

實支實付型醫療保險相關 法制問題之探討

莊弘仔

摘 要

按保險係由團體力量來分散個人風險、填補其損害的經濟制度，其目的並非使被保險人藉由保險給付而獲得超過損害額度的利益。在醫療費用愈來愈昂貴的現代，實支實付型醫療保險之改革方向，攸關民眾醫療保障及保險規劃。本文爰擬就實支實付型醫療保險相關法制議題提出探討，俾供政府後續研提相關立法政策之參考。

關鍵字：實支實付醫療險、實支實付、副本理賠

壹、前言

金融監督管理委員會（下稱金管會）於民國（以下同）112 年底宣示改革實支實付型醫療保險（下稱實支實付險），以損失分攤落實損害填補原則，民眾擔心未來醫療險會愈賠愈少，出現醫療收據副本理賠（下稱副本理賠）保單搶購潮及停售潮¹。在醫療費用愈來愈昂貴的現代，實支實付險商品之改革發展，攸關民眾醫療保障及保險規劃，在高端醫療、自費藥品醫材方面的保障需求等，均有賴主管機關建立完善的配套機制。爰此，本文擬先概述實支實付型醫療保險之發展現況，並就保險之分類及定性、以商業保險補充全民健康保險之不足、損害填補與利得禁止原則、實支實付型醫療保險與複保險、比較法上健康保險與傷害保險之定性、損失分攤機制、實支實付型醫療保險改革方向等相關法制議題探討如後，俾供政府後續研提相關立法政策之參考。

貳、實支實付型醫療保險之發展概述

一、實支實付型醫療保險之內涵

實支實付險給付內容包括應自行負擔及不屬全民健康保險（下稱健保）給付範圍之病房費用保險金、手術費用保險金及住院醫療費用保險金，例如住院時的部分負擔、自費藥品醫材、病房自付差額等。以住院為例，健保病房通常為 3 至 6 人房，想要擁有較好療養品質之雙人房或單人房，就須自費補足健保無法支應的差額；即便是健保病房，依急性、慢性病房或住院天數也有不同的負擔比率²。除了病房費用外，自費項目中花費最多的則屬非健保給付的醫療費用，例如部分癌症標靶藥物、醫師指定藥物、部分心臟血管支架、耐久性生物組織心臟瓣膜、特殊功能之人工水晶體、人工髖關節等自費醫材，或是達文西機械手臂、免疫細胞療法等醫

《註 1》金融監督管理委員會 / 新聞稿，金管會針對媒體報導實支實付醫療保險商品掀停售潮、民眾買不到所需醫療保險保障之澄清說明，112 年 12 月 30 日，https://www.fsc.gov.tw/ch/home.jsp?id=96&parentpath=0,2&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=202312300001&dtable=News，最後瀏覽日期：113 年 4 月 15 日。

《註 2》依全民健康保險法第 47 條規定：急性病房住院三十日內須自行負擔 10%；三十一日到六十日須負擔 20%；六十一日以上負擔 30%。慢性病房住院三十日內負擔 5%；三十一日到九十日負擔 10%；九十一日到一百八十日負擔 20%；一百八十一日以上負擔 30%。

療費用，可能從新臺幣（以下同）幾萬元、數十萬元，甚至高達數百萬元。

一般實支實付險保單內容，大致分為：病房費日額、手術費及其他（俗稱雜費）等三種科目；所謂「實支實付型」，理論上是依據要保人所購買的保險額度上限內「實報實銷」，因此需要憑藉醫療收據正本，向保險公司申請實支實付險的理賠。相對於實支實付型者，為「定額型」之醫療費用保險，例如日額型的住院醫療保險，乃以實際住院日數按約定金額給付（住院日數×約定金額）。此外，定額型醫療保險尚包括重大疾病或特定傷病保險，主要係以發生符合保單條款約定的疾病或傷害，依照約定保險金額給付，不以住院為前提。

二、實支實付型醫療保險發展現況

據保險業者表示，實支實付險「副本理賠」是市場競爭下的產物；幾家大型保險公司由於行銷團隊、企業形象等先天優勢存在，外商、中小型保險公司拚不過大型保險公司，自95年間部分保險公司基於市場競爭，競相放棄以收據正本作為理賠文件，同意以醫療收據副本理賠，希望搶占

第二張、第三張以上實支實付險的市場³。然因後續衍生出「生病賺錢」的現象，有些保戶買了五、六張保單，理賠時領取之保險給付超過實際醫療費用支出，亦容易有道德風險發生，金管會因此於108年8月8日函中華民國人壽保險商業同業公會及中華民國產物保險商業同業公會，「實支實付型醫療保險（含傷害醫療）副本理賠之控管措施」，每一被保險人投保實支實付險（含日額或實支實付給付擇一之商品）之張數上限三張，上開上限於醫療保險及傷害醫療保險採分別計算。此即現行一般所謂的「三實支」。

