

保險業務發展基金管理委員會九十八年度委託研究計畫

醫療保險住院必要性認定爭議問題之研究
—兼論定額型醫療保險重複投保之通知義務—

委託單位：保險業務發展基金管理委員會

研究主持人：盧國揚

研究員：汪信君

研究助理：許維志、解証鈞、蕭雅芳

- 一、本報告不代表保險業務發展基金管理委員會意見。
- 二、研究報告之轉載、引用，請加註資料來源、作者，以保持資料來源之正確性。

中華民國九十八年十二月二十二日

中文摘要

目 錄

一、緒論.....	4
1.1 研究緣起.....	4
1.2 研究範圍.....	6
1.3 研究方法.....	6
1.4 預期效益.....	6
二、「住院必要性」內涵與判決分類.....	7
2.1 住院必要性之構面.....	7
2.2 住院必要性與保險公司敗訴有關之判決理由.....	10
2.3 住院必要性與保險人勝訴有關之判決理由.....	12
2.4 醫療常規.....	14
2.5 保險契約條款之解釋.....	17
2.6 小結.....	20
三、論量計酬制下住院適當性之探討.....	21
3.1 論量計酬制之風險.....	21
3.2 「住院日適當性」之研究.....	22
3.3 適當性量表（AEP）之介紹.....	22
3.4 住院日適當性之定義.....	24
3.5 小結—對示範條款的修訂建議（1）.....	25
四、中間性定額給付醫療保險.....	26
4.1 序言.....	26
4.2 「損害保險」與「定額保險」.....	26
4.3 複保險規定之適用範圍與損害保險.....	27
4.4 學說的中間性保險.....	28
4.6 「定額給付醫療保險」之契約性質.....	29
4.7 新的中間性保險.....	32
4.8 小結.....	32

五、重複投保定額給付醫療保險.....	34
5.1 序言.....	34
5.2 「契約危險」與「隱藏利益 (Secondary gain)」.....	34
5.3 契約危險事實增加與對價平衡關係.....	35
5.4 保單條款上增列雙方當事人特種義務條款.....	36
5.5 通知義務條款是否違背大法官解釋.....	39
5.6 通知義務條款內容，借鏡外國成例.....	39
5.7 通知義務不因通報制度而免除.....	40
5.8 小結—對示範條款的修訂建議 (2)	41
六、結論.....	43
6.1 應增加分析數據.....	43
6.2 最大善意原則.....	44
6.3 後記.....	45
表 1. 不適當入院原因建議事項統計表.....	48
表 2. 住院當日不適當建議事項統計表.....	49
表 3. 住院日不適當原因—腸胃內科表.....	50
表 4. 住院日不適當原因—一般外科.....	50
表 5. 特定疾病之住院基本要件一覽表.....	51

一、緒論

1.1 研究緣起

現行「住院醫療費用保險單示範條款」(日額型)第二條「名詞定義」謂「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。」¹，條款雖將保險公司給付要件置於「名詞定義」中，惟保險及司法實務，均視是項定義為「保險範圍」²之約款³，被保險人若有住院之事實，尚必須符合「保險範圍」之要件，保險公司始負給付保險金之責任。因被保險人受診斷之傷、病情必須達到入院治療之程度，保險公司即將此要件簡稱為「住院必要性」，以便重點表達此要件之內涵，換言之，被保險人雖有住院之事實，惟若不能符合上述「住院必要性」之條件時，保險公司即不負給付住院醫療保險金之責任。

有爭議者，「住院必要性」雖為住院醫療費用保險單「保險範圍」之代名詞，但「必要性」之內涵為何，保險公司主張被保險人傷病程度並無「住院必要性」而核減給付天數時，並不易獲得被保險人之認同，故於人壽保險公司的理賠實務上有關住院必要性認定結果迭生爭議，輕者，雙方當事人協商和解，爭議較大者，被保險人轉向消費者保護官或專門辦理保險消費爭議調處的「保險事業發展中心」申訴，而有影響公司形象之顧慮，再重者，走向訟爭一途。此類爭議較之所謂保險契約「意外傷害事故」定義之程度，並未多讓，實務上已足以形成專門類型而有分析檢討之需要。令人擔憂的是，法院面對此類案件，雖仍須就被保險人住院事實是否符合必要性之要件判斷，惟判決理由較少有自條款定義內涵加以剖析，所以即不易透過司法的辯證，歸納出對必要性內涵的原則而能對此類爭議收消弭之效。本文即希望能透過對若干判決之觀察，並佐以所蒐集之一般入院實務

¹現行「住院醫療費用保險單示範條款」分為二種，另一種為實支實付型，其於條款第二條名詞定義對何謂「住院」，亦有相同之約定。

²板橋地院 96 年保險字第 18 號判決：「足見係爭保險契約之保險範圍為...『經醫師診斷其疾病或傷害必須入住院』之情形而言」

³「住院醫療費用保險單示範條款」第四條「保險範圍」：「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。」

標準及全民健康保險的相關法令，提供理賠從業人員或司法先進判斷被保險人住院是否具備必要性之參考。

此外，目前商業保險之健康保險中屬承保住院醫療費用之保險種類分為二種，其一為實支實付型住院醫療費用保險，再者為日額型住院醫療費用保險（下稱「定額給付醫療保險」），筆者遍觀所有判決及保險事業發展中心有關「住要必要性」之爭議，均屬「定額給付醫療保險」，其原因要屬定額給付，論量計給，若累積投保同類型醫療保險，將因隨著保單個數之增加而增加「契約危險事實」⁴。譬如於醫療保險契約，雖其保險事故之發生（如疾病）較少有被保險人故意罹病而因有契約危險事實之存在並影響保險人承保意願之情形，但實際上有可能因締約件數與保險金額之提高，而間接誘使被保險人透過住院日數之不當增加而請求保險給付。加以我國目前實施全民強制健保之制度，支付基準亦採論量計酬（fee for service），提供醫療服務之醫療院所長久以來亦存有「住院適當」與否之相同議題，甚至有專門研究檢討計劃，故若遇被保險人重複投保「定額給付醫療保險」時，住院必要性之理賠爭議，即受其道德危險之推波助瀾，故「定額給付醫療保險」及「契約危險事實」二項議題，共構出「住院必要性」之爭議。所以筆者亦希望同時能經由對被保險人重複投保「定額給付醫療保險」後是否負有通知前保險人義務之研究，均試行對現行日額型住院醫療保險單示範條款提出若干的修訂建議。

因上述類型化爭議已對保險理賠及司法實務界造成相當困擾，其中甚至尚有道德危險具體表徵之案件合摻其間，保險業務基金發展管理委員會亦相當重視此議題，遂由委員會整理重要的類型化理賠爭議做為研究重點，並以專案計劃方式推動。由於保險學理的探究上，向來是實務作業所欠缺，本計劃即係由委員會指定研究的題目之一，希望能吸納理論與實務的各方意見，引起各界對保險爭議問題的探究意願。本文以從事理賠實務的立場，觀察問題、表達問題，雖有於章節結論中提出相關的修訂意見，但其僅止於拋磚引玉的效果，所提意見均須勞借學者學說等各方意見加以指正。

⁴汪信君教授、廖世昌律師著「保險法理論與實務」第166頁。

1.2 研究範圍

主要研究範圍如下：

- a. 蒐集地方法院及高等法院有關「住院必要性」之判決計五十則。
- b. 全民健康保險病歷事後審查制度下民眾住院醫療適當性之相關研究。
- c. 「保險事業發展中心」有關「住院必要性」之醫務委員調處意見。
- d. 本文討論範圍僅限「定額給付醫療保險」，所蒐集資料亦屬保險理論學者對人身定額型保險之相關討論。

1.3 研究方法

本文屬定性的研究，著重在「住院必要性」問題與意見之彙整，對全國此類民事判決之全部件數及對判決理由可分析出哪些住院必要性爭點之構面，以及保險理賠實務對因重複投保「定額給付醫療保險」所招致之道德危險案件及其金額，均較乏明確之蒐集範圍以作為建立數據分析之根據，因此研究重點僅在於對所蒐集文獻、學說、司法判決資料進行整理分析。

1.4 預期效益

- a. 探討「住院必要性」類型化爭議的解決方案。
- b. 引起各界對保險實務爭議問題的探究意願，強化對保險爭議問題的專業論述。
- c. 發掘保險理論與實務連結管道的可能性。
- d. 提供保險主管機關修訂相關法令規定之參考。

二、「住院必要性」內涵與判決分類

2.1 住院必要性之構面

「住院必要性」爭議，多屬保險公司認為被保險人自某一段期間起之入住醫院，或某一段接續性住院期間內之某一時日起，已不需以住院方式接受治療，即被保險人單次或累計多次之住院天數過長，其病情之嚴重性是否經由門診之方式治療即可之爭議，此類情形多指保險公司於累計多次給付後，不再給付其後某一次再度入院之整段期間，在案件表現上，也經常出現保險公司對某單次住院期間，僅為部分給付。不論何種情形，保險公司認為被保險人所提診斷證明僅具有住院必要性之形式證明力（僅證明住院診斷書之陳述或報告確為醫師所作成），對於診斷證明書有關住院天數或住院原因必要性之實質證明力（診斷內容已達確有住院必要性之證明程度）則予以否認，遂核減部分天數。

本文研究「住院必要性」爭議，重點偏重於以一般醫療常規觀察「入院適當性」、「住院日數長短之適當性」，筆者姑且以「久住」合稱上述二種情形。承上所言，「住院必要性」之構面有二，一為「入院適當性」，二為「住院日數長短之適當性」，但不論何者，因理賠實務上鮮有自始即不予給付者，實際訴訟的爭議中，常見同一案件混合著保險「住院日數長短之適當性」及「入院適當性」之爭議。

本研究隨機蒐集自民國 88 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日間一審及二審法院關於保險金給付而其爭議點屬於「住院必要性」之判決計五十則，屬保險公司一部勝訴者，以勝訴計⁵，經統計後對保險公司有利之判決計有二十七則，勝訴比率為 54%，反之，對保險公司不利者計二十三則判決，比率為 46%⁶。若將其中判決類型化，大約可分為四類，本節將先介紹分類之方法及各分類爭執之爭點，再循序引述各類判決之主要理由。其中，對保險公司不利之判決理由，從歸納之方法分析有「住院必要性」之審查重點，對保險公司有利之判決，則以演繹方法，判斷無「住院必要性」之參考原則，希望藉由分析該等理由，對條款為公平之解

⁵一部敗訴之理由為保險公司僅對某區間之住院日數無法證明無住院必要性，但對於以醫療常規為證據之方法，保險公司所提攻擊或防禦之主張，仍為所法院所採。

⁶筆者另外蒐集 96 年至 98 年八月止計 180 件九家業者於保險事業發展中心有關調處「住院必要性」之案件，其中有利保險公司者之比例為 51%，不利者為 49%。

釋，期能得到對「住院必要性」內涵之解釋依據。

2.1.1 癱瘓久住必要性（中風復健、腦傷、脊椎損傷）：

此類爭議主因出於被保險人累計多次住院醫療，再度入院後遭保險公司主張該期間之治療因已逾復健黃金治療期，人體神經及肌肉作用經過該期間仍未回復或大部分未回復原有功能時，則此不可逆性之神經性損害已為固定，復健治療之效果自然不佳，通常患者僅需以門診方式或透過居家照護的方式復健即可⁷。

此次蒐集癱瘓久住必要性之判決計六則，對保險公司有利之判決計有二則⁸，勝訴比率為 33%，反之，對保險公司不利者，計四則⁹，比率為 67%。

2.1.2 普通傷病久住必要性（含輕病久住）

此類案件爭議，同癱瘓久住必要性，即便病情較輕，保險公司亦鮮少對被保險人初次申請理賠，即予以核減天數，值得一提者，因此類案件常隱含有輕病久住之案例，其是否屬於道德危險案件，常啟保險公司理賠人員疑竇，而緣於大法官釋字第 576 號解釋，認為保險人不得對定額給付之人身保險主張保險法有關複保險契約無效之規定，則見保險公司於訴訟上除舉證臨床治療之必要性外¹⁰，亦主張系爭契約具有「契約危險事實」及所謂意外傷害事故並未發生¹¹。此次蒐集普通傷病久住必要性之判決計三十六則，對保險公司有利之判決計有二十二則

⁷茲引述保險事業發展中心對被保險人頸椎腫瘤術後連續住院二十個月，保險公司已連續給付十九個月後，拒絕給付第二十個月之住院醫療保險金乙案之調處理由：「按臨床上對於脊椎損傷之復健治療，通常採用 3 至 6 個月的標準復健療程，超過一年以上的復健治療較無有效改善功能的機會。因此申訴人在術後 1 年 8 個月以延續性住院接受復健，已超過一般標準復健療程建議，故其住院並無實質效益或強烈理由支持。以其病況屬於無法再有明確進步的程度而言，臨床上復健治療應以門診方式行之為主。」

⁸桃園地院 96 年保險字第 13 號判決、板橋地院 96 年保險字第 18 號判決。

⁹板橋地院 97 年保險簡上字第 1 號判決、台北地院 95 年保險簡上字第 10 號判決、台北地院 94 年北保險簡上字第 27 號判決、台中地院 95 年保險簡上字第 2 號判決等。

¹⁰97 宜保險簡字第 1 號判決「因其傷害程度為急性之挫傷，參酌一般醫療原則，應以門診診療即可，似難認有住院接受治療行為之必要性；又急性外傷之初期在臨床上通常認為無接受復健之必要性，上訴人在事故後翌日即住院接受復健治療，按諸臨床醫理似有其不合理之處，況參照 X 醫院之復健照護紀錄表，上訴人在住院及治療前後之體況並無明顯差異，恐更難認其有住院達十餘日之必要性。」

