

# 調 查 報 告

壹、案由：醫療機構對於不在全民健康保險給付項目之收費，主管機關有無善盡監督管理之責。

貳、調查意見：

邇來國內醫構機構巧立收費之名目堪稱五花八門，迭有未經主管機關核定即擅自向就醫民眾收費致生民怨者，因而頻遭媒體報導或經民眾、民間醫事團體陳訴到院，此觀民間醫事團體針對「國人 10 大醫療民怨，其中 5 個即與醫療機構自費項目有關」及「醫療機構濫收自費項目為國人就醫痛苦指數攀昇之原因」等問卷調查統計結果自明。本院財政及經濟委員會爰於民國(下同)99 年 4 月 21 日第 4 屆第 45 次會議決議就「醫療機構對於不在全民健康保險(下稱健保)給付項目之收費，主管機關有無善盡監督管理之責」等情(下稱本案)，推派本委員等組成專案小組調查。

案經本院責請審計部派員到院簡報及研討，並分別迭次函詢衛生署、25 個地方衛生主管機關、衛生署豐原醫院、衛生署桃園醫院(下稱署桃醫院)、行政院消費者保護委員會(下稱消保會)及行政院公平交易委員會(下稱公平會)等相關主管機關及該署所屬醫院。嗣不預警履勘署桃醫院呼吸照護中心(Respiratory Care Center, 下稱 RCC)、呼吸照護病房(Respiratory Care Ward, 下稱 RCW)收費暨運作情形。復諮詢專家學者並函請中華民國醫師公會全國聯合會、財團法人(下同)中華民國消費者文教基金會(下稱消基會)、臺灣醫療改革基金會(下稱醫改會)等 10 餘個民間相關醫事、消費者保護等團體，就國內醫療機構收費問題及其與民眾就醫權益相關事項表示意見。本院再針對前揭調查發現疑點，分別迭次約詢及洽詢衛生署副署

長暨醫事處、中央健康保險局(下稱健保局)、醫院管理委員會(下稱醫管會)及健保小組等相關主管人員，並持續蒐集、研析相關文獻研究成果及統計數據，業已調查竣事。茲臚列調查意見如下：

- 一、據國內相關主管機關及民間團體調查統計資料，醫療機構不在健保給付項目收費問題遭國人詬病已久，已成為申訴案件之大宗，巧立名目濫收費用情事尤肇生民怨，不無侵蝕各國稱羨的我國健保制度基礎之虞，各級衛生主管機關亟應積極檢討改進

據衛生署查復，近5年，民眾對於醫療機構額外收費而向衛生主管機關申訴之案件高達14,642件，占申訴案件總數約38.18%，每年皆逾30%，97年尤高達46.05%。換言之，3位國人向衛生署申訴之案件，其中即有1位抱怨醫療機構收費問題。健保局統計資料亦指出，近6年平均每天有3起醫院額外收費之申訴案件。消保會復表示，透過該會「消費申訴及督考管理系統」蒐集統計各地方政府消費者服務中心或消保官受理之消費申訴及調解案件發現，近5年醫療服務類申訴案件計689件，其中「價格費用」計122件，高居第2位。財團法人醫改會進行問卷調查之統計結果並發現，除10大醫療民怨其中5個即與醫療機構自費項目有關之外，醫療機構濫收自費項目尤為國人就醫痛苦指數攀昇之原因。該會再指出，近10年該會共接獲3,200多通申訴電話，近8成與醫療糾紛及收費爭議有關。此外，經蒐集統計相關媒體報導發現，近3年，與醫療機構收費問題有關之報導近達140則，亦即平均每月達3則以上，見報率堪謂頻繁。足證舉凡政府機關受理之陳情、申訴案件、民間團體問卷調查統計結果及媒體報導頻率，皆顯示國內醫療機構巧

立名目濫收費用情事除遭國人詬病已久，已成為申訴案件之大宗，致生民怨不斷，迭向本院陳訴，問題之嚴重性顯非偶發事件或短期致之，倘猶坐視未見良策，長此以往，不無侵蝕各國稱羨之我國健保制度基礎之虞，職司醫療機構管理責任之各級衛生主管機關難謂無責，亟應衛生署正視，積極研謀改進。

二、地方衛生主管機關針對醫療機構不在健保給付項目收費標準之核定過程未見民眾參與機會，審核方式亦因案有別，未見標準作業程序，難謂合於平等原則，尤難兼顧國人權益，衛生署核有監督不周之責

- (一)按「核定」乙詞之定義，除地方制度法第 2 條第 5 款：「指上級政府或主管機關，對於下級政府或機關所陳報之事項，加以審查，並作成決定，以完成該事項之法定效力之謂。」之文意解釋可資參照外，學理及實務界普遍認為核定係屬「事前監督」，凡須核定的事項，該事務須俟核定的權責機關「核定」後，始生法律效力。復按行政行為非有正當理由，不得為差別待遇，行政機關並應依職權調查證據，不受當事人主張之拘束，對當事人有利及不利事項一律注意，行政程序法第 6 條、第 36 條定有明文。準此，地方衛生主管機關依據醫療法第 21 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，由直轄市、縣(市)主管機關核定之。」所為之核定程序自應善盡事前監督之責，依職權積極調查證據，非有正當理由不得為差別待遇，以落實平等原則，並維護民眾就醫權益，合先述明。
- (二)經查，各地方衛生主管機關針對轄內醫療機構醫療項目收費標準大部分委由轄區醫師公會初審後，逕提該縣(市)醫事審議委員會(下稱醫審會)審議；或者未委由轄區醫事人員團體表示意見，即逕由醫審

會審議。然無論係屬前揭何類方式，地方主管機關除未提出相關程序審查意見於前，針對醫師公會及醫審會審議結果皆照單全收，亦未再表示任何意見於后，凡此足見地方主管機關未依職權善盡調查能事，亦未提供民眾參與表示意見之機會，不無疏於事前監督之疏失，此觀行政院 100 年 8 月 10 日臺衛字第 1000031614 號函暨衛生署同年 2 月 2 日衛署醫字第 1000017157 號函載明：「……直轄市、縣(市)主管機關為核定醫療機構收取醫療費用之標準，而依同法第 99 條規定，醫審會審議醫療費用標準之結果，旨在提供直轄市、縣(市)主管機關諮詢參酌，並不具核定效果」等語甚明。且醫療收費標準攸關國人就醫權益，影響醫療人權至鉅，按法務部行政程序法諮詢小組第 26 次會議之專家學者發言內容及決議分別略以：「權限委託涉及公權力行使，其理由係因行政程序法第 2 條開宗明義將該法適用範圍僅限於行使公權力之行為。該法第 16 條之權限應相當於公權力行使之範圍，與國家賠償法公權力行使概念相同，至於公權力委託人民行使，則一定要另外有作用法之依據……。」、「行政程序法第 16 條第 1 項規定僅係公權力委託容許性之概括規定，並非委託之法源依據，且其適用範圍以對外行使公權力之委託為限……。」地方衛生主管機關將其委託民間醫事團體初審，除欠缺醫療法相關法規之授權依據，亦未踐履行政程序法權限委託之程序，是否適法，不無疑慮。又，審核過程未見民眾及消費者團體參與管道及時機，以醫事團體不無想方設法為該團體之會員權益為依歸，極盡所能醫醫相護，追求經營利潤之最大化觀之，由該等團體初審之收費標準能否顧及民眾權益，顯有疑慮，

肇致地方衛生主管機關委託民間醫事團體初審之舉，難謂周妥。尤有甚者，部分醫療機構屢屢同時提出數樣至數十樣之自費醫療項目，未見相關成本分析暨相關市場行情評估資料，地方主管機關逕率予包裹式通過，審議程序顯流於形式，不無草率；部分醫療機構醫療項目收費標準卻又遭逐項檢查，標準作業程序洵付之闕如，肇生差別待遇，難謂合於平等原則，尤難兼顧民眾權益，衛生署核有監督不周之疏失。

三、各地方衛生主管機關核定醫療機構自費項目之收費標準差異甚大，歸類方式及名目亦不一，難謂有規則可循，顯已與衛生署所稱「因地制宜」、「城鄉差距」、「尊重市場機制」等核定原則相悖，亟應正視檢討

