

美國年老國民健康保險
『健康維護組織』法制改革之研究
--尋繹對於我國全民健康保險法制改革之啟示

雷文玫*

目次

- 壹、問題之提出
- 貳、「健康維護組織」對美國年老健康保險被保險人權益之衝擊
 - 一、「健康維護組織」之意義及發展背景
 - 二、HMO制度對醫病關係所產生的衝擊
 - 三、Grijalava v. Shalala判決對於Medicare HMO被保險人權益之界定
- 參、美國Medicare HMO對於我國全民健康保險之啟示
 - 一、美國一九九七年對Medicare HMO之立法改革
 - 二、我國全民健康保險近年費用支付制度之改革
 - 三、美國Medicare HMO立法改革對我國全民健康保險之啟示
- 肆、結論

關鍵詞：全民健康保險、全民健康保險法、健康維護組織(HMO)、論人計酬、費用支付制度、美國年老國民健康保險、程序保障

投稿日：九十年十一月二十一日；接受刊登日：九十年十二月二十七日。

*中原財經法律學系專任助理教授，美國耶魯大學法學博士。本文感謝國科會對本研究所提供之補助（NSC 89-2414-H-033-015）、三位匿名評審委員之寶貴意見，以及研究生劉嘉雯在我國健保醫療費用支付制度資料蒐集上所提供之協助。

壹、問題之提出

醫療行為是一種特殊的交易行為¹。在一般的交易行為，消費者知道自己要什麼，並且會依此貨比三家，參觀選購，確保所獲得的商品或服務不但價格合理，並且能夠滿足其偏好。相較於此，作為一個接受醫療服務的『消費者』，一般病患在就診時，由於缺乏醫療相關專業，既無從知道自己需要，也無從知道價格是否合理。

不過在許多時候，病患對醫療專業的一無所知，並未使其對於就醫一事，望之卻步。就病人的需求而言，保險醫事服務機構的醫

¹ 醫療行為是否應該等同一般商品或服務，在學者有關醫療糾紛是否應該適用消費者保護法中，眾說紛紜，莫衷一是。參見陳聰富，〈消保法有關服務責任之規定在實務上之適用與評析〉，台大法學論叢，第三十期第一卷，頁73-112（2001）。侯英鈴，〈探討醫療無過失責任的適宜性〉，月旦法學，第四九期，頁127-136（1999）。黃立，〈消費者保護法對醫療行為的適用〉，律師雜誌，第二一七期，頁70-84（1997）。楊秀儀，〈論醫療傷害賠償責任適用消保法之爭議〉，收錄於黃茂榮等著，《民法七十年回顧與展望紀念論文集》，頁239-267，台北，元照出版，（2000）。陳忠五，〈醫療行為與消費者保護法服務責任之適用領域--臺灣臺北地方法院八五年度訴字第五一二五號與臺灣高等法院八七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決評釋〉，台灣本土法學，第七期，頁36-61（1999）。陳忠五，〈醫療事故與消費者保護法服務責任之適用要件--臺灣臺北地方法院八五年度訴字第五一二五號與臺灣高等法院八七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決再評釋(下)〉，台灣本土法學，第十八期，頁39-56（2000）。陳忠五，〈醫療事故與消費者保護法服務責任之適用要件--臺灣臺北地方法院八五年度訴字第五一二五號與臺灣高等法院八七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決再評釋(上)〉，台灣本土法學，第十七期，頁75-111（2000）。

師會根據其專業倫理為病人之利益，決定病人所需的治療；就病人所需要支付的對價而言，除了部份負擔以外，保險人經過審核認定前開醫療服務『必要且適當』之醫療，會直接將醫療費用核付給保險醫事服務機構。因此，病人接受醫療服務之決定，完全建立在對醫師專業倫理與專業知識的信賴，以及保險人的財務給付上。

然而，隨著醫療費用逐漸緊縮，醫療費用支付制度朝向擷節支出的改革，卻有可能侵蝕上述醫病關係所立基的信賴：當病患知道自己的醫師在為自己看診時，用越少的醫療資源，越可能獲得保險人的獎勵時，是否仍能信任醫師的診斷及處方，最符合自己的權益？

這是美國近年來年老國民健康保險(以下簡稱Medicare)引進『健康維護組織(Health Maintenance Organization, 以下簡稱 HMO)』擔任中介單位²，企圖擷節支出所引發的疑慮。這些疑慮，廣受論者的討論³，引發了幾個備受矚目的相關判決⁴，聯邦上訴法院甚至具體指示

² 有關 Medicare 「中介單位」的定義，參見本文第貳部份的說明。

³ See e.g. Eleanor Kinney, *Procedural Protections for Patients in Capitated Health Plans*, 22 AM. J. L. & MED. 301 (1996); Joan Krause, *Reconceptualizing Informed Consent in an Era of Health Care Cost Containment*, 85 IOWA L. REV. 261 (1999); David Hyman, *Regulating Managed Care: What's Wrong with a Patient Bill of Rights*, 73 S. CAL. L. REV. 221 (2000); Bethany Spielman, *Managed Care Regulation and the Physician-Advocate*, 47 DRAKE L. REV. 713 (1999); David Hyman, *Accountable Managed Care: Should We be Careful What We wish for?* 32 U. MICH. J. L. REF. 785 (1999)

⁴ See e.g. *Shalala v. Grijalva*, 526 U.S. 1096; *Boyd v. Albert Einstein Medical Center* 547 A.2d 1229 (1988); *Corcoran v. United Healthcare, Inc.*, 965 F.2d 1321 (1992); *Phillips v. Lincoln National Life Insurance Co.*, 978 F.2d 302 (1992).

主管機關強化健康維護組織被保險人就醫之權益⁵，美國國會與相關主管機關也從善如流，通過相應的法律及行政命令⁶，企圖匡正使用HMO所造成的反效果。

本文的寫作目的有二。第一個目的是政策層面的：我國全民健康保險自一九九五年開辦以來，也出現財務緊縮的困境，行政院衛生署於一九九七年為了提升資源運用之效率以及健全保險自主經營，曾規劃引進市場機制，採取多元保險人制度⁷，論者亦有引進健康維護組織之議⁸。惟由於工程浩大與爭議過大，為求穩健，行政院衛生署乃暫緩實施。相對地，中央健康保險局（以下簡稱健保局）現階段除了調漲藥費部份負擔、追討地方政府積欠之保費補助款、針對昂貴、高風險或容易遭濫用的高科技醫療要求事前審查以外，也陸續試辦論人計酬制、論日計酬制與論質計酬制度等費用支付制

⁵ *Grijalava v. Shalala*, 946 F. Supp. 747 (D. Ariz. 1996), *aff'd*, 152 F.3d 1115 (1998), *vacated*, 119 S.Ct. 1573 (1999).

⁶ See Balanced Budget Act of 1997, Pub. L. No. 105-33, 11 Stat. 251, 270 (1998).

⁷ 參見楊漢泉，*全民健康保險改制規劃*，全民健保民營多元化研討會，中華經濟研究院主辦，行政院衛生署協辦，（1998）。楊志良，*保險人多元化制度之理論與規劃*，全民健保民營多元化研討會，中華經濟研究院主辦，行政院衛生署協辦，（1998）。

⁸ 江東亮，*全民健康保險體制改革之芻議*，頁3，全民健康保險回顧與展望學術研討會，首都文教基金會、厚生基金會、民生報、台大衛生政策研究中心主辦，台北（1997）。有關行政院衛生署中央健康健保局與社會菁英對於引進HMO正面立場之介紹，參見李隆生，*全民健保改制 - HMO 是答案嗎？*，醫院，第三十一卷第六期，頁33-39（1998）。

度⁹，並且在牙醫、中醫、西醫基層診所實施總額預算制¹⁰，以開源節流。究竟台灣全民健康保險控制成本的這些措施對於醫病關係將產生何種影響，有待時間以及更進一步的實證研究。但美國年老國民健康保險近年來有關健康維護組織的法制改革的經驗顯示，任何全民健康保險制度以及相關法律的改革，均可能直接或間接影響醫師看診的行為誘因，倘若這些控制成本的改革有可能犧牲病患的權益，有鑑於病患在醫療過程中所處的弱勢，在法制改革時必須強化病患的程序保障¹¹，以防患於未然。

⁹ 有關健康保險支付制度之介紹，參見楊志良，《健康保險》，頁73-86，台北，巨流圖書公司，第三版（1998），以及本文第三節之介紹。

¹⁰ 吳運東，「健保支付制度下醫療品質之檢討與改革之芻議」，台灣醫界，第四十三卷第二期，頁10（2000）。劉見祥，「全民健保支付制度之趨勢」，醫院，第三十二卷第六期，頁15（1999）。蘇瑞勇，「全民健保醫療費用支付制度之改革方向」，高雄醫師會誌，第二十四期，頁31（1999）。李玉春，「全民健保支付制度如何提昇醫療服務效率、控制費用上漲並確保醫療品質」，研考雙月刊，第十八卷第一期，頁25（1994）。

¹¹ 「程序保障(right to due process)」這個概念的內涵，有必要在此進一步說明。「程序保障」在德國行政法的脈絡僅指「行政程序」階段的正當法律程序，亦即行政機關作成行政處分或其他行政行為以前，必須容許人民有陳述意見等參與之機會，以增進人民對行政之信賴。然而在美國法制中「程序保障」之根據源自憲法增修條文第五條及第十四條，所適用的範圍，不僅是行政程序階段的領域，還包括司法救濟的階段，要求政府無論在「事前」或「事後」未經「正當法律程序(due process)」均不得限制或剝奪人民之自由、財產與生命。而且「程序保障」之概念，最初亦係針對司法救濟（事後救濟）之妥當性，嗣後才擴及規範「行政程序」（事前救濟）。我國大法官釋字第三八四號等有關「正當法律程序(due process)」的要求，亦係針對司法救濟，其後逐漸擴及於行政

本文寫作的第二個目的，是希望凸顯行政程序與救濟類型化之重要。本文將說明，美國國會原本為了控制Medicare之醫療支出，而修法使HMO可以成為Medicare保險人，然而後來卻由於HMO對於醫病關係以及被保險人權益的負面衝擊，以及Medicare主管機關在聯邦上級法院的挫敗，國會又不得不進一步修正Medicare HMO的制度設計，以確保Medicare HMO之制度，不致於為了撙節支出，而過度侵害被保險人之程序保障。近年來我國行政程序法、行政執行法與各種行政救濟法陸續修正公布實施，人民事前事後之程序保障，法制基礎初具，然而，究竟這些法制是否能夠根據個別行政法之差異，切合不同處境人民之需求，仍有疑義，值此新舊接軌尚處於磨合之際，本文以美國HMO法制改革經驗希望凸顯的是，社會福利法適用對象與情境有其特殊性，因此相關行政程序與救濟之設計，必須掌握這套法律所欲規範的對象與社會現實，以及這些社會現實背後所牽涉的價值判斷與權力消長，才能充分保障人民之權益。

以下本文先介紹美國年老國民健康保險之梗概，繼而說明多元保險人「健康維護組織」之意義，以及其對於醫病關係的衝擊，並以美國聯邦法院一九九六年Grijalva v. Shalala一案，說明HMO制度下

領域亦應有效實施，參見大法官釋字第四六二號解釋、大法官釋字第四八八號解釋及吳庚，《行政法之理論與實用》，頁112，台北，自版，增訂七版（2001）。觀察民事訴訟法學者邱聯恭引日本之學說，亦以「程序保障」檢討民事訴訟程序之功能，參見邱聯恭，《程序制度機能論》，頁95（1996）。由於本文所處理的法制主要為美國法，加上本文認為無論事前或事後之救濟，均需符合「正當法律程序」，因此本文使用「程序保障」一詞，並不限於事前救濟，亦包括事後救濟。

被保險人的困境。第三部份則說明美國國會與主管機關如何透過修法因應HMO的弊病，以及美國經驗對於我國全民健康保險法制改革的啟示。

貳、「健康維護組織」對美國年老國民健康保險被保險人權益之衝擊

在所有已開發國家之中，美國是唯一沒有全民健康保險的國家。以一九九二年為例，僅有 25%的人民可以透過政府辦理的各種社會保險¹²或醫事服務機構¹³取得醫療照護¹⁴。除此以外，約有三千七百萬的美國人，亦即 14.7%的美國人，沒有任何醫療保險¹⁵。