¹¹台中地方法院 93 年中保險簡字第 32 號判決「原告既因自行騎乘機車，復因路上施工，路面上有碎石，導致原告滑倒騎車連人倒下，竟除頭部外傷外，身體其他部位餘無擦傷，...原告之主張自難認為真實。」

12，勝訴比率為 61%，反之，對保險公司不利者，計十四則¹³，比率為 39%。

2.1.3 癌症住院必要性（併發症治療、中醫治療）

此類訴訟爭議形式上雖亦屬天數核減，保險公司仍主張被保險人之住院不具備必要性，但其本質之爭議不在於醫療常規下，「住院日數長短之適當性」或「入院適當性」，而在於因為此項居國人十大死亡原因之首的重大疾病，其併發症之範圍有多大，即癌症治療之「因果關係」如何認定？例如被保險人癌症術後一段期間，自述自覺口乾、心悸、胸悶、容易疲勞等症狀是否屬於癌症併發症，在治療上是否與被保險人所罹癌症有因果關係，若被保險人入住之醫院為中醫性質，其在癌症治療上因果關係又應如何觀察，或中醫治療是否被癌症保險契約所排除。因其同樣具有天數核減之表徵形式，故易與本文研究之「住院必要性」混淆。此次蒐集癌症住院必要性之判決計六則，對保險公司有利之判決計有三則¹⁴，勝訴比率為 50%，對保險公司不利者，亦有三則¹⁵。

2.1.4 日間病房久住爭議

所謂日間病房之治療方式多係針對罹患精神疾病之患者為之，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）。被保險人主要接受藥物治療、生活規律訓練、活動性治療及職能治療¹⁶，理賠實務上所見日間病房之治療，短則連續實施二、三個月，長者可至連續二年。因上述治療方式與一般通念中之「住院」有所出入，故而亦衍生核減之理賠爭議，爭議重點依判決理由認為，上述治療模式是否符合係爭條款所謂「住院」之定義，若符合，則

¹²台中地院 97 年沙保險小字第 2 號判決、高雄地院 97 年雄保險簡字第 9 號判決、宜蘭地院 97 年宜保險小字第 2 號判決、宜蘭地院 96 年宜保險簡字第 1 號判決、台中地方法院 93 年中保險簡字第 25 號等判決。

¹³高等法院台中分院 90 年保險上易字第 3 號判決、花蓮地院 97 保險簡上字第 2 號判決、宜蘭地院 97 年宜保險小字第 3 號等判決。

¹⁴高雄地院 96 年保險簡上字第 1 號判決、板橋地院 95 年保險字第 15 號判決、高等法院台南分院 93 年保險上易字第 5 號等判決。

¹⁵高等法院 93 年保險上易字第 12 號判決、桃園地院 96 年保險字第 6 號判決、高等法院 97 年保險上易字第 12 號等判決。

¹⁶職能治療（Occupational Therapy，簡稱 OT，香港稱為職業治療）是一種使用特定活動，從而協助、恢復身體或精神心理上的各樣疾病。它是一種透過有目的的活動來治療、協助及維持病者生理上、心理上的健康；或減輕及舒緩病者在發展障礙或社會功能上的障礙對他們的影響，使他們能獲得最大的生活獨立性。

被告保險公司即應給付住院醫療保險金。此項見解與保險局網站刊載人身保險商品 Q&A 問答集中有關日間留院是否符合保單條款「住院」之定義，所採之結論相同，其回答：「示範條款第二條名詞定義所稱『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。準此，被保險人日間留院有無符合『住院』定義，可由是否同時符合『正式辦理住院手續』及『確實在醫院接受診療』兩項要件認定之。」¹⁷。此次蒐集日間病房久住之判決二則¹⁸，對保險公司均屬不利。

因本次研究重點在於「住院必要性」，且癌症住院必要性涉及甚深的癌症治療之醫學實務，而日間住院類型亦可能涉及精算基礎之問題，故案件類型 3 及 4 不在此次研究範圍。

2.2 住院必要性與保險公司敗訴有關之判決理由

內涵，是指一個語詞的意義和特徵，有關「住院必要性」之內涵為何，本文緒論已述及現行住院醫療保險單示範條款並未就「住院必要性」內涵明確約定，而此類判決雖不乏法院亦曾函查醫療機構之意見，惟受函詢之醫療機構多屬原診治之醫院或醫師，復因爭點均為治療常規之認定，屬專業證據取捨之問題，時令法官為難，但最終仍須面對條款作出解釋¹⁹。其理由如下：

- 一、 住院必要性之判斷權屬負責診治之醫師。
- 二、 保險金給付之條件並無傷病後治療期間及治療方式之限制。
- 三、 被保險人以自費身分接受治療與其是否符合「住院必要性」之條件無關。
- 四、 請假外出為院外適應治療，仍屬於醫師診療狀態。

以下茲就上述四項理由，簡述判決理由：

¹⁷筆者有不同看法，現行「住院」定義為住院之必要性之規範，而日間病房容有其「住院日數長短之適當性」之爭議，但若為精算基礎未計入者，其爭點即應屬係住院醫療保險單示範條款第二條名詞定義有關「醫院」定義內涵對「醫療場所」範圍大小解釋之問題，而有修訂示範條款有關「醫院」定義之需要。即契約條款對「醫療場所」包括或不包括的解釋，屬「除外條款」之範疇。

¹⁸高雄地院 97 年度保險簡上字第 5 號及台灣高等法院 92 年保險上字第 39 號判決。

¹⁹但直指「住院必要性」之定義有疑義，須對被保險人為有利解釋者，二十三則對保險公司不利判決中僅有二則。

2.2.1 住院必要性之判斷權屬負責診治之醫師

「被保險人必須住院治療乃經醫師診斷，足見被保險人是否必須住院治療，其必要性仍係由醫師依其專業知識就病情而為判斷，換言之，住院必要性之判斷，權屬被保險人求診之醫師。」²⁰，被保險人因脊椎損傷住院累計 263 天乙案，板橋地院 97 年保險簡上字第 1 號判決認為：「至於被上訴人是否須經由其他醫療實務之判斷，或是須經由被上訴人主治醫師以外之其他醫師或專業人員、其他醫療專業機構以認定被上訴人是否有住院之必要性，或被上訴人是否因住院得以改善其病情，均非前揭約定上訴人應給付住院醫療日額保險金之構成要件。」

2.2.2 保險金給付之條件並無傷病後治療期間及治療方式之限制

被保險人於 88 年間初次中風癱瘓後，經多次住院治療，嗣於 93 年 8 月間二次入院復健治療共 125 天，保險公司主張有住院事實並不等於有住院必要性而未予給付，判決理由謂：「依被上訴人於原審所提物理治療卡與職能治療卡上之病程紀錄以及○○醫院函覆原審所附之病歷病程紀錄記載，顯示被上訴人確有作復健及藥物治療，至復健時間長短，應依醫師指示為準，自難以此（按：回應上訴人主張已逾黃金治療期）斷定即無住院之必要。」²¹

2.2.3 被保險人以自費身分接受治療與其是否符合「住院必要性」之條件無關

「係爭保險契約被保險人得申請住院醫療給付之條件，係以『經醫師或醫院診斷必須接受入院治療』，認定應否給付住院醫療保險金之依據，即與被保險人究係以健保身分或自費身分住院無關，亦與中央健康保險局醫療費用支付標準無關。」²²

2.2.4 請假外出為院外適應治療，仍屬於醫師診療狀態

被上訴人因情感性精神病住院治療 69 日，其中 12 日曾請假外出，法院判決「請假外出，為院外適應治療，核屬醫師於被上訴人住院期間診斷其是否適合出院之診療行為，足認被上訴人於前開請假外出期間仍處於接受○○醫院醫師診療狀態，且尚未獲醫師認定毋須住院治療而仍處於有住院治療之狀態，即被上訴人

²⁰高等法院 90 年保險上易字第 3 號判決、台中地院 95 年保險簡上第 2 號判決、台中高分院 96 年保險上易字第 10 號判決、雲林地院 95 年保險簡字第 1 號判決、雲林地院 97 年港保險簡字第 1 號等判決。

²¹台北地院 95 年保險簡上字第 10 號判決。

²²高等法院 93 年保險上易字第 12 號判決。

於前開期間均未違反『確實住院治療而存有住院治療之必要性』之要件。」²³

2.3 住院必要性與保險人勝訴有關之判決理由

被保險人住院是否符合「住院必要性」，固於條款內無明確之內涵規範，而須對被保險人為有利解釋，故有主張應絕對尊重住院診療醫師專業意見之議，惟本文看法吾人尚非不得綜合臨床醫療實務並尊重客觀鑑定意見，對無必要性之住院提出反證證明，若以絕對主觀之立場固著負責診治醫師之意見，恐因不為審視更符合醫療常規之事證，而對「住院必要性」為不甚周全之判斷，即易有「如何治療病患為適當，本由醫師依其專業知識及經驗判斷，不同醫師對於相同之病症是否應以住院治療為當，住院時間長短本有不同考量，尚難以鑑定意見認定原告此次住院無必要。」²⁴之法律意見，實則臨床醫療實務本具有不確定性及應變性，復以臨床治療醫師之裁量權利，更使治療之方式或其期間長短變化不居，故對「住院必要性」之約定，欲求條款文字扼要簡明，又能周延涵蓋，猶如隔紗穿針，難度頗高。「必要性」雖無明確內涵，但非不能經由解釋以豐富之，非謂一旦須經解釋，即否定保險公司訴訟上主張之證據方法，而專以原診治醫師之意見為判斷。

茲舉宜蘭地方法院 97 年宜保險小字第 2 號民事判決之理由說明法院如何調和主客、觀兼具之解釋原則：

被保險人因大腸息肉乙症住院治療七天，未獲保險公司給付，判決主張：「係爭保險契約所約定保險事故是否發生之認定上，除被保險人因疾病或傷害而正式辦理住院手續而客觀上入住醫院外，一方面亦強調被保險人於入住醫院期間有確實於醫院接受診療之情形，此從上述約定條款之『保險範圍』、『住院』一詞之定義中均有『必須住院治療』、『確實住院治療』之旨即可見一般。是被上訴人雖有正式辦理住院手續並入住醫院之形式，然依保險制度之本旨與如附表係爭保險契約條款約定，保險事故是否發生仍須就一般醫療合理之治療程序、被保險人之傷

²³花蓮地院 97 年保險簡上字第 2 號判決、台灣高等法院 89 保險上易字 2 號等判決。

²⁴判決理由上接「就該住院定義中，係以『經醫師診斷必須入住醫院診療』為要件，並無限制醫師診斷被保險人必須入住醫院之原因及期間，基於有利被保險人之解釋，亦即是被保險人是否必須入住醫院以及住院期間，完全委由醫師診斷，是如經醫師診斷須住院有利被保險人之病症診療時，即已符合上揭約定條款住院之定義。」，新竹地方法院 96 年訴字第 127 號判決。本件被保險人因車禍及跌倒等二次事故，共有四次住院累計 200 天期間，未獲保險公司給付醫療保險金。

病情形、實際診療經過及復原狀況等種種因素綜合判斷實質上被保險人是否確實住院治療而存有住院治療之必要性。原告雖主張伊均是遵照醫囑而住院，然依前述說明且為保障危險共同體之利益，自不能僅以客觀上經醫囑入住醫院即認係爭保險契約之保險事故已發生。」、「保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：一、可門診診療之傷病。二、保險對象所患傷病經適當治療後已無住院必要。特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。全民健康保險醫療辦法第 15、16 條有明文規定。雖一般商業保險與全民健康保險之目的雖有不同，然亦不外於保險是一危險共同體之概念，在面對保險契約所生之權利糾葛時，仍須本於整個危險共同體之利益觀點，兼顧被保險人之利益與危險共同體保障之意旨。是中央健康保險局所設之醫療審查小組關於醫療費用審查之主旨即在謀求醫療給付之公平性。是醫審小組關於醫療費用核付之判斷上，與系爭保險附約關於住院必要性之判斷，即不謀而合，是自得以醫審小組關於醫療費用核付之判斷，作為本件係爭疾病有無住院必要之論據，基此，...經專業審查結果為，大腸鏡追蹤檢查與小息肉切除，門診即可實施之處置，不需住院。...顯然原告罹患大腸息肉之病症並無住院必要等情應屬明確。是原告客觀上雖因大腸息肉症狀有住院之事實，然此住院並不該當於係爭保險契約所約定『必須入住醫院治療之要件』。」，又該院 96 年宜保險簡字第 1 號判決，對被保險人因支氣管炎、胃炎等疾分別於大陸地區及本國住院共 25 天，未獲保險公司給付乙案，經審查鑑定意見及護理紀錄之記載，另做出之法律意見認為：「是依一般醫學合理之治療程序、病患之疾病情形、實際診療經過與復原狀況，綜合判斷上述原告於○○醫院住院之病歷資料、治療情形，且尊重並保留專業醫師因病患個案臨床狀況不同所必然存在合理判斷差異空間，復避免鼓勵不必要之醫療資源浪費，並維護危險共同體之利益，認原告於 3 日之範圍內可謂為必要，逾此部份顯超出合理治療程序之範圍，而不符合首揭『必須住院治療』、『確實住院治療』之契約內容，其請求當不應准許。」綜合上述二則判決，吾人對「住院必要性」，可以演繹出如下之原則：

2.3.1 「必須」且「確實」住院治療

住院必要性之判斷，雖權屬負責診治之醫師，即尊重且保留專業醫師因病患個案臨床狀況不同所必然存在之差異，然亦應依一般醫學合理之治療程序為客觀判斷。「探求當事人締約之真意，應係指按被保險人當時之病況，依一般醫療常規之處置，被保險人必須入住醫院治療...至於被保險人之主觀認知或由醫院（醫師）配合被保險人之主觀意願而允被保險人住院治療之醫療處置，難謂係屬係爭保險契約所約定之保險事故」，台南地院 95 年南保險小字第 3 號判決有相同旨趣。

