

新聞稿

2012-12-07

把握住院理賠三原則 中壽教您省去糾紛免煩惱

釐清住院必要性及住院天數認定 減少認知落差保權益

有投保醫療險的民眾往往認為，只要因傷病到醫院住院，出院後檢附診斷證明書及收據等文件申請理賠，保險公司就會給付，這樣的想法恐怕不全然對了。根據財團法人金融消費評議中心揭露的統計數據顯示，壽險業民國 101 年第 1 季的爭議類型統計中，申請評議^{註1}總件數 105 件中，直接與醫療相關的爭議就佔了 26 件，佔比重四分之一，顯見醫療險的理賠認定，是產生保險爭議的一大成因。

中國人壽總公司售後服務體系協理許竹芳表示，若將有道德危險的特殊案例除外，絕大多數產生醫療保險爭議的原因，往往是民眾與壽險公司在觀念認知上的落差。因此，中國人壽建議民眾，在申請住院理賠時應把握三原則：一、**病情須接受住院急性醫療照護**，且是門診或非急性醫療機構無法提供的；二、**住院有無療效**，如治療黃金期的住院復健；三、**備齊理賠申請文件，必要時提供病歷佐證**。如此才能降低醫療險爭議的風險，不致日後申請理賠時勞心又費神，享有充分的保障。

通常醫療險糾紛的爭議點就在「住院必要性」的認定。保險單條款大多約定經醫師診斷須住院治療者，保險公司始負給付保險金之責，其要件有三：一、**經醫師診斷必須住院**；二、**正式辦理住院手續**；三、**確實在醫院接受診療**。保險公司在處理理賠過程中，除文件審核外，遇到明顯與住院醫療常規不符者，多半會進行審查住院是否具備必要性。比如民眾在經過住院治療後，醫生認定病況穩定已可出院，民眾或家屬有時會主動要求自費多住幾天，此時如果病房足夠，醫生也未予以拒絕而延長住院天數，就可能成了「非必要住院」。依據醫療保險單條款條文精神，「非必要住院」保險公司是可以拒絕理賠的。民眾千萬不可以為只要有住院之事實，保險公司即會依照實際住院天數給付保險金。

許竹芳舉例說明，一般大腸息肉多半以門診方式內視鏡切除即可，90%以上不須住院，因此如果保戶申請大腸息肉住院 5 天，那保險公司就會進行住院必要性的了解。又腦中風或車禍導致肢體受傷者有所謂黃金治療期，最大關鍵期在病發後三至六個月內透過積極復健治療，有機會回復日常生活的功能，超過半年後才復健，就很難讓損傷的神經元復原。所以於黃金治療期間之住院復健治療，保險公司一般都會認為有住院之必要性，但如經過黃金治療期後(事故發生六個月後)，多數透過門診定期復健治療即可，此時雖有住院之事實，卻僅因單純復健之目的或因交通(行動)不便而入住醫院時，保險公司通常會認定為此種住院並無必要性。

許竹芳也特別指出，這類超過黃金治療期(事故發生六個月後)後需靜養恢復及門診復健一般較不屬於住院醫療險的保障範圍，但其因傷病無法工作所產生的保障缺口，在保險產品中則較偏向屬於失能險的保障範疇，這也是民眾常常誤解以致產生爭議的原因。另外，有時民眾可能因輕症向醫生要求要自費住院，也就是以人為因素讓住院事實發生，此與保險是保障因不可預料或不可抗力的事故所導致的損害之目的有所不同，因此保險公司在理賠處理上如果發現保戶一開始就以自費身分住院時，或是先以健保住院，辦理出院後，隨即以自費身分繼續住院等上述兩種類型，也容易被歸屬為「非必要住院」。

許竹芳強調保險的精神之一是遭遇風險時填補短期支應，以減少對個人或家庭經濟的衝擊及影響，壽險公司有責任與義務用公平謹慎的態度來檢視每一件理賠申請案件，以確保每一位保戶的權益都能夠合理的獲得保障。民眾若能釐清規範並建立正確的觀念，減少理賠認定上的落差，就可確保自身保障權益。

註 1、申請評議是指金融消費者先向金融服務業提出申訴，但是金融服務業的處理未使消費者滿意或超過 30 天仍未回覆，而向評議中心申請進入評議程序者。

新聞聯絡人：

中國人壽 公關部

惲明珍 minnie.yun@chinalife.com.tw 02-2719-6678#3837/0963-391-863

鄒沛峯 jalen@chinalife.com.tw 02-2719-6678#1042/0920-161-435