

發文單位：司法院

解釋字號：釋字第 524 號

解釋日期：民國 90 年 04 月 20 日

資料來源：司法院公報 第 43 卷 6 期 5-18 頁

司法院大法官解釋（十四）（99 年 5 月版）第 140-161 頁

總統府公報 第 6400 號 27-45 頁

相關法條：全民健康保險法 第 5、31、39、41、50、51 條

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法 第 20 條

解 釋 文： 全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。

全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告。又同法第三十一條規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」「前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項，中華民國八十四年二月二十四日發布之全民健康保險醫療辦法，不僅其中有涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務事項，且在法律無轉委任之授權下，該辦法第三十一條第二項，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾母法授權之範圍。另同法第四十一條第三款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十一條所謂之醫療費用支付標準及藥價基



準，僅係授權主管機關對醫療費用及藥價之支出擬訂合理之審核基準，亦不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。上開法律及有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。

理由書： 全民健康保險之被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議，應由主管機關所設置之全民健康保險爭議審議委員會先行審議，被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，其救濟途徑為訴願及行政訴訟程序，此觀全民健康保險法第五條之規定甚明。本件係被保險人對保險人核定醫療給付事項發生爭議，應循上開爭議程序處理，非屬民事事件，惟事件發生於行政訴訟新制施行之前，既經民事確定終局判決，仍予受理解釋，合先說明。全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用，與商業保險之內容主要由當事人以契約訂定者有別。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。

全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告，尚不能捨棄該款而發布規章另作其他不為給付之除外規定。若為避免醫療資源之濫用或基於醫藥科技之發展，認上開法律第三十九條第十二款之規定仍有不足，自得於法律中增訂或另立具體明確之授權條款，以應實際需要並符法律保留原則。

全民健康保險法第三十一條規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」「前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之全民健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項。行政院衛生署八十四年二月二十四日訂定發布之全民健康



保險醫療辦法第三十一條第一項：「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意，始得為之。」第二項：「前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。」其第一項涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務（八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二十條規定亦同），其第二項在法律無轉委任之授權下，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾越母法授權範圍。另同法第四十一條第三款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，又不問有無採取緊急救濟之必要，一律限於事前審查，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十條第一項：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」第五十一條第一項：「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。」雖係顧及醫療資源合理分配，授予主管機關對醫療費用及藥價之支出，擬訂合理之審核基準，尚不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。按特殊診療項目及藥材，包括所謂危險性高的醫療服務、易為醫療人員不當或過度使用之醫療服務、高科技診療項目、特殊原因之醫療服務、價格昂貴或有明顯副作用之藥物，法律（醫療法、藥事法等）均有規範，主管機關已知之甚稔，不難純就全民健康保險特殊診療項目及藥材給付範圍，諸如：醫療費用支付標準、藥事服務項目及藥價基準等，以法律或法律具體明確授權條款預為規定，並加以事前公告。若由法律籠統授權之法規命令，以高科技診療項目、高危險醫療服務等，就保險給付加以排除，已有未合，況由未經法律明確授權而任由所屬機關發布規範行政體系內部事項之行政規則，諸如：全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點（中央健康保險局八十六年一月十一日修正公告）、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點（中央健康保險局八十五年十一月十三日公告）為之替代，於法律保留原則尤屬有違。上開法律及有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。又本院釋字第四七二號解釋所釋各項，迄今已逾二年，未見有所措置，於本次修正時，亦應一併注意及之，特此指明。

大法官會議 主 席 翁岳生

大法官 黃越欽

劉鐵錚

曾華松

吳 庚  
林永謀  
蘇俊雄  
王澤鑑  
謝在全  
施文森  
戴東雄  
孫森焱  
董翔飛  
楊慧英  
陳計男  
王和雄

#### 部分不同意見書

大法官 施文森

社會保險與社會扶助、社會救濟雖同係基於社會連帶與所得重分配而創設之社福制度，惟其制度設計及性質迥然不同：基於社會扶助、社會救濟所為之給付，僅係國家單方面之「施惠」，對「施惠」程度行政機關得為裁量，隨國家財政狀況而變動；而於社會保險下，保險人係收受保險費而為對等給付，其給付範圍與保險費間應維持一定程度之對價平衡，不存行政裁量之空間，此亦為社會福利以保險方式推行時所須嚴格遵循之原則。全民健康保險（以下簡稱「健保」）為社會保險之一種，全民健康保險法（以下簡稱「健保法」）第三章對於保險費率之釐訂及被保險人應交付保險費之數額既有至為詳盡之規定，則保險人究於何種範圍內對被保險人提供保障亦應由法律為明確之規範，多數意見釋示：「保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。」即係針對社會保險具有不同於社會扶助、社會救濟之特質而確立之原則。因此，本件聲請所涉及之「健保法」第三十九條第十二款、第四十一條第三款以及主管機關依「健保法」第三十一條第二項授權訂定之「全民健康保險醫療辦法」（以下簡稱「醫療辦法」）第三十一條第一項及中央健康保險局（以下簡稱「健保局」）依醫療辦法第三十一條授權訂定之「全民健康保險高科技診療項目暨審查程序作業要點（以下簡稱「作業要點」）第七點、第八點，是否已抵觸憲法第十五條及第二十三條規定之意旨？大法官即須本前揭原則逐一檢驗：

