

國立政治大學風險管理與保險學系研究所碩士論文

指導教授：林建智 博士

論商業健康保險爭議與相關監理規範
-以英美相關司法判決與監理規範為參考

Study on Legal Issues and Supervision on Commercial Health
Insurance-Reference to the Relevant Judicial Judgments and
Supervision in United States and United Kingdom

研究生：何哉明

中華民國 101 年 7 月

謝辭

感謝父母親的一路相挺，母親是我一輩子的貴人，在我感到困惑的時候適時指引我，父親則永遠是我身後遮風避雨的大樹，一年多前在我經歷過國考失利後，徘徊在論文、準備考試、找工作間，茫然不知如何是好時，是你們給我最大的支持與警惕，終身感謝。

一年前，一步步先是到新光人壽保險公司擔任法務的工作，待在学校裡將近七年之久的我，接觸到實務工作及認真友善的同事們，原本疲乏的心態，瞬時注入新鮮的活力，最令人感到欣喜的是終於找到學以致用的樂趣。感謝優秀的同事們激勵自己一定要繼續擦亮學歷的招牌，更謝謝黃律師不時三言兩語的提醒與鼓勵，促使我如期完成論文。

感謝有緣相識相伴的朋友們，因為有同時深陷論文苦海的穎佳、珮安、宜蓉相依、互吐苦水，一路走來不感孤單；近日研究所同學們的聚餐，憶起研一研二假日來學校討論預習課業的我們，頻繁的專題報告、保險法經濟學相互教學、謝師宴等活動，讓我們快速的熟悉彼此，尤其感謝第二組的成員志岳、凱勛、于君、倩妤，我們各異其趣的所學及個性，激盪出令人難忘的火花；法律組的振格、子葳、當颺、筱璇、之捷各有所長，一一都是我見賢思齊的模範，真得感到非常幸運有機會同窗學習；感謝其他管理組、精算組的大家，出社會後的互通有無、開誠地關心彼此的近況，尤其謝謝劉大秘書志勇在我論文最後臨門一腳的階段所提供的協助。

最後，特別感謝指導教授林建智老師，謝謝老師的指導並給予我最大的幫忙，讓我得以順利畢業，謝謝口試委員彭金隆老師愛之深責之切的評語與建議，謝謝志峰學長口試後非常仔細地一一指出論文格式上的缺漏之處，獲益良多，在在都是我踏上學術門後第一階的重要推手。

撰寫論文的過程，實是瞭解自我的契機，深刻體會到拖延的代價、粗心馬虎導致的重大瑕疵，未來一定要時時要求自己妥適妥速地達成既定的目標，無論如何，最後總算及時畢業，除了感謝上述親友、老師的激勵與指導外，也謝謝自己在最後不言放棄、奮力完成論文，並感謝上天讓我在面對挫折、徬徨、無力感時，學習坦誠面對困難、珍惜身旁的同窗好友，上天冥冥中的安排，應是希望我對人生有更深刻的體會，藉機成長學習，成就更好的自己以預備好未來，期能在社會上找到自己的最佳定位、利己利人，以回報上述親友的激勵及師長們的厚愛。



摘要

有鑑於我國人民對商業健康保險的需求逐年提升，然伴隨著商業健康保險的新契約保件逐年提升，理賠爭議亦是層出不窮。本藉由介紹商業健康保險對我國國民健康所扮演的腳色及其移轉風險的特色，瞭解到商業健康重要性，及發現因隨醫療技術的進步導致保險人難以估計損失率及有舊有保單條款難以因應的困難之處。

而經由檢索分析我國法院與商業健康保險條款解釋有關的判決，發現因條款文字本身存有疑義之處、醫療技術的演進、醫療機構與保險人間缺乏溝通管道、保戶對複雜的健康保險商品認識不足等因素，致使關於商業健康保險理賠上的條款解釋爭議層出不窮。

因此本文參考美國相關司法判決及英美相關保險監理規範，建議將存有疑義的保險條款文字明確化、增進保單條款的易讀性、增訂銷售文件上的警語、統一商業健康保險資訊提供的格式及強化醫療機構與保險人的溝通，期能促使我國人民可以藉此更加瞭解健康保險商品的內容，拉近保險人與保戶間對商品的認知，並減少關於商業健康保險條款解釋爭議的發生，以提升保險人與被保險人間的信賴感及維持保險機制的對價平衡，進而使我國人民更能有效的利用商業健康保險，全面性的提高國民接受醫療的品質，創造三贏的局面。

目次

第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 研究方法.....	6
第三節 研究架構.....	7
第二章 健康保險概論.....	9
第一節 健康保險之定義.....	9
第一項 疾病.....	9
第一款 須為內部之原因.....	10
第二款 非由於先天性之原因.....	10
第三款 須屬偶發性之原因.....	10
第二項 分娩.....	11
第三項 因疾病、分娩所致殘廢、死亡.....	11
第二節 台灣健康保險發展史.....	12
第三節 辨識健康保險移轉的風險及特色.....	13
第一項 風險描述.....	14
第一款 理賠成本控制的不確定性.....	14
第二款 風險頻率幅度隨時代改變.....	14
第三款 發生率難以預測.....	14
第二項 小結.....	15
第四節 我國市面上商業健康保險保單類型.....	15
第一項 依保險給付的方式為分類.....	16
第一款 定額給付的健康保險.....	16
第二款 實支實付的健康保險.....	16
第二項 依保險人所承保損失之不同為分類.....	16

第一款 所得損失保險.....	16
第二款 費用損失保險.....	17
第三項 依保險期間為分類.....	17
第一款 短期健康險.....	17
第二款 長期健康險.....	18
第五節 小結.....	19
第三章 我國商業健康保險關於契約條款解釋爭議.....	20
第一節 契約條款解釋之目的與對象.....	22
第一項 目的.....	22
第一款 闡明性解釋.....	22
第二款 補充性解釋.....	23
第二項 解釋對象.....	23
第一款 意思表示解釋.....	23
第二款 契約條款解釋.....	23
第二節 契約條款解釋之方法.....	24
第一項 文義解釋.....	25
第二項 探求當事人真意原則.....	25
第三項 對契約作成者不利解釋原則.....	27
第四項 誠實信用原則.....	28
第五項 契約目的解釋原則.....	29
第六項 小結.....	30
第三節 保單條款解爭議類型.....	31
第一項 「承保疾病」定義條款之爭議.....	32
第一款 涉及保單條款.....	32
第二款 法院見解.....	33
第三款 小結.....	36

第二項 「治療必要性」定義條款之爭議	37
第一款 涉及保單條款	37
第二款 法院見解	37
第三款 小結	39
第三項 「住院必要性」定義條款之爭議	40
第一款 涉及保單條款	40
第二款 法院見解	41
第三款 小結	43
第四項 「住院」定義條款之爭議	43
第一款 涉及保單條款	43
第二款 法院見解	44
第三款 小結	46
第五項 「失能」的定義	47
第一款 涉及保單條款	47
第二款 法院見解	48
第三款 小結	49
第六項 「接受治療」定義條款之爭議	50
第一款 涉及保單條款	50
第二款 法院之見解	51
第三款 小結	52
第七項 「癌症」定義性條款的爭議	53
第一款 涉及保單條款	53
第二款 法院見解	54
第三款 小結	58
第八項 「手術」定義條款之爭議	59
第一款 涉及保單條款	59
第二款 法院見解	60
第三款 小結	63

第四節 我國關於健康保險之監理規範.....	63
第一項 實質內容控制.....	64
第一款 關於人身保險商品審查應注意事項.....	64
第二款 關於示範條款.....	65
第三款 行政函釋.....	69
第二項 形式上審查.....	70
第五節 小結.....	71
第四章 美國商業健康保險條款解釋爭議.....	73
第一節 美國商業健康保險之歷史沿革.....	73
第二節 美國健康保險提供者、醫療機構和被保險人間的關係..	74
第三節 美國保險契約條款解釋方法.....	75
第一項 適用解釋方法的步驟.....	75
第二項 關於「疑義」的定義.....	77
第三項 合理期待原則.....	78
第四節 美國司法實務常見爭議類型.....	80
第一項「既往症」定義條款解釋爭議.....	81
第一款 概說.....	81
第二款 涉及保單條款.....	81
第三款 法院見解.....	82
第四款 小結.....	88
第二項「必要性醫療措施」定義條款解釋爭議.....	90
第一款 概說.....	90
第二款 涉及保單條款.....	90
第三款 法院見解.....	94
第三項「失能」定義條款解釋之爭議.....	95
第一款 概說.....	95

第二款 涉及保單條款.....	96
第三款 法院見解.....	96
第五章 英國、美國與商業健康保險條款相關監理研究與規範...	100
第一節 美國商業健康保險條款相關監理規範.....	100
第一項 以保單條款的易讀性為目標.....	100
第一款 背景.....	100
第二款 易讀性的衡量方式.....	102
第一項 統一提供給要保人的健康保險資訊的方式.....	105
第一款 前言.....	105
第二款 統一健康保險資訊的提供方式.....	106
第三款 研究結果.....	108
第三項 小結.....	112
第二節 英國商業健康保險相關監理規範.....	113
第一項 重大疾病保險最佳實踐原則.....	113
第一款 制定目的.....	114
第二款 規範內容.....	116
第二項 個人或團體私人醫療保險的最佳實踐準則.....	121
第一款 制定目的.....	121
第二款 最佳實踐原則條款內容.....	123
第三項 重大疾病險口頭揭露原則.....	128
第一款 制訂目的.....	128
第二款 最佳實踐原則條款內容.....	129
第六章 評析我國商業健康保險條款解釋爭議.....	132
第一節 評析我國商業健康保險之地位.....	132
第一項 我國商業健康保險的補充性地位.....	132
第二項 保險人、被保險人、醫療體系三方關係.....	133

第三項 鞏固補充性地位	134
第二節 評析我國司法實務對商業健康保險條款之解釋	135
第一項 承保疾病定義條款之爭議	135
第二項 住院及必要性醫療定義條款之爭議	139
第三項 失能定義條款之解釋爭議	143
第四項 癌症、手術定義條款爭議	144
第五項 小結	148
第二節 評析我國商業健康保險相關監理規範	149
第一項 我國現行商業健康保險相關監理規範之潛在缺失 ...	149
第一款 示範條款規範不足	149
第二款 保單條款文字易讀性不足	151
第三款 銷售文件警語不足	152
第四款 銷售文件形式缺乏統一性	152
第二項 參考英美相關監理研究與規範	153
第一款 示範條款之增訂	153
第二款 增進保單條款文字易讀性	155
第三款 銷售文件警語之增訂	158
第四款 商業健康保險銷售文件的形式統一化	158
第七章 結論與建議	160
第一節 研究結論	160
第一項 條款文字本身存有疑義	160
第一款 疑義存在法律解釋間	160
第二款 疑義存在醫學解釋間	161
第二項 過去的保單條款文字無法因應醫療環境的改變	162
第三項 醫療院所與保險人無溝通管道	163
第四項 保戶對商品認識不足	164

第二節 建議.....	164
第一項 存有疑義條款明確化.....	164
第二項 增進保單條款文字易讀性.....	165
第三項 銷售文件警語之增訂.....	165
第四項 統一資訊提供格式.....	166
第五項 強化醫療院所與保險人間的溝通管道.....	168



表次

- 表格 1：民國 98 年申訴案件統計 3
- 表格 2：民國 98 年人身保險申訴案件統計 3
- 表格 3：：民國 98 年人身保險申訴案件統計 3
- 表格 4：美國消費者協會提供之商業健康保險資訊揭露格式化表 108
- 表格 5：英國個人或團體私人醫療保險最佳實踐原則之資訊揭露格式化表格 126
- 表格 6：英國重大疾病險口頭揭露原則之資訊揭露格式化表格 129
- 表格 7：本研究試擬商業健康保險給付項目資訊揭露格式化表格 166
- 表格 8：本研究試擬商業健康保險關於保險費與承保範圍資訊揭露格式化表格 167



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

台灣係以開辦全民健保的方式，維護我國人民的健康，因此在過去我國人民對商業健康保險的需求並不顯見，但隨著社會進步，人民對於醫療品質的要求逐漸升高，一方面漸發現為了醫治某些重大疾病所需負擔的支出，除了健保給付補助外，其餘需自付的新式藥物、看護費等，對一般家庭而言，仍是非常沈重的財務負擔，台北醫學大學附設醫院內科部血液腫瘤科主任戴承正醫師表示¹：「現今的癌症治療，有機會利用標靶治療，存活率大增，但不是所有患者都有足夠財力，可以負擔這個長期的抗癌大戰，現在有些藥物動輒一個月要花費十幾萬元，雖然健保也給付部分的標靶治療，像是肺癌的愛瑞紗、得舒緩，乳癌的賀癌平，但都是有條件給付，若自費，每年光是標靶治療的藥物，動輒七八十萬元以上。

除了貴得不得了的標靶藥物外，各種先進的電腦刀、螺絲刀、弧形刀等新的放射線治療，在轉移性癌症的治療上，效果較佳，較能完全切除患部乾淨，存活期可有效延長。此外，若患者吃不下、吸收差，就必須考慮打營養針，價格高達一針兩千元起，有時一天得打上兩針，就得花到四千元。又醫院為開源，發展許多自費項目，上從病例摘要、耳溫套、手術縫線等，下至藥材、指定醫師費，都增加了民眾就醫時的負擔。

¹葉惠娟，名醫診斷防癌險，現代保險，頁 72-80，2011 年 6 月。

綜上，全民健康保險為一社會保險，其制度設計的目的為滿足我國人民普通的共通需求，然而個人的健康風險差異很大，對健康保險的需求也很不一樣，而滿足由個體需求結構差別化、需求層次多樣化形成的需求偏好差異，恰恰是商業健康保險的強項，即商業健康保險可以滿足差異需求，成為補充保險的主要提供者。

基於上述原因，由於民眾漸認識到疾病所帶來的財務風險，而為了彌補此一未來的財務損失，關於健康保險的市場詢問度提高，健康保險的新契約保費也連年增加，據統計，99 年度我國「個人健康險」保費收入約 2253.7 億元，規模約為全民健保年度保費的一半，但保險公司年度理賠金額高達 622.3 億元，占保費的 27.6%，約三分之一²，再加上罹患疾病此一保險事故，不若死亡事故多為保單購買後經過較長時間才發生，可能近年陸續就有理賠的申請，保障的範圍也較廣，因此可以想見近年健康險的理賠相關爭議一定是日趨攀升。

此外，根據民國 98 年的行政院金融監督管理委員會公布的申訴案件統計資料顯示，如以下表所示³：

民國 98 年行政院金融監督管理委員會公布的申訴案件統計資料顯示，若從關於人身保險申訴案件分析，其中占最高比例的申訴案件來自於健康保險，計有百分之 58.93%，其次才是傷害保險，佔全體申訴案件的 25.48%，兩者相加已佔人身保險申訴案件的七成⁴。

²李樹人，DRGs省過頭肥了保險業惹民，聯合晚報，2011年7月7日。

³資料來源：請參閱金融管理委員會網站http://www.ib.gov.tw/Layout/main_ch/News_NewsContent.aspx?NewsID=39578&path=1188&LanguageType=1 (visited Oct. 5, 2010)

⁴行政院金融監督管理委員會，保險申訴案件統計，網路資料來源：http://www.ib.gov.tw/ch/home.jsp?id=35&parentpath=0,2&mcustomize=multimessage_view.jsp&dataserno=42261&aplistdn=ou=bulletin,ou=multisite,ou=chinese,ou=ap_root,ou=fsc,c=tw&toolsflag=Y&dtable=Bulletin(Visited at

表格 1：民國 98 年申訴案件統計

類別	人身保險					
	人壽保險	健康保險	傷害保險	團體保險	投資型保險	年金保險
理賠	(4)5.05%	(1)58.93%	(2)25.48%	(3)9.54%	(5)0.93%	(6)0.07%
非理賠	(2)34.51%	(3)11.62%	(6)1.71%	(5)1.68%	(1)48.09%	(3)2.35%

又從民國 98 年公布的保險申訴案件類型分析，關於人身保險的理賠申訴爭議類型中，有近六成的案件都來自健康保險，詳細分析爭議原因，殘廢等級認定、承保範圍、事故原因認定為最大宗，如以下表所示：

表格 2：民國 98 年人身保險申訴案件統計

	1	2	3	4	5
理賠	承保範圍 21.88%	事故原因認定 12.33%	違反告知義務 11.69%	理賠金額認定 9.98%	殘廢等級認定 9.12%
非理賠	招攬糾紛 52.63%	契約轉換與變更 8.02%	服務人員品質 4.37%	停效復效爭議 3.86%	保費之交付 3.4%

表格 3：：民國 98 年人身保險申訴案件統計

	1	2	3	4	5
理賠	殘廢等級認定 33.83%	理賠金額認定 18.18%	承保範圍 13.95%	事故原因認定 9.73%	不保事項(除外責任) 7.19%
非理賠	服務品質爭議 30.43%	續保爭議 15.22%	理賠處理程序 10.87%	保單效力、保費之交付 8.7%	

2011年6月30日)

承上所述關於人壽保險的申訴爭議，以健康保險為最大宗，又分析人身保險申訴案件爭議產生的原因，其中承保範圍占二成左右、事故原因的認定、違反告知義務、理賠金額認定、殘廢等級的認定等都佔一成左右的比例，惟無論是事故原因的認定、理賠金額的確定或是殘廢等級等原因，其實都回歸到保單條款的解釋與適用問題，而目前相關論文研究較偏重保險理賠實務層面，有研究未來產險業經營健康險所可能面對哪些嚴酷的考驗與挑戰，尤其針對健康保險的核保與理賠兩項專業核心業務所可能面對的問題提出討論與建議，並期能達到下列預期效果：一、透過健康保險概述，瞭解健康保險之基本觀念、險種及各險種保障範圍、健康險相關條款與法律規定等。二、藉由健康保險市場現況之探討，以及我國目前壽險業經營健康險之經驗，探討經營健康保險可能面對的問題。

同時探討產險業經營健康險在核保上可能面對的挑戰、法令遵循的不熟悉集體檢制度的難以建立等問題。四、探討產險業經營健康險在理賠上可能面對的挑戰，例如：醫療病歷資訊取得困難之問題、理賠詐欺案難以查覺、健康險理賠爭議申訴經驗不足等問題⁵。

另有研究主要係藉由人身保險申訴案例探討理賠爭議之問題，分析導致人身保險理賠爭議之原因，並研究人身保險理賠爭議相關問題發現大多數的人身保險理賠爭議，常因保戶取得資訊不足或錯誤所導致，例如保戶不知如何填寫要保書、業務員告知錯誤觀念、保戶保險觀念不足、意外傷害事故認知差異、條款解釋錯誤等情形，除此之外，保險公司對於除外責任的免責事由未詳加舉證、因保戶浮濫就醫被認

⁵詳參林國欽，產險業經營健康保險之核保與理賠問題之研究，淡江大學保險學系保險經營碩士論文，2009；許妙菁，人身保險理賠爭議之探討，淡江大學保險學系保險經營碩士論文，2007；陳玉枝，商業健康保險理賠爭議之研究，淡江大學保險學系經營碩士論文，2010。

定為非必要性醫療等問題都是造成人身保險申訴案例層出不窮的原因。

除此之外，另有研究針對健康保險特定商品類型，例如近年廣受消費者歡迎的癌症險、手術險等保險產品，針對癌症保險條款之相關名詞、承保範圍等，概因定義不明以致於產生理賠爭議。經由說明癌症病患治療需求及費用、檢視壽險公司核保與理賠作業規範、分析條款約定內容文字及探討實際理賠爭議案例等步驟，並彙整隱含爭議點之條款約定條文，以提供保險公司改進保單條款設計理賠之歧見，進而改善申訴率並提升其形象⁶。而手術險則是因科技的進步而發展出新的手術或治療方式而取代傳統外科手術者，常有無法獲得舊式手術醫療保險金理賠給付，或以較低之手術等級，或較少之手術醫療保險金給付，進而產生理賠糾紛與爭議。

因現代醫療技術日新月異，許多侵入性手術已逐漸發展為較小範圍的微創手術或雷射或超音波或電燒或放射線…等其他治療方式可以替代，而對該疾病同樣可以達到治療的效果。期盼透過合理期待原則的應用來減少商業健康保險理賠的糾紛與爭議，回歸保險制度損害賠償的原意，做有利於大多數被保險人之解釋，且符合不同時代背景與科技發展之進步之考量，以達到大多數人的合理期待。期能降低保險理賠的糾紛與爭議，使被保險人能獲得應有的理賠給付，且能減輕理賠人員的工作壓力，維護保險公司的良好形象，並實現保險制度的真諦⁷。

⁶詳參洪彰欣，我國癌症險保險理賠爭議之研究，淡江大學保險學系保險經營碩士論文，2007。

⁷李俊德，商業健康保險手術醫療保險金給付糾紛之研究，朝陽科技大學保險金融管理系碩士論文，2009。

但從司法實務及法學研究的角度切入我國商業健康保險之研究為數不多，有研究分析轉嫁醫療費用風險之需求趨勢，並介紹分析住院醫療保險之含義、承保範圍、給付類型、據實說明義務、保險利益、保險人之代位權，同時分析各制度的功能、要件與效力，就問題提出制度的調整，期對我國住院醫療保險之發展，提出拋磚引玉之效。⁸

綜上，近年來關於商業健康保險需求或影響消費者購買因素的實證研究不少，又從近三年金管會保險局保險申訴案件統計來看，因健康險申訴率一直居高不下，因此關於保險理賠實務方面的研究論文也不少，畢竟當務之急建立一套完善的理賠機制是解決目前相關爭議最立即有效的方法。不過到目前為止少有從法學方法解決相同爭議的研究論文卻不是很多，所以本文以為有需要從法學方法的角度試圖分析解決並避免將來關於商業健康保險相關爭議一再發生。

第二節 研究方法

本篇論文以文獻之蒐羅為基礎，輔以司法實務見解、保險主管機關令函、外國法律及實務等，採取比較分析及演繹歸納之研究方法，就同一議題，參考美、英兩國法院見解或保險監理單位的做法，從比較分析中尋找適宜的解決之道。

本文的研究目的為分析我國關於商業健康保險保單條款解釋的爭議，因此考慮國情，特別排除美國司法判決關於聯邦法與州法相互抵觸或優先適用的判決，而挑選著重在解釋商業健康保險條款本身的判決。

⁸金寶玲，個人醫療費用保險之研究，政治大學保險研究所碩士論文，1988。

第三節 研究架構

本文第一章先敘明本文的研究動機為有鑑於我國人民對商業健康保險的需求逐年提升，然伴隨著商業健康保險的新契約保件逐年提升，理賠爭議亦是層出不窮。

第二章則在發現現存商業健康保險條款解釋爭議具體內容為何前，先介紹我國商業健康保險的定義與其性質，藉由了解健康保險所移轉風險的特色及評估其保險成本的特殊性，進一步瞭解到被保險人投保的目的及保險人在衡量健康保險損失率的難處，此外一併介紹我國商業健康保險發展的歷史背景，從中了解到商業健康保險對我國國民健康所扮演的角色。

第三章則是透過檢索我國法院與商業健康保險條款解釋有關的判決，藉由分析司法實務解釋商業保險契約條款的過程，認識商業健康保險條款現存的爭議。

第四章再觀察美國商業健康保險在訴訟實務上，常見的爭議問題為何？美國法院又是採用何種方法解釋分析保單條款文字，且從美國司法實務判決中所提及之保單條款文字，可對美國保單條款的文字設計窺之一二，以睥睨借鏡。

第五章則是一併介紹英國與美國關於商業健康保險之監理規範與研究，由於希冀從中找到值得我國借鏡之處。

最後在第六章的部分，則是綜合分析第三章曾提及之我國現存商業健康保險條款解釋爭議問題，其爭議產生的原因為何，及我國監理規範是否尚有潛在的不足之處，再藉由第四、五章介紹的美國保單條

款文字介紹及英美相關監理規範，提出我國可以參考借鏡以解決現在爭議問題，避免糾紛一再上演，打擊民眾對商業保險的信心，而可以努力的方向。

第七章的部分則歸納總結前述第一章到第六章所述，從商業健康保險在我國所扮演的角色談起及其特色，找出現行保單條款解釋爭議產生無法避免的原因，再從修改現行保單條款文字著手並進行相關監理規範的增訂，希冀我國人民可以因此更加瞭解健康保險商品的內容，拉近保險人與保戶間對商品的認知，另因醫療機構在健康保險理賠實務中亦扮演關鍵性的角色，尤其左右法院對保單條款的解釋，因此如何增進醫療院所對健康保險條款的認識，提升保險人對理賠依據證明的信賴感覺，不但能加速理賠程序的進行、維持保險機制的對價平衡，進而使我國人民更能有效的利用商業健康保險，全面性的提高國民接受醫療的品質，創造三贏的局面。

第二章 健康保險概論

有鑑於我國人民對商業健康保險的需求逐年提升，然伴隨著商業健康保險的新契約保件逐年提升，理賠爭議亦是層出不窮，惟在發現現存商業健康保險條款解釋爭議具體內容為何前，應先認識我國商業健康保險的定義與其性質，藉由了解健康保險所移轉風險的特色及評估其保險成本的特殊性，進一步瞭解到被保險人投保的目的及保險人在衡量健康保險損失率的難處，此外一併介紹我國商業健康保險發展的歷史背景，從中了解到商業健康保險對我國國民健康所扮演的角色，而商業健康保險的商品類型亦隨著人民需求的提升，市面上無論是定期險、終身險、費用填補型、定額、重大疾病險等類型，以滿足人民對醫療品質的追求。

第一節 健康保險之定義

健康保險之目的，係為彌補被保險人因不良健康事故所致之損害。換言之，只被保險人因疾病所需住院及醫療費用，及因而不能工作所致之損失，由保險人負責給付或補償之保險。保險法第一二五條就健康保險為定義性規定：「健康保險人於被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責。」

第一項 疾病

健康保險主要即填補被保險人因疾病所導致的損失，是以關於健康險所承保的疾病，通常需具備三個要件，茲述如下⁹：

⁹汪信君、廖世昌，保險法立論與實務，頁293-300，元照出版有限公司，2006年9月，初版。

第一款 須為內部之原因

疾病的發生需由人身內部原因所引起，若顯然由於外來劇烈之原因者，則為傷害而非疾病。疾病之原因或有來自於人體外部者，例如所受細菌傳染而得病。但必於體內經一相當時期的醞釀，然後形成疾病引發身心上的不適與痛苦，始得為健康保險之疾病¹⁰。

第二款 非由於先天性之原因

傷害保險之保險事故均來自人體外部，且屬於促發性之原因；相反地，健康保險之保險事故則多來自人體內部，且屬於潛伏性之原因¹¹。又，疾病的發生需於保險契約效力存續的期間內，易言之，先天就存在身體上的缺陷，如耳聾、目盲、內臟位置異常等…，皆不為健康險所保障。

第三款 須屬偶發性之原因

人生以健康為常態，健康保險的疾病，須屬偶然性原因發生者始可。因自然現象之年老、衰弱及退化等，因非屬偶然性原因發生者，亦不得列為健康保險之疾病。換言之，疾病的發生除須於保險契約效力存續的期間內之外，尚須由於偶發之原因，若須由於偶發之原因，若為人生過程中的生理現象，如年老或衰弱等常須注射補劑，以維持健康者，及非屬疾病，蓋此僅為人體器官性能由於長期之原因自然的折損現象，非由於偶發之因素所導致。

¹⁰袁宗蔚，保險學，頁703-704，三民，1998年，增訂34版。

¹¹林群弼，保險法論，頁615，三民，2003年，增訂2版。

又司法實務上常以導致保險事故，發生之原因係由內部發生或外部引致，而區分成健康保險或意外保險之承保範圍。意外保險之傷害需由外界原因直接發生，且被保險人之損害需因意外事故所致。而健康保險之疾病，係由內部原因間接所引起，縱由外來原因所引起，亦必須於身體內部經相當時間之醞釀，然後形成而為疾病。

第二項 分娩

分娩者，指胎兒脫離母體的狀態，從而健康險所承保者為因懷孕生育之原因，致被保險人健康失常而生之損失，上述意義的分娩不以活產為限，及變為死產或流產也包括在內。是以，健康保險之分娩係指因分娩而導致被保險人身體健康狀態失常而言。例如：因生育、檢查、保胎及預防疾病等目的所支出之費用。分娩只有女性被保險有之，男性被保險人配偶生育時，雖於社會保險有生育費用津貼，但於商業性健康險男性被保險人則不得以其配偶之分娩為由主張保險給付。

第三項 因疾病、分娩所致殘廢、死亡

健康保險的保險事故除了疾病、分娩外，尚包括因疾病或分娩所致殘廢、死亡。易言之，此等殘廢、死亡非直接的保險事故，僅為疾病或分娩所致的結果。是以，殘廢或死亡須與疾病或分娩間具備因果關係時，保險人使須就此殘廢或死亡負責。例如：因疾病所致之失明及殘廢。換言之，保險人應負保險給付之責任為：1. 因疾病所致之殘廢或死亡 2. 因分娩所致之殘廢或死亡¹²。

¹²林群弼，保險法論，頁616，三民書局，2003年，增訂2版。

第二節 台灣健康保險發展史¹³

社會健康保險發展較商業保險來得早，社會保險最早可追溯至1956年第3次台灣省勞工保險辦法中的住院給付。1958年1月成立的公務人員保險法與同年7月成立的勞工保險條例中，則包含了完整的疾病給付。

商業健康險的部分，1967年由中國人壽推出第一張商業性健康險保單，1975年國泰人壽推出第一張防癌醫療給付保險，但癌症保險直到1987年美國家庭壽險進入台灣市場後才真正受到國人重視。安泰人壽則於1988年推出第一張有自負額的健康保單。1991年拜國際再保公司之技術支援，國內第一張重大疾病險問世。

1995年3月1日，台灣的社會保險制度進入一個新紀元。國人對於健康保險需求日益增加，商業健康保險於是在公營健保以外負擔起互補功能的角色。

1995年8月安泰人壽推出「日額型住院醫療終身保險附約」，該附約提供醫療費用終身保障，但以固定費率方式限期繳費。該保單推出後諸多壽險公司爭相仿效，甚而以主約形式問世，保證費率之長期健康險自此蔚為市場主流。

失能收入保險由於薪資認定困難，而長期看護保險於一九九六年由新光人壽推出我國第一張保單，該險種保單到目前為止市場發展仍不如預期？2005年為控制無給付上限之長期醫療險之潛藏給付壓力，各大壽險公司則陸續推出帳戶行長期醫療險以取代原先無上限之

¹³陳玉枝，同前揭註5。

長期健康險，同時市場上亦出現特定險種作為市場區隔以滿足不同消費者之需求。

2008年保險法第138條修正，產險業得以經營健康保險¹⁴。從我國商業健康保險的發展史來看，由於全民健康保險已提供人民最主要的保險醫療給付，很明顯的，商業健康保險僅居於補充的角色，因此直到1995年市面上才出現第一章日額型住院醫療保險保單，但隨者國民提升對醫療品質的重視，意識到倘若罹患癌症、重大疾病，病患可能選擇全民健康保險不給付的治療方式，以達成更佳的治療效果，造成個人自負的醫藥雜費不少。看準消費者為彌補未來此一財務漏洞的需求，產、壽險公司紛紛推出防癌險，從帳戶型、倍數型保單，到強調一次整筆支付的還本刑商品，都在市場上造成風潮¹⁵。

因此我國商業健康保險的類型，從一開始單純填補住院費用的差額到近來為主動因應消費者的需求而特別設計的保險商品，其維護我國國民健康的角色漸從配角變成了主角。

第三節 辨識健康保險移轉的風險及特色

人們至今依舊繼續尋找如何能達到安全與降低不確定。而健康險則是擔負移轉人們面對因疾病、分娩時的成本，或有時指的是當身體或精神上失能時的支付，讓我們在面對偶然不確定何時發生的疾病時，可能從容以對，減少經濟上的負擔。

¹⁴詳參財產保險業經營傷害保險及健康保險業務管理辦法。

¹⁵葉惠娟，同前揭註1。

第一項 風險描述

第一款 理賠成本控制的不確定性

費率充足與否的關鍵因素為實際發生率、利率、脫退率及預期假設之離散程度，但是關於健康保險費率方面由於缺乏長期可靠的罹病率的經驗數據，所以保費費率皆是透過再保公司引用國外的資料釐定，再加上脫退水準的因素，長期醫療險存在累積逆選擇的現象 cumulative antiselection 即是健康條件較差之被保險人通常有較高之繼續率，這部分成本難以計算。

第二款 風險頻率幅度隨時代改變

此外，重大疾病保險相較其他種類的保險所暴露之風險更多，由於長期環境改變，醫療技術亦不斷改善，保險事故定義無法長期使用，疾病早期篩檢率 detection 的提高與治療對於理賠成本產生極大的影響，且導致保險成本無法有效預測，建立保費調整機制能有效改善醫療技術，改進對於費率影響之不可預測性。

第三款 發生率難以預測

壽險同業公會統計：重大傷病發生率資料觀察，粗發生率有快速攀升的現象，此一統計反映了近年醫療科技進步，早期偵測醫療問題與安排就診的機率大幅提高，亦使得醫療支出與理賠金額有相對提高的現象。此外我國重大疾病理賠發生率的資料有部分來自國外經驗值，各種重大疾病因國別基因、飲食文化與生活環境差異很大而出現

落差¹⁶。

第二項 小結

與壽險、其他一般財產保險等單一保險事故相較，健康保險其保險事故的發生與否較難從客觀上認定，且健康保險的損失率經驗亦受到外在醫療技術的影響，例如當醫療水準或技術提昇時可能使病情越早痊癒，而降低住院的天數，從而影響保險人對於理賠成本的估計，而醫療費用則易受到通貨膨脹、醫療設備的進步等因素的影響，因此本文認為以上所述健康保險的特性，將增加解釋健康保險保障範圍的困難度和方式。

第四節 我國市面上商業健康保險保單類型

雖然目前僅住院醫療費用保險有示範條款，但是為因應我國國民對商業醫療保險的需求，以填補全民健保不給付的財務漏洞，並追求更好的醫療照護品質，市面上依保障內容或訴求對象陸陸續續推出特定傷病險（重大疾病險）¹⁷、長期看護險¹⁸、婦女與婦嬰保險與失能險、癌症險等，以下則以各標準大分市面上出現的健康保險，透過此方式分析觀察各類型保單的特色。

¹⁶ 中華民國產物保險核保學會，產物保險業核保理賠人員資格考試專業科目綱要，頁7之2-7之3，2010年。

¹⁷ 早期為重大疾病險，保障範圍只有七種重大疾病，後來擴大致二十種以上，因此名稱也改成特定傷病險。

¹⁸ 當符合長期看護狀態時，長期提供看護、療養保險金等項目，身故或全殘將會再給付一筆身故或全殘廢保險金。

第一項 依保險給付的方式為分類

第一款 定額給付的健康保險

即健康保險之給付在保險事故發生時，依照契約所載之一定金額給付，不去估算實際所受的損失，故被保險人於申請理賠時無須檢附醫療費用收據。指被保險人僅須檢附醫療診斷書或住院證明書，保險人即按被保險人實際住院日數，乘上保單約定的日額計算保險給付。我國各壽險公司為了因應全民健保的實施，故多傾向設計日額型定額保單。

