

保險業務發展基金管理委員會

「健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性之研究」

委託研究計畫

結案報告

年 度：99 年度

計 畫 名 稱：「健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性
之研究」委託研究計畫

案 號：9924A

申 請 機 構：慧聖律師事務所

主 持 人：慧聖律師事務所

黃清濱醫師律師

協同主持人：東海大學法律學系

卓俊雄副教授

許曉芬助理教授

東海大學財務金融學系

曾耀鋒助理教授

朝陽科技大學保險金融管理學系

徐璧君副教授

研 究 員：慧聖律師事務所

紀育泓律師

林孟毅律師

研究計畫執行期間：民國99年10月12日至100年4月11日

中 華 民 國 1 0 0 年 5 月 1 9 日

目 錄

第一章 緒論.....	1
第二章 我國現行保險公司健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性之分析 ...	4
第一節 我國商業健康保險理賠爭議類型整理	4
一、法令變遷.....	4
(一) 類型.....	4
1.精神衛生法之變遷.....	4
2.全民健康保險支付標準手術項目之變遷	6
3.全民健康保險給付基礎變更，以「住院必要性」為例	7
(二) 爭議案例之提出.....	9
1.因精神衛生法調整所衍生之爭議	9
2.全民健康保險支付標準手術項目修改所衍生之爭議	14
3.因全民健康保險給付基礎變更所引發之「住院必要性」爭議	18
二、醫療技術之進步.....	20
(一) 類型.....	21
1.手術方式進步.....	21
2.藥物治療進步.....	23
3.檢查方式進步.....	23
(二) 爭議案例之提出.....	23
1.因手術方式進步所衍生之爭議.....	23
2.因藥物治療進步所衍生之爭議.....	28
3.因檢查方式進步所衍生之爭議.....	33
第二節 我國健康保險理賠實務作業規範	37
一、規範內容介紹.....	37
二、相關名詞定義.....	38
(一) 保險期間.....	39
(二) 疾病.....	39
(三) 住院.....	41
(四) 手術.....	42
(五) 承保範圍.....	43
(六) 除外責任.....	44
(七) 保證續保之規定(如保險公司得否調整保險費或契約內容)	45
(八) 保險人有無終止權.....	46
(九) 其他(如事先核准制等特殊規定).....	49
三、必要性醫療行為之判斷標準.....	51

四、保險契約條文不明確解釋原則	53
第三章 健康保險定價資料基礎適足性之研究	55
第一節 健康險費率之介紹	55
一、保險費率之結構	55
(一)純保險費率之計算	55
(二)附加保險費率之結構	56
二、保險費率釐訂原則	56
(一)適當性	57
(二)公平性	57
(三)可行性	57
(四)穩定性	58
(五)融通性	58
(六)損失預防的誘導性	58
三、健康保險保費計算基礎	59
(一)罹病率	59
(二)利率	60
(三)繼續率	60
(四)脫退率	60
(五)附加費用率	61
四、健康保險費率影響因素	62
(一)性別	62
(二)年齡	62
五、健康險費率類型	63
(一)自然費率	63
(二)平準費率	63
六、商業醫療險的沿革與費率調整機制	64
第二節 健康保險定價之分析	65
一、健康保險定價資料來源	65
二、健康保險定價資料適足性相關問題	65
三、商業健康保險的類別與定價	66
(一)定額給付型醫療險	66
(二)實支實付型醫療險	67
四、健康保險定價趨勢分析	68
第三節 健康保險理賠爭議與定價關聯之分析	72
一、法令變遷導致健康保險理賠爭議與定價關聯之分析	72
(一)因保單示範條款修改所衍生之爭議	72
(二)因全民健康保險法所衍生之爭議	79
二、醫療技術進步導致健康保險理賠爭議與定價關聯之分析	82

(一)手術進步引發爭議及協議條款.....	82
(二)手術之趨勢分析.....	83
三、健康保險定價資料基礎適足性.....	86
四、小結.....	89
第四章 英國與美國保險公司健康保險理賠爭議相關規範與爭議之介紹.....	91
第一節 英國.....	91
一、商業健康保險之介紹.....	92
二、英國法院對於保險契約條文爭議之見解.....	93
(一)健康保險承保範圍.....	93
(二)疾病(disease).....	93
(三)疾病與傷害區分標準.....	95
(四)保險契約條文不明確解釋原則(ambiguity).....	96
三、小結.....	97
第二節 美國.....	99
一、規範內容之介紹.....	99
二、相關名詞定義.....	101
(一)保險期間(Policy period or Policy term).....	101
(二)疾病(Sickness).....	101
(三)傷害(Injury).....	102
(四)住院及醫院(Hospitalization and Hospital).....	103
(五)醫生(Physician).....	104
(六)手術(Surgery).....	105
(七)承保範圍(Insurance coverage).....	105
(八)除外責任(Exclusions).....	105
(九)保證續保之規定(Guaranteed renewable terminology)....	106
(十)保險人有無終止權(Cancellation Provisions).....	107
三、健康保險爭議類型.....	108
(一)必要性醫療行為(medical necessity)之判斷標準.....	108
(二)保險契約條文不明確解釋原則(Principles of explanation for indefinite policy provisions).....	112
四、爭議案例分析.....	113
(一)醫療必要性之判斷-生命之延續與保險金孰重孰輕?.....	113
(二)保險契約條文不明確之判決.....	114
五、小結.....	116
第五章 歐盟與德、法國健康保險理賠爭議相關規範之介紹.....	119
第一節 歐盟健康保險理賠爭議相關規範之介紹.....	119
一、歐盟商業健康保險體系之介紹.....	119
二、歐盟健康保險契約規範之歧異與歐盟規則之調和.....	121

三、小結.....	122
第二節 德國.....	124
一、規範內容.....	124
二、相關名詞定義.....	127
(一) 保險期間.....	127
(二) 疾病.....	128
(三) 承保範圍.....	129
三、醫療行為必要性之判斷標準.....	130
(一) 治療行為.....	130
(二) 醫學上的必要性.....	133
四、保險契約條款不明確的解釋原則.....	138
五、小結.....	142
第三節 法國.....	144
一、商業健康保險之介紹.....	146
二、對保險契約條文爭議之見解.....	147
(一) 給付品項.....	147
(二) 醫療行為之定義.....	149
(三) 醫療行為範圍之爭議.....	149
(四) 保險契約變更.....	150
(五) 保險契約爭議條文解釋原則.....	152
三、小結.....	154
第六章 日本與中國大陸健康保險理賠爭議相關規範之介紹.....	158
第一節 日本.....	158
一、規範內容之介紹.....	158
(一) 《保險法》的單獨立法.....	158
(二) 健康保險法制架構介紹.....	159
二、相關名詞定義.....	163
(一) 保險期間.....	163
(二) 疾病.....	163
(三) 住院.....	165
(四) 手術.....	165
(五) 承保範圍.....	166
(六) 除外責任.....	168
(七) 保證續保之規定.....	170
(八) 保險人有無終止權.....	172
三、必要性醫療行為之判斷標準.....	175
四、保險契約條文不明確解釋原則.....	178
五、爭議案例分析.....	179

(一) 以基於法律之契約條件之變更方式	179
(二) 以基於保單條款約定之變更方式	180
六、小結	182
第二節 中國大陸	184
一、規範內容	184
二、相關名詞定義	184
(一) 保險期間	185
(二) 疾病、住院、手術	185
(三) 承保範圍	186
(四) 除外責任	186
(五) 保證續保之規定(如保險公司得否調整保險費或契約內容)	
.....	186
(六) 保險人有無終止權	187
(七) 其他(如事先核准制等特殊規定)	187
三、健康保險爭議類型	188
(一) 必要性醫療行為之判斷標準	188
(二) 保險契約條文不明確解釋原則	188
四、爭議案例	189
(一) 有關「重大疾病」認定標準所衍生之爭議案例	189
(二) 有關「醫學技術進步」所衍生之爭議案例	192
(三) 有關「保險契約條文不明確解釋原則」之爭議案例	196
五、小結	198
第七章 我國健康保險理賠爭議相關規範內容之檢討與增修建議	200
第一節 各國健康保險理賠爭議相關規範內容之比較與分析	201
一、優缺點分析	201
二、妥適性與可行性評估	205
第二節 我國現行健康保險相關規範內容之檢討	208
一、相關規範內容欠缺具體明確	208
二、對價衡平原則之忽略	209
三、小結	210
第三節 我國健康保險相關規範內容之增修建議	212
一、相關規範內容之具體明確化	212
二、對價平衡原則之考量及舉證責任之分配	213
第八章 我國相關法規修正建議之研擬	218
第一節 住院醫療費用保險單示範條款之具體修正建議	219
一、修正總說明	219
二、具體修正建議	219
第二節 給相關人員之建議	221

一、保險公司.....	221
二、精算人員.....	224
三、主管機關.....	225
四、消費者.....	226
五、衛生署.....	227
第九章 結論.....	229
參考文獻.....	232

圖表目錄

表一：男性癌症醫療理賠成本分析表.....	70
表二：「疾病住院件數發生率」計算表.....	80
表三：醫院病床數統計.....	80
表四：臺北市公私立醫院病床平均住院日數.....	81
表五：觀察年度暴露數、手術數、粗手術數.....	84
表六：住院醫療費用疾病別占率 90 年及 97 年比較表.....	86
表七：法國公共醫療保險體系給付示意圖.....	157
表八：法國透過一般科醫生轉介之標準給付價額表.....	157
圖一：97 年平均每人個人醫療費用圖.....	62
圖二：法國健康保險體系示意圖.....	156
圖三：日本公營健康保險制度體系圖.....	161
圖四：日本實務上保險契約自動續約示意圖.....	171

第一章 緒論

健康保險商品在定價上，一般可以依據全民健保給付標準、公司自身或國外再保險公司之經驗資料為基礎，設計當時在保險金給付條件與保險費定價資料基礎上均符合適足性之要求，惟健康保險具有長期性契約之性質（不論是長年期契約或一年期契約之保證續保），在契約生效後由於醫療技術進步及法令變更等因素，使得實務上經常產生保險金給付條件與保險費定價資料基礎不一致之情形，或是新的手術用藥治療等是否在當初健康保險承保範圍之問題，進而引發相關爭議。

為檢視現行健康保險理賠爭議與定價資料基礎間之關聯性，本研究計畫擬分別從醫學、保險、法律等不同角度探討健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性對理賠給付之影響，並提供具體建議作為主管機關修正法令及業者改進實務作業之參考。

本研究計畫內容包含以下四大部分，分述如下：

1.我國現行健康保險理賠爭議之相關問題探討

我國現行健康保險理賠爭議之問題主要有二，一者為因法令變遷所導致者，二者為因醫療技術進步所導致者，其中可包括因醫療技術進步，以新的治療技術取代傳統外科手術（如加馬刀、雷射、冷凍等治療方式），而未達傳統手術定義程度，使得消費者無法依原保險契約所訂之條件獲得手術保險金給付發生爭議時，應如何解決之問題；以及因醫療技術進步，以新的手術技術取代傳統外科手術，因手術進行較為簡單、危險性較低、併發症少，復原快等，故醫療院所多半採用新的手術技術，然而保險公司卻主張被保險人無法獲得理賠或僅能獲得較低等級或百分比之手術保險金，是否合理之問題；以及因醫療

技術進步，以新的治療技術、新的治療藥品（如標靶藥品）或手術技術取代傳統外科手術，僅需於門診接受手術或服用藥品即可，無需住院，該等手術例如超音波碎石、微創手術等，但住院醫療險需以住院為前提，於住院期間接受手術。因此保險公司主張無須給付手術保險金之問題；以及因為全民健康保險法規調整或是保險單示範條款修改所引發之理賠爭議等問題。此等我國現行健康保險理賠爭議之相關問題，將於第二章第一節探討之。此外將於第二章第二節介紹我國健康保險理賠實務作業規範，以便瞭解我國現行健康保險理賠實務作業規範之內容及相關問題。

2.健康保險保險費定價資料基礎適足性之探討

健康保險商品之保險費在定價上，保險實務一般是依據全民健保、保險公司自身或國外再保險公司之經驗資料為基礎，設計當時在保險金給付條件與保險費定價資料基礎上均符合適足性之要求，惟健康保險具有長期性契約之性質，在契約訂立生效後，由於醫療技術進步及法令變更等因素，導致保險金給付條件與保險費定價資料基礎不一致之情形，引發理賠與否或理賠等級的差異，進而產生相關爭議及實務問題。為檢視現行健康保險理賠爭議與定價資料基礎間之關聯性，以及據此所產生對於新型態醫療手術保險理賠爭議，應如何為公平的處置，保單條款是否應予修正或載明應符合未來醫療持續進展等相關爭議，實有進一步探討之必要。此部份將於第三章探討之。

3.國外制度及立法例介紹

本研究計畫將以比較研究分析法，將保險事業發展較為先進之歐美等國中對於健康保險商品條款約定不夠明確或因為醫療技術進步及保險法令變更等問題所生之理賠爭議之相關規範內容，以及各國法院實務對此等健康保險理賠爭議之實務見解作一介紹，主要係以英

國、美國、法國、德國、歐盟、日本及中國大陸等國作為比較研究分析之對象，分別於第四章第一節就英國之部份做介紹，於第四章第二節就美國之部份做介紹，於第五章第一節就歐盟之部份作介紹，於第五章第二節就德國之部份做介紹，於第五章第三節就法國之部份做介紹，於第六章第一節就日本之部份做介紹，於第六章第二節就中國大陸之部份做介紹。並於第七章第一節之部份將各國健康保險理賠爭議相關規範內容與實務見解進行優缺點之分析，以及妥適性與可行性之評估，並與我國相關規範制度進行比較與檢討，希冀能藉此找出改進或釐清我國現行相關規範內容之增修建議之方向或參考。

4.提出建議之解決方案

本研究內容將一一釐清我國現行健康保險相關規範內容、健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性之問題，並藉由介紹、分析外國保險法制及規範，並與我國現行制度下做比較，以期能夠得出一個更合理的解決機制，在保護被保險人之利益以及兼顧保險人保險金支出成本考量下，試圖對我國關於健康保險契約因為保險相關法令變遷或是醫療技術進步導致理賠範圍不明確，以及健康保險契約條款約定之保險金給付條件與保險費定價基礎不一致時，相關保險規範內容提出檢討與增修建議，故先將於第七章第二節針對我國現行健康保險相關規範內容提出檢討，並於第七章第三節針對我國健康保險相關規範內容之增修建議提出修正之方向。並試著研擬我國健康保險法令中之住院醫療費用保險單示範條款等相關法規之修正與建議。此部份將於第八章之部份進行研擬建議。

第二章 我國現行保險公司健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性之分析

第一節 我國商業健康保險理賠爭議類型整理

查我國商業健康保險因具有長期性契約之性質（不論是長年期契約或一年期契約之保證續保），在契約生效後由於醫療技術進步及法令變更等因素，使得實務上經常產生保險金給付條件與保險費定價資料基礎不一致之情形，進而引發當事人對此保險契約承保範圍認知不同之爭議，時有所聞。是以，為能有效化解此爭議，本章中將先整理引發我國商業健康保險理賠爭議案例類型並詳述其理由，俾利後續討論。惟須強調者是，上述健康保險理賠爭議主要係肇因保險契約關係長期化所致。是以，本計劃案之研析背景，均以長期性保險契約或短期性保險契約但具長期化屬性（如保證續保條款）之健康保險商品為主，合先敘明。

一、法令變遷

（一）類型

1.精神衛生法之變遷

「日間住院」：

精神衛生法於民國 79 年 12 月 7 日制定公布，其中條文第 25 條係規定：「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療。」此時條文雖尚未有「留院」之文字，但已可見該法將「日間或夜間住院」明白表列，並視為一種精神醫療方法；迄 96 年 7 月 4 日修正後，舊法第 25 條調整為第 35 條，並規定為：「病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，

採取之方式如下：一、門診。二、急診。三、全日住院。四、日間留院。五、社區精神復健。六、居家治療。七、其他照護方式。前項居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之。」，為「日間留院」概念第一次出現，並將其與全日住院並列規範之。

「日間住院」¹之醫療內容很像上下班，患者為白天上午九時或十時至醫院日間病房，至午後三時或四時返家（含假日），而且幾乎都是長期治療。需要日間住院的病患，主要是做生理或心理的復健。生理復健者，例如因車禍或中風過後，復健必須用到醫院某些器材，而復健時間可能要六、七個小時；心理復健者，主要是一些精神疾病患者。有些醫師認為精神病患須要慢慢與人群接觸，因此要求精神病患白天住院進行心理治療，晚上回家與家人團聚；或白天出去接觸人群，晚上再回來住院即可。如此之「日間住院」即與一般通念中之「住院」概念有所差異。

而目前商業醫療保險契約條款中，不論是日額型或是實支實付型保險單，其中有關「住院」一詞之定義，均係參照、援引我國住院醫療費用保險單示範條款之內容，該示範條款第2條第5項係規定：「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。」，然上開「日間住院」是否涵括於住院醫療費用保險單示範條款第2條第5項所稱之「住院」範圍內，即有疑問；再者，我國住院醫療費用保險單示範條款第7條亦未將「日間住院」列入除外責任範圍。因此，於接受日間住院醫療之被保險人依保險契約向保險公司請求住院醫療保險金

¹ 2005年12月13日經濟日報，來源：<http://www.wretch.cc/blog/smilewish/4185601>，最後拜訪日期：2010年12月15日。

時，因契約雙方對於前開住院定義之不同認知，即於理賠與否、理賠程度上產生諸多爭議。

2.全民健康保險支付標準手術項目之變遷

所謂手術，一般係指透過外科設備或外科儀器，經外科醫師及其它專業人員的操作下，進入人體或其他生物組織，以外力方式排除病變、改變構造或植入外來物的處理過程。

然不論是住院醫療費用保險單示範條款或醫療實務上，對「手術」都沒有一致的定義，加以「手術」的概念也可能隨著醫療技術演進而改變。傳統對於手術的認知，會較傾向用刀剪方式執行人體組織的破壞或重建的醫療行為；但隨著先進醫療技術產生，只要是可以對人體組織產生破壞或重建功能的醫療行為，不管是用刀剪，還是雷射等先進技術，也有可能被認定為手術。

再按住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)第 7 條規定：「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。」，而於住院醫療費用保險單示範條款(日額型)並無此項規定，原因乃是實支實付型保險在於填補被保險人實際支出之醫療費用，故如被保險人

之醫療費用已由健保吸收，自然不得再向保險公司請求；反觀日額型保險即有所不同，因為此類保險保障之重點在於填補被保險人接受醫療行為即手術等所遭受之痛苦或其他損失，而非以被保險人實際支出之醫療費用估量。綜此，不論是實支實付型或日額型的健康保險契約關係中，均會涉及到保險契約承保手術範圍之認定，只是實支實付型保險須處理者乃健保給付範圍以外之手術，而日額型須探討者即無此限制。

承上，因實支實付型保險之保障內容在於填補被保險人實際支出之醫療費用，故縱使全民健康保險支付標準表列手術範圍有所變動，尚不足以造成保險公司與被保險人間之理賠爭議。反之，於日額型保險契約中，除有些保險商品契約條款中已將其承保之手術範圍明確羅列出來，此種締約方式面對新型手術方式推陳出新的情形，或有不夠彈性靈活之處，但同時已免去契約承保手術範圍不明確可能引發之爭議；然而大多數保險商品並未明確約定契約承保之手術範圍為何，而係參照全民健康保險支付標準表第二部第二章第七節所列舉之手術，故當全民健康保險支付標準表第二部第二章第七節所列手術範圍變動時，即會影響保險公司理賠與否的決定，進而發生爭議，例如保險契約所參照者，應係以「雙方締約時」之全民健康保險支付標準表第二部第二章第七節所列舉之手術為準，抑或是以「保險事故發生時」之全民健康保險支付標準表第二部第二章第七節所列舉之手術為準。

3.全民健康保險給付基礎變更，以「住院必要性」為例

綜上可知，我國目前商業保險實務上有關理賠標準多會參考全民健康保險支付標準，是以，於全民健康保險給付基礎、標準發生變動時，即會連帶影響保險公司理賠之決定。

舉例言之，我國全民健康保險制度原則是採論量計酬方式給

付，但自 98 年 9 月 1 日開始，部分住院醫療給付開始實施 DRGS 制度，於健保住院醫療給付內容上發生改變，進而影響保險公司於衡量被保險人住院日數、理賠額度上的決定。

所謂「DRGS」(全稱為「全民健康保險住院診斷關聯群」，Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs)係以住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併或併發症及出院狀況等條件，同時考量醫療資源使用之情形，將全院病患分為數百個不同群組，並事前訂定給付權重，除特殊個案外，原則上同一群組個案採相同支付權重。其制度目的在於「若醫院因為盡力照護，有效率提供醫療服務、減少不必要手術、用藥及檢查等，醫院就可以減少醫療成本並增加收入；反之，若醫院以多提供服務多賺，或因醫療疏忽、管理不當，以致延長病患住院日數或產生不良後遺症，醫療成本相對增加，則醫院收入相對會減少，故 DRGS 制度之實施目的在促使醫院治療病人時，更應以病人為中心，發展臨床路徑，讓病人得到更好，更有療效的照護品質，意即新制度會對優良之醫師給予較優之給付²。」。

故在 DRGS 制度下，不同的疾病即有不同之住院天數限制，原則上中央健康保險局僅會依照其為該疾病設定之住院天數給付健保醫療費用，超出該住院天數部分即應由保險醫事服務機構臨床判斷並提出說明，始得申報。是於全民健康保險採行 DRGS 制度底下，若被保險人因疾病住院達到 DRGS 制度已事先設定之天數，則保險醫事服務機構為避免將來申報健保醫療費用遭刪減，通常不會專案為該等病患說明其為何需要超出 DRGS 制度設定住院天數之理由，反而會以安排轉院、建議出院方式處理之，如果該病患仍要求繼續住院，則會以自

² 什麼是 DRG？「全民健康保險住院診斷關聯群」，行政院衛生署中央健康保險局北區業務組，來源：http://www.nhinb.gov.tw/chinese/20_cue/02_detail.asp?pid=140&xlv=3，最後拜訪日期：2010 年 12 月 20 日。

費方式使其繼續住院。如此一來，於定額型商業健康保險契約關係中，保險公司參照者為中央健康保險局之住院醫療給付標準，然被保險人實際住院天數卻超過該住院醫療給付標準，此時則保險公司准予理賠者即與被保險人之預期產生落差，雙方於自費住院期間之「住院必要性」上即產生諸多爭議。

(二) 爭議案例之提出

1. 因精神衛生法調整所衍生之爭議

1.1 日間住院？留院？（案例1）

(1) 案例事實

緣要保人即被保險人於91年7月12日投保○○人壽股份有限公司（下稱保險公司）○○終身保險及附加契約「日額型住院醫療終身保險附約」（下稱保險附約）十單位保險（保單號碼：OB00000000）。嗣要保人因罹患情感性精神病而於93年8月23日至國立台灣大學醫學院附設醫院（下稱台大醫院）精神病房住院治療，並於93年11月8日轉至日間病房住院接受醫療至94年9月9日出院。要保人於94年間即向保險公司提出保險金理賠之申請，詎料保險公司於94年8月19日僅計算要保人於93年8月23日至93年11月7日合計78日住院治療時間，而給付要保人保險金184,500元，卻未給付93年11月8日至94年9月9日要保人於日間病房住院接受醫療之保險金。保險公司略以：要保人所接受之日間留院治療，較近似門診治療而非住院治療，是該日間留院治療期間非系爭保險契約保單條款第二條第七項所規定之住院醫療給付範圍等語資為抗辯。要保人不服，因而向法院提起訴訟請求保險公司給付保險金。

(2) 本案爭點

本件之爭點，厥為要保人日間住院，究竟是否符合上開醫療終身保險附約之住院定義？

(3) 法院判決³

查系爭醫療終身保險附約第二條第七項約定：「本附約所稱住院，係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」，依上開住院之文義觀之，顯見只要經正式辦理住院手續並「確實在醫院接受診療者」，即符合上開住院之定義，此尤不論住院者，夜間或假日是否返家，抑或日間住院或一般住院，自均符合上開住院之意涵，本件要保人因罹患情感性精神病自 93 年 8 月 23 日起至台大醫院精神科病房住院，並於 93 年 11 月 8 日轉至日間病房接受治療，至 94 年 9 月 9 日始出院之事實，有前揭台大醫院診斷證明書可證，自堪信為真實，經況本院檢附上開診斷證明書函請由台大醫院鑑定結果，該院 96 年 1 月 11 日校附秘字第 0960002031 號覆函說明二第一點記載：「丙○○女士於民國九十三年八月二十三日於本院精神部 3E2 急性病房住院，九十三年十一月八日轉 1E4 日間病房住院繼續接受治療，嗣於九十四年九月九日自日間病房出院。廖女士於上開期間的確有辦理正式入院手續，並於本院接受治療。廖女士於本院精神醫學部日間病房接受治療之內容包含有：藥物治療、支持性心理治療、復健治療、職能治療、團裡心理治療等」，益見要保人自 93 年 11 月 8 日轉至日間病房並至 94 年 9 月 9 日出院，確有正式辦理住院手續並接受治療之情事。是保險公司辯稱要保人未辦理住院手續及接受治療，不符保險契約請求保險金之要件云云，顯與事實不符。另依前揭覆函鑑定結果說明二第二點前段

³ 台灣高等法院 96 年度保險上易字第 4 號民事判決。

記載：「日間病房住院為提供精神疾病之病患在工作人員協助下，持續進行復健治療和職能治療之一種型式。」及說明二第三點：「依據精神衛生法第二十五條規定，精神醫療方式包括日間住院」，亦證日間病房住院治療確為精神病患者治療型態之一，是要保人依系爭保險契約之前開約定，主張保險公司應給付伊日間住院之保險金，即屬有據。

1.2 日間住院？留院？（案例2）

（1）案例事實

要保人乙○○於89年5月17日，以甲○○（87年1月1日生）為被保險人（受益人）與保險公司訂立主契約「○○富貴終身壽險」，附加契約「○○溫馨終身醫療日額保險附約-15年期」、「○○真安心醫療保險附約」等。被保險人於91年間經診斷患有自閉症，而自91年9月16日起至93年9月6日於國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱台大醫院）兒童日間病房住院接受治療，扣除每週四及假日未住院之日數，實際住院日數為401日。被保險人依「○○溫馨終身醫療日額保險附約」第3、12條約定，得請求「住院醫療保險金」計新台幣57萬8750元。依「○○溫馨終身醫療日額保險附約」第3、17條約定，得請求「出院療養保險金」計4萬5000元。依「○○真安心醫療保險附約」第11、13條約定，得請求「住院醫療日額保險金」計146萬5000元，以上合計208萬8750元。保險公司主張：台大醫院對被保險人系爭治療方式之名稱為「日間留院治療計畫」，可知與一般住院無法同視，病患日間入住醫院接受治療者，其健保給付有一定之限制，是縱認保險公司有給付保險金之義務，則其範圍應比照健保之給付方式，保險公司所應給付者，厥為以被保險人請求金額208萬8750元計算之二分之一，或三分之一，如此方得事理之平等語姿為

抗辯。被保險人不服，因而向法院提出訴訟。

(2) 本案爭點

本件「日間住院治療」，保險公司得否主張比照健保之給付方式減少保險金給付？

(3) 法院判決⁴

(a)系爭「○○溫馨終身醫療日額保險附約」第2條第6項、「○○真安心醫療保險附約」第4條第10項均明定：「本條約（或附約）所稱住院，係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者」（見原審卷(一)第20、29頁）。

(b)查被保險人甲○○經台大醫院診斷，於91年9月16日辦理住院手續，並確實在醫院接受治療，至93年9月6日辦理出院手續之情，已如上述。則被保險人系爭「日間住院治療」自符系爭保險附約「住院」之定義，被保險人請求保險公司依上開附約給付保險金，自屬有據。

(c)本件依約應給付之保險金：

A、住院醫療保險金：

「○○溫馨終身醫療日額保險附約」條款第12條「被保險人同一次住院『住院醫療保險金』與『加護病房、燒燙傷病房保險金』合計給付之實際住進一般病房、加護病房及燒燙傷病房日數最高以365日為限。其給付方式為：同一次住院治療在30日以內者，按投保之住院醫療保險金日額，乘以實際住院日數。同一次住院

⁴ 台灣高等法院94年度保險上字第60號民事判決。

在 31 日至 180 日者，自第 31 日起，按投保之住院醫療保險金日額的一點五倍，乘以自第 31 日以後的實際住院日數。同一次住院在 181 日至 365 日者，自第 181 日起按住院醫療保險金日額的一點七五倍，乘以第 181 日以後的實際住院日數（見原審卷(一)第 21-22 頁）。

B、出院療養保險金：

「○○溫馨終身醫療日額保險附約」條款第 17 條「被保險人同一次住院『出院療養保險金』合計給付最高以 90 日為限。」，其給付方式為：按住院醫療保險金日額的百分之五十，乘以實際給付住院日數計算所得之金額（見原審卷(一)第 22 頁）。

C、住院醫療日額保險金：

「○○真安心醫療保險附約」條款第 13 條約定，每一次事故最高給付日數為 365 日，其給付方式為：⓪住院 31 至 60 天者，超過 30 的部分，增為附表一所列金額（本件為新台幣一千元）的 2 倍。Ⓛ住院天數 61 天至 90 天者，超過 60 天的部分，增為附表一所列金額的 3 倍。Ⓜ住院天數 91 至 180 天者，超過 90 天的部分，增為附表一所列金額的 4 倍。Ⓨ住院天數 181 天以上者，超過 180 天的部分，增為附表一所列金額的 5 倍（見原審卷(一)第 32 頁）

D、被保險人主張依上開規定計算結果，其可請求⓪、住院醫療保險金 57 萬 8750 元。Ⓛ、出院療養保險金 4 萬 5000 元。Ⓜ、住院醫療日額保險金 146 萬 5000 元，合計 208 萬 8750 元，保險公司對此數額亦不爭執（見原審卷(二)第 47 頁）。

(d)保險公司謂病患日間入住醫院接受治療者，其健保給付有一定之限

制，本件保險公司給付保險金之義務，其範圍應比照健保之給付方式，以被保險人得請求金額之二分之一，或三分之一計算，方得事理之平云云。查「全民健康保險醫療費用支付標準」就一般慢性精神病床住院照護費，與精神科日間住院治療費（日間全天）、精神科日間住院治療費（日間半天）訂有不同之給付標準（見原審卷(二)第 145 頁）。而保險公司系爭保險附約並未如健保局事先就 24 小時住院及非 24 小時住院（日間留院）之給付為區別，則本件既符合系爭保險附約「住院」之定義，保險公司即應依約給付保險金，自不得以健保局就「住院」給付與「日間住院」給付有區別，而謂其亦得請求減少保險金給付。

2.全民健康保險支付標準手術項目修改所衍生之爭議

2.1 經皮穿肝膽汁引流管置入手術

(1) 案例事實

被保險人於民國 91 年 2 月 5 日向 OO 保險公司投保 20 年繳費 OO 終身壽險，並附加 20 年繳費新防癌終身健康保險、新住院醫療保險、20 年繳費日額型住院醫療終身健康保險、20 年繳費手術醫療終身健康保險、及 15 年重大疾病及 2、3 級殘廢豁免保險費等附約，惟被保險人於 94 年 8 月 24 日因胰臟癌併肝轉移至國立台灣大學醫學院附設醫院（以下簡稱台大醫院）治療，由於胰臟癌細胞移轉至肝臟，致肝臟分泌之膽汁膿瘍為肝臟內之惡性腫瘤所堵塞而無法順利排出，若持續蓄積體內而未及時引流，致體內蓄積大量之膿瘍將造成感染或其他併發症，進而引發肝臟衰竭而致死亡之後果，因此在主治醫師研判後施以屬癌症手術之「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」共計 4 次。然被保險人仍於 94 年 10 月 11 日病逝於台大醫院。被保險人之繼承人乃依上開保險契約就其中關於依「新防癌終身健康保險附約」

第 13 條第 1 項、第 14 條規定應給付之「癌症特定手術醫療保險金」、「癌症手術後住院醫療保險金（每日）」；及依「手術醫療終身健康保險附約」第 10 條第 1 項規定應給付之「手術保險金」；及依「新住院醫療保險附約」第 9 條第 1 項規定應給付之「手術費用保險金」之部分，向保險公司請求給付保險金，惟保險公司竟以被保險人所受之「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」非屬上開契約所稱之「手術」範圍，拒絕理賠。被保險人之繼承人不服，因而向法院提起訴訟。

（2）本案爭點

該「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」究竟是否屬於上述保險契約條款所列之手術範圍，保險公司是否可以援引「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部第二章第七節之手術項目為由，主張該項手術並不在全民健保支付標準手術項目內，因此並非系爭保險契約所列之手術，因而無須支付保險金？

（3）法院判決⁵

(a)手術醫療險第 10 條第 1 項約定：「被保險人有本附約第 9 條約定情事時，本公司按『手術類別及保險金額倍數表』（詳附表）所載倍數乘以『保險金額』給付手術保險金」。第 9 條約定：「被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須住院接受手術治療時，本公司按本附約第 10 條之約定給付手術保險金」（見原審卷第 19 頁反面）。

(b)查，核閱手術醫療險所附附表並未列載「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」之手術，此為原告所不爭，而依附表下方附註欄雖記載：「本表未列明之手術項目，以『全民健康保險醫療費用支付標準』第

⁵ 台灣高等法院 96 年度保險上易字第 8 號民事判決。

七章『手術』所列手術項目支付點數換算，1 倍相當於 500 點（不足 500 點整者，按比例計算其倍數）。惟被保險人所施行「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」乃歸類於「支付標準」第二部第二章第二節之「放射線診療」，並非歸類於第二部第二章第七節之「手術」範圍內，有「支付標準」在卷可憑（見本院卷第 46 頁至第 56 頁），復為原告所不爭執（見本院卷第 116 頁），則「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」既非屬「支付標準」列載之手術範圍，被保險人自無從據以請求此部分保險金之給付。

(c)原告雖以保險契約為最大善意契約，故並非附註未列入者即非屬手術範圍云云。查，遍查手術醫療險契約雖未定義手術之範圍為何，惟核閱手術醫療險之附表列載各項手術類別之倍數標準，並於附註記載未列明之手術項目，以「支付標準」第七章手術所列項目支付點數換算，即附表列載之手術類別僅為手術之例示規定，而為避免例示約定不足，乃於附註加列概括約定，於未列明上開例示之手術類別者，即以「支付標準」第七章之手術項為支付點數換算，凡未列載於「支付標準」第七章之手術範圍內者，既無從為換算，即非屬手術範圍，至為明確。上開約定文字已足以表示當事人間之真意，並無疑義之處，揆諸前開說明，即不得反契約之文字而為曲解解釋。原告以被保險人施行之「經皮穿肝膽汁引流管置入手術」乃屬手術範圍，而應類推附表例示列載之「肝膿瘍引流」之手術類別記載之 10 倍計算，已超出契約真意範圍而為曲解，原告據以請求此部分保險金之給付，不應准許。

2.2 癌症醫療手術

(1) 案例事實

要保人乙○○於民國 92 年 4 月 14 日與保險公司簽訂保險契約，

要保人為乙○○，被保險人為甲○○，保單號碼為 0000000000，保險期間自 92 年 4 月 15 日起至終身，主約為○○還本終身保險，附約為○○防癌終身附約、○○平安保險附約，○○住院醫療保險附約，○○住院日額醫療保險附約。被保險人於 92 年 10 月 2 日因病住院，經醫生切片檢查診斷為淋巴瘤，進行化學治療，後轉院至行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院治療，自 92 年 10 月 2 日起至 94 年 8 月 24 日止，累計已住院天數為 240 天，門診天數 48 天，被保險人因而向保險公司請求給付住院及癌症手術醫療等保險金。保險公司則主張：依據○○--防癌終身健康保險附約第 20 條約定癌症外科手術醫療金約定，保險公司是否給付癌症手術醫療保險金係以「全民健康保險醫療費用支付標準」為準則，而全民健康保險醫療費用支付標準，就導管植入手術係列於「其他治療方式」而非「手術篇」，故被保險人於 92 年 11 月 17 日接受人工血管植入手術及 93 年 7 月 7 日接受人工血管移除手術，並非上開條款所定外科手術之範疇，不得請求癌症手術醫療保險金等語資為抗辯。

(2) 本案爭點

被保險人所接受之人工血管植入手術及人工血管移除手術是否為保險單條款所定之外科手術範圍，保險公司得否以「全民健康保險醫療費用支付標準」為依據，主張系爭手術並非支付標準所列之手術，因而無須支付該手術醫療保險金？

(3) 法院判決⁶

依據○○防癌終身健康保險附約第 20 條癌症外科手術醫療金約定「被保險人與本附約保險責任開始後，經診斷確定罹患癌症，並於

⁶ 台灣高等法院 95 年度保險上字第 9 號民事判決。

有效期間內，以癌症為直接原因或癌症所引起之併發症，經醫師或醫院診斷必須接受外科手術者，每次外科手術本公司按下表計算給付癌症醫療保險金」(參見原審卷第 24 頁)。查：被保險人實施人工血管植入手術，係施打化學藥物所用，為治療癌症所必須，亦即以治療癌症為直接原因而必須接受之外科手術，準此，被保險人請求人工血管手術保險金 2 次，每次 60,000 元，合計 120,000 元部分，為有理由。至於全民健康保險醫療費用支付標準，係全民健康保險醫療費用支付標準，與本件保險契約無涉。

3.因全民健康保險給付基礎變更所引發之「住院必要性」爭議

3.1 住院必要性

(1) 案例事實

要保人即被保險人於民國 88 年 12 月 6 日向 OO 保險公司投保住院醫療終身健康保險及終身壽險等兩份保險契約，並於終身壽險契約下附加住院醫療日額保險附約。後來被保險人於 92 年 11 月 6 日因痔瘡入住地區醫院，並接受手術切除治療，92 年 11 月 9 日轉自費身份繼續住院，至 92 年 11 月 25 日辦理出院。之後被保險人向保險公司申請住院醫療保險金，該公司僅同意給付健保身份住院期間（92 年 11 月 6 日至 92 年 11 月 9 日共 4 日）之醫療保險金，其餘自費身份住院期間，則以其不符系爭醫療保險附約條款約定之必要性住院為由，拒絕給付保險金。被保險人不服，因而向保險事業發展中心提出申訴。

(2) 本案爭點

本案被保險人因痔瘡接受手術切除後自費住院之 16 日，是否符合系爭醫療保險附約條款約定之住院定義？保險公司可否依照健保是否給付為由來判斷被保險人之住院是否符合住院必要性，亦即可否

以健保不給付為由認定自費住院不具住院必要性而拒絕給付保險金？

(3) 財團法人保險事業發展中心(下稱：保發中心)調處結果

(a)系爭住院醫療終身健康保險條款第4條名詞定義：「本契約所稱『住院』係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷確定，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。」第5條保險範圍：「被保險人於本契約有效期間內因第4條約定之疾病或傷害而住院診療時，本公司以被保險人投保的『住院醫療保險金日額』為準，依照本契約的約定給付各項醫療保險金。」及系爭住院醫療日額保險附約條款第3條保險範圍：「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『住院醫療保險金日期』為準，依照本附約的約定給付各項醫療保險金。」

(b)依上述約定，被保險人需經由醫師診斷確定，認為有入住醫院診療之必要，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療時，始符合請求各項醫療保險金之要件。至於是否有住院必要性，則應視被保險人於住院當時之病況及住院期間是否實際接受治療為判斷依據。故而可知，如欲釐清本案保險公司有無給付系爭醫療保險所列各項保險金之責，應先確認被保險人是否符合系爭醫療保險條款約定之「經醫師診斷確定，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者」之要件，合先敘明。

(c)查本案被保險人於92年11月6日因痔瘡入住地區醫院接受手術治療，92年11月9日轉自費身份繼續住院，至92年11月25日辦理出院，總計以健保身份住院4日，自費身份住院16日。審視其自費住院期間之病歷摘要及護理紀錄，並未見被保險人有所稱之

傷口潰爛、大量出血或醫師診斷需配合住院治療之證明，且自費住院過程中，亦未見被保險人接受任何必須住院始可執行之積極治療或處置。

(d)按一般痔瘡手術，住院3至4日即可返家休養，並無長期留院觀察之必要。因此本次自費住院應難謂符合系爭醫療保險條款「經醫院診斷確定，必須且經住院治療」或「經醫師診斷確定，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療」之約定。

(e)綜上所述，本案被保險人92年11月10至92年11月25日之住院，應尚難認定符合系爭醫療保險契約條款約定之住院定義。

二、醫療技術之進步

在醫療水準不斷提升的情形下，國民平均餘命持續延長，加以商業健康保險契約多為長年期保單，故原本於締結健康保險契約之時空下，尚未發展、存在之醫療技術，於締約後持續出現，而當被保險人病痛發生時，醫師或患者即被保險人當然會選擇較新的技術，以達到減低疼痛、較少的副作用、盡快復原的目的。然如此的醫療內容卻可能無法與當初投保的保障範圍相符，因此無法獲得理賠給付。就此結果，當然被保險人在無法接受的情況下即會產生爭議，則該新型之醫療技術究竟是否為締約當時承保之範圍、保險人是否應就此進行理賠、理賠程度為何等種種爭議即隨之而生，此亦係健康保險為人身保險理賠申訴案件中，引發爭議頻率最高險種的主要原因，為此，就醫療技術中手術方式、藥物治療、檢查方式三大部分，析述其等醫療技術進步之內容併引發之保險理賠爭議類型如下：

(一) 類型

1. 手術方式進步

1.1 新的手術技術取代傳統外科手術：

由於醫療技術不斷地進步，因此許多現行所採用之手術，在幾年後可能已經被淘汰不再使用，而使用更安全、更有療效、風險性更低之手術，然而健康保險多為長期性保單，因而產生健康保險契約簽定當時醫學實務所採用之手術，嗣後可能不再被採用或是不再是醫學實務上之主流手術。如此便產生了一個問題：當新的手術發展出來後，醫師或患者當然選擇新的手術，以達到減低疼痛，較少的副作用，盡快的復原為目的，但是新的手術卻可能無法符合保險契約簽訂當時的承保範圍，因此保險公司可能會拒絕理賠給付，然而要保人、被保險人認為保險公司仍應該理賠，因而產生健康保險理賠爭議之問題。

舉例而言，過去病患如果有皮膚角化症、疣或類似病變，醫療實務上多半採取切除之手術方式為之，然而現今之手術方式則改為採取電燒手術治療，而此種手術治療方式係健康保險契約簽定當時所未預見的，因此保險公司多主張電燒手術治療非該保單條款所約定之手術項目，亦與保單條款手術表中之程度並不相當，因而拒絕理賠給付。

除此之外，由於新的手術技術通常都比傳統外科手術費用昂貴，而保險公司當初在估算保險費時通常並無法預見將來手術進步之程度，而能夠將未來新的手術費用納入保險費率之計算中，因此若強求保險公司一定要負擔新的手術技術費用之支付，特別是在實支實付型之健康保險中，對於保險公司實屬過苛，而使其必須承擔超出其計算之外的保險金給付，所以保險公司遇到以新的手術取代傳統手術之情形，通常會拒絕給付或是僅依照傳統手術之等級給付保險金。

舉例而言，過去病患如果要清除腦內瘤或血腫，醫療實務上通常會採取傳統開顱手術即頭顱穿洞術，然而現今的醫療實務上多採用加馬刀立體定位放射手術取代傳統開顱手術，由於加馬刀立體定位放射手術費用較昂貴，且保險公司當初在簽訂保險契約計算保險費率時，多半以傳統開顱手術費用計算保險費率，故保險公司在遇到醫生以加馬刀立體定位放射手術取代傳統開顱手術之情形，多半只願意給付普通手術項目之保險金，而不願給付特定手術項目之保險金。

1.2 新的治療技術取代傳統外科手術：

由於醫療技術不斷地進步，也使得許多原先需要以外科手術方式治療的疾病，可以改為由非手術之方式治療，而且因為新的治療技術之風險遠低於傳統手術，因此醫生與病患多半改採以新的治療技術方式進行治療，然而如此一來卻影響了保險公司之保險經營之危險發生率及理賠金額甚鉅。因為新的治療技術究非外科手術，因此也不會在健康保險契約所載之手術項目內，倘若要求保險公司必須按照保險單條款約定之手術等級給付條款所約定之新的治療技術，對於保險公司似乎未盡適當與合理⁷；然而若考量到先進的治療技術之執行，確實可能減少傳統外科手術之執行的風險發生機率，且同時可減輕疼痛、縮短復原時間，病患與醫生當然會選擇新的治療技術方式，若因此而無法獲得保險給付，似乎顯失公平、合理⁸。在此即面臨一個難題，在遇到以新的治療技術取代傳統外科手術之情形時，究竟應該要保障被保險人之利益，使他可以使用較先進的治療技術，因而認定新的治療技術仍然屬於保險單所記載之手術範圍內，因此要求保險公司仍需

⁷ 參閱 人身保險理賠爭議調處案例彙編〈第一輯〉，財團法人保險事業發展中心編印，2006年8月，頁303。

⁸ 參閱 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，2010年7月，頁36。

理賠給付呢？抑或是依照保單條款之規定作解釋，認定該治療技術既非手術，因此當然不符合保險契約中所記載之手術範圍，因此保險公司並不需要理賠給付呢？

2.藥物治療進步

依住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)第6條規定：「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。...二、醫師指示用藥。...」。然隨著醫學、醫藥技術之進步，許多疾病的治療方式也隨之改變，例如以前癌症之化學治療，需藉由注射針劑方式為之，但現今已經可以用口服藥的方式達到化療的效果。然而，此種新興藥物的出現，雖促使治療方式的進步，但同時影響到保險給付範圍，進而產生爭議。

3.檢查方式進步

醫學技術之進步，也促使醫療檢查的細緻化，而訂定保險契約時之約定之檢查給付範圍，亦可能因醫療檢查的細緻化而使新型態的檢查方式涵括在內，例如64切電腦斷層掃描的部分。又新型態的檢查方式，出現許多侵入性檢查，而此些侵入性檢查，往往與手術之間僅有一線之隔，如何清楚且明確界分二者，亦是實務界爭議之所在。

(二) 爭議案例之提出

1.因手術方式進步所衍生之爭議

有關因手術方式進步所衍生之爭議，茲舉下列數例說明之：

1.1 加馬刀立體定位放射手術

(1) 案例事實

被保險人於 85 年 3 月 30 向 OO 人壽保險公司投保「住院醫療定額給付保險」，嗣 98 年 3 月 26 日因「腦海綿血管瘤」住院，98 年 3 月 27 日接受「加馬刀立體定位放射手術」治療，98 年 3 月 28 出院。迨向保險公司申請醫療保險理賠，該公司比照外科手術表所列「普通手術項目」給付普通手術保險金，惟被保險人不服手術保險金之金額，故向保險事業發展中心申請調解。

(2) 本案爭點

因為醫療技術之進步，使得原本對於腦內血管瘤或血脈之治療所採取之頭顱穿洞術不再被現行醫學實務所採用，而改採更為先進的加馬刀立體定位放射手術，然而加馬刀手術並不在保險單手術列表時，加馬刀手術究竟是否仍為健康保險單所列之外科手術，該手術究竟應與「普通手術項目」或「特定手術項目」所列何項手術之程度相當？

(3) 保發中心調處結果

- (a) 依該保單條款之外科手術表另記載：「註：被保險人之手術項目不同於本表所列項目時，以本表內相當程度之手術費用決定其補償金額」。因此，被保險人所接受之手術，若不包括在系爭外科手術表列「普通手術項目」或「特定手術項目」時，系爭公司應比照該表內相當程度之手術費用決定補償金額。此合先敘明。
- (b) 「加馬刀立體定位放射手術」係立用立體定位方式來定位病灶，再使用加馬射線對病灶做集中火力的治療，治療過程中為確保放射線會精準照射病灶，病患病灶處會以固定器固定後做電腦斷層掃描，經三維空間重組影像確定病灶、大小及形狀，且每個射線照射前需再照一次 X 光，以 X 光所得影像與三維空間重組的影

像比對，確認患者頭部或身體是否有移動，以使誤差小於 0.1 公分。臨床上，「加馬刀立體定位放射手術」為傳統開顱治療腦瘤之替代手術，且其全民健保支付點數高達 149,492 點。

- (c) 經查，本案保單條款外科手術表列「普通手術項目」包含「腦室引流」、「頭顱穿洞術」，系爭公司主張比照「頭顱穿洞術」屬神經外科入門之手術，全民健保支付點數為 3,786 點，其手術程度、適應症、風險、全民健保支付點數等，皆與「加馬刀立體定位放射手術」不同。若以手術程度相當而論，系爭外科手術表「特定手術項目」所列之「腦瘤切除術」，應與「加馬刀立體定位放射手術」之程度相當。
- (d) 綜合上述，本案申訴人所接受之「加馬刀立體定位放射手術」，應與系爭條款外科手術表「特定手術項目」所列之「腦瘤切除術」程度相當，故系爭公司比照「普通手術項目」給付手術保險金，難為合理。

1.2 前列腺雷射手術

(1) 案例事實

被保險人於 90 年 1 月 4 日向 OO 保險公司投保定額型手術醫療終身保險附約，後於 98 年 6 月 17 日因良性前列腺增生住院，並接受經尿道前列腺手術治療，至 98 年 6 月 19 日出院，迨向保險公司申請理賠，經理賠審核卻僅以「前列腺膿瘍，經恥骨後或內視鏡引流術」給付手術等級 3 級之手術醫療保險金。被保險人不服，先後向保險公司申訴部門、地區調解委員會、消基會等處提出申訴。

(2) 本案爭點

因為醫療技術之進步，過去對於經尿道前列腺之治療已經從前列

腺經尿道前列腺切除術改採尿道前列腺雷射手術，然而保險公司卻主張此種雷射手術僅屬於前列腺膿瘍，經恥骨後或內視鏡引流術之手術等級，而非前列腺經尿道前列腺切除術，究竟此種因為醫療技術之進步，因而於簽訂保險契約時所未預料到之手術，應該納入何種手術給付之等級方為合理？

(3) 調解意見

(a) 保險公司客戶申訴部

被保險人所行「尿道前列腺雷射手術」過程係以導管插入尿道內(與插導管或膀胱鏡類似)，經由該導管釋放雷射，以汽化方式將前列腺組織體變小，手術的執行方式簡單、方便，對身體危險程度相對較低，此與手術表所列「前列腺經尿道前列腺切除術」(5 級)所行之治療難易度與手術等級自當難以等同視之，故保險公司以相當之手術等級 3 級「前列腺膿瘍，經恥骨後或內視鏡引流術」核付手術醫療保險金。

(b) 地區調解委員會

被保險人接受「尿道前列腺雷射手術」是事實，主要也是為了治療良性前列腺增生，你們保險公司這麼大，這麼有錢，賠一賠就好了。

(c) 消費者保護協會

依被保險人所接受「尿道前列腺雷射手術」，與保險契約條款手術列表中之「前列腺經尿道前列腺切除術」(5 級)確實不相符，但考量被保險人之學、經歷背景對此醫療專業、保險專業並不了解，惟因病接受手術治療確是事實，且該手術費用高達十幾萬元，建議保險公司個案以 5 級賠付，被保險人簽具聲明書：今後體況如有再次申請相關手術醫療保險金時，需依保險契約條款約定之權利與義務，由保險