2.3.2 健保相關法令與必要性之判斷標準

被保險人以自費身分入住醫院治療，固非證明無「住院必要」之唯一證據方法，惟全民健康保險之相關法令既有對可門診診療之傷病及經適當治療後已無住院必要之保險對象，經診斷認為可出院療養而不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔之規定，故遇商業醫療保險之被保險人無具體原因而以自費身分求診時，於必要性之認定上，因同屬醫療保險給付，非無比照參酌之空間²⁵，惟並非為唯一標準，仍宜有所注意。

2.3.3 醫療常規（詳 2.4）與其他客觀鑑定或病歷之其他記載

「觀之原告於入住○○醫院時及其住院期間之血壓、脈搏、呼吸、血氧濃度均屬正常，且其腹痛、腹瀉及作嘔症狀係屬輕微，而護理人員觀察原告之病狀亦以原告精神尚可、食慾可、暫無嘔吐，可自行下床行動...，有醫院檢送之原告病歷資料、護理紀錄單及血壓脈搏呼吸紀錄單附卷可稽，足見依原告當時之病況，若按一般醫療常規之處置，原告有無入住醫院治療之必要難謂無疑。」²⁶

此項判決理由可知，法院仍得由實際醫護人員於病歷上之記載以及其相關醫療常規而作出是否符合必要性住院之判斷，此項客觀認定標準應予贊同。

2.4 醫療常規

前揭若干判決提出住院必要性之判斷應視醫療常規之處置，但醫療常規定義為何？是否可參考有關醫療過失訴訟中，可供法院判斷醫師是否違反注意義務而對病患負有民事侵權賠償責任之標準？事實上，該類訴訟爭議中，醫界的醫療常

²⁵雲林地院 95 年保險簡上第 1 號判決、高等法院 93 年保險上易字第 12 號判決持反對意見。

²⁶台南地院 95 年南保險小字第 3 號判決。

規能否作為醫師於臨床上應注意標準的要求，亦為一值得研究之課題。所謂醫療常規與醫療習慣、醫療慣行同義，均指「多數醫師臨床上的通常方法」²⁷，進一步說明，醫療常規應為具有共通訓練背景及經驗的醫師，對同一傷病，在臨床上通常均會採行的治療程序與方法。有問題者，醫療過失之訴訟案件中所討論之醫療常規，是否與保險金給付訴訟上作為「住院必要性」證據方法之醫療常規同義？本文意見認為雖二者表彰之功能不同，前者係作為醫師在執行治療過程中所應負注意義務的標準之一，違反該醫療常規，涉及是否過失侵權之責任，後者則作為評量是否治療及治療時選擇何種治療方式之標準，違反該醫療常規，僅涉及醫療服務品質是否適當或醫療資源是否浪費之判斷，但二者均各自作為解決所涉各該訴訟案件類型關連之醫療專業問題，就此點而言，並無二致。換言之，「在專業訴訟中，由於法院欠缺該專業知識，是以專業常規所扮演的角色吃重，能協助法院畫出『應為』的標準，...將之與系爭案件之作法相比，判斷上為法院減輕許多負擔。」²⁸，據此，系爭保險範圍所謂「經醫師診斷必須入住醫院」而「權屬負責診治之醫師」之主觀性，似即應受客觀原則的調和²⁹，殆不致有「況兩造所定之系爭住院附約條款並無尚須由其他機構或醫師為事後審查以認有無診療必要之約定，是上訴人此部份之抗辯，亦難為有利上訴人之認定。」之法律意見³⁰。「醫療糾紛中民事過失之認定—論『醫療水準』與『醫療常規』」乙文同時指出，法院所採醫療常規之鑑定意見也應注意鑑定單位的醫院分級是否與系爭案件的醫院分級相同，以使醫療常規的運用更能合理。

醫療常規之功能表現在被保人住院之事實是否符合「住院必要性」之判斷上，可同時解決必要性「入院適當性」及「住院日數長短之適當性」的問題。為進一步闡釋醫療常規在解決「住院必要性」爭議上之功能，再舉保險事業發展中心所調處案件對保險公司有利、不利之醫務委員意見各一件為例：

「有關申訴人與 A 人壽間之醫療保險理賠案件，主要爭議在申訴人於 96 年 12 月 17 日因『急性腸胃炎、急性支氣管炎、梅尼爾氏症』疾病住院治療，事後

²⁷蔡佩玲著「醫療糾紛中民事過失之認定—論『醫療水準』與『醫療常規』」第 57 頁。

²⁸前揭文第 124 頁。

²⁹宜蘭地方法院 97 年宜保險小字第 2 號民事判決所採意見。

³⁰台中地院 95 年保險簡上字第 2 號判決。

向 A 人壽申請 5 日住院醫療日額保險金。A 人壽則主張申訴人於住院期間除進行相關檢查程序外，未有相關疾病治療等醫療行為，且申訴人自 91 年起即多次因疾病住院治療，A 人壽雖曾懷疑其住院之必要性，惟仍依系爭保險單之約定，已相繼給付多次保險理賠金，金額達新台幣 449,000 元正。今就申訴人自 96 年 9 月 24 日之後，多次因類似疾病住院，卻無治療之事實，表示無住院之必要，因此無法賠付 96 年 9 月 24 日至 97 年 3 月 21 日多次住院之醫療日額保險金。然申訴人再次電告僅欲申訴 96 年 12 月 17 日至 96 年 12 月 21 日之住院醫療日額保險金，對 A 人壽主張自 96 年 9 月 24 日以後之住院皆無法賠付，表示不服，故向本委員會提出申訴。本案申訴人○○○君於 96 年 12 月 17 日因『急性腸胃炎，上呼吸道感染，疑似梅尼爾氏症』至 Y 醫院接受住院治療，依其提供之病歷及護理記錄顯示：病患於住院後，有發燒（體溫 37.9 度），腹瀉多次，白血球增多（12 月 17 日抽血 WBC 為 18000），尿中白血球增多（WBC：8~10）與眩暈等徵象。後經靜脈注射抗生素治療，並給予止暈藥物，以及補充靜脈輸液，以減低腹瀉過多的體液流失。故申訴人於 96 年 12 月 17 日至 21 日住院期間的確有治療行為，而其醫療處置也無過當或不合常理之處。」

對被保險人因蜂窩性組織炎分別合計住院 85 天乙案，中心表示如下意見：「蜂窩性組織炎的治療方式，包含抗生素給予、患部抬高、減少走動以及治療原發疾病(如足部黴菌感染)等。一般抗生素給予係針對最常見的格蘭氏陽性菌而使用第一代頭孢子素或盤尼西林類藥物；若全身症狀明顯(發燒畏寒)且進展快速，或病患產生重大合併症(例如肝腎功能不佳)，則應住院並注射抗生素治療，當體溫回復正常且皮膚病灶改善時(一般在治療三至五天後)，改以口服抗生素治療。完整療程的用藥時間約為七至十四天，但如合併有膿瘍、組織壞死等情形時，則療程即需延長。查本案申訴人甲○○君(50 歲，有高血壓、脂肪肝及足癱病史)，因為反覆發作的兩側小腿蜂窩組織炎於 94 年 3 月 29 日、94 年 5 月 27 日、94 年 7 月 25 日及 94 年 9 月 14 日分別住院治療。由前述說明可知，甲○○君可能係因足癱治療不徹底而引發反覆小腿蜂窩性組織炎，其於 94 年 3 月 29 日及 94 年 7 月 25 日二次住院，並無發燒等全身症狀或患部的膿瘍形成，因此治療上應以口服抗生素即可，即使需要注射抗生素，亦應以住院七天左右即可出院，改以

口服抗生素治療；另於 94 年 3 月 29 日之住院期間，申訴人有十次請假外出紀錄(每次四至七小時)，並未遵循患部抬高、減少走動等治療原則，從而上開二次住院是否有其必要性值得商榷。至於 94 年 5 月 27 日及 94 年 9 月 14 日住院期間，因有合併泌尿道感染的情形，故抗生素注射的時間可能需要延長，但原則上也以住院十四天左右即可。綜上所述，本案申訴人甲○○君在 94 年 5 月 27 日及 94 年 9 月 14 日之住院尚稱合理，惟 94 年 3 月 29 日及 94 年 7 月 25 日之住院是否有其必要性，不無商榷之餘地。」

上述若全身症狀明顯或病患產生重大合併症，則應住院並注射抗生素治療，當體溫回復正常且皮膚病灶改善時(一般在治療三至五天後)，改以口服抗生素治療。完整療程的用藥時間約為七至十四天，但如合併有膿瘍、組織壞死等情形時，則療程即需延長等意見，均為醫療常規之表現，其中「若全身症狀明顯或病患產生重大合併症，則應住院並注射抗生素治療」為「入院適當性」之審查，「體溫回復正常且皮膚病灶改善時(一般在治療三至五天後)，改以口服抗生素治療。完整療程的用藥時間約為七至十四天」為「住院日數長短之適當性」之審查。由此以觀，以醫療常規作為系爭條款解釋之內涵，降低採納僅以負責診治醫師對被保險人住院必要性判斷之絕對性，應較能符合須醫療專業認定之訴訟審理所須具備的客觀性之要求。

2.5 保險契約條款之解釋

「保險契約之解釋，應探求當事人之真意，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。」，保險法第五十四條第二項訂有明文，其立法原因係因一般消費者經濟地位及所知商品資訊均較企業經營者為弱勢，且契約之擬定既為企業經營者作成，若契約內容有任何解釋或規範上之疑義，為求雙方當事人於締約地位上公平起見，因疑義所生之不利益，自應由作成契約之該方，即企業經營者負擔。此項原則已為一般社會大眾所通曉，本不應贅述，但此項原則之適用，甚至造成了包括條款雖已明文除外，但因屬不利被保險人之結果，故被歸咎為條款有疑義，進復而主張應依本條項之規定，對被保險人為有利之解釋，而有邏輯上所謂循環論證的誤謬。其中雖不乏仍有除外之內容加重被保險人之義務而顯失公平，故仍有該部分約定無效之情形，但本文欲探究的

是，遇「保險事故發生後」，雙方當事人對「契約訂立時」之條款真正意思各執一詞而有爭議時，解釋條款之原則為何？我國保險法固已規定應先探求當事人真意，但既以定型化契約銷售予市場上不特定之多數消費者，訂約時，於通常情形下，要保人僅決定買或不買，雙方當事人鮮有於訂約時針對重要事項確認彼此共識，故實難有真意可求，保險法是項「應探求當事人真意」之規定即亦有探求立法真意之空間。

學者劉宗榮教授解釋「保險法第五十四條第二項本質是承襲民法關於意思表示的解釋原則...而民法第九十八條又是以契約自由環境下的個別商議條款為背景之立法，因此保險法第五十四條第二項實際上就是以個別商議契約條款為規範對象的立法...以保險法第五十四條第二項前段個別商議條款，作為保險契約——定型化條款與個別商議條款——的共同解釋原則，就不免以偏概全、扞格不入了。」³¹。個別商議條款因屬契約雙方當事人商議而來，條款不明確時，應探求雙方之真意，仍有疑義者，即應為不利擬約者之解釋（某些涉及高度專業之行業，保險契約內商議條款之作成，有屬要保人或被保險人所擬定者），但於人身保險實務上，保險契約內條款均已定型且為保險公司一方所事先擬定，遇有疑義時，即無當事人訂約時之真意可資探求。劉宗榮教授認為以定型化契約為主之保險契約，「是僅低於法律之交易制度，可以稱之為『準法規』或『準制度』，應該適用定型化條款的解釋原則，而不應該適用個別商議條款的解釋原則。」，其並進一步說明「定型化契約既然是一種準法規或準制度，其解釋原則就應該介在法律與契約之間，既不像法律的解釋，是完全在追求安定性與穩定性，也不像契約的解釋，是在完全探求當事人的真意，而是介於二者之間，在『尋求定型化契約適用對象的共同了解或合理期待』。關於定型化契約的解釋，應該以定型化條款使用對象的共同了解或合理期待為解釋標準這點，不論是美國或德國都獲得相同的結論。」

³²

由於現行系爭「住院必要性」條款文字未將醫療常規訂入條款，難免有「是上開第四條所謂『必須』是否應達於非住院無法復原之程度，或只要是住院可加

³¹月旦法學雜誌第 159 期「論保險契約的解釋」第 114 至 115 頁。

³²前揭文第 118 頁、119 頁。

速復原或較有利於復原之程度，因契約未明確規範，應為有利於被保險人即原告之解釋。」³³而有條款內容不明確之質疑，由此可知，部分法院實務對於「醫療常規」是否可認為已訂入系爭條款，仍有疑慮，故「住院必要性」內涵為醫療常規，固屬條款解釋之結果（見上述 2.4），但應在論究理由上，再尋求理論的依據。筆者看法如下：

- 一、定型化條款不得違反強制禁止規定，應不待言，而我國消費者保護法第十二條第二項第二款進一步規定，定型化條款與其所排除不予適用之任意規定之立法意旨顯相矛盾者，推定該條款顯失公平，而有無效之疑慮。定型化條款規範事項既不可與任意規定矛盾，可知，為任意規定者，縱定型化契約中已將其訂入，不得違背其規定，未訂入者，其規範之意旨即可作為補充定型化契約之基礎。德國民法第三〇六條亦規定定型化契約條款未訂入契約之部分，應以法律的相關規定補充。
- 二、「一般商業保險與全民健康保險之目的雖有不同，然亦不外於保險是一危險共同體之概念，在面對保險契約所生之權利糾葛時，仍須本於整個危險共同體之利益觀點，兼顧被保險人之利益與危險共同體保障之意旨。是中央健康保險局所設之醫療審查小組...得以...關於醫療費用核付之判斷，作為本件係爭疾病有無住院必要之論據。」³⁴，筆者認為現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第 15 條規定，保險醫事服務機構申報醫療服務案件，經專業審查有「治療與病情診斷不符」或「非必要之住院或住院日數不適當」等情形者，應不予支付不當部分之服務、又「全民健康保險醫療辦法」第 15 條亦有：保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：一、可門診診療之傷病。二、保險對象所患傷病經適當治療後已無住院必要。」等規定，雖均屬中央健康保險局（保險人）審查其特約醫院醫療服務項目、數量、品質之依據，與商業健康保險契約直接規範保險公司與要保保險人間權利義務之情形有別，但因商業健康保險所憑藉給付之理賠標準，亦同受特約醫院醫療服務項目、數量之