112年底，針對媒體報導實支實付險商品掀停售潮、民眾買不到所需醫療保險保障等訊息，金管會表示，部分保險公司宣布停止受理或停止銷售醫療保險商品，均為接受醫療收據副本理賠之實支實付險商品，目前市面上仍有相關實支實付險商品可供民眾選擇，並非買不到。實支實付險商品係就保險事故所致之實際醫療費用支出提供費用補償，因此應適用保險損害填補原則；惟有關實支實付險商品如何落實損害填補原則議題，尚需時間研議⁴。

另報載⁵實支實付醫療險未來不再接

《註3》全澤蓉，一次看懂實支實付之亂1 / 副本理賠恐成絕響 少了雙實支、三實支 醫療保障真會出現大破口？經濟日報，113年1月11日，<https://money.udn.com/money/story/123742/7701070>，最後瀏覽日期：113年4月25日。

《註4》金融監督管理委員會，同《註1》。

《註5》魏喬怡，黃于庭，實支實付副本理賠將走入歷史 保險局：嚴禁不理賠獎金，工商時報，113年6月12日，<https://www.ctee.com.tw/news/20240612700091-439901>，最後瀏覽日期：113年6月24日。

受副本理賠，訂於今（113）年 7 月 1 日上路，但因保險業者反映需緩衝期，產、壽險公會已向金管會提出希望延後上路，金管會亦同意給予業者緩衝期間至 10 月 1 日。

參、實支實付型醫療保險相關法制議題

一、保險之分類及定性

（一）商業保險、社會保險與政策保險

依各保險經營之目的予以區分，可將保險分類為商業保險、社會保險及政策保險三大類，簡述如下⁶：

1. 商業保險：係指保險業基於營利之目的，向不特定之社會大眾行銷之保險契約而言；其經營者通常為商業性保險公司，費率結構包含保險人之預期利潤在內，而且通常直接反映各別被保險人之危險狀況，有對價平衡原則之適用。至於社會大眾訂約與否，純屬其契約自由之範疇，要保人得依自己之風險管理需求，自行決定訂約與否，一般常見的人壽保險、醫療保險（包括本報告所討論之實支實付險）、海上保險、財產保險等均屬之。
2. 社會保險：則指國家基於特定之社會性目的，強制一部或全部之國民參加之保險；其經營者多為國家或國家以特別法

設立之公法機構，費率結構不但不包含預期利潤在內，且保險費的決定大多與要保人及被保險人危險狀態之高低無直接關聯，而是取決於其付費能力（即收入）。換言之，社會保險寓含財富重分配之意義在內，無所謂對價平衡原則問題。在社會保險領域中，國家通常以法律強制國民投保（投保義務），國民並無自由決定投保與否的餘地，我國的勞工保險、全民健康保險、國民年金保險、公務人員保險等均屬社會保險。

3. 政策保險：乃介於商業保險與社會保險間之特殊型態，係指該保險原屬商業保險之範疇，但因有特殊之政策性目的，立法者遂強制特定範圍之國民訂立保險契約，另一方面課予保險人承保義務，使該特定的商業保險在一定條件下成為強制保險。我國最典型的政策性保險即為強制汽車責任保險，目的在保障車禍被害人，並定有強制汽車責任保險法。由於強制汽車責任保險所承保的風險仍與典型商業保險所承保者相同，保險費率的決定仍與個別被保險人之風險有直接關係，而非取決於要保人之付費能力，無財富重分配之功能，此點與社會保險不同。

（二）財產保險與人身保險

保險法第 13 條規定，保險分為財產

《註 6》葉啓洲，《保險法》，第 6 版，第 4 刷，元照出版有限公司，109 年 6 月，頁 29-30。

保險及人身保險，係以保險事故發生所在之客體為區分標準：

1. 財產保險：乃泛指以有形財產或無形財產為保險客體之保險，主要承保標的是「財產」和「責任」，包括火災保險、海上保險、陸空保險、責任保險、保證保險及經主管機關核准之其他保險。
2. 人身保險：係以人之生命、身體或健康為承保客體之保險，包括人壽保險、健康保險、傷害保險及年金保險，本報告所討論之實支實付險即屬健康保險與傷害保險保單中之一種理賠方式（商品）。

（三）損害保險與定額保險

以保險所填補的損害是否得以金錢加以估計予以區分，可將保險區分為損害保險及定額保險兩大類⁷：

1. 損害保險：係指填補被保險人具體得以金錢加以估計、評價的損害，傳統分類下的財產保險均屬之。人身保險中之「提供醫療型」及本報告所討論之「實支實付型」醫療保險，因係填補被保險人具體的醫療費用損失，多數學說認為性質上屬於損害保險；惟實務尚有不同見解，詳見下節論述。
2. 定額保險：係指填補被險人抽象之損害，包括不具財產價值的感情、道德及