(一)按醫療法第 21 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，由直轄市、縣(市)主管機關核定之。」是醫療機構醫療收費標準之核定，係屬地方衛生主管機關權責。據衛生署查復：「鑑於各級政府機關，有其法定職掌與專業之分工。爰本署除基於體制，對於地方衛生主管機關本於權責應執行之事項宜予尊重。」、「按醫療費用原本就有城鄉差距，生活消費水準較高之地區，各項費用之成本原本較其他地區為高，由各縣市衛生局考慮當地物價、工資及醫療設施水準等各項因素，審慎訂定醫療機構收取醫療費用之標準，係目前最為妥適之方式。若醫療費用之標準，不考量全國生活消費之城鄉差距，而統一訂定費用標準，不只欠缺周延，反而因齊頭式平等而有失公平正義。」等語，顯見該署係以「因地制宜」、「城鄉差距」、「尊重市場機制」等作為地方衛生主管機關核定收費標準之原則，先予敘明。

(二)據本院彙整 25 個地方衛生主管機關查復資料(統計時間截至 99 年 7、8 月間本院第 2 次函詢後止)，該等機關核定轄區醫療機構自費項目之收費標準略以：1、診察費部分：原高雄市、高雄縣政府對於「加護病房」、「燒燙傷病房」、「院內住院會診」及「院外住院會診」等診察費最高收費標準分別核定為新臺幣(下同)4,000、3,500、1,000 及 2,000 元，高於其他縣市約 2 倍餘；花蓮縣加護病房診察費則可收至 5,000 元，高於其他縣市約 3 倍餘。此外，訂有獨特診察費自費項目之地方主管機關尚有：桃園縣特殊門診診察費 500~1,500 元；臺中縣、南投縣門診指定醫師費分別為 300~1,000 元、250~1,000 元；桃園縣「指定吉日剖腹產費」為 2,226 元、新竹縣及新竹市「剖腹手術時間指定費」分別為 5,000~20,000 元及 10,000~30,000 元……。2、特殊用藥及材料費部分：原臺南縣「以健保價或進價加 30% 為上限」，其餘大部分縣市「以健保價或進價加 20% 範圍」……。3、藥師(事)服務費部分：原臺中縣、彰化縣、南投縣及雲林縣訂有藥師(事)服務費，其項目名稱、歸類方式及收費標準如下：原臺南縣調劑費為「7 天內：40~80 元、7~14 天：60~120 元、14 天以上：100~150 元」，將其歸類為「藥師服務費」；彰化縣為 40~80 元，將其歸類為「藥材費」；雲林縣為 40~100 元，將其歸類為「住院會診費」；南投縣則另訂有門診藥品分包費用(21 天以上)為每人次 100 元。4、注射技術費部分：原臺中縣、臺中市、南投縣等部分縣市另增列「手術後疼痛控制費」等自費項目分別為 4,000~7,000 元。5、病房費部分：(1)特等病房：臺北市、原高雄縣、原臺中縣、宜蘭縣……等 13 縣市收費標準上

限為 4,000~4,600 元；原臺北縣、基隆市及原臺南市等 3 縣市收費上限超過 4,600 元，其中原臺北縣及基隆市皆為 5,000 元，原臺南市尤高達 5,500 元；收費上限低於 4,000 元者，計有苗栗縣、嘉義市、花蓮縣及臺東縣等 4 縣市，分別為 3,500、3,000、2,650 及 3,000 元。(2)單床病房：臺北市、原高雄市、原高雄縣、原臺中縣、原臺中市、宜蘭縣……等 13 縣市收費標準上限為 3,000~3,500 元；超過 3,500 元者有原臺北縣及基隆市，分別為 3,850 及 5,000 元；低於 3,000 元者有苗栗縣……。(3)雙床病房：臺北市、原臺北縣、原高雄市、原高雄縣、原臺中縣、原臺中市、宜蘭縣、桃園縣……等 13 縣市收費標準上限為 2,000~2,600 元，超過 2,600 元者為基隆市……。(5)加護病房：原臺北縣、臺北市、原高雄縣、原臺中市……等 10 縣市收費標準上限為 5,000 元；高於 5,000 元計有臺南縣、宜蘭縣、桃園縣及臺東縣，分別為 7,000、6,500、7,000 及 6,000 元；低於 5,000 元者，計有原臺中縣及雲林縣，分別為 2,500 及 3,000 元。(5)國際病房費：高雄市獨特訂之，收費標準上限為 15,000 元……。6、甲種診斷書(鑑定、出國)部分：原臺南縣、新竹市、苗栗縣、彰化縣、花蓮縣收費標準上限皆界於 1,000~1,130 元；原高雄市、原高雄縣上限為 3,000 元；桃園縣、臺東縣及澎湖縣上限皆為 1,000 元。

(三)綜上，各級衛生主管機關核定醫療自費項目之收費標準差異甚大，歸類方式及名目不一，態樣堪稱五花八門，縱國內醫療機構依轄區衛生主管機關核定之收費標準向就醫民眾收取費用，尚無違法，然收費標準迭有都會區遠逾農業縣市，或偏遠縣市超過

都會型縣市等情，難謂有規則可循，洵已違反衛生署所稱「因地制宜」、「城鄉差距」、「尊重市場機制」等核定原則，基於國人就醫權益及社會觀感，亟應全盤澈底審視，此觀消保會查復：「衛生主管機關宜本於權責，依相關法令統籌通盤檢視所轄醫療機構之非健保給付項目價格是否合理，並適時援引法條適用或以行政指導手段，要求醫療機構檢討改進。」及專家學者於本院諮詢會議表示：「有關醫療自費項目或費用，衛生署應建立基本原則，明定規範」等語益明，顯有待衛生署督同各級衛生主管機關積極檢討之。

四、醫療法立法時固已針對醫療機構收費標準慮及「全國一致性」、「當地物價、工資水準之因地制宜性」及「醫療設施水準之差異性與特殊需求性」等三者之重要性並定有明文，然衛生署配合精省作業修法後，未見相關配套機制即相繼廢除該等規定，不無肇致地方衛生主管機關核定醫療自費項目之收費標準差異甚大，欠缺邏輯與規則之主因，洵有欠當：

(一)揆諸醫療法針對醫療機構醫療費用收費標準須由衛生主管機關核定之相關條文內容，既於母法第 17 條明定其標準由省(市)衛生主管機關核定，並於其施行細則第 12 條規定該等費用標準應考慮當地物價、工資及醫療設施水準等因素。顯見該法立法時，針對醫療機構收費標準已同時慮及「全國一致性」、「當地物價、工資水準之因地制宜性」及「醫療設施水準之差異性與特殊需求性」等三項核定原則之重要性，爰以該等條文明定之，此觀 75 年 11 月 24 日公布施行之醫療法第 17 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，由省(市)衛生主管機關核定之。但公立醫療機構之收費標準，由該管主管



機關分別核定之。」及 76 年 8 月 7 日發布之同法施行細則第 12 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，應考慮當地物價、工資及醫療設施水準等因素訂定之……。」甚明。衛生署自應以前開原則研訂相關配套措施，促使地方衛生主管機關遵循，從而善盡核定之責，以避免醫療機構濫收醫療費用，增加就醫國人負擔，進而確保國人就醫權益，合先述明。

(二) 經查，衛生署為配合精省作業，爰於 89 年間將上開母法條文之核定權限自省(市)主管機關改為直轄市、縣市衛生主管機關，並於 95 年間廢除上開施行細則條文，致醫療機構收費標準是否仍須兼顧「全國一致性」、「當地物價、工資水準之因地制宜性」及「醫療設施水準之差異性與特殊需求性」已乏明文規定。雖衛生署依臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例(已於 94 年 12 月 31 日廢止)第 4 條規定：「省政府與其所屬機關(構)或學校原執行之職權業務，依其事務性質、地域範圍及興辦能力，除由行政院核定，交由省政府辦理者外，其餘分別調整移轉中央相關機關或本省各縣(市)政府辦理。」得將前省衛生處業務選擇移轉至該署或各縣(市)政府辦理，於法尚無違誤之處。

(三) 然該醫療機構收費標準調整為直轄市、縣市衛生主管機關核定後，明顯增加地方自治團體能力負擔，不無因而增加員額或經費，卻未見該署於前揭法制檢討作業時，與該等地方自治團體協商，此有司法院大法官釋字第 550 號解釋文：「法律之實施須由地方負擔經費者……。於制定過程中應予地方政府充分之參與。行政主管機關草擬此類法律，應與地方政府協商，以避免有片面決策可能造成之不合理

