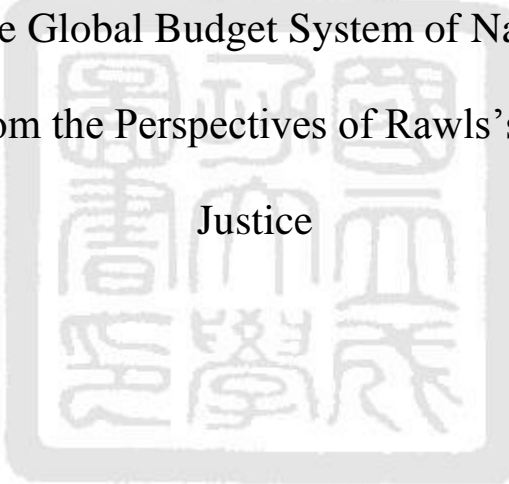


國立成功大學
法律學系碩士班
碩士論文

從羅爾斯正義原則對全民健保總額支付制度之觀察

A study on the Global Budget System of National Health
Insurance : from the Perspectives of Rawls's Principles of
Justice



研究生：羅伍婷

指導教授：蔡維音

中華民國一〇三年六月

國立成功大學

碩士論文

從羅爾斯正義原則對全民健保總額支付制度之觀察
A Study on the Global Budget System of
National Health Insurance: from the
Perspectives of Rawls' s Principles of
Justice

研究生：羅伍婷

本論業業經審查及口試合格特此證明

論文考試委員： 蔡維音
侯若玲
許登科

指導教授： 蔡維音

系(所)主管： 許育典

中華民國 103 年 6 月 26 日

中文摘要

正義(Justice)、公平(fairness)是政客們掛在嘴邊的口號，是小市民們衷心的渴望，正義公平是社會制度的首要價值，就如真理是思想體系的首要價值，但一個社會怎樣運作才有公平、怎樣才有正義，難加以具體衡量。公共行政學門對於正義(justice)價值的實踐，一直存在一個表裡不一的問題：「面對企業管理的壯大，我們常將公平正義的認同掛在嘴上，但骨子裡所實踐的政府管理作為卻完全離不開效率」；要如何表裡如一應該要設法回應：「公平正義要如何在公共行政的實務工作當中落實？」的基本問題，此即為本研究之目的期待能自醫療服務提供者及醫療服務第一線工作者之醫護人員的角度出發，利用正義哲學之理論，探討全民健保中之總額給付制度下總額分配的議事過程於我國之實行是否合理、有無修正調整之必要，試著藉由羅爾斯(John Rawls)正義理論探討我國醫療資源分配之問題，經過中介的制度理論進行一次貫通與結合的工作，尋找公平正義價值在我國健保醫療資源分配可能的落實之路。

關鍵詞：羅爾斯正義論、全民健保、總額給付、公平。

**A study on the Global Budget System of National Health Insurance :
from the Perspectives of Rawls's Principles of Justice**

Author: Wu-Ping Lo

Advisor: Wei-In Tsai

Department of Technology Law /National Cheng Kung University

SUMMARY

A Theory of Justice is a work of political philosophy and ethics by John Rawls. It was originally published in 1971 and revised in both 1975 (for the translated editions) and 1999. In A Theory of Justice, Rawls attempts to solve the problem of distributive justice (the socially just distribution of goods in a society) by utilising a variant of the familiar device of the social contract. The resultant theory is known as "Justice as Fairness", from which Rawls derives his two principles of justice: the liberty principle and the difference principle. This study try to review the decision making process of Taiwan Global Budget system National Health Insurance Committee from the perspectives of Rawls's Principles of Justice.

Key words: Global Budget system, National Health Insurance, Rawls's Principles of Justice

INTRODUCTION

The First Principle of Justice: First,each person to have rights equal to the most extensive basic liberty compatible with a similar liberty for others. The first principle affirms for all citizens familiar basic rights and liberties: liberty of conscience and freedom of association, freedom of speech and liberty of the person, the rights to vote, to hold public office, to be treated in accordance with the rule of law, and so on. The basic liberty of a citizen is, political liberty i.e. to vote and run for office, freedom of speech and assembly, liberty of conscience, freedom of personal property and freedom from arbitrary arrest.

The Second Principle of Justice: Social and economic inequalities are to be arranged so

that:(1) they are to be of the greatest benefit to the least-advantaged members of society.(2) offices and positions must be open to everyone under conditions of fair equality of opportunity.

MATERIALS AND METHODS

For this study, it is completed through literature analysis and individual interview. Therefore, this paper discusses the rule of Taiwan Global Budget system National Health Insurance committee, and review it by the basic principles of Rawls's Principles of Justice .

RESULTS AND DISCUSSION

This thesis first lays out the rule of Rawls's Principles of Justice. Then, by the research of literature analysis and individual interview, the thesis discuss the decision making process of Taiwan Global Budget system National Health Insurance conference from the perspectives of Rawls's Principles of Justice.

For this reason, In the end, this thesis points out the defects of the decision making process of Taiwan Global Budget system National Health Insurance conference and then makes suggestions about it.

CONCLUSION

With the view of philosophical theories of Rawls theory of justice, there are still some unfair decision making processes of Taiwan National Health Insurance payment system. We try to give suggestions for establishing the fair value of Taiwan Global Budget system National Health Insurance committee.

誌謝

首先誠摯的感謝指導教授蔡維音博士及侯英冷，許登科博士，及兩位老師悉心的教導使我得以一窺全民健保總額支付會議過程是否符合公平正義領域的深奧，不時的討論並指點我正確的方向，使我在這些年當中獲益匪淺。老師對學問的嚴謹更是我輩學習的典範。

五年裡的日子，共同的生活點滴，學術上的討論、言不及義的閒扯、讓人又愛又怕的考前趕夜車、趕作業的革命情感、因為工作太晚而遮遮掩掩閃進教室等等都形成我珍貴的回憶……，感謝眾位學長姐、同學、學弟妹的共同砥礪，你/妳們的鼓勵讓五年的研究生生活(三年上課，兩年寫作)變得絢麗多彩。感謝小星學姐，總能在我迷惘時為我解惑並且百忙之中帶我去做訪談，以及感謝眼科郭晉良學長不厭其煩的告訴我研究中的步驟，也感謝美秀、宛佑、大米、育錚、彥叡同學的幫忙，恭喜我們順利走過這五年。還有感謝同班同學及小蔡家族的鼓勵以及聚餐。

本論文的完成另外亦得感謝日文參考文獻翻譯的田中輝王先生大力協助。因為有您的幫忙，使得本論文能夠更完整而嚴謹。大家在背後的默默支持更是我前進的動力。而文智最後口試的陪伴更是令人感動，在此一並致謝。

最後，謹以此文獻給我摯愛的雙親，和跟我同樣為論文打拼的小妹以靖。

從羅爾斯正義原則對全民健保總額支付制度之觀察

目錄

第一章 前言.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 研究內容.....	5
第三節 研究方法與限制.....	7
第二章 羅爾斯正義原則與資源分配的應用.....	10
第一節 羅爾斯正義原則之理論基礎.....	11
第二節 羅爾斯正義原則的兩個正義原則.....	24
第三節 羅爾斯正義原則與分配正義.....	36
第四節 用羅爾斯正義原則來檢視我國醫療資源分配 程序的可能性.....	58
第三章 健保總額給付支付制度與健保資源分配運作模式	61
第一節 總額給付制度思想沿革.....	61
第二節 其他國家健保支付制度施行概況.....	67
第三節 我國現行健保總額支付制度.....	93
第四章 我國健保醫療資源分配法規介紹與現況分析	102
第一節 健保組織體系及法規變革.....	102
第二節 施行現況分析.....	116

第三節 有參與健保總額預算會議經驗者之訪談分析.....	138
第五章 從羅爾斯正義原則對健保支付制度之檢視與啟示.....	154
第一節 羅爾斯平等自由原則之檢視.....	154
第二節 羅爾斯機會均等原則之檢視.....	156
第三節 羅爾斯差異原則之檢視.....	156
第四節 小結.....	157
第六章 結論.....	159
參考文獻.....	171
一、中文部分.....	171
二、西文部分.....	180



圖目錄

- 圖 1 我國一代健保行政組織圖 (資料來源:張道義,現行健保體制之研究,國立中山大學中山學術研究所碩士論文,2003年1月,頁106)..... 103
- 圖 2 總額支付制度與財務責任關係圖 摘錄自健保局官方網站..... 108
- 圖 3 二代健保健保會組織架構圖 摘錄自健保局官方網站..... 111
- 圖 4 三會比較圖 引用自台灣醫界 2011年 Vol.54 No.3,頁40..... 111
- 圖 5 全民健康保險會委員名單 資料來源:全民健康保險會..... 112
- 圖 6 監理會成員比例 本研究作者自行整理..... 148
- 圖 7 費協會成員比例 本研究作者自行整理..... 149
- 圖 8 健保會成員比例 本研究作者自行整理..... 149

第一章 前言

第一節 研究動機與目的

第一項 研究動機

六〇年代台灣經濟起飛，興奮沉醉亞洲四小龍的卓越成就之同時，政府賺取了大量外匯存底，八〇年代在國家經濟已有相當規模之情形下，規劃醫療體制、建立健康照護的改革也成為政府重要的施政方針之一。1994 年全民健康保險法案通過、1995 年 3 月我國正式開辦全民健保，此一制度在極短的時間內以極低的社會成本達成了：全民有保、綜合照護、費用低廉、民眾滿意及世界矚目的成就。除了大幅降低民眾就醫之經濟障礙，醫療體系的投資與蓬勃發展也提升了醫療服務的可近性，民眾的納保率超過 96%，滿意度也達七成以上。但在這些輝煌成就的背後，健保局也幾度面臨破產的財務困境，醫療提供者更三番二次走上街頭抗議。事實上，全民健保的問題，千縷萬端；制度的運作，涉及許多相互衝突的價值與利益，也承載多種的社會期待。亦因此，在慶祝傲視全球的全民健保運作當下，更應仔細檢討健保所存在的問題，適時修正及調整，如此，全民健保才能真正落實「提供全體國民適切的醫療保健服務，以

增進國民健康」的目的。¹

醫療提供者的走上街頭、健保財務收支的赤字問題及各項弊端的發生等，也讓二代健保制度不得不取而代之；惟始於 2013 年 1 月 1 日的二代健保才剛剛上路，三代健保的規劃卻已在規劃中²。畢竟健保的實行與改革動輒影響國家公民之切身利益，服務內容是否能滿足實際需求？收取的費率是否公平？總是人民所關切之議題。惟以目前所實施之醫院總額制度來看，醫療照顧供應者（即醫院和醫師）成為國民健康的承包商，健保局事先編列一年的預算，支付當年的全部醫療費用，醫院和醫師，不論實際付出多少成本照顧病人，只能接受，不得要求追加，所以健保局不管如何經營不善，絕對沒有虧損倒閉的風險，反而由醫院和醫師成為代罪羔羊³。身為醫療服務提供者的筆者心有戚戚焉，因而興起為文以明其中真相之動機；總額預算支付

¹楊志良、張育嘉，全民健康保險的問題與改革，

<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-013.htm>，最後瀏覽日期：2013.9.16

²劉安庭，三代健保？回歸家戶總所得惹爭議，

<http://tw.news.yahoo.com/三代健保-回歸家戶總所得惹議-135600667.html>，最後瀏覽日期：2013.9.16

³謝炎堯，論全民健保總額預算支付制度的爭議，自由時報，2004.2.22。

制度實際等於醫療配給制，醫院和醫師採用以量制價策略，縮短診察病人時間，增加業務量，購買廉價藥品和醫材，拚業績爭效率。一般醫院診治病人，採取「擇輕而治」的策略，因為診治輕病病人，成本低，業務量容易擴大，而且無醫療糾紛的風險。其後果是大部分的急、重病病人都被推給醫學中心等大醫院，而各大醫院也不敢閒置床位，減少收入，所以目前各大醫院的急診處，擠滿等床住院的病人，不但延誤急、重病的診治，也增加院內感染的危險⁴。

身為以濟事救人為志業之醫師，真誠地宣示要奉獻一切為人類服務、要憑個人之良心和尊嚴從事醫業，而病人的健康更為我首要的顧念。然而在現行健保總額支付制度下，醫師執業既未能獲得合理報酬的同時，尚須受到健保局非專業的費用核付管制與執業醫療處所對醫師等醫療服務提供者不當的要求，再加上第一線面對患者及家屬，必須直接承受其在已繳納健保費，故就醫即是行使本身權利而斤斤計較的心態下，醫師一方

⁴ 同前註。

面希望能有效資源分配、長治久安，一方面希望病人能得到最佳照護，難免會有左右為難的無力感。故興起討論總額支付制度牽涉社會利益的預算如何分配？以及醫療資源分配過程要如何改進始符合社會期待之公平正義，為本文之主要目的。

第二項 研究目的

正義(Justice)、公平(fairness)是政客們掛在嘴邊的口號，是小市民們衷心的渴望，正義公平是社會制度的首要價值，就如真理是思想體系的首要價值，但一個社會怎樣運作才有公平、怎樣才有正義，難加以具體衡量。⁵公共行政學門對於正義(justice)價值的實踐，一直存在一個表裡不一的問題：「面對企業管理的壯大，我們常將公平正義的認同掛在嘴上，但骨子裡所實踐的政府管理作為卻完全離不開效率」；要如何表裡如一應該要設法回應：「公平正義要如何在公共行政的實務工作當中落實？」的基本問題，此即為本研究之目的期待能自醫療服務

⁵ 石元康，當代自由主義理論，聯經出版事業公司，台北，1995年。

提供者及醫療服務第一線工作者之醫護人員的角度出發，利用正義哲學之理論，探討全民健保中之總額給付制度於我國之實行是否合理、有無修正調整之必要，試著藉由羅爾斯(John Rawls)正義理論探討我國醫療資源分配之問題，經過中介的制度理論進行一次貫通與結合的工作，尋找公平正義價值在我國健保醫療資源分配可能的落實之路。

第二節 研究內容

第一項 研究範圍

按全民健保制度於我國實施已十餘年，可加以討論之面向甚廣，各方之批評建議亦不少；惟因筆者之能力有限，無法深入各個議題外，且為避免篇幅過長而失焦，故本研究之討論範圍將集中於現行之總額給付制度，並嘗試以羅爾斯之正義理論作為討論之框架，具體運用該理論以探討現行醫療資源分配當中發現的各種問題提出檢視和討論。

第二項 本文架構

本研究共分六個章節，各章討論之議題分別先行敘明如下：

第一章 緒論

本章就全文之研究動機、研究目的、研究方法、研究範圍、研究限制與本文架構作一番說明，以期於本研究之起首，即能先行闡明本研究之架構後；後續以各章節之內容做一簡要之概述，以供後續閱讀之便利。

第二章 羅爾斯正義論與資源分配的應用

本章節先行討論羅爾斯正義論的理論基礎、正義原則、種類等實質內容，並就醫療資源分配社會價值觀參考原則加以介紹後，我國健保給付做為醫療資源分配之手段則應符合正義論的正義原則，作為後續討論之基礎。

第三章 健保總額給付支付制度與健保資源分配運作模式

本章節將闡明各國與我國總額制度沿革及內容，先行介紹我國健保總額支付制度的法律規範與制度面。

第四章 我國健保醫療資源分配法規介紹與現況分析

本章節接續前開章節之討論，闡明我國醫療資源分配之程序實務運作現況及現行法規檢討。

第五章 從羅爾斯正義原則對健保支付制度之檢視

本章分別由羅爾斯正義論平等自由原則，機會均等原則，差異原則三方面進行上述醫療資源分配過程之檢視。

第六章 結論

本章為本研究之結論。除先就總括以上各章之結論外，再分別就前開論述分析對我國現行總額制度之政策上及實務上見解為具體之建議。

第三節 研究方法與限制

第一項 研究方法

本研究主要為文獻參考和質性研究之訪談整理⁶。本研究先介紹全民健保總額給付制度與正義理論；與其他社會學科相同，

⁶質性研究，是一種在社會科學及教育學領域常使用的研究方法，通常是相對定量研究而言。質性研究實際上並不是一種方法，而是許多不同研究方法的統稱，由於他們都不屬於量化研究，被歸成同一類探討。其中包含但不限於民族誌研究、論述分析、訪談研究等。質性研究者的目的是更深入瞭解人類行為、及其理由。質性研究方法調查人類決策制定的理由和方法，而不只是人做出什麼決定、在何時何處做出決定而已。因此，相對於定量研究，質性研究專注於更小但更集中的樣本，產生關於特定研究個案的資訊或知識。摘錄自

<http://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fweb.ntnu.edu.tw%2F~lantien%2Fold%2Fadvanced%2520qualitative%2520research%2Fbasicconcept.doc>，最後瀏覽日期 2014.6.9

法律與公共行政制度除了與時俱進會有所創新之外，原則上會隨著時間演進及人類生活方式的改變而累積於歷史之演進過程。故若想了解相關法律或公共行政制度之形成，進而加以相關論述者，自應先行了解該項制度之起源及演進過程；本研究因探討健保總額給付制度之議題，所以有關於健保總額給付制度之歷史淵源及演進，有先予闡述之必要。按法律或行政制度之創立，目的無非規範人類之生活，但由於各國國情不同、社會發展之進程不同下，他國已實行之法律制度，可能即為我國即將新創之法律制度；立法者若僅閉門造車，不僅可能形成本國制定之法律有不夠完整之虞外，也無法藉由參考他國過去不當之立法例而避免重蹈他人失敗之錯誤歷程。

由於本研究將從正義理論就我國全民健康保險總額給付制度醫療資源分配是否符合正義原則為討論重點，參考相關著作、文獻、政府出版品與學術論文，歸納出問題的爭點外，並就醫療服務資深前輩⁷加以訪談以明瞭現狀之問題外，再對該爭點進

⁷ 為保護隱私，不揭露受訪者姓名。曾任高雄縣衛生局局長。曾任社團法人高雄縣醫師公會榮譽理事

行論理的分析，在整合後並進一步提出相關建議。

第二項 研究限制

由於我國健保制度實行多年，且此一制度牽涉範圍廣，與人民之權利義務息息相關，故所牽涉之議題面向相當廣泛，惟為避免討論失焦，本研究僅針對總額給付制度中關於健保總額資源分配機制之合理性及正當性加以討論，故就其餘重大爭議則非本研究所聚焦之中心。

又針對本文研究方法部分，係以個案訪談方式加以進行；雖總額支付制度已在健保局及各特約醫療院所施行多年，惟因制度設計繁複，牽涉層面廣，若以問卷調查回收之量化研究方式進行，並非作者能力所及，故本研究之研究方法即採質性研究方式，藉由與訪談者之對話過程中，以研究者本身專業加以判斷並解釋與羅爾斯正義理論之關聯性。

長、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事。行政經驗豐富，待人謙沖和睦，處事幹練果決。任內對公會會務之電子化，組織之強化，財務之透明化，有煥然一新之變革。曾親身參與總額預算討論會議。
最後採訪日期 2013.06.15

第二章 羅爾斯正義原則與資源分配的應用

我們的社會正面臨資源逐漸匱乏及分配不均的問題，最明顯的就是財政越來越不夠，講白地說就是政府沒有錢，就算有錢，到最後也會分配不均。社會上各成員間對於個人需要、生活規劃上所需要的援助程度不盡相同，發生彼此需求有所衝突對立的困境，為了要使社會成員在彼此利益可能互相牴觸，但卻又不得不共同合作之前提下，我們應該要有正義原則加以規範社會成員之行為。人類社會為什麼總是會面臨分配資源的問題呢？就是社會給我們的資源是有限的，但是人類的需求慾望是無窮的。假使客觀環境中的各種資源豐富且取之不盡、用之不絕，各成員之間不用彼此合作也能夠無虞匱乏取得個人想得到的資源的話，在這種情況下，學者張秀英表示：「就會像休謨(David Hume)所提到，為什麼我們人類會需要正義？正義乃是發源於人的自私及有限的慷慨，以及供應不起全數人們所需的全

部資源而起⁸。」本章節將嘗試以羅爾斯的觀點討論為出發，就分配正義理論與兩項正義原則的假設立場進行了解，以利後續章節之進行。

第一節 羅爾斯正義原則之理論基礎

美國哈佛大學教授約翰·波德萊·羅爾斯(John Bordly Rawls)於七〇年代發表正義論(A Theory of Justice)，係憑藉社會契約論(Social Contract Theory)而建構一個合理正義原則的途徑。

第一項 羅爾斯正義原則概論

《正義論》是一本具有里程碑意義的政治與倫理著作。作者是約翰·羅爾斯，初版於1971年，1997年與1999年出版修訂本。在該書中羅爾斯試圖用經過改良的社會契約論的方式來處理分配公正的問題。由此產生的理論被稱為「作為公平的正義」，

⁸ 休謨，人性論，商務印書館，1980，頁536；轉引自張秀英，論休謨的正義觀，黑龍江教育學院學報，第28卷第5期，2009年3月，頁2。

羅爾斯的正義原則⁹兩個主要原則：自由原則和差別原則。羅爾斯認為一個人如果能夠做出理性的自律選擇，基本上這個人必需是處於無知之幕(Veil of Ignorance)狀態下，才所做出的假設，因為一個人無從得知其在社會中之地位、階級或身分及己身關於自然財富與能力分配中的運氣、智能和力量，以及任何有關其他個人或其所處社會之特殊訊息(換句話說就是沒有偏見)，故僅能在其所面臨的選擇中，挑選可能偏向趨吉避凶的結果。¹⁰這也使人們能夠基於一平等的出發點，這個出發點是希望個人趨吉避凶簡單基礎上加以選擇，並沒有崇高到要利他，或積極到要如何有利於自己。由這個無知之幕的初始狀態從而作為滿足正義分配原則的先決條件。羅爾斯並以「公平即正義」(justice as fairness) 的說法來解釋無知之幕的設計係在保障一個公平的締約環境，使所有的締約者都能在平等的條件下進行選擇，因為社會中因為個人天賦、生活背景與階級等不平等都屬於道德上任意的選擇，其並不屬個人努力的結果，而是運氣所造成的，

⁹余桂霖，論羅爾斯的正義論，復興崗學報 55 期，1995 年 9 月，頁 5-6。

¹⁰同前註。

若將之歸咎於個人所應承擔的責任，並不公平。¹¹所以羅爾斯認為，必須透過原初締約環境的調整，以改變世界的任意性。畢竟在締約時，如果這些偶然因素若不被排除，則在每個人都帶著自己的有色眼鏡價值觀的前提下，在各種價值並存時衝突矛盾的狀況必然會時時發生，自當會影響眾人對正義原則的信賴性，則正義原則就不可能是人人都願意接受的基本準則了。

羅爾斯在正義理論中，首先處理的問題是關於分配的公正，其中牽涉到社會的公民應該根據何種原則來分配他們所享有的權利、自由、物質方面的報酬，以及他們應有些甚麼義務。也就是說，哪一種分配的原則才是對的或者是被認為合乎道德的。¹²正義是社會中重要的美德，一個社會無論效率多高，若欠缺正義，則會被視為比一個效率較差但公正的社會來得不理想。¹³因此正義在一個社會中所扮演的角色就是使這個社會道德化，起碼的要求要是不違反道德的，在一個有正義的社會當中，我們

¹¹羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁128-129。

¹²石原康，從原初的境況到公平的社會—洛爾斯的正義論，全國律師，2003年1月，頁7。

¹³石原康，從原初的境況到公平的社會—洛爾斯的正義論，全國律師，2003年1月，頁8。

並不是只單純從道德的角度切入直接來批評資源是怎麼樣分配才算是正義。事實上，現實中關於分配正義的落實，乃是根據平等的原則或個人之需要、貢獻、努力與優缺點等各種方式，依實際狀況而加以規範的。例如我國憲法規定人民有受教育之權利與義務，此即採取平等的原則加以實施分配正義；又如關於醫療資源的分配，在某些國家則是因有醫療保險而根據需求而加以分配。惟現實中究竟何事應採取何種原則以落實分配正義，其實是難以有一固定的規則可以因循，各種資源的利用必須依照實際狀況加以判斷，提出一套理論——這些理論中建構在一些原則之上，而這些原則又必須是我們自道德的角度出發而可以接受的。

羅爾斯的正義論係以社會基本結構作為討論對象，其目的係要建立一套正義原則，使政府與法律規範的建立可以建構在該正義原則上；羅爾斯的立論基礎主要係根據以下幾點理由：¹⁴

1. 社會的基本結構對每一個人的影響都相當大，每個人一生的

¹⁴石原康，從原初的境況到公平的社會——洛爾斯的正義論，全國律師，2003年1月，頁9；羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁10-16。

展望都因為生活在不同的社會中而有產生根本性的差異；一個容許奴隸存在於社會中的人，可能會一生都做別人的奴隸，而一個自由的社會中，卻沒有人需要為這方面而憂心。因此，合理的基本結構乃是每一個人可能實現理想人生的一個極為重要的條件。

2. 正義雖於可以形容各種不同的對象，但基本結構的正義應該是最基本的，我們來判定一個行為究否符合正義時，大家必須先確認怎麼樣的情況才算是當事人在某種情況下所應得到的報酬，而此一報酬乃係社會基本結構中的某些制度所規範者。故倘若欠缺一判斷原則作為權利義務之基礎時，則我們就難以判斷該行為是否符合正義，進而推論社會公民的某一行為是否屬正義平等之行為。
3. 正義是一種社會的德行，也只有在社會的架構成立後，分配正義的問題才會受到重視，畢竟如果這世界上只有一個人(沒有利益互相衝突的團體)存在的話，分配正義也不會成為我們必須討論的課題了。既然其係伴隨社會結構之產發生所發生的問題，則行為的正義或一個的行為是否符合正義都將維繫於社會結構本身是否正義的前提之上，而正義原則是建立社

會基本結構的根本原則，我們也可以這麼想：要追求一個合理社會的的建立，就在於尋求一套正確的正義原則來指導社會進行權利與義務的分配；羅爾斯並以美國憲法之創建史為例子，來說明道德原則與憲法建立的順序—首先是正義原則的建立，這是最抽象的哲學原則，其次是憲法的制定，其所根據者為正義原則，至於在立法階段，這是國會的工作，但國會所制定之法律不得與憲法相衝突，最後是對於具體政策的制定及具體個案之裁判。¹⁵