第二款 實支實付的健康保險

即健康保險之給付規定有一最高限額，在此限額範圍內保險人按實際所發生之各種費用給付，如費用超出保單限額，則被保險人自行負擔之。被保險人申請理賠時必須檢附醫療費用收據。此種保險係在填補被保險人於事故發生時，支付醫療費用的具體金錢損失，故應屬損害補償性質保險。其給付方式通常在一限額表下，規定各手術項目之最高給付金額，在此金額內保險人按實際的手術費用以現金支付之。再者，實務上實支實付之健康保險為避免不當得利之情形，多會要求被保險人請領保險金時以收據「正本」為限。此乃為了防止其利用收據影本向多家保險公司請領保險金之情形。

第二項 依保險人所承保損失之不同為分類

第一款 所得損失保險

係指被保險人於契約有效期間內，因疾病或意外造成失能，無法

藉由工作獲取收入之補償。依我國保險法第 125 條規定，只要所提供的保障係補償被保險人因疾病所導致的損失，而因疾病所致的損失不外所的減少或喪失及額外費用支出兩類，此處的所得係指「工作所得」，易言之，所得損失保險係在保障工作能力的減損或喪失導致所工作收入的減、喪之損失，亦可稱為失能（disability）所得保險。實務上，依據契約約定可按年、按月或按週給付補償額。此外，保險公司為了降低理賠成本，避免被保險人藉由輕微的疾病即預作享保險給付，通常明訂被保險人於失能的初期（一個月、三個月、半年，或一年不等）無法獲得給付，這段期間稱等待期間。換言之，最初的等待期間所生失能所得的損失，由被保險人自行負擔，等待期間結束後，若被保險人尚未復原，則保險人開始負責補償其費用¹⁹。

第二款 費用損失保險

如前所述，我國保險法第 125 條規定，主要係補償被保險人因疾病所導致的損失，而因疾病所致的損失除所得之減少或喪失外，另包括額外費用的支出。而此額外費用的支出當指醫療費用而言。我國目前住院醫療費用保險商品，給付項目一般包含有住院保險金、加護（燒燙傷）病房保險金、手術醫療保險金、住院前後門診保險金、緊急醫療轉送保險金、出院療養保險金。

第三項 依保險期間為分類²⁰

第一款 短期健康險

¹⁹陳彩稚，保險學，頁290-291，1998年。

²⁰汪信君，廖世昌，前揭註9，頁302-303。

指保險期間在一年以下（含一年期）之保險，如一般的住院醫療費用保險。市場上的商業健康保險期間多為短期，如一般的住院醫療費用保險。市場上的商業健康保險多為短期，一般皆為一年，蓋短期健康保險較能讓保險公司掌握保戶的狀況，雖然續保年齡提高，也代表公司承保風險增加，但保費可在續保時依當時損失頻率及損失幅度，加以調整費率，故可因應理賠率增加的狀況。此外，短期健康險之盛行，亦為健康保險的理賠成本無法向人壽保險的死亡率一樣得以準確地預測。

第二款 長期健康險

通常對於長期健康險的界定，以短期健康險的一年為界線，保險期間超過一年以上者即屬之。而承前所述，健康險之所以多為短期在於理賠成本的不易控制，依此推論則長期健康險面臨的將會是一個長期理賠風險。但是依據民國 87 年 8 月 15 日修正的住院醫療費用保險單示範條款，明確規定將以保證續保為準，續保年齡則無規定²¹。長期健康保險費率主要採平準保費方式，倘若實際理賠經驗，超過訂定保費時預期的理賠率時，保險公司將無法經由調整費率來反應較高的理賠率。因此對於保險公司有較大的經營風險。所以保險公司可依風險承擔能力決定最高續保的年齡，從而就被保險人而言形式上保險期間雖仍然事由一個一個短期保險組合而成，但實質上亦等於受到長期性的保障，就保險人而言也會面臨相同的成其理賠風險。故從實質面觀之，意即就長期理賠風險的觀點切入，亦可將保證續保的保單劃歸長期健康險的範圍。

²¹住院醫療費用保險單示範條款第11條第1項：「本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本契約繼續有效，保公司不得拒絕續保。」

第五節 小結

人民投保商業健康保險的目的為面臨疾病、分娩或因疾病所致之殘廢發生時，可以獲得一筆保險金用以填補醫療費用的支出或彌補因此無法工作所帶來的損失，因此健康保險保費的計算基礎主要是疾病、分娩的發生率及因此所產生的醫療費用支出多寡，但因罹患各項疾病的統計資料不若傳統壽險或年金險，單以生存率或死亡率衡量，其理賠成本伴隨醫療環境品質的不確定性，例如早期偵測醫療問題與安排就診的機率大幅提高，亦使得醫療支出與理賠金額有相對提高的現象，再加上我國重大疾病理賠發生率的資料有部分來自國外經驗值，各種重大疾病因國別基因、飲食文化與生活環境差異很大而出現落差等許多複雜因素的影響，恐將導致保險人以較保守的估計面對商業醫療保險。因此如何在對價衡平的原則下，兼顧被保險人對健康保險的期待，避免保險人與被保險人對保險內容認知上的落差，便是一大難題。

第三章 我國商業健康保險關於契約條款解釋爭議

一般而言，健康保險契約條款相較於其他民事契約²²內容相對單純，比較沒有諸多複雜的文件，多半只有一份書面的保險契約，雖也有可能以加註批單²³、批註或附加條款²⁴的方式補充或變更保單內容，但以批單更動主契約內容的情形不多，再加上保險業是高度監理的行業，透過保險商品送審制度、示範條款的公布，而依習慣或權威性、法令、同業協議等因素，導致市面上的保險商品內容有標準化的趨勢²⁵，因此商業健康保險契約應不若複雜的工程契約，可能因訂定時間先後差別，或因制訂人員不一，導致契約文件時有互相衝突矛盾、不明確或疏漏等情形發生。

儘管如此，由於健康保險是以人的身體為保險對象，其目的主要在於彌補被保險人因身體狀況不良（poor health）所致之損失。所

²²交通部台灣區國道新建工程局一般條款D.5:「以下契約文件間，若有相互衝突或不一致之情形時，除另有規定外，應依照下列順序決定其適用之優先順序：（一）契約書主文。（二）決標通知。（三）開標記錄。（四）補充說明。（五）投標單及其附錄。（六）特訂條款。（七）投標須知。（八）設計圖說。（九）一般條款（十）施工技術規範及其他各類施工規範。（十一）其他契約文件。」

²³批單為一泛稱，主要在於變更或補充保險契約之內容。批單可能是在改變保險契約的承保範圍。批單需要由保險公司主管人員簽署，並附加於保單上，成為保單之一部分。雖然大部分內容是採用條款方式，但是批單不一定用條款方式表現，也可以敘述方式改變保險契約的內容。

²⁴附加條款：附加條款雖然也在改變保險契約的內容，但是通常為針對某特定事項作成固定式的內容，通常預先印製，並附貼於保單背面加蓋騎縫章以示其效力。

²⁵鄭鎮樑，保險學原理，頁168-170，五南出版股份有限公司，2005年，增訂第3版。

以，健康保險和其他以人的身體為保險對象的人壽保險及傷害保險的保障範圍有所不同，而健康保險與其他種類保險最大的不同點，便是其涉及不少醫療專業問題，再加上醫療技術的日益發展，醫療器械和藥品都不斷更新，使得健康保險的危險如何估算，保險費釐定都比較複雜，即使已經累積了相當的統計資料，也不一定能掌握規律進行統計精算。

除此之外，在醫療費用的支出中，也有不少人為因素不易控制，使得平均醫療費用不斷上升，因此健康保險的風管控管具有變動性和不易預測性，因此保險人為控制危險保費的計算，且避免被保險人浮濫申請保險理賠，舉例而言會在健康保險契約中訂入以下條款：

在住院醫療費用保險單示範條款中第二條名詞定義本契約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。

分析該條款，被保險人得申請住院費用理賠的要件為，被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之情形，條款內容看似明確無疏漏，但在實務上卻發生許多有待商榷的情形，例如病患要求醫生讓他住院以領取定額住院費用，因此從表面上看來，該被保險人確實已辦理正式住院手續，但是綜合其他申請理賠的案件一併觀察發現，少有醫生認定某些疾病有住院的必要，因此若僅依據被保險人是否有辦理正式住院手續來認定住院的必要性，恐與設定條款目的為有必要由醫師治療，且在自宅治療困難而必須入院接受治療，而在住院期間中持續施予治療者，未來恐怕有類似情形層出不窮，以致於商業健康保險理賠浮濫，影響危險

估計甚而惡化保險公司財務，再加上醫療實務上，尚有「急診留觀²⁶」的情形，一般而言為病患急診入院經醫師診治後，認為應置留急診處觀察數小時確認無礙後即可離院之狀況；「急診待床」則為經醫師診治後認為有住院治療之必要性，但因現無病床而需留置急診處待床，兩者於定義上雖均與「住院」之定義有別，惟因性質及目的之不同，實務上有不同之權宜作法。

因此，健康保險的契約內容雖較無因文件的複雜致使條款內容互有衝突或前後不一的情形，但因契約文字內容上存有解釋空間，於此情形下，即有契約條款解釋之必要，因此，本文檢索我國法院與商業健康保險條款解釋有關的判決，藉由分析司法實務解釋商業保險契約條款的過程，認識商業健康保險條款現存的爭議，透過分析解釋的對象與目的，並運用解釋的方法，探求契約當事人的真意，解決關於健康保險條款的理賠爭議。

第一節 契約條款解釋之目的與對象

第一項 目的

第一款 闡明性解釋

契約解釋之目的是對契約設定的權利義務予以更為具體之確定，而非重新賦予契約不同之意思內涵，對不明確、模糊之條款，指契約中的概念及詞句的含義，經常不很清楚，於澄清這些模擬兩可的語句，或以擴張或限制方式解釋時，不得有背於當事人曾表示的意

²⁶ 中華民國產物保險核保學會，產物保險業核保理賠人員資格考試綱要及參考試題（專業科目篇），頁7之12，2006年第3版。

思，按解釋意思表示應探求當事人之真意，不得拘泥於所用之辭句，民法第 98 條定有明文，作出適當之解釋，目的為減少爭議，或使意思表示之無效減至最低程度。惟解釋之範圍不得逸於誠實信用原則及交易慣例，而合理解釋之。

第二款 補充性解釋

系指對契約的客觀範圍內容加以解釋，以填補契約漏洞而言。相較前揭契約解釋，其主要目的在確定當事人約定的內容，特別是契約書面所載條款，其所具有的法律規範意意。若約定的內容，欠缺實現當事人契約規範計畫所必要的規定，契約發生漏洞，無從以契約文義為出發點，確認契約文義所具有的意義規範，則須針對契約的客觀範圍內容加以解釋，以填補契約漏洞。

第二項 解釋對象

第一款 意思表示解釋

意思表示的解釋，主要乃針對構成契約（要約與承諾）的意思表示或合意與否，屬於契約成立與生效階段的解釋作業。按意思表示不明確，使之名卻，屬意思表示之解釋，由於當事人為意思表示時，可能因表達能力不足及差異，而須加以闡釋至其內心之意思。

第二款 契約條款解釋

契約條款解釋，則牽涉到契約關係內容的認定，與契約內容的形成，息息相關，旨在規範彼此的權利義務，乃當事人自創的規範(*lex contrarius*)，此項契約規範源於當事人意思，在於滿足不同的利益，

分配各種可能風險。實務上，多半較複雜的契約約定內容，絕大多數形諸文字，成立書面。在此情形下，約定內容所具有法律規範意義的爭執，幾乎起因於當事人就契約書所記載條款，其意義內涵有爭議，或就其適用的範圍與對象，發生爭執，因其藉此表達的，則若未臻精確語言文字，故其意義、內容或適用範圍，難免發生疑義，而有解釋的必要性。契約解釋，實際上，就是契約書面條款的解釋²⁷。是以，涉及工程契約解釋之情形，多係因契約內容之解讀發生爭議，而較少爭執契約是否成立與生效。

第二節 契約條款解釋之方法

契約解釋於我國民法僅在第 98 條有相關規定，故必須應用得為契約解釋及漏洞填補之法律原則，當作判斷依據，又契約書面條款的解釋，其目的主要在探求契約條款法律上規範上意義，法律的解釋，亦在於探求法律客觀的規範意義，就此點而言，契約與法律的解釋有類似的地方。如將法律解釋方法²⁸運用到契約解釋，可以列出以下幾個基準：

- (一) 以契約文義為出發點（文義解釋）
- (二) 被解釋的條款，在契約中的體系地位，通觀契約全文（體系解釋）
- (三) 訂約當時的事實及資料，如締約過程、往來文件及契約草案等（歷史解釋）
- (四) 考量契約目的及經濟價值（目的解釋）。
- (五) 參酌雙方交易慣例。

²⁷參陳自強，契約之內容與消滅，學林文化，頁76，2004年1月。

²⁸法律解釋的方法，有下列五個標準：（一）法律文義；（二）體系地位（三）立法史與立法資料（四）比較法（五）立法目的。參王澤鑑，法律思維與民法實例，三民書局經銷，頁264，1999年。

(六) 以誠實信用為指導原則，有疑義時，應兼顧雙方當事人利益並使其符合誠信的法律交易。參酌前開法律解釋方法，詳細闡述用以解釋健康保險契約條款得以援用的原則。

第一項 文義解釋

文義解釋通常對於條文作解釋皆由條文之文字意義著手。文義解釋乃依語言文字可能之表達方式，掌握條文之字面意義。如果文義解釋客觀上已可探求締約者雙方之意思，則利用其他方式而作的解釋僅具有證實文義解釋正確的功用而已。但若文義解釋不能找出法條之真正意義，則須藉助另外之解釋方法²⁹。

第二項 探求當事人真意原則

基於契約自由原則，原則上保險契約條款的解釋應探求當事人之真意，尊重當事人的意思表示³⁰。在於保障個人自由之餘，當事人得自由選擇其締約對象與約定契約內容。於契約內容自由約定時，所涉及影響者乃契約內容之權利義務關係端係於雙方當事人自行約定，並因其要約與承諾雙方意思表示合致下以告成立，保險法第 54 條第 2

²⁹ 有關解釋契約之方法，我國實務上係以文義解釋為主，其他解釋方法(體系解釋、目的解釋、歷史解釋)為輔，而其界限在於契約之文字是否「足夠表示」當事人之真意。

³⁰ 由於法律行為是由二個要件所構成：一為主觀的、內在的意思；一為客觀的、外在表示。當事人的內心意思記無法清楚明確完全地表限於外部，而有解釋的必要。依其解釋的重點就在於外部的表示或內心的意思，產生了客觀解釋(表示說)及主觀解釋(意思說)的爭論，最後因方式主義式微，萬名法興起，並受希臘辯論學的影響，法律行為的意思較為自由，逐漸注重當事人意思，使現代民法偏向採取意思說，其歷史發展有興趣可參考王澤鑑，基本理論債之發生，頁236-237。

項前段訂有明文。

保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，應作有利於被保險人之解釋。又於我國司法實務上均強調「當事人真意」為契約解釋基本原則³¹。契約解釋之目的，在於探求當事人之真意。至於所謂當事人之真意，不是指當事人內心主觀之意思，而是從意思表示受領人立場去認定的「客觀表示價值」³²。亦即所謂探求當事人真意，並非在探求契約任何一方當事人主觀的意思或認知，而應該探求當事人共同主觀的意思。蓋約定之內容具有法律規範效力的意義如何，在當事人間若無爭執，無論該內容，客觀上如何被瞭解，也不管客觀上是否具有歧異性，仍以當事人共同主觀意思為準³³。即使有爭執，當事人若能自主地，或透過第三人的協助，就約定內容的規範意義，達成共識，亦即以共同理解的意義為準。當事人共同主觀意思若確實存在，縱然當事人用語錯誤，不知情客觀第三人將會為不同理解，此及「用語錯誤，無害真意」³⁴（即誤載不害真意）的解釋原則。

此外，如契約文字業已表示當事人之真意，無須別事探求者，即

³¹如最高法院18年上字第1727號判例：「解釋私人之契約應通曉全文，並斟酌立約當時之情形，以期不失立約人之真意」；最高法院19年上字第453號判例：「契約應以當事人立約當時之真意為準，而真意何在，又應以過去事實及其他一切證據資料為斷定之標準，不能拘泥文字致失真意。」

³²參王澤鑑，債法原理（一），三民書局經銷，頁239，1999年10月。

³³參陳自強，契約之成立與生效，頁242，學林文化，2002年。

³⁴參照最高法院28年上字第598號判例：「抵押權對於債務人或第三人不移轉占有而供擔保之不動產，得就其賣得價金受清償之權利，民法第八六〇條規定甚明。債務人就其所有之不動產向債權人設定如斯內容之權利時，雖其設定之書面稱為質權而不稱為抵押權，亦不得拘泥所用之辭句，即謂非屬抵押權之設定」。

不得反捨契約文字而更為曲解，即契約條款如業已明確，則無須另以契約解釋方式探求³⁵。

解釋當事人所立書據之真意，以當時之事實及其他一切證據資料為其判斷基準，不能拘泥字面或擷取書據中一二語，任意推解致失真意³⁶。再者解釋契約，應探求當事人立約時之真意，而於文義上及論理上詳為探求，當時之真意為何，又應斟酌訂立契約當時及過去之事實，其契約經濟目的及交易上之習慣，而本於經驗法則，基於誠實信用原則而為判斷³⁷。

第三項 對契約作成者不利解釋原則

所謂對契約作成者不利解釋原則（Contra Proferentem）³⁸，係指契約內容欠明瞭或條款不清時，應作不利於作成者之解釋，此乃本諸公序良俗所為之闡釋，因保戶多屬經濟上之弱者，且保險契約條款既屬保險人所預擬，則保險人乃最具足夠之專業判斷條款釋疑的能力³⁹，因此保單條款如產生解釋上爭議，唯有將不合理或不當之處，稍加壓抑，始能謀其權衡也⁴⁰。如是，保險法第 54 條第二項即規定：「保

³⁵參最高法院17年上字第1118號判例：「解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人之真意，即不得反捨契約文字而更為曲解。」

³⁶參最高法院19年上字第28號判例。

³⁷參最高法院88年台上字第1671號判決。

³⁸關於契約解釋，自羅馬法以來有三種主要的原則：（一）誤載不害真意（falsa demonstratio non nocet）（二）矛盾行為不予尊重（protestatio declaration）（三）有疑義者，應作不利條款制訂人之解釋（interpretatio contra miferentem）參王澤鑑，頁239，同前註32。

³⁹張冠群，方法意外？結果意外？重驗傷害保險中「意外」之「偶發性」認定標準-評台灣高等法院高雄分院 98 年度保險上字第 6 號判決，頁 59，法令月刊，2010 年 8 月。

⁴⁰楊仁壽，法學方法論，基礎法學叢書，頁223，1986年11月。

險契約之解釋，應探求當事人真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。」

此種解釋原則淵源於羅馬法「有疑義應為表意者不利益之解釋」原則，即在解釋時將作不利於契約擬定者之解釋。我國保險法第五四條第二項後段即明訂：「如有疑義者，以作有利於被保險人之解釋為原則」。此一規則被稱為「不清晰規則」(interpretatio proferentem)⁴¹。此一規則符合誠信原則的要求，其適用範圍不應以定型化契約或消費關係為限，只要一方當事人在經濟上的力量遠逾他方，並其為不清晰條文的起草者時，應認為有誠信原則的違反，而適用不清晰規則。

第四項 誠實信用原則

民法領域中，廣為流傳並被接受之原則之一，乃誠實信用原則。民法第148條第2項規定：「行使權利，履行義務，應依誠實及信用方法」，誠信原則係民法總則修訂後所增列，應適用於任何權利之行使及義務之履行⁴²。

契約文義的法律規範意義，若綜觀全文，仍有疑義時，誠實信用原則成為契約解釋的指導思想。蓋在誠實信用原則下，參與法律交往的關係人互相之間，被期待其行為均能符合誠實思考的公平之人的標準，而契約當事人彼此之間，亦期待他方之行為，正如同誠實思考公平之人為實現契約目的所將為者⁴³。因此，對於保險契約之解釋，誠實信用原則亦應為重要的判斷依據⁴⁴。換言之，法官解釋法律行為時，

⁴¹參黃立，民法債編總論，作者自版，頁77，2002年9月。

⁴²黃立，民法總則，作者自版，頁520，2005年9月。

⁴³陳自強，頁81，同前註32。

⁴⁴施文森，誠信原則與格式條款外之求償，月旦法學雜誌，頁97-100，2010年7

應依誠信原則，就當事人之意思表示內容，衡其所欲達到之目的、習慣及任意法規，以探求其表示應有之內容，為合理之解釋或補充⁴⁵。

第五項 契約目的解釋原則

所謂契約目的解釋意謂參酌訂立契約之目的解釋契約條款，否則契約目的不達，我國曾有法院⁴⁶利用契約目的解釋方法解釋保單條款，以下詳述之。

關於營造工程附加第三人責任險中，「第三人」之定義。營造工程第三人意外責任險：被保險人在施工處所或鄰地區，於保險期間內，因營建本保險契約承保工程發生意外事故，致第三人體傷、死亡或財務受有損害，被保險人依法應負賠償責任而受賠償之請求時，除約定不保事項外，本公司對被保險人負賠償之責。

營造工程第三人意外責任險第九條特別不保事項：

營造工程第三人意外責任險特別不保事項，因被保險人、定作人及與承保工程有關廠商或同一施工處所內其他廠商，或上述人員之代理人、受僱人及其居住工地之家屬之體傷、死亡或疾病所致之賠償責任。二者將係爭保險契約中營造工程第三人意外責任險之承保範圍及第三人之範疇加以限定。然則，如依此約定，被保險人所期望透過該綜合保險契約想要達成之保險的目的，顯然難以達成。蓋該保險基本條款第二條乃係對第三人應予理賠之原則規定，第九條則為不予理賠之例外規定，衡情所謂例外規定之規範，自不宜大於原則規定之範圍，否則及無異將「例外」當成「原則」，其結果將造成：「大範圍之原則

月。

⁴⁵楊仁壽，法學方法論，頁14，同前註44。

⁴⁶詳參台灣高等法院90年保險上字第61號判決。

不賠，小範圍之例外始賠」之不公平現象。換言之，若依前開規定則符合承保之「第三人」範圍顯然微乎其微，似有違綜合保險之意旨，更有違該保險基本條款第二款規定「應對第三人之體傷、死亡」為保險之意旨⁴⁷。

又如何使用契約目的解釋原則另一輔助判斷標準為，法院可觀察比較同公司承保範圍類似的保險契約，藉此判斷該契約的目的為何，倘保險公司可出具可加保的批單、附款抑或是提出其他保險契約的承保範圍包含該保單所不承保的對象，則可以此推測該保單的承保範圍，司法實務上，亦曾有法院利用此解釋方式⁴⁸。

第六項小結

一旦文字有解釋的空間，疑義須透過解釋，藉以釐清契約當事人雙方的真意，又既有解釋空間，表示文字描述非一望即知其文義的情形，又由於契約的解釋乃法律上的判斷，應由法院依職權為之⁴⁹，不

⁴⁷詳參台灣高等法院90年保險上字第61號判決。但另有學者認為觀其保單規定，包括承保範圍與不保事項，此保單乃有意將第三人之範圍限定為該承攬工程並無相關第三人，例如路人等。若係承攬人之受僱人，則屬雇主意外責任險承保之範圍，亦非第三人意外責任險之第三人。據此，並非如法院所言，符合承保之「第三人」微乎其微。若欲將承攬人本身因工程中所致之體傷或死亡，則屬雇主自行投保人身保險的問題，一般並不在營造綜合保險所欲承保風險之中。（汪信君、廖世昌，頁280，同前註11。）

⁴⁸詳參臺灣桃園地方法院95年度壠保險簡字第5號簡易判決，法院即採保險人之抗辯，以B附約保險金之計付方式為採「住院1至30日為1,500元，30至90日為1,875元，90日以上至365日為2,250元」之分級累進方式，相較於未採分級累進計付方式之A附約而言理賠金額較高，基於保險對價原則，自始將給付範圍限縮，明文將日間住院日數排除在外，尚難謂非契約自由、私法自治容許之範圍…」。

⁴⁹美國法院見解亦採職權解釋原則，不受當事人聲明拘束，請參考

受當事人陳述的拘束，亦不發生舉證責任問題。在解釋之前常須認定意思表示的構成要件，或其他與解釋有關之事實（如訂約前的談判，交易慣例）等應用各種解釋方式綜合判斷之，下一節本文即將介紹我國司法實務上，法院應用上述條款解釋的方法，藉以釐清契約當事人的真意。

第三節 保單條款解爭議類型⁵⁰

健康險容易引起爭議進而促使保戶向保險事業發展中心申訴者，在各項保險商品中占有有高的比例，且近年來上升的趨勢，分析其原因，蓋因健康保險的契約條款多牽涉疾病名稱或手術醫療行為，在對前者的認知因保險人、受益人間存有出入，再加上健康險的道德危險及逆選擇的情形較其他險種發生的機率更高，以致於健康險的商品設計、核保、理賠等均複雜且費時。

而針對健康保險的申訴型態可大致分為以下幾種⁵¹：

- 壹、核保爭議：對於要保人的書面告知，保險公司核保部門拒保所引起的申訴。
- 貳、保單製作的瑕疵或要保人的基本資料錯誤或保費計算的問題。
- 參、承保後要保人補充告知或因契約變更等涉及契約效力的爭議，如保單等待期間認定。

⁵⁰本文透過司法院法學資料檢索系統查詢目前關於醫療健康保險爭訟的判決內容，又經查相關爭議案件，關於告知義務的違反亦不少見，惟本文的研究範圍在於關於健康保險因保單條款解釋所衍生的爭議問題，故利用司法院法院資料檢索系統(網址：<http://jirs.judicial.gov.tw/Index.htm>)及法源法律網(網址：<http://www.lawbank.com.tw/>)檢索我國關於健康保險，以保單條款解釋為爭點的訴訟案件及法院見解。

⁵¹陳偉弘，我國商業健康保險理賠爭議之探討，頁14，淡江大學保險學研究所在職專班碩士論文，2012。

- 肆、保戶對於條款內容解釋有疑問時，尋求保險公司說明。
- 伍、理賠事故與醫療過程的認定與爭議。
- 陸、理賠申請文件包括診斷書及收據之認定。
- 柒、拒賠及因違反告知義務解除契約之爭議。

而本論文的研究範圍僅涉及關於保單條款解釋與認定相關爭議，換言之，可能涵蓋上述爭議的肆、伍、陸項等與保單條款解釋的相關爭議，為本論文的研究範圍，以下分別析述爭議類型。

第一項 「承保疾病」定義條款之爭議

第一款 涉及保單條款

蘇黎世產物住院醫療費用保險（日額型）⁵²

第二項 名詞定義第一款

本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起持續有效三十日以後或復效日起「所發生」之疾病。

台灣產物個人健康保險台灣產物一年定期重大疾病保險⁵³

第二條 名詞定義本契約所稱「重大疾病」係指被保險人自本契約生效日起，持續有效三十日以後所開始發生，初次罹癌並經「診斷確定」為下列疾病之一者。

⁵²蘇黎世產物住院醫療費用保險（日額型）97年10月2日金管保二字第09702164040。

⁵³台灣產物個人健康保險台灣產物一年定期重大疾病保險，備查文號：98.04.13產企字第0980000491號。

第二款 法院見解⁵⁴

根據本文前一款提及，商業健康保險最主要的承保範圍定義性條款，即是針對「承保疾病」的定義，其實若單從條款文字：「疾病系指契約生效日起所發生或罹患之疾病」觀之，再加上保險法第 127 條的規定，保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者不負給付保險金額之責任，綜合以觀條款文字看似沒有解釋上的疑義，只要醫學上在投保當時，被保險人生理上承保疾病已存在，保險人應不用就該疾病給付相關保險金，但在我國司法實務上，某些法院會再判斷被保險人針對該疾病是否確實知情，而非單單探究從醫學上的角度是否確實在等待期間經過前便已罹患該疾病，此外，關於疾病是否發生，有些保單條款會將範圍限縮至診斷確定，有些條款則付之闕如，則相關理賠爭議的產生，可見一斑。

壹、採被保險人須知情要件者

根據最高法院民事判決 95 年度台上字第 359 號判決發回更審的理由為，被保險人在保險契約訂立前，原審既認定被保險人已有外表可見徵象已呈之精神病，則原審不得以被保險人不知其已罹患該精神疾病，而無保險法第 127 條的適用⁵⁵。除了該疾病有外顯症狀外此要

⁵⁴筆者上網搜索司法院法學檢索資料系統，並以「保險法第一百二十七條」為關鍵字對最高及高等法院判決自85年起判決進行搜索，僅得共計12筆判決。剔除和保單條款解釋無關的判決，例如保險契約生效與否或程序問題，合先說明。

⁵⁵最高法院民事判決95年度台上字第359號：「查保險法第一百二十七條規定：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。被上訴人於系爭保險契約訂立之前，外表可見徵象已呈精神病，為原審認定之事實。果爾，能否謂被上訴人於八十九年十月三十日向上訴人投保時，不知自己已罹患精神疾病，上訴人不得依首開法條之規定拒絕給付保險金，尚非無疑。」；其他類似情形的判決有，臺灣高等法院臺中分院民事判決92年度保險上易字第8號、臺灣高等法院台中分院民事判決90年

件外，抑有可能因疾病演變的病程，就知悉的定義尚有區分成被保險人知悉病徵或確診病名，舉例而言，有判決便認為縱使被保險人不確定其所罹患疾病為何，只要在契約生效前知悉其生理狀況已有該疾病的病徵，又該病徵為承保疾病的原因，即算是知情⁵⁶，保險人無須負責。

貳、無須判斷被保險人是否知情者

但因保單條款的約定多半根本沒有提到是否限於被保險人知情的狀況，且另一方面，另有法院適用保險法第 127 條及相關商業健康保險承保疾病條款時，主要僅就被保險人在醫學上是否確實在等待期間經過前，便已罹患承保疾病，而不論被保險人是否知情其已罹患該承保疾病，舉例而言，臺灣高等法院民事判決 92 年度保險上字第 359 號判決，被保險人在民國 81 年因白血病入院診治，期間雖白血病進入緩解期，但從醫學上的解釋，在白血病緩解期間，其血液或骨髓仍有當時科技無法檢驗之白血病細胞存在，致其於緩解後白血病復發，則既然投保時該疾病仍存在，保險人無須負責⁵⁷。

度保險上易字第 5 號。最高法院 90 年台上字第 89 號判決同此見解：「保險法第一百二十七條所謂被保險人已在疾病中者，係指疾病已有外表可見之徵象，在客觀上被保險人不能諉為不知之情況。」

⁵⁶ 台南地方法院 83 年保險字第 5 號

判決：「原告之女於民國八十二年二月間，因皮膚紅疹至醫院求診時，已有惡性腫瘤之病徵，其所患之組織球增生病為惡性腫瘤，根據行政院衛生署醫事審議委員會鑑定結果，「惡性腫瘤」為其身故原因。而依系爭防癌終身健康保險附約條款第四條第二項之約定，保險人之防癌特約保險責任自八十二年七月二十七日才開始，原告之女於此之前即有惡性腫瘤之病徵，保險人自不負賠償責任。」資料來源：

<http://db.lawbank.com.tw.ezproxy2.lib.nccu.edu.tw/FINT/>法源法律網

⁵⁷ 臺灣高等法院民事判決 92 年度保險上字第 33 號：「上開證據顯示，黃俊傑曾在八十一年九月十八日經醫院診斷為急性淋巴球性白血病，雖至八十四年八月停藥並達到緩解，但緩解期間其血液或骨髓仍有當時科技無法檢驗之白血病細胞存

另一爭議情形為，被保險人周瑞玲於88年5月24日（尚在該保單等待期間內）至仁愛醫院初診，經診斷為「骨骼、軟組織及皮膚之『未明之腫瘤』」與其於88年5月26日（已逾該健康保險等待期間），經中國醫藥學院切片檢查，確診為「差分化的腺癌」，係屬同一腫瘤。是本件爭點為：被保險人因癌症病逝，該癌症是否屬系爭保險附約第十三條第一款所稱之生效日起三十天以內所發生之「癌症」？

臺灣高等法院臺中分院民事判決91年度保險上易字第9號判決認為，雖被保險人在民國88年5月24日仁愛醫院初診，經診斷為「骨骼、軟組織及皮膚之『未明之腫瘤』」，表示被保險尚未確知其已罹患承保疾病之惡性腫瘤，但從中國醫藥學院的切片檢查，確診為癌症，又係屬同一腫瘤，則非承保疾病條款所稱『癌症』係指被保險人在本附約生效日起持續有效三十日以後初次『發生』的一種疾病，保險人免負保險契約責任⁵⁸。

在，致其於緩解後白血病復發，於八十八年十二月再次入院診治，黃俊傑之白血病於緩解期間既仍有當時科技無法檢驗之白血病細胞存在，嗣後又再復發白血病，應認被保險人黃俊傑自八十一年罹患白血病後從未治癒，則兩造於八十五年六月二十六日、八十六年七月十七日訂立系爭保險契約時，黃俊傑已在疾病情況中，依保險法第一百二十七條規定，被上訴人即保險人對該疾病不負給付保險金額之責。換言之，被保險人於締約時雖受關於白血病的檢查，醫師表示表示正常、無特殊發現，則使被保險人認為白血病已被治癒的當下，從醫療專業人士的見解白血病緩解的期間，仍存在科技無法檢驗的白血病細胞存在，既然該疾病仍存在，保險人無須負責。」

⁵⁸臺灣高等法院臺中分院民事判決91年度保險上易字第9號：「按解釋契約，固須探求當事人立約時之真意，不能拘泥於契約之文字，但契約文字業已表示當事人真意，無須別事探求者，即不得反捨契約文字而更為曲解。」；最高法院17年上字第1118號著有判例，查系爭保險附約第2條第2項係約定：「本附約所稱『癌症』係指被保險人在本附約生效日起持續有效三十日以後初次『發生』的一種疾病」，條文既約定為「初次『發生』的一種疾病」，並非「初次『發現』之疾病」；而腫瘤之診斷應依據切片病理報告方可證實發現；但被保險人周瑞玲於八十八年五月二十四日至仁愛醫院初診，經診斷為「骨骼、軟組織及皮

第三款 小結

關於既往症條款相關爭議的問題，有很大的原因來自如何解釋保險法第 127 條應採文義解釋或體系解釋而增加被保險人的主觀要件，不論在司法實務⁵⁹或學者間多有討論，主要的原因有二，第一我國保險法第 127 條是否限於被保險人無法諉為不知其已罹患該疾病的情形，法界見解不一，有法院認為保險法第 127 條與保險法第 51 條間並非普通法與特別法的關係，規範目的不同，實分屬二事，而有知情與否的要件須審酌，但亦有法院並未特別審酌此要件。況且先不論適用保險法第 127 條的問題，市面上的健康保險的承保範圍條款文字，即未加入知情與否的限制，儘管如此，進入司法訴訟程序，保戶原告仍會援引保險法第 127 條以茲抗辯，縱使為援引，法院在解釋承保範圍的條款時，仍有法院會將知情與否作為判斷的要件之一，則可以想見相關爭議案件無法避免。

