

從醫療人權之角度論全民健康保險強制納保制度之爭議

吳全峰（國立陽明大學衛生福利研究所研究生）

黃文鴻（國立陽明大學衛生福利研究所副教授）

目次

- 壹、前言
- 貳、醫療人權之體系與意義
- 參、醫療人權與全民健康保險之關係
- 肆、強制納保制度之爭議
- 伍、強制納保制度與醫療人權之分析
 - 一、界定醫療人權之保障範圍
 - 二、係爭之國家行為是否「干預」或「侵害」醫療人權
 - 三、國家之侵害行為是否具憲法上「正當理由」
 - (一) 法律保留原則
 - (二) 比例原則
 - 1、適當原則
 - 2、必要原則
 - (1) 強制納保制度
 - (2) 強制「全民」納保制度
 - 3、狹義比例原則
 - (1) 醫療自由權與公共利益之衝突
 - (2) 醫療自由權與健康權之衝突
 - (3) 小結
- 陸、結論

壹、前言

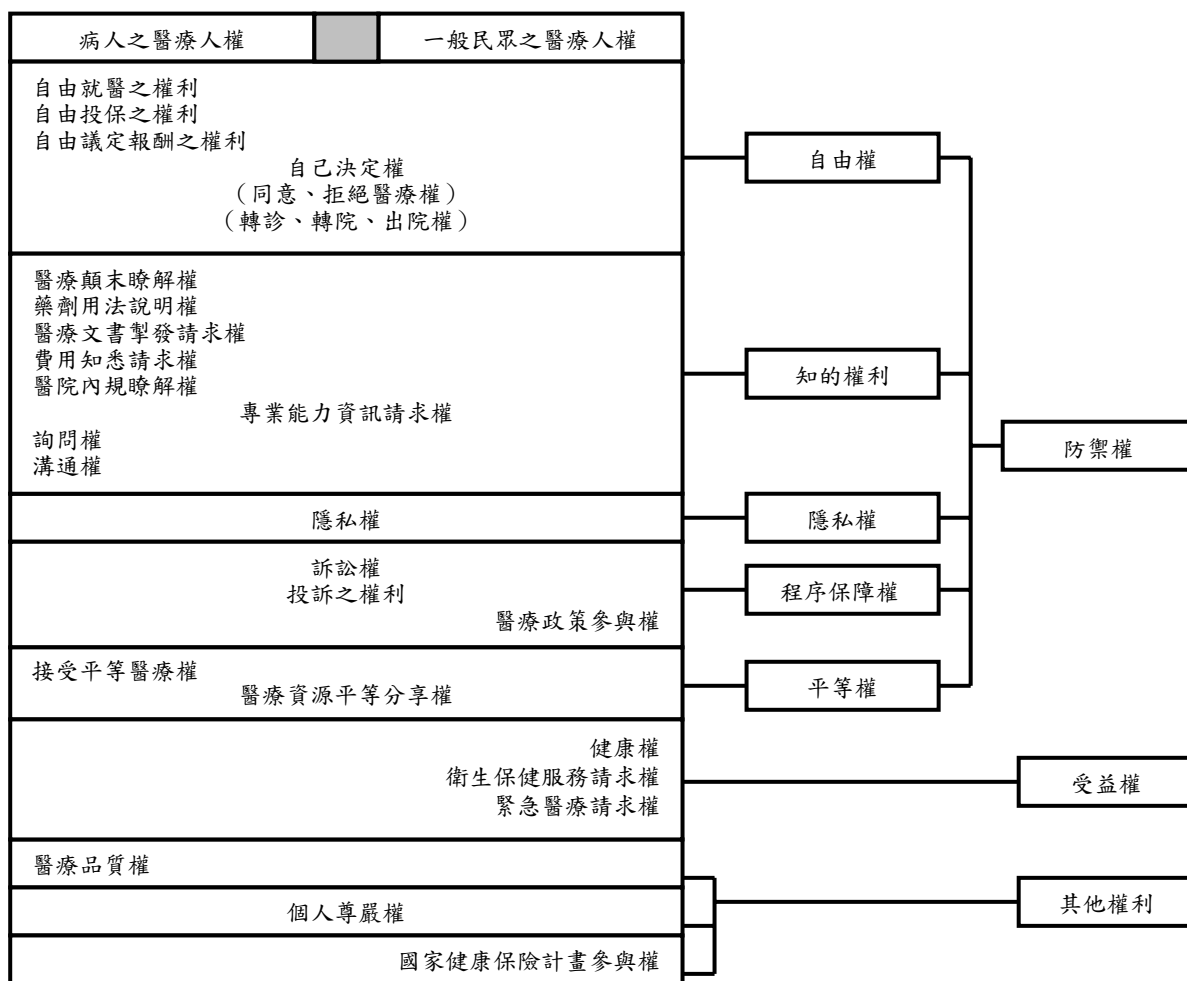
全民健康保險（以下簡稱全民健保）之實施，對民眾健康權的保障是十分重要的政策。一方面，全民健保不僅有效消除人民就醫可能面臨的經濟障礙，適當保障民眾健康權等權利；另一方面，亦被賦予均衡醫療資源分佈的政策任務。但全民健保之實施同樣也對醫療人權產生多面向的影響，可能使民眾的醫療人權在一些前提下受到限制；如全民健康保險法（以下簡稱全民健保法）第十一條之一強制納保條款對醫療自由權的限制即是。但國內對醫療人權在全民健保實施後所得到的保障、衝擊與落實，醫療人權與效率、公益間的衝突與妥協，卻缺乏深入而全面之討論。本文以強制納保制度與醫療人權之關係為主軸，從醫療人權之上位概念切入，將醫療人權的抽象概念具體呈現，並以民眾的醫療人權為主體，進一步探討醫療人權在強制納保制度中與其他權利、利益間的衝

突，及其對全民健保政策產出之影響，並討論全民健保法相關法規是否符合醫療人權之意義與精神。

貳、醫療人權之體系與意義

關於醫療人權之定義，迄今學界仍無定論，在法規之制訂與落實上亦有很大之討論空間；但從國際公約¹、各國法制²以及學者間³的討論，本文將醫療人權中有關一般民眾與病人之部分⁴，依其功能與作用之不同分為防禦權、受益權及其他權利三個類型；其中防禦權之內容包含自由權、知的權利、隱私權、平等權等權利⁵。詳細之分類體系圖請參考圖一。

圖一 醫療人權之定義及其分類



※網底部分是指病人之醫療人權與一般民眾之醫療人權重疊之部分

而在醫療人權體系中，與強制納保制度有關者為醫療自由權。所謂自由權是指人民因其消極的地位，不受國家干涉之權利，為受憲法保障的基本權利；而將自由權之概念在醫療人權中具體落實，則是指民眾就其醫療關係、事務上應有其消極地位，而不受國家公權力、健康計畫或健康保險、醫療院所等外在因素干涉之權利；其具體內涵則包括自由就醫的權利⁶、自由投保之權利⁷、自由議定報酬之權利⁸以及自己決定權⁹（包括同意、拒絕醫療權¹⁰；轉診、轉院、出院權¹¹；醫療決策參與權¹²）。

而在其他醫療人權之內涵上，則包括（1）知的權利：指民眾對醫護人員之專業能力、醫療過程之相關資訊（包括病情、診斷、治療、預後、併發症或副作用等完整資料，以及不治療之後果）、費用資料均有請求並取得之權利；而健康保險保險人及醫療院所對於相關之醫療資訊則有充分告知並提供適當取得管道之義務。（2）隱私權：指民眾有權決定是否將病歷或相關醫療資訊交付以供利用；而可能獲得病人資訊之相關政府公務機關或醫療院所、醫師及相關人員，對民眾醫療資訊之隱密性應予尊重。（3）程序保障權：消極的是指健康保險保險人或醫療院所應於其內部提供適當、通暢之申訴管道，以保障民眾表達意見之權利（投訴之權利）；以及民眾在其權利受到他人或國家行為侵犯時能有救濟機會之權利（訴訟權）。積極的是指人民能透過程序參與國家醫療政策之決定（醫療政策參與權）。（4）醫療平等權：就形式的平等權¹³而言，是指人民不因種族、經濟、社會、地位、疾病種類等因素影響其要求平等接受政府推行之醫療保健事業與福利的權利，以及接受平等醫療之權利；就實質的平等權¹⁴而言，則是指代表公平與正義的概念應成為法律制訂與政策推行上的指導方針。（5）受益權：指民眾有要求國家提供適當健康照護服務之權利，以享受最高且能獲致之生理、心理、社會之健康標準。（6）其他權利：包括醫療品質權¹⁵、個人尊嚴權¹⁶及國家健康保險計畫參與權¹⁷。