情形，並就法案實施所需財源事前妥為規劃……。」足資參照。況醫療收費標準攸關醫療人權至鉅，亦未見該署就該法案衝擊影響層面及其範圍，包括成本、效益及對人權之影響等完整評估資料，以上有該署於本院調查過程迄未能提供具體佐證資料，足堪印證。核該署所為，洵未能充分審酌上開條文立法原意，而將此「統一核定權責」放任地方衛生主管機關各行其是，肇生各地方衛生主管機關核定之醫療自費項目五花八門，收費標準亦差異懸殊，歸類方式及名目不一，毫無規則可循，已詳前述，除欠缺可資依循之成本效益、市場行情、當地物價水準等佐證資料之外，復未就醫療設施水準之差異性與特殊需求性予以合理分級規範，顯難以達成「分級醫療」及「轉診制度」之目標，無形中降低醫學中心及區域醫院傳染病預防、教學、研究、訓練之功能，該署不無法制作業之疏漏及未充分審酌之不當，洵有疏失。

五、醫療法第 21 條係為保護處於資訊弱勢之病患權益，避免因醫療機構恣意訂定過高價格而阻礙國人近用醫療資源之機會，既未牴觸公平交易法，衛生署自應督促各級衛生主管機關莫再以「市場自由競爭」為由怠於確實審查，從而就轄內醫療機構不在健保給付範圍之醫療項目收費標準，恪盡事前把關之責

(一)按公平交易法(下稱公交法)第 46 條第 1 項修正前規定：「事業依照其他法律規定之行為，不適用本法之規定。」嗣於 88 年 2 月 3 日修正為：「事業關於競爭之行為，另有其他法律規定者，於不牴觸本法立法意旨之範圍內，優先適用該法律之規定。」是醫療機構關於競爭之行為，另有醫療法及健保法等相關規定者，於不牴觸公交法立法意旨之範圍

內，優先適用該等法律之規定，先予述明。

- (二)據公平會查復，醫療法第 21 條規定係為保護處於資訊弱勢之病患權益，避免因醫療機構恣意訂定過高價格而阻礙病患近用醫療資源之機會，尚無明顯抵觸公平交易法之立法意旨，因此對於個別醫療機構醫療費用之收費規範，應優先適用醫療法第 21 條規定。該會歷年來審理相關醫療服務市場個案時，爰對上開醫療服務之價格管制採取尊重之立場，此觀該會自 81 年 4 月 1 日召開第 22 次委員會以來之相關會議紀錄甚明。該會復表示，醫療費用之核定係屬衛生主管機關之公法行為，尚非公平交易法規範之事業行為，且醫療法對於醫療費用核定之方式已定有相關程序，對於涉及醫療活動之高度專門知識，該會尊重醫療法規定及衛生主管機關之專業判斷。
- (三)惟查，本院曾針對醫療機構不在健保給付項目及其收費之管理問題，詢據地方衛生主管機關及醫事團體表示：「轄內醫療機構醫療項目收費標準宜回歸市場機制，不宜過度介入，倘皆由地方衛生主管機關統一核定，恐有限制競爭或妨礙公平競爭，阻亂交易秩序，而有違反公平交易法之虞」等語。顯見部分地方衛生主管機關及醫事團體對於醫療費用之核定行為是否涉有違反公平交易法情事，認知有誤，尚存疑惑，除不無肇生縣市間審議暨准駁標準之歧異，尤有藉「市場自由競爭」及「違反公平交易法」為由，放任醫療機構擅訂標準而浮濫收費之虞。
- (四)綜上，醫療法第 21 條係為保護處於資訊弱勢之病患權益，避免因醫療機構恣意訂定過高價格而阻礙國人近用醫療資源之機會，既未抵觸公平交易法，衛生署自應督促各級衛生主管機關莫再以市場機制為由，坐視醫療機構浮濫收費亂象橫生，允即切

實就轄內醫療機構不在健保給付範圍之醫療項目收費標準，依法恪盡把關之責，以維護民眾就醫權益。

六、衛生署暨地方衛生主管機關針對醫療機構不在健保給付項目之收費欠缺主動查核機制，洵屬消極被動，致難以遏阻醫療機構浮濫收費亂象，亟應積極檢討改進

- (一)按醫療法第 26 條、第 28 條規定：「醫療機構應依法令規定或依主管機關之通知，提出報告，並接受主管機關對其人員配置、設備、醫療收費、醫療作業、衛生安全、診療紀錄等之檢查及資料蒐集。」、「中央主管機關應辦理醫院評鑑。直轄市、縣(市)主管機關對轄區內醫療機構業務，應定期實施督導考核。」及全民健康保險法(下稱健保法)第 80 條(100 年 1 月 26 日修正公布前條文，係分散於第 17 條、第 62 條及第 80 條)規定：「主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢……。」是中央及地方衛生主管機關除得蒐集、訪查、查詢及檢查轄內醫療機構醫療收費情形、費用成本，據以命其提出報告之外，並得分別藉評鑑及督導考核等時機，確實查核並導正其相關業務。易言之，相關法律授權衛生主管機關之查核工具及方法，既充分及多元，基於維護國人健康權益，各級衛生主管機關自應善用之，以遏阻醫療機構浮濫收費情形，先予述明。
- (二)惟據地方衛生主管機關分別查復：「屬於醫療法第 21 條所稱之醫療費用自付項目部分，礙於人力不足，採不告不理原則」、「若有民眾陳情案件，將會派員前往查察……。」、「醫療機構收費情形之查

核併同年度督導考核執行……。」、「藉由人民陳情案不定期監督勾稽。」、「自 97 年度起將醫療收據查核列為醫療機構督導考核重點查核項目之一……。」、「……每年辦理 1 次醫療機構督導考核時，向該機構強調應依相關規定辦理。」顯見衛生主管機關針對轄內醫療機構之醫療收費情形、費用成本皆納入每年「僅 1 次」之定期督導考核或收據查核作業，欠缺主動不預警查核及勾稽機制，平時遇有民眾檢舉、陳情時，始不定期赴醫療機構查核，洵屬消極被動，以國內醫療機構自費項目及收費問題已成為國人申訴案件之大宗，巧立名目濫收費用情事尤頻遭媒體報導等情觀之，前揭甚低之查核頻率及被動查核之舉，顯難以遏阻醫療機構浮濫收費亂象，此觀多數縣市竟未曾有處分案件益明，亟應積極檢討改進，以消弭民怨。

**七、衛生署疏於監督，致所屬醫院多有未經地方主管機關核定，即擅向民眾收取自費醫療項目費用，甚有已收費多年迄未曾報准等違法情事，肇致國內各醫療機構群起效尤之虞，洵有違失**

- (一)按衛生署醫事處及醫院管理委員會(下稱醫管會)分別負有國內及該署所屬公立醫療機構經營管理、醫療業務、營運成效及服務品質等事項督導、輔導及策進之責，該署辦事細則第 7 條、第 15 條、該署醫管會設置要點第 2 點及該署所屬醫院區域聯盟管理委員會設置要點第 2 點分別定有明文。75 年 11 月 24 日公布施行之醫療法第 17 條復已明定：「……公立醫療機構之收費標準，由該管主管機關分別核定。」(至 93 年 4 月 28 日始修正由地方主管機關核定)是衛生署所屬醫療機構相關作為營運管理及收費情形乃國內民間各醫療機構群起師法或效尤之對象，該署基於

監督管理之責，除應督促所屬醫院確實遵守並落實各項規定之外，在 75 年 11 月 24 日至 93 年 4 月 28 日期間，該署尤應善盡所屬醫院醫療費用核定之責，以資為國內各醫療機構之表率，特先述明。