膚之『未明之腫瘤』」與其於八十八年八月二十六日，經中國醫藥學院切片檢查，確診為「很差分化的腺癌」，既屬同一腫瘤。足認該惡性腫瘤至少於被保險人周瑞玲於八十八年五月二十四日至仁愛醫院初診就醫時即已「發生」。要難因其係經中國醫藥學院事後於同年八月二十五日切片檢查，始發現為「很差分化的腺癌」，即否認其於八十八年五月二十四日至仁愛醫院初診就醫時，即已發生之事實。」

⁵⁹訂約時，僅要保人知危險已發生者，保險人不受契約之拘束；訂約時，僅保險人知危險已消滅者，要保人不受契約之拘束，保險法第 51 條亦著有明文，惟自保險法之立法體例觀之，本條規定於第 2 章保險契約之第 1 節通則中，原則上適用於所有保險契約，亦即屬於保險契約之普通性規定，若其他章節有特別規定者，應以該特別規定優先適用，同法第 127 條之規定於該法第 4 章人身保險之第 2 節健康保險中，乃就健康保險契約所為之特別規定，至為明確，且該條之立法目的，係在使被保險人仍得投保健康保險，僅就已發生之疾病，保險人不負給付保險金額之責而已，並非在使健康保險契約無效，與第 51 條之規定不同，自屬該條之特別規定，應優先適用，否則第 127 條之規定，誠無規定之必要。」

第二項 「治療必要性」定義條款之爭議

第一款 涉及保單條款

幸福人壽幸福人生養老保險

第 15 條 癌症化學醫療保險金的給付

第 18 條 癌症門診手術醫療保險金的給付

被保險人…經醫師診斷「必須」門診接受以癌症病兆全部切除為目的之手術醫療者…。但接受癌症骨髓移植手術、癌症義乳重現手術…不給付保險金。

第 19 條 癌症骨髓移植手術保險金的給付

被保險人…經醫院醫師診斷確定罹患癌症，並以此癌症或因此癌症所引起的併發症為「直接原因」，經醫師診斷必須接受骨髓移植手術治療者，本公司於手術後…給付該被保險人「骨髓移植手術保險金」。

團體防癌健康保險保單條款第十八條癌症外科手術醫療保險金給付約定必須係以癌症為直接原因、或因癌症所引起之併發症，經醫院診斷必須接受外科手術時，被告始須給付癌症手術保險金。

第二款 法院見解

在癌症門診手術醫療保險契約條款為控制保險給付成本，精算保費，通常會寫明手術醫療為經醫院醫師診斷必須門診接受以癌症病兆全部切除為目的之手術醫療。

然病患在治療癌症過程中，醫師可能會根據病情採取不同的醫療措施，並有可能未達更佳的治疗效果給予病患更完善更繁瑣的治療方式，在此現實狀況下，是否為治療癌症的必要手術行為，即有可能因主治醫師及病患病情間的差異而有不同的手術方式或步驟，從保險理賠實務及被保險人申請理賠的角度一併觀察，極有可能產生何謂必要性治療癌症的手術認知上的差異，以下判決即為一例⁶⁰。

兩造爭執事項之一是否為癌症引起併發症「所必須」進行之外科手術。原告請求之移除人工血管手術費用 45,000 元給付，是否為治療肝癌或因肝癌引起併發症所必須進行之外科手術？被告應否賠付？

保險公司主張，原告請求癌症手術 90,000 元保險金部分，有關人工血管安置及移除手術，並非治療癌症必須之外科手術，僅係為方便注射藥物之處置，即使不安置亦不會影響其治療。被告已予以從寬給付安置人工血管手術費用，至於移除手術 45,000 元部分依約無須給付，故原告請求癌症手術之 90,000 元應扣除人工血管移除手術費用 45,000 元。

惟法院採個案判斷解釋之，詢問被保險人接受治療之醫院移除人工血管究為直接治療癌症之手術或以治療癌症併發症為目的？，林口長庚醫院函覆表示：「陳君係嚴重肝細胞癌合併右側肝門靜脈栓塞之患者，經醫師診視及相關檢查後，建議以肝動脈灌注化學治療，故於 95 年 9 月 7 日施行安置人工血管手術，以利化學治療之進行，惟因病患之肝癌持續惡化導致化學治療無效，故經醫師研判，於 95 年 11 月 7 日施行移除人工血管手術，以減少併發症之風險。」

⁶⁰詳參臺灣臺北地方法院民事判決96年度保險字第37號。

因此台北地方法院認為林口長庚醫院對被保險人施行之人工血管安置手術係為治療肝癌之必要手術，事後再進行移除人工血管手術，亦係為避免引起併發症之風險，均屬於肝癌治療及因肝癌引起併發症所必須進行之外科手術。

第三款 小結

從保險人主張事由或可推知，申請肝癌治療手術的項目在一般通例移除人工血管手術並不常見，但本案例中之被保險人因肝癌持續惡化導致化學治療無效，因此醫師建議以肝動脈灌注化學治療，而需安置人工血管，換言之，在一般情形下，安置人工血管非必要性手術，但在本案例中確實為必要性治療肝癌的措施。

在保險條款文字未有詳細說明何謂以治療癌症為目的的判斷標準之下，法院當須作成有利於被保險人的解釋，但吾人尚須關注健康保險由於涉及醫學技術問題，危險估計具變動性與不易預測性，因此若從個案判斷，或許較可滿足被保險人當初購買健康保險的期待，但是否間接造成保險公司保險給付不斷上升，保費隨同調漲，反而不利於危險共同體，須綜合思考之⁶¹，換言之，可以想見若保險人就理賠

⁶¹雖然目前關於「手術」的定義，主管機關尚未訂定示範條款，但各家保險公司也為因應，因「手術」定義性條款文義，在無精確定義的情形下，法院多半繪適用保險法第54條規定，作出對被保險人有利的解釋，則漸漸地，近年來新推出的手術險商品，會作出明確的定義，以確定保險商品的承保範圍，例示如下：

幸福人壽

第十六條 癌症放射線醫療保險金的給付

被保險人於本契約有效期間內，經由雷射刀、光子刀、如碼刀、諾力刀、電腦刀、X光刀、海扶刀等相關治療方式，以使惡性腫瘤縮小，而並非經由癌症病兆全部切除為目的之手術醫療者，均列為癌症放射線醫療，給付「癌症放射

實務，針對同類型疾病，倘多數未施以某些醫療措施，又或者該醫療措施在醫療上之目的僅為了提高被保險人免疫力、避免感染，而非以治療使該疾病漸趨好轉的醫療措施，此時是否符合保單條款所稱以癌症為直接原因、或因癌症所引起之併發症，經醫院診斷必須接受之外科手術，便產生無論是醫學上或是文字解釋上的爭議，本文以為實須進一步於保單條款中釐清之。

第三項 「住院必要性」定義條款之爭議

第一款 涉及保單條款

住院醫療費用保險單示範條款第 2 條

本契約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且辦正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。

國泰溫心住院日額保險附約第 3 條保險範圍約定：「被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，經醫院診斷確定，必須且經住院治療時，本公司以被保險人投保的「住院醫療保險金日額」為準，依照本附約的約定給付各項醫療保險金」

線醫療保險金」

紐約人壽癌症醫療終身保險

第八條 住院外科手術保險金的給付

已領取初次罹患癌症保險金之被保險人，在本契約有效期間內以治療癌症圍直接目的而必須住院接受外科手術治療時。

第十三條 放射性治療保險金的給付

已領取初次罹患癌症保險金之被保險人，在本契約有效期間內以治療癌症為直接目的必須接受放射性治療時，本公司按其實際治療日數給付放射線治療保險金。

安泰住院醫療定期保險附約第2條第8款約定：「住院係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」

關於上揭保單條款在訴訟實務上常見的爭議問題為，保險契約關於「經醫師診斷必須入住醫院」，除經「實際治療之醫師認定有住院必要性」外，是否尚須以「具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要」為要件？

第二款 法院見解

壹、採具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要之意見者⁶²

採此見解的法院認為，縱使被保險人已辦理正式住院手續，雖已獲得個案主治醫師的判定有其住院必要性，但若難認被保險人之傷害已達住院之必要程度，且詢問住院醫院見解表示：「故而住院為佳，以利早日康復並恢復工作」⁶³可見，仍須進一步審查住院的「必要性」，

⁶²臺灣臺北地方法院民事判決99年度保險字第6號：「…惟前揭系爭保險契約條款所謂之「經醫師診斷有住院之必要性」，解釋上，應係指具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者而言，不以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭系爭保險契約條款之約定，已詳如前述，又臺大醫院是與本件紛爭毫無關涉之第三人，其上述鑑定結果自較為客觀可信，從而，堪認原告因前開疾病經醫師診斷有住院之必要，且住院日數為14日。…」

⁶³請參閱臺灣臺北地方法院民事判決94年度保險簡上字第4號「…主要是冰敷鎮痛消炎、換敷藥之治療，依上開內容實難認上訴人之傷害已達需住院之必要程度，而上開英仁醫院之回函亦表示：「故而住院為佳，以利早日康復並恢復工作」，而非因有動用醫院醫療設施必要之住院，是上開英仁醫院之回函，本院認尚無法認上訴人已達需住院醫療之必要，自難援引為有利於上訴人之認定。綜上說明，上訴人既非必須住院治療，被上訴人即無需給付此部份之保險。」

從被保險人之病情作具體判斷，住院證明並非不可撼搖之鐵證，如該醫認定之「住院之必要性」受到質疑，保險人得舉反證加以推翻。

其理由為非主治醫院所為之鑑定為與個案毫無關涉之第三人，則鑑定結果自較為客觀可信，故關於保險契約條款所謂之「經醫師診斷有住院之必要性」，解釋上，應係指具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院之必要性者而言，不以實際治療之醫師認定「有住院必要性」即屬符合前揭系爭保險契約條款之約定。

貳、僅參考就診醫師的意見，個案判斷者⁶⁴

以此方式解釋住院必要性的法院認為，既然被保險人已確實經醫師診斷，必須住院，且正式辦理住院手續在醫院接受治療，而持有醫院診斷證明書，即可向保險公司請領保險金；此外兩造所訂立之保險

⁶⁴臺灣高等法院臺中分院民事判決90年度保險上易字第3號：「五、依兩造訂立之安泰住院醫療定期保險附約第二條第八款約定：「住院係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」，及「安泰日額型住院醫療終身保險」附約第二十二條約定：「受益人申領本附約保險金時，應檢具下列文件．．．三醫療診斷書或住院證明．．．」，則被保險人僅需確實經醫師診斷，必須住院，且正式辦理住院手續在醫院接受治療，而持有醫院診斷證明書，即可向保險公司請領保險金。而兩造所訂立之保險契約條款並無尚須由其他機構為事後審認有住院之必要之約定，是上訴人抗辯尚應審查被上訴人有無住院之必要，以定是否給付保險金一節，核與上開契約條款不相符合，已無可採。換言之，被保險人必須住院治療之前揭乃經「醫師診斷」，足見被保險人是否必須住院治療，其必要性乃係由醫師依其專業知識就病情而為判斷，換言之，住院必要性之判斷，權屬於被保險人求診之醫師。兩造既就住院為有上揭之約定，而被保險人等亦確實因疾病赴醫院就診，經醫師診斷必須住院治療，正式辦理住院手續並在該院住院接受診療，被上訴人提出診斷證明書，向上訴人請領保險金，上訴即應依約給付保險金，不得拒絕。」

另請參閱臺北地方法院民事判決99年度保險簡上字第4號判決。

契約條款，並無尚須由其他機構為事後審認有住院之必要之約定，因此只要被保險人有辦理正式住院手續，即符合條款所稱之「經醫師診斷，必須住院診療時」。

第三款 小結

目前司法實務，對於住院或必要性醫療的解釋，有的法院見解會採第三醫院的鑑定結果，即以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院或治療必要性而言，惟因保單條款文字多半未寫明系以具有相同專業醫師於相同情形通常診斷的結果，因此多數法院會作有利於被保險人的解釋，本文亦認同在現行條款文字模糊的形況下，關於住院必要性疑義之解釋，只要不要有諸如保險詐欺等違反誠信原則的事由，若被保險人已經主治醫師診斷必須住院或接受治療，即符合保單條款的理賠條件，惟就理賠實務，倘若相同疾病，在不同家醫院或接受不同醫師的治療，在遇到超過平均值許多的醫療支出，但是就保險人的立場，其必定會質疑該筆醫療費用支出的合理性，而希望以採具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要之意見者為依歸，藉此外來才能利用統計上的損失率，精算出保險成本，對此本文以為關於「住院必要性」恐須在條款文字做更詳細的闡述，以避免類似爭議不斷發生。

第四項「住院」定義條款之爭議

第一款涉及保單條款

南山住院費用給付保險附約⁶⁵

第二條 住院日數

係指被保家庭成員因疾病或傷害入院治療之日起至出院之前一日止之天數；如被保家庭成員提出醫院收取出院當日費用之證明時，出院當日仍計入住院日數，但如被保家庭成員於同一日出院後，又入院治療時，不論其原因為何，該日不得重複計入住院日數。

被保家庭成員如僅係日間住院或晚間住院，不計入住院日數。

第二款法院見解⁶⁶

該案件的爭執事項之一即是商業保單條款針對「住院」的定義，特別以文字排除「日間住院」，首先在商品送審時，系經核准始得販售，惟保戶可能因一時不察保單條款文字，再者因被保險人被診斷患有嬰幼兒自閉症，而自93年9月9日起至93年2月15日於行政院衛生署桃園療養院兒童日間病房住院接受治療，共到院治療197日等情，致使原告主張爭條款排除日間住院乃增加示範條款所無之限制，且將日間住院排除於住院定義之外，當事人真意及社會一般通

⁶⁵中華民國84年3月27日奉財政部臺財保第841491912號函核准。其他同家保險公司所設計的住院醫療費用保險條款如下。

如南山人壽癌症住院費用給付保險

第二節 每日疾病住院費用

倘保障對象於本保單有效期間內罹患本保單所承保之疾病而必須住院並接受非被保險人或其直系親屬之內科或外科醫師治療時，本公司將賠償要保書內所載之保障對象於留住醫院期間之每天住院費用，該項賠償自住院第一天起給付，但每次住院給付以365天為限。

倘因同一原因或相關原因使保障對象必須數次分別住入醫院時，視為一次住院，但同一原因其前後住院期間相隔12個月以上時，不在此限。

⁶⁶詳參臺灣桃園地方法院民事簡易判決95年度壠保險簡字第5號。

念，顯失公平，依消費者保護法第 12 條、第 17 條及民法第 247 條之 1，應屬無效。另，應作有利於被保險人的解釋，不得排除日間住院的情形。惟法院並不認為關於「住院」的定義尚存解釋上的疑義，因保單條款已由明確性的定義。再者法院試從醫療實務辨明「日間住院」是否屬於「住院」的範疇。

法院函詢行政院衛生署桃園療養院「日間留院」與「一般住院」之異同點，根據函覆內容，足見本件之系爭日間留院制度雖與一般住院在手續及收費標準等程序、形式要件上並無不同，但在適用範圍、病房配備、病患是否返家過夜等方面仍存有實質上之差異⁶⁷。法院另從文義解釋，闡釋「住院」的定義，按「住」者，為形聲字，從人主聲，「主」的本義就是「燈中火炷」形，亦即有燈火處就是人的住處。故所謂「住院」，依一般中文語意及社會通念的理解，應係指病患為診療、休養之需而居住於醫院，以醫院為生活起居、行寢坐臥之場所，暫以醫院為家之謂。

因此，至本件系爭之日間留院制度，係一種治療精神病患之方式，治療時間為每週一至週五，上午 09：00—12：00、下午 01：

⁶⁷據覆略以：1. 適用對象及範圍：本院成人精神科一般住院分為急性與慢性住院，依病患病情判斷，針對症狀進行急慢性之處置。日間留院收治之對象多為非急性病患，且病情須長程治療者。兒童精神科之日間留院適用情形與成人精神科類似，且針對(1)學齡前之自閉症或發展遲緩兒童，需接受早期療育者；實際生理年齡介於2至7歲間。(2)已就學，但有適應困難之自閉症兒童。

2. 所辦手續及應備文件：兩者並無不同，入院皆經(1)由醫師開立入院許可證。(2)填寫病患及聯絡人基本資料表。(3)提供健保卡及相關優免證明文件（如低收入證明、重大傷病卡等）。

3. 收費標準兩者皆依健保相關規定辦理。

4. 病房配備：一般住院病房均設有專屬床位，病患須留宿醫院內。日間留院則採每日到院治療，不必留宿院內，故無實體病床等情，有行政院衛生署桃園療養院95年11月14日桃療醫字第0950006148號函附卷可稽。

00-04:00，病患晚上係回家過夜，已俱如前述，即與一般對「住院」之中文語意理解尚屬有間，系爭約款將之排除於住院日數之外，尚難謂與一般社會通念有何重大扞格而顯失公平之處。

第三款小結

本文以為因住院醫療保險示範條款就「住院」的定義，並未特別排除日間住院的狀況，但若從承保範圍反應費率成本，則若能符合消費者的需求，應無強制保險人強納入承保範圍之理。故在保單條款已經約定明文排除日間住院的前提下，本判決案例，因已明文排除「日間住院」，法院亦認無文義不明之處，但倘為沒有於條款中明文排除的保單條款，是否便有爭議產生的空間？恐須進一步考慮之。

另外還有一點本文以為須特別注意的是，雖然應無要求保險公司必須給付日間住院的監理規費，但由於各家保險公司針對住院醫療保險所給付的內容有所不同，可能有些保險公司並未特意明文排除日間住院，有些保險條款則會約定排除之，然基本上保戶在選購商業健康保險商品時，其動機很可能即是希望商業健康保險可以填補全民健康保險所無法給付的財物損失，而誤以為自費的部分，商業健康保險皆能給付，故為減少被保險人預期與保險人意思表示的落差，除了促使保戶可以選購符合其需求的商品外，亦為避免未來理賠時爭議產生，本文以為或有需要建立一個比較各家保險商品內容的平台，以協助保戶得以從中選購出符合其需求與預算的健康保險商品。

第五項「失能」的定義

第一款 涉及保單條款

南山人壽南山康寧終身壽險保險契約及南山傷害保險附約⁶⁸

⁶⁸南山人壽南山康寧終身壽險保險契約及南山傷害保險附約(核准文號：91.5.7台財保字第0910750461號，保發中心)

其他家保險公司關於失能的定義如下：

一、中國人壽團體一年定期失能保險保單條款(核准文號：91.5.7台財保字第0910750461號)請參考附錄。

本契約所用名詞定義如下：

「全部失能」：被保險人在本契約有效期間內，遭受傷害或罹患疾病，經醫師的診治後，自第三十一日起仍生存時，依照被保險人的身體狀況、教育程度、技能訓練或經驗所得，無法於要保單位從事任何工作以獲致報酬者，則屬「全部失能」。

被保險人在本契約有效期內，因遭受傷害或罹患疾病致成附表「殘廢程度表」中所列第一級七項之一者，視為「全部失能」。

中樞神經系統機能或胸、腹部臟器機能極度障害，終身不能從事任何工作，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者。

二、富邦人壽團體一年定期失能健康保險(98.06.01 富壽商品字第098002號函)

【名詞定義】

第二條 本契約所用之名詞，其定義如下：

「原來工作」：指保險事故發生當時被保險人在要保單位所從事之工作。

「報酬」：指工資、薪金、佣金、營利所得……等一切因提供體能或心智上的勞務而獲得之對價。

被保險人全部失能期間，倘要保單位基於其人事規章、薪資辦法或福利制度之規定，雖無提供體能或心智上的勞務而給予之薪資或其他給付，非屬本契約所稱之「報酬」。

被保險人因前項情形受領全部失能保險金達二年後，則「全部失能」之定義變更為：「依照被保險人當時的身體狀況，不能從事依其教育程度、技能訓練或經驗所得從事之工作以獲致報酬之情形」。亦即根據醫師的診治結果及當時的身體狀況，被保險人雖仍然不能從事其原來工作，但卻有能力從事依其教育程度、技能訓練或經驗所得從事之其他工作以獲致報酬時，則不論其是否去從事，即已不屬本契約所稱之全部失能。

全部失能期間，倘被保險人從事任何具有報酬之工作時，全部失能期間即告結

保單條款「本附約所稱之『失能』，是指下列三種情形之一：

1. 不能繼續從事原來之任何工作。
2. 不能繼續從事原來之一部分工作。
3. 永久不能從事任何工作，即被保險人自意外傷害事故發生之日起不能繼續從事原來之任何工作達 52 週以上，且終身無法恢復工作能力、不能從事任何工作」⁶⁹。

第二款 法院見解⁷⁰

分析各家保險公司的保單條款針對「失能」的定義各不相同，雖可大分為身體機能喪失及不能從事工作兩種類型，但後者「不能從事工作」的定義性條款本身是否存有解釋空間，而產生「疑義」本身就是「疑義」。而這將牽涉到保險法第 54 條以利於被保險人解釋的適用：按系爭保險附約第 2 條第 3 項有關失能等級約定⁷¹，旨在於區分各種不同程度傷殘理賠級距，區分為不能繼續從事原來之任何工作，不能繼續從事原來之一部分工作及永久不能從事任何工作等 3 種，且 3 種擇一適用，已明確區分保險事故發生後所能獲得理賠之計算標準，保障被保險人僅須符合某款條件，即能迅速獲得理賠保障。由此足見，

束，其後被保險人因同一或相關原因而再次致成全部失能時，應重新起算免責期間。

被保險人在本契約有效期間內，因遭受傷害或罹患疾病致成附表一所列殘廢程度之一者，視為全部失能，且其全部失能狀態視為持續至保險金表所載之期限，不受前三項全部失能定義之限制。

「部份失能」：被保險人受領全部失能保險金期間再從事具有報酬之工作，致全部失能期間結束，而其每月報酬少於保險金額者，為「部份失能」。

⁶⁹ 中華民國 88 年 6 月 2 日奉財政部台財保第 882409511 號函核准；中華民國 92 年 11 月 26 日（92）南壽研字第 124 號函備查；中華民國 93 年 8 月 16 日（93）南壽研字第 115 號函備查。

⁷⁰ 詳參臺灣高等法院臺中分院民事判決 98 年度保險上字第 20 號。

⁷¹ 資料來源同前揭註 68。

系爭附約並無任何疑義存在，依據系爭附約第1條第3項約定及保險法第54條第2項規定，無須另作有利於被保險人即上訴人解釋之必要。

但關於到底本案情形是否符合保單條款關於「失能」或「部分失能」的定義仍須仰賴醫院的解釋，因此法院詢問主治醫院的意見，惟醫院回覆的內容僅表示被保險人在骨科、口腔顎面外科等部位生理機能的障害程度為何⁷²，雖然依照醫院的函覆內容，在本例有特別指出「就截肢部分，其受傷失能程度屬於不能從事原來之一部份工作」，而法院亦根據上述醫院回函內容，藉以判定本案情形不符合保單條款所謂「永久不能從事任何工作」之永久失能。

第三款 小結

法院表示若保單條款已經詳細敘明何謂失能，越詳細區分失能的類型，越能證明保險公司在精算基礎上係根據不同的狀況的發生率計

⁷²醫院以98年4月22日中榮醫企字第0980006094號函覆稱：「查張員於98年4月16日分經骨科及口腔顎面外科診檢查之傷勢分述如後：

(一)骨科：

1. 右腿骨折後膝上截肢部分有遺存障害，相當於「勞工保險殘廢給付標準」第18項，為第5級殘廢，喪失勞動能力比率為84.59%。
2. 就截肢部分，其受傷失能程度屬於不能從事原來之一部份工作。

(二)口腔顎面外科：

1. 上顎及鼻骨骨折，經骨內鋼釘骨板固定。
2. 共9顆牙齒缺失（含上顎兩側、正中門齒、側門齒、犬齒、下顎左側門齒、第二小犬齒及第一大犬齒）。
3. 牙冠牙橋重建（上顎右側第一大犬齒至左側第一大犬齒；下顎右側正中門齒至左側第三大犬齒）。
4. 宜至耳鼻喉科鑑定鼻骨骨折或發音等遺存障害，但遭張員婉拒本項鑑定」，有該鑑定報告書在卷可佐。

算保費，故解釋上沒有「疑義」，再依據醫院回覆的意見，判定本案不符合失能條款定義的範圍。但本文以為所謂「不能從事原來之一部分工作」或「永久不能從事工作」本身文義即有解釋空間，然本文以為法院似乎未詳述被保險人可否繼續從事原先檳榔攤的工作，而逕自判定被保險人尚可從事原來的工作，而非失能的狀況，似稍嫌速斷。此外，從前述第一款各家保險公司關於失能的定義，可見關於失能的定義，我國健康保險市場上目前尚無統一的文字解釋，又若以「不能從事原來之一部分工作」或「永久不能從事工作」來定義失能，恐仍會引發被保險人與保險人認知上的差異性，故此爭議尚待進一步的分析與解決。

第六項「接受治療」定義條款之爭議

第一款 涉及保單條款

按被保險人在契約生效日前，未經任何醫療院所診斷罹患癌症，在生效日或復效日後第 91 日起，而於本契約有效期間內，經公立或本公司認可醫院診斷為初次罹患癌症，並於上述醫院「住院治療」者，本公司應依其實際住院日數，每日按附表有關約定給付癌症住院醫療保險金。

惟「接受治療」意涵為何？入住安寧病房是否為住院醫療費用保險定義的「住院」？保險人認為入住安寧病房後的相關費用，非該保險的承保範圍，理由之一為系爭保險契約係被告公司於 75 年間設計，當時並無所謂「安寧病房」，自無將入住安寧病房之發生率反應於保費計算之可能。況被告公司曾函詢關渡醫院，該院函指明並未針對癌症進行治療，故保險人自無庸理賠云云資為抗辯。

第二款 法院之見解

士林地方法院透過文義解釋、誠信原則、保險法第 54 條有利於被保險人解釋原則，並參考醫院函覆的內容，解釋上述條款文字並未排除在安寧病房期間的醫療費用支出。判決理由如下：

壹、依文義解釋方式

就文義而言，並未特別明文排除「安寧病房」部分之給付。且探究醫學上關於安寧緩和醫療的闡釋，所謂安寧病房係指提供癌症末期患者適切之醫療照護，雖非施予積極治癒性治療，惟仍使得患者之疼痛及其他症狀受到控制，協助其改善身體不適，因此安寧病房應屬住院醫療之一環。

有關住院期間之癌症治療，包括治癒性治療、緩和性治療及安寧療護等，而所謂安寧緩和醫療，係指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支援性之醫療照護，或不施行心肺復甦術，安寧緩和醫療條例第 3 條第 1 款規定參照。

貳、從誠實信用原則及為有利被保險人的解釋的解釋方法

依保險契約皆為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，故於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，保險法第 54 條第 2 項定有明文，以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展。

保險人雖抗辯其在擬定系爭保險契約時，並未將入住安寧病房之

發生率反應於保費計算基礎云云，惟本件被保險人係基於一般消費者之地位與被告簽訂系爭保險契約，以保障餘生受癌症侵襲時能獲得相當保障，被保險人並無法知悉保險人計算保險費率之基礎為何。

第三款 小結

究竟安寧是否屬於保單條款所述「住院治療」的範疇之內，法院利用綜合判斷法則，一一利用文義解釋、誠實信用原則、以有利被保險人解釋等，認為雖然安寧病房的醫療照護，雖非積極治療性治療，惟仍使得患者之疼痛及其他症狀受到控制，因此認定安寧病房應屬住院醫療之一環。

基本上若單單解釋「住院治療」的文義，本文贊同法院採作為有利於被保險人的解釋方法，並考量要保人當初購買保險的目的，況保戶亦無法知悉保險費率的計算為何。

然本件案例，在保險商品設計之初，安寧治療尚未普遍於各醫療院所，以致於當初在精算保費時並未將安寧病房的相關費用列入計算的基礎中，其實主管機關曾於民國 94 年曾表示，若保險公司已於費率計算基礎反應入住安寧病房之發生率，則不得拘泥條文之文義，而拒絕理賠，反面推論，若未將入住安寧病房之發生率算入，則拒絕理賠應有理由⁷³。

綜上，可見健康保險保單條款的爭議，凸顯健康保險相較於壽險、意外險等保險，可能因為未來醫療環境的改變，而有當初商品設

⁷³民國94年4月6日金管保二字第09302063600號函對安寧病房給付癌症住院醫療保險金之意見。

計時無法想見的保險金給付，此為基於保險對價衡平原則及保護被保險人間的兩難。但若能在被保險人投保之初即告知那些項目的醫療費用支出應會給付、那些不會，或可減少未來理賠時爭議的產生。

第七項 「癌症」定義性條款的爭議

由於罹患癌症所需耗費的醫療費用龐大，且某些用藥或治療多為全民健康保險所不給付的項目，或患者為尋求更進步的技術，而願意自費接受實驗性的治療，因此目前市面上幾乎各家保險公司都有推出關於給付因罹患癌症所生之健康醫療保險，惟現今關於癌症健康保險的相關理賠爭議亦佔健康理賠爭議的大宗，且在目前尚無癌症保險示範條款的情形下，相關爭議實有必要進一步分析整理之必要。因此以下本文針對癌症常見之癌症手術認定理賠及癌症併發症認定爭議、癌症門診治療浮濫爭議進行個案案例研究及由幾個癌症個案所衍生之問題進行分析，試舉數例。

第一款 涉及保單條款

「新防癌終身健康保險附約」條款第二條及第三條：對於所稱本附約所稱之名詞定義如下：癌症：係指一種疾病，其特徵係由人體惡性細胞不能控制的主張及擴張，對組織造成侵害或白血球過多症所造成的惡性腫瘤，而按衛生署最新刊印之分類標準歸類為惡性腫瘤，且經醫院對固定組織所作的病理檢查診斷確定者為準」

「被保險人自本附約生效日、復效日或加保生效日起持續有效第三十一日以後初次接受醫院或醫師有關癌症篩檢或病理檢查並經診斷確定為罹患癌症者，本公司於本附約有效期間，依約定給付各項保險金」。

「新重大疾病終身壽險附約」條款：

本附約所稱重大疾病，係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所開始發生，並經醫院診斷第一次罹患符合下列定義之疾病癌症：係指組織細胞異常增生且有轉移特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合衛生署最近刊印之分類標準歸屬於惡性腫瘤之疾病，但下述除外：第一期何杰金氏症。慢性淋巴性白血症。原位癌症。惡性黑色素瘤以外之皮膚癌…」

第二款 法院見解⁷⁴

關於癌症的定義兩張保單條款的定義文字上有出入，相同點為：經病理檢驗確定符合衛生署最新刊印之分類標準歸屬於惡性腫瘤。但在文字描述上，一者為其特徵係由人體惡性細胞不能控制的主張及擴張，二者為組織細胞異常增生且有轉移特性。

而本案保險人之所以拒絕理賠的原因是，被保險人就醫醫院診斷結果是「直腸類癌」，是否為衛生署最新刊印之分類標準為惡性腫瘤⁷⁵，又縱使依分類標準為惡性腫瘤，「類癌」究否符合條款所描述「其特徵係由人體惡性細胞不能控制的主張及擴張，對組織造成侵害或白血球過多症所造成的惡性類癌」？

雙方當事人有如下主張：

壹、被保險人主張

一、嗣伊因大腸腫瘤疾患，於九十七年八月十五日，至訴外人澄清醫院中港分院（下稱澄清醫院）接受腫瘤切除手術，經病理檢驗確定罹

⁷⁴詳參臺灣高等法院臺中分院民事判決99年度保險上易字第5號。

⁷⁵關於此爭點醫界見解似莫中一是。

患「直腸類癌」疾病，並由中央健康保險局（下稱健保局）核發重大傷病卡，病名為「一五四一直腸惡性腫瘤」。

二、系爭保險契約對於癌症及其承保範圍、重大疾病及保險金之給付均有約定。伊於澄清醫院接受大腸息肉之手術切除，病理檢查確定為「直腸類癌」。而「類癌」為一種低惡性度之癌症，生長在直腸之類癌通常小於1公分，發現後局部切除即可，然目前國內各大醫院皆已將該「類癌」歸類為惡性腫瘤之範圍，澄清醫院亦同，此由該院病理檢查報告上所蓋「Malignancy」印文即明，與系爭保險附約條款所稱之癌症（惡性腫瘤）相符，亦與行政院衛生署（下稱衛生署）最新刊印之「國際疾病傷害及死因統計分類標準」（即ICD-9-CM，下稱分類標準），所為「惡性腫瘤」分類編碼第一五四「直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤」歸類相符，自符合系爭保險附約所約定之癌症。

三、伊所罹患之直腸類癌雖小於0.5公分，經息肉切除手術後，未再接受其他放射線或化學藥物治療，然並不影響伊所罹患直腸類癌疾病之認定，故被上訴人應依系爭保險給付伊系爭保險金等情。

貳、保險公司主張：

一、系爭保險之「新防癌終身健康保險附約」第二條約定，若非依衛生署最新刊印分類標準將之歸類為惡性腫瘤者，即非屬系爭保險附約所稱之癌症，業已清楚界定伊承保之範圍，逾該範圍者，伊不負給付保險金之義務。而按分類標準編碼第一五四號「直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤」列有五種惡性腫瘤之類型，並不包括直腸類癌，即依國內文獻記載，「類癌」本身並不屬於癌症。是上訴人所罹直腸類癌，不在系爭保險惡性腫瘤之承保範圍內，伊即無給付保險金之義務。

二、澄清醫院之病歷資料，均載明上訴人係罹患直腸類癌而非罹患直腸惡性腫瘤，其大小亦僅有0.5公分，且無局部侵犯或遠端轉移現象，加以上訴人之病況並無復發跡象，僅需手術切除即可，無須另為其他殺死癌細胞之化學或放射

性治療之處置必要。又依該病理科活體組織切片檢查報告所示之直腸類癌，並不在上開惡性腫瘤分類編碼「一四〇—二〇八」之中。是上訴人所罹患直腸類癌，確非分類標準之直腸惡性腫瘤，伊並無給付保險金之義務。

三、臺灣臺南地方法院（下稱臺南地院）另案曾就「直腸類癌是否屬於惡性腫瘤」爭點，分別去函衛生署及成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）查詢，均無法認定直腸類癌係屬惡性腫瘤之範疇。

四、澄清醫院函文稱直腸類癌是惡性腫瘤乙節，與上開主管機關衛生署函示內容，直腸類癌無法確定為良性或惡性互相矛盾，顯係因醫病關係而避輕就重之詞。系爭保險既係以分類標準歸類為惡性腫瘤，作為保險事故之範圍，除此之外之疾病，均非癌症保險契約所承保之事故等語，資為抗辯。