參、醫療人權與全民健康保險之關係

由於全民健保兼有福利與受益權之性質，且目前在政策討論上傾向將其定位為福利（視為利益而非權利）之位階¹⁸，因此醫療人權之思維模式是否適合在目前全民健保制度之本質下套用檢視，不無爭議。但就政府立場¹⁹及相關學者之討論²⁰中不難發現，全民健保制度是融合權利、福利與保險之多元政策思維與立法主張，擺盪於基本權利、利益（福利）與保險之間，而有鐘擺效應的出現。就目前之規劃與討論，全民健保政策之

擺盪是偏向經濟、效率與福利行政之考量；本文則嘗試從另一個政策面向—民眾醫療人權之保障—去思考，將全民健保制度所牽涉到的民眾權益視為憲法上保障之基本權利而非單純之福利行政。

肆、強制納保制度之爭議

所謂強制納保，是指由國家制訂法律，以國家公權力強制特定資格或範圍內之所有國民均應加入（社會）保險之制度²¹。我國以往辦理之勞工保險、公務人員保險與農民健康保險皆有強制納保之規定²²。而在民國八十四年三月開辦之全民健保，雖然在給付、支付、部份負擔等制度上有重大之變革，卻仍然延續以往強制納保制度之精神。全民健保法第十一條之一中規定：「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險」；同法第六九條之一中並有罰則規定：「保險對象不依本法規定參加本保險者，處新台幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付」，以國家之公權力強制全體國民均應加入全民健保。因此，所有合乎全民健保法第十條投保資格之保險對象，除（1）現役軍官、士官、士兵及軍校學生；（2）在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者（但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限）；（3）失蹤滿六個月者；（4）喪失全民健保法第十條所定資格者外，均有加入全民健保、繳納保費之義務，違反該義務者並將受到行政罰。

強制納保制度雖然明文規定於全民健保法中，但在立法院審議階段與行政單位執行階段均引起各界不同意見的討論。政府主管機關認為強制納保之規定係依據憲法第二三條加以規範，政府站在維護公共利益之立場，應可訂定法律限制人民之權利義務，故強制納保規定應無違憲之虞²³；且全民健保法為立法院審議三讀通過，並經總統公布之法律，中央健康保險局僅是依法行事，故亦符合憲法第二三條及第一七〇條規定之法律保留原則，並未違憲。

而在立法院的討論中，三黨一派基本上對強制納保規定本身並沒有太大的反對意見²⁴。就立法委員對全民健保法之相關提案來看²⁵，多數立委之提案均與行政院所提出之版本相同，規定全體民眾均需強制納入全民健保之保障範圍中；而楊敏盛委員及沈富雄委員之提案中，雖然並未明文規範強制民眾納保，但由其立法理由之說明中仍不難看出

這兩個版本基本上並不排除強制納保之精神²⁶。僅有林正杰等委員之提案中提到「不採取強制納保之立場」，認為醫療消費者有權依其文化認同與生活經驗選擇醫療方法與保險制度；雖然該提案之目的多少是在為中醫及基層醫療院所發聲，以對抗現有大型醫療院所為主流之醫療環境及就醫型態，但也適度地點出醫療消費者自由選擇權利在強制納保條款下受到侵害或限制之可能性²⁷。在院會討論中，除少數立委對強制納保條款提出質疑外，多數立委對行政院版之強制納保條款並沒有太明確之反對立場²⁸；但這些質疑聲音也大多環繞在整體醫療衛生環境是否適合實施強制納保制度²⁹，並未針對強制納保條款對民眾自由權利之影響進行實質上的討論。而民進黨及新黨雖然在院會中對強制納保條款投下反對票，但主要原因卻是基於反對全民健保法中的其他規劃或制度（如保費設計、負擔比例等規定），而將攸關全民健保制度精神的強制納保條款當作政黨協商之籌碼³⁰，並非真正反對強制納保條款之精神³¹。後強制納保條款在立法院審議中遭到刪除，使得民國八三年八月九日所公佈的全民健保法中並無強制納保之規定；但各黨派隨即表態撇清該黨與刪除強制納保條款之關係³²，顯見三黨在全民健保的之整體政策規畫上，對強制納保條款並沒有太大之質疑。

因此，強制納保條款可能對醫療人權產生之負面影響，甚至是否違憲之爭議，並未在立法院中進行通盤討論³³；再加上諸多因素影響³⁴，使得強制納保條款之爭議並不凸顯，終造成該條款背後所代表的公共利益超越民眾權益而成為全民健保法的基本精神。

而此議題在學者間則引起不同之討論。基本上，從全民健保的規劃過程觀察，因學者始終擔任重要的規劃角色³⁵，故強制納保制度應受其支持³⁶。亦有學者站在健康保險社會扶助性之立場，認為強制納保制度為全民健保規劃下之必然結果³⁷。但仍有少數的學術研究對「強制納保」提出質疑³⁸，認為強制納保制度不但違反憲法上有關義務之規定，且對民眾的自由選擇權、財產權均造成侵害。

大法官會議於民國八八年一月二九日針對強制納保問題做出釋字第四七二號解釋。基本上大法官認為「全民健康保險法第十一條之一、第六九條之一及第八七條有關強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分擔及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨」，因此並不違憲，可見大法官會議基本上仍支持全民健保採強制納保制度；即使該條款可能侵害民眾自由選擇權及財產權，但站在維護公共利益之立場，

仍尚難謂該條款違憲³⁹。然而，釋字第四七二號解釋文中卻僅就強制納保條款之立法精神、該條款是否為義務做出解釋而認為不違憲，對於強制納保條款中較細緻的內容，並沒有深入的討論；如強制納保規定所保障之公益與所侵害之權利間，是否存在適當之比例關係？參考相關保險文獻及其他國家經驗，強制納保制度是否為唯一且對人民權利侵害最小之政策手段？大法官蘇俊雄之協同意見書即認為，「有關全民健康保險採取強制納保規定的合憲性問題，有另行補充申論之必要」，包括利用比例原則之論證審查、比較法上是否有其他相同有效而侵害較小之規範模式可供參考等。因此，大法官會議釋字第四七二號解釋，僅是對強制納保條款加以審查的一個開端；但強制納保之問題與爭議並非就此解決，而仍有其他的空間與審查面向可供討論。

由前述之整理可知，強制納保條款雖然涉及公共利益及民眾醫療自由權之衝突與妥協，但在全民健保法之規畫及立法階段，除少數學者與立委外，並未得到充分的討論，使該條款可能對民眾醫療人權帶來之負面影響並未受到重視。雖然大法官會議曾就此議題做出解釋，但僅是點出強制納保條款可以為法定義務，且不違反憲法第二三條規範之精神，但並未完全解決強制納保條款所引發之問題與爭議，尤其是在醫療人權保障之面向上。因此，以下嘗試以醫療人權為經緯，檢視強制納保條款之適當性與正當性。

伍、強制納保制度與醫療人權之分析

社會保險經常採取強制納保方式作為制度設計之基本原則⁴⁰，全民健保法第十一條之一立法理由中亦說明：「全民健康保險係屬社會保險，必須強制投保，否則將產生逆選擇，而使全民健康保險成為弱勢保險，有礙財務健全」。但強制納保之相關規定卻可能涉及國家公權力侵害民眾醫療自由權，使民眾無法選擇或沒有餘力選擇其他健康保險加入，也可能使加入全民健保成為要求民眾負擔的違憲義務；而就繳納保費與行政罰鍰而言，則可能涉及對民眾財產權之侵害，以及自由運用財產之權利，因此有加以檢視之必要。

民眾對於健康保險之選擇權可分為兩個層次來討論：(1) 民眾有選擇是否加入健康保險之自由；(2) 民眾必須加入健康保險，但有選擇加入哪一個健康保險保險人之自由。就後者而言，是屬於全民健保中單一保險人制度之問題，故在本文中並不多作討論；前者則與強制納保條款有密切關係，本文僅針對民眾是否有選擇加入健康保險之權利爭

議進行討論。

關於全民健保法規相關規定有無侵害或違反憲法所保障人民基本權利（醫療人權）之意旨，可分別從三個層次加以說明⁴¹：（1）基本權利之保障範圍為何？（2）國家之行為是否「干預」或「侵害」基本權利？（3）是否具備憲法上之「正當理由」？。本文便利用這三個思考層次，並充實其中作為判斷依據之法理概念，分析強制納保規定是否侵害民眾之醫療自由權，以及該侵害是否具正當理由。

一、界定醫療人權之保障範圍

傳統對於醫療人權的見解，僅將醫療人權的保障主體界定在病人層次；因此，醫療自由權之保障內容也侷限在保障民眾就醫方面的權利，如就醫之自由、接受或拒絕醫療之自由（自己決定權）及轉診、轉院、出院等權利。但隨著健康權與福利思想的興起，民眾不再將醫療照護單純視為自己的責任，而認為應該由國家負擔，並由整體之社會力量集體保障所有國民均能獲得適當之健康照護；因此，在政策之制訂上，健康保險（或公醫制度）已成為社會安全體系中的重要一環，為民主國家保障國民獲得醫療照護的主要健康照護制度⁴²。在這個趨勢下，健康保險與民眾權利間的討論也逐漸引起重視⁴³，其中一個議題便是民眾對於醫療提供者及醫療保險之選擇權。

