參加者對於低能力參加者扶助之制度目的。在比較法上，非以受僱者或受薪者作為對象之日本國民健康保險確已慮及於此，乃將被保險人之財產納入作為計算保險費之因素，業如上述，可見採計財產作為計算保險費數額之標準，現實上絕非完全不可行。惟不可諱言者，由於僅部分財產適用國家之登記或公示制度，確實存有難以準確捕捉個別被保險人財產範圍之困境，再加上財產除現金、存款或上市櫃股票等具有明確價值外，亦可能無法精確衡量其價值，況相較於所得與保險費皆具有按期反覆發生之特性，財產之得喪變更卻僅為一次性，凡此均使得在計算保險費時，應如何適當反應被保險人之財產在每期保險費中所表彰之經濟能力，存有相當程度之困難。



### 第三款 大致相同之實物醫療給付

商業醫療保險之保險給付內容，應由保險人與要保人透過契約決定，因此個別契約所提供之保險給付內容自然有所不同。然社會健康保險之保險給付內容係依法律、行政命令或保險事業之章程、規約決定，個別被保險人原則上不具有與保險人商議保險給付內容之空間，僅德國於 2007 年改革後導入之「選擇性費率方案」，另賦予被保險人得在法定之保險給付內容外，額外特定之給付方案中進行選擇。抑且，社會健康保險所提供保險給付中之實物醫療給付，目的係為填補參加者面臨傷病時之醫療照護需求，與參加者個人之經濟能力或過去之生活模式無關，可謂具有強烈之「需求滿足」取向<sup>192</sup>。準此，保險人對於所有參加者，不問其繳納保險費多寡、經濟能力高低與過去生活模式差異，原則上均提供相同之實物醫療給付，也就是滿足參加者在發生保險事故時所需求之醫療照顧或物品<sup>193</sup>。相較於此，如社會健康保險在實物醫療給付外，尚對於參加者提供金錢給付時，則因金錢給付強調「生活滿足」之取向，而非需求滿足，故與其他社會保險之金錢給付，例如就業保險之失業給付<sup>194</sup>，勞工保險之生育給付、傷病補助、失能給付、老年給付、死亡給付<sup>195</sup>，公教人員保險之養老給付、死亡給付、育嬰留職停薪津貼、殘廢給付、生育給付、眷屬喪葬津貼等相同<sup>196</sup>，係按被保險人之投保薪資或保險俸額為基數計算，而對於領取不同薪資或俸給之被保險人提供高低差別之保險給付。

<sup>192</sup> 參照 稻森公嘉，前揭註 111，頁 165；孫迺翊，前揭註 23，頁 74。

<sup>193</sup> 謝榮堂教授將此稱為「權利義務法定原則」，亦即保險人在被保險人發生保險事故時，應依據法律提供能夠維持一定生活水準之給付，雖然每人繳納之保險費不盡相同，但所獲得之保險給付內容卻大致相同，參照 謝榮堂，前揭註 177，頁 195。惟謝榮堂教授另指出，保險人所提供之保險給付，係「用以維持被保險人在事故發生前的生活水準」，則與本文主張社會健康保險之給付內容，應在滿足參加者發生傷病等事故時之醫療需求，而非考慮參加者過往之生活模式，有所差異。

<sup>194</sup> 就業保險法第 16 條規定參照。

<sup>195</sup> 勞工保險條例第 32 條、第 35 條、第 36 條、第 54 條、第 58 條之 1、第 59 條、第 62 條等規定參照。

<sup>196</sup> 公教人員保險法第 12 條第 1 項規定參照。



### 第三項 社會連帶

學說上常見將「社會連帶」列為社會健康保險應具備之基本構造或應適用之基本原理，實務上孫森焱大法官也曾在釋字 472 號解釋協同意見書中表示：「社會保險以社會連帶、強制參加為基礎，於保險事故發生時，給與被保險人填補損害為標的。因此，強制參加、繳納保險費為社會保險之主要特徵，是為憲法容許國家在納稅、服兵役與受國民教育之外，為推行全民健康保險而課人民之義務」（底線為筆者所加）。然而，「社會連帶」在意義上究應為如何之理解，其與前述「相互扶助原理」之關係及對於社會健康保險之重要性，論者間之意見實則存在相當之分歧，應有進一步解明之必要。

#### 第一款 參加者間之經濟上扶助關係

多數學者所稱之「社會連帶」，係指社會健康保險之參加者透過單一保險費率與保險費量能負擔之制度設計，使得在某一生活集團或保險事業內，形成由強者對弱者提供經濟扶助之關係<sup>197</sup>。申言之，在人類生活團體內之經濟扶助關係，早在現代國家成立前，就已經基於人類之自然情感而存在，蓋人類為經營共同生活而形成一定之群體或團體，自然會對於該群體或團體其他成員在生活上所遭遇之困難，出現一定程度之相互救助機制，且其出發點不僅是為幫助他人之利他動機或同理心，主要更是基於利己考量，也就是希望當自己遭遇相同或類似之生活困難時，能夠得到其他人協助，以順利度過難關<sup>198</sup>。於是，人類在家庭、氏族、村落、宗教或勞工組織等生活共同體中，發自於上述之理性自覺，並從對於共同體之歸屬情感出發，自然產生相互救濟之思想，進而在各種共同體中出現相互救濟之扶助機制，因具有共同分擔他人生活困境之效果，可謂與「連帶」之意義與構造相互符合

<sup>197</sup> 參照 高藤昭(1986)〈社会保障法における生存権原理と社会連帯原理〉，荒木誠之(等著)，《現代の生存権：法理と制度》，頁 10，京都：法律文化社；門脇美恵，前揭註 40，頁 51-52；蔡維音，前揭註 230，頁 34；林炫秋，前揭註 171，頁 344-345；江朝國，前揭註 2，頁 82。

<sup>198</sup> 參照 堀勝洋(2004)，《社会保障法総論》，二版，頁 95-105，東京：東京大学出版会。

199，例如在親族或職場間常見之婚慶喪弔、生產賀禮，甚至帶有金錢儲蓄性質之互助會等，皆為生活共同體內互為扶助或連帶之適例。

然而，當近代市民社會與自由國家逐漸確立，上述各種具有連帶意義或功能之共同生活體與連帶思想卻受到壓抑。畢竟自由國家強調個人之自由及個人與國家間之關係，追求將個人從各類團體中解放後以獲得完整之自由<sup>200</sup>，再加上經濟上奉行資本主義與自由競爭，對於歷史上既存於社會中之各種共同體或組織，尤其是被認為會妨礙資本主義與自由競爭思想之工會或勞工團體，也抱持著敵對態度，甚至在法律上明文禁止。是此，個人自由在近代自由國家建立後雖然獲得完全之確保，但也同時意味著在自由放任與契約自由下，個人必須為自己之生活，包括可能面臨之各種疾病、傷害、失業等生活事故負責，國家不需要也不應該以強制方式，要求人民救濟他人之生活風險或困難<sup>201</sup>。因此，過去在各種群體或生活共同體內強調相互扶助之連帶思想，及以此作為基礎所運作之各種生活保障制度，乃受到國家權力之排斥，最多只能容認以國家責任運作，並成為具有恩給性質之救貧法制。例如法國早在中世紀時，基於連帶思想所建立之各種社會團體，包括共濟合作社、職業或同業團體、基爾特（Guild）等原本已相當發達，然王權時代考慮到此類團體具有一定之社會、經濟影響力，可能破壞既有秩序，乃對之抱持警戒態度，或要求團體之組成應採行許可制，或發布敕令嘗試加以禁止，嗣於 1789 年之人權宣言中，甚至為追求個人主義徹底實現，排除對於結社自由與中間團體之保障<sup>202</sup>，繼在大革命後建立之政權，更進一步以社會團體有礙個人自由確立，為排除一切對於個人之拘束與壓抑，並將團體之共同利益還原為個人權利，明確立法禁止市民組成任何職業團體或共濟合作社<sup>203</sup>。

<sup>199</sup> 參照 高藤昭（1994），《社会保障法の基本原理と構造》，頁 31，東京：法政大学出版社；鍾秉正（2005），《社會保險法論》，頁 113，台北：三民；齋藤純一（2004），〈社会的連帶の理由をめぐって-自由を支えるセキュリティ〉，氏編《福祉国家／社会的連帶の理由》，頁 287-298，京都：ミネルヴァ書房。

<sup>200</sup> 參照 許志雄（2007），〈當代人權的發展趨勢與課題〉，周志宏（等編），《現代憲法的理論與現實》，頁 326，台北：元照。

<sup>201</sup> 參照 荒木誠之（2004），《社会保障法讀本》，三版，頁 18，東京：有斐閣。

<sup>202</sup> 參照 許志雄（2006），〈現代立憲主義與民主的對話〉，王兆鵬（等著），《跨世紀法學新思維》，頁 63，台北：元照。

<sup>203</sup> 參照 高藤昭，前揭註 199，頁 34-35。

然以，由人民組成社會團體及在團體內形成之扶助機制，雖然在政治上與法律上受到壓抑，但在資本主義之持續發展下，仰賴勞力換取薪資維生之無產階級勞工大量出現，且勞工一旦遭遇疾病、傷害、失業等無法繼續提供勞務之生活事故時，薪資勢必有所減損，很可能進而陷入生活困境，勞工因此對於薪資與生活之維持抱持強烈不安定感，為謀求經濟穩定，依然持續組織並運作各種受到近代國家壓抑及排斥之社會團體，特別是勞工間之互助組織。抑且，強調孤立個人之自由主義，在確立人權特別是對於自由權之保障固具有關鍵重要性，但實際上人類生活畢竟難以完全脫離團體而獨自存在，因此除勞工間之互助組織外，各類社會團體也繼續以地下組織之形式存立及運作。此後，俾斯麥利用勞工間基於對身分或職業之歸屬感所組成之各種相互扶助團體，建立法定健康保險制度，成為近代社會保險之先驅，並在國家角色從消極不干預人民生活之夜警國家，轉向應積極提供人民最低限度生活保障之社會國家後，為多數國家所仿效，相繼立法建立各種社會保險，透過單一保險費率之設定及保險費量能負擔之收取，使參加者相互間形成經濟上之扶助關係，此即所謂「社會連帶」之意義。

## 第二款 基於扶助意識之參加者自治與自律

相較於多數學說將「社會連帶」定義為社會健康保險參加者間之經濟上相互扶助關係，有學者進一步參考德國建立法定健康保險之歷史脈絡，亦即由國家透過立法方式，將勞工基於身分認同所形成之相互扶助機制轉化為社會保險之國家制度，認為「社會連帶」不僅是在指參加者彼此間為共同分攤風險與損失所形成之相互扶助關係，更同時表彰一種「群體歸屬感 (Gruppenzugehörigkeit)」，即成員間因具有相同性或相似性，願意承認及體諒彼此間係互為依存，並進一步形成不以經濟交換公平性為出發點之相互性關係。<sup>204</sup> 是此，「社會連帶」應以下述意義加以理解：其一為勞工階級在爭取政治權利與經濟安全之過程中，所產生之「共同（群）體歸屬感」及「相互扶助意識」，

<sup>204</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 261-262。



配合社會保險財務運作採取外於國家預算之封閉性設計，確保保險費之量能負擔及保險給付之重分配效果，僅及於具有同質性之我群，而不及於他群；其二在與國家之關係上，由於國家是勞工爭取權利之對象，並非勞工所欲團結或形成相互扶助關係之夥伴，即使勞工間之相互扶助機制已透過立法成為國家推行之社會安全制度，仍然要求保險事業在組織上必須與國家分離，以保留相當程度之自主性，同時財務運作也應獨立於國家之外，而與租稅分離<sup>205</sup>。

換言之，社會保險既然是從具有身分認同或同質性之民間相互扶助組織發展形成，且組織成員透過自治或自律方式，所形成按照能力分擔相關費用之決定模式，也早在國家制定實定法前就已存在。因此，「社會連帶」係要求保險人在組織上應為獨立於國家以外之公法人，同時在保險事業之經營上，也應由共同體成員以自治之程序及方式，決定保險費負擔及保險給付內容<sup>206</sup>。準此，「社會連帶」必須為團體成員或參加者間在主觀上因認同所產生之「相互扶助意識（社會連帶意識）」，且應存在「外於國家之保險事業組織」，並同時確保「保險事業自治」。

### 第三款 本文見解

學說多數見解將社會連帶理解為社會健康保險之參加者間，因適用單一保險費率及保險費量能負擔等原理而在經濟上形成之相互扶助關係，在意義上與前述相互扶助原理有所重複。抑且，參酌大法官在釋字第 676 號解釋中，要求適用投保金額分級表時應設立合理調降保險費之適當機制，「以符社會保險制度中量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性，落實國家推行全民健康保險之憲法意旨」，也傾向採用「互助」之用語，再加上在中文理解上，「相互扶助」之法律用語確實較「社會連帶」容易理解，不至於產生不必要之誤會或混淆<sup>207</sup>，故本文認為應使用「相互扶助原理」來解釋社會健康保險中被保

<sup>205</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 23，頁 74-75。

<sup>206</sup> 參照 倉田聰，前揭註 113，頁 47-48。

<sup>207</sup> 「社會連帶」與民法上「連帶債務」之德文分別為「solidarität」、「gesamtschuld」，意義與概念均非相同，固然得為明確之區辨，惟中文上都使用「連帶」之用語，卻容易被連結到民法上有

險人間所具有之經濟上互助關係，較為適當。相對於此，後說參考德國建立法定健康保險之歷史脈絡，將社會連帶理解為被保險人間在主觀上之「相互扶助意識（社會連帶意識）」，及保險人應為「外於國家之保險事業組織」，並確保「保險事業自治」，則值為進一步討論。

詳言之，同一保險共同體之參加者如主觀上愈能具有相互扶助之意識，確實有利於維持保險事業之穩定及永續經營<sup>208</sup>，尤其在調高保險費率時，較容易緩和被保險人之抗拒心理<sup>209</sup>。至於相互扶助意識之產生，最自然者無非是在血緣、婚姻、親屬、地域或職業等關係上具有同質性或連結性者，並因彼此間之相互認同產生團體歸屬感，進而願與其他團體成員福禍相依，休戚與共。抑且，通常團體規模之大小，與團體成員間之同質性或連結性多少具有反向關係，亦即規模愈小之團體成員間，理論上同質性或連結性愈高，主觀上因歸屬感形成之相互扶助意識也愈為強烈，反之隨著團體規模擴大，團體成員間之同質性及歸屬感勢必遞減，主觀上相互扶助之意識也將漸趨淡薄<sup>210</sup>。

惟上述說明並非表示社會健康保險之參加者需以具有身分、地域或職業上之「同質性」為必要。對此，德國聯邦憲法法院曾在判決中表示，社會保險在概念應具有開放性，能隨時因應新型態社會需求而保有變動可能，只要依循保險原理、相互扶助原理及採取強制參加之規定，即屬憲法上所稱之社會保險制度，並不包括要求參加者間必須具備「同質性」，德國法定健康保險在立法上，也賦予被保險人得不受地區或職業限制，享有選擇保險人之自由。何況，若為要求參加者必須具備同質性，進而設定以職業或身分作為參加同一保險之要件，亦難避免失之狹隘，導致同樣無法以己力面臨生活風險之其他國民，

---

關「連帶債務」（多數義務人就同一債務或義務，向權利人負全部之責任）或「連帶債權」（多數權利人就同一債權（權利）得向債務人為全部之請求）之意涵。然而，在社會健康保險中，遭逢保險事故之參加者雖得請求保險給付，但請求之對象為保險人，並非其餘被保險人，且保險給付之資金基礎為保險人向所有參加者所收取之保險費，也非僅限於個別被保險人之保險費，未遭逢保險事故之其餘被保險人，在繳納保險費之外，亦不對發生保險事故之參加者負有提供保險給付之義務，顯然與民法上對於「連帶」之規範意涵不同，在中文上容易產生混淆。

<sup>208</sup> 參照 加藤智章（2003），〈醫療保險制度における保險者機能〉，山崎泰彦（等編），《醫療制度改革と保險者機能》，頁 142，東京：東洋經濟新報社。

<sup>209</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 15-16。

<sup>210</sup> 參照 高藤昭，前揭註 199，頁 31；台豐（2007），〈「社會連帶理念」に関する一考察〉，法政理論，39 卷 2 号，頁 189。

僅因不具有特定之職業或身分，即遭排除在社會保險之保障外，實非允當<sup>211</sup>。甚且，現代工商社會下之人際關係漸行疏遠，人與人間之連結趨於淡薄，再加上社會健康保險為追求制度財源之穩定，往往不斷擴大保險事業之規模，以充分發揮分散風險及損失之功能，更使得將相互扶助意識訴諸於被保險人間之同質性或連結性，愈形困難。

然在團體成員間之同質性外，相互扶助意識之形成及產生，也可能發自於人類之理性認知及利己動機，即為尋求分散自己無力獨自承擔之生活風險與經濟損失，因而願意加入保險共同體，透過與他人相互扶助來獲得保障<sup>212</sup>。抑且，生活風險在本質上之差異，也勢必影響參加者主觀上相互扶助意識之強弱。申言之，當生活風險之發生及帶來之經濟損失範圍均不確定時，典型者例如疾病、傷害等，由於可能難以由個人獨力因應，自然容易產生與他人就此相互扶助之意識。是以，比較法上優先建立者，多為以疾病、傷害作為保險事故之社會健康保險，例如德國之法定健康保險及日本之健康保險，畢竟此類制度在推行上因人民較有參加之意願，所遭受之抵抗力道也較小。相對於此，如保險事故之發生較為確定，帶來之損失範圍也較能合理預計時，就會對個人與他人形成相互扶助之意識造成阻礙，例如年金保險之推動，往往比較困難<sup>213</sup>。準此，社會健康保險之建立與實施，由於是以疾病、傷害等可能難以由個人獨力對應之生活風險及經濟損失作為保障對象，理應可以藉由被保險人之理性認知及利己動機，產生一定之相互扶助意識。

此外，我國與德國發展社會保險之歷史背景與目的有所不同，早期為追求政府遷台後之政權安定及籠絡軍公教等特定族群，由國家按職業身分別建立勞工保險、軍人保險、公教人員保險等制度<sup>214</sup>，嗣則因人民結社自由長期遭威權統治之限制，造成社會上各種民間團體及團體自我治理能力均明顯欠缺，導致全民健康保險法於 1990 年間開

<sup>211</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 258-259。

<sup>212</sup> 參照 塩野谷祐一（1999），〈高齢者医療制度改革の方向〉，社会保険旬報，2007 号，頁 13；塩野谷祐一（1997），〈成熟社会における社会保障の理念〉，健康保険，51 卷 4 号，頁 33。

<sup>213</sup> 類似見解，參照 中島照雄（2005），〈医療保険財政〉，日本財政法学会（編），《財政の適正管理と政策実現》，頁 176，東京：勁草書房。

<sup>214</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 54-55、70；蔡茂寅，前揭註 51，頁 5。

始規劃至完成立法時，現實上不存在有國家以外之社會團體得以充任保險人，只能延續國家主義之路徑發展<sup>215</sup>。相較於此，德國透過建立外於國家組織之保險人，並賦與保險人實施自治之基礎，使被保險人具有主動參與保險決策形成，自主決定風險保障與費用負擔範圍之可能，則不失為訴諸於風險與經濟損失之不確定性外，另以透過自治與自決之方式，使參加者在主觀上產生彼此認同，進而有助於形成或增進相互扶助之意識。惟如將「社會連帶」理解為共同體成員主觀上因認同所產生之「相互扶助意識」，以及保險人應以「外於國家之組織形式」存在，並實現「保險事業自治」，由於後二者之內涵相當於本文後述有關保險人建置原理中之「保險事業自治」，而前者之相互扶助意識產生，除訴諸於參加者間面對與健康相關生活事故帶來之風險與損失，所自然產生之理性認知與利己動機外，也不外乎透過實施「保險事業自治」加以追求，則依本文以下討論，因「保險事業自治」僅具有法律位階之效力，尚非憲法上對於社會健康保險之規範，故無法認為在此意義下之「社會連帶」，屬於憲法要求全民健保所必須具備之基本構造。

#### 第四項 強制參加

在商業保險中，要保人與保險人間之法律關係是基於契約發生，且依循私法自治與契約自由原理，保險契約之成立取決於要保人與保險人能間之意思表示合致，不僅要保人沒有強制投保之義務，保險人也不負有接受投保之義務。相對於此，社會健康保險則為強制保險，以法律規定符合要件者必須參加，不問當事人有無意願，一般將之稱為「強制參加」。至於社會健康保險要求「強制參加」之理由，大法官曾在釋字第 472 號中援引憲法第 155 條前段「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」、第 157 條「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」，及增修條文第 10 條第 5 項前段「國家應推行全民健康保險」等規定，認為全民健保中有關「強制參加」之規定，係「基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推

<sup>215</sup> 參照 林國明 (2003)，〈到國家主義之路：路徑依賴與全民健保組織體制的形成〉，台灣社會學，5 期，頁 54。

行全民健康保險之意旨」，另有關「強制全民參加全民健康保險」之規定，則是「國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要」，均屬合憲<sup>216</sup>。

本文認為，大法官釋字第 472 號解釋之結論雖可贊成，但其理由構成卻值檢討。申言之，強制參加要求符合法律要件者都必須參加保險，但並非當然因此等同於要求全體國民或住民都必須參加保險，蓋如前述之德國法定健康保險，即非以全體國民或住民作為適用對象，可見「強制參加」與「全民強制參加」（或稱為「國民皆（健康）保險」）有所不同。準此，大法官釋字第 472 號解釋雖然區別「強制參加」與「全民強制參加」，也分別認定健保法中有關「強制參加」與「全民強制參加」之規定均為合憲，然對於「強制參加」之規定，僅見大法官進行法律目的是否正當之審查，並認定係「基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量」之合憲目的，卻未見大法官同時對於該規定造成人民基本權限制是否符合比例原則，亦即手段與目的間是否符合比例關係加以審查，且以「社會互助、危險分攤及公共利益」作為合憲目的之論述，也過於抽象，不僅難以明確理解，更未能充分說明強制低負擔能力者或高風險者應參加全民健保之真正理由。其次，針對健保法中有關「全民強制參加」之規定，上開解釋雖同時進行法律目的與比例原則之審查，認為係「履行對全體國民提供健康照護之責任所必要」，然在理由構成上仍然失之空泛，無法以此推知實質之

<sup>216</sup> 大法官釋字第 472 號解釋認為：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，憲法第 155 條及第 157 條分別定有明文。又國家應推行全民健康保險，復為憲法增修條文第 10 條第 5 項所明定。中華民國 83 年 8 月 9 日公布、84 年 3 月 1 日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第 11 條之 1、第 69 條之 1 及第 87 條有關強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨；同法第 30 條有關加徵滯納金之規定，則係促使投保單位或被保險人履行其繳納保費義務之必要手段。全民健康保險法上開條文與憲法第 23 條亦無牴觸。惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣」，明示「強制參加」之正當性基礎，在於「基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量」。另大法官在該號解釋理由書中又表示：「(前略)『國家為謀社會福利，應實現社會保險制度』、『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』及『國家應推行全民健康保險』，既為憲法第 155 條、第 157 條及憲法增修條文第 10 條第 5 項明定之基本國策，立法機關自得制定符合上開憲法意旨之相關法律。至全民健康保險制度應如何設計，則屬立法裁量之範圍。83 年 8 月 9 日公布、84 年 3 月 1 日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第 11 條之 1、第 69 條之 1 及第 87 條關於強制全民參加全民健康保險之規定，係國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，符合憲法推行全民健康保險之意旨」，揭明「強制全民參加」之規定，係「國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要」手段。

正當性基礎。甚以，上開解釋對於最根本性之問題，在於未能「強制參加」或「全民強制參加」之法律規定究竟限制人民何項基本權，有所認定及說明。



### 第一款 強制參加之目的與正當性

相較於大法官釋字第 472 號解釋認為強制參加之目的係「基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量」，學說上一般認為強制參加是為避免發生「逆選擇」<sup>217</sup>，此亦為健保法在第 11 條之 1 之立法理由中所揭示<sup>218</sup>。詳言之，「逆選擇」是指由於人身保險之保險人與被保險人間通常處於資訊不對稱狀態，特別是在醫療或健康保險，被保險人個人之健康資訊往往難為保險人知悉，倘若被保險人之健康資訊遭到刻意隱蔽，將使保險人無法正確判斷被保險人之風險及收取相應之保險費，被保險人因此將不願在低風險時投保，而是等到風險發生機率提高，甚至已實際發生保險事故時才競相加入保險，此種選擇性投保之行為，最終會造成保險共同體皆由高風險者或已發生事故之參加者構成，進而無從發揮保險本質上應具有之分散風險與損失功能，致令保險事業之營運缺乏效率而面臨失敗。有鑑於此，商業醫療保險一方面賦與保險人締約自由，另一方面也課以要保人據實說明義務，以利保險人充分評估被保險人之健康風險，或選擇拒絕風險過高者投保，或同意投保但收取高額保險費，更在保險人遭到刻意隱匿資訊而已訂立保險契約時，仍得解除契約，藉此避免逆選擇發生<sup>219</sup>。

然而，社會健康保險基於相互扶助原理，對所有被保險人均適用相同之保險費率，保險費亦按照被保險人之負擔能力收取，與被保險人個別發生風險之機率無關，再加上國家對於遭遇與健康相關事故之人民負有醫療需求之照顧義務，也無可能賦與保險人拒絕或選擇被保險人之權利，因此在社會健康保險中，自然無法援用商業保險中藉由課以要保人據實說明義務，以及賦與保險人選擇締約、調高保費或

<sup>217</sup> 參照 陳英鈴，前揭註 153，頁 90-91。

<sup>218</sup> 2011 年 6 月 29 日修正前健保法第 11 條之 1 之立法理由明確指出：「全民健保係屬社會保險，必須強制投保，否則將產生逆選擇，而使全民健保成為弱體保險，有礙財務健全」。

<sup>219</sup> 參照 岩村正彥，前揭註 179，頁 42。

解除契約等權利，以避免發生逆選擇<sup>220</sup>。抑者，不僅與疾病、傷害及懷孕分娩等保險事故發生機率高低有關之部分因素，例如年齡、性別、職業、健康狀況及生活習慣等，某程度可由被保險人自行預測，特別是被保險人通常應能預期隨著年齡增長，發生疾病之機率也會漸增，再加上用於計算保險費高低之所得或財產，也大多可由被保險人自行估算，更容易造成被保險人出於利己動機，不願繳納超過自己受益程度之保險費，於是拒絕在風險發生率較低或具有高負擔能力時投保，卻等到風險發生率提高或負擔能力降低時，始為獲得與自己所繳保費不相當之保障或保險給付，才競相參加保險，接受其他共同體成員之扶助。有鑑於此，一方面為避免社會健康保險之參加者俱為高風險者或低保費負擔能力者，進而導致保險共同體無法發揮分散風險及損失之功能，相互扶助原理亦無從運作，使得社會健康保險事業之營運陷入缺乏效率之失敗，同時也考慮到社會健康保險之保險人，無法排除高風險者或已實際發生風險者參加保險，且適用單一保險費率與保險費量能負擔之制度設計，對於有關風險高低等健康因素課以據實說明義務，亦屬毫無意義，畢竟保險人無從以參加者之風險機率過高來調高保險費或解除契約，於是僅能以強制低風險者或高負擔能力者必須加入保險共同體之「強制參加」方式，確保共同體具有分散風險及損失之功能，藉以維持保險事業之永續及適正營運<sup>221</sup>。

惟本文認為，上述避免發生逆選擇之論點，僅能解釋強制低風險者或高負擔能力者參加社會健康保險之理由，卻無法充分說明為何對於高風險者或低負擔能力者，甚至已實際發生傷害、疾病、懷孕分娩等保險事故之人，亦必須強制參加。甚且，如僅從避免發生逆選擇之觀點，理論上更應盡可能將高風險者、低負擔能力者及已發生保險事故者排除，顯難以此證立將其等強制納入保險共同體內之理由。因此，要求高風險者、低負擔能力者及已發生保險事故者，應強制參加社會健康保險之理由，無非在於國家在人民發生與健康相關之生活事故時，應基於憲法規定履行對於其等之醫療需求照顧義務，尤其上述

<sup>220</sup> 參照 甲斐素直（2005），〈討論の共通基盤としての社会保険概念〉，日本財政法学会（編），《社会保険の財政法的検討》，頁 108-109，東京：龍星出版。

<sup>221</sup> 類似見解，參照 岩村正彦（1999），〈社会保障法入門 5〉，自治実務セミナー，38 卷 2 号，頁 9。

之人往往為最需要國家照顧之對象<sup>222</sup>。猶且，要求低負擔能力者參加保險，並在繳納保險費後領取保險醫療給付，雖然保險費與保險給付間之對價性薄弱，但不可否認相較於直接對其等提供扶助性質之醫療給付或醫療費用補助，仍有助於消解低收入者在就醫時可能面臨之屈辱感，更具有有一定之正當性。

尤有進者，相較於其他諸如老齡、退休等生活風險之發生時間可得確定，所產生之經濟需求亦能合理估算，而較有預先規劃之可能，作為保險事故之疾病、傷害及懷孕分娩，雖在發生機率上與個人之年齡、性別、職業、健康狀況、生活習慣等具有一定程度之關連性，然疾病與傷害之實際發生往往突然，大多無從由被保險人事先預期，且因不可預知發生何種疾病或傷害，遑論對於所產生之醫療需求預先規劃。再者，近代醫療技術進展所帶來之醫療昂貴化現象，更使得可能無力承擔醫療費用者，特別是面臨治療重大傷病所必需之高額醫療費用，不在少數。於此背景下，社會健康保險中之扶助者與被扶助者角色隨時可能互換，更可確認國家透過建立社會健康保險以履行其上述照顧義務，運用相互扶助原理來分散人民不可預知之風險及損失，在現代社會中確實具有高度之目的正當性。至於商業醫療保險雖同樣具有分散傷病風險及損失之功能，但保險人具有拒絕高風險者投保之權利，也可設定高額保險費讓高風險者知難而退，尚非所有人都有購買商業醫療保險以獲取必要保障之可能或能力。

再者，本文認為所謂「強制參加」，不應限於文義而單方面理解為課以符合要件者參加保險之義務，如從保險之法律關係是發生於參加者與保險人間之角度觀察，「強制參加」應同時要求保險人負有接受參加者投保之義務。由是觀之，如在逆選擇外，一併考慮國家應在人民遭遇與健康相關生活故事時，履保對於人民之醫療需求照顧義務，自應認為社會健康保險中之強制參加，不只是要求符合要件者負有參加保險之義務，亦同時賦予符合要件者參加保險之權利。

至於「強制參加」規定之合憲性問題，在我國憲法構造下，較無

<sup>222</sup> 大法官釋字第 472 號解釋理由書中曾提及國家應對於國民負有提供健康照護之責任，蔡維音教授亦認國家對於人民之「保護需求」，是健保法有關「強制納保」規定之正當性基礎，參照 蔡維音，前揭註 62，頁 16。



疑慮。詳言之，法律設定「強制參加」之規定，一方面課以參加者加入保險後負有繳納保險費之公法上義務，涉及人民之財產支配自由，已限制人民受憲法第 15 條保障之「財產權」<sup>223</sup>，另一方面也因為人民對於自己之健康規劃原具有形成自由，但囿於財產與資源之有限性，社會健康保險之保險費負擔將對於人民之有限財產及資源造成排擠效應，減損人民選擇以醫療保險、儲蓄或其他方式進行健康規劃之自主空間，亦限制人民受憲法第 22 條規定保障之「自我決定權」<sup>224</sup>。然而，由於我國憲法基本國策於第 155 條及增修條文第 10 條第 5 項，明確規範國家應推行屬於社會保險制度之全民健保，屬於對立法者之憲法委託，依本文前揭說明，因此使立法者據以制定之法律，得不受嚴格司法審查，而具有較大之形成自由。從而，立法者基於上述實現國家照顧義務及避免發生逆選擇危害全民健保存續之正當目的，以法律要求符合要件者應強制參加，在上開憲法委託之基礎上，除非具有明顯而重大之瑕疵，應認為係適合達成上述目的之最小侵害手段，且以此實現國家照顧義務及維繫全民健保制度營運之公益，也與人民因此受限制之財產權與自我決定權間合乎比例關係。

## 第二款 全民強制參加之目的與正當性

如在「強制參加」外，立法者進一步要求只要具有內國國籍或在國內居住之人均必須強制參加社會健康保險，未再設立其他如職業、身分、資力等條件或資格限制時，則為所謂「全民強制參加」之制度設計，例如健保法 8、9 條明定具有國籍與戶籍或具有居留資格者均須加入全民健保，即為適例。

關於「全民強制參加」之正當性或合憲性，雖因基本國策要求全民健保必須以全民作為適用對象，健保法自不可避免必須設有「全民

<sup>223</sup> 惟依德國通說見解，財產權之保障範圍不及於國家對人民課以之公法上金錢給付義務，除非該義務已造成人民過度之負擔，且根本性地侵害人民之財產關係，始涉及財產權保障問題，也因此將人民之納稅義務或公法金錢給付義務，排除在基本權之財產權保障範圍外，更能體現德國基本法所強調之「社會國原則」。然而，上開德國法見解與我國通說對於憲法第 15 條財產權保障範圍有所差異，難為援用。詳參 陳英鈴，前揭註 153，頁 88-89。

<sup>224</sup> 蘇俊雄大法官在釋字第 472 號解釋協同意見書中，明白提及全民健保之「強制參加」規定，係限制人民之「人格發展自由」及「財產權」兩項基本權，多數學者亦持相同見解，參照 蔡維音，前揭註 62，頁 14-15；陳英鈴，前揭註 153，頁 89；林炫秋，前揭註 171，頁 328。

強制參加」之規定，另大法官也曾在釋字第472號解釋理由書中認為：「強制全民參加全民健康保險之規定，係國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，符合憲法推行全民健康保險之意旨」，據此肯認「全民強制參加」之規定為合憲。惟郭明政教授對於「全民強制參加」則有疑慮，為文指出：「『全民強制』的結果，不只是低收入者是否有能力繳納保費之問題，也是高所得者有無納保必要的問題，更是全國醫療市場是否必要變成一個由中央健保局『獨買』的『壟斷市場』的問題」、「德國之所以採行此等以中低收入勞工為主，並將高所得者，尤其高所得之雇主及自雇者，以及低收入者，排除於全民健保之外，其主要考量莫非因為勞動者（勞工）並非生產工具所有人。在此情形下，疾病等社會風險，尤其所造成薪資所得之中斷，對於勞工之影響每高於雇主或自雇者（尤其高所得之自雇者），因此有施以社會保險之必要。反之，由於雇主與高所得之自雇者，顯然未有給予社會保障之必要，低收入者則因資力有限，除代繳保費外，是以免費醫療之方式替代健康保險，這也是德國至今仍未實行『全民強制』之全民健保之主要原因」<sup>225</sup>。

對此，本文在上述「強制參加」部分之論述中，已提出關於要求低負擔能力與高風險者、高負擔能力與低風險者必須參加社會健康保險之正當理由，分別為國家履行對於人民之醫療需求照顧義務，以及為避免發生逆選擇損害保險事業之適正運作。是以，在「全民強制參加」之規定中，真正成為問題者，在於如何說明為何對於因經濟條件極佳而在參加保險後，無論健康狀況如何改變或遭遇任何保險事故都不願也不會領取保險給付之人，也必須強制其等參加。換言之，由於此種「經濟條件極佳者」縱使參加保險，將只扮演著扶助者角色，不會成為受扶助者，也不會因為發生傷害、疾病或分娩懷孕等事故而陷入經濟困境，需要得到國家之照顧，故不論基於履行國家醫療需求照顧義務或避免逆選擇之上開說法，都無法證立要求其等強制參加之正當性。有鑑於此，本文認為雖然「全民強制參加」為基本國策所明文要求，然對於上述之「經濟條件極佳者」，卻只能求諸於保險費量能負擔之原理，亦即考量「經濟條件極佳者」最具有負擔能力，強制

<sup>225</sup> 參照 郭明政，前揭註18，頁145、147。

其等參加保險，明顯有助於追求降低保險費率、維持保險財政安定、減輕其他參加者之保費負擔，及促進國家維持社會健康保險制度運作等重要之公共利益，作為正當之立法目的<sup>226</sup>。然而，前述之正當目的相較其他參加者明顯薄弱，故即使已有基本國策之憲法委託，仍必須在手段上特別注意比例原則，不僅不允許立法者毫無限制地要求此種「經濟條件極佳者」負擔高額之保險費，更應同時設置保險費或投保金額之上限，以避免對其等之財產權及健康規劃自主權造成過度侵害<sup>227</sup>。簡言之，全民強制參加規定之合憲性，除應以保險費量能負擔之原理說明具有目的正當性外，應同時對於法律是否及如何設定上述經濟能力極佳者參加後負擔保險費之上限進行實質審查，始屬完整。

## 第五項 保險財源之他人負擔

相較於商業保險之保險費應由與保險人訂立保險契約之要保人繳付，透過上述比較法之制度觀察，社會健康保險之保險費則非僅由被保險人負擔，被保險人以外之雇主，甚至國家、地方自治團體等，也都被課以負擔部分保險費之義務。另在保險費外，日本對於高齡者接受保險醫療給付時之部分負擔，亦設有由公費補助之規定。準此，社會健康保險之制度財源，具有由被保險人以外之他人分擔之特色。

### 第一款 雇主負擔

如前所述，德國法定健康保險於制度建立時，就要求保險費應由雇主負擔三分之二，嗣修正為由雇主與勞工平均分擔，另日本之健康保險制度，不僅同樣要求保險費應由雇主與勞工平均分擔，更允許各保險事業得以規約要求雇主負擔較多之保險費。此外，依我國健保法之規定，受僱於公、民營事業之受僱者或其他有一定雇主之受僱者，

<sup>226</sup> 美國聯邦最高法院曾針對美國「社會安全法」中有關醫療給付之 Medicare 制度中之強制納保規定，表示係為政府實施社會安全制度及健全財政所必要，政府具有重要之利益，應屬合憲。參照 雷文玫（2000），〈全民健保合憲性之探討〉，政大法學評論，63 期，頁 110-111 頁。惟陳愛娥教授認為，全民強制參加之正當性在於，避免低風險低不願加保，高風險者卻競相加保，必然導致過高之保費負擔，使相互扶助無由實現。參照 陳愛娥，前揭註 180，頁 9。然而，本文認為陳愛娥教授上述之正當性問題，應係指「強制參加」，而非「全民強制參加」。

<sup>227</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 18。

其保險費應由雇主負擔百分之六十，另具有類似於雇主地位之政府機關（含公立學校）或私立學校，亦應負擔任職人員各百分之七十、百分之三十五之保險費<sup>228</sup>。

至於要求雇主為受僱人負擔部分保險費之理由，一般認為係基於雇主對受僱人所負有之「一般性照顧義務」<sup>229</sup>。申言之，不同於勞工保險或職業災害保險，社會健康保險所保障之疾病、傷害、懷孕分娩等事故，尚不侷限於因受僱人職務上之行為所肇致，也及於受僱人發生與職務無關之健康相關生活事故。準此，要求雇主為受僱人負擔部分保險費之理由，係為考慮受僱人在發生傷害、疾病或懷孕分娩等事故時，縱使非因職務上之關係所導致，然若無法及時復原，也會使受僱人減損或喪失繼續提供勞務之能力，進而造成雇主受有工作效率及經濟利益上之損失。何況，雇主既因受僱人提供勞務而獲得經濟上之利益，在要求受僱人應履行忠實義務之同時，也必須慮及受僱人長期且持續地在雇主之指揮監督下服勞務，雇主理應對於對於受僱人之基本生活及身心健康等負有照顧義務，不能排除受僱人發生傷害或及疾病之結果，即使表面上看起來與職務行為無關，實際上仍可能是因為職務上之衛生環境或工作壓力延續到職務外生活所產生<sup>230</sup>。從而，雇主基於上述原因應對於受僱人負有一般性照顧義務，且得以此作為要求雇主為受僱人負擔部分保險費之正當理由。此外，受僱人因為參加社會健康保險而得以在遭受健康事故時享有保險給付以回復健康，也確實有助於其繼續向雇主提供勞務，不可否認具有使雇主間接受益之效果<sup>231</sup>。

又雇主雖因法律要求應負擔受僱人之部分保險費，因此受有財產支配自由及一般行為自由之限制。然憲法基本國策既明文要求國家應推行社會保險及全民健保，且倘若要求受僱人須自負全額保險費，亦可能造成過重負擔進而危及受僱人之基本生活，導致受僱人無力繳納

<sup>228</sup> 健保法第 27 條第 1 款第 1、2 目規定參照。

<sup>229</sup> 參照 邵惠玲，前揭註 19 文，頁 141-142；津田小百合（2006），〈社会保険料の労使折半に関する比較法的考察〉，季刊社会保障，42 卷 3 号，頁 274-275；張道義（2010），〈全民健保與社會保險〉，月旦法學雜誌，179 期，頁 154。

<sup>230</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 611-612；蔡維音（2008），〈全民健保財政基礎之法理研究〉，頁 60-61，新北：正典。

<sup>231</sup> 參照 嵩さやか，前揭註 141，頁 41。

保險費造成制度崩壞，故要求雇主分擔保險費，應屬維持保險營運所不可或缺之手段，並有助於追求維繫全民健保制度存續之重要公益，尚無違反比例原則之疑慮。其次，由於課以雇主負擔部分保險費之義務，無從認定勢必會對雇主遂行其職業或事業營運產生妨礙，應不具有限制雇主實施特定職業行為之效果，不至於對雇主受憲法保障之職業自由造成侵害。最後，雇主係基於對受僱人所負有之一般性照顧義務，始必須負擔部分保險費，並非無雇主之其他被保險人得為比附援引，也不會有違反平等原則之疑慮<sup>232</sup>。最後，如從經濟意義觀察，雇主負擔之保險費或轉嫁為商品、服務之價格，再透過消費活動由社會分擔，或作為企業人事費用之一部，而在雇用契約成立或變更時從受僱人之預期薪資中減除，實際上或仍歸由受僱人承擔<sup>233</sup>。

## 第二款 公庫負擔

社會健康保險之財源，除由被保險人與雇主繳納之保險費外，實定法上亦常有要求國家或地方自治團體（以下合稱公庫）負擔部分財源或保險費之規定，其正當性與理由何在，值為探究。

一般認為，人民之生存權為受憲法保障之基本權，而社會健康保險之推行既有助於人民實現其生存權，並能確保人民享有人性尊嚴之最低基本生活，自屬國家或地方自治團體在憲法上應履行之義務，因此得要求公庫負擔社會健康保險所需財源<sup>234</sup>。學說上更進一步指出，社會健康保險為具有高度公共性之制度，其所欲達成之社會任務本可選擇以稅收全額支應之公費負擔方式，故由公庫負擔社會健康保險制度之部分財源當無不可，也因此得以展現社會保險所應具有之「社會

<sup>232</sup> 參照 津田小百合，前揭註 229，頁 273-274。蔡維音教授認為要求雇主負擔部分保險費之法律規定，因干預雇主經營事業之活動，而對雇主之職業自由造成侵害，但能以雇主對受僱者所負之一般性照顧義務，通過比例原則之審查。參照 蔡維音，前揭註 230，頁 54。

<sup>233</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 612；津田小百合，前揭註 229，頁 276；政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦（2011），〈「二代健保法案論壇」會議紀錄之一：二代健保財務改革的合憲性探討〉，月旦法學雜誌，191 期，頁 230（郭明政發言）；台豐（2007），〈健康保險料事業主負擔的轉嫁に関する規範的考察〉，法政理論，39 卷 3 号，頁 87-88。

<sup>234</sup> 參照 岩村正彥，前揭註 179，頁 41。蔡維音教授亦認為，國家負擔保費之基礎，是基於對國民之保護義務，特別應針對低收入戶等弱勢族群進行保費補助；參照 蔡維音（2008），〈二代健保保費費基改革方案之檢討〉，月旦法學雜誌，153 期，頁 28。

性」<sup>235</sup>。另有學者認為，公庫負擔部分保險財源之理由，係基於社會連帶與團結互助之思想<sup>236</sup>。實務上，大法官曾在釋字第 550 號理由書中論及：「社會福利之事項，乃國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務，除中央外，與居民生活關係更為密切之地方自治團體自亦應共同負擔（參照地方制度法第 18 條第 3 款第 1 目之規定），難謂地方自治團體對社會安全之基本國策實現無協力義務，因之國家推行全民健康保險之義務，係兼指中央與地方而言」，可謂與上述學說之見解相似。

此外，學說上特別指出，倘若國家或地方自治團體基於事權統一之效率或行政資源之節省等考量，將其原本應承擔之給付任務，移轉由社會健康保險制度實施，例如為達成社會救助、社會促進、社會補償或經濟政策等目的，而減免特定保險參加者之保險費，因此所需之財源既與社會健康保險分散風險及損失之本質無關，自不能要求保險共同體成員加以承擔，而應由國家或地方自治團體自行支付，亦即所謂「外來負擔」（Fremdlast），理應由公庫支付費用<sup>237</sup>。

本文認為，由國家或地方自治團體以稅收負擔社會健康保險之部分財源，因稅收本質上仍由國民或住民所繳納，固然具有將制度所需

<sup>235</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 613；陳英鈴，前揭註 153，頁 96。

<sup>236</sup> 參照 林炫秋，前揭註 177，頁 345；蔡茂寅（2002），〈地方財政法與全民健保補助費爭議〉，月旦法學雜誌，87 期，頁 208、213；李建良（2004），〈中央與地方的權限劃分與財政負擔〉，人文及社會科學集刊，26 卷 1 期，頁 99；郝鳳鳴（2004），〈全民健康保險政府財政責任分配之探討〉，中正大學法學集刊，17 期，頁 147、151。

<sup>237</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 23，頁 93-102；蔡維音，前揭註 230，頁 65-66；邵惠玲，前揭註 19，頁 145-147。孫迺翊教授進一步分析現行健保法針對不同身分或職業之保險對象，所設有不同比例之保險費補助比例規定，嘗試檢討各自追求之社會政策目的，具體指出：（一）補助低收入戶成員全額保險費之目的，係為「社會救助」及「社會福利」；（二）補助榮民與榮譽之目的為「社會補償」，亦即當部分國民為國家服務而受有特別犧牲時，應由社會大眾補償其損害，由於退伍軍人及其眷屬在戰後普遍面臨生活困境，因此在社會政策上給予較優之醫療、金錢給付或就業輔導，來補償其為國家犧牲之所受損害；（三）對於職業工會會員、農漁業工作者及眷屬之補助目的，應是基於「社會促進」，即國家針對值得促進之社會事實提供一般性給付，藉以平衡因此形成之社會落差；（四）補助受僱人、私立學校教職員及其等眷屬之目的，除與社會政策目的無關之履行類似雇主之一般性照顧義務外，係為「社會促進」及「減輕雇主的人事成本」；（五）補助公教人員及眷屬之目的，除與社會政策目的無關之類似雇主之「一般性照顧義務」外，是為減輕公教人員之保險費負擔。然而，孫迺翊教授明確表示，上述有關政府補助各類保險對象之目的檢討，無法合理化政府補助職業工會會員、農漁業工作者、受僱人、公立學校教職員之「社會促進」目的，畢竟基於特定社會政策之立法仍必須受到憲法平等原則之檢證，但健保法現行規定不同保險費補助比例之規定，顯然是以受補助對象之特定職位或身分作為補助標準，未能切合於「減輕被保險人之經濟負擔，協助其參與風險分擔團體」之政策目的，存在違反平等原則之疑慮。參照孫迺翊，前揭註 23，頁 93-102；但請比較 蔡維音，前揭註 230，頁 128-143。

財源終局性轉嫁由繳納稅金之國民或住民負擔，而形成一定之相互扶助效果<sup>238</sup>。然而，此種轉嫁負擔之效果畢竟仍屬間接，受轉嫁之人民對於其因繳稅而終局負擔制度財源與享有保險給付間之連結，在認知上也相當有限，縱然無法否認客觀上確實出現人民相互扶助之結果，但參加者主觀上難以形成相互扶助意識，因此不宜以相互扶助作為要求公庫負擔保險財源之主要理由。

其次，國家或地方自治團體若基於效率考量，將其原本應履行之社會政策給付移轉併入社會健康保險實施，此種「外部負擔」所需之財源，不論是在收入面減免保險費及部分負擔，或在支出面增加保險給付內容，既與成立保險共同體所要追求之分散風險及損失制度目的無關，自無要求參加者承擔此部分所需財源之正當性，而應由公庫全額負擔。

再者，國家對於人民遭遇與健康相關之生活事故時，應負有醫療需求之照顧義務，已如前述，憲法並規定必須以實施全民健保作為履行方式，另地方自治團體所負有辦理衛生事項，照顧行政區域內居民生活之義務，也能藉由全民健保或社會健康保險制度之推行來達成。準此，對於作為社會健康保險責任主體之國家，以及能藉由社會健康保險推行來履行其辦理衛生事項、照顧居民生活義務之地方自治團體<sup>239</sup>，要求以公庫負擔部分保險財源，自然具有一定之正當性<sup>240</sup>。其中，無力繳納保險費之低資力者，應由公庫全額補助保險費，以保障其等不至於因疾病、傷害或懷孕分娩而陷入貧困，甚至難以維持生活，業為學界通說及大法官解釋所肯認<sup>241</sup>，健保法第 27 條第 5 款亦明文規

<sup>238</sup> 有學者認為國家與地方自治團體係公法人而非自然人，尚無遭受疾病或傷害之可能，難謂係處於面臨傷害與疾病之風險，也無從領取保險給付，顯然無法與保險參加者共同分擔風險或損失，故將公庫負擔社會健康保險制度財源之理由，求諸於社會連帶或團結互助，論理上似有誤解。參照 孫迺翊，前揭註 23，頁 92-93；蔡維音，前揭註 230，頁 61-62。惟前述批評似僅見國家支出稅收挹注社會健康保險制度之後階段，未將國家稅收係取自於人民之前階段納入考慮，是否可謂國家以稅收負擔部分財源，當然不具有在人民間形成相互扶助效果，值得斟酌。

<sup>239</sup> 參照 岩村正彥（2007），〈社会保障改革と憲法 2 5 条〉，江頭憲治郎（等編），《法の再構築 I：国家と社会》，頁 104，東京：東京大学出版会。

<sup>240</sup> 類似見解，參照 張道義，前揭註 229，頁 154。

<sup>241</sup> 大法官釋字第 472 號解釋明揭：「惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣」，並參 蔡茂寅，前揭註 191 文，頁 609；蔡維音，前揭註 230，頁 70-71；林炫秋，前揭註 171，頁 345。

定國家應全額補助合於社會救助法所定低收入戶成員之保險費<sup>242</sup>。至於公庫應否負擔其他被保險人之保險費，則可交由立法者依民主政治之原理進行裁量，或選擇依循德國過往法定健康保險之制度內容，嚴守保險原理，僅要求公庫負擔「外部負擔」之財源，不涉及被保險人之保險費，抑或基於國家及地方自治團體之上開義務，要求公庫負擔部分之保險費，均無不可<sup>243</sup>。惟無論如何，公庫負擔保險費之比例不應過高，以免造成參加者喪失風險分擔之意識，進而破壞保險制度之運作機制。又公庫負擔保險財源之方式，除直接以稅金進行補助外，亦包括由公費負擔與風險分散無關之保險事務執行經費，或由公庫擔任支付之最後擔保責任<sup>244</sup>。

最後，學說上固有認為因受僱者之部分保險費係由雇主負擔，則針對無雇主之被保險人，既然缺乏他人分擔部分保險費，自得要求公庫予以分擔<sup>245</sup>。然而，雇主負擔部分保險費之基礎，係因對於受僱之被保險人負有一般性照顧義務，已如前述，且經濟意義上也可能屬於勞工薪資之預扣，故僅以其餘被保險人無雇主可資分擔部分保險費，即要求公庫應負擔其等之部分保險費，似缺乏正當性，亦可能構成「不等者等之」，進而違法憲法之平等原則，則有商榷餘地。

## 第六項 所得重分配

學說上有認為社會健康保險應追求「所得重分配」之目的，例如陳英鈺教授指出：「全民健保係建立在『保險原則』及『社會團結原

<sup>242</sup> 惟社會救助法低收入戶成員之認定標準過嚴，可能使部分不符資格但實際上無力繳納健保費者，陷入生活上之困境，而有違憲疑慮。參照 蔡維音(2007)，〈社會救助「家庭成員」之認定〉，月旦法學教室，58期，頁20-21。

<sup>243</sup> 惟孫迺翊教授觀察德國法上實施社會保險制度之經驗，亦即俾斯麥在勞工災害保險法案中原本規劃由政府補助財源，卻被自由主義者及企業家認為是「不懷好意之禮物(Danaergeschenk)」而極力反對，經過折衝後只能放棄，但在對於年金保險之補助則獲得成功，再進一步考慮社會重分配效果強烈之法定健康保險及照護保險，目前並未獲得任何來自聯邦政府之補助，反而是強調薪資替代率而社會重分配效果薄弱之法定年金保險，自1889年設立以來就持續由聯邦政府補助，可見立法上是否應課由國家或政府補助社會保險之財務，不僅沒有可資遵循之邏輯，也和各制度照顧弱勢、平衡階級差異之程度，不具有直接關聯，毋寧只是政治角力之結果。參照 孫迺翊，前揭註23，頁77。

<sup>244</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註191，頁613。

<sup>245</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註191，頁613-614；鍾秉正(2009)，〈淺介德國社會法院及相關審判權〉，月旦法學雜誌，166期，頁21。



則』之上，後者側重之目的在於『所得重分配』，國家透過實施社會保險，對社會上的弱勢者或低所得者，進行所得重分配」<sup>246</sup>，蔡茂寅教授亦認為：「舉凡疾病等能以金錢對應之生活危險事故，建立公的社會保障制度實係為解決參加者所得不足之問題，故社會保障制度在其根底無疑乃是國家以公權力進行『所得重分配』，而具有矯正所得、資產分布不公之『功能』，故在社會保障之財源籌措上，應盡可能選擇再分配效果較強之手段」<sup>247</sup>。

然而，若考量社會健康保險之建立，是為保障參加者在面臨傷害、疾病、懷孕分娩等事故時醫療需求，則縱使因為適用保險費量能負擔之原理，進而在經濟意義上產生一定程度之所得重分配結果，仍不宜倒果為因，認為從富者取出財富分配予窮者之所得重分配，也是屬於建立或推行社會健康保險之制度目的<sup>248</sup>。換言之，立法者在足以達成保障參加者之範圍內，雖非不得藉由保險費之收取，附帶產生一定之所得重分配效果，卻不能以所得重分配作為收取保險費之唯一準則，更不能據此無上限地要求高所得者負擔與其受保障程度顯不相當之高額保費，導致逸脫保險費之本質<sup>249</sup>。對此，蔡維音教授為文指出：「所得重分配本身，不能單獨作為正當之立法目的，訴諸於『有錢人多分擔一點』此類廣泛的社會連帶論述，也未見能夠解決民眾對於調整費率的抗拒，反而更增強民眾對於政府、醫院、藥商等有錢人應優先填補健保赤字的感受，而迷糊了人民在社會保險制度中自己所應承擔之責任範圍」，頗值參照<sup>250</sup>。

### 第三節 風險概念之檢討與變容

社會健康保險除應具備上述之基本構造外，針對社會健康保險所欲保障之風險，本文認為自 1883 年德國法定健康保險建立後發展至今，也隨著適用對象範圍之擴大及生活形態、醫療方式之改變，而具

<sup>246</sup> 參照 陳英鈴，前揭註 153，頁 90-91。

<sup>247</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 597、607。

<sup>248</sup> 參照 江朝國，前揭註 2，頁 82。

<sup>249</sup> 參照 倉田聡（1997），〈社會保險財政の法理論〉，北海学院大学法学研究，35 卷 1 号，頁 32-33。

<sup>250</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 15-16。

有從所得保障到醫療保障，同時兼及於預防性質之保健服務在內等不同樣貌。



## 第一項 從所得保障到醫療保障

如前所述，德國法定健康保險是俾斯麥為解決不具生產工具所有權之勞工，在工業化與資本主義社會中可能因遭逢傷害、疾病等足以影響勞務提供之生活事故，進而受有薪資減損並陷入生活困難，乃以中低所得勞工作為適用對象，利用社會上既存之互助組織，採用保險方式來保障勞工之經濟安全。由是觀之，既然德國法定健康保險係為對應勞工發生上開事故時所面臨之薪資減損問題所建立，則學說上以該制度作為觀察對象，推論社會健康保險之目的係為填補被保險人之「所得喪失」，或保障被保險人能在遭遇傷病等生活事故時，仍然能夠維持「適當所得」<sup>251</sup>，自然具有相當之說服力。

相對於此，有見解認為社會健康保險之制度目的不應限定在所得保障，應進一步擴及至對於參加者之「經濟能力」保障，甚至是「醫療保障」。例如，大法官曾在釋字第 549 號解釋理由書中指出：「社會保險所提供之保障，依國際公約及各國制度，通常分為兩類：金錢補助及福利服務。『金錢補助』係為補償被保險人因為老年、殘障、死亡、疾病、生育、工作傷害或面臨失業情況『喪失所得』時所為之金錢給付，此類金錢給付分別具有『所得維持、所得替代』之功能；『社會福利服務』則指直接提供諸如住院照護、醫療服務、復健扶助等，學理上稱為『實物給付』....（餘略）」，如考慮到社會健康保險主要採取「實物（醫療）給付」，似可推知大法官應非認為社會健康保險

<sup>251</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 154，頁 458-459；林炫秋，前揭註 171，頁 328；Eberhard Eichenhofer，前揭註 20，頁 22-23。另日本學者荒木誠之教授曾以保障事故及內容為標準，將社會保障法之體系，分為「所得保障給付法」及「生活障礙給付法」，前者係針對造成所得喪失之事由提供給付以保障經濟需求，並再區分為防範威脅生活之各種所得喪失事由，例如疾病、傷害、身心障礙、老年等事故，而基於補足一定所得之目的所實施之「生活危險給付法」，以及對於現實上已陷於貧困狀態者，給予其經營最低生活水準必要限度所得之「生活不能給付法」。此外，佐藤進教授則將社會保障分為「保障所得」之社會保險法、社會扶助法、社會津貼法、社會援助法，及「提供服務」之社會福祉法，還有以公共住宅、居住環境、公害規制等為目的之「社會環境關連整備法」。由上述之體系分類觀察，荒木誠之教授與佐藤進教授，應同樣將社會健康保險定位為避免疾病、傷害對被保險人造成所得喪失之社會保障制度。參照 荒木誠之，前揭註 201，頁 252-256；佐藤進（1990），《社會保障の法体系（全）》，頁 154，東京：勁草書房。

之目的，是在處理被保險人「喪失所得」之問題，或是為發揮「所得維持、所得替代」之功能。此外，蔡茂寅教授認為：「舉凡疾病、殘障、生產、老年、死亡（遺族）、失業乃至住宅等生活危險事故，只要有足夠所得均可對應，之所以需要公的社會保障制度，究其實均不脫所得不足因素」<sup>252</sup>，蔡維音教授亦指出：「全民健保之設立，乃是為避免國民由於蒙受重大健康損害（如重大傷病或長期診療需要所產生之高額醫療費用），致使本人與家屬之生計陷入困境」<sup>253</sup>，似乎也認為社會健康保險之目的，不是在於填補參加者發生保險事故時受到之所得減損，而是為解決參加者在發生傷害、疾病、懷孕分娩等生活事故時，所面臨之經濟能力不足問題。日本學者倉田聰教授更明白表示：社會健康保險係為填補參加者發生傷病時之醫療損失，而以填補醫療費支出作為制度目的，但考量到社會健康保險透過保險醫事機構直接向參加者提供醫療給付之過程，就實際之功能面觀察，也具有保障參加者獲取醫療給付之目的<sup>254</sup>，不僅將明確將社會健康保險之目的定位為解決參加者面臨傷病時之經濟能力問題，還進一步擴展到應兼顧被保險人能夠實際獲得醫療給付之保障。

本文認為，若從社會健康保險在德國建立時之歷史背景觀察，前述「所得保障」之說法自然言之成理，然能否與現行法律構造與目前之社會、經濟環境與醫療實態相符合，則值探討。首先，從保險給付之內容觀察，雖然德國與日本法制也提供包括住院津貼等金錢給付，但不可否認仍以實物醫療給付為主，依本文前述說明，社會健康保險提供給參加者之實物醫療給付內容均相同，不因參加者原本所得或資力之多寡而有差異，也不會考慮參加者因發生事故而受有所得減損之數額。由此可見，既然實物醫療給付內容與被保險人之所得減損間不具關連，顯難認為主要提供實物醫療給付之社會健康保險，是以填補被保險人之所得減損或喪失作為目的。尤其是在我國法制下，無論最初之勞工保險或其後之全民健保，從未提供住院或傷病津貼等金錢給付，益見我國社會健康保險之實施目的，應與填補參加者之所得減損

<sup>252</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 597。

<sup>253</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 16。

<sup>254</sup> 參照 倉田聰（2001），〈醫療保險法の現状と課題〉，日本社会保障法学会（編），《講座社会保障法第4卷》，頁 49，京都：法律文化社。

無關。

其次，當社會健康保險之適用對象不再侷限於仰賴勞務所得之勞工，也納入資本家與無業退休人員，甚至如我國或日本在制度上更廣及於全體國民或住民時，考量到非勞工之被保險人本來即無所得，自然不會因發生健康相關生活事故而受到所得減損，此時若以填補所得作為社會健康保險之制度目的，將難以自圓其說。再且，縱使就勞工而言，伴隨勞工保護相關法制之發展，勞工因傷害或疾病而請普通病假者，仍得在一定日數之範圍內領取部分薪資<sup>255</sup>，若是因職業災害所致傷病而不能工作者，亦得透過職業災害保險或補償制度來填補其勞務所得之減損，則將社會健康保險提供之保險給付定位為保障勞工之所得，似有重複之疑慮。何況，在醫療費用因醫療技術進步與醫療型態改變而急速成長之現實下，縱使被保險人之所得未因發生傷害、疾病或分娩懷孕而減損，仍難憑藉其原有之所得或資力以支應醫療費用之情形，不僅在勞工、公務人員等受薪階級中並非罕見，縱使是對於部分雇主或小型資本家而言，也非不可想像。是此，若僅以所得填補作為社會健康保險之制度目的，據此建構之保險給付，恐將無法充分保障參加者之醫療需求。

基於以上理由，本文認為社會健康保險之制度目的，應已從往昔德國法定健康保險建立時所強調之所得填補，變容成為避免參加者在面臨疾病、傷病或分娩懷孕等事故而需要醫療資源時，因所得減損或支出增加導致經濟能力不足，致陷入取得醫療與維持生活之困難<sup>256</sup>，故對於參加者之醫療需求提供給付作為保障。對此，健保法第 1 條明文揭示該法是以「增進全體國民健康」、「提供醫療服務」作為立法目的，即寓有同旨。從而，社會健康保險之制度目的既是為確保參加者在面臨與健康相關之生活事故時，能夠獲得所需之醫療，則該制度所欲保障之風險概念與內容，自應為相同之理解。

<sup>255</sup> 例如勞工請假規則第 4 條第 3 項規定，勞工因普通傷害、疾病或生理原因必須治療或休養者，其請普通傷病假 1 年內未超過 30 日部分，工資折半發給，其領有勞工保險普通傷病給付未達工資半數者，由雇主補足之。另仰賴俸給維持生活之公務人員，則可在 30 日之病假範圍內領取全薪，可參公務人員請假規則第 3 條第 1 項第 2、4 款、第 5 條第 1 項等規定。

<sup>256</sup> 參照 太田匡彦 (2008)，〈リスク社会下の社会保障行政 (上)〉，ジュリスト，1356 号，頁 102-103。



## 第二項 預防性質之保健醫療服務

一般認為，社會健康保險是以被保險人發生疾病、傷害或懷孕分娩作為保險事故，並提供以治療為內容及以追求回復健康為目的之實物醫療給付。然如同前述之比較法觀察，德國法定健康保險之被保險人及眷屬，除可請求治療性質之醫療給付外，尚得請求健康檢查、疾病預防（包括避孕、結紮及墮胎）等為預防傷害、疾病、懷孕分娩等事故發生之醫療給付，另日本社會健康保險也於 2006 年改革後，將「生活習慣疾病」之預防，增列為保險給付之項目。

再進一步參考日本將「預防生活習慣疾病」納入保險給付項目之理由，係考量到疾病型態之改變，大多肇因於後天生活習慣不良所引發之慢性疾病，例如糖尿病、高血壓及高血脂等，且此類「生活習慣疾病」不僅在發生率與成長率居高不下，更往往隨著時間之經過與病情發展，導致罹病者進一步發生中風、心血管疾病等重大疾病，進而為保險醫療費用帶來沉重負擔<sup>257</sup>。於此同時，實施健康檢查、保健指導等得以預防生活習慣疾病發生之保健醫療，究屬雇主、市町村或社會健康保險保險人之義務，尚非明確，各自為政也可能使得保健醫療服務之任務分擔與責任歸屬難以釐清<sup>258</sup>。有鑑於此，日本遂於 2006 年改革時，明定各保險人應對於 40 歲以上之被保險人及被扶養人，實施包括定期健康檢查、後續保健指導等預防生活習慣疾病之計畫，且為提供保險人誘因，更明定自 2013 年起，將依各保險人實施保健服務之成果，亦即因實施保健醫療而降低被保險人及眷屬罹患生活習慣疾病之比率，在百分之十之範圍內，增加或減少各保險人應負擔後期高齡者醫療費用支出之數額<sup>259</sup>。以此觀之，由於保健醫療服務之提供對象，並非針對現實上已發生疾病、傷害或懷孕分娩等事故之參加

<sup>257</sup> 在統計上，因生活習慣疾病所支出之相關醫療費用，已超過日本國民醫療費支出之三成，參照 柴田潤，前揭註 137，頁 49。

<sup>258</sup> 雇主、市町村及各社會健康保險之保險人，分別依勞工衛生相關法律、老人保健法與健康保險法規定，對受僱勞工、市町村內 40 歲以上之住民、社會健康保險之被保險人負有實施保健醫療之義務，惟市町村係基於地方自治團體之地位推行老人保健法所定之保健服務，並非基於國民健康保險之保險人地位為之。參照 西村健一郎，前揭註 88，頁 214-218。

<sup>259</sup> 參照 加藤智章(2007)，〈平成 18 年改正法に基づく保険者の変容〉，ジュリスト，1327 号，頁 38-39。

者，而是以目前「尚未」發生疾病，卻有發生之高度潛在可能性者作為給付對象，可謂保險事故之概念，已從往昔之「發生疾病」，擴展至「具有發生特定疾病之高度可能性」<sup>260</sup>。簡言之，日本將保險事故之概念擴及於預防特定疾病之發生，並要求保險人提供保健醫療服務之給付，其理由無非係為促進作為支付保險醫療費用之保險人，能夠有效發揮抑制醫療費用成長之功能，畢竟實施保健醫療服務所降低關於生活習慣疾病之醫療費用支出，最後將反應在保險費率之調降上，使保險參加者能夠利益均霑。此外，由於日本社會健康保險之被保險人享有選擇就醫機構之自由，故保險人提供之保健醫療服務，亦等同於賦與被保險人得視各醫療機構之服務內容，選擇接受健康檢查、保健指導等保健醫療服務之處所，也可促使保險醫療機構提升服務品質<sup>261</sup>。

相對於此，健保法於 2011 年 1 月 26 日修正前，雖在第 32 條第 1 項規定：「本保險為維護保險對象之健康...主管機關應訂定預防保健項目與實施辦法...」，及在第 79 條規定：「投保單位及保險對象實施具體預防保健措施有績效者，保險人得予獎勵；其獎勵辦法由被保險人擬訂，報請主管機關核定」，然於 2005 年 11 月 11 日修正「全民健康保險預防保健實施辦法」時，在修正總說明中提及：「依據世界各國經驗多將預防保健服務定位為國家應執行之重要公共衛生業務，因此預防保健費用應由政府編列公務預算支應，如此才能釐清健康保險與公共衛生之分際...」，並在修正後同辦法第 14 條中，將全民健保負擔預防保健之項目限縮於「政府現未負擔費用者」，其後更進一步於 2011 年 1 月 26 日修正健保法時刪除上揭第 32 條第 1 項之規定，可見我國全民健保之保險事故，僅為實際上已發生傷害、疾病或分娩之情形，不及於預防疾病之發生<sup>262</sup>。就此，日本學者菊池馨實教授也認為，考量社會健康保險係以尊重人民之自由為立基，但提供預防保健之醫療服務，卻可能對參加者選擇生活方式之自由造成影響，應予

<sup>260</sup> 參照 郭躍民，前揭註 88，頁 118-119、128；岩村正彥，前揭註 127，頁 21；厚生労働省保険局総務課，前揭註 126，頁 13；柴田潤，前揭註 137，頁 89。

<sup>261</sup> 參照 石田道彦（2006），〈社会保険法における保険事故概念の変容と課題〉，社会保障法，21 号，頁 132-133。

<sup>262</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 3，頁 13-14；郭躍民，前揭註 88，頁 134-135。