倫理上的利益在內，並不以具有財產價值之實質損害為限，例如人之死亡及失能均屬之，健康保險及傷害保險中之定額型醫療給付，一般通說亦認為係填補抽象損害。

二、以商業保險補充全民健康保險之不足

為增進全體國民健康，我國於 84 年 3 月 1 日開始實施全民健保，為強制性之社會保險制度，蓋民生福祉之促進，係我國憲法基本原則之一，基於憲法第 155 與 157 條要求國家應實施社會保險制度、普遍推行衛生保健事業及公醫制度，以及憲法增修條文第 10 條第 5 項國家應推行健保，並促進現代和傳統醫藥之研究發展，而制定「全民健康保險法」，以提供全民醫療保健服務⁸。社會保險制度原理與一般私法上之保險原理類似，其主要核心概念均建立於以全體被保險人為危險共同體，而共同分擔風險及互助之基礎上。在社會保險制度中，被保險人只要符合法定保險要件，即成為社會保險之被保險人，當事人無權選擇是否加入該社會保險，並基於社會分配正義理念，使收入愈高之被保險人負擔愈多之保費，故社會保險具有普遍保障性、互助互利、強制性、危險分攤及

《註 7》同前註，頁 31。

《註 8》鍾秉正，〈論長期照護制度之憲法保障〉，《老人健康及照顧之政策與法律國際研討會論文集》，開南大學，97 年 10 月，頁 12-14；吳秀玲，〈長期照護法制與國家財政能力負擔—日本法與我國法之比較分析（上）〉，《中正財經法學》，第 4 期，101 年 1 月，頁 226。

資源重新分配之特徵。

我國實施健保以來，國人不分貧富，在生病時都能從這項社會保險制度獲得醫療照護，由於保費低廉、基本給付完善、就醫便利，據衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）調查，108 年健保滿意度國人正向態度達 89.7%⁹。然而，因為人口老化、醫療科技進步、給付項目增加等因素，逐漸浮現財務失衡的困境。為使健保永續經營，我國自 102 年 1 月 1 日施行《全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法》（俗稱二代健保），對於民眾未列入一般保險費計費的六項所得或收入（全年累計超過當月投保金額四倍部分的獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入），計收補充保險費；另投保單位（雇主）每月所支付薪資總額與其受僱者當月投保金額總額間之差額，亦增列為計費基礎，收取補充保險費，以落實量能負擔的精神，提升保費負擔的公平性¹⁰。此舉雖有增進財源籌措之公平，惟其對健保財源挹注的程度，似仍無法達到財務平衡。

查我國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，滿足民眾基本的醫療服務需求。近年來，隨著人口老化、新興醫療發展等影響，醫療支出增加速度遠較於保費收入成長速度為快。111 年健保總額已突破 8 千億元，藥費占率逐年攀升至 28.9%，健保經費每 6 元就有 1 元用於癌症治療。然而，在健保總額制度資源有限下，面對新興療法與精準醫療發展趨勢，因新藥、新醫療科技臨床療效不確定性高，若全面納入健保給付，對健保財務衝擊過大，現行罕見疾病、癌症標靶新藥、數位醫療新興療法均無法納入健保給付，對多數民眾是極大的經濟負擔¹¹。

據資料顯示，108 年商業健康保險個人有效契約歸戶人數 1,679.1 萬人，投保人口涵蓋率達 71.1%（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。平均件數 = 個人有效契約件數 / 年底人口數）；110 年我國壽險業保險滲透度（保費收入對 GDP 比率）世界排名第二。且自 84 年健保開辦時，每人平均 0.4 件有效商業健康保險契約，110 年已增加到 3.46 件，顯示多數國人在

《註 9》衛生福利部/健保全民滿意度創歷史最高紀錄 89.7% 醫師對健保滿意度逐年改善，108 年 11 月 28 日，<https://www.mohw.gov.tw/cp-4251-50316-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 1 日。

《註 10》衛生福利部中央健康保險署 / 說帖 / 二代健保下 補充保費有哪些項目，113 年 1 月 16 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1883-5b780-3149-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 30 日。

《註 11》衛生福利部中央健康保險署 / 健保協同商保—醫療保障更到位 / 全民健保提供民眾所需基本必要的醫療保障，112 年 12 月 20 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1773-5c179-3120-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 6 月 21 日。

全民健保制度下，仍會再購買商業健康保險，以便分攤醫療風險，因應高價新醫療技術，確保更完善的健康照護¹²。

另，自健保自費項目大量興起，連帶推動商業醫療保險發展，亦有引發高端醫療服務不公平性、醫療商品化發展之聲浪。為補充全民健保難以執行之醫療服務，主管機關或可研議推動健保協同商保相關政策，就特定商業醫療保險產品為高度規範，藉由限制保險公司之合理利潤，提供民眾急需之高端醫療服務，以彌補全民健保之不足。

三、損害填補與利得禁止原則

承上所述，人身保險中之「實支實付」醫療保險究否屬損害保險？其與「定額給付」保險區別之實益，乃在於有無「利得禁止原則」(bereicherungsverbot，又稱為「不當得利禁止原則」或「損害填補原則」)之適用。利得禁止原則為保險法上重要的基本原則之一，蓋保險係藉由團體力量來分散個人風險，填補其損失的經濟制度，其目的並非使被保險人藉由保險給付而獲得超過損害額度的利益。另一方面，若被保險人得因保險給付而獲利，也可能間接提升道德危險發生的機會。從而，在得以認定被保險人因保險事故所受經濟損失額度的險種（損害保險）中，遂有所謂「利

