

行政院金融監督管理委員會九十六年度委託研究計畫

「長年期健康保險發展之可行性與風險控管暨其監理」

委託單位：行政院金融監督管理委員會保險局

研究單位：川誠精算顧問有限公司

計畫主持人：蔡惠玲

協同計畫主持人：邵靄如

研究助理：曾妙慧

莊昌隆

行政助理：葉富鈞

★本報告不代表行政院金融監督管理委員會意見。

★研究報告之轉載、引用，請加註資料來源、作者，以保持資料來源之正確性。

中 華 民 國 九 十 七 年 三 月 二 十 一 日

目 錄

表 目 錄	2
圖 目 錄	4
摘 要	6
ABSTRACT	7
第一章 研究背景與目的	9
第二章 我國健康險發展歷史與現況	12
第一節 健康保險種類	12
第二節 我國健康保險發展歷史與現況	16
第三節 小結	59
第三章 國外健康險概況與發展趨勢	62
第一節 德國健康保險概況與發展趨勢	63
第二節 美國健康保險概況與發展趨勢	74
第三節 日本健康保險概況與發展趨勢	95
第四節 小結	116
第四章 國外長年期健康保險商品之風險控管機制之運作方式、配套措施與可行性	118
第一節 發單前風險控管機制	118
第二節 發單後風險控管機制	140
第三節 小結	143
第五章 國外長年期健康醫療保險之規範及我國醫療費用保險之具體監理規範	145
第一節 國外相關監理法規	145
第二節 我國健康險具體監理規範建議	170
第六章 結論與建議	178
第一節 結論	178
第二節 建議	183
附錄一 ACT ON THE SUPERVISION OF INSURANCE UNDERTAKINGS	189
附錄二 GUIDELINES FOR FILING OF RATES FOR INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE FORMS	195
附錄三 RATE FILING AND ANNUAL REPORT SUBMISSIONS	205
附錄四 期中報告會議紀錄	218
附錄五 期末報告會議紀錄	223
附錄六 期末報告審查意見及會議紀錄建議修改項目	234
附錄七 修正後期末報告會議紀錄	246
附錄八 修正後期末報告審查意見及會議紀錄建議修改項目	252

表 目 錄

表 1-1：個人健康保險保費統計.....	10
表 1-2：個人健康保險理賠統計.....	10
表 2-1：我國健康險之發展年表.....	18
表 2-2：帳戶型終身醫療費用保險.....	19
表 2-3：台灣壽險業個人醫療保險年度經驗損失率.....	26
表 2-4：核保期間效果.....	27
表 2-5：保證續保健康險保單.....	30
表 2-6：失能險-保費豁免+失能給付.....	34
表 2-7：失能收入保險費率擬定最主要風險因素.....	35
表 2-8：台灣壽險業粗意外失能率.....	36
表 2-9：英國失能收入保單之職業分類與失能定義.....	37
表 2-10：防癌終身險保單.....	38
表 2-11：台灣壽險業癌症經驗統計表.....	45
表 2-12：我國長期看護險保單內容.....	48
表 2-13：重大疾病保單.....	52
表 2-14：台灣壽險業重大疾病經驗統計表.....	57
表 2-15-1：不同國別重大疾病經驗差異統計(女性).....	57
表 2-15-2：不同國別重大疾病經驗差異統計(男性).....	58
表 2-16：我國健康險主要風險與解決方案建議.....	60
表 3-1：德國歷年產/壽/健康險保費收入統計.....	67
表 3-2：德國歷年產/壽/健康險保費收入年成長率統計.....	67
表 3-3：德國歷年健康/壽險損失率與費用率統計.....	68
表 3-4：德國歷年健康險損失率與費用率年成長率統計.....	68
表 3-5：德國各類型健康險保費收入年成長率統計.....	70
表 3-6：按癌症罹患程度決定理賠比例之範例.....	73
表 3-7：美國醫療成本年增率表.....	76
表 3-8：雇主自辦專屬健康保險與商業健康保險之比較.....	82
表 3-9：美國不同續保條件下之健康險保費收入統計.....	84
表 3-10：美國健康險險種之損失率統計.....	85
表 3-11：LTC 給付項目統計.....	87
表 3-12：LTC 續保條件統計.....	87
表 3-13：各種因素導致失能之頻率與理賠申報率.....	88
表 3-14：美國失能保險市場演進.....	90
表 3-15：美國失能保險市場調查.....	91
表 3-16：2003 年美國團體失能保險消長情形.....	93
表 3-17：日本醫療保險與老人保健制度之概要.....	96
表 3-18：醫療保險之住院給付之方式與內容.....	103
表 3-19：2005 年度健康保險有效契約.....	107
表 3-20：健康保險損失率（2006 年度）.....	112
表 3-21：Ratio of morbidity gain to the gross premium.....	112
表 3-22：各類健康險種之定價錯誤因子與保證特色.....	117

表 4-1：短期醫療費用之趨勢分析示例.....	126
表 4-2：自負額與共保的設計.....	138
表 4-3：保單等待期間與脫退率關係.....	138
表 4-4：保險公司理賠案件拒賠的原因統計.....	142
表 4-5：保險公司特徵與理賠詐欺統計.....	143
表 5-1：「危險責任準備金」提撥基準與方式.....	161
表 5-2：「危險責任準備金」之提撥例.....	162
表 6-1：我國現有長年期健康保險潛在風險.....	179
表 6-2：德、美、日長期健康險風控與監理資訊彙總.....	183
表 6-3：長年期健康險監理法規之相關建議.....	184
表 6-4：長年期健康險風控機制建議.....	187

圖目錄

圖 2-1：我國 10 年期公債次級市場殖利率變化.....	25
圖 2-2：各國糖尿病患者較非糖尿病患者罹患重大疾病之發生率倍數與 費率差異	58
圖 3-1：德國健康照護架構(Life&Benefits)	63
圖 3-2：德國法定健保付費架構.....	64
圖 3-3：德國商業保險付費架構.....	69
圖 3-4：調高費率產生逆選擇效果.....	71
圖 3-5：各國醫療支出佔 GDP 比.....	75
圖 3-6：美國 65 歲以下人口缺乏醫療保險原因分類.....	75
圖 3-7：美國醫療支出之市場結構.....	77
圖 3-8：美國醫療使用者、費用負擔者、提供者與中介者關係.....	78
圖 3-9：歷年管理照護組織與傳統醫療保險之消長情形.....	81
圖 3-10：SESIHP 參加人員比例歷年成長圖.....	82
圖 3-11：2005 年美國壽險公司淨保費收入分布情形.....	83
圖 3-12：LTC 保費收入與保戶人數年成長率.....	86
圖 3-13：各種因素下導致的失能期間長短.....	88
圖 3-14：美國失能保險投保職業類別.....	92
圖 3-15：日本介護保險制度架構.....	99
圖 3-16：照護服務之申請流程.....	101
圖 3-17：醫療保險給付內容.....	102
圖 3-18：長期照護保險給付型態.....	104
圖 3-19：長期照護保險保險期間.....	105
圖 3-20：新契約保費收入.....	107
圖 3-21：有效契約保費收入.....	108
圖 3-22：日本健康險銷售前五大壽險公司新契約保費收入.....	108
圖 3-23：日本健康險銷售前五大壽險公司有效契約保費收入.....	108
圖 3-24：日本健康保險新契約前七大壽險公司（保費收入基礎）...109	
圖 3-25：日本健康保險有效契約前七大壽險公司（保費收入基礎）	110
圖 3-26：日本醫療保險新契約前五大壽險公司（契約件數基礎）...111	
圖 3-27：日本醫療保險有效契約前五大壽險公司（契約件數基礎）	111
圖 3-28：日本癌症保險新契約前五大壽險公司（契約件數基礎）...111	
圖 3-29：日本癌症保險有效契約前五大壽險公司（契約件數基礎）	111
圖 3-30：醫療保險與癌症保險新契約歷年發展趨勢.....	113
圖 3-31：醫療保險與癌症保險有效契約歷年發展趨勢.....	113
圖 3-32：各種健康保險附約商品新契約發展趨勢.....	114
圖 3-33：各種健康保險附約商品有效契約發展趨勢.....	114
圖 3-34：1984-2002 年日本平均住院天數的推移.....	115
圖 3-35：1984-2002 年日本每十萬人的住院率.....	115

圖 4-1：醫療照護成本分配圖.....	119
圖 4-2：AXA 保險公司核保流程.....	123
圖 4-3：費率調整時之準備金缺口.....	128
圖 4-4：費率調整時降低年老者衝擊之作法.....	129
圖 4-5：理賠管理程序模型.....	141
圖 5-1：日本金融廳組織架構圖.....	159

摘要

面對人口快速老化，醫療需求日增之際，保險公司如何在老年醫療照護的市場上扮演積極的角色，又同時兼顧財務穩健永久經營，是為業者與主管機關共同研思的議題。在此共同關心的議題下，本研究之研究目的共有三層，分別為(1)分析長年期健康保險商品發展之可行性，(2)建立保險業長期健康險發展風險控管機制，與(3)建構保險監理相關制度。

本研究首先利用文獻回顧法，彙整美、日、德三國發展長年期健康險的市場概況、業者風控作法與監理機關的相關法規。從文獻中發現，德國與日本，不但有類似於我國的全民健保制度，同時商業健康險商品亦以平準費率終身保障為主，與我國不同之處在於，此類商品皆搭配強制性費率調整機制，以確保保險公司承作此類商品之清償能力；美國則因缺乏全面性的社會健康保險，健康險保障多由職場提供，因此市場上僅見定期健康險或短於一年期之短期健康險，且多以團單而非個單出單，保障期間相對較長的商品則有如長期看護與失能保險等；NAIC 則透過最低損失率法審核保險公司費率調整之申請。其次，為瞭解我國長年期健康險之經營風險與現況，本研究利用問卷調查與文獻蒐集，了解各家商品現況並彙整提出在 NAIC 風險架構下各類型長年期健康險險種所暴露之風險。

最後本研究根據國內外經驗提出兩套費率調整方法，並分別針對「人身保險業簽證精算人員實務處理原則」、「人身保險商品審查應注意事項」、「人身保險要保書示範內容及注意事項」與「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」等提出相關法規修改建議，詳見本研究報告第五章；同時亦提出保險公司強化風險控管之要點，如確實檢測費率適足性與執行費率調整相關作業、保單設計多元化與誘因機制設計等，詳見本研究報告第四章與第六章建議部分。

關鍵詞：長年期健康險、風險控制、續保條件、保單條款、要保書、費率調整、最低損失率法

Abstract

In facing the aging population and increased demand for medical care, insurers have a great opportunity to get involved in health care market. As insurers are aggressively expanding health insurance market, the issues that Financial Supervisory Commission and Insurance Bureau concerns more are (1)the feasibility of expand long-term health insurance products, (2)the feasibility of setting up risk controls mechanisms, and (3)the feasibility of promulgating related filing and premium rate adjustment regulations. This research is thus performed to deepen understanding to the above three feasibility issues.

This paper first conducts literature review on long term health market status, risk control design and related regulation for well developed markets such as the States, German and Japan. Among the literature and data collected, we find that German and Japan implement similar Social Health Insurance as in Taiwan which provides comprehensive medical coverage, and in addition, insurers in these two countries offer level premium with whole life coverage health products as Taiwan insurers do. But the very different practices in these two countries are insurers are required, at least once a year, to perform premium rate adequacy test. Once the premium rates are not adequate, insurers have to adjust premium rate and inform the policyholders. Thus it means even though insurers in German and Japan have very similar products as markets of Taiwan, the Insurance Bureau also set up the premium rate adjustment mechanism to monitor the solvency risks. As to the States, the major health products are more term health or less than one year term, and policies are more group type than individual type. NAIC thus sets up loss ratio method to approve the premium rate adjustment when insurers apply to do so. Secondly, this paper designs questionnaire to collect data from insurers in Taiwan. We summarize a table for potential risks of existing long term health insurance products based on these data,.

Finally, this research proposes two methods for long term health products premium rate adjustment and suggested wordings on policy provisions, on top of the actuarial methodologies, some revision on regulations are also suggested. Details can be referred to Chapter Four and Five. In the meantime, in order to strengthen the risk controls functions for insurers, this paper proposes some feasible risk control design, such as reward incentives, diversification of policies coverage and performing rate adequacy test annually. References can be found in Chapter Four and summary division of Chapter Six.

Keywords : long term health products 、 risk controls 、 renewability 、 policy provisions 、 policy form 、 rate adjustment 、 minimum loss ratio method

第一章 研究背景與目的

我國健康險的發展肇因於公保、勞保等社會保險中疾病醫療之基本保障，以及國內醫療資訊缺乏統計資料，壽險公司遲於民國 56 年起才開始經營健康險，初期在摸索的過程中，保單多僅以附約形式推出。

健康險市場比較突破性的變化始於民國 75 年，原因歸諸於美國家庭壽險公司¹以長期防癌險作為進入台灣市場的敲門磚。為有效開拓防癌險市場接受度，美國家庭人壽藉由各種宣導管道，提醒國人癌症名列我國人十大死因之前茅以及就醫成本之可觀，此一強力宣導確實喚起國人的重視，亦因此引起購買的風潮。民國 80 年拜國際再保公司之技術支援，國內第一張重大疾病險上市，重大疾病之保障範圍初期定義為心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭、癌症、癱瘓及重大器官移植手術等 7 項；保單類型或為壽險提前給付型或者為單純健康險二種。重大疾病保單之後，癌症、住院手術、術前後門診及療養等保障內容紛紛出爐，分別有日額型、定額型與實支實付型等，其中亦不缺乏主契約型式保單。肇於健康險日益普遍趨勢，財政部並於民國 86 年 9 月核定「住院醫療費用保險單示範條款」，自 87 年 1 月 1 日起實施。

我國健康險第三波購買熱潮拜賜於無給付上限之終身醫療保險。該險種具有「限期繳費、費率保證與保障終身」之特色，給付內涵包括住院醫療保險金、重大手術保險金、加護病房與燒燙傷病房保險金、住院前後門診保險金以及緊急醫療保險金等。在醫療費用高漲的年代，加之國人平均壽命延長之際，該類型保單一推出即創造市場佳績。健康保險受國人青睞之現象由表 1-1 可見。統計資料顯示，民國 89 年起我國個人健康保險保費收入即佔個人保險總保費 10% 之強，91 年起保費收入突破 1000 億；保費收入之年成長率除了民國 94 與 95 年外，亦高達 10% 以上。

當無給付上限終身醫療險熱賣之際，其費率定價適足性，及壽險公司潛藏給付風險亦同時引起監理機關與壽險公司的關注。而同時期醫療險之理賠支出(見表 1-2)相對於該險種之保費收入高達

¹美國家庭人壽於民國 75 年透過台灣人壽銷售保單後全數再保，民國 76 年才正式銷售。

11.3%，理賠支出每年以相當於保費收入成長率成長，達 10.2%水準。多家壽險公司鑑於發生率難以掌握以及理賠成本攀升，紛紛停賣無給付上限終身醫療保單，取而代之帳戶型終身醫療險，以理賠總限額方式降低潛藏負債風險。產品結構的變化同時衝擊保戶的購買行為，表 1-1 可見 94 與 95 年健康險保費收入成長²僅為 90 年至 93 年期間年平均成長率之 68%。

表 1-1：個人健康保險保費統計

年度	合計 Total	個人保險 Individual Insurance						團體保險 Group Insurance
		人壽保險 Life	傷害保險 Accident	健康保險 Health	健康保險 Growth Ratio	健康保險 /Total Ratio	年金保險 Annuity	
		2006	1,541,197,279	1,238,953,747	49,537,063	155,593,613	8.1%	
2005	1,434,273,914	1,120,305,028	49,059,386	143,869,476	7.2%	10.0%	121,040,024	23,477,812
2004	1,286,064,040	948,113,616	48,705,982	134,240,740	11.6%	10.4%	155,003,702	22,424,800
2003	1,110,704,116	864,721,980	52,044,455	120,321,009	11.7%	10.8%	73,616,672	21,948,270
2002	869,098,270	692,725,077	51,943,528	107,705,301	11.2%	12.4%	16,724,364	20,188,994
2001	710,696,517	561,967,123	47,920,331	96,876,012	22.4%	13.6%	3,933,051	18,194,605
2000	610,551,640	486,324,105	44,544,487	79,124,044		13.0%	559,004	15,764,913

表 1-2：個人健康保險理賠統計

項目 年度	合計 Total		滿期 Maturity		死亡 Death		醫療 Medical					殘廢 Disability	
	件(人)數	金額	件(人)數	金額	件(人)數	金額	件(人)數	金額	Growth Ratio	Medical /Total 金額	Medical /Total 件(人)數	件(人)數	金額
	No.	(Unit:1,000)	No.	Amount	No.	Amount	No.	Amount	Ratio	金額	件(人)數	No.	Amount
2006	10,449,180	648,304,108	612,735	221,065,662	96,292	58,182,878	5,005,032	52,617,760	8.0%	8.1%	47.9%	167,660	4,667,475
2005	9,134,483	499,180,659	452,112	155,749,716	82,278	53,956,747	4,731,725	48,741,578	7.7%	9.8%	51.8%	127,687	4,877,787
2004	8,631,280	480,583,686	438,387	140,974,407	77,412	51,423,498	4,435,207	45,266,096	17.4%	9.4%	51.4%	15,393	4,094,827
2003	8,066,318	390,252,961	336,097	108,332,480	72,427	48,531,538	3,945,812	38,547,075	-1.0%	9.9%	48.9%	13,983	3,953,509
2002	7,638,983	288,570,134	111,804	42,363,432	79,963	46,068,131	4,096,699	38,950,017	9.2%	13.5%	53.6%	14,121	3,925,021
2001	6,977,939	259,823,757	112,486	39,972,160	75,756	46,519,749	3,632,674	35,670,058	20.2%	13.7%	52.1%	14,211	3,986,479
2000	6,243,597	224,187,314	105,330	33,275,668	61,508	42,880,670	3,322,672	29,679,652				8,676	3,846,785

面對我國人口快速老化，醫療需求日漸增加之際，在全民健康保險架構下，保險公司如何在老年醫療照護的市場上扮演積極的角色，在承擔風險之際追求利潤最大與財務穩健，值得壽險公司與主

² 7.8%。

管機關深思研究。此一研究案之主要目的即在建立一套兼顧市場發展與風險監理控制之健康險發展機制，次要研究目的主要有三，分別為(1)研究長年期健康保險商品發展之可行性，(2)建立保險業長期健康險發展風險控管機制，與(3)建構保險監理相關制度。按作業需求書，本研究案主要研究內容有 7 項，(1)分析國內長年期健康保險商品³之現況及所面臨（已發生或可能發生）之問題及風險。(2)國外長年期健康保險商品之發展趨勢分析與監理制度及其相關法令規定。(3)分析未銷售長年期健康保險商品之國家其未銷售之原因。(4)提供國外長年期健康保險商品之風險控管機制之運作方式及配套措施，並評估可行性。(風險控管機制包含是否給付設有上限、調整保費及相關配套機制等保險契約設計及揭露，以及其他各種風險控管機制)。(5)對已銷售之長年期健康保險商品（依不同之分類），提供保險業之風險控管措施及主管機關監理之建議。(6)長年期健康保險（依不同之分類）繼續銷售之可行性評估，及因應繼續銷售長年期健康保險商品發展之監理制度及相關風險控管之措施（依不同之分類)。(7)研擬長年期醫療費用保險及一年期保證續保醫療費用保險之具體監理規範。本研究將依作業需求書，彙整國內外經驗提出具體建議方案供主管決策機關參考。

³長年期健康保險商品之內容至少包含長年期醫療費用保險、長年期癌症保險、重大疾病（特定傷病）保險、長期看護保險、失能保險、豁免保險費保險及一年期保證續保醫療費用保險等。

第二章 我國健康險發展歷史與現況

本章內容分三部份，第一節簡述健康保險種類，第二節分述我國健康險市場發展歷史與業界現況及潛藏問題，第三節小結。以下分述之。

第一節 健康保險種類

健康保險商品種類可依保障期間長短、續保條件與保障內容而有不同定義。

(一)、按保障期間長短期區分：可分類為短期健康保險與長期健康保險。長年期與短年期健康險最大的差異在於保障期間與損失估計應用的期間，對於續保條件如可解約或任意續保之短年期保單，保險人所暴露的風險相對較低。

1.短期健康保險：

保障期間一年或一年以內，由於損失率與損失幅度較易調整估算，因此較常見實支實付之補償性契約。一般短期健康險所提之責任準備金⁴包括有(1)保費不足準備金⁵、(2)未滿期保費準備金⁶、(3)賠款準備金，包括(a)未報保險賠款與(b)已報未付保險賠款，以及(4)特別準備金，包括(a)重大事故特別準備金⁷、(b)危險變動特別準備金⁸、(c)其他因特殊需要而加提之特別準備金⁹。我國市場上之團體醫療險屬短期健康保險。

2.長期健康保險：

保障期間超過一年以上，如終身防癌險、終身住院醫療

⁴ 短期健康險相關規定見 96 年 12 月 28 日金管保一字第 09602505761 號令修正發布之「保險業各種準備金提存辦法」第 15、17、19、20 及 23 條。

⁵ 人身保險業對保險期間一年以下尚未屆滿之有效契約，應評估未來可能發生之賠款與費用，該評估金額如逾提存之未滿期保費準備金及未來預期之保費收入，應就其差額按險別提存保費不足準備金，見「保險業各種準備金提存辦法」第 17 條。

⁶ 肇因於保單年度與會計年度多不一致，年度決算時，保險人須對已收的保費，但未盡的保險責任提存準備金，以備下一年度保險給付之需。

⁷ 指為因應未來發生重大事故所需支應之巨額賠款而提存之準備金。

⁸ 指為因應各該險別損失率或賠款異常變動而提存之準備金。

⁹ 加提與沖減方式及累積限額應先報經主管機關核准。

保險、定期住院醫療保險或定期住院日額保險等。美國美商安泰人壽台灣分公司於民國 85 年率先推出「日額型住院醫療終身保險附約」，為一長期健康保險，該附約提供被保險人住院醫療終身之保障，平準繳費，費率不隨損失經驗改變而有調整。此類型險種因保險期間長，損失發生率之精確性難以估計，保險人若未採保費調整設計等機制，暴露之財務風險較高。長期健康險所提之責任準備金包括有(1)責任準備金、(2)保費不足準備金¹⁰、(3)已報未付賠款準備金等¹¹，此類保單亦分有解約金與無解約金兩種設計形式。

(二)、按續保條件區分：可分類為可解約、任意續保、有條件續保、保證續保與不可解約。

1.可解約 (Cancelable)保單：

意指保險人有權在保障期間終止以前，得必要時通知要保人終止契約。

2.任意續保 (Optionally Renewable)保單：

在保單未到期以前，該類型保單允許保險人具有拒絕續保或更新保單內容之權利。保單內容更新的方式包括直接拒保、增加限制性條款或提高保費等。此類保單保險人暴露風險較低，因此費率亦相對較低。

3.有條件續保 (Conditionally Renewable)保單：

此類保單之保險人亦具保留更新或拒絕續保的權利。唯不同於任意續保保單之處在於，拒保或更新的前提必須符合保險契約中約定的特殊事項，同時此一拒保或更新的基礎必須同時適用符合同一分類所有保單，而非針對個別被保險人的健康狀況。

4.保證續保 (Guaranteed Renewable)保單：

¹⁰ 若保單簽發之保險費較其規定計算之責任準備金之保險費為低者，應將其未經過繳費期間之保險費不足部分提存為保費不足準備金。

¹¹ 長期健康險相關規定見 96 年 12 月 28 日金管保一字第 09602505761 號令修正發布之「保險業各種準備金提存辦法」第 12、16、及 21 及 22 條。

保證續保保單允許要保人在一段相當長的年度期間內，只要繳交保費即可續保到保單所約定年齡。在此約定下，保險人可片面調整費率，但費率調整基礎必須針對同一分類所有保單加以調整，而非個別保單增減調整。我國個人一年期健康險多為保證續保形式。

5.不可解約 (Non-cancelable)保單：

此類型保單提供被保險人最高保障。要保人按保證費率繳交保費並片面決定續保與否；保險人無主張解約或調整費率之權利，要保人可被保證續保到保單最高年齡之限制。

(三)、按給付內容區分：可區分為重大疾病險、防癌保險、醫療費用保險、長期看護險及失能收入保險。

1.重大疾病險：

重大疾病險的保障內容主要提供被保險人罹患重大疾病就醫時所需之醫療費用。最早重大疾病定義主要有七項，即心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭、癌症、癱瘓及重大器官移植手術；除此七大項之外，為增加該險種之競爭力，國內外業者又紛紛推出上述定義以外之給付項目，統稱為重大傷病給付。該險種基本上可單獨出單或設計為其他保單提前給付商品。按前項設計，被保險人經診斷罹患重大疾病後，經過一定存活期間仍生存時，保險人即給付重大疾病保險金；按後項設計，被保險人一旦經診斷罹患重大疾病，保險人立即支付投保金額之一定比例作為重大疾病保險金，待被保險人身故後，再給付餘額。

2.防癌保險：

防癌保單主要保障被保險人經醫師診斷罹患符合「國際疾病傷害及死因分類標準」¹²中之惡性腫瘤疾病，即俗稱癌症疾病時，可領取保險給付。但其中原位癌及前列腺癌因發生率與治癒率較高，因此給付金額通常為保險

¹² International Classification of Disease，簡稱 ICD。

金額之一定比例。癌症保險之給付項目通常有以下各項：(1).初次罹患癌症保險金、(2).癌症手術保險金、(3).癌症住院保險金、(4).癌症門診保險金、(5).在家療養保險金、(6).身故保險金與(7).豁免保費。

3.住院醫療費用保險

保障內容係由因為疾病、意外或分娩等因素所增加的醫療費用。住院醫療費用保險給付的內容一般包括以下各項：(1).手術保險金、(2).住院保險金、(3).殘廢保險金、(4).死亡保險金、(5).醫療雜費保險金、(6).出院療養保險金、(7).緊急醫療轉送保險金、(8).急診保險金、(9).住院前後門診保險金與(10).加護或燒燙傷病房保險金。醫療費用保險又可依保險金給付方式分為兩種，一為實支實付型，按此給付型態，保險人在保單最高限額下，依被保險人實際醫療費用支出給付保險金，作業上被保險人須檢附醫院收據正本方可申請理賠；另一為日額給付型，按此給付型態，保險人在最高住院天數限制內，按被保險人住院天數乘以一約定金額給付保險金。保險人在作業上僅要求被保險人提出醫師診斷說明僅可申請理賠。

4.長期看護險：

長期看護險係一種提供財務保障給因疾病、傷害、體質虛弱或認知障礙而長期無法獨立生活的人。指被保險人經診斷確定為「需要長期看護狀態」之日起算一定天數起，依被保險人「需要長期看護狀態」等級，提供看護保險金，每月給付金額為保險金額之1%~2%或倍數。「需要長期看護狀態」之一般定義為，被保險人長處於臥床狀態，為維持生命必要之日常生活活動，需他人扶持，並於某些情況下如無他人扶持無法於床邊附近步行，或無法自行攝取食物，或無法自行沐浴，或排便始末無法自行為之，或經診斷器質性癡呆，或在無意識狀態情況下有定向不清困難，需要他人扶持者。

5.失能收入保險：

失能收入保險保障被保險人因疾病或意外而導致工作能力喪失以至於工作收入減少或喪失的保險。國外對於失能之定義分為三種型態：完全失能(total disability)、部份失能(partial disability)與所得差額失能(residual disability)。

完全失能或部份失能係以喪失全部或部分工作能力以至於收入喪失或減少為失能定義。而所謂的工作又以下列三種定義界定：(1)被保險人原有職業、(2)與被保險人之教育、訓練、地位與經驗相符合之任何可獲得報酬之工作、(3)任何職業。完全失能定義可約定為被保險人因遭遇意外或疾病後一定期間內，無法從事其原有職業之主要任務(material duties)；亦可定義為被保險人超過特定期間後無法從事與原來教育、訓練與經驗相符合的工作。另外，被保險人因遭遇意外或疾病後，無法從事其原有職業之職務或無法在原有職業上繼續從事原有的工作時，即定義為部份失能。部份失能設計之主要目的即在減少保險人之理賠成本支出，亦同時透過較少的給付金額對被保險人產生重返工作崗位的動機。所得差額失能保險係以失能導致的所得減少程度為給付標準，亦即以被保險人的賺錢能力(earning power)來衡量給付金額，該認定方法與部份失能或完全失能乃以被保險人所從事之職業為給付認定標準有所不同。所得差額失能保險指被保險人遭遇事故後因其身體狀態限制，僅能擔任部份工作或其他工作導致所得僅為失能前所得(prior monthly income)的一定百分比時，即啟動所得差額給付。

第二節 我國健康保險發展歷史與現況

壽險業健康保險商品之設計乃依保險法相關規定為主要遵循方向。保險法第 125 條明列，保險人之責乃在於被保險人疾病、分娩及其所致殘廢或死亡時，擔負保險金額給付。該法條明定健康保險之給付內容主要補償因疾病以及意外傷害而導致收入減損或收入喪失或額外費用增加的損失。實務上，因意外或疾病事故所導致之死

亡、殘廢、失能、醫療費用、重大疾病及長期看護均為健康保險給付內涵。

回顧我國健康保險之發展，第一張商業性健康險保單首先由中國人壽於民國 56 年推出，唯一附加於壽險主約上的健康保險，保障內容包括有 3 次生育津貼、父母及配偶喪葬津貼、傷害津貼以及疾病住院津貼，可稱為我國最早的商業醫療費用保險。民國 64 年國泰人壽推出第一張防癌醫療給付保險，但防癌保單延遲到 76 年美國家庭壽險公司進入台灣市場後才真正受到國人重視；安泰人壽另於 77 年推出第一張自負額健康險保單；民國 80 年拜國際再保公司之技術支援，國內第一張重大疾病險問世。

民國 84 年我國全民健康保險開始實施，國人對於健康保險需求逐漸看重，商業健康保險於是在公營健保以外擔負起互補功能的角色，亦即公營保險基於財務考量無法承保或給付之範疇，即為商業健康保險經營的空間。

84 年起新開發之商業健康保單給付內涵除了保障公營健保無法涵蓋的範圍外，亦開發若干新型商品，其中失能收入保險即為一例。該險種推出後由於薪資認定困難，加上國人需求尚未被開啓，因此市場業務量偏小。85 年新光人壽推出我國第一張長期看護險保單，該險種保單市場接受度亦不高；同年 8 月美國美商安泰人壽台灣分公司推出「日額型住院醫療終身保險附約」，該附約提供醫療費用終身保障，但以固定費率方式限期繳費。該保單推出後諸多壽險公司爭相仿效，甚而以主約形式問世，保證費率之長期健康險自此蔚為市場主流。

財政部於民國 86 年 9 月核定「住院醫療費用保險單示範條款」，該示範條款對於保險期間係採一年期別，相關內容為：『本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時要保人得繼續交付續保保險費，以逐年使本契約繼續有效，本公司不得拒絕續保。本契約續保時，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。』該示範條款強制規定了我國個人一年期健康保險為保險人可調整保費之保證續保型式。我國健康險之發展重大里程碑詳見表 2-1。

表 2-1：我國健康險之發展年表

發展歷程	商品演進	當期發展狀況
民國 56 年	中國人壽	附約形式醫療費用保險
民國 64 年 民國 76 年	國泰人壽 美國家庭壽險公司	第一張長期防癌險熱潮
民國 80 年	國華人壽與安泰人壽	重大疾病險
民國 84 年	全民健保開始實施	公營保險基於財務考量無法承保或給付之範疇，即為商業健康保險經營的空間
民國 85 年	新光人壽 美國美商安泰人壽台灣分公司	長期看護保險 日額型住院醫療終身保險附約
民國 86 年 9 月	財政部「住院醫療費用保險單示範條款」	本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時要保人得繼續交付續保保險費，以逐年使本契約繼續有效，本公司不得拒絕續保。本契約續保時，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
民國 94 年	帳戶型長期健康險	

資料來源：本研究整理。

民國 94 年為控制無給付上限之長期醫療險之潛藏給付壓力，各大壽險公司則陸續推出帳戶型長期醫療險以取代原先無上限之長期健康險，同時市場上亦出現以特定險種作為市場區隔，以滿足不同消費者之需求。以下詳述各主要險種之給付內容與業者訪談後摘要。

(一)、帳戶型長期醫療費用保險

1. 保單特色與保險內容彙整

帳戶型醫療費用保險係一長期住院醫療費用保險，唯設有理賠金額上限，因此對保險人有停損點設計的功能。

我國終身醫療費用保險基本特色有：(1)多為主約發單；(2)帳戶給付最高金額有 100 萬至 250 萬元不等；(3)投保年齡多從 0 歲開始，最高投保年齡大多為 60 歲，另有兩家壽險公司將投保最高年齡放寬至 65 歲及 75 歲；(4)投保日額最低為 NT\$200，最高到 NT\$3000，年齡級距越低者，投保上限越低；(5)半數在 1~3 級殘的情況下可

豁免保費，另有半數未有保費豁免之給付項目，另一家在罹患重大疾病下可享保費豁免；(7)身故保險金為最高給付金額扣除已給付醫療保險金。詳見表 2-2，其中保險金限額以日額 1000 元為例。

表 2-2：帳戶型終身醫療費用保險

保險公司	保誠人壽	幸福人壽	三商美邦人壽	興農人壽	富邦人壽
保單名稱	新康寧終身醫療	長春藤限額終身醫療保險	祥全終身醫療健康保險	勇健終身醫療健康保險	終身醫療健康保險
類型	主約	主約	主約	主約	主約
最高給付	住院保險金日額之 2,500 倍	住院日額之 1,000 倍。	A 型：單位日額之 1,000 倍 B 型：單位日額之 1,500 倍 C 型：單位日額之 2,000 倍	每一單位以 10 萬元為限。	住院醫療保險金日額之 1,000 倍。
繳費年期	15/20/30 年期	15/20 年期	20 年期	15/20 年期	15/20 年期
投保年齡	0~60 歲	0~60 歲	1~60 歲	0~60 歲	15 年期：0~60 歲 20 年期：0~55 歲
投保日額（金額）限制	500~3000 元/日	0~14 歲：500~2000 元/日 14 歲以上：500~3000 元/日	0~14 歲：500~1000 元/日 14 歲以上：500~2000 元/日	0~6 歲：300~1000 元/日 7~14 歲：300~2000 元/日 14 歲以上：300~3000 元/日	0~14 歲：500~1000 元/日 14 歲以上：500~3000 元/日
急診醫療保險金	無	500 元/次	500 元/次	1000 元/次	500 元/次
緊急醫療轉送保險金	無	1000 元/次	2000 元/次	2000 元/次	2000 元/次
住院/門診手術保險金	住院：最高 6 萬元；門診：3000 元/次	1000 元*給付倍數	1000 元*給付倍數（手術共有 12 類 220 項）	1000 元*給付倍數	住院：3 萬元*手術比例；門診：1000 元/次（每

					日限一 次)
手術看護 保險金	5000 元/次	無	無	無	無
重大疾病/ 重大(手 術)療養 保險金	無	洗腎保險 金：500/日	癌症保險金 10 萬元	洗腎保險 金：500 日/ 日(最多 90 日)	無
重大手術/ 重大疾病 住院特別 (看護) 保險金	無	無	1000 元/日 (最多 30 日)	無	無
住院醫療 日額	1000 元/日	1~30 日： 1000 元/日 31~60 日以 上：1500 元/ 日 61~365 日：2000 元	1~30 日： 1000 元/31 日以上： 2000 元/日	1~30 日： 1000 元/日 31~90 日以 上：2000 元/ 日 91~365 日：3000 元	1~30 日：1000 元/日 31~ 365 日： 2000 元/日 61~365 日：2000 元
加護病房 日額	1000 元/日	2000 元/日	2000 元/日	2500 元/日 (最高 90 天)	2000 元/日
燒燙傷病 房日額	無	2000 元/日	2000 元/日	2500 元/日 (最高 90 天)	3000 元/日
醫療雜費 保險金	無	無	無	250 元/日	無
出院療養 保險金	無	無	500 元/日	250 元/日(最 高 90 天)	500 元/日 (最高 180 天)
出院前後 門診保險 金(限前 後一周)	無	250 元/次	250 元/次限 前後二週	500 元/次出 院前後兩週	250 元/次
身故保險 金	無	100 萬-已給 付保險金	100 萬-已給 付保險金	100 萬-已給 付保險金	100 萬-已 給付保險 金
全殘保險 金	無	無	100 萬-已給 付保險金	100 萬-已給 付保險金	無
全殘廢生 活補助金	無	無	無	無	無
初次罹患 特定重疾 病保險金	*30 萬元	無	無	無	無

豁免保費	罹患重大 疾病豁免 保費	一至三級殘 廢	疾病或傷害 致成第二、 三級殘廢	無	一至三級 殘廢
補償開始 等待期間	30 天	30 天	30 天	30 天	30 天

保險 公司	國寶人壽	南山人壽	新光 人壽	安泰 人壽	國泰 人壽	台灣 人壽	中國 人壽
保單 名稱	永保安康 住院醫療 終身保險	終身醫療 保險	新住院 醫療終 身健康 保險	醫療 護照 終身 健康 保險	國泰人 壽醫療 帳戶終 身保險	守護 人生 終身 醫療 健康 保險	安心 終身 壽險
類型	主約	主約	主約	主約	主約	主約	主約
最高給 付	每一投 保單位以 10 萬元為 限。	投保日 額*1,000 倍	住院醫 療日額 *1000 倍	投保 單位 數 *100 元 *1200 倍	「住院 醫療保 險金日 額」的 1200 倍	累計 最高 以 「住 院醫 療日 額」的 1,800 倍為 限。	保險 金的 兩倍
繳費年 期	15/20 年 期	12/20 年 期	15/20/3 0 年期	20 年 期	15/20 年期	11/1 5/20/ 25 年 期	20 年 期
投保年 齡	5~60 歲	0~65 歲	1~60 歲	1~60 歲	0~75 歲	0~ 60 歲	1~60 歲
投保日 額（金 額）限制	300~ 2000 元/ 日	*0 歲：500 元/日 1~14 歲：200 ~2000 元 /日 14 歲以 上：200 ~5000 元 /日	300~ 2000 元/ 日	0~14 歲： 500 元/ 日 14 歲 以 上： 500~ 1700 元/日	0 歲： 500~ 1000 元 /日 1~14 歲：500 ~1600 元/日 14 歲以 上：500 ~2000 元/日	0~ 14 歲 3:00 ~ 1000 元/ 日 14 歲 以 上： 300 ~ 2000 元/ 日	0~14 歲：30 萬~ 100 萬 元 14 歲 以 上：30 萬~ 500 萬 元(壽 險保 額)

急診醫療保險金	依住院日額雜費出院療養之規定給付	無	1300 元/次	1000 元/次	1000 元/次	1500 元/次	無
緊急醫療轉送保險金	2000 元/次	2000 元/次	2600 元/次	2000 元/次	2000 元/次	3000 元/次	無
住院/門診手術保險金	最高 7 萬元	無	2000~5 萬元	*1000 元*給付倍數 (1.25 倍~80 倍)	1000 元*給付倍數 (1.25 倍~80 倍)	1000 元*給付倍數 (1.5 倍~75 倍)	無
手術看護保險金	無	無	無	無	無	無	無
重大疾病/重大(手術)療養保險金	無	最高 5 萬元	第一級:5 萬元 第二級:2 萬餘	代替外科手術之癌症放射線治療保險金 1 萬元	無	無	無
重大手術/重大疾病住院特別(看護)保險金	無	1000/日	1300 元/日	抗排斥藥物醫療保險金 2 萬 5000 元	無	1500 元/日 (最多 30 日)	無
住院醫療日額	1~30 日: 1000 元/日 31~180 日: 2000 元/日 181~365 日: 2500 元	1~30 日: 1000 元/日 31 日以上: 2000 元/日	1~30 日: 1300 元/日 31 日以上: 2600 元/日	1~30 日: 1000 元/日 31 日以上: 2000 元/日	1~30 日: 1000 元/日 31~90 日: 2000 元/日 91~365 日: 2500 元	*1~30 日: 1500 元/日 31~90 日: 2000 元/日 91 日以上: 2000 元/日	保額 100 萬元, 日額 1000 元/日, 累計最高 100 萬元

						日 91 ~ 365 日： 3000 元	
加護病房日額	2500 元/ 日(最高 180 天)	2000 元/ 日	*2600 元/日	2000 元/日 (最高 90 天，兩 者擇 一給 付)	2000 元 /日	3000 元/ 日	無
燒燙傷 病房日 額	*3500 元/ 日(最高 180 天)	2000 元/ 日	2000 元/ 日		2000 元 /日	3000 元/ 日	無
醫療雜 費保險 金	250 元/日	無	無	無	無	無	無
出院療 養保險 金	500 元/日 (出院可 到兩週)	500 元/日	650 元/ 日	500 元/ 日	500 元/ 日	500 元/ 日	無
出院前 後門診 保險金 (限前 後一周)	250 元/次	250 元/次	650 元/ 日	250 元/ 日	250 元/ 次(限 前後兩 週)	500 元/ 日	無
身故保 險金	100 萬-已 給付保險 金	100 萬-已 給付保險 金	100 萬- 已給付 保險金	120 萬 -已給 付保 險金	120 萬- 已給付 保險金	150 萬- 已給 付保 險金	200 萬 -已給 付保 險金
全殘保 險金	無	無	無	無	無	150 萬- 已給 付保 險金	200 萬 -已給 付保 險金
全殘廢 生活補 助金	無	無	無	無	無	100 萬 (合 計給 付金 額不 超過 醫療 給付 180 萬元 上限	無

初次罹患特定重大疾病保險金	無	無	無	無	無	無	無
豁免保費	一至三級殘廢	無	一至三級殘廢	無	一至三級殘廢	一至三級殘廢	無
補償開始等待期間	30 天	30 天	30 天	30 天	30 天	30 天	30 天

資料來源：本研究整理

2. 暴露之風險

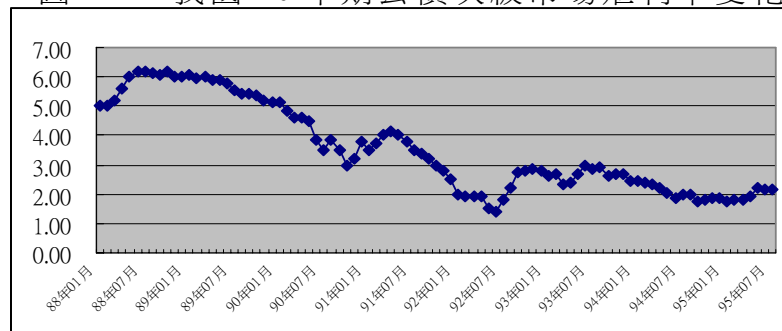
美國保險監督官協會(National Association of Insurance Commissioners, NAIC)之示範法規(Model Regulation)將保險商品所暴露之風險分為兩類，一類為償付風險(obligation risk)，包括有發生率(morbidity)、脫退率(lapse)與死亡率(mortality)衍生之風險，第二類為資產風險(asset risk)，包括利率變化(disintermediation risk)、信用品質(credit quality)與再投資(reinvestment)衍生之風險。對保險期間超過 5 年以上之長期醫療險而言，償付風險之重要性不亞於資產風險，而償付風險又以發生率與脫退率所暴露之風險對保險公司財務體質影響較大。若以 NAIC 類歸之 6 種風險為分析架構，終身醫療險所暴露之風險，在就保險公司經營實務上，可以 6 個方向探討：

- (1) 基於法令規範或管理策略因素下，保險公司迅速調整保費的能力與意願：按我國「人身保險商品審查應注意事項」第 79 點，長年期健康保險應有給付限額或保費調整機制之規定，然我國業者或因缺乏費率調整經驗或因市場競爭壓力，少有費率調整之能力與意願。但設有上限之住院醫療保險相較於無給付上限之保單，在投保人口年齡逐漸老化，醫療費用看漲之際，相對已十分有效降低保險公司暴露之風險。費率調整規範須配合同業相互約束與保戶教

育之配套措施，若有任一保險公司以低費率擴充業績，其餘同業則不易輕易調整費率以免產生逆選擇效果。香港之保險主管機關雖未訂定強制調整費率之規範，但在 SARS 時期，保險公司在永續經營的考量下，仍以調高費率因應新型疾病造成定價可能不足之風險。

- (2) 費率充足性：國內 85 年後陸續推出的長期住院醫療保險，費率保證但給付無上限，在損失率節節升高與利率水準自民國 88 年急轉而下之後(見圖 2-1)，費率充裕性引起業者與主管機關極大的關注，業者因此多以停賣舊保單及調高費率重發新單因應之。此一作法雖然可以凍結舊保單潛藏負債的累積，但卻無法減少有效保單定價不足對未來財務健全性的影響。費率充足與否的關鍵因素為實際發生率、利率與脫退率與預期假設之離散程度。

圖 2-1：我國 10 年期公債次級市場殖利率變化



- (2.1)發生率水準：我國「人身保險商品審查應注意事項」第 77 點雖有明文規定，新推出之健康保險保單中其各項給付成本之計算，應採用公司之經驗資料或最新之行政院相關機構或醫院之統計資料為費率評估基礎；然目前國內對於住院醫療與手術相關等發生率資料並無完整的經驗建立，壽險公司多採用公開資訊，如行政院衛生署出版之台灣地區醫療機構現況與醫院醫療統計資料、全民健康保險醫療統計年

報、台灣地區內政部消防署業務統計、業者統計，再佐以國外經驗資料加以修正。壽險商業同業公會統計雖已陸續出版觀察年度 1996~2002 的經驗損失率報告，但資料僅統計住院率、手術率、本人與眷屬住院日數、給付次數分配及手術事故原因分析等，侷限統計期間較短樣本有限，各項統計資料尚未穩定，參考價值有限。但由公會統計中，可發現醫療住院保單之住院率從 85 年的 38 0/00 提高到 91 年的 44 0/00，手術率則從 85 年的 14 0/00 提高到 91 年的 27 0/00。短短 6 年間，升高的幅度不可小覷，此一趨勢值得持續觀察。但整體而言，因為缺乏長期可靠發生率，長期健康險費率確實不易擬定。(見表 2-3)

表 2-3：台灣壽險業個人醫療保險年度經驗損失率

觀察年度	粗住院率(0/00)	粗手術率(0/00)
85	38.934	14.845
86	38.981	16.103
87	42.250	22.556
88	48.027	28.965
89	58.055	34.115
90	54.060	32.829
91	44.566	27.766

(2.2)發生率趨勢：我國「人身保險商品審查應注意事項」第 77 點雖明示，經驗資料必須就未來趨勢分析加以考量反應。然而，發生率趨勢與醫療科技的演變與長期總經環境變化息息相關，其趨勢不易估計。要將難以掌握的趨勢反映在發生率長期水準，只是凸顯若無適當定價依據，不應發行長期健康險之問題。費率¹³公平性(fair rate)無法確定下，定期健康險較終身健康險更加適合。

(2.3)脫退水準：長期醫療險存在累積逆選擇的現象(cumulative antiselection)，即是健康條件較差之被保險人通常有較高之繼續率，這部分成本難以預先估算。

¹³高估發生率趨勢對保戶不公平，低估發生率趨勢則影響保險公司財務健全性。

- (3) 核保與期間因素：發生率適用性與核保效果會隨著保單經過期間而遞減，初期理賠成本較低，但未來理賠成本較高。由國外統計(表 2-4)之保單年度與損失率比例關係中，可看出核保期間效果確實存在。此對無上限之醫療險潛藏風險很高，但對設有上限之住院醫療險而言，風險相對較可預測。

表 2-4：核保期間效果

Year 1	=	.65
Year 2	=	.80
Year 3	=	1.00
Year 4	=	1.10

資料來源：Experience Rating of Medical Insurance in the UK Staple Inn Actuarial Society, 1991.

