健保協同商保—
醫療保障更到位

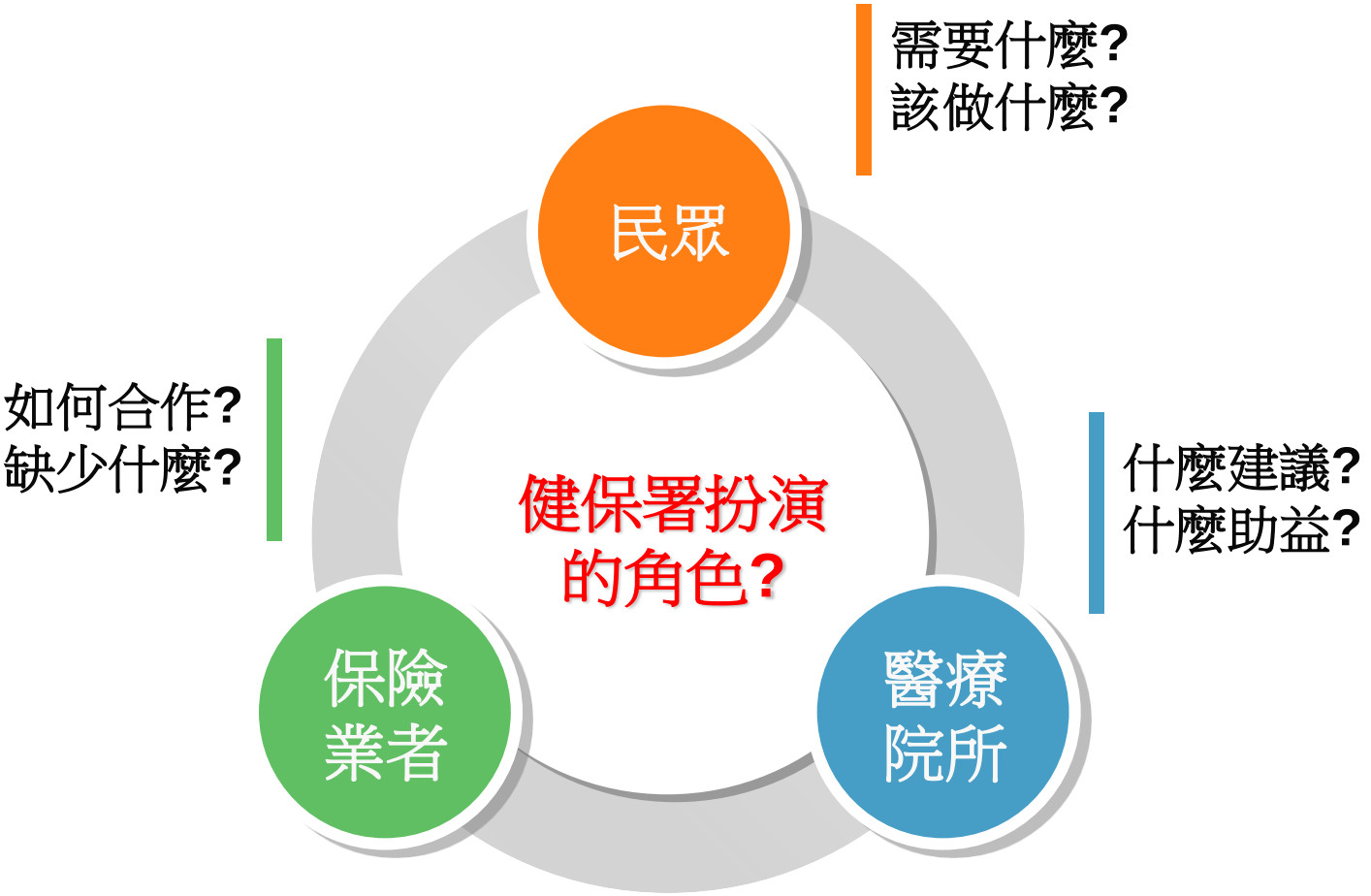
中央健康保險署

111年10月11日

報告大綱

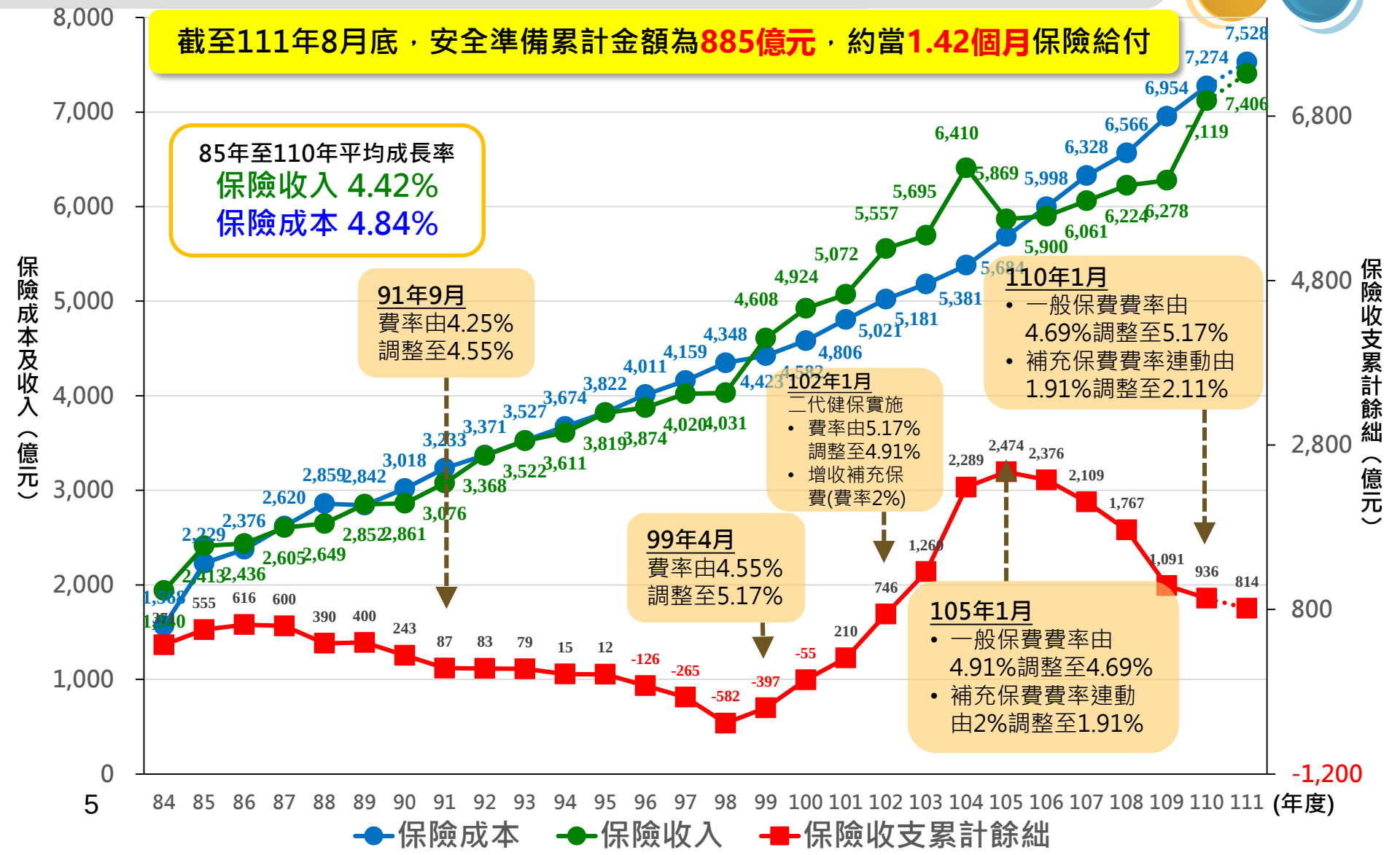
1. 全民健保的現況與挑戰
2. 新興療法與精準醫療帶動自費需求
3. 如何聰明選擇商保強化醫療保障
4. 公私協力強化健康安全網