以慎重之對應，難認係理想之制度設計<sup>263</sup>，同樣主張不應將社會健康保險之保險事故，擴及於對疾病之預防。

本文認為，預防保健之辦理，目的在於避免國民健康遭受危害，由衛生主管機關以公務預算辦理，理論上固無不妥。然而，如考量糖尿病、高血壓等疾病之發生，除先天遺傳與體質因素外，相當程度也與個人之不良生活習慣有關，且該類疾病不僅難以治癒，也可能引發後續嚴重之病症，更造成社會健康保險之龐大費用支出。此外，該類疾病本得透過生活習慣之改變而有效預防，此與其他疾病之發生具有突然性及偶然性，有所不同<sup>264</sup>。從而，為抑制保險醫療費用之支出，避免因醫療費用成長造成保險費率之提高，導致全體參加者蒙受財產權上之不利益，則將預防此類生活習慣疾病發生之保健醫療服務，劃歸為保險人之任務，確實具有相當之說服力。至於因此可能產生干涉參加者選擇生活方式自由之疑慮，一來因提供保健醫療服務作為保險給付，可期具有降低保險醫療費用支出，而使其他參加者獲得保險費減少或至少不增加之利益，已具有相當之公益性，且參考日本比較法之經驗，只要不是選擇採取提高不願接受保健醫療服務者之保險費、部分負擔，或減少保險醫療給付範圍等直接不利益之方式，應不至於對其等之自由造成太大影響<sup>265</sup>。準此，在利益衡平原則考量下，將預防由生活習慣造成，且易導致保險醫療費用高額支出之特定疾病，發生列為保險事故之內容，並提供相應之保健醫療服務作為保險給付，不失為維持社會健康保險制度永續經營之合理方向。

## 第四節 本章結論

對於全民健保之憲法基礎，本文認為國家基於人格尊嚴之生活保

<sup>263</sup> 參照 菊池馨實，前揭註 175，頁 138。

<sup>264</sup> 參照 佐々木貴雄（2004），〈医療保険における保険者機能：リスクに応じた機能強化〉，一橋論叢，132 卷 2 号，頁 168。

<sup>265</sup> 德國於 2007 年改革時，為強調被保險人負有「預防疾病」之義務，立法允許保險人對於過去一年未曾請領保險醫療給付之被保險人，得給予保險費之優惠，並縮減疏於照顧健康或不合作被保險人之醫療給付，另針對未配合檢查及治療之精神疾病、慢性疾病與癌症患者，則將部分負擔數額之上限，自年所得之 1% 提高至 2%，然上述措施因涉及被保險人對於生活方式之選擇，也可能導致被保險人不願或延誤就醫之不利結果，甚至背離社會健康保險不應以參加者之健康狀況來決定保險費高低之基本原則，引起相當之爭議；參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 396-397。

障、社會國原則與對於人民生存權、健康權之保障，應在人民發生與健康相關之生活事故時，對於人民因此所產生之醫療需求負有照顧義務，以避免人民因支出醫療費用與可能受有所得減損，受限於經濟能力之不足，進而陷入無法取得醫療與繼續維持生活之困境。又國家為履行上述義務，原本具有不同之制度選擇可能，然在憲法增修條文第10條第5項增訂後，國家在憲法委託之拘束下，必須優先推行適用對象及於全民，且性質上為社會保險之全民健保，並在制度實施後予以重視，致力於維持全民健保之永續與適正運作。此外，基於憲法保障自由權之理念，考量參加者是以負擔保險費作為取得保險給付之對價，並非單純被動受領國家給付，亦應進一步確立參加者在保險關係中，應具有受到尊重之權利主體地位，並將保險給付適度提升至「基礎照護」之程度，同時避免「社會連帶」或「相互扶助」在全民健保中遭到無限上綱，導致參加者之個人利益遭到恣意埋沒於共同體之整體利益中。再者，從參加者彼此間之觀點，另應藉由憲法第7條平等權保障之規定，要求國家在人民參加保險，及參加後關於保險給付享有與保險費負擔等各方面，不得形成不合理之差別待遇，且在計收保險費時，更應由此推導出「負擔公平性」之重要原理。

其次，為符合憲法基本國策要求之「社會保險」，全民健保自應具備以下之基本構造。首先，全民健保應以「保險原理」作為運作基礎，透過成立共同體及收取保險費、提供保險給付之方式，為參加者分散與健康相關生活事故之風險與損失。然而，全民健保之責任主體為國家，目的在於實現對於人民之醫療需求照顧義務，因此應適用「相互扶助原理」對商業保險所強調之完全對價關係進行修正，亦即藉由單一保險費率與保險費量能負擔，建構由「低風險者扶助高風險者」與「高能力者扶助低能力者」之雙重相互扶助關係，並同時確立係以「需求保障」作為導向，向參加者提供大致相同之實物醫療給付。又為避免發生逆選擇及實踐國家之醫療需求照顧義務，全民健保需設有「強制參加」之規定，且「強制參加」不僅課以人民參加保險之義務，也賦與人民請求保險人納保之權利。惟進一步之「全民強制參加」規定，縱然為基本國策所要求，但對於參加後不願也不會領取保險給付之「經濟條件極佳者」，卻只能以保險費量能負擔及維持財政健全作



為薄弱之正當目的，必須設置保險費與投保金額之合理上限，始能合於比例原則，避免違憲疑慮。再者，基於雇主對受雇人所負有之一般性照顧義務，雇主應為受雇人負擔部分保險費，且除「外部負擔」本應由公庫自行承擔費用外，亦非不得由立法者裁量後，要求公庫負擔全民健保之部分財源，以實踐國家上述之照顧義務，及地方自治團體所負有辦理衛生事項與照顧人民生活之義務。至於學說上提及之「社會連帶」，本文則認為不應以「相互扶助原理」之相同內容理解，惟如解釋為形成促進被保險人主觀上之相互扶助意識，及確保保險人具有外於國家之保險事業組織，並實施保險事業自治時，則僅屬法律位階之規範，尚非憲法要求之基本構造。末以，「所得重分配」僅是保險費適用量能負擔原則計算徵收之結果，不能作為實施全民健保或計收保險費應追求之制度目的。

最後，德國建立法定健康保險制度時，固然是基於所得保障之目的，然在法律構造與社會、經濟環境已有變遷之下，考量全民健保之保險給付主要為實物醫療給付，且給付內容與參加者之所得或資力均無關連，也不考慮參加者之所得是否受有減損，更未提供津貼性質之金錢給付，再加上不僅適用對象及於無勞務所得之資本家或無業退休人員，在醫療費用急遽高漲之現實下，被保險人之所得縱使未因上開事故而有減損，仍可能無法支應所需之醫療費用，可見全民健保之制度目的，應在於確保參加者發生與健康相關生活事故時之醫療需求，亦即應「醫療保障」作為制度目的。抑者，社會健康保險傳統上是以參加者實際發生疾病、傷害或懷孕分娩作為保險事故，然參考德、日之比較法經驗，衡量特定疾病不僅可以有效預防，也能避免為保險財政帶來高額支出，故基於抑制保險醫療費用支出之目的，以保障其他參加者之財產權避免受到調高保險費率之不利益，應有將對於生活習慣疾病之預防列為保險事故，並提供保健醫療服務作為保險給付之正當理由。





## 第四章 保險關係之主體

社會健康保險採取強制參加，不需要為被保險人向保險人進行要約與締約之「要保人」，因此保險關係僅單純發生在保險人與參加者間，與商業保險之保險契約存在於保險人與要保人間不同<sup>266</sup>。此外，社會健康保險之參加者，除負有繳納保險費義務之被保險人外，還包括與被保險人具有一定之關係，並附隨於被保險人參加保險之人，此在德國法定健康保險及全民健保中稱為「眷屬」，在日本法制中則稱為「被扶養人」，且其等不負有繳納保險費義務，本文將之與被保險人合稱「適用對象」。再者，全民健保在保險人與適用對象間另行設置「投保單位」，「投保單位」雖非保險關係之當事人，然在比較法上具有特殊性，仍然值得研究，故將以附論方式檢討。

### 第一節 保險人

全民健保僅以行政機關組織之健保署作為單一保險人<sup>267</sup>，不僅在比較法上極為特別，向來也受到相當程度之批評<sup>268</sup>。為能進行有意義之討論，本文將先行探求建置社會健康保險保險人之原理，並在對於現制規範進行介紹與分析後，提出評價與建議。

#### 第一項 保險人建置之原理

社會健康保險之保險人既然為保險事業之營運主體，國家在建置與設計保險人時，自應確保能夠合於憲法基本國策對於維持制度能夠

<sup>266</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 3，頁 11。

<sup>267</sup> 健保法第 7 條規定：「本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務」。

<sup>268</sup> 早在健保法立法過程中，單一保險人之組織設計，就已遭到諸如「官僚體制欠缺效率」、「缺乏民間參與」、「未能開放競爭」等質疑，嗣於全民健保實施後，更被具體指摘具有「欠缺競爭」、「造成市場壟斷」、「無效率」、「違背反官僚化及分散化之世界潮流」，甚至「取代私人健康保險」等問題，也有學者提出「分立之組織體制，亦可發揮全民保障之效果」之建議。此外，於 1999 年 1 月 29 日公布之大法官釋字第 472 號解釋理由書中，亦要求有關機關應「就保險之營運（包括承保機構之多元化）」，加以「適時通盤檢討改進」。參見 郭明政，前揭註 18，頁 164-168；李玉君，前揭註 170，頁 14-15；郝鳳鳴（1997），《法國社會安全法之概念、體系與範疇》，政大法學評論，58 期，頁 386。

永續與適正運作之要求。此外，在設有複數保險人之制度中，由於參加者分別加入不同之保險事業，應受到平等權保障之拘束，避免參加者間在保險費負擔上出現不公平情形。



### 第一款 保險人任務之達成

保險人作為經營保險事業之主體<sup>269</sup>，應促使作為制度基礎之保險原理得以充分運作，以維持「保險」之本質，故保險人在建置設計上，必須能夠達成「集合參加者成立共同體」，並向參加者「收取保險費」與「提供保險給付」，以及為此預先「形成預定之保險費及保險給付內容」等保險人任務，以下詳述之<sup>270</sup>。

首先，在「集合參加者成立共同體」方面，由於社會健康保險必須設置強制參加之規定，以避免發生逆選擇及實踐國家對於人民之醫療需求照顧義務，故為確保合於法定要件者均確實參加保險，保險人自有調查與確認參加者資格之必要。因此，有關國民或住民之職業、身分、居住地、是否受他人扶養等涉及參加者資格發生或變更之資訊，諸如就業、戶籍或居住地等，應在法律上賦與保險人具有取得與利用之權限。尤其，如進一步考慮到社會健康保險不僅參加者人數眾多，各種涉及保險資格得喪變更之事實，例如工作或居住地之更換，也往往頻繁不斷發生，導致對於參加者之資格確認，存在有反覆處理大量事務之現實需求，故為追求經營之效率與成本，亦應要求由發生保險資格得喪變更之一方或其所屬之單位團體，即對於上述資訊變動之發生處在主動或鄰接狀態者，負有將變動事實通知保險人之義務，以利保險人完成「集合參加者成立共同體」之任務。

其次，在「收取保險費」方面，有鑑於保險費為實現保險給付所不可或缺之資金基礎，應使保險費在收取上具有實現之可能與效率。準此，對於惡意積欠保險費者，應設有加徵利息或滯納金之機制，同時為避免收取之迂迴及困難，也應針對以各類所得作為費基之保險費

<sup>269</sup> 參照 西村健一郎，前揭註 88，頁 155。

<sup>270</sup> 參照 參照 加藤智章，前揭註 208，頁 143-144；ダニー・ピーテルス（著），河野正輝（等譯）（2011），《社会保障の基本原則》，頁 26，京都：法律文化社。

部分，設立「就源扣繳」方式，甚至在符合一定法律要件下，賦與保險費在法院裁判確定前即有執行力<sup>271</sup>。

再就「提供保險給付」之方面，社會健康保險主要之保險給付內容為實物醫療，理論上雖非完全不可能由保險人自行提供（例如健保署在各地設立之聯合門診中心），然囿於經營成本與效率考量，現實上仍有必要利用既存之各種醫療機構進行，因此保險人自需與各醫療機構訂立向參加者提供實物醫療給付之契約。抑者，由於疾病、傷害與懷孕分娩等保險事故，不僅具有發生之偶然性，也多有即時處置之需要，因此除昂貴或特殊之醫療項目必須進行事前審查外，保險人通常不會要求參加者在前往已締約之醫療機構受領實物醫療給付前，必須先經過保險人審查保險事故是否發生及應提供如何之給付內容，而是將判斷權限委由醫療機構行使<sup>272</sup>。換言之，只要參加者主觀上認為已發生保險事故，就可直接前往與保險人締約之醫療機構求診，毋須先向保險人提出給付申請或經過保險人允許，而是由醫療機構判斷保險事故是否發生及相應之保險給付內容，保險人則在事後對締約之醫療機構支付報酬費用時，才會針對醫療機構有關保險事故是否該當與保險給付內容等判斷結果進行審查<sup>273</sup>。此外，為確保實物醫療給付之品質，以維護參加者受領給付之權利，保險人理應具有選擇締約醫療機構之權利，並透過法律規定或契約約定，對於違約之醫療機構予以適當處置。簡言之，保險人提供保險給付之任務，大致為透過與醫療機構締約以建構提供實物醫療給付之系統、審查醫療費用以確認給付之適當性、進行締約決定與違約管理以維護給付品質等，故保險人應被賦與相關締約、給付審查與違約處理等權限，始有助於其充分完成提供保險給付之任務<sup>274</sup>。

<sup>271</sup> 至於應否參考日本國民健康保險之經驗，改以稅收之形式徵收保險費，則應考慮我國是否相同具有參加者抗拒繳納保險費，卻意願繳納以稅捐名義徵收之保險費之背景，也必須衡量本文下述是否存有濫用稅捐形式之疑慮。

<sup>272</sup> 參照 岩村正彥，前揭註 179，頁 62。

<sup>273</sup> 參照 佐々木貴雄，前揭註 264，頁 158；尾形裕也（2000），〈「保險者機能」に関する考察〉，季刊社会保障研究，36 卷 1 号，頁 102-103。

<sup>274</sup> 在日本法制中，由於負責提供實物醫療保險給付之保險醫療機構（含保險藥局）及保險醫師（含保險牙醫師、保險藥劑師），並非與健康保險組合等保險人締結契約，而係透過申請厚生勞動大臣予以指定或登錄，導致保險人不具有選擇醫療機構或醫療從業人員之權利，因而遭受質疑與批評，且學說上雖有嘗試將之解釋為厚生勞動大臣係為保險人「代行」締約，然仍因保險人無

另在「形成預定之保險費及保險給付內容」方面，保險人既負責保險事業之營運，理應就關於經營之核心事項，也就是保險費率與保險給付之範圍，具有決定之可能。申言之，由於社會健康保險之實施與運作，畢竟涉及國家履行對於人民之醫療需求照顧義務，雖不得放任保險人恣意作成所有保險事業營運之決定，尤其是不受限制地設定保險費率或保險給付範圍，而必須受到國家之監督。然而，倘若一切保險事業營運均無從由保險人決定，特別是關乎營運核心之保險費率與保險給付範圍，是否存有僅將保險人單純定位為保險事務執行者之疑慮，也恐將產生保險經營成敗權責不清之問題。是此，本文認為保險人應在法律範圍內，具有保險事業營運之決定權，特別對於保險費率與保險給付範圍之形成，然為確保參加者之權利，保險人之決策自應受到行政機關之事後監督，尚不待言。

最後，保險人之任務在於透過組成共同體、收取保險費與提供保險給付，以分散參加者面臨與健康相關生活事故造成之風險與損失，業如上述，故與此無關之其他行政任務或政策目的，特別是涉及一般醫療或公共衛生任務之履行，自不包括在內。從而，倘國家為追求其他政策目的，基於效率或便利考量而將部分行政任務委由保險人履行，必須就因此所生之「外部負擔」支付費用，已如前述，始能避免被保險人所繳納之保險費，逸脫於分散風險及損失之使用目的外，造成被保險人之不合理負擔，混淆保險人之角色與功能。

---

從選擇保險醫療機構或保險醫師，而被消極評價為不利於保險人任務及功能之達成；參照 西村健一郎，前揭註 88，頁 201-202；新田秀樹（1998），〈医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性〉，名古屋大学法政論集，176 卷，頁 83-85、114-115。惟有學者持不同見解，認為考量個別保險人與醫療機構逐一締約之成本過高，不同保險人之價格交涉能力及地方差異性，也可能導致被保險人負擔保險費與參加者受領保險給付間之不公平現象，況如限定需有特定實績之醫療機構始得作為締約對象，或將有礙參加者接近取得醫療給付之權利，參加者更不應該因為加入不同之保險事業，而在選擇就醫之醫療機構上有所差別，進而造成不公平之情況，故主張維持由厚生勞動大臣指定或登錄保險醫療機構及保險醫師之現制，尚屬妥適；參照 加藤智章，前揭註 208，頁 137、144。對此，本文認為在如德、日設有複數保險人之制度中，基於透過競爭提升經營效率及維護醫療給付品質、降低保險費負擔等考量，理論上應賦與保險人選擇締約之權利，然如考慮到不締約之決定，不僅實際上限縮參加者獲得實物醫療給付之管道，也可能影響到醫療機構之營運，則應以法律限定保險人不締約之理由，並保留事後司法介入審查之可能，以避免保險人恣意為不締約之決定。至於在單一保險人之制度中，尚須另外考量保險人對醫療市場具有強大支配力之事實，一旦保險人決定不締約，將可能導致該醫療機構陷入幾乎無法維持營運之困境，應進一步課以保險人負有與符合醫療法規資格之機構締約之義務，不能僅以過去無實績而拒絕，只有在醫療機構違反契約義務而嚴重損及於參加者之利益時，始能拒絕締約或續約。



## 第二款 保險規模與風險分散

社會健康保險在財政上大多採取「隨收隨付制」<sup>275</sup>，除安全準備金外，原則上各年度之保險費收入均用於同年度之保險給付支出，毋須考慮如何利用保險費收入以獲取孳息或收益，作為將來給付所需資金基礎之問題。然而，作為保險事故之傷害、疾病及懷孕分娩，不僅在發生頻率與時間上難以準確預估，所帶來之損失範圍同樣無法精確估算，再加上推估之保險費收入，亦可能因人口結構、就業情況與經濟情勢變化而不如預期。是以，由於保險之本質無非是利用大數法則分散個別參加者之損失，理論上保險事業應具有相當之規模，否則將無從妥善發揮大數法則之功能，且當保險規模愈大時，也就愈能承擔發生預期外支出或保險費收入減少所造成之財政問題，進而維持保險財政之安定<sup>276</sup>。反之，倘若保險事業規模愈小，大數法則運作之效果勢將愈為有限，進而容易產生分散風險與損失之困難<sup>277</sup>。此外，如再從動態角度觀察，在先進國家普遍面臨人口因「少子化」而減少之問題，也會使得保險事業之規模隨著時間遞延逐漸縮小，進而對保險財政之安定性造成挑戰。

從比較法上實施經驗觀察，德國法定健康保險就曾因面臨小規模保險人林立造成之財政不安定問題，於 1911 年立法禁止勞工再行設立新替代性健康保險組合，並對既存之替代性健康保險組合，設立最低人數之要求及進行整併。另外，日本社會健康保險亦於 2006 年改革時，一方面廢止須為從事同一種類業務之事業始得共同設立健康保險組合之規定，並促進規模過小之健康保險組合以都道府縣為單位進行合併，同時雖仍維持由市町村擔任國民健康保險之保險人，卻創設以上級自治團體之都道府縣作為所轄各市町村國民健康保險之財政

<sup>275</sup> 所謂「隨收隨付制」，係指制度當期所應支出之費用，由當期所收入之資金負擔，學理上又稱為「賦課方式」。相對於此，若當期收入之資金並非用於當期之支出，而係作為儲金，再透過資金之管理與利用獲取孳息，將之併用於未來之保險給付所需，則稱為「個人帳戶制」或「儲金方式」。參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 601-602；菊池馨実，前揭註 92，頁 28-29。

<sup>276</sup> 參照 佐々木貴雄，前揭註 264，頁 165；加藤智章（1999），〈医療保険における保険者論〉，社会保障法，14 号，頁 31。

<sup>277</sup> 參照 西村健一郎（2005），〈社会保険と自治〉，週刊社会保障，2317 号，頁 24。

平衡單位，皆屬藉由擴大保險事業規模以追求財政安定之適例<sup>278</sup>。

準此，為維持保險制度之永續與適正運作，避免因財政問題造成經營困難，自應在設置保險人時，確保具有相當之事業規模。然而，擴大保險規模雖具有確保財政安定性之優點，卻同時可能導致參加者間之同質性稀薄，使得訴諸於同質性所產生之相互扶助意識弱化，進而造成保險事業營運上之困難，也不利於保險事業自治或利害關係人參與等相關機制之運作，乃屬必然。

### 第三款 保險事業自治

保險事業自治係源自於德國法定健康保險之實施經驗，並與德國在立法時之特殊背景至為相關，惟也受到學者之介紹與推崇，茲研究檢討如下。

#### 第一目 意義與在德國法上之發展

「保險事業自治」是指由負擔保險費之被保險人與雇主負責營運保險事業，特別針對保險費率高低與保險給付內容等構成保險關係之核心事務，應保留給保費負擔者決定，國家只能進行合法性監督，不能干涉或介入保險事業之經營<sup>279</sup>。又保險事業自治之形成，係起源於德國在建立法定健康保險制度時，因俾斯麥考量「勞工災害保險法案」在自由主義者反對下遭到帝國議會否決，於是在政治上妥協，不再堅持由國家技術官僚所組成之行政機關出任保險人，改由在社會各行業中既已存在之互助組合擔任，同時將個別保險事業之營運權，交給負擔保險費之雇主與勞工行使。其後，保險事業自治成為法定健康保險運作之原理，德國社會法典第四編第 1 條第 1 項、第 21 條第 2 項及

<sup>278</sup> 日本於 2006 年改革時，無論係促進健康保險組合之合併，或以都道府縣作為市町村國民健康保險財政平衡之單位，均朝向以都道府縣作為社會健康保險制度之基礎層級，其主要目的即在於確保保險人具有一定之規模以利分散風險，避免因規模過小導致財政出現不安定情形。參照 郭躍民，前揭註 88，頁 125。

<sup>279</sup> 參照 倉田聰，前揭註 20，頁 306。由此觀之，「保險事業自治」與本文前述「保險人任務之達成」，雖然都是在討論有關保險費率與保險給付決定權之歸屬，然「保險人任務之達成」強調保險人應具有保險費率與保險給付內容之決定權，「保險事業自治」則要求保險人所具有之保險費率與保險給付決定權，應交由保險共同體中負擔保險費之雇主與被保險人行使，尚有不同。



第 29 條第 2 項亦明文規定，各健康保險組合為社會健康保險之營運機關，應具備自治之基礎，並為具有權利能力之公法上社團法人，且各健康保險組合之自治，應由被保險人與雇主行之<sup>280</sup>。依此可知，「保險事業自治」要求保險人在與國家之關係上，應以外於國家之組織形式存在，且在經營上獨立於國家權力外，由保險人自行為之，不受國家合法性監督以外之干預，同時在保險人之內部關係上，也應確保由負擔保險費之被保險人與雇主，形成關於保險事業營運之決定。惟德國法定健康保險於 1993 年改革時，因賦與被保險人選擇保險人之自由而導入競爭機制，使得保險事業自治在適用上受有一定程度之弱化，其後於 2007 年制度改革時，更因為對被保險人設定相同之保險費率及實施保險給付之選擇費率方案，再進一步受到適用上之限縮<sup>281</sup>。

關於保險事業自治之規範位階效力，德國多數學說認為，由於德國基本法在第 74 條第 1 項第 12 款（聯邦與各邦共同之立法事項）、第 87 條第 2 項（聯邦之行政事項）及第 120 條第 1 項（聯邦應負擔因戰爭結果所生之社會保險費用）等規定中雖提及「社會保險」，卻未同時要求社會保險事業應實施自治<sup>282</sup>，且德國聯邦憲法法院也認為無法從基本法第 20 條第 1 項及第 28 條第 1 項關於民主原則之規定中，推論出基本法設有社會保險在組織構造上必須保障自治之要求，再加上基本法第 87 條第 2 項為憲法對行政組織之規範，效力在於訂定聯邦與各邦間之行政權限，不涉及社會保險之自治組織，基本法中亦未要求社會保險之保險人需為自立、獨立及自治之組織，因此無法推論既存之社會保險人組織屬於憲法制度性保障之範圍。是以，對於社會保險之保險人組織構造，屬於立法者之裁量範圍，得由立法者因應社會情勢變化，以法律為符合社會保障制度利益之決定<sup>283</sup>，故保險事業自治僅屬法律位階之要求，並非憲法上之規範。

<sup>280</sup> 參照 門脇美惠，前揭註 40，頁 58。

<sup>281</sup> 孫迺翊教授即指出，德國法定健康保險因導入競爭機制及統一收取並分配保險費，使得在同一保險事業中之被保險人彼此間，強調風險分攤之意義大於社會互助之功能，保險人也從傳統社會自治團體慢慢轉向成為經營效益單位，參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 398。

<sup>282</sup> 德國基本法規定之中譯，可參 司法院中譯外國法規網站，網址：<http://goo.gl/PwyORi>（最後瀏覽日：6/21/2015）。

<sup>283</sup> 參照 倉田聡，前揭註 20，頁 255-259；門脇美惠，前揭註 40，頁 59-60；西村健一郎，前揭註 277，頁 24。

至於實施保險事業自治是否具有「民主正當性」，有無抵觸「民主原則」之疑慮，也值討論。詳言之，如基於強調應凝聚、形成「普遍國民意志」之「單一民主正當性」觀點，由於保險事業自治僅是法律授權利害關係人之雇主與被保險人，得享有保險事務之決定權，不僅無法代表普遍之國民意志，且自治機關由共同體之內部成員選舉產生，非由國家之行政機關指派，不受行政一體之指揮監督，亦導致基本法所要求組織之人事上民主正當性中斷，可能產生違背民主原則之質疑。相較於此，德國聯邦憲法法院在 2002 年利普河河道設施組合案之判決中，則採取「多元民主正當性」之不同觀點，認為在上述「單一民主正當性」之外，基本法第 20 條第 2 項並未限制其他形式之民主表現方式，也非不能授予國家直接行政以外之公權力主體具有自主決定權，故由部分國民決定與自己相關事務之功能性自治，亦屬對於基本法第 1 條第 1 項要求每位國民在自由民主憲政秩序下應享有自主決定權理念之實踐，不至於抵觸民主原則。準此，依基本法第 20 條第 2 項規定意旨，國會得制訂法律創設國家直接行政以外之功能性自治團體，授予部分國民在國家直接行政之監督下，得就涉及其利害關係之特定事項自主決定與管理，藉此調節不同國民之利益衝突，以減輕國家直接行政之負擔。抑且，功能性自治團體據此所作成之決定，只要是在法律授權範圍內，且受到具有組織人事上民主正當性之行政機關監督，就可獲得法律上之拘束力。是以，由保險付費者決定保險事業營運之保險事業自治，應能合於民主原則之檢驗<sup>284</sup>。

## 第二目 分析與檢討

我國學者有援引德國法定健康保險之實施經驗，主張應採行保險事業自治，將保險事業之經營權交由負擔保險費之被保險人與雇主行使，例如郭明政教授即認為：「基於對特定職業、行業或社會團體之尊重，或為實現社會連帶，使負擔保險費者成為保險事業中積極參與之主體，而非客體，使其對於切身之費用負擔及以此形成利益共同體

<sup>284</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 416-419；門脇美惠（2013），〈ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正統化（四）〉，名古屋大学法政論集，252 号，頁 206-209。

等事項有所認知，社會健康保險理應採行自治之原理」<sup>285</sup>。抑且，學說上亦歸結在社會健康保險中實踐保險事業自治，理論上具有以下優點：(一)社會健康保險之參加者因適用相互扶助原理，並非僅承擔自己之風險與損失，而是與其他參加者共同承擔所有人之風險與損失，如能給予保險付費者透過自律與自主之方式，參與形成保險事業之營運決定，尤其關於保險費率之高低與保險給付之範圍，將使要求參加者為他人分擔風險與損失更具正當性，可以強化相互扶助原理之適用基礎<sup>286</sup>。(二)不同之利益關係在自治過程中，得透過折衝、平衡以形成共同意志，使參加者可以展現其主體地位，甚至實現其自我意志，有助於參加者形成相互扶助意識，有利於保險事業之經營。(三)藉由參加者在自治過程中之參與，得使保險共同體內不同利益之意見，在表達、討論與決定過程中發生影響保險事業決策之可能，再透過不同利益之衡量取捨，具體形成精緻之公共利益內涵<sup>287</sup>。(四)由保險付費者進行決策營運，因結果將直接反應在保險費率高低與保險費數額，自然促使付費者努力經營以降低不必要支出，尤其積極對於醫療機構所提供之實物醫療給付實施事後審查，進而充分發揮保險人作為醫療費用支付者之重要功能，可以促進保險事業之適正營運與效率化經營。

然而，保險事業自治雖在德國法上具有相當之實施經驗與基礎，理論上也有上述優點，但在現實上卻必須具有相當之條件，始有實現可能。申言之，德國法定健康保險之所以能夠發展與落實保險事業自治，不僅因為德國在各行各業在社會中早已存有各種民間互助組織之特殊歷史背景，也與俾斯麥推行勞工災害保險法案遭遇失敗後，不得不在政治上進行妥協之偶然有關，更由於法定健康保險在傳統上不要求國家補助財源，使得保險事業自治之推行較為容易及單純。相較於此，我國健保法在立法時不僅沒有必須妥協之背景，更不存在足以出任保險人之社會上各行業互助組織，必須以法律另行創設保險人，可

<sup>285</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 168、176；倉田聡，前揭註 20，頁 325-326；菊池馨実，前揭註 175，頁 310。

<sup>286</sup> 參照 倉田聡，前揭註 249，頁 31-32；門脇美恵（2013），〈ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正統化（三）〉，名古屋大学法政論集，251 号，頁 349-350、352。

<sup>287</sup> 參照 門脇美恵，前揭註 40，頁 353-354。

謂先天上已缺乏保險事業自治運作之根基。抑且，國家既應負擔全民健保之部分制度財源，自難將同樣具有「付費者」身分之國家，排除在保險事業之營運與決策外<sup>288</sup>，然一旦將國家代表納入，不但將與保險事業自治要求保險人必須外於國家而存在之本質迥不相合，亦勢難避免國家或行政官僚因具有相對強大之資源與專業能力，甚至往往被「推定」作為公共利益之代表，導致被保險人與雇主代表在自治過程中所享有之決定空間，受到相當程度之壓縮。此外，考量保險實施結果與執政者與民意代表之政治責任相連結，行政機關是否可能充分尊重付費者之決定，確實遵守合法性監督之界限，而不會出於政治動機或選舉考量介入干涉，更值得存疑。何況，先進民主國家因政治冷漠，導致國民不願參與選舉之狀況並非罕見，縱使投入相當資源辦理保險付費者代表之選舉，也可能因投票率低落造成缺乏效率與代表性之問題，反之若為減省成本追求效益而捨棄辦理直接選舉，改由相關團體或協會推舉，則無法避免代表性與正當性之困境<sup>289</sup>。最後，在設有複數保險人之社會健康保險制度中，如賦與保險事業廣泛之自治權限，另可能形成保險費與保險給付之差異，此時若未給予被保險人選擇保險事業之自由，或將產生公平性之問題。

準此，保險事業自治具有上述正當化相互扶助原理、強化相互扶助意識、確保公共利益妥適形成、促進保險事業經營效率等優點，雖屬無從否認，然在欠缺與德國相同歷史與社會背景之我國，必須先建立具有自治運作基礎之社會團體，並能解決國家作為付費者是否及如何參與自治、避免受到行政機關之政治干預、維護參加者間之公平、

<sup>288</sup> 倉田聰教授即指出，若要求國家或地方自治團體在「外部負擔」外，另對於社會健康保險之運作提供財源補助，將使政府得以藉由財源補助之控制與調整，介入保險事業之營運與決策，進而損及保險事業自治之意義。參照 倉田聰，前揭註 20，頁 3-5。

<sup>289</sup> 德國法定健康保之保險自治機關選舉，原則上應透過每六年辦理之「一般選舉」，由勞工及雇主分別從推薦名冊中各自選出同數代表，已如前述。然在勞工及雇主僅各提出一份推薦名冊，或雖提出複數之推薦名冊，但候選人人數不超過應選代表人數時，即可將推薦名冊上之候選人視為已當選，而毋須實際辦理選舉，一般將之稱為「和平選舉（Friedenswahl）」。德國聯邦社會法院雖曾作出判決，肯認「和平選舉」不違反基本法第 38 條第 1 項前段、第 28 條第 1 項所定聯邦、各州與地方自治團體之選舉原則，但學說上不僅仍有主張違憲之見解，亦有論者批評在「和平選舉」方式下，保險自治機關是在被保險人根本沒有實際投票之狀況下所產生，不具有功能性自治團體意思機關理應具備之民主正當性，此種在民主正當性嚴重不足下所進行之自治，等同於將核心事項交給排除被保險人之利益團體來協商解決。參照 門脇美惠，前揭註 40，頁 64；孫迺翊，前揭註 43，頁 414-415。

確保付費者代表之產生具有正當性等問題，始有實現之可能，究非一蹴可幾。<sup>290</sup>相較於此，考慮保險事業自治之基本理念，無非在於賦與參加者與付費者具有參與保險事業決策之可能，如從較上位之保障參加者權利主體地位與維護付費者程序參與之觀點出發，或可先從給予參加者以自費選擇醫療給付方案之機會，以及建立運作付費者參與保險決策機制等作起，或許不失全民健保在現階段改革中，較具有可行性之選擇<sup>291</sup>。尤其，允許參加者在法定給付項目外，得自費選擇醫療給付之方案，確實有利於參加者得自行評估風險、醫療需求與經濟能力，並在全民健保之基礎上，謀求最適合於自己之醫療保障。

#### 第四款 保險事業之競爭

社會健康保險雖然採取強制參加之設計，然如僅要求合於法定資格者應參加保險，卻未進一步強制其等必須依照身分、職業或住居地加入「特定」之保險事業，因此賦予參加者在加入保險時具有選擇保險人之自由時，將可促使保險人為爭取參加者而相互競爭，並藉由競爭機制提升保險事業之經營效率。比較法上，德國法定健康保險於1993年制定「醫療保險構造法（GSG）」後，明文賦與被保險人得自由選擇參加地區健康保險組合或替代性健康保險組合，且對於前者之地區健康保險組合，也不限於加入其職業所在地者，亦可選擇職業所在地以外之任何地區健康保險組合，目的就是藉由賦與被保險人具有選擇保險人之自由，藉以建立市場化之「競爭機制」，期待透過「競爭原理」提高保險事業之經營效率與被保險人之費用負擔意識，以抑

<sup>290</sup> 縱使認為應實施保險事業自治，除應建立德國法上強調之「預防措施」並使自治受到行政機關之監督外，參考德國多數學說之見解與論述脈絡，由於我國憲法雖要求國家實施「社會保險」與「全民健保」，但未要求保險人在組織上應受自治之保障，且憲法第1條所定之民主原理只規範國家政體，效力上未及於社會健康保險之保險人，再加上我國過往之社會健康保險從未發展出保險人自治之組織構造，也無法推論保險事業自治與人民基本權之實現具有重要關連，尚非憲法制度性保障之範圍，自應認為憲法並無保險事業自治之要求，至多僅為法律位階之規範，得由立法者進行裁量。

<sup>291</sup> 菊池馨實教授認為，社會保障法制之憲法基礎，在於確保人民依憲法所應有自主性追求其生活方式之可能性，故社會保障之目的應包括對於「個人基礎」、「自律追求」與「選擇生活之實質機會均等」等各項價值，且為實現其中「自律追求」之基本價值，社會保障制度自應確保被保險人、事業主等各個關係當事人，均有參與制度營運之積極可能性，尤其以被保險人、事業主支付保險費作為制度運作基礎之社會保險制度，更有必要，值為參考；參照 菊池馨實，前揭註 175，頁 310。

制保險醫療之浪費與成長，進而追求保險費率之降低與保險醫療服務品質之提升<sup>292</sup>。對此，郭明政教授基於對上述德國法定健康保險實施經驗之觀察，指摘全民健保僅以國家組織之健保署擔任單一保險人，不僅兼併過往公教人員保險、勞工保險等社會保險制度之醫療給付，導致保險人間不再存有競爭，更可能產生取代商業醫療保險之效果，出現因壟斷與欠缺競爭所導致之無效率問題<sup>293</sup>。

惟本文認為導入保險事業間之競爭機制，雖具有追求經營效率之優點，但可能弱化保險事業自治之運作<sup>294</sup>，且任由被保險人為追求較低之保險費負擔，選擇或變更加入之保險事業，也無助於形成及維持保險共同體內參加者彼此間之相互扶助意識。此外，參考德國法定健康保險於 2007 年改革後，要求所有被保險人適用相同之保險費率，且一旦選擇加入特定之保險事業後，原則上 3 年內不得變更，可見基於正當目的或利益之追求，例如德國法定健康保險為避免保險人進行「風險選擇」以謀求負擔之公平性，仍得在利益衡量後對保險事業之競爭加以限制或取捨，足認競爭至多僅係為提升保險事業經營效率之工具性手段，並非保險人在建置上不可或缺之本質要求。何況，保險事業之競爭需以存在複數保險人，並同時賦予被保險人選擇自由作為運作前提，因此在僅有單一保險人或雖有複數保險人但未賦予被保險人選擇自由之制度中，例如我國之全民健保或日本之社會健康保險法制，理論上即屬無從實現，惟在設有複數保險人之制度中，則往往又面臨著應如何妥適解決實施自治後，可能導致參加者在保險費負擔與保險給付享有所出現之差異或公平性問題。

由是觀之，如為追求保險費率之降低或提升保險經營之效率，除運作保險事業競爭之機制外，也非不能採行其他方式，例如德國法定健康保險由保險人以委任契約聘用專業人士經營，並在經營成果不佳時透過終止契約等方式追究經營責任，或日本之政府掌管健康保險於 2006 年改革後，不再要求全國被保險人均適用相同之保險費率，而是給予各都道府縣之參加者在抑制保險醫療費用成長有所效果後，

<sup>292</sup> 參照 倉田聡，前揭註 20，頁 286-287；孫迺翊，前揭註 43，頁 410-411。

<sup>293</sup> 參照 郭明政，前揭註 18，頁 167-169。

<sup>294</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 410。

得享有降低保險費率之誘因，均不失為可以考慮之其他選擇。



### 第五款 負擔公平性與財政調整制度

在設有複數保險人之社會健康保險制度中，由於作為保險事故之疾病、傷害及懷孕分娩，其發生率與個別參加者之年齡、性別、職業、身心狀況、生活習慣，甚至居住地等因素息息相關，造成不同保險事業因參加者之條件不同，在風險構造上出現本質差異。抑且，保險人在「強制參加」之規定下，也不得拒絕符合法定資格者投保，亦即無從藉由拒絕高風險者納保，作為調整風險構造之方式。準此，倘無視保險人間之風險構造差異，仍然墨守成規地要求各保險事業嚴格遵循保險原理，自行負擔財務平衡之責任，勢將造成加入高風險構造保險事業之被保險人必須負擔相對高額之保險費，而與其他保險事業參加者間出現負擔公平性之問題。甚且，在未賦與被保險人選擇保險人自由之複數保險人體制下，由於被保險人必須依照其職業、身分或住居地強制參加特定之保險事業，毫無選擇可能，卻因此必須負擔不同額之保險費，更明顯失之不公。從而，為調整各保險人間在風險構造上之差異，自有實施財政調整制度之必要<sup>295</sup>。

一般認為，從作為調整資金之來源不同，可將財政調整制度分為「水平型財政調整制度」與「垂直型財政調整制度」，前者是由整體風險發生率較低之保險事業，交付調整金予風險發生率較高之保險事業，透過保險事業相互間之資金流動，藉以平衡風險構造上之差異，後者則是由作為社會健康保險責任主體之國家或地方自治團體，將自有財源以補助金或類似形式，交付整體風險發生率較高之保險事業<sup>296</sup>。

在比較法之實施經驗上，「水平型財政調整制度」包括：(一)德國法定健康保險於 2007 年制定「法定健康保險競爭強化法」後創設

<sup>295</sup> 參照 確井光明，前揭註 123，頁 73，東京：信山社；一圓光彌（2005），〈医療保険財政システムの課題〉，日本財政法学会（編），《社会保険の財政法的検討》，頁 65-67，東京：龍星出版。

<sup>296</sup> 參照 確井光明，前揭註 123，頁 73-74；菊池馨実，前揭註 92，頁 36。



之「健康基金 (Gesundheitsfond)」，要求各保險人應將向被保險人收取之保險費全數繳入「健康基金」，再由「健康基金」按照各保險事業之參加人數，以每人定額之方式進行分配，同時針對各保險事業因成員條件不同所顯示之風險構造差異，進行增額或減額給付之調整。

(二)日本於 2006 年改革時創設之「前期高齡者醫療制度」，為解決前期高齡者多因退休而集中加入市町村國民健康保險，導致市町村保險人之財政負擔與由職業世代構成之健康保險組合間具有顯著差距，故在維持 65 歲至 75 歲間之前期高齡者仍按職業、身分或住居地之不同，分別參加特定保險事業之同時，實施完全按照前期高齡者參加人數作為比例基準之財政調整制度，要求前期高齡者參加人數低於全國平均數之保險事業，交付調整金予參加人數高於全國平均數之保險事業。

(三)日本國民健康保險中之「保險財政共同安定化事業」，要求醫療費用超過 30 萬日圓之保險醫療給付之全部支出總額，應由都道府縣內之各市町村保險人共同負擔。至於後者之「垂直型財政調整制度」，例如在日本國民健康保險中，為平衡各市町村保險人在產業構造、所得水準、家族構成等方面差異，由國家交付「調整交付金」給財政狀況不佳之市町村<sup>297</sup>。此外，尚有兼具「水平型財政調整制度」與「垂直型財政調整制度」之設計，例如：(一)日本於 2006 年改革時創設之「後期高齡者醫療制度」，規定 75 歲以上之後期高齡者應一律加入以都道府縣為層級成立之廣域連合，保險財源由參加者負擔一成，其餘由公費(國家負擔其中三分之二，其餘由都道府與市町村平均負擔)及其他社會健康保險之保險人各負擔 50%、40%。(二)日本國民健康保險中之「高額醫療費共同事業」，規定每筆醫療費用超過 70 萬日圓之保險醫療給付，應由國家、都道府縣與市町村保險人按一定比例共同負擔。

惟就效果言，相較於「水平型財政調整制度」之資金來自於各保險事業收取之保險費，「垂直型財政調整制度」之資金則為統治團體之自有財源，且主要以稅收為主，雖不可否認因稅收仍來自於人民而仍有相互扶助之效果，然畢竟仍屬間接，再加上往往以補助金之形式

<sup>297</sup> 關於國家對於市町村交付「調整交付金」之計算方式，詳參 碓井光明，前揭註 123，頁 237-241。



出現，使參加者將之與保險連結之主觀認知有限，容易被誤認為係國家單純之資金挹注，造成參加者忽略保險給付應以保險費收入作為資金基礎之本質，可能有礙於保險事業之經營，同時也使國家或地方自治團體基於付費者角色加入保險事業營運之決定時，出現架空雇主、被保險人等其他付費者代表之疑慮。有鑑於此，本文認為在財政調整制度之選擇上，應優先考慮能彰顯保險費與保險給付間具有平衡收支關係，並避免國家或地方自治團體過度干預保險事業運作之「水平型財政調整制度」。

其次，若從財政調整制度中之資金給付者與受給付者間是否重疊加以觀察，也可區分為給付者同時為受給付者之「相互性財政調整制度」，以及給付者與受給付者分離之「單方性財政調整制度」，前者例如德國法定健康保險之健康基金及日本國民健康保險之保險財政共同安定化事業、高額醫療費共同事業，後者則例如日本之前期與後期高齡者醫療制度交付金。其中，由於在「單方性財政調整制度」下，資金給付者係依據法律規範而為給付，也無受益之可能，因此有學者認為針對受給付者所收取之保險費，性質上實較接近於租稅，此與「相互性財政調整制度」具有以資金流動來分散不同保險事業參加者間之損失，有所不同<sup>298</sup>。

末以，在複數保險人之間實施財政調整制度，固然有助於平衡保險事業在風險構造上之本質差異，以避免參加者僅因加入不同保險事業，而在保險費負擔出現不公平情形。然依學者觀察，實施財政調整制度之結果，也可能減損保險事業之財政自主性，並削弱保險人抑制醫療費用支出之動機<sup>299</sup>。

## 第六款 小結

總結上述，本文認為在建置社會健康保險之保險人時，必須考量使保險人充分完成集合成立共同體、收取保險費、提供保險給付、形成保險費率與保險給付等任務，並確保具有一定之保險規模，以有效

<sup>298</sup> 參照 嵩さやか，前揭註 141，頁 43。

<sup>299</sup> 參照 佐々木貴雄，前揭註 264，頁 107。

發揮分散風險與損失之功能，避免出現財政上不安定之情形。又德國法上發展形成，且屬法律位階之保險事業自治原理，固然具有正當化相互扶助原理、強化相互扶助意識、妥適形成公共利益、促進保險事業經營效率等理論上之優點，但必須存在相當之條件始有實現可能，另保險事業之競爭則為提升保險經營效率之工具性手段，且如從尊重參加者權利主體地位、賦與付費者程序參與可能，以及追求降低保險費率之營運效率等基本之出發點，也非不存在其他可行之選擇。此外，在存有複數保險人之社會健康保險制度中，為平衡各保險人之風險構造差異，必須建立財政調整制度，以免參加者在保險費負擔上出現不公平問題，且「水平型財政調整制度」對此具有較佳之效果。另應說明者在於，上述保險事業規模、保險事業自治與競爭等，彼此間尚存在一定之衝突關係，畢竟當保險事業之規模愈大，理論上愈能充分分散風險及損失以維持財政安定，同時卻會因為參加者人數眾多，不利於保險事業自治之實施，且使保險人之個數減少，妨礙競爭之運作可能與效果。

## 第二項 全民健保之保險人

全民健保是以行政機關組織之健保署擔任單一保險人，以下將對健保署設置之緣起，與其在現制下對於保險事業之營運權等進行介紹。

### 第一款 公營單一保險人之緣起

於 2001 年進行第一次修憲前，憲法第 155 條前段、第 157 條已明定「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」、「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」，為此我國首先於 1950 年推行勞工保險，其後則以國民之職業或身分為區別，陸續推行以軍人、公務人員、農民作為適用對象之軍人保險（1953 年）、公務人員保險（1958 年）<sup>300</sup>、農民健康保險（1985 年）等社會保險制度<sup>301</sup>。

<sup>300</sup> 公務人員保險法於 1999 年 5 月 29 日私立學校教職員保險條例廢止後，將私立學校教職員之保險制度併入，並更名為「公教人員保險法」。

抑且，上述各社會保險制度之保險事故不限於疾病、傷害或懷孕分娩，性質上為綜合性之保險，例如勞工保險尚提供殘廢、失業、老年及死亡等給付，公務人員保險亦有死亡、殘廢、退休、眷屬喪葬費等給付，農民健康保險也設有殘廢、死亡等給付，軍人則因可免費在軍醫院就醫診治，故軍人保險僅提供死亡、殘廢及退伍等給付<sup>302</sup>。此外，勞工保險及農民健康保險之保險人為勞工保險局，軍人保險及公務人員保險則委由中央信託局人壽保險處辦理（後因中央信託局於1997年與台灣銀行合併，改由台銀人壽辦理），各制度之主管機關分別為行政院勞工委員會（勞工保險，目前改制為勞動部）、國防部（軍人保險）、考試院銓敘部（公務人員保險）與內政部（農民健康保險）。由是以觀，在全民健保實施前，我國之社會健康保險體制，是依照人民職業或身分之不同，分別設計各自適用之綜合性社會保險制度，並由其中所提供之傷病、生育給付或免費醫療服務等加以建構。於是，倘人民不具有上述勞工、公務員、軍人或農民等職業或身分時，自然無從參加社會健康保險獲得醫療保障<sup>303</sup>。

然而，上開勞工保險等社會保險制度，不僅因分別立法而欠缺統合，實施結果亦造成國民因職業或身分加入不同之制度，而在保險給付之享有上出現差異，再加上未設有制度間之財政調整機制，以及政府長期優厚特定族群而對保險費提供不同程度之補貼，形成保險費負擔上之不公平，尤其將不具有上述職業或身分者排除在社會健康保險之保障範圍外，進而產生嚴重之公平性與保障不足問題<sup>304</sup>。此外，當時國民平均所得雖因經濟快速發展而日益提高，但伴隨所得分配不均與都市化進展造成醫療資源過度集中之問題，也產生窮人及離島、偏遠地區人民，處在無法獲取充足醫療資源之困境<sup>305</sup>。有鑑於此，也適逢前述各社會保險制度於1980年間已出現嚴峻之財務危機，政府乃提出改革方案，規劃將各社會保險給付中之實物醫療給付與現金給付分開，並將實物醫療給付集中由單一機構辦理，同時繼續維持過往由

<sup>301</sup> 參照 郭明政，前揭註18，頁58-59。

<sup>302</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註51，頁18。

<sup>303</sup> 參照 蔡茂寅（1997），〈社會法之概念、體系與範疇：以日本法為例之比較觀察〉，政大法學評論，58期，頁402；李玉君，前揭註170，頁5-6。

<sup>304</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註51，頁5。

<sup>305</sup> 參照 張道義，前揭註229，頁147。

國家直接經營之體制，以追求經營效率<sup>306</sup>。另者，在當時之社會背景上，由於戒嚴及威權統治長期限制人民之結社自由，故在全民健保制度規劃時，社會上亦欠缺足以擔任保險人，且具有自我治理能力之社會團體<sup>307</sup>。準此，為解決上述以人民職業或身分而分別參加不同綜合性社會保險所產生之公平性與保障不足問題，也為促進國民獲取醫療資源之機會，並考量現實上未有得以出任保險人之民間或社會團體，公辦民營之全民健康保險方案難以推動，再加上我國醫療業與保險業在制度實施初期，並無太大之反對或遊說力量<sup>308</sup>，終於使公辦公營之單一保險人體制，於焉產生。如從比較法角度觀察，我國全民健保採取之上述保險人組織設計，確屬特例<sup>309</sup>。

法制面上，憲法於 1992 年第二次修憲時先在增修條文第 18 條第 3 項（現為第 10 條第 5 項）基本國策中，增列「國家應推行全民健康保險」之規定，繼則由立法院於 1994 年 7 月 18 日制定「健保法」<sup>310</sup>，並於 1995 年 3 月 1 日施行。健保法不僅將全民一體納入新創設之全民健保，以達到「國民皆（健康）保險」之目標，期使全體國民均能享有相同之保險給付<sup>311</sup>，也明定由當時為三級機關之行政院衛生署作為主管機關，並設立健保局擔任單一保險人。又由於健保法第 2 項明定「健保局之組織以法律定之」，使健保局為具有單獨法定地位之組織，且係為實現國家推行全民健保公共事務之行政目的而存在，並具有行使健保法所賦予之各項法定權限，組織上自屬國家之行政機關<sup>312</sup>。其後，健保法雖於 2011 年進行全面修正，然由行政機關組織

<sup>306</sup> 參照 李玉君，前揭註 170，頁 6。

<sup>307</sup> 參照 林國明，前揭註 215，頁 54。

<sup>308</sup> 參照 政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦（2011），〈「二代健保法案論壇」會議紀錄之五〉，月旦法學雜誌，193 期，頁 250（楊哲銘發言）。

<sup>309</sup> 參照 林國明（2004），〈公民會議〉，衛生署（編），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，頁 13，台北：編者自刊；蔡茂寅（等著）（2005），《全民健康保險醫事服務機構擇優特約可行性之研究》，頁 27，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

<sup>310</sup> 行政院於 1987 年交由當時之經濟建設委員會開始規劃全民健保制度，衛生署則於 1991 年成立「全民健保規劃小組」接手進行第二階段規劃，並於翌年提出健保法與健保局組織條例草案送交行政院會，行政院審議後於 1993 年向立法院提出法律案，與立法委員另提出之「楊敏盛版」、「沈富雄版」、「吳東昇版」、「林正杰版」、「陳哲男版」等五案在立法院併行審理，嗣於 1994 年 10 月 9 日、12 月 23 日先後通過健保法與健保局組織條例。有關健保法之規劃過程及各法案版本主要差異之討論，詳參 張道義，前揭註 229，頁 147-150。

<sup>311</sup> 配合全民健保之實施，勞工保險及公教人員保險乃修法將疾病、傷害及生育排除於保險給付範圍外，農民健康保險則將健康保險給付部分，改移撥由全民健保之保險人辦理。

<sup>312</sup> 大法官在釋字第 533 號解釋明示：「中央健康保險局依其組織法規係國家機關，為執行其法定

之健保局擔任單一保險人部分，並未有所調整或變動，僅為配合主管機關之行政院衛生署因政府組織再造改組升格為衛福部，健保局亦於2013年6月19日升格改組為「健保署」<sup>313</sup>。



## 第二款 保險事業營運權之劃分與監督

健保法第7條雖規定由衛福部設立之健保署擔任全民健保之單一保險人，負責辦理保險業務，亦於健保署組織條例第2條第1款至第8款，進一步明定健保署負責掌理包括全民健保之承保、財務、醫療給付、醫療費用支付、醫務管理、藥品特材、醫療服務審查、醫療品質提升、制度執行、資訊與其他相關業務之研擬、規劃及執行等事項。然而，由於健保法第5條第1項明文將「保險費率及保險給付範圍之審議」、「保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配」<sup>314</sup>、「保險政策及法規之研究與諮詢」、「其他有關保險業務之監理」，劃歸由被保險人、雇主、健保醫事服務機構、專家學者、社會公正人士及有關機關代表組成之「健保會」辦理，可見健保署雖然擔任全民健保之保險人，但對於上述交由健保會辦理之保險營運相關事項，並未具有決定權，其中有關保險費率與保險給付範圍之決定，更為涉及保險事業營運之核心事項<sup>315</sup>。

---

之職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項」；另參 蔡維音（2002），〈全民健保行政之法律關係〉，成大法學，4期，頁3-4。惟於2009年1月13日修正前之健保局組織條例第2條規定：「本局置總經理，承中央衛生主管機關之命，綜理局務；置副總經理三人，輔助總經理處理局務」，及第27條規定「本局及分局之人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理」，係考慮當時之健保局除為行政機關外，作為全民健保之保險人，也具有從事營業活動之性質，故在組織設計上使之兼具「事業單位」之性質。參照 蔡茂寅，前揭註17，頁488-489；蔡茂寅，前揭註38，頁14-15。然在大法官釋字533號將健保局與醫事服務機構間之契約定性為行政契約後，由於行政契約之主體需為行政機關及人民，理論上已弱化健保局兼有之事業單位性質，嗣於2009年1月3日修正健保局組織條例後，更在第3條明定健保局之首長改為局長，同時刪除原本「人事管理及職務列等比照公營金融保險事業機構辦理」之規定，使該局不再具有事業單位之性質。<sup>313</sup> 日本之社會健康保險與我國全民健康保險類似，均具有強烈之國家經營色彩，保險人與國家之間並無明顯之區別，參照 笠木映里，前揭註34，頁224-225。

<sup>314</sup> 健保署支付提供健保醫事服務機構關於實物醫療給付之報酬，是採取所謂「總額支付制度」，亦即由行政院核定醫療給付費用之總額後，再按健保醫事服務機構之地區及部門協議訂定分配方式，並由健保醫事服務機構依照提供實物醫療給付所得之點數乘上點值後取得報酬，且每點點值並非固定，應依該地區及部門之總額與總點數進行核算，詳參 郭躍民（2004），《全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院及診所）之研究》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，頁104以下。

<sup>315</sup> 健保法明定應由保險人辦理全民健保之事項為：於保險收入減少或保險支出增加時依健保會

至於立法者制定上述健保法第 5 條第 1 項規定，將部分保險事業營運權交給健保會行使之理由，係考慮全民健保實施後雖能提供充分醫療保障而獲得廣泛支持，但也因為經濟成長漸緩與失業問題造成保險費收入減少，同時人口老化與醫療技術進步亦使支出不斷增加，導致保險財務面臨危機。於是，行政院二代健保規劃小組在研議修正法律時，除進行財務改革外，也在保險人組織方面，一方面為回應修正前健保法第 85 條有關「主管機關應於本保險實施 2 年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議」之規定，也為遵循大法官釋字第 472 號解釋明示應於「2 年內提出包括保險人組織修正之建議」之意旨，乃宣示以「建立財務平衡權責相符之組織體制」及「擴大社會多元化參與」為基礎，將原本負責政策與法規規劃、保險預算、結算與決算審議、保險財務稽核、保險業務監督等事項之「全民健康保險監理委員會」（下稱監理會），以及負責協定各年度保險醫療費用總額與分配事項之「全民健保醫療費用協定委員會」（下稱費協會）進行合併，並依循所謂「統合主義原則」<sup>316</sup>，設置由付費者、醫事服務提供者及

要求提出資源配置暨財務平衡方案（第 5 條第 2 項）、辦理投保及退保事項（第 15 條）、製發電子功能之保險憑證（第 16 條）、查核無固定所得被保險人申報之投保金額（第 20 條第 2 項前段）、調整第一類至第三類被保險人之投保金額（第 20 條第 2 項後段、第 21 條第 2 項後段、第 22 條但書）、提請健保會審議被保險人與眷屬之保險費率（第 24 條第 1 項）、精算保險財務（第 25 條）、提請健保會審議擬訂之保險給付範圍調整方案（第 26 條）、收取保險費、補充保險費及滯納金（第 30 條、第 31 條、第 35 條、第 36 條第 1 項）、決定暫停保險給付（第 37 條第 1 項前段、第 50 條第 2 項後段）、共同擬訂醫療服務與藥物給付項目及支付標準（第 41 條第 1、2 項）、訂定家庭責任醫師制度（第 44 條第 1 項）、訂定特殊材料給付上限與健保醫事服務機構得收取差額之上限（第 45 條第 1 項）、同意得自付差額之特殊材料申請（第 45 條第 3 項）、合理調整藥品價格（第 46 條第 1 項）、提請健保會審議擬訂之不予給付診療服務（第 51 條第 12 款）、核退自墊醫療費用（第 55 條）、於醫療給付費用總額訂定後遴聘相關代表研商及推動總額支付制度（第 61 條第 4 項）、擬訂醫療給付費用總額之地區範圍（第 61 條第 6 項）、核付醫療服務及藥品費用（第 62 條第 3、4 項）、審查健保醫事服務機構提供之醫療服務（第 63 條第 1 項）、決定是否同意醫療機構之特約申請（第 66 條）、按月公布及查核保險病房設置比率（第 67 條第 3 項）、向健保醫事服務機構追還未查核保險憑證而已領取之醫療費用（第 69 條前段）、擬訂不當耗用保險醫療之改善方案（第 72 條）、公開領取醫療費用超過一定數額之健保醫事服務機構提出之財務報告（第 73 條第 1 項後段）、擬訂領取醫療費用超過一定數額之健保醫事服務機構應提出財務報告之辦法（第 73 條第 2 項）、公開醫療品質資訊事項及擬訂辦法（第 74 條第 1 項）、要求相關機關提供必要資訊（第 79 條第 1 項）、對詐領醫療費用者課以罰鍰及公告（第 81 條）、對違約之健保醫事服務機構收取應退還之費用、命令改善、處以罰鍰或不予特約（第 82 條、第 83 條、第 86 條、第 87 條）、對投保單位或被保險人課以罰鍰或追繳保險費（第 84 條第 1 項、第 89 條）、向強制汽車責任保險之保險人或責任人求償（第 95 條第 1、2 項）、將財務收支編入年度預算（第 96 條）、查核延繳保險費或清償貸款之被保險人之清償能力（第 101 條）。

<sup>316</sup> 「統合主義原則」係社會學上之概念，意義係指社會保險在民主體制下，由社會團體自我組織及進行管理，並在集體決策之架構中相互抗衡與調解衝突，亦即以社會團體之自發性力量進行

政府代表組成之「健保會」，負責制訂全民健保相關政策、決定保險費率與給付項目之調整，並與健保醫事服務機構協定醫療費用總額，以及對於健保署以「監理」方式進行監督<sup>317</sup>。另為擴大「公民參與」機制，復於健保法第 5 條第 3 項明定，健保會於進行審議或協議之會議前 7 日應先公開議程，會議後 10 日內應再公開會議實錄，且就全民健保之重要事項進行審議或協議前，除應先蒐集民意外，必要時並應辦理相關之公民參與活動。

又作為主管機關之衛福部，原本即應對於保險人之健保署進行監督，監督方式包括在通案上發布命令訂定抽象規範，以及在具體事件中以核定等方式為個案監督<sup>318、319</sup>。此外，由於健保署在組織上為行政機關，且為隸屬於衛福部之下級機關，故作為上級機關之衛福部，

---

社會保險之決策與執行，國家僅擔任附屬或輔助性角色，形成國家組織與社會團體在社會保險中分享權力之「公私夥伴關係」。參照 政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦(2011)，〈「二代健保法案論壇」會議紀錄之二〉，月旦法學雜誌，192 期，頁 239 (林國明發言)。

<sup>317</sup> 依照行政院二代健保規劃小組之說法，過去「費協會」運作上面臨醫界代表之「代表性」與「公平性」問題，且醫界代表經常透過協商權利，將協商無限上綱，要求任何全民健保之制度或規定改變，都必須納入成為協商範圍，更選擇性通過表面上對眾人均有利之規定，造成協商機制運作困難，另「監理會」代表皆由相關團體推薦，對主管機關之行政自主權造成牽制，再加上法律未規定「監理」與「審議」之區別，使「監理會」之定位認知出現差異，進而衍生相關衝突，因此基於建立集體式協商之系統性架構，為解決財政收支平衡之根本問題，建議採取「統合主義原則」之精神，期望透過協商取得政府、被保險人、雇主及醫事服務機構之共識意見，因此將「費協會」與「監理會」合併。參照 行政院二代健保規劃小組(2004)，《總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，頁 132-135、183-184，台北：自刊。另學者曾批評修法前全民健保之保險人組織，面臨「權責不符」與「欠缺參與」等問題，參照 李玉君，前揭註 170，頁 18-22。

<sup>318</sup> 依健保法授權，衛福部得訂定關於下列事項之命令：健保會之產生及運作方式(第 5 條第 5 項)、全民健保之爭議審議(第 6 條第 3 項)、實際從事農業或漁業工作者之資格認定(第 10 條第 7 項)、補充保險費之扣繳(第 31 條第 3 項)、分期繳納保費或申請貸款補助(第 36 條第 2 項)、保險對象之就醫辦法(第 40 條第 2 項)、共同擬訂醫療服務與藥物給付項目及支付標準之程序與代表產生方式(第 41 條第 4 項)、轉診實施辦法及認定醫療資源缺乏地區之條件(第 43 條第 4 項)、家庭責任醫師制度之實施(第 44 條第 3 項)、合理調整藥品價格之作業(第 46 條第 2 項)、免除自行負擔費用之項目及範圍(第 48 條第 2 項)、核退自墊醫療費用(第 55 條第 2、5 款、第 56 條第 2 項)、醫療費用申報及核付程序與醫療服務之審查(第 63 條第 3 項)、委託進行醫療服務審查(第 63 條第 4 項)、總額支付制度實施前之醫療服務項目點數支付金額(第 65 條後段)、健保醫事服務機構特約及違約之處理(第 66 條第 1 項)、特約醫院設置保險病床之基準及比率(第 67 條第 1 項)、申報藥品費用超過一定數額之健保醫事服務機構與藥商訂立定型化契約之範本與內容(第 75 條第 2 項)。

<sup>319</sup> 依健保法規定，應由衛福部核定之事項包括：核定健保署訂定之電子功能保險憑證辦法(第 16 條第 2 項)、核定醫療服務與藥物之給付項目及支付標準(第 41 條第 1、2 項)、核定公告自付差額之特殊材料申請品項及實施日期(第 45 條第 3 項)、核定健保會審議不予給付之醫療給付項目及藥物(第 51 條第 12 款)、核定健保會協議訂定之醫療給付費用總額及分配方式(第 61 條第 1 項前段)、核定醫療給付費用總額之地區範圍(第 61 條第 6 項)、核定保險人委託進行醫療服務審查之辦法(第 63 條第 4 項)、核定不當耗用保險醫療之改善方案(第 72 條)、核定健保醫事服務機構領取醫療費用之超額及財務報告提供辦法(第 73 條第 2 項)、核定醫療品質資訊之公開辦法(第 74 條)。

除在上述健保法所定之監督外，亦可透過行政一體原則介入保險事業之營運，同時健保署也必須受到作為民意機關之立法院，透過審議預算、質詢等方式進行監督。



### 第三項 評價與檢討

如以前述保險人建置之基本原理，衡量現行全民健保之保險人組織設計，應可為以下之評價與檢討。

#### 第一款 保險人任務達成之阻礙

為使擔任保險人之健保署得以順利集合參加者成立分散風險與損失之共同體，並向參加者收取保險費及提供保險給付，現行健保法可謂已設有相當之規範，此部分應值給予正面之評價。詳言之，健保法中設有強制參加（第 8 條、第 9 條）及對於違反者追繳保險費、罰鍰與暫停保險給付等不利處分之規定（第 84 條第 1 項、第 91 條），有助於促使符合法定資格者履行參加保險之義務。此外，考量全民健保之參加者不僅人數眾多，所在地更遍及全國，健保法乃進一步在保險人與參加者間設立「投保單位」（第 15 條第 1 項至第 4 項），並課以投保單位負有將參加者發生保險資格變動之資訊主動通知保險人之義務（第 15 條第 6 項），更明定通知之期限與程式（健保法施行細則 29、35、37 條），以強化健保署取得參加者投保相關資訊之可能與效率。抑且，健保署除被動接收投保單位通知之上述資訊外，為辦理健保業務，也可主動向相關行政機關調取必要資料（第 79 條第 1 項），藉此獲得認定保險資格所需之戶籍、就業等資訊。

次在收取保險費方面，健保法要求第一類至第三類及第六類被保險人，應以所屬之特定工作場所或所在地區之鄉鎮市區公所作為投保單位（第 15 條第 1 項第 1、2、4 款），並由投保單位向被保險人收繳保險費後再向保險人繳納，且就第一類被保險人之薪資、俸給、報酬或營業所得等，更應予以「就源扣繳」（第 30 條第 1 項第 1、2 款），另於 2011 年實施之「補充保費」，亦規定應以所得稅法上之扣繳義務



人作為扣費義務人，就源扣繳補充保險費（第 31 條第 1 項），皆屬考慮參加者人數眾多，為使保險費收取具有實現可能與效率，所相應設置之規定。再者，健保法對於未依法參加保險之人設有追繳保費及處罰之規定（第 84 條第 1 項、第 91 條），如為無故不繳納保費之參加者，甚至得為暫停給付（第 37 條第 1 項前段），且投保單位、扣費義務人於違反就源扣繳義務時應予補繳及受處罰，更在投保單位、扣費義務人無足夠財產清償積欠之保費或滯納金時，要求事業負責人負清償責任（健保法第 38 條），並確立保險費與滯納金在強制執行程序中具有優先受償權之地位（健保法第 39 條）等，以確保保險人能夠實現保險費之收取。

在提供保險給付方面，由於全民健保之參加者人數眾多，且所在地遍及全國，健保署在現實上顯難自行對於所有參加者提供實物醫療給付，而有透過既存醫療機構遂行之必要，因此必須與醫療機構締約以利保險給付之提供，並為後續費用之審查與支付。為此，健保法明定健保署有同意醫療機構申請特約之權限（第 66 條第 1 項），且特約後之健保醫事服務機構，應在參加者發生保險事故時提供預定之實物醫療給付<sup>320</sup>，並於事後向健保署申報給付之醫療服務點數與藥物費用（第 62 條第 1 項）。健保署對於健保醫事服務機構申報之給付內容具有審查權限，並得委託專業人士或機構進行審查（第 63 條第 1 項），且在常見之事後審查外，亦得進行實地審查，另針對昂貴等特殊之給付項目，則要求在給付前應進行事前審查，以避免保險給付遭到濫用（第 63 條第 2 項）<sup>321</sup>。此外，除上述法規範之建制設計外，健保署作為將全民納入之單一保險人，不僅可以期待有效降低營運成本，更具有強大之購買力與優勢之契約談判地位<sup>322</sup>，再加上組織上為行政機關所具有之專業能力，現實上確實有助於完成向參加者提供保險給付之任務。

惟在形成預定之保險費率與保險給付方面，由於健保法將保險費

<sup>320</sup> 2002 年 6 月 20 日健保法修正前，將締約之醫療機構分為適用特約制度之醫院、診所與藥局，以及透過指定成立之醫事檢驗機構，惟修正後均已改為適用特約制度。

<sup>321</sup> 關於醫事機構與健保署特約、醫療費用申報及審查、總額支付制度之詳細說明，可參 郭躍民，前揭註 314，頁 11-14、70-82、104-121。

<sup>322</sup> 參照 楊哲明，前揭註 308，頁 250。

率與保險給付之範圍交給非保險人之「健保會」審議，已如前述，健保署僅具有提請審議或建議權（健保法第 24 條第 1 項、第 26 條、第 46 條第 1 項），使得健保署雖為保險人，卻對於上述涉及保險事業營運核心之事項不具有決定之可能，只能單純負責執行健保會對於保險費率與保險給付範圍之審議結果，可能導致保險事業之營運權責難以釐清。抑且，健保會在組織上為衛福部之內部單位，尚非獨立之行政機關，且對於保險費率與保險給付範圍所為之審議，亦應經過行政院與衛福部之核定（健保法第 24 條第 3 項、第 51 條第 12 款），因此形式上有關保險費率與保險給付範圍之決定權係歸屬於衛福部，也造成保險人之健保署與主管機關之衛福部在保險事業營運上難以區別，更加使全民健保之經營成敗結果，陷入曖昧不明之窘境。是此，上述制度設計能否達成修法時所宣示之「建立權責相符之組織體制」，不僅已有疑問，更無法認為合於基本國策要求應使全民健保適正運作之義務規定，應有檢討修正之必要。