公司核實審核。

1.3 體外震波碎石術

(1) 案例事實

要保人（亦係被保險人）分別於 90 年 9 月、90 年 10 月，以及 91 年 1 月、91 年 3 月，因為腎結石而施行體外震波碎石術，其後向 OO 人壽保險公司依照健康保險契約保險特約手術津貼第 68 項之「腎臟、腎盂手術」申請理賠時，均經該公司給付保險金在案。惟在 91 年 4 月及 91 年 7 月，被保險人病情因故復發，並再次施行體外震波碎石術，之後再向保險公司申請理賠，卻遭保險公司拒絕給付保險金，被保險人不服因而向財團法人保險事業發展中心提出調處申請。

(2) 本案爭點

由於醫療技術之進步，使得原先需要動手術之結石，可改由非手術方式之體外震波碎石術治療，然而體外震波碎石術並非手術，亦未列入保單條款所載之手術項目，因此體外震波碎石術究竟是否屬於健康保險特約手術津貼第 68 項之腎臟、腎盂手術，保險公司是否需要對體外震波碎石術理賠，即為本案爭點所在。

(3) 保發中心調處結果

(a)體外震波碎石術非屬系爭保險特約第 68 項之腎臟、腎盂手術，理

由為：1.傳統之腎臟結石摘除手術，通常必須施予半身麻醉或全身麻醉，手術方式係自腰腹部位切開約 20-30 公分之傷口，再劃開腎臟，手術後需住院數日，病人因手術所受之傷害、造成之不便及手術之風險，約相當於開腹手術，因此理賠比率定為 10%，屬於中等程度之手術。2.而體外震波碎石術為非侵襲性治療方式，通常不需住院或麻醉，亦不需切開身體組織，病人因手術所

受之傷害、造成之不便及手術之風險遠低於傳統手術，倘以系爭保險特約第 68 項腎臟、腎盂手術認定之，顯非適當。3.再自系爭保險約所約定之 149 款給付項目觀之，除了第 148 項之新生物根治放射線照射外，其餘均為侵襲性治療，更加證明體外震波碎石術並非該保險特約所指之腎臟、腎盂手術。4.又體外震波碎石術為民國 80 年代引進國內之治療方式，而系爭保險特約為民國 63 年核准、74 年暨 77 年修正之保單，系爭保險特約所稱之腎臟、腎盂手術當然不包括體外震波碎石術。

(b)依上所述，體外震波碎石術既非系爭保險契約所指之腎臟、腎盂手術，保險公司依約即無理賠之義務。惟雖然保險公司依約並無理賠之義務，然而倘若基於情理願意為相當之給付，或以其手術受傷害程度比照其他類似手術給付保險金，亦非不可，然此舉仍非原保險契約所定之給付義務，當事人雙方應就金額及次數另為合意。

(c)綜上所述，本件保發中心建議保險公司就本次保險事故不需給付保險金，惟保險公司得與要保人就此類治療方式另行約定給付之金額及次數限制。

2.因藥物治療進步所衍生之爭議

有關因藥物治療所衍生之爭議，茲舉下列數例說明之：

2.1 自費藥費之給付

(1) 案例事實

原告係以全民健康保險身份至全民健康保險之特約診所接受治療，其中部分藥品之內服藥費及飲片費非健保給付範圍，共計 11,200 元，經衡酌用藥合理性，原告主張不適用雙方所簽訂之意外傷害醫療

保險附約條款第 9 條第 2 項約定，於限額內計算百分之六十五給付保險金，被告應全額給付。

(2) 本案爭點

原告請求之內服藥費及飲片費是否符合系爭附約條款所約定之傷害醫療保險金給付要件？

(3) 法院判決⁹

(a)按保險契約之解釋，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。查系爭保險契約係被告為與不特定多數消費者訂立同類契約之用，所提出預先擬定之契約條款，為消費者保護法第 2 條第 7 款所指之定型化契約，依同法第 11 條第 2 項規定，其條款如有疑義時應為有利於消費者之解釋。又系爭附約條款第 1 條第 3 項亦約定「本附約的解釋應探求當事人之真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則」。又保險契約為最大善意之契約，於解釋時，自須注重被保險人投保之目的及其利益，始符合保險契約之締約精神。

(b)依據系爭附約條款第 9 條約定：「被保險人於本附約有效期間內遭受第三條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部份，給付實支實付『傷害醫療保險金』。但同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的『每

⁹ 臺灣臺北地方法院 98 年度北保險小字第 10 號小額民事判決。

次傷害醫療保險金限額』。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。前項同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的『每次實支實付傷害醫療保險金限額』。」、「如主契約被保險人本人或其配偶按本附約『全民健康保險者之費率』投保，而未以全民健康保險被保險人身分或未在全民健康保險的特約醫院接受治療，致其醫療費用未經全民健康保險給付分攤者，本公司按前項計算所得金額的百分之六十五給付保險金。」，是原告投保系爭保險內容，核屬實支實付型之醫療保險，保險人應於被保險人遭受意外傷害事故，經登記合格醫院或診所治療之實際醫療費用，負給付保險金之責，保險標的為被保險人之醫療費用損失，係填補被保險人所受損失為原則，可見系爭保險契約主要即係針對超過全民健康保險給付部份，給付實支實付之傷害醫療保險金，是自費部份自涵蓋在系爭附約條款第9條第1項之給付範圍。

(c)第9條第2項則係針對「未以全民健康保險被保險人身分」或「未在全民健康保險的特約醫院」接受治療，致其醫療費用未經全民健康保險給付分攤者，至於以全民健康保險被保險人身分至全民健康保險的特約醫院接受治療，惟非全民健康保險給付之自費醫療項目是否包含在系爭附約第9條第2項規定，則非無疑，揆之前揭說明，如有疑義時，自應作有利於被保險人之解釋。尤其，因保險契約率皆為定型化契約，被保險人鮮少有依其要求變更契約約定之餘地，因此在解釋保險契約時，誠信原則之適用，亦應加以斟酌，以免保險人拘泥契約文字，逃避其所應負之契約責任，致失保險行為之本旨。況如依被告所辯，系爭附約條款第9條第2項所指醫療費用未經全民健康保險給付分攤者，即指自費之情形，則系爭附約第9條第1項幾無適用之餘地。是兩造所訂立之

系爭附約條款第 9 條第 1 項，既未排除以全民健康保險被保險人身分以自費方式至全民健康保險的特約醫院治療之情形，自不得逕而適用同條第 2 項。

(d)查原告係於兩造簽訂系爭保險契約有效期間內，以全民健康保險被保險人身分至全民健康保險的特約醫院即醫心堂中醫診所治療，並以自費方式支出內服藥費及飲片費共 11,200 元，業據原告提出費用明細收據、診斷證明書等件為證，揆之前開說明，被告應依兩造簽訂之系爭附約條款約定給付保險金 11,200 元。被告以原告係自費身分購買內服藥及飲片，未經全民健康保險給付分擔，因此依系爭附約條款第 9 條第 2 項給付百分之六十五 7,280 元，自無足取。

2.2 用藥必要性

(1) 案例事實

原告長期以來，罹有「紅斑性狼瘡併狼瘡性腎炎」，多次進入醫院治療。而於 95 年 10 月 16 日，復因此病症而進入台中榮民總醫院治療，95 年 10 月 17 日出院，且因此病症，經專業醫師診療需以 cellcept 藥物(此藥目前健保局不給付之免疫抑制藥物、下稱系爭山喜多藥物)治療，屬於必須性治療，並應長期定期追蹤，原告請求被告給付原告出院後大量購買 CELLCEPT 回家服用之藥費。

(2) 本案爭點

原告因罹患上開疾病於 95 年 10 月 16 日在台中榮民總醫院住院，是否有符合上開新住院醫療保險附約所訂之「住院」之定義，而其因上開時間自費購買之系爭山喜多藥物，是否符合系爭住院醫療終身健康保險附約之保險金給付之要件？

(3) 法院判決¹⁰

(a)本院依職權函詢台中榮民總醫院就原告於95年10月16日住院情形、用藥情形、藥費及是否係出院後自行購買等情結果：病患鄭女士於95年10月16日因全身性紅斑狼瘡併狼瘡腎炎持續且有蛋白尿於本院住院，同年10月17日調整用藥後出院。病患多種免疫抑制劑治療仍持續出現蛋白尿達5.26公克/日（正常每日低於0.30公克），故於參酌病患病情，傳統免疫抑制劑愛得星之卵巢毒性等因素，由醫師指示使用山喜多，該藥物對狼瘡腎炎療效自90年起學界已有共識，唯健保至今仍只限給付於器官移植，並不對狼瘡腎炎病患給予給付，95年10月亦然，然病患剛於95年9月27日門診回診，其他健保已有給付之口服藥已領有4週，故仍不須再取，所以藥費使用均為醫師指示之山喜多之費用，山喜多之使用為長期免疫調解作用，能發揮療效之療程長達6至12個月以上方能發揮效果，故須由住院中調整延伸至出院後之時間，是故病患之藥費為整個療程費用之一部分，而非僅有住院中數日之費用，因此類藥物必須由住院中延伸至出院後之期間療程方能發揮療效等情，此有台中榮民總醫院96年10月18日中榮醫企字第0960015149號函在卷足憑。

(b)再者本院依被告聲請就原告自台中榮民總醫院出院時（即95年10月17日）之體況及已預約95年10月25日回診等情形下，台中榮民總醫院竟一次開立880顆之CELLCEPT（山喜多藥物）供其服用，其數量是否適當合理之結果：臺中榮民總醫院於95年10月17日所開用藥之CELLCEPT（山喜多藥物）共880顆，換算為治療紅斑性狼瘡腎炎使用劑量（約每日2克），所開立之治療

¹⁰ 臺灣臺南地方法院柳營簡易庭97年度營保險小字第2號民事小額判決。

天數約 120 天，因鄭女士之病況需要，使用 120 天的山喜多藥物有其必要性，數量尚屬合理，如果分次門診開立亦無不可等情，亦有上開國立臺灣大學醫學院附設醫院函在卷可按，應認原告就其紅斑性狼瘡腎炎之疾病，使用系爭山喜多藥物治療有其必要性，為整個治療療程之一部分，惟仍可在分次門診時分次開立，且原告於本案中並無住院之必要性，況且在 95 年 10 月 17 日出院後之 95 年 10 月 25 日即要回診，應認無非一次自費購買達 120 天之用藥，又參酌原告在上開 95 年 10 月 16 日住院時已領有 4 週之治療紅斑性狼瘡腎炎口服藥等情，原告應非有購買系爭山喜多藥物而無法治療之必要性。

(c)按「新住院醫療保險」契約第 6 條約定「被保險人於本附約有效期間內因第 2 條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。」第 8 條約定「被保險人因第六條之約定而以社會保險保險對象身份住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依社會保險規定其保險對象應自行負擔及不屬於社會保險給付範圍之下列各項費用核付...二、醫師指示用藥。...」。，此有上開保險契約附約在卷可憑，而系爭「新住院醫療保險附約」，顯以被告因疾病或傷害住院診療時，於住院期間內所發生之費用為保險範圍，應不包括「因住院之必要延伸治療所生之費用」，參諸系爭「新住院醫療保險附約」第 6 條、第 8 條約定自明。又原告自認其出院前大量購買 CELLCEPT 藥物係為回家服用（見 96 年 10 月 11 日調解程序筆錄），應認上開系爭山喜多藥物之費用，並不符合系爭「新住院醫療保險附約」第 6 條、第 8 條因疾病或傷害「住院診療」所生之費用。

3. 因檢查方式進步所衍生之爭議

有關因檢查方式所衍生之爭議，茲舉下列數例說明之：

3.1 心導管檢查

(1) 案例事實

被保險人甲○○投保○○人壽保險公司住院醫療定額給付保險附約，因冠狀動脈疾病住院治療，並接受心導管檢查手術。迨向保險公司申請理賠給付時，保險公司僅就住院醫療保險金予以賠付，卻告知心導管檢查不是手術，不給付手術醫療保險金。被保險人不服，遂向財團法人保險事業發展中心申請調處。

(2) 本案爭點

心導管檢查是檢查抑或手術？是否為該保險契約條款之保障範圍？

(3) 保發中心調處結果

該附約條款載明要「外科手術」，但附表中有幾項確是檢查，並非外科手術治療，而條款又有比照之約定，所以委員醫師認為應給付手術醫療保險金。心導管檢查，需要麻醉及動刀、剪，從鼠蹊部穿入，且「中華民國心臟學會」函，其中載明「心導管冠狀動脈檢查為侵入性的手術」，應屬於外科手術。

3.2 疑似 SARS 入住隔離病房，是否亦屬檢查方式？

(1) 案例事實

申訴人乙○○君於 87 年 10 月 20 日以自己為被保險人，向○○人壽投保終身壽險，並附加住院醫療保險附約。嗣乙○○君於 92 年 4 月 29 日因疑似 SARS 在高雄市乙地區醫院住入負壓隔離病房 14 日，迨向○○人壽申請住院醫療保險金，該公司對於乙○○君在高雄

乙地區醫院之住院，主張其非以治療為目的，拒絕給付。

(2) 本案爭點

疑似 SARS 入住隔離病房，是否屬於住院?或僅屬檢查方式?

(3) 保發中心調處結果

按診療一詞，自文義解釋包括診斷與治療，並非專以接受積極治療者為限，次按財政部 84 年 2 月 28 日台財保字第 841488180 號函訂定之「要保書填寫說例示」第十九點，對於診療一詞所下之定義為：對於身體狀況有異常之問診、檢查或治療。故若係基於醫療之必要而住院觀察病情之變化，以得隨時視病情之變化即時給予必要治療，當亦屬診療之範疇；即便於觀察一段期間後，因病情無惡化跡象而不需施以治療，亦不得謂該觀察期間之住院非為必要。

本案申訴人因有喉嚨痛、右耳不適等症狀，而被強制入住高雄乙地區醫院負壓隔離病房，以觀察 SARS 復發跡象，雖本次住院非以積極治療疾病為目的，且事後亦證實並無 SARS 復發跡象，但因當時醫學界對於 SARS 疾病之識認不多，對於高危險者施以住院隔離為當時公認必要之醫療程序，申訴人既係在公權力之強制下住院隔離，以觀察 SARS 是否可能復發，且其住院亦符合經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之要件，自難認其非屬係爭醫療保險附約所約定之住院。

3.3 切片檢查

(1) 案例事實

申訴人丙○○君於 78 年 5 月 22 日以自己為被保險人，向○○人壽投保防癌終身壽險，嗣丙○○君因「下肢肌肉瘤」先於 92 年 1 月 10 日至甲地區醫院接受手術切除治療併切片檢查，惟對此次手術保

險公司不予理賠。

(2) 本案爭點

切片檢查是否屬「經癌的診斷確定罹患癌症前」之手術治療？

(3) 保發中心調處結果

本案既經主治醫師初判申訴人罹患惡性腫瘤，並建議先行切片檢查，僅係因時間因素逕行切除肉瘤，惟仍隨即做病理組織檢查確定為惡性肉瘤；一般癌症手術類此情況甚多。上述手術之目的既為切除癌症病灶，自應視為治療癌症之手術，不應拘泥於條款的文字敘述要求申訴人在行手術治療之前必先行病理檢查確定為癌症，否則如依〇〇人壽之解釋「必須先經檢驗確定為癌症後之手術始予給付」，似對保戶並不公平合理。

第二節 我國健康保險理賠實務作業規範

為了有效釐清上述醫療保險理賠爭議，本節中將針對我國現行健康保險示範條款內容與健康保險理賠實務作業現況先為介紹，俾利後續相關問題討論。另因我國現行健康保險契約因承保範圍之差異(如重大疾病保險、防癌保險等)，其保險契約內容各有所不同。未避免論及過廣，失去焦點，本計畫僅以主管機關所公布之「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」(下稱實支實付型示範條款)¹¹及「住院醫療費用保險單示範條款(日額型)」¹²(下稱日額型示範條款)為論述核心，先於述明。至於，其他健康保險契約對因法令變遷或因醫療技術之進步所生理賠爭議之處理，未來似亦可比照為之。

一、規範內容介紹

依行政院金融監督管理委員會保險局(下稱金管會保險局)組織法第2條規定：「行政院金融監督管理委員會保險局掌理下列事項之擬訂、規劃及執行：一、保險業之監督及管理。二、保險商品之審查、監督及管理。...。」據此，金管會保險局職掌保險商品之審查、監督及管理等事項。

按保險契約內容具複雜性與專業性，且為保險公司單方擬定之定型化契約。因此，為維護保戶權益金管會保險局遂依職權公布多種保險契約示範條款，以供保險業者擬定保險契約時參考之用。惟查主管機關所公布之相關保險商品審查要點中，並無保險人之保險契約條款

¹¹ 參行政院金管會 96.11.01 金管保二字第 09602524430 號函訂定。

¹² 參行政院金融監督管理委員會金管保二字第 09502525050 號函。

違反示範條款時之處罰規定。是以，示範條款之性質似應僅為主管機關依行政程序法第159條之規定所公布之具裁量性的行政規則¹³。

復按金管會保險局為監督管理保險業者所販售之健康保險商品，爰於民國（下同）95年10月30日以金管保二字第09502525050號函修正發布「住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）」共21條，並於96年11月1日以金管保二字第09602524430號函訂定發布「住院醫療費用保險單示範條款（日額型）」共17條，以為作為規範之依據。

上開示範條款分別就保險契約的構成、名詞定義、保險期間的始日與終日、保險範圍、保險金之給付、除外責任、契約有效期間及有效續保、告知義務與契約之解除、契約之終止、年齡之計算、保險事故之通知與保險金之申請時間、受益人、保險金之申請、時效、批註、管轄法院等事項，均有具體之規範，以供民間保險業者擬定健康保險保單時之參考。

二、相關名詞定義

「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）」，乃主管機關為保護消費者之權益，基於職權所發布供業者設計此類型保險契約之範本。雖住院醫療費用保險單示範條款之性質，應僅為具裁量性行政規則¹⁴。惟因主管機關所公布之各類型「保險契約示範條款」為其內部審查保險業所訂之保險單條款之基準，並做為准駁與否之裁量，自有拘束保險業者之潛在

¹³ 參汪信君，保險法理論與實務，元照，2006年，頁281-285。

¹⁴ 參汪信君，保險法理論與實務，元照，2006，頁285。

效力，已如前述。故下列相關名詞定義，原則上以上開示範條款所闡明之定義為原則，分述如下：

(一) 保險期間

所謂保險期間，係指保險效力開始後、終止前之期間。依保險法第55條規定：「保險契約，除本法另有規定外，應記載左列各款事項：...四、保險責任開始之日時及保險期間。」由於保險期間影響保險契約效力甚鉅，契約當事人若違反保險期間之規定，則可能產生失權之效果，且保險期間之長短，亦會影響保險費金額費率之計算，故保險法第55條爰明訂「保險責任開始之日時及保險期間」，為保險契約之基本條款應予記載事項。

而就健康保險期間之起迄，日額型示範條款第3條及實支實付型示範條款第3條雖規定：「保險單上所載期間之始日午夜十二時起至終日午夜十二時止。但契約另有約定，從其約定。」另同示範條款第12條復規定「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，本公司不得拒絕續保。」是以，現行示範條款對保險期間雖明定保險期間為一年，惟保險期間屆滿時，要保人尚得交付續保保險費，以使契約繼續有效，且本公司不得恣意拒絕續保。從而可知，我國「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）」之保險期間雖以一年期為限，但因有強制續保之規定，故具長期性契約之屬性。

(二) 疾病

查我國保險法第125條規定：「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。」同法第131條復規定：「傷害保險人於被保險人遭受意外傷害及其所致殘廢或死亡

時，負給付保險金額之責。前項意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致者。」是以，我國保險法中對疾病一詞係採反面定義，即當被保險人身體受損害之原因非屬傷害即為疾病。而傷害則明定則須非由疾病引起之外來突發事故所致者。

復查日額型示範條款第2條第1項及實支實付型示範條款第2條第1項僅規定：「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。」從而可知，示範條款中對於「疾病」之定義，亦不甚明確。

又依金管會96年8月29日金管保二字第09602523643號令修正發布之人身保險要保書示範內容及注意事項第5點規定：「健康保險告知事項之內容，不論採附加於人壽保險主契約或單獨以主契約方式銷售，除得依前點人壽保險要保書之規定辦理外，如因配合保險商品特性需要，需加列詢問內容時，得由保險人自訂，但所詢疾病名稱應力求清楚，不得以概括方式列示（如呼吸系統疾病、其他不知名之疾病或症狀等）。」復依金管會發布公告之人身保險商品審查應注意事項第59點規定：「醫療險契約生效保險責任應即開始，如因險種特性須另訂等待期間者，宜於「疾病」或「重大疾病」之定義訂定，惟其費率應再配合該等待期間確實反映。」；第61點規定：「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，並應將「初次罹患癌症保險金」終身僅領一次於費率中反映。」；第73點：「先天性疾病是否承保，各公司得自行設計，惟需於費率中反映。另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，如非其明列之疾病則視為承保範圍。」是以，對於疾病之定義，現行人身保險要保書示範內容及注意事項亦僅強調需以反面列

舉方式為之，且對於列舉之疾病名稱應力求明確清楚，不得以概括方式列示之。

綜上可知，我國保險法規與健康保險契約內容對於「疾病」一詞均未能明確定義，係採反面之規定方式，對此定義方式是否妥當。本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後，再行檢討現行規範並提供具體建議。

（三）住院

查日額型示範條款第2條第4項及實支實付型示範條款第2條第4項規定，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。又所稱之「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。

依上開示範條款所述，住院之定義應包含三個要件：1.經醫師診斷必須入住醫院。2.正式辦理住院手續。3.確實在醫院接受診療者。前兩項要件較無爭議，但所謂**在醫院接受診療係指接受何種程度之治療？**則有不同之認知與見解？被保險人主張有住院之事實，而保險人則以一般醫療常規〈可門診診療之傷病或可所患傷病經適當治療後已無住院必要〉作為理賠審核之參考。

復依95年7月27日行政院金融監督管理委員會金管保二字第09502065772號函所同意備查之人身保險理賠實務處理準則及職業道德規範第3點理賠實務作業準則：「...三、醫療理賠案件審核要點：1.疾病住院醫療是否需符合等待期之規定。2.醫療院所及診治者是否有合格執照。3.事故發生日與投保始期若甚為接近，則應進一步確認排除係投保以前發生的事故。4.慢性病症若短期即出險者，通常需調查，確認是否涉及既往症或告知不實；如屬急症，亦需了解是否為慢

性病之急性發作。5.住院天數、門診次數與醫療費用是否合理，是否超出約定的給付限額。6.判斷是否有住院之必要，手術或治療方式是否與診斷病名有關，若屬美容、整型、選擇性手術等未符條款約定者，應不予理賠。7.若為高額理賠件，應注意同業之通報，防範住院浮濫意圖不當得利之情況。」。然依金管會發布公告之人身保險商品審查應注意事項第58點規定：「實支實付型醫療保險商品不得於醫療保險金給付條文中增列有關「合理且必需」之文字及條件。」因此，住院之定義，即可能在實務操作上產生保險人與被保險人間各自表述之情形發生。從而，如何客觀且公正的認定住院之定義，一直是實務上所面臨的重要爭點。惟應如何解決，將於下文繼續探討。

又依全民健康保險法第39條規定：「下列項目之費用不在本保險給付範圍：...八、日間住院。但精神病照護，不在此限。」日間住院為一種新型態醫療現象，除日間住院外，精神衛生法亦另有規定夜間住院與全天住院型態。惟在目前住院醫療保險契約條款對於「住院」之定義尚未明確下，如何定義及區分日間住院、夜間住院與全天住院更顯棘手，也因此衍生不少實務爭議，本文也將於下文併予探討之。是以，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

（四）手術

手術乃係醫學上慣用之專業術語，涉及醫學專業範疇，故為避免因保險契約名詞定義與醫學認定標準不一，進而衍生理賠爭議，故上開示範條款內並未針對「手術」乙詞另作定義。

然依實支實付型示範條款第7條規定：「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。」據此可知，對於何謂手術，實務上係以保險契約中之「手術名稱及費用表」作為依據。惟若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，則由保險人與被保險人相互協議，比照該表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額。

從而可知，我國健康保險契約對「手術」一詞，並無定義，而係連接全民健康保險對手術之規定。對此，本計畫認為現行全民健康保險主管機關對於「手術給付表」會基於當前社會醫療實務之需要而定期調整。若是商業型健康保險於契約中明定以該「手術給付表」之手術名稱為商業型健康保險契約手術之判定標準時，因此二者設立目的不同，加上若是全民健康保險主管機關對於「手術給付表」內容調整頻率與幅度過大時，恐對商業型健康保險契約之經營造成嚴重影響。是以，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

(五) 承保範圍

係指被保險人於保險契約有效期間內，因約定之疾病或傷害等保險事故發生時，保險人應依保險契約之約定給付保險金之範圍。日額型示範條款第4條及實支實付型示範條款第4條規定：「被保險人於本

契約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本契約約定給付保險金。」。

然依保險局所公布之99年上半年度保險申訴案件統計，就人身保險方面之爭議類型而言，在理賠申訴案件中則以「承保範圍」爭議所占比率最高，此種現象大多是因未貼近社會合理期待而產生。

在承保範圍爭議當中，癌症及其後續之治療是否屬於防癌保險給付範圍之認定，於壽險業界困擾已久。對此，保險事業發展中心於93年3月25日召集業者討論之「癌症保險理賠爭議問題研討會」中，作成結論如下：**保險公司應考量保戶購買癌症保險之合理期待（依一般社會通念），被保險人因癌症引起併發症或癌症治療所致之併發症，如與罹患之癌症間具有相當因果關係，則應認為屬「癌症併發症」之範圍。**而所謂併發症，係指病患因某種疾病入院後，又因該入院疾病引發其他疾病，惟各類疾病之併發症為何，保險局建議依疾病類別洽相關醫學會或學術單位查詢。因此，有關醫學名詞之定義，非由保險業定義即可，仍需要醫界協助。

對「承保範圍」不清所生之理賠爭議，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

（六）除外責任

除外事項係指被保險人因特定原因所致而使事故發生者，保險人不負給付各項保險金的責任，此乃為避免道德危險。如依保險法第127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。」同法第128條規定：「被保險人故意自殺或墮胎所致疾病、殘廢、流產或死亡，保險人不負給付保險金額之責。」。

另上開示範條款亦有明列其除外責任，除對於被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）、被保險人之犯罪行為及被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品均共同排除外，並針對不同事故予以排除，依日額型示範條款第7條第2項規定：「被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。二、外觀可見之天生畸形。三、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。四、懷孕、流產或分娩及其併發症。」、實支實付型示範條款第11條規定：「被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。二、外觀可見之天生畸形。三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且其裝設以一次為限。五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。六、懷孕、流產或分娩及其併發症。」。

本計畫認為因現行健康保險契約中對於「承保範圍」與「除外事項」未能明確釐清範圍，以致於，理賠爭議案件頻生。是以，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

（七）保證續保之規定(如保險公司得否調整保險費或契約內容)

保證續保乃允許要保人在一段相當長的年度期間內，只要繳交保險費即可續保到保單所約定之一定年齡而言¹⁵。由於保險關係於保險期間屆滿時契約即告終止，因此於保險期間屆滿後所生之保險事故，保險人即不再負保險契約責任。惟醫療保險期間多數甚短，若須每次

¹⁵ 參閱 邵靄如、曾妙慧、蔡惠玲合著，健康保險，2009年9月初版，頁9。

期間屆滿後再予重新評價訂約，勢將影響被保險人受醫療保險保障之權益，且為避免到期不續保而生之保險空窗期問題，是日額型示範條款第8條及實支實付型示範條款第12條均規定：「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，本公司不得拒絕續保。本契約續保時，依續保生效當時報經主管機關核可之費率及被保險人年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。」。

由於保證續保條款明確規定在一定條件下，保險人不得拒絕要保人之續保請求，如此將使原本一年期之健康契約產生長期化現象，將大幅增加保險人之經營風險。又上述醫療理賠爭議多起因於原先契約中預定條件發生變遷，致雙方權益義務產生變化所致。雖健康保險契約中多賦予保險人於續保時，得重新計算保險費適度調整保險費。惟因保險業考量市場競爭因素，欲配合法令之變遷與醫療技術之更新，短期內經常調整保險費恐屬不易之事。對此困境，保險人應如何因應，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

(八) 保險人有無終止權

依日額型示範條款第10條及實支實付型示範條款第12條規定：「要保人得隨時終止本契約。前項契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人依第一項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。短期費率表如附件。」上開示範條款僅就要保人之終止權有所明定，惟並未規範保險人有無終止權。

依保險法第59條規定：「要保人對於保險契約內所載增加危險之情形應通知者，應於知悉後通知保險人。危險增加，由於要保人或被

保險人之行為所致，其危險達於應增加保險費或終止契約之程度者，要保人或被保險人應先通知保險人。危險增加，不由於要保人或被保險人之行為所致者，要保人或被保險人應於知悉後十日內通知保險人。危險減少時，被保險人得請求保險人重新核定保險費。」同法第60條規定：「保險人遇有前條情形，得終止契約，或提議另定保險費。要保人對於另定保險費不同意者，其契約即為終止。但因前條第二項情形終止契約時，保險人如有損失，並得請求賠償。保險人知危險增加後，仍繼續收受保險費，或於危險發生後給付賠償金額，或其他維持契約之表示者，喪失前項之權利。」從上可知，倘若保險契約存續期間，要保人對於保險契約內所載增加危險之情形，需負通知義務。如違反時保險人得依據同法第57條解除契約，亦或於獲知危險增加後，得終止契約或另定保險費。因此，對於保險契約內所載增加危險之情形，保險人似得依保險法之規定，為解除、終止契約或提議另定保險費。

惟，本計畫認為對於前述健康保險理賠爭議案件，要保人需負危險變更之通知義務。如違反時，保險人得否依據同法第57條解除契約，亦或於獲知被保險人危險變更時，得終止契約或另定保險費，似有討論之必要。

首先，本條所稱危險變更通知義務限保險契約所載須通知者為限，故若保險契約內未載明要保人對於危險增加須負通知義務時，則無本條之適用。惟觀諸現行健康保險示範條款之規定，契約中並無載明要保人對於何種情形之危險增加需負通知義務。是以，保險人實難主張要保人違反通知義務，而解除、終止契約或提議另定保險費之理。

再者，依據學者見解，保險法第59條所稱危險增加須具備三大要件，即是重要性、持續性與不可預知性¹⁶。上述爭議健康保險理賠爭議事件雖具重要性與持續性，惟是否符合不可預知性，實有商榷之必要。就醫療技術進步而言，雖保險人於訂約之時無法確知未來科技之進步，將如何影響疾病之治療。然而，應可預知醫療技術推陳出新，日新月異，且新的醫療方式勢必對保險人理賠造成嚴重之負擔。此應是訂約之時，契約當事人均可以預知之情事。要保人基於對此之認知，有恐未來無力負擔巨額醫療費用，始向保險人投保醫療保險，保險人亦因此而開辦醫療保險。倘若保險人有恐未來醫療技術之進步所生鉅額費用，將嚴重影響其財務結構致生有經營風險過大之虞時，應於承保之時設立風險管控機制，以解決上述爭議。是以，本計畫認為保險人對醫療技術之進步所生巨額醫療費用，似不得主張保險法第59條危險變更而有解除或終止契約。

另，就法令之變遷而言，因法令之變遷有可能導致保險人危險承擔超過訂約時之風險預估，換言之，此種情形實有可能構成對價基礎不公平之情形，違反對價平等原則。且此情形亦非雙方當事人於訂約時所能預見，故契約條件實有必要重新調整以為適當。然而，本計畫認為此醫療給付爭議態樣仍不足構成保險人得主張本條而解除契約。蓋因，法令之變遷屬保險人所知之事項，要保人不負通知義務（保險法第62條參照），故保險人不得主張要保人有危險變更通知義務之違反而解除契約。保險人僅得因法令變遷以致於增加風險承擔，而通知要保人提議另訂保險費（保險法第60條參照），若因該法令變遷以致於保險人無法承擔因而增加之危險時，保險人亦得通知要本人終止契約。是以，倘若保險人因業務競爭而不願向要保人提議另訂保險費

¹⁶ 參閱 江朝國，保險法基礎理論，頁 294-299。

或終止契約，乃保險人之另外考量，實不得主張法令變遷以致於對價基礎不足而不為理賠。

最後，倘若為保護消費者之權益計，認為若因醫療技術之進步或法令變遷，以致於，保險人終止契約將嚴重影響要保人與被保人權益，似可於續約時透過個別商議，將該事項列為除外不保項目或藉由等待期間之設立，控管經營風險與道德危險，以維護雙方權益。

雖然契約成立後，當事人即需依據契約內容決定彼此權益與義務，惟查現行健康保險契約中多載明保證續保之規定，故本質上具有繼續性契約之特性，契約存續期間可能長達數十年。若契約期間內有任何事情發生足以影響員對價關係之平衡時，似應調整契約內容以符合公平正義。是以，本計畫認為無論是法令變遷亦或是新的醫療技術，通常需要較高額醫療費用。若全部都由保險人承擔似乎將對保險人財務造成嚴重負擔，恐將因而導致保險人有經營不善之虞時，似應准予保險人得主張情事變更，就現行給付項目與金額與訂約之時有顯著不合理之處，得依據情事變更之法理，調整雙方權益，如主張酌減給付(民法第227條之2參照)等，以健全保險人之財務狀況。至於，續保時亦得依據契約內保險費調整機制，在符合精算原則下，適度增減保險費，以解決類似問題為宜。至於具體做法為何，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

(九) 其他(如事先核准制等特殊規定)

依金管會於96年11月01日以金管保二字第09602524430號函公告，主旨以：「所報『住院醫療費用保險單示範條款(日額型)』乙案，修正如附件(略)，請查照並轉知所屬會員辦理。」，說明項則以：「二、貴公會96年9月28日壽會本字第96093098號函所報有關『住院醫療費用保險單示範條款(日額型)』之實施日期、商品送審

原則及相關配套措施乙案，除新送審之保險商品應自文到之日起按前揭示範條款送審外，餘同意依 貴公會之建議辦理。」，並檢送住院醫療費用保險單示範條款（日額型）實施配套措施說明，說明如下：

「一、已核准、核備、備查商品或新送審商品，於實施日後均應參照新示範條款修正送審與銷售。二、保險期間超過一年之保險商品：已銷售之有效契約；已簽訂契約仍依各該契約條款約定辦理。三、保險期間一年以下之保險商品：由保險公司自由選擇是否適用從新從優：

1.選擇有效契約適用者：（1）已核准、核備、備查商品，即依從新從優原則辦理，除原簽訂之契約條文對保戶較為有利者外，應依新示範條款辦理。已核准、核備、備查之住院醫療費用保險商品，應依「保險商品銷售前程序作業準則」相關規定完成部份變更送審程序。（2）於各該公司網站、繳費通知、送金單或契約概況一覽表等公告保戶其採行差異。2.選擇有效契約不適用者：（1）已核准、核備或備查保險商品，於實施日後不得再銷售給新保戶，僅得提供該商品之有效契約保戶因條款為保證續保者續保。（2）對已銷售之有效契約應於實施日一年內採用掛號郵寄或專人送達方式通知保戶，讓有效契約保戶可選擇依新條款、新費率或舊條款、舊費率續保，若保戶選擇新條款、新費率者，保險公司應補發新條款給保戶。（3）爭議處理：若有保戶主張通知有未送達之理賠爭議時，以讓保戶選擇要用舊條款、舊費率或新條款、新費率為理賠標準方式處理；若選擇新條款、新費率則應補期間保險費差額，即視同通知後，即變更為新條款、新費率，並於保單週年日（係指於實施日後的下一保單週年日）轉換。四、團體健康保險不適用住院醫療費用保險單示範條款（日額型）五、示範條款實施日期建議於民國 97年1月1日。」此除說明在金管會公告上開示範條款過渡期間新舊約之適用問題外，亦說明住院醫療費用保險單示範條款，有拘束保險業者之效力。是以，保單條款之訂定除非較示

範條款有利被保險人者外，均應比照示範條款及現行相關法令規定修正，保險商品並應送請金管會保險局核准或備查¹⁷。

從上述主管機關函釋可知，主管機關對於因新舊示範條款調整所生承保範圍變更，係以站在保障消費者之出發點為主。故明定新舊示範條款調整時採從新從優原則處理。並且課與保險人通知義務，如未通知時，由要保人決定契約內容。惟對於商業保險契約示範條款內容有變更時，主管機關是否得以行政命令方式約束保險人需對舊契約之續保與理賠採從新從優原則處理，實有待進一步討論。蓋因，示範條款之性質，應僅為具裁量性行政規則¹⁸。是以，示範條款內容之更動僅為主管機關審查未來新契約之依據，實難對已經生效之契約內容產生影響。再者，新舊示範條款計價基礎不一，主管機關要求保險公司對已經生效之契約於續保時需負通知義務，未能通知者契約內容由要保人決定。惟倘若保險人無法通知要保人以致於無法與要保人確認契約內容時，保險人需受未能通知之不利益，如此之規定對全體共同成員而言，是否公平，實有再商榷之必要。是以，對於因示範條款內容調整所生之理賠爭議，應如何解決，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後提供具體修正建議。

三、必要性醫療行為之判斷標準

何謂必要性醫療行為，條文並無明確之定義，惟保險實務上，常先以排除之方式將非必要醫療行為予以排除，例如身體檢查、檢驗、預防性治療、減肥或增重、復原期間所接受之服務、居家護理、視力檢定、美容整形手術、牙齒矯正等。此種排除方式，上開示範條款亦

¹⁷ 查我國保險商品原採核准、核備與備查，惟為加速保險商品審查需求，於2006年9月1日起改為核准與備查。

¹⁸ 參閱 汪信君，保險法理論與實務，頁285。

有詳列，依日額型示範條款第7條第2項規定：「被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。二、外觀可見之天生畸形。三、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。四、懷孕、流產或分娩及其併發症。」、實支實付型示範條款第11條第2項規定：「被保險人因下列事故而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。二、外觀可見之天生畸形。三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且其裝設以一次為限。五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。六、懷孕、流產或分娩及其併發症。」

復依95年7月27日行政院金融監督管理委員會金管保二字第09502065772號函所同意備查之人身保險理賠實務處理準則及職業道德規範第3點理賠實務作業準則：「...三、醫療理賠案件審核要點：1.疾病住院醫療是否需符合等待期之規定。2.醫療院所及診治者是否有合格執照。3.事故發生日與投保始期若甚為接近，則應進一步確認排除係投保以前發生的事故。4.慢性病症若短期即出險者，通常需調查，確認是否涉及既往症或告知不實；如屬急症，亦需了解是否為慢性病之急性發作。5.住院天數、門診次數與醫療費用是否合理，是否超出約定的給付限額。6.判斷是否有住院之必要，手術或治療方式是否與診斷病名有關，若屬美容、整型、選擇性手術等未符條款約定者，應不予理賠。7.若為高額理賠件，應注意同業之通報，防範住院浮濫意圖不當得利之情況。」。然依金管會發布公告之人身保險商品審查應注意事項第58點規定：「實支實付型醫療保險商品不得於醫療保險

金給付條文中增列有關「合理且必需」之文字及條件。」因此，必要性醫療行為之認定，即可能在實務操作上產生保險人與要保人間各自表述之情形發生。再者，醫療機構也可能為配合病患需求而從寬認定該醫療行為之必要性。從而，如何客觀公正的認定何者屬必要性醫療行為，一直是實務上所面臨的重要爭點。惟應如何解決，本計畫將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後，繼續探討。

四、保險契約條文不明確解釋原則

依保險法第54條第2項規定：「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。」其立法理由乃參考民法第98條之意旨及保險契約為附合契約之特質，故明定保險契約有疑義時，應作有利於被保險人之解釋，而成為保險契約條文不明確之解釋原則。

對於保險契約條文不明確解釋原則，最高法院亦有所闡明¹⁹：「保險契約率皆為定型化契約，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（保險法第五十四條第二項參照），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」。

從而，於保險契約之解釋，除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外，倘有疑義時，應參照保險法第54條第2項規定，為有利於被保險人之解釋，以免保險人變相限縮其保險範

¹⁹ 最高法院 96 年台上字第 133 號民事判決、92 年台上字第 2710 號民事判決。

圍。故該條項之規定即為學說上所謂不明確條款解釋原則。又且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。

然而，對上述健康保險理賠爭議，要保人是否可以主張契約內容不明確，逕行請求僅對消費者作有利之解釋，而要求保險人需理賠，實值得再深思。蓋因，雖健康保險契約為保險公司所預定，且保險公司精算人員與契約規劃人員均具專業性，倘若對於因保險公司內部人員之疏失而致契約內容有所疑慮之時，對該疑慮自需由保險公司承擔因此所生之不利益，此應無疑問。惟保險公司之精算人員亦有能力上限制，若課與超過專業能力上之要求，如期待此等人員需對新醫療技術與法令變遷等所生之費用於訂約時即需加以全部考量，充分反映於保險費中，實有強人所難之嫌。是以，本計畫對於上述醫療爭議之處理，要保人是否得主張契約疑義利益全部由被保人享有，實有再三思之必要。惟應如何解決，將於參考英、美、德、法、日與中國之作法後繼續探討。

第三章 健康保險定價資料基礎適足性之研究

第一節 健康險費率之介紹

保險是以多數經濟單位的集合，經過合理計算，共釀資金達到自助互助的經濟制度。所加入的各經濟單位，應分攤多少之資金，要以合理之計算為基礎，此分攤之金額即稱為保險費。

一、保險費率之結構

保險費率是每單位保險金額所繳之保險費，在保險費率之結構中，可分為純保費與附加保費兩部分。純保費為保險給付之成本，附加保費是經營保險的各項費用之支出，例如：體檢費用、發單費用、招攬費用以及預期利潤等，都包括在附加保費中。

(一)純保險費率之計算

健康險依給付型態可分為定額給付型及實支實付型兩類。定額保險，保險費率中所據以計算之基礎，僅損失頻率一項；而實支實付型醫療險是屬於損害補償保險，計算基礎除了損失頻率之外，尚與損失幅度有關。損失頻率與損失幅度計算公式如下：

$$\text{損失頻率} = \frac{\text{理賠次數 (Number of claims)}}{\text{保險單位數 (Number of exposure units)}}$$
$$\text{損失幅度} = \frac{\text{損失總額 (Incurred losses)}}{\text{理賠次數 (Number of claims)}}$$

在不考慮利率情況下，定額保險和損害補償保險之簡要純保險費率計算公式為：

$$\text{純保險費} = \text{保險金額} \times \text{純保險費率}$$

$$\text{定額保險純保險費率} = \text{損失頻率} = \frac{\text{理賠次數}}{\text{保險單位數}}$$

損害補償保險純保險費率 = 損失頻率 × 損失幅度

$$= \frac{\text{理賠次數}}{\text{保險單位數}} \times \frac{\text{損失總額}}{\text{理賠次數}} = \frac{\text{損失總額}}{\text{保險單位數}}$$

(二)附加保險費率之結構

附加保險費率之結構中，主要包含營業管理費用、安全加費及預期利潤等項目。

1. 營業管理費用

指經營保險產生各種營業費用支出，如佣金、體檢費用、發單費用、職員薪資等費用。

2. 安全加費

安全加費的計算，依純保費計算基礎的確實性而定。人壽保險方面其費率計算基礎較為確實，安全加費的重要性較小；財產保險的費率計算基礎較不穩定，安全加費就格外地顯得重要。另外，對於統計資料不完全之險種，安全加費尤其重要

3. 預期利潤

預期利潤之大小，受到企業要求之利潤率、同業的競爭以及政府的監督而決定。

二、保險費率釐訂原則

在訂定保險費率時，若不論個體所呈現的危險程度，而對所有被保險人收取平均費率，則會產生高危險者想購買，而低危險者不購買的逆選擇現象，因此必須針對其性別、年齡、職業、身體狀況等因素，

予以分類。雖希望每個投保個體皆能對其對應的危險，負擔適當公平的保險費，然就精算公平性而言，細分等級在實務上又多所限制；處理程序上，類別越多、等級越細，似乎越符合精算公平，但也會增加行政作業費用；且為了提供可靠的經驗值及考量費率結構的穩定性，在每一等級內需有足夠數量的案件，這些都會影響到實務上分類費率的規劃。

保險費率釐定之基本目的在於建立一套合理的價格制度，以便有足夠的保險費收入來支付賠款與費用，並達成合理的利潤目標，然而也不可以過高到喪失競爭力。因此，在釐訂費率時應考慮下列各項原則：

(一) 適當性

保險費率之訂定，主要需能償付因危險事故發生所需之理賠成本，以及各項合理之營業費用。費率的不足夠，將使得保險公司缺乏清償能力，進一步將使得保單持有人之權益遭受嚴重損失。反之，若訂定過高，將使得被保險人負擔增加，而保險人作收不當的利益。因此在訂立費率時，應注意費率是否不足或偏高，以及是否需要調整，必須力求適當，而無偏頗。

(二) 公平性

保險費率之計算，必須考慮能適用在個別危險，使被保險人所繳保費，與保險公司所負之責任，彼此相當，公正無偏。公正的解釋容易，但在實際執行上頗難達到絕對之公平。蓋被保險人所投保之危險，絕無兩人是完全相同者，除非個別加以評定。然而實際上很難達到，也與保險上大數法則之原理相違背。實務上為求計算之便利，乃將同性質之危險歸納為若干類，然後計算其分類費率。

(三) 可行性

所謂可行性即是所計算出之保單費率，應有其銷售之可能性。換言之，費率之計算，一方面力求其適當與公平，另一方面要顧及被保險人之負擔能力。並且，保險人應儘量讓被保險人瞭解與保險契約有關之規定，其中即包括費率部份。雖然被保險人不一定要瞭解整個費率釐訂過程，但對於與其本身有關之部份，仍有權瞭解。因此，保險市場所使用之費率，應達到「易於解說」的目標。如因費率不易解說，或難以實施，則無論其如何公平合理，皆不可能為被保險人所接受。

(四) 穩定性

保險費率釐定後，在相當期間內，不應多所變更。穩定之費率，可使要保人之負擔確定，能依照預算按時支付，不致因保險費率隨時更改，而使要保人應付困難，引起反感，而導致營業量之減少。

(五) 融通性

保險費率的訂定，雖應求其穩定，但仍應使其具有融通性。也就是短期內應注意保險費率的穩定性，長期又應配合實際情況做適當之調整。也就是當風險因素或法令有重大改變時，費率應隨時機動調整，並須注意費率應能適應經濟及社會情況之變化。亦即保險人應隨時維持最適當費率，以免任何一方遭受損失。此原則與費率釐訂之關係頗為密切，故為精算人員所重視。精算人員用於機動調整費率之方法，包括運用趨勢因子(trend factor)、賠款發展因子(loss development factor)、經驗期間之權數(weights)、可信度因子(credibility factor)等修訂各種經驗統計資料，並據以釐訂費率。

(六) 損失預防的誘導性

保險費率訂定上，最好應具有損失防阻的誘導功能。假如保險費率結構中有損失預防減費的規定，則日後風險發生的損失頻率及損失幅度都將隨之減少。例如壽險業曾推出「醫療險三年無理賠紀錄、加

倍給付」方案，無理賠紀錄除了可以增加醫療險保額外，有些壽險公司更從「減免保費」著手，如果三年沒有理賠紀錄，保費最高可以打五折。對保險公司而言，保戶珍惜醫療資源，維持身體健康，沒有理賠紀錄，可讓保險公司省下不少理賠費用。如果把這部分金額回饋給保戶，不僅保戶高興，也可讓醫療險的損失率降低。此種損失預防的效益，可降低保險人的損失率及全體社會實質的損害，故無論從保險人、被保險人或對社會的觀點而言，均是有所助益的。

保險費率的訂定除分析過去的經驗資料外，並發展對各類別被保險人適當、合理且公平的保險費率。因此在對各式給付內容定價時，會因保險給付內容、種類及政府法令等限制，並依據被保險人的年齡、性別及過去病史等特徵來分類。

然使用過去統計經驗值，要推估未來幾十年的醫療成本，在醫療技術不斷更新與費用不斷提升的情況下，如何確保險費率的公平合理及適足性，是釐訂健康險費率相當重要的課題。由於影響醫療險成本估計的因素比產壽險要多，既包括疾病發生率(門診利用率、住院率等)、疾病持續時間(平均住院天數)和損失額度(平均門診費用和平均住院費用等)，還包括醫療價格上漲、醫療機構級別等產壽險費率計算中不常涉及的因素，加之上述因素的影響往往不易被完整、準確地測量，這使得醫療保險的保險費計算比其他險種更加複雜。

三、健康保險保費計算基礎

健康險在費率釐訂上，有以下因素為計算保險費之基礎：

(一) 罹病率

健康保險依給付型態分成「定額給付型」與「實支實付型」兩大類，定額給付型醫療險在費率計算上主要以損失頻率(疾病發生率)為

主，實支實付型則以損失頻率(疾病發生率)加上損失幅度(醫療費用)加以計算損失成本。

各種健康險考慮的計算因素亦有所不同，如住院醫療險考慮的是住院發生率、住院日數，癌症醫療險則考慮癌症發生率及相關醫療費用的統計資料及發展趨勢。由於目前醫療費用有逐年增加的趨勢，因此長期性的健康險就必須考量保險費調整機制等風險控管措施。

目前業界在健康險費率定價上，各項發生率參考來源有全民健保局、衛生署、壽險公會、再保公司及業者經驗資料等，並考量其理賠成本/發生率成長趨勢加計安全係數(safe margin)計算。

(二) 利率

利率因素對於健康險並不如壽險重要，但長期性健康險仍要謹慎考量利率的影響，以合適的利率來反應早期收取保險費累積的投資收益，近幾年壽險業因應市場走向逐漸調降保單預定利率，以較保守的基礎計算費率。

(三) 繼續率

繼續率是指相對於前一保單年度，保單繼續有效的比率。當採用平準式保險費時，繼續率是影響長期性險種相當重要之因素，由於第一年新契約費用較高，遠超過費用結構中的可運用費用，因此有賴續年度保險費中得到彌補，但若繼續率降低超過預期時，則可能無法照預期費用回收而產生虧損。

(四) 脫退率

脫退率是指保單非因死亡因素而終止，一般而言脫退率包含失效及解約。在設計商品上，市面上長期健康險若脫退率因素納入費率考量中，則解約時並無解約金。

根據「人身保險商品審查應注意事項」第八十點規範：長期健康險繳費期間未滿十年者不得使用脫退率，繳費期間十年(含)以上且使用脫退率而無解約金者，已併同主要給付項目於險種名稱下方標註揭露。

(五) 附加費用率

此部分包含營業管理費用、安全加費及利潤三部分：

- 1.營業管理費用：指經營保險產生各種營業費用支出，如佣金、體檢費用、發單費用、職員薪資等費用。
- 2.安全加費：安全加費的計算，依純保險費計算基礎之確實性而定，對於統計資料不完全的險種，為了經營上安全與風險控管的需要會加上安全加費。

在使用健保局建立的醫療統計資料時亦要考慮到醫療統計資料之使用目的與保險定價所需資料之目的不同，前者係供醫療衛生分析使用，後者則為風險控管常必須加上較窄的”條件”定義。當兩者目的不同時，而一方須引用另一方之資料，難免會有發生率無法正確估計的問題，所以酌加安全係數有其必要性。

- 3.利潤：保險費結構中會加入適當之利潤，訂定方式以保險費的某一比例為基準。

根據財政部84.12.30台財保字第842037573號函規範「人身保險費率結構」健康保險應先根據核定之損失率及利率計算總保費，其營業管理費用及預期利潤等之附加費用，按總保費依下列標準附加之：