得禁止原則」。損害保險所填補者既為被保險人可以金錢估計之具體損害，依利得禁止原則，被保險人在保險事故發生後，不得因保險給付而獲得超過其實際損失之補償。被保險人若有獲得超額利益之可能性，應以複保險、超額保險及保險代位等相關規定予以防止，簡述如下¹³：

- (一) 複保險：保險法第 35 條規定：「複保險，謂要保人對於同一保險利益，同一保險事故，與數保險人分別訂立數個保險之契約行為。」
- (二) 超額保險：超額保險是指保險金額超過保險價額之保險，為防止被保險人藉保險制度獲致不當得利，保險法第 72 條規定：「保險金額為保險人在保險期內，所負責任之最高額度。保險人應於承保前，查明保險標的物之市價，不得超額承保。」
- (三) 保險代位：被保險人因保險事故之發生，同時產生向保險人之保險金請求權，及向第三人之損害賠償請求權，若允許被保險人從保險人獲得保險金給付後，仍得向第三人請求損害賠償，則被保險人於填補損害之外，將獲致不當得利，故而，保險法第 53 條第 1 項規定：「被保險人因保險人應負保險責任之損失發生，而對於第三人損失賠償請求權者，保險人得於

《註 12》同前註。

《註 13》葉啓洲，〈論保險法上利得禁止原則之規範拘束力〉，《東海大學法學研究》，第 47 期，104 年 12 月，頁 186-188。

給付賠償金額後，代位行使被保險人對於第三人之請求權；但其所請求之數額，以不逾賠償金額為限。」保險代位乃是禁止不當得利之具體規範¹⁴。

至於定額給付保險，因保險人係依約定金額給付保險金，其金額與被保險人所受之實際損害金額無關，故並無利得禁止原則之適用。例如保險法第三章財產保險第 70 條規定：「火災保險人，對於由火災所致保險標之物之毀損或滅失，除契約另有訂定外，負賠償之責（第 1 項）。因救護保險標之物，致保險標之物發生損失者，視同所保危險所生之損失（第 2 項）。」對照同法第 101 條規定：「人壽保險人於被保險人在契約規定年限內死亡，或屆契約規定年限而仍生存時，依照契約負給付保險金額之責。」定額給付之人壽保險即未使用損失（或損害）等用語，可臻明確。

四、實支實付型醫療保險與複保險

保險法中關於複保險的規定，規範要保人就同一保險利益、同一事故，分別與數保險人訂立數個保險契約時，該保險契約是否因要保人之惡意而無效（第 37 條）；若屬善意複保險，保險人之間對於保險給付義務應如何分擔（第 38 條）。早年司法實務見解基於防止道德危險的考量（保險人若面臨被保險人疑似故意自殘以詐領保

險金的案件時，因為難以舉證證明被保險人係故意自殘，便另闢蹊徑，藉由被保險人未履行複保險通知義務，主張已訂立之保險契約無效，藉以免除其給付保險金的責任），加上複保險是規定在保險法的「總則」中，在人身保險的章節中，並無排除複保險適用的規定，便採納保險人的主張，承認複保險對於人身保險也有適用。不過，學說上普遍認為，複保險是為貫徹保險法上損害填補原則所設的規定，對於人身保險應無適用，從而產生數十年來保險法學說與司法實務間的重大歧見¹⁵。

按保險法第 36 條規定：「複保險，除另有約定外，要保人應將他保險人之名稱及保險金額通知各保險人。」第 37 條規定：「要保人故意不為前條之通知，或意圖不當得利而為複保險者，其契約無效。」係基於損害填補原則，防止被保險人獲取超過損害程度之不當利益，以維護保險市場交易秩序、降低交易成本、健全保險制度之發展並兼顧投保大眾權益，而對複保險行為所為之合理限制，符合憲法第 23 條之規定，與憲法保障人民契約自由之本旨，並無抵觸。人身保險並非以填補被保險人財產上之具體損害為目的，被保險人之生命、身體完整性既無法以金錢估計價值，自無從認定保險給付是否超額，僅得於締約時，事先約定一定金額作為事故發

《註 14》陳俞沛、陳怡蓁，〈防疫保險重複投保爭議問題〉，《月旦醫事法報告》，第 72 期，111 年 10 月，頁 31-32。

《註 15》葉啓洲，〈防疫保單的投保與拒保爭議〉，《當代法律》，第 7 期，111 年 7 月，頁 9-10。

生時給付之保險金額。故人身保險契約與填補財產上具體損害之財產保險契約有所不同，無不當得利之問題（司法院釋字第576號解釋理由書參照）。本號解釋使得定額保險性質的人身保險均無複保險之適用，已無爭議。但實支實付險究屬損害保險或定額保險，仍爭議不斷¹⁶。