美國聯邦政府所辦理的健康保險中，比較接近我國全民健康保險的是年老國民健康保險(以下簡稱 Medicare)。國會原則上強制所有有工作能力的人口及其眷屬均需投保 Medicare¹⁶。不過，被保險人原

¹²這些社會保險給付係指提供年滿六十五歲老人或身心障礙者醫療服務的美國年老國民健康保險(Medicare)，以及低收入戶健康保險 (Medicaid)。

¹³包括軍人醫事服務機構(Military Health Service System)提供給現役軍人的醫療服務、榮民部(Veterans Administration)提供給退伍軍人的醫療服務、及原住民醫療服務部(Indian Health Service)提供給原住民的醫療服務。

¹⁴ 參見 JUDITH AREEN ET.AL., LAW, SCIENCE AND MEDICINE 702 (1996)的說明。

¹⁵ *Id.*

¹⁶有鑑於Medicare的目的在於保障人民的生活，免於受到龐大醫療費用的壓力，而Medicare於一九六五年建制之初，住院費用遠比門診費用昂貴，因此 Medicare將醫療保險分為住院給付 (Part A) 及門診給付(Part B)，住院給付部份係強制投保，Part B門診給付則為自願投保。

則上必須年滿六十五歲、未滿六十五歲但領有社會安全保險殘障給付、或為需要洗腎之病人，才能受領 Medicare 的給付。

攸關被保險人權益最主要的問題是，一旦被保險人經醫師診斷需要某種醫療服務以後，究竟 Medicare 是否給付該項醫療費用。根據 Medicare 的規定，只有當其他社會保險不給付該項醫療費用，且該醫療服務是『合理且必要(reasonable and necessary)』的醫療服務時，Medicare 才給付¹⁷。倘若符合此一要件，除了被保險人之部份負擔以外，Medicare 給付所有合理必要的住院、專業護理機構所提供的出院後繼續照護及復健 (skilled-nursing facilities for continued treatment or rehabilitation after hospitalization)、居家照護服務(home health care services)、與末期病患安寧照護(hospice care for the terminally ill)所需之醫療費用。上述這些攸關被保險人權益的決定，主要由主管機關所委託的民間保險人為之。為了掌握 Medicare 保險行政如何影響被保險人受領 Medicare 保險給付之權益，以下進一步說明 Medicare 保險行政之架構。

Medicare 之主管機關為衛生及人力服務部 (Health and Human Service, 以下簡稱 HHS)，其下設醫療財務署 (Health Care Finance Administration, 以下簡稱 HCFA)，主管 Medicare 相關政策之研擬與推動。根據社會安全法(Social Security Act) 的授權，Medicare 由 HHS 首長負責辦理，HHS 可以直接執行其職務，或透過契約委託其他機構辦理核付¹⁸。不過，從 Medicare 實施以來，住院給付主要的

¹⁷ 42 U.S.C. 1395y(a)(1)-(3)(2000)

¹⁸ 42 U.S.C. 1395kk(a)(2000).

營運即是委託由各地方既已存在的保險人辦理。國會認為，既然 Medicare 設置目的僅在於協助民眾支付龐大的醫療費用，為了降低醫界及保險界的阻力¹⁹，毋需改變既有的醫療服務體系，因此自 Medicare 開辦以來，主管機關並不直接處理保險行政，僅編列預算委託民間辦理保險行政²⁰。質言之，Medicare 立法意旨並沒有要介入醫療服務的決策，而僅是提供被保險人一個互保的機制。

據此，社會安全法第 1395h 條授權 HHS 部長委託公營機構負責處理支付醫療費用給保險醫事服務機構之行政事宜²¹。根據該條，得委託之範圍包括費用支付額度之決定、費用支付之轉帳、透過諮詢服務協助保險醫事服務機構建立符合要求的財務報表制度、扮演保險醫事服務機構與主管機關的資訊與協調中心、實地查核保險醫事服務機構財務報表、以及其他任何為履行上述任務所必要的功能²²。

這些受委託處理 Medicare 保險營運的機構，Medicare 相關法律以「中介單位(intermediaries)」稱之。中介單位通常是當地的民間非營利保險人「藍十字 / 藍盾保險組織(以下簡稱 Blue Cross/ Blue Shield plans)。其緣起可以溯及至 1965 年建立 Medicare 當時，由於民間非營利保險人 Blue Cross & Blue Shield 已經有處理投保、理賠

¹⁹ 相關說明參見 THEODORE MARMOR, *THE POLITICS OF MEDICARE* (1973)

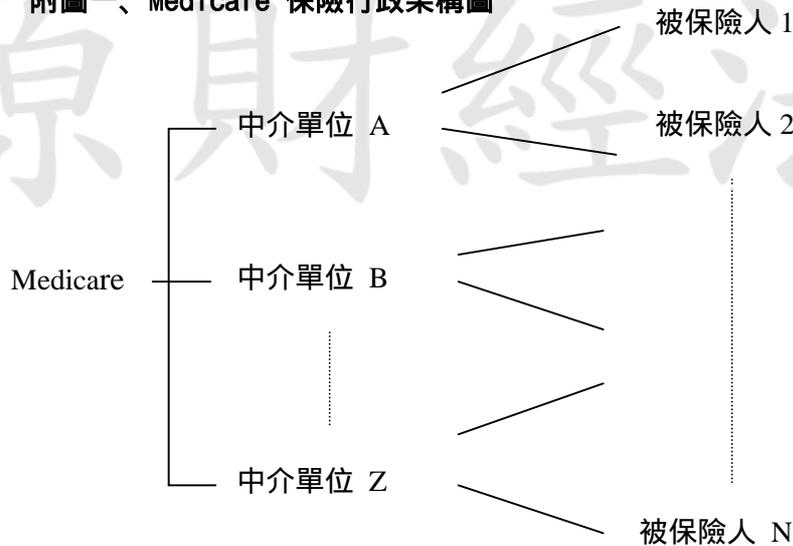
²⁰ See e.g. Sylvia Law & Barry Ensminger, *Negotiating Physician's Fees: Individual Patients or Society? (A Case Study in Federalism)*, 61 N.Y.U.L. REV. 1, 12 (1986).

²¹ 42 U.S.C. 1395h (2000).

²² 42 U.S.C. 1395h(a)(2000).

的專業能力，加上醫院普遍已經與 Blue Cross & Blue Shield 等保險人建立良好的合作關係，為了減少當時保險公司與醫療院所對於政府介入醫療產業的政治阻力，Medicare 遂直接委託這些民間保險人負責保險行政，處理投保、理賠事務。在這樣的架構下，給付範圍及投保資格仍由政府訂定，但保險業務之行政則交由民間已經成立的保險公司負責（如附圖一）。這樣的保險行政架構下，在過去並未對被保險人權益造成任何不利的影響，但當 Medicare 引進「健康維護組織」成為保險人之中介單位時，卻嚴重衝擊被保險人之權益，主要的原因在於，健康維護組織的擲節支出的組織誘因，可能不當地減少被保險人依法有權受領之保險給付。以下首先說明健康維護組織之意義，再分析其對被保險人權益之影響。

附圖一、Medicare 保險行政架構圖



一、「健康維護組織」之意義及發展背景

Medicare 於一九六五年成立之際，國會在有關費用支付的標準上，給予醫院及中介單位幾近完全的裁量。當時醫界普遍反對政府干預醫療產業的自主性，政府為了化解成立 Medicare 在政治上的阻力，顧不得考慮費用支付標準等細節²³。因此拘束保險醫事服務機構請求保險人核付費用的唯一標準，是這些費用的支出，必須係「合理(reasonable)」且「必要(necessary)」²⁴的醫療服務。

然而，Medicare 開辦以來，費用逐級上昇，卻成為主管機關與國會共同的隱憂。例如，在 Medicare 實施以前，從一九五一年至一九六一年，醫院二等病房的費用每年漲幅約 6.6%，自一九六一年到一九六五年，每年漲幅約 5.8%，但自 Medicare 於一九六五年開辦以後，一九六五年至一九七一年每年漲幅卻達 13.9% 之多²⁵。論者將此種現象歸咎於 Medicare 寬鬆的支付標準²⁶。

一九七二年國會曾修法授權主管機關可以設定核付各類保險醫事服務機構醫療費用之上限，或設定核付特定醫療服務費用之上限²⁷。該法規定主管機關得根據保險醫事服務機構的規模、病患類型、服務項目、地點及形式，將保險醫事服務機構予以分類，預先通知各類醫事服務機構一定期間核付費用之上限。不過，由於主管機關

²³ See Eleanor Kinney, *The Medicare Appeals System for Coverage and Payment Disputes: Achieving Fairness in a Time of Constraint*, 1 ADM. L.J. 1 (1987).

²⁴ Social Security Act, s.1815, 42 U.S.C. s1395, see also *id.*

²⁵ David Frankford, *The Complexity of Medicare's Hospital Reimbursement System: Paradoxes of Averaging*, 78 IOWA L. REV. 517, 541 (1993).

²⁶ *Id.*

²⁷ Social Security Amendments of 1972, Pub. L. No. 92-603, 86 Stat. 1329 (1972)..

缺乏足夠的專業去區分各種保險醫事服務機構與服務，因此所訂定之上限十分寬鬆與粗糙，也未能發揮預期效益²⁸。

一九六七年 Medicare 的醫療費用支出僅有 46 億美元，但到一九八五年 Medicare 開辦二十年以後，醫療費用已經增為 629 億美元了²⁹。其中，又以佔總費用 70% 的住院費用增加最為嚴重：自一九六七年至一九八三年以來，住院給付的費用每年以 17.2% 的幅度成長³⁰。相對地，護理機構 (skilled nursing facilities services) 給付費用成長的幅度僅有 2.8%³¹。這使得國會不得不針對 Medicare 進行徹底的改革³²。

國會改革 Medicare 的努力之一，即是通過 Medicare+Choice 方案 (Part C)，引進「健康維護組織 (HMO)」擔任中介單位³³。一九八二年，國會開始正式授權 Medicare 主管機關與 HMO 簽約使之成為

²⁸ Frandford, *supra* note 26, at 543.

²⁹ See Gornik, Greenberg, Egger & Dobson, *Twenty years of Medicaid and Medicare*, HEALTH CARE FIN. REV. 13, 43 (1985).

³⁰ *Id.*

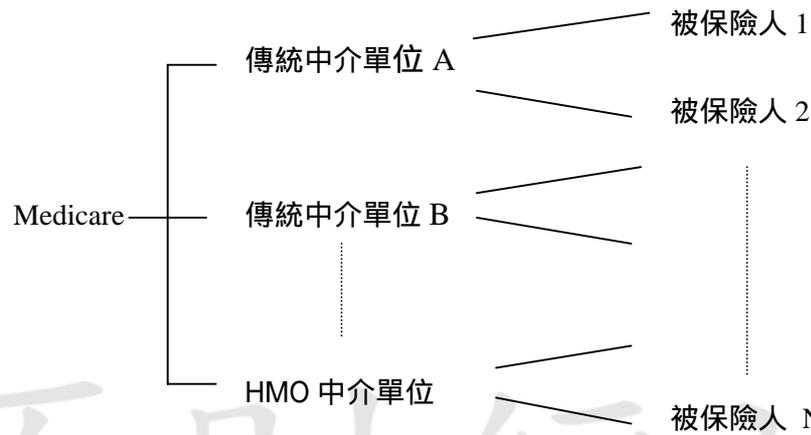
³¹ *Id.*

³² 除了本文所提及的引進健康維護組織擔任中介單位以外，還包括在住院保險部份，採用前瞻式付費制度 (Prospective payment system) 及診斷關係群 (Diagnostic Related Group) 參見 42 U.S.C. 1395b-5 (2000).