- (1) 個人保單不得高於總保費百分之三十六。

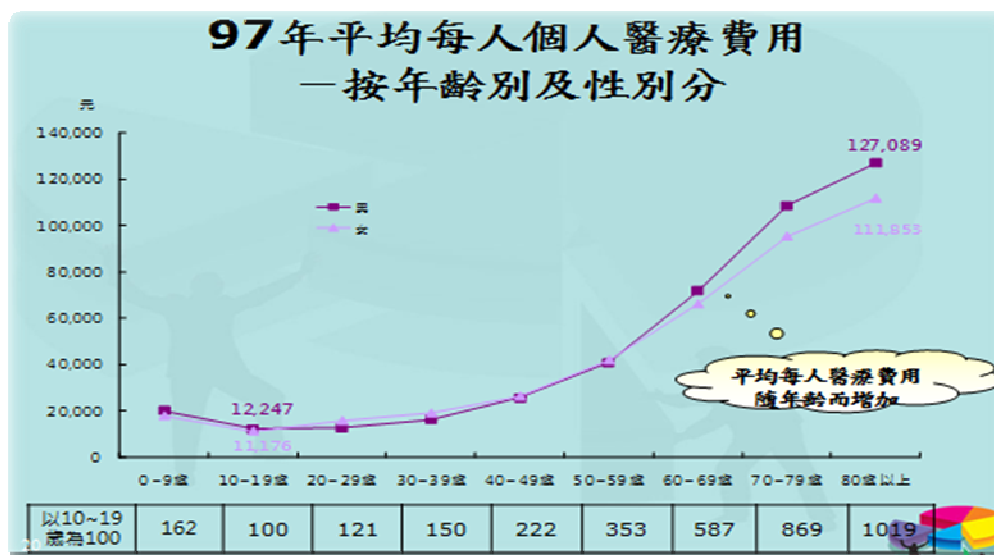
(2) 附加於人壽保險單者不得高於總保費百分之二十四。

(3) 團體保單占總保費百分之十四。

四、健康保險費率影響因素

性別及年齡是影響健康險費率最主要的兩大因素（見圖一），健康保險的費率依性別及年齡之不同而異。

圖一：97年平均每人個人醫療費用圖



資料來源:衛生署統計室

(一) 性別

性別是影響疾病發生率的重要因素，大部分疾病的發病率男女有別，而症狀也男女不同，以男女的平均壽命而言，世界各國都是以女性的壽命較長，且各國都有平均壽命逐年延長的傾向，而隨著壽命的延長，可以預見未來女性將會面對更多的老年疾病。以整體罹病率來看，男性在年輕時罹病率低於女性，而年齡漸長後罹病率即高過女性。

(二) 年齡

一般來說，很多疾病的發生率與死亡率會隨年齡增加而上升，但在幼兒時期，由於免疫系統可能尚未發育完全，幼兒對抗病毒的能力較差，因此亦有較高的罹病率。

五、健康險費率類型

保險費是否按危險遞增而區分，可分成「自然保費」與「平準保費」。

(一) 自然費率

是依據每人年齡而有不同的保費，年齡愈大保費愈高。通常一年期的險種都是採自然費率，也就是保費隨著危險發生率之變化而調整，年紀愈大，保費會愈高。實支實付的醫療險多半採取階梯式自然保費的計算方式，而且隨著年齡的增加，保費以階梯式調高，例如每五年，醫療險的費率就跳一級。也因為年紀愈大，疾病發生率也隨之增高，各保險公司亦於核保規定中限制最高續保年齡(65或70歲)以控制其風險，但伴隨的問題就是保戶於高齡時就無法獲得醫療保險之保障，這也是長期醫療險之設計為保戶所接受的原因之一。

(二) 平準費率

即保戶投保後，每年所繳的保費是固定不變的，在長年期醫療險就常依平準式費率計算保費。在民國85年，壽險業推出第一張終身醫療保單，也以平準保費方式計費，這種「限期繳費，保障終身」的方式，在醫療科技的發達，國人平均餘命不斷延長的情況下，將使得保險公司經營風險逐漸升高，進而影響公司的經營及全體保戶的權益，因此金管會於95.09.01公布「人身保險商品審查應注意事項」第79點規定「長年期健康保險應有給付限額或保險費調整機制」，讓壽險公

司能有效控制長年期健康保險的經營風險。

六、商業醫療險的沿革與費率調整機制

早期商業健康保險多以附約形式附加在壽險契約中，當時為一年期醫療保障，有「保證續保」機制，續保到65歲或75歲，採階梯保險費設計方式，實施幾年後可依實際情況而調整，也就是當損失過高時，可報請主管機關調整費率表，以此做好損失成本風險控管。

近年來由於醫療科技的發達，平均餘命不斷延長，保險公司亦研發終身健康保險擴大保障範圍。民國85年，主管機關核准○○人壽終身醫療保單，也是業界推出第一張終身醫療保障的保單，隨後各壽險業陸續跟進，然而終身健康險是依平準保險費方式計費，打著「限期繳費，保障終身」的特色。這種限期固定繳費並要保障終身的情況，在實際損失率大於預期損失率時，保險公司若沒有保險費調整機制來反映真實狀況，長期將使得保險公司經營風險升高，進而影響全體保戶的權益，因此金管會於95.09.01公布「人身保險商品審查應注意事項」第79點規定「長年期健康保險應有給付限額或保險費調整機制」，各家公司多改以帳戶型醫療險，來限制理賠金額之上限。目前○○人壽依此規定，重新規劃商品，並經主管機關核准銷售理賠無上限終身醫療，該商品能獲得同意販售，即因有續期保險費的調整機制，而此續期保險費調整機制為當此商品依實際經驗損失率達到調整保險費之標準時，經該公司簽證精算人員評估並於年終精算簽證報告意見書揭露後調整此商品之保險費率，每次調整後之新費率以不超過原費率的百分之二十為限。

第二節 健康保險定價之分析

一、健康保險定價資料來源

健康保險主要是保障未來發生的醫療費用支出，在定價時對於各計算基礎是以過去相關統計資料予以推估未來的醫療費用成本。實務上，業界各公司所採用經驗值之資料有下列幾個來源：

- 1.公司實際經驗值：取決於曝露數之樣本，往往各公司皆建立相關經驗值，但若樣本數不夠則無法合理反應成本，加計相當之安全係數是普遍之作法，要建立更穩定之經驗數值，往往需要拉長時間約三至五年去驗證。
- 2.各醫療院所、健保局、衛生署之經驗資料：樣本數較大，是普遍公認可採用之經驗值。
- 3.再保公司提供之經驗值：採用各再保險公司所屬國家之經驗值，但因各國之風俗民情、衛生習慣、醫療水準各有所異，所引用之資料通常需要修勻及調整，必要時仍需加計安全係數。

以上所列皆會有合理之說明及反映，但是否適當，每隔一段時間皆有其修正之必要性，一年期保單或許每年可修正其費率基礎，風險性得以控管，但若是保證屬性之長年期醫療險，則應有給付上限或保險費之調整機制。

二、健康保險定價資料適足性相關問題

國內銷售的健康保險大多以長年期為主，提供保戶長達數十年之醫療保障，因此發生率長期趨勢的準確預估對於保險公司的穩定經營是相當重要的課題。而國內保險公司現有之資料來源多參考全民健保、再保公司提供之國外資料以及公司本身建立之經驗資料，運用這些資料可能產生以下問題：

1. 再保公司提供之經驗資料：由於世界各國醫療水準、風土民情與飲食習慣種種的不同，因此各國的疾病發生率亦都不相同，故再保公司所提供的國外資料恐與台灣實際發生率並不完全相符合。
2. 公司經驗資料：要以公司本身經驗值做為定價基礎，必須要有三至五年之經驗值，並且在一般小型公司恐有數量不足，經驗值不穩定不具代表性等疑慮。
3. 醫療院所、健保局、衛生署之公開統計資料：其中健保資料不僅可信度高，且其病因、理賠資訊更多元、詳盡，故國內保險公司在健保實施後，多參考全民健保公開統計資料，然現行公開統計資料為已經過處理之第二手資料，適用性受到限制（如手術項目分類未依全民健保完整支付項目詳加表列），此外開放非學術研究使用之全民健康保險研究資料庫，因移除個人身份證號資料，故無法串聯檔案以獲得個人依時間變化之發生率。

三、商業健康保險的類別與定價

醫療保險依給付型態的不同可分為「實支實付型」及「定額給付型」兩大類。

(一)定額給付型醫療險

定額給付型醫療險是指被保險人發生保險事故後，保險人依醫生診斷書，按被保險人保險事故實際發生情況，給付固定之金額，不因被保險人實際是否支出該費用而有影響。

1.費率計算

定額給付型醫療險在計算費率時，僅需考慮保險事故之損失發生率，並不考慮保險事故之損失幅度。而醫療險的保險事故是指疾病和意外所致之醫療費用損失，並非死亡，因此健康險的費率也不像壽險

有固定生命表可查，由於各公司醫療險承保內容不同，所依據參考來源、統計資料亦不同，因此並無固定的定價資料；然由於全民健保實施已多年，建議主管機關可與全民健康保險局合作，建立相關之醫療統計資料，除可了解全民健保實施後各項經驗統計參考資料作為未來修訂之依據，更可以提供保險業保單定價基礎更穩健之經驗依據。

下列為計算一年期定額給付型醫療險之參考公式：

$$\begin{aligned}\text{純保費} &= v^{0.5} \times \text{等待期間係數} \times \text{每日住院日額 (固定)} \times \text{住院發生率} \times \text{平均住院日數} \\ &= v^{0.5} \times \phi_t \times SA \times q_x^1 \times q_x^{\text{Day}-1}\end{aligned}$$

2. 理賠給付申請

「定額給付」醫療保險契約是指被保險人發生保險事故後，無須檢附醫療費用收據正本，僅須住院證明或手術診斷證明書即可給付固定之理賠金額，不因被保險人實際是否支出該費用而有影響。

(二) 實支實付型醫療險

實支實付型的醫療保險，保險人係以被保險人實際支出之醫療費用為依據，按契約約定給付，其目的在填補被保險人支出醫療費用所受經濟上的損害，屬於損害補償保險之一種。

1. 費率計算

由於醫療科技的發達，平均餘命不斷延長，經營醫療險若風險控管不佳則很容易出現虧損，為控制醫療費用不斷上漲的風險，實支實付型的醫療險一般設計為一年期的形式，可依實際狀況調整保障內容與保險費率，較可控管醫療項目不斷增加與費用上漲的風險。在壽險

公司有保證續保條款但仍保留費率調整權，而產險公司自97年才開辦健康險，因無「保證續保」的承諾，所以目前費率較壽險公司的醫療險便宜。

下列為計算一年期實支實付型醫療保險之參考公式：

$$\begin{aligned} \text{各限額下之純保費} &= v^{0.5} \times \text{等待期間係數} \times \text{各限額下之} \underline{\text{平均每日}} \\ &\quad \underline{\text{住院醫療費用}} \times \text{住院發生率} \times \text{平均住院日數} \\ &= v^{0.5} \times \phi_t \times SA \times q_x^1 \times q_x^{Day-1} \end{aligned}$$

2. 理賠給付申請

實支實付醫療保險的理賠申請，係以被保險人實際支出之醫療費用為依據，因此必須憑收據正本來申請，但收據正本只有一份，所以被保險人若同時擁有公保、勞保或是團體醫療險，此時被保險人只能擇一申請，不能同時申請兩種以上實支實付的醫療保險給付，因此這部分理賠容易引起爭議及產生糾紛。

因此應加強宣導在購買實支實付醫療保險時，一定要整體考量已有的醫療保障，包括全民健保以及個人原已購買的商業醫療保險等，在各類保障之間有相互涵蓋部分，如果買多了，很可能造成保費的浪費並造成理賠上之爭議。另依據「人身保險商品審查應注意事項」第46點規定：實支實付型傷害醫療保險之被保險人以全民健康保險身份投保，不以全民健康保險身份住院診療；或前往不具全民健康保險之醫院診療，致各項醫療費用未經全民健康保險給付者，其給付依「住院醫療費用保險單示範條款」規定；另第48點亦規定：實支實付型傷害醫療保險商品其保險金額之申領，如不接受收據影本、抄本、騰本等文件亦有其處理之方式，以保障保戶之權益。

四、健康保險定價趨勢分析

健康險定價上評估承保事項的兩大構面為損失頻率與損失幅度，針對影響損失頻率與損失幅度之事項，予以分析如下：

1. **損失幅度**：醫療技術的日新月異，各樣新式藥品、新型手術不斷推陳出新，造成醫療費用的急速上漲，也影響醫療險損失幅度不容易準確估計。因此，實支實付醫療險多設計成一年期的保單，較有融通性來控管損失幅度上漲的風險。
2. **損失頻率**：在人類文明不斷進展的同時，所產生的疾病也產生了變化，例如精神疾病、呼吸系統疾病的發生率是在不斷上升的趨勢中，相反的，衛生環境的改善形成消化系統的疾病發生率是在下降中，這些皆會影響醫療險的損失頻率。然在各式疾病有些增加，有些減少各有消長的情況下，雖說健康保險定價上無法將各式承保疾病發生率一一準確估計，然而保險是依據大數法則的原理，運用大量隨機現象，由於偶然性相互抵消所呈現出必然的規律性。當數量越大越能準確估計其發展趨勢，健康保險即依據大數法則的原理穩健經營。

各種健康險定價時考慮的計算因素有所不同，如住院醫療險考慮的是住院發生率、住院日數，癌症醫療險則考慮癌症發生率及相關醫療費用的統計資料及發展趨勢。由於目前醫療費用有逐年增加的趨勢，因此長期性的健康險就必須考量保險費調整機制等風險控管措施。

當風險因素或法令有重大改變時，費率應隨時機動調整，並須注意費率應能適應經濟及社會情況之變化。亦即保險人應隨時維持最適當費率，以免任何一方遭受損失。精算人員用於機動調整費率之方法，包括運用趨勢因子(trend factor)、賠款發展因子(loss development factor)、經驗期間之權數(weights)、可信度因子(credibility factor)

等修訂各種經驗統計資料，並據以釐訂費率。

目前業界在健康險費率定價上，各項發生率參考來源有全民健保局、衛生署、壽險公會、再保公司及業者經驗資料等，並考量其理賠成本/發生率成長趨勢加計安全係數(SAFE MARGIN)計算。

長期性健康險特別需要考量其趨勢發展，以癌症保險為例，癌症從民國71年起，連續29年蟬聯國人十大死因之首，發生率更隨著人類生活習慣改變而急速攀升，由表一可見近10年來男性癌症住院發生率每年以4%~5%的成長速度增加，住院平均次數每年成長3%~4%，僅癌症住院平均日數是每年微幅下降，最後計算出癌症住院平均理賠成本每年以6%~8%的成長幅度。反映出癌症醫療險成本是不斷向上攀升的趨勢，隨著醫療科技進步，癌症已非絕症，一旦接受治療，存活下來的可能性增加，保險公司也必須由定價中反應其理賠成本，因此近十多年來癌險保險費多次調升，並停賣無理賠上限癌症險保單，新推之癌症醫療險皆加入給付上限作為風險控管機制。

表一：男性癌症醫療理賠成本分析表

男性	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
年中人口數('000)	11,278	11,352	11,417	11,464	11,500	11,528	11,552	11,577	11,600	11,618
癌症住院人數	55,260	58,270	61,729	66,140	67,123	74,524	77,233	80,374	85,246	88,515
癌症住院粗發生率	0.490%	0.513%	0.541%	0.577%	0.584%	0.646%	0.669%	0.694%	0.735%	0.762%
平均年成長率	5.0%	5.1%	5.0%	4.7%	5.5%	4.2%	4.5%	4.8%	3.7%	

男性	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
癌症住院人次	177,467	192,599	211,234	234,150	237,084	278,767	296,192	19,388	345,368	372,086
癌症住院平均次數	3.2	3.3	3.4	3.5	3.5	3.7	3.8	4.0	4.1	4.2
平均年成長率	3.0%	3.1%	3.0%	2.9%	3.5%	3.0%	3.1%	2.9%	3.8%	

癌症住院平均日數	14.5	14.0	13.7	13.6	13.9	14.2	13.9	13.7	13.5	13.3
平均年成長率	-1.0%	-0.6%	-0.4%	-0.4%	-0.9%	-1.6%	-1.5%	-1.5%	-1.5%	

癌症住院平均理賠成本	0.228	0.237	0.253	0.278	0.287	0.343	0.356	0.378	0.402	0.426
平均年成長率	7.2%	7.6%	7.7%	7.4%	8.3%	5.5%	6.1%	6.2%	6.0%	

資料來源：全民健保醫療統計

第三節 健康保險理賠爭議與定價關聯之分析

一、法令變遷導致健康保險理賠爭議與定價關聯之分析

(一) 因保單示範條款修改所衍生之爭議

在 86 年 9 月主管機關公布「住院醫療費用保險示範條款」以前，「先天性疾病」幾乎是各家壽險保單的除外責任；87 年 1 月示範條款正式實施後，主管機關規定，壽險公司所有自 87 年 1 月起新出單的醫療險，都必須按示範條款內容做修正，由於主管機關公布的示範條款，並未將先天性疾病列入除外責任，壽險業為符合規定，87 年之後出單的醫療險，不管是修正條款的舊保單或送審的新保單，都不再將先天性疾病列為不保項目。

但這並不代表從 87 年之後，壽險公司就將先天性疾病納入保障，事實上，大多數公司仍然主張不賠先天性疾病，主要的依據就是引用保險法第 127 條「保險契約訂立時，被保險人已在疾病中，保險人對是項疾病，不負給付保險金額之責」，及醫療險條款第 2 條「本契約所稱『疾病』係指被保險人自本契約生效日起所發生的疾病」，認為先天性疾病是保戶在投保前就已經存在的，根本不在承保範圍，所以不賠。而這樣的作法不但明顯與主管機關規定不符，也引來許多保險糾紛。

為了解決這些爭議，財政部先於 93 年 1 月 29 日台財保字第 0930002305 號函釋²⁰說明健康保險「先天性疾病」列為除外責

²⁰ 財政部 93 年 1 月 29 日台財保字第 0930002305 號函釋：

主旨：台端陳訴本部保險司所定保險理賠除外責任規範中，先天性疾病不理賠之規定顯不合理等情乙案，復請查照。

說明：

一、依據監察院九十三年一月九日（九三）院台業貳字第 0920712803 號函轉台端九十二年十二月二十七日陳情函辦理。

任及理賠之處理原則，指出各保險公司若擬將先天性疾病列為健康保險商品之除外不保事項，則對於不承保先天性疾病之具體名稱，除應於保單條款列示清楚外，保險費率尚須依照公平對價原則做合理反映；若保險公司欲依保險法第 127 條主張被保險人於訂立契約時已在某先天性疾病情況中，因此不負給付保險金之責任，則須舉證被保險人於訂立契約前曾有發病事實，否則若被保險人先天性疾病於訂立契約前潛隱未發，自不為被保險人所得知悉，保險契約依法自屬有效，保險公司即應負保險金理賠責任。金管會保險局之後則於 95 年訂定「人身保險商品審查應注意事項」，目前業界皆依照此規範辦理，其中相關條文列示如下：

第七十三條 先天性疾病是否承保，各公司得自行設計，惟需於費率中反映；

第一百八十四條 (前略)(四)依據所引用國內外資料修正或組合訂定者，應敘明計算及其過程；

二、依本部八十六年六月十九日台財保第八六二三九八九三九號函核定之「住院醫療費用保險單示範條款」第十條第二項第一款規定，被保險人因「美容手術、外科整型或天生畸形」而住院診療者，保險人不負給付各項保險金之責任，但因遭受意外傷害事故所致之必要外科整型，則不在此限。惟查上述除外責任條文並無將「先天性疾病」列示其中，與台端引述條文有所出入，合先說明。

三、由於「先天性疾病」為一抽象集合名詞，並非保險法規定之法定除外責任，準此，各保險公司若擬將先天性疾病列為健康保險商品之除外不保事項，則對於不承保先天性疾病之具體名稱，除應於保單條款列示清楚外，保險費率尚須依照公平對價原則做合理反映；反之，該除外責任條款即有構成保險法第五十四條之一約定無效之情事。

四、次查保險法第五十一條第一項規定：「保險契約訂立時，保險標的之危險已發生或已消滅者，其契約無效；但為當事人雙方所不知者，不在此限」，若被保險人先天性疾病於訂立契約前潛隱未發，自不為契約當事人及被保險人所得知悉，保險契約依法自屬有效。保險人如擬依保險法第一百二十七條主張被保險人於訂立契約時已在某先天性疾病情況中，不負給付保險金之責任，則須舉證被保險人於訂立契約前曾有發病事實，否則仍應依契約約定給付保險金。

五、另消費者與保險公司間若有具體理賠爭議，亦歡迎檢具公司名稱及相關資料向財團法人保險事業發展中心保險申訴調處委員會（地址：台北市南海路三號六樓，電話：(〇二)二三二二三二七三）提出申訴，該委員會廣納保險專家學者，將秉持公正、客觀及專業之立場，為消費者調解紛爭，本部基於主管機關立場，亦將全力予以協助。

第一百八十七條 計算純保費採用安全加成係數(含各項危險發生率外加之標準差、惡化率、改善率等)者，應就合理性詳予說明；

第二百一十六條 有關除外責任之訂定應以各商品所屬性質之示範條款為依據，不得任意增列除外責任；

以住院醫療費用保險單示範條款第十一條除外責任有關於「被保險人若因先天畸形而住院診療者」，保險公司可不負給付責任，惟費率須反映。

另亦規範被保險人之故意行為、精神疾患、正常生產等皆有相關之統計經驗值(例如行政院衛生署所發布「全民健康保險醫療統計年報」)。

上述規範主要是避免類似同業自行訂定除外責任造成理賠實務某種程度之爭議，同時亦規範定價之基礎及來源，以杜絕對價不相符之爭議。

以計算疾病住院件數發生率 (q_x^{H-S}) 為例：「疾病住院件數發生率」係以全民健保統計資料中疾病住院件數除以當年度年中人口數；疾病住院件數需扣除以下除外不保項目：精神疾患住院件數、正常生產住院件數、先天畸形住院件數、損傷及中毒住院件數、被保險人之故意行為住院件數及需要醫療服務之其他原因 (V 分類) 住院件數。其中，正常生產住院件數、先天畸形住院件數、被保險人之故意行為住院件數及需要醫療服務之其他原因 (V 分類) 住院件數為本險之除外責任。並考量長期穩健經營且基於保守原則，以加計 15% 之安全係數。

$$\text{疾病住院件數發生率} = \frac{94\sim 97 \text{ 年疾病住院件數合計}}{94\sim 97 \text{ 年當年度年中人口數合計}} \times (1 + \text{安全係數})$$

疾病住院件數合計

- ＝ 總住院件數合計 － 精神疾患住院件數合計 － 正常生產住院件數合計 － 先天畸形住院件數合計 － 損傷及中毒住院件數合計
 － 被保險人之故意行為住院件數合計
 － 需要醫療服務之其他原因（V分類）住院件數合計

表二：「疾病住院件數發生率」計算表

男性								
年齡層	總住院件數合計	精神疾患住院件數合計	正常生產住院件數合計	先天畸形住院件數合計	損傷及中毒住院件數合計	被保險人之故意行為住院件數合計	需要醫療服務之其他原因住院件數合計	疾病住院件數合計 (8) =(1)-(2)-(3)-(4)-(5) -(6)-(7)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
0~4	496,886	4,289	0	14,285	11,420	0	8,551	458,341
5~9	169,428	688	0	4,621	13,752	0	4,674	145,693
10~14	91,308	1,330	0	2,871	20,948	0	6,596	59,563
15~19	140,314	10,903	0	1,595	51,136	0	12,227	64,453
20~24	209,628	29,206	0	2,078	56,614	0	15,970	105,760
25~29	217,631	34,986	0	1,337	52,821	0	13,459	115,028
30~34	242,713	45,735	0	1,090	45,816	0	13,940	136,132
35~39	293,247	50,763	0	958	47,976	0	17,811	175,739
40~44	362,437	54,116	0	925	53,923	0	26,111	227,362
45~49	404,091	43,699	0	1,005	54,466	0	34,307	270,614
50~54	438,017	32,745	0	1,151	50,844	0	41,433	311,844
55~59	408,042	19,447	0	994	40,984	0	39,724	306,893
60~64	352,025	11,520	0	858	31,249	0	33,493	274,905
65~69	412,839	9,295	0	869	32,903	0	34,487	335,285
70~74	455,090	7,355	0	732	32,686	0	30,256	384,061
75~79	542,442	9,262	0	651	36,270	0	24,732	471,527
80~84	402,997	7,378	0	336	25,361	0	10,937	358,985
85+	257,010	4,203	0	155	15,851	0	3,248	233,553

女性								
年齡層	總住院 件數合 計	精神 疾患 住院 件數 合計	正常生 產住院 件數合 計	先天畸 形住院 件數合 計	損傷及 中毒住 院件數 合計	被保險 人之故 意行為 住院件 數合計	需要醫 療服務 之其他 原因住 院件數 合計	疾病 住院件數 合計
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8) =(1)-(2)-(3) -(4)-(5) -(6)-(7)
0~4	393,102	840	0	9,964	7,995	0	13,371	360,932
5~9	132,313	278	0	2,929	7,598	0	3,005	118,503
10~14	59,327	1,014	0	1,935	7,414	0	3,115	45,849
15~19	101,963	6,099	9,483	1,490	21,572	0	6,401	56,918
20~24	238,697	13,566	52,392	1,677	25,001	0	11,381	134,680
25~29	485,659	22,968	122,827	2,359	21,854	0	19,831	295,820
30~34	486,219	27,946	93,779	2,158	19,074	0	26,625	316,637
35~39	325,537	34,265	24,277	1,490	21,415	0	25,899	218,191
40~44	301,148	33,601	2,489	1,355	26,800	0	33,371	203,532
45~49	338,444	32,329	57	1,528	32,464	0	46,487	225,579
50~54	365,929	26,904	0	1,861	39,029	0	52,341	245,794
55~59	332,066	17,038	0	1,827	36,820	0	46,226	230,155
60~64	291,073	10,695	0	1,492	31,278	0	32,490	215,118
65~69	360,308	10,072	0	1,657	36,974	0	31,460	280,145
70~74	380,228	6,649	0	1,361	38,224	0	22,677	311,317

75~79	368,383	4,540	0	860	36,822	0	13,474	312,687
80~84	292,311	3,125	0	351	28,641	0	5,492	254,702
85+	257,016	2,031	0	157	23,771	0	1,812	229,245

男性				
年齡層	疾病 住院件數合計 (8)	當年度年中 人口數合計 (9)	發生率 (10)=(8)÷(9)	疾病住院件數 發生率 (q_x^{H-S}) (11)= (10)×(1+15%)
0~4	458,341	2,313,701	0.198099	0.227813
5~9	145,693	2,982,194	0.048854	0.056182
10~14	59,563	3,350,147	0.017779	0.020446
15~19	64,453	3,338,394	0.019307	0.022203
20~24	105,760	3,636,478	0.029083	0.033446
25~29	115,028	4,057,915	0.028347	0.032599
30~34	136,132	3,693,983	0.036852	0.042380
35~39	175,739	3,737,314	0.047023	0.054076
40~44	227,362	3,861,736	0.058876	0.067707
45~49	270,614	3,690,995	0.073317	0.084315
50~54	311,844	3,267,711	0.095432	0.109747
55~59	306,893	2,371,427	0.129413	0.148825
60~64	274,905	1,539,072	0.178617	0.205410
65~69	335,285	1,391,070	0.241027	0.277181
70~74	384,061	1,140,683	0.336694	0.387198
75~79	471,527	1,033,261	0.456349	0.524801
80~84	358,985	612,951	0.585667	0.673517

85+	233,553	327,855	0.712367	0.819222
-----	---------	---------	----------	----------

女性				
年齡層	疾病 住院件數合計 (8)	當年度年中 人口數合計 (9)	發生率 (10)=(8)÷(9)	疾病住院件數 發生率 (q_x^{H-S}) (11)= (10)×(1+15%)
0~4	360,932	2,111,256	0.170956	0.196600
5~9	118,503	2,738,128	0.043279	0.049771
10~14	45,849	3,086,048	0.014857	0.017085
15~19	56,918	3,080,160	0.018479	0.021251
20~24	134,680	3,449,323	0.039045	0.044902
25~29	295,820	3,936,984	0.075139	0.086410
30~34	316,637	3,647,122	0.086818	0.099841
35~39	218,191	3,679,229	0.059303	0.068199
40~44	203,532	3,790,358	0.053697	0.061752
45~49	225,579	3,659,660	0.061639	0.070885
50~54	245,794	3,286,368	0.074792	0.086011
55~59	230,155	2,420,664	0.095079	0.109341
60~64	215,118	1,618,714	0.132894	0.152829
65~69	280,145	1,538,705	0.182065	0.209375
70~74	311,317	1,228,200	0.253474	0.291495
75~79	312,687	914,230	0.342022	0.393326
80~84	254,702	561,284	0.453785	0.521853
85+	229,245	375,038	0.611259	0.702948

- 資料來源：1. 行政院衛生署所發布「全民健康保險醫療統計年報」中「六、住院主要疾病就診率統計—按性別及年齡別分，表五、住院件數統計—性別、年齡別分」。
2. 行政院衛生署所發布「全民健康保險醫療統計年報」中「年中人口數—按性別及年齡分」。

因此健康保險商品在主管機關訂立「人身保險商品審查應注意事項」相關規範，並建立越來越充分的統計資料後，各項費率計算也越來越能符合「對價衡平原則」，也就是條款的給付內容和保險費計算說明書的發生率越能一致，達到定價基礎之適足性目標。

（二）因全民健康保險法所衍生之爭議

台灣84年3月起，開始實施全民健康保險，依全民健康保險法第39條之規定：日間住院是不給付的項目，但精神病照護，不在此限。

自從健保局有「日間住院」這個名稱出現後，日間住院已經是一個新的醫療現象。日間住院很像上下班，有的上半天班，有的上全天班，而且幾乎都是長期治療。需要日間住院的客戶，主要是做生理或心理的復健。生理復健者，例如因車禍或中風過後，復健必須用到醫院某些器材，而復健時間可能要六、七個小時；心理復健者，主要是一些精神疾病患者。有些醫師認為精神病患須要慢慢與人群接觸，因此要求精神病患白天住院進行心理治療，晚上回家與家人團聚；或白天出去接觸人群，晚上再回來住院即可。精神衛生法就規定，住院有三種：日間住院、夜間住院與全天住院。

目前住院醫療保險契約條款對於「住院」之定義並不够明確，條款中又未將「日間住院」列屬除外項目，在保戶申請日間住院理賠時，各家公司對於理賠的方式也不大一樣，有的公司全額理賠、但也有些公司採比例制，例如1天24小時只住院8小時便只理賠3分之1，因此產生相當多的理賠爭議。

精神疾病是需要長期「日間住院」治療最主要族群之一，而精神

疾病的罹患率近年來不斷攀升，98年9月底領有身心障礙手冊之慢性精神病患者計10萬5,810人，如與88年底48,464人比較，10年來增加1.2倍，呈逐年快速增加趨勢。再由全民健保局資料顯示，97年重大傷病住院醫療費用申報點數計652億點，慢性精神病85億點，占13.1%。另由醫院規劃病床數趨勢觀察，根據行政院衛生署民國97年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計顯示(表三)，在一般病房中，由87年到97年急性病床微幅增加8%，慢性病床87年到97年減少22%中，然而精神病床是顯著增加中，急性精神病床由87年到97年增加了67%，慢性精神病床由87年到97年增加22%，在97年度醫院精神病床占整體病床21%。此外，使用精神病床的平均住院日數亦高於一般病床甚多，以臺北市公私立醫院病床平均住院日數(表四)來看，95年度的平均住院日數為8.68日，急性精神病床平均住院日數為31.24日，慢性精神病床平均住院日數為105.04日。

表三：醫院病床數統計

年度	合計	急性		慢性		
		一般病床	精神病床	一般病床	精神病床	其他
87	89,253	67,944	3,940	5,027	11,212	1,130
92	90,902	69,545	5,552	4,320	11,048	437
96	97,335	73,337	6,358	4,014	13,278	348
97	97,958	73,426	6,595	3,928	13,661	348
97 對 87 增減率	10%	8%	67%	-22%	22%	-69%

資料來源:行政院衛生署，民國 97 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計

表四：臺北市公私立醫院病床平均住院日數

年度	合計	急性		慢性	
		一般病床	精神病床	一般病床	精神病床
91	8.63	7.87	31.87	42.76	239.44
92	9.16	8.18	33.62	53.17	243.64
93	9.10	8.14	32.01	46.58	224.24
94	8.90	8.09	34.22	45.61	132.28
95	8.68	7.82	31.24	43.08	105.04

資料來源：臺北市醫院。

附註：平均住院日數=住院總人日數/住院總人次數。

在86年9月主管機關公布「住院醫療費用保險示範條款」以前，「精神疾病」幾乎是各家壽險保單的除外責任；87年1月示範條款正式實施後，主管機關規定，壽險公司自同年月起新出單的醫療險，都必須按示範條款內容做修正，由於主管機關公布的示範條款，並未將精神疾病列入除外責任，因此87年起大部分醫療險，將精神疾病列入承保範圍。也就是87年以前投保之醫療險，精神病不理賠，87年以後投保的保單就大部分理賠(少數保單除外)。為達到風險控管，有些規定被保險人係因精神疾病住院診療者以「同一保單年度同同一保單年度同一次住院，給付日數最長以〇〇日為限。」以限制給付日數方式，來限制精神疾病長期住院帶來的風險。也有少數公司直接將精神疾病列為除外責任並於定價中反應(如表二發生率之計算基礎)。

商業保險是對危險的公平承擔，必須符合對價平衡原則亦即保險人所承擔的危險與要保人所繳的保險費要處於對價平衡的關係。在SARS與新流感疫情流行期間，為因應市場要求，許多公司對於將法定傳染病列為除外責任之保險商品，一律以不調整費率為基礎，採「從新從優」原則開放理賠。由於法定傳染病發生率並不算高，對保險理

賠影響有限，但若是發生率高又快速增加的疾病如精神疾病，則必須謹慎考量，才不至造成健康險長期經營上風險。

二、醫療技術進步導致健康保險理賠爭議與定價關聯之分析

(一)手術進步引發爭議及協議條款

現代的醫療技術日新月異，以前必須動手術的腎結石，現在可以採用震波碎石術解決；以前必須動手術切掉的椎間盤突出（骨刺），目前可用雷射方式讓骨刺逐漸萎縮。鼻息肉和痔瘡過去是開刀治療，現已發展雷射治療，癌症化療以前採點滴注射，現在有口服藥化學療法，但過去癌症保單並無口服化療的相關給付，導致理賠爭議遽增。不僅如此，各式各樣的手術名目不斷出現。但不少保戶因受限保單契約文字規範，使得採新技術治療無法在條款上查到相對應的手術名稱情況越來越多，在保單條款更新速度趕不上醫療技術進步的速度下，出現越來越多手術理賠爭議。

為解決這些手術理賠爭議，早期保險公司一般在手術表外加註解，載明如果手術不在手術表內，保險公司得比照類似手術項目予以理賠。在金管會95年公布住院醫療費用保險單示範條款第七條規定：「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。」(民國95.10.30行政院金融監督管理委員會金管保二字第09502525050號函修正，並自96年1月1日起實施)因而自96年後所推出的醫療險保單，在手術部分將協議條款明定在保單中，較能減低手術理賠所產生之爭議。

例如防癌保險商品有設計癌症骨髓移植保險金，世界上第一次「骨髓移植」在1968年完成，捐髓者需住院且需全身麻醉。近十多年來發展出「周邊造血幹細胞移植」，捐髓者不需住院，更不需全身麻

醉，已有取代骨髓移植之現象。保發中心調處周邊造血幹細胞移植之保險業理賠爭議案例，決議結果為「周邊造血幹細胞移植應該視同為骨髓移植手術之替代療法」，保險公司應給付癌症骨髓移植手術保險金，才符合對價衡平原則。近年來「臍帶血造血幹細胞移植」亦極具發展潛力，先進國家都正積極試行與推動之。「非骨髓摧毀性骨髓移植」亦被廣泛應用到臨床且被證實療效，引起醫學界高度重視。目前保險業重大疾病險或其他險種提供之重大疾病保險金，皆依據壽險公會「重大疾病」的定義而認定骨髓移植屬於重大器官移植手術。

(二)手術之趨勢分析

隨著醫學技術進步一日千里，各種手術的設備及技術日新月異，醫務人員都在追尋一種技術，盡量能夠達到「用盡可能微小的醫療行為去達到醫療成效」，比如吃藥、注射，能吃藥治療的就不應該注射治療；能非手術治療的，就盡量非手術治療，以減少對患者的機械性損傷，這些都是顯而易見的「微創」醫療原則。

除了在日常醫療活動中應遵循「微創」的原則外，在外科手術中更應追求「微創」的理念，在手術發展朝著創傷小、痛苦輕、恢復快、花費小的情況下，過去需要住院治療的手術，現在門診手術即可完成。並在健保推行DRG制度的影響下，未來將會有越來越多的住院手術會門診化。也就是說，未來將會有越來越多的手術只要門診就可完成，完全不需要住院。這對於住院醫療險僅給付住院的醫療費用，是否理賠率會降低?而保費是否定價過高而影響消費者權益呢?

由行政院衛生署民國97年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計結果顯示，民國97年醫院手術人次共1,691,800人次，其中門診手術占41.4%；住院手術占58.6%。比較民國88年與97年之統計量，民國97年醫院手術人次較民國87年增加12.1%，其中住院手術人次增加13.2%

較門診手術人次增加10.5%為大，10年來住院手術人次增幅大於門診手術人次，可見住院手術並未因部分手術門診化而降低住院手術人次，在醫院住院手術增加率仍高於門診手術。

進一步觀察已投保醫療險者的手術發生率，由保發中心印製的台灣壽險業個人醫療保險年度經驗損失率研究報告顯示(表五)，在民國86到95年粗手術率的趨勢在90、91兩年雖有下滑現象，然整體來看，粗手術率長期仍呈現為向上成長的趨勢。

表五：觀察年度暴露數、手術數、粗手術數

觀察年度	暴露數	手術數(件)	粗手術率(0/00)
86	7,503,964	120,839	16.1
87	9,716,378	219,163	22.6
88	12,012,150	347,933	29.0
89	15,581,887	531,570	34.1
90	17,419,526	571,874	32.8
91	18,761,843	520,934	27.8
92	19,675,202	634,479	32.2
93	20,208,733	646,260	31.9
94	21,001,497	707,418	33.7
95	21,693,578	705,827	32.5

資料來源:保險事業發展中心

而在統計疾病發生率與醫療費用趨勢上，有些疾病發生率與治療費用是逐年增加，也有些疾病發生率是在逐年遞減中，以全民健保90年與97年住院醫療費用疾病別占率比較表(見表六)來看，97年排名第一的呼吸系統疾病由90年佔率11.7%提升到97年度18.8%，精神疾患由

90年佔率1.7%大幅提升到97年度4.4%，而排名第五的消化系統疾病是由90年的10.2%降到97年度的7.8%。在各式疾病有些增加，有些減少，手術發生率也各有消長的情況下，雖說健康保險定價上無法將承保疾病之住院發生率、手術發生率、醫療費用成本一一準確估計，然而保險是依據大數法則的原理，大數法則是運用大量隨機現象，由於偶然性相互抵消所呈現出必然的規律性。當數量夠大則實際發生率越能趨近預期發生率，亦越能準確估計其發展趨勢。保險費是保險公司承擔保戶可能發生損失所收取的對價，只要保險公司定價時考量承保範圍的整體醫療趨勢，保險費收入能支應保險給付支出，健康保險即依據大數法則的原理穩健經營。

表六：住院醫療費用疾病別占率 90 年及 97 年比較表

住院醫療費用統計		
單位：佰萬點、%		
疾病別	97	90
總計 (件數)	155,268	89,067
總計 (%)	100.0	100.0
I 傳染病及寄生蟲病	4.4	2.9
II 腫瘤 (3)	13.5	13.6
III 內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	1.8	2.5
IV 血液及造血器官之疾病	0.5	0.5
V 精神疾患	4.4	1.7
VI 神經系統及感覺器官之疾病	2.0	3.0
VII 循環系統疾病 (2)	13.6	13.7
VIII 呼吸系統疾病 (1)	18.8	11.7
IX 消化系統疾病 (5)	7.8	10.2
X 泌尿生殖系統疾病	4.7	7.0
XI 妊娠、生產及產褥期之併發症	3.0	5.0
XII 皮膚及皮下組織疾病	1.3	1.6
XIII 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	5.8	7.0
XIV 先天畸形	1.1	1.5
XV 源於周產期病態	0.8	1.1
XVI 症狀、徵候及診斷欠明之各種病態	1.3	1.9
XVII 損傷及中毒 (4)	9.1	11.9
XVIII 需要醫療服務之其他原因 (V分類)	5.9	3.2

資料來源：全民健保局

三、健康保險定價資料基礎適足性

健康保險在醫療技術進步及法令變更後導致保險金給付條件與定價基礎不一致所造成理賠爭議，而定價基礎資料之適足性即當初定價參考資料是否將爭議事項計入發生率中(對價衡平原則)做考量。

在醫療技術的不斷創新與進步下，許多新式醫療技術更能讓醫生掌握疾病狀況，治療效果更佳。然而這些醫療技術可能在保單設計之初並不存在，即使存在亦可能未建立使用該醫療技術之相關統計資料，要能將這些醫療技術的成本完全考量進費率計算基礎中並不容易，因此過去醫療保單會無法在條款上找到相對應的手術名稱，這部分現階段除了以協議條款解決理賠爭議外；另在新技術逐漸建立相關經驗資料後，許多公司亦開始將新型技術直接納入新商品的給付項目。例如：○○人壽在91年1月8日核准，96年1月7日備查之「防癌終身健康保險」，此險一開始手術部分僅設計「癌症手術醫療保險金」，在癌症治療新技術相繼出現並建立資料後，97年5月1日起新修正之保單，即將手術區分為「癌症住院手術醫療保險金」及「癌症門診手術醫療保險金」，並將雷射刀、光子刀、加瑪刀、電腦刀等使惡性腫瘤縮小的新式治療方式，納入保險給付內容，減少過去必須動刀完全切除病灶才算癌症手術的理賠爭議。也因此在過去統計資料不完全時，定價之疾病發生率計算較粗略，在逐漸建立出較完整的統計資料後，各項定價基礎亦越來越完備，也更能設計出符合新治療技術衍生的保險給付需求。

另外，87年1月示範條款正式實施後，過去各公司列入除外不保的先天性疾病、精神疾病等開始不列入除外事項中，但保險公司仍認為先天性疾病是投保前就已經存在的疾病，不在承保範圍，因此不賠。這也引來相當多理賠爭議，為減少這些理賠糾紛，金管會保險局在「人身保險商品審查應注意事項」規定，先天性疾病是否承保，各公司得自行設計，但須在費率中反映。○○人壽保險公司(現為○○人壽)因應此規定，隨後推出之醫療險即將先天性疾病列入除外不保，並在條款中明列所稱不承保先天性疾病的具體名稱。現行商品定價的審核，商品審查委員對於除外責任在發生率中是否排除，相當的

重視，檢視其計算說明與條款是否一致，為審核商品的重點，也使現行各公司商品費率計算越來越能符合保單條款內容，達到「對價衡平原則」之目標。

另外近年來為配合醫療需求的變化，許多醫院紛紛設置日間病房、復健病房與安寧病房等符合醫療趨勢發展，這些病房在早期保單定價時可能不存在或是並不普遍，因此在未建立相關統計資料的情況下，並未納入成本考量。以安寧病房為例，在民國89年立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，健保局亦於該年開始試辦安寧住院療護，若醫療險採用為民國89年前之統計資料，不論是衛生署或是健保局之資料，以當時的法令、醫院設備及時空背景是沒有「安寧病房」的選項，也因此安寧病房的住院成本未納入醫療險定價中。另在日間住院部分，台灣84年3月起實施全民健康保險，依全民健保法第39條之規定：「日間住院是不給付的項目，但精神病照護，不在此限。」，即精神病照護之日間住院費用屬於全民健保給付範圍，然全民健保之住院統計資料並未將日間照護列入，即不涵蓋日間住院之統計資料。假設使用資料未納入定價成本考量，而將安寧病房與日間病房以擴大給付範圍視同一般住院理賠，在這些病房住院發生率節節升高的情況下，相當容易引發定價基礎適足性之疑慮。因此，在費率適足性的原則下，採「從新從優」開放理賠對於發生率日益升高的事故必須謹慎考量。

按個人保險契約多為定型化契約，由保險人單方面制定，其擬定之契約條款易趨向有利於保險人。是以，政府在基於保護一般消費者的理念下，保險法第54條規定：「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。」也因此當理賠爭議案件產生時，若要以「對價衡平原則」作為判賠依據，必須由保險人負責舉證，證明當初所引用資

料在計算費率時，定價基礎未涵蓋此爭議事項，否則即應理賠。

與人壽、財產保險一樣，健康險也是在具備充分統計資料下運用大數法則的原理穩定經營。當觀測風險單位數越多，損失發生的概率也就越有規律性和相對穩定，依此釐定的保險費率也才更準確。然而醫療險最常發生的就是缺乏足夠的統計資料，尤其是配合新醫療技術的商品設計，常找不到國內相關統計資料計算理賠成本。而保險定價的風險控管需要充分的統計資料支持，這些必須仰賴具公信力的大型機構建立資料庫與長期維護，絕非一蹴可幾或由少數短期研究可達成。因此希冀政府主管機關能大力支持醫療險資料庫的建置。若能建立越充分的統計資料，各項費率計算也就越能符合「對價衡平原則」，達到定價基礎資料適足性之目標，並有效降低各項理賠爭議。

四、小結

從上所述，本計畫認為定價資料基礎是否具適足性係指契約簽定之時，該契約保險費之定價參考資料及計算過程是否將定價配合條款保障內容做考量，此即所稱對價衡平原則。

是以，若僅是以定價資料基礎適足性(對價衡平原則)做為理賠之考量依據時，本計畫對於定價資料基礎是否具適足性，歸納說明如下：

1. 醫療進步—新型手術與新藥物治療等：現代的醫療技術日新月異，各式各樣的手術名目不斷出現，健康保險定價上無法將承保疾病之未來手術發生率、未來醫療費用成本一一準確估計，然而保險是依據大數法則的原理，經偶然性相互抵消所呈現的規律性去估算整體趨勢。而新型手術態樣與費用確實非雙方訂約時所能預知，故對此所生之費用，倘由保險人全部支付，實有不平之處。因此考量醫療科技日新月異，多以契約條款中訂定「協議條款」以解決相關理賠爭議，然而，若要於契約條款中明載除外不保事項，在實務上

恐將面臨如何完整列示除外不保事項的困境(如現在有藥物治療方式可取代傳統手術治療，但無法預知未來尚有那些方式亦可取代，難以將其完整列示於除外不保事項中)，建議維持保險人與被保險人透過契約協議條款來決定相關理賠事項之作法。

2.法令改變—先天性疾病與病房型態等:因法令之變遷產生理賠爭議者，本計畫認為似可考量該項理賠爭議是否具對價性與是否於契約中明載除外不保為理賠與否之判斷。倘若該項理賠爭議在契約訂立，保險人無法舉證該疾病是否已納入計費公式中，且對該項疾病亦未列入除外責任時，在保險契約具專業性與特殊性之考量下，該項疾病醫療費用似應由保險人負擔為宜。惟考量該事由亦非由保險人所預見，且若全部皆由保險人承擔亦難有公平之理。是以，本計畫認為對此情形應有情勢變更原則之適用，保險人似應得主張酌減給付。

綜上，無論是新型態醫療方式亦或法令變遷對健康保險均會造成特定項目是否理賠之爭議。本計畫認為若從定價資料基礎適足性(對價衡平原則)觀之，訂約時保單內容與保險費定價確實未能考量上述因素，發生原因是由醫療進步或法令變遷所造成，且亦難歸責保險人。惟因保險契約無論內容或訂價皆為保險人一方所規畫，若縱認保險人得主張該項醫療費用不具對價幸而免責，實難令消費者信服。是以，對於上述理賠爭議，應如何解決，本計畫將參酌各國法制與實務運作後提出具體建議。

第四章 英國與美國保險公司健康保險理賠爭議相關規範與爭議之介紹

雖然英、美二國同屬判例法，惟此二國對健康保險契約之規範架構大不相同。首先，就商業健康險之依存度而言，因美國是已開發國家中少數沒有提供所謂「全民健康醫療保障」的國家²¹，因此商業型健康保險為大部分人民的首要之選，此與英國人民將商業型健康保險視為替代型健康保險方案，為國民醫療保健制度外另一選擇之運作方式有很大不同²²。再者，在美國聯邦與州法雙軌法制下，保險事項原則上屬於州法規範事項，各州依其公共政策及地方性之考量制定相關的保險法規，以規範在該州所需之保險事項，因此各州對保險事務均設有專法監理，此與英國對商業健康保險契約並無保險契約法有所不同。茲將此二國商業型健康保險相關規範與理賠爭議之處理略述如下，俾利後續問題之討論。

第一節 英國

查自從 1948 年開始，英國即實行國民醫療保健制度(National

²¹ 美國僅對老年人、殘疾人、窮人、兒童、軍人等群眾提供由政府主導之保險計畫，而大多數人的醫療保障完全由商業保險市場提供醫療保障。

²² 據美國統計局報告，2008 年，美國有 2.01 億人參加了商業健康保險，而政府的健康保險計畫僅覆蓋了 0.87 億人。美國健康保險市場是一個巨大的市場，2007 年，美國商業健康保險市場規模達到 7,750 億美元，同時，美國也是一個高度競爭的市場，保險公司專業化程度高。2009 年，“財富五百強”中，美國商業健康保險佔據五個席位，其中美國聯合健康集團公司(United Health Group)以 811 億美元的銷售收入，排名第 71 位。由於保險公司擁有龐大的客戶群，因此具有買方優勢，保險公司普遍通過管理式醫療來控制醫療費用的上漲，管理式醫療計畫主要包括健康維護組織(HMO)、優先醫療服務組織(PPO)、定點醫療服務計畫(POS)等。2009 年，管理式醫療產品占市場的 99%。為降低政府醫療保障專案的成本，從 1990 年開始，美國政府開始將其主辦的 Medicare 和 Medicaid 中的理賠審核、結算支付等委託給藍十字、藍盾組織及其他商業保險機構經辦，這一做法已經被一半的州採用。參閱 馮鵬、程英、劉青，商業健康保險的國際比較及啟示，上海保險，2010 年第 7 期。資料來源：

http://www.csscipaper.com/eco/information-database/commercial-insurance/855628_2.htm

Health Services Act, NHS)²³。故為能與本計畫研究範圍相符，有關英國健康保險法制之介紹僅以商業型健康保險之理賠爭議為論述核心，核先敘明。

又查英國係以判例法為主，雖該國國會亦通過成文法規部分保險契約²⁴，如其中 1774 年所頒佈之《人壽保險法》(life assurance act, 1774)確定了保險利益原則²⁵。惟查英國並未針對商業型健康保險制定任何成文法供保險業與消費者遵循²⁶，故依私法自治原則，由當事人依保險契約訂定之。因此有關商業型健康保險之承保範圍與相關規範需視契約條文之約定。

一、商業健康保險之介紹

自 1948 年，英國實行國民醫療保健制度模式以來，雖然福利性醫療保障覆蓋全體國民，惟與其他 OECD 國家相比，因居民的自負金額較小，如處方藥品的自付比例只占 2%~4%，因此英國也存在醫院服務效率低下、醫務人員工作積極性不高、醫療服務等候時間長等問題。如在英國做一個膝關節置換手術可能要等待 4 至 6 個月。所以，高收入族群惟尋求較高品質的醫療服務，並通過購買商業健康保險的方

²³ 此國民健康保險制度相當我國全民健康保險，均是明定國民參加義務，另參加國民保險計畫者只須繳納少量的保險費，即可享受醫療保健服務，其目的在於“讓每一社會成員以免費或低價，享受醫療衛生。”醫療保健服務所需的費用主要由國家財政負擔。惟加入此制度之醫院以公立醫院為主，醫師具備公務員身分，故稱為“公醫制度”。原先有關國民保健系統的醫療機構求診、住院，一般是免費的。後來為了杜絕浪費和減少開支，現在亦有自負額規定。另對於部分給付項目則有排除不用負擔自負額。相關英國全民醫療保健制度之說明，參閱 楊志良，健康保險，巨流圖書公司，1998 年三版。

²⁴ 在英國的保險立法中，最著名的是《1906 年海上保險法》。該法系根據英國和歐洲其他國家的海上保險重要判例而擬定。發展至今，該法已成為各國海上保險立法的範本，其包含的一些保險原則和原理，為各國陸上保險所參考。

²⁵ 惟此法僅四個條文，分別是，(1) No Insurance to be made on the lives of persons having no interest; (2) No policies on lives without inserting the persons names; (3) How much may be recovered where the insured hath interest in lives.(4) Not to extend to insurances on ships, goods。

²⁶ 然英國法律委員會以及英格蘭法律委員會正在進行保險法之立法，於 2009 年 12 月 15 日，向國會提出“保險法草案”，其中立法之發展方向及政策值得進一步研究。

式來轉移醫療風險²⁷，用以替代國民醫療保健制度之另一選擇。另值得注意的是，英國的商業健康保險以團體健康保險為主，大多由公司為員工及家屬購買。此也與我國以個人保險方式承保有很大不同。

二、英國法院對於保險契約條文爭議之見解

(一) 健康保險承保範圍

因健康保險主要係承保被保險人於保險期間內因疾病(disease)所致之損害(loss)，故即疾病之定義與範圍便是健康保險契約當事人，對該項醫療費用是否需理賠之爭議所在。以下整理英國法院對疾病之判斷標準。

(二) 疾病(disease)

由於意外(accident)與疾病(disease)二者間之區別並不容易，且疾病並非個人傷害險(personal accident)承保範圍。所以，長期以來英國法院即透過大量訴訟案件以釐清二者之不同。以下即整理英國法院對疾病定義之相關判決。大致而言，法院對疾病之判斷要件，主要有：

1. 疾病需持續一段期間(the condition must have some degree of duration)

在 *Manufacturers' Accident Indemnity Co. v Dorgan* 案²⁸中，法院認為因欠缺食物飢餓而產生的身體虛弱僅是一種暫時的干擾或衰弱(disturbance or enfeeblement)並非疾病。

²⁷ 如 2007 年有 12% 的英國人(約 726 萬人)擁有商業健康保險，而 1979 年這一數位僅為 300 萬人。2006 年，英國商業健康保險保險費收入達到 30 億英鎊，預計 2012 年將達到 39 億英鎊。目前，英國有 45 家商業健康保險公司，提供種類繁多的醫療保障計畫，包括私人醫療保險、重大疾病保險、失能收入損失保險、長期護理保險、海外保險、旅遊健康保險等。參閱 馮鵬、程英、劉青，商業健康保險的國際比較及啟示，上海保險，2010 年第 7 期。資料來源：http://www.csscipaper.com/eco/information-database/commercial-insurance/855628_2.html

²⁸ *Manufacturers' Accident Indemnity Co. v Dorgan*, 58 F 445, 456(6 Cir, 1893-PA)

2. 疾病是人體非正常狀況(disease is an abnormal condition of the human body)

因年齡增長所導致的自然老化(aging)²⁹，或與其年齡不符之動脈硬化(arteriosclerosis)均非疾病。然而，對於非海洛因成癮(heroin addiction)或非因醫師處方藥物所致過敏(hypersensitivity or allergy)現象，則認為屬於疾病。但是對於出生即具有之身體上非正常狀況，如血友病(haemophilia)等則認為屬於疾病³⁰。

3. 疾病需與被保險人之生命相關(disease is relative to the insured's calling in life)

之前，法院是以是否會影響被保險人之正常生活來判斷該因素是否是疾病，如對一般銷售人員而言，肌腱炎(tendonitis)並非嚴重的事，但是對運動人員而言，對於他的職業生涯確是會產生影響。但是上述判斷方式，確是會因時而異，如精神障礙(mental illness)。早期美國法院認為疾病並不包含精神障礙，因此認為精神障礙之人自殺並非疾病³¹。之後法院又認為緊張和焦慮(tension and anxiety)不屬於疾病。現在，美國大部分法院則認為具備具體表現(physical manifestation)之精神障礙屬於疾病，並認為人格特徵(peculiarities of personality)與具體表現之精神障礙之間並無明確化分界線³²。然而對此部分英國法院並無相關判決。

4. 疾病是人類身體上內部異常現象(disease as an abnormality in the human body which develops internally)

²⁹ The Insurance Ombudsman, Annual Report 1991, para 2.7.