健保協同商保主要利害關係人



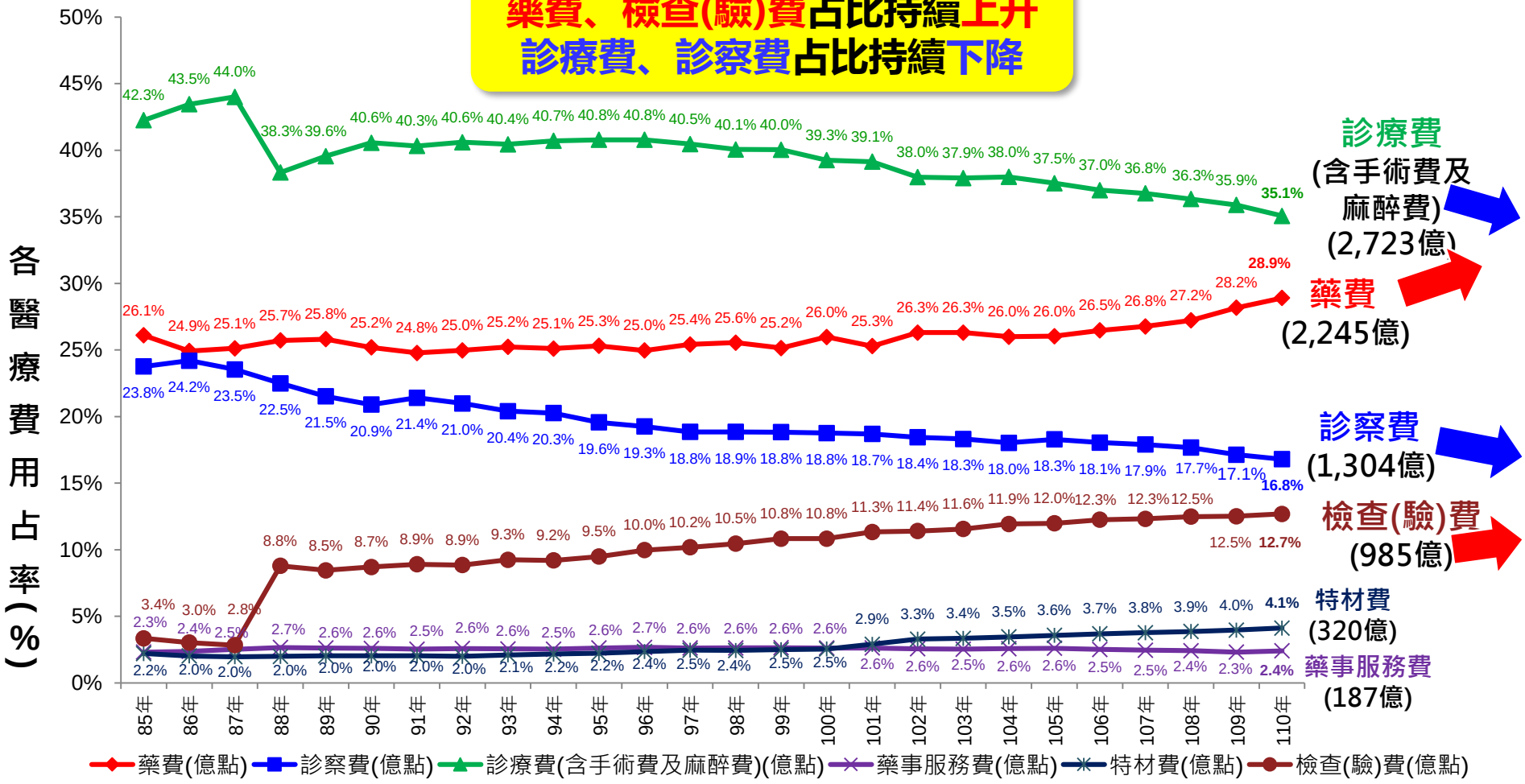
全民健保的現況與挑戰

歷年健保財務收支及累計情形



歷年醫療分項費用占率

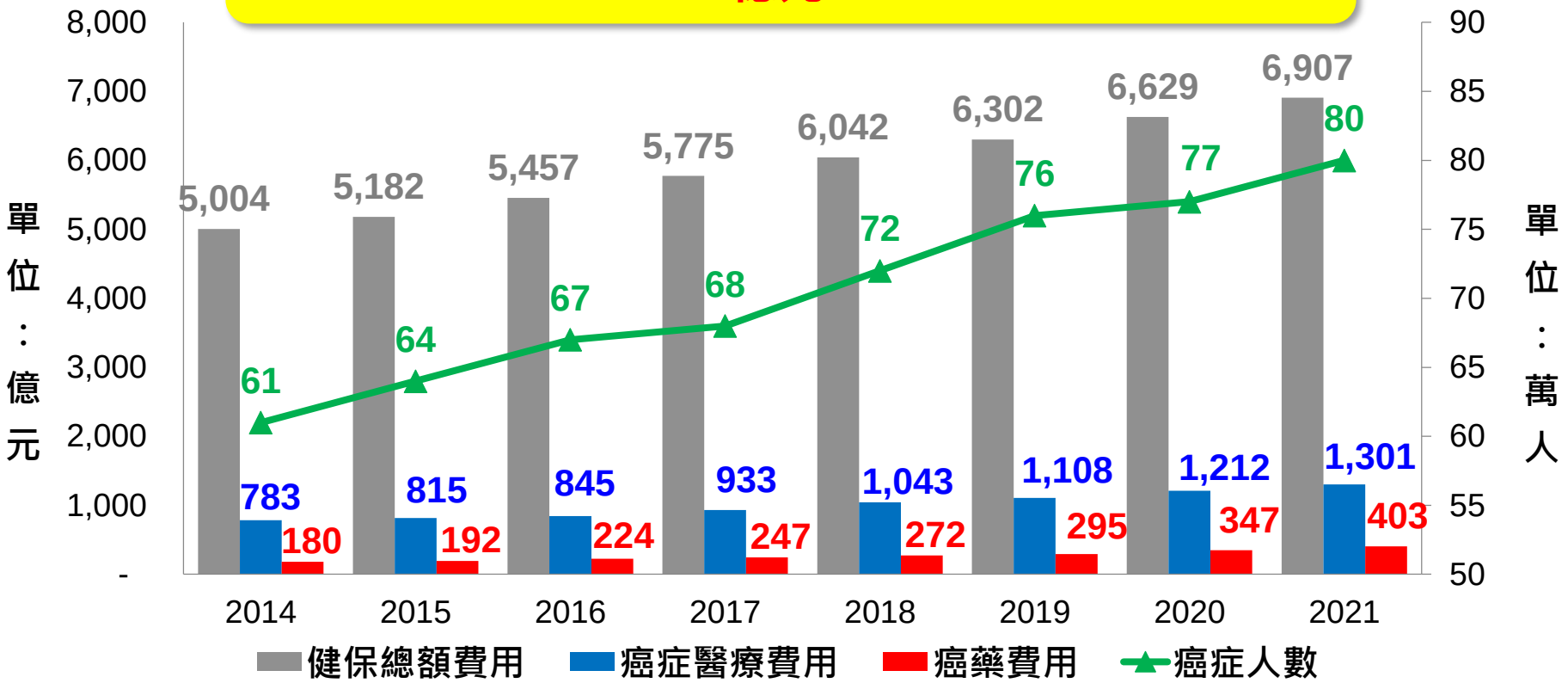
藥費、檢查(驗)費占比持續上升
診療費、診察費占比持續下降



註：診療費(不含檢查(驗)費)在住院案件包含病房費、管灌飲食費、放射線診療費、治療處置費、手術費、復健治療費、血液血漿費、血液透析費、麻醉費、精神科治療費、注射技術費與嬰兒費...等。