第二項 羅爾斯正義原則初設情境

羅爾斯的社會契約論係自「自然狀態」所出發，此即其所稱之原初情境(state of nature)。在此一原初情境中，每個締約者都被假定是自由平等的道德人(free and equal moral persons)，且這些締約者都被假定係處於對稱的情境中；由於大家都處於無知之幕而立於公平之地位，以致於無人知道自己在社會中所處

¹⁵羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月

的位置，包括自己的階級地位或社會身分，也無人知道他天生的運氣如何，如有什麼樣的能力、智商、體力等等。立約者唯一知道的特殊事實是，他們所處的社會是處於正義的情境。¹⁶

而羅爾斯另外又賦予了締約者一些基本的特性，包括他們是理性且互不關心，並且公開知道彼此都有正義感的能力。羅爾斯不僅將我們的財富和天賦等事實因素，排除在作出決定的過程之外，也排除了自我的「善的概念」；也就是說，排除了任何我所會使我自己或其他人能過一個有意義生活的觀點。羅爾斯主張，在原初情境中的人們並不會受到任何特定善的概念的觸動，而是受到去形塑、追求與修正這個概念的興趣所激發。¹⁷也因為每個人都處在這樣的一個情境之中，因此羅爾斯認為人們在其中的行為將會符合「小中取大」(maximin rule)的概念。即是原初狀態中的人們會「在對自己危害最小的情況下，選擇對自己最大利益化狀態」，例如：先把所有的方案可能有什麼壞的結果，由最壞的可能結果開始加以排序，然後我們要選取其中對

¹⁶羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月

¹⁷羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月。

我們危害最輕的那個方案，因此在無知之幕後的人們在理性且不確定狀況的狀態下，最終將選擇對自身最有利的方案，而置身其中的人們最終會趨同於羅爾斯所提出的正義原則。

由於正義原則並非上帝所賦予，也並非從歷史法則中所推論而來，這是一種人為選擇所累積的結果，因而根據羅爾斯的看法，關於此種人為選擇所產生的正義原則必須具有一般性、普遍性、公平性、程序性和終極性外，正義原則既為道德之原則，則必須依道德之原則，依不偏不倚與公正無私的立場加以選擇；此外，因為正義原則是為了規範人與人之間的關係所設計，故為了避免人類的偏袒，故應僅對事實的真實性加以考量。我們應將無知之幕的初始情境模擬於我們的日常生活中，使吾人得以道德的論點加以出發做出選擇。¹⁸

古代社會可能專制與極權，現代社會的主要特徵是多元化，多種族，多種利益互相衝擊交鋒爭取共同的資源。人與人之間，不僅只是宗教觀念互不相同而已，連道德和哲學觀念也有天差

¹⁸ 余桂霖，當代正義理論，秀威資訊，2010年10月，頁131-132。

地遠的情形，追求的人生理想和價值觀也各異其趣。非但如此而已，觀念與觀念之間，還常常互不相容，甚至勢不兩立引發大戰。然而，這些人生觀價值觀不同甚至對立的人們，必須生活在同一個地球、同一個國家社會，甚至接受同一個政府的統治。這種對立與糾葛就產生一個問題：在有關社會制度和行為規範的基本原則上，我們究竟有沒有相互重疊的共識？如果有，它們是什麼？

羅爾斯的正義理論提出，就想回答這些問題。他觀察到，在現代社會裡，任何一個關於人的本質或人生價值的全面性理論，不管它是宗教的、道德的，還是哲學的，都不大可能獲得社會所有成員的一致支持。因此，現代社會的正義觀念，不能像古典理論家那樣，以一套特殊的人生觀價值觀作為預設前提。這樣一種盡可能不預設人生目的和價值觀的正義理論，以什麼為基礎呢？羅爾斯說，公平。公平是正義的基礎，要正義就是要做到大家公平。那麼，什麼才是公平呢？羅爾斯說，理性的個人，在擺脫自身種種偏見之後，大家一致同意的社會契約，就是公平。公平就是沒有偏見。什麼才算是“擺脫自身種種偏見”？這個就是羅爾斯正義理論的第一個關鍵點。他必須給出

一個清晰而嚴密的定義，才能依據它推導出他下面的一整套理論。羅爾斯的無知之幕初始假設，首發回答了這個問題：“無知才能公平”。沒有偏見就是無知，也就是不知道自己是什麼人。當一個人不知道自己在社會中的地位，不知道自己屬於哪個階層，不知道自己的天賦和才能，甚至不知道自己喜歡什麼追求什麼的時候，他的決策就是毫無偏見的。當所有的人都在這樣“無知之幕 (veil of Ignorance)” 背後作決策時，他們所一致公認的社會契約，就是正義的。這樣人人都無知，因而人人都無偏見的狀態，羅爾斯管它叫“原初情境”，對自己將來會成為什麼人，一概不知。換言之，他們知道自己有可能變成任何一種人。這樣，他們在選擇社會契約時，勢必要考慮到社會上各色人等的利益，必須對所有人都不偏不倚。假如要你把一張餅分成 n 塊，要求使最小的那一塊最大，請問最佳分法是什麼？答案，每塊餅都一樣大。

因此羅爾斯認為，當人們接受並知道其他人也願意接受同樣的正義原則，而社會結構也能滿足正義原則的要求後，而個人重視自己的利益，同時也有正義感，能夠做出道德判斷及自願服從道德原則的要求。因此當正義原則體現出一種公平精神，

並能得到自由、平等參與者的合理接受，應而建立起公平的社會合作體系時，這種理想的社會狀態即是羅爾斯所認定的良序社會(a well-ordered society)¹⁹，也是正義理論所欲達到的目標。

羅爾斯也預先假設或許有人會對原初情境的設計加以批評，認為其幾乎排除了所有特殊的消息及意外狀況發生的可能性，使人難以掌握原初情境之真意到底是甚麼意思？而備受批評認為這個情境假設不夠理性(irrational)。但是，羅爾斯認為，原初情境畢竟只是一種假設的狀態，代表從事正義判斷時所應當具備的適當限制，只要依據適切的限制加以推論，則任何人均能隨時進入此一假設狀態中，因為這只是一個直覺的引導，隨時隨地於判斷時均能適用。另外，批評者也可能會主張正義原則應當於所有資訊都能夠被接觸並加以選擇，因而認定關於無知之幕的設計不甚合理。對於此批評聲浪，羅爾斯也自我提出解釋，他認為原初情境僅為一判斷正義德性的最理想境界；在原初情境的立場下，締約者對本身與其他人的差距並不了解，而

¹⁹羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁22。

既然每個人都身處於相同的環境、具有同等的理性，因此每個人都會接受相同的論理，因此在原初情境中，任何一人的選擇，也都會是其他人的選擇，故能達成相同的協議內容。羅爾斯並指出，原初情境中對特殊資訊的限制特別重要，一旦未加以限制，締約者既能知悉其本身的特殊條件，自然而然會選擇對己最為有利之條件，則正義理論的架構將難以建立，故無知之幕存在的前提下，能使締約者共同支持一致的正義德性。這也是羅爾斯所提到的，必須藉由調整原初情境，而將世界的任意性加以調整。²⁰前面已經說明，羅爾斯的正義理論，意在說明多元社會的公共規則，說明那些據以規範社會基本結構、分配社會基本權利和義務的指導原則。與康德、密爾等古典政治哲學家不同，羅爾斯並不想建立或提倡任何一套全面的關於人生價值的理論。他不關心社會成員私人層面上的價值實現，只關注公眾生活層面的規則、權利和義務。他提出，公平的社會契約，必須是價值觀中立的。到目前為止，羅爾斯對社會正義的界定，

²⁰羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁120-130。

顯然符合價值觀中立的要求，並未求助於任何一種關於人生價值的理論。

第三項 正當程序參與原則

為何會想到用羅爾斯正義論來討論健保支付制度，因為羅爾斯正義論原適用於社會解決利益分配衝突的源流，羅爾斯正義論希望不同的利益拉扯可以經過一個公平的程序去做資源分配。而按照此公平程序分配出來的結果，就稱這個結果是公平的結果。而且這個程序要是必須可以實際執行的。要怎樣確定一個程序是符合公平正義的呢？羅爾斯提出兩個原則可以做為程序正義²¹檢視的原則，將於下一節討論。

²¹一般所謂的「程序正義」，也就是法學上所說的「正當程序」(due process)，又稱為「合理的法律程序」(due process of law)，意思是說政府在運用憲法所賦予權力(powers)之際，必須尊重憲法所保障的人民權利(rights)。摘錄自

http://www.lawtw.com/article.php?template=article_content&area=free_browse&parent_path=,1,4,&job_id=184281&article_category_id=15&article_id=106305 最後瀏覽日期 2014.6.9

第二節 羅爾斯正義原則的兩個正義原則

羅爾斯的正義原則主要有兩個，第一原則是平等自由原則，第二個原則是機會的公平平等原則和差別原則的結合。這兩個正義原則又是有特定的先後順序的。羅爾斯認為有兩個優先原則。第一個優先原則是自由優先於平等。自由只能因為自由的緣故而被限制。這一原則有兩種情形：一是不夠廣泛的自由必須加強由所有人分享的完整自由體系；二是不夠平等的自由必須可以為那些擁有較少自由的公民所接受。第二個優先原則，機會公平平等原則優先於差別原則，即機會均等優先於分配平等。而這又有兩種情形，一是機會的不平等必須擴展那些機會較少者的機會；二是過高的儲存率必須最終減輕那些承受這一重負的人們的負擔²²。見下列詳述之。

²²約翰羅爾斯是美國著名政治哲學家、倫理學家，政治自由主義的重要代表。其基於“正義原則”的“平等觀”主要體現在他的《正義論》和《政治自由主義》這兩部著作中，對 20 世紀 70 年代以來的社會民主主義的中左政治運動產生了重大影響。摘錄自 <http://big5.china.com.cn/chinese/zhuanti/xsb/1247663.htm> 網頁最後瀏覽日期 2014.6.9

第一項 平等自由原則

按羅爾斯的第一正義原則，係具體適用於一個社會的政治秩序，並且根據它保障其成員之某些基本權利和自由程度來評估此一程序。在第一正義原則中，每個人對自己有關的基本權利和自由，可以有自我主張安排的自由。眾人享有同等的政治自由權、而且只有這些自由權才可保障其公平價值²³，也藉由這些自由共同形成了一個自由體系。所謂的自由權，羅爾斯認為包括了以下幾項：(1)政治自由權：每個人均享有同等的權利以參與法律制定的過程或政治活動中選舉和被選舉之權利；(2)言論、集會與政治結社的自由：每個人能就政治議題抒發己見外，亦有同樣的機會能夠加入政黨、競選並出任公職；(3)良心自由與思想自由：個人自由選擇加入或脫離特定社團，而各個社團也有結社、制定團體文化的自由；(4)個人人身自由：個人有免於身心受到脅迫的自由；和(5)法治所保障的自由：依法不被任

²³湯瑪斯·伯格著，顧肅、劉雪梅譯，羅爾斯與正義論，五南，2010年3月，頁108。

意剝奪財產或逮捕之權利等。²⁴事實上這些保障自由的基本權利，就是現今民主憲政國家中公民所享有之各項權利。²⁵

而每個人對於一種基本自由要求的權利，還有適當的自由規制的權利，都是相同的，而且不允許被其他人剝奪，而這種規制與適於所有人的同樣自由規制是相容的²⁶。也就是說，務要保障個人的自由基本權利，就是一般民主國家中公民所享有的政治參與權利。因此第一正義原則係以憲政的核心要素為規範，具體表現為一般憲法所保障的基本自由權利，因而建立一個符合正義所要求的立憲政體。

第一正義原則的目的在於確保平等的「基本自由」，因而又稱之為最大的均等原則(the Principle of greatest equal liberty)，此處所謂的基本自由係指思想自由與良心自由。此一原則要求每個公民皆有權利平等地享有各種基本自由，而這些自由共同形成了一個自由體系，且每位公民所享有的基本自由體系不僅與

²⁴羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，

²⁵羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，

²⁶姚大志，從正義論到正義新論，全國律師，2003年1月，頁41。

他人相同，而且在正義原則之前提下，各公民間的自由是互相相容而不相抵觸。

隨著時間的經過，羅爾斯後續又將第一正義原則修正表述為「每個人都有同等的權利擁有最大程度的同等的自由體系，而每個人所有的自由體系與其他人所擁有的同樣的自由體系是相容的。」²⁷

第二項 機會均等原則與差異原則

當在基本自由平等權利為確認後，社會與經濟上的不平等問題也當被處理。羅爾斯認為，社會和經濟的不平等應當滿足兩個條件，一係在機會公平平等的條件下，職位和公職向所有人開放，另一為社會經濟的不平等應最有利於社會中處於最劣勢地位之成員；進一步解釋，即製造出社會經濟不平等之基本結構，必須給處於社會經濟地位者帶來最大可能的利益。故羅爾斯最初設定的第二正義原則，係指社會和經濟上的不平等應

²⁷羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁58。

該加以安排，使得社會上的各公民被合理地預期將對每一個人都有利且所附屬的職位與公職對所有人開放。²⁸

事實上，此一原則被分為兩部分，第一部分係指機會均等 (fair equality of opportunity)，第二部分則處理物質、社會地位上的不平等，第二部分才是真正的差異原則 (the difference principle)，主要處理有關經濟及社會上其他非基本權利的分配問題。²⁹由於機會均等原則中所指對所有人均公平的開放與差異原則對每個人都是有利的觀念在解釋上或有界限不明之處，畢竟在現實世界中，自然資源是有限的，無法所有的人慾望都獲得滿足，因而羅爾斯認為當人的自私性及物質數量的限制同時出現時，我們就會面臨正義原則。³⁰在先前確認了基本的平等自由權利後，如何才能妥善的安排社會中所面臨的不平等，即是正義第二原則所欲討論的重點。

至於對每一個公民均有利，與開放予所有人等兩者間具有

²⁸羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁52-53。

²⁹石元康，從原初的境況到公平的社會—洛爾斯的正義論，全國律師，2003年1月，頁14。

³⁰余桂霖，論羅爾斯的正義論，復興崗學報，55期，1995年9月，頁6。

解釋上的差異。對每一個公民均有利，可以解釋為在分派上必須遵守效率原則(principle of efficiency)，但亦可被視為是為了貧富間之差異：至於開放予所有人，除了可解釋為工作與職位係對有才能之人加以開放外，也可視為每個人皆享有平等之機會以接受社會上的工作與職位。事實上，自亞當史密斯的國富論以下，自由主義就認為只有自由市場之機制能夠有效地反應職位和才能之需求與分配，甚有有學者主張只要個人之財產係並非利用不法方式取得，而係己身以勞動方式取得者，其即對個人所擁有的財產具有絕對權利，形成了自然的自由體系中所認可之平等分配。³¹惟羅爾斯認為，自然市場雖能反映出個人之選擇，惟其最明顯的不正義，應當在於其所允許分配的資源不當地受到各種偶然的自然樂透(natural lottery, 例如社會地位或家庭背景)之任意影響，以致於這些自然樂透就決定了個人因不同才能發展和家庭背景所能選擇的機會。³²

當在了解實質層面存在的不平等後，要如何減少各種偶然

³¹羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月。

³²羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁66-67。

的自然樂透對締約者之選擇的影響，則自由市場應建立於一個政治和法律制度的架構上，避免財產的過度集中與累積外，並應賦予不同階級的人均有吸收文化知識並培養技能的機會；因此教育制度的存在的重要意義，就是為使每一個人均有機會接受學校教育而消除階層上的障礙。不過上開方法僅能降低這些自然樂透的任意性，但其所引起的不平等卻仍舊存在。³³因此為了要獲得實質機會平等，締約者會期待能夠進入民主式的平等階段，要求除去自然樂透所引起包括社會初始地位之不平等，使締約者能在被消除種族和身分上之不平等外，尚能得到實質的機會平等。在因此平等的考量下，要達成對所有人均有利的目標，就必須要藉由效率原則，在不減少社會中任何一人所得利益的前提下，使另一人的財富也能夠增加，達到所有人均有利的境界；雖說此一要求在奴隸社會中也能達到，即在增加奴隸的所得下也不會減少其主人之財富，但由於使他人為奴並非正義原則下所能接受的，故即使以效率原則作上開之解釋，並

³³羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁67-68。

不妥當，故實際仍上應以差異原則加以安排經濟和社會上之不平
平等—若提升社會上較具競爭優勢者之利益也能同時提升該社
會中最不利益階層者之利益時，則提升具優勢者之利益即為我
們所能接受的解決方式。

經由以上之推論，羅爾斯因而將正義第二原則重新修正為：
關於社會和經濟上的不平等應這樣安排，以便是合於最少受益
者期望的最大好處，並且附屬於其之職務和地位，而在機會公
平的條件下向所有人開放。³⁴

第三項 小結

羅爾斯的正義理論是在建立一依道德準則加以運行之良序
社會，以該值得遵循之道德準則加以規範社會上所應遵循的制
度，並因此決定公民的權利義務，且公平地分配彼此合作的公
民之所得利益。羅爾斯將基本結構區分為兩個部分，一是社會
中政治與法律秩序，一係社會和經濟制度，後者係由羅爾斯的

³⁴羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月，頁76。

第二正義原則所支配。正義理論所希望調節的，是各個公民間在生活前景上的不平等，這些不平等產生於社會地位的初始狀態，產生於天賦列適合歷史偶然性。即使這些不平等在某些情況下並不很大，但在長期累積之下，其影響也可能有及其嚴重的累積性後果。康德式的契約學說集中於關注這些基本結構上的不平等，一旦我們建立了控制這些不平等的適當原則和必要制度，如何調節其他不平等的難題便能較容易解決。

事實上，羅爾斯認為對所有人均有利且開放之正義原則，因所解釋之立場不同而有對所謂的社會制度而將有所差異。若所謂最有效率的分配係指有才能的人始有機會獲得工作與職位，則將產生自然的自由體系(the system of natural liberty)，倘有效率的分配係指每個人均有平等的機會獲得工作與職位時，則將產生自由主義式的平等(liberal equality)，至於若要能維持貧富間之差異、又使每個人都有平等之機會得到工作職位，則將產生民主式的平等(democratic equality)。

當在處理一個情境的時候，羅爾斯的兩個原則，其實分別代表了，「個人自由權的保障」及「促進社會實質平等」之兩種關照。而兩者間本質上亦不相同；羅爾斯認為，正義兩原則之

間的區別包括了四項。首先，第一正義原則適用於憲政核心要素，而機會平等原則和差異原則一般不被視為屬於憲政核心要素；其次，解決憲政核心要素的問題較為迫切，故應先行得到滿足；接著是識別這些憲政核心要素是否得到實現，相較於差異原則之判斷而言，較為容易；最後是關於憲政核心要素究竟為何，此一問題較易達成共識，至於機會平等原則與差異原則，相對而言則較為複雜。³⁵羅爾斯指出，不論是第一正義原則或第二正義原則所表達者均為政治價值，因為社會的基本結構具有兩種並列的功能，第一原則適用於某一功能，而第二原則又適用於另一種功能，在某種功能中，基本結構規定並確保了公民平等的基本自由，建立了正義的立憲政體；至於另一種功能，則提供了對自由和平等的公民最合適的社會正義與經濟正義之背景制度。³⁶但不可避免的，在某些議題上總會出現二原則間之互相拉鋸、甚而引起衝突或矛盾，因而羅爾斯便指出了一個優

³⁵姚大志，從正義論到正義新論，全國律師，2003年1月，頁42。

³⁶姚大志，從正義論到正義新論，全國律師，2003年1月，頁42。

先順序：³⁷

「第一優先原則：正義原則應以排列順序，自由只能為自由本身之故受到限制：(1)一種不夠廣泛的自由必須能夠加強所有人分享的自由之總體系；(2)一種不夠平等的自由必須可以為那些擁有較少自由的公民所接受。第二優先原則：正義的第二原則意義上優先於效率和最大限度追求利益總額；而公平的機會則優先於差異原則：(1)一種機會的不平等必須能夠增加那些機會較少者的機會；(2)一種過高的儲蓄率必須平衡地減輕那些承受這一重擔的人之負擔。³⁸代際正義的實質是通過一定社會制

³⁷ 羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月。

³⁸ Saving principle，指的是維持代際公平的原則。羅爾斯在《正義論》第44節中指出代際正義產生於這樣的事實：各代分佈在時間中，而他們之間的交換僅僅按一個方向發生，這是一個自然的事實。我們可以為後代做事，但後代不能為我們做事。正義或者非正義的問題在於制度如何處理這些自然限制。由於只要具備了最低的道德人格，一個人就有權獲得全部正義保證，當代人和後代人都是具有道德地位的人，代際正義的核心就是要尋找不計時間地同意一種在一個社會的全部歷史過程中公正地對待所有世代的方式。所以，代際正義不同於一般的個人之間的正義關係，而是一種社會正義。由於各個世代存在時間上的先後順序，而且這種時間順序是不可能逆轉的，在當代已經造成了當代對於後代人具有一種壓迫性的力量，影響後代人生存發展和享有人類文明。對於後代人來說，存在的時間是不能由自己決定的，這就需要一種正義制度對純粹自然事實造成的不平等進行糾正，這時候就出現了社會正義問題。現在活著的人利用他們在時間上的位置來謀取他們自己的利益。代際正義的實質是通過一定社會制度實現有關利益或者負擔在當代人和後代人之間的分配，這種制度既不造成對當代人的自由或者機會的限制，也不對後代人的自由或者機會造成限制。不同世代的人和同時代的人一樣相互之間有種種義務和責任。現時代的人不能隨心所欲地行動，而應受制於一定的正義原則的要求。摘錄自 <http://wiki.mbalib.com/zh-tw/%E4%BB%A3%E9%99%85%E5%85%AC%E5%B9%B3> 最後瀏覽日期 2014.6.13

度實現有關利益或者負擔在當代人和後代人之間的分配，這種制度既不造成對當代人的自由或者機會的限制，也不對後代人的自由或者機會造成限制。不同世代的人和同時代的人一樣相互之間有種種義務和責任。現時代的人不能隨心所欲地行動，而應受制於一定的正義原則的要求。

根據第一優先原則，在防止個人出於諸如經濟因素之故而移轉本身受憲法保障的各種自由權利，故自由享有其優先性；而當對自由的限制能夠增加每個人所享有的總體自由時，則此一限制是可被允許的。而關於第二優先原則，除了在確保正義對效率與人民福利的優先性，避免社會在基於增進總體福利的考量而使弱勢者的權益受到犧牲外，同時也在使機會平等的促進能優先於社會與經濟平等的追求。

羅爾斯強調這兩個原則的關係並非是平列的，就各個層面而言，第一原則中關於自由主義者所堅信的信念，係一不可違背的信條，故當在處理一個情境之時，第一原則是優先於第二原則，這樣的調整也在於使正義原則的順序與優先原則的次序是一致的，因此我們或可稱這個具有順序性的原則為「自由優先原則」，所涉及者即是自由與平等孰重孰輕的議題。

第三節 羅爾斯正義原則與分配正義

關於分配正義問題可以追溯到亞里士多德時代，具代表性的人物之一是羅爾斯。羅爾斯認為，社會生活中通常存在著三種分配模式，即“按貢獻分配”(實質上是一種以效率為優先考慮的分配制度)、“按努力分配”(克服了按貢獻分配的缺點，接近按道德應得分配)和“按需要分配”(接近於平均主義的分配)，這三種分配模式只能作為社會某一部分通行的準則，不能作為指導整個社會分配的原則。羅爾斯企圖超越這三種模式而建立一種程式性的分配正義，他在《正義論》中提出了自己的分配正義主張和原則。他強調：所有的社會基本善(自由和機會、收入和財富以及自尊的各種基礎等)應該被平等地加以分配，除非對其中一些或所有這些基本善的不平等分配，會有利於最少受惠者。羅爾斯主義從“原初狀態”和“理性構建主義”、對非個人可控制的樂透運氣進行校正，以減少自然偶然因素和社會基於的任意影響、使整個社會存在共同欲求的目標，且堅信能夠通過實施「分配正義」保證公民的自由與平等。在羅爾斯看

來，如何設計一個社會的基本結構，如何對基本權利和義務做出合理的分配，對社會和經濟的不平等以及以此為基礎的合法期望進行合理的調節，這是正義所要處理的主要問題。³⁹我國全民健保總額支付制度乃牽涉到社會醫療資源的分配，醫療資源分配又涉及社會和經濟不平等的校正和調節。故以下章節將試從羅爾斯正義原則及分配正義理論來檢視我國健保總額支付制度下，其醫療資源分配過程是否有符合正義原則和分配正義的要求。

第一項 當代分配正義理論

「分配」顧名思義指可切割的某物，以及不只一個的獲得者，並且需要特定的「原則」才可進行。因為現實上任何可分配的某物有相當多種的分配可能性，例如，均分，獨厚某人，或需要的人才可獲得，缺乏特定的「原則」分配將無法進行。

³⁹羅爾斯關心的是社會分配正義的問題。他希望能為社會的基本政治、經濟結構提供一個合理、公正的原則。並依此來決定公民的權利、義務，以及分配社會合作所得到的成果。摘錄自 <http://wiki.mbalib.com/zh-tw/%E5%88%86%E9%85%8D%E6%AD%A3%E4%B9%89> 最後瀏覽日期 2014.6.13

正如古希臘大哲亞里斯多德所界定，「正義」在於「給予每個人所應得的部份」，缺乏特定的道德原則不僅難以說明「應得」的理據，也讓人無從評論某種分配是否「正義」。不僅如此，啟蒙運動大哲休姆嘗言，「正義」的考量始於社會資源的短缺，畢竟，倘若每個人都可無限擁有所需資源，或者政府可以無限度滿足所有人民之需求，我們不需要「分配原則」。換句話說，倘若我們的社會仍然是大家庭為主的儒家社會，病痛者必然有家人照顧，人人皆可老有所終，那麼國家或許無需提供醫療資源。

