

# 醫療人權之發展與權利體系

吳全峰 1、黃文鴻 2\*

1. 美國哈佛大學法學碩士

2. 國立陽明大學衛生福利研究所副教授

\*通訊作者

壹、前言

貳、醫療人權在國際人權法上之緣起與發展

參、醫療人權在世界各國之緣起與發展

一、醫療人權在美國的發展

二、醫療人權在英國的發展

三、醫療人權在日本的發展

四、醫療人權在台灣的發展

肆、醫療人權之重要性

伍、醫療人權與其他人權之關係

一、醫療人權與人權之關係

二、醫療人權與受益權（社會基本權）之關係

三、醫療人權與防禦權（自由基本權）之關係

陸、醫療人權之權利體系與架構

一、醫療人權之權利體系

二、醫療人權之權利內容

柒、醫療人權之憲法權利位階

一、醫療人權之實踐方式

二、醫療人權之憲法權利位階

捌、結論

## 摘要

健康照護與醫療屬基本人權之一環，但醫療人權之定義，不僅學界對醫療人權之內涵與範圍仍無定論；實務上法規制訂與政策實施，亦普遍存在偏重經濟效益而忽略民眾醫療人權保障之情形。本文從國際公約、各國法制及學者討論等文獻中，將醫療人權類型化並充實、具體化其中不同類型權利之內涵，以定義醫療人權並建立其權利體系。

本文先論述醫療人權之重要性，探討醫療人權之緣起與發展，並分別論述醫療人權在國際人權法體系之發展，並參考美國、英國與日本等先進國家對醫療人權法制化之態度與策略，進而將醫療人權在台灣的發展，分為萌芽階段、發展階段、法制化階段與後健保階段等四個階段呈現。本文並將從人權發展的階段切入，論述醫療人權與人權、社會基本權之關係。所謂醫療人權（**Rights of Patients and Health Care**）泛指「人民有要求政府增進國民健康，普遍推行保健事業及健全醫療制度的權利；並能以人格主體者之地位，要求尊嚴、自由、平等地接受妥當之醫療照護及拒絕醫療之權利，以維護民眾之尊嚴、私密與健康」；故本文將醫療人權依其功能與作用之不同，就傳統古典之權利體系分類，搭配國家之義務類型加以修正，將醫療人權區分為以下兩種類型，嘗試建構醫療人權之權利體系：（一）核心醫療人權（**Core Contents of the Right to Health Care**），包括防禦性權利、程序保障、具防禦性質之受益性權利。其中防禦性權利之內容包含自由權、平等權、隱私權、知的權利；程序保障則包括投訴及訴訟之權利、醫療政策參與權；具防禦性質之受益性權利則包括預防接種請求權、孕婦及兒童之健康照護服務請求權、緊急醫療請求權。（二）一般醫療人權（**Scope Contents of the Right to Health Care**），包括具受益性質之受益性權利及其他權利。其中受益性質之受益性權利包括健康權、衛生服務請求權、醫療品質權、個人尊嚴權；其他之權利則包括健康之工作或生活環境請求權、乾淨飲水及空氣請求權、適當居住住宅請求權等權利，本文依次論述該等醫療人權的意涵。

本文雖從傾向基本權利的醫療人權論點出發，藉由相關國際條約、國內外法例及學者觀點，探討醫療人權之定義與建立醫療人權之權利體系。但本文觀點只是影響醫療人權多元發展中的一個面向，且本文僅以廣義之民眾之醫療人權為討論主軸，並未深入討論民眾之醫療人權在不同身份（一般民眾、門診病人、住院病人等）時是否有異，亦未旁及醫事人員之醫療人權，建議未來可朝與此相關之議題進行深入研究。

關鍵詞：醫療人權、國際人權法與醫療人權、醫療人權的權利體系

## 壹、前言

健康照護為維持個人尊嚴與發揮潛能之基本需求，在社會安全體系下，健康照護與醫療被視為基本人權之一環，除國際法上諸多條約明定國家對於民眾之健康照護有應盡之義務外<sup>1</sup>，我國憲法亦規定政府有保障國民健康之義務與責任<sup>2</sup>。但在學理上，對醫療人權之定義、內容與保障範圍，卻仍存在不同的詮釋；實務上法規之制訂與政策實施，亦普遍存在偏重經濟效益而忽略民眾醫療人權保障之情形。如全民健康保險制度中的強制納保<sup>3</sup>、越級就醫加重部份負擔制度之設計，便有可能對醫療自由權造成侵害，全民健保排除納保的條款對醫療平等權之限制亦然<sup>4</sup>。

當身體與精神等健康狀態無法得到滿足與保障，則人類基於人權而享受主體存在的意義便面臨威脅，也將使人權之保障失去其實際意義<sup>5</sup>；因此，藉由醫療人權體系之建立，明確釐清醫療相關事務與人權間之關係，使病人在面對專業醫療領域，或一般民眾在面對醫療衛生政策制定時，得有主張權利之依據，以避免或排除國家公權力與其他外力之不當干預或侵害，對於民眾權益之保障顯有其實益。

因此，本文先論述醫療人權之重要性，探討醫療人權之緣起與發展，並簡要論述醫療人權在美國、英國、日本與台灣的發展，並參考國際公約、各國法制及學者討論等文獻中，將建構醫療人權之權利體系。而最終目的是希望藉由醫療人權體系之建立，重新思考政策對醫療人權之影響，並依據該體系內涵進一步規範政策制訂應有之界限與範圍。

但由於本文僅嘗試提出一個較以往更廣泛且屬較高權利位階之醫療人權定義與架構，而此定義與架構僅以已建構之國際條約規範、各國國內法之規定，與整體醫療人權之發展過程為基礎，再加以擴充；因此，本文對醫療人權定義與權利架構之討論流程並不必然違背因果關係之順序—應先有定義方能建立醫療人權與其他權利之相對地位與重要性。另一方面，因醫療人權之重要性並不單純以其定義為唯一考量，就人權之發展過程而言，其重要性係以滿足人類之尊嚴與基本需求為充要條件—如Norman Daniels即以健康需要（health needs）為基本架構討論醫療平等之問題<sup>6</sup>。如其發展或存在有助於實現人性尊言語基本需要，則該權利即有超越道德層次（moral rights）而落實於法律層次之必要（legal rights），而後再進一步補充其具體內容。故本文僅依據國際條約與承認醫療人權之各國法例<sup>7</sup>，將醫療人權之實踐視為國家應負擔之義務與國民應享有之權利，並以此為基礎嘗試建構醫療人權之定義與架構；至於學界對醫療人權權利內涵之爭議，或其內涵實踐之可行性，本文或稍有觸及，

<sup>1</sup> 參考世界人權宣言(Universal Declaration of Human Rights, UDHR)第二五條，經濟社會暨文化權利公約(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR)第十二條，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)憲章前言，消除對婦女一切形式歧視公約(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW)第十二條，兒童權利公約(Convention on the Rights of the Child, CRC)第二四條，經濟社會暨文化權利委員會(Committee of Economic, Social and Cultural Rights)第十四號一般意見(General Comment No. 14)等文件。

<sup>2</sup> 參考中華民國憲法第一五五條、第一五七條及增修條文第十條第五項等。

<sup>3</sup> 吳全峰，黃文鴻，從醫療人權之角度論全民健康保險強制納保制度之爭議，月旦法學 77 期，2001，頁 112-131。

<sup>4</sup> 吳全峰，全民健康保險制度與醫療人權相關之分析，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1999。

<sup>5</sup> 常健，衛生保健權利的爭論，出自「人權的理想、爭論與現實」，1997，頁 207。

<sup>6</sup> Norman Daniels, *Just Health Care*, 1985.

<sup>7</sup> 如印度、南非、歐盟及我國。

但並非重點。

## 貳、醫療人權在國際人權體系中之緣起與發展

醫療人權之觀念主要是由社會基本權中發展出來的。廿世紀初，福利國家思潮興起，人權概念擴及到社會基本權後，健康權（health right）或醫療人權（rights of health care）的概念，便不斷被廣泛討論。如荷蘭學者van der Ven、德國Brunner與奧地利Tommandl便提出社會保健權（社會安全權、社會保險權）之概念<sup>8</sup>，具體討論關於人民「最起碼生活要求」之權利—包括生理及心理健康之權利。而一九一九年德國威瑪憲法中揭露抽象的「生存權」概念後，醫療人權也逐漸展開更細膩的討論與發展。

不可否認，傳統醫療人權之雛形，不論是作為開明專制下對社會控制手段，或是工業革命後社會對公共衛生之要求，或是對純粹資本主義壓迫勞工之反撲，均以傳統狹義之生理健康（physical health）作為權利保障之標的。因此，當時醫療人權仍侷限於社會基本權下的附屬概念，而非獨立的權利體系；且因醫療人權尚屬人權保障體系下的全新價值，因此也受到許多學者之挑戰。如有學者即認為，因醫療人權作為人民之主張權利與政府之履行義務間的關係並不明確，且作為人權之內容顯然過於籠統模糊，故醫療人權應屬於社會福利之一環而非人權保障之一環。

但近年來與醫療人權保障相關之國際條約規範相繼出現，學者之討論及國外判例亦逐漸細緻化醫療人權保障之內涵，我們不難發現傳統醫療人權之架構已難以完全落實法律層面之保障（尤其是對於國際人權法之實踐），並因此影響醫療人權之存在與擴張；故學者遂逐漸發展出一套具體且精確之標準，以嘗試落實醫療人權之可能。如自世界人權宣言（Universal Declaration of Human Rights，UDHR）第二五條<sup>9</sup>之規定起，醫療人權之觀念便逐漸自人權體系中獨立出來，而被視為具有獨立特徵之人權體系；而該條文所揭諦之權利內容（including food, clothing, housing and medical care and necessary social services），也使得與健康有關之種種基本需求（basic needs）—包括食物（包含乾淨之飲用水）、居住、衣物等不同面向—超越傳統狹義對健康之定義，而成為醫療人權討論中最廣泛之醫療人權內涵。

之後，一九四六年「世界衛生組織憲章」（Constitution of the World Health Organization）前言確認「可達到的最高水準（highest attainable standard）」之健康狀態為不分種族、宗教、政治信仰、經濟及社會地位之基本人權，並主張健康之定義為「生理、心理、社會之完適狀態（health is a state of complete physical, mental and social wellbeing）」而非單指疾病之排除（not merely the absence of disease or infirmity），某種程度地呼應世界人權宣言中所定義之廣泛醫療人權內涵。

<sup>8</sup> 見陳新民，憲法基本權利之基本理論，1992，頁 95-128。

<sup>9</sup> UDHR §25, "Everyone has the right to a standard of living adequate for the health of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services."

一九六六年「經濟、社會、文化權利國際公約」(International Covenant on Economic, Social and Culture, 簡稱ICESCR)第十二條第一項則首度要求會員國承認醫療人權之存在,並於同條第二項中具體指出該權利之內涵應包括(一)降低嬰兒死產率(stillbirth rate)與死亡率(infant mortality),(二)促進環境及工業衛生(environmental and industrial hygiene),(三)預防、治療、控制流行病、地方病、職業病等疾病(prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases),(四)確保罹病時之健康照護服務[assurance of] all medical service and medical attention in the event of sickness)。另外,消除對婦女一切形式歧視公約(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW)第十二條,兒童權利公約(Convention on the Rights of the Child, CRC)第二四條等國際公約均進一步確認醫療人權作為國際人權一環之地位,並揭露出傳統人權概念應納入健康醫療等不同面向,且賦予其不同之實質意涵<sup>10</sup>。而在「人之權利與義務之美洲宣言」第十一條、「歐洲社會憲章」第一部份第十一項與第二部份第十一條與「人類與人民權利之非洲憲章」第十六條等區域性條約中,亦對醫療人權有重要的界定與闡釋,以保障民眾醫療衛生等相關之健康權利。

雖然醫療人權之內容大幅擴充,但學者也承認世界人權宣言及世界衛生組織憲章前言對於醫療人權之定義仍嫌過於空泛與模糊;其廣泛且無所不包之定義與權利內涵,雖然從表面上來看似對民眾人權之保障面面俱到,但其現實上尊重、實踐、保障(respect, fulfill, protect)該權利之困難程度過高,卻也使得政府有諸多藉口不予履行對該權利之保障,而間接使得醫療人權成為虛幻之人權。

而聯合國亦有感於UDHR及ICESCR中對於醫療人權之規範不甚明確,甚至導致醫療人權究係屬於無限保障民眾擁有WHO所宣稱之完整健康狀態之權利(稱為「Right to Health」),抑或只是在國家資源有限之範圍內有限度地提供民眾健康照護服務(稱為「Right to Health Care」)之爭議,遂於二〇〇〇年於經濟社會暨文化權利委員會(Committee of Economic, Social and Cultural Rights)中通過第十四號一般意見(General Comment No. 14),對醫療人權之範圍、內容、與架構做進一步之闡釋與界定;而該意見書亦成為至目前為止聯合國對醫療人權所作出較為完整之權利內涵闡釋之國際文件。該意見書之詳細內容將如後文中做進一步闡釋。

## 參、醫療人權在世界各國之緣起與發展

世界各國因社會基本權對社會發展與民眾權益之積極保障功能,亦持續將醫療人權之內容納入憲法中保障;如芬蘭憲法第十九條<sup>11</sup>、南非憲法第二十七條<sup>12</sup>、日本憲法第二十五條<sup>13</sup>。即令有不少國

<sup>10</sup> 見經濟、社會、文化權利國際公約第十二條。

<sup>11</sup> §19 of Finnish Constitution, ”

(1) Those who cannot obtain the means necessary for a life of dignity have the right to receive indispensable subsistence and care.

(2) Everyone shall be guaranteed by an Act the right to basic subsistence in the event of unemployment, illness, and disability and during old age as well as at the birth of a child or the loss of a provider.