近年癌症醫療與癌藥費用統計

110年癌症就診病患達80萬人，癌症醫療花費1,301億元
其中癌藥費用支出達403億元，5年平均成長率10.68%



說明：1.癌症醫療費用及癌症人數係主次診斷碼符合癌症(C00-C97)者之費用及人數合計
2.癌藥費用係ATC碼前三碼符合L01及L02之藥品申報金額合計，
3.健保總額費用係採每年醫院部門及西醫基層部門總額核(決)定結果
4.所有藥費及癌藥費用尚未扣除廠商還款部分

新興療法與精準醫療帶動自費需求

數位醫療科技日新月異

健保資源有限　採有條件給付

依據「**全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準**」，
執行「**達文西機械手臂部分腎切除**」、「**達文西根治性前列腺切除術**」，
且須符合相關適應症及規範。

相較於傳統開腹手術，微創手術的優點是：

- ✓ 術中出血較少。
- ✓ 減少術後住院天數及疼痛。
- ✓ 傷口小且美觀。
- ✓ 恢復較快，可以更早回到正常生活及工作。
- ✓ 可以達到如傳統開腹手術一樣的治療與預後的效果。

缺點：約15-25萬元

圖片來源：康健雜誌

新興癌症醫療發展迅速

臨床療效及高價費用是健保給付的重要挑戰

- 給付效益不明？
- 臨床安全性疑慮？
- 治療效果持續多久？
- 多重療法治療地位重疊

多數癌症新藥採**加速上市**，**缺少長期存活數據**。新藥價格昂貴，適應症廣泛，**財務衝擊大，效益不明**。

癌友自費成常態 2成破百萬

7成5曾自費治療 愈末期花費愈高 僅2%靠健保治療

探索新聞

【記者沈能元／台北報導】癌症希望基金會與本報今年四月合作「癌症帳單」專題，取得多位癌友接受癌症治療的自費帳單。癌症希望基金會回應本報擴大調查三百位癌友，昨公布「癌友自費調查報告」發現，高達七成五癌友都曾自費治療，其中兩成癌友自費金額破百萬。

依癌症期別分析自費費用，愈末期花費愈高，四成第三、四期癌友自費金額為五十萬元以上，二成五為上百萬。自費項目以標靶治療為最大宗。

癌症希望基金會調查三百位癌友，其癌友輪廓以乳癌患者最多，占三成六，其他癌別依序為婦科癌、肺癌、血液癌、其他癌症、肝膽腸胃癌；詢問癌症最常見的五大治療項目，手術、化療、放療、標靶、免疫治療等，了解自費支付情形。

五大癌症治療項目統統皆有過自費支付情形，顯示自費幾乎為癌症治療的常態，五大項目中以「手術自費」占比最高達八成一，放療最低為四成。不過手術自費的金額相對於其他項目低，調查五大項目讓癌友自費金額超過五十萬以上的項目，以標靶及免疫治療最多，分別占三成八及三成九。

不細分治療項目，癌友治療癌症整體自費情形，出現二大波峰，分別落在廿萬以下占四成、一百萬以上占兩成。而不用自掏腰包，只靠健保治療癌症的癌友，比率僅百分之二。

若依癌症期別了解自費金額，早期癌症的患者（第零期、第一期、第二期）四成七自費金額在廿萬元以下、一成四超過百萬；晚期癌症患者（第三期、第四期）三成七落在廿萬元以下、二成五超過百萬，其中超過三百萬以上占百分之八。

面對高額癌症自費金額，七成四的癌友是仰賴商業保險理賠、六成八運用個人儲蓄。進而分析商業保險出險對象，早期癌症患者靠商業保險的比率占七成八，晚期癌症患者占六成七，且晚期癌友使用個人儲蓄與透過家人支持比率較高。癌症希望基金會副執行長嚴必文憂心晚期患者因長期治療需自費，出現因病而貧現象。

癌症希望基金會董事長王正旭說，癌症治療趨勢朝精準醫療發展，自費金額愈來愈昂貴，基金會自二〇一七年起倡議商業保險補位健保，籲衛福部、健保署讓健保與自費資訊透明化，方便商業保險業者規畫保單；自費調查中，八成癌友期望政府介入領航商保補位健保，減輕經濟壓力。

相關新聞見A2

癌症朝精準治療發展，癌友自費調查報告中，五大癌症治療項目以手術自費比率最高占八成一。圖為第四代達文西機械手臂手術系統。

本報資料照片

如何聰明選擇商保強化醫療保障?

