產險公司醫療險

楊國康醫師

2009年04月14日

前言

有助於「理賠審核思考」的
「另類意見」
而不是將之當作「標準答案」

- 就在這一、兩年裡、「產物保險公司」終於可以販售「醫療保險商品」了，是否應該「放爆竹慶祝」、各方看法不一，我個人則是偏向於「保守」以對
- 倒不是怕「做不到生意」，相反地，隨著「社會結構」的快速「老化」；目前65歲以上人口大約是10 %，估計20年後的2025年、就會加倍；對於「醫療保險」的需求、幾乎可以說是「商機無限」
- 問題是「醫療保險」遠比「終身壽險」、潛藏著非常大的「不確定因素」，再加上「產物保險公司」又欠缺處理這一方面的人員，是否能夠「平安上路、一帆風順、滿載而歸」、還有待觀察，無論如何，這是大勢所趨，目前最好的因應之道、就是趕快調整心態、進入狀況
- 承蒙「產物保險核保學會」黃秘書長給我這個寶貴的機會和各位賢達切搓，我要預做聲明，本人並非「保險學系」科班出身，也未曾接受過「法律學、數理、精算」的專業訓練，所有的「討論內容」都是以「醫學」為基礎，再加上個人這十幾年在「核保、理賠」所累積的實務經驗、和各位分享，「個人偏見」在所難免，希望各位先進們能夠以：有助於「理賠審核思考」的「另類意見」視之，而不是將之當作「標準答案」，並且給與指正，謝謝

緒論

「保險公司」必須依附「醫療體系」

- 「健康醫療保險」的「核保理賠審核」是一項高難度的工作，不但「疾病種類」繁多、其「治療方法」也是日新月異，即使是現職的「醫護人員」、也都只能處理自己「次專科領域」裡的「醫療事故」，對於其他科別的「疾病、治療」、大都只知道一些「基本原則」，更何況是絕大多數「非醫護背景」出身的「核保理賠同仁」，每天都要面對、處理各種「千奇百怪」的「醫療給付」，的確是非常嚴苛的挑戰
- 我認為更大的問題卻是源自現今社會的「醫療文化」，「保險公司」不但無法監督、指導「醫療體系」，事實上是必須依附其上、被迫接受其「醫療資料」，這種「本質上」的「不對等」才是更大的無奈
- 比較淺顯的「說法」就是：我們不可能去要求「醫療院所」、「醫師」們、什麼是可以做的、什麼是不可以做的，甚至連「診斷書」、「醫療記錄」裡「語焉不詳」的部份、去請求「說明、指教」的時候，都很少能夠得到令人滿意的回應

緒論

有助於「核保理賠審核」的另類意見

- 更殘酷的「事實」：我們並沒有抱怨的「正當性」
- 「醫療院所」和「保險業界」原本就是「互不從屬」的兩個社會次群體，其「成立宗旨」各不相同，只不過就因為所服務的「對象」、正好都是「病人」，使得二者的關係有點像是「連體嬰」、難分難捨
- 「人身保險」原本就是以社會大眾的「生、老、病、死」為「承保標的」，而社會大眾的「生、老、病、死」又正好就是由「醫療院所、醫師」們、負責維護，「主從關係」再清楚不過、根本無法爭辯、規避
- 事實上，我們也不必因此而過度悲觀，「疾病的種類」雖然不勝枚舉、但是「常見疾病」畢竟有限，「醫療科技」儘管進展神速、但是相互之間仍有脈絡可循，只要「理賠同仁」能夠把握住每一個「新案例」所帶來的「學習機會」、持之以恆，「核保理賠審核」其實正是一種可以「活到老、學到老」的工作，就我個人10幾年來的體驗、「契約條款如何解讀」才是「理賠爭議」的根本問題

等待期

日額型和實支實付型住院醫療費用保險單*都沒有等待期*

- 雖然目前的「醫療保險商品」有「實支實付型」和「日額型」，但是和「疾病、醫務」相關性的議題、並沒有太大的差異，所以討論內容並不會刻意區分二者，讓我們從「契約條款」開始
- 等待期
  - 就是指從「契約生效」之後、到「保險公司」必須承擔「理賠責任」之間的時間，其「時間長短」在不同的公司、不同的商品裡、各不相同，通常是由「無等待期」到「六個月〈180天〉」不等
- 在「示範條款」的「第二條」裡、對於「疾病」是採用：本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起所發生之疾病，並沒有「等待期」的規定，可是，在這三家公司的「保單條款」裡、卻都有「等待期」：
- 泰安產險「第二條」
  - 本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起，持續有效三十日後所發生之疾病……，其「等待期」就是「三十日」

等待期

日額型和實支實付型住院醫療費用保險單*都沒有等待期*

- 臺灣產險「第二條」
  - 本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起三十日以後所發生之疾病……，其「等待期」就是「三十日」
- 富邦「第二條」
  - 本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起持續有效三十日或復效後所發生之疾病……，其「等待期」就是「三十日」
- 由「保險醫務」的角度觀之，「等待期」是防堵「帶病投保」最基本、也最有效的「防火牆」，其防止「道德性逆選擇」的功能、絕對不是任何「新個案承保規定」所可以取代
- 在「本契約」的第二條：
- 本契約所稱「疾病」係指被保險人自本保約生效日起〈持續有效三十日〉或復效日起所發生之疾病……，其「等待期」就是「三十日」
- 我們就「保險實務」進行討論

日額型和實支實付型
住院醫療費用保險單
都沒有等待期

急性、突發性疾病

如果一位「工人保户」在「契約生效日」之後的15天、突然因為「工廠火災」而入住「燒燙傷加護病房」10天，我們是否應該理賠？

- 主張「應該理賠」：我相信大多數學員都會同意「應該理賠」，因為「工廠火災」的確是「意外傷害事故」，具有「突發性、不可預知性」，也不是「等待期」所要防止的「道德性逆選擇」案例，絕大多數的「健康醫療險」商品、都有類似：但被保險人因遭受「意外傷害事故」而蒙受之傷害者，不受前述三十天期間之限制的「反向除外」條款，可以從寬認定、理賠
- 主張「不予理賠」：雖然在「本契約」的第二條：……本契約所稱「傷害」係指被保險人於本契約有效有效期間內，遭受「意外傷害事故」，因而蒙受之傷害。本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故……，可是，並未明文註記類似：……但被保險人因遭受「意外傷害事故」而蒙受之傷害者，不受前述三十天期間之限制……的條款，把「意外傷害事故」排除在「等待期30天」之外，所以，不予理賠

日額型和實支實付型
住院醫療費用保險單
都沒有等待期

急性、突發性疾病

- 當然，「不予理賠」的主張、一定會被「反駁」
  - 在「名詞定義」裡只是要就「傷害」做規範，而「意外傷害事故」原本就是「係指非由疾病引起之外來突發事故」，「傷害」和「疾病」是完全不同的兩回事、根本互不從屬，當然也不需要再以「不受前述三十天期間之限制」來做區隔
- 只不過，在「重大疾病」和「特定傷病」裡、都有……但被保險人因遭受「意外傷害事故」而蒙受之傷害者，不受前述三十天期間之限制……的條款，我認為如果能夠再次「明文批註」、應該有助於「避免爭議」，當然，根本的解決之道、還是有賴各位「理賠同仁」明察秋毫、秉公處理

日額型和實支實付型住院醫療費用保險單*都沒有等待期*

急性、突發性疾病

- 我們再來看另一個案例：如果一個幾個月大的「幼兒保户」，在「契約生效日」之後的15天、突然因為感染了「腸病毒」而入住「加護病房」10天，我們是否應該理賠？
  - 主張「不予理賠」
  - 由於「腸病毒感染」是屬於「疾病」，而「契約條款」已經明文規範：「本附約」的第二條：本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起〈持續有效三十日以後〉或復效日起所發生之疾病……，應該是在「商品設計」、「保費計價」時，已經把「等待期30天」的「不理賠責任」、反應在「保費折扣」裡，也因此，本案例「不予理賠」
  - 主張「應該理賠」
  - 「腸病毒感染」雖然是屬於「疾病」，但是卻具有「急性、突發、不可預知」特性，也不是「等待期」所要防止的「道德性逆選擇」案例，所以，可以從寬認定、給予理賠

我認為這兩種案例都可以從寬認定、給予理賠，才符合「消費者」購買此商品時的合理期待

楊醫師意見

- 「本契約」是屬於「簡易商品」，在「消費者」購買此商品時、應該是不會有「公司代表」詳加解釋，所以公司應該承擔「理賠責任」
- 對於「腸病毒感染」案例，我同意它的確是屬於「疾病」，「公司」依據「名詞定義第二條」+主張「等待期30天」，純就「條款解釋權」而言、的確有其「正當性」
- 但是，我很懷疑在「商品設計、保費計價」時，能夠就這種「突發性」的「急性感染性疾病」，非常正確地把「等待期30天」的「不理賠責任」、反應在「保費折扣」裡
- 只不過，這一項「論述」必須和「商品設計部門」討論、才能夠釐清，目前，我只能夠說是一種：為符合「消費者」購買此商品時的「合理期待」之訴求
- 依據「台大醫院」張鑾英醫師、黃立民主任的研究報告，在1998~2003年、五年之中，只有142名病童因為「腸病毒71型」而引起「中樞神經發炎」，其中28名還併發了「心肺衰竭」