美國總統柯林頓於一九九八年所提出之病人權利法案（Patient's Bill of Rights）中，除延續以往對病人權利之觀點，重申或進一步具體化以往醫病關係間之權利及義務關係外⁴⁴，更重要的是加入健康保險之概念，將醫療人權之概念擴張至健康保險與醫療消費者之關係上，重新檢視在健康保險體制下民眾醫療人權之保障，並規範健康照護計畫（a group health plan）及健康保險保險人（a health insurance issuer）之責任與義務⁴⁵。因此，在病人權利法案中強調病人之醫療自由權並不因健康保險計畫之實施而有所不同或得加以限制⁴⁶；且將醫療消費者對醫療提供者與醫療保險選擇權（自由權）之保障視為保護醫療消費者之重要手段與基本概念⁴⁷。

雖然病人權利法案中並未明示民眾有選擇加入或不加入健康保險計畫之權利，但由其尊重市場機能運作之立法精神及立法說明，以及美國並無類似強制納保之法律規範，可知美國政府對於民眾選擇是否加入健康保險之權利有一定程度之尊重。雖然美國之文化背景與西歐已發展社會保險之國家並不相同，其重視個人主義之程度更甚於對社

會主義中普及性（universalism）與平等性（egalitarianism）之追求⁴⁸，可能是其遲遲不採全民健康保險或公醫制度以保障民眾健康權之原因；但從另一個角度來看，卻可視為美國在民眾自由選擇權之保障與公共利益、健康權追求間，選擇保障前者。雖然這樣的觀點在近來美國醫療費用逐年上漲等醫療市場惡質化之影響下，出現反省聲浪；但政策基本上仍希望能在民眾醫療自由權與公共利益、健康權保障之衝突間取得平衡，而非全然否定民眾選擇投保健康保險之自由選擇權。

另，在西歐已實施展社會保險之國家也同樣在反思國家公權力是否過度介入社會保險之運作，並重新思考公共利益與民眾自由選擇權之關係⁴⁹。雖然對於民眾是否有選擇加入國家健康保險計畫之權利並無明確之規範與定義；但從一些國家健康保險制度之發展與修正中對強制納保規範之鬆綁（如德國），不難看出國家公權力雖然對民眾選擇加入國家健康保險計畫之權利仍有所干涉，但已展現某種程度之尊重。

而我國釋字第四七二號解釋雖認為強制納保條款屬於立法裁量之範圍，且符合憲法第二三條中增進公共利益之要求，因此「符合憲法推行全民健康保險之意旨」，尚難謂其違憲。但解釋文中卻未對該條款是否侵害民眾之自由選擇權，及侵害是否符合比例原則加以討論。部份大法官對此即提出協同意見書，指出「強制納保係限制個人自由權的措施」⁵⁰、「在強制納保之條款下，人民的人格發展自由....將受到限制」⁵¹，肯定自由權之保障範圍應包括民眾投保健康保險之自由在內，民眾應有選擇投保健康保險與否之自由。國內亦有學者對加入健康保險屬於民眾之基本自由權持肯定見解⁵²。

但並非所有觀點均支持醫療人權應包含自由投保之權利在內。日本最高法院於一九五八年二月二一日所做之判決⁵³，即不認為「思想、良心自由」之保障範圍及於民眾之投保自由，故強制保險並不違反該國憲法之相關規定⁵⁴。在該判決文中指出，思想、良心自由之範圍在實務上僅限於類似宗教信仰之世界觀、人生觀等有關個人人格形成之核心事項；投保與否之自由尚非思想、良心自由所保障之個人人格形成核心事項之範圍，因此尚未能視強制保險已侵害民眾思想、良心之自由。但該項判決卻將自由權之保障範圍限縮到最小的程度，侷限於有關個人人格形成之核心事項，而忽略了自由權之根本概念應該是在解放國家公權力對民眾思想、言論、行為上的壓迫與抑制；而且宗教與思想自由為一切自由權之基礎，應作廣義之解釋，否則便有可能對其他形式之自由權造成侵害而不自知。

因此，由相關文獻及其他國家之發展趨勢可知，自由投保之權利已被視為民眾的基本權利，醫療自由權的保障範圍亦跳脫單純醫病關係中病人權利之保障，進一步擴展到一般民眾對健康保險選擇權的保障，其內涵包括民眾自由選擇是否加入全民健保，以及是否接受風險分擔制度之保護等權利。

二、係爭之國家行為是否「干預」或「侵害」醫療人權

若從現代擴張之憲法概念出發，認為「凡可歸咎於國家之行為，致人民無法完善行使其基本權利者，均可構成對基本權利之侵害」⁵⁵。而強制納保之規定將導致民眾無法完善行使其自由選擇加入健康保險與否的權利；且該國家行為無須藉其他執行行為之介入，即直接干涉到民眾醫療自由權之行使。因此，強制納保之規定已對人民之權利造成直接的侵害。

若從傳統上界定國家行為是否侵害民眾權利之標準來看，則認為國家侵害行為之概念需有目的性、直接性、法效性、強制性等特徵⁵⁶。從經建會規畫報告及行政院送請立法院審議的「全民健康保險法草案」總說明中發現，全民健保法中強制納保規定之立法原則，是希望藉由國家行為（全體國民皆依強制性、限制性等原則參加保險）直接限制民眾之投保自由，以達到全民納保、避免逆選擇、發揮最大互助及保護作用，與健全全民健保財務體系等目的，使民眾的醫療自由權在該法規之規範下受到實質的限制與干預，故具有「目的性」與「直接性」；另一方面，由於強制納保之規定係經由立法院通過、總統公佈之全民健保法所規範，並藉由國家公權力強制民眾必須加入全民健保（全民健保法第六九條之一之罰鍰規定），具有「法效性」、「強制性」。因此，強制納保應屬國家之管制行為，並已對民眾的權利造成侵害。

因此，無論依狹義之侵害概念或廣義之侵害概念，全民健保之強制納保規定，均應已構成對人民醫療自由權之限制與侵害。

三、國家之侵害行為是否具憲法上「正當理由」

當國家行為干預或侵害民眾之醫療人權時，理論上即屬違憲，而有檢討或變更之必要，甚至可視為無效之國家行為；但若該侵害之國家行為具有憲法上正當理由時，即可阻卻違憲事由之發生。而所謂「憲法上之正當理由」（或稱正當化事由、合法化理由），

則包括該侵害在形式上不能違反「法律保留原則」(形式阻卻違憲事由)，而在實質上不能違背「比例原則」及基本權利之本質內涵(實質阻卻違憲事由)。強制納保條款是否侵害民眾之醫療自由權便必須從該國家行為是否具備憲法上之正當理由加以檢討。

(一) 法律保留原則

所謂「法律保留原則」是指國家非以法律規定，不得限制民眾自由與權利之原則。我國憲法第二三條規定「不得以法律限制」以及中央法規標準法第五條第三款規定「關於人民之權利義務者應以法律規定」，均明白揭示法律保留之原則。而國家公權力對國民投保自由權之限制，係立法院三讀通過，總統公佈之全民健保法加以限制，故不違反法律保留原則。

(二) 比例原則

所謂「比例原則」，係指國家在涉及人民基本權利的公權力行為中，其意圖實現之「目的」與公權力行使之「手段」間，有無適當合理的「比例」關係而言⁵⁷。進一步說明，因為人權並非憲法中所保障「絕對」不可侵犯的權利，而是在一定範圍內授權立法者可以限制人權以達到公益目的；但為了遏止立法者濫用權力侵害人權，故運用比例原則在公權力為公益需要而侵犯或形成人民權利時，用以保障民眾的權利。我國對於比例原則雖然沒有明文規定，但一般學者認為憲法第二三條之「必要」，在概念上應與比例原則同義，可視為比例原則之條文化與具體化⁵⁸。大法官會議解釋亦認為，憲法第二章所列舉之基本權利並非不可限制，但應有審查之準則——「必要性」，亦即比例原則之適用⁵⁹。另外，在行政法院判決⁶⁰、行政法規⁶¹及行政程序法⁶²中，亦已隱含比例原則之精神。而其他國家在處理基本權利之相關問題時，亦經常援引比例原則作為審查之準則(如美國最高法院、德國憲法法院等)。

比例原則既然是以保障人民所有的基本權利為標的，因此在檢視全民健保制度之相關法規範與公權力行使時，也必須以比例原則加以檢驗，始能保障民眾的醫療人權不被國家公權力任意侵害。至於比例原則之內容，雖然在用語及分類上有所不同⁶³，但國內外學者大多將其進一步細分為適當原則、必要原則、狹義之比例原則等三個下位概念⁶⁴。