參、法院的見解

一、肯定說⁷⁶

⁷⁶臺灣高等法院臺中分院民事判決99年度保險上易字第5號：「…

（一）我國疾病分類，係依據世界衛生組織（WHO）所頒布之國際疾病傷害與死因分類編碼，其第九版之惡性腫瘤編碼為「一四〇—二〇八」，有衛生署九十八年九月二十二日衛署統字第九八〇〇二七二二五號函在卷可稽（原審卷第八八頁）。依衛生署上開函附之國際疾病傷害與死因分類編碼一五四所載之惡性腫瘤，為「直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤」（同上卷第八九頁）。

（二）復依澄清醫院九十八年十一月四日澄高字第九八二七二六號函示內容，亦明示直腸類癌是長在直腸的惡性腫瘤，即澄清醫院檢送上訴人之病歷資料顯

儘管醫界對於「直腸類癌」是否屬於世界衛生組織（WHO）所頒布之國際疾病傷害與死因分類編碼，分類標準編碼第一五四號「直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤」，主治醫院和成大醫院有不一致的見解。且該院解釋保單條款關於癌症之定義說明，僅係就惡性腫瘤之轉移特性進行說明，非謂此惡性腫瘤需已有轉移現象，始為契約所稱之癌症是被上訴人另以上訴人所罹患之直腸類癌，其大小亦僅有 0.5 公分，且無局部侵犯或遠端轉移現象，加以上訴人之病況並無復發跡象，亦不符合系爭保險所稱癌症需有轉移特性之要件諸語為辯，亦無足取。

二、否定說⁷⁷

「直腸類癌」參考第三醫院的鑑定意見，國立成功大學醫學院附設醫院 95 年 3 月 10 日成附醫醫事字第 0950002084 號函載：「『直腸類癌』(Rectal Carcinoid)，這個病名本身，並未意味著良性或惡性的意思。這個腫瘤在下面二種情況下，通常代表著惡性腫瘤：(1)腫

示，上訴人接受腫瘤切除手術，經病理檢驗確定罹患「直腸惡性腫瘤」，再稽諸上訴人因上開疾病，由健保局核發重大傷病卡之病名為「一五四一直腸惡性腫瘤」等情，是直腸類癌應屬國際分類，及衛生署印刊分類標準中之惡性腫瘤，要可認定。

(三)觀諸卷附成大醫院回函意旨，係認直腸類癌並未代表良性或惡性，即應依各人症狀綜合判斷，且前開衛生署九十八年九月二十二日函文，亦認關於所罹患之疾病，是否為惡性腫瘤，需由原診斷之醫院判定等節，而上訴人所罹患之直腸類癌，既經澄清醫院診斷及病理檢驗，符合分類標準中所載之惡性腫瘤，則被上訴人雖引臺南地院函詢成大醫院及衛生署函示：直腸類癌本身，並未意味著良性或惡性的意思，目前並無特別單獨列名在衛生署刊印分類標準，及衛生署刊印「國際疾病傷害及死因統計分類標準一九七五年版」一書，編碼一五四為「直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤」，經查並無直腸類癌之病名等語，辯稱上訴人所罹之直腸類癌，並非衛生署刊印分類標準中所載之惡性腫瘤，不符合系爭保險附約所稱癌症之重大疾病，即屬無據，尚難遽為被上訴人有利之認定。…」

⁷⁷詳參臺灣高等法院民事判決99年度保險上字第9號。

瘤大小大於 2 公分以上或(2)有侵犯其下的肌肉層 (muscularis propria)，我們特別稱之為『惡性直腸類癌』 (Malignant rectalcarcinoid) …」內容大致相符。

再者，被保險人罹患之上開直腸類癌，係屬良性病程的類癌，並無類癌症候群之表現，其腹瀉、不規則排便等症狀，是因腸道功能障礙造成等情，亦據被上訴人在林口長庚醫院之主治醫師江支銘在本院結證屬實。足見被上訴人罹患之上開直腸類癌，不論係依病理檢驗或教學醫院醫師之確定診斷，均認非屬行政院衛生署刊印之「國際疾病傷害及死因分類標準」編碼 154 之惡性腫瘤。

第三款 小結

其實，本案爭執點應非保單條款文字解釋的問題，主要保單條款既已約定應以「病理檢驗」及「公立醫院、教學醫院或上訴人指定醫院之醫師確定診斷」為認定之依據，而屬事實認定的問題，即本案被保險人是否發生符合保單條款定義的癌症⁷⁸。

儘管關於事實認定的問題，不少見於一般的保險訴訟，但是存於健康保險相關爭議中，卻有其特殊之處，不僅牽涉到各家醫院對於癌症診斷的認定，且亦因醫院開立重大疾病證明的考量複雜，例如醫師

⁷⁸同上註：「…系爭保險契約關於重大疾病癌症之定義，業經兩造分別明確約定如前，不生契約解釋之問題，自無保險法第54條第2項規定之適用。至被保險人是否罹患上開約定之癌症，應屬事實問題，就此，兩造既約定應以『病理檢驗』及『公立醫院、教學醫院或上訴人指定醫院之醫師確定診斷』為認定之依據，應屬證據契約之約定，該約定尚無害於公益，且非屬法院依職權應調查之事項，亦未侵害自由心證之領域，屬當事人得自由處分之事項，揆諸前揭說明，應承認其效力。」

可能站在對病患有利的立場，又開立重大疾病證明涉及健保部分負擔之減免，因此恐無法僅憑全民健康保險重大傷病證明，或病歷上記載被上訴人之診斷代碼為 1541、診斷病名為直腸惡性腫瘤，遽認保險事故業已發生並為有利於被保險人之認定。

綜上所述，若被保險人經病理切片診斷出罹患「直腸類癌」，則尚須衡量其有無惡性腫瘤的特徵，主因為「直腸類癌」是否符合世界衛生組織（WHO）所頒布之國際疾病傷害與死因分類編碼編碼 154 之惡性腫瘤，尚存爭議，且編碼 154 之惡性腫瘤「直腸，直腸乙狀結腸連接部及肛門之惡性腫瘤」，僅列有五種惡性腫瘤之類型，並不包括直腸類癌，因此實須進一步的判定並同時參考醫師開立重大疾病證明的考量因素為何。

總而言之，諸如醫學上的爭議頻添保險人與法律專業人士對保單條款解釋的困難度，既然醫界見解莫衷一是，更難期待相關理賠、訴訟上的爭議可以減少，應該制定甚麼樣的條款文字內容來描述癌症最為妥適，最能符合保險人對危險成本的控管及被保險人對該商品的期待，實須進一步思考之。

第八項 「手術」定義條款之爭議

第一款涉及保單條款

各家保險公司關於手術費用給付的保單條款設計多有出入，再加上目前僅有住院醫療費用保險單訂有示範條款，如下：

住院醫療費用保險單示範條款第七條手術費用保險金之給付

被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定

其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費核付，但以不超過本契約所載「每次手術費用保險金限額」乘以「手術名稱及費用表」中所載各項百分率所得之數額為限。…被保險人所接受的手術，若不在附表「手術名稱及費用表」所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額。

第二款 法院見解⁷⁹

本案涉及的健康保險契約並未列舉手術的項目，僅約定「被保險人符合本附約第3條所約定之情形，經醫院或醫師診斷必須接受癌症外科手術治療時，本公司按其投保計畫所列金額，依下列原則給付癌症手術保險金...」。而保戶與保險人爭執點為「經皮穿肝膽汁引流管置入術」是否為實支實付手術險中定義的「手術」？保險公司表示「經皮穿肝膽汁引流管置入術」非系爭保險契約中所承保之「手術」範圍為列舉項目，亦非「手術醫療終身健康保險附約」之附表「手術類別及每日住院保險金額倍數表」中所載之手術項目之一。因「全民健康保險醫療費用支付標準」乃將「經皮穿肝膽汁引流管置入術」歸類為第2部第2章第2節之「放射線診療」，並非第二部第二章第七節之「手術」。以下則為法院審酌的依據與結果：

壹、保險契約中附表所列項目目的僅為用以計算手術保險金，難謂附表羅列各種手術項目，即認為系爭保險契約關於手術項目採列舉約定⁸⁰。

⁷⁹詳參臺灣臺北地方法院民事判決95年度保險字第22號。

⁸⁰「新住院醫療保險附約」之附表二及「手術醫療終身健康保險附約」之附表中所列之手術類別，雖未將「經皮穿肝膽汁引流管置入術」明定為何種手術類別，惟該表中既註：「本表未列明之手術項目，以全民健康保險醫療費用支付標

貳、從契約條款觀之，並未約定所謂「手術」，須符合全民健康保險醫療費用支付標準所列之「手術」，揆諸保險契約解釋之精神，系爭保險契約既未明白定義所承保之「手術」範圍，而被告恣意將手術範圍作限縮之解釋，並以「經皮穿肝膽汁引流管置入術」非屬全民健康保險醫療費用支付標準所列之「手術」，而拒絕理賠，顯與上開說明有間，並不足取。

參、至於被告所提蔡良宗及楊育仁兩位醫師之「醫務意見回覆表」，考其內容僅就「經皮穿肝膽汁引流管置入術」非屬全民健康保險醫療費用支付標準所列之「手術」為說明，無得據此認定被保險人所接受之「經皮穿肝膽汁引流管置入術」非手術性質。

肆、關於「手術」之含意，有廣、狹二義，狹義手術指外科手術，即使用刀、剪作診斷及治療之行為，而廣義之手術可包含一切醫療上侵入性之診療行為，如內視鏡、注射等，但一般所指之「手術」即指狹義手術。

伍、系爭保險契約既然未對手術作定義，則判斷「經皮穿肝膽汁引流管置入術」是否屬於系爭保險契約中手術之範疇，不能單從名稱文字解釋之，而應探究其治療之方法，以及施作之風險，可與一般手術相

準第七章手術之規定，每五百點換算百分之十之手術項目給付比率核算給付金額。」，則系爭保險契約除表列手術項目外，尚有其他手術類別。又該其他手術類別之保險金給付核算依附表註規定以全民健康保險醫療費用支付標準「第七章手術」之規定，每五百點換算百分之十之手術項目給付比率核算，惟查全民健康保險醫療費用支付標準中關於「手術」費用支付標準，係規範於第二章第七節二者雖章節有所出入，足見被告於推出上開定型化保險契約及製訂倍數表時，重心在於未列明之手術項目核算給付之方式，而非以之限制手術之種類。

比擬⁸¹。

陸、另系爭「新住院醫療保險契約附約」中附表二所列舉之「肝膿瘍引流術」，亦是在醫療過程中有高風險性，足堪列為系爭保險契約之手術範圍，惟參酌中央健保局所核定之健保支付點數為 9467 點，對照於「經皮穿肝膽汁引流管置入術」支付點數為 9600 點，顯見後者之醫療深度應大於前者，「肝膿瘍引流術」既為系爭保險契約所承認之手術，則較之有高風險的「經皮穿肝膽汁引流管置入術」亦不應被排除。被告未斟酌醫療風險高低，僅單就二種醫療處置方式不同或規範章節不同置辯，即無足採。

柒、又保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，保險法第 54 條第 2 項定有明文。而定型化契約如有疑義，應為有利於消費者之解釋，消費者保護法第 11 條第 2 項亦規定甚明。

⁸¹由台大醫院之「經皮穿肝膽道及膽囊攝影及引流術說明書」，可知其施作程序：首先醫師將會在病患腹部消毒，然後覆蓋上消毒之布巾。接著會經由肌肉或靜脈給予止痛劑及在皮下注射局部麻醉劑，然後會在X光透視下或超音波引導下以細針穿刺膽管，然後注射X光顯影劑來確定細針的位置。為了穿刺到適合放引流管的膽管，此步驟可能會重複數次，接著會嘗試經由細針放入引線，當引線可以順利沿著膽管進入，就會將細針置換成粗針來擴張要給引流管經過的路徑，同時會注入更多顯影劑以看清楚膽管結構。隨後會換置較粗的引線並利用此引線擺入引流管，最後將引流管固定在皮膚表面並接上引流袋完成整個處置。若引流管擺置後功能不佳或是有出血等併發症，可能會立刻重新調整或放置，通常整個步驟需時40-60分鐘，但困難的情況可能花費2小時以上。由上開醫療處置之過程可知，此項醫療處置必須經過麻醉、穿刺皮膚、膽管等手續，且歷時40分至2小時，可與一般名為手術相比擬。又本院函詢行政院衛生署國民健康局，業經該局以國健癌字第0950301470號函回覆，以「經皮穿肝膽汁引流管置入術」應屬狹義手術性質，此與台大醫院於94年9月28日出具之診斷證明書內容所載「病人...接受經皮穿肝膽汁引流管置入之手術」相一致，足認「經皮穿肝膽汁引流管置入術」確屬醫事上之「手術」。

因此，揆諸上開法條規定，應有利於被保險人即原告之解釋，故原告主張「經皮穿肝膽汁引流管置入術」自應歸類為其他手術類別，至於核算保險金額方式，由於契約規範未臻明確，比照該表中「肝囊腫或肝膿瘍引流」之給付比率洵屬有理應予採信。

第三款 小結

在本案例中，由於系爭手術險並未在保險契約條款中明訂「手術」的定義，因此法院有解釋何謂手術的空間，並依保險法第五十四條第二項後段，應作有利於被保險人的解釋，因此認定系爭保險契約所附附表或全民健康保險手術項目表皆僅為計算保險金的依據，並不表示該保險承保範圍限於表列手術，再加上詢問醫界專家的意見，綜合做出有利於被保險人的解釋，將經皮穿肝膽汁引流管置入術」納入手術的範疇，而不援引健保給付上的分類。

第四節 我國關於健康保險之監理規範

我國主管機關對保險業者的監理，除依據相關法令及針對特殊情形所作出的行政函令外，並督促各保險業者公會制定自律性規範，且行政院金融管理委員會制定的各示範條款、應注意事項等等，在保險商品尚未開始販售前，即透過保險商品送審的過程中，嚴格把關保險商品內容，諸如「人身保險要保書示範內容及注意事項」、「要保書填寫說明例示」、「人身保險商品審查應注意事項」等審查依據的注意事項，再加上配合金管會保險局公佈的示範條款⁸²，保險業監理機關已

⁸²人身保險商品審查應注意事項第52點規定，每日病房費用保險金、住院醫療費用保險金、手術費用保險金條款應依「住院醫療費用保險單示範條款」內容辦

對我國市面上流通的商業健康保險的作實質內容上的審查，即對內容上的控制。另針對警語文字的字型、顏色、位置等形式上的要求，主管機關另有大方向上的要求，散見各相關監理規範中。

第一項 實質內容控制⁸³

細究目前主管機關針對商業健康保險所作的實質內容的審查，並與保單條款解釋爭議有關者，有如下規範。

第一款 關於人身保險商品審查應注意事項

1. 實支實付醫療保險商品不得於醫療保險保險金給付條文中增列有關「合理且必需」之文字及條件⁸⁴。
2. 保險契約中訂有「初次罹患癌症保險金」給付者，應對「初次罹患」有明確定義⁸⁵。
3. 癌症保險係以癌症為承保事故，不宜將原位癌予以排除。
4. 重大疾病及癌症保險於投保時之等待期間最長得為 90 日⁸⁶。
5. 先天性疾病是否承保，各公司得自行設計…，如非其明列之疾病則視為承保範圍⁸⁷。
6. 除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其等待期間最長以三十日為限，且復效時不得再約定有等待期間。

理。示範條款第六條住院醫療費用保險金之給付第一至第五款應保留，僅第六款得依商品之設計作列舉規範。

⁸³所謂實質內容控制，系指監理機關限制保險契約條款的具體內容。

⁸⁴人身保險商品審查應注意事項第58點。

⁸⁵人身保險商品審查應注意事項第61點。

⁸⁶人身保險商品審查應注意事項第67點前段。

⁸⁷人身保險商品審查應注意事項第73點。

第二款 關於示範條款

若從保險法第 125 條關於健康保險的定義為，於被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡時，負給付保險金額之責者，換言之，只要保險事故系因疾病、分娩所生，即應屬健康保險的範疇。

又如前第一章所述，市面上的健康保險已漸分數種類型，惟目前我國關於健康保險的示範條款，卻僅有「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」及「住院醫療費用保險單示範條款(日額型)」，換言之，現行市面上常見的癌症保險、長期看護保險、手術保險等多樣性涉及醫療給付相關的保險，目前並無相對應的示範條款可供保險人參照。

現行住院醫療費用保險就保單條款相關規定如下：

名詞定義第二條

本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日（或復效日）起所發生之疾病。

本契約所稱「傷害」係指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「醫院」係指依照醫療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及財團法人醫院。

本契約所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。

每日病房費用保險金之給付

第五條

被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。

超等住院之病房費差額。

管灌飲食以外之膳食費。

特別護士以外之護理費。

住院醫療費用保險金之給付(101年5月7日修正前版本)

第六條

被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。

一、指定醫師。

二、醫師指示用藥。

三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。

四、掛號費及證明文件。

五、來往醫院之救護車費。

六、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

手術費用保險金之給付

第七條

被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費核付，但以不超過本契約所載「每次手術費用保險金限額」乘以「手術名稱及費用表」中所載各項百分率所得之數額為限。被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算。但同一次手術中於同一手術位置接受兩項器官以上手術時，按手術名稱及費用表中所載百分率最高一項計算。

被保險人所接受的手術，若不在附表「手術名稱及費用表」所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額。

又因應 99 年 10 月 6 日衛署醫字第 099021896 號函所示，轉床費、磨粉費、住院取消手續費、加長診療費、提前看診費、檢查排程費、預約治療檢查費、指定醫師費、掛號加號費等九項費用，歸類為擅立明目收費，並決議醫療機構不得收取「指定醫師費」

行政院金融管理監督管理委員會保險局已發文通知中華民國人壽保險商業同業務公會研擬有關住院醫療費用保險單示範條款之名詞定

義條款，刪除「指定醫師」費用項目。最終修正現行示範條款如下⁸⁸。

第 6 條（住院醫療費用保險金之給付）

被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。

- 一、醫師指示用藥。
- 二、血液（非緊急傷病必要之輸血）。
- 三、掛號費及證明文件。
- 四、來往醫院之救護車費。
- 五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

由此可知，商業健康保險關於條款的解釋與保險給付的範圍，與現今的醫療體系制度息息相關，脫不了干係。

但關於定義性條款應無強制各家保險業者須統一使用示範條款的定義性文字，除人身保險商品審查應注意事項第 52 點僅規定，每日病房費用保險金、住院醫療費用保險金、手術費用保險金條款應依「住院醫療費用保險單示範條款」內容辦理外，並未強制規定各保單定義性條款的文字，雖然如此增加各家保險公司設計保險商品的彈性度，更可依其自身的理賠經驗值、核保品質等等，提供不同承保範圍的保險商品，惟亦可能因為如此，在各家健康險保單定義性條款不一致的情形，恐因此衍伸更多理賠上的爭議。

⁸⁸ 中華民國 101 年 5 月 7 日行政院金融監督管理委員會金管保品字第 10102059590 號函准予備查修正第 6 條條文，並自 101 年 7 月 1 日起實施。

第三款 行政函釋

關於定義性條款應無強制各家保險業者須統一使用示範條款的定義性文字，除人身保險商品審查應注意事項第 52 點僅規定，每日病房費用保險金、住院醫療費用保險金、手術費用保險金條款應依「住院醫療費用保險單示範條款」內容辦理外，再加上保險法規、監理規範的法定法外，保險監理機關會適時透過解釋法令的方式，表達主管機關的意見，並拘束保險業者。以下是有關於健康保險條款相關的行政函釋。

壹、保險業者不得將健康保險中「醫院」的定義限縮為特約或指定醫院⁸⁹ 依據台財保字第 851848487 號函，當時的保險業者主管機關財政部表示，不得在特約條款約定保戶僅能在保險公司指定的醫院接受診治，才給付相關保險金。

貳、關於「疾病」的定義，既往症不在承保範圍內。

依財政部保險司 88 年 7 月 13 日台保司(三)字第 881825546 號解釋，從示範條款關於「疾病」的定義乙節，且按保險法第 127 條之規定：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金之責任。另依「住院醫療所詢費用保險單示範條款」第 2 條第 1 項，「疾病」係指被保險人自本契約生效日（或復效日）起所發生之疾病。故被保險人於投保前所發生之疾病，保險公司得不給付，惟應證明被保險人於投保時仍在該項疾病情

⁸⁹台財保字第 851848487 號行政函釋：如被保險人所接受診治之醫院符合醫療法規定者，保險公司於受理保戶申請醫療保險金時，不得逕以該醫院非保險契約條款約定之「指定醫院」、「特約醫院」而拒絕給付。

況中，且不因其為個人保險或團體保險而有所不同。

另有關團體保險於承保時，保險公司未要求作體檢或填具健康告知書或已要求體檢或要保人、被保險人已據實填具健康告知書而保險公司仍予以承保時，則自契約生效後保險公司需依約給付保險責任。

參、關於安寧病房相關費用是否給付的爭議⁹⁰

主管機關表示對於癌症保險商品住院醫療保險金之理賠申請，如果保險公司已於費率計算基礎反應入住安寧病房之發生率，則縱使保單約定條款未有明確寫明給付安寧病房相關醫療費用，亦不得拘泥於條文之文義，而拒不理賠或另訂不同之給付標準與條件。換言之，反面推論，若保險公司並無將入住安寧病房之發生率計入費率計算基礎，則應可拒絕理賠該筆相關醫療費用。

第二項 形式上審查

所謂形式上審查系指主管機關要求保險人於其所出具的相關銷售文件，必須具備以下形式，如下：

壹、為兼顧保戶之合理期待，各公司應於健康保險商品之各式銷售文件及保單條款之明顯處，以粗黑或鮮明字體顯著標示疾病「等待期間」之相關約定⁹¹。

貳、對於不承保先天性疾病之公司應於簡介、要保書、條款中明列所

⁹⁰民國 94 年 4 月 6 日金管保二字第 09302063600 號函對安寧病房給付癌症住院醫療保險金之意見。

⁹¹人身保險商品審查應注意事項第 67 點後段。

稱先天性疾病之具體名稱，並於簡介、要保書中以較大字體及不同顏色標明⁹²。

參、任何說明或揭露之資訊或資訊應註記日期。

肆、銷售文件之用語應以中文表達，並力求淺險易懂，必要時得附註原文。

伍、所有銷售文件必須編印頁碼或適當方式，供金融消費者確認是否已接受完整訊息⁹³。

第五節 小結

本章節先是分析契約解釋之目的為，針對文字不明確、模糊之條款，希冀透過解釋產生最符合公平正義及最接近當事人真意的解釋結果，而契約解釋的方法，有文義解釋、探求當事人真意解釋原則、契約做成者不利解釋原則、誠實信用原則及契約目的解釋原則，無論是闡明原本有解釋疑義的條款，抑或是補充解釋原本契約即有的漏洞，我國法院無異皆希望能解釋出符合公平正義、接近雙方真意的解釋結果。而多數法院亦採綜合判斷法則，從文義、誠信原則、有利於被保險人解釋原則等各方面著手解釋疑義。

惟本文以為除了了解法院解釋商業健康保險條款的過程與結果外，我們更應進一步分析爭議產生的原因為何？有解釋疑義的商業健康保險條款有無妥善詳加定義斟酌文字的必要性？如何能減少保險人

⁹²人身保險商品審查應注意事項第 73 點。

⁹³金融保險業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法第三條。

與被保險人對商業健康保險認知上的落差?因此就此層面本文以為當須從監理規範開始著手，正視現行市面上因條款文字本身不明確、模糊所產生的爭議；抑或是因為涉及醫學專業知識導致意見不一致所致，或保戶在投保之初對商品的特色與限制不夠清楚等等原因，都使得相關理賠爭議滋生。

因此本章節再介紹我國關於商業健康保險相關的監理規範，藉由分析現行監理規範，主要是以保險相關法令及授權訂定之行政規則、命令及其他準則、應注意事項規定作為審查準則等，針對保險商品內容包含保險單條款、要保書、保險費及主管機關指定之其他相關資料作實質上的審查與控制。

其實觀察我國關於商業健康保險的監理規範，在保險商品還未販售前，我國監理機關即介入了解商品設計內容的妥適性，但亦可發現監理規範並未特別針對商業健康保險的監理有一全面且統整性的監理規範，而是在遇到爭議問題時，散見各行政函釋由監理主管機關表示對該爭議的意見，因此本文以為就現行關於商業健康保險之監理規範，恐難謂有發現現存問題，提早預防相關爭議繼續擴大的效果。

因此關於本章節提出諸多爭議，如在承保日前被保險人未必知悉其已經患有承保範圍的疾病時，保險人可否直接引用承保範圍條款拒絕理賠?關於日間住院可否涵蓋在「住院」的定義範疇裡?等爭議問題，若能在監理層面事先預防，避免將來爭議案件滋生，始能加強保戶對商業健康保險的信賴，維持商業健康保險的市場秩序。

第四章 美國商業健康保險條款解釋爭議

承前一章節檢索我國關於商業健康保險所遇到的爭議問題及瞭解我國法院是如何應用法學解釋方法，分析解釋商業健康保險條款，而本章節從美國商業健康保險所扮演的腳色介紹起，再觀察美國商業健康保險在訴訟實務上，常見的爭議問題為何？美國法院又是採用何種方法解釋分析保單條款文字，且從美國司法實務判決中所提及之保單條款文字，可對美國保單條款的文字設計窺之一二，以睥睨借鏡。

第一節 美國商業健康保險之歷史沿革

健康保險的興起源於第二次世界大戰，勞工短缺以致於僱主須自發性地提供受僱人保險福利以招攬員工，因此從 1940 到 1960 年間，受到健康險保障的人口從人口數的 9% 上升至 68%，而到了 1990 年代，則已有 10 分之 7 的美國人民受到商業健康保險的保障。易言之，在美國，大部分人民是透過商業健康保險獲得醫療保險的照護。

因美國政府僅提供給特定弱勢群體國家健康保險，例如老人、小孩或低收入戶者，至於 65 歲以下 60% 的美國人是透過任職公司，而獲得商業團體健康保險的保障，至於不在上述之列的美國人，例如非全職工作者等無法參加團體保險者，則只能選擇購買個人商業健康保險，通常須支付較高費率的保費且可能被列為拒保的對象。

綜上，美國人民受到健康保險的保障，除特定弱勢族群外，例如 65 歲以上的老人或低收入戶者外，其餘人口主要透過僱主購買商業團體健康保險獲得醫療保險的給付，此外，從商品面分析，在美國商業健康保險的主流為實支實付型，不過，美國政府在推定全民醫療照

護上，仍扮演一定的角色與助力，例如政府給予雇主稅賦上的誘因，並立法促使僱主提供團體健康保險給予員工，至少促多數勞動人口可以獲得團體商業健康保險的保險的保障。

但到了在 1980 年到 1990 年間，私人保險公司為了控制理賠成本，始將禁止追溯條款訂入保險契約中，不過，關於被保險人是否已患有先天性疾病或罹患特定疾病的核保，只在購買新契約及轉職加入另一家公司的團體健康保險之際，才特別訂入追溯條款，將轉職前已罹患的疾病排除在新健康保險契約的承保範圍，將禁止追溯條款的訂入，可以想見會阻礙員工轉職的意願，因此在 1996 年美國國會通過 Health Insurance Portability and Accountability Act, 要求保險公司與轉職者簽訂的團體健康保險契約中不得加入禁止追溯條款⁹⁴。

而針對不符合受到低收入戶政府健康保險、老人健康保險和僱主提供的團體保險保障資格的人民，近來美國政府為因應此不部分人對健康保險的需求，又因為這類群體若以個人單獨的方式，向保險人購買健康保險，會因為逆選擇和無團體同質性等因素，通常須付出的保費會較高，因此各州政府開始給予這類群體保費上的補助，鼓勵其購買商業健康保險，妥善管理未來的醫療費用支出風險。

第二節 美國健康保險提供者、醫療機構和被保險人間的關係

美國的健康保險體系最與眾不同之處，在於「健康維護組織」(Health Maintenance Organizations, HMOs)及「管理式照護服務」

⁹⁴Kenneth S. Abraham Robert E., Insurance Law and Regulation, 356, Fourth edition.

(Managed Care)，HMOs 的運作方式，就是整合醫療財務機構(如健保公司或組織)與醫療提供者(醫師及醫院)，運用一定的財務經費，去照顧一群人的健康並提供必要的醫療，並共同承擔財務風險。Managed care 有六種較典型的模式，其中 HMOs 有三種：staff model HMO、group model HMO、與 network/IPA model HMO。

Staff Model HMO 就是像 Kaiser Permanente 基金會這種有自己的醫院及受薪醫師的 HMO，是屬於封閉型的醫療服務體系，登記的保戶的就醫完全在這個體系之內。Group Model HMO 也是一種封閉型的醫療服務體系，只是他沒有自己聘雇的醫師，而是透過與一群包含一般照護與各專科醫師的醫師或團體簽約，由這群醫師團體為其登記的保戶提供醫療照護，這群醫師團體只能為這個 Group-model HMO 服務，不可再與其他 HMO 簽約或看自己額外的病人⁹⁵。

換言之，本文以為分析美國健康保險提供者、醫療照護體系，兩者間的關係應該是非常緊密的，因為被保險人購買某家醫療保險提供者的健康保險，多數須在該醫療保險提供者指定或受雇的醫療院所接受治療。

第三節 美國保險契約條款解釋方法

第一項 適用解釋方法的步驟

當保單條款發生疑義時，法院會儘量透過不同之解釋方法來保障

⁹⁵資料來源 https://pcms.plansource.com/entities/18315/pub_nodes/16066 (最後瀏覽日 100/07/23)；

<http://thchou.blogspot.com/2008/03/3-hmos-managed-care.html> 最後瀏覽日 100/07/23。

被保險人。於解釋時，法院常依循下列原則⁹⁶：

- 一、先就保單條款之文字加以審查，判斷其是否具有疑義。
- 二、依照契約整體之用語，探求特殊條款中當事人之真意。
- 三、保單疑義所生之利益，解釋上應歸屬被保險人，此即所謂「疑義利益歸諸被保險人」原則。惟必須在適用其他方法後而無法合理解釋時，方可依一般合理標準作有利被保險人之解釋。

綜上所述，唯有保單條款文字含義不明、出現解釋上的爭議時，法官始可利用其職權做出有利於被保險人的解釋。換言之，倘若條款文義清楚、沒有爭議，則法院便必須依照文義解釋方法適用該條款。

但因為以下幾點理由⁹⁷，在保單條款文字清楚的情形下，法院有權做出偏袒被保險人的解釋，美國司法實務上以合理期待原則稱之。

壹、保單內容通常由較為冗長、複雜的文字所組成，保險人亦知悉，保單持有人通常不會仔細地閱讀與研究。

貳、在大多數的保險交易過程中，保險契約成立前，購買人根本無從審閱保險單之內容。

參、當有必要保障被保險人之合理期待時，如果仍容許保險人主張保單之限制事項，將構成違反良知 (Unconscionous) 或不公平 (Unfair)

⁹⁶William Mark Lashner, A Common Law Alternative to Doctrine of Reasonable Expectation in the Construction of Insurance Contract 57 N.Y.U. L. Rev. 1175 (1982).

⁹⁷ Keeton & Widiss, Insurance Law, Robert E. Keeton and Alan I. Widiss, Insurance Law—A Guide to Fundamental Principles, Legal Doctrines, and Commercial Practices 627 (1988).

之情況。

肆、雖然合理期待之內容雖與保單條款的文義相背，但系導因於保險人行銷方式所造成之合理期待，尤應加以保護。

伍、又如該保險契約類型是一籃子式的 (Blanket Coverage) 或綜合性質的 (Comprehensice Coverage Plan)，則可預期投保人會預設該保險承保範圍是涵蓋多個層面的。

基於以上五個理由，美國法院漸發展出利用合理期待原則解釋保單條款的判決，本文將在下述第三項中詳述合理期待原則的緣起及適用上的限制。但在詳述合理期待原則相關意涵前，須先對「疑義」的定義加以闡述之，蓋從上所述，唯有保單條款文字含義不明、出現解釋上的爭議時，法官始可利用其職權做出有利於被保險人的解釋。換言之，倘若條款文義清楚、沒有爭議，則法院便必須依照文義解釋方法適用該條款，故實有必要進一步闡述何謂解釋上出現爭議。

第二項 關於「疑義」的定義⁹⁸

參考本節第一項美國法院解釋保險契約條款的步驟第一步：先就保單條款之文字加以審查，判斷其是否具有疑義。換言之，唯有保單條款文字含義不明、出現解釋上的爭議時，法官始可利用其職權做出有利於被保險人的解釋。倘若條款文義清楚、沒有爭議，則法院便必須依照文義解釋方法適用該條款。

98Ace Capshaw v. American National Life Insurance Company of Texas, National Business Association, Inc., and Ronald W. Koenekamp, 13 WL 4879483, (2007) .

因此何謂「疑義」的定義便非常重要，模糊不清（ambiguous）的文字係指該字句可以被合理解釋成兩種結果，即是在沒有被曲解的情形下，按文義解釋能夠解讀成兩種意思，而和模糊不清的文字相對的是明白易懂的文字（plain language），即一位具有一般智識之人，站在被保險人的地位所能解讀出來的結果。至於法院如何站在上述兩種立場判斷，受限於該契約各條款間的體系解釋，但不可依據外來的證據作相反的解釋。

第三項 合理期待原則

壹、緣起與演進⁹⁹

保險發展的初期，保險契約當事人比較有對等的談判能力，例如早期的勞依茲保險，雙方談判時間充足，且當時交易類型簡單，因此要保人與保險人對於保險契約所產生的權利義務，容易有相同的瞭解。

時至今日，保險契約的訂定過程，在省時省錢的要求下，事實上保險人與要保人不太可能詳細討論契約內容，雙方更鮮少針對具體狀況，增刪修改，因此假若保險人對保險契約的「專業理解」與要保人對於保險契約的「合理期待」不同，則為滿足要保人客觀、合理對該保險契約的期待，因此法院針對保單條款的解釋應作出符合一般投保大眾所能瞭解之程度為標準¹⁰⁰。之所有採此解釋方法的理由為，首先「要保書係提供給完全不懂保險細節之人所撰寫，他們自然以口語化

⁹⁹Lashner, supra note 96, at 1176.

¹⁰⁰劉宗榮，新保險法-保險契約法的理論與實務，頁8-12，三民書局，2007年。

的方式加以閱讀」¹⁰¹，再者如果保險人在保單條款文字內加入隱藏之意義(Esoteric Significance)，而該意義僅能用於保險業時，保險人必須承擔造成混淆的結果。目的為保護投保大眾免於落入保單之技術性壘贅及隱匿期間之陷阱。

貳、法理基礎

由於合理期待原則的法理基礎源於投保人先行閱讀保單而對保單條款的解讀與專業人士的認知發生出入的情形，惟就未能閱讀保單條款之被保險人而言，保護恐有不足，以致於後來美國若干法院擴張合理期待原則的適用範圍，不以保險單的用語有疑義為前提，意即，即令關於爭點的用語十分清楚，仍有合理期待原則的適用¹⁰²。

參、適用與限制¹⁰³

就保險契約所提供之保障，法院通常會保護要保人、被保險人及既定受益人之合理期待，即是仔細檢視保單內容後，發覺此項期待與保險人明示之內容相衝突，亦有合理期待原則之適用¹⁰⁴。如附註案例所示，法院認為一般人購買竊盜險即期待任何形式的竊盜事件皆在承

¹⁰¹Guant v. John Hancock Mutual Life Insurance Co. 160 F. 2d, 599(2d Cir).