慢性持續性疾病

在「早期病程」裡、
並沒有「明顯的癥狀」

- 譬如「高血壓」、「糖尿病」這兩種「盛行率」非常高的「文明病」，就是最典型的「慢性持續性疾病」
- 大家一定都聽過這一句「俗話」：牙痛不是病、痛了真要命，即使「病情」並不嚴重，只因為「很痛」、大多數病人都會「馬上就醫」
- 可是，這兩種「文明病」的「共同特徵」卻是在「早期病程」裡、並沒有「明顯的癥狀」，其中有相當多的「案例」、雖然曾經被檢測出已經罹患有「高血壓、糖尿病」，但卻因為「不痛不癢」、「投保人」常常置之不理、也未繼續就醫，甚至在「投保時」、也因「不當一回事」而未「明確告知」
- 許多「醫學資料」明確地顯示：相當多第一次發作的「心肌梗塞、中風」案例，都是和「高血壓、糖尿病」之未持續治療、具有明確的「因果關係」
- 在「理賠實務」中、即使「保險公司」稽得三、四年前的「檢測記錄」，還是常常為了是否足以認定已經罹患有「高血壓、糖尿病」而爭議不休，甚至連「法官」也會質疑：幾年前的「單次檢測值」、就足以確認其「因果關係」

慢性持續性疾病

在「早期病程」裡、
並沒有「明顯的癥狀」

- 類似的「場景」也常常出現在「慢性腎衰竭」案例，大多數的病人、大都會有「好幾年」的「無明顯症狀期」，才會逐漸進展到必須「洗腎治療」
- 至於「惡性腫瘤案例」的劇情、大都是二、三年前曾經因為「乳房纖維囊性病變FCD」、接受過「乳房攝影檢查、超音波檢查」，並且被告知只需要「定期追蹤檢查」即可，一旦在「投保後」被診斷出「乳房惡性腫瘤」時、常常會有是否是「同一個病灶」的爭議
- 此外，許多「中、老年族群」的「慢性疾病」；譬如「癡呆症、多發性硬化症、肌肉失養症、肝硬化」等等；除非「保險公司」稽得明確的「就醫記錄」，否則還是無法避免是否屬於「投保前既有疾病」的爭議
- 其中「多發性硬化症 MS 」的診斷、目前「醫學界」還是普遍採用「可能是possible」、「也許是probable」、以及「的確是definite」，其「既有疾病」的認定、爭議、恐怕是在所難免

慢性間歇性疾病

「復發性」很高的
「急性、發作性疾病」

- 就是指「復發性」很高的「急性、發作性疾病」，「消化性潰瘍」和「尿路結石」就是典型的代表
- 尿路結石常常是「急性發作」的「劇烈疼痛」和「血尿」，不管是「保守治療」之後的「自然排出」，或是「體外震波碎石術」、「膀胱鏡輸尿管取石術」，都可以排出這一次的「結石」
  - 「醫學資料」顯示：大約有50 %的案例、會在5年內復發，而10年內的「復發率」更高達60~70 %
  - 「理賠爭議」就在於如果在「投保後30天內」再次罹患「尿路結石」，是否可以認定「投保前既有疾病」？
- 消化性潰瘍也有類似的戲碼
  - 過去「消化性潰瘍」的「5年復發率」高達60~70 %，
  - 二、三十年前確認「胃幽門螺桿菌」仍是罪魁禍首之後，只要接受完整的治療；包括服用「抗生素」；「復發率」已經低於5 %
  - 「理賠爭議」也是「投保後30天內」的「消化性潰瘍」、是否就是「投保前既有疾病」？

以時間來界定

- 我們的確可以合理的推測
  - 某個比例的「尿路結石」是原來的「結石碎片」再次凝集而成
  - 某個比例的「十二指腸潰瘍」是出現在原來的「潰瘍病灶」上
- 可是，大多數的案例還是「好發體質」所衍生出來的「新結石」、「新潰瘍」
- 可是，除非「保險公司」稽得最近的「就醫資料」，我們實在沒有具說服力的「正當性」將它們歸類於「投保前」的「既有疾病」
- 談到這裡，也許有些「理賠同仁」會聯想到「以時間來界定」的可行性；也就是說，將「x年內」的「既往症」視同「既有疾病」
- 就我個人10幾年的經驗體認，我認為
- 不管是「核保」或是「理賠」作業，「時間」這一項「絕對客觀性參數」、都是非常有用的「處理工具」

以時間來界定

只應用於「判斷、認定」
不要擴大為違反告知訴求

- 也許由「保費精算」的角度、還是認為並不恰當，可是在「實務上」、的確不失為稍具「公平性」的可行辦法
- 至於「時間的長短」、我主觀地比照「要保書」上的要求、採用「五年」為限，簡單的說：
- 核保作業
  - 對於「五年內既往症」、其「最長除外時間」不得超過五年
  - 譬如，3年前的「尿路結石」、除外2年，一年前的「消化性潰瘍」、除外4年
- 理賠作業
- 對於「五年內既往症」其「最長追認時間」不得超過五年：譬如
  - 「理賠調查」稽得2年前的「尿路結石」就醫記錄，還有相當程度的「正當性」主張「既有疾病」
  - 如果是3~5年、其「正當性」稍嫌薄弱
  - 如果是5年前的「消化性潰瘍」、恐怕就不適合再做主張

以時間來界定

只應用於「判斷、認定」
不要擴大為違反告知訴求

- 上述論述只著重於其「因果關係」、也有某種程度的「醫學學理依據」，建議只應用於「判斷、認定」層次，絕對不要擴大為主張「違反告知」訴求，因為「要保書」上的「告知事項」和「主張期限」，都有明文規定的「既有規範」，我們不宜擅自「擴大解釋」
- 「5年內原則」也遭受過挑戰，譬如，不贊成自我設限「除外批註年期」，可是，為了兼顧「醫學學理」上、具有偏高的「復發風險」，以及既然「全額收費」、卻只提供「部份保障」之間的「對價關係」，我還是認為「自我設定年限」似乎是比較符合「公平原則」，也比較能夠被「社會大眾」所接受
- 至於已經「誠實告知」的「慢性疾病」，從「保險醫療實務」的觀點，我認為「等待期30天」的設定、就是為了防堵「未誠實告知」的「逆選擇」行為，而不是要將所有的「慢性疾病」排除在外
- 只要在投保時已經「誠實告知」、也通過「核保處置」作業；不管是「標準體、加費」或是「除外批註」承保；「保險公司」當然就必須負起應有的「理賠責任」，否則這種「住院醫療保險」就喪失其「訴求正當性」

保證續保

「實支實付型」第十三條、「日額型」第八條

- 第十三條：本契約保險期間爲一年……本公司不得拒絕續保。……依續保生效當時報經主管機關核可之費率及被保險人年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之，我認為這一項「保證續保」條款、有兩個值得一提的「正面意義」：
- 「高風險」應負擔「高保費」
  - 「保險費」會隨著「年齡」而逐年遞增，符合「高年齡、高就醫率」的事實，並且以「保險年齡最高為七十〈65 〉歲」來控制「醫療風險」最高的「高齡族群」的理賠風險，以保障「保險公司」得以永續經營
  - 依據「健保局」統計，2005年全民健康保險對象中，老年人口〈65歲以上〉僅占10 %，卻消耗了「醫療費用總支出」的30 %
- 【產險健康險的最高續保年齡是65歲】

保證續保

- 「醫療保險」應該提供「持續性保障」
- 因為「人體健康」一定會隨著「年齡」漸增、而逐漸衰敗，如果未提供「保證續保」條款、實在有違「保險公司」販賣「醫療保險」的「社會責任」
- 至於……但不得針對個別被保險人身體狀況調整之這一句話，應該避免錯誤地解讀為：即使是「投保時」告知已處於「慢性疾病狀態」的案例、也不得調整其「承保條件」；不管是「課徵弱體保費」或是「除外批註」；否則就會有違背「高風險」應負擔「高保費」的「社會公平性」疑慮
- 可是，上述三家的「條款」裡、卻有不同的「條款用詞」：
- 臺灣產險「第八條」：本保險為非保證續保之保險商品
- 富邦產險「第四條」：本保險契約保險期間最長得為一年期