³³桃園地院 96 年保險字第 6 號判決。

³⁴宜蘭地方法院 97 年宜保險小字第 2 號民事判。

影響，且現行全民健康保險論量計酬的做法，與商業「定額給付醫療保險」論量計給相同，二者保險目的一致，支付之精神相符，上述相關規定，即適足以作為尋求合理之「住院必要性」內涵的補充規定。

三、劉宗榮教授進一步解釋，定型化條款因未訂入契約而以法律規定補充者，應「探求使用對象或使用對象圈對該定型化條款的一般合理解釋，並且以該一般合理解釋為標準，解釋定型化契約。」，所謂使用對象或使用對象圈應指「要保人以及其他潛在的要保人群」³⁵，此時，基於整個危險共同體之利益觀點，兼顧被保險人之利益與危險共同體保障之意旨，要保人以及其他潛在的要保人群於契約訂立時，應均期待保險公司於事故發生後能為誠信合理之給付，事故是否屬保險範圍，亦應由保險公司公平調查；若事故性質存有疑義，必要時，亦應委諸客觀公正的鑑定意見，故以醫療常規為「住院必要性」之內涵，應為「要保人以及其他潛在的要保人群」於契約訂立時之「一般合理解釋」。

2.6 小結

欲解釋「住院必要性」確有難度，誠如學者汪信君教授所言：「保險契約條款之各項約定實難以簡短文字將所有可能發生之各種權利義務關係加以詳細規範」，³⁶何況，「住院必要性」內涵背後代表著臨床醫療實務常規之所有總和，豈能三言兩語即將所有狀況規範明確，故對現行示範條款文字所發生的「不確定概念」，並非不能預見，且非保險人所擬文字疏漏所致，故法院自得以符合一般醫療常規之原則為補充條款內容之解釋。

³⁵前揭文第 122 頁，第 123 頁以下並說明美國的解釋方法為「合理期待原則」，本文不另行介紹。

³⁶前揭「保險法理論與實務」第 20 頁。

三、論量計酬制下住院適當性之探討

3.1 論量計酬制之風險

全民健康保險開辦以來，雖然增加了多數民眾就醫可近性，但健保支出也年年上升，究其原因，恐因制度設計所致，目前全民健保支付基準仍沿襲公勞保採論量計酬（itemized fee for service）之方式。論量計酬制，指按醫院提供的醫療內容與數量以及經健保局同意的支付標準作為健保局酬付醫院的支付制度，依據的是實際住院日數，而與病情輕重無直接關係，因此醫生看病越多，健保局所支付的金額也就越高（依據「全民健康保險醫療費用支付標準」，目前對一般住院病房診察費給付係依照醫學中心、區域醫院、地區醫院等不同層級，每日定額支付點數為310、297、257，此外，病房費與護理費亦因醫學中心、區域醫院、地區醫院等不同層級而每日定額支付相關費用。），論量計酬制度下，醫師不必考慮保險成本，容易增加服務密度與服務量數，同時，醫院因無須分擔財務風險，缺乏節約醫療資源的誘因，致易提供過度的醫療服務，促使醫療費用上漲。由於現行制度對醫師以及醫療院所提供了「誘因」，亦即住院日數與收入呈線性相關，因此對於住院的必要性與正當性產生球員兼裁判的角色混淆。上述情形，因為醫師為提高收入，對病人求診行為模式之影響，則易產生誘發病人求診的情況。故為改善健保虧損情形，除論量計酬的住院醫療採取事後抽樣審查方式進行外，健保局早在民國八十七年辦理牙醫總額支付制度³⁷、八十八年建立分局財務責任制，至九十年試辦西醫總額支付制度等。然而，實施總額支付制度並未落實於全體醫療機構，故論量計酬之影響仍然存在；且在總額給付的框架下，因財務面的風險已由總額制度限制住，健保局對於個案審查反而更行寬鬆。

以住院日數是否適當的問題而言，因商業定額給付醫療保險係以醫療院所提供的住院醫療服務為計算給付的基礎，病人住越久，可向商業保險公司請領越多，而該向商業保險公司請領保險金之醫療服務，也正是醫療院所據以向健保局

³⁷所謂總額制度，係以前一年醫療費用為基準，校正「人口風險因子」、「轉診型態」等相關因素後，由健保局與醫院協會或醫師公會訂定之。亦即，付費者與醫療供給者，預先以協商方式訂定未來一段期間內健康保險醫療服務總支出，以酬付醫療供給者所提供的醫療服務費用，並藉以確保維持健康保險財務收支之一種醫療費用支付制度。

申請核給費用之醫療服務，筆者稱此住久領多的現象分別為保險公司與健保局在論量計酬制下產生的共伴效應，此共伴效應為「定額給付醫療保險」在理賠管理上的潛在風險。

3.2 「住院日適當性」之研究

宋思霈女士著「住院日適當性研究—以台北市某區域教學醫院為例」(台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文，九十二年七月)第1頁談到研究的背景，有下述一段說明：「健保局曾指出，許多醫院被核減的原因大都因為住院申報日數過長；部分醫院由於病床擴充速度過快，導致空床率高，院方未獲得健保補助，對住院條件異常寬鬆，...利用健保資料庫分析1997-2001年住院案件，發現有11%案件數是「可預防性住院(preventable hospitalization)」，意即病患若接受較好的門診醫療照護，則可減少住診醫療」。本文提出論量計酬與住院日適當性研究之問題，目的在於說明商業健康保險「住院必要性」之問題，同樣存在於現行全民健保制度之下，但全民健保制度下被保險人住院日適當與否，可依相關辦法事後審查病歷，惟商業保險公司並無法規上相同之制度可資比附援引，故希望藉由對類此議題的相關研究，能引起讀者注意對照上述商業醫療保險「住院必要性」之問題。且由於「住院必要性」之爭執，全部發生在「定額給付醫療保險」的險種上，未曾發生在依收據憑付的實支實付型住院醫療費用保險上，究其原因，仍與論量計酬制度及商業健康保險本身的定額給付方式有高度關係。

故本節(三、)之目的，在承先啟後。承先者，希望能參照「住院日適當性」之研究資料，為「住院必要性」條款，提出文字上能更明確的建議修訂方案。啟後者，期待透過研究「定額給付醫療保險」之法律性質，對現行日額型「住院醫療費用保險單示範條款」也能提出一個在學理上可行的修訂建議。

3.3 適當性量表(AEP)之介紹

行政院衛生署中央健康保險局八十八年度委託國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所負責辦理「住院病患入院及住院日適當性研究—AEP本土化」之研究計劃(本文按：該研究報告僅供參考，不代表該署意見)，該計劃主持人為薛亞聖先生，計劃附件一第二頁對AEP之定義及其效用謂「在確認不適當入院(admission)及住院日(day of care)的研究中，常被提及的為1981年

Gertman 和 Restuccia 發展的 appropriateness evaluation protocol (AEP)，此工具是用來評量入院及住院日在醫療的必要性 (medical necessary)，以確認病患之住院服務是需由急性醫療機構及時的提供，而在發展過程中如同其他評量工具一般，是經由閱讀大量文獻，病歷整理及專家討論的過程，並經不斷的測試和修正後完成；在內容上，AEP 是由以下二部分所組成：a. 入院適當性 (16 項標準) b 住院適當性 (25 項標準)。經訓練之評量師及護理師 (reviewer)，以 AEP 評量入院及住院日適當性，其結果不論在方法學研究 (methodologic research trials) 或實務運用上 (operational use)，均有高度的信度 (highly reliability) 及臨床之效度 (clinically valid)。「由於 AEP 之信度、效度已為歐美國家所接受，故近年來有許多研究均採用它作為評量入院及住院日適當性之工具。」³⁸

該研究是以第一年探索性研究之結果為基礎，進一步評估 mAEP (modified appropriateness evaluation protocol) 在國內使用之信度、效度，嘗試了解國內不適當入院及住院日之原因並作跨國性之比較。研究設計是參照個案對照法 (case control study)，以三個月時間自健保台北、北區分局抽取申覆病歷 932 份，並以單盲技術 (single blind technique) 將影印病歷供本研究四位評量師、護理師，以 mAEP 評量，最後再請總局醫審小組之各臨床專科醫師依其專業判斷入院及住院日之適當性。研究結果以統計軟體分析後有以下發現³⁹：

1~3 (略)

4. 不適當入院原因以「任何診斷處置 (和) 治療應可於門診完成」之比率最高 (請詳表 1)，與國外研究相符。

5. 住院當日不適當原因以「當病人住院的目的已完成，不再需要急性醫療照護，卻疏忽讓病人出院」最多 (請詳表 2)，與國外研究結果並不完全相同。

另宋思霈女士上開論文之研究 (第 61 頁)，亦以 AEP 為統計工具，其結果，住院日不適當的原因，以科別來看，腸胃內科不適當的原因以「病人之病情，沒有留在急性醫院照護之必要」最多，此部份病患應該出院，不必再接受任何醫療服務。而一般外科也有相同之結論。(請詳表 3 及表 4)

³⁸前揭報告第 5 頁；受限於疾病複雜之特性，此量表僅適用於成人、內外及婦科病患，小兒、精神、復健及產科等科部則需另行發展適用之工具。

³⁹前揭論文之「摘要」說明。

3.4 住院日適當性之定義

由以上說明可知，採 AEP 評量工具，二次不同時間及單位對入院適當性及住院適當性之研究，統計結果均以病人病情門診治療即可之原因最高（「病人之病情，沒有留在急性醫院照護之必要」及「任何診斷處置（和）治療應可於門診完成」應為同義），故此結論可信度極高，而此原因難免不與在健保制度下被保險人可享受低廉的醫療資源且醫院或醫師並不負擔財務風險之誘因有關，故研究商業健康保險「住院必要性」之問題，即不應與論量計酬之支付制度切割。

重要者，何謂適當性，是負責醫務審查人員所必須具有的共同認識，宋思霏女士於其論文報告中第四頁引述美國德蘭公司對「醫療適當性」之定義，為「病患預期得到的健康益處，確實超過預期健康風險（patient's expected health benefits exceeds the expected health risks by a substantial margin）」稱之為適當。」，據此，筆者之解讀為：

適當者—不經由醫療而可能發生的健康上風險，大於經由醫療而可能獲得治癒之效益時，接受醫療之行為即屬適當。

不適當者—不經由（住院）醫療而可能發生的健康上風險，小於經由（住院）醫療而可能獲得治癒之效益時，則接受（住院）醫療，即屬不適當。

宋女士進一步說明：「住院適當性：需要持續且積極的醫療、護理，或輔助的治療，且是無法透過其他非正式的照護、日間照護、或門診即可提供的項目」，全民健康保險爭議委員會於「醫療爭議審議報導系列 34」第 19 頁，對有關「輕病住院之爭議案例」報告中指出，「保險病患因其病情之嚴重性，需接受住院之急性醫療照護，且此安全、適當之醫療照護是門診或非急性醫療機構所無法提供的。」，綜合上述對住院適當性之定義，其共同構成要件有二：

1. 需要持續且積極的醫療（即病情非輕微）。
2. 並非正式的照護、日間照護、或門診所可提供的治療。

上述二項要件，均為是否須使用住院醫療資源的判斷標準，對照本文 2.4 對「住院必要性」所定義之內涵為「醫療常規」，可發現醫療常規與上述二項要件若符合節，因醫療常規是「作為醫療服務品質是否適當或醫療資源是否浪費」之標準，超出醫療常規所認為必須者即屬不適當（表 5，特定疾病之住院基本要件一覽表

參照)。

3.5 小結—對示範條款的修訂建議 (1)

醫療常規為上位概念；非正式的照護、日間照護、或門診所可提供的治療，則為上位概念表現的具體結果，故試擬修訂條文草案如下：

「本契約所稱住院，係指被保險人因疾病或意外傷害事故，必須於醫院接受持續性積極的住院醫療照護，且此照護是非門診或慢性醫療機構所能提供者。」此項建議條文，應較現行「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。」更為具體表現醫療常規之精神，至於：

1. 「正式辦理住院手續」乙句，因只是手續問題，與醫療常規無關，建議不予保留。
2. 「確實在醫院接受診療」者，為「持續性積極的住院醫療照護」的當然解釋結果。筆者認為，若請假而不影響其治療之連續性者，自不妨礙「住院必要性」之認定，若有異常請假情形，自被保險人申請之住院日數中扣除⁴⁰，亦為「持續性積極的住院醫療照護」當然的解釋結果，豈有不具備「住院必要性」時，因「確實在醫院」即反成為具有「住院必要性」，故均建議刪除之。

⁴⁰台灣高等法院 89 年保險上易字第 2 號判決。

四、中間性定額給付醫療保險

4.1 序言

本文除探討「住院必要性」爭議所關聯到的醫療專業外，因實務上發現不論於保險公司內部受理的申訴案、保險業發展中心，甚至雙方當事人訴諸法院，所涉險種，均為本節要討論的「定額給付醫療保險」，原因概為此險種於保險事故發生後須依約定之保險金額以定額給付，故有謂「定額給付醫療保險」之給付方式並不論被保險人實際損失之多寡。筆者因身為實務從業人員，對此結論稍有不同想法，因此種保險為晚近十年崛起熱銷之高密度服務商品，且其熱銷背景率與我國全民健保制度有關⁴¹，多數民眾透夠此社會性強制保險大幅提高其就醫便利性，且民眾只須負擔掛號及部分負擔之費用，但民眾罹患傷病時尚有其他無法以單據提供證明之損失，則對商業醫療保險之需求，遂逐漸接受以定額統籌概算之方式，於住院事故發生時，加以分攤消化損失⁴²。