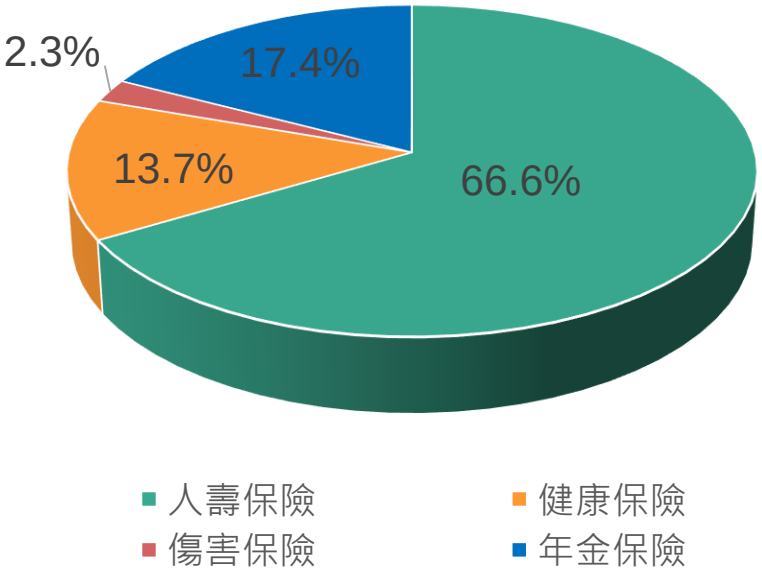
七成民眾有投保商業健康保險

我國110年人身保險業保費收入**世界排名第10**，惟壽險業保險滲透度(保費收入對GDP之比率)**世界排名第2名**，僅次於香港，顯示**國人投保商業保險風氣盛行**