然而，實踐上分配往往涉及差異性對待，例如，相對於健康的人生病的人可以合理享有醫療資源的使用，是否合乎正義在於差異性對待是否立基於合理或正當的依據，於是「分配正義」議題也就是差異性對待的適當理論依據之探討。西方自亞里斯多德以降，已經提出過諸多的分配正義原則，有的單純涉及程序，有的涉及實質內容。當今最具有影響力的，不外底下四個道德傳統：〈一〉深受亞里斯多德影響的德性論，其核心主張為人應「適才適性適所」，因此分配也必須如此，例如「統治權力」與「參政權利」便應該如此；〈二〉源自於邊沁的效益

主義，據其主張，事情的對錯端視其「後果」是否可以讓最大多數人獲得最大的快樂或幸福，並且對所有人一視同仁，平等對待〈三〉康德所提倡的「義務論」，亦即，行為的對錯在於本身是否構成所有理性自主的人皆會同意的道德義務，而非其後果「視人為目的，而非手段」本身即是如此的道德律令；〈四〉源自於洛克的自由至上論，主張個人的身體與生命乃自己所擁有，國家乃自由的個人相互締結契約而成立，其目的不外於保障個人的生命與財產自由。

上述的四個道德傳統，德性論與效益主義無疑具有最清楚的分配正義意涵：前者認定權利與權利等分配必須依照個人的本性、才能、天份與德性等等，基本上是一種關乎「應有報酬」的主張，因此「正義」允許不同的人可有適當的差異對待方式；後者分配資源時毫不考慮個人過往成就或者德性，能夠導致最大多數人得到最大快樂的結果就是「正義」的分配。義務論與自由至上論乃西方自由主義的兩大支柱，分別將「自由」理解為受制於自訂的道德律令之「自主」，以及不受他人干涉的狀態，文獻上慣稱前者為「積極自由」，後者為「消極自由」。支持消極自由的自由至上論基本上反對政府從事資源分配的工作，認

定任何形式的資源分配都違反了個人自由，特別是使用與累積財產的自由，若是提高富人的稅率進而將稅收貼補窮人，性質上無異於搶劫。無論如何，政府職責在於保護個人財產，不是挪用或重新分配。順此推論，自由市場是唯一可以接受的財富分配方式，而市場邏輯則是唯一的分配正義原則。

然而，支持積極自由的義務論者反對市場邏輯，並且認為市場所提供的選擇往往是種假象，不是道德個體的自主展現，只是他人挑起的慾望之奴隸。此外，康德主義者也反對效益主義，因為後者必然主張人類有一種特定的幸福方式，進而將這種「幸福」理想強壓於他人之上，侵犯了個人自主。不僅如此，正如道德不能建立在個人慾望的滿足之上，正義也不是社群整體利益與慾望的滿足。同理，康德主義也無法接受德性論，畢竟，「德性」以及其他所謂的「才能」、「天份」等等特質的認可源自於特定社會的價值觀，也是有違個人的道德自主性，甚至是「道德」本身的真諦。

至此，康德的思想雖然對於效益主義、市場邏輯與根基於傳統文化的分配模式有高度的批判意義，卻缺乏實質的「分配正義」意涵。不過，當代的美國哲學家羅爾斯 John Rawls 卻據

此立場發展出當今西方學界最有影響力的分配正義理論，並且為資本主義制度奠定了政治光譜偏左的社會福利哲學基礎。該理論的核心是關於一個命題的思想試驗：倘若我們不知道自己的身分與認同，僅具有康德所述的道德自主，也就是所謂的「無知之幕」背後，我們將推論什麼原則該作為社會的基本原則？據 Rawls 所推論，處於如此情境的人們必然會建立起一個捍衛個人平等與自由，並且顧及社會最底層人們福利的社會。這正是一個正義的社會，因為這是由所有獨立自主的道德個體，在不受自身利益慾望與文化傳統底下所會做出的決定。這也是一個資本主義社會的人們所能接受的正義原則，因為它預設了市場邏輯運作下必然產稱的貧富差距，而作為理性的人們即使基於「風險」的考量也必然會制定保障自己的制度。這是以康德主義為出發點的分配正義理論，自 1972 提出以來，主導西方政治哲學領域已經四十年之久。⁴⁰

⁴⁰ 分配正義是指與持有正義相對而言的一種關於社會財富、權利和榮譽分配的正義。參考自賈中海，社會價值的分配正義--羅爾斯自由主義政治哲學批判，中國社科，2011 年。

第二項 醫療資源的分配正義

「醫療資源分配」乃是一個國家的社會資源分配的其中一種，也是其中一環。「一種」，指的是作為正義原則的一個分配「領域」，正如教育、國防、社會住宅、經濟發展、農業發展等等也都是原則上可能瓜分一個國家稅收並且涉及分配的領域。作為「一環」，則是因為一個國家的稅收有限，顧及任何一個領域，亦即其它領域所可能獲得的資源之減少。換句話說，醫療資源分配在任何的國家都同時涉及兩個「分配正義」的層次：第一、醫療與其它領域之間的分配是否合乎正義；第二、特定份量的醫療資源之中，是否分配公平得當。有鑑於此，任何相關醫療資源的討論都必須事先弄清楚我們在哪個層次上討論分配正義。

進一步說明，第一個層次的討論乃涉及一個國家整體稅收的分配。個別社會或政府對於是否要建立一個全民健保制度，本身即是一種價值選擇，例如「正義」、「平等」、「慈善」、「同情」、「經濟效益」、「人民福祉」等等，並且也難以說健保制度必然彰顯哪一種價值，或者追求哪一種價值就必然導向建立一個全民健保制度，其確切的「價值」與「意義」端視實際社會

情境與文化傳統的內涵而定。第二個層次則主要涉及底下幾個問題：〈一〉 是否有某些社會族群無法享受醫療保障，抑或者某個族群享有過多的醫療資源？〈二〉 是否某些藥物或治療方式佔用了過多的資源，並且因而不當排擠其它醫療所需的資源？〈三〉 是否某些藥物或治療方式因為不當因素（例如官商勾結）而成為健保給付對象？

上述第一個層次的分配正義問題本質上是個「政治」問題，關乎一個社會的根本價值取向，容有多種可能性，並且在一個民主的社會往往與政黨的意識型態無法切割。第二個層次的分配正義問題雖然也涉及價值的選擇，但卻也關乎事實與經驗證據的建立與判斷，並且時而與第一層次議題有關。處於資源短缺情境的國家，選擇建立一套健保制度的國家往往出自於底下兩種考量之一：「社會保險」，抑或「社會福利」。美國乃社會保險制度的代表國家，其原則為使用者付（保險）費，性質上屬於個人的風險管理，運作上則遵循市場邏輯，亦即個人必須支付高額保險費用者才有使用醫療資源的資格或可能，也因此並非所有人皆得到保障。基於社會福利考量的歐洲國家，其代表為英國，則視健康為所有公民的基本權利，亦即政府無可推卸

的責任，所以必須提供所有的公民健保服務，不讓個人的生活完全受制於市場邏輯。

事實上，美國的社會保險制度所體現的正義是一種使用者付費並且自主承擔風險的「自由」與「公平」，在一個保障財產自由的資本主義制度以及尊重個人意願的民主社會底下，個人按照自己的意願與風險評估來決定是否進行投保，似乎理所當然。套用自由至上論的語言來說：強迫個人繳交健保費乃是自由或人權的侵犯，甚至，將課自富人的稅拿來貼補窮人的醫療費用是一種不公不義，如同搶劫。雖然 Rawls 的分配正義理論引起學界前所未有的討論，然而卻未能取得美國政治人物或社會大眾的認同，以致於美國的「正義」觀念仍舊維持在自由至上主義與市場邏輯的框架來理解。

歐洲社會福利制度所彰顯的是「平等」的理念，而非「自由」，也非理性自主個體的風險評估後的決定。更具體言之，英國的福利國家概念源自於十九世紀末的社會主義，其源頭可追溯回邊沁的效益主義，本質上是一種消除「不平等」的社會計

畫。全民健保的引進，當然與此訴求如出一轍，不過，卻也受到 1948 年「聯合國人權宣言」⁴¹的影響，其第二十五條明言人民具有醫療照顧的普世人權。普世人權概念發展至此，無疑已遠超過康德原先的設想，將「健康」視為人民的基本權利，也可說是國家的義務。對於並不堅持右派資本主義的歐洲而言，滿足人民如此的基本權利，雖然涉及財富的重新分配，但卻不致遭受如同美國自由至上主義者的「不義」批評。

無論如何，社會福利制度乃是一種集體對於「命運」的對抗，本身即是彰顯人類尊嚴的作法，重視社群團結的社會自然較容易接受。反之，強烈個人主義式的美國社會有其理由反對。其間的差異，事實上是兩種不同的「正義」理念使然，彼此之間缺乏共同的基礎互相衡量優缺，因為這是人類終極「價值」的不同選擇。不過，值得注意的是，不同的價值體系，不僅隱

⁴¹二次大戰結束後不久，聯合國於 1945 年成立。聯合國的目的是為了促進世界各國的和平。第二次世界大戰後，由愛蓮娜羅斯福（美國總統富蘭克林羅斯福之妻）所領導的委員會，編寫了一份特別的文件，「宣告」世界上人人皆該享有的權利，這就是《世界人權宣言》。今日，聯合國 192 個會員國皆已簽署同意《世界人權宣言》。節錄自

<http://www.humanrights.com/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/preamble.html> 最後瀏覽日期 2014.6.13

含不同的「正義」概念，同時也影響著上述醫療資源分配正義的第二個層次。醫療體系是否排除某些族群抑或讓特定族群享受過多，又是否某些藥物佔用過多資源，甚至是否以不當方式成為給付對象，終究要視社會整體制度而定。

台灣的健保制度並非典型的社會福利制度，也不是個明確的社會保險制度，猶待未來的稅制改革與相關的社會政策制定才會確立。不過，日漸發展成熟的政黨政治意味著，政黨與利益團體如藥商或醫院之間的關係不容許過分密切，更不允許之間有賄絡或以政治獻金交換利益等等不當關係。值得注意的是，特定的藥物或者治療方式是否（相對）有效，並非是個「價值」選擇，而是具有客觀評斷可能的事實，雖然納入健保給付範圍與否，終究可能無法避免價值問題。醫療資源分配正義的第二的層次，有許多是尊重人權與權力分立的民主國家所必須徹底避免這些問題，交由一個專司相關議題的獨立於政府體系之外之機構，或許是種必要。如此的獨立機構，既可確保專業議題交由專家決定，又可避免特定的醫療相關議題提升為「政治」議題，徒增社會成本，特別是針對民主轉型尚未完全成熟的國家而言。

第三項 如何建立醫療資源分配正義機制 -以英國為例

隨著人口的老化，我國對醫療照護之需求不斷增加，而醫療科技的發達，也大大提升了醫療照護服務的內涵、項目與成本。然而，國家的資源有限，必須妥善進行分配，方能兼顧人民福祉之促進與資源分配之公平，維護社會之正義與安康。在此重大公共議題與國家政策上，英國的 NICE⁴²經驗值得我國參考借鏡。⁴³

醫療科技的進步及人口快速老化使得醫療費用成長迅速，如何讓國家有限的資源做最有效率及合乎正義的分配，也就成為各國健保或健康照護體系目前遇到的艱鉅挑戰。為提升健保資源的可負擔性、效率與公平，於 102 年 1 月 1 日上路的二代

⁴² National Institute for Health and Clinical Excellence，國家健康暨臨床卓越機構，簡稱為 NICE。此研究院致力於訂定公共衛生服務的範疇及標準、醫療用藥物及療程的標準以及臨床醫療服務的規範，增進醫療及衛生專業人員對醫療服務品質的概念並加強對服務品質的自我要求，建立有效的醫療及衛生服務品質監測系統。不僅僅是在醫療及衛生服務尚未產生前執行醫療品質管理。摘錄自台灣醫界 2006,5 月,第 49 卷第 5 期。http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=2258 最後瀏覽日期 2014.6.14

⁴³ 中央健康保險局，考察英國醫療科技評估制度及健保給付之關聯措施，頁 1。

健保法中賦予「全民健康保險會」資源配置的審議，以及在「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」之擬訂前，保險人得辦理「醫療科技評估」之法源依據。

對於一個需要永續經營的全民健保，應如何提高病患使用新藥新科技之可近性、如何確實將具有成本效益的新藥新科技納入健保給付、以及如何讓已經給付而經再評估發現不具成本效益的藥物退場，勢必要有透明公正的運作機制。英國是少數幾個已開發國家未直接用訂價進行藥費支出管控的國家之一，它是經由「國家健康暨臨床卓越機構(NICE)」，參考醫療科技評估結果，來評價新科技是否建議納入健保給付，或對某疾病的多種醫療科技進行比較，並發展臨床指引。英國的醫療科技評估及評價的流程發展至今，可謂已成為國際間學習的標竿。

一. NICE 組織與功能

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)是與英國健保局(National Health Service)合作的獨立研究單位，主要研究英國醫學技術發展和公共衛生議題。NICE 透過科學實證和經濟模型，分別針對臨床醫療處置和全民疾病預防，提出建議施行大綱。大綱一方面以提升英國民眾健康為宗旨，另一方面

協助政府以合乎公平正義原則的方式分配醫療資源。⁴⁴ 由於 NICE 所產出的指引牽涉範圍廣泛，從公共衛生、臨床治療指引橫跨到科技評估，為了追求卓越的品質並達到醫療資源分配的公平正義，因此，對於整個評估流程，NICE 建立了各種原則。這些原則不但是 NICE 內部相關評估小組或工作人員每次進行案件審核時的依據，更被案件審議委員會主席、委員與一般大眾用以做為監督審查報告的標準。

NICE 行政組織包括董事會和其四個子部門執掌業務：政策執行部(Guidance Executive)、輔導委員會(Partner Council)、次級委員會(Sub Committee)和公民委員會(Citizen Council)。NICE 執行研究和研擬大綱的研究中心有三：公共衛生促進部門(Center for Public Health Center)、醫療技術評估中心(Center for Health Technology Evaluation)和臨床醫療中心 (Center for Clinical Practice)。此外，NICE 另有四個理事會負責落實各項政策。

「平等」(equality)和「效益」(utility) 是 NICE 在研究內容

⁴⁴ 黃煌雄、沈美真、劉興善著，全民健保總體檢，五南，2012年1月，頁387-389。

和行政組織層面所注重的兩大目標。以 NICE 各項大綱為例可分為四類：醫療科技評估(Technology Appraisals)、臨床治療指引(Clinical Guidelines)、侵入性治療程序(Interventional Procedures)、公共衛生 (Public Health)。NICE 邀請醫療經濟學者研究經濟模型，以成本效益計算方式，用理性和科學的方法計算何種醫療措施最能避免醫療資源浪費，且最能增進全民健康福祉。然而關於「侵入性治療程序」的大綱制定，NICE 秉持追求社會正義，避免先天個人差異所導致的不公平狀態，採用成本效益計算以外的審查標準，考量危險性侵入治療對特定民眾（年齡、種族、性別等等）可能產生的傷害或者無效醫療。這些審查標準來自 NICE 的公民委員會，其委員會成員來自社會各領域人士，透過民主審議程序，共同討論制定「社會價值標準」(Social Value Judgements)。

二. NICE 的平等方案 (Equality Scheme)與 QALY 成本效益計算

「公平」與「效益」是醫療資源分配的兩大基本原則。

NICE 針對「公平」議題提出「平等方案」(Equality Scheme)，規範組織內部的各項行政運作和大綱擬定。「平等方案」針對

英國社會過去普遍存在的不平等關係，包括種族、年齡和性別，提出一套單一原則(single scheme)。此原則致力消弭醫療資源分配和健康狀況不平等，維持社會安全和關係和諧。更進一步，此原則追究造成不平等的社會因素，給予原先處於弱勢的民眾，更多醫療保障。公民委員會對於如何保障弱勢提出相關建議，例如透過公共衛生教育等預防性大綱，協助弱勢改變造成疾病的生活行為。此外，公民委員會也建議 NICE 針對常見於弱勢族群的疾病，特別制定臨床指引，提醒醫護人員避免診斷陰影(diagnostic overshadowing)。

效益評估方面，NICE 採用 QALYs(the quality of lifes)⁴⁵作為標準。QALYs 提供清楚且明確的經濟指標，以便決策者決定哪一種治療方式能在最符合成本效益的原則下，為病患帶來最大福祉。QALYs 的計算方式如下：當有兩種以上的藥物或侵入性治療可醫

⁴⁵品質調整存活人年，常用於醫療照護效性評估方法中，作為健康相關生活品質(HRQL)之理念及測量方法之基本單位，簡而言之，一個人生活品質很完好的活一年即計為一個 QALY。(資料參考：王榮德、游正芬、鍾智文、姚開屏：廿一世紀之健康照護效性評量：生活品質與生活品質調整後之存活分析。台灣醫學，2000,4(1):65-74 摘錄自 <http://ebpg.nhri.org.tw/Module/Content.aspx?catalog=94> 最後瀏覽日期 2014.6.14

治某疾病，NICE 分別評估各種治療方式可為病患帶來的存活年數和其生活品質，其生活品質的標準是依據 EQ-5D-5L 量表⁴⁶來計算，存活年數與生活品質指數相乘後得出 QALYs。然後比較每一種藥物或治療方式每年為病患增加一個 QALYs 數所需的費用。

三. 公民委員會 (Citizen Council)

針對社會大眾對 NICE 過分仰賴經濟模型的疑慮，NICE 的公民委員會則扮演重要思辨與審議角色。其成員來自民間各領域的專業人士共 30 人，三年一任。公民委員會致力將 NICE 的研究和統計成果，公開給民眾參考。透過民主透明的程序，委員會成員不斷反省監督各項計畫的倫理和法律正當性。NICE 所制定的各項大綱，每兩年會再透過公民委員會及相關研究單位重新修正。公民委員會一方面考察各臨床路徑的落實情形，二方面彙整民眾的意見。公民委員會的重要任務在於平衡效益原則和平等原則，促進程序正義，因此委員會根據丹尼爾斯

⁴⁶歐洲生活品質團體 (Euroqol Group) 所發展出來的一種個案自填的測量健康結果 (health outcome) 的標準化工具。摘錄自 <http://littlegreenivy.blogspot.tw/2009/10/eq-5ddocx.html> 最後瀏覽日期 2014.6.14

(Norman Daniels) 提出的「合理的課責」(accountability of reasonableness)，依照以下四原則來監督大綱的完整性和正確性：

1. 透明(publicity)：NICE 各項研究計畫和大綱制定的過程都需公開，並且協助公民能站在對等的資訊位置，理解各醫療程序。

2. 適切(relevance)：NICE 從選定大綱主題到內容討論，都應謹慎評估利益關係人，注意與主題密切相關的倫理議題。

3. 審查(challenge and revision)：公民委員會成員需能公正地修正大綱的錯誤。

4. 規範(regulation)：公民委員會和其他部會應有能力管理其組織架構，落實各項工作。

以 QALYs 議題為例，公民委員會重新依照社會價值來反省 QALYs 的計算方式，公民委員會同意 QALYs 做為評估醫療資源效用的把關功用，但同時承認分配正義不能只仰賴經濟模型和效益主義(utilitarianism)，需要搭配其他倫理考量。因此得到結論是某些疾病不適用 QALYs 計算，例如某些維生治療、末期療護和兒童疾病。

四. 社會價值標準(Social Value Judgements)

公民委員會用以評估各項大綱的主要依據為「社會價值標準」報告書。此報告書一方面採用生命倫理四原則做為辨識問題、思考解決方法的指導原則：「尊重自主」(respect for autonomy)、「不傷害」(non-maleficence)、「行善原則」(beneficence)和「正義原則」(justice)；同時根據英國本土的社會價值觀，重新詮釋四原則，並且從實際案例補充倫理與哲學討論。關於「尊重自主」，NICE 提醒病患個人選擇固然重要，但面對某些公共醫療衛生議題，團體利益需優先於個人考量；關於「不傷害」和「行善原則」，NICE 則認為需要依個別議題，權衡成本效益和倫理，以確保「分配正義」。

「社會價值標準」報告書強調 NICE 的研究和行政成果奠基於清楚的科學實證和成本效益計算。報告書除了包含一般常見的臨床倫理議題，也預先設想特殊狀況的應變原則，例如緊急災變的救援方式，希望能兼顧個人利益和社會群體的利益。當健康照護的資源與需求無法配合，或是有限的健康照護資源不易公平分配時，便會產生分配正義的問題。有關分配正義，曾引發英國兩大哲學派別效益主義 (utilitarian) 及平等主義

(egalitarian) 的探討。效益主義主張社會資源的分配，應依據「極大化社會整體利益」的原則；平等主義則強調社會資源的分配應尊重每個人都有公平機會，而非「極大化社會整體利益」。由於雙方並無定論，國際間有關資源分配正義的主張，乃逐漸引出程序正義 (procedural justice)⁴⁷ 的倫理原則。

第四項 資源分配的程序正義

由於實質正義或公平的標準難以掌握，國際間也就不再執著於理論上的爭執，而著重在分配的「程序」上符合參與式的民主，讓決策的資訊透明，讓利害關係人可以發聲，讓分配的標準與基礎可以得到充分的討論或修正，然後在審議過程中形成共識，而此一有共識的決定本身，就是一個符合「正義」的

⁴⁷ Rawls 將程序正義分為三種：純粹的程序正義 (pure procedural justice)、完美的程序正義 (perfect procedural justice) 及不完美的程序正義 (imperfect procedural justice)。所謂「完美的程序正義」是指知道什麼結果是公正的，同時又有一套方法可以達到該結果。例如：四個人分吃一個蛋糕，我們知道「平分」是公正的，而方法則是推派一人負責切，切的人最後才取。「不完美的程序正義」是指知道什麼結果是公正的，但卻無法設計一套有效的程序來保障結果的公正性。以「司法審判」為例，有時會產生有罪的人被開釋，而無罪的人卻入獄的現象。「純粹的程序正義」是指不知道什麼結果才是公正的，或者並沒有一個客觀的標準可以規定什麼結果是公正的，但是我們卻可以遵循一套公平的程序，只要此公平的程序徹底地被執行，則產生的結果即是正義。最著名的例子便是「賭博」，只要參與者遵循賭博的程序，則任何結果都是公平的 (石元康，民 84；吳老德，民 89)。Rawls 所強調的原初立場，便是一種純粹的程序正義。摘錄自 <http://tea.ntue.edu.tw/~linys/html/rawls.htm> 最後瀏覽日期 2014.6.14

決定。美國知名公衛學院教授 Norman Daniel 將其稱為「理性的課責」(accountability for reasonableness)。從程序正義的觀點來探討全民健保的分配正義，絕不能是專家的黑箱作業，也不能是利害團體的政治妥協，更不能淪為民粹貪婪的市場喊價。

Daniel 認為「理性的課責」應符合下列四大原則：

1. 公開性 (publicity)。
2. 關聯性 (relevance)。
3. 質疑與修正 (challenge and revisor)。
4. 執行力 (enforcement)。

基本運作原則 (huuiamental operating principles) Daniel 所提出的原則，在過去十年受到國際相關學者的認可，NICE 也接納此一論述；因此特別強調程序正義，採取「建立符合程序正義的資源分配決策過程」，做為「解決資源配置過程中因分配正義爭論所引起的衝突」的策略。除此之外，NICE 也明確指出：所有程序運作均應服從相關法律，並遵守下列程序原則：

1. 嚴謹的科學證據 (scientific rigour)。
2. 廣納代表性 (inclusiveness)。
3. 過程透明化 (transparency)。

4. 獨立性 (independence)。
5. 可質疑性 (challenge)。
6. 可審核性 (review)。
7. 可行性 (support for implementation)。
8. 及時性 (timeliness)。

以科學證據為基礎的決策原則。(evidence-based decision-making)，NICE 在發展準則時，必須以科學證據為基礎；提出準則建議前應先評估每項醫療介入的有效性及其成本效益，並宣示下列八項基本原則：

1. 臨床及大眾健康效益 (clinical and public health effectiveness)。
2. 成本效益性 (cost effectiveness)。
3. 個別選擇性 (individual choice)。
4. 罕見病況 (rare conditions)。
5. 回應公評 (responding to comments and criticism)。
6. 避免歧視及促進醫療平等 (avoiding discrimination and promoting equality)。
7. 民眾健康的特定議題 (particular issues for NICE guidance)

on public health)。

8. 降低健康不平等 (reducing health inequalities)。

綜上所述，將此 NICE 的基本原則與羅爾斯正義三項原則互相參照下，可以發現 NICE 將羅爾斯正義原則體現出來，例如：「避免歧視及促進醫療平等」此項符合羅爾斯平等自由原則。顧慮「罕見病況」的特別情況，給予不同的處置，此項符合羅爾斯差異原則。「降低健康不平等」，此項乃依實際地觀察弱勢的情況，並嘗試去調整這個不平等的情況，促進形式的平等，此符合羅爾斯機會均等原則。

第四節 用羅爾斯正義原則來檢視我國醫療資源分配程序的可能性

機會均等原則：羅爾斯認為地位和職務要對所有人開放。(機會均等原則)，資源利益分配結果就算整體福祉下降也要確保最差階級有利(差異原則)。為什麼要這樣設計？因為這是要試圖解決現實存在權利利益地位不平等的情況，雖然一人一票。但利益團體總會有人多也有人寡的團體，有得益的人和總是弱勢又吃虧的人。前一個自由平等原則只是確保讓每個人有為自己權

益發聲的權利(可以伸出拳頭，拳頭一樣大)，但是如果是利益相同者形成個別的利益團體的時候，會有一群人對抗另一群人的現象產生。這時候就要一套規則來評論怎樣分配資源或權利義務才叫公平。為何要提出機會均等?因為現實就是擺在眼前一定有好康的也有歹康的。不可能弄成一模一樣的那種公平。雖一人一票來喬事情，人數多寡贏勝負，人少舉手也是會舉輸人家的。只能說資源分配過程中不能限制個人可以選擇進入到好康組的機會。就是不能讓好壞階級之間沒有流動無法翻身。像奴隸雖然生活和利益有提升但永遠是奴隸。這樣就能不算是公平面對既存的不平等狀態。要對既存的不公平顯示公平的遊戲規則就是不能限制特定的人永遠只能待在不利的地位和職務。另外，機會均等原則所代表的意涵就是風水輪流轉，雖然有好康和歹康，但不能限制特定的人一直在不利的狀態。有利的狀態是開放系統而不是封閉的。