再者，為著重於經營之專業性與效率，而以國家行政機關之形式作為健保署之組織，可能使健保署在營運保險事業時，受到來自於國會即立法院之不當政治干預。詳言之，由於立法委員畢竟直接背負選舉與選民之壓力，確實可能出於選舉考量，在特定爭議事件中，透過審議預算、質詢等方式，干涉保險事業之正常運作，例如過去曾發生在衛福部有意調高保險費率時，立法委員囿於民意壓力而無法理性對應，且無視健保法第 24 條已明定調整保險費率之要件與程序，仍然執意加以阻撓<sup>323</sup>。如此一來不僅妨礙全民健保之適正營運，也減損參加者抑制給付以減少保險費負擔之正面誘因，甚至可能導致健保署受限於保險費率無法適當調整，為維持財務平衡，只能利用單一保險人之優勢地位，為削減支出而刪減健保醫事服務機構之醫療費用，導致在實務上引起健保醫事服務機構之強烈質疑與反彈<sup>324</sup>。

<sup>323</sup> 參照 涂醒哲(2010)〈健保費調漲的正當性與合理性〉，新世紀智庫論壇，49 期，頁 101-103。作者特別在該文中提到擔任衛生署長時，曾向兼任全國總工會理事長之國會在野黨立法委員，遊說調漲健保費之理由，該名立委表示雖能理解，但因為牽涉到選票，還是要反對。另參 NOWNEWS 網站，〈立院開議／反對全面調漲健保費！陳杰揚言率隊抗議〉，網址：<http://www.nownews.com/n/2009/10/02/855051>（最後瀏覽日：7/10/2016）。

<sup>324</sup> 目前全民健保之醫療費用審查運作常見爭議，特別是健保醫事服務機構對於申報點數遭到核刪之事，長期存在著不透明、不合理、不符合醫療目的等嚴厲批評，也造成健保醫事服務機構、

另者，組織上作為健保署上級機關之衛福部，也同樣可能利用指揮監督權之行時，基於與全民健保無關之其他政策目的，不當干預保險事業之經營。例如在健保署公告之「103 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」中，明定應提撥總額預算內之 3.5 億元作為專款，用於補助各級醫院新聘護理人員<sup>325</sup>，以及衛福部曾為「八仙塵爆」事件，要求健保署代墊特定期間內非屬保險給付範圍之部分負擔、自費病房差額、燒燙傷之自費醫材、處置費用及救護車費用，且不問就醫者是否為保險對象，亦將非保險對象之外籍人士納入<sup>326</sup>。然而，如考慮到護理人員不足所導致之醫療品質問題，理論上應屬於一般醫療衛生政策之目的追求，且醫院依此方案新聘之護理人員，也不可能限定其等僅能從事提供全民健保之醫療服務，又國家為救助重大公安事件之受害者，而提供自費醫療項目之費用代墊，亦顯然與全民健保之營運無關，均可見衛福部上述要求健保署負擔新聘護理人員費用及代墊「八仙塵爆」受害者之自費醫療費用，卻未自行支付該「外部負擔」所需之費用，存有不當干預全民健保適正營運之疑慮<sup>327</sup>。

至於應如何避免或減少國會及上級機關對於保險人之不當政治干預，日本於 2006 年修法改革之經驗，或許值得參考。蓋過去擔任政府掌管健康保險保險人之厚生勞動省社會保險廳，同樣因為行政機關之組織地位而屢屢受到政治干預，因此乃在本次修法時，改以具有獨立公法人地位之「全國健康保險協會」，取代厚生勞動省社會保險

---

醫學會、醫療從業人員與健保署間之關係日趨緊張。參照 蘇清泉 (2016)，〈拒絕不合理健保制度：堅持醫療專業〉，台灣醫界，59 卷 2 號，頁 5-6；黃柏翰，〈健保不倒，台灣醫療不會好？〉，網址：<http://www.thinkingtaiwan.com/content/3775> (最後瀏覽日：7/9/2016)；時報週刊時事版網站 (7/5/2016)，〈健保費審查制度沒道理，病患奔波醫師也兩頭燒〉，網址：<http://goo.gl/tYGncV>，(最後瀏覽日：7/9/2016)；聯合新聞網站 (7/11/2016)，〈刪過頭，醫師絕食，衛福部：請理性、新制 10 月試辦〉，網址：<http://udn.com/news/story/9/1820877> (最後瀏覽日：7/11/2016)。有鑑於此，衛福部於 2016 年 10 月起針對經專科醫學會同意之婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、神經科、精神科及復健科等，乃將過去為保護審查醫師不至遭受同儕壓力而採用之「匿名審查制」，改為「具名審查制」，參照 衛福部網站，網址：<http://www.mohw.gov.tw/news/572155576> (最後瀏覽日：7/14/2016)。

<sup>325</sup> 參照 健保署網站，網址：<http://goo.gl/nKlirM> (最後瀏覽日：6/7/2016)。

<sup>326</sup> 參照 衛福部網站，網址：<https://topics.mohw.gov.tw/0627ACCIDENT/cp-2750-7924-202.html> (最後瀏覽日：10/12/2019)。

<sup>327</sup> 如認為社會健康保險之保險事故，應限於實際已發生疾病、傷害或懷孕者，不應及於發生傷病前之預防保健，則 2011 年 1 月 26 日健保法修正前，要求健保署應負擔「預防保健」之費用，及在修法後限縮負擔項目為「政府現未負擔費用」者，亦屬未能區別保險人任務與一般公共衛生政策目的之事例。惟本文認為預防特定生活習慣疾病之發生，應屬社會健康保險之保險事故，已如前述，故為此所提供之保健服務，應劃歸為保險人之任務，自不待言。

廳擔任保險人，也就是以「公法人化」之方式謀求解決。準此，有鑑於全民健保事業之經營，應屬於行政法人法第 2 條第 1、2 款前段所稱「具有專業需求，且須強化成本效益及經營效能」、「不適合由政府機關推動，亦不適宜交由民間辦理」之公共事務<sup>328</sup>，將目前為行政機關組織之健保署改造為行政法人，藉此避免或減少立法院與行政機關對於保險營運之不當政治干預，尤其面對調漲保險費率之阻撓，或為合理之思考對策<sup>329</sup>。

## 第二款 以多元民主參與取代保險事業自治

全民健保在最初建立時，因受到長期戒嚴與威權統治下之影響，導致社會上缺乏具有自我治理能力之團體得以出任保險人，因此選擇以行政機關組織之健保署作為單一保險人，並未實施保險事業自治。其後在二代健保中設立之「健保會」，由於在組織上為衛福部之內部單位，而非保險人之意思機關，且依健保法第 5 條第 4 項規定，亦納入非屬保險付費之健保醫事服務機構代表，可見「健保會」也非為實施保險事業自治所設置，而是採取不同之思考方向，也就是基於所謂「統合主義原則」，藉由「擴大社會多元參與」與實施「審議式民主」，將不同利益之代表納入集體決策程序，以求消弭健保政策時推行時所面臨之阻力，特別是來自於醫界對於醫療費用審查與點值下降之嚴重反彈。

對此，本文認為保險事業自治之實施，雖具有正當化相互扶助原理、強化相互扶助意識、確保公共利益妥適形成、促進保險事業經營效率等優點，然我國受限於不具有得以出任保險人之社會團體，也面

<sup>328</sup> 許宗力教授認為，全民健保為需要反應社會多元利益或具有高度專業要求而應予以「去政治化」，不宜由國家親自執行，但民營化也有所疑慮之公共任務類型；參照 許宗力（2007），〈再論機關的法人化〉，氏著，《法與國家力(二)》，頁 493-494，台北：元照。

<sup>329</sup> 行政院二代健保規劃小組總結報告中，對於保險人組織之修正，曾提出第一階段先成立由「監理會」與「費協會」合併之「全民健保委員會」（名稱與現行之「健保會」不同），第二階段則設立行政法人性質之全民健保機構，並對行政法人化可能面臨之法律問題，尤其是行政法人法第 2 條第 1 項第 3 款規定行政法人須符合「所涉公權力行使程度較低」之要件，及法人化後行使公權力範圍、監督方式等進行檢討，詳參 行政院二代健保規劃小組，前揭註 317，頁 184-195。惟該報告完成後，健保法已於 2011 年完成修正，後續是否仍規劃修法將全民健保之保險人予以行政法人化，尚不得而知。

臨著難以解決國家作為付費者之經營決策參與、付費者代表產生之正當性確保等問題，現實上確難遽以採行，且從保障參加者權利主體地位與維護付費者程序參與權利之基本觀點，期望透過「健保會」之決策機制，保障參加者及付費者能有參與形成保險決策之可能，理論上固然不失為可行之改革方向。然而，健保會中之保險付費者代表，現制下是由衛福部依健保法第 5 條第 5 項授權訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」，經有關機關團體推薦或辦理公開徵求後進行遴任，考量我國社會團體或職業自治團體長期向來具有欠缺代表性與民主性之問題，自難認為由此產生之付費者代表得以具有充份之代表性與正當性，甚至可能存在淪為特定利益團體或單位所把持之疑慮。是此，現行「健保會」之設置與運作，尚難評價為能夠保障付費者程序參與權之充足機制。

### 第三款 極大但同質性稀薄之保險規模

全民健保受惠於單一保險人之體制，將所有參加者納入同一保險事業內，已在可能範圍內極大化保險規模，自然有利於充分發揮分散風險及損失之功能，並維持保險財政之安定，有助於維持全民健保之永續運作<sup>330</sup>。因此，比較法上德國與日本曾多次為擴大保險事業規模，修法對保險人進行整併之問題，在全民健保應不至於發生。

然而，隨著保險事業規模之擴大，勢必同時造成參加者彼此間之同質性稀薄，也不利於推行保險事業自治，難免導致參加者之相互扶助意識愈趨淡薄，可能妨礙全民健保之適正營運。換言之，在欠缺相互扶助意識之現實下，全民健保之參加者對於保險費率與保險給付之合理調整，往往難以理性對應，進而導致立法院或衛福部、行政院囿於政治壓力加以干預，可能為極大保險規模對全民健保之適正經營所形成之不利因素。

<sup>330</sup> 參照 倉田聡，前揭註 36，頁 46。





#### 第四款 不具有競爭機制

全民健保僅以健保署作為單一保險人，且過去勞工保險、公教人員保險、軍人保險及農民保險等其他社會保險制度所提供之實物醫療給付，也已為全民健保之保險給付所取代，因不存在其他保險人，自無運作保險事業間競爭機制之可能。惟如本文前述，競爭僅是促進保險事業經營效率之手段，在建置保險人時，仍應與其他正當目的或利益之追求進行取捨考量。準此，全民健保雖無競爭以追求經營效率之可能，惟不可否認具有降低營運成本、維持財政安定、避免因參加者加入不同保險事業而產生公平性問題等優點，也能避免參加者僅因追求較低之保險費率而選擇加入其他保險事業，進一步弱化參加者彼此間之相互扶助意識，更有不得不面對缺乏能自主運作之社會或職業團體得以出任保險人之現實問題，似難僅以不存在競爭之可能，而給予全面否定之批判或評價。

#### 第五款 負擔公平性問題

由於全民健保之參加者均加入由健保署擔任保險人之單一保險事業中，並適用相同之保險費率及享有相同之保險給付，不至於產生因加入不同保險事業而在保險費負擔或保險給付上受有差別待遇之不公平問題，同時也毋須為調整風險構造之差異，建立並運作複雜之財政調整機制，徒增營運之成本。然而，全民健保卻因以參加者之職業或身分作為區別，而在保險費之計算與補助上設有差異，另外衍生制度內部之負擔公平性問題，將在後述有關保險費部分詳為探討。

#### 第六款 小結

綜上討論，可知擔任全民健保單一保險人之健保署，雖可藉由健保法已有之相關規範及現實上之優勢地位，達成集合參加者成立共同體、收取保險費及提供保險給付等保險人任務，然對於保險費率與保險給付範圍等營運核心事項，卻無任何決定權，不僅可能導致營運權

責不清，也讓保險人與主管機關在全民健保之決策與經營上，出現難以區別之曖昧狀況。此外，以行政機關作為組織形式之健保署，現實上難以避免受到國會與衛福部之不當政治干預，包括立法院對於保險費率調整之不理性和非理性介入，以及衛福部透過全民健保實施其他政策任務，卻未能支付相應之「外部負擔」費用。又健保法立法時與二代健保設置之「健保會」，均未以實踐保險事業自治作為考量，而是採取賦與程序參與權之不同方式，希望能解決政策推行之阻力，但卻受限於現制下之付費者代表產生不具有正當性，仍難給予正面之評價。再者，極大化之保險事業規模，固然為全民健保帶來財政安定之優勢，但也不利於相互扶助意識之維持與保險事業自治之推行。另外，全民健保採取之單一保險人體制，雖然犧牲保險事業間相互競爭之可能，但在利益衡量下，由於具有降低營運成本、維持財政安定、避免參加者因加入不同保險事業所產生公平性問題等優點，故在缺乏能自主運作之社會或職業團體得出任保險人之現實狀況下，應屬可接受之結果。最後，全民健保在單一保險人體制下，不至於產生參加者因強制參加不同保險事業而受到差別待遇之問題，也毋須運作繁雜之財政調整機制。

## 第二節 適用對象

在強制參加之規定下，所有合於法定要件者均必須加入社會健康保險，成為保險之適用對象，且適用對象可進一步區別為因自己具有特定身分或資格而直接參加保險之「被保險人」，及因與被保險人具有特定關係而依附於被保險人參加保險之人，後者在德國法定健康保險與我國全民健保中稱為「眷屬」，在日本除國民健康保險以外之其他制度中，則稱為「被扶養人」<sup>331</sup>。抑且，「被保險人」通常負有繳納保險費之義務，「眷屬」或「被扶養人」則無此義務。

<sup>331</sup> 雖然日本市町村國民健康保險之適用對象僅有被保險人，並無被扶養人之概念，然保險費之收取係以家長為對象，而非被保險人，故倘若從保險費負擔之效果而言，仍有將無維持生活能力之被保險人，視為由家長扶養之人之意義。



## 第一項 設定適用對象範圍之基本原理

本文將先從原理論之觀點，討論社會健康保險設定適用對象範圍時所應依循之原則基準，並探討社會健康保險在被保險人外，另設置「眷屬」或「被扶養人」之理由，以作為後續檢討全民健保現行規範之基礎。

### 第一款 共同體成員範圍之設定基準

社會健康保險之適用對象範圍設定，必須在因經濟與市場自由化所造成之國際間人口流動現實下，考慮社會健康保險制度建立之本質目的，同時衡量公庫是否負擔部分財源所可能造成之影響，並在涉及外國人時，加入有關維持法律整體秩序一致性之考慮。

#### 第一目 繼續性之生活居住事實

作為是否納入社會健康保險適用對象範圍之取決標準，理論上不外有二，其一為「國籍」，即考慮該人是否具有保險實施地之國籍，另則為「生活居住事實」，也就是著重於該人是否在保險實施地具有生活居住之事實，至於何者較為適當，應為以下之思考。

首先，從權利保障之觀點，由於參加者加入社會健康保險之目的，無非是為能在發生傷害、疾病或懷孕分娩等事故時，能過獲得醫療需求之保障。因此，考量參加者一旦發生上述事故，通常希望能夠儘速獲得醫療，以即時抒解身心上之不適及焦慮，並避免延誤治療可能對於健康造成危害，故除非存在居住地醫療水準過度落後或費用過度昂貴之特殊例外情況，參加者大多選擇在「生活居住地」立即就醫診治，而非冒著病情惡化之風險，額外耗費時間堅持返回國籍地接受治療。換言之，參加者加入社會健康保險所欲獲得之保障，應是期望能在「生活居住地」取得對應上開事故所需之醫療服務，而不是期待能夠返回「國籍地」就醫。由是觀之，如強行要求具有相同國籍卻無共同生活事實者參加保險，實難藉此保障其等在實際生活地之醫療需求，反之



如未將不具有內國國籍卻有共同居住生活事實者納入，則無從對其等提供醫療需求之保障，均有所不當。

其次，社會健康保險所提供之保險給付，不論是實物醫療或是金錢給付，也是以保險實施地之醫療水準、物價高低與經濟狀況等進行設定<sup>332</sup>，亦即是以在保險實施地居住生活者之需求作為衡量基礎，不會也無法考慮到未在保險實施地生活者之醫療需求。此外，保險事故之發生機率高低，除與參加者個人之健康條件有關外，也必然受到各地區因不同飲食方式、生活模式、環境條件、衛生狀況，甚至風俗習慣差異之影響<sup>333</sup>，故保險人在推算應支付之保險給付費用數額時，當不能不考慮保險實施地之狀況。

是此，基於社會健康保險之制度目的與本質，本文認為，不論在保障參加者之需求、決定保險給付之內容與算定保險給付之數額等，顯然都必須以保險實施地之實際狀況為基礎，反觀國籍在人口高度流動之現代全球化社會中，僅能表彰個人與特定國家在政治或公法上權利義務關係之連結，卻無法以此認定該人之實際生活所在地<sup>334</sup>，故在設定保險對象之範圍時，理論上自應著重在該人在保險實施地是否具有生活居住之事實，始為適當<sup>335</sup>。抑且，除上述應在保險實施地具有

<sup>332</sup> 例如在臺灣手術費用約為美國之 1/5、英國之 1/6，內視鏡、斷層掃描等醫學檢驗費用約為美國之 17%，正子造影檢查（PET）檢測費用約為英國、美國之 1/2。參照 臺北市觀光醫療網網站，網址：<http://www.taipeimedicaltourism.org/demo/pda/content/medical/medical.html>（最後瀏覽日：10/30/2016）。是此，我國全民健保所在估算與支付保險給付中之上開檢查項目費用時，自然採用臺灣之費用標準，而非採計英、美之費用數額。

<sup>333</sup> 例如在經濟合作暨發展組織（OECD）之 35 個國家中，2015 年以臺灣之肝癌發生率最高，達到 10 萬分之 31.4，相較於發生率最低之冰島僅有 10 萬分之 1.7，其間差距高達 18 倍。又依流行病學之研究，肝癌在發生上具有明確之地理分佈模式，多集中在開發中國家，例如東亞、撒哈拉以南之非洲及美拉尼西亞各國，與地理、種族或民族族群等因素之關連性極大；參照 衛福部國民健康保險署（2015），《2012 年年癌症登記報告》，頁 14、16，資料來源：國健署網站，網址：<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Portal/File/PressFile/201504140858405789/%E5%9C%8B%E5%81%A5%E7%BD%B2%E6%96%B0%E8%81%9E%E7%A8%BF%E9%99%84%E4%BB%B61040414.pdf>（最後瀏覽日：10/29/2016）；劉鐘軒等（2013），〈肝癌的診斷及治療最新發展〉，《內科學誌》，24 卷 2 期，頁 85-86。

<sup>334</sup> 如以我國國籍之取得為例，國籍法第 2 條第 1 項規定：「有下列各款情形之一者，屬中華民國國籍：一、出生時父或母為中華民國國民。二、出生於父或母死亡後，其父或母死亡時為中華民國國民。三、出生於中華民國領域內，父母均無可考，或均無國籍者。四、歸化者」，其中不僅適用第 1 款至第 3 款時不問其人是否在我國境內具有實際居住之事實，甚至依第 4 款取得國籍後，也不要求該人必須繼續實際居住在我國境內始能維持國籍，可見國籍之有無與國民實際之生活所在地間之關連性甚微。

<sup>335</sup> 郭明政教授亦認為社會健康保險之參加者範圍，應考量居住生活事實之有無，而非是否具有內國國籍；參照 郭明政，前揭註 176，頁 204-206。

生活居住之事實外，本文認為該生活居住之事實並應具有「繼續性」，也就是必須為穩定之生活經營，且在將來之一定期間內得以預期繼續維持者，始具有要求其等強制參加之實益。畢竟如果只是在保險實施地具有暫時性或臨時性之生活或居住事實者，一方面由於時間不長，其等實際發生傷害、疾病等事故之可能性不高，另一方面其等與其他參加保險者之生活連結關係也屬有限，從分散風險與損失之保險本質及維持保險事業適正經營效率等觀點，應無要求其等強制參加保險之必要。

然而，上述原理在國家或地方自治團體除「外部負擔」外，另負有分擔社會健康保險制度部分財源之義務時，則應進一步衡量公庫之資金基礎，主要仍來自對於國民之課稅收入，因此已使制度在以保險形式運作之同時，也產生部分之福利色彩。是以，由於參加者中之國民在保險費之外，另外支付稅金提供作為制度運作之財源，則基於負擔公平性之考慮，自非不得以此為正當理由，在本國人與外國人之間，就是否由公庫補助保險費及補助之比例，為合理之差別待遇<sup>336</sup>。

## 第二目 外國人是否應為合法居留之人？

理論上在保險實施地內有繼續性之生活居住事實者，均應成為社會健康保險之參加者，已如前述，然若考慮移民法規通常要求外國人在他國之生活居住事實，必須具有合法性始屬可以維持，則對於不具有本國國籍之外國人，是否應以合法居留作為參加保險之前提，即值得進一步討論，否則恐將造成社會健康保險法律與移民法律間之秩序衝突。對此，由於健保法第9條已明定外國人需為合法居留者，始能成為保險對象，故我國學說及實務上之討論較為有限，但如從比較法角度觀察，日本法院實務與學說上則有相當深入之論辯，並呈現出在

<sup>336</sup> 以此檢視曾廣泛引起討論之中國籍學生與外國籍學生參加全民健保時之保險費問題，由於健保法第27條明定除公務人員及公立學校教職員之被保險人與眷屬外，國家仍應補助其他保險對象一定比例之保險費，具有上述以對於國民之課稅收入投入作為制度財源之情形，則政府以此為理由，要求中國籍學生與外國籍學生參加全民健保時，應自付全額保險費，不再由公庫予以補助，理論上難謂明顯不當。有關中國籍學生與外國籍學生參加全民健保之保險負擔爭議，可參中央通訊社網站，網址：<http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201610245016-1.aspx>（最後瀏覽日：11/06/16）。

外國人權利保障、社會健康保險本質構造、法律秩序整體性維持等不同價值間之衡量取捨，或得作為我國立法論上之參考。

申言之，在適用於地區住民之日本市町村國民健康保險中，由於國民健康保險法第 5 條僅規定：「在市町村或特別區之區域內有住所者，為該市町村所實行國民健康保險之對象」，並未明文要求外國人必須具有合法之居留資格，且依修正前該法第 6 條第 8 款所訂定之舊國民健康保險法施行規則第 1 條第 2 款，即原則上將外國人排除在國民健康保險適用範圍之規定，也於 1986 年日本加入聯合國難民地位公約後廢止，因此如從法條文義與修正脈絡觀察，似無法當然認為法律設有禁止非法居留之外國人參加國民健康保險之意旨。然而，厚生勞動省於 1992 年發布行政命令揭示國民健康保險法第 5 條所定「住所」之認定基準時，卻要求外國人必須為已完成外國人登錄，且經准許之居留期間在 1 年以上者，或依其入境目的、入境後之生活狀況，得認將有 1 年以上之居留期間者，造成實務上外國人除非具有合法之居留資格，否則無法完成國民健康保險之投保程序，進而產生非法居留之外國人能否參加國民健康保險之爭議<sup>337</sup>。

對此，日本法院裁判曾有相當分歧之見解。首先，在東京地方法院平成 7（1995）年 9 月 27 日判決事實中，原告為非法居留之菲律賓籍女性，在日本籍丈夫過世後，仍與兒子同住在東京都內之丈夫家中，然因政府以其不具有合法居留資格為由，拒絕其請求交付被保險人證之申請，原告乃起訴請求法院撤銷否准交付被保險人證之行政處分。法院在本判決中認為，國民健康保險之保險對象應為得以展開社會生活之國內社會構成員，法律上也無法推論具有要求被拒絕成為國內社會構成員之非法入境者必須強制參加保險之意旨，何況外國人是否成為國民健康保險之適用對象，應屬立法政策之問題，外國人縱使遭到排除，亦不至於違反經濟社會文化權利國際公約，乃判決原告敗訴<sup>338</sup>。

<sup>337</sup> 參照 高藤昭（2004），〈最高裁、外国人の社会保障権保障に半歩前進〉，法学セミナー，593 号，頁 70；岩村正彦（2001），前掲註 109，頁 10-11。

<sup>338</sup> 參照 判例時報，1562 号，頁 41；高藤昭，前掲註 337，頁 71；岩村正彦，前掲註 109，頁 11。

其後，在東京地方法院平成 10（1998）年 7 月 16 日判決中，針對居留逾期後與日本丈夫結婚之中國籍女性原告，訴請撤銷政府以其不具合法居留資格而拒絕交付被保險人證之行政處分，法院認為有關「住所」之認定，應以居住關係為中心之個人客觀生活狀況為基礎，審酌該人有無定居之意思進行綜合判斷，對於外國人雖必須考量其入境原因、入境當時與入境後是否具有居留資格、居留時間之長短等因素來認定住所，但上述因素僅是在認定住所時，也就是綜合判斷是否具有以居住關係為中心之個人客觀生活狀況，以及主觀上有無定居意思所應考量之部分事項，即使是非法居留之外國人，也應考慮其可能依照入國管理法第 50 條第 1 項規定取得在留之特別許可，無法一概認為非法居留之外國人在國內沒有生活本據地，仍必須回歸其是否具有以居住關係為中心之客觀生活及主觀上有無定居之意思，以認定其有無住所。從而，本案原告既已申請在留之特別許可，可見原告是以其現居地作為生活本據地，在日本境內應設有住所，乃判決撤銷對原告所為否准交付被保險人證之行政處分<sup>339</sup>。

針對下級法院前述分歧之見解，日本最高法院第一小法庭於 2004 年 1 月 15 日作出判決。本案原告為逾期居留之韓國人，然已喪失韓國之永久居留權，也無法取得臺灣國籍，且雖然向日本政府提出在留之特別許可申請，卻為橫濱市區役所以非法居留為由，拒絕交付被保險人證，嗣原告在取得在留之特別許可後，起訴請求國家賠償其因此必須額外支付兒子罹患腦腫傷之醫療費用與慰撫金。最高法院在本判決中認為，國民健康保險法第 5 條規定之「有住所者」，應指在市町村區域內具有繼續性生活本據之人，且參照原本將不具日本國籍者排除適用之同法第 6 條規定已刪除，自不應解釋為國民健康保險法寓有將不具有合法居留資格者一律排除在適用範圍外之意旨。尤其，國民健康保險之保險給付，係由被保險人所屬家庭之家長所繳付之保險費或保險稅作為資金基礎而提供，無從認為如非法居留之外國人成為被保險人，將違反國民健康保險法之立法旨趣。然而，針對外國人之法律地位，不能僅以無居留資格之外國人具有在市町村內居住之事實，

<sup>339</sup> 參照 判例時報，1649 号，頁 3；国京則幸（2000），〈不法在留外国人の国民健康保險被保險者資格〉，別冊ジュリスト，153 号（社会保障判例百選第三版），頁 34-35。

即當然肯定其該當於國民健康保險法第 5 條規定之「有住所者」，至少仍應以該外國人已在居住之市町村完成外國人登錄，並依入國管理法第 50 條第 1 項申請在留之特別許可，再經審酌其入境原因、入境時有無在留資格及在留期間、入境後更新或變更在留資格之原因、有無配偶子女與其等之國籍、在境內之滯留期間、生活狀況等一切因素，如可因此認為其有在市町村區域內繼續經營安定之生活，也有在將來繼續維持之高度可能性時，該外國人應屬於國民健康保險法所定之「有住所者」。是此，由於本件原告已在日本居住 22 年，且從事廚師工作，並與配偶、2 名子女同住生活約 13 年，也申請及取得在留之特別許可，足認原告有與家人共同繼續經營安定生活，及在將來繼續維持之高度可能，自屬國民健康保險法規定之「有住所者」，故橫濱市區役所不交付保險證之處分雖屬違法，惟由於無法推論政府及承辦公務員有過失，原告訴請國家賠償之請求仍應駁回。然而，最高法院在本件判決理由中，另以「括號」方式「附帶」指出：「國家得以法律施行規則或條例規定，將不具居留資格之外國人排除為適用對象，此屬當然」，厚生勞動省乃據此於 2004 年 6 月 8 日修正國民健康保險法施行規則，明定外國人如不具有入國管理法之居留資格，或雖有居留資格但預定居留期間未達 1 年，以及未完成外國人登錄者，均排除為國民健康保險之適用對象<sup>340</sup>。

上述日本最高法院判決內容，有助於解決法院過去在裁判上之分歧見解，亦對於外國人參加以地區住民為適用對象之國民健康保險，是否必須具有合法居留資格之問題有所釐清，且從國民健康保險法之修法過程進行觀察，認為不具居留資格者尚非必然不能參加國民健康保險，也具有肯定人權普遍性之重要意義，並能合於公約要求之國際人權保障，某程度將原本行政實務強調之「入國秩序優先論」，轉換為「外國人生存權優先論」，因此獲得學者間之積極評價<sup>341</sup>。然而，

<sup>340</sup> 參照 判例時報，1850 号，頁 16；国京則幸（2008），〈外国人と社会保障：国民健康保険法の住所要件の解釈〉，別冊ジュリスト，191 号（社会保障判例百選第四版），頁 34-35。

<sup>341</sup> 參照 高藤昭，前掲註 337，頁 73。然有學者批判最高法院判決將國民健康保險法所定之「住所」，與民法規定之「住所」解釋為相同意義，忽略國民健康保險在本質為社會保險，其所定「住所」之解釋，本應合於社會保險中有關強制參加、避免逆選擇等重要之理論基礎，也未能兼顧法律秩序之整體性或和諧性，且該判決所揭示之各項認定基準，亦將造成實務適用上之困難，參照 島崎謙治（2005），〈社会保障法判例：不法在留外国人が国民健康保険法第 5 条所定の「住所を



本判決以「括號」方式「附帶」肯認得以法律施行規則或條例規定，將不具居留資格之外國人排除適用國民健康保險，卻與其前述理由有所矛盾，厚生勞動省據此修正國民健康保險法施行規則，將居留期間未達1年、不具居留資格及未完成外國人登錄者，一律排除成為國民健康保險之適用對象，更產生是否違反最高法院上述判決明示應以外國人之入境原因、在留資格及期間、有無配偶子女、在境內之滯留期間、生活狀況等因素，判斷其是否具有繼續經營安定生活及將來維持之高度可能性，以作為認定是否為有住所者之標準，則受到學界之批評<sup>342</sup>。

相較於實務見解在最高法院作成判決後至少在結果上趨於一致，學說見解更顯分歧。首先，採取否定說者認為，基於法律整體秩序之維持，及避免國民健康保險因強制參加對象難以確認、發生逆選擇、失去參加者之信賴，造成制度本身之崩解，應一律排除不法居留之外國人作為國民健康保險之適用對象<sup>343</sup>。反之，採肯定說者則認為外國人之生存權應受保障，已為兩公約所明文規範，故主張外國人參加國民健康保險與其有無合法居留資格無關<sup>344</sup>。至於學說多數見解採取「限定之肯定說」，即考量非法居留之外國人不僅居住地在實際上難以掌握，恐因此發生逆選擇而損及國民健康保險之制度基礎，且既然非法居留者應予驅逐出境，顯然其居住關係在現實上相對不安定，更不能忽略國民健康保險法律與入境管理法之規範秩序整合，自不宜一概承認非法居留之外國人得參加國民健康保險。然而，有鑑於國民健康保險法之立法目的及修正經過，尚無必要將外國人之「住所」與入境管理法規之居住地為相同理解，故如在個案中衡酌非法居留外國人之入境原因、居住期間、生活狀態、有無配偶子女等因素後，從其客觀上之居住關係判斷，得以肯認該外國人具有居住之意思，且未來仍有維持相當期間之可能，而有繼續參加保險之高度蓋然性時，應允許

---

有する者」に該当するとされた事例(最高裁判所第一小法廷平成 16.1.15 判決) 季刊社会保障，40 卷 4 号，頁 391-396。

<sup>342</sup> 參照 高藤昭，前掲註 337，頁 73；加藤智章等（2007），《社会保障法》，第 3 版，頁 148-149，東京：有斐閣。

<sup>343</sup> 參照 島崎謙治，前掲註 341，頁 392-395；国京則幸（2000），前掲註 339，頁 34-35。

<sup>344</sup> 參照 高藤昭，前掲註 337，頁 72-73。

其參加國民健康保險，至少在非法居留之外國人已向法務省申請在留之特別許可，且有核准之高度可能性時，例如該外國人已有日本籍配偶或子女，應認為其屬於國民健康保險之適用對象<sup>345</sup>。



## 第二款 被扶養人或眷屬作為保險對象之意義及補充性

社會健康保險之參加者，除被保險人外，還有依附於被保險人投保之「眷屬」或「被扶養人」，則設置「眷屬」或「被扶養人」作為適用對象之理由何在，值得探討。

本文認為，社會健康保險既是以處理人民面臨與健康相關生活事故時之醫療需求作為目的，則在設計制度內容時，自然不能忽略或無視於人類生活之實態。詳言之，人類作為群居動物，在自然狀態上往往組成各種共同營生之團體，從最為原始、典型之家庭，漸次擴展至宗族、部落，且在共同營生之團體中，也通常呈現生活分工或資源共享之狀況，並非以個人自力自足之方式運作。因此，在共同營生之團體中，毋寧是由有能力者負責籌取生活資源，同時透過資源共享與勞務分工，與其他成員協力運行團體內之共同生活，其中有部分團體成員難免因受限於年齡、能力或身體狀況之限制，例如家庭中之幼兒、親族中之失能者，必須仰賴其他成員以維持生活。近代國家成立後，即著眼於部分人民存在有必須仰賴他人維持生活之事實，以親屬或婚姻之連結關係作為正當化基礎，在民法中確立關於一定範圍親屬與配偶間之扶養權利義務關係<sup>346</sup>。

其後，伴隨工業革命與資本主義帶來之經濟模式改變，仰賴勞務所得維生之勞工階級可能無力充分對應生活中之傷病、老年、失能等事故，為避免因此陷入經濟上之困頓，雖逐漸在村落、宗族及職業團

<sup>345</sup> 參照 岩村正彦(1997)〈不法在留の外国人と国民健康保険の被保険者資格〉,ジュリスト, 1147号,頁107-109;中野妙子(2001)〈行政判例研究:在留資格を失ったまま日本人と婚姻し在留している外国人女性について、国保法5条の「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者」に該当するとして、被保険者資格が認められた事例(平成10.7.16東京地裁判決)〉,自治研究,77卷1号,頁118-127;倉田聡(1996)〈外国人の社会保障〉,ジュリスト,1101号,頁46-50。

<sup>346</sup> 參照 嵩さやか(2013)〈社会保障と私的扶養〉,水野紀子(編),《社会法制・家族法制における国家の介入》,頁2,東京:有斐閣。

體間出現各種相互扶助之機制，最後更發展成為社會保險<sup>347</sup>，然仍未改變人類在日常生活中以團體進行生活分工與經營生活之實態，也依然存在部分能力有限者必須仰賴他人維持生活之事實，社會健康保險在設計制度內容時，自然必須就此現實予以正視<sup>348</sup>。

又社會健康保險係以相互扶助原理為基礎，除要求在個人發生傷病機率之先天條件差異上，應由低風險者扶助高風險者外，亦在經濟能力上，強調應由高能力者對低能力者進行扶助。準此，如加入上述在共同營生團體中之部分人民必須仰賴他人維持生活之考量，則在評估負擔保險費之經濟能力，亦即判斷高能力者與低能力者之區別時，當然必須將仰賴他人維持生活者與被其等所仰賴者作為一個整體進行衡量。換言之，針對被他人仰賴維持生活之人，亦即通常為有所得或財產者，在評估其經濟能力與負擔保險費之能力時，必須將其負擔他人生活費用之事實納入考慮，以免造成高估，同理在計算仰賴他人維持生活者之經濟能力時，也必須將其所仰賴維持生活者之經濟能力納入，否則可能形成低估。於是，仰賴他人維持生活者應與被仰賴者作為整體以參加社會健康保險，形成由前者依附於後者參加保險之法律構造，此即為社會健康保險必須在被保險人外，另需設置依附於被保險人投保之「眷屬」或「被扶養人」之理由。抑且，如進一步考量家庭作為典型共同營生之團體，家庭成員間通常也具有生活維持上之依賴關係，就不難理解為何學者指出社會健康保險必須以「家庭單位」進行制度設計，而不能僅從「個人單位」出發<sup>349</sup>。

惟社會健康保險計收之保險費與提供之保險給付，具有長期、反覆且定期發生之特性，故在設定法律要件時，尚不能僅單純以具有仰賴他人維持生計之事實為足，還需進一步考慮該生計維持之穩固性，

<sup>347</sup> 人類相互提供生活上協助及照顧之最原始形式為家庭及家族，但隨著近代經濟模式與產業構造因工業革命帶來根本性之改變，以及在先進國家出現之少子化、高齡化等現象，造成人口與家庭結構之變化，家庭或家族無法繼續提供成員在生活上所需之一切照顧，遂成為國家必須解決之社會問題。參照 水野紀子（2013），〈公權力による家族への介入〉，氏編，《社会法制・家族法制における国家の介入》，頁 159-160，東京：有斐閣。

<sup>348</sup> 同理，社會救助法上有關應否予以救助之經濟能力認定，也必須以同一生計戶作為單位。參照 蔡維音，前揭註 242，頁 20-21。

<sup>349</sup> 參照 岩村正彦（2005），〈社会保障における世帯と個人〉，岩村正彦、大村敦志（編），《個を支えるもの》，頁 263-266、277-280，東京：東京大学出版会；嵩さやか，前揭註 141，頁 41。



亦即是否受到法律所保障而具有強行性，而不是僅繫諸於彼此間之情感或意願，可能隨時遭到破棄。從而，考慮到民法上關於扶養權利與義務之規定，係要求為配偶或特定親屬維持生活之強行規範，使得扶養權利者在法律上得以要求扶養義務者進行扶養以維持生活，故為確保法律整體秩序之一致性，自應在社會健康保險制度中，不論是在評價扶養權利者或扶養義務者負擔保險費之經濟能力時，將扶養權利義務關係上之他造納入考慮<sup>350</sup>。換言之，社會健康保險上應依附於他人參加保險者，應與民法上之扶養權利者相當，否則一方面在民法上要求扶養義務者應對扶養權利者進行扶養，卻在算定應負擔社會健康保險之保險費時，使其等分離而各別計算，不免造成對於經濟能力之錯誤計算，進而破壞社會健康保險立基之相互扶助原理。

## 第二項 全民健保之保險對象規範與檢討

本文以下將先介紹全民健保關於「保險對象」及「被保險人」、「眷屬」之規範內容，再以前述原理進行檢討。

### 第一款 保險對象

由於憲法增修條文第 10 條第 5 項以基本國策之規定，明文要求國家應推行適用於全民之全民健保，故健保法規定之適用對象不僅在範圍極為廣泛<sup>351</sup>，也未如過去勞工保險、公務人員保險等社會保險制度，對參加者設有特定職業或身分之資格限制。其次，相較於德、日法制僅分別規定被保險人與眷屬（被扶養人）之範圍與要件，並未對屬於上位概念之「適用對象」有所規範，健保法則在對於「被保險人」（第 10 條）與「眷屬」（第 2 條第 2 款）之範圍及要件明確規定之同時，亦對於作為上位概念之「適用對象」，在第 8 條及第 9 條中明定

<sup>350</sup> 類似見解，參照 岩村正彥，前揭註 105，頁 11。

<sup>351</sup> 依健保署於 2019 年 3 月 11 日公布之資料，全民健保於 2018 年年底時之「實質納保率」為 99.82%，計算方式為：「實際參與全民健保之人數」÷「全國可參與全民健保之總人數」× 100%，可見全民健保參加人數之普遍與廣泛。參照 行政院性別平等委員會性別統計資料，網址：<https://www.gender ey.gov.tw/GecDB/Common/FileDownload.ashx?sn=g0IfqoYncalYCguCq99Lxg%3d%3d&ext=.xls>（最後瀏覽日：05/22/2019）。

其意義與要件，並稱之為「保險對象」，似謂立法者有意藉此彰顯已履行憲法增修條文要求以全民作為適用對象之義務。

具體言之，全民健保之保險對象分為具有我國國籍者及與不具我國國籍者，且：(一)具有我國國籍者，原則上須在投保前已在我國設有戶籍繼續6個月以上(第8條第1項第1款後段)，然設有戶籍且最近2年內曾有參加全民健保之紀錄者(第8條第1項第1款前段)，或在機關學校任職之人員、公民營事業或有一定雇主之受僱人、在我國出生之新生嬰兒、因公派駐國外之公務人員及其配偶子女，可不受投保前設籍期間之限制(第8條第1項第2至5款)；(二)不具我國國籍者，必須領有合法之居留證明文件，且原則上需在我國居留滿6個月，但有一定雇主之受僱人或在在我國出生之新生嬰兒，得不受居留期間之限制(第9條)。

又健保法第8條第1項所謂「設有戶籍」係指「戶籍登記」<sup>352</sup>，而依戶籍法之規定，「戶籍登記」指我國國民以戶為單位，所辦理之身分登記、初設戶籍登記及遷徙登記等登記事項<sup>353</sup>。申言之，在我國境內出生之國民應辦理身分登記中之出生登記，非在我國境內出生之國民或外國人歸化後取得國籍者，則應在核准定居後辦理初設戶籍登記，另國民發生身分變動之事實時，應依變動之原因辦理例如結婚、出養、死亡等身分登記，發生戶籍遷徙之事實時，應辦理遷入、遷出、住址變更等遷徙登記<sup>354</sup>。惟戶籍登記不過為行政管理上之事項，與民法第20條所定之自然人「住所」，係指依一定之事實，足認以久住之意思而住於一定之地域者，在概念上有所不同。抑且，「住所」既不以辦理戶籍登記為必要，自無從以戶籍登記作為認定國民在國境內住所地之標準。惟戶籍登記雖然無從憑以認定人民之住所地，但在行政法上一向被用於決定國民能否及如何行使及負擔關於選舉、教育、兵役、社會福利等公法權利義務之地域準據<sup>355</sup>，且戶籍法第16條第3項前段更明定國民出境滿2年以上者，應強制為戶籍之遷出登記，可

<sup>352</sup> 衛福部105年6月6日衛部保字第1051260352號函釋參照。

<sup>353</sup> 戶籍法第1條、第4條等規定參照。

<sup>354</sup> 戶籍法第6條、第15條至第18條等規定參照。

<sup>355</sup> 最高法院93年度台抗字第393號民事裁定意旨參照。

知通常仍得以設有戶籍登記，推定該人在我國境內具有居住事實。

依上述說明，由於具有我國國籍者尚非當然成為全民健保之保險對象，原則上仍需設有戶籍繼續滿6個月，且戶籍通常可用於推定國民在國內有居住事實，另出境逾2年之國民也將因強制為戶籍之遷出登記而不符設有戶籍之要件，應予退保，健保法並明定失蹤滿6個月之國民亦應退保（健保法第13條），再加上外國人必須領有合法之居留證明文件，以顯示其在國內有合法之居住事實，原則上還需居留滿6個月，才能成為全民健保之保險對象，可謂健保法設定保險對象範圍之主要考量，應為在我國境內是否具有繼續性之生活居住事實，而與有無我國國籍之事無關<sup>356</sup>。此外，為避免一律要求必須實際上已有繼續性之生活居住事實始能參加全民健保，可能在特定狀況下形成不合理之狀況或出現保障漏洞，健保法另對於近期曾有參加保險紀錄、為公民營事業或有一定雇主之受僱者、新生嬰兒、因公派駐外國之公務員及其最近親屬等，考量其等通常在未來將有發展繼續性生活居住事實之顯著可能，而在繼續性之要求上有所放寬。簡言之，現行健保法對於全民健保適用對象之範圍設定，係以在我國境內是否具有「繼續性」之「生活居住事實」作為標準，並非以有無我國國籍作為考量重心，因此與其以「國民皆保險」詮釋，不如理解為「住民皆保險」，也大致合於本文前所提出設定社會健康保險適用對象範圍時應遵循之基本原理。

惟針對外國人是否必須為合法居留，始得成為全民健保適用對象之問題，現行健保法第9條固然明文採取肯定見解，然參照上述關於日本比較法之討論，尚有進一步思考之空間。詳言之，如以社會健康保險係為保障人民發生與健康相關生活事故時之醫療需求作為目的，考量客觀上具有共同生活事實之外國人，在我國境內生活時，也不可避免將面臨上述生活事故之風險與損失，尚不因其生活事實是否經過國家給予合法之居留資格而有不同，且外國人既然與在境內之其他本

<sup>356</sup> 惟有學者認為，健保法有關保險對象之規範原理，係原則上將具有我國國籍之所有國民上均納入，例外將不具有在我國社會中共同居住或生活事實之國民予以排除，至於外國人原則上不是保險對象，然如有在我國社會中共同居住或生活之事實者，則例外納入。參照 蔡茂寅，前揭註51，頁66-77。

國人透過共同生活之事實產生連結，彼此間亦確實有相互扶助以對應健康相關生活事故之需求，更何況單純從保險規模之觀點出發，倘能將全部具有共同生活事實之外國人均一律納保，也能擴大保險規模而有利於分散風險與損失之效果，理論上似非不得將所有具有共同生活事實之外國人全數納入。

然而，相較於合法居留之外國人應申報其居留地之設定與變更（入出國及移民法第 31 條第 5 項規定參照），非法居留外國人之居住地明顯難以掌握，如從實際執行之觀點，將其等列為全民健保之保險對象，恐將因為其等具有掩飾不法居留事實之強烈動機，造成其等僅有在發生傷害、疾病且無力負擔醫療費用時，始會通過取得醫療給付與遭到遣返間之得失衡量，出於利己考量出面要求參加保險，進而出現逆選擇之不當情形<sup>357</sup>。抑且，實際上應如何認定非法居留外國人之投保資格，並依其經濟能力計算保險費之負擔數額，甚至在收繳保險費與提供保險給付等方面，也勢必存在諸多執行上之困難。此外，非法居留之外國人遭查獲後，應依入出國及移民法第 36 條第 2 項驅逐出境，可見其等所具有之共同生活事實，客觀上係處於高度不安定之狀態，且為維持法律秩序之整體性，亦不應無視出入境管理及移民法令明文要求外國人必須先取得居留資格，始得建立在國內合法居住與生活之關係，並據此發生各種公法上權利及義務之規範意旨，更以將非法居留之外國人強制驅逐出境，作為擔保外國人必須依法取得入境與居留資格之政策遂行手段，進而呈現之整體法律價值<sup>358</sup>。何況，強令非法居留之外國人參加全民健保，理論上也會出現國家一方面依健保法要求其等加入全民健保並繳納保險費，另一方面又依移民法將其驅逐出境，產生矛盾抵觸之情形。從而，本文認為原則上非法居留之外國人原則上不應納入成為全民健保之保險對象，應無不妥。

至於是否因此產生侵害外國人生存權之疑慮，雖然憲法第 15 條之生存權應為普世人權，而非僅可由國民享有之國民權，然參酌前述關於全民健保憲法基礎之討論，可知僅依生存權保障之規定，尚不足

<sup>357</sup> 參照 岩村正彥（2007），〈外國人労働者と公的医療・公的年金〉，季刊社会保障，43 卷 2 号，頁 112。

<sup>358</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 51，頁 79-80。

以推論國家必須以社會健康保險之形式保障人民發生傷病時之醫療需求，畢竟國家仍有社會救助、公醫制度等不同選擇，必須再加上憲法增修條文第 10 條第 5 項關於國家應推行全民健康保險之基本國策規定，始能認定修憲者以憲法委託之方式，要求立法者應優先建立社會健康保險制度加以對應。準此，由於學說上認為，上開基本國策規定基於歷史解釋，應限定於以國民作為對象，尚不及於外國人<sup>359</sup>，可見只要能以社會救助等其他方式，保障非法居留外國人不至於因發生傷病受到最低生存之危害，則將非法居留外國人排除於社會健康保險適用範圍外，尚不至於產生侵害其生存權之問題。另外，聯合國 1966 年經濟社會文化權利公約（International Covenant on Economic Social and Cultural Rights，下稱經社文權利公約）雖經立法院制定施行法後實施，惟該公約第 12 條第 1 項第 4 款所定「國家為實現人人有權享受可能達到最高標準之身體與精神健康，應創造環境，確保人人患病時均能享受醫藥服務與醫藥護理」，無法理解為必須採用社會保險之形式，來對不具有合法居留資格之外國人提供實物醫療給付，也不能作為將其等納入社會健康保險適用對象之充分理由。準此，不論從外國人生存權保障或兩公約施行法已賦與經社文權利公約具有甚至優越於一般國內法效力之觀點，都無法推論出必須將非法居留外國人納入社會健康保險適用對象之結論。

然而，在非法居留之外國人不應成為保險對象之原則下，對於目前雖為非法居留或已喪失居留資格之外國人，但具有另行取得居留資格之高度可能性者<sup>360</sup>，且依照其過去居留時間、生活形態、有無本國籍之配偶及子女、入境或居留之原因等因素，也能肯認其過去已有繼續性共同生活之事實，未來亦有持續維持之高度可能性，則為確保其在取得居留資格之過渡期間內，仍可獲得面臨與健康相關生活事故時之風險與損失保障，應非不可例外將其納入作為全民健保之保險對象。

<sup>359</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 51，頁 67-69。

<sup>360</sup> 例如合於入出國及移民法第 31 條第 4 項但書規定得於居留資格消失後准許繼續居留之情形，或將來難民法草案如通過而有適用之情形等。

另者，非法居留外國人從查獲後到強制驅逐出國之前<sup>361</sup>，依入出國及移民法第 38 條第 1 項規定，移民署得為 15 日之暫時收容，並得依同法第 38 條之 4 規定，經法院裁定後續予收容及延長收容各 45 日、40 日，合計收容日期可長達 100 日，則在收容期間之外國人是否應參加全民健保，也有檢討空間。本文認為，參考健保法第 10 條第 1 項第 4 款關於「受刑人」作為被保險人之規定，僅限於在矯正機關內受刑之執行或保護、管訓處分者，排除在看守所受羈押處分之刑事被告，其目的應係考慮受羈押者不僅有羈押最長日數之限制，且相較於受刑罰執行者，亦無明確之羈押期間，可能隨時因具保或撤銷羈押而回復人身自由，況上開規定更排除受刑罰執行期間在 2 個月以下之受刑人成為被保險人，應是衡量受短期人身自由拘束狀態者並無納保之必要。是此，本文認為由於外國人收容與刑事被告羈押之情況相似，均有最長期間限制與實際執行日數不確定等特性，且收容之期間上限僅有 100 日，更較羈押為短，況除死刑、無期徒刑以外，刑罰執行之最後目的在於復歸社會，亦即使受刑人回到社會重新經營共同生活，應考慮如何避免受刑人因無法參加全民健保而被視為次等國民之屈辱感，此與執行強制驅逐之結果係在使非法居留之外國人離開該生活地域顯然有異，再加上外國人收容管理規則第 8 條業明定經收容之外國人罹患疾病時，應使其就醫診治或住院治療，無力支付醫療費用者由國家支付，也足以保障其等發生傷害、疾病或分娩懷孕時之醫療需要，結論上似無必要使收容之外國人在強制驅逐出境前參加全民健保。

## 第二款 被保險人

以下將先對於健保法有關「被保險人」之規範內容加以介紹，再提出本文之評釋與檢討。

<sup>361</sup> 因外籍勞工脫逃、外籍配偶假結婚、外國人來台從事非法工作或逾期停留等問題，我國查獲非法居留外國人之人數近年來持續增加，根據內政部統計，已從 2003 年之 17,160 人增加至 2015 年之 30,582 人，2016 年 1 月至 6 月更高達 16,791 人，可見外國人非法居留情形相當嚴重。資料來源：內政統計週報網站，網址：[http://www.moi.gov.tw/files/news\\_file/week10534.pdf](http://www.moi.gov.tw/files/news_file/week10534.pdf)，瀏覽日期：1/1/2017。





## 第一目 現行規定

依健保法第 10 條第 1 項之規定，全民健保之「被保險人」分為六大類，且其中除第五類被保險人即「合於社會救助法規定之低收入戶成員」外，其餘各類被保險人又再細分為若干小類，為便於理解及後續討論，謹整理如下表所示：

【表四之 1：全民健保之被保險人】

類別	本文略稱	規定內容	條 號*
第一類 被保險人	公教人員	政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員 <sup>362</sup>	第 1 款第 1 目
	受僱人	公、民營事業、機構之受僱者	第 1 款第 2 目
		第 1 款第 1 目及第 2 目以外有一定雇主之受僱者	第 1 款第 3 目
	雇主	雇主	第 1 款第 4 目
	自營業主	自營業主 <sup>363</sup>	
	專技人員	專門職業及技術人員	第 1 款第 5 目
第二類 被保險人	職業工會會員	無一定雇主或自營作業 <sup>364</sup> 而參加職業工會者	第 2 款第 1 目
	外雇船員 <sup>365</sup>	參加海員總工會或船長公會為會員之外雇船員	第 2 款第 2 目
		農會及水利會會員 <sup>366</sup>	第 3 款第 1 目

<sup>362</sup> 依健保法施行細則第 9 條，「專任有給人員」是指政府機關（構）或公私立學校中，具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者，「公職人員」則指公職人員選舉罷免法所列公職人員，至於無業之鄰長，亦準用公職人員之身分參加保險。

<sup>363</sup> 依健保法施行細則第 10 條後段，「自營業主」係指未僱用有酬人員幫同工作之民營事業事業主或負責人。

<sup>364</sup> 依健保法施行細則第 13 條，「自營作業」指獨立從事勞動或技藝工作獲致報酬，且未僱用有酬人員幫同工作者。

<sup>365</sup> 所謂「外雇船員」，係指為外國人所僱用之我國籍船員（船員法第 25 條），且由於外國人僱用我國籍船員時，應先申請許可及登記核可，並將僱傭契約連同受僱者之船長公會或海員總工會會員證影本，送交航政機關備查（外國雇用人僱用中華民國船員許可辦法第 4 條第 1 項、第 8 條第 1 項、第 10 條），故合法之外雇船員，勢必為已加入船員工會或船長工會者。相較於此，如為本國人所僱用之船長或船員，則應以受僱人之資格參加全民健保成為被保險人，自不待言。

<sup>366</sup> 農會法第 12 條第 1 項規定，我國國民在 20 歲以上，實際從事農業，而為自耕農、佃農、從事農業推廣工作，或在農、林、牧場實際從事農業工作者，得加入農會成為會員。

第三類 被保險人	農業工作者	年滿 15 歲以上實際從事農業工作者	第 3 款第 2 目
	漁業工作者	無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員 <sup>367</sup> 年滿 15 歲以上實際從事漁業工作者	
第四類 被保險人	現役軍人	應服役期及應召在營期間逾 2 個月之受徵集及召集在營服兵役義務者	第 4 款第 1 目
	軍校學生	國軍軍事學校之軍費學生	
	軍眷遺族	經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族	第 4 款第 2 目
	替代役男	服替代役期間之役齡男子	
受刑人	在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者，但排除應執行之期間在 2 個月以下或接受保護管束處分之執行者	第 4 款第 3 目	
第五類 被保險人	低收入者	合於社會救助法規定之低收入戶成員	第 5 款
第六類 被保險人	榮民家戶代表	榮民、榮民遺眷之家戶代表	第 6 款第 1 目
	一般戶長	第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表 <sup>368</sup>	第 6 款第 2 目

\*均為健保法第 10 條第 1 項。

<sup>367</sup> 漁會法第 15 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定，我國國民在 20 歲以上而為遠洋、近海、沿岸、淺海及魚塭養殖、湖泊及河沼漁民，與 15 歲以上實際從事上述漁業勞動且經法定代理人許可者，均得加入區域漁會成為甲類會員。

<sup>368</sup> 健保法及施行細則均未對於「家戶」、「戶長」或「代表」設有明確定義，且衛福部及健保署也未作成解釋性之函釋。本文認為，由於健保法之被保險人不以具有我國國籍者為限，合於健保法第 9 條規定之外國人亦包括在內，因此「家戶」及「戶長」之意義，不應僅以戶籍法中關於「戶」及「戶長」之意義理解，畢竟應設立戶籍者僅限於在我國居住之國民，不包括外國人。從而，考量社會健康保險對於被保險人及眷屬資格之設定，係以彼此間具有一定之親屬或共同生活關係，而可理解為共同生活體，應認為第六類被保險人中之「家戶」，其意義相當於民法第 1112 條所稱之「家」，亦即以永久共同生活為目的而同居之親屬團體，至於「戶長」或「代表」則應解之為「家長」，或由家之成員所推舉之「代表」。



(作者自行製作)

其次，由於健保法規定第六類被保險人中之「一般戶長」，必須為其他被保險人與眷屬以外之家戶戶長或代表，可見現行法是以「一般戶長」作為補充之被保險人，藉此將未能以其他被保險人或眷屬身分投保之人納入，以合於憲法基本國策要求適用對象應及於全民之意旨。此外，當被保險人喪失健保法第 10 條第 1 項第 1 至 5 款及第 6 款第 1 目所定之職業或身分時，也因為有「一般戶長」作為補充，即得以「一般戶長」之被保險人身分投保，不至於產生該被保險人無法繼續參加全民健保之情形，故毋須如德、日之制度，另需設置「任意參加」規定，允許喪失資格之被保險人得選擇是否繼續參加保險。

再者，如保險對象同時具有 2 種以上之被保險人資格時，即所謂「積極競合」之情形，依健保法第 11 條第 1 項本文規定，在被保險人類別之次序上，第一類被保險人不得為第二、三類被保險人，第二類被保險人不得為第三類被保險人，第一類至第三類被保險人不得為第四、六類被保險人，又倘若多數資格係發生在同一類別時，則依健保法施行細則第 17 條規定，被保險人應以其「主要工作」之身分參加保險<sup>369</sup>，且農會或漁會會員之資格優先於水利會會員之資格。

## 第二目 評釋與檢討

本文認為，現行健保法上述關於被保險人之規定，雖合於憲法基本國策要求將全民納入適用對象之規定，但最大問題在於無法理解法律區別被保險人投保身分之標準及理由。申言之，在第一類被保險人中，不僅包括仰賴薪資所得維生，而在傳統上一向為社會健康保險適用對象之「受僱人」，也同時納入具有生產工具所有權，且以雇用勞工獲取勞務以換得經濟利益之「雇主」，甚至還將與僱傭關係完全無涉之「自營業主」與「專技人員」均含括在內。另外，具有固定職業且享有俸給之現役軍人與替代役男，竟與無職業所得之軍校學生、軍

<sup>369</sup> 關於主要工作之認定標準，衛福部認為應以被保險人各個有酬工作之時間長短作為認定基準，但如工作時間長短相若，而無從依時間區別時，則審酌各工作收入之多寡（衛署健保字第 85014944 號函釋）。

眷遺族，甚至人身自由受到拘束之受刑人，同樣列為第四類被保險人。再者，同為未僱傭有酬人員幫同工作者，健保法又區分為自營業主、職業工會會員與漁業工作者等不同之被保險人，並分別劃歸為第一、二、三類之被保險人。

前述邏輯上無法理解之問題，或能從歷史解釋之觀點，透過檢視健保法之立法資料，得知健保法第 10 條第 1 項關於被保險人類別與資格之規定，最初出現在行政院於 1993 年 10 月 27 日提出之「健保法法案」，並在該法案說明中，敘明分列六大類別被保險人之標準，係依據被保險人之「就業情況」、「保費負擔比率」及所屬之「投保單位」<sup>370</sup>。換言之，參考我國建立社會健康保險制度之歷史脈絡，係以特定職業或身分之有無，陸續推行勞工保險、軍人保險、公教人員保險、農民健康保險，同時健保法也分別規定第一類被保險人之投保單位為所屬之事業機構，第二類及第三類被保險人之投保單位為各職業工（公）會，第四類被保險人即現役軍人、軍眷遺族、軍校學生與替代役男、受刑人之投保單位，分別為國防部、內政部、法務部指定之單位，第五類及第六類被保險人之投保單位則為戶籍地之公所（健保法第 15 條第 1 項規定參照），且各類別被保險人應自付及由政府負擔之保險費比例均不相同，其中對於第一類被保險人中之公教人員與受僱人，另要求投保單位應分擔一定比例之保險費等（健保法第 27 條規定參照），應可推論現行健保法關於被保險人類別與資格之劃分，並非基於事理上之必然或實際上之需要，反而不過是為遷就過往各社會保險制度之內容，以及因事權劃分所衍生之保險費補助責任歸屬，更不是考慮到被保險人在職業、身分或經濟能力上具有本質之差異。

### 第三款 眷屬

本文以下將先介紹全民健保關於「眷屬」之規範內容，再加以評

<sup>370</sup> 該規定在立法院進行審議時曾引起極大爭議，多位立法委員認為如此將造成對參加全民健保之國民進行階級區分，甚至造成歧視，更在進行法律案二讀及三讀程序時，由 45 位立法委員提出臨時動議要求刪除，卻因 51 位立法委員反對而仍保留通過。參照 立法院秘書處編印（1994），《全民健康保險法案（上）》，頁 1、3、9，台北：自刊；同處編印（1994），《全民健康保險法案（下）》，頁 762-779，台北：自刊。

釋及檢討。



## 第一目 現行規定

依健保法第 2 條第 2 款規定，下列之人應以「眷屬」身分參加全民健保：(一)被保險人之配偶，且無職業者；(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者；(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿 20 歲且無職業者；(四)被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿 20 歲，但無謀生能力者；(五)被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿 20 歲，但仍在學就讀，且無職業者。此外，健保法第 11 條第 2 項另規定：「具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保」，明示被保險人資格之優先性，亦即當參加者同時具有被保險人及眷屬之資格時，應以被保險人身分參加全民健保，不得以眷屬身分投保<sup>371</sup>。

本文分析現行健保法之上述規範，將「眷屬」歸結為以下三項要件：(一)「親屬要件」，即眷屬必須為被保險人之配偶、直系血親尊親屬或二親等內之直系血親卑親屬；(二)「無職業要件」，即眷屬原則上須為無職業者，且如為被保險人之二親等內直系血親卑親屬時，尚須另加上未滿 20 歲，或雖年滿 20 歲但「無謀生能力」或「仍在學就讀」等條件；(三)「補充性要件」，即眷屬須不得具有被保險人之資格。抑且，在「親屬要件」部分，由於民法對於「配偶」、「直系血親尊親屬」及「二親等內直系血親卑親屬」之意義，均已有明確之規範，在適用上大致不會產生太大之爭議或問題，僅於 2019 年 5 月 24 日「司法院大法官釋字第七四八號解釋施行法」實施後，針對由同性別之二人為經營共同生活目的所成立具有親密性及排他性之永久結合關係，亦即一般所謂之「同性婚姻關係」，囿於該法未有明確之

<sup>371</sup> 嚴格而言，現行健保法第 11 條第 2 項之規定存在不夠精確之缺憾，蓋對於第六類被保險人中之「一般戶長」，健保法第 10 條第 1 項第 6 款第 2 目明定係指「(同項)第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表」，可見倘參加者同時具有第一類至第五類被保險人或第六類被保險人中榮民家戶代表之眷屬身分，也有第六類被保險人中之「一般戶長」資格時，依此規定應以前者之眷屬身分投保，而非以一般戶長之被保險人身分參加。簡言之，「一般戶長」之被保險人資格，在投保時應係劣後於其他被保險人之眷屬資格。準此，如為使法律規定之內容更加精確，實應將健保法第 11 條第 2 項規定修正為：「具有第 10 條第 1 項第 1 款至第 5 款（即第一類至第五類被保險人）及同項第 6 款第 1 目（即第六類被保險人中之榮民、榮民遺眷之家戶代表）之被保險人資格者，不得以眷屬身分投保」。

列舉或準用規定，或存有同性婚姻者可否以配偶身分作為眷屬來參加全民健保之疑慮。惟「無職業要件」部分，除年滿或未滿 20 歲具有明確之意義外，應如何認定「無職業」、「無謀生能力」或「在學就讀」，健保法則未設有明文。對此，健保法施行細則於第 6 條規定，「無謀生能力」係指現受監護宣告、領有身心障礙手冊且不能自謀生活，或符合健保法所稱之重大傷病且不能自謀生活等情形，另於第 7 條規定「在學就讀」係指在學就讀於國內公立學校、經核准立案之私立學校，或境外當地主管權責機關或專業評鑑團體所認可之學校，並具有正式學籍者，但對於最關鍵之「無職業」應如何採認，卻未見健保法施行細則或衛福部相關函釋有所解釋，或許僅能理解為不具有健保法第 11 條第 1 項各款所列之被保險人職業資格。

## 第二目 評釋與檢討

本文認為，健保法上述關於眷屬之規定，具有以下值得檢討之處：

### 一、解釋論上，第四類被保險人應非不得有依附投保之「眷屬」：

依健保法第 2 條第 2 款規定之文義，六大類被保險人均應有依附投保之「眷屬」，然健保法施行細則第 5 條前段卻進一步規定以「眷屬」身分投保者，限於第一類、第二類、第三類及第六類被保險人之眷屬，而將第四類及第五類被保險人排除在外。其中，由於健保法施行細則第 15 條規定第五類被保險人之低收入者，包括低收入戶之戶長與共同生活之配偶、直系血親等在內，故所有低收入之人均得依此規定直接成為第五類被保險人，再加上低收入者依健保法第 27 條第 5 款規定係由國家全額補助保險費，不因以被保險人或眷屬身分投保有所差別，可認上開施行細則規定排除第五類被保險人得有依附投保之眷屬，結果上未對於人民造成不利益，尚非不能接受。

然而，對於不得以第四類被保險人之眷屬投保部分，健保法施行細則第 5 條雖在立法理由提到：「第四類被保險人有其身分特殊性，無眷屬依附投保之必要，爰於序文補充規範」，也有學者以「第四類

被保險人主要為服義務役、替代役或軍校學生，這些人事實上並無法成為家中主要的經濟來源，性質上即不應再有依附其加保的眷屬」為理由支持<sup>372</sup>，但在現行法上，則非毫無商榷餘地。申言之，從文義上言，由於健保法對「眷屬」所設之「無職業要件」，僅要求眷屬必須為「無職業」、「無謀生能力」或「仍在學就讀」之人，並未如日本健康保險法規定必須為「主要依賴被保險人維持生計」者，故雖然本文認為「無職業要件」在立法論上有所不當而應修正，但畢竟依現行健保法之規定，只要是被保險人之特定親屬，且為「無職業」、「無謀生能力」或「仍在學就讀」者，即得依附以眷屬之身分投保，不要求還必須另外具有依賴被保險人維持生計之事實。何況，健保法所定第四類被保險人之現役軍人、軍校學生、替代役男及受刑人，固然現實上收入甚低，不僅能否維持自己之生計已有疑問，遑論成為其他特定親屬仰賴維持生計之人。惟縱使如此，第四類被保險人仍可能有配偶、直系血親尊親屬及二親等內直系血親卑親屬，且如其等合於健保法規定之「無職業」、「無謀生能力」或「仍在學就讀」等要件時，卻因健保法施行細則之上開規定，不得以眷屬身分投保，除非合於「低收入者」之資格，否則往往只能以第六類被保險人之「一般戶長」身分獨立投保，導致由公庫補助之保險費比例，從全額補助（以第四類被保險人之眷屬身分投保時）減少至補助 40%（健保法第 27 條第 5、7 款規定參照），顯然造成不利益結果。<sup>373</sup>準此，健保法施行細則第 5 條將排除第四類被保險人得有依附投保之眷屬，是否違反法律保留原則，確實存有相當之疑慮。

## 二、立法論上，「親屬要件」之範圍過於狹隘：

在「親屬要件」部分，相較於日本社會健康保險將依附於被保險人投保之「被扶養人」，明定為被保險人之配偶（含事實上婚姻關係者）、弟妹、三親等親屬及配偶之父母，而與日本民法規定之扶養權

<sup>372</sup> 參照 鍾秉正，前揭註 199，頁 187。

<sup>373</sup> 如進一步結合健保法中關於國家補助保險費之規定觀察，衛福部或係考量不應對第四類被保險人之眷屬提供全額保險費補助，始在健保法施行細則第 5 條中增設限制，排除依附於第四類被保險人投保之眷屬。然縱使如此，理論上仍應從修正健保法中關於保險費補助之規定解決，而非以違反法律保留原則之方式，在健保法施行細則中逕行增加法律所無之限制。

利者範圍相當<sup>374</sup>，我國健保法則規定僅被保險人之配偶、直系血親尊親屬與二親等內直系血親卑親屬得為眷屬。如此一來，由於健保法之眷屬規定無法與民法扶養之規定相配合，可能導致依民法規定受他人扶養者，卻無從以扶養義務者之眷屬身分參加全民健保，必須獨立以被保險人身分參加保險，已違背社會健康保險制度設立「眷屬」或「被扶養人」概念之初衷<sup>375</sup>。

舉例言之，如未成年人之父母死亡且無內、外祖父母時，如依民法第 1094 條第 1 項第 2 款應由成年之同居兄姊監護者，或已依同條第 3 項規定另經法院選定由旁系血親尊親屬（例如伯叔姑舅姨等）監護者，此際該未成年人雖依民法第 1114 條第 3、4 款規定應由兄姊或監護人（以家長身分）扶養，卻因不合於上述「親屬要件」，不能依附於兄姊或監護人以眷屬身分投保，可能必須獨立以一般戶長之身分投保，難認合理<sup>376</sup>。此外，在岳父母受同居之子婿扶養，或父母均過世後由兄弟姊妹扶養之手足，也會產生相同問題<sup>377</sup>。易言之，由於在配偶與直系血親外，依民法第 1114 條第 2、3、4 款等規定，夫妻之一方與他方配偶之父母同居者、兄弟姊妹間，以及合於民法第 1123 條規定之家長家屬間，均負有法定扶養義務，健保法卻無視於此，未能將受扶養者納入得以眷屬身分投保之親屬範圍，勢將產生法律體系間之矛盾，造成依民法規定受他人扶養者，不能以扶養義務者之眷屬身分投保，導致在保險費負擔能力之評價上，對扶養權利者與義務者

