

住院醫療健康險的核保與理賠作業

/ 呂廣盛

產險業正研擬開辦健康險業務，對於住院醫療險的核保與理賠作業，必需從「損害補償」的原則，建立健康險業務的管理機制。

所謂「損害填補 (Indemnity)」，是對所遭受的損失或損害所為的補償。應用於保險契約，則為被保險人於保險期間內，就特定保險事故發生時所遭受的損失，由保險人負其損失賠償之責任；因此，被保險人所得受的補償，亦以其所受損失為上限，不得藉由保險契約獲取超過其所受損失的利益，否則，即屬濫用保險。

住院醫療健康保險契約上，其保險給付的主要表現型態有二：

一、補償型（限額內實支實付）：係就被保險人在保險金額內，就其實際所發生的醫療費用加以補償；亦即填補被保險人因疾病所致的額外費用支付。因此，被保險人在申請醫療保險金的申請時，必須檢具醫療費用收據的正本（含費用明細）與醫生診斷證明書。

二、日額型（每日補償津貼/固定日額）：係就被保險人的健康保障採取定額給付的方式，填補因疾病所致的所得減少或喪失。不論被保險人所花的醫療費用有多少，被保險人只要是因傷病事故而使被保險人無法從事其原有的工作（或者是需在家療養），以致收入中斷，由醫療院所開具醫生診斷證明書與住院天數證明，則由保險人按契約的約定每日給付固定的保險金額。

由於住院醫療健康保險是提供被保險人因疾病所致的一額外費用支付，與「所得的減少或喪失」兩項損失，所以不論是補償型或日額型給付，在成本精算的計算基礎上，可用下列公式來表示其費率結構：

$$P = p(q \times t \times e) + L$$

總保費 = 純保費 + 附加保費

純保費 (P) 有三個費率因素：一為危險發生率 (q)；主要的危險因素有職業、性別、年齡、保險給付內容等。二為平均醫療期間 (t)；主要的危險因素有門診 (每次)、住院 (每日)。三為平均醫療費用 (e)；主要的危險因素有城鄉地域差距、公立或私立醫院收費水準、由專科或全職醫師負責診治。

目前法令對一年期個人健康保險的純保費並未做特別的要求，可由保險業者依自身所能承受的風險額度，設計專屬的商品內容，釐訂適當的危險發生率。對團體健康保險，預定危險發生率不得高於同類型個人健康保險百分之百或低於百分之四十 (台財保第八五二三六七八一四號函「一年期團體保險費率標準」)。

附加保費 (L) 的費率因素，主要包括保險人有關事務費用率及醫療費用率等通貨膨脹壓力之因素。目前法令規定一年期個人健康保險應先按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 (不包含特別準備金提存率)，按總保費依下列標準附加之：(一) 個人保單不得高於總保費百分之三十六。(二) 附加於一年期人壽保險單者，不得高於總保費百分之二十四。(三) 團體保單佔總保費百分之十四 (台財保第八四二二三七五七三號函「人身保險費率結構」)。

由費率結構的組成，可知純保費是被保險人損害填補的主要對價，而附加保費則是為執行損害填補行為的必須花費；因此，住院醫療健康保險的費率結構反映在商品行銷的方式，可分為：

一、主約型式：以單獨出單的方式向保戶銷售。對被保險人而言，可滿足其個別需要，提高醫療保障，且僅須支付健康危險的對價保費。就保險人而言，則可依被保險人的狀況，做不同的承保決定；但相對的，經營成本較高，可能會影響公司的獲利力。

二、附約型式：以附加在另一主契約保險單的方式向保戶銷售。對被保險人而言，依附在主契約保險單上，除可獲得對主契約保險標的的保障外，尚可附帶獲得有關健康醫療的保障，但其整體 (主契約

與附約）保險費的支付會較高。對保險人而言，若能搭配相似危險因素的主契約共同銷售，將可發揮降低經營成本的綜效，提高公司的獲利能力。

綜合以上所述，住院醫療健康保險在損害填補原則的費率基礎下，其表現的型式有四：主約式的實支實付型、主約式的津貼日額型、附約式的實支實付型、附約式的津貼日額型。以此四種型式銷售後的核保與理賠作業，將各有不同的配合作業注意重點。

核保作業要項

核保作業的功能，在鑑別危險的優劣以決定業務的取捨，進而使接受業務的危險品質能趨於一致，一方面以有利於保險公司的經營穩健，另一方面也可使保戶獲得危險對價的合理負擔。