110年人身保險總保費收入約3兆元，

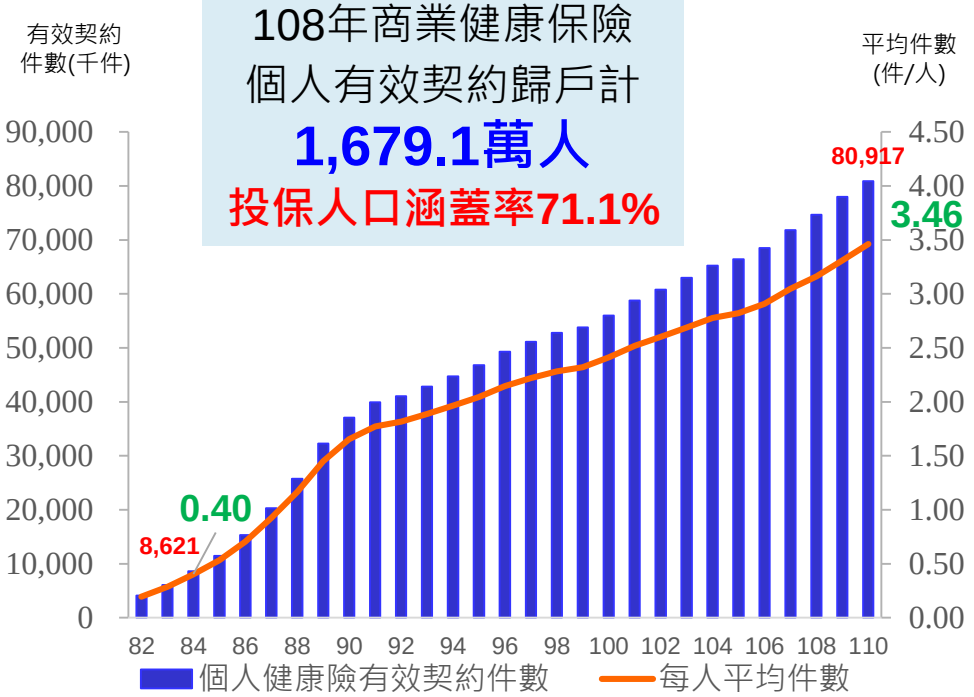
其中健康保險保費收入4,079億元，

占13.7%，保險給付占收入40.8%



資料來源：財團法人保險事業發展中心

108年商業健康保險
個人有效契約歸戶計
1,679.1萬人
投保人口涵蓋率71.1%

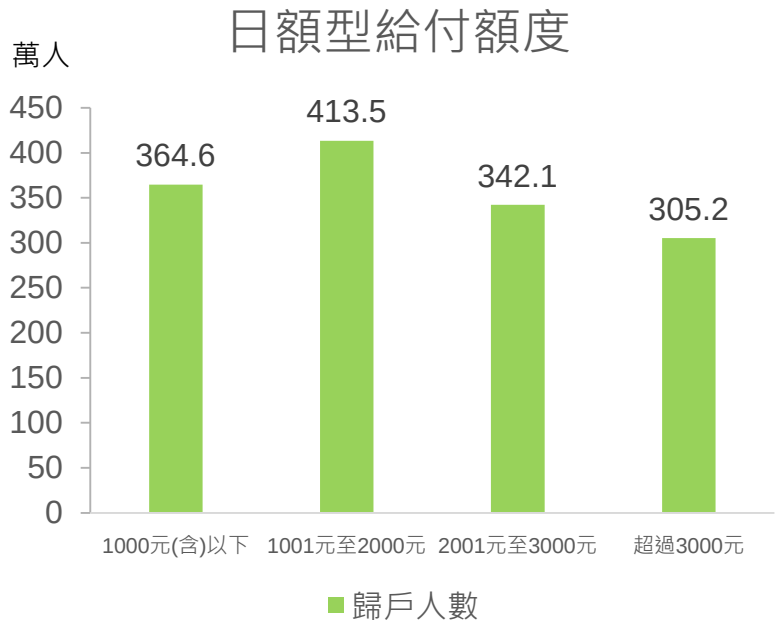


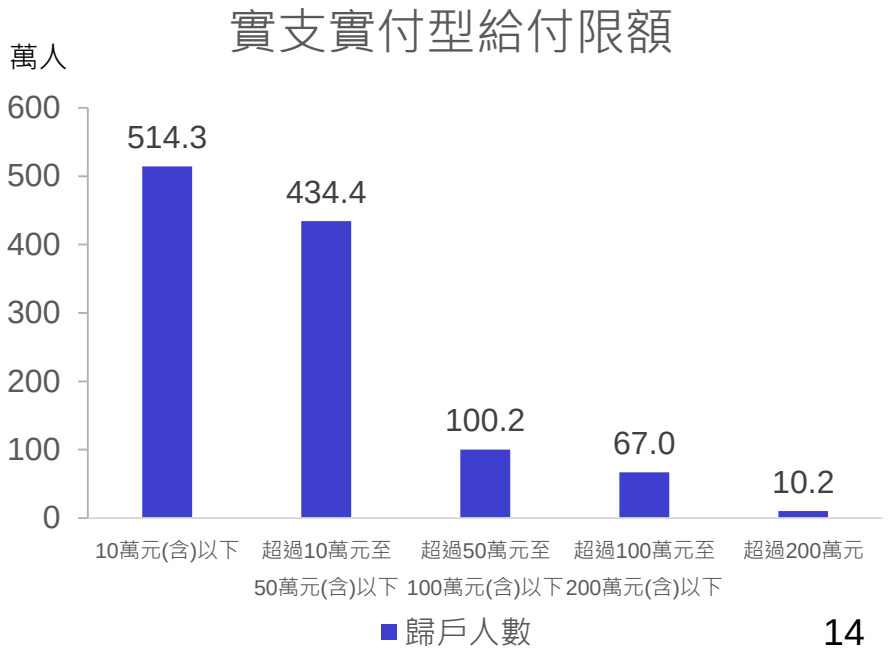
註：1.商業健康保險含住院醫療險、癌症健康險、重大疾病險、長期/失能照顧險、傷害醫療等。
2.平均件數=個人有效契約件數/年底人口數。

108年個人商業健康保險有效契約統計

項目	有效契約 歸戶人數(萬人)	占總人口 比率(%)
日額型醫療險	1,425.4	60.4
實支實付型醫療險	1,126.0	47.7

新藥、新醫材、新興療法是否給付?　額度是否足夠?





資料來源：壽險公會網站