³³ 事實上國會早在一九七三年，即鼓勵商業健康保險採用 HMO 制度。Federal HMO Act of 1973, Pub. L. No. 93-222, 87 Stat. 914 (codified as amended at 42 U.S.C. 300e to 300e-1 (1994)) 美國聯邦政府也早就在 Medicare 實驗性地引進 HMO，但正式開始核准 HMO 成為 Medicare 中介單位，始於國會一九八二年通過的 Tax Equality and Fiscal Responsibility Act (TEFRA), Pub. L. No. 97-248, 96 Stat 341 (1982)。該法授權 Medicare 核准合格的 HMO 所擔任中介單位。

Medicare 中介單位³⁴。只要合乎法定資格³⁵，商業的 HMO 保險人亦可以與 HHS 締結特約，成為 Medicare 中介單位。

附圖二、Medicare HMO 保險行政架構圖



³⁴ Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982, Pub. L. No.97-248, section 114, 96 Stat. 324, 341 (1982)(codified as amended in 42 U.S.C. 1395l, 1395mm (1994) see also John K. Iglehart, *Medicare Turns to HMOs*, 312 NEW ENG. J. MED. 132, 133 (1995)

³⁵ Tax Equality and Fiscal Responsibility Act of 1982 規定欲成為Medicare中介單位的HMO至少必須有5000個被保險人、其中至少75%的被保險人有參加Medicare、所提供的保險給付必須包含Medicare法定給付範圍以及其他緊急情況必要的服務、必須具備足夠的營運經驗以及行政效能、每年三十日開放Medicare被保險人可以辦理參加該HMO、以書面對被保險人解釋救濟途徑等等。參見Susan Stayn, Note, *Securing Access to Care in Health Maintenance Organizatons: Toward A Uniform Model of Grievance and Appeal Procedure*, 94 COLUM. L. REV. 1674, 1684 (1994)的介紹。

相較於傳統論量計酬的中介單位，HMO 採用論人計酬的支付制度，有助提高 HMO 與其特約醫事服務機構控制成本的誘因。根據國會的立法，HMO 每月可以根據透過其受領 Medicare 給付的被保險人數³⁶，預先由 Medicare 獲得一定的金額，相對地，這些特約的 HMO 至少必須提供被保險人所有 Medicare 給付範圍的醫療服務或甚至提供比法定給付範圍更優厚的給付。由於 HMO 論人計酬的計費方式，必須自行承擔被保險人比平均人更不健康的風險，因此理論上 HMO 比傳統之保險人更樂於提供各種健康檢查等預防醫療，使被保險人維持健康狀態，以防患於未然，避免將來較大的醫療費用支出，這是 HMO 為何稱為「健康維護組織」的原因。

實務上，HMO 所提供的給付範圍也多半比一般中介單位優厚。

³⁶ 事實上 Medicare HMO 與 HHS 間的委託類型可以分為兩種：一種是『風險承擔特約(risk-sharing contract)類型』，以此種類型與 HHS 簽訂特約之 HMO 以論人計酬之方式，每月預先向 HHS 收取固定費用，自行吸收超額之醫療費用支出。由於此種 HMO 無異必須承擔被保險人比 Medicare 平均被保險人不健康的風險，因此稱為『風險承擔特約類型』，參見 42 U.S.C.1395mm(g)(2001)。第二種 Medicare HMO 稱為『合理報酬特約"reasonable cost reimbursement contract"類型』，此種 HMO 與傳統論量計酬制一樣，HHS 也是事後核付 HMO 所申報的合理醫療費用，但於每個特約年度終結時 HHS 可以回溯地調整當年度支付醫療費用之額度，以確保過去所核付之醫療費用，確僅限於合理必要之範圍內，參見 42 U.S.C.1395mm(h)(2001)。惟國會規定，HHS 於一九九七年度開始不得再與 HMO 簽訂此種類型之特約，其他過去簽定此種特約類型之 HMO，於二〇〇二年以後，亦不得續約，因此此種類型之 HMO 將逐漸消失，42 U.S.C.1395mm(h)(5)(2001)。為了便於討論起見，本文以下僅討論風險承擔類型之 HMO，亦即採論人計酬之 HMO。

為了鼓勵被保險人參加 Medicare 特約之 HMO，HHS 每月預先支付給 HMO 的費用，通常均高於 HMO 以商業保險提供同等給付範圍所需之成本，HHS 要求 HMO 就此差額，必須對被保險人提供額外的醫療服務或以降低被保險人部份負擔等方式，與被保險人共享，因此幾乎所有的 Medicare HMO 均提供比 Medicare 法定給付範圍更優厚的給付範圍，而為了與同一地區其他 Medicare HMO 競爭，Medicare HMO 也會願意壓低利潤提供較好的服務³⁷，這也是 Medicare 被保險人可能自願選擇參加 Medicare HMO 的原因³⁸。相對地，除非預計接受的被保險人額滿，Medicare HMO 不得因為被保險人的健康情形、病歷、基因資訊等因素拒絕被保險人加入³⁹。

不過，HMO 的制度設計也使得它比一般的中介單位更能控制成本。HMO 與傳統的中介單位最大的不同有二：首先，參加 HMO 的 Medicare 被保險人對於保險醫事服務機構的選擇權受到 HMO 的嚴格限制。為了嚴格控制成本，HMO 往往自行設立與管理保險醫事服務機構，或僅與少數保險醫事服務機構簽訂特約，以確保醫事服務機

³⁷ 例如，98%的 Medicare HMO均提供額外的眼科醫療服務、95%的HMO均提供例行的健康檢查、84%的HMO則給付部份的藥物費用。參見House of Representatives, Ways and Means Committee, subcommittee for Social Security, 2000 GREEN BOOK, 1209 (2000).

³⁸ 為了保障被保險人的權益，並且促進Medicare HMO的服務品質，即使是選擇參加Medicare HMO之後，HHS保障被保險人有權退出HMO，改參加傳統論量計酬制的保險人。

³⁹ 為了彌補HMO承擔的風險，Medicare 有風險調整的設計，會根據HMO所在的地理位置、被保險人的年齡、性別、職業及健康狀況等因素，補償承擔高風險的HMO。

構不至於浮濫使用醫療資源。

其次，有鑑於傳統論量計酬的費用支付制度，可能誘使特約醫事服務機構提供較多的服務，以便向 Blue Cross 等 HHS 中介單位申請較多的醫療費用，而 Blue Cross 等中介單位也沒有誘因要拘束特約醫事服務機構節制成本，HMO 的另一個特色是，為了確保被保險人所需之醫療服務，僅限於法定的『合理且必要』，HMO 大量運用各種方式，拘束醫師在提供醫療服務時，必須嚴格控制成本。這些方式包括⁴⁰：

(一)、保留醫師一部份薪資作為年終獎勵控制醫療服務之獎金。

(二)、強化對醫療費用支出之管理：例如事前審查、其他醫師之確認 (second opinion)、高成本病人之個案管理 (case management)。

(三)、針對特定醫療服務增設程序要件：例如採用家庭醫師 (primary care physicians) 『轉診』制度或 『事前審查』等制度設計，嚴格監督與控制醫師提供給被保險人的醫療服務。

職是，透過組織及內部規則之安排，HMO 比傳統保險人更能夠抑制醫師濫用醫療資源，因此 HMO 也比一般保險人更能夠有效約束醫療費用的支出。

上述的說明主要係以HMO為例。但Medicare 後來也容許其他類似HMO之保險人成為中介單位。國會於一九九七年為了鼓勵更多被

⁴⁰ See e.g. David Mechanic & Mark Schlesinger, *The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and their Physicians*, 275 JAMA 1693, 1694 (1996).

保險人選擇HMO作為受領給付的中介單位，修法使得其他以管理成本為特色的組織，也能夠比照HMO組織成為Medicare中介組織。這些其他組織包括由醫事服務機構共同設立與管理的「醫事服務機構贊助保險人 (Provider - Sponsored Organization, 簡稱PSO)」、特約醫事服務機構協議以論量計酬的優惠價格為保險人提供醫療服務的「優先醫事服務機構組織 (Preferred Provider Organization, 簡稱PPO)」。另一種方案也容許Medicare被保險人選擇一般商業健康保險，由Medicare以論人計酬方式每月固定支付一定金額給這些保險人，這些保險人再以論量計酬的方式，支付醫療費用給特約醫事服務機構，由保險人承擔被保險人不健康的財務風險⁴¹。這些林林總總的類型，均是保險人及醫事服務機構透過組織上的整合或特約等不同程度的結合，以論人計酬支付制度的方式，控制醫療服務與成本，國會均以 Medicare+Choice組織稱之⁴²，但有鑑於「健康維護組織 (HMO)」用語普遍為一般人所接受，本文用Medicare HMO泛指 Medicare+Choice 組織。

截至一九九三年美國 Medicare 共有二百一十萬名被保險人選擇加入 HMO 組織，約佔所有 Medicare 被保險人人口 6%。一九九七年，美國國會的 Balance Budget Act 增加前述誘因，鼓勵 Medicare 被保險人自願加入 HMO⁴³，透過 HMO 參加 Medicare 的被保險人達五百萬

⁴¹ 參見前揭註37 有關不同類型的HMO的說明。

⁴² 參見1395w-22(a)(2001)。

⁴³ Balanced Budget Act of 1997, Pub. L. No. 105-33, 1851, 111 Stat. 251, (該法建立Medicare+Choice Plan, 使HMO正式成為Medicare下獨立的一個方案, 並

人，約為 Medicare 被保險人的 14%⁴⁴。二 0 0 0 年 Medicare 被保險人選擇加入 HMO 人數達六百萬人，已佔總被保險人口 16%，國會估計至二 0 一 0 年時，選擇 HMO 的被保險人將佔 Medicare 總被保險人口的 31%⁴⁵。

二、HMO 制度對醫病關係所產生的衝擊

雖然 HMO 論人計酬的制度設計，有助於抑制醫療費用的上漲，但是由於保險人有誘因要儘量減少醫療服務以增加利潤，因此 HMO 論人計酬的制度，亦可能危及被保險人依法受領保險給付的權利，以及醫病關係所立基的信賴基礎。

這涉及醫病關係之特色與 HMO 著重節制成本的特性，在此有必要進一步說明。研究醫病關係的學者認為病人對醫師之「信任」包括三個要素⁴⁶：

- (一)、能力(competence)：信任醫師可以有效地善盡其職責。
- (二)、主控權(control)：信任醫師在履行其對病人的責任時，不會不當地受到他人的影響。
- (三)、善良管理人責任(agency)：信任醫師會將維護病患的權益視為其優先責任。

且擴大可以成為中介單位的HMO組織類型，試辦醫療儲蓄帳戶方案，以提高被保險人參與HMO的誘因。)

⁴⁴ House of Representatives, Ways and Means Committee, Subcommittee on Social Security, 2000 GREEN BOOK 1180 (2000)

⁴⁵ House of Representatives, Ways and Means Committee, Subcommittee on Social Security, 2000 GREEN BOOK 174 (2000).

⁴⁶ Mechanic & Schlesinger *supra* note 41.

這種信任也表現在社會賦予醫療專業的正當性。根據醫療社會學大師 Paul Friedson 與 Paul Starr 的觀察，醫病關係信任的基礎在於醫療專業所具備的下列三個特徵⁴⁷：

(一)、利他性：社會期待醫療專業人員確保病人之福祉，不得損及病患之權益。此部份之規範可以醫師倫理之「希波克拉底」誓言為代表。該誓言包含：『... 我一定用我的能力及判斷力量來醫治和扶助病人，而永遠不用來損害他們⁴⁸。』

(二)、提升專業知識的動力：社會期待醫療專業人員不但必須能夠掌握其專業知識，並且要求其執業時必須持續掌握該專業知識的最新發展。新修訂醫師法有關醫師的養成教育、專科醫師制度、醫師證照的核發程序以及醫師執業後之繼續教育，均在確保這一點⁴⁹。

(三)、同儕監督：由於醫療專業的特性，醫師是否善盡其責，僅有同為醫師的其他人能夠監督。因此病患的權益也有賴醫師本身的同儕來確保。新修訂醫師法規定，醫師有業務上重大過失或重複發生過失、利用業務機會之犯罪行為，經判刑確定、非屬醫療必要之過度用藥或治療行為、執行業務違背醫學倫理等行為，得由醫師

⁴⁷ PAUL STARR, THE TRANSFORMATION OF AMERICAN MEDICINE (1982); PAUL FRIEDSON, PROFESSION OF MEDICINE: A STUDY OF THE SOCIOLOGY OF APPLIED KNOWLEDGE (1970).