一、社會保險之保險人與被保險人係





居於公法契約關係。被保險人基於社會保險所得行使之請求權，屬憲法第十五條所保障之財產權之範疇，此參見本院釋字第三九八號、第四三四號及第四七四號解釋不難自明。本件聲請人（即「健保」被保險人）所罹患之疾病若確在「健保法」第二條所規定之傷病範圍以內，但因「健保法」第三十九條第十二款及第四十一條第三款之概括式不保規定致主管機關及其所屬之「健保局」得依據「醫療辦法」及「作業要點」而將之剔除，其在實質上無異容許保險人得片面限縮承保範圍，規避給付責任，剝奪被保險人交付保費後所應可獲得之保障，大法官為貫徹憲法第十五條之意旨，應宣告前開法令違憲，別無其他選擇。

二、健保之承保範圍見於健保法第二條、第三十九條至第四十一條。第二條係以正面表列方式就承保事故為規定，第三十九條至第四十一條則以負面表列方式就不保之給付、不保之事故及不為之給付為規定。適當運用除外（exceptions）與不包括（exclusions）條款，使承保範圍具體明確，毋寧為保險制度設計之常規，難謂有何不當，惟除外與不包括條款所為之負面表列除特定事項外，若尚容許加列含義不易確定或承保或給付與否得由保險人自行酌定之概括規定，勢將使保險契約成為一方給付確定不變而他方給付取決於保險人個人意願之虛幻契約（whimsical contract）。因此，健保法第三十九條第十二款及第四十一條第三款之效力如何？即應從此一理念加以判斷：

（1）依據「健保法」第三十九條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，其含義不外有二：一為未經主管機關核准公告之診療服務及藥品；另一為經主管機關核准後但公告不予給付之醫療服務及藥品。健保將前者排除於承保範圍之外，乃理所當然；但對於後者，因行政院衛生署既為審核全國醫療服務及藥品之主管機關，同時又為健保主管機關及健保保險人（健保法第三條、第六條），於此三位一體、角色混淆之情形下，縱對本款採取多數意見所謂：「主管機關自應參酌同條其他各款類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告」之解釋，就本款之適用加以一定程度之限制，仍難完全排除主管機關及其所屬之「健保局」對於治療某些承保在內傷病所必需之醫療服務及藥品是否給付為行政裁量，憑增健保承保範圍之不確定性，健保於此一意義下成為另一種形式之社會扶助或社會救濟，與多數意見所強調之明確性原則不盡相符。

（2）「健保法」第四十一條係就保險人不為之給付為規定，其規定之意



旨與第三十九條及第四十條不同，蓋後二者所列舉之事項原不在健保之承保範圍以內，其所以列舉，無非在使被保險人對其所得享之保障有更清楚之認知；而前者則屬保險人原應為之給付，僅於承保事故發生後因被保險人有本條特定事由之存在，保險人遂免卻其給付之責任。本條規定因涉及被保險人原可行使之請求權，自應較前開第三十九條及第四十條更形具體明確，然本條第三款將不為給付之範圍擴及「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，實與前開第三十九條第十二款同出一轍，甚而變本加厲，對於原應為之給付，尚容許保險人於承保事故發生後、於被保險人接受治療前就所急須施行之醫療服務及藥品是否「必需」為審查。所謂「必需」，究本款規定意旨，並非取決於提供醫事服務機構或主治大夫之診斷，而是完全由保險人自行裁量，此不僅可能延誤對被保險人提供適當治療之時機，亦使健保保障失卻其應有之客觀性、可依賴性及可預見性。健保於本款規定下已淪為前述之虛幻契約，其理甚明。

三、保險人於社會保險下所提供之對等給付，就其方式言，計有三種，即定額現金給付、醫療費用之補償（全部或部分）及醫療服務。健保採第三種方式，主管機關依據「健保法」第三十一條第二項授權訂定醫療辦法時，應嚴格限於履行給付義務之細節性及技術性規定，不得逾越母法之授權，於醫療辦法中限縮其給付責任。若主管機關認為某些傷病或治療此類傷病所需之高價藥品、手術或材料非被保險人交付有限保費所能涵蓋，亦應仿勞工保險條例第四十四條，回歸法律為之詳列，不容保險人在給付範圍上自行調整。八十四年二月二十四日發布之醫療辦法第三十一條第一項規定：「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意始得為之」及健保局據以訂定之「作業要點」第七點及第八點，將未經事前審查核可而使用高科技診療之費用排除於給付範圍之外，均係受第四十一條第三款不當規定之誤導所致，使健保之承保範圍完全處於不確定狀態，主管機關以命令侵害被保險人受憲法保障之財產權，焉有較此更甚哉？