<sup>374</sup> 日本民法第 752 條及第 877 條規定，配偶、直系血親、兄弟姊妹相互間，及經法院因特別情事所定之三親等親族相互間，負有扶養義務。

<sup>375</sup> 相較於此，社會救助法上應計入中低收入戶之親屬範圍，則不宜過廣，以免造成中低收入戶資格認定之困難，可能對於人民造成不利益。

<sup>376</sup> 實務上，健保署透過對於健保法第 12 條但書規定之解釋，將「直系血親均未盡扶養義務，由法院判決他人取得監護權確定」之未成年子女，認定為具有該但書所定之「難以隨同被保險人辦理投保及退保」之情形，並准予依附於監護人投保。參照 健保署北區業務組（2014），〈全民健保承保申報作業及相關規定〉，健保署網站（網址：[http://www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/3773\\_22.%E6%89%BF%E4%BF%9D%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%B0%A1%E5%A0%B1.pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/3773_22.%E6%89%BF%E4%BF%9D%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%B0%A1%E5%A0%B1.pdf)），最後瀏覽日：2/12/2017。然而，在民法第 1094 條第 1 項法定監護之情形，並不以「法院判決」為必要，且監護與扶養為不同概念，縱未成年子女經法院判決改由父母以外之人監護，並不同於免除父母之扶養義務，父母仍有為未成年子女投保及負擔健保費之義務，則是否確有無法附隨於父母投保之情事，尚有疑問。

<sup>377</sup> 相較於此，所得稅法第 17 條規定，綜合所得稅之納稅義務人除本人外，另得就其配偶、年滿 60 歲或無謀生能力而受納稅義務人扶養之自己或配偶之直系血親尊親屬、未滿 20 歲或無謀生能力而受納稅義務人扶養之子女、受納稅義務人扶養之自己或配偶之兄姊、合於民法規定而確受納稅義務人扶養之其他親屬或家屬，均得加計納稅義務人之免稅額及扣除額，似較符合法律秩序之一致性。

都可能出現不符實際之問題。

### 三、立法論上，應將「無職業要件」修正為「仰賴被保險人維持生計」：

依本文前述說明，可知應否依附於被保險人以「眷屬」或「被扶養人」之身分參加社會健康保險，基本考量在於是否具有仰賴他人維持生活之事實。然而，健保法未直接將「仰賴被保險人維持生計」定為眷屬之要件，而是以「無職業要件」作為取代，僅要求眷屬為「無職業」、「無謀生能力」或「仍在學就讀」之人，將產生負擔公平性之問題。詳言之，健保法允許被保險人之配偶及直系血親，如為「無職業者」，即得以眷屬身分投保，惟「無職業」顯然不等同於「仰賴被保險人維持生計」，蓋無職業者只是無工作或執行業務所得，但在資本主義社會中，無職業卻有經濟能力之富人絕非罕見，其所具有之財產價值，甚至經常性透過財產獲取之孳息收入或交易收入，更可能遠超過一般有職業之被保險人。是此，此類有經濟能力之無職業富人，在現行健保法之規範下，竟可依附於其有職業之配偶或直系血親以眷屬身分投保，或另以一般戶長之眷屬身分投保，將使其等毋須依照真正之經濟能力負擔相應之保險費，進而造成明顯之負擔不公平問題。抑且，縱使健保法為此另對眷屬設立所謂「補充性要件」，然在適用結果上，仍然無法排除上述不公平現象，畢竟此類富人既為無職業者，就不會具有第一類至第五類與第六類中之「榮民家戶代表」等被保險人資格，不會影響其等以眷屬身分投保。從而，本文認為現行健保法對於眷屬所規定之「無職業要件」與「補充性要件」，應合併修正為「仰賴被保險人維持生計」，始屬允當。

### 四、立法論上，眷屬不應成為計收保險費之對象：

眷屬理論上既應為仰賴被保險人維持共同生計之人，則其負擔保險費之能力，自應與被保險人之經濟狀況合併後以整體計算，不得再要求眷屬按人數計收保險費，並課以被保險人為其眷屬繳納或負擔保險費之義務。比較法上，德國法定健康保險法規定眷屬毋須繳納保險費，日本健康保險法亦明定被保險人之保險費多寡與其被扶養人之人數無關。相較於此，健保法規定眷屬應按人數個別收取與被保險人同



額之保險費，雖然設有眷屬人數最多以三人計算之上限<sup>378</sup>，以求緩和按眷屬人數收取保險費對被保險人所形成之負擔，但仍無法擺脫理論上之瑕疵，尤其對於仰賴工作或薪資所得維生之第一類至第三類保險人，不僅造成額外之保險費負擔，甚至屢屢遭到健保法係在懲罰養育子女、奉養父母者之批判，自有儘速重新審視及檢討之必要。

### 第三節 附論：投保單位

全民健保將所有適用對象納入由健保署擔任單一保險人之保險事業中，具有極大化之保險規模，雖有利於保險財政之安定，但也難以期待健保署能僅憑單一機關之組織與人力，自行處理大量並頻繁發生之各項保險事務<sup>379</sup>。因此，為協助健保署處理保險事務，特別是有關於投保、退保與保險費收取等事項，立法上延續勞工保險之設計，在保險對象與保險人間設立「投保單位」。

比較法上，類似於我國全民健保而僅以單一保險人營運之日本政府掌管健康保險，也同樣因適用對象眾多，面臨需大量處理有關適用對象資格認定、保險費計算與徵收等各類事務之問題。為此，在 2006 年改革前，擔任保險人之厚生勞動省社會保險廳乃依健康保險法施行令第 63 條規定，將關於另行算定診療報酬、受理任意繼續被保險人之申請、確認被保險人資格之取得或喪失、決定每月之標準報酬數額、受理適用事業提出之被保險人資格與報酬數額申請、提供保險給付中之金錢給付等事項，委由地方社會保險事務局局長或社會保險事務所所長辦理<sup>380</sup>。其後於 2006 年改革時，雖成立「全國健康保險協會」擔任政府掌管健康保險之保險人，然有關保險費徵收等日常事務之執行，仍由厚生勞動省社會保險廳進行，已如前述，且厚生勞動省社會保險廳亦得依健康保險法第 205 條規定，將有關認定被保險人之資格

<sup>378</sup> 健保法第 18 條規定：「第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以 6% 為上限。前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計」，第 23 條規定：「第四類至第六類保險對象之保險費，以依第 18 條規定精算結果之每人平均保險費計算之。前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計」。

<sup>379</sup> 參照 蔡茂寅 (2003)，〈鄉（鎮、市、區）公所辦理健保投保業務之法律關係檢討〉，頁 6-9，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

<sup>380</sup> 參照 岩村正彦 (2005)，〈社会保障法入門 7 3〉，自治実務セミナー，44 卷 12 号，頁 9。



及報酬數額、提供金錢給付等日常事務之執行，委由地方厚生局長或支局長執行。由是觀之，不論是在修正前、後，日本之政府掌管健康保險基於執行日常保險業務上之現實與效率考量，也在保險人與人數眾多之適用對象間，設立中介單位協助保險人。

惟相較於日本政府掌管健康保險係將上述保險日常事務之執行之權限，移轉至其他行政機關，我國健保法所設置之投保單位，不僅在種類上相當廣泛，組織上亦不以行政機關為限，更及於其他之私法性質組織，故在制度內容上較為複雜。從而，投保單位與保險人間之法律關係，自難僅以行政機關間移轉權限之「委任」或「委辦」關係進行理解，而有進一步探究之必要

### 第一項 投保單位之種類與義務

依健保法第 15 條規定，被保險人原則上以其職業、身分所屬之單位，或居住所在地之機構、鄉(鎮、市、區)公所等作為投保單位，僅考量部分被保險人之特殊性，另由行政機關指定投保單位，茲整理如下表所示：

【表四之 2：全民健保之被保險人與投保單位】

類別	名稱	投保單位	條 號*
第一類 被保險人	公教人員	1. 服務之機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體 2. 國防部所屬之被保險人，由國防部指定投保單位	第 1 項第 1 款
	受僱人		
	雇主		
	自營業主		
	專技人員		
第二類 被保險人	職業工會會員		
	外雇船員		
第三類 被保險人	農業工作者	所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會	第 1 項第 2 款
	漁業工作者		

第四類 被保險人	現役軍人	國防部指定之單位	第 1 項第 3 款 第 1 目
	軍校學生		
	軍眷遺族		
	替代役男	內政部指定之單位	第 1 項第 3 款 第 2 目
	受刑人	法務部及國防部指定之單位	第 1 項第 3 款 第 3 目
第五類 被保險人	低收入者	1. 戶籍所在地之鄉（鎮、市、區） 公所 2. 安置所在之社會福利機構 3. 一般戶長及其眷屬，徵得其共同生活之其他類被保險人所屬之投保單位同意後，得以其為投保單位 4. 榮民家戶代表或一般戶長在職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練者，以該訓練機構或機關為投保單位	第 1 項第 4 款、 第 2 項、第 4 項
第六類 被保險人	榮民家戶代表		
	一般戶長		

\*均為健保法第 15 條

（作者自行製作）

其次，投保單位依法負有以下義務：(一)分擔保險費：依健保法第 17 條、第 27 條第 1 款第 1、2 目等規定，公教人員及受僱人等被保險人所屬之投保單位，即其服務之機關、學校、機構、雇主，應分別為被保險人及眷屬負擔 35% 至 70% 之保險費，並依同法第 34 條之規定，按上述比率負擔補充保險費。惟投保單位係基於雇主對於受僱人所負有之一般照顧義務而分擔部分保險費，已如前述，性質上為投保單位對於保險人之「公法上金錢給付義務」<sup>381</sup>，並非此處所討論為協助保險人辦理事務之義務。(二)申報投保及退保：依健保法第 15 條第 6 項，投保單位應於 3 日內，為合於或喪失投保資格之保險對象

<sup>381</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 379，頁 33；謝榮堂（2008），〈社會保險之全民健康保險法律關係〉，氏著，《社會法治國基礎問題與權利救濟》，頁 95，台北：元照。

辦理投保或退保，違反時得依第 84 條第 1 項追繳保險費及課以罰鍰。

(三)收取及繳納保險費：依健保法第 30 條第 1 項第 1 款規定，投保單位應扣繳或收繳第一類被保險人自付之保險費，連同投保單位應負擔之部分一併向保險人繳納，及依同條第 2 款規定，收取第二、三、六類被保險人繳納之保險費後向保險人彙繳<sup>382</sup>。當投保單位違反時，依健保法第 35 條規定，除得移送行政執行外，亦得課以一定數額之滯納金。

(四)資訊蒐集之協力：依健保法第 80 條規定，投保單位應依保險人之請求，配合提供帳冊、簿據等文件資料，並配合訪查或查詢，且負有誠實陳述之義務。

(五)誠實申報投保金額：依健保法第 89 條第 1 款規定，第一類被保險人之投保單位，應誠實申報被保險人之投保金額，如以多報少時得課以罰鍰。

(六)資訊之通報：依健保法施行細則第 40 條規定，投保單位應將保險對象之變更或更正資訊通知保險人，另依同細則第 42、43 條，投保單位亦應將自己之資料變動或營業變更事項通知保險人<sup>383</sup>。

## 第二項 投保單位履行義務時之地位與效果歸屬

投保單位為協助保險人而履行上述(二)至(六)項所述之義務時，其地位與行為效果之歸屬，應為如何之認定，將涉及投保單位與保險人間之關係，並影響保險對象之權利，學說上也有以下之不同見解。

### 第一款 公法上之法定義務關係說

林明鏘教授認為，健保法雖課以投保單位多項義務，卻未相應賦

<sup>382</sup> 學者張道義認為，全民健保之保險費繳交，依法規用語分為三種，稱「繳納」者係為自己付款，履行自己之義務，稱「彙繳」者指代他人付款，履行自己之義務，至於稱「撥付或預撥」者專指行政機關間之動支經費，屬於履行本機關之義務；參照 張道義，前揭註 229，頁 156-157。惟健保法第 30 條第 1 項第 1 款明定：「第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納」，可知在法文用語上，第一類被保險人之投保單位向保險人「繳納」者，包括向被保險人扣繳或收繳之保險費及投保單位應自行分擔之保險費，其中前者即「向被保險人扣繳或收繳之保險費」，應係由投保單位將被保險人應負擔之保險費轉交保險人，難謂為投保單位履行自己付款之義務，故現行法是否確實有意區別上開用語，尚值商榷。

<sup>383</sup> 投保單位以往需為保險對象代辦因情況緊急在非保險醫療機構就診或分娩之醫療費用核退，參照 蔡維音，前揭註 312，頁 18。惟健保法修正後，已於第 55 條明定保險對象關於醫療費用核退之申請，應向保險人為之，不再透過投保單位代辦。

與投保單位對於保險人之權利，故投保單位與健保署間應為「公法上之法定義務關係」，且保險人也大多以作成行政處分方式，對投保單位遂行各種法律行為，例如課以滯納金或罰鍰。然而，投保單位之地位類似於雇主，卻無權利參與保險關係內容之形成，實難認合理，故在立法上應將投保單位與健保署間之關係，修正為「行政契約」與「公法上法定債之關係」之混合，較為妥當，以避免主管機關單方面決定增加或變更投保單位之義務內容，造成爭議<sup>384</sup>。

## 第二款 行政助手說

蔡維音教授主張「行政助手」說，認為投保單位對保險人負有協力辦理保險業務之各項義務，均係依法令規定產生之公法上義務，且由投保單位基於私人之地位，與行政機關協力完成其法定義務。抑者，如將投保單位單純定位為與保險關係無關之第三人，雖能使保險關係單純化，卻可能導致保險人與投保單位在辦理業務時所生之疏漏，必須由保險對象承擔不利益，對保險對象有失公平，亦有將行政風險轉嫁由投保單位承擔之不當疑慮。相對於此，如將投保單位定位為健保署之「行政助手」，透過協力辦理健保業務之事實行為，與健保署合力完成全民健保之行政業務，則投保單位在履行上開業務時，均屬於健保署本身行政業務之代行，並對於保險對象視為健保署之行為，可以讓投保單位與健保署間在內部行政業務上之疏漏，不至於波及保險對象之權益，也能使得有關投保資格認定、投保年資、保險費代扣等爭議，藉由投保單位直接對健保局申請爭議審議，而有救濟之途徑，更能合乎健保法第 37 條第 1 項但書所定，當被保險人之保險費已為投保單位收取時，保險人不能因投保單位未繳納保險費而停止保險給付之意旨<sup>385</sup>。

<sup>384</sup> 參照 林明鏘 (2002)，〈行政契約與私法契約：以全民健保契約關係為例〉，台灣行政法學會 (編)，《行政契約與新行政法》，頁 225-226，台北：編者自刊。

<sup>385</sup> 參照 蔡維音，前揭註 312，頁 19-21。



### 第三款 法定委任與法定代理說

蔡茂寅教授認為，投保單位之所以負有上述(二)至(六)項義務，係為協助保險人辦理保險業務，性質上屬於為他人，亦即為負有推行全民健保義務之國家機關處理事務，故投保單位與健保署間之法律關係應為「法定委任」，且因僅有投保單位對健保署負有義務，健保署並未相應對於投保單位負有義務，自屬「單邊」之法定委任。抑且，依健保法第 37 條第 1 項但書規定，投保單位收取被保險人之保險費後，效力直接歸屬於保險人，保險人不得以投保單位未繳納保險費為由停止保險給付，亦可認投保單位與健保署間，除上開「法定委任」關係外，尚具有「法定代理」之關係。從而，被保險人對於代理人之投保單位繳交保險費後，效力直接發生於本人即健保署，惟投保單位僅在法律明定之上述事項中具有代理權，並非就一般事項均得作為保險人之概括代理人<sup>386</sup>。

### 第四款 兼有代理被保險人與履行自己義務說

謝榮堂教授認為，投保單位於辦理投保手續等相關協力事項時，應係代理被保險人所為，並兼具履行自己義務之性質，蓋投保單位若未履行上述第(二)項之義務且可歸責時，或違反上述第(五)項之義務時，均可依法課處罰鍰，另投保單位辦理各項保險程序時，也應配合履行上述第(四)項之義務<sup>387</sup>。

### 第五款 本文見解

從法律設計之構造觀察，投保單位係中介於保險對象與健保署間，並非保險關係之當事人<sup>388</sup>，且其存在目的在於促進實現保險關係上之各種權利義務，故投保單位僅可能定位為輔助保險人或輔助保險對象。然而，考量在具有極大化保險事業規模之全民健保中，實係作為單一

<sup>386</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 379，頁 36-39；同氏著，前揭註 3，頁 11-12。

<sup>387</sup> 參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 95。

<sup>388</sup> 參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 95。

保險人之健保署難以僅憑己力獲取辦理保險所需之各項資訊，也無法自行處理大量並頻繁發生之保險事務，可見處在能力不足而需要協助者，顯然是保險人，而非個別之保險對象，自應認為投保單位係為輔助保險人所設置。從而，當投保單位履行義務或辦理事務有所疏漏時，不論出於故意或僅有過失，其不利益效果理應由所輔助之保險人承受，與保險對象無關。對此，學說上對於投保單位之地位或與健保署間之法律關係，雖有不同見解，然除「兼有代理被保險人及履行自己義務說」未有明示外，其餘各說針對「投保單位辦理義務事項時之效果歸屬」，結論上均無二致。抑者，當投保單位應作為輔助保險人之定位一旦得到確認，不僅即可析明健保法第 37 條第 1 項但書規定之法理基礎，也能在投保單位未履行他項義務時，透過該規定之類推適用，得到不利結果應由保險人承擔，而非使保險對象因此受到不利益之相同結論。例如在投保單位未遵期為保險對象辦理投保或退保，造成被保險人出現額外之保險費負擔時，健保署仍應以保險對象實際發生投保或退保要件之時點，向被保險人計收相應之保險費，不得逕以投保單位反於真實之申報時點核算，至多僅能依健保法 84 條第 1 項對投保單位課以罰鍰。職是此故，本文認為投保單位在履行協力辦理保險業務之各項義務時，其地位應為健保署之「履行輔助人」，始屬允當。

至於學說上述看似分歧之見解，其實是因為觀察之出發點有所不同。申言之，「公法上之法定義務說」、「兼有履行自己義務說」與「法定委任說」，均認為投保單位所負協力義務之發生原因係基於法律規定，惟「法定委任說」進一步考量投保單位所負義務之性質，類似於「委任」關係中之受任人義務，據此定性投保單位與保險人間之法律關係為法定之「委任關係」，惟相關各說之論述重心均在於解明投保單位與保險人間之爭議救濟途徑。相對於此，「行政助手說」、「法定代理說」或「兼有代理被保險人說」，則非以投保單位發生上述協力義務之原因進行討論，而是在解釋投保單位履行上開義務時之「地位」認定，也就是透過釐清投保單位究竟係在輔助或代替保險關係之何造當事人，藉以解決「投保單位履行義務時之效果歸屬」問題<sup>389</sup>。

<sup>389</sup> 茲以民法上之事例加以理解各說之不同出發點，或許較為清楚，例如私法人之董事對於私法人負有之義務為「私法性質之契約上義務」，其等之間之法律關係則為「私法上之委任契約」，當

本文認為，投保單位負有上開協力義務之原因，係基於健保法之法律規定所生，自無任何疑義，故投保單位所負義務顯然為「公法上之法定義務」，也是投保單位自己之義務。至於應否參考民法上對於法律關係之分類，進一步定性投保單位因此義務而與健保署所形成之法律關係，在性質上究竟是委任關係，或是其他具有勞務提供性質之承攬、雇用關係，則需考慮定性有無實益之問題。申言之，當投保單位違反上述申報投保及退保、收取及繳納保險費、誠實申報投保金額等義務時，健保署雖得對於投保單位課以罰鍰或加徵滯納金，惟此際誠如林明鏘教授言，由於罰鍰或滯納金均屬行政罰而為行政處分，有爭議時自應由投保單位在爭議審議後，提起撤銷訴願及訴訟作為救濟途徑。此外，即使著眼於投保單位所負義務之內容，係類似於民法委任契約中受任人之主要義務，進而將之定性為委任關係，然因投保單位中亦有屬於私人性質之事業、學校或雇主者，如有意對其等課以法律所無之其他義務，受限於法律保留原則，仍應具有法律或授權命令之規定為依據，尚無從逕行依委任之概念，即另行推導出投保單位對於健保署負有他項義務，例如要求投保單位應自己處理事務，非經健保署同意不得使第三人處理（民法第 537 條），而不能將申報投保、退保及投保金額等業務，再轉委任給專業人士處理。何況，在委任關係中，受任人應依委任人之指示處理委任事務（民法第 535 條前段），然從實際面觀察，投保單位大多只是機械式地依法令規定履行上開義務，此在申報投保、退保及保險金額等事項尤屬明顯，實難認為於投保單位履行義務而為個別事項之辦理時，健保署尚有在法律或行政命令規定外，另作成具體指示之可能。再者，一般理解之委任係基於契約而成立，以法律規定直接成立委任法律關係之事例，也屬難以想像。尤其在行政法領域中，當特定當事人發生義務時，通常僅需論究發生該義務之原因行為，甚少有審視該義務之內容，再將當事人間之法律關係進行定性之必要，畢竟只要原因行為之性質能夠確定，後續爭議處理及救濟管道即能獲得解決。例如，在國家對役男發出兵役徵集令之場合，僅需確定該徵集令之性質為行政處分，通常也不必再針對役

---

私法人之董事與第三人進行法律行為時，該董事之法律上地位為私法人之「代表人」，故法律效果歸屬於私法人。

男因受徵集所負之服兵役義務內容，再去定性該役男與國家間之法律關係，究屬委任、承攬、僱傭還是其他無名法律關係，蓋後者之定性對於役男權利保障與救濟問題，並無實質影響。至於行政機關間互負義務之情形，更僅屬於權限分配移轉或職務協助之問題，自不待言。是此，本文認為進一步將健保署與投保單位間之法律關係定性為「法定委任」，似非必要。

又討論投保單位履行上開義務時之法律地位，目的無非在於釐清投保單位辦理上述義務事項之效果，究應歸屬於保險人或被保險人。準此，如依照「行政助手說」、「法定代理說」或本文採取之「保險人之履行輔助人說」，結論上都認為應由保險人承擔投保單位辦理事務之效果，僅在「兼有代理被保險人說」之理解下，可能因適用代理效果應歸屬於被代理本人之法理，或將推導出需由被保險人承擔之不同結論。對此，本文贊成多數說認為應由保險人承擔不利益結果之結論，但在理由構成上，尚值進一步討論。首先，「行政助手」之說法，誠如論者所指摘，確實忽略行政助手通常係基於意定而成立，以及部分投保單位為行政機關，難以將之定性為行政助手等問題，且投保單位履行上述義務時均具有獨立辦理之性質，並非單純作為健保署之輔助，更不是以健保署之名義進行，況針對其中關於資訊蒐集之協力義務與與資訊之申報義務，也難認為與公權力之行使有關，皆與行政助手之定義及要件不合<sup>390</sup>。其次，法律上稱為「代理」者，不論係法定代理或意定代理，係指代理人在代理權範圍內，以本人名義為意思表示，而直接對本人發生效力（民法第 103 條第 1 項規定參照），且所代理者限於法律行為，至多類推適用於準法律行為，但不及於事實行為<sup>391</sup>。然而，投保單位履行上開協力義務時，不僅應以自己名義辦理，而非使用健保署之名義，且其中關於收取及繳納保險費、協力蒐集及通報資訊等事項之履行，更非意思表示，不至於發生法律效果，均為事實行為。簡言之，投保單位辦理各項義務時，既不合於本人名義之要件，部分事項也屬於事實行為，顯然與代理之概念有所扞格。有鑑

<sup>390</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 379，頁 36-39。

<sup>391</sup> 參照 王澤鑑（2001），《民法總則》，頁 471、473、474，台北：自刊；陳聰富（2014），《民法總則》，頁 325-326，台北：元照。



於此，本文認為關於投保單位之法律地位，應以健保署之「履行輔助人」理解即可，蓋投保單位本即係為輔助或協力健保署充分完成保險人之功能與任務所設立，相當於健保署為辦理與保險對象間之事務所使用之人。從而，參考民法第 224 條之規定，於投保單位辦理各義務事項時，健保署自應負同一責任，在投保單位未履行義務導致保險對象受有不利益之場合，例如投保單位已收取保險費卻未向健保署繳納時，其不利效果必須由健保署承受，而非保險對象。健保法第 37 條第 1 項但書就此為相同之規定，具有宣示與確認投保單位作為健保署履行輔助人之意義。

#### 第四節 本章結論

本章對於保險關係之主體即保險人與適用對象進行檢討，並以附論方式，納入雖非保險關係之當事人，但依健保法規定而在保險人與保險對象間所特別設置之投保單位。

在保險人建置之基本原理上，本文認為應考量使保險人能充分完成集合成立共同體、收取保險費、提供保險給付、形成保險費率與保險給付等任務，並具有一定之保險規模，以有效分散風險與損失，避免出現財政不安定之情形。又在德國法上發展形成之保險事業自治原理，固然具有正當化相互扶助原理、強化相互扶助意識、妥適形成公共利益、促進保險事業經營效率等優點，但必須存在相當之條件始有實現可能，另保險事業之競爭則為提升效率之工具性手段，然如分別從尊重參加者權利主體地位、賦與付費者程序參與權及追求降低保險費率之根本觀點，除實施保險事業自治與競爭外，亦有賦與被保險人自費選擇醫療給付方案、建立付費者參與營運機制及委任專業專業經營階層、給予適用不同保險費率之誘因以抑制保險給付支出等其他選擇之可能。此外，在複數保險人之制度中，為平衡各保險人之風險差異，必須建立財政調整制度。

全民健保在立法時，為統合原有各項社會保險所提供之實物醫療給付及追求專業、效率，更因受限於現實上缺乏得以出任保險人之社會團體，乃設置行政機關組織之健保署作為單一保險人。如以上述原

理檢視，可知健保署雖可有效達成集合參加者成立共同體、收取保險費及提供保險給付等保險人任務，卻對於保險費率與保險給付範圍等涉及營運核心之事項不具任何決定權，導致經營成敗之權責不清，也使保險人與主管機關之衛福部難以區別，再加上採取行政機關之組織形式，亦容易受到國會與上級機關衛福部之不當干預。此外，二代健保設置之「健保會」，雖非為實施保險事業自治之考量，而是採取保障付費者程序參與權之不同方式，然因現制下產生付費者代表之方式不具代表正當性，仍難給予積極正面之評價。最後，全民健保在單一保險人之體制下，因極大化之保險規模而具有最佳之財政安定性，亦毋須運作繁雜之財政調整機制，也不會產生參加者因加入不同保險事業而受有差別待遇之公平性問題，但不可諱言將對會於維持參加者間之相互扶助意識造成妨礙，另雖不具有保險事業間競爭之可能，惟存在降低營運成本、維持財政安定、避免參加者間之公平性問題等優點，故在缺乏能自主運作之社會或職業團體得出任保險人之現實狀況下，應屬可接受之利益衡量結果。

在適用對象方面，本文認為設定參加者範圍之標準，應為在保險實施地是否具有「繼續性」之「生活居住事實」，然在要求公庫負擔部分財源之制度中，由於資金主要來自於對國民之稅課收入，使得制度同時具有部分之福利色彩，自非不能以此為正當理由，在國民與外國人間就是否由公庫進行補助與補助保險費之比例等，作出合理之差別待遇。此外，對於有繼續性生活居住事實之外國人，是否要求需具有合法之居留資格，從日本比較法之討論中，可知涉及外國人權利保障、社會健康保險本質構造等不同價值之取捨衡量，尤其必須考慮到法律秩序整體性之維持，亦非不得在一定條件下，例外允許非法居留之外國人參加保險。至於社會健康保險之適用對象除被保險人外，另設置依附於被保險人投保之「眷屬」或「被扶養人」，則係考慮人類大多組成共同營生團體並進行生活分工之實態，團體中難免有部分成員仰賴他人提供資源或照顧以維持生計，故為正確評價參加者負擔保險費之經濟能力，自應在上述維持生計關係受到法律規範保障而具有強行性與穩固性，也就是相當於民法扶養規定之權利義務關係時，將受扶養者與扶養義務者作為整體以計算其等負擔保險費之能力。

基此檢視全民健保對於保險對象之規範，原則上是以具有繼續性之生活居住事實作為納入成為參加者之基準，不以具有我國國籍為必要，與本文前述之基本原理大致符合。至於外國人是否需具備合法之居留資格，由於非法居留外國人之實際居住地與經濟能力難以掌握，也有發生逆選擇情形之嚴重疑慮，且將非法居留之外國人排除在適用對象外，尚不致產生侵害其等生存權或違反經社文權利公約之問題，再加上健保法與移民法規間之法律秩序整體性應受維持，故健保法第9條要求外國人加入全民健保，必須以具有合法居留資格為前提，原則上應無不妥。惟對於具有取得居留資格高度可能性之非法居留外國人，如能肯認其過去已有繼續性共同生活之事實，未來也有持續維持之高度可能性者，為確保其在取得居留資格前之過渡期間內仍可獲得保障，則不妨例外允許其參加全民健保。又現行健保法將被保險人依職業或身分區分為六大類十七小類，並由國家提供不同比例之保險費補助，其區別標準不論在本質上或理論上均無合理性，實際上不過是遷就於過往陸續推行之各項綜合性社會保險制度，以及因事權劃分所衍生之保險費補助責任歸屬，而在立法時加以妥協，更因此在公庫補助保險費比例上造成負擔不公平之嚴重問題。再就眷屬部分，現行健保法施行細則第5條排除第四類被保險人得有依附投保之眷屬，已違反法律保留原則，進一步在立法論上，一則「親屬要件」所定之親屬範圍顯較民法所定之受扶養者狹隘，可能造成依民法受他人扶養者卻不能以眷屬身分投保，另以「無職業」、「無謀生能力」或「仍在學就讀」所設置之「無職業要件」，也不符合計收保險費時應遵循之量能負擔原理，使得無職業之富人竟得依附以眷屬身分投保，毋須負擔與經濟能力相應之保險費，顯有不當。最後，眷屬不應成為單獨計收保險費之對象，縱使現行法以三口作為上限，仍無法使之正當化。

最後，健保法為在具有極大化規模之全民健保中，協助組織與能力上均屬有限之健保署，能有效處理大量並頻繁發生之保險事務，乃在保險對象與保險人間設置投保單位，並課以投保單位負有申報投保及退保、收取及繳納保險費、資訊蒐集協力、誠實申報投保金額、資訊通報等公法上義務，自應將投保單位定位為健保署之履行輔助人，且在投保單位履行上開義務所有疏漏時，應由其所輔助之健保署承受

不利益效果，而非課由被保險人承擔。





## 第五章 保險關係之發生與內容

本章將對於保險人與適用對象間之保險關係進行研究，包括保險關係發生之原因，及作為保險關係主要權利義務內容之保險費與保險給付。

### 第一節 保險關係之發生

關於保險關係之性質，實務上雖然不論大法官解釋、行政法院判決或衛福部函釋都尚未明示見解，然學說上已提出「公法上法定債之關係」、「行政處分」或「行政契約」等不同看法。然而，本文認為上述「公法上法定債之關係」、「行政處分」或「行政契約」，其討論標的並非在於保險關係之法律性質，而是保險關係之「發生原因」，亦即保險關係究係因合於法律要件而自動發生，或仍需由保險人作成行政處分或與保險對象締結行政契約後始發生。

#### 第一項 公法上法定債之關係

在學說及實務見解大多認為在勞工保險等社會保險中，保險人與適用對象間之法律關係為行政契約之背景下，蔡維音教授最早提出應將全民健保之保險關係定性為「公法上法定債之關係」之看法<sup>392</sup>，並得到學者間相當程度之支持，其主要立論基礎如下。

首先，健保法明定全民健保之保險關係是因為保險對象具有合於法定要件或資格之事實而當然發生（第 14 條第 1 項），而非繫諸於保險關係雙方當事人之意思，也不問當事人是否知悉保險關係之存在，既然是依據法定事實自動發生，顯然不存在有契約要素<sup>393</sup>。因此，縱

<sup>392</sup> 參照 蔡維音（1999），〈全民健保之法律關係剖析（上）〉，月旦法學雜誌，48 期，頁 68-71。

<sup>393</sup> 參照 蔡維音，前揭註 392，頁 70；同氏著，前揭註 312，頁 9-10；同氏著，前揭註 62，頁 106；郭明政（2002），〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，葛克昌、林明鏘（編），《行政法實務與理論（一）》，頁 477-478，台北：國立臺灣大學法律學院；張道義（2002），〈全民健康保險保險給付之法律規範研究〉，頁 20，台北：行政院衛生署委託研究計畫；李建良（2005），〈行政法律關係序說〉，月旦法學教室，30 期，頁 45。

使投保單位或適用對象怠於申報投保，亦不影響適用對象之身分與權利取得，蓋投保單位申報投保只是對於保險人之公法上義務，尚非保險關係法律效力之所繫，此可由健保法明定投保單位怠於為保險對象申報投保時，只有應受罰鍰之效果（第 84 條第 1 項），保險對象未參加保險時，其責任也僅為補繳保費與受罰鍰處分（第 91 條），皆不影響保險關係之生效時點與保險對象所應得之保險給付，保險對象仍得在繳清積欠保費後享有完全之保險給付，明顯不能以契約法之觀點加以解釋。抑者，被保險人即使未依限繳納保險費，保險人也不得以此作為終止保險關係之理由，只能依法加徵滯納金、移送行政執行或暫行停止保險給付（第 35 條、第 37 條），且在暫行停止保險給付之期間，仍應繼續計收保險費，益見保險人對於拒繳保險費之被保險人，只能依循法定途徑促其履行，卻不能限制或變更保險關係之內容。再有關保險關係之內容，從保險對象類別、保險費率、保險金額到分擔比例等皆由法律明定，保險給付之條件與基準，也是由法律或授權主管機關決定，其中並無得由當事人協商或合意形成之可能<sup>394</sup>。換言之，保險對象因具有合於法定資格之事實而參加全民健保，加入後得在發生疾病、生育、傷害等保險事故時行使保險給付請求權，保險關係在成立、消滅與內容形成等各方面，都不具有當事人意思介入空間，完全依照法律規定內容運作，當法定事實發生而該當於構成要件時，保險關係即成立生效，不需當事人合意或認識到法定事實之發生，更不待行政權之介入，毋須以個別行政行為予以具體化，也不繫諸於保險人核發保險憑證或寄發保險費繳納通知單，在保險關係成立後，保險給付與保險費之變動，同樣按照法律或授權命令之要件當然產生，保險對象無自主退出保險之可能，保險人亦不能以未繳保險費為理由終止保險關係，都明顯不符合契約之基本構造<sup>395</sup>。

<sup>394</sup> 參照 蔡維音，前揭註 392，頁 70-71；同氏著，前揭註 312，頁 10-11；同氏著，前揭註 62，頁 106；郭明政，前揭註 393，頁 478。

<sup>395</sup> 參照 蔡維音，前揭註 392，頁 71-72；同氏著，前揭註 312，頁 11、13-14；同氏著，前揭註 62，頁 112；李玉君、吳明孝、張道義、蔡茂寅（2015），〈全民健康保險法〉，台灣社會法與社會政策學會（編），《社會法》，頁 261-262，台北：元照。陳愛娥教授亦認為全民健保之保險關係是因法律規定強制發生，並非繫諸於當事人間之合意，且因社會保險之保險人多為公法主體或行政機關，又有強制參加之性格，顯然屬於公法性質，也應該是採取公法上債之關係之見解。參照 陳愛娥（2002），〈行政上所運用契約之法律歸屬：實務對理論的挑戰〉，台灣行政法學會（編），〈行政契約與新行政法〉，頁 107-108，台北：編者自刊。

其次，相較於「行政契約」或「行政處分」之說法，將全民健保之保險關係定性為公法上債之關係，更能符合全民健保作為強制保險之本質，避免發生逆選擇之不利情形，也可以保險對象提供「零空窗期」之全面保障<sup>396</sup>。申言之，由於因經濟弱勢而無力繳交保險費之善意被保險人，往往是在已實際發生保險事故而有醫療需求時，才會辦理投保，此際如不讓保險關係之效力溯及至合於法定資格時發生，而解釋為應從投保後生效，將使上述弱勢民眾已實際支出之醫療費用，無法透過共同體予以分擔，進而產生醫療需求保障之漏洞<sup>397</sup>。是此，「公法上法定債之關係」之定性，對於弱勢保險對象權益之保障，可謂較為周延。

最後在救濟途徑上，如被保險人對於投保資格、被保險人類別、保險費負擔比例等事項有疑義時，應以被保險人之身分主動向保險人提起更正或確認投保資格之申請，再由健保署以特定之被保險人作為相對人作成確認性質之決定，此決定在性質上為可爭訟之行政處分，相對人不服時得進行訴願及行政訴訟以求救濟。至於保險對象或投保單位向健保署申報投保時，健保署在初階段僅單純依照申報資料進行形式審核，即依申報內容製發保險憑證及寄發保險費繳納通知，並未進行實質認定，故保險憑證或保險費繳納之通知，只能解釋為以保險關係為基礎進行認定所衍生之觀念通知，本身並非權利義務關係發生得喪變更之根據，不宜將之認定作為「發動」全民健保保險關係之行政處分<sup>398</sup>。

## 第二項 行政處分

相對於上述「公法上法定債之關係」之看法，學說上另有基於以下理由，認為保險關係應係基於保險人之「行政處分」而發生。

詳言之，本說認為「公法上法定債之關係」之見解，無法清楚說明健保法所規範之權利義務關係，也就是其所謂之「債之關係」，究

<sup>396</sup> 參照 郭明政，前揭註 382，頁 478。

<sup>397</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 109。

<sup>398</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 110-111。類似見解，參照 李玉君、吳明孝、張道義、蔡茂寅，前揭註 395，頁 262。

竟是如何具體化。申言之，全民健保保險關係之發生，應以法律行為存在作為前題，此法律行為要不離為行政處分之作成或行政契約之締結，畢竟保險關係與因法律規定事實所發生之法定之債，在概念上正相反對，尚無必要勉強將保險關係理解為法定之債。抑且，健保法明定符合法定資格者應「參加」全民健保（第 8、9 條），並非規定符合資格者當然成為保險對象，顯見保險關係應非在保險對象符合法定要件事實時就自動發生<sup>399</sup>。再者，健保法規定保險效力自合於法定資格時開始（第 14 條第 1 項），更可見符合法定資格者必須在「參加（保險）後」，才能溯及於符合資格時起生效，因此不應將健保法上所規定之強制參加，當然解釋為擬制發生保險關係，大法官在針對保險關係之保險費及保險給付作成之釋字第 473、524 號等解釋中，也從未表示保險關係能不待符合法定資格者辦理投保即當然發生。至於健保法第 91 條所定之追繳保費，則應解釋為經保險對象投保而參加保險後，始得為之，如此方能符合權利義務相對性之原理。是此，符合法定資格之人民，仍必須有投保即參加保險之行為，才能使保險關係發生<sup>400</sup>，故公法上債之關係之說法，似有未盡周延之處。

其次，由於大法官釋字第 473、524 號解釋明示全民健保之保險費為人民公法上之金錢給付義務，且全民健保為強制性之社會保險，應在保險關係部分適用法律保留原則等意旨，再加上健保法第 6 條第 1 項明定保險對象之救濟途徑在完成審議程序後，應進行訴願及行政訴訟，均清楚顯示保險關係是公法關係，並非私法關係。此外，進一步考慮學說上認為區別「行政契約」與「須當事人協力之行政處分」之標準，在於前者是基於雙方當事人之意思表示合致而成立，權利義務內容只有在經過當事人同意後始能存在，後者則僅依據行政機關之單方面意思形成權利義務關係內容，並援引德國實務上之判別標準，應審視法律關係成立之書面是由雙方當事人簽署，或僅由行政機關單方面署名，則有鑑於現行健保卡係由行政機關之健保署單方簽署，自應認為保險關係之性質為「須當事人協力之行政處分」<sup>401</sup>。

<sup>399</sup> 參照 雷文玟（2001），〈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，6 期，頁 47、53；蔡茂寅，前揭註 17，頁 495-496；蔡茂寅，前揭註 379，頁 26。

<sup>400</sup> 參照 林明鏘，前揭註 384，頁 220-221。

<sup>401</sup> 參照 林明鏘，前揭註 384，頁 221-222。吳庚教授亦為文指出，有關全民健保中保險人與被



準此，被保險人或投保單位辦理投保之行為，應解釋為被保險人或投保單位之協力義務，而健保署核發保險憑證即健保卡之行為，在法律上具有確認保險對象投保資格、身分類別與投保金額等事項之拘束力，屬於確認性質之行政處分，保險關係在核發健保卡後始能成立發生<sup>402</sup>。申言之，由於在投保之實務流程上，投保單位或被保險人履行投保義務時，應填寫投保申報表（轉入表）送交健保署申請投保，健保署審核認定符合投保資格後，將製發作為保險憑證之健保卡交付投保單位，再由投保單位轉交對象，如認不符資格時，則退回投保單

---

保險人間之關係，應屬於「單方行政行為所發生之關係」者，也應該是採取「行政處分說」之見解。參照 吳庚（2005），《行政法之理論與實用》，增訂九版，頁 451，台北：自刊。

<sup>402</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 38，頁 20；雷文玟，前揭註 399，頁 48；蔡茂寅，前揭註 379，頁 29。另沈政雄氏認為，全民健保之保險關係應分成「符合法定條件之事實發生」、「投保」及「填製保險證」三階段，分別解明其法律意義及法律關係之性質。申言之，在「符合法定條件之事實發生」階段，由於健保法明文規定如投保單位或保險對象未向保險人辦理投保手續時，應追溯自合於投保條件之日補辦投保，並在罰鍰與保險費繳清前暫不予保險給付，可見在投保前，甚至在核發保險憑證前，保險對象與保險人間已經存在有一定之法律關係，否則無法解釋為何保險人可要求保險對象補繳保險費。其次，「投保行為」及「填製保險證」應屬投保程序之行為，日本學說上有將投保程序解為「被保險人資格或保險關係確認」之程序，並將保險人之一定意思表示，以行政法學上之「確認性行政處分」概念說明，亦即對於特定事實或法律關係有爭執時，以行政機關之意思確定其存否，惟該確認為僅具宣示作用，並非使法律效果之發生繫諸於此行為，蓋法律效果之發生仍應回溯至符合法定要件事實發生之日，故此種確認性行政處分不具有形成效果，採取此種立法技術之理由，在於爭執往往發生在保險人認為被保險人不具資格，而拒絕提供保險給付之情形，此時發生法定條件事實之時點與拒絕保險給付之時點出現落差，不利於被保險人，故透過確認性行政處分概念導入，有助於使保險關係安定化，但同時因為有爭訟期間之限制，可能不利於被保險人。相較於此，我國立法上未如日本法設有保險人應就投保單位檢送保險對象之資料加以審核，以確立保險資格之規定，僅於健保法施行細則第 29 條第 4 項規定應填製保險證，雖非不可將填製保險證認定為確認性行政處分，但囿於實務上並未針對檢送之保險對象資料進行實質審查，只要形式合法即予受理，故是否可定位為確認性之行政處分，尚非明確。從而，氏認為由於立法上針對保險人就保險對象之投保行為所為之對應行為，未有明文之定位，導致保險人未在投保時進行實質審查，再加上是否作成確認性質之行政處分也非明確，造成投保者依投保申請之內容繳交保險費，直到請求保險給付時，保險人才進行實質審查，並進而撤銷投保者之保險資格，更以投保者有歸責事由不予退還保險費，如此不無使投保者誤信保險人已認定其具有投保資格，而給予投保者應持續繳交保險費之信賴，並非可取，也有為何投保時並未作成確認處分，卻能在事後予以撤銷之理論上不一貫問題，顯非妥當，當應從立法途徑解決。詳參 沈政雄（2011），《社會保障給付之行政法學分析》，頁 137-1，台北：元照。惟本文認為，沈政雄氏之前述見解固非無見，但未能依其所述之三階段，具體敘明保險關係所具有之法律性質，僅屬提出問題而非解決問題之建議。抑且，其所舉出之投保申請者在繳交保險費後，遭保險人撤銷保險資格所生不當情形之事例，係發生在勞工保險之喪葬津貼或參加農民健康保險者依老年農民福利津貼暫行條例領取之老農津貼，在適用對象上均有資格限制，與全民健保之保險對象及於全民有所不同，蓋全民健保之投保者縱使不符合其所申請之被保險人資格，幾乎也能該當於其他類別之被保險人資格。何況，全民健保主要提供實物醫療給付，保險對象受領保險給付時大多不需要先經過保險人之事前審查，即可持保險憑證在特約醫事服務機構受領醫療給付，亦與其提出之事例中相關保險給付必須經過保險人之許可始可受領，明顯不同，故在全民健保之制度下，應不至於發生保險對象投保後，事後遭健保署撤銷保險資格導致無法領取保險給付之問題，最多只有是否應依健保法第 88 條第 1 項補繳短繳之保費及受罰鍰處分，自非妥當之例。此外，沈政雄氏認為健保署對於投保申請只能進行形式審查，亦與下述之本文見解不符。

位要求更正。因此在上述流程中，健保署既對於投保資料進行審核後才製發健保卡，自可將健保卡之核發解釋為形成保險關係之行政處分<sup>403</sup>。至於健保法第 14 條第 1 項關於「保險效力之開始，自合於第 8 條及第 9 條所定資格之日起算」之規定，應為保險關係成立後，溯及至保險對象合於投保條件時生效之特別規定<sup>404</sup>。

此外，被保險人繳納保險費之義務，不應該因為合於投保資格即發生，仍須待保險關係成立，畢竟全民健保之保險費係作為保險人承擔風險與損失及參加者享有保險給付權利之對價，與人民之稅捐義務無直接對價關係不同，故稅捐義務雖可溯及於構成要件實現時成立，但就全民健保而言，人民未辦理投保時，實際上即未享有保險給付之對價，仍須自行承擔傷病風險及支付醫療費用，縱然事後補辦投保，保險人也不會對未投保時支出之醫療費用予以核退。換言之，若允許保險人自人民合於投保條件時追繳保費，在人民從未享有對待給付權益之現實下，顯然有失公平，由此可見健保法第 91 條規定未投保者應溯及自符合投保條件補辦投保，並得由保險人追繳保險費，實非合理<sup>405</sup>。另在人民權益之保障上，考慮全民健保具有極高之納保率與醫療機構特約比例，現實上未投保者多為無力負擔保險費之經濟上弱勢者，或居住在醫療資源缺乏之偏遠地區者，如採「公法上法定債之關係」之定性，使保險效力一律溯及至符合投保條件時，導致上開經濟弱勢者或居住偏遠地區者，均須補繳保險費，隨著時間經過，可能造成此類人民投保困難。對此，過去實務上也曾針對健保開辦前已出國，開辦後雖返國短暫停留，但未辦理投保又出過超過 6 個月，並於再次返國後補辦投保者，認為屬於因不可規責之事由而未辦投保，同意保險費得自其再次返國時起算，未要求予以補繳（衛生署 1997 年 4 月 6 日衛署健保字第 86031981 號函釋），亦可作為不宜溯及要求補繳之適例<sup>406</sup>。最後，將保險人對於被保險人所為之意思表示定性為行政處分，不僅符合健保法第 6 條第 1 項關於「保險對象對保險人核定案件

<sup>403</sup> 參照 雷文玫，前揭註 399，頁 50-51。

<sup>404</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 38，頁 21；蔡茂寅，前揭註 17，頁 496；蔡茂寅，前揭註 379，頁 30。

<sup>405</sup> 參照 雷文玫，前揭註 399，頁 55-57；蔡茂寅，前揭註 38，頁 21-22；蔡茂寅，前揭註 17，頁 495-496；蔡茂寅，前揭註 379，頁 26-27。

<sup>406</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 38，頁 22；雷文玫，前揭註 399，頁 56-57。

有爭議時應先申請審議，並在對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟」之救濟途徑規定，同時亦得適用行政程序法對於行政處分相對人所提供之各項程序保障，有利於人民權利之保護<sup>407</sup>。



### 第三項 行政契約

黃錦堂教授認為，大法官釋字第 524 號解釋已指出全民健保為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，因此保險關係之權利義務應適用法律保留、法律明確與授權明確等原則，明示全民健保具有高度之公益屬性，且參考德國法上也著眼於社會保險之高度公益性，認為保險人與投保者間之關係非依民法上之契約自由形成，再加上德國之保險人作為公法人之組織設計，而得將保險人與投保者間之關係界定為公法屬性，亦有體系上之一致性，值得加以援引，自應將全民健保之保險關係定性為保險人與保險對象間之行政契約<sup>408</sup>。

謝榮堂教授則指出，國家為履行實施全民健保之任務，在手段方式上具有選擇自由，且保險對象雖然是依法律規定而取得請求保險給付之權利，但仍難謂保險對象與健保署間完全沒有契約合意之選擇自由。何況，法律關係必須基於法律行為或法律事實而發生，故應認為保險關係為行政契約，較為妥適。惟此處所謂之行政契約，並非行政程序法所明文規範之和解契約或雙務契約，而是該法第 152 條所允許創設之「社會保險契約」<sup>409</sup>。抑且，由於健保法第 14 條第 1 項明文規定，保險關係之發生並非始於行政契約成立時，而是從保險原因或條件成就時開始，此與一般法律關係原則上自契約有效成立時發生不同<sup>410</sup>。

<sup>407</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 38，頁 22；雷文玟，前揭註 399，頁 48。

<sup>408</sup> 參照 黃錦堂（2002），〈行政契約法主要適用問題之研究〉，台灣行政法學會（編），《行政契約與新行政法》，頁 68，台北：編者自刊。惟鍾秉正教授另為文指出，依德國法定健康保險法第 186 條第 1 項規定，負有保險義務之勞工，自進入勞動關係之日起，即成為保險團體之成員，不問其是否繳交保費或有無向健康保險組合登記，勞工加入法定健康保險僅以其單方意思表示為已足，不需經過保險人之承諾或確認，可謂係由被保險人行使「公法上形成權」，成立與保險人間之法律關係，無法認為在德國法定健康保險中，保險人與被保險人間之關係為行政契約。參照 鍾秉正（2006），〈社會保險爭訟之研究〉，曾華松大法官古稀祝壽論文集編輯委員彙（編），《義薄雲天、誠貫金石：論權利保護之理論與實踐》，頁 708，台北：元照。

<sup>409</sup> 參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 97-99。

<sup>410</sup> 參照 謝榮堂，前揭註 152，頁 128。

此外，林明鏘教授雖認為現制下全民健保之保險關係是基於「須當事人協力之行政處分」而發生，然在學理上，則主張應以行政契約作為形成保險關係之手段，亦即由保險人依保險對象之申請而為承諾之意思表示後，成立彼此間之權利義務關係內容，較能符合契約法制與現實上之彈性需求。在行政契約之法律關係下，有關保險對象與保險人間之權利義務內容，應先以契約條款為準，當契約條款無直接規定時，才有適用其他法令規定之餘地。惟在現行健保法之制度設計下，由於大法官釋字第 524 號解釋已揭示「全民健保為強制性社會保險，攸關全體國民之福祉甚鉅」，使得保險關係並非朝向契約法制發展，而是直接以法令規定形成保險關係之內容，如此一方面缺乏彈性，例如在大法官釋字第 524 號解釋之案件事實中，就是因為心導管手術中之「溫度控制燒灼導管」，受到法令限制非屬保險給付範圍進而產生爭議，另一方面也必須受到諸如「法律保留原則」、「授權明確性原則」、「法令明確性原則」等基本原則之拘束，對於複雜且隨時有彈性需求之保險關係來說，以法令規定作為權利義務關係內容之主軸，存在著難以依個案即時調整之盲點。反之，若能以行政契約形成保險關係，不但能夠通權達變，適時按照個案之必要性進行調整，同時也能單一化法律形式與救濟途徑，避免就同一事件之保險關係爭議，可能依行政契約、行政處分，甚至是私法契約等不同途徑救濟。換言之，立法者對於全民健保之保險關係，究應以行政契約或公法上法定債之關係等方式形成，固然享有自由決定之空間，且作為行政機關之衛福部及健保署，也同樣具有行政手段之選擇自由，但仍必須衡量利弊關係，特別是考慮將保險關係從目前主要依照法令規定改為依契約決定，可以使得全民健保在行政上更加靈活。退而言之，即使不全面性地以契約關係取代現行制度，只要能適度在保險關係中引入契約關係，增加保險對象與保險人間之協商空間，似乎也是一個未來可以考慮之取代方案。畢竟在目前之單一保險人體制下，考慮保險對象與保險人間地位懸殊之現實，或許在市場機制尚未完全建立以前，不宜貿進全面以契約關係取代目前之法定保險關係<sup>411</sup>。

<sup>411</sup> 參照 林明鏘，前揭註 384，頁 222-224。蔡茂寅教授也指出，如從立法論角度而言，不可否認將保險關係之性質修正為行政契約之見解，較符合私法上商業醫療保險係採契約定性之狀況，



#### 第四項 本文見解

全民健保是國家基於憲法上有關人格尊嚴之生活保障、社會國原則及生存權、健康權保障等規定，為履行對於人民所負有之醫療需求照顧義務，乃在修憲者以基本國策所為之憲法委託下，立法實施之社會健康保險制度，透過以保險原理為運作基礎，並適用強制參加與相互扶助原理，藉此集合參加者成立共同體，以分散與健康相關生活事故之風險及損失，顯然具有高度公益之目的，且僅有行政機關組織之健保署得為保險人，可認在全民健保中存在於保險人與保險對象間之保險關係，應為公法上之法律關係<sup>412</sup>。然在公法關係之定性下，保險關係究係因保險人與保險對象間成立行政契約、作成行政處分，或保險對象符合法律規定之事實而發生，學說上則有上述分歧之見解。

本文認為，如基於對現行法之解釋論觀點，將保險關係定性為「行政契約說」之說法，確實無法合理解釋為何在強制參加之法律構造下，還需要將被保險人之投保行為理解為對保險人請求締結行政契約之要約，且從健保法規定及投保單位為保險對象辦理投、退保之實務流程觀察，保險關係之成立也與保險對象之意思無涉，並非基於當事人間之合意，甚至有關保險對象之投保身分類別、投保金額之高低、保險給付等權利義務內容，更完全取決於法律規定，未存有可由當事人進行協商或透過意思表示合致成立或變更之契約特徵，實難謂符合契約之法律構造。此外，依行政程序法第 139 條前段規定，行政契約原則上應以書面為之，然在保險關係成立後用為證明已參加全民健保之保險憑證即健保卡上，卻僅見保險人之健保署署名，未有保險對象簽署之文字，不僅與行政程序法之上述規定已有未合，亦與學說上提出區別行政契約與須相對人協力之行政處分之判準不符。再者，行政契約之定性，更無法配合健保法第 6 條第 1 項明定保險對象對於保險人之核定案件有爭議時，在爭議審議後應依循訴願進行救濟途徑之規定

---

也能適度說明以行政契約之具體行為，透過意定之債作為發生保險關係之原因，仍具有一定之說服力，如有意修正後採取，考量救濟途徑之決定在順序上應在定性行政行為或法律關係之後，則可修正健保法第 6 條第 1 項之救濟規定作為配合。參照 蔡茂寅，前揭註 379，頁 29。

<sup>412</sup> 參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 97。

413。基此，在現制下無從認為全民健保之保險關係是因行政契約而發生。

至於上述「行政處分」及「公法上法定債之關係」等見解，固然皆有相當之說服力，但也值得為進一步之討論。詳言之，從法律關係之構造而言，不論公法上或私法上之法律關係或權利義務關係，其發生雖以作成符合法定要件之「法律行為」或「事實行為」最為常見，前者例如公費醫學生與教育部締結接受公費醫學教育之行政契約或人民間締結私法上之買賣契約，後者則例如公法上或私法上之無因管理行為<sup>414</sup>，然仍非不可能單純基於合於法定要件之「事實」而發生<sup>415</sup>，像是在私法上因受胎期間合於法律規定而推定為母之夫之婚生子女，或在公法上因出生時之父母一方為中華民國國民，而得依國籍法第2條第1項第1款規定取得我國國籍。是此，既然合於法定要件事實亦為使公法上法律關係發生之原因，則以健保法所規範之保險關係之權利義務內容，必須以作成行政處分或締結行政契約等法律行為之方式始能具體化，作為批判「公法上法定債之關係」為不可採之理由，似非充分。

然而，健保法第8、9條明定符合資格者應「參加」全民健保為保險對象，並非規定符合資格者當然成為保險對象，且未依規定參加者，依同法第91條規定除應繳清保險費及課以罰鍰外，並應追溯自合於投保條件之日起「補辦投保」，也非得不經補辦投保之程序就能成為保險對象，可見不論基於文義解釋或體系解釋，尚難認為在現行

<sup>413</sup> 參照 雷文政，前揭註 399，頁 48；蔡茂寅，前揭註 379，頁 28-29；蔡維音，前揭註 392，頁 70；蔡維音，前揭註 312，頁 9-10；蔡維音，前揭註 62，頁 106；林明鏘，前揭註 384，頁 222。

<sup>414</sup> 實務上最高行政法院 97 年度判字第 302 號判決認為基於損益分擔之公平原則，應承認公法上之無因管理，學說上之討論則可參照 李建良（2001），〈公法上無因管理與私法上無因管理的區別〉，月旦法學教室，73 期，頁 22-23；劉昭辰（2005），〈論無因管理中的「為他人事務管理」〉，臺北大學法學論叢，56 期，頁 183-185、193、200-201。

<sup>415</sup> 惟李建良教授認為，行政法上法律關係之成立，多半透過行政處分、行政契約或行政事實行為等行政行為，但亦有少數例外情形是「直接由法規」（包括行政命令）而形成。參照 李建良，前揭註 393，頁 47-49。本文認為，公法上或行政法之法律關係，固然得因行政處分等法律行為及行政事實行為而發生，但應無法僅憑法律或行政命令之抽象規定作為發生之原因，至少仍須出現合乎法律或行政命令規定之具體事實，始能使特定之法律關係發生。謝榮堂教授也曾對於「公法上法定債之關係」之說法提出批判，認為所謂「公法上法定債之關係」，應係指法律效果之態樣，並非行政行為之態樣，蓋縱使是法定債之關係，至少仍須基於合於法律規定之事實發生，才能產生法律效果；參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 99。

法律規範下，人民得僅因單純發生合於法定要件之事實，即可毋須辦理投保或為參加全民健保之行為而當然成為保險對象，並與保險人發生保險關係。

其次，如本文前述，社會健康保險採取強制參加之意義及效力，不但在於要求符合要件者應參加保險，同時也要求保險人必須接受符合要件者之投保，故對於符合要件之人而言，強制參加之規定係同時課以義務及賦與權利。因此，人民依健保法第 8 條及第 9 條之強制參加規定申請投保，不能只強調人民履行義務之面向，亦應著眼於人民行使權利，以此要求健保署應予納保之重要意義，故健保署對於個別投保申請之公法上具體事件所作成之決定，自然對於申請者直接發生法律效果，此在保險人雖接受投保，但未依保險對象申請之內容納保，例如變更保險對象申請之被保險人類別、眷屬資格或投保金額，尤其顯著。從而，論者以健保署收到投保申請後，僅作形式審核即製發保險憑證，進而主張製發保險憑證之行為只是觀念通知，並未發生法律效果變動之說法<sup>416</sup>，是否忽略強制參加規定亦具有賦與投保者參加權利之意義，自難認允當。再者，現行健保法或相關行政命令未有何明文，要求或限制健保署收到投保申請後，只能進行形式審查，故縱使實務上囿於投保、退保及變更等申請事項繁多，使得健保署實際上通常只進行形式審查，也不能遽認健保署不能進行實質審查，否則倘若健保署在個案中已明確知悉投保申請之內容錯誤時，豈非認為健保署不能要求退件補正、駁回申請或逕為變更投保資格，仍必須一律依照錯誤之投保申請予以納保，當非妥適。

此外，論者雖稱健保署對於投保申請為形式審查後，即依申請資料製發保險憑證與寄交保險費繳交通知，故保險憑證與保險費繳交通知都只是觀念通知，並非行政處分，如被保險人對於投保資格、金額或保險費負擔比例有疑義時，另應主動向健保署提起更正或確認保險資格之申請，健保署再對此更正或確認申請所作成確認性質之決定，始屬可據為爭執之行政處分<sup>417</sup>。然在論理上，既謂健保署僅能依據投保申請資料進行形式審查，則除非發生顯然誤寫誤算之情形，否則為

<sup>416</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 110-111。

<sup>417</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 111。

何健保署會作出與投保申請內容不符之形式審查決定，還必須由被保險人事後再申請更正或確認，已屬難以理解。抑且，如健保署收到投保申請後，明知申請之內容不符實際，卻受限於僅能進行形式審查，只能依此作成不正確之承保決定，此後又如何期待因錯誤承保決定而受利益之保險對象，再主動提起更正或變更保險資格之申請，亦殊難想像。

是此，本文基於強制參加規定之原理與效力，併參酌前述健保法第 8、9 條明定保險對象應「參加」保險，第 91 條亦規定未投保者應追溯自合於投保條件之日起「補辦投保」，認為保險人對於保險對象之投保申請作成是否及如何接受投保之表示，應合於行政程序法第 92 條第 1 項所定之行政處分，並以此作為發生保險關係之原因。

惟「行政處分」之定性，在現行制度中確實面臨下述問題，其一是健保法第 14 條第 1 項規定有關保險效力之開始時點，另則是健保署在承保程序中之何者具體行為，應認為接受投保表示之行政處分。申言之，健保法第 14 條第 1 項規定：「保險效力之開始，自合於第 8 條及第 9 條所定資格之日起算」，可知保險對象與保險人間之保險關係，係自保險對象合於健保法第 8、9 條所定事實之日起發生，而非始於保險人作成承保之行政處分，此與行政處分依行政程序法第 110 條第 1、2 項規定，應於送達處分相對人或使其知悉或公告後始生效力，亦即行政處分通常生效於作成後，而不是在作成前生效，有所不同。對此本文認為，健保法第 14 條第 1 項規定，應屬於對所有符合資者參加全民健保時，為劃一保險生效時點所必要之規定，目的不僅是為避免發生逆選擇，也是對於未參加者追溯漏繳或短繳保險費之防弊規定。詳言之，健保法第 8、9 條雖規定符合資格者應參加保險，但衡諸實際，不管是保險對象投保或保險人承保，皆應允許合理之辦理期間，不可能要求保險對象必須在符合資格之當下立即投保，或保險人應在保險對象符合資格之時點完成承保，否則顯然昧於現實而過於苛刻。例如針對新生嬰兒，實務上從未要求父母必須在嬰兒出生當天完成投保，而是准許父母於完成嬰兒之出生登記後再辦理投保<sup>418</sup>，

<sup>418</sup> 參照 健保署北區業務組，前揭註 376，頁 18。



健保署則在收到投保申請後，進行相關審查以完成承保程序，再寄發作為保險憑證之健保卡。由是觀之，既然投保申請與完成承保實際上都需要合理之辦理期間，然因全民健保涉及人民分散與健康相關生活事故之風險與損失，具有重要之目的，其生效時點不應因為保險對象辦理投保或保險人完成承保之期間而有先後差異，否則勢必產生保障上之漏洞，自有必要以健保法第 14 條第 1 項規定，明定保險關係均自合於資格事實發生時起算。此外，在社會康保險應避免發生逆選擇之本質上，健保法第 14 條第 1 項規定，對於未依法參加保險者，也同時具有避免發生逆選擇之效果，乃屬當然。另且，參照行政處分雖通常生效於處分作成後，惟作成撤銷違法處分之行政處分時，該撤銷處分依同法第 118 條本文規定，原則上得使違法處分溯及既往失效，法例上亦非不存在行政處分係生效於處分作成前之例外情形。從而，立法者應是基於劃一保險生效時點以避免造成保障上之漏洞，同時為避免惡意不參加保險而發生逆選擇之不利情形，始特別訂定健保法第 14 條第 1 項，使健保署所為承保表示之行政處分，例外具有溯及於作成前生效之效力。準此，採「行政處分說」之學者，主張健保法第 14 條第 1 項係使保險關係在行政處分成立後，溯及至保險對象合於投保條件時生效之特別規定，應值贊成。

又學者主張應以健保署應製發保險憑證之行為作為行政處分，結論上可資贊同，然如考慮健保卡係保險對象持以作為已參加全民健保之證明，持用目的在於向健保醫事服務機構提示以辨認是否具有領取全民健保保險給付之資格<sup>419</sup>，故在健保卡上僅記載姓名、照片、出生日期與身分證號碼等用以識別持卡人之人別資料，並無其他有關保險關係權利義務內容，例如被保險人類別、眷屬資格、投保金額、保費負擔比率等記載。是此，如以保險人製發保險憑證作為行政處分，確實如論者所批評，或將使保險對象無從依健保卡之記載瞭解有關保險關係之權利義務內容，進而難以據此對健保署提出行政爭訟<sup>420</sup>。然而，觀察實務上在製發保險憑證時，並非僅單純將健保卡寄送或交付保險

<sup>419</sup> 醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象前往特約醫事服務機構就醫或分娩時，應繳驗保險憑證及足以證明身分之文件。

<sup>420</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 111。

對象，而係併同於健保署函文寄送，是如能在該函文上，除目前已記載之「健保卡使用補充須知」外，另將保險對象之投保資格、投保金額、保費負擔比率，甚至參加保險之生效時點、救濟教示等也加入記載，不僅無窒礙難行之處，亦能以此函文作為附記理由之行政處分，藉此解決上述問題<sup>421</sup>。至論者批評健保署係將健保卡寄交投保單位，而非保險對象，具有書面處分未執行送達相對人程序之問題<sup>422</sup>，則由於健保卡在 IC 卡化後，原有之「全民健康保險憑證管理須知」已於 2004 年 1 月 1 日廢止，依現行有效之「全民健康保險保險憑證製發及資料存取管理辦法」規定，健保署已不再將健保卡交由投保單位進行轉發，而是直接以保險對象作為收受者寄送，也不會產生過去未執行送達程序之問題<sup>423</sup>。何況，從權利救濟觀點言，直接以健保署核發健保卡之行為作為行政處分，也比持「公法上債之關係說」者認為必須迂迴地先向健保署申請確認投保資格，再以健保署確認後之決定作為行政處分而加以爭訟，更為明確且具有實效。

最後，如參考德國法定健康保險於 2007 年改革後引進「選擇費率方案」之經驗，為尊重被保險人在保險關係中之權利主體地位與自主決定權，允許保險人得在全民健保之法定保險給付項目外，另以自費加入保險給付之選擇方案，則經由被保險人所選擇加入之給付方案部分，自係基於被保險人與保險人間之意思表示合致所成立，在法律構造上應為行政契約關係。

## 第二節 全民健保之保險給付

健保法第 40 條第 1 項明定：「保險對象發生疾病、傷害事故或生

<sup>421</sup> 目前健保署首次製發健保卡時，係以函文附上健保卡方式交寄「保險對象」本人（並註明其是否為某被保險人之眷屬），且在函文中明記「請確認卡片個人資料」、「健保卡使用補充須知：本卡可載入就醫紀錄，供醫事人員診療參考，如台端不同意，可於各鄉鎮市公所或本署各地服務據點設置之讀卡機設定密碼，若密碼忘記，為確保資通安全，請至本署各地服務據點解碼」等語。另筆者推測健保署未在寄發健保卡之函文中記載投保資格、投保金額、保費負擔比率等涉及保險關係重要事項之理由，或係在於大多依照被保險人之申請內容納保，而認為依行政程序法第 97 條第 2 款，毋須再為理由上之重複記載。

<sup>422</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 110；蔡維音，前揭註 312，頁 14。

<sup>423</sup> 筆者實際於 103、104 年為家中新生兒辦理投保後，均由健保署以新生兒名義寄交健保卡，且因健保署以掛號寄送，於筆者前往郵局領取時，郵局人員甚至要求必須提出收件人本人之身分證，嗣經筆者說明新生兒無身分證後，始能以戶籍謄本核對後領得健保卡。

育時，健保醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第 2 項訂定之醫療辦法、第 41 條第 1 項、第 2 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」，除明示保險對象在發生保險事故時，具有依保險關係請求保險給付之權利外<sup>424</sup>，也明示全民健保之保險給付係採取下述之基本設定：(一)保險給付原則上為「醫療服務」，也就是對保險對象提供「實物醫療給付」；(二)實物醫療之保險給付是由健保醫事服務機構向保險對象提供，而非由保險人為之<sup>425</sup>。

至於作為例外之金錢給付，則為健保法第 55 條所定之「核退自墊醫療費用」，亦即保險對象如在保險實施區域內因緊急傷病或分娩而須在非健保醫事服務機構立即就醫、於保險實施區域外罹患經公告之特殊傷病或發生不可預期之緊急傷病、分娩而須在當地之醫療機構就醫、於暫停給付期間在健保醫事服務機構診療、分娩並已繳清保險費等相關費用或在非健保醫事服務機構就醫且有前述二種情形、於健保醫事服務機構診療或分娩且因不可歸責之事由致自墊醫療費用，以及自行負擔之住院費用累計已超過年度最高金額時，應由保險人將保險對象所自墊之醫療費用核定後退還。此外，「核退自墊醫療費用」是全民健保目前唯一提供之「金錢給付」，相較於德、日制度還提供包括就醫時之交通費用、飲食或生活所需之療養費、填補薪資損失之津貼等金錢給付，亦見全民健保提供之金錢給付不僅在內容上極為有限，目的上更是為填補保險對象獲取實物醫療所支付之費用，而非為對應保險對象在醫療以外之其他需求，例如因發生保險事故所遭受之所得減損。

