

# 重大疾病釋義與理賠審核處置

呂廣盛

## 壹、前言

重大疾病保險係指被保險人一旦罹患心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭（尿毒症）、癌症、癱瘓、重大器官移植等七項在國人十大死因中常發生且較嚴重的疾病，並經專科醫生診斷確定後，可不待治療完成或治療告一段落後，立即便可獲得理賠的給付，使受益人（即被保險人本人）在醫療的過程之中，得以尋求更好的醫療和復健，增加復原的機會，並可避免因龐大的醫療費用而拖累家人。依據健保局的統計，截至二〇〇六年十二月底，領有重大傷病卡的件數已占總保險對象約三・一三％，而所使用的醫療費用支出卻占總醫療費用支出的二六・四％，可見重大傷病已對國人產生嚴重的家庭經濟負擔。因此，二〇〇七年開放產險業者得經營健康保險之初，重大疾病保險即成為產險業者初期經營的主力商品之一。由於重大疾病保險的理賠給付認定，必須以「罹病癥兆」為依據，因此業者必須對承保疾病的名詞定義加以認

識，才能避免日後理賠的糾紛。

## 貳、重大疾病的定義與釋義

台灣現行販售重大疾病保險的疾病定義，係在一九九三年首先由台北市人壽保險商業同業公會的醫務研究小組研議制訂草案後，報請主管機關洽請衛生署認可後頒行。有關重大疾病保險的保障範圍，依據條款所載的定義內容加以釋義有如下述：

### 一、心肌梗塞：

定義：指因冠狀動脈阻塞而導致部份心肌壞死者，其診斷必須同時具備下列三項條件：（一）典型之胸痛症狀。（二）最近心電圖的異常變化，顯示有心肌梗塞者。（三）心肌酶的異常增高。

釋義：人體的血液是由心臟負責將其輸送至各器官，而心臟本身也需要養份與氧氣的供給，才能完成此一

輸送功能。心臟供給自己所需的養份係經由二條冠狀動脈來完成。假如冠狀動脈因受阻（阻塞冠狀動脈的物質有：膽固醇、三酸甘油脂、血栓、栓塞……等）而使血液的供給中斷，心臟由於缺氧即會產生壞死的狀況，壞死後的心臟肌肉永遠無法復原，只會結疤，心肌因缺氧壞死即醫學上所稱的「心肌梗塞」，而具備本保險事故同時成立的三項條件為：

(一) 典型之胸痛症狀。心肌梗塞的典型胸痛，是一種壓迫或緊勒住的感覺，通常它的位置是在胸口的正中央，逐漸擴及左肩、左臂、左手與下巴，這種胸痛常是相當難以忍受的，而且並不會因為患者停止原來進行中的動作就自行消失，亦不會因含舌下硝化甘油錠而解除胸痛的症狀，持續時間須在三十分鐘以上。

(二) 最近心電圖的異常變化，顯示有心肌梗塞者。心肌梗塞時，由於心臟跳動傳導在嚴重的缺乏氧氣的情況下，傳導的速度會比平常緩慢，所以可以從心電圖檢查上觀察到圖形呈現一序列的異常變化。當誘導的位置在心肌梗塞的部位時，心電圖中的ST節段就會升高，在其他誘導位置上所得到的心電圖中，這一段則會降低下來；此外，QRS波（心室的收縮）也會有J波減小而O波（負極波）增加的異常現象。

(三) 心肌酶的異常增高。在正常的情形下，血液中含有某些酶，這些酶是一種修正或促進體內細胞生化作用的一種蛋白質，存在於體內或細胞內。當細胞膜破裂或細胞毀損壞死時，即會有特定的酶（特稱為：「標幟物」）滲釋入血液中。所以，當發生心肌梗塞時，會促使儲存在心肌內的下列標幟物釋放，在患者的血液中可以測得其血液中的濃度異常增高：1. 肌酸酐磷酸酶（Creatine Phosphokinase：CPK：CK），2. 乳酸脫氫酶（Lactic dehydrogenase：LDH），3. 天門冬氨酸轉胺酶（Aspartate Transaminase or Serum Glutamic-Oxaloacetic Transaminase：AST or SGOT），4. 心肌鈣蛋白（Troponin I）等。