(3) The public authorities shall guarantee for everyone, as provided in more detail by an Act, adequate social, health

家（如美國）並不視醫療人權為憲法所保障之基本人權，但與醫療人權相關之下位權利概念卻仍散見於相關之醫療法規或社會福利法規中。

但醫療人權與其他權利（如生存權、健康權）間的界線卻仍模糊不清，而除了前段所述藉由國際法上對於醫療人權之定義與架構不斷進行修正，以釐清醫療人權之權利內涵外，相關國家之國內法發展亦對醫療人權之權利體系建構提供不少思考方向。如一九七三年美國醫院協會「病人權利法案」(the American Hospital Association Patient Bill of Rights)、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」、一九九一年英國「病人權利憲章」(The Patients' Chart)、一九九八年美國「病人權利法案」草案 (Patients' Bill of Rights Act of 1998) 等文件相繼出現，方才逐步對醫療人權的意義作出重要的宣示，並進一步具體化醫療人權的內涵，區隔醫療人權與其他權利之界線，並建構出醫療人權獨立之權利體系。而南非法院更進一步依據經濟社會暨文化權利委員會第十四號一般意見書之規範，對如何運用醫療人權以保障民眾醫療人權作出判決（見後文對 Soobramoney、Grootboom、Treatment Action Campaign 等案件之討論）。

雖然檢視醫療人權在各國國內法之發展，並不能證明該國內法之權利義務規範（尤其是對病人權利之保障）必然即屬於國際法上對醫療人權保障之基本權利範疇，因前者可能屬於私法體系下之醫療契約或保險關係，或是公法體系下（如公醫制度）之行政契約與行政處分關係<sup>14</sup>；但不可否認，本討論卻能協助本文整理出國內法對醫療人權保障之潮流走向或理論依據發展，與國際上醫療人權之發展漸趨一致，並達到一種制度上均衡之狀態。而在實務上，從 **General Comment 14** 之內容中亦不難發現，醫療人權作為國際人權體系保障民眾健康與醫療照護之基本權利架構，在其發展過程中便不斷吸納不同之相關權利內涵，從而使得國內法中病人權利亦漸漸成為國際人權法中之具體內容，並進一步規範國家主體之醫療衛生政策。

## 一、醫療人權在美國的緣起與發展

美國在一九六〇年代醫學科技興盛，醫師優勢的醫療環境，重視權力與名利甚於對病人醫療照護

---

and medical services and promote the health of the population. Moreover, the public authorities shall support families and others responsible for providing for children so that they have the ability to ensure the wellbeing and personal development of the children.

(4) The public authorities shall promote the right of everyone to housing and the opportunity to arrange their own housing.”

<sup>12</sup> §27 of South Africa Final Constitution ,”

(1) Everyone has the right to have access to –

(a) health care services, including reproductive health care;

(b) sufficient food and water; and

(c) social security, including, if they are unable to support themselves and their dependants, appropriate, appropriate social assistance.

(2) The state must take reasonable legislative and other measures, within its available resources, to achieve the progressive realization of each of these rights.

(3) No one may be refused emergency medical treatment.”

<sup>13</sup> §25 of Japan Constitution ,”

All people shall have the right to maintain the minimum standards of wholesome and cultured living.

In all spheres of life, the State shall use its endeavors for the promotion and extension of social welfare and security, and of public health.”

<sup>14</sup> 蔡維音，全民健保之法律關係剖析，月旦法學雜誌 48 期，1999，頁 67-78；月旦法學雜誌 49 期，1999，頁 110-115。

服務之本質。但這種以醫師為主導的潮流，卻也逐漸引起社會的批判，使醫療人權之理念逐漸萌芽。這個時期，醫療人權之發展重點主要在於散播、鼓吹相關之理念與觀點，如可近性（access）、公平性（equality）、病人參與（participation）、醫療利用（utilization）等觀念，並從單獨的個人以及整體的社區層次切入，希望在法律領域及醫學專業領域中，組織並強化醫療人權之觀念。

一九六五年後，因Medicaid<sup>15</sup>、Medicare<sup>16</sup>相繼實施，聯邦政府對於健康照護服務體系與監督陸續完成立法程序，各級政府亦陸續通過相關病人權利法案，使得這時期的醫療人權發展到一個顛峰。在這個時期，醫療人權更進一步與其他消費者運動、婦女運動等社會運動結合，如將消費者權利（consumer right）之觀念引入，要求醫療消費者能參與醫療衛生政策之規劃與執行、健康照護服務資源之配置與評估等。一九七〇年代，關於醫療人權的保障重新出現對醫療介入適當性以及醫師對醫療衛生領域之絕對權威之質疑。美國醫院協會並於一九七三年公佈病人權利法案，進一步具體規範醫療院所對病人權利應有之適當保障。一九七〇年代末期，受到經濟危機與醫療費用、價格節節上升的衝擊，醫療人權的討論方向亦隨之改變。政策決策者的焦點轉移到成本控制與增加可近性，州政府亦暫時中止關於病人權利法案的立法程序；而學者亦提出是否應適度限制醫療人權範圍的論點。這個時期醫療人權之發展受到某種程度的限制，重心也轉移到成本控制與健康照護資源的合理分配上。

一九八〇年代，經濟學觀點成爲健康照護服務提供之主流思想，共和黨政府限制聯邦對健康照護服務的支出，並將成本轉移至州政府、地方政府，甚至直接轉移到醫療消費者身上。但此也同時造成主張醫療人權學者的反彈，認爲政府不應屈從醫療產業之壓力，而欲解除原本之管制措施，並稀釋醫療人權之內容。此時，有些州政府（如紐澤西州）紛紛公佈有關病人權利保障之法案，且保障之內容不再侷限於以往病人人權保障之觀念，將個人人權、資訊流通等概念引入，並進一步將這些概念訂出具體標準。但這些權利內容大多仍與醫院協會所公布之病人權利法案差不大，僅將其內容進一步細緻化、標準化或加以擴張，如病人有權利且醫院有義務安排病人取得病歷影本之適當程序與管道；醫院有義務告知病人其轉院、轉診之權利；病人有接受健康保險、公共部門及慈善事業補助之權利等<sup>17</sup>。

一九九〇年代初期，柯林頓政府上台，政策主張逐漸回歸到醫療人權之主張，而以福利社會之姿態出現，從全民健康保險方案及病人權利法案之提出即可見一斑。由於對個人自由權的重視以及經濟上的壓力，各界對健保方案的意見未能整合，致使該法案夭折。但柯林頓所提出之病人權利法案，對醫療人權之保障範圍與內容卻有明顯的擴張，並賦予醫療人權具體之意涵，使醫療人權之保障範圍不再僅侷限於單一的病人權利客體，而是進一步地擴張到一般民眾關於醫療之權利。該法案已於二〇〇一年小布希政府任內通過<sup>18</sup>，並於二〇〇五年提出整合新版之病人權立法草案，以整合公共衛生服務法

<sup>15</sup> Medicaid爲美國聯邦政府針對殘障者所提供之健康保險計劃，屬社會安全政策之一環。

<sup>16</sup> Medicare則爲美國聯邦政府針對老年人所提供之健康保險計劃，亦屬社會安全政策之一環。

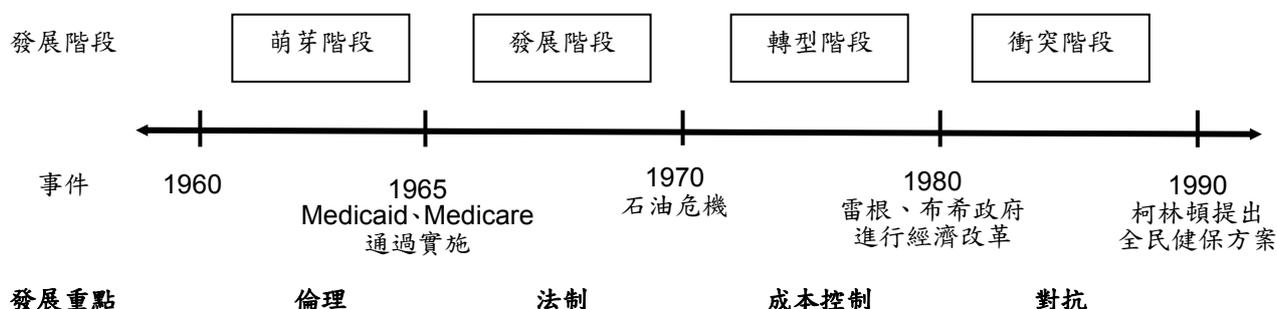
<sup>17</sup> 參考New Jersey之Patient Bill of Rights內容。

Silver MHW, Patients' Rights in England and the United States of America: the Patient's Chart and the New Jersey Patient Bill of Rights: a Comparison, 23 Journal of Medical Ethics 213, 215 (1997).

<sup>18</sup> 病人權利法案在柯林頓政府任內並未獲得國會同意通過；二〇〇一年九月間，小布希政府再度嘗試將病人權利法案送交國會山莊表決並獲得通過，但對中央政府與州政府間權力之分配，包括訴訟管轄權之歸屬、病人對醫療機構及健康保險保

(Public Health Service Act)、就業收入安全法 (Employment Requirement Income Security Act)、國內收入法 (Internal Revenue Code)，並將醫療人權之保障範圍，從純粹個人健康保障之面向轉向整體社會之面向。

美國醫療人權之各個發展階段時期與重要大事可參考圖一。



圖一 美國醫療人權之發展

而從醫療人權之權利內涵來看，美國之憲法與相關法規並未明確保障醫療人權<sup>19</sup>，最高法院亦一再確認並無所謂「積極權利」之存在 (no affirmative right principle)，甚至認為醫療人權並非憲法所保障之權利 (entitlements) 而僅為政府社會福利政策下之利益 (benefit)<sup>20</sup>；換言之，因憲法並未賦予國家義務以「積極地提供」民眾社會上之利益，故國家行政權在醫療「利益」之保障上是有較大之行政裁量空間。如在 *Mather v. Roe*<sup>21</sup> 與 *Beal v. Doe*<sup>22</sup> 兩案中，最高法院即認為，因國家並無義務提供或給付所有健康照護服務，故 Medicaid 拒絕給付非治療性墮胎 (nontherapeutic abortions) 之健康照護服務並未侵犯民眾受憲法所保障之平等權。

但這並非表示美國完全忽略對醫療人權之保障；相反地，與醫療人權直接相關之下位權利概念仍散見於不同之法規範或判決中<sup>23</sup>。如一九四四年之 Economic Bill of Rights 便首次導出醫療人權之概念為「接受適當健康照護並有機會達到並享受健康之權利 (the right to adequate care and the opportunity to achieve and enjoy good health)<sup>24</sup>」；一九七四年之 Health Planning Act 要求中央政府之健康照護政策應「在合理成本之範圍內保障民眾對有品質健康照護服務之可近性 (equal access to quality care at a reasonable cost)」；二〇〇一年之病人權利法案 (Patients' Bill of Rights)，或是二〇〇五年送交國會之病人權利法草案 (Patients' Bill of Rights Act of 2005) 與病人保障法草案 (Patient Protection Act of 2005) 均指出國家應保障民眾自由選擇醫療照護提供者或醫療計畫之權利 (choice of

險人提出訴訟之限制寬嚴，意見並不一致，並引發一連串之辯論。

<sup>19</sup> Kenneth R. Wing, *The Right to Health Care in the United States*, 2 *Annals Health L.* 161, 163 (1993).

<sup>20</sup> 如在 *Mather v. Roe* 與 *Beal v. Doe* 兩案中，聯邦最高法院均認為州政府在其政府醫療保險 (Medicaid) 中拒絕給付非醫療性之墮胎 (nontherapeutic abortions) 並不違反憲法中對於平等權之保障，因為 Medicaid 並不賦予州政府單方面支付任何醫療照護費用之義務。

<sup>21</sup> *Maher v. Roe*, 97 S.Ct. 2376 (1977).

<sup>22</sup> *Beal v. Doe*, 97 S.Ct. 2366 (1977).

<sup>23</sup> Carolynne Shinn, *The Right to the Highest Attainable Standard of Health: Public Health's Opportunity to Reframe a Human Rights Debate in the United States*, 4(1) *Health and Human Rights* 115, 115 (2000).

<sup>24</sup> Janet O'Keeffe, *The Right to Health Care and Health Care Reform*, from Audrey R. Chapman eds., *Health Care Reform: A Human Rights Approach*, 36 (1994).

providers and plans)、醫療平等權(nondiscrimination)、接受緊急醫療照護之權利(access to emergency services)、醫療決策參與權(participation in treatment decisions)、醫療隱私權(confidentiality of health information)、個人尊嚴權(respect)、及申訴之權利(complaints and appeals)。另如Roe v. Wade一案中，最高法院亦確認婦女再接受健康照護服務時應有不受政府干預之程序性權利<sup>25</sup>。

## 二、醫療人權在英國的緣起與發展

英國於一九四八年實施公醫制度(National Health Services, NHS)後，對民眾健康之維護便建立在醫療國營的基礎上，使民眾不因經濟條件而產生醫療差別待遇；英國政府並且公佈一些關於病人權利的相關法律規範，以保障民眾之醫療人權。

一九六四年後，由於醫療保健與社會服務之重要性與日遽增，政府便將公醫制度之目的予以擴張，公醫制度不再僅是單純的治療疾病或維護國民健康，而應以「人的尊嚴」與「主體性」的尊重為出發點。

一九九一年英國進一步公佈病人權利憲章(The Patient's Charter)，以保障在公醫制度下的病人權利。在該法案中主要表現出兩個精神<sup>26</sup>：(1) 確保病人之醫療可近性；(2) 建立一套權利標準。病人權利憲章所關心的仍僅限於病人之醫療需要、接受醫療服務之可近性(the right to receive health care)、隱私權(confidentiality)、自己決定權(patient self-determination)、平等權(discrimination)與弱勢族群之保障<sup>27</sup>等議題。在英國政府的自我侷限下，病人權利憲章並沒有對醫療人權作全面之規範，醫療人權之內容也因此受到很大之限制。例如病人權利憲章雖然對病人「知的權利」及「同意醫療之權利」(informed consent, 或稱「告知後同意法則」)有所保障，但「拒絕醫療之權利」(the right to refuse medication or treatment)卻被排除於廣泛之同意權保障內涵之外，而忽略拒絕醫療權與醫療同意權為一體兩面的事實。又如病人權利受到侵害時相關之救濟途徑，在Patient's Char中也沒有明確之規範。因此，有學者認為，英國的醫療人權在現階段尚未受到法律的充分保障以及得到政府的適當管制(regulated)與充權(empowerment)<sup>28</sup>。

## 三、醫療人權在日本的緣起與發展

相較於西方國家對醫療人權之重視與發展，亞洲國家的病人向來在醫療關係中處於弱勢。日本之醫療文化向來是「醫師主導型」<sup>29</sup>—由醫師居於較高之地位與角色，對病人施以「恩惠」的診察、醫

<sup>25</sup> Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973).