<sup>424</sup> 學者進一步指出，由於社會福利給付帶有實現重分配國民所得之目的，使得國民能支配之所得連帶地隨著社會給付之實施而受限縮，特別是需要國民以自我負擔所交換得來之給付，國民自然會將之視為權利。參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 96；蔡維音，前揭註 154，頁 100。

<sup>425</sup> 學說上有認為，社會健康保險之參加者只要發生傷害或疾病等保險事故發生，即有受領保險給付之權利，毋需保險人另外作成具有法律效果之行政決定，參照 太田匡彥（1999），〈權利・決定・対価（1）〉，法學協會雜誌，116 卷 2 号，頁 239。惟本文以為，當保險對象主觀上認為已發生疾病、傷害或懷孕分娩等保險事故時，雖然能自行前往健保醫事服務機構要求診治，但是否得以受領實物醫療給付，仍有待健保醫事服務機構判斷該保險對象是否確實發生保險事故與應提供如何之給付，考量健保醫事服務機構係基於與保險人間之契約關係來履行上開之判斷義務，亦即判斷權限係由保險人委由健保醫事服務機構行使，則可否當然認為保險對象受領實物醫療給付前，毋須經過任何關於給付之決定，或有斟酌餘地。



## 第一項 保險給付基本原理之建構

本文認為建構保險給付之基本原理，或可從「權利主體」與「程序主體」二個不同面向進行思考，前者係討論對於保險給付權利主體之保險對象，應提供如何程度之給付，始能合於其等參加社會健康保險所應獲得之醫療需求，後者則在探討關於保險給付之具體內容在程序上應由何人決定形成，亦即保險給付決定權之歸屬問題，以下分論之。

### 第一款 權利主體面之思考

由於在社會健康保險中，參加者是以被保險人負擔保險費作為對價，而在保險事故發生時具有向保險人請求保險給付之權利，藉以分散保險事故帶來之損失，並獲得對於醫療需求之保障，故在討論保險給付之基本原理時，自應顧及參加者加入保險之需求。此外，由於保險給付之資金基礎主要來自於被保險人繳納之保險費，同時也不能忽視與保險給付具有連動關係之保險費收取，可能對於被保險人所產生之權利限制效果。

#### 第一目 適正給付之提供

社會健康保險是為避免人民在發生傷害、疾病或懷孕分娩等與健康相關之生活事故時，為取得醫療與維持生活而陷入經濟困境，乃運用保險原理集合參加者成立分散風險與損失之共同體，透過向所有參加者收取保險費作為主要之資金基礎，並在保險事故發生時提供預定之保險給付，藉以保障參加者之醫療需求。是以，為確保上述加入社會健康保險之目的得以實現，保險給付自應在內容上能夠滿足參加者對應傷病或分娩懷孕之醫療需求，否則倘若參加者受領保險給付後，仍然需要額外之醫療，難免會因必須為此支出費用，而同樣有陷入經濟困境之危險，將使參加社會健康保險以獲得醫療需求保障之事失去意義。是此，當社會健康保險提供實物醫療作為保險給付時，其給付

內容應使參加者能後獲得對應傷害、疾病或分娩懷孕等事故所需之醫療照顧，倘若提供金錢給付時，則必須確保參加者能憑以在市場上購入所需之醫療照顧。然而，究竟如何程度之醫療，始為參加者在發生保險事故時「所需」之醫療照顧，或許應從下述角度進行思考。

首先，從參加者之立場，當發生傷害或疾病等事故時，其主觀上必然希望能夠回復健康，亦即藉由保險給付獲得足以排除一切身體或心理機能上障礙之醫療。然就現實而言，醫學畢竟存有界限，由傷害、疾病或懷孕分娩所帶來之身體或心理上障礙，不僅可能難以治癒，甚至屬於不可逆之情況。是此，參加者在發生保險事故時「所需」之醫療照顧，自然不能只限於對於疾病、傷害等所造成之障礙狀態具有治癒效果者，也應納入雖然不能治癒，但具有改善或緩解之效果者。惟進一步考慮到個別參加者對於健康狀態之定義與期待往往因人而異，故上述是否對於身心障礙狀態具有治癒、改善或緩解效果之醫療，自應從客觀角度，基於醫學專業進行判斷。

其次，隨著醫學之不斷進步發展，各種藥物、醫材、檢查與處置方式日趨多樣，對於特定之傷害、疾病或障礙狀態，不僅可能具有不同之治療方式，且在治療效果、副作用與價格上，也多有不同。於是，在醫學上可能提供從最基本到最高端之各項醫療中，社會健康保險究應以如何之標準或程度進行取捨，必須在保障參加者權利與避免被保險人負擔過重之保險費間，取得適當均衡。

申言之，在保障參加者權利方面，社會健康保險既然是為實現人民之生存權保障，且生存權更具有主觀權利之效力，要求國家必須確保人民之最低生存需求不至匱乏，自可藉此確立社會健康保險之給付內容，無論如何不得低於參加者為對應傷害、疾病或分娩懷孕等事故所需要之最低限度醫療照顧<sup>426</sup>。然而，除生存權保障外，社會健康保險尚有履行國家對於人民醫療需求照顧義務之憲法意義，係為實現對於人民健康權之客觀性保障，再加上基於憲法保障自由權之理念，應尊重參加者以負擔保險費作為取得保險給付對價所具有之權利主體地位，因此在保險給付之程度上，自不能僅止於單純由生存權推導出

<sup>426</sup> 參照 蔡維音，前揭註 62，頁 67-69。

之最低限度醫療照顧，否則將與單方面受領給付之社會救助制度無從區別。從而，社會健康保險之保險給付，自應從最低限度醫療照顧之程度，向上提升至足以確保參加者之「基礎醫療照顧」<sup>427</sup>。具體言之，只要是參加者因傷害、疾病或懷孕分娩所出現之不適症狀或身心機能缺陷等健康障礙，可以透過特定之醫療服務、藥品或材料之提供，獲得經一般公認之醫學專業知識認定為普遍具有治療、改善或緩解之效果，同時屬於安全可行者，均應屬於上述「基礎醫療照顧」之保險給付範圍<sup>428</sup>。相對於此，非為治療傷害、疾病所造成之健康障礙（例如美容治療<sup>429</sup>）、非一般公認醫學專業知識認為屬於普遍具有治療、改善、緩解之效果（例如試驗療法<sup>430</sup>），或不屬於安全可行之醫療方法者，則不在「基礎醫療照顧」之範圍內。

惟同時考慮到保險給付所需費用仍來自於保險費收入及部分之公庫負擔，過度之保險給付自應相應收取高額之保險費或投入高額之公庫資金，無可避免會造成人民之財產自由與自我決定權進一步受到限制，可能導致參加者之個人利益在集體利益下受到不當犧牲，並排擠國家利用財政資源追求其他政策目的<sup>431</sup>。是此，參考德國比較法之經驗，除以上述「基礎醫療照顧」作為保險給付之程度外，另要求保險給付必須具有「必要性」及「經濟性」，以避免保險財政之不斷膨脹，應具有相當之說服力。其中前者之「必要性」，係指保險給付之內容，不得逾越為治療或改善參加者之健康障礙所需且不可或缺之醫療照顧，後者之「經濟性」，則指當存在多數具有相同治療或改善效果之醫療時，應選擇其中成本費用較低廉者作為保險給付。抑且，由於醫學不僅涉及專業，更高度重視臨床上之個別判斷，故在判斷醫療給付是否具有「必要性」與「經濟性」，除應依循一般公認之客觀醫學知識外，亦應盡量尊重在第一線醫療工作者之臨床判斷，以確保參加者獲得適當醫療之權利。又「經濟性」之要求，不能僅單純基於成本效益之經濟觀點，逕以費用高低作為唯一標準，蓋其適用是以具有

<sup>427</sup> 參照 許宗力，前揭註 155，頁 162；邵惠玲，前揭註 19，頁 142-143。

<sup>428</sup> 參照 笠木映里，前揭註 34，頁 16-17。

<sup>429</sup> 健保法第 51 條第 3 款規定參照。

<sup>430</sup> 健保法第 51 條第 7 款規定參照。

<sup>431</sup> 類似見解，參照 黃舒芃，前揭註 150，頁 32；蔡茂寅（2010），〈財政收入總論（下）〉，月旦法學教室，87 期，頁 58-59。

相同改善或治療效果而存在多數之醫療方式為前提，故倘若對於特定傷害、疾病或障礙狀態僅有唯一可行之醫療方式，或各種醫療之效果不盡相同，自不能以經濟性為理由，逕將價格昂貴之醫療方式排除在保險給付範圍外<sup>432</sup>。

最後，社會健康保險或全民健保之給付，需以具有財源基礎為實現前提，理論上雖應「量出為入」，亦即相應於給付所需之費用支出調整保險費率以獲取充足收入，然不可否認保險財源之獲得，尤其是保險費率之調整，往往在政治干預下難以理性對處，現實上的確產生「逆向決定保險給付範圍」之結果<sup>433</sup>。

## 第二目 合理尊重參加者選擇醫療之自由

相對於保險費負擔係被保險人在保險關係中之義務，保險給付則具有權利性格，故參加者發生保險事故時，雖然具有請求保險給付之權利，但並無接受或僅能接受保險給付之義務，仍得本於主觀認知，自由選擇自己認為需要之醫療服務。因此，除為防止醫療資源濫用、避免參加者因資訊弱勢而無法充分自主決定、保障參加者平等受給付之權利等正當目的所必要者外，不應使保險給付之制度設計或規定，反向產生限制參加者選擇醫療自由之效果。何況，為避免造成過高之保險費收取，社會健康保險之保險給付僅提供「基礎醫療照顧」範圍內之醫療，且必須合於「必要性」與「經濟性」之要求，然參加者不因為加入社會健康保險，即喪失接受高端或舒適醫療服務之機會，仍應享有選擇使用昂貴藥品、高價材料或入住特別病房之可能，以追求諸如減少副作用、增加生活品質、減緩治療不適等利益。

<sup>432</sup> 如以此檢視罕見疾病藥物應否納入全民健保給付之爭議，例如於 2014 年 10 月間發生全民健保是否應提供治療「非典型溶血性尿毒症候群」之高價藥物問題（參照 財團法人罕見疾病基金會網站，網址：[http://www.tfrd.org.tw/tfrd/library\\_d/content/id/1236](http://www.tfrd.org.tw/tfrd/library_d/content/id/1236)，最後瀏覽日：9/25/2017），倘認為倘該藥物確為治療上所需要，自屬「基礎醫療照顧」之範圍，且現實上若無其他可為替代並具有相同效果之其他藥物或治療方式時，則不論該藥物價格多昂貴，均應納入全民健保之保險給付，不能僅以該藥物將造成全民健保之沉重支出，就從經濟效益觀點逕予排除。

<sup>433</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 595。





### 第三目 及時決定與救濟之程序機制

社會健康保險之保險給付內容主要為實物醫療，且保險人在經營成本與效率考慮下，通常透過與現存之醫療機構締約後向參加者提供實物醫療給付，並在多數情形下，因疾病、傷害或分娩懷孕所帶來之危害往往具有需即時處理之需要，保險人乃將保險事故是否發生及應提供如何保險給付之判斷，交由實際負責診治之醫療機構進行，僅在決定支付醫療費用時實施事後審查。是此，在保險人進行「事後審查」之給付事例中，一方面由於參加者在保險人進行審查前已實際受領保險醫療給付，另一方面在醫療機構之專業優勢下，參加者對於醫療機構之決定及所提供之保險給付內容，通常也難有置喙餘地，最多只在建議範圍內享有若干選擇可能，故縱使保險給付在事後審查階段經保險人認定不符而遭剔除，不利結果當然不能由對給付內容不具決定權之參加者承擔。於是，參加者對於適用事後審查之給付，現實上既未受到不利益，自不至於發生應如何尋求救濟之問題。至於參加者如經締約之醫療機構拒絕提供給付，實際上也多會選擇改往其他醫療機構就醫，而非向保險人尋求給付決定之救濟。

然而，部分特殊或昂貴之醫療服務、藥品或醫材，為避免遭到濫用，可能必須經過保險人之「事前審查」始得提供，此時如該給付項目涉及參加者重大健康障礙之回復或改善，甚至攸關生命維持之重要利益，自有必要設立及時之決定與救濟程序，以避免因審查與救濟之延滯，造成參加者之健康或生命受到重大危害。

### 第四目 參加者之平等保障

在憲法平等權保障規定之拘束下，參加者請求保險給付之權利，不得受有不合理之差別待遇。對此，大法官曾在釋字第 485 號解釋理由書中明示：「國家應提供各種給付，以保障人民得維持合乎人性尊嚴之基本生活需求，扶助並照顧經濟上弱勢之人民，推行社會安全等民生福利措施。前述措施既涉及國家資源之分配，立法機關就各種社



會給付之優先順序、規範目的、受益人範圍、給付方式及額度等項之有關規定，自享有充分之形成自由，斟酌對人民保護照顧之需求及國家財政等社會政策考量，制定法律，將福利資源為限定性之分配」，雖該號解釋之標的並非針對社會健康保險或全民健保，然依學者多數說見解，在所有關於社會安全之立法上皆有適用，值為參考<sup>434</sup>。

## 第二款 程序主體面之思考

從程序面而言，保險給付之具體內容，尤其是實物醫療給付之項目，其決定權應如何歸屬，頗值檢討。

### 第一目 依「法律保留原則」賦予立法者決定權

大法官釋字第 524 號解釋曾以「全民健保為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅」為理由，明示全民健保之保險給付應適用法律保留原則，以法律或授權命令定之，並受法律明確性原則、命令明確性原則、授權明確性原則與轉委任授權禁止等原則拘束<sup>435</sup>，可謂

<sup>434</sup> 大法官曾在釋字第 472 號解釋中，明示全民健保「基於整合公勞農保之醫療給付」，以「建立全國單一、公平之健康保險體系」，已有強調全民健保之保險給付應符合「公平性」之要求。學說見解參照 林炫秋，前揭註 171，頁 329；郭明政，前揭註 176，頁 206-207。

<sup>435</sup> 大法官釋字第 524 號解釋首先揭示：「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」等原則，並以此認定：(一)修正前(下同)健保法第 39 條之「非給付範圍」規定，立法目的在於明確規範給付範圍，故主管機關應參酌同條第 1 款至第 11 款所具體列舉不給付項目之立法意旨，就同條第 12 款關於「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，事先加以公告；(二)健保法第 31 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 102 條之規定辦理」，內容過於廣泛，違反法律明確性原則，且依此授權訂定之醫療辦法，應屬有關門診或住院診療服務之事項，惟 1995 年 2 月 24 日發布之醫療辦法，卻涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務事項，又在法律無轉委任之授權下，以該辦法第 31 條第 2 項將「高科技診療項目及審查程序」委由保險人定之，已逾越母法之授權範圍；(三)健保法第 41 條第 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」，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，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違；(四)健保法第 51 條之「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，不得以此作為不予保險給付範圍之項目依據。

將保險給付之決定權賦與立法者<sup>436</sup>。本號解釋結論上具有定紛止爭之效果，也值得贊成，然未能具體指出保險給付在大法官所建構之「層級化」法律保留體系中<sup>437</sup>，究竟涉及參加者如何之基本權利，因此需適用法律保留原則，以法律或授權命令定之，在理由上構成難謂完整，應予以進一步探討。

首先，大法官之前固然曾在釋字 434 號解釋中，認為公教人員保險中之「養老給付」，係將被保險人所繳付保費之一定比率提撥後，作為類似於全體被保險人存款之累積，而受憲法第 15 條之財產權保障，及在其後之釋字第 568、609 號解釋中提到：「勞工依法參加勞工保險及因此所生之公法上權利，應受憲法保障」，並據此宣告行政機關以函釋限定投保勞工必須在保險有效期間內罹患特定傷病且死亡者，其受益人始得請領死亡給付，係增加法律所無之限制，違反法律保留原則，惟上開解釋之內容與論理，尚難逕為社會健康保險或全民健保之保險給付援用。詳言之，由於公教人員保險或勞工保險之「養老給付」為年金給付，「死亡給付」則為取代養老給付之金錢給付，性質上均屬終身保障性質之定額給付，且受給付者通常得以預期作為保險事故之老年或死亡勢將發生，亦對於給付內容（金錢數額）有一定程度之預見，故此類給付明顯具有期待權或期待保障之性質，顯然與社會健康保險主要提供之實物醫療給付，目的在於保障具有偶發性之傷害、疾病或懷孕分娩等事故所造成之風險與損失，參加者也通常無從預期保險事故之發生及保險給付之內容，存有差異。何況，於大法官釋字第 434 號解釋作成當時之公教人員保險，係提供生育、疾病、傷害、殘廢、養老、死亡及眷屬喪葬等七類保險給付（1995 年 1 月 28 日公布施行之公教人員保險法第 3 條規定參照），然該號解釋僅明言其中之「養老給付」應受憲法第 15 條之財產權保障，卻未提到性質上與全民健保給付相當之疾病或傷害給付，更可見難以憑本號解釋

<sup>436</sup> 有學者指出，在社會給付行政領域中，也應適用法律保留原則之理由，在於憲法雖課以國家保障人民基本權利及提供必要生存基本條件之義務，卻未對於給付條件、給付對象及給付範圍設有明確規定，因此在法治國之精神下，國家之行政給付對人民而言如同行政介入，自然必須依法給付，以避免國家或行政機關依照特別之好惡，而對特定對象或族群作出違反平等原則之給付或不給付決定；參照 謝榮堂，前揭註 162，頁 136-137。

<sup>437</sup> 關於「層級化法律保留」之說明，可參 大法官釋字第 443 號解釋理由書；張道義，前揭註 393，頁 29-41。

推論大法官已肯認全民健保之保險給付，應受憲法第 15 條之財產權保障<sup>438</sup>。

相較於大法官解釋迄未有所明示，學說上多數見解認為全民健保之保險給付，應受憲法財產權之保障。詳言之，學說上引介德國聯邦憲法法院在 1980 年「年金期待權保障判決」中所示見解，認為公法上具有財產價值之權利，包括條件、期限已成就之權利或尚未成就之期待權，並非均為憲法財產權之保障對象，僅在該權利具有得為權利主體支配使用之個人支配性，且是基於個人以繳納保費等形式之先前給付所形成，並作為確保權利人之生存而提供時，才能認定是受到憲法保障之財產權。如以此標準檢視，由於全民健保之保險給付具有由保險對象支配之性質，也就是基於被保險人繳納保費之先前給付所形成，更是為確保保險對象之生存而提供，自得認為屬於憲法第 15 條財產權保障之範圍<sup>439</sup>。

本文認為，學說上透過上述標準肯認保險給付應受憲法「財產權」保障，強調參加者是以保險費作為取得保險給付之對價，同時明揭保險給付是為保障參加者之生存所需，自值贊同。惟全民健保係國家基於人格尊嚴之生活保障、社會國原則與對於生存權、健康權保障之規定，為履行對於人民之醫療需求照顧義務所而實施，且保險給付更是實現國家上開義務之具體手段，是以在財產權外，亦應認為保險給付並涉及人民之生存權與健康權，始屬完整。準此，在大法官解釋建構之「層級化」法律保留體系下，由於保險給付涉及人民之財產權、生存權、健康權等權利，應適用相對法律保留原則，以法律或授權命令進行規範<sup>440</sup>。然而，誠如學者所另行指出，全民健保之保險給付雖涉

<sup>438</sup> 參照 郭明政，前揭註 176，頁 196-198；陳英鈴，前揭註 22，頁 95。

<sup>439</sup> 參照 陳愛娥，前揭註 180，頁 10-11；張道義（2003），〈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，73 期，頁 16-19；陳英鈴，前揭註 28，頁 95-98；孫迺翔，前揭註 154，頁 454-455、482。惟雷文玫教授介紹美國聯邦最高法院雖認為社會保險給付應具有財產權之地位，但由於並非一種「掙得的權利（earned property right）」，政府固然不得以恣意專斷之理由，剝奪被保險人所應享有之給付，惟認定「恣意專斷」之標準非常寬鬆，原則上採取合憲推定，只要差別待遇具有「合理基礎」就不至於違憲，並據此肯認全民健保給付雖具有強制性及重分配等不同於傳統財產權之差異，但不因此影響其作為憲法財產權保障之範圍。參照雷文玫，前揭註 226，頁 114-119。

<sup>440</sup> 既認為全民健保之保險給付應適用相對法律保留原則，則無論是法律、行政命令或法律中之授權規範，亦必須合於「明確性原則」之要求，此係源自於憲法第 23 條之法律保留原則所當然，其目的的一方面在於使受規範對象「可理解」及「可預見」法規之構成要件及效果，始有遵循規

及受憲法保障之財產權，但因適用相互扶助原理，保險費之計算無關於參加者發生保險事故之機率，而是取決於參加者之經濟能力，保險對象無從期待所繳保費與將來之保險給付間具有一定之關連性，實物醫療給付也無法如同金錢給付一般，透過法定公式算定其內容，再加上立法者應對於給付之要件享有相當之形成自由，故財產權保障之效力上勢必受到較多限制<sup>441、442</sup>。

在法治國原理要求下，保險給付既涉及參加者受憲法保障上述權利，且保險給付不僅只是醫療專業決定，更涉及國家資源分配與醫療資源配置之價值取捨等問題，應適用法律保留原則，由立法者以法律或授權命令加以規範，已如上述<sup>443</sup>。然而，如進一步考慮到保險給付之內容主要為實物醫療，而現實上各種實物醫療之服務、藥品與醫材等項目，不僅種類繁多，且用途各異，更因醫學之快速進步具有快速變動之特性<sup>444</sup>，另在應否及如何使用醫療之判斷上，也勢必涉及醫學上之高度專業性與技術性。是此，囿於立法者之能力、法律之文字構造以及立法程序之繁瑣，顯然無從期待能以法律文字對於保險醫療給

---

範內容及自行行為負責之可能，同時也賦與司法者事後對於法規內容之「可審查性」，藉以充足對人民權利之保障。準此，大法官釋字第 524 號解釋在法律保留原則外，進一步要求保險給付之法規範，無論是健保法、依健保法授權訂定之醫療辦法及健保法中之授權規定，皆應受到明確性原則之拘束，結論上自屬當然。

<sup>441</sup> 大法官曾在釋字第 472 號解釋曾明示：「全民健康保險制度應如何設計，則屬立法裁量之範圍」，其所謂「全民健保制度之設計」，應包括保險給付部分在內，自不待言。另參 孫迺翊，前揭註 154，頁 481-482；陳英鈴，前揭註 22，頁 97-98；蔡維音（1999），〈全民健保之合憲性檢驗：評釋字第 472、473 號解釋〉，月旦法學雜誌，51 期，頁 183。參照 雷文玟，前揭註 226，頁 114-116。

<sup>442</sup> 法律保留原則除以保障人權之法治國原理為立基外，尚有源自於功能結構取向之解釋，亦即透過比較立法機關與行政機關在組成結構與決定程序上之差異，以及法律與行政命令在規範結構上之差異，劃分國家事務之決定權限，將之交由具有適合功能之機關行使。詳言之，考慮到制定法律之國會較能夠反映不同利益之折衝，且在立法程序上之要求嚴謹，並對行政行為具有「他制」之制衡作用，反之行政命令則因行政權以文官系統作為運作基礎而具有分工、專業之優勢，訂定程序簡便而得為靈活、快速之反應，應認為對於基本權利之實現係屬重要，或從受規範人數、影響作用時間、對於國家之財政影響、公共爭議性、變更現狀幅度等標準，可認為係具有公共事務之重要性者，必須適用法律保留原則。如從功能性標準出發，由於全民健保之保險給付涉及人民生存權與健康權之實現程度，且涉及之保險對象不僅人數眾多，更多屬長期參加保險，國家亦以補助保險費之形式投入相當資金作為保險給付之基礎，並攸關保險費之資金應如何透過保險給付分配問題，當為重要性之公共事務，結論上也可以導出應適用法律保留原則。關於功能結構取向之解釋，可參 許宗力（1993），〈論法律保留原則〉，氏著，《法與國家權力》，增訂二版，頁 138-141、179-195，台北：月旦。

<sup>443</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 43，頁 422。

<sup>444</sup> 張道義教授為文指出，考慮醫學科技日新月異，新治療方法及藥材不斷問世，生活上亦可能出現新疾病，全民健保必須對於這些事實隨時因應調整，故健保法及授權命令，自應兼顧前述醫療科技與疾病之變動因素，針對「新保險給付項目」預作規範，以使其納入保險給付之範圍，成為保險對象行使醫療給付請求權之標的。參照 張道義，前揭註 439，頁 37-38。

付之內容與提供條件，甚至是對於授權規定為鉅細靡遺之明確規範，勢必需要大量且廣泛地授權具有專業能力之行政機關以命令補充，否則難以避免保險給付出現僵化、缺乏因應能力等問題<sup>445</sup>。

從而，在保險給付適用法律保留原則之意義，應不在於不切實際地強行要求立法者明確且逐一規範各項醫療服務、藥品、醫材之具體內容與給付條件，而是應要求立法者必須明確化參加者之權利內容，藉以提供充分之保障。換言之，本文認為在法律保留原則之要求下，立法者應以法律明示保險給付之「原則性標準」，也就是參加者發生保險事故時所得領取保險給付之程度，即本文前述合於「必要性」與「經濟性」要求之「基礎醫療照顧」，並同時規範參加者為實現該保險給付所應遵守之程序與方式。如此之規範方式雖看似寬鬆，但已能使參加者事先「理解」並「預期」社會健康保險提供之給付界限，以利參加者在發生保險事故前，能夠判斷保險給付是否得以滿足個人對於健康及醫療照護之需求，進而決定要不要再投保商業醫療保險或進行金錢儲蓄等作為補充，也能在保險事故發生後，知悉實現其保險給付所必需之程序與方式，同時賦與司法機關判斷行政機關依立法者授權所具體化之各項給付規定，以及在保險給付發生爭議而進入個案爭訟時，提供具有規範效力之審查標準，藉此足以對參加者上述權利提供充足保障。

## 第二目 依「保險事業自治」賦予付費者決定權

保險給付除應適用法律保留原則外，另有主張應參考德國建立與實施法定健康保險之經驗，採行保險事業自治之原理，賦與保險付費者在法律允許之範圍內，對於保險給付內容具有決定權<sup>446</sup>。如依本文前述討論，可知保險自治原理具有正當化相互扶助原理、強化相互扶助意識、確保公共利益妥適形成與促進保險事業經營效率等優點，倘

<sup>445</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 28，頁 258-259。陳英鈞教授進一步指出，全民健保之給付規範，在合理範圍內透過不確定法律概念、裁量、一般條款或施行細則，授與行政機關決定權，乃屬無可避免，司法者對於立法者之授權規定，應肯定行政機關需具有廣泛之裁量權，頂多只能進行「可支持性審查」。參照 陳英鈞，前揭註 22，頁 92-93。

<sup>446</sup> 參照 黃舒芃，前揭註 150，頁 32。

能賦予保險付費者具有一定之決定權，理論上固然對於維持制度之健全運作有所助益。惟保險事業自治之採行除在現階段具有現實上之困難外，且考慮保險給付之內容除與保險費率高低、保險事業之經營成敗有關外，更往往涉及價值判斷之選擇問題，則應如何確保自治之結果不至於犧牲少數參加者之利益，同時合於醫學專業之理性判斷，也值得審慎思考。是此，基於保障個別參加者權利之觀點，應認縱使採行保險事業自治之原理，也只能在法律允許之範圍內允許付費者自治決定，且應受到行政機關之監督，以免出現不公平或偏離醫學專業之問題。

### **第三目 提供「醫療給付方案」之選擇賦予個別參加者決定權**

如為尊重個別參加者之權利主體性與健康自主規劃自由，應可參考德國於 2007 年改革之經驗，賦與參加者得以自費選擇加入特定之醫療給付方案。如此一來，參加者雖然對於各方案內所提供之具體醫療項目，或許未能有置喙之空間，然畢竟仍可基於自由意志選擇是否加入該醫療給付方案，在此意義下，可謂係將保險給付內容之部分決定權，交由個別參加者自為行使。

## **第二項 全民健保保險給付之規定與檢討**

本文以下將歸納整理全民健保關於保險給付之規定，再以前述保險給付之基本原理檢討。惟筆者不具醫學背景，因此無法對於個別保險給付之具體內容，進行妥適與否之評論，應先說明。

### **第一款 現行規定之內容**

依健保法第 40 條第 1 項規定，保險對象在發生保險事故時，具有依保險關係請求保險給付之權利外，且保險給付原則上為「實物醫療給付」，並由健保醫事服務機構向保險對象提供，僅在同法第 55 條設有唯一例外之金錢給付，亦即「核退自墊醫療費用」，業如前述。又從給付與否之效果作為區別，可將全民健保之保險給付分為提供給

付之「正向給付規定」，以及不提供給付之「負向給付規定」。首先，針對「正向給付規定」中之「實物醫療給付」部分，有關保險對象在健保醫事服務機構之就醫程序、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，係由健保法第 40 條第 2 項前段係授權衛福部訂定「醫療辦法」辦理，至於指明保險對象所能享有具體之醫療服務、藥品或醫材項目內容，則依同法第 41 條第 1、2 項，係以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、藥物提供者等代表共同擬訂（藥物部分並得邀請藥物提供者、專家與病友團體代表表示意見），再交由衛福部核定發布之「醫療服務給付項目及支付標準」及「藥物給付項目及支付標準」加以規範。由是觀之，健保法並未自行規定實物醫療給付之醫療服務種類（例如門診、住院、手術、處置、檢查、藥物、醫材）及個別項目（特定之藥物或醫材品項、手術術式、檢查或處置方式），也非授權衛福部以「醫療辦法」訂定，而是在上述之「醫療服務項目及支付標準」與「藥品給付項目及支付標準」中訂明<sup>447</sup>。此外，針對「正向給付規定」之「金錢給付」部分，依健保法第 56 條第 2 項之規定，係授權由衛福部訂定申請核退之文件、程序、應遵行事項及核退基準，且法文上既言明「核退基準」，解釋上可知保險人係按該基準核退醫療費用，並非將保險對象

<sup>447</sup> 健保法修正前，係以第 31 條規定授權主管機關訂定發布「醫療辦法」，決定保險對象發生保險事故時，得領取由保險醫事服務機構提供「門診或住院診療服務」及「持處方箋至藥局調劑藥物」之內容，醫療辦法並進一步以第三章第 23 條以下之規定，概括地正面表列有關各類醫事服務機構得提供之醫療服務「類別（種類）」（例如醫事服務機構中之診所，依該辦法第 23 條規定，得提供診察、檢查（驗）、處方藥或處方箋之給與、治療材料之給與、一般治療處置、復健治療、精神科治療、門診手術、產前及產後檢查、分娩、新生兒照護、血液透析、輸血等醫療服務項目）。至於各類醫事服務機構在上述醫療辦法所定之醫療服務「類別（種類）」中，可對於保險對象提供醫療服務之具體項目，係規定於依修正前健保法第 51 條第 1 項授由主管機關訂定之「醫療費用支付標準及藥價基準」。簡言之，保險對象發生保險事故時，究竟得領取如何之醫療實物給付，實際上係由醫事服務機構依「醫療費用支付標準及藥價基準」之規定提供。然「醫療費用支付標準及藥價基準」，依修正前健保法第 50 條第 1 項：「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」之規定，應係用於規範在全民健保之三面法律關係中，有關保險人與醫事服務機構間特約關係之權利義務內容，此亦可由修正前健保法 51 條第 1 項規定醫療費用支付標準及藥價基準，應「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」，並未將保險對象及雇主等付費者代表納入一事，得到相同結論。因此，大法官釋字第 524 號解釋乃揭示「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」等意旨，進而促成健保法修正後在保險給付規範結構上之改變。比較法上，日本社會健康保險所提供之醫療給付，在法律上也未有定義性之規定，而是將醫療給付之具體內容與給付醫療機構之報酬，規定在由厚生省大臣經諮問「中央社會保險醫療協議會」後公告之「診療報酬點數表」中，與我國修正前之規範方式相似。參照 笠木映里（2011），〈混合診療問題：平成 23 年最高裁判決を契機として〉，法學セミナー，681 号，頁 47。

支付之醫療費用全數退還<sup>448</sup>。

相對於此，健保法在「負向給付規定」方面，基於明確化保險給付權利範圍、免於全民健保承受非常態事故之不可預期損失、避免資源浪費與重複給付造成不當利益等考量，乃對於不向保險對象提供保險給付之情形，設有較明確之規定，並可進一步區分為「事故除外」、「項目除外」與「歸責事由除外」<sup>449</sup>。申言之，在「事故除外」部分，依健保法第 52 條規定，如保險事故係「因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災」所導致者，不適用本保險，明文將非常態發生之戰爭，以及已由政府專款補助之天災所造成之傷害、疾病及分娩懷孕，排除在保險事故範圍外。次在「種類除外」部分，立法者為限定保險給付範圍，避免提供重複、資源浪費或不合於保險目的之醫療服務，乃於健保法第 51 條明定下列 12 款項目，不屬於保險給付之範圍：(一)依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目；(二)預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目；(三)藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術；(四)成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品；(五)指定醫師、特別護士及護理師；(六)血液；但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限；(七)人體試驗；(八)日間住院，但精神病照護，不在此限；(九)管灌飲食以外之膳食、病房費差額；(十)病人交通、掛號、證明文件；(十一)義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具；(十二)其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物<sup>450</sup>。末在「歸責事由除外」部分，健保法第

<sup>448</sup> 全民健保自墊醫療費用核退辦法第 6 條規定：「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之」，明定自墊醫療費用之核退標準，係依照保險人就該醫療服務對於健保醫事服務機構所支付之醫療費用，而非保險對象實際墊付之金額。

<sup>449</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 3，頁 14。

<sup>450</sup> 健保法第 51 條第 12 款所定「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」之不給付項目，依大法官釋字第 524 號解釋，在性質上係作為補遺條款，除應「事先公告」以明確給付範圍外，內容上更應參酌同條第 1 款至第 11 款具體列舉不給付項目之立法



53 條明列 4 款因保險對象具有可歸責事由，故不予保險給付之情形：  
(一)經診斷並通知出院而繼續住院者；(二)不當重複就醫或使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之健保醫事服務機構就醫，且無緊急情況者；(三)經事前審查認係非醫療必要之診療服務或藥物者；(四)違反就醫程序者。

又全民健保之保險給付，除適用「事前審查」之給付外，保險對象可在健保醫事服務直接受領，毋須事先徵得保險人之同意。至於應適用「事件審查」之保險給付，健保法已依照釋字第 524 號解釋意旨修正，就適用事前審查之項目與基準，於第 42 條第 3 項明定為「醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞」者，且將「情況緊急」排除在外，並以同條第 4 項將使用事前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，授權由保險人與被保險人等代表共同擬訂，並由衛福部核定發布之「醫療服務與藥品給付項目及支付標準」規範。

## 第二款 現行規定之檢討

如以本文前述關於保險給付之基本原理，分別從權利主體面與程序主體面檢視，對於全民健保之給付規定或可為以下之評價與建議。

### 第一目 權利主體面之檢討

健保法雖明文賦與保險對象在保險事故發生時，具有受領由健保醫事服務機構提供實物醫療給付之權利，但對於實物醫療給付之程度或標準，卻未設有明確規範，且在主管機關依授權訂定之「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥品給付項目及支付標準」中，也只技術性列舉各種給付之醫療服務、藥品或醫材品項與相應點數，亦未加以揭示。因此，由於在保險給付範圍之相關爭議中，囿於欠缺檢視之原則性標準，使得保險人與保險對象間，甚至是保險對象相互間之衝突與歧見難以理性解決，不僅不利於相互扶助意識與保險制度健全運作

---

意旨訂定，並非得由保險人、健保法或主管機關任意決定，且應提供司法者事後審查之基準。

之維持，更讓司法機關缺乏合理適當之事後審查標準。對此，孫迺翊教授明確指出，近年來全民健保總是出現擺盪於效率或公平、普及性或自我負責、合理負擔與醫療保障、罕見疾病及藥物是否應納入給付等價值選擇或爭議問題中，其根節無非因為健保法「未建立健保資源配置優先順序決策機制」、「給付之公平性與配置效率待加強」、「資源配置改革以供給者為主要對象，對民眾之醫療利用較少規範」，然全民健保之資源配置優先順序畢竟涉及基本價值選擇，資源配置之改革亦牽涉到保險人、被保險人與健保醫事服務機構三方面之利益折衝，理應由法律明確加以規範，以作為行政機關訂定命令或與健保醫事服務機構協商間之準則<sup>451</sup>。準此，本文認為由於明示保險給付之程度或標準，不僅能讓權利義務關係明確化，也有利於參加者理解加入後可以獲得之保障範圍，並預先作成健康方面之自主規劃，更使司法者對於給付之相關爭議得為有效之事後審查，自應在健保法中增訂規範，明定全民健保之實物醫療給付應為合於保險對象「基礎醫療照顧」之所需，且符合「必要性」與「經濟性」之要求，並在修法前，先由主管機關在「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥品給付項目及支付標準」為總則性之揭明。

其次，依健保法第 45 條第 2 項規定，保險對象就醫療給付中之「特殊材料」部分，得換用較具有耐久性、方便性或舒適性之醫材（全民健保辦理自付差額特殊材料之作業要點第 3 點規定參照），另第 51 條第 9 款也僅將保險對象入住非保險病房時之「差額」排除在保險給付範圍外，且保險對象選擇使用「特殊材料」或入住「非保險病房」時僅需「自付差額」，毋須支付全額費用，藉此減輕保險對象之費用負擔，自屬「合理尊重參加者選擇醫療自由」之立法，然需注意要求健保醫事服務機構在實施上，應遵循維護保險對象醫療資訊與自主決定權之規範。又在上述「特殊材料」與「非保險病房」以外之其他醫療項目，法令上雖未有明文，惟實務上亦允許保險對象自由選擇非屬保險給付範圍之醫療項目，但需自行負擔全額之費用，而非僅支付與保險給付項目間之差額（詳見本文下述有關「併用醫療」容許性之討論）。對此，本文認為結論上得以正面評價為尊重保險對象之選擇自

<sup>451</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 308 文，頁 253-254。

由，然因欠缺明文之法令規範，可能產生濫用醫療資源或無法充分保障病患資訊權與自主決定權等問題，自宜增加管制健保醫事服務機構建議保險對象接受自費醫療之相關規範。

又全民健保之實物醫療給付，大多由健保醫事服務醫療機構直接向就診之保險對象提供，保險人僅在支付費用時進行事後審查，且由於保險對象在醫療過程中畢竟居於相對弱勢之地位，故健保醫事服務機構已提供之實物醫療給付倘在事後審查時遭到剔除，應由健保醫事服務機構承擔不利結果，健保法對此於第 54 條明定：「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」，以免爭議。此外，健保法第 42 條第 3 項本文規定，具有高風險、價格昂貴或易遭濫用之醫療服務及藥物等實物醫療給付，健保醫事服務機構「應於使用前報經保險人審查同意」，亦即此類給付必須經過保險人之「事前審查」，然為避免因此損及保險對象之權益，同條項但書乃將「情況緊急者」排除，再搭配依健保法第 63 條第 2 項授權訂定之「醫療核付及審查辦法」第 25 條第 2 項更規定，保險人如收受申請後 2 週內未為核定者「視為同意」，明示未能及時完成事前審查之不利結果不應課由保險對象承擔，可謂在「及時決定程序」建立上，已有相當完整之規範。至於對於適用事前審查之給付項目所適用之救濟程序，健保醫事服務係依照「醫療核付及審查辦法」第 32 條進行申復，保險對象則依照健保法第 6 條第 1 項規定提起爭議審議，然無論申復或審議都未能因應事前審查之特殊性設有特別規定，故保險人對於申復僅需在 60 日內完成核定（醫療核付及審查辦法第 32 條第 2 項），全民健康保險爭議審議委員會也僅需在 90 日內完成審議之審定，如考慮傷害、疾病或懷孕分娩等往往具有應及時處置之現實需求，是否緩不濟急，確值存疑，似應針對適用事前審查之給付項目，另行增設即時救濟程序，以維護保險對象之權利。

末在平等權保障方面，因全民健保僅以健保署作為單一保險人，所有參加者均加入同一保險制度而適用相同之給付規定，故在保險給付內容與受給條件上並未存在差異，不至於產生保險給付內容上之不

平等問題，此為全民健保所具有之顯著優點。然而，對於偏遠或醫療資源缺乏之地區，仍應考慮保險給付之實現可能行，審慎評估有無改以公醫制度取代之必要。



## 第二目 程序主體面之檢討

大法官在釋字第 524 號解釋中已明示全民健保之保險給付應受法律保留原則、內容與授權明確性等原則之拘束，並據以指摘依修正前健保法第 51 條授權訂定之「醫療費用支付標準及藥價基準」，僅係就特約關係「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」，不得將之援用在保險關係中「作為不保險給付範圍之項目依據」。為此，健保法乃在修正時先將上開「醫療費用支付標準及藥價基準」改為「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，並在第 40 條第 1 項、第 62 條第 1 項中明文授權以「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，規範保險關係中之保險給付範圍與特約關係中之醫療費用支付<sup>452</sup>。此外，搭配健保法對於不給付項目及保險對象就醫時之部分負擔已有明確規定，並另以第 40 條第 2 項授權衛福部訂定「醫療辦法」，規範保險對象受領實物醫療給付之程序、輔導及提供方式，應可謂現行健保法對於保險給付之規範，在法律保留原則與授權明確性原則之遵循上，不

<sup>452</sup> 惟蔡維音教授質疑立法者是否有意以修正後之健保法規定，授權衛福部訂定「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，並使之具有界定保險給付範圍之角色與功能，也質疑修法內容導致全民健保之給付範圍，由原本之正面概括規定，改變為以法規命令為列舉規定，造成某項醫療給付項目是否「必需」，醫師將不再具有專業認定與斟酌空間，而皆由健保署抽象規定，健保醫事服務機構未來將只能「按表操課」，完全依據「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」所定條件來實施給付，失去過往在診療過程中協助保險人界定醫療給付對特定患者是否必需之專業決定空間，壓縮醫師在醫療過程中之自主性；參照 蔡維音，前揭註 62，頁 125-126。然本文認為一方面健保法第 40 條第 1 項已明定：「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.....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」，另比較該授權命令之名稱在修正後特別增加「給付項目」等字語，應可推認立法者確實有意以授權訂定「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，來具體化全民健保之實物醫療給付內容。其次，參照現行「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」中，對於給付或不給付條件，亦即關於適應症或非適應症之規範密度十分寬鬆，也未因本次修法而有重大之實質改變，且臨床上保險對象是否合乎該適應症或非適應症之描述，仍需經由實際診治之醫師進行判斷，是否可謂修法結果造成健保醫事服務機構與醫師失去原有之醫療自主與專業判斷空間，淪為機械式履行衛福部或健保署所預定之保險給付內容，尚值斟酌。

至於存在太大問題。

抑且，為強化衛福部訂定「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」之程序正當性，健保法第 41 條第 1、2 項更設有進行審議式民主與保障利害關係人參與之機制，明定「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，應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（後者並得另邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見），再經主管機關核定後發布。惟由於「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，均涉及保險對象請求保險給付之公法上權利，性質上屬於「法規命令」，雖經上述共同擬訂後發佈，仍應適用行政程序法中關於法規命令訂定與修正之程序，包括得由人民或團體提議訂定修正（該法第 152 條）、應公告周知並賦予人民陳述意見之機會（該法第 154 條），及依職權舉行聽證（該法第 155 條）。再者，為變更保險醫療給付項目而修正「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」時，如屬增加給付項目之情形，由於對人民權利具有增益性質，通常不至於引起太大之爭議或反彈，只需注意遵守上開程序規定，同時配套解決增加給付項目所需之財政來源。反之，在刪減現有給付項目之情形，不論刪除後是否提供替代或類似之選擇，因對於保險對象之保險給付權利造成不利影響，不僅應遵守上開程序，使保險對象、健保醫事服務機構或醫療從業人員，能在共同擬訂或公告程序時充分陳述意見，甚至能在聽證階段參與及提出文書證據外，並應考量對於目前受領該項醫療服務或藥品之保險對象權益保護，尤其針對罹患「長期慢性病」之保險對象，應具體考慮包括刪除之項目是否為治療其罹患傷病所必要、有無合理之過度期間與替代項目等因素。

相較於保險給付在賦與立法者決定權之法律保留原則方面，已有上述完整之規範，全民健保目前或受限於現實問題，並未實施保險事業自治，保險付費者因此不具有保險給付之決定權，至多僅能透過代表在「健保會」中，參與形成保險給付範圍之審議，但在代表之產生方式上，卻仍存在本文前述欠缺正當性之問題。此外，全民健保之保

險給付內容均為法定，個別參加者無從選擇自費加入特定之醫療給付方案，對於保險給付內容不具決定權或選擇之可能。由是觀之，或可謂現行全民健保在保險給付規範決定權歸屬之劃分上，僅重視於遵循法律保留原則，但對於保障付費者程序參權與尊重參加者權利主體地位，尚未有所慮及，難謂充分。

### 第三款 實物醫療給付之提供者

全民健保之保險對象在保險事故發生時，具有依保險關係向保險人請求保險給付之權利，又保險給付原則上為實物醫療給付，且除在健保署自行設立之聯合門診中心就診者外，大多係在健保醫事服務機構受領實物醫療給付。然如從法律關係之角度進行檢討，保險對象在健保醫事服務機構所受領之實物醫療給付，究係由保險人基於保險關係，透過縮短給付之過程而直接向保險對象提供，抑或是由健保醫事服務機構間基於與保險對象間另行成立之醫療關係，而向保險對象提供，值為釐清。

對此，本文認為由於社會健康保險之參加者人數眾多，且實物醫療給付之內容更屬複雜，故在經營成本、實現可能與效率等考量下，保險人勢必需要利用現存之醫療機構，以向發生保險事故之保險對象提供給付。此外，疾病、傷害及分娩懷孕等事故不僅在發生上具有偶然性，大多也有即時處置之必要，保險人於是不得不將是否發生以及應提供如何之實物醫療等，委由健保醫事服務機構進行認定判斷。由此以觀，作為保險人之健保署對於健保醫事服務機構向保險對象所提供之實物醫療給付，不僅事前掌控能力有限<sup>453</sup>，且在醫療實施之過程中，更幾乎無涉入或進行監督之可能，則在如此之現實情況下，若謂個別保險對象所受領之實物醫療，實際上是由保險人所提供，僅透過

<sup>453</sup> 蔡茂寅教授認為，全民健保之保險事故是否發生是由保險對象自行認定，且保險給付亦由健保醫事服務機構逕行提供，造成擔任保險人之健保署對於保險給付之掌控能力相當有限，因此保險人對於抑制保險醫療給付浪費之努力，往往只是事倍功半，確值贊同。參照 蔡茂寅，前揭註 11，頁 240-241、281。然而，本文認為保險事故是否發生之判斷權，法律上應係交由健保醫事服務機構行之，而非保險對象，畢竟僅有健保醫事服務機構具有確認是否發生疾病、傷害或懷孕分娩所需之醫學專業，且實際上健保醫事服務機構進行診察後，認為保險對象未發生傷病而不提供保險醫療給付，也不向保險人申領費用之情形，亦非難以想像，似見保險對象至多僅有請求判斷保險事故是否發生之發動權。

縮短給付而由健保醫事服務機構代為履行，似乎忽略保險人在給付前事實上從未有任何關於給付與否與給付內容之判斷，也未對於健保醫事服務機構給予指示，更未在給付實踐過程中存有監督可能，進而產生悖離現實之質疑<sup>454</sup>。

再者，社會健康保險之制度目的，雖在於保障人民之醫療需求，然在市場經濟模式下，能否滿足醫療需求之問題，現實上無非在於需求者能否支應醫療所需之費用，故保險人只要能夠支付醫療供給者相對應之費用，自足以確保參加者獲得醫療，尚無自行提供醫療服務之必要。何況，如認為實物醫療給付是由保險人依據保險關係提供，還可能造成保險人在醫療糾紛之案件中，產生是否應自行或與健保醫事服務機構連帶向保險對象負損害賠償責任之問題，對於控制個別保險給付能力有限之保險人而言，不僅欠缺課以損害賠償責任之正當性基礎，也會造成保險支出因必須納入賠償支出或準備金而膨脹增加，導致保險費率隨之提高，對保險對象實非有利。

綜上，本文認為保險對象受領之實物醫療給付，應係由健保醫事服務機構基於其與保險對象間之醫療關係所提供，保險人基於保險關係，並無對於保險對象提供實物醫療給付之義務，而是擔保將依照保險人與健保醫事服務機構間之特約關係，對健保醫事服務機構支付保險對象受領實物醫療所需之費用，藉此確保保險對象能在前往健保醫事服務機構就醫時，取得所需之醫療服務、藥品與醫材<sup>455</sup>。換言之，

<sup>454</sup> 惟在適用「事前審查」之醫療服務或藥物給付時，由於健保署事前已對於健保醫事服務機構能否提供給付之事進行判斷與指示，或許只能從健保署縱使同意給付，也無法在給付即實施醫療或給予藥物之過程中，具有監督健保醫事服務機構之可能，因而認為該項目之給付仍應以健保醫事服務機構作為提供者，僅保險人要求在實施前必須先經過事前審查，否則將不支付費用。

<sup>455</sup> 學說上多認為社會健康保險之參加者或全民健保之保險對象發生保險事故時，得在與保險人締約之醫療機構直接受領實物醫療給付，但似未進一步說明在法律關係上，該實物醫療給付究係來自於保險人或醫療機構之給付；例如 蔡茂寅，前揭註 3，頁 13；李玉君（2008），〈全民健康保險制度之回顧、檢討與再造〉，月旦法學雜誌，153 期，頁 44；笠木映里，前揭註 447，頁 44。惟張道義教授曾為文指出：「保險人依法提供（保險對象）的保險給付，實質上等同於醫事服務機構的專業醫療服務」，似認為實物醫療給付之提供應為保險人之義務；參照 張道義，前揭註 439，頁 25。另張桐銳教授也認為，考量社會健康保險為確保參加者能不受資力影響而獲得醫療服務，法律上安排不是只有由保險人承擔醫療費用之單一選項，且保險對象就醫時之醫療費用內容與數額，也不是由健保醫事服務機構與保險對象以契約決定，而是受到「醫療服務給付項目及支付標準」及「藥物給付項目及支付標準」之規範，況健保醫事服務機構申報之醫療費用如果遭到健保署核刪，亦不能轉向接受醫療之保險對象求償，故健保署對於保險對象所負有之義務，應為經由特約建立健保之醫療體系，以確保保險對象能夠獲得及時而充分之實物醫療給付，而非提供金錢性質之醫療費用償還；參照 張桐銳（2017），〈全民健保法律關係之再檢討：評臺北高等

全民健保對於保險對象發生傷害、疾病或分娩懷孕時之醫療需求，係以提供經濟面或資金上協助之方式來實現其醫療保障，至於實物醫療之提供者，仍為與保險人成立特約關係之健保醫事服務機構<sup>456</sup>。



### 第三項 保險醫療給付與自費醫療之併用

受領保險給付雖為社會健康保險參加者之權利，但並非參加者之義務，故參加者選擇醫療之自由，不會因為加入社會健康保險而受減損，參加者當然可以選擇不受領社會健康保險所提供之金錢或實物醫療給付，自行負擔費用接受醫療服務（下稱「自費醫療」）。惟真正成為問題者，在於參加者可否在同一治療過程中，選擇部分接受保險實物醫療給付，部分使用自費醫療，也就是可否併用保險醫療給付與自費醫療。如為肯定時，參加者對於自費醫療之費用，究應全額負擔，或僅需負擔與保險醫療給付間之差額，以下詳論之。

#### 第一款 現行規定及實務運作

健保法第 45 條第 2 項規定：「保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額」，並於第 51 條第 9 款明定「病房費差額」非屬保險給付之範圍，可見立法者明文允許保險對象得在受領保險實物醫療給付時，選擇接受非屬給付範圍之「保險人認定之特殊材料」<sup>457</sup>及入住「非

---

行政法院九十八年度簡字第八二六號判決》，月旦法學雜誌，269 期，頁 155-156。相對於此，蔡維音教授與江朝國教授明確表示，保險對象受領之實物醫療，應係由健保醫事服務機構基於醫療契約關係所提供，至於保險人所提供之保險給付內容，則是向保險醫事服務機構承擔或償還保險對象就醫之醫療費用，且蔡維音教授更進一步將保險人之上述給付內容定性為金錢給付，並認為如此解釋始能避免保險對象之觀念錯誤而產生錯誤期待，以及尊重醫師專業、符合實際就醫過程、合於風險界定之政策考量，並解決保險求償問題；參照 蔡維音，前揭註 62，頁 90-102；江朝國，前揭註 2，頁 89-90。此外，張桐銳教授另提出，健保署係向保險對象提供實物給付，然實物給付之內容不是醫療服務或藥品，而是整備相關機制使醫療服務或藥品能夠向保險對象提出之行為義務；參照 張桐銳（2005），〈行政法與合作國家〉，月旦法學雜誌，121 期，頁 42-43。

<sup>456</sup> 參照 加藤智章，前揭註 135，頁 193。另蔡維音教授認為健保署除負有向醫事服務機構償還醫療費用之金錢給付義務外，尚有保障保險對象對於醫療資源之可近性、確保醫療服務品質等實物（勞務）給付義務。參照 蔡維音，前揭註 62，頁 83-93。

<sup>457</sup> 依全民健保辦理自付差額特殊材料之作業原則第 3 點規定，列為自付差額之特殊材料，應較相同用途並已納入全民健保全額給付之既有特殊材料，具有增加耐久性、病人使用方便性、與設定設備儀器之相容性、客製化後之美觀或舒適性，抑或有利於監控病情等中之一項功能或效果，



保險病房」<sup>458</sup>，且僅需負擔該特殊材料或病房與保險付內容之差額。

至於在上述「特殊材料」與「非保險病房」之外，健保法等相關法令雖未明定保險對象在同一治療過程中，得否自由選擇將其他自費醫療與保險醫療給付併用。然而，參照衛福部與健保署曾在相關函釋中，明示如保險對象要求在適應症範圍外施打大量液體點滴注射（衛生署衛署中健字第 85052542 號）、使用高價之中醫藥材（衛生署衛署醫字第 84076532 號函）、使用自費藥品（健保署健保醫字第 84018191 號函）、對非適應症使用非離子顯影劑（健保醫字第 86003816 號函），或實施超過全民健保給付次數之產前檢查等（健保醫字第 87007671 號函）非屬給付範圍之醫療服務、藥品或醫材時，得於書立同意書後以自費方式辦理，應可認目前實務上確實允許保險對象得以負擔自費醫療所需之全額費用後，在治療過程中與保險醫療給付併用<sup>459</sup>。

## 第二款 日本法之比較

若從比較法研究之角度觀察，日本法上對於是否允許併用保險醫療給付與自費醫療，卻有完全不同之實施經驗。詳言之，日本健康保險法在 1984 年修正前，受限於戰敗後之經濟衰蔽造成保險財政之困難，保險給付範圍相當有限，故為維持參加者之醫療需求，只能容許參加者在接受保險醫療給付時，併用自費醫療作為補充。然而，隨著經濟復甦使保險給付之內容與範圍大幅擴充，實務上也經常出現醫院

---

且因價格昂貴而經認定無法納入全額給付者。又目前業經健保署認定及主管機關核定公告之特殊材料，例如耐久性生物組織心臟瓣膜（健保審字第 1030005194 號）、特殊功能人工水晶體（健保審字第 1030036258 號）、調控式腦室腹腔引流系統（健保審字第 1040004541 號）、塗藥或特殊塗層之血管支架（健保審字第 1040036307 號）、治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置（健保審字第 1050035023 號）。

<sup>458</sup> 特約醫院依健保法第 67 條第 1 項關於「特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之」規定，應設置一定比例之保險病房，並得在保險病房外，另設置一般病房，故保險對象住院時，可能入住非保險病房之一般病房。

<sup>459</sup> 參照 蔡維音，前揭註 154，頁 429；郭躍民（2009），〈健保醫療與自費醫療併用之容許性問題：日本法之比較考察〉，法令月刊，60 卷，頁 93-95。另大法官釋字第 524 號解釋所涉個案之事實，係聲請人因心臟神經異常前往特約醫住院接受「心導管溫度控制燒灼手術」，並經特約醫院要求聲請人就手術中非屬全民健保給付材料之「溫度控制燒灼導管」自付費用，惟聲請人認為該導管是手術中所不可或缺之材料，進而在行政訴訟敗訴確定後提起釋憲聲請。從而，由此案例事實觀察，由於健保署並非對於聲請人接受手術之全部費用均不給付，只是要求聲請人就該手術中一項不屬於給付範圍之材料自付費用，亦可證明實務上允許保險對象在接受保險醫療給付時，就部分醫療服務或醫材、藥品，選擇使用自費醫療。

與牙醫師向患者收取病床、高價齒科材料之差額，導致患者雖然參加社會健康保險，仍需在就醫時自付相當之醫療費，造成嚴重之負擔問題。為此，健康保險法於 1984 年修正時導入「特定醫療費」制度，規定參加者得在經厚生省認可之特定保險醫療機構（例如大學醫院）就醫時，選擇接受「高度先進醫療服務」，或在一般保險醫療機構就醫時，選擇接受經厚生勞動大臣指定之「選定醫療服務」，且由於「高度先進醫療服務」與「選定醫療服務」都不屬於社會健康保險之給付範圍，故參加者必須就其選擇接受之「高度先進醫療服務」或「選定醫療服務」自行負擔全額費用後，再由保險人對參加者提供現金給付之「特定醫療費」，以償還參加者所支付之部分費用。其後，東京地方法院認為有鑑於「特定醫療費」制度實施之背景，係在修正過去容許併用保險醫療給付與自費醫療所造成之就醫負擔問題，解釋上應可推論立法者具有「明示其一，排除其他」之意旨，乃於 1989 年作成判決，明示除適用「特定醫療費」制度之「高度先進醫療服務」及「選定醫療服務」外，參加者不得在就醫時選擇併用保險醫療給付與自費醫療。換言之，一旦參加者在治療過程中選擇使用任何非屬保險給付範圍之醫療服務或藥品，就必須對整個治療過程之所有醫療服務及藥品，包括原本屬於保險醫療給付之部分在內，自負全額之醫療費用<sup>460</sup>。

嗣健康保險法於 2006 年修正時，將原有之「特定醫療費」制度修改為「保險外併用醫療費」制度，規定如參加者在就醫時選擇接受屬於先進醫療技術，但是否納入保險給付尚有評價必要之「評價醫療服務」（相當於以往之「高度先進醫療服務」），或接受超過保險給付次數而需自費之「選定醫療服務」，應由保險人事後就參加者為此支付之醫療費用，提供現金給付作為部分之費用償還，並授權由厚生勞動大臣決定「評價醫療服務」與「選定醫療服務」之具體內容，以遵循 2004 年之內閣決議。抑且，本次修法雖稍微放寬例外容許參加者得併用自費醫療之範圍，但應未改變過去原則上禁止併用保險醫療給

<sup>460</sup> 參照 郭躍民，前揭註 459，頁 431-433；加藤智章等，前揭註 342，頁 163-164；岩村正彥（2004），〈社会保障法入門 5 9〉，自治実務セミナー，43 卷 6 号，頁 9；西村健一郎，前揭註 88，頁 173-174。

付及自費醫療之立場<sup>461</sup>。孰料東京地方法院於 2007 年 11 月 7 日作成平成 18 年(行ウ)字第 124 號判決，卻變更前揭 1989 年判決之見解，認為基於法律上未要求患者在治療過程中使用之各項醫療服務或藥品，必須視為一個整體加以處理，且行政機關訂定之診療報酬表，也是以個別之處置、檢查或藥品作為項目分別設定單位價格，尚非以對於特定傷害或疾病之整體治療過程作為計價單位，難認具有不可分之性質，再加上健康保險法規定之「特定醫療費」制度及修正後之「保險外併用醫療費制度」，其規範標的也僅限於特定之「高度先進醫療服務」、「評價醫療服務」或「選定醫療服務」，不及於非屬前述醫療服務之其他醫療項目，因此認定法律上未禁止參加者併用保險醫療給付與自費醫療<sup>462</sup>。

由於是否允許參加者併用保險醫療給付與自費醫療，涉及參加者之權益甚鉅，因此不僅法院判決曾出現上述正相反對之不同見解，學說也存在不同看法。多數學說採取「併用醫療禁止說」，認為基於「確保平等之醫療可接近性」與「保障居於醫療資訊弱勢地位患者權益」等考量，有鑑於醫療機構具有推銷患者使用自費項目以賺取收入之動機，患者因資訊弱勢處在顯著不對等之地位，通常難以拒絕，故為避免造成參加者就醫時過重之費用負擔，以及導致保險整體醫療費用支出膨脹，甚至形成對於經濟弱勢者之就醫障礙，雖然對於患者之選擇自由有所限制，仍應認為立法者於 1984 年修正健康保險法而導入「特定醫療費」制度時，已明確禁止參加者併用保險醫療給付與其他自費醫療<sup>463</sup>。相對於此，有學者著重於「尊重患者選擇醫療自由」與「緩

<sup>461</sup> 參照 笠木映里 (2006)，〈公的医療保険の給付範囲(一)〉，法学協會雜誌，123 卷 12 号，頁 2532-2533。

<sup>462</sup> 有關本判決全文內容，參照 日本裁判所裁判例情報網站，網址：[http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/375/035375\\_hanrei.pdf](http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/375/035375_hanrei.pdf) (瀏覽日期：05/03/2017)。

<sup>463</sup> 參照 遠藤久夫 (2003)，〈医療改革と市場原理〉，季刊社会保障，39 卷 2 号，頁 112-113；池上直己 (2003)，〈混合診療はなぜ難しいか〉，社会保険旬報，2172 号，頁 15；岩村正彦，前掲註 460，頁 8-13；笠木映里，前掲註 461，頁 2490-2491；笠木映里，前掲註 34，頁 16；加藤智章等，前掲註 342，頁 164；島崎謙治 (2013)，〈社会保障法判例社会保障法判例：単独であれば健康保険法 63 条 1 項所定の療養の給付に当たる保険診療となる療法と先進医療であり療養の給付に当たらない自由診療である療法とを併用する混合診療において，その先進医療が同条 2 項 3 号所定の評価療養の要件に該当しないためにその混合診療が同法 86 条所定の保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には，上記の保険診療に相当する診療部分についても保険給付を行うことはできないとされた事例[最高裁平成 23. 10. 25 第三小法廷判決]〉，季刊社会保障，49 卷 1 号，頁 149-150；中野妙子 (2010)，〈保険外併用療養費制度と混合診療〉，ジ

和政府對於醫療市場之管制」之考慮，主張在醫學高度發展之現狀下，應容許併用保險醫療給付與自費醫療，如此不僅有助於滿足患者對於醫療之多樣化需求，也可補充僵化、固定之保險醫療給付範圍，並至少在自費醫療部分創造醫療機構之競爭誘因，以提升醫療品質，而無禁止之實質理由<sup>464</sup>。

針對前述分歧之法院裁判與學說見解，日本最高法院第三小法庭於2011年10月25日作出「平成22年（行ツ）第19號判決」，明示保險醫療給付與自費醫療之併用原則上應受禁止，在實務上具有定紛止爭之效果。詳言之，本判決事實為原告即上訴人X於2001年9月起，為治療腎臟癌而在A保險醫療機構中接受「干擾素（interferon）治療」與「免疫細胞治療」，其中前者屬於保險醫療給付範圍，後者雖非屬之，但為健康保險法修正前適用「特定醫療費」制度之「高度先進醫療服務」。然而，由於X就醫之A機構非經認可得實施高度先進醫療服務之保險醫療機構，故X在A機構接受之「免疫細胞治療」，仍無法適用「特定醫療費」之規定。因此，A機構於2005年告知X依照厚生勞動省向來之見解，囿於「免疫細胞治療」非保險醫療給付之範圍，也不能適用「高度先進醫療服務」之規定，要求X必須就整個療程中之所有醫療負擔全額費用，包括原本屬於保險醫療給付範圍之「干擾素治療」，也無法再繼續對X進行「免疫細胞治療」。X受告知後，認為厚生勞動省禁止併用之見解違法，蓋其在治療過程中縱使選擇使用自費之「免疫細胞治療」，仍不應影響其接受屬於保險醫療給付之「干擾素治療」，乃對於被告即被上訴人Y（國家）提起公法上確認訴訟，請求確認其具有受領保險醫療給付之「干擾素治療」之法律上地位。

最高法院在本判決中認為，透過對於健康保險法修正時導入相關制度目的之歷史解釋，及就法律整體進行體系解釋，應認為除法律已有明文允許之特定情形外，併用保險醫療給付與自費醫療係一律受到禁止，故維持第二審駁回X請求之判決，駁回X之本件上訴。申言

---

ユリスト，1407号，頁170-171。

<sup>464</sup> 參照 八代尚宏（2006），《規制改革：「法と経済学」からの提言》，頁144-145，東京：有斐閣。

之，健康保險法第 86 條所定「保險外併用醫療費制度」適用之「評價醫療服務」與「選定醫療服務」，皆非同法第 63 條第 2 項規定之保險給付種類，而是在符合法定要件下，對參加者提供實質上相當於保險醫療給付內容之金錢給付。如從作為「保險外併用醫療費制度」前身之「特定醫療費制度」導入目的，係為適切調整提供必要性醫療服務之保險給付，以及經由患者選擇之適當性醫療，也就是必須確保保險醫療給付之安全性與有效性，同時避免患者因處於醫療資訊弱勢地位而產生不當之費用負擔，或因經濟狀況差異造成享有醫療可近性上之差別，更為防止保險醫療給付之範圍受限於保險財政而縮小，可見法律係將適合交由參加者自行選擇是否接受之自費醫療項目，明定為「選定醫療服務」，藉此追求醫療機構提供「選定醫療服務」與患者對應負擔費用間之適當運作。另現行之「評價醫療服務」或法律修正前之「高度先進醫療」服務，則是針對因不具一般普遍性而尚未納入保險給付範圍之先進醫療技術，必須交由經過確認係具備質量上高水準之醫療機關來實施，以確保該醫療技術之安全性與有效性，並由保險人對於患者提供特定醫療費之制度，故基於與選定醫療服務部分相同之要求，亦即確保保險醫療給付之安全性與有效性，避免患者產生不當之費用負擔或享有醫療可近性上之差別，及防止保險醫療給付範圍受限於保險財政而縮小，藉此追求特定醫療機構提供先進醫療技術與患者對應負擔費用間之彈性運作。有鑑於此，雖然無法僅從健康保險法第 86 條關於「保險外併用醫療費制度」規定之文義，直接導出法律上原則禁止併用保險醫療給付與自費醫療，然從該制度之旨趣與目的，以及對健康保險法之全部內容進行體系解釋，應能得出上開禁止之結論。因此，當參加者併用保險醫療給付與不符合「保險外併用醫療費制度」規定之其他自費醫療時，其所接受醫療服務之全部，不僅限於自費醫療部分，連原本屬於保險醫療給付之部分，都不屬於保險給付範圍。準此，當參加者在保險醫療給付外併用涉及先進醫療技術之自費醫療，考慮法律目的在於徹底抑制具有威脅保險醫療給付安全性及有效性，同時也避免對患者產生不當費用負擔之醫療行為，可見只有在合乎法律明定「評價醫療服務」之特定情形下始能允許，並據此對參加者支付與評價醫療服務相當之保險醫療給付內容所需費



用，故若不符合「評價醫療服務」要件時，則不僅限於對於患者所接受之自費醫療部分提供相當於保險醫療給付內容之費用，而是一切之保險醫療給付皆不提供。最後，關於健康保險所提供之醫療給付內容，基於確保醫療之安全性、有效性等品質與受到財源上之制約，不得不在保險醫療給付之範圍上為合理之限制，故併用保險醫療給付與自費醫療原則上受到禁止之上述法律解釋，並非不合理之差別待遇，也未侵害患者選擇治療之自由，亦未有何顯著不合理之處。從而，由於X不是在經由厚生勞動大臣認可之保險醫療機構中，實施屬於先進醫療技術之「免疫細胞治療」，不合乎「特定醫療費制度」或「保險外併用醫療費制度」之適用要件，依照上開法律解釋之說明，其無從受領任何保險醫療給付，故其上訴請求確認對於原本屬於保險醫療給付範圍之「干擾素療法」應具有受領之法律上地位，為無理由<sup>465</sup>。本文推論，由於日本最高法院上開判決見解，與前述學界多數採取禁止併用保險醫療給付與自費醫療之結論大致相同，可見除非法律另有修正，不然禁止併用參加者保險醫療給付與自費醫療將成為日本通說。

### 第三款 本文見解

參考上述日本法上之相關討論，可知應否容許併用保險醫療給付與自費醫療之問題，應從形式上有無禁止之法律依據及實體上之利益衡量結果進行檢討。申言之，由於禁止併用保險醫療給付與自費醫療，具有限制保險對象請求保險給付權利之效果，依大法官釋字第524號解釋所示見解，形式上必須有法律或授權命令作為依據，始能合於法律保留原則之要求。相對於此，如法律或授權命令中並無限制併用之規定時，保險對象得即自由選擇併用。其次，併用保險醫療給付與自費醫療之容許性問題，涉及「尊重患者選擇自由」、「確保醫療品質」、「維持平等醫療可近性」、「避免不當醫療費用負擔」等不同價值之衡量，也與概念上應否將參加者在治療過程中所接受之各項醫療服務、藥品與材料，視為一個整體而不可分之醫療行為有關。