## 二、冠狀動脈繞道手術：

定義：係指為治療冠狀動脈疾病之血管繞道手術，須經心臟內科心導管檢查，患者有持續性心肌缺氧造成心絞痛並證實冠狀動脈有狹窄或阻塞情形，必須接受冠狀動脈繞道手術者。其他手術不包括在內。

釋義：供給心臟養份及氧氣的血管稱為：「冠狀動脈」。冠狀動脈有三條分支，若其中兩條以上冠狀動脈發生初期阻塞狀況但未完全阻塞時，一般醫師會建議作冠

狀動脈繞道手術。當冠狀動脈發生狹窄未至阻塞時，即發生俗稱的「心絞痛」，是心臟疾病的一種，如不做治療任由病情惡化將進展成心肌梗塞。冠狀動脈繞道手術是治療心絞痛最廣泛使用的手術方法之一，它是取用腿部的靜脈血管或胸部內的乳動脈，一端連接心臟的主動脈，繞道經過狹窄的冠狀動脈血管，在其狹窄的另一端接上，這樣血液的輸送就由移植的繞道血管負責把養份及氧氣輸送給心臟，以維持心臟正常搏動的功能。

### 三、腦中風：

定義：係指因腦血管的突發病變導致腦血管出血、栓塞、梗塞致永久性神經機能障礙者。所謂永久性神經機能障礙係指事故發生六個月後，經腦神經專科醫生認定仍遺留下列障礙之一者：（一）植物人狀態。（二）一肢以上機能完全喪失者。（三）兩肢以上運動或感覺障礙而無法自理日常生活者。所謂無法自理日常生活者，係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己為之，經常需要他人加以扶助之狀態。（四）喪失言語或咀嚼機能者。言語機能的喪失係指因腦部言語中樞神經的損傷而患失語症者。咀嚼機能的喪失係指由於牙齒以外之原因所引起的機能障礙，以致不能做咀嚼運動，

除流質食物以外不能攝取的狀態。

釋義：腦中風在台灣十大死因的排名中，一直都排在前三名。心臟病、高血壓、大腦動脈硬化都是造成腦部血管病變的主要原因，部份組織因而受到傷害，被破壞的部份可能使身體某部位形成癱瘓，造成如條款所定義的植物人狀態、一肢以上機能完全喪失、兩肢以上運動或感覺障礙而無法自理日常生活或喪失言語或咀嚼機能等，產生行動不便。恢復的時間相當長久，甚至永遠無法痊癒。

### 四、慢性腎衰竭（尿毒症）：

定義：指兩個腎臟慢性且不可復原的功能衰竭而必須接受定期透析治療者。

釋義：腎臟是人體的過濾器，有一對，用來清除血液中的廢物由尿中排泄。如果腎臟有疾病，將會引起血液中的廢物堆積，如此，將會引發各重要器官的功能障礙，如：昏迷、心衰竭等。腎臟疾病的症狀發生不明顯且容易誤使患者不知自己有病，等演變為末期腎衰竭（尿毒症）時，已經來不及了。常見的腎臟疾病症狀有蛋白尿、血尿及水腫；另外由於發生代償作用，因此也會有高血壓的現象。除此之外，其他的症狀尚有：頻尿、少尿、多尿

或排尿困難的情況，有時身體也會感覺疲倦、食慾不振並有貧血的現象，此病的發病並不限於特定的年齡層，常是慢性輕微地進行著。

### 五、癌症：

定義：指組織細胞異常增生且有轉移特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合行政院衛生署最近刊印之「國際疾病傷害及死因分類標準」歸屬於惡性腫瘤之疾病，但下述除外：(一)第一期何杰金氏(Hodgkin's)病。(二)慢性淋巴性白血病。(三)原位癌。(四)惡性黑色素瘤以外的皮膚癌。

釋義：人體或多或少都有惡性的細胞，當這些細胞不正常的生長而且是無法控制時，就是所謂的惡性腫瘤，一般稱為癌症。癌症的產生原因不一，可能與食物及污染有關，也可能是正常細胞的突變。細胞需要養份，癌細胞不斷地擴張生長，吸收了人體大部份的養份，如果早期發現尚可治癒，反之，就很難治癒了。重大疾病保險對於所有的癌症也並不是全部都承保的，對於危險性過大而無法預估的癌症，則不予承保。這些除外不保的癌症，有：慢性淋巴性白血病；同樣地，對危險程度並未那麼危險，而有治癒機會者，則也不列入重大疾病的範圍。這些疾病

