

全民健保自立名目與自付差額的差異

The Differences between out of Pocket Payment without Authorization and Partial out of Pocket Payment with Authorization under the National Health Insurance

楊哲銘 Che-Ming Yang *



摘要

健保特約醫療機構能否要求健保病人自費醫療或是自費購買藥品、醫療器材，一直是一個爭議不斷的議題。就法律管制架構而言，2011年是一個分水嶺，因為在2011年之前，全民健康保險法只有禁止「自立名目」的規定，在2011年之後，禁止「自立名目」的規定還在，但是多了允許「自付差額」的規定。在臺灣這個幾乎是單一買家的醫療市場，保險人和醫療服務提供者地位並不對等，權責高度集中在健保署，健保支付政策容易受到不公平正義的挑戰。鑑於此次醫療器材定價的紛擾，可能的解決方法之一是讓定價的功

*臺北醫學大學醫務管理學系、醫療暨生物科技法律研究所教授
(Professor, School of Health Care Administration and Graduate Institute of Health and Biotechnology Law, Taipei Medical University)

關鍵詞：全民健康保險 (National Health Insurance)、自立名目 (out of pocket payment without authorization)、自付差額 (partial out of pocket payment with authorization)

DOI : 10.3966/241553062020110049009



能獨立於保險人之外，即醫療服務、藥物及醫療器材的價值由第三方的獨立機構鑑價，健保署作為買家再向醫療服務提供者及廠商議價，民眾即便還要「自付差額」，也不會擔心是否成了冤大頭。

Whether National Health Insurance (NHI) contracted health care services providers can request the NHI insured to pay for services out of their own pockets or purchase drugs or medical devices out of their own pockets has always been a contentious issue. In terms of legal control framework, year 2011 is water shed. Before 2011, the National Health Insurance Act (NHI Act) explicitly prohibits out of pocket payment without authorization. After 2011, the provision prohibiting out of pocket payment without authorization still exists but the new provision allowing partial out of pocket payment with authorization has been amended to the NHI Act. The health care market in Taiwan is a nearly single buyer market. Due to the reality that the power and authority is highly vested in the National Health Insurance Administration (NHIA), the insurer and the health care services providers are not based on equal footings. As such, the NHI reimbursement policies have always been criticized to be unjust. In light of the recent pricing fuss of medical devices, one of the possible solutions is to separate the pricing function from the insurer. The values of health care services, drugs and medical devices are determined by an independent third party. The NHIA as a buyer can then negotiate payment schedule with health care services providers and manufacturers. Under this mechanism, the insured will not worry about being over charged when they need to pay out of their own pocket.

Angle

壹、前言

衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）於2020年中公布計畫，針對健保部分給付醫療器材訂出民眾「自付差額」上限，將民眾需要「自付差額」的醫材分為八大類，訂出自費天花板上限，預估近九成的醫療器材自付費用會下降。不料消息一經披露，引發醫界強力反彈，也讓執政高層表示關切，甚於社群媒體發文希望行政院及衛福部能研商各界意見，衛福部旋即開會討論，會議共識8月暫緩實施。

故健保署復於2020年7月24日公告廢止原預定於8月生效之民眾「自付差額」特材如特殊功能人工水晶體等共八類之核定費用，仍依原作業方式辦理。健保署表示對於收費超過極端值及民眾反應異常調漲者，將於健保資訊網服務系統設定提醒回饋特約醫療機構機制，朝動態監控管理，並建立價格透明之醫材比價網，讓醫師與病人共享使用決策¹。

然而，健保署又於8月公告這八類特材的極端值，並於9月1日發文給價格超出極端值的醫療機構，要求在9月底前調價或予以說明，此舉再次引發醫界反彈，批評健保署毫無信用又匆匆訂出收費上限²。

這個問題屢屢引起醫界強力反彈，但一般民眾應該是不明就裡，因為歸根結底這是個複雜的健保自費及醫療器材定價問題。

1 衛生福利部中央健康保險署，廢止2020年6月8日8大類自付差額特材核定費用公告，加強異常管理，2020年7月24日，https://www.nhi.gov.tw/News_Content.aspx?n=FC05EB85BD57C709&sms=587F1A3D9A03E2AD&s=F7EE5EAE0CDBD594（瀏覽日期：2020年10月23日）。

2 張茗喧，自付差額特材訂極端值惹議 健保署澄清，中央社，2020年9月1日報導，<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202009010284.aspx>（瀏覽日期：2020年10月23日）。

貳、健保自費醫療的法律議題：由「自立名目」到「自付差額」

健保特約醫療機構能不能要求健保病人接受自費醫療、自費購買藥品或是醫療器材，一直是一個爭議不斷的議題，最簡單的回答是：可以，但必須符合全民健康保險法（下稱健保法）的相關規範，該法對此設有諸多限制。詳言之，就法律管制架構而言，2011年可謂是一分水嶺，因為在此之前，健保法只有禁止「自立名目」的規定；在此之後，禁止「自立名目」的規定還在，但是多了允許「自付差額」的規定。

1994年8月9日公布全文89條的健保法，是臺灣全民健保制度的濫觴，也被稱為「一代健保法」。一代健保法雖歷經七次修正，但修法範圍都不大，至於所謂的「二代健保法」，則係指第八次的修法，即2011年1月26日修正公布全文104條。雖然這次的修法有許多人認為僅是1.5代，而不是真正意義的二代，因為當時的衛生署（現已改制為衛生福利部）主推以家戶總所得作為計費基礎的想法，最終無法獲得通過，但是就法條結構而言，的確是全新的二代法，因為法條由原來的9章（89條）變成11章（104條），需要修訂或新增約30個子法規，其改變不可說不大。為方便本文之分析討論，爰將1994年8月9日制定公布之全文89條稱為一代健保法，2011年1月26日修正公布之全文104條稱為二代健保法，也是現行健保法的主要架構。

現行健保法第68條之規定，保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得「自立名目」向保險對象收取費用。這就是禁止「自立名目」的淵源。早在一代健保法時期，相同規定是訂於第58條，內容並沒有改變，而這規定可進一步體現在2001年1月1日施行的「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第10條：「本保險給付之項目，保