(二)據衛生署彙復本院資料(統計時間截至 100 年 4 月間本院約詢該署後止)，該署所屬醫院未獲轄區地方衛生主管機關核定前，即向病患收取自費醫療項目費用及情形如下：1、基隆醫院：就醫證明等 30 項診斷、證明書費用及單人病房、雙人病房等差額費、牙科全口活動假牙等 35 項費用。其中就醫證明等 30 項診斷、證明書費用及單人病房、雙人病房等差額費皆早於 91 年 4 月 8 日即向就醫民眾收費，遲至 98 年 9 月 21 月始報核定。2、臺北醫院：勞保殘廢診斷書等 18 項診斷證明書費、病歷摘要表等 8 項相關影印、拷貝費用及營養諮詢門診費用。3、桃園醫院：精蟲抗體免疫分析、精神鑑定書、營養諮詢、羊水穿刺檢查處置費精蟲冷凍技術、精蟲冷凍保存費(未滿 1 個月)……產前精密超音波(高層次)、胚胎冷凍技術費(4 個以下)……眼鏡處方(單純)……局部固定假牙……牙齦植補術、咬合調整、牙脊增高術、牙周病特殊檢查、牙齒漂白術……新生兒篩檢處置費……處女膜修補、清除刺青、手術後止痛術……院外會診費、出診費、驗屍費(交通費另計)……自費托嬰……等高達 50 餘項費用。4、豐原醫院：骨組織筋脈體外震波(3 次)、軟組織筋脈體外震波(3 次)、軟組織筋脈體外震波(單次)、筋膜紮貼術等 4 項自費醫療收費項目。該院並於收費明細表備註：未列出之項目參照「衛生署所屬醫院自費醫療收費基準」及臺中榮民總醫院……等 3 家醫院辦理。5、朴子醫院：病歷複製費基本費等 23 項相關診斷、證明書費及病房費差額(單

人房)、體檢費、護理之家基本照護費。6、新營醫院：頭等病床、二等病床等病床費及甲種診斷書、英文乙種診斷書等 8 項相關診斷、證明書費用等 10 項自費醫療項目，係早於 84 年 11 月 1 日即向民眾收費，迄未見地方主管機關核定文號。7、旗山醫院：牙科陶瓷金屬冠等 27 項自費醫療項目費用、單床病房費及病歷複製費等 7 項證明書費、複製費。其中單床病房費及 7 項診斷證明書費、病歷複製費皆早於 91 年 4 月間(症狀暨失能診斷證明書費係始於 94 年 8 月間)」即向就醫民眾收費，遲至 99 年 12 月 15 日始報核定。8、澎湖醫院：自 98 年 10 月 29 日收取無痛大腸鏡、無痛胃鏡等自費醫療項目，迄未見地方主管機關核定文號，據該院表示：「本院於 98 年 10 月 23 日函請澎湖縣衛生局(澎醫病字第 0980004594 號函)備查，經電洽承辦人員同意備查，故無衛生局核定文號」等語。9、花蓮醫院：分別早於 90 年 5 月 1 日、94 年 2 月 18 日即收取附設護理之家、RCW 照護費等自費醫療項目，遲至 97 年 11 月 25 日及 98 年 8 月 11 日始報請核定。10、八里醫院：91 年 1 月間開始收取禁治產鑑定、一般鑑定及性侵害加害人鑑定及勞工體檢檢驗費等 4 項自費醫療項目費用(前 3 項係屬法院委託業務)，均迄未見地方主管機關核定文號。11、桃園療養院：90 年 6 月 1 日即已收取之勞工體檢檢驗費，迄未見地方主管機關核定文號。12、嘉南療養院：該院表示，掛號費係依「衛生署所屬醫院自費醫療收費基準」收取。13、玉里醫院：診斷就醫證明書費等 14 項、病歷複製本費等 3 項、美沙冬替代療法等 18 項及牙科等 52 項合計 87 項等自費醫療項目費用。14、樂生療養院：無菌棉墊、耳溫套(Genius-3000A)、透明敷料(25-28\*30-38cm)、優皮傑閉合氣球導管組、防

水透氣島吸敷料(6\*10)、防水透氣島吸敷料(9\*10)、美容膠布、細菌過濾器+人工筆、氧氣潮溼噴霧瓶、坐浴盆、愛兒喘吸藥輔助器-小兒黃色附面罩、半透氣親水性敷料(15\*15)、愛爾康可舒視然軟式單片型人工水晶體、博士倫顯文人工水晶體等 14 項自費醫療項目。

(三)綜上可見，衛生署所屬 21 家公立醫院中，計有 14 家醫院未報請地方主管機關核定前，即擅向民眾收取自費醫療項目費用，違法比率高達 67%，其中大部分皆已收取多年，遲至近 2 年始報請核定，且不乏迄未曾報准，仍持續收費者。尤有甚者，該署所屬醫院自費醫療收費基準既早於 96 年間廢止，竟有該署所屬醫院沿用至今，並以其為依據而資為漏未報核之理由，亦有藉法院或其他主管機關委託業務作為未報核之飾詞，甚至有稱「經地方主管機關『電話』同意備查」者。凡此益見衛生署怠於監督、管理，任令所屬各公立醫院違法妄為，致疏漏百出。核該署所為，顯未能正己於先，帶頭違法，焉能要求國內各公、私立醫療機構遵照辦理於后，不無肇生國內各醫療機構群起效尤，洵有違失。

八、衛生署應督促各級衛生主管機關遴選適格之委員組成醫審會，並恪守議事規範與檔案保管規定，以維護醫療機構不在健保給付項目收費標準事前審查機制之客觀、公正及合規範性

(一)按醫療法第 99 條、第 100 條規定：「直轄市、縣(市)主管機關應設置醫審會，任務如下：……二、醫療收費標準之審議。三、醫療爭議之調處。四、醫德之促進。五、其他有關醫事之審議。……。」、「……醫審會委員，應就不具民意代表、醫療法人代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士遴聘



之，其中法學專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。」、內政部(54)內民字第 178628 號令訂定發布之會議規範第 4 條規定：「開會額數：各種會議之開會額數，依左列規定：一、永久性集會，得自定其開會額數。如無規定，以出席人超過應到人數之半數，始得開會……。二、處理議案之委員會，應有全體委員過半數之出席，始得開會……。」是各直轄市、縣市醫審會既負有醫療機構醫療收費標準之審議，以及醫療爭議之調處等重要事項，無一不攸關民眾健康權及就醫權益，力求其委員組成及議事運作之客觀性、公正性及合規範性自不待言，衛生署自應督促各級衛生主管機關遴聘適格之委員組成醫審會，特此敘明。

- (二)經查，桃園縣政府歷屆醫審會委員之法學專家及社會人士未達三分之一之法定下限，前雖經本院糾正有案，惟縣府重新組成醫審會之法學專家及社會人士等 8 人之學經歷背景，其中徐○瑛(醫學院護理系教授、護理學系學士、老年家庭護理碩士、老年護理博士)、張○統(醫管碩士、醫療體系總經理)係屬廣義之醫療相關專業人士，此有該府 100 年 7 月 25 日桃衛醫字第 1000056782 號函暨附件，以及渠等任職學校、機構網站登載之相關學、經歷資料在卷足憑，顯難充當社會人士，此觀衛生署於本院約詢時及約詢後表示：「依醫療法立法意旨，其臚列醫事、法學專家、學者及社會人士之各項人士，即顯示各項人士具有互斥性，以『醫事人員』充為『社會人士』，非為妥適，建議該局予以改善為宜。」等語甚明。從而扣除該等委員人數，該府重新組成醫審會之社會人士、法學專家僅 6 人，仍未達三分之一之法定下限，足見該府猶未切實檢討，該署容難辭督導不力之責。以桃園

縣政府經本院糾正後猶未切實檢討等情觀之，遑論其他未曾被檢視之醫審會，該署自應善盡督導之責，依該署組織法第 2 條：「本署就主管事務，對於直轄市及縣(市)政府之命令或處分，認為有違背法令或逾越權限者，得報請行政院廢止或撤銷之。」通盤審視各級衛生主管機關醫審會委員之適格性，以杜絕外界長期對其醫醫相護之詬病。

(三)次按各直轄市、縣市醫審會執掌及其審議事項既攸關民眾健康權及消費權益甚鉅，相關會議運作實況、檔案及歷程紀錄自應妥為記錄及保存。然本院除前於調查「署桃醫院涉嫌巧立名目收取呼吸照護中心清潔日用品費與呼吸照護病房照護費」乙案時，發現桃園縣醫審會除皆未對歷次會議實況錄音或錄影，以及遺失某次爭議會議之簽到簿，開會與決議人數亦未達其 12 位(該屆委員總數計 24 位)之法定人數之外，經向國內各地方主管機關函調醫審會會議紀錄之結果，大部分皆零亂不齊，相關行政作業不無草率之虞，內部控管機制洵有疏漏，致各縣市醫審會作成多項重要決議之真實性與效力不無啟人疑竇，衛生署亟應督促各地方衛生主管機關確實檢討改進。