1、適當原則

所謂「適當原則」，是指國家所採行之措施必須為正確之手段，並且能實現行政目的或至少有助於預期目的之達成；亦即在目的與手段之關係上必須是適當的⁶⁵。申言之，若經由某一個措施或手段所追求之成果或目的是較容易達成的，則此一措施或手段，相對於達成之成果或目的而言便屬於適當的；反之則屬違法⁶⁶。而在實務見解上則認為，適當原則僅是目的導向的要求（或謂「事物上之限制」），亦即只要有部份手段有助於目的達成，而不是完全地或全然地不適合達成目的，即不違反適當性原則⁶⁷。另外，在尊重立法及行政機關判斷餘地與裁量餘地之前提下，亦不認為「自始」對目的之達成不適當即違反適當原則，因為立法或行政機關對於未來情況之預測有錯誤之可能，故不能專以實施之結果是否有助於目的之達成作為判斷之標準，而是以決定實施某項措施或訂定某項法律以限制人民權利之際，是否已依據事務之本質做合理之判斷，認為其有助於目的之達成，作為判斷之依據。而在手段與目的間是否適當之判斷標準，應為客觀而非主觀的判斷標準⁶⁸。

就強制納保制度而言，許多學者即認為該制度為（社會）保險制度中的重要一環；若不採強制納保制度，則被保險人在未發生傷病或事故時將不投保，而在事故或傷病發生時或有發生可能時才投保，形成逆選擇（adverse selection）⁶⁹或弱勢保險，不僅對保險財務形成沈重的負擔，也將使個人之保險費用上漲而形成另一種財務障礙，對民眾健康權之維護造成負面之影響⁷⁰。此現象之形成主要是因為全民健保之保險費率係根據平均疾病風險（ P_A ）所設定（見圖二之公式）；在該費率下，因低疾病風險者將負擔較高之保費費率（因為 $P_A > P_L$ ），若允許其自由選擇是否加入健康保險，低疾病風險者並不願意投保；反之，高疾病風險者因其相對負擔之保費費率較低（因為 $P_A < P_H$ ），因此將大量湧入全民健保⁷¹。在全民健保之被保險人大部份為高疾病風險者之情況下，保險人勢必將負擔較平均費率更高之費用，而形成財務負擔，對全民健保之永續經營造成負面影響。但若依據高風險者之疾病風險訂定保險費率（ P_H ），則高額之保費又將使民眾在就醫時面臨經濟障礙，不僅影響民眾之就醫權益，亦與制訂全民健保之立法意旨—消除民眾就醫上經濟障礙—背道而馳。因此，為避免逆選擇造成之弱勢保險及保險人財務負擔，以及維持一般民眾能力足以負擔之平均保險費率，政府力量便應適度地介入，以公權力強制所有民眾加入全民健保，以避免逆選擇及財務不健全等影響全民健保制度存續之負面因素。

圖二 健康保險之保險費率訂定公式

$$P_A = \beta P_H + (1 - \beta) P_L$$

P_A ：平均疾病風險
 P_H ：高疾病風險
 P_L ：低疾病風險
 β ：高疾病風險人口所佔比例

※資料來源：謝啟瑞，「健康經濟學」，五南圖書，1996，頁 221。

強制納保之規定部份係基於保險之大數法則而來；亦即被保險人的人數越多，風險分攤的效果越好，使得多數低疾病風險者（健康或年輕之民眾）能幫忙分攤少數高疾病風險者（有病或老年之民眾）之危機（醫療費用）。因此，強制納保制度雖然將限制個人之自由權（投保自由與經濟自由）與可用所得，但藉由該制度所增加之投保人數卻能使國民之保險費用負擔降低，由眾人共同分擔傷病時之高額醫療費用，使多數民眾能獲得生活之基本保障，對整體社會產生積極性之利益，並擴大社會福利與個人之經濟安全⁷²。

因此，強制納保制度的確有達成其法定目的之功能與目的導向⁷³，且在立法時亦已就該事務之本質加以判斷，尚難謂該規定違反適當原則。

2、必要原則

所謂「必要原則」，是指國家所採取之手段除了必須能達成既定目的外（符合「適當原則」），亦須缺乏其他具有相同效力且對基本權利不限制或限制較少之手段，該手段始能稱為必要⁷⁴；若有其他同樣有效且對基本權利侵害較少之措施可供選擇時，則立法措施即有違必要性原則⁷⁵。申言之，國家在行使公權力時，應從適合達到目的之多種手段中，選擇對人民侵害最小之手段。在實務見解上，對何謂「具有相同效力且對基本權利不限制或限制較少之手段」，並無一定之標準可供參考，僅能依據具體之個案加以判斷⁷⁶。

而在檢視全民健保強制納保制度之規範時，可以區分為強制納保制度及強制「全民」納保兩個面向分別加以討論。

（1）強制納保制度

在全民健保制度之規畫中，為達到全民納保、擴充財源、防止逆選擇、健全健保財務及保障基本醫療保健服務等目標，有許多制度及方法可以提供選擇，例如擴

充或改善既有健康保險體系、提供加保者稅法或經濟上誘因等；但上述方法對人民權利限制或侵害雖然較輕，但卻無法達到與強制納保相同之規範效果。以提高納保率之目標為例，全民健保有相當程度之目的是希望將社會上原本無健康保險保障之弱勢族群均納入保障範圍，雖然提供加保者稅法或經濟上誘因仍可吸引這群人加入，但前提卻是建立在假設這些弱勢族群是能基於其自由意志加入而不會受到其他外在因素之影響；倘若在加入全民健保之決定上存在著資訊不對等或其他外在因素（如雇主不願替受雇者納保），則稅法或經濟上減免之效果將大打折扣。若以國家公權力強制民眾加入全民健保，不僅可以提高納保率，亦能適度減少負面因素干擾民眾之投保行為。因此，並無法以仍存在其他侵害較少之選擇而認為強制納保制度違反必要原則。

（2）強制「全民」納保制度

強制納保制度雖然有其學理上之意義，且目前並沒有其他能達到相同規範效果之制度，使得強制納保條款有其正當性，屬於合憲之國家行為。但這僅是就強制納保該項國家行為對人民權利之限制而言，並非指強制納保制度下之所有規畫均沒有爭議（如強制納保規範下之單一保險人體制、任何額度之保險費等）。也因此，強制納保條款需要進一步充實其具體內涵，才能真正判斷其是否符合適當原則。

就強制納保規範本身而言，所應討論者為是否應強制「所有」國民均加入健康保險，或是能允許「部份」國民（如收入超過一定額度而足以支付醫療上經濟負擔之國民）有自由選擇是否加入健康保險之權利；並思考「部份」強制納保制度是否同樣能達到成「全民」強制納保制度所欲達成之目標，且對民眾自由權之侵害較小。

強制納保制度之功能是希望藉由國家公權力強制所有民眾加入，以避免逆選擇及因而可能造成之財務危機。但利用團體保險（group insurance）應足以應付可能產生之逆選擇、弱勢保險及高額保險費率之問題⁷⁷，而不需要強制「全民」納保，以全體民眾共同分擔疾病風險。因為當團體中的人數已經足夠分擔疾病風險時，即可避免逆選擇所可能造成之問題，既可保障部份民眾之醫療自由權，亦可維護強制納保制度所欲維護之公共利益。而在團體保險中，納入強制納保範圍之標準應如何訂定，則可委由行政機關裁量決定。

再由不同國家之經驗與立法例來看，亦不難發現強制納保制度雖然已經成為各

國辦理健康保險之通例，但這些國家原則上並不完全排除自由保險之精神，而將部份團體或階層劃出強制投保之範圍外，任其自由投保。因此，強制納保制度是允許有不同之細緻設計。

以德國為例，在德國之健康保險制度中，即不採行強制全民加入之健康保險政策，而以中低收入之勞工（指一般受雇者月薪低於某一限額內、特殊職業或團體之員工或會員，及年金受益者）為健康保險之主體，強制納入法定保險中；而將高所得者、自雇者（尤其是高所得之雇主及自雇者）及低收入者排除在健保計畫外。其主要理由是認為疾病等社會風險對於勞工薪資中斷之影響遠高於雇主及自雇者，因此有實施社會保險之必要；反之，高所得者及自雇者則沒有社會保障之必要。而低收入者因其資力有限，故除了代繳保費之方式外，另以免費醫療之方式替代健康保險⁷⁸。從德國之經驗來看，一九九三年德國全國人口中僅有 0.13%沒有任何健康保險之保障，納保率高達 99.87%；而其中僅有 73.50%是法定強制必須加入法定健康保險，另有 24.00%是自由選擇加入法定健康保險或私人健康保險。