<sup>26</sup> Silver MHW, Patients' Rights in England and the United States of America: the Patient's Chart and the New Jersey Patient Bill of Rights: Comparison, 23 Journal of Medical Ethics 213, 214 (1997).

<sup>27</sup> Id at 215.

<sup>28</sup> 見前註。

<sup>29</sup> 所謂「醫師主導型」之醫療文化，是指醫師之「恩惠醫療」與病人之「盲目信賴」所形構出來之醫療文化。

參考王皇玉，「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，

療服務。而法院對於這樣的醫病關係亦採取支持、或至少不反對之態度。在一九八三年關於病人自己決定權與知的權利的案例中<sup>30</sup>，日本最高法院法官尾崎幸信便評斷醫師與病人之關係：「病人的決定在某些特定的情境下是應該被尊重的，但醫師的決定自始便應高於病人的決定」<sup>31</sup>，因此醫師就其專業對於應告知病人之事項有裁量權；法院並且認為這是日本醫療體系下一貫的態度與立場，並不需要改變或更動；而類似的判決與觀點一直延續到一九九〇年代<sup>32</sup>。

即使如此，日本對醫療人權（如對醫療行為之「自己決定權」、「病人有接受最妥適照護之權利」、「知的權利」等）仍有法制化的保障（散見於不同之法律明文規範），但因醫師專業的判斷通常優先於民眾醫療人權之保障<sup>33</sup>，而使得病人之醫療人權受到限制而不完整；且在醫病關係不對等之情形下，前述之權利亦被單純地定位在所謂「倫理的權利」上，是基於「恩惠享受原則」而得以主張<sup>34</sup>，而非基於病人本身為權利主體而得主張。相較於西方國家對醫療人權理論與體系之發展，日本對醫療人權的尊重顯然並不足夠，醫療人權之發展也受到相當程度之限制。

但一九八〇年代以來，因一連串醫療侵害人權之事件發生，使得醫療人權之相關問題開始受到重視。一九八〇年十一月日本律師公會便希望透過建立共識以宣示健康權的概念，可視為日本重視醫療人權的開端，一改以往將醫療人權狹義定位在不完整之防禦權保障的觀念。一些日本學者也認為健康權的概念，在法學上有確立之必要性<sup>35</sup>。一九八四年，「病人權利宣言之全國起草委員會」則以確立病人主體性為主軸，公佈「病人權利宣言」以保障病人之個人尊嚴權、平等權、知的權利、自己決定權、隱私權等權利，並成為日後「開業醫師宣言」、「病人權利典章」之基本精神。一九九一年間由「患者權利法制定會」所發表之「病人權利法綱要」則進一步具體化「病人權利宣言」之內容，並成為病人權利立法運動之開端。

---

頁 20。

<sup>30</sup> 在該案例中，主要牽涉到的是病人知的權利，以及醫師是否負有告知的義務。該案的事實為：病人A女於1983年至醫院接受B醫師初診及一系列之檢查；經檢查結果證實為膽癌，但B醫師卻隱匿真實病情而告知A女為膽結石。但因A女覺得症狀逐漸減輕，且膽結石尚未足以威脅其健康或生命，因此並未回診接受進一步的治療或手術。後A女於同年年底因膽癌病逝。而在治療過程中，因A女認為其罹患疾病僅為膽結石，因此退出原投保之人壽保險，導致A女死亡後保險公司拒絕給付賠償；因此A女之家屬向法院提起訴訟，認為B醫師應告知A女或其家人真實病情，使其能判斷應否接受治療或繼續投保人壽保險。後經法院判決認為醫師有專業能力判斷哪些事項應告知病人，哪些則否；而在本案例中，B醫師已善盡其勸告A女就醫之義務，因此A女應就其自己決定負完全之責任。故病人家屬之請求並無理由。

Noritoshi Tanida, *Supreme Court's Decision on Patient's Rights in Japan*, 345 *The Lancet* 1176, 1176 (1995).

<sup>31</sup> 見前註。

<sup>32</sup> 在另一個案例中，同樣牽涉到的是病人知的權利，以及醫師是否負有告知的義務。該案的事實為：病人A女在X醫院當護士，於昭和58年（1983年）1月下旬感到上腹部至右肋部疼痛，1月31日至Y醫院檢查，其後並檢查數回。醫師對於檢查結果懷疑是膽癌，於是請A女住院接受詳細的檢查。2月2日，醫師對A女說，由於膽葉變形，需早點手術。但A女已預定3月下旬出國旅行，且就其擔任護士之經驗認為膽葉變形並不至於嚴重影響、威脅到其健康或生命，於是沒有接受醫師之建議，而仍出國旅行。至6月8日，A女於工作之醫院病倒，隔天住進癌症中心，7月25日接受手術，診斷結果為膽癌。最後終因治療困難於12月22日死亡。病人家屬請求Y醫院損害賠償5000萬元，但名古屋地方裁判所認為，關於本案之治療，病人有自己決定權，Y醫院醫師最初請A女住院作精細檢查，也對病人加以說明，但A女仍取消住院出國，故責任在A女兒不在醫師，故病人家屬之請求並無理由。

<sup>33</sup> 在前述判例中，法官即認為隱匿病情而不告訴病人真相為當時醫師專業執業下的常態，因此在該案例中，醫師之行為並不違反醫師之告知義務。

Noritoshi Tanida, *Supreme Court's Decision on Patient's Rights in Japan*, 345 *The Lancet* 1176, 1176 (1995).

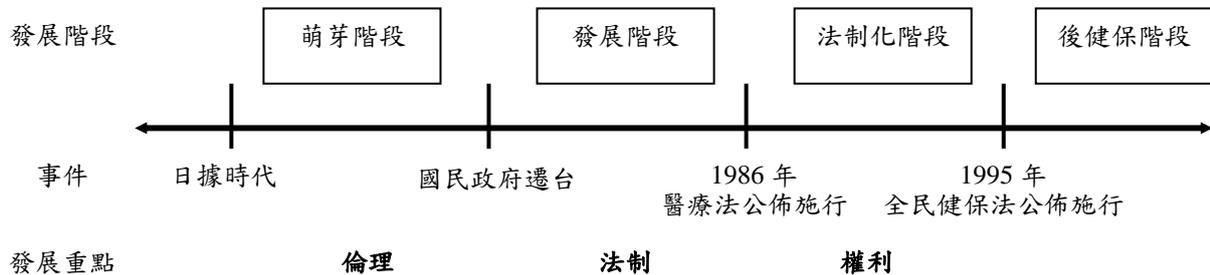
<sup>34</sup> 王皇玉，醫療行為於刑法上之評價——以患者之自己決定權為中心，國立台灣大學法律學研究所碩士論文，1995，頁20。

<sup>35</sup> 如有學者即認為若環境權、生命權等概念可以成立的話，則與生命最密切的健康權，應受公認而無庸置疑。

林谷燕，「醫療與人權——從法學觀點探討醫病關係」，中國文化大學法律學研究所碩士論文，1993，頁26。

#### 四、醫療人權在台灣的緣起與發展

醫療人權在台灣的發展，大致可分為以下四個階段<sup>36</sup>，各個發展階段時期與重要大事可參考圖二。



圖二 台灣醫療人權之發展

- (一) 萌芽階段：自日據時代至政府遷台的期間，在政經與社會條件的限制下，政府對於醫療事業投入有限，醫療人權的規範付之闕如。此時，醫療人權的規範主要依賴傳統社會道德及醫師倫理的力量來維繫，欠缺實質化的保障<sup>37</sup>。
- (二) 發展階段：自政府遷台至一九八六年「醫療法」公佈施行前的期間，由於社會進步、人權意識高漲，政府對於醫療人權的保障逐漸落實與制度化。各種衛生醫療法規的制訂、不同醫療保險的開辦<sup>38</sup>，使得憲法基本國策中所保障的健康權在人民日常生活中具體實現，醫療人權的保障更形完善。而民間對於人權之觀念也逐漸抬頭（包括政治人權、消費者權利與醫療人權之訴求），並進一步與醫療人權之概念結合；如一九八零年「財團法人消費者文教基金會」成立，即將消費者運動之概念帶入醫療消費者之權利保障。
- (三) 法制化階段：一九八六年「醫療法」公佈至一九九五年全民健康保險開辦，國內醫療人權進入強化的階段。不僅醫病關係不再訴諸不具規範性的倫理道德或輿論制衡的運作方式，而有法律明文之規範；於一九九四年通過全民健康保險法，並於一九九五年開辦，使人民的醫療人權有了更積極的實現。
- (四) 後健保階段：全民健康保險之實施，固然使民眾之醫療人權有了具體之保障，但相關規範與制度卻仍待進一步修正以符合醫療人權之精神，如醫療資訊之公開化與流通、醫療消費權之確立等，以使我國未來健康照護與健康保險制度之本質，能在全民健康保險之配合與對醫療人權之全面反思下產生根本之改變<sup>39</sup>。

<sup>36</sup> 李聖隆，什麼是醫療人權，中國論壇 274 期，1984：頁 48-52。

李聖隆，醫療正義與醫療社會，出自「醫護法規概論」，1992，頁 16-22。

<sup>37</sup> 陳榮基，台灣醫療糾紛的現況與處理，健康世界叢書（74），1993。

<sup>38</sup> 重要之健康（醫療）保險開辦時間如下：民國 39 年開辦勞工保險，民國 47 年開辦公務人員保險，民國 53 年開辦退休人員保險，民國 71 年開辦公務人員眷屬疾病保險，民國 74 年增辦退休公務人員及其配偶疾病保險，民國 74 年開辦農民保險。

<sup>39</sup> 目前全民健康保險法之相關規範雖已經過多次修正，但對於病人或被保險人具體醫療權利之保障卻仍付之闕如，仍以效率與損益平衡為首要考量；如藥費部分負擔所引發之爭議即是。另其他醫療法規最近也正逐一檢討修正，如醫療法、醫

雖然國內醫療人權之發展歷經不同階段，使得醫療人權之保障有所提昇；但對於醫療人權之重視與認知卻仍然有所不足，如醫療資源分配不均、醫療糾紛鑑定未臻公平客觀、醫學與藥物實驗或使用上之濫用等<sup>40</sup>。在全民健康保險之設計與實施上；以經濟、效率為主要考量，而忽略醫療人權之維護與保障，使得制度上對醫療人權之保障上仍難免有瑕疵。

#### 肆、醫療人權之重要性

目前國內對醫療人權之討論，或認為其屬私法契約自治之範疇，不需政府公權力之過度介入<sup>41</sup>；或認其屬於保障民眾最低生存限度之受益權範疇，為國家意志之政治決定與形成自由，故無民眾主張權利之空間<sup>42</sup>。但若醫療人權就道德領域與民眾權益保障有其必要性時，基於實現社會公平與正義，國家便有義務去思考將該權利明文化或具體化成為法律上權利之可能性<sup>43</sup>。醫療人權之重要性包括以下幾點<sup>44</sup>：

- 一、醫療人權之實踐係基於社會契約（**implicit social contract**）：民眾與國家所定之社會契約內容，均得主張社會或政府負有提供民眾最基本健康照護服務之義務；在疾病與健康照護需要為不可預測之前提下，此種契約被認為是理性之契約當事人均應認同且接受的。故醫療人權係基於社會契約、社會連帶責任所衍生之理念，強調社會正義及公平性而有其正當性與必要性。
- 二、醫療人權之實踐將提升醫療生活品質：假設國家基於社會契約，有責任與義務尋求任何可能的方式減少民眾「不好的生活經驗」一如疾病、殘障及死亡等；則承認或實踐醫療人權，確保民眾主張其醫療領域之權利，並藉由社會工具（**social means**，指醫療衛生保健服務，如增加民眾接受適當醫療照護的可近性）的提供，適當降低民眾「不好的生活經驗」。許多國家將醫療人權部份實踐後，亦發現嬰兒死亡率降低、平均餘命延長，可見醫療人權之實踐並非紙上談兵的理論。
- 三、醫療人權之實踐將減少傷病之痛苦：雖然每個人對疾病或死亡的感受差異極大，造成疾病或死亡的原因也可能與個人的選擇有很大的因果關係，使得個人對其所發生的疾病或死亡均負有某種程度的責任。但因傷病之不確定性及普遍性，任何人對「不好的生活經驗」之感受都是平等且隨機的，另疾病與個人選擇間之因果關係亦不明確，因此每個人仍應有相同之權利接受醫療保健服務，以應付生活上或健康上的負擔，而國家亦有義務消除或減輕傷病對民眾的不良影響。
- 四、醫療人權之實踐有助於達成「及早發現，及早預防」之目的：承認或實踐醫療人權，將使民眾在疾病發生前尋求預防式醫療照護之誘因增加，或至少減少其不尋求前述服務之負面動機，不僅將減輕民眾「不好的生活經驗」，也可適度降低資源的使用與浪費；而罹病率降低與健康人口增

---

師法及其施行細則均於民國 89 年修正，但對於醫療人權之相關規範與缺失並未一併檢討。

<sup>40</sup> 李聖隆，台灣的病人人權，律師通訊 168 期，1993，頁 46-55。

<sup>41</sup> Mariner WK, Patients' rights to care under Clinton's Health Security Act: The Structure of Reform, 84(8) American Journal of Public Health 1330 (1994).

<sup>42</sup> 鄧衍森，從國際人權法論健康權之法理基礎與實踐方法，東吳大學法律學報 11 卷 1 期，1998，頁 64-5。

<sup>43</sup> Dougherty CJ, A Right to Health Care, from "American Health Care: Realities, Rights, and Reforms," 30 (1988).