<sup>465</sup> 參照 日本裁判所裁判例情報網站，網址：[http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/724/081724\\_hanrei.pdf](http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/724/081724_hanrei.pdf)（瀏覽日期：05/06/2017）。

首先，在法律保留原則部分，健保法第 45 條第 2 項及第 51 條第 9 款既係規定，保險對象選擇使用經保險人認定之「特殊材料」或入住「非保險病房」時，僅需負擔與保險給付間之價格差額，故保險人仍必須就保險對象所選擇使用之「特殊材料」與「非保險病房」，向健保醫事服務機構支付相當於保險給付項目之費用，再由保險對象自行向健保醫事服務繳納不足之差額，可見在法律構造上，與日本健康保險法規定參加者選擇使用非保險給付之「評價醫療服務」或「選定醫療服務」後，須自行向醫療機構支付全額費用，事後再由保險人向參加者提供金錢給付之特定醫療費作為部分償還，顯然不同。因此，相較於日本健康保險法關於「評價醫療服務」與「選定醫療服務」之規定，應解釋為法律例外允許並列舉參加者選擇接受特定之自費醫療項目後，能獲得保險人提供金錢給付作為費用填補之情形，健保法規定之「特殊材料」與「非保險病房」，則應理解為法律明示保險人對於保險對象所選擇接受之自費醫療項目，應負擔部分費用之情形。此外，健保法目前明文允許保險對象得自由選擇接受保險外之醫療服務僅限於「特殊材料」與「非保險病房」，並不包括居於醫療關鍵地位之「醫療服務」與「藥品」，則從主觀解釋之角度觀察，立法者應無意僅在如此狹隘之範圍內，允許保險對象選擇與保險醫療給付併用<sup>466</sup>。從而，本文認為從法律保留原則進行檢視，現行健保法並無限制保險對象在接受保險醫療給付時併用自費醫療之規定。

其次，從實體面之價值衡量而言，日本法上雖提出確保保險醫療

<sup>466</sup> 進一步觀察立法過程，健保法第 45 條第 2 項係源自於行政院提出之健保法草案第 43 條第 1、2 項關於「同有效成分或同功能類別之藥物，保險人得以同一價格支付；新增列之藥物，保險人得訂定給付上限」、「前項藥物，被保險人得選用高於保險人支付之同一價格或給付上限者，並自付其差額」，提案理由之重點為「鑑於新科技、高價藥品及特材不斷引進，惟因價格昂貴，在全民健康保險醫療資源有限之情況下，保險人無法適時予以收載。另因現行並無差額負擔之法源依據，被保險人要求使用尚未納入給付之品項時仍須全額負擔，亦未盡合理，爰有訂定差額負擔法源之必要」，同時亦有黃淑英等、楊麗環等、劉建國等立法委員提出類似之草案內容，惟在立法院社會福利及環境衛生委員會於 2001 年 1 月 4 日進行逐條討論之二讀程序時，經國民黨團動議修正為現行條文後通過。準此，雖然健保法第 45 條之立法理由僅記載：「照國民黨黨團所題修正動議條文通過」，未明示當初立法者將草案中之「藥物」改為「特殊材料」之緣由，然從上述草案之提案理由中，已明示係為解決倘保險對象「要求使用尚未納入給付之品項時仍須全額負擔，亦未盡合理，爰有訂定差額負擔法源」，可知健保法第 45 條訂定之目的，係為解決過往實務上保險對象選擇自費醫療項目後，需負擔全額費用所可能造成之不合理結果，而使保險對象選擇特定之自費醫療項目時，得僅負擔其與保險醫療給付項目間之差額，也就是立法者是為放寬保險對象選擇自費醫療，而非限制或禁止。

給付之安全性與有效性、避免對患者產生不當之費用負擔或醫療可近性上之差別，及防止保險醫療給付範圍受限保險財政而縮小等，作為禁止併用保險醫療給付與自費醫療之理由。然而，保險對象在治療過程中選擇接受之自費醫療項目，雖非保險給付之內容，然仍屬受到醫療法規管制之醫療行為，也就是在醫學專業上經主管機關認可使用之醫療服務、藥品或醫材，理應具有一定之安全性與有效性，除非有醫療疏失或不可預期等例外情形，否則不至於損及保險醫療給付之安全性與有效性。何況，醫療必然具有風險，無論如何安全之處置或藥物，都可能產生併發症或嚴重之副作用，此不論在保險醫療給付或自費醫療均相同。因此，論者有謂患者接受自費醫療後如發生嚴重之併發症或造成額外之傷害，還是必須動用全民健保之醫療資源進行救治，導致最後不利益結果仍由全民健保承擔之批評<sup>467</sup>，是否忽略縱使患者全部接受保險醫療給付，同樣無法避免因醫療之不確定性而產生併發症或傷害，亦必須為此投入額外之保險醫療給付，實難以此作為禁止併用自費醫療之充分理由。至於保險對象可能因為選擇併用自費醫療而產生不當之費用負擔問題，應由衛生或醫政主管機關進行行政管制以求解決，如果僅因可能有部分不肖之醫療從業人員，過度推銷患者接受不必要之自費醫療而產生不當之費用負擔，即全面禁止併用自費醫療，似乎存在違反比例原則之疑慮，尤其在社會健康保險僅提供參加者「基礎醫療照顧」程度醫療之前提下，更難認為患者為追求較高端醫療或舒適生活品質之目的而接受自費醫療，皆屬造成患者不當費用負擔之醫療項目。又縱然保險醫療給付與自費醫療之併用受到禁止，只要不是所有自費醫療都受限制，仍然可能產生醫療可近性之差別問題，蓋富者仍可以全部自費之方式接受醫療，而在醫療可近性上，優於使用保險醫療給付之參加者<sup>468</sup>，且如因允許併用部分自費醫療而造成現實上之醫療可近性差異，亦應考慮對形成之原因進行修正或管制即可，尚無全面禁止之必要<sup>469</sup>。準此，以限制保險醫療給付與自費醫

<sup>467</sup> 參照 報導者網站 (9/28/2017)，〈子宮鏡濫用 / 自費黑洞；2 公分肌瘤硬開到裝葉克膜〉，網址：<https://www.twreporter.org/a/uteroscope-abuse> (最後瀏覽日：10/10/2017)。

<sup>468</sup> 參照 笠木映里，前揭註 447，頁 46-47。

<sup>469</sup> 報載臺大醫院前院長李源德將與數位教授、醫師開設不提供病患全民健保醫療服務，而採完全自費醫療之「醫者診所」，在引發一定關注之同時，也出現是否會透過醫療人脈關係，讓患者能拿到轉診單後，插隊到醫學中心接受全民健保醫療給付之疑慮。參照 蘋果新聞網站



療併用之方式，追求上述「確保保險醫療給付之安全性與有效性」、「避免對患者產生不當之費用負擔或醫療可近性之差別」等目的，難免有不適合或不具有手段目的間合理關係之質疑。

再「防止保險醫療給付範圍受限於保險財政而縮小」之看法，雖具有相當之說服力，惟此係與日本診療報酬制度之內容與運作方式有關。申言之，日本社會健康保險之參加者，雖在現實上享有範圍廣泛之實物醫療給付，但未明文受到法律保障，蓋實物醫療給付之項目係規定在厚生勞動大臣訂定之診療報酬點數表中，另健康保險法第 82 條第 1 項則規定厚生勞動大臣在訂定該點數表前，應先向由保險人代表、被保險人代表、醫師等醫療供給者代表與公益代表組成之「中央社會保險醫療協議會」進行諮詢，縱使是非屬保險給付範圍而適用「特定醫療費制度」之「評價醫療服務」與「選定醫療服務」，也在進行諮詢之範圍內，使得在實務運作上，「中央社會保險醫療協議會」成為醫療市場上買方與賣方代表進行交涉協商之重要場所，其諮詢結果也具有事實上之重要影響力。準此，由於「中央社會保險醫療協議會」之各方代表，是以原則上禁止參加者併用保險醫療給付與自費醫療作為前提，因而形成應盡量將一般性有效且適切之醫療項目納入保險醫療給付範圍之想法，尤其對於醫療供給者代表而言，既然法律禁止併用，將使參加者選擇接受自費醫療之意願顯著減少，故為取得醫療報酬及費用，自然會努力設法促使各種醫療服務或藥品材料，盡可能納入保險醫療給付之範圍。從而，法律上禁止併用保險醫療給付與自費醫療，透過「中央社會保險醫療協議會」之組成與運作，事實上造成並確保日本社會健康保險醫療給付範圍廣泛，避免因保險財政而受到減縮之不利結果<sup>470</sup>。相對於此，考量我國全民健保施行至今，實務上都未曾禁止併用保險醫療給付與自費醫療，自然不會以此作為決定保險醫療給付範圍之前提，與日本之實施背景有所不同，亦即除非全盤重行考慮全民健保之保險給付內容，否則禁止保險對象併用保險醫療

( 3/20/2017 )，〈台大名醫創全自費診所，每次看診至少 1.2 萬元〉，網址：<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20170320/1080474/>(最後瀏覽日：5/14/2017)。如以此作為事例，倘確實發生患者在該診所自費就診後，就能到台大醫院插隊掛號、住院及接受治療，此時為解決因此造成醫療可近性上之不合理差異，應由衛生主管機關及健保署分別對診所及醫院進行管制或處罰，而無必要全面禁止自費醫療。

<sup>470</sup> 參照 笠木映里，前揭註 447，頁 47-48。

給付與自費醫療，現實上無法產生維持保險醫療給付範圍以及不至受限於財政狀況而縮小之效果。

最後，日本法上禁止併用保險醫療給付與自費醫療之見解，相當程度係建立在如下之基礎上，亦即同一傷害、疾病或懷孕分娩之醫療過程，應理解為單一不可分之醫療行為<sup>471</sup>。惟本文認為不僅法律上未見具有應將同一治療過程中之所有醫療項目理解為單一不可分醫療行為之規範，且依健保法授權訂定之「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」，也是以可分之觀點，分別訂定個別醫療服務與藥品之點數標準，何況單一不可分之概念更與醫學專業及社會通念理解難謂一致，不宜加以採取<sup>472</sup>。

綜上，本文認為由於形式上並無限制之法律依據，在實質之價值衡量上，也無禁用之適當性與必要性，再加上將醫療視為單一不可分之整體，在概念上亦不具說服力，自應肯認保險對象得選擇併用自費醫療與保險醫療給付。至於在費用負擔方面，就健保法已有明文之「特殊材料」與「非保險病房」，保險對象得僅負擔與保險醫療給付間之費用差額，另其他之自費醫療項目，則應由保險對象負擔全額費用，自不待言。惟相較於「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」及「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，已對於「特殊材料」與「非保險病房」設有相應之管理規範，考量保險對象在醫療過程中畢竟居於資訊上弱勢之地位，自應針對健保醫事服務機構建議使用其他自費醫療項目增訂規範，以充分保障保險對象之資訊權與自主決定權。

<sup>471</sup> 參照 島崎謙治，前揭註 463，頁 150。

<sup>472</sup> 唯一尚有討論空間者，為全民健保就特定傷害或疾病實施之「住院診斷關聯群（Taiwan Diagnosis Groups, TW-DRGs）」制度，亦即針對特定疾病之治療，以患者之年齡、病況、健康條件等進行權重調整後，對收治之醫事服務機構支付固定之醫療費用，而不問其具體接受之保險醫療給付或藥品內容。本文不否認在住院診斷關聯群中，確實可能產生健保醫事服務機構一方面向健保署收取定額醫療費用，同時又在治療過程中大量推薦保險對象使用自費醫療，藉此從健保署與患者雙方面獲取收益之風險。然而，作為合理之防範手段，應是健保署於支付醫事服務機構費用報酬時，將患者自費接受之醫療項目納入調整，就具有替代效果之部分，以定額或定率之方式減額支付，來避免醫事服務機構藉此獲利，而無必要全面禁止自費醫療。



## 第四項 部分負擔

全民健保如同德、日之制，亦實施「部分負擔」制度，要求保險對象應在受領保險醫療給付時，自行負擔部分之醫療費用，以下介紹並檢討之。

### 第一款 全民健保之部分負擔規定

全民健保之「部分負擔」分為「門診或急診醫療」（包括居家照護醫療）及「住院醫療」，詳言之：（一）「門診或急診醫療」部分，依健保法第43條規定，保險對象接受門診或急診醫療之保險給付時，原則上應以「定率負擔」之方式，自行負擔醫療費用之20%（居家照護醫療部分為5%），但未經轉診而逕行前往地區醫院、區域醫院及醫學中心就診時，則分別調高保險對象自行負擔醫療費用之比例至30%、40%及50%，藉此落實轉診制度，惟同時考量醫療資源分配之問題，減免保險對象在醫療資源缺乏地區就醫時之部分負擔金額。此外，健保法另外授權衛福部得於必要時，將部分負擔之方式由「定率負擔」改為「定額負擔」<sup>473</sup>。（二）在「住院醫療」部分，依健保法第47條規定，保險對象住院時應以「定率負擔」方式負擔部分醫療費用，負擔比例在入住急性病房時按住院日數由10%遞增至30%，在入住慢性病房時則按住院日數由5%遞增至30%，同時授權主管機關訂定保險對象入住急性病房或慢性病房在30日、180日內之單次最高部分負擔金額，以及同年度累計住院之最高部分負擔金額，以避免對保險對象造成苛重之負擔，形成就醫障礙<sup>474、475</sup>。此外，除上述

<sup>473</sup> 健保法第43條規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第1項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之」。

<sup>474</sup> 健保法第47條規定：「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：30日以內，百分之十；逾30日至第60日，百分之二十；逾60日起，百分之三十。二、慢性病房：30日以內，百分之五；逾30日至第90日，百分之十；逾90日至第180日，百分之二十；逾180日起，百分之三十。保險對象於急性病房住院30日以內或於慢性病房住院180日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之」。又

在醫療資源缺乏地區就醫時得減免門診及急診醫療之部分負擔外，健保法第 48 條第 1 項另規定於保險對象罹患重大傷病、分娩或在山地離島地區就醫時，無論接受門診、急診或住院醫療，均免除部分負擔。又低收入戶接受全民健保之門診、急診或住院醫療給付時，依健保法第 49 條，應由中央社政主管機關編列預算補助其部分負擔，但未經轉診逕行前往各級醫院就醫時，除情況特殊外，則不予補助。再者，健保署自 2002 年 3 月 1 日起接受內政部之委託，補助 6 歲以下兒童以保險對象身分接受門診、急診及住院醫療時之部分負擔<sup>476</sup>。

在實務運作上，雖然健保法第 43 條明定保險對象接受「門診及急診醫療」時，原則上應採「定率負擔」之部分負擔方式，並在未經轉診時提高部分負擔之比例，然衛福部自全民健保開辦後至今，卻一直依同條第 3 項之授權，就保險對象接受「門診及急診醫療」時之部分負擔，公告採取「定額負擔」之方式<sup>477</sup>。抑且，「西醫門診醫療」部分於 2005 年 7 月 15 日前，也未區別保險對象是否經轉診到醫院而設定不同之定額負擔金額<sup>478</sup>，「急診醫療」部分更至今未區分保險對象有無轉診，僅於 2017 年 4 月 15 日起，針對檢傷分類未達第一、二級之保險對象，提高其定額負擔之金額<sup>479</sup>。此外，保險對象接受門診

衛福部公告之 2019 年住院醫療部分負擔之最高金額，在「因同一疾病每次住院應自行負擔費用」部分為新台幣 3 萬 9,000 元，在「全年累計住院應自行負擔」部分為新台幣 6 萬 5,000 元，但僅以全民健保提供之保險醫療給付項目計算，不包括不予給付或自費之醫療項目（衛福部衛部保字第 1071260577 號函釋）。

<sup>475</sup> 惟實務上另允許健保醫事服務機構另依醫療法第 21、22 條之規定，向以全民健保保險對象身分就醫之民眾收取「掛號費」，在門診、急診之上限分別為 150 元、300 元（衛署醫字第 0990208572 號函釋內容參照）。

<sup>476</sup> 健保審字第 09100001503 號函釋。

<sup>477</sup> 衛署健保字第 86012472 號、衛署健保字第 0910049115 號、衛署健保字第 0922600307 號、衛署健保字第 0942600244 號、衛部保字第 1061260072 號等函釋內容參照。

<sup>478</sup> 衛署健保字第 0942600244 號函釋內容參照。

<sup>479</sup> 保險對象接受全民健保之門診及急診醫療，自 2017 年 4 月 15 日起之部分負擔金額分別為：

層級別	西醫門診基本部分負擔		急診部分負擔	
	經轉診	未經轉診	檢傷分類	
			第 1 級、第 2 級	第 3 級至第 5 級
醫學中心	170	420	450	550
區域醫院	100	240	300	300
地區醫院	50	80	150	150
基層醫療單位	50	50	150	150

（單位：新台幣 / 元，資料來源：衛福部網站，網址：<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWDOC03.aspx?RowNo=1&lsid=FL014028&lno=43&type>

醫療時，另需就藥品及復健服務（含中醫傷科）等醫療給付，定額負擔部分之醫療費用<sup>480</sup>。



## 第二款 部分負擔之理論基礎

以下將檢討設置部分負擔制度之目的與效果，並比較「定率負擔」與「定額負擔」之差異。

### 第一目 制度目的與效果

一般認為「部分負擔」制度之主要目的，係為抑制保險醫療給付之需求，以避免有限之給付資源遭到濫用或浪費，同時也具有確保財政收入，並合理且公平分配資源等重要意義<sup>481</sup>。比較法上，日本健康保險制度於 1927 年開始實施時，並未要求被保險人就醫時需自負醫療費用，導致出現濫用保險醫療給付之結果，因此於 1942 年起修法明定被保險人應自行負擔部分之醫療費用<sup>482</sup>。其後，隨著保險醫療費支出不斷增加，同時為調整健康保險與其他保險制度間之差異，並確保制度持續營運之可能，被保險人之部分負擔金額從 1984 年時之 10% 逐漸增加至 30%<sup>483</sup>。此外，日本於 1972 年時修正「老人福祉法」時，曾規定改由公費補助 70 歲以上高齡者就醫時之部分負擔，實施後同樣造成高齡者濫用保險醫療給付，使得高齡者之醫療費用支出快速成長，為此於 1982 年制定「老人保健法」，基於抑制不必要醫療行為發生之目的，要求高齡者接受保險醫療給付時，應定額負擔部分之醫療費用，再於 2002 年修正時，除將適用對象之高齡者對象年齡調高至 75 歲外，更將「定額負擔」改為「定率負擔」。就此，我國全民健保採取「部分負擔」制度之目的，除上述防止保險醫療給付遭到濫用之考量外<sup>484</sup>，從健保法第 43 條第 1 項但書規定應提高未經轉診者

[三](#)，瀏覽日期：07/03/2019)。

<sup>480</sup> 衛署健保字第 88031765 號函釋內容參照。

<sup>481</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 614-615；嵩さやか，前揭註 141，頁 41；碓井光明，前揭註 123，頁 61、216。

<sup>482</sup> 參照 吉原健二、和田勝（1999），《医療保険制度史》，頁 48，東京：東洋經濟新報社。

<sup>483</sup> 參照 嵩さやか，前揭註 141，頁 41-42。

<sup>484</sup> 1994 年制定之健保法第 33 條（門診及急診醫療之部分負擔）、第 35 條（住院醫療之部分負



受領「門診及急診醫療」時之部分負擔比例，亦知另具有為追求落實轉診制度之政策目的。

然而，「部分負擔」雖具有上述「抑制需求」，以防止保險醫療資源遭到浪費或濫用之效果，但可能因此導致經濟能力不佳之參加者，縱使發生保險事故而有接受醫療之需求，卻囿於無力支付部分負擔，只好選擇放棄就醫領取保險給付，形成對於經濟能力不佳者之就醫障礙。有鑑於此，不僅應對於保險對象受領給付時之部分負擔比率與金額為適當之設定，同時也必須設置部分負擔金額上限，並減免無資力或無濫用疑慮者之部分負擔，作為配套措施，始能避免部分負擔制度侵害保險對象請求保險給付之權利。

## 第二目 定率負擔與定額負擔之比較

部分負擔不論採取「定率負擔」或「定額負擔」，由於參加者需自付之費用係按照實際發生之醫療費用加以計算，而不考慮參加者之經濟能力，可見是以「應益負擔」作為制度運作之原理，而非適用「量能負擔」原則<sup>485</sup>。抑且，相對於「定額負擔」是以參加者領取保險醫療給付之次數算定其自付之醫療費用金額，「定率負擔」既是依照參加者所受領保險醫療給付之價值高低來計算自付金額，自然具有較明顯之應益負擔效果，也較「定額負擔」適合達成抑制醫療需求之效果。

然在「定率負擔」方式下，由於參加者應自付之醫療費用數額並非固定，且隨著醫療費用總額增加而擴大，容易對於經濟能力不佳之參加者形成支付部分負擔費用之壓力，甚至造成就醫阻礙。尤且，對於醫療費用支出數額較少之「小病」，「定率負擔」方式所具有抑制醫療需求之效果有限，反之對於支出數額較多之「大病」，將產生之明顯之抑制需求效果。是以，如考量社會健康保險制度之本質目的，係為保障人民不至於受限於經濟困境而無法獲得醫療需求之滿足，惟通

---

擔)，雖未明示導入部分負擔制度之立法理由，惟參照當時制定之同法第 36 條規定重大傷病或分娩等保險對象就醫時免除門診、急診及住院之部分負擔，且在立法理由中明白表示：「因重大傷病、分娩及預防保健，不易產生醫療資源濫用情形，宜予免除部分負擔」，應可推知我國立法者在全民健保中導入部分負擔制度之目的，係為避免保險醫療給付之濫用及浪費。

<sup>485</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 614。

常「小病」造成參加者陷入經濟困境之可能性較小，參加者大多能憑己力對應，反觀「大病」往往需要透過其他參加者之扶助與協力始能妥善處理，則如何避免因採用定率負擔之方式，妨礙制度運作之本質目的，自應審慎予以對應。有鑑於此，本文認為「定率負擔」固然較能達到抑制需求以避免保險醫療資源濫用之目的，也有利於增加與維持保險財政安定，理論上相對於「定額負擔」，應屬較為適合追求目的之方式，然為避免「定率負擔」可能對經濟能力不佳之參加者形成就醫障礙，更會對於參加者迫切需要透過加入社會健康保險制度以分擔損失之「大病」，出現阻礙參加者就醫之明顯效果，自應同時設計例如部分負擔上限、減免無資力或無濫用資源者之部分負擔等配套措施，始為妥允。

### 第三款 檢討與建議

如本文以上理解無誤，則對於上述全民健保之部分負擔規定，應可為如下之評價。

首先，健保法設計部分負擔制度之目的，主要係為避免濫用或浪費保險醫療給付，也為落實轉診制度，以合理分配醫療資源，且在法文上明定原則採取「定率負擔」之方式，亦符合本文前述理論上「定率負擔」較適合追求立法目的之分析。然而，衛福部針對「門診及急診醫療」，卻從全民健保開始實施至今，無視法律明定應以「定率負擔」作為原則，一直公告採取例外之「定額負擔」方式，且未合理說明有何健保法第 43 條所定之「必要」情形，已有違反法律授權之疑慮，再加上「定額負擔」對於避免醫療資源濫用之效果較為有限，益見衛福部之上述作法，難謂合於立法者之授權目的。況從現實而言，由於衛福部公告之「定額負擔」金額不高，故現行部分負擔之實施究能發揮多少避免濫用保險醫療資源與落實轉診制度之效果，也令人存疑。此外，在「急診醫療」部分，衛福部公告之「定額負擔」金額，更未直接以保險對象是否經過轉診作為數額高低之區別標準，而是採用與轉診與否無必然關連之檢傷級別，顯然不符合立法者透過健保法第 43 條所要追求之落實轉診制度目的，亦屬違反法律之授權。有鑑

於此，本文建議應回歸健保法第 43 條之規定內容，將「門診及急診醫療」之部分負擔修正為「定率負擔」，並提高未經轉診逕至各級醫院就醫者之部分負擔比例，始屬合法妥當，不宜受制於政治或選舉之壓力，無視於法律之明文規定。

其次，作為避免部分負擔制度可能造成保險對象就醫障礙之配套措施，全民健保目前設有部分負擔之上限，亦明定免除重大傷病、分娩或在山地離島等醫療資源缺乏地區就醫者之部分負擔，並提供低收入戶及兒童有關部分負擔之補助，確實考慮到應緩和部分負擔制度或將對於真正有醫療需求者形成不利就醫之效果，值為積極之評價。惟所不足者在於，是否應對於因退休而通常僅有有限可支配所得之高齡者，增訂減少或補助其部分負擔之規定，以避免其等在面臨醫療需求時，出現領取保險醫療給付之障礙，並同時對於具有一定所得或財產之有資力高齡者，設置排除適用之規定，以符公平。

最後，依健保法第 50 條規定，保險對象雖應自行向健保醫事服務機構繳納部分負擔，惟在保險對象經催繳後仍未繳納時，健保醫事服務機構僅得通知保險人進行查證及輔導，如保險人認為保險對象係有能力繳納卻不為繳納者，得於必要時對該保險對象暫停保險給付。由此可見，部分負擔雖在支付過程上，出現在保險對象與健保醫事服務機構之間，然健保法第 50 條既明定保險人得以不繳納部分負擔為由對保險對象暫停給付，並考慮部分負擔制度設置之本質目的，係為抑制保險醫療給付之濫用，而非在增益或保障特約健保醫事服務機構之收入，自應認為保險對象在就醫時須繳納之部分負擔，實為基於保險關係而在受領保險醫療給付時，對保險人所負有之對待給付義務，並由健保署委託健保醫事服務機構代為收取，以此抵銷保險人原本應支付之醫療費用報酬<sup>486</sup>。準此，當保險對象未支付部分負擔費用時，其不利益效果不能歸由僅為代收而非債權人之健保醫事服務機構承擔，何況健保法第 70 條也僅允許健保醫事服務機構以「專長及設備不足提供適當之醫療服務」，作為拒絕保險對象就醫之理由，並不包括未支付部分負擔之情形。從而，本文建議宜進一步在健保法中明定，

<sup>486</sup> 參照 謝榮堂，前揭註 381，頁 111-112。



當保險對象未支付部分負擔時，保險人不得主張抵銷，必須填補健保醫事服務機構現實上未能收取之醫療報酬收入，再向保險對象追繳，或依上開規定進行查證、輔導或暫停給付，以期明確。



### 第三節 保險費

社會健康保險以保險原理為運作基礎，雖有部分財源可能來自公庫負擔或其他收入，但主要仍以被保險人與雇主所繳納之保險費作為資金基礎<sup>487、488</sup>，且收取保險費具有限制財產權與健康自主規劃權等不利效果，自應予以詳細檢討。

#### 第一項 保險費之性質

大法官曾在釋字第 473 號解釋中指出全民健保之保險費性質為「分擔金」，然其妥當性卻值得斟酌。至學說上大多著重於將保險費與租稅進行異同比較，期能藉由對於租稅已有較為充足之理解，進一步分析保險費之概念特徵。

<sup>487</sup> 社會保障之財政籌措方式，可分為以租稅作為財源之「稅方式」，及以保險費作為財源之「保險方式」。由於「保險方式」具有將參加者之負擔透過定額或比例上限方式設定於一定之水準或金額、收入之安定性較高、增加負擔數額較容易取得國民之合意、較有費用意識而有助於提高收取效率、使保險給付之權利性格較強、不至於在預算中受到其他政府支出項目之排擠等優點，通常為多數之社會保障制度採用，但同時也有無法對未加入保險或繳納保險費者提供保障、要求雇主負擔部分保險費弱化企業之國際競爭力等缺點。至於在「稅方式」下，如非運用一般租稅作為財源，而改以「指定用途稅」籌措支出資金所需，固然能夠使受益與負擔間之對應關係較一般租稅明確，其開徵與增稅也較一般租稅容易獲得國民同意，且若能選定適合特定社會保障給付性質之租稅時，亦能使其負擔某程度上合致於給付目的，但仍有容易招致財政僵化之疑慮、目的稅繳交與受領給付間不具有對應或連動之關係等缺點。參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 597-600、610-614。

<sup>488</sup> 參照 蔡維音，前揭註 230，頁 87-88；韓幸紋、梁景洋，前揭註 15，頁 526。從統計數字觀察，全民健保也確實以保險費作為主要之收入來源，茲以健保署公布之最近 3 年資料為例，2013 年至 2017 年所實現之財務總收入依序為 571,007,102,000 元、572,489,590,000 元、594,699,440,000 元、589,789,524,000 元、600,412,240,000 元，其中來自於被保險人及投保單位所繳納之保險費收入分別為 375,850,446,000 元、392,608,922,000 元、397,465,039,000 元、387,340,826,000 元、394,594,266,000 元，以此計算保險費占財務總收入之比例分別為 65.82%、68.58%、66.83%、65.67%、65.72%，參照 健保署網站，參照 健保署網站，〈全民健康保險統計：84 年到 106 年時間數列統計：表 12 全民健康保險基金財務資金流量概況〉，網址：<https://www.mohw.gov.tw/dl-48868-219f05c7-271d-4383-a6b6-567a408f8e87.html>（最後瀏覽日：05/22/2019）。



## 第一款 分擔金之意義與檢討

大法官曾在釋字第 473 號解釋指出，全民健保之保險費「係為確保全民健保制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質」，明確將保險費之性質定位為人民公法上金錢給付義務中之「分擔金」。惟由於「分擔金」畢竟不是人民公法上金錢給付義務中常見之類型，意義與概念尚非明確<sup>489</sup>，故大法官乃在該號解釋理由書中，進一步闡述所謂「分擔金」，係指「國家因公共利益之目的而設立機構，為維持其功能而向受益者收取」、「負擔分擔金之受益者，並非事實上已受領國家之給付，僅以取得受領給付之機會為已足，是收取分擔金之原則，係以平衡受益與負擔為目的，復因受益者受領給付之機會及其價值如何，無從具體詳細確定，故唯有採用預估方式予以認定」，全民健保之「被保險人繳交保險費，係以受領國家保險給付為標的，由國家用以支應維持全民健康制度必要之費用，此項保險費率自應依預期損失率，經精算予以核計。其斟酌之原則首重損益之衡平，亦即全民健康保險給付與被保險人負擔之保險費額必須相當，以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度」，且由於「保險費額之確定並非與被保險人將來受領給付之多寡按比例計算，鑑於全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性」（底線及粗體均為筆者所加）。其後，大法官在釋字第 676 號解釋則認為，全民健康在採取強制參加之基本構造，課由被保險人繳納之保險費為「公法上金錢給付義務」，故「對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，為全民健康保險賴以維繫之基礎」（底線與粗體均為筆者所加）。

審視大法官前述二號解釋之內容，雖對於被保險人之保險費應按

<sup>489</sup> 實定法上，行政執行法施行細則第 2 條將該法所稱之「公法上金錢給付義務」明定為：(一)稅款、滯納金、滯報費、利息、滯報金、怠報金及短估金；(二)罰鍰及怠金；(三)代履行費用；(四)其他公法上應給付金錢之義務，並未列出大法官釋字第 473 號解釋所提及之「分擔金」類型。另學說上通常將人民之公法上金錢給付義務或國家之財政收入，先區分為「強制性收入」與「非強制性收入」，「強制性收入」再分為「稅課收入」與「非稅公課」，「非稅公課」又進一步區別為規費、受益費、特別公課及其他強制性收入（或稱其他公課），也未見「分擔金」之類型。參照 蔡茂寅，前揭註 431，頁 60-64；葛克昌（2002），〈論公法上金錢給付義務之法律性質〉，氏著，《行政程序與納稅人基本權》，頁 31-77，台北：翰蘆。

「量能負擔」原則收取之見解前後一致，但對於保險費之性質，卻見在前之釋字第 473 號解釋不僅言明為「分擔金」，還詳細闡述其意義內涵，然在後之釋字第 676 號解釋則似對於「分擔金」之定性有所保留，僅以最上位概念之「公法上金錢給付義務」泛稱。抑且，若進一步參考大法官釋字第 676 號解釋理由書中提及：「有關保險費之計算及額度決定方式之相關法令規定，……迭經本院釋字第 472 號、**第 473 號**、第 524 號解釋在案」(底線及粗體均為筆者所加)，僅重申援用大法官釋字第 473 號解釋中，有關保險費「計算」及「額度決定」方式之內容，卻未將該號解釋特別提出及闡釋保險費為分擔金之「性質」納入，或可進一步確認大法官有意變更見解，改以「公法上金錢給付義務」之定性，取代過往之「分擔金」。

對此，本文認為釋字第 473 號解釋將保險費定性為「分擔金」之見解，確實值得斟酌。首先，如從該號解釋所定義之「分擔金」，係指徵收目的為「維持國家為公共利益目的所設立機構之功能」，並以「具有取得受領保險給付之機會，而非事實上已受領保險給付之受益者」作為徵收對象，且被保險人「繳交保險費，是以受領國家提供之保險給付作為標的」等說明以觀，大法官似有意將全民健保之保險費，理解為具有類似於非稅公課中「受益費」之性質<sup>490</sup>。然而，學說上一般認為「受益費」之徵收，是為滿足建造、改良或增建公營造物、公共設施或公共事業之所需費用，通常為一次性給付，並不及於其後維持繼續性運作之費用，畢竟在公營造物建造或改建完成後，其利用者已屬可得特定，受益關係也具體化，應改以徵收規費之方式籌措後續維持所需財源<sup>491</sup>。相較於此，社會健康保險或全民健保之保險費，係屬定期發生之持續性給付，且徵收目的係作為保險給付之資金基礎，以維持保險事業之運作，非為籌措獲取建立制度所需之一次性財源，顯然在概念上與受益費存有差異。

其次，保險費與受益費雖同為「受益者負擔」之公法上金錢給付

<sup>490</sup> 參照 陳愛娥，前揭註 180，頁 5；蔡茂寅(2011)，《原因者付費制度(下)》，月旦法學教室，105 期，頁 84。

<sup>491</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 490，頁 76-77；葛克昌，前揭註 489，頁 70-72。

義務，亦即以受有利益之現實或可能作為負擔原因<sup>492</sup>，然受益費在徵收上強調「受益」與「負擔」間之對應，縱然如何推算潛在利益有實際困難，理論上仍應按照受益程度之高低來決定負擔之內容，而非考慮負擔者之經濟能力，也就是不適用「量能負擔」原理<sup>493</sup>。反觀社會健康保險立基於相互扶助原理，一方面採取單一保險費率之設定，不考慮參加者因發生風險機率之高低所呈現之受益程度差異，另一方面更在計算保險費數額時依循「量能負擔」原理，按照參加者之經濟能力高低計收保險費，亦與受益費有所不同。

此外，釋字第 473 號解釋另提及全民健保之保險費係以「受領保險給付為標的」，繳納保險費者「非事實上已受領國家之給付」、「僅以取得受領給付之機會為已足」，似認為負擔保險費之被保險人在保險事故發生前，僅具有抽象之受益關係，尚非現實且具體之受有利益，似對於保險之本質存在誤解。申言之，社會健康保險既然採取保險原理為運作基礎，保險人之義務與一般商業保險自無不同，故保險人除在保險事故發生時提供保險給付外，亦包括以承諾保險給付之方式，在保險事故發生前為參加者承擔危險<sup>494</sup>。準此，保險對象參加全民健保後，現實上已將發生傷病之危險轉嫁由保險人承擔，自受有現實上之利益，可見大法官釋字第 473 號解釋所謂「僅存在抽象之受益關係」之說法，有待斟酌。

最後，釋字第 473 號解釋雖提出「分擔金」之概念，然就效果上即保險費應適用之法律原理，包括收支平衡、量能負擔以及法律保留等，與學理上原有之討論並無不同。從而，有鑑於大法官在釋字第 473 號解釋中特別創設之「分擔金」概念，不只僅適用在全民健保之保險費，效果上也無特殊之處，難認具有實益，或許因此大法官釋字第 676 號解釋未再提及「分擔金」之定性。是此，考量釋字第 473 號解釋將全民健保保險費定性為「分擔金」之見解，具有前述理論上之缺憾，且保險費也確實與租稅、規費、受益費、特別公課等典型強制

<sup>492</sup> 除被保險人外，雇主亦應負擔社會健康保險之保險費，其中一項理由在於受僱人發生傷害或疾病而無法及時復原時，雇主將因受僱人之勞務能力減損受有工作效率及經濟利益之損失，可見雇主仍為受益之對象，應併敘明。

<sup>493</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 490，頁 78。

<sup>494</sup> 參照 林群弼（2003），《保險法》，增訂二版，頁 242-243，台北：三民。

性公法上金錢給付義務有所差異，故學說上並未特別對於保險費之性質加以定性，而是將其列為強制性收入之非稅公課中，屬於原因者負擔之一項獨立類型<sup>495</sup>。



## 第二款 保險費與租稅之比較

有別於為保險費之性質定性，學說上則以比較保險費與租稅之異同，藉此釐清保險費作為公法上金錢給付義務之概念特徵及應適用之法律基本原理<sup>496</sup>。一般而言，保險費與租稅之相同處為都是以財政收入為目的之強制性收入，但在徵收主體與是否具有對價性，則有區別。

### 第一目 財政收入目的與強制性收入

社會健康保險費之收取，是為支應保險給付所需之資金基礎，且社會健康保險為避免逆選擇而採取「強制參加」，不問當事人有無投保意願，被保險人更負有繳納保險費之義務，故保險費在收取上毋需獲得個別被保險人之同意。因此，社會健康保險之保險費在以財政收入作為目的，及作為強制性收入等特徵上，可謂與一般租稅相同。

### 第二目 徵收主體與有無對價性之區別

相較於租稅由國家或地方自治團體向人民課徵<sup>497</sup>，社會健康保險之保險費則由保險人收取，且從本文前述之社會健康保險法制發展及德、日之比較法觀察，亦知保險人不僅限於國家或地方自治團體或行政機關，也包括由被保險人與雇主組成且具互助性質之保險組合。準此，保險費與租稅之徵收主體，存在是保險人或統治團體，及是否包括非行政機關之保險組合等差異。

<sup>495</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 431，頁 65；前揭註 490，頁 83-84。

<sup>496</sup> 參照 確井光明（2009），〈社会保障財政における社会保険料と租税〉，国立社会保障・人口問題研究所（編），《社会保障財源の制度分析》，頁 94，東京：東京大学出版会。

<sup>497</sup> 參照 葛克昌（2005），〈人民有依法律納稅之義務：以大法官解釋為中心〉，氏著，《稅法基本問題：財政憲法篇》，二版，頁 102-103，台北：元照。

其次，租稅不具有對價性，國家或地方自治團體非為提供特定、具體之給付或服務而向人民徵收稅款，故人民納稅後無從向國家等統治團體請求特定之給付或公共服務，國家亦不負有對待給付之義務，得自行選定實施之公共任務及執行方式<sup>498</sup>。相對於此，社會健康保險雖在保險費之計算上採取量能負擔原理，惟被保險人繳納保險費之目的即在於要求保險人於保險事故發生前承擔風險，並在保險事故發生時提供保險給付，故保險費與保險給付間具有一定之對價關係，惡意不繳納保險將構成暫停給付之事由，保險費收入也只能限定使用在保險給付之支出上，不能流用到其他支出項目<sup>499</sup>。學說上對此進一步指出，國家基於「租稅國原則」，應以租稅收入作為支應國家機關運作與施政所需之主要財源，如在租稅之外要向特定範圍之人民課徵其他金錢給付，因等同於增加人民額外之負擔，此時不僅應具備課徵之正當理由，更須限定課徵金錢之使用目的，並與一般預算分離，不得挪為其他使用，才能符合平等原則之要求，而社會健康保險之保險費即屬之<sup>500</sup>。另租稅中為確保特定財源而徵收之指定用途稅（目的稅），雖與保險費相同限定支出之用途，惟課稅主體僅限於統治團體之國家或地方自治團體，不包括保險人，特別是組合性質之保險人，仍得與保險費加以區辨<sup>501</sup>。

### 第三目 以租稅形式徵收之保險費

在日本之國民健康保險制度中，擔任保險人之市町村或國民健康保險組合，依國民健康保險法第 76 條第 1 項本文之規定，原則上應向家長或組合員收取保險費，惟其中之市町村保險人得另依同條項但書及地方稅法第 703 條之 4 第 1 項等規定，選擇向具有被保險人身份之家長，課徵屬於地方稅性質之國民健康保險稅，藉此取代保險費之

<sup>498</sup> 參照 葛克昌，前揭註 489 文，頁 51；葛克昌，前揭註 497 文，頁 101-102，台北：元照；蔡茂寅（2010），〈稅課收入（上）〉，月旦法學教室，91 期，頁 70。

<sup>499</sup> 參照 碓井光明，前揭註 496，頁 96；孫迺翊，前揭註 23，頁 72；蔡茂寅，前揭註 191，頁 599。

<sup>500</sup> 參照 孫迺翊，前揭註 23，頁 71-72。

<sup>501</sup> 另有學者認為，指定用途稅之稅額係以預定之收入來設定該限定用途之支出，亦即以預期之歲收數額範圍決定支出之額度，此與保險費是按預計之年度支出數額，算定收入數額不同。參照 小林秀太（2006）〈法と経済学における税と保険料〉，季刊社会保障研究 42 卷 3 号，頁 261-262。

徵收。抑且，在實務上基於便宜與實效性之考量，大多數之市町村均選擇課徵國民健康保險稅，反觀以保險費之形式收取者，則多為大都市之保險人<sup>502</sup>。

依學者觀察，國民健康保險稅與保險費在內容與數額計算上大致相同，主要差異僅出現在主體與程序部分。申言之，國民健康保險之保險人中，僅市町村得選擇徵收國民健康保險稅以取代保險費，不包括國民健康保險組合。其次，相較於保險費率之決定與變更，依法必須先經過履行與市町村首長（知事）進行協議之義務，國民健康保險稅之稅率決定與調整，則無進行此協議義務之要求。再者，保險費收取之除斥期間與行使收取權之時效期間均為 2 年，徵收國民健康保險稅之除斥期間原則上為 3 年，行使徵收權之時效期間則為 5 年。最後，不服保險費收取之決定，應向都道府縣設置之國民健康保險審查會提出審查請求作為救濟，對於國民健康保險稅之救濟途徑，則為依地方稅法規定向市町村長提出異議<sup>503</sup>。

由上述說明可知，日本國民健康制度中之保險費與保險稅，在實質內容上並無太大差異，不過出於徵收便利與實效性之考量，允許具有徵收地方稅權力之市町村保險人，得選擇改用國民健康保險稅之形式收取保險費。至於上述在程序上出現應否履行與市町村首長協議之義務、除斥期間與時效期間之長短、救濟途徑之不同等差異，則不過是因為適用不同法律規定所產生之結果，並未使二者產生本質上之不同。換言之，國民健康保險稅雖然在外觀上具有租稅之形式，然其仍是以獲取保險事業之財政收入作為目的，且家長繳納國民健康保險稅後，被保險人即得以此要求保險人承諾提供保險給付以承擔風險及分散損失，亦具有租稅所無之對價性。從而，國民健康保險稅雖具有租稅形式之外觀，但本質上仍屬保險費，應可確認<sup>504</sup>。有鑑於此，有學

<sup>502</sup> 以 2011 年底之統計為例，徵收保險費之保險人佔全部保險人之比例為 13.3%，被保險人人數之比例為 46.4%，而採取課徵國民健康保險稅之保險人比例為 86.7%，被保險人人數之比例為 53.6%。參照 菊池馨實，前揭註 92，頁 360。

<sup>503</sup> 參照 碓井光明，前揭註 123，頁 258。

<sup>504</sup> 參照 碓井光明，前揭註 123，頁 63；碓井光明，前揭註 496，頁 93；福家俊朗（2006），〈國民健康保險制度の法的性格：最高裁判決から見えてくる虚像と実像〉，自治体法務研究，6 号，頁 55-56、58。碓井光明教授認為，除非將社會保障或社會保險制度之財源籌措方式改為「稅方式」，並以例如消費稅之收入，限定使用於社會保障或社會保險之支出，則為此徵收之「社會保



者進一步指出，國民健康稅明顯具有租稅所無之對價性，卻未如具有受益者負擔性質之「水利地益稅」或「共同設施稅」等地方目的稅，提出不得以租稅形式徵收之特別理由，且使用保險稅之方式也非達成國民健康保險事業所不可欠缺之手段，僅以徵收便利而容許市町村選擇作為保險費之替代，實難認合理，可謂是租稅形式之濫用<sup>505·506</sup>。

## 第二項 保險費之法律原理

保險費作為被保險人與雇主（投保單位）之強制性公法上金錢給付義務，在計收上應依循如何之法律原理，值為探討，以提供後續檢視全民健保有關保險費規範之基礎。

### 第一款 收支均衡原則

社會健康保險以保險原理作為運作基礎，自應確保財務健全，以維持制度之永續與健全運作，並避免發生被保險人與雇主雖繳納保險費，參加者卻囿於現實上之資金匱乏而無法獲得保險給付。是此，社會健康保險首應適用「收支均衡原則」，確保收入與支出間之均衡<sup>507</sup>，此亦為財政法基本原則中之「健全財政主義」，在社會健康保險制度中之具體實現<sup>508</sup>。對此，大法官曾在釋字第 473 號解釋理由書中，提及保險費「應依預期損失率，經精算予以核計」，且「其斟酌之原則首重損益之衡平，亦即全民健康保險給付與被保險人負擔之保險費額必須相當，以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度」，指明保險收入與保險支出間最為重要者在於維持「損益衡平」，即值參照。

---

障稅」或「社會保險稅」，始屬目的稅或指定用途稅。相較於此，西村健一郎教授認為，依地方稅法第 5 條第 6 項第 5 款明文規定，國民健康保險稅應為市町村徵收之一種「目的稅」，蔡茂寅教授亦認為，倘若將我國全民健保之保險費改為保險稅，並專供全民健保之醫療費用支付使用，該健保稅之性質即為目的稅，然未特別提及是否必須一併將制度財源之籌措方式，從「保險方式」改為「稅方式」。參照 西村健一郎，前揭註 88，頁 193；蔡茂寅（2010），〈稅課收入（下）〉，月旦法學教室，93 期，頁 74。

<sup>505</sup> 參照 福家俊朗，前揭註 504，頁 56。

<sup>506</sup> 由是觀之，由於全民健保一方面沒有無被保險人只願繳納稅捐卻不願繳納保險費之問題，另一方面也有濫用租稅形式之疑慮，自不宜捨保險費不用，改以徵收「健保稅」方式獲取制度財源。

<sup>507</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 3，頁 12；倉田聰，前揭註 249，頁 25。

<sup>508</sup> 關於「健全財政主義」作為財政法基本原則之說明，詳參 蔡茂寅（2008），〈財政法〉，月旦法學教室，70 期，頁 68。



其次，保險財政支出雖然包括保險事業營運所需之費用，然仍以保險給付之支出為主，且由於保險參加者只要發生保險事故，保險人就有提供預定保險給付之義務，不具有是否給付之裁量空間，故保險支出既為義務性之支出，理論上應依循「量出為入」之方式追求收支均衡，也就是以預測之支出數額計算並獲取財源收入，而非採用以預計收入數額限定支出之「量入為出」方式<sup>509</sup>。至於應維持收支均衡之期間，原則上係交由形成制度內容之立法者決定，惟在設有要求公庫負擔部分財源之制度中，常見為配合政府之預算制度而定為1年，但亦不妨採取複數年之期間，惟理論上期間不宜過長，以避免增加不確定因素發生之機率。又對於保險支出與收入數額之預測，均可能因預期外之事由而有落差可能，為避免預測落差妨礙保險財務之健全，需同時設置「安全準備金」作為維持收支平衡之調節機制<sup>510</sup>。

## 第二款 法律保留原則

被保險人與雇主負有繳納社會健康保險保險費之公法上金錢給付義務，具有限制人民財產權之效果，自應適用法律保留原則，此已為大法官釋字第676號解釋所肯認，亦為學者所贊成<sup>511</sup>。抑且，由於保險費並非租稅，在徵收主體與有無對價性上均有不同，已如前述，故保險費收取應適用法律保留原則之依據為憲法第23條，與憲法第19條之租稅法律主義無涉，且依大法官所建立之層級化法律保留體系，形式上必須以法律或授權命令定之。惟若針對保險費之構造加以

<sup>509</sup> 參照 政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦，前揭註233，頁234（黃世鑫發言）。又全民健保在醫療費用支出部分所採取之「總額支付制度」，只是在支出方面先由保險人與各部門之醫事服務機構協定一定期間內（通常為一年）之醫療費用支付總額，再按該部門中個別醫療機構實際提供醫療服務或藥品之比例給付醫療費用，理論上仍係按照「量出為入」之方式運作，併此敘明。

<sup>510</sup> 例如健保法第70條第1項規定：「本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：一、本保險每年度收支之結餘。二、本保險之滯納金。三、本保險安全準備所運用之收益。四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。五、依其他法令規定之收入」，且依同條第2項之規定，安全準備之用途為「本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」，即為適例。

<sup>511</sup> 參照 陳英鈴，前揭註153，頁89；林炫秋，前揭註171，頁330；蔡茂寅，前揭註508，頁70；蔡維音（2013），〈徵收補充保費之合憲性〉，月旦法學教室，127期，頁6。惟蔡維音教授另指出，保險費之收取雖涉及財產權保障，但在概念上應精確定位為對於財產權中屬於主觀權利面之「財產支配自由」限制，以免造成財產權核心領域之「存續保障」，因財產權保護範圍漫無邊際地擴張，導致保護密度之稀薄化，參照 蔡維音，前揭註230，頁40-47。

分析，法律或授權命令應對於保險費為如下之規範，始可謂合於法律保留原則之要求。

首先，因社會健康保險必須遵循「收支均衡原則」，並採取「量出為入」之計算方式，已如前述，且保險支出之主要資金基礎，更係來自於保險費之收入。因此，既然保險費之收入數額必須依照保險之支出數額加以算定，法律與授權命令當不能無視於保險支出對於保險費收入之影響，故有關保險支出之計算方式，除保險給付範圍外，包括推估時所應採計之經濟數據、景氣指標、疾病發生率、醫療支出比例等數值及所占權值，也應在法律或授權命令中明文規定，否則僅在收入方面要求保險費之計收應適用法律保留原則，或將產生過於侷限之不當。

其次，各年度之保險費收入總額，是以預計之支出總額減去其他收入後算出，而個別被保險人所應負擔之保險費，則基於相互扶助原理，應以「量能負擔」與「單一保險費率」計算。其中前者之「量能負擔」在法律構造上，係以「作為計算保險費之標的」之形式呈現，有將之稱為「保險費基」，本文則使用健保法所稱之「投保金額」，此「保險金額」在被保險人為勞工時，通常即為勞工之薪資所得，又後者之「單一保險費率」，係規定為一定之百分率數值，並一體適用在相同保險事業中之所有被保險人或參加者。簡言之，個別被保險人所應負擔之保險費數額，是以「投保金額」乘上「保險費率」計算<sup>512</sup>，並課由雇主分擔其中之一定比例<sup>513</sup>。準此，由於參加者均適用相同之保險費率，故個別被保險人之保險費數額多寡，將取決於「投保金額」之高低，因此投保金額應如何加以認定與採計，勢必涉及人民財產權因強制收取保險費所受限制之程度，在法律保留原則要求下，自應以法律或授權命令為明確之規範。

基於上述理解，一方面由於保險支出為法定義務性支出，支出數額固定，另一方面「投保金額」之採計與認定，也在法律或授權命令之明定下可以得出一定數額，於是為維持財政收支均衡，保險費率自不

<sup>512</sup> 健保法第 18 條前段明定：「第一類至第三類被保險及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之」。

<sup>513</sup> 參照 岩村正彦（2006），〈社會保障法入門 7 8〉，自治實務セミナー，45 卷 6 号，頁 10。

能以法律或授權命令明定為固定之百分率數值，而必須具有彈性調整之空間<sup>514</sup>。對此，健保法第 24 條第 1、3 項規定第一類至第三類保險人及其眷屬之保險費率，「應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議」，且審議標準為「依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議」，明示應以全民健保各年度預計支出之醫療給付費用總額，按照收支平衡之方式算定保險費率，即屬適例<sup>515</sup>。

然而，保險費率雖為維持保險支出與收入平衡，而必須保留彈性調整之空間，但非謂法律毋須對於保險費率有所規範，可由行政機關或保險人不受節制地自行決定，畢竟保險費率係一體適用於所有參加者，費率高低直接決定保險費數額之多寡，對於參加者之權利影響重大。為此，法律首先必須對於保險費率之上限予以明文限定，藉此向被保險人及雇主指明其財產權可能受到限制之最大範圍，其次應針對計算保險費率之方式，明定必須且僅能按照收支均衡原理算定保險費率之數值，避免流於行政機關或保險人之恣意。此外，在保險人為統治團體或行政機關時，另可透過議會對於預算之審議，在歲入預算部分針對保險費率之決定進行民主統制，亦不失為監督保險費率決定之適正性，藉此保障被保險人與雇主財產權之有效方式<sup>516</sup>。

<sup>514</sup> 參照 倉田聰，前揭註 249，頁 25。在德國法上，社會保險之保險費率也是按照「量出為人」方式算定，在保險人提出之下年度預算計畫出現入不敷出之情形時，即以調保險費率作為因應，在法定健康保險中，另為充分展現自治之特色，將保險費率保留給由勞資雙方即雇主與被保險人組成之自治機關共同決定；參照 孫迺翊，前揭註 23，頁 76-77。

<sup>515</sup> 德國法定健康保險於 2010 年制定「法定健康保險財政法」後，雖明文將一般保險費率固定為 15.5%，惟亦要求當保險支出大於保險收入時，應由保險人向被保險人另外徵收附加保險費，可見被保險人實質上適用之保險費率非僅為法律明定之 15.5%，尚包括作為調整收支平衡之附加保險費部分。此外，在日本之組合掌管健康保險制度中，保險費率由各保險組合於 3%至 9.5%之範圍內自行決定，在政府掌管健康保險制度中，雖健康保險法明定保險費率為 8.2%，但同時授權厚生勞動大臣在保險財政無法平衡時，得在 6.6%至 9.1%進行調整，至於市町村國民健康保險之保險費率，則由各市町村按照厚生勞動大臣依國民健康保險法第 81 條訂定之命令基準決定之，均未採用固定之保險費率。

<sup>516</sup> 日本最高裁判所大法庭針對旭川市國民健康保險條例未明文規定各年度應適用之保險費率，而係授權由市長決定後公告，且市長在徵收期間經過後所公告之保險費率，具有溯及適用之效力等問題，是否違反日本憲法第 84 條之租稅法律主義及國民健康保險法第 81 條規定（按即保險費數額、保險費率、賦課期間、減額賦課及其他保險費賦課及徵收之事項，除本法規定者外，應依照內閣政令以條例或規約訂定），曾於 2006 年 3 月 1 日作成「平成 12 年（行ツ）第 62 號、（行ヒ）第 66 號判決」，並指出：（1）國家基於財政收入目的而向符合要件者課徵之金錢給付，只要非屬對於特定給付所為之對待給付（即不具有對價性），不論其形式為何，皆為憲法第 84 條規定之租稅。（2）國民健康保險之保險費係作為被保險人受有保險給付之對待給付而徵收，與前述租稅之對價性特徵不同，且雖然旭川市以公費投入之資金比例已占約三分之二，但仍無法切斷保險



### 第三款 負擔公平性原則

基於憲法平等權保障之要求，如向人民收取費用以籌措社會保障制度之財源時，必須遵循「負擔公平性」之原理，亦即應對於相同情況者課以相同之負擔，並對於不同情況者課以不同之負擔，且負擔是否公平，在社會健康保險制度中，係以採用「量能負擔」原理作為計

費與得受領保險給付地位間之關連性，又國民健康保險為社會保險，依其目的與本質係採取強制參加與強制徵收保險費，藉此由參加者相互分擔個別參加者發生保險事故時之經濟損失，自無憲法第 84 條租稅法律主義之直接適用。然而，國民健康保險稅為目的稅，縱然係作為對待給付而加以徵收，但形式上屬於租稅，則應適用租稅法律主義。(3) 憲法第 84 條之租稅法律主義，係將對於國民課以義務或限制權利時應以法律作為根據之原則，在涉及租稅時予以嚴格之明文化，然非謂國家徵收租稅以外之公課時，得僅以不是憲法第 84 條規定之租稅為理由，即不受上開法律原則之拘束，如在強制徵收之程度上，與租稅具有類似之性質時，仍應有憲法第 84 條規定意旨之適用。於此情形，應比較該公課與租稅在性質上之異同，且對應於徵收目的而存在之各種公課，法律或條例應對於該公課之徵收要件為如何程度之明確規定，必須按照該公課性質、課徵目的及強制程度進行綜合考量。(4) 市町村國民健康保險之保險費，因強制加入與強制徵收，固然與租稅同樣具有強制性，而有憲法第 84 條規定意旨之適用，惟保險費收入之用途，限定於國民健康保險事業所需之經費，故基於國民健康保險法第 81 條授權訂定之條例，對於保險費之課徵要件應為如何程度之明確規範，在徵收之強制程度外，亦有必要依作為社會保險之國民健康保險制度目的、特質等進行綜合判斷。(5) 系爭之旭川市國民健康保險條例第 12 條第 3 項，雖然將保險費率之決定及公告授權市長，然由於保險費率在保險費之課徵總額確定時即自動算出，故本條例之規定在解釋上，也可認為是將確定保險費之課徵總額一併授權給市長。惟國民健康保險費是為充足保險事業所需費用而徵收，將應支出之費用扣除其他收入後仍不足之數額，以合理性之預計數額算定保險費賦課總額後，課由家長分別負擔，此在基於相互扶助精神建立之國民健康保險中，應為徵收保險費時所應遵循之原理，也當然是系爭旭川市國民健康保險條例之前提，況本條例第 8 條各款規定，已就旭川市國民健康保險之費用及收入預測數額為明確規定。準此，本條例是在對於作為計算保險費率基礎之保險費賦課總額算定方式已有明確規定之前提下，另將於算定時如何推計費用及收入預測額、收納預定率等專業性、技術性細微事項，授權市長進行合理選擇，同時對於上開預測額之推計，也必須通過議會對於國民健康保險事業特別會計預算及決算項目之審議，以進行民主統制。是以，本條例第 8 條既然已明定作為保險費率計算基礎之保險費賦課總額算定基準，則同條例第 12 條第 3 項授權市長基於該基準決定保險費率，並將保險費率予以公告，不生違反國民健康保險法第 81 條規定或憲法第 84 條規定意旨之問題。(6) 關於保險費賦課總額算定基準，以及基於該基準計算保險費率之方法，依本條例規定在賦課期日前已屬明確，保險費率亦必須按照此算定基準以追求收支均衡之觀點決定，而不具有恣意決定之空間，故保險費率即使在賦課期間之後再由市長決定，也無損於法之安定性，故本件旭川市長雖在各年度之賦課期間後，始公告平成 6 年至 8 年之保險費率，仍難謂違反憲法第 84 條規定之意旨。關於本判決之詳細內容，參照 日本裁判所裁判例情報網站，網址：[http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/926/024926\\_hanrei.pdf](http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/926/024926_hanrei.pdf)，(瀏覽日期：06/28/2017)。又上述日本最高法院裁判內容，針對國民健康保險費是否應受日本憲法第 84 條規定之拘束，考量保險費之特質後，認保險費率得由保險人依法定基準後算定之結論，大致為學者贊同，參照 西村健一郎 (2006)，〈国保保険料と憲法 84 条：旭川市国保事件の最高裁大法廷判決について〉，週刊社会保障，2399 号，頁 21；碓井光明，前掲註 496，頁 97-98；菊池馨実 (2006)，〈社会保障法判例：国民健康保険の保険料率の算定基準を定めた上で，その決定及び告示を市長に委任している国民健康保険条例が国民健康保険法 81 条及び憲法 84 条に違反しないとされた例 (旭川市国民健康保険条例事件最高裁判決) (最高裁判所大法廷平成 18. 3. 1 判決)〉，季刊社会保障，42 卷 3 号，頁 306-312。

收之基準，僅以設定量能負擔之上限，或設置對於無力負擔者之保險費減免措施作為調整<sup>517</sup>。

準此，全民健保作為社會健康保險之制度，自應在保險費之計收上，遵循上述源自於憲法平等原則之「負擔公平性」原理，使具有相同能力之參加者負擔同額保險費，不同能力者則負擔相應不同額度之保險費。此外，如進一步考慮到保險費是以「投保金額」乘上「保險費率」之方式計算，且所有參加者均適用相同之保險費率，可知「負擔公平性」是否得到落實，將取決於有關「投保金額」之採計與認定方式，以及被保險人以外之人對於保險費之分擔或補助等內容。再者，對於經濟條件極佳而具有高負擔能力者，必須設置量能負擔之上限，以使全民健保所採取之「全民強制參加」制度設計，不至於因過度侵害人民之財產權及健康規劃自主權，產生違反比例原則之疑慮，也必須對於無力負擔保費者實施保險費減免或補助之措施<sup>518</sup>。

#### 第四款 效率性原則

保險費收入作為社會健康保險支出所需資金之主要來源，對於維持保險事業之營運至關重要，故不僅在計收上應遵循上述收支均衡、法律保留與負擔公平性等原理，在執行面上也應考量如何確保保險費之收取能夠有效實現，不至於淪為紙上談兵，否則將危害保險財政之安定，妨礙保險事業之永續與健全經營。

在比較法之經驗上，日本於 1938 年制定之國民健康保險法實施至第二次世界大戰結束後，因組合員嚴重滯納保險費造成財政困境，再加上當時面臨醫療資源短缺及通貨膨脹問題，亦造成醫療費用與事務費用等支出面之急遽增加，終使國民健康保險組合受限於財政問題而陸續中止營運，造成整體制度陷入臨崩潰危機。為此，日本乃修法將原本由國民健康保險組合擔任之保險人，改為原則上由地方自治團體之市町村擔任，其中重要考量就在於市町村保險人不論以保險費或保險稅之形式向被保險人徵收財源，都具有顯著之實現可能性及便利

<sup>517</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 191，頁 607、610-611。

<sup>518</sup> 參照 倉田聡，前揭註 249，頁 32。

性。由是觀之，如何確保保險收入之實現，對於保險財政及保險事業之營運，甚至整體社會健康保險制度維持，將具有關鍵之重要性，必須在制度設計時妥善對應。

抑且，考量保險參加者人數眾多，保險費更是定期發生而需頻繁收取，再加上採計作為投保金額之所得或資產，也具有不時變動之特性，使得保險費之收取在現實上具有反覆處理大量事務，且需隨時變動調整等特徵，故在制度設計時，亦必須促進保險費之收取具有效率，以免造成保險人、被保險人及雇主（投保單位）為此蒙受過高或不合效益之成本耗費。

是以，本文認為保險費之收取必須合於「效率性原則」，其意義不僅在於確保保險費之收取能夠實現，在收取時也必須具有效率，以維持保險事業之有效運作。具體而言，作為「確保保險費之收取能夠獲得實現」之有效方式，像是以就源扣繳避免被保險人拖欠，或對於有資力卻欠繳保險費者透過加徵滯納金、暫停保險給付等手段促其履行，至於為「確保保險費之收取具有效率」，則例如以設置投保金額分級表來簡化保險費基之計算，或在參加者與保險人間設立投保單位（全民健保）或委任由地方層級之行政機關代行（日本之政府掌管健康保險），皆可謂為追求效率性原則之適例。

### 第三項 健保法對於保險費之規範

全民健保之保險費分為「一般保險費」與「補充保險費」，「一般保險費」係對於所有之保險對象收取，包括第一類至第六類之被保險人與眷屬，並應由被保險人、雇主（投保單位）與政府分擔。至於「補充保險費」僅適用於第一類至第四類及第六類保險對象，不包括第五類保險對象之「低收入戶」，且僅由保險對象負擔，並無由他人分擔之規定，惟考量收取之便利與效率，另課以所得稅法上之扣繳義務人負有就源扣取之義務。





## 第一款 一般保險費之計算與負擔

「一般保險費」之計算與負擔，分別就第一類至第三類保險對象及第四類至第六類保險對象設有不同規定，分述如下。

### 第一目 第一類至第三類保險對象

健保法第 18 條第 1 項前段規定：「第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之」，亦即第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，均以「被保險人」之「投保金額」乘上「保險費率」後計算。具體而言，前者之「投保金額」在第一類及第二類被保險人，係指受僱者之薪資所得<sup>519</sup>、雇主及自營業主之營利所得、自營作業業者及專門職業技術人員自行執業者之執行業務所得，至於受僱者、雇主或自營業主如無固定所得時，則由被保險人自行申報後再由保險人查核（健保法第 20 條規定參照），且除適用最高投保金額者外，投保金額不得低於個別被保險人之勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資（健保法第 21 條第 2 項前段規定參照），藉此維持各社會保險制度間在適用上具有一致性。其次，針對第三類被保險人之農業工作者及漁業工作者，或係考量其等之所得數額通常處在變動狀況，極易受到季節、氣候，甚至災害事故之影響，乃明定第三類被保險人之投保金額，係使用第一類被保險人中之受僱人及第二類被保險人中之職業工會會員、外僱船員等人之平均投保金額計算，而非採計實際之所得數額，且保險人得依其等之

<sup>519</sup> 由於健保法對於「薪資所得」未有明確之定義或規範，且現實上受僱者所取得之勞務對價，也往往有工資、薪給、獎金、津貼、作業代金、誤餐費等各種不同名目之金錢給與，導致認定上經常發生爭議，立法院也曾為此作成附帶決議，要求「健保法實施 1 年後，除第五類保險對象外，其餘被保險人應以實際所得申報投保金額」。實務上目前針對非公務員之受僱者，依健保法施行細則第 46 條第 1 項第 2 款第 2 目規定，係援用勞動基準法上關於工資之規定，以認定被保險人之「薪資所得」，藉此決定其投保金額，也就是採計勞工因工作所得之報酬並具有經常性者作為範圍，另扣除加班費。參照 張道義，前揭註 229，頁 156。此外，學者陳英鈞曾批評為何在投保金額之認定上，公務人員僅採計「本俸」，勞工卻必須以薪資之全額計算；參照 陳英鈞，前揭註 153，頁 92。惟現行健保法施行細則第 46 條第 1 項第 2 款第 1 目已明定：「具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者，應以其俸（薪）給總額計算其投保金額」，且參照公務人員俸給法第 3 條第 1 項也規定公務人員之俸給包括本俸（年功俸）及加給，已將公務人員之經常性所得納入，與勞工之投保金額在計算上應無太大區別。

經濟能力逕行調整（健保法第 22 條前段規定參照）。再者，第一類至第三類被保險人之投保金額，尚非直接以其等所得數額之確實數值計算，而是依健保法第 19 條規定，以類型化之間距方式，按照其所得之數額範圍，適用由衛福部訂定經行政院核定之「投保金額分級表」，以決定其等之投保金額，且「投保金額分級表」之下限為勞工之基本工資，上限則必須與下限間維持 5 倍以上之差距，並在適用上限之被保險人數逾 3% 且持續達 12 個月以上時往上調整（健保法第 19 條第 2、3 項規定參照）。至於後者之「保險費率」，應在不超過百分之六之上限範圍內（健保法第 18 條第 1 項後段），由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議，審議標準為「依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議」（健保法第 24 條第 1 項、第 3 項）。

此外，第一類至第三類被保險人之眷屬，其每人之保險費數額與被保險人相同，都是用被保險人之投保金額乘上保險費率計算，且眷屬之保險費應由被保險人繳納（健保法第 18 條第 2 項前段）。換言之，在現行規定下，被保險人之所得能力是同時用於評價其個人與其每一位眷屬參加全民健保時應負擔保險費之經濟能力，惟被保險人之眷屬如超過 3 人時，最多僅以 3 人計算（健保法第 18 條第 2 項後段）。

在保險費分擔方面，依健保法第 27 條第 1 款至第 3 款規定，第一類被保險人中之「公教人員」及眷屬應由被保險人自付 30%，投保單位負擔 70%，但私立學校教職員之之任職學校僅負擔 35%，其餘 35% 由中央政府補助；「受僱人」及眷屬應由被保險人自付 30%，投保單位負擔 60%，中央政府補助 10%；「自營業主」與「專技人員」及其等眷屬，應由被保險人自付全額之保險費。另第二類被保險人及眷屬之保險費，應由被保險人自付 60%，中央政府補助 40%，第三類被保險人及眷屬之保險費，則由被保險人自付 30%，其餘由中央政府補助。

## 第二目 第四類至第六類保險對象

依健保法第 23 條第 1 項規定，第四類至第六類被保險人之保險



費並非以「投保金額」乘上「保險費率」之方式計算，而是採用第一類至第三類被保險人精算結果之每人平均保險費，<sup>520</sup>因此不存在有投保金額或保險費率之概念。又參照上述規定於 2001 年 1 月 30 日修正時之立法理由為「由於第四類被保險人並非受雇者，無工作所得，爰於本條規定與第五類被保險人同採定額方式計算保險費」，可知立法者針對一般保險費所設定用來衡量全民健保參加者經濟能力之標準，仍侷限在「工作所得」，並未及於例如交易所得、孳息所得等其他所得，更不包括參加者之財產，否則不會僅以第四類被保險人「無工作所得」，即規定採用其他被保險人之平均投保金額。惟縱使如此，由於第四類被保險人中之「現役軍人」仍然領有俸給，並非上開立法理由所稱「無工作所得（薪俸）」之人，本文推論或許是立法者考慮到目前義務役軍人之薪俸明顯過低，以此計算其等之投保金額不具合理性，始決定採取精算後之平均數額。此外，第四類至第六類被保險人之眷屬之保險費，與上述第一類至第三類被保險人眷屬之計算方式相同，亦即以被保險人之保險費作為其每一位眷屬之保險費，且由被保險人負責繳納，但最多採計眷屬之人數為 3 人（健保法第 23 條第 2 項）。