學理上，實支實付險是「中間性保險」，也就是人身保險的外觀，財產保險的內涵。其有無複保險之適用，尚有不同見解：

- (一) 有謂由於實支實付險是憑單據給付，因此給付方式是產險的賠償概念，但是又被包裝在健康險裡面，健康險是人身保險，沒有損害填補的問題，被認為是抽象性填補，也因此造成保險市場認為，「實支實付」不管幾張，都沒有不當得利，亦不適用損害填補原則¹⁷。
- (二) 有謂醫療僅係回復被保險人健康之手段，不得將此所生之費用作為損害填補看待，否則即有過分側重被保險人應否獲得雙重給付，而忽略其精神及肉體上之折磨；且在保險實務運作上，當事人得於保險契約約定日額給

付與實支實付型醫療費用併存，當保險事故發生時，被保險人得按日額給付或實支實付擇一選擇適用較有利者，身體與生命同屬無價，不能因給付方式不同而變更其非為損害保險之屬性¹⁸。

- (三) 法院判決和多數見解則認為實支實付險屬損害保險，目的僅在填補被保險人因治療疾病所產生之費用，被保險人不得因疾病或受傷治療而獲不當得利，故複保險或保險人代位權於此亦得適用。多數見解將人身保險進一步區分為：(1) 以填補抽象損害者，例如人壽保險，因人命無價，不可能發生不當得利之情形，從而無複保險規定之適用；(2) 以填補具體損害者，例如醫療保險，得以金錢衡量，可能發生不當得利情形，則應有複保險規定之適用¹⁹。

五、比較法上健康保險與傷害保險之定性

德國保險契約法（Gesetz über den Versicherungsvertrag）第8章「健康保險」（Krankenversicherung）第194條第1項針

《註16》同《註14》，頁35。

《註17》全澤蓉，一次看懂實支實付之亂1 / 副本理賠恐成絕響 少了雙實支、三實支 醫療保障真會出現大破口？同《註3》，最後瀏覽日期：113年4月18日。

《註18》施文森，《保險法論文（第3集）》，元照出版有限公司，102年4月，頁268-269、290；羅俊瑋、蔡勉，〈論損害填補原則是否適用於醫療費用保險：以最高法院95年度臺上字第1298號民事判決為中心〉，《法令月刊》，第65卷，第11期，103年11月，頁68。

《註19》同《註14》，頁36-37。

對「健康保險」規定：「保險保護係依損害保險的基本原則而約定者，適用第 74 至 80 條及第 82 至 87 條的規定」(Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden)。至於傷害保險的章節中則無類似規定，乃因德國保險實務上對於傷害保險並不提供醫療費用核實給付，故無設相同規定之必要²⁰。

日本保險法（保險法）於第 2 章「損害保險」（損害保險）中，第 20 條設有複保險（重複保險）的效力規範，同章第 34 至 36 條條文中也包含了「傷害疾病損害保險」的內容²¹。上開日本及德國立法例均明定具體損害填補型的健康保險與傷害保

險得適用複保險之規定，或可供我國未來修法之參考²²。

六、損失分攤機制

據金管會表示，因應我國保險業接軌國際財務報導準則第 17 號（IFRS17）保險合約及新一代清償能力制度（TW-ICS）²³，保險商品宜應逐步轉型回歸「保險保障」本質，其中包括實支實付險商品應落實「損害填補原則」²⁴。為讓實支實付險回歸損害填補，有實際支出才理賠，金管會修改《「人身保險商品審查應注意事項」》，將實支實付險做兩大改革²⁵：

（一）實支實付險理賠須符合「損害填補」原則，並依《「住院醫療費用保險單示範條款」》約定的理賠機制辦理，

《註 20》Bundesministerium der Justiz/Gesetz über den Versicherungsvertrag，https://www-gesetze--im--internet-de.translate.google/vvg_2008/index.html?_x_tr_sl=de&_x_tr_tl=zh-TW&_x_tr_hl=zh-TW&_x_tr_pto=sc，last visited：2024/04/25。

《註 21》e-gov 法令檢索 / 保險法（平成 20 年法律第 56 号），<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=420AC0000000056>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 25 日。

《註 22》同《註 13》，頁 221-222。

《註 23》有關 TW-ICS，參金融監督管理委員會保險局 / 新聞稿，我國保險業接軌新一代清償能力制度中市場風險 - 股票、不動產、公共建設之在地化及過渡性措施，112 年 7 月 25 日，https://www.ib.gov.tw/ch/home.jsp?id=239&parentpath=0,2,238&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=202307250003&dtable=News，最後瀏覽日期：113 年 4 月 15 日。

《註 24》同《註 1》，最後瀏覽日期：113 年 4 月 15 日。

《註 25》金融監督管理委員會 / 新聞稿，金管會為強化分紅壽險等相關商品之管理，修正保險商品審查相關法令，113 年 4 月 1 日，https://www.fsc.gov.tw/ch/home.jsp?id=2&parentpath=0&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=202404110005&dtable=News，最後瀏覽日期：113 年 4 月 22 日；廖珮君，副本理賠將走入歷史！新實支實付醫療險 僅限正本理賠，聯合新聞網，113 年 3 月 11 日，<https://udn.com/news/story/7239/7824307>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 12 日。