<sup>44</sup> 見前註。

李聖隆，台灣的病人人權，律師通訊 168 期，1993，頁 46-55。

加，也將間接使生產力與生產品質提高，相對地使國家的資產增加。因此，醫療人權的實現有其直接與反射利益的存在。

五、醫療人權之實踐，將提昇醫療社會之和諧與穩定：醫療社會之和諧、穩定與發展，相當程度繫於民眾與醫師間之醫病關係；而醫病關係又建立在民眾與醫師間的互信基礎上。當民眾的醫療人權不被重視時，便可能尋求體制外管道以保障自己之權益（如抬棺抗議、黑道威脅等），成為醫病關係間不信任與不穩定的重要變數，並造成醫療社會之解體與分裂。因此，藉著醫療人權之實踐，尊重醫病間之對等性保障—對弱勢病人權利之充分維護，對強勢醫師權利之謙抑稀釋—將有助於建立互信共榮之醫病關係，維持醫療社會之穩定和諧。

## 伍、醫療人權之權利體系

醫療人權是一個集合名詞，甚至可以視為憲法層次的基礎規範內容，而其內含將依據其所包含權利之多寡而決定。但學界對於醫療人權的內容、與其他權利之關係等問題，並沒有一致的見解，使得醫療人權體系之建立有其困難性。本文便嘗試以前文之醫療人權權利內容為基礎，並參考不同基本權利之架構、意義與歷史發展，由此基礎發展醫療人權之權利體系。

### 一、醫療人權與人權之關係

人權之發展基本上可分為三個階段<sup>45</sup>：

第一代人權是指經 18 世紀自然權利思想發展，並經由 1789 年法國大革命之「人權宣言」，以及 1774 年美國「獨立宣言」所提出的公民權與政治權之理念。在這個階段，人權的主要概念是指免於國家干涉的「自由」，其作用在對抗國家權力對人民之侵害；因此，又稱為「防禦權」或「自由基本權」。其主要內涵，是希望能從專制國家之管制與權力中獲得「自由權」、「財產權」與「平等權」，並且賦予民眾維護其基本權利之工具性權利，如參政權、程序保障權等。因此，在第一代人權之概念中，認為對人民干涉最少的「小政府」—國家越小之干涉，個人越大之自由範圍—將較能保障個人之幸福。

第二代人權為對資本主義與自由經濟發展後，所出現之財富與資源分配不均等問題的反省與思考。在這個階段，人民不再認為「小政府」就是最好的政府，而主張擴張國家的任務；人權理念亦從消極地防禦國家侵害，轉變成為積極地賦予人民請求國家為一定給付或服務之權利。因此，第二代人權之意義，主要是指人民得請求國家提供一定之給付與服務，如社會保障權、工作權、文化教育權等，而不再侷限於擺脫國家權力對人民自由之干涉。1919 年之德國威瑪憲法中，限制個人主義與自由主

<sup>45</sup> 關於人權之發展，參考陳慈陽，基本權核心理論之實證化及其難題，1997，頁 49-56；孫哲，新人權論，1995，頁 13-42；李鴻禧，保障基本人權思想之本質與變質之研究分析，收錄於「憲法與人權」，1991，頁 245-274；李鴻禧，論國際法上之人權保障問題，收錄於「憲法與人權」，1991，頁 275-306；陳新民，論社會基本權利，收錄於「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 95-128。

義之經濟上自由權（自由基本權），並保障勞動者及社會上弱勢之生活尊嚴與權利之規定與內容，即為社會基本權之代表。在這股思潮下，經濟、社會與文化等面向之權利，逐漸成為各國所普遍承認的第二代人權，又可稱為「給付權」（Leistungsgrundrechte）、「受益權」，或「社會權」（soziale Grundrechte）、「社會基本權」（social rights）<sup>46</sup>。

第三代人權在性質上迥異於前兩代人權（限於個人人權），而是指屬於團體權利的發展權與自主權等集體人權<sup>47</sup>。

醫療人權則是由第二代人權（社會基本權）中的社會保障權所發展出來之概念。但在經過近年之多元發展與內涵充實後，醫療人權之內容不再單純地侷限在單一的社會基本權之意義上，而可以與其他的權利相互呼應。亦即醫療人權雖然是從社會基本權中發展出來，卻不僅具有「請求國家給付」之原始作用（受益權或請求給付之權利面向），如醫療救助請求權、衛生保健服務請求權、緊急醫療請求權等；而可能具有基於憲法客觀價值與人權基本理念決定之次級作用，包括「防止國家侵害」之權利（防禦權），如自己決定權、隱私權、平等權等；「要求國家讓權利主體參與決策程序」之權利（組織及程序權），如醫療衛生政策參與權等；「要求國家保護免於被社會上具優勢之第三者破壞」之權利（保護請求權），如訴訟權、投訴之權利、求償之權利等。因此，醫療人權雖然是社會基本權的一環，但其內涵卻不應侷限在社會基本權的範圍裡，而有自由基本權之實質作用。

## 二、醫療人權與受益權（社會基本權）之關係

誠如前述，由於西方資本主義與自由經濟發展弊病之出現，人權理論不再僅限於消極防禦國家侵害（自由基本權），而更進一步積極主張應賦予人民請求國家為一定給付或服務之權利（社會基本權）；社會基本權之相關觀念與內容至此開始萌芽發展。如 1796 年德國學者 Johann Gottlieb Fichte、1808 年法國學者 Charles Fournier 均提出類似國家給付之主張（如教育權、工作權等）；而在十九世紀社會主義運動發展中，勞動階層亦提出社會基本權之觀念，主張賦予勞動者社會保護權及給付請求權<sup>48</sup>。另 1793 年法國雅各賓憲法<sup>49</sup>、1918 年俄國布爾什維克革命<sup>50</sup>、1919 年的德國威瑪憲法<sup>51</sup>則進

<sup>46</sup> 關於第二代人權之名稱，許多學者有不同之意見與看法，如陳新民稱為「社會權」或「社會基本權」。

陳新民，「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 96。

關於第二代人權（社會基本權）之意義與觀念，將於後文中有更進一步的介紹，在此僅簡單帶過。

<sup>47</sup> 見「聯合國憲章」（Charter of the United Nations）、1948 年聯合國大會通過之「世界人權宣言」（Universal Declaration of Human Rights）、1966 年「經濟、社會、文化權利國際公約」（International Covenant on Economic, Social and Culture）、「公民權利與政治權利國際公約」（International Covenant on Civil and Political Rights）、1986 年「發展權宣言」。

<sup>48</sup> 德國社會民主黨在 1875 年 Gotha 及 1891 年 Erfurt 綱領中，均正面回應該項議題，而成為該黨之政策主張。

陳新民，「論社會基本權利」，收錄於「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 95-128。

<sup>49</sup> 見法國雅各賓憲法第 21 條。

陳新民，「論社會基本權利」，收錄於「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 98。

<sup>50</sup> 見 1918 年 1 月所舉行之俄國全國蘇維埃大會之宣言；而這個概念日後更成為 1918 年 7 月所制訂之蘇聯憲法的一部份。楊政獻，社會基本權之研究，1995，國立台灣大學法律學研究所碩士論文。

<sup>51</sup> 如威瑪憲法第 119 條、第 121 條、第 145 條、第 146 條、第 151 條、第 155 條、第 157 條、159 條、第 161 條、第 163 條等規定。

陳新民，「論社會基本權利」，收錄於「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 99-100。

一步將社會基本權法制化與明文化，以保障人民（尤其是勞動者與社會上弱勢者）能獲得合乎「人性尊嚴」之生活與權利，實現「社會國」、「福利國」之理念；威瑪憲法並成爲二十世紀各國憲法所仿效、取材之對象<sup>52</sup>，如法國<sup>53</sup>、日本<sup>54</sup>及我國<sup>55</sup>之憲法條文中，均明文承認或具體規範社會基本權之權利內容。而在相關之重要國際公約中，亦散見不少關於社會基本權之條文。如 1948 年公布之「聯合國世界人權宣言」<sup>56</sup>、1961 年通過之「歐洲社會公約」、1964 年公布之「歐洲社會憲章」以及 1966 年聯合國主導之「經濟、社會、文化權利國際公約」，均廣泛地承認，並明文保障人民享有工作權、公平待遇、教育權、健康權、社會扶助等社會基本權，並課與會員國落實社會基本權之義務。

荷蘭學者 van der Ven 將社會基本權區分爲工作權、經濟參決權、生活保障權、社會保健權及社會文化發展權等五大類<sup>57</sup>加以描述其內容；德國學者 G. Brunner 與奧地利學者 T. Tomandl 則將社會基本權區分爲工作權、社會保障權及文化教育權等三大類<sup>58</sup>予以呈現。但因學界大多認爲在現代民主國家中，個人藉自力工作以取得財貨，支持自己及家庭生活之所需，故將工作權獨立成爲一類；而爲保障人民有一個符合人類尊嚴之起碼生活，應分別從物質生活方面及精神生活方面適當介入，故將社會保障權與文化教育權責分別獨立；且這三類權利應能涵括大多數之社會基本權利。因此，本文之分析將以 G. Brunner 與 T. Tomandl 之三分法作爲社會基本權內容之劃分基礎。

社會基本權之討論雖然已經過多年的討論，但其內容仍可能因爲時代社會背景變遷、政治發展及新社會問題之產生而有所變化，甚至產生一個新的社會基本權利；醫療人權即是一個例子。雖然醫療人權是由社會保障權中極廣義之生存權導出，但由於醫療人權在近年來不斷擴充其意義與內涵，以及其本質對於整體健康照護環境、就醫品質與資訊獲得等要求，使得醫療人權不易歸納於傳統意義之

<sup>52</sup> 楊政獻，「社會基本權之研究」，1995，國立台灣大學法律學研究所碩士論文。

<sup>53</sup> 見法國第四共和憲法前言第十項：「凡對個人及家族之發展有必要之各種條件，國家應保障之」。

<sup>54</sup> 見日本憲法第二五條規定生存權、第二六條第一項規定受教育權、第 28 條規定勞動基本權。

<sup>55</sup> 見我國憲法第一五條、第一五〇條、一五二條、一五三條、一五五條、增修條文第十條及其他有關社會安全、教育文化之規定。

<sup>56</sup> 見聯合國世界人權宣言第二二條、第二三條、第二五條及第二六條等。

<sup>57</sup> van der Ven 之社會基本權內容如下：

- (1) 工作權：包括涉及工作權之社會及經濟層面之諸多附帶權利，如自由選擇工作之權利、國家充分就業之政策、適當之工作環境及工作條件（如合理之薪俸、休假及退休制度等）、罷工權、個人因工作而得到財產權之保障，以及勞動三權之團結權、勞動爭議權、團體交涉權等；
- (2) 經濟參決權：人民（工人）有參與公司決策之「參與權」、爭取改善工作待遇及環境之「勞動結社權」等；
- (3) 生活保障權：指當人民受到疾病、死亡、年老、失業等無工作能力時，可獲得社會扶助之權；
- (4) 社會保健權：指關於人民生理、心理健康之權利；亦即保障每個人民均可獲得充分之醫療照護，兒童也可以享受國家特殊保健措施之權利等；
- (5) 社會文化發展權：涉及人民「文化精神」層面之權利；舉凡締結婚姻組成家庭之自由、家庭扶助之請求權、教育權、參與學術研究之權利等，均包含在內。

陳新民，「論社會基本權利」，收錄於「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 102-103。

<sup>58</sup> G. Brunner 與 T. Tomandl 之社會基本權內容如下：

- (1) 工作權：內容與前述 van der Ven 之分類大致相同，但加入工人失業救濟權、女工及童工之待遇保障及參決權，亦即將經濟參決權之部份納入工作權之範疇中；
- (2) 社會保障權：舉凡一切有關最基本生活要求之權利，如生、老、病、死之撫卹照護與兒童保健，具體如生存保障、社會保險、醫療保障、社會福利、老人年金等，甚至房屋住宅之擁有等均包含在內；亦即兼含前述 van der Ven 分類之生存保障權及社會保健權，而包括有權利；
- (3) 文化教育權：與前述 van der Ven 分類中之社會文化發展權之內容大致一樣。

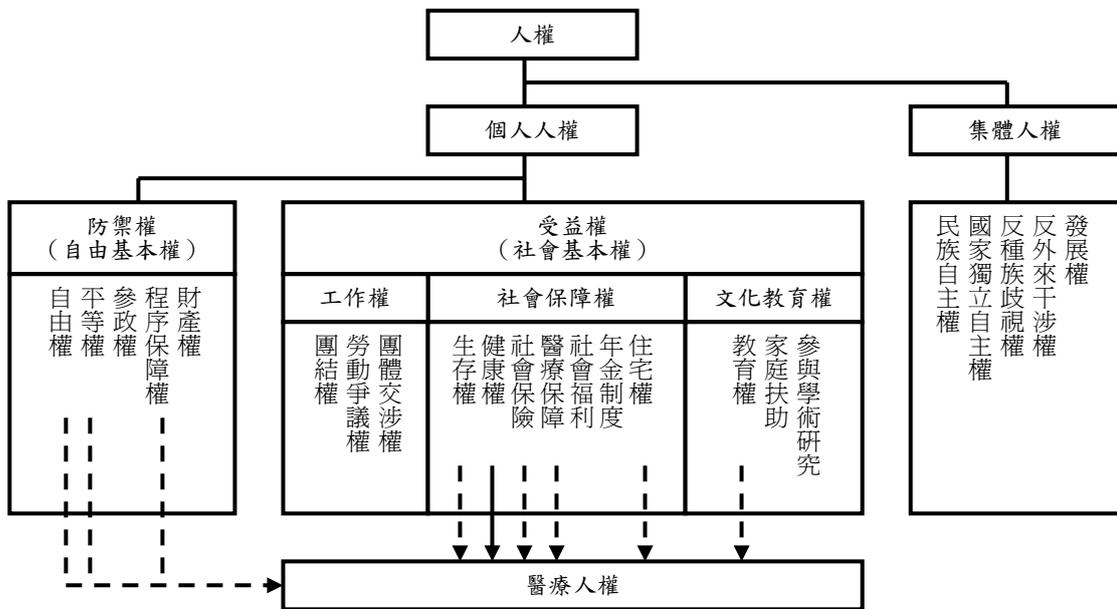
陳新民，「論社會基本權利」，收錄於「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 103。

陳怡安，全民健康保險法規範下的醫療關係，東吳大學法律學研究所碩士論文，1996，頁 9。

社會基本權中；因為其有偏向物質方面之「社會安全權」，如衛生保健服務請求權、醫療救助請求權、緊急醫療請求權等；也有偏向財產方面之「工作權」，如自由議定報酬之權利、醫事人員之醫療業務權等。