而荷蘭之健康保險制度亦不採全民強制納保政策，而是針對特殊族群或特殊疾病強制加入健康保險。荷蘭之健康保險制度共分為三大類：(1) 重大傷病健康保險 (AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)，採強制性保險，提供重大傷病之醫療服務（約佔 17%）；(2) 基本健康照護 (Basic Health Service, Non-Catastrophic Risks)，僅強制年薪在 60,000 荷幣以下及接受社會安全服務救濟者（失業及殘障人士），自二十五個疾病基金會 (Sickness Fund) 中選擇一個加入（約佔 49%）；(3) 補充性健康保險 (Supplementary Health Insurance)，採自願性投保（約佔 3%）；另外尚有私人健康保險提供相關之服務。其納保率（排除私人保險部份，因為有可能重複投保）亦高達 91%⁷⁹。

若將德國、荷蘭之納保率與我國互相比較（我國全民健保於民國八六年十二月之納保率約為 96.27%⁸⁰），可以發現德、荷雖然沒有強制所有民眾均需加入法定健康保險，但其健康保險之納保率仍能提高到一定之程度，適度地保障民眾的健康權。而且高達 99.87%、91%之納保率亦足以平均分擔疾病風險，避免逆選擇所可能造成之相關問題。

因此，強制納保雖然是達到行政、立法目的之適當手段，但由德國與荷蘭之經

驗可發現，不考慮民眾身份與需要而強制「全民」納保之制度，卻非「提高納保率、擴充財源、防止逆選擇、健全健保財務及保障基本醫療保健服務」的唯一、必要手段；再加上民眾之多元特性與需要，強制所有民眾加入某個特定健康保險，將可能侵犯民眾之醫療自由權。故強制「全民」納保制度並非可達相同目的且對民眾權利侵害最小之方式，而有違憲之虞。

3、狹義比例原則

所謂「狹義比例原則」，是指手段不得與所追求之目的不成比例，亦即手段與目的追求間的比例關係必須是適當、正當、理性、均衡的⁸¹，而受限制之利益與保護之利益間，應有適度的衡量。申言之，國家為追求一定目的所採取之限制手段強度不得超過達成目的所需要之範圍，且因該限制手段所造成之侵害，不得逾越其所欲追求之成果；若依目的或成果之追求，僅能以一適當、必要（指符合比例原則中的適當原則、必要原則），但所造成之程度或近程之損害與所欲追求之成果顯不成比例之措施方能達成，則應根本放棄該等措施⁸²。一般而言，適用本原則時，並非積極地認定兩者間是否存在適當之關係，而是消極地來認定兩者間並無不適當、不合比例之關係存在⁸³。

強制納保之最終目的在保障全民皆能享有基本之醫療保健服務，並達到擴充健保財源、避免逆選擇、健全健保財務等功能；但此項攸關國民健康權與公共利益之制度規劃，卻與個人選擇是否加入健康保險之自由權間互相衝突（包括公共利益與個人醫療自由權之衝突，與健康權與個人之醫療自由權之衝突）。在此，政府以公權力強迫民眾加入全民健保，應有其強大之公益性存在，否則即有可能違反狹義比例原則。

（1）醫療自由權與公共利益之衝突⁸⁴

強制納保制度為社會保險中維護全民健保財務健全、防止逆選擇等公共利益，以達到保障全民皆能享有基本之健康照護服務目的之適當、必要手段，且有其保險技術理論基礎，已如前述。因此，強制納保制度雖然賦予人民投保之義務，限制民眾選擇是否加入全民健保之自由權，但相對於強制納保制度所欲追求之公共利益（避免逆選擇及高保費），以及其背後所間接保障全民健保之存續發展而言，公共利益之維護對於社會之價值與意義顯然高於醫療自由權之保障，而有更值得保護的理由；故強制納保限制醫療自由權與其所追求之重大公共利益間並不存在不適當、不合比例之關係，難謂其違反狹義比例原則。

(2) 醫療自由權與健康權之衝突

健康權最早在國外相關文獻上將其視為社會基本權之一種，但近年來亦有將其歸類為醫療人權之一環⁸⁵。觀諸我國憲法第十五條、第一五五條、增修條文第九條第四項之規定均可視為對健康權之具體保障內容，使健康權成為醫療人權中的法制性權利。

但從我國醫療衛生現況觀察，在全民健保實施前(民國八四年二月)，僅有 57.6% 之民眾具有公、勞、農保之保險資格並享有醫療給付，另有 2.3% 之民眾為軍中醫療照護人口，仍有近半之民眾必須自費就醫，而且大多數為兒童及老人等社會上特別需要健康照護服務之弱勢族群(約佔未納保者之 60.49%)⁸⁶；由於這些民眾並未受到國家政策之具體保障，使其無法在沒有經濟障礙之就醫環境中接受最基本及具平均水準之健康照護服務，在健康權與生命權之保障上均有所不足。且傷病之發生將增加民眾額外之醫療費用，甚至可能降低其生產能力，使民眾之生活陷入困境；且近年來疾病型態亦逐漸改變，往往需要長期之療養期間及更進步的醫療設備與技術⁸⁷，也使得醫療費用逐年上漲(由一九八八年之 1,540 億元增加至一九九六年之 4,100 億元，每年平均成長率約為 10%-20%⁸⁸)，亦造成民眾就醫上越來越沈重的經濟負擔。若沒有健康保險制度(如德國、日本等國家之健康保險制度)或由國家提供免費之醫療服務(如英國之國家醫療制度/公醫制度)，則經濟上弱勢之民眾將可能因為沒有能力負擔醫療費用而無法及時就醫，並威脅到其健康及生命，對憲法上所保障之健康權與生命權造成侵害⁸⁹。

因此，全民健保藉強制納保制度，以公權力將全民健保實施前未納保之民眾納入全民健保之保障範圍中，不僅排除弱勢族群無法加入全民健保之可能負面因素，也具體提高納保率⁹⁰，減少民眾就醫之財務障礙，保障其健康權。故強制納保制度雖然對民眾自由投保之權利造成侵害與限制，但卻能保障民眾之健康權(甚至是生命權)等受到社會廣泛認可之價值理念；而後者之權利位階明顯較自由權為高，更有值得保障之必要性；故強制納保制度在健康權之維護與民眾醫療自由權之侵害間，尚難謂存在不適當、不合比例之關係，並不違反狹義比例原則。

(3) 小結

強制保險雖然會對個人醫療自由權有所侵害，但也擴大了社會福祉，保障全民

均能接受基本之健康照護服務（健康權之保障）與保障個人之經濟安全，對整體之社會產生積極之利益；兩相比較，後者追求之重大公共利益與對民眾基本權利之保障顯然是更值得保護。因此，強制納保制度對於個人自由權利之侵害所帶來之不利利益與其所追求之重大公共利益間並不存在不適當、不合比例之關係，對人民之自由權利之限制尚稱符合憲法第 23 條有關「必要性」之比例原則規定，應屬合憲之國家措施。

陸、結論

若為保障民眾之健康權而犧牲其自由選擇權，應有法理上之適當關係；但若單純就財政上之考量而犧牲民眾自由權，則正當性便可能有疑問。就學理分析而言，強制納保制度雖然有其正當性且符合比例原則，但強制「全民」納保制度卻非財政考量下之唯一選擇；因此在該制度之細部規範與設計上，為避免因經濟因素而侵害民眾自由選擇的權利，應考慮以更細緻、多元的規定取代強制「全民」納保之規定，以減輕對強制性對民眾權利侵害之強度；如增訂替代強制納保之例外規定，允許特定人（指經濟上富裕且能自己負擔醫療費用者）有選擇不加入健康保險之權利（僅強制「部分」國民納入健康保險）。此一作法不僅能使參加全民健保之人數達一定之經濟規模，使分擔風險之效果更形顯著，並避免弱勢保險之發生，且亦能有效保障民眾之醫療自由權，而無礙全民健保目的之達成。

另一方面，我國對強制納保制度的規劃與討論，不論是行政、立法部門或民間之角度，均相當程度集中在財源擴充、財政平衡與行政效率上，而忽略強制納保真正意涵應該是社會弱勢健康權之保障；也因此，使得全民健保法規大多集中在以國家公權力強制達成某種政策上目標（以經濟導向為主），而未曾思考是否可能造成行政權過度膨脹、干預民眾權利行使之結果。因此，為避免政策目標與權利保障之失衡，在未來政策制訂或修正上，應兼顧經濟效益之追求與醫療人權之保障，藉由嚴謹之制度規劃與設計解決兩者間之衝突，而不應單純地以效率、成本之考量犧牲民眾之醫療人權，使全民健保制度能真正發揮自助互助、社會共濟等憲法規範與全民健保法之真義與精神。