- (4) 再保安排。借重再保公司保單風險控制之專業，並經由再保人分攤風險為保險公司有效風控方式之一。基於無上限醫療住院保險理賠風險太高再保公司多拒絕承接，保險公司在該類商品熱賣下，財務風險不可言喻。現行銷售有上限保單之保險公司依然多數未安排再保，主要因素為再保公司拒保或承保條件太過嚴苛；安排再保者醫療給付部分多採比例再保(quota share)，再保費率按報部費率發生率(或少許折扣後)計費並至多保證一定年數(多為 10 年以內)，如此再保方式使得帳戶型終身醫療險風險控制機制發揮功能有限。
- (5) 道德風險與理賠詐欺。為維持費率的公平性並保護其他保戶不被轉嫁成本，適當的理賠調查是風控必要的程序之一，保單初期異常理賠尤其需要特別的調查控制。同時，為防止誘發保戶之道德風險，保單設計即應該避免給付日額過高或無補償開始之等待期(除外期間)之漏洞，以免保戶延長住院日數以賺取差額利益。

(6) 相關法規的變化：社會保險給付內容與條件對商業保險的衝擊甚大，全民健保給付越優渥，商業長期健康險經營空間越小，理賠行政與核保成本等皆無法享有經濟規模效益，費用率相對較高，因此保險業積極參與全民健保政策討論，警覺全民健康保險政策之改變並掌握影響費率變化之醫療趨勢，是避免政治面衝擊健康險經營的具體方法。另外，主管監理機關政策方向上的改變亦攸關保單的發展。透過增提準備金與最低資本額的要求，積極監督保險公司財務結構穩健之重要性應超越商品細部規範，亦即清償能力採取強力監管，但商品設計則多尊重市場機制。

3.業者現行風險控管機制與監理建議

根據問卷調查，業者現行風險控管的方式有：

- (1)不承作。
- (2)依被保險人身分限制最高投保金額。
- (3)異常理賠調查。
- (4)刪除逆選擇高的給付項目，如門診定額給付。
- (5)簽訂保證終身之再保費率。
- (6)僅與評等 A 級以上之再保公司合作。

另外，業者對現階段主管機關建立監理規範與制度之相關建議如下：

- (1) 放寬補償開始之等待期間¹⁴設計。目前給付上限之終身醫療險補償等待期間為為 30 天，此一設計主要受制於「人身保險商品審查應注意事項」健康保險之七十八點規定¹⁵。補償開始等待期間之規定勢必反映於費率計算中，此一 30 天上限之強制規定不但限制了保戶選擇權，亦無法反映各公司核保實際經驗的

¹⁴ 補償開始之等待期間(probationary period)，亦稱除外期間(excluded period)，指保單發單後的一特定天數內，不提供保障，並於特定天數結束後始生效，精算費率上必須扣除比例保費。

¹⁵ 七十八點、除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其等待期間以三十日為限，並應於計算基礎內排除等待期間之保險費。除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，復效時不得再約定有等待期間。

調整，更不能透過多元化設計降低風險之目的，因此建議放寬。

- (2) 要保書告知事項恰當性。國內主管機關頒定之要保書告知事項乃以「人身保險要保書示範內容」為範本，針對性質不同的健康保險，該示範內容並不足以涵蓋醫療風險應有的核保控管，因此建議修訂；另外我國目前『人身保險要保書示範內容及注意事項』第五條規定，要保書上「如因核保需要，需加列詢問內容時，得由保險人自訂」，似乎給予保險公司在一般核保作業上較大的空間，但第八條卻另外規定，「如於核保上有其特殊之需要及考量，欲加列問項或增加問項之內容時，應另提具相當之證明以說明此項目足以影響危險之估計(如最近三年之核保標準或實際理賠經驗等...)，報經財政部核准後始得列入」，此一要求，並不符合核保實務作業時間的效率性，因此建議以「示範內容」為參考主要依據，保險公司可以備查方式自行增減問項。

(二)、保證續保一年期健康險附約

1.保單特色與保險內容彙整

在保證續保條件下，被保人僅在第一次申請時必須經過保險人之核保程序，續年度則免，保單形式有實支實付型與日額給付型。以日額型保單為例，其基本特色為：(1)保證續保多到 75 歲、(2)多採年齡級距式的階梯設計、(3)住院日額多在 NT\$500~NT\$3000 之間¹⁶、(4)同一次住院給付之實際住院日數，多在 90 天~365 天，詳見表 2-5。

¹⁶ 『人身保險商品審查應注意事項』六十點：一般醫療住院日額給付每日不得超過新臺幣五千元，如高於前揭金額時，公司需提具核保政策、風險控管措施及銷售必要性之說明。

表 2-5：保證續保健康險保單

公司名稱		台壽	國泰	新光		安泰
商品名稱		長康住院醫療保險附約	全心住院日額醫療保險附約	住院醫療日額甲型保險附約	綜合醫療保險附約	新健康醫療費用給付保險附約
給付內容	住院醫療日額保險金	~90日： 住院日額*實際住院日數	30日內：1倍 超過30日：2倍	~365日： 住院日額*實際住院日數	~90日： 住院日額*實際住院日數	~365日： 住院日額*實際住院日數
	住院看護保險金	-----	-----	-----	-----	-----
	手術醫療保險金	特定：住院日額*30 普通：住院日額*10	住院日額*1.25~80倍	-----	住院日額*40*手術比例 (住院醫療日額200倍為限)	住院日額*單位數
	手術看護保險金	特定：住院日額*20 普通：住院日額*10	-----	-----	-----	-----
	加護/燒燙傷病房保險金	~45日 住院日額*2*實際住院日數	住院日額*2*實際住院日數	~45日 住院日額*2*實際住院日數	-----	~365日： 住院日額*1.25*實際住院日數
	出院療養保險金	-----	-----	-----	-----	住院超過6~90日 住院日額*0.25*實際住院日數
	長期住院補助保險金	-----	-----	-----	-----	住院超過30~150日 住院日額*0.25*實際住院日數
	身故保險金	-----	-----	-----	-----	-----
	增額保險金	續保前一保單年度未理賠 各項保險金增加10% 給付	-----	續保前一保單年度未理賠 各項保險金增加10% 給付	-----	續保前二保單年度未理賠 續期保費減免20%
備註	-----	-----	分娩住院： 住院日額*實際住院日數 (最高7日)	-----	-----	

公司名稱		南山			富邦	三商
商品名稱		住院費用給付保險附約	手術醫療保險附約	安祥健康保險附約	安心住院醫療定額給付保險附約	常春住院醫療保險附約
給付內容	住院醫療日額保險金	~30日：1倍 30~60日：1.25倍 91~365日：1.5倍	— — —	~120日 住院日額*實際住院日數	~30日：1倍 30日~：2倍	~365日 住院日額*實際住院日數
	住院看護保險金	— — — —	— — — —	— — — —	~90日 住院日額*0.5*實際住院日數	— — — —
	手術醫療保險金	— — — —	住院日額*手術比例 (住院日額100倍為限)	住院日額*手術比例 (住院日額100倍為限)	住院日額*30*手術比例	住院日額*手術比例 (住院日額60倍為限)
	手術看護保險金	— — — —	— — — —	— — — —	住院日額*10*手術比例	— — — —
	加護/燒燙傷病房保險金	— — — —	— — — —	~7日 住院日額*1.5*實際住院日數	~180(90)日 住院日額*2(*3)*實際住院日數	1~15日： 住院日額*0.5*實際住院日數 16~120日： 住院日額*實際住院
	出院療養保險金	— — — —	— — — —	— — — —	~90日 住院日額*0.5*實際住院日數	~30日： 住院日額*0.5*實際住院日數 31~60日：
	長期住院補助保險金	— — — —	— — — —	— — — —	— — — —	— — — —
	身故保險金	— — — —	— — — —	住院日額100倍	— — — —	— — — —
	增額保險金	— — — —	— — — —	— — — —	續保前二保單年度未理賠 各項保險金增加20%給付	— — — —
	備註	— — — —	— — — —	返國住院保險金： 亞洲5000元/以外10000元	— — — —	— — — —

資料來源：本研究整理

2. 暴露之風險

保證續保之保單其風險暴露情形異於前述保單有：

- (1) 保費調整基礎與逆選擇：根據一年期保單保證續保條款，一但發單，保險人不可主張不續保，雖可片面調整費率，但費率調整基礎必須針對同一分類所有保單加以調整，而非個別保單增減調整。該條款雖有保護消費者與社會政策之意義，但由於決定續保的權利屬於要保人，因此若保險公司基於損失率擴大決定提高費率，體健者容易脫退而體質較弱者會選擇留存，保險公司累積逆選擇的現象可能出現。因此，保險公司通常不輕易調高費率。在此限制下，保險公司應可多致力於降低理賠之誘因以取代不得行的費率調整，減少理賠誘因的方式可透過無理賠的獎勵或網路資源提供線上醫療諮詢等服務。
- (2) 道德風險與理賠詐欺：一年期健康險費率較終身醫療險費率低，保戶易有小病即超長住院或與小醫院配合造假病歷辦理住院領取保險金的事件，或有慢性病患者在保證續保下每年一再住院，道德風險較其他長期健康險高，因此謹慎規劃醫療與財務核保工具，並透過保單設計提高保戶費用分攤機制，是降低該類風險的重要工具。

3. 業者現行風險控管機制與監理建議

根據問卷調查，業者現行風險控管的方式有：

- (1) 無理賠記錄即提高次年度理賠日額一定比例。
- (2) 無理賠記錄則次年度保費享 10%~20%之保費優惠。
- (3) 設計補償開始之等待期間(除外期間)，以確保道德風險降到最低。
- (4) 降低最高給付金額或日數。
- (5) 停賣舊保單並鼓勵保戶轉新費率保單(變相調高

費率)。

- (6)建立醫療險同業通報系統，以免保戶複保險造成惡意住院。

根據問卷調查，業者對主管機關建立監理規範與制度之相關建議如下：

- (1)開放續保條件，保證續保費率較其他續保條件，如有條件續保之保單較高，監理單位可由市場機制決定續保條件，同時提供經濟條件不同的保戶更多的選擇。

(三)、保費豁免與失能收入保險

1.保單特色與保險內容彙整

目前國內失能收入保險多以提供「保費豁免」為主要保障內涵，其次才是「所得補償」。基本特色為：(1)多以附約發單；(2)「保費豁免」為主之保單保障內容為，在所約定之意外或疾病造成之失能或罹患重大疾病時享有有效主約或附約之保費豁免權，部份有約定最高豁免金額；(3)以收入補償為保障內容之保單市場較少，給付項目包括完全失能保險金、部份失能與失能期間豁免保費；(4)等待期間(除去期間¹⁷)多採 180 天，被保險人失能狀態超過除去期間過後仍處於失能狀態，始可獲得理賠；(5)保險期間多延展到主契約之繳費年限，詳見表 2-6。

¹⁷ 除去期間(elimination period)亦稱為等待期間(waiting period)，指從保險事故發生之日起到保險給付開始止的期間，精算上應於費率中反應理賠成本的節省。

表 2-6：失能險-保費豁免+失能給付

保險公司	保誠人壽	大都會國際人壽	全球人壽	國華人壽
保單名稱	一年期新失能豁免保險	失能暨重大疾病豁免保費	失能及重大疾病豁免保險費	豁免保費附約(甲型)
類型	附約	附約	附約	附約
最高給付金額/年限	同主契約保費。以被保險人 60 足歲後之第一次周年日及主契約繳費期滿日，二者最先到達之日者	同主附契約保費。 1.失能狀況消失之日 2.被保險人年齡達 65 歲之週年日	失能醫療保險金額最低 2 千元，最高 4 萬元(依職業類別而有不同)，且不超過被保險人投保前 12 個月平均每月固定工作收入之 70 %。 豁免保險費之保險金額最高以每年 500 萬為限	等於主附約保費，被保險人 60 足歲後之第一次周年日及主契約繳費期滿日，二者最先到達之日者
保險年期	視主契約之繳費期限	視主期約之繳費期限	15 年、20 年，或繳費至 55 歲、60 歲、65 歲	等於主附約保費
投保年齡	14~55 歲	14~60 歲	14~60 歲	主被保險人 14 足歲至 55 歲，但主契約繳費期滿年齡不得超過 80 歲
全部失能	疾病、意外所致之二到六級殘廢 ¹⁸	重大疾病、傷害所致之失能 ¹⁹	因疾病或意外所致一到八級殘廢或勞工殘廢等級表之一到七級	疾病或意外所致失能或二、六級殘廢
豁免保費	有	有	有	有
除去期間	180 天	180 天	180 天	180 天

資料來源：本研究整理

¹⁸「失能」係指被保險人在本附約有效期間內，因疾病或意外傷害達於下列二條件之一者：(1) 經醫師診治後，自事故發生日起算兩年內失能定義為「不能從事原來工作以獲致報酬」。若失能持續超過兩年以上，則「失能」之定義變更為「完全不能從事任何工作以獲致報酬」。(2) 第二級至第六級殘廢者。

¹⁹失能定義：(1) 被保險人在附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫治後確定不能從事其原來工作者。(2) 前述失能狀況持續 2 年後，「失能」定義變更為「被保險人當時的身體狀況，不能從事依其教育程度、技能訓練或經驗所得從事之工作以獲致報酬之情形」。

2. 暴露之風險

失能收入保險所暴露之風險亦可如同上限之終身醫療保險可按 9 個方向探討，此處僅針相對較為重要部份討論：

(1)費率充足性：我國失能收入保險保險期間多與主約繳費期間相同，因此如同其他長期健康險，除了暴露於資產風險外，亦有固定費率下之清償能力風險，尤其是繳費期間固定而給付期間終身或至失能狀態消失為止的保單設計。

(2)發生率水準與趨勢：根據英國精算學會統計，失能收入保險發生率分析或風險篩選因素最重要的差異在於職業類別，其次為年齡與公私立職務，再其次為性別。女性失能發生率較男性多 46%，結婚者之發生率較單身者發生率少 12%，而公家單位工作者之發生率較私人機構工作者之發生率多了 41%，見表 2-7。

表 2-7：失能收入保險費率擬定最主要風險因素

Variable	Significance	Differential
Age	Very Significant	
Occupation	Very Significant	
Sex	Very Significant	Females +46%
Marital Status	Very Significant	Married -12%
Public / Private Sector	Very Significant	Public +41%

資料來源：Geographic, Occupational and Socio-economic Influences on Income Protection (The Actuarial Profession)

國內壽險公司失能發生率之採用仍多仰賴國外經驗值，如美國精算學會 1985 年之失能經驗表(SOA 1985 Disability Table Study)，此一發生率資料不僅未能充分反映國人失能之機率且因統計樣本期間年代較遠，亦有發生率適用期間的問題(morbidity durational factor)。我國壽險商業同業公會自 85 年起開始建檔統計壽險業涵蓋疾病與意外之失能發生率，與意外失能發生率，但因樣本資料有限，失能率年度統計不穩定性極高，可信度有待累積，且統

計分類較粗造，見表 2-8。因此，公會與監理機關積極推動發生經驗率之資料庫建立，按各大職業類別、年齡、性別與婚姻狀態等進行統計，是保單合理定價的首要步驟。目前在發生率經驗資料有限的情形下銷售保證費率之失能收入保險，費率適足性需要追蹤觀察。

表 2-8：台灣壽險業粗意外失能率

觀察年度	意外失能率(0/00)	失能率(0/00)
85	6.820	2.236
86	6.438	3.145
87	4.464	0.530
88	5.769	0.232
89	5.647	NA
90	4.983	NA
91	4.665	NA
92	2.924	0.390

(3)脫退水準：長年期失能收入保險亦存在累積逆選擇的現象，成本上亦難以預先估算。

(4)道德風險及其他。失能收入保險於我國市場一直未見突破性的開展，壽險公司本身對於該類商品的核保經驗不足，失能定義容易有爭議，理賠認定爭議性亦較高。國外經驗顯示，失能定義影響理賠成本甚鉅，為防止誘發保戶之道德風險，保單設計應該避免失能前薪資計算基礎過於寬鬆或失能給付金額高於失能前薪資所得或理賠啓動過於寬鬆之漏洞，表 2-9 即顯示英國設計之失能收入保險其職業類別與失能定義至少區分成 5 類，以明確化失能啓動之事由。因此，財務核保十分重要，要保人之所得收入與投保金額關係、職業類別皆為關鍵因素。另外，由國外經驗瞭解，該類商品因為需要整合各項如精算技術、理賠管理、核保作業、詐欺防堵，甚至實地查勘等專業，因此公司市佔率之經濟規模是獲利的必要條件。以美國為例，1995 年前後美國原有 70 家販售失能險保單的公司，其中 11 家因獲利不良甚而虧損陸續於 1996~2000 年間退出市場。

表 2-9：英國失能收入保單之職業分類與失能定義

Table 1. Occupation classes in the UK*					
Occupation class	1	2	3	4	5
Description	Professional, managerial or clerical	Skilled occupations, minimal manual	Skilled occupations, mostly manual	Semi-skilled, mostly manual	Housepersons
Definition of disability	Own occupation [†]	Own or Suited occupation [‡]	Own or Suited occupation	Suited occupation/ Activities of Daily Work [§]	Activities of Daily Work
<p>* In the eyes of the UK regulator, the "Any occupation" definition is interpreted as "Any suited (similar) occupation."</p> <p>[†] Own Occupation definition of disability: "The life insured must be totally unable, due to illness or accident, to carry out the material and substantial duties of his usual occupation and is not following any other occupation for profit or reward."</p> <p>[‡] Suited (similar) Occupation definition of disability: "The life insured must be totally unable, due to illness or accident, to follow any occupation for which he may be reasonably suited by training, education or experience and is not following any other occupation for profit or reward."</p> <p>[§] Activities of Daily Work (ADW) definition of disability: "The life insured must normally and routinely be unable, because of illness or accidental injury, to perform two of the following five tests without the help of another person, but with the use of appropriate assistive or corrective aids or appliances: walking, bending, communicating, reading, writing."</p>					

資料來源：Gen Re, Risk Insights, Nov 2006.

3. 業者現行風險控管機制與監理建議

根據問卷調查，業者現行風險控管的方式有：

- (1) 不承作。
- (2) 要/被保險人須為正式受雇，有固定上下班時間之全日受薪者。
- (3) 嚴謹化失能啟動之條件。
- (4) 嚴格化除去期間(等待期間)。

另外，由於業務量小，保險公司至今尚未對失能收入補償契約建立有效的統計、核保與理賠經驗。業者對主管機關建立監理規範與制度之相關建議如下：

- (1) 除外事項恰當性。主管機關頒布之除外事項條款僅見於「住院醫療費用保險單示範條款」第 11 條規定，包含被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）、犯罪行為、非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品以及因美容手術、外科整型、裝設義齒等事故而住院者。上述除外責任範圍是否適用失能收入保險需整合業界意見，另訂「失能收入保險單示範條款」進一步檢討。

(四)、防癌終身保險

1.保單特色與保險內容彙整

我國防癌保單首見無理賠上限之保單，之後南山與遠雄人壽等陸續推出理賠設有上限的防癌保單，無理賠上限之防癌保單多數於 2007 年 9 月起因各公司風險控管因素而停售。防癌終身保單基本特色為：(1)30 天或 90 天之補償開始等待期間；(2)保費豁免；(3)第一期前列腺癌或原位癌限額理賠，見表 2-10。

表 2-10：防癌終身險保單

保險公司	瑞泰人壽	南山人壽	保誠人壽	全球人壽	宏泰人壽
保單名稱	新防癌終身保險附約	99 終身防癌保險	新健康終身防癌	防癌終身健康保險	新防癌終身健康險
最高投保單位	3	10	6	2	6
最高給付	無理賠上限	累計最高 250 萬元	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限
投保年齡	0~65 歲	0~60 歲	0~65 歲	0~65 歲	0~60 歲
初次罹患癌症保險金	*30 萬元(終身一次)；原位癌：3 萬元	20 萬元；罹患原位癌或第一期前列腺癌：2 萬元	10 萬元；原位癌 5000 元(終身一次)	10 萬元(終身一次)	10 萬元(如罹患癌非轉移所致，可再次理賠)
癌症門診保險金	1000 元/日	1000 元/日	1000 元/日	無	1000 元/日
放射線或化學治療保險金	算做門診	無	1000 元/日	1000 元/日(化學治療 1000 元/日)	算做門診
癌症手術保險金	3 萬元/次	3 萬元/次(每年 3 次)原位癌或第一期前列腺癌 6000 元/次	3 萬元/次	*10 萬元/次	3 萬元/次
癌症住院保險金	2000 元/日	1200 元/日	2000 元/日	*5000 元/日	2000 元/日
癌症出院療養保險金(最多以前次實際住院天數為限)	1000 元/日	800 元/日	1500 元/日	1000 元/日	1000 元/日
癌症身故保險	30 萬元	20 萬元	30 萬元	10 萬元	20 萬元

金					
豁免保費	無	罹患癌症或1~3級殘廢可豁免保費	無	無	罹患癌症或2~3級殘廢可豁免保費
補償開始等待期間	30天	90天	90天	30天	30天
備註	1.癌症骨髓移植手術保險金：20萬元，終身一次 2.若非因罹患癌症而身故或全殘時，將退還已繳之年繳總保費	無	1.癌症義肢裝設保險金：2萬元/次 2.癌症義齒裝設保險金：2萬元/次(一年一次) 3.癌症骨髓移植手術保險金：10萬元/次，不給付癌症手術保險金	1.癌症骨髓移植手術保險金：20萬元，終身一次 2.女性義乳重建手術保險金：10萬元，每側終身一次	1.癌症骨髓移植手術保險金：20萬元，終身一次 2.女性義乳重建手術保險金：3萬元，每側終身一次 3.癌症特定器官切除保險金5萬

保險公司	遠雄人壽	遠雄人壽	幸福人壽	國華人壽	中央人壽
保單名稱	新癌症終身健康保險	癌症終身保險附約	防癌健康保險附約	溫馨防癌終身健康保險附約	新終身防癌健康保險
最高投保單位	6	6	2	6	5
最高給付	帳戶型	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限
投保年齡	出生滿15天~60歲	出生滿15天~50歲	出生滿15天~60歲	0~繳費期滿不超過80歲	0~65歲
初次罹患癌症保險金	10萬元(終身一次)；罹患癌症原位癌或第一期前列腺癌：1.5萬元已發生上列癌症，又發現其他癌症：8.5萬元(終身一次)	15萬元(終身一次)	10萬元(終身一次)	10萬元	10萬元(終身一次)
癌門診保險金	600元/日(最多90日)	1500元/日	1500元/日	無	1000元/日
放射線或化學治療保險金	600元/日	1000元/日	算做門診	500元/日	1000元/日
癌症手術保險金	3萬元/次；原位癌或第一期前列腺癌者：4500元(一年最高三次)	3萬元/次	3萬元/次(一年最高三次)	2萬元/次	3萬元/次

癌症住院保險金	1200 元/日(最多 180 日)	3000 元/日	2000 元/日	1000 元/日	2000 元/日
癌症出院療養保險金(最多以前次實際住院天數為限)	600 元/日	1500 元/日	1500 元/日(最多 60 日)	500 元/日	1000 元/日
癌症身故保險金	60 萬元(須扣除前項已給付之保險金)	*50 萬	25 萬元	10 萬元	30 萬元
豁免保費	罹患癌症或 1~3 級殘廢可豁免保費	罹患癌症或 1~3 級殘廢可豁免保費	無	罹患癌症或全殘可豁免保費	罹患癌症或 1~3 級殘廢可豁免保費
等待期間	30 天	30 天	30 天	30 天	30 天
備註	1.癌症骨髓移植治療者：6 萬元(終身一次) 2.癌症義肢裝設保險金：10 萬元(終身一次) 3.女性義乳重建手術保險金：6 萬元(每側終身一次)	癌症骨髓移植治療者：20 萬元(終身一次)	罹患癌症必須接受骨髓手術：10 萬元(終身一次)	1.癌症特別看護保險金：每次住院第 7 日(含)起：500 元/日 2.癌症骨髓移植保險金：7 萬元，終身一次 3.女性義乳重建手術保險金：2 萬元，每側終身一次	無

保險公司	國泰人壽	宏利人壽	三商美邦人壽	新光人壽	國際紐約人壽
保單名稱	真愛一生防癌健康保險附約	防癌保險附約	永康防癌終身健康保險附約	防癌健康終身保險	癌症醫療終身保險附約
最高投保單位	10	3	以計畫類別區分 ABCD	2	4
最高給付	無理賠上限	—	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限
投保年齡	0~繳費期間不超過 75 歲	15 年期出生滿 14 天~60 歲 20 年期出生滿 14 天~55 歲	15 年期 0~65 歲 20 年期 0~60 歲	0~65 歲	0~60 歲
初次罹患癌症保險金	8 萬元非原位癌 1 萬 6000 元	8 萬元(終身一次)	計畫 A，8 萬元(終身一次)；癌症若為第一期前列腺癌或原	6 萬元(終身一次)	6 萬元(終身一次)

			位癌，給付投保計畫所列金額十分之一；日後病情加重或惡化轉移罹患前述兩項以外之癌症，在給付十分之九投保計畫金額		
癌症門診保險金	500 元/日	1000 元/日	無	1200 元/日 (一年最高 90 次)	600 元/日
放射線或化學治療保險金	500 元/日	無	計畫 A1000 元/次	時做門診	1200 元/日
癌症手術保險金	2 萬元/次	3 萬元/次	計畫 A，一般癌症 2 萬元/次；特定癌症 3 萬元/次；第一期期列腺癌或原位癌：4000 元/次	3 萬元/次	3 萬元/次
癌症住院保險金	800 元/日	2000 元/日	計畫 A，1500 元/日；第 31 日起，又另外給付住院收入補償保險金 1000 元/日；一般癌症手術住院 500 元/日；特定癌症手術住院 1000 元/日	2000 元/日	2000 元/日
癌症出院療養保險金 (最多以前次實際住院天數為限)	500 元/日	1000 元/日	800 元/日	1200 元/日 (最多 20 日)	1000 元/日
癌症身故保險金	10 萬元	30 萬元	無	*50 萬元	30 萬元
豁免保費	無	無	無	罹患癌症可豁免保費	無
補償開始等待期間	30 天	90 天	90 天	30 天	30 天
備註	*1.癌症骨髓移植手術保險金：8 萬元(終身一次) *2.非癌症身故：退還所繳年繳化保費	無	特定癌症：肝及肝內臟管癌、氣管支氣管及肺癌、胃癌、結腸癌、直腸、直腸乙狀結腸連接部及肛門	無	1.慢性肝炎、肝功能異常、腦瘤病史家族性大腸息肉不予承保 2.癌症骨髓移植手術保

	<p>*3.癌症身故可加領所繳年繳化保費及未領取的癌症安寧照護保險金</p> <p>*4.安寧照護保險金 5 萬元；未申請者併入癌症身故保險金給付</p>		<p>癌、鼻咽癌、食道癌、唇、舌、齒齦、口底、口之其他及未明示部位、口咽、下咽、唇、口腔及咽之其他及分界不明位置之惡性腫瘤、胰臟癌、子宮惡性腫瘤未明示部位者、子宮頸癌不含零期癌女性乳癌</p>		<p>險金：20 萬元終身一次</p> <p>3.女性義乳重建手術保險金：5 萬元每側終身一次</p>
--	---	--	--	--	---

保險公司	中國人壽	台灣人壽	國寶人壽	統一安聯人壽	大都會人壽
保單名稱	防癌終身健康保險附約	新終身防癌健康保險附約	防終身健康保險附約	新防癌終身健康保險附約	癌症醫療健康保險附約
最高投保單位	2	100 萬	5	6	5
最高給付	—	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限
投保年齡	0~60 歲	0~65 歲	15 年期 0~60 歲 20 年期 0~55 歲	65 歲以下	*出生滿 14 天後~65 歲保額續保至 74 歲
初次罹患癌症保險金	3 萬元(終身一次)	20%基本保額(終身一次)	2 萬元	繳費期間內：2 萬元；繳費期滿後 4 萬元(終身一次)	無
癌症門診保險金	1000 元/日	0.25%基本保額/次	500 元/日	500 元/日	1000 元/日
放射線或化學治療保險金	無	無	500 元/日	無	無
癌症手術保險金	3 萬元/次	10%基本保額	2 萬元/次	2 萬元/次	3 萬元/次 原位癌 1 萬元/次(每年三次為限)
癌症住院保險金	2000 元/日	0.5%基本保額/日	1000 元/日	1000 元/日	1000 元/日
癌症出	1000 元/日	100%基本	500 元/日	500 元/日	1000 元/日

院療養保險金 (最多以前次實際住院天數為限)		保額			
癌症身故保險金	30 萬元	100%基本保額	20 萬元	20 萬元	無
豁免保費	1~3 級殘廢，可豁免保費	罹患癌症可豁免保費	罹患癌症或 1~3 級殘廢，可豁免保費	罹患癌症或 1~3 級殘廢，可豁免保費	無
補償開始等待期間	30 天	90 天	30 天	90 天	90 天
備註	無	癌症骨髓移植手術保證金：100%基本保額，終身一次	1.癌症骨髓移植手術保證金：5 萬元，終身一次 2.女性義乳重建手術保證金：2 萬元，每側終身一次	無	自然保費，每年都得繳交，一直繳到 74 歲，同時也只保障到 74 歲

保險公司	興農人壽	興農人壽	安泰人壽	保德信人壽	富邦人壽
保單名稱	永安防癌終身醫療保險附約 A 型	永安防癌終身醫療保險附約 B 型	防癌終身健康保險附約	防癌終身健康保險附約	新防癌終身健康保險附約
最高投保單位	AB 合計最多不超過 2 單位		6	3	3
最高給付	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限	無理賠上限
投保年齡	0~60 歲	0~60 歲	0~65 歲	出生滿 15 天~60 歲	出生滿 15 天~65 歲
初次罹患癌症保險金	6 萬元	無	前 20 年：5 萬元；第一期前列腺癌或原位癌：7500 元 第 21 年起，7 萬 5000 元；第一期前	5 萬元(終身一次)	繳費期間內：5 萬元；繳費滿其後：10 萬元

			列腺癌或原位癌：1萬 1250 元		
癌症門診保險金	500 元/日	500 元/日	500 元/次	無	1000 元/次
放射線或化學治療保險金	1000 元/日	無	500 元/日 (化學治療)800/日)	1000 元/日	1000 元/日
癌症手術保險金	2 萬元/次(一年三次)	2 萬元/次(一年三次)	1 萬 5000 元/次但第一期前列腺癌或原位癌 2250 元/次	3 萬元/次	3 萬元/次
癌症住院保險金	2000 元/日 (最高 180 日)	2000 元/日 (最高 180 日)	第 1~90 日 1200 元/日 第 91 日 1800 元/日	2000 元/日	2000 元/日
癌症出院療養保險金 (最多以前次實際住院天數為限)	無	無	600 元/日	1000 元/日 (最高兩倍住院日數)	1000 元/日
癌症身故保險金	20 萬元	15 萬元	無	無	30 萬元
豁免保費	初次罹患癌症可豁免保費	初次罹患癌症可豁免保費	無	無須額外附加	1~3 級殘廢可豁免保費
補償開始等待期間	30 天	30 天	90 天	30 天	30 天
備註	1.癌症義肢裝設保險金 10 萬元，終身一次 2.癌症義乳裝設保險金：5 萬元/每側給付一次為限 3.癌症骨髓移植手術保險金：20 萬元終身一次	無	*安寧照護保險經確診癌症後的第 1、2、3、4、5 個罹患確定日之週年日仍生存：2 萬元/年。但第一期前列腺癌、原位癌或惡性黑色素瘤以外之皮膚癌：無	癌症骨髓移植手術保險金：20 萬元 (終身一次)	癌症骨髓移植手術保險金：20 萬元終身一次

資料來源：本研究整理

2. 暴露之風險

- (1) 發生率水準可信度與治療方式改變對發生率趨勢的影響：根據業者統計經驗，我國防癌險保單經過幾次費率調整主要原因或者肇於實際發生率已貼近預期發生率或者超過預期發生率之壓力，或者配合準備金利率調整之必要。癌症各項經驗發生率之統計品質直接影響到費率的精確性與潛在風險。目前國內並無完整的癌症險資料庫的建立，壽險公司採用多為公開資訊，如公保、勞保統計、資料衛生署出版之「中華民國癌症登記報告」，其中衛生署出版之資料蒐集對象為 50 床以上之醫療院所為主，對於 50 床以下之醫療院所並未納入癌症登記報告中，因此統計率有偏低的可能。壽險商業同業公會統計雖已陸續出版觀察年度 1996~2002 的經驗損失率報告以提供保險公司作為費率計算的基礎，但受限於資料來源仍有缺陷。經驗資料的蒐集亦多侷限於首次罹癌率、死亡率、癌症手術率與癌症住院率等；至於放射治療次數與金額、化療治療次數與金額、住院日數、門診次數與手術次數等則未納入統計中。此外，根據和信癌症中心醫院「癌症醫療團隊及臨床成果介紹」，癌症發生因素影響最大者為年齡與性別，因此依年齡與性別建立相關理賠與發生率是刻不容緩的。由壽險公會統計資料觀察到，壽險業防癌保單之粗首次罹癌率 90 年相較於 85 年出現兩倍增加的變化，粗死亡率則平均維持於 349/00，詳如下表 2-11。

表 2-11：台灣壽險業癌症經驗統計表

觀察年度	粗首次罹癌率 (0/00)	粗死亡率 (0/00)	粗手術率 (0/00)	粗死亡率 (0/00)
85	.469	.499	.826	1.154
86	.477	.285	.475	1.065
87	.797	.308	.621	1.221
88	1.136	.308	.948	1.410
89	1.036	.352	.985	1.586
90	1.016	.352	.995	1.665
91	.945	.342	.920	1.624

- (2) 再保安排。防癌保單之身故保險金部份再保方式多採溢額再保，癌症給付則多未安排再保，此時為業者風控作業的另一漏洞。
- (3) 核保風險。防癌險核保重點包括被保險人年齡、家族病史、現症與既往症等，因此適當之要保書告知事項可以作為核保人員風險篩選與危險分類之第一道工具，若無定期修擬適合該險種檢測之要保書為風險控制的一項缺口。

3.業者現行風險控管機制與監理建議

根據問卷調查，業者現行風險控管的方式有：

- (1)不承作。
- (2)再保公司拒保下停售。
- (3)定期檢視發生率水準。
- (4)定期檢視投資報酬率與預定利率水準。
- (5)延長補償開始之等待期間。
- (6)只承保標準體。
- (7)降低住院日額給付額度。
- (8)擴大安全係數。

另外，業者對主管機關建立監理規範與制度之相關建議如下：

- (1) 財政部 92.10.24 台財保字第 0920751815 號函令²⁰因

²⁰二、壽險業若為加強對健康保險之風險控管需要，且訂定之等待期間尚屬恰當，亦已基於公平對價原則排除等待期間之保險費，本部原則同意放寬重大疾病(含癌症)於投保時之等待期間最長至九十日，並得增列復效等待期間；惟各公司爾後送審商品時，應說明等待期間訂定之必要性與合理性。另為兼顧保戶之合理期待，各公司應於健康保險商品之各式銷售文件及保單條款之明顯處，以粗黑或鮮明字體顯著標示疾病等待期間之相關約定，並於招攬時向保戶妥為解說，俾杜爭議。

應壽險公司的要求，將癌症保單除外期間放寬到 90 天，該函令使得壽險公司較得以落實防癌險之風險管理，但業者建議應更進一步放寬由各家壽險公司依據核保經驗擬定更有彈性，如 30 天至 180 天不等的除外期(補償開始之等待期間)，同時亦提供保戶更多的選擇；同時鼓勵自負額保單的設計。

- (2) 『人身保險商品審查應注意事項』醫療保險第七十九點規定「長年期健康保險應有給付限額或保費調整機制」，然第八十二點亦規定，保單條款中需載明：(a)保險公司向主管機關申請調整保險費率之條件；(b)不得針對個別被保險人身體狀況調整；(c)需訂定每次調整保費之上限；(d)書面通知要保人有關新費率之時間；(e)載明以新費率計收保險費之時點；(f)載明要保人不同意新費率之處理方式。除保單條款中應載明的事項外，費率調整應檢附簽署人員有關費率調整方法與費率增加具合理性等之說明書與聲明書，另檢具「保費調整機制作業準則」。該類型長年期健康保險費率調整是否屬於重大變更事項，乃屬備查方式或是核准方式，關乎時間的效率性，若送審程序過於冗長，費率可能無法及時反應。

(五)、長期看護保險

1.保單特色與保險內容彙整

市場上主要長期看護險保單可分為 3 種類型。一為帳戶型主約，身故給付為保額扣除已給付之各項看護保險金，理賠有上限，用完即無保障，如南山、國華保單。二為額外給付型，身故給付基本保額，不受已領取的各項看護保險金影響，長期看護保險金給付終身，如台壽、國泰、新光。三為帳戶型附約保險，須附加於主約之下，無身故給付，長期看護保險金給付至累計給付期間屆滿，給付次數為 20 次至終身不等，如保誠與三商。基本保單特色有，(1)「長期看護」狀態乃依「失能」或

「認知損害」來認定，除了南山採計分量表，其他同業長期看護狀態的定義相似；(2)投保年齡設計最低 14 歲，最高 70 歲；(3)免責期間多數為 90 天；(4)給付項目有身故保險金、殘廢保險金、長期看護保險金與豁免保費，見表 2-12。

表 2-12：我國長期看護險保單內容

公司		台壽			國泰		新光					
類型		主約			主約		主約					
商品名		長期看護終身壽險			松柏長青看護終身壽險		長期看護終身壽險					
投保年齡		14~65 歲	14~60 歲	14~55 歲	15~60 歲	15~55 歲	14~65 歲	14~60 歲	14~55 歲	14~50 歲	14~44 歲	14~40 歲
投保限額		10 萬~500 萬			10 萬~600 萬		30 萬~500 萬					
解約金		有			有		有					
給付內容	身故/全殘保險金	基本保額			基本保額+未到期保費		基本保額+未到期保費					
	長期看護療養金	基本保額*20% (一次為限)			基本保額*30% (一次為限)		無					
	長期看護保險金	基本保額*12% (每半年給付)			基本保額*10% (每半年給付)		(每月給付)	第 3 級殘廢:基本保額*1%				
								第 2 級殘廢:基本保額*1.5%				
								第 1 級殘廢:基本保額*2%				
免責期間	90 天			90 天		90 天						
豁免保費	長期看護狀態			長期看護狀態		長期看護狀態						
失能定義	經常處於臥床狀態，自己無法在床邊附近步行，且如無他人扶助，無法自行進行下列五項為維持生命必要之日常生活活動中任兩項者： 1. 自己攝取食物 2. 自己穿脫衣服 3. 自己沐浴 4. 自己排便始末 5. 自己排尿始末			經常處於臥床狀態，自己無法在床邊附近步行，且如無他人扶助，無法自行進行下列四項任兩項者： 1. 自己攝取食物 2. 自己穿脫衣服 3. 自己沐浴 4. 自己無法擦拭洩後大小便		經常處於臥床狀態，為維持生命符合下列者： 1. 無法自己攝取食物 2. 無法自己穿脫衣服 3. 無法自己沐浴 4. 無法自己排便始末 5. 無法自己排尿始末 6. 無法在床邊附近步行 第一級：符合上述 1-6 項 第二級：符合第 1 項及其他 3 項 第三級符合上述第 1 項及其他 2 項						
認知損害	經診斷為器質性癡呆，且在無意識障礙的情況下，有定向不清之困難，需他人看護者			經診斷為器質性癡呆，需他人看護者		第一級：經診斷為器質性癡呆，且符合上述 6 項之兩項者 第二級：經診斷為器質性癡呆						

公司	國華					南山		
類型	主約(帳戶型)					主約(帳戶型)		
商品名	長期看護終身壽險					長期看護終身健康保險		
投保年齡	14~74 歲	14~70 歲	14~65 歲	14~60 歲	14~55 歲	18~65 歲		
投保限額	1 萬~100 萬					10 萬~800 萬		
解約金	無					無		
給付內容	身故/全殘保險金	10 倍基本保額-已給付之長期看護保險金				基本保額-已給付之保險金		
	長期看護療養金	無				250 分	保險金額 *12%	
						400 分	保險金額 *18%	
						550 分	保險金額 *24%	
	長期看護保險金	基本保額 (每年給付)				每月給付	250 分	保險金額 *1%
							400 分	保險金額 *1.5%
550 分							保險金額 *2%	
免責期間	90 天				60 天			
豁免保費	長期看護狀態				長期看護狀態			
失能定義	經常處於臥床狀態，為維持生命符合下列者： 1. 無法自己攝取食物 2. 無法自己穿脫衣服 3. 無法自己沐浴 4. 無法自己排便始末 5. 無法自己排尿始末 6. 無法在床邊附近步行				行動能力障害 (1)需拐杖行走 10 分；(2)需使用輪椅代步 60 分；(3)完全無法行動 100 分； 臥床狀態障害 (1)大部分時間臥床 10 分；(2)整日臥床但可自行翻身 60 分；(3)整日臥床無法自行翻身 100 分； 攝食狀態障害 (1)需他人餵食 10 分；(2)鼻胃管灌食 60 分； 大小便情形障害 (1)需他人扶助 60 分；(2)完全無法自理 100 分； 沐浴障害 (1)部分需人扶助 60 分；(2) 完全無法自理 100 分； 更衣障害 (1)部分需人扶助 60 分；(2) 完全無法自理 100 分；			
認知損害	經診斷為器質性癡呆，意識清醒的情況下，有認知障礙，需他人看護照顧者				意識狀態障害：重度障害 200 分			

公司		三商		保誠			
類型		附約		附約		一年期附約(帳戶型)	
商品名		長期看護保險附約		長期看護附約甲型	長期看護附約乙型	一年期甲型	一年期乙型
投保年齡		14~70歲	14~65歲	20~70歲		20~60歲(續保至98歲)	
投保限額		5000元~20萬		1萬~10萬		1萬~10萬	
解約金		無		無		無	
給付內容	身故/全殘保險金	無		無		無	
	長期看護療養金	36倍基本保額(累計給付期間屆滿)		無		無	
	長期看護保險金	6倍基本保額*12%(每半年給付)(15年繳費,最多30次)		6倍保險金額(每半年給付)		6倍保險金額(每半年給付)	
				(給付10年)	(給付終身)	(給付10年)	(給付終身)
	免責期間	90天		90天		90天	
	豁免保費	長期看護狀態		長期看護狀態	長期看護狀態	長期看護狀態	
失能定義	符合下列三項(含)以上者: 1. 如無他人協助,無法自己起床 2. 如無他人協助,無法自己走動 3. 如無他人協助,無法自己進食 4. 如無他人協助,無法自己沐浴 5. 如無他人協助,無法自己穿脫衣物 6. 如無他人協助,無法自己如廁		同左	同左	同左		
認知損害	NA		NA	NA	NA		

資料來源：本研究整理

2. 暴露之風險

除與前述各類長期健康險暴露之風險類似外，長期看護保險鑑於國外發展經驗必須特別注意：

- (1) 市場競爭下造成核保條件過寬(如放寬最高投保年齡、提高投保額度、承保懷孕婦女等)以至於理賠成本增加之風險。

(2) 保戶投保意願與社會保險給付項目與條件變化與總體經濟環境改變有一定程度的相關性。

(3) 理賠爭議。肇因於長期看護狀態認定不易。

3.業者現行風險控管機制與監理建議

根據問卷調查，業者現行風險控管的方式有：

(1)不承作。

(2)設計除去期間。

(3)定期檢視損失率。

另外，由於保戶需求不高，業者承作業務有限，壽險公司對於該類商品的核保與理賠經驗不足，監理建議僅有一項：

(1)由於費率訂價上長期看護發生率與趨勢如同其他健康險發生率難以估計，加上業務量有限統計資難以累積，為確保計價之保守原則，業者建議，「人身保險商品審查應注意事項」第一八七點規定之「計算純保費採用之安全加成係數(含各項危險發生率外加之標準差、惡化率、改善率等)應須放寬。

(六)、重大疾病保險

1.保單特色與保險內容彙整

市場上主要重大疾病保單有單獨主約出單，亦有附約出單，但個人保單以終身保單設計為主流。給付項目除了有 7 大疾病外，亦有特定傷病給付。基本特色為，(1)被保險人罹患重大傷病時，給付金額有保額之 30%至保額 5 倍不等；(2)身故保險金有退還已繳保費、給付保額差額與額外給付等 3 種；(3)等待期間 0 天至 90 天²¹不等，見表 2-13。

²¹「人身保險商品審查應注意事項」六十七點：重大疾病及癌症保險於投保時之等待期間最長得為九十日，並得比照前揭期間增列復效等待期間；惟應於送審商品時，說明等待期間訂定之必要性與合理性。另為兼顧保戶之合理期待，各公司應於健康保險商品之各式銷售文件及保單條款之明顯處，以粗黑或鮮明字體顯著標示疾病等待期間之相關約定，並於招攬時向保戶妥為解說。

表 2-13：重大疾病保單

保險公司	新光人壽	國際紐約人壽	幸福人壽	國寶人壽	瑞泰人壽
保單名稱	新長安終身壽險主約	重大疾病終身壽險附約	幸福一生重大疾病終身壽險主約	美好人生終身健康保險附約	重大疾病終身健康保險附約
重大疾病	1.心肌梗塞 2.冠狀動脈繞道手術 3.中風 4.慢性腎衰竭(尿毒症) 5.癌症 6.癱瘓 7.重大器官移植手術	同左	同左	同左。 備註：因意外所致之癱瘓及重大器官移植手術，不受 30 日等待期限限制	同左。 備註：因意外所致之癱瘓及重大器官移植手術，不受 30 日等待期限限制
特定傷病	無	無	無	無	無
身故保障	如未罹患身故，給付 100%；罹患身故：40%、70%、100%	如未罹患身故，給付 100%	如未罹患身故，給付 100%；罹患身故：50%	如未罹患身故，退還已繳保費	如未罹患身故，退還已繳保費
初次罹患給付比例	60%	100%	50%	繳費期間：100%+每年保額 5%；繳費期滿：200%	100%
解約金	有	有	有	無	無
等待期間	30 天	90 天	30 天	30 天	30 天

保險公司	南山人壽	南山人壽	大都會人壽	大都會人壽	安泰人壽
保單名稱	新康祥終身壽險	特定傷病終身健康保險附約	重大疾病終身健康保險附約	特定傷病醫療健康保險附約	重大疾病暨特定傷病終身保險附約
重大疾病	1.心肌梗塞 2.冠狀動脈繞道手術 3.中風 4.慢性腎衰竭(尿毒症) 5.癌症 6.癱瘓 7.重大器官移植手術	無	同左第一列	同左第一列	同左第一列
特定傷病	無	1.心臟瓣膜手術 2.嚴重頭部頭部創傷 3.肝硬化症 4.原發性肺癌動脈高血壓 5.主動脈外科置換術 6.重燒燙傷 7.再生不良性貧血 8.脊髓輝質炎 9.良性腦瘤 10.慢性肝病 11.系統性紅斑性狼瘡 12.昏迷 13.腦血管動脈瘤手術 14.急性腦炎 15.帕金森氏症 16.阿爾茲莫氏症 17.克隆氏症 18.潰瘍性結腸炎 19.肌肉營養不良症	無	1.心臟瓣膜手術 2.原發性肺癌動脈高血壓 3.主動脈外科置換術 4.重燒燙傷 5.再生不良性貧血 6.脊髓輝質炎 7.良性腦瘤 8.全身性紅斑性狼瘡病狼瘡性腎炎 9.昏迷 10.帕金森氏症 11.阿爾茲莫氏症 12.肌肉營養不良症 13.運動神經元疾病 14.多發性硬化症	1.多發性硬化症 2.心臟瓣膜手術 3.主動脈外科置換術 4.阿爾茲海默氏病 5.帕金森氏症 6.嚴重燒傷 7.運動神經元疾病 8.良性腦腫瘤 9.再生不良性貧血 10.肌肉營養不良 11.原發性肺動脈高血壓 12.全身性紅斑性狼瘡 13.昏迷 備註：因遭受非由疾病引起的外來突發意外傷害事故所致嚴重燒傷、昏迷者，不首前述三十日期間之限制
身故保障	扣除初次罹患已給付部份	無	無	無	如未罹患身故給付 100%
初次罹患給付比例	30%、50%、70%	100%	100%	100%	100%
解約金	有	無	無	無	有
等待期間	30 天	30 天	60 天	30 天(癌症 90 天)	30 天

保險公司	國華人壽	統一安聯人壽	三商美邦人壽	三商美邦人壽	保誠人壽
保單名稱	新重大疾病終身保險附約	重大疾病終身健康保險附約	新重大傷病終身健康保險附約	特定傷病終身健康保險附約	特定傷病終身保險附約
重大疾病	1.心肌梗塞 2.冠狀動脈繞道手術 3.中風 4.慢性腎衰竭(尿毒症) 5.癌症 6.癱瘓 7.重大器官移植手術	同左	同左	無	同左第一列
特定傷病	無	無	無	1.心臟瓣膜手術 2.主動脈外科置換術 3.阿爾茲海默氏症 4.帕金森氏症 5.嚴重燒傷 6.良性腦腫瘤 7.慢性肝病 8.再生不良性貧血 9.脊髓灰質炎 10.猛暴性肝炎 11.紅斑性狼瘡 12.肝硬化症	1.心臟瓣膜置換 2.嚴重頭部創傷 3.肝硬化 4.猛暴性肝炎 5.原發性肺動脈高血壓 6.主動脈外科置換術 7.嚴重灼傷 8.再生不良性貧血 9.脊髓灰質炎 10.良性腦腫瘤 11.慢性肺部疾病
身故保障	無	無	無	無	無
初次罹患給付比例	100%	100%	100%	100%	5倍(第一年度)
解約金	無	無	無	無	無
等待期間	30天	30天	30天	30天	0天

保險公司	宏泰人壽	全球人壽	國泰人壽	遠雄人壽	保德信人壽
保單名稱	重大疾病及特定傷病終身健康保險主約	康寧終身健康保險附約	鍾美重大疾病及特定傷病提前給付終身壽險	特定傷病終身壽險附約	特定傷病終身保險附約
重大疾病	1.心肌梗塞 2.冠狀動脈繞道手術 3.中風 4.慢性腎衰竭(尿毒症) 5.癌症 6.癱瘓 7.重大器官移植手術	同左	同左 備註：因意外所致之癱瘓及重大器官移植手術，不受 30 日等待期限限制	同左 備註：因意外所致之癱瘓及重大器官移植手術，不受 30 日等待期限限制	同左
特定傷病	1.心臟瓣膜置換 2.主動脈手術 3.重度燒燙傷 4.良性腦腫瘤 5.再生不良性貧血 6.原發性肺動脈高血壓 7.嚴重頭部外傷 8.猛暴性肝炎 9.肝硬化	1.心臟瓣膜置換 2.主動脈手術 3.阿爾茲海默氏症 4.帕金森氏症 5.嚴重灼傷 6.良性腦腫瘤 7.再生不良性貧血 8.原發性肺動脈高血壓 9.脊髓灰白質炎	1.心臟瓣膜置換 2.主動脈手術 3.帕金森氏症 4.嚴重灼傷 5.良性腦腫瘤 6.再生不良性貧血 7.脊髓灰質炎 8.嚴重頭部創傷	1.燒燙傷 2.肝硬化	1.肝硬化併有下列情形之一者： 腹水無法控制、食道或胃靜脈曲張出血或肝昏迷 2.三度燒燙傷面積大於全身百分之二十 備註：因意外事故造成之癱瘓、重大器官移植手術及燒燙傷者，不受三十天限制
身故保障	無	無	扣除初次罹患已經給付部份	如未罹患身故，給付 100%(繳費期間另退未到期保費)	無
初次罹患給付比例	100%	100%	70%	100%	100%
等待期間	30 天	30 天	30 天	30 天	30 天

保險公司	台灣人壽	富邦人壽	興農人壽	宏利人壽
保單名稱	重大疾病終身壽險主約	重大疾病終身壽險 202 型主約	重大疾病終身健康保險附約	重大疾病終身保險附約
重大疾病	1.心肌梗塞 2.冠狀動脈繞道手術 3.中風 4.慢性腎衰竭(尿毒症) 5.癌症 6.癱瘓 7.重大器官移植手術	同左	同左 備註：因意外所致之癱瘓及重大器官移植手術，不受30日等待期限限制	同左 備註：因意外所致之癱瘓及重大器官移植手術，不受30日等待期限限制
特定傷病	無	無	無	無
身故保障	未罹患：200% 罹患：100%	未罹患：200% 罹患：100%	無	如未罹患身故或全殘，給付100%
初次罹患幾付比例	100%	100%	繳費期間：100% +每年保額10% 增值；繳費期滿：300%	100%
解約金	有	有	無	有
等待期間	30天	30天	30天	90天

資料來源：本研究整理

2. 暴露之風險

(1)長期醫療環境改變：由於長期環境改變，醫療技術亦不斷改善，保險事故定義無法長期使用，疾病早期篩檢率(detection)的提高與治療對於理賠成本產生極大的影響，且導致保險成本無法有效預測，建立保費調整機制能有效改善醫療技術改進對於費率影響之不可預測性。

(2)發生率難以預測：根據壽險商業同業公會統計，從民國85年至92年統計之重大傷病發生率資料觀察，粗發生率有快速攀升的象限(表2-14)，此一統計反映了近年醫療科技進步，早期偵測醫療問題與安排就診的機率大幅提高，亦使得醫療支出與理賠金額有相對提高的現象。此外，我國重大疾病理賠發生率的資料有部份來自國外經驗值，根據英國精算學會統計(見表2-15-1與表

2-15-2)，各類重大疾病因國別基因、飲食文化與生活環境差異很大而出現很大落差，因此，未建立足夠經驗資料而仰賴國外統計資料時，費率定價有極高的償付風險。舉例而言，就男性觀察，亞洲各國與英國之重大疾病病因前三名同樣有癌症、心臟病以及中風或心血管疾病。然而，亞洲國家女性重大疾病前三名有癌症、中風以及腎衰竭或腦腫瘤，但對歐洲國家而言，腎衰竭卻排名第 10，多重血管硬化則排名第 2。

表 2-14：台灣壽險業重大疾病經驗統計表

觀察年度	粗發生率 (保額)(0/00)	重病持續率 (%)	存活到第 5 年 持續率(0/0)
85	.829	79.17	69.79
86	.915	81.37	69.22
87	.931	82.63	68.97
88	1.084	80.35	NA
89	1.161	79.63	NA
90	1.203	84.46	NA
91	1.284	81.47	NA
92	1.390	81.58	NA

表 2-15-1：不同國別重大疾病經驗差異統計(女性)

The Ten Leading Causes of Claims - Females

Cause of Claim	China		Hong Kong		Malaysia		Singapore		United Kingdom	
	Rank	%	Rank	%	Rank	%	Rank	%	Rank	%
Cancer	1	83.3%	1	85.5%	1	79.7%	1	86.5%	1	76.1%
Stroke	2	3.9%	2	3.7%	2	4.6%	2	4.4%	3	5.3%
Kidney Failure	3	2.9%	4	1.5%	3	3.0%	5	1.4%	10	0.3%
Heart Attack	4	2.1%	7	0.5%	6	1.4%	4	1.5%	4	4.0%
Carcinoma-In-Situ	5	1.6%	5	1.3%		0.0%		0.0%		0.0%
Heart Surgeries Excluding CABG	6	1.2%	6	1.0%	9	1.0%	6	1.1%	8	0.7%
Benign Brain Tumour	7	1.1%	3	3.5%	4	2.7%	3	1.7%	6	1.9%
Coronary Artery Bypass Surgery/ Other Serious Coronary Disease	8	0.5%	9	0.4%	5	1.5%	7	0.6%	7	0.8%
Severe Rheumatoid Arthritis	9	0.3%		0.2%		0.0%		0.0%		0.0%
Major Burns	10	0.2%		0.0%		0.1%	9	0.2%		0.0%
Systemic Lupus Erythematosus		0.2%	10	0.3%		0.2%		0.0%		0.0%
Multiple Sclerosis		0.1%	8	0.4%		0.4%	8	0.3%	2	7.0%
Coma		0.0%		0.2%	10	0.5%		0.1%	10	0.3%
Loss of Independent Existence		0.0%		0.2%		0.0%		0.0%	9	0.3%
Total Permanent Disability		0.0%		0.1%	8	1.3%	10	0.1%	5	2.6%
Brain Surgery		0.0%		n.c.	7	1.3%		n.c.		n.c.
Total of top 10		97.2%		98.0%		94.4%		97.6%		96.6%
Other than top 10		2.8%		2.0%		5.6%		2.4%		3.4%
Unknown		12.7%		1.4%		0.8%		3.3%		1.7%
Total number of claims		48,033		3,521		4,805		4,428		3,375

表 2-15-2：不同國別重大疾病經驗差異統計(男性)