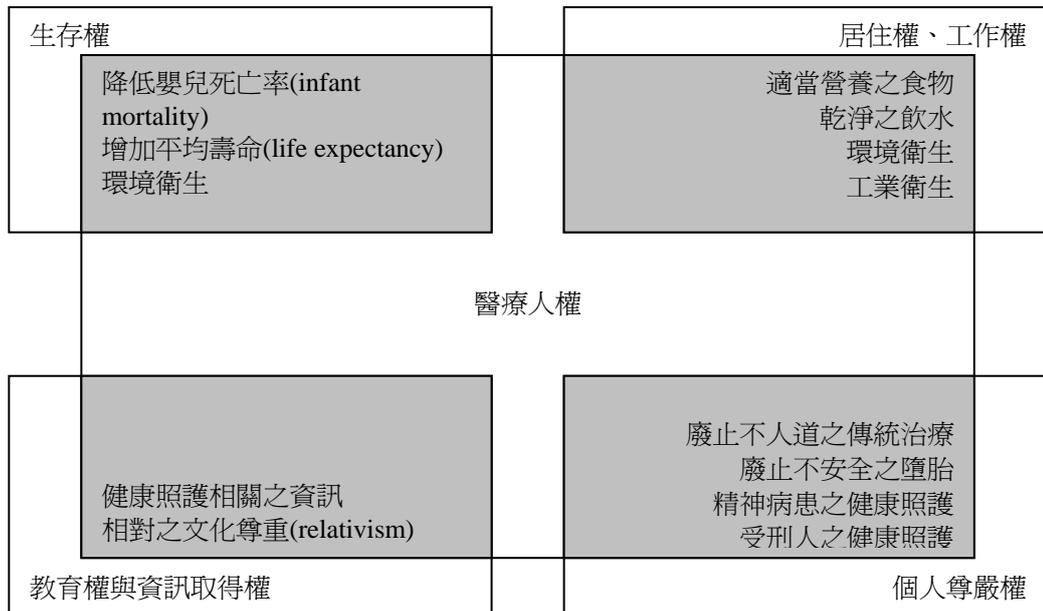
另一方面，就醫療人權之基本理念而言，泛指民眾有獲得充分之保健服務與醫療照護之權利，以保障符合人性尊嚴之生活，其內涵包括衛生保健服務請求權、醫療救助請求權、緊急醫療請求權等受益權。由其內容不難發現醫療人權本質上即與社會基本權中其他權利，如教育權、工作權、生存權、隱私權、住宅權等，有密切之關係；晚近之發展中，醫療人權之範圍亦逐漸擴大，不再侷限於狹義的社會保障權，並擴張至其他社會基本權利之保障，如健保關係之權利（社會保險權）、醫師之醫療業務權、診療權（工作權）等。但該緊密之關係卻不代表不同之權利間是重複的，也並非如某些學者所言醫療人權之存在，在實現其他社會基本權之前提下是多餘的；該緊密關係僅代表不同權利間之內容有某種程度之重疊。以生存權為例，生存（life）與健康（health）之關係可謂息息相關，但兩者卻非完全相容。舉例來說，當個人感染受禽流感而到生命威脅時，其健康也明顯地受到嚴重影響；但當個人受到人為之性命威脅時（如死刑或種族屠殺），卻非醫療人權保障之範疇；而當個人飽受憂鬱症之折磨而亟需專業健康照護之協助，卻並不代表其生存/生命會受到立即而明顯之影響。也因此，可證明前文所述，醫療人權並不適合歸類於任何一類社會基本權中，而應視為一種新興的社會基本權利，而其內涵則與其他之社會基本權利有互動之關係。

因此，醫療人權並不能歸類於任何一類社會基本權中，故本文將醫療人權視為一種新興的社會基本權利，而其內涵則與其他之社會基本權利有互動之關係（詳見圖三）。



圖三 醫療人權與受益權（社會基本權）之關係

而就醫療人權與社會基本權中其他權利之重疊部分，由相關之文獻中不難發現，主要集中在生存權、居住權與工作權、教育權與資訊取得權、個人尊嚴權四大方面<sup>59</sup>（見圖四）。



圖四 醫療人權與社會基本權之關係

### 三、醫療人權與防禦權（自由基本權）之關係

在醫療人權之發展中，進一步的趨勢則是防禦權／自由基本權與受益權／社會基本權之界限益見模糊，使得醫療人權之內涵一方面漸漸往包括自由權、平等權、隱私權、程序保障權等防禦權之保

<sup>59</sup> Brigit Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law*, 289.

障擴充，如如自己決定權、醫療平等權分別涉及自由基本權中自由權、平等權；另一方面則是醫療人權之單純受益權內涵亦產生質變（詳見圖三及圖四）。

如Stich即曾就權利內容之不同，將醫療人權區分為以下幾種類型（見表一<sup>60</sup>）。A：在健康層面之防禦權，是指民眾有要求保障其健康之狀態不受干預、侵害之權利。但所謂「健康狀況」之定義，仍僅限於生理層面免於疾病威脅之健康狀況，如要求排除生活環境中致癌物質的散佈，尚未及於心理層面免於焦慮健康狀況之防禦權。B：在健康層面之受益權，是指民眾有權要求享受最高而能獲致之生理、心理、社會之健康標準。C：在健康照護服務之防禦權，是指民眾有要求接近、接受其能力所及或自由意志選擇之健康照護服務，而不受干預之權利。D：在健康照護服務之受益權，是指民眾有權要求接近或要求國家提供健康照護服務，以維護其健康。

表一 防禦權、受益權與健康、健康照護之關係

	防禦權	受益權
健康	A	B
健康照護服務	C	D

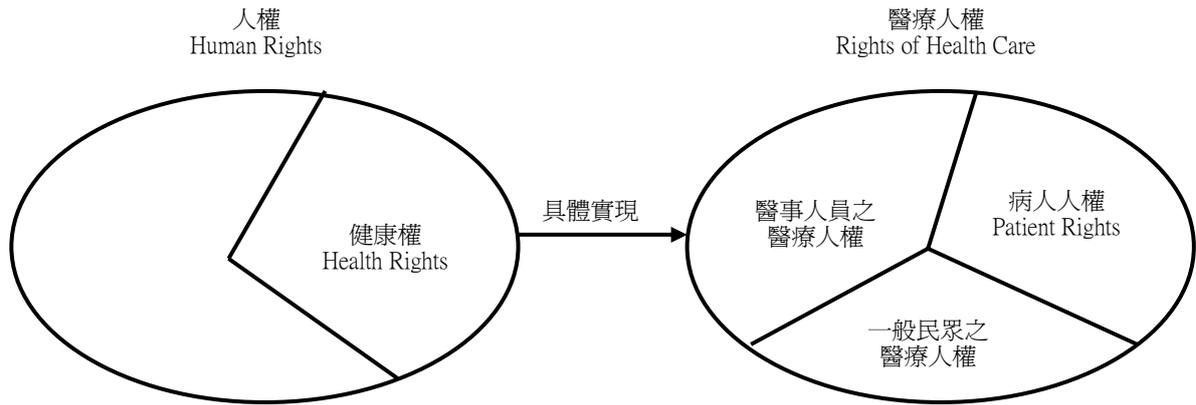
## 陸、醫療人權之權利體系與架構

### 一、醫療人權之權利體系

綜合前述資料可知，人權（human rights）為醫療人權最上位之抽象概念，其發展大致上可以分為個人人權與集體人權，而個人人權又可區分為防禦權及受益權，受益權又可分為工作權、社會保障權與文化教育權，而社會保障權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），包括病人之醫療人權（或稱病人人權，patient rights；可再細分為住院病人之病人人權、門診病人之病人人權與急診病人之病人人權）、一般民眾之醫療人權及醫事人員之醫療人權<sup>61</sup>。人權、健康權、醫療人權間之關係與互動，可參考圖五。

<sup>60</sup> Stich SP, The Many Rights to Health and Health Care, from Basson MD (eds.) Rights and Responsibilities in Modern Medicine, 15-31 (1981).

<sup>61</sup> Annas GJ, The Rights of Patients, Totowa New Jersey Human Press (1992).



圖五 人權、健康權、醫療人權與病人人權間之關係

但傳統防禦權與受益權對立之分類模式，於基本權利主觀、客觀功能論興起後受到不少之批評；該分類方式在醫療人權之內涵逐漸擴充膨脹之前提下亦不能完整地表現醫療人權之特色與體系。但防禦權與受益權之分類仍可某種程度反應醫療人權不同內涵之基本特色：防禦權賦予人民一種法律地位以請求國家中止對其權利之侵害，而受益權則賦予人民請求國家積極作為並提供一定給付之權利。

因此，本文雖仍以主觀權利中之防禦權與受益權作為醫療人權體系架構之基本分類，並進一步結合人權作用面向之角度（防禦功能與給付功能）與國家之義務類型（國家有窮盡資源以立即保障該權利之義務（*immediate realizations*），與國家僅負擔在有限資源內建盡保障該權力之義務（*progressive realizations*）），使醫療人權之體系架構能同時兼顧其權利之原始核心與價值功能。

依據醫療人權之內涵，本文將醫療人權之體系區分為四大類（見表二）：（A）國家有義務立即實現之防禦權；（B）國家有義務立即實現之具防禦功能之受益權；（C）國家有義務立即實現之單純受益權；（D）國家僅有義務漸進實現之單純受益權。

表二 防禦權、受益權與健康、健康照護之關係

	核心醫療人權 (core contents of the right to health care)	一般醫療人權 (scope contents of the right to health care)
	immediate realizations	progressive realizations
防禦權	A (如自由就醫權)	—
具防禦功能之受益權	B (如程序保障權)	—
僅具給付功能之受益權	C (如緊急醫療請求權)	D (如醫療品質權)

在傳統人權體系中，人權區分為防禦權（negative rights）與受益權（positive rights）兩大類，其中公民與政治權利（civil and political rights）屬於前者，係屬具防禦功能之基本權利，而國家應負擔不考慮資源有限性而立即滿足（immediate realizations）該權利之義務；相對地，經濟、社會、文化權利（economic, social, and cultural rights）則屬於後者，係屬具給付功能之基本權利，而國家在資源有限之前提下，僅須負擔漸進滿足（progressive realizations）民眾社會、經濟、文化權利（包括醫療人權）之有限義務，而不需要負擔窮盡一切資源以立即滿足（immediate realizations）該權利之義務。這種傳統之分類即涵括前述分類中之（A）國家有義務立即實現之防禦權，與（D）國家僅有義務漸進實現之受益權。

因此，就前者而言，學者普遍認為國家應竭盡一切資源以立即滿足對防禦權之保障，以確保民主自由公益社會之基石；但就後者而言，國家尊重、保障、與實現該單純防禦權，係以國家在其可運用之有限資源內為相關之保障即可。換言之，傳統受益權之保障，只要在所謂「超出國家可運用之合理資源」範圍外，國家享有極大之自主權合理化其對相關受益權之侵害或限制。如南非<sup>62</sup>最高法院在 Soobramoney v. Minister of Health, KwaZulu-Natal<sup>63</sup> 一案中即判決，當醫院以資源有限為由，僅提供洗腎醫療服務給急性腎衰竭病人或符合腎臟移植之慢性腎衰竭病人，並拒絕提供該服務予不可逆之慢性腎衰竭病人時，該健康照護政策並未侵犯民眾之醫療人權，因提供洗腎醫療服務予不可逆之慢性腎衰竭病人將竭盡國家之醫療資源，因此並不屬於合理可用之醫療資源範圍內。相反地，在 Minister of Health vs. Treatment Action Campaign and Others<sup>64</sup> 一案中，南非最高法院即認為在藥廠以低價供應 Nevirapine（防止愛滋病垂直感染之藥物）給公立醫院，公立醫院拒絕提供罹患後天免疫不全症候群之孕婦適當藥物以防止垂直感染係屬違憲侵害民眾醫療人權之行為；因藥廠既以低價供應適當藥物予公立醫院，國家即難再以提供適當之醫療照護將竭盡國家資源為理由拒絕提供健康照護，而該侵害民

<sup>62</sup> 南非憲法第二七條規定，民眾有接受健康照護服務之權利，而國家則有義務在可用資源之範圍內（within available resources）提供合理（reasonable）之健康照護服務以漸進滿足（progressive realizations）民眾之醫療人權。詳見注釋一二。

<sup>63</sup> Soobramoney vs. Minister of Health, KwaZulu-Natal, 1997 (12) BCLR 1696 (CC), 1997 SACLX LEXIS 4.

<sup>64</sup> Minister of Health and Others v Treatment Action Campaign and Others, 2002 SACLX LEXIS 26, 79-107 (2002).