有：第一期何杰金氏(Hodgkin's)病，原位癌，惡性黑色素瘤以外的皮膚癌。

### 六、癱瘓：

定義：指肢體機能永久完全喪失，包括兩上肢、或兩下肢、或一上肢及一下肢，各有三大關節中之兩關節以上機能永久完全喪失者。所謂機能永久完全喪失係指經六個月以後其機能仍完全喪失者。關節機能的喪失係指關節永久完全僵硬或關節不能隨意識活動超過六個月以上。上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，下肢三大關節包括股、膝、踝關節。

釋義：癱瘓(Paralysis)是指肌肉活動能力的減低或喪失，為神經系統常見症候，大多由神經系統的病變所造成。按癱瘓的情況可分為：(一)按程度可分為：完全性或不完全性，(二)按肌張力異常情況可分為：弛緩性和痙攣性。(三)按分布型式可分為：偏癱、交叉性癱、四肢癱、截癱和單癱。

### 七、重大器官移植手術：

定義：指接受心臟、肺臟、肝臟、胰臟、腎臟及骨髓移植。



釋義：當身體的重要器官遭受無法復原的破壞時，唯一的治療方式是將壞的器官移出，同時換上新的。以現代的科技而言，重大器官移植十分普遍，但其醫療費用卻相當地龐大，即使擁有社會保險，但是手術後的各項生活開支、醫療藥品、復健費用等仍會造成家庭沈重的負擔。目前比較常做的重大器官移植手術有：心臟、肺臟、肝臟、胰臟、腎臟及骨髓移植，因需要的病人多，而提供的人少，因此，往往須等候很長久的時間才可能做此一手術，所以這些項目也是重大疾病保險所承保的項目之一。

### 參、重大疾病的診療現況

現今重大疾病保險的承保範圍係於一九九三年所定義，距今已十六年，隨著醫學科技的進步，臨床醫學對此七項重大疾病的診斷與治療方式亦有大幅改變。在此情形下，對於重大疾病保險的理賠處置，將很容易造成保戶與保險公司之間的認知落差，從而產生理賠糾紛或爭議，理賠人員不可不慎。依據現行條款的定義對照臨床診療的處置的差異，舉其大者而言有：

#### 一、心肌梗塞：

臨床上仍有一成以下的心肌梗塞病人，起初心電圖檢查的結果是不易診斷的，甚至心電圖都沒有異常波型的

出現。因此，所以臨床上有時為更快精準地確定是否罹患心肌梗塞，常會捨心電圖檢查而改做其他檢查，如：心臟超音波檢查、核子醫學掃描檢查（Technetium-201）、心導管檢查（Coronary angiography）等，若因此而由醫師診斷確定為心肌梗塞者，將不符保單條款所約定心肌梗塞成立必須均備的三項條件。

#### 二、冠狀動脈繞道手術：

臨床上常用於治療冠狀動脈疾病而施行的心臟手術，如：氣球擴張術（或稱為PCI、PTCA、擴張術或氣球血管修復術）、激光血管修復術、動脈粥狀硬化切除術、冠狀動脈血管支架術等，這些手術方法皆較冠狀動脈繞道手術的風險為小而且療效更佳，但依保單條款的定義，則不在承保範圍之內。

#### 三、癌症：

癌症的診斷主要是以惡性腫瘤的分期做為治療的依據，而根據條款約定，原位癌則屬不在承保範圍之列。但臨床上為求治療的精準性，通常會依癌症發生的部位，而採用不同的分期系統。以子宮頸癌為例，目前子宮頸癌的臨床分期系統，主要分為：TNM及FIGO兩種。TNM分期系統是目前應用最廣的分期系統，由美國癌症聯合

委員會 (American Joint Committee on Cancer) 按原發腫瘤 (Tumor) 的大小與侵犯周遭組織的程度，區域淋巴結 (Node) 的狀況及是否轉移到遠端 (Metastasis) 的狀況定出分期，是臨床治療指引的依據。FIGO分期系統則是由國際婦產科學會 (International Federation of Gynecology And Obstetrics; FIGO) 所制定，以治療醫師雙手可以完成的身體理學檢查或簡單的X光、膀胱鏡、直腸鏡、靜脈注射腎盂攝影等常規檢查後，由醫師做出分期的期別判定。由於分期系統的不同，再加上目前並無分期換算的標準，因此，極容易產生原位癌與非原位癌判定的不同的爭議。