既然總額支付制度一個分配有限資源的機制，一人一票每個人都可以發表意見是最基本的。可以表示對利益怎麼分配表示意見。再來喬出來一定有不平等不可能齊頭式平等，所以只能訂規則說不能讓特定人一直處於不利狀態，舉手舉一舉，每

次都是派去當爛的那組。最後就是要再來一個原則叫做差異原則，所喬的利益分配要對最差階級有利。也就是利益重分配完，會有各種分配的決議，最後的決議不能讓最小利益者的情況比以前更加不利。要讓最差階級更有利。就算整體福利都變差也要讓歹康組比以前好。羅爾斯認為這才叫公平，不能讓資源分配後的結果把原本已經處於最差階級搞得更差。



第三章 健保總額給付支付制度與健保資源分配運作模式

第一節 總額給付制度思想沿革

第一項 總額支付制度

由於健康保險之財務包括了財源的籌措與財務的支出，前者的重點是錢從何處來如何使總體經濟的負面衝擊最小，對象是政府、雇主及被保險人，而後者則是探討前應如何有效被分配，對象則是醫療服務提供者。⁴⁸常見的支付制度包括有論量計酬制(fee-for-services payment)、論人計酬制(Capitation)、論病例計酬制(Case payment)及總額支付制度。

所謂總額支付制度(global budget system)係指付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診、

⁴⁸ 羅紀琮，健康保險財務制度，健康保險，1996，頁 40-65。

西醫門診或住院服務等之特色為健康保險機構或政府，預先以協商方式訂定未來一段期間內的健康保險醫療服務總支出，在以由上往下的方式分配費用，藉以控制醫療費用於預算範圍內，確保保險財務平衡的一種制度，亦稱為總額預算制度。⁴⁹

由於預算固定，使得醫療服務提供者減少以量制價的誘因，再加上同儕制約與審核制度的規範，可使醫療服務量趨於合理。總額支付制度在實務上的運作可分為：

1. 支付上限制(expenditure, 浮動點值)

即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際服務量(即點數)而得；當實際總服務量大於原先協議的總服務量時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總

⁴⁹ 行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，2005年6月，頁6。

額。⁵⁰

2. 支出目標制(expenditure, 固定點值)

即預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反應醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。⁵¹

第二項 總額支付制度之目的

總額支付制度是目前許多國家為有效控制醫療費用上漲的策略方之一，其制度設計改變過去從需求面來抑制醫療費用上漲之策略，使醫療服務供給面必須承擔醫療費用上漲責任。⁵²

而學者認為，總額支付制度設計的規劃重點在於解決利益

⁵⁰行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，2005年6月，頁6。

⁵¹行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，2005年6月，頁6。

⁵²梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁155。

衝突、導正財務誘因；以同儕制約導正醫療行為，並藉由資源重分配改革醫療生態；換言之，即在藉由統合醫療提供者與付費者間形成夥伴關係，透過授權與分工負責之觀念，建立醫療機構與政府之協力合作模式，使專業自律與同儕制約而達到專業自主性。⁵³

總額預算上限是一種非常有效的總體成本控制措施⁵⁴，在此制度下所有醫療服務提供者都被圈在一個總額之下，集體承擔財務風險；就像是許多牧人在同一草場放牧或者漁夫在同一漁場作業，每個人都想要從固定的資源獲取最大利益，結果資源快速枯竭，造成所謂「草場的悲劇」(tragedy of the commons)。

55

⁵³ 李玉春，總額支付制度之規劃理念，台灣牙醫界，2005，24卷12期，頁45-52。

⁵⁴ Petrou S, Wolstenholme J, A review of alternative approaches to healthcare resource allocation, *Pharmacoeconomics*, 2000; 18(suppl 1):33-43, 轉引自全民健康保險醫療費用協定委員會 94 年度委託研究計畫—全民健保總額支付制度醫療資源配置之評析研究研究計畫，頁 16。

⁵⁵ Hurley J, Card R., Global physician budgets as common-property resources: some implications for physicians and medical associations. *Can Med Assoc J* 1996; 154(suppl 8):1161-1168; 轉引自全民健康保險醫療費用協定委員會 94 年度委託研究計畫—全民健保總額支付制度醫療資源配置之評析研究研究計畫，頁 164。

第三項 總額支付制度實行歷程

台灣實施全民健康保險後，醫療費用持續大幅度增加，每年近三千億元的健保醫療費用支出，除了因為人口老化、醫療科技的進步外，就診費用低廉及方便性佳，造成支出不斷的成長。⁵⁶但由於就需求面或供給面來控制醫療費用的成長效果都相當有限，因此直接從預算上加以控制即成為最有效的選擇。⁵⁷從先進國家在醫療費用控制方面的經驗顯示，由總體醫療支出加以控制，較易達成目標，也因此總額支付制度逐漸成為先進國家為健康保險財務穩定的一項重要方法。⁵⁸而根據 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)於一九六〇年成立，該組織目前擁有二十九個會員國，大部分為工業先進國家，其國民生產毛額占世界三分之二。OECD係該等先進國家聚會談論國際經濟事務之論壇，經過意見交流以使會

⁵⁶梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁157。

⁵⁷同前註。

⁵⁸ Culyer, A. J., "Cost Containment In Europe. Germany", New Horizons., Vol. 2, 1994, pp. 364-374.;轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁157。

員國間能相互瞭解彼此採行政策所產生之影響，透過溝通協調以促進全球經濟持續成長及健全發展。許多會員國過去所實施的經驗，總額支付制度既能有效抑制醫療費用高漲之成效，因此在台灣的健保制度因民眾反彈、保費不易調漲的狀況下，為使醫療費用的支付趨於合理，也因而開始實行總額支付制度。

事實上，各國實施總額支付制度的方式並不一致，且仍在持續演變中。其中有採支出上限制，也有採支出目標制；有以醫院為單位，也有以區域為單位；而分配的方式也因應其國情有所不同。綜觀目前各國支付制度之現況，以在醫院實施總額支付制度者最多，有些國家也在門診實施總額支付制度。以總額支付制度配合論人計酬或論病例計酬是目前多數國家所選擇的方式⁵⁹。

⁵⁹梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁167。

第二節 其他國家健保支付制度施行概況

第一項 英國

一、概論

包含了英格蘭、威爾斯、蘇格蘭及北愛爾蘭之英國，其醫療照護財源係來自於稅收，購買醫療照護之責任是由地區的法入，即英格蘭之基層照護信託基金、威爾斯的地區健康團體、蘇格蘭的健康委員會及北愛爾蘭之基層照護夥伴加以負責，基層照護服務只要是由家庭醫師及醫學中心的專科醫師團隊負責。

二、現行健康保險體制

目前之醫療體系係 NHS(英國的國民健保制度 National Health Service)簡稱 NHS 為具有社會福利性質的公醫制度。自二次世界大戰後，五〇年代便開始實施，迄今已有半個世紀之久。於 1991 年所推動之改革，1990 年新頒之國民保健服務及社區照顧法(National Service and Community Care Act of 1990)，將政府主導之國民健保與民間私營之社區照顧相結合，成為公私資源混合之社會福利政策；NHS 係由國家以全民補貼

之方式加以營運，原則上保障所有居民(包括外國人)之免費醫療服務，採論人計酬為主，論量計酬為輔。⁶⁰

三、總額支付制度

於 1991 年改革前，英國的醫院多為公立醫院，醫師受聘領薪水，至於病人住院醫療部份則實施總額支付制度，並採行支出上限法；因一般門診多由家庭醫師提供服務，與政府簽訂合約，其診療報酬的基準額係政府根據每年醫師及牙醫師診療報酬檢討委員會之建議加以核定。家庭醫師係採行總額支付制度，僅少數由私人醫療保健服務經營的診所採論量計酬，費用由病人自負；至 1991 年新法推行後，則強化論人計酬為止之支付制度，讓家庭醫師承擔更多的財務負擔及醫療品質的把關。⁶¹至 1997 年工黨上台執政後，開始鼓勵基層家庭醫師診所和原來地方衛生局合併為基層照護基金會組織(Primary Care Trusts, 簡稱 PCTs)，不僅承擔地方醫療資源的分配任務，也負責推動 NHS 之

⁶⁰梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005 年 12 月，頁 162-163。

⁶¹梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005 年 12 月，頁 163。

健康照護計畫。該制度嘗試結合論人計酬制與總額支付制度，將每個 PCTs 的年度醫療經費預算取決於該單位之註冊病人數，再透過人口特質等風險因素的校正計算公式，即根據其執行 NHS 健康照護計畫與醫療資源有效分配的績效表現，可以獲得其應得之預算與報酬收入。若其能提升相關服務水準，自然能吸引更多民眾註冊；此外也必須監督特約醫院為其註冊病人提供適當的醫療服務。⁶² 該國平均每人的醫療支出遠遠超過歐陸法國、德國、荷蘭等國，然而相對而言，該國的醫療品質恐怕不如台灣。除了公務部門效率低落的問題之外，由於近年公務部門對醫療支出的縮減，使得醫療服務縮水，許多病患必須在等候名冊上久候。舉例而言，在台灣，這些年外科醫師大量使用核磁共振顯像（MRI）病患不必等待過久。但是在不列顛，拿到醫師簽署的檢驗單後，病人等上幾個月是正常的。由於財政上面臨的考驗，醫療投資難免受到排擠。但是一方面由於人民不必直接付費，刺激了更多的消耗利用，難免有浪費的情況，當然也

⁶² 許家碩，以公義原則思考健保醫療資源分配—以總額預算支付制度為例，國立中央大學哲學研究所碩士論文，2008年6月，頁20。

排擠了其他比較需要醫療服務的個案。但是公務部門不可能無限滿足公眾的需求—包含必要和不必要的需求，也就是說，不列顛的公醫制度，花了最多的錢，卻提供了令人詬病的服務，該國醫學水準在西歐殿後。

第二項 荷蘭

一、概論

荷蘭的醫療制度係由私人的開業醫師、非營利性醫療機構與少數的公立醫院組成，其財源則是由社會保險、私人保險與政府之補助所共同負擔。⁶³但政府對醫療服務供給量、品質、價格有直接行政管理權。

二、健康保險制度

荷蘭的健康保險制度可分為附加保險(Supplementary Insurance)、一般醫療照護(Normal Care)與社會健康保險等三大部

⁶³ Schieber, G. J., Poullier, J. P. and Greenwal, L. M., “Health System Performance In OECD Countries, 1980-1982”, Health Affairs(Millwood), Vol. 12, 1994, pp. 100-112.轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁164。

分。社會保險與私人保險均可以提供給付項目更為昂貴的醫院照護、替代性照護、較為舒適之住院服務、法定給付以外的牙醫照護及精神科治療照護等附加保險，而每位民眾也有權可選擇附加保險，並依風險程度繳交保險費用 (Risk-related premiums)⁶⁴

至於一般醫療照護可分為社會保險、私人保險與公務人員健康保險三種；收入在一定範圍內之居民強制參加社會保險，而收入逾一定標準者，必須參加私人保險。⁶⁵

而荷蘭的分級醫療照護體系相當完整；所有的基層醫療服務原則上均由一般開業醫師所提供，所有的家庭醫師可以處理約 90% 的病患，至於剩下的病患則需轉介至專科醫師或者醫院。

66

⁶⁴ Jacobs, A. “Seeing Difference: Market Health Reform In Europe”, *Journal of Health Politics Policy Law*, Vol. 23, 1998, pp, 1-33, 轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，*健康管理學刊*，2005 年 12 月，頁 164。

⁶⁵ Jacobs, A. “Seeing Difference: Market Health Reform In Europe”, *Journal of Health Politics Policy Law*, Vol. 23, 1998, pp, 1-33, 轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，*健康管理學刊*，2005 年 12 月，頁 164。

⁶⁶ Reinhard, B., AnnaDixon, J. H. and Greenwald, L. M., “Health Care Systems In Eight Countries: Trends and Challenges”, 2002;轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，*健康管理學刊*，2005 年 12 月，頁 165。

三、總額支付制度

荷蘭為多元保險人制度，係以論人計酬與總額預算制度為主；即醫師係以論人計酬的方式收取醫療費用，而醫院則是採個別總額預算；每間醫院受有一筆預算，至於醫院的年度預算固定。在 1982 年之前，關於醫院的總額支付費用，並未設有預算上限，係採開放式的支付方式，而 1982 年起則依歷史基礎引入預算制度，根據該醫院過去的經營成本，再設定每年合理的成長率；惟此舉亦有缺失，即給過去經營成本過高而效率不彰的醫院獎勵，而對經營效率佳的醫院則給予懲罰。⁶⁷自 1983 年起，總額支付制度之專科醫師診療採固定點數，及病人住院之每日住院費率開始實施，取代過去論量計酬之支付制度。當年度之預算總額係由醫院與其所轄區域內之保險人進行協商，再報請中央醫療費用機關核定。協商後同意的總額預估了一個雙方均可接受的支付標準，而透過此一制度，任何病人接受的醫

⁶⁷ Van der Wilt, G. J. P” Towards a Two Tier Health System In The Netherlands: How to Put Theory Into Practice” , Journal of Medicine and Philosophy, Vol. 20, 1995, pp 617-630;轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005 年 12 月，頁 166-167。

療服務不再有差別，同時也確立了醫療服務的標準價格。該年度中，醫院經營的盈虧不會被列為調整價格的考慮因素，而當醫院連續兩年都較其原先預定的服務量更高時，則可考慮向保
險人爭取調整支付總額。⁶⁸醫院在總額支付制度下，也難免有提高服務量的現象產生，而使每點單價降低，惟醫院是以醫院為預算單位，故較容易找出問題點。⁶⁹

荷蘭醫療費用支付方式與標準係由中央健康費率法制而加以規範，適用範圍則包括社會與民間健康保險。中央健康費率機構以被保險人風險校正論支付制度(Risk Adjusting Capitation payment, RACP)支付費用與各保險人，醫師再以論人計酬之方式向保險人收取醫療費用。所謂風險校正因子包括年齡、性別、地區、失能狀態、雇用及社會安全狀態等。該國的醫療費用的總額係由財政部長決定，保險費率則由中央醫療費率機構依醫

⁶⁸ Miranda, D. R. and Gimbrere, J., "Cost Containment: Europe, The Netherlands" New Horizon, Vol. 2, 1994, pp357-363; 轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁167。

⁶⁹ Miranda, D. R. and Gimbrere, J., "Cost Containment: Europe, The Netherlands" New Horizon, Vol. 2, 1994, pp357-363; 轉引自梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005年12月，頁166。

療費用支出額度加以調整；至於醫院所收取的費用、藥品費用及醫師費用則由保險人與醫療服務提供者分別約定。

而從 1988 年開始，荷蘭政府又調整總額支付方案，對醫院成本架構進行不同的評估方法，包括利息、折舊、維護費等佔總額 20% 的固定成本不在協商範圍內，剩下協商的成本分配方式為 25% 依據醫院區域人口量，35% 依據醫院床數、專科醫師數，40% 依實際病人住院日數、治療日數、出診病人數等，亦即依實際病患的數量來決定醫院所分配的預算。⁷⁰ 過去荷蘭的健康保險一向是西歐福利國家的指標，和北歐社會福利國家體系不同的是，該國成功的結合政府與民間保險公司相輔相成的市場導向（market-oriented）健康保險制度。美國政府也一度以荷蘭模式作為改革的參考。然而自 2006 年的金融風暴開始，為擷節開支，荷蘭政府不得不大幅修改健康保險制度，提高保費和刪減最低基本保障給付項目，並回歸資本主義市場機制來穩固國家財政。被刪除的基本保險項目是立基於抽煙，節食，避孕等等

⁷⁰梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005 年 12 月，頁 167。

皆為個人行為選擇，政府不願意因個人自由意志選擇的行為，去動用納稅人的錢承擔後果。政府也要求公立醫院必須自籌財源，不再補助額外人力擴編支出。

第三項 德國

一、概論

德國位於中歐，面積約為台灣十倍，人口在 1995 年時則約為台灣的四倍。1990 年 10 月兩德統一之前、長達四十五年的時間，東德為共產主義國家，健康照護系統原採公醫制度，至兩德統一後，亦採行西德的健康保險制度，因而現今德國制度即為採行西德一脈下來的制度。目前德國共有 16 個邦，為聯邦型態國家。德國的健康保險制度其實創辦很早，於 1883 年俾斯麥時期就立下基礎，其中不斷演變，包括到二次大戰後的改變，又歷經石油危機、物價上漲而有健康照護支出壓力太大而實施總額支付等等的變遷。⁷¹

⁷¹邱永仁，論醫院總額支付制度～由德國經驗來看，摘錄自 <http://www.tma.tw/ltk/89431005.htm> 最

二、德國健康照護體系 (The reformed health care system in Germany)

(一)基本制度

最早於 1972 年施行之醫院財務法案(Hospital Financing Act)，醫院財務來源為二元財源方式，固定成本及變動成本，固定成本由邦政府全額負擔，變動成本由疾病保險基金會負擔；至於醫院之設立由政府規劃、批准、建立，成本亦完全由政府負擔，採回溯性支付制度，論日計酬模式。至 1988 年政府推行健康照護改革法案(Health Care Structure Act)，由疾病基金會與醫院在協商費用時要加入對醫療品質的考量，該基金會會有權去決定要不要與醫院特約、解約。

德國健康保險門診醫療制度的運作，原則上是以邦為單位，由各邦的保險醫師公會和各類疾病基金會邦聯合會訂定整體契約，明訂所有診療內容及權利義務，整體保險醫師診療報酬僅是其中的一部份。且為了避免各邦契約內容差異太大以及減輕

各邦作業的負擔，聯邦保險醫師公會和各類疾病基金會全國聯合會就整體契約的一般性內容訂定聯邦綱要契約，以作為各邦締約的依據。

政府不直接介入健康保險財源之收取及醫療服務之提供，而由健康保險公司(或稱保險人或疾病基金會)及醫療服務提供者以合約維繫，保險人具有公法人身分，係由雇主與受僱者透過社會選舉產生代表後，決定費率及給付，法定健康保險之保險費依收入比率訂定，由雇主及員工各付一半，無收入眷屬不需繳付保險費，另各家健康保險公司可自訂費率，但自 1993 年引進財務風險校正公式後，保險費差異不大，平均費率 14.3%(2003 年)；此外，各家健康保險公司所提供的給付或服務也有 96%是相同的。⁷²建立健保之初，醫事人力並未配合健保做規劃。醫界見健保制度成立，競相投入，醫生供給過剩。再加上保險人的組織透過合併越來越大，議價與支付能力很強，醫療供給者反成協商弱勢。自 1920 年代起醫方就有危機感，經

⁷² 中央健康保險局，考察德國、瑞士及捷克健保制度，頁 8，
http://report.nat.gov.tw/ReportFront/report_detail.aspx?sysId=C09401484 最後瀏覽日期:2014.6.19

過多方努力，終於在 1931 年，保險醫師協會成立，成為保護醫事人員權益的組織，並要求供給方（保險人）不得設立醫事服務機構。德國社會保險組織體制最重要的原則是，在國家監督下行自治管理。國家訂定法律，並依法監督健康保險體系。但健康保險法的具體執行與供需雙方的協商等事務，則是透過自我管理組織來個別的（對內），合作的（共同對外）治理，所以任何合作必須透過共同協商，雙方和議完成。例如：對內自我管理則以組織內部治理事務（如自治管理機關與理監事會組成；費率訂定），對外共同治理事務（為執行健保政策如總額的形成，組成供需雙方集體協作工作小組，進行協商等事務）等，除此之外，需求方要求的醫療品質與治療權益的維護，由需求方組成的邦與聯邦保險醫師協會、醫院協會、藥師協會等都交由自治管理與協商。

而這種「自治管理」的正當合法性，是透過民主原則/社會選舉、社會共識/共同決定而達成。也就是，各聯邦保險內的醫師協會或醫院協會，或是健保體制內的保險人團體，都是透過自治管理方式來運作。德國保險基金會就相當於國內的社團法人，代表是以『社會選舉』的方式選出。

保險人不直接與個別醫療院所簽約，而由保險特約醫師公會與個別院所簽約，保險特約醫師公會具有自主管理之公法人身分，由其與邦級保險人協商年度總額預算，再依據支付標準分配給各特約院所，行政費用則來自醫療費用的一部分，保險人不另行補助。

(二)保險制度之特色

德國人民幾乎全民納保；自 1994 年約有 90%的民眾加入法定健康保險；8.7%的民眾參加私人保險，這些人包括政府官員、自營業者以及高收入者；另外約有 455 萬人同時加入法定保險及私人保險；剩下約 2%的民眾(包括警察和納入社會救助者)可獲得免費的健康服務；只有不到 0.5%的民眾完全沒有健康保險。

該國健康保險制度之基本原則有三，包括：自主管理 (self-management)-即所有的疾病基金會都是非營利性質，由醫療需求者和醫療提供者互選代表自組民間機構，避免政府的介

入或干預⁷³，使健康保險體系能充分發揮自主管理的功能；共同參與 (partnership)-雇主和受雇者為獲得醫療保健之目的，共同協力分擔健康照護所需的財務經費及社會連帶責任 (solidarity)-為確保民眾健康和醫療品質，經濟能力高者負有支援經濟能力弱勢的社會連帶責任。

而保險費制度之特色包括：保險費是由雇主和被保險人各付一半共同分擔；各基金會可依法自主自行決定保險費率，不同的基金會有不同的費率，以 1996 年為例，該年度之保險費率於 8% 至 16% 之間，平均費率為 13.5%；各個疾病基金會的財務自給自足。

三、總額支付制度

由於德國的醫院只提供住院服務，因此醫院總額的話並沒有包含門診醫療服務在內。在過去，德國住院費用支付制度為支出目標 (target budget) 的總額預算制度，對公立醫院及私人、非營利性醫院設定年度總額預算採支出上限制，由疾病基金會

⁷³ 梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，2005 年 12 月，頁 158。

的代表和醫院代表洽定給付給醫院的費率，並協定每日住院金額（即論日計酬）和總住院日；協商考量運作的成本，包括醫院內醫師薪水、通貨膨脹以及各方期待所占比率。若醫院與疾病基金會無法達成協商，則轉由中立的仲裁組織來協定。至於每年度的調整費率則由聯邦層次之衛生部訂立，但容許有許多可再決定的範圍。

惟因預估值可能不太精確，且各疾病基金會對醫院之給付方式亦不盡相同，病人亦屬於不同之疾病基金會，所以各疾病基金會於年終時會以 75%的校正法再做進一步的校正，即醫院必須自付提供過多服務差額之 75%，而疾病基金會亦必須補足醫院提供不足服務差額的 75%。例如醫院提供 110%的服務，疾病基金會則給付 102.5%；若醫院提供 90%的服務，則疾病基金會給付 97.5%。

自 1996 年起，為控制日益成長的住院費用，開始擬定未來將採論病例、論日混合計酬制度。支付制度分為論件計酬、特別計酬、科別論日計酬及基本費用四類。

- (1)論件計酬:對於某些病例採論件計酬，亦稱論病例計酬。
- (2)特別計酬:依主要診斷(ICD9-CM-CODE)及高度手術治療的

病例組合計酬，支付點數全國適用，但每點單價則由各邦自行協定。

(3)論日計酬:論病例計酬以外的診療費和護理費採論日計酬，由醫院分別訂定每日定額費用。

(4)基本費用:包括病房費、膳食費、人事費等非醫護性費用，由各邦自訂各科統一適用的每日定額費用。⁷⁴

由於德國醫院部分的費用，過去是由個別醫院與疾病基金會洽商；並不像醫師診察費那一大塊，在過去即為由醫師公會集體協商，再於醫師內部進行支付標準調整以分配，而在 1999 年開始，才開始有醫院協會這種集體層次去洽商整塊醫院的醫療費用。

德國門診醫療費用支付制度最大的特色在於國家賦予醫師公會公法人的地位，全權代理醫師相關權益；其目的是要促進醫療服務提供者的合作，在診斷和治療方面發展必要的標準，避免不必要的轉診至醫院住院，能夠適時地增加門診服務的品

⁷⁴邱永仁，論醫院總額支付制度～由德國經驗來看，<http://www.tma.tw/ltk/89431005.htm> 最後瀏覽日期 2014.6.19

質和經濟性。至於藥費方面，自 1989 年後實施單一支付價、藥品總額預算與按包裝規格訂定部分負擔等措施，以抑制藥費上漲。⁷⁵而直至 1997 年前，關於藥費均以支出上限制為主；至 1998 年後，始變更為支出目標制。

第四項 美國

一、健康保險制度

美國的醫療體系係以自由市場為導向⁷⁶，根據市場機制而自由競爭，至於社會醫療保險系統則包括有聯邦醫療保險 (Medicare) 與州政府補助計畫 (Medicaid) 兩大系統及州政府兒童健保方案 (State Children Health Insurance Program, SCHIP)，其中聯邦醫療保險主要在照顧身心障礙者及 65 歲以上之老人，至於州政府補助計畫則是針對低收入戶的醫療補助，兩者皆屬政府所主辦的健保方案，自 1966 年開始實施⁷⁷。

⁷⁵ 邱永仁，論醫院總額支付制度～由德國經驗來看，<http://www.tma.tw/ltk/89431005.htm> 最後瀏覽日期 2014.6.19

⁷⁶ 黃維民，衛生行政與健康保險，華杏，2010 年 5 月，頁 294。

⁷⁷ 同前註，頁 294-295。

二、健康保險財務⁷⁸

關於美國健康保險的保費收入來源主要分為社會醫療保險與私人醫療保險兩部分。

(一)社會醫療保險

1.聯邦醫療保險

聯邦醫療保險係社會健康保險之一，對象是 65 歲以上的老人及身心障礙人士；被保險人必須在具有能力工作的期間繳交保費，始得在年老之後得到保障；至於如移民人士等未繳過保費的老年人則必須按月繳納保費。聯邦醫療保險原係以醫院的服務成本設定給付，後來則形成醫院成本會計作業的標準和比較的基礎，此外並創用了診斷關聯群及用來制定醫院服務給付的醫療資源耗用相對表。