³⁰ See MALCOLM A. CLARKE, THE LAW OF INSURANCE CONTRACTS 13.8 (5th ed., 2006), 528.

³¹ Accident Ins. Co. of North America v Crandall, 120 US 527 (1887 PA)

³² Keller m Orion Ins. Co., 422 F 2d 1152, 1154 (8 Cir, 1970)

因疾病需與身體正常現象作區分，故是一種非正常現象。惟應注意，疾病與”意外所致之有害影響(injurious effect)”不同。因此疾病通常被描述為”自然原因之自然結果”(the natural result of a natural cause)。例如，誤喝毒藥，屬意外；但是喝受污染的水或因接觸而得傷寒(typhoid)則屬於疾病。然而法院亦曾對於傷寒菌非經正常管道進入人體時，判定屬於意外非疾病之例。

(三) 疾病與傷害區分標準

因疾病與傷害區分不易，故英國法院亦提出下列區分標準：

1. 因意外受傷所致之疾病非傷害(disease a cause of injury is not accidental)

在保險法中，因疾病所致對人體之損害並非傷害。如1861年Sinclair案中，法院認定中暑(sunstroke)導致死亡是自然因素，屬於疾病非是意外。儘管如此，於1908年Ismay案，因法院則認為因被保險人於工作場所中過熱所以導致中暑，屬於意外。惟於1990年De Souza案中，法院則認為被保險人於假日中讓自己暴露於陽光中，因此而中暑，此損害並非意外所致，是因為是自然產生的結果。可知，法院係依據場所來區分此議題，如於工作場所中暑，則偏向意外，若是於沙灘上中暑則採疾病之判斷。

2. 疾病所致意外應解釋為疾病(disease predisposing to accident)

即是當疾病無法避免將產生意外，此損失應屬於疾病。如因腦瘤導致跌倒受傷，此損失應解釋為疾病所致。

3. 若損失與疾病具因果關係時，該傷害或可為意外(disease as link: the injury may be accidental)

如海難中被救起但事後因肺炎死亡，屬於意外。同理，若因為治療意外事故所生之醫療行為導致病毒感染，應解釋為意外(incident)。若因抓傷倒置血液感染中毒，此亦應解釋為意外。但是，若因意外事故加速原有疾病誘發死亡，則屬於疾病。然而也有部分契約條文將意外事故導致加速原有疾病死亡之情形排除在承保範圍之內。

4. 因果關係是否中斷 (causation)

於醫院治療行為中被保險人死亡時，應如何判斷?對此法院係採因果關係說來檢驗此損失是屬於意外還是疾病，如因車禍手術中死亡時，因車禍屬於意外，故此損失視為是因意外所致。若因移除腫瘤而死亡，則屬於疾病。惟若是手術過程出錯導致死亡時，則法院認為因果關係中斷，新的因果產生，故認為此損失是屬於意外所致(incidents in hospital)。

(四) 保險契約條文不明確解釋原則(ambiguity)

當契約條文有疑慮時，因先探求當事人真意。如能無法得知當事人本意時，對於有疑義的保險契約條文，英、美國法院判決及學說則有所謂「任意解釋原則」(the rule of liberal construction)、「被保險人合理期待原則」(the rule of reasonable expectations of the insured)或是「不利於擬約者的解釋原則」(construction contra proferentem)。

所謂「任意解釋原則」或稱為「從寬解釋原則、自由解釋原則」係為一種法律解釋方法，指對法律條款的解釋應從有利於立法主旨出發。採用自由解釋，是由於人們認識到了語言永遠都是一種不完美的表達工具，既不可能預見到法律條文可能適用的所有情形，也不可能用語言將這些情形一一說明。一般說來，對授權性和保護性的法律應採自由解釋。又可寫作broad construction,區別於嚴格解釋或狹義解釋(strict/narrow construction)。

所謂「被保險人合理期待原則」係指保險單之意義決定於被保險人之合理期待，該被保險人之合理期待，係指一個推定理性的被保險人在特定保單或有爭議的保險契約中，應該由其上產生合理期待，而不是指某一特定被保險人偶然購買保險，而可能瞭解的保單條款。此種解釋方式多存在於蘇格蘭(Scotland)，但是在英格蘭的法院則不採用這種解釋方式。因英格蘭法院認為此種解釋方式，主要是建立在合理性(reasonability)，然而事實上具備合理性的人並不存在。惟美國法院判決及學說則對於有疑義的保險契約條文，多採用合理期待原則來做解釋。(詳後述)

最後，所謂「不利於擬約者的解釋原則」(construction contra proferentem)係指，當保險契約條文不清楚時，採有利於締約者之解釋。蓋因，契約由擬約者所定，故所有不清楚之處時，應採對擬約者不利的解釋。

至於，英國法院對上述解釋原則如何適用則是因各案之不同，而有不同之見解。如有法院認為再保險個案中則認為雙方具議約能力則無上述原則之適用。另有法院採用「議價能力」以判斷是否有上述原則之適用。一般而言法院通常適用「被保險人合理期待原則」以對抗保險人。然而，因大多數健康保險契約均為保險人事先擬定，故針對將契約條文有疑慮時，法院多偏向被保險人為有利之判決。惟值得注意的是，因商業型健康保險多屬短期契約，英國與美國健康險保險人經過長期經驗累積，為避免爭議，多已於契約中將”實驗性”(experiment)醫療費用排除承保。此可以供我國未來修正健康險示範條款時參考。

三、小結

因英國商業型健康保險契約中對於「疾病」之定義並無明文規範

³³，故依私法自治原則，係由當事人依保險契約訂定之。然而，習慣法對於「疾病」之認定亦常出現不同之解釋。可見得，「疾病」之定義會隨著醫療技術之進步或社會環境之變遷而有不同之見解。是以，是否應對「疾病」為明確定義亦或是採反面解釋以保持彈性，應有討論之必要。

另查商業型健康保險商品在定價上，係保險人依據全民健保、公司自身或國外再保險公司之經驗資料為基礎，設計當時在保險金給付條件與保險費定價資料基礎上均符合適足性之要求。惟從英國商業健康保險承保實務運作中可知，該國之商業型健康保險係提供給少數對醫療品質較高之人另一選擇方案，此與我國商業健康保險為補足全民健康保險給付不足之用，有明顯不同。

再者，英國商業型健康保險多採團體保險方式出單，短年期為主，保險人若是因原契約條文有規定不清之時，可於續約時重新釐定承保條件，故若因醫療技術之進步，不至於嚴重影響該國商業型健康保險人之財務狀況。此於我國商業型健康保險契約多屬個人契約，長期保險(或保證續保)亦有很大不同。最後，另法院對健康保險理賠爭議之處理，亦多以契約條文規定為審判基準，尚無發現保險人主張定價資料基礎適足性為抗辯依據。

³³ 然英國法律委員會以及英格蘭法律委員會正在進行保險法之立法，於 2009 年 12 月 15 日，向國會提出“保險法草案”，其中立法之發展方向及政策值得進一步研究。

第二節 美國

一、規範內容之介紹

在美國，因為National Association of Insurance Commissioners（NAIC，美國國家保險監理官協會，以下簡稱NAIC）制定了統一的個人意外及疾病保險保單條款法以供各州立法參考³⁴，因此，關於美國健康保險規範內容主要皆受到NAIC所制定的統一的模範法規、規則或指令所拘束，本計畫也主要針對NAIC所制定之統一模範法進行相關介紹。

首先，雖然NAIC所制定的統一模範法將之稱作「意外及疾病保險」，然而其所指的就是現今所稱之健康保險。而統一法將意外及疾病保險定義為「用以對抗因為疾病或是因為意外導致身體傷害或是死亡之損失的保險」³⁵，而健康保險承保的人包括投保者本身以及投保者和他的家庭成員以及家屬。

而NAIC在1979年更通過了統一個人意外及疾病保單條款重述法，要求保險公司的保單必須以簡單的用語重述統一法之規定，亦即保險公司至少要對於統一法所要求的強制條款及選擇條款擬定並重述於保單當中，並且要以較簡單的用語方式表達³⁶。如此方能達到統一法保障被保險人以及其制定統一法規範之意旨。而強制條款包括了全部契約條款、防衛條款的時間限制、寬限期條款、復效條款以及聲

³⁴ 查該法除了威斯康辛州外，被美國其他各州所採行，又威斯康辛州雖然沒有採用該統一法，然而也採用了統一法裡面許多的條款規定。See Muriel L. Crawford, “Life and Health Insurance Law”, Georgia: Irwin/ McGraw-Hill, 8th ed, 1998, at 392.

³⁵ Id., at 392. (The uniform law defines accident and sickness insurance as “insurance against loss resulting from sickness or from bodily injury or death by accident, or both.”)

³⁶ Id., at 392.

請理賠條款、採取法律行動條款、受益人變更條款等，而選擇條款則包括請求給付條款、職業變更條款、超額保險條款、非法職業條款及酗酒及濫用藥物條款等。

此外，NAIC的統一模範法中對於個人健康保險費率提交準則亦有規範³⁷，其規定每個費率提交文件必須包括精算備忘錄、確定費率，並說明和描述其比例計算，現值的預期利益及現值的預期保險費必須在整個保險期限內來計算費率，並藉此提出其承保範圍，且每個費率意見書還必須由合格的精算師認證，精算師須依照其專業知識來判斷費率，且必須確保保險費率有遵守適用相關法令規範，而且保險金給付與保險費之間也必須具有合理性。

NAIC也對於標籤外用藥有所規範，其規定若標籤外用藥被醫學專業期刊文獻所接受，且該藥物被美國食品及藥物管理部門（the federal Food and Drug Administration，簡稱FDA）批准使用於至少一種病症上，縱使屬於標籤外用藥，保險公司仍應給付保險金於該藥物之使用上，抑或是具有醫療必要性的標籤外用藥，保險公司也必須支付保險金，除非該標籤外用藥被法令所禁止，並且對於標籤外用藥的相關名詞定義及要求保險公司仍需理賠及例外不需理賠的標籤外用藥皆有規範³⁸。

另外，NAIC對於相關的保險名詞定義及受益人條款、行政管理條款、終止及續保條款、除外及限制條款、團體健康保險、防止健康保險詐欺等相關事項皆有規範，以下主要即針對NAIC的統一模範法規中對於相關名詞定義之規範作一介紹。

³⁷ NAIC, GUIDELINES FOR FILING OF RATES FOR INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE FORMS, 2010.

³⁸ NAIC, OFF-LABEL DRUG USE MODEL ACT, 2010.

二、相關名詞定義

NAIC的統一模範法規對於相關的名詞定義主要是作一個最低標準之規範，亦即要求保險公司所訂定之保險條款對於下述的名詞定義不能比NAIC的統一模範法規所規定之定義還要嚴格，或是與其定義不同，故下列相關名詞定義，原則上以統一模範法所闡明之定義為原則，分述如下：

(一) 保險期間(Policy period or Policy term)

所謂保險期間，係指保險契約開始生效一直到保險契約效力終止為止³⁹。由於被保險人發生保險事故必須在保險期間內才能請求保險公司給付保險金，所以保險期間之決定對於保險契約當事人權益影響甚鉅。保險契約當事人如果違反保險期間之規定，則可能產生失權之效果，例如健康保險契約中的被保險人，他的發病主要原因如果是在保險期間之前發生的，那麼他就無法向保險公司請求給付保險金。此外，保險期間之長短，亦會影響保險費金額費率之計算。

(二) 疾病(Sickness)

NAIC的統一模範法對於疾病有一定的定義，並且要求保險公司的保單對於疾病之定義不能比統一模範法對疾病之定義更嚴格。NAIC統一模範法對疾病的定義為：「疾病係指被保險人其生病或病症是在保險契約生效後才首次發生，且該生病或病症是在保險契約有效期間內發生，而且疾病的定義也應該將在保險契約生效前不超過30天的潛伏期所發生之疾病也納入承保範圍內。不過，保險契約可以對疾病之定義做更進一步之修正，而將由勞工保險補償、職業災害給

³⁹ NAIC, ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010.(Policy period means the period of time from the inception date of the policy to the expiry date of the policy.)

付、雇主責任或類似法規規定有給付保險金之疾病，排除在健康保險契約應該要給付之疾病類型之外⁴⁰。」

(三) 傷害(Injury)

NAIC的統一模範法對於傷害或意外傷害亦有最低標準的名詞定義，其規定應該以使用「結果」方式的用語來定義傷害或意外傷害，而且不應該使用包含諸如外部、暴力、可見傷口等不明確的字彙或類似的字彙來敘述或特定傷害之定義⁴¹。

NAIC的統一模範法要求保險公司的保險契約對於傷害的定義不能比統一模範法對傷害之定義更嚴格。NAIC統一模範法對傷害的定義為：「傷害係指被保險人因為直接因素所致的意外身體受傷或其他因為疾病、身體虛弱等因素所致之傷害，且這些獨立的疾病或身體虛弱或其他原因是在保險有效期間內發生，而這些原因就是保險金給付的主要原因。不過，若傷害的保險金已經由勞工保險補償、雇主責任或類似法令規定來給付，或是由強制汽機車責任險來給付，或是被保險人係從事於貿易、商務、職業工作而受傷時，則該傷害可以不列入健康保險的保險金給付範圍⁴²。」

⁴⁰ NAIC, MODEL REGULATION TO IMPLEMENT THE ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010.(Sickness means sickness or disease of an insured person that first manifests itself after the effective date of insurance and while the insurance is in force A definition of sickness may provide for a probationary period that shall not exceed thirty (30) days from the effective date of the coverage of the insured person.The definition may be further modified to exclude sickness or disease for which benefits are provided under a worker's compensation, occupational disease, employers' liability or similar law.)

⁴¹ NAIC, MODEL REGULATION TO IMPLEMENT THE ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010.("accidental injury," and "accidental means" shall be defined to employ "result" language and shall not include words that establish an accidental means test or use words such as "external, violent, visible wounds" or similar words of description or characterization.)

⁴² NAIC, MODEL REGULATION TO IMPLEMENT THE ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010.("injury" or "injuries" means accidental bodily injury sustained by the insured person that is the direct cause of the condition for which benefits are provided, independent of disease or bodily infirmity or any other cause and that occurs while the insurance is in force. The definition may provide that injuries shall not include injuries

(四) 住院及醫院(Hospitalization and Hospital)

保險公司希望只有在被保險人真的需要留住醫院接受治療而非單純需要看護之情況下，才願意給付住院之保險金，因此，所謂的住院即係指「被保險人經醫師診斷其疾病或傷害確實必須留住醫院接受治療，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療者。」因此，保險公司在訂定保險契約時對於醫院之定義都會特別小心謹慎，否則保險公司就無法達成他們限縮住院給付保險金範圍之目的⁴³。

依照NAIC統一模範法對於醫院之定義，其認為醫院可以依照它的狀態、設施和提供的服務來定義，或是由聯合委員會來評審認定其是否為符合認可的醫療機構。NAIC的統一模範法要求保險公司的保險契約對於醫院的定義不能比統一模範法下面任一點對於醫院之要求更嚴格：1.依法被授權從事醫院的經營的機構。2.主要且持續地以其設施提供手術、治療，並在擁有專業執照的醫師之監督或執行下，對於生病或受傷之病人進行治療、診斷及手術之醫療照護及醫療，並依此向病人收取費用。3.由專業合格畢業領有執照的護士的監督或執行下提供24小時護理照護。此外，醫院之定義則不包含下列各項機構：1.療養院或提供療養、休養或護理之機構。2.主要提供監護、教育或再教育的機構。3.提供給年老者、酗酒者或藥物成癮者之機構。4.由政府經營或承包，而專門針對軍人治療的軍醫院或退休軍人醫院，例外的情形是在緊急情況下基於對病人的法律上責任而必須對其提供醫療服務並依此服務收取費用⁴⁴。

for which benefits are provided under workers' compensation, employers' liability or similar law; or under a motor vehicle no-fault plan, unless prohibited by law; or injuries occurring while the insured person is engaged in any activity pertaining to a trade, business, employment or occupation for wage or profit.)

⁴³ Supra note 27, at 400.

⁴⁴ NAIC, MODEL REGULATION TO IMPLEMENT THE ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010. ("Hospital" may be defined in relation

(五) 醫生(Physician)

健康保險保險單通常會對於醫生的名詞加以定義，以確保保險金僅對有合格執照的醫生所施行的治療費用支付。美國的有些州則會特別以法令規定醫生的定義以防止保險公司將醫生之定義規定的太過狹隘⁴⁵。例如，依利諾州就規定如果要支付醫療費用的保險金，該醫療服務必須是由有證照之醫生依照該州法律所核發之執照，在其執照專業範圍內實施醫療服務⁴⁶。

而依照NAIC的統一模範法對於醫生之定義，其認為醫生可以被定義為「有資格的醫生」或是「有執照的醫生」等名詞。而這些對醫生名詞之定義要求保險公司必須依照保險契約內之規定，承認且接受被保險人是由醫生提供醫療服務，因而必須給付保險金，其定義為：醫療服務是在醫療服務或治療的提供者的執照專業範圍內且係依法提供醫療服務時，該醫療服務者即為醫生⁴⁷。

to its status, facilities and available services or to reflect its accreditation by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The definition of the term "hospital" shall not be more restrictive than one requiring that the hospital: (a) Be an institution licensed to operate as a hospital pursuant to law; (b) Be primarily and continuously engaged in providing or operating, either on its premises or in facilities available to the hospital on a prearranged basis and under the supervision of a staff of licensed physicians, medical, diagnostic and major surgical facilities for the medical care and treatment of sick or injured persons on an in-patient basis for which a charge is made; and (c) Provide twenty-four-hour nursing service by or under the supervision of registered nurses. The definition of the term "hospital" may state that the term shall not be inclusive of: (a) Convalescent homes or, convalescent, rest or nursing facilities; (b) Facilities affording primarily custodial, educational or rehabilitative care; (c) Facilities for the aged, drug addicts or alcoholics; or (d) A military or veterans' hospital, a soldiers' home or a hospital contracted for or operated by any national government or government agency for the treatment of members or ex-members of the armed forces, except for services rendered on an emergency basis where a legal liability for the patient exists for charges made to the individual for the services.)

⁴⁵ Supra note 27, at 401-402.

⁴⁶ 215 ILL. COMP. STAT. 5/370(b) (Michie Supp. 1996).

⁴⁷ NAIC, MODEL REGULATION TO IMPLEMENT THE ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010. ("Physician" may be defined by including words such as "qualified physician" or "licensed physician." The use of these terms requires an insurer to recognize and to accept, to the extent of its obligation under the contract, all providers of medical care and treatment when the services are within the scope of the provider's licensed authority and are provided pursuant to applicable laws.)

(六) 手術(Surgery)

由於手術乃是醫學上慣用之專有名詞，涉及醫學專業範疇，所以為避免因保險契約名詞定義與醫學認定標準不一，進而衍生理賠爭議，因此NAIC的統一模範法並未針對手術名詞作定義規定，並要求保險公司必須遵守其定義規定。

(七) 承保範圍(Insurance coverage)

承保範圍係指保險公司必須依照保險契約之約定而給付保險金之範圍，此亦為保險公司與被保險人最常發生爭議之名詞。然而，由於醫學的進步及複雜性，使得承保範圍很難被精確的定義，因此，在NAIC的統一模範法中亦未對承保範圍之名詞加以定義。

不過，美國的保險公司對於承保範圍之爭議，特別是醫療行為必要性的爭議上，仍然發展出一些解決承保範圍爭議之機制，例如事先使用審查制度或事後使用審查制度，此部份將留待下面的必要性醫療行為之判斷標準再做詳細介紹。

(八) 除外責任(Exclusions)

大部分的健康保險保單都會列舉保險公司不願支付保險金之情況，這些情況在保險單上就被稱為「除外及限制責任」，而每一家保險公司的每一種健康保險保單對於除外及限制責任之規定都不一樣。通常而言，健康保險保單對於因為醫療、住院或手術而支付之費用，會列舉下列的除外責任以免除其保險金之給付：1.被保險人所受的傷害或疾病可以從全民醫療保險、勞工補償保險、職業災害疾病法或是類似的法規中獲得保險金之給付。2.被保險人可以從退伍軍人部門所提供之設施處接受治療或照顧，除非被保險人依法必須支付該治療或醫療服務之費用。3.疾病或受傷係因為戰爭或戰爭之因素所致。

4.被保險人的疾病或傷害是在軍隊或從事軍事服務時所致。5.懷孕、分娩、墮胎、流產或其他因此所導致的併發症。6.任何的自殺或自殘行為，無論是處於神智清楚或不清楚的狀態下。7.牙科的治療，除非是真正的牙齒受傷所致⁴⁸。

不過，美國各州的法律及保險管理部門都傾向於減少除外責任的情況，例如，在某些州就規定保險公司不能將結核病的治療列為其除外責任，另外有些州則規定保險公司不能將酒精中毒的治療列為其除外責任，而各州的法律都要求不能將精神疾病之治療列為保險契約的除外責任⁴⁹。

(九) 保證續保之規定(Guaranteed renewable terminology)

NAIC的統一模範法對於「保證續保」或「不得解除」之名詞亦有定義之規定。NAIC的統一模範法對於「保證續保」或「不得解除」之名詞定義如下：**保證續保條款意指被保險人有權利在依照保險單之規定適時繳交保險費後，可以強制地使保險契約繼續生效，但必須是被保險人在50歲之前，或者若被保險人是在44歲以後簽訂保險單，則至少在訂約後5年內。**而在這段強制續保之期間內，保險公司不得以任何保單條款為理由單方面做出變更，不過保險公司可以改變保險費率的類型、層級。而統一模範法對於「保證續保」或「不得解除」之限制規定也適用於任何同義的名詞上，例如「保證續約」等。而NAIC對於保證續保條款加以規定之用意就在於防止保險公司對於續保或是不不得解除等名詞另外加以定義，因此對於保險單中的保證續保或不

⁴⁸ Supra note 27, at 403-404.

⁴⁹ Id., at 404.

得解除條款加以定義，同時避免保險契約當事人因為保險公司自己的另外定義，而對於保證續保或不得解除之名詞產生困惑⁵⁰。

美國許多州都要求要將續保條款寫在健康保險保單的首頁上，因為續保條款對於保險契約當事人十分重要，不應該讓保單持有人還必須搜尋保單裡面的內容來瞭解他的續保權。例如路易斯安那州就規定，如果保險公司要規定他們的契約終止或續保的選擇權，這樣的條款約定必須要突出地顯示在保單的首頁，以便使得保單持有人知悉⁵¹。有法院判決曾認為⁵²，由於保險公司的保單封面有保單資訊，因此必須算是首頁，然而續保或終止條款卻未規定於封面上，因此保險公司已經違反法律規定，故保險公司不能依照其續保條款主張依照其新的續保效力規定，被保險人所發生的保險事故在續保效力所規定的承保範圍外，因此保險公司無須給付保險金。因而判決保險公司仍需給付被保險人保險金。

(十) 保險人有無終止權(Cancellation Provisions)

一些保險公司的保險單會包括選擇終止權的條款，使得保險公司可以在任何時候終止保險契約，而保險公司只需要通知保單持有人終止保險契約並退還終止後到原本保險契約期限屆滿時之保險費，不

⁵⁰ NAIC, NONCANCELLABLE AND GUARANTEED RENEWABLE TERMINOLOGY DEFINED, 2010.(The term "guaranteed renewable" may be used only in a policy that the insured has the right to continue in force by the timely payment of premiums until at least age fifty (50), or in the case of a policy issued after age forty-four (44), for at least five (5) years from its date of issue, during which period the insurer has no right to make unilaterally any change in any provision of the policy while the policy is in force, except that the insurer may make changes in premium rates by classes.The foregoing limitation on use of the term "non-cancellable" shall also apply to any synonymous term such as "guaranteed continuable."Nothing herein contained is intended to restrict the development of policies having other guarantees of renewability, or to prevent the accurate description of their terms of renewability or the classification of such policies as guaranteed renewable or non-cancellable for any period during which they may actually be such, provided the terms used to describe them in policy contracts and advertising are not such as may readily be confused with the above terms.)

⁵¹ Supra note 27, at 405.

⁵² Caswell v. Reserve National Insurance Co., 272 So. 2d 37(La. Ct. App. 1973).

過，保險公司的自由終止權已經大幅的減少，因為各州的保險管理部門並不贊同保險公司訂定這樣的終止權⁵³。

另外一種類型則是選擇續保條款，在選擇續保條款下，保險公司沒辦法隨時隨地終止保險契約，但是保險公司可以選擇拒絕保險單續保，保險公司只需要通知保單持有人不願意繼續承保。許多州都限制保險公司的拒絕續保權，有些州限制保險公司必須在保險單經過一年後才能拒絕續保，其他州則限制保險公司除非在特殊例外之情況下，否則不得拒絕續保⁵⁴。

三、健康保險爭議類型

(一) 必要性醫療行為(medical necessity)之判斷標準

因健康保險係與醫院之醫療行為息息相關，所以於健康保險發展初期時，因為當時保險契約中並未明確規定醫療行為必要性及審查機制，故保險公司完全由醫生來判斷該疾病之醫療行為是否具備醫療行為必要性，進行決定是否須理賠。然而，到了1960年代，保險公司開始質疑醫生對醫療行為必要性的判斷，因為它們甚至被要求因為被保險人減重或跌倒在醫院休養之費用也必須支付保險金，為此，保險公司開始修正保險契約，加入對醫療必要性的精確要求，希望可以給他們彈性的空間去拒絕非必要性醫療行為的保險金之給付⁵⁵。

在 1970 年代末期，保險公司採用了兩個契約條款來處理醫療行為必要性之問題，首先，他們規定醫療行為必要性必須由保險公司判

⁵³ Supra note 27, at 404.

⁵⁴ Id., at 404.

⁵⁵ See MARK A. HALL and GERARD F. ANDERSON, "MODELS OF RATIONING: HEALTH INSURERS' ASSESSMENT OF MEDICAL NECESSITY", 140 U. PA. L. REV. 1637, May 1992, at 1644-1646.

斷；第二，他們排除了對於實驗性或研究性醫療費用之支付⁵⁶。然而，保險公司對於醫療行為必要性的契約條款規定在法院判決中卻屢遭敗訴，因為法院認為這些保險契約含糊不清或是與被保險人的合理期待原則相違，法院認為保險公司對醫療行為必要性的定義並不明確，因此拒絕適用這些條款⁵⁷。既然限制條款被迫透過數種解釋而非精確說明，他的有效性及影響力就不再被保險公司充分考慮⁵⁸。

因此，到了 1980 年代，保險公司開始採用事先性及事後性審查機制來審查醫療行為的必要性。因為許多研究對於醫生所做的醫療行為適當性提出質疑並鼓勵保險公司開始更仔細的審查醫療行為的適當性並預先審查治療行為⁵⁹，而保險公司為了維持他們的市占率並展現出他們可以控制健康保險成本，便開始制定醫療服務的使用審查制度，而事先審查制度與事後審查制度的不同在於，事後審查制度中，縱使醫療服務已經提供給被保險人了，保險公司仍然可以透過事後審查拒絕給付保險金；而在事先審查制度中，醫療服務是否符合醫療行為之必要性必須在醫療行為前先做決定，而為了回應法院對於事後審查制度認為不公平之態度⁶⁰，保險公司只能盡可能的實施事先審查制度。事先審查制度的運作如下：保險契約要求被保險人或醫生除了緊急的狀況外，在進入醫院或實施昂貴的手術之前，必須先得到保險公司的允許，接著，這些醫療行為會由電腦做初步的審查，並由電腦標

⁵⁶ *Id.*, at 1647.

⁵⁷ *Adams v. Blue Cross & Blue Shield*, 757 F. Supp. 661 (D. Md. 1991); *Bucci v. Blue Cross & Blue Shield*, 764 F. Supp. 728 (D. Conn. 1991); *White v. Caterpillar*, 765 F. Supp. 1418 (W.D. Mo. 1991); *Kulakowski v. Rochester Hospital Service Corp.*, No. 91-CV6505T (W.D.N.Y. Dec. 17, 1991).

⁵⁸ *Supra* note 48, at 1651.

⁵⁹ See, e.g., Rolla Edward Park et al., “Physician Ratings of Appropriate Indications for Three Procedures: Theoretical Indications vs. Indications Used in Practice”, 79 *AM. J. PUB. HEALTH* 445, 1989, at 446-447.

⁶⁰ *Van Vactor v. Blue Cross Ass'n*, 365 N.E.2d 638, 644 (Ill. App. Ct. 1977); *Myerson v. Associated Hosp. Serv.*, 314 N.Y.S.2d 834, 836 (N.Y. Sup. Ct. 1968).

示以便進一步的臨床審查，然後，會由一名護士依照初步的篩選標準來審查這些醫療行為決定哪些需要更進一步的由醫生來審查，醫生則會依照醫療有效性的學術研究及醫生自己的臨床經驗，來獨立判斷這個醫療行為是否符合醫療適當性及必要性⁶¹。然而，由於法院通常會擔心若病患無法取得保險金之給付，他將無法獲得治療，而這些治療往往可以拯救病患的性命，這樣子的法律觀點使得法院在生命利益的保護及保險公司的金錢損失間尋求平衡點時，往往會偏向生命利益之維護⁶²。

醫療技術的評估研究指出對於手術、用藥及醫療儀器使用的三階段審查模式，第一階段是由食品及藥物管理部門（FDA）來評估所有藥物及醫療儀器及治療，確認藥物、儀器或治療是否安全以及是否有醫療上療效，即便該療效很小；第二階段則要求該藥物、儀器或治療的療效要優於同樣成本或較低成本的藥物、儀器或治療；第三階段則要求採用該藥物、儀器或治療在療效上的淨增加是否值得所支出之成本⁶³。不過保險公司往往只實行第一階段的審查，他們只要求醫療療效被證明，而不要求醫生跟病人在多或少的療效以及貴或便宜的醫療行為中做選擇。

另外，值得一提的是，美國有許多學者紛紛提出解決醫療行為必要性判斷標準問題的方法，認為**最好的解決爭議的機制應是透過制定一套行政爭端解決程序來取代司法訴訟程序**。換言之，在成本與效率考量之下，如何快速且有效解決醫療保險紛爭，應是未來處理醫療保

⁶¹ Supra note 48, at 1654.

⁶² Wickline v. State, 239 Cal. Rptr. 810, 812 (Cal. Ct. App. 1986); Zuckerberg v. Blue Cross & Blue Shield, 487 N.Y.S.2d 595 (N.Y. App. Div. 1985); Dozsa v. Crum & Forster Ins. Co., 716 F. Supp. 131, 140 (D.N.J. 1989).

⁶³ Supra note 48, at 1659.

險理賠爭議之首要思考因素。茲將學者所提出之爭端解決方法說明如下。第一種紛爭解決機制是於保險契約中明載除外不保的程序機制⁶⁴，亦即保險公司在保險契約中清楚將所有被視為不安全、不必要或不能承保的原因或範圍列入除外事項，以避免爭議產生。此機制最大的問題即是，保險公司如何能將所有重大關聯的除外事項都以清單的方式列舉在每一份保單上。蓋因，囿於現實知識與技術考量，似難於訂約之時將各種無法承保之原因明載於保險契約中。因此，實際上欲透過此種機制解決醫療理賠紛爭，恐有難行之處；第二種紛爭解決機制則是於保險契約中明定評估醫療行為必要性評斷標準，如以「必要性手術」為例，保險人即可於保險契約中明確指出以「安全有效、花費有效或有利的⁶⁵」等指標來做為評估該手術是否具必要性之判定標準。然而，這樣的方法仍可能會有問題，因為倘若審查機制欠缺一個明確的評估標準時，不同的審查者所依據的資料、方法或參考的架構都並不相同，因此可能會有不同的結論；第三種紛爭解決機制是由特定的組織或機構來評估醫療技術的必要性⁶⁶。易言之，保險公司在保險契約中明定當醫療理賠產生爭議時，雙方同意交由特定組織或機構來做紛爭之調處。此時，若是經由該組織或機構評斷為是不安全、未經證實、不具療效或過時的醫療方法時，則該手術或治療行為即不屬承保範圍，則保險公司即不負給付保險金之責。換言之，透過該組織或機構之判定結果以解決醫療保險理賠紛爭。然而，此機制亦有諸多問題尚待討論。首先，該組織或機構之專業性。蓋因，面對未來成千上萬種的治療技術、藥物或醫療器材的出現時，該機構能否勝

⁶⁴ See Lee N. Newcomer, "Defining Experimental Therapy -- A Third-Party Payer's Dilemma", 323 NEW ENG. J. MED. 1702, 1990.

⁶⁵ See Paul E. Kalb, "Controlling Health Care Costs by Controlling Technology: A Private Contractual Approach", 99 YALE L.J. 1109, 1989, at 1121-1123.

⁶⁶ Supra note 48, at 1687-1688.

任，恐將成為當事人爭辯之首要問題。再者，採單一或複數機構處理。蓋因，若是採複數機構時，則不同的機構可能會出現不同的結論，恐令問題之處理更加棘手。因此，許多學者認為醫療理賠爭議案件之處理，最重要的問題便是，設置負責執行整體評估的正當程序。因此，主張保險業應該建立一個外部的技術評估組織或機構來執行這些評估⁶⁷。此外，該組織或機構對於每一種手術、藥物或治療行為可以採取分類的方式，俾利評估程序之進行。所以每一家保險公司應可設立自己的外部審查組織，而於保險契約內約定自己的審查標準。另因不同保險公司對於醫療服務的分類都不一樣，所以有關個別保險契約承保範圍之實質內容為何，應於個別契約中進行磋商。惟值得注意的是，學者建議該組織的評估決定僅是用來作為解釋契約的程序之一。因此，尚須搭配其他的處理爭議解決機制，如透過仲裁程序或正式申訴程序解決，或者更民主的，以選舉的程序從保險公司及保險契約當事人中選出代表，組織成爭議處理委員會解決爭議⁶⁸。

(二) 保險契約條文不明確解釋原則(Principles of explanation for indefinite policy provisions)

美國法院判決及學說對於有疑義的保險契約條文，多採用合理期待原則來做解釋。所謂的合理期待原則，係指保險單之意義決定於被保險人之合理期待。而被保險人之合理期待，係指一個推定理性的被保險人在特定保單或有爭議的保險契約中，應該由其上產生合理期待，而不是指某一特定被保險人偶然購買保險，而可能瞭解的保單條款⁶⁹。而許多法院判決也支持這樣的論點，認為保單文字應依普通人

⁶⁷ Id., at 1691-1692.

⁶⁸ Id., at 1695-1696.

⁶⁹ Richard A. Lord, Williston on Contracts Database updated Nov 2007, Chapter 49, 轉引自廖蕙芳，保險契約承保範圍之解釋，國立政治大學法學院碩士論文，2008年6月，頁90-91。

所瞭解的，而不是複雜的擬約人想解釋的意思而為解釋，且保險人不能被允許在承保範圍之要件及除外規定，使用一個與對該類型承保範圍僅有普通程度瞭解的保單持有人之合理期待不一致之文字⁷⁰。由上述定義可知，美國法院特別限制保險契約條文不明確解釋，必須以普通程度一般人之被保險人之合理期待，作為保險契約條文的解釋原則，因此，法院在解釋不明確的保險契約條文時，會試圖去滿足被保險人對保險契約的合理期待。

四、爭議案例分析

(一) 醫療必要性之判斷-生命之延續與保險金孰重孰輕？

美國法院在面對醫療行為必要性之判斷上，大多採對被保險人有利之判決，即使保險契約承保範圍之約定已經依照法院所建議的方式修訂。蓋因，美國法院在醫療行為是否具必要性的爭議案例中，特別是末期病患的案例，通常會假設最壞的情況，即這些病患可能會死亡如果沒有實施所要求的治療。然而這些治療又需要高昂的醫療費用，而這些醫療費用只有靠保險金給付方足以支付⁷¹。如此之法律觀點使得法院必須在生命逝去的可能性及保險公司的金錢損失間尋求平衡，因此，法院通常會偏向生命的維護而認定保險公司需負給付之責⁷²。就如同 *Wickline v. State*⁷³ 案中，該法院所謂：「一個根據事後審查制度所做的醫療必要性的錯誤結論將會導致非法的拒絕給付保險金情形。然而一個事先審查程序中的錯誤決定，就實際後果而

⁷⁰ David L. Leitner, Reagan W. Simpson and John M. Bjorkman, Chapter 5. Reasonable Expectations, 轉引自廖蕙芳，保險契約承保範圍之解釋，國立政治大學法學院碩士論文，2008年6月，頁92。

⁷¹ *Zuckerberg v. Blue Cross & Blue Shield*, 464 N.Y.S.2d 678 (N.Y. Sup. Ct.), *rev'd on other grounds*, 487 N.Y.S.2d 595 (N.Y. App. Div. 1985), *aff'd*, 490 N.E.2d 839 (N.Y. 1986).

⁷² *Dozsa v. Crum & Forster Ins. Co.*, 716 F. Supp. 131, 140 (D.N.J. 1989)

⁷³ *Wickline v. State*, 239 Cal. Rptr. 810, 812 (Cal. Ct. App. 1986).

言，將導致病人無法獲得必要的醫療照顧，而這樣的結果可能導致病人永久性的殘廢或死亡。」因此，美國法院判決為了確保被保險人能夠獲得保險金之給付而得以獲得必要的治療或手術，對於醫療行為必要性之解釋幾乎都採取有利於被保險人之解釋，只要該手術或藥物有治療被保險人之可能性，哪怕只有一絲的可能性，法院都會認定該手術或藥物符合醫療行為必要性。

而在 *Rollo v. Blue Cross/Blue Shield*⁷⁴ 案中，法院更清楚明白的表現出此一立場，法院公開心證指出：「我被要求決定一個八歲大小女孩生死，這是一個震撼人心且嚴肅的決定，她因為腎細胞癌復發幾乎沒有生存機會，而保險公司拒絕理賠自體骨髓移植手術費用，這個手術是唯一可能延長且相當可能拯救她的生命，且無疑的是她僅存的希望，假如手術費用不在承保範圍，內布拉斯加醫學中心將不會替她實行手術，因為她的父母並無力為她負擔 13 萬到 14 萬美金的手術費用，而且她也沒有時間可以等待，否則她的機會之窗將被關閉。」而保險公司拒絕理賠的原因是保單上明確排除實驗性手術，而保險公司認定骨髓自體移植手術還未經過證明符合醫療適合性及必要性，最後法院仍決定保險公司必須給付保險金⁷⁵。另法院亦多會以專業醫師的見解，來決定該醫療費用是否須理賠。

（二）保險契約條文不明確之判決

⁷⁴ No. 90-597, 1990 U.S. Dist. LEXIS 5376 (D.N.J. Mar. 22, 1990).

⁷⁵ 雖在 *Rollo* 案中，法院判 *Blue Cross* 需給付女童的醫療費用，且往後兩年內其他 16 個類個案中，法院亦多判決認為自體骨髓移植並非實驗性的治療方式，並要求私人保險公司需提供保險給付以幫助癌症末期的病人(大多為轉移性)乳腺癌末期之病人)；然而之後其餘許多的類似案件，部分法官確變更見解，認自體骨髓移植屬實驗性的治療方式，保險公司可拒絕保險給付。因此判決極具爭議性，故被大眾傳播媒體和健康保險人高度重視。故就有關以醫療必要性、實驗性來決定健康保險承保範圍之類似判決，實值的持續觀察。

美國法院判決多認為保險公司對於保險契約條文若定義的不夠明確，該不明確之不利益後果就必須由保險公司承擔，亦即保險公司對於不明確之保險契約承保範圍仍必須給付保險金，例如使用諸如醫療必要性或實驗性等字彙，法院就認為這樣的字彙模糊不清不夠明確。雖然法院保證假如保險契約能夠適當地措辭、清楚地描繪，保險公司在訴訟中仍然佔上風，然而當保險公司遵照法院建議擬定條款時，他們最後依然敗訴，因為法院認為這些契約條文依然含糊不清或是與被保險人的合理期待原則相違⁷⁶。最明顯的例子即為 *Duncan v. J.C. Penney Life Insurance Co.* 案⁷⁷，在這個案子中法院要求保險公司必須給付被保險人 2-3 星期的因瘀傷及扭傷而住院之費用，即便有事實顯示當事人的一部分動機是為了獲得金錢給付，且即使被保險人的醫生同意這種醫療照顧可以在家中為之。然而，法院仍命令保險公司必須支付保險金，原因就是因為法院認為保險契約中對於住院必要性之規定有缺陷，因為它並未對住院必要性有明確的定義，所以無法認定被保險人之住院有無欠缺必要性，因此被保險人之住院仍然在承保範圍內，所以保險公司仍必須給付被保險人住院費用。而在另外一件 *Travelers Insurance Co. v. Page*⁷⁸ 案中，法院也同樣因為保險公司就契約條款訂定的不夠明確而判決保險公司敗訴，在這個案件中，原告為他的小孩投保了保險，然而保險契約中對於醫院的定義包括了醫院必須是有提供手術設備供開刀手術之用，而本件原告的小孩住進的精神科療養院只提供諸如縫合等小手術之設備，而沒有完善之設備供大手術之用，而原告也承認如果病人必須進行大手術，療養院必須將病人轉送到一般醫院，保險公司因而抗辯原告小孩所住進的並非保險契約

⁷⁶ *Masella v. Blue Cross & Blue Shield*, 936 F.2d 98 (2d Cir. 1991); *Goss v. Medical Serv.*, 462 A.2d 442 (D.C. 1983); *McFadden v. American United Life Ins. Co.*, 658 S.W.2d 147 (Tex. 1983).

⁷⁷ *Duncan v. J.C. Penney Life Insurance Co.*, 388 So. 2d 470 (La. Ct. App. 1980).

⁷⁸ *Travelers Insurance Co. v. Page*, 169 S.E.2d 682(Ga. Ct. App. 1969).

上所稱之醫院，因此拒絕支付住院費用的保險金，然而，法院認為保險契約中並未要求醫院一定要提供完善的設備供所有開刀手術或大型手術之用，保險契約並未明確的提到這一點，因此必須做有利於被保險人之解釋，最後仍判決保險公司必須支付住院費用之保險金。

不過，保險公司也並非一直遭受敗訴判決，在 *Harris v. Mut. of Omaha*⁷⁹ 案中，法院就判決保險公司勝訴。這個案件中，被保險人要求保險公司給付高劑量化療與自體骨髓移植(HDC-ABMT)手術之費用，然而保險公司拒絕給付，理由是被保險人的保險單並未包括實驗性治療，而高劑量化療與自體骨髓移植手術尚未變成醫療實務上可接受，尚未被認為是安全有效的，因此仍然是實驗性治療，這裡面面臨著一個社會政策與保險公司利益的衝突，就是透過保險單承保範圍包括最新技術的治療用以促進新的治療技術進步的社會公用以及保險公司不願支付未經證實的治療這兩者的衝突⁸⁰。法院認為原告即被保險人並未提供充足的證據說明這個手術並非實驗性治療因此包含在保單的承保範圍內，而且依照保險單內的記載及簡單的重述用語判斷，保險公司的拒絕理賠亦非恣意武斷，因而判決保險公司勝訴。

五、小結

綜上所述，美國健康保險運作方式與英國相似，多採團體保險方式出單，短年期為主(部分契約雖有保證續保條款，惟設有最高投保年齡(50歲)與保險費調整機制)，保險人若是因原契約條文有規定不清之時，可於續約時重新釐定承保條件，故若因醫療技術之進步，不至於嚴重影響該國商業型健康保險人之財務狀況。相較於我國住院醫療

⁷⁹ *Harris v. Mut. of Omaha*, 992 F.2d 706 (7th Cir. 1993).

⁸⁰ See Leslie C. Murphy, "HEALTH AND WELFARE: Mandatory Health Insurance Coverage for Cancer Clinical Trials", 33 *McGeorge L. Rev.* 314, Winter, 2002, at 315.

費用保險單示範條款而言，該示範條款係採個人契約，一年期保險但有保證續保且無年齡限制，雖設有保險費調整機制，但少有保險公司敢調整保險費，二國間商業型健康保險實際運作，實有很大不同。

又觀諸美國法院判決可知，當保險公司遇到何種治療或手術是否符合醫療必要性之問題時，保險公司往往必須面臨敗訴之命運，這固然是有其利益衡量之因素考量在，也確實地保障了被保險人之生命身體健康，然而法院卻忽略了並非所有的案例中被保險人皆處於情況危及之狀態，而且也過於忽略保險公司在面臨療效甚微的手術或治療中可能遭受的龐大之利益損失，美國法院雖然試圖透過操作利益衡量原則來為健康保險的被保險人或受益人擴張保險契約之承保範圍，然而在操作利益衡量原則時卻未能更仔細的操作，將保險公司將承受之巨大金錢損失與微乎其微的治療可能性也納入評估之範圍內。

此外，美國法院判決多將保險契約條款的不明確之不利益歸諸於保險公司，此舉固然保障了被保險人之利益，卻造成了保險費價格飆漲，因為保險公司並不知道法院會如何闡釋契約條款，所以保險公司必須將法院判決的不確定性加入他們計算保險產品的風險計算中，否則他們就必須用比較不讓人滿意的方式來約定承保範圍以便正確計算預估保險產品的價格，此外，保險公司進行的訴訟費用也是一筆不曉得負擔，上述種種皆迫使保險公司必須提高保險費，以便讓保險公司得以負擔不確定之承保範圍，影響所及，卻是迫使一些消費者放棄購買這些價格飆漲之健康保險，或是得接受購買一個承保範圍過大的健康保險，然而消費者並非都想要購買承保範圍如此大之健康保險⁸¹。最後，美國司法實務中，對健康保險理賠爭議之處理，尚無發現保險人主張定價資料基礎適足性不足為抗辯依據。

⁸¹ See Supra note 48, at 1657-1658.