有問題者，因全民健保支付標準仍屬論量計酬，與此類保險定額給付方式發生共伴效果後，加深了此類保險隱藏高度道德危險之疑慮。第三節已就論量計酬制下住院適當性問題作基本探討，本節則將就「定額給付醫療保險」之契約性質加以分析，並擬就何謂「中間性保險」提出與目前學界通說不同的觀察。

4.2 「損害保險」與「定額保險」

所謂保險的標的，是指保險契約內所約定保障的客體，也可說是保險的對

⁴¹「補充性健康保險與全民健保搭配的影響效果分析」第 446 頁：「在定額給付保險之保費為精算公平 (actuarially fair)，或者說，保險公司之預期利潤為零的前提下，代表性個人將會購買全額的補充性保險，而讓個人的財務風險降為零。由於個人是風險趨避者，在強制性全民健保之外，開放個人購買定額給付型的補充性健康保險，對於個人而言是有利的。」

⁴²定額給付住院醫療成本主要由兩個因子組成，一是年度住院發生率 (frequency)，一是住院發生時的平均理賠額 (severity)。例如，若某一年齡及性別的住院發生率為 10%，平均住院期間為 7 日，因此每日 100 元住院給付之年度住院成本為 70 元 ($=10\% \times 7 \times 100$)。從以上得知，對商品精算角度而言，最重要的莫過於各年齡及性別之住院發生率及平均住院日數經驗資料的獲取 (保險定價中年度住院發生率定義為年度住院件數/年中人口數)，而定價資料獲取的主要來源包括行政院衛生署編制的「全民健康保險醫療統計年報」、財團法人保險事業發展中心編制的「台灣壽險業個人醫療保險年度經驗損失率研究報告」及「公司過去的經驗值」，故現行住院醫療保險商品與健保資料息息相關。示範條款文字之修訂結果，應仍在精算成本的範疇內，惟為謹慎計，仍應由專業精算人員審視之。

象。所以，如果從保險標的本身的不同區分保險契約的種類，我們可以將保險契約分為二類，一類是財產，另外一類則是自然人的身體。現行保險法第十三條第一項規定：「保險分為財產保險及人身保險。」故保險法上是以保險標的為區分，而有「財產保險」及「人身保險」之別⁴³。但目前學說認為應以保險契約計算給付的基礎，將保險契約區分為是否能以金錢估計填補保險標的所受具體經濟損失的「損害保險」，與無法以金錢計算之抽象損失的「定額保險」，始能彰顯不同保險契約各具的性質與功能。

「損害保險」，填補保險標的所受經濟上損害為範圍，故應以保險價額為填補上限，被保險人所獲補償大於所受損害，則違反「不當得利禁止原則」。「定額保險」，非得以金錢計算抽象損失的保險契約，其功能不在填補標的之經濟損失，只能按訂定契約時約定之保險金額為給付，其保險標的損失之多寡無法實際計算。前者，在保險價額為限度下，給付金額依勘估之實際損失，或增或減（但仍受保險金額之限制）。後者，依保險金額給付，不得增減。

4.3 複保險規定之適用範圍與損害保險

保險法第三十五條至第三十八條規定有關複保險原則之適用，是否亦包括人身保險契約，不論在司法實務或學說上歷來向有爭議，司法院大法官於民國九十三年針對此項爭議作成釋字第 576 號解釋，解釋文謂複保險「係基於損害填補原則，為防止被保險人不當得利、獲致超過其財產上損害之保險給付，以維護保險市場交易秩序、降低交易成本與健全保險制度之發展，而對複保險行為所為之合理限制」、「人身保險契約，並非填補被保險人財產損害，亦不生類如財產保險之保險金額是否超過保險標的價值之問題，自不受保險法關於複保險相關規定之限制。最高法院 76 年台上字第 1166 號判例將上開保險法有關複保險之規定適用於人身保險契約，對人民契約自由，增加法律所無之限制，應不再援用。」故知複保險制度之主要目的，係在於防止被保險人利用投保超過所受損害金額的機會，以獲得實際損害以外之不當利益（利得禁止原則）。人身保險在學說上既然「大部分」可歸類為定額保險，其非填補被保險人財產上損害，自不屬於複保險

⁴³若以評價保險標的損失程度之時點區分，保險法第五十條第三項規定，保險契約分為定值保險與不定值保險。

相關規定適用之範圍內。惟人身保險之各項契約與保障範圍，是否「全屬」大法官會議解釋文中所述皆非以填補實際損害為目的，則非無疑。尤其保險給付如用以支應因人身健康受有損害而所需醫療費用之支付時，其醫療費用仍屬可得估計之損害，是否當即無利得禁止原則之適用，即非無疑。

4.4 學說的中間性保險

中間性保險，江朝國教授主張「須注意者，於人身保險中亦有屬於損害保險之性質者，例如健康保險或意外傷害保險中之醫療費用保險，其目的僅在補償被保險人因治療疾病所產生之費用，被保險人不得因疾病或受傷受治療而獲不當得利，故複保險...之規定，於此亦得適用之，因此學說上稱之為『中間性保險』。於人身保險中區分其是否為定額保險或損害保險之關鍵，在於確定其保險契約之目的是否在『費用之補償』。若是，則為損害賠償，有關損害保險之規定應適用之。」⁴⁴「凡財產保險...必屬損害保險，而人身保險中亦有屬損害保險者，將保險絕對性區分為財產保險和人身保險，而區別有關不當得利禁止原則法條適用之範圍，並非妥當。定額保險只適用於無價之身體生命為保險標的之人身保險固屬當然，人身保險卻非必為定額保險，故可依其性質分為以填補具體損害之『損害保險』及以填補抽象損害之『定額保險』。因此傷害保險和健康保險屬『中間性保險』，並不因其屬人身保險之範圍即完全不受損害保險有關規定之適用。」⁴⁵

林群弼先生認為我國保險法第十三條將保險分為財產保險與人身保險，事實上財產與人身保險並非完全處於對立狀態，人身保險中尚有中間性質之保險（健康保險、傷害保險等），應從人身保險中劃分出來。因此建議修法時應將保險契約分為：

1. 損害保險契約：以填補具體損害為目的，有複保險適用。
2. 生命保險契約：以填補抽象損害為目的，因無不當得利之問題，故無複保險規定之適用。
3. 中間性保險契約：兼以填補具體損害及抽象損害為目的，...健康保險、傷害保險等「中間性保險契約」，其具有填補具體損害之部分，例如住院費、手

⁴⁴江朝國教授「保險法基礎理論」第93頁。

⁴⁵江朝國教授前揭書第95頁。

術費、醫療費等，因有不當得利之問題，故有複保險規定之適用。⁴⁶

汪信君教授、廖世昌先生著前揭書第 85 頁：「如要保人以同一被保險人投保數個實支實付型醫療保險，於損失發生時，各保險契約之保險金額已逾醫療費用之數額時，要保人隱匿其投保數保險契約之事實而分向多數保險人申領逾損失額度之保險給付，違反損失填補原則獲致不當利得，故此類保險亦應為複保險適用之範圍。」文中雖未使用中間保險之名詞，但對於人身保險契約中仍有屬於損害保險而仍應包括在複保險規定之適用範圍，是持肯定見解。

4.5 大法官會議解釋文尚待解決之問題

大法官釋字 576 號文解釋「人身保險契約，並非填補被保險人財產損害，亦不生類如財產保險之保險金額是否超過保險標的價值之問題，自不受保險法關於複保險相關規定之限制。」，惟上述學說已肯定人身保險中，若依其性質為具有填補具體損害之『損害保險』者，並不因其屬人身保險之範圍，即完全不受損害保險有關規定或原則之適用，但解釋文未細分出仍屬填補損害之「中間性保險」，致有凡屬人身保險即不屬複保險適用範圍之誤會，影響所及，保險公司對中間性保險亦不得主張複保險，雖就「實支實付型醫療保險」而言，已有多數學說主張其為「損害保險」之本質而仍屬複保險適用之範圍，但遇有被保險人投保數個「定額給付醫療保險」時，因其累計的定額給付易超過實際所受損失而有不當利得之虞，於保險事故發生後，因保險人往往受限於舉證之困難，而無法主張免責。故如未得適用複保險相關規範時，究應如何預防因重複投保所生之道德危險，仍屬不論實務上抑或學說上尚待解決之難題。

4.6 「定額給付醫療保險」之契約性質

我國保險法第一二五條規定：「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。」，即健康保險之保障內容分為：一、疾病。二、分娩。三、因疾病或分娩所致之殘廢。四、因疾病或分娩所致之死亡。前列一、二項，以補償醫療費用之損失為主要目的，可稱為單純的健康保險；第

⁴⁶張詩婷著「商業健康保險重複給付問題之研究」，逢甲大學保險學系碩士班論文第 27 頁、林勳發先生，「保險法論著譯作選集」第 101 頁。

三項為補助被保險人喪失機能後精神上及生活上各項損失，屬殘廢保險；第四項，補償喪葬事宜及提供遺屬生活之保障，則屬於人壽保險（可見健康保險為一綜合性的保險商品）。「定額給付醫療保險」因為以補償醫療費用為目的，與「實支實付型醫療保險」均屬單純的健康保險，單純健康保險計算給付基礎方式有二種，一種實際計算其損失，一種是統籌概算其損失。

4.6.1 「實支實付型醫療保險」之標的

欲了解「定額給付醫療保險」之契約性質，可從其保障之保險標的說明，本段先以實支實付型醫療保險為例，說明實支實付型醫療保險之保險標的，以方便對照了解「定額給付醫療保險」之契約性質。實支實付型醫療保險為保障被保險人因為受傷或罹患疾病求診後所實際支出之金錢損失，顯然地，保險的標的是被保險人收入或財產的完整性，故被保險人支出之部分等於其財產或收入減損之部分，則於保險事故發生後，由保險公司就該減損部分負損害填補的責任。有謂實支實付型醫療保險之標的為被保險人身體健康之完整性，雖不能盡予否定，惟若果如此，則保險的標的即為抽象的客體—健康的價值，其如同人身（命）價值，無客觀的標準可供估算，則此險種所計算給付的基礎將成為「定額保險」，與現行被保險人須以醫療費用收據證明其財產損失之實際做法不符，且被保險人罹患傷病，但若未因傷病求診時，縱發生費用，亦不屬實支實付型醫療保險的保險範圍內。故保障客體為一健康的說法並不可採。

4.6.2 「定額給付醫療保險」之標的

承上，實支實付型醫療保險標的為被保險人收入或財產的完整性，而當被保險人於投保定額給付醫療保險後，因為受傷或罹患疾病求診所遭受金錢上之損失，除支付醫療院所醫療費用外，尚有輔助治療費用、看護費用、特殊材料費用（向其他藥局、藥商購買）或其他必要費用等，更重要者，被保險人亦將減少收入而蒙受財產損失，目前人身保險商品市場上，有所謂失能所得補償保險，「探究失能所得保險，應以補償因疾病或意外事故，造成不能工作的損失，對其實際工作收入予以補償，因此其本意為填補其收入損失，保險利益為經濟上之利益，

失能前工作收入，可用金錢估計而得，因此應適用損害填補與複保險原則。」⁴⁷，而「定額給付醫療保險」在補償被保險人收入損失的功能上，或可稱作微型的失能保險，此從定額給付醫療保險依住院日數長短決定給付金額多寡，而不論疾病之大小嚴重可證。故定額給付醫療保險與失能保險同，均具損害填補之性質。

4.6.3 統籌概算制

全民健保給付制度中仍有被保險人須支付部分醫療費用之機制，保險公司為了因應民眾住院就醫時支付所有種類費用之需求，故設計出簡單易於計算給付的「定額給付醫療保險」，以填補被保險人就醫實際支出之其他費用已如前述。「定額給付醫療保險」不若實支實付型醫療保險必須計算複雜的醫療費用分項明細，故定額給付醫療保險商品自全民健保實施後，持續受到投保大眾的青睞。此類商品在給付基礎計算上乃以概算方式，在「形式上假設」、「推定」，甚且是「擬制」或「視為」保險公司所為之給付金額已實際填補被保險人醫療損失，即不考慮個別案件支出費用若干。

須強調者，此統籌概算的觀念雖有定額給付保險金的外觀，惟其與殘廢保險及死亡保險不同者，殘廢保險所保障者為人體機能健康的完整性（雖部分有兼及收入損失），死亡保險者，為人身生命的價值，均屬補償抽象的損失，而因所補償者，為金錢無法估計的損失，並無統籌概算的可能。學者認為定額給付者，依被保險人繳納保險費能力之高低定保險金額之大小，縱被保險人所獲之保險給付用以代替喪失的收入，或用為看護或其他必要費用之支付，但定額給付之額度，仍非以上述支付用途及數量決定，故定額給付之契約，實非填補經濟上可得估算之損害。但本文淺見，定額給付醫療保險，因將具體的費用支出或收入減少等損失統籌概算其金額，解釋上仍屬補償經濟上可得估算之損失，此與學說認為因保障人身之身體、生命、健康之價值及完整而無客觀可供估計之經濟價值，是凡屬定額給付者即非在填補損害的觀念確有不同，不同之處，統而言之，被保險人因傷病住院之經濟損失，均統籌概算給付，與不能概算損失之死亡保險不同。

⁴⁷張詩婷著前揭文第 43 頁。

4.7 新的中間性保險

目前學說既然依損失之性質是否在經濟上可否估計其價值，將保險契約分為「損害保險」及「定額保險」，為貫徹此邏輯，筆者認為人身保險契約中屬於損害填補之性質者，如實支實付型醫療保險，於分類上即僅屬「損害保險」，無分類為「中間性保險」之需要，申言之，因其填補損害，實支實付型醫療保險即應單純為「損害保險」；惟若以保險法上之標準區分，此類保險即稱為「人身保險」，學說稱實支型保險具中間性者，僅因分類標準不同，其本質並無「中間性」。