**九、衛生署應對「醫療費用」與其範圍明確釋義與界定，並審慎律定其禁收原則，以資為所屬及各醫療機構執行之依據，並避免訾議**

(一)按醫療機構向就醫民眾收取任何項目之費用，應否先報請地方衛生主管機關核定後始能收取，端賴其是否屬「醫療費用」而定，此觀醫療法第 21 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，由直轄市、縣(市)主管機關核定之。」及衛生署相關函釋內容至為明確，足證「醫療費用」之定義及其範圍界定

明確之重要性，可見一斑。該署既職司醫療法、健保法等主管法規研擬、修正、擬議及解釋之責，自應依據行政程序法第 5 條規定：「行政行為之內容應明確。」暨相關法律原則，除針對「醫療費用」與其範圍明確釋義及界定，並審慎律定其禁收原則，以資為所屬及各醫療機構執行之依據，特先敘明。

(二)據衛生署查復，醫療法第 21 條所稱醫療費用係指「醫療上所發生之費用」，前經該署迭次函釋在案。由於醫療費用項目繁多，若發生疑義，應依規定，由直轄市、縣(市)主管機關就具體之項目，依其權責本於事實認定；該機關若對「醫療費用」或「非醫療費用」於審核時發生難以認定情事，則檢附具體收取費用實質服務內容等相關資料，報該署釋疑。惟查，舉凡於醫療機構就診、治療、檢查、領藥、急診、住院等行為而衍生之相關費用，依就醫民眾角度視其為醫療費用自屬理所當然。且外籍看護申請書、托嬰、X光拷貝費、病歷複製費、調奶費、影印費、掛號費、證明書費等與醫療行為及醫療輔助行為尚無直接相關之費用，既皆曾遭該署及各地方衛生主管機關認屬自費醫療項目而分別納入該署及該轄所屬醫院自費醫療收費基準明文規範有案，突顯該署前開函釋所稱「醫療上所發生之費用」涵蓋範圍為何，有否排除前述相關費用，顯難就其字義予以清楚界定，難謂明確。況衛生主管機關依程序訂定發布之「醫療項目」相關收費標準既皆未能明確區分「醫療費用」及「非醫療費用」，而時有混淆情況，遑論醫療機構焉知孰該報、孰不該報，自不待言。

(三)次查，醫療機構掛號費係由醫療機構依其成本自行

訂定收費標準，既遭衛生署認定係屬行政管理費用，非屬「醫療上所發生之費用」，爰不屬該署上開函釋所稱之「醫療費用」，毋需經衛生主管機關核定。然該署卻於94年4月間召開會議決議請全國各縣市衛生局輔導其轄內醫療機構「不應」輕易調整掛號費，並於99年6月21日以衛署醫字第0990208572號公告「醫療機構收取掛號費之參考範圍」，命全國醫療機構自同年7月1日起全面配合施行，甚至於公告載明：「若超過上開參考範圍，『應』專案報請直轄市、縣市主管機關備查」等語，不無屬強制性手段，增加醫療機構法律未具體明文之負擔義務。核該署前述針對「非醫療費用」之行政舉措，係欲減輕民眾就醫負擔，縱立意良善，然較之「醫療費用」核定權限，是否對醫療機構權利之束縛程度，有過之而無不及，而逾法所允許裁量權限，容有疑慮，並與該署前述所稱：「由醫療機構依其成本『自行』訂定收費標準」等語相互矛盾之外，是否另涉有違反公平交易法情事，亦不無斟酌之空間，此觀公平會查復：「共同決定醫療費用範疇以外其他收費項目之收取標準，而有影響市場供需功能者，仍有聯合行為禁止規定之適用。」等語自明。

- (四)再查，「指定醫師費」既明列於健保法第51條(舊法係第39條)，屬於「不在健保給付範圍」之項目無虞，醫療機構自可依其人事成本、市場行情及民眾需求等綜合考量因素，送請地方主管機關核定後，向民眾收費，部分地方衛生主管機關亦曾核定後，明列於該轄收費標準。衛生署尤於本案調查期間不斷重申：「醫療費用核定，係屬地方權責」等語。然而，該署卻於99年10月6日以衛署醫字第

099021896 號函明令全面禁收，是否違反「有制定權者，始有廢止權」原則，因而混亂中央與地方權限，以及未慮及「多數民眾對其長期信賴之醫師，盼能指定為渠看診、手術」及「指定醫師費與健保病床差額負擔同屬使用者付費」等情，進而忽視部分「寧用金錢換取時間、信任」等國人之需求，並有剝奪醫療機構收費權利之虞，不無疑慮，在在胥突顯該署除對於「醫療費用」定義及其範圍界定有欠明確，對於醫療費用禁收原則亦乏裁量基礎，尤難服眾，此復觀文獻載明：「多數民眾對其長期信賴之醫師，盼能指定進行手術等醫療行為，此舉牽涉到內心安全感層次，於法有據且於情、於理並無不妥，『指定醫師費』與健保病床之差額負擔同屬使用者付費之選項，也列為自費項目，並非無法源依據」、「依據『有制定權者，始有廢止權』原則，醫療法既規定醫療收費標準須由各直轄市、縣(市)醫事審議委員會審議，並經地方衛生主管機關核定，最後仍須由各該直轄市、縣(市)政府公告才能生效。衛生署禁止醫療院所一律不得收取指定醫師費，反有侵害地方政府之自治權力，有害國家憲政體制之虞。」等語益資佐證，衛生署亟應全面檢討審視，以求周妥與適法。

十、國內醫療機構自費醫療項目之增加，不無肇生於國內健保財務吃緊及邇來相關節流政策之影響，衛生署自應探究剖析其根本原因與影響層面，並充分告知國人正確資訊，從而根本兼治，以遏阻醫療機構「趁病打劫」等行為，進而確保國人就醫權益

(一)按健保在國內各界引頸期盼之下，歷經經建會、衛生署等相關主管機關、學術界相繼多年之努力規劃與籌備，得於 84 年 3 月 1 日正式實施，除逐步達

成國人納保率之普及與醫療資源可近性之提昇外，尤增益國民健康及國家形像，進而獲得國內高度民意支持及國外普遍讚譽，相關主管機關之努力作為及其政策評價足堪肯認，合先敘明。

(二)經查，自 87 年起，健保收支短絀，財務開始轉盈為虧，問題逐漸惡化，主管機關為使擁有高民意支持度的健保制度得以持續造福國人，爰提出若干開源節流方案，例如將支付制度由「論量計酬」改為「總額預算」，並實施「診斷相關群」……等調整修正措施，期使醫療機構提升醫療服務效率與水準。據國內文獻研究結果紛紛指出：「自 87 年開始，我國健保財源便逐漸入不敷出……。相關當局必須提出並執行適當方案開源節流，但開源不易只好轉向節流的方向執行各種政策……。民眾因此會面臨醫師建議自費醫藥」、「自 90 年起，我國健保因總額支付制度的實施，使得許多醫院紛紛以開發自費醫療服務，來增加健保外收入。」、「總額預算制度之內涵試圖同時解決國內長期以來存在之問題：醫療費用之快速成長……對民眾影響方面：……但自費項目有越來越多的趨勢，其影響值得後續觀察與研究。」、「然 87 年健保開始出現財務赤字，政府遂開始實施總額管控措施……研究結果發現，健保局透過總額管控措施將財務虧損壓力轉移至醫院……醫院在總額管控措施下，有『平均每人每次健保病患自費金額逐漸升高』……等行為變化現象」、「總額預算制度實施後，某醫院由於醫療成本的考量，嚴重影響醫師開立高成本藥方的行為。……在有限的醫療資源下，使得瓜分醫療資源大餅日趨不易，部分醫師為配合醫院財務自主管理機制，產生有違公義的醫療行為。例如醫師建議病患