2.州政府補助計畫

州政府補助計畫屬於社會福利方案，專為低收入戶所開辦，只要是孕婦或兒童等特別族群，或是經濟能力在聯邦政府所訂

⁷⁸ 同前註，頁 295-296。

定的貧窮線(poverty line)以下者，即可受到政府之保障。其經費來源係由聯邦政府和州政府負擔，依各州的財政能力和方案內容決定分攤比例。此一補助計畫的受益人以兒童居多；至於像貧窮的老年人或身心障礙者，則由聯邦醫療保險來支付州政府補助計畫的保費。

3. 州政府兒童健保方案

該方案的目的是提供家庭收入超出援助上限卻又無法負擔醫療費用的家庭中，年齡在 19 歲以下的兒童之健保補助；並限制該兒童必須具有美國公民身分，且其上限定在社會貧窮線二倍處。

(二) 私人醫療保險

管理式照護(Managed Care)可謂是美國醫療體制中最特別之部分，此一體制並非傳統透過成本分攤的方式來降低不必要的就醫行為，而是藉由一些財務誘因的管理措施來管理醫療院所及醫師的醫療行為與服務型態。管理照護組織是先規劃特定的醫療服務者網絡供被保險人使用，若保險人需要到網絡外就醫，則該組織可能將不給付，或是將收取高額的部分負擔。此種論人計酬支付醫療費用的方式，會使醫療服務變成醫師的成

本，若病人使用越多的醫療服務，則醫師所得利潤就越低。⁷⁹

第五項 日本

一、保險體制

(一)社會保險診療報酬支付基金(Social insurance medical fee payment fund)

社會保險診療報酬支付基金(以下簡稱支付基金)係於 1948 年依據社會保險診療報酬支付基金法成立，居於保險人(健保組合、共濟組合)與醫療機構(醫院、診所等)間，擔任全國受僱者保險的審查機關及保險醫療費的決算機關外，同時並負責老人保健、退休者醫療以及介護保險相關業務等⁸⁰。

按受僱人等被保險人依其職業分別加入不同職種組成的健保體系，被保險人及其眷屬生病或受傷時前往醫療機構接受治療，而該醫療機構所提供的醫療費則以診療報酬的方式向支付基金申請費用的支付；其支付程序為：(1)支付基金接受醫療機

⁷⁹同前註，頁 297。

⁸⁰羅紀琮，健康保險制度-日、德、荷的經驗啟示，巨流，2006 年 3 月，頁 49。

構之申請；(2)審查診療報酬之正當性；(3)保險人向雇主及受僱者收取的保險費匯入支付基金；(4)支付基金每個月定期將診療報酬支付予醫療機構⁸¹。從醫療保險制度本身來看，分為受僱者保險和地區保險兩部分，兩大部分又分別由健康保險、國民健康保險、船員保險和互助組合四大部分組成；從制度運作來看，有分別由國家公務員、地方公務私立學校教職員參加的互助組合式的運營，有由 700 人以上大企業參加的健康保險組合式的運營，也有面向一般受僱者的以政府為投保人的政府掌管的運營和面向一般公民的國民保險運營；從保險的內容來看，不僅包括醫療費的支付和負擔，還包括分娩補貼、育嬰補貼、喪葬非、療養補貼等；從保險對象來看，不僅包括被保險者本人，還包括其贍養家屬。從交費比率來看，有按定額交納的，也有按工資比率交納的，按工資交納的比率也由 4.92-10.0%不等；國庫負擔情況也各有不同，除事務性經費外，國庫還對醫療保險的部分支出費用予以補貼，補貼部分既有按比例計算的，也

⁸¹羅紀琮，健康保險制度-日、德、荷的經驗啟示，巨流，2006年3月，頁48-49。

有按定額計算的，真可謂五花八門。⁸²

(二)國民健康保險團體聯合會

國民健康保險團體中央會(以下簡稱國保中央會)是為了促進國保事業與介護保險事業的普及、健全其營運及發展、提高社會保障及國民保健水準而設立的社團法人，於全國 47 個都道府縣均分別設立國民健康保險團體聯合會(以下簡稱國保聯合會)，由這些公法人等會員構成國保中央會。國保中央會設有總會，由各國保聯合會代表組成，作為議決單位，另由國保聯合會的代表或專家學者於總會中選舉產生理事組成理事會，擔任執行單位。至於各都道縣均設有事務所之國保聯合會，則以執行國民健康保險事業的保險人為會員，其業務執掌包括診療報酬的審查與支付、保健事業、國保事業的調查研究外，尚包括了介護報酬的審查、支付及介護保險服務的諮詢、指導與民眾申訴處理等。⁸³

⁸²日本的醫療保險制度簡介。摘錄自 https://sites.google.com/site/selflearningcollege/hp_japan_intro 最後瀏覽日期 2014.6.14

⁸³同 83 註，頁 51。

二、支付制度

日本的醫療保險面臨的最大問題是資金問題，其中增加幅度最大的是老年醫療費。國民醫療費每年 2-3%，而老年醫療費增長 6.2%，如果經濟增長高於醫療費增長，可以彌補醫療費增長的缺口，日本一直處在經濟低增長狀態，國民收入為負增長。日本的醫療制度改革自 1980 年代為解決財務赤字而開始，早期在該國的支付制度中，保險人並不直接支付醫療費予醫療機構，而是透過設置於支付基金與國保連合會等審查機關負責審查醫療機構的申報單據並支付醫療費用；於前開機關擔任審查委員均為醫師，惟因為民間業者並未參與醫療費用的審查機制，故難免會有弊端發生⁸⁴。早期日本診療報酬支付制度大多以論量計酬方式為主，為了健全財務，日本政府即將論量計酬之支付方式修改為包裹式之定額支付方法，以求達到縮短住院日數、節省治療成本之以費用控制提升醫療服務效果之目標⁸⁵。自 1997 年起，以國立醫院為中心成立 10 個示範醫院，展開採用 DRG 新

⁸⁴同前註，頁 43。

⁸⁵同前註，頁 46。

支付方法的研究。惟為配合新制度的實施，尚必須配合正確紀錄診斷、合併症、治療法等出院摘要及入院期間的成本等資料
86。

保險的支付

1、醫療費用

醫療保險各項制度中除國民健康保險只負擔一般國民醫療費的 70%、退休人員住院費的 80%、門診費的 70%外，其他制度都規定只要在社會保障指定醫院看病，其診療費本人只負擔 20%，醫療保險負擔 80%。但對在個人要求的醫療機構看病的醫療費按其金額負擔部分費用，具體數額是：醫療費 1500 日圓一下的負擔 200 日圓；1500-2500 日圓的負擔 400 日圓；2500-3500 日圓的負擔 600 日圓；超過 3500 日圓的負擔 80%。

2、家屬醫療費

受雇者醫療保險參保的家屬均可享受住院費的 80%、門診費 70%由醫療保險負擔的待遇，國民健康保險的參保者則不存

⁸⁶同前註，頁 335。

在家屬醫療的問題。

3、住院伙食療養費

一般受雇者在住院期間可以享受部分伙食補貼，以促進快速康復。伙食補貼一般 1 天 760 日圓，低收入者 1 天 650 日圓，住院滿 4 個月以後降至 1 天 500 日圓，低收入者家庭老齡福利年金享受者 1 天 300 日圓。

4、高額醫療費

高額醫療費只有在參保人及其家屬醫療費個人負擔部分超過 63600 日圓（低收入者超過 35400 日圓）時，才有權享受。支付原則是：（1）一個家庭的醫療費 1 個月內多次負擔超過 30,000 日圓以上時，以家庭為單位，按合計數額計算支付高額醫療費；（2）同一家庭一年內享受高額醫療費 4 次以上時，第 4 次起個人負擔限額降為 37,200 日圓（低收入者降為 24,600 日圓）；（3）厚生大臣（相當於我國衛生部長）指定的長期高額疾病患者 的個人負擔額可減至 10,000 日圓。

5、分娩費和配偶生育補助

女性受雇者在分娩時可以一次性領取 30 萬日圓的分娩補貼，其配偶也可以領取同等水平的生育補貼。國民健康保險參保者

只享受分娩補貼。

6、喪葬費

喪葬費包括參保者本人和其家屬兩部分。參保者本人部分一般為一個月的標準工資，最低額為 10 萬日圓。家屬喪葬費各制度有所區別，健康保險參保者為 10 萬日圓；船員保險相對比率較高，為 2 個月的標準工資 $\times 7/10$ ，最低額為 10 萬日圓；3 個互助組合的標準均為 1 個月的標準收入，最低限也為 10 萬日圓。

醫療保險的支付方式，在醫療費的支付方面是參保人在醫院接受診治後，只需交納個人負擔部分的費款，其餘部分由醫療機構向社會保險診療報酬基金報銷，農民和自營業者的國民健康保險向國民健康保險聯合會報銷。以上兩個機構均為專門確認醫生是否有虛報醫療費現象的第三機構。

三、組織管理與監督

日本的醫療保險采用互助組合自主管理和政府管理并用的混合管理模式。互助組合最早是以企業為單位發展起來的，先由會員交納一定的互助金，企業相應配備同比例的資金，用于積累，待職工生病、死亡、退職時使用。由于日本社會保險起

步較晚，她便代之履行社會保險職能至今。健康保險組合原則上以企業為單位建立，企業在成立健康保險組合時，要將會員參加範圍、組合的組織概要、保險費有關情況、組合其他事業規劃告知會員。組合成立時，要將確定的保險費率、第一年的收支預算報厚生大臣批准。國民健康保險組合原則上按地區成立，一個地區可以成立一個或多個組合。國民健康保險組合的成立須經所在都道府縣知事的批准，組合本身具有法人資格。醫療保險制度的運作受厚生大臣或各都道府縣知事監督。厚生大臣和各都道府縣知事在認為必要時，可要求醫療保險掌管運單位提交事業及財產狀況報告，或派員現場調查。發現問題時，可採取必要措施，責令改正；如發現組合負責人有違抗改正命令時，有權罷免其職務，或部分更換班子成員。在發現組合違抗改正命令或其事業繼續經營困難時，有權命令解散組合及其他醫療保險運營機構。

第三節 我國現行健保總額支付制度

我國健保對特約醫事服務機構醫療服務費用的支付制度乃採用多元支付基準，初期係沿用公勞保之論量計酬(Fee for

Services, FFS)、部分服務則採論病例計酬(Case payment)、論日計酬(Per Diem)或論質計酬等方式支付，待總額支出制度實施後，各部門在支付制度方面則進行程度不一之改革，惟多數仍採用論量計酬，至 2010 年 1 月開始在總額支付制度下實施診斷關聯群(DRG)的支付基準，而 2011 則開始試辦論人計酬(Capitation Payment)。⁸⁷總額支付制度係依前瞻性、宏觀(marco)調控醫療費用上漲之方法，附隨支付基準等微觀(micro)配套策略，如以論病例計酬、診斷關聯群支付基準等，政府期許能達到改變診療行為、減少浪費之目的。⁸⁸

為了使醫療服務更具成本效益，達到合理控制費用、提升效率、品質與效果，並使醫療費用結構合理化及公平分配的目標，故我國自 1998 年起即分階段逐步實施總額支付制度，因本文討論之主題為總額支出制度，故以下各項之討論則以此範圍為主。

⁸⁷ 黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012 年初版二刷，頁 53。

⁸⁸ 中央健康保險局，

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1027&webdata_id=937&WD_ID=1036 最後瀏覽日期 2014.6.14

自 2002 年 7 月 1 日健保局推行西醫醫院總額支付制度後，又陸續推出醫院自主管理方案、卓越計畫、新版卓越計畫(醫院總額品質確保計畫)、轉診制度及 DRG 制度，藉以控制醫療費用之成長。我國總額支付制度之實行計畫如下：

一、醫院自主管理方案

因健保局為能合理控制醫療費用，並呼應醫療服務提供者主張專業自主及民眾合理就醫之訴求，故於 2003 年 7 月實施「醫院自主管理」制度。所謂醫院自主管理，係參與自主管理之醫院，需先經健保局各分局篩選，而各特約醫院自主管理其醫療支出費用，當其與健保局協商一年度給付總額後，無論醫院看了多少病人，健保局都僅給付該筆費用，既不再刪核，也不再另行補助。有別於過往醫院總額係一筆費用由全體醫院分派，加入自主管理之醫院可以個別與健保局簽約，保障該醫院的當季收入將與去年同期相去不多，惟簽約醫院如果就診人數過多，顯逾保障額度，則健保局仍有可能不加以給付。

但上有政策、下有對策，當健保局在給付額度上設了限制時，則醫院只能加強成本管理，伴隨的後遺症即為高成本、低利潤之重症病人因而成為人球；或是門診限號、非急診刀延後

再開之情況屢見不鮮；而能重複使用之耗材則消毒再使用，以徹底節省成本。⁸⁹

二、卓越計畫

「醫院自主管理」制度實施至 2004 年 6 月止，自 2004 年 7 月起，轉型為醫院卓越計畫。所謂卓越計畫，係在於保障簽約醫院的總額費用享有去年同期同額的醫療費用制度，並加上最高達 4.92% 的合理成長比例，但要求醫院收治重症與罕見疾病患者之比例也必須按比例逐年調整，並加入其他醫療品質之監測指標，否則將被刪除優惠措施之給付。

至於未加入卓越計畫之醫院診所，仍適用總額預算支付制度，依浮動點值核發醫療費用。⁹⁰

但參與卓越計畫之醫院，其好處是收入有保障，但風險是如果沒辦法成功疏散病人，醫院收致太多病人的後果，是醫院必須自己認賠，醫院為了不做白工，採取緊縮醫療服務政策，

⁸⁹ 熊心如，全民健保總額支付制度與醫病關係之影響-某醫學中心之個案研究，東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文，2005 年，頁 3。

⁹⁰ 蔡維音，總額支付制度下之全民健保—法律面之檢驗，

<http://myweb.ncku.edu.tw/~weintsai/Doku/GlobalBudgetNHI.pdf> 最後瀏覽日期 2014.6.19

受影響最大的便是病人。⁹¹

三、新版卓越計畫

因卓越計畫實施後，出現民眾掛不到號、住不進醫院的現象，為避免外界的負面看法，健保局遂於 2005 年 4 月再提出「醫院總額品質確保計畫」，嚴加要求加入計畫的醫院不得任意限縮門診、拒收急重症病人及罕見疾病患者，倘醫院必須減少門診，則必須提出合理的解釋，否則將受到處罰。健保局並訂出病人用藥、掛號轉診、醫院資訊透明、大醫院的門診與病床資訊應即時上網登陸、急診室不得拒收急重症病人及罕見疾病患者與品質監測等逾 20 項措施。

四、轉診制度

健保開辦後，不少民眾因就診方便、診療費用低廉，致就診次數過多，甚而造成大型醫院的門診量過於龐大。惟由於大部分的疾病均能由基層醫療機構之醫師加以診治，如歐美行之多年之家庭醫師制度，即是民眾生病時可以先找家庭醫師諮詢，

⁹¹ 熊心如，全民健保總額支付制度與醫病關係之影響-某醫學中心之個案研究，東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文，2005 年，頁 4。

必要時再由家庭醫師將需要進一步治療之病患轉介至大型醫院；由醫院與診所各司其職，基層醫療機構可成為病患最初級之照護站。

而為了強化醫療分工、推動轉診制度，健保局自 2005 年 7 月 15 日起，也拉大醫院與診所基本門診部分負擔之費用差距，民眾至診所看病，部分負擔為每次 50 元，到醫院看病者，若為醫師轉診者，則基本門診的部分負擔維持為每次 50 元，但若未經轉診，直接至醫院就醫，則基本門診的部分負擔將有 30 元、100 元、150 元之調整。

五、診斷關聯群支付制度(DRGs：Dignosis Related Groups)

診斷關聯群為前瞻性支付制度之一種，也就是保險人在即將來臨的會計年度之前，預先訂定診療報酬費率，不因醫療院所實際成本盈虧或診療方式不同而有所不同，均以預定費率支付醫療院所提供給病人的醫療利用之費用。不同於論量計酬制的回溯性付費方式，只要醫生看的越多，就可以賺的多。當實施 DRGs 制度後，臨床處置類似且資源耗用相近的病例會歸為同

一組，針對不同醫療層級採行定額支付。⁹²

DRGs 支付制度的預設的優點原先立意包括了可以反應醫院病例組合或嚴重度的差異，想像可避免重症病人為醫療院所所排擠；反應醫院之住院產品，易於為有效之管理與成本控制；並且使醫師個人執業的檔案資料透明化，而醫療供給者之酬勞與醫療服務產出有高度相關，醫療品質較不易受影響。過去在健保局尚未採行總額支付制度前，就醫療費用之支付標準係採行論量計酬制，但因此種支付標準較有利於門診醫療而不利於急、重症之住院醫療，導致在門診看診數量較高的前提下，造成不僅醫療院所競相增加門診量外，也因此使醫院醫師紛紛轉往基層開業，影響急診醫療及重症病患住院的照護品質受到；再加上不同科別間的支付標準，並未實際反應醫療服務的成本、資源與風險而同酬不同工，以致於各個醫療部門的發展長期以來呈現嚴重之不均現象，急、重症患者缺乏足量的專科醫師提供醫療服務等問題。在論量計酬制造成支付標準結構的失衡下，

⁹² 張俐雯，制度發展—以我國全民健康保險制度發展為例，成功大學政治經濟研究所碩士論文，2007年6月，頁112。

則採支出上限、將醫療支出限制在固定的額度內的總額支付制度，則是利用醫師間的同儕制約來控制費用導正醫療行為，以避免不必要的醫療服務；但因支出上限制的點值浮動，每點支付金額隨實際提供的醫療服務量而變動，造成醫師的所得具不確定性。當醫師相互間的同儕制約效果失靈時，醫師本身的醫療行為將可能過度提供醫療服務，使點值急遽下降，且不斷提供醫療服務的結果，最後導致醫療品質的惡化。這種為了獲取個人私利的行為，卻由整體醫事團體承擔超額的成本，也減損了保險對象就醫的權益。再者，實際上我國的總額支付制度，對於一般醫療服務項目仍採論量計酬的支付標準且點值浮動，而對論病例計酬案件設定一固定點值，如此措施不但無法反應各項醫療服務的成本且未落實健保法第 51 條第 2 項同病同酬原則的規定。由於該制度不預先設定支付價格，也無法限制民眾就醫次數、控制醫療服務量的多寡，在此情況下，如果總額支付制度仍沿用過去的論量計酬制作為醫療費用的支付標準，則仍存在著供給誘發需求的誘因機制，使醫療供給者仍有過度提供醫療服務之虞。另外，有關各項醫療服務項目支付點數的規定，將醫療服務項目區分成特定診療與基本診療兩大項目，再

針對各項特定診療與各項基本診療的服務項目分別訂定不同的支付點數。但一般因特定診療服務項目的點數較基本診療為高。就我國的支付標準而言，不僅兩者之點數有所差異，而且特定診療服務項目的點數遠高於基本診療甚多，這正是造成我國醫療服務的提供「重特定診療輕基本診療」的原因之一。



第四章 我國健保醫療資源分配法規介紹與現況分析

本章節寫作方式如下:首先整理我國健保總額支出制度的醫療資源分配決策組織機關、決策組織成員、形成決策過程之資料，先呈現出目前實務運作的現況及問題所在(現況分析)，進而嘗試進一步論證出現行醫療資源分配決策機制有無檢討的必要。在呈現出問題之後，將回到法規制度面(法規檢討)，檢視現行決策機制的規定，能否有能力有效解決上述問題。

第一節 健保組織體系及法規變革

我國全民健保行政組織圖(一代健保)，如圖 1:

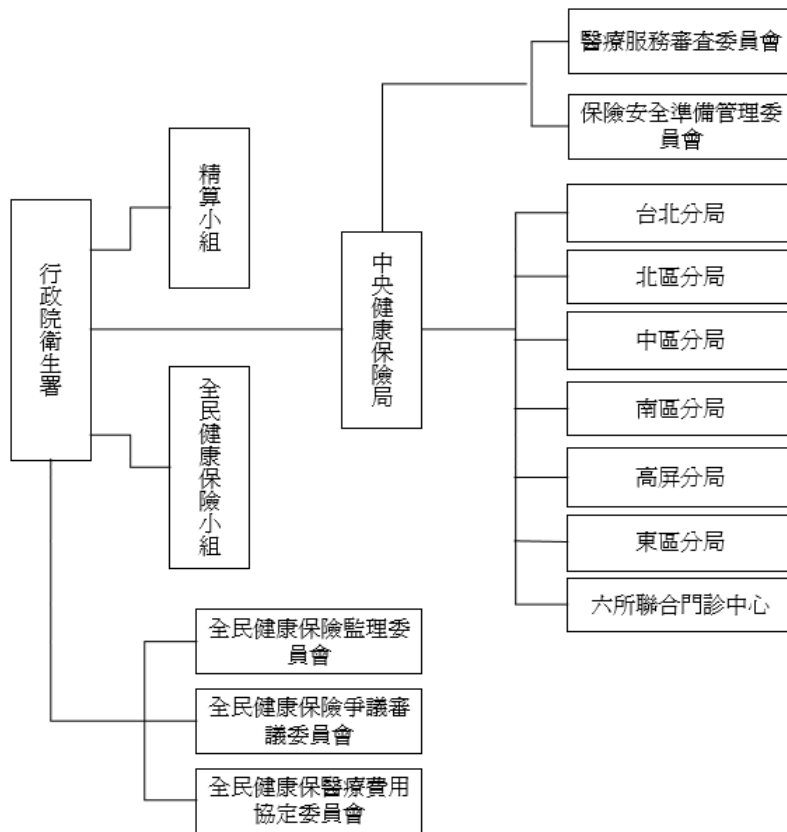


圖 1 我國一代健保行政組織圖 (資料來源:張道義, 現行健保體制之研究, 國立中山大學中山學術研究所碩士論文, 2003 年 1 月, 頁 106)

行政院衛生署為主管機關，設有幕僚單位：健保小組，負責健保相關單位之溝通協調與健保局執行情形之督導建議。其下設有：

(1)根據健保法第四條設全民健康保險監理委員會(監理會)。

(2)根據健保法第五條設全民健康保險爭議審議委員。

(3)根據健保法第六條設中央健康保險局(保險人)，其下又

設台北分局、北區分局、中區分局、南區分局、高屏分局、東區分局、台北聯合門診中心、高雄聯合門診中心。

(4)根據健保法第 48 條設全民健康保險醫療費用協定委員會(費協會)。其中「監理會」與「費協會」在醫療資源分配中占有重要角色。

第一項 監理委員會之組成及其辦理事項

健保法第 4 條第一項：「為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。」，第二項：「前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」復依全民健康保險監理委員會組織規程第 2 條規定的辦理事項。至於組成委員，依全民健康保險監理委員會組織規程第 3 條第一項：「本會隸屬本署（行政院衛生署），置委員二十九人，名額分配如下：一、專家六人。二、被保險人代表六人。三、雇主代表五人。四、保險醫事服務機構代表五人。五、政府代表七人。」，第二項：「前項第一款委員由本署遴聘，其餘各款委員分別洽請有關機關、團體推薦後，由本署聘兼。本會置主任委員一人，綜理會務，由本署

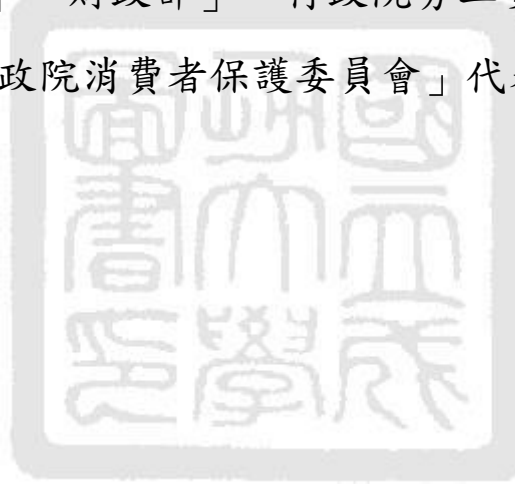
署長就第一項第一款委員中指定一人兼任之。」。舉例：第八屆主任委員為劉見祥(亞洲大學健康產業管理學系教授)，專家五人；被保險人分別為「中華民國全國職業總工會」、「中華民國全國總工會」、「台灣省漁會」、「台灣省農會」、「中華民國消費者文教基金會」及「民間監督健保聯盟」代表等六人；雇主分別為「中華民國全國工業總會」、「中華民國全國商業總會」、「中華民國工業協進會」及「財團法人中華民國中小企業協會」代表等五人；保險醫事服務機構分別為「中華民國醫師公會全聯會」、「中華民國牙醫師公會全聯會」、「中華民國中醫師公會全國聯合會」、「中華民國藥師公會全聯會」及「台灣醫院協會」代表等五人；政府分別為「行政院衛生署」、「銓敘部」、「內政部社會司」、「行政院經濟建設委員會」、「行政院勞工委員會」、「行政院主計處」及「財政部國庫署」代表等七人。由 28 名委員組成，任期至民國 100 年 2 月 28 日。⁹³

⁹³ 李志宏、施肇榮，新二代健保法(中)兩會合一、收支連動，台灣醫界，2011 年 Vol.54 No.3，頁 39。

第二項 費用協定委員會之組成及其辦理事項

健保法第 48 條：「為協定及分配醫療給付費用(見圖 2)，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：一、醫事服務提供者代表。二、保險付費者代表及專家學者。三、相關主管機關代表。」復依全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程第 2 條規定的辦理事項。至於組成委員，依全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程第 4 條第一項：「本會隸屬行政院衛生署，置委員二十七人，其中一人為主任委員，其委員名額分配如下：一、醫事服務提供者代表九人。二、保險付費者代表與專家學者九人。三、相關主管機關代表九人。」，第二項：「主任委員及前項第二款之專家學者委員由本署署長遴聘之；其餘各款委員，由本署分別洽請有關機關(構)、團體推薦後聘兼之。」。舉例：第七屆主任委員為楊銘欽(國立台灣大學醫管所副教授、同時為相關主管機關代表)；醫事服務提供者分別為「台灣醫院協會」代表 3 人、「中華民國醫師公會全國聯合會」代表 2 人、「中華民國牙醫師公會全國聯合會」、「中華民國中醫師公會全國聯合會」、「中華民國藥師公會全聯會」及「中華民國護