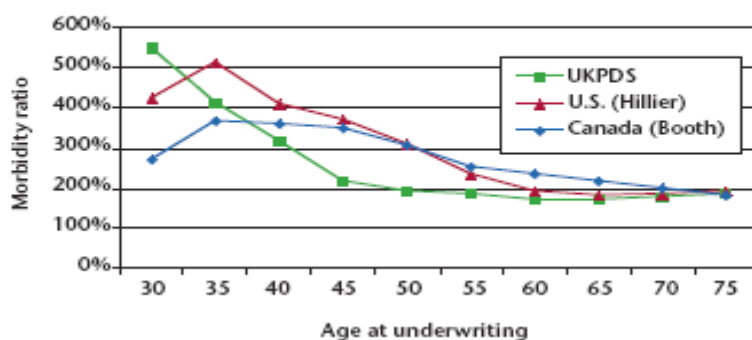
The Ten Leading Causes of Claims - Males

Cause of Claim	China		Hong Kong		Malaysia		Singapore		United Kingdom	
	Rank	%	Rank	%	Rank	%	Rank	%	Rank	%
Cancer	1	60.9%	1	68.9%	1	40.2%	1	48.9%	1	47.7%
Heart Attack	2	15.1%	2	7.6%	2	19.5%	2	23.0%	2	24.9%
Stroke	3	6.6%	3	7.5%	4	8.2%	4	7.9%	3	8.4%
Kidney Failure	4	4.9%	5	3.2%	5	3.5%	6	2.2%	9	0.8%
Coronary Artery Bypass Surgery / Other Serious Coronary Disease	5	4.8%	6	3.1%	3	13.8%	3	9.3%	4	5.0%
Heart Surgeries Excluding CABs	6	1.6%	7	1.9%	7	2.1%	5	3.1%	6	3.2%
Paralysis	7	1.2%	8	0.7%		0.6%	9	0.4%		0.2%
Benign Brain Tumour	8	0.8%	4	3.2%	9	1.3%	7	1.5%	8	1.6%
Major Burns	9	0.5%		0.2%		0.2%		0.1%		0.0%
Fulminant Viral Hepatitis	10	0.4%		0.1%		0.1%		0.0%		n.c
Total Permanent Disability		0.1%		0.2%	6	3.3%		0.3%	7	2.4%
Multiple Sclerosis		0.1%		0.1%		0.2%	10	0.4%	5	3.6%
Major Organ Transplant		0.1%	10	0.5%		0.0%		0.0%		0.3%
Coma		0.1%	9	0.6%		0.6%	8	0.5%	10	0.7%
Brain Surgery		0.0%		n.c	8	1.8%		n.c		n.c
Full Blown AIDS		n.c.		n.c	10	1.2%		n.c		n.c
Total of top 10		96.8%		97.2%		95.0%		97.3%		98.4%
Other than top 10		3.2%		2.8%		5.0%		2.7%		1.6%
Unknown		12.0%		1.1%		1.2%		10.0%		3.8%
Total number of claims		41,472		2,458		4,596		2,925		4,302

(3)生活作息與飲食習慣對於罹病率的影響：根據國外精算統計，見圖 2-2，30~39 歲患有糖尿病之重大疾病患者其重大疾病罹患率較非糖尿病者高達 300%~500%，40 歲以上比例仍高達 200%左右。因此，建立我國有關糖尿病與肥胖症的罹病率資料亦是克不容緩，否則容易低估糖尿病與肥胖症之發生率與清償風險。

圖 2-2：各國糖尿病患者較非糖尿病患者罹患重大疾病之發生率倍數與費率差異

Figure 2. Estimated morbidity ratio for newly diagnosed diabetics compared to nondiabetics (critical illness insurance)



資料來源：Gen Re, Risk Insights, May 2006

3.業者現行風險控管機制與監理建議

根據問卷調查，業者現行風險控管的方式有：

- (1)不承作。
- (2)設計除去期間。
- (3)定期檢視損失率。
- (4)投保規則嚴格制定。

業者針對主管機關建立監理規範與制度之相關建議如下：

- (1) 由於醫療技術日新月異，業者與主管機關必須定期檢討重大疾病涵蓋之疾病範疇以適時納入新型重大疾病，並排除已不再符合重大疾病定義之項目。
- (2) 放寬保單條款上約定必須按重大疾病「診斷的狀態」而非「病名」決定理賠條件，同時允許保險公司有權利要求被保險人配合必要之醫療複檢以確定保險事故確鑿發生，或要求複檢專科醫師之專業評估結果。
- (3) 示範要保書之告知事項必須以重大疾病偵測為主要提問內容，因此或者依該險種重新頒布要保書示範條款或允許業者適度參照示範要保書即可。
- (4) 重大傷病定義不清，需要主管機關統合業者，建立明確的參照標準。
- (5) 鼓勵費率結構採每年更新(續保)定期保險(yearly renewable term, YRT)設計。

第三節 小結

由上述各節中可發現，我國健康險商品較普遍為費率平準之終身保單²²；近年來我國主管機關雖然要求長期保單須有費率調整機制或設定給付上限，但基於市場競爭壓力，在保戶接受度未開的前提下，費率調整申請尚未普遍。在醫療技術日益翻新，診斷技術日漸突破的環境下，銷售保證費率之保單確實存有潛在

²² 相較國外多為費率僅保證一定年限之定期保單或不保證費率之短期保單。

風險，相對設有給付上限之保單或定期保單對業者而言，風控較能有效掌握。至於一年期保證續保健康險部分，設計無理賠獎金機制可有效降低道德風險，若能同時開放各種續保條件之保單更能達到業者商品多元化，風險分散之管理目標。本研究於表 2-16 彙整以上各節我國主要長期醫療險所暴露之風險與相關建議。

表 2-16：我國健康險主要風險與解決方案建議

問題一： 費率保證 衍生之問題	潛藏風險	雖然保戶偏好保證費率，但長期費率保證難以公平訂價；再保公司亦難以配合
	可能解決方案	依到達年齡調整費率
		僅銷售費率保證某上限年數之保單
		確實執行費率調整機制
問題二： 理賠條件 衍生之問題	潛藏風險	因早期診察率提高，理賠發生率高於預期
		保戶對疾病定義/對理賠條件瞭解不夠
	可能解決方案	透過同業公會制定一致性的定義以減少理賠爭議
		重大疾病範疇應定期檢討
		重大疾病可以考慮按診斷狀態決定而非病名理賠比例
須迅速建立各種疾病發生率資料庫，甚至包括國外已著手統計的肥胖或糖尿病患者個別的疾病發生率資料庫		
問題三： 醫療科技 進步衍生 之問題	潛藏風險	趨勢分析難以掌握，因此費率難以反映
		條款上疾病定義穩健性與實際醫療技術發展存有落差
	可能解決方案	依到達年齡調整費率
		鼓勵推展定期保單而非終身保單
定期檢討要保書相關提問以提高要保書核保功能		
問題四： 糖尿病與 肥胖症對 衍生之問題	潛藏風險	國外經驗顯示糖尿病與肥胖症對體能健康影響巨大，費率可否充分反映其對醫療成本的影響令人擔心
	可能解決方案	鼓勵定期保單而非終身保單
		採用更為保守之安全係數

問題五： 道德風險 與逆選擇 衍生之問題	潛藏風險	保戶或醫療院所濫用醫療資源，將虛報之醫療成本轉嫁保險公司與健保局
	可能解決方案	即使在市場競爭壓力下，保單仍應強化保戶負擔部份成本之設計，透過自負額、年度最高理賠上限、每次最高理賠上限、除外期間、除去期間或事後無理賠獎金降低保戶道德風險誘因；同時亦開放其他續保條件之一年期健康險保單
		提高財務與醫療核保技術

第三章 國外健康險概況與發展趨勢

本章內容分四節，前三節詳述代表國家，分別為美國、日本、德國之社會健康保險，並於其社會健康保險架構下介紹商業健康險之發展與代表商品內容介紹，第四節為彙整上述各節後之小結。

本研究之所以篩選美、日、德為代表性國家主要原因為，德、日類似我國，為少數保險市場上推出終身醫療費用保單的代表，因此，本文主要以其終身醫療保險之市場發展與相關規範²³為研究重點；而美國之長期醫療保單類似其他如英國等歐美國家，主要以失能收入保險、長期看護保險以及重大疾病險為主。肇於美國精算學會資料齊備與各國發展該類商品歷程之高同質性²⁴，因此本文借重美國，介紹歐美國家之失能收入保險、長期看護保險以及重大疾病險。

如同前述，德國及日本之商業健康險商品內容與我國商品較為類似，主要原因為德日與我國都施行幾乎涵蓋全民的強制式全民健康保險，在此架構下，德國商業健康險具有全民健保以外補充保障與替代保障功能，亦即，主要以替代性終身醫療費用保險為主，補充型商品如重大疾病險為輔。日本商業健康險則類似我國，僅有補充型功能的發揮空間，與台灣健康險市場商品同質性最高，長期健康險有終身醫療費用保險、癌症險與長期照護保險等。商品內容與市場發展最為迥異我國的當屬美國，由於美國缺乏一全面式的健康保險制度，健康險保障多為員工福利計畫的重要規劃，因此多為團體保險型式，其所謂的長期健康險乃指失能收入保險、長期看護險與重大疾病保險，而所謂之長期亦多以定期為主而非終身。肇因於美國市場以定期與短期保險為首，因此本研究除了於本章介紹其長期健康險商品之發展外，亦於第五章介紹美國短年期保單費率調整之相關規範。

²³ 相關規範見本研究第五章。

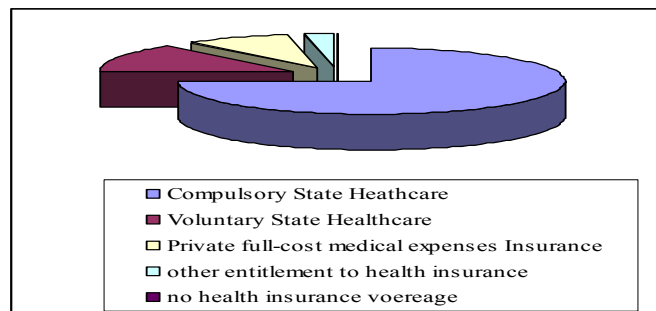
²⁴ 本研究發現此類商品歐美各國發展之同質性極高，因此本研究不再重複其他國家資料，而以美國市場為主，介紹其發展歷程與近況。

第一節 德國健康保險概況與發展趨勢

(一)、社會健康保險制度

德國自 1883 年開始實施「健康保險」，為世界上第一個施行社會保險的國家，其全民健康制度基本上乃以受僱人及其眷屬為被保險人主體的健康保險制度。目前約有 90% 的居民參加法定健保（Compulsory State Healthcare 與 Voluntary State Healthcare，相當於我國之全民健保），其餘 10% 的人加入私人的商業健康保險，見圖 3-1。法定健保給付項目廣泛，包括有：疾病預防、疾病治療、生育與母親照護、傷病現金給付、死亡給付、預防注射及車資。其中疾病治療包含醫師診療、牙醫師診療、精神診療、藥劑及必要之輔具、居家護理與家務協助、療養、住院治療、門診或住院安寧療護、人工受孕、醫療復健、補充性復健以及職能復健等。

圖 3-1：德國健康照護架構(Life&Benefits)



資料來源：Insurance Market Report, Germany: Life & Benefit, AXCO 2006

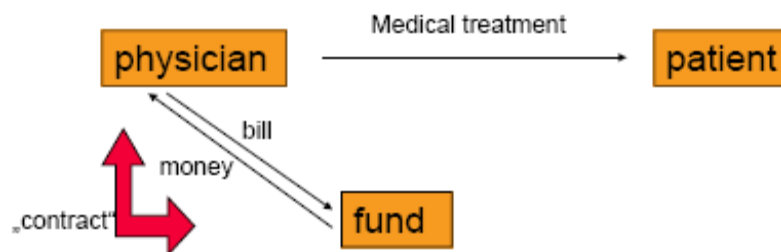
基於歷史發展，德國法定健康保險人採「多元制」，90% 的被保險人分散在七類不以營利為目的且為獨立自主行政的保險人中²⁵，由於健康保險人均是獨立自主行政的公法

²⁵ 分別為(1)一般地方性健康保險人（Allgemeine Ortskrankenkasse，簡稱：AOK）：此種健康保險人為地區性機構，例如：以一個城市為一區，一區中設立一個一般地方性健康保險人。(2)企業健康保險人（Betriebskrankenkasse，簡稱：BKK）：雇員數超過 1000 人以上且其給付能力健全與永續發展的大企業，其雇主可以成立企業本身的健康保險人，例如德國汽車大廠 Benz 和 BMW。(3)自營手工業同業公會健康保險人（Innungskrankenkasse，簡稱：IKK）：一個或多個自營手工業同業公會，當其會員規模超過 1000 人以上時，可為其會員成立一個「自營手工業同業公會健康保險人」；(4)漁業健康保險人（See-Krankenkasse）：由漁業從事人員成立「漁業職業合作社」或「漁業儲蓄所」，在其組織下另設「漁業健康保險人」；(5)農業健康保險人（Landwirtschaftliche

人，民眾可自由選擇保險人，保險人在競爭壓力下，彼此形成制衡的力量，消費者主權受到普遍的重視。健保主管機關擔任合法性監督的角色，制訂各種基本準則，監督不法，並同時保持一個相對有彈性的制度，防範壟斷，讓保險人和醫療供給者兩方面能有適度的競爭。

七類保險人每年會針對預先估計的支出與預期的保費收入提出預算案，保險費收取的原則是，預期保費的收入與其他收入，足夠支付預估的支出及必要的安全準備金；萬一在預算實施年度中，發生入不敷出情況時，便需強制性調高保費；相反地，如果保費及其他收入高於必要的支出與安全準備金，保險人可以經由修改章程來減免保費。全民健保保費為薪資的固定百分比，各保險人收取的百分比不盡相同，但平均費率約為薪資的 13.5%，保費上限為每月 EU\$450。由於給付範圍極為廣泛且保險費率已達極限，德國健保採取了廣泛的部分負擔制度，除低收入戶或未成年者免負擔外，餘者就醫皆須負擔部份費用；以住院為例，就醫者每日必需自行負擔住院費用 10 歐元，藥劑費用需自行負擔 10%。健保基本付費結構如圖 3-2 所示。即被保人繳交保費給各保險人，保險人與醫療院所簽訂契約，被保險人身體不適時，可以自由選擇提供醫療照護的醫師與院所，醫療院所寄送帳單給保險人，再由保險人支付費用給提供服務之醫療機構。

圖 3-2：德國法定健保付費架構



資料來源：Comprehensive Medical Insurance in Germany, Hanse Merkur, 2002

Krankenkasse，簡稱：LKK）：由農業職業合作社設置農業健康保險人；(6)聯邦礦業健康保險人（Bundesknappschaft）：由德國聯邦礦工協會擔任保險人；(7)替代性健康保險人（Ersatzkasse）：「替代性健康保險人」的會員乃是經由自行選擇而加入該健保組織，例如，勞工替代性保險人及職員替代性保險人。

(二)、商業健康保險發展與市場概況

由於法定健保的規模與保費收入都遠遠超過私人健康保險²⁶，所以市場上健康險的法規與產品規格主要都以法定健保為依歸，商業健康保險屬於追隨的角色。德國商業健康保險給付雖然僅佔醫療支出的 10%，但卻是保險市場不可忽略的重要保費來源。商業健康險(private medical insurance, PMI)的目標市場有二，一為替代性市場，按德國健保規定，高收入者²⁷可以以商業醫療保險作為法定健保的替代性保險，除了高收入者可以以商業保險替代健保外，自營業者與公務人員²⁸亦可以商業保險替代健保，而不須符合高收入門檻的限制。在此法規下，替代性商業健康保險的市場發展主要受高收入門檻高低的影響。目前法規僅開放健康保險公司(health insurers)經營替代性市場。二為補充性市場，商業健康保險可以提高法定健保不足給付部分，做為補充型的照護，健康保險公司、壽險公司與產險公司都可經營此一區塊。在此架構下，德國健康險市場可稱的上是法定健保與民營健保雙軌制。雙軌制的發展不但使高收入的民眾透過商業保險享有較佳的醫療服務，亦使民營健康保險市場更具發展空間。按德國統計資料，這幾年市場加入商業健康保險的保戶比較起每年法定健保新增人數

²⁶ 法定健保參加人數約有 7180 萬人，私人替代性商業健康保險參加人數則約有 700~800 萬人，另有 700 多萬人投保商業補充型健康保險。以保費收入衡量，法定健保年保費收入約有 1260 億，商業替代性健康保險約有 130 億，其比例相於參加人數比亦為 10%。

²⁷ 以 2005 年為例，高收入的門檻為 EU\$3,900。

²⁸ 因為公務人員都已享有政府提供的健保基金醫療(Support Fund)照護，所以可以選擇加入商業保險而非法定健保，以提高醫療照護品質。

多了許多²⁹，其中部分原因為德國健保法規規定，被保險人一但轉入商業健康保險即不可再回轉法定健康保險，除非(1)年齡在 55 歲以下，(2)收入遽減以至於低於高收入門檻的規定。由於德國健康險市場主要仍以法定健保為主，所有國民皆須強制性的或選擇性的參加法定健保，因此法定健保亦可視作是商業健康保險最大的競爭對手。

自 2000 年以來，德國醫療險保費收入比例約為保險市場保費收入之 16%~17%；但卻是壽險市場保費收入之 27%。整體觀察德國保險市場似乎已趨近飽和，2000 年以來保費收入年成長率僅有 3.7%，比較起 1990 年~2000 年間年平均成長率 6.6%已出現疲弱現象；若僅以健康險保費收入觀察，近 5 年年成長率(5.7%)雖然亦較前 10 年年成長率(8.1%)衰退，但卻是各險種中年成長率最高的，詳見表 3-1 與表 3-2。市場上主要銷售健康險的保險公司分別為(1)Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit、(2)DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft，為 Munich Re 子公司、(3)Allianz Krankenversicherung，為 Allianz 子公司、(4)Signal Krankenversicherung，為 AXA/Colonia 集團公司以及(5)Central Krankenversicherung。若以保費收入衡量，前 3 大市佔率達 40%，前 8 大市佔率達 60%以上。

Year	defections to private health insurers	number returning to statutory health insurance	difference
	1000	1000	1000
1970	130	226	-96
1975	170	152	18
1980	217	109	108
1985	243	98	145
1990	310	112	198
1993	307	175	132
1994	195	103	92
1995	271	186	85
1996	247	181	66
1997	316	144	172
1998	328	155	173
1999	325	149	176
2000	325	149	176
2001	361	148	213
2002	362	130	232
2003	338	130	208
2004	298	131	167
2005	275	154	121

表 3-1：德國歷年產/壽/健康險保費收入統計

Year ¹	1980	1990	2000	2002	2003	2004	2005 ²
premiums ³ (in EUR m)							
Direct insurance	35,990	69,822	131,820	141,550	148,030	152,370	157,850
of which:							
life insurance ⁴	13,215	27,403	61,225	65,018	68,574	70,343	75,206
health insurance	4,830	9,546	20,712	23,082	24,741	26,413	27,310
non-life insurance	17,703	32,244	48,408	51,480	54,434	55,397	55,383
Shares as %							
life insurance ⁴	37	39	46	46	46	46	48
health insurance	13	14	16	16	17	17	17
non-life insurance	49	46	38	38	37	36	35

資料來源：Insurance Market Report, Germany: Life & Benefit, AXCO 2006

表 3-2：德國歷年產/壽/健康險保費收入年成長率統計

Year	total of direct insurance ¹	life ²	health	non-life insurance		reinsurance ⁴
				total ³	motor	
average annual rates of change as %						
1950–1960	14.8	14.3	10.9	15.1	19.2	17.3
1960–1970	11.3	12.7	12.5	10.8	7.5	9.8
1970–1980	9.9	10.1	8.9	10.7	10.2	13.2
1980–1990	6.9	7.6	7.1	6.2	6.2	6.7
1990–2000	6.6	8.4	8.1	4.1	3.6	7.7
2000–2005	3.7	4.2	5.7	2.7	1.5	°

資料來源：Insurance Market Report, Germany: Life & Benefit, AXCO 2006

若以滿期毛保費(earned grow premium)衡量，德國健康險歷年行銷費用比率介於 8.7%~9.6%間，管理費用比率介於 2.9%~3.4%；2000 年後平均年損失率約為 80.1%，年度稅後淨利率平均僅有 1.1%，詳見表 3-3。理賠金額成長率 2000~2005 年間(4.8%)相較 1990~2000 年間(6.6%)下降將近 2%，見表 3-4，其差異主要來自於保單內容無理賠紅利金(no-claim bonus)之設計。

表 3-3：德國歷年健康/壽險損失率與費用率統計

Percentages	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ¹
life insurance									
Gross expenditure on insurance claims ²	62,2	65,2	65,8	69,0	71,3	74,3	83,7	81,9	77,4
Expense ratio ³	3,8	3,7	3,4	3,5	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2
Current average interest income on investments ⁴	7,5	7,6	7,6	7,5	6,1	4,7	5,1	4,9	5,2
Net earnings for the financial year ⁵	1,1	1,4	1,3	1,4	0,8	0,3	0,7	0,8	1,4
health insurance									
Acquisition costs ratio ⁶	9,1	9,3	9,2	9,3	9,6	9,6	9,2	8,8	8,7
Expense ratio ⁷	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,2	3,1	2,9	2,9
Loss ratio ⁸	79,6	79,2	79,6	81,3	83,3	82,1	79,6	77,7	78,3
Net earnings for the financial year ⁵	1,3	1,5	1,5	1,5	1,0	0,8	1,1	1,2	1,2

資料來源：Insurance Market Report, Germany: Life & Benefit, AXCO 2006

表 3-4：德國歷年健康險損失率與費用率年成長率統計

Year	total benefits paid	expenditure in respect of		
		claims	bonuses	increase in the provisions for increasing age
average annual rates of change as %				
1950–1960	10.7	10.0	°	°
1960–1970	12.3	11.9	17.0	°
1970–1980	11.5	10.2	6.8	°
1980–1990	7.5	7.1	7.7	10.0
1990–2000	9.7	6.6	17.2	16.6
2000–2005	4.9	4.8	6.7	4.4

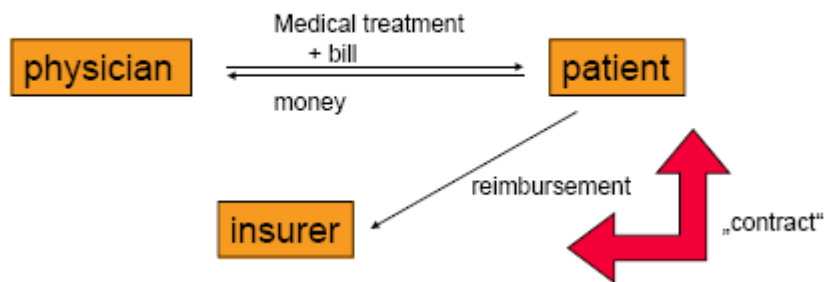
資料來源：Insurance Market Report, Germany: Life & Benefit, AXCO 2006

商業健康險費率按精算原理製定，即按被保險人的參加年齡、性別與體健的情形決定費率³⁰。由於德國健康醫療委員會對於各項醫療照護訂定合理收費的標準，藥方亦有價格限制，因此，商業保險公司在費用控制上雖然卻缺乏與醫療提供者直接議價機會，但卻因為可作為全民健保替代性保險，因此全民健保的費用控制間接架構了商業保險與醫療提供者之間的費用控制安全網。商業健康保險的契約關係存在保戶與保險公司之間，其醫療支付方式類似我國商業保單，為一後付制方式，如圖 3-3 所示。保戶基本

³⁰ 可以加費或附加除外的方式處理。

上可以自由選擇醫療院所與醫師，被保險人接受醫療照護，醫療院所向保戶收取費用，保險公司再補償保戶醫療支出。另一類保單則限制保戶僅能使用與保險公司簽約的醫療院所，此類保單費率相對較低。市場上健康保險契約並未標準化，所以保戶可以按照需求選擇適合的保單。保險公司亦推出各種單項保障內容的保單，保戶可以組合各類型適切其需求保障的保險內容。

圖 3-3：德國商業保險付費架構



資料來源：Comprehensive Medical Insurance in Germany, Hanse Merkur, 2002

(三)、代表性商業健康險商品內容與發展

1. 替代型健康保險—終身醫療費用保險

商業健康險商品配合其法定健保制度，最為普遍的是替代性商業保險，由於給付內容廣泛，因此除了稱呼為私營醫療保險(Private Medical Expenses Insurance, PMI)，亦稱為全面性醫療保險(Comprehensive Medical Insurance)，佔率為 71.6%；其次包括保障內容為單項或少項，但保戶可以自行組合的組合式保險，包括住院補充型保險(包括補充型長期看護保險)，佔率為 12.4%，以及如住院醫療日額型(Independent Hospital Cash Schemes)與收入損失保險(Loss of Earnings Insurance)等³¹，見表 3-5³²。其中強制長期看護保險部分，德國自 1995

³¹ 德國保險市場失能險商品主要「附加」於壽險和年金險保單，而第一張主約型態失能險則是於 1974 年首次引進市場，目前則仍以附約型態為主。德國失能險附約件數佔率十多年來成長近兩倍，並已接近傷害死亡險附約銷售量，成為附約險種中的重點商品。

³² 我國壽險公司販售的重大疾病險與失能保險，由於類歸為壽險商品，因此不在表 3-3 的統計項內。

年 1 月起，法定健保涵蓋長期看護醫療保障，費率外加於原來的健保費率以上，為投保薪資之 1.95%。因此，選擇以商業醫療保險取代法定健保的高收入者，法令強制規定必須購買長期看護保險(Compulsory Long Term Care Insurance)。法令長期看護保險保費法定健保以外補充型長期看護險(Voluntary Long Term Care Insurance)則至今銷售不佳³³。

表 3-5：德國各類型健康險保費收入年成長率統計

Type of insurance	1980		1990		2000		2003		2004	
	EUR bn	%	EUR bn	%	EUR bn	%	EUR bn	%	EUR bn	%
Medical expenses insurance ¹⁾	3.161	62.8	6.435	67.4	13.722	66.2	17.523	70.8	18.907	71.6
Independent hospital cash schemes ²⁾	0.534	10.6	0.767	8.0	0.779	3.8	0.766	3.1	0.777	2.9
Other independent partial insurance ³⁾	0.932	18.5	1.619	17.0	2.858	13.8	3.077	12.4	3.282	12.4
Daily benefits insurance ⁴⁾	0.406	8.1	0.725	7.6	0.896	4.3	1.026	4.2	1.057	4.0
Compulsory long-term care insurance	-	-	-	-	2.009	9.7	1.848	7.5	1.871	7.1
Special types of insurance ⁵⁾	-	-	-	-	0.449	2.2	0.501	2.0	0.519	2.0
Total for private health insurance	4.830	100.0	9.546	100.0	20.712	100.0	24.741	100.0	26.413	100.0

1) full cover, 2) daily benefits insurance in the event of hospitalisation, 3) supplementary hospitalisation insurance, supplementary rates, supplementary long-term care insurance, etc., 4) loss of earnings insurance, 5) residual debt/salary continuation insurance.

資料來源：Statistical YearBook of German Insurance, 2006

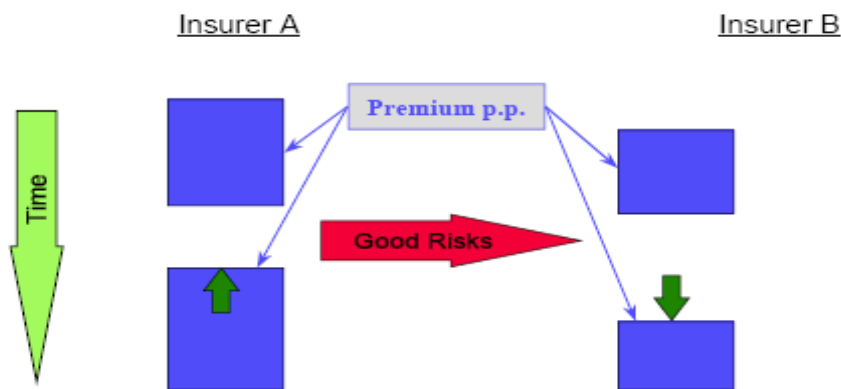
由於有法定健保提供的保障為前提，替代性商業健康險必須符合：(1)保障內容必須相當於法定健保內容，為一終身醫療費用保險、(2)在既定的保險給付下，費率原則上終身保證、(3)平準費率，保費不可在無審核通過的前提下隨年齡遞增。第二項與第三項特點所指的是，保險公司一旦承保，原則上以保證費率為基礎，但若理賠超出預期一定水準以上，保險公司可以提出申請以全面調整費率；但除了費率調整機制外，保險公司不可片面解約或降低或減少給付內容。同時自 2000 年起，「Health Reform 2000」法案規定，所有新發單的 PMI 保單必須外加 10%費率作為準備金提存，該外加 10%的保費必須投資於原保險人的類似年金帳戶中(invested in

³³補充型長期看護險據估計至 2003 年底有效張數不過 750,000 張。據聯合國資料統計，2007 年德國 65 歲人口與工作人口比為 30%，此一比率到 2025 年時將提高到 39%，至 2050 年時將提高到 55%，因此即使現階段長期看護保險市場尚未普遍被接受，但保險公司對此市場的前瞻性抱持很深的期待。

annuity-type arrangement with the same insurer), 用以支付被保險人 65 歲後因應 PMI 費率調整必須支付的保費。另外，舊 PMI 保戶亦得分 5 次將外加的 10% 費率補足³⁴。有關德國替代性終身醫療保險費率調整作法詳見第四章與第五章。

由於商業健康保險僅能以調整保費因應醫療費用或理賠成本的攀升，因此保險公司都儘可能維持一個風險適當的承保團體(well balanced risk portfolio)，亦十分謹慎費率調高後可能產生的逆選擇效果(亦即體質好的保戶選擇解約以享有其他公司提供的低費率，但體弱的保戶繼續留下)，見圖 3-4 所示。

圖 3-4：調高費率產生逆選擇效果



資料來源：Comprehensive Medical Insurance in Germany, Hanse Merkur, 2002

爲了鼓勵醫療險保戶就醫程序較具經濟效益，並善用醫療資源，避免不必要的理賠支出，近年來保險公司結合醫療診所設計保單內容。若保戶到保險公司引介的家醫診所就醫，在有需要的狀況下再轉診專科治療，費率比一般保單便宜 15%~20%；部份保險公司亦設計退費機制，若保戶無理賠紀錄，隔年可退還部份保費作爲無理賠紅利金(no-claim bonus)。另外，保險公司雖有無自負額設計之保單，但透過推出費率相對較低的自負額保

³⁴因外加 10%係用以扣抵未來老年時之保費增加之用，故新舊保戶皆須外加 10%費率，此 10% 的計算乃以純保費爲基礎，每年加收。

單³⁵，鼓勵投保大眾慎用醫療資源。許多大型保險公司亦架構網站提供保戶就醫諮詢服務，企圖透過疾病醫療教育，提高保戶看診的自主性與專業知識，以降低醫師重覆醫療資源使用。有些保險公司甚至發展出追蹤醫師費用紀錄異常的軟體。

2.補充型健康保險--重大疾病險

Cologne Re 針對歐洲市場(主要以英國與德國為主)的重大疾病險進行市場調查，發現，歐陸之重大疾病險近幾年年保單設計有諸多改變，改變的動力因素主要有：(1)疾病偵測率大幅提高，例如心臟病之早期篩選率已明顯提高，因此重大疾病定義需要重新釐清；(2)市場壓力下產品創新的需求；(3)研究機構對的商品分析比較，刺激各家保險公司商品研發的新動機。保單設計主要改變的內容有：(1)涵蓋更多的重大傷病；(2)家庭保單或多人保單(multiple insured lives)；(3)多次理賠保單(multiple claim products)；(4)單一重大疾病保單；與(5)罹病程度(severity/tiered)理賠之保單。其中按罹病程度理賠的保單主要將理賠的金額與疾病罹患程度直接連結，而所謂的罹病程度則按客觀的醫病定義事先約定。最常見的理賠程度有約定從 A 到 D 四級(100%、75%、50%、25%)以及從 A 到 G 七級不等。舉例而言，表 3-6 即是某一家公司針對癌症罹病程度按 A 到 F 六種程度分別約定理賠的比例。若為原位癌，理賠比例僅為投保金額的 5%，若癌細胞已侵入器官但未有淋巴結感染，理賠比例為 50%，若癌細胞已擴散到器官以外及遠端淋巴結，理賠比例為 100%。

35

年度自負額(EUR)	費率/無自負額費率(男性)	費率/無自負額費率(女性)
0	100.0	100.0
155	80.0	92.3
310	67.7	74.5
620	50.9	50.1

資料來源：Insurance Market Report, Germany: Life & Benefit, AXCO 2006

表 3-6：按癌症罹患程度決定理賠比例之範例

Example - Cancer Severity Levels

Level	Definition	Benefit paid
A	Stage 4: tumour extending beyond organ with nodes and/or distant metastases	100%
B	Stage 3: tumour within organ with re-gional lymph node spread	75%
C	Stage 2: tumour invading organ, no lymph node involvement	50%
D	Stage 1: primary tumour site with no spread within organ	25%
E	Carcinoid syndrome or pre-leukemia syndrome	15%
F	Basal cell carcinoma >4 cm, squamous cell carcinoma >4 cm, prostate cancer T1N0M0	5%

資料來源：WorldWide Product Innovation In Health Products, May 2007

按罹病程度理賠的保單雖然是發展新趨勢，但由於尚未累積足夠經驗，因此許多保險公司仍抱持評估的心態，其潛在優點可能有，(1)保險給付與罹病程度呈比例關係、(2)保險公司可能可以減低成本、(3)保戶普遍認同，因為可按階段申請理賠；但其潛在缺點亦有以下：(1)理賠階段作業較為複雜、(2)理賠次數增多、(3)行政系統複雜化與(4)缺少足夠的階段性罹病資料，因此難以公平定價。

第二節 美國健康保險概況與發展趨勢

(一)、社會健康保險制度

美國並無全面性的社會健康保險，政府辦理的兩大醫療保障體系分別為，「老人健康保險(Medicare)」與「貧民醫療補助(Medicaid)」。老人健康保險由聯邦政府負責，對象為六十五歲以上老人、末期洗腎者及殘障者；而貧民醫療補助由聯邦政府補助州政府辦理，對象是低收入戶。美國的老人健康保險及貧民醫療補助受「社會安全法」(Social Security Act)規範。「老人健康保險」主要分為住院及門診二部分，住院保險為強制性加保，其財源來自受雇者及雇主繳交的薪資稅，因此當被保險人年滿六十五歲以後不必再付保險費，但就醫時仍需付部分負擔。門診保險為選擇性加保，但有 95%以上的人自願參加，每個月保險費為 58.7 美元，就醫時另付 20%的部分負擔，藥品則不給付，其保險費額度，每年 9 月由「衛生及人類服務部」部長決定下年度每月的精算保險費金額。「貧民醫療補助」因由州政府辦理，其保障內容及資格限制，各州有不同的標準，並非所有低收入戶皆受補助，且保障範圍亦隨收入不同而有差異，其財源一半來自聯邦政府，一半來自州政府，州政府可訂定部分負擔，但法令規範的特定對象或服務可免繳。

美國雖無全面性的社會健康保險，但醫療保健費用佔 GDP 之比率卻冠居已開發國家之首，1996 年醫療支出佔 GDP 比率約近 15%，德國約為 10%左右，日本與英國則分別僅為 8%與 7%，詳圖 3-5。即使醫療支出高居全球之冠，根據 National Center for Health Statistics，美國 65 歲以下人口約有 17% (大約 4,100 萬人) 未有任何醫療保險照護，缺乏照護的前 3 大原因分別是費用無法負擔、待業或轉換工作中、雇主未提供或保險公司拒絕承保等，詳見圖 3-6。

圖 3-5：各國醫療支出佔 GDP 比

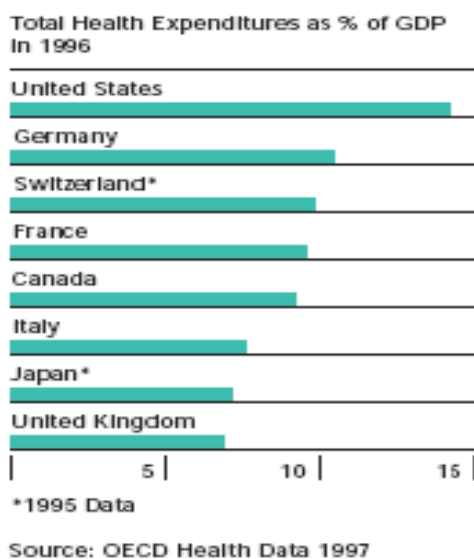
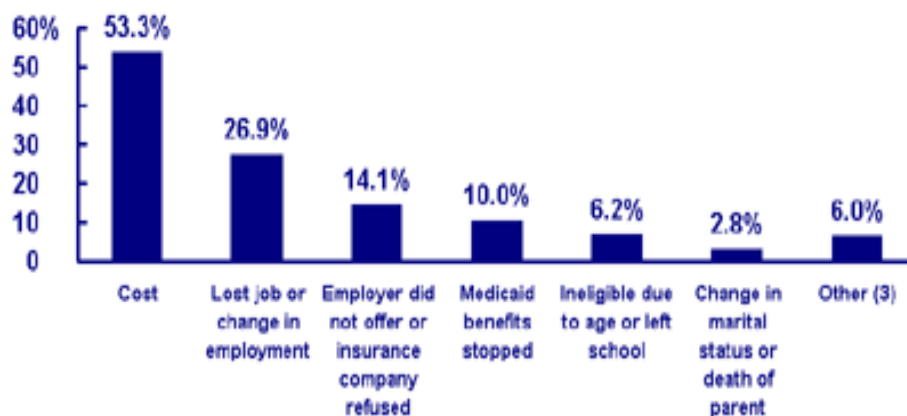


圖 3-6：美國 65 歲以下人口缺乏醫療保險原因分類



資料來源：OECD Health Data

美國節節升高之醫療支出與醫療成本高漲大有關聯，根據表 3-7，2003 年生活費用雖為基底年(1982~1984 平均數)的 2 倍多，然醫療照護費用則高升為基底年的 3.36 倍；醫師診療費用為基底年的 2.9 倍；醫院醫事服務費用則為基底年的 1.72 倍。由於費用高漲過甚，美國私營醫療體制遂提出各種控制醫療費用支出之改革方案，包括改變醫療市場結構，結合照護系統與控制使用與成本之管理照護機構(Managed Care Organization, MCOs)。

表 3-7：美國醫療成本年增率表

Year	Cost of living (all items)		Motor vehicle insurance		Medical care items		Physicians' services		Hospital services (1)	
	Index	Percent change	Index	Percent change	Index	Percent change	Index	Percent change	Index	Percent change
1997	160.5	2.3%	251.6	3.2%	234.6	2.8%	222.9	3.0%	101.7	NA
1998	163.0	1.6	254.3	1.1	242.1	3.2	229.5	3.0	105.0	3.2%
1999	166.6	2.2	253.8	-0.2	250.6	3.5	236.0	2.8	109.3	4.1
2000	172.2	3.4	256.7	1.1	260.8	4.1	244.7	3.7	115.9	6.0
2001	177.1	2.8	268.1	4.4	272.8	4.6	253.6	3.6	123.6	6.6
2002	179.9	1.6	291.6	8.8	285.6	4.7	260.6	2.8	134.7	9.0
2003	184.0	2.3	314.4	7.8	297.1	4.0	267.7	2.7	144.7	7.4
2004	188.9	2.7	323.2	2.8	310.1	4.4	278.3	4.0	153.4	6.0
2005	195.3	3.4	329.9	2.1	323.2	4.2	287.5	3.3	161.6	5.3
2006	201.6	3.2	331.8	0.6	336.2	4.0	291.9	1.5	172.1	6.5
Percent change,										
1997-2006		25.6		31.9		43.3		31.0		69.2

資料來源：OECD Health Data

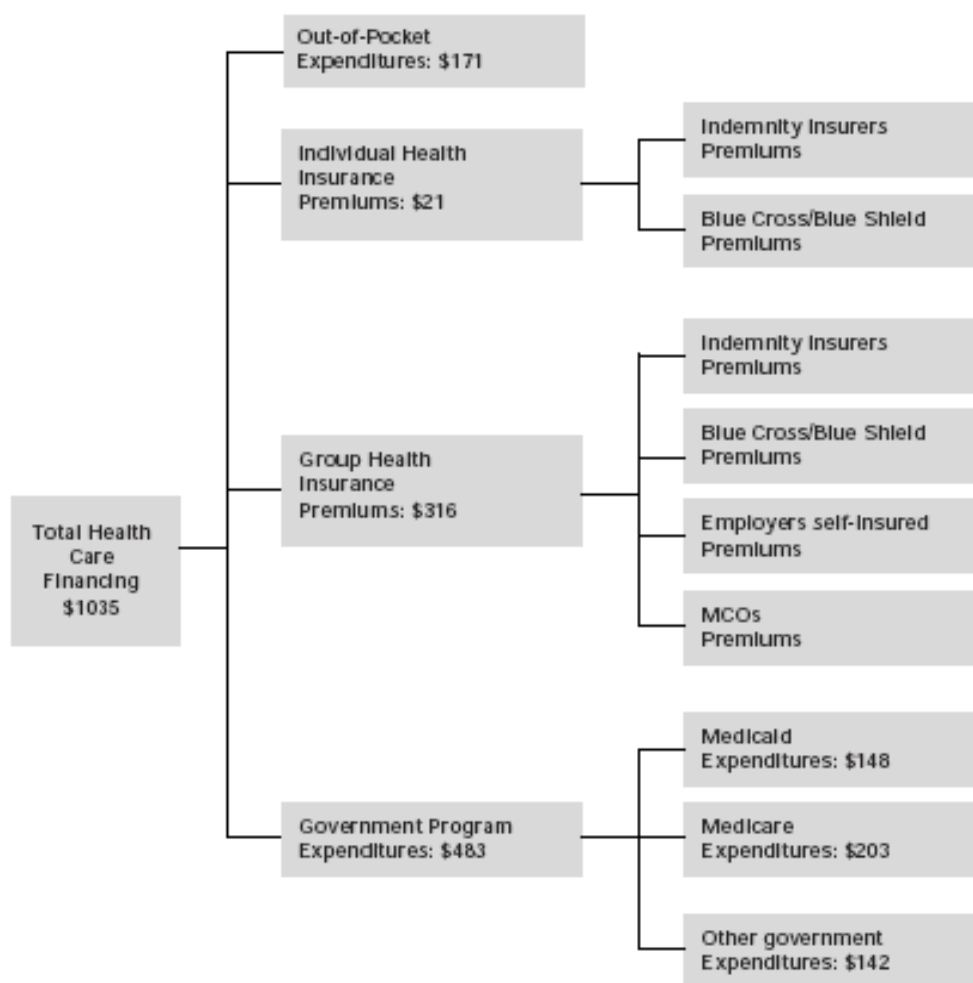
(二)、商業健康保險發展與市場概況

美國一年醫療支出超過 US\$1 兆，其中政府辦理之老人健康保險、貧民醫療補助與其他州政府辦理之醫療計畫支出佔率最大，約為年度醫療總費用之 47%，其次為醫療險之保費支出，保費支出佔醫療總費用之 33%，最後為個人自掏腰包之醫療費用。

團體醫療險保費收入的來源有保險公司，其主要保單為按醫療服務項目給付之補償性醫療費用保單(indemnity policy)、非營利性質的藍盾/藍十字(Blue Cross/Blue Shield)組織、雇主主辦之專屬健康保險以及越來越受歡迎的 MCOs；個人醫療保險保費收入主要來源則為保險公司與藍盾/藍十字組織。由圖 3-7 可發現，團體醫療險之保費支出約為個人醫療險保費支出之 15 倍，由此可見，美國醫療險市場主要以員工福利計畫之受薪者團體醫療保單為主。也因為如此，市場上罕見保障終身之醫療費用保單，主管機關之相關規範亦多以保單續保條件與續保費率變動合理範圍為法規制定重點。

圖 3-7：美國醫療支出之市場結構

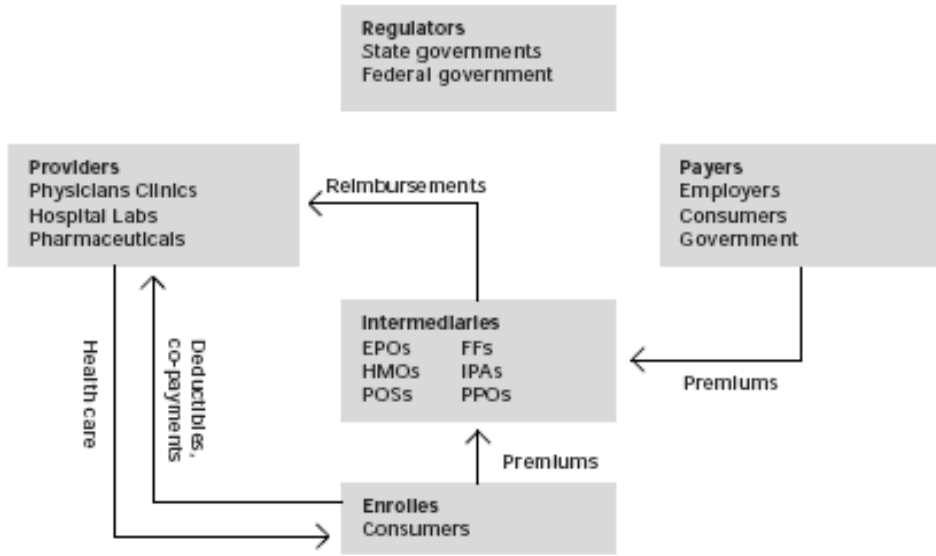
Financing of Health Care Costs



Source: U.S. Health Care Financing Administration; Swiss Re Economic Research

美國醫療市場上醫療使用者(enrollees)、醫療費用負擔者(payers)、醫療提供者(providers)與醫療中介者(intermediaries)關係與結構如圖 3-8 所示。醫療付費者有雇主(團體保險或個人保險)、政府(老人健康保險、貧民醫療補助等)與使用者(沒有政府或雇主保險者)本身，由於付費者主要為雇主或政府，因此兩者皆有強烈動機有效降低醫療成本，這也是何以 MCOs 興起的原因；付費者將保費繳交至中介者，中介者為一般保險公司或 MCOs，中介者則按契約內容，補償醫療提供者支出之醫療費用；醫療計畫參加者按其計畫內容負擔自負額與共保金額，享有醫療提供者提供之醫療照護；而聯邦政府與州政府則負責制定法規並監督不法。

圖 3-8：美國醫療使用者、費用負擔者、提供者與中介者關係



資料來源：Sigma, Swiss Re, 1998 No.2 I

在上述架構下，美國私營健康保險照護發展成 5 種類型。第一種由保險公司提供，其餘四種皆為近 10 年來蓬勃發展之 MCOs。MCOs 著重於醫療提供者篩選機制與預付式的醫療支付，除了擺脫成為醫療費用最後承擔者的角色外，積極建構在醫療使用者、醫療費用負擔者以及醫療提供者之間互相制衡的機制，於提供良好的醫療照護品質之餘，同時達到控制醫療使用率與使用成本之目的。

5 種健康保險照護的第一類為補償性健康保險 (Traditional Fee for Service Insurance)，該類保險與後 4 種保障類型最大的不同在於保戶可任意選擇提供服務之醫師與診所。保險公司按保戶使用的醫療項目，按事前約定在”合理給付金額(reasonable and customary charges)”內扣除自負額，其淨額再按負擔之百分比支付給提供服務之醫療院

所³⁶，若保戶因選擇第一流的名醫或接受最新進的醫療方式，使得醫療費用高於當初診療事項約定的”合理給付金額”，保戶再自行負擔差額。該類型保單允許保戶自行選擇醫師與醫療院所，因此保費是 5 類健康照護保單中最為昂貴的，近幾年年在雇主極力降低員工福利成本考量下，許多雇主轉而改採其他 4 類健康計畫，因此該類市場參加人數顯著減少，由圖 3-9 可見，1988 年參加醫療照護人口中有 70%以上的人員選擇該類計畫，但到 1997 年該比例已下降到 20%以下。補償性健康保險為一後付制的照護型態，該類型保單之主管機關為各州保險監理單位。

第二種私人醫療照護的類型為 HMO(Health Maintenance Organization)³⁷，參加 HMOs 的保戶就醫時，

36

Indemnity Coverage	
<u>Deductible</u>	Individual: \$1,000
<u>Coinsurance</u>	20% after deductible
<u>Out-of-Pocket Limit</u>	Individual: \$1,000 Does not include deductible
<u>Office Visit</u>	
Primary Doctor	20% Coinsurance after deductible
Specialist	20% Coinsurance after deductible
Periodic Health Exam/ Periodic OB-GYN Exam/ Chiropractic/	Not Covered
<u>Prescription Drugs</u>	
Generic/Brand/Non-Formulary	Not Covered
<u>Outpatient Lab/X-Ray</u>	20% Coinsurance after deductible
<u>Emergency Room</u>	20% Coinsurance after deductible
<u>Outpatient Surgery</u>	20% Coinsurance after deductible
<u>Hospitalization</u>	20% Coinsurance after deductible

37

<u>Plan Type</u>	HMO
<u>Estimated Cost</u>	\$177.00 monthly
<u>Online Physician Directory</u>	Find Doctors
<u>Primary Care Physician Required</u>	Yes
<u>Deductible</u>	Individual: \$1,500
<u>Coinsurance</u>	None
<u>Office Visit</u>	
Primary Doctor	\$30 Copay after deductible
Specialist	\$30 Copay after deductible
Periodic Health Exam	\$30 Copay (deductible waived)
<u>Prescription Drugs</u>	
Generic	\$10 Copay (up to 100-day supply)
Separate Rx Deductible	\$250 Individual applies to Brand

除非是緊急狀況，否則僅能往與 HMO 簽約的醫師與醫院取得健康照護，同時亦被要求須由指定的主要醫師先行看診 (primary care physician, PCP)，轉診到專科醫師時都需要取得 PCP 之同意。HMOs 按預付制形式，依被保險人數定額支付一筆費用給合作的醫療機構，主管機關 HMOs 的單位為州管理醫療照護部門。

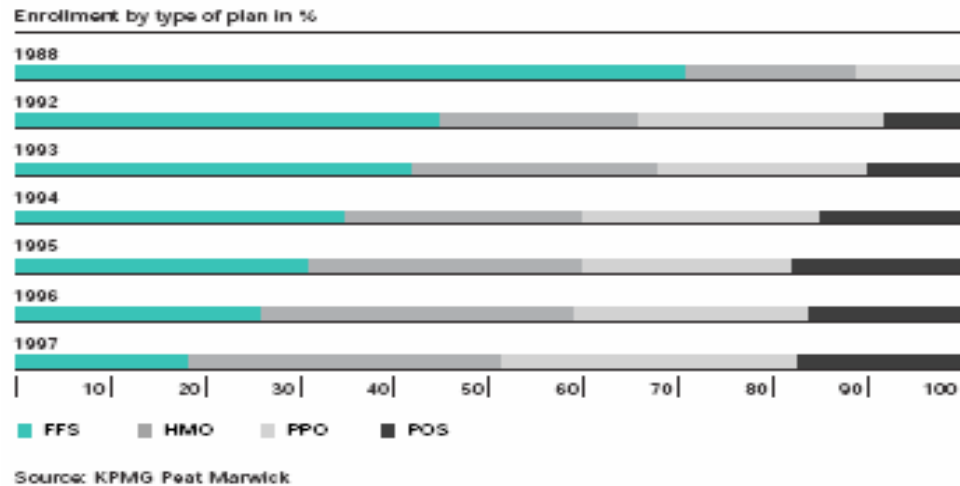
第三種私人醫療照護的類型為 PPO(Preferred Provided Organization)，在 PPOs 之下，保戶必須到簽約的醫師與醫療院所中就診，若保戶選擇指定名單以外(out-of-network)的醫師診所看診，保戶可能僅能獲得非常有限理賠給付或甚至無法獲得任何保險給付，在 PPO 計劃下，保戶通常都得負擔自負額與一定負擔比例³⁸。PPOs 的主管機關可能是州保險監理機關或州管理醫療照護部門(Department of Managed Health Care)，若發單公司為保險公司，如 Blue Shield of California Life and Health Company，主管機關即為前者；若發單機關為醫療管理照護公司(Managed Care Company)，如 Blue Shield of California，主管機關即為後者。

第四種照護的類型為服務據點計劃(Point-of-Service Plans, POS)，此為最新型式的健康照護管理計畫。參加人員在此計劃下被鼓勵使用 PCP，但不強制要求，參加人員

<u>Outpatient Lab/X-Ray</u>	\$10 Copay after deductible
<u>Hospitalization</u>	\$500 Copay after deductible Per day
38	
PPO In-Network Coverage	
<u>Deductible</u>	Individual: \$750
<u>Coinsurance</u>	20% after deductible
<u>Out-of-Pocket Limit</u>	Individual: \$2,500 Includes deductible
<u>Office Visit</u>	
Primary Doctor	\$40 Copay, PCP, SP and severe mental health combined 6 visits max per year
Specialist	\$40 Copay, PCP, SP and severe mental health combined 6 visits max per year
<u>Prescription Drugs</u>	
Generic	\$15 Copay
Brand	\$35 Copay
<u>Emergency Room</u>	\$50 Copay Plus 20% Coinsurance after deductible
<u>Outpatient Surgery</u>	20% Coinsurance after deductible
<u>Hospitalization</u>	20% Coinsurance after deductible

亦可選擇合作醫療院所以外的醫師看診，但須多負擔自負額與共保比例³⁹，換句話說，參加人員在此類計畫下對醫療人事的使用增加了許多自主權。由圖 3-9 可見，無論是 HMO、PPO 或者是 POS 近幾年來參加人員快速增加，已成為美國健康醫療保險市場主要中介機構。

圖 3-9：歷年管理照護組織與傳統醫療保險之消長情形



最後一類私人醫療照護的類型為參加單一雇主所自辦的專屬健康保險(Single Employer Self-Insured Health Plan, SESIHP)。此一類型的健康照護方式非常受到工會、大型雇主與學校歡迎。SESIHP 通常將包括理賠申請或付款等行政工作(Third Party Administration, TPA)外包給保險公司處理。僱員退休所得安全法(Employee Retirement Income Security Act, ERISA)是該類保險的法令規範，主管機關為聯邦政府勞工局之勞動條件處(Employee Benefit Security Administration)。SESIHP 相較其他商業健康保險之差異由表 3-8 可見，主要有：風險承擔者為雇主而非保險公司或健康照護機構，保費減免州稅，不受州保險監督法規約束，員工健康保險並無強制給付內容等；正由於這些特色，SESIHP 相對成本較低，因此近年來越來越多雇主採用此種

	In-network provider	Out-of-network provider
Coinsurance	80% of procedure costs	50% of procedure cost
Your co-pay	\$20	\$75
Network discount applies to deductible?	Yes	No

³⁹舉例說明：

方式提供員工醫療照護，見圖 3-10，100 人以上的員工團體其參加 SESIHP 比例已從 1986 年的 28% 提高到 1993 年的 46%。

表 3-8：雇主自辦專屬健康保險與商業健康保險之比較

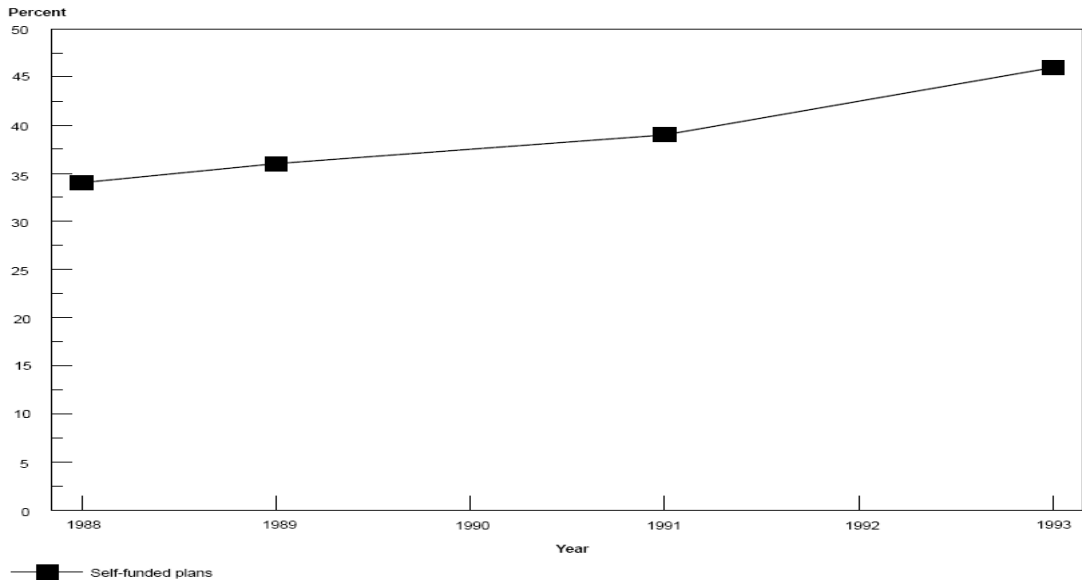
Table 1: Regulatory Status of Employer-Based Health Insurance

Type of employer-based health plan	ERISA plans	
	Self-funded	Fully insured
Risk bearer	Employer ^P	Insurer
State premium taxation	Exempt	Insurer pays
Regulation	Exempt from state regulation and mandated benefits	Insurer subject to state regulation and mandated benefits
	Department of Labor administers fiduciary, reporting, and disclosure requirements	Department of Labor administers fiduciary, reporting, and disclosure requirements
Rights and remedies for denied claims	Appeals reviewed internally by employer	Appeals reviewed internally by insurer
	Employer not subject to punitive or compensatory damages	Employer and insurer not subject to punitive or compensatory damages

資料來源：U.S. General Accounting Office, 1995

圖 3-10：SESIHP 參加人員比例歷年成長圖

Figure 2: Growth in Self-Funding in Medium and Large Private Establishments, 1988 to 1993



Note: Includes establishments with 100 or more employees only.