自費接受高科技儀器的檢查與診斷……。」、「發展自費醫療服務能為醫療院所減輕財務負擔並為醫院帶來營運新契機。」、「健保開辦以來，在近年逐漸有收支不平衡之勢，因此健保局提出總額給付甚至於醫院自主管理的制度，以改善日漸惡化的財務體質，而自費醫療也就在這樣的環境下成為各個醫療院所新的業務成長目標……。」、「由於健保等多項醫療政策的實施，醫療環境急遽的變化，造成醫療院所面臨前所未有的競爭，遂積極發展各項自費醫療服務」、「我國自 84 年實施健保制度以來，醫療生態即有巨大轉變，90 年更因總額支付制度的實施，使得許多醫院紛紛以開發自費醫療服務，來增加健保外收入。」、「由於健保與總額預算實施影響，醫療機構開始出現經營環境重大改變。……近五、六年來醫療院所紛紛開始設置自費醫療服務項目……其目的主要為求財務平衡，機構永續……在現今健保支付制度下，醫療院所發展自費醫療服務勢所難免。」、「囿於民意高漲及選票壓力，調漲健保費顯屬難事，致政府開源不易，因而肇生醫療機構自費醫療項目之增加。」、「隨著健保的開辦，在醫病關係的法律規範上也導入了政策性考量，健保的行政法規（由法律直接規定或透過授權命令）隨之介入傳統醫療關係，動輒左右醫療資源分配，甚至可改變民眾就醫習慣。」足見衛生署為抑制國內健保醫療費用快速成長，並解決健保財務問題，從而提出若干開源節流方案，然囿於民意高漲及選票壓力，政府開源極屬不易，其壓力遂轉移至醫療機構，不無間接肇致國內醫療機構為開源而促使自費醫療項目之增加，成為醫療機構面對競爭不得不的選項之一。

(三)次據相關醫療經濟及衛生福利學領域之專家學者研究發現，目前趨近功利導向之現實社會，莘莘學子不無因醫師崇高之社會地位及豐厚所得而被動遭家人鼓促、逼使或主動選填醫學系為志願，過往以濟世救人為職志而非以收入為首要考量之願景恐難以復見，從而部分醫療機構洵已與營利事業逐漸劃上等號，以追求最大利潤為經營目標，而非以提昇醫療品質及就醫民眾權益為首要考量，遂有朝向企業化、私有化、市場化及財團化等趨勢，此復觀民間團體之意見：「醫療商品化與市場化的問題，已侵蝕整個醫療體系的價值，醫療商品化的思維乃追求最大利潤，醫療自費金額與項目不斷增加，醫院也開始大型化和財團化，為降低經營、人事、採購、醫材、藥品的成本，買更便宜的東西、吸收更多的病人，間接衝擊醫療服務與人力品質。」可資佐證。邇來部分醫療經濟及醫務管理學實證研究結果及相關理論爰指出，謂之醫療供給者的醫療機構當投注大量經費聘請名醫及購置醫療科技設備，欲塑造優質就醫環境吸引病患求診之際，對其報酬及收入自有相當之期望值，學界稱之目標收入或期望收入，倘此期望值因社會氛圍、政治環境、選舉行為、民眾期待、政府法令、政策限制或健保支付點數不足而無法達成時，極有可能基於其優勢地位，善用其專業智識誘發處於弱勢或面臨生死交關等資訊不對等就醫民眾及其家屬之需求，促使其棄健保給付項目而選擇自費醫療項目，如遇不肖醫療機構及醫事人員，尤有可能巧立名目趁病打劫，大發民眾疾病財。對此，衛生署知悉甚詳，此有該署回應醫改會之文件附卷可參。

(四)綜上，國內醫療機構自費醫療項目之增加，據國內



多篇研究結果顯示，乃肇生於國內健保財務吃緊及邇來相關節流政策之影響，不無屬醫療機構生存競爭之道，衛生署既深悉其可能成因，自應誠實面對，除應深入探究其根本原因與影響層面，並將現階段健保財務問題等正確資訊適時揭露之外，尤應充分告知國人倘要求政府勿調漲保費於先，卻要求健保特約醫療機構提供便宜又大碗之醫療服務於后，恐將惡性循環間接助長醫療機構自費項目之增加。又，其是否肇因主管機關屈服於外界壓力，未能誠實面對保費調漲問題，被迫持續供應物美價廉，甚或物超所值之健保特餐，進而使健保支付制度不足讓醫療機構獲致合理利潤，或欠缺宣導教育及查核管制措施，致醫病間資訊不對等條件益加惡化，因而難以遏阻醫療機構「趁病打劫」之行為，並使就醫民眾或病患家屬為求儘早痊癒下，被迫選擇自費醫療服務，凡此問題均有正視檢討之必要，以求根本兼治，進而確保國人就醫權益。

**十一、衛生署應針對不在健保給付範圍之診療服務及藥品，事先加以明確公告，俾讓不特定民眾所能預見，以落實大法官釋字第 524 號解釋文意旨**

(一)按健保為強制性之社會保險，關係全體國民之福祉至深且鉅，因保險所生之權利義務自應有明確之規範，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。此有司法院大法官釋字第 524 號解釋文足資參照。是衛生署針對不在健保給付範圍之診療服務及藥品，應事先為被保險人所能預見，以避免健保保障喪失其應有之可依賴性及可期待性，合先敘明。

(二)揆諸健保法就不在健保給付範圍之項目原係規定

於第 39 條之內容如下：「下列項目之費用不在本保險給付範圍：一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。三、藥癮治療、美容外科手術。……。一二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。」嗣於 100 年 1 月 26 日修正公布二代健保法，修正調整為第 51 條如下：「下列項目不列入本保險給付範圍：一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。三、藥癮治療、美容外科手術……。十二、其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。」可見除於該條第 1 款至第 11 款已具體列舉不給付之項目外，衛生署對於其它非屬第 1 款至第 11 款所列舉不給付之診療服務及藥品，應依第 12 款事先加以公告，無疑前開新、舊條文就不在健保給付範圍之項目均採負面表列，從而國人窺探其文字意涵，誤以為非列於該條文第 1 款至第 11 款，以及非屬衛生署依第 12 款事先公告之診療服務及藥品，均屬健保給付之範圍，甚而相對應要求醫療機構提供前揭負面表列以外之醫療服務及藥品，自難費解，不無合情合理，此復觀該署函稱：「現行除健保法第 39 條規定及公告外之其餘診療服務及藥品，均屬本保險之給付範圍。」等語益明。

(三) 審視健保承保範圍除上開健保法第 39 條(二代健保法調整第 51 條)外，亦見於同法第 2 條(二代健保法調整第 1 條第 2 項)及第 40 條(二代健保法調整第 52 條)、第 41 條(二代健保法調整第 53 條)。其中第 2 條係正面表列承保事故，第 40 條至第 41 條則負面表列不保之事故及不為之給

付，乃分別運用除外(exceptions)與不包括(exclusions)條款規範不同之目的，皆欲使承保範圍具體明確，固屬必要。然而，人類科技突飛猛進，醫療手術、醫事技術、藥品材料等創新發明速度可謂日進千萬里，遠遠逾支付標準審查暨修正之速度，況且受限於國家財政負擔能力，尚難將最新研究發現的醫療科技項目逕納入健保給付範圍，況且健保係提供國人基礎且普遍發生疾病之醫療服務保障為主，少部分昂貴及高科技之醫療服務宜否皆納入健保給付範圍，向來有審酌與探討之空間。凡此皆為主管機關尚難符合上開大法官解釋意旨之可能原因。惟民眾對此無從瞭解，致易誤以為除前述負面表列項目之外，健保形同無所不包，不無進而肇生醫療收費爭議及醫病糾紛。

- (四)綜上，基於權衡國人就醫權益保障之必要與急迫性、行政作業之應變與彈性，以及醫療服務之專業與難以預測性，衛生署應如何落實上開大法官釋字第524號解釋文意旨，善用上開條文第12款之授權規定，事先加以明確公告，俾讓不特定民眾均得明知，並得預見法律保障之權益事項，值此邁入二代健保急欲興利除弊之際，衛生署亟應正視妥處，洵有積極檢討因應之必要。

## 十二、衛生署應落實政府資訊公開之責，督促各級衛生主管機關適時增修並採民眾足以得知之方式完整揭露歷次經核定有案之醫療機構自費醫療項目收費標準，以求便民，並維護民眾知的權利

- (一)按政府資訊公開法第4條規定：「本法所稱政府機關，指中央、地方各級機關及其設立之……醫療……等機構……。」行政院於98年7月8日發布之國家廉政建設行動方案，尤將「提升效能透明，保

障民眾知的權利」納入政策方向及具體作為。是各級衛生主管機關自應落實政府資訊公開之責，以提升效能透明，保障民眾知的權利，爰據衛生署查復，該署已要求各縣市衛生局儘速將轄內之醫療收費標準公開上網，以供民眾自行比對，先予述明。