¹⁰²J. Donaldson 有不同意見：本案法院依賴附帶的證據改變了保險單明確清楚的用語含義，此點忽視契約解釋已經確定的原則。如果契約的用語是明確的，當事人的意圖即應該從契約用語的平白文義去推求。

¹⁰³林建智，論合理期待原則，保險專刊，第33輯，頁162-163，1994年9月。

¹⁰⁴同上註：「在 C&J Fertilizer 一案中，被保險人購買竊盜險，該保單中附有竊盜一詞的定義，其中指出「竊盜」必須於建築物之入口處有名險的暴力痕跡。某日被保險人之工廠發生了闖空門事件，但於入口處無留下任何痕跡。保險人遂援引上述「竊盜」的定義以茲抗辯。但該法院認為：「眾人皆知被保險人大多未曾閱讀那些複雜、冗長、細密及標準化的保單，期使曾經閱讀亦難以瞭解期間之意義。」又保單中「竊盜」一詞之定義與一般人之認知不符，亦與一般法律文字解釋下之意亦不同，縱使該保險單之附件以就「竊盜」定義的十分明確，但依照合理期待原則的適用結果，保險人仍須就此竊盜損失負理賠之責。」

保範圍之內，因此即使背離文義解釋的意義仍判被保險人敗訴。換言之縱使被保險人確實已知保單條款之內容，若保單條款內容與大多數人客觀之合理期待相背離，仍有合理期待原則之適用。

又如果被保險人具有保險專業知識，且瞭解承保範圍及其限制，是否仍有「合理期待原則之適用」？雖然因為被保險人具有保險專業知識，可減輕除外或限制條款所造成之衝擊，但基於以下理由，仍有合理期待原則的適用：

一、如果因除外或限制條款之生效，會侵害大多數人之合理期待，縱使被保險人確實知悉限制之內容，該條款仍不能生效，蓋此時不公平之情形仍客觀地存在。

二、在繳交相同保費之情況下，具有保險專業知識之人所能獲得之保障竟相對地小於普通人，如此剝奪其原應獲得之保障，豈非過份嚴苛？況且在不同被保險人間適用差別標準，將造成投保大眾寧願忽略保單條款之內容，以換取更有利保障之現象。

職是，即使被保險人擁有保險相關的專業知識，仍有合理期待原則的適用。

三、除此之外基於保障投保大眾之利益或配合政府之施行，政府機關常以法令或行政處分來規範保單之格式與內容，相對地使保險人之自由受到限制。保單條款若依政府法令之規定或經主觀機關核准販售，法院通常會捨棄適用合理期待原則，但若主管機關實際上僅作形式上之審核，且無條件全盤接受或輕微修改後予以核准通過，在此情形，仍有合理期待原則的適用。

第四節 美國司法實務常見爭議類型

在介紹美國健康保險環境之後，以下透過文獻、美國司法判決蒐集羅列幾項在美國司法實務上常見有關健康保險保單條款解釋的爭議問題。

第一項「既往症」定義條款解釋爭議

第一款 概說

為避免被保險人帶病投保，影響危險估計不利危險團體，商業個人健康保險通常會在保險契約中將既往症列入除外不保事項中，然，由於美國人民多數人系透過僱主購買商業團體健康保險，因此該除外責任條款對多美國人民意義不大¹⁰⁵，但一般個人購買商業健康保險者，便須特別注意溯及條款的訂入，因此因該條款所衍生而來的爭議所在多有。

因保險所保障者應係尚未發生之偶發性事故，倘事故已經發生，則當然不在承保範圍，故若投保前「疾病」已存在，則該疾病應排除在承保範圍之外，否則恐有危危險共同體之財務安全，且亦有違保險制度設計的目的。

第二款 涉及保單條款。

一、美國保險監理協會¹⁰⁶就既往症定義性條款描述如下¹⁰⁷：

105Abraham, supra note 94, at 356.

106 英文原文 The National Association of Insurance Commissioners

107Christina M. Finello, One Word can Make all the Difference: an Examination of the Third Circuit' s Handling of Health Care Insurance Policy Exclusion Clauses for Pre-existing Conditions, 48 Vill. L. Rev.

在保單生效前五年內，被保險人因發現一促使一般謹慎小心之人會因此向醫生問診尋求治療的症狀，而向醫生尋求醫療服務。

(The existence of symptoms which would cause an ordinary prudent person to seek diagnosis, care, or treatment or a conditions for which medical advice or treatment was recommended by a physician or received from a physician within a 5-year period preceding the effective date of coverage of the insured person.)

二、美國健康保險保單條款通常會將既往症排除在承保範圍之外，文字具體內容在各家保險公司保單可能有以下幾種描述方式：

1. 在保險契約生效日前五年，被保險人被經診斷患有疾病，且醫師已建議接受治療，此即為既往症的定義。

(“Sickness, Injury, disease or physical condition for which medical advice or treatment was recommended by a Physician or received from a Physician within five year period preceding that Covered Person’s Effective Date of Coverage”)

2. 疾病的定義是當保險契約生效後，始經診斷或治療的病症。

(“sickness” as an “ illness ,disease or condition which is diagnosed or treated while this policy is in force.” ¹⁰⁸)

第三款 法院見解

1356.

¹⁰⁸Lawson Ex Rel. Lawson v. Fortis Insurance Company, 301 F. 3d 159(3rd Cir., 2002)

承前所述，保險的目的即為承保將來可能會發生的保險事故，故倘保險事故已經發生，則當不在承保範圍之內，否則即違反保險契約簽訂的目的。惟縱使從此目的出發，若為被保險人不知保險事故已經發生的情形下(保險法關於知情的定義)，是否仍可以溯及條款拘束保戶，常為爭議發生的始點。

儘管在醫學上嘗試描述一種疾病何時開始?有三種描述方式，第一：在醫學上成立(at the time of its medical inception)；第二：已經達到損害身體正常機能時(when the condition impaired the normal function of the body)；第三：當人已知悉該病症的存在(when a person had actual knowledge of the condition's presence)

關於既往症的描述，保單定義性條款設計方法可大分為以下幾種文字敘述方式：

- 壹、被保險人在等待期間因該疾病受到治療；
- 貳、保險契約生效前疾病已發生且被保險人知悉；
- 參、保單生效前，被保險人曾因該疾病受到治療，但當時並不確知是否罹患保險承保範圍內的疾病¹⁰⁹。

在有些保單中提及既往症在於該病症已顯現，但有些保單，被保險人是否因此接受診斷並非不可或缺的要件。假若無須被經診斷此要件，條款反而更加清楚，因為只著重在生理上該疾病何時產生。因為關於被保險人是否曾接受針對該疾病的治療即有模糊空間，因為可能生物學上符合該定義，但其實在被治療時被保險人並不知道其已經患有承保疾病，例如檢查的結果僅是「疑似」，又或是僅為醫師大致推測可能罹患該疾病，但被保險人尚未被醫師告知其已罹患某疾病的狀

¹⁰⁹Finello, supra note 107, at 1356.

況，此時是否仍符合條款的定義，便有待商榷。

壹、爭議案例一¹¹⁰

被保險人在保單生效日曾受到急診治療，以呼吸道感染為由，同時進行一連串的检查，並於保單生效是被確診患有白血病。

一、保險人主張

呼吸道感染為白血病的症狀，且於保單生效日前五年內，被保險已接受治療呼吸道的治療，故符合條款關於既往症的定義。

二、被保險人主張：

雖其曾接受呼吸道的治療，但該治療並非針對白血病的醫療措施，再者保單條款並未明文只要被保險人曾受到該疾病或該疾病相關症狀的治療，即為所謂的既往症，因此主張針對呼吸道的治療與針對白血病的醫治措施不可相提並論，換言之本例不符既往症的定義。

三、法院見解

涉及保單條款如下：

在保險契約生效日前五年，被保險人被經診斷患有疾病，且醫師已建議接受治療，此即為既往症的定義。

“Sickness, Injury, disease or physical condition for which medical advice or treatment was recommended by a Physician or received from a Physician within five year period preceding that Covered Person’s Effective Date of Coverage”

¹¹⁰ Lawson Ex Rel. Lawson, 301 F. 3d at 159.

故本案例爭點在於如何解釋保單條款既往症定義條款中的 for 一字，牽涉針對既往症的治療是否及於治療該疾病的相關症狀。

(一)採文義解釋方法

本例中白血病為健康保險中的疾病，至於 for 則查閱字典就其字義為用以指出目的為何的介係詞，有具體的意圖，因此按文義解釋適用本例應解釋曾接受治療白血病的醫療措施，但是本例中於保險契約生效前，醫生既然不知被保險人患有白血病，何來有治療白血病的意圖。且退萬步言，若認為條款字義不明，仍有模糊空間而不能作前解釋，也應為有利於被保險人之解釋。

(二)採有利於被保險人之解釋方法

分析本保單條款既往症的定義，既然根據一般智識之人的解讀可能得到上述兩種不同的結果，可見該條款內容規定不夠明確，不清晰語意模糊而有解釋空間，再加上依據有利於被保險人解釋原則，應將既往症的定義解釋成於保單生效前被保險人接受直接針對該疾病的治療，若僅接受該疾病徵狀的治療，又在接受治療的當下，醫生無法強烈懷疑該徵狀為該疾病常見的前置症狀¹¹¹，於本案例中，由於被保險人在接受呼吸道感染治療時，並未被醫生告知這極有可能是白血病的症狀，又作有利於被保險人解釋的前提下，應將既往症定義條款解釋成限於在保單生效日前接受直接針對該疾病的治療措施，而不包含

¹¹¹與另一案例比較，在 Cury and McWilliams 一案中，被保險人於保單生效日前，已被診斷出甲狀腺患部有腫塊，且在當時醫生表示被保險人極有可能患有甲狀腺癌，因為患部腫塊為確診罹癌症前常見的症狀，所以儘管在保單生效前，該被保險人僅被診斷出甲狀腺有腫塊，僅為甲狀腺癌的前置徵狀，符合既往症的定義；但在本案例中，呼吸道感染並非斷定極有可能患有白血病的常見徵狀，因此解釋結果不同。

治療該疾病的相關症狀，否則這無異於開啟保險人可在事後審查被保險人於保單生效日前所接受的任何診斷治療是否為該疾病的前置徵狀的後門，可以想見如此擴張解釋的結果，將擴大保險人拒絕理賠的事由¹¹²。

貳、爭議案例二¹¹³

一、系爭事實

被保險人於 1991 年 4 月 6 日，透過每年例行的健康檢查發現被保險人的胸部有硬塊，在同年 5 月份保單生效日後，被保險人被診斷出患有胸部纖維性囊腫（fibrocystic breast disease）。該保單生效日為 1992 年 5 月 1 日，既往症的排除溯及生效日前的兩年。

二、涉及保單條款

既往症的定義被保險人已就該疾病受到醫護人員的照顧、治療、藥物治療、診斷或問診，該疾病即為既往症。

(a preexisting condition was defined as: a Sickness or Bodily Injury for which You have received medical attention(care, treatment, services, medication, diagnosis or consultation) prior to: the effective date of Your medical... coverage under this Policy[.])

又同保單條款就疾病的定義為身體機能出現狀況，造成生理上的警訊或症狀，且若未接受治療，人的健康情形將會惡化。

¹¹²In Ranieli v. Mutual Life Insurance Company of America, 271 Pa. Super. 261, 413 A.2d 396(1979)

¹¹³Hardester v. Lincoln National Life Insurance Co., 33 F.3d 330(1994)

(the plan defined a sickness as (1) a disturbance in function or structure of Your body(2) which causes physical signs and/or symptoms and (3) which, if left untreated, will result in a deterioration of the health state of the stucture or system(s) of Your body)

換言之，在保單生效日前，若該疾病並無外顯症狀，也未被醫療專業人士確診，則非本保險所稱之既往症。

(“conditioned on the fact that prior to the stipulated date, the sickness was not manifest, nor could it have been diagnosed with reasonable certainty by one learned in medicine.”¹¹⁴)

本文以為，上述關於既往症定義性條款，是否限於針對該疾病或其症狀的醫療措施仍有解釋空間，但擴大接受醫療措施的範圍，除第一種定義的診斷外，尚包含醫護人員的照護、投藥治療、問診等。

三、爭點

被保險人於 1991 年 4 月 6 日發現胸部有硬塊，是否符合保單「疾病」(sickness) 的定義？

根據該保單疾病的定義須符合三個要件，首先探究第一個要件為生理組織異常，又關於異常(disturbance)的解釋根據 ERISA 健康保險計畫，應依據具有一般智識的門外漢所得理解的程度，而非專業人士所得理解的意思¹¹⁵，因此法院查閱一般性字典¹¹⁶解釋得之異常換言之係指生理上的變更(alteration)，所以胸部出現硬塊該當生理上

¹¹⁴Ranieli v. Mutual Life Insurance Company of America, 271 Pa. Super 261, 413 A .2d 396(1979)

¹¹⁵Senkier v. Hartford Acc. Co., 948 F.2d 1050, 1052-53(7th Cir. 1992)

¹¹⁶ Webster' s Third New Int' l Dictionary(1981)

變更的情形，故符合第一個要件。第二個要件則是生理上出現該疾病特有的訊號，本例腫塊即為一例，且醫師表示若不治療，病情會更佳惡化，符合疾病定義的第三個要件。有疑義者是健康檢查是否為保單條款定義的醫療措施？

四、法院見解

高等法院採用醫師見解，認為患部出現硬塊只能認定被保險人患有纖維性囊腫，而惡性腫瘤一般用手是摸不出來的，只有在特殊幸運的情形下，惡性腫瘤會被良性的纖維組織包圍，換言之，在大部分的醫療案例，惡性腫瘤不會留有身體組織外觀可顯而易見的病徵，從此而論，在保單生效期日前，被保險人並為接受惡性腫瘤的治療，因為在當時並未被察覺患有惡性腫瘤¹¹⁷。

第四款 小結

既往症除外條款的相關判決眾多，且美國各法院有不同的解讀，有的法院認為只要被保險人事後證實確實在生效日前患有該疾病，該疾病即該當既往症，與被保險人是否受到診斷或治療無涉¹¹⁸，或受到任何形式的治療皆可，例如問診、健康檢查等，但之所以法院有以上見解的原因在於，上述保單條款有明確地文字說明定義縱使被保險人於保單生效期間未接受既往症相關的治療或確診，亦符合既往症的定

¹¹⁷另有法官表示若不考慮被保險人於保單生效前是否知悉其患有特定疾病並為此接受治療，不但有違公眾利益原則（public policy）且無異於製造陷阱給被保險人陷入。See *Mutual Hospital Ins., Inc. v. Klapper*, 288 N.E. 2d 279, 282 (Ind. Ct. App. 1972)；其他法院也有類似見解說明，我們不應該問什麼時候病患患有該疾病？而是要問是否該疾病已出現足供診斷確診的症狀？See *State Nat' l Life Ins. Co. v. Stamper*, 312 S.W. 2d 441, 442 (1958).

¹¹⁸*Bullwinkel v. New England Mutual Life Insurance Co.*, 18 F. 3d 429 (1994)

義¹¹⁹，美國各巡迴法院意見仍莫衷一是¹²⁰。

但有法官表示¹²¹基於以下理由主觀要件是必要的，且本文以為其理由依據值得參考之：

壹、公共政策考量(policy considerations)

主觀要件是必要的，否則會促使保險人在被保險人申請理賠時，積極尋找被保險人在締約之前是否接受治療，而治療的疾病可能是承保疾病的前置症狀。儘管某一病徵可能是多種疾病的症狀。

從既往症除外責任條款的訂定目的以觀，目的是避免危害其他無辜的被保險人，排除一個潛在、外觀無法察覺的疾病在承保範圍之外，對被保險人而言是一種陷阱，而保險的目的在於保障被保險人。

貳、從保護保險人角度

既往症條款的制度設計，僅是在避免被保險人詐領保險金，保護其他被保險人，避免危險共同團體破產，且減少健康保險理賠成本，易言之，為避免被保險人帶病投保，影響危險估計不利危險團體，商業個人健康保險通常會在保險契約中將既往症列入除外不保事項中¹²²而已，因此若被保險本身並不知情其已罹患承保疾病，則不應受到既往症條款的制裁。

¹¹⁹Tom Baker, Insurance law and policy ~cases, materials, and Problems, 359(2008).

¹²⁰Id. at 360

¹²¹Head v. Central Reserve Life of N. Am. Ins. Co., 845 P.2d 735(Mont. 1993)

¹²²Baker, supra note 119, at 168.

第二項 「必要性醫療措施」定義條款解釋爭議

第一款 概說

美國老人公營醫療保險提供多樣化的醫療給付項目，但限制申請該等項目的給付必須對於疾病、傷勢的治療與診斷是合理且必要的 (reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of illness or injury)。但國會也知道關於定義必要性醫療是具在地化指標，在不同州可能根據不同的費率，而有差異化的給付程度，因此便產生是否有統一性必要性醫療的必要性的問題？然而同時國會也指出他們發現其他私人健康保險提供者在界定何謂必要性醫療的定義時，是向美國國營老人國營保險的定義靠攏的。

第二款 涉及保單條款¹²³

在美國關於必要性醫療的定義，散見各州法律及商業健康保險條款，各定義條款內容並不一致，以下分別是舉數例：

壹、田納西州(Tennessee)¹²⁴

一、治療診斷病患的必要性行為 (be required in order to diagnose or treat an enrollee's medical condition”)；

二、綜合科學數據及保戶的身體狀況，醫療措施所帶來的回復健康的利益必須超過其所帶來的風險。(“be safe and effective” - that

¹²³Timothy P. Blanchard, Medical Necessity Determinations—A Continuing Healthcare Policy Problem, 37 J. Health L. 599 (2004).

¹²⁴在 2004 年田納西州便修正必要性醫療的法律定義，且為目前最嚴格的解釋。

is “the reasonably anticipated medical benefits of the item or service must outweigh the reasonably anticipated medical risks based on the enrollee’ s condition and scientifically supported evidence”)

三、該醫療措施為可達到同樣醫療效果中耗費成本最低的治療手段。(Be the least costly alternative course of diagnosis or treatment that is adequate for the medical condition of the enrollee)

四、有足夠的實證研究擔保該醫療措施的有效性和安全性(Have “adequate… empirically-based objective clinical scientific evidence of its safety and effectiveness for the particular use in question.”)

參、夏威夷(Hawaii)

一、治療目的為醫治疾病(for the purpose of treating a medical condition)

二、考慮治療的利弊得失，是對病患最適合的醫療措施(the most appropriate delivery of level of service. Considering potential benefits and harms to the patient)

三、在眾多醫療措施中，這是最節省成本的方法，但不一定是指最便宜的措施。(cost-effective for the medical condition being treated compared to alternative health interventions, including no interventions… cost-effect shall no mean lowest price)

四、須確保醫療措施的有效性，證明方法有相關科學數據、專業的標準可供檢驗、專家意見¹²⁵(known to be effective in improving that (A) effectiveness is determined first by scientific evidence; (B) If no scientific evidence exists, then by professional standards of care; and (C) If no professional standards of care exist or if they exist but are outdated or contradictory , then by expert opinion.)

參、商業健康保險

早先美國的健康保險保險人多半會照單全收醫師建議被保險所施予的醫療行為費用，直到 1970 年代，保險人開始在保單條款中加入「必要性醫療」的字樣，但並未對「必要性醫療」作更詳細具體的定義性描述，以致於當時類似爭議進入法院保險人多為敗訴之一方，因為法院認為該契約文字意義模糊，便作有利於被保險人的解釋，而保險人也為因應此判決結果，重新撰寫關於必要性醫療的條款，更佳詳述何謂必要性醫療的定義。

一、聯邦勞工健康保障計畫

根據聯邦勞工健康保障計畫 (The Federal Health Benefits Plan) 與勞工簽訂的健康保險契約中對於必要性醫療的定義為以下：

(一) 透過適當的方式避免、診視或治療疾病或傷害。

(Appropriate to prevent, diagnose, or treat your condition, illness, or injury;)

¹²⁵ 在 1995 年因為政治上的壓力，州政府強制將骨髓移植列入治療乳癌的給付項目，可是在數年後科學研究發現那是沒有效果的治療方式。

(二)與美國良好醫療實施標準一致。

(Consistent with standards of good medical practice in the United States);

(三)醫療措施的實施的主要目的非為了病患的舒適或家人的方便性。

(Not primarily for the personal comfort or convenience of the patient, the family, or the provider;)

(四)醫療措施與醫學研究教育訓練無關。

(Not part of or associated with scholastic education or vocational training of the patient; and)

(五)住院必要的意思為，若讓病患出院將有其危險性

(In the case of inpatient care, cannot be provided safely on an outpatient basis)

二、美國醫療協會(American Medical Association)針對必要性的定義

(一)符合一般醫療實施水準 (In accordance with generally accepted standards of medical practice)

(二)採取合適的治療手段、頻率、程度和期間(Clinically appropriate in terms of type, frequency, extent, site, and duration)

(三)主要的治療目的不是給病患、主治醫師或其他保險提供者方便
(Not primarily... for the convenience of the patient, treating physician, or other healthcare provider)

第三款 法院見解¹²⁶

壹、爭議事實背景

被保險人在 1989 年 8 月被診斷出罹患乳癌並開始接受乳房腫瘤切除手術，也開始了為期 6 個月的傳統化療，在這期間癌症似乎沒有復發，一直到 1992 年 2 月，醫師發現癌細胞已移轉到肺部，因此醫生建議被保險人接受高劑量的化學藥物治療（HDC）和自體骨髓移植（ABMT），而保險人表示不給付非必要的治療方式。

保單條款針對必要性醫療（medically necessary）定義如下：

該治療方式對該疾病是必須且適當的(required and appropriate for care of the Sickness or the Injury)

符合當時的醫療行為準則(given in accordance with generally accepted principles of medical practice in the U. S. at the time furnished)

健康照護財務協會所允許的治療方式(that are approved for reimbursement by the Health Care Financing Administration 並非實驗性、教學性或調查性質的醫療行為(that are not deemed to be experimental, educational or investigational)

非實驗性治療(that are not furnished in connection with medical or other research)

貳、法院見解

產生爭議的地方在於，關於非必要性醫療定義的第五個要件文字上是否模糊不清？對此地方法院與高等法院有不同見解，地方法院認為該契約文字是模糊不清的，保險人會利用該句的文字無限擴張來拒絕保險給付任何與研究有關的任何醫療行為。

¹²⁶Fuja v. Benefit Trust Life Insurance Company, 18 F.3d 1405(1994).

但高等法院則持相反意見，該條款文字並沒有模糊不清的情形，且認定該醫療行為根據手術的醫生提供的證詞加上被保險人簽署的同意文件，表示高劑量的化學藥物治療和自體骨髓移植是實驗的一部份。

最後法院認為為了杜絕類似爭議將來再次發生，保險公司可以設立專家委員會，由內科醫生、外科醫師、病患代表、保險產業代表等相關人士組成，針對何謂實驗性醫療做出整合的決定，同時考慮昂貴的醫療費用可能對保險業產生何種衝擊，是否會因為精算上得不平衡而破壞保險市場的營運。

參、小結

關於「非實驗性治療」定義的解釋，在美國司法實務上最大的爭執點為是否應該適用有利於被保險人解釋原則，本文以為其實單從字面文義來講，倘若貫徹關於「疑義」的定義，即在沒有被曲解的情形下，按文義解釋能夠解讀成兩種意思，則應屬此種情形，但是本文以為可能是美國商業健康保險幾乎扮演維護國民健康醫療照護的色，因此若盡量做有利於被保險人的解釋，從個案來看雖然有利被保險人，但卻可能因此危害到醫療資源的分配，所以美國法院見解才會少見的認為若保險人可以設立專家委員會，作出何謂實驗性醫療的區分，雖然可能還是無法完全避免類似的爭議發生，但多少可以避免法庭上原被告各自聘請專家意見不一的情形。

第三項「失能」定義條款解釋之爭議

第一款 概說

疾病所帶來的財務缺口，除龐大的醫療費用外，因為疾病而無法從事工作伴隨而來的財務損失，更是我們希望移轉的財務風險，因此失能保險在美國健康保險市場上頗受歡迎，但因為各家保險提供者關於失能的定義多以敘述的文字描述之，且不盡相同，因此關於失能保險的爭訟也不少。

第二款 涉及保單條款

涉及之保單條款：完全失能代表因傷害或疾病，你不能從事「其他有收入的職業」在符合你的教育、訓練或經驗所期待的程度上。且你正由醫生處獲得因失能所必須的適當照顧。
(You are not able to engage in any gainful occupation in which you might reasonably be expected to engage because of education, training, or experience ; and You are receiving care by a Physician which is appropriate for the condition causing the disability.)

第三款 法院見解¹²⁷

壹、爭議案例一：

被保險人曾獲得經濟學位，後來從事裝修水管、暖氣及空調的承包商，但後來原告從頂樓跌落雙膝骨折，以致於不能從事原有的工作被保險人失能無法從事的工作定義為何？究竟是無法從事原工作、因其經驗教育訓練所得從事的工作抑或是相同歲數背景一般人所得從事的工作。又如何計算所損失的薪資。保險公司則主張，引用其他相

¹²⁷Mossa v. Provident Life and Casualty Insurance Company, 36 F. Supp. 2d 524 (1999).

似案例佐證，被保險人僅得請求一般人所得的薪資結構，而不得以原有工作薪資計算之。

另一案例被保險人原本從事的職業為專業舞者，因故無法再從事原有職業，審判法院表示其不是未注意到專業舞者與其他同歲數年齡女子所得從事的工作薪資報酬是不同的，但基於一個公平的觀點(in a fair sense)，法院認為失能保單並非在於填補被保險人無法從事原有工作的經濟上損失，而應以一般人所得從事的工作薪資為給付標準¹²⁸。因為任何比較被保險人意外或患有疾病前的收入能力及患病後的潛在薪資都是不公平的，假若作此解釋，我們是否尚須考量到該被保險人從事行業的盛衰。

被保險人則主張，援引其他判決計算他所期待的薪資補償，主張應檢視被保險人的薪資歷史即可比較的薪資分析是恰當的。一個失能保險的被保險人是一名血管外科醫生，該保單的給付條件啟動於不能從事任何「適合」於其教育、訓練以及經驗的職業，當該名醫生因肩膀受傷無法繼續從事外科醫生的工作，而申請保險金給付，但保險公司則抗辯被保險人並不是不能從事符合其專門性質的職業，他仍可到醫學院教書¹²⁹。

且雖然該外科醫生有資格從事教職，但並考量其教育、訓練及經驗，教職對被保險人而言明顯是不好的，意即教職不是「適合」他的工作。法院則是利用合理期待原則，認為一個普通人之所以決定是否去購買這類失能保險時，將會合理期待他在不能從事現存報酬時會受

¹²⁸Tschida v. Continental Cas. Co., 48 Misc. 2d 61, 264 N.Y.S. 2d 72 A.D. 2d(1st Dep' t 1968)

¹²⁹Paul HOFFERT v. COMMERCIAL INSURANCE COMPANY OF NEWARK, NJ a/k/a Commercial Life Insurance Company, 739 F.Supp. 201(1990).

到保障，因此應將失能條款解釋成一個受過訓練被保險人無法從事配合其年齡、訓練、經驗、聲譽、生命位置及相關環境的職業，而非僅僅至是任何一個有薪的職業。倘若不作此解釋將會忽視個人購買失能保險的意圖。綜上，解釋何謂「其他有收入的職業」，應考量被保險人的薪資歷史、其教育程度、訓練或經驗及被保險人過去從事的職業等因素。

貳、爭議案例二¹³⁰

一、本案涉及保單條款

在 Heller 一案中，被保險人購買一失能保險，該保險保單對於失能的定義為被保險人因此喪失工作能力，且該被保險人為接受正常程序的治療（the total disability would not be considered if the insured is not under the regular care and attendance of a physician）。

二、本案背景事實

原告 Heller 是一名具有專業能力的內科醫生，於保險期間內出現腕關節麻痺的情形，只能請求保險金給付但因原告拒絕治療手腕的開通手術（carpal tunnel surgery），於是保險人拒絕給付

三、法院見解：

解釋保單條款的解釋應作有利於被保險人的解釋，且此處有合理期待原則的適用，故觀察上述條款，一般人應認為所謂接受正常程序的治療是只要有接受治療即可，而非指一定要接受某種手術，畢竟保險公司無權指定被保險接受特定手術，加上保險公司本應用更清楚的

¹³⁰ Heller v. The equitable Life Assurance Society of the United States, 833 F.2d 1257 (1987).

文字說明，故保險人應承擔因條款文義模糊可能另作他解的風險，而承受敗訴的結果。

此外保險公司主張被保險人不願意接受手術，有違最大善意原則，法院亦不採納此主張，因被保險人的行為難謂其有違最大善意原則，因為被保險人有定期接受治療，同時已降低工作量，再加上一般人不接受手術的理由，可能因為害怕感染或輸血的問題，不能因其未接受手術，便認定有違最大善意原則。

關於失能定義條款的解釋，上述二美國司法判決，皆採有利於被保險人的解釋方法，主要是法院認為保險人本來即有能力用更清楚的方式描述之，即保險人應該用更清楚文字說明，因此若仍有解釋上的疑義，便須由保險人承擔解釋上的風險。



第五章 英國、美國與商業健康保險條款相關監理研究與規範

在這醫療科技進步、醫療費用高漲、消費者意識抬頭的年代，回顧美國醫療照護環境的改革之路，立法者、政客關注於如何讓多數人獲得健康保險的保障、提升醫療品質、降低醫療服務給付成本，惟卻忽略了消費者最關鍵且最真實的需求，就是大多數美國人並不瞭解他們手中的健康保險內容為何，因為令人難以理解的健康保險保單充斥著專業術語，這樣的情形實在令人惶惶不安。但既然醫療服務改革的目的即是為了給予人民最佳的醫護環境，瞭解消費者的需求便是首要考慮的事情。

第一節 美國商業健康保險條款相關監理規範

第一項 以保單條款的易讀性為目標

第一款 背景

保單條款之所以如此難以理解的原因為撰寫者多為律師、保險業專業人士，且甚至可以說保單條款是為了律師和法官而寫的，因為倘若進入訴訟程序，保單條款文件是法律人溝通的主要依據，再加上保險公司或相關人士認為投保人實際上並不會閱讀保單內容，所以不重視或沒意識到投保人欲瞭解保險契約內容的渴望和需要。導致不只是老人或低收入者對閱讀健康保險保單有障礙，連對具有大學教育程度者也是一大挑戰。但其實加強要保人對契約內容的瞭解，有助於降低健康照護理賠的成本。

在美國維護人民健康的健康保險制度，非採社會保險的制度設計，不由國家依照人民的所得來釐訂保費以提供人民最基本的醫療服務，而是由雇主提供或私人自行從商業保險市場購買，因此在美國多數的健康保險契約是繼續性長期性契約且人民在每次生病時，會反覆的閱讀參考健康保險契約內容，確認保險給付項目，而給付項目又將影響醫療單位的財務狀況¹³¹，又和其他險種相較，其他險種的契約當事人可能有被保險人、保險人、受益人，但在健康保險契約中則存有被保險人、保險人和醫院（醫療服務提供者），關係更為複雜。

在美國健康保險的給付內容，除了和填補其他險種相同的偶然未知的損失外，美國商業健康保險亦給付重複性非治療性的醫療措施，例如健康檢查、診斷等等，如同車險亦給付車輛定期保險的費用。

因此儘管是偶爾的小感冒到診所醫院治療，被保險人皆須填寫保險理賠申請書向保險人給付醫療費用，換言之，被保險人有機會時常確認保險單契約內容，因此，人民對於認識了解保險契約內容的需求性便受到很大的關注¹³²。

¹³¹ 由於美國有許多員工人數多達數千人甚至數萬人的企業，因此需要健康保險的被保險人在一企業內，人數已多到可自成為一保險團體，因此促使雇主出資成立自我保險的健康計劃，詳參李志峰，基因資訊於人身保險和保使用的妥當性，政大法學評論，第116期，頁27-45。而美國自我保險的健康計劃因自成一體系的架構將導致商業保險保險人的給付內容亦會影響整體醫療機構的財務，且因為在很多商業保險的機制，健康保險提供者和醫療服務提供者是在同一個組織之下，而產生上述的結果，這點是和我國由政府透過稅收提供全民健康保險是不同的。

¹³² 若和我國目前市面上的健康保險商品相較，我國市面上幾乎只有提供以發病率低但費用高的疾病作為保險給付的啟賠事件，少有給付健康保險等預防性醫療措施費用或發生頻率高的感冒等費用，除了上述我國全民健康保險本來已經給付，市面上無此需求，但是有醫生表示，從預防醫學角度出發，保險業不妨將原本罹癌給付的保險金，挪一部份出來作為「未罹癌保險金」，以鼓勵注重健康管理的保戶。如果保險公司可以更積極在抗癌的社會責任上下功夫，保險公司可以有效

又商業健康保險是唯一可以轉移支付龐大醫療費用風險的手段例如器官移植¹³³且為管理人民醫療費用支出的重要工具。由以上理由可知，在美國商業健康保險的給付範圍和被保險人獲得理賠的情形，深深地影響各個層面，因此關於商業健康保險保戶權益的保護程度將引導美國照護國民健康的程度，不可為之小覷，從此而論，在透過司法救濟事後的爭端解決方式通常緩不濟急，且法律、法理適用通常須較為保守謹慎，仍應尊重當事人的契約自由和督促契約當事人的注意義務，因此在美國相當重視健康保險商品的事前監理制度是否完善且有效。

因此，從 2010 年 8 月開始在羅德島保險監理機關要求保險公司販售的健康保險保單的易讀性，須至少達到 Flesch-Kincaid 適讀性公式的第八個層級，其實其他州早先便已注意到健康保險易讀性的問題，因為理解到健康保險結構的特殊之處，但羅德島的監理單位是率先審查保險商品的易讀性。

從 1970 年代開始監理單位開始推廣消費者契約白話文 (plain language) 運動，但當時保險業者認為執行困難因為各州標準不一，直到 1977 年，NAIC 制訂出特地簡化文字敘述的壽險示範條款，接著陸續三個州採用 flesh reading ere 公式作為檢測保單易讀性的標準，之後則有 33 個州亦採納此種方式。

第二款 易讀性的衡量方式

控制防癌險理賠支出，例如國內外證實有效的防癌疫苗政府還沒有給付，不妨納入防癌險的理賠計畫。(葉惠娟，同前註 1，頁 84)

¹³³重症患者的器官移植我國全民健康保險給付部分醫療費用，因此和美國情形非完全一致。

越容易閱讀亦指文字敘述的方式讓閱讀者越容易理解其所表達的意思，羅德島的保險監理機關透過測試，讓受試者閱讀一段保單條款內容¹³⁴後，再利用 Flesch-Kincaid 公式¹³⁵檢測該文字段落的適讀性，發現保單條款文字說明的適讀性低於主管機關原先採用 Flesch-Kincaid 公式預測的級別，表示當時市面上保單條款的文字敘述是不容易讓消費者理解的。因此嘗試將現行保單條款改寫如下段

¹³⁴該內容為解釋何謂保險人代位，由於適讀性的檢驗設即使用用語和句子長度，因此附上受檢驗的文字內容：

In the event a third party, including your employer/agent, is or may be responsible for causing an illness or injury for which we provided any benefit or made any payment to you, we shall succeed to your right of recovery against such responsible party. This is our right of subrogation. If you do not seek damages for your illness or injury, you must permit us to initiate recovery on your behalf(including the right to bring suit in your name.)