本文意見所謂新的「中間性」，應從保險「契約性質」與「契約計算給付的基礎」二方面說明，目前學說認為屬「損害保險」者（契約性質），均為保險事故發生後，勘估實際損失之金額（契約計算給付的基礎），保險給付不得超過保險金額。「定額給付」者（契約性質），一律依事故發生前約定之保險金額給付（契約計算給付的基礎）。換句話說，「契約性質」與「契約計算給付的基礎」間有必然之聯結，依事前約定之保額給付者，不屬損失保險，定額保險者，與實際具體損失無關。筆者主張所謂之中間性，係指上述之聯結切斷，即本質上雖屬「損害保險」，但其給付計算基礎卻以契約訂立時所約定之保險金額給付（「定額保險」之性質），此類契約兼具有「定額給付」及「填補被保險人實際損失」之性質，始屬「中間性保險」，因其將損失統籌概算之故。而目前實務上之保險商品僅有「定額給付醫療保險」屬之。此類保險雖亦有定額給付之外觀，但卻較具有損害保險的本質。

4.8 小結

大法官解釋定額給付之人身保險並非複保險規定適用之範圍，對歷來疑似道德危險「金手指」案件之訴訟爭議確有止紛息爭之效果，但對「定額給付醫療保險之中間性保險」，即未見進一步說明。學說上討論所謂亦得適用損害填補或複保險原則之中間性保險，亦僅將範圍限縮在實支實付型醫療保險，惟因該險種申請理賠時，須由被保險人提出原始醫療費用收據憑證，始得辦理，故該險種於實務上反而易於客觀執行損害之填補，而不致有超額給付⁴⁸，從而，實支實付醫療

⁴⁸「人身保險商品審查應注意事項」第48點及第57點分就被保險人提供原始醫療收據有例外之規定，因非本文研究範圍，故不予討論。

保險並未受惠於學說之主張，所謂「住院必要性」之爭執，亦非屬實支實付醫療保險之範疇，其原因在此類給付，本完全受保險金額之限制，並無「中間性」之爭執。至於，同屬填補被保險人看護費用或收入減少之「定額給付醫療保險」，因其須依照事前約定之保險金額為定額給付，於大法官解釋後無複保險原則之適用，雖已無爭議，筆者所顧慮者，縱無複保險原則之適用，非即無道德危險之考量，醫療保險採定額給付者，因損失仍有統籌概算之方式，其損失範圍非不能客觀測定，如何做到評量是否有不當利得，則是目前商業醫療保險面臨之課題。

五、重複投保定額給付醫療保險

5.1 序言

屬（新）中間性之定額給付醫療保險，若投保過多同類的保險，於保險事故發生前，被保險人易生道德危險。於保險事故發生後，因具有填補被保險人收入或財產減少損失之效果，應注意被保險人是否因多數同類定額保險契約之給付，導致超過較實際損失為高之超額補償而有違不當利得禁止之原則⁴⁹，但 576 號解釋文本身並未指出一個符合法律程序或契約要件之方法，以控制重複投保定額給付醫療保險所生之道德危險。本文緒論中也提到被保險人重複投保「定額給付醫療保險」時，住院必要性之理賠爭議，即受其道德危險之推波助瀾，故「定額給付醫療保險」及「契約危險事實」二項議題，共構出「住院必要性」之爭議。是以，本文擬試行以定額給付醫療保險之中間性的角度出發，思考如何在不妨礙契約自由之原則下，尋求一個解決的方法，以防範可能發生的道德危險，進而維護保險市場的交易秩序、降低交易成本，職是，筆者站在實務的立場，擬於本文最後提出對現行示範條款修訂的建議。

5.2 「契約危險」與「隱藏利益 (Secondary gain)」

若要保人採分向數保險人密接投保之方式，因各保險人在新契約核保時，往往無法詳知該被保險人所有投保之累計金額，因此仍可能發生保險給付仍超過實際醫療支出之狀況，則意圖促使保險事故發生之道德危險，即易隨著被保險人投保同類型保險契約的個數及保險金額增加而增加，學說上以「契約危險」(Vertragsgfahr) 稱之⁵⁰。

目前保險實務上經常發生要保人及被保險人利用業界保險通報的時間落差，短期密集投保多家保險公司同類型的定額給付醫療保險，再利用部分醫療院

⁴⁹「金手指」，自民國 82 年石○喜案開始，至定額給付醫療保險自 89 年逐漸熱銷起為止，終至銷聲匿跡，定額給付醫療保險取而代之。筆者經驗中，曾有購買定額醫療給付日額每日達六萬元者，類此案件均以腹瀉、頭疼、發燒、腰部扭傷、腦震盪等原因住院，每年領取可觀之保險金，此實為大法官解釋人身保險不再適用複保險之規定後，金手指案件卻仍然未再死灰復燃之故，也是宜蘭○氏家族，可在四年內分向八家保險公司領取曾達約一千五百萬元之故。

⁵⁰汪信君教授著「論定額給付保險重複投保與契約危險事實」，保險專刊第 54 期 160 頁。

所經營業務來者不拒的心態，誇大傷病的嚴重性住院多日（例如謊稱不慎跌倒或受傷，致腰部疼痛、頭暈，因醫學上並無方法可以測定疼痛或暈眩程度，被保險人即可誇大自覺症狀而長時間住院⁵¹，甚或偽稱發生保險事故⁵²，進而向各家保險公司申請保險給付，某些不肖保險業務員及醫療院所人員甚至相互勾結，形成詐領保險金集團，同時從商業醫療保險及全民健保獲利。以民國 94 年間發生台南、高雄縣市之高日額醫療險詐騙案來看⁵³即具備前述所有之要件，使得保險公司經營定額給付醫療保險業務面臨相當之風險，未來若不能提出有效防制對策，則恐定額醫療保險給付之黑洞將成為保險公司業務經營上之不確定風險。或許於訂約目的或契約存續期間，被保險人並無故意致保險事故發生之行為，但確有因數契約締結之情形而過度誇大或浮報其住院情形藉以請求超過必要醫療之給付，此時保險公司於日後舉證上仍多難以舉證證明該申請理賠係出於詐欺等意圖而難以遏止此類情事之擴大。

在醫學領域中，患者會根據他個人醫療當時需要被滿足的心理動機做不同的病徵表述，動機中滿足患者內在需求的叫做 *Primary gain*，例如病患會覺得他如果罹患某疾病，對於他沒有能力執行某件工作之事就有解釋之理由，此類需求也常見於轉化症患者，譬如認知攻擊他人將惡化人際關係，故長期壓抑，但又違背自己內心衝動的攻擊慾望，最終竟得到右手背無法舉抬的病症，臨床上有媳婦因與婆婆不合而患此症的例子。*Secondary gain* 指的是病患具有的外部動機，如生病可以不用上班、生病可以不用當兵、不用服監，還有生病可以領保險金等（benefits associated with illness），此類動機如果發生在原本即無疾病發生之情形時，在臨床上可被診斷為 *malingering*，偽病。而保險上所謂的「契約危險」，在臨床治療上，就是所謂的「*Secondary gain*（隱藏利益）」。

5.3 契約危險事實增加與對價平衡關係

中間性保險既仍具有損害填補之性質，若遇重複投保的契約危險事實者，是否可解釋為保險法上危險增加之意義，學者間應尚未討論。江朝國教授於其所著「保險法基礎理論」中第 268 頁說明，「所謂危險增加，指為保險契約基礎之

⁵¹台中地院 93 年中保簡字第 25 號判決、台中地院 93 年中保簡字第 32 號等判決。

⁵²台中地方法院 94 年訴字第 2804 判決。

⁵³台南地院 95 年矚重訴字第 1 號判決。

原危險狀況改變為嚴重對保險人不利之狀況。據此加以分析，得由其三大特質（一）重要性（二）持續性（三）不可預見性詳細述之」，惟該節中對危險增加之三項特質中，並未對主觀道德危險增加是否屬於危險增加之範疇有特別說明，觀該三項特質條件表面字義，所謂「契約危險事實」與該三項危險特質，似無不合之處，但畢竟內心道德危險之增加屬高度抽象，不易據此評量當事人間權利義務變動狀況，依江朝國教授之見解，似乎應以增加之危險達影響訂約當時所存之「對價平衡關係」者始足當之，但所謂對價平衡者，是否包括「契約危險」之評估？即「契約危險」是否屬於保險法第五十九條規定之「要保人對於保險契約內所載增加危險之情形...」，應有討論空間。

5.4 保單條款上增列雙方當事人特種義務條款

因新中間性保險為定額給付之故，所以不適用複保險之規定，而重複投保同類型定額給付醫療保險時，契約危險事實增加，但因屬被保險人內心主觀狀態，故無法依據一般核保程序或客觀條件測定其危險程度，故將影響保險公司是否承保或繼續承保之意願，此為締約與否的決定（動機），所以契約危險的增加屬於「重要事項」(material fact)，但若「契約危險」之增加不屬保險法第五十九條規定之範疇，思考如何有效防止「契約危險」，或可根據保險法第六十六條：「特約條款，為當事人於保險契約基本條款外，承認履行特種義務之條款」，及第六十七條：「與保險契約有關之一切事項，不問過去現在或將來，均得以特約條款定之。」之規定而從修訂保險契約條款著手。筆者認為可考慮在保險契約上增列通知義務條款⁵⁴。可行性之理由在於保險契約雖屬定型化契約，但因保險契約法為任意法，除有法律明文限制外，契約雙方當事人非不得就重要履約事項另行約定，即保險契約得另行約定當事人除法定義務外應履行之特種義務，而契約危險事實影響交易與否之決定，屬重要履約事項，其理甚明，惟在定型化契約原則的制約下，如何不增加一般要保人或被保險人在保險契約上承擔之義務，又能賦予保險公司防範道德危險的公平合理條款，則是目前重要的課題。因此，本文擬試就人身保險契約中之定額給付醫療保險，討論通知義務條款的可行性。討論

⁵⁴張永健先生著「人身保險有無複保險之適用」專論，保險專刊第59輯第154頁以下。張永健先生認為可透過修改保險法增加要保人通知之義務，以防制意圖詐領保險金而為複保險。

前，則必須先就重複投保定額給付醫療保險與保險法上若干概念或規定做一比較分析，茲簡述如下：

5.4.1 重複投保定額保險之通知義務

以重複投保做為應通知之事項，對保險人而言，其作用在於：（一）確保擁有拒絕承保之機會。（二）不喪失其減少自己負擔額之機會。（三）參考他保險之內容以決定自己之契約內容及後續之措施。（四）確保事故發生時，與他保險人共同調查損害及決定責任範圍之利益⁵⁵。保險人於收到此危險通知後，應就自身承保意願或條件再為一次評估，並將評估結果通知要保人或被保險人，以使要保人等確知保險契約效力是否受到影響⁵⁶。

5.4.2 重複投保雖為重要事項，但列為告知事項，仍受因果關係判斷之限制

前段已說明重複投保定額給付醫療保險，係保險人估計危險時之重要事項，故有論者認為重複投保之事實既屬重要事項，保險契約成立時，要保人即應將其告知保險人。但我國保險法第六十四條第二項但書明訂：「但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」此即一般所謂因果關係之限制，因此重複投保定額型醫療保險之事實縱可歸類為投保時應告知之事項，還是可能因事故之發生與未告知重複投保事實間難以舉證有因果關係之存在而不生解除契約之結果（例：被保險人胃炎或感冒與投保高達每日二萬元之定額有因果關係否），故以重複投保事實做為契約成立時應由要保人及被保險人負告知義務之事項，仍無法有效消弭其誘使被保險人誇大住院情形而請求保險給付（道德危險屬主觀內心之想法，於被保險人意圖促使保險事故發生或發生後使其範圍擴大之情形下，被保險人自不會承認有此意圖，而一般醫院亦不願於保險公司人員查證時，舉發被保險人不需接受住院之治療方式，因此保險公司通常難以舉證因果關係之存在。）

5.4.3 違反通知義務，保險公司可終止保險契約

重複投保之「契約危險事實」或重複投保後之意圖詐領保險金等問題屬心

⁵⁵李欽賢教授著「論人身保險契約重複投保時之通知義務或告知義務」，月旦法學雜誌，第79期第200頁。

⁵⁶汪信君教授前揭論文第172頁，亦認為不論就誠實信用原則、保險制度或契約危險事實之控制而言，倘如定額給付保險契約中有關重複投保通知義務之規定時，仍宜允其效力。

理危險，無法依大數法則測定，若保險人高估，則對要保人有失公允。為慎重起見，本文以為不宜遽予採行與違反告知義務或通知義務相同之法律效果（解除保險契約）；另觀保險法第六十條有關要保人因保險標的危險增加之情形，保險人至多亦僅得終止契約。同理，如因契約存續期間而有契約危險事實之問題時，條款上宜採行賦予保險人得於一定期間內終止契約之設計，且此終止權利係因危險程度變化而產生，與保險事故發生與否無關，故終止之權利，在此可不受因果關係之限制。惟如未為通知，則仍應回歸類如保險法第五十七條，尤其應以故意違反該項義務為主觀構成要件，而使保險公司得於此情形下，縱保險事故業已發生，仍得因要保人未及時行使終止權而得主張解除契約為是。