- ¹ 參考一九四八年「世界人權宣言」(Universal Declaration of Human Rights)第三條、第二五條第一項、「聯合國世界衛生組織憲章」(Constitution of the World Health Organization)前言、一九六六年「經濟、社會、文化權利國際公約」(International Covenant on Economic, Social and Culture)第十二條、一九八一年世界醫學會「病人權利宣言」、一九八四年日本「病人權利宣言」、一九八六年世界醫學會「醫師專業之獨立與自由宣言」。
- ² 參考一九四七年法國「自由醫療原則」、一九七三年美國醫院協會「病人權利法案」(the American Hospital Association Patient's Bill of Rights)、一九八〇年日本「健康權宣言」、一九九一年英國「病人權利憲章」(Patient's Chart)、一九九八年美國「病人權利法案」(Patient's Bill of Rights)。
- ³ 參考Stich SP,「The Many Rights to Health and Health Care」,頁15-31;from Basson MD. (eds),「Introduction: The Right to Health Care」,from「Rights and Responsibilities in Modern Medicine」,1981;李聖隆,「什麼是醫療人權」,中國論壇274期,1984,頁48-52;吳正吉,「醫師的基本法律權利與義務」,醫事法學1卷1期,1985,頁54-56;1987年「台灣醫療消費者權利」;陳昭德,「醫療法與消費者權益之保護」,醫院20卷1期,1987,頁49-54;菅野耕毅,「治療法之選擇與病患之自己決定權」,醫事法學,頁25-35;蔡宏昭,「醫療倫理與病人權利」,出自「醫療福利政策」,1989,頁87-102;中華民國醫事法律學會、杏陵醫學基金會主辦,「在高品質、高效率的醫療要求下一病人權益保障的權衡研討會」,醫事法學3卷1、2期,1989,頁35-44;邱清華,「醫療法規與病患權益」,台灣醫誌教育版2卷4期,1990,頁437~441;吳正吉,「醫療人權之抬頭與病人醫療上之訴求」,醫事法學4卷1期,1991,頁17-24;Annas GJ,「The Rights of Patients」,New Jersey: Human Press, 1992;李聖隆,「台灣的病人人權」,律師通訊,274期,1993;林谷燕,「醫療與人權—從法學觀點探討醫病關係」,碩士論文,1993;1995年「台灣病人權利十大聲明」;蔡墩銘,「醫師之權利義務」、「病人之權利義務」,出自蔡墩銘,「醫事刑法要論」,景泰文化,1995;蔡墩銘,「論病人之權利與義務—病人只能聽「醫」由命嗎?」,法律與你88期,1995,頁20-49;王皇玉,「醫療行為於刑法上之評價—以患者之自己決定權為中心」,國立台灣大學法律學研究所碩士論文,1995;陳怡安,「全民健康保險規範下的醫療關係」,東吳大學法律學研究所碩士論文,1996,頁52-57。
- ⁴ 醫療人權之內涵,除一般民眾之醫療人權與病人之醫療人權外,另有關於醫事人員之醫療人權。
- ⁵ 有關醫療人權之詳細內容將另文敘述。
- ⁶ 自由就醫權是指病人有自由就診之權利、自由選擇醫師及醫療院所之權利。
- ⁷ 自由投保之權利是指民眾有選擇是否加入健康保險之自由,以及選擇加入不同種類健康保險之自由。
- ⁸ 自由議定報酬之權利是指病人與醫師間有自由議定報酬之權利。
- ⁹ 自己決定權是指民眾有依其自由意志自行決定相關醫療處置之權利。我國醫療法第46條及第57條即有相關之規定。
- ¹⁰ 同意、拒絕醫療權是指民眾在充分且正確地瞭解相關醫療資訊後,對於相關之醫療措施、處置或人體試驗,不僅有消極的拒絕之權利(拒絕醫療權),尚有積極的參與決定之權利(同意醫療權)。
- ¹¹ 轉診、轉院、出院權之權利基礎,一方面係基於民眾為醫病關係之主體,因此民眾有自主決定轉診、轉院以追求更妥適(至少民眾本身如此認為)之健康照護服務之權利,以及自主決定隨時出院之權利,即使其決定與醫療專業團隊之意見相左。另一方面則是因為醫療屬於契約行為,民眾為醫療契約之當事人,自然有權利隨時終止醫療契約,而有主動轉診、轉院、出院之權利。我國醫療法第五三條及全民健康保險法施行細則六一條第二項後段即有相關之規定。
- ¹² 醫療決策參與權是指民眾在充分且正確地瞭解相關醫療資訊後,可以積極地參與決定選擇接受何種醫療措施、處置或人體試驗之權利。
- ¹³ 所謂形式意義的平等權,是指「法律適用的平等」。亦即指平等權適用於法律執行之上,要求執行法律之機關—行政機關及司法機關,不能因法律規範對象之差異,而異其規範之標準。然而,這類的平等權並不能充分顯現出憲法所保障的平等權的真正意義;因法律若在制訂之初即已違反平等權之意涵(如採行種族歧視政策等),若行政機關及司法機關仍忠實地執行「法律適用的平等」原則,則適足以加深惡法之危害。因此,法學者便提出「實質意義的平等權」的新概念,以彌補「法律適用的平等」原則對保障平等權的無力感。見陳新民,「憲法基本權利之基本理論」上冊,1992,頁495-519。
- ¹⁴ 所謂實質意義的平等權,是指「法律制訂的平等」。亦即指平等權的內涵不僅指規範行政機關及司法機關的「法律適用的平等」,尚包括規範立法機關的「法律制訂的平等」。其意義在於立法機關於制訂法律

時，仍受憲法所保障之平等權之規範，於制訂法律時應考慮公平與正義的價值因素，以保障人民在法律地位上的實質平等。見陳新民，「憲法基本權利之基本理論」上冊，1992，頁 495-519。

- ¹⁵ 醫療品質權是指民眾有要求接受最妥善以及持續不間斷之健康照護服務，以及適當醫療場所之權利。且健康保險保險人與醫療院所有建立危害管制並維持醫療品質保障之義務，不可因受制於政府或社會醫療資源之不足而降低其醫療品質。
- ¹⁶ 個人尊嚴權是指民眾有要求醫療院所及醫師在重視其個人尊嚴之前提下進行醫療之權利。且健康保險或醫療制度之設計亦應尊重人性尊嚴，不可因醫療或行政方便而犧牲病人之權利。
- ¹⁷ 國家健康保險計畫參與權是指民眾對於國家主持或辦理之健康保險計畫，有加入並接受其政策利益(如在傷病時接受健康保險所提供健康照護服務之保險利益等)之權利。
- ¹⁸ 衛生署長張博雅於立法院中即指出全民健保為社會福利，亦屬社會安全制度的一環。見立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 199、頁 268。
- ¹⁹ 政府基本上是採取傾向保險之立場，以財務邏輯為主導之盈虧意識規畫全民健康保險制度。參考全民健康保險法草案總說明：「全民健康保險之主要目的為建立國民權利義務對等，保險財務健全之全民健康保險制度，應秉持不虧損、不浪費之原則，使全體國民於發生疾病、傷害或生育事故時，均能減少就醫之財務障礙，並給予適當之醫療照護，以增進國民健康。」
衛生署亦認為全民健康保險之定位為付費的社會福利而非社會救助。參考見立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 199、頁 268。
- ²⁰ 有立委及學者即質疑全民健康保險制度有其外部性效益，應有一定程度之福利色彩，並不能完全從財務邏輯去思考，賦予全民健康保險制度某程度之福利色彩。參考葉菊蘭委員之發言；見立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 154；楊志良，「健康保險」，1995，頁 6-7；蘇盈貴，「全民健保，全民知多少？」，1995，頁 7-8。
但亦有學者主張全民健康保險應從民眾權利保障之角度出發，認為國民有平均享受醫療照護之基本權利。參考李聖隆，「全民健保與病人權利」，律師通訊 194 期，1995，頁 25-26；黃文鴻、李玉春、張鴻仁、楊銘欽、陳春山，「全民健保一制度、法規、衝擊」，1995，頁 21；李易駿、許雅惠，「全民健保法解讀」，1995，頁 16；陳怡安，「全民健康保險法規範下的醫療關係」，1996，頁 19-20。
- ²¹ 柯木興，「社會保險」，台北：中國社會保險學會，1992，頁 63。
- ²² 詳見勞工保險條例第六條、公務人員保險條例第六條、農民健康保險條例第六條。
- ²³ 見立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 362；民國 84 年 4 月 8 日民生報 21 版。
- ²⁴ 僅林正杰委員、許添財委員之發言曾提及強制納保之規定可能侵害民眾之自由權；立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 342、頁 358、頁 794、頁 941。
- ²⁵ 關於強制納保之相關草案條文如下：

法案	法條條號	法條條文
全民健康保險法	第十一條之一	符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。
行政院案	第十二條	符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。
楊敏盛委員提案	未提案	
沈富雄委員提案	未提案	
吳東昇委員提案	第十條	同行政院案。
林正杰委員提案	第十二條	符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，得參加本保險。
陳哲男委員提案	第十條	同行政院案。