¹³⁵McLaughlin (1968) 定義適讀性是特定級別的人們發現某閱讀素材 (matter) 為引起注意 (compelling)、必要 (necessarily) 且可理解 (comprehensible) 之程度。

從 19 世紀至今，適讀性評估廣泛的應用於各領域使用的文本、素材，以了解文本或素材本身的難易程度是否適合閱讀者閱讀。適讀性發展至今，有些研究關注於影響閱讀者的不同特徵，如閱讀能力、先備知識、興趣與動機、閱讀效率。而大部分的學者都以公式來預測適讀性，其中的影響因素包括字彙的難易度、句子的難易度、文體格式與連貫性等，使用適讀性公式只是一種預估，無法達到百分之百的準確。

Flesch-Kincaid 適讀性公式 (Kincaid, Fishburn, Rogers, & Chisson, 1975)，是為了檢測海軍訓練素材或手冊的適讀性，修改 Flesch 公式而產生的，其簡化 Flesch 公式並轉換為級別程度。

$$GL = (.39 \times ASL) + (11.8 \times ASW) - 15.59 \quad (6)$$

簡化為：

$$GL = (.4ASL) + (12ASW) - 15 \quad (7)$$

ASL 表示平均句子長度 (單字數除以句子數)。

ASW 表示每字平均音節數 (樣本內音節總數除以單字數)。

<http://ej.nict.gov.tw/JTR/v02.1/J06v02n01-03.pdf>

所述。

未要求保單條款內容需符合易讀性的條款如下：

萬一第三人，包含雇主或保險經紀人須為了造成疾病或傷害的原因負責，我們將會承繼你對有責之人的權利，此即所謂的代位權，又如果你不就你的傷害或疾病請求損害賠償，你仍必須同意我們代表你以你的名義提起訴訟。

In the event a third party, including your employer/agent, is or may be responsible for causing an illness or injury for which we provided any benefit or made any payment to you, we shall succeed to your right of recovery against such responsible party. This is our right of subrogation. If you do not seek damages for your illness or injury, you must permit us to initiate recovery on your behalf (including the right to bring suit in your name.)

符合易讀性要求修正後的文字敘述則為如下：

你的疾病或傷害可能是某個第三人造成的，此時，我們可以獲得你對第三人的權利。舉例而言，如果我們給你住院費用，我們可以收受傷害你的人所願意負擔該筆費用，例如加害者直接給付給我們或法院命令他們給付給我們，又如果加害者已經給付相關費用給你了，我們仍可向你請求給付加害者已經給付給你的金額。這就是代位權。

除此之外，如果你不打算向加害者請求損害賠償，你將同意我們以你的名義提出訴訟。

(Your injury or illness may have been caused by someone else.

If so, we can collect from that person any claims we pay on your behalf. For example, if we pay for your hospital stay, we can the amount we paid for your hospital stay from the person who hurt you. We can also collect payment from that person even if he or she agreed to pay you directly or has been ordered by a court to pay you. If the person who caused your injury has already paid you, we can collect from you the amount he or she has already paid to you. This is called subrogation. In addition, if you do not try to collect money from the person who caused your injury, you agree to let us do so in your name.)

第一項 統一提供給要保人的健康保險資訊的方式¹³⁶

第一款 前言

美國消費者雜誌曾調查影響個人購買商業健康保險的因素為何？該研究調查發現消費者其實並不瞭解各個商業健康保險商品的差異性，例如承保範圍、除外責任等等，他們甚至不知道如何衡量購買對他們最有利的健康保險商品的條件需求為何？此外該研究也發現，各家保險人提供保險商品內容方式的多樣性阻礙消費者選擇對他們最有利的保險商品。

因此在美國有消費者團體向人民調查詢問，影響他們購買商業健

¹³⁶Michael Wroblewski, Uniform Health Insurance Information Can Help Consumers Make Informed Purchase Decisions, 26(2), Journal of Insurance Regulation, (2007).

康保險重要的考慮因素為何，並經過統計分析的結果，提醒人民在購買健康保險時需要特別注意的重要訊息，以選購符合自身需求的商品¹³⁷。以下為該消費者團體調查的過程和方式。

第二款 統一健康保險資訊的提供方式

美國消費者團體注意到當他們詢問已經購買健康保險的保戶，發現他們多數僅知保費多寡、自負額比例，但並未特別意識到其他關於健康保險的重要資訊，例如緊急照護費用、檢驗費用等等，因此美國消費者團體為了促進投保大眾精準瞭解健康保險的商品內容，在此研究動機下，作出以下的調查研究。其調查研究目的有：

- 壹、增進投保人理解組成健康保險的資訊
- 貳、提供選擇健康保險需要考量的重要資訊
- 參、提供投保大眾比較各項健康保險商品的方式
- 肆、提供投保大眾最簡明易瞭呈現健康保險商品資訊的方式
- 伍、提供一系列讓投保大眾得以自問自答的問題集
- 陸、提供投保大眾一段描述購買健康保險需求的簡短敘述
- 柒、提供僅僅一頁的選購健康保險商品的建議和注意事項。
- 捌、給予投保大眾試算年度保費的工作單

調查研究方式為先訪問購買健康保險者的想法：發現一半的人是利用口耳相傳的管道購買親友推薦的保險商品，且通常僅比較同一家保險公司旗下的保險商品。約另一半的人則會透過保經代協助他們選購合適的商品，訪問結果顯示，透過保經代選購保險商品者較不會產

¹³⁷ 因為根據過往研究顯示，消費者會因為不瞭解保單條款的專有名詞，而被引導到選擇次理想的商品。

生理賠上的爭議，但他們和前一類的人一樣，對於健康保險商品的重要內容一無所知，而只有少部分的人會利用網路工具購買健康保險。

不論被保險人透過以上何種管道獲得私人健康保險的保障，訪問結果都顯示他們無法精準的做出符合他們自身需求的購買決定。一方面，一般大眾不知道購買健康保險的決定性因素為何，另一方面，他們表示保險公司並未提供足夠的資訊可供參考。有以上想法的受訪者，學經歷涵蓋廣甚至是律師、財經專家都有同感，儘管這類專業人士平時工作內容包含處理許多複雜的訊息，仍對健康保險商品的特色一知半解。

且幾乎所有的受訪者皆認為和車險、壽險相比，健康保險更不易瞭解，此外無法比較各個商品對他們來講也是一種困擾，尤其是連應該選擇哪種比較基準點的頭緒都沒有。此外，健康保險單條款的用字遣詞深澳難懂並有意圖欺騙消費者之嫌，而當中有部分人覺得如果能透過一系列的問答選購出最適合的商品將是個不錯的方法，但不希望該等問題是他沒有能力回答的。例如你願意就某項醫療服務負擔多少比例的自負額？

對受訪者而言，影響他們購買哪家健康保險提供者所提供的商品最主要的考量因素為保費、自負額，因為當民調主持人要求他們回想關於他們曾購買健康保險相關資訊時，他們通常能夠記得保費和自負額的額度。至於其他也很重要的保險契約內容，例如等待期間、既往症為除外不保事項等則記憶模糊。此外，大部分的人都不確定他們是否選擇了最適合他們的產品。

若依受訪者的性別、年齡分類，發現女性因為負責安排全家人的健康保險計畫，因此對於保險專業用語較為熟悉，而二十出頭歲的年

輕人則沒有購買健康保險的想法，認為他們目前無此需要，只有非常少數的人注重保險提供者的服務品質，而服務品質代表的是保險給付範圍、理賠申訴率和未來保費調漲的趨勢。該研究根據第一點所得到的訪問內容嘗試設計出目的為協助消費者易於瞭解有關健康保險資訊的資訊揭露方式。

第三款 研究結果

美國消費者協會透過上述訪查的過程，了解到一般消費者購買健康保險時，其所考慮的要項，並參考相關專業人士的意見，區分哪些事項是商業健康保險購買者必須清楚理解的關鍵性項目，經過統整與分析，得出下表列為各健康保險購買者必須了解的健康保險內容。最後設計出如下表格：

表格 4：美國消費者協會提供之商業健康保險資訊揭露格式化表格

保險費與承保範圍		
第一欄是一般消費者常見的疑問		
第二欄是解釋保險的專有名詞以回答第一欄的問題		被保險人
第三欄是最簡潔的回覆		起保日
XX 主管機關要求所有健康保險的提供者都須提供以下制式的表格供消費者參考比較各家健康險的商品內容，表單的背面是關於承保範圍的重要事項。		
常見的問題	解釋在健康保險中常見的問題	承保範圍

	有名詞	
<p>甚麼是我必須付出的保險費</p>	<p>保險費：每個月你將會付出一固定金額的保險費，你必須付出該筆費用儘管你沒有接受任何療。</p>	<p>保費：多少元</p>
	<p>部分負擔保費：你在每次到醫院、診所或藥局就診時須另外付費。</p>	<p>部分負擔保費： 元</p>
	<p>共保費用：每筆醫療費用支出你必須自行負擔一定成數。例如你需要負擔 20%的</p>	<p>共保費用： %</p>

	<p>醫療費用支出。</p>	
	<p>自負額:一定金額以下的醫療費用支出你必須先全額自付,但自付額將不會作為保費計算的基礎。</p>	<p>自負額: 元</p>
<p>關於每年的保險費用支出有上限嗎?</p>	<p>保險費加共保費用再加自負額的支出,每年會有一定的上限,但不包含部份負擔保費的部分。</p>	<p>上限金額: 元</p>
<p>此保險計畫是終身或定期的?</p>	<p>定期險不保證每年續保,但終身險則無</p>	<p>定期險</p>

	保障上的空窗期。	
醫療費用總額有上限嗎?	無論是以終身或以每一疾病為基礎，皆有醫療費用給付的上限。	終身醫療費用給付的上限： 元
我需要先選擇我的家庭醫師嗎?	此計畫可能要求你再經由專科治療前，除非受到家庭醫師的同意，才能轉診。	每一疾病給付的上限： 元
此計畫有無除外不保的範圍?	本保險可能不會負擔起保日之前的疾病狀況所產生的支出，即是既往症為除外不保的	既往症除外

	範圍。	
我必須等多久才受到保障?	為了將既往症排除，保險會設定一段等待期。	等待期： 天
聯絡資訊：		

分析此表格的格式與內容，可以發現此研究目的為蒐集分析數個消費者在購買健康保險時須特別注意的必要之點，在利用最簡單明瞭的文字加以敘述，特別用表列式的形式，一目了然，另外在最右欄位，特別用關鍵字讓消費者可以最快速且加深其對此商品內容的認識，此外，此表格還有一個功能，一旦各家保險公司都被要求須出示上表，則將有助於被保險人比較各家的商品內容，而能夠做出最好的選擇。

第三項 小結

美國消費者協會經由訪查及專業人士的意見，蒐集並發現消費者購買健康保險時的盲點，並作出上表內容，目的為提供消費者一個可資比較各家保險公司提供的保險商品的工具，亦為了提醒消費者在選購保險商品時，哪些要點是需要特別注意，一旦忽略即有可能造成將來理賠認知上落差的事項。

本文以為儘管我國商業健康保險產業所扮演的角色，不若美國商業健康保險所扮演的角色那麼吃重，支持整個國家人民的健康，以致於本國監理機關基於對契約自由原則的尊重，對於銷售文件的形式上

審查介入，似乎沒有必要如此深入，但也是因為美國對商業健康保險的重視，則消費者團體或保險人協會有心採用數據化的方法，確實分析人民對於健康保險的需求，以及其與保險人認知的落差，而為消弭或減少理賠上的爭議，進而維護國民接受醫療的品質，他們所作的研究方法，實在可以作為本國的參考，是否可藉有實務探訪、瞭解消費者的意見、目前常見的理賠爭議，整理列表數項我國國民重視或選購健康保險商品的盲點等，透過制式化的表格，設計或宣導一個方便我國人民比較各家保險的工具。

第二節 英國商業健康保險相關監理規範¹³⁸

第一項 重大疾病保險最佳實踐原則¹³⁹

¹³⁸ 資料來源：

http://www.abi.org.uk/Information/Consumers/Health_and_Protection/Health_Protection_Insurance_.aspx visited at 201206)

¹³⁹2011年2月英國保險人學會重新修訂早先公布的重症險最佳實踐的說明，其規章目的在於協助消費者了解並比較重症險保單主要透過以下三種方式，第一：針對潛在消費者購買重症險保險的那個時點，提供他們一種制式格式的方式介紹重症險的承保範圍。第二：使用定義通用的習慣用語。第三：限制各重症險至少要有一個最低平均的保障。

2011年英國保險人協會 制定的重症險示範條款版本，係取代2006年的版本，各保險人須盡快調整自家保單條款內容至少達示範條款的保障程度，最遲至2012年須完成調整保單內容作業。

相較於先前示範條款的內容，2011年的版本最大的改變在於，介紹一系列定義性條款關於永久殘廢的定義，藉此釐清全殘的定義，究竟其承保範圍為何？同時協助消費者比較各家保險公司的商品。另外亦針對孩童既往症的定義作更精確及具體的描述，同樣係為了方便消費者比較選購並了解保單條款的具體內容。最後是將醫學科技進步的因素考慮在內，重新定義癌症、帕金森氏症、難以治療等疾病的定義。示範條款將會拘束英國保險人協會的所有會員，其內容包含通則、通用術語、定義性條款、永久完全殘廢相關條款、示範除外條款、重大疾病險承保範圍的描述、審閱契約的程序。同前註134。

第一款 制定目的

自 1999 年開始，英國公平交易機關提出國內健康保險市場上的相關建言，爾後英國保險人學會一直致力於改善英國重症保險中保險公司與保戶的關係，每隔 3 年定期檢視保單條款文字的妥適性，且該檢視結果亦作為修法前保險業的遵循準則。

2009 年的報告書係在 2002 年及 2006 年所提出的報告書的基礎上，秉持以下三個目標修正之：

壹、保障：提供保戶最低限度保障的基準

貳、比較性：一旦統一化保單條款的專有名詞，使有意願購買重症險的消費者能夠輕易的多方比較各保險公司提供的重症險保障內容。

參、易讀性：幫助有購買重症險意願的消費者更能快速瞭解保險保障內容。

綜上目標，期待能提供人民更簡易且更易瞭解的方式，使其有能力在可以負擔的價格之下，選購適合自己的重症險保單，否則若相關爭議越演越烈，抨擊人民對重症險的購買意願，連帶阻礙保險公司的招攬業績。可見修正重症險保單條款內容刻不容緩。

因此英國保險人協會函請各方學者、再保險人公司、保經代、消費者團體、醫生、保險監理者共同研擬數次修正最佳實踐原則報告，主要修正的定義性條款 (model definition and wording) 內容如下：

壹、失能的定義

關於永久失能險的問題 (total permanent disability)，由於目前英國保險人協會尚未擬定永久失能險的定義性標準化保險條款，因此至此各保險公司提供的保單條款就何謂「失能」的定義各有

所據。追本溯源，永久失能險的失能的定義為被保險人是否喪失原本的工作能力，換言之，因為被保險人所從事的工作不同，符合失能的定義亦不相同。此外，唯有發掘問題的起源，徹底解決問題，爭議理賠案件才不會一再出現。

又調查近來健康保險理賠相關爭議數據發現，縱使保戶以失能條款為請求理賠的案件僅佔全部理賠基礎的 3%，但 55% 的的案保險公司會以不符失能定義條款而拒絕理賠。關於請求補償永久失能損失的理賠爭議中，有 35% 的案該條款為重症險的一部份。大部分重症險其他條款的理賠都很快速，但數據顯示永久失能條款的理賠卻曠日廢時。且根據進一步調查數據顯示，永久失能條款的高爭議性與定義條款有直接關係，保險公司多半以不符合無法勝任原有職業為由拒絕理賠。

其實仔細分析重症險與永久失能險兩者填補的損害並不相同，因重症險係為填補被保險因患有重症所需支出的醫療費用，而購買永久失能險的目的則是在於保障現有的財富水準，避免一旦發生永久失能的情形，生活品質陡降，兩者立意不同，重要的是關於失能的定義也不應相同，因此為避免消費者混淆，本次修正重症險中關於「失能」的定義，由原本根據被保險人的職業所下的定義，修正成因喪失生理自主能力所致的損失。

貳、促進釐清常見爭議

根據近年關於重症保險的爭議，可從相關爭議觀察之，可見就該爭議發生的源頭，現行保單條款文字尚有不足之處或用字不夠精準，抑或未被寫明在除外條款中，致生爭議不斷，為此本次修正將相關爭議明文化，舉例而言：

一、不治之症(Terminal illness): 定義條款文字需再明確一點。

二、皮膚淋巴瘤 (Cutaneous lymphoma)：皮膚淋巴瘤因為非黑色素腫瘤的一種，因此不符和癌症的定義，且皮膚淋巴瘤不比黑色素腫瘤，此種病的癒後通常良好，不在重症的範疇，因此英國保險人協會所擬定的癌症定義性條款，特別具體指出皮膚淋巴瘤不是癌症的一種，但如果它擴散到別處而非侷限在皮膚上則符合癌症的定義。其餘關於癌症的定義性條款則照舊。

第二款 規範內容

一般重症險最佳實踐的說明包含以下內容：一般原則揭示、通用專業術語、重症的定義、永久完全失能、除外責任示範條款、關於如何描述重症保險的承保範圍，並提供範例展示。以下將分別介紹之：

壹、通則

- 一、本示範條款的相關陳述適用於英國保險人協會的所有會員
- 二、所謂重大疾病保險即為該保險內容為針對重大疾病給付保險金，並且包含癌症、心臟疾病、中風且造成永久性的症狀。
- 三、清晰明瞭性
盡可能地協助消費者了解保單內容，故採用淺顯易懂的文字來描述商品內容，避免使用艱深的語彙而稀釋或使文義變得難以理解。
- 四、重要的關鍵字必須放在段落的最前頭最顯眼處，例如在特別的情形承保年齡有其上限，那麼關於該年齡應該將其置放於整個段落的一開始，始能一目了然。

貳、定義性條款必須具備以下幾種功能

- 一、該定義能使閱讀者清楚理解該定義涵蓋的範圍及限制。
- 二、若落入定義範圍內，則該情形應立即獲得理賠。
- 三、該定義應有盡可能減少爭議且避免購買者的期待落空。

參、通用定義性條款

為了使保單條款內容更加清楚易於瞭解，應選擇可以適用大多數情形的通用術語，若能使用通用且精準的用語描述重大疾病險商品的特色，有助於消費者比較各保單，且相同的情形便不得再使用其他文字描述之。保險人可能利用通用術語當作定義，例如作為重大疾病的定義，或當作解釋定義的用語。

肆、應揭露之商品資訊

根據 FSA 監理規範 COBS 或 ICOBS，重大疾病的承保範圍須在重要須知中特別記載之，為健康保險商品所必要揭露的資訊。關於商品資訊必備的資訊與要件，示範事項要點將優先適用於其他相關的監理規定。

商品資訊的必要記載事項在本示範要點注意事項中，第一要注意的是，關於描述重大疾病險的方式與內容需要統一，縱使在不同的商品類型中，此目的為方便消費者易於比較不同保險公司提供的商品。在消費者購買保險商品前，保險人應該盡早提供相關的商品資訊給有意願購買的潛在性消費者，讓他們在購買前，有充足的資訊加以比較。關於商品資訊應揭露事項適用於所有個人長期的保險商品只要涉及重大疾病的部分，無論是主要的承保範圍或選擇性的保險範圍，形式上可能是主約險種或是可選擇附加的附約形式，包含但不限於附約、壽險、定期險等幾種商品類型。

此外，就團體重大疾病險的承保範圍，因有其特殊性，故必須是用另一通用術語，無論是在承保範圍或除外條款上，尤其是保單生效的時間點須特別注意。

伍、保險專業用語

首先關於各保險專業用語在使用上，應該不論在何處皆須有一致性的解釋，換言之，同一用語不能因用在不同保險契約上卻有不同的解釋。以下為重大疾病險須特別訂入的示範定義性條款：

一、承保範圍

包含癌症、心臟疾病、昏迷所引起的永久性外顯症狀即為重症保險。

二、評估期

從保戶申請理賠開始，保險人有不超過12個月的時間，可以評估是否須依保險契約理賠，評估期的採用必須是保險事故的定義須有永久性始得為之。

三、遞延期間

在保險人給付保險金前，被保險人必須處於保險事故發生的狀態。

四、生存期

醫療保險契約的被保險人須於請求給付保險金時仍生存，否則應由受益人請領死亡保險金。

五、不可回復

藉由當時醫療科技水準的醫療照護或手術措施，皆無法使生理狀態進步或產生一致效果的情形。

六、職業

一種交易、專業或可以獲取利潤的工作，但不是受雇於特定雇主的特殊工作。

七、永久性

將來無法預期現狀會有所改變，當契約期滿或被保險人退休時預期只能維持現狀的狀態。

八、永久性的神經性受損所致的持續性生理症狀

因為神經的功能受損，經物理性的檢驗發現被保險人的餘生將因此受到此影響。顯現著症狀包含麻木感、麻痺癱瘓、局部無力、失語症、吞嚥困難、視覺損害、行走困難、缺乏協調性、顫抖、嗜睡、癡呆、精神喪失、昏迷。

但不包含下列症狀：儘管神經組織出現異常，但並未因此造成外顯性症狀或僅產生心理上的症狀。

九、失明：永久性且不可回復的。

視力喪失且永久不可回復，即使使用輔助工具亦只能達到視力測量表的 3/60。

十、心臟疾病：到達某種嚴重性程度的。

因為無法持續供應血液造成心肌壞死，造成產生以下症狀的急性心肌梗塞：

(一)典型的胸部疼痛

(二)心電描記器的改變

以下指標上升至某種程度：肌鈣蛋白大於 1.0ng/ml；

AccuTnI>0.5ng/ml 或其他相當於 Troponin 的衡量方式。

(三)除外範圍

其他急性冠狀動脈的症狀，包含但不限於心絞痛。

十一、在 60 歲前得到帕金森氏症：造成永久性的外顯症狀。

十二、昏迷：造成永久性的症狀。

一種無意識狀態且須依靠生命維持器持續生命持續達至少 96 個小時，並且造成永久性的神經損傷。

十三、阿茲海默症(在 歲前):造成永久性的症狀

須經醫療專業人士診斷出於 歲前患有阿茲海默症，且產生生理上的外顯症狀，例如喪失記憶、理解力、察覺力、表達能力或反應能力。但不包含除以上之外的痴呆症狀。

十四、動脈移植手術:為了疾病治療

但冠狀動脈並不包含胸部及腹部的分支部分，亦不包含單純皮膚表面的移植。

十五、良性腦部腫瘤:導致永久性的傷害

腦部內非惡性的腫瘤或囊腫，卻造成永久性的神經性損傷，進而出現生理性的外顯症狀。

但不包含腦垂體部位的腫瘤及血管瘤。

十六、癌症：排除不會進一步惡化的情形

經由醫療專業人士診斷出惡性腫瘤，且正無法控制的擴散惡化中。例如白血病、淋巴瘤，但排除皮膚癩瘋病、非侵入性、原位癌、低度惡性可能性的腫瘤。

在醫學分類上至少在 Gleason 分數量表六以上或是為 T2N0M0 分類之下。

急性淋巴白血病須達到 Binet 的 A 階段。

皮膚癌則須被診斷出惡性腫瘤且有侵入性。

第二項 個人或團體私人醫療保險的最佳實踐準則¹⁴⁰

英國私人健康保險被要求不得違反英國及歐洲相關法令，保險人提供的資訊必須是清楚、公平合理且不會引人錯誤的。而關於私人健康保險的最佳實踐說明含蓋關於購買健康保險人們所需的特定資訊。且隨著此最佳實踐準則於民國 100 年 9 月的頒布，英國保險人協會的各會員被要求在 18 個月配合此次版本的公布，並針對現有的保險商品進行修訂。

第一款 制定目的

關於銷售個人或團體私人醫療保險的最佳實踐準則，本注意事項的設計目的為確保消費者有能力選擇適合其需求的商品，藉由達成以下目標，第一：幫助人們可以即時獲得簡易明瞭消費者關心的資訊；第二：保戶能夠了解保險商品有一定的承保範圍和局限性；第三：透

¹⁴⁰資料來源同前揭註138。另關於最佳實踐準則的強制性為，英國保險人協會就私人醫療保險相關的名詞定義，要求各保險人須在保單條款中適用；對個人保戶而言，保險人有義務確保各個人保戶已經取得本最佳實踐說明提及提供予保戶的文件；對團體險客戶，僅需提供相關資料給企業主即可，受雇人可透過雇主取得其所需的資料此外，保險人須提供關於保單核心名詞的解釋，並用清晰、平白且可理解的語言文字。

尤其是以下情形，若為除外不保的範圍、既往症的情形等非承保範圍，則會產生何結果，又或停止繳交保費的對保險契約效力的影響，皆須以清晰、平白且一般消費者可理解的文字敘述之。

1. 醫療體系網絡的介紹
2. 說明未來可能因此增加保險費的情形
3. 若從團體險契變成個人險，則對承保範圍可能產生的改變
4. 說明在獲得治療前是否需要核准
5. 申訴、理賠、申請終止契約的管道
6. 要求公佈保險人

過揭露選購健康保險的各重要參考指標，協助人們比較各家保險公司產品的區隔性；第四：協助保戶選擇最適合其需要的商品。

關於私人醫療保險，主要的承保範圍系針對「急性病況」作出治療行為¹⁴¹建立與客戶的溝通管道：提供客戶他們所需的資訊，且該資訊是清楚明瞭、公平合理且不會引人誤會的。因此英國金融管理委員會(FSA)針對前述建立與客戶的溝通管道此原則下，金融保險法規進一步要求保單條款文字架構不應過於複雜，過於詳細將導致保戶難以理解，而應以簡潔明瞭的方式呈現之，方式如下：

1. 關鍵字標語
2. 摘要陳述，但詳細的解說可在保單條款內索引
3. 保險人負責人名稱
4. 保險種類和承保範圍
5. Deferred payment period
6. 除外條款、既往症的定義
7. 契約停效期間(moratorium periods)
8. 承保範圍的限制
9. 關於保險給付時間上的限制
10. 可能因職業類型、年齡、住居所狀況而對理賠產生的限制
關於獲得某些治療的限制或在接受治療前須獲得核可
11. 保險期間
12. 價格資訊(可有可無)
13. 終止契約的權利

¹⁴¹英國保險人協助定義「急性病況」係指一種疾病會透過治療或醫療上的建議，立即有明顯的改善並康復。

14. 提供保戶通知保險人的方式

15. 申訴管道

第二款 最佳實踐原則條款內容

制定目的為確保在各文件中，該名詞有統一性用法與定義。

癌症: 惡性腫瘤、組織或細胞已有有不受控制的成長和擴散或轉移的情形。

日間住院: 病患被經診斷需留院觀察，因其需要一段時間的受到醫療上的監測，但晚間則無須留院。

檢查: 檢測諸如 X 光、血液目的為協助發現外顯症狀的原因。

住院: 因為醫療上的原因被醫師診斷需晚間住院或須更長的時間。

既往症: 該疾病你以接受醫療處置、建議或治療，或你主訴察覺到異狀。

無論是在投保前的 年內(各家保險人可能會有不一致的條件)

醫療措施: 包含目的為治療或減緩疾病、傷勢等手術或其他醫療處置(含檢查)。

英國示範條款特別提出注意事項表示，英國目前市場上的保險公司所推出的保單會以積極性治療(active treatment)為定義，這名詞勢必會產生潛在的爭議產生於保險人與保戶間，故如果公司使用積極性治療的專業用語須特別加以定義，以避免爭議。

其他私人醫療保單條款必要性訂入的關鍵性條款如下：

B.3 關於癌症的承保範圍

在英國私人健康保險的最佳實踐說明中，壽險公會表示下述文字必須

揭露於保戶於簽訂契約前可以閱讀的相關文件中。

各保險公司會員必須在契約文件中特別解釋癌症的承保範圍，並須以書面回覆以下的制式必要性問答集

案例一：癌症

問題一：

甲已經投保 A 保險公司之健康醫療保險五年了，當最近他被診斷出罹患乳癌時，醫生建議他接受以下治療項目：

透過手術切除惡性腫瘤，並再接受乳房重建手術。

接受放射性療法和化學性療法。

當接受化療後，持續幾年服用賀爾蒙藥物。

以上治療費用是否在本保險契約的承保範圍，或會限制給付？

保險人的答覆為：

問題二：

在化療的進行過程中，甲產生貧血的症狀，致使他的免疫力大幅下降，他的主治醫生建議他：

進行輸血以治療貧血的問題

開立一連串增加免疫力的藥劑

請問上述醫療費用的支出本保險將會支付嗎？或限制給付的程度？

保險人的答覆如下

問題三：

承上，儘管甲已將接受增強免疫力的治療，他還是受到感染，並被建議接受注射一連串的抗生素。

上述抗生素的支出，本保險會給付嗎？

保險人的答覆如下：

問題四：

在甲接受關於乳癌治療的一連串療程結束後五年，甲又不幸地被診斷

出罹患癌症在其他部位，他的主治醫生建議他接受以下療程：
在未來六個月接受六個循環的化療，以徹底摧毀癌細胞。
在接受治療的過程中，每月持續注入避免骨頭受損的藥劑。
每個禮拜持續投入抑制癌細胞生長的藥劑，且可能長達數年皆須服用此藥物。

上述醫療費用的支出，此保險會全額給付或限額給付？

保險人的答覆：

問題五：

乙也已投保此保險多年，但被診斷出罹患癌症，醫師建議他接受高劑量的化療，且須接受幹細胞的移植手術。

上述醫療費用的支出，此保險會全額給付或限額給付？

保險人的答覆：

問題六：

當乙完成上述治療後，醫生告知已成功抑制癌細胞的成長，但以後須每隔五年做一次癌症篩檢，檢查癌症復發的狀況？

上述檢驗費用，此保險會全額給付或限額給付？

保險人的答覆：

問題七：

如果乙只想接受看護以減緩症狀？

上述費用的支出，此保險會全額給付或限額給付？

保險人的答覆：

另外，提供關於癌症醫療給付的保險，保險人必續清楚地解釋承保範圍並且強制使用下列標題：

壹、保險期間的限制

貳、治療的週期

參、最大限額給付

肆、保險人可能不會給付的情形

伍、承保範圍可能除外的情形

另若保險人推出的是個人私人醫療保險，則強制使用下表呈現承保範圍：

表格 5：英國個人或團體私人醫療保險最佳實踐原則之資訊揭露格式化表格

標題	承保範圍-含給付限制和除外範圍
疾病	已發生 已發生且被保險人知悉已罹患 經醫師確診與條款相同之病名
接受治療處所	非醫院之看護處所 醫院-入院治療 醫院-非入院治療 在住家
診斷	包含的診斷類型有哪些？ 諮詢 檢查例如掃描、監測 基因檢測
手術	包含哪些類型？ 預防性治療 治療續發性癌症 減緩治療 重建手術
預防性治療 (Preventative)	篩檢 手術

	疫苗
藥物治療	包含哪些類型? 化學治療 生物學治療 實驗性用藥 (Drug status eg pre-licence, not NICE approved) 維持治療 (Maintenance therapy)
放射性治療 (Radiotherapy)	減緩疼痛的治療 治療 (treatment) 維持控制惡化的狀況 維持治療
減緩治療 (Palliative)	維持治療 (maintenance therapy)
安寧治療	維持治療 (maintenance therapy) 看護
監測 (monitoring)	預約門診 檢測 期限
限制	時間 財務面 疾病的階段 臨床試驗 其他
其他給付範圍	給付範圍是否包含以下治療方式? 實驗性治療 進階治療 臨床試驗

	<p>針對罹癌保戶以下處置是否在給付範圍內？</p> <p>精神疾病治療(psychiatric)</p> <p>職能、物理治療(physiotherapy)</p> <p>營養補充</p> <p>幹細胞/骨髓移植</p>
--	---

第三項 重大疾病險口頭揭露原則¹⁴²

第一款 制訂目的

由於英國保險商業指令(Insurance: Conduct of business, ICOB)第 6.4.2 指示針對消費者與招攬者間的銷售對話中，招攬者有對商品主要內容說明的義務，而為配合保險商業指令的實施，特別針對重大疾病險的口頭說明義務做出更具體且細節性的規定，除為了遵行母法的要求外，英國金管會(FSA)也是因為發現消費者無法全面掌握重大疾病險的承保內容，發生很多爭議案件顯示保戶缺乏對該險種最基本的認識。

因此，英國保險人學會特別列出重大疾病保險招攬人在銷售時，口頭說明的重要事項，一個列舉清單規範招攬人的說明義務。藉由訂定明確的規範，以確保所有保險公司會員能夠符合保險商業指令的要求，並調整各保險公司先前的銷售流程，控管銷售過程中重大疾病保險是如何被形容描述的，因這口頭銷售過程會對消費者的決策產生重大的影響。

¹⁴²資料來源同前註135。

第二款 最佳實踐原則條款內容

英國保險人協會設計如下表格，要求各保險公司之招攬人，在招攬過程中依據下表指示一一向消費者解說重大疾病險的商品內容，最左邊欄位為各個分類的標題，中間欄位敘述各解說的重點、目的，特別是舉例如何用口語化的方式向一般不熟悉重大疾病險專有名詞的消費者，解說商品內容。

表格 6：英國重大疾病險口頭揭露原則之資訊揭露格式化表格

重大疾病險之口頭應說明事項及說法核對清單		
內容	解說方法	若有完成請打勾
重大疾病險的內容及需求	<p>關於重大疾病險的需求及其本質～重大疾病險的承保內容為何？</p> <p>示範口頭描述的語言如下：：</p> <p>我的目的是確保你已經清楚了瞭解到甚麼是重大疾病險。</p> <p>讓你知你可以受到的保障是甚麼以及有甚麼限制？</p> <p>如果你得到其中之一的重大疾病且達到約定的嚴重程度，則重大疾病險會給付一筆金額給你。</p> <p>因為首先從醫學上已顯示人們壽命越長且會從許多原本會致死的疾病</p>	