由此可知，核保作業在評估被保險人的危險狀況是否符合產品精算所設定的費率基礎，亦即核保作業在評估被保險人下列主要的危險因素：一、年齡：人類的生理情況會隨年齡的增長而有變化，尤其在學齡以前與六十歲以後，醫療費用皆較顯著的增高。二、性別：女性由於先天性的生理構造和男性不同，所以女性的罹病率往往較男性為高。三、職業或兼業：除反映了意外受傷和職業疾病的危險因素外，更是整個社會福利制度、整體環境和經濟因素的理賠經驗表現。四、健康狀況：人類的體格（身高體重的比例關係）、家族病史、過去病史及現症等，除反映個體的免疫功能外，並會影響傷病復原的狀況。

這些危險因素都與人身的健康危險狀況有關，因此執行住院醫療健康保險的核保評估作業時，相關的注意配套事項有：

一、住院醫療附約須與主契約的危險性質具有相關性：

如前所述，如同樣的保障內容而言，主契約與附約的差異，僅在於附加費用的不同罷了。因此，在危險評估或理賠作業的角度上，附約型式的住院醫療健康保險和其所依附的主契約必須具有相同影響費率的因素，如此才能就同樣的保險標的狀況共同評估，發揮降低成本的綜效。

例如：被保險人過去的健康病史反映著其個人免疫力的好壞，醫院就診次數很少，暗示其自體免疫

能力較好，未來的危險發生率可能會較低，而有較佳的獲利。所以，如欲對被保險人過去的健康病史了解（如：請被保險人填寫問卷或體檢、調閱被保險人就診的病歷），而此一健康病史的危險因素又和主契約的費率有關，則將兩者一併處理，將可大幅節省處理成本。

又如：被保險人車禍受傷，在鑑定肇事責任歸屬的同時，可一併了解其在醫院接受治療處置的過程合理性，以節省後續的理賠調查成本。

二、要保書告知事項的設計：

要保書的告知事項是獲取被保險人危險狀況的主要訊息來源，因此，對於住院醫療健康保險要保書的告知詢問內容，相較於傷害保險，顯得較具有自主的空間，得依商品保障的內容自行設計。所以，不論未來產險業在設計要保書的詢問告知事項是採正面問項表列或為了節省要保書版面空間而採負面表列的方式，都應注意其與費率計算的因素，及未來可能理賠作業的相關配合性，以免因要保時的資訊獲得不確實，導致未來損失率的增高或誘發道德危險的保險詐欺發生。

三、危險因素的核保準則必須要明確區分：

健康保險的保險事故，係以一疾病、分娩一為對象，此與傷害保險以一非由疾病引起之外來突發事故一截然不同；反映在人身風險的評估時，必須要將引發保險事故的危險因素加以識別並區分出來，才能據以評估被保險人的健康危險狀況。

特別是住院醫療健康保險，相較於傷害保險，其對於被保險人的身體健康情形：身高、體重、家族病史、既往病史及現症等危險因素，都要特別地加以注意，而且據此的評估標準也不能完全一樣，還必須再對相關的核保準則加以區分。

核保人員在危險評估時，不能仍拘泥於刻板的核保觀念內，而必須要依據不同險種特性，區分被保險人的危險程度，並據以釐訂其適度的危險對價；而這些險種搭配的特性，在商品設計或銷售包裝時，都必須要特別留意，以免因住院醫療健康保險無法承保而影響到搭配險種（不論是以附約方式或主約增加住院醫療給付的項目）的銷售。

四、日額型給付應確實評估年收入：

住院醫療健康保險的日額型給付，係在填補被保險人因疾病所致的所得減少或喪失。因此，對於日額型給付的保險金額，應與被保險人的年收入狀況、年齡相當。一般而言，日額型住院醫療健康保險，尤其在每日醫療日額時，保險公司每日給付的保險金總額不宜超過被保險人正常工作時每日薪資的八成到十成，否則就極易誘使被保險人繼續請領高日額給付，降低重返職場的誘因，延長住院天數，產生道德危險。

由於日額型給付的住院醫療健康保險，係以被保險人的年收入為基礎。因此必須要能精確評估被保險人的「有效一年收入或日所得」，方得避免日後的不良道德危險。一般而言，收入可分為實質的具體收入與潛在的隱藏性收入兩種。具體的收入係指長期持續且穩定的金錢來源，通常是被保險人藉以生活的必備條件，最常見的來源為薪資或工資。