「財產保險業經營傷害保險及健康保險業務管理辦法」第6條

保證續保

- 泰安產險「第十一條」只註明：本契約保險期間為一年，要保人得在保險期間屆滿日前通知本公司續保，並經本公司同意後，續保之始日以原契約終日午夜十二時為準
- 依據「財產保險業經營傷害保險及健康保險業務管理辦法」第6條，規定「財產保險業」經營「健康保險」，以「保險期間在一年以下」、且「不保證續保」者為限，我不知道後二者為何可以不必明文規範本保險為非保證續保之保險商品，我擔心如果公司打算「不再續約」的時後，即使有「本保險契約保險期間最長得為一年期」、或是「並經本公司同意後」這二段文字，還是會有相當大的爭議，就如原有之「保險法116條≡復效審核權」一樣，雖然有「經公司同意」這幾個字、還是爭議不斷
- 既然「醫療險」應該要有「保證續保」，對於今年「產險公司」開辦「不保證續保」的「一年期健康醫療險」、又該如何解釋？
- 對於這項議題、大約一年前我曾經在另一篇專文「一年期健康醫療險」的「潛藏風險」裡、有如下的論述

「產險公司」的一年期健康醫療險

重大疾病險：不保證費率，得以修訂疾病定義

- 事實上，由於「不保證費率」和「不保證續保」對於「健康醫療險」都具有相類似的「風險控管」效力，許多國家的「壽險業界」在「健康醫療險」裡、都會採用「不保證費率」和「得以修訂疾病定義」條款，嘗試由「保證續保」的制約裡脫困
- 「主管機關」也許也已經體認到這項風險的嚴重性，才會在「產險經營傷害保險及健康保險業務管理辦法」第6條，規定「財產保險業」經營「健康保險」，以「保險期間在一年以下」、且「不保證續保」者為限，賦與產險業得以在「理賠指數」太高時，可以在第二年、以「不再續保」當作「停損手段」，避免受困於「保證續保」的制約中
- 也因此，雖然緊接著又有：但主管機關得視「財產保險業經營」及「保險市場發展」，核准辦理「保險期間在一年以下」、且「保證續保」之「健康保險」這一項「但書」，何妨將之淡化為「為未來預留調整空間」看待，千萬不要太過樂觀地往「火坑」裡跳

「產險公司」的 一年期健康醫療險

不保證續保

- 在2008/12/20的「中國時報B2版」裡、有這一段相關的論述：
- 此外，業者提醒民眾，產險健康險屬於定期險，不保證續保，應評估需求後再買
- 所謂「不保證續保」是指保險公司承保後，*若考量風險，可能在年度保障期滿時，就不再接受投保*
- 換言之，先前若沒拿到理賠，未來又不能續保，難免有種「先前保費白繳了」感覺
- 對此，明台產傷害暨醫療保險部經理李柏松說，針對各項理賠案例，*保險公司都會去檢視有無道德風險*，若都很正常，不會拒絕續保
- 他解釋，產險業開辦健康險初期，主管機關會有較多限制，待市場發展成熟後，也許會把「不保證續保」限制拿掉，到時候、就不會有這類顧慮

「產險公司」的 一年期健康醫療險

不保證續保

- 前半段裡的所謂「不保證續保」是指保險公司承保後，若考量風險，可能在年度保障期滿時，就不再接受投保，*正是我們最在乎的「持續性保障」議題*，其重點就在於：
- 如果今年罹患了「惡性腫瘤」、必須持續治療二、三年，而保險公司也就是在「*若考量風險*」之後、而「*不再接受投保*」，這一類的「案例」又該如何處理？
- 我預測一定會有相當多類似的「理賠、承保爭議」
- 至於報導裡所提及的先前若沒拿到理賠，未來又不能續保，難免有種「*先前保費白繳了*」感覺，反而不會是個「問題」，因為這一項和行之有年的「機汽車險」相似，社會大眾已經習以為常、應該不會有太大的爭議，*我還是比較擔心「必須持續治療」的「疾病事故」*
- 在前面的論述之後、仍然無法避免還會有另一項「質疑」：既然「醫療需求」會隨著「年齡」遞增，*「保險公司」以「保險年齡最高為七十歲」、「最高續保年齡是65歲」條款，將「高年齡族群」排除在外，是否會有「兩天收傘」之嫌？*

「產險公司」的

一年期健康醫療險

不保證續保

- 我同意的確有這種疑慮，只不過，依據下列「理由」、我認為和「不保證續保」還是有所差異，應可接受：
- 全民健保
  - 在「全民健保」的完整保護傘之下，「高年齡族群」還可以「免自負額」而得到相當完備的「醫療照顧」
- 商品特性
  - 「投保年齡限制」是在「商品設計」時、全盤規劃，並非就「個別案例」所做出的「特定處置」
- 難以預估
  - 雖然我們可以預期「醫療支出」一定會隨著「平均餘命延長」、「醫療科技精進」、以及各種疾病的「存活率、存活期」的改善、而持續攀升，但是，我們無法預估其「漲升幅度」

日間住院

在「名詞定義」裡、對於「住院」所給與的規範如下：「第二條」

- 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
- 目前「精神科」已經有相當比例的「病患」是採取「日間住院」的方式、接受治療，有點類似「學生上下學」、每天到「醫院幾個小時」，接受既定之「特殊教育性治療」
- 最基本的「學理依據」就是：「和家人生活在一起」不但是最有效的「精神治療」方法，也是「精神治療」的「目的」，那就是「回到現實社會」
- 就以「重度憂鬱症MD」的「盛行率」而論，1992年Dr. KatonW所做的「研究報告」顯示：
  - 在「一般社區居民」裡、MD的「盛行率」大約只有2~4 %
  - 在「一般診所」的「就醫族群」就有5~10 %
  - 如果是「住院病人」又升高為6~14 %
  - 至於入住「護理之家」的族群、又升高為6~25 %

日間住院

必須入住醫院
一定要「在醫院過夜」

- 又譬如「精神分裂症」病人之中、大約有33~50 %會有「自殺企圖」，大約10 %會死於「自殺」
- 主要的「風險因素」就是「單身、獨居、無業」和「藥物濫用」
- 換句話說，是否能夠回到「友善的社區」、得到「家庭關懷」，的確就是「最有效的治療」
- 如果就現有的「住院」的「定義」而論，我認為「保險公司」沒有立場、拒絕「理賠給付」，因為：
- 「日間住院治療」的確經過「醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院」，也已經「正式辦理住院手續」，並且「確實在醫院接受診療」
- 稍可爭辯的只有「必須入住醫院」，「保險公司」認為一定要「在醫院過夜」、才符合「必須入住醫院」，因為「日間住院治療」不會「在醫院過夜」

日間住院

「日間住院」的確只有「治療費」
並沒有「病房費」

- 可是，「要保人」卻認為：只要已經「正式辦理住院手續」、就符合「必須入住醫院」
- 在目前「健保局」的「給付標準」裡，「日間住院」的確只有「治療費」、並沒有「病房費」
- 我認為這種在「文字面」上的爭辯、缺乏「正當說服力」，「保險業界」是否可以正式行文給「精神科學會」，請求提供「監禁式住院」和「日間住院」的「治療期間」資料，那一種「比較長」？「相差多少」？
- 如果「監禁式住院」的「治療期間」比較長，我們何苦做這種「毫無意義」、甚至「得了便宜還賣乖」的爭辯
- 如果是「日間住院」的「治療期間」比較長，而且「差距」很大，「保險業界」就有比較大的「正當性」、主張「折扣給付」

復健治療住院

把「住院」的「定義」、修訂成：必須是在「入院之後」到「出院之前」，「全天24小時」都是持續住在醫院裡的「天數」
「入院、出院」當天、可能沒有24小時，但是至少要「住在醫院8個小時以上」

- 另一項類似的狀況就是「復健治療住院」，一個已經只需要「復健治療」的病患，通常其「病情」應該都已經脫離必須「積極治療」的「急性期」，而「復健治療」幾乎都是著重於殘留的「功能性障礙」，可以是「失語症」需要「語言訓練」，也可以是「肢體」之「活動力缺失」、需要「肌力、活動功能」訓練，通常也都是類似「學生上下學」、每天到「醫院幾個小時」，接受既定之「特殊訓練治療」
- 這些「獨立行為能力」仍有欠損、也需要他人提供「某些協助」的病患，如果要強迫他們「每天上下學」般地、往返於「住家＝醫院」之間，的確有相當程度的困難度，而「主治醫師」或多或少也會因「同理心」而「通融住院」
- 我認為「理賠同仁」在進行「理賠審核」時、不妨把這一項「無奈的事實」列入考量，當然，「根本之計」還是必須由「保單條款」裡的「名詞定義＝住院」、重新定義