- (二)惟查，各地方主管機關目前已登載於該機關網站之「醫療機構收費標準」悉未將醫審會歷次審議後經該機關核定之自費醫療項目收費標準逐一列入、公告，亦未及時更新，且大部分地方主管機關核定之收費標準僅通知轄內醫師公會及醫療機構知照，卻未以相同標準及精神設法採一般足以得知之方式周知轄內民眾，肇致民眾有就醫需求時，無法輕易查知該醫療機構之自費項目及金額是否業經核定暨納入主管機關公告之收費標準有案，亦即合法性究如何無從得知。又，主管機關僅公布於該機關網站之舉，疏未慮及部分就醫民眾之年齡層及上網普及程度，因而未採足以使民眾辨識、易懂之方式，完整公布於醫療機構適當地點，致無法讓民眾得以在需要時及時比對，難謂便民，對於民眾知的權利之維護，顯有欠周妥。此外，部分縣市對於早於 89 年間即已訂定之醫療機構收費標準卻迄未增修，殊難因應生活環境與醫療市場之變遷。以上分別觀地方主管機關表示略為：「因醫療費用項目繁多，各縣市訂定項目不一，無法一一訂定。」、「醫療費用收費標準難以追上醫療市場快速變化，故行政作業難與自費醫療收費項目同步。」、「歷次醫審會審議之醫療機構收費標準，將逐一置放網站」、「健保未給付且未列出之醫療項目應檢具相關參考資料提出申請，報衛生局核定，無逐一公告……。」、「醫療收費項目內容涉及範圍廣泛，致無法全

部於醫療機構收費標準表中臚列及訂定……。」、「仍有許多項目不在該市醫療機構收費標準內」、「醫療科技進步就衛生行政而言，實際上並無法逐項詳實臚列……。」等語，益證目前自費醫療項目收費標準之修正、即時更新及資訊公開作業，與便民暨政府資訊透明原則顯有落差，亟應加強。

- (三)綜上，衛生署基於政府資訊公開之責，並為落實便民暨維護民眾知的權利，允應督促各級衛生主管機關適時增修並採民眾足以得知及易於辨識、易懂之方式，完整揭露歷次經核定有案之醫療機構收費標準，俾讓民眾有就醫需求時，及時輕易比對該醫療機構之自費項目及金額是否業經核定或納入該轄收費標準有案，從而選擇合法之自費醫療服務。

### 十三、衛生署應研訂醫療機構自費項目明細揭露方式參考準則，據以督促地方衛生主管機關確實監督轄內醫療機構照實完整揭露，俾讓就醫民眾選擇最適切之醫療服務，以求便民暨醫療資源之可親與可用性

- (一)按健保醫療辦法第 20 條規定：「保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第 35 條應自行負擔之住院費用，第 39 條或第 41 條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。」健保醫事服務機構特約及管理辦法第 12 條、第 13 條亦分別明定：「本保險給付之項目，服務機構不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象之請，提供非醫療必要之服務及申報費用。」、「服務機構提供保險對象本保險給付之手術、檢查及處置時，非因情況緊急或不可預期之情形，不得於手術、檢查及處置實施過程中徵詢或請病人、親屬使用本保險不給付之項目。」準此，健保特約醫療機構針對不在健保給付範圍之醫療項目，除情況

緊急或不可預期等特殊情況，皆應於手術、檢查及處置實施過程之前，預留充分時間讓民眾知悉或事先告知就醫民眾，特予述明。

- (二)據衛生署查復，依該署健保局相關作業規範，舉凡健保給付或非健保給付項目均應符合資訊公開、事先告知及開立正式收費單據等三項原則，且為落實醫療人權「知的權利」，健保局業已採「行政指導」方式，於99年5月24日以健保醫字第0990072623號函輔導特約醫療機構詳列自費項目，並製成明細表置於診間供民眾參考；設有網站者，另須公告上網。該署醫事處亦於同年12月24日以衛署醫字第0990214429號函請各縣市衛生局輔導轄區醫療機構配合公告自費項目明細。
- (三)經查，大部分醫療機構雖已將自費資料上傳登載於該機構網站，然部分機構卻藏在網站極不明顯處或須耗時蒐尋，使用介面及置放路徑顯欠缺可近性、可親性及可利用性，或僅見籠統粗略項目，未見明細，或以醫療耗材一詞含糊帶過，或以原文顯示，未標明中文註解、或字體過小，難以辨識、或厚繁有如電話簿，亟待建置蒐尋功能，或醫院間相同之自費項目卻有不同定義與名稱，致民眾無從比較，凡此凸顯目前醫療機構自費項目明細揭露現況之疏漏及缺失，不無肇因於衛生署未能統一、明確定義醫療機構自費項目及研訂揭露方式之參考原則所致，以上並有民間醫事團體陳訴書及相關文獻內容附卷足憑。
- (四)綜析論之，衛生署應落實便民原則，研訂醫療機構自費項目明細揭露方式參考準則，據以督促地方衛生主管機關確實監督轄內醫療機構照實揭露，俾讓民眾輕易查知相關就醫資訊，從而選擇最適切之醫

療服務，以維護該政策原始美意，並消弭民怨。

十四、衛生署允宜針對健保特約醫療機構自費醫務收入占全部醫務收入之比率適度規範與查核，以避免民眾誤信其「健保特約機構」之名入診後，卻發現大部分醫療項目皆須自費而有受騙之虞，進而遏阻該等醫療機構毫無限制濫增自費醫療項目，並名實相符

(一)按健保醫事服務機構醫療服務審查辦法第2條、第3條規定：「保險人為審查保險醫事服務機構提供健保醫療服務項目、數量、適當性及品質，依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用……。」、「本辦法所稱醫療服務審查包括醫療服務申報及支付、程序審查及專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。前項所稱醫療服務申報及支付包括醫療服務點數申報、暫付、抽樣、核付及申復等程序。」次按健保醫事服務機構特約及管理辦法第2條、第10條、第14條、第17條：「保險醫事服務機構之特約及管理，應依公平、對等、尊重及互信原則為之。」、「服務機構應將健保醫事服務機構之標誌，懸掛於明顯處所……。」、「服務機構依本保險提供服務之有關帳冊、簿據之記載，應與向保險人申報者相符，並應保存5年。」、「保險人因保險有關業務之必要，得對服務機構進行實地訪查。」是衛生署自應督促健保局善用前開程序審查及專業審查、事前審查、實地審查等審查機制及實地訪查、檔案分析等查核、分析技巧，確保健保特約醫事服務機構提供健保醫療服務之項目、數量、適當性及品質，以避免損及就醫民眾權益，減少醫病糾紛，容先述明。

(二)經查，國人因醫療機構張貼之「健保特約醫事服務機構標誌」而選擇入內就醫，從而該等機構提供之

醫療服務，就醫民眾尤信其皆屬健保給付項目者，所在多有，自屬當然，進而衍生自費醫務收入占全部醫務收入之比率(下稱自費醫務收入占率)究應多少，始屬適當之疑義。對此而言，衛生署及專家學者曾於本院約詢及諮詢時分別表示：「健保特約醫療機構自費醫務收入占率以不超過 20% 為宜」、「健保局應提供 85% 涵蓋率的醫療項目與費用，其餘 15% 由民眾自費，自費醫療若是對病人有利且費用合理，就應被支持」等語，此有本院會議錄音檔附卷足憑。惟據衛生署及審計部查復，94 至 98 年北部地區醫學中心自費醫務收入占率(詳表 6)如下，國立臺灣大學醫學院附設醫院：18.08%、19.14%、20.15%、20.09%、20.76%；○光醫療財團法人○光吳火○紀念醫院：23.5%、23.4%、27.8%、26.4%、27.3%；臺北市立萬芳醫院：22.68%、23.12%、24.98%、24.03%；財團法人臺灣基督長老教會馬○紀念社會事業基金會馬○紀念醫院：13.82%、15.12%、15.82%、15.89%、16.24%；國○醫療財團法人國○綜合醫院：25.8%、25.9%、27.7%、28.0%、28.5%；行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院：17.7%、18.3%、19.3%、20.1%、19.8%；三軍總醫院：13.33%、17.03%、18.17%、18.03%、17.86%。次據國內醫療財團法人 93 至 97 年財務報告資料顯示，醫療財團法人自費醫務收入占率之平均值約為 23.68%。復依本院相關調查案件實地問卷調查之統計結果，自費收入占率超過 15% 及 20% 者，各占 42.86% 及 18.68%，其中 9.89% 受訪醫療機構甚至逾 25%。由上顯見，北部地區醫學中心自費醫務收入占率呈現逐年遞增之趨勢，約分布於 13.82