潛在的隱藏性收入，是目前雖然尚未成為長期持續穩定的金錢來源，但未來很有可能成為具體的收入，如：休閒娛樂業的演藝人員。對此，由於潛在性的收入並不穩定，所以並不能列為收入來源，而須待被保險人的工作職業已略具規模而且經營的相當成功後，才可被列為收入來源。

至於具體收入，前已述及是被保險人藉以生活的必備條件，按美國索羅門博士（Dr. Solomon S. Huebner）的生命價值觀念，是把提供勞務之「人」視為生產因素的一種。因此，凡是被保險以所提供的「勞力」或「腦力」所換取的金錢報酬，才能視為其所得收入，而由資本投資所衍生的資本利得，則不宜視為所得收入；亦即不宜列為住院醫療健康保險日額型給付的所得減少或喪失的填補標的，否則極易衍生出不好的道德危險。

所以，收入狀況是評估填補財務減少或喪失的定額型給付基礎，有關所得收入的認定原則有：

- （一）個人投資所得的報酬，不能認列為被保險人所得填補保障的標的。因為這些報酬在保戶個人身故後，並不會停止孳息，仍會繼續由其遺族獲取。
- （二）同理，保戶所擁有的財產出租收入，須視為投資，所以也不能認列為財務核保上的收入。

(三)可考慮列入所得減少或喪失的填補標的，應以這些所得會因被保險人的身故而終止者為判斷依據。

此外，為填補疾病所致的工作所得減少或喪失，日額型給付的住院醫療健康保險的保額還必須注意被保險人已累計的有效契約保額，包括：社會醫療保險（全民健保、勞工保險……等）的額度與同業類似商品的種類與額度。在核保作業時，對此必須特別謹慎，以免該被保險人因傷病補償金額過高，而誘發道德危險。

事實上，商業醫療健康保險主要的目的，是在補強社會醫療保險的不足部份，或是須由被保險人自行負擔的部份（自負額）加以補償，而不應讓保戶存有「住院賺錢」的不當得利心態發生。

理賠作業要項

理賠給付與核保評估是保險經營的一體兩面，核保為對保險業務的品質管制，而理賠則是對保險公司處理保險賠償的作業。所以，理賠作業的功能在履行保險契約的賠償給付義務，並核對核保的績效，回饋理賠經驗到產品設計部門驗證精算的假設，同時與保戶建立良好的關係，創造再銷售保險商品的機會。因此，在執行住院醫療健康保險的理賠給付作業時，相關的注意配套事項有：

一、疾病的定義必須絕對且明確：

我國保險法第一二五條對健康保險的定義，係指「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。」因此健康保險的保險事故主要有四：疾病、分娩及其所致殘廢或死亡。因此，未來產險業在對住院醫療健康保險的商品設計時，應對有關保障內容的疾病定義，務必要明確清晰，以免增添未來理賠作業的處理成本，侵蝕營業利潤。

二、審慎判斷保險期間的責任發生與終止：

保險人的保險責任，須在保險期間內承擔被保險人因遭受保險事故所致的經濟上的損害。就住院醫療健康保險而言，疾病的發生若在保險有效期間內，則無庸置疑，保險人必須承擔此一保險責任；但臨床上有太多的例子，病人發病，但死於合併症、併發症或其他無關連的疾病。例如糖尿病的病人死於他同時罹患的高血壓性心臟病，這叫合併症；死於糖尿病性腎病變，就叫併發症；若死於肺癌，則完全和

其糖尿病無關。

由疾病所衍生出來的合併症或併發症，在理賠作業上必須明瞭其彼此之關連性，並審慎地判斷是否屬於保險期間內，保險人所應負之保險責任。換言之，疾病的發生，在保險生效之前，保險人自不必負保險責任，但若因其所致（非立即，但絕大多數的情形都是拖延一段時間後，有可能是持續，但也可能是斷續）之併發症或合併症是否也不必負責？

壽險實務上對這種情形，設有三十日的疾病觀察期間（或稱：「等待期間」）；其主要的目的，不外就是為了確定疾病的發生與防阻道德危險。同樣的情形，也可能出現在轉保的保險單上。

由於產險業未來僅能承做一年期以下的健康保險，若被保險人在前一年度請領疾病醫療給付後，在第二年度轉向他家產險公司購買相似保障內容的住院醫療健康保險，則在前一張保險單理賠的疾病所衍生出來的併發症或合併症醫療，是否該由第二家保險公司承擔？或第二家公司該如何舉證此非該公司之責任？而第一家公司是否對此仍有責任？這些事項皆必須依據專業的醫學知識判斷與明確的條款規範保險期間與責任不可。