呼吸治療病房

「保單條款」第十條：.....而於醫院之加護病房或燒燙傷病房接受治療者.....〈在「保單條款」裡沒有〉

- 「加護病房ICU」當然是為了「病情嚴重」需要積極性「醫療、照護」的病患而設，除了「醫護人員」必須密集監控「病情演變」、調整必要的「醫療處置」之外，通常也都需要特殊的「醫療設施」來執行
- 最早成立的「加護病房」是為了「急性心肌梗塞」病患所設立的「冠狀動脈照護病房CCU」，除了有專職「醫護人員」日夜積極照護之外，病人身上也一定會安裝「血壓、心跳監視器」、24小時持續監控「血壓、心跳」，只要有任何「失常」、「監視器」就會發佈「警報」，俾便「醫護人員」及時救治
- 隨著「醫學科技」的進步，「臨床醫師」已經擁有更多的「特殊醫療設施」、來照顧不同類別的「器官重症疾病」，而「燒燙傷加護病房」以及「呼吸治療病房」、都已經是「醫學中心」、甚至「區域醫院」的必要設施，分別照護「嚴重燒燙傷、呼吸衰竭」的病患
- 不管是就「設立目的」或是實際執行的「醫療處置」，「呼吸治療病房」都可以和CCU、ICU類比、應該也符合所謂的「加護病房」要求，「保險公司」如果只執著於「加護病房」的「字面解釋」，其實是難以服眾的

除外責任

爲重建其基本〈正常生理學〉功能所作之必要整型

- 在「除外責任」的第十二條：被保險人因下列事故而住院治療者，本公司不負給付各項保險金的責任
- 美容手術、外科整型。但爲重建其基本功能所作之必要整型，不在此限
- 脣斗〈咬合不正〉
- 這是目前「理賠實務」常常會遇到的「爭議」
- 在過去的這二、三十年，隨著「齒列矯正」的逐漸普及，嚴重的「咬合不正〈脣斗〉」也可以經由「下顎骨矯正手術」，來矯正這種「先天性缺陷」
- 雖然「脣斗」是否屬於「外觀可見之天生畸形」、容或還有「見仁見智」的爭議，可是其「下顎骨矯正手術」的確是以「重建其基本功能」為主要目的，其「改善咬合功能」效果、絕對不輸於「兔脣縫合」
- 也因此，我認為已經符合「但為重建其基本功能所作之必要整型」、無庸置疑，「理賠同仁」實在不需要再為此傷腦筋

除外責任

爲重建其基本〈正常生理學〉功能所作之必要整型

- 疤痕攣縮
- 嚴重的「燒燙傷」案例，常常會因為「疤痕攣縮」而影響「關節活動功能」，也常常需要好幾次的「整型手術、皮瓣手術」、來改善「活動功能」，當然也應該以符合「但為重建其基本功能所作之必要整型」來處理
- 比較大的「爭議」恐怕是來自：所謂的「基本功能」為何？
- 因為對「基本功能」的「不同認知」、就會衍生出是否符合「為重建其基本功能」的爭議，譬如：
- 隆乳手術
- 是否可以認定是屬於「為重建其基本功能」？
  - 如果把「乳房」的「基本功能」定位於「哺乳」，那麼「隆乳手術」就屬於「美容手術、外科整型」
  - 可是，許多人都認為「罩杯升級」可以提升「自信心」，有助於「彩繪人生」，是否我們也因此可以認定「隆乳手術」是屬於「為重建其基本功能」？

除外責任

為重建其基本〈生理學〉功能所作之必要整型

- 「割雙眼皮」手術
  - 「眼睫毛倒插」就是指「眼睫毛」向「眼球內」長，會持續刺激「眼球結膜、角膜」、導致「眼球不舒服」，其治療方法就是「割雙眼皮」，雖然其「治療效果」並非「為重建其基本功能」，但的確是「解除不適症狀」之「必要整型」，我們很難否認
- 顏面小疤痕整型
  - 相信大多數學員都會認為應該是屬於典型的「美容手術」，和「為重建其基本功能」無關
  - 可是，還是有相當多的「社會大眾」對於臉上的「小傷疤」耿耿於懷
- 我之所以會提及這三項「議題」，是希望大家能夠預先思考、甚至在「理賠部門」裡達成「共識」，儘可能避免太大的「個人差異」
- 至於我個人的看法，我認為這三項都是屬於「美容手術、外科整型」案例

懷孕、流產或分娩及其併發症

但下列情形不在此限：……

- 「保單條款」原本是要把「懷孕、流產或分娩及其併發症」排除在「理賠責任」之外
- 由於牽涉到「傳宗接代」這一項非常嚴肅的議題，因此又採取「正面表列」的方式、洋洋灑灑地列舉了整整2個pages，幾乎涵蓋了所有「懷孕、流產或分娩及其併發症」可能發生的「相關醫療事故」
- 其「實質效應」也等同於把「懷孕、流產或分娩及其併發症」重新納入「理賠責任」之內
- 也就是說，經過2大頁「列舉內容」、所給與的「反向除外」條款處理，我認為排除「理賠責任」的「實質意義」已經不大
- 還不如*直接把「懷孕、流產或分娩及其併發症」列入「理賠範圍」*，我們稍做討論如下

懷孕、流產或分娩及其併發症

但下列情形不在此限：……

- 懷孕相關疾病
- 「葡萄胎」、「萎縮性胚胎」、「胎兒染色體異常之手術」、是屬於「胚胎異常」，「子宮外孕」、「前置胎盤」、「胎盤早期剝離」、是屬於「胚胎著床異常」，而「產後大出血」、「子癇前症、子癇症」是屬於會危及「母親」的「併發症」，在明文列舉了這9項「懷孕相關疾病」之後，其實還真不容易再找出被「真正除外」的「*懷孕、流產或分娩及其併發症*」
- 因醫療行為所必要之流產，包含：……
  - 這是屬於「優生學」問題，其相關的「流產手術」的確是屬於「必要之醫療行為」，「保險公司」的確應該承擔這一項「社會責任」
- 醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：……
  - 「契約條款」幾乎列舉了必須「剖腹產」的所有「可能性」，為了幫助各位學員得以了解，我們還是從「懷孕」開始、做一次系統性的簡單介紹吧

懷孕、流產、早產

「懷孕」和「生產」是一種正常的「生理過程」不是「疾病」

- 所謂「懷孕」就是指「受精卵」形成「胚胎」之後、進入「子宮腔」內「著床」、發育成「胎兒」的過程，整個「懷孕期」大約是10個月〈38~40星期〉
- 純就「醫學學理」而言
  - *正常的「懷孕」和「生產」是一種正常的「生理過程」、絕對不是「疾病」*
  - 只有在出現「異常懷孕、異常生產」時、才是「*疾病*」
- 也因此，「保單條款」所要規範的「除外責任」、應該更改為*「懷孕、分娩」屬於「除外責任」*，但是「流產或其他併發症」都是「疾病」，都應該納入「理賠責任」之內
- Anyway，我們就「懷孕、分娩」常見的「相關病症」稍做介紹

子宮外孕 Ectopic Pregnancy

- 就是指「胚胎」並未進入「子宮腔」內著床、發育的異常狀況，由於「精子」和「卵子」大都是在「輸卵管」的「外三分之一部位」結合〈受精〉
  - 大約95 %的「子宮外孕」都是「胚胎」停留在「輸卵管」的「某個部位」；依序是「喇叭管、狹部、子宮角」和「繖部」
  - 其他的5 %「胚胎」可能停留在「腹膜腔、卵巢」和「骨盆腔韌帶」，估計大約每200~300次懷孕、就有1個是「子宮外孕」
  - 引起「子宮外孕」的「主要原因」就是「輸卵管」不通暢，包括：先天性發育不正常、或是後天性的「骨盆腔病變」，譬如：「輸卵管」結紮、「輸卵管」感染、「骨盆腔沾黏」、或是「腫瘤壓迫」；譬如「子宮肌瘤」等等
  - 不管「致病原因」為何，通常「子宮外孕」都會在「受孕6~10週」結束，「胚胎組織」脫落、死亡
  - 如果「著床傷口」很小、在「少量出血」之後會「自然癒合」，但是，絕大多數的案例都會導致相當大量的「出血」、甚至「輸卵管」破裂，病人除了會有「下腹部劇烈疼痛」之外，如未及時就醫、手術治療，甚至還會「休克」、「死亡」

葡萄胎 Hydatidiform Mole

- 「精子」和「卵子」在「輸卵管」結合成「胚胎」之後，除了發育成「胎兒」之外，有一部份會分化成「胎盤」、並且在「子宮腔」內「著床」，這一部份就叫做「絨毛膜組織」
- 如果是不正常的「受精過程」、就有可能形成外觀很像是「一串葡萄」的「葡萄胎」，依據其「異常狀況」又可以區分如下幾種
- 完全性葡萄胎 Complete Mole
  - 這是由一個「正常精子」和一個沒有「細胞核」的「卵子」；也就是沒有「染色體物質」；結合而成的「胚胎組織」，就只能發育成只有「一串葡萄狀」的「絨毛膜組織」，完全沒有「胎兒組織」，就稱之為「完全性葡萄胎」
- 不完全性葡萄胎Incomplete Mole
  - 這是由二個「正常精子」和一個「卵子」結合而成的異常「胚胎」，既有「葡萄狀」的「絨毛膜組織」，同時還有無法存活的「不正常胎兒」，就稱之為「不完全性葡萄胎」