%至 28.5%之間，且國內各醫療機構自費醫務收入占率超過 20%者所在多有，尤有民間醫事團體對「部分醫療機構自費比率已逼近 4 成，連進出醫院量耳溫都可跟民眾收取耳溫套費用……。」等情指證歷歷，容已超越該署及專家學者前揭所稱自費醫務收入占率宜維持在「15~20%」之適當比率，是否允當，不無檢討研議之空間。

(三)綜上，衛生署基於健保主管機關之責，允宜針對健保特約醫療機構自費醫務收入占率適度規範與查核，以避免民眾誤信其「健保特約機構」之名入診後，卻發現大部分醫療項目皆須自費而肇生醫病糾紛之虞，並進而遏阻該等醫療機構毫無限制濫增自費醫療項目，以名實相符。

十五、我國健保制度固已獲得國內高度民意支持及國外普遍讚譽，然不宜過度側重於財務問題及醫療機構利潤，允應以「增進全體國人健康」、「提供國人適切之醫療服務」資為不在健保給付項目等相關制度設計之核心主體，始符合健保法之立法精神

(一)按為增進全體國民健康，提供醫療服務，乃健保開辦之宗旨，此觀健保法第 1 條揭櫫之立法精神甚明。中華民國人口政策綱領基本理念尤特別闡述：「建立健康導向之衛生及醫療體系，落實健康平等，提升醫療保健服務品質，並完善健保。」是衛生署針對不在健保給付項目等健保相關制度設計及其特約醫療機構之管理，允應以國人與其健康導向為其主體與核心，藉相關配套制度之設計提供國人適切之醫療服務，並以增進全體國民健康為首要考量，特先述明。

(二)然環顧國內歷年來關於健保此一公共政策的研究與論述，大部分皆聚焦於「財務問題」，此有本院

針對我國健保總體檢之調查報告及相關文獻論述足資佐證，鮮少以國人為核心主體，據以研究如何便於就醫民眾使用為設計標的。例如，醫療機構之不在健保給付項目五花八門、琳瑯滿目，如何讓民眾面臨選擇前，即有充分時間輕易查知該自費醫療項目是否屬於健保已給付項目？該自費醫療項目雖健保尚未給付，但健保已給付項目是否與其具有相同療效，醫療機構卻未據實以告？該項目及其收費標準是否業經地方主管機關核定？民眾如何在醫療機構具相同之不在健保給付項目卻不同收費標準之中選擇最利於己者？等相關資訊之獲得即為一例，此復觀文獻之研究成果載明：「我國健保制度無非係欲藉由強制參加與保險技術等雙重手段，提供全民最基礎的醫療照護，以達其增進全體國民健康的政策目標，制度上理應朝向方便民眾使用為設計……。惟其整體規劃方向雖然正確，然個別細節設計似過度偏重於財務角度考量，難免忽略對民眾醫療權益保障的設想……。」、「……健保之所以在制度上多所限制保險對象之就醫權益，應係基於『有限資源有效利用』之目的……『人』才是醫療服務的對象，才是健保存在的目的；健保如果有些什麼價值，最後也是要由民眾來認知和感受。因此，在制度的建立上，有必要立於保險對象的立場，而非財務角度設想……。」等語自明，益證國內現行健保制度偏重於財務問題而未能以國人為制度核心設計主體之欠妥，衛生署不無有檢討改善之空間。

十六、醫療服務適用消費者保護法與否疑義，涉及各級主管機關得否逕依該法促使醫療機構維持不在健保給付項目之合理價格、品質及衛生安全，顯攸關國人就醫

## 權益至鉅，消保會自應儘速釐清，以落實職責並釋群疑

- (一)按消費者保護法(下稱消保法)第3條規定：「政府為達成本法目的，應實施下列措施，並應就與下列事項有關之法規及其執行情形，定期檢討、協調、改進之：一、維護商品或服務之品質與安全衛生。二、防止商品或服務損害消費者之生命、身體、健康、財產或其他權益。……。六、促進商品或服務維持合理價格……。」、第4條規定：「企業經營者對於其提供之商品或服務，應重視消費者之健康與安全，並向消費者說明商品或服務之使用方法，維護交易之公平，提供消費者充分與正確之資訊，及實施其他必要之消費者保護措施。」、第5條規定：「政府、企業經營者及消費者均應致力充實消費資訊，提供消費者運用，俾能採取正確合理之消費行為，以維護其安全與權益。有關消費者之保護，依本法之規定，本法未規定者，適用其他法律……。」是適用消保法之企業商品及服務，各級政府機關除應督促企業經營者維持其服務及商品之合理價格，並應致力於充實消費資訊，提供消費者運用，以達成消保法揭櫫之「保護消費者權益，促進國民消費生活安全，提昇國民消費生活品質」等立法意旨，合先敘明。
- (二)據消保會表示，醫療服務是否適用消保法，該會尚無定論，惟醫療機構不在健保給付項目，倘屬執行醫療行為之醫療業務，依醫療法第82條第2項規定：「……醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」該會傾向於無適用於消保法之解釋；至價格之收取，該會則認宜有民法第247條之1定型化契約

條款，按其情形顯失公平者，該部分約定無效規定之適用。此觀該會查復：「……醫療服務是否適用消保法，該會尚無定論，仍有賴學說判例之發展，個案認定而論。『非健保給付項目』如不屬執行醫療行為之業務，倘認其仍有消保法之適用，則關於『價格收取』乙節，其性質應認屬同法第 2 條所稱定型化契約條款，依同法第 11 條及第 12 條規定，該條款本應符合誠信原則，不得顯失公平。惟有無違反誠信平等原則，仍宜參酌同法施行細則第 13 條規定，斟酌契約之性質、締約目的、全部條款內容、交易習慣及其他情事判斷之，或由司法機關視具體個案作最終判斷。」、「依同法第 4 條、第 5 條消費資訊應充分揭露之規定，醫療機構應充分揭露『非健保給付項目價格』之相關資訊，讓消費者於擬接受服務前即可獲知，並得選擇最適切之消費行為。」、「如該『非健保給付項目』係屬醫療機構及其醫療人員執行醫療行為之醫療業務，囿於醫療法第 82 條第 2 項規定，此時似無法認定有消保法之適用，惟價格之收取，依民法第 247 條規定，仍不失為一定型化契約條款，是此時似認宜有民法第 247 條之 1 按其情形顯失公平者，該部分約定無效規定拘束之適用。」等語自明。

(三)惟查，涉及醫療行為之醫療業務，消保會既傾向於無適用於消保法之解釋，卻又稱應適用於同法第 4 條、第 5 條應充分揭露相關消費資訊之規定，前後所言難謂一致。且該會既以有無涉及醫療行為資為是否適用消保法之判定標準，顯見該會已有定見，卻又稱「醫療服務是否適用消保法，該會尚無定論」，不無前後矛盾之虞，難謂合宜。況且國內大部分醫療機構已淪為利潤掛帥，並有朝向財團化趨勢

，洵已與營利事業逐漸劃上等號，然該等醫療機構縱享有營利之實，卻屢屢囿於其涉及醫療行為等高度專業不可攀之名，或為避免處處設限，阻礙醫療科技發展與創新，抑或基於救人第一，避免醫事人員因法令束縛趨向保守，臨醫而懼，因而免除消保法及相關法律科以之相關責任與義務，是否妥適，不無疑慮。倘醫療服務適用消保法，除各級主管機關得逕依該法促使醫療機構維持不在健保給付項目之合理價格外，醫療機構亦須負擔該法科以相關消費者保護義務與責任，縱將影響該等機構營運成本、財務規劃及其資訊揭露程度，然基於國人就醫權益之確保及其優先性，消保會自應依法釋明。

(四)綜上，醫療服務適用消保法與否疑義，涉及各級主管機關得否逕依該法促使醫療機構維持不在健保給付項目之合理價格、品質及衛生安全，顯攸關醫療機構營運成本及國人就醫權益至鉅，消保會自應儘速依該會組織規程及辦事細則賦予該會「消保法有關商品、服務法規之擬釋、研究及有關消保法制事項。」、「各部會局署關於消費者保護政策、措施及主管機關之協調」及「消費者保護基本政策及措施之研擬及審議」等職責，妥為明確釋示，以釋群疑。

調查委員：尹祚芊

馬秀如