⁴⁸ 中譯參見黃丁全，《醫事法》，頁23，元照出版，台北（2000）。

⁴⁹ 參見民國九十年十二月二十一日新修訂之醫師法第1-4條、第7條、第7條之1、第8條。

公會或主管機關移付醫師懲戒委員會懲戒⁵⁰。

綜言之，由於醫師受到上述法律、專業倫理、以及同儕制衡的拘束，必須以自己的專業知識確保病患之權益，因此病患信賴其專業，而一旦發生紛爭時，相較於其他行為，政府也容許其享有較高的自主性 – 僅對專業標準負責。論者甚至認為，病患對於醫師的信賴，有助於提高醫療之成本效益，因為信賴不但可以降低病患搜尋與比較的成本，又可以提高病患坦白告知醫師有助於判斷病情的私密資訊，以及對於醫囑的配合度⁵¹。

然而，醫病關係間的信賴，在HMO保險人卻面臨面臨嚴重的考驗。在傳統論量計酬的支付制度下，醫師對於提供何種醫療服務，具有較完整的自主性，病人求診時，醫師根據臨床判斷決定病人應受領之醫療給付，事後再向保險人請求核付支出之醫療費用。然而這種支付制度的模式，也造就了美國醫療費用的節節高昇：由於醫師沒有節制成本的誘因，對於保險人予取予求，導致保險人支出龐大的醫療費用。

如前所述，為了節制醫療費用的支出，HMO透過組織整合、對於醫療服務事前事後的嚴密審查、以及醫師的績效獎金，積極遏止被保險人受領不符合醫療上『合理且必要』的醫療服務。但是這些事前審查的規定一方面可能限制了醫師的專業自主性，也可能使得病患無法獲得其原本依法應該享有的保險給付，而不必要地忍受較

⁵⁰ 參見民國九十年十二月二十一日新修訂之醫師法第25條、第25條之1、第25條之2。

⁵¹ Mechanic & Schlesinger, *supra* note 41, at 1694.

少、或較差的醫療服務。尤有甚者，HMO對於醫師的報酬制度，更可能侵蝕病患對醫師診斷的信賴：倘若病患知道醫師越能夠有效控制成本，所得到的年終獎金越高，病患心裡將常常懷疑，究竟醫師這次的處方，是否反映了自己依法原本就應該享有的醫療給付？還是醫師為了爭取優厚年終獎金摺節支出後的決定⁵²？

上述的疑慮，以醫師向HMO申請提供某項醫療服務之事前審查遭拒，沒有告知病人前開不利之決定，逕行採用其他替代醫療服務，最為嚴重。由於醫師與中介單位沒有誘因要告知被保險人其可能原本可以請求給付之醫療服務，病人也誤以為所獲得的醫療服務，即是醫師所推薦的服務，也無從尋求救濟。

誠然，由於病人沒有足夠的專業知識檢證醫師的診斷是否符合專業，被保險人就算知情，也無從挑戰醫師是否違反其專業職責，但社會保險之被保險人依法所應得的保險給付，是否受到憲法第十四增修條文「正當法律程序 (right to due process)」之保障？可否要求政府作成不利之處分前，給予陳述意見之機會，以稍稍平衡病人在HMO前開制度結構下的弱勢處境？

一九九六年聯邦地方法院在 *Grijalva v. Shalala*⁵³一案，企圖回答上述的問題。該案原告之一 *Grijalva* 是一名七十二歲的老太太，由於糖尿病而需要進入安養院接受照顧。她所加入的 HMO 拒絕核付原告接受安養的醫療費用，但 HMO 既沒有提供不利處分之書面，也

⁵² 美國醫師公會的倫理守則要求醫師必須告知病患其薪水來自HMO。論者認為，這樣作固然誠實，但只會讓病人更難以信賴其診斷。 *Id.*

⁵³ *Grijalva v. Shalala*, 946 F. Supp. 747 (D. Ariz. 1996), *aff'd*, 152 F.3d 1115 (1998), *vacated*, 119 S.Ct. 1573 (1999).

沒有告知原告可以尋求救濟的途徑，致使原告無法享受其原本依法有權獲得的醫療給付。原告以 HCFA 未曾執行 Medicare 要求所有特約 HMO 保險人均應提供救濟途徑的法律規定，控告 HHS 首長 Shalala 就 HMO 不履行法定義務，未善盡監督之責。該案後來發展成為一個集體訴訟，原告包含起訴之前三年內，全美國所有加入 Medicare HMO 之被保險人⁵⁴。說明如下。

三、Grijalava v. Shalala 判決對於 Medicare HMO 被保險人權益之界定

審理 Grijalava v. Shalala 一案之聯邦地方法院認為，Medicare HMO 之行為視同國家行為 (state action)，因此必須受到憲法第十四修正條款『正當法律程序原則 (right to due process)』之拘束。被告主張 HMO 保險人為私人，因此其行為不受憲法之拘束。然而聯邦地方法院引用 J.K. v. Dillenberg⁵⁵ 及 Catanzano v. Dowling⁵⁶ 兩個案例，認定基於以下理由，HMO 雖然為私人，但其有關年老國民健康保險之行政，為『國家行為』：(1) HMO 核付給保險醫事服務機構之醫療費用係由政府負擔、(2) HMO 提供人民社會安全給付行政時 -- 特別私人有關給付範圍之決定 -- 受到政府相關法令之拘束、(3) 主管機關所訂定之相關法令，具有拘束 HMO 之法律效力、(4) 原告主張違憲的系爭規定，係由主管機關所訂定、(5) 倘若 Medicare HMO 之被保險

⁵⁴ 當時 Medicare 特約之 HMO 仍有合理報酬制度之 HMO 以及風險本位之 HMO，此一訴訟僅針對風險分擔之 HMO。兩種 HMO 之說明及發展，參見前揭註 37 之說明。

⁵⁵ 836 F.Supp. 694 (Ariz. 1993)

⁵⁶ 60 F.3d 113 (2nd Cir. 1995).

人不服HMO之決定時，得向主管機關尋求救濟，主管機關得撤銷HMO原來之決定，另為適法之決定。據此，聯邦地方法院認為，Medicare HMO對於被保險人所提供之程序保障，必須受到憲法『正當法律程序原則』之拘束⁵⁷。

其次，針對被保險人前述的困境，聯邦地方法院也認為Medicare HMO所提供之各種救濟途徑，並不足以保障被保險人之權益，有違憲法上之程序保障原則。根據社會安全法的規定，HMO依法原本即必須提供Medicare被保險人「有意義的(meaningful)」聽證程序以及申訴管道⁵⁸：被保險人倘若『相信其有權以較低的費用獲得醫療核付，而不服拒絕核付之決定⁵⁹』，HMO 必須為被保險人提供複審(reconsideration)之救濟途徑，否則HCFA有權終止該HMO承辦Medicare 的契約，或課予違約金⁶⁰。至於HMO被保險人應提供之救濟途徑，根據主管機關當時之行政命令，其與傳統論量計酬的保險人所應提供者，並無不同：倘若Medicare被保險人認為(1) 其沒有享受到「依法應該」享有的醫療服務，(2) 或認為所負擔的部份負擔等費用太高，HMO有義務通知其不利之決定，並且提供被保險人陳述意見之機會，倘若標的金額大於100美元，被保險人可以向主管機關

⁵⁷ 946 F. Supp. 747, 11-12 (1996).

⁵⁸ 42 USC 1395 mm (c) (5)(A)(1994).

⁵⁹ 原文為『dissatisfied because they do not receive health care services to which they believe they are entitled, at no greater cost than they believe they are required to pay.』參見42 CFR 417.600(a)(2)(ii) (1999).

⁶⁰ 參見42 USC 1395mm(i) (6)(B)(1994).

提起行政救濟，倘若金額大於1000美元，被保險人可以向法院尋求司法救濟⁶¹。

不過，聯邦地方法院認定，傳統論量計酬中介單位所提供的救濟途徑，並不能有效保障Medicare HMO被保險人的權益。Grijalva 一案原告所提出的證據檢視了 570個Medicare HMO所作的行政處分，其中52%字體小於12號（point），對於以老年人為主的被保險人而言不易閱讀，74%不利行政處分所附之理由均十分概括且模稜兩可。同時，在法院審查的十件通知中，有八件通知沒有告知被保險人其可以另行提出有利於己之證據，法院也發現該通知並沒有通知被保險人他們在上訴時，可以向其主治醫師尋求協助，以獲得專業的發言人，或者潛在的有利證據，以支持自己的立場⁶²。

據此，聯邦地方法院認定，Medicare HMO提供給被保險人的救濟途徑，所需時間過長，抑且許多Medicare HMO根本沒有通知被保險人其不利之行政處分，這更加拖延了被保險人獲得救濟的時間，對於許多低收入被保險人的健康與生命，可能造成重大負面影響，有違憲法保障Medicare HMO被保險人程序保障之意旨⁶³。聯邦地方法院甚至抨擊這些承辦 Medicare的HMO蓄意隱瞞被保險人其可以請求救濟的權利⁶⁴。

⁶¹ 參見42 C.F.R. 417.600, 606(a), 630, 636 (1996).

⁶² Grijalva v. Shalala 946 F. Supp., 758 (1998).法院認為這違反42 CFR 417.618的規定，該條要求HMO可以允許被保險人上訴時提出對己有利的證據。

⁶³ *Id.*, at 759.

⁶⁴ Grijalva v. Shalala 946 F. Supp. At 758.

上訴法院維持地方法院之判決認為，倘若HMO拒絕核付醫療服務，許多年老、患病且低收入的被保險人，很難另覓其他服務；但若冀望其對HMO之決定提起上訴，在HMO沒有說明拒絕的具體原因以及上訴的方法時，尋求救濟又面臨重重的阻礙⁶⁵。

Medicare 主管機關HHS不服前開判決，向聯邦最高法院提出上訴。不過，早在上訴法院作成判決以前，國會即從善如流，修法強化Medicare HMO被保險人之程序保障，HHS也據此通過新的行政命令。因此，雙方當事人雖然上訴至聯邦最高法院，聯邦最高法院受理後，卻以短短兩行的判決文，撤銷了下級法院的判決，發回更審，要求法院根據另一新作成之判決American Manufacturers Mutual Insurance Co. v. Sullivan⁶⁶以及一九九七年國會新通過的相關立法⁶⁷進行更審⁶⁸。

聯邦最高法院在前述簡短的兩行判決，並沒有對本案之實質內容進行任何討論，因此很難論斷聯邦最高法院究竟是否認同下級法院的判決，認為HMO之行為屬於國家行為，必須受到憲法第十四增修條文正當法律程序原則之拘束。

但論者認為，倘若聯邦地方法院根據 American Manufacturers Mutual Insurance Co. 與修訂後之相關法規重新審理，可能仍會判決

⁶⁵ Grijalva v. Shalala, 152 F.3d 1115, 1121 (9th Cir. 1998), *vacated*, 119 S. Ct. 1573 (1999).

⁶⁶ 526 U.S. 40 (1999), 119 S.Ct. 977, 982 (1999).

⁶⁷ Section 4001 & Section 4002 of the Balanced Budget Act of 1997, Pub. L. No.105-33, 111 Stat. 275-330 以及HHS相關行政命令。

⁶⁸ Grijalva v. Shalala, 119 S.Ct. 1573 (1999).