5.4.4 是否因增加要保人契約上義務而顯失公平

保險契約屬對待給付之雙務契約，當事人得依契約自由原則於保險契約中約定當事人於契約存續期間履行特定事項之義務，至是否構成保險法第五十四條之一第三款加重要保人等之義務而顯失公平，本文以為仍須視條款具體內容決之，不宜僅以其係增加要保人之義務，即遽予認定顯失公平。另按民法上有關履行契約之義務種類，大體上分為主義務與附隨義務二類。主義務者係當事人為達成契約目的所為之給付，以保險契約而言，要保人之主義務為繳納保險費，並以此為對價交換保險人承諾於保險事故發生時履行給付保險金之主義務。附隨義務之目的則在規範當事人間如何透過履行契約以達成契約目的，包括要保人對危險增加或事故發生之通知義務、要保人於契約成立時之告知義務、財產保險之複保險通知義務等，均可認係我國保險法上規範之「法定附隨義務」的具體表現；至依契約自由原則所約定之附隨義務可稱之為「約定附隨義務」，以別於法定的主義務及附隨義務。

據上可知，並非在保險契約中存在著要保人或被保險人之通知義務，即因此增加要保人或被保險人之義務，進而認定為顯失公平。增加通知義務之議，為維護保險契約當事人資訊之對等充分，要求要保人欲重複投保同種類定額給付保險契約時，須負通知保險人之義務，以提供前保險人參考他保險之內容，進而決定自己之契約內容及後續措施等機會，此目的應屬正當，應無不公之情形。

至於為避免通知義務條款違反消保法第十二條及保險法第五十四條之一顯失公平之相關規定，本文認為通知義務條款之擬定，若能把握下列原則，應即不

致有加重要保人或被保險人契約上義務之情形：

- a. 限定於一定期間內之重複投保並於契約條款明確約定該項義務之履行，同時揭露其影響契約存續之標準後，要保人始負通知義務，以免無限擴張要保人之通知義務。
- b. 通知義務違反之效果不得比照保險法第三十七條規定，賦予保險契約無效之效果。
- c. 保險公司於收到通知後，若認影響承保意願，應於一定期間內為終止契約之意思表示。
- d. 對於終止前所發生之保險事故，保險公司仍應依約給付保險金。

5.5 通知義務條款是否違背大法官解釋

大法官會議解釋既然僅要求人身保險人不得逕以保險法第三十七條的規定主張複保險契約無效，則若保險公司改以約定方式，以契約明文載明約定通知義務及其違反之效果，而於締約當時賦予要保人檢查或閱讀條款之機會，要保人知悉須負擔通知義務後，由其依自由意思決定是否仍提出要保，則締約之自由，解釋上應已受到保護，即無大法官解釋文所顧慮之情況。

須強調的是，複保險制度所欲排除者，僅在防止財產保險之被保險人藉由超額複保險獲得不當利益，並非立法否認人身保險契約有因重複投保而生道德危險之事實。重複投保數個定額給付醫療保險，將因危險過度集中而易肇致道德危險，則以約定方式增加要保人或被保險人的通知義務，要保人於一定情況下之違反，始須負某種契約上之不利益，此與直接賦予保險公司率爾依法主張契約無效之情形有別，故通知義務之增列，本文以為應尚無違反大法官釋字 576 號解釋，且被保險人所得請求之給付，並未同時受複保險相關規定如保險法第三十八條之規範，亦無違該解釋文之意旨。

5.6 通知義務條款內容，借鏡外國成例

日本——他保險之通知義務

保險契約上他保險之通知義務係指要保人於保險契約訂立後有與他公司間訂立同種之保險契約時，負有事先通知前一保險人，請求其同意之義務，此可稱之為「他保險之通知義務」、「複保險之通知義務」。關於他保險之通知義務，日本商法並無明文規定，而是在一般保險契約中之條款予以約定，茲將日本損害保險公

司之傷害保險一般保險條款介紹如下：

第十二條（複保險之通知義務）

保險契約訂立後，要保人或被保險人訂立複保險契約者，應事先於知悉有複保險契約時，立即以書面向本公司提出說明，請求同意批註於保險證券上。

第十六條（保險契約之解除）

本公司知有第十二條規定複保險契約之事實時，就其事實不問是否收受同意批註請求書，均得以書面向保險證券所載要保人之住所發送通知，解除保險契約。依第一項解除之情形，對於第十二條規定複保險契約之事實發生以後因事故所生之傷害，本公司不給付保險金。如已給付保險金者，本公司得請求其返還，不受第十七條（保險契約解除之效力）規定之拘束。

本公司基於第一項之解除權，自本公司知其事實之日起三十內不行使而消滅⁵⁷。

另同條款第十條第三項規定將「承保身體傷害之其他保險契約或特約」定義為「複保險契約」。雖日本亦承認他保險之通知義務，但日本損害保險公司之傷害保險一般保險條款以違反他保險契約之通知義務構成解除保險契約之理由，保險人因此得予免責之規定，不無對要保人一方失之過嚴之情形，因之，當具備條款所訂之要件時，是否應解為保險公司具有解除權，進而承認保險公司免責之效果，不無探討修正之空間。

5.7 通知義務不因通報制度而免除

保險法第六十二條就當事人之一方不負通知義務的情形規定為：一、為他方所知者；二、依通常注意為他方所應知，或無法諉為不知者；及三、一方對於他方經聲明不必通知者等三款。故有主張在目前各人壽保險公司得利用壽險公會通報系統通報被保險人投保定額給付醫療保險之狀況下，要保人及被保險人即不負重複投保之通知義務。

因核保作業的日益進步，一般於一定金額以下的申請投保件，即所謂的標準件，保險公司於受理後短時間內即可承保完畢，事後再依據相關通報作業辦法通報至壽險公會，供其他保險公司於核保需要時之參考。故壽險公會之通報作業，係承保在前，通報在後，此中間因大量資料的比對，通報必有一定之作業時間，

⁵⁷中西正明先生撰著，財團法人保險事業發展中心出版「傷害保險契約之法理」一書第六章「他公司契約之通知義務與德國疾病保險判例」第 205 頁以下。

因此易為有意躲避通報系統偵測之人所利用，例如，通報之時間差的問題，若要保人短期密集投保，甚至於同時投保，則各保險公司即因尚無通報資料，而分別予以承保，若因契約上不得有通知義務制度之設計，同類型保險契約一旦有效成立，保險人即不得對契約效力異議，將無法有效防堵道德危險之發生。

保險法第六十二條所規定者，僅就當事人一方已知原應通知之事項，或就該事項依通常注意為應知，或無法諉為不知時，免除他方之通知義務。蓋一方既已知悉，為履約經濟之故，他方當然不須再行通知。但當事人之一方是否知悉應通知之事項，為一事實認定問題，故保險法第六十二條之立法考量，應僅著重通知事項是否已被受通知之一方知悉或不可諉為不知之實然面而已。筆者認為，保險公司固然在核保階段應本其專業善盡查證義務，然而不應因為有通報制度之存在，而當然課以保險公司徹底查明要保人是否投保達到保險人所不願承保的「契約危險」程度之義務，並進而免除要保人一方之通知義務。蓋若不作此解釋，在核保實務上，由保險公司先確認通報系統中是否有個案之通報資料，此固無疑問，若無，但為調查是否有時間差，於被保險人形式上已符合標準條件（指保險危險事實）之所有申請投保案件，仍不得承保，尚須由保險公司於同意承保前或契約成立之後，逐件查詢要保人是否漏未通知其於時間差內重複投保同種類定額型醫療保險契約（指契約危險事實），如此，勢將明顯增加不必要的作業成本，其導致之成本增加，勢必又轉嫁至全體保戶承擔。惟仍應注意者，如同一被保險人分別與同一保險人締結數定額保險契約之情形，則此時即有保險法第六十二條第一款之適用，而要保人或被保險人即無需履行該項通知義務。

5.8 小結—對示範條款的修訂建議（2）

綜上，有關新增要保人及被保險人重複投保之通知義務，其建議條款共三條，茲建議如下：

第XX條（重複保險之通知義務）

「自本契約訂立後二年內，要保人或被保險人於重複投保其他保險公司與本契約同類型定（日）額醫療保險契約者，應於該契約成立後立即通知本公司。」

第XX條（重複保險之終止）

「本公司知有或收到前條重複投保之通知時，得於知悉或接到通知後一個月內通知要保人終止本契約，並比例退還當期未經過之保險費。」

「前項終止契約之權利，自本公司知悉或收到通知之日起三十日內不行使而消滅。」

第 XX 條（行使終止權之效果）

「本公司對行使終止契約之通知到達要保人後所發生的保險事故，不負給付保險金額之責任，但於終止前已發生之保險事故，本公司仍負給付保險金之責任。」

另為使保險公司能知悉要保人於投保新契約當時或之前已存在之其他同類型定額給付醫療保險契約個數及保額，以作為保險金額高低或承保與否之決定，建議應於現行要保書基本事項欄內增列：

「要保人或被保險人於投保本契約前二年內，已先行投保其他保險公司同類型定（日）額醫療保險契約者，應於本要保書中說明其締約對象以及保險金額與保障範圍」。

六、結論

6.1 應增加分析數據

中間性保險因外觀上以定額方式作為給付之內容，多數學說即認為亦無複保險原則之適用，故學者較少討論被保險人是否因累計投保多個定額給付醫療保險即有道德危險，目前除汪信君教授有為文論述外⁵⁸，鮮有學說討論提出如何有效防制重複投保定額型醫療保險所衍生的道德危險之方法。保險實務上，因所謂「高日額」保險契約所引發的保險糾紛仍時而可見，而此高日額引起之住院醫療給付糾紛，多數情形以「住院必要性」表現，其中除少數案例（台中地院 93 年中保險簡字第 32 號判決）由保險公司主張保險事故未發生外，多數案例中，高日額之契約危險事實均隱身在「住院必要性」後，有契約危險事實之訴訟案件，保險公司亦少以「契約危險」增加為攻擊防禦方法，實因無法舉證危險增加與危險發生之間具因果關係之故，每一判決背後之系爭保險契約所代表之契約危險即未予統計，加以業者並未以系統記錄此類案件，並無足夠的實證資料可供量的分析，惜未能以定量分析對照本文的研究結果。

本文以從事實務的觀點討論目前定額給付醫療保險發生的相關問題，如同緒論所言「住院必要性」是「定額給付醫療保險」與「契約危險事實」共構而成，故本文希望對於「中間性保險」之重新定義，將重複投保以統籌概算方式計算被保險人實際損失之定額保險，能以契約中「重要事項」視之，使要保人或被保險人於保險事故發生之前先負通知義務，若為承保之保險公司不再對契約危險事實表示交易上重要，則依據禁止反言原則，不得再對事故後之住院必要性爭執，一方面圖事前防範「住院必要性」爭議於未然，一方面希望於保險事故發生後，雙方當事人能減少爭點，迅速給付，論量計酬所引致之道德危險，亦將因要保人於一定情況下先負通知重複投保之義務，而降到了最輕微程度。

綜合以上各節各點之討論，茲整理簡要的重點如下：

- a. 「住院必要性」因其內涵爭議而引起消費者或法院之質疑，惟因此議題所涉醫療專業甚廣，解釋系爭條款本應以客觀原則為主，不宜遽視為保險公司定型化條款疑義的問題而歸咎保險公司。

⁵⁸前揭書 170 頁以下。

- b. 「醫療常規」為醫界在臨床上的共同語言，其縱不涉及民事侵權主觀要件之注意義務標準，但可做為醫療服務適當性的標準，以此標準解釋「住院必要性」，應符合契約訂立時一般要保人之合理期待，以維護保險團體多數被保險人之共同利益。
- c. 「住院必要性」之爭執，底層上，來自於理賠人員對於不合醫療常規部分有「隱藏利益」*secondary gain*的疑慮，而此疑慮主因是「中間性保險」定額給付是否造成不當利得，為減少保險事故之爭執，應於爭議發生前即有控制危險的機制，本文研究發現「中間性保險」所造成的「隱藏利益」來自於重複的投保，此時以「契約危險事實」為「重要事項」，並以此事項課以要保人或被保險人通知義務，以使「契約危險」狀態為雙方當事人間充分揭露的資訊，或可減少保險事故發生後對是否有誇大請求給付之疑慮，並進而減少「住院必要性」之爭議案件。
- d. 各保險公司應於符合法令的規定下，自行建置疑似高危險契約事實之資料庫。核保時，核保人員亦應加強對被保險人之收入能力、職業、年齡等因素與其所累計同類型定額醫療保險總保額之間的合理性審慎評估。

6.2 最大善意原則

桂裕教授於其所著保險法第一六六頁謂：「最大善意之原則，並未見諸保險法，然其意實含蓄於每一條文中。民法第二一九條規定云『行使債權，履行債務，應依誠實及信用之方法』。此語也；視之似若不著際崖，然於保險契約，則為一項『覆蓋條文』，無往而無此意旨之存在。」，本案的研究客體為「住院必要性」的爭議原因、類型與主要的判決理由，究其深層的問題，尚有定型化條款解釋及要保人在契約上所負附隨義務之公平性等問題，尤其若本文建議之事項付諸實施，仍須各方本於最大善意原則從事，此所謂最大善意⁵⁹，於保險事故發生前，

⁵⁹饒瑞正教授，法學新論「保險法最大善意原則之辨正」乙文，第165頁：「於後契約階段，當事人雙方任何作為或不作為均應至少合乎『誠實』之道德觀念，如此，即已遵循最大善意原則。居此，除最高法院肯定之誠實索賠義務與前揭上訴法院之判決（筆者按：指英國 *K/S Merc-Skandia v. Certain Lloyd's Underwriters*, [2000] *Lloyd's Rep. I.R.694*）附帶意見外，尚得生損害防阻義務、不法行為禁止與通知義務，如危險變動之通知，複保險之通知，保險事故之發生通知等。」

謂保險公司應謹慎從事危險之核保、被保險人能依條款據實通知其重複投保之情形。於保險事故發生後，謂保險理賠人員對「住院必要性」之審定，能兼顧醫療專業與臨床個案的差異性、被保險人能誠實申請理賠、即於司法判決時，亦能探究系爭條款真正規範目的，以客觀持平原則，就是否符合醫療之常規判斷「住院必要性」。