理師護士公會全國聯合會」代表各 1 人；付費者 代表與專家學者分別為「中華民國全國工業總會」、「中華民國全國商業總會」、「台灣省漁會」、「台灣省農會」、「中華民國工商協進會」、「中華民國消費者文教基金會」、「中華民國全國勞工聯盟總會」、「全國產業總工會」及「行政院衛生署（專家學者）」代表各 1 人；相關主管機關分別為「行政院衛生署」代表 3 人、「銓敘部」、「內政部」、「財政部」、「行政院勞工委員會」、「行政院主計處」及「行政院消費者保護委員會」代表各 1 人。由 27 名委員組成。⁹⁴



⁹⁴ 同上註。

總額支付制度與財務責任制之扣連

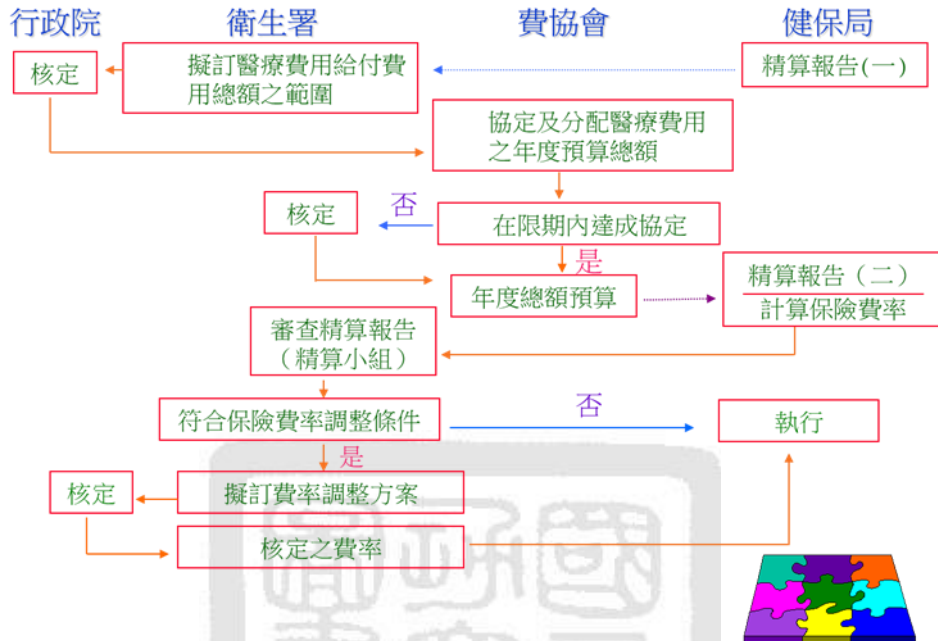


圖 2 總額支付制度與財務責任關係圖 摘錄自健保局官方網站

第三項 全民健康保險會（健保會）之組成及辦理事項

全民健康保險監理委員會（簡稱監理會）及全民健康保險醫療費用協定委員會（簡稱費協會），是目前全民健保制度運作上非常重要的二個委員會。其中 監理會側重收入之監督，費協會則著重醫療費用支出之協定與分配。由於監理會與費協會是二會分立的情況，兩者在收入與支出之討論未能同步，致使財務之收支無法連動，財務責任制度未能落實。所以在健保法修

正案第 5 條第一項規定：「本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

- 一、保險費率之審議。
- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

健保法修正案第 5 條第二項：「健保會為前項之審議或協議訂定，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，併案審議或協議訂定。」，第三項：「健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。」，第四項：「健保會由被保險人、雇主、保險 醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代 表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二 分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。」，第五項：「前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關

事項之辦法，由主管機關定之。」，第六項：「健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。」此條規定就是衛生署所謂的「收支連動」，將「健保監理會、健保醫療費用協定委員會兩會合一為全民健保會」（見圖 3），期使全民健保的收入與支出決策能更緊密相連。對此，前健保局局長鄭守夏指出，過去費協會負責將人口老化、醫療成長等因素納入討論，協商出下一年度健保總額，而費率交由監理會討論，但碰上政治因素或其他因素，費率調整難度高，收支無法連動，而未來希望健保會功能發揮，達到收支連動目標，請見圖 4。目前第一屆健保會委員請詳見圖 5。

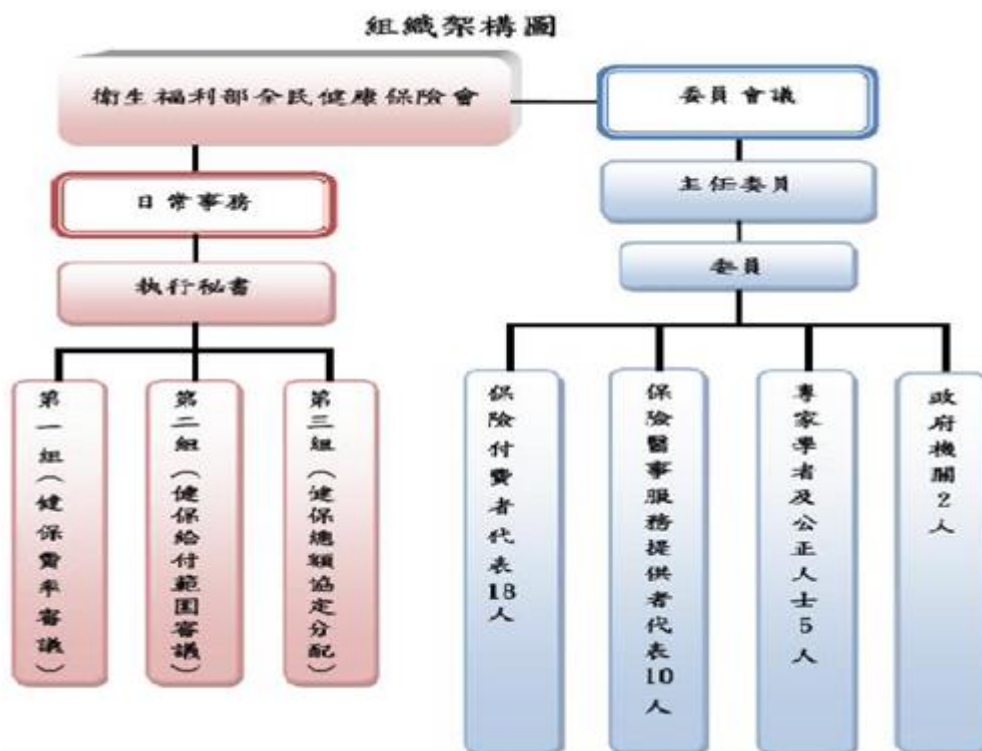


圖 3 二代健保保會組織架構圖 摘錄自健保局官方網站

	監理會	費協會	健保會
辦理事項	一、保險政策之提供事項。 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。 三、保險預算、結算、決算之審議事項。 四、保險業務之檢查事項。 五、保險財務、帳務之監理事項。 六、保險法規及業務改革之研究建議事項。 七、其他有關保險業務之監理事項。 另有下列保險事項，應先提經本會研議後，送行政院衛生署核參：一、本法及其施行細則之修正。二、保險費率及門診部分負擔之調整方案。三、保險給付項目之變動。 前述監理會之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。	一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。 二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。 三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。 四、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。 五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事項。	一、保險費率之審議。 二、保險給付範圍之審議。 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。 四、保險政策、法規之研究及諮詢。 五、其他有關保險業務之監理事項。
委員代表	一、專家六人。 二、被保險人代表六人。 三、僱主代表五人。 四、保險醫事服務機構代表五人。 五、政府代表七人。	一、醫事服務提供者代表九人。 二、保險付費者代表與專家學者九人。 三、相關主管機關代表九人。	健保會由被保險人、僱主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。

圖 4 三會比較圖 引用自台灣醫界 2011 年 Vol.54 No.3 ，頁 40

圖 5 全民健康保險會委員名單 資料來源：全民健康保險會

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名
保險 付費 者代 表	中華民國全國公務人員協會	理事長	陳川青
	中華民國會計師公會 全國聯合會	公共政策委員會 顧問	莊志強
	全國產業總工會	監事會召集人	蔡登順
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男
	中華民國全國勞工聯盟總會	會長	侯彩鳳
	中華民國全國職業總工會	常務理事	楊芸蘋
	中華民國農會	總幹事	張永成
	中華民國全國漁會	總幹事	林啟滄
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長	謝天仁

	中華民國老人福利推動聯盟	秘書長	吳玉琴
	全國勞工聯合總工會	理事長	林錫維
	台灣醫療品質促進聯盟	理事長	連瑞猛
主 代 表	中華民國全國工業總會	常務理事	何語
	中華民國全國商業總會	常務監事	葉宗義
	中華民國工商協進會	財稅研究委員會 委員	李永振
	中華民國工業協進會	副理事長	蔡圖晉
	中華民國全國中小企業總會	榮譽理事長	李成家
	行政院主計總處	專門委員	陳幸敏
保 險	台灣醫院協會	理事長	楊漢淙
	台灣醫院協會	會員代表(台灣醫	翁文能

醫 事 服 務 提 供 者 代 表		學中心協會理事 長)	
	台灣醫院協會	理事(中華民國區 域醫院協會名譽 理事長)	張煥禎
	台灣醫院協會	常務理事(台灣社 區醫院協會理事 長)	謝武吉
	中華民國醫師公會全 國聯合會	秘書長	蔡明忠
	中華民國醫師公會全 國聯合會	常務理事	陳宗獻
	中華民國牙醫師公會 全國聯合會	常務理事	黃建文
	中華民國中醫師公會 全國聯合會	理事長	何永成
	中華民國藥師公會全	理事長	李蜀平

	國聯合會		
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	楊麗珠
政府機關	國家發展委員會 (組改前為行政院經濟建設委員會)	人力發展處副處長	林至美
	衛生福利部	社會保險司司長	曲同光
專家學者及公正人士	衛生福利部	國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授	鄭守夏 (主任委員)
	衛生福利部	財團法人環境與發展基金會 董事長	柴松林
	衛生福利部	國立陽明大學衛生福利研究所教授	吳肖琪
	衛生福利部	國立政治	周麗芳

		大學財政學系 特聘教授	
	衛生福利部	台灣總工 會秘書長	陳錦煌

註：衛生福利部全民健康保險會第1屆委員聘期自102年7月23日起至103年12月31日止。

第二節 施行現況分析

第一項 我國總額支付制度之限制

第一款 總額支付制度於修正前後之差異性

由於醫療支出的增加，公部門的負擔也隨之增加，為了控制成本，醫療費用的控制策略除了增加民眾的部分負擔，增加財源收入外，而利用審查機制即總額支付制度與較低的治療費用及診斷關聯群亦為我國所採行的手段之一。

關於全民健保之醫療費用支付制度，包括由主管機關於年度開始六個月前擬定其範圍並報請行政院核定之年度醫療給付費用總額(健保法第47條規定參照)、醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)由醫事服務提供者代表、保險付費者代表及專家學

者、相關主管機關代表各三分之一所組成及負責協定醫療給付費用總額及其分配方式(健保法第 48 條及第 49 條規定分別參照)、醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定(健保法第 51 條規定參照)、醫療費用之審查程序及不當處分者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責(健保法第 53 條規定參照)，與醫療費總額支付制度之施行日期，由主管機關訂定(健保法第 54 條規定)。事實上，若以醫療支付合理化的需求而言，僅健保法第 51 條第 2 項提及醫療費用支付標準應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據⁹⁵。而由於自我國實行醫療費用總額支付制度開始迄今，因此一保險制度深具本土特性而富有彈性外，在遷就民之所欲的目的下使得原先的醫療費用控管措施或多或少有所調整，尤其在健保各總額分區內，健保局業務組(保險人)與醫界或其他利害關係人針對保險對象就醫權益或保障上，進行共同協商以求責任之分

⁹⁵ 郭明政等，二代健保法案論壇會議紀錄之三—二代健保支付制度、醫療院所的合理給付與醫療資源節約之相關法制，月旦法學，2011 年 5 月，192 期，頁 255。

攤，並為保險對象爭取最大權益及確保醫療品質等；協商後之具體表現即在於醫療費用總額的分配、支付標準的協商與健保新管理措施之實施等⁹⁶。

由於二代健保三大化目標為「提升品質、平衡財務、擴大參與」，故在二代健保制度的設計中，也主要係以總額支付制度為規劃重心，而可分為總額支付制度之合理協商模式與社會參與支付制度的運作等兩大新制度：⁹⁷

1.總額支付制度之合理協商模式

二代健保提出總額受託單位專業自律正當性及權責之強化並採行統合主義，分別推派一人為代表，參與總額預算之協商與分配，並由若干人參與支付標準之擬定；至於包括集體談判制度並配合醫師團體自制之集體議價制度之加入始能使總額支付制度的建構更具合理性⁹⁸。

2.社會參與支付制度的運作

⁹⁶ 同前註，頁 256。

⁹⁷ 同前註，頁 257。

⁹⁸ 李至和，二代健保／公民參與 建立決策及協商模式，經濟日報，2011 年 5 月。

由於全民健保的統理結構係人民主權與統合主義等原則之結合，故擴大社會多元化參與健保政策亦為二代健保的重點規劃項目；所謂建立多元化政策的參與及協商即是在法定程序前階段由行政機關基於自元與相關團體就草案或決策充分協商、並邀請利害相關團體且接受推薦擔任代表協商之委員；具體落實於健保法之規定中，包括第 5 條第 3 項「…健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。」之公民參與、第 61 條第 4 項「…第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。」之研商制度與第 41 條「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」「藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。」之支付標準擬訂制度等。

第二款 我國支付制度實務運作困境

總額預算制度的主要目標係在於解決過去健保財務負擔、醫療資源的浪費與醫療品質下降之困境，期待在資源有限的情況下，藉由協商機制的落實以解決預算分配之問題。依據健保制度之設計，推行總額支付制度既可使醫療供給者可參與協商、分配與審查而增加其自主性，但在分配前提之壓縮下，不免對醫療服務的第一線提供者產生直接的影響。當時在總額支付制度規劃初期即大幅提升醫療診察費，不僅門診的診察費調升幅大高於住院部份外，而基層診所的調整幅度也大於醫院的門診⁹⁹，期許該制度在加強醫療品質、減輕健保財務負擔外，醫生也將不再執著於門診人數，可以紓解名醫現象，而醫院也能落實醫療分級制度，間接改善民眾大小病症都往大醫院跑的習慣。而事實上，健保局改革支付制度的目的並非僅止於費用控制，而是從醫師治療病人的過程中，讓醫師照護到病患的健康。人們越健康，愈少需要醫療，或住院照護品質越好，住院日數縮短，

⁹⁹楊少騏，健保利益導向，醫生變成賺錢機器，新新聞，2003年6月，848期，頁29-31

病人越能早日健康返家，才使醫師獲得鼓勵與報酬。因此，凡是實施論人計酬制度，特別是基層醫療者，通常醫病的關係也比較好。而唯有讓醫療提供者承擔品質與財務的責任，才有可能落實轉診。在論量計酬下，健保局為控制費用，須高度介入規範及審查醫療行為，醫療提供者之專業自主權必然受到侵犯。這是目前醫界對健保制度最不滿意的地方。總額預算制度，應減少不合理規定的誘因而影響醫療過程，專業才能真正受到尊重¹⁰⁰。

但總額支付制度的實施，雖使得醫界之財務責任加重，但也相對地擁有較多參與公共事務之機會與專業之自主權，包括參與預算分配、支付標準擬定、醫療服務專業審查等，可藉此爭取合理的團體權益。且因總額制度下醫療資源有限，醫療院所必須改變過去之經營模式，共同合作，減少院所間人力、設備、檢查及用藥的重複與浪費，以提升整體的醫療服務效率，

¹⁰⁰ 楊志良，改革支付制度，提升醫療品質，國政評論，摘錄自
<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/089/C/SS-C-006.htm> 最後瀏覽日期 2014.6.19

而其所節省之費用可用於調整支付標準，使資源分配更趨合理。

101

在醫院總額制度實施後，地區醫院的給付點數不斷下滑，加上醫療生態的丕變，以及民眾就醫文化的改變，導致不少地區醫院因此相繼倒閉，因支付標準表不符同工同酬的原則，造成健保給付標準對於同一支付項目呈現醫學中心支付點數最高、區域醫院次之而地區醫院最低等違反健保法第 51 條規定之現象¹⁰²；若就政府推行分級醫療的政策出發，如採用醫療服務成本之觀點出發，地區醫院因規模小，其採購及各項單價成本自然高出大醫院許多，但提供就近方便的醫療服務，以使民眾在外就醫的成本能大幅減少之下，則自然地地區醫院的健保支付點數應當高於大醫院，以使大小醫院能具有相同之立足點。

但總額支付制度之實施，健保局也認為將產生諸多與現行

¹⁰¹行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，2005 年 6 月，頁 16。

¹⁰² 黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012 年初版二刷，頁 294-297。

體制未能契合之爭議；包括：¹⁰³

1. 參與協商之各方，如不具備充分的協調能力和準備，難以使協議順利達成，例如角色混淆：工會代表往往是代表出資者的意見，不是真正可以代表民眾的意見，大醫院的醫事代表也不能代表第一線醫療服務者的意見，而是代表財團法人大型醫院的意見。

2. 總額支付制度必須配合其他支付基準，否則難以順利鼓勵醫師改變醫療行為，使之趨於合理，尤其是倒扣十倍給付的處分，不甚合理。

3. 醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全，可能引起劣幣驅除良幣的不公平現象。

4. 事前缺乏完整的監控機制，使服務品質受到影響，導致被保險人之權益受損。

5. 維持財務平衡之實質權責歸屬不明確，有礙全民健保之永

¹⁰³行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，2005年6月，頁7。

續經營。

6.給付範圍調整欠缺全民參與，無法反應民眾需求。

7.保險財務管理與醫療品質未能分立，不利提升醫療品質等問題。

第二項 費協會(現改制為全民健康保險會)預算 編列問題討論

我國全民健保財務狀況，自民國九十年至今，年年赤字，並且健保之累計營餘已呈負數。健保負債情況，若再不加以改善，實可能危害全民健保制度存續及運作。以下，尤其從預算編列過程，以及費率標準二主軸，討論全民健保體系財務問題。

1. 全民健保醫療費用協定委員會(以下稱費協會)之法制化及公開化極為不足：我國四千五百億(佔我國中央政府總預算之五分之一強)以上的健保費預算，全由費協會加以編列。該會之委員全由衛生署長提名，未有審核機制，成員身分未對外公開(最近一屆名單提供到民國 90 年為止)，議程也不公布(最近一次公布乃到民國 91 年為止，而且是非常簡陋之會議記錄)。因此，費協會主導分配規劃四千五百億預算，幾乎毫無外界的監督審議

機制。

2. 費協會的成員之中，消費者及納保人代表太少，其代表性仍宜再提高：在二十七席的費協會委員之中，雖有八席「付費者代表」，但其中五位來自中華民國工業總會、商業總會、工商協進會，及中華民國全國總工會。這些工商業界代表，是否很在意健保費的使用，是否與多數民眾利害相關，難以確知。而其他三名，為農會、漁會代表，及「消費者代表」。前二者通常無醫療法律背景，對費協會運作議事少有監督效果。「消費者代表」又頗有語焉不詳之嫌；就算是專門的消費者保障團體代表，在醫界代表數目的比較下，也頗有孤掌難鳴之感。

3. 費協會對於健保預算編列，尤其是專款專用項目數額，常常缺乏具體論證，並造成健保支出膨脹：為了避免健保支出膨脹，我國健保支出已經採用總額支付制度。但在固定的總額之外，卻還有專用款項，不在總額內點數計算之內。費協會數年來經常增加專用款項，迴避總額支付制度之限制，並造成健保支出膨脹，甚至造成赤字，需要政府預算加以補貼等不利後果。

4. 費協會臨時提案、遲給議程，使有非醫界代表難以妥善

監督：費協會委員通常偏向對醫界友善，而且費協會中主持會議流程者，往往遲給議程，或是利用臨時動議的方式提出預算修改方案，讓有意監督的委員無法事先研究調查資料，對於費協會討論決議的品質甚為不利。

第三項 我國全民健保醫療給付費用總額設定因素

總額設定主要考量因素衛生署規劃之總額支付制度，係以保險對象需求殊向做整體考量，亦即將人口的增加與老化、醫療服務成本的變動、新增給付項目（包含新醫療科技）、品質提升及整體經濟等因素都納入考量，各主要因素如下：

(一) 非協商因素：

1. 自然成長率：反映投保人口年齡性別結構改變對醫療費用之影響。

2. 醫療服務成本指數改變率：反映醫療服務之機會成本。

各項成本指數依照其執業成本占率加權平均計算：

(1) 人事成本按非農業受雇人口薪資指數改變率

(2) 藥品、藥材及耗材按躉售物價指數改變率

(3) 營業費用按相關消費者物價指數改變率計算

(二) 協商因素：

1. 保險給付範圍或支付項目的改變：於新年度預期新增給付範圍或支付項目的改變（如高科技及新藥等），對醫療費用的影響。

2. 醫療品質與保險對象健康狀況提升：為鼓勵提升醫療服務品質或促進民眾健康而允許增加費用的幅度。

3. 其他服務利用及密集度的改變：因為自然成長率（保險對象人數及其人口結構的改變）已反映部分保險對象對醫利用及密集度的改變，故此處採用「其他」醫療利用及密集度改變造成的影響。其可考慮項目如下：(1) 醫療資源缺乏地區因醫療資源增加後，該地區保險對象利用率或服務密集度的提升。(2) 反映因醫療科技、診療型態或對醫型態的改變，對醫療費用的影響。(3) 疾病發生率的改變對醫療費用的影響。

4. 醫療服務效率的提昇：因健保支付制度的改變，造成醫療服務效率的提升，進而影響醫療費用。

5. 其他預期的法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響，如：鼓勵提升預防保健服務執行率、鼓勵基層醫療提升慢

性病人照護、鼓勵交付慢性病連續處方箋、支付制度改隋誘因等。

6. 其他經費協會委員提案交付委員會議討論事項。

(三)付費者意願及民眾負擔能力：參考經濟成長率、保險費收入成長率、失業率等總體經濟指標。

(四)非預期的法令或政策改變因素：在費協會完成協定後，若因新法令或政策改變等（含增減給付項目），影響醫療費用達一定程度，則可經由費協會協議，檢討應否增減醫療給付費用總額。

依施行之二代健保制度，在為了擴大社會多元化參與健保政策的努力上，業已成立健保會，試圖在統一保險收支事權後，得以在醫療給付費用總額之協議分配、保險費率審核及保險給付範圍的增減等政策制定上能更符合民主的原則；惟在過去監理會與費協會的參與代表係以職業團體為主，使成員之組成欠缺代表性與課責性¹⁰⁴。

¹⁰⁴黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012年初版二刷，頁438。

第四項 支付制度對醫師執業及病患權益之影響

目前我國健保制度的傾斜造成同一醫師於不同層級對待卻不同，醫師換了醫院層級，其專業與醫師執照、專科醫師證書並未因此消失，惟在現行健保支付中卻遭受拒絕支付或支付打折，造成地區醫院醫師人才聘任之困擾。¹⁰⁵

現行健保給付制度的不均問題，使許多醫院政策及臨床醫師以增加門診與住院病人數量、高科技檢查，來補助付費的不足，以致臨床醫學缺乏真正典範，且部分科系可花費很短的時間看診，造就高收入且優質的生活品質，以致於醫學生選擇科系偏重醫療風險較低、值班較少、工時較短、生活品質較佳的時刻，造成醫療主力的內、外、婦、兒科淪為四大皆空的醫療窘境¹⁰⁶；根據衛生署統計，2001年至2009年間關於內外科核定接受專科醫師的人數和實際取得專業證書人數正逐年遞減中，

¹⁰⁵黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012年初版二刷，頁298-299。

¹⁰⁶黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012年初版二刷，頁392。

平均每年內科減少 24%、外科短缺了 38%；全台三百六十八個鄉鎮中，其中有一百五十九個鄉鎮(43%)沒有婦產科醫師，全台更僅存約八百名醫師還在執業接生；小兒科醫師的人數也正以每年 29%的速度持續萎縮中¹⁰⁷，不只兒科專科醫師平均年齡開始高齡化外，全台有一百三十二個鄉鎮沒有小兒科專科醫師可以照護我們的下一代。另根據台灣急診醫學會指出，目前全台僅有 800 多位具急診專科執照的醫師還站在第一線搶救危急的病患，但事實上台灣至少需要 2000 名醫師才夠用。

事實上，若自全民健保醫療費用之補助來觀察，2011 年至 2009 年間，小兒科的醫療點數佔整體健保醫療費用點數比率介於 4.31-6.13 間、婦產科介於 3.55%-4.94%間，相較於其他呼吸器或洗腎等費用支出的病患占全台人口 0.2%，卻用掉 10%的健保資源，而婦產科及兒科的費用佔率僅有 4.31%與 3.55%，其中婦產科的費用佔率甚至還自 199 年的 6.22%降至 2009 年的 3.55%，

¹⁰⁷ 張曉卉，台灣醫療大崩壞，康健雜誌，2012 年 7 月，164 期，頁 151。

健保給付之不公可見一斑¹⁰⁸。故甚而連醫美均成為今下熱門的工作，皮膚科成為所有醫學院應屆畢業生擠著想要進入的科別，主要在於皮膚科相較於內外婦兒等科別所可能產生的醫療風險，較不易引起醫療糾紛外，市場正夯以致於獲利高更是醫師首要選項的主要原因¹⁰⁹。

按台灣於健保制度實施前，關於醫師的服務費用向來是依其所付出的技術高低及市場上醫療服務的供需關係計算，再向病患收取價金，此係一統整性的費用，包括診察費、手術費、掛號費、藥事服務費及藥品費等；且費用多寡並無一定之標準，即使早期於政府開辦勞工保險及公務人員保險時，保險機構支付醫療費用亦係以不同之醫療服務水準而與個別醫療院所洽定支付方式；即使勞工保險局於1990年開始與所有合約醫療院所協商訂定勞工保險費用支付標準表以統一支付醫療費用，但在當時醫界仍允許醫師於夜間另行開業，且病患亦習慣另行向醫