凡保險，必先有承保範圍，而後始得決定給付責任與給付方式。承保範圍包括承保事故與給付範圍，應於保險契約成立時預為明確界定，而給付方式則可按承保事故所致之損害由保險人酌定。於社會保險，對於承保範圍誠如多數意見所指出，乃有法律保留原則或授權明確性原則之適用；對於給付方式，若仍堅持同一原則，必僵化賠案處理，於實際運作亦不可行，此尤於採用醫療服務為給付方式之健保為然。蓋依健保之制度設計，「健保局」自身並不提供此項服務，而係委由醫事服務機構從事，因此保險人



與被保險人、保險人與醫事服務機構間形成兩個各自獨立、不相關連之等邊關係；亦即前者屬保險契約關係；後者為委任契約關係，不論此項委任契約是否依據「健保法」第五十一條規定以「醫療費用支付標準及藥價基準」方式為之，其適用對象應以醫事服務機構為限，委任契約縱載有限縮承保範圍之規定，保險人亦不得據以對抗被保險人，否則豈非保險人得以「標準」或「基準」任意變更母法所規定之承保範圍，以減免其應負之承保責任？

據上論結，「健保法」第三十九條第十二款及第四十一條第三款、「醫療辦法」第三十一條第一項及「作業要點」第七點、第八點與首揭原則不符，牴觸憲法第十五條保障人民財產權之意旨，均應自本號解釋公布之日起停止適用，以儘速導正健保制度。事實上，「醫療辦法」於八十九年十二月三十日修正時已將前開第三十一條刪除，「作業要點」遂失授權依據應同告終止，惟多數意見就現行法令中有關事前審查規定部分（見衛生署於八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法）仍予長達二年檢討修正期間，以及於一定範圍內肯認健保法第三十九條第十二款之合憲性，於法理有欠一貫，於人民權益之衛護亦乏明快與果斷，本席難表贊同，爰提部分不同意見如上。

## 部分不同意見書

孫大法官森焱

### 一、本件解釋涉及法規命令有無違背法律保留原則之問題

本解釋文謂：全民健康保險法（以下簡稱健保法）第三十九條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。」主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事前加以公告。其意旨與本院釋字第四〇六號、第五二一號解釋就概括規定依目的性解釋所為釋示同。行政院衛生署依此規定公告之不給付項目有非治療性需要之人工流產、近視手術治療、眼科驗光檢查費用、酒癮、煙癮之戒斷治療等，其規範之目的與同法第四十一條規定不同；又同法第五十一條所謂之醫療費用支付標準及藥價基準，僅係授權主管機關對醫療費用及藥價之支出擬訂合理之審核基準，不得據此訂定不保險給付範圍之項目；法律授權主管機關訂定法規命令以補法律規定之不足者，不得發布行政規則代之。上開見解依健保法規定之立法體系觀之，應無不合，自堪贊同。至同法第三十一條規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」「前項醫療辦法由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百



零二條之規定辦理。」關此，本解釋一方面認其內容指涉廣泛，有違法律明確性原則；一方面指其授權相關機關訂定之全民健康保險醫療辦法（以下簡稱醫療辦法）有逾越母法授權之範圍云云，然同條第一項規定保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務，則醫療辦法之內容，應係關於門診或住院診療服務之事項，即本解釋對之亦如是觀。是所謂法律不明確，究云何而言，殊屬費解。按主管機關不得本上開規定片面變更保險關係之基本權利義務事項，固屬當然，惟主管機關訂定之醫療辦法究竟有何涉及「片面變更保險關係之基本權利義務事項」，本件解釋理由書雖舉行政院衛生署八十四年二月二十四日訂定發布之醫療辦法第三十一條第一項及八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法（以下簡稱醫療服務審查辦法）第二十條規定為例，然依健保法第三十一條規定之立法理由，醫療辦法應訂定之事項係包括保險醫事服務機構提供之醫療及藥事服務項目、標準、保險用藥及保險對象就醫程序與手續等，凡此均為門診或住院診療服務事項。本解釋指八十四年二月二十四日發布之醫療辦法涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務事項，已逾越母法授權之範圍云云，查法律授權所訂規章果有片面變更法律規定全民健康保險有關權利義務之情形，乃命令逾越法律授權範圍而無效之問題，涉及法律保留原則之適用，惟本解釋上開意旨，其然耶，豈其然耶？亟待詳稽。