如何聰明選擇商保強化醫療保障

項目	日(定)額住院醫療險(註1)	實支實付住院醫療險(註1)	癌症健康險	
			一次金	療程補助
癌症新藥或治療(如：標靶藥物、自體免疫細胞治療、質子治療…)	X	V	彈性用於癌症治療	△(註3)
自費手術或放射治療(如：達文西、加馬刀、海扶刀、綠光雷射…)	X(註2	V	彈性用於癌症手術	△(註3)
自費或自付差額醫材(如：人工水晶體、塗藥支架、人工椎間盤、骨板…)	△(註3)	V	彈性用於義肢、義乳、義齒	△(註3)

註：1. 應符合「住院」之必要性。
2.按保單條款手術範圍採定額給付，不論健保給付或自費項目。
3.詳保單條款(僅少數包含特定項目並採定額給付，多數無含)。

重點提醒

實支實付型住院醫療險
- ✓ 涵蓋自費手術、醫材、住院期間用藥或治療，讓醫療保障更到位

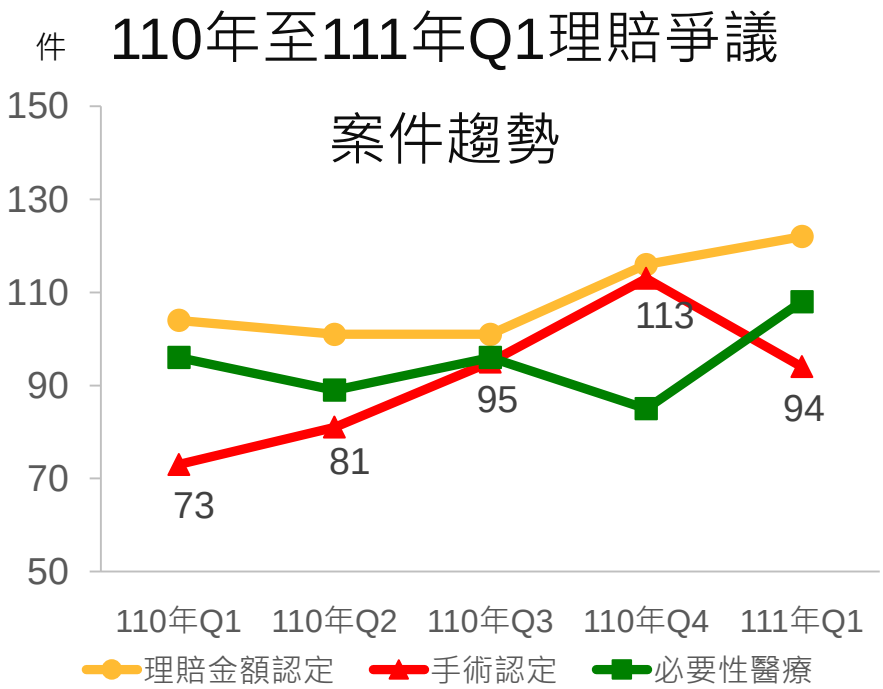
癌症健康險
- ✓ 一次金給付可彈性用於醫療費用
- ✓ 加強標靶藥物或免疫治療等保障