包括(1)每一保戶投保實支實付險(含日額或實支實付給付擇一)應以「收據正本理賠」;(2)約定保險金理賠的損失分攤機制:保戶的所有承保公司共同分攤損失,總金額不能超過保戶負擔的總醫療費用。

(二)要求業者須在要保書或要保文件揭露保險金的理賠原則及特別提醒事項聲明書並經保戶簽署同意,以確保保戶權益。

實支實付險,若能以損失分攤落實損害填補原則,則符合保險保障本質,並可降低道德風險。然而,財產保險之所以能損失分攤,係因其商品都是標準化,理賠的條件一樣,比率分攤並不困難,可以做到損害填補原則。有謂實支實付險要做到比率分攤,首先要先修正示範條款,讓所有保險公司給付條件都一致,才可能比率分攤,實支實付險要做到像財產保險一樣損害填補及比率分攤,則商品必須標準化,否則每家保險公司給付條件、限額不一樣之情況下,要難以比率分攤²⁶。亦有建議保險人得利用保險競合概念,於保險契約中約定比率負責條款(保險人應與其他保險人按承保比率分擔責任)、溢額條款(保險人僅於其他保險人填補後仍有不

足之部分,負填補其餘之損害),或不負責任條款(若有其他保險人應負責者,即不負損害填補之責),以限縮自己的賠償責任及被保險人得受領之賠償金額,並可符合公序良俗²⁷。

事實上,新式醫療技術進展神速,高階手術室日益興起,已非所有手術都需要住院,高階手術項目、自費項目、超高雜費的保單也愈來愈多,市場上各家保險公司實支實付險保單商品五花八門、包山包海,內容大異其趣。損失分攤機制首須解決之銷售商品規格一致化,恐非一朝一夕可成,業者間的理賠協調亦是一大工程。

七、實支實付型醫療保險改革方向

揆諸保險法第1條第1項規定:「本法所稱保險,謂當事人約定,一方交付保險費於他方,他方對於因不可預料,或不可抗力之事故所致之損害,負擔賠償財物之行為。」及同法第29條第1項規定:「保險人對於由不可預料或不可抗力之事故所致之損害,負賠償責任。但保險契約內有明文限制者,不在此限。」關於保險給付義務,均以要保人或被保險人之「損害」為中心自明。不論是定額給付或實支實付險之區別實益,乃在於所填補之損害

《註26》全澤蓉,一次看懂實支實付之亂3 / 消費者買不到副本理賠就慘了嗎?非也,市場將有這些轉變,經濟日報,113年1月11日, <https://money.udn.com/money/story/123742/7701066>,最後瀏覽日期:113年4月12日。

《註27》同《註14》,頁41。

是可以具體計算損害額度，並以利得禁止原則加以限制；或是所填補之損害是抽象損害，無從判斷是否有溢額填補，而無利得禁止原則之適用²⁸。生命無價，人壽保險自無從認定保險給付是否超額，要無不當得利之問題；至於身體或健康，健康保險與傷害保險中以填補具體損害之實支實付險，得以金錢衡量，則應有利得禁止原則之適用。

實支實付險商品的主要功能，係就保戶發生保單條款約定保險事故所致之實際醫療費用支出提供費用補償，主要係以填補被保險人因就醫所產生須自行負擔之醫療費用，屬費用補償型保險，因此應適用保險損害填補原則，並以收據正本作為確認是否符合損害填補原則之理賠文件。所謂實支實付險，理論上實應以醫療收據正本，在要保人所購買的保險額度上限內，向保險公司申請實支實付險的理賠，於此之重點，應係要保人評估自己或被保險人醫療風險管理需求後，選擇投保「保險額度上限」（實支實付限額）之多寡，要無另以雙實支、三實支副本理賠而造成生病賺錢之亂象。除了面對新式醫療技術、高階手術、自費醫材等，為了完善醫療保障，並可搭配「定額型」之醫療保險，例如日額型的住院醫療保險，或定額的保障商

品，例如癌症定額給付保險、重大疾病或特定傷病定額給付保險、手術定額給付保險等，主要係以發生符合保單條款約定的疾病或傷害，依照約定保險金額給付，不以住院為前提。

依據健保署之資料，現行實支實付型住院醫療險（多數保障額度 10 至 20 萬元），可涵蓋自費手術、醫材、住院期間藥物或治療。以選擇使用健保自付差額冠狀動脈塗藥支架為例，健保給付 14,099 點，醫院收費價格約 41,671 至 67,320 元，就可以運用自己投保實支實付額度來支應。另高價醫療服務項目，經健保醫療科技評估後暫不給付，如達文西手術，自費 15 至 25 萬元不等，質子治療一個療程約 90 萬元，基因檢測（NGS）約 20 萬元，及健保未給付癌症標靶藥物療程治療約 360 萬元，癌症免疫療法約 300 萬元等，即使有健保也是有條件給付，當藥物不符合給付條件，對多數民眾是極大的經濟負擔²⁹。