眾醫療人權之健康照護政策亦因而不具正當性。

但醫療人權之多樣性與複雜性，卻進一步使得國家實踐醫療人權之義務產生實質之變化，使得受益權之尊重、保障、與實現不再侷限於傳統受益權之範疇，而是根據其實質內容摻入防禦權之特色；因此，受益權遂進一步分裂衍生出兩類不同於傳統權利體系解釋之受益權：包括國家有義務立即實現之受益權(而不再受到資源有限條件之限制)，與具防禦功能之受益權。

如CESCR General Comment 14 便將國家實踐醫療人權之義務分為一般法律義務(*general legal obligation*)、特別法律義務(*specific legal obligation*)、核心義務(*core obligation*)、及國際義務(*international obligation*)；並認為國家對其中特定之義務，如醫療平等權，應負擔不考慮資源有限性而立即滿足該權利之義務。二〇〇〇年之聯合國發表之人類發展報告(*Human Development Report*)中亦指出社會、經濟、文化權利(包括醫療人權)不應一體視為受益權，其中應有部分權利內容係具有防禦權之特色，而應受到國家窮盡一切資源以立即滿足之實踐、尊重、或保障<sup>65</sup>。如南非*Government of the Republic of South Africa and Others vs. Grootboom and Others*<sup>66</sup>一案中，最高法院即認為提供孩童適當之居住房屋係屬國家應窮盡一切資源以立即滿足之權利；亦即該權利雖屬傳統人權體系中之受益權範疇，但卻與防禦權具有同樣之特性，從而使得國家不得以資源有限為理由正當化(*justify*)其拒絕實現該權利之政策。而對於孩童居住權利之保障，亦可類推適用到醫療人權中對於孩童健康照護權利之保障，如CESCR General Comment 14 即將對孕婦及兒童之健康照護服務(*maternal / reproductive health services and infant / child health services*)視為醫療人權中之核心權利，屬於受益權中防禦功能之範疇，要求國家不應以資源有限作為其限制該權利之理由，應負擔窮盡資源以立即保障該權利之義務<sup>67</sup>。在這種發展趨勢之下，醫療人權遂出現前述分類中之(C)國家有義務立即實現之單純受益權。

另一方面，醫療人權除傳統受益權中之物質性給付與服務外(如一般健康照護服務請求權)，亦加入對程序性(如 General Comment 14 主張保障民眾參與醫療政策制定之權利)與資訊性(如 CRC §24.2 (e) 主張保障民眾對醫療資訊取得之權利)之給付與服務之保障；而後者除給付功能之外，尚兼具防禦之功能。例如，對於政府加諸民眾參與健康照護政策制定過程之權利、或對於民眾取得與自己相關之醫療資訊之不合理限制，民眾均得請求政府除去之。因此，本文遂以前述分類之(B)國家有義務立即實現之具防禦功能之受益權，定位醫療人權體系中之程序請求權與資訊請求權。

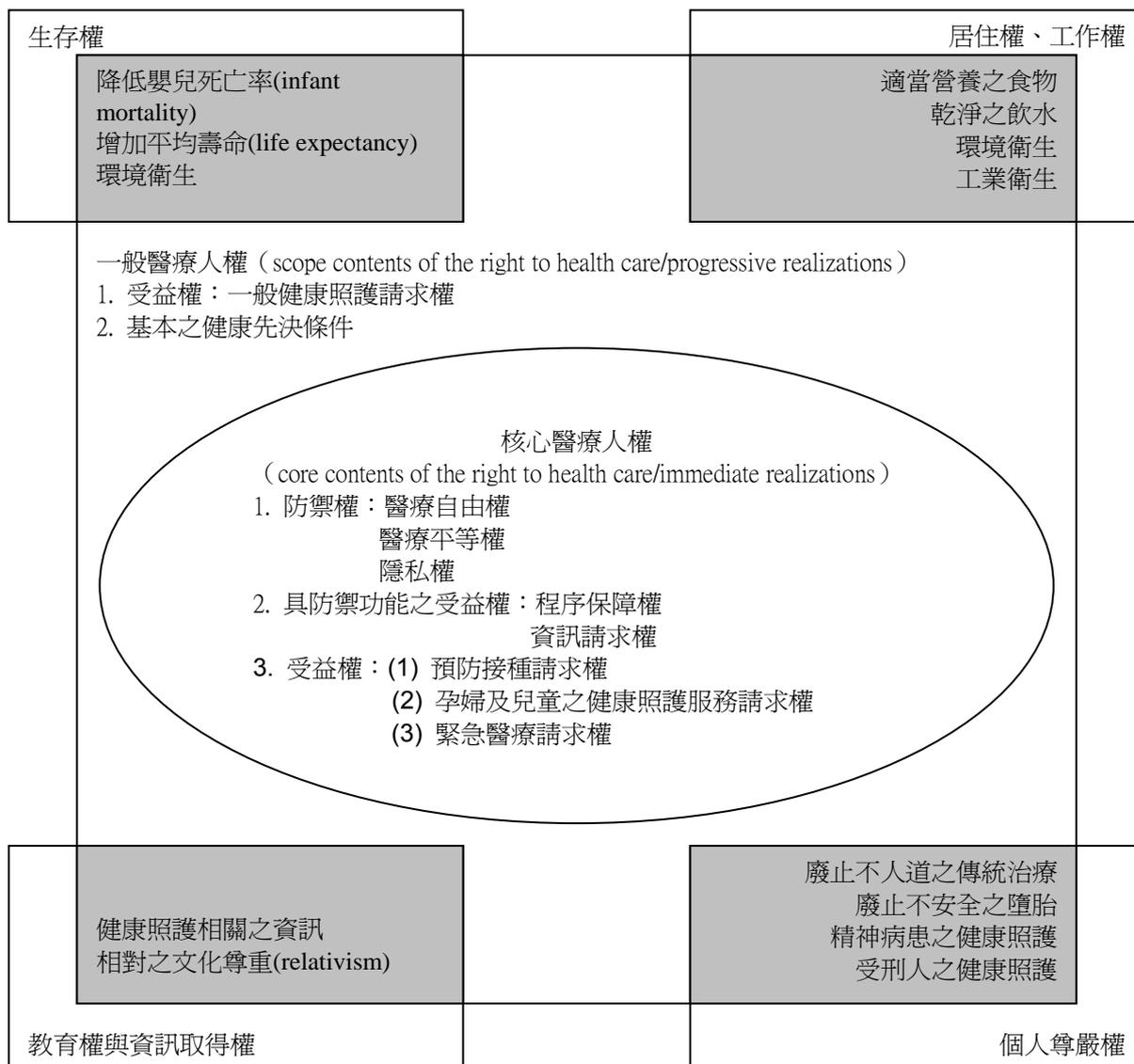
因此，本文將國家有義務立即實現之醫療人權定義為核心之醫療人權，包括(A)國家有義務立即實現之防禦權，(B)國家有義務立即實現之具防禦功能之受益權，與(C)國家有義務立即實現之單純受益權；至於傳統上認為國家僅在資源有限之費為內有義務漸進實現之醫療人權，則定義為一般

<sup>65</sup> United Nations Development Programme, *Human Development Report 2000*, 93 (2000).

<sup>66</sup> *Government of the Republic of South Africa and Others vs. Grootboom and Others*, 2000 (11) BCLR 1169 (CC), 2000 SACLR LEXIS 6.

<sup>67</sup> 詳細內容請參考後文有關醫療人權之架構與內容。

醫療人權，即（D）國家僅有義務漸進實現之單純受益權。醫療人權之基本權利體系詳見圖六。



圖六 醫療人權基本架構

但不可否認，這種分類方式仍有其盲點。首先，醫療人權之何種內涵應國家立即之保障，而何種內涵應考慮國家財政、國家資源運用及社會利益調整而僅受到漸進式的保障，爭議不斷。學界提出許多不同理論加以討論，如從倫理學之觀點加以判斷而認為應以社會對正義（**justice**）之認知作為基礎，或單純從經濟學之成本效益觀點作判斷，或認為應就其具體內容來做個案判斷<sup>68</sup>。但因其法理依據之辯證過於複雜，故本文並不打算在此作進一步之討論。本文僅希望以防禦權與受益權之特徵，及基本權利之功能性（防禦功能與給付功能），搭配國際人權法中對於醫療人權之解釋，作為本文醫療人權體系架構之分類依據。

其次，將應受國家立即保障之受益權（如婦女與嬰幼兒之健康照護）視為醫療人權中之核心價值

<sup>68</sup> Einer Elhauge, *Allocating Health Care Morally*, 82 Cal. L. Rev. 1449 (1994).

雖有其醫療倫理上論證之正當性<sup>69</sup>，但因其內容仍十分廣泛，在實際執行上仍不免會對有限之資源造成排擠效應，並衝擊其他相關權利之保障。因此，學者雖然認同核心醫療人權之理論概念，但對於何種醫療人權之權利內容應被視為最低限度之健康（**minimum health**）而成為醫療人權中之核心價值仍迭有爭議。因本文篇幅有限，故不擬深入討論最低限度健康照護之內涵，而僅就目前之文獻進行分析討論。

## 二、醫療人權之權利內容

依據相關國際人權公約與文件之規範，本文將具體之醫療人權內容整理如下表三。

---

<sup>69</sup> 如Norman Daniels即認為在公平機會（**fair opportunity**）之前提下，欲調整自然樂透（**natural lottery**）所形成之不正義狀態，對於生育及嬰幼兒之健康照護是屬於社會所必須提供並保障之社會善(**social good**)。

表三 醫療人權之體系內容

權利	主題	progressive realizations		immediate realizations	
		權利內涵	條約規定	權利內涵	條約規定
防禦權	自由			freedom of self health-behavior (informed consent)	General Comment 14
				freedom from non-consensual medical treatment	General Comment 14
	平等			freedom from discrimination (equality)	ICESCR articles 2.2, 3 CEDAW article 12.1 CRC 2 General Comment 3 General Comment 5 General Comment 6 General Comment 14
具防禦功能之受益權	隱私			privacy / confidentiality	General Comment 14
	正當程序			decision-making participation	General Comment 14
				freedom of association, assembly and movement	General Comment 14
				freedom to bring suit	General Comment 14
	醫療資訊	entitlement to impart information	WHO Constitution CRC 24.2 (e) General Comment 14	freedom to receive information	WHO Constitution CRC 24.2 (e) General Comment 14
僅具受益功能之受益權	健康照護	general medical care	UDHR 25.1 WHO Constitution ICESCR 12.2 (c) (d) General Comment 14		
		primary health care	ICESCR 12.2 (c) CRC 24.2 (f) General Comment 14		
		preventive health care	ICESCR 12.2 (c) CRC 24.2 (f) General Comment 14		
				immunization	General Comment 14
				emergency health care services	General Comment 14
				maternal / reproductive health services	UDHR 25.2 ICESCR 12.2 (a) CEDAW 12.2 General Comment 14 CRC 24.2 (d)
				infant / child health services	UDHR 25.2 ICESCR 12.2 (a) CRC 24 General Comment 14
		mental health services	ICESCR 12.1 WHO Constitution General Comment 14		
		family planning service	CEDAW 12 CRC 24.2 (f)		
				essential drugs	General Comment 14
其他相關權利	quality		General Comment 14	reproductive freedom	General Comment 14
	cultural acceptance		General Comment 14	freedom from torture	General Comment 14
	healthy natural and workplace environments		ICESCR 12.2 (b) General Comment 14		
權利	主題	一般醫療人權 (scope contents of the right to health care)		核心醫療人權 (core contents of the right to health care)	

## (一) 核心醫療人權

### 1. 防禦權

(1) 自由權：人民因其消極之地位，不受國家干涉之權利稱之為自由權。自盧梭等學者主張天賦人權以來，自由權即發展成為近代民主國家中憲法所保障之基本權利。由此可知，病人之醫療人權中，關於自由權（如選擇醫師、醫療院所之自由等）亦應受到國際人權之廣義保護，而更進一步地應藉各種法規使其具體化。

將自由權之概念在醫療人權中具體落實，從國內外相關文獻之討論中可以發現，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。若將其內涵進一步具體，則醫療人權之自由權包括：

- A. 自由就醫的權利：主要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，且在健康保險計畫下，亦應對民眾自由選擇醫療提供者（包括特約醫療院所與非特約醫療院所<sup>70</sup>）之權利予以尊重。由此權利延伸，亦應包含民眾之自由投保之權利，亦即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。
- B. 自由議定報酬之權利：指病人與醫師間有自由議定報酬之權利。
- C. 病人之自我決定權：雖然醫事人員是以追求病人之最大利益為其專業倫理之首要考量，但在歷史中仍不斷發生醫療侵害病人權利之實例<sup>71</sup>。因此，為了維護病人之權益以及對傳統父權式醫病關係之反省，遂發展出主動之病人角色（**active patient**）之觀念<sup>72</sup>，並在法學上有告知後同意法則（**informed consent doctrine**）之提出<sup>73</sup>。因此，在近代醫療人權之發展中便提出自己決定權之概念，指醫病關係存續中，民眾對於醫療方式、程序安排之自由選擇權，其中包括：
  - (A) 同意、拒絕醫療權：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），尚有積極的參與與決定之權利（同意醫療權）。但需附帶一提的是，傳統觀念上認為民眾之自由選擇權（指同意、拒絕醫療權）若與健康權、生命權相衝突時（如病人未瀕臨死亡，卻可能因拒絕醫療

<sup>70</sup> 參考美國病人權利法案（Patients' Bill of Rights 2001）Title I, Subtitle A, Sec. 101，指健康保險計畫若係透過本身特約醫療院所提供被保險人健康照護服務等保險給付，則對於被保險人選擇非特約醫療院所接受健康照護服務（point-of-service coverage）之權利仍應予以保障。

<sup>71</sup> 如二次大戰中德國納粹醫師之人體實驗，Henry Beecher之Ethics and Clinical Research一文中亦揭露許多違反人權之人體實驗。

楊秀儀，誰來同意？誰做決定？—從醫療的倫理難題談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察，台灣法學會「紀念世界人權宣言 50 週年」學術研討會論文報告，1998，頁 3。BMA，「Medicine Betrayed—The Participation of Doctors in Himan Rights Abuses」，1992。

<sup>72</sup> 所謂主動的病人角色（active patient）之觀念，是指以病人為中心（patient-centered）的一種醫病關係，強調的是病人之自主權（autonomy）、同意權、病人參與以及病人決定之充權（empowerment）等概念。

<sup>73</sup> 所謂告知後同意法則（informed consent doctrine）是主張病人為醫病關係中的主體而非客體，醫師應尊重病人之自主權，醫療措施要得到病人之告知且經過其同意。

楊秀儀，誰來同意？誰做決定？—從醫療的倫理難題談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察，台灣法學會「紀念世界人權宣言 50 週年」學術研討會論文報告，1998，頁 3-4。

而死亡之結果時)，便應受到某種程度之限制；因健康權及生命權具有不可逆性及無價性之特徵，故其權利位階高於自由選擇權。但在近來醫療人權之發展中，卻有學者認為對民眾自由選擇權之尊重應高於對健康權、生命權之保障，而將同意、拒絕醫療權之概念，延伸至民眾對自己身體、生命處置之選擇（如拒絕接受治療、器官捐贈、墮胎等），以及對死亡方式之選擇（如安樂死）等<sup>74</sup>，並主張民眾同意、拒絕醫療之權利不應受到限制。

(B) 轉診、轉院、出院權：一方面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。而健康保險保險人及醫療院所對於民眾轉診、轉院、出院之權利，應設計適當、暢通之程序，並給予合理之反應。若從相反之角度來看，則民眾在某些前提下<sup>75</sup>亦有拒絕轉診、轉院之權利。