HMO保險人侵害被保險人之權利⁶⁹。American Manufacturers Mutual Insurance Co.案事實涉及賓州勞工職業災害補償制度，係委託民間保險人辦理⁷⁰。相關法規容許民間保險人在補償以前，得委託醫療服務審查委員會於三十日內復查勞工申請核付的醫療費用，是否符合『合理且必要』的補償要件，而復查通過之前，民間保險人得暫時凍結補償，不予給付。原告主張民間保險人所為之決定，係國家行為(state action)，因此凍結補償之不利決定，侵害憲法第十四修正條款所保障原告應有之正當法律程序，原告據此主張保險人凍結給付之前，應該通知原告此一凍結給付之不利決定，並且就凍結給付此一決定，給予被保險人請求聽證之權利⁷¹。

聯邦最高法院在American Manufacturers Mutual Insurance Co.一案認定承辦賓州勞工職業災害補償之民間保險人，其行為並非受到美國憲法拘束之「國家行為 (state action)」；同時，被保險人給付

⁶⁹ Kenneth Pippin, Note, *Increasing Consumer Power in the Grievance and Appeal Process for Medicare HMO Enrollees*, 33 U. MICH. J. L. REF. 133, 150-51 (1999/2000). See also Christopher Gegwich, Note, *Medicare Managed Care: A New Constitutional Right to Due Process for Denials of Care Under Grijalva v. Shalala*, 28 HOFSTRA L. REV. 185, 222 (1999).

⁷⁰ 過去勞工受到職業災害，僅能向雇主主張侵權行為損害賠償之責任，但受限於訴訟之費用與舉證之困難，勞工之損害往往難以獲得填補。一九一五年賓州勞工職業災害法通過，強制所有雇主均需投保職業災害保險，因此勞工發生職業災害支付醫療費用時，雇主縱無過失，雇主或其保險人在收到費用帳單三十日內均須核付醫療費用。參見Pennsylvania's Workers' Compensation Act, 77 Pa. Stat. Ann., 531(1)(i)(5) (2001).

⁷¹ 526 U.S. 40, 48 (1999).

不被凍結之利益，並不構成憲法第十四修正條款所保障之財產權，因此賓州相關法律也沒有違憲⁷²。就此一私人行為是夠構成『國家行為』之爭點，聯邦最高法院在該案引判決先例認為，政府單純地『容許』或『默許』私人為特定行為，並不使得該私人之行為構成『國家行為』⁷³，而由於勞工職業災害法僅僅容許保險人『得』委託醫療服務委員會進行審查，因此尚不構成『國家行為』⁷⁴。就系爭利益是否構成『憲法第十四修正條款所保障財產權』之爭點，聯邦最高法院認為，由於勞工職業災害法僅保障被保險人『合理且必要』之醫療費用，而非『任何』醫療費用，因此在保險人尚未認定該醫療費用符合『合理且必要』以前，被保險人對於該補償之利益，並不構成『憲法第十四修正條款所保障財產權』⁷⁵。

不過，論者認為，Grijalva v. Shalala 一案與 American Manufacturers Mutual Insurance Co. 一案卻有不同之處。論者指出，過去聯邦最高法院判決先例要求人民主張憲法第十四增修條文所保障之程序保障，僅限於人民之有法定之權利或利益受到侵害，這包括社會安全給付以及低收入社會救助。由於法律保障人民年滿六十五

⁷² *Id.*, at 44.

⁷³ 參見 Blum v. Yaretsky, 457 U.S. 991, 1002 (1982)(該案涉及與政府低收入國民健康保險 (Medicaid) 有特約關係之安養院，決定為被保險人辦理出院或轉院至醫療服務層級較低的機構，聯邦最高法院認為安養院此一決定，並不構成憲法第十四修正條款所拘束的『國家行為』。)

⁷⁴ American Manufacturers Mutual Insurance Co. v. Sullivan, 526 U.S. 40, 50-54 (1999).

⁷⁵ *Id.*, at 58-62.

歲即可享有 Medicare 給付的權益，這些權益不應該因為被保險人究竟係透過HMO或其他傳統的中介單位而有不同，均應符合憲法所保障之法定權益⁷⁶。

其次，就HMO保險人所為之決定是否構成『國家行為』的認定而言，論者認為，不管Medicare被保險人是透過HMO或其他傳統的中介單位受領保險給付，聯邦政府均為最終的給付義務人，此與 American Manufacturers Mutual Insurance Co. 一案由民間保險人承擔醫療費用給付義務不同，因此Grijalva v. Shalala 一案中HMO保險人所為之決定，應該被評價為國家行為而受到憲法基本權的拘束⁷⁷。

其次，Grijalva v. Shalala 與 American Manufacturers Mutual Insurance Co. 兩案保險人系爭決定之性質亦不相同：前者涉及被保險人就特定之醫療服務所墊付之費用，是否能夠獲得核付，攸關被保險人是否可以受領保險給付之權益。後者涉及保險人作成複審決定以前，可否繼續凍結補償，性質上僅涉及行政救濟程序中可否停止執行原處分之決定⁷⁸。

筆者在另一篇文章曾經檢討美國聯邦最高法院對於社會安全給付之判決⁷⁹，說明美國聯邦最高法院對於「社會安全」給付之憲法定位，雖然一開始執著於釐清社會安全之給付，究竟是否屬於憲法所保障之財產權，但由於隨著不同個案的事實，一直無法形成一致的

⁷⁶ Pippin, *supra* note 70, at 150.

⁷⁷ *Id.*, at 150-151, see also Gegwich, *supra* note, at 222

⁷⁸ Gegwich, *id.*, at 222.

⁷⁹ 雷文玫，全民健保合憲性之探討-- 從美國社會安全法制合憲性基礎看我國大法官釋字四七二號解釋，政大法學評論，第六十三期，頁105-128(2000)。

結論。因此，聯邦最高法院嗣後審理有關「社會安全」給付時，遂將討論的焦點，轉向功能導向的探討，關切人民此種受領社會安全之給付，究竟可以得到憲法何種程度之程序保障⁸⁰。而有關社會安全給付究竟受到何種憲法上之程序保障，美國聯邦最高法院嗣後在 *Matthews v. Eldridge* 一案，又確立了以 (1) 人民之權益，因政府之決定，可能受到之影響及其嚴重性；(2) 政府可能作成錯誤決定的機率大小，以及防範決策錯誤額外所需付出之成本；(3) 衡量政府之利益，包括減少程序可以避免之金錢及行政成本，以及提供額外程序所能達到之利益⁸¹，作為認定標準。

筆者認為，Medicare 屬於聯邦社會安全法定之給付，受到憲法上之保障，殆無疑義。因此，被保險人不應該因為聯邦政府委託民間保險人辦理保險業務，即不受到憲法上之程序保障，否則有公法遁入私法之嫌。美國聯邦最高法院雖然沒有釐清 Medicare HMO 之行為，究竟是否構成受到基本權拘束之「國家行為」，但從聯邦最高法院前開過去對於社會安全給付判決的立場，著重在程序保障程度之利益權衡，亦應作如是觀。

聯邦最高法院於一九九九年將 *Grijalva v. Shalala* 一案發回下級法院以後⁸²，聯邦上訴法院於同年九月，亦以同樣簡約的文字，撤銷原判決，發回聯邦地方法院更審⁸³。該案之原告與HHS於二〇〇〇年八月九日在聯邦地方法院達成和解：HHS同意強化對於Medicare

⁸⁰ *Goldberg v. Kelly* 397 U.S. 254, 264-65 (1970).

⁸¹ 424 U.S. 319 (1976).

⁸² *Grijalva v. Shalala*, 119 S.Ct. 1573 (1999)

⁸³ *Grijalva v. Shalala*, 185 F.3d 1075 (9th Cir. 1999).

HMO之管制，要求Medicare HMO於終止被保險人之給付四日以前，必須提供書面通知，此一書面通知並且必須依照HHS所訂定之範本，倘若被保險人對此決定不服，該協議明定，HHS應該提供一個快速的救濟程序，由一個獨立的審查組織審查HMO組織之原決定，對於違反前開規定之HMO，HHS得處以罰鍰⁸⁴。

除了前述的 *Grijalva v. Shalala* 一案以外，一九九〇年代以來，HMO 擔任商業健康保險的保險人的許多政策，也均引起了許多被保險人的訴訟紛爭⁸⁵。雖然 *Grijalva v. Shalala* 最終以和解收場，但HMO被保險人在該案第一審的勝訴判決，已成功地引起了國會與HHS對於被保險人程序保障的重視，進而於一九九七年修訂相關立法；而被保險人第二審的勝訴判決，也使得美國學界持續關注Medicare HMO被保險人之程序保障，以下首先介紹國會與HHS一九九七年相關立法改革，再從學理進一步分析其利弊得失，以及其對我國全民健保之啟示。

參、美國Medicare HMO對於我國全民健康保險之啟示

一、美國一九九七年對Medicare HMO之立法改革

為了因應 Medicare HMO 所引發的紛爭，也為了繼續鼓勵被保險人加入 HMO，美國聯邦國會與 Medicare 主管機關於一九九七年陸續

⁸⁴ Settlement Agreement *Grijalva, et.al. v. Shalala*, CIV 93-711 ACM (D. Ariz) (8/9/2000) (<http://www.medicare.gov/grijalva/english.pdf> (2001/1/2 visited)).

⁸⁵ See e.g. *Boyd v. Albert Einstein Medical Center*, Superior Court of Penn, 1988, 547 A.2d 1229 (1988); *Dukes v. U.S. Healthcare, Inc.*, 57 F.3d 350 (1995)

通過一連串相關立法，強化 Medicare HMO 被保險人之程序保障，其重點可以歸納為下列幾點：

(一)、確保被保險人緊急情形能獲得醫療服務

先前曾經提到，HMO往往透過自行設立醫事服務機構或獎勵特約醫師的方式，控制醫療支出。也因為如此，參加HMO之被保險人所能選擇的保險醫事服務機構往往比參加傳統中介單位的被保險人要少。如此遇有緊急傷病時，Medicare HMO之被保險人臨時需要就醫，附近未必有與該Medicare HMO有特約的保險醫事服務機構。被保險人可能必須在非特約醫院先行就醫，再請HMO核退醫療費用。此時，HMO可能會因為該情形不符合「緊急醫療」之要件，以被保險人未依約在特約醫事服務機構為由，拒絕核退。

有鑑於此，國會於一九九七年新增訂的條文要求，每個Medicare HMO必須確保被保險人在需要緊急醫療的情況，均可以獲得醫療服務，不論當地是否有特約醫院或是否通過事前審查⁸⁶。就被保險人所需醫療是否『緊急』之情形，國會要求Medicare HMO以『合理一般人』為認定標準：亦即，只要一個具備普通健康及醫學知識的合理一般人，出現相當嚴重的急性的症狀（包括劇痛在內），可以合理地認定沒有及時獲得醫療將會1.嚴重危及病人健康（倘若是懷孕的情形，病人包括產婦及胎兒）；2.嚴重危及身體機能；3.嚴重危及身體器官或身體部位之功能，Medicare HMO即須核付被保險人之醫療費用⁸⁷。

⁸⁶ 42 U.S.C. 1395w-22(d)(E)(2001).

⁸⁷ 42 U.S.C. 1395w-22(d)(E)(3)(2001).

（二）、確保HMO提供醫療給付之品質

由於HMO採論人計酬支付制度，會有強烈的誘因要擷節支出，為了防止HMO因此降低醫療服務品質，國會要求每一個Medicare HMO必須設立一個品質管制方案，1.以提升病患健康為目標，並且提供相關品質衡量指標之資訊，2.監督並評估高用量以及高風險的醫療服務，3.監督被保險人是否持續獲得整合之服務等等⁸⁸。

（三）、針對緊急情形提供迅速救濟程序

如前所述，由於HMO常常利用事前審查的方式，控制醫療支出，因此HMO比傳統論量計酬制更容易危及被保險人的就醫，例如：拒絕提供被保險人特定醫療服務，或拒絕授權將被保險人轉診由其他非特約醫院提供特定服務。這些事前之限制，使得被保險人可能由於無法及時獲得所需的醫療，生命或健康遭到不可回復的損害。

因此，國會增訂之條文要求，當HMO前開不利處分可能立即『嚴重危及被保險人之生命或健康、或被保險人恢復最佳職能之能力』時，HMO必須通知被保險人，必要時一併通知其醫師。被保險人或其主治醫師若不服此一決定，可以口頭或書面的方式，要求HMO至少要在七十二小時內提供快速救濟途徑⁸⁹。此種救濟之聲請，可由被保險人或其主治醫師提出，適用情形限於採用一般之救濟程序時，救濟期間的經過，將使得被保險人之健康、生命或身體機能受到難以回復之危險時⁹⁰。

（四）、強化被保險人尋求救濟之程序保障

⁸⁸ 42 U.S.C. 1395w-22(e)(2001).