故而在健保制度下，為因應高價新醫療技術，仍有再購買商業健康保險之需求，以便分攤醫療風險。此外，「次世代基因定序檢測」（Next Generation Sequencing, NGS）自 113 年 5 月 1 日起納入健保給付，健保署預估每年約 2 萬多名癌症病人受

《註 28》龍海明，〈所得稅法列舉扣除額下醫藥費排除商業健康保險給付扣抵之合理性〉，《財產法暨經濟法》，第 66 期，110 年 12 月，頁 136-137。

《註 29》衛生福利部中央健康保險署 / 新興療法與精準醫療帶動自費需求，113 年 3 月 27 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1775-2a71c-3121-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 1 日。

惠，挹注經費約 3 億元，接軌癌症精準醫療趨勢³⁰；除已納入大腸金屬支架及十二指腸支架之外，113 年 6 月起將再擴增給付新醫材「金屬膽道支架」運用於緩解惡性膽道阻塞，預估每年約 4,000 多名癌友受惠，健保挹注約 1.7 億元³¹。若有更多的新藥、癌症標靶藥、新醫療科技、數位醫療新興療法納入健保給付，實係嘉惠病患之一大福音。

肆、結論與建議

按保險係由團體力量來分散個人風險、填補其損害的經濟制度，其目的並非使被保險人藉由保險給付而獲得超過損害額度的利益。爰擬就實支實付險商品之改革方向，提出下列探討議題，俾供政府後續研提相關立法政策之參考：

- 一、實支實付險，究其定性，應屬商業保險、人身保險及以填補被保險人因就醫所產生須自行負擔之醫療費用，屬費用補償型保險，因此應適用保險損害填補原則，並應以收據正本作為確認是否符合損害填補原則之理賠文件。
- 二、我國雖有全民健保提供人民所需基本的醫療保障，然為分攤醫療風險，仍有再購買商業健康保險之需求。另，

自健保自費項目大量興起，連帶推動商業醫療保險發展，亦有引發高端醫療服務不公平性、醫療商品化發展之聲浪。為補充全民健保難以執行之醫療服務，主管機關或可研議推動健保協同商保相關政策，就特定商業醫療保險產品為高度規範，藉由限制保險公司之合理利潤，提供民眾急需之高端醫療服務，以彌補全民健保之不足。

- 三、「利得禁止原則」為保險法上重要的基本原則之一，蓋保險之目的並非使被保險人藉由保險給付而獲得超過損害額度的利益。另一方面，若被保險人得因保險給付而獲利，也可能間接提升道德危險發生的機會。故而，在得以認定被保險人因保險事故所受經濟損失額度的險種（損害保險）中，應有利得禁止原則。
- 四、人身保險應進一步區分為：（1）以填補抽象損害者，例如人壽保險或定額性質之健康保險或傷害保險，因生命無價，不可能發生不當得利之情形，從而無複保險規定之適用；（2）以填補具體損害者，例如實支實付險，得以金錢衡量，可能發生不當得利情

《註 30》衛生福利部中央健康保險署，健保 5 月 1 日起給付癌症精準醫療「實體癌 / 血癌次世代基因定序檢測 (NGS)」2 萬多名癌友受惠，113 年 4 月 19 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-14565-e02e0-3255-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 15 日。

《註 31》衛生福利部中央健康保險署，健保持續擴增癌症治療醫材 113 年 6 月起納入給付「金屬膽道支架」，113 年 5 月 15 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-15087-332a5-3255-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 15 日。

形，則應有複保險規定之適用。

五、參日本及德國立法例，均明定具體損害填補型的健康保險與傷害保險得適用複保險之規定，可供我國未來修法之參考。

六、實支實付險，若能以損失分攤落實損害填補原則，自當符合保險保障本質。然而，市場上各家保險公司實支實付險保單商品五花八門、包山包海，內容大異其趣。損失分攤機制首須解決之銷售商品規格一致化，恐非一朝一夕可成，業者間的理賠協調亦是一大工程。

七、實支實付險之副本理賠情形，已衍生

道德風險及商品損失率提高等問題，不利投保權益，亦造成重複購買保障範圍類似的保險商品，導致醫療資源濫用，排擠了真正有需求者的使用。面對新式醫療技術、高階手術、自費醫材等，爲了完善醫療保障，實支實付型險改革方向，除設計高限額實支實付險外，並可搭配「定額型」之例如癌症定額給付保險、重大疾病或特定傷病定額給付保險、手術定額給付保險等，應是比較符合實際可行的方式。

(作者莊弘仔為立法院法制局研究員)