## 二、全民健康保險醫療辦法為授權命令

行政院衛生署於民國八十四年二月二十四日發布之醫療辦法訂定之內容涵蓋就醫程序、醫療服務、居家照護及藥事服務。其中第十七條規定保險醫事服務機構診療保險對象有健保法第三十九條或第四十一條規定不給付項目者，應事先告知保險對象，責令保險醫事服務機構負告知義務，乃屬規範醫療服務之方法，為健保法第三十一條第二項明確授權範圍。又八十九年十二月三十日修正發布之醫療辦法第三十一條第一項規定：「保險對象裝配義肢，以收載於全民健康保險醫療費用支付標準之義肢品項為原則；其自願裝配之義肢，超出本保險給付之費用部分，由保險對象自行負擔。」第二項規定：「保險對象義肢裝配之種類、給付範圍、次數、申請程序及給付限制，如附件二。」關於第一項規定之全民健康保險醫療費用支付標準乃依健保法第五十一條授權訂定；第二項則為同法第三十一條第二項授權相關機關發布醫療服務項目及標準之範圍，各該規定要難指為經授權之機關有轉委任之情形。

## 三、修正前全民健康保險醫療辦法增加「正向表列」之外的診療項目

行政院衛生署於八十四年二月二十四日發布之醫療辦法第三十一條規





定：「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人事前審查同意，始得為之。」「前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。」關此，本件解釋理由書謂「其第一項涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務（八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二十條規定亦同），其第二項在法律無轉委任之授權下，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人為之，均已逾越母法授權範圍。」惟依郭明政教授之說明，健保法第四十一條第三款規定：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，保險人不予保險給付。此所謂事前審查係對個別醫療計畫為之，非指通案排除之事前審查而言。中央健康保險局九十年二月十五日提出之說明書則稱上開醫療辦法之規定與健保法第四十一條第三款規定無涉。行政院衛生署亦說明，健保法第四十一條第三款規定事前審查不予保險給付之標準，於八十四年一月二十三日行政院衛生署依同法第五十二條規定授權訂定之醫療服務審查辦法，就事前審查之項目係規定由中央健康保險局訂定（同辦法第四條第三項）。查依健保法第五十二條第一項規定，關於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，原即授權保險人組成醫療服務審查委員會審查之。從而上開審查辦法之規定並不發生轉委任之授權問題。中央健康保險局乃據此訂定「全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點」（八十六年一月十一日發布），規定經公告之高科技診療項目須經事前審查。此與健保法第三十九條第十二款規定不在保險給付範圍之診療服務有別。至於八十四年二月二十四日發布之醫療辦法第三十一條第一項關於特約醫院執行高科技診療項目應事前報經保險人審查同意之規定，依行政院衛生署之說明，係由特約醫院依「全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點」，向中央健康保險局申請，施行未列入全民健康保險支付標準之診療項目。嗣於八十九年十二月二十九日修正發布之醫療服務審查辦法第二十條第一項規定：「保險人應依本保險支付標準及藥價基準規定辦理事前審查。」第二項規定：「對於高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務、特殊材料及藥品，保險人應就主管機關核定後公告之項目辦理事前審查。」俟該診察項目之效益及安全性經證實，且醫事服務機構之技術已普遍成熟後，再擇機檢討，納入支付標準。前此發布之醫療辦法第三十一條規定則修正刪除。綜上以觀，依健保法第四十一條第三款規定之事前審查係依「全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點」辦理；八十四年二月二十四日依同法第三十一條第二項授權發布醫療辦法第三十一條第一項規定之事前審查則依同條第二項訂定之「全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點」為之。惟後者自八十九年十二月二十九日



起則改依健保法第五十二條授權訂定，於同日修正發布之醫療服務審查辦法第二十條規定辦理。中央健康保險局依同條第二項規定，對於高危險、昂貴或易浮濫使用之醫療服務，應就主管機關核定後公告之項目辦理事前審查，俟該診療項目之效益與安全性經證實，醫事服務機構之醫術已普遍成熟後，再擇機檢討，納入支付標準。此項事前審查要未逾越健保局依法律授權訂定辦法，審查醫療服務項目、數量及品質之職權行使範圍。觀諸學者張道義助理教授於九十年二月十五日提出之說明書謂「醫療辦法（按指修正前）第三十一條第一項的訂定，正為『正向表列』創設例外許可的可能，反倒增益保險對象醫療給付請求權，用以請求『正向表列』之外的診療項目。也由於其例外規範的性質，因而有事先審查制度。」結論則認「得以暫時推論，醫療辦法事前審查規定並未逾越健保法第三十一條第二項授權積極規範醫療給付請求權的意旨。」但在實務運作中，「不同性質的事前審查，若混合於單一行政審查中，可能使主管機關及健保局怠於更新『正向表列』中的『標準醫療給付』，並不符健保法第三十一條以及第五十一條、第五十二條分別規定的意旨，有待檢討改進。」足以推知，高科技診療項目之事先審查，不論依健保法第四十一條第三款或第五十二條規定，均由法律授權保險人即中央健康保險局為之。修正前醫療辦法第三十一條第二項規定將高科技診療項目及審查程序委由保險人定之，尚難遽指與上開立法意旨有違，亦不發生轉委任授權之問題。