葡萄胎 Hydatidiform Mole

- 侵襲性葡萄胎Invasive Mole
  - 「正常懷孕」的「絨毛膜組織〈胎盤〉」、只會著生於「子宮壁」的「內層」，有些「葡萄胎」的「絨毛膜組織」會深入「子宮壁」、甚至擴張到「子宮壁外」，就稱之為「侵襲性葡萄胎」
  - 至於是否可以歸類為「惡性腫瘤」，目前「醫學界」仍有爭議，有些學者認為還是需要依據「病理組織檢查」來做確認
- 絨毛膜癌Chorio-carcinoma
  - 有少數的異常「絨毛膜組織」、會變異成「癌組織」，是「侵蝕性、轉移性」非常強的「惡性腫瘤」
- 「葡萄胎」的「臨床徵狀」大都來自於「高濃度」的「人類絨毛組織性腺激素hCG」，包括：
  - 無月經、或是「陰道異常出血」，甚至還會排放出「葡萄狀」的「小水珠」
  - 嚴重的「噁心、嘔吐」，並且在8~16週之間會出現「流產」

葡萄胎 Hydatidiform Mole

「臨床徵狀」大都來自於
「高濃度」的
人類絨毛組織性腺激素hCG

- 「子宮體積」會遠大於預期，而「卵巢」也會因為hCG的「過度刺激」而腫大
- 有些案例還會併發「子癇前症」、並因而出現「蛋白尿」和「血壓值偏高」
- 「葡萄胎」的「診斷」
  - 超音波檢查：可以顯示出「子宮腫大」以及不正常的「胎塊」
  - 血清hCG值：會遠大於「正常範圍5.0 IU/L」
  - 病理組織檢查：在執行「子宮搔刮術D&C」之後、經由「病理組織檢查」加以確認
  - 然後再定期性檢測「血清hCG值」〈每個月一次、持續6個月~12個月〉、一直到持續3次以上的「正常範圍值」
- 如果「血清hCG值」持續偏高、就要考慮「化學治療〈Methotrexate MTX〉
- 絕大多數的「葡萄胎案例」都可以痊癒、也可以保有「懷孕、生育能力」

流產、早產

- 所謂「流產」就是指在「懷孕20週之前」、中止懷孕，也可以再細分為「早期流產＜12週」、以及「晚期流產12~20週」，通常「胎兒」都是「無法獨立存活」
- 如果是發生在「20~28週」以後、理論上「胎兒」是「有可能獨立存活」，就稱之為「早產」
- 為了釐清「主治醫師」是否需要「積極搶救胎兒」的「法律責任」，為了保障「新生命」的「人權」，有些國家會訂定法條、明確規範「流產」和「早產」的定義，其「分界線」大約也是「20週」或是「24週」
- 除了刻意執行的「人工流產」；也就是「違法墮胎」；之外，「自然流產」大都是「母體疾病」或是「胚胎缺　」所致
- 最近十幾年為了「優生學」的考量，如果「產前檢查」證實是屬於「品質嚴重不良」的「胚胎缺　」，「主治醫師」就可以經由「合法墮胎」、來避免「嚴重畸形兒」的降臨，既可以減輕「社會負擔」、也免除「父母親」的長期煎熬

流產、早產

- 事實上，在「契約條款」的因醫療行為所必要之流產的第1~4項，原本就有「醫學學理」的必要性，現今將上述概念「明文批註」、有助於減少「理賠爭議」，只不過對於「違法墮胎」的防堵、恐怕力有未迫，因為「非必要性墮胎」於法不容，「執行醫師」當然要杜撰一個「疾病名稱」，「保險公司」也不可能從「病歷表」上、得到「拒絕理賠」的依據，譬如
- 「因醫療行為所必要之流產，包含：……」的「第2項」：因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病，根本就是形同具文、無從查核
- 對於「優生學」、「遺傳性疾病」這麼嚴肅的議題，我不知道為甚麼「主管機關」只是在「醫療附約條款」稍做「除外處理」，而「要保書」中卻是連「第一血親」的「遺傳性疾病」都不准詢問，坦白說，「醫學」在進步、「時代」在變遷，台灣的「保險業」也需要更「精緻化」，「主管機關」責無旁貸

自然生產

- 就是指：在「十月懷胎」之後、經由非常複雜的「生理機制」，把「胎兒」從「產道」排放出來，任何環節的「瑕疵」都可能妨礙「自然生產」的進行，「醫師」就要採取各種必要處置，包括「手術」；也就是「剖腹生產」，為了幫助各位同仁解讀「產程記錄」，有幾個「醫學名詞」必須稍做說明：「自然生產」的子宮變化
- 子宮體上半部
- 也就是「子宮體」部位；會「間歇性」地「強力收縮」；也就是「陣痛」；從剛開始的「每間隔10~30分鐘、收縮幾秒鐘」，逐漸發展成「每間隔2~3分鐘、收縮80~90秒鐘」，「子宮內壓」可能超過50 mm Hg，主要的「目的」就是把「胎兒」逐漸推向「產道」
- 子宮體下半部
- 也就是「子宮頸」部位；不但不會有明顯的收縮，反而是因應「陣痛」的推擠、而逐漸「變薄、隱退」，「子宮頸口」也會由1公分、2公分、逐漸「張開」，當「子宮頸全開10公分」的時候、也就是「胎兒」即將出世的時候

胎兒下降Descent

自然生產

- 為了記錄「胎兒下降」的程度，「產科醫師」會依據「胎兒頭部」、「恥骨縫合上緣」、「薦椎突起」、「恥骨縫合下緣」、和「尾椎骨」的「相對位置」，分別給與「胎頭x公分」的記錄，「醫學術語」叫做「位置檢測點」，「0點」就是「腸骨脊」，從一開始的－3公分、「胎兒」還在最高點、未下降，到最後的 ＋3公分、「胎兒」已經下降到「骨盆腔底部」，相關的「影響參數」包括：
- 「子宮頸口」是否順利張開：「初產婦」的「子宮頸口」張開、比「經產婦」慢
- 「骨盆腔軟組織」的「阻力」：「初產婦」的「軟組織阻力」大於「經產婦」
- 「胎兒大小」和「骨盆腔容積」：「胎兒」愈大、或是「骨盆腔」愈小、都不利於「胎兒下降」
- 子宮收縮：如果「子宮收縮」無力、太短、或是「不規則」，也不利於「胎兒下降」

產程期別
stages of labor

生產過程〈產程〉
區分成三期

- 第一產程
- 就是指「子宮」開始收縮、到「子宮頸全開10公分」，又區分成二個階段
- 潛伏期 Early latent phase
  - 在「第一產程」的「前半段」、子宮大都是「輕微、不規則收縮」，其「收縮週期」從剛開始的「每間隔10~30分鐘、收縮幾秒鐘」、逐漸進展，其「間隔」愈來愈短、「收縮時間」愈來愈長，「收縮週期」愈來愈規則、「收縮强度」愈來愈大
  - 「胎頭」也會逐漸下降，而「子宮頸口」也由1 cm、以每個小時1 cm的速率、逐漸張開到4 cm
  - 整個潛伏期大約是「初產婦」8~14小時、「經產婦」4~8小時
- 活動期active phase ：整個「活動期」大約是2~4小時
  - 「第一產程」的「後半段」大都是「規則、強烈收縮」，「子宮頸口」也會由4 cm、逐漸張開到10 cm，「胎頭」也會逐漸更進一步地下降，
  - 有些學者進一步將「活動期」再區分成「加速期accelerated phase」以及「減速期decelerated phase」，大約各2小時

產程期別
stages of labor

生產過程〈產程〉
區分成三期

- 「羊膜」和「破水」
- 「胚胎包膜〈羊膜〉」大都是在「活動期」破裂，習慣性稱之為「破水」，而所謂的「早期破水PROM」就是指「羊膜」提早破裂〈大約8 %〉
- 「醫學界」普遍認為、「破水」之後「胎兒」就有「被感染」的危險，通常都希望在24小時之內、就要生下來，否則就要給與「預防性」的「抗生素治療」
- 第二產程
- 就是指「子宮頸全開10公分」、到「胎兒」生下來，如果是「完全正常」的「自然生產」，通常「第一產程」、「第二產程」的長短、都不會有太大的意義
- 美國婦產科學會ACOG對於「第二產程遲滯」給與的定義〈正常範圍〉
- 有局部麻醉 ：「初產婦」不超過3小時、「經產婦」不超過2小時
- 沒有局部麻醉 ：「初產婦」不超過2小時、「經產婦」不超過1小時