事實上，美國醫療技術的評估研究報告提出的三階段審查模式，十分有參考價值，其審查模式其實就類似於比例原則的審查模式，第一步先確定該治療、手術或藥物是否安全有效，即類似於比例原則中之適當性原則；第二步則要求同樣成本的治療、手術或藥物，必須選擇其中療效最好的治療、手術或藥物，此即類似於比例原則中之必要性原則；第三步則要求所採用之治療、手術或藥物在療效上的淨增加是否值得所支出之成本，此即為比例原則中之狹義比例原則，如果三者皆符合，則不妨認為這個新的治療、手術或藥物已經符合醫療必要性，而應納入承保範圍內。然而，比例原則的操作模式仍然有其極限，一定會有無法確定是否符合之案例出現，所以最好的解決爭議的機制還是制定一套行政決定的程序來取代司法訴訟程序。

本文認為，由於醫療技術與時俱進，且醫學之複雜性與專業性皆使得保險契約要明確規定其承保範圍，或是對諸如手術、藥物治療等做出明確之定義，事實上是不可能的事，此從 NAIC 的統一法規範亦未明確規定承保範圍，以及美國的保險公司在承保範圍不明確之訴訟中屢遭敗訴之例子即可得知。因此，與其試圖對於各種名詞及承保範圍加以定義，不如參考美國學者所提出之建議，亦即著重於程序上之解決機制，制定一套解決爭議之程序，在遇到保險契約承保範圍之爭議時即透過這套程序解決機制來決定系爭手術或藥物是否在承保範圍，而最好的方式即透過設立解決爭議之委員會依照法定程序來決定具體個案之承保範圍，而這個解決爭議之委員會可以由保險公司設立外部的審查委員會，若是擔心被保險人不信賴保險公司成立之審查委員會，則可以考慮由政府機關設立立場公正的審查委員會，或是以更民主的方式，即從保險公司及保險契約當事人中選出代表，共同組織成爭議處理委員會來審查具體個案之承保範圍。

第五章 歐盟與德、法國健康保險理賠爭議相關規範之介紹

為能了解歐洲主要國家健康保險制度與規範，本章將先對歐盟健康保險理賠爭議相關規範略作介紹後，並說明德國與法國將歐盟制度轉化成內國法之過程；進而闡釋德國與法國商業健康保險規範制度與理賠爭議之處理方式，以供後續討論之用。

第一節 歐盟健康保險理賠爭議相關規範之介紹

一、歐盟商業健康保險體系之介紹

根據最新出爐之歐洲 2008 健康保險市場研究統計⁸²，商業健康保險為歐盟非壽險業務中排名第二位，占百分之二十五之市場占有率。其中以荷蘭與德國所占比例最高，兩者合計約占歐盟三分之二之市場。資料顯示，於 2008 年，歐盟商業健康保險之金額達到九億六千萬歐元，比 2007 年成長了百分之五點八。此顯示了儘管有金融風暴之威脅，民眾由於高齡化之危機及醫療費用之高漲，對於商業健康保險之需求仍為強烈。至於同年商業健康保險之給付約為八億歐元，其中超過四分之三是用於支付門診及住院費用。相關圖表請參閱本節附錄。

由於歐盟各國採用不同之社會健康保險體制，因此對商業健康保險的態度與政策皆有所不同。大致可分以下三種

- (1) 部分國家認為商業健康保險充其量僅為**補充或額外型保險**，以法國為代表⁸³。商業健康保險僅為補充社會健康保險之不足。

⁸² CEA Statistics N°41: The European Health Insurance Market in 2008. October 2010.

⁸³ 參閱本研究計畫第五章第三節。

(2) 但亦有部份國家將商業健康保險視為**首要型健康保險**，以德國或荷蘭為代表⁸⁴。商業健康保險具有全民健康醫療保障之功能，非單純擴大被保險人對健康保障之需求

(3) 部分國家採取**混合型**，如義大利或西班牙。社會健康保險與商業健康保險兩者併行。民眾得自由擇一投保。

事實上，商業健康保險得以強化社會健康保險之功能，但亦有可能造成阻礙。這全然取決於其所扮演之角色、市場之大小及功能。以商業健康保險視為首要型的國家為例，由於資源較為豐富且付有彈性，因此往往亦較能貼近消費者需求。然而，卻不能否認全民平等及價格控制，仍是值得關心的議題。

上述三種都有各自需要面對之政策問題。首要型健康保險之國家往往必須面對其高風險及弱勢族群無法受到保障之批評。而混合型之健康保險體制問題則在於公眾區分於兩種體制，造成不論是醫療層級或者照護皆有差別待遇。至於補充型之健康保險體制則必須處理醫療資源浪費的問題。

至於費用之涵蓋，除了首要型保險外多會涵蓋醫療與住院之費用，在補充或額外型保險之情況下，多數商業保險僅包含低度風險或附屬項目之給付項目，例如社會健康保險未涵蓋之牙科眼科費用、升級之病房費用或其他非必要費用。

此外，商業醫康保險之承保條件與保費，通常由保險公司自訂。保險公司一般而言，得拒絕消費者投保、擴大承保範圍或增訂除外責任等。但亦必須視各國規範而定。根據歐盟第三非壽險指令，各類型之商業健康保險，僅由各國之監管單位進行管控。

⁸⁴ 參閱本研究計畫第五章第二節。

不論上述何種型態，對於消費者而言，**是否能夠從保險公司得知充分且透明之諮詢及資訊，是決定商業健康保險之重要關鍵**。例如瑞士⁸⁵甚至由公家機關及組織介入評比商業健康保險之品質、特質、保險費用及保單。但是商業健康保險共通的問題，就是有可能會使高危險群之消費者被排除在健康保險之外。因此，**部分國家立法介入限制保險人設計保單型態之可變性，例如設定最低保障標準、限制保險人拒絕保單之權利、強制續保或者可依照風險之不同而訂定個人不同之計價標準。因此，商業保險之運作除取決於各國採取社會健康保險之體制而定，更大之關鍵點仍是在於各國政策。**

二、歐盟健康保險契約規範之歧異與歐盟規則之調和

除了各國政策對於社會健康保險及商業健康保險之態度有所不同，歐盟對於保險契約相關規範亦呈現歧異之狀態。歐盟曾於1979年嘗試調和內部保險契約規範，但由於各國政策之消極，該指令從未通過。最重要的原因就是各國之間對於保險之法令強制規範相差甚大。對紛爭解決而言，準據法之適用(賠償要件、契約語言或案件系屬法院)更是一大問題。

因此歐盟從2001年起陸續希望重新嘗試調和內部規範，但僅於提供參考性質之規範及試著於契約領域統一詞彙。但為了完成歐盟內部市場自由流通之目標，2010年5月1日，歐盟通過了n° 883/2004規則及其施行細則n° 987/2009⁸⁶。目的在於促成會員國之國民得以在最佳之情形及效率下接受完整之保障。

其中於n° 883/2004規則第三篇第一章第十七至第三十五條，與

⁸⁵ 瑞士並非歐盟會員國。但其立法往往受其他歐盟會員國影響亦影響其他國家，值得參考。

⁸⁶ 此兩項規則同時被採納於歐體協議及歐盟與瑞士間之協議。因此除了歐盟會員國外，愛爾蘭、列之示敦、挪威及瑞士皆適用此規則之規範。特別注意，英國並未參與此一規則，故不適用之。

n° 987/2009 規則第三篇第一章第二十二至三十二條，規範了健康保險之相關規定。這些條文**主要是允許被保險人或得以受益之家人不論居住或短期住居在適用此規則之國家，皆得受到完整之保障**。於此規則下，不論是疾病(包含慢性病及同類型疾病)或生產都應被視為包含於健康保險之範圍。

例如會員國國民居住於他會員國，得於完成一定手續之後(通報當地社會局或相等單位)，享有與該國國民同等之社會保險權利。

若是短期住居於他會員國，原則上得以享有於他會員國國民同等之權利，但特定國家僅允許包含必要(necessary)之醫療行為，如愛爾蘭、瑞典、義大利等。若是長期慢性之疾病或治療，例如洗腎、氣喘治療、化療等，則必須先行徵詢他會員國醫療機構實行該治療之同意才得進行。

至於「醫療旅行」之情形，不是絕對禁止，而是必須在符合要件下，例如考量國內之醫療技術發展或被保險人之身體狀況下，經過被保險人之原社會保險局同意始可。

此規則之所有行政解釋及調和會員國社會保險局間之狀況，特設立社會保險調和行政執委會，隸屬於歐盟執委會下。並另設諮詢委員會，提供解決施行此規則所產生之問題，及不確定之疑點。

三、小結

儘管歐洲各國社會健康保險體制之不同，因此對於商業保險之態度不一。惟可確定者，歐洲國家對商業健康保險之需求越來越增加，而歐盟也亦發試著從法之調和與確定性及消費者保護的立場，來統合歐洲市場。從歐洲最新的保險人清償能力計畫(Solvency II)及 2011 年 1 月新上路之監管架構即可看出此一站在消費者保護之趨勢。

因此，除了可參考歐盟對於保險公司嚴謹之監管外，亦可從體制與我國相似之國家，從其法制中尋求參考借鏡之處。

第二節 德國

雖德國與其他歐洲國家均提供全民健康保險計畫，惟有關德國現行商業型健康保險制度與其他歐洲國家有些微不同。主要是，歐洲其他國家商業型健康保險主要係為補充全民健康保險計畫之不足之用，然而德國商業型健康保險則為屬於首要型健康保險。如以現行德國法律規定，收入超過一定水平(2009 年要求連續收入三年超過 4,050 歐元/月)的人可以參加商業型健康保險，但禁止離開法定醫療保險計畫的人重新返回這個體系。因此，有關德國商業型健康保險制度因具有全民健康醫療保障之功能，非單純擴大被保險人對健康保障之需求，此與我國商業型健康保險之設計目的有所不同，需特別注意。茲將德國現行商業型健康保險規範內容介紹如下，以利後續討論。

一、規範內容

有關影響德國健康保險之法規重大演變因素，主要有，分別為 1994 年「歐洲聯盟的第三代保險指令」放寬對人壽保險之監理、2007 年德國公布「法定健康保險競爭提升法」進行全民健康保險之改革、2008 年德國公布實施之「保險契約法」對商業型健康保險提供明確規範。茲將此三法之重要內容簡述如下。

首先，因 1994 年 7 月 1 日歐洲聯盟的第三代保險指令施行後，德國在保險契約法作了重大的修訂，明確的規範私人健康保險。另因歐洲聯盟第三代人壽保險指令廢除了事前核准保險條款與費率之規定，並允許會員國保險監督機關對強制保險(如全民健康保險)與具替代性的健康保險應提出一般的保險條款以供業者遵循。是以，德國便於該國保險契約法第 178a 條至第 178o 條中對於健康保險有特別的規定，以補充並確保此保險契約內容之一致性與最低給付標準。此外，該國民法第 307 條第 2 項第 1 款明定健康保險契約條款應有法定內容

審查原則適用⁸⁷。

再者，於 2007 年 3 月 26 日，德國復公布法定健康保險競爭提升法（GKV-Wettbewerbsgesetz），進行全民健康保險改革，提供全民健康保險保障。該改革法中有關個別規定溯及至 2007 年 2 月 2 日生效，至於其他規定則是分別自 2007 年 7 月 1 日與 2009 年 1 月 1 日起生效。因此法係針對全民健康保險保障範圍提供明確規範，故德國人民得於一定條件下選擇是否加入此法定健康保險計畫，或選擇參加商業型健康保險計畫。

最後則是 2007 年 11 月 23 日德國所公布的保險契約法改革法（Versicherungsvertragsgesetz-Reformgesetz）該法自 2008 年 1 月 1 日實施(即是現行保險契約法)大幅修訂保險契約法關於健康保險的規定。至此，商業型健康保險不僅有新的特別規定，在保險契約法亦適用一般的規定。

另值得一提的是，在 1994 年歐洲聯盟的第三代保險指令放寬對人壽保險之監理後，在德國，除人壽保險外，商業型健康保險仍為受主管機關最嚴密監督⁸⁸。該國保險監理法規定，保險公司應事前向監理機關提出一般保險條款(即健康保險契約條文內容需事先向主管機關提出)、計算保險費與理賠準備金的計算基礎以供審閱⁸⁹。另依據歐洲聯盟第三代保險指令第 54 條第 2 項之規定，保險公司所在地國的監理機關享有專屬的財務監理職權(此即為所謂的所在地國監理原

⁸⁷ Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, §44. Private Krankenversicherung, Rn.97

⁸⁸ Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, §44. Private Krankenversicherung, Rn.105

⁸⁹ 德國保險監理法第 5 條第 5 項第 1 款與第 1a 款、第 13d 條第 7 款與第 8 款規定。

則)。因此在德國境內，包括來自歐洲經濟區⁹⁰會員國的保險公司都必須向德國的監理機關提出一般性保險契約條款，以供主管機關事先進行審查⁹¹。

另有鑑於，法定健康保險競爭提升法之發布亦造成商業型健康保險 (private Krankenversicherung) 契約內容與運作方式進行部分修訂，下列新規定宜須強調，即：

1. 受雇人由法定健康保險轉換到商業型健康保險變得更困難，通常僅得由法定健康保險轉換到商業型健康保險，且一但轉換後，不得再由商業型健康保險轉換到法定健康保險；
2. 在一定的前提要件下，商業型健康保險公司有承保保險的義務，即不得任意拒絕承保；
3. 在更換商業型健康全額保險 (Vollversicherung) 時，其原先所提存之老年準備金 (Alterungsrückstellung) 須一併移轉。
4. 受雇人三年規定條款 (Drei-Jahres-Regelung) 之適用，即是受雇人在連續三年 (日曆年度) 薪資超過保險義務的上限時，自 2007 年 2 月 2 日起原則上應終止法定保險義務，必須改投保私人健康保險。
5. 自 2009 年 1 月 1 日起，投保商業型健康保險義務者係指未依法定健康保險投保者或不可投保法定健康保險者與無承擔其他治療費用者。
6. 自 2009 年 1 月 1 日起，商業型健康保險公司必須向保險公會提出統一的基本費率。另從 2007 年 7 月 1 日至 2008 年 12 月 31 日

⁹⁰ 1994 年當時的歐洲經濟共同體與歐洲自由貿易協會 (EFTA) 締結歐洲經濟區協定，目前的會員國包括歐洲聯盟 27 個會員國與冰島、挪威與列支敦斯登。

⁹¹ 德國保險監理法第 110a 條第 4 項第 2 款規定。

止，不屬於商業型健康保險之被保險人應納入修訂後的標準費率進行收費。

二、相關名詞定義

查現行德國商業型健康保險契約內容主要係規定於該國 2008 年版保險契約法第 192 條至第 208 條中。茲將該法中重要規定略述如下。

(一) 保險期間

有關商業型健康保險之保險期間係規定於保險契約法第 195 條中，該條明訂保險期間之範圍為 (1) 保留第 196 條第 2 項與第 3 項規定與第 199 條規定，得完全或部分補償在法定社會保險制度內規定的健康保險或照護保險保護的健康保險 (替代的健康保險) 是長期有效的。若依據人壽保險的種類經營非替代的健康保險時，則準用第 1 句規定。(2) 在教育健康保險、國外健康保險、旅遊健康保險與未清償債務保險⁹²得約定保險期間。(3) 針對在國內短期居留名義人的健康保險，得約定健康保險至遲至五年後終止。若約定一個更短的期限時，得僅以連同以屆滿契約的期限不超過五年締結同種類的新契約；若與其他保險人締結新契約時，亦適用之。

保險契約法第 196 條規定疾病日額保險的期限，即 (1) 在疾病日額保險，得約定被保險人年滿六十歲時終止保險。在這種情形，要保人得要求保險人，保險人接受在年滿六十五歲時申請締結新的疾病日額保險，至遲在年滿七十歲時終止疾病日額保險。保險人應以書面附具本條規定的文句，在保險終止前最早六個月期限止才提出申請時，以保險保護未高於或更廣泛於至目前為止的費率為限，無危險審

⁹² 所謂的未清償債務保險 (Restschuldkrankenversicherung) 係與貸款的期限結合，因此對要保人而言，僅在貸款的期限內有保險保護的利益。Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2009, München, VVG § 195 Versicherungsdauer, Rn.19

查或等待期間，保險人應給與保險保護。(2) 若保險人未依據第 1 項第 3 句向要保人指示保險終止時，且若在年滿六十六歲前提出申請時，則應準用第 1 項第 4 句規定，而保險自申請到達保險人時起算。若保險事故在申請到達前發生時，則保險人不負給付義務。(3) 在直接接著第 1 項第 4 句或第 2 項第 1 句規定的保險，申請新的疾病日額保險，至遲在年滿七十五歲該疾病日額保險終止時，準用第 1 項第 2 句與第 4 句規定。(4) 締約當事人得約定比前述各項規定更高的年齡。

綜上可知，德國商業型健康保險之保險期間係依據該健康保險之屬性而有不同之規定。若是具社會健康保障功能者，則保險期間屬長期有效的，即保險期間長達終身。若是非屬社會健康保障功能者，則保險期間得自由約定，惟需注意者是，保險人對部分健康保險契約得有最高承保年齡之限制。

(二) 疾病

依據保險契約法第 192 條之規定，保險人所應履行的契約類型給付包括疾病費用保險、住院費用保險、疾病日額保險與疾病照護保險。疾病費用保險係以因疾病或事故的結果而在醫學上必要的治療行為，但並非每個醫生的治療行為都屬於保險承保範圍，例如美容手術⁹³。是以，該國保險契約法中對「疾病」一詞亦未有明確之定義。

惟該國法院曾對疾病作過解釋，該判決指出：所謂的疾病 (Krankheit)，係指異常的身體或精神狀況，而此一狀況並不完全會造成身體或精神在功能上輕微的障礙⁹⁴。

另有關在基本費率的範圍，疾病的概念應依據在法定健康保險適

⁹³ Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 28.Auflage 2010, München, VVG § 192 Versicherungstypische Leistungen des Versicherers, Rn.23

⁹⁴ BGH NJW 2005, S.3783

用的原則判定，以期得將保險保護視為等值的。因此，在少數的情形，應有例外規定，在有疑義的情形，應由聯邦社會法院以判決補充疾病的概念⁹⁵。並應客觀的確定疾病的概念，因疾病並非取決於被保險人是否感覺生病或健康，並不需要將一功能障礙歸類為特定、醫學上診斷的疾病現象⁹⁶。

（三）承保範圍

依據保險契約法第 192 條關於保險人於健康保險契約給付類型，包括：

- （1）在疾病費用保險約定的範圍內，依據法定實施的計畫(此指法定健康保險之保障範圍內)，保險人應補償因疾病或事故結果在醫學上必要治療的花費與其他約定的給付花費，包括在懷孕與生產、以及以早期發現疾病的門診健康檢查花費在內。
- （2）**但是上述之治療或其他給付的花費與保險人應提供的給付金額顯然不成比例時，則保險人無義務依據第 1 項規定為給付。**惟應注意者，此除外規定僅適用於具社會保險性質之健康保險。
- （3）與第 1 項規定的給付有直接關連者，得約定為疾病費用保險之附加給付內容(此部分即屬於約定擴大承保範圍)，此部分附加承保範圍為主要包括醫療諮商或額外醫療費用等⁹⁷。
- （4）在住院費用保險上，保險人應給付在**醫學上必要的住院治療所**

⁹⁵ Prölss/Martin, aaO., Rn.20

⁹⁶ LG Wuppertal NJW-RR 99, 1257

⁹⁷ 如 1. 諮商第 1 項規定的給付與這些給付的提供者；2. 諮商第 1 項規定的給付提供者報酬請求權的根據；3. 防禦第 1 項規定的給付提供者的無權費用請求權；4. 在行使請求權時，因瑕疵的提供第 1 項規定的給付被保險人提供的支援、以及因而產生的後果；5. 直接與其給付提供交互計算第 1 項規定的給付等相關費用。

約定的住院費用。

- (5) 在疾病日額保險，因無工作能力是由疾病或事故所造成的無法工作結果時，保險人應補償所約定的疾病日額。
- (6) 在疾病照護保險，在有照護需要的情形，在約定的範圍，保險人應補償照護被保險人的支出（照護費用保險）或給付約定每日的費用（照護日額保險）。第 2 項規定準用於照護費用保險。不抵觸社會法典第 11 部分關於私人照護保險的規定。
- (7) 在疾病費用保險，依據保險監理法第 12 條規定的基礎費率，給付提供者(如醫療院所)亦得對保險人主張給付補償的請求權，但以保險人依據保險關係應給付為限。且在基於保險關係保險人的給付義務範圍內，保險人與要保人應對給付提供者(如醫療院所)負共同債務人的責任。

三、醫療行為必要性之判斷標準

依據保險契約法第 192 條之規定，**保險人的給付係以醫學上必要的治療行為為前提要件**。治療行為不僅是指醫生的治療疾病行為，而且也指醫生施以改善或減少疼痛的行為⁹⁸、防止惡化應有減緩疾病週期的效果、或以替代身體的功能，以造成舒緩的效果。因此治療是指任何一個醫生的行為，因相關的疾病而造成應有醫生的行為，只要是由醫生給付的種類來看是屬於醫學上必要的疾病照護範圍，且係以治療、改善或減緩疾病為目標的行為⁹⁹。茲將其要件分析如下：

(一) 治療行為

⁹⁸ BGHZ 99, 228

⁹⁹ BGHZ 133, 208

按醫生治療行為之認定的問題不是在於治療的特徵，而是其醫學上的必要性。故應檢視的該治療行為是否是超越醫生的專業限度¹⁰⁰。在德國的司法實務上，針對治療行為已經發展出下列的認定醫療行為必要性的標準：

1. 「個別疾病結果的克服」屬治療行為

所謂「個別疾病的結果克服」是指具有減緩疾病的作用或與因而治療該疾病之行為，例如試管受精治療行為¹⁰¹，雖然該治療行為無法根本治癒該疾病(如自然受精困難)，但將減少此一疾病加重的結果。不會改變根本疾病的假牙或義肢、輔助工具與類似的補救措施，若可減緩存在的功能障礙時，則均屬於治療行為。

2. 「單純以美容目的之治療行為」不屬於醫療行為

醫學上必要的治療行為是否同時具有美容的目的，並不重要。但若僅係為美容目的之治療步驟，則並不是醫學上必要的，因此不在保險的承保範圍¹⁰²。

3. 「單純間接的措施」不屬於醫療行為

從醫學的觀點，僅對疾病之治療間接產生影響的措施亦得為治療行為，但若僅係消除根本疾病外在的原因或改變致病的環境要素，則並非保險保護的範圍。因此，若為治療疾病所為之必要的改建住宅(改善通風設施)；或為減輕疾病的結果所為之無障礙的改建住宅(修建無障礙設施)，則不受健康保險之保護¹⁰³。

¹⁰⁰ Prölss/Martin, aaO., Rn.50

¹⁰¹ BGHZ 99, 228

¹⁰² Prölss/Martin, aaO., Rn.52

¹⁰³ Prölss/Martin, aaO., Rn.53

4. 「緩和鎮痛的治療行為」屬醫療行為

緩和鎮痛的治療行為亦為醫生的治療行為，即便是無法治癒疾病之醫療行為無關係者。另緩和鎮痛的治療係以減輕疼痛與因而消除身體的障礙為目標¹⁰⁴，此行為亦為醫生的治療行為。此見解與我國商業型健康保險將安寧治療或病房費用排除不保，有明顯之不同。

5. 「安撫作用的措施」不屬於醫學上的治療行為

有安撫作用且在醫學上不明顯的醫療措施，若僅係為緩和情緒亢奮之用，雖然係以改善生活品質為目的，則被認為並不屬於醫學上的治療行為¹⁰⁵。

但應注意者是，若是情緒亢奮的藥品對在精神上的根本疾病是一種治療行為，且該情緒亢奮是醫學治療目的的一部份時，亦屬於治療行為¹⁰⁶。

6. 「照護措施」需視其是否具治療目的而論

只要是持續的照護措施時，照護措施是治療行為的構成部分。若醫生的治療結束時，照護措施不再用作治療目的，而是支援需要照護者，在這種情形，是需要照護者以照護保險（Pflegeversicherung）受保險，而不是在疾病費用保險中受保險保護¹⁰⁷。

7. 「診斷措施」為治療行為的一部份

診斷措施通常是醫學上必要的行為，即便是該診斷措施有錯誤或

¹⁰⁴ Prölss/Martin, aaO., Rn.54

¹⁰⁵ Frankfurt/M. VersR 2003, S.585

¹⁰⁶ Prölss/Martin, aaO., Rn.55

¹⁰⁷ KG VersR 2003, S.1114

不完全的診斷時，另診斷措施亦為治療行為的一部份¹⁰⁸。

8. 「基因檢測」

在醫學表徵上，基因檢測為治療行為的一部份，亦適用於確定病人對藥品接受與否的檢測；相反的，若是確定基因是作為遺傳病的檢測時，則非治療行為。基因檢測亦不得作為及早發現措施的替代行為¹⁰⁹。

9. 預防注射

預防注射並不是治療行為。預防注射若是以疾病預防為目的時，該預防注射並不是以疾病治癒為依據。因此，僅在契約有特別約定時，並在醫生建議預防注射時，才屬於保險承保範圍。

惟若是在治療範圍內必要的預防注射，以期促成治療成功或保證治療成功時，則預防注射是治療行為的一部份。如為治療過敏免疫化之預防注射。另在具社會保險的健康保險中，保護的預防注射亦受保險保護¹¹⁰。

10. 器官移植

僅在器官移植時發生的治療行為，該器官移植才是治療行為的構成部分。通常保險人對器官移植所生之醫療費用會承擔至下一個醫院為止¹¹¹。

(二) 醫學上的必要性

¹⁰⁸ BGHZ VersR 57, S.55

¹⁰⁹ Prölss/Martin, aaO., Rn.58

¹¹⁰ Prölss/Martin, aaO., Rn.59

¹¹¹ Prölss/Martin, aaO., Rn.60

治療行為必須是醫學上必要的，必要性之確定應依據客觀的標準¹¹²，所以一個治療方法的醫生處方尚不能證明其在醫學上的必要性。一方面，由於醫學的特殊性與知識的進展；另一方面，在診斷的不確定性，而有多種治療方法的可能性。德國聯邦最高法院認為，醫學上必要性的治療是指在醫生進行治療的時間點，依據客觀的醫學狀況與認知是可接受的，該醫生的治療行為才具備必要性。另醫學上必要的治療方法並不以是成功率最高者為判斷標準¹¹³。

醫學上必要性係以方法的認定為前提要件，若醫學上必要性在醫療上普遍成認為有效的，即在本質上無爭議¹¹⁴。在實務上，採取所謂的學術條件的見解，亦即在認定治療方法時係從一般的觀點判斷是否是在醫學上為有必要的治療行為¹¹⁵。如：

1. 若有數個治療方法時，在保留保險契約法第 192 條第 2 項之限制下，應選擇醫學上可接受的方法。醫學上可接受的方法有下列的判斷標準¹¹⁶：

(1) 醫學上的必要性，而不是經濟上的必要性

由於保險契約法是以醫學必要性的判斷為主，而非經濟上的必要性為主。因此，原則上若是僅因該治療行為費用更低廉時，則該醫療行為不一定具備醫學上的必要性¹¹⁷。

(2) 在法定健康保險上可補償的意義

¹¹² BGHZ 133, 208

¹¹³ Prölss/Martin, aaO., Rn.61

¹¹⁴ BGH NJW 1993, S.2370

¹¹⁵ Prölss/Martin, aaO., Rn.62

¹¹⁶ Prölss/Martin, aaO., Rn.63

¹¹⁷ BGH NJW 2003, S.1596

所謂在法定健康保險上可補償即是以該醫療行為所生之費用是否可以在法定健康保險中獲得補償。如法定健康保險中對特定疾病是否可以用特定的藥品。但應注意者是，該醫療費用雖具法定健康保險可補償性，但並亦謂保險人針對該費用不得加以進行詢問。雖法定健康保險即以符合經濟效益原則限制被保險人之給付請求權，因此，基於經濟上的考量，在治療中若不符合醫學上最低限度時，保險人仍是將該筆醫療費用扣除的。

雖然有些醫療行為在醫學上對治療過程是重要的方法，但商業型健康保險係以在健康的品質與經濟效益的制度費用與利益評價，並不是決定的標準，因為多數利益可以構成醫療上的必要性，而費用問題僅在第 2 項規定才是相關的問題。從醫學的觀點來看，必須有利益存在，但並不應侷限於在以證據為依據的醫學上的最高證明階段。在基礎費率中卻是以嚴格的經濟效益原則規範可補償的治療行為，而這些原則已經明文規定於社會法典第五部分中的法定健康保險¹¹⁸。

(3) 應考慮保險契約規定的經濟效益

在健康保險契約中保險人得規定更高的經濟效益。但應注意的是，在有些疾病費用保險中保險人僅在法定健康保險應給付的範圍內負給付之責。另依據社會法的原則，如何使保險給付更符合經濟效益原則，在確定醫學上必要的治療行為更顯得重要。但由於保險契約在德國有不同的訴訟審判籍，亦涉及傳統上對疾病的概念不一致解釋¹¹⁹，而有不同的法律見解。另由於在保險契約法第 192 條的規範下以契約作成的基礎費率，契約

¹¹⁸ Prölss/Martin, aaO., Rn.65

¹¹⁹ Prölss/Martin, aaO., Rn.66

法的原則並非社會法的原則；同時保險契約法規定在基礎費率中，保險給付必須符合法定健康保險的給付，因此在保險人依據基礎費率在保險契約中載明給付的種類，而不適用保險契約法第 192 條規定的範圍時，有可能有不公平的違反疾病費用保險的模式。但若給付種類依據法定健康保險的內容時，則這些保險給付是有效的，並不視為是不透明或不公平的保險給付。

2. 對保險人未承擔的治療方法時，醫生負告知義務

若醫生使用保險人未承擔的治療方法時，病人對於醫生得因違反經濟上的告知義務而行使損害賠償請求權。在必要性有明顯的疑義時，被保險人即得主張損害賠償請求權¹²⁰。

3. 嘗試治療或使用偏方

除公認的醫療方法，治療嘗試(如實驗性治療)或使用偏方亦得認為屬醫學上必要的治療¹²¹。但若治療方法事後證實不適當時，惟在使用治療方法的時間點是可接受的情形，則仍然可視為是醫學上必要的治療。因此，在判斷是否為醫學上必要的治療，並不包括基於疾病的發展之理解¹²²。蓋因，醫生的治療行為具有研究的利益，只要係為減緩具體的病人疾病，並不排除認定其為治療行為¹²³。但是若該研究屬於醫生對於病人在醫學上非必要的措施時，並不受保險的保護¹²⁴。

醫學上必要的治療行為得依據其他的醫學方法進行，保險契約法第 192 條之規定並未要求一定是學院派的醫療方法，也就是醫療的概

¹²⁰ BGH NJW 1983, S.2630

¹²¹ BGH NJW 1996, S.3075

¹²² Prölss/Martin, aaO., Rn.69

¹²³ BGHZ 133, 208

¹²⁴ Prölss/Martin, aaO., Rn.70

念並不是侷限於學術上一般承認的治療方法¹²⁵。保險保護並不包括江湖醫生或神奇的治療，即便是在具體個案主觀上有醫療效果，但並不屬於醫學上必要的治療行為。在基礎費率中，這種治療行為只能依據在法定健康保險規定的標準判斷是否可以補償¹²⁶。

4. 不確定可預見效果的治療行為

醫學上必要性亦存在於無法可預見治療的效果。但在治療行為進行時出現可接受的醫學狀況與認知，則該治療得視為是必要的¹²⁷。在嘗試數個無效果的治療行為後，繼續的治療行為仍可能是醫學上必要的，若非涉及有生命危險的疾病，德國聯邦最高法院認為治療機率超過 15%時，繼續的治療行為亦得視為是醫學上必要的治療行為¹²⁸。

保險契約法並未區分門診的治療形式與住院的治療形式，尤其是保險契約法並未規定應先使用門診治療，也就是門診治療並無優先於住院治療¹²⁹。醫學必要性是判斷保險給付的唯一標準。若住院治療會造成快速或無併發症的治癒結果時，在主張經濟效益的觀點下，不得拒絕使用住院治療。在確認門診也可以治療時，應轉告要保人使用門診治療，但保險人並不須向要保人負舉證責任¹³⁰。

僅在從醫學的觀點來看，門診治療不夠時，且已更清楚顯示有優先於使用門診治療的條件時，才得補償住院治療的費用¹³¹。例如以眼鏡替代手術就可以消除身體的殘缺時，在主張手術的風險下，手術並

¹²⁵ BGH NJW 1993, S.2370

¹²⁶ Prölss/Martin, aaO., Rn.71

¹²⁷ BGHZ 133, 208

¹²⁸ BGHZ 164, S.122

¹²⁹ Prölss/Martin, aaO., Rn.73

¹³⁰ BGH VersR 1991, S.987

¹³¹ BGH VersR 1991, S.987

非是唯一的治療方法¹³²。當然是否是醫學上必要的治療，還必須從具體個案中進行判斷，例如精神上的疾病，住院治療屬醫學上必要的；但對靜脈曲張的治療，並無住院治療之必要¹³³。

四、保險契約條款不明確的解釋原則

因保險契約具特殊性，故與一般的契約有所不同。在保險契約中有所謂的一般保險條款（Allgemeine Versicherungsbedingungen），針對一般的保險條款的解釋與應注意的解釋規則，原則上與其他經濟範圍的一般商業條款做相同之解釋。然而，由於保險具特殊性¹³⁴，故相較於一般的商業條款的解釋，一般保險條款的解釋被賦予更高的意義¹³⁵。

一般保險條款用語與概念非常的抽象，因此常會出現必須解釋的問題。一般保險條款的解釋具有雙重的意義，一方面係用作確定保險契約條款的適用範圍，解釋的結果決定該條款是否適用於具體的情形；另一方面，解釋的結果對於內容審查的檢驗標的有決定性的意義¹³⁶。在審查保險契約的條款前，首先應依據民法第 307 條之規定，以解釋系爭條款的內容。若已經確定符合必要的清楚明確要件時，則應依據民法第 307 條以下之規定詳細審查保險契約條款的內容¹³⁷。

另德國聯邦最高法院（Bundesgerichtshof）在解釋一般保險條款與作類似法律的解釋時，認為在締結保險契約時，要保人係參考一般

¹³² LG Dortmund VersR 2007, S.1401

¹³³ Prölss/Martin, aaO., Rn.77

¹³⁴ Prölss/Martin, aaO., Rn.78

¹³⁵ Bach/Geiger, Versicherungsrecht, 1993, S.659, 661

¹³⁶ Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.78

¹³⁷ BGHZ 123, 83

的保險條款而定，很難視為是真正的保險契約約定，而是雙方遵守在「一個已經完成的法律秩序中判斷」¹³⁸。1980 年代開始，德國法院的實務上承認一般保險條款為民法第 305 條第 1 項規定的一般商業條款¹³⁹，而聯邦最高法院一貫的見解¹⁴⁰與學者的通說，均認為應客觀的解釋，也就是一般的要保人可理解的範圍、注意的審閱與理解可認識的意義關連性¹⁴¹。因此，**解釋一般保險條款時是取決於一要保人的理解可能性，而不是保險法上專門的知識**¹⁴²。

因此，在健康保險契約的一般保險條款是屬於定型化契約條款，亦屬於民法第 305 條第 1 項規定的一般商業條款。在健康保險契約的一般保險條款包含示範條款（Musterbedingungen）與費率（包括費率條件在內），示範條款是適用於所有的健康保險人統一的一般保險條款，以形成每個保險類型的基本架構¹⁴³。

在 1994 年法規鬆綁前，示範條款是由商業型健康保險產業公會與監理機關共同發展而來，監理機關要求保險公司應將示範條款納入其營業計畫內，否則不予核准營業計畫。主要目的在於有利於被保險人而保障一定的最低標準與改善市場的透明度。保險公司按所繳交的保險費區分提供不同的給付標準。因此，在保險人間出現競爭的現象，買保險的要保人得依據保險保障而形成其保險契約。自 1994 年法規鬆綁以來廢除事前核准保險條款與費率，保險公司可自由的形成其產品與費率，但保險公司並未行使這些契約自由權利，而是繼續採

¹³⁸ BGHZ 6, 373

¹³⁹ BGHZ 84, 268

¹⁴⁰ BGHZ 84, 268; BGHZ 123, 83

¹⁴¹ BGHZ 84, 268; BGHZ 123, 83

¹⁴² Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.79

¹⁴³ Beckmann-Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, § 44. Private Krankenversicherung, Rn.118

用由產業公會所擬定的示範條款與企業自己擬定的費率。法規鬆綁的副作用就是保險產品與費率的多樣化，而形成市場愈來愈不透明的現象¹⁴⁴。因此德國保險監理法第5條第1項第1款規定，經營商業型健康保險的保險公司在申請核准業務經營時，應額外的交付一般保險條款，以作為因歐洲聯盟第三代保險指令廢除事前核准保險條款與費率的配套措施，而提高更多的個別保險保護，以便要保人在眾多的商品中找到正確與合適的商品與保險保護。

另解釋一般的保險條件應從保險契約的條款字義開始，應注意清楚的與明確的字義是解釋的限度，應避免違反民法第307條的規定。民法第307條規定一般商業條款的內容審查，若一般商業條款的規定因違反誠實信用原則而造成一般商業條款使用者的締約相對人不相當的不利益時，則一般商業條款的規定為無效。亦得因規定不清楚與難理解造成相對人不相當的不利益。若一般規定未約定，而不符合法律規定重要的基本想法、或若一規定限制由契約本質產生重要的權利義務，以危害契約目的之達成，則應認為構成不相當的不利益。若約定的一般商業條款規定不符合法律規定或補充的規定時，則應適用民法第308條第1項與第2項、及第309條之規定。在保險契約的情形一般商業條款使用者即係指保險人。因此，一般保險條款的規定不應造成要保人不相當的不利益。

除文義解釋外，尚應注意字義的關連性與保險理賠上之目的¹⁴⁵。所謂的一般要保人，係指在交易範圍有關的要保人，在特定的保險契約通常是與特別的團體族群締結保險契約時，則應以此一特別團體族群的理解為解釋標準。例如運輸保險應考慮保險人的利益，而要保人

¹⁴⁴ Beckmann-Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, § 44. Private Krankenversicherung, Rn.119

¹⁴⁵ Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.79

為商人或有商業經驗的人。

若要保人以自己的姓名、但係為他人的利益與保險人締結保險契約時，即為保險契約法第 43 條規定的為他人利益的保險，在這種情形為保險人、要保人與被保險人的三面關係。原則上解釋一般保險條款與為他人利益保險，一般要保人的理解是關鍵，但若保險是典型的單純為他人締結的保險契約時，則亦應考慮一般被保險人的理解可能性¹⁴⁶。若要保人與被保險人的理解不同時，則應以較低的理解為準。在團體保險僅以相關的被保險人的理解為準¹⁴⁷。

在解釋一般保險條款時，應從保險保障中排除或限制特定的危險。通常要保人的利益不應持續縮減保險保護，而低於條款可認知的目標。因此，這種危險排除不得比在注意經濟目的與所選擇必要的陳述方式更廣泛。一般的要保人並不需主張在保險保護有漏洞，而保險人未充分向要保人釋明¹⁴⁸；原則上亦應狹義的解釋危險排除¹⁴⁹。

除危險排除外，德國法院判決還發展出兩個解釋一般保險條款的原則，亦是要從要保人的利益考量，第一個解釋原則在於在解釋一般保險條款時應界定保險個別類型的填補範圍¹⁵⁰；第二個解釋原則在於不應解釋條款而造成無保險保護¹⁵¹。

在解釋一般保險條款所依據的原則，例如一般要保人無保險法上專門知識應理解一般保險條款，但在使用法律概念時會有例外，但有

¹⁴⁶ Prölss/Martin, aaO., §74, Rn.10

¹⁴⁷ Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.81

¹⁴⁸ BGH VersR 2008, S.64

¹⁴⁹ Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.82

¹⁵⁰ BGH VersR 1992, S.47

¹⁵¹ BGH VersR 1991, S.172

三個限制¹⁵²：

- 1、在法律用語的概念必須是固定的描述；
- 2、要保人得認識陳述為一個法律概念；
- 3、法律概念的解釋得不同於法律用語所指的情形。

在解釋時，原則上不考慮一般保險條款的發展史¹⁵³，在解釋一般保險條款仍應採取客觀的解釋，即以一般要保人的理解為準，主要是為保障法律的安定性，即便是有利於要保人亦不以一般保險條款發展史作為解釋的原則¹⁵⁴。

在解釋一般保險條款上客觀解釋具有更高的意義，因為在個別的保險契約係在被保險人共同體中結合全部的危險。因此原則上在解釋一般保險條款時不考慮個人的情形，但與解釋有關的為保險人的廣告，因為保險人使用的廣告不僅是涉及個別的要保人，而且是與所有可能的要保人有關。若保險人的廣告與具體條款有關時，明顯的是一個特定理解的依據時，應作為解釋的標準，仍應以文義為解釋的範圍。若文義不包括要保人對廣告文義的理解時，則條款對於要保人而言是意外的（überraschend），因此不屬於契約的構成部分¹⁵⁵。

五、小結

德國商業型健康保險制度依照法律之規定，若年收入達一定水平以上之人均可加入，惟不得再轉為全民保險計畫，甚至要求某些族群

¹⁵² Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.84

¹⁵³ BGH VersR 2002, 1503

¹⁵⁴ Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.85

¹⁵⁵ 德國民法第 305c 條規定意外的與含義模糊的條款，即一般商業條款的規定特別是依據契約外部的形象是異常的，而使用者的契約相對人不須取決於這些條件時，不是契約的構成部分。在解釋一般商業條款有疑義時，應由一般商業條款使用者負舉證責任。

必須加入商業型健康保險。因此，商業型健康保險可說是德國人民健康保險的重要制度。而歷經多年立法後，德國對於健康保險法制大多具備，不論是對保險期間、承保範圍、治療行為、理賠範圍、疾病與醫療行為必要性之判斷標準等均有明確規定，甚至對基因檢測、預防注射、緩和鎮痛及使用偏方之行為是否為治療行為，是否具備醫療行為必要性等皆有規範，對我國未來修法方向十分具有參考價值。另外德國法院對於因保險契約條文不明確所衍生之爭議解決方式，主要是採取客觀的解釋，亦即以一般要保人的理解可能性為準，並且依照民法規定一般商業條款的內容進行審查，審查其是否符合誠實信用原則或有害契約目的或契約本質之重要權利義務等事項。

在解釋一般保險條款時以要保人之認知為解釋之依據，且要保人與被保險人不同人時，若要保人與被保險人的理解不同時，則應以較低的理解為準；在團體保險僅以相關的被保險人的理解為準。另契約條文之解釋應朝有效性作解釋，避免造成無保險保護之情形。德國法院上述保險契約條款解釋原則及判決審酌因素亦可供我國法院未來在類似保險理賠爭議案件判決時參考。

第三節 法國

法國醫療保險體系主要由兩大部分組成(附圖二)。第一為社會醫療保險體系 (Sécurité social)。此社會醫療保險制度於 1945 年建立，由社會保險法 (Code de la sécurité sociale) 規範。最初社會保險僅涵蓋工人及其家庭，至 90 年代，絕大部分的人都已納入社會保險體系。2000 年 1 月施行之「普惠制醫療保險法案」 (Couverture maladie universelle, CMU) 則進一步擴大法定醫療保險承保範圍，無法納入一般社會醫療保險體系者，只要符合一定條件，皆可申請 CMU，其後即可受到等同於公共醫療保險體系之保障。

法國公共醫療保險體系之優點在於保險範圍涵蓋範圍廣大，但保障也相對較不充分。若以醫療行為為例，給付通常僅佔標準給付額¹⁵⁶之百分之七十(附表七)。為彌補此一缺點，因而產生第二類補充性質之健康保險，用以彌補社會保險所未能涵蓋之費用。補充性質醫療保險之模式有三：(1)互助保險 (Mutuelle)¹⁵⁷，(2)民間共濟會(Institutions de prévoyance)¹⁵⁸ 以及(3)商業保險(Sociétés d'assurance)¹⁵⁹。

這類補充性健康保險主要有三項主要功能。第一、是為了補足社會保險不足之部分，例如標準給付額偏低之牙科與眼科。第二、是為了涵蓋社會保險不包含之部分，例如為個人享受之單人病房費用。第三、則是為了獲得更完整的服務保障，例如為生病兒童所給付之課業輔導費用。法國約 94% 民眾有私人保險補助。

¹⁵⁶ 標準給付額由社會保險局訂定。並非指被保險人的實際支出金額。

¹⁵⁷ 非營利法人，負責互助團體間之資金協助，例如疾病、意外、老人年金或死亡補償。由互助法規範(Code de la mutualité)

¹⁵⁸ 非營利性組織，負責管理個人之團體保險，例如疾病、失能或死亡。由公共保險法(Code de la sécurité social) 規範。

¹⁵⁹ 公司法人，業務範圍涵蓋所有商業保險。由保險法(code des assurances) 規範

但不論何種模式，都僅是補充性質。社會醫療保險乃法定義務性質，任何排除社會保險適用之保險契約條款，都視為違反公序良俗。因此，所有補充性質之健康保險給付皆取決於社會醫療保險之給付。

而社會醫療保險之保險給付標準，由社會保險局依照下列兩項標準決定：

第一、標準給付價額表(Tarif de convention)

社會保險局將所有醫藥行為區分為幾大類別，並依照是否藉由一般科醫生轉介之程序，制定標準給付價額表(附表八)。若到社會保險局特約醫院看診指定一般科醫生(第一類)，社會保險局用以計算之標準給付額(Base de remboursement)為22歐元¹⁶⁰。

第二、給付比率 (Taux de remboursement)

此外，社會保險局將各種類醫藥機構行為，訂定一基於標準給付額之給付比率，亦即社會保險局針對不同醫藥機構行為有不同之給付比率。以上述例子而言，第一類醫生看診之給付比率為 70 %。亦即社會保險局僅給付標準給付額 22 歐元之 70 %，扣除固定自付額 1 歐元，社會保險局共支付 14.4 歐元，因此被保險人實際支付費用為 10.6 歐元¹⁶¹。有些類別給付比率甚低，但亦有些類別給付比率雖高，卻因金額龐大，因此被保險人須自行支付之費用相當可觀(例如可自訂看診費用之特殊科別，或牙齒治療與假牙裝置等)。這也是補償性保險有其必要性，私人保險市場益發

¹⁶⁰ 2010 年 12 月 20 之價格。

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php> (最後點閱日：2010/12/20)

¹⁶¹ $25 - (22 * 0.7 + 1) = 10.6$ 歐元

蓬勃之故。

有些特定醫療行為，被保險人必須先行取得社會保險局之許可，事後才得給付，例如特定之復健療程、檢驗或醫療器具等。(詳後述)社會保險局有 15 天的時間進行審核，若情況危急，醫生得決定採用該醫療行為，並由該醫生事後以緊急醫療行為進行補申請程序。

若對社會保險局之決定有爭議(例如拒絕給付或住院每日津貼認定過少)，則可先向其所隸屬的社會保險分局之調解委員會(Commission de recours amiable)提起請求。若仍有爭議，則可向社會保險法院(Tribunal des affaires de sécurité sociale, T.A.S.S.)提起訴訟，並依高等法院及最高法院之流程提起上訴。

為能與本計畫研究範圍相符，有關法國健康保險法制之介紹僅以根據保險法(code de l'assurance)規範之商業型健康保險理賠爭議為論述核心。

一、商業健康保險之介紹

法國學界與實務普遍對商業健康保險之定義為，保險人於保險期間，對被保險人給付因疾病或者意外傷害所生之部份或全部之醫藥費用，或給付因失能而導致損失之一定金額。因此，商業健康保險承保範圍包含了停止工作之住院日額部分，以及廣義之醫療費用。如前所述，商業健康保險乃一補充性質，除了涵蓋社會保險未包含之費用外，亦包含了例如住院費用之定額給付部分。

承前所述，所有商業健康保險醫藥費用之給付，特別是醫療行為，往往取決於社會醫療保險。但被保險人得自行選擇其欲涵蓋範圍及理賠比例。例如若被保險人到社會保險特約但診療費自訂之一般科醫師(第二類)處看診，費用為50歐元。此時社會保險補助乃基於

上述標準給付額22歐元之70%，扣除固定自付額，社會保險總共給付14.4歐元，因此被保險人應自付35.6歐元。此時，依照被保險人選擇商業保險保障百分之一百、二百或三百模式，來決定可從商業健康保險處獲得多少理賠。

若選擇百分之一百，代表商業保險將給付「標準給付額」的百分之一百，也就是至多給付到22歐元或被保險人花費上限。因此，扣除到社會保險已經給付之14.4歐元，再扣除1歐元的固定自付額，商業保險總共需要給付6.6歐元於被保險人。因此，被保險人仍須自付29歐元¹⁶²。若選擇百分之兩百模式，則表示商業保險最多給付至「標準給付額」之百分之二百，也就是44歐元或被保險人花費上限。因此，同上述算法，保險公司將給付28.6歐元¹⁶³，而被保險人將自行負擔7歐元¹⁶⁴。

然而，商業健康保險相關理賠爭議仍不在少數，特別是保費計算和是否涵蓋於理賠範圍。

二、對保險契約條文爭議之見解

(一) 給付品項

由於商業健康保險之給付，絕大多數取決於社會保險是否給付。因此有必要先行瞭解社會保險給付範圍之界定方式。

僅有明列於專業行為表列規範(nomenclature générale des actes professionnels ,NGAP)及行為服務表單規範(Liste des actes et des prestations)上之醫療行為才受社會保險給付。前者包含所有診療行

¹⁶² 50(看診費用)-14.4(社會保險給付)-6.6(商業保險給付)=29

¹⁶³ 44(二倍標準給付額)-14.4(社會保險給付)-1(固定自付額)=28.6 歐元

¹⁶⁴ 50(看診費用)-14.4(社會保險給付)-28.6(商業保險給付)=7 歐元

為、牙科、接生護士及附屬醫療行為。至於何種項目將列於表單，則由依2004年8月法國全民健康保險改革法案(National Health Insurance Reform Act)，成立之新的公營保險組織—UNCAM¹⁶⁵決定，並且必須於政府公報公告。

根據UNCAM行為服務表單規範第1編第4條規定，社會保險局僅給付表單所列之醫療行為。若有任何未在表單上之醫療行為，除了緊急醫療行為外，必須事先請求許可。值得注意的是，在UNCAM尚未成立，舊制NGAP規範尚未與UNCAM行為表單規範整合前，曾明訂兩種特殊狀況，其一乃若被保險人**具有特殊病理狀況**，導致於必須使用不在名單上之醫療行為，則必須事前請求許可，並由社會保險局之審議委員會審核同意始得給付¹⁶⁶，若社會保險局於一定期間內未回覆則視為拒絕。其二則因若**醫療技術進步**造成某一醫療行為未被NGAP表列納入，公共健康部得在社會保險局之建議下，允許該行為暫時受為期一年之保險涵蓋，並得更新。但該醫療行為之給付必須透過事先申請之程序¹⁶⁷，若社會保險局於一定期間內未有回應，則視為許可。

¹⁶⁵ 該組織主要目的為協調整合醫療保險系統，並與其他補充性質醫療保險及醫療專業人員結合，以達到最佳的醫療保險管理體系；另一目的係就處方藥品及醫療照護給付流程等事項，介入與醫療專業人員的協商。此外，UNCAM可就法令允許的範圍內調整醫療保險給付比率。

¹⁶⁶ Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de trois semaines doit être considéré comme un refus tacite de la demande d'assimilation.