⁸⁹ 42 U.S.C. 1395w-22(g)(3)(2001).

⁹⁰ *Id.*

Grijalva 一案涉及 HMO 拒絕提供特定醫療服務，卻未告知被保險人不利之決定，導致被保險人以為自己在醫療專業判定上，並不需要其他醫療服務，失去依法應該獲得的保險給付。國會於一九九七年要求主管機關改善救濟程序，包括：

1. 以書面通知不利決定

根據新修訂的行政命令，HMO 必須用一般人可以理解的用語，以書面通知所有投保之被保險人有關之不利決定，同時告知相關救濟途徑⁹¹。HMO 未及時通知者，視為自動上訴⁹²。

2. HMO 於六十日內完成複審

被保險人提出異議時，假使不適用前開緊急情形之快速救濟程序，HMO 至少必須六十天內重新審查原先之決定⁹³。同時，審查該保險給付是否符合醫療上『合理且必要』之專業醫師，必須與最初決定之作成無關⁹⁴。

3. 主管機關及法院提供之救濟途徑

倘若被保險人不服 HMO 前開決定，HMO 應該提供途徑使不服之被保險人，於標的超過一百美元時可以向 HHS 內部所設之行政法官(Administrative Law Judge)請求聽證，倘若不服對於行政法官之決定，被保險人可以聲請 HHS 內部為社會安全給付所設的上訴委員會(Appeals Council of the Social Security)重新審查 (de novo review)。

⁹¹ 42 CFR 417.604(a)(2)(1999), 42 USC 1395mm(c)(3)(E)(v)(1994).

⁹² 42 CFR 417.608(a)(1)(1999); 42 CFR 417.608(c)(1999); 42 CFR 417.608(b)(1999); 42 CFR 417.616 (1999)

⁹³ 42 U.S.C. 1395w-22 (g)(2)(2001).

⁹⁴ *Id.*

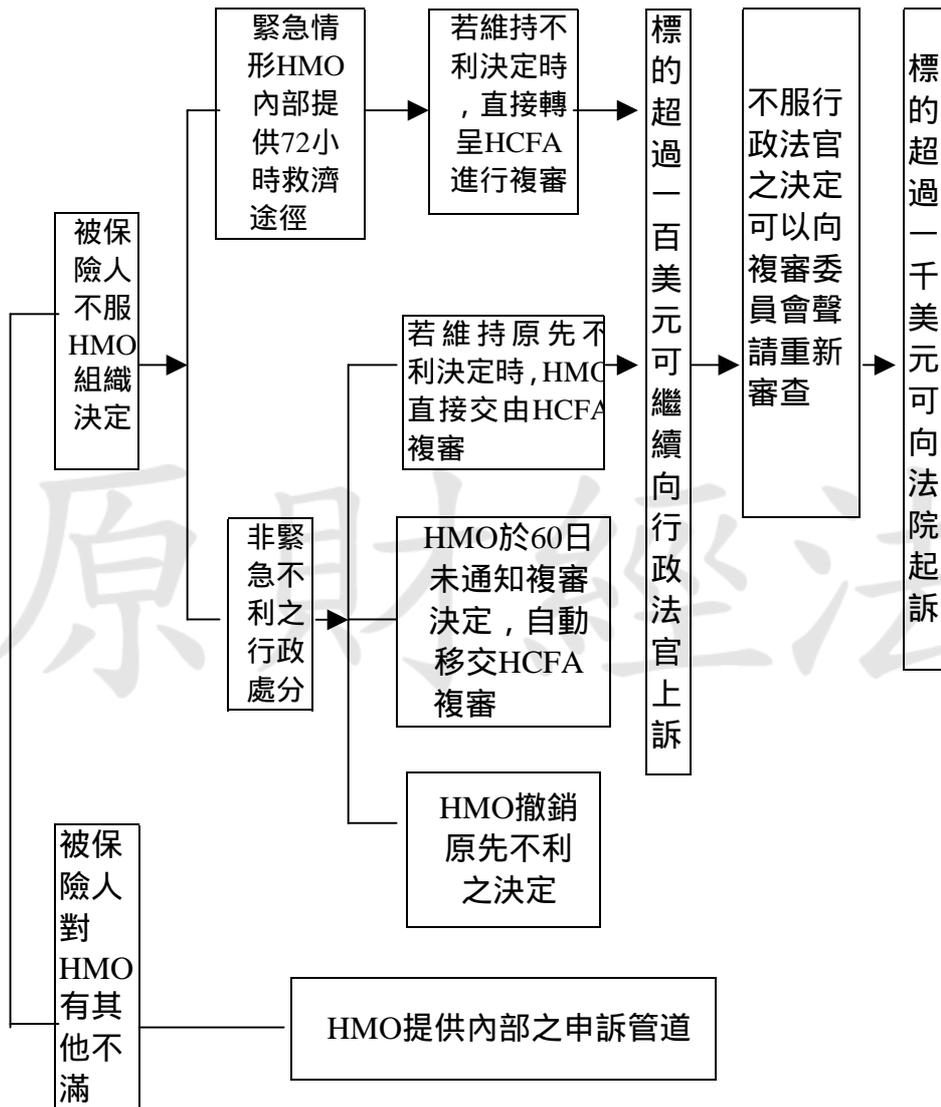
倘若被保險人仍然不服前開決定，標的超過一千美元時，可以向法院起訴，尋求救濟⁹⁵。

至於被保險人對於HMO有其他情形之異議，異議之標的性質上縱然不是一種行政處分，例如HMO提供醫療服務之過程一再延宕，設備不佳、或醫護人員行為不當等等，HMO亦應該提供申訴管道(grievance)⁹⁶。不過此種申訴僅得向HMO內部提起，倘若被保險人不服HMO所提供之救濟，並沒有進一步的救濟途徑（如附圖三）。

⁹⁵ 42 USC 1395w-22(g)(5)(2001)

⁹⁶ 42 CFR 417.606(c)(1999)

附圖三、Medicare HMO 應對被保險人提供之救濟途徑



上述救濟程序所需的幾項特性，均是回應HMO組織的特性所必要。根據一九九二年的一項研究顯示，在3700個曾向HMO申請複審的HMO被保險人中，有三分之一的複審申請人重新獲得有利之決定，HMO因此必須增加給付的醫療費用即高達二百萬美元⁹⁷。論者因此相信，強化被保險人救濟途徑，將可以有效協助被保險人及時獲得其法定應享有的醫療服務⁹⁸。

一九九七年的修法固然改善了Medicare 對於HMO被保險人的程序保障，但是否充分地保障了Medicare 被保險人的權益，學界及法界並不是全然沒有疑慮。有論者即相信，要求Medicare HMO提供救濟途徑的相關的法令，仍然無法根本解決被保險人的困境，因為真正的問題是出在被保險人難以有效地行使其法律上的權利，加上HCFA也未能有效貫徹Medicare HMO的相關法令⁹⁹。研究指出，HMO通常所提供的救濟途徑，往往僅是聊備一格，無法有效救濟被保險人之困境¹⁰⁰。首先，研究指出，大多數年老國民健康保險的被保險人並不瞭解HMO的優缺點與相關資訊，也無從據以選擇是否自願加入HMO¹⁰¹。其他研究也顯示，加入HMO的Medicare被保險人大多不知

⁹⁷ 該研究係由Network Design Group (NDG) 針對一九九二當年度已經作成決定的複審事件所作的調查。引自Stayn, *supra* note 33, at 1696.

⁹⁸ *Id.*

⁹⁹ 參見Parkel 代表AASP在國會的證詞 Pippin, *supra* note 70, at 164.

¹⁰⁰ Pippin, *supra* note 70, at 143-147.

¹⁰¹ 例如美國退休人士協會(American Association of Retired Persons, 以下簡稱AARP)針對HMO密集分布的地區所作的調查顯示，89%的Medicare被保險人並不瞭解或沒有足夠的資訊在傳統論量計酬的中介單位與HMO之間進行選擇。

道加入HMO之後，其仍可以繼續尋求Medicare的各種救濟途徑，並且使用HMO本身所提供的額外救濟途徑¹⁰²。論者指出，程序保障的權利，預設當事人會使用救濟途徑，然而許多當事人往往沒有足夠的資源、精力、或誘因去使用這些途徑¹⁰³。

其結果是，被保險人不滿HMO的不利行政處分或服務品質，並不使用其申訴或救濟途徑，而是選擇退出HMO。研究指出，在一九九七年修法以前，每年平均有16%的Medicare HMO被保險人退出HMO，重新回到採用論量計酬的中介單位¹⁰⁴。聯邦政府主計處在一九九五年的調查即發現，Medicare HMO被保險人常常需要等待六個月以上才能獲得救濟，時間過於冗長，這使得許多被保險人選擇回到論量計酬的中介單位，或者在不知道是否有可能獲得核付的情形

參見American Association of the Retired Persons, New AARP Study Shows Medicare Beneficiaries Knows Little About HMOs, <http://www.aarp.org/press/1998/mr061898.html>, 引述 Theresa Varner, Director, Public Policy Institute, American Association of Retired Person 引自Pippin, *supra* note, at 133. 又如 Judith H. Hibbard et.al., *Can Medicare Beneficiary Make Informed Choices?*, HEALTH AFF'R., Nov.-Dec. 1998, at 186. 以上調查引自 Pippin, *supra* note 70, at 141.

¹⁰² Jill Bernstein & Rosemary A Stevens, Public Opinion, Knowledge and Medicare Reform, Health Aff., Jan-Feb. 1999, at 180, 181-184. Pippin, *id.*, at 143.

¹⁰³ Rodwin, *supra* note 130, at 1347.

¹⁰⁴ PETER D. FOX & TERESA FAMA, MANAGED CARE AND THE ELDERLY: PERFORMANCE AND POTENTIAL, 20 GENERATION 31, 33 (1996).

下，先自墊醫療費用¹⁰⁵。其結果，美國聯邦政府主計處的統計也顯示，在與HMO保險人發生紛爭的Medicare 被保險人中，42%的被保險人在兩年內均退出HMO，其中63%的這些被保險人甚至是在醫療財務署（HCFA）就其案件作成行政處分之後的九十日內，就選擇退出HMO，重回採用論量計酬的中介單位所承辦的Medicare保險行政¹⁰⁶。

究竟美國一九九七年HMO相關立法改革，是否可以扭轉前開情勢，由於有待更多實證研究分析，其成效仍然有待觀察。然而我國全民健康保險近年來由於財務緊縮，已經引進論人計酬等各種費用支付制度，觀察美國Medicare HMO之經驗，可能亦會影響我國全民健康保險保險對象之權益，有必要妥為因應，防患於未然。以下即先說明我國全民健康保險近年費用支付制度之改革，再分析美國HMO立法改革趨勢對於我國之啟示。

二、我國全民健康保險近年費用支付制度之改革

我國全民健康保險自從一九九五年三月實施以來，由於論量計酬制度導致醫療費用激增¹⁰⁷，加上地方政府持續積欠高額保費¹⁰⁸，保

¹⁰⁵ U.S. General Accounting Office, Pub. No. HEHS-95-155, MEDICARE: INCREASED HMO OVERSIGHT COULD IMPROVE QUALITY AND ACCESS TO CARE 13-15 (1995) 引自Pippin, *supra* note 70 at 155-156.

¹⁰⁶ See U.S. General Accounting Office, Pub. No. HEHS-95-155, MEDICARE: INCREASED HMO OVERSIGHT COULD IMPROVE QUALITY AND ACCESS TO CARE 14 (1995)引自*id.*, at note 76.