產程期別
stages of labor

生產過程〈產程〉
區分成三期

- 在「契約條款」裡採用的或第二產程超過2小時胎頭仍無下降這幾個字、不太正確，因為「胎頭是否下降」是屬於「第一產程」的問題，而「第二產程遲滯」則是指「胎兒」是否能夠順利地「生下來」
- 第三產程
- 就是指「胎兒」生下來之後、到「胎盤、羊膜組織」全部排放出來，其「正常範圍」大約是10分鐘、通常不會超過30分鐘，如果「胎盤」、「羊膜組織」還不能全部排出，就需要「積極處理」
- 雖然在「契約條款」裡明文規範「14小時、20小時、2小時」、似乎有助於「理賠審核」，可是，我個人還是要建議「理賠同仁」、不要太執著於「數字」
- 除了「初產婦」、「經產婦」、和「個人差異」都是重要的「變數」之外，其實「產程起始點」並不是那麼明確，還不如尊從「主治醫師」的專業判斷、取捨

胎兒心跳速率

- 「醫學資料」顯示：「生產」其實是一種「循序漸進」、而不是「突然開跑」的過程，在被認為屬於真正的「產程起始點」的「幾天前」、甚至「幾個星期」之前，「子宮」就已經有「生產前收縮」、「子宮頸」也會有相當程度的「變薄」和「擴張」，而「胎頭」也會開始下降
- 胎兒心跳速率〈胎心音〉
- 這是「胎兒一般狀況」的「重要指標」，尤其是在「子宮強力收縮」、「子宮內壓升高20~80 mm Hg」的時候，會引起「胎兒缺氧」，因此，在「第一產程、第二產程」、都需要持續、密切地監控「胎心音」
- 正常的「胎心音」大約是120~160次/min
- 「子宮收縮期」大約減緩10次/min
- 如果「減緩20次/min以上」、或是「胎心音＜100次/min」，就表示「胎兒」可能已經有「缺氧」，需要進一步檢查、治療

產程遲滯

- 一般而言，整個「生產時間」的「正常範圍」：「初產婦」大約14小時、「經產婦」8小時
- 所謂「產程遲滯」就是指整個「產程」超過18~24小時
- 由於「產程起始點」並不容易確認，使得真正的「生產時間」也難以界定，譬如：
- 如釋重負現象 lightening
- 在「子宮」開始「生產前收縮」、「胎兒」開始下降、「頭部」進入「骨盆腔上緣」時，「產婦」就可以感覺到「呼吸」比較順暢、清鬆，「骨盆腔」壓力逐漸增大，「小便次數」也變得更加頻繁，這種所謂的「如釋重負現象」、是否就是「生產起始點」
- 血樣演出〈血露〉bloody show
- 由於「胎兒」開始往下擠壓「子宮頸」，原本負責封閉「子宮頸口」的「分泌物」就會排放出來〈血露〉，所以「陰道」就會出現比較多的「黏稠、帶血」的「分泌物」，是否這就是「生產起始點」

產程遲滯

- 假陣痛false contraction
  - 有些「產婦」還可能會有「不規則、短時間、輕微」的「子宮收縮」，「產婦」也會有「陣痛」感受，是否這就是「生產起始點」
- 會導致「產程遲滯」的「原因」包括：
  - 「子宮收縮機能」無效力
  - 「胎兒」的「大小、位置」不正常
  - 整個「產道結構」不正常〈變形、狹窄〉，「骨盆腔結構」是最具決定性的因素
- 在「產科實務」裡，如果在「活動期」裡「子宮頸口」已經有「2個小時」、都未再繼續張開，就可以認定「子宮無力 uterine inertia」
- 難產dystocia
- 所謂「異常生產abnormal labor」；也就是「難產」；泛指「生產過程」不正常的延緩，「產科學會」也訂定了一些「判定標準」

產程遲滯〈難產dystocia〉

- 「致病原因」有下列四項，既可以「單項獨自」、也可以「多項同時」出現在每一個「產婦」身上
  - 「子宮收縮」推力不足，或是「子宮收縮」不協調、不一致，無法有效地迫使「子宮頸」逐漸變薄effacement、「子宮頸口」逐漸張開dilatation
  - 在「第二產程」時、「產婦」的「隨意性用力」，無法克服「骨骼產道」以及「軟組織產道」的「阻力」
  - 「胎位異常」或是「胎兒發育異常」，使得「胎兒」無法由「產道」生下來
  - 因為，「骨盆腔結構、產道異常」而阻塞了「胎兒」的逐漸下降

產程異常〈難產〉	
異常型式	診斷標準
潛伏期延長	初產婦≧20小時、經產婦≧14小時
活動期子宮頸口張開拖長	初產婦≦1.2 cm/hr.
胎兒下降拖長	初產婦≦1.0 cm/hr. 經產婦≦2.0 cm/hr.
活動期後半段〈減速期〉延長	初產婦≧3.0 hr. 經產婦≧1.0 hr.
次發性子宮頸口張開停滯	停滯≧2.0 hr. 以上
胎兒下降停滯	停滯≧1.0 hr. 以上
胎兒下降失敗	在第二產程沒有繼續下降

胎兒窘迫

- 在「子宮腔」內的10個月裡、「胎兒」是完全依賴「母親」才得以存活，在「胎盤」的「精緻結構」中、「胎兒血液」和「母親血液」可以充份地交換「氧氣、營養」和「廢物」
- 可是，在「陣痛啓動」之後、會阻礙「母體血液供應」，對於「胎兒」是非常嚴苛的挑戰，幸好「足月胎兒」的「器官功能」已經發育成熟，只要「產程順暢」、幾乎都不會危及「胎兒」
- 可是，當「胎兒」面臨「產程不順暢〈難產〉」的時候，「胎兒」就會出現「異常反應徵狀」、也就是所謂的「胎兒窘迫fetal distress」，包括：
- 排放胎便
- 「正常胎兒」的「胃腸道」很少蠕動，大都是在「出生之後」、才會排放胎便，如果在還未出生前就有「排放胎便現象」、大都表示已經有「胎兒窘迫」、「胎兒缺氧」

胎兒窘迫

- 胎心音異常
  - 正常的「胎心音」會隨著「子宮收縮期」而大約減緩10次/min，但是在「收縮期」之後、又會馬上恢復
  - 如果「收縮期」的「胎心音」減緩20次/min以上，或是「心律」不規則、不穩定，或是「心跳速率」持續低於＜100次/min、或是超過160次/min，都表示已經有「胎兒窘迫」
- 胎兒頭皮酸鹼度PH值
  - 為了更正確的偵測「胎兒」是否處於「危急缺氧狀況」，可以由「胎兒頭皮」收取「微血管血液」、來檢測「血氧含量」和「血清酸鹼度PH值」
  - 人體的「正常血清PH值」大約是7.4±0.05，當「胎兒頭皮」的「血清PH值＜7.20」時，就代表可能有「胎兒缺氧狀況」，必須進一步檢視、甚至趕快「手術、搶救」

胎頭骨盆不對稱 CPD

- 所謂「胎頭骨盆不對稱CPD」就是指「胎兒太大、胎頭太大」，使得「胎兒」無法通過「骨盆腔、產道」、順利地生下來
- 「醫學界」普遍認為真正的「CPD案例」並不多見，只不過許多「難產案例」都被隨意地冠上「胎頭骨盆不相稱CPD」，當然，如果的確是屬於「CPD案例」，最安全的「生產方法」就是「剖腹生產 C/S」
- 會導改CPD的原因有如下幾項
- 胎兒太大
  - 可以是「遺傳性」、或是「妊娠糖尿病」所致
  - 過熟兒post-maturity：超過「預產期2個星期」才出生的「胎兒」、也會比較大
  - 多胎次multi-parity：通常「胎兒體格大小」都會隨著「胎次」遞增，大約在「第四、五胎」之後、再逐漸變小

胎頭骨盆不對稱 CPD

- 胎位異常
- 骨盆腔太小、或是「骨盆腔」變形
- 雖然有些醫師的確會在「生產前」就評估是否有CPD，但是大多數的案例都是在「CPD的診斷」、「產程不順利」，或是已經使用「子宮收縮劑」之後、還是無法「順利生下來」時，才會嚴謹地評估是否有CPD，這種類似「臨陣磨槍」的現象、並不是「產科醫師」偷懶，主要的原因就在於「胎兒」擁有相當大的「可塑性」
- 也就是說，在真正進入「生產過程」之前，也許已經注意到「胎兒」有點大、或是「骨盆腔」似乎有點小，可是，在「生產過程」中、「胎兒頭部」和「骨盆腔」還會有相當程度的相互「磨合、調整」，使得「胎兒」終究得以「硬擠出去」