#### 四、法律概括授權為立法裁量範圍

按法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且為被保險人所能預見而後可，固無疑義，惟法律若為概括之授權，亦非不得於該項法律整體所表現之關連意義為判斷，就母法有關之細節性及技術性事項加以規定，業經本院釋字第三九四號解釋釋示有案，並經釋字第四〇二號解釋理由書重申其義。關於健保法第五十二條規定之授權，其明確之範圍究竟何在；或其含義有何不明確之情形，本解釋意旨未曾述及，遽謂行政院衛生署於八十九年十二月二十九日依健保法第五十二條修正發布之醫療服務審查辦法第二十條規定逾越母法授權云云，說理未盡，恐難昭折服。查醫學之進展日新月異，醫療行為精細繁瑣，醫藥之療效及其安全性、成本效益及醫術之成熟程度，隨醫療環境之改變，有持續檢討之必要。健保法第四十一條第三款規定：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，無非就事前審查事項概括授權保險人視當時之醫療環境隨時檢討修正。全民健康保險與商業保險不同，其保險給付之範圍不能專以醫療法或藥事法之規定為依歸。本解釋理由謂上開規定對保險對象所發生不予給付之個別情形，未就應審查之項目及基準為明文規定為

不當，係對立法裁量之事項為指摘，自有未合。至有關特殊診療項目及藥材事前審查之項目應預為公告、遇有採取緊急救治措施之必要時，應設相應之機制，以保護被保險人及醫事服務機構之權益，乃屬當然。綜上理由，爰提出部分不同意見書如上。

#### 抄謝○田聲請書

茲依司法院大法官審理案件法第五條第一項第二款、第七條第一項第二款及第八條第一項、第二項之規定，聲請解釋憲法、統一解釋法律或命令，並將有關事項敘明如左。

#### 壹、聲請解釋之目的

- 一、依全民健康保險法第三十一條第一項規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」系爭給付之「心導管溫度控制燒灼手術」，於進行手術時所必須使用之「溫度控制燒灼導管」材料費，應屬住院診療服務部分（醫療費用乃診療費用及藥品費之總括）而非藥品費，法院終局裁判認定係醫藥費不得向中央健康保險局請求給付，而中央健康保險局認定係診療項目，其終局裁判僅因屬「高科技診療項目」未列入全民健康保險給付範圍，顯見法院與中央健康保險局於適用同一法律所持見解有異，有聲請統一解釋之必要。
- 二、查「心導管溫度控制燒灼手術」，乃當前最進步最安全亦是最節省費用之治療心疾之方法，現今社會，心臟問題之疾病極多，每年因心臟病死亡人數均排名十大死亡之列，依憲法第一百五十七條「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」立法意旨在保障全民健康，經由辦理全民健康保險，免費提供全民必要的醫療。惟法院竟裁判依全民健康保險法第三十九條規定，有些醫療費用得列為全民健康保險不給付之範圍，其中第一款至第十一款係列舉規定，指第十二款「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」為概括規定，此係屬於立法授權行政機關得不給付之診療服務及藥品，此明顯曲解法律條文，更違背憲法原則及精神，不當限制人民就醫機會，危及民族健康，有經由釋憲，宣告此診療費用不屬全民健康保險法第三十九條第十二款之不給付之範圍，應為保險給付項目。

#### 貳、事實經過及所涉條文

緣聲請人於民國八十五年八月四日因心臟神經異常，進○民總醫院台中分院住院，作「心導管溫度控制燒灼手術」，並於八月七日治療完畢，辦理出院，經結帳聲請人共支付醫療費用計新台幣陸萬肆仟壹佰肆拾壹元正（見附件一），經聲請人查明係其中「溫度控制燒灼導管」新台幣肆萬捌仟伍佰壹拾元要由聲請人自付，經聲請人查知，施行「心導管溫度控制燒灼手術」，此「溫度控制燒灼導管」係不可缺少之材料



（無其他可替代者），遂請求中央健康保險局給付此項款項，雖經一再請求或陳情（見附件二），詎料中央健康保險局藉詞拖延，僅謂：「正研訂該診療項目之支付標準及有關之審查作業要點，以利儘速納入保險給付範圍」，始終不為給付，故訴請法院依法追償，第一審未依定型化契約，保險人與被保險人間權利義務關係應遵守衡平原則及誠信原則，並引用不當法文判決本案（見附件三），於是提起上訴，第二審仍引用原第一審之不當法文，即全民健康保險法第五十條第一項及第五十一條第一項分別指：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」又「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」等，認定聲請人欠缺請求權基礎，復加引用全民健康保險法第三十九條第十二款作為不給付之判決依據，對第二審判決（見附件四），聲請人殊難甘服，為此，提起再審，再審判決（見附件五）卻歪曲法律及違背憲法之意旨，茲陳述如下：