Source: BLS Employee Benefits Surveys, 1988-1993.

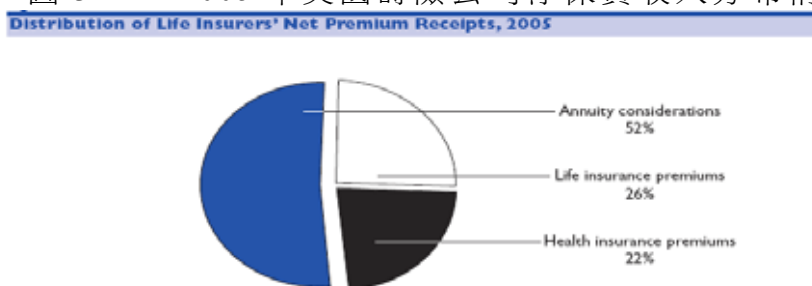
資料來源：U.S. General Accounting Office, 1995

除了以上私人健康保險類型外，各州政府亦有不同的健康保險補助計畫(State Sponsored or Adminstered Health Coverage)，該類型計畫多半提供給無法順利從以上 5 類保

險類型中獲取健康照護的個人、低收入者⁴⁰或小雇主(2~50人)僱用的勞工。

美國之壽險公司、產險公司或健康險公司皆可提供醫療險商品，三者中仍以壽險公司居主要地位。壽險公司保費收入中 22%來自健康險，年金保費與壽險保費則分佔 52%與 26%，見圖 3-11。健康險、年金保費與壽險對產業淨利的貢獻比率則分別為 21%、34%以及 26%。銷售醫療險前 5 大公司分別為 UnitedHealth Group、Wellpoint Inc.Group、Aetna、Humana Inc.以及 American Family Crop，5 家合計市佔率 26.51%。

圖 3-11：2005 年美國壽險公司淨保費收入分布情形



資料來源：ACLI, 2006

若僅統計保險公司之保費收入⁴¹，由表 3-9 可發現，由於社會醫療體系結構，保險公司仍以雇主為受薪者投保之團體醫療保險為主流，2004 與 2005 年團單保費佔該險種保費收入之 67.5%。團體保險與個人保險保費收入之懸殊較涵蓋管理照護機構時大幅減縮，由此可見，管理照護機構多為雇主選擇之計畫，而提供個人醫療保單仍以保險公司為主。此一現象亦呼籲了前文所述，美國醫療險市場主要以團體保險為主。尤其醫療費用與經濟環境變化趨勢難以掌握，在醫療成本難以長期精算的情形下，就醫療費用保障部分，市場上未見有終身保障之醫療費用保單，多為 3~5 年定期保單或保障期間不到 1 年的短期保單，保障期間相對較長之保單僅見失能收入保險與長期看護保險。

⁴⁰不夠低到可取得 Medicaid 者。

⁴¹不包括管理照護機構之統計。

若以續約條件區分，由表 3-9 可見，個單部份開放各種續保條件，其中保證續保與不可解約保單淨保費每年分別以 7.2%與 3.5%成長率成長，可見此二類續保條件為市場主流保單，集體可續保保單(collectively renewable)保費收入衰退狀況最為嚴重，其次為不可續保保單(non-renewable)。

表 3-9：美國不同續保條件下之健康險保費收入統計

	Millions			Average annual percent change	
	1995	2004	2005	1995/2005	2004/2005
Group	\$64,036	\$85,471	\$79,303	2.4	-7.2
Credit	1,834	1,157	1,135	-5.2	-1.8
Individual					
Collectively renewable	706	142	75	-22.0	-47.0
Noncancelable	4,609	5,791	6,260	3.5	8.1
Guaranteed renewable	14,911	27,875	27,866	7.2	0.0
Nonrenewable	1,605	1,230	1,285	-2.4	4.4
Other accident	485	546	536	1.1	-1.8
All other	1,853	3,540	1,805	-0.3	-49.0
Total	24,168	39,124	37,828	5.1	-3.3
Aggregate total	90,038	125,752	118,267	3.1	-6.0

Source: ACLI tabulations of National Association of Insurance Commissioners (NAIC) data, used by permission.

此外各險種之市佔率與損失率，見表 3-10⁴²。市佔率中以全面給付之醫療保險(Comprehensive)最為普遍⁴³，再者為聯邦政府雇員專屬保險(Federal Employee Health Benefit Plan, FEHBP)，其次為 Medicare 補充型保險(Medicare Supplement)。損失率統計超過 100%分別有失能收入保險(105.17%)，其次為齒科保險(100.79%)，醫療保險損失率亦達 84.06%。

⁴² 在缺乏全國性的統計資料下，本表以猶他州的統計數字為代表，詳細資料見 2004 Health Insurance Market Report, Utah Insurance Department。

⁴³ 保險給付廣泛，一般涵蓋有門診、體檢、檢驗、急診、住院、醫療保健、精神照護、懷孕健檢、處方用藥、免疫注射等。

表 3-10：美國健康險險種之損失率統計

Policy Type	Company Count	Member Count ^b	Direct Earned Premium	Market Share	Loss Ratio
Comprehensive	76	822,265	\$1,405,078,420	64.42%	84.06
Medical Only	44	5,850	\$3,095,419	0.14%	53.27
Medicare Supplement	80	73,152	\$114,639,614	5.26%	72.49
Dental	65	295,018	\$91,023,487	4.17%	100.79
Vision	29	112,212	\$8,090,355	0.37%	81.11
FEHBP	6	72,529	\$219,718,343	10.07%	91.49
Medicare ^a	3	262	\$170,240	0.01%	40.33
Medicaid	4	45,340	\$90,373,688	4.14%	85.93
Stop Loss	45	180,583	\$68,994,146	3.16%	65.57
Disability Income	183	345,572	\$78,311,966	3.59%	105.17
Long Term Care	79	25,679	\$25,360,110	1.16%	35.51
Credit A&H	55	265,656	\$14,884,196	0.68%	25.79
Other	227	-	\$61,472,153	2.82%	63.21
Total	370	-	\$2,181,212,137	100.00%	83.54

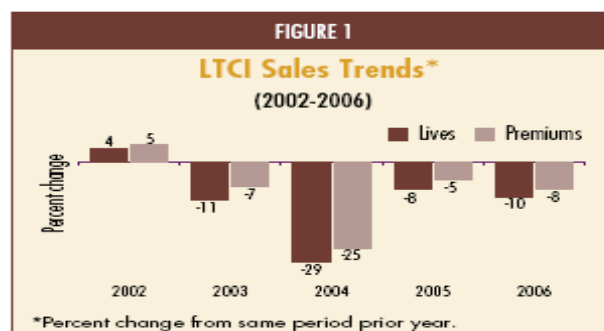
(三)、代表性商業健康險商品內容與發展

以下分別以長期看護保險、失能收入保險與重大疾病險分述美國長期健康險商品內容與發展。

1. 長期看護保險

在長期看護險之發展上，根據美國保險監督官協會 (National Association of Insurance Commissioners, NAIC) 統計，2004 年美國共有 193 家保險公司銷售該類型保單，其中有 13 家為產險公司、20 家為健康險公司、壽險公司有 155 家，餘者 5 家為保險互助會 (fraternal insurers)；總計保費收入達 US\$88 億。若以被保險人為統計指標，銷售 LTC 前 5 大公司分別為 General Electric Capital Assurance Co.、John Hancock Life Insurance Co.、Unum Life Insurance Co. of America、Continental Casualty Co. (CNA) 以及 Bankers Life & Casualty Co.，5 家合計市佔率 46.6%。根據 LIMRA 資料，個人長期看護保險 2006 年新契約保費收入與投保人數持續出現自 2003 年衰退現象，2003 年至 2006 年間，年保費收入衰退 11.25%，詳見圖 3-12。此一現象乃基於長期看護保險之目標市場多僅侷限於高收入者，當目標市場到達一定飽和程度時，由於費率偏高不下，新契約不易推展，保費收入遂出現了衰退現象。

圖 3-12：LTC 保費收入與保戶人數年成長率



資料來源：ACLI, 2006

根據美國勞工局統計，2003~2005 年間美國僅有 11% 工作人口享有長期看護保險⁴⁴。平均投保年齡為 46 歲，50~59 歲投保年齡比例最高(32%)，其次為 40~49 歲(28%)，第三為 40 歲以下(27%)；另外，女性被保險人佔率達 51%。

至於保單內容上，以保費收入統計，保單給付期間最常見的為 5~10 年，該類保單佔率有 63%，其次為 2~4 年給付期間的保單，佔率有 26%，終身給付的保單佔率僅有 11%。若以被保險人數統計，5~10 與年 2~4 年給付期間的保單，佔率分別為 48%，終身給付的保單佔率僅有 4%。三分二以上的保單聯結抗通膨設計，40% 保單開放保戶未來購買選擇 (Future purchase options)⁴⁵，23% 保單保險給付金額隨通膨複利增值，3% 保單給付金額隨通膨單利增值。個單給付項目多以專業機構照護費用為主（佔 97%），居家照護費用等給付較為少見；團單部份給付項目普遍包括專業機構照護(97%) 與居家照護費用(79%)，見表 3-11。

⁴⁴ 享有長期看護之受薪者比例：

Establishment size	2003	2004	2005
1 to 99 workers	3%	4%	4%
100 or more workers	20	20	21
Total	11	11	11

⁴⁵ 提供被保人未來不論健康狀況為何，可購買額外保額，而不需可保證明。

表 3-11：LTC 給付項目統計

BENEFITS BY TYPE OF POLICY		
<u>Policy Provides Benefits for:</u>	<u>Individual</u>	<u>Group</u>
—Skilled nursing care	59 (97%)	43 (90%)
—Home health care	25 (41%)	38 (79%)
—Intermediate nursing care	27 (44%)	27 (56%)
—Hospice care	11 (18%)	29 (60%)
—Personal (custodial) nursing care	21 (34%)	8 (17%)

資料來源：Long Term Health Care: A Comparison of Group and Individual Products

若以除去期間統計，90~180 天除去期間保單最普遍，佔率為 87%，其次為 20~90 天除去期間，佔率為 13%，超過 180 天的約 1%。若以續保條件統計，由表 3-12 可見，個單以保證續保為主流，佔率為 51%，其次為有條件續保，佔率為 41%；團單則以有條件續保佔 59% 為主，任意續保其次，比率為 25%。

表 3-12：LTC 續保條件統計

RENEWAL PROVISION BY TYPE OF POLICY		
<u>Renewal Provision</u>	<u>Individual</u>	<u>Group</u>
—Conditionally renewable	25 (41%)	28 (59%)
—Guaranteed renewable	31 (51%)	8 (17%)
—Optionally renewable	3 (5%)	12 (25%)
—Other	2 (3%)	0
Total	61 (100%)	48 (101%)

資料來源：Long Term Health Care: A Comparison of Group and Individual Products

2.失能收入保險

根據美國安全委員會(National Safety Council)統計，導致失能傷害最頻繁的狀況來自於居家與公安非汽機車意外，頻率高達每 4 秒一件(表 3-13)。2002 與 2003 年長期失能與短期失能申報率分別為 5.9/00 與 64.05/00。肇因於神經系統疾病所導致的長期失能，其失能期間最長平均達 56 個月，其次為慢性疲勞導致之失能，平均期間達 52 個月；短期失能期間最長者平均

失能期間達 100 天，其次為精神失序導致失能，平均長達 99 天(圖 3-13)。若按保險業統計，失能機率最高者來自於妊娠併發症所致失能，其餘均以骨骼肌肉傷害、背痛等申請失能給付之比例最高。

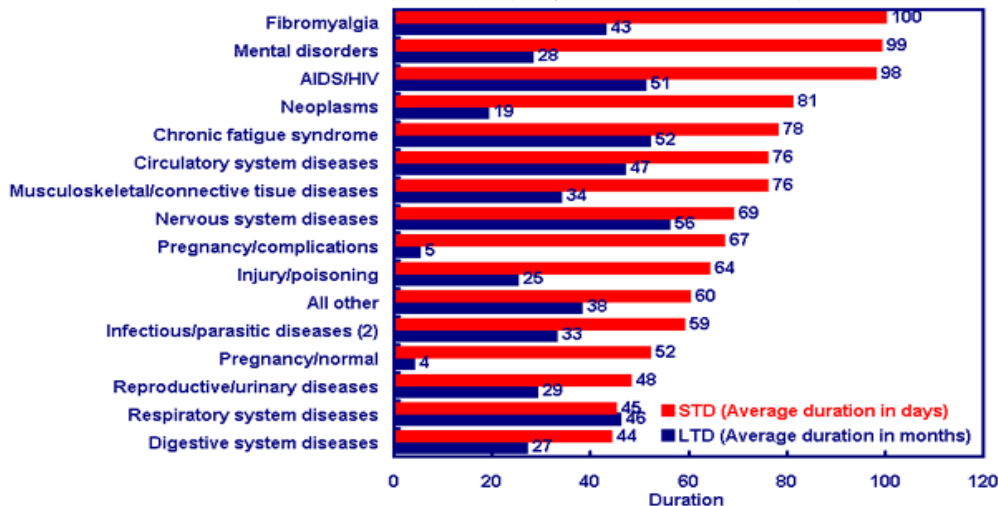
表 3-13：各種因素導致失能之頻率與理賠申報率

Class	One every	Number per...			2004 total
		Hour	Day	Week	
All	1 second	2,650	63,600	446,200	23,200,000
Motor vehicle	13 seconds	270	6,600	46,200	2,400,000
Work	9 seconds	420	10,100	71,200	3,700,000
Workers off-the-job	5 seconds	780	18,600	130,800	6,800,000
Home	4 seconds	1,030	24,700	173,100	9,000,000
Public nonmotor vehicle	4 seconds	940	22,500	157,700	8,200,000

Year	Median number of submitted claims (received from policyholder) per 1,000 insured lives:	
	Long term disability	Short term disability
2002	5.9	64.6
2003	5.9	63.5

資料來源：<http://www.iii.org/Disability>

圖 3-13：各種因素下導致的失能期間長短



資料來源：<http://www.iii.org/Disability>

美國保險市場上有關失能保單之發展，可追溯自 1800 年代晚期開始，發展歷程見表 3-14。保障內容係以提供被保人失能前，原工作收入的 50%~70%作為薪資補

償。保單給付內容可涵蓋如下：(1)基本保障：『完全失能給付』和『豁免保費』。(2)選擇性保障：包括部分或殘餘失能給付(Partial /Residual Disability Benefit)⁴⁶、生活成本調整給付(Cost-of Living Adjustments Benefit, COLA)⁴⁷、復健保險金給付(Rehabilitation Benefit)⁴⁸、未來購買選擇(Future purchase options)⁴⁹、社會保險補助(Supplemental Social insurance Benefits)⁵⁰等。根據美國精算學會資料，該險種於 1980 年代發展到高峰，但在市場競爭壓力下，許多保險公司採取寬鬆之核保設計政策，包括一旦喪失原有職業工作能力即啟動失能給付、簡化要保書、保證費率、調高年度給付調整率、高所得替代率以及保單條款定義不清等。該險種之保費收入於 1989 年到達歷史新高，然保單利潤率卻下滑到-10%。有肇於保單獲利情形不佳，販售失能險之保險公司紛紛採取對策，分別從核保、設計、定價與理賠等提高保單之獲利性⁵¹。

⁴⁶ 被保人受領完全失能保險金期間後再從事具報酬性工作，致完全失能期間結束，而每月報酬少於保額者屬之。一般部分失能給付為完全失能每月給付額之 50%，且給付期最高不超過 2 年或 65 歲。

⁴⁷ 失能給付自理賠日起每年隨生活成本變動而調整，調整比率不超過物價指數(CPI)，如失能保險金*一固定比率(如 5%)，但最多不大於原有保額 2~3 倍。

⁴⁸ 鼓勵被保人積極復健返回職場，若被保人連續領取完全失能給付達 6 個月以上，則保險公司溯自開始復健治療日起給付門診或住院醫療保險金，亦有累計上限規定。

⁴⁹ 提供被保人未來不論健康狀況為何，可購買額外保額，而不需可保證明。

⁵⁰ 被保人無任何社會保險給付，由保險公司提供一筆相當於可得到社會保險給付之固定金額，直到社會保險開始支付為止；或採該金額扣除社會保險給付之方式。

⁵¹ 美國保險公司對於失能保險保單獲利下滑採取之因應措施

What US Companies did in response

Actions Taken to Improve Profitability

	Importance	% of Companies who implemented a change
① Underwriting	15%	100%
② Product	15%	92.3%
③ Pricing	20%	76.9%
④ Claims	40%	61.5%
⑤ Other	10%	53.8%

表 3-14：美國失能保險市場演進

發展歷程	商品演進	當期發展概況
1800s 晚期	可撤銷保單	給付金額與保障範圍非常有限
1900s 初期	保證續保保單	嚴格的保證續保條件
1916 年	不可撤銷保單出現	保障期間延長至 55 歲或 60 歲
1918-1929		銷售量成長 失能定義放寬 生活成本調整給付納入理賠
1930s		景氣蕭條產生虧損，部分保險公司撤出此塊市場
1940s		更嚴謹的失能定義，短期失能給付期間銷售開始遲緩
1950s	「可撤銷保單型態」 失能險停售	意外終身失能給付出現 給付期間延長至 65 歲 如果被保人仍有工作，保障可延長至 70 或 72 歲
1960-1968		高度成長時期
1968-1974		政府將失能保障納入社會安全補助
1974-1976		嚴重損失率產生 行動方案： 1. 取消小於 30 天免責期選擇 2. 較危險職業調高費率
1980s 初期		回復獲利狀況
1986		問題開始出現

在核保政策上，保險公司因應策略為：提高特定職業類別之費率⁵²、嚴格化啟動給付之失能定義、降低特定職業類別之給付金額、嚴格化財務核保、僅有拒保或承保之決定但不開放有條件除外等融通情形、嚴格化吸煙者定義、加強電話防談與網路資料查詢等；在保單設計上，保險公司因應策略為：廢除費率保證以及限制神經異常或有酗酒用藥者的理賠上限等。歷經多年的發展，目前市場上個人保單主要特色為：(1)平準保費，保障最高達 65 歲，費率與準備金計算基礎採用 1985 CIDA table；(2)不分紅保單，無現金價值；(3)保戶可約定除去期間與給付期間。除去期從 0 天~730 天均有，但以 30 天和 90 天為多數。給付期間最多見的包括數月、1 年、2 年、5 年、65 歲滿期。由於 1980 年代經驗，許多保險公司取消終身給付和除去期間少於 30 天的選擇；(4)失能保險金每月給付，85%的保戶選擇每月失能給付 \$1,000 美元的保單；(5)初年度佣金水準區間在

⁵²對於理賠較高的州如加州及佛羅里達州，費率上漲空間甚至達 25%；同時抽菸被保險人費率亦平均上漲了 25%左右。

40%~70%，多數為 50%；續年度佣金則約略在 10-15%，以 10%最為常見。至於團體保單多衍生於職場上的員工福利之一，其主要特徵為：(1)92%之團單其保費由雇主支付，員工完全繳保費僅佔約 3%；費率為非保證設計；(2)失能保險金實際給付需計算其他失能給付來源，特別是社會保險失能給付(SSDI) 部分。為每月或每週給付，多採薪資的某一百分比方式，最常見者為失能前 50%~66.67%所得替代率左右，通常以 US\$5,000 為月最高給付金額。

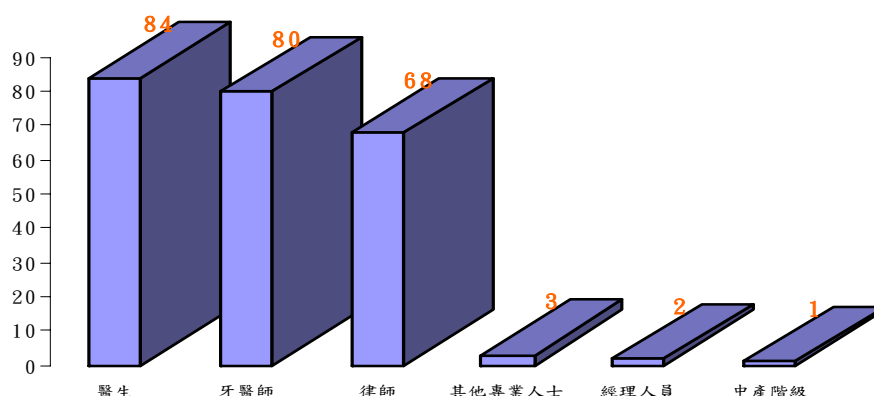
LIMRA 於 2004 年公佈『美國失能收入保險購買者研究調查報告』結果，發現以下幾點重點：(1)男性購買比例較高，10 位購買失能險中約有七位為男性，與壽險商品情況相反；(2)女性因平均餘命較長，失能機率高於男性，故在相同年齡與職業類別條件下，女性費率高於男性；(3)約 70%保戶年齡層集中在 30~49 歲區間，50 歲以上保戶佔 17%，30 歲以下則佔 13%左右；(4)失能險銷售對象職業等級將近 9 成集中為職類一至二級，職類為第三至四類僅約有 1 成保戶；(5)職業類別中又以醫師、牙醫師與律師為最大投保族群，詳見表 3-15 與圖 3-14。

表 3-15：美國失能保險市場調查

統計分類	NB 保費分布
保單型態	
不可撤銷保單	72%
保證續保保單	28%
性別	
男性	68%
女性	32%
年齡層	
60 歲以上	2%
50-59 歲	15%
40-49 歲	33%
30-39 歲	37%
30 歲以下	13%
職業等級	
第一類	72%
第二類	19%
第三類	6%
第四類	3%

資料來源：www.limra.com

圖 3-14：美國失能保險投保職業類別



資料來源：www.limra.com

若以保費收入做為統計指標時，前 5 大銷售長期失能保險的壽險公司分別為 Hartford Life、MetLife、UnumProvident、CIGNA 與 Standard，合計市佔率達 58.3%。另前 5 大銷售短期失能保險的壽險公司分別為 Hartford Life、UnumProvident、MetLife、Jefferson Pilot Financial 與 Standard，合計市佔率達 52.9%；DI 市場上較積極的再保公司為 General Cologne Re 及 Munish American，其他如 Swiss Re 及 Employer Re 等則陸續退出 DI 再保市場。

美國失能保險市場仍以團體保險為主，2003 年個人新契約保費收入僅為團體新契約保費收入之 15%，個單之總保費收入僅為團單之 31%。新契約個人險保證續保與不可解約保單保費各比前一年度衰退 1%，商業失能保單(commercial disability income)⁵³新契約保費收入衰退 14%，整體有效保單保費收入微幅成長 4%。就團體保險市場觀察，長期失能險(最長保障期間可至 65 歲)承保量與新契約保費皆高於短期失能險(最長保障期間為 13、26、52 個星期)，若以續保條件區分，不可解約保單為主流保單、其次為保證續保保單(見表 3-16)。

⁵³ 包括有(1)重要員工失能保單(Key-person Disability policy)、(2)股權買賣型失能保單(buy-sell Disability policy)以及(3)營業費用失能保單(Business overhead expenses policy)。

表 3-16：2003 年美國團體失能保險消長情形

SALES (2)		-
Short-term disability		
Master contracts (number)		32,590
Certificates (number)		3,988,359
Annualized premium (\$ millions)		\$1,021
Long-term disability		
Master contracts (number)		40,453
Certificates (number)		5,113,794
Annualized premium (\$ millions)		\$1,433
IN FORCE (3)		
Short-term disability		
Master contracts (number)		206,480
Certificates (number)		22,493,335
Total premium collected (\$ millions)		\$4,484
Long-term disability		
Master contracts (number)		235,478
Certificates (number)		35,680,110
Total premium collected (\$ millions)		\$8,148
ISSUES (2)		-
Noncancelable disability income		
Total sales (\$000)		\$280,001
Premium growth rate (%)		-1%
Policy growth rate (%)		-3
Premium per policy (\$)		\$1,341
Guaranteed renewable disability income		
Total sales (\$000)		\$88,744
Premium growth rate (%)		-1%
Policy growth rate (%)		-6
Premium per policy (\$)		\$599
Commercial disability income		
Total sales (\$000)		\$4,605
Premium growth rate (%)		-14%
Policy growth rate (%)		-9
Premium per policy (\$)		\$304
Total disability income		
Total sales (\$000)		\$373,349
Premium growth rate (%)		-1%
Policy growth rate (%)		-5
Premium per policy (\$)		\$1,003

資料來源：www.iii.org

3. 重大疾病保險

重大疾病險相對為美國醫療險市場新興產品，根據 Colonge Re 所作的調查，目前美國市場上販售 CII 的保險公司，其中 67%以個單出單，40%以團單販售；27%公司以壽險附約方式出單，另有 13%以附加於其他健康險方式出單；40%受訪公司將保單最高給付金額設定為 US\$50,000，業界新契約之平均保額為 US\$20,000，較有效保單平均保額 US\$25,000 減少，顯示保費費率調高的趨勢。

半數以上的保險公司將除外期定為 30 天，64%以上的業者按重大疾病類別設計不同的除外期間，一般而言，癌症除外期間都較其他重大疾病長。調查的保險公司中，53%以上提供保證續保保單，73%的業者以平準保費方式行銷保單，若以到達年齡計算保費者則多以年齡組距(age band)方式計費。此外，半數以上的保險公司不保證費率，僅有 21%的受訪公司提供保證 3 年以上費率的商品。此外，所有保險公司皆按被保險人是否抽菸區隔計費。受訪業者表示，CI 商品最重要的風控機制之一即是清楚定義重大疾病與理賠條件。79%的業者表示，為與日新月異的醫療科技同步，他們持續監控重大疾病的定義，其中 7%的業者已重新定義所謂重大疾病的內涵與啓動理賠的條件。就核保技術上，所有保險公司一定會請保戶揭露身高體重，並詢問是否為糖尿病者與是否抽菸等，同時對於糖尿病者與癮君子進行費率差異分析。對業者而言，保費擬訂最大的挑戰來自於發生率經驗數據的可信度，以及未來醫療發展造成發生率變化的發展趨勢，為因應發生率的難以掌握，與不斷改善的診斷與掃描技術，業者考量以重大疾病的罹病程度(severity criteria)而非疾病名稱來啓動理賠條件，尤其對於癌症疾病、中風與心肌梗塞三項。

第三節 日本健康保險概況與發展趨勢

日本保險市場與台灣相似，主要分為人身保險（生命保險）與財產保險（損害保險）兩大類，此外尚有產壽險公司都可經營的「第三領域保險」(the third area)。所謂「第三領域保險」是指保險契約的特質既無法歸屬於人身保險，亦無法完全歸類為財產保險之商品種類，包括傷害保險與健康保險。早期在日本得以經營「第三領域保險」的僅限於外資保險公司及日本國內中小型壽險公司，2001 年開始，日本國內大型產壽險公司皆得以經營「第三領域保險」，於是各家保險公司競相開發新商品。至 2006 年 6 月底為止，日本保險業界共有壽險公司 38 家、產險公司 48 家。

除了商業健康保險之外，日本社會亦有對全民實施的社會健康保險制度，包括於 1961 即已達到全民保險的「健康保險」制度與 2000 年 4 月才開始實施的「介護保險」(長期看護保險)兩大類。由於商業健康保險與社會健康保險之間為互補的關係，因此要了解日本健康保險市場概況，應先了解日本社會健康保險制度。

(一)、社會健康保險制度

1. 「健康保險」

日本早在 1961 年，在社會健康保險的制度發展上已達到全民保險的目標，將全體國民納入社會健康保險體系的保障。而日本與台灣不同的是，台灣的社會健康保險是一個單一制度「全民健康保險」，而日本的社會健康保險制度則是屬「多元保險」的制度體系。

日本的社會健康保險首先區分為「職域保險」與「地域保險」兩大類。所謂「職域保險」是以就業人口與其扶養家屬為對象，依職業劃分保險制度，包括了「健康保險」、「船員保險」、「國家公務員共濟」、「地方公務員共濟」、「私立學校教職員共濟」等制度。「健康保險」是以一般受薪階層為對象的醫療保險制度，其並非一個單一制度，而是屬多元制度，大規模的企業通常自行設立健康保險基金，而中小企業則加入由政府掌管的健康保險基金，至於無一定雇主的職業工人則加入政府設立之「健康保險」。而「地域保險」則是以無法適用「職域保險」的國民為對象，以地方政府（市、町、村）為

保險人的「國民健康保險」制度。但在「國民健康保險」當中包含了「退職者醫療制度」，這是針對原來是「健康保險」的被保險人，在退休之後的醫療保險，詳見表 3-17。

表 3-17：日本醫療保險與老人保健制度之概要

制度名稱		對象	保險人	加入人數	醫療給付	財源		
						保險費	國庫負擔、補助(2000年度預算)	
受雇者保險	健康保險	政府掌管 中小企業受雇者	國家	3,758 萬人	本人：80% 家族 住院：80% 門診：70%	薪資的約 8.5%	給付費的 13%	
	保險	基金	大企業受雇者等	健康保險基金 1,794		3,258 萬人	因保險人的不同而有些許差異	定額(預算補助)
		69 條之 7 被保險者	職業工人	國家		6 萬人	給付費的 13%	
		船員保險	船員	國家		26 萬人	原則上勞資各半	補助 30 億日圓
	共濟組合	國家公務員 地方公務員 私學教職員	24 組合 54 組合 1 組合	1,014 萬人		無		
國民健康保險		農業者 自營業者等	市町村 3,249 國保基金 166	市町村 4,102 萬人 國保組合	70%	依各家戶單位的所得高低課徵(各市、町、村之間)	給付費等的 50% 給付費等的 32~50%	
	退職者醫療制度	受雇者保險的退職者	市町村 3,249	433 萬人	本人：80% 家族 住院：80% 門診：70%	有些微的差異)	無	
老人保健		各健康保險 70 歲以上之被保險人與 65 歲以上臥病在床者	[實施主體] 市町村長	受雇者保險 351 萬人 國民健康保險 1,042 萬人	門診： 定率 10%負擔 月額上限 3,000 日圓 住院： 定率 10%負擔 月額上限 37,200 日圓	[費用負擔] • 國家 12/60 • 都道府縣 3/60 • 市町村 3/60 • 各制度的保險者 42/60		

資料來源：小塩隆士，『社会保障の経済学』（東京：日本評論社，2001年），頁206。

另外，在日本複雜的醫療保險制度體系之上，尚有一個值得特別注意的是「老人保健」制度。「老人保健」制度的對象是 70 歲以上的老人（或 65-69 歲、有臥病在床等症狀之老人），實際上「老人保健」制度的對象，同時亦是上述各保險制度的被保險者，自然也根據其所加入的制度繳交保險費。此項制度最大的特徵在

於老年人的醫療部份負擔為「定額負擔」（門診的上限每月三千日圓、住院的上限每月三萬七千二百日圓日），換言之，由全體國民共同負擔高齡人口的醫療成本。

2. 「介護保險」（長期看護保險）

日本於 2000 年 4 月開始實施「介護保險」（長期看護保險）。日本的介護保險制度，是當高齡者發生臥病在床或是出現痴呆症狀時，用社會保險方式提供長期照護服務的制度。長期照護服務之供給則從原來由政府的稅收支應之社會福利服務制度，改為由長期照護服務利用者與服務事業單位之間的契約制。

(1) 保險人

介護保險之保險人為市、町、村等之基層地方行政單位。其主要的工作包括了整備長期照護服務之基礎、管理被保險人之資格、決定與徵收第 1 號被保險人的保險費、設置「介護認定審查會」、實施保險給付等。

(2) 被保險人

介護保險之被保險人依年齡分為（一）65 歲以上（第 1 號被保險者）與（二）40 歲至 65 歲（第 2 號被保險者）之各醫療保險之加入者。

(3) 保險財務

有關保險財務可分為被保險人的保險費的負擔與照護費用的分擔兩方面來說明。首先就保險費而言，65 歲以上之第 1 號被保險人，所繳納的保險費是由戶籍所在地之保險人（市、町、村）依照地方財政的預算訂定基準額度，再依被保險人之所得高低，徵收五個階段之定額保險費。其徵收方法有普通徵收與特別徵收二種。普通徵收是由保險人寄出照護保險費繳納通知後，由被保險人至指定機關繳納者稱之；特別徵收則是領取月額十八萬日圓以上之年金者，直接

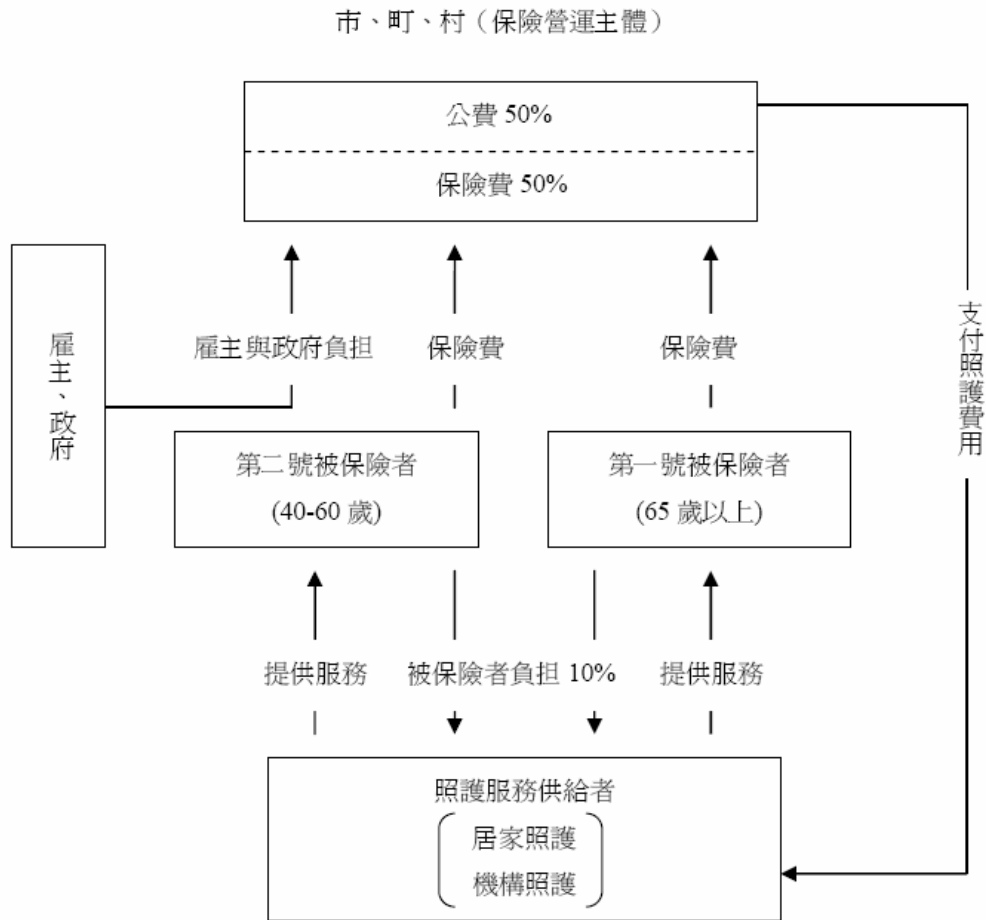
由年金給付扣除保險費之方式。40 至 65 歲之第 2 號被保險人則是由其加入之各個醫療保險連同醫療保險費一併徵收。「健康保險」之被保險人須分擔保費的 50%，其餘的 50% 由雇主負擔。而「國民健康保險」之被保險者則由政府補助 50%，政府掌管之「健康保險」之被保險者則由政府補助 16.4%。

其次就照護費用的負擔來看，利用照護服務時必須由被保險者自行負擔 10%，其餘的部分則由政府及照護保險各支付 50%。而政府負擔之 50%，則分別由各級政府分攤：中央 25%，縣 12.5%，市 12.5%。另外利用機構收容照護時被保險者必須自行負擔三餐之飲食費用（圖 3-15）。

(4) 保險給付

介護保險之保險給付分為三項：（一）照護給付、（二）預防給付、（三）市、町、村等基層行政單位之單獨特別給付。（一）之照護給付包含了居家照護服務費、照護服務計畫費、照護器具之購買費用及房屋修築費用。其中，照護保險之給付的主要內容為照護服務，照護服務因性質的不同可分為居家照護服務與機構照護服務兩大類。但保險人並不直接提供此照護服務，而是透過照護服務供給企業來提供，保險人再支付所需費用，屬於間接給付的方式（圖 3-15）。

圖 3-15：日本介護保險制度架構



資料來源：小塩隆士，『社会保障の経済学』（東京：日本評論社，2001 年），頁 183。

至於介護保險之受給條件，即照護服務的利用資格在第 1 號被保險人與第 2 號被保險人之間有不同的規定。第 1 號被保險人之受給條件又可分為：（一）需照護狀態，指臥病在床或痴呆等需要二十四小時照護者；（二）需支援狀態，指雖不需要二十四小時的照護，但日常生活上需要支援協助者。而第 2 號被保險者可利用照護保險，僅限於因老化而致之 15 種疾病所造成的需照護狀態或需支援狀態。此十五種疾病包括了初老期痴呆、腦血管疾病、筋萎縮性側索硬化症、巴金森症、脊椎小腦變性症、糖尿病所引起之神經障害或網膜病變等、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、兩側膝關節或股關節嚴重變形之變形性關節症、慢性關節風濕、後縱

韌帶骨化症、脊柱管狹窄症、伴隨骨折之骨質疏鬆症、早老症等。

(5) 照護服務之申請與給付

當發生保險事故時，亦即被保險人發生照護需求時，首先必須先向保險人（市町村等基層行政單位）申請照護（或支援）認定，經認定後，委託「照護專門員」依個案之狀況規劃一個綜合照護計畫。

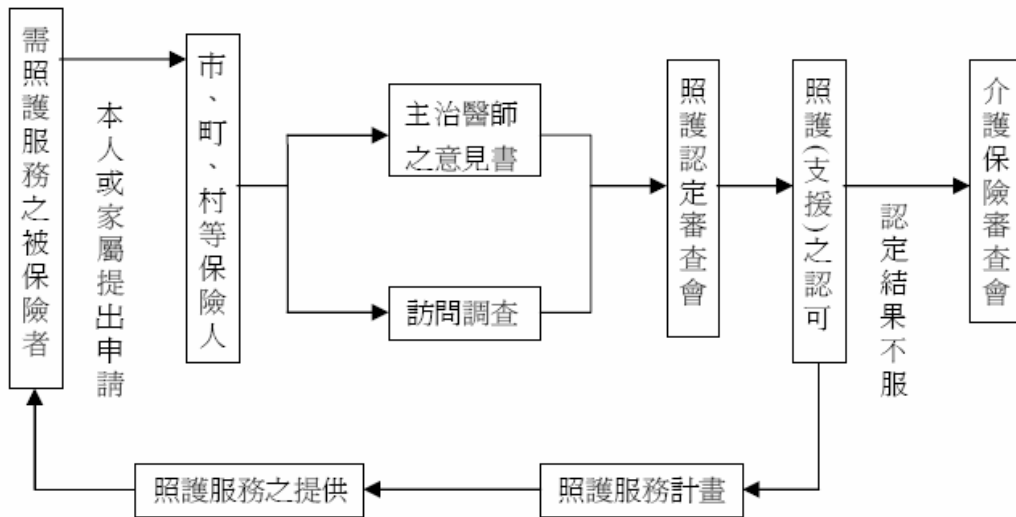
照護（或支援）認定由二個過程所構成（參照圖 3-16）。首先、由市（町、村）之調查員經過訪談後將申請者之狀況用統計方法量化處理，稱之為第一次判定。其次、將第一次判之結果與申請者之主治醫師所提的意見書，交由「照護認定審查會」進行最後之裁決，評定需照護（或支援）程度。「照護認定審查會」由五至六名保健、醫療及福祉等專門人員所構成，主要工作有三：首先為申請者是否為需要照護或支援者，其次，需要照護之程度之判定，最後則是第二號被保險者之需照護狀態是否由規定之特殊疾病所引起。若被保險人對於評定有所質疑，可向「照護保險審查會」⁵⁴申請再審查。此外，需照護（或支援）程度會因時間之經過而改變，原則上每六個月可申請再評定。

介護保險制度，需照護程度之高低依照高齡者的日常生活能力、醫療照顧的必要性等分為六個等級，再根據等級的高低決定具體照護服務的內涵。原則上，對於需照護程度 1 與 2 之輕度者僅提供居家照護，而需照護程度 3 以上者，則可依自身的需求選擇居家照護服務或機構照護。選擇居家照護時，依照需照護程度的高低來擬定綜合照護計畫。例如，被評定為需照護程度 4（重度）時，若選擇居家照護，可獲得保險給付月額約二十萬日圓，一星期大約可享居家服務七次、日間機構服務（day service）三次、訪問照護

⁵⁴ 「照護保險審查會」之功能為解決照護保險爭議之機構。處理之主要問題有，需照護程度認定之爭議，以及保險給付，保險費及相關費用徵收之爭議事項。

服務一次。若選擇機構照護，則可選擇的機構包括「特別養護老人之家」（以照護與復健為主）、「療養型病床群」（以醫療為中心）、或「老人保健設施」（介於前二者之間）。

圖 3-16：照護服務之申請流程



(二)、商業健康保險

如前述，健康保險在日本屬於產壽險公司都可經營的「第三領域保險」。日本保險市場整體而言，在「少子高齡化」的社會發展趨勢之下，壽險公司由傳統以死亡保障為一般消費者的主要需求，轉變為以醫療或長期看護等生存保障為主，保險公司的收益構造也因此產生了重大的變化。而產險公司也在傳統的商品之外，增加了「長期看護保險」等新商品的市場。

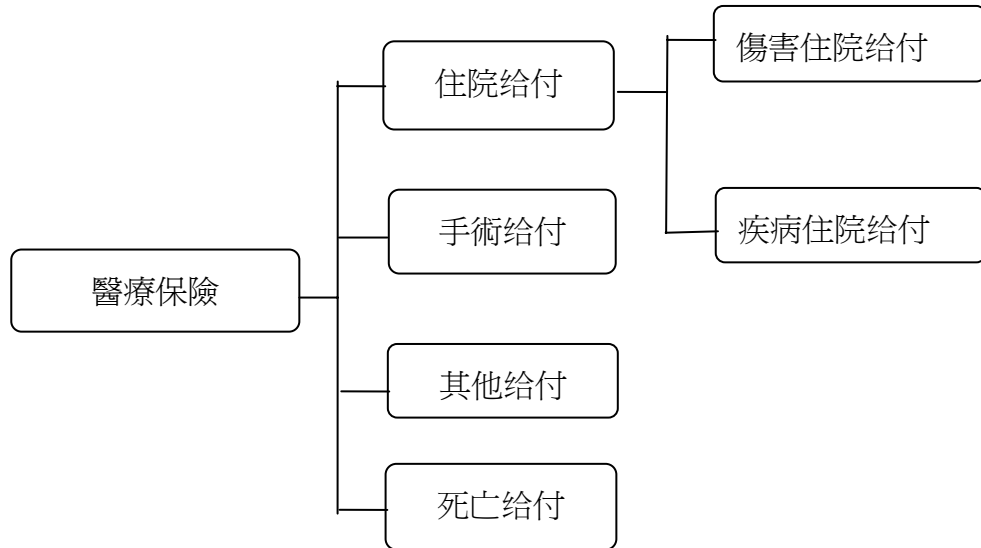
1. 健康保險商品種類

在日本商業健康保險在商品種類繁多規劃上主要區分為「醫療保險」、「長期看護保險」（介護保險）與「癌症保險」、「特定疾病保障保險」與「所得補償保險」五大類。

(1) 醫療保險

醫療保險是指因傷病住院或手術時，給付住院保險金或手術保險金等的保險，此外亦有給付死亡保險金的商品，但通常金額較低。

圖 3-17：醫療保險給付內容



保險期間可分為「定期型」與「終身型」兩大類。「定期型」是指保險期間事先約定一定的期間或至一定年齡為止者。「定期型」當中有部分契約有自動更新機能，即契約到期時不論被保險人的健康狀態一律自動更新契約，但自動更新一般只到被保險人年滿 80 歲為止。而「終身型」則保障至被保險人死亡為止。

保險給付如圖 3-17 所示主要包括「住院給付」、「手術給付」、「其他給付」與「死亡給付」四項。

首先、「住院給付」採定額給付方式，大致可分為因病住院與因意外傷害事故住院兩類。根據壽險公司的商品內容給付方式與限制如表 3-18 所示。此外，若被保險人希望因為成人慢性病住院時可享有比較優厚的保障，則一般會選擇在醫療保險主契約附加「成人病（生活習慣病）特約條款」。

表 3-18：醫療保險之住院給付之方式與內容

給付內容	給付方式		給付限度
傷害住院給付	因意外傷害事故，於事故發生後 180 日內住院時。	住院 5 天以上從第 1 天開始給付	1. 一次住院的給付限度天數有 60 天、120 天、180 天、360 天、730 天、1000 天、1095 天等可供選擇。
		住院 5 天以上從第 5 天開始給付	
		住院 1 天以上從第 1 天開始給付	
疾病住院給付	因病住院	住院 5 天以上從第 1 天開始給付	2. 契約有效期間內的總給付限度天數有 700 天、730 天、1000 天、1095 天等可供選擇。
		住院 5 天以上從第 5 天開始給付	
		住院 1 天以上從第 1 天開始給付	

其次、「手術給付」是被保險人因傷病接受手術治療時給付者。一般而言，因手術種類不同，通常依照住院日額的 10 倍、20 倍、40 倍的範圍之內給付之。

第三、「其他給付」通常包括：

- (1) 「出院後療養金」與「出院給付」。通常給付住院超過 20 日後出院的被保險人。
- (2) 「門診給付」。被保險人在出院後有繼續治療需要時給付之。
- (3) 「無事故給付」。保險期間終了被保險人仍生存，且保險期間未曾領取過任何保險給付時，保險公司給付之。

第四、醫療保險中的「死亡給付」是指在保險期間中被保險人死亡時給保險公司給付之保險金，但通常金額不高，一般在 50 至 100 萬日圓左右（約為住院日額的 100 倍）。