三、注意裡急後重的保險事故：

保險的功能在於理賠的服務與保證。善良的被保險人，莫不希望當發生保險事故時，保險公司能迅速理賠，而保險公司也能本諸服務的理念，莫不全力配合儘速辦理。但這種善意，若被有心人士之誤用，則很有可能帶來保險公司不易控制的損失發生率。

因此，未來產險業在承做這項業務時，必須要留意險種保障內容的搭配性，特別是如果住院醫療健康保險與傷害醫療保險同時附加於傷害保險，或被保險人分開或同時購買傷害保險並附加傷害醫療保險與住院醫療健康保險時，更應注意！

四、實支實付型給付應確實評估醫療處置：

實支實付型住院醫療健康保險給付，係在填補被保險人因疾病所致的醫療費用支出；因此，在一禁止不當得利的前提下，被保險人在申請醫療費用保險金時，必須檢具醫療費用收據的正本（含費用明

細)與醫生診斷證明書。

由於須檢具醫療費用收據的正本，所以保險人對於被保險人已由其他保險人那兒獲得醫療費用的給付，可不必再予給付；但無其他保險給付的部份，保險人就應於保險金額內予以給付。

換言之，被保險人若實際發生的醫療費用小於保險金額時，保險人即負責補償被保險人的各項醫療費用；但若被保險人實際發生的費用超過約定的保險金額時，則以保險金額內的金額為給付的最高額度。

就危險選擇的角度來看實支實付型住院醫療健康保險，由於理賠時須檢據實報實銷，能假藉住院來謀取高日薪的機會較少。所以，在核保的作業，只要就事前的危險因素考慮妥當即可；但理賠人員對此的查證，則必須特別小心。

相對地，以日額型住院醫療健康保險而言，由於理賠申請時，被保險人只須提出其住院天數之證明即可，不必檢附任何費用明細內容。所以，理賠人員只須給付受益人(即住院醫療健康保險的被保險人)所「指定的價值」即可，作業較補償型簡單；但就核保人員而言，此種給付內容的核保困難度反而較高，必須要特別注意，以防止誘發被保險人不必工作，即可自壽險公司取得其至少一日「工資」的道德危險。

結論與建議

產險業爭取承做短期健康保險，對業者不啻是增加了經營項目，也為消費者帶來另一種的選擇，對整個保險產業而言，仍有正面積極的效果。

筆者有幸能自始即參與產險公會與保發中心對此的培訓工作，未來產險業者若打算首推住院醫療健康保險商品時，可在現有的基礎上，再將下列各作業予以細緻化：

一、以產業優勢，開創獨特商品：

產壽險業的特性，原本就各不相同。在經營的初期，或許仍須藉助壽險業的經驗，但必須及早找出如何運用本身產業的優勢或特性，不再因循壽險的模式，開創出獨特商品，才是產險業在商品設計時的

重要考慮因素。以過去產險業開辦傷害保險的經驗顯示，從初期的模仿到目前開發完全屬於產業特性的商品，帶動了整體傷害險市場另一波成長趨勢，就是一個很好的例證。

二、強化核保專業能力的培訓：

健康保險的危險評估，由於危險具有重複發生的特性，所以是人身風險中最為複雜的因素。特別是疾病的發生與病程，會因各人的體質而有很大的不同，再加上相關的統計資料，常因人種、國情與商品保障內容等的不同，而有很多的差異，所以再保險公司能提供協助的地方實屬有限。

三、提升理賠審查專業的素養：

經由傷害保險的操作，目前產險業對人身保險事故的理賠調查已具有相當的經驗，唯對健康保險因保事險故的不同，理賠審核作業如何從實支實付型住院醫療健康保險的費用明細中，發覺醫療處置過程的蹊蹺與不合常理，從而交付調查人員做進一步深入的訪查，遏阻保險詐欺；或從審查作業中，如何確保保戶的權益並兼顧公司的獲利，不因與保戶在理賠上的認知差異而迭生糾紛，致使保戶第二年不再續保而轉向其他保險公司投保，實可皆再就現行的理賠經驗轉化提升為知識的管理與傳承。

四、加強國際交流，融入國內民情：

健康保險對產險業而言，尚屬新商品。若不想局囿於壽險業的窠臼，開創新的藍海策略，則吸收國外的經驗，並加強國際的交流是必然的手段。然而國外的經驗與數據，僅是當地民情的反映，對商品開發的內容與架構的構思頗有助益，但費率計算基礎與實作模擬，則仍必須要結合國內相關的次級統計資料與壽險業的經驗不可。

（本文作者：中國人壽協理）