注意保單條款手術定義範圍
- ✓ 優先選擇概括式，涵蓋以全民健保之保險對象身分住院期間所發生之必要手術，而非侷限特定列舉之手術

定期檢視保單 補足保障缺口
- ✓ 定期檢視保單保障期間、項目或額度等

民眾不清楚給付範圍 易造成理賠爭議

《保險範圍》明訂於「保單條款」，惟商品契約條款所約定之承保範圍、理賠條件非常多元複雜，民眾通常弄不清楚。



資料來源：財團法人金融消費評議中心

手術無一致定義：

- ✓ 概括式(住院期間必要之)
- ✓ 健保支付標準2-2-7/3-3-4-3
- ✓ 正面表列

例：達文西子宮肌瘤切除術(非2-2-7)
加馬刀(2-2-2，健保有條件給付)、
海扶刀(健保未給付)

- ✓ 手術未列於保單條款，是否有其他給付之約定(比照/協議)

民眾自費醫療案例之商保理賠情形

（實際理賠依保單條款為準）

案例[1]之理賠情形 治療方式之醫療費用（單位:元）				A公司日額型住院醫療險 (以日額1,000元為例)	A公司實支實付型住院醫療險 (以每日病房費用2,000元，手術及住院20萬為例)
健保給付 一般子宮肌瘤切除術 (住院5日)	民眾部分負擔		4,838	1.住院日額： 1,500元/日*5=7,500元 2.住院手術： 1,0000元*20=20,000元	1.病房費用： 0元 2.住院醫療及手術費用： 4,838元
	非健保給付（民眾支付）	病房費（含膳食費）	0		
		手術費	-		
		材料費[2]	-		
		藥(品)費	-		
		其他（含掛號費）	-		
	健保給付[3]		48,383	**結論：**	**結論：**
	民眾支付		4,838	商保理賠27,500元	商保理賠4,838元
	合計		**53,221**	**民眾實際自費0元(餘22,662元)**	**民眾實際自費0元**
自費 達文西子宮肌瘤切除術 (住院5日)	民眾部分負擔		3,000	1.住院日額： 1,500元/日*5=7,500元 2.住院手術： 0元(非健保2-2-7範圍，無協議)	1.病房費用： 9,200元(未逾2,000元/日*5) 2.住院醫療及手術費用： 200,000元(上限)
	非健保給付（民眾支付）	病房費（含膳食費）	9,200		
		手術費	-		
		材料費[2]	198,623		
		藥(品)費	-		
		其他（含掛號費）	3,000		
	健保給付[4]		30,000	**結論：**	**結論：**
	民眾支付		213,823	商保理賠7,500元	商保理賠209,200元
	合計		**243,823**	**民眾實際自費206,323元**	**民眾實際自費4,623元**

註：1.限「健保」身分就診，且有健保申報點數。
2.含衛生材料、特別材料等相關費用，或實屬前開材料費之費用項目。
3.含一般子宮肌瘤切除術健保給付18,383元，及住院、麻醉、藥品及其他30,000元。
4.不含手術，僅住院、麻醉、藥品及其他30,000元。

拋磚引玉~現行商保保單

癌症保單 / 糖尿病外溢保單 / 高價醫材及傷病保單

公私協力
強化健康安全網

建議商保與健保整合 資訊透明化

111年6月「**保險存摺**」上線(保單總覽)
https://insurtech.lia-roc.org.tw

健保署全球資訊網/重要政策
建置「**健保協同商保—醫療保障更到位**」專區

民眾可透過專業的保險從業人員協助，有助民眾與醫師討論醫療方式時，更即時、充分掌握個人商業保險權益，**評估負擔能力作出最妥適的醫療決策**。

建議商業保險加強設計醫療險補充包

2022年7月10日／星期日 自由時報

All the ideas that inspire the Republic of Liberty

善用商業健康保險
補位全民健保

李伯璋／健保署署長、吳昕／健保署承保組專門委員

台灣健保是總額預算制度，每年編列定額預算支應國人健保醫療費用，並透過總額協商機制，議定每年醫療費用成長率。二一年健保總額已突破八〇九五．六二億元大關，我們當然瞭解醫界與民眾期待罕見疾病、各種癌症新藥、數位醫療新興療法均能納入健保給付，提供民眾更完善的健康護，在健保總額制度下，當所有昂貴新藥、新科技均能納入健保給付時，將會擠壓醫療人員等勞務提供專業服務的診察、診療等費用，這些都是必須通盤審慎考慮，如何善用商業健康保險補位全民健保，在健保財務及民眾醫療需求間取得有效衡，是值得我們關注的議題。