胎頭骨盆不對稱 CPD

「超音波檢查」的確可以用來評估「胎兒頭部」的大小，可是卻無法百分之百正確地評估「胎兒體重」，相反地，

- 由一位有經驗的「產科醫師」、經由「傳統性身體檢查」，反而能夠比較正確地檢視出「骨盆腔」的大小，也能夠比較正確地做出CPD的診斷
- 因此，儘管「契約條款」的胎頭骨盆不對稱係指下列情形之一者之下、列舉了「四項」，我還是要建議各位「理賠同仁」、不要太過於執著於「字面上的數值」，譬如
  - 胎兒體重4000公克以上：並不足以主張＜4000公克就一定不會有難產
  - 胎兒頭圍37公分以上：由於「胎兒頭顱骨」具有相當大的「可塑性」，出生後測得之胎兒頭圍＞37公分並不一定就是「難產」的必要條件
  - 又譬如「骨盆變形、狹窄……」，現今「婦產科醫師」大多使用「超音波檢查」、已經很少採用「骨盆腔攝影」
- 相反地，我反而更尊重「主治醫師」的判斷

前置胎盤Placenta previa

- 在「胚胎」由「輸卵管」進入子宮腔內「著床」的時候，絕大多數的「胚胎」都是附著在會「強力收縮」的「子宮體上半部」，也因此，在「自然生產」過程中，「胎盤」既不會受到「胎頭擠壓」、也不會阻礙「胎兒下降」，
- 可是大約有0.5~1.0 %的「胚胎」是著床在「子宮體下半部」，並因而影響了「胎兒下降」，這種「異常現象」統稱之為「前置胎盤」
- 依據「胎盤」的「附著位置」和「子宮頸口」的相互關係，會有四種「前置胎盤」情況：
  - 完全性前置胎盤：整個「子宮頸口」被「胎盤」完全封閉住
  - 旁位性前置胎盤：「胎盤」的「邊緣」遮蓋了「子宮頸口」的一部份
  - 邊緣性前置胎盤：「胎盤」的「邊緣」只延伸到「子宮頸口」的邊緣
  - 低位胎盤：「胎盤」的「一部份」位在「子宮體下半部」，但是「胎盤邊緣」距離「子宮頸口」還有幾公分

前置胎盤Placenta previa

- 事實上，隨著「產程」的進展、「子宮體下半部」以及「子宮頸管」會被「往上拉」，而「胎盤」和「子宮頸口」的「相互關係」也會改變
- 也就是說，原本還有3~4公分覆蓋著「子宮頸口」的「完全性前置胎盤」、也會被逐漸向上拉開，等到「子宮頸口」張開6~8公分之後，就會變成「邊緣性前置胎盤」或是「旁位性前置胎盤」
- 雖然「前置胎盤」似乎好發於「多次懷孕」的婦女，有可能只是因為「子宮腔」比較寬鬆，「受精卵〈胚胎〉」比較可能「一下子」就掉下到「子宮體下半部」，只不過，並不是所有「前置胎盤」的「致病原因」、都可以確認
- 「前置胎盤」的「主要症狀」就是「無痛性、突發性」的「鮮紅色出血」，常常是在「懷孕32週」左右、毫無預警地「突然出血」，只有少數的案例會因為「胎盤剝離」而大量出血，如果「胎兒」已經夠成熟、「剖腹生產」是得以保障「母親」和「胎兒」的最佳方法

胎盤早期剝離
Abruptio placenta

- 所謂「胎盤早期剝離」就是指著床在「子宮體上半部」的「胎盤」，也就是著床正常，有別於「前置胎盤」是著床異常
- 在懷孕20週之後、或是接近「懷孕晚期」、「胎兒」還未生下來之前、就有「一部份」或是「全部」、從「子宮腔壁」脫離
- 估計大約每500次「生產」、就會有一個「胎盤早期剝離」案例，依據「剝離程度」而有「部份剝離」和「完全剝離」之別
- 由於「胎兒」是完全依賴「胎盤」存活，在出現「胎盤早期剝離」之後、大約有60%案例會有「胎兒窘迫」現象
- 如果是「完全剖離」，除了來得及「緊急剖腹生產」的案例、「胎兒」幾乎都難以存活
- 此外，積存在「胎盤」和「子宮肌肉層」的「大量血液」，甚至會滲入、弱化「子宮壁」、並因而導致「子宮破裂」，也是足以致命的「急性併發症」

胎盤早期剝離
Abruptio placenta

- 「胎盤早期剝離」的「致病原因」並不一定明確〈本態性〉，除了「高年齡」、「抽菸、喝酒、吸毒」、「子宮肌瘤」這些「母體因素」之外，有些案例似乎和「外來傷害trauma」有關〈大約1.5~9.4 %〉
- 此外，在「完全剝離」的案例之中、大約有40~60 %都有「慢性血管性腎臟疾病」；譬如「高血壓」或是「腎絲球性腎炎」
- 有些學者認為大約有10 %的案例、是因為「懷孕末期」的「平躺低血壓症候群」使然
- 當一個「懷孕末期」的「孕婦」平躺時，「膨大的子宮」會壓迫「下腔靜脈」，除了導致「胎盤」內的「血壓升高」之外，還會因為「回流血液量」減少、「心搏輸出量」減少、而引起類似「腦部缺血」的效應，「母體」就會出現「血壓降低」、「心跳加快」反應，並因而引發「胎盤早期剝離」
- 「胎盤早期剝離」的「治療」包括：「控制出血」、「補充循環血液量」、以及「清空子宮腔」，也因此，大都會執行「剖腹生產」

妊娠毒血症
Toxemia of Pregnancy

習慣上，「妊娠毒血症」可以區分成「子癇前症」和「子癇症」二個等級

子癇前症Pre-eclampsia
- 就是指在「懷孕早期」大都正常，但是在第24週之後、開始出現「高血壓」、「水腫」以及「蛋白尿」現象，其「診斷標準」大約如下：

- 高血壓Hypertension
  - 必須是「收縮壓≧140 mm Hg」或是「舒張壓≧90 mm Hg」，或是「收縮壓」至少上升30 mm Hg、或是「舒張壓」至少上升15 mm Hg，而且必須是在不同的「二次檢查」都是異常值
- 水腫Edema
  - 在「一個星期」之內、「體重」增加5磅〈2.3公斤〉以上，並且同時有「臉部」、「手部」的「浮腫現象」
- 蛋白尿Proteinuria
  - 在不同的「二天」都檢測到「24小時尿蛋白排放量」超過500 mg，如果以「尿液測試棒dipstick」檢測、至少是「1＋以上」，其「尿蛋白排放量」大約等於300~500 mg之間。【註】正常成年人的「24小時尿蛋白排放量」不會超過150 mg

妊娠毒血症
Toxemia of Pregnancy

習慣上，「妊娠毒血症」可以區分成「子癇前症」和「子癇症」二個等級

- 有些學者認為只要有任何一項符合，就可以認定是「子癇前症」，通常還是要有二項、才能做出「子癇前症」的診斷
- 此外，有些學者還主張應該有「嚴重子癇前症」以及「輕型子癇前症」之分，並且提出「嚴重子癇前症」的「診斷標準」，至少要符合下列任何一項以上：
  - 血壓值：必須是「病人平躺」、在「相隔6個小時」以上、分別測量2次，其「收縮壓≧160 mm Hg」或是「舒張壓≧110 mm Hg」
  - 蛋白尿：24小時的「尿蛋白排放量」必須是「≧5公克〈5000 mg〉」以上〈+++以上〉
  - 尿液排放量：24小時的「尿液排放量」必須是「≦400 c.c.」以下
  - 症狀：必須有「腦神經」或是「視力」症狀
  - 水腫：必須是要有「肺水腫」或是「發紺」症狀
  - 輕型子癇前症：不符合上述條件的輕型案例

妊娠毒血症
Toxemia of Pregnancy

習慣上，「妊娠毒血症」可以區分成「子癇前症」和「子癇症」二個等級

- 子癇症Eclampsia
- 就是指「懷孕期」或是「產褥期」的「婦女」，在沒有「腦組織病變」的前提之下，除了出現上述「子癇前症」的症狀之外、還有「抽搐convulsion」或是「昏迷不醒coma」的症狀，雖然極少數病患可能沒有「子癇前症」，也可能在「懷孕期前半段」發作，但是，絕大多數的案例還是在「後3個月」、或是「生產後」的48個小時、甚至6個星期之內發作
- 許多學者曾經針對基因學、免疫學、內分泌學、營養學、感染性病原體進行研究，但是「致病原因」至今仍未確認
- 由於只有體內仍有「絨毛膜組織」的婦女、才會罹患，而且在「生產之後」就會快速痊癒
- 有些學者也因此假設性地認為：「胎盤」和「羊膜組織」可能扮演著重要的角色，譬如，是否分泌了「某些物質」、導致「母體」的「血管內膜細胞」功能失常，並因而影響到肝臟和腎臟，許多「臨床資料」顯示：