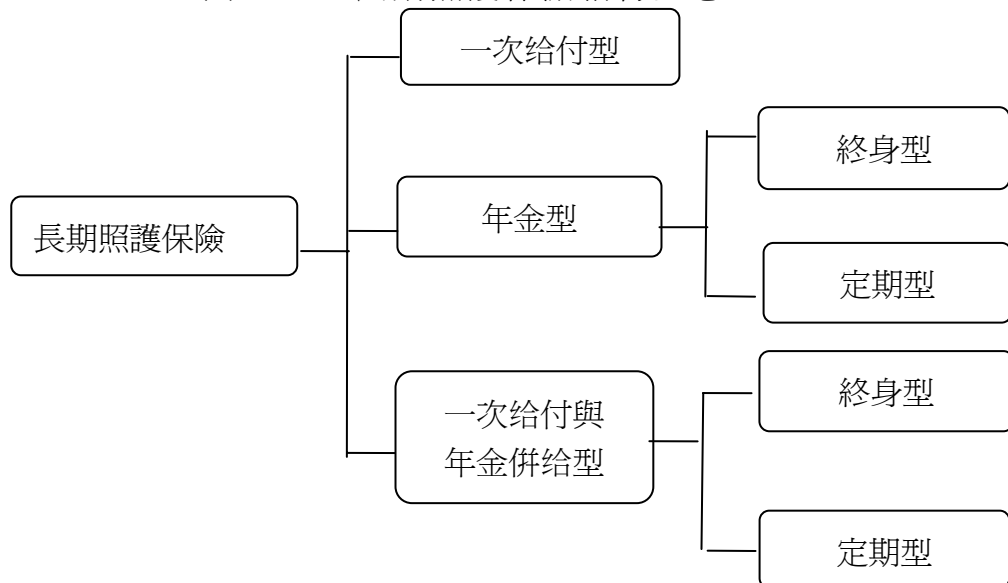
除上述一般型的醫療保險商品之外，亦有針對孕婦的醫療保險，以及身體特定部位的醫療保險。針對孕婦的醫療保險，主要針對妊娠、分娩及產婦的合併症等住院 8 天以上、或接受手術時，給付保險金之保

險。而特定部位的醫療保險，例如以心臟等身體的特定部位為對象，當因心臟的問題住院或接受手術時，給付保險金之保險。

(2) 長期看護保險

首先，長期看護保險依照長期看護保險金的給付方式區分為(1)一次給付型、(2)年金型、(3)一次給付與年金併給型等三大類。其中的(2)年金型與(3)一次給付與年金併給型可再區分為「定期型」與「終身型」兩種(圖 3-18)。

圖 3-18：長期照護保險給付型態



(1) 一次給付型：指被保險人發生需要長期看護狀態時一次給付契約約定的長期看護保險金。

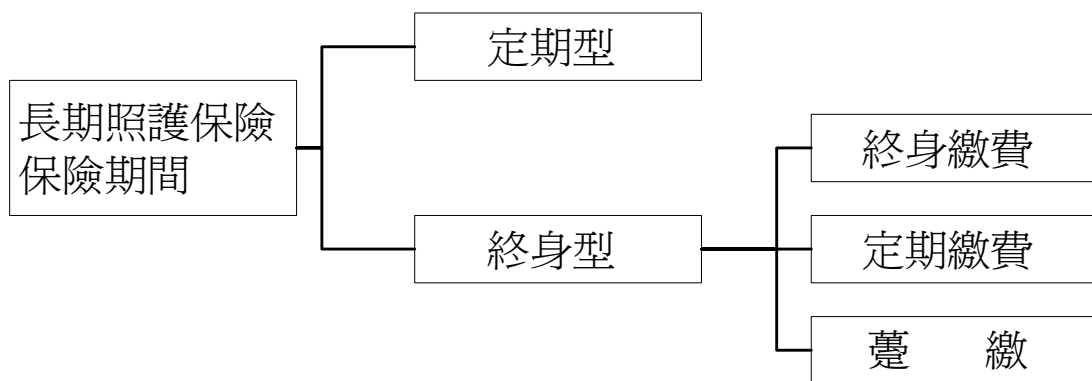
(2) 年金型：指被保險人發生需要長期看護狀態時，保險公司給付契約所訂之長期看護保險年金。根據領取長期看護保險年金的期間長短不同，可再區分為「定期型」與「終身型」兩種。

(A) 「定期型」：被保險人發生需要長期看護狀態時，根據契約所定的期間，保險人支付長期看護保險年金。可再細分為以下兩種

- (a) 「一定期間」型：例如「十年」、「五年」等契約所約定期間。
- (b) 「至保險期間結束」型：至保險期間結束為止，可領取長期看護保險年金。通常附有最低給付年數的保證。
- (B) 「終身型」：被保險人發生需要長期看護狀態後，只要需要長期看護狀態持續，可終身領取長期看護保險年金。
- (3) 一次給付與年金併給型：被保險人發生需要長期看護狀態時保險公司給付「介護一時金」（一次給付），第二年之後若需要長期看護狀態持續，則保險公司開始給長期看護保險年金。至於長期看護保險年金的領取期間與（2）相同。

此外，「長期看護保險」商品依保險期間的不同可分為「定期型」與「終身型」兩種。此外「終身型」的長期看護保險其保險費的繳納可再區分為「定期」、「終身」、及躉繳三種（圖 3-19）。

圖 3-19：長期照護保險保險期間



(3) 癌症保險

癌症保險是以癌症為保險事故之保險，主要是為補償被保險人罹患癌症後所可能發生之龐大醫療費用。癌症保險依照保險期間區分，可分為定期型與終

身型兩大類，定期型商品原則上會自動更新契約。主要給付包括（1）癌症住院保險金、（2）癌症手術保險金、（3）初次罹患癌症保險金、（4）出院療養保險金、（5）癌症死亡保險金、（6）死亡保險金與（7）其他給付，如癌症門診保險金等。

（4）特定疾病保障保險

特定疾病保障保險是指被保險人罹患癌症、急性心肌梗塞與腦中風等三大成人病時，可領取與死亡保險金同額的「特定疾病保障保險金」。保險期間區分，可分為定期型與終身型兩大類，定期型商品原則上會自動更新契約。

除了特定疾病保障保險之外，具壽險生前給付概念的商品尚有「重度慢性疾患保障保險」與「重度障害保障保險」。前者是針對被保險人罹患重度高血壓、重度糖尿病以及肝硬化等契約所定的重度慢性疾病時，提前領取與死亡保險金同額的「重度慢性疾患保障保險金」；後者則是被保險人遭受身體 14 部位（眼、耳、上下肢、呼吸器、心臟、肝臟等）的重度殘障時，提前領取與死亡保險金同額的「重度障害保障保險金」。

（5）所得補償保險（就業不能保障保險）

所得補償保險在日本保險分類上屬於產險公司的商品，在壽險公司稱為「就業不能保障保險」，即台灣所稱的「失能收入保險」。其主要保障因傷病而無法繼續工作時的所得損失。保險給付以「就業不能保險金」為主，因傷病事故而導致失能，於免責期之後開始給付。相較於其他種類的健康保險，所得補償保險在日本保險市場上仍然不普遍。

2.商業健康保險市場概況

日本商業健康保險市場的發展最早是由 AFLAC（American Family Life Assurance Company of

Columbus) 在 1974 年所推出的癌症保險。在 2000 年之前外國保險公司為日本的健康保險市場的主要供給者（主契約商品），日本本土的壽險公司僅提供壽險的附約商品，為一寡占市場。自 2001 年起日本國內的產壽險公司才得以經營健康保險。從日本健康保險市場的發展歷史、商品結構與具有普遍社會健康保險制度架構來看，日本健康保險市場與台灣市場的相似度極高。

首先就健康保險商品架構而言，2005 年度末的有效契約中，醫療保險、癌症保險是主要的商品，各占壽險契約總數的 14.4%與 16.1%（表 3-19）。健康保險的主契約件數（包括醫療保險、癌症保險與長期照護保險）超過壽險有效契約總件數的 30%。

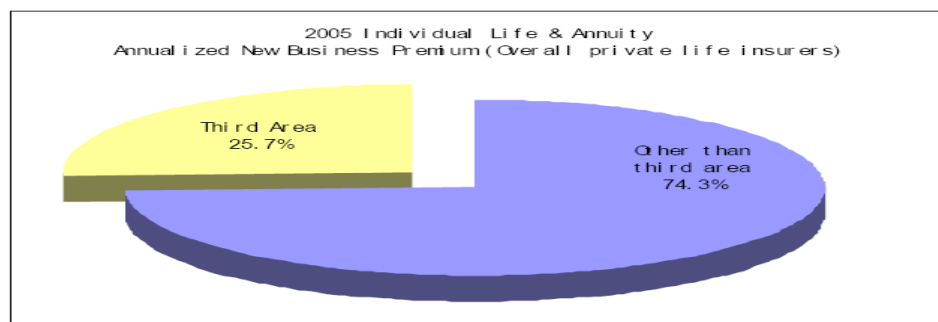
表 3-19：2005 年度健康保險有效契約

	有效契約件數	比重 (%)
醫療保險	15,860,000	14.4%
癌症保險	17,750,000	16.1%
長期照護保險	2,030,000	1.8%
壽險契約總件數	109,990,000	100.0%

資料來源：Milliman 顧問公司。

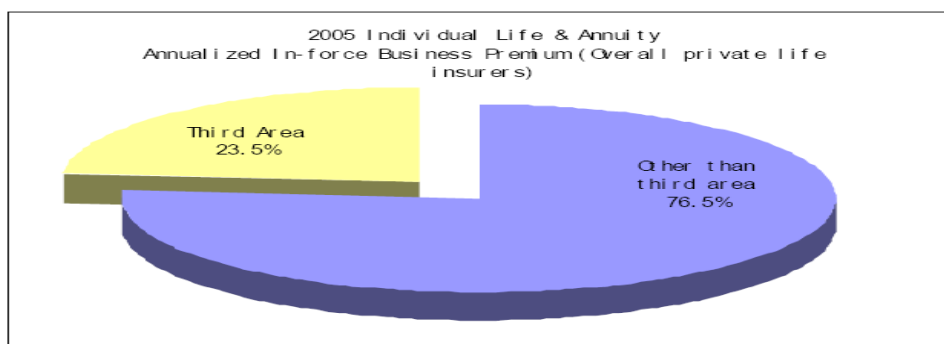
2005 年度的新契約保費收入中，健康保險（包括附約）佔壽險業的年化保費收入之 25.7%（圖 3-20），較有效契約所佔的 23.5%來得高（圖 3-21），顯見健康保險在日本的壽險業中是一成長的市場。

圖 3-20：新契約保費收入



資料來源：Milliman 顧問公司。

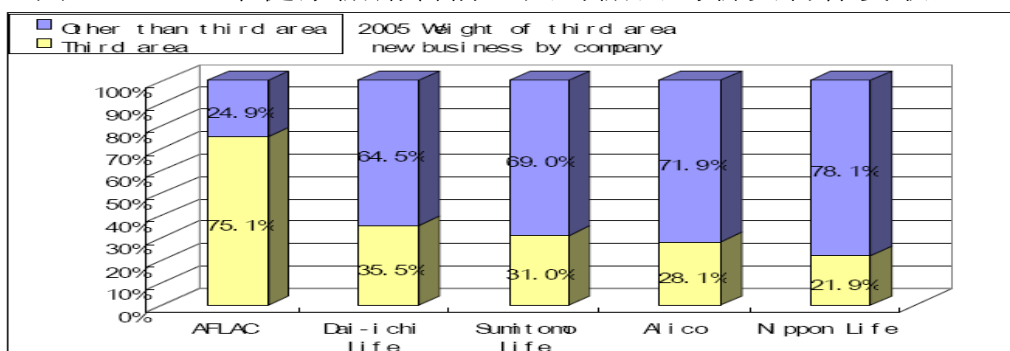
圖 3-21：有效契約保費收入



資料來源：Milliman 顧問公司。

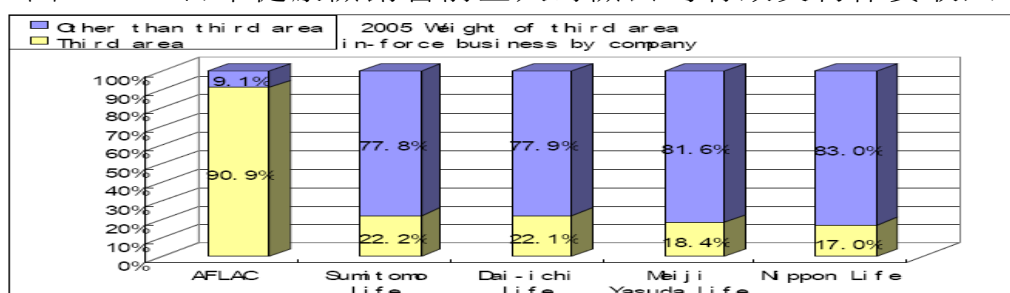
此外，2005 年度的新契約保費收入（包括附約）與有效契約保費收入（包括附約）的前五大壽險公司，亦可發現類似的情況。例如「住友生命」(Sumitomo Life)（圖 3-22），健康保險新契約保費收入佔所有商品的 31%，有效契約則占 22.2%（圖 3-23）。

圖 3-22：日本健康險銷售前五大壽險公司新契約保費收入



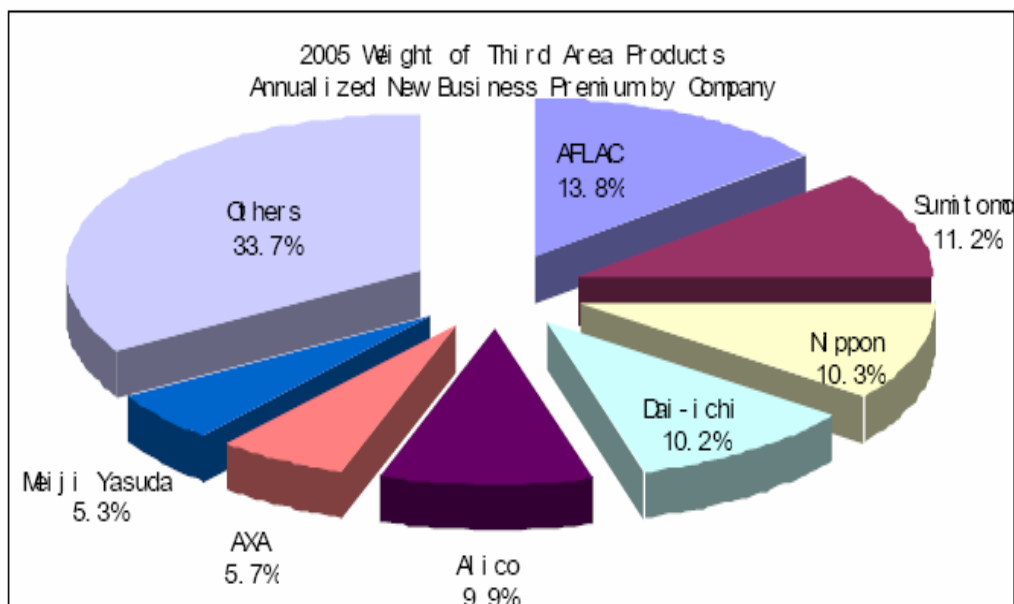
資料來源：Milliman 顧問公司。

圖 3-23：日本健康險銷售前五大壽險公司有效契約保費收入



資料來源：Milliman 顧問公司。

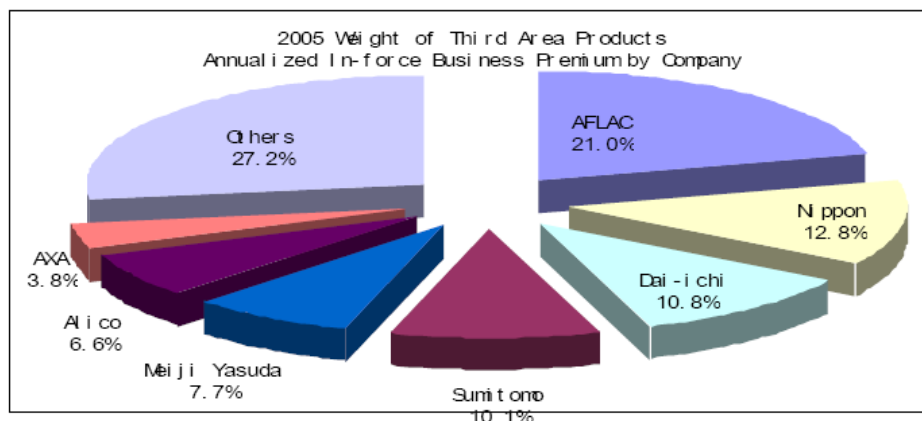
圖 3-24：日本健康保險新契約前七大壽險公司（保費收入基礎）



資料來源：Milliman 顧問公司。

就健康保險市場的參與者而言，圖 3-24 與圖 3-25 分別為健康保險（保費收入基礎）2005 年度的新契約與有效契約的前七大壽險公司，新契約的部份依序為 AFLAC（American Family Life Assurance Company of Columbus）（13.8%）、住友生命（11.2%）、日本生命（10.3%）、第一生命（10.2%）、Alico（9.9%）、AXA（5.7%）、明治安田生命（5.3%），此七家公司即佔壽險業界健康險市場新契約保費收入的 66.3%。而有效契約的部份依照佔有率的多寡依序為 AFLAC（American Family Life Assurance Company of Columbus）（21.0%）、日本生命（12.8%）、第一生命（10.8%）、住友生命（10.1%）、明治安田生命（7.7%）、Alico（6.8%）、AXA（3.8%），此七家公司共佔壽險業界健康險市場有效契約保費收入的 72.8%。無論是新契約或有效契約，以保費收入基礎來看，日本健康保險市場的前七大保險公司是相同的份子。

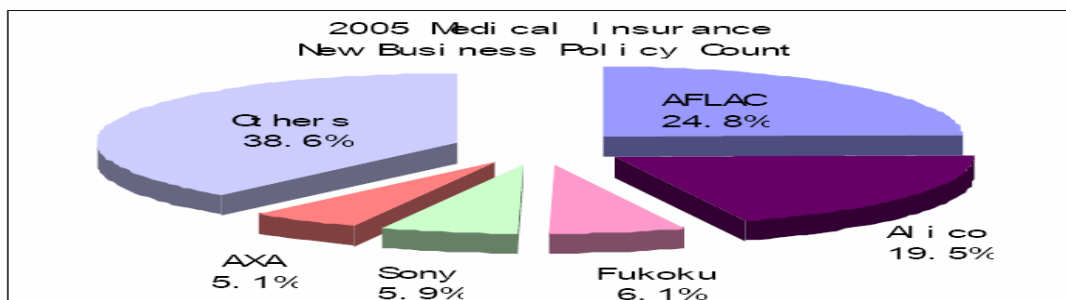
圖 3-25：日本健康保險有效契約前七大壽險公司（保費收入基礎）



資料來源：Milliman 顧問公司。

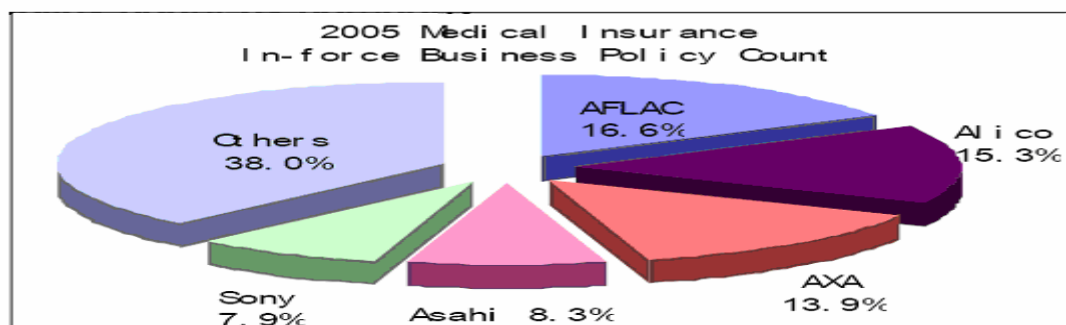
而若就醫療保險的契約件數基礎來看，可以看到外資保險公司在發展健康險的主契約商品上較日本本土的壽險公司來的強，前五大公司中就有三家為外資（AFLAC、Alico、AXA）（圖 3-26、圖 3-27）。至於癌症保險，同樣是以外資保險公司的成績較為搶眼，AFLAC 與 Alico 不論是在新契約或有效契約上皆分居第一位與第二位，兩家合計佔新契約件數的 66.6%、有效契約的 83.2%（圖 3-28、圖 3-29），居於壓倒性領先的地位。這與日本健康保險市場的發展歷史以及外資保險公司與日本本土保險公司在商品發展策略上不同有極大的關係。換言之，外資保險公司由於在日本健康市場上得以經營健康險主契約商品的歷史較久，且相較於壽險健康險的經營成本較低，因此外資保險公司通常將商品主力置於此；而日本本土壽險公司則提供較廣的商品線，且同時提供搭配壽險商品的健康險附約，使得其在健康險部份的表現較不突出。

圖 3-26：日本醫療保險新契約前五大壽險公司（契約件數基礎）



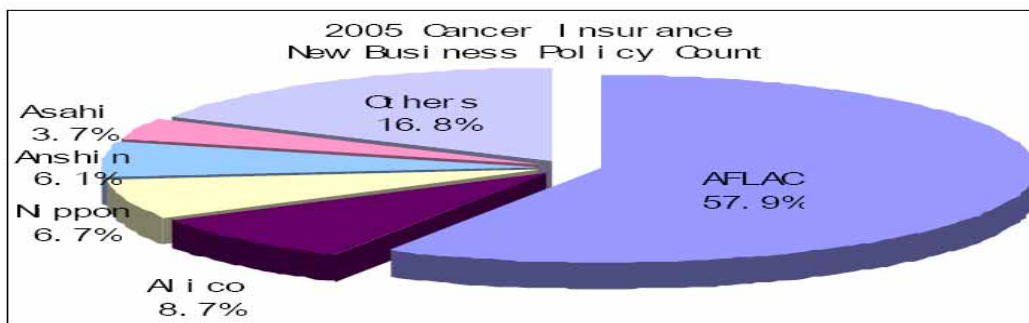
資料來源：Milliman 顧問公司。

圖 3-27：日本醫療保險有效契約前五大壽險公司（契約件數基礎）



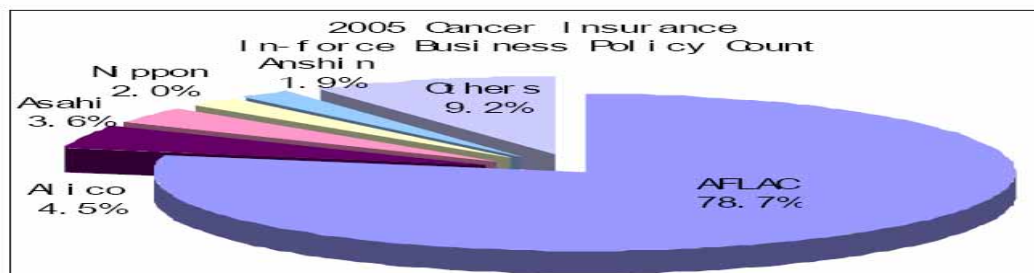
資料來源：Milliman 顧問公司。

圖 3-28：日本癌症保險新契約前五大壽險公司（契約件數基礎）



資料來源：Milliman 顧問公司。

圖 3-29：日本癌症保險有效契約前五大壽險公司（契約件數基礎）



資料來源：Milliman 顧問公司。

至於健康保險商品的損失率，就日本壽險業中健康險市占率最高的 AFLAC 而言，第三領域的平均水準為 39.5%，Alico Japan 則為 23.6%（表 3-20），業界的平均值亦在 30%左右。換言之，對保險公司而言，健康保險品為可獲利的商品。從表 3-21 日本某保險公司的 Ratio of morbidity gain to the gross premium 亦可得到佐證。

表 3-20：健康保險損失率（2006 年度）

	AFLAC	Alico Japan
第三領域	39.5%	23.6%
醫療	22.9%	20.7%
癌症	52.7%	49.91%
長期看護	11.0%	7.7%
其他	8.5%	10.6%

資料來源：AFLAC 與 Alico Japan 網站。

表 3-21：Ratio of morbidity gain to the gross premium

	Base Scenario ⁵⁵	Sensitivity1	Sensitivity2
Endowment	0.6%	0.3%	0.7%
Medical Insurance	44.2%	36.5%	51.8%
Sickness Hospitalization Rider	47.7%	37.5%	57.8%
Cancer Hospitalization Rider	10.4%	-9.7%	30.6%
Specified Sickness Rider	30.8%	16.9%	44.7%
Nursing Care Term Rider	22.1%	9.0%	35.2%

資料來源：Milliman 顧問公司。

3. 日本健康保險市場的發展趨勢與課題

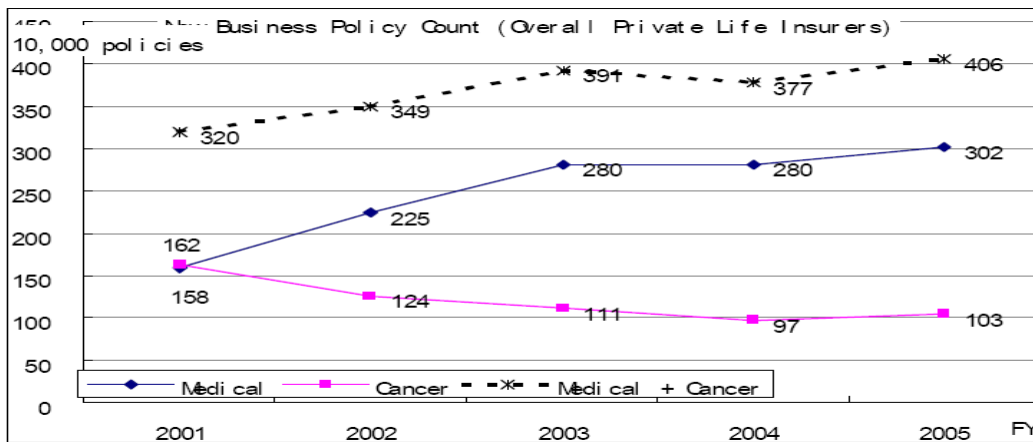
從 2001 年日本健康保險市場完全開放，即不論是日本本土的保險公司或外資保險公司、不論是產險公司或壽險公司皆得以經營健康保險，日本的健康保險市場進入了一個競爭激烈的新局面。觀察近年的發展，可將

⁵⁵ Base scenario：It is processed based on a life insurance company's past experience of similar products. Sensitivity scenario1：It is set for worse morbidity gain so that assumption of morbidity index accompanying benefits is 1.3 times. Sensitivity scenario2：It is set for better morbidity gain so that assumption of morbidity index accompanying benefits is 0.7 times.

日本健康保險市場的發展趨勢與課題歸納為以下四點。

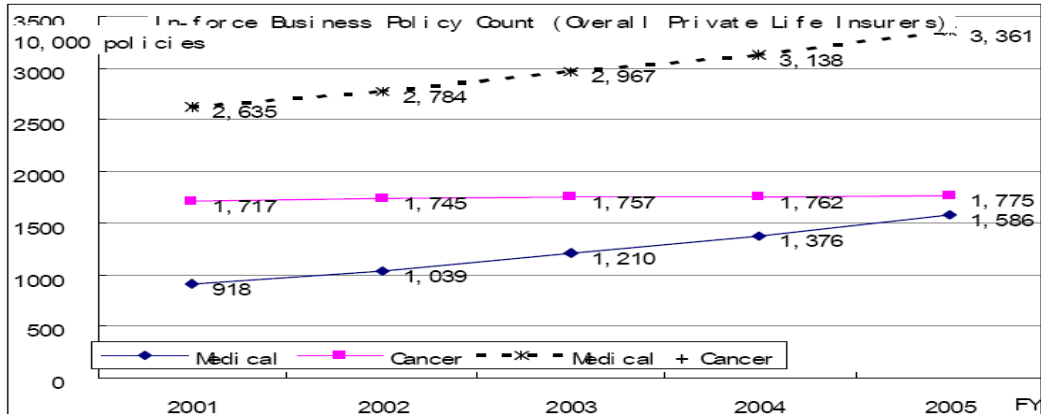
首先、若就健康保險的主契約商品做進一步的分析，雖然 2001 年至 2005 年間有效癌症保單契約量都一直多於有效醫療保單契約量（圖 3-31），但從圖 3-30 可看出，從 2002 年開始，醫療保險的新契約件數已超越癌症保險的新契約件數。換言之，健康保險（主契約）中，醫療保險已開始逐漸取代癌症保險的地位，成為最主要商品。

圖 3-30：醫療保險與癌症保險新契約歷年發展趨勢



資料來源：Milliman 顧問公司。

圖 3-31：醫療保險與癌症保險有效契約歷年發展趨勢

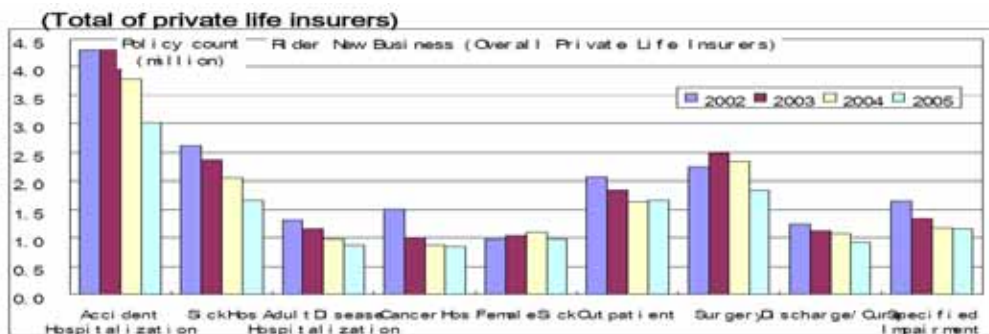


資料來源：Milliman 顧問公司。

其次、有關壽險契約附加健康險的市場，從圖 3-32、圖 3-33 可看出傳統市場上的主力商品，傷害住院附約與疾病住院附約件數有逐年下滑的趨勢。傷害住院

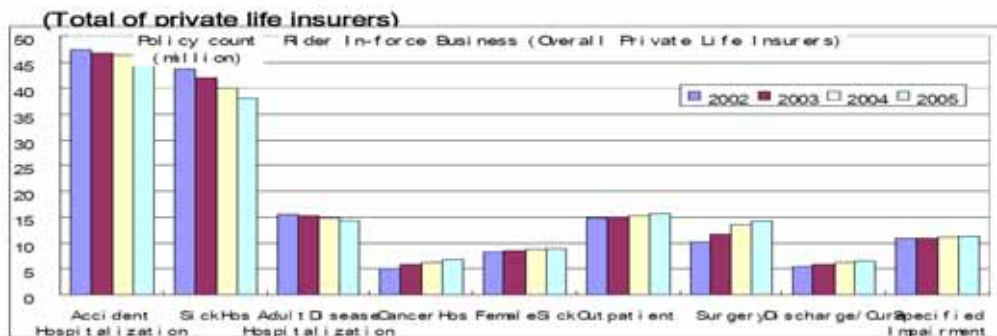
附約與疾病住院附約件數的減少反映了日本健康保險附約的二次發展趨勢：第一、傳統以壽險附約型式存在的傷害住院附約與疾病住院保險需求移轉至醫療險主契約，此點從圖 3-32 與圖 3-33 可得到印證；第二、傷害住院附約與疾病住院附約件數的減少，取而代之的是新種附約商品的出現，如出院後門診給付附約、成人疾病附約、癌症、手術給付附約等。此為保險公司因應消費者需求多樣化的重要商品策略。

圖 3-32：各種健康保險附約商品新契約發展趨勢



資料來源：Milliman 顧問公司。

圖 3-33：各種健康保險附約商品有效契約發展趨勢

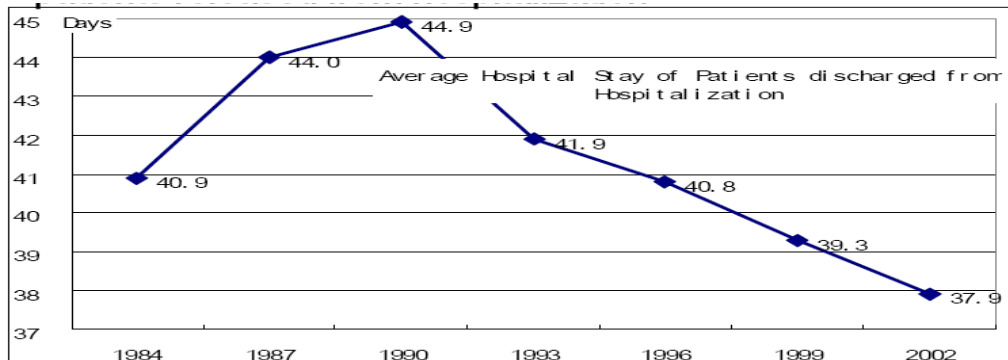


資料來源：Milliman 顧問公司。

第三、根據日本厚生省所做「病患調查」(Patient Surveys)顯示，從 1990 年到 2002 年平均的住院日數呈現下降的趨勢，從 44.9 天降為 37.9 天(圖 3-34)，且此下降趨勢仍持續進行中；而平均每十萬人的住院率亦從 1990 年的 1,214 人降到 2002 年 1,139 人(圖 3-35)。加上健康保險多為無解約金的設計，因此保險公司存在一定的解約利益。此外由於日本的健康保險商品以定額給付為主，因此通貨膨脹所帶來的風險有

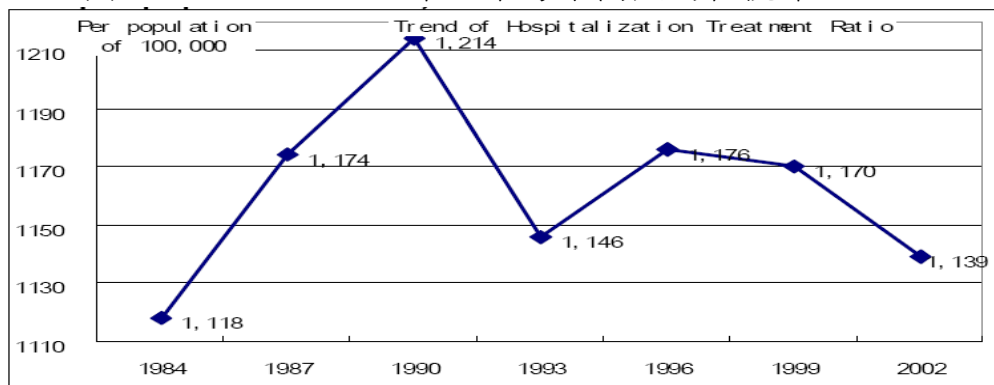
限。這三項皆是日本保險公司在經營長年期健康保險時相對有利的條件。

圖 3-34：1984-2002 年日本平均住院天數的推移



資料來源：日本厚生省 Patient Surveys。

圖 3-35：1984-2002 年日本每十萬人的住院率



資料來源：日本厚生省 Patient Surveys。

最後、在日本健康保險市場以終身型為主要的情況之下，長期間保險公司面臨著巨大的風險，主要包括以下五點：(1)健康檢查水準的提升促使疾病得以早期發現，早期治癒；(2) 某些特定疾病的就醫率出現倍數成長；(3) 健康保險的發展受政府的醫療政策及長期照護政策的影響極巨；(4) 短期契約在更新時蘊含著逆選擇的可能性；(5) 保戶預想外的行動，如將住院天數延至契約所訂的限度。上述因素都有可能使未來理賠超出合理預期，使得保險公司在做風險控管時必須將其納入考量。

第四節 小結

本研究以美、日、德為國外健康險商品之代表國家，主要考量因素為，德、日為少數保險市場上推出終身醫療費用保單的代表，除了於本章介紹德、日終身醫療保險之市場概況與發展趨勢外，並於第五章介紹有關費率調整機制之相關規範；同時，本研究以美國為歐美國家發展失能收入保險、長期看護保險以及重大疾病險 3 類長期醫療保險之代表，並同時於第五章介紹其有關短期保單之費率調整作法與相關規範。

彙整國外保單與發展沿革後發現，歐美國家之長期醫療保單主要以失能收入保險、長期看護保險以及重大疾病險為主，這類保單過去亦曾有終身保障與平準費率之設計(如 1980 年代初之失能收入保險)，然隨著市場競爭白熱化，保單設計與核保過於寬鬆，與損失率高於預期導致保單獲利率為負的狀況下，市場陸續採取停賣作法，業者遂以定期保單為主流，取代終身保障之保單。至於醫療費用保單，本研究目前僅發現有兩個國家有終身保障之險種，一為德國，其商業醫療費用保險平行於全民健保，為一替代性之商業保險；另一為日本，主要以定額保障為主，類似我國，於全民健保上僅發揮補充型功能。

針對各類健康險商品之定價錯誤之風險來源與商品保證之普遍性之研究，英國精算學會曾經分析各類險種，本研究將其發現彙整於表 3-22。表 3-22 中可發現，醫療費用保險(Medical Insurance)由於給付範圍涵蓋廣泛，資料不可信度與不精確性造成定價錯誤的機率極高，且因保單條款修改速度往往不及醫療科技發展速度或社會保險變遷的速度，因此定價錯誤似有提高的趨勢；失能收入保險亦同樣出現定價風險日漸增高的現象。另外，因為醫療診斷技術之進步，長期看護險、重大疾病與醫療費用保險在疾病定義的穩健度上令人擔心；而失能收入保險、長期看護險與醫療費用保險之發生率亦隨社會保險保障內容改變而需要及時檢討。根據英國精算學會統計，長期費率保證相對罕見，國外保單僅有 30%之失能收入保險與 60%之重大疾病險有費率保證，至於長期看護險與醫療費用保險則幾乎不存在費率保證之設計。

表 3-22：各類健康險種之定價錯誤因子與保證特色

		Disability Income	Critical Illness	LT Care	Medical Insurance
訂價錯誤來源 4 Key Sources of Pricing Error	Credibility	Med/Low	Med	Low	High
	Appropriateness	Medium	Med	Low	High
	Trend	Up	?	?	Up
	Shocks	Some	Many	?	Many
理賠疾病定義的 穩健性 Robustness of Definitions	against medical advances	Good	Poor	Poor	Poor
	against social change	Poor	Medium	Poor	Poor
保證的普遍性		30%	60%	Low	Low
保證成本		25%	10%	NA	NA

資料來源：本研究整理。?代表並未獲得一致性結論。

第四章 國外長年期健康保險商品之風險控管機制之運作方式、配套措施與可行性

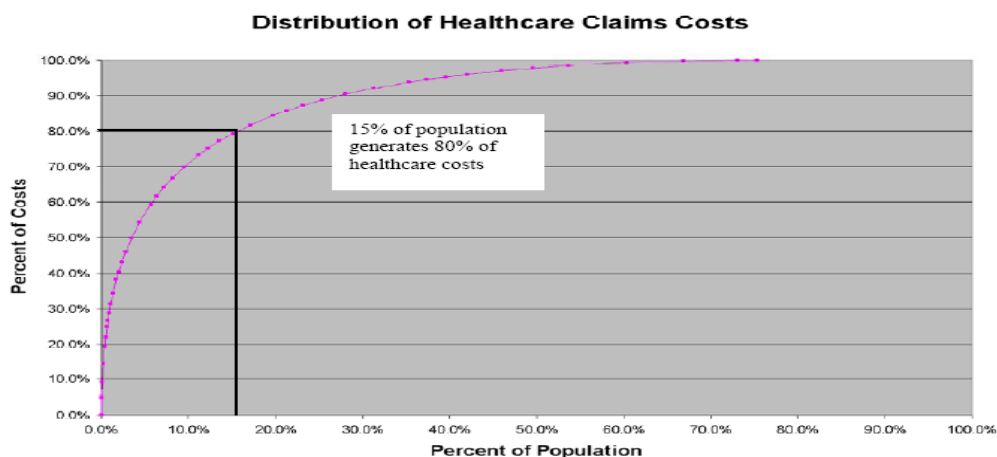
綜觀國內外經驗，保險公司針對健康險的風險控管機制分別從發單前與發單後的流程中調整進行。發單前控制機制有核保技術(含要保書問項)、保單設計(包括條款、費率調整機制、無理賠分紅、自負額等)；發單後的控制機制包括理賠程序與再保安排。由於各國控管機制與方法類似，因此本研究僅按發單前後之風控機制加以說明，而不再按產品別與國別加以說明。

第一節 發單前風險控管機制

(一)、核保技術與工具

為使保單具有市場競爭力且有獲利空間，核保技術是經營健康險重要的關鍵工具。綜觀國外市場，核保人員所使用的核保工具大同小異，但如何使用，卻因法規、資訊量等而有很大不同。醫學核保技術之所以重要主要乃是因為醫療照護成本因人口特徵不同有很大的差異，而且醫療費用具有集中於少數人口的現象。根據 Milliman 顧問公司所做的調查(Milliman Health Cost Guidelines)，15%的保戶耗費 80%的醫療成本，如圖 4-1 所示。有效的醫療核保可以抑制保險公司逆選擇情形。保險公司若相對承保較高比例的弱體，費率相對較高，在此情形下願意購買該公司保單者多為相對高風險者，惡性循環下財務體質的受損程度不可忽略，核保對醫療保險經營的重要性即在此。

圖 4-1：醫療照護成本分配圖



資料來源：Medical Underwriting: Approaches and Regulatory Restrictions, Milliman Global.

核保技術基本上包括，(1)拒保(Denial)—只要法律許可，拒保對保險公司而言風險最低；(2)列入除外(Rider Out Conditions)—排除某些疾病下保險公司不擔負理賠的責任。除外設計可以是一定年限內列入除外或終身除外；(3)次標準體承保(Rating Class)—只要額外附加的保費不至於高到使保險公司內部產生逆選擇的現象，次標承保不失為有效的核保技術之一，一般而言，次標費率通常不多於標準體費率的 200%；(4)既往症的限制(Pre-Existing Condition Limitations)--被保人在保單有效前即存有的身體疾病，可以不在保險公司的給付責任內。但一般既往症限制必須有時間效力，意指或者是契約簽訂後一段期間內方才免除理賠責任，或者是契約簽訂前一定期間內曾接受過診療的疾病方可於契約啟動後免除理賠責任；有些保險公司則約定僅在要保書上未揭露的狀況才視為不在理賠範圍內的既往症，藉此鼓勵保戶充分告知。國外有些醫療保單按核保寬鬆分為兩類，一類理賠範圍涵蓋既往症(只要保戶充分告知)但費率較高，但限制既往症最高理賠金額，另一類既往症不列入理賠範圍。

就美國經驗，核保經驗因個人或小團體而有很大的差異性。就個人保單而言，如果被保險人過去無任何醫療保險核保紀錄，法律上核保人員可按判斷採行以上各種核保技巧，包括拒保、列入除外、次標準體承保，或承保前 12 個月的既往症與承保後 12 個月的補償開始等

待期限限制。若被保險人過去有良好的核保紀錄，法律上核保人員僅能採行次標準體承保。另外，若被保人再次投保前若曾有過任何保險公司至少 62 天的投保紀錄，再次投保時核保人員必須將前次投保的補償開始等待期併入最新一次補償開始等待期的計算裡。

美國聯邦政府於 1996 年通過了 HIPAA 法(Health Insurance Portability and Accountability Act)，根據該法，喪失了雇主提供的團體健康保險的合格個人可於 COBRA(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)⁵⁶ 延展期間結束後的 63 天內申請 HIPAA 個人保單，原保險公司不可因個人健康因素拒絕承保。所謂喪失了雇主提供的團體健康保險的合格個人意指：(1)之前參加雇主提供的團體健康保險至少 18 個月，該團體健康保險亦受規範於涵蓋 COBRA 相關條款；(2)享有之 COBRA 最長之延展期間已結束者；(3)不適格參加其他團體健康險，如 Medicare 等之個人；(4)並非因不繳交保費造成原有保單失效者。

任何就小團體而言，若 3 人以上的團體，聯邦法律要求核保人員不可採行除外或既往症補償開始等待期最多只能有 6 個月。另外，若被保人再次投保前若曾有過至少 180 天的團體健康險之投保紀錄，再次投保時核保人員必須將前次投保的除外期併入最新一次期間的計算裡。監理機關另外要求小團體(2~50 人)費率變動的範疇必須在基準費率一定百分比以下。就巴西經驗而言，若保戶充分揭露醫療狀況，核保人員僅能有兩種核保選擇，一為次標加價但保障全面，二為標準費率承保但 24 個月內列入除外理賠。保險公司在第一種選擇下暴露於極高的逆選擇風險下，因為保戶可能因為需要立即性的開刀而前來投保，繳交幾個月保費後獲取理賠金後，隨即辦理解約，再高的次標費率都無法彌補逆選擇的成本。就英國經驗而言，許多保險公司多採批註方式免除某些狀況下理賠責任；亦有次標加價方式以及 5 年回溯期間與 2 年未來期間既往症的限制。另以香港為例，保

⁵⁶ 按 COBRA 規定，雇員如果是因為離職或轉為部份工時制，原有的團體健康保險可以無條件延展 18 個月。

戶若有不實告知行爲，保險公司即無需擔負理賠責任，核保人員可以加以拒保；同時既往症亦因病因不同而有不同除外期間限制，例如，腎結石、胃潰瘍與皮膚腫瘤之既往症除外期間達 6 個月，白內障、器官腫瘤除外期間達 12 個月，而 AIDS 除外期間達 5 年。

核保人員最主要依賴之核保工具即是要保書與健康調查問卷。要保書多具 3 個部份，分別爲「基本資料」、「告知事項」與「聲明事項」等。「基本資料」主要記載要保人、被保險人及受益人之基本資料，保單條款中規定須由要保人選擇之項目亦列入基本資料中。「告知事項」係指對被保險人職業、身體狀況等之書面詢問事項，如健康檢查是否有發現異樣情形、是否接受過醫師診療或用藥，是否住院一定天數以上，以及是否患有特殊疾病等。至於「聲明事項」則是指要保人或被保險人授權及同意事項等。核保人員並可據此申調病歷或聯絡醫療院所，並連線同業查詢保戶投保狀況。另外保單條款中多有約定，要保人故意隱匿遺漏或不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險公司可以解除契約。但國外經驗顯示，即使保險公司具有解除契約之權力，但肇因於(1)保戶不自覺某些疾病的存在，(2)公司之公關形象而少主動行使該項權利。

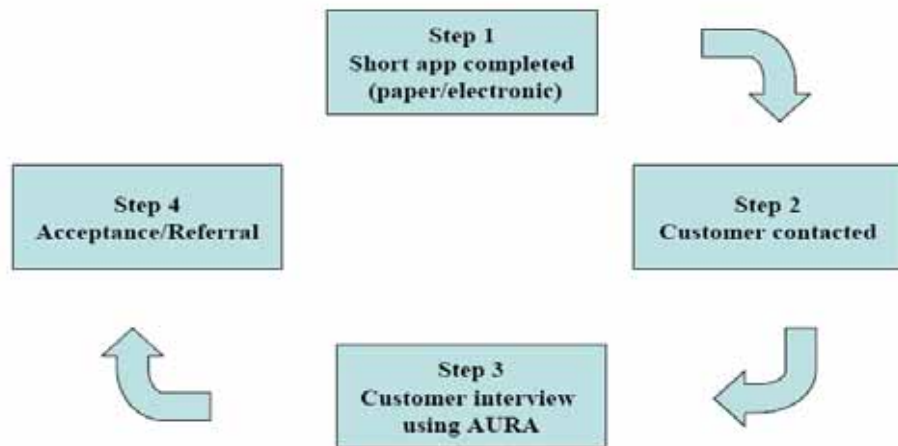
綜觀國外各保險公司，其要保書設計乃針對不同險種與保單而有不同之間項，以符合具以判析核保條件之依據。

以美國一般住院或門診醫療險爲例，「告知事項」第一大區塊爲要保人之健康歷史(health history)，詢問項目包括要保人過去 10 年是否因右列各系統尋求醫療諮詢、就醫或住院，涵蓋之項目共有 15 項，包括：眼耳鼻喉狀況、皮膚狀況、肌肉骨骼、呼吸系統、消化系統、泌尿系統、心臟與心血系統、新陳代謝系統、腦神經系統、男女性生殖系統、精神行爲體系、癌症腫瘤、生產缺陷與其他，各大系統下並明示各類疾病名稱以易辨識。「告知事項」之第二大區塊明列 10~15 多各類健康相關問題，要保人要針對各類問題回答是或否，並同時

回答有關使用頻率或時間等細節問題，主要詢問之問題有，是否非法使用毒品、是否因酗酒接受治療、近 2 年是否抽菸或其他菸草品、近 2 年是否持續使用處方藥？是否為器官(骨髓移植)捐贈者或被捐贈者？「告知事項」之第三大區塊又細分成，(1)針對「告知事項」之第一與第二區塊中要保人回答是的部份，有關時間、疾病內涵、就醫狀況與體能限制與復原程度的揭露，(2)最近 2 年服用的處方用藥，包括藥物名稱、劑量與服用頻率與服用原因，(3)詳列所有醫事諮詢人員的名字與地址，(4)詳列最近就診紀錄，包括就診原因、就診時間、診療結果。綜觀其要保書可發現其問項內容主要針對醫療保險，問題相當完整。

若以長期看護險為例的話，其核保哲學與其他醫療險存有極大差異，要保書的問項應適度調整，涵蓋之問題應包括有：(1)身體狀況、(2)精神狀態、(3)健康記錄、(4)生活型態、(5)社交狀況、(6)日常起居活動狀態，與(7)經濟狀況。風險篩選的方式除了透過要保書外，亦須透過調病歷、電話訪談，與面對面訪談等方式達到。其中，電話訪談是最普遍的風險篩檢方式，80%的保險公司透過電話訪談作為風險控管機制之一，圖 4-2 為 AXA 保險公司電話核保訪談的流程圖。AXA 採取精簡要保書的作法，然增加電話與線上作業系統訪談潛在保戶的核保流程，最後再決定是否承保。根據 AXA 統計，此一線上核保作業因此過濾掉 20%保戶，而其中一半的保戶在其要保書上蓄意隱匿實情。調病歷則是保險公司視為第二個有價值的風險篩檢工具，50%以上的保險公司會調取 5 年內之病歷，而國外經驗亦顯示，75%的拒保件來自於調病歷或其他醫學記錄中的異常發現。面對面訪談亦是大多數保險公司內部的風險篩檢工具，其價值與重要性遠高於電話訪談與調病歷，而國外經驗亦顯示，12%的拒保件是由此方式篩檢出來的。

圖 4-2：AXA 保險公司核保流程⁵⁷



(二)、保單設計

1. 稅賦優惠之高自負額保單(High Deductible Health Plan, HDHP)

美國近幾年來大力推出所謂的高自負額保單，只要個人保單年自負額 US\$1,100 以上，或家庭保單年自負額達 US\$2,200 以上⁵⁸，即可視為享有稅賦優惠的 HDHP。按此保單，除非是預防性的醫療費用由保險公司承擔，否則醫療照護費用未超過自負額時，保險公司無須支付任何醫療衍生費用。HDHP 通常與美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 推動的醫療儲蓄帳戶 (Health Saving Account, HSA) 或醫療支付帳戶 (Health Reimbursement Account, HRA)⁵⁹ 結合操作，保戶只要未達 65 歲，即尚未享有 Medicare 醫療照護前，都可透過職場或個人開立醫療儲蓄或醫療支付帳戶。HDHP 結合 HAS 或 HRA 的主要的目的就是透過稅負誘因，令保戶在醫療費用分擔中，於醫療使用者、醫療服務提供者與費用支付者的三角關係中扮演一個主動關鍵性的角

⁵⁷ 資料來源：Quicly, Safely, the Challenge of Modern Underwriting, the Actuarial Profession, UK.