(C) 醫療決策參與權：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。

(2) 平等權：只民眾不因經濟、社會、地位、疾病種類等非關醫療之因素，或其他人為之任意因素（arbitrary factors）影響其接受平等醫療之權利。進一步說明，就形式的平等權<sup>76</sup>而言，一方面是指人民不因種族、經濟、社會、地位、疾病種類等因素影響其要求平等接受政府所推行之醫療保健事業與福利的權利，以達成積極醫療人權的目標；另一方面，則指病人不因種族、經濟、社會、地位、疾病種類等因素影響其接受平等醫療之權利，以及平等享受醫療資源之權利。就實質的平等權<sup>77</sup>而言，即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，亦即政府在制訂醫護法規或推行衛生福利政策時，不能忽略平等權的真正內涵，必須依照『相同的事件，相同的規範；不同的事件，不同的規範』的平等原則立法，使得民眾在面對相同事件時得要求平等的對待，而在面對不同的情況時得要求應有差別的對待。

<sup>74</sup> 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，頁 51-53。

<sup>75</sup> 指除非病人對轉診之需要性與必要性已獲得完整之資訊或適當之諮詢、受轉診之醫院已同意接受轉診、並獲得欲轉診病人之同意，否則病人有拒絕轉診或轉院至其他醫療院所接受治療之權利。

<sup>76</sup> 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。

陳新民，憲法基本權利之基本理論（上冊），1999，頁 495-519。

<sup>77</sup> 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的規範，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。

陳新民，憲法基本權利之基本理論（上冊），1999，頁 495-519。

(3) 隱私權：對隱私權之保障，依據William L. Prosser之分類<sup>78</sup>是對個人四種不同利益之保障，包括

- (a) 個人對其獨居、獨自性或個人性事務有免於受到入侵之保障；
- (b) 個人對有可能使其陷於難堪之私人事務有免於受到公開揭露之保障；
- (c) 個人對有可能置其於錯誤公眾理解下之資訊有免於公開揭露保障；
- (d) 個人對未經其本人同意而有關本人利益之姓名或其他特徵，有免於公開揭露之保障。

而民眾對於醫療過程或醫療記錄，可能將其視為獨自性、個人性之事務，而不願意將其病情或治療公諸於世；或因其罹患之疾病可能顯示其某些私人行為或資訊，而影響世人對其看法；或可能因為涉及特殊之疾病，有可能造成他人之恐懼與誤解。前述對於民眾醫療過程或醫療記錄等資訊要求隱密之保障，均符合Prosser所稱對個人隱私權之保障，因此基於不受干擾之權利（Right to be let alone）與「不可侵犯之人格」（the inviolate personality）等上位概念<sup>79</sup>，應對病人之醫療過程或病歷記錄等相關資訊之隱私權予以保障。

隱私權之概念運用在醫療人權中，係指民眾有權自行決定是否將其病歷或相關醫療上資訊交付與供利用；而可能獲得病人資訊之相關政府公務機關（如中央健康保險局）及其人員，或醫療院所、醫師及相關人員，對於民眾之醫療過程、醫療記錄及其他相關健康資訊之隱密性應予以尊重，非經同意不得任意蒐集、儲存、運用、傳遞，洩漏。若基於公益理由，必須限制該項權利，仍須遵循民主法制國家之諸多原則，以保障民眾之隱私權。

## 2. 具防禦功能之受益權

### (1) 程序保障權

- A. 訴訟權：訴訟權之保障，是表徵民眾之權利受到他人或國家行為之侵犯時，能擁有救濟之機會；亦即在民眾之基本權利受到國家行為或他人之侵害時，重視事後之訴訟、投訴程序保障之權利，以保障民眾在基本權利在受到侵害時，能有彌補損失（如損害賠償）、恢復原狀或請求處罰加害人等權利主張。因此，民眾對於因醫療院所或醫師之不當、品質不佳或過失之醫療，而導致生命、身體、財產或其他權利受到損害時，有提起訴訟之權利，要求恢復原狀或賠償以彌補其損失（民事訴訟），以及懲罰加害人（刑事訴訟）。
- B. 投訴之權利：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及不滿情緒之權利。
- C. 醫療政策參與權：傳統對於人民基本權利之保障大多著重在實體面之討論，也就是一方面界定基本權之保障範圍，以及國家在何種情況下可以限制人民之基本權利；另一方面則是討論國家限制人民基本權利之行為必須受到哪些公法原理原則（如比例原則）之拘束。並在民眾權利受到國家行為或他人侵害時藉訴訟救濟制度彌補或維護民眾之權利。但前述之概念僅止於對基本權

<sup>78</sup> 參考林建中，隱私權概念初探—從美國法之觀點切入，憲政時代 23 卷 1 期，頁 56。

<sup>79</sup> 詹文凱，公眾人物—新聞自由與隱私權的界線，律師雜誌 221 期，1998，頁 33。

利之消極保障，並無法確定國家行為侵害民眾基本權利之結果；因此導入程序保障之概念，一方面在國家決定作成前導入程序之運用，使人民能透過程序之參與以主張自己之權利，成為國家行為之「主體」而非「客體」，且對於國家之決定不致有受到「突襲」之感覺。因此，將前述程序保障之概念導入醫療人權之論述中，便可以認為民眾對於國家之醫療政策（包括對醫療資源之分配、全民健康保險等政策）均有參與並表達意見之權利。

- (2) 知的權利：知的權利基本上是由自由權所衍生出來的權利；因為當民眾無法獲得正確的資訊時，便可能對其自由選擇之判斷造成影響，從而影響其自由權（如自己決定權）之行使。因此，知的權利之權利位階應該是在自由權之下，是以病人自主權為上位概念所發展出來之權利。但因為在醫療人權中，知的權利有其重要性，不僅與民眾是否接受治療、對自己身體自主權、生命權等息息相關，更是許多文獻中深入討論的部份；因此，在本文中將其獨立成為一個權利類型。

所謂知的權利，是指民眾對於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，以及醫護人員之姓名、職級、權責等資訊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負有充分告知、不隱瞞之義務，並且應提供適當之管道使民眾能取得相關之書面資料<sup>80</sup>。其具體內容包括：

- A. 醫療顛末瞭解權：指民眾對於病情、醫師診斷、治療方針、預後情形以及接受治療之成功率、副作用、併發症等醫療相關資訊，有請求知悉並瞭解之權利。
- B. 藥劑用法使用說明權：指民眾有要求醫師或其他相關人員（如藥師）說明藥劑用法、名稱及用藥上相關資訊（如副作用、用藥後之反應等）之權利。
- C. 醫療文書掣發請求權：指民眾有要求掣給病例摘要、診斷書、藥劑處方、檢查報告、死亡證明書等醫療文件之權利。
- D. 費用知悉請求權：指民眾對於收費領據及其內容細項等資訊，有要求知悉及解釋之權利。
- E. 醫院內規瞭解權：指民眾對於醫療院所內部規範病人之相關規章有要求知悉之權利。
- F. 專業能力諮詢權：指民眾有瞭解醫療院所中醫事專業人員之專長、專業地位或經驗等資訊之權利。
- G. 詢問權：指民眾對於醫療院所之執照，以及醫師或其他相關人員之姓名、執照、職級、權責及其相互關係等資訊有詢問及瞭解之權利。

而對於有礙病人知的權利之外在因素，政府或醫療院所應負有義務將其排除；如對於有溝通上障礙（如視障、聽障、啞巴之民眾）或語言溝通上有困難（如醫病間使用之語言不同）之民眾，應提供足以溝通並使其充分瞭解之管道（如點字機、手語翻譯員或一般翻譯員等），以保障其知的權利；因此，民眾有要求理解醫療相關資訊之溝通權。

<sup>80</sup> 為使民眾能隨時取得相關之醫療資料，健康保險保險人及醫療院所對於民眾之病歷資料及相關健康資訊均應予以保存一段合理之時間。

### 3. 國家有義務立即實現之受益權

國際人權之相關文件係以最低限度之健康（minimum health）為標準區分國家是否有立即義務給付健康照護服務以滿足特定之醫療人權內容。而所謂「最低限度之健康」基本上是以個人是否能在社會生活中發揮其應有之功能，以維持其有尊嚴之生活作為判斷標準；如Daniels主張「最低限度之健康」是能達成身為人類之正常功能（normal species functions），WHO則認為「最低限度之健康」是指能滿足民眾能達成有生產力之工作狀態並積極參與社會生活之基本需要<sup>81</sup>。但這類功能性（functional）之定義方式，如前所述，並不能明確適當地定義出何種醫療人權之內涵應受國家不考慮資源有限之立即保障；因此，General Comment 14 遂以條列式之方式列舉出醫療人權中最核心之部分（minimum essential levels），並主張國家有核心義務（core obligations）對該權利內涵為立即之保障，包括（除前述之防禦權外）：（1）預防接種請求權（to provide immunization against the major infectious diseases occurring in the community）；（2）孕婦及兒童之健康照護服務請求權（to ensure reproductive, maternal (pre-natal as well as post-natal) and child health care）；（3）必備藥品（essential drugs）請求權<sup>82</sup>；（4）緊急醫療請求權<sup>83</sup>。

#### （二）一般醫療人權

### 4. 國家僅有義務漸進實現之受益權

主要係指由國家在考量國家財政與社會利益調整等因素下，漸進式地提供予民眾『物質性』的給付或服務<sup>84</sup>；而國家尊重、保障、與實現此權利之前提即為。關於醫療人權中屬受益權之部份，包括以下之權利內容：

- （1）健康權：健康權是指民眾有享受最高而能獲致之生理、心理、社會之健康標準之權利，且該權利應受到國家政策之保障。
- （2）衛生保健服務請求權：基於健康權之概念，民眾有接受並要求國家提供適當健康照護服務之權利。
- （3）醫療品質權：指民眾有要求接受最妥善以及持續不間斷<sup>85</sup>之健康照護服務，以及安全、整潔、適當之醫療場所之權利。且健康保險保險人與醫療院所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。
- （4）個人尊嚴權：由於醫療人權之本質為人性尊嚴，因此民眾在接受健康照護服務時，便有要求醫療

<sup>81</sup> WHO, Global Strategy for Health for All by the Year 2000, 1981.

<sup>82</sup> 請參考WHO Action Programme on Essential Drugs。

<sup>83</sup> 在CESCR General Comment 14 中並未特別指出緊急醫療請求權為國家應立即保障之權利，但在各國法規中均可發現相關之立法例，其主要目的即為避免在緊急之狀況下所造成之不必要拖延，以保障民眾之生命權與健康權。

<sup>84</sup> 受益權尚可區分為『分享權』（Teilhaberecht）與『給付請求權』（Leistungsrecht）。就前者而言，是指人民請求使用國家現有設備或資源（如合理使用公共設施）之請求權；而後者則是指人民請求國家應為積極性、創設性之給付。而此處所指主要為給付請求權。

<sup>85</sup> 指在民眾疾病尚未痊癒前，有要求持續提供醫療之權利，健康保險保險人、醫療院所及醫師不得無故拒絕。

院所及醫師關懷、敬重，並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富含人性及尊重人性尊嚴，不可因醫療或行政方便而犧牲病人之權利。

## 5. 基本之健康先決條件

除了健康照護服務等與醫療人權直接相關之要素之外，少數國際人權文件中對於醫療人權之內涵有相對較廣泛且不明確之定位，亦即將醫療人權與其他相關社會基本權重疊相同之內容視為基本之健康先決條件，包括（1）健康之工作或生活環境請求權，（2）乾淨飲水及空氣請求權，（3）適當居住住宅請求權。**General Comment 14** 亦將這些權利內涵視為國家之核心義務。但本文為避免醫療人權之權利體系過於龐雜，甚至無所不包，造成日後應用上之困難，故將醫療人權之權利體系侷限於與健康照護有直接相關之權利內容；至於與健康有關之先決條件，則視為一般性之醫療人權，其主張與內容應回歸居住權、工作權等社會基本權利中討論，而非涵攝於醫療人權中。

## 柒、醫療人權與憲法權利位階

### 一、醫療人權之實踐方式

由前文之討論中不難發現，醫療人權在相關國際人權法之規範中，已被視為實質之法律權利（**legal rights**），而非軟性之道德權利（**soft rights / moral rights**）；因此，國家作為國際條約之當事國，自應負有基本之義務尊重、實踐、保障（**respect, fulfill, protect**）該權利<sup>86</sup>。但在將醫療人權之權利架構與內涵，由國際人權法之領域引導回國內法時，卻不可避免面臨國家對於醫療人權之具體實踐，究竟應在高位階之憲法層次或低位階之一般法律層次完成之爭議<sup>87</sup>。

有學者認為，將醫療人權（屬於社會基本權）之實踐提升至憲法層次並不適當，而應將醫療人權之實踐交由立法者以法律創設及保障<sup>88</sup>。其主要理由在於：（一）醫療人權之實踐與社會經濟情況之良窳有密切之關聯性；若將醫療人權視為人民之公法權利，則國家財政不敷所需時，如何滿足民眾之醫療人權請求權便將出現理想與現實之差距。（二）醫療人權之實踐不可避免將與其他權利產生衝突，故片面承認醫療人權之憲法位階將可能低估與之相衝突權利之重要性。

但這種受益權保障之傳統觀點一在國家可運用之合理資源範圍內，國家享有極大之自主權在法律層次實踐醫療人權一卻忽略了醫療人權之多樣性與複雜性。換言之，若將醫療人權一體視為無憲法規範拘束力之法律權利，將使得醫療人權之核心價值（核心醫療人權）被矮化，並可能低估其作為基

<sup>86</sup> 或有論者以為，台灣因國際情勢，雖非聯合國之會員國，亦非眾多國際條約之簽約國，故應不受該條約之規範。但因國際條約之效力，藉由國家之一致性，及國際組織或國際法院不斷援引該條約以為國際人權之證據，遂使該條約及其所欲保障之國際人權內涵，成為國際習慣法之一部分，而對成員國或非成員國均產生相同之約束力。故，縱台灣非聯合國之會員國或相關條約之成員國，亦無礙於政府受國際法義務之制約，而對醫療人權具有尊重、實踐、保障之義務。

鄧衍森，從國際人權法論健康權隻法理基礎與實踐方式，東吳大學法律學報第 11 卷 1 期，55-72（1998）。

<sup>87</sup> 陳新民，論社會基本權利，出自「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，95-128。

<sup>88</sup> 見前註。

本權利以保障民眾健康之重要性。

由於醫療人權之內容，係以保障民眾「最低限度健康（minimum standard of health）」為依據，故與民眾生命與健康間具直接且強烈之關聯性，而為個人起碼之生存依據權利。而該權利亦需直接由民眾行使之，始能具體保障民眾對「最低限度健康」之需求。因此，醫療人權之實踐方式上，亦認為其應比照憲法承認之基本權利之效力與權利位階，並直接拘束國家次於憲法一層次之其他權利（指法律）之相關措施，始能對民眾「最低限度健康」之需求有所保障，並能進一步確認依據醫療人權所展開之其他權利（如病人人權等）。