子癇症Eclampsia

- 多胞胎懷孕：「多胞胎懷孕」的婦女、似乎比較會罹患「妊娠毒血症」，是否因為體內的「絨毛膜組織〈胎盤〉」比較多的緣故
- 葡萄胎：罹患有「葡萄胎」的婦女、是否因為體內的「絨毛膜組織」不正常，也比較會罹患「妊娠毒血症」
- 此外，罹患有「慢性心臟血管-腎臟疾病」、「糖尿病」、「嚴重貧血」的病人，「妊娠毒血症」的「發生率」也比較高，有些學者甚至因此稱之為「懷孕相關的高血壓疾病」
- 鈉鹽攝取量：偏高的「鈉鹽攝取量」、也被認為似乎和「妊娠毒血症」相關
- 「妊娠毒血症」好發於「年青的第一胎婦女」，依據美國的資料，大約有5 %會有「子癇前症」，其中的0.5~2.0 %會發展成「子癇症」，尤其是「低社經族群」、也許是「醫療資源不足」使然
- 在急性發作之後，除了經由適當的「保守治療」之外；包括「控制血壓」、「控制抽搐」、「控制水腫」等等症狀性治療；「根本治療」就在於「停止懷孕」，雖然還是要儘可能以「產道生產」為優先考量，如有必要、還是要考慮「剖腹生產」

第三或第四級心臟病

- 在「保單條款」裡的「母體心肺疾病」項目中、只有經心臟科採用之心肺功能分級認定為「第三或第四級心臟病」，並附診斷證明這一段「文字批註」，推測就是指紐約心臟協會 NYHA 對於「心臟功能」的「心臟衰竭分級法」的「4個等級」
- 第一級：對「身體活動」不構成「任何限制」，在「一般的身體活動」之後：
  - 並無過度的疲倦、心悸、或「呼吸困難」。
  - 並無「暈厥」的情況。
  - 並無「心絞痛」的情況。
- 第二級：「靜態」時「病人」並無不舒服的感覺，但是在「一般的身體活動」之後、會有：
  - 疲倦、心悸、或「呼吸困難」。
  - 可能有「暈厥」的情況。
  - 可能有「心絞痛」的情況。

第三或第四級心臟病

- 第三級：「靜態」時「病人」並無不舒服的感覺，但是在「極小量」的「身體活動」之後、就會有：
  - 疲倦、心悸、或是「呼吸困難」。
  - 可能有「暈厥」的情況。
  - 可能有「心絞痛」的情況。
- 第四級：每次「身體活動」時、都帶來「病人」會有「不適的感覺」，即使在「靜態」時「病人」也會有下列的情況：
  - 疲倦、心悸、或「呼吸困難」。
  - 可能有「暈厥」的情況。
  - 可能有「心絞痛」的情況。
  - 如果有「任何身體活動」，「不適的情況」大幅提高。

討論

- 懷孕、流產或分娩除外這幾個字、形同虛設，甚至連「原條款」裡的「懷孕、流產或分娩及其併發症」這一項，和「但下列情形不在此限」之間、就是非常明顯的「自我矛盾」，最簡單、直接的「疑問」就是：除了2大頁所列舉的「併發症」之外、到底「懷孕、流產或分娩」還有那些「併發症」？
- 當然，我也同意、即使更改為「正常的懷孕、流產或分娩除外」這樣的「條款用詞」，還是會再衍生出其他的「爭議」，譬如
- *「流產」不就是「不正常的懷孕、分娩」嗎？*
- 我認為「流產」的確是「不正常的懷孕、分娩」
- 那麼，當初「原條款」之所以要有「懷孕、分娩」的「除外條款」，應該就在於嘗試釐清「懷孕、分娩」是屬於正常的「生理現象」、並非「疾病」

「懷孕、分娩」是正常的
「生理現象」、並非「疾病」

討論

- 可是，「社會大眾」大都習慣於把需要藉助於「醫護人員」在「醫院」裡、接受「治療」的「情況」，都認定是屬於「疾病」
- 也因此，我會建議把「契約條款」更改成：「正常的懷孕、分娩除外」，來釐清「懷孕、分娩」是屬於正常的「生理現象」、並非「疾病」
- 可是，在現有的「保單條款」的「名詞定義」裡、對於「疾病」所給與的定義：在「本附約」的第二條：本契約所稱「疾病」係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病……，其實只是在界定「保險公司」的「理賠責任起始日」，是在「本契約生效日起持續有效三十日以後或復效日」之後，完全是「責任時間」的界定
- 對於「疾病＋本身；也就是什麼情況叫做「疾病」、或是「疾病」的＋真正定義」；完全未做規範

疾病的定義

- 由「孫家棟醫師」所著的「簡明護理病理學」、對於「疾病」所做的「定義」如下：
  - 凡是因為「各種因素」、而造成「個體」的「構造」或「功能」之「不正常」，即可稱為一種「疾病的表現」
  - 但有時輕微之「構造」或「功能」之「變化」、並不被認為是「疾病」
- 依循這一項「疾病的定義」，「懷孕、分娩」原本就是「女性生殖功能」的正常運作，是一種正常的「生理過程」、絕對不是「疾病」，也的確沒有「個體」的「構造＋或「功能」之「不正常」，當然不是「疾病」、當然也不是本＋住院醫療附約」的「保障範圍」
- 可是，「流產」則的確是「不正常的懷孕、分娩」，也符合「個體」的「構造」或「功能＋之「不正常」，也應該可以認定是「疾病」，所以也應該是本＋住院醫療契約」的「保障範圍」
- 也因此，在「保單條款」裡洋洋灑灑列舉的2大頁「反向除外」，我倒認為純屬「畫蛇添足」、毫無意義

疾病的定義

- 可是，各位「理賠同仁」所要面對的「理賠申請案情」，其「複雜程度」絕對數萬倍於「懷孕、分娩」，其「住院必要性」、「住院天數必要性」、「手術必要性」、「特殊治療必要性」等等問題，每一個「案例」都各有不同
  - 其「取捨、決定權」、都要由「主治醫師」來判斷、抉擇，我們只能夠「被動式」地接受、幾乎完全沒辦法質疑，
  - 譬如，在審核「是否必要住院這麼多天」這一項時，只要「主治醫師」這麼回應：你們並未實際看到「病情演變」、憑甚麼來質疑我的「處置」不恰當？各位學員還能夠「如何回應」？
  - 記得有一位「保險前輩」認為：「疾病的定義」取決於「就醫記錄」，這是完全「實務性」的「經驗之談」
  - 就一個「醫護人員」的認知、我認為其中充滿著相當多的「妥協」和「無奈」，因為在「主治醫師」腦海裡所在乎的、其實是和「理賠審核」完全不同的「二回事」

酒精注射是否屬於手術

- 治療「小型肝癌」所採用的「酒精注射」、是否屬於「手術」這項議題，「台大醫院」的回應只有輕描淡寫的「酒精注射」是屬於「廣義的手術」這一句話
  - 倒不是「台大醫院」故作輕鬆，其實就「臨床醫師」的認知而言，「酒精注射」是目前「醫學界」普遍採用的「小型肝癌」的「治療方法」之一，That’s it，是否屬於「手術」？Who care
  - 這就是我在文章起頭所陳述的、「醫療院所」和「保險業界」原本就是「互不從屬」的兩個社會次群體，其「成立宗旨」各不相同，也都依循不同的「思惟邏輯」運作
  - 在「病人」的「生、老、病、死」相關事故的處理過程中，「醫療院所」是主導的「上游企業」，「保險業界」則是只能夠「被動接受」的「下游廠商」，而最大的「困擾」就在於我們根本無法「訂購」我們需要什麼樣的「產品」，我們唯一能做的、就是「面對它」、「接受它」、以及「處理它」

契約條款

可以努力「契約條款」進行修訂

- 各位從業同仁也不需要而沮喪，我認為「保險業界」可以努力就「契約條款」進行修訂
- 就以「懷孕、流產或分娩及其併發症」為例，在2年前才重新公佈、實施時，竟然還是列舉了2大頁、沒有多少「實質功能」的「反向除外條款」，可以說是「大幅退步」
- 有些從業同仁也許會聳聳肩、兩手一攤、「反射性」地「反駁」：金管會不准更動任何一個字，的確如此，因為「保險業界」未能提出具說服性的「相關資料」、據理力爭
- 坦白說，我完全沒有參與「商品送審」的經驗，實在沒資格討論修改「保單條款」的相關議題，只不過在面對因為不恰當的「條款定義」、一再出現的「理賠爭議」時，還是不由自主地希望呼籲年青的從業同仁們、一齊來思考：到底要等到什麼時候、才會有什麼人、會來修改這些條款？
- 我自己倒是想借用「德國哲學家尼采」的這一句話：痛苦的人沒有悲觀的權力，只有各位「從業同仁」不斷地提出問題、用心地參與討論，修訂條款的「機會」才有可能來臨，願與大家共勉之

Q & A