廿七年來，台灣的全民健保都能滿足民眾基本的醫療服務的需求，然而部分昂貴醫療行為給付額度被限縮或不納入給付。以「達文西機械手術」為例，它的優點是在狹窄的體腔內可精細地完成手術，自費十五到廿五萬元不等。當醫師建議使用此技術時，您或家屬知道您的「商業健康保險」有給付嗎？但全額？部分？民眾繳了私人保險費，在真正需要保險幫忙時，才發現自己選擇的保險沒有給付。新北市醫師公會顏鴻順理事長將於八月七日舉辦研討會，探討「商業健康保險」醫療給付資訊透明化，讓醫師、民眾能對新醫療特材、新藥、新醫療技術的選擇時，可瞭解自己的保單有沒有該項支付，也能促使醫療保險內容更明確、精準。

財團法人保險事業發展中心資料顯示，國人保險事業發展中心共同盤點出8項，價格高於20萬元之自費/自付差額特材或癌症治療項目註，建議請大型醫療院所提供民眾較常使用之高額自費項目及使用量，以利業者進一步規劃開發相關保單商品。

註：達文西手術、質子治療、特殊功能人工心律調節器、特殊材質生物組織心瓣膜、基因檢測(NGS)、癌症免疫療法、癌症標靶藥物、螺旋刀放射線治療。

業者提出醫療險保額、保障範圍、新型療法之補充包概念，強化醫療保障

健保署建議加強項目

- ✓ 自費或自付差額特材
- ✓ 自費手術、放射線治療等(廣義)
- ✓ 無需住院但需高額醫療費用，如：罕病自費藥品部分、癌症治療等。

結論與建議

強化國人健康安全網 需要大家共同努力

Start

- ✓ 提升民眾風險意識及正確投保商保認知
- ✓ 健保與商保資訊整合

Growth

- ✓ 盤點民眾高端醫療需求(健保有條件給付、健保未給付/差額給付)
- ✓ 促請保險業者加強開發醫療保障商品

Jump

- ✓ 商保資源挹注高端醫療服務，帶動生醫產業發展
- ✓ 公私協力，強化國人健康安全網

補充資料
外界常關切的議題

Q1：商業健康保險賠付率低，賺很大?

(前立法委員、醫師、健保會委員)

A1：

- ✓ 金管會保險局表示，美國醫療賠付率規定是針對一年期商品，用當年度收入與理賠計算；國內商業健康保險多是長期險，用單年度的保費與要支付終身的保費來計算，可能無法反映實際賠付率。
- ✓ 淡江大學風險管理與保險學系副教授郝充仁解釋，台灣保險主賣的保單都是長期、終生險，30歲買下一張醫療保單，多半是繳費30年，就有終生保障，年輕時多繳的保費就作為準備金，在年老時使用，因此算賠付率並不精準，且一定偏低；若要參考賠付率，僅能針對短年期的保單。「20年前買的癌症險，估計可能治療半年就走了，但現在一定不止，因此這些2、30年前的保單，賠付率都超過150%。

Q2：商業保險醫療險吃健保豆腐?

(中央健康保險署)

A2：

- ✓ **保險業者**表示：醫療類保單分做兩種給付，一為定額給付，與健保有沒有分擔無關；另一則為實支實付，但這對保險公司來說是風險，因為健保財務有一定預算，加上人口老化伴隨醫療成本上升，商業保險要給付的反而增加。
- ✓ **政治大學創新國際學院連賢明副院長**解釋，公部門的全民健保提供基本服務，私人保險應是用以補充健保未納及的項目，「假設私人保險的賠付率低，或健保的項目擴張，其實就對私人保險有利。」 這一次COVID-19的抗病毒藥物，輝瑞的帕斯洛韋（Paxlovid），一次療程是2萬元，「假設是採自費，民眾就會向私人保險請領；但政府付了錢，保險公司就不必負擔這筆費用。」這樣的概念應用在健保上，健保支出愈多，民眾的私人保險若採實支實付賠償，民眾實際支出愈低，私人保險的負擔也減少。

Q3：為請領商保理賠，衍生健保醫療費用增加?(必要性/道德風險)

A3：

《金融監督管理委員會保險局政策調整》—無法溯及既往

1. 函囑就被保險人若罹患之疾病屬給付範圍(有收取保費並承擔風險對價關係存在)且醫療行為在醫院與診所間具有高度替代性者(如白內障手術)，建議視個案事實與保戶採協議或從寬認定方式處理。
2. 103年5月1日以後銷售之醫療險，取消急診留院觀察6小時(不賠)，定義加註包含或不含日間住院以降低住院爭議。
3. 強化副本理賠之控管措施，於108年8月8日函釋(自發文後3 個月起實施)，每一被保險人投保實支實付型醫療保險(含日額或實支實付給付擇一之商品)之張數上限3張。
4. 高額商保理賠對象醫療利用情形之相關議題，保險局已請產、壽險公會以「商業保險與全民健保保戶醫療利用情形相關性之研究」進行探討。

Q4：實支實付醫療險未以「健保」身分就醫者，理賠金額打折?

A4：

因健保之普及率極高，且大多數醫療院所已納入健保特約範圍，故保險公司係以被保險人有全民健保的基礎下，計算實支實付醫療險需承擔之風險及應收保險費。

保險公司所給付(理賠)之實支實付醫療保險金，僅以被保險人於健保給付後所額外支付之醫療費用為限，並據以倘被保險人未以健保身分接受診療者，因已超過原實支實付醫療險之保險費計算範圍，故應予打折給付(如：60%或65%)，始符合保險費對價衡平原則。

謝謝聆聽
敬請指教