系爭於施行「心導管溫度控制燒灼手術」時所必須使用之「溫度控制燒灼導管」，係屬住院期間之診療服務部分而非藥品費，因該「溫度控制燒灼導管」材料費新台幣肆萬捌仟伍佰壹拾元，在辦理出院時，強行要求支付（聲請人並無簽具「保險病患自付費用同意書」），今聲請人所請求為住院診療服務應返還被強行支付之款，依法、依理甚明，法院再審，硬歪曲不得直接請求給付醫藥費。

查全民健康保險法第三十九條規定，下列項目之費用不在本保險給付範圍，此所列不在給付之各款，均係就醫者所個別要求（如第三款藥癮治療、美容外科手術……；第五款指定醫師、特別護士及護理師；第十一款義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具），或就醫者僅為其自身所需（如第四款成藥、醫師指示用藥；第六款血液；第九款管灌飲食以外之膳食、病房費差額；第十款病人交通、掛號、證明文件），及特別（殊）狀況處理（如第七款人體試驗；第八款日間住院），另第一款、第二款已由政府負擔費用者。上述被列為不給付之範圍係天經地義，任何人均不會有異議，而「溫度控制燒灼導管」係具積極治療性之材料，與上述之不給付之範圍項目，截然不同，雖該條文第十二款規定「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，其指應與上述十一個項目有相同或類似性質者，始據以適用，再審以第十二款係立法授權行政機關，明顯的，將使行政權任意擴大而超出法律意旨及立法精神，而傷及全民健康，違背憲法第一百五十七條之增進民族健康原則。

參、聲請解釋之理由及聲請人對本案所持之見解

一、按全民健康保險法第六條規定「本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務」，系爭之「溫度控制燒灼導管」材料費，經向「中央健康保險局中區分局」申請，不予核退後，於民國八十五年十月一日復陳情「中央健康保險局」，其於八十五年十一月二十日健保醫字第八五〇二六九二三號函復，施行之心導管溫度控制燒灼手術屬高科技診療項目，未列入全民健康保險給付範圍，不



予給付（見附件六），該「溫度控制燒灼導管」係屬「診療項目」，已獲該主辦機關終局裁判確定。詎料，法院終局裁判以全民健康保險法第三十一條第一項規定「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務……。」因此，聲請人（被保險人）得向保險人（中央健康保險局）請求者係診療服務，自不得直接請求給付醫藥費，請求給付醫藥費為無理由，認定系爭之「溫度控制燒灼導管」為醫藥費，顯見法院與中央健康保險局於適用同一法律見解有異，依司法院大法官審理案件法第七條第一項第二款之規定，有統一解釋之必要。

二、查憲法第一百五十七條之立法意旨在保障全民健康，普遍推行衛生保健事業及公醫制度，政府曾不遺餘力，排除所有困難，始有全民健康保險制度，當今社會，國人患有心臟病者頗多，每年因心臟問題病故人數均在十大死亡原因排列前茅，今將治療心疾最廣泛使用的「心導管溫度控制燒灼手術」（尤其治療心臟血管毛病）必使用之材料「溫度控制燒灼導管」，由就醫者自付，顯然是極不合理，依健保辦法明定，對一次就醫，其診療及住院費用，就醫者自付款不得超過新台幣壹萬伍仟元（此乃捲合憲法普遍推行衛生保健事業及公醫制度之精神使然），若再加上此新台幣伍萬元左右之「溫度控制燒灼導管」之材料費，施行「心導管溫度控制燒灼手術」共須支付新台幣陸萬餘元，如此，將使有些病患因無力自付此龐大費用而失去就醫機會，釀成生命危險，實與憲法第一百五十七條規定增進民族健康，明顯違背，該項診療費用，法院依全民健康保險法第三十九條第十二款判定為不給付項目，顯然違背立法意旨及違反憲法普遍推行衛生保健事業及公醫制度之原則與精神，亟盼大法官依憲法第七十八條、第七十九條及中華民國憲法增修條文第四條規定惠予解釋憲法，並即宣告：「施行之心導管溫度控制燒灼手術」所使用之「溫度控制燒灼導管」為診療費用，應屬全民健康保險給付範圍。

綜上所述，為增進民族健康，踏實全民健保，貫徹公醫制度，爰依有關規定，聲請統一解釋法律及憲法。

此 致

司 法 院

所附關係文件之名稱及件數

- 一、台中○民總醫院門診醫療費用收據及住院收費收據影印本各一份。
- 二、致中央健康保險局中區分局申請書及中央健康保險局陳情書影印本各一份。
- 三、台灣台中地方法院八十六年度中簡字第五○○號判決影印本一份。
- 四、台灣台中地方法院八十六年度簡上字第二八六號判決影印本一份。
- 五、台灣台中地方法院八十六年度再易字第四五號判決影印本一份。
- 六、中央健康保險局八十五年十一月二十日健保醫字第八五〇二六九二三號書函影印本一份。