在保險費分擔方面，依健保法第 27 條第 4 款至第 7 款規定，第四類至第五類被保險人之保險費均由中央所屬或主管機關全額補助，另在第六類被保險人中，「榮民家戶代表」之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其眷屬之保險費則應由被保險人自付 30%，其餘由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，至於「一般戶長」之被保險人及其眷屬之保險費，由被保險人自付百分之 60%，中央政府補助 40%。

---

<sup>520</sup> 從文義上而言，健保法第 23 條第 1 項規定：「第四類至第六類『保險對象』之保險費，以依第 18 條規定精算結果之每人平均保險費計算之」，並不精確，蓋依健保法第 10 條之規定，應係「被保險人」始有第一類至第六類之區別，「保險對象」尚無類別之區分，故本項規定移修正為：「第四類至第六類『被保險人及其眷屬』之保險費，以依第 18 條規定精算結果之每人平均保險費計算之」，始為妥適，同樣之立法問題也出現在第 31 條第 1 項有關「第一類至第四類及第六類『保險對象』」之補充保費規定。



## 第二款 補充保險費之計算與負擔

健保法於 2011 年修正時，在前述「一般保險費」之外，另增訂對於第一類至第四類與第六類之被保險人及眷屬所收取之「補充保險費」。詳言之，依健保法第 31 條第 1 項之規定，除第五類被保險人之低收入戶以外，第一類至第四類及第六類被保險人與其眷屬，應以所得稅法上之扣繳義務人作為扣費義務人，就單次給付在一定金額以上至 1000 萬元間之下列所得，按補充保險費率收取補充保險費：(一) 投保單位給付全年累計逾當月投保金額 4 倍部分之獎金；(二) 非所屬投保單位給付之薪資所得，但不包括第二類被保險人即職業工會會員、外僱船員之薪資所得；(三) 執行業務收入，但不包括自營業主、專技人員依健保法第 20 條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入；(四) 股利所得，但不包括已列入投保金額計算保險費部分；(五) 利息所得；(六) 租金收入。

由此可知，「補充保險費」之收取目的，是為將參加者在固定薪資所得以外之其他所得，包括以提供勞務為基礎獲取之獎金所得、執行業務所得、兼職所得，及以財產為基礎獲得之股利所得、利息所得、租金所得等六類所得，均納入評估參加者負擔保險費之經濟能力。蓋全民健保自 1995 年 3 月 1 日實施以來，由於在投保金額主要只採計薪資所得，未能將參加者之其他所得納入，造成仰賴薪資所得維持生活之受僱勞工與有其他所得或財產之富者間，在保險費負擔上出現嚴重之公平性問題，進而備受責難<sup>521</sup>。對此，二代健保在進行財務修正規劃時，原擬將所得稅法上之全部所得項目皆納為投保金額，同時改以「家戶」作為計收保險費之單位，取代過去用被保險人或保險對象之個人單位，亦即規劃採用「家戶總所得」以計算保險費基。然上開規劃在健保法修正過程中，不但受到政治力阻礙，且當時健保法之主管機關衛生署與所得稅法之主管機關財政部，也未能針對以「家戶總

<sup>521</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 11，頁 364-365。臺灣一位著名女性模特兒在健保法 2011 年修正前，因無固定雇主，而以第六類被保險人中之「一般戶長」身分參加全民健保，雖年收入甚高，但皆非固定薪資所得，導致僅需繳納低額保險費，引起極大爭議。參照 自由時報網站 (7/28/2005)，〈林志玲年入 4 千萬、月繳保費 604 元〉，網址：<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/26717> (最後瀏覽日：7/19/2017)。

所得」作為保險費基之方式形成共識，因此最後「家戶總所得」方案遭到行政部門以「稽徵成本過高」為由而未予採納。於是，作為「家戶總所得」之替代方案，也就是於 2001 年修法時，將原本為因應二代健保改革進度延宕，由當時之保險人即健保局所提出，但因受到外界批評而未能付諸實施之「補充保險費」制度納入，形成現行之「補充保險費」制度<sup>522</sup>。

## 第四項 現行制度之評價

如以前述之原理論檢討現行全民健保之保險費規範，或可為以下之評價與建議。

### 第一款 收支均衡原理之檢討

全民健保既然採取保險原理作為運作基礎，自應遵循收支均衡之原理，確保制度運作具有健全之財政基礎。抑且，由於全民健保是以行政機關組織之健保署作為單一保險人，故以作業基金之形式，在年度中央政府總預算中之附屬單位預算中編製財務收支，同時採取週年作為財務計算之期間單位。又健保法中既分別設有「健保會為保險費率、保險給付範圍之審議或協議訂定保險醫療給付費用，遇有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案」（健保法第 5 條第 2 項）、「以百分之六之上限保險費率計收保險費，仍無法與當年度協議訂定之保險醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額」（健保法第 24 條第 1 項但書）、「第一類至第三類保險對象之保險費率，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議」（健保法第 24 條第 3 項前段）、「增減給付項目、內容或標準致影響保險財務平衡時，應調整保險給付範圍方案」（健保法第 26 條第 2 款）等規定，不僅明示應按年度預測支出之費用審議保險費率，亦應在收支不平衡或變動狀況下進行適當調整，已足推論健保法確實

<sup>522</sup> 參照 郭年真、江東亮、賴美淑（2014），〈二代健保改革〉，台灣醫學，18 卷 1 期，頁 48-49。

要求在財務運作上應遵守「收支均衡原理」。再者，為避免因收支估算誤差或發生不可預期之情事，健保法亦要求設置「安全準備金」，數額為相當於最近精算之1至3個月保險給付支出額，並以收支結餘、滯納金收入、安全準備金之運用收益、菸酒健康福利捐與其他法定收入等作為資金來源，用以在年度收支發生短絀時優先投入作為填補（健保法第76條第1、2項、健保法第78條）。

然而，從現實面考察，健保法雖設有上述應遵循「收支均衡原理」之規定，亦明定平衡財務收支之相關機制，惟健保署用以達成財務平衡目標之方式，除保險費、公庫負擔、部分負擔與保險基金收益等法定收入外，尚包括對外進行私法上之借款。本文認為，基於保險原理與前述保險費計算之構造，當保險財務出現入不敷出之短絀情形時，理應以調整保險費率之方式增加保險費收入謀求填補，倘若任由保險人向外借款作為填補，難免因借款不僅仍需償還，還會帶來額外之利息支出，恐屬「寅吃卯糧」致使財務愈趨困難，進而對於健保財務之健全性產生負面影響，自非遵循「收支均衡原理」之適當作法<sup>523</sup>。又健保署向外借款之性質上固屬私經濟行為，然由於健保法已設有前述第5條第2項、第24條第1項但書及第3項前段、第26條第2款等規定，明示支出與收入間不平衡時所應採取之調整方式，其中既未包括允許保險人向外借款，則基於「明示其一，排除其他」之法律解釋，考量「收支均衡原理」為保險財務運作時必須遵循之首要基礎，不僅應認為現行法並未允許保險人採取借款方式以籌措不足之財源，在立法論上更應予以明定以免疑義，並藉此排除保險人為追求財務平衡而調漲保險費率時，所可能面臨之不當政治力阻礙。

## 第二款 法律保留原則之檢討

由於社會健康保險保險費在「量出為入」之財務方式下，與支出之推算金額具有必然之連動關係，已如前述，故在評價法律保留原則是否已在保險費規範上得到落實，自不能無視於健保法對於支出面計算上之規範。對此，健保法雖於第60條規定：「本保險每年度醫療給

<sup>523</sup> 參照 孫迺翊，前揭註23，頁67-69、73。

付費用總額，由主管機關於年度開始 6 個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定」，明示全民健保在支出上係採取「總額支付制度」，即事先由主管機關決定各年度之醫療給付費用總額後，再由各部門之健保醫事服務機構於該總額範圍內，按其實際提供給付之比例加以分配。然健保法對於應如何具體計算各年度之「醫療給付費用總額」，亦即應如何推算支出數額之方法，以及所採計之指數（例如經濟數據、景氣指標、疾病發生率、醫療支出比例）與權值等，卻未有所明定或授權，無異將支出數額之計算完全交由行政機關決定，顯然忽略支出數額計算對於決定保險費之實質影響，自有應補充增訂相關規範之必要。<sup>524</sup>

其次在保險費計算上，健保法針對「投保金額」之種類與範圍，已在第 20 條、第 22 條、第 23 條及第 31 條（針對補充保費）中有明確之規定或授權，藉此明示保險費課徵標的之範圍。此外，就「保險費率」部分，健保法第 18 條第 1 項規定：「第一類至第三類被保險及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限」，明定保險費率之上限範圍，並以第 24 條第 3 項規定，要求第一類至第三類被保險人及其眷屬在各年度適用之保險費率，應「依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議」，也就是以預計支出數額之醫療給付費用總額為基礎，按收支平衡之方式算定保險費率<sup>525</sup>，應可認為在「投保金額」與「保險費率」之相關規範上，已合於法律保留原則。何況，全民健保之保險財務收支既然是以作業基金方式，編入中央政府總預算中之附屬單位預算後（健保法第 96 條），交由立法機關審議，並具有經過議會審議而對保險費數額進行民主統治之機制意義。再者，健保法雖

<sup>524</sup> 有關全民健保總額支付制度之運作，可參 郭躍民，前揭註 314，頁 140-121。又全民健保設定與在協商支付總額時，雖進一步區別為「非協商因素」（人口成長率、醫療服務成本指數改變率）及「協商因素」（保險給付範圍或支付項目之改變、醫療品質與保險對象健康狀況之提升、其他服務利用及密集度改變、醫療服務效率之提升、其他法令或政策改變或政策又因對於醫療費用之影響），然並未明定在法律或授權命令中，而是交由主管機關自行決定設定及協商支付總額之各項因子及其性質，難認係合於法律保留原則之要求。

<sup>525</sup> 健保法第 23 條第 1 項規定，第四類至第六類被保險人及其眷屬之保險費，係以第一類至第三類被保險人及眷屬經精算結果之每人平均保險費計算，並未採用以「投保金額」乘上「保險費率」計算保險費數額之構造，因而並無適用於第四類至第六類保險對象之保險費率，也自然沒有如何算定費率數值之問題。

未實施保險事業自治，然為保障利害關係人之程序參與，設置健保會進行保險費率之審議，在基本出發點上固然值得贊同，但受限於現行健保會代表產生之方式普遍欠缺正當性，恐將使得原本良善之立意無從實現。



### 第三款 負擔公平性原則之檢討

健保法對於保險費之規範，最大問題在於未能實現負擔公平性原理，以下將分別予以探究。

#### 第一目 被保險人與眷屬之經濟能力認定問題

全民健保基於相互扶助原理，應適用量能負擔原則計收保險費，亦即依照個別被保險人之經濟能力，決定其在共同體中為分散風險及損失所應負擔之保險費數額。抑且，由於適用對象及於全民，且參加者不問職業或身分差異，均加入以健保署作為單一保險人之保險事業中，是則參加者既然不限於仰賴勞力換取薪資所得之勞工，自不能仍然參考以勞工作為適用對象所建立之德國法定健康保險或日本健康保險，僅採計參加者之工作所得作為衡量經濟能力之標準，並據此計算保險費數額。

基此，健保法規定第一類至第三類被保險人之一般保險費，應以「投保金額」乘上「保險費率」計算，其中第一類及第二類被保險人之投保金額為薪資所得（受僱者）、營利所得（雇主及自營業主）或執行業務所得（自營作業業者及專門職業技術人員），第三類被保險人之投保金額則為第一類被保險人中之受僱人及第二類被保險人之職業工會會員、外僱船員之平均投保金額，另第四類至第六類被保險人之保險費數額係採計第一類至第三類被保險人精算結果之每人平均保險費，且眷屬之一般保險費數額均與被保險人相同，惟最多計算至三人，即有以下無法正確評價參加者經濟能力之問題。

其一，針對第一類及第二類被保險人中之「公教人員」、「受僱人」、「職業工會會員」與「外僱船員」，健保法規定以其薪資所得或執行

業務所得作為投保金額，考量上述職業者在經濟生活上主要是以提供勞務換取工作所得以維持生活，其薪資所得或執行業務所得大致足以反應其等之經濟能力，理論上固無太大問題。然而，第一類被保險人中之「雇主」與「自營業主」，在資本主義之市場經濟模式下，並非透過提供勞務以賺取勞力所得營生，而是作為提供土地、廠房、設備、或資金之資本家，並以資本為基礎雇用勞工獲得勞務後，換取經濟上之利益即營利所得。是此，有鑑於資本家之經濟能力不僅包括交易所得，更及於其換取所得所憑藉之資本，則健保法僅以營利所得來評價雇主與自營業主之經濟能力，明顯忽略其等之資本即土地、廠房、設備、資金等財產之價值，造成對於其等負擔保險費能力之低估，自非允當。抑且，縱使考量到我國商業組織多為中小企業之實態，認為因中小企業之資本有限，強加採計後或許只造成保險費稽徵成本上之無謂負擔，至少也應在立法上，將一定實收資本額以下之中小企業主與具有相當資本規模之大企業主分別處理，並對後者之保險費加計資本即財產之價值，始能符合負擔公平性之要求。

其二，第三類被保險人中之農業工作者與漁業工作者，雖與勞工相同主要以提供勞務換取所得維生，惟其所得之性質應為農作物或漁獲之交易所得，而非勞務所得。再者，農業工作者或漁業工作者非僅藉由勞務之提供，即能取得農作物或魚貨，尚須利用土地（農地）、設備（農機、漁船），且此類供作農用或漁用之土地、設備，可能為農業工作者及漁業工作者所自有或向他人租用。是此，在評價農業工作者與漁業工作者之經濟能力時，一則應著重於其等之交易所得，而非採用性質迥異之受僱人與職業工會會員之平均所得，否則勢必有評價過高或過低之錯誤。此外，倘若農業工作者或漁業工作者係自有供農用或漁用之土地或設備時，基於負擔公平性之考量，在該土地、設備之價值超過一定數額，足以彰顯農業工作者或漁業工作者確實具有較高之資力時，也應將大面積農地或高價值之農機設備、漁船等資產，列為計算保險費之標準。以此觀之，現行健保法僅考量農業工作者與漁業工作者不具有固定所得，而出於稽徵成本之考慮，規定逕以受僱人與職業工會會員之平均所得作為投保金額，顯然未能對於農業工作者及漁業工作者之經濟能力為適當評價，不免有過高或過低之疑慮，



存在負擔不公平之問題<sup>526</sup>。況且，何以健保法允許第一類至第二類被保險人無固定所得者，得以自行申報所得後經保險人查核之方式認定其投保金額，卻不允許同樣為不具有固定所得之農業、漁業工作者以相同方式為之，也難認具有差別待遇之正當理由，而有違反平等全保障之疑問。

其三，健保法規定第四類至第六類被保險人，逕以第一類至第三類保險對象精算結果之每人平均保險費，作為其等應負擔之保險費數額，從立法理由觀之，可知立法者對於評價全民健保參加者之經濟能力，存在有仍侷限於工作所得之誤解，已如前述。究其根源，或係因沿襲過去在我國實施之勞工保險、公務人員保保險等制度內容，卻未考慮全民健保在適用對象範圍上有所擴大，不再限於仰賴勞務收入維持生活之勞工及公教人員，更將其他不同身分及職業者納入。尤其是第六類被保險人雖為無職業之人，但除已退休而仰賴退休金維持生活者外，衡酌其等雖無職業卻仍能維持生活，也非屬於第五類被保險人之低收入戶，通常應可推論其等係具有相當之其他種類所得或資產，否則如何作為維持生活之憑藉。健保法未慮及此，逕規定其等應負擔之保險費數額與第五類被保險人之「低收入戶」相同，不僅違反量能負擔之原理，亦明顯悖於社會上之通常認知。從而，健保法中有關第六類被保險人中「一般戶長」之保險費規定，向來遭受嚴重之質疑與批評，顯然係出自於立法怠惰，未能對於第六類被保險人之經濟能力，設定適當之評價基準。此外，保險費之計算與分擔應屬不同層次之事，固然第四類及第五類被保險人之保險費應全額由政府支應，然負擔公平性原則既然同時拘束保險費之計算與分擔方式，自應設定合理之標準來計算其等之保險費數額，不能只以保險費全額由政府負擔為由，即草率規定採用其他保險人之平均保險費。

其四，健保法第 27 條第 1 項第 5 款規定第五類被保險人即「合於社會救助法規定之低收入戶成員」，其保險費應由政府全額補助，理論上固無問題。惟進一步連結到社會救助法對於低收入戶之認定設有極嚴格規定，使得符合低收入戶資格者僅在百分之一至百分之二之

<sup>526</sup> 參照 行政院二代健保規劃小組，前揭註 317，頁 103。



間，可能造成實際上無繳納保險費能力之經濟困難者，卻因無法取得低收入戶資格而需以其他類被保險人身分參加全民健保，並負擔保險費，成為實務運作上不可忽視之問題<sup>527</sup>。

其五，全民健保在參加者中設立「眷屬」之類型概念，並規定眷屬應依附於被保險人投保，理論上應係考慮眷屬是仰賴被保險人維持生計之人，也就是眷屬缺乏自行負擔保險費之經濟能力。準此，如本文前述，眷屬既與被保險人共同維持生活，自應將眷屬與被保險人之經濟能力作為整體合併計算，而非要求被保險人必須另按照眷屬之人數負擔額外之保險費。是以，健保法規定眷屬應按人數個別收取與被保險人同額之保險費，雖設有眷屬人數最多以三人為計算上限以為緩和，仍難避免受指摘為違反負擔公平性原理<sup>528</sup>，導致由被保險人與眷屬組成而具有相同經濟能力之家庭，卻因眷屬人數多少而需負擔不同數額之保險費，也無視於眷屬人數較多之被保險人，往往已在日常生計維持有較多之生活支出，還對其等收取更高額之保險費，形成過苛之負擔，顯有檢討修正之必要<sup>529</sup>。

## 第二目 政府補助保險費之差別待遇

依現行規定，全民健保之保險費由被保險人、投保單位及中央政府三方分擔，且依保險對象之身分或職業差異，分擔比例亦有不同(詳見以下【表五之 1】之整理)，形成政府對保險對象補助保險費比例

<sup>527</sup> 參照 蔡維音，前揭註 230，頁 70-72；政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦，前揭註 308，頁 254-256（孫迺翊發言）。又關於社會救助法規定之檢討，可參 許宗力，前揭註 154，頁 125-126；蔡維音（2013），〈最低生存基礎之界定：從社會救助與個人綜合所得稅進行之交互考察〉，月旦法學雜誌，212 期，頁 123-125。

<sup>528</sup> 參照 吳秀玲、葉明功、周淑婉（2017），〈從法制面探討影響我國全民健康保險財務之因素〉，中正財經法學，14 期，頁 232；陸敏清（2005），〈全民健康保險法保費補助制度之探討〉，月旦法學雜誌，116 期，頁 75。

<sup>529</sup> 日本之健康保險制度不問被扶養人之人數多寡，都按照被保險人之所得計算應負擔之保險費，具有由被扶養人人數較少之被保險人為人數較多者分擔醫療需求之意義，藉此實現由經濟能力較佳者向經濟能力較差者提供扶助之相互扶助關係；參照 稻森公嘉，前揭註 111，頁 158。相較於此，日本國民健康保險在計算保險稅費時，雖採計「被保險人均等比例」作為算定因子，亦即將家庭中被保險人之數多少，納入成為計算保險費數額高低之因素。然而，日本國民健康保險中個別被保險人之保險費，無論採取「四區別方式」、「三區別方式」或「二區別方式」計算，其中「被保險人均等比例」僅為 35% 或 50%，與全民健保直接按照眷屬人數加計被保險人一人之保險費數額相較，仍難以相提並論。

上之差別待遇<sup>530</sup>。對此，大法官雖曾在釋字第 550 號解釋中指出：「健保法該條所定之補助各類被保險人保險費之比例屬於立法裁量事項，除顯有不當者外，不生抵觸憲法之問題」，肯認立法者對於政府補助保險費之比例，具有廣泛之形成自由，自得對於不同類別之保險對象設定不同之保險費補助比例。然而，學說上針對健保法規定政府對於不同類別保險對象提供不同比例之保險費補助，卻向有違反憲法平等原則之質疑<sup>531</sup>。

【表五之 1：保險對象、投保單位及政府分擔保險費之比例】

保險對象		分擔保險費比例			
		被保險人	投保單位	中央政府	
第一類	公 教 人 員	公務人員及公立學校教職員(被保險人及眷屬)	30%	70%	0
		私立學校教職員(被保險人及眷屬)	30%	35%	35%
	受僱人(被保險人及眷屬)	30%	60%	10%	
	雇主、自營業主、專技人員(被保險人及眷屬)	100%	0	0	
第二類	職業工會會員、外僱船員(被保險人及眷屬)	60%	0	40%	
第三類	農業工作者、漁業工作者(被保險人及眷屬)	30%	0	70%	
第四類	現役軍人、軍校學生、軍眷遺族、替代役男、受刑人(被	0	0	100%	

<sup>530</sup> 惟政府以投保單位之地位，為第一類保險對象中之公務人員、公立學校教職員及公營事業之受僱人，分別分擔 70%、60%之保險費，係基於類似雇主地位所負有之一般照顧性義務，並非此處所討論之政府對於保險費之補助。

<sup>531</sup> 參照 郭明政(1995)〈全民健保法評析：以德國相關法制為例之比較觀察〉，經社法制論叢，15 期，頁 205；政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦，前揭註 308，頁 254-256（孫迺翊發言）；孫迺翊，前揭註 23，頁 101-102。

類	保險人及眷屬)				
第五類	低收入戶(被保險人)		0	0	100%
第六類	榮民家戶代表	被保險人	0	0	100%
		眷屬	30%	0	70%
	一般戶長(被保險人及眷屬)		60%	0	40%

(改編自健保署網站<sup>532</sup>)

關於政府補助即由公庫負擔部分保險費之理由，除「外部負擔」本屬國家應自行負擔之費用外，無非係基於國家負有義務照顧人民遭遇與健康相關生活事故時之醫療需求，並能以實施社會健康保險制度之全民健保加以履行，業如前述。準此，如考量保險費係依循量能負擔之原理計收，則在要求國家或地方自治團體負擔或補助部分保險費時，自應按參加者經濟能力之高低，作為決定是否補助或補助多少之標準，而不應取決於參加者之身分或職業，或其他與參加者經濟能力無關之因素。由是觀之，現行健保法依照參加者職業或身分之不同，區別為不同類別之保險對象，並提供不同比例之保險費補助，既非考量參加者在經濟能力上之高低差異<sup>533</sup>，顯然已存在分類標準錯誤之問題。因此在適用結果上，勢將導致對於同一類別中不同經濟能力之參加者，卻提供相同比例之保險費補助，而出現「不等者等之」之不合理差別待遇，以及對於不同類別者中相同經濟能力之參加者，提供不同比例之保險費補助，另產生「等者不等之」之不合理差別待遇，均屬違反憲法平等原則之情形。具體言之，本文觀察上述公庫補助保險費之規定至少存在以下問題：

- 一、對於第六類保險對象中「一般戶長」，不區別具體之經濟能力差異，概由政府補助 40% 之保險費，使得雖無工作所得但有一定資產者，竟與無工作所得且無資產者負擔相同比例之 60

<sup>532</sup> 資料來源：健保署網站，網址：[https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=75CB61949FF83959&topn=3185A4DF68749BA9&upn=F3C0AFE21C3112C4](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=75CB61949FF83959&topn=3185A4DF68749BA9&upn=F3C0AFE21C3112C4) (最後瀏覽日：8/6/2017)。

<sup>533</sup> 健保法對於不同類別之保險對象提供不同比例之保險費補助，是沿襲全民健保整合實物醫療給付前之各社會保險制度之規定，參照 吳秀玲、葉明功、周淑婉，前揭註 528，頁 232。

%保險費，造成顯著之不公平現象，向來已受到嚴重之批評與質疑。

二、因榮民之資格認定寬鬆，志願役軍人只要服役滿 10 年後就能取得，並以「榮民戶長」投保後得到政府全額補助保險費，與過去因實際參與戰爭而受有特別犧牲之真正榮民，存有不合理之差別待遇<sup>534</sup>。

三、農、漁業工作者在我國大多為小規模之經營型態，收入普遍不高，往往低於按月領取退休俸之榮民，然相較於領有高額退休俸額之榮民戶長可以獲得全額之保險費補助，收入較低之農、漁業工作者僅能得到 70% 之保險費補助，難認公平。

四、依保險對象之身分與職業由公庫提供不同比例保險費補助，另可能造成保險對象選擇投保以規避保險費負擔之問題，例如工會法規定只要具有相關職業技能之人，均得組織或加入職業工會（第 4 條、第 6 條第 1 項第 3 款參照），且實務運作上，工會對於加入者之資格審核也非嚴格，可能造成無雇主之職業工作者，考量若以自營業主身分參加保險必須自負全額保險費，乃選擇改以組織或加入當地職業工會成為會員後投保，就可以得到政府提供 40% 之保險費補助，僅需自付 60% 之保險費。是此，為何在其經濟能力未因是否成為工會會員而有不同之前提下，卻出現保險費補助有無之差別待遇，同難理解<sup>535</sup>。

<sup>534</sup> 參照 蔡維音，前揭註 230，頁 149-151。學說上另有認為，國家對於榮民與遺眷所提供之保險費補助，應屬「社會補償 (Sozialentschädigung)」之給付，也就是國家對於因戰爭帶來傷亡、身心障礙所導致個人與家庭之生存困難，理應提供作為衡平措施之社會給付，畢竟部分國民係因為國家服務而受有特別犧牲，國家自應補償其所受之損害，始能符合公平正義，參照 孫迺翊，前揭註 23，頁 95-96、101。惟現行法對於「榮民」之資格認定寬鬆，不以為國家服務且受到特別犧牲為必要，則可否以「社會補償」合理化對所有榮民與遺眷所提供之保險費補助，尚值得進一步斟酌。

<sup>535</sup> 除此之外，健保法將投保對象依身分職業加以區別，並採用不同之保險費基計算方式及保費負擔比例，也另外造成參加者雖均加入以健保署作為單一保險人之全民健保，卻必須在轉換職業或身分時辦理退保及投保手續，導致每月出現超過 100 萬筆之投、退保申請事務，徒使保險人與投保單位經營成本之增加；參照 行政院二代健保規劃小組，前揭註 317，頁 102。



### 第三目 未在國內常住者之保險費計算

健保法第 8 條第 1 項第 1 款雖規定具有我國國籍者，必須在國內設有戶籍連續 6 個月，或前 2 年內曾有參加保險紀錄者，始得成為適用對象。惟由於戶籍法僅要求對於出境滿 2 年以上之國民，強制為戶籍遷出登記（第 16 條第 3 項前段），再加上全民健保在維持保險費數額不高之同時，亦能提供具有相當品質之實物醫療給付，因此導致部分未在國內常住，而是在境外工作或生活之國人，選擇繼續參加全民健保，並透過維持短期入境之方式避免遭到強制遷出戶籍，藉以定期或在發生較嚴重之傷害、疾病，甚至懷孕分娩時，選擇返台接受保險醫療給付<sup>536</sup>。然而，此類未在國內常住之國人，由於生活地與工作地均不在我國境內，往往以第六類保險對象之「一般戶長」投保，故在保險費計算上係採用第一類至第三類保險對象之每人平均保險費數額（健保法第 23 條第 1 項），並可獲得公庫補助 40% 之保險費（健保法第 27 條第 7 款）。

惟衡酌實際情形，上述未在國內常住之國人，既然能在國境外經營生活，理論上應可推論係具有賴以維生之工作、所得或資產，不應僅因其等在境外之工作及所得現實上難以為保險人之健保署所查知，即容認得以「一般戶長」投保，並負擔顯然低於在國內有僱傭關係而以「受僱人」身分投保者之保險費。準此，對於上述未在國內常住之參加者，本文建議應在立法上考慮課以其等證明國外工作與所得之協力義務，以正確衡量其等負擔保險費之能力，並收取相應之一般保險費，且在其等不能或未為舉證時，鑑於其等在國外理應具有相當之工作、所得及財產之事實，應授權保險人得逕為採認及推估其應適用之投保金額後，計算其應負擔之保險費數額，以確保負擔公平性原則之實踐。至於如何認定未在國內常住之標準，為維持法律整體間之一致性，不妨參考在移民法規中通常採用作為認定人民與國籍是否具有相

<sup>536</sup> 藝人黃安長期在中國工作及生活，且向中國糾舉所謂「台獨藝人」，造成其他台灣藝人被中國封殺，並時常讚揚中國之種種美好，卻於突發心肌梗塞後，選擇返台接受全民健保提供之手術及住院治療，引起軒然大波。參照 蘋果即時新聞（3/10/2016），〈黃安熬過 8.5 小時手術，醫生估花健保費 80 萬〉，網址：<https://tw.appledaily.com/new/realttime/20160310/812608/>（最後瀏覽日：11/10/2017）。

當連結關係之每年 183 日。



#### 第四目 投保金額表之意義與檢討

如前所述，在計算第一類至第三類被保險人之投保金額時，並非採用其等之實際所得數額，而是適用由衛福部依健保法第 19 條授權訂定及行政院核定之「投保金額分級表」，亦即將一定範圍之所得劃歸為同一級距，再按照個別被保險人之實際所得所對應之級距，算定其投保金額。此外，健保法在授權衛福部訂定「投保金額分級表」之同時，也要求投保金額分級表之下限必須為勞工之基本工資，且分級表之上、下限投保金額應有至少 5 倍之差距，並在適用投保金額上限人數過多時適時調整上限金額<sup>537</sup>，以求盡可能忠實地反應出被保險人在所得能力上之差異，確保相互扶助原理在全民健保中之有效運作<sup>538</sup>。

至於為何不採計第一類至第三類被保險人之實際所得數額作為投保金額，而設置「投保金額表」採用級距化後之固定投保金額，大法官曾在釋字第 473 號解釋中表示，係因「被保險人相互間之收入及負擔能力差距甚大，決定保險費時不可能精確考量各被保險人之不同資力，爰以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能」，並據以肯認「投保金額分級表」之合憲性<sup>539</sup>。換言之，大法官係基於「效率」之正當目的，肯認計算被保險人之保險費時，得適用投保金額分級表「簡化」後之投保金額，也因此產生某程度緩和量能負擔原理嚴

<sup>537</sup> 健保法第 19 條規定：「第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級」。

<sup>538</sup> 以 2019 年 1 月 1 日起適用之全民健康保險投保金額分級表為例，目前投保金額分為 10 組共 48 級，下限之第一級投保金額為基本工資即 23,100 元，上限之第四十八級投保金額為 182,000 元，且都以該級距範圍內最高之金額作為投保金額，例如實際收入數額為 48,201 元至 50,600 元間而均屬第十八級之被保險人，皆應以最高之 50,600 元作為投保金額。

<sup>539</sup> 大法官釋字第 676 號解釋理由書中，再次重申健保法授權主管機關訂定「投保金額分級表」，係以「有效辦理」全民健保為目的，而以類型化方式計算投保金額為內容與範圍，授權尚屬明確，主管機關自得依上開授權，以類型化方式訂定投保金額分級表。



格適用之效果<sup>540</sup>。

惟所謂投保金額表具有之「簡化功能」或「效率目的」，其確切意義為何，有詳細說明之必要。申言之，依健保法第 21 條第 1 項規定<sup>541</sup>，遇有投保金額之變動或調整時，投保單位應於每年 2 月及 8 月向保險人申報通知，故個別被保險人之投保金額係以半年作為計算期間，且在該期間內均保持固定之數額，再加上適用同一所得級距範圍內之被保險人，也都採計相同之投保金額，自然能夠在大量且按月反覆發生之保險費收取事務上，透過固定化與平準化之投保金額設定，降低保險費計算之繁雜程度，以促進保險人與被保險人、雇主算定保險費之效率，並減少辦理時之人事成本，及有利於保險人推算各年度內之保險費收入<sup>542</sup>。

此外，針對健保法施行細則第 46 條第 5 款於 2018 年 9 月 19 日修正前，規定「職業工會會員」之被保險人之投保金額不得低於投保金額分級表之第六級，大法官於 2010 年 4 月 30 日作成釋字第 676 號解釋，認為因上述被保險人在工作型態上具有獨立性，工時與勞務所得亦不特定，在衡量行政效率與被保險人之所得狀況後，指定投保金額分級表第六級作為職業工會會員之被保險人之投保金額下限，雖未違反憲法第 15 條之財產權保障、第 23 條之法律保留原則及法律授權明確性原則，但仍要求應在被保險人之實際所得未達第六級金額時，設立適當機制合理調降保險費，以符社會保險制度中量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性<sup>543</sup>。為此，衛福部乃於 2018 年 9 月 19 日修正健保法施行細則第 46 條第 5 款，將「職業工會會員」申報投保金額不得低於第六級投保金額之規定刪除。

<sup>540</sup> 理論上言，若要求保險費之計算應嚴格適用量能負擔原理，則主要以所得高低彰顯其經濟能力之第一、二類被保險人，縱屬於同一級距，亦應精確按照所得額之高低負擔不同數額之保險費。

<sup>541</sup> 健保法第 21 條第 1 項規定：「第一類及第二類被保險人依前條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人，均自通知之次月一日起生效」。

<sup>542</sup> 參照 岩村正彥(2006)，〈社會保障法入門 7 9〉，自治實務セミナー，45 卷 11 号，頁 9-10。

<sup>543</sup> 職業工會會員之投保金額引起爭議並成為大法官釋字第 676 號解釋事實之背景，在於被保險人如選擇以該身分納保，並適用投保金額分級表第 6 級計算之自付保險費數額，仍較以第六類一般戶長之身分納保者為低，再加上我國職業工會對於入會資格及審查寬鬆，導致以該身分參加全民健保之人數眾多，其中雖有所得微薄但不合於低收入戶資格而無法以第五類被保險人納保者，但也不乏有藉此為負擔低額保險費而低報所得者。參照 蔡維音(2010)，〈全民健保之投保金額分級：評司法院釋字第 676 號解釋〉，台灣法學雜誌，155 期，頁 171-172。

然現行健保法施行細則第 46 條第 1 項第 3 款規定：「僱用被保險人數五人以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級及其所屬員工申報之最高投保金額」，及同項第 4 款規定：「僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、前款以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於本法第十條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。但未僱用有酬人員幫同工作之本款專門職業及技術人員自行執業者，其自行舉證申報之投保金額，最低以投保金額分級表第六級為限」，暨同項第 6 款規定：「參加船長公會為會員之外僱船員由船長公會投保者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級」，同樣分別對於特定之被保險人設有申報適用投保金額分級表之下限，參照上述大法官釋字第 676 號解釋之意旨，也應在各被保險人之實際所得未達申報下限時，設立適當機制以合理調降保險費，才能合於負擔公平性之要求。

其次，現行投保金額分級表是以各級距範圍內之最高所得數額，作為該級距內所有被保險人所適用之投保金額，而非採用級距範圍內之最低數或中位數，勢將造成普遍高估被保險人所得數額之問題，導致大多數被保險人必須負擔超過其實際所得數額之保險費。縱然投保金額分級表之各級距範圍不大，僅在 900 元至 6,400 元之間，再乘上最高不超過 6% 之保險費率，結果上或無太大之實質影響，然理論上而言，仍不宜無視於因此可能造成之負擔公平性問題，應改以各級距之所得中位數作為投保金額，較為合理<sup>544</sup>。

又健保法第 19 條對於投保金額分級表分別設有「上限」及「下

<sup>544</sup> 相較於此，日本健康保險法第 40 條規定之「標準報酬月額」，雖同樣按照被保險人之報酬月額範圍分別設定 50 個級距，但採用級距之中位數作為被保險人之標準報酬月額，從兼顧負擔公平性與追求效率之平衡觀點，似較為合理，值得參考。



限」，其中設置「上限」之目的，係為設定參加者之保險費最高數額，以免被保險人及雇主負擔過高之保險費，藉此維持高經濟能力或所得之參加者，在負擔保險費與受有保險給付間不至於出現明顯失衡之狀態<sup>545</sup>。特別是在全民健保採取「全民強制參加」之制度設計下，更必須設置合理之投保金額上限，始能確保要求經濟能力極佳且毋須也不願領取保險給付者強制加入，得以通過合憲性之檢驗。簡言之，全民健保之投保金額分級表上限，目的是在設定保險費適用量能負擔原理之最大範圍與界限。

相較於此，健保法第 19 條第 2 項規定投保金額分級表「下限」應為勞工之基本工資，其目的與正當性何在，則值得檢討。對此，本文推論立法者或係考慮到勞工之薪資所得既然不得低於基本工資，自不可能出現低於基本工資之投保金額，否則可能導致雇主為減省分擔保險費之義務，刻意低報勞工之投保金額。然而，現行勞工之基本工資分為「按月計酬」與「按時計酬」二類，其中為目前投保金額分級表下限所採用之「按月計酬」基本工資數額，是以每週按照 40 小時之法定工時提供勞務，並以月薪計算工資之勞工作為適用對象<sup>546</sup>。惟全民健保之第一類被保險人中之受僱人，並無限制僅適用於每週工作 40 小時且以月薪計算薪資之人，而是廣泛及於一切具有僱傭關係之受僱人，亦包括部分工時者與兼職者<sup>547</sup>。是此，如考量部分工時者或兼職者之薪資所得係採按時計酬，往往因為工時較短而未能達月酬制之基本工資數額，若仍然要求其等必須以較實際所得為高之按月計酬基本工資數額作為最低之投保金額，等同要求其等負擔超過經濟能力之保險費數額，自然形成不公平之情形，甚至可能危及從事部分工時或僅為兼職勞工而本屬經濟弱勢者之基本生活，同時也對於分擔保險費之雇主形成不正負擔<sup>548</sup>。準此，縱使為避免保險人必須逐一查核投保金額造成行政效率上之不必要耗費，而基於促進效率與維持法秩序

<sup>545</sup> 參照 岩村正彥，前揭註 542，頁 9；邵惠玲，前揭註 19，頁 141；蔡維音，前揭註 234，頁 28、30-31。

<sup>546</sup> 參照 勞動部網站，網址：<http://www.mol.gov.tw/topic/3067/5990/5999/14482/>（最後瀏覽日：07/08/2019）。

<sup>547</sup> 參照 行政院衛生署衛生署健保字第 84031133 號函釋。

<sup>548</sup> 參照 陳英鈴，前揭註 153，頁 92；倉田聰，前揭註 32 文，頁 35-40；岩村正彥，前揭註 542，頁 9。

一致性等考量，認為仍有維持投保金額分級表下限規定之必要，也應同時設置例外規定，允許部分工時或兼職等實際所得等未達下限之受僱人，得自行申報並舉證後，以其實際之所得數額作為投保金額，始能避免悖於量能負擔原理之指摘，並切合於社會健康保險應對於經濟弱勢者提供醫療保障之重要目的。

## 第五目 補充保險費制度之檢討

健保法於 2011 年修正時，另增設「補充保險費」之設計，將參加者個人以勞務為基礎獲致之獎金所得、執行業務所得、兼職所得，及以財產為基礎獲致之股利所得、利息所得、租金所得等六類所得，均納入作為計收保險費之對象，並適用與一般保險費不同之補充保險費率，目的在於解決過往主要採計薪資所得計算投保金額，造成經濟能力幾乎都來自於固定薪資之勞工階層，因所得悉數計入保險費基而需繳納高額之保險費，相對於享有其他勞務或財產所得者，卻僅因薪資不高而負擔低額之保險費，形成嚴重之負擔不公平問題。

惟補充保費之制度實施後，固然將保險費基擴大至上述其他以勞力或財產為基礎之六類所得，使過往僅偏重以薪資所得認定投保金額之問題獲得改善，某程度提升全民健保在保險費負擔上之公平性<sup>549</sup>。然而，根據本文觀察，補充保費制度至少存在下列問題：

- 一、全民健保之適用對象既然不以具有特定職業或身分者為限，參加者自不僅限於仰賴勞力所得或其他所得維持生活者，也包括以財產作為營生基礎之人。準此，「補充保險費」雖將保險費之計收對象進一步擴大，但未能將參加者之一切所得與財產價值均納入，從適正評價參加者經濟能力之觀點，仍有不足之缺憾。抑且，補充保險費選擇性地以上述列舉之六項所得作為課徵對象，卻未將例如財產交易所得、權利金所得、競技競賽所得等其他所得項目納入，亦難認具有差別待遇之合理事由，可能存有違反憲法平等原則之疑慮。

<sup>549</sup> 參照 蔡茂寅，前揭註 11，頁 280。

二、 健保法第 31 條第 1 項第 1 款規定，被保險人在所屬投保單位取得以年度合計之「獎金所得」，必須為逾投保金額四倍之部分，始納入成為計收保險費之對象，而將未達四倍之部分排除。然若與薪資所得無論多少均為一般保險費之計收對象，另其他五類作為補充保險費費基之所得，也無逾越投保金額四倍者始計收之規定相較，可能出現違反憲法平等原則之疑慮<sup>550</sup>。

三、 同樣為被保險人之所得，何以作為一般保險費費基之薪資所得、執行業務所得應適用 4.69% 之一般保險費率，作為補充保險費費基之獎金所得、執行業務所得、兼職所得、股利所得、利息所得及租金所得，則可適用較低之 2% 補充保險費費率，特別是其中性質上同屬勞務所得之薪資所得、執行業務所得、獎金所得與兼職所得，更只因為被保險人之職業身分不同或所得給予之名目不同，即產生保費負擔上之高低差異，明顯違反負擔公平性原理<sup>551</sup>。

四、 補充保險費基於就源收取之考量，以所得稅法上之扣繳義務人作為扣費義務人，且為避免造成扣費義務人在執行業務上耗費過多成本，乃設計以單筆所得給付為課徵單位，並設有計費之上限與下限，因此給予被保險人與扣費義務人將部分所得化整為零，透過分散給付規避繳付補充保險費，難謂公平。

五、 補充保險費不具有如一般保險費之年度結算設計，費基容易收到經濟景氣影響，不利於保險財政安定之維持，更因為計算方式複雜，可能造成稽徵成本及扣費義務人之經營成本增加<sup>552</sup>。

<sup>550</sup> 蔡維音教授另指出，衛福部與健保署在健保法與依授權訂定之「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」外，屢屢發布各種關於補充保險費課徵之解釋或限制，存有違反法律保留原則與明確性原則之疑慮，且課以扣費義務人負有「私人服公役之義務」，卻未考慮扣費義務人與被保險人間往往不具有固定之繼續性關係，難以得知被保險人是否有免扣除事由，卻負有查核義務及衍生之罰鍰責任，不僅是否具有正當性尚非毫無疑問，更可能導致扣費義務人選擇一律先為扣繳，致使被保險人必須依照繁複之程序申請退費，進而產生不利益結果。參照 蔡維音，前揭註 511，頁 6-8。

<sup>551</sup> 參照 韓幸紋、梁景洋，前揭註 15，頁 529。

<sup>552</sup> 參照 吳秀玲等，前揭註 528，頁 237-239；韓幸紋、梁景洋，前揭註 15，頁 527。



## 第六目 未能實現之家戶總所得制

健保法於 2011 年修正實施補充保險費制度之前，行政院二代健保規劃小組曾提出「家戶總所得制」作為保險費之改革方案，以求解決過往僅以薪資所得作為保險費基所產生之不公平問題。雖然「家戶總所得制」嗣因政治力阻礙及主管機關之間未能形成共識，以「稽徵成本過高」為理由未能獲得採行，然衛福部仍表示未來將回歸採計家戶總所得作為保險費基之改革方案<sup>553</sup>。

如依行政院二代健保規劃小組提出之方案，「家戶總所得制」內容大致如下<sup>554</sup>：(一)適用對象上，不再將被保險人及眷屬區別為複雜之六大類 15 目，而是簡化為二類被保險人，第一類被保險人為「依所得稅法規定，應申報或繳納綜合所得稅之納稅義務人，與其合併報繳綜合所得稅之配偶及受其扶養之親屬」<sup>555</sup>，第二類被保險人則為「第一類以外之被保險人」，且所有適用對象均為被保險人，取消「眷屬」之設置（草案第 9 條）。(二)被保險人中負有繳納保險費義務之「繳費義務人」，在第一類被保險人為「所得稅法所定之綜合所得稅納稅義務人」，在第二類被保險人則為「戶籍法單獨生活戶或共同生活戶之戶長」、「戶籍法共同生活戶中之親屬（非受戶長扶養者）或寄居人」、「戶籍法共同事業戶之各成員」及「領有居留證之人」，惟繳費義務人如未年滿 20 歲，或雖年滿 20 歲但無謀生能力時，應以其扶養義務人作為繳費義務人（草案第 11 條）。(三)繳費義務人應負擔之保險費，係以其與配偶、扶養親屬之綜合所得總額乘上保險費率計算（第 20 條、第 2 條第 5 款），亦即採計所有列入「個人綜合所得稅總額」

<sup>553</sup> 參照 韓幸紋、梁景洋，前揭註 15，頁 527；聯合新聞網站（2/6/2017），〈三代健保啟動，朝「家戶總所得」規劃〉，網址：<https://udn.com/news/story/7238/2268528>（最後瀏覽日：9/8/2017）。

<sup>554</sup> 以下內容係依行政院於 2010 年 4 月 8 日通過及向立法院提出之「全民健康保險法修正草案」，參照 立法院社會福利及衛生環境委員會（2010），〈全民健康保險法修正草案審查報告〉，頁 176-427，載於：<https://lis.ly.gov.tw/lcggi/lgmeetimage?cfc8cfcacecacfcac5cecaccd2cbcdc8>（最後瀏覽日：12/14/2019）；行政院二代健保規劃小組，前揭註 317，頁 106-107；行政院衛生署（2004），〈全民健保財源籌措改革規劃〉，頁 28-32，台北：自刊。

<sup>555</sup> 在草案第 9 條第 1 款第 2 目規定中，雖另將「前目以外之現役軍人、托兒所、幼稚園、國民中小學教職員（以下簡稱軍教人員），與其配偶及受其扶養之親屬」納為第一類被保險人，然於 2011 年 1 月 7 日所得稅法修正後，軍教人員已不再免納所得稅，故軍教人員自應併入同款第 1 目之「依所得稅法規定，應申報或繳納綜合所得稅之納稅義務人，與其合併報繳綜合所得稅之配偶及受其扶養之親屬」。

之各項所得作為保險費基。然而，考量保險費收取畢竟不同於徵收所得稅，乃對於保險費設定「上限」與「下限」，主管機關應逐年公告以計費人口數計算繳費義務人與其配偶、受扶養親屬之「保險費平均每人額度範圍」，如繳費義務人與其配偶、受扶養親屬之保險費按計費人口數計算之平均每人額度，未達或超過主管機關公告之「下限」、「上限」者，應分別以「下限」、「上限」數額乘上計費人口數計算保險費，惟計費人口數以四人為限（草案第 21 條）。（四）公庫除依特定公式計算應分擔之保險財源外（草案第 17 條），不再依被保險人之職業或身分，提供不同比例之保險費補助，僅對於「現役軍人」、「替代役男」、「無職業榮民或遺眷家戶代表」及「低收入戶」，補助按全體被保險人計算之平均保險費，另對於「榮民之無職業眷屬」補助 70% 之平均保險費，然上述受補助者如有所得，且依其所得計算應自負之保險費超過受補助之金額時，必須自行繳納超過部分之保險費（草案第 26 條第 1 項、第 3 項）。

本文認為，如以「負擔公平性原理」審視上開內容，或得對於「家戶所得制」為以下評價：

- 一、「家戶總所得制」採取家戶內個人綜合所得總額之累計作為保險費基，相較於現制之保險費基不僅未能及於被保險人之全部所得，也未將眷屬之所得納入，從正確評價參加者經濟能力之觀點，確實更能合於負擔公平性之要求。然而，所得稅法與全民健康保險法之立法目的上畢竟不同，保險費與所得稅之性質亦有差異，故所得稅法第 14 條雖然對於「個人綜合所得總額」之計算方式設有完整之規定，惟在適用上係將同法第 4 條及第 4 之 1 條規定之免稅所得排除，且在應排除之免稅所得中，也有與量能負擔原則無關，而是基於政策目的對個人所為之租稅優惠，最為顯著者例如證券交易所得為免稅所得。準此，考量全民健康保險之制度目的在於分擔與健康相關事故對人民帶來之風險與損失，與租稅優惠之政策目的不同，故此類免稅所得在計算參加者之保險費負擔能力時，應無加以援用之正當性。從而，「家戶總所得制」基

於行政效率，雖非不可採用「個人綜合所得總額」作為保險費基，但仍應就所得稅法上所規定之各類免稅所得重新進行審視與調整，不能完全照單全收<sup>556</sup>。此外，如本文前所一再述及者，由於全民健保之參加者及於全民，不僅以仰賴所得維持生活者作為適用對象，也包括雖無所得或所得不高，但具有相當價值之財產者在內。是此，「家戶總所得制」在規劃方向上，固然已盡可能將參加者之全部所得納入，但仍未能正視參加者之財產價值在負擔保險費能力上所應具有之評價，如以嚴格標準而言，就「負擔公平性」原理之追求，或有未盡全功之遺憾。

二、「家戶總所得制」不再設有「眷屬」之概念，原則上也不按家戶內之人數計算保險費，而是採計家戶內之繳費義務人及其配偶、受扶養親屬之整體所得，相較於現行制度對於「眷屬」設有較民法扶養制度狹隘之親屬要件，使受扶養者可能無法依附於扶養義務者投保，更依照「眷屬」人數向被保險人計收保險費，並不當以被保險人之所得計算眷屬之保險費數額，在修法方向上，確實切合於社會健康保險中，應以共同生活體之整體經濟能力以決定保險費負擔數額之要求。

三、「家戶總所得制」取消現行繁複之六大類 15 目被保險人類別，且大多數之被保險人也不再因職業與身分之區別，而受有公庫補助不同比例之保險費，此部分應值給予正面評價。然在改革方案中，除低收入戶之外，仍規定由公庫對於現役軍人、替代役男、無職業榮民或遺眷家戶代表及其無職業眷屬等，分別給予全額或高達 70% 之保險費補助，其中對於榮民、遺眷家戶代表或眷屬雖設有「無職業」作為補充要件，但無職業畢竟不等同於不具有負擔保險費之能力，蓋上述參加者仍可能固定受有國家之高額俸給，或具有相當之財產孳

<sup>556</sup> 蔡維音教授為文指出，家戶總所得制可能存在著能否扣除成本費用等體系上之差異，且作為全民健保保險費費基之所得，理應允許扣除必要費用與顧及個人基礎生存需求之費用，但必須將基於租稅優惠規定所設之免稅所得排除。詳參 蔡維音，前揭註 234，頁 31-35；同氏著，前揭註 230，頁 169-182。



息或交易收入，甚至擁有相當價值之財產，則不論其等實質之經濟能力差異，一律由公庫提供定率之保險費補助，縱使另要求其等在有所得時應補徵超過補助部分之保險費，但就保險費補助之事而言，仍難避免遭受違反負擔公平性與平等原則之質疑。

#### 第四款 效率性原則之檢討

保險費收入為制度財源之重要資金基礎，為維持全民健保之永續與健全運作，自應遵循「效率性原則」，確保保險費之收取得以實現，且以具有效率之方式實現，對此現行健保法也設有相關機制，以下分別檢討之。

##### 第一目 確保保險費之收取

健保法以「就源扣繳（取）」、「加徵滯納金」與「暫停保險給付」等方式，作為確保保險費順利收取之手段，同時採取分期繳納與杼困基金作為配套，且在一般保險費與補充保險費均有適用。

##### 一、就源扣繳（取）

在一般保險費方面，健保法規定公教人員、受僱人、雇主、自營業主及專技人員等第一類被保險人，應由投保單位負責扣繳及收繳其等應自付之保險費後，連同投保單位應負擔之保險費，按月向保險人繳納（第 30 條第 1 項第 1 款）。此外，所得稅法上之扣繳義務人，亦經定為健保法上之扣費義務人，應於給付第一類至第四類及第六類保險對象關於獎金所得、兼職所得、執行業務所得、股利所得、利息所得及租金所得時，按補充保險費費率及上、下限數額，先行扣取補充保險費後，再按月向保險人繳納（健保法第 31 條第 1 項）。至於設計就源扣繳（取）之目的，無非係為避免參加者領取所得後，卻不願繳納保險費造成拖欠，同時也為追求效率而縮短保險費收取之流程。又為促使投保單位及扣費義務人履行上述就源扣繳（取）之義務，健保法另明定保險人得對於違反之投保單位或扣費義務人課以罰鍰（第

84、85 條)。

## 二、加徵滯納金與暫停保險給付

在就源扣繳(取)外，健保法明定如投保單位、保險對象或扣費義務人未依法定期限繳納保險費時，保險人得在屆滿 15 日之寬限期後翌日起，按日加徵其「應納費額」之百分之一作為滯納金，惟對於投保單位、扣費義務人加徵滯納金之上限為其「應納費額」百分之十五，對保險對象加徵滯納金之上限則為其「應納費額」百分之五(第 35 條第 1 項規定)。此外，為避免發生追徵成本大於可得數額之經濟問題，並使保險人所屬公務員有執行上之依據，健保法另規定在主管機關公告金額下之滯納金，得予以免徵(第 35 條第 2 項)。再者，全民健保之保險費與滯納金均屬人民之公法上金錢給付義務，本得依行政執行法規定移送執行，健保法為期明確，併明定於投保單位及扣費義務人逾 30 日、保險對象逾 150 日仍未繳納時保險費及滯納金時，得由保險人移送行政執行(第 35 條第 3 項)。又為進一步擔保執行之實效，在投保單位或扣費義務人無財產可供執行時，復以法律明文課由投保單位或扣費義務人之負責人或主持人，負擔最後之清償責任(第 38 條)。

其次，如加徵滯納金仍無法順利促使保險費之收取獲得實現，健保法另規定針對經查證輔導後認定係有能力卻拒不繳納保險費之保險對象，保險人得暫行停止保險給付，且暫時停止保險給付之期間仍應繼續計收保險費，但如被保險人應繳之保險費已由投保單位扣繳、已繳納於投保單位、已核定得為分期繳納者，或保險對象處於受家庭暴力防治法保護之期間，則不得暫時停止保險給付(健保法第 37 條)。然而，保險對象一旦遭到暫時停止保險給付後，將被排除在共同體所提供之風險與損失分擔功能外，形成最不利益之結果，因此除法律上已明定僅限定適用於有能力卻不繳納保險費者外，應屬最後手段，保險人只能在用盡其他方式仍無法順利收取保險費時，始得考慮採取，否則將有違反比例原則之疑慮<sup>557</sup>。

<sup>557</sup> 參照 陳英鈴，前揭註 153，頁 94。



至有關滯納金與暫時停止保險給付之合憲性，大法官已在釋字第 472 號解釋中指出，滯納金係為促使投保單位或被保險人履行給付保險費之公法上金錢給付義務，屬於實現全民健康保險之合理手段，並未逾越憲法第 23 條規定之必要程度，惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付<sup>558</sup>。抑且，無論加徵滯納金或暫時停止保險給付，均屬組織上為行政機關之保險人，在公法性質之保險關係中，就欠繳保險費之具體事件所為之決定，並對保險對象、投保單位、扣費義務人直接發生法律效果，在行政行為之定性上自屬行政處分，如受處分對象不服時，應依循申請審議、訴願及行政訴訟之途徑尋求救濟（第 6 條第 1 項）。

上述關於滯納金之規定雖看似明確，然若將保險對象實際繳納保險費之過程合併觀察，仍可能發生下述問題。申言之，除第四類、第五類被保險人之一般保險費因全額由國庫負擔，而直接由相關之中央機關直接撥付保險人外，其餘保險對象之一般保險費，則係透過投保單位向保險人繳納或彙繳（第 30 條第 1 項第 1、2 款），另第一類至第四類及第六類保險對象之補充保險費，則由扣費義務人扣取後向保險人繳納（第 31 條第 1 項前段本文），皆非由被保險人或保險對象直接向保險人繳納。準此，倘投保單位或扣費義務人已扣繳、收繳或扣取保險費，卻未將之繳納予保險人時，保險人得否對保險對象加徵滯納金，或將成為問題。

對此，本文認為從健保法第 35 條第 1 項所定加徵滯納金之要件為「未依本法所定繳納期限繳納保險費」且逾寬限期，然在一般保險費部分，第一類至第三類及第六類保險人依同法第 30 條第 1 項第 1、2 款規定，其應自付之保險費係以投保單位作為繳納對象，僅第一類被保險人另以就源扣繳之方式縮短保險費之給付過程，並非以保險人

<sup>558</sup> 如依大法官釋字第 472 號解釋之文義，或有認為對於無力繳納保險費者，雖不得對其逕行拒絕給付，然仍得加徵滯納金，且比較健保法第 35 條第 1 項與第 37 條第 1 項之文義，亦見立法者明定暫時停止保險給付之適用對象，限制在「有能力卻拒不繳納保險費者」，然就加徵滯納金部分，則無相同或類似之適用對象限制。對此，蔡維音教授認為，加徵滯納金與暫時停止保險給付，係為維持風險分擔公平性與杜絕道德風險所設，而屬維持保險制度運行所必需，否則無法避免健保財政陷入無以為繼，然合憲前提必須是不得對於因貧困而無力繳納之善意保險對象加徵滯納金或暫時停止保險給付，行政機關自應以此標準進行裁量，始合於前揭大法官解釋意旨。參照 蔡維音，前揭註 230，頁 71。

作為繳納保險費之對象。是此，從文義解釋而言，如上開被保險人應自付之保險費已繳至投保單位或經過扣繳，即應認為被保險人已履行繳納保險費之義務，自不合乎加徵滯納金之「未繳納保險費」構成要件。同理，保險對象繳納補充保險費之對象應為扣費義務人，不過藉由先予扣取之方式縮短給付流程，則在扣費義務人已扣取補充保險費之情形下，亦不能認為保險對象未繳納保險費。其次，從體系解釋出發，同樣作為促使參加者繳納保險費手段之暫時停止保險給付，健保法第 37 條第 1 項但書明文將被保險人應繳之保險費已由投保單位扣繳或已繳納於投保單位之情形排除適用，可見立法者預設當保險費繳至投保單位或扣費義務人後，保險對象即不應再就後續投保單位或扣費義務人未向保險人繳納保險費之結果承擔責任，該規定自應類推適用於滯納金之加徵。最後，承續本文前述將投保單位定位應為健保署之履行輔助人之見解，投保單位在處理保險對象之投保、保險費收取等相關事務時，在地位上係作為健保署之使用人，故投保單位已扣繳、收繳保險對象之保險費後，如未履行向保險人繳納保險費義務時，因此所生之不利益效果應由保險人承受，不得課由無法對投保單位進行監督之保險對象負擔，健保署自不得再向保險對象加徵滯納金，乃屬當然。

### 三、分期繳納與纾困基金

除由公庫全額補助保險費之第四類、第五類被保險人及免繳補充保險費之第五類保險對象外，其餘有負擔保險費義務之保險對象，不免因一時之經濟困難，面臨無法繳納按月反覆發生之保險費。有鑑於此，立法者考慮如對於一時陷入經濟困難之保險對象仍一律按時追繳保險費，可能產生過度苛酷之情形，乃規定對於有經濟上困難之保險對象，得向保險人申請分期繳納，或向主管機關編列預算設置之纾困基金申請貸款或補助，作為收取保險費之配套措施。惟如保險對象非僅係一時之經濟困難，而是已陷入長期之無負擔能力時，此時應改以第五類保險對象參加全民健保，並由公庫負擔全額保險費，自不待言。



## 第二目 追求保險費收取之效率

健保法係以「設置投保金額分級表」及「課由投保單位、扣費義務人向保險人繳納保險費」等方式，追求保險費收取能具有效率。

### 一、投保金額分級表

健保法設置「投保金額分級表」之制，使所得在同一級距內之第一類至第三類保險對象，在半年之計算期間內，均適用相同之投保金額，藉此避免保險費數額需相應於被保險人之所得而頻繁變動，具有簡化保險費計算方式，以為保險人、被保險人、雇主追求計算與收取保險費效率之重要意義。惟投保金額分級表所採取之簡化認定方式，在追求效率利益之同時，也某程度犧牲負擔公平性。是此，在利益衡量上，應注意維持效率與負擔公平性間之衡平關係，不能一味基於效率追求之考慮，過度簡化投保金額表之級距與規範內容。

### 二、課由投保單位、扣費義務人向保險人繳納保險費

保險費之收取為定期反覆發生且大量之事務，考量保險人之能力與成本負擔，健保法就一般保險費部分要求依第 30 條第 1 項設置之投保單位，應負責就源扣繳或向被保險人收繳保費後，再按月為期向保險人繳納或彙繳，另應由公庫負擔之保險費部分，則規定由各機關定期撥付或預撥予保險人<sup>559</sup>，藉此促進保險人收取保險費之效率，在效率性原則之檢視下，自應給予正面評價。

相對於此，補充保險費雖同樣規定由扣費義務人先就源扣取後，再按月向保險人繳納，就收取之過程而言，固然具有以扣費義務人作為中介而減少保險人成本負擔之效率上利益。惟因補充保險費之計算方式複雜，不僅在現實面上造成稽徵成本及扣費義務人之經營成本增

<sup>559</sup> 健保法第 30 條第 1 項規定：「第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之中央社政主管機關，於當月 5 日前撥付保險人。四、第一類至第四類及第六類保險對象之保險費，應由各機關補助部分，每半年一次於 1 月底及 7 月底前預撥保險人，於年底時結算」。

加，執行面上也出現諸如因未足額扣取而需再由保險人向被保險人為收取補繳（全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 7 條第 3、4 項、第 9 條第 3 項），或因溢扣而需由被保險人申請退還等問題（同辦法第 9 條第 3 項），也增加保險人額外處理補、退保險費事務之成本，從整體制度進行衡量，是否符合效率性原則，似仍有商榷空間。

## 第四節 本章結論

由於健保法明定合於法定資格者應「參加」保險或「補辦投保」，尚非得不經投保或納保程序，僅因合於法定要件事實即當然成為保險對象，且強制參加不僅為保險對象之義務，也具有請求保險人納保之權利性格，故保險人對於投保申請所作成之任何決定，無論是允許、拒絕投保或變更申請內容，將單方面直接對保險對象發生法律效果，況現行法更未限制健保署只能對於投保申請進行形式審查，故全民健保之保險關係，應基於保險人製發保險憑證之行政處分而發生，惟為保留辦理投保與納保之合理期間，及避免發生逆選擇之不利狀況，立法者另訂定健保法第 14 條第 1 項之特別規定，使保險關係溯及於保險對象合於法定事實時起生效。是此，為符合行政處分要式性之要求，健保署應在與保險憑證併同寄發之函文上，增列有關保險對象之投保資格、投保金額、保險費負擔比率及保險關係生效時點、救濟教示等事項之記載。此外，未來如能實施保險對象在法定給付範圍外，以自費選擇加入其他給付方案之制度，就自費加入之給付方案部分，自為由保險對象與保險人間以合意成立之行政契約關係。

在保險給付方面，可從保障參加者之權利主體面與劃歸保險給付決定權之程序主體面，分別思考保險給付之基本原理。申言之，在保障參加者之權利主體面上，由於參加者加入社會健康保險之目的，無非是為獲取對應與健康相關生活事故「所需」之醫療照顧，且參加者是以負擔保險費作為取得保險給付之對價，與單方面受領給付之社會救助亦有不同，惟保險給付畢竟以保險費作為主要之資金基礎，也不宜提供過度之給付，導致被保險人在保險費上之負擔過重，故作為「適正之給付」，應確保向參加者提供合於「基礎醫療照顧」所需之醫療，

即經過一般公認之醫學專業知識認定對於疾病、傷害或懷孕分娩所造成之身心障礙狀態，具有治癒、改善或緩解效果，並為安全可行，及合於「必要性」與「經濟性」之要求。抑且，參加者雖有請求保險給付之權利，卻無必須或僅能受領保險給付之義務，故除為追求正當目的所必要者外，保險給付不應反向產生限制參加者選擇自由之效果，參加者仍應享有接受高端或舒適醫療之自由。另者，為維持參加者之健康及生命等重大法益，對於適用「事前審查」之保險給付項目，應設置及時之決定與救濟程序。最後在憲法平等權保障之要求下，不得對於參加者請求保險給付之權利，形成不合理之差別待遇。至於從劃歸保險給付內容決定權之程序主體面考慮，由於保險給付涉及參加者之財產權、生存權與健康權，更關乎醫療資源配置與價值選擇之決定，自應適用法律保留原則，將保險給付內容之決定權保留給立法者。然囿於立法者能力、法律文字構造及立法程序等限制，無法要求法律明定所有保險醫療給付之具體內容與提供條件，而是應明示保險給付之「原則性標準」，亦即本文上述「適正之給付」，及參加者為實現保險給付所應遵守之程序與方式，如此可使參加者「理解」並「預期」給付之界限，以自行規劃健康需求，同時提供司法機關進行事後審查之有效基準。又若實施保險事業自治或允許參加者以自費選擇加入給付方案，則可謂將保險給付之部分決定權，交由保險付費者或個別被保險人行使。

以此檢視全民健保之保險給付規範，在權利主體面上，首要問題在於健保法未能明定保險給付之程度或標準，不僅造成權利義務難以明確，也使參加者無從預測給付範圍以進行健康之自主規劃，更導致司法者在給付爭議案件中，欠缺有效之審查標準，應儘速修正。另外，健保法允許保險對象得自付差額後選用「特殊材料」及入住「非保險病房」，實務上亦肯認保險對象得自付全額後併用保險醫療給付與其他自費醫療，可認已合理尊重參加者選擇醫療之自由，惟仍宜針對後者增訂相關管制規範，以避免造成醫療濫用，同時維護保險對象之資訊權與自主決定權。再者，健保法對於少數適用「事前審查」之給付項目，固然將「情況緊急者」排除在事前審查之適用範圍外，也明定逾期未核定者「視為同意」，而在及時決定程序上設有充分規範，然

在救濟上目前只能適用一般之申復或爭議審議程序，從保障參加者健康與生命等重要法益之觀點難謂充分，有必要增設特別之及時救濟程序。次以，全民健保將所有參加者均納入同一保險事業中，可以避免在給付上產生差別待遇而違反平等權保障之要求，但對於偏遠或醫療資源缺乏之地區，仍應考慮保險給付之實現可能性，審慎評估有無改以公醫制度取代之需要。至於在程序主體面上，健保法修正後已回應大法官釋字第 524 號解釋之要求，透過法律保留原則之適用，將保險給付內容之決定權保留給立法者，同時藉由「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」之共同擬訂程序，進一步透過審議式民主與利害關係人參與程序之實施，強化衛福部依法律授權形成保險給付內容之正當性，固然值得給予正面之評價，惟在訂定與修正「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」時，仍必須遵循行政程序法對於法規命令所設之規範，自不待言。又全民健保因未採行保險事業自治原理，保險付費者並無形成保險給付內容之決定權，至多僅能透過在「健保會」中之付費者代表參與及審議保險給付之範圍，然因代表在產生方式上欠缺正當性，難謂對於付費者之參與保障已屬充分，另目前也未賦與保險對象以自費選擇加入醫療給付方案之可能，對於保險對象權利主體地位與健康自主規劃權之尊重，亦非充足。

保險對象於保險事故發生時，雖具有向保險人請求保險給付之權利，然在法律關係之解釋上，實物醫療給付應是由健保醫事服務機構基於與保險對象間之醫療契約關係所提供，保險人並不負有向保險對象提供實物醫療給付之義務，而是擔保將依特約關係向健保醫事服務機構支付費用，以確保健保醫事服務機構向保險對象提供醫療給付。其次，就併用保險醫療給付與自費醫療之容許性問題，除健保法已明定得以給付差額方式選用之「特殊材料」與入住之「非保險病房」外，因健保法上未有限制之規定，且在價值衡量後，亦難認為確保保險醫療給付之安全性與有效性，或避免對患者形成不當之費用負擔與醫療可近性之差別，即有全面禁止併用之適當性與必要性，況將醫療過程視為單一不可分整體之說法，概念不具說服力，故應肯認保險對象在接受保險醫療給付時，得以自費全額之方式併用其他自費醫療，惟在

立法上宜就此增加相關之管制規範，以充足保障保險對象之資訊權與自主決定權。至於「部分負擔」制度之採用，無非係以避免保險給付濫用作為主要目的，也有增加財政收入之考量，在我國更有落實「轉診制度」之政策追求，然可能對經濟弱勢者形成就醫阻礙。尤其「定率負擔」方式相較於「定額負擔」，雖更適合於追求上述制度目的，卻同時會對於特別需要獲得保障之「大病」，產生明顯之抑制就醫效果，需妥善設置部分負擔之上限與減免等配套措施。對此，衛福部在「門診及急診醫療」部分，一向公告採取健保法明定屬於例外情形之「定額負擔」，且未說明有何法律所定之「必要」情形，更在「急診醫療」部分以檢傷分級結果決定部分負擔金額，而非以保險對象是否經過轉診作為區別標準，均違反法律之授權，再加上衛福部公告之定額負擔金額不高，實質上亦難達成立法者所欲實現之落實轉診制度目的。又現行法為解決部分負擔可能造成之就醫障礙，已設定部分負擔之金額上限，亦免除重大傷病、分娩或在山地離島等醫療資源缺乏地區就醫者之部分負擔，並提供低收入戶及兒童補助，惟仍應考量對於經濟能力確實不佳之高齡者，增設減免或補助其部分負擔之規定。