- ²⁶ 如沈富雄等委員提案之草案總說明中即點出「全體國民一視同仁，同時加保」之精神。立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 55。
- ²⁷ 林正杰等委員提案草案總說明：「為了讓中醫界與小診所的問題得到合理的對待，採取不強制納保立場：「在惡質化資本主義的今日台灣，強制保險其實有一定的進步意義，尤其對弱勢的薪水階級而言。問題是，當我們把強制保險搭配一個以西醫為主並排擠中醫的體系時，無意強迫每個人失去選擇中醫的自由。……但對於醫療消費者而言，每個人做為自己身體的主人，他有權力依其文化認同與生活經

驗，選擇其信服的醫療方法。同樣地，如果強制保險搭配一個偏重大醫院的醫療體系，無意拿全民的資源圖利體系內的特定業者。因此，在醫療體系畸形發展的今天，我們主張，人民有權利自己決定他的身體與這個體系之間的關係」；見立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 82。

- ²⁸ 見劉炳華委員、洪玉欽委員之發言；立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 350、頁 951。
- ²⁹ 見洪秀柱委員之發言；立法院公報：「全民健康保險法案」，1994，頁 952。
- ³⁰ 見盧修一委員、陳癸淼委員、洪奇昌委員、彭百顯委員、李慶華委員之發言；立法院公報，「全民健康保險法案」，1994，頁 805、頁 807、頁 942、頁 945、頁 962。
- ³¹ 詹金月，「全民健康保險政策合法化過程之研究」，碩士論文，1995，頁 86-89；王志宏，「利益議價行為與決策—以動態博弈分析全民健保法制訂過程」，碩士論文，1996，頁 76；吳聖芝，「醫藥團體對醫藥分業政策影響之分析」，碩士論文，1997，頁 109。
- ³² 見民國 84 年 4 月 8 日民生報 21 版。
- ³³ 除前述立法過程之討論外，一九九五年四月間，立法委員周伯倫、朱星羽及陳昭男針對全民健保強制納保規定在立法院提出委員連署聲請大法官會議解釋之理由，亦環繞在強制納保規定是否為憲法所規定之義務，而並不考慮強制納保規定對人民自由權的侵害以及該項限制是否符合比例原則。其釋憲聲請書中即聲明『全民健康保險法強制全體國民投保，使之變相成為一種強制納保、強制繳費之國民應盡之「義務」。政府為圖施政之便利，以法律要求人民盡憲法規定外「第四種義務」之作法，已造成國家與人民義務關係之嚴重爭議』、『根據現行憲法規定，國家與人民間之義務關係有三：「人民有依法律納稅、服兵役、受國民教育等義務（憲法第十九條、第二十條、第二一條規定）。」即使憲法增修條文第 9 條提及「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，就該條文之意旨及精神，係屬課予「國家」之義務而非課予「人民」之義務。因此，政府不宜為圖執政上之便利，而將憲法上明文規定之國家與人民的義務關係範圍，擅自予以擴張或混淆』。另立法院之釋憲聲請書中亦言：「本院通過全民健康保險法強制全國人民參加健保，召憲法規定國民納稅、服兵役及受國民教育以外，載客以參加全民健康保險之法律義務，顯然違背憲法保障人民權利之規定」。
- 參考司法院網站<http://www.judicial.gov.tw/>。
- ³⁴ 因當時醫藥分業、保費分擔比例、部份負擔比率等爭議之討論聲浪遠大於對強制納保制度之爭議，再加上三黨對此議題亦早有定見，故強制納保與醫療人權之議題並不凸顯。
- ³⁵ 如蕭慶倫、林喆、楊志良、吳凱勳、羅紀琮、江東亮等學者。
- ³⁶ 行政院經濟建設委會全民健康保險研究計畫專案小組，「全民健康保險制度規劃報告」，行政院經濟建設委員會，1990，頁 16。
- ³⁷ 吳凱勳，「健康保險概論」，台北：中國社會保險學會，1994，頁 35-36。
- ³⁸ 見郭明政，「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，1995，頁 187-218。干學平，「刪除強制條款以邁向自由化的全民健康保險」，律師通訊 194 期，1995，頁 6-7。蕭文生，「論全民健康保險法之強制納保制度及保險費之訂定」，法學叢刊 42 卷 4 期=168 期，1997-頁 43-54。
- ³⁹ 大法官會議釋字第四七二號解釋文中說明：「……該法（即全民健康保險法）第十一條之一……有關強制納保……，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……全民健康保險上開條文與憲法第二三條亦無抵觸……。」
- ⁴⁰ 吳凱勳，「健康保險概論」，1994，頁 10-12；柯木興，「社會保險」，1994，頁 60-61；楊志良，「健康保險概論」，頁 11，出自楊志良編，「健康保險」，1996。
- ⁴¹ 李建良，「基本權利理論體系之構成及其思考層次」，人文及社會科學集刊，9 卷 1 期，1997，頁 53-71。雖然這種三段式的思維方式，並非絕對不變的定律，但在歐洲學界及實務界，乃至於歐洲人權法庭均已運用這個理論體系處理有關基本權利之問題。另，因這種思考方式將使得基本權利之討論較為體系化，從而有進一步驗證的可能性；而且論理過程中從不同層次的觀點加以討論，可針對不同之權利、利益加以比較或考量，使思考過程較為完整周密。
- ⁴² 目前先進國家中（指平均國民生產毛額高於七千美元以上之國家），僅美國尚未實施全民健保或國家健康照護（或稱公醫制度）。
- ⁴³ 亦有學者提出「健康保險關係上的權利」之觀念，見陳怡安，「全民健康保險規範下的醫療關係」，1996，頁 53。

- ⁴⁴ Mariner WK, 「Patients' Rights to Care under Clinton's Health Security Act: The Structure of Reform」, *American Journal of Public Health* 84 卷 8 期, 1994, 頁 1330-1335。
- ⁴⁵ 尤之毅, 「從美國柯林頓總統醫療改革方案看我國全民健保之規畫」, *台灣醫界* 36 卷 2 期, 1993: 49~58; 中央健康保險局, 「簡介美國病人權利法案」, *全民健保雙月刊試刊* 1 期, 1998。
- ⁴⁶ 病人權利法案中規定, 健康保險計畫保險人應保障民眾選擇接受非特約醫療院所接受健康照護之自由權 (Sec.102)、選擇不同特約醫療院所就診之自由權 (Sec.103)、選擇醫師之自由權 (Sec.104)、轉診轉院之自由權 (Sec.103、Sec.104) 等權利。
參考 U.S. Congress, 「Patients' Bill of Rights Act of 1998」, Available from: URL: <http://thomas.loc.gov/>。
- ⁴⁷ 柯林頓政府主要是希望從七個面向來達成對醫療消費者之保護: (1) 醫療消費者對醫療提供者與醫療保險有選擇權 (自由權之保障); (2) 醫療消費者有充分參與治療決定之權利 (自己決定權之保障); (3) 醫療消費者之資料應受到保密 (隱私權之保障); (4) 醫療消費者應享有完善之投訴程序 (程序保障權之保障); (5) 醫療消費者可以獲得正確易懂的資訊 (知的權利之保障); (6) 醫療消費者應獲得尊重、不受歧視之治療 (平等權與個人尊嚴權之保障); (7) 當醫療消費者有需要緊急醫療時即可獲得服務 (受益權之保障)。
- ⁴⁸ 此為歷史社會學之解釋觀點; 參考呂學宗, 「為什麼美國沒有公醫制, 也沒有全民健保?」, *中國論壇* 29 卷 11 期, 1990, 頁 76-77。
- ⁴⁹ 呂學宗, 「為什麼美國沒有公醫制, 也沒有全民健保?」, *中國論壇* 29 卷 11 期, 1990, 頁 74-78。
- ⁵⁰ 見釋字第四七二號解釋, 孫森焱大法官之協同意見書。
- ⁵¹ 見釋字第四七二號解釋, 蘇俊雄大法官之協同意見書。
- ⁵² 干學平, 「刪除強制條款以邁向自由化的全民健康保險」, *律師通訊* 194 期, 1995, 頁 6-7; 陳怡安, 「全民健康保險法規範下之醫療關係」, 台北: 私立東吳大學法律學研究所碩士論文, 1997, 頁 52-57。蕭文生則認為全民健康保險法中之強制納保制度為法定義務, 限制民眾投保健康保險之自由權利之行使; 參考蕭文生, 「論全民健康保險法之強制納保制度及保險費之訂定」, *法學叢刊* 42 卷 4 期=168 期, 1997, 頁 44-45。
- ⁵³ 該項判決係針對強制加入「國民健康保險」是否違反日本憲法第十九條有關思想、良心自由, 第二九條第一項有關財產權保障, 第九七條有關基本權利, 以及第九八條第一項等規定所做之判決。
參考張世賢, 「各國憲法條文彙編」, 1995, 頁 122。
- ⁵⁴ 最高裁判所一九五八年二月二日判決。陳怡安, 全民健康保險法規範下的醫療關係, 碩士論文, 1996, 頁 44。前田徹生, 「國民健康保險條例合憲性」, *社會保障判例百選*, 1991, 頁 16。詳細之判決內容如下: 「國民健康保險係依循相扶共濟之精神, 以提供國民有關疾病、負傷、分娩、死亡之保險給付為目的, 進而保持、增進國民健康, 安定國民生活、促進公共福祉, 因而其保險人當然包括所有可能遭遇保險事故, 而接受保險給付之國民。至於相扶共濟保險之性質, 係由加入保險者互相分擔保險事故所造成的個人經濟上損害, 自不待言。……原則上以全部住民為被保險人的國民健康保險, 其強制保險, 及同條例第三一條規定戶主 (被保險人) 應依其町稅賦課等級, 繳納保險費……之義務, 並非無故侵害憲法第十九條或其他之自由權, 及第二九條第一項之財產權。」
- ⁵⁵ 李建良, 「基本權利理論體系之構成及其思考層次」, *人文及社會科學集刊*, 9 卷 1 期, 頁 60-62。
- ⁵⁶ 所謂「目的性」是指國家之「侵害」行為具有一定之「意欲」, 而非只是國家行為之單純結果。所謂「直接性」是指該「侵害」為國家目的所欲達到之直接結果, 而非只是間接結果或附帶結果。所謂「法效性」是指國家之「侵害」行為必須是具有「法律行為」性質之國家措施, 而非只是「事實行為」。
所謂「強制性」是指國家之「侵害」行為必須具有下命性, 必要時並得以強制力貫徹之。
參考李建良, 「基本權利理論體系之構成及其思考層次」, *人文及社會科學集刊*, 9 卷 1 期, 1997, 頁 62。
- ⁵⁷ 曾錦源, 「公法上比例原則之研究」, 1988, 頁 4 以下。
- ⁵⁸ 城仲模, 「行政法之一般法律原則」, 1994, 頁 134。
- ⁵⁹ 詳見大法官會議解釋釋字第一〇五號、第一六〇號、第一七九號、第一九四號及第三三六號解釋。但必須注意一點的是, 大法官會議對於比例原則之界定, 僅謂「與憲法並無抵觸」、「尚難謂為違憲」或