¹⁰⁸黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012年初版二刷，頁298-299。

¹⁰⁹張曉卉，台灣醫療大崩壞，康健雜誌，2012年7月，164期，頁151-152。

師提供禮品及額外的謝酬下，醫師在保險給付之醫療費及手術費即使偏低，整體收入仍影響不大；惟現今因各項法令之規範致使醫師不得於夜間自行開業或向病患收取額外之報酬後下，因此在 1995 年健保制度開辦後，多沿用自公、勞保制度之全民健康保險醫療費用支付標準在不同時空背景的今天，則診察費、處置費及手術費偏低的情況下則使醫師服務費用支付失衡的問題更加突顯¹¹⁰。由於健保給付的計費方式並未合理考量醫師執業的難度與風險以及看不見的醫師內隱價值，尤其主要專科通常又因疾病難度高、風險自然隨之升高¹¹¹，惟報酬並未跟著診治行為的風險而等比例增加，亦即 4000 多項給付項目中，難度高、風險高的醫療，應加重給付，至於難度低、風險低的醫療應減少給付；當健保制度對不同科別的門診採取平頭式給付，「皮膚科和外科複雜度不同，門診給付卻一樣」「攸關性命的插

¹¹⁰黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，台北醫學大學/五南圖書，2012 年初版二刷，頁 489-490。

¹¹¹ 范榮靖，連臺大醫院都撐不住，台灣病人怎麼辦？遠見雜誌，2012 年 7 月，第 313 期，頁 162-163。

管急救，給付只有 464 點，相當一場電影加爆米花的錢」¹¹²。為解決此一問題，健保主管機關除了希望調整專科醫師之容額與分配、強化所有醫學系畢業生具備內外婦兒四科與急診診療能力(規定於畢業後一般醫學訓練，必須分別接受 1 至 5 個月之該科訓練)，增加偏遠地區醫院資源分配(獎勵位於醫療資源不足地區之醫院，發展產科和兒科特殊照護中心)，乃至依法定程序爭取提高健保總額用於挹注五大科之給付、醫師刑事責任合理化之推動，讓照護重症患者的醫師，能在安心的環境和合理的支付下，增進其投入五大科的意願外¹¹³，也隨著健保法的修正，將「健保監理會」與「健保費用協定會」兩會合一，成立「全民健康保險會」(以下簡稱健保會)，由委員共同審議健保費率、給付範圍，以期由專業審查下能確實對醫師執業的給付更趨實際之情況所需。

事實上，健保局表示，近年來已逐漸調高各項給付，2004

¹¹² 黃漢華，醫生為何喊救命 1 〉健保分配正義，遠見雜誌，2012 年 7 月，第 313 期，頁 180。

¹¹³ 行政院衛生署中央健康保險局，二代健保說帖，
http://www.nhi.gov.tw/Nhi2/OfficialNotice.aspx?menu=22&menu_id=716，最後瀏覽日期：2013.04.01

年至 2006 年間調高了 2000 項支付標準，2007 年健保又增加了腹腔、胸腔內視鏡手術給付等 33 項共 2.9 億元，2008 年又調高腎、心、肝、肺等器官的移植費用，是過去的二至三倍，而由於外、婦、兒科醫師不足，2011 年又提高診察費，比率達 17%，增加支出 14 億元。而 2011 年 8 月健保局也對 4000 多項給付項目展開總體檢，邀集 37 個醫學會，由醫學會自行選擇給付參考項目，並依據「資源耗相對值」進行評量，並考慮於 2014 年前再次調整給付點數，未來以醫師每分鐘的薪資作為計算單位，以致於急重症給付會提高，而電腦斷層、電腦核磁共振、X 光等機器操作與五官科的給付也將調降¹¹⁴。

雖我國全民健康保險法第 5 條規定：「本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：一、保險費率之審議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。健保會為前項之審議或協議訂定，

¹¹⁴ 黃漢華，醫生為何喊救命 1) 健保分配正義，遠見雜誌，2012 年 7 月，第 313 期，頁 180-181。

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，併案審議或協議訂定。健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。」惟目前的三十五名成員中，僅由兩名醫師屬於醫事服務提供者之代表，而其又非屬外、婦、兒科醫學會之會員¹¹⁵，如訪談代表所表示「其餘之醫事服

¹¹⁵ 邱宜君，健保會名單惹議 立委：衛署長是幫兇，自由時報電子報，摘錄自
<http://www.libertytimes.com.tw/2013/new/jan/22/today-life19.htm> 最後瀏覽日期 2014.6.19

務提供者之代表是幫大醫院、財團管理者發言的，雖然叫醫院協會代表 4 位(資方)，但不是醫護人員，不能為真正基層醫療服務提供者代表意見。」事實上，當健保制度自論量計酬的支付制度改為總額支付制度之際，則在醫療資源設有上限、財務支出得以控制的前提下，亦即表示醫療資源有限應如何配置的問題亦隨之發生。按在一個健康系統中，政策必須決定醫療資源在不同部門或民眾團體之間應對資源配置(priority setting)或配給(rationing)作如何之順序安排；所謂配給係指在有限的預算額度前提下，由醫療專業者提供服務時，所產生何人可以得到何種資源之個體決策，至於醫療的資源配置選擇，則可被視為係一種醫療決定正當性的問題，亦即其問題核心即是何人有權在何種理由下作出對於個人或是醫生及醫療機構可決定之限制¹¹⁶。事實上，就統計資料來看，過去十年台灣健保總支出幾乎每年成長 3%到 4%，2002 年的總支出是 3602 億元，到 2012 年已成

¹¹⁶ 陳敦源、陳麗光、黃東益、呂佳瑩，公共行政研究中之正義制度的設計與執行：以全民健保資源配置機制為例，2008 全國公共行政系所聯合會年會(TASSPA)，2008 年 5 月，頁 15。

長到 5296 億元，其中關於健保總額給付醫院的金額的成長總幅度甚至高於 4%，2002 年健保局給付醫院的總金額是 2322 億元，到 2012 年的總金額已高達 3555 億元¹¹⁷，在醫療院所所收到的健保費用越來越高，其中包含應支付給醫師的診療費用等理應隨之增加，但若我們加以深思，可能會發現健保制度中醫療院所為了維持財務平衡甚或達到盈餘的目標下，透過多重的成本控制而壓縮了基層醫療人員的人事與勞務成本，當犧牲基層醫療人員的勞動成本下造成健保給付與工資剝削、職災保障低、工時過長，甚至出現了科別人力失衡的現象¹¹⁸；則當因醫院採取自主管理，是否資源擴張的同時確實加惠到醫師或其他的護理人員等，即是值得探討的問題。

¹¹⁷ 黃漢華，醫生為何喊救命 4 〉醫療「軍備」競賽，遠見雜誌，2012 年 7 月，第 313 期，頁 196。

¹¹⁸ 蔡秀男，沒有醫療人權，哪來的病人安全，醫療崩壞！沒有醫生救命的時代，貓頭鷹，2012 年 9 月，頁 50。

第三節 有參與健保總額預算會議經驗者之 訪談分析

第一項 訪談對象、時間及訪談目的

雖然一代、二代健保議題媒體報導沸沸揚揚，但是社會大眾還是很難理解，我國健保資源分配的決議程序實際上是如何運作，實務上到底有那些問題。本研究為深入了解其實務狀況，故邀請具有參與健保總額預算會議經驗的醫界前輩，參與本論文研究的訪談。為保護隱私，不揭露受訪者姓名。受訪者曾任高雄縣衛生局局長、社團法人高雄縣醫師公會榮譽理事長、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事。行政經驗豐富，待人謙沖和睦，處事幹練果決。任內對公會會務之電子化，組織之強化，財務之透明化，有煥然一新之變革。曾親身參與總額預算討論會議。最後採訪日期 2013.06.15。

第二項 訪談問題及訪談內容記錄

(1) 訪談問題:請問委員您參加過的費協會議，協商時大概是怎麼樣的一個狀況，一般民眾和醫師的立場為

什麼常常不能達到共識?

答: 醫療給付項目本身就是極具專業性質的案件，因此，不論是討論階段的各醫事團體代表所發表的相關論述抑或最後決策，不只是進行討論的與會委員需要清楚掌握資訊，更應該公開給社會大眾去進行了解，唯有憑藉著透明運作的原則，才能讓委員會的所作所為接受檢驗。目前協議會議的運作，不論是內部或者是外部的公開性都仍嫌不足。在委員會內部，部分委員指出總體的臨床資料取得不易，難以收集用以支持討論議案的證據，讓議案的訴求方向失去了有效支持。在缺乏數據支持的情況下，即便面對不合理的訴求也較難提出反駁的論述，僅能透過協商來尋求其他委員認同。現在健保資料庫太大，有些資料沒辦法弄到還是需要拜託健保局來找，所以健保局不只是獨賣，有些資訊我們還是需要跟他們拿。如果資訊很公開很透明、資料又很多，那我們要談就可以去分析資料。但是現在健保局就是想做什麼就丟什麼資料，我們又抓不到其他資料，你要拿什麼跟人家談。像我們討論這個藥品，他說這個一年花多少千萬，但是實際上卻可能花了幾億。健保局資料拿出來我們也無法檢證這資料的正確所以他故意拿

局部給你看，忽略全貌，除非你很宏觀地看這個不夠拿其他的來補。那都亂講，他會跟你說怎麼算，但是一聽就知道邏輯怪，他要過就是要這樣。協商是一個沒有辦法中的辦法，畢竟不是每項調整都提得出證據支持，不過當協商缺乏佐證的依據時，會議的進行就流於討價還價的形式。這使得講求理性與證據的決策過程，變成了多方利益互相拉扯角力的戲碼。

(2) 訪談問題:為什麼總是覺得醫師公會的人所發表的意見，跟我們第一線醫療人員的心聲和想法不符合? 他們到底是替誰講話、發表意見?

答: 雖現今關於健保會的架構下，代表的來源除了醫事團體外，尚包括了農漁會代表、工會代表及工商團體代表等，被保險人(各工會代表)表達意見也不能代表一般民眾的意見。因為工會代表也是替財團發聲的。如果要調漲保費。工會亦是阻擋因為他們也代表資方。因為公司需幫員工部份負擔健保。所以也不能代表一般民眾的真正意見...」 「就算表達意見了。會議採用共識決。沒共識就不會通過。所以只要資方(隱身在醫事服務代表方，或隱身在工會。代表的都是財團的資方)真正一般看病民眾心聲。第一線醫療服務人員心聲無法表達」。因此此一制度看

來，或許有人會詬病其源頭乃係因為健保局是我國醫療市場的單一買家，無法對醫療院所加以選擇，但是至少政府收多少保費就支出多少費用，一旦仿效美國採行自由市場保險，則財團化會更嚴重，對醫療品質和醫生護士和病人不見得好。因為病人繳的不見得就能回饋給醫療院所及醫療服務提供者，醫療勞動者自主性更少了。

(3) 訪談問題:為什麼費協會會議內容不能公開給社會民眾呢?

答:覺得這個很難耶。尤其是當你這個代表，代表這個機構或是這個地區，你就很難讓步，如果你讓步，回去就被罵，你代表醫師公會出席，那你沒有代表醫師說話，那回去就不被諒解。對於外部成員而言，目前僅能得知協議會議的決策結果，無法了解會議過程與委員發言狀況，也缺乏針對最後決策結果的具體說明。此外，頻傳與會委員出賣團體利益的情況，各團體難以得知其代表是否有為團體極力爭取權益，這導致越來越多公開會議過程的訴求產生，不過也有持反對立場的看法。公告理由跟結果比較好，因為裡面講什麼話如果都公開，那他們就更不敢講，你公佈越多，開會要達到結論就更難了，因為大

家都堅守立場，我講的話大家都知道，就更不敢妥協了。所以如果這樣，那就要有一個機制要投票，那大家發表意見完就秘密投票，代表就說你看我發表都是反對的，可是大家都贊成。這種會議決策過程要做到公開性，最後一定會有一個關鍵點不能公開，才能達到效果。

(4) 訪談問題:請問參加會議的人每個人都可以投票發表意見嗎?還是有的代表只坐在那裏聽和發表意見，不能投票嗎?

答:以會議來說，其實這個人數已經不太好開了，因為人數太多。會議要進行，單位要有多少代表不是太大的重點，要談之前如果能有共識那會比較容易談。我覺得這個組成代表這麼多，是有點浪費時間，有些議案跟我們沒有關聯，我認為這應該要區隔，因為去聽人家吵架沒什麼意思。所以我認為這邊應該要真的解決有涉及部門間的問題或是涉及民眾的問題，不然整個運作應該要簡化。名額比例結構懸殊，少數醫事服務團體難被重視。會議進行方式採取合議制共識決，而非一般的舉手表決，委員都有機會可以表達自己的觀點與建議，但是只要有一个人不同意就不能通過。缺乏獨立代表的團體或是利益明顯

互相衝突的醫事團體，當代表人數處在這樣一個比例相差懸殊的情況時，其觀點與建議也就不容易被聽見。像我認為醫療給付協議會議若要有效運作的話，成員的代表性是很重要的，因為有些沒有代表的弱勢科別，就永遠被排擠。我覺得這是結構上最大的問題。像復健、精神科，這些在西醫裡面都是比較新興的科別，…，那他們的代表也無法在給付協議會議裡面發聲。另外，還有部門之間的代表人數也應該要平衡。

(5) 訪談問題:消費者代表是怎麼產生的呢？

答: 付費者代表不應只是魁儡，醫療給付協議會議依法設立，法源上並未規定該會議須有消費者代表，但會議設置要點規定會議委員中需有一位費協會委員作為代表，而這個名額通常也就由費協會的付費者代表出席。但這樣的做法只是徒具形式，無法真正替廣大的付費者團體發聲。付費者代表這邊是需要考量的，因為目前消費者代表幾乎是由健保局自己去挑選幾個比較大的公會，請他們派代表，並不是由民眾自己由下而上地推派選舉出代表，所以其實這個代表性是有很大的問題。付費者代表的選擇並沒有說清楚，以前就有聽過不同黨執政就會有不同的代表，民間工會團體那麼多個，你到底要派哪一個。像協

議會議本身也有消費者代表，但是他們對於這方面不是這麼了解的情況之下，也很難發言，這樣很難去爭取他們的權益。以前有些工會代表很懂，但是因為派出來的人不一樣。其實我覺得那些幕僚也很重要，既然沒有條文化就要把過去的慣例跟經驗跟新的代表說一下，就是醫管處的幕僚應該要去先做溝通。

(6) 訪談問題:費協會的決議是大家做成決定就算了嗎?可以更改決議的內容嗎?

答: 在召開醫療給付協議會議之前，須先經過前置會議，包括：全民健康保險執行委員會、總額支付委員會等程序，藉此些凝結共識，並提供管道來給醫師、學者。在會議進行中任由代表提出修改意見，對此，部分代表相當不滿。是不是所有協議代表就一定可以在那邊提案？這個提案權我也挺懷疑的，這應該要有一定的設計。理論上，因為你是團體代表，除非團體有提案權，或是一些議事程序的問題，否則不應該有提案權。現在已經切割開這麼多的部門，有意見其實也應該有那麼多的出處，健保局當然也應該要守這個提案的權利，我覺得這個程序是沒有做好的。提案權未受規定，會議中代表提出修改意見，這讓部分代表認為這樣的作法不尊重支付委員會的決議，修改

既定議案，應該要協訂出一套提案權的運作原則，否則等同於枉顧總額支付委員會與執行委員會的意見。我覺得應該要加一些運作原則，什麼是可以談的，什麼是不能談的。什麼是單純報告？什麼又是需要調整的？像現在支付委員會的決議，你應該要在特定條件下才可以修訂決議，而不是在會議上要改就改。他應該要訂會議規則，比方說這些東西我今天是要報告，除非有上述幾個表列事項，你才可以提出擱置或是退回該決議，而被擱置或是反對的一方，也應該要有救濟的途徑，但不是由該委員會來救濟。提供一個上訴機制用以修正過去決策的不合時宜，是委員會維持良好運作的重要關鍵。而此機制不僅應擁有完整的程序規定，更應該同時開放給委員會內外的委員去提出不同的意見，倘若上訴程序無法法規化、制度化，僅是任由委員或主席去自由裁定，這就無法達到客觀、公正的要求，而上述二點都是現今醫療給付協議會議所應亟需改進之處。

(7) 訪談問題:會議的結論一定會實際去執行嗎?

答: 架構中的執行力，意指必須透過自願性或公權力的程序性管制行為，來促使公開性、相關性與決策修正機會等要件的達成。為了檢視協議會議的執行力，必須要回歸制度設計面來

探討。協議會議的主管機關為衛生署，由健保局醫務管理處定期召開，並且向衛生署報告決議事項。協議會議有 35 個委員，委員均為無給職，沒有任何幕僚。關於協議會議的相關行政事項，「是醫管處來處理，因為他這個會議沒有幕僚。是由一個人來收集議案，提案當然是由別人提，其他還有籌備會議，發通知、聯繫代表開會」他就是個專業委員會，處理這方面（指健保醫療給付範圍）的問題，委員在此達成共識，然後呈報衛生署公布實施，或者該說負責執行的部份，不在他這個單位裡面，而是在其他地方，像衛生署、健保局…。協議會議沒有「政策工具」來確保其決策能被推動，甚至也沒有最終決定權，因為會議議案的最終決議須呈報衛生署核准，核准後則由衛生署或健保局來處理執行的部份；若協議會議遇有無法獲得共識的議案，則會將雙方意見送交衛生署來裁定，由此可見，給付協議會議雖有各界利益團體代表齊聚協商，但最後仍要聽命於衛生署。因為健保局也是要執行署的政策，所以主席最後就會說把健保局的案子跟大家的意見一起呈報上去，但是這樣最後通常還是署去決定。…，如果這是政策，主席就會把健保局跟委員的意見都上呈，但是通常我看幾次都是署決定就決定了，這

有時候會做某種程度的調整，但是大方向是不太能動的。西醫部門常常跟健保局吵架，吵完就報衛生署裁定，現在給付協議會議常會出現內部無法達成共識，這種情況已經發生很多次了。我認為如果事事都要報衛生署決定，那給付協議會議不就是名存實亡了。給付協議會議雖採取委員會治理的模式來運作，但是許多決策權仍握在衛生署的手裡，把協議會議視為匯整各界利益團體意見的委員會似乎較為適當。就執力方面而言，協議會議本身其實不具任何具備執行決策的權力，若要討論執行的權力則必須要放大到衛生署與健保局整個健保體系來討論，而健保局幾乎可視為是協議會議的雙手，專門執行其相關決議。

第三項 訪談資料整理

本文透過深度訪談。訪談結果顯示，目前的醫療給付協議會議在成員代表性、公開性、決策修正與上訴程序以及會議決策執行等方面仍有改善空間。

(一)公開性不足

透明化的運作是達到課責目的的重要關鍵，在協議過程中，保護委員發言空間是必要的行為，類似國會所使用的延後公開制度也是保護發言委員的一項方法。公佈會議過程事關重大，

或許現有證據與論述尚嫌不足，暫難下定論；但對於用以作成決策的證據與論述，則應該盡量做到透明公開的處理，並透過民眾審慎思辨的對話討論，使其能檢驗決策、明白制訂決策的理由與論述，並且進而接受決策結果，如此才是增加委員會決策之合理性與正當性的正當手段。

(二)與會代表之相關性問題

監理會、費協會、健保會各團體代表組成人數及比例，見下圖所示：



圖 6 監理會成員比例 本研究作者自行整理

(共 29 人:雇主 5，被保險人 6，醫代表 5，政府 7，專家 6)

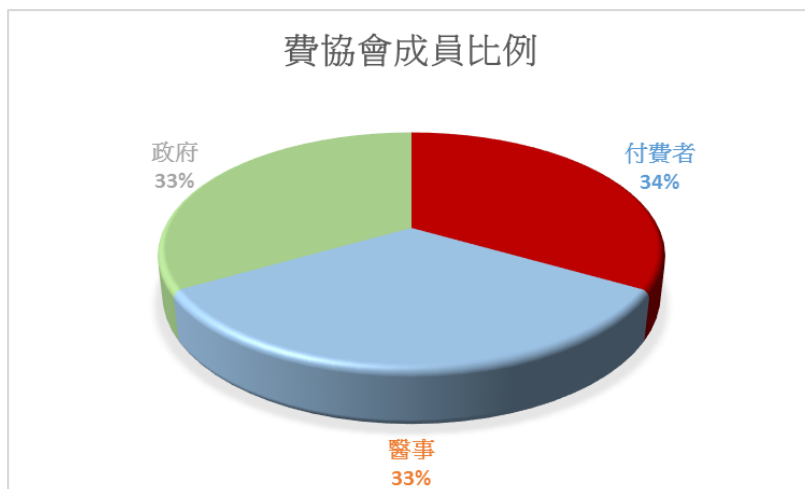


圖 7 費協會成員比例 本研究作者自行整理
(共 27 人:付費者 9，醫代表 9，政府 9)

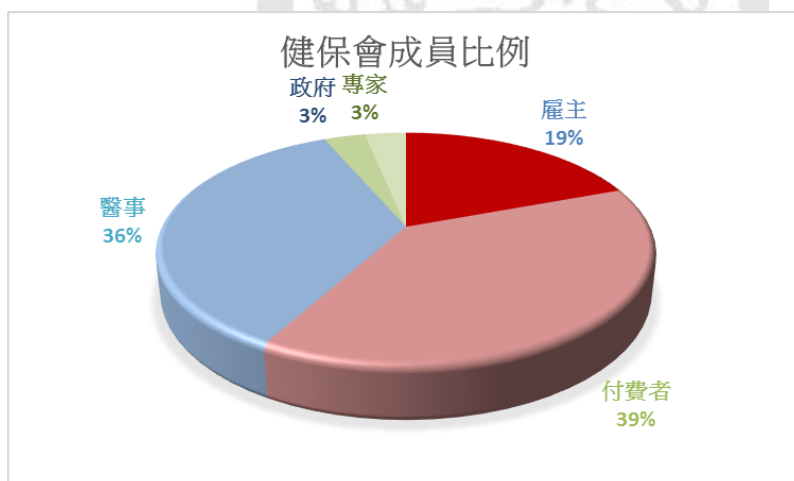


圖 8 健保會成員比例 本研究作者自行整理
(共 35 人:雇主 6，付費者 12，醫代表 11，政府 1，專家 1)

協議會議委員人數過多，不易取得共識。目前健保會委員共有 35 名，會議採取合議制，避免多數決制度扼殺少數團體的權益；但部分代表對這樣的運作方式仍表不滿，認為合議制

不僅沒有保護到少數團體的權益，更讓會議運作複雜費時，會議運作應更簡化。操作議題的問法，就能改變決議結果，例如問「增加費率好不好？」如果有一個人反對，則決議結果為不增加費率。如果換另外的問法或許結果就會不一樣了，例如議題改問「不增加費率好不好？」如果有人反對，則決議結果為增加費率。所以此種表決方式，有陷阱所在。醫療給付協議會議的委員組成是決定醫療給付項目通過與否的重要關鍵，可將協議會議歸類為利益團體代表類型委員會，亦即透過各利害相關人來組成委員會並且進行協調。但是現存的委員名額仍存在過去以「執行」為主的行政思維，僅透過選派的方式參與會議，輕忽付費者團體利益的情況。此外，若將委員會視為吸納利益團體參與協商的主體，委員組成的結構也應該要能廣納各利害關係人前往代表其利益，雖採取合議制，但寡不敵眾的情況仍時有所聞，結構更應進行調整以達到制衡的效果。

(三)決策修正機會機制不足

過去的決策可能因為在時空環境、科學技術、風俗文化不斷演進的情況下，變得不適應而需要進行修正，委員會的運作理應提供一個具明確規範的上訴機制以供各界反映意見，並檢

視過去決策是否合乎現今環境需求。協議會議並未提供一般付費者針對過去決策進行申訴的上訴機制，若對過去的決策或是現今的給付標準存有異議，也僅能透過健保局網站來表達意見，但以此網站僅做為傳達意見的媒介，不僅難以得知所提議題的處理進度，更難匯集付費者的集體意願與想法，無法達到與總體付費者互動溝通的情況。

(四)執行力問題

協議會議缺乏執行力，必須仰賴健保局與衛生醫療相關單位的協助。健保局醫管處負責協議會議的會議紀錄公開、會議資料的整理，而這都攸關決策過程之公開性與相關性的改善，以目前的情況看來，會議資料的整理與送達速度都還有改善的空間、健保資料庫的資料也可以有限度地開放給所需單位進行分析。另外，上訴機制則有賴協議會議委員與相關單位共同磋商討論，以建構一個更趨完備的決策修正制度。¹¹⁹

¹¹⁹黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，五南，2012年1月，頁387-389。

第四項 小結

本文透過訪談，探討影響全民健保資源配置甚鉅的醫療給付協議會議。研究結果顯示，目前的醫療給付協議會議仍有改善空間，在委員代表性的部分，目前委員組成以醫事服務團體與政府代表為主，缺乏保險付費者與其他利害相關人參與其中，資訊揭露不足，缺乏資訊公開管道，造成決策委員與一般付費者之間的資訊不對稱情形相當嚴重；未提供制式化的決策修正與上訴程序，且未有完整法規以規範協議會議相關運作，缺乏明確的指引與法源依據以強制執行相關決策。過去主要用以評估醫療資源優先配置的決策，而處理這些決策的主體也幾乎採用委員會決策制度，因此越來越多的研究將其評估對象逐步擴展到決策體系與採行委員會決策制度的組織。將評估焦點置於公開性、相關性、決策修正機會與執行力，除了提供不同於以往的評估視野，作為規範指標以引導未來委員會進一步改善現況；更能藉此滿足程序正義的要求，提升決策結果的合理性與正當性。評估是一種催化劑，用以開始並且維持對於委員會績效的注意力，以刺激其自我反應，並且在改革的時間表上留下

軌跡。透過來自各種觀點不斷地 進行評估，將可逐步改善委員會的運作現況。



第五章 從羅爾斯正義原則對健保支付制度 之檢視與啟示

羅爾斯正義論就是要檢驗資源分配是否有依照公平的程序進行分配才叫正義。而要達到公平的程序就要這個程序遵守正義原則且有優先順序，以下照優先的順序來檢視我們的總額支付程序是否有符合。