關於保險費之性質，大法官雖曾在釋字第 473 號解釋中以類似受益費之概念定性為「分擔金」，然實非允妥，故其後已在釋字第 676 號解釋中，改以上位概念之「公法上金錢給付義務」取代。又如將保險費與典型公法上金錢給付義務之租稅進行比較，可知二者雖同為具有財政收入目的之強制性收入，然在課徵主體是否包括非統治團體之保險人及是否具有對價性上，則有不同。至關於計收保險費之法律原理，首應採用按「量出為入」方式計算之「收支均衡原理」，且為避免預估落差或不可預期之情事，並應設置「安全準備金」作為調節，以維持制度之永續與健全運作。此外，保險費作為強制性之公法金錢給付義務，具有限制人民財產權與健康自主規劃權之效果，自應適用「法律保留原則」，以法律或授權命令中明定推算保險支出數額與採計投保金額之方式，並設定保險費率之上限。再者，保險費之計收應遵循源自憲法平等權保障要求之「負擔公平性」原理，以參加者之經濟能力決定其應負擔之保險費數額，始能合於「量能負擔」之要求，然為避免過度侵害人民之財產權及健康規劃自主權，必須設置保險費

之上限與減免無資力者保險費負擔等配套規定。最後，在「效率性原則」之要求下，應確保保險費之收取能夠獲得實現，且是以具有效率之方式實踐。

如以此進行檢視，健保法雖以平衡收支財務之相關規定，揭示保險財務應遵循「收支均衡原理」，也設置「安全準備金」作為調解手段，然實務上針對入不敷出之情形，受限於保險費率難以理性調整，往往進行私法借款謀求財務平衡，不僅難認合法，也會產生妨礙保險財政健全之結果。次以，健保法忽略保險支出數額之推估係為計算保險費收入之前提，未能明定或授權訂定推估整體支出數額之方式，與法律保留原則之要求難謂相合。此外，健保法雖已明定投保金額之採認與保險費率之算定方式，也透過立法院之預算審議實施民主統制，並加入程序參與保障之機制，使付費者與健保醫事服務機構代表得以在健保會中參與保險費率之審議，然仍留有代表產生不具正當性之問題。至於現行保險費規範之最大問題，在於多有違背「負擔公平性原理」之情形，包括健保法中有關投保金額之採計、按眷屬人數計收保險費、依保險對象之身分或職業給予不同比例保險費補助等規定，也未考慮未在國內常住之國人，理應在境外具有一定之所得及財產，縱許其等以「一般戶長」之身分投保，仍應課以其等自行證明經濟能力之義務，否則也應授權保險人從寬推估。再者，「投保金額分級表」具有促進效率與降低成本之正當性，可部分放寬負擔公平性原理之嚴格適用，惟主管機關尚未能對於部分被保險人設立適當機制，使其等在實際所得未達投保金額下限時得以合理調降保險費，難認合於大法官釋字第 676 號解釋之意旨，另現行投保金額分級表以級距範圍內之最高所得數額作為投保金額，使多數被保險人負擔超過其實際所得之保險費，也非允當。抑且，健保法明定投保金額表之下限應與採用每週 40 小時工時且「按月計酬」之基本工資數額一致，未能考量部分工時與兼職者不僅工時未達每週 40 小時，亦非採取「按月計酬」方式，導致其等必須適用超過實際工資所得之投保金額，有亟需改正之必要。至於「補充保費」實施後，固然將保險費基擴大至其他以勞力或財產為基礎獲取之六類所得，但仍未能將經濟能力之評價標準納入財產交易所得與財產價值，更因設有計費之上、下限而給予規避可能，



並存在有費基易收景氣影響、計算複雜造成成本增加等問題，另要求逾投保金額四倍之獎金始成為課徵對象，與薪資所得及其他五類所得無論多寡一律計入相較，存在違反平等原則之疑慮，況補充保險費適用顯然低於一般保險費之費率，也產生負擔不公平之情形。關於在二代健保改革時未能實現之「家戶總所得制」，雖有擴大保險費基至參加者之全部所得、取消眷屬概念且不再按人數計收保險費，及不再依保險對象之職業身分區別提供不同比例保險費補助等優點，然仍應審慎檢視及調整所得稅法中規定之免稅所得，將基於租稅優惠政策而與社會健康保險制度目的無關之部分排除，同時「家戶總所得制」仍保留對於現役軍人、替代役男、無職業榮民或遺眷家戶代表及其無職業眷屬等，分別給予全額或高達 70% 之保險費補助，其中雖對於榮民等設有「無職業」要件作為配套，但仍無法排除其等實質上具有負擔保險費之經濟能力，難以避免遭受違反負擔公平性原理與平等原則之質疑。最後，在效率性原則之要求下，全民健保以就源扣繳（取）、加徵滯納金與暫停保險給付等方式，以實現保險費之收取，並設置投保金額分級表、要求被保險人向投保單位或扣費義務人繳納保險費，以促進保險費收取之效率，惟應注意暫時停止保險給付應作為最後手段，且保險對象如已將保險費繳至投保單位及扣費義務人，或業為就源扣繳（取）時，不僅不得對之加徵滯納金，考量到投保單位與扣費義務人係作保險人之使用人，也不能將投保單位或扣費義務人未將保費繳至保險人時之不利結果，課由保險對象承擔。





## 第六章 結論與建議

本文從法學研究角度出發，基於權利義務分析之觀點，檢視全民健保中保險人與保險對象間之保險關係，並先進行德、日比較法研究，及建構全民健保之憲法基礎與應具備之基本構造作為原理論，簡要歸納結論與建議如下。

### 第一節 結論

首先在進行德、日法制之比較觀察後，應可確立以保險方式對於在風險社會中生活之人民提供醫療保障，確實具有相當之重要性，也能理解保險事業是否具有充足之規模，攸關財政安定性之確保，對於維持社會健康保險制度之永續運作，實屬不可或缺。其次，參加者在保險費負擔上，不應該單純因為參加不同之保險事業而出現不公平情形，故複數保險人間必須進行風險構造差異之財政調整，立法上也應對於適用之保險費率予以適當設定。至於保險事業自治之實施，與俾斯麥在立法時之政治妥協，以及德國在社會上存在以結社自由組成與運作之各行業團體有關，另保險事業間之競爭原理，則是作為提升保險經營效率之手段，且無論保險事業自治或競爭原理，從德國 2007 年之改革內容觀察，均非不得為追求其他正當目的，而在利益衡量後加以限制或取捨。再者，德國修法後賦與參加者自費選擇醫療給付方案，縱使若干程度將由參加者共同分擔風險與損失之保險本質，變更為參加者與保險人間之個別契約關係，然所呈現尊重參加者個人自主決定之重要意義，與日本修法後改以公法人化之「全國健康保險協會」取代行政機關組織之保險人，以追求避免受到不當政治干預之目的，均足以作為提供全民健保未來興革之重要參考。

有關全民健保之憲法基礎，應基於憲法對人格尊嚴之生活保障、社會國原則之要求及人民生存權、健康權之保障，確立國家在人民發生與健康相關之生活事故時，對於人民因此所產生之醫療需求，應負

有照顧義務，以避免人民因為必須支出醫療費用或可能受有所得上之減損，進而受限於經濟能力不足，陷入無法取得醫療與繼續維持生活之困境。又國家為履行上述義務，原本具有不同之制度選擇，然在憲法增修條文第 10 條第 5 項增訂後，即應受到憲法委託之拘束，優先推行適用對象及於全民，且性質上為社會保險之全民健保，並在制度實施後重視於維持全民健保之永續與適正運作。此外，參加者是以負擔保險費作為取得保險給付之對價，並非單純被動受領國家給付，亦應基於憲法保障自由權之理念，尊重參加者在保險關係中所具有之權利主體地位，並將保險給付適度提升至「基礎照護」之程度，同時避免「相互扶助」在全民健保中被無限上綱，導致參加者之個人利益遭恣意埋沒於共同體之整體利益中。抑者，從參加者相互間之觀點，亦應適用憲法第 7 條平等權保障之規定，使國家在人民參加保險，及參加後關於保險給付享有與保險費負擔等各方面，不得出現不合理之差別待遇，且應在計收保險費時，適用由此導出之「負擔公平性」原理。

其次，全民健保為符合憲法基本國策要求之「社會保險」，除採用「保險原理」作為運作基礎，透過集合成立共同體、收取保險費與提供保險給付，為參加者分散與健康相關生活事故之風險與損失外，應適用「相互扶助原理」修正商業保險中之完全對價關係，藉由採用單一保險費率與保險費量能負擔之制度設計，建構由「低風險者扶助高風險者」與「高能力者扶助低能力者」之雙重相互扶助關係，同時確立以「需求保障」作為制度導向，向參加者提供內容大致相同之實物醫療給付。此外，為避免發生損及制度經營基礎之逆選擇狀況，亦為實踐國家之醫療需求照顧義務，必須設置「強制參加」之規定，然對於不願也不會領取保險給付之「經濟條件極佳者」，由於只能以保險費量能負擔及維持財政健全作為薄弱之正當目的，縱然「全民強制參加」之規定為基本國策之憲法委託，仍應設置保險費與投保金額之合理上限，始能避免違反比例原則。再者，雇主基於對受雇人之一般性照顧義務，應為受雇人負擔部分之保險費，立法者也可以裁量決定要求由公庫負擔全民健保之部分財源，來實踐國家之上述照顧義務，以及地方自治對人民負有辦理衛生事項、照顧居民生活等義務。最後，從全民健保之給付內容與適用對象觀察，衡酌現代社會中可能出現無

法以所得支應之高額醫療費用，應認為全民健保之制度目的，已非如德國建立法定健康保險制度時所強調之「所得保障」，而是為滿足參加者在發生與健康相關生活事故時之醫療需求，亦即應以「醫療保障」作為制度實施之目的。

在保險人建置之基本原理上，本文認為應使保險人能充分完成集合成立共同體、收取保險費、提供保險給付、形成保險費率與保險給付等任務，並具有一定之保險規模，以有效發揮分散風險與損失之功能，避免財政出現不安定之情形。至於在德國法上發展形成之保險事業自治原理，雖具有正當化相互扶助原理、強化相互扶助意識、妥適形成公共利益、促進保險事業經營效率等優點，然必須存在相當之條件始有實現可能，又保險事業之競爭，則為提升經營效率之工具性手段，且若從尊重參加者權利主體地位、賦與付費者程序參與權及追求降低保險費率之基本觀點，也非不能以賦與被保險人自費選擇醫療給付方案、建立付費者參與營運機制或委任專業專業經營階層、給予適用不同保險費率之誘因等方式加以追求。此外，在複數保險人之制度中，為平衡各保險人之風險差異，必須建立財政調整制度。

全民健保在立法時，為統合原有各項社會保險所提供之實物醫療給付及追求專業、效率，更因現實上缺乏得以出任保險人之社會團體，因此設置行政機關組織之健保署作為單一保險人。又健保署在現制下雖可有效達成集合參加者成立共同體、收取保險費及提供保險給付等保險人任務，卻對於保險費率與保險給付範圍等涉及營運核心之事項不具決定權，可能導致經營成敗之權責不清，也使保險人與主管機關之衛福部難以區別，再加上行政機關之組織形式，亦難避免受到國會與上級機關衛福部之不當干預。至於二代健保設置之「健保會」，雖非為實施保險事業自治，而是採取保障付費者程序參與權之方式，然因付費者代表產生方式不具正當性，仍難給予正面評價。最後，全民健保在單一保險人之體制下，因極大化之保險規模而具有最佳之財政安定性，亦毋須運作財政調整機制，也不會產生參加者因加入不同保險事業而受有差別待遇之公平性問題，但不可諱言將對會於維持參加者間之相互扶助意識造成妨礙，另雖不存在保險事業間競爭以提升營

運效率之可能，惟在利益衡量下，由於具有降低營運成本、維持財政安定、避免參加者間之公平性問題等優點，且現實上缺乏能自主運作之社會或職業團體得出任保險人，應屬可接受之結果。

次在保險對象方面，本文認為原則上應以是否在保險實施地具有「繼續性」之「生活居住事實」，作為決定社會健康保險適用對象範圍之標準，然在課由公庫負擔部分財源之制度中，則因稅金投入使制度具有部分福利色彩，得在國民與外國人間就公庫補助保險費之事進行合理之差別待遇，且針對有繼續性生活居住事實之外國人，並應考慮是否要求其等具有合法之居留資格。此外，社會健康保險之適用對象除被保險人外，另設置依附於被保險人投保之「眷屬」或「被扶養人」，理由在於人類畢竟大多以團體與分工之形式共同經營生活，團體中自有部分成員因能力有限必須仰賴他人維持生計，故為正確評價負擔保險費之能力，自應在該維持生計之關係為法律規範所保障而具有強行性與穩固性，也就是該當於民法所定之扶養權利義務關係時，將具有生計維持關係之人視為一個整體，以計算保險費之負擔能力。基此檢討，可知健保法原則上以具有繼續性之生活居住事實作為決定保險對象之標準，尚屬允當，又要求外國人必須具有合法之居留資格始得參加保險，原則上也屬可接受，但應考慮否在特殊例外時避免出現過苛結果，予以放寬。再者，全民健保將「被保險人」依職業或身分區分為六大類十七小類，並由國家提供不同比例之保險費補助，不僅難認具有合理之區別標準與理由，也因此產生保險費負擔之不公平問題。至於健保法對於「眷屬」之現行規範，不僅在「親屬要件」上顯然較民法所定之受扶養權利者範圍狹隘，可能造成事實上與法律上皆依賴他人扶養以維持生計者，卻無法以眷屬身分投保，同時未以「仰賴他人維持生活」作為眷屬之要件，而是設置不當之「無職業要件」，亦使得未仰賴他人維生且有相當資力者，竟能以「眷屬」身分投保，均非允當。末在保險人與保險對象間設置之「投保單位」，既係為協助健保署在極大化之保險事業規模中，能夠有效處理大量並頻繁發生之各項保險事務，自應在投保單位履行基於健保法規定所發生之申報投退保及投保金額、收取及繳納保險費、協力蒐集與通報資訊等公法上義務時，將投保單位定位為健保署之「履行輔助人」，進而在投保

單位履行上開義務有疏失時，將不利效果課由其所輔助之健保署承擔。

有關保險關係之發生原因，本文考量由於健保法明定合於法定資格者仍應「參加」保險或「補辦投保」，尚非僅因合於法律要件事實即能當然成為保險對象，且「強制參加」不僅是人民之義務，也具有權利性格，故保險人對於投保申請所作成之允許、拒絕納保或變更投保內容等決定，將對於申請者直接發生法律效果，況現行法律更未限制健保署只能對於投保申請進行形式審查，故保險關係應是基於健保署製發保險憑證之行政處分而發生，並為使辦理投保與納保有合理期間，同時避免發生逆選擇之不利情形，另制訂特別規定，溯及至保險對象合於法定要件事實時生效。又未來如修法允許保險對象以自費選擇加入保險給付之方案，則該部分係基於保險對象與保險人之行政契約關係而成立，自不待言。

在保險給付基本原理之建構上，從保障參加者之權利主體面進行考量，由於加入社會健康保險制度之目的，無非是希望能在發生保險事故時取得所需之醫療照顧，再加上保險給付是以被保險人負擔保險費作為對價，與單純受領給付之社會救助有所區別，然提供過度之給付，卻會對於被保險人造成沉重之保險費負擔，故保險給付作為以被保險人負擔保險費而實現參加者醫療需求保障之手段，自應具有使參加者獲得「基礎醫療照顧」之程度，也就是經一般公認之醫學專業知識認定，對於疾病、傷害或懷孕分娩所造成之身心障礙狀態，具有治癒、改善或緩解效果，且屬於安全可行之醫療，並合於「必要性」與「經濟性」之要求，始屬「適正之給付」。抑且，參加者雖有請求保險給付之權利，卻無必須或僅能受領保險給付之義務，因此除為追求防止醫療資源濫用或保障參加者之資訊權、自主決定權與平等受給權等正當目的所必要者外，不應使保險給付反向產生限制參加者選擇醫療自由之效果，參加者仍應具有選擇接受高端或舒適醫療之自由。另者，針對適用「事前審查」之保險給付，如涉及參加者重大健康障礙之回復或改善，甚至維持生命之重要利益時，必須設置及時之決定與救濟程序。又在憲法平等權保障之規定下，參加者請求保險給付之權

利，不得受有不合理之差別待遇。至於如從保險給付內容決定權歸屬之程序主體面觀察，由於保險給付涉及參加者之財產權、生存權與健康權保障，更關乎醫療資源配置與價值選擇之決定，自應適用法律保留原則，將保險給付內容之決定權交給立法者。惟考慮到立法者能力、法律文字構造及立法程序等限制，法律毋須明定所有保險醫療給付之具體內容與提供條件，而應明示保險給付之「原則性標準」，即本文上述「適正之給付」，以及參加者實現保險給付之程序與方式，使參加者「理解」並「預期」給付之界限，藉此自行規劃健康需求，同時給予司法機關事後審查之基準。此外，如實施保險事業自治或允許參加者以自費選擇加入給付方案，則可謂將保險給付之部分決定權，交由保險付費者或個別被保險人行使。

依循上述原理檢視全民健保之給付規範，在權利主體面，現行健保法未能明定保險給付之標準應合於上述「適正之給付」，造成權利義務關係不明確，參加者亦無從進行事先之預測及自主規劃，司法者更無法在給付爭議案件適用有效之審查標準，必須儘速修正。另外，健保法允許保險對象得自付差額後選用「特殊材料」及入住「非保險病房」，實務上也肯認保險對象得自付全額後併用保險醫療給付與其他自費醫療，對於參加者選擇醫療自由已有合理之尊重，惟為避免濫用醫療及維護保險對象之資訊權、自主決定權，仍宜就後者增訂相關之管制規範。再者，健保法對於少數適用「事前審查」之給付項目，透過將「情況緊急者」排除適用，及明定逾期未核定者「視為同意」，已在及時決定程序上有充分之規範，然在救濟上卻因適用一般之申復或爭議審議程序，難謂充分。又全民健保將所有參加者納入同一保險事業中，適用相同之保險給付，未受有給付上之不合理差別待遇，應合於憲法平等權保障之要求。至於在程序主體面上，現行健保法對於法律保留原則之適用已有完整規範，明文將保險給付內容之決定權交由立法者行使，更進一步透過「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」之共同擬訂程序，以實施審議式民主與利害關係人參與程序之方式，強化衛福部依法律授權形成保險給付內容之正當性，值為正面積極之評價。另全民健保未採行保險事業自治，保險付費者在現制下不具有保險給付內容之決定權，僅能透過在「健保



會」中之付費者代表參與及審議保險給付之範圍，然代表在產生上存有欠缺正當性之問題，就付費者之參與保障上而言並非充分，且目前未賦與保險對象以自費選擇加入醫療給付方案之可能，對於保險對象權利主體地位與健康自主規劃權之尊重，亦有不足。

在保險關係中，保險對象雖有向保險人請求保險給付之權利，然實物醫療給付應為健保醫事服務機構基於與保險對象間之醫療契約關係所提供，保險人僅負有擔保將支付醫療費用之義務，以確保健保醫事服務機構提供給付。另外，除健保法明文允許保險對象得以給付差額之方式，選用「特殊材料」與入住「非保險病房」外，基於法律上沒有限制併用之依據，且縱為避免對患者形成不當之費用負擔與醫療可近性之差別，亦無全面禁止併用之適當性與必要性，況醫療過程也無法視為單一不可分之整體，自應肯認保險對象在接受保險醫療給付時，得以自費全額之方式選擇併用保險醫療與其他自費醫療。末有關「部分負擔」制度之實施，主要目的是為避免保險給付遭到濫用，在我國亦為落實「轉診制度」之政策，然衛福部在「門診及急診醫療」部分，一直公告採取應屬例外之「定額負擔」，卻未說明有何法律所定之「必要」情形，更在「急診醫療」部分依檢傷結果決定部分負擔金額，而非考慮保險對象是否經過轉診，均違反法律之授權。

大法官雖曾在釋字第 473 號解釋中將保險費定性為「分擔金」，然存在有混淆受益費概念之不當，乃在其後在釋字第 676 號解釋中。改以上位概念之「公法上金錢給付義務」取代。另比較保險費與典型公法上金錢給付義務之租稅後，可知二者雖同為以財政收入為目的之強制性收入，然保險費之課徵主體包括非統治團體之保險人，且保險費負擔與保險給付間具有對價性，則不相同。在計收保險費之法律原理上，首應遵循「收支均衡原理」，且理論上應採取「量出為入」之方式計算，同時為避免預估落差或不可預期之情事，並需設置「安全準備金」。其次，保險費作為強制性之公法金錢給付義務，具有限制人民財產權與健康自主規劃權之效果，依法律保留原則，必須以法律或授權命令進行規範，且因上述之「收支均衡原理」與「量入為出」之計算方式，法律或授權命令中不僅應規範投保金額之採計與保險費

率之上限，更必須就作為算定收入基礎之保險支出數額推算方式予以規定。再者，基於憲法平等權保障之要求，保險費在計收上應合乎「負擔公平性」原理，亦即須以參加者之經濟能力決定負擔保險費之數額，然「量能負擔」在適用上仍有界限，為避免過度侵害人民之財產權及健康規劃自主權，必須設置保險費之上限，同時減免無資力者之保險費。最後，在「效率性原則」之要求下，應確保保險費之收取能夠獲得實現，且是以具有效率之方式實踐。

如以上述原理檢視，健保法雖設有相關平衡收支方式之規定，明示保險財務應遵循「收支均衡原理」，亦設置「安全準備金」作為調節，然實務上受限於保險費率調整困難，往往透過私法上之借款追求財務平衡，不僅難認合法，也造成妨礙財政健全之不利結果。又健保法雖明定投保金額之採計與保險費率之上限，卻未能正視保險支出數額之推估作為計算保險費收入之前提，未明定或授權訂定推估整體支出數額之方式，在法律保留原則之遵守上，仍有不足。至於現行保險費規範之最大問題，在於多有違背「負擔公平性原理」之情形，例如關於投保金額之採計、要求依眷屬人數計收保險費、依保險對象之身分或職業給予不同比例之保險費補助等，亦未對於非在國內常住之國人，依照實際之經濟能力計收保險費。此外，「投保金額分級表」之採用，雖因具有促進效率與降低成本等正當目的，得以部分放寬負擔公平性之嚴格適用，惟衛福部未能對於部分被保險人設立適當機制，使其等在實際所得未達投保金額下限時得以合理調降保險費，難認合於大法官釋字第 676 號解釋之意旨，且採取投保金額分級表級距範圍內之最高所得數額作為投保金額，亦導致多數被保險人需負擔超過其實際所得之保險費，另以每週 40 小時工時及「按月計酬」之基本工資作為投保金額表之下限，也使部分工時與兼職者適用顯然超過其實際工資所得之投保金額，皆非允當。再者，二代健保開始實施之「補充保費」，雖為追求負擔公平而將保險費基擴大至其他以勞力或財產為基礎獲取之六類所得，但仍未能將財產交易等全部所得與財產價值納入作為評價經濟能力之因素，且不僅存有給予規避可能、費基易收景氣影響、計算複雜造成成本增加等問題，就要求逾投保金額四倍之獎金始成為課徵對象、補充保險費費率顯然低於一般保險費費率等，

也難謂符合負擔公平性原理。另針對二代健保改革時未能實現之「家戶總所得制」，在擴大保險費甚至參加者之全部所得、取消眷屬概念且不再按人數計收保險費，及不再依保險對象之職業或身分提供不同保險費補助等部分，固值給予正面評價，惟針對所得稅法中所定之免稅所得，仍應將基於租稅優惠政策而與社會健康保險制度目的無關之部分排除，同時該方案中保留對於現役軍人、替代役男、無職業榮民或遺眷家戶代表及其無職業眷屬等給予保險費補助，尤其對於榮民及眷屬等，雖設有「無職業」要件作為配套，仍無法排除其等實質上具有負擔保險費之經濟能力，實有違反負擔公平性之疑慮。最後，在效率性原則要求下，全民健保以就源扣繳（取）、加徵滯納金與暫停保險給付等方式，以實現保險費之收取，並以設置投保金額表、要求被保險人向投保單位或扣費義務人繳納保險費等方式，促進收取保險費之效率，惟應注意暫時停止保險給付屬於最後手段，且保險對象如已將保險費繳至投保單位及扣費義務人，或業為就源扣繳（取）時，不僅不得對之加徵滯納金，考量投保單位作為保險人所使用之履行輔助人，也不能將投保單位未將保費繳給保險人時之不利結果，課由保險對象承擔。

## 第二節 建議

依照本論文之研究成果，提出對於現行法制之具體建議如下：

- 一、全民健保之制度內容固然需由法律形成，也因憲法委託之規定，且可能涉及資源分配之決定，使立法者具有相當之裁量權，然司法者仍應依照本文建構之憲法基礎與基本構造，對立法者所制訂之法律進行審查，行政機關也應循此執行法律及進行制度運作。此外，如能在大法官釋字第 753 號解釋理由書所提及之人格尊嚴之生活保障、生存權與健康權保障等外，另在全民健保之憲法基礎中加入對於自由權保障之理念，將有助於確立保險給付基準之提升與參加者在保險關係中之權利主體地位，再進一步透過確立憲法第 7 條平等權保障之規定之適用，將能確保人民在參加保險、享有保險給付與負擔保險費等各方面，不

至於受到不合理之差別待遇。

- 二、 社會健康保險或健保法之「強制參加」規定，不能僅理解為要求符合要件之人民負有參加保險之義務，也具有課以保險人納保義務，並對應賦與人民請求參加保險權利之重要意義。從而，健保署對於人民投保申請所作成之決定，無論是納保、拒絕或變更申請內容，理應具有法效性。
- 三、 在相互扶助原理之要求下，保險費應以「量能負擔」之方式計收，且由於全民健保之適用對象不限於仰賴薪資維生之勞工，亦包括以其他所得或財產維持生活之人，故為正確評價參加者負擔保險費之經濟能力，自應將勞務所得、利息所得、財產交易所得等一切所得列入計算，並考慮以適當方式採計參加者之財產價值，始屬完整。是此，二代健保實施後開始收取之「補充保險費」，固然將原本侷限於薪資所得之保險費基，擴大至其他以勞務或財產為基礎所獲致之六類所得，然未將參加者之全部所得與財產價值納入，仍未能完全合於上述保險費量能負擔之要求，尚有修正檢討之必要。
- 四、 學說上提及之「社會連帶」，不宜以與「相互扶助原理」之相同內容解釋，以免所有重複，或可理解為形成促進被保險人主觀上之相互扶助意識，以及確保保險人能外於國家而存在，並基於自治原理運作。然而，在此意義下所強調之「保險事業自治」原理，僅屬法律位階之規範，並非憲法要求全民健保應具備之基本構造。
- 五、 參考德、日比較法制之實施經驗，考慮特定疾病不僅可以預防，也能因此避免為保險財政帶來高額之支出，故為抑制保險醫療費用之成長，避免其他參加者受到需調高保險費率之不利益，自，應擴大全民健保之保險事故範圍，納入對於生活習慣疾病之預防，並提供相應之保健醫療服務。惟為避免干涉參加者選擇生活方式之自由，不宜針對不願配合接受生活習慣疾病預防與治療者，採行提高保險費或部分負擔，甚至減少保險醫療給付範圍等直接不利益之方式。

- 六、健保署作為全民健保之保險人，應在法律所定範圍內，具有對於保險費率與保險給付等涉及保險經營核心事項之決定權，主管機關之衛福部則扮演監督之角色，以免造成健保署與衛福部間對於全民健保之營運權責不清，角色上也難以區辨。此外，以行政機關作為組織形式之健保署，容易受到來自國會與上級行政機關之不當政治干預，例如前者對於調整保險費率之阻撓，或後者不願支付「外部負擔」費用，參考日本於 2006 年修法改革之經驗，應考慮將健保署改制為行政法人。
- 七、全民健保雖因現實條件無法實施保險事業自治，而在二代健保改革時，改以設置健保會之決策機制，藉以保障付費者之程序參與權，然目前卻因產生付費者代表之方式欠缺正當性，無從達到設置健保會之上述目的，自應重新予以審視檢討。
- 八、健保法第 9 條前段要求外國人必須具有合法之居留資格，始能成為全民健保之保險對象，從避免逆選擇及實際執行困難之觀點，並為維持與移民法規間之法律秩序整體性，原則上應屬允妥。然對於未來有取得居留資格之高度可能性，且過去已有繼續性之生活居住事實，未來亦有持續維持可能之外國人，不妨例外允許其等能在取得居留資格前之過渡期間內，參加全民健保以取得對於醫療需求之保障。
- 九、健保法第 11 條第 2 項雖規定：「具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保」，然由於第六類被保險人中之「一般戶長」，依健保法第 10 條第 1 項第 6 款第 2 目規定，係指「(同項)第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表」，可見當參加者同時具有第一類至第五類被保險人或第六類被保險人中榮民家戶代表之眷屬身分，以及第六類被保險人中之「一般戶長」資格時，應以「眷屬」身分投保，而非以「一般戶長」之被保險人投保。因此，健保法第 11 條第 2 項理應修正為：「具有第 10 條第 1 項第 1 款至第 5 款（即第一類至第五類被保險人）及同項第 6 款第 1 目（即第六類被保險人中之榮民、榮民遺眷之家戶代表）之被保險人資格者，不得以眷屬身

分投保」，始能使法律文義精確。

十、健保法對於眷屬分別設有「親屬要件」、「無職業要件」及「補充性要件」，均有不足或不當，應儘速修正。首先，相關法令未對於「無職業」之認定標準設有補充規範，可能產生適用之疑義。另健保法施行細則第5條排除第四類被保險人得有依附投保之眷屬，造成人民可能受有保險費補助比例減少之不利益，已違反法律保留原則，如認為不應全額補助此類眷屬之保險費，則應修法解決。再者，健保法對於眷屬所設「親屬要件」之範圍，無法與民法之扶養規定配合，致使依民法受他人扶養以維持生計者，卻不能以該他人之眷屬身分投保，可能導致對於保險費負擔能力之錯誤評價，不符合社會健康保險設立「眷屬」作為適用對象之基本考量。最後，縱使在「無職業要件」部分加上「補充性要件」作為配套，仍無法對於眷屬應為仰賴於被保險人維持生計之事進行正確評價，使得無職業之富人雖然能夠自行維持生計，仍得選擇依附他人以眷屬身分投保，並負擔較低之保險費，顯然不公。為此，本文建議除應將健保法之「親屬要件」修正與民法扶養所定之權利義務者一致外，更應刪除「無職業要件」與「補充性要件」，另增加眷屬需為「主要仰賴被保險人維持生計者」，並不得依眷屬人數計收保險費。

十一、本文雖認為社會健康保險之保險給付應合於「經濟性」之要求，然「經濟性」不能只從單純成本效益之經濟觀點進行判斷，或僅僅考慮到醫療費用之高低，而必須以多數醫療方式具有相同之改善或治療效果作為適用前提。因此，在罕見疾病藥物等高價醫療項目應否納入給付範圍之爭議中，若認為該醫療項目確實屬於「基礎醫療照顧」之範圍，現實上也不存在其他具有相同效果之選擇，自不能僅以費用昂貴作為排除之理由。

十二、本文肯認在「特殊材料」與「非保險病房」以外，保險對象亦得以自付全額費用之方式，在接受保險醫療給付時，併用其他自費醫療項目。然相較於現行法對於「特殊材料」與「非保險病房」之使用已設有管制規範，為充分保障保險對象之資訊

權與自主決定權，另應就健保醫事服務機構建議保險對象併用其他自費醫療項目時，設立相應之處理規範。

- 十三、依健保法第 43 條之規定與授權，衛福部應將「門診及急診醫療」之部分負擔修正為「定率負擔」，並提高未經轉診逕至各級醫院就醫者之部分負擔比例。
- 十四、現行法為解決部分負擔可能造成之就醫障礙，雖已有設定部分負擔金額上限、免除重大傷病、分娩或在山地離島等醫療資源缺乏地區就醫者之部分負擔、提供低收入戶與兒童部分負擔補助等配套措施，然考慮到已退休後而無經常性收入之高齡者，可能處於經濟弱勢狀態而有支付部分負擔費用之困難，仍應針對經濟能力確實不佳之高齡者，另增設減免或補助部分負擔之規定。
- 十五、部分負擔係保險對象受領保險醫療給付時，對於保險人所負有之對待給付義務，並由健保醫事服務機構代為收取，且不僅現行法未允許健保醫事服務機構以保險對象未支付負擔負擔為由拒絕給付，理論上健保署亦應自行承擔部分負擔費用未獲實現之不利結果，故為避免健保署與健保醫事服務機構間發生爭議，宜修法予以明定。
- 十六、日本國民健康保險制度中之市町村保險人，雖得選擇以開徵國民健康保險稅之方式，取代收取保險費，然僅係基於徵收便利之考量，並未改變保險費之本質，更有學者批評為租稅形式之濫用。是此，考量我國人民應無只願繳納稅捐而不願繳納保險費之現實問題，自不宜捨保險費於不用，改以徵收「健保税」方式作為取代。
- 十七、從法律解釋之觀點，健保法應未允許保險人以私法借款之方式追求財務收支平衡，故一方面為期加以釐清，另一方面也為利於保險人未來在調整保險費率時，避免再受到受政治力之不當阻礙，自應在健保法中明定禁止保險人進行借款作為填補財務虧損之方式。

- 十八、為遵循法律保留原則之要求，考慮到保險財務必須遵循「收支均衡原理」及採取「量入為出」之方式計算，保險費之計收是以保險支出數額之推估結果作為前提，健保法自應明定或至少以明確之授權訂定關於推估保險支出數額之方式，包括應採計之因素與權值等，而非由行政機關或保險人恣意決定。
- 十九、未在國內經常居住之國人，理應在境外之生活地具有一定之所得及財產，故縱使允許其等以「一般戶長」身分參加全民健保，仍不宜逕行援用第一類至第三類被保險人之平均投保金額，而應立法課以其等負有自行證明在境外經濟能力之義務，並在未能或不願證明時，授權保險人從寬推估。
- 二十、健保法規定以投保金額分級表級距範圍之最高金額作為被保險人之投保金額，導致大多數被保險人之投保金額均高於實際所得數額，縱使因級距金額範圍不高而對於被保險人之影響有限，理論上仍難謂公平，宜修法改為採取級距範圍中之中位數。此外，現制下以每週工時40小時且採取「按月計酬」方式之基本工資數額，作為投保金額之下限，對於未達該工時或採取「按時計酬」之部分工時者或兼職者明顯不利，縱使基於行政效率之考量，仍應允許參加者舉證證明後得不受該下限之拘束，適用與實際所得數額相當之投保金額。
- 二十一、保險對象已將保險費繳至投保單位或扣費義務人，或業經其等就源扣繳（取）時，不得要求由保險對象承擔未向保險人繳納之不利結果，為期明確，健保法應明文增訂此為不得對保險對象加徵滯納金之事由。



## 〈參考文獻〉



### 一、中文部分（依筆畫順序）：

#### （一）專書著作：


- 王澤鑑（2001），《民法總則》，台北：自刊。
- 立法院秘書處編印（1994），《全民健康保險法案（上）》，台北：自刊。
- 立法院秘書處編印（1994），《全民健康保險法案（下）》，台北：自刊。
- 江朝國（2002），《保險法基礎理論》，四版，台北：瑞興。
- 行政院二代健保規劃小組（2004），《總結報告：邁向權責相符的全民健康保險制度》，台北：自刊。
- 行政院衛生署（2004），《全民健保財源籌措改革規劃》，台北：自刊。
- 吳庚（2003），《憲法的解釋與適用》，台北：自刊。
- 吳庚（2005），《行政法之理論與實用》，增訂九版，台北：自刊。
- 李震山（2005），《多元、寬容與人權保障：以憲法未列舉權之保障為中心》，台北：元照。
- 沈政雄（2011），《社會保障給付之行政法學分析》，台北：元照。
- 林明昕（2006），《公法學的開拓線：理論、實務與體系之建構》，台北：元照。
- 林群弼（2003），《保險法》，增訂二版，台北：三民。
- 健保署（2016），《2016-2017 年全民健康保險年報》，台北：自刊。
- 國家發展委員會（2016），《中華民國人口推估（105 年至 150 年）報告》，台北：自刊。
- 許宗力（1993），《法與國家權力》，增訂二版，台北：月旦。
- 許宗力（1999），《憲法與法治國行政》，台北：元照。
- 許宗力（2007），《法與國家權力(二)》，台北：元照。
- 許宗力（等著）（1992），《地方自治之研究》，新北：業強。
- 郭明政（2002），《社會安全制度與社會法》，台北：自刊。
- 陳新民（2005），《憲法釋論》，修正五版，台北：自刊。



- 陳聰富（2014），《民法總則》，台北：元照。
- 葛克昌（1997），《國家學與國家法》，台北：月旦。
- 葛克昌（2002），《行政程序與納稅人基本權》，台北：翰蘆。
- 葛克昌（2005），《稅法基本問題：財政憲法篇》，二版，台北：元照。
- 劉宗榮（2007），《新保險法》，台北：自刊。
- 蔡茂寅（2017），《社會健康保險法制之研究》，台北：元照。
- 蔡維音（2001），《社會國之法理基礎》，新北：正典。
- 蔡維音（2008），《全民健保財政基礎之法理研究》，新北：正典。
- 蔡維音（2014），《全民健保之給付法律關係析論》，台北：元照。
- 謝榮堂（2008），《社會法治國基礎問題與權利救濟》，台北：元照。
- 鍾秉正（2005），《社會保險法論》，台北：三民。

## (二)專書論文

- Eberhard Eichenhofer（2006），〈德國的社會保險：俾斯麥模式及其廿一世紀的挑戰〉，收於：郭明政（編），《社會保險之改革與展望》，頁 19-37，台北：翰蘆。
- 李玉君、吳明孝、張道義、蔡茂寅（2015），〈全民健康保險法〉，收於：台灣社會法與社會政策學會（編），《社會法》，頁 257-313，台北：元照。
- 林志鴻（2006），〈德國健康保險制度〉，收於：羅紀琮（編），《健康保險制度》，頁 87-144，台北：巨流。
- 林明鏘（1997），〈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：李鴻禧教授祝賀論文集》，頁 1465-1504，台北：月旦。
- 林明鏘（2002），〈行政契約與私法契約：以全民健保契約關係為例〉，收於：台灣行政法學會（編），《行政契約與新行政法》，頁 205-229，台北：編者自刊。
- 林國明（2004），〈公民會議〉，收於：衛生署（編），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，頁 11-54，台北：編者自刊。

- 
- 孫迺翊（2015），〈社會法的憲法基礎〉，收於：台灣社會法與社會政策學會（編），《社會法》，頁 69-93，台北：元照。
- 許志雄（2006），〈現代立憲主義與民主的對話〉，收於：王兆鵬（等著），《跨世紀法學新思維》，頁 49-76，台北：元照。
- 許志雄（2007），〈當代人權的發展趨勢與課題〉，收於：周志宏（等編），《現代憲法的理論與現實》，頁 319-339，台北：元照。
- 郭明政（2002），〈社會保險法律關係爭議問題之探討〉，收於：葛克昌、林明鏘（編），《行政法實務與理論(一)》，頁 469-482，台北：國立臺灣大學法律學院。
- 郭明政（2006），〈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》，頁 313-352，台北：元照。
- 郭明政、林宏陽（2015），〈社會法與社會安全制度之發展〉，收於：台灣社會法與社會政策學會（編），《社會法》，頁 47-67，台北：元照。
- 陳愛娥(2002)，〈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(編)，〈行政契約與新行政法〉，頁 77-130，台北：編者自刊。
- 黃錦堂（2002），〈行政契約法主要適用問題之研究〉，收於：台灣行政法學會（編），《行政契約與新行政法》，頁 3-75，台北：編者自刊。
- 蔡宗珍（2004），〈人性尊嚴〉，收於：許志雄（等著），《現代憲法論》，三版，頁 45-54，台北：元照。
- 蔡茂寅（2003），〈全民健康保險之法律關係〉，收於：葛克昌、林明鏘（編），《行政法實務與理論（一）》，頁 483-506，台北：臺大法律學院。
- 蔡茂寅（2004），〈社會權(二)〉，收於：許志雄（等著），《現代憲法論》，三版，頁 195-210，台北：元照。
- 蔡茂寅（2013），〈社會保障的財政問題〉，收於：許志雄教授祝壽論文集編輯委員會（編），《立憲國家之課題與挑戰》，頁 595-617，

台北：元照。

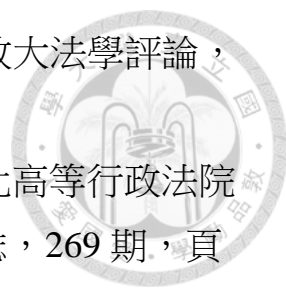
鍾秉正（2006），〈社會保險爭訟之研究〉，收於：曾華松大法官古稀祝壽論文集編輯委員會（編），《義薄雲天、誠貫金石：論權利保護之理論與實踐》，頁 691-722，台北：元照。





### (三)期刊論文

- Christian Starck（著），李建良（譯）（2013），〈德國社會保險立法的發展與歐洲社會聯盟〉，台灣法學雜誌，226期，頁 40-48。
- 立法院公報處（2011），《立法院公報》，100卷4期，頁 148。
- 江朝國（2010），〈社會保險、商業保險在福利社會中的角色：以健康安全及老年經濟安全為中心〉，月旦法學雜誌，179期，頁 76-98。
- 吳秀玲、葉明功、周淑婉（2017），〈從法制面探討影響我國全民健康保險財務之因素〉，中正財經法學，14期，頁 223-321。
- 李玉君（2008），〈二代健保組織體制改革之評析〉，臺大法學論叢，37卷4期，頁 1-64。
- 李玉君（2008），〈全民健康保險制度之回顧、檢討與再造〉，月旦法學雜誌，153期，頁 36-60。
- 李建良（2001），〈公法上無因管理與私法上無因管理的區別〉，月旦法學教室，73期，頁 22-23。
- 李建良（2004），〈中央與地方的權限劃分與財政負擔〉，人文及社會科學集刊，26卷1期，頁 73-115。
- 李建良（2005），〈行政法律關係序說〉，月旦法學教室，30期，頁 44-55。
- 李震山（2004），〈身體不受傷害權〉，法學講座，25期，頁 1-25。
- 林谷燕（2012），〈德國法定健康保險制度之探討〉，弘光人文社會學報，15期，頁 72-91。
- 林炫秋（2008），〈社會保險權利之憲法保障〉，中正大學法學集刊，24期，頁 297-353。
- 林國明（2003），〈到國家主義之路：路徑依賴與全民健保組織體制的形成〉，台灣社會學，5期，頁 1-71。

- 邵惠玲 (2008),〈社會福利國之昨日與今日：以德國社會保險的法制發展為例〉, 財產法暨經濟法, 16 期, 頁 123-170。
- 政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦 (2011),〈「二代健保法案論壇」會議紀錄之一：二代健保財務改革的合憲性探討〉, 月旦法學雜誌, 191 期, 頁 229-246。
- 政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦 (2011),〈「二代健保法案論壇」會議紀錄之二〉, 月旦法學雜誌, 192 期, 頁 238-253。
- 政治大學法學院、公共行政及企業管理教育中心主辦 (2011),〈「二代健保法案論壇」會議紀錄之五〉, 月旦法學雜誌, 193 期, 頁 245-259。
- 孫迺翊 (2006),〈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, 35 卷 6 期, 頁 241-290。
- 孫迺翊 (2008),〈論社會保險制度之財務運作原則：兼評中央與地方政府關於健保保費補助之爭議問題〉, 政大法學評論, 101 期, 頁 61-136。
- 孫迺翊 (2012),〈社會給付權利之憲法保障與社會政策之形成空間〉, 臺大法學論叢, 41 卷 2 期, 頁 445-516。
- 孫迺翊 (2016),〈揮別俾斯麥模式社會保險制度？從德國聯邦憲法法院幾則判決評析德國近二十年健保制度改革方向〉, 歐美研究, 46 卷 3 期, 頁 373-442。
- 涂醒哲 (2010),〈健保費調漲的正當性與合理性〉, 新世紀智庫論壇, 49 期, 頁 101-103。
- 郝鳳鳴 (1997),《法國社會安全法之概念、體系與範疇》, 政大法學評論, 58 期, 頁 381-388。
- 郝鳳鳴 (2004),〈全民健康保險政府財政責任分配之探討〉, 中正大學法學集刊, 17 期, 頁 137-175。
- 張桐銳 (2005),〈行政法與合作國家〉, 月旦法學雜誌, 121 期, 頁 25-53。

- 
- 張桐銳(2011),〈論憲法上之最低生存保障請求權〉,政大法學評論, 123期,頁121-191。
- 張桐銳(2017),〈全民健保法律關係之再檢討:評臺北高等行政法院九十八年度簡字第八二六號判決〉,月旦法學雜誌,269期,頁147-159。
- 張道義(2001),〈德國健康保險法支付制度法律關係的分析〉,臺大法學論叢,30卷6期,頁227-263。
- 張道義(2003),〈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,73期,頁1-50。
- 張道義(2010),〈全民健保與社會保險〉,月旦法學雜誌,179期,頁143-172。
- 許宗力(2015),〈最低生存保障與立法程序審查:簡評德國聯邦憲法法院 Hartz IV 判決〉,月旦法學雜誌,238期,頁102-130。
- 郭年真、江東亮、賴美淑(2014),〈二代健保改革〉,台灣醫學,18卷1期,頁43-52。
- 郭明政(1995),〈全民健保法評析:以德國相關法制為例之比較觀察〉,經社法制論叢,15期,頁187-218。
- 郭明政(2007),《社會法治國的司法建構:第六屆大法官會議有關社會安全法制解釋之分析》,憲政時代,33卷2期,頁187-220。
- 郭躍民(2009),〈日本2006年社會健康保險法制改革之評介〉,東吳法律學報,20卷3期,頁107-140。
- 郭躍民(2009),〈健保局與保險醫事服務機構間之協商〉,法學叢刊,214期,頁104-176。
- 郭躍民(2009),〈健保醫療與自費醫療併用之容許性問題:日本法之比較考察〉,法令月刊,60卷,頁88-106。
- 陳英鈺(1999),〈「自由法治國」與「社會法治國」的制度選擇〉,台灣本土法學雜誌,4期,頁87-99。
- 陳愛娥(2001),〈大法官對全民健康保險法制的合憲性討論〉,台灣本土法學雜誌,25期,頁1-13。

- 
- 陸敏清（2005），〈全民健康保險法保費補助制度之探討〉，月旦法學雜誌，116期，頁63-76。
- 黃舒芃（2006），〈社會權在我國憲法中的保障〉，中原財經法學，16期，頁1-43。
- 雷文玫（2000），〈全民健保合憲性之探討〉，政大法學評論，63期，頁105-127頁。
- 雷文玫（2001），〈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，6期，頁33-65。
- 劉昭辰（2005），〈論無因管理中的「為他人事務管理」〉，臺北大學法學論叢，56期，頁177-203。
- 劉鐘軒等（2013），〈肝癌的診斷及治療最新發展〉，《內科學誌》，24卷2期，頁85-94。
- 蔡茂寅（1997），〈社會法之概念、體系與範疇：以日本法為例之比較觀察〉，政大法學評論，58期，頁389-404。
- 蔡茂寅（2002），〈地方財政法與全民健保補助費爭議〉，月旦法學雜誌，87期，頁205-214。
- 蔡茂寅（2008），〈全民健康保險現行制度分析與探討〉，月旦法學雜誌，153期，頁5-21。
- 蔡茂寅（2008），〈財政法〉，月旦法學教室，70期，頁60-72。
- 蔡茂寅（2010），〈財政收入總論（下）〉，月旦法學教室，87期，頁57-66。
- 蔡茂寅（2010），〈稅課收入（上）〉，月旦法學教室，91期，頁67-77。
- 蔡茂寅（2010），〈稅課收入（下）〉，月旦法學教室，93期，頁72-80。
- 蔡茂寅（2011），《原因者付費制度（下）》，月旦法學教室，105期，頁76-85。
- 蔡維音（1999），〈全民健保之合憲性檢驗：評釋字第472、473號解釋〉，月旦法學雜誌，51期，頁180-187。
- 蔡維音（1999），〈全民健保之法律關係剖析（上）〉，月旦法學雜誌，48期，頁67-78。

- 
- 蔡維音 (2002),〈全民健保行政之法律關係〉,成大法學,4期,頁1-35。
- 蔡維音 (2007),〈社會救助「家庭成員」之認定〉,月旦法學教室,58期,頁20-21。
- 蔡維音 (2008),〈二代健保保費費基改革方案之檢討〉,月旦法學雜誌,153期,頁22-35。
- 蔡維音 (2010),〈全民健保之投保金額分級:評司法院釋字第六七六號解釋〉,台灣法學雜誌,155期,頁170-172。
- 蔡維音 (2013),〈最低生存基礎之界定:從社會救助與個人綜合所得稅進行之交互考察〉,月旦法學雜誌,212期,頁103-125。
- 蔡維音 (2013),〈徵收補充保費之合憲性〉,月旦法學教室,127期,頁6-8。
- 謝榮堂 (2001),〈中德社會國理想之論理與實踐〉,華岡法粹,28期,頁129-146。
- 謝榮堂 (2003),〈析論全民健康保險法律關係〉,華岡法粹,29期,頁191-222。
- 謝榮堂 (2003),〈社會法治國之社會安全法制〉,月旦法學教室,10期,頁120-133。
- 謝榮堂 (2010),《社會保險制度之生存保障與改革》,軍法專刊,56卷5期,頁70-89。
- 謝榮堂 (2010),《憲法委託之社會立法實現與社會安全制度》,軍法專刊,56卷6期,頁117-138。
- 鍾秉正 (2009),〈淺介德國社會法院及相關審判權〉,月旦法學雜誌,166期,頁5-22。
- 韓幸紋、梁景洋 (2012),〈以家戶總所得為健保費基方案相關爭議之反思〉,台灣公衛雜誌,32卷6期,頁526-536。
- 蘇清泉 (2016),〈拒絕不合理健保制度:堅持醫療專業〉,台灣醫界,59卷2號,頁5-6。





#### (四)學位論文及研究計畫

張道義（2002），〈全民健康保險保險給付之法律規範研究〉，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

郭躍民（2004），《全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院及診所）之研究》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文。

蔡茂寅（2005），《全民健保保險資格政策之未來走向研究》，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

蔡茂寅（等著）（2005），《全民健康保險醫事服務機構擇優特約可行性之研究》，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

蔡茂寅等（2001），《各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構法律問題》，台北：行政院衛生署委託研究計畫。

#### (五)網路文獻

健保署北區業務組（2014），〈全民健保承保申報作業及相關規定〉，載於：

[http://www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/3773\\_22.%E6%89%B%E4%BF%9D%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%B0%A1%E5%A0%B1.pdf](http://www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/3773_22.%E6%89%B%E4%BF%9D%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%B0%A1%E5%A0%B1.pdf)

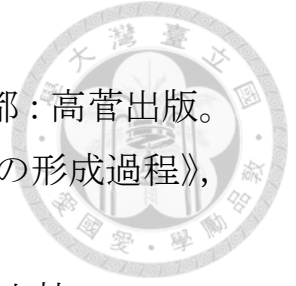
立法院社會福利及衛生環境委員會（2010），〈全民健康保險法修正草案審查報告〉，頁 153-427，載於：

<https://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lgmeetimage?cfc8cfcacecacfcac5cecacc2cbcdc8>

## 二、日文部分（依 JIS 順序）：

### （一）專書著作

- ダニー・ピーテルス（著），河野正輝（等譯）（2011），《社会保障の  
基本原則》，京都：法律文化社。
- 宇賀克也（2007），《地方自治法概説》，二版，東京：有斐閣。
- 碓井光明（2009），《社会保障財政法精義》，東京：信山社。
- 栄田潤（2007），《医療保険の構造改革》，東京：法研。
- 加藤智章等（2007），《社会保障法》，第3版，東京：有斐閣。
- 笠木映里（2012），《社会保障と私保険》，東京：有斐閣。
- 岩村正彦（2004），《社会保障法 I》，東京：弘文堂。
- 菊池馨実（2001），《社会保障の法理念》，東京：有斐閣。
- 菊池馨実（2010），《社会保障法制の将来構想》，東京：有斐閣。
- 菊池馨実（2014），《社会保障法》，東京：有斐閣。
- 吉原健二、和田勝（1999），《医療保険制度史》，東京：東洋經濟新  
報社。
- 近藤文二（1963），《社会保険》，東京：岩波書店。
- 窪田隼人（等編）（2002），《新現代社会保障法入門》，二版，京都：  
法律文化社。
- 荒木誠之（1999），《生活保障法理の展開》，京都：法律文化社。
- 荒木誠之（2004），《社会保障法読本》，三版，東京：有斐閣。
- 高藤昭（1994），《社会保障法の基本原理と構造》，東京：法政大学  
出版局。
- 佐口卓（1977），《日本社会保険制度史》，東京：勁草書房。
- 佐口卓（1995），《国民健康保険：形成と展開》，東京：光生館。
- 佐藤進（1990），《社会保障の法体系（全）》，東京：勁草書房。
- 坂口正之（1985），《日本健康保険法成立史論》，京都：晃洋書房。
- 室井力（等編）（2005），《新現代地方自治法入門》，二版，京都：法  
律文化社。
- 社団法人国民健康保険中央会（編）（1989），《国民健康保険五十年



史》，東京：株式会社ぎょうせい。

小林甲一（2009），《ドイツ社会政策の構造転換》，京都：高菅出版。

小榑治宣（2004），《社会保障の源流—ドイツ社会保障の形成過程》，  
東京：朝文社。

松本勝明（2003），《ドイツ社会保障論 I》，東京：信山社。

西村健一郎（2003），《社会保障法》，東京：有斐閣。

倉田聡（1997），《医療保険の基本構造》，北海道：北海道大学図書  
刊行会。

八代尚宏（2006），《規制改革：「法と経済学」からの提言》，東京：  
有斐閣。

堀勝洋（2004），《社会保障法総論》，二版，東京：東京大学出版会。

## (二) 專書文章

一圓光彌（2005），〈医療保険財政システムの課題〉，收於：日本財  
政法学会（編），《社会保険の財政法的検討》，頁 58-76，東京：  
龍星出版。


稻森公嘉（2012），〈公的医療保険における保険原理と社会原理の均  
衡点〉，收於：菊池馨実（編），《社会保険の法原理》，頁 151-168，  
京都：法律文化社。

碓井光明（2009），〈社会保障財政における社会保険料と租税〉，收  
於：国立社会保障・人口問題研究所（編），《社会保障財源の制  
度分析》，頁 89-109，東京：東京大学出版会。


加藤智章（2003），〈医療保険制度における保険者機能〉，收於：山  
崎泰彦（等編），《医療制度改革と保険者機能》，頁 137-154，  
東京：東洋経済新報社。


岩村正彦（2005），〈社会保障における世帯と個人〉，收於：岩村正  
彦、大村敦志（編），《個を支えるもの》，頁 261-286，東京：  
東京大学出版会。

岩村正彦（2007），〈社会保障改革と憲法 25 条〉，收於：江頭憲治

- 
- 郎（等編），《法の再構築 I：国家と社会》，頁 83-116，東京：東京大学出版会。
- 甲斐素直（2005），〈討論の共通基盤としての社会保険概念〉，收於：日本財政法学会（編），《社会保険の財政法的検討》，頁 102-113，東京：龍星出版。
- 高藤昭（1986），〈社会保障法における生存権原理と社会連帯原理〉，收於：荒木誠之（等著），《現代の生存権：法理と制度》，頁 1-32，京都：法律文化社。
- 水野紀子（2013），〈公権力による家族への介入〉，收於：氏編，《社会法制・家族法制における国家の介入》，頁 159-182，東京：有斐閣。
- 嵩さやか（2013），〈社会保障と私的扶養〉，收於：水野紀子（編），《社会法制・家族法制における国家の介入》，頁 1-14，東京：有斐閣。
- 倉田聡（2001），〈医療保険法の現状と課題〉，收於：日本社会保障法学会（編），《講座社会保障法第 4 卷》，頁 44-69，京都：法律文化社。
- 中島照雄（2005），〈医療保険財政〉，收於：日本財政法学会（編），《財政の適正管理と政策実現》，頁 167-186，東京：勁草書房。
- 土田武史（2001），〈医療保険〉，收於：古瀬徹（等編），《先進諸国の社会保障 4：ドイツ》，頁 207-231，東京：東京大学出版会。
- 島崎謙治（2005），〈わが国の医療保険制度の歴史と展開〉，收於：遠藤久夫（等編），《医療保険・診療報酬制度》，頁 1-53，東京：勁草書房。
- 齋藤純一（2004），〈社会的連帯の理由をめぐって-自由を支えるセキュリティ〉，收於：氏編，《福祉国家／社会的連帯の理由》，頁 271-308，京都：ミネルヴァ書房。

### (三) 期刊論文

- 
- フォルカー・ノイマン (著), 太田匡彦 (譯) (2006), 〈公的医療保険システム: ドイツにおける諸原則と実践〉, ジュリスト, 1312号, 頁 55-71。
- 遠藤久夫 (2003), 〈医療改革と市場原理〉, 季刊社会保障, 39 巻 2号, 頁 112-114。
- 遠藤美奈 (2006), 〈憲法に 25 条がおかれたことの意味: 生存権に関する今日的考察〉, 季刊社会保障, 41 巻 4 号, 頁 334-347。
- 塩野谷祐一 (1997), 〈成熟社会における社会保障の理念〉, 健康保険, 51 巻 4 号, 頁 30-36。
- 塩野谷祐一 (1999), 〈高齢者医療制度改革の方向〉, 社会保険旬報, 2007 号, 頁 12-18。
- 加藤智章 (1999), 〈医療保険における保険者論〉, 社会保障法, 14号, 頁 23-37。
- 加藤智章 (2007), 〈平成 18 年改正法に基づく保険者の変容〉, ジュリスト, 1327 号, 頁 32-39。
- 加藤智章 (2011), 〈医療をめぐる諸問題〉, ジュリスト, 1414 号, 頁 193-197。
- 笠木映里 (2006), 〈公的医療保険の給付範囲(一)〉, 法学協会雑誌, 123 巻 12 号, 頁 2455-2542。
- 笠木映里 (2007), 〈公的医療保険の給付範囲(二)〉, 法学協会雑誌, 124 巻 1 号, 頁 62-166。
- 笠木映里 (2011), 〈混合診療問題: 平成 23 年最高裁判決を契機として〉, 法学セミナー, 681 号, 頁 44-48。
- 岩村正彦 (1997), 〈不法在留の外国人と国民健康保険の被保険者資格〉, ジュリスト, 1147 号, 頁 107-109
- 岩村正彦 (1999), 〈社会保障法入門 5〉, 自治実務セミナー, 38 巻 2 号, 頁 8-12。
- 岩村正彦 (2000), 〈社会保障法入門 2 4〉, 自治実務セミナー, 39 巻 12 号, 頁 10-13。

- 
- 岩村正彦 (2001), 〈社会保障法入門 2 7〉, 自治実務セミナー, 40  
巻 3 号, 頁 10-15。
- 岩村正彦 (2001), 〈社会保障法入門 3 0〉, 自治実務セミナー, 40  
巻 7 号, 頁 9-12。
- 岩村正彦 (2001), 〈社会保障法入門 3 2〉, 自治実務セミナー, 40  
巻 10 号, 頁 10-13。
- 岩村正彦 (2001), 〈社会保障法入門 3 4〉, 自治実務セミナー, 40  
巻 12 号, 頁 10-14。
- 岩村正彦 (2004), 〈社会保障法入門 5 9〉, 自治実務セミナー, 43  
巻 6 号, 頁 8-13。
- 岩村正彦 (2005), 〈社会保障法入門 7 3〉, 自治実務セミナー, 44  
巻 12 号, 頁 8-10。
- 岩村正彦 (2006), 〈社会保障法入門 7 8〉, 自治実務セミナー, 45  
巻 6 号, 頁 8-11。
- 岩村正彦 (2006), 〈社会保障法入門 7 9〉, 自治実務セミナー, 45  
巻 11 号, 頁 9-12。
- 岩村正彦 (2007), 〈医療・介護・障害者福祉改革総論:改革の概観〉,  
ジュリスト, 1327 号, 頁 8-23。
- 岩村正彦 (2007), 〈外国人労働者と公的医療・公的年金〉, 季刊社会  
保障, 43 巻 2 号, 頁 107-118。
- 岩村正彦 (2007), 〈高齢化社会と法(1):高齢化の現状と基本政策〉,  
法学教室, 317 号, 頁 13-22。
- 岩村正彦 (2007), 〈高齢化社会と法(2):法の展開とこれらの課題〉,  
法学教室, 318 号, 頁 13-24。
- 岩村正彦 (2007), 〈社会保障法入門 8 5〉, 自治実務セミナー, 46  
巻 3 号, 頁 8-13。
- 菊池馨実 (2006), 〈社会保障の規範的基礎付けと憲法〉, 季刊社会  
保障, 41 号, 頁 306-319。
- 菊池馨実 (2006), 〈社会保障法判例:国民健康保険の保険料率の算

定基準を定めた上で、その決定及び告示を市長に委任している国民健康保険条例が国民健康保険法 81 条及び憲法 84 条に違反しないとされた例（旭川市国民健康保険条例事件最高裁判決）（最高裁判所大法廷平成 18. 3. 1 判決）、季刊社会保障，42 巻 3 号，頁 304-317。

厚生労働省保険局国民健康保険課（2006），〈国民健康保険の現状と課題〉，週刊社会保障，2394 号，頁 34-39。

厚生労働省保険局総務課（2006），〈医療保険制度の現状と課題〉，週刊社会保障，2394 期，頁 12-15。

厚生労働省保険局総務課老人医療企画室（2006），〈新たな高齢者医療制度の創設〉，週刊社会保障，2394 号，頁 16-21。

厚生労働省保険局保険課（2006），〈健康保険組合の現状と課題〉，週刊社会保障，2394 号，頁 30-33。

江口隆裕（2005），〈少子高齢社会と社会保障〉，ジュリスト，1282 号，頁 6-13。

江口隆裕（2006），〈高齢者医療制度の課題と展望〉，週刊社会保障，2394 号，頁 48-51。

高藤昭（2004），〈最高裁、外国人の社会保障権保障に半歩前進〉，法学セミナー，593 号，頁 70-74。


国京則幸（2000），〈不法在留外国人の国民健康保険被保険者資格〉，別冊ジュリスト，153 号（社会保障判例百選第三版），頁 34-35。

国京則幸（2008），〈外国人と社会保障：国民健康保険法の住所要件の解釈〉，別冊ジュリスト，191 号（社会保障判例百選第四版），頁 34-35。

佐々木貴雄（2004），〈医療保険における保険者機能：リスクに応じた機能強化〉，一橋論叢，132 巻 2 号，頁 156-173。

小林秀太（2006），〈法と経済学における税と保険料〉，季刊社会保障研究，42 巻 3 号，頁 260-270。


松本勝明（2011），〈メルケル政権下の医療制度改革〉，海外社会保

- 
- 障研究, 186号, 頁16-27。
- 松本勝明 (2011), 〈国際比較の視点から見た皆保険・皆年金〉, 季刊社会保障, 47巻3号, 頁268-276。
- 松本勝明 (2012), 〈ドイツにおける社会保障財源の見直し〉, 海外社会保障, 179号, 頁4-16。
- 上村正彦 (1997), 〈医療保険改革と国民健康保険組合〉, 週刊社会保障, 1927号, 頁46-47。
- 新田秀樹 (1998), 〈医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性〉, 名古屋大学法政論集, 176巻, 頁67-125。
- 嵩さやか (2016), 〈社会保障行政における費用負担〉, 法律時報, 88巻2号, 頁37-43。
- 西村健一郎 (2005), 〈社会保険と自治〉, 週刊社会保障, 2317号, 頁24-25。
- 西村健一郎 (2006), 〈国保保険料と憲法84条: 旭川市国保事件の最高裁大法廷判決について〉, 週刊社会保障, 2399号, 頁20-21。
- 西田和弘 (2005), 〈高齢者医療制度改革: 法学の見地から〉, ジュリスト, 1282号, 頁97-104。
- 石田道彦 (2006), 〈社会保険法における保険事故概念の変容と課題〉, 社会保障法, 21号, 頁123-135。
- 倉田聡 (1996), 〈外国人の社会保障〉, ジュリスト, 1101号, 頁46-50。
- 倉田聡 (1997), 〈社会保険財政の法理論〉, 北海学院大学法学研究, 35巻1号, 頁17-43。
- 倉田聡 (2002), 〈老人保健拠出金制度の問題点と健康保険事業の可能性(上)〉, 健康保険, 56巻9号, 頁22-29。
- 倉田聡 (2003), 〈労働形態の多様化と社会保険の将来像〉, 法律時報, 75巻5号, 頁35-40。
- 倉田聡 (2005), 〈社会保険における個人の選択と連帯〉, 週刊社会保障, 2350号, 頁46-49。
- 太田匡彦 (1999), 〈権利・決定・対価(1)〉, 法学協会雑誌, 116巻





- 2号, 頁 185-272。
- 太田匡彦 (2000), 〈「社会保障受給権の基本権保障」が意味するもの〉, 法学教室, 242号, 頁 115-125。
- 太田匡彦 (2008), 〈リスク社会下の社会保障行政 (上)〉, ジュリスト, 1356号, 頁 96-106。
- 台豊 (2007), 〈「社会連帯理念」に関する一考察〉, 法政理論, 39巻2号, 頁 184-202。
- 台豊 (2007), 〈健康保険料事業主負担の転嫁に関する規範的考察〉, 法政理論, 39巻3号, 頁 60-102。
- 池上直己 (2003), 〈混合診療はなぜ難しいか〉, 社会保険旬報, 2172号, 頁 14-17。
- 中村睦男 (1977), 〈生存権と生活保護基準一朝日訴訟〉, 別冊ジュリスト, 56号 (社会保障判例百選), 頁 8-11。
- 中村睦男 (2000), 〈障害福祉年金と児童扶養手当の併給禁止と違憲性: 堀木訴訟〉, 別冊ジュリスト, 153号 (社会保障判例百選第三版), 頁 6-7。
- 中野妙子 (2001), 〈行政判例研究: 在留資格を失ったまま日本人と婚姻し在留している外国人女性について、国保法5条の「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者」に該当するとして、被保険者資格が認められた事例 (平成 10. 7. 16 東京地裁判決)〉, 自治研究, 77巻1号, 頁 118-127。
- 中野妙子 (2010), 〈保険外併用療養費制度と混合診療〉, ジュリスト, 1407号, 頁 169-172。
- 津田小百合 (2006), 〈社会保険料の労使折半に関する比較法的考察〉, 季刊社会保障, 42巻3号, 頁 271-278。
- 渡邊芳樹 (1992), 〈老人保健法制定の立法過程〉, 北海道大学法学論集, 42巻4号, 頁 1161-1225 以下。
- 土佐和男 (2007), 〈後期高齢者医療制度の基礎知識 17〉, 週刊社会保障, 2431号, 頁 22-25。

- 
- 土佐和男 (2007), 〈後期高齢者医療制度の基礎知識 4〉, 週刊社会保障, 2418 号, 頁 30-33。
- 土佐和男 (2007), 〈後期高齢者医療制度の基礎知識 6〉, 週刊社会保障, 2420 号, 頁 52-55。
- 土佐和男 (2007), 〈後期高齢者医療制度の基礎知識 2〉, 週刊社会保障, 2416 号, 頁 28-31。
- 土田武史 (2010), 〈医療保険における競争強化と保険者機能の変化〉, 健保連海外医療保障, 85 号, 頁 1-6。
- 島崎謙治 (2005), 〈社会保障法判例：不法在留外国人が国民健康保険法第 5 条所定の「住所を有する者」に該当するとされた事例 (最高裁判所第一小法廷平成 16. 1. 15 判決)〉, 季刊社会保障, 40 卷 4 号, 頁 387-399。
- 島崎謙治 (2013), 〈社会保障法判例：単独であれば健康保険法 63 条 1 項所定の療養の給付に当たる保険診療となる療法と先進医療であり療養の給付に当たらない自由診療である療法とを併用する混合診療において, その先進医療が同条 2 項 3 号所定の評価療養の要件に該当しないためにその混合診療が同法 86 条所定の保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には, 上記の保険診療に相当する診療部分についても保険給付を行うことはできないとされた事例 [最高裁平成 23. 10. 25 第三小法廷判決]〉, 季刊社会保障, 49 卷 1 号, 頁 144-154。
- 藤本健太郎 (2011), 〈ドイツの医療保険制度改革における 2 つ方向性〉, 経営と情報, 24 卷 1 号, 頁 1-22。
- 尾形裕也 (2000), 〈「保険者機能」に関する考察〉, 季刊社会保障研究, 36 卷 1 号, 頁 102-112。
- 福家俊朗 (2006), 〈国民健康保険制度の法的性格：最高裁判決から見えてくる虚像と実像〉, 自治体法務研究, 6 号, 頁 53-60。
- 門脇美恵 (2012), 〈ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正統化(二)〉, 名古屋大学法政論集, 247 号, 頁 49-110。

門脇美恵 (2013), 〈ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正  
統化 (三)〉, 名古屋大学法政論集, 251 号, 頁 347-393。

門脇美恵 (2013), 〈ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正  
統化 (四)〉, 名古屋大学法政論集, 252 号, 頁 155-210。

#### (四) 網路文獻

厚生労働省国民健康保険課 (2016), 〈国民健康保険の見直しについ  
て〉, 載於 :

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-08-02p.pdf> 。