¹⁶⁷ Art 4- 1° : Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'assurance maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période d'un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation

因此，法國商業健康保險對於醫療行為之定義，多半亦以UNCAM行為服務表單規範為準，較不易有爭議。

(二) 醫療行為之定義

在法國健康保險契約實務上，通常於契約起始之章節，將所涉名詞清楚定義。以下列常用名詞為例：

1. 診療費用 (Frais de soins): 醫生處方下與健康狀況相關之費用
2. 住院(Hospitalisation): 任何基於疾病、意外或生產之治療、手術行為而停留於公立或私立診療機構之期間。
3. 手術(intervention chirurgicale): 所有由專業醫生進行隸屬於«K»與«KC»字母之行為。
4. 疾病(Maladie): 任何經由醫療機構所查覺之健康狀況的改變。
5. 專業行為表列規範 (Nomenclature générale des actes professionnels): 由字母代號組成之醫療行為表單，由強制保險體系給付。

(三) 醫療行為範圍之爭議

承前所述，一般而論，醫療行為就是由醫療專業人士從事公共健康部所明列於表單上之行為。但隨著診斷治療方式之多樣化，若發生對醫療行為範圍之爭議時，法國法院往往參酌該行為之目的性，而給予較寬鬆之認定。

法國法院通常認為，醫療專業人員應在病人權益優先之考量下，有權自由決定診斷治療方式。也因此只要任何基於協助對抗疾病之行

為，皆屬於醫療行為¹⁶⁸。但若是宗教性或儀式性之行為，並不符合治療之目的性，即非屬醫療行為。

至於針灸或整脊是否亦能涵蓋於醫療行為之定義？法國實務採肯定說。實務肯定針灸是一種醫療技術，因為同時具備診斷和治療之功能，並且必須由專業醫生實施¹⁶⁹。又如同單純為了改善外觀之美容手術，或者變性手術，是否涵蓋於醫療行為？法國實務採否定說。因為以上兩者皆非用以治療目的，因此不能被視為合法之醫療行為。

由此可知，法國實務對於醫療行為之認定，除了明定於表單上之行為外，只要該行為乃醫療專業人員操作，且符合治療目的，即可被視為醫療行為。

(四) 保險契約變更

1. 保險契約變更之可能性

法國民法1134規定，依法訂立之契約，對於締約當事人雙方具有相當於法律之效力。僅得基於當事人雙方相互之同意或根據法律許可之原因而取消。因此，法國法上並未明訂所謂情事變更原則。因此原則上法院不得任意變更契約內容，即便是基於平等或經濟情事變更之考量。但法院仍是透過契約解釋，使特定條款無效，或認定特定條款違法達到改變契約內容之目的。

因此於保險契約上，通常是透過雙方自行於契約中訂立契約變更之條款。

2. 計價方式變更之可能性

¹⁶⁸ Aix, 6 mars 1954, Gaz. Pal. 1954.1.383 ; Crim. 12 juin 1978, D. 1978.IR.346

¹⁶⁹ Paris, 21 juin 1973, Gaz. Pal. 1973.2.889, note Doll ; Angers 30 1982, RD sanit. soc. 1982.486, note Dubouis

以**法國商業健康保險契約實務**為例，通常在下列兩種情況下，會在契約中明定計價方式變更之條款：

- (1) 在被保險人危險通知義務章節中，明訂在保額增加或危險增加之情況下，保險人得向被保險人提議新的保險費計價方式。若被保險人未於一定期間內對該提議進行回覆或直接拒絕，則原保險契約於該期間終止後失效。
- (2) 在保險費計價章節中，明定保險費調整條款。除了依醫療使用行為及年齡增加所為之調整外，保險人保留於特定情況下調整保險費之權利。針對技術性調整之情形，例如就醫頻率或是就醫費用之增加，新的保險費率將於週年期間屆滿後實施。針對法令變更造成契約性質與範圍改變之情形，例如公共醫療保險涵蓋比例或部分之變更，新的保險費率將於次期保險費繳納通知實施。

保險人須以書面雙掛號之方式通知被保險人。被保險人得於保險人寄發通知信起算三十天，以書面雙掛號之方式拒絕該項調整。超過此期限，若被保險人未以書面明示拒絕該項調整，則視為被保險人接受新的保險費率計算方式。若被保險人拒絕該項調整，則保險契約將於保險人寄發通知起算兩個月之次月一日終止。

3.法院見解

至於法院判例中，關於保險契約變更多數基於兩種情形。其一為契約條款之變更，其二為風險之變更。針對第一種情形，法國法院採取保守的態度，認為契約條款之變更，不論何種型態，都須回歸到保險契約擬定之原點¹⁷⁰，亦即必須完成詳盡說明義務，並交付相關之書

¹⁷⁰ Code des assurance L122-2.

面文件。這樣的見解對保險人造成很大的困擾，因為不管是任何型態之變更，都須經過此項手續。

針對第二種風險增加之情形，學說一般認為，被保險人有義務通知保險人，保險人於一定期間內回覆是否以同樣保費或增加保費，接受該風險增加之狀況，或者解除契約。

因此，法國法院一般認為，變更保險條款之要求必須相當清楚明確，而達法律文件之地步。

(五) 保險契約爭議條文解釋原則

1. 爭議之意義

法國法院一向認為當契約條文明確而清楚時，法院不得基於任何事由透過解釋而扭轉當事人合意內容¹⁷¹。因此，只有當契約條文具爭議性時，法院才有介入空間。通常於保險契約中，契約條文會導致爭議的理由大致有三項：契約文字模糊不清(例如未用該用之保單呈現或條文標題與內文不符)；契約條文內容相互衝突；或對定義上之爭議(法律名詞，技術名詞甚至通常名詞之不同解釋)。

2. 爭議之解釋方式

在當事人就契約內容確定發生分歧且不能形成一致見解時，法院應對之作出判斷。契約解釋之任務並非針對抽象原則進行闡述，而是解決契約條文間的矛盾與衝突。針對保險契約，爭議解釋方式須先探求當事人真意。無法探求當事人真意時，法院則依契約性質採客觀解釋。

¹⁷¹ Cass.civ., 15 avr. 1872.

如何探求當事人真意？法國法院大部分採取「保障條款從寬解釋」¹⁷²及「限制條款從嚴解釋」¹⁷³之解釋方法。這是由於保險契約並須相當清楚及確定，才能維持保險契約之可信性。法國法院通常認為，法官的工作在於使人遵守法律以及契約中之善意。並且提升保險契約之確定性，因為，保險人賣的就是一個確定。由此可見，實務在探求當事人真意時，偏向有利於被保險人之權利。

然而，尤其在保險契約上，當事人真意往往無法探求。與其尋找當事人當初約定什麼，不如尋找當事人「應該」約定什麼。在此前提下，契約解釋應回歸民法上之客觀解釋方法。為了對某些模稜兩可之契約條款解釋有共同之準則，法國民法對所謂客觀解釋進行了具體之闡述。

例如「有利於締約人原則」¹⁷⁴即規定，契約有疑義時，應作不利於債權人而有利於債務人之解釋。此一規定不僅是為了縮小契約所可能導致的損害，而作出對債務人有利的規定，亦是同樣表現了立法者尋求契約當事人目的之真意。亦即，若契約對某一問題未做出明確規定，即是擬約者之過失。

「有利於契約效果發生原則」亦是一重要解釋原則。民法第1157條即規定，若一條款可能有兩種意思時，寧可以該條款可能產生否種效果之意思理解該條款，而不以該條款不能產生任何效果之意思理解

¹⁷² Cass.civ., 25 nov. 1992.

¹⁷³ 然而此項解釋原則學說與實務有不同見解。法國最高法院認為，既然是保險契約中之限制條款，其訂定方式必須是清楚且明確的。若非清楚而明確，該條文應為有效或無效的問題，而非是否採從嚴解釋之問題。若其已清楚且明確，則法院不應介入解釋。但學說有不同見解，認為最高法院放棄對條文之解釋權利令人甚為遺憾，而且根本是對條文解釋理解錯誤。

¹⁷⁴ Art. 1162 Code civil.

之。此外，「目的性解釋原則」¹⁷⁵、「整體解釋原則」¹⁷⁶及「有用性解釋原則」¹⁷⁷亦是法國民法上明文規定之解釋方法。

因此，儘管民法不允許法官任意變更契約內容，卻仍是可透過契約解釋，達到有利於被保險人之解釋。特別是近年來，法院對於保險契約透明化之要求益發嚴格，這是基於保險人與被保險人資訊不對等之緣故。此處被保險人不限於一般消費者，即使是專業人士亦然¹⁷⁸。若保險人事前未清楚說明或解釋保險條款，事後很有可能受到不利解釋。當然，因為被保險人自身之疏忽所造成疑義，就仍有再討論之空間。

於此，法國之保險業往往十分擔心基於法院解釋所造成之法不確定性。且實體法亦越來越加重保險人之負擔，這也是學說多所批評之處。

三、小結

由上述說明，針對法國商業保險對於理賠爭議及定價資料基礎適足性，大致可歸納以下幾項重點：

- 1.法國商業保險對當初不可預見之醫療方法是否涵蓋於保單理賠範圍，**完全依賴於社會保險局對該醫療方法是否納入給付範圍而定**。社會保險局對於醫療方法之定義通常相對寬鬆，只要是經由醫療從業人員施行，並能達成治療目的者，皆可被認為是醫療行為。除了可將定義具體化，並透過**表單明列可受給付之品項之方式**，杜絕爭議。同時，亦設立**事前審核程序**，預留非表單所列醫療行為實施之

¹⁷⁵ Art. 1158 Code civil.

¹⁷⁶ Art. 1161 Code civil.

¹⁷⁷ Art. 1135 Code civil.

¹⁷⁸ Cass.civ., 24 nov. 1976; Cass.civ., 13 mai 1997.

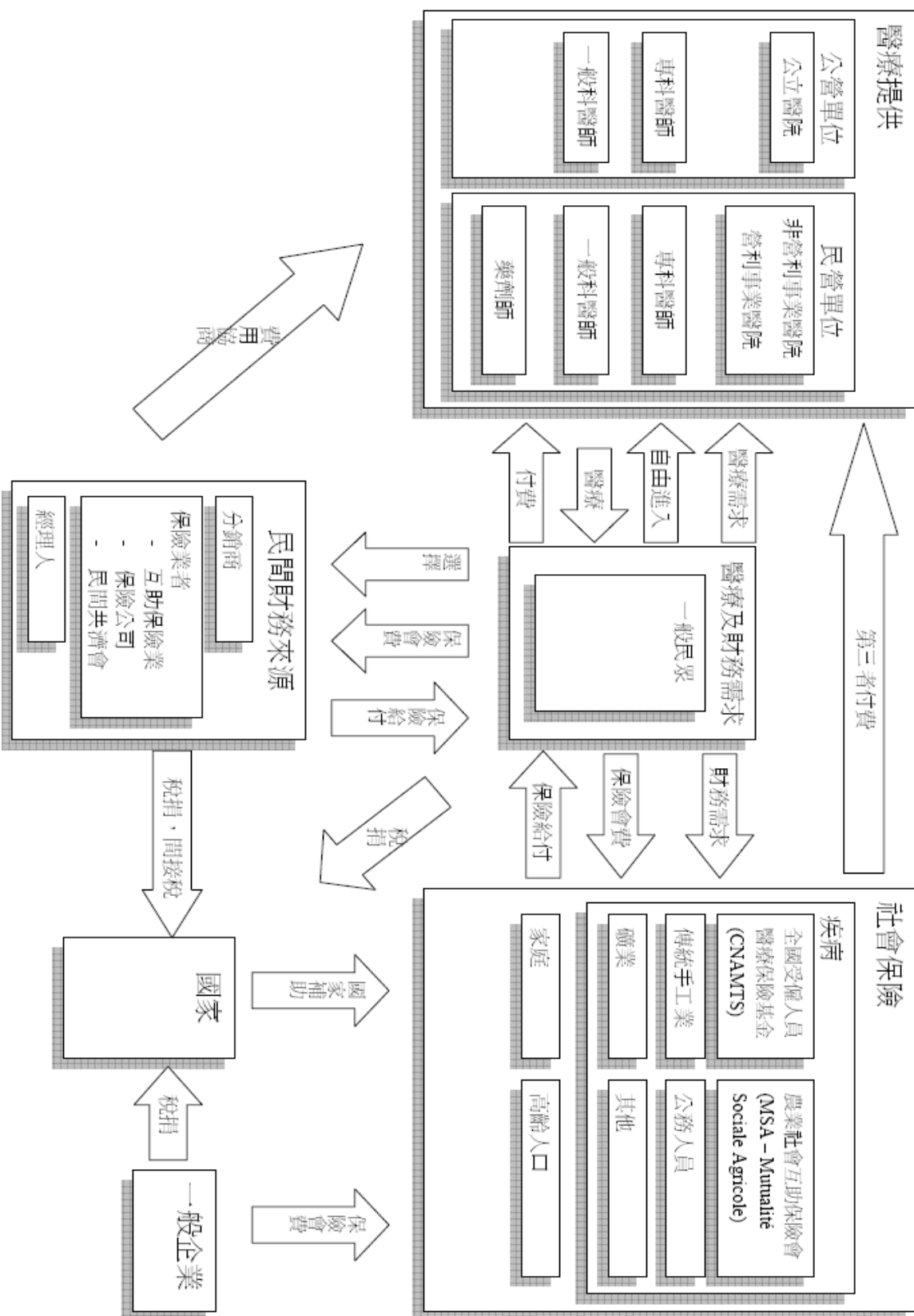
彈性空間，以為周全。且為了避免事先審核程序無法因應**緊急醫療行為**，設計定期默示允許或反對之機制與緊急醫療程序。如此可兼顧醫療行為定義之明確性及彈性。若對社會保險局之給付決定有所爭議，亦有相當之程序予以救濟。如此多管齊下之界定方式，或許可提供我國借鏡。

2.絕大多數之商業保險中，保險公司於契約條款中皆設立於特定情形

下可調整保險費之機制。除了針對技術性調整之情形，例如就醫頻率或是費用之增加，亦有法令變更造成契約性質與範圍改變之情形，例如公共醫療保險涵蓋比例或部分之變更。保險人透過書面通知被保險人保險費之調整，而被保險人得於一定期限內以書面的方式回覆保險人是否拒絕該項調整。如此之調整機制，使商業保險契約回歸到當事人就契約必要之點合意之本質，亦可使保險人得以依照情事變遷做保險費適度之調整。畢竟，商業保險為補足公共醫療保險之不足，在公共醫療保險已經對被保險人有最低程度之保障時，並不宜過度課予保險人無限之責任，使其概括承受所有情事變遷所產生之不利益。

3.至於若對保險契約條文解釋有所爭議，法國法院由於法無明文，因此情勢變更原則之採用極端嚴格。但並不排除運用契約解釋方法平衡利益，並作對被保險人有利之解釋。

圖二：法國健康保險體系示意圖



source : d'après Ariel Béresniak et Gérard Dunu, *Économie de la santé*, Masson, 2001.

表七：法國公共醫療保險體系給付示意圖

被保險人實際 支出費用	超支	超支	被保險人實際 支出部分
	公共醫療保險 涵蓋部分	自負額	
		公共醫療保險 給付部分	公共醫療保險 給付部分

表八：法國透過一般科醫生轉介之標準給付價額表

經由家庭醫生之標準給付價額表 2007 年 7 月 1 日實施				
看診科目	價額	標準給付 額	給付 比率	給付金 額
一般科(第一類)	22€	22€	70%	14.4€
一般科(第二類)	自定 價額	22€	70%	14.4€
特殊科(第一類)	25€	25€	70%	16.5€
特殊科(第二類)	自定 價額	23€	70%	15.1€
精神科/神經精神科 /神經內科/(第一類)	37€	34.30€	70%	24.9€
精神科/神經精神科 /神經內科/ (第二類)	自定 價額	37€	70%	23.01€

第六章 日本與中國大陸健康保險理賠爭議相關規範之介紹

第一節 日本

一、規範內容之介紹

(一)《保險法》的單獨立法

長期以來，日本並無被冠以《保險法》這一名稱的單獨立法存在，保險契約法的法源主要為《商法》第二篇商行為中的保險篇。但《商法》的制定已是上個世紀 1899 年之事，百年來日本的社會經濟早已發生巨大的變化，為適應新時代的需要，首先同屬《商法》範疇的《公司法》在大規模的修訂後，從《商法》中獨立出來，並於 2005 年公布，2006 年開始實施。受此影響，歷經多年研議，日本的保險契約法終於在 2008 年以《保險法》為名，從商法中獨立，並於 2010 年開始實施。

《保險法》共有條文 96 條，比起原先於《商法》中的相關條文增加數倍，其文體也改為較為消費者所理解之現代文。《保險法》與之前在《商法》中之內容相較，具有以下幾項特徵。首先是增加了住院保險、癌症保險等傷害、疾病保險的相關條文規範。由於高齡化社會的進展，上述所謂第三分野的商品地位日趨重要，《保險法》將其立專章於第四章(第 66 條~第 96 條)中規範。其次是強化對要保人、被保險人等的保護。例如修正告知義務等相關範圍，並新增保險人對於保險金支付期限之規定。第三乃是強化保險契約當事人以外第三人之法律地位。例如為保護被害人之利益，新增規定責任保險中被害人對被保險人的保險金具有優先請求權¹⁷⁹。第四則是導入片面強行規

¹⁷⁹ 日本《保險法》第 22 條第 1 項：

「(責任保險契約についての先取特權)

定。《保險法》導入了「違反某條之規定，約定有不利於要保人、被保險人或保險金受益人內容之特約無效」¹⁸⁰，由於該無效只是針對不利於要保人、被保險人等而言，因此被稱為片面的強行規定。期望透過以上各點之變革，以因應新時代之經濟社會中消費者對保險的需求，並促進日本保險制度的健全發展。

（二）健康保險法制架構介紹

在日本與健康相關的保險，依經營主體區分，可分類為公營保險與私營保險。本研究雖以私營之健康保險為討論範圍，但公營健康保險的組織架構與給付，其實與私營健康保險的發展息息相關，以下先簡單扼要介紹日本的公營健康保險之後，再論述私營健康保險的法律依據。

1. 公營健康保險

在公營保險方面，日本是亞洲最早實行公營健康保險的國家，經歷了近一個世紀的變遷過程，形成了目前的健康保險制度體系。

第二十二條 責任保險契約の被保險者に対して当該責任保険契約の保険事故に係る損害賠償請求権を有する者は、保険給付を請求する権利について先取特権を有する。」

¹⁸⁰ 可參考以下條文，日本《保險法》第7條：

「（強行規定）

第七條 第四條の規定に反する特約で保険契約者又は被保険者に不利なもの及び第五條第二項の規定に反する特約で保険契約者に不利なものは、無効とする。」

日本《保險法》第41條：

「（強行規定）

第四十一條 第三十七條の規定に反する特約で保険契約者又は被保険者に不利なもの及び第三十九條第二項の規定に反する特約で保険契約者に不利なものは、無効とする。」

日本《保險法》第70條：

「（強行規定）

第七十條 第六十六條の規定に反する特約で保険契約者又は被保険者に不利なもの及び第六十八條第二項の規定に反する特約で保険契約者に不利なものは、無効とする。」

日本公營健康保險制度歷史最早可追溯到 1916 年的《工廠法》，其中規定 15 人以上的工廠，由事業主負責承擔療養費。1922 年，日本頒佈了第一部健康保險法《健康保險法》，主要為雇員超過 10 人的私營企業工人提供健康保險，並建構了以受雇者為被保險人的健康保險制度。1927 年，隨著健康保險法的施行，標誌著公營健康保險制度的建立。1938 年，日本首次頒佈以農村居民為主的《國民健康保險法》（舊法），並針對自雇人員，允許其得自願加入健康保險。

第二次世界大戰後又採用美國的一些做法，逐步制定了一系列衛生立法和政策，形成了日本獨特的公營健康保險機制。其可分為不同的類別，2010 年現在主要包括以下 3 大類別。

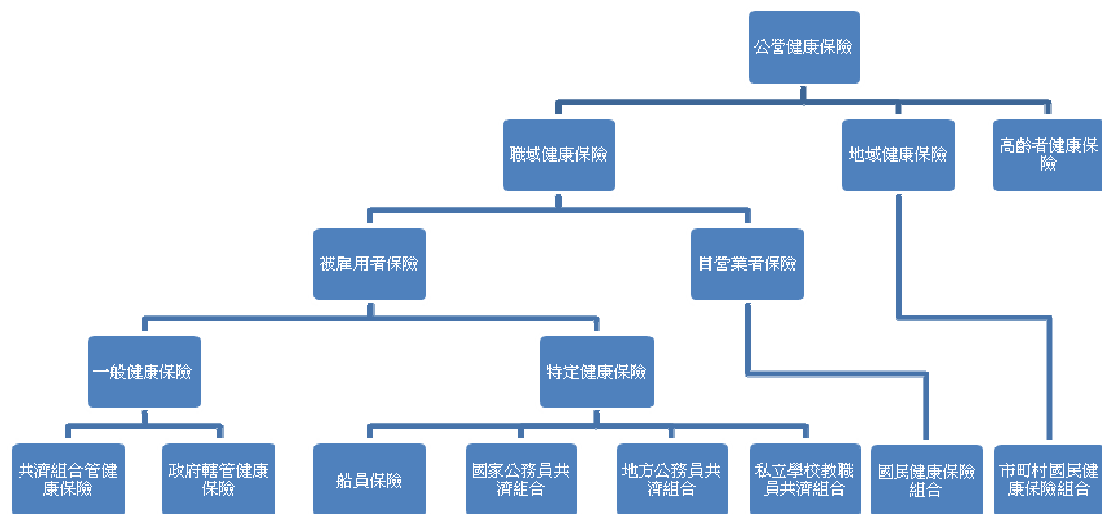
- ①. 職域健康保險：職域健康保險制度的分類較為複雜，根據被保險人的不同，分為健康保險、船員保險和互助組合 3 大類，其中互助組合中又分為國家公務員互助組合、地方公務員互助組合和私立學校教職員互助組合，每項制度的建立都有相應的法律做依據。
- ②. 地域健康保險：地域保險制度是依照《國民健康保險法》作為法律依據，之所以被稱之為地域保險是由於它適用於全國所有行政區和特別區。該制度的運營主體即保險者是全國 3,242 個市町村¹⁸¹和以同業種人員所組成的 166 個國民健康保險組合。被保險人分為兩大部分：一是普通國民包括農民、自營業者、農林漁業從事者；另一部分是一般受雇者保險的退休人員，另外在日本居住 1 年以上的外國人也屬被保險對象。

¹⁸¹ 日本地方自治中最小的營運主體，相當於我國的鄉鎮市等級。

- ③. 高齡者健康保險：高齡者健康保險制度自 2008 年創設，乃是針對 75 歲及以上或超過 65 歲但被認定為身障者的老人。被保險人按月繳納保險費，本人看病時只需繳付一定比例的醫療費（10%），其餘部分由政府（50%）與該組織（40%）負擔。

此外，目前職域健康保險以及地域健康保險，在一般門診時的自負額設定為醫療費用的 30%。關於日本公營健康保險制度體系，可參見圖表三。

圖三：日本公營健康保險制度體系圖



資料來源：根據日本社會保險廳網頁 <http://www.sia.go.jp> 內容製圖。

2. 私營健康保險

私營健康保險的營運主體，由各家民營產壽險公司經營。藉由投保該私營健康保險，以彌補公營健康保險中的不足之處。

雖然私營健康保險佔有重要地位，但日本《保險法》未獨立立法

前，在保險契約法的《商法》，並未有專門條文論及該險種。惟有鑑於該險種的銷售數量逐漸增加，相關的訴訟糾紛亦屢見不鮮，2010年開始施行的《保險法》終於將其納入法條規範中。在總條文共 96 條的《保險法》裡，第 2 章第 5 節中以「傷害疾病損害保險特則」(第 34 條-第 35 條)為名，規範實支實付型健康保險險種；並於第 4 章中，以「傷害疾病定額保險」專章(第 66 條-第 94 條)方式，規範定額型健康保險險種。

換句話說，《保險法》將健康保險種類分為兩種契約類型，一種是「傷害疾病損害保險契約」，該類型險種意指損害保險契約中，保險人約定填補因人的傷害疾病所造成的損害(僅限於身患傷害疾病之人蒙受的損害)之契約¹⁸²。另一種則是「傷害疾病定額保險契約」，該類型險種意指保險契約中，保險人約定基於人的傷害疾病支付一定的保險給付之契約¹⁸³。由於健康保險在日本屬於第三分野險種，自 2001 年 7 月起已開放生命保險公司¹⁸⁴與損害保險公司¹⁸⁵兩者皆可銷售，並未限定為單一業種公司單獨經營。

¹⁸² 日本《保險法》第 2 條：

「第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

七 傷害疾病損害保険契約 損害保険契約のうち、保険者が人の傷害疾病によって生ずることのある損害(当該傷害疾病が生じた者が受けるものに限る。)をてん補することを約するものをいう。」

¹⁸³ 日本《保險法》第 2 條：

「第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

九 傷害疾病定額保険契約 保険契約のうち、保険者が人の傷害疾病に基づき一定の保険給付を行うことを約するものをいう。」

¹⁸⁴ 約相當於我國之人壽保險公司。

¹⁸⁵ 約相當於我國之財產保險公司。

二、相關名詞定義

(一) 保險期間

私營健康保險中，一般以保險期間開始後所生之疾病為保險事故的對象。換言之，保險期間開始前所生之疾病，其治療於保險期間開始後始施行者，並不視為保險事故之對象。壽險公司所販售之健康保險，於契約條款中明訂，保險事故為以責任開始以後所生之疾病為直接原因而接受治療者。包含健康保險給付性質之高度殘障保險金中，亦有相同之明文規定¹⁸⁶。產險公司所銷售之醫療費用保險，規定於保險期間開始入院者支付保險金，但於首年度因疾病入院者，僅於保險期間開始後 60 日入院者，始支付保險金¹⁸⁷。

(二) 疾病

健康保險可認為是與疾病相關之保險，但疾病之發生與否與發生時期，與傷害相比，其判斷上更為困難。純粹以疾病之發生單獨列為保險事故之健康保險，在日本實務上並不存在，一般皆以因疾病接受醫師治療或手術作為保險事故¹⁸⁸。但防癌保險中，將被保險人受醫師診斷確定罹患癌症作為保險事故，因此可以視為特例。無論如何，健康保險雖以疾病作為保險事故要素，但與傷害保險相同的是日本《保險法》中並未定義何謂「傷害」¹⁸⁹，何謂「疾病」。屬保險契約法的《保險法》雖未給予解釋，屬保險監理法的《保險業法》中，亦僅將

¹⁸⁶ 於此相關之法院見解，可參考大阪高等法院 1976 年 11 月 26 日（高度殘障保險金與貝歇氏症 (Behcet's disease)），以及東京高等法院 1986 年 11 月 12 日所做之判決（高度殘障保險金與脊髓腫傷）

¹⁸⁷ 山下友信，《保險法》，頁 457—458。

¹⁸⁸ 關於壽險公司健康保險保單條款的演變，可參見以下資料：平尾正治，〈第三種保險の沿革〉，《生命保險協會會報》，1989 年第 69 卷第 1 号。

¹⁸⁹ 日本保險實務上對於傷害，在保單條款中將其定義為「驟然且偶然之外來事故所致之傷害」。

健康保險視為約定被保險人罹患疾病，或因罹病使身體成一定狀態，而因此接受治療時，給付一定之保險金或是填補因此所受之損失¹⁹⁰。

另外實務上將與疾病相關的保險事故分為以下 6 類¹⁹¹：

- ①. 以罹患疾病作為保險事故，例如防癌保險中，診斷確定保險金的部分。
- ②. 以因疾病入院接受治療作為保險事故，例如人身保險契約中的疾病特約、入院特約、定期回診特約、成人病特約、醫療保障保險等，以及財產保險中的醫療費用保險或海外旅行傷害保險中的疾病治療費用擔保特約
- ③. 以因疾病致使身體成為一定狀態作為保險事故，例如人身保險契約中的高度殘障保險金，以及三大疾病保險中急性心肌梗塞、腦中風的三大疾病保險金
- ④. 以因疾病致使無法工作作為保險事故，例如人身保險中的失

¹⁹⁰ 日本《保險業法》第 3 條第 4 項第 2 號：

「二 次に掲げる事由に関し、一定額の保険金を支払うこと又はこれらによって生ずることのある当該人の損害をてん補することを約し、保険料を収受する保険

イ 人が疾病にかかったこと。

ロ 傷害を受けたこと又は疾病にかかったことを原因とする人の状態

ハ 傷害を受けたことを直接の原因とする人の死亡

ニ イ又はロに掲げるものに類するものとして内閣府令で定めるもの（人の死亡を除く。）

ホ イ、ロ又はニに掲げるものに関し、治療（治療に類する行為として内閣府令で定めるものを含む。）を受けたこと。」

另可參照潘阿憲，〈疾病保險に関する近時の裁判例の動向〉，《生命保險論集》，2008 年第 162 期，頁 70。

¹⁹¹ 參見生命保險法制研究会（第二次），《疾病保險契約法試案（2005 年確定版）理由書》，2005 年 6 月，頁 186-187，以及潘阿憲，〈疾病保險契約における契約前発病不担保条項について〉，《生命保險論集》，2009 年第 167 期，頁 81-82。另外，日本實務上多將民營的健康保險以「疾病保險」表示。

能保障保險，財產保險中的所得補償保險

- ⑤. 以因疾病致使需要長期看護作為保險事故，例如人身保險中的看護保障保險
- ⑥. 以因疾病致使需要長期看護，且需住院或接受治療作為保險事件，例如財產保險中的看護保障保險。

(三) 住院

關於「住院」，屬保險契約法的《保險法》並未給予明確定義。依傷害疾病保險保單條款之規定¹⁹²，住院係指當醫師認定有治療之需要，且因自家治療有困難，而在醫師管理下，於醫院或診所連續待滿兩天以上接受治療者。惟當被保險人本身為醫師時，此處之「醫師」則指被保險人以外之醫師。

(四) 手術

關於「手術」，《保險法》亦未給予明確定義。但依傷害疾病保險保單條款之規定¹⁹³，手術係指醫師以治療為目的，使用手術刀等器

¹⁹² 傷害疾病保險保單條款第1章第1條：

「第1条（用語の定義）

① この普通保険約款（以下「約款」といいます。）およびこの約款に付帯される特約条項において使用される用語の定義は次のとおりとします。ただし、別途定義のある場合は、この限りではありません。

入院 医師による治療が必要な場合において、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に継続して2日以上入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいいます。」

¹⁹³ 傷害疾病保險保單條款第1章第1條：

「第1条（用語の定義）

① この普通保険約款（以下「約款」といいます。）およびこの約款に付帯される特約条項において使用される用語の定義は次のとおりとします。ただし、別途定義のある場合は、この限りではありません。

手術 医師が治療を直接の目的として、メスなどの器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出などの処置を施すことをいいます。」

具，於患部或必要部位進行切除、取出等措施之行為。

（五）承保範圍

民營健康保險的承保範圍於《保險法》並無規定，委由保險公司的保單條款加以規範。依據傷害疾病保險保單條款之定義，保險公司對於被保險人在日本國內或國外所罹患之疾病，依保單條款支付疾病保險金¹⁹⁴。

為理解民營健康保險之承保範圍，可以疾病保險金之給付情形為例，加以說明。根據傷害疾病保險保單條款規定，疾病保險金之種類可分為三種：「疾病住院保險金」、「疾病手術保險金」，以及「疾病回診保險金」¹⁹⁵。以下依該保單條款說明各種疾病保險金之給付情形，及其相關規定。

首先，疾病住院保險金，係指承保當被保險人罹患前述之疾病，以其為直接原因，無法從事日常業務範圍或日常生活，且住院之狀況持續，包含疾病住院起算日超過疾病住院保險金之免責期間者¹⁹⁶。疾

¹⁹⁴ 傷害疾病保險保單條款第3章第1條：

「第1條（当会社の支払責任）

① 当会社は、被保険者が日本国内または国外において被った疾病に対して、この約款に従い疾病保険金を支払います。」

¹⁹⁵ 傷害疾病保險保單條款第1章第1條：

「第1條（用語の定義）

① この普通保険約款（以下「約款」といいます。）およびこの約款に付帯される特約条項において使用される用語の定義は次のとおりとします。ただし、別途定義のある場合は、この限りではありません。

疾病保険金 疾病入院保険金、疾病手術保険金および疾病通院保険金をいいます。」

¹⁹⁶ 傷害疾病保險保單條款第3章第6條第1項：

「第6條（疾病入院保険金および疾病手術保険金の支払）

① 当会社は、次の表の規定により、疾病入院保険金を支払います。

病住院起算日則係指以得給付疾病住院保險金之疾病為由，開始住院之日¹⁹⁷。疾病住院保險金之計算為：一次之疾病住院之請領金額＝（疾病住院保險金日額）×（疾病住院天數）

其次，疾病手術保險金，謂給付疾病住院保險金，且被保險人於疾病住院保險金免責期間及給付對象期間屆滿之間，於醫院或診所中，以治療疾病住院保險金所應給付之疾病為目的，接受如保單條款所列之手術者¹⁹⁸。所謂疾病住院保險金免責期間及給付對象期間屆滿之間，意指疾病住院開始日起包含該日，至疾病住院保險金免責期間屆滿，以及疾病住院保險金免責期間屆滿之翌日起算，至疾病住院保險金給付對象期間屆滿，上述兩者之中間時段¹⁹⁹。

疾病回診保險金，係指因疾病住院保險金所給付之疾病住院終了後，與以該疾病住院原因之相同疾病回診者²⁰⁰。

保險金を支払う場合 被保険者が第1条（当社の支払責任）の疾病を被り、その直接の結果として、平常の業務に従事することまたは平常の生活ができなくなり、かつ、入院し、その状態（この約款において「疾病入院」といいます。）が疾病入院の開始した日からその日を含めて疾病入院保険金の免責期間を超えて継続した場合」

¹⁹⁷ 傷害疾病保険保單條款第3章第6條：

「疾病入院の開始した日疾病入院保険金を支払いうる疾病入院の開始した日をいいます。」

¹⁹⁸ 傷害疾病保険保單條款第3章第6條第6項：

「第6条（疾病入院保険金および疾病手術保険金の支払）

⑥ 当社は、次の表の規定により、疾病手術保険金を支払います。

保険金を支払う場合疾病入院保険金が支払われる場合で、かつ、被保険者が、疾病入院保険金の免責期間および支払対象期間が満了するまでの間（注3）に、病院または診療所において、疾病入院保険金を支払うべき疾病の治療を直接の目的として別表5に規定する手術を受けた場合」

¹⁹⁹ 傷害疾病保険保單條款第3章第6條：

「疾病入院保険金の免責期間および支払対象期間が満了するまでの間 疾病入院の開始した日からその日を含めて疾病入院保険金の免責期間が満了するまでの間および疾病入院保険金の免責期間が満了した日の翌日から起算して疾病入院保険金の支払対象期間が満了するまでの間をいいます。」

²⁰⁰ 傷害疾病保険保單條款第3章第7條第1項：

(六) 除外責任

傷害疾病定額保險類型商品之除外責任，於《保險法》中有相關規定。保險人對於被保險人因故意或重大過失致使給付事由、要保人因故意或重大過失致使給付事由、受益人因故意或重大過失致使給付事由發生、以及因戰爭等其他變亂致使給付事由所發生者，不負保險給付責任。但受益人因故意或重大過失致使給付事由發生者，對致使給付事由發生之受益人以外之受益人所負責任，則不在此限²⁰¹。

另外在傷害疾病保險保單條款中，亦規定有保險公司不負給付疾病保險金責任之各種情形。保險公司不負給付疾病保險金責任之情形共可分成以下三類。

1. 第一類是包含自殺等故意行為，以及戰爭等不確定因素。

關於第一類有如下之細部規定，被保險人因下列原因所致之疾病，保險公司不負給付各項保險金的責任。

「第7条（疾病通院保険金の支払）

① 当社は、次の表の規定により、疾病通院保険金を支払います。

保険金を支払う場合前条の規定に基づく疾病入院保険金が支払われる疾病入院の終了後、その疾病入院の原因となった疾病と同一の疾病により通院した場合（以下この通院を「疾病通院」といいます。）」

²⁰¹ 日本《保險法》第80條：

「（保險者の免責）

第八十条 保險者は、次に掲げる場合には、保險給付を行う責任を負わない。ただし、第三号に掲げる場合には、給付事由を発生させた保險金受取人以外の保險金受取人に対する責任については、この限りでない。

一 被保險者が故意又は重大な過失により給付事由を発生させたとき。

二 保險契約者が故意又は重大な過失により給付事由を発生させたとき（前号に掲げる場合を除く。）。

三 保險金受取人が故意又は重大な過失により給付事由を発生させたとき（前二号に掲げる場合を除く。）。

四 戦争その他の変乱によって給付事由が発生したとき。」

- ①. 要保人或被保險人之故意行為
- ②. 被保險人之自殺行為、犯罪行為或鬥爭行為。
- ③. 戰爭、外國行使武力、革命、政權奪取、內亂、武裝變亂，其他與此類似之事變或暴動。
- ④. 核燃料物質或受核燃料物質污染之放射性、爆發性其他有害之特性或因此特性所致之事故。
- ⑤. 伴隨前兩項事由所生之事故，或因其而秩序混亂所生之事故。
- ⑥. 第四項以外之放射線照射或放射能污染。

此外，符合以下各項情形者，保險公司亦不負給付疾病保險金之責任。

- ①. 被保險人精神障害，及其所致之疾病。
- ②. 被保險人之性病。
- ③. 被保險人懷孕或分娩。但符合「療養給付」之對象其間者，不在此限。

2. 第二類是保險期間開始前之發病情形。

被保險人罹患疾病時，若該保險契約為承保初次罹病之契約時，對於保險期間開始前之疾病，保險公司不負給付疾病保險金責任²⁰²。

²⁰² 傷害疾病保險保單條款第3章第4條：

「第4條（疾病保險金を支払わない場合—その2 保險期間開始前の発病）

当社は、疾病を被った時が、次の各号のいずれかに該当するときは、疾病保険金を支払いません。

(1) この保険契約が初回疾病担保契約である場合は、保険期間の開始時より前」

3. 第三類是保費收取前之疾病。

雖然保險期間已經開始，但如符合下列各項情形者，保險公司亦不負給付疾病保險金責任²⁰³。

- ①. 所罹患疾病住院原因之疾病，發生於保險期間開始至收取躉繳保費或第一回保費之間者。
- ②. 疾病住院之開始，發生於收取躉繳保費或第一回保費之間者。

(七) 保證續保之規定

關於保證續保之規定，經查日本實務上，在定期保險、醫療保險、防癌保險等相關險種，通常訂有 10 年、20 年之保險期間。該期間終了時，原則上以相同保障內容、保險金額等自動接續承保之制度，稱為「自動續約」。部分險種在續約時，甚至不需要醫師審查與健康告知²⁰⁴。

此外續約後的保險費，依序約時之年齡與保險費率計算，通常會比續約前更高。可自動續約的契約，由保險公司寄送「續約通知」給保戶。以アリコジャパン（Alico Japan）公司為例，其寄送之時間流

²⁰³ 傷害疾病保險保單條款第 3 章第 5 條：

「第 5 條（疾病保險金を支払わない場合—その 3 保険料領収前の疾病）

当社は、保険期間が始まった後でも、次の各号のいずれかに該当する場合は、疾病保険金を支払いません。

(1) 疾病入院の原因となった疾病を被った時が、保険期間の開始時から一時払保険料または第 1 回保険料を領収した時までの期間中であつた場合

(2) 疾病入院の開始時が、一時払保険料または第 1 回保険料を領収した時までの期間中であつた場合」

²⁰⁴ 此部分內容可參見アリコジャパン（Alico Japan）公司網頁介紹
http://www.alico.co.jp/customer/01_lessons/le12.htm；最終確認日期為 2011/2/22。

程如下：

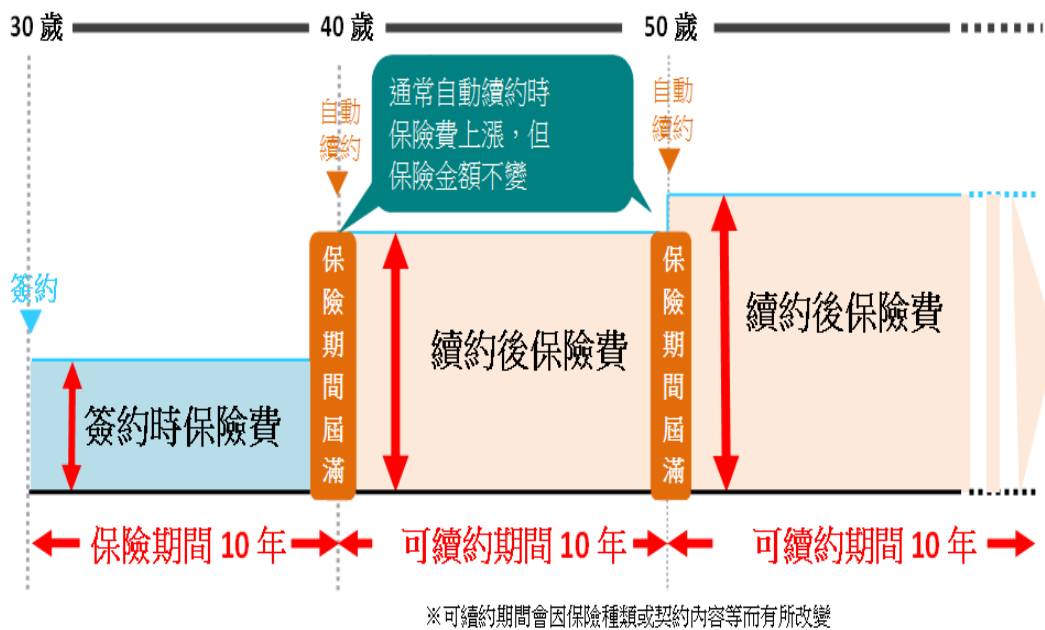
續約日在 18 日至月底為止之契約，於續約月分的前一個月上旬左右寄送。例如 12 月 25 日之契約，於 11 月上旬寄發。

續約日在 1 日至 18 日為止之契約，於續約月分的前前一個月上旬左右寄送。例如 12 月 15 日之契約，於 10 月上旬寄發。

不希望續約時，僅需於「續約通知」所附之「續約終止申請表」中簽名蓋章，於保險期間屆滿之兩星期前寄回保險公司即可。

圖四：日本實務上保險契約自動續約示意圖

●自動續約例子



資料來源：根據アリコジャパン（Alico Japan）公司網頁

http://www.alico.co.jp/customer/01_lessons/le12.htm 內容製圖。

但亦有保險公司規定未於保險期間屆滿之兩個月前，提出續約終止者，無論被保險人之健康狀況為何，該契約將被視為自動續約。且

續約之處理，以原契約到期日，被保險人之年齡未滿 80 歲為限²⁰⁵。

(八) 保險人有無終止權

保險人之終止權，應等同於日本實務上之保險人解除契約規定。關於保險人之契約解除權，《保險法》於傷害疾病定額保險一章中，訂有三種情形，保險人得解除契約，其分別是基於違反告知義務之解除，基於危險增加之解除，以及基於重大事由之解除。惟傷害疾病定額保險契約之保險人契約解除，僅向將來發生效力²⁰⁶，亦即未能如同我國解除權行使效力，得使契約自始無效。以下分別說明三種解除權之法條規定。

1. 基於違反告知義務之解除²⁰⁷

²⁰⁵ 此為アクサ生命（AXA Japan）公司之規定。可參考該公司之網頁介紹 http://www2.axa.co.jp/products/p_med/popup01.html；最終確認日期為 2011/2/22。

²⁰⁶ 參照日本《保險法》第 88 條：

「（解除の効力）

第八十八條 傷害疾病定額保險契約の解除は、将来に向かってのみその効力を生ずる。」

²⁰⁷ 參照日本《保險法》第 84 條：

「（告知義務違反による解除）

第八十四條 保險者は、保險契約者又は被保險者が、告知事項について、故意又は重大な過失により事実の告知をせず、又は不実の告知をしたときは、傷害疾病定額保險契約を解除することができる。

2 保險者は、前項の規定にかかわらず、次に掲げる場合には、傷害疾病定額保險契約を解除することができない。

一 傷害疾病定額保險契約の締結の時に、保險者が前項の事実を知り、又は過失によって知らなかったとき。

二 保險媒介者が、保險契約者又は被保險者が前項の事実の告知をすることを妨げたとき。

三 保險媒介者が、保險契約者又は被保險者に対し、前項の事実の告知をせず、又は不実の告知をすることを勧めたとき。

3 前項第二号及び第三号の規定は、当該各号に規定する保險媒介者の行為がなかったとしても保險契約者又は被保險者が第一項の事実の告知をせず、又は不実の告知をしたと認められる場合には、適用しない。

該情形係指要保人或被保險人因故意或重大過失就告知事項未如實告知或予以不實告知時，保險人得解除傷害疾病定額保險契約。但雖有前者之規定，如保險人在下列情形下依然不能解除傷害疾病定額保險契約。

- ①. 傷害疾病定額保險契約締結時，保險人已知或因過失未能知道前項之事實者。
- ②. 保險仲介人妨礙要保人或被保險人告知前項所定事實者。
- ③. 保險仲介人勸誘要保人或被保險人不告知或不如實告知前款事實者。

此外，基於違反告知義務之解除權，自保險人知其解除原因後一個月內未行使者，自動消滅。自傷害疾病定額保險契約締結開始五年後未行使者亦同。

2. 基於危險增加之解除²⁰⁸

4 第一項の規定による解除権は、保険者が同項の規定による解除の原因があることを知った時から一箇月間行使しないときは、消滅する。傷害疾病定額保険契約の締結の時から五年を経過したときも、同様とする。」

²⁰⁸ 参照日本《保険法》第85條：

「（危険増加による解除）

第八十五条 傷害疾病定額保険契約の締結後に危険増加（告知事項についての危険が高くなり、傷害疾病定額保険契約で定められている保険料が当該危険を計算の基礎として算出される保険料に不足する状態になることをいう。以下この条及び第八十八条第二項第二号において同じ。）が生じた場合において、保険料を当該危険増加に対応した額に変更するとしたならば当該傷害疾病定額保険契約を継続することができるときであっても、保険者は、次に掲げる要件のいずれにも該当する場合には、当該傷害疾病定額保険契約を解除することができる。

一 当該危険増加に係る告知事項について、その内容に変更が生じたときは保険契約者又は被保険者が保険者に遅滞なくその旨の通知をすべき旨が当該傷害疾病定額保険契約で定められていること。

二 保険契約者又は被保険者が故意又は重大な過失により遅滞なく前号の通知をしなかったこと。

所謂危險增加意指涉及告知事項之危險發生增加，使得傷害疾病定額保險契約所定之保險費低於以該危險為計算基礎所計算之保險費者。

該解除情形係指在傷害疾病定額保險契約締結後發生危險增加者，即便將保險費變更為與增加後的危險相對應之金額，從而該傷害疾病定額保險契約得以存續，但保險人在滿足下列所有要件時，仍可解除該傷害疾病定額保險契約。

- ①. 該傷害疾病定額保險契約規定，涉及該危險增加之告知事項內容發生變更時，要保人或被保險人必須及時通知保險人者。
- ②. 要保人或被保險人由於故意或重大過失未能及時履行前項之通知者。

3. 基於重大事由之解除²⁰⁹

《保險法》規定重大事由之解除情形，僅限於保險人在包含有下列事由時，才得解除傷害疾病定額保險契約。

2 前条第四項の規定は、前項の規定による解除権について準用する。この場合において、同条第四項中「傷害疾病定額保險契約の締結の時」とあるのは、「次条第一項に規定する危険増加が生じた時」と読み替えるものとする。」

²⁰⁹ 参照日本《保險法》第86條：

「（重大事由による解除）

第八十六条 保險者は、次に掲げる事由がある場合には、傷害疾病定額保險契約を解除することができる。

一 保險契約者、被保險者又は保險金受取人が、保險者に当該傷害疾病定額保險契約に基づく保險給付を行わせることを目的として給付事由を発生させ、又は発生させようとしたこと。

二 保險金受取人が、当該傷害疾病定額保險契約に基づく保險給付の請求について詐欺を行い、又は行おうとしたこと。

三 前二号に掲げるもののほか、保險者の保險契約者、被保險者又は保險金受取人に対する信賴を損ない、当該傷害疾病定額保險契約の存続を困難とする重大な事由。」

- ①. 要保人、被保險人或受益人，為使保險人支付基於該傷害疾病定額保險契約的保險給付而使得或欲使給付事由發生。
- ②. 受益人基於該傷害疾病定額保險契約請求保險給付時實施或欲實施欺詐行為。
- ③. 於前述之事由外，其他有損保險人對要保人、被保險人或受益人的信賴，使得該傷害疾病定額保險契約難以存續的重大事由。

三、必要性醫療行為之判斷標準

何謂必要性醫療行為，《保險法》中的條文並無明確之定義，法院判決時會回歸至保單條款之約定。在保險實務上，會先排除非必要之醫療行為，例如傷害疾病保險保單條款約定被保險人精神障害，及其所致之疾病不負給付疾病保險金之責任。此外，被保險人之性病、未符合「療養給付」對象之被保險人懷孕或分娩等，亦不在賠償之範圍內²¹⁰。

另外值得注意的是日本的保單條款中，對於部分症狀，例如腰痛或頸部症候群等症狀，使用「醫學上他覺症狀」與否為判斷依據，對於缺乏醫學上他覺症狀之根據者，不予理賠²¹¹。「醫學上他覺症狀」

²¹⁰ 傷害疾病保險保單條款第3章第3條第2項：

「第3条（疾病保険金を支払わない場合—その1）

② 当会社は、次の各号のいずれかに該当するときは、疾病保険金を支払いません。

(1) 被保険者の精神障害およびそれによって被った疾病

(2) 被保険者の性病

(3) 被保険者の妊娠または出産。ただし、「療養の給付」等の対象となるべき期間は、この限りではありません。」

²¹¹ 傷害疾病保險保單條款第3章第3條第2項：

「第3条（疾病保険金を支払わない場合—その1）

係指由理學檢查、神經學檢查、臨床檢查、影像檢查等所發現認定之異常情形²¹²。而我國的醫療保險相關之保單條款中，並未發現類似之規定。

除此之外，2005年時日本的厚生勞動省醫政局曾經針對醫師法²¹³等所謂之醫療行為發布行政解釋，認為以下之行為不屬於醫師之醫療行為²¹⁴，因此亦不屬於健康保險之給付範圍²¹⁵。

② 当社は、次の各号のいずれかに該当するときは、疾病保険金を支払いません。

(4) 被保険者が頸部症候群、腰痛その他の症状を訴えている場合であっても、それを裏付けるに足りる医学的他覚所見のないもの（当該症状の原因のいかんを問いません。）」

²¹² 傷害総合保険保単條款第1章第1條：

「第1条（用語の定義）

この普通保険約款において、次の用語の意味は、それぞれ次の定義によります。

医学的他覚所見 理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見をいいます。」

²¹³ 日本《醫師法》第17條：

「第17条 醫師でなければ、医業をなしてはならない。」

²¹⁴ 平成17年(2005年)厚生労働省医政局「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」，資料來源：日本厚生労働省網頁

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g3ig-att/2r9852000000iut.pdf>