聲 請 人：謝○田

中華民國八十七年六月二十五日

（附件四）

台灣台中地方法院民事判決  
六號

八十六年度簡上字第二八

上訴人 謝 ○ 田

被上訴人 中央健康保險局

兼法定代理人 葉 金 川

訴訟代理人 吳 榮 昌 律師

右當事人間請求給付醫療費事件，上訴人對於中華民國八十六年六月十六日本院台中簡易庭八十六年度中簡字第五○○號第一審判決提起上訴，本院判決如左：

主 文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事 實

甲、上訴人方面：

一、聲明：

☐原判決關於上訴人敗訴部分廢棄。

☐前項廢棄部分，被上訴人應連帶給付上訴人新台幣（下同）四萬八千五百十元及自八十五年八月六日起至清償日止按年息百分之五計算之利息。

二、陳述：除與原審所述相同茲予引用外，補陳述如附件□即八十六年七月九日上訴狀及八十六年八月二十二日準備狀。

乙、被上訴人方面：

一、聲明：如主文第一項所示。

二、陳述：除與原審所述相同茲予引用外，補陳述如附件□即八十六年八月八日答辯狀。

理 由

甲、兩造爭執要旨：本件上訴人於原審主張被上訴人中央健康保險局為政府辦理全民健康保險之單位，被告葉金川為該單位負責人，依據全民健康保險對象住院醫療費用自行負擔金額之規定，入住急性病房三十天以上者，每次最高部分負擔金額為一萬五千元，而上訴人於八十五年八月四日因心臟神經異常，進住○民總醫院台中分院，作心導管溫度控制燒灼手術，並於同年月七日治療完畢辦理出院，經結帳上訴人共計支付六萬四千一百四十一元，因其中「溫度控制燒灼導管」被指為特殊材料，須由上訴人自付，然查進行「心導管燒灼手術」，此「溫度控制燒

灼導管」乃必須之材料，遂請求被上訴人中央健康保險局給付此項金額，詎被上訴人始終未給付，又被上訴人葉金川為中央健康保險局之負責人，亦負連帶之責，為此本於兩造間保險契約關係起訴請求被上訴人應連帶給付上訴人四萬八千五百十元及自八十五年八月六日起至清償日止按年息百分之五計算之利息。嗣因不服原審駁回其訴之判決，乃提起本件上訴主張原判決指對本件醫療費用之支付，上訴人未能舉證證明被上訴人有違法之事實，即以被上訴人片面之詞為判定依據，明顯不當，依全民健康保險法第六條及第八條規定，上訴人與被上訴人間即是保險人與被保險人之法律關係，兩造即有定型化契約存在，被上訴人自應依民法第二百二十條規定負責；又原判決認定「心導管控制燒灼手術」屬高科技診療項目，尚未列入全民健保給付範圍，明顯對本案事理不明又不加查察之舉，蓋前開手術僅心導管材料部分被上訴人不給付，而上訴人認為心導管係作此手術必須之工具，上訴人亦僅是請求此材料部分費用，況此一手術乃當前最進步、最安全亦是最節省費用之治療心疾方法，設讓被上訴人對其主要材料費用不予支付，將使無力支付此項費用者失去就醫，釀成生命危險；又原判決認定醫療費用支付標準被上訴人有權力擬定，此明顯將使居於經濟上弱者之一方因無力支付受不公平條款而蒙受犧牲，此顯違背衡平原則之法理，從而，原判決論事用法即為不當，爰請賜判如上訴聲明所示等語。被上訴人則以依全民健康保險法第五十條第一項規定，保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。基此，中央健康保險局保險醫療給付項目，係依據全民健康保險醫療費用支付標準辦理，經查上訴人所作心導管溫度控制燒灼手術迄今尚未列入該支付標準，而其使用之特殊材料溫度控制式電極導管亦未納入全民健康保險特殊材料給付範圍，況查上訴人已簽具保險病患自付費用同意書在案，故上訴人之上訴為無理由等語為辯。

乙、得心證之理由：

- 一、本件上訴人於原審主張上開醫療費用未獲清償之事實，固據其提出醫療費用收據二紙、申請書、保險病患自付費用同意書、中央健康保險局中區分局書函、陳情書及中央健康保險局書函等影本各一份為證。被上訴人固不否認上訴人有於○民總醫院台中分院施行前開心導管溫度控制燒灼手術，迄未領得健保支付之事實，惟以前揭情詞為辯。按「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」又「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定，報請主管機關核定。」全民健康保險法第五十條第一項、第五十一條第一項分別定有明文，故依前揭法文意旨可知，關於健保醫療費用之支付，係根據被上訴人中央健康保險局與保險特約醫事服務機構間之合約關係，而由保險醫事服務機構依其與被上訴人中央健康保險局所共同擬定，再報請主管機關行政院衛生署核定之醫療費用支付標準及藥