⁵⁸ 2007 年的數字，自負額門檻每年調整。

⁵⁹ HSA 與 HRA 最主要的差異為 HRA 多為雇主提繳保費，因此當被保員工離職時，該保單與帳戶內金額不可攜帶；相對的，HAS 為可攜帶的帳戶，員工即使離職，只要新雇主或員工繼續提繳保費，該帳戶與保單權益仍屬於員工。

色，希冀透過保戶控制帳戶預算的方式，促使保戶醫療行為趨於合理化，抑止醫師或醫療院所提供過度的醫療服務造成費用浪費和上漲或醫院與保戶串聯進行醫療詐欺的惡性行為，所以屬於消費者導向的醫療保單 (Consumer-Driver Healthcare, CDHC)。

HDHP 結合 HAS 或 HRA 的稅賦優惠有四項：(1)每年提撥到醫療帳戶的保費視為稅前薪資不納入當年所得，每年可提的最高金額為個人保單 US\$2,850，家庭保單 US\$5,650；若保戶年滿 55 歲，每年尚可加提 US\$800⁶⁰，若當年度未有多餘資金提足保費，保戶可累積到下一年度增提(rollover)；(2)保單帳戶孳息遞延課稅；(3)只要是醫療支出，帳戶內支出的費用不計納所得稅；(4)當保戶達 65 歲時，HDHP 不再接受保費，保單效力終止，HSA 累積的資金可以任意提領，提領時只需扣繳當時適用的所得稅率。

在醫療費用高漲與保險公司醫療風險控管迫切的情形下，CDHC 形式的保單預估成為未來市場主流。保險公司亦積極透過「誘因機制」(Rewards for Action)，強化保戶合理的醫療消費行為。舉例而言，若保戶註冊保險公司提供的線上慢性病照護管理課程，或就醫之前尋求保險公司的醫療諮詢，保險公司即透過現金紅利回饋嘉惠保戶。

2. 醫療費用支付方式由預付制取代後付制

改變醫療費用的支付方式亦是國外健康險保險人的風險控管機制之一。

在醫療費用支付的過程中，醫院是醫療服務的提供方，掌握著醫療費用支出的決定權；被保險人是醫療保險受益人，在醫院服務下診治疾病、接受治療和手術；保險人是醫療費用支付者，按照醫療費用計算理賠金。醫療費用支付若發生在醫療使用之前，稱為預付制，若發生在醫療使用之後，稱為後付制。按預付制，保險公司按一定的支付標準，預先支付醫療費用給指定醫院；

⁶⁰ 2007 年的數字，上限額度每年調整。

按後付制，保險公司乃於保戶接受完醫療照護後，依其醫療費用收據支付保險金。後付制是商業保險公司傳統的、運用最廣泛的支付方式。在此付費方式下，保險公司作為第三方付費者，是醫療費用風險的主要承擔人。醫療院所為增加收入，存在誘因增加保戶醫療消費水準、提供過度的醫療服務，並提供被保險人接受超出實際醫療需求的昂貴醫事檢查或服務。

隨著實踐經驗的積累，後付制的缺陷逐一出現。單一後付制逐步被國內外醫療保險所淘汰，取而代之的是預付制和組合性方式，如美國 HMO、PPO 或 POS 管理照護系統(managed care system)財務支付形式的產生。其最主要的動機即是促使商業保險公司與醫院之間形成自然的相互制約的管理式關係。

預付制可實行以下幾種形式：按總額預算付費、按人頭付費、按病種付費和組合性支付方式。總額預算制是保險公司在通盤考慮醫院對被保險人提供的服務數量、品質和上年度預算執行情況以及通貨膨脹因素等情況下，按預算計畫預先支付醫院固定經費的方式。按人頭支付是指保險公司按照與醫院簽訂合同規定的時間，以醫院服務的被保險人數和規定的收費標準，預先支付一筆固定的服務費用。在此期間，醫院和醫生負責提供合同規定的一切醫療服務，不再另行收費。組合性方式是將不同的支付方式混合使用，充分利用每一種支付方式的優點，遏制各自的缺點，以達到支付方式的最優化。通常可選擇一種方式為主、多種方式結合使用的結算方式。預付制下的保險公司很少對個人直接賠付醫療保險金，而是將醫療保險金支付給定點醫院，與醫院之間建立結算和補償的關係。其優勢有三：一是簡化理賠手續和流程；二是保險公司對醫院可直接相互溝通和聯繫；三是管理方式由被動到主動，商業保險公司與醫療機構之間建立了相互制約和監督機制。

3. 精算假設保守謹慎及進行趨勢分析(Trend Analysis)

以德國為例，其預定利率上限為 3.5%，contingency margin 至少為保費的 5%。各種罹病率與發生率等都根據大量有效保單之統計資料加以趨勢分析研擬，並採主管機關定時公告之發生率提存準備金，最後由簽證精算師(Appointed Actuary)負責率最後適足責任，各項假設並須報主管機關。此外，針對醫療資源使用頻率與成本上漲率的趨勢分析亦為保險公司發單前的分析項目。表 4-1 即為英國對於短期趨勢分析的示例，發單前針對住院衍生之醫療費用、出院門診相關費用以及海外就醫等費用與使用率逐一細項分析，並確實反應於保單公平費率之中。

表 4-1：短期醫療費用之趨勢分析示例

Appendix D provides an example of the results from a typical risk cost mode for U.K. medical expenses insurance.

Risk cost component	Year Y	Utilization	Cost	Year Y+1
	(£)	increase (%)	increase (%)	(£)
In-patient charges:				
Hospital accommodation	35.40	2.0	10.0	39.70
Theatre fees	5.90	2.5	12.0	6.80
Other hospital charges	3.20	2.5	12.0	3.70
Surgeon's fees	16.00	2.0	8.0	17.60
Anaesthetist's fees	6.90	2.0	8.0	7.60
Drugs and dressings	3.60	2.5	20.0	4.40
	<hr/>			<hr/>
	71.0			79.80
In-patient physician's services	4.50	1.5	8.0	4.90
Out-patient consultations	17.00	4.0	8.0	19.10
NHS cash benefits	3.00	.0	.0	3.00
Overseas claims	1.00	1.0	10.0	1.10
Psychiatric illness	3.50	1.0	10.0	3.90
	<hr/>			<hr/>
	100.00			111.80

The expected increase in risk costs was estimated to be 11.8% per annum.

資料來源：Medical Expenses Insurance, JIA 115(1988)

4. 保費調整機制

國外如德、日銷售長年期平準費率醫療險的保險公司，為控制醫療技術改變對醫療費用的影響與經濟環境改變對醫療費用的衝擊，保單上皆明白列式有關費率調整機制的權益義務條款，以下分別就調整原理、計算公式與要保書上文字說明分述之。

(1) 調整原理

以德國為例說明。德國之法定健保提供終身醫療保障，此終身保障之契約價值在被保險人身體狀況惡化或老化以及醫療費用提高時顯得更加重要。於此基礎下，法定健保之替代性商業健康保險也必須同樣提供終身醫療保障方可獲准經營。在此規範下，即使醫療成本不斷攀升或被保險人身罹重病，保險契約仍不能僅續保至特定年齡即停止保障。

既然民營商業健康保險拋棄了撤銷契約降低保障範圍的權利，為確保長期財務安全，商業健康保險公司具備二大風險管理機制可以使用：首先，保險公司有權利進行費率調整，其次，保險公司必須維持風險適中的投保團體，唯有如此，風險適中的投保團體所繳交之保費收入方足以支應健康狀況不佳者所衍生之高醫療成本支出。因此，保險公司於費率調整之際，必須避免健康狀況良好者離開而健康狀況不佳者繼續留下來的情形發生。

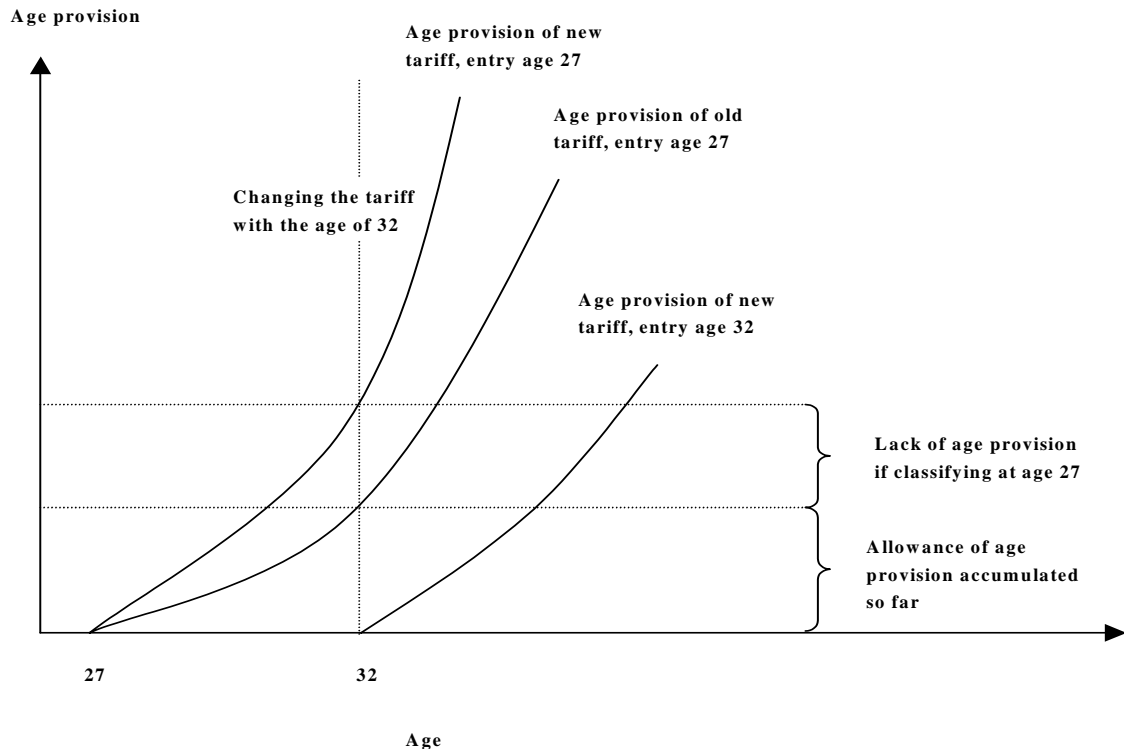
然而，保險公司調整費率的逆選擇情形似乎無法完全避免。健康狀況不佳者為避免支付新保險公司較高的費率，一般會繼續留下來，相對的，當新保險公司提供較優惠的費率時，健康狀況良好的被保險人就會選擇離開。因此每當保險公司進行費率調整時，保戶無可避免地會進行比較，而一旦健康狀況良好者離開而健康狀況不佳者繼續留下來的情形發生，保險公司就必須進一步提高費率，如此一來，逆選擇的風險就會持續下去。針對此逆選擇的風險，在保險公司不能撤銷契約之狀況下，邏輯上的解決方法就是同時取消保戶解約的權利，然而於法令限制下，此解決方法並不可行。因此，為有效降低保戶變更保險公司，費率調整須以被保險人之加入年齡計算，如此一來，當保險契約持續數年之後，其他保險公司所提供之新費率必然高於其原契約之調整後費率，又因私人商業健康保險沒有提供解約金，健康狀況良好者就相對減少了費率優惠而

離開原保險公司的誘因。

保險公司費率調整機制在德國既屬於強制性的規定。根據法令規範，保險公司需每年持續監控實際理賠金額，當實際理賠金額與預期理賠金額之變動幅度超過事先約定幅度時，保險公司需重新檢視現行費率的適足性，且於必要的情形之下進行費率調整。同時，為保障保戶的權益，避免保險公司任意進行費率調整，只有在外部獨立的受託精算單位同意之下，保險公司方可進行費率調整。

調整之保費係依照進行保費調整時到達年齡計算新計算基礎下之保費，再扣除費率調整時累積保單價值年金化之金額。進行費率調整時，全數累積保單價值皆應納入計算所應抵扣金額，同時轉換為年度抵扣金額應採用調整時新的計算基礎。雖然許多保戶希望以新的計算基礎計算累積保單價值，然而如此會造成累積保單價值的不足，故此期望無法落實，詳如圖 4-3 顯示：

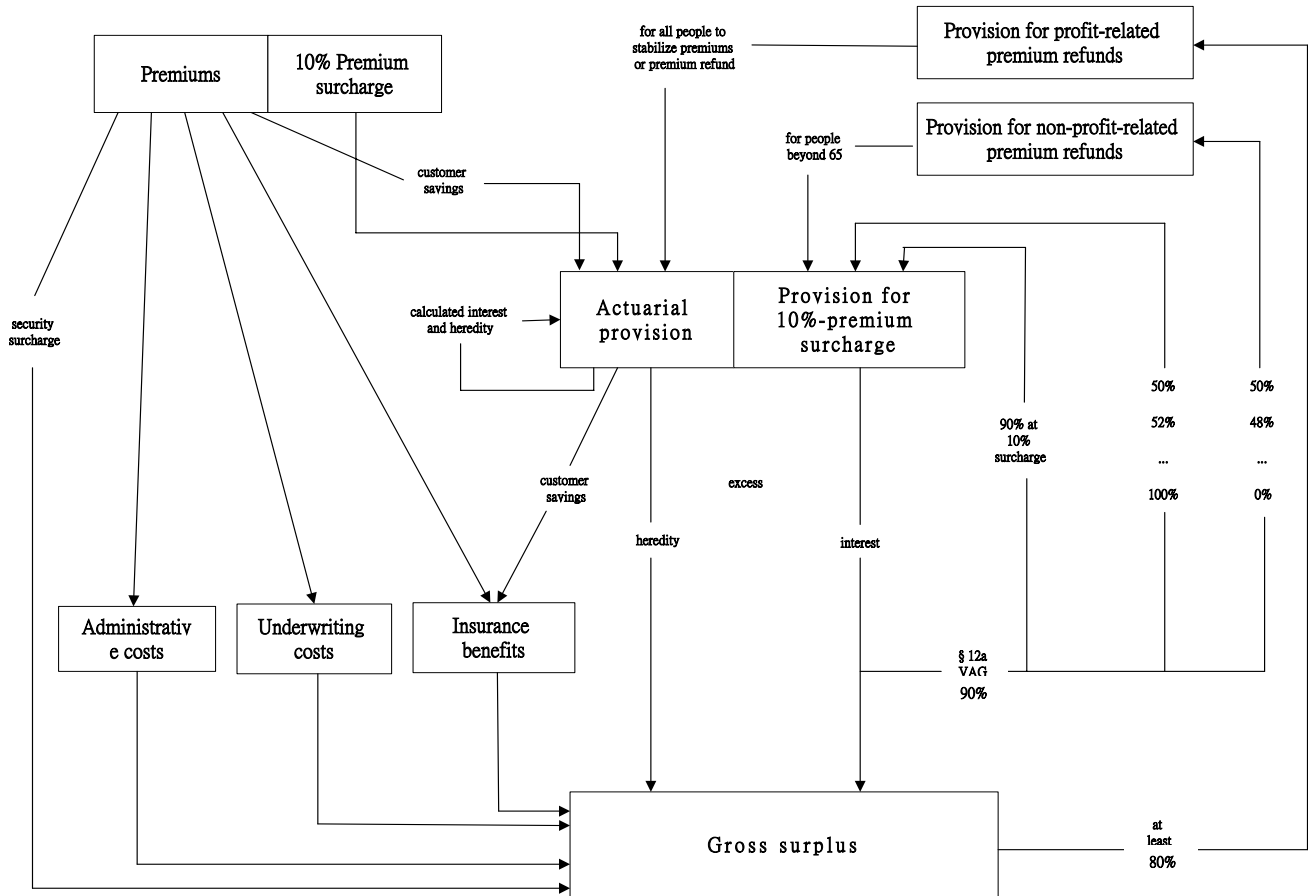
圖 4-3：費率調整時之準備金缺口



資料來源：Adjustmnet in fully-funded system, Deutsche Krankenversicherung, AG

費率調整時年老者相較於年輕者受到較大影響，故有各項機制以降低年老者之費率波動，運作方式如圖 4-4 所示：

圖 4-4：費率調整時降低年老者衝擊之作法



資料來源：Adjustmnet in fully-funded system, Deutsche Krankenversicherung, AG

上述機制說明如下：

(a) 增收 10% 保費 (provision of 10% premium surcharge)：

保戶於 60 歲以前每年需增收 10%保費，增收保費係抵扣未來老年時之保費增加時之用，此增收之 10%保費同時提高了保單價值準備金。

(b)增提準備金(additional provision)及非關利源之保費回饋準備金(provision for non-profit-related premium refund)：

保險公司應每年將保單價值準備金所產生之利息收入部份回饋給保戶，回饋之金額為實際報酬率超過預定利率產生之投資收益的90%。該筆回饋資金主要用來累積增提準備金(additional provision)，被保險人到達65歲後，增提準備金將用以支應費率調整時增加的保費，不足支付全數增加的保費時則用以支付部份增加的保費。剩餘回饋金額被累積至非保費回饋準備金(provision for non-profit-related premium refund)，作為現齡超過65歲者費率提高時用以扣抵保費。

(c)利源相關之保費回饋準備金(provision for profit-related premium refund)：

保守的精算假設通常會產生利源。利源的來源來自於5%-10%的危險附加費用率(contingency loading)以及實際報酬率超過預定利率產生之收益。總體而言，根據實務作法，至少80%盈餘會依照法令規定或公司特定方法分配給保戶。分配給保戶之盈餘累積至利源相關之保費回饋準備金(provision for premium refund)，用以降低費率調整的影響。於費率調整時，當保費增加數超過事先約定百分比時，單筆保費由保費回饋準備金(provision for premium refund)轉移至保單價值準備金⁶¹。另一種分配保費回饋準備金(provision for premium refund)的方式係直接支付現金，參與支付現金者須符合特定標準，例如退還保費當年度無理賠發生。

(2) 計算說明

⁶¹會計科目處理方式，基本上為借方：保費回饋準備金(provision for profit-related premium refund)，貸方：保單價值準備金(actuarial provision)；借方：非保費回饋準備金(provision for non-profit-related premium refund)，貸方：保單價值準備金(actuarial provision)。

按上述原理，保險公司可於每一會計年度期末，依當時取得之各項變因之最新資料，計算各性別及年齡組之各經過保單年度的未來保險給付現值、到達年齡時之年金因子與新純費率，檢視各樣本是否達於保費調整啓動標準⁶²。若有部分樣本達於保費調整啓動標準時，保險公司得就達於標準之樣本組內依各性別、年齡、經過保單年度試算新費率，提報主管機關審核，同時，保險公司亦可因經驗資料更新頻率，選擇於保單條款揭露費率調整之上限爲(若資料更新頻率較高，上限訂立較低，如 10%~15%；若資料更新頻率較低，上限訂立較高，如 30%)。此一作法不但可以有效啓動保險公司風險控管機制，且因設有上限而解除保戶對保費調整之疑慮。以上所式，計算公式如下：

A. 費率調整公式：

$$NPADD_{x+t} = NP_{x+t}^{NEW} - NP_x - V_x / \ddot{a}_{x+t:n-t}^{NEW}$$

$$GPADD_{x+t} = NPADD_{x+t} / (1-L)$$

其中

$NPADD_{x+t}$ ：x+t 歲進行費率調整時之純保費調整數。

$NP_{x+t}^{NEW} = PVFB_{x+t}^{NEW} / \ddot{a}_{x+t:n-t}^{NEW}$ ：新的計算基礎下之 x+t 歲純保費。

⁶² (a)德國私人商業健康險之費率定價已反應解約率，其費率定價基礎說明如下：

The basic principle of premium calculation in the private health insurance is the so-called principle of equivalence. The net premiums are calculated with actuarial principles using the following fundamental factors:

- mortality tables
- other pattern of lapses except of death
- technical rate of interest
- claims per capita

When determining these actuarial factors, consideration has to be paid to any emerging trends. Besides the probabilities of death the probabilities of abnormal lapses, which have a premium-reducing effect, have to be considered.

(b)有關費率定價反應解約率之監理規範如下：

在 section 12 of Act on the Supervision of Insurance Undertakings 內規定：

作爲德國法定健保的替代性健康保險，私人商業健康保險應遵照人壽保險的技術性原則，亦即保費計算應遵循精算原則，將機率表及相關統計資料納入。罹病率、傷殘率、死亡率、不同年齡及性別之風險、**撤銷契約的機率**、附加費用率及預定利率皆應納入考量。

$NP_x = PVFB_x / \ddot{a}_{x:n|}$ ：原始計算基礎下之 x 歲純保費。

$V_x / \ddot{a}_{x+t:n-t|}^{NEW}$ ： $x+t$ 歲進行費率調整時，累積保單價值換算之年度應抵扣金額。

$GPADD_{x+t}$ ： $x+t$ 歲進行費率調整時之總保費調整數，其中 L 為附加費用率。

當實際理賠經驗與預期理賠成本完全相同時，新的計算基礎完全等於原始計算基礎，則純保費調整數為零，亦即

$$\begin{aligned} NPADD_{x+t} &= NP_{x+t}^{NEW} - NP_x - V_x / \ddot{a}_{x+t:n-t|}^{NEW} \\ &= (PVFB_{x+t}^{NEW} / \ddot{a}_{x+t:n-t|}^{NEW}) - NP_x - (PVFB_{x+t} - NP_x \times \ddot{a}_{x+t:n-t|}) / \ddot{a}_{x+t:n-t|}^{NEW} \\ &= (PVFB_{x+t} / \ddot{a}_{x+t:n-t|}) - NP_x - (PVFB_{x+t} - NP_x \times \ddot{a}_{x+t:n-t|}) / \ddot{a}_{x+t:n-t|} \\ &= 0 \end{aligned}$$

於上述基礎之下，依下列標準訂定費率調整啓動標準：

$$NP_{x+t}^{NEW} \geq (1 + Z\%) \times (NP_x + \frac{V_x}{\ddot{a}_{x+t:n-t|}^{NEW}})$$

或

$$NP_{x+t}^{NEW} \leq (1 - Z\%) \times (NP_x + \frac{V_x}{\ddot{a}_{x+t:n-t|}^{NEW}})$$

其中 $\pm Z\%$ 為新費率與原始費率基準之變動幅度，亦是費率調整啓動標準⁶³。

⁶³按照此一費率調整啓動標準公式，費率調整不僅是調升，還可能調降；根據德國相關法規， Z 標準數值建議為由簽證精算人員評估預期給付與可能之實際給付差異比率，一般而言，若提交主管機關及獨立的受託精算單位檢視結果顯示 Z 超過 10% 時，若保險契約中沒有規定更低的變動幅度，而且假如變動不只是暫時性的，保險公司就必須檢視費率並且調整保險費。

B. 責任準備金調整公式：

x 歲投保，x+t 歲時進行費率調整，費率調整後 h 年時之責任準備金公式如下：

$$\begin{aligned} & {}_{t+h}V_x^{NEW} \\ &= {}_{t+h}V_x + PVFB_{x+t+h}^{NEW} - PVFB_{x+t+h} - NPADD_{x+t}^{NEW} \times \ddot{a}_{x+t+h:n-t-h}^{NEW} \\ &= PVFB_{x+t+h}^{NEW} - NP_x \times \ddot{a}_{x+t+h:n-t-h} - NPADD_{x+t}^{NEW} \times \ddot{a}_{x+t+h:n-t-h}^{NEW} \end{aligned}$$

(3) 要保書條文

針對費率調整機制，長年期健康險保單列示以下條款：

The company may change premium rate under this policy when admitted that the increase in number of insured that file claims should affect the premium calculation basic of this product, subject to the minister's approval.

(當實際理賠發生率已侵蝕到原來費率計算基礎時，在主管機關核准下，保險公司得調整費率)

The company amends premium or number of unit of this policy for the future when company changes premium rate of this product under this article. In this case, company notifies the policy owner of this by two months prior to the yearly contract date (hereafter the alteration date) right after the designated day on the occasion of the approval.

(保險公司在此條款下得以調整費率或調整給付單位數方式因應。保險公司於費率調整申請核准後，須於保單週年日前二個月，通知保戶，以下稱為修改日。)

The policy owner who is notified of the preceding section appoints the process from the followings by two weeks prior to the alteration date.

(保戶必須於修改日前兩個禮拜，通知保險公司有關費率調整因應選項。)

1. For the case of the policy which premium payment is being made (Includes the policy which premium is paid in advance)

(1) A way to amend premium from the alteration date with receiving cash amount calculated in accordance with separate transaction ruled by company.

(2) A way to amend number of unit in accordance with separate transaction ruled by company.

(3) A way to cancel the policy on the previous day of the alteration date.

(持續繳費的保單的保戶，其因應的選項有：

(1) 從修改日起按新計算的費率繳交調整保費、

(2) 從修改日起按新計算的費率調整理賠給付單位數、

(3) 於修改生效日前一日辦理解約。)

2. For the case of the policy which premium is single or paid up

(1) A way to receive cash amount calculated in accordance with separate transaction ruled by company.

(2) A way to amend number of unit in accordance with separate transaction ruled by company.

(3) A way to cancel the policy on the previous day of the alteration date.

(對於躉繳保單或繳清保單的保戶，其因應的選項有：

- (1) 從修改日起按新計算的費率一次調整保費、
- (2) 從修改日起按新計算的費率調整理賠給付單位數、
- (3) 於修改生效日前一日辦理解約。)

When the alteration date arrives without policy owner's appointment in the previous section, company assumes the policy owner is appointing method (2) of each status.

(若保戶未於修改日前通知保險公司其選項，保險公司按選單中的第二選項處理。)

When the policy is cancelled on the previous day of the alternation date under this article, company pays reserve of the policy to the policy owner.

(若保單於修改生效日前一日解約，保險公司將支付保單價值準備金於保戶。)

由以上條款可發現，實務作法即是於保單條款中告知保戶保險公司具保費調整的權利，但是調整的幅度與方法與上限卻由公司決定是否揭露。

此外，保單要保書亦有以下費率調整之文字說明：

Calculation Principle

The risk of falling ill increases substantially with age, and the cost calculation of private health insurers takes this into account. To keep insurance affordable for elderly clients, part of the premium is put aside for

later and invested at an annual rate of interest of 3.5. The investment is called the old age reserve and it is used to client's old age, when the state of health usually deteriorates, to cover any costs exceeding the regular premium payments.

In principle, premiums for private health insurance are calculated in such a way that they remain the same through the client's entire life as long as...well, as long as the general circumstances do not change. By general circumstances we mean the cost of our health care system, the progress made by medical science and general life expectancy.

(由於罹病機率隨年齡遞增而增長，所以本公司按 3.5%的年利率提列老年準備金，以備年老時之醫療成本超過收取之保費水準。基本上本公司以平準化方式收取長期醫療險保費，但若醫療照護系統費用或醫療照護方式與平均餘命出現較大變化，本公司不排除調整費率。)

Premium Adjustments

Experience shows that prices and costs have a tendency to increase: drugs, hospital charges, etc, everything keeps getting more expensive. Consequently, private health insurance premiums must also be adjusted. What happens in such a case? Firstly, the premiums are re-calculated on the basis of the higher costs, usually so that the rate of increase is the same for both. However, there is then also the problem that the old age reserve will be insufficient to cover the expected claims. The reserve therefore has to be topped up, additional savings are required, which means that overall, the premium must be increased at a higher rate than the costs.

(一旦經驗資料顯示，藥方成本或醫院費用等

出現上升的趨勢，首先，長期醫療險保費調整率至少提高到新預估成本的成長率；其次，老年準備金增提的部份亦須反映到新增費率上，易言之，最後新調整之費率成長率必須高於成本上漲率。）

5. 等待期間(除去期間)與補償開始等待期間(除外期間)彈性設計、共保比例(co-payment)、自負額(deductible)、無理賠獎金(no claim bonus, NCB)或無理賠折扣(no claim discount, NCD)、免費健檢(wellness benefit)

國外保單設計多有彈性等待/補償開始等待期間、自負額、或共保的設計，凡等待/補償開始等待期間越長、自負額與共保比例越高的保單，其費率相對便宜，保險公司在多元化保單設計下，風險可有效分散，保戶亦可依其經濟條件選擇合適的保單。由 LIRMA 針對美國保險公司所做的調查顯示(表 4-2)可見，自負額與共保比例的設計幾乎是所有商業健康險保單的共同特色，每次醫療資源使用時最常見自負金額為 US\$50，若是預防性醫療要保人之共保比例多為 0%，基本就醫共保比例為 20%，而重大醫療服務共保比例為 50%。

表 4-2：自負額與共保的設計
Benefit Levels for Most Commonly Sold Plans

	Median Values		
	Indemnity	PPO	DHMO
Deductible			
Routine/preventive care	0	0	0
Basic services	\$50	\$50	0
Major services	50	50	0
Coinsurance (Reimbursement)			
Routine/preventive care	100%	100%	0
Basic services	80	80	0
Major services	50	50	0
Waiting period (Number of days)			
Routine/preventive care	0	0	0
Basic services	0	0	0
Major services	0	0	0

資料來源：www.limra.com

其次，由 LIMRA 資料亦發現，保單若設計有等待期間，等待期間越長者其保單脫退率越低，意味者經過慎重考量接受較長除去期間等程序的保戶，其保單反而不易脫退。

表 4-3：保單等待期間與脫退率關係
Table C-7 — Voluntary Lapse Rates by Elimination Period
 Individual and Group Plans Combined

Elimination period	Lapse rate
No waiting period	4.4%
15–20 days	3.3
30 days	4.8
60 days	4.7
90 days	5.1
100 days	2.6
Over 100 days	2.0

資料來源：www.limra.com

此外，德國健康保險公司亦透過無理賠獎金與折扣(No Claim Bonus, NCB/No Claim Discount, NCD)的設計教育保戶建立成本意識(cost conscious)與健康意識(health conscious)的態度，此一設計不但有效控管小額醫療費用(如門診)，同時，保戶為享有次年度的獎金回饋或保費折價，保單脫退率顯著低於無此設計的同類型保單，保險公司亦降低了諸多理賠行政作業成本。以 Allianz 德國公司為例，其 Bonus-10 program 設計即透過次保單年度保費折扣 10% 的作法，回饋前一保單年度無任何理賠紀錄之保戶；而 Bonus-30 program 則針對新保戶進行健康教育訓練，並將回饋誘因提高到保費的 30%，Allianz 此一設計連同其他相關措施促使 2004 年損失率從 82.4% 降低到 78.1%⁶⁴。此外，亦有保險公司採取階梯式 NCD 作法，前一年無理賠申報，次一年度保費折扣 10%，第二年度若亦無理賠，第三年度保費再折扣 10%，最高可到 50%。歐美保險公司保單亦設有免費健檢福利(wellness benefit)，要保人年滿 35 歲以上連續投保超過 2 年，保險公司贈送一次免費健康檢查。

6. 續保條件彈性化

美國保險監理機關曾經考慮強制一年期健康險保單保證續保發單設計，但經與業者的討論決定按市場機制運作的自然法則，僅透過 HIPAA 法保障離職或減時勞工短期續有商業健康險保障的權益，因此，除了 HIPAA 保單與 Medicare 補充型保單⁶⁵以外，其餘保單多由保險公司在核保費用考量與風險控管上決定續保條件。國外經驗亦顯示，不論是有條件續保之保單與保證續保保單其保單有效期間並無軒輊，大約皆維持於 2.5 年~3 年間。

⁶⁴ 資料來源：

http://www.allianz.com/en/allianz_group/press_center/news/business_news/life_und_health/news38.html?hits=no+claim+bonus

⁶⁵ 適格申請 Medicare 的保戶亦可同時購買 Medicare 補充型保單，法令要求該類型保單必須保證續保。

第二節 發單後風險控管機制

(一) 理賠程序控管與異常理賠調查

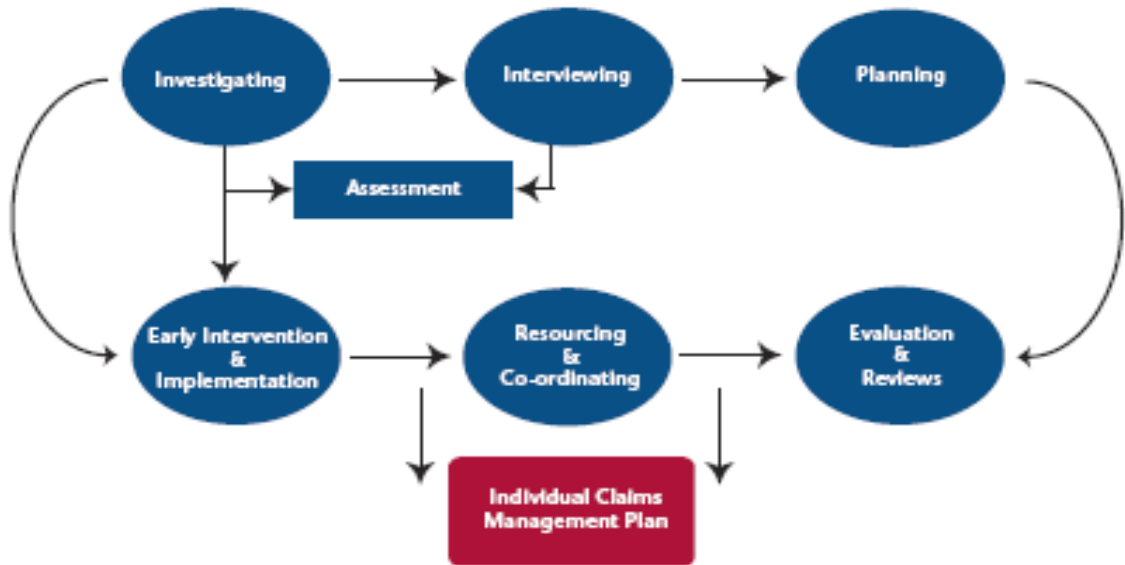
建立理賠控管程序並對異常案件進行理賠調查不但可維持費率的公平性，並可確保保險公司之財務穩健性及保障其他保戶的權益。

肇於慢性病的普遍化、醫療技術日新月異以及社經環境改變，如短期工作型態與日俱增等，英美等許多販售長期看護或失能收入保險之壽險公司認知到，與保戶以及醫療提供者建立規律性的互動是控管理賠成本的必要步驟。透過客戶首次提出理賠申請，理賠人員即與保戶和醫療提供者維持開放與規律的溝通管道，直到保戶恢復健康或回到工作崗位。此一理賠控管程序模式稱為保戶健康管理計畫(Individual Management Plan, IMP)，見圖 4-5。

按圖 4-5，理賠人員在保戶提出理賠申請書時即展開初步的評估作業，包括調查與訪談(Investigating/Interviewing)，除了將要保書與核保原則核對外，亦取得保險公司內部醫護人員有關治療程序的專業意見。透過電話或面對面訪談，保險公司可以充分掌握保戶的真實情形與建立雙方未來溝通的管道。第二步則展開健康管理規劃(Planning)，包括擬定保險公司與保戶健康管理的共同目標、時間規劃與健康照護行動計畫。第三步為早期介入與執行(Early Intervention & implementation)，包括復建計畫的展開與復建中心的推荐等；第四步為協調與資源規劃(Resourcing and Co-ordinating)，亦即與醫療院所緊密聯繫以掌握保戶復原情形同時在必要的情況下轉介醫療提供者。綜合以上，IMP 模型主要由保險公司主動介入保戶就醫過程，透過調查與訪談充分掌握保戶的現況與未來可能的發展，一方面按契約約定進行理賠，一方面扮演醫療諮商角色，與保戶共同建立醫療照護計畫，提供保戶適當之醫療院所與醫護人員名單，以掌握醫療資源使用的效率性，幫助保戶早日恢復健康。

圖 4-5：理賠管理程序模型⁶⁶

Figure. Macro Individual Claims Management Model



異常理賠調查過程須掌握人(保險利益關係)、事(病發原因與治療程序)、時(契約有效期間)、地(接受醫療照護的院所)與物(所需具備之文件檢查)等。根據表 4-4⁶⁷的資料顯示，理賠詐欺佔保險公司拒賠案件的比例雖然偏低，但表內保戶的行為事實上都多少構成情節不一的詐欺行為，如不實告知或隱匿病情而於契約成立後就醫，申請理賠給付，或被保險人在待業或失業中故意自傷行為，利用此一方式申請醫療保險金等，所以控管理賠程序是風險控管中不可輕忽的環節。此外，據國內外資料顯示，健康險異常理賠風險常見在以下幾種情形下：(1)保戶非由業務人員招攬而來而是主動投保、(2)醫療險附約保額高但主約保額低、(3)重複投保、(4)同一人於投保初期即重複出險、(5)固定到同一家醫院或同一醫師就診、(6)短期險與(7)月繳保單等。

⁶⁶ 資料來源：General Cologne Re. Risk Insights, Feb2001

⁶⁷ 資料來源：Colquitt, L. Lee; Hoyt, Robert E.. *Journal of Insurance Regulation*, Summer97, Vol. 15 Issue 4, p451

表 4-4：保險公司理賠案件拒賠的原因統計

Distribution of Resisted Claims by Reason Provided by the Insurer

Reason Provided by Insurer for Resisting Claim	Number of Claims	Percentage of Total Claims
Material misrepresentation	4,600	60.56
No insurance/coverage question/termination/surrendered	528	6.95
Suicide exclusion	411	5.41
Not eligible for coverage	346	4.56
Not an accident (accidental death benefit denied)	211	2.78
Preexisting condition	206	2.71
Other	185	2.44
Denial/rescission	172	2.26
Misstatement of age/reduced to age	133	1.75
Lapsed policy	133	1.75
Beneficiary issue/beneficiary dispute/implicated beneficiary	127	1.67
Coverage exclusion/excluded risk	123	1.62
Medical history	61	0.80
No presumptive death/No evidence of loss/disappeared	53	0.70
Not at work	44	0.58
Fraud	43	0.57
Disputed face amount/amount of coverage	32	0.42
Alcohol/drug exclusion	31	0.41
Filing time expired/statute of limitations	29	0.38
Benefits/claims/maximum benefits already paid	28	0.37
Liability not established	27	0.36
Over age	18	0.24
Felony exclusion	14	0.18
Conditional Receipt	12	0.16
No insurable interest	10	0.13
Breach of policy condition	10	0.13
Aircraft/racing exclusion	9	0.12
Totals	7,596	100.01*

資料來源：Journal of Insurance Regulation, An Empirical Analysis of the Nature and Cost of Fraudulent Life Insurance.

此外，由表 4-5 亦可發現，保險公司規模越大者(按總資產衡量)，偵測詐欺的比例越高，益顯經濟規模的效益；其次保單脫退率(脫退保單保額/有效保單保額)越高者，詐欺比例亦較高，此代表公司內部管理效益不彰，或業務人員與保戶關係薄弱時，無法發揮第一線核保的功能，詐欺的可能性即會提高；而保險公司較願意投資於理賠調查與程序建立(理賠調查總費用/當年度理賠總金額)，或建立較嚴格的體檢標準與較精準的檢驗規格(體檢相關費用/新契約保費收入)時，偵測詐欺的能力越高，發生詐欺的比例較低。

表 4-5：保險公司特徵與理賠詐欺統計

Modeling of Fraudulent Claims Detected and Disposed Of Across Insurers (Dependent variable: Net Amount of Fraudulent Claims Disposed Of)

Variable	Expected Sign	Coefficient	P-value
Intercept		- 12.2892	0.0001
Total Assets	+/-	0.3249	0.0028
Lapse Ratio	+	6.4443	0.0149
Investigation and Settlement of Policy Claims	+	0.2357	0.0036
Medical Exam and Inspection Report Fees	+	0.1906	0.0371
Credit Life	+	0.0823	0.0641
Group Life	-	0.0165	0.7317
Industrial Life Agency	+	- 0.0514	0.4615
	-	0.5284	0.6102
Model adjusted R ²		0.1226	

資料來源：Journal of Insurance Regulation, An Empirical Analysis of the Nature and Cost of Fraudulent Life Insurance.

(二)再保安排

透過再保安排，保險公司可以有效分散風險，同時各項風險可經由再保公司再一次進行客觀的風險評估；保險公司更可借重再保公司風險管理的專業，於保單設計之初期有關保單給付內容、條款文字與核保作業等建構更為完整之風險控制網。

第三節 小結

由以上各節彙整發現，若以發單前與發單後檢視保險公司之風險控管機制，健康險發單前控制機制有核保技術與保單設計；發單後的控制機制包括理賠程序與再保安排等。

國外各種風控機制皆有可作為我國業者參考之處，例如發單前核保技術與工具以及發單後理賠流程之精緻化。除上述兩節各類風控機制外，國外在健康險核保與理賠技術上，亦有採用多樣電子資料庫幫助核保或理賠人員就被保險人過去醫療記錄或理賠紀錄，進行評估以決定承保與否並決定適當之費率。該類資料庫在國外多已發展成熟，如 MedicaidRx、

ACGs(Adjusted Clinical Groups)等。MedicaidRx 根據潛在保戶過去醫療歷史與用藥情形，將其分類到 45 類的醫療體質之一種或多種，同時再進一步分類到 11 種性別與年齡的族群中，資料庫最後再根據分類後的結果判斷潛在保戶未來將衍生之醫療成本與適當之費率；ACGs 則具有強力的預測功能模組，對於健康高危險群偵測性甚為敏銳。美國精算學會曾於 2007 年 4 月公告一份資料⁶⁸，匯整各醫療資料庫功能性的比較分析。我國業者亦可考量此類工具於我國的適用性或進一步研發類似的資料庫以提高核保或理賠效能。在此同時，根據保險內容，修訂要保書的問項，以確切要保書發揮病史詢問功能是首要之步，此外，根據疾病診斷技術之進步決定適切的病史詢問時間(如 10 年)亦是風險控制之方法之一。

在保單設計上，無理賠紅利或折扣之設計能有效鼓勵投保一年期之保戶建立善用醫療資源的態度同時降低道德風險，以 Allianz 為例，無理賠紅利等措施使其 2004 年損失率從 82.4% 下降到 78.1%。而自負額設計之保單不但費率較低，同時亦能有效鼓勵保戶分攤醫療成本與節約醫療支出，值得業者開發。至於長年期之保單，費率調整機制有其強制建立之必要性，若預估之理賠金額與實際理賠金額偏離到一定的範圍，強制要求調整費率能建立保險公司財務安全網，但費率調整觀念應進一步與保戶溝通同時教育保戶。另外，目前亦有保險公司與醫療院所簽約，鼓勵保戶到醫療網內之醫事提供院所就醫，以享有較低之保險費率，此一作法開啓了保險公司篩選醫療提供者的機制，亦建立了商業保險公司與醫療提供者之相互制約的管理模式，其成效有待後續觀察。

⁶⁸ A Comparative Analysis of Claim-Based Tools for Health Risk Assessment, Society of Actuaries, 2007.

第五章 國外長年期健康醫療保險之規範及我國醫療費用保險之具體監理規範

本章首先於第一節整理美、德與日有關健康險之相關規範與條文，並於第二節提出我國監理法規之具體建議。

第一節 國外相關監理法規

(一)德國

有關德國健康險之監理規範，茲整理 Act on the Supervision of Insurance Undertakings 內之相關重要條文如下(詳附錄一)：

條文	條文內容
Section 12 替代性健康保險	<p>(1) 作為德國法定健保的替代性健康保險，私人商業健康保險應遵照人壽保險的技術性原則，亦即</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保費計算應遵循精算原則，將機率表及相關統計資料納入。罹病率、傷殘率、死亡率、不同年齡及性別之風險、撤銷契約的風險、附加費用率及預定利率皆應納入考量。 2. 保單價值準備金應 遵循法令規定計算。 3. 於保險契約中，保險公司無撤銷契約的權利但保費調整是被允許的。 4. 於保險契約中，保戶可變更契約為相當保障的契約，同時維持既有權利及保單價值準備金。 <p>(2) 經營替代性健康保險的保險公司應指派簽證精算師。簽證精算師必須是可信賴的且符合資格的精算師，同時必須具備至少三年的專業經驗。</p> <p>簽證精算師之姓名及茲以證明可信賴且符合資格的相關文件應交付主管機關。若證據顯示簽證</p>

精算師不可信賴的或不符合資格，主管機關可要求另行指派他人。若再次指派精算師仍不符資格或未再次指派精算師，主管機關可自行指派簽證精算師。當簽證精算師離職或遭解雇時，應立即通知主管機關。

精算師的指派或解雇應經過監事會(supervisory board)的核准，若無監事會，且公司章程未約定由資深代表人指派，則由董事會(management board)負責指派簽證精算師。

(3) 簽證精算師之責任如下：

1. 簽證精算師應確保保費及保單價值準備金之計算遵照法定要求，同時應隨時對於保險公司清償能力進行評估。
2. 簽證精算師應於年底簽證報告中證明保單價值準備金之計算符合法定規範。

當簽證精算師認為無法簽署符合法令規定之精算報告時應通知董事會，若董事會無法立即改善此情況時，應立即通知主管機關。當簽證精算師發現存在威脅公司繼續經營的情況時，應立即通知董事會及主管機關。

為使簽證精算師完成其職責，公司的董事會應提供所有必須資訊。

(4) 所有因素相同之下，計算保費及給付應採用相同原則。新契約的費率不可低於現有契約之相同年齡被保險人之費率，其中，現有契約之保單價值準備金不納入計算。

在替代性醫療費用保險，自到達年齡 21 歲至 60 歲，每年需增收 10%保費，增收保費逐年分攤至保單價值準備金，此累積增收金額用來抵扣未來老年時之保費。

	<p>(5) 當非替代性健康保險遵照人壽保險的技術性原則，則上述原則同樣適用。</p>
<p>Section 12a 保單價值 準備金</p>	<p>(1) 針對遵循人壽保險的技術性原則之醫療費用保險及長期看護險，保險公司應每年將保單價值準備金所產生之利息收入部份回饋給保戶，回饋給保戶之金額為實際報酬率超過預定利率產生之投資收入的 90%。</p> <p>(2) 來自增收 10%保費所增加的保單價值準備金所衍生的投資收入分配數於保戶到達 65 歲以前應全數回饋給保戶，其餘投資收入分配數，50%每年直接增加保單價值準備金。從 2001 年開始，由 50%每年提高 2%，一直至到達 100%。</p> <p>當被保險人到達 65 歲，上述金額將用以支應費率調整所增加的保費，不足支付全數增加的保費時則用以支付部份增加的保費。未使用完的部分則於 80 歲以後直接用以抵減保費，就補充型長期看戶險日額給付保險而言，此金額將用以增加給付而非降低保費。</p> <p>(3) 未分配之投資收益應另行作為超過 65 歲者之退費或 3 年內用以抵扣保費或支付增加的保費。於 2010 年 1 月 1 日前，未分配之投資收益的 25% 亦可適用於年滿 55 歲但未達 65 歲者之退費或 3 年內用以抵扣保費或支付增加的保費。抵扣保費應限制其抵扣後所繳保費不低於加入年齡時之保費，未使用完的部分則於 80 歲以後直接用以抵減保費。</p>
<p>Section 12b 費率調整</p>	<p>(1) 針對遵循人壽保險的技術性原則之健康保險，費率調整需經過獨立精算受託單位的認可。精算受託單位需確認保費計算遵循法令規範。在此原則</p>

下，保費及保單價值準備金的精算基礎及精算公式計算須再一次驗證，計算過程及統計資料等相關資料皆需交付精算受託單位。符合此規定之下，方准予費率調整。

下列事項皆須經過獨立精算受託單位的認可：

1. 解約日期及金額及退費發放
2. 紅利發放

針對上述事項，精算受託單位需確認符合公司章程及一般契約規定，同時應確保被保險人之利益。當抵扣增加保費時，應適當分配金額於有增收 10%保費及未增收 10%保費者，同時應考慮對於年老者所增加保費的合理性。

- (2) 保險公司至少每年應比較預期理賠金額與實際理賠金額作比較，假如提交主管機關及獨立的受託精算單位之結果顯示超過 10%的變動幅度時，只要在保險契約中沒有規定更低的變動幅度，而且假如變動不只是暫時性的，企業就必須檢視此費率底下的所有保險費並且在獨立的受託精算單位的同意下調整保險費。於調整費率時，已定好金額的自負額也可以調整，而且已約定好的附加費用率也可以改變，只要合約這麼規定。

當獨立的受託精算單位發現增加或減少保費是必須的而未獲得保險公司的認同時，獨立的受託精算單位應立即通知主管機關。

- (3) 被指派之獨立的受託精算人員必須是可信賴的且符合資格的人員，同時與保險公司及其相關企業無雇用合約及顧問約，同時與受託公司之間無債權關係。符合資格的獨立的受託精算人員須具備健康險保費計算的充足知識。已是 10 家公司的獨立的受託精算人員或簽證精算人員者，除非有主管機關的核准，否則不能再接受指派。

(4) 指派獨立的受託精算單位前，足以證明可信賴且符合資格的相關文件應交付主管機關。若證據顯示獨立的受託精算單位不可信賴的或不符合資格，主管機關可要求另行指派他人。指派獨立的受託精算單位後，若有發生不符指派規定事宜或受託精算單位未善盡職責，特別是已通過費率調整為遵循法令規定之下，主管機關可要求另行指派他人。若再次指派受託人仍不符規定或未能再次指派新的受託人，主管機關可自行指派受託人。

(二)美國

有關美國健康險之監理規範，茲整理 NAIC 規範之健康險商品主要送審準則 (Guidelines for filing rates for individual health insurance forms) (詳附錄二)及之科羅拉多州之健康險商品送審及年度報表送審準則(Rate Filing and Annual Report Submissions)相關重要條文如下(詳附錄三)：

1. NAIC 規範之健康險商品主要送審準則

條文		條文內容
一般準則	所有商品送審應檢附文件	<p>a. 計算說明書</p> <p>每一件送審商品必需包含有計算說明書，詳述費率決定之基礎以及預期損失率計算之依據，預期損失率乃是預期給付的現值相對於預期保費收入的比例。</p> <p>b. 簽證精算人員聲明</p> <p>每一件送審商品必需包含有簽證精算人員聲明，聲明根據其最佳判斷與經驗，費率送審程序乃遵循所有法令規範，保險給付相對於保費收入為一合理比例。</p>
	已送審商品修正時應增	<p>a. 修正範圍及修正理由、保費平均影響分析及預期損失率說明書</p> <p>b. 說明書解釋修正適用範圍為新契約或有效契約或新契約及有效契約</p> <p>c. 現行費率之經驗分析，包括</p> <p>(a) 提供各項經驗資料</p> <p>保險公司必須根據 Accident and Health Policy Experience Exhibit 建檔各曆年度各類保</p>

	文件	<p>單及其附約或批註下之滿期保費與已發生之保險給付之資料⁶⁹。</p> <p>(b)提供使用各項經驗資料之考量因素，包括</p> <p>(b-1) 保費與給付資料之統計可信度分析，如暴露數與損失頻率等</p> <p>(b-2) 依據不同保障內容之各項預期趨勢分析，如醫療費用之成長率、影響失能收入之經濟循環分析等</p> <p>(b-3) 經驗資料倚重早期保單年度之情形，早期保單年度意指核保篩選與一年期修正制效益仍有影響的年度。</p> <p>(b-4) 按不同風險等級保單組合分析</p> <p>d. 先前費率修正之日期及差異程度(magnitude)。</p>															
給付與保費之合理性	新商品	<p>a. 平均保費 X 介於 (I×250, I×1500) 之間</p> <p>預期損失率大於下表數據，則視給付與保費比例為合理：</p> <table border="1" data-bbox="555 1032 1374 1227"> <thead> <tr> <th>契約型態</th> <th>任意續保</th> <th>條件續保</th> <th>保證續保</th> <th>不可解約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫療費用</td> <td>60%</td> <td>55%</td> <td>55%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Loss of income and other</td> <td>60%</td> <td>55%</td> <td>50%</td> <td>45%</td> </tr> </tbody> </table> <p>其中</p>	契約型態	任意續保	條件續保	保證續保	不可解約	醫療費用	60%	55%	55%	50%	Loss of income and other	60%	55%	50%	45%
契約型態	任意續保	條件續保	保證續保	不可解約													
醫療費用	60%	55%	55%	50%													
Loss of income and other	60%	55%	50%	45%													

69

ACCIDENT AND HEALTH POLICY EXPERIENCE EXHIBIT
C. HOSPITAL, MEDICAL & SURGICAL POLICIES

MADE BY _____
(Name)

Policy Form Numbers	First Year Issued	Name of Policy	Premiums Earned	Incurred Claims and Increase in Policy Reserves		Commissions Incurred	Rate of Commissions And Expense Allowance	Dividends to Policyholders Incurred
				Amount	Percent of Premiums Earned			
	1	2	3	4	5	6	7	8
COLLECTIVELY RENEWABLE								
1. MASS UNDERWRITING BASIS								
2. OTHER								
NON-CANCELLABLE								
GUARANTEED RENEWABLE								
NON-RENEWABLE FOR STATED REASONS ONLY								
OTHER ACCIDENT ONLY								
ALL OTHER								

(a) Premiums earned are before adjustment for the increase in policy reserves which has been treated as a separate deduction.