²¹⁵ 相關之原文摘錄如下：

「1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること

2 自動血圧測定器により血圧を測定すること

3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること

4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）

5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一

- (1) 一般之方法量測體溫
- (2) 利用自動血壓量測器量測血壓
- (3) 脈搏血氧飽和度分析儀(pulse oximeter)之裝設
- (4) 輕微之切傷、擦傷、燒燙傷之處理
- (5) 輔助使用醫藥品（例如：於皮膚塗抹軟膏、貼濕布、點眼藥水、於鼻腔噴藥劑）
- (6) 剪、磨指甲
- (7) 日常口腔護理
- (8) 耳垢清除
- (9) 導尿管等堆積排泄物之處理
- (10) 導尿之準備
- (11) 使用一般市販拋棄式浣腸器浣腸

包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
- ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
- ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）
- ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること」

四、保險契約條文不明確解釋原則

保單條款因為反映著複雜的保險技術，且為防止道德危險，因此保單條款的文字通常難為一般民眾所了解。但由於保單條款乃是由保險公司所制定，保險公司為保障自身利益，常設置各種免責事項，如有過當使用之情形時，恐對保戶產生不利益。考量保險公司與保戶之間的知識落差，若任由市場機制決定保單內容，恐對保戶之保護出現不利之情形。因此日本《保險業法》規定主管機關得對保單條款之內容公正與否進行確認²¹⁶，而除了行政機關的行政規範之外，法院的司法規範亦是保障保單條款公正性的方式之一。

日本法院對於保單條款的免責事由之範圍，常透過限縮解釋之方式，使其效力弱化，藉以達到平衡。例如將免責事由的援用，限縮在要保人有不法取得保險金之意圖，而保險金之拒絕支付具有正當事由時，抑或是綜觀全案保險公司並無濫用免責事由之疑慮時²¹⁷。

關於保單條款中之不明確事項，我國保險法第 54 條第 2 項規定：

²¹⁶ 參照日本《保險業法》第 4 條第 2 項：

「第四條

2 前項の免許申請書には、次に掲げる書類その他内閣府令で定める書類を添付しなければならない。

- 一 定款
- 二 事業方法書
- 三 普通保險約款
- 四 保險料及び責任準備金の算出方法書」

以及日本《保險業法》第 123 條第 1 項

「第二百三條 保險会社は、第四條第二項第二号から第四号までに掲げる書類に定めた事項（保險契約者等の保護に欠けるおそれが少ないものとして内閣府令で定める事項を除く。）を変更しようとするときは、内閣総理大臣の認可を受けなければならない。」

²¹⁷ 山下友信等，《保險法》，頁 47-49。

「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。」亦即在我國採用有疑慮時，以對作成者作不利益解釋為原則之「不明確原則」。

惟日本知名的保險法學者--山下友信認為，日本最高法院關於條款中之不明確事項之解釋，並非直接採用不明確原則。綜觀最高法院的相關判例，山下友信認為應當解釋為當保單條款文字不清時，最高法院會回歸至制定之原委，再加以考量裁決。雖然有不少判例會將文字最有利於要保人之解釋，乍看之下似乎類似使用了限制性解釋手法，但其實僅僅是將不當條款做實質性的無效處理²¹⁸。

五、爭議案例分析

經查日本法院的相關判決，發現法院實務上對於保險理賠爭議之處理，多以契約條款規定為審判基準，目前尚未有與此相關判決出現，亦尚未發現有保險公司主張費率問題做為抗辯依據。

惟若為長期性之私營健康保險，因醫療制度、治療技術或是醫療環境等顯著之進步，在未調整保險費的情況下，該險種之給付有可能會衝擊承保之保險公司財務狀況。面對此問題，日本的保險公司在實務上可選擇以基於法律之契約條件之變更方式，或是以基於保單條款約定之變更方式，變更既有健康保險的保單給付條件，藉以調整給付之金額。

（一）以基於法律之契約條件之變更方式

日本《保險業法》第十章保護要保人等所需的特別措施中規定，保險公司依照其業務及財產狀況，認為其繼續經營有可能發生困難

²¹⁸ 山下友信等，《保險法》，頁 123-124。

時，得對內閣總理大臣申請與該公司相關保險契約之保險金額削減，或其他契約條款的變更。而保險公司在提出該項申請時，需對未進行保險契約條件變更，保險業經營恐發生困難，以及為保護要保人等，不得不變更契約條件等宗旨及其理由，以書面方式加以說明。而內閣總理大臣在同意其理由的情況下，得認可該申請²¹⁹。

惟該條文之目的，基本上在於避免因巨幅利差損造成保險公司發生經營困境，以此賦予保險公司得調整高儲蓄性險種預定利率的法源，除此之外要符合該適用條件並不容易。現實上，除非是專門銷售健康保險商品的保險公司，且其契約並未包含保單條款的變更保留約定，否則保險公司想要以此法律規定方式獲得解套，其成功機會相當地低²²⁰。

（二）以基於保單條款約定之變更方式

²¹⁹ 參見日本《保險業法》第 240 條之 2：

「（契約条件の変更の申出）

第二百四十条の二 保険会社（外国保険会社等を含む。第二百四十条の五及び第二百四十条の六を除き、以下この節において同じ。）は、その業務又は財産の状況に照らしてその保険業（外国保険会社等にあつては、日本における保険業。以下この条、第二百四十条の十一、第二百四十一条及び第二百六十二条において同じ。）の継続が困難となる蓋然性がある場合には、内閣総理大臣に対し、当該保険会社に係る保険契約（変更対象外契約を除く。）について保険金額の削減その他の契約条項の変更（以下この節において「契約条件の変更」という。）を行う旨の申出をすることができる。

2 保険会社は、前項の申出をする場合には、契約条件の変更を行わなければ保険業の継続が困難となる蓋然性があり、保険契約者等（外国保険会社等の場合にあつては、日本における保険契約者等。以下この章において同じ。）の保護のため契約条件の変更がやむを得ない旨及びその理由を、文書をもって、示さなければならない。

3 内閣総理大臣は、第一項の申出に理由があると認めるときは、その申出を承認するものとする。

4 第一項に規定する「変更対象外契約」とは、契約条件の変更の基準となる日において既に保険事故が発生している保険契約（当該保険事故に係る保険金の支払により消滅することとなるものに限る。）その他の政令で定める保険契約をいう。」

²²⁰ 金岡京子，〈医療保険の既契約の条件変更について：最近のドイツの事例を参考として〉，『生命保険論集』，2005 年第 152 期，頁 129-130。

目前日本實務上部分所販賣之健康保險，有設定得以變更既有契約事項之「變更保留條款」者。其不透過個別要保人之協商同意，而以事先約定之條款，賦予保險公司得以在獲得主管機關同意之特定情況下，變更保險給付事項或保險費。

以日本生命公司的「分紅總合醫療保險」為例²²¹，其規定保險公司在與此保險契約給付事項相關的公營健康保險制度法令修正時，當該修正項目對保險契約給付事項產生影響，得在主管機關之同意下，對此保險契約之給付事項進行變更²²²。但保險公司在進行此項變更時，自獲得主管機關同意日之後始生效力，亦即其效力僅對將來生效，並不溯及既往之效力²²³。

此外進行此項變更時，須於獲得主管機關同意日（契約條款變更日）之兩個月前，向要保人告知此變更通知²²⁴。而要保人在接獲變更通知後，得在契約條款變更日之兩週前，選擇承諾該變更事項或於契約條款變更日前解約²²⁵。如未做任何選擇，於屆契約條款變更日時，

²²¹ 此商品之詳細說明，可參照日本生命官網 <http://www.nissay.co.jp/>

²²² 日本生命「分紅總合醫療保險」保單條款第 40 條第 1 項：

「第 40 条（法令等の改正に伴う支払事由の変更）

1 会社は、この保険契約の支払事由にかかわる法令等の改正による公的医療保険制度等の改正があり、その改正がこの保険契約の支払事由に影響を及ぼすと認めた場合には、主務官庁の認可を得て、この保険契約の支払事由を変更することがあります。」

²²³ 日本生命「分紅總合醫療保險」保單條款第 40 條第 2 項：

「第 40 条（法令等の改正に伴う支払事由の変更）

2 会社は、本条の変更を行なうときは、主務官庁の認可を得て定めた日（以下、「契約条項変更日」といいます。）から将来に向かって支払事由を変更します。」

²²⁴ 日本生命「分紅總合醫療保險」保單條款第 40 條第 3 項：

「第 40 条（法令等の改正に伴う支払事由の変更）

3 本条の規定によりこの保険契約の支払事由を変更する場合には、契約条項変更日の 2 か月前までに保険契約者にその旨を通知します。」

²²⁵ 日本生命「分紅總合醫療保險」保單條款第 40 條第 4 項：

視為承諾該變更事項²²⁶。

惟須注意的是，此種保單條款約定之變更方式，已於條文中將其限制為「與此保險契約給付事項相關的公營健康保險制度法令修正時」，因此並非無限制地允許保險公司得任意向主管機關提出給付事項之變更申請。而在該此類商品的現行條款之下，即便法院作出與給付事項相關的判決，即使被認為對給付事項產生重大影響，但由於並未涉及公營健康保險制度的法令修正，因此也無法獲得給付事項之變更申請依據²²⁷。

六、小結

日本私營健康保險個人件²²⁸部分，2009年新契約件數約有464萬餘件，佔個人人身保險契約總新契約件數的38%²²⁹；2009年的健康保險個人件有效契約共4,094萬餘件²³⁰。健康保險團體件部分，2009年新增被保險人9萬餘人²³¹，有效團體件的被保險人共450萬餘人

「第40條（法令等の改正に伴う支払事由の変更）」

4 前項の通知を受けた保険契約者は、契約条項変更日の2週間前までに、つぎの各号のいずれかの方法を指定して下さい。

（1）第2項の支払事由の変更を承諾する方法

（2）契約条項変更日の前日に解約する方法」

²²⁶ 日本生命「分紅総合医療保険」保單條款第40條第5項：

「第40條（法令等の改正に伴う支払事由の変更）」

5 前項の指定がなされないまま、契約条項変更日が到来したときは、保険契約者により前項第1号の方法を指定されたものとみなします。」

²²⁷ 金岡京子，〈医療保険の既契約の条件変更について：最近のドイツの事例を参考として〉，〈生命保険論集〉，2005年第152期，頁131-132。

²²⁸ 包含個人醫療保險與個人防癌保險新契約件數。

²²⁹ 根據日本生命保險協會（<http://www.seiho.or.jp/>）2009年度新契約種類統計表計算。

²³⁰ 日本生命保險協會（<http://www.seiho.or.jp/>）2009年度有效契約種類統計表。

²³¹ 日本生命保險協會（<http://www.seiho.or.jp/>）2009年度新契約種類統計表

²³²。顯見日本的健康保險以個人件居多，此外比起定期型，市場上以終身型的健康保險為主流。

從日本私營健康保險之實務運作得知，日本國民普遍因高齡化及少子化現象，對於個人健康風險格外關注，此與我國所面臨之社會環境有相同之處。此外日本的私營健康保險以填補公營健康保險之不足額為主，以長期個人件為契約主流，此點亦與我國實務相似。

由於係以長期契約為主，若因醫療技術進步，有可能會衝擊至承保之保險公司財務狀況。面對此問題，學界對此已有若干討論²³³，但法院實務上對於保險理賠爭議之處理，多以契約條款規定為審判基準，目前尚未發現保險公司主張費率問題做為抗辯依據。

即便如此，但面對長期性之私營健康保險，因醫療制度、治療技術或是醫療環境等顯著之進步，在未調整保險費情況下，該險種之給付有可能會衝擊承保保險公司財務。對於此種現象，日本實務上得選擇以基於法律或是以基於保單條款約定，變更既有健康保險的保單給付條件，藉以調整給付之金額之作法，或許值得我國參考。

²³² 日本生命保險協會（<http://www.seiho.or.jp/>）2009 年度有效契約種類統計表。

²³³ 可參見以下論文之討論：金岡京子，〈医療保険の既契約の条件変更について：最近のドイツの事例を参考として〉，《生命保險論集》，2005 年第 152 期。

第二節 中國大陸

一、規範內容

中國大陸(以下簡稱中國)的商業健康保險概念自西元(下同)1982年開始出現，至今已有20餘年歷史。根據中華人民共和國保險法第95條第1項第1款規定「人身保險業務，包括人壽保險、健康保險、意外傷害保險等保險業務。」，得知中國的商業健康保險係屬於商業保險中人身保險的項目之一。2004年以來，健康保險專業化經營理念得到中國業界的廣泛認同，是專業化經營實質推進的時期；2006年8月，中國保險監督管理委員會(以下簡稱中國保監會)頒布『健康保險管理辦法』，這是中國健康保險第一部專門化監管規章，對於促進健康保險專業化發展、推動產品創新、規範市場行為、保護被保險人權益和改善外部環境，都具有十分重要的意義²³⁴。

隨著中國醫療保險體制改革的進展以及醫療保險需求的擴大，中國商業健康保險也持續不斷在發展壯大中，在健康保險業務量、服務領域、供給主體、專業化水平等面向上都具有相當程度的提升。

二、相關名詞定義

中華人民共和國保險法自1995年6月30日第八屆全國人民代表大會常務委員會第14次會議通過後，又根據2002年10月28日第九屆全國人民代表大會常務委員會第30次會議《關於修改〈中華人民共和國保險法〉的決定》修正，並於2009年2月28日第11屆全國人民代表大會常務委員會第7次會議修訂通過。其中，就保險相關總則性規範、保險契約內容等皆有詳細規範。

²³⁴ 參閱 孫祁祥、鄭傳等著，商業健康保險與中國醫改—理論探討、國際借鏡與戰略構想，北京：經濟科學出版社，2010年9月第1版。

又為進一步推展健康保險專業化經營，中國並於2006年6月12日由中國保監會為公會審議通過公布，自2006年9月1日起施行。其中健康保險管理辦法，就健康保險的經營行為、當事人之合法權益等皆有更進一步之規範。

故下列相關名詞定義，原則上以上開《中華人民共和國保險法》及《健康保險管理辦法》所闡明之定義為原則，分述如下：

（一）保險期間

按中華人民共和國保險法第14條規定：「保險合同成立後，投保人按照約定交付保險費，保險人按照約定的時間開始承擔保險責任。」，按照條文定義來看，似乎可知所謂保險期間係指保險人與要保人雙方於保險契約內所約定承保期間。

次按健康保險管理辦法第3條第1、2、3項規定：「健康保險按照保險期限分為長期健康保險和短期健康保險。長期健康保險是指，保險期間超過一年或者保險期間雖不超過一年但含有保證續保條款的健康保險。短期健康保險是指，保險期間在一年及一年以下且不含有保證續保條款的健康保險。」，併予敘明。

（二）疾病、住院、手術

依健康保險管理辦法第21條第1項規定：「保險公司擬定醫療保險產品條款，應當尊重被保險人接受合理醫療服務的權利，不得在條款中設置不合理的或者違背一般醫學標準的要求作為給付保險金的條件。」；同條第2項規定：「保險公司在健康保險產品條款中約定的疾病診斷標準應當符合通行的醫學判斷標準，並考慮到醫療技術條件發展的趨勢。健康保險合同生效後，被保險人根據通行的醫學診斷

標準被確診疾病的，保險公司不得以該診斷標準與保險合同約定不符為理由拒絕給付保險金。」。

是以，依照上開健康保險管理辦法可知，有關「疾病」、「住院」、「手術」等醫療名詞定義皆依中國所通行的醫學判斷標準作認定。

(三) 承保範圍

依中華人民共和國保險法第2條規定：「本法所稱保險，是指投保人根據合同約定的可能發生的事故因其發生所造成的財產損失承擔賠償保險金責任，或者當被保險人死亡、傷殘、疾病或者達到合同約定的年齡、期限等條件時承擔給付保險金責任的商業保險行為。」按上開條文定義可知，所謂承保範圍乃係依保險人與要保人雙方所訂立之契約內容作認定。

(四) 除外責任

按中華人民共和國保險法第17條第2項規定：「對保險合同中免除保險人責任的條款，保險人在訂立合同時應當在投保單、保險單或者其他保險憑證上作出足以引起投保人注意的提示，並對該條款的內容以書面或者口頭形式向投保人作出明確說明；未作提示或者明確說明的，該條款不產生效力。」是依照上開規定，凡於契約中擬定保險人除外責任條款時，皆應有明確的文字提示及口頭說明，否則該除外責任條款不生效力。

(五) 保證續保之規定(如保險公司得否調整保險費或契約內容)

按健康保險管理辦法第3條第3項規定：「保證續保條款是指，在前一保險期間屆滿後，投保人提出續保申請，保險公司必須按照約定費率和原條款繼續承保的合同約定。」。

次按同法第20條規定：「含有保證續保條款的健康保險產品，應當確約定保證續保條款的生效時間。含有保證續保條款的健康保險產品不得約定在續保時保險公司有調整保險責任和免除責任範圍的權利。保險公司將含有保證續保條款的健康保險產品報送審批或者備案的，應當在產品精算報告中說明保證續保的定價處理方法和責任準備金計算辦法。」。

(六) 保險人有無終止權

按中華人民共和國保險法第15條規定：「除本法另有規定或者保險合同另有約定外，保險合同成立後，投保人可以解除合同，保險人不得解除合同。」，次按同法第16條第2項規定：「投保人故意或者因重大過失未履行前款規定的如實告知義務，足以影響保險人決定是否同意承保或者提高保險費率的，保險人有權解除合同。」、同條第3項規定：「前款規定的合同解除權，自保險人知道有解除是由之日起，超過三十日不行使而消滅。自合同成立之日起超過二年的，保險人不得解除合同；發生保險事故的，保險人應當承擔賠償或者給付保險金的責任。」、同法第37條第1項規定：「合同效力依照本法第三十六條規定中止的，經保險人與投保人協商並達成協議，在投保人補交保險費後，合同效力恢復。但是，自合同效力中止之日起滿二年雙方未達成協議的，保險人有權解除合同。」。

是依照上開保險法規定僅就要保人之解除權及保險人之解除權有所明定，惟並未就保險人有無終止權一事作規範，併予敘明。

(七) 其他(如事先核准制等特殊規定)

依健康保險管理辦法第23條：「保險公司可以在醫療保險產品中約定，以被保險人在指定醫療服務機構網絡中進行醫療為給付保險金的條件。保險公司指定醫療機構網絡應當遵循方便被保險人、合理管

理醫療成本的原則，引導被保險人合理使用醫療資源，節省醫療費用支出，並對投保人和被保險人做好宣傳解釋工作。」。

同法第30條規定：「保險公司銷售本辦法第23條規定的醫療保險，應當向投保人告知約定醫療服務機構的名單或者資質要求，並提供查詢服務。保險公司調整約定醫療服務機構網絡，應當及時通知投保人或者被保險人。」

從而，依照上開條文可知，縱然中國健康保險並無事先核准制之規定，但保險公司卻可在醫療保險產品中約定被保險人在指定之醫療機構為醫療行為。

三、健康保險爭議類型

(一) 必要性醫療行為之判斷標準

依健康保險管理辦法第21條第1項規定：「保險公司擬定醫療保險產品條款，應當尊重被保險人接受合理醫療服務的權利，不得在條款中設置不合理的或者違背一般醫學標準的要求作為給付保險金的條件。」；同條第2項規定：「保險公司在健康保險產品條款中約定的疾病診斷標準應當符合通行的醫學判斷標準，並考慮到醫療技術條件發展的趨勢。健康保險合同生效後，被保險人根據通行的醫學診斷標準被確診疾病的，保險公司不得以該診斷標準與保險合同約定不符為理由拒絕給付保險金。」。

從上開條文規範可知，何謂必要性醫療行為，條文並無明確之定義，然似可認為所謂必要性醫療行為之認定仍是依中國通行的醫學判斷標準作認定。

(二) 保險契約條文不明確解釋原則

按中華人民共和國保險法第19條規定：「採用保險人提供的格式條款訂立的保險合同中的下列條款無效：(一)免除保險人依法應承擔的義務或者加重投保人、被保險人責任的；(二)排除投保人、被保險人或者受益人依法享有的權利的。」。

次按同法第30條規定：「採用保險人提供的格式條款訂立的保險合同，保險人與投保人、被保險人或者受益人對合同條款有爭議的，應當按照通常理解予以解釋。對合同條款有兩種以上解釋的，人民法院或者仲裁機構應當作出有利於被保險人和受益人的解釋。」

揆諸上開條文可知，保險契約如係保險人提供之定型化契約，如有免除保險人責任、加重要保人、被保人責任、或排除要保人、被保人或受益人權力之條款無效；又契約內容有所不明確時，關於保險契約之解釋，應為合乎常理之解釋，如有兩種以上解釋方法時，應為有利於被保險人之解釋，以保障被保險人及受益人之權益。

四、爭議案例

(一)有關「重大疾病」認定標準所衍生之爭議案例²³⁵

1. 案例事實

2008年9月8日，原告甲○○向被告○○人壽保險公司焦作中心支公司提出投保申請，被告於2008年9月10日向原告簽發小康之家如意安康兩全保險(A款)和附加小康之家如意安康重大疾病保險(A款)單，保險期間均自2008年9月10日零時起至2032年9月9日二十四時止或合同列明之終止性保險事故發生時止。一份重大疾病保險金人民幣(下同)10,000元。2008年9月13日，原告向被告繳納當年度保險費1493

²³⁵ 節錄自○○訴○○人壽保險股份有限公司焦作中心支公司人身保險合同糾紛一案，(2009)沁民商初字第97號判決。

元。2009年4月4日，原告發病，經診斷為主動脈夾層動脈瘤、高血壓三級(極高危)。原告在鄭州市第七人民醫院住院治療，醫院對原告行主動脈帶膜支架植入術。後原告於2009年5月向被告申請理賠，被告以其所制定重大疾病保險條款第12條就「重大疾病」之釋義：「本附加合同所保障的重大疾病，是指被保險人在主險合同有效且本附加合同有效期間內經專科醫生明確診斷初次患下列疾病或初次達到下列疾病狀態或在醫院初次接受下列手術：一、……二十一、主動脈手術，指為治療主動脈疾病，實際實施了開胸或開腹進行的切出、置換、修補病損主動脈的分支血管。」為由，主張動脈內血管形成術不在保障範圍內，據此拒絕理賠，原告申請理賠未果，乃起訴要求被告對原告進行重大疾病保險理賠。

2. 本案爭點

本案所涉及者乃關於原告所患疾病是否符合被告承保範圍內之「重大疾病」定義？又原告手術是否在保險合同約定之手術範圍內？

3. 法院判決

法院認為系爭保險合同，於原告向被告提出投保申請，被告同意承保時，雙方保險合同即成立，並自成立時起生效；從而，原告向被告繳納保險費，被告即應按照約定時間開始承擔保險責任。原告在保險期限內身患疾病，經醫院確診為主動脈夾層血管瘤，並實施主動脈帶膜支架植入術，被告對此亦不爭執。是以，本件主要爭點在於：一、原告所患疾病是否屬於重大疾病？二、原告手術是否在保險合同約定的手術範圍？

首先，關於原告所患疾病是否為重大疾病，依據中華人民共和國合同法第125條規定：「當事人對合同條款的理解有爭議的，應當按照合同所使用的詞句、合同的有關條款、合同的目的、交易習慣以及

誠實信用原則，確定該條款的真實意思。」，就本件雙方爭執的重大疾病來說，所謂重大疾病應是那些嚴重影響患者生命健康和生活的疾病的統稱，至於何謂「重」與「大」，以及哪些疾病屬於「重大」疾病，均屬於不確定，故所謂「重大疾病」是外延與內涵均不確定的概念，**某一疾病是否屬於「重大疾病」應以通行的醫學標準以及結合其對患者健康與生活的影響程度而確定**。而本案被告制定的格式合同中對重大疾病的定義僅是對重大疾病所包含的疾病的部分列舉，其在合同中所列舉的疾病固然應屬於重大疾病，其沒有列舉的疾病同樣可能是重大疾病，本案原告所患疾病經醫學診斷，已嚴重危害及原告身體健康。按中華人民共和國保險法第31條規定：「對於保險合同的條款，保險人與投保人、被保險人或者受益人有爭議時，人民法院或者仲裁機關應當作有利於被保險人和受益人的解釋。」，故法院確認原告所患疾病屬於保險責任範圍內的重重大疾病。

其次，關於原告手術是否合同所約定的手術範圍，被告制定的格式合同條款第12條對重大疾病進行釋義並進行列舉時，其中第21項載明「主動脈手術：只為治療主動脈疾病，實際實施了開胸或開腹進行的切除、置換、修補病損主動脈血管的手術。」，關於該項的「主動脈手術」，按照通常理解，凡是針對主動脈的病症所實施的手術均應為「主動脈手術」，本案原告接受了「主動脈帶膜支架植入術」，因此，醫院對原告所進行的手術應屬主動脈手術，應在保險理賠範圍。故原告要求被告根據約定支付重大疾病保險金10,000元，理由正當，應與支持。被告抗辯原告不符合重大疾病保險金理賠條件，理由不足，法院不予採信。

(二)有關「醫學技術進步」所衍生之爭議案例²³⁶

1. 案例事實

2003年2月，乙○○向○○公司提出投保申請，該○○公司同意承保。2003年2月22日，鄭州分公司向乙○○簽發「泰康生命關愛重大疾病終身保險(分紅型)」保險單。保險單載明：「被保險人乙○○；保險單生效日2003年2月23日；保險金額10,000元；每期保險費707元；繳費期間15年；保險期間為終身；生存保險金受益人乙○○；紅利領取人乙○○。」，保險合同簽訂當天，乙○○按約繳納保險費707元，○○公司出具了收據。後乙○○按約繳納保險費至今，現乙○○的保險紅利為347元。2009年3月23日，乙○○發病，次日，經解放軍第91中心醫院診斷為：蛛網膜下腔出血、顱內動脈瘤、高血壓三級，並在該院神經外科行顱內動脈瘤栓塞術治療。2009年5月8日，乙○○向被告申請理賠，被告方以乙○○的手術治療為動脈瘤介入治療，不符合保險條款第26條之規定，暫不予立案理賠，雙方形成糾紛。

又○○生命關愛重大疾病終身保險(分紅型)保險條款相關內容如下：『第3條保險責任：「一、重大疾病保險金：本合同生效或復效180日後被保險人被確診初次患本合同所指的重大疾病(無論一種或多種)，本公司按保險單所列保險金額給付重大疾病保險金，本合同終止。...四、保單紅利：自本合同生效之日起，在每一保險年度末，若保險合同有效且所有到期保險費已繳納，本公司將根據分紅保險業務的經營狀況分派紅利給投保人，紅利金額由本公司決定。」、第23條【名詞解釋】重大疾病：指符合下列定義的疾病(共27種)，其中第26種顱腦手術指被保險人經本公司認可的神經外科醫師確診並已實

²³⁶ 節錄自○○人壽保險股份有限公司焦作中心支公司訴○○人身保險合同糾紛上訴案，(2010)焦民三終字第44號判決。

施全麻下的開顱手術(包括顱骨鑽孔手術)。因外傷而實施的腦外科手術不在本保障範圍之內。理賠時必須提供由本公司認可的神經外科醫師出具的診斷書及手術報告等。

原審法院認為關於乙○○所患疾病是否屬於重大疾病：被告方對乙○○在保險期限內身患疾病不持異議。中華人民共和國合同法第125條規定：「當事人對合同條款的理解有爭議的，應當按照合同所使用的詞語、合同的有關條款、合同的目的、交易習慣以及誠實信用原則，確定該條款的真實意思。」，就本案雙方爭議的重大疾病來說，所謂「重大疾病」是外延與內涵均不確定的概念。某一疾病是否屬於「重大疾病」，應以通行的醫學標準以及結合其對患者健康與生活的影響程度而確定。而本案被告制定的格式合同中對重大疾病的定義僅是對重大疾病所包含的疾病的部分列舉，其在合同中所列舉的疾病固然屬於重大疾病，其沒有列舉的疾病同樣可能是重大疾病。本案乙○○所患疾並經醫學診斷，已嚴重危及其身體健康。中華人民共和國保險法第30條規定：「採用保險人提供的格式條款簽訂的保險合同，保險人與投保人、被保險人或者受益人對合同條款有爭議的，應當按照通常理解予以解釋。對合同條款有兩種以上解釋的，人民法院或者仲裁機構應當作出有利於被保險人和受益人的解釋。」本案乙○○由醫院所行手術，應屬雙方保險合同約定的顱腦手術。故該院確認乙○○所患疾病屬於保險責任範圍內的重重大疾病，乙○○要求被告按約之負重大疾病保險金10,000元，理由正當，予以支持，保單紅利計347元，被告同意支付，該院予以確認。○○公司抗辯的乙○○不符合重大疾病保險金理賠條件的理由不足，法院不予採信。

被告○○公司不服，乃提起上訴，上訴理由略以：一、本案雙方所爭議的是被保險人所患疾病與合同中「重大疾病」的約定是否相符的問題，而非有關合同條款的表達存在理解上的爭議問題，故不適用

有關「格式條款」的解釋。二、保險合同條款的27種重大疾病沒有違反禁止性規定，該條款不僅通過保險監管部門審批，同時也是目前國內保險行業所共同依據的行業標準，且該保險合同是經雙方合意形成，是意思自制的表現，符合相關法律法規的要求。三、被保險人所作的手術(介入手術)並非合同約定的顱腦手術，故保險公司不應承擔理賠責任。

被上訴人即原告乙〇〇則辯稱：一、其所患疾病屬於醫學上所稱的重大疾病，屬於急性腦中風範圍，是危害、威脅患者生命的疾病，一般需開顱手術，而醫院採用先進技術(栓塞介入術)治療，花費16萬餘元，使其病情好轉，該疾病符合保險合同所稱的重大疾病病症的第5項中風，該介入術是顱腦手術的一種，故是重大疾病的一種。二、保險公司僅因施行手術的方法與合同約定的不符，就認定被保險人所患疾病部屬於保險合同約定的重大疾病範圍，不符合人們通常理解。通常理解中，重大疾病並不會與某種具體的手術方式相連繫，以具體的手術方式限定重大疾病的範圍違背了被保險人的合理期待。對被保險人來說，患重大疾病時，期望採用先進的、科學的、合理的、風險更小的手術方式得到有效治療，而不會想到為確保重大疾病保險金的給付而採取保險人限定的手術方式，從醫生治療的角度，也會採取風險較小而療效較好的手術方式。以具體的手術方式作為判斷重大疾病的標準，沒有醫學根據，也不符合常理。三、2006年8月7日中國保監會公布實施的《健康保險管理辦法》第21條明確規定：「保險公司擬定醫療保險產品條款，應當尊重被保險人接受合理醫療服務的權利，不得在條款中設置不合理的或者違背一般醫學標準的要求作為給付保險金的條件。保險公司在健康保險產品條款中約定的疾病診斷標準應當符合通行的醫學診斷標準，並考慮到醫學技術條件發展的趨勢。健康保險合同生效後，被保險人根據通行的醫學診斷標準診斷疾病

的，保險公司不得以該診斷標準與保險合同約定不符為理由拒絕給付保險金。」，被上訴人即原告選擇使其痛苦較小的介入術治療疾病，保全生命，而上訴人即被告保險公司卻以該手術與保險合同條款不符拒絕理賠，有違公序良俗，也違背《健康保險管理辦法》第21條的規定精神。保險公司羅列的27種病症，不能包括所有重大疾病的病狀，是對重大疾病的限制性解釋，根據《合同法》第41條、《保險法》第30條對保險合同的不利解釋原則，保險公司應承擔保險責任，故請求二審法院駁回上訴，維持原判。

2. 本案爭點

根據雙方當事人爭辯意見，本案爭點在於上訴人即被告〇〇公司應否承擔理賠責任？

就此爭點，〇〇公司認為保險合同條款中的27種重大疾病是經中國保監會批准，是行內的統一標準，不違背保監會的規定。乙〇〇所患疾病與保險合同條款約定的27種疾病的某種疾病雖相近，但不符合約定的標準，其選擇借入手術表明其病情要比開顱手術病情小，不是十分嚴重，故保險公司不應承擔理賠責任。被上訴人即原告乙〇〇則認為其所患疾病屬於重大疾病，〇〇公司應承擔理賠責任，保險公司所列27種病症是對重大疾病的限制性解釋，僅是重大疾病中的部分，與保監會公布的《健康保險管理辦法》第21條的規定相違背。現醫學發展比較先進，其選擇的介入術也是顱腦手術的一種，保險公司非要求開顱手術，才予理賠，不合情理和醫學的發展，故保險公司應承擔理賠責任。

3. 法院判決

法院認為，由於〇〇公司向被保險人乙〇〇提供的保險合同條款是2002年1月經保監會核準備案的，且其沒有證據證明其提供的保險

合同條款中所列舉的27種重大疾病是現行行內的統一標準，且乙○○對其所患疾病而選擇的介入術治療符合2006年8月7日中國保監會公布實施的《健康保險管理辦法》第21條：「保險公司擬定醫療保險產品條款，應當尊重被保險人接受合理醫療服務的權利，不得在條款中設置不合理的或者違背一般醫學標準的要求作為給付保險金的條件。保險公司在健康保險產品條款中約定的疾病診斷標準應當符合通行的醫學診斷標準，並考慮到醫學技術條件發展的趨勢。健康保險合同生效後，被保險人根據通行的醫學診斷標準被診斷疾病的，保險公司不得以該診斷標準與保險合同約定不符為理由拒絕給付保險金。」的規定精神，認為原審判決理由適當二審法院仍予以採納，而駁回上訴人即被告○○公司之上訴，維持原審判決。

(三)有關「保險契約條文不明確解釋原則」之爭議案例²³⁷

1. 案例事實

1998年4月25日，丙○○之夫向代中以丙○○為被保險人在○○公司投保重大疾病終身保險一份，約定：「每年繳納保險費732元，共繳費20年，保險期為終身，保險金額10,000元；在合同有效期內，被保險人於合同生效或復效之日起180日後，初次發生，並經合同指定或認可的醫療機構確診患重大疾病時，公司按保險單所載保險金額的2倍給付重大疾病保險金；本條款所訴「重大疾病」指符合下列定義的疾病：「一、心臟病(心肌梗塞)：指因冠狀動脈阻塞而導致部分心肌壞死，其診斷必須同時具備下列三條件：1、新近顯示心肌梗塞變異的心電圖。2、血液內心臟酶素含量異常增加。3、典型的胸痛病狀；但心絞痛不在合同的保障範圍之內。」，2004年2月16日，丙○○到

²³⁷ 節錄自重慶市第三中級人民法院審理上訴人○○公司與○○保險合同糾紛上訴，(2005)渝三中民終字第408號判決。

重慶西南醫院住院治療，再次診斷為冠心病、不穩定性心絞痛。嗣後，丙○○依據保險合同向○○公司申請支付約定的2倍保險金無果，遂於2005年6月28日訴至原審法院。

原審法院審理認為，雙方簽訂的保險合同依法成立，應受法律保護，丙○○在投保後患合同約定的重大疾病，○○公司在判決生效後10日內支付丙○○重大疾病保險金20,000元。案件受理費810元、其他訴訟費用480元，共計1,290元，由○○公司負擔。宣判後，○○公司不服，乃據而提起上訴。

上訴人即被告○○公司上訴稱：合同約定賠付的重大疾病僅指心肌梗塞一種心臟病，且該病的診斷還應符合合同約定的條件，丙○○所患冠心病不屬合同約定的心臟病(心肌梗塞)，乃請求上訴法院改判駁回被上訴人即原告丙○○的訴訟請求。

被上訴人即原告丙○○則辯稱：合同約定賠付的重大疾病是包括心肌梗塞在內的所有心臟病(除合同但書中所列心絞痛除外)，自己所患冠心病屬心臟病之一，主張維持原判。

2. 本案爭點

本案爭點在於雙方當事人對該條款中所述的「重大疾病」是僅指心肌梗塞一種心臟病，還是指包括心肌梗塞在內的，除心絞痛之外的所有心臟病？

3. 法院判決

法院認為，針對雙方當事人的爭執焦點，從合同完整的條文並結合醫學專業知識分析，○○公司的行文本亦應是指心肌梗塞。但從該條文的具體表述看，其將「心臟病」這一種概念置於條文首位的顯目位置，而將「心肌梗塞」這一屬概念僅在括號中標出，此種表述方式，

容易誤導投保人對該條款的注意力，並在內心作出與行文本意不同之理解。條文在其後對「心臟病(心肌梗塞)」所作的解釋，從醫學專業角度講，雖是對「心肌梗塞」這一疾病的解釋，但該保險格式條款所面對的是不特定的、並非具有醫學專業知識的投保人群體。條文中「指因冠狀動脈阻塞而導致部份心肌壞死，…」這一醫學性解釋，對於普通投保人而言，並不清楚是對「心臟病」還是對「心肌梗塞」所作的解釋。作為格式合同應盡量避免誤導性、模糊性表述，如本條僅指「心肌梗塞」這一特定的心臟病，則合同條文在表述上確有不夠嚴謹之處。現○○公司無充分的證據證明其在訂立保險合同時，以特別提醒投保人，明確說明該條所承保僅是「心肌梗塞」而不包括其他心臟病。因而，投保人對此作出有歧異的理解亦在情理之中。按照《中華人民共和國保險法》第30條之規定，對格式條款的理解發生爭議時，應作出有利於被保險人或受益人的解釋。現被保險人丙○○所患冠心病屬於心臟病，○○公司對此應支付約定的保險金。原審認定事實清楚，適用法律正確，依法應予維持，乃駁回上訴，維持原判決。

五、小結

綜上所述，可知中國大陸關於「重大疾病」及其他與醫學相關之判斷，皆以「通行的醫學標準並結合其對患者健康與生活的影響程度」作認定，然而有關「通行的醫學標準」究竟所指為何卻付之闕如，但參照前揭法院判決之意旨，似乎可認為凡是現行有效的醫學診斷、治療、手術等，皆符合上開「通行之醫學標準」之定義。

又根據前揭判決意旨及《健康保險管理辦法》第21條之規定可知：「保險公司擬定醫療保險產品條款，應當尊重被保險人接受合理醫療服務的權利，不得在條款中設置不合理的或者違背一般醫學標準的要求作為給付保險金的條件。保險公司在健康保險產品條款中約定

的疾病診斷標準應當符合通行的醫學診斷標準，並考慮到醫學技術條件發展的趨勢。健康保險合同生效後，被保險人根據通行的醫學診斷標準被診斷疾病的，保險公司不得以該診斷標準與保險合同約定不符為理由拒絕給付保險金。」；從而，被保險人於保險事故發生時，基於醫學新穎性所採行之技術、治療、手術等，因皆屬通行之醫學診斷標準，故保險人不得任意以該診斷標準與保險合同約定內容不符為由而拒付保險金。

最後，有關保險契約條文不明確部分，依據中華人民共和國合同法第125條規定：「當事人對合同條款的理解有爭議的，應當按照合同所使用的詞句、合同的有關條款、合同的目的、交易習慣以及誠實信用原則，確定該條款的真實意思。」、中華人民共和國保險法第30條規定：「採用保險人提供的格式條款訂立的保險合同，保險人與投保人、被保險人或者受益人對合同條款有爭議的，應當按照通常理解予以解釋。對合同條款有兩種以上解釋的，人民法院或者仲裁機構應當作出有利於被保險人和受益人的解釋。」，可知保險契約如係保險人提供之定型化契約，於契約內容有所不明確時，關於保險契約之解釋，應為合乎常理之解釋，如有兩種以上解釋方法時，應為有利於被保險人之解釋，以保障被保險人及受益人之權益。揆諸上開規定可知，中國大陸有關保險契約條文不明確應為有利於被保險人之解釋之部分，因限縮於保險契約係保險人提供之定型化契約始有適用，從而，與我國保險法第54條之規定相較，對處於弱勢地位之被保險人而言，其保障似較不周延，而略有不足之處。

第七章 我國健康保險理賠爭議相關規範內容之檢討與增修建議

從本研究計畫第二章分析我國現行健康保險理賠爭議案例與相關規範可知，我國現行健康保險契約訂立後，由於醫療技術進步及法令變更等因素，確實會產生保險金給付條件與保費定價資料基礎不一致之情形，且此對價性不足亦非可以歸責保險人之事由。倘若對此所生之損失均需由保險人負給付之責，實有不公。然而，因保險契約具高度專業性與技術性，且契約條文多由保險人所預定，非消費者所能控制，若因契約文義不清或計價基礎錯誤，保險人實不得僅以契約不具對價性而卸責。

又觀察國外保險先進國家(如英、美、德、法、日與中國大陸)對健康保險商品條款約定之保險金給付條件與保險費對價基礎不一致時之相關理賠爭議案件處理規範可知，因各國對於全民健康保險架構不一²³⁸，因此有關商業型健康保險承保內容與範圍亦有所差異。因而各國法院對健康保險因醫療技術或法令變遷所產生的爭議案件處理認定標準也有所不同。是以，本計畫認為各國國情不同，實難以直接從上述各國之處理經驗引為我國所適用。至多僅為可供我國未來解決類似案件時斟酌參考之用。因此，本章中將分析並比較各國對商業型健康保險理賠爭議相關規範內容與處理方式之優缺點，以此基準，作為我國現行健康保險相關規範內容之檢討與未來修正建議參考。分述

²³⁸ 從以上分析可以看出，各國根據商業健康保險在醫療保障體系中發揮的作用不同，將其分為首要型、替代型、補充型和增補型等四種模式。首要型健康保險為廣大居民提供基本健康保障，是這些國家的主流醫療保障制度；替代型健康保險提供公立保險的替代產品，緩解了公立醫療機構的壓力；補充型健康保險則為居民提供在公共保險基礎上的補充保險，減輕了看病費用負擔；增補型健康保險則在滿足本國居民多樣化的醫療保障需求發揮了積極作用。而這四種模式的典型代表國家——美國、英國、法國、加拿大，都根據本國醫療保障制度的特點，充分發揮行業創新意識和服務精神，與社會醫療保險相得益彰，共同保障國民的健康安全，已成為本國醫療保障體系中的有機組成部分。參閱 馮鵬、程英、劉青，商業健康保險的國際比較及啟示，上海保險，2010年第7期。資料來源：

http://www.csscipaper.com/eco/information-database/commercial-insurance/855628_2.htm

如下：

第一節 各國健康保險理賠爭議相關規範內容之比較與分析

一、優缺點分析

英國的商業型健康保險多採取短期型之保單方式出單，其優點為若原來之保險契約條款有規定不明確之處，保險公司得於續約時重新釐清明確界定承保之範圍，故縱使有醫療技術進步或相關規範修正之問題，保險公司仍得於續約時將醫療技術進步或相關規範修正等因素納入定價資料基礎中，用以重新決定新的保單之保險費、保險金及承保範圍，此與我國的健康保險保單多屬長期保險或保證續保，因此保險公司很難重新調整保險費或釐訂承保範圍，有很大之不同。

而英國法院面對健康保險理賠爭議時，多以契約條文規定為審判基準，且多以「被保險人合理期待原則」或「不利於擬約者的解釋原則」進行審理，此舉固然有助於保障處於弱勢地位之被保險人，然而在被保險人亦具有相當之議價能力及保險、法律之專業知識時，是否應採取上述原則對保險契約進行解釋即有疑問；此外，有時候醫療技術進步神速，亦非擬約者當時所能預料，若一概適用「不利於擬約者的解釋原則」，對擬約者亦不公平；而基於「被保險人合理期待原則」，法院往往會推定一個理性的被保險人應該會合理期待該保單承保範圍包涵新的醫療技術，因此保險公司往往被迫將醫療技術進步納入定價資料中評估，因而提高保險費，然而並非所有民眾皆願意投保如此高額保險費之保險只為了將來可能會出現之新的醫療技術，但是法院此種解釋原則卻強迫民眾只能投保高額保險費之保單。以上皆為英國法院採取的解釋原則之缺點。

美國的健康保險運作方式與英國相似，亦採短期契約為主(即使有保證續保規定，然而保證續保年齡僅以 50 歲為限，且有保險費調

整機制)，故縱使醫療技術進步或保險法令修改，保險公司仍可於續約時重新將上述因素納入考量，重新釐定承保條件，不至於嚴重影響該國商業型健康保險人之財務狀況，此與我國商業型健康保險契約多屬長期保險(或短年期但有保證續保)，且保險公司鮮少有調整保險費之情形有很大不同，或許值得我國參考。

而美國法院在面對保險契約上之醫療必要性問題或保險契約條款不明確之問題時，往往採取偏袒被保險人一方，而將不利益歸諸於保險人一方之解釋，此舉固然保障了被保險人之生命身體健康，使被保險人得以獲得保險金給付以支付龐大之醫療費用，也給予弱勢的被保險人得以對抗保險公司之能力，然而美國法院卻忽略了保險公司在面臨療效甚微的手術或治療中可能遭受的龐大之利益損失，而所能獲致之被保險人生命身體健康之治療利益甚微，利益與損害間可謂顯失均衡，亦忽略了法院此種判決傾向將導致保險費價格飆漲，以便讓保險公司得以負擔不確定之承保範圍，最後卻迫使許多民眾因無力購買價格昂貴之保險而放棄投保，或迫使有能力購買高額保險費之保險的民眾，必須去購買他們並不想要的承保範圍過大之保險。此皆為美國法院採取之審理傾向之缺點。

德國商業型健康保險制度與美國相似，若年收入達一定水平以上之人均可加入，惟不得再轉為全民保險計畫。因此，商業型健康保險是該國人民健康保險主要選擇。而歷經多年立法後，該國對於健康保險法制大多具備，尤其是 2008 年所實施保險契約法第八章第 192 條至第 208 條規定即為針對健康保險契約的重要規定。不但對承保範圍、理賠範圍、疾病與醫療行為必要性之判斷標準等均有明確規定，實可供我國未來修法時參酌之用。另該國法院對於因保險契約條文所生之爭議解釋方式，亦可供我國法院於審酌類似案件時參考。

法國商業健康保險對當初不可預見之醫療技術治療是否涵蓋於保單理賠範圍，完全依賴於社會保險局對該醫療技術治療是否納入給付範圍而定。而法國社會保險局對於醫療之定義通常相當寬鬆，且社會保險局為了將定義具體化，同時又鉅細靡遺的將給付之項目以表單名列明，另一方面又預留表單所未列之醫療行為將其納入給付範圍之彈性空間，只要被保險人事先得到社會保險局之審議委員會審核同意，仍可請求給付不在表單上之醫療費用保險金之給付，且為了避免事先審核程序無法因應某些醫療行為之急迫性與必要性，又設計定期擬制允許或反對之機制與緊急醫療程序，可謂同時兼顧保險契約條款定義明確性與彈性，相當值得參考。雖然在某些情況急迫且攸關生命維護之醫療行為上，可啟動緊急程序，無須經過事前許可。然而，在面對新醫療技術或新藥物之情形時，若仍需徵得審議委員會之事先審核方得領取保險金以支付該筆醫療費用，似乎過於緩慢，被保險人有可能因此來不及接受較新型式的手術或治療，縱使有定期擬制允許機制，仍顯得緩不濟急。此外，因為醫學進步神速，因此許多手術或治療因而未能列於 UNCAM 表單上，然而若要一一事先申請許可，對於被保險人而言，似乎又過於繁瑣。

而法國法院對於醫療行為之認定，多半採取較寬鬆之認定，只要任何基於協助對抗疾病之行為，皆屬於醫療行為，甚至肯定針灸亦是一種醫療行為，且對於保單條款不明確解釋多採取「保障條款從寬解釋」及「限制條款從嚴解釋」原則，而多偏向有利於被保險人之解釋，即使被保險人是專業人士亦然，此舉固然有效的保障被保險人之權利，然而卻過份加重保險公司之負擔，且造成保險契約條款解釋之法不確定性問題，這也是法國學者多所批評之處。

日本的商業健康保險主要係用以補充公營健康保險之不足，而其亦係以個人件且長期(保證續保可達 80 歲)健康保險保單為主流，此兩

點皆與我國商業健康保險十分相似，而與美國及英國之商業健康保險係提供給少數對醫療品質較高之人另一選擇方案，且多採短期保單為主不同。由於日本的商業健康保險係以長期契約為主，故會面臨與我國健康保險同樣的定價適足性與保險理賠爭議之問題，蓋若因醫療技術進步或保險法令之變更，極有可能會產生保險理賠範圍之爭議問題，而若法院判決結果多傾向於認定保險公司應該負理賠責任，即將會衝擊商業健康保險公司之財務狀況。面對此問題，日本學界對此已有若干討論。保險實務中雖有主張基於法律或是以基於保單條款約定，變更既有健康保險的保單給付條件，藉以調整給付之金額之作法，但日本法院仍多以契約條款規定為審判基準，從契約條款之解釋出發，且對保險公司採不利之見解，或許值得我國參考。另值得一提者是，目前尚未發現保險公司以費率問題做為抗辯之依據。

中國大陸的健康保險管理辦法第 21 條第 1 項規定：「保險公司擬定醫療保險產品條款，應當尊重被保險人接受合理醫療服務的權利，不得在條款中設置不合理的或者違背一般醫學標準的要求作為給付保險金的條件。」；同條第 2 項規定：「保險公司在健康保險產品條款中約定的疾病診斷標準應當符合通行的醫學判斷標準，並考慮到醫療技術條件發展的趨勢。健康保險合同生效後，被保險人根據通行的醫學診斷標準被確診疾病的，保險公司不得以該診斷標準與保險合同約定不符為理由拒絕給付保險金。」。而關於何謂「通行的醫學標準」，依照中國大陸法院判決之見解，似乎可認為凡是現行有效的醫學診斷、治療、手術等，皆符合上開「通行之醫學標準」之定義，因此若因為醫療技術之進步，醫生所採行之現行最新之診斷、治療、手術，已經與當初訂定保險契約時所通行之診斷、治療、手術不同，法院仍傾向於認定已符合「通行的醫學標準」，而要求保險公司必須理賠。中國大陸的法院判決與法令規定明顯傾向於一般人民之一方，此應有

其保障一般人民之政策考量，如此亦確實保障處於弱勢之被保險人，然而卻可能導致保險公司必須承擔龐大的保險金之給付，而影響保險公司之財務狀況，甚至破壞了正在發展中的商業健康保險之成長，反而抑制商業健康保險之發展，使得社會大眾無法有更多元專業之商業健康保險可供選擇。

此外，中華人民共和國保險法第19條規定：「採用保險人提供的格式條款訂立的保險合同中的下列條款無效：(一)免除保險人依法應承擔的義務或者加重投保人、被保險人責任的；(二)排除投保人、被保險人或者受益人依法享有的權利的。」。同法第30條規定：「採用保險人提供的格式條款訂立的保險合同，保險人與投保人、被保險人或者受益人對合同條款有爭議的，應當按照通常理解予以解釋。對合同條款有兩種以上解釋的，人民法院或者仲裁機構應當作出有利於被保險人和受益人的解釋。」。可知大陸之健康保險如有免除保險人責任、加重要保人、被保人責任、或排除要保人、被保人或受益人權之條款無效，又契約內容有所不明確時，關於保險契約之解釋，應為合乎常理之解釋，如有兩種以上解釋方法時，應為有利於被保險人之解釋，以保障被保險人及受益人之權益。大陸之保險法相當保護被保險人，此在一般議價能力差距甚大之情形，固然相當保護處於弱勢之被保險人，然而若於團體健康保險或是被保險人本身亦有相當磋商訂約能力時，是否亦應做有利於被保險人之解釋則有疑問，蓋此時被保險人應無需特別保護之必要，甚至可能是保險人必須對被保險人做出讓步，而接受較不利之契約條件，此為上述條文規定之缺點所在。