6.3 後記

如同本文在一、緒論的「研究緣起」中提到的，保險業務發展基金管理委員會係以專案方式推動若干主要類型化爭議的研究計劃，而醫療保險住院認定之爭議因具有其醫療專業需要，理賠實務上經常發生爭議，故此議題方能於今年列入研究計劃之中。計劃的目的是希望自醫學、保險及法律等不同角度切入分析爭議的型態與起因，並提供可能的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。計劃辦理的方式區分為「撰寫報告」、「座談會」及「成果發表會」三個階段，本文屬於「撰寫報告」之部分，而座談會甫於 98 年 12 月 7 日假行政院金融監督管理委員會舉行，會中邀請相關學者、專家、業者代表及消費者保護官參加，期能將各方不同的意見加入初步撰寫完成的報告中，以修正為更具客觀、周延性的完整報告，始能藉由正式的會議對外發表研究之成果。

在正式整理座談會各方意見之前，筆者仍希望藉由報告的一隅，扼要說明本文思考的核心：

定額給付醫療保險之理賠，其精神在於論量計給，即住越久領越多，而不論病名之輕重，雖於示範條款上載明被保險人須經醫師診斷「必須」入住醫院，但卻因為意簡言賅，反而無法表現條款之精神在於冀求被保險人之住院必須具有住院適當性，而該適當性之評量應以臨床上專業的治療常規為標準的一種整體概念，致因在「住越久領越多」與「住院適當性」間的排斥衝突下，常見消費者與保險公司間發生所謂理賠上核減天數的爭議。而且實務上常因短期或密集投保此類定額給付契約的道德危險案件參雜其間，益使問題複雜。故思考解決此項爭議應從二方面著手：

6.3.1 修改示範條款

期能將條款「住院必要性」所要求的控制適當性目的，或者說是「保險範圍」，以更明確的文字呈現其內涵。

6.3.2 補強業者現行新契約通報制度的不足

嚴格來說，業者現行新契約通報的制度已經相當完善，自今年十月起，業者間的通報制度已經做到各業者一經受理新契約之要保即須上傳壽險公會通報的要求。依筆者的經驗，通報程度已經臻至完備，但因各家公司通路、組織、系統方法的不同，自要保人要保書離手開始起算，中間經過通路的實體文件轉（寄）送、資料的上下傳，批次的系統處理等，至下一間保險公司核保人員得知悉該件新契約通報的訊息，容有一至二天，甚至三天的時間，這段的空窗期即有可能發生「契約危險」（今年十月前的通報制度空窗期有三到五天），故思考防制之道，應在於設計不違反公平原則的契約規範，由要保人負擔一種最低程度之重複投保的通知義務，以彌補核保人員評估是否有「契約危險」的作業空窗期，故本文始著手研究大法官會議釋字 576 號解釋的規範目的，及定額給付醫療保險因其所具有的「中間性」契約性質而是否屬契約上「重要事項」，並進而試行仿參我國保險法規定遇危險增加時要保人應負通知義務之精神及透過比較法的觀察導出通知義務於此類定額人身保險契約上的立論基礎。

上述面對爭議、了解爭議，並提出解決爭議的做法應是在保險業務發展基金管理委員會主導下，於人身保險理賠實務上首次提出的專案研究，其可愛之處在於以實務的角度試行嘗試接觸契約法理的基礎，但可惜的地方則在於文中諸多意見應有尚未成熟，或謬誤之處，尤其所提新增要保人重複投保的通知義務，起碼在目前社會保護消費者權益的氛圍下，因本文所提意見細部設計或有之不足，離可行性應尚有距離，但據委員會告知，研究，是起點，不是終點，筆者謹竊自代表業界理賠人員向委員會對提供一個意見溝通平台所付出的努力致上萬分謝意，也要感謝所有的研究成員所付出的時間與經驗學識。以下即綜合摘要彙整座談會中各出席專家學者所提出的指導意見。

一、 增加通知義務並不可行：

1. 增加要保人重複投保的通知義務，違反大法官會議解釋定額人身保險無重複保險原則適用之意旨及保險法第 54 條之 1 之規定，故並不可行。
2. 業者間已建立通報制度，故不得再要求消費者負擔通知義務。
3. 即便通知義務可行，仍應注意須由保險人以顯著方式向要保人說明其應負之通知義務，否則要保人不因未履行通知義務而負擔任何違反責任。

二、 有關所提住院必要性定義之修訂意見，因為未區分急性、慢性病況及醫院的種類及其定義，仍然不可行。（筆者按：如果修訂住院必要性的定義內涵各方同意，可在壽險公會融聚共識。）

三、 嘗試其他解決方法：

1. 應研究將現行由商業保險公司直接對被保險人給付醫療保險金之支付制度改為支付予提供醫療服務的醫療院所。
2. 將商品區隔，以不同條款、費率，區分不同給付要件，以降低給付爭議的衝突性。
3. 為避免通報制度的空窗期，業者應思考是否延緩一至二天承保，以爭取核保查察道德危險的空間。
4. 保險業應加強核保的審查，不應昧於業務的需求。
5. 保險業應要求業務人員確實做好第一次危險選擇工作。
6. 應思考如何建立和醫院或健保局間的合作平台，以直接發覺具異常表徵的契約危險案件，減少不必要的醫療資源浪費。
7. 醫療常規應從人道面考量，不宜僅從財務面考量。
8. 任何制度的改良均應注意新設計的公益性及費率的公平性。

表 1. 不適當入院原因建議事項統計表

評量醫師、護理師及醫審會專科醫師對不適當入院原因建議事項之統計(N=426)

建議事項	醫師 甲、乙	護理 師 甲、乙	合計	排 行	專科醫師 群
任何診斷處置或（和）治療應可於門診完成	276	183	459 (91.4)	1	300 (93.8)
過早入院-較已安排施行住院處置之時間提早一天以上入院	16	15	31 (6.2)	2	0
病人非因急性照護入院，其所需之照護可於慢性病、護理之家等機構獲得	5	3	8 (1.6)	3	5 (1.6)
病人施行之診斷性處置和（或）治療，應可於門診完成，但因無法快速安排而入院	2	0	2 (0.39)	4	1 (0.3)
無診斷性處置和（或）治療之書面計劃	0	1	1 (0.19)	5	13 (4.1)
病人施行之診斷性處置和（或）治療，應可於門診完成，但因病人居住地距醫院太遠而住院	1	0	1 (0.19)	5	1 (0.3)
合計	300	202	502		320

表 2. 住院當日不適當建議事項統計表
 評量醫師、護理師及醫審會專科醫師對住院當日不適當建議事項之統計(N=506)

建議事項	醫師 甲、乙	護理 師 甲、乙	合計	排 行	專科醫師 群
當病人住院的目的已完成，不再需要急性醫療照護，卻疏忽讓病人出院（醫師或醫院的責任）	366	127	493 (78.13)	1	133 (46.34)
沒有即時執行出院計劃（醫師或是醫院的責任）	8	36	44 (6.97)	2	91 (31.71)
無書面診斷性處置和/或治療計劃（醫師或醫院的責任）	1	25	26 (4.12)	3	17 (5.92)
無法轉至居家照護之非治療照護機構（環境責任）	23	0	23 (3.65)	4	0
排定診斷性處置時間之問題	1	24	15 (2.38)	5	10 (3.48)
無家人準備病人出院後之居家照護（病人或家屬的責任）	1	6	7 (1.11)	6	0
合計	511	220	631 (100)		287 (100)

註：僅列出排行前 6 名之建議事項，其餘佔率未達百分之一的項目在此先忽略。

表 3. 住院日不適當原因－腸胃內科表

不適當原因	次數	百分比
病人之病情，沒有留在急性醫院照護之必要	48	73.85
沒有即時執行出院計劃	19	29.23
病人準備出院，但無醫師之醫囑	11	16.92
當病人住院的目的已完成不再需要急性醫療照護，醫師卻疏忽未讓病人出院	9	13.85
無診斷性處置和/或治療之書面計劃（醫師或醫院的責任）	4	6.15
其他	5	7.69
病人需持續接受住院照護，但住院過程中造成不必要之住院日	17	26.15
因週末或假日使原先的處置無法實施	9	13.85
尚未收到需要做進一步決定的診斷性檢驗/處置或會診之結果	4	6.15
診斷性處置之排程問題	3	4.62
其他	1	1.54
總和	65	100

表 4. 住院日不適當原因－一般外科

不適當原因	次數	百分比
病人之病情，沒有留在急性醫院照護之必要	106	93.81
當病人住院的目的已完成不再需要急性醫療照護，醫師卻疏忽未讓病人出院	79	69.91
無診斷性處置和/或治療之書面計劃（醫師或醫院的責任）	20	17.70
其他	4	3.54
沒有即時執行出院計劃	3	2.65
病人需持續接受住院照護，但住院過程中造成不必要之住院日	3	2.65
因週末或假日使原先的處置無法實施	2	1.77
其他	1	0.88
病人出院後缺乏家人照料（病人或家屬的責任）	4	3.54
無家人準備病人出院後之居家照護（病人或家屬的責任）	2	1.77
病人或家屬拒絕轉至其他適當的照護機構（病人或家屬的責任）	2	1.77
總和	113	100

表 5. 特定疾病之住院基本要件一覽表

健康保險特定疾病之住院基本要件

(摘錄自中央健康保險局健保醫字第 84001538 號公告)

序號	ICD-9-CM	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
01	466 485 465	急性支氣管炎 Acute Bronchitis 支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified 急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection	一、成人： 發燒超過三天以上 白血球 > 10000 (Seg > 80% or Ban > 5%) 二、小兒： ① 新生兒及早產兒間歇性發燒活動力欠佳，且白血球數約 20,000 以上或 6,000 以下 ② 嬰幼兒間歇性發燒 3 天以上且活動力欠佳 ③ 反覆發燒、發冷合併呼吸急促或四肢發紫等，而查不出原因或有敗血症可能性者 ④ 發燒及中性白血球數降到 1,000/mm，或血小板 70,000/mm 以下，或有其他免疫障礙 ⑤ 併發痙攣或意識不正常，但未能證實有中樞神經系統感染者 ⑥ 營養不良，癌症或其他嚴重慢性病者
02	491	慢性支氣管炎 Chronic Bronchitis	① 有呼吸困難、或意識不清現象 ② 有缺氧 (PaO ₂ < 60)、或呼吸次數 > 30 次/min ③ 併發細菌感染者
03	592	腎結石 Renal Satone 輸尿管結石 Ureter Stone (include stone street after ESWL)	① 合併阻塞性腎病變 (腎水腫或腎臟功能減退或電解質異常) ② 合併有感染 ③ 合併有頑固性疼痛 ④ 腎結石如無水腫 a. 結石大小直徑大於等於 0.5cm b. 結石小於 0.5cm，但位置、型態於三個月內不可能排出 ⑤ 輸尿管結石如無水腫： 無論結石大小，在四週內於遠端輸尿管無結石移動跡象

序號	ICD-9-C M	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
04	531 532 533 535	胃潰瘍 Gastric Ulcer 十二指腸潰瘍 Duodenal Ulcer 消化性潰瘍 Peptic Ulcer 胃炎及十二指腸炎 Gastritis and Duodenitis	①發生出血或穿孔 ②發生腸阻塞現象 ③診斷有惡性傾向者： *經內科適當治療八至十二週後， 未能癒合之消化性潰瘍 *經放射線學或內視鏡檢查後發現 消化性潰瘍有下列病徵者： a.潰瘍週圍之粘膜襞形成結節狀 、杵狀、融合、突然中斷。 b.潰瘍邊緣隆起、增厚、不規則或 形成腫瘤。 c.經組織細胞學診斷為胃粘膜異 常發生或疑有惡性細胞者。 ④潰瘍頑固疼痛無法進食者 ⑤潰瘍急性發作時持續噁吐無法進 食者
05	386	暈眩症 Vertiginous syndromes and other Disease of Vestibular system	①眩暈發作致行動不便或併持續性 嘔吐而無法進食或併急性聽力喪 失 ②明顯自發眼振或兩側性注射眼振 ③神經耳科學檢查出現耳神經病變 者 ④需實施外科手術治療者
06	595 597 599.0	尿路感染 U.T.I： 膀胱炎 Cystitis 尿道炎 Urethritis 尿道感染	①有發燒及頻尿經藥物治療三日以 上仍未改善者 ②有菌血症傾向 ③經常復發或有其他併發症或疑有 先天性異常須住院檢查者
07	850 854 873	腦震盪 Concussion 顱內損傷 Intracranial Injury 無合併症之頭蓋傷 Other Open Wound of Head	頭部外傷住院要件： ①Glasgow Coma Scale低於十三分 (含)以下者 ②理學檢查X光檢查發現顱骨骨折 者 ③電腦斷層等檢查發現顱內病變者 ④65歲以上或6歲以下，並有嚴重 頭痛與嘔吐者 ⑤外傷後曾經有過記憶喪失或意識 障礙者

序號	ICD-9-C M	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
			⑥外傷後曾經有過神經系統障礙如失語症、運動或知覺障礙者 ⑦外傷後曾發生癲癇症狀者 ⑧有頭部硬直或腦膜刺激症狀者
08	922	軀幹挫傷 Contusion of Trunk	①淤傷面積大於10×5公分者 ②產生Rhabdomyolysis者 懷疑合併腹膜炎、腹內出血者
	891	膝、腿(大腿除外)及踝之外傷 Open Wound of knee, Leg (except Thigh) and Ankle	①傷口長度大於10公分或深度大於2公分 ②產生Avulsion Flap、或Tendon Rupture、或Hemoarthrosis者 ③合併有神經或血管損傷或骨折者 ④為動物咬傷引起全身性不良反應者 ⑤大於65歲，傷口大於5公分者 ⑥病人凝血因素異常者 ⑦受傷過程曾因失血過多產生休克或昏厥者 ⑧病患合併有心、肺、肝、腎功能不全者