<p>準 則</p>	<p>(i)平均保費 X：</p> <p>依照年齡、性別、保額等預期分配情形估計之新商品平均保費。</p> <p>(ii)消費者物價指數相關因子</p> <p>I：用來調整通貨膨脹因素以計算高平均保費及低平均保費商品</p> $I = \frac{\text{CPI-U, Year (N-1)}}{\text{CPI-U, (1982)}} = \frac{\text{CPI-U, Year (N-1)}}{293.3}$ <p>其中</p> <p>(a)N 為費率送審曆年度，N-1 為送審曆年度之前一曆年度；</p> <p>(b)CPI-U 為都市物價消費指數，此依數字乃美國勞工局統計處公告之數據</p> <p>(c)N-1 年度之物價消費指數乃採 9 月份之數字。1982 年 9 月之物價消費指數為 293.3；</p> <p>(d)因此，按此公式 1983 年送審之保單其 I 值為 1.00。</p> <p>(iii)任意續保(optionally renewable)：</p> <p>續約權利由保險公司決定。</p> <p>(iv)條件續保(Conditionally Renewable)：</p> <p>保險公司可因風險等級、區域別等拒絕承保，但不可因個人健康因素惡化拒絕承保。</p> <p>(v)保證續保(Guaranteed Renewable)：</p> <p>保險公司不可因任何因素拒絕續保，可按風險級別調整費率。</p> <p>(vi)不可解約(Non-Cancelable)：</p> <p>保險公司不可因任何因素拒絕續保，亦不可</p>
----------------	---

	<p>調整費率。</p> <p>b.保費 X 小於 I×250－低平均保費商品</p> $R' = \frac{R \cdot (I \cdot 500) + X}{(I \cdot 750)}$ <p>其中 R'：調整後最低損失率 R：a 中表格損失率最低損失率</p> <p>c.保費大於 I×1500－高平均保費商品</p> $R' = \frac{R \cdot (I \cdot 4000) + X}{(I \cdot 5500)}$ <p>其中 R'：調整後損失率最低標準 R：a 中表格損失率最低標準</p>
費率調整	<p>進行費率調整時，下列二種預期損失率計算結果須符合上述新商品規範之損失率最低標準</p> <p>a.第一種計算方式</p> <p>預期損失率=未來給付之精算現值÷未來保費收入之精算現值</p> <p>b.第二種計算方式</p> <p>預期損失率=A÷B</p> <p>其中</p> <p>A=該商品生效日至修正生效日之累積給付+未來給付之精算現值</p> <p>B=該商品生效日至修正生效日之累積保費收入+未來保費收入之精算現值</p>
若預期損失率低於前兩項	<p>a.需要特殊考量的契約型態舉例如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 意外險 (2) 短期不可續保保險 (3) 特殊保障內容保險，如癌症險等 (4) 其他特殊風險 <p>b.其他需要特殊考量的情形：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 行銷方式，包括行銷與管理成本以及繳費方式等 (2) 異常費用，於費率調整的情形此乃指早期費率報部時未預估之費用

要求須提出說明	<p>(3) 由於發生率過低或巨災之理賠高波動風險</p> <p>(4) 特殊保單設計，如長期之除外期間、高自負額與高理賠限額等</p> <p>(5) The industrial or debit method of distribution.</p>																																												
定期檢討	<p>保險公司必須定期檢討經驗率並適時調整費率，以避免費率過度波動⁷⁰</p>																																												
示例說明	<p>以 60%損失率標準為例，進行費率調整過程如下：</p> <p>表一：未來預測值</p> <table border="1" data-bbox="563 1059 1398 1290"> <thead> <tr> <th></th> <th>Present value current volume from next year anniversaries</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保費收入</td> <td>30,000,000</td> </tr> <tr> <td>給付支出</td> <td>18,000,000</td> </tr> <tr> <td>損失率</td> <td>0.60</td> </tr> </tbody> </table> <p>表二：累積經驗值</p> <table border="1" data-bbox="563 1368 1398 1599"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prior to 3 years</th> <th>Last 3 years</th> <th>From last year to next anniversary</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保費收入</td> <td>50,000,000</td> <td>10,000,000</td> <td>10,000,000</td> <td>70,000,000</td> </tr> <tr> <td>給付支出</td> <td>20,000,000</td> <td>9,000,000</td> <td>11,000,000</td> <td>40,000,000</td> </tr> <tr> <td>損失率</td> <td>0.4</td> <td>0.9</td> <td>1.1</td> <td>0.571</td> </tr> </tbody> </table> <p>表三：未來預測值+累積經驗值</p> <table border="1" data-bbox="563 1686 1398 1845"> <thead> <tr> <th></th> <th>累積經驗值</th> <th>未來預測值</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保費收入</td> <td>70,000,000</td> <td>30,000,000</td> <td>100,000,000</td> </tr> <tr> <td>給付支出</td> <td>40,000,000</td> <td>18,000,000</td> <td>58,000,000</td> </tr> <tr> <td>損失率</td> <td>0.571</td> <td>0.60</td> <td>0.58</td> </tr> </tbody> </table> <p>未來預測值+累積經驗值之合計損失率 58%低於最低標準 60%，調整合計保費為</p>		Present value current volume from next year anniversaries	保費收入	30,000,000	給付支出	18,000,000	損失率	0.60		Prior to 3 years	Last 3 years	From last year to next anniversary	Total	保費收入	50,000,000	10,000,000	10,000,000	70,000,000	給付支出	20,000,000	9,000,000	11,000,000	40,000,000	損失率	0.4	0.9	1.1	0.571		累積經驗值	未來預測值	合計	保費收入	70,000,000	30,000,000	100,000,000	給付支出	40,000,000	18,000,000	58,000,000	損失率	0.571	0.60	0.58
	Present value current volume from next year anniversaries																																												
保費收入	30,000,000																																												
給付支出	18,000,000																																												
損失率	0.60																																												
	Prior to 3 years	Last 3 years	From last year to next anniversary	Total																																									
保費收入	50,000,000	10,000,000	10,000,000	70,000,000																																									
給付支出	20,000,000	9,000,000	11,000,000	40,000,000																																									
損失率	0.4	0.9	1.1	0.571																																									
	累積經驗值	未來預測值	合計																																										
保費收入	70,000,000	30,000,000	100,000,000																																										
給付支出	40,000,000	18,000,000	58,000,000																																										
損失率	0.571	0.60	0.58																																										

⁷⁰意指定期檢討經驗並適時調整費率，以避免費率調整幅度過大。

$58,000,000/0.6=96,666,667$ ，故未來預測值之保費收入調整應為 $96,666,667-70,000,000=26,666,667$ ，即費率應調降 $1/9$ ，調整後表格如下。

表四：修正後未來預測值+累積經驗值

	累積 經驗值	修正後 未來預測值	合計
保費收入	70,000,000	26,666,667	96,666,667
給付支出	40,000,000	18,000,000	58,000,000
損失率	0.571	0.675	0.60

改以近期累積經驗值(Last 3 years+ From last year and to next anniversary)進行評估，雖然近期累積經驗值不佳，但無法透過費率調整來彌補，計算如下表：

表五：未來預測值+近期累積經驗值

	近期累積經驗值	未來預測值	合計
保費收入	20,000,000	30,000,000	50,000,000
給付支出	20,000,000	18,000,000	38,000,000
損失率	1.000	0.60	0.76

「在第二種計算方式下，損失率為 76%，雖然費率調高仍然符合最低標準 60%，費率應可調高，然而在第一種計算方式下，損失率已為最低標準 60%，費率無法再調高。

2. 科羅拉多州之健康險商品送審及年度報表送審準則

Rate Filing (費率送審規定)	
摘要	摘要內容包括費率送審原因、行銷方法、費率等級及產品說明。另需說明收費基礎係依照發單時年齡、到達年齡、續約年齡或其他基礎。
費率有效期間	精算評估意見書內應註明費率有效期間，未註明將視為 12 個月的有效期間。
核保	精算評估意見書內應包括核保準則，同時應說明體檢、財務核保及其他核保方式以及經過期間的預期理賠成本。舉例示範如下：「本要保書的告知事項乃是透過是/否問答方式回答，期間對預期理賠的影響數為：期間 1 年為 0.15；期間 2 年為 .05；期間 3 年為 .03。」
法令變更影響	精算評估意見書內應包括法令變更對於費率、費用及醫療成本的影響。其中必須涵蓋強制性給付項目的分析數值
費率變更歷史	精算評估意見書內應包括送審前三年費率變更資料及累積影響數
福利協調	費率送審應包括實際損失分析，實際損失經驗應扣除因福利協調及代位求償節省之成本
給付與保費比例之合理性準則 ⁷¹	<p>預期損失率大於下表數據，則視給付與保費比例為合理：</p> <p>個人 Medicare 補充型保險 65%</p> <p>團體 Medicare 補充型保險 75%</p> <p>長期看護 60%</p> <p>個人醫療保險 65%</p> <p>小團體醫療保險 70%</p> <p>大團體醫療保險 75%</p> <p>重大疾病 60%</p> <p>失能收入 60%</p> <p>牙齒/視力保險 60%</p>

⁷¹(a)藉由預期損失率須超過最低損失率規定以避免定價過高，(b)NAIC 並未訂出調升費率之損失率依據。

	Stop Loss 60%
利潤率及安全邊際率	精算評估意見書內應說明費率內隱含之利潤率及安全邊際率。如果影響重大，從未滿期保費準備金、賠款準備金及 IBNR 準備金之投資收益都應反應在費率擬訂程序中
費率增加之詳細說明	精算評估意見書內應詳細說明費率增加之精算公式與精算假設
趨勢分析	精算評估意見書內應說明定價使用之各項趨勢假設，各項趨勢假設需個別說明其假設基礎及適用期間等，原則上，趨勢假設可分類為醫療趨勢及保險相關趨勢： 醫療趨勢包括醫療提供者價格上漲、醫療使用率改變、醫療成本移轉及新的醫療流程或技術。 保險趨勢包括核保篩選遞減效果(意指保單初年度理賠較小但未來理賠成本遞增，不適用於保證出單之險種)、自負額效果及費率增加造成的逆選擇效果與新保費收入減少等。
資料可信度	若費率調整之依據乃基於理賠經驗訴求時，可接受之可信度分析需涵蓋有 2000 保險人/年以及一年 2000 件理賠統計，此一要求必須至少滿足 3 年；精算評估意見書內應說明費率變更使用之資料可信度並探討是否符合標準。若僅基礎於部分可信資料則須說明資料如何進行調整使用。
資料需求	精算評估意見書內應包含至少 3 年之損失率分析，無法提供則應說明原因
並列比較表	精算評估意見書內應包含現行費率及變更後費率之並列比較表，並列比較表之第一欄包括現行費率及相關變數，第二欄包括變更後費率及相關變數，第三欄為變動百分比
損失率預測	精算評估意見書內應包含現行費率及變更後費率之損失率預測，針對長期看護及失能保險等長期健康險，損失率預測應註明到達目標損失率之時間點
其他變數	精算評估意見書內應包含說明所有定價相關變數，包括地區、性別及年齡等。

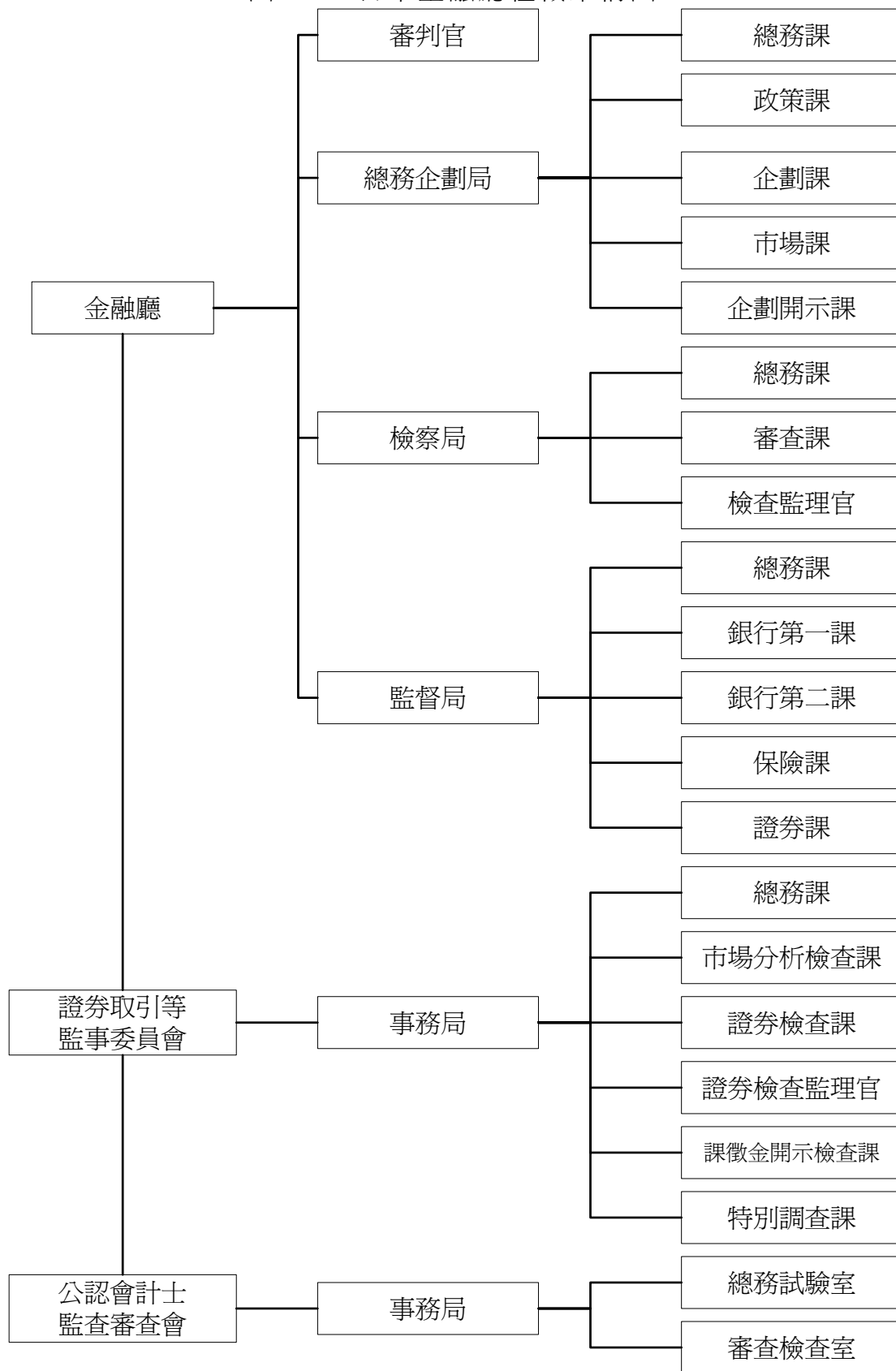
Annual Report Submissions(年度報表規定)	
精算簽證報告	年度報表內應包含精算簽證報告，報告內應說明各險種現行費率公平的理由
調節因素	年度報表內應說明(1)所有使用的調整因素假設，包括趨勢假設及通貨膨脹假設、(2)說明調整因素假設如何決定、(3)於精算評估意見書內說明其適當性。
費率適當性	年度報表內應針對各主要險種說明上一年度收取保費之適當性，分析報表應包括滿期保費，已發生之損失，各險種之保戶統技術，分析中應比較上一年度預期及實際結果，包括預期損失率/實際損失率及其他必要資訊分析。
再保險安排	年度報表內應說明再保險安排的適當性。
未來費率變更計畫	年度報表內應針對各主要險種說明其未來費率變更計畫。即使下一年度未有費率調整計畫，未來可適時提出費率調整之申請。

(三)日本

1. 日本保險監理組織與監理法規的基本架構

目前日本政府負責保險監理的組織為金融廳 (Financial Service Agency)，規範保險業的法令為「保險業法」。金融廳設立於 1998 年 6 月，當時為了有效監督管理民間金融機關與證券交易，設立了「金融監督廳」，直屬總理府。之後隨著日本政府改造工程的進行，多次調整組織與任務，於 2001 年 1 月正式成立金融廳。金融廳的組織架構如圖 5-1 所示。

圖 5-1：日本金融廳組織架構圖



日本的保險監理系統向來由所謂「現場監理」(on-site monitoring) 與「書面監理」(off-site monitoring) 的兩項監理手法構成，透過這兩項手法的互相搭配運用，期能實現保險監理的實效性。在行政組織上，前者的「現場監理」任務由「檢查局」負責，後者的「書面監理」工作則由「監督局」管轄。

(1) 「保險業法」

「保險業法」是規範日本保險業的主要法令，其相關法令尚包括「保險業法施行令」、「保險業法施行規則」等七項以及「大藏省告示」等相關行政命令。

「保險業法」共分為五篇：第一篇「總則」、第二篇「保險公司」、第三篇「保險募集」、第四篇「雜則」、第五篇「罰則」。其中與保險監理直接相關者集中於第二篇「保險公司」，共分為 11 章，內容分別為通則、股份有限公司與相互公司、子公司、財務、監督、保險契約的包括移轉與事業讓渡、解散合併與清算、外國保險業者、保護保戶特別措施、雜則。其中與保險監理密切相關的規定集中於第五章財務與第六章監督，這些「保險業法」的相關規定也直接影響後述「保險公司檢查手冊」與「保險公司總合監督指針」的內容。

在「保險業法」中並無直接針對健康險等「第三領域」所定的規範章節，相關規範散見於各章中。其中特別針對健康保險的風險控管者為「標準責任準備金」(產險業稱「普通責任準備金」)與「危險責任準備金」(產險業稱「異常危險準備金」)。「危險責任準備金」提撥基準與方式如表 5-1。

表 5-1：「危險責任準備金」提撥基準與方式

	壽險公司	產險公司
	危險準備金	異常危險準備金
提撥標準與比率	<ul style="list-style-type: none"> · 傷害住院危險 = (新增傷害住院危險日額 x 預定平均給付日數 x 0.3%) · 疾病住院危險 = (新增疾病住院危險日額 x 預定平均給付日數 x 0.75%) 	實收保費的 3.2% 以上
提撥限度與準備金累積限度	<ul style="list-style-type: none"> · 傷害住院危險 = (傷害住院危險日額 x 預定平均給付日數 x 0.3%) · 疾病住院危險 = (疾病住院危險日額 x 預定平均給付日數 x 0.75%) 	實收保費的 160%
準備金之動用	<ul style="list-style-type: none"> · 發生死差損時 · 在特殊狀況下主管機關核定之額度 	<ul style="list-style-type: none"> · 超過車險、傷害險、新種保險（看護費用保險除外）整體損失率 50% 以上的金額 · 超過看護費用保險損失率 50% 以上的金額
稅法規定	原則上須課稅	須課稅

資料來源：伊藤和平，「第三分野商品のリスクと（異常）危険準備金」（アクチュアリージャーナル，2006 年 9 月）。

例如當有一新保險契約成立，其保障內容為傷害住院與疾病住院日額皆為 5,000 日圓，被保險人在契約成立時的年齡之預定平均給付日數傷害住院與疾病住院皆為 40 天，年繳保費（終身繳費）為 50,000 日圓，則在產壽險所提撥的準備金如表 5-2 所示。

表 5-2：「危險責任準備金」之提撥例

壽險公司危險準備金	產險公司異常危險準備金
在契約年度提撥： $5,000 \times 40 \times 1.05\% = 2,100$	每年提撥 $50,000 \times 3.2\% = 1,600$
次年度之後提撥： 因年齡增加而導致平均給付日數的 增加部分	

資料來源：伊藤和平，「第三分野商品のリスクと（異常）危険準備金」（アクチュアリージャーナル，2006年9月）。

(2) 「檢查局」與「保險公司檢查手冊」（「保險会社に
 係る檢查マニュアル」）

「檢查局」的工作在對保險公司進行實地的檢查。日本金融廳對保險公司的檢查工作抱持著以下三項原則：

- (a) 補強性原則。即針對保險公司的金融檢查，是以保險公司基於自己責任原則所建立的內部管理機制與嚴正的會計監察人等外部監察機制為前提，進行補強的工作。因此、檢查工作是以保險公司的內部管理與外部監察體制是否合宜為中心的「事後監視型檢查」為重點。換言之，檢查工作無法對保險公司進行全盤的檢查，而全盤的檢查也非必要的工作。
- (b) 效率性原則。從有效運用檢查局與各保險公司的有限資源之觀點出發，保險檢查應與保險公司的監察人、會計監察人等監察機能保持密切的合作關係，針對重點項目，機動式的進行檢查工作。
- (c) 實效性原則。保險檢查必須隨時注意是否能

有效的促進保險公司業務的健全性與適切性，發揮保護保戶的功能。

關於金融檢查，在明確規則的前提之下達到高度透明的行政，日本政府於 1998 年，以貫徹業者的自己責任原則與維持市場規律為基軸，訂立了「新金融檢查的基本事項」。根據前述的精神，1999 年再度訂立「銀行等存款機構檢查手冊」（「預金等受入金融機関に係るマニュアル」），2000 年訂立了「保險公司檢查手冊」（2000 年 7 月 1 日開始適用）。「保險公司檢查手冊」之定位是金融廳的檢查官在進行保險公司的檢查工作時的參考手冊，明定各檢查項目與基準。

「保險公司檢查手冊」中的檢查項目表主要包含三大部分：（1）相關法令遵守之確認、（2）保險招攬管理體制、（3）風險管理體制之確認。其中風險管理體制的確認項目包括保險業務招攬、責任準備金、資產運用風險、市場風險、信用風險、不動產投資風險、邊際清償能力比率、流動性風險、事務風險、資訊系統風險管理等十大項目的檢查。

(3) 「監督局」與「保險公司總合監督指針」（「保險会社向けの総合的な監督指針」）

「監督局」所負的任務為在兩次的金融檢查的期間中，持續蒐集保險公司相關資訊並進行分析，期能早期發現保險公司業務的健全性或適切性等相關問題，及時做出相應的行政處分，促使保險公司進行改善，防止問題的惡化與擴大。具體而言，「監督局」必須定期的、持續的要求保險公司提出相關經營報告，詳細把握各保險公司的經營動向，同時針對所蒐集到的資訊進行各項資料庫的建立與分析，進而督促各保險公司各自確保其經營的健全性。

針對保險公司進行的「書面監理」內容，主要包括各保險公司根據每期決算的報告（如業務報告書等）、保險契約動向、資產保有狀況等，以財務健全性為中心進行。近年則強化再保險的監理。

「監督局」在執行業務時有以下四項基本原則：

- (a) 與「檢查局」保持適切的合作關係。「監督局」與「檢查局」在尊重各自的獨立性前提之下，有效的運用「現場監理」(on-site monitoring) 與「書面監理」(off-site monitoring) 的兩項監理手法，達成保險監理的重要任務。具體而言，「監督局」應針對「檢查局」在金融檢查中所發現保險公司的問題與改善的狀況持續追蹤，督促保險公司進行改善，必要時進行嚴正的監督處分。另一方面，「監督局」將其在「書面監理」(off-site monitoring) 時所發現的問題點提供給「檢查局」，以利「檢查局」在進行下一次檢查業務時能有效活用。
- (b) 確保與保險公司之間的意見溝通。保險監督工作的要義在於正確的把握、分析保險公司的經營資訊，以便在必要時可以做出適當的對應。因此，就「監督局」的立場而言，除了保險公司依法所必須提出的報告之外，應與保險公司保持緊密的關係，維持溝通管道的暢通，積極的搜集相關資訊。
- (c) 尊重保險公司的自主性。「監督局」的基本立場在於根據法令監督保險公司的經營判斷，督促保險公司進行改善。而保險公司為私有企業，其經營管理的基本在於「自己責任原則」。因此，「監督局」應給予保險公司對其自身經營管理適當的尊重。
- (d) 確保監督工作的效率與效果。從「監督局」與保險公司其資源有限的觀點出發，保險監督工作必須強調效率與效果。因此，「監督局」要求保險公司提出的報告或相關資料時，必須特別留意是否在保險監督工作上真有必要，至於目前所進行的各項監督工作的必要性與方法等，應隨時檢討是否有改善的空間。

以達到更高的效率。

2005年8月12日日本金融廳制定公佈了「保險公司總合監督指針」，以原有的「保險監理事務規範」(事務ガイドライン—第二冊：保險会社關係)為基礎，有系統的訂定出保險監理等基本的立場、保險監理確保保險公司財務健全性與業務適當性之評價項目、審查保險商品時的注意事項。

具體而言，保險監督上的評價項目包含四大類：(1)經營管理、(2)財務的健全性、(3)業務的適切性、(4)其他。

有關財務的健全性的監督項目包括責任準備金、邊際清償能力比率、早期警戒制度、不同保險商品的單獨會計、壓力測試、再保險、商品開發之內控、核保風險、資產管理風險、流動性風險等十項。

2. 長年期健康保險監理之新發展：「第三領域保險不確定性對策」

由於日本的保險監理與規範向來對屬第三領域的健康保險除了相關準備金的提撥之外，並未制定任何特殊的監督規則，再加上如前述日本保險市場在「少子高齡化」的社會發展趨勢之下，由傳統以死亡保障為一般消費者的主要需求，轉變為以醫療或長期看護等生存保障為主，保險公司的收益構造也因此產生了重大的變化。

而第三領域保險、特別是健康保險，容易受醫療政策、預想外保戶行動等外在因素的影響，長期來看蘊含著高度的不確定性。在日本，健康保險由於商品種類繁多、又以終身保障型商品為主流，且尚未累積足夠的經驗值，因此就現況而言，其危險發生率等，不得不根據有限的官方統計與各公司本身的經驗來估算。具體而言，日本長年期的健康保險商品之風險控管，有三大課題急需進一步深入檢討改正：

- (1) 提撥標準責任準備金時，所使用的住院率等危險發生率是由各保險公司自行決定。

(2) 提撥危險準備金時，採一律、機械式的方法計算危險。

(3) 有關危險事故發生率的事後檢證，不論是檢證方法或檢證後的對應都由各保險公司自行決定。

因此，針對醫療或長期看護等所謂「第三領域」保險商品，要確保保險公司的財務健全，合適的風險控管機制、適當的責任準備金提撥規範等，成為保險監理上不可或缺的要務。基本上，長期間必須將危險發生率等相關統計數值標準化。因此第三領域保險相關資料庫的建立是第一步驟。而眼前的首要課題，在保險公司方面，有三項工作須確實執行：第一、有效的實施適時、正確的事後檢證，以確保保險費的必要提撥比率；第二、藉由「壓力測試」(stress test)，確認責任準備金提撥的充足度。第三、將前述兩項的實施狀況作好完整的資訊公開。此外、保險公司也應同時充實風險管理機制、強化精算師的機能，針對預期之外的風險，在不違反保戶利益的原則之下，應檢討建立契約內容變更的機制。至於保險監理當局，則必須確實實施定期的書面監理工作。

日本金融廳在 2004 年 12 月公佈的「金融改革計劃」中，首度將此列為重要施政項目之一，並從 2005 年 2 月開始至 6 月為止，邀集精算師、會計師、產壽險公司與學者等相關人士組成「第三領域保險責任準備金等相關規範研議小組」，總共召開 13 次的檢討會議，擬定相關規範內容。金融廳於 2006 年 4 月 28 日，針對第三領域保險的適當風險管理、將來債務履行之財務提撥等內容，公佈「第三領域保險責任準備金等相關規範之建立」(「第三分野保險の責任準備金等ルールの整備」)，於 2007 年 4 月 1 日開始實施(一部份於 2006 年 4 月 1 日開始)。

「第三領域保險責任準備金等相關規範之建立」的主要內容，包含以下三大項目：

(1) 實施「壓力測試」(「ストレステスト」)及「負債充足性測試」(「負債十分性テスト」)。

以第三領域保險的保險事故發生率的不確定性為主要的問題考量焦點，藉由「壓力測試」及「負債充足性測試」的實施，以確保責任準備金的提撥水準。針對將來可能發生的風險，在經營面與財務面做好萬全的準備，原本就是保險公司的職責，而「壓力測試」即是一個重要的工具。日本的保險監理工作，以往只要求計算「邊際清償能力比率」(solvency margin ratio)以及將來的收支分析等，有關「壓力測試」則是在保險公司自主判斷下實施。但由於長年期醫療保險面臨比其他傳統保有更多的風險變數，因此在健康保險方面要求新增「壓力測試」。

根據「監督局」的「保險公司總合監督指針」中對壓力測試進行監理時的確認項目包括以下 6 點：

(a) 保險公司所實施的壓力測試，其測試基準是否明確與適當？此外是否使用保險公司在內部風險管理體制當中所用的最壞可能性 (the worst scenario) 進行分析？

(b) 壓力測試的實施況與結果是否如實的向董事會報告？

(c) 是否由具專業能力者主導參與壓力測試的實施？

(d) 是否定期檢討壓力測試所使用模型 (model) 的信賴性？

(e) 保險公司內部是否在實施壓力測試的部門之外，有其他部門監督檢討壓力

測試是否確實的執行？（由與業務部門各自獨立的風險管理部門實施壓力測試的保險公司除外）

（f）壓力測試的結果是否確實反映到保險公司的風險管理措施上？

(2) 資訊公開。

為使市場發揮機能，要求保險公司必須公佈「壓力測試」及「負債充足性測試」的實施狀況。在日本過去保險監理中，由於「壓力測試」是由保險公司自行判斷下的風險管理措施項目，也因此資訊公開要求項目中並未包含「壓力測試」的實施結果。從加盟「日本生命保險協會」的各壽險公司的 2007 年版資訊公開說明手冊中亦發現，針對「壓力測試」的部分，皆僅提及是否在公司風險管理中實施「壓力測試」，沒有任何一家保險公司詳述相關內容及結果。在新的「第三領域保險責任準備金等相關規範之建立」之規範下，個保險公司必須針對健康保險實施「壓力測試」及「負債充足性測試」，並詳實的公布實施狀況。

(3) 金融廳有效實施「書面監理」（off-site monitoring）。

金融廳針對各保險公司所提出有關各保險種類別的契約動向、收益率、保險事故發生率等相關報告進行定期的監控，以及時要求各保險公司進行業務改善。

此外「第三領域保險責任準備金等相關規範之建立」尚包括三項保險公司強化風險控管的政策：

(1) 確保基礎率變更權的實效性。在確保基礎率變更權的行使基準中導入透明性的數

值基準，同時擴充預期保險費變更的資訊提供，使保險事故發生率惡化時，能確保基礎率變更權的實效性。

- (2) 強化保險精算師的機能。根據既有的實務基準的確認工作之外，新增加「負債充足性測試」強化精算師對責任準備金的審核機能。此外，在新商品審查時，要求一併提出精算師的意見書。
- (3) 確保再保險的適切性。保險公司透過再保險的安排，管理長年期的健康保險的不確定性時，要求保險公司公開再保險安排的相關資訊。

目前日本並無有關費率調整機制之作法暨監理規範。在日本有關健康保險費率調整機制的問題，在過去僅在極少數契約中出現，「當基礎率有大幅變動時可調整之」等類似條款，但條款中並未載明保險費率調整的方式及時機。且到目前為止並未出現實際調整費率的案例，其原因主要在於日本健康保險商品整體而言仍保有一定的利潤空間（profitable），換言之，其精算的基礎率等仍在預測範圍。但由於日本的健康保險商品以終身型為主流，且如第三章第三節與第五章第一節中所述，長期而言日本健康保險面臨極大的風險，因此為確保保險公司的經營，於是在「第三領域保險責任準備金等相關規範之建立」中，特別提到各保險公司應「確保基礎率變更權的實效性」。即在契約條款中清楚界定基礎率變更權的行使基準，藉由透明性的數值基準的訂定，使保險公司得以在必要時行使此項權力來調整保費，確保保險經營的健全性。換言之，保費調整機制之作法暨監理規範在日本仍在發展階段，尚未出現一個較為一致的業界標準與監理規範。

第二節 我國健康險具體監理規範建議

本研究發現台灣健康保險市場與日本、德國健康保險市場極為類似。具體而言，第一、台灣與日、德相同，皆有一普遍性的社會健康保險制度，原則上將全民納入保障體系內，因此商業健康保險與社會健康保險處於一個互補的關係⁷²；換言之，商業健康保險主要在於補足社會保險的缺口。第二、主要目的在於補足社會健康保險不足的商業健康保險多以長年期的個人保單為主。至於美國健康險之市場發展，由於美國尚未有全民性質之健康社會保險，因此營利事業單位多以健康保障為員工福利項目之重要設計，肇於此，市場上多以團體短年期續保保單或定期保單為主，在此發展下，短年期保單與定期保單之續保條件與費率調整相對有較為完整的規定。

就理論而言，健康保險之保障性質應屬於損害補償保單，原則上屬短期保險商品。因此，以長年期方式設計健康保險商品不可避免的在經營上，比其他險種面臨更多的風險課題。此類風險逐漸的為業者與監理單位重視，以日本為例，由於日本商業健康保險發展相對歷史較短，過去甚少有健康保險監理規範。但在 2004 年前後，日本金融廳開始注意健康保險的風險控管問題，並在 2004 年 12 月公佈的「金融改革計劃」中，首度將其列為重要施政項目之一。2005 年 2 月開始至 6 月為止，邀集精算師、會計師、產壽險公司與學者等相關人士組成「第三領域保險責任準備金等相關規範研議小組」，總共召開 13 次的檢討會議，擬定相關規範內容。並於 2006 年 4 月針對第三領域保險的適當風險管理、將來債務履行之財務提撥等內容，公佈「第三領域保險責任準備金等相關規範」。我國亦有類似之發展，陸續修正了「保險商品審查應注意事項」等相關法規，期對健康險經營導入適當之監理。

綜和美、日、德等三國監理經驗與相關規定，健康險商品最主要的監理精神在於：(1)開放商品設計之自由度，但(2)建立費率調整的程序，同時，(3)透過財務監理，如我國之現金流量測試⁷³，與日本的「負債充足性測試」等健全保險公司資產與負債面財務體質，

⁷² 德國除了補充性功能外，亦有替代性功能。

⁷³ 準備金適足性之測試 2003~2005 年的過渡性做法允許以總保費評價，自 2006 年起精算師須執行現金流量測試來檢測準備金的適足性，其中利率假設得採用非隨機的方式 (Deterministic)。自 2010 年起精算師則須採用隨機方式 (Stochastic) 產生利率假設來執行現金流量測試，以檢測準備金之適足與否。

最後，(4)強化內部或外部簽證精算師擔負費率適足性的把關工作。基於上述 4 點內涵，本研究以為在尊重市場供需機制與商品自由化的前提下，長期健康保險應可繼續銷售，此亦為與我國環境類似之日本與德國之作法；但繼續銷售之同時，配套之精算人員功能與費率調整機制⁷⁴，與主管機關明確之監理法規皆能補強與確保保險公司之清償能力。對於已銷售或繼續或將銷售之長年期健康商品相關之監理與法規建議彙整如下：

(一)、針對「人身保險業簽證精算人員實務處理原則」相關建議

1. 第四章 保險費率釐定之簽證 第三節簽證時各項考量：...分析結果與銷售前的假設分析做比較，各項差異應有合理說明，如差異情形對公司經營屬負面，應提出適當的修正費率或其他可行之處理措施...

→建議具有費率調整機制之長期健康險得按最低損失率計算公式提出適當的修正費率。按 NAIC 最低損失率方法，其費率調整幅度(g)可由下示⁷⁵表示，

$$AVC_t + PVFC_t = MLR \times [AVGP_t + (1 + g) \times PVFP_t];$$

其中 AVC_t 為 t 點時累積之理賠成本； $PVFC_t$ 為未來理賠成本於 t 點之現值；MLR 為最低損失率； $AVGP_t$ 為 t 點時累積之已收總保費； $PVFP_t$ 為未來保費收入之現值。

唯在此一方法下，主管機關必須首先擬定適合我國長期健康險之最低損失率標準，並建立保險公司得調整費率與應調整費率之不同損失率標準。

→建議亦可參考德國保險監理法之規定，由簽證精算人員評估預期給付與可能之實際給付差異比率，若差異比率超過 10%，保險公司得調整費率，但若差異達 15% 以上且屬於非暫時性現象，應即進行費率調整，其調整公式為，

$$NPADD_{x+t} = NP_{x+t}^{NEW} - NP_x - V_x / \ddot{a}_{x+t:n-t}^{NEW}$$

⁷⁴ 費率調整機制乃適用於一年期保證續保保單以及其他長年期健康險商品，並不適用於一年期不可解約商品。

⁷⁵ 此一公式乃參照 NAIC 調整費率相關法規精神所示，詳見第五章內容。

$$GPADD_{x+t} = NPADD_{x+t} / (1 - L)$$

其中， $NPADD_{x+t}$ 為 $x+t$ 歲進行費率調整時之純保費調整數， NP_{x+t}^{NEW} 為新的計算基礎下之 $x+t$ 歲純保費， NP_x 為原始計算基礎下之 x 歲純保費， ${}_tV_x / \ddot{a}_{x+t:n-t}^{NEW}$ 為 $x+t$ 歲進行費率調整時，累積保單價值換算之年度應抵扣金額， $GPADD_{x+t}$ 為 $x+t$ 歲進行費率調整時之總保費調整數，其中 L 為附加費用率。

建議理由：參考德國費率調整標準值基本上以 10% 變動幅度為調整基準值，本研究肇於國內健康險各項統計與理賠資料尚在累積階段之考量，建議初步階段以 15% 為強制調整基準值，未來則視資料累積量增加可信度提高後，再考慮縮小變動幅度基準值，以免產生調整頻率過於頻繁之困擾。

→建議若簽證精算人員在得調整費率但採不調整費率或以其他可行處理措施替代時，應提出充分理由說明之。

建議理由：強化簽證精算師責任。

→建議若精算人員採用其他費率修正方法時，應提出充分理由說明之。

建議理由：強化簽證精算師責任。

(二)、針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議

1. 第八十二點 具保險費調整機制之長年期健康保險商品應依下列事項辦理：...(二)檢附簽署人員有關費率調整方法與費率增加具合理性等之說明書與聲明書。...

→建議增加(三)保費調整時亦須檢附外部獨立精算受託機構與人員有關費率增加具合理性等之說明書與聲明書⁷⁶。外部獨立精算受託機構與人員必須確保保費計算遵循法令與精算原理，除驗證精算公式假設與保費

⁷⁶ 外部獨立精算人員應受之規範與責任可遵循「保險業簽證精算人員管理辦法」。

及準備金之計算基礎外並出具保費調整合理性聲明書，若外部獨立精算受託機構與人員認為保費調整是即刻且必要時，而保險公司卻不啟動費率調整機制亦或採取其他因應處理措施時，獨立外部精算受託機構應通知主管機關，以確保保戶之利益。

建議理由：費率調整影響保戶權益甚鉅，因此參考德國監理相關規定，費率調整除了有內部精算人員評估提出外，報部審查時必須檢具獨立的受託精算人員意見書，同意調整費率。

2. 第七十八點 除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其等待期間以三十日為限，並應於計算基礎內排除等待期間之保險費。除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，復效時不得再約定有等待期間。

→建議修改為除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其補償開始等待期間以九十日為限，並應於計算基礎內排除等待期間之保險費⁷⁷。除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，復效時不得再約定有等待期間。

建議理由：此一建議允許保險業者可以按內部風控標準，在比較彈性範疇內(90天)，自行決定補償開始等待期間之長短設計，由於補償開始等待期間越長者保費較便宜，因此亦提供保戶根據其體質與健康情形較多選擇機會，國外健康險保單亦提供較彈性之補償開始等待期間。

3. 第六十七點 重大疾病及癌症保險於投保時之等待期間最長得為九十日，並得比照前揭期間增列復效等待期間；惟應於送審商品時，說明等待期間訂定之必要性與合理性。……

⁷⁷ 等待期間(除去期間)之長短設計於費率計算上，應反映短期除去期間內保險事故發生之機率，透過精算技術反應該期間內理賠成本之節約；補償開始等待期間(除外期間)長短之設計主要反映該期間內被保險人不在保障範疇內，以及排除帶病投保之可能保戶，雖然補償開始等待期間越長，發生率有偏低之現象，然在短期間發生率之統計資料未完整建立之前，未滿一年之發生率採均勻分配假設(Uniform Distribution, UDD)，補償開始等待期間之費率計算按期間比例扣除保費為一可行作法。在此建議放寬除外期間限制，允許保險公司依其風險評估設計不同補償開始等待期間期間之保單，不但給予保戶更多選擇，同時保險公司亦可透過多元化期間設計分散風險，為不同期間之資料庫有待建立。

→建議修改為癌症險補償開始等待期間放寬以一百八十日為限，重大疾病險補償開始等待期間可因重大疾病項目擬定不同之等待期間，但以一百八十日為限。……重大疾病險若以「診斷狀態」決定理賠條件，各公司應於商品之各式銷售文件及保單條款之明顯處，以粗黑或鮮明字體顯著標示疾病相關約定，並於招攬時向保戶妥為解說。

建議理由：此一建議允許保險業者可以按內部風控標準，在比較彈性範疇內(180天)，自行決定補償開始等待期間之長短設計，由於補償開始等待期間越長者保費較便宜，因此亦提供保戶根據其體質與健康情形較多選擇機會。

4. 第八十七點 一年期之健康保險商品如有保證續保條款者，其續保不得有等待期間之規定。

→建議修改為一年期之健康保險商品如有有條件解約、保證續保或不可解約條款者，其續保不得有等待期間之規定。

建議理由：此一建議主要配合主管機關開放其他續保條件時，其續保時不得有補償開始等待期間之規定。

5. 第八十八點增列。

→建議增列健康保險商品若有自負額或共保比例/金額之約定，應於計算基礎內排除自負額與共保比例/金額之保險費，惟應於送審商品時，說明自負額或共保比例/金額之必要性與合理性。各公司應於健康保險商品之各式銷售文件及保單條款之明顯處，以粗黑或鮮明字體顯著標示自負額與共保比例/金額之相關約定，並於招攬時向保戶妥為解說。

建議理由：此一建議主要明確化保險業者設計具有自負額或共保比例之保單時，費率排除之必需性。同時為降低未來潛在理賠糾紛，要求保單條款或銷售文件必須清楚標示自負額或共保比例之相關約定，並要求銷售

人員必須對保戶善盡相關規定之解說之責。

(三)、針對「人身保險要保書示範內容及注意事項」相關建議

1. 第四條 「告知事項」主要係指對被保險人職業、身體狀況等之書面詢問事項，人壽保險之問項內容如后……。

→建議增定人壽保險以外險種之告知事項內容，健康險部分按住院醫療險、防癌險、重大疾病險與長期看護險等分別增列疾病名稱之問項內容。

建議理由：此一建議主要為提高要保書之核保功能，建議要保書內容問項必須針對不同險種與疾病設計適當問項，以達到風險適當分類之功能。

2. 第五條 健康保險「告知事項」之內容，不論採附加於人壽保險主契約或單獨以主契約方式銷售，除得依第四點人壽險要保書之規定辦理外，如因核保需要，需加列詢問內容時，得由保險人自訂，……。第八條 ...關於健康保險...如於核保上有其特殊之需要及考量，欲加列問項或增加問項之內容時，應另提具相當之證明以說明此項目足以影響危險之估計(如最近三年之核保標準或實際理賠經驗……)，報經財政部核准後始得列入。

→建議增定如於核保上有其特殊之需要及考量，欲加列問項或增加問項之內容時，應另提具相當之證明以說明此項目足以影響危險之估計(如最近三年之核保標準或實際理賠經驗……)，依保險公司前3年度平均申訴比率高低採核准或備查不同審查程序，採核准方式者須報經主管機關核准始得列入。

建議理由：為確保要保書之風險篩選功能與時效性，本研究建議要保書增加問項時可以適度開放採備查方式，但第一階段僅對過去前3年平均申訴比率較低的保險公司開放。此一建議乃基於申訴比率較低之業者對於保戶權益較盡溝通解說之責，糾紛較少，因此可以適度開放該類保險公司與保戶具有互動要素之要保書內

容。

(四)、針對「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」相關建議

1. 第十三條增列。

→建議增列有條件續保條文，即本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時，本公司保留更新或拒絕續保的權利。本契約續保時，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。

建議理由：此一建議主要於現行保證續保之一年期醫療險外，建議主管機關開放有條件續保之一年期醫療險。此一建議允許保險業者可以按內部風控標準，決定一年期健康險之續保條件；同時亦提供保戶不同續保條件下，多樣化之需求與費率選擇。

2. 第十四條增列⁷⁸。

→建議增列不可解約條文，即本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本契約繼續有效，本公司不得拒絕續保。本契約續保時，續保保險費依原投保生效當時報經主管機關核可之費率及被保險人年齡計算保險費，不得調整之。

建議理由：此一建議主要於現行保證續保之一年期醫療險外，建議主管機關開放不可解約之一年期醫療險。此一建議允許保險業者可以按內部風控標準，決定一年期健康險之續保條件；同時亦提供保戶不同續保條件下，多樣化之需求與費率選擇。

3. 第十一條 除外責任 被保險人因下列原因所致之疾

⁷⁸ 除第十二條保證續保條文外，建議分別增列第十三條有條件續保與第十四條不可解約條文，除了提供保戶費率高低有別之一年期健康險保單選擇外，保險公司亦同時按其風險可控制水準發行其適當之續保條件保單，或透過多元化保單設計達到風險分散之目的。

病或傷害而住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。

→建議增列有關長期看護險與失能保險的除外條件。

建議理由：應按險別不同分別確立除外責任，方能達到風險控制之目的。

第六章 結論與建議

第一節 結論

面對人口快速老化，醫療需求日漸擴增之際，全民健康保險與商業健康保險，同時扮演著老年醫療照護供給市場上舉足輕重的角色。對以營利為目的的商業保險公司而言，長年期健康保險之發展必須兼顧市場發展性與公司財務體質的健全性。有鑑於此，主管機關針對長年期健康保險商品發展之可行性擬定諸項議題委託研究，包括(1)分析國內長年期健康保險商品之現況及所面臨之問題及風險，(2)國外長年期健康保險商品之發展趨勢分析與監理制度及其相關法令規定，(3)分析未銷售長年期健康保險商品之國家其未銷售之原因，(4)提供國外長年期健康保險商品之風險控管機制之運作方式及配套措施，並評估可行性，(5)對已銷售之長年期健康保險商品提供保險業之風險控管措施及主管機關監理之建議，(6)長年期健康保險繼續銷售之可行性評估，及因應繼續銷售長年期健康保險商品發展之監理制度及相關風險控管之措施，(7)研擬長年期醫療費用保險及一年期保證續保醫療費用保險之具體監理規範，是為本研究的研

究目的。

我國市場上主要長期健康保險包括有：有/無上限之長期住院醫療保險、重大疾病險、有/無上限之防癌險、長期看護保險與失能收入保險，另還有以附約形式發單的保證續保一年期住院醫療保險。以上各險種按 NAIC 分類的償付風險與資產風險架構下，其所暴露之風險又可總涵蓋為：(1)基於法令規範或管理策略因素下，保險公司迅速調整保費的能力與意願；(2)費率充足性；(3)發生率水準與趨勢變化；(4)核保與期間因素；(5)脫退水準與累積逆選擇的影響；(6)法規變化的衝擊，尤其是社會保險給付與商業保險互抵的影響；(7)再保安排的妥適性；(8)道德風險與理賠詐欺等。表 6-1 總結各險種主要暴露之風險及現階段業者的風控作法。

表 6-1：我國現有長年期健康保險潛在風險

	有/無上限之長期住院醫療保險	保證續保一年期住院醫療	重大疾病險	有/無上限之防癌險	長期看護保險	豁免保費與失能收入保險
潛在風險	(1)業者或因缺乏費率調整經驗或因市場競爭壓力，少有費率調整之能力與意願、(2)缺乏可靠之發生率、(3)多數未安排再保。	(1)費率調整時易產生逆選擇，應配合同業自律規範或強化無理賠誘因、(2)費率較低，易產生道德風險與理賠詐欺。	(1)疾病早期篩檢率的提高與治療對於理賠成本不確定性影響很大。	(1)發生率水準可信度與治療方式改變的潛藏風險、(2)癌症給付多未安排再保。	(1)市場競爭下造成核保條件過寬以至於理賠成本快速膨脹、(2)保戶投保意願與社會保險給付項目與條件變化的相關性、(3)理賠爭議。	(1)保單設計應該避免道德風險產生、(2)國內發生率經驗資料有限，國外有國情限制與時效性問題。
現有風控機制	(1)不承作、(2)依被保險人身分限制最高投保金額、(3)異常理賠調查、(4)刪除逆選擇高的給付項目、(5)簽訂保證終身之再保費率。	(1)無理賠記錄即提高次年度理賠比例、(2)無理賠記錄次年度保費優惠、(3)補償開始等待期間(除外期間)、(4)降低最高給付金額或日數、(5)停賣舊保單並鼓勵保戶轉新費率保單、(6)建立醫療險同業通報系統，以免保戶複保險造成惡意住院。	(1)不承作、(2)拉長補償開始等待期間(除外期間)、(3)定期檢視損失率、(4)投保規則嚴格制定。	(1)不承作、(2)再保公司拒保則停售、(3)定期檢視發生率水準、(4)定期檢視投資報酬率與預定利率水準、(5)增長補償開始等待期間(除外期間)、(6)只承保標準體、(7)降低住院日額給付額度、(8)擴大安全係數。	(1)不承作、(2)設計等待期間(除去期間)、(3)定期檢視損失率。	(1)不承作、(2)要/被保險人須為正式受雇，有固定上下班時間之全日受薪者、(3)嚴格化失能定義、(4)嚴格化等待期間(除去期間)。

就德、美、日發展健康險的發展經驗觀察，德國商業健康保險配合法定健保因而有長年期健康保單；美國住院費用等醫療保險多屬於團體保險性質，因此多為一年期保單，屬於定期或終身醫療保單的為長期看護保險或失能收入保險。日本之全民健保特質類似我國亦為一保障廣泛的醫療照護系統，其商業健康險亦多為長期發單。

配合德國之全民健保給付範圍廣泛，商業之健康保險有其替代性與補充性功能。由於有法定健保提供的保障為依歸，替代性商業健康險必須符合：(1)在既定的保險給付下，終身保證費率、(2)保障內容必須相當於法定健保內容、(3)平準保費，保費不可隨年齡遞增。在第一項特點下，保險公司一旦承保，即不可片面解約或因為成本因素減少未來給付內涵，但可以調整保費。易言之，商業健康保險僅能以調整保費因應醫療費用或理賠成本的攀升。保險公司為保持風險適當的承保團體，核保作業上可以拒保或除外不保，於費率調整時，亦十分謹慎以免發生逆選擇效果。商品類別中以全面性醫療保險 (Comprehensive Medical Insurance) 為主流，市佔率為 71.6%。

為確保清償能力，德國保險公司透過若干機制企圖建立保戶慎用醫療資源的態度，例如若保戶到保險公司引介的家醫診所就醫，在有需要的狀況下再轉診專科治療，費率比一般保單便宜 15%~20%；其次，若保戶無理賠紀錄，隔年可退還部份保費作為無理賠紅利金；保險公司同時推出費率相對較低的自負額保單鼓勵投保大眾珍惜醫療資源。最後，大型保險公司亦架構網站提供保戶就醫諮詢服務，企圖透過疾病醫療教育，提高保戶看診的自主性與專業知識，以避免保戶與醫療院所醫療資源的浪費。

至於相關監理法規部分，保險主管機關要求包括：長年期保單強制性費率調整、精算假設上下限設定、簽證精算師聲明書等。保險公司費率調整機制在德國既屬強制性規定，保險公司需每年持續監控實際理賠金額，當實際理賠金額與預期理賠金額之變動幅度超過事先約定幅度時，保險公司需重新檢視現行費率的適足性，且於必要的情形之下進行費率調整。同時，為保障保戶的權益，避免保險公司任意進行費率調整，只有在外部獨立的受託精算單位同意之下，保險公司方可進行費率調整。精算假設須報部主機關，預定利率上限為 3.5%，危險附加費用率至少為保費的 5%，並採主管機關定時公告之發生率提存準備金，簽證精算師則負費率最後適足責任。此外，自 2000 年起，「Health Reform 2000」法案規定，所有新發單的 PMI 保單必須外加 10% 費率作為老年準備金提存，該外加 10% 的保費必須投資於原保險人的類似年金帳戶中用以支付被保險人 65 歲後因應 PMI 費率調整必須支付的保費。

美國之社會健康保險僅透過 Medicare 與 Medicaid 提供給老年人與低收入戶健康照護，商業健康保險因此較其他全民健保國家更為活絡。由於社會醫療體系結構，美國商業健康險市場主要為雇主贊助之團單型式，團單保費佔商業健康保險保費收入之 67.5%。正由於美國醫療險主要以團體保險為主流，因此醫療給付保單多是每年續保保單或定期保單，而非我國或德國之終身醫療保險，至於每年續保保單中又以保證續保與不可解約保單為主流；保單內容有廣泛至全面性醫療給付，也有狹隘到僅提供牙齒或眼科治療給付。美國所謂的長期醫療保險以長期看護與失能收入保險為主。LTC 即使販售多年，普遍率仍然偏低，根據美國勞工局統計，2003~2005 年間美國僅有 11% 工作人口享有長期看護保險，保單給付期間最常見的為 5-10 年，目標市場多僅侷限於高收入者，此意味成本因素仍是美國推展個人長期看護保險主要的障礙。美國失能保險市場亦以團體保險為主，長期失能險最長保障期間可至 65 歲，短期失能險保障期間有 13、26、52 個星期者。若以續保條件區分，不可解約保單為主流保單，其次為保證續保保單。失能險銷售對象 9 成集中為職類一與二級。由於 1990 年代損失率過高，保險公司多已取消終身給付和除去期間少於 30 天的保單設計。