	<p>中存活，因此重大疾病險變得受歡迎，因為在罹患重大疾病時，會給你一筆錢。</p> <p>有一些人會將那筆錢拿去付貸款或支付醫療費用等，且不以你失業才給付，但不會給付你關於薪資上的損失，另有其他險種填補你財產上損失。</p>	
<p>承保 主要 重大 疾病</p>	<p>三種主要的重大疾病～三種主要的重大疾病在承保範圍內 承保範圍的限制，招攬人必須特別強調三種重大疾病險各自的定義，且須解說必須符合定義才理賠，可以罹患癌症作為解釋的釋例。</p> <p>示範口頭描述的語言如下：</p> <p>你可以從我給你的傳單裡看到重大疾病險主要承保的三種疾病，分別是</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、癌症-排除不會進一步惡化的情形 二、心臟病-達到某種嚴重程度 三、中風-產生永久性的狀況 <p>另外須特別提醒你的是，有些疾病的類型不能算是被真正歸類為重大疾病，而且你所罹患的疾病必須嚴重到符合保單條款最低程度對重大疾病的定義，特別是尚未擴散的癌症便不在承保範圍之內，心臟病則限於好發於會導致死亡的心肌的位置，中風則須造成永久性無法回復的症狀。</p>	
<p>其他 重大 疾病</p>	<p>四、其他重大疾病～保險承保範圍限於列舉的重大疾病 其他二十多種的疾病，適用醫界通用的定義，亦在承保範圍之內</p> <p>示範口頭描述的語言如下：</p> <p>你的保單同樣承保其他{數字}種的重大疾病，會一一列舉在保單條款文件中，例如你被診斷出罹患多重硬化症，且該疾病會造成永久無法回復的症狀，才符合重大疾病的定義，有些人不一定會達到如此嚴重</p>	

	<p>的程度，縱使罹患是項疾病。又如果之後演變成符合條款定義的嚴重程度，則保險公司便會理賠。</p> <p>所有的重大疾病是用符合業界標準的定義，請看這裡所述。</p> <p>另外你必須特別注意的是，不是你罹患的任何疾病都會理賠，舉例來說，本保險不會給付因為壓力或背痛導致須短暫的停職所產生的損失，本保險只會理賠符合保單條款定義的疾病。</p>	
其他重大的限制	<p>示範口頭描述的語言如下：</p> <p>你的保單會有一些除外條款你需特別注意，你不會獲得理賠如果你自己造成傷害的或者是如果你允諾所造成的結果，或是因犯罪行為所致，或是因服用違法藥品。以上除外不保事由已經一一列舉在我給你的保單條款摘要內。</p>	
保費	<p>金額及計算保費的基礎-保證型或更約型示範口頭描述的語言如下：如果你已了解商品內容而有意購買，則保險費會是{數字}元一個月，保險期間則為 X 年，一旦保險期間開始，你的保費會是固定的。</p>	
告知義務和理賠	<p>特別重要的是你必須謹慎小心的回答所有問題，盡你所知和所信。</p> <p>示範口頭描述的語言如下：</p> <p>當你提出購買保險的請求時，非常重要的是你必須回答所有的問題謹慎小心的，盡你所知的範圍，保險公司會在你將來提出申請理賠時，一一核對你當初的答覆是否屬實，如果發現你提供的資訊是錯誤的話，保險公司將不會理賠。</p>	
保險內容摘要	<p>保險內容摘要～解釋保單條款的摘要、重要應注意事項等</p> <p>示範口頭描述的語言如下：</p> <p>所有的資訊我們已經討論過的或者更多都已經在我給你的文件中有做出摘要，文件已清楚說明你所購買保險的內容，甚麼有理賠，甚麼不理賠，請詳細閱讀並小心的保存。</p>	

第六章 評析我國商業健康保險條款解釋爭議

第一節 評析我國商業健康保險之地位

第一項 我國商業健康保險的補充性地位¹⁴³

承前第四章第一節所述，美國政府對人民的醫療照護，主要是採補貼政策，即是以給予僱主稅賦優惠的方式或貼補保險費的方式，鼓勵僱主或受僱人購買商業團體健康保險，藉以達成大部分人民受到醫療保險的保障的國家政策。換言之，美國維護國民健康的制度設計主要是商業健康保險。

另一方面，在我國，國家全民健康保險才是我國人民醫療照護的防護網，機制上系符合資格者繳交保險費予國家，再由國家統籌分配支付費用予醫療機構診所，易言之，一般人民只要繳交健保費，便可獲得最基本的醫療照護品質，減少醫療費用的支出，移轉大部分醫療費用支出的財務風險，相較於美國不以國家為健康保險的提供者，我國人民基本上是不用物色選擇購買哪家保險公司的健康保險商品，即受到一定的醫療照護品質，進一步來講，商業健康保險在我國，就全民健康照護的體系裡，僅扮演補充性的角色。

然，雖然我國商業健康保險在分擔國民醫療支出上，僅為輔助性的角色，但隨者人民對醫療品質的要求，越來越多人認為全民健康保險所提供的基本保障不足，希望能接受自費項目的治療，追求減少痛

¹⁴³ 陳玉枝，同前揭註5，頁24-26。

苦快速復原的醫療品質，因此我國商業健康保險的市場需求，隨著國民對醫療品質的關注，將來呈現上升的趨勢，則關於目前商業健康保險衍生的相關議題，須正視之。

第二項 保險人、被保險人、醫療體系三方關係

在美國健康保險提供者與醫療照護的提供者兩者間是非常緊密的，舉例而言，名為員工健康維護組織（Staff Model Health Maintenance Organization）的健康保險提供者，是屬於封閉的醫療服務體系，被保險人須在保險人指定的醫療機構接受照護與治療；團體健康維護組織（Group Model Health Maintenance Organization）雖然沒有自己的醫療院所機構，但是透過與一群各專科醫師簽約，被保險人亦只能接受簽約醫師的醫療照護，保險人才會給付相關費用¹⁴⁴。

綜上，在此架構下，美國商業健康保險提供者與醫療照護體系間無論是採簽約受僱的模式或集團下的醫療院所，包含費用的核准與審查、各項治療檢查項目是否給付等等，保險人與醫療體系間有良好的溝通的管道，因兩者間為保險費財務分配的共同體，共存共榮。

另一方面，在我國關於醫療費用的付費者，醫院診所等醫療照護體系面對的是全民健康保險局，而非一般商業保險公司，換言之，保險公司與醫療照護體系間通常等到保戶前來保險公司申請理賠時，保險人向醫院聲請調閱病歷時，才有第一次的接觸，相較於保戶、病患是與醫院間有較緊密的關係，這點與美國商業健康保險體系的結構，是有很大的不同的。

¹⁴⁴資料來源同前揭註93。

由於保險人與醫療體系間有良好的溝通的管道，因兩者間為保險費財務分配的共同體，共存共榮，故本文以為從保險商品條款的設計、理賠的限制、必要性醫療等危險共同體醫療資源分配的問題，在保險人體系下的受雇醫生應都有一定的體認，則我國的環境與其相比，在我國保險公司、保戶、醫療院所間的三方關係，亦可能是關於商業健康保險爭議頻仍的原因之一。

第三項 鞏固補充性地位

儘管商業健康保險在全民醫療照護體系所扮演的角色，應對無論是司法實務針對保單條款的解釋或健康保險的監理產生一定程度的影響，因為一旦商業健康保險為國民接受醫療照護的主要來源，則保險給付的條件、項目與範圍，將不只影響少數人的權益而已，而是涉及國民醫療資源的分配，間接影響大多數美國國民危險團體的財務安全¹⁴⁵。

另一方面，承上而論，多數美國國民或企業有選擇購買商業健康保險的需求，且在市場上不只一家商業健康保險提供者的情形下，如何保護消費者對於保險商品資訊知的權利，及確認消費者確實瞭解商品的內容，在美國便是一個刻不容緩不容忽視的議題，筆者以為這也是為何在本文第五章所提及，美國特別以保單條款的易讀性及比較性，作為監理的目標與政策之一。

¹⁴⁵ 有保險法學者即認為處理保險契約條款爭議時，不得單純僅從保險契約當事人的角度切入解釋，危險共同體之利益亦同為重要。從而於適用有利於被保險人解釋原則時，即不得將保險契約所未承保之風險納入保險人給付保險金的依據，以避免危及危險共同團體的財物安全，意即限於不嚴重影響對價衡平之情況下才可適用不利條款制定人原則，詳參江朝國，保險契約條款解釋原則，月旦法學教室，第75期，頁20-22。

雖然商業健康保險在美國與我國所扮演的角色極其不同，前者是保障美國人民健康主要的工具，而商業保險在我國則居於補充性地位，但本研究目的從在第一章所說，係主要希望借重美國從 1960 年代以來，關於經營商業健康保險的經驗，但本文認為從本質上，現有制度、保單條款相較，除了可以作為借鏡之外，更重要的是能夠預防且避免未來重演美國正面臨的相關爭議。如此一來，應能提升我國國民對商業健康保險的信賴感，則表示國民較願意付費接受全民健康保險不給付的醫療措施，因此間接提升國民的醫療品質，更能促使醫療機構研發更進步的治療技術。

第二節 評析我國司法實務對商業健康保險條款之解釋

第一項 承保疾病定義條款之爭議

因此我國商業健康保險關於既往症的理賠爭議所在多有，主要的原因有二，第一我國保險法第 127 條是否限於被保險人無法諉為不知其已罹患該疾病的情形，法界見解不一，有法院認為保險法第 127 條與保險法第 51 條間並非普通法與特別法的關係，規範目的不同，實分屬二事¹⁴⁶，而有知情與否的要件須審酌，但亦有法院並未特別審酌此要件。況且先不論適用保險法第 127 的問題，市面上的健康保險的承保範圍條款文字，即未加入知情與否的限制，儘管如此，進入司法訴訟程序，保戶原告仍會援引保險法第 127 條以茲抗辯，縱使為援引，法院在解釋承保範圍的條款時，仍有法院會將知情與否作為判斷

¹⁴⁶ 詳參台北高等法院 95 年保險小上字第 1 號及最高法院 90 年度台上字第 89 號裁判。

的要件之一，則可以想見相關爭議案件無法避免。

基本上保險的功能即是在分散未來可能發生的危險，藉由大樹法則的計算，將保險事故發生的機率乘以保險人應給付的保險金，精算出要保人應繳交的保費，以達到對價衡平，倘若保險事故確已發生，若此人仍納入危險團體內，必有害危險團體的財務安全。

惟本文以為若保單條款未就是否「知情」詳加定義，難以避免必衍生相關爭議，析言之，恐怕產生以下疑問：

壹、被保險人知情的程度為何？是否須確知病名？

貳、在被保險人已經接受該疾病的相關治療，被保險人可否仍辯稱主觀上並不知悉其確切的所罹患的疾病？

參、被保險人可能因家族病史，或患部長期疼痛，或病患本身即具有醫專業背景，其本身知悉可能罹患相關疾病，是否即該當所謂的「知情」？

且觀察我國市面上的相關保單條款並未看到關於須否知悉承保疾病已將發生的條款文字說明，意即在當事人雙方所不知者，縱使保險契約訂立時，保險標的之危險已發生或已消滅者，是否如保險法第51條所示，契約效力不受影響，並未有所著墨，因為保單條款對於承保範圍的描述，多採正面的敘述方式，例如：被保險人在本契約有效期間，自生效日或復效日起經「等待期間後」，「罹患」並經「診斷」確定符合條款約定之疾病時，始給付保險金¹⁴⁷。換言之，若僅就文義解釋，只要不是在契約生效且經等待期間後，才發生的疾病且須經過確診才在承保範圍之內，反面推論，若在等待期間前，已發生但被保險人並未知悉的疾病，即無論被保險人有無經過醫師診斷確診，僅從

¹⁴⁷ 參考新光人壽MIS收入保障健康保險附約保單條款第4條。

醫學上的定義成立的話，即排除在承保範圍之外。

詳論主觀要件，「知情」的程度亦有別？

該疾病外表可見徵象已呈，若委為不知，尚非無疑¹⁴⁸。

醫生告知依臨床經驗疑似罹患某疾病，但未達確診的程度¹⁴⁹。

須經醫師診斷，始能謂被保險人知悉者¹⁵⁰。

然若單只看「罹患」的客觀條件，從醫學上的角度可能受疾病演化的程度或檢查的程序等因素的影響，醫學亦存有爭議¹⁵¹？

某些疾病，從醫學的角度，尚無法證實是否已不存在¹⁵²。

時間相近，但在不同的醫院確有不同的診斷切結果，一為未明之腫瘤，二為確診惡性腫瘤的情況。

因此本文以為若能正面描述既往症的定義，或甚可考慮已接受診斷確診當作可以減少許多爭議，具體言之，參考美國既往症定義條款的以下幾種文字敘述的方式¹⁵³：

在保單生效前五年內，被保險人因發現一促使一般謹慎小心之人會因此向醫生問診尋求治療的症狀，而向醫生尋求醫療服務。

在保險契約生效日前五年，被保險人被經診斷患有疾病，且醫師已建議接受治療，此即為既往症的定義。

醫學上已經發生且生理機能已經出現狀況，造成生理上的警訊，若未

¹⁴⁸詳參最高法院民事判決95年度台上字第359號判決。

¹⁴⁹詳參台灣高等法院臺中分院92年度保險上易字第8號判決。

¹⁵⁰詳參台灣高等法院臺中分院民事判決90年度保險上易字第5號判決。

¹⁵¹Finello, supra note 107, at1357.

¹⁵²詳參臺灣高等法院民事判決92年度保險上字第33號判決。

¹⁵³Finello, supra note 107, at1357.

接受治療，人的健康情形將會惡化。且被保險人因此就該疾病受到醫護人員的照顧、治療、診斷或問診。

本文以為先不論上述第一種到第三種定義哪一種最為妥適，相較我國無論是將承保疾病定義成為契約生效起等待期間經過後始「發生」或始被「確診」等定義，至少有處理到若被保險人在等待期間經過前，因為相關疾病接受治療或詢問治療時是否理賠的問題，而非若我國的情形，不只條款未有相關規定，弔詭的是，進入訴訟程序時，法律審酌既往症的情形，仍會考慮被保險人是否知情的要件，則本文以為既然如此，解決相關爭議唯今之道，應為參考美國保單條款，將被保險針對疾病病情應知悉至何種程度，清楚明白地在保單條款中明文化，以減少相關爭議。

又分析上述第一到第三種針對既往症的定義，第一種範圍最廣，故對被保險人最不利，只要被保險人在五年內因發現一促使一般謹慎小心之人會因此向醫生問診尋求治療的症狀，而向醫生尋求醫療服務即屬之，第二種則必須要因此接受治療才符合定義，第三種對於既往症的定義描述最嚴格，換言之保險人可以主張免責的範圍最小，因第三種定義，不但該病徵在醫學上已經發生且生理機能已經出現狀況，造成生理上的警訊，若未接受治療，人的健康情形將會惡化的狀況，且被保險人因此就該疾病受到醫護人員的照顧、治療、診斷。

而本文從監理機關的角度，基於保護被保險人的立場，避免被保險人掉入條款的文字陷阱，尤其在未特別在投保之初向保戶說明承保範圍的前提下，實有必要將既往症的定義在條款中以文字說明之，並且採用第三種定義即「醫學上已經發生且生理機能已經出現狀況，造成生理上的警訊，若未接受治療，人的健康情形將會惡化。且被保險人因此就該疾病受到醫護人員的照顧、治療、診斷或問診」，則若有

此種情形保險人就該疾病不用負保險責任。

第二項 住院及必要性醫療定義條款之爭議

我國全民健保雖然也有區分給付與不給付的項目，但並未如美國國家開辦的老人或弱勢健康保險會特別強調僅對符合資格的被保險人提供「必要性」的醫療措施，甚至須立法定義何謂「必要性」醫療措施，至於商業健康保險契約也順勢詳加定義，雖然比較各家健康保險提供者的保險契約條款就必要性醫療措施描述的文字多少有出入，但是多數係採負面消極式的定義方法，即以「非實驗性質的治療」為判斷標準，也因此在美國司法實務上，若討論到必要性治療的爭議案件，原被告雙方辯論的重點放在「實驗性」的定義，而非執著於系爭醫療措施是否為醫師指示的「必要性醫療措施」。

目前我國司法實務上，是否採納第三醫院就個案是否有住院或治療必要性鑑定意見的見解分歧，本文以為，若從文義解釋的角度切入，確實無論是示範條款或商業保單條款文字上，僅表示醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院者，並未限制尚須衡量就該個案，具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院必要之意見者，始符合承保範圍，除非發生下段所述等被保險人違反誠信原則或主治醫師認定有住院或治療必要的原因另有考量，否則本文以為在保單條款無限制的前提下，宜僅須參考就診醫師的意見，判定是否符合條款的定義即可。惟理賠實務上，從前所述，醫療院所與被保險人間的關係較為緊密，卻與保險公司毫無溝通管道，因此可能發生以下無論是社會或保險公司皆不樂見的狀況：

壹、醫院聯合保戶開立不實的病歷，即保險詐欺案件。

貳、任意寬鬆審定病患是否有住院或治療的必要性¹⁵⁴。

本文以為，雖然我國商業健康保險在維護我國國民健康的環節上，僅扮演補充性的角色，惟近來因為全民健康保險制度改革，再加上國民對醫療品質的重視，商業健康保險的需求日益漸升，可見未來商業健康保險所扮演的角色會越來越重要，因此儘管本文從上所述，認同法院見解基於保護無磋商能力的被保險人，應作有利於被保險人的解釋，盡量使其獲得理賠，以符合其當初購買健康保險的期待。惟同基於維護被保險人及要保人權益的角度出發，本文以為無異為希冀商業健康保險市場可以妥善發揮其補充性地位，以提升國民的醫療品質，讓國民更有餘裕利用自費項目，一方面可以分擔全民健康保險的財政支出，一方面等於鼓勵醫療院所研究發展更進步的醫療技術。綜上，商業健康保險的市場發展，不僅涉及契約當事人間的權利義務關係，若能讓這塊市場繼續蓬勃發展且長治久安，等於有利於全民公益，因此本文以為，為避免保險詐欺的情形或應主診醫師浮濫核可住院程序等問題，再者考量到健康保險所移轉的風險為身體或精神上失能時的財務支出，為此風險因缺乏長期可靠的罹病率的經驗數據，伴隨醫療技術不斷改善，且亦因健康檢查技術提昇，造成安排就診的機會大幅提高，導致保險成本無法有效評估，因此針對商業健康保險的商品保單條款的设计，系因醫療資源關乎公共利益，為免於無住院必要之病患為請求保險金而恣意住院，造成醫療資源浪費；基於對價平衡原則，維護危險共同團體間的利益。建議商業健康保險保單條款設計，可參考美國關於必要性醫療的定義條款描述，做出如下限制¹⁵⁵：

¹⁵⁴新聞資料來源：林進興邱永仁 詐健保求刑5年，95年3月30日，蘋果日報
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20060330/2503226>(最後瀏覽日100年1月12日)

¹⁵⁵惟須注意的是，由於本文所討論的商業保險保單條款解釋，在我國為保險公司提供用以補充我國全民健保不給付，而需由人民自費的項目，而在美國無論

- 壹、透過適當的方式避免、診視或治療疾病或傷害。
- 貳、與全國良好醫療實施品質一致。
- 參、住院必要的意思，若讓病患出院將有其危險性。
- 肆、主要的醫療目的非為了病患的舒適或家人的方便性。

由於我國住院醫療費用保單示範條款就施以手術的部份並未強調醫療措施的必要性¹⁵⁶，但在其他類型的商業健康保險，例如防癌險、手術險等，則要求該醫療措施必須為治療承保疾病必須的治療手段，不過保單並未針對「必要性」加以定義。

但美國的私人健康保險提供者皆有意識到保險金給付範圍須受到經醫師指示的「必要性醫療」限制，避免保險公司財務惡化甚而衝擊保險產業，且遏阻被保險人可能與醫生合作濫報醫療費用的意圖。而從美國健康保險保單條款修改的歷史脈絡可知，一開始保單上僅寫明「必要性醫療措施」，但法院認定此等條款語意不明而須作有利於

是在一般保險公司、medicare、medicaid所提到的必要性醫療（medical necessity），除了medicare supplement insurance外，其他都是美國人民最主要的健康保險來源，而非補充性的性質，因此筆者或可推知，保戶在對保單上所謂「必要性醫療」的期待，可能是不同的。

而美國之所以特別強調必要性醫療，由於是人民主要健康保險的保障，因此著重的問題點應該是探討國家應該要幫人民把關什麼樣的醫療給付才是人民最需要的基礎醫療服務，同時維持保險提供者的財政狀況，類似我國全民健保局決定何種醫療項目為健保給付，哪些項目為人民自行負擔，但在本文中，探討依附保單條款內容，被保險人請求理賠的範圍必須合理，且目的為符合保戶投保時的期待，建立可審查的統一標準，也可使相關理賠糾紛減少，緩和保險公司與保戶間的緊張關係，因此雖然說著眼點不同，連帶因解釋目的不同解釋的結果也不盡相同，但就美國的相關解釋應仍有參考價值。

¹⁵⁶ 示範條款第六款僅規定超過全民健康保險給付之住院醫療費用

被保險人的解釋，往後保單條款撰寫人特別定義何謂必要性¹⁵⁷，姑且不論美國各健康保險提供者所描述的必要性醫療定義是否恰當。

我們可以確定是所謂醫師指示的「必要治療」無論在美國或在我國皆已成為健康保險理賠的爭端之一，因為「必要性」本身即是一抽象概念，若從減少相關爭議案件的角度出發，則特別於保單契約設置描述「必要性醫療措施」的定義性條款是否真能減少申訴或訴訟案件？抑或是反而會開啟更多的爭端？因此以前章節所舉的案例，縱使看似已經「必要性」具體化五個要件，但是否為非實驗性治療仍有討論空間，再者我們可能會更佳擔心一旦「必要性醫療」落入定義清晰，讓被保險人清楚瞭解其意義的範疇，便無法再適用作成有利於被保險人解釋原則¹⁵⁸，反而更不利於保障被保險人權利，又或者美國保險人提供的五個審查必要性要件文字本身就是語意不明，何謂對被保險人最有利且最節省成本的治療方式？定義性條款的要件到底是減少紛爭還是徒增訟源。

又我們可進一步思考，判斷何謂必要性醫療的標準係採個案判斷，抑或應採一般醫生遇到相同情形亦會採取相同的醫療措施當作判斷標準，若是前者，則法院是僅參考原主治醫生的意見，還是可同時參考被告所提出其他專家證人的意見，在先前提到的判決中，法官的意見為應該個案判斷，詢問被保險人醫生的建議，但同時建議為避免類似案件一再發生，保險公司可以設立專家委員會，吸取各方專家的意見類型化治療某些疾病必要的治療措施，亦能減少昂貴的醫療行為，可能對保險公司財務上的衝擊。

¹⁵⁷Blanchard, supra note 123, at 600.

¹⁵⁸Fuja一案高等法院判決結果即是法院認為必要性醫療的定義性條款沒有模糊不清的情形，地方法院解釋錯誤，故發回重審。

第三項 失能定義條款之解釋爭議

本文以為就保單條款所謂失能的定義相關文字，分析前述爭議條款，有如下幾種描述方式：

壹、不能繼續從事原來之任何工作。

貳、不能繼續從事原來之一部分工作。

參、永久不能從事任何工作，即被保險人自意外傷害事故發生之日起不能繼續從事原來之任何工作達 52 週以上，且終身無法恢復工作能力、不能從事任何工作。

就案情事實是否符合條款文義所述，除非醫院所函覆的內容直接寫明，該被保險人不能從事原來工作云云，否則仍須倚靠保險人的判讀和解釋，而一旦保險人與被保險人的解讀有所不同，爭議便會產生，甚而進入司法訴訟程序，則亦是由法律專業人士判斷解釋醫院函覆內容是否符合條款約定，相關爭議本文以為在現行的條款文字及評估醫療院根本不知道保單條款文字敘述的內容或殘廢給付標準的情況下，無法期待醫院所開立的診斷證明書會出具完全符合保單條款文字的敘述，如此結果，相關爭議必定相應而生。

但我們致力尋求平衡保障被保險人權益及維持商業健康保險財務狀況，積極發展商業健康保險，鼓勵保險公司開發適應不同需要的健康保險產品，簡化理賠手續，方便群眾，滿足多樣化的健康需求，若企業及個人能透過參加商業保險的方式解決基本醫療保障之外的需求，但發展商業健康保險，滿足多層次醫療保障的需求，必須具備幾個條件，首先，和全民健康保險間建立良好的合作關係，與全民健康保險系統之間建立數據交流的管道，共同加強對醫療機構的管理，同時加強全民健康保險與商業健康保險的銜接。其次，與醫療機構有良好的合作關係，除了能獲得醫療數據上的支持，保險公司若能建立

一套關於開立申請商業保險理賠診斷書的制度，減少保險公司與醫師的關於疾病認知的落差，且較能避免保險詐欺情形的產生，以彌補本文在第三章所提及的相關爭議問題。

因此本文以為或許主管機關可考慮禁止保險公司針對失能的定義，加諸不能從事原本或一般工作等等，因此部分的認定一般醫院無法確實判斷，本身又是有疑義空間的字句，因此若失能或殘廢的定義，僅針對生理機能喪失或下降與否，或可能從事勞動力的工作等平時醫界得以判斷的標準，我們才能預期診斷證明書上可以出現公正客觀且符合保險人與被保險人需求，相應的文字敘述，也藉此避免相關爭議的產生。

第四項 癌症、手術定義條款爭議

「手術」乙詞係屬醫學上慣用之專業術語，涉及醫學專業範疇，為避免因保險契約名詞定義與醫學認定標準不一，從而衍生理賠爭議，因此示範條款並未針對「手術」名詞另作定義，故有關保單條款中所稱「手術」之定義，仍回歸醫學專業認定。

醫學上對於手術或處置之定義並無明確區分，甚至於某種情形下有混淆之情形，簡單之手術可能被稱為處置，而具有侵襲性之處置則可能被認為係實質性之手術，因此可能的判斷依據，保險理賠實務作業上可能參考手術記錄，或依「全民健康保險醫療費用支付標準」作為輔助的判斷標準。

綜上可知，手術相關定義不但在醫學專業領域本質上便為區分清楚，再加上現在市面上關於手術險、癌症險等健康醫療保險內容多變，非但不是住院醫療費用保險示範條款的涵蓋範圍，示範條款本身

為因應日新月異的醫療技術，亦未針對相關醫學名詞加以定義，以致於本文觀察市面上各健康保險契約，對於手術的定義各不相同，有的保單條款直接列舉該保險給付的手術項目；有的手術保險契約則未列舉，而以「手術醫療者」一言以蔽之，此外，關於手術與處置的分界，如前所言醫學上並無明確區分，則若保單條款未列舉指出何謂處置和手術項目，又如何能期待被保險人不會質疑拒絕理賠的結果，再加上醫護專業人員施予治療時亦未特別區分的情形下，無異加深被保險人的困惑，從此而言，可以想見相關申訴、訴訟案件層出不窮，以下本文舉例相關司法判決。

本文觀察關於癌症與手術的定義性條款所產生的爭議發生的原因，高度與醫療技術進步及醫療專業相關，肇因於以下幾種原因：
壹、醫界本身便存有醫學上的爭議，例如直腸類癌是否有繼續惡化的可能性，法院送鑑定後發現各家醫院的見解不一¹⁵⁹
貳、健康保險商品設計之初就當時的醫療水準，並沒有設想到將來發生的新技術或特殊的醫療治療狀況¹⁶⁰。

舉例而言，早在30年前保險公司針對手術的定義僅為「依照醫療法領有開業執照並設有病房受治病人之公、私立醫院手術治療者而言」¹⁶¹，但最近的有給付手術保險金的商品，則詳列施以手術的名稱

¹⁵⁹詳參臺灣高等法院臺中分院99年度保險上易字第5號判決。

¹⁶⁰詳參臺灣臺北地方法院民事判決95年度保險字第22號。

¹⁶¹新光人壽新防癌醫療保險保險單條款，72.5.6台財融第16361號函核准，85.4.26台財保地851794115號函修正

第四條：癌症有關名詞定義

癌：係指惡性新生物而言，其範圍依行政原衛生署最新刊印之「國際疾病傷害及死因分類標準」歸類為惡性腫瘤及原位癌。

「癌」的診斷確定：被保險人在具有診斷及治療癌症設備，且依照且依照醫療法領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立醫院，經醫師依病理組織學診

為何，須施行是項手術才給付，此外如癌症的定義，早先的定義為「惡性新生物」，且確診的條件經須經醫生依病理組織學診斷而言¹⁶²。但近年的癌症健康保險，則因應醫學的進步及為解決爭議，分別針對癌症的定義及確診的方式作更加詳細且精準的描述，如「癌症」的定義為，指經醫院醫師由病理組織學作業後之組織學作業之組織檢體所做的病理組織檢查或血液學診斷確定之一種疾病，其特徵係由人體內惡性細胞不能控制的生產和擴張，已對身體組織構成侵害或惡性白血球增殖（白血病）所造成的惡性腫瘤（含原位癌），即按行政院衛生署最新刊印「國際疾病傷害及死因分類標準」分類為惡性腫瘤（含原位癌）¹⁶³。

斷確定為「癌」而言。

「手術治療」：係指被保險人依第二款規定，經癌的診斷確定，以癌為直接原因在具有診斷及治療癌症設備，且依照醫療法領有開業執照並設有病房受治病人之公、私立醫院手術治療者而言

¹⁶²同上註。

¹⁶³新光人壽護癌宣言終身健康保險保險單條款，97.1.31新壽商開字第0033號函備查，100.07.01依100.04.11金管保品字第1002523040號函修正

第八條：名詞定義

本契約所稱「癌症」係指經醫院醫師由病理組織學作業後之組織學作業之組織檢體所做的病理組織檢查或血液學診斷確定之一種疾病，其特徵係由人體內惡性細胞不能控制的生產和擴張，已對身體組織構成侵害或惡性白血球增殖（白血病）所造成的惡性腫瘤（含原位癌），即按行政院衛生署最新刊印「國際疾病傷害及死因分類標準」分類為惡性腫瘤（含原位癌）。「癌症」包括「低侵襲性癌症」及「其他癌症」。

本契約所稱「其他癌症」係指前項所稱「低侵襲性癌症」以外之之癌症，但若「低侵襲性癌症」有淋巴結或遠處器官轉移時視同「其他癌症」。

本契約所稱「癌症併發症」係指被保險人因為惡性腫瘤組織所直接引起的續發性病。但因治療癌症的醫療行為（包含微創處置、手術治療、放射性治療、化學治療、免疫治療等）所產生之醫源性病症，或因治療癌症的醫療行為所致之機能障礙、虛弱、抵抗力弱化、感染等，係屬醫療行為之後遺症，不認為本缺所約定之癌症併發症。

第十五條：癌症住院手術醫療保險金的給付

可見，隨著醫療技術的進步，新舊保單關於手術及癌症的定義性條款文字敘述方式差異非常大，亦難保將來現行販售的健康保險相關定義，已無法適用未來的醫療環境，且可發現保險人將「疾病」、「確診」、「手術」的定義描述越佳精準與具體，目的應為因應保險法第 54 條作有利於被保險人之解釋方法，避免有文字解釋上的疑義空間，例如要求被保險人證明其確實罹患癌症的方法從「經醫師依病理組織學診斷確定為癌而言」，到舉證證明方法上須提出「係指經醫院醫師由病理組織學作業後之組織學作業之組織檢體所做的病理組織檢查或血液學診斷確定之一種疾病」，證明方法越趨嚴謹；此外手術的定義，從早先「依照醫療法領有開業執照並設有病房受治病人之公、私立醫院手術治療者而言」的定義，到近年手術保險多以列舉手術項目的方式，控制可申請手術保險金的手術項目為何¹⁶⁴。

本文以為確實關於健康保險的定義性條款，諸如癌症、手術等定義，若能越具體越詳盡，無疑義解釋的空間，似乎可以減少相關爭議的產生，因為既然白紙黑字如此清楚，但隨著將來醫療技術的進步，現行的承保範圍是否可以真的填補在為青壯年的要保人，在其老年時所接受的醫療處置所產生的相關費用，觀察商業健康保險條款歷史的演變推論，恐有值得擔心之處，換言之，倘將來被保險人的醫療費用支出不再其當初購買的健康保險承保範圍文義解釋範圍之內，易言之，文義解釋將造成要被保人購買商業健康保險的目的無法達成，即

被保險人符合第三條第二項約定經診斷罹患癌症或因其他併發症，且於本契約有效內經醫院醫師診斷必須接受住院癌症病灶全部切除手術治療時，以每一投保單位乘以約定投保單位後計得之金額，給付「癌症門診手術醫療保險金」。

¹⁶⁴新光人壽綜合保障附約條款(961228金管保一字第09602505761令修正)第十條手術保險金：

被保險人在本附約有效期間內，遭遇約定的意外傷害事故或因疾病，經醫師醫院診斷並施予下列手術治療者(詳見新關手術保險金表)

期待其在老年時可以獲得超出全民健康保險更好的醫療品質的期待完全落空。到時或可參考適用美國的「合理期待」原則¹⁶⁵，以維被保險人的權益。惟適用的結果不可諱言的，必與保險公司所謂的對價衡平原則相左。

第五項 小結

綜合以上各類型關於商業健康保險條款解釋進入訴訟程序的爭議案件，我們可分析關於健康保險保單條款解釋的爭議產生的原因，應可分為以下幾種類型。

壹、關於保險法第 127 條的適用存有法律上的爭議。

貳、健康保險條款置入之醫學專有術語、疾病類型等在醫界存有爭議。故雖然「住院必要性」、「治療必要性」定義本身即有解釋空間，但基本上完全仰賴醫療專業人員判定，因而造成被保險人與保險公司的理賠爭議，兩者意見紛歧，加上每位醫生的專業判斷即可能不盡相同，因此即有可能出現，相似病情但可否理賠或金額不同的爭議。

參、因外在醫療環境的改變，醫術進步或現行常見的醫療行為非當初保單設計時保險人可預想得到的，又或者醫學專業用語(例如中風、癌症等)：特色應為可能隨醫學發展進步，而有不同的定義，且即有可能產生醫界的認知與保單條款定義有不符之處，爭議當然蘊應而生。

肆、因醫療機構與保險人間缺乏溝通管道，以致於理賠依據(診斷證

¹⁶⁵林建智，同前揭註103。

明書)恐名實不符或文字敘述錯誤。

伍、因商業健康保單條款內容過於複雜，導致保戶並不清楚商品的重要內容和理賠上的限制。

而從上述商業健康保險條款解釋爭議產生的原因分析，在現階段因訴訟爭議已產生，則法院亦僅能就現有的保單條款解釋之，基本上本文認為若無保險詐欺、醫生與病患勾結或醫生出具診斷證明書有特殊考量的等違反誠信原則的情況下，基於保護被保險人的立場，避免保戶的期待落空，且鑑於保單內容通常由較為冗長、複雜的文字所組成，再者為促使保險人撰寫更具體精確的保單條款文字，故應採以利於被保險人解釋的方法，較為妥適。