¹⁰⁷ 參見民生報，第11版，2000/11/06，聯合新聞網（<http://udnnews.com/focusnews/hot-topic/741292.htm>，2000.11.06造訪）。

費調漲不易，財務日益惡化¹⁰⁹。除了調整部份負擔¹¹⁰、抑制藥價黑洞¹¹¹以外，健保局近年也積極引進各種費用支付制度，企圖抑制醫療費用之增加，其中即包括 Medicare HMO 所採用之論人計酬制。

論人計酬制，有助於遏止醫療費用的上漲，已如前述。然而，美國 Medicare HMO 採用論人計酬制度的經驗顯示，保險人為了擷節支出，可能過度抑制了被保險人依法應得的保險給付。這些隱憂，不但論人計酬制有之，其他以擷節支出為目的的費用支付制度改革亦可能有之。以下首先說明我國全民健康保險近年所引進的各種費

¹⁰⁸ 根據報載，至民國九十年十月為止，地方積欠健保保費補助款已達二百六十六億，參見民生報，第11版，2001/1/31(聯合新聞網，<http://udnnews.com/news/medical/medical-news/142880.shtml>，2001/1/31造訪)。

¹⁰⁹ 我國全民健保於一九九八年七月即首度出現赤字，聯合報，1997.12.12，第六版，至民國九十年十二月二十一日安全準備金餘額雖有新台幣兩百六十八億元，但其中有兩百五十三億為各縣市政府應負擔健保補助款之欠費，因此可用現今僅剩十五億，面臨破產之危機，健保局除了積極向各縣市政府催款以外，目前準備對外借款，利息由各縣市政府分期攤還。參見民生報，第11版，2001/12/21。

¹¹⁰ 全民健保藥費之部份負擔曾於民國九十年七月一日調漲，引起不少民怨，參見民生報，第11版，2001/7/03。近來為了因應財務困難，健保局曾經研擬調漲門診之部份負擔，立法院衛生環境與社會福利委員會乃於民國九十一年一月二日作成決議，要求健保局應優先追討地方政府欠款，半年內不得調漲部份負擔。參見法源法律網，法訊報導，(<http://www.lawbank.com> 2002/1/2造訪)。

¹¹¹ 健保局自民國八十九年起實施藥價基準，原本藥費支出成長率達11%以上，已經降至3.4%。參見民生報，第11版，2001/10/03。

用支付制度,以及其在學理上之利弊得失,再分析美國Medicare HMO立法改革對我國全民健康保險之啟示。

我國全民健康保險(以下簡稱全民健保)係由衛生署設中央全民健康保險局(以下簡稱健保局)為保險人,統籌辦理全國人民投保全民健保之保險業務¹¹²。為了提供被保險人及保險對象醫療服務,健保局與醫事服務機構間成立特約,由後者根據全民健保之給付範圍及健保局之相關規定提供醫療服務以後,再向健保局請求核付醫療費用。健保局審查保險醫事服務機構之醫療服務符合相關規定以後,即根據全民健康保險支付標準及藥價基準,核付保險醫事服務所申報之醫療費用。

全民健保開辦時,前開費用支付制度,主要係採論量計酬制,亦即,健保局係根據保險醫事服務機構給付之醫療服務、藥品及材料之數量,給付相應的對價。然而,一如美國論量計酬制的經驗顯示,由於保險醫事服務機構『用得越多、可請領的費用越多』,全民健保開辦以後,醫療費用迅速上漲¹¹³。為了使保險醫事服務機構節約使用醫療資源,近年來健保局在醫療費用支付制度上陸續採取了幾項改革:

(一)、論病計酬制

「論病例計酬」主要是根據保險醫事服務機構診治之病例組合(case-mix)支付醫療費用,亦即保險醫事服務機構治療時,只要係同

¹¹² 參見全民健康保險法第六條。

¹¹³ 全民健保於民國八十五年開辦以來,醫療費用年成長率,由民國八十五年的3.2%,上升至八十八年的10.5%。參見民生報,第11版,2000/7/16

一病例，無論醫院作多少檢查、使用多少材料，得向健保局申請之醫療費用均相同，因此相對於論量計酬制，論病例計酬制鼓勵保險醫事服務機構節約醫療資源¹¹⁴。目前全民健保之自然產、剖腹產、闌尾切除術、白內障切除術等五十項病例，係採用論病例計酬之方式付費¹¹⁵，約占有全民健保醫療費用支出之6.5%¹¹⁶。

相對於論量計酬制，論病例計酬固然有助於抑制醫療成本的上升，但由於醫師治同一病例所能申報之費用固定，醫師可能會產生逆選擇行為，而在同一類病例中傾向選擇病情較輕的病人。同時，由於同一病例所核付之醫療費用相同，亦可能促使醫師減少對病人提供服務，以增加其經濟收益，這也可能剝奪了病人原本依法有權獲得的合理醫療給付，進而引發醫療品質的隱憂¹¹⁷。

（二）、論日計酬制

「論日計酬制」係依據各保險醫事服務機構病患人數與住院日數，乘以每日平均住院費用標準，給付保險醫事服務機構之醫療費用¹¹⁸。截至一九九九年年底為止，全民健保採論日計酬制之項目有精神

¹¹⁴ 參見楊志良，《健康保險》，頁75-79，巨流出版，台北（1998）。

¹¹⁵ 參見劉見祥，全民健保支付制度之趨勢，醫院，第三十二卷第六期，頁15-16（1999）。

¹¹⁶ 吳運東，健保支付制度下醫療品質之檢討與改革之芻議，台灣醫界，第四十三卷第二期，頁10（2000）。

¹¹⁷ 參見健保局委託研究計畫『各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構計畫』（DOH89-NH-029）計畫主持人：蔡茂寅副教授、協同主持人：雷文玫助理教授，頁111（2001）。

¹¹⁸ 參見楊志良，《健康保險》，頁74-75，巨流出版，台北（1998）。

病的慢性住院及社區服務，醫療費用占所有全民健保醫療費用支出之0.6%¹¹⁹。

相較於論量計酬制，由於論日計酬制以病患住院之日數為單位申報醫療費用，行政作業較為簡便。然而，由於論日計酬制支付費用之額度，係以病患之住院日數乘以平均住院費用為單位，未能考慮病人疾病嚴重度，保險醫事服務機構醫院為了獲取更高之利潤，亦可能會傾向於選擇病情較輕的病人或盡可能延長病人住院天數¹²⁰。

（三）、論人計酬制

「論人計酬」係依據被保險人之人數及其醫療需要，事先決定該年度支付給醫療提供者之費用，而不考慮被保險人實際醫療服務之利用，故亦稱為「預付制度(prepayment)」或包醫制¹²¹。目前健保局主要在澎湖、蘭嶼、綠島等沒有醫療資源之島嶼或村落，健保局委託特定醫療團隊照護該地區民眾所需之所有醫療服務，健保局也根據登記照護之人數，預先支付此團隊一整年之費用。由於醫療費用預先確定，因此醫療團隊有誘因要盡力照顧當地居民的健康，減少併發症的發生，並教導各項預防保健，以控制醫療資源之支出¹²²。

¹¹⁹蘇瑞勇，全民健保醫療費用支付制度之改革方向，高雄醫師會誌，第二十四期，頁31（1999）。

¹²⁰參見健保局委託研究計畫『各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構計畫』（DOH89-NH-029）（計畫主持人：蔡茂寅副教授、協同主持人：雷文玫助理教授），頁111（2001）。

¹²¹參見楊志良，前揭書，頁79-80。

¹²²中央健康保險局，『認識健保局』，頁12，http://www.nhi.gov.tw/intro/intro_1.htm（2002/1/7造訪）。

論人計酬制度由於不因個別醫師執行的處置不同而有不同之支付額，醫療費用也不因支付項目不同而有不同，行政成本較為低廉，同時由於保險醫事服務機構承擔醫療費用超過平均值之財務風險，亦具有降低醫療服務成本之誘因，因此有助於控制全民健保之醫療支出。不過，由於論人計酬亦可能誘發醫師逆選擇的行為，一開始就拒絕承擔病情較嚴重之病人的醫療費用，同時，可能誘發醫師減少提供病人需要的服務，加以健保局可能無法得到醫師實際執業的檔案資料，因此，亦可能危及被保險人及保險對象依法應得之醫療給付¹²³。

(四)、論質計酬制

論質計酬制係綜合考量醫院預防保健執行率、病患治癒率、復發率、存活率合併症等指標，鼓勵保險醫事服務機構細心妥善照顧被保險人及保險對象：照顧得越『好』、給付得越多。自二〇〇一年十一月起，健保局針對患有子宮頸癌、乳癌、肺結核、糖尿病與氣喘之被保險人與保險對象，採用論質計酬制，例如，只要保險醫事服務機構將前開病患治癒，即可多請領四千元之醫療費用¹²⁴。

論質計酬制之優點在於鼓勵醫院提早發現疾病、以提早治癒疾病，並且鼓勵醫院進行個案管理，積極叮嚀病人照顧身體，或提高病患之存活率。同時，由於保險醫事服務機構加強對於病患之照顧

¹²³參見健保局委託研究計畫『各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構計畫』（DOH89-NH-029）（計畫主持人：蔡茂寅副教授、協同主持人：雷文玫助理教授），頁111（20001）。

¹²⁴ 聯合報，2001/11/09。

品質，保險對象比較不會頻換醫師，間接亦可減少醫療資源浪費。

然而，論質計酬制也有隱憂：第一個問題在於，醫療『品質』之指標，並不容易界定及量化，同時，病患跨院治療之費用難以『拆賬』，也可能降低保險醫事服務機構提高醫療服務品質的誘因，最後，由於論質計酬制以存活率或治癒率，獎勵保險醫事服務機構，因此可能使得重症及末期患者遭排斥。

綜上所述，除了論量計酬制以外，健保局所採用之其他費用支付制度，為了誘導保險醫事服務機構擷節醫療資源，不約而同均有逆選擇之隱憂，可能危及被保險人及保險對象原本依法應得之醫療服務與醫療品質。雖然論量計酬制度目前仍然是全民健保主要的費用支付制度¹²⁵，但衛生署健保局正在有系統地推動以主要診斷主群為單位，擴大推動論病例計酬制¹²⁶。這使得我國全民健保在擴大大用論量計酬以外之費用支付制度之際，除了妥善訂定各種配套措施以外¹²⁷，對於被保險人與保險對象受領醫療服務之權益，有必要強化其事前與事後所得請求之救濟，以防患於未然。有關各種配套措施之設計，許多涉及醫療經濟與醫務管理等專業¹²⁸，本文所欲探討的，是法律面

¹²⁵ 在一項一九九九年的文獻統計中，論量計酬制占所有全民健保醫療費用支出之84.6%。參見蘇瑞勇，前揭文，頁31。

¹²⁶ 中央健康保險局，『認識健保局』，頁5，http://www.nhi.gov.tw/intro/intro_1.htm (2002/1/7造訪)。

¹²⁷ 例如，為了避免保險醫事服務機構排斥病情較嚴重的保險對象，對於超過平均醫療費用之個案或病例，應有額外之給付。

¹²⁸ 例如參見藍忠孚、洪錦墩，『醫療費用總額支付制度之探討』，全民健康保險，第二十七期，頁9-13 (2000)。李玉春，『全民健保支付制度實施現況

上，如何因應我國全民健康保險前開費用支付制度之實施，強化被保險人事前及事後之程序保障。

三、美國Medicare HMO立法改革對我國全民健康保險之啟示

在前述的說明中，本文試圖呈現在醫病關係權力不對等的情況下，HMO 獨特抑制浪費的誘因體系，可能不當地限制了被保險人根據社會安全法原本有權受領之給付。本文也說明了，基於美國聯邦法院保障社會安全被保險人或受益人程序保障之一貫立場，美國國會與 Medicare 主管機關其後 Medicare HMO 被保險人之特殊需求，增訂了相應的立法保障。

我國全民健康保險雖然並未引進健康維護組織之保險人制度，但是為了抑制醫療資源的浪費，目前也開始進行許多費用支付制度之改革，同樣地可能影響到被保險人或保險對象原本依法有權獲得之醫療服務，已如前述。究竟美國Medicare HMO前述之改革經驗，對於我國全民健康保險之法制改革，能夠有何啟示？

筆者認為，隨著我國行政程序法、訴願法與行政訴訟法的訂定與全文修訂，人民事前與事後之程序保障，在我國已然具備實定法之具體基礎，然而倘若這些程序保障要確實發揮作用，有必要隨著各類行政之特性，進一步予以類型化。美國學界針對Medicare HMO的研究即顯示，同樣是Medicare的保險給付，直接引用既有論量計酬的中介單位所提供的救濟程序，並不足以保障HMO被保險人在論人

