元照 angle.com.tw
更多期刊、圖書與影音講座
請至【元照網路書店】http://www.angle.com.tw/

本期企劃

醫療診斷在醫療保險中的評價標準與保險契約的疑義解釋

Standards for Evaluating Medical Diagnoses in Medical Insurance and the Interpretation of Ambiguities in Insurance Contracts

葉啓洲 Chi-Chou Yeh*

摘 要

在醫療保險給付關係中，醫療處置的必要性，應以診斷醫師見解為準，或者是須以相同專業醫師的客觀標準為準，影響被保險人權益甚鉅。本文認為應以診治醫師的判斷為準，始符合法律上關於契約疑義解釋的規定。最大誠信原則僅能作為個案中糾正保險濫用的例外手段，不足以合理化客觀說。欲根本地解決被保險人面臨支出醫療費用卻無法獲得保險給付的兩難問題，須將商業醫療保險的給付方式改採類似全民健保的給付與結算方式，方能達成。

In the context of medical insurance benefit relationships, whether the necessity of medical treatment should be

*國立政治大學法學院特聘教授（Distinguished Professor, College of Law, National Chengchi University）

關鍵詞：住院必要性（necessity of hospitalization）、契約疑義解釋（interpretation of contractual ambiguities）、消費者保護（consumer protection）、誠信原則（principle of good faith）

DOI：10.53106/241553062026100120002

本檔案僅供試閱，完整內容請見本刊。

元照 angle.com.tw
更多期刊、圖書與影音講座
請至【元照網路書店】http://www.angle.com.tw/

determined according to the judgment of the treating physician or by an objective standard based on the views of physicians with comparable professional expertise has significant implications for the rights and interests of the insured. This article argues that the judgment of the treating physician should prevail, as this approach is more consistent with the legal rules governing the interpretation of contractual ambiguities. The principle of utmost good faith should serve only as an exceptional means of correcting abusive practices in individual cases and is insufficient to justify the adoption of an objective standard. To fundamentally resolve the dilemma faced by insured persons who incur medical expenses but are nevertheless unable to obtain insurance benefits, the benefit structure of commercial medical insurance must be reformed to adopt a payment and settlement mechanism similar to that of the National Health Insurance system. Only through such a systemic reform can this dilemma be effectively addressed.

壹、問題之提出

生老病死乃所有人一生都要經歷的旅程。在任何階段，每個國民都面對各式各樣不同的醫療需求。全民健康保險（下稱「全民健保」、「健保」）固然可以提供國民基本的醫療保障，但由於照護普遍性與保費負擔的限制，全民健保提供的照護面向與程度有限，民眾因而有另以商業醫療保險補充的需求。當被保險人向保險公司投保商業醫療保險後，若因傷、病而前往醫療院所接受治療或住院，依臺灣商業保險實務的運作模式，須被保險人先行支付醫療費用，再檢具診斷證明書及相關單據，向保險人申請給付保險金。保險人除了審核該等傷病

本檔案僅供試閱，完整內容請見本刊。

或治療是否屬於保險契約承保範圍之外，也會對於該等治療的必要性進行審查[1]。若保險人認為該等治療或住院欠缺必要性或逾越必要之範圍，便可能拒絕全部或一部的給付。

對於一般不具備醫療專業知識的被保險人來說，這種情況經常是不可接受，也不可理解的，因為其既然是依照診治醫師的指示或建議而接受治療，該治療即應屬必要。診治醫師與保險人（或其醫療顧問）對於醫療必要性認知的落差，將直接導致病患（被保險人）受害，因為其在治療之前，難以得知保險人將來是否會認同該項治療的必要性。醫師在提出醫療建議時，通常只會考量該費用是否能獲得全民健保給付，而不會就商業醫療保險是否承擔該項費用提出判斷或建議。因為屬於全民健保給付範圍者，醫療機構會直接向中央健康保險署申請給付，自然會熟知全民健保的給付標準；但在商業醫療保險部分，因為醫療機構與保險人之間並無法律關係，醫師通常並無意願瞭解保障內容與給付條件。醫療機構通常視有無健保給付的情況，向病患收取一部或全部的醫療費用，再由病患向自己的保險公司申請理賠。而日後商業醫療保險理賠與否的不確定性，將使被保險人於選擇治療方式時，處於兩難的困境。

貳、醫療診斷的主觀與客觀

當上述爭議進入訴訟時，法院經常在「保護被保險人」與「避免保險濫用」的兩端之間徘徊不定。部分案例因為主治醫師的判斷較為寬鬆，容易讓人產生被保險人有違反誠信（善意）原則、濫用保險的疑慮。法院因而認為不能僅以診治醫師

1 以住院醫療保險為例，現行對於住院（含日間住院者）的定義，見於住院醫療費用保險單示範條款（實支實付型／日額型）第2條第5項：「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，包含精神衛生法所稱之日間留院／日間照護。」

本檔案僅供試閱，完整內容請見本刊。