第一節 羅爾斯平等自由原則之檢視

依自由平等原則去檢視，就是不可以限制每個人表達意見的自由，一人一票，每票均等，每個人都有發表意見的權利。

A) 由目前所採用的『共識決』的方式就已經違反最基本的自由平等原則。『共識決』雖然沒有限制人不能自由地表達意見，但是並不是靠一人一票的『多數決』的精神來充分表示意見，而是只要有一票反對就不通過，所以每一票並不是平等的，可以一票獨大，力抗群雄。

B) 與此分配利益相關的人都可以不受限制表述意見，表示該來表示意見的人應該要讓他來舉手，但是依目前組織，『真正

的代表』卻沒來：

a) 付錢的民眾並不是由工會就可以代表付費者的心聲，因為我國工會大多是受老闆階級管理所託，勞動階級的代表付錢民眾關心的雖然包含繳出去的錢多寡也包含對品質的期待與要求，但是工會有時不能代表社會勞動者的心聲¹²⁰，且站在僱主的一方，只要不漲價就好了，因為調漲保費，僱主要付出更多的錢，打著民眾的大旗不管品質，只要不漲就好，實質上很難代表到付費者民眾品質要求的心聲。

b) 付出勞務給付的第一線醫療勞動服務者並不是由醫院財團法人派來的代表和醫院管理階層派來的代表就可以放在醫事服務提供者那一組，這裡面第一線人員也是在乎品質的。管理階層及財團法人並不能代表提供服務的一方的心聲和意見，有時甚至是意見相左的，只在乎先把總額拿下，回去再從第一線醫護人員身上扣，這些總額到底是花到哪，這些財團並沒有揭

¹²⁰護理公會全聯會到底是勞方代表還是資方打手？摘錄自

<https://zh-tw.facebook.com/TMAL119/posts/469918599806220> 最後瀏覽日期 2014.6.17

露。

第二節 羅爾斯機會均等原則之檢視

機會均等原則:不能讓特定人一直處於不利狀態，限制他不能站在有利狀態，由目前議事席次的比例可看出:醫療服務提供者一方票數永遠比較少，而且要爭取更動應有的權益提案，只要有付費者一人否決沒共識就不能夠通過，不能夠改變，且真正第一線醫療服務人員的代表能上去舉手的，只有一兩個。且提案和提供資料的人，和最後裁決的人，球員兼裁判都是健保局(現改制為衛生福利部)。

第三節 羅爾斯差異原則之檢視

醫療總額資源分配的結果要對最差階級有利(差異原則):這是比較特別需要討論的部分。本文認為分配議事制度的設計會造成最差階級成為沒有聲音的勞動方(包含一般民眾以及第一線醫護勞動者)。

a) 代表民眾舉手的是工會代表 台灣的工會通常是資方代表，只要能少繳健保費 不要造成僱主負擔成本加重，較不會顧

及醫療品質問題，而想到的是公司成本問題，公司是否能熟受如此保費的問題。

b) 代表第一線醫護勞動者，寥寥可數，代表醫院的一方，只是管理階層財團法人資方的意見為主，只要能拿到健保總額在從基層人員扣款罰錢。最差的階級(醫療勞動者及一般民眾)卻被媒體，還有這種議事制度搞得很像冤家路窄，對立嚴重，其實深入地瞭解，這整個談判桌上，可以舉手的階層竟是資方以及財團居多。最差的兩個階級還不知情的互為抵抗，互被犧牲，所以議事的結果不能再讓這最無聲最沒表決權的勞動團體，一直蒙受更大的不利。

第四節小結

綜上所述，目前我國醫療總額支付制度來分配我們龐大的醫療資源，有以下幾處是有缺失的：

1 缺乏資訊公開，所以參加開會的人也不能得到健保局的全面資料，這是一種資訊取得的機會不均等。

2 總額預算協商採合議制共識決，並沒有符合羅爾斯第一原則的平等自由原則，意見無法充分表達，容易操弄議題方向而

為表決結果之強迫。

3 付費者代表的決定並非由民眾選舉，而是由政府邀請參加，代表性不足，代表性不足即表示機會不均等，付費者無法真正有公平的機會參加意見的發表。醫療第一線服務勞動人員也通常沒辦法參加會議，也是有代表性不足的問題，加上席次比例設計，機會均等是美麗的神話而已。

4 利益受損的一方無申訴管道，此乃不符合差異原則的精神，差異原則要確保資源分配結果不得再侵害利益最差的階層，無申訴機制，無法抗衡不合公平正義的不斷侵害。

5 最後無共識時還是交由衛生署裁決，球員兼裁判，在基本的資源分配程序上，已嚴重背離羅爾斯公平正義原則的首要之務了，這樣等於大家的意見並沒有執行力，這一切會議只是參攷用，嚴重違反平等自由原則，這是最讓人不解的地方了。

第六章 結論

根據羅爾斯的見解，第一正義原則若欲落實於社會基本結構，大抵會經過四個階段；首先，該兩項正義原則會被同時被選取，至第二階段後，立約者將舉行立憲儀式，以決定該社會所欲採用之基本憲法與政治組織形式，至此由於立約者已對社會中自然資源的數量、經濟發展與政治文化等有所熟悉，故第一正義原則所保障之基本自由將能被確認而獲得保障，隨後即進入第三階段以進行各種法律規範之制定後，最後則是行政機關進行管理的階段。

多數先進國家於 1960 - 1980 年代間，為普及健康保險，各國對於醫療體系均採行擴充策略；加以醫療新科技的發達，昂貴醫療設備不斷地推陳出新，致使醫療費用支出快速成長，遂而紛紛採取費用控制措施，以抑制醫療費用的上漲。目前臺灣面臨著類似的挑戰，G7(始創國有 6 個，包括法國、美國、英國、西德、日本、義大利，其後加拿大於 1976 年加入，成為七國首腦高峰會議)國家以五十年時間來處理這些問題，但臺灣在短短的十幾年間都遇到了，所以需要有更快的改革步伐。經由 G7 國

家經驗和知識的學習，可幫助改革的促成。但在進行改革之際，臺灣必須面臨處理的課題，包括：兼顧公平與效率、以及在品質要求與醫療科技不斷引進下，我們是否真的能控制醫療保健支出？儘管臺灣醫療支出比率遠低於 G7 國家，但醫療費用支出卻也逐年增加，導致健保財務年年吃緊；因此，如何有效控制費用，仍是一項挑戰。我國全民健保相較於其他國家的發展，尚處於年輕的階段，而仍有改善的空間，先進國家的經驗值得引為借鏡，以有效控制成本，並提升醫療服務品質。全民健保的重要性，毋庸置疑，也毋庸贅述。假使臺灣未開辦全民健保制度，貧窮家庭因經濟問題而不敢就醫，既使不是窮人，一般家庭也會因重大醫療費用，而面臨到散盡家產的窘境。因此，「健保好，健保不能倒」不單是一句說說的口號，而是生活在臺灣的民眾共同的心聲。由於全民健保的開辦，建構出穩固的社會安全網，更對弱勢者提供了醫療照護的保障，此項重要的社會保險制度，不能因財務困難而崩解，必須永續經營。但全民健保也不能單靠一句「不能倒」的口號，就能永續經營，而是必須從教育向下紮根、國民要有衛教、社會形成共識、世代其擔責任等面向，凝聚全民的高度共識與正確觀念，並以具體行動，

共同努力永續經營。¹²¹

(一) 教育向下紮根

健保永續經營的概念應從教育開始著手，以形成牢不可破的理念與認知，進而逐漸內化實踐在個人的健康行為及觀念，並讓每個人對於全民健保制度的維繫，從小即負有一份責任與參與感，方能有效全面促使國人從小重視健康生活、建立正確就醫觀念、避免醫療浪費等，以控制醫療保健支出的成長，紓解健保的財務惡化，讓全民健保得以永續經營。

惟教育部在國民教育及其教科書針對「永續健保，人人有責」的觀念，欠缺整體連續、具體明確的有力論述，恐難以有效傳達與建立永續健保的理念與認知。在課程綱要部分，有關「永續健保，人人有責」的觀念，僅在健康與體育學習領域課程綱要的第七主題軸群體健康中納入相關內容，顯未如環保議題受到應有的重視。至於在課程內容部分，雖在國小高年級及國中一年級的課程中，提及目前全民健保的概況，學會合理並

¹²¹黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，五南，2012年1月，頁568-569。

有效的使用各種醫療方式、並辨別各種另類療法的優劣且介紹「健保 IC 卡」的功能、珍惜醫療資源、杜絕醫療浪費及查核醫療違規的努力，以及強調自助互助觀念、分擔風險的保險制度到分級醫療的好處和理念等」但仍屬技術層面的介紹，無法有效闡述「永續健保，人人有勳的觀念/遑論能夠促使學生將丁永，續健保，人人有責」落實日常生活之中，並進而影響到家庭與社區。

（二）國民要有衛教

全民健保係以增加國民健康為首要目標，除提升醫療服務品質，尤其是目前醫療服務型態，重視以「病患為中心」，儘量去滿足民眾的不同需求；民眾更需要衛教，才能自我照護，並擁有健康的生活與品質。況且臺灣社會轉型所衍生的健康問題，如癌症、人口老化、慢性疾病等，尤其是與健康行為有關的肥胖、高血脂症、糖尿病等問題，也嚴峻考驗我國醫療照護體系。如果醫療照護只是強調疾病的治療，而未能給予民眾適當的衛教，我國仍無法擺脫醫療費用持續上升的命運。當各種疾病與健康問題層出不窮時，民眾對全民健保仍有永無止境的醫療需求，健保永續經營將淪為空談。此外，本案在實地訪查時，不

論是在正式座談或私下互動的場合，參與人員均有一個共同感受，那就是伴隨著全民健保的實施，確實產生不少的醫療浪費情形，特別是民間所形容的三多（看病多，拿藥多，檢查多）更受到詬病。由於民眾就醫便利、醫療服務範圍廣、人口老化現象、部分民眾未經轉診即往大醫學中心就醫等，使得民眾看病多；且從相關數據顯示，全民健保實施後，民眾用藥及使用特殊昂貴醫療儀器檢驗確實有增加的趨勢。倘「三多」現象未加以節制，勢將排擠健保資源的使用，危及全民健保的永續經營。而「三多」現象之所以產生的核心根源，就是民眾缺乏醫療衛生常識；此除有賴醫界於病患看診時，適時進行相關衛教外，政府也應加強教育民眾正確醫療保健知識，以有效控制「三多」問題，俾使健保得以永續經營。¹²²

（三）社會需要形成共識

全民健保從開辦之初的 2 千多億元年度預算，到 100 年將超過 5 千億元，醫療費用倍增，健保財務堪慮！然而，「健保不

¹²² 同上註。

能倒、健保必須永續經營」是臺灣目前最基本且最重要的共識與任務。惟健保永續不僅僅是政府或醫事提供者的責任，更不可能單靠任何改革團體的監督即能做到；作為納保者的國民也有責任，並且家庭、媒體、輿論、民間、政府都要有「健保不能倒」的自覺與共識，進而倍加珍惜，並願共同維護、共同負責、共同承擔，健保才有可能得以永續。只有社會形成「全民健保、人人有責」的體認與共識，全民健保才有可能踏實地走上永續經營之路。

我國全民健保是一種強制性的社會保險，是為了提供全民平等就醫的權益，具有社會連帶的重要功能。而國人所能享有的服務及整個健保制度的運作，多仰賴保險費的收入，也就是除國家應給予特定人口群保險費（或給付）補助及行政費用之外，社會保險的保費收入應敷給付所需。但由於人口老化、疾病型態改變、醫療科技進步及醫療服務內容增加等因素，使得醫療費用的增加高於保險收入的成長。全民健保自開辦的第五年起，即已出現保費收入不敷保險給付的情況，甚至日趨嚴重，98 年度保險收支短絀高達 489 億餘元，且自 85 - 98 年度止，保費收入的增幅為 60.32%，保險給付的增幅卻高達 110.8%。當前

全民健保面臨嚴重的財務缺口，加以未來我國高齡化及少子女化現象將更為嚴重，尤其 65 歲以上老年人口所使用的健保資源，自 89 - 98 年增加 83.45%，較同期整體醫療費用點數的成長率 57.39% 超出許多，可預見的是，未來高齡化問題，勢必將造成健保沉重的財務壓力。政府及全民如未及早正視社會保險自給自足的觀念，體認全民健保應力求財務平衡，而仍然僅僅強調此時此刻被保險人的短視利益，將造成世代衝突：亦即這一代國民承擔保費過低，卻享有過多醫療服務的後果，要由下一代國民背負更為沉重的負擔。因此，全民健保永續經營不是只有這一代國民的責任，而是世代之間所必須共同承擔的責任。

衛生署及健保局應強力推動決策會議、醫院財報、品質資訊及健保違規四大透明，其中有關財報透明，更應包括六大公開，俾民眾得以有效參與監督健保實施 15 年以來，曾調整過兩次健保費率，每次調整前，都引起社會很多的討論，部分民眾及民意代表最常提出的質疑是健保局須先解決「醫療浪費」的問題才能調整費率；其中尤以「藥價黑洞」最被詬病，而醫界常被民眾指責為醫療浪費的始作俑者，再加上極少數害群之馬，有嚴重違規或浮報虛報並詐領健保情事發生時，媒體總是大幅

報導，甚至加以渲染，使民眾以為醫界違規乃司空見慣之事，並指責健保局稽核不力；至於健保支出從開辦時每年 2 千億元左右，到 98 年已逼近 5 千億元，其經費甚為龐大，但仍入不敷出，因此，民眾及醫界常質疑健保資源是否用在刀口上。另外，究竟係由何單位或何人依何種決策流程分配健保資源，也為外界關切；至於在健保支出不斷增加的同時，因國內許多醫院也不斷進行規模的擴張，使部分民眾認為醫院的營收頗佳，加上認為醫師是國內收入最高的職業之一的刻板印象，故對於部分醫療院所或醫師不斷主張經營困難，頗難理解。至於過去健保因財務短絀問題難解，使得各界關注的重點在於財務面的改革，醫療品質雖有提升但仍有進步空間，特別是隨著二代健保法修正通過後財務問題尚有 5 年的喘息時間，長期被忽略的醫療品質，在此期間勢必受到更大的關注。社會對於全民健保的討論，常與實情有所落差，主要原因在於健保資訊不夠透明，民眾不知道健保收入用到哪裡去，也不知道健保局如何處分違規的醫療院所，更不知道有哪些醫療品質資訊可作為選擇就醫處所的參考；當然對於醫院在健保總額預算制度下如何辛苦經營，並不知情。針對上述問題，財團法人臺灣醫療改革基金會曾提出

四項主張，包括：決策會議透明、醫院財報透明、品質資訊透明及健保違規透明等四大透明；上開主張，確可讓民眾獲得有關健保的正確資訊，使得未來的健保改革，能在一個具有理性辯論的基礎上，因此，確有強力推動四大透明的必要。然而，財務問題仍係健保永續經營的最核心問題，加上健保收入來源主要是民眾的健保費，健保成本主要用於醫療費用，是項費用相對而言即為醫療院所的主要收入來源。在民眾認為負擔太重的同時，醫療院所卻認為給付太少；究竟實情為何，只能仰賴醫院公布財務報表，使健保局能夠作為採行相關措施的參考依據，並讓民眾或相關團體進行有效監督，同時讓民眾和醫界及健保局，能夠在資訊完整的情況下，進行理性的對話。

為擴大社會多元化參與健保政策、衛生署應責成未來的健保會就重大政策議題規劃推動公民參與且健保局與衛生署也應對相關決策負起說明的義務，以落實二代健保法的規定我國全民健保的治理結構，是「人民主權」和「統合主義」原則的結合。人民主權原則下，以選舉機制為基礎的代議民主，實無法適切且有效反映民眾的偏好。另外，全民健保決策過程雖依循統合主義建立健保體制內的政策協商機制，包括健保監理會與

健保費協會的運作，惟長期參與的社會團體包括醫事團體及職業團體(勞工團體)，在目前自由結社、表達管道多元的環境下，面臨參與協商團體代表性及團體內代表是否有效的問題。而尚未於現行體制內參與健保事務的社會團體，包括大部分的社福團體與病友團體，不僅代表產生機制甚為缺乏，其參與能力也不足，更有部分團體堅持於體制外運作與監督。全民健保乃重大社會安全政策，其許多政策決定深深影響民眾權益，應規劃擴大社會團體參與管道，並朝向民眾平等參與而努力。

行政院二代健保規劃小組曾經就個別公民如何參與健保決策，進行如公民會議和審議式民調等參與模式的試驗。這些審議模式的公民參與，有以下幾個特質：

1. 包容與平等：參與的過程應該包含不同背景的公民，讓各種多元的聲音和主張都能夠呈現；所有參與者，大家的地位都平等，每個人的意見都應該受到尊重。

2. 資訊充分：參與的過程必須提供充分的資訊，讓參與者能夠明智地判斷各種論點。

3. 對話與溝通：參與者之間必須能夠進行對話，透過說理的過程，進行相互瞭解的溝通。

4。形成集體意見：以書面陳述共識結論、差異觀點、表決記錄，或以意見調查的方式，形成參與者對解決方案的集體意見。

行政院雖然提出「擴大社會多元化參與健保政策」作為二代健保的改革主張，但有關公民參與部分，二代健保法全文只有1條相關規定，即100年1月26日總統公布修正前第5條第3項：「健保會。。。。。於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，得辦理相關之公民參與活動。」此規定有若干不足之處。包括：針對何種議題，何時應該發動公民參與活動，缺乏強制性的規定，法律條文只是聊備一格的宣示意義；另公民參與活動的種類繁多，未必都具備上述的「平等與包容，資訊充分，對話與溝通，形成集體意見」的特質。為了建立具有知情的公共討論性質的公民參與，未來的健保會允應成立「公民參與小組」，由數名委員和熟悉公民參與的專家組成，就重大政策議題規劃推動公民參與；公民參與小組應就議題性質、政策目標與決策時機，選擇適當的公民參與模式，並監督執行過程；而健保會也應對公民參與的結論做討論與回應，健保局與衛生署也應對相關決策負起說明的義務，以落實二代健保法有

關公民參與的規定。¹²³



¹²³黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，五南，2012年1月，頁37-40。

參考文獻

一、中文部分

(一)專書

徐政雄，法治視野下的正義理論，洪葉，2005年2月

余桂霖，當代正義理論，秀威資訊，2010年6月

郭明政，社會保險之改革與展望，翰蘆，2006年

黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，五南，2012年1月

黃維民，衛生行政與健康保險，華杏，2010年05月

湯馬士·伯格著，顧肅、劉雪梅譯，羅爾斯與正義論，五南，2010年5月

蔡維音，全民健保財政基礎之法理研究，正典，2008年5月

羅紀琮，健康保險制度一日、德、法、荷的經驗與啟示，

巨流，2006年3月

藍忠孚，全民健保之評析與展望，財團法人國家衛生研究院，1998年6月

羅爾斯著，李少君、杜麗燕、張虹譯，正義論，桂冠，2003年11月

方瑞雯、白映俞...等/合著，醫療崩壞！沒有醫生救命的時代，貓頭鷹，2012年9月

黃煌雄、沈美真、劉興善，全民健保總體檢，五南，2012年1月

(二)期刊論文

石元康，從原初的境況到公正的社會——洛爾斯的契約論，全國律師，2003年1月

姚大志，從正義論到正義新論，全國律師，2003年1月

郭明政、林金龍、邵惠玲、黃淑英，二代健保支付制度、醫療院所的合理給付與醫療資源節約之相關法制，月旦法學，192期，2011年5月

李玉君，全民健康保險制度之回顧檢討與再造，月旦法學，
153 期，2008 年 2 月

李玉君，全民健保改革之理想與實踐若干問題之觀察與建
議，月旦法學，第 92 期，2003 年 1 月

李玉君，二代健保組織體制改革之評析，台灣大學法學論
叢，第 37 卷第 4 期，2008 年 12 月

李明濱，健保總額醫療費用成長之痛，台灣醫界雜誌，第
52 卷第 10 期，2009 年 10 月

李志宏，解讀全民健康保險法與 2010 年修正草案，臺灣法
學雜誌，2011 年 3 月

林志鴻、呂建德，社會團體對於全民健保政策參與管道與
能力之探討—以總額支付制度的運作為例，政大法學評論
第 76 期，1993 年 12 月

余桂霖，論羅爾斯的正義論，復興崗學報，55 期，1995 年
9 月

孫迺翔，憲法解釋與社會保險制度之建構，國立臺灣大學

法學論叢，2006 年 11 月，第 35 卷第 6 期

郭明政、朱澤民、黃世鑫、蔡維音、楊麗環，二代健保財務改革的合憲性探討，2011 年 4 月，191 期

蔡維音，二代健保保費費基改革方案之檢討，月旦法學，153 期，2008 年 3 月

蔡維音，全民健保之總額預算與卓越計畫支付制度，月旦法學教室，第 30 期，2004 年 8 月

吳全峰，健康照護資源分配之界限—兼論醫療科技發展下健康照護資源分配之變與不變，2009 科技發展與法律規範雙年刊，科學管制、學術研究自由與多元民主價值，—法學專書系列之 11

楊靜利，社會保險的意義與社會福利體系，臺灣社會福利學刊，2009 年 9 月

蔡茂寅，全民健保改革現行制度分析與檢討，月旦法學，2008 年 2 月，153 期

梁亞文、洪錦墩、李卓倫，歐洲各國總額支付制度之跨國

比較—以德國、英國與荷蘭為例，健康管理學刊，第三卷
第二期，2005 年 12 月

謝榮堂，社會法治國之分配正義，華岡法粹，第 30 期，2003
年 12 月

張曉卉、林芝安，誰是醫療崩盤的幕後黑手，康健雜誌，
第 164 期，2012 年 7 月

(三)碩士論文

洪煙平，二代健保之公義性研究：以丹尼爾斯十項公平性
基準為核心，中央大學哲學研究所碩士論文，2012 年 6 月

陳麗春，從新制度主義觀點探討全民健保總額支付制度，
國立成功大學政治經濟學研究所碩士論文，2006 年 12 月

蘇育賢，全民健康保險法律關係之研究，台灣大學科際整
合法律學研究所碩士論文，2011 年

蔡榮泰，從羅爾斯之正義論探討我國全民健保制度之實施
與修正，華梵大學哲學系碩士論文，2011 年

許家碩，從公義原則思考健保醫療資源分配—以總額預算支

付制度為例，中央大學哲學研究所碩士論文，2008年6月

黎季芬，全民健保之政策分析，逢甲大學公共政策所碩士論文，2009年

張茂昌，一代健保與二代健保之比較，中山大學高階公共政策碩士班碩士論文，2006年

熊心如，全民健保總額支付制度與醫病關係之影響—某醫學中心之個案研究，東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文，2005年

蕭傑明，社會保險法制之研究-兼論兩岸健康保險法制之比較，中國文化大學法律學研究所碩士在職專班碩士論文，2009年

鄒佩玲，全民健康保險醫療費用支付制度與醫療專業代理問題之研究，政治大學財政研究所碩士論文，2009年9月

(四)研究報告

陳敦源、王千文，形式上還是實質上的「公私協力」：全民健康保險總額支付制度個案分析，政治大學公共行政學報，

42 期，2011 年 3 月

張瑞君，全民健保政策下的衝突與和解，2005 年中國政治學位年會暨學術研討會

陳敦源、陳麗光、黃東益、呂佳螢，公共行政研究中之正義制度的設計與執行：以全民健保資源配置機制為例，發表於全國公共行政系所聯合會年會(TASPAA)，台中市：東海大學公共行政暨政策學系主辦

臺北醫學大學，全民健保總額支付制度醫療資源配置之評析研究，94 年度委託研究計畫

全民健保制度面及給付面之探討研究(POD)李鍾祥主持，行政院研究發展考核委員會編

羅白櫻，我國全民健保財務赤字問題—保險給付制度之探討，2005 年真理大學財經學院研討會

(五)網站資料

行政院衛生署中央健康保險局，www.nhi.gov.tw

二代健保矯正機關收容人納入健保

二代健保 Q&A,行政院衛生署

邱永仁，論醫院總額支付制度～由德國經驗來看，

<http://www.tma.tw/ltk/89431005.htm>

您瞭解總額支付制度嗎?

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&WD_ID=&webdata_id=1080

沒有目標的改革---即將實施的健保 DRG 支付制度，

http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1734&Itemid=123&userid=92&content_type=article

全民健保成本與費用管控的能與不能，

http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=2068&Itemid=123&userid=92&content_type=article

台灣健保費率改革與社會正義—兼論羅斯勒難題(Das

Dilemma von Dr. Rösler)—()，

http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=vie

w&id=2774&Itemid=123

健保財務改革：2 代、1.5 代與費率調升方案之比較，
http://www.taiwansig.tw/index.php?option=com_content&task=view&id=1970&Itemid=123

全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯—行政院衛生署

<http://www.doh.gov.tw/ufile/Doc/%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E9%86%AB%E7%99%82%E8%B2%BB%E7%94%A8%E7%B8%BD%E9%A1%8D%E6%94%AF%E4%BB%98%E5%88%B6%E5%BA%A6%E5%95%8F%E7%AD%94%E8%BC%AF200907.pdf>

行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會，
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=3802&class_no=109&level_no=1

我國全民健康保險總體檢調查報告—中華民國醫師公會全國聯合會，
<http://www.tma.tw/nhi2/files/%E6%88%91%E5%9C%8B%E5%>

85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E
9%9A%AA%E7%B8%BD%E9%AB%94%E6%AA%A2.pdf

DRG 住院診斷關聯群支付制度，
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&me
nu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=23&menu_id=819&webdata_id=937&WD_ID=819)

總額支付制度下之全民健保，
[http://myweb.ncku.edu.tw/~weintsai/MauChronicle/werk.ht
ml](http://myweb.ncku.edu.tw/~weintsai/MauChronicle/werk.html)

楊志良，改革支付制度，提升醫療品質，國政評論，
<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/089/C/SS-C-006.htm>

二、西文部分

(一)專書

John Rawls, A theory of justice, Cambridge, Mass.: Belknap
Press of Harvard University Press, 1999, Rev. ed