檢討與改革方向建議，政策月刊，第三十五期，頁14-16（1998）。吳運東，健保支付制度下醫療品質之檢討與改革之芻議，台灣醫界，第四十三期第二卷，頁10-11（2000）。

計酬制度下的權益¹²⁹。首先，論量計酬較少採用事前審查，因此即使被保險人對於中介單位之不利決定有異議，通常是在醫療服務已經提供以後，涉及到醫療費用誰負擔的問題，不會影響到病患的健康或生命¹³⁰。其次，論量計酬制度的醫師比較會為病人主張權益，但HMO的醫師本身就是HMO的受僱人，負責為HMO控制支出¹³¹。第三，相較於論量計酬制的中介單位，HMO比較會對高成本的被保險人施加壓力，促使其退出該HMO，並且也沒有誘因鼓勵不服之被保險人尋求救濟¹³²。

誠然，上述針對美國 Medicare HMO 的研究，未必均適用於我國：例如，我國全民健保針對高科技、高風險、以及昂貴之服務與材料，原本即有事前審查之程序，並不限於論人計酬部份。同時，由於健保局是我國唯一之保險人，加上全民健保強制全民投保，因此健保局不可能排斥不健康之人民投保；然而美國 Medicare HMO 強化被保險人程序保障的立法改革，對於我國仍然有實益，因為我國全民健保之論人計酬制度，雖然沒有使得保險醫事服務機構成為保險人，醫師亦非保險人之受僱人，但在論人計酬制、論日計酬制、論病例計酬制與論質計酬制度引進下，保險醫事服務機構有財務上的誘因，要減少醫療資源的使用，卻是一樣的。因此，在引進各種

¹²⁹ Marc Rodwin, *Consumer Protection and Managed Care: Issues, Reform, Proposals, and Trade-offs*, 32 HOUS. L. REV. 1319, 1348 (1996).

¹³⁰ *Id.*, 1349.

¹³¹ *Id.*

¹³² George Annas, *Patient's Rights in Managed Care – Exit, Voice, and Choice*, 337 N. ENG. J. MED. 210, 213 (1997).

費用支付制度改革的同時，我國全民健保有必要強化被保險人與保險對象之事前事後之程序保障，並無二致。

以美國 Medicare HMO 的經驗為例，論者咸認為，能夠切合 HMO 被保險人所需要的救濟程序，至少必須符合下列四個條件¹³³：

(一)、提供及時之救濟程序

視醫療需要的緊急程度，救濟程序必須在數週內、數日內、甚至數小時內作成決定，以免造成被保險人生命健康不可回復的損害。

(二)、被保險人有權獲得不利決定之通知以及請求陳述意見的權利

基於醫療服務的專業性，被保險人受領的醫療服務的種類、期間、數量與成本，往往繫諸醫師的專業診斷。倘若醫師認定被保險人需要某種醫療服務，經向HMO提出事前審查，HMO卻不予同意，除非醫師或HMO通知被保險人此項不利之決定，否則由於醫師往往受雇於HMO，被保險人可能以為醫師認為自己不需要接受是項醫療服務，或者目前所獲得的醫療服務，即屬合理且必要，而不去質疑HMO之不利決定，是否合法。為了確保HMO之決定正確，並且確保被保險人依法受領醫療給付的權利不被侵害，HMO之不利行政處

¹³³ Statement of Jim Parkel, Member of American Association for Retired Persons Board of Directors, on Medicare Appeals, Presented to the Health Subcommittee on Ways and Means of the U.S. House of Representatives, April 23, 1998 <http://www.aarp.org/wwstand/testimony/1998/testparkel.html>. (visited Apr.2, 2000)see also Eleanor Kinney, *Consumer Grievance and Appeal Procedures in Managed Care Plans*, HEALTH LAW., Jan.1998, at 17, 20-21; Tracy E. Miller, *Center Stage on the Patient Protection Agenda: Grievance and Appeal Rights*, 26 J.L. MED. & ETHICS 89, 92-93 (1998).

分，應該及時通知被保險人，並且賦予被保險人以書面或口頭尋求救濟的權利。

(三)、合理限度內的醫療費用負擔

Medicare 的目的在於使被保險人不因為所得不同，而無法獲得依法有權享有的醫療服務。因此倘若 Medicare 被保險人必須負擔醫療費用或部分負擔，該額度也應該限於合理的範圍之內。

(四)、救濟期間持續提供醫療照護

在傳統論量計酬的中介單位下，被保險人縱使不服中介單位的決定，由於中介單位審查時，特約醫事服務機構早已提供醫療服務，因此被保險人充其量僅是自行支付醫療費用，或由醫院吸收醫療費用。相較於傳統論量計酬的中介單位，HMO 往往大量運用事前審查的制度設計，阻止醫師提供不必要的醫療服務。倘若 HMO 駁回特定醫療服務之申請，或者拒絕病人繼續住院之請求，被保險人縱使不服該項決定而提起救濟，在 HMO 未撤銷原決定以前，被保險人可能將面臨終止治療或出院的命運，這可能會不可回復地危及被保險人的生命或健康。因此必要時，HMO 之救濟程序必須確保被保險人在救濟期間，仍能繼續獲得系爭的醫療服務，以免被保險人縱使事後獲得救濟，得以回復醫療服務，可能也無濟於事。

因此，美國 Medicare HMO 的修法經驗，至少可以對我國全民健康保險法的法制改革，提供下列幾項具體建議：

(一)、提供被保險人與保險對象能夠理解的書面通知

首先，為了確保被保險人對於保險人或醫事服務機構不利之決定，有尋求救濟的權利，除了要求保險人必須及時通知被保險人不利之決定以外，並且必須以一般人可以理解的用語，以書面及時通知其尋求救濟的權利。

(二)、強化被保險人與保險對象對於需要事前審查之醫療服務之權益

其次，在高科技或特殊材料等需要事前審查的醫療服務中，倘若涉及緊急傷病情形時，除了提供迅速的特殊救濟程序以外，在救濟期間也必須持續提供被保險人所需的醫療服務，以避免斷然終止服務，將對病人生命或健康造成無法回復的損害。

(三)、保障被保險人或保險對象緊急情況醫療費用之核退

第三，對於緊急情形被保險人在非保險醫事服務機構就醫所墊付之醫療費用，也應該放寬對於「緊急情形」之認定標準，容許以第三人合理所認定的「緊急情形」判斷是否核退該項醫療費用¹³⁴。

肆、結論

這篇文章的出發點，是觀察法律如何因應現實需求，而現實需求又如何反過來影響法律的制度設計。起初國會為了控制 Medicare

¹³⁴ 我國全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法已於民國八十九年八月三十日修正，該辦法第三條將「緊急傷病」醫療範圍以症狀區分包括：1. 急性腹瀉、嘔吐或脫水現象。2. 急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。3. 吐血、便血、鼻出血、咳血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。等十三項具體事由，遠比修正前放寬許多，亦可謂包含任何「合理第三人」可認為「緊急傷病」之情形。有助於促進病患之權益，並且規範保險人之裁量，但一般人在不知道該辦法的情形下，仍然不易知道何時就近利用非特約醫院緊急就醫，況且這些症狀仍然是「不確定法律概念」，或許可以於該辦法第三條加上一各概括條款，容許「其他合理一般人認定屬於緊急傷病之情形」。

之醫療支出，修法改革支付制度與保險行政組織，納入 HMO 的設計，但後來卻由於 HMO 對於醫病關係以及被保險人權益的負面衝擊，國會又不得不進一步修正 Medicare 的制度設計，這充分凸顯了社會法中權利與政策辯證的過程。因此，雖然美國 Medicare 法制與我國全民健康保險法制容有許多差異，但我國全民健保亦可以汲取美國的經驗，防患於未然。

我國全民健康保險自從一九九五年三月實施以來，由於財務困難，也持續修改費用支付制度並設置事前審查制度，以控制醫療成本。此外，將保險人改為多元保險人並且引進健康維護組織的提議，也時有所聞。然而，究竟這些法制改革，將如何影響被保險人權益，卻不可不慎。可以預見的是，隨著全民健康保險財務日漸緊縮，各種事前事後審查或支付制度的改革，可能影響被保險人原本依法應該享有的保險給付。

被保險人**確實享有依法應得之保險給付**的重要性在於，當人民每月履行依法強制繳交之保費，倘若在需要醫療服務時，既無法獲得其相信其依法應該獲得的服務，又無法從救濟程序中信賴健保行政的裁量，將斷傷人民對於憲法增修條文第十條要求國家推行全民健康保險的法感情，以及對於全民健康保險的團結意識。

質言之，由於被保險人沒有專業知識可以主張其究竟有權獲得何種特定的醫療服務，倘若全民健康保險對於被保險人要有任何意義，應該在於，強化被保險人依法應該獲得的保險給付，不受到保險人或保險醫事服務機構濫用裁量的侵害。就此，美國 Medicare 近年來強化被保險人程序保障的經驗及法制改革值得我國參考。一言以蔽之，Medicare 固然有擷節支出之目標，但 Medicare 也明文保障被保險人有權獲得「**其相信其依法應該享有的保險給付**，並且因此所

支出部份負擔，也不應該高於其相信其依法應該付出的」，否則 Medicare 保障被保險人有權尋求救濟¹³⁵。近年來更國會與主管機關更透過進一步修法，試圖落實被保險人上述的權利。

值此我國行政程序法、行政執行法、訴願法與行政訴訟法陸續修正公布實施，新舊接軌尚處於磨合之際，美國國會與主管機關有關於 Medicare HMO 相關法制之反省，提供一個行政程序進一步類型化的實例，其對於 Medicare HMO 之程序要求，更值得我國全民健康保險在引進各種擲節支出之改革時，保障被保險人與保險對象權益之參考。控制醫療成本固然重要，但計算全民健康保險的醫療成本，也必須計算被保險人可能因此付出的負面代價。就此，全民健康保險能夠作的，除了於制度設計時防患於未然以外，更必須確保被保險人就醫療服務事前與事後的救濟程序。惟其如此，全民健康保險的種種改革，才能恰如其分地履踐憲法增修條文第十條對於立法者的託付，而不至於斷傷人民對於全民健康保險的團結意識。

¹³⁵ 原文為「An Enrollee ... who is dissatisfied because they do not receive health care services to which they believe they are entitled, at no greater cost than they believe they are required to pay, have the right to appeal...」42 U.S.C. 1395w-22(g)(5)(2001).

摘要

美國近年來年老國民健康保險(Medicare) 引進『健康維護組織(Health Maintenance Organization, 以下簡稱 HMO)』擔任中介單位, 企圖擲節支出, 卻嚴重影響了被保險人受領保險給付的權益。有鑑於此, 美國聯邦上訴法院於一九九八年作成一個相關的重要判決, 釐清健康維護組織被保險人就醫之權益, 美國國會與相關主管機關也從善如流, 通過相應的法律及行政命令, 企圖匡正使用 HMO 所造成的反效果。

我國全民健康保險自一九九五年開辦以來, 也出現財務緊縮的困境, 為了有效控制醫療成本, 中央健康保險局除了針對昂貴、高風險或容易遭濫用的高科技醫療要求事前審查以外, 也陸續在牙醫、中醫、西醫基層診所實施總額預算制、推動醫院合理門診量、並且試辦論人計酬制與論質計酬制度。究竟台灣全民健康保險控制成本的諸多措施對於醫病關係將產生何種影響, 有待時間以及更進一步的實證研究。但美國年老國民健康保險近年來有關健康維護組織的法制改革的經驗顯示, 任何全民健康保險制度以及相關法律的改革, 均可能直接或間接影響醫師的行為誘因, 倘若這些控制成本的改革有可能犧牲病患的權益, 有鑑於病患在醫療過程中所處的弱勢, 在法制改革時必須強化病患的程序保障, 以防患於未然。

英文篇名：A Study of Medicare HMO's Recent Legal Reform – In
Search of its Implication for Taiwan's National Health Insurance's
Legal Reform

中原財經法學