參考文獻

書籍

- 施文森，《保險法論文（第3集）》，元照出版有限公司，102年4月。
葉啓洲，《保險法》，第6版，第4刷，元照出版有限公司，109年6月。

二、期刊論文

- 吳秀玲，〈長期照護法制與國家財政能力負擔—日本法與我國法之比較分析（上）〉，《中正財經法學》，第4期，101年1月，頁223-263。
陳俞沛、陳怡蓁，〈防疫保險重複投保爭議問題〉，《月旦醫事法報告》，第72期，111年10月，頁26-41。
葉啓洲，〈防疫保單的投保與拒保爭議〉，《當代法律》，第7期，111年7月，頁7-12。
葉啓洲，〈論保險法上利得禁止原則之規範拘束力〉，《東海大學法學研究》，第47期，104年12月，頁183-236。
龍海明，〈所得稅法列舉扣除額下醫藥費排除商業健康保險給付扣抵之合理性〉，《財產法暨經濟法》，第66期，110年12月，頁117-153。
鍾秉正，〈論長期照護制度之憲法保障〉，《老人健康及照顧之政策與法律國際研討會論文集》，開南大學，97年10月。
羅俊瑋、蔡勉，〈論損害填補原則是否適用於醫療費用保險：以最高法院95年度臺上字第1298號民事判決為中心〉，《法令月刊》，第65卷，第11期，103年11月，頁51-71。

三、網路資源

- 全澤蓉，一次看懂實支實付之亂 1 / 副本理賠恐成絕響 少了雙實支、三實支 醫療保障真會出現大破口？經濟日報，113年1月11日，<https://money.udn.com/money/story/123742/7701070>，最後瀏覽日期：113年4月25日。
全澤蓉，一次看懂實支實付之亂 3 / 消費者買不到副本理賠就慘了嗎？非也，市場將有這些轉變，經濟日報，113年1月11日，<https://money.udn.com/money/story/123742/7701066>，最後瀏覽日期：113年4月12日。
金融監督管理委員會 / 新聞稿，金管會針對媒體報導實支實付醫療保險商品掀停售潮、民

眾買不到所需醫療保險保障之澄清說明，112 年 12 月 30 日，https://www.fsc.gov.tw/ch/home.jsp?id=96&parentpath=0,2&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=20231230001&dtale=News，最後瀏覽日期：113 年 4 月 15 日。

金融監督管理委員會保險局 / 新聞稿，我國保險業接軌新一代清償能力制度中市場風險 - 股票、不動產、公共建設之在地化及過渡性措施，112 年 7 月 25 日，https://www.ib.gov.tw/ch/home.jsp?id=239&parentpath=0,2,238&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=202307250003&dtale=News，最後瀏覽日期：113 年 4 月 15 日。

金融監督管理委員會 / 新聞稿，金管會為強化分紅壽險等相關商品之管理，修正保險商品審查相關法令，113 年 4 月 1 日，https://www.fsc.gov.tw/ch/home.jsp?id=2&parentpath=0&mcustomize=news_view.jsp&dataserno=202404110005&dtale=News，最後瀏覽日期：113 年 4 月 22 日。

廖珮君，副本理賠將走入歷史！新實支實付醫療險 僅限正本理賠，聯合新聞網，113 年 3 月 11 日，<https://udn.com/news/story/7239/7824307>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 12 日。

魏喬怡，黃于庭，實支實付副本理賠將走入歷史 保險局：嚴禁不理賠獎金，工商時報，113 年 6 月 12 日，<https://www.ctee.com.tw/news/20240612700091-439901>，最後瀏覽日期：113 年 6 月 24 日。

衛生福利部 / 健保全民滿意度創歷史最高紀錄 89.7% 醫師對健保滿意度逐年改善，108 年 11 月 28 日，<https://www.mohw.gov.tw/cp-4251-50316-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 1 日。

衛生福利部中央健康保險署 / 說帖 / 二代健保下 補充保費有哪些項目，113 年 1 月 16 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1883-5b780-3149-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 30 日。

衛生福利部中央健康保險署 / 健保協同商保一醫療保障更到位 / 全民健保提供民眾所需基本必要的醫療保障，112 年 12 月 20 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1773-5c179-3120-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 6 月 21 日。

衛生福利部中央健康保險署 / 新興療法與精準醫療帶動自費需求，113 年 3 月 27 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-1775-2a71c-3121-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 1 日。

衛生福利部中央健康保險署，健保 5 月 1 日起給付癌症精準醫療「實體癌 / 血癌次世代基因定序檢測 (NGS)」2 萬多名癌友受惠，113 年 4 月 19 日，<https://www.nhi.gov.tw/>

ch/cp-14565-e02e0-3255-1.html，最後瀏覽日期：113 年 5 月 15 日。

衛生福利部中央健康保險署，健保持續擴增癌症治療醫材 113 年 6 月起納入給付「金屬膽道支架」，113 年 5 月 15 日，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-15087-332a5-3255-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 5 月 15 日。

Bundesministerium der Justiz/Gesetz über den Versicherungsvertrag，https://www-gesetze--im--internet-de.translate.google/vvg_2008/index.html?_x_tr_sl=de&_x_tr_tl=zh-TW&_x_tr_hl=zh-TW&_x_tr_pto=sc，last visited：2024/04/25。

e-gov 法令檢索 / 保險法（平成 20 年法律第 56 号），<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=420AC000000056>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 25 日。