#### 四、癱瘓：

除了疾病所致之外，意外事故也是造成癱瘓的主因之一，例如：意外事故傷害脊椎而造成下肢癱瘓。而依條款的約定，重大疾病保險的保障範圍亦包括遭受意外傷害事故所造成的癱瘓在內。

#### 五、重大器官移植手術：

同樣地，重大器官移植手術除因疾病所致，須對心臟、肺臟、肝臟、胰臟、腎臟及骨髓移植等七項進行器官

移植手術者外，對於因遭受意外傷害事故所致者，亦在此一保險的保障範圍之內。

#### 肆、理賠審核的困難

重大疾病在現今的健康保險市場之中有一定的需求，然而對應於目前的保險單條款並無法詳細列出相關的診斷定義，再加上保險契約是定型化契約，對於條款文義若無法讓購買的消費者完全明瞭而衍生日後的爭議時，則依消費者保護法的精神，將採取有利於被保險人的解釋，尤其在契約條款所定義的標準，在法庭上被視為和疾病的診斷具有相關性時，但臨床診療的技術卻變成和該疾病的診斷完全無關時（如：不以心電圖而以心臟超音波檢查做為心肌梗塞的診斷依據），那契約條款的定義也會變成毫無價值，保險公司也就完全喪失了理賠的審核權力，白白付出了許多不必要的行政成本。

此外，當保戶以非條款所定義的重大疾病診斷標準文件來申請理賠給付時，如：以心臟超音波檢查結果進行氣球擴張術做冠狀動脈疾病的治療，而申請冠狀動脈繞道手術之給付。若必須由法庭來裁決兩造所引用的醫學意見孰是、孰非，則依據法律學的「逆編者原則 (Contra Proferentum Rule)」將按照對撰寫者最不利的情況進行

解釋。如此，原先在設計商品時並未將此估算、計價在內的情況，則都將被迫必須理賠，使得原先對保費的估算可能會發生保費不足的情形。因此，如果重大疾病險的產品設計是屬於保費和條款定義都是保證永久不能變更的狀況，則前述契約條款所定義的標準與臨床醫學無法配合的威脅，將對理賠作業產生相當的影響力。

又，理賠實務上更常見到救護車到院前心肺功能停止的死亡案例。雖然被保險人到院後也有急救，但仍然不治；死亡證明時間註明為到院時間，但死亡證明上卻註明直接引起死亡之疾病為：疑急性心肌梗塞。由於被保險人已往生，無法進行條款所約定的心電圖及心肌酶檢查，更遑論典型胸痛的醫師問診，在沒有任何一項條件成立的情況下，將如何進行理賠審核的給付作業。凡此種種都將容易產生保險公司與保戶之間的理賠紛爭。

## 伍、結語與建議

醫藥科技的發達除使重大疾病患者延長罹病後的存活期間外，也帶來高額的醫療支出，民眾透過購買重大疾病保險可將所受病痛的煎熬、生活品質的降低、經濟收入的減少、甚至事業發展的圍限或是健康存活的挫折等等，在並未死亡的情況下可以事先獲得理賠給付來轉嫁這些病

痛成本，但若保險公司無法做好相關的風險控管措施，將為自己帶來非常巨大的潛藏風險。

如前所述的情況，重大疾病保險在理賠作業時，如果拘泥於條款所約定的重大疾病之定義條件，有時將使得理賠作業變得滯礙難行；但如果為減少理賠糾紛或避免保戶的申訴，而採取息事寧人的融通方式加以賠付，又易造成公司內控理賠作業尺度不一的情況。如何取得允厥執中的立場與方式，有心經營此一業務的業者可考慮下列諸事：

一、條款的定義配合現今臨床診斷的實際現況加以修正，並區隔意外事故發生率的危險因子，以有助於保費的精確計價與理賠作業的執行。

二、對於條款無法立即跟隨醫學技術或囿於文義無法詳載的情形，可由業界內部研究統一的給付標準，在不影響保費計價基礎的前提下，達成標準化的齊一水準。

（作者：資深人壽保險從業人員）