「難認為抵觸憲法」，對於合乎憲法第二三條「必要性」之意義與標準則未加以說明；因此，以下對於比例原則之討論與運用，仍多以學界之見解為主。

- ⁶⁰ 如行政院四七年判字第二六號判決、七一年判字第八一一號判決等。
- ⁶¹ 如警械使用條例第五條、土地法第二〇八條、土地施行法第四條、集會遊行法第二六條、社會秩序維護法第二二條第三項等。
- ⁶² 如行政程序法第十條、第九四條之規定，均顯示比例原則條文化之趨勢，也使得比例原則成為對基本權利有關事項及一般行政法上原則之裁量行使時的客觀限制。
- ⁶³ 關於比例原則之分類與用語並非一致。在用語上，有學者採「合理關係原則」，見陳敏，「憲法之租稅觀念及其課徵限制」，政大法學評論 24 期，頁 58；有學者採「相當性原則」，見王金龍，「論羈押的相當性原則」，私立輔仁大學法律學研究所碩士論文，1987，頁 23。而在分類上，有學者即認為以二分說一即必要性及合比例性為已足，見陳新民，「論憲法人民基本權利之限制」，出自「憲法基本權利之基本理論（上）」，1992，頁 247 以下；亦有學者認為以相當原則一包括適合原則、必要原則及法益衡量原則為內容，見朱武獻，「言論自由之憲法保障」，出自「公法專題研究（二）」，1992，頁 37 以下。但通說多仍將比例原則分為適當原則、必要原則與狹義之比例原則。
- ⁶⁴ 關於比例原則之討論，國內之文獻有：翁岳生，「依法行政之原則」，出自「台北市議會學術講座專輯（二）」，1983；朱武獻，「言論自由之憲法保障」，出自「公法專題研究（二）」，1992；陳新民，「論憲法人民基本權利之限制」，出自「憲法基本權利之基本理論（上）」，1992；城仲模，「論公法上之比例原則」，出自「行政法之一般法律原則」，1994；葉俊榮，「行政裁量與司法審查」，國立台灣大學法律學研究所碩士論文，1985；曾錦源，「公法上比例原則之研究」，私立輔仁大學法律學研究所碩士論文，1988；盛子龍，「比例原則作為規範違憲審查之準則」，國立台灣大學法律學研究所碩士論文，1989。
- ⁶⁵ 城仲模，「行政法之一般法律原則」，1994，頁 123。
- ⁶⁶ 曾錦源，「公法上比例原則之研究」，1988，頁 15。
- ⁶⁷ 城仲模，「行政法之一般法律原則」，1994，頁 123；曾錦源，「公法上比例原則之研究」，1988，頁 16。
- ⁶⁸ 曾錦源，「公法上比例原則之研究」，1988，頁 15。
- ⁶⁹ 所謂逆選擇，是指在平均風險所設定之保險費率下，低風險者不願意投保健康保險，但卻有大批高風險者投保，造成保險人財務上之沉重負擔。見謝啟瑞，「健康經濟學」，五南圖書，1996，頁 221-223。
- ⁷⁰ 柯木興，「社會保險」，1994，頁 60-61；楊志良，「健康保險概論」，頁 11，出自楊志良編，「健康保險」，1996。
- ⁷¹ 謝啟瑞，「健康經濟學」，五南圖書，1996，頁 221。
- ⁷² 柯木興，「社會保險」，1994，頁 60-61；吳凱勳，「健康保險概論」，1994，頁 10-12。
- ⁷³ 全民健保有關強制納保制度之規畫目的，主要是希望能達成擴充財源、防止逆選擇、提高納保率，使全民健康保險財務能健全發展，並使全民享有基本醫療保健服務之政策目標。參考全民健康保險法草案總說明。
- ⁷⁴ 曾錦源，「公法上比例原則之研究」，1988，頁 16。
- ⁷⁵ 城仲模，「行政法之一般法律原則」，1994，頁 124。
- ⁷⁶ 曾錦源，「公法上比例原則之研究」，1988，頁 17。
- ⁷⁷ 謝啟瑞，「健康經濟學」，五南圖書，1996，頁 222-223。
- ⁷⁸ OECD，「The Reform of Health Care—A Comparative Analysis of Seven OECD Countries」，1993，頁 57-72。郭明政，「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 198。
- ⁷⁹ 參考黃千華，「荷蘭健康照護制度：健康保險市場競爭對醫療品質之效應」，全民健康保險雙月刊 86 年 9 月號，1997。
- ⁸⁰ 參考中央健保局網頁：<http://www.nhi.gov.tw/>。
- ⁸¹ 城仲模，「行政法之一般法律原則」，1994，頁 125。
- ⁸² 曾錦源，「公法上比例原則之研究」，1988，頁 18。
- ⁸³ 城仲模，「行政法之一般法律原則」，1994，頁 125。
- ⁸⁴ 醫療自由權之保障與經濟上之效率通常是相互衝突的。見Basson MD eds，「Introduction：The Right to

Health Care.」，頁 9-10；出自「Rights and Responsibilities in modern Medicine.」，1981。

- ⁸⁵ 人權 (human rights) 中關於人民健康照護、醫療保健等權利之基本權利則稱之為健康權 (health rights，為生存權之廣泛延伸)；而將健康權具體地落實在實體法中，並作為政府政策制訂、法律規範依據者，則為醫療人權 (rights of patient and health care)。
- ⁸⁶ 參考中央健康保險局網頁：<http://www.nhi.gov.tw/>。
- ⁸⁷ 由近年來病例增減之趨勢來看，現代人之疾病特徵如下：(1) 由生物病因轉向物理性及化學性病因；(2) 由經常性疾病轉向災害性疾病；(3) 由急性病轉向慢性病；(4) 由部份疾病轉向全身疾病；(5) 由身體疾病轉向精神疾病。參考蔡宏昭，「醫療福利政策」，1989，頁 41-42。
- ⁸⁸ 參考生統計 (一) 公務統計，1998；中央健康保險局網頁：<http://www.nhi.gov.tw/>。
- ⁸⁹ 由憲法第十五條、第一五五條前段、第一五七條以及增修條文第九條第四項之規定中，均可看出憲法對生存權以及健康權 (生存權之廣義衍伸) 之具體保障內容。
- ⁹⁰ 我國全民健康保險之納保普及率已由未實施前之 59.90% (包括軍中醫療照護人口)，逐年提高提高為 93.00% (民國八五年二月底)、95.96% (民國八五年十二月底)、96.24% (民國八六年十二月底)、96.09% (民國八七年五月底)。請參考行政院衛生署，「全民健康保險實施一年評估報告」，1996，頁 18；行政院衛生署，「全民健康保險實施二年評估報告」，1997，頁 19；中央健康保險局網頁：<http://www.nhi.gov.tw/>。