但本文以為長遠來講，為避免類似爭議重複上演，原本模糊不清的保單條款應做進一步的增修，換言之，真正可以解決上述原因所產生的商業健康保險保單條款解釋爭議，須透過加強我國監理規範，整體全面地加強國民對商業健康保險商品的了解，並增進醫療體系與保險業者間的溝通管道，本文將在下一節提出相關建議。

第二節 評析我國商業健康保險相關監理規範

第一項 我國現行商業健康保險相關監理規範之潛在缺失

第一款 示範條款規範不足

即使我國主管機關基於維護保戶權益的立場，而介入契約自由原則的市場，控制健康保險商品的給付條件與內容，但相較於英國保險

人協會近幾年為了因應新的監理規範的出爐，陸續針對健康保險公布的最佳實施原則，包含重大疾病險、個人暨團體私人健康保險最佳實施原則等等，紛紛針對重大疾病、等待期間、承保範圍等提出示範條款內容。目前我國關於商業健康保險的示範條款僅有「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」及日額型兩種，針對現在市面上廣受民眾歡迎的手術險、終身醫療健康保險、長期看護保險、重大疾病險、癌症險等險種，至今尚無一統一可供業界參考的示範條款內容，可見我國似乎未積極面對現存於商業健康保險市場常見的爭議，主管機關僅散見各行政函釋表達其對爭議理賠件的態度，因此若能針對健康保險各險種有一全面性的監理規範，以確保保險契約的內容條款文字是明確的、清晰的，而能減少逸生其他爭議問題的。

因此由於商業健康保險承保內容的特殊性，將來若相關爭議問題滋生，因此本文以為或可參考英國新修訂之重大疾病保險最佳實踐原則，針對癌症、心臟疾病、阿茲海默症所作的定義，英國保險人協會尤其將發生在英國的爭議案件，特別在最佳實踐原則說明之¹⁶⁶，則本文第三章節所述，就現存的爭議案例，或許從監理機關的角度有必要特別提出以釐清相關爭議，例如：直腸類癌症究否屬於癌症？住院相關費用是否包含安寧病房、日間住院的相關費用？在全民健康保險中被列為「處置」之項目可否涵蓋在一般商業健康保險「手術」的定義範疇之內？某些手術的目的主要是為了方便注射藥物之處置，即使不安置亦不會影響其治療等的手術是否算是必要性的治療？等問題，若能

¹⁶⁶3.9癌症：排除不會進一步惡化的情形

經由醫療專業人士診斷出惡性腫瘤，且正無法控制的擴散惡化中。例如白血病、淋巴瘤，但排除皮膚癩瘋病、非侵入性、原位癌、低度惡性可能性的腫瘤。

在醫學分類上至少在Gleason分數量表六以上或是為T2N0M0分類之下。

急性淋巴白血病須達到Binet的A階段。

皮膚癌則須被診斷出惡性腫瘤且有侵入性。

在示範條款中——如英國最佳實踐原則說明所示交代清楚，不能能讓保險人找不到拒絕理賠的理由，另一方面，被保險人透過文字亦可清楚的知悉理賠上的限制。

基於以下三個目的：第一：定義性條款能使閱讀者清楚理解該定義含蓋的範圍與限制；第二：若落入定義範圍內，則該情形應立即獲得理賠。第三：該定義應有盡可能減少爭議且避免購買者的期待落空的功能。

綜上，本文以為避免爭議問題越演越烈，抨擊人民購買健康保險的意願，且在司法實務多半會採利於被保險人的解釋方法的情形下，以增加保險人所無法估計的保險費用，我國監理機關有必要再充實健康保險示範條款的規範。

第二款 保單條款文字易讀性不足

儘管目前監理規範要求銷售文件用語必須淺顯易懂，惟觀察目前無論是保險商品的銷售文件，含DM、宣傳品、要保書、商品說明書等等，皆為力求符合監理規範相關要求，且因未考量閱讀者為一般不識保險及法律專業用語的大眾，但現行的銷售用語保險人為求詳實告知保戶保險商品有關內容，故幾乎沒有經過篩選，而一一羅列該商品的特色給付條件等，避免將來被保險人主張保險人未盡說明的義務。再加上為求利用最簡潔的文字說明清楚，且因撰寫保單條款之人多為保險或法律專業人士，故幾乎呈現在保戶面前的銷售文件，皆非以閱覽者的角度出發，可說是忽略了要被保人對商品內容文字敘述的理解程度。

第三款 銷售文件警語不足

儘管觀察現行市售的健康保險條款，其在保險條款的一開始會有如下形式的摘要，提醒保戶本商品的主要內容，如下圖一：

主要給付項目：1.急診保險金 2.緊急醫療運送保險金 3.住院日額保險金 4.長期住院生活補助保險金 5.加護病房保險金 6.燒燙傷病房保險金 7.住院手術醫療保險金 8.門診手術醫療保險金 9.住院前後門診醫療保險金 10.出院療養保險金 11.重大疾病保險金 12.健康醫療增值保險金 13.祝壽保險金 14.所繳保險費加計利息的退還、身故保險金或喪葬費用保險金

內容摘要：	
一、當事人資料：要保人及保險公司。	
二、契約重要內容	
(一) 契約撤銷權(第5條)	(六) 除外責任及受益權之喪失(第28條、第29條、第38條)
(二) 保險責任之開始與契約效力停止、恢復及終止事由(第4條、第6條、第7條、第9條、第10條)	(七) 保險金額與保險期間之變更(第27條)
(三) 保險期間及給付內容(第3條、第12條至第25條)	(八) 受益人之指定、變更與要保人所變更通知義務(第37條、第40條)
(四) 告知義務與契約解除權(第8條)	(九) 請求權消滅時效(第41條)
(五) 保險事故之通知、請求保險金應備文件與協力義務(第30條至第35條、第39條)	

本契約於訂立契約前已提供要保人不低於三日之審閱期間。
本保險因費率計算考慮脫退率致本險無解約金。
本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。
本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。
本契約被保險人自本契約生效日起持續有效九十日或復效日起持續有效九十日後初次發生並診斷確定符合條款約定的重大疾病，本公司給付重大疾病保險金。但被保險人因遭受意外傷害事故所致者，不受前述九十日等待期間之限制。
本商品部分年齡可能發生應繳保險費總和超出身故保險金給付之情形。

但本文觀察英國與美國關於商業健康保險監理規範的趨勢，可見其皆著重提醒保戶該健康保險商品內容給付上的限制，根據美國消費者學會的研究結果，所作成表格內容特別將「每年保費支出的上限」、「醫療費用的上限」、「除外不保事項」、「必須等多久才受到保障等」列在保戶應該特別注意的項目，而反觀我國，似乎未特別強調健康保險無論是銷售文件、要保書、保單條款等，應有特別一個部分須強調該保險商品的理賠保障上的限制，由於前述有關保險商品內容給付限制的警語，本文以為多半是將來理賠爭議產生的原因，故若能如英美加強保戶對保險商品內容理賠給付限制的認識，應能緩和爭議頻仍的現狀。

第四款 銷售文件形式缺乏統一性

分析我國關於商業健康保險相關的監理規範，主要著重在實質內

容控制，舉例而言，要求住院費用保險某些給付內容須比照示範條款所寫，或透過行政函釋的方式限制保險人不得於保單條款中將醫院的定義訂成特約醫院、表示若安寧病房的相關費用已經列入精算基礎，則無論承保範圍是否難以解釋成包含僅舒緩病患疼痛的安寧療法，保險公司皆必須理賠保戶此部分的醫療費用支出等。

至於保險商品實質內容該如何呈現，相較於美國針對保單條款適讀性的要求、統一重要保險商品資訊列表的研究，我國監理規範似乎少見要求各家保險業者必在商品資訊的提供上，諸如必須有簡短的摘要內容、必須回復一系列的制式問題，甚至製作制式的表格等形式上的規範，以致於我國市面上各家健康保險的商品內容呈現的方式非常多元，雖因此各家保險業者可以發揮其設計上的創見，但對消費者而言，面對許多令人眼花撩亂的資訊，將使其更無法專注在了解健康保險商品特別需要理解的部分，亦無從比較各家保險商品內容，難以做出最適的選擇。

第二項 參考英美相關監理研究與規範

第一款 示範條款之增訂

參考英國保險人協會針對重大疾病險及私人健康保險，已在這一兩年提出最新修正的最佳實踐說明，其目的為第一：幫助人們可以即時獲得簡易明瞭消費者關心的資訊；第二：保戶能夠了解保險商品有一定的承保範圍和局限性；第三：透過揭露選購健康保險的各重要參考指標，協助人們比較各家保險公司產品的區隔性；第四：協助保戶選擇最適合其需要的商品。

英國保險人協會更透過蒐集分析英國私人健康保險市場常見的

爭議其發生原因，在根據糾紛產生的購買保險商品盲點為何，分析出關於私人健康保險商品關鍵性的要素、條款、定義、限制為何，再提出關於等待期、承保範圍、全殘、永久性、不可回復等定義性條款。而英國重大疾病險的最佳實踐說明，亦針對重大疾病的定義，制訂新的定義性條款。

此外我國亦可參考英美新修訂的定義條款內容，因為基本上若就美國保單條款就必要性醫療的定義、既往症的定義相較於本國應算是有較詳細的規定，雖然縱使已約定更為詳盡的條款，在本文蒐集的相關美國司法判決中，亦產生不少爭議，但至少我們可以參考之並在了解其缺失後，再修訂成符合我國國情及可避免未來爭議產生的條款。而英國的私人健康保險最佳實踐說明及重大疾病險最佳實踐說明亦是我國增訂其他健康保險險種示範條款的最佳參考指標。

壹、關於既往症條款的定義

參考美國相關示範條款所示，建議可訂定條款文字如下：

醫學上已經發生且生理機能已經出現狀況，造成生理上的警訊，若未接受治療，人的健康情形將會惡化。且被保險人因此就該疾病受到醫護人員的照顧、治療、診斷或問診。則此疾病保險人無須負責。

貳、關於住院必要性條款的定義，參考美國更為細緻化的定義如下：

- 一、透過適當的方式避免、診視或治療疾病或傷害。
- 二、與全國良好醫療實施品質一致。
- 三、住院必要的意思，若讓病患出院將有其危險性。
- 四、主要的醫療目的非為了病患的舒適或家人的方便性。

參、關於治療目的條款的定義，可參考美國更為細緻化的定義如下：

- 一、透過適當的方式避免、診視或治療疾病或傷害。

- 二、與美國良好醫療實施標準一致。
- 三、醫療措施的實施的主要目的非為了病患的舒適或家人的方便性。
- 四、醫療措施與醫學研究教育訓練無關。

肆、其他關於住院、重大疾病的定義性條款，若參考英國的示範條款定義為：

- 一、住院：因為醫療上的原因被醫師診斷須晚間住院或須更長的時間。
- 二、日間住院：病患被經診斷需留院觀察，因其需要一段時間的受到醫療上的監測，但晚間則無須留院。
- 三、癌症：排除不會進一步惡化的情形，且經由醫療專業人士診斷出惡性腫瘤，且正無法控制的擴散惡化中。例如白血病、淋巴癌，但排除皮膚癬瘋病、非侵入性、原位癌、低度惡性可能性的腫瘤。

第二款 增進保單條款文字易讀性

壹、條款文字去艱澀化

儘管適讀性等級的劃分會受到閱讀者，其閱讀能力、先備知識、興趣與動機等的影響，但是 Flesch-Kincaid 公式乃針對字彙的難易度、句子的難易度、文體格式連貫性等等，希冀藉由分析上述因子來加強句子敘述的表達力，本文以為，縱使適讀性評估未必百分之百準確，但從上述因素分析，必能有助於保險商品購買者對於商品內容的瞭解，值得我國借鏡。

在我國，除了一般保險廣告外，保險契約條款的組成還是持續使用類似法條用語的文字，尚未注意到人民有理解保單條款的需求，則也間接影響我國法官在判斷保單條款是否有疑義時，多是以專業人士的角度來解讀該保單條款用語是否有模擬兩可的情形，以致於降低適

用須作成利於被保險人的機會，且專業人士解釋的結果很容易造成對於投保大眾認知上的突襲，此為我國的保險與司法實務的背景。

多數美國國民或企業有選擇購買商業健康保險的需求，且在市場上不只一家商業健康保險提供者的情形下，如何保護消費者對於保險商品資訊知的權利，及確認消費者確實瞭解商品的內容，在美國便是一個刻不容緩不容忽視的議題，筆者以為這也是為何在本文第五章所提及，美國特別以保單條款的易讀性及比較性，作為監理的目標與政策之一。

本文以為從美國司法實務與保險監理的趨勢來觀察，可發現兩者之間有一定的關聯性，首先美國保險監理部門特別注重人民是否真的理解保險條款的內容，持續推定保單條款白話文運動，並建立保單條款易讀性審查門檻，監理目的皆為使消費者可以理解保險契約的內容，從此一層面出發，可以發現為何美國法院法官在判斷某一保險條款是否有疑義時？或該如何解釋該條款？時常從一般投保大眾的角度來解讀保單條款，因為在美國曾探討保單條款存在的目的原本為做為解決將來保險訴訟爭議之用，所以包含許多法律、保險的專業用語，既然為訴訟資料的證據之一，亦僅被律師或法院所使用，則所使用的文字必然涉及法律與保險的專業用語，方便專業人士使用，但最後他們認為讓人民了解保單條款內容才是保險契約條款存在的目的¹⁶⁷，因為本來一般投保大眾才是保險契約的當事人之一，進而推動保單條款的白話文運動，也間接影響法院法官解釋保險條款的角度的。

¹⁶⁷但和使用專業術語的保單條款的國家相較，是否確實減少保險理賠相關的爭議，本文未蒐集到相關實證研究，故語帶保留，因此不能就此認為推行保單條款白話文運動，可減少爭議，有助提升保險公司商譽。

貳、問答集

因此，本文以為我國可以參考英美關於適讀性的研究成果，已確保或至少促進人民瞭解保險商品內容，而不是看到充滿專業保險或法律術語的條款，反而不瞭解商品的內容，根據第五章美國針對適讀性的研究，利用第二人稱的方式改寫保單條款，並用問句或較為平鋪直述的用語描述之，此外參考英國英國保險人協會制訂私人健康保險最佳實踐準則，便要求各家保險業者必須全部回覆保險人協會所設計的問題，例如若罹患癌症的話，保險給付哪些治療項目？致使免疫力下降的話，該保險是否亦負擔提供免疫力的費用？等問題，透過問答集讓消費者更容易瞭解產品的內容。

參、關鍵字提出

特別的是，英國金融保險法規進一步要求保單條款文字架構不應過於複雜，過於詳細將導致保戶難以理解，而應以簡潔明瞭的方式呈現之，例如 1. 使用關鍵字標語 2. 先摘要陳述，將詳細的解說置於保單條款內索引，特別要求在銷售文件的前幾頁，不能有冗長的文字敘述，僅可以簡潔的詞句描述之¹⁶⁸，目的為避免保戶被長篇幅的文字敘述分散的注意力，至於內頁詳述保險內容的部分，一併要求每一句的開頭要有關於年齡或其他限制的提出，此外，在英美兩國皆透過表格呈現的方式，用關鍵字帶出各個商品內容的必要之點，一目了然，本文以為應可作為借鏡。

肆、強調口頭解說

除此之外，英國的的招攬人口頭銷售時應說明事項，亦為英國保險人協會以促進選購商業健康保險的瞭解，特別要求招攬人於招攬

¹⁶⁸請參考本文第五章第二節第三項關於英國私人健康保險最佳實踐原則說明的介紹，資料來源同前揭註135。

時，須特別一一介紹的保險商品內容。目前我國都是已要保人已經在相關文件上簽署，表示要保人已經明瞭保險商品的內容，保險人也以書面簽章作為證明其已盡說明解釋商品的義務，保戶亦了解其所選購商品的特色與內涵。

但本文以為雖然文字的敘述可以更加詳細的將商品內容描述清楚，且從保險商品銷售實務面，保戶有可能會忽略文字的敘述，反而是招攬人口頭上的說明才是影響消費者選購保險商品決定的重要關鍵。因此本文以為這點英國的口頭說明應注意事項，非常值得我國參考，畢竟我國在口頭說明義務方面尚未有具體且詳盡的規範。

第三款 銷售文件警語之增訂

英美兩國對於健康保險的監理，近年來特別注意到保戶對於健康保險商品理賠上的限制，多半一知半解，諸如最大給付上限、等待期、自負額等等問題，時常是消費者所忽略的，因此英美兩國近年亦比照投資型保險監理的相關做法，特別著重在提醒要保人此商品的限制，羅列出要保人在購買時須特別注意的地方，而且通常為消費者購買的盲點。

本文以為，綜上所述，我國關於健康保險的監理，似乎目前尚未有此認識到提醒要保人須特別注意健康保險給付上的限制，尤其要以系統化、統整化、白話文化、關鍵字的方式提醒欲選購健康保險商品者，尤要注意審慎評估的地方，以減少未來關於健康保險的糾紛。

第四款商業健康保險銷售文件的形式統一化

壹、目的

為增進要保人理解商業健康保險的重要資訊、主動提供消費者選購商業健康保險商品必須特別注意的事項，該等事項應是影響消費者購買保險與否的重要因素，間接提供投保大眾比較各項健康保險商品的方式。

貳、方式

參考英國、美國針對簡潔化、表列化一些影響消費者選購商業健康保險的決定性因素，將繁瑣的文字敘述以表格的方式，讓消費者輕易的了解與比較各家保險公司推出的商品內容。此種監理方式，不但可以達到促進消費者確實理解商品內容資訊外，更可確認各家保險公司的商品已達最低的監理標準。

本文以為相較於我國保單條款普遍都是以法律或保險用語堆疊成的文字敘述雖可確保保險人已經詳細的商品內容揭露之，但卻忽略了要保人是否能夠確實理解商品的重要內涵和理賠限制，因此我國或可參考英國、美國兩國透過訪談或實驗性的做法，測試要保人再看過保單條款或相關銷售文件後，是否確實能夠理解商品的特性與限制，以減少保險人與保戶認知上的落差，降低爭議的產生。

第七章 結論與建議

第一節 研究結論

藉由分析我國司法判決發現到關於商業健康保險爭議案件的事實及在適用解釋保單條款文字所遇到的問題，進而發現爭議產生的原因為何，關係健康保險本身承保內容上的特殊性，本文結論如下。

第一項 條款文字本身存有疑義

所謂條款文字存有疑義指文字涵義不明，出現解釋上的爭議時，法官始可利用文義解釋、誠信原則、有利於被保險人解釋、探求當事人真意等原則依職權作出解釋，但若條款文義業已明確，則無須另以契約解釋方式探求¹⁶⁹，或僅為事實認定的問題，則無保險法第54條以利於被保險人解釋原則的適用¹⁷⁰。

第一款 疑義存在法律解釋間

雖然承保範圍條款約定承保疾病指經過等待後所發生的疾病，但因司法訴訟上保戶多半會援引保險法第127條，且仍有不少法院見解適用保險法第127條時，會考慮到該疾病是否有外顯性的特徵可以讓被保險人在投保前知悉，即增加契約條款所無之被保險人主觀要件¹⁷¹，不過亦有法院見解系採客觀條件說¹⁷²，單從醫學上判斷疾病是否

¹⁶⁹ 詳參最高法院民國17年上字第1118號判例。

¹⁷⁰ 詳參臺灣高等法院臺中分院民事判決98年度保險上字第20號。

¹⁷¹ 最高法院民事判決95年度台上字第359號。詳參台北高等法院95年保險小上字第1號及最高法院亦著有90年度台上字第89號裁判。

已發生，法院見解莫衷一是的情況下，爭議無法避免。

而本文以為關於既往症的理賠限制，主觀要件是必要審酌的，否則會促使保險人在被保險人申請理賠時，積極尋找被保險人在締約之前是否接受治療，而治療的疾病可能是承保疾病的前置症狀。儘管某一病徵可能是多種疾病的症狀。又從既往症除外責任條款的訂定目的以觀，是為避免危害其他無辜的被保險人，排除一個潛在、外觀無法察覺的疾病在承保範圍之外，對被保險人而言無疑是一種陷阱¹⁷³。因此建議應在保單條款中置入既往症的定義條款，已確定理賠的限制，具體條款內容建議如下如本章下一節。

第二款 疑義存在醫學解釋間

住院費用保險條款：「…經醫院診斷確定，必須且經住院治療時，…。」、手術定義條款：「…醫療保險金給付約定必須系以癌症為直接原因、或因癌症所引起之併發症…必須接受外科手術…。」，由於從文義解釋，定義得很清楚由「醫院」、「醫師」診斷，因此解釋權者要掌握在醫療專業人士的手上，但就醫療專業人士的判斷，有時主治醫師和第三鑑定醫院的意見恐會發生相左的狀況。

另外則是醫學上本身即有爭議的問題，例如有保單條款針對癌症的定義為「…其特徵為人體惡性細胞不能控制的擴張…」，但醫界對直腸類癌是否必定會產生遠端移轉的現象從有見解上的分歧，以致於理賠爭議產生。

¹⁷²詳參臺灣高等法院民事判決92年度保險上字第33號。

¹⁷³Head, 845 P.2d, at 735.

而本文以為在住院必要性或治療目的等涉及被保險人個案病情的爭議問題，若保單條款無以文字說明限於「具有相同專業醫師於相同情形通常會作此診斷」的話，又無諸如醫師與被保險人有保險詐欺或出具診斷書有基於健保給付申請等情事，應作有利於被保險人解釋；但若是涉及醫學學術上本身存有見解不一的情形¹⁷⁴，則系屬於事實認定的問題，則應不得採有利於被保險人的解釋方法。

第二項 過去的保單條款文字無法因應醫療環境的改變

健康保險之目的系為彌補被保險人因不良健康事故所致之財產上之損害，但由於商業健康保險在一開始的商品設計保費費率訂定之初，即因考慮脫退率及缺乏長期罹病率的經驗數據，導致其理賠成本控制一開始即存有不確定性，再加上隨著長期醫療環境改變、醫療技術不斷改善，疾病早期篩檢率提高等問題，更增加理賠損失的不可預測性，換言之，未來不確定增加醫療費用的支出，難以反映在現在的保險費率，恐危及危險共同體的財務安全。

例如早先年販售的手術險，隨著醫療技術的進步，發展出新的治療方式取代傳統外科手術，舉例癌症相關手術，許多侵入性手術已逐漸發展為較小範圍的微創手術、雷射超音波或電燒等其他治療的方式，恐無法涵射過去手術險的定義，此外，隨著醫療技術為提高癌症的存活率，現在醫生同時會施以提高免疫力或避免感染風險的醫療措施，但是否包含在以治療為目的的範疇內，便會產生疑義，再來是安

174

詳參臺灣高等法院民事判決99年度保險上字第9號關於直腸類癌究有無惡化擴散的危險及是否屬於國際疾病傷害及死因統計分類標準的惡性腫瘤爭議問題。

寧病房的問題，在舊有保單設計之初，少見醫院設置安寧病房，因此並未將此部分的費率計價，因此在為滿足被保險人的期待與對價衡平原則兩者間產生衝突。

關於此原因產生的條款解釋爭議問題，本文以為畢竟我國商業健康保險的發展歷史不長，醫療環境的變化巨大，縱使保險人有責任將條款文字明確化，但針對舊有保單條款，恐無法一面倒適用以利於被保險人的解釋方法，若保險人確能證明其當初並未將某些治療措施費用計價，應一併考量之¹⁷⁵。因此關於安寧病房的費用或為僅降低感染風險的醫療措施，應不在承保範圍內，不過上述爭議監理機關應促使保險人進一步在保單條款或銷售文件中說明之，讓保戶知悉，避免爭議產生。具體建議詳如下一節。

第三項 醫療院所與保險人無溝通管道

除此之外，尚須考量到目前保險公司、被保險人、醫療機構的三方關係，醫師可能會因為長期與病患的醫病信賴關係，或因為申請健保給付等其他考量¹⁷⁶，再加上醫生本來就不知道保單條款的文字內容為何，故實難期待出具診斷證明書者會同時參考保單條款所設計的各种理賠條件，以維持危險共同團體財務安全的角度開立最妥適且符合實情的理賠依據，以致於拖延理賠的時程甚至拒賠，衍生糾紛。因此有需要加強醫療院所與保險人間的溝通管道，如此一來，有助於危險共同體的財務安全，間接增加保戶對健康保險的信賴感，同時提升國民接受醫療的品質。

¹⁷⁵參考民國 94年 4 月 6

日金管保二字第09302063600號函對安寧病房給付癌症住院醫療保險金之意見。

¹⁷⁶詳參臺灣高等法院民事判決99年度保險上字第9號判決內容。

第四項 保戶對商品認識不足

由於現在市面上的健康保險種類多樣，受到示範條款尚未全面就各險種訂定示範條款的影響，健康保險許多細節上的給付內容皆不一致，再加上健康保險相較於傳統壽險或意外險，其尚包含既往症、理賠限額、等待期等特殊理賠限制，保戶在投保之初若未詳加注意，或保險人未特別強調說明之，保戶其實是對商品內容一知半解¹⁷⁷，此亦為理賠爭議產生的原因，至於如何加強保戶對健康保險的認識並選購最適的產品詳如下一節所述。

第二節 建議

因此本文參考英美兩國相關示範保單條款文字與監理規範，認為為解決相關爭議，應針對現今存有爭議的條款文字明確化，又或者縱使不更動現存的保單條款內容，保留些許彈性，以因應將來的醫療環境的變化，但至少要將爭議類型，將來保險事故發生時，是否會給付或給付的限制究竟為何？應在銷售文件中特別交代，否則即是放任相關爭議問題一再發生。

第一項 存有疑義條款明確化

本文建議可參考英美保單條款針對較我國保單條款更為具體明確化的描述，避免將來爭議一再發生，例如住院必要性的定義性條款須符合以下幾個要件¹⁷⁸

壹、為透過適當的方式避免、診視或治療疾病或傷害。

¹⁷⁷Wroblewski, supra note 136, at 21 .

¹⁷⁸Blanchard, supra note 121, at 599.

貳、與全國良好醫療實施品質一致。

參、住院必要的意思，若讓病患出院將有其危險性。

肆、主要的醫療目的非為了病患的舒適或家人的方便性。

住院的定義則為被醫師診斷須晚間住院、癌症的定義則特別強調排除不會進一步惡化的情形。

綜上觀之，參考英美保單條款具體詳細化目前的定義性條款或加註理賠或承保限制的部分，以提醒保戶特別排除不保的範圍。

第二項 增進保單條款文字易讀性

從條款文字的去艱澀化、製作問答集、關鍵字的提出、要求招攬人必須口頭說明的事項等等，目的皆為以簡潔明瞭的方式或用口語、淺顯易懂的方式讓要被保險人瞭解關於健康保險契約內容的必要之點¹⁷⁹。

第三項 銷售文件警語之增訂

特別著重在提醒要保人此商品的限制，羅列出要保人在購買時須特別注意的地方，而且通常為消費者購買的盲點。例如本保險可能不會負擔起保日之前的疾病狀況所產生的支出，即是既往症為除外不保的範圍或本保險給付的手術不包含全民健康保險所列的處置項目等條款的增訂¹⁸⁰。

¹⁷⁹ 資料來源同前揭註135。

¹⁸⁰ 資料來源同前註135。

第四項 統一資訊提供格式

透過統一的表格、口語化的文字內容、關鍵字的提出等方式促使消費者更了解商品的內容，且讓消費者可以輕易地比較各家保險公司的商品內容，有助於其選購最適合的商品。舉例說明：應用英國私人健康保險最佳實踐原則揭示的表格內容，再套入我國常見之爭議問題，本文擬如下表：

表格 7：本研究試擬商業健康保險給付項目資訊揭露格式化表格

標題	承保範圍-含給付限制和除外範圍
住院	日間住院 夜間住院 安寧病房
手術	包含哪些類型? 預防性治療 治療續發性癌症 減緩治療 重建手術
放射性治療 (Radiotherapy)	減緩疼痛的治療 治療(treatment) 維持控制惡化的狀況 維持治療
減緩治療 (Palliative)	維持治療(maintenance therapy)
安寧治療	維持治療(maintenance therapy) 看護
其他給付範圍	給付範圍是否包含以下治療方式?

	實驗性治療 進階治療 臨床試驗 針對罹癌保戶以下處置是否在給付範圍內? 精神疾病治療(psychiatric) 職能、物理治療(physiotherapy) 營養補充 幹細胞/骨髓移植
--	---

另參考美國消費者協會的研究成果，本文擬設計下表內容。

表格 8: 本研究試擬商業健康保險關於保險費與承保範圍資訊揭露格式化表格

保險費與承保範圍		
常見的問題	解釋在健康保險中常見的特有名詞	承保範圍
此計畫有無除外不保的範圍?	本保險可能不會負擔起保日之前的疾病狀況所產生的支出，即是既往症在除外不保的範圍。	既往症在除外不保範圍
我接受哪些手術保險公司才會給付相關費用?	本保險給付的手術不包含全民健康保險所列的處置項目。	不包含處置
我必須等多久才受到保障?	為了將既往症排除，保險會設定一段等待期。	等待期： 90 天

第五項 強化醫療院所與保險人間的溝通管道

醫療機構與保險公司溝通的管道，讓醫生有足夠保單條款的背景知識，審慎客觀的開立診斷證明書，長遠來講這不但增加診斷證明書的公信力、保險人對診斷依據的信賴，間接加速理賠的速度、被保險人對商業保險的信心。

綜上所述，無論是從保單條款文字的修訂著手，另從促進保戶對商品的認識的方向下手，或增進保險人與醫界的溝通管道，皆是避免將來關於商業健康保險保單條款解釋爭議一再上演，刻不容緩極待努力的目標。



參考文獻

本論文主要參考文獻如下：

(中文依作者姓氏筆劃排序，外文依作者名字母排序)

一、中文著作

1. 王澤鑑，基本理論債之發生，作者自版，2006年9月。
2. 王澤鑑，債法原理（一），三民書局經銷，1999年10月。
3. 王澤鑑，法律思維與民法實例，三民書局經銷，1999年。
4. 江朝國，保險法基礎理論，2009年4月，5版。
5. 汪信君、廖世昌，保險法理論與實務，元照出版有限公司，2006年9月。
6. 林群弼，保險法論，三民書局，2003年，增訂2版。
7. 袁宗蔚，保險學，三民書局，1998年，增訂34版。
8. 陳自強，契約之成立與生效，學林文化，2002年。
9. 陳彩稚，保險學，三民書局，1998年。
10. 陳雲中，保險學要義，2001年。
11. 黃立，民法總則，作者自版，2005年9月。
12. 楊仁壽，法學方法論，基礎法學叢書，1986年11月。
13. 劉宗榮，新保險法，自版，2007年1月。
14. 鄭鎮樑，保險學原理，頁168-170，五南出版股份有限公司，2005年，增訂3版。

二、中文期刊與文章

1. 江朝國，保險契約條款解釋原則，月旦法學教室，第75期，頁20-22。
2. 汪信君，自覺症與告知義務範圍及健康保險之保險事故，月旦法學教室，第69期，頁24-25。
3. 李志峰，基因資訊於人身保險和保使用的妥當性，政大法學評論，第116期，頁27-45。
4. 林建智，論合理期待原則，保險專刊，第33輯，1994年9月。

5. 施文森，誠信原則與格式條款外之求償，月旦法學雜誌，2010年7月。
6. 張冠群，方法意外?結果意外?重驗傷害保險中「意外」之「偶發性」認定標準-評台灣高等法院高雄分院98年度保險上字第6號判決，法令月刊，第8期。
7. 葉啟洲，論健康保險之保前疾病、追溯保險與被保險人之善意--相關實務見解綜合評析，科技法學評論，2009年10月。
8. 葉惠娟，名醫診斷防癌險，現代保險，2011年4月。

三、中文學位論文

1. 李俊德，商業健康保險手術醫療保險金給付糾紛之研究，朝陽科技大學保險金融管理系碩士論文，2009。
2. 林國欽，產險業經營健康保險之核保與理賠問題之研究，淡江大學保險學系保險經營碩士論文，2009。
3. 金寶玲，個人醫療費用保險之研究，政治大學保險研究所碩士論文，1988。
4. 胡木成，保險契約解釋之研究，逢甲大學保險研究所碩士論文，1984。
5. 洪彰欣，我國癌症險保險理賠爭議之研究，淡江大學保險學系保險經營碩士論文，2007。
6. 陳冠廷，公共工程契約變更爭議問題之研究，中正大學法律研究所，2012。
7. 陳玉枝，商業健康保險理賠爭議之研究，淡江大學保險學系經營碩士論文，2010。
8. 陳偉弘，我國商業健康保險理賠爭議之探討，淡江大學保險學研究所在職專班碩士論文，2012。
9. 許妙菁，人身保險理賠爭議之探討，淡江大學保險學系保險經營碩士論文，2007。
10. 楊勝州，傷害保險理賠個案之研究，淡江大學保險學系保險經營碩士在職專班碩士論文，2009年6月。
11. 費筱蓉，商業性重大疾病保險之研究，逢甲大學保險學研究所碩

士論文，2003。

四、英文著作

1. Abraham, K. S., 2005, Insurance law and regulation: cases and materials / by Kenneth S. Abraham New York : Foundation Press, 4th ed.
2. Baker T., 2008, Insurance Law and Policy- Cases, Materials, and Problems, New York : Aspen Publishers/Wolters Kluwer.
3. Cogan J., 2010, Readability, Contracts of Recurring Use, and the Problem of Ex Post Judicial Governance of Health.
4. Keeton R. & Widiss A., 1988, Insurance Law-A Guide to Fundamental Principles, Legal Doctrines, and Commercial Practices, St. Paul, Minn. : West Pub.

五、英文期刊

1. Blanchard T., 2004, Medical Necessity Determinations-A Continuing Healthcare Policy Problem, 37 Journal of Health Law.
2. Cude B., 2005, Insurance Disclosures: An Effective Mechanism to Insurance Consumers' Insurance Market Power?, Journal of Insurance Regulation, Winter, 24(2).
3. Finello C., 2003, One Word Can Make all The Difference: an Examination of the Third Circuit' s Handling of Health Care Insurance Policy Exclusion Clauses for Pre-existing Conditons, 48 Villanova Law Review.
4. Hall M. & Anderson G., 1992, Models of Rationing: Health Insurers' Assessment of Medical Necessity, The Trustees of The University of Pennsylvania.
5. Kirsch L., 2002, Do Product Disclosures Information and Safeguard Insurance Policyholders?, Journal of Insurance Regulation 20 no3 Spr.

6. Lashner M., 1982, A Common Law Alternative to Doctrine of Reasonable Expectation in the Construction of Insurance Contract, 57 New York University Law Review 1175-1208.

7. Wroblewski M., 2007, Uniform Health Insurance Information Can Help Consumers Make Informed Purchase Decisions, Journal of Insurance Regulation, 26(2).

六、網站

1. Association of British Insurers

http://www.abi.org.uk/Information/Consumers/Health_and_Protection/Health_Protection_Insurance.aspx

2. 司法院法律資料檢索系統

<http://jirs.judicial.gov.tw/Index.htm>

3. 法源法律網

<http://www.lawbank.com.tw/>

4. westlaw 法學資料庫檢索

<http://www.westlaw.com.tw/>