除了醫療人權之重要性，使其具備憲法層次基本權利之特徵外，其在定義上之限縮—以最低限度之健康為標準，亦即以個人是否能在社會生活中發揮其應有之功能以維持其有尊嚴之生活作為判斷標準，區分國家是否有立即義務給付健康照護服務以滿足特定之醫療人權內容—亦使得傳統上對「醫療人權保障」與「國家資源有限」間衝突之批評，獲得某種程度之緩解。換言之，國家對醫療人權之實踐，並非毫無限制地耗盡所有資源以滿足所有內涵之醫療人權；針對與民眾生命、身體、健康息息相關之核心醫療人權，國家雖須負擔不考慮資源有限性而立即滿足（immediate realizations）之義務，但對於一般醫療人權，國家則僅須負擔漸進滿足（progressive realizations）之有限義務，並由立法者考量具體之國家財政狀況以調整政策內涵<sup>89</sup>。對醫療人權內容的細膩切割，使得權利之保障與財務之考量間，出現某種平衡的關係；亦即醫療人權中與民眾生存密切相關之核心價值始能超越國家對財務之考量，而民眾對一般醫療人權雖亦享有直接之憲法上請求權，但卻受到「國家可運用之有限資源內」之限制<sup>90</sup>。

另，反對者認為承認醫療人權之憲法效力將導致權利衝突。但在國際人權相關條約與文件之支持下，醫療人權已不再是抽象性且無直接實証效力之軟性道德權利，而有其具體之權利內容與架構；因此，醫療人權與其他權利間之衝突將不再是無法評估。

就核心醫療人權而言，雖然該基本權利要求國家應負擔不考慮資源有限性而立即滿足該權利之義務，卻非「絕對」不可侵犯之權利；就權利衝突而言，依據憲法第二三條之規定，立法者在公共利益之需要或不同基本權界限之考量下，依公益原則及比例原則，並非不得對核心醫療人權加以限制，法院亦得對其加以具體審查。Lawrence Gostin亦提出以類似之人權影響評估（Human Rights Impact Assessment）機制，檢討國家之健康照護政策是否對醫療人權形成侵害<sup>91</sup>。另，核心醫療人權雖非憲法列舉之權利（其憲法條文之援引將於下節討論），但並不必然有憲法列舉之權利（如自由權等）高於核心醫療人權之位階性存在，立法者在憲法公益原則與比例原則之拘束下，仍負有形成核心醫療人權內容及界定其範圍之任務。

<sup>89</sup> 詳見本文第陸節之討論。

<sup>90</sup> 參考南非憲法第二七條之規範。

<sup>91</sup> Lawrence Gostin, Jonathan Mann, Toward the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health Policy, from Jonathan Mann eds., Health and Human Rights, 54-71, 1999.

而就一般醫療人權而言，除受到憲法公益原則與比例原則之拘束外，尚應考量前述對一般醫療人權實踐方式之限縮，亦即國家在其可運用之有限資源內，始有實現該基本權利之義務。

## 二、醫療人權之憲法權利位階

但在將醫療人權由國際人權法之領域引導回國內法中對醫療人權之保障，卻不可避免面臨憲法本文及增修條文中，對醫療人權之憲法地位並未有明確具文之闡釋及定位，並進一步產生醫療人權適用之疑義。其主要原因便在於，憲法第二章雖已明文規定人民之基本權利，但在社會基本權利之內涵與架構上，卻未有完整地界定與確認，導致權利（rights）與利益（interests）間之模糊灰色地帶。

以醫療人權中之基本價值—健康權—為例<sup>92</sup>；在我國憲法之基本權利規範中，並無有關健康權之具體規範，但於憲法第一五七條及增修條文第一〇條第五項中卻規定，國家有義務推行公醫制度，或全民健康保險，以確保民眾之就醫可近性（accessibility）<sup>93</sup>。有學者即主張，該基本國策之規範足以反映出國家以基本法保障醫療人權之實例，而可直接作為健康權之憲法依據<sup>94</sup>。但因憲法第一五七條及增修條文第一〇條第五項之規定，原屬欠缺「個人性」（尤其是主觀權利）性質之基本國策規定，並不宜以此直接作為健康權之憲法上依據<sup>95</sup>。換言之，公醫制度或全民健康保險制度僅為國家積極政策干預之效果（利益），為制度保障之一環<sup>96</sup>；故國民健康僅為重大之公共利益，非民眾基本權利之主張，不具直接強行之效力。如釋字第四一四號、釋字第五七七號，均認為藥事法規範藥品廣告，或菸害防治法規範業者標示尼古丁含量等管制措施，均屬維護國民健康之重大公共利益所必須，而未明示其與民眾健康權之關聯。

但在前述討論中，顯然未將「民族健康」之公共利益與個人健康事務加以區隔，使得權利與利益間之重疊現象並未因此釐清。有學者即主張，健康權若係具有「個人」利益之性質而非純粹屬於社會全體之「利益」，則似可列入憲法第二二條概括條款之保護範圍內，作為對個人利益（健康）保障之廣泛指涉作用，並作為健康權之憲法上基礎<sup>97</sup>。司法院大法官會議之解釋雖未明確切割健康權與健康公共利益之間的區別，但至少無公開反對健康權應為憲法中所保護之個人法益，並進一步成為憲法上之基本權利；如釋字第四七二號即說明全民健康保險係國家為「履行對全體國民提供健康照護之責任」所採行之社會保險政策。

<sup>92</sup> 詳見本文第陸節「醫療人權之權利體系與架構」。

<sup>93</sup> 不論公醫制度下，由國家提供廉價之健康照護服務；或是全民健康保險制度下，藉保險大數法則之精神，由民眾及政府共同分擔疾病或殘障之風險，其主要目的均在消除或降低民眾尋求健康照護服務時的經濟上障礙。釋字第四七二號亦表明，憲法推行全民健康保險之意旨，再於社會互助、危險分攤及公共利益之考量。

<sup>94</sup> 李聖隆，什麼是醫療人權，中國論壇第 274 期，1984，頁 48-52。

<sup>95</sup> 林明昕，健康權—以「國家之保護義務」為中心，法學講座第 36 期：26-36，2005。

<sup>96</sup> 陳新民，論社會基本權利，出自「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁 95-128。

<sup>97</sup> 林明昕，健康權—以「國家之保護義務」為中心，法學講座第 36 期，2005，頁 26-36。

另，有學者認為憲法第十五條之生存權<sup>98</sup>若能擴張到個人生命、健康範疇等議題，亦不妨作為健康權之憲法依據；如釋字第四七六號，即將生存權與生命權作某種程度之連結。惟目前對憲法第一五條之討論大多侷限於經濟物質生活之所必須（如釋字第五九六號、釋字第四九四號、釋字第四二二號等），故似乎不適宜作為健康權之憲法上基礎<sup>99</sup>。

綜上所述，因醫療人權之核心概念係指國家義務給付健康照護服務以滿足民眾最低限度之健康需求，故其權利架構係由健康權為基礎，再逐步擴充至防禦權、具防禦功能之受益權、單純之受益權（見本文第陸節之討論）；也因此，醫療人權之憲法地位係自憲法第二二條概括條款所演繹出。而藉由確定醫療人權作為民眾基本人權之核心價值，對於民眾醫療人權之保障便能進一步反映在具體之健康照護政策規範中，並依據醫療人權之不同權利內涵，對有限之資源為適當之分配。但不可否認，由於醫療人權仍屬新興之人權體系，雖然本文試圖從國際公約與相關案例中架構起醫療人權之體系與架構，但其具體內容對應到憲法上之優位性與實際落實，仍有待更多案例之出現與更進一步之討論。

## 捌、結論

綜合以上，可以知道人權之發展大致上可以分為個人人權與集體人權，而個人人權又可區分為防禦權及受益權，受益權又可分為工作權、社會保障權與文化教育權，而醫療人權即是由社會保障權中之生存權之最廣泛定義中導引出來之概念。但這僅是醫療人權在整體人權體系中發展的思考流程，在醫療人權之權利內涵上，卻仍然與其他社會基本權利、自由基本權利互有關連，而非截然區隔的；亦即，醫療人權之權利內涵已不再侷限於狹義的社會保障權，而可能擴張到其他基本權利，其權利內涵亦可能同時具有受益權與防禦權之性質。因此，醫療人權在權利位階的討論中，不能再被單純地視為「權利」或「（反射）利益」的權利位階，而可能有部份內涵是擴及到憲法所保障的「基本權利」之權利位階<sup>100</sup>。關於人權、社會基本權與醫療人權之詳細體系圖請參考圖九。

藉由本文醫療人權架構之建立，未來將有可能進一步討論台灣現行之法律對醫療人權之規定是否有所不足及修改方向，以及檢視評估相關法規對醫療人權之實質影響<sup>101</sup>；但因限於篇幅，故本文中並不作進一步討論。另，在目前有關醫療人權之討論中，許多基本理念與立場尚未有明確的定位，但仍可在實際運作與學術討論中累積經驗，從憲法理論、法律釋義學、社會、經濟、財務規畫、政策分析等角度進一步檢討與修正。本文的討論只是從傾向基本權利的醫療人權論點切入，利用相關國際條

<sup>98</sup> 關於生存權之性質，究係屬自由權或受益權之範疇，學者雖有所爭論；但一般而言，均不否認其受益權之性質。

陳新民，論社會基本權利，出自「憲法基本權利之基本理論（上冊）」，1999，頁110-111。

<sup>99</sup> 林明昕，健康權—以「國家之保護義務」為中心，法學講座第36期，2005，頁26-36。

<sup>100</sup> 權利位階可分為三個階段，分別為

（1）基本權利：基本權利是指受憲法保障之權利，受保障之強度最高，對於其限制均需符合憲法之法理原則始得為之。

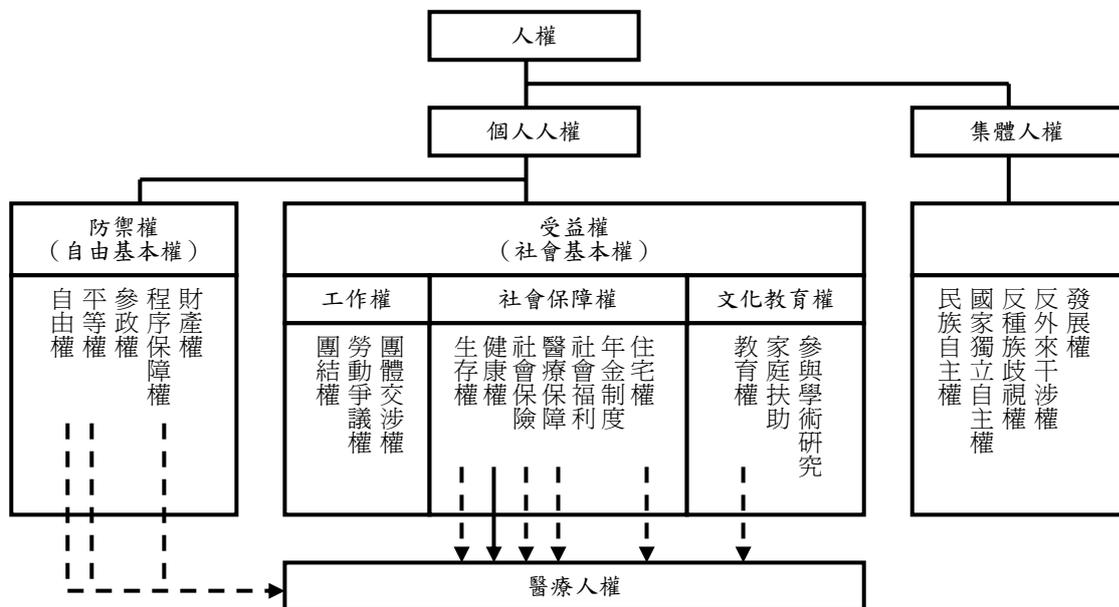
（2）權利：相對於基本權利而言，權利之位階較低，應受保障之強度亦較低。

（3）利益：為權利位階中最低的一種，理論上並無侵害的問題可言。

<sup>101</sup> 本文作者另有專文以此醫療人權之架構針對全民健康保險法中強制納保條款對醫療人權之影響盡興分析。

吳全峰，黃文鴻，「從醫療人權之角度論全民健康保險強制納保制度之爭議」，月旦法學77期，2001，頁112-131。

約、國內外法例及學者觀點，探討醫療人權之定義與建立醫療人權之權利體系。但這並不代表本文的觀點便應該被廣泛使用或推翻其他的討論空間，本文的觀點只是影響醫療人權多元發展中的一個面向。而且本文僅以廣義之民眾之醫療人權為討論主軸，並未深入討論民眾之醫療人權在不同身份（一般民眾、門診病人、住院病人等）時是否有異，亦未旁及醫事人員之醫療人權；因此，未來尚可朝與此相關之議題進行深入研究。



一般民眾/病人之醫療人權		醫事人員之醫療人權	
核心醫療人權	一般醫療人權		
自由就醫之權利 自由投保之權利 自由議定報酬之權利 自己決定權 同意、拒絕醫療權 轉診、轉院、出院權		自由權	防禦權
接受平等醫療權 醫療資源平等分享權		平等權	
隱私權			具防禦功能之受益權
訴訟權 投訴之權利 醫療政策參與權		程序保障權	
醫療顛末瞭解權 藥劑用法說明權 醫療文書掣發請求權 費用知悉請求權 醫院內規瞭解權 專業能力資訊請求權 詢問權 溝通權		知的權利	受益權
生育照護服務請求權 嬰幼兒照護服務請求權 緊急醫療請求權	健康權 一般衛生保健服務請求權 醫療品質權 個人尊嚴權		
	適當之工作與居住環境 乾淨之飲用水 適當營養之食物 相對之文化尊重		其他權利

醫事人員之醫療人權

- 診療權
- 平等執業之權利
- 拒絕醫療權
- 拒絕證言權
- 自由議定報酬之權力
- 轉診權
- 醫療業務權

圖七 醫療人權之權利體系