二、妥適性與可行性評估

如上面所述，各國的保險法令規範或是法院之判決，在遇到保險契約條款不明確或是醫療行為是否符合必要性、醫生所採行之新的診

斷、治療、手術是否在保險契約之承保範圍等問題時，往往採取契約條款之解釋方法，而且所採取之解釋多半偏向被保險人一方，此舉固然能夠有效保護弱勢之被保險人，以及有效保障被保險人得以領取保險金以支付龐大之醫療費用以拯救生命身體健康，然而卻忽略並非所有保險契約之締結要保人或被保險人皆處於弱勢之地位，甚至有時要保人或被保險人比保險公司更有議價力量及保險、法律之專業知識；此外，過於偏向被保險人一方也將對保險公司之財務帶來巨大的衝擊，影響商業健康保險之發展，將使得保險公司必須提高保險費，以便讓保險公司得以負擔不確定之承保範圍，進而迫使一些消費者放棄購買這些價格昂貴之健康保險，或是得接受購買一個承保範圍過大，並非消費者所想要購買之健康保險。

更重要的是，由於契約條款之解釋原則最後仍訴諸於法院之個案判斷決定，然而每個法院對於契約條款之解釋皆未必一致，使得健康保險理賠爭議之問題仍無法有一個可以預見的、統一的解決方案，而使得保險公司與被保險人在遇到理賠爭議之問題時，彼此都處於各說各話之狀態，很難達到雙方互相妥協讓步之共識，畢竟最後若訴諸於法院，保險公司或被保險人皆有一個勝訴之可能。而且，縱使保險公司在一個手術進步導致理賠爭議之案件敗訴，其仍有可能在另一個相同類型之案件獲得勝訴，被保險人亦然。這些情形都使得健康保險之理賠爭議無法獲得有效協商解決，且縱使法院判決結果出爐亦無法使保險契約當事人雙方信服。

事實上，由於醫療技術與時俱進，且醫學之複雜性與專業性皆使得保險契約要明確規定其承保範圍，事實上是不可能的事，此從其他國家亦未能對承保範圍為明確之規定可知，然而若著重在事後的個案法院判決，又缺乏統一的規範及可預見性，使得保險人與被保險人雙方皆難以信服，且有導致保險費飆漲、有礙商業健康保險發展之虞。

因此，不如參考美國學者所提出之建議，亦即著重於程序上之解決機制，制定一套解決爭議之程序，在遇到保險契約承保範圍之爭議時即透過這套程序解決機制來決定系爭手術或藥物是否在承保範圍，而最好的方式即透過設立解決爭議之委員會依照法定程序來決定具體個案之承保範圍。而這個解決爭議之委員會可以由保險公司設立專業的審查委員會，或是由政府機關設立立場公正的審查委員會，或是以更民主的方式，即從保險公司、被保險人方各選出代表，並加上立場公正之政府機關主管人員或學者專家，共同組織爭議處理委員會來審查具體個案之承保範圍。如此不但有一可以預見之程序規定可資遵循，且委員會成員包括保險公司、被保險人及主管機關三方，其所作成之決定亦較能獲得保險公司及被保險人雙方之支持及認同，而可有效減少日後再行爭訟之紛爭。

或者可以參考法國社會保險局對於未在表單上之醫療行為是否納入承保範圍之決定方式，要求被保險人對於該有爭議之醫療行為需事先經過社會保險局²³⁹，並擬制社會保險局一定期間未回答之默示同意或默示拒絕²⁴⁰，與緊急醫療程序例外無須經社會保險局事先審核同意之機制。如此不但可以有效減少被保險人與保險公司關於事後理賠範圍之紛爭，亦可保持保險單理賠範圍之彈性，以因應醫療技術進步及保險法令變遷所產生之問題。唯一的問題是，由於我國一般民眾並不習慣於接受手術或治療前須事先申請許可，以確定其確實可以獲得理賠，此種事先許可制恐怕難以為我國消費者所接受，因而不易推行。

²³⁹按法國所有商業保險對於未在表單上之醫療行為是否承保，沒有決定權。只要社會保險局決定給付，商業保險就要給付。差別只是在(1)補足社會保險之部分要給付多少(如總共一百歐元，社會保險給付三十歐元，就剩下的部分，商業保險可給付1歐元至70歐元)，以及(2)之後會不會據此調整保費而以。

²⁴⁰不同類型有不同之規範。法規有明文其不回覆之效果。

第二節 我國現行健康保險相關規範內容之檢討

一、相關規範內容欠缺具體明確

我國健康保險的醫療費用健康保險單，有主管機關公布之「住院醫療費用保險單示範條款」作為參考依據，其又可分為住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）與住院醫療費用保險單示範條款（日額型）兩種，無論保險公司欲與要保人訂定何種類型之醫療費用保險單，皆需依照主管機關公布之保險單示範條款訂定，且需送主管機關審核，而保險單示範條款對於各種名詞定義，諸如疾病、傷害、住院、除外責任等皆有規範，以其能夠明確規範保險公司之保險單，使要保人及被保險人能清楚預見其將來得請求給付之範圍為何。

然而，由於醫學技術之進步快速，加上醫學之複雜性及專業性，使得許多名詞縱使已於保險單示範條款中制定，仍然會引發許多爭議，例如保險單示範條款第二條規定：「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。」雖已明確定義住院之意義，然而在何謂必須入住醫院上，實務上仍然引發許多保險理賠之爭議，譬如全民健保不給付而需自費住院之情形，保險公司就認為不符合住院之必要性，然而被保險人則認為其已經醫師診斷有入住醫院之必要；又譬如日間住院究竟是否符合保險單示範條款第二條住院之定義，亦在保險理賠實務上引發一連串之爭議。

雖然主管機關為了將保險單示範條款之規範更加明確，而一再進行修正²⁴¹，然而仍無法解決現行許多保險理賠之爭議，例如保險單示

²⁴¹ 住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型）於86年9月19日公布，於87年8月15日修正，於95年10月30日又再修正；之後又為了因應日額型健康保險而於96年11月1日公布住院醫療費用保險單示範條款（日額型）。

範條款將除外條款對於先天性疾病之部份先限縮為天生畸形之部份，之後更限縮至外觀可見之天生畸形之部份，以試圖解決何謂先天性疾病及天生畸形之爭議，然而縱使已經將其明確定義為「外觀可見之天生畸形」，保險實務上仍然引發許多爭議，畢竟疾病種類之繁複，仍然會出現何謂外觀可見、何謂畸形之爭議。

此外，由於手術乃係醫學上慣用之專業術語，涉及醫學專業範疇，因此難以定義，故保險單示範條款內並未針對「手術」乙詞另作定義。而保險公司一般之作法則是於保險單上明列願意理賠之手術項目，並對於其餘之手術項目則以全民健康保險醫療費用支付標準表第二部第二章第七節所列舉之手術作為支付保險金之標準，然而全民健康保險醫療費用支付標準表第二部第二章第七節所列手術項目時常發生變動，因此被保險人對於訂定保險契約時並未列舉於支付標準表，然而嗣後進行手術時已列舉於支付標準表之手術，是否可以請求保險公司理賠即引發爭議，或是訂定保險契約時有列舉於支付標準表上，嗣後接受手術時已未列舉於支付標準表時，被保險人又是否可以請求保險公司理賠，此皆為爭議所在。

由此可知，我國現行健康保險規範最大的一個問題即為規範內容不夠明確，即便主管機關有公布保險單示範條款，然而該示範條款仍無法將所有可能引發爭議之事項明確規範。如此一來，只好回歸保險法第 54 條第 2 項之規定：「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。」。然而，將所有保險契約條款不明確之解釋，皆作有利於被保險人之解釋，又引發了其他的問題。

二、對價衡平原則之忽略

由於醫療技術日新月異以及醫療之複雜性、可變性，使得我國現

行健康保險相關規範內容並無法全然的具體明確，因而有保險契約條款不明確之問題。而依照保險法第 54 條第 2 項之規定，當保險契約有疑義時，應作有利於被保險人之解釋。然而商業健康保險乃危險的公平承擔，必須符合對價平衡原則，亦即保險公司所承擔的保險金給付之風險需與要保人所繳的保險費處於對價平衡的關係，若一味的要求保險公司必須承擔保險契約條款不明確之不利益，因此遇到因為醫療技術進步、保險單示範條款變更或是全民健保相關法規調整等導致之保險契約條款之解釋問題時，皆一律做出對於被保險人有利之解釋，要求保險公司必須負理賠責任，對於保險公司未免過苛，蓋如此將動搖整個保險定價資料基礎適足性之計算，破壞保險費與保險金之對價平衡原則，使得保險公司負擔過重之理賠責任；或者將迫使保險公司增加高額之保險費，以應付未來不確定之保險理賠責任，結果將使得商業健康保險成為昂貴之奢侈品，一般社會大眾皆無力購買，因而使得商業健康保險補充我國全民健康保險之不足之社會功能喪失。

無論是以上何種現象，皆不利於我國商業健康保險之發展，影響所及，將是許多保險公司退出健康保險市場，或是一般民眾無法購買價格正常之健康保險，因此，我國現行健康保險之相關規範，實應考慮到對價平衡原則之問題，而不應再一味的堅持有利於被保險人之解釋原則。

三、小結

綜上所述，本計畫認為或可將因健康保險契約條文規定不清與定價資料基礎欠缺適足性之理賠爭議案件處理方式歸納如下：

1. 契約條文是否有疑慮。若契約條文並無疑慮，即無庸討論，依據條文規定處理即可。
2. 若契約條文有疑慮時，再分成 2 部分處理，投保時具可預見性（如

醫療科技進步)以及不可預見性(如法令變遷)。換言之，契約有疑慮時，再去討論保險人是否可以用對價性不足，拒絕理賠。用以跳脫保險法第54條第2項之適用。

- (1) 具可預見性之理賠爭議案件，保險人自應於設計保單之時，將相關費用納入保險費之計算考量。倘若保險人已於訂定保險費時將未來相關可能給付之因素納入考量計算，並將該可能理賠因素納入保費計價基礎當中，嗣後即不得再主張因為醫療技術進步或法令之變遷，而拒絕理賠，因為就此爭議理賠案件，保險人並無對價性不足之問題；倘若保險人未能計入保費當中計算，然而保險人本應將此可預見性理賠爭議案件納入保費計算考量中，即使不具對價性，保險人自不得以此為卸責之詞，是以，對此爭議案件應由保險人負理賠之責。
- (2) 不具可預見性之爭議理賠案件，因保險公司基於擬約人之地位，似應對契約條文有疑慮之處負責。惟倘若因醫療技術之進步或法令變遷，以致於保險人依約履行恐有顯失公平之情形時，保險公司似應依據現行爭議處理機制進行調處，或依據保險契約之規定，將保險費計算不足之處，報經主管機關請求另訂適當之新保險費，於契約續保時，依續保生效當時報經主管機關核可之新費率及被保險人年齡重新計算保險費。如此，似較能解決有效解決上開理賠爭議。倘若消費者不同意保險公司另訂之保險費時，保險公司自得主張不同意續保，或重新與消費者協議將該對價性不足之特定事故列為除外不保項目或藉由其他方式(如等待期間)之設立，以達控管經營風險與道德危險，俾利維護雙方權益。惟如何調整始為適當，本計畫將分成對現行保單之爭議處理(如爭議處理機構或修正協議條款)，與未來保險商品設計方向提出具體建議。

第三節 我國健康保險相關規範內容之增修建議

一、相關規範內容之具體明確化

醫療技術的進步及醫療型態的轉變，往往造成保險公司與被保險人認知不同，而造成我國商業健康保險理賠爭議之主要因素。認知的不同，主要係在於保單條款規範不明確，而須針對該條款作進一步地解釋，而保險契約條文不明確之解釋原則，即又回歸到保險法第 54 條第 2 項規定，保險契約有疑義時，應作有利於被保險人之解釋。因此，在可預見的範圍內，如何使相關規範條款訂定得更加明確，即為相關規範內容日後增修時，所應考量的重要因素之一。

然而我國的住院醫療費用保險單示範條款對於許多名詞皆規範的不夠明確，因而使得保險公司所訂定之保險契約條款亦有許多不明確之處而引發爭議之處。例如日額型及實支實付型的住院醫療費用保險單示範條款對於「疾病」僅規定：「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。」，而現行人身保險要保書示範內容及注意事項對於疾病之定義亦僅強調需以反面列舉方式為之，使得我國健康保險契約對於「疾病」一詞未能明確定義，因而引發許多理賠爭議，因此本計畫將於下面章節中對此提出具體修正建議，以期將其定義明確化；另外住院醫療費用保險單示範條款雖然規定「住院」係指：「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。」，然而何謂必須入住醫院之必要，仍缺乏清楚明確之解釋，縱使金管會發布公告之人身保險商品審查應注意事項第 58 點規定：「實支實付型醫療保險商品不得於醫療保險金給付條文中增列有關『合理且必需』之文字及條件。」，然而實務上保險公司與被保險人對於何謂「必須入住醫院」之要件依然爭論不休，另外像日間

住院、夜間住院之問題亦是實務上常見之爭議，此皆因保險單示範條款及保險商品審查應注意事項未能規範明確所致，本計畫亦將於下面章節中提出具體修正建議，以期解決長久以來之實務爭議；另外現行健康保險契約中對於「手術」一詞亦未能明確定義，恐難對爭議案件進行評斷，因此本計畫將參考外國立法例之作法，於下面章節中提出具體修正建議；此外像承保範圍、除外責任等事項，現行之保險單示範條款皆未能具體明確化，因而使得現行健康保險契約之理賠爭議案件頻生。

因此，本計畫將於下面章節中針對相關名詞定義具體明確化之修正提出具體修正建議，先試圖將相關名詞定義具體明確化，惟對於不明確之手術住院或治療，建議應由公正之第三者（如金消法之爭議處理機構）設立，且為避免過度介入保險公司之理賠審查判斷，宜以爭議發生時之合意仲裁作法較為妥適。

二、對價平衡原則之考量及舉證責任之分配

由於醫療技術日新月異，且為避免相關規範過於僵化，因此相關規範內容並無法全然的具體明確而仍然有一定的解釋空間，而保險契約有疑義時，應作有利於被保險人之解釋，已成為保險實務上之解釋原則。然而，保險實務上在訂定保險費率時，保險業者均希望每個投保個體皆能對其對應的危險，負擔適當公平的保險費。因此在對各式給付內容定價時，會因保險給付內容、種類及政府法令等限制，並依據被保險人的年齡、性別及過去病史等特徵來分類作為計算基礎，此即為「對價平衡原則」之展現。

商業保險是對危險的公平承擔，必須符合對價平衡原則，亦即保險人所承擔的危險與要保人所繳的保險費要處於對價平衡的關係。而健康保險主要是保障未來發生的醫療費用支出，在定價時對於各計算

基礎，是以過去相關統計資料予以推估未來的醫療費用成本。由於影響醫療險成本估計的因素比產壽險要多，既包括疾病發生率(門診利用率、住院率等)、疾病持續時間(平均住院天數)和損失額度(平均門診費用和平均住院費用等)，還包括醫療價格上漲、醫療機構級別等產壽險費率計算中不常涉及的因素，加之上述因素的影響往往不易被完整、準確地測量，這使得醫療保險的保險費計算比其他險種更加複雜。

然而，由於住院醫療費用保險單示範條款日額型第 8 條及實支實付型第 12 條均規定：「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，本公司不得拒絕續保。本契約續保時，依續保生效當時報經主管機關核可之費率及被保險人年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。」。使得保險人在一定條件下不得拒絕要保人之續保請求，因而使得原本一年期之短期健康保險契約產生長期化現象，加上保險業受主管機關高度監理，使得保險公司於續保時多不願意配合法令之變遷與醫療技術之進步重新計算保險費並調整保險費，因而破壞保險契約之對價平衡性。

基此，對於續保時允許保險公司得將醫療技術進步或法令修正納入續約之定價基礎，此部分建議或可參考人身保險商品審查應注意事項第 184 點及第 214 點規定，訂定應檢具之相關資料，並規範可調整費率之準則性要件及調整之上限，以減少動輒調整費率可能產生之衝擊。

另外，亦可仿效日本的立法例，於保險法中規定若保險公司依照其業務及財產狀況，認為其繼續經營有可能發生困難時，可以向主管機關提出削減保險金給付額或變更給付事項之申請，不過得提出申請

之情形必須限於若不削減保險金給付額或變更給付事項保險公司將發生經營之困難，以避免保險公司因保費與保險金對價不衡平之問題發生財務問題、經營困難。或可仿效日本保險實務，於保險契約中設定得以變更既有契約事項之「變更保留條款」，在獲得主管機關同意之特定情況下，變更保險給付事項或保險費，使得保險公司於嗣後發生醫療技術進步或相關法規修正等因素時，得向主管機關申請重新變更保險給付事項或保險費，以解決因醫療技術進步或相關法規修正等情形造成保險費與保險金間對價衡平性不足之問題。

此外，由於保險法第 54 條規定：「本法之強制規定，不得以契約變更之。但有利於被保險人者，不在此限。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。」，是以，遇到保險契約條款不明確解釋時，法院多偏向於有利於被保險人之解釋。然而，保險公司之精算人員、擬約人員亦有其能力上限制，若期待此等人員對於醫療技術之進步與保險法令之變遷等亦能全盤考量，而於擬定保險契約時將此等因素考慮進來，並要求其所擬定之保險契約必須具體明確，否則必須將契約不明確之不利益歸諸保險公司承擔，或者要求其將該等因素所生之費用於訂約時即需加以全部考量，充分反映於保險費中，實已課與保險公司之人員超過專業能力上之要求，實過於強人所難。況且，若一味的採取有利於被保險人之解釋，也可能使保險業者蒙受鉅大之損失。因此，有利於被保險人之解釋原則，應有一定之界限範圍，而此界限即為對價衡平原則。基此，本計畫認為保單條款規範不明確時，雖然應以有利於被保險人之解釋為原則，然而，若已經嚴重破壞保險業者對於保險費計算基礎，進而動搖整個保險定價資料基礎適足性時，即對保險公司已經顯有不公平之時，似應尋求現行爭議處理機制進行調處，以維護雙方權益。

基此，對現行保單之爭議處理（如爭議處理機構或修正協議條款），與未來保險商品設計方向之建議。本計畫建議處理方式如下：

(1) 對於已經承保之契約

- A. 若為終身型健康保險，因保險費多繳交完畢，對此類契約，保險公司應不得主張調整保險費，故對上述理賠爭議，似應透過現行爭議處理程序(俟金融消費者保護法草案通過後，則改依該法)，進行紛爭調處。除可縮短爭訟處理時程以避免被保險人身心俱疲外，並可順利達到紛爭處理之目的。
- B. 至於，一年期保證續保健康保險契約，因保險公司並無終止權，故保險公司似僅得報經主管機關另訂適當之新保險費，於契約續保時，以新費率及被保險人年齡重新計算保險費或重新保險契約內容，以減少對價性不足之問題。若是保險公司因考量市場競爭因素，不願調整時，除契約有明定除外不保，否則似不得再主張不具對價性而拒絕理賠。另因保證續保契約亦具有長期契約之屬性，故對價性顯有失當之情形，保險公司亦應透過上開處理機制，解決紛爭為宜。

(2) 關於未來保險商品設計

- A. 本研究計畫對可以改進的地方，已有詳細論述。主要建議將相關名詞具體明確化、續保時啟動重新調整保費機制以衡平對價性不足之問題、設定得以變更既有契約事項之變更保留條款、合意約定仲裁條款(俟金融消費者保護法草案通過後，採其規劃)或約定雙方願接受爭議處理機構之協調處理結果。
- B. 另因健康保險具有高度技術性，本計畫亦建議保險公司或可參仿美、日、德等國健康險契約，並考量本身風險承受程度設計適合消費者之健康保單，如有責任限額之健康保險(帳戶型)、

不同保障範圍(以適合不同健康醫療需求之被保險人)等，以排除因法令變遷或醫療技術進步所生巨大醫療風險無法承受之風險，並避免強迫民眾投保承保範圍不適合本身需求之保險等問題。如此，似較符合保險經營之道。

惟保險費計算基礎為一複雜程序，面對上開理賠爭議，法院或調處機構在個案中採取有利於被保險人之解釋原則時，若保險業者欲推翻該原則之適用，依民事訴訟法第 277 條本文規定：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。」保險業者即須舉證證明若採取有利於被保險人之解釋原則時，已經達到保險業者對於保險費計算基礎的破壞，進而動搖整個保險定價資料基礎適足性之事實。如此，透過舉證責任之分配，一方面使有利於被保險人之解釋原則仍可繼續適用，一方面也可維持保險人之穩健經營。

第八章 我國相關法規修正建議之研擬

綜上所述，本計畫認為我國現行有關日額型及實支實付型的住院醫療費用保險單示範條款(下稱示範條款)之相關規定，尚稱合適。惟因考量示範條款部分內容定義確有不清之處，且在經營實務上，人壽保險公司於要保人續保時，針對法令變遷或新醫療技術等所生醫療理賠爭議事件，甚少利用保險費調整機制提高保險費，以衡平保險公司所可能產生之經營風險。然而，目前法院審理醫療保險理賠爭訟事件多採對被保險人做有利之解釋時，因此，針對現行示範條款內容不清之處，似應有必要再詳加釐清，以期能減少雙方對契約內容不清所生爭訟事件。是以，本計畫將針對日額型及實支實付型的住院醫療費用保險單示範條款內容不清之處提出具體修正建議，供主管機關參酌。

另外，雖健康保險契約為保險公司所預定，且保險公司精算人員與契約規劃人員均具專業性，倘若對於因保險公司內部人員之疏失而致契約內容有所疑慮之時，對該疑慮自需由保險公司承擔因此所生之不利益，此應無疑問。惟保險公司之精算人員亦有能力上限制，若課與超過專業能力上之要求，如期待此等人員需對新醫療技術與法令變遷等所生之費用於訂約時即需加以全部考量，須於訂約之時即充分反映於保險費中，實有強人所難之嫌。再者，法令變遷所生之額外費用實非當事人於訂約之時所能預料；而科技日新月異，革新速度之快，恐也超過保險公司精算人員之專業範疇。若一味強加諸人壽保險公司對於上述醫療爭議之處理，均需負擔全部責任時，恐令保險公司財務產生重大不利之影響，相對的，勢將會影響全體被保險人的權益，如此，應非社會大眾所期待之事。是以，主管機關或是法院針對法令變遷或新醫療技術對當事人所生之不利，得否主張契約若有疑義，利益全部由被保險人享有，實有再三思之必要。最後，雖然藉由重新釐清

示範條款內容，可暫時彌平爭議，惟恐非永久之計。是以，本計畫對上述之情形，無論是保險公司精算人員、消費者抑或是主管機關，均須建立正確認知，如此，方可使我國健康保險發展之路走得健康、長久。是以，本計畫亦將針對上述人員提出建言。以期能達到營造保險公司與消費者間雙贏之經營環境。

第一節 住院醫療費用保險單示範條款之具體修正建議

一、修正總說明

醫療技術的進步及醫療型態的轉變，往往造成保險公司與被保險人對於可理賠範圍認知不同，而造成保險公司與被保險人對健康保險契約理賠範圍為何發生爭議，雖然我國現行的住院醫療費用保險單示範條款固對於許多名詞皆有定義，然而卻規範的不夠明確，導致許多保險理賠事件依然發生爭議，例如「住院」，雖然住院醫療費用保險單示範條款有加以定義，然而因未定義或定義不夠明確，保險公司與被保險人對何謂「住院」依然發生許多爭議。有鑑於此，「住院醫療費用保險單示範條款」相關名詞定義確實有具體明確化之必要，本計畫將於下面針對相關名詞定義具體明確化之修正提出具體修正建議，以試圖解決相關問題。

二、具體修正建議

(一) 醫療必要性

1. 因現行示範條款對於何謂「醫療必要性」並無明文規定，然而有列舉不屬於醫療必要性之除外事項，如日額型示範條款第7條與實支實付型示範條款第11條。此外日額型示範條款第7條第2項第4款第2目及第3目亦有「醫療行為必要」之文字規定。
2. 為避免產生爭議，建議主管機關應與醫事主管機關溝通針對「醫

療行為必要」提出具體文字定義為宜。

(二) 手術

1. 現行示範條款並未對「手術」加以定義，然而實支實付型示範條款第7條有規定，手術費之核付係以保險契約所載「手術名稱及費用表」所載項目加以計算及核算。
2. 然而現行許多保險理賠爭議皆源自於被保險人所接受之醫療行為是否符合系爭保險契約「手術」之定義，因而引發諸多保險理賠爭議，故實有對「手術」之定義加以具體明確化之必要。
3. 爰參照法國立法例，建議「以被保險人接受手術當時，全民健康保險醫療費用支付標準表所列舉之手術項目」作為認定保險契約「手術」之範圍，並應輔以其他之判斷標準（如曾經理賠即不得再以非屬手術表所列項目而拒賠），以杜爭議。

(三) 住院

1. 現行示範條款雖對於住院之定義有明文規定，然而仍有未盡之處，因而引發許多理賠爭議，諸如「日間住院」是否屬於保險契約所稱之「住院」等問題。
2. 為此，建議爰參照法國立法例並應以保險商品之發生率基礎已將該等住院均予納入為前提，將住院明確界定為「凡經醫師或醫療機構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察、診斷、治療，因而停留於醫院之期間皆屬之」。此除可將日間住院、半日住院、自費住院等爭議住院類型亦納入住院之範圍，並符合對價基礎相對應之原則。
3. 關於何謂「必須入住醫院」，由於實務上亦常發生爭議，爰建議準用醫療必要性之規定認定之。並準用醫療必要性之規定，若經認定「必

須入住醫院」，保險公司即不得主張不具住院必要性，而拒絕給付保險金，但保險公司若有正當理由，仍得自行負擔鑑定費用，囑託其他醫學中心鑑定是否具住院必要性。然而若因為保險公司囑託鑑定是否具住院必要性，因而使被保險人必須繼續住院，由於該遲延住院事由係因為保險公司要求鑑定所致，故保險公司應負擔被保險人因鑑定而遲延住院所生一切費用。

(四) 先天疾病

1. 過去示範條款僅將先天畸形列為除外責任，然而有許多雖然客觀上存在，但被保險人主觀上不知情的先天畸形，於發現時被保險公司拒絕給付，因而發生爭議。因此，示範條款將「先天畸形」修改為「外觀可見之天生畸形」，以解決爭議。
2. 「外觀可見之天生畸形」其用語文字在法律適用上應無疑義。然為求明確，建議參酌醫學用語修正為「外觀可見之先天畸形」。爰將醫學上對於「先天畸形」之定義說明於下，以求將此條款之適用更加具體明確化。
3. 先天畸形醫學上之定義：人體五官、四肢或其他器官之畸形，包括但不限於形狀或功能，在出生時足以辨識；或出生當時無法辨識嗣後才發現，而其畸形發病原因不能歸因於當時醫學上業經證明為導因於其他已知因素之次發性畸形者，均稱之。

第二節 給相關人員之建議

一、保險公司

1. 業務人員之教育訓練

業務人員是保險公司接觸客戶的第一線人員，而健康保險許多爭議多來自於投保時消費者違反告知義務，包括健康狀況告知、職業告

知及重複投保告知等，這些糾紛有些是消費者刻意隱瞞或不清楚要保書的詢問，但也許有多是保險公司的業務員的誤導使得消費者填寫不確實資料。因此保險公司應加強對業務員內部訓練，清楚告知消費者承保範圍、除外不保事項與填寫要保書應告知事項等重要事項，讓消費者了解醫療保險並不是任何醫療行為皆理賠，不應對保險存在過多的期待，以減少嗣後之理賠爭議，若能加強第一線人員的訓練，在銷售前端就清楚告知消費者各種保險契約應注意事項，以免消費者嗣後再行爭執，應可有效減少許多理賠爭議。

2. 保險商品之開發與多樣性

健康保險商品種類眾多，如癌症險，有些保險公司理賠併發症，有些不賠併發症，造成許多保障範圍產生爭議。建議保險公司在設計此類商品時，可依需求不同提供陽春型或全方位保障型的保單供消費者選擇，並在銷售時清楚告知保單提供的理賠範圍，應可降低許多理賠糾紛，例如保險公司若預料未來各種醫療技術進步而將之納入承保範圍，即可提供保費較高額但會承保新的醫療技術的保單，或者若民眾不願意購買高額保費的保單，並可另外提供只承保現行醫療技術但保費較低廉之保單，以供民眾選擇。保險公司並可多考察國外的新商品發售趨勢，結合本地消費者的消費習慣與特性，開發新型保險商品，以取代高風險的終身型理賠無上限之舊型商品，如此可避免保險公司因承保過多的終身型理賠無上限保單而負擔過重之理賠責任。

3. 適時調整保費機制

我國現行的健康保險為保證續保，使得保險公司無法於評估理賠成本過高時終止保險契約，然而保險公司仍然有調整保費之權利，但因擔心調高保費會引發消費者不滿，造成原有的投保者不願繼續續保，加上受到主管機關的高度監控，使得保險公司於續保時多不願意

配合法令之變遷或醫療技術之進步重新計算並調整保險費，因而破壞保險契約之對價平衡性。因此，建議保險公司與其嗣後因為法令之變遷或醫療技術之進步導致保險理賠爭議案件大增，才主張因為保險費與保險金之對價平衡性不足，而拒絕理賠或減少理賠，造成許多保險理賠爭議，不如於續保時即因應法令之變遷與醫療技術之更新等因素重新調整保費，並告知消費者此乃基於精算原則與對價衡平原則之考量，所不得不然之措施，且國外如英美法日等國之保險公司，也皆會於續保時重新調整保費，使消費者得以接受，並可以減少日後因定價資料基礎適足性與對價平衡性不足之問題所造成之保險理賠爭議。

至於保險公司調整保費的時機，可以於醫療技術已經大幅進步或是預料將來新的醫療技術將取代舊的醫療技術，或是相關法令發生變遷或將要修正變遷，以至於將影響未來保險理賠範圍、保險金數額時，適時地根據現有的資料及對未來的預測，啟動調整保費的機制，畢竟如此一來不但可以有效反應保費與保險金的對價衡平問題，更可以減少保險理賠之爭議，也可避免若未來遭法院判決敗訴等因素，而必須給付該等爭議案件之理賠時，承受超過保費對價衡平性之理賠負擔，以致影響保險公司的財務負擔。

因此，本計畫建議保險公司應考量到未來訴訟判決的不確定性，以及因爭訟所耗費之時間費用甚鉅，且若敗訴可能承受超出其保費定價衡平性之理賠金額，故與其將希望寄託在不確定性甚高，甚至極有可能遭受敗訴之法院判決上，不如事先即適時地調整保費，以解決未來若必須給付理賠爭議案件之保險金，因而導致對價衡平不足，使得公司面臨經營困難之問題。蓋藉由適時地調整保費之機制，才能使保險公司確保其所收保費與保險金給付具對價衡平性，也可解決未來若因法院判決敗訴而必須面臨的重大財務負擔問題。

4. 核保人員應確實核保或拒保

保險公司的核保人員應確實地對保險單核保或拒保，若保險公司對於某些最新的醫療技術確定不予理賠，就應於保單中對某些可能會採取最新醫療技術的條款拒絕承保，或是對某些特殊的手術、用藥或住院等，確定不在保單之承保範圍，就應明確拒絕就該部份承保，例如若保險公司確定對日間住院的方式不予理賠，核保人員就應該確實對有涉及日間住院可能性的保單拒保或說明對日間住院的部份拒保，如此方能有效減少日後的保險理賠爭議。

二、精算人員

1. 重視在職訓練

鑑於精算人員之職責主要為確認各項精算數值符合合理性、適足性及公平性，故建議保險公司應重視精算人員的在職訓練（如：參與各項專業研討會等），以強化精算人員的本質學能，以便讓精算人員對於未來法令變遷之動態或醫療技術之進步等情形能充分預測掌握，使其計算出來之保險費能更精確與衡平。

2. 與其他部門做好橫向聯繫

由於保險所涉及之專業領域相當廣泛，除精算外尚有核保、理賠、申訴、投資、風險管理等，故建議精算人員宜與核保、理賠、法務、申訴等相關部門做好部門間的橫向聯繫，相關部門亦可提供專業建議及實務情況之回饋等資料，供精算人員改善商品設計參考，以確保精算人員計算保費的定價資料基礎適足，減少未來對價性不足之問題。

3. 與國外精算人員交流溝通

以日本為例，其醫療保險市場廣大，理賠資料建置完善，有足多

可供我國參考之處。我國之精算人員，可利用各種公私管道進行交流，對於取得資料分類、建置之 KNOW HOW 具有相當助益，有利於我國精算人員未來計算保費、設計保險商品之參考幫助。

4. 健全統計資料庫

精算人員的職責在於善盡資料統計運用之責，然而我國醫療保險的理賠紀錄之資料庫建置，尚有加強的空間，例如各種病因的理賠情形、分類等，唯有建置完善的資料統計紀錄，才能使我國的醫療保險發展更趨健全與良善。

5. 確認給付內容與定價內容符合對價衡平原則

商品條款係保險契約之主要權利義務之約定內容及未來理賠與否之主要憑證，精算人員於商品設計時，應確認商品條款所述給付內容與計算說明之定價內容相符且簡明易懂，以符合平衡對價及降低未來可能理賠爭議之風險。

三、主管機關

1. 建立商業健康保險定價資料庫

全民健保資料為依據病因歸類，最多元詳盡的資料庫，若能基於公共利益之前提，且兼顧個人資料隱私維護原則下，主管機關能夠向健保局爭取開放已將個人身份證號加密之全民健康保險研究資料庫供保險業使用，將提升發生率預估之準確性、降低保費低估風險、有效界定保險給付範圍，提供保險業保單定價基礎更穩健之經驗依據，並逐步減少理賠爭議案件，另外，亦可進一步帶動產業創新商品發展，有利提供國人多元風險規劃需求的商品。

2. 法令改革

現行主管機關公佈之「住院醫療費用保險單示範條款」雖然對於醫療保險相關內容條款有所規範，然而仍有許多規範不清或不夠具體之處，使得保險契約之規定亦有許多不清或不夠具體之處，因而引發許多保險理賠之爭議，故建議主管機關得針對現行之「住院醫療費用保險單示範條款」再作修正，使得保險公司之保險單條款能更加具體明確，相關之建議修正本計畫已於前面之章節有所論述。另外亦可考量在保險法中增列，保險公司若能舉證證明，保單條款不明確作有利於被保險人之解釋，將破壞保險費計算基礎，動搖保險定價資料基礎適足性時，得例外不適用有利於被保險人解釋原則。甚至可於保險法中增列規定，當保險公司在面對經營困難時，在提供充足的數據與理由，且經主管機關同意後，可變更契約給付之內容，惟此舉乃最不得已之措施，即使最後修法獲得通過，主管機關亦應嚴守把關之任務，以免使多數消費者之權益遭受損失。

3. 協助設置處理機制

現行主管機關雖然設有保發中心對於保險理賠爭議案件進行調處，然而並未強制保險契約當事人一定要進行調處，該調處也不具有強制力，當事人若不接受仍然可以繼續訴訟，故不如由主管機關設置一個專門處理理賠爭議之機構，並強制保險契約當事人必須先向該機構申請爭議處理，以圖減少訴訟案件。未來若金融消費者保護法通過後，即得依該法之處理機制處理保險理賠爭議，以減少訴訟案件。

四、消費者

1. 增進相關保險知識，清楚保單內容

目前業界健康保險商品種類眾多，建議消費者在購買保單前，應先確定已了解投保內容，並清楚保單條款的規定，尤其是對於疾病的定義、手術的項目、承保範圍及給付項目等事項，以及除外責任規定

等，最好請業務員逐項說明解釋，避免對保障內容過度期待，而產生「只要生病住院都有賠」的迷思，消費者亦可多參加主管機關或相關公益團體所舉辦之保險講座，藉以增進保險基礎知識，並對相關商品有更深之認識。如此才不會發生購買保單時以為在承保範圍之項目，於事故發生後才發現不在保單承保範圍，因而產生理賠爭議糾紛之情形。

2. 事先確認其住院診療在保單範圍內

需要看診或住院時，一定先確認醫院有無衛生署成立許可或醫師執照，到合格的醫院就診，到不對的醫院就診，如國術館、休養中心、戒毒中心的收據，都不在「醫療院所」範圍內，就不會獲得理賠。或者在接受手術前，先確認是否在保單理賠範圍內，以免接受手術後，才發現該手術不在保單理賠範圍內，而發生理賠爭議之糾紛。

3. 保險公司倒閉風險之考量

由於現今保險經營的各種主客觀環境日趨複雜，保險公司的不倒神話早已幻滅，在政府財力捉襟見肘的情況下，消費者在購買健康保險商品時，亦應認真思考保險公司喪失清償能力的風險。相關單位會定期公布各項財務與業務等統計資料，消費者切莫因為保費較為便宜之故，就將日後幾十年的風險交付予狀況欠佳的保險公司身上，須將保險公司體質列為健康保險商品選購時的重要判斷資訊之一。

五、衛生署

1. 加強稽核，避免醫療資源浪費

雖然商業型健康保險契約之經營與衛生署主管業務無涉，惟倘若該署能加強稽核之查察，例如避免有小病久住或不實住院之情形，如此，應可避免產生全民健康醫療資源浪費現象，並可減少商業型健康

保險理賠案件，以健全人壽保險公司之經營。

2. 建立與保險公司的溝通平台

衛生署主要負責我國之衛生保健政策之制定與執行，其部分業務與民間的健康保險息息相關。保險公司在實務上銷售、理賠健康保險時的若干經驗與建言，亦足供衛生主管機關在制定相關政策時的參考，尤其未來若將健保局的支付標準表所列項目作為商業健康保險給付手術費用項目之依據，則衛生署與健保局未來施行的政策或法令，勢必對於商業健康保險產生巨大之影響。惟長期以來，保險公司僅與保險主管機關較有互動機會，欠缺與衛生主管機關的交流平台，衛生主管機關亦欠缺足夠認知，不認為自己與保險業有何關聯。因此，建議衛生主管機關應充分認知自己所施行之政策或頒布之法令將嚴重影響商業健康保險之發展，而應與保險主管機關與保險業者充分溝通協調，故建議衛生主管機關應與保險公司建立溝通平台，如有此一交流平台，當可有助於兩造的資訊更為充分流通，除了可使我國社會保險體制更加完善，亦可使我國保險業獲得充足定價基礎資料與醫療現況之資訊，有助於我國商業健康保險之發展。

3. 健保統計資料分享

目前我國的醫療統計資料，當屬全民健保的統計數據最為全面與詳盡，統計資料是保險費率制定的重要參考依據，衛生署如能將相關個人資料隱私予以保密，在兼顧個人隱私之前提下，提供保險公司相關的全民健保資訊，相信對於健全我國健康保險的保費費率制定工作，會有極大的幫助。

第九章 結論

由於醫療技術之進步，加上醫學之專業性與複雜性，使得許多理賠事件於解釋適用保險單條款時時常發生爭議，許多手術或藥物是否為保險契約所承保之範圍，時常發生保險公司與被保險人認定不同之爭議，雖然我國現行主管機關公佈之「住院醫療費用保險單示範條款」對於許多保險單上之條款名詞有所定義，然而因為規範的不夠明確，仍然無法解決許多理賠之爭議。由此可知，我國現行健康保險規範最大的一個問題即為規範內容不夠明確，即便主管機關有公布保險單示範條款，然而該示範條款仍無法將所有可能引發爭議之事項明確規範，因而仍舊發生許多保險理賠爭議。

因本計畫認為保險公司對於法令變遷或醫療技術進步所生之理賠爭議應不得依保險法第 59 條主張危險變更而解除契約。至於，保險法第 54 條雖明定保險契約有疑義時，應採有利於被保險人解釋原則。惟本計畫認為上開情形所生之不利益，若全部由保險公司負擔，似有檢討之必要。因此，對因法令變遷或醫療技術進步所生之理賠爭議，保險公司基於擬約人之地位，似應對契約條文有疑慮之處負責。惟倘若因醫療技術之進步或法令變遷，以致於保險人依約履行恐有顯失公平之情形時，保險公司似應依據現行爭議處理機制進行調處，或依據保險契約之規定，將保險費計算不足之處，報經主管機關請求另訂適當之新保險費，於契約續保時，依續保生效當時報經主管機關核可之新費率及被保險人年齡重新計算保險費。如此，似較能解決有效解決上開理賠爭議。倘若消費者不同意保險公司另訂之保險費時，保險公司自得主張不同意續保，或重新與消費者協議將該對價性不足之特定事故列為除外不保項目或藉由其他方式(如等待期間)之設立，以達控管經營風險與道德危險，俾利維護雙方權益。基此，對現行保單之爭議處理（如爭議處理機構或修正協議條款），與未來保險商品設

計方向之建議。本計畫建議處理方式如下：

一、對於已經承保之契約

(一)若為終身型健康保險，因保險費多繳交完畢，對此類契約，保險公司應不得主張調整保險費，故對上述理賠爭議，似應透過現行爭議處理程序(俟金融消費者保護法草案通過後，則改依該法)，進行紛爭調處。除可縮短法律爭訟時程以避免被保險人身心俱疲外，並可順利達到紛爭處理之目的。

(二)至於，一年期保證續保健康保險契約，因保險公司並無終止權，故保險公司似僅得報經主管機關另訂適當之新保險費，於契約續保時，以新費率及被保險人年齡重新計算保險費或重新保險契約內容，以減少對價性不足之問題。若是保險公司因考量市場競爭因素，不願調整時，除契約有明定除外不保，否則似不得再主張不具對價性而拒絕理賠。另因保證續保契約亦具有長期契約之屬性，故對對價性顯有不足之情形，保險公司亦應透過上開處理機制，解決紛爭為宜。

二、關於未來保險商品設計

(一)本研究計畫對可以改進的地方，已有詳細論述。主要建議將相關名詞具體明確化、續保時啟動重新調整保費機制以衡平對價性不足之問題、設定得以變更既有契約事項之變更保留條款、合意約定仲裁條款或約定雙方願接受爭議處理機構之協調處理結果。

(二)因健康保險具有高度技術性，本計畫亦建議保險公司或可參仿美、日、德等國健康險契約，並考量本身風險承受程度設計適合消費者之健康保單，如有責任限額之健康保險(帳戶型)、不同保障範圍(以適合不同健康醫療需求之被保險人)等，以排除因法令變遷或醫療技術進步所生巨大醫療風險無法承受之風險，並避免

強迫民眾投保承保範圍不適合本身需求之保險等問題。如此，似較符合保險經營之道。

參考文獻

一、台灣與中國大陸

(一) 書籍與期刊

江朝國，保險法基礎理論，瑞興圖書股份有限公司出版，2009年4月新修訂5版。

汪信君、廖世昌，保險法理論與實務，元照，2006年4月。

吳定富主編，中華人民共和國保險法釋義，中國財政經濟出版社，2009年版。

林勳發等四人合著，商事法精論，今日書局，2009年3月新修訂6版。

邵靄如、曾妙慧、蔡惠玲合著，健康保險，2009年9月初版。

施啟揚，民法總則，作者自印，2000年4月增訂9版。

孫森焱，民法債篇總論，作者發行，2000年修訂版。

陳建勝、楊和利、徐璧君、張婉玲、陳聰賢，實用保險學-個案導向，華立圖書，2010年9月。

楊志良，健康保險，巨流圖書公司，1998年三版。

黃立，民法總則，元照，2005年5月增訂4版。

劉宗榮，新保險法，翰蘆圖書出版，2007年初版1刷。

廖蕙芳，保險契約承保範圍之解釋，國立政治大學法學院碩士論文，2008年6月。

(二) 判決或其他(網路資料)

馮鵬、程英、劉青，商業健康保險的國際比較及啟示，上海保險，2010年第7期。資料來源：

http://www.csscipaper.com/eco/information-database/commercial-insurance/855628_2.htm

住院醫療費用保險單示範條款(日額型)，行政院金管會96.11.01金管保二字第09602524430號函訂定。

住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)，行政院金管會金管保二字第09502525050號函修正

傳統型個人人壽保險定型化契約條款範本(分紅保單/不分紅保單)。中華民國99年3月22日行政院金融監督管理委員會金管保品字第09902520820號函。

臺灣臺北地方法院98年度北保險小字第10號小額民事判決。

臺灣臺南地方法院柳營簡易庭 97 年度營保險小字第 2 號民事小額判決。

台灣高等法院 96 年度保險上易字第 8 號民事判決。

最高法院 96 年台上字第 133 號民事判決。

台灣高等法院 95 年度保險上字第 9 號民事判決。

最高法院 92 年台上字第 2710 號民事判決

二、英國與美國

(一) 書籍

Lee N. Newcomer, “Defining Experimental Therapy -- A Third-Party Payer's Dilemma”, 323 NEW ENG. J. MED. 1702, 1990.

Legh-Jones Birds Owen, MacGillivray on Insurance Law 186 (11th ed. 2008).

Leo P. Martinez & John W. Whelan, Cases and Materials on Insurance Law 651-52 (2006).

Leslie C. Murphy, “HEALTH AND WELFARE: Mandatory Health Insurance Coverage for Cancer Clinical Trials”, 33 McGeorge L. Rev. 314, Winter, 2002

Malcolm A. Clarke, The Law of Insurance Contracts 13.8 (5th ed., 2006).

MARK A. HALL and GERARD F. ANDERSON, “MODELS OF RATIONING: HEALTH INSURERS' ASSESSMENT OF MEDICAL NECESSITY”, 140 U. PA. L. REV. 1637, May 1992.

Paul E. Kalb, “Controlling Health Care Costs by Controlling Technology: A Private Contractual Approach”, 99 YALE L.J. 1109, 1989, at 1121-1123.

Dozsa v. Crum & Forster Ins. Co., 716 F. Supp. 131, 140 (D.N.J. 1989)

Rolla Edward Park et al., “Physician Ratings of Appropriate Indications for Three Procedures: Theoretical Indications vs. Indications Used in Practice”, 79 AM. J. PUB. HEALTH 445, 1989, at 446-447.

Van Vactor v. Blue Cross Ass'n, 365 N.E.2d 638, 644 (Ill. App. Ct. 1977) ;

Myerson v. Associated Hosp. Serv., 314 N.Y.S.2d 834, 836 (N.Y. Sup. Ct. 1968).

Wickline v. State, 239 Cal. Rptr. 810, 812 (Cal. Ct. App. 1986)

Zuckerberg v. Blue Cross & Blue Shield, 487 N.Y.S.2d 595 (N.Y. App. Div. 1985)

Dozsa v. Crum & Forster Ins. Co., 716 F. Supp. 131, 140 (D.N.J. 1989).

Adams v. Blue Cross & Blue Shield, 757 F. Supp. 661 (D. Md. 1991)

Bucci v. Blue Cross & Blue Shield, 764 F. Supp. 728 (D. Conn. 1991)

White v. Caterpillar, 765 F. Supp. 1418 (W.D. Mo. 1991)

Kulakowski v. Rochester Hospital Service Corp., No. 91-CV6505T (W.D.N.Y. Dec. 17, 1991).

Masella v. Blue Cross & Blue Shield, 936 F.2d 98 (2d Cir. 1991)

Goss v. Medical Serv., 462 A.2d 442 (D.C. 1983)

McFadden v. American United Life Ins. Co., 658 S.W.2d 147 (Tex. 1983).

Duncan v. J.C. Penney Life Insurance Co., 388 So. 2d 470 (La. Ct. App. 1980).

Travelers Insurance Co. v. Page, 169 S.E.2d 682(Ga. Ct. App. 1969).

Harris v. Mut. of Omaha, 992 F.2d 706 (7th Cir. 1993).

NAIC, GUIDELINES FOR FILING OF RATES FOR INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE FORMS, 2010.

NAIC, OFF-LABEL DRUG USE MODEL ACT, 2010.

NAIC, ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010.

NAIC, MODEL REGULATION TO IMPLEMENT THE ACCIDENT AND SICKNESS INSURANCE MINIMUM STANDARDS MODEL ACT, 2010.

NAIC, NONCANCELLABLE AND GUARANTEED RENEWABLE TERMINOLOGY DEFINED, 2010.

(二) 判決或其他

Manufacturers' Accident Indemnity Co. v Dorgan, 58 F 445, 456(6 Cir, 1893-PA)

Accident Ins. Co. of North America v Crandall, 120 US 527 (1887 PA)

Keller m Orion Ins. Co., 422 F 2d 1152, 1154 (8 Cir, 1970)

215 ILL. COMP. STAT. 5/370(b) (Michie Supp. 1996).

Caswell v. Reserve National Insurance Co., 272 So. 2d 37(La. Ct. App. 1973).

FSA, The Insurance Ombudsman, Annual Report 1991.

三、 日本

(一) 書籍、期刊

山下友信，《保険法》，東京有斐閣，2005年4月。

生命保険法制研究会（第二次），《疾病保険契約法試案（2005年確定版）理由書》，2005年6月。

山下友信、竹濱修、洲崎博史、山本哲生，《保険法（第3版）》，東京有斐閣，2010年3月。

山下友信、米山高生，《保険法解説》，東京有斐閣，2010年4月。平尾正治，〈第三種保険の沿革〉，《生命保険協会会報》，1989年第69巻第1号。

金岡京子，〈医療保険の既契約の条件変更について：最近のドイツの事例を参考として〉，《生命保険論集》，2005年第152期。

潘阿憲，〈疾病保険に関する近時の裁判例の動向〉，《生命保険論集》，2008年第162期。

潘阿憲，〈疾病保険契約における契約前発病不担保条項について〉，《生命保険論集》，2009年第167期。

財団法人 生命保険文化センター，資料來源: www.jili.or.jp (lasted visted 2010/11/10)

アリコジャパン (Alico Japan) 公司網頁介紹
http://www.alico.co.jp/cubstomer/01_lessons/le12.htm；最終確認日期為 2011/2/22。

アクサ生命 (AXA Japan) 公司網頁介紹
http://www2.axa.co.jp/products/p_med/popup01.html；最終確認日期為 2011/2/22。

四、法國

(一) 書籍、期刊

H. Groutel et C-J. Berr, Droit des assurances, mémentos, *Dalloz*, 11^é. 2008.

J. Bigot (avec collaboration de J. Beauchard, V. Heuzé, J. Kullmann, L. Mayaux, V. Nicolas), Traité de droit des assurances, t.3, le contrat d'assurance, L.G.D.J., 2002.

Y. Lambert-Faivre, droit des assurances, 8^{éd.}, Dalloz, 1992.

五、德國

(一) 書籍、期刊

Beckmann/Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, §44. Private Krankenversicherung, Rn.97

Beckmann-Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, § 44. Private Krankenversicherung, Rn.118

Beckmann-Matusche-Beckmann, Versicherungsrechts-Handbuch, 2.Auflage 2009, § 44. Private Krankenversicherung, Rn.119

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2009, München, VVG § 195 Versicherungsdauer, Rn.19

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.79

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.78

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.81

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.82

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.84

Münchener Kommentar zum VVG, 1.Auflage 2010, allgemeine Versicherungsbedingungen, Rn.85

Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 28.Auflage 2010, München, VVG § 192 Versicherungstypische Leistungen des Versicherers, Rn.23

Bach/Geiger, Versicherungsrecht, 1993, S.659, 661

(二) 判決或其他

BGH VersR 1991, S.172

BGH VersR 1991, S.987

BGH VersR 1992, S.47

BGH VersR 2002, 1503

BGH NJW 2005, S.3783

BGH VersR 2008, S.64

BGHZ VersR 57, S.55

Frankfurt/M. VersR 2003, S.585

LG Dortmund VersR 2007, S.1401

LG Wuppertal NJW-RR 99, 1257

KG VersR 2003, S.1114