價基準，向被上訴人中央健康保險局申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用，請求醫療費用之給付，即依法並非由被保險人即上訴人向被上訴人中央健康保險局請求給付，則上訴人猶逕自上訴請求被上訴人連帶給付系爭醫療費用，自屬欠缺請求權基礎。雖上訴人於原審主張本件保險醫事服務機構台中○民總醫院怠於行使醫療費用請求權，上訴人乃代位行使權利云云，然其就台中○民總醫院究如何怠於行使權利之事實，並未能舉證以實其說，是其執此主張，並不可採。況依全民健康保險醫療費用支付標準總則亦規定：「新療法須經健保局報由中央主管機關核定後實施。」而本案療法經導管電氣灼燒切割術（即心導管溫度控制燒灼手術），雖前經台中○民總醫院於八十四年八月五日以（八四）中榮醫行字第五一二四號函，暨台中○民總醫院八十四年九月二十日以（八四）中榮醫行字第六三八五號函，申報關於經導管電氣灼燒切割術（即心導管溫度控制燒灼手術）醫療費用未列項目之執行實施，然經被上訴人中央健康保險局於八十五年三月十三日以該局健保醫字第八四○一四三二○號函復台中○民總醫院「研議中」，即暫未同意列入保險醫療費用支付標準範圍中，此有上開被上訴人中央健康保險局八十五年三月十三日函影本一份在卷足憑。足見被上訴人所抗辯稱：上訴人所作心導管溫度控制燒灼手術迄今尚未列入該支付標準，且其使用之特殊材料溫度控制式電極導管亦未納入全民健康保險特殊材料給付範圍等情，應堪信為真實，而為可採。

二、又依首開全民健康保險法第五十條第一項法文可知，被上訴人中央健康保險局保險醫療給付項目，全係依憑全民健康保險醫療費用支付標準辦理，而依前述，上訴人所作本件心導管溫度控制燒灼手術迄今既尚未列入該支付標準，且其使用之特殊材料溫度控制式電極導管亦未納入全民健康保險特殊材料給付範圍，被上訴人中央健康保險局自無從憑以支付系爭醫療費用。至上訴人雖繼主張上開醫療費用支付標準被上訴人有權力擬定，此明顯將使居於經濟上弱者之一方因無力支付受不公平條款而蒙受犧牲，此顯違背衡平原則之法理，從而，原判決論事用法即為不當云云，然依首開全民健康保險法第五十一條第一項法文可知，被上訴人所憑藉給付之醫療費用支付標準及藥價基準，除由保險人及保險醫事服務機構所共同擬定外，尚須報請主管機關行政院衛生署核定，被上訴人實無從以單方權力率予擬定，原審判決就此或有誤會，且查全民健康保險屬社會保險性質，本取諸社會，用之於社會之精神，被上訴人中央健康保險局與主管機關行政院衛生署，均須對於健保醫療費用支出作謹慎、必要之規劃，故有些醫療費用即得列為健保不給付項目，此即全民健康保險法第三十九條所由訂定，故本件醫療費用之不給付尚與衡平原則之法理無違，則上訴人猶執此主張原判決論事用法不當云云，即無可採。再參以上訴人於八十五年八月六日已於台中○民總醫院簽具保險病患自付費用同意書，同意就本件手術之材料溫度控制燒灼導管一條自付費用在案，此有



台中○民總醫院保險病患自付費用同意書影本一紙附卷足憑，益見上訴人就本件之起訴請求，顯屬無據。綜上，本件上訴人所作心導管溫度控制燒灼手術迄今既尚未列入該支付標準，且其使用之特殊材料溫度控制式電極導管亦未納入全民健康保險特殊材料給付範圍，被上訴人中央健康保險局自無從憑以支付系爭醫療費用，從而，上訴人主張本於兩造間保險契約關係起訴請求被上訴人應連帶給付上訴人四萬八千五百十元及自八十五年八月六日起至清償日止按年息百分之五計算之利息即無理由，原審判決所為駁回上訴人之請求，並無不當，上訴人猶執其詞提起上訴，請求改判難謂有理，應將上訴人之上訴駁回。再依上所述，本件已足判斷，兩造其餘之主張及舉證，不再一一論述。

丙、結論：本件上訴為無理由，依民事訴訟法第四百三十六條之一第三項、第四百四十九條第一項、第七十八條，判決如主文。

中華民國八十六年十月八日

（本聲請書其餘附件略）

參考法條：全民健康保險法 第 39、31、41、51、5、50 條 (90.01.30)

全民健康保險醫療辦法 第 31 條 (84.02.24)

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法 第 20 條 (90.02.23)