美國醫療費用的重要把關機制之一在於雇主，為降低每年節節攀升的醫療員工福利，雇主透過醫療給付福利刪減 (benefit management) 或透過高自負額保單 (HDHP) 與員工個人醫療帳戶 (HSA)，將醫療照護成本移轉到員工身上 (cost management)。保險公司為強化保戶醫療成本分攤的概念，亦透過「誘因機制」強化保戶合理的醫療消費行為。舉例而言，若保戶註冊保險公司提供的線上慢性病照護管理課程，或就醫之前尋求保險公司的醫療諮詢，保險公司即透過現金紅利回饋嘉惠保戶。同時，同一類給付內容之醫療保單開放有不同自負額與共保比例搭配之多元設計，保戶可依其需求選擇適合的保單。同時保戶使用保單約定之醫療院所與醫師，其自負額與共保比例都相對較低，自負額亦享有折扣。

至於法規部分，除了 HIPAA 保單與 Medicare 補充型保單以外，其餘短年期保單多由保險公司在核保費用考量與風險控管上決定續保條件，易言之，續保條件彈性化。此外，NAIC 建立了保單送審與費率調整時的示範規定，每一件初次送審商品必需包含有計算說明書，詳述費率決定之基礎以及預期損失率計算之依據，預期

損失率乃是預期給付的現值相對於預期保費收入的比例。費率調整之保單則必須根據其續保條件下最低損失率決定其費率調整程度。其餘有關健康險之監理範疇另包括最低責任準備金之提存與年報與風險資本額之填報。

日本在其提供完善保障的社會健康保險保障之下，商業健康保險主要在補足社會健康保險保障的缺口。因此，保險公司所提供的個人健康保險商品主要為終身型。此外，從健康保險商品種類的市場占有率來看，目前以癌症保險為最多，提供綜合保障醫療保險居次。但從新契約的發展可看出，近年醫療保險逐漸有取代癌症險的趨勢。至於長期看護保險，雖然在日本高齡化的快速發展、以及日本在 2000 年 4 月開始實施「介護保險」（社會長期照護保險）的影響下，保險需求有增加的趨勢，但就整體健康保險市場而言，商品的比重仍低。而失能收入保險，不但提供此種商品的保險公司有限，市場的認知與需求也低，在日本健康保險市場上仍不普遍。

保險公司為有效控制醫療成本，建立保戶正確使用醫療資源的觀念，大多透過網路或免付費電話，提供醫療諮詢服務。此外，在慎用醫療資源方面，更在醫療保險的保單設計中加入「無事故給付」，給付無理賠紀錄的保戶。而在健康危險的控制上，在核保時除了要保書的告知以外，必要時則由專屬醫師與客戶進行面談，針對被保險人的健康狀態進行細分，甚至開發針對健康狀態較差顧客的醫療保單。透過此種危險細分的方法，則能有效透過差別費率反應危險程度，或是將特定危險（部位）除外，亦或削減保險給付水準。

至於相關監理法規，2006 年時日本公佈了「第三領域保險責任準備金等相關規範」，針對第三領域保險的適當風險管理以及將來債務履行之財務提撥等內容進行規範，於 2007 年 4 月 1 日正式開始實施（一部份已於 2006 年 4 月 1 日開始）。在「第三領域保險責任準備金等相關規範」中提出健康保險監理上的三項重要的工作，包括要求保險公司實施「壓力測試」及「負債充足性測試」，並公開其實施相關資訊，而保險監理機關金融廳則應確實實施「書面監理」。此外亦提出三項其他強化風險控管的政策，包括確保基礎率變更權的實效性、強化保險精算師的機能、確保再保險的適切性。

彙整以上，德、美、日之健康險市場概況、保險公司控制機制與相關法規詳如表 6-2。

表 6-2：德、美、日長期健康險風控與監理資訊彙總

	德國	美國	日本
社會健康保險與商業保險之架構	法定健保保障範圍廣泛；商業健康保險具替代性與補充性功能。	Medicare/Medicaid 僅提供給最需要者(如老年人與低收入戶)；商業健康保險市場活絡，但多透過職場員工福利型式出單。	包括「健康保險」等 6 項社會健康保險制度，提供日本國民基本的醫療保障；與商業健康保險有互補性。
健康險市場概況	終身保障健康險為主，費率採平準方式，但須視實際損失率調整費率，業界平均損失率為 80.1%；LTC 自 1995 年起為強制性保險，志願性 LTC 仍不普遍。	醫療費用保險多以短期團體保單為主，業界平均損失率為 84%；長期保單僅見於 LTC 與失能收入保險，其中失能收入保險平均損失率達 105%，LTC 約 35.51%。	終身型保險商品為主；各種商品中以癌症險與醫療險為主；LTC 自 2000 年起實施強制性社會保險，商業性 LTC 普及率仍不高；失能收入保險則更少。
保險公司內部控制機制	無理賠紅利金、保險公司推薦之醫療資源保單享優惠費率、自負額保單、醫療網站提供就醫諮詢服務。	差別費率、HDHP 結合 HAS、醫療照護課程搭配現金紅利回饋、彈性等待期間、自負額與共保設計。	醫療保險的無理賠給付、醫療網站提供醫療諮詢服務、健康危險的細分與特別條件的核保。
相關監理法規	強制性費率調整機制同時必須經由外部獨立的受託精算單位同意之下，保險公司方可進行費率調整；設定精算假設上下限；簽證精算師負費率適足性最終責任	由於多透過職場提供保障，相關法規見 HIPAA 與 ERISA；保險相關法規由 NAIC 建立最低損失率調整費率之相關規範，並透過最低準備金提存與年報，簽證精算師聲明加以監理。未強制規定保證續保條款。	「第三領域保險責任準備金等相關規範」要求保險公司實施「壓力測試」及「負債充足性測試」、資訊公開、監理機關有效實施「書面監理」、確保基礎率變更權的實效性、強化保險精算師的機能、確保再保險的適切性。

第二節 建議

本研究參考德日美等國之相關經驗後，分別對我國監理法規與保險商品之風控措施提出可行之建議。

就監理角度上，健康保險若開放以長年期方式設計，保險公司

經營上不可避免會比其他險種面臨更多的風險課題。國外諸多保險公司並未販售終身保障之健康險商品，其最根本的理由即在於醫療費用與資源的使用難以公平正確估計，因此費率公平性與適足性無法確定，也因此市場多以定期保單或一年期以內之短期保單出單，且費率多不保證或至多保證一定年數以內；我國開放長年期或終身型健康險的經營，即應配搭費率調整等相關機制以確保財務穩健性。

本研究相關建議之基本精神在於開放商品設計之自由度，但建立費率調整的程序，同時透過財務監理，如現金流量測試或總保費測試等健全保險公司資產與負債面財務體質，最後強化內外部獨立簽證精算師擔負費率適足性的把關工作。因此，本研究以為在尊重市場供需機制下，長年期健康險無需停售，但對於已銷售之保單或即將銷售之長年期保險，費率調整需強制性檢視與執行，年度費率適足性檢測必須針對長年期健康險進行檢測，同時亦必須單獨針對健康險商品進行準備金是否增提之測試等，詳細之法規建議詳見表 6-3。

表 6-3：長年期健康險監理法規之相關建議

相關法規		建議修訂之內容	建議理由
針對「人身保險業簽證精算人員實務處理原則」相關建議	第四章 保險費率釐定之簽證	明定長期健康險得參考最低損失率計算公式提出適當的修正費率	明訂費率修正方法一以利作業；唯主管機關必須擬定適合我國長期健康險之最低損失率標準，並建立保險公司得調整費率與應調整費率之不同損失率標準
		由簽證精算人員評估預期給付與可能之實際給付差異比率，若差異比率超過 10%，保險公司得調整費率，但若差異達 15% 以上且屬於非暫時性現象，應即進行費率調整	明訂費率修正方法二以利作業，建議初步階段以 15% 為強制調整基準值，未來則視資料累積量增加可信度提高後，再考慮縮小變動幅度基準值，以免產生調整頻率過於頻繁之困擾

		建議若簽證精算人員在得調整費率但採不調整費率或以其他可行處理 措施替代時，應提出充分理由說明之	確保費率調整之其他因應方式或其他費率調整法乃屬可行
「人身保險商品審查應注意事項」相關建議	第八十二點	建議增加檢附外部獨立精算受託機構與人員有關費率增加具合理性等之說明書與聲明書	以確保費率調整之必要性確實落實
	第七十八點	除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其等待期間以九十日為限	放寬等待期間之設計，以符合保險商品多元化分散風險，並提供保戶更多選擇
	第六十七點	癌症險等待期間放寬以一百八十日為限，重大疾病險等待期間可因重大疾病項目擬定不同之等待期間，但以一百八十日為限。.....重大疾病險若以「診斷狀態」決定理賠條件.....	放寬等待期間之設計，以符合保險商品多元化分散風險，並提供保戶更多選擇；重新釐定重大疾病理賠條件以控制理賠發生率與預期落差
	第八十七點	建議修改為一年期之健康保險商品如有有條件解約、保證續保或不可解約條款者，其續保不有等待期間之規定	以符合開放多元化續約條件保單的條款
	第八十八點增列	健康保險商品若有自負額或共保比例/金額之約定，應於計算基礎內排除自負額與共保比例/金額之保險費.....	鼓勵健康險含自負額或共保比例/金額之設計
「人身保險要保書示範內容及注意事項」相關建議	第四條	按住院醫療險、防癌險、重大疾病險與長期看護險等分別增列疾病名稱之問項內容	增定健康險種之告知事項內容，以確實落實醫療險核保功能
	第八條	增定如於核保上有其特殊之需要及考量，欲加列問項或增加問項之內容時，應另提具相當之證明以說明此項目足以影響危險之估計(如最近三年之核保標準或實際理賠經驗.....)，依保險公司前3年度平均申訴比率高低採核准或備查不同審查程序，採核准方式者須報經主管機關核准始得列入	適度開放要保書上的問項內容，並按保險公司申訴比率高低採不同的核准或備查方式，以逐漸達到商品內容自由化的目標，但第一階段僅對過去前3年平均申訴比率較低的保險公司開放。此一建議乃基於申訴比率較低之業者對於保戶權益較盡溝通解說之責，糾紛較少，因此可以適度

			開放該類保險公司與保戶具有互動要素之要保書內容
「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」相關建議	第十二條	增列本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時，本公司保留更新或拒絕續保的權利。本契約續保時，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	除保證續保外，同時開放有條件續保保單，不但符合保險商品多元化分散風險，並提供保戶費率更低保單的選擇
		增列本契約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本契約繼續有效，本公司不得拒絕續保。本契約續保時，續保保險費依原投保生效當時報經主管機關核可之費率及被保險人年齡計算保險費，不得調整之	除保證續保外，同時開放不可解約保單，不但符合保險商品多元化分散風險，並提供保戶更多保障
	第十一條	除外責任修訂	以確實符合長期看護與失能保險除外的條件

另外，本研究匯整國內外公司經驗後，對於已銷售之健康險商品提出強化風控措施之相關建議，包括誘因機制之設計，核保程序建立、要保書問項妥適性、年度費率適足測試等；最後，保險公司應於保單設計初期時即善用再保公司之諮詢功能，並於保單送審前安排再保以轉嫁風險，詳見表 6-4。

表 6-4：長年期健康險風控機制建議

	有/無上限之長期住院醫療保險	保證續保一年期住院醫療	重大疾病險	有/無上限之防癌險	長期看護保險	豁免保費與失能收入保險
風控措施相關建議	(1)確實執行年度費率與準備金適足度檢測並即時調整、(2)檢測結果若顯示費率調整之必要性，保險公司必須確實費率調整作業，並於下一保單週年日前 2 個月通知保戶，保戶可選擇調整費率或調整給付額度或解約、(3)按該險種修訂要保書告知事項內容並適度開放問項。	(1)確實執行年度費率適足度檢測並即時調整、(2)設計多元化之一年期健康險之續保條件，提供保戶多重選擇，同時開放保險公司多元化保單降低保單集中風險、(3)加強保單「誘因機制」，係透過 NCB、NCD、醫療免費諮詢等降低費率調整逆選擇的現象。	(1)確實執行年度費率與準備金適足度檢測並即時調整、(2)定期檢討重大疾病涵蓋之疾病範疇，適時加減項目、(3)以重大疾病「診斷狀態」而非「病名」決定理賠條件與醫療複檢、(4)按重大疾病內容重新修訂要保書示範條款或允許業者適度參照即可、(5)重大傷病定義需要進一步釐清，最主要的是保險公司必須明示各項目定義、(6)費率結構採每年更新(續保)定期保險設計。	(1)確實執行年度費率與準備金適足度檢測並即時調整、(2)設計自負額/共保保單與不同等待期間保單、(3)由於癌症治療技術日新月異，採取較保守的安全加成係數、(4)費率調整列屬備查方式，以確保時間效率性、(5)按該險種修訂要保書告知事項內容並適度開放問項。	(1)積極注意全民健保政策修訂與改變、(2)統計資料可信度較低，發生率安全加成係數可採保守作法、(3)強化核保技巧，可透過電話或面談方式篩選風險、(4)按該險種修訂要保書告知事項內容、(5)限定最長理賠年度、(6)保單條款上除外事項必須適時檢討。	(1)失能定義與薪資定義適度性以避免道德風險、(2)經濟規模與專業利基為獲利基礎，因此除非有核保、理賠等專業人才，保險公司毋須貿然推出此類保單、(3)除外事項是否涵蓋恰當。

此外，對於相關單位本研究另有以下若干建議：

1. 保險公司同業公會、保險監理機關或保險事業發展中心應積極參與我國全民健保工作小組，以及時因應社會保險政策改變對商業保險經營的空間與成本上的影響，並適時反應商品給付內容與費率之修正。
2. 由於健康險條款內容較為複雜，保戶對於投保內容多半混淆，因此急需強化展業人員對於保單內容詳細解說，以避

免產生理賠糾紛。

3. 保險業者可與健保局或大型教學醫院合作，積極參與民眾醫療教育之推動工作。
4. 我國監理機關亦可參考日本金融廳在 2004 年公佈的「金融改革計劃」中，將健康險改革列為重要施政項目之一。積極成立健康險工作小組，邀請業者、社會保險學者、精算師等共同建立風控、精算、法規等相關作業程序，並在各界建立共識下逐一執行。

附錄一 Act on the Supervision of Insurance Undertakings

Section 12

Substitutive health insurance

- (1) To the extent that health insurance is suitable as a full or partial substitute to statutory health insurance (substitutive health insurance) it shall be operated in Germany only in accordance with the technical principles of life insurance, i.e.
1. premiums shall be calculated in accordance with actuarial principles on the basis of probability tables and other pertinent statistical data, specifically taking into account any relevant assumptions with respect to the risk of invalidity and illness, to mortality, to the dependence of the risk on age and gender and to the probability of cancellation, also taking into account safety loadings and other loadings and a technical interest rate,
 2. the ageing provision is to be recognised in accordance with section 341f of the Commercial Code,
 3. in the insurance contract, the right of termination without cause for the insurance undertaking must be excluded, in daily benefits insurance from the fourth policy year at the latest, and a premium increase permitted,
 4. the insurance contract shall grant the policyholder the right to policy alteration by choosing other premium scales with comparable coverage while maintaining the rights and ageing provision entitlements acquired so far under the contract.
- (2) Insurance undertakings active in substitutive health insurance business shall appoint a responsible actuary. Section 11a (1) sentences 2 to 4, as well as (2) and (2a) apply accordingly.
- (3) The duties of the appointed actuary are as follows:
1. To ensure that in calculating the premiums and mathematical provisions, in particular the ageing provision, the actuarial methods (subsection (1) nos. 1 and 2 above) are followed and the rules of the regulation issued pursuant to section 12c below are observed. In the process, the appointed actuary shall assess the financial situation of the undertaking, in particular with respect to whether or not the undertaking is in a position to fulfil its liabilities under the insurance contracts at all times and whether it disposes of adequate resources in the amount of the solvency margin.
 2. The appointed actuary shall certify at the end of the balance sheet that the ageing provision has been calculated in accordance with no. 1 above (actuarial certification). This does not apply to small mutual associations (section 53 (1) sentence 1).

Section 11a (3) no. 3 and (4) no. 1 apply accordingly.

- (4) Section 11 (2) applies accordingly for substitutive health insurance. The premiums for new business may not be lower than the premiums for the insured of the same age under the existing portfolio of insurance contracts, not including their ageing provision.
- (4a) In substitutive medical expenses insurance, a loading of 10 percent of the annual zillmerised gross premium shall be charged to the insured, allocated annually and directly to the ageing provision pursuant to section 341 f (3) of the Commercial Code, and used for the purpose of premium reduction in old age in accordance with section 12a (2a), at the latest with the beginning of the calendar year following the year in which the insured attains the age of 21 and ending in the calendar year of the insured person's attaining the age of 60. Sentence 1 above does not apply to private dental prosthesis insurance within the meaning of section 58 (2) of book five (V) of the German Social Security Code (Sozialgesetzbuch), for policies with defined terms covering the insured during periods of training or education, stays abroad, or travel, and to premium rates terminating automatically at the latest upon the insured's attaining the age of 65.
- (5) If the non-substitutive health insurance is operated in accordance with the technical principles of life insurance, subsections (1) to (4) above apply accordingly.

Section 12a

Ageing provision; direct credit

- (1) In medical expense insurance and voluntary long-term care insurance (long-term care costs and long-term care daily benefits insurance) operated in accordance with the technical principles of life insurance, the insurance undertaking shall annually credit to the insured, the investment income attributable to any positive sum of the ageing provision for the policies concerned at the end of the preceding financial year. The amount credited shall total 90 percent of the average investment income generated beyond the level of the technical interest rate (excess yield).
- (2) The share of the amount determined in accordance with subsection (1) above, which is attributable to the share of the ageing provision accumulated from the loading, shall be annually credited in full to the insured who paid the loading pursuant to section 12 (4a), until the end of the financial year in which they attain the age of 65. Of the remaining amount, 50 percent shall be credited annually directly to the ageing provision of all insured persons. The percentage rate defined in sentence 2 above shall increase by two percent annually, from the financial year of the insurance undertaking beginning in 2001, until it reaches 100 percent.
- (2a) When the insured attains the age of 65, the amounts referred to in subsection (2) above shall be used to fund, for an unlimited period, the additional premiums arising from premium increases, or a portion of the additional premiums if the available funds are not sufficient to fully fund the additional premiums. Unused amounts shall be utilised for premium reduction as of the point at which the insured attains the age of 80. Any subsequent allocations shall be used for an immediate premium reduction. In voluntary long-term care daily benefits

insurance, the general policy conditions may provide for an according increase in benefits instead of a premium reduction.

- (3) The share of the investment income determined in accordance with subsection (1) above remaining after deduction of the amounts used in accordance with subsection (2), shall be set aside for the insured who have attained the age of 65 by the balance sheet date, for a rebate and be used within a period of three years to offset or limit premium increases, or to reduce premiums. Notwithstanding sentence 1 above, until the balance sheet date following 1 January 2010, 25 percent may also be used for insured persons who have attained the age of 55 but not yet the age of 65. The premium reduction in accordance with sentence 1 above may be limited to prevent the premium of the insured from falling below the level paid at the initial age at entry; the unused portion of the amount credited shall be credited additionally in accordance with subsection (2) above.

Section 12b

Changes to health insurance premiums; trustee

- (1) For health insurance operated in accordance with the technical principles of life insurance, premium adjustments may only be implemented after approval by an independent trustee. The trustee shall verify whether the premium has been calculated in accordance with the applicable legal requirements. For this purpose, all technical calculation bases required for verification, including actual calculations made and statistical evidence, are to be provided to the trustee. The technical calculation basis shall comprise all the principles for the calculation of the premiums and ageing provision, including the calculation basis and mathematical formulas used. Approval shall be granted if the requirements of sentence 2 above have been met.

(1a) The following shall be subject to the approval of the trustee:

1. The date and the amount of the withdrawal and the use of funds from the provision for rebates, to the extent that they are to be used in accordance with section 12a (3),
2. The use of the funds from the provision for bonuses.

In the cases mentioned in sentence 1 nos. 1 and 2 above, the trustee ensures that the requirements set forth in the memorandum and articles of association and the general policy conditions are met and that the interests of the insured are sufficiently safeguarded. If the funds are utilised to limit premium increases, the trustee shall ensure, in particular, an appropriate distribution amongst the groups of the insured who paid the premium loading under section 12 (4a) and those who did not, and sufficiently take into account the aspect of reasonableness of the premium increases, in percentage and absolute terms, for the older insured.

- (2) For every insurance tariff calculated in accordance with the technical principles of life insurance, the insurance undertaking shall compare, at least annually, the required benefits with the calculated benefits. If the comparison to be submitted to the Supervisory Authority and the trustee indicates a deviation of more than 10 percent for a certain tariff, provided the general policy conditions do not require a lower percentage, the undertaking shall examine all premiums subject to this tariff and, if the deviation may be considered to be more than just

temporary, adjust them with the approval of the trustee. In this context, the fixed amount of any excess may also be adjusted and any agreed premium loading changed accordingly if this has been stipulated in the contract. There shall be no adjustment if the insurance benefits were inadequately calculated at the time of initial calculation, or recalculation, and a prudent and conscientious actuary should have recognised this. If the trustee finds that premium increases or reductions are necessary wholly or partly for a tariff, and if no agreement on this can be reached with the undertaking, the trustee shall immediately inform the Supervisory Authority.

- (3) Only persons may be appointed as trustee who are reliable and qualified and not affiliated with the insurance undertaking and who, in particular, have not concluded an employment contract or other service contract with the insurance undertaking or any affiliated undertaking, and have no claims against the undertaking under such a contract. To meet the qualification requirement, the trustee shall dispose of sufficient knowledge in the field of premium calculation in health insurance. The appointment of a person already active as trustee or appointed actuary for ten insurance undertakings or pension funds is generally excluded. A higher number of mandates may be permitted by the Supervisory Authority.
- (4) Before appointment of the designated trustee, the Supervisory Authority shall be informed and provided with the information necessary to judge the requirements referred to in subsection (3) above. If there is evidence to suggest that the designated trustee does not meet the requirements for reliability or qualification, the Supervisory Authority may require that another person be appointed. If, after the appointment, there should be evidence of circumstances which would have prevented the appointment in accordance with subsection (3) above, or if the trustee does not properly fulfil the duties under this Act, in particular if any premium adjustment is approved, which does not comply with the statutory requirements, the Supervisory Authority may require that another trustee be appointed. If the designated or the newly appointed trustee in the cases mentioned in sentences 2 and 3 also fails to meet the requirements, or if no new appointment is made, the Supervisory Authority may itself appoint a trustee.
- (5) As regards the appointment of a trustee in the event of a contract adjustment pursuant to section 178g (3) of the German Insurance Contract Act (Versicherungsvertragsgesetz), subsection (3) sentences 1, 3 and 4, and subsection (4) above apply accordingly. To meet the qualification requirement the trustee must dispose of sufficient legal knowledge, relating in particular to the field of health insurance.

Section 12c

Enabling provision

- (1) As regards health insurance operated in accordance with the technical principles of life insurance, the Federal Ministry of Finance is authorised to
 1. issue by regulation provisions on the actuarial methods for the calculation of the premiums, including premium adjustments and the mathematical provisions, namely the ageing provision, specifically to take into account any relevant assumptions with respect to the risk of invalidity and illness,

long-term care requirements, mortality, dependence of the risk on age and gender, and probability of cancellation as well as the amount of the safety loading and interest rate and the principles for the assessment of the other loadings,

2. issue by regulation more detailed provisions with regard to the equivalence of the insurance coverage and transfer of acquired rights and the ageing provision in the event of a change of tariff pursuant to section 12 (1) no. 4,
3. define by regulation how the excess yield as defined in section 12a (1) is to be calculated, how the amounts are to be distributed among the entitled insured persons in accordance with section 12a (2) and (3), and how the initial premium at the age of entry is to be determined,
4. define by regulation the procedure for comparing the required insurance benefits with the calculated insurance benefits within the meaning of section 12b (2) sentences 1 and 2, and the deadline for submitting this comparison to the Supervisory Authority and the trustee.

This power may be delegated by regulation to the Supervisory Authority. The latter shall issue the rules in consultation with the supervisory authorities of the individual federal states.

- (2) Regulations pursuant to subsection (1) sentence 1 no. 1 above shall be issued in agreement with the Federal Ministry of Justice. The same applies to regulations pursuant to subsection (1) sentence 2 above, if they serve to delegate the authorisation to issue regulations in accordance with subsection (1) sentence 1 no. 1.

Section 12d

Transitional provisions applicable to trustees in health insurance

- (1) If the premiums for insurance contracts concluded before 29 July 1994 in health insurance operated in accordance with the technical principles of life insurance may be adjusted under an adjustment clause subject to the approval of the Supervisory Authority, such approval by the Supervisory Authority is replaced by the consent of the trustee (section 12b (1) and (2)).

- (2) (rescinded)

Section 12e

Loading

As regards insurance contracts concluded before 1 January 2000, section 12 (4a) applies, with the proviso that

1. the loading is to be charged for the first time on 1 January of the calendar year which follows the 1 January 2000,
2. the loading in the first year totals two percent of the gross premium, and increases by two percent on 1 January of each of the following years, up to a

maximum of 10 percent of the gross premium, unless it is terminated because the insured attains the age of 60,

3. the insurance undertaking is obliged to inform the policyholder in good time of the amount and annual increases of the loading before it is charged for the first time,
4. the loading shall only be charged if the policyholder does not object in writing within three months after receipt of the information pursuant to no. 3 above.

Section 12f

Long-term care insurance

Subject to the regulations set forth in book eleven (XI) of the Social Security Code (sections 110, 111), sections 12 (1) to (4), 12b and 12c above apply accordingly to private compulsory long-term care insurance.

附錄二 GUIDELINES FOR FILING OF RATES FOR INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE FORMS

Section I. General

A. Every policy, rider or endorsement form affecting benefits that is submitted for approval shall be accompanied by a rate filing unless the rider or endorsement form does not require a change in the rate. Any subsequent addition to or change in rates applicable to such policy, rider or endorsement shall also be filed.

B. General Contents of All Rate Filings

The purpose of this guideline, including its Appendix, is to provide appropriate guidelines for the submission and the filing of individual health insurance rates and to establish standards for determining the reasonableness of the relationship of benefits to premiums. Each rate submission shall include an actuarial memorandum describing the basis on which rates were determined and shall indicate and describe the calculation of the ratio, hereinafter called "anticipated loss ratio," of the present value of the expected benefits to the present value of the expected premiums over the entire period for which rates are computed* to provide coverage. Interest shall be used in the calculation of this loss ratio. Each rate submission must also include a certification by a qualified actuary that to the best of the actuary's knowledge and judgment the entire rate filing is in compliance with the applicable laws and regulations of the state to which it is submitted and that the benefits are reasonable in relation to premiums.

*Assumptions applying to the future "period for which rates are computed" should be reasonable in relation to the circumstances. For example, if future rates of inflation are a major factor, the period of projection of such rates normally should be short, such as three to five years only. Other assumptions, however, may still appropriately apply over the entire future policy renewal period, particularly in cases where the basic rate structure is one of "level" premiums based on original issue age.

C. Previously Approved Forms. Filings of rate revisions for a previously approved policy, rider or endorsement form shall also include the following:

- (1) A statement of the scope and reason for the revision, and an estimate of the expected average effect on premiums, including the anticipated loss ratio for the form;
- (2) A statement as to whether the filing applies only to new business, only to in force business, or both, and the reasons therefore;
- (3) A history of the experience under existing rates, including at least the data indicated in Section ID. The history may also include, if available and appropriate, the ratios of actual claims to the claims expected according to the assumptions underlying the existing rates. Additional data might include: substitution of actual claim run-offs for claim reserves and liabilities, determination of loss ratios with the increase in policy reserves subtracted from premiums rather than added to benefits, accumulation of experience fund balances, substitution of net level policy reserves for preliminary term policy

reserves, reserve adjustments arising because of select period loss experience, adjustment of premiums to an annual mode basis, or other adjustments or schedules suited to the form and to the records of the company. All additional data shall be reconciled, as appropriate, to the required data; and

(4) The date and magnitude of each previous rate change, if any.

D. Experience Records. Insurers shall maintain records of earned premiums and incurred benefits for each calendar year for each policy form, including data for rider and endorsement forms that are used with the policy form, on the same basis, including all reserves, as required for the Accident and Health Policy Experience Exhibit. Separate data may be maintained for each rider or endorsement form to the extent appropriate. Subject to approval of the commissioner, experience under forms that provide substantially similar coverage and provisions, which are issued to substantially similar risk classes and which are issued under similar underwriting standards, may be combined for purposes of evaluating experience data in relation to premium rates and rate revisions, particularly where statistical credibility would be materially improved by such combination. Once such a combining of forms is adopted, however, the insurer may not afterward again separate the experience, except with approval of the commissioner.

The data shall be for all years of issue combined and for each calendar year of experience utilized in the rate determination process (but never less than the last three years). For example, for policies originally filed under this guideline, experience since inception would be required because of the utilization of the rule in Section II.B.2.b(ii). Here, it is permissible to combine experience for calendar years prior to the most recent five.

E. Evaluating Experience Data

In determining the credibility and appropriateness of experience data, due consideration must be given to all relevant factors, such as:

- (1) Statistical credibility of premiums and benefits, e.g., low exposure, low loss frequency.
 - (2) Experienced and projected trends relative to the kind of coverage, e.g., inflation in medical expenses, economic cycles affecting disability income experience.
 - (3) The concentration of experience at early policy durations where select morbidity and preliminary term reserves are applicable and where loss ratios are expected to be substantially lower than at later policy durations. Where this consideration is pertinent, ratios of actual to expected claims, on a select basis, will often be appropriate for an adequate evaluation.
- (4) The mix of business by risk classification.

Section II. Reasonableness of Benefits in Relation to Premiums

A. New Forms

- (1) With respect to a new form under which the average annual premium as defined in Subsection 5 below, is expected to be at least as large as the maximum \$X in Subsection 3 below but not more than the minimum \$X in Subsection 4 below, benefits shall be deemed reasonable in relation to premiums provided the anticipated loss ratio is at least as great as shown in the following table:

Type of Coverage	OR	CR	GR	NC
Medical Expense	60%	55%	55%	50%
Loss of income and other	60%	55%	50%	45%

(2) Definitions of Renewal Clause

OR -Optionally Renewable: renewal is at the option of the insurance company.

CR - Conditionally Renewable: renewal can be declined by class, by geographic area or for stated reasons other than deterioration of health.

GR -Guaranteed Renewable: renewal cannot be declined by the insurance company for any reason, but the insurance company can revise rates on a class basis.

NC -Non-Cancellable: renewal cannot be declined nor can rates be revised by the insurance company.

(3) Low Average Premium Forms

For a policy form, including riders and endorsements, under which the expected average annual premium per policy is low (as defined below), the appropriate ratio from the table above should be adjusted downward by the following formula:

$$R' = R \cdot \frac{(I \cdot 500) + X}{(I \cdot 750)}$$

Where: R is the table ratio

R' is the resulting guideline ratio

I is the consumer price index factor*

X is the average annual premium up to a maximum of I x 250.

*The factor I is determined as follows:

$$I = \frac{\text{CPI-U, Year (N-1)}}{\text{CPI-U, (1982)}} = \frac{\text{CPI-U, Year (N-1)}}{293.3}$$

where:

- (a) (N-1) is the calendar year immediately preceding the calendar year (N) in which the rate filing is submitted in the state;
- (b) CPI-U is the consumer price index for all urban consumers, for all items, and for all regions of the U.S. combined, as determined by the U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics;
- (c) The CPI-U for any year (N-1) is taken as the value of September. For 1982, this value was 293.3;
- (d) Hence, for rate filings submitted during calendar year 1983, the value of I is 1.00.

(4) High Average Premium Forms

For a policy form, including riders and endorsements, under which the expected average annual premium per policy is high (as defined below), the appropriate ratio from the table above should be adjusted upward by the following formula:

$$R' = R \cdot \frac{(I \cdot 4000) + X}{(I \cdot 5500)}$$

Where: R is the table ratio

R' is the resulting guideline ratio

I is the consumer price index factor [*] or: [as defined in 3., above]

X is an average annual premium exceeding I x 1500.

In no event, however, shall R' exceed the lesser of:

(a) R + 5 percentage points, or (b) 63%.

(5) Determination of Average Premium

The average annual premium per policy shall be estimated by the insurer based on an anticipated distribution of business by all significant criteria having a price difference, such as age, sex, amount, dependent status, rider frequency, etc., except assuming an annual mode for all policies (i.e., the fractional premium loading shall not affect the average annual premium or anticipated loss ratio calculation).

The value of X should be determined on the basis of the rates being filed. Thus, where this adjustment is applicable to a rate revision under Section II B of these guidelines, rather than to a new form, X should be determined on the basis of anticipated average size premium immediately after the revised rates have fully taken effect.

(6) Medicare Supplement Forms

For Medicare supplement policies, benefits shall be deemed reasonable in relation to premiums provided the anticipated loss ratio is at least sixty percent (60%).

(7) Conflict with Specific Statutes or Regulations

The above anticipated loss ratio standards do not apply to a class of business where such standards are in conflict with specific statutes or regulations.

(8) Forms with Indexing of Benefits

Certain policy forms provide for automatic indexing of benefits in relation to some base that is not subject to control by the insurer or the insured. Medicare supplement plans under which benefits automatically adjust in response to changes in the Part A or Part B deductibles under federal Medicare are a common example. Other possibilities exist, under disability income, major medical and other forms of coverage.

In such cases, the insurer should be permitted to file rates on a basis that provides for automatic adjustment of premiums, on an actuarial basis appropriate in relation to the automatic adjustment in the benefits. While such premium adjustment would thus be considered "pre-filed," to apply "automatically," it should nevertheless be subject to ongoing monitoring of the continuing loss experience and there should be some agreement with the insurer that the commissioner may require, from time to time, renewed justification that the automatic premium adjustments remain appropriate and reasonable.

B. Rate Revisions

- (1) With respect to filing of rate revisions for a previously approved form, or a group of previously approved forms combined for experience, benefits shall be deemed reasonable in relation to premiums, provided the revised rates meet the standards applicable to the prior rate filing for the form or forms.

In general, the rule that applies is that any rate revision is subject to the guideline basis under which the previous rates were filed (with consideration of all relevant rating factors: morbidity, expenses, persistency, interest, etc.), and to those regulatory guidelines, if any, that were in effect at the time of such filing. Where there was no written guideline applicable to the prior rate filing, the regulatory benchmark then generally recognized, such as the 1953 NAIC benchmark (1953 Proceedings of the NAIC, Vol. II, p. 542), will continue to govern rate revisions of the prior rate filings.

- (2) With respect to filings of rate revisions for a form approved subject to these guidelines, benefits will be deemed reasonable in relation to premiums provided both the following loss ratios meet the standards in II A of these guidelines:
 - (a) The anticipated loss ratio over the entire future period* for which the revised rates are computed to provide coverage;
 - (b) The lifetime anticipated loss ratio derived by dividing (i) by (ii) where
 - (i) is the sum of the accumulated benefits from the original effective date of the form to the effective date of the revision, and the present value of future benefits, and
 - (ii) is the sum of the accumulated premiums from the original effective date of the form to the effective date of the revision, and the present value of future premiums, such present values to be taken over the entire period* for which the revised rates are computed to provide coverage, and the accumulated benefits and premiums to include an explicit estimate of the actual benefits and premiums from the last date as of which an accounting has been made to the effective date of the revision. Interest shall be used in the calculation of these accumulated benefits and premiums and present values only if it is a significant factor in the calculation of this loss ratio.

*Assumptions applying to the future “period for which rates are computed” should be reasonable in relation to the circumstances. For example, if future rates of inflation are a major factor, the period of projection of such rates normally should be short, such as 3 to 5 years only. Other assumptions, however, may still appropriately apply over the entire future policy renewal period, particularly in cases where the basic rate structure is one of “level” premiums based on original issue age.

C. Anticipated loss ratios lower than those indicated in 2.a and 2.b. will require justification based on the special circumstances that may be applicable.

- (1) Examples of coverages requiring special consideration are as follows:
 - (a) Accident only;
 - (b) Short term non-renewable, e.g., airline trip, student accident;
 - (c) Specified peril, e.g., cancer, common carrier;
 - (d) Other special risks.
- (2) Examples of other factors requiring special consideration are as follows:
 - (a) Marketing methods, giving due consideration to acquisition and

- administration costs and to premium mode;
- (b) Extraordinary expenses, or, in the case of a rate increase, expenses in excess of those expected under the previous rate filing;
 - (c) High risk of claim fluctuation because of the low loss frequency or the catastrophic, or experimental nature of the coverage;
 - (d) Product features such as long elimination periods, high deductibles and high maximum limits; and
 - (e) The industrial or debit method of distribution.

Companies are urged to review their experience periodically and to file rate revisions, as appropriate, in a timely manner to avoid the necessity of later filing exceptionally large rate increases.

RATE FILING GUIDELINES

APPENDIX

A basic actuarial requirement in the establishment of a premium rate scale is that the benefits provided be reasonable in relation to premiums. This requirement has been incorporated in the statutes of many jurisdictions and in the regulations and operating rules, formal and informal, of the insurance departments of probably all jurisdictions.

One of the principal objectives of these guidelines is to establish a basis for assisting both those filing rates and those responsible for regulatory review of filings in deciding whether a premium rate filing meets this requirement.

The individuals who drafted these guidelines recognized that the guidelines would be applicable to the wide range of products marketed by a diversity of methods under the general title "Individual Health Insurance." For this reason, they decided it would be inappropriate to establish rigid rules or inflexible standards. It should be recognized, therefore, that the guidelines are intended to be only guidelines, and they must be interpreted and applied flexibly.

Section II.A. of the guidelines includes a table of numerical values representing loss ratios that "shall be deemed reasonable in relation to premium." This "deemer" level of loss ratio is meant to be the initial guideline test for establishing the reasonableness of the premiums in relation to benefits. Satisfying this test establishes that the premiums are reasonable in relation to benefits. However, premium rates not meeting this test may still have benefits that are reasonable in relation to premiums based on further considerations.

Other parts of Section II, and particularly Subsection C, give examples of situations where considerations beyond the initial test would be appropriate in determining the reasonableness of premiums in relation to benefits.

Although expenses are not addressed in detail in the guidelines, the variations in loss ratio benchmarks by average annual premiums per policy is clearly intended to provide for the fact that a substantial amount of general expense is not a function of premium but is flat per policy. Thus, the guidelines intend to make realistic provision for actual expenses as incurred. As inflation causes unit expenses to rise, despite the gains from improved productivity through greater mechanization, etc., the possibility of lower loss ratios may have to be confronted for some forms.

One of the purposes of Section I of the guidelines is to set the requirements for rate

filings. The usefulness of this section is enhanced by showing herein the minimum requirements as to the documentation of these rate filings.

In developing the checklist below, consideration was merely given to pointing out some of the factors that may be involved in calculating the rates, e.g., interest, mortality, morbidity, selection, lapse, expenses, inflation, etc., and spell out how those factors might be used in such calculations. It was felt, however, that this approach would produce details not always necessary to justify or review the rate filing while leaving out possibly essential information.

The checklists are separate for filing of rates for a new product and filing of rate increases.

Checklist of Items to be included in Individual Health Insurance

Rate Filing Submissions

Rates for a New Product

- I. Policy Form, application, and endorsements required by State Law.
- II. Rate Sheet
- III. Actuarial Memorandum
 - A. Brief description of the type of policy, benefits, renewability, general marketing method, and issue age limits.
 - B. Brief description of how rates were determined, including the general description and source of each assumption used. For expenses, include percent of premium, dollars per policy and/or dollars per unit of benefit.
 - C. Estimated average annual premium per policy.
 - D. Anticipated loss ratio, including a brief description of how it was calculated.
 - E. Anticipated loss ratio presumed reasonable according to the guidelines.
 - F. If D is less than E, supporting documentation for the use of the proposed premium rates.
 - G. Certification by a qualified actuary that, to the best of the actuary's knowledge and judgment, the rate submission is in compliance with the applicable laws and regulations of the state and the benefits are reasonable in relation to the premiums.
- IV. A statement as to the status of this rate filing in the company's home state.

Rate Increases for an Existing Product

for which Rates are Subject to this Guideline

- I. New Rate Sheet
- II. Actuarial Memorandum
 - A. Brief description of the type of policy, benefits, renewability, general marketing method and issue age limits.
 - B. Scope and reason for rate revision including a statement of whether the revision applies only to new business, only to in force business, or to both, and outline of all past rate increases on this form.
 - C. Estimated average annual premium per policy, before and after rate increase. Descriptive relationship of proposed rate scale to current rate scale.
 - D. Past experience, as specified in Section I D of the guidelines, any other available data the insurer may wish to provide.
 - E. Brief description of how revised rates were determined, including the general description and source of each assumption used. For expenses, include percent of premium, dollars per policy, and/or dollars per unit of benefit.

- F. The anticipated future loss ratio and description of how it was calculated.
- G. The anticipated loss ratio that combines cumulative and future experience, and description of how it was calculated.
- H. Anticipated loss ratio presumed reasonable according to the guidelines.
- I. If F or G is less than H, supporting documentation for the use of such premium rates.
- J. Certification by a qualified actuary that, to the best of the actuary's knowledge and judgment, the rate submission is in compliance with the applicable laws and regulations of the state and the benefits are reasonable in relation to the premiums.

The test in Section II.B.2. is an innovation of these guidelines. It seems appropriate, therefore, that this appendix include an example of how it works.

The first test in II.B.2.a. is the same for a new form, new business on an existing form, or experience on existing business following a rate revision. Suppose that we are talking about an OR form with an average annual premium exceeding \$X, defined in the guidelines, and the new rates are originally set to provide the benchmark loss ratio of sixty percent (60%).

When the new rates are applied to existing business in force and we calculate the present value of future premiums and benefits, we obtain the following results.

Table 1 – Future Projection

	Present value current volume from next year anniversaries
Premiums	30,000,000
Benefits	18,000,000
Loss Ratio	0.60

Then we look at the accumulated experience for the past. Suppose it can be summarized as follows: The poor recent experience has prompted the need for the current increase request.

Table 2 – Accumulated Experience

	Prior to 3 years	Last 3 years	From last year to next anniversary	Total
Premiums	50,000,000	10,000,000	10,000,000	70,000,000
Benefits	20,000,000	9,000,000	11,000,000	40,000,000
Loss Ratio	0.4	0.9	1.1	0.571

When the accumulated and present value figures are combined, the following results appear.

Table 3 – Combined Experiences

	Accumulated	Present Value	Total
Premiums	70,000,000	30,000,000	100,000,000
Benefits	40,000,000	18,000,000	58,000,000
Loss Ratio	0.571	0.60	0.58

The test in II.B.2.b. is not met.

With respect to future premiums on the existing volume, the rates proposed must be reduced so that the .58 result is increased to .60. Since the benefits are what they are and the present value is settled, we can work backwards to determine that the total premiums must be \$96,666,667 (\$58,000,000 - .60). Thus the present value of future premiums must be \$26,666,667 and the proposed rates, applicable to new business, must be reduced by one-ninth, with respect to the existing volume. The new table which meets the II.B.2.b. test is as follows.

Table 4 – Revised Combined Experiences

	Accumulated	Present Value	Total
Premiums	70,000,000	26,666,667	96,666,667
Benefits	40,000,000	18,000,000	58,000,000
Loss Ratio	0.571	0.675	0.60

The next rate increase request will depend on how experience develops, if the company wishes to charge the same rates for new business and renewal, one way it could do so would be by reducing the rates otherwise proposed for new business. An alternative approach would be to combine the experience under new and existing business in a similar analysis to arrive at a single rate structure applying to both.

If the early experience under the form was poor, the losses would not be recoverable. Suppose, for instance, that only the last three years and the estimate for the last year-end to the next year's anniversary in the above example existed and the proposed new business rates applied. Then, the following test from II.B.2.b. appears:

Table 5 – Alternate Combined Experiences

	Accumulated	Present Value	Total
Premiums	20,000,000	30,000,000	50,000,000
Benefits	20,000,000	18,000,000	38,000,000
Loss Ratio	1.000	0.60	0.76

While the present value of future premiums could be increased under the II.B.2.b. test to recover past losses and still meet the 60% benchmark, the test in II.B.2.a. would preclude such an increase.

It is believed that this test will be rather simple to apply, in practice, from readily available records. It will be an effective tool in reviewing the reasonableness of rate increases.

Section II.B, as amended, is not intended to substitute new standards retroactively in place of standards in effect before the date of these guidelines. It is not intended that the rules be changed in the middle of the contract period. On the other hand, the principles of these guidelines may have been implicit in a state's former rules and guidelines.

It should be emphasized again that the tests in II.A. and II.B. have to do with benchmarks, not legal minimums. Section II.C. mentions some situations in which lower loss ratios may be justifiable. If, however, a rate submission meets the benchmark standards and includes full documentation as described in the guidelines and this appendix, the requirement that benefits be reasonable in relation to premiums should be considered met.

Legislative History (all references are to the Proceedings of the NAIC):

1980 Proc. I 29, 38, 406, 410, 413, 416-425 (adopted).

1983 Proc. I 6, 35, 644, 652-659 (revised)

1983 Proc. II 16, 22, 638, 644, 646-655 (amended and reprinted)

附錄三 RATE FILING AND ANNUAL REPORT SUBMISSIONS

- Section 1 Authority
- Section 2 Background and Purpose
- Section 3 Applicability and Scope
- Section 4 Definitions
- Section 5 General Rate Filing Requirements
- Section 6 Actuarial Memorandum
- Section 7 Additional Rate Filing Requirement by Line of Business
- Section 8 Annual Rate Report
- Section 9 Severability
- Section 10 Enforcement
- Section 11 Effective Date
- Section 12 History

Section 1 Authority

This regulation is promulgated pursuant to the authority of §§10-1-109, 10-3-1110, 10-16-107(1), 10-16-107(1.5), and 10-16-109, C.R.S.

Section 2 Background and Purpose

The purpose of this regulation is to ensure that health insurance rates are not excessive, inadequate or unfairly discriminatory, by establishing the requirements for rate filings and to require an annual rate report. This regulation provides a listing of the items required to be included in this Annual Rate Report.

Section 3 Applicability and Scope

This regulation applies to all companies operating in the State of Colorado, as defined in Section 4. This regulation concerns all health insurance rate filings, including, but not limited to, comprehensive health insurance, long term care, supplemental health, limited benefit health, prepaid dental, limited service licensed provider networks, disability, and Health Maintenance Organization (HMO) coverages.

Section 4 Definitions

- A. “Anticipated” or “Targeted Loss Ratio” means, for purposes of this regulation, the ratio of expected benefits over the entire future period for which the proposed rates are expected to provide coverage to the expected earned premium over this same period. The anticipated loss ratio should be calculated on an incurred basis as the ratio of incurred losses to earned premiums. Note: active life reserves do not represent claim payments, but provide for timing differences. Benefit or loss ratio calculations must be displayed without the inclusion of active life reserves.
- B. “Company” means, for purposes of this regulation, a carrier as defined in §10-16-102(8), C.R.S., and includes, but is not limited to, licensed property and casualty insurance companies; licensed life and health insurance companies; non-profit hospital, medical-surgical, and health service corporations; HMOs; prepaid dental companies; and limited service licensed provider networks.
- C. “Filing Date” means, for purposes of this regulation, the date that the rate filing is received at the Division of Insurance.
- D. “Excessive Rates” means, for purposes of this regulation, rates that are likely to produce a long run profit that is unreasonably high for the insurance provided or

- if the rates include a provision for expenses that is unreasonably high in relation to the benefits provided.
- E. "Inadequate Rates" means, for purposes of this regulation, rates that are insufficient to sustain projected losses and expenses, or if the use of such rates, if continued, will tend to create a monopoly in the marketplace.
 - F. "Indemnity Benefits" means, for the purpose of the twenty percent (20%) limitation imposed on HMOs, the following benefits: out-of-area services, supplemental benefits (such as vision and dental provided on a non-contractual fee-for-service basis) and point-of-service benefits. It does not include any benefits provided by an HMO for which there exists a hold harmless agreement between the providers and the HMO.
 - G. "On-Rate-Level Premium" is the premium that would have been generated if the present rates had been in effect during the entire period under consideration.
 - H. "Pod" means any subdivision or subgrouping of a network, if arrangements between the plan and participating providers or the policy itself have specific incentives for the use of providers and services within the subdivision or subgrouping of the network.
 - I. "Premium" means, for purposes of this regulation, the amount of money paid by the insured as a condition of receiving health care coverage. The premium paid normally reflects such factors as the carrier's expectation of the insured's future claim costs and the insured's share of the carrier's claims settlement, operational and administrative expenses, and the carrier's cost of capital. This amount is net of any adjustments, discounts, allowances or other inducements permitted by the health care coverage contract.
 - J. "Prior Approval" is a filing procedure that requires a rate change to be affirmatively approved by the Commissioner prior to distribution, release to agents, collection of premium, advertising, or any other use of the rate.
 - K. "Qualified Actuary" is a person who meets the qualifications in Regulation 1-1-1.
 - L. "Rate" means, for purpose of this regulation, the amount of money a carrier charges as a condition of providing health care coverage. The rate charged normally reflects such factors as the carrier's expectation of the insured's future claim costs, and the insured's share of the carrier's claim settlement, operational and administrative expenses, and cost of capital. This amount is net of any adjustments, discounts, allowances or other inducements permitted by the health care coverage contract.
 - M. "Rate Filing" means, for purposes of this regulation, is a filing that contains all of the items required in this regulation and the bulletin entitled "Requirements for the Filing of Rate and Forms for Life, Accident and Health Carriers", and 1) for individual products, the proposed base rates and all rating factors, the underlying rating assumptions, and support for changes in these rates, factors and assumptions; and 2) for group products, the underlying rating factors and assumptions, and support for changes in these factors and assumptions.
 - N. "Retention" means, for the purposes of this regulation, the percentage of total premium determined by either 100% minus the percentage of total premium anticipated to be paid for policyholder benefits or 100% minus the anticipated loss ratio.
 - O. "Trend" or "Trending" means any procedure for projecting losses to the average date of loss, or of projecting premium or exposures to the average date of writing.
 - P. "Use of Rates" means, for purposes of this regulation, the date that the rates are: 1) distributed to agents or made available to others outside the company; or 2) quoted to any party outside the company.
 - Q. "Unfairly Discriminatory Rates" means, for purposes of this regulation, charging

different rates, for the same benefits provided, to individuals, or groups, with like expectations of loss. For individual policies, rates which differ for new and renewal policies are not necessarily considered unfairly discriminatory. In addition, a rate is not unfairly discriminatory solely if different premiums result for policyholders with like loss exposures but different expenses, or like expenses but different loss exposures, so long as the rate reflects the differences with reasonable accuracy.

Section 5 General Rate Filing Requirements

Failure to supply the information required in Sections 5, 6 and 7 of this Regulation will render the filing incomplete. Incomplete filings are not reviewed for substantive content. All filings that are not returned on or before the 15th business day after receipt will be considered complete. Filings may be reviewed for substantive content, and if reviewed, any deficiency will be identified and communicated to the filing company on or before the 30th business day after receipt. Correction of any deficiency, including deficiencies identified after the 30th business day, will be required on a prospective basis, and no penalty will be applied for a non-willful violation identified in this manner. Nothing in this Regulation shall render a rate filing subject to prior approval by the Division of Insurance that is not otherwise subject to prior approval as provided by statute.

A. General Requirements

1. Required Submissions:

- a. All companies must submit rate filings whenever the rates charged new or renewal policyholders or certificateholders differ from the rates on file with the Division of Insurance. Included in this requirement are changes due to periodic recalculation of experience, change in rate calculation methodology, or change(s) in the trend or other rating assumptions. A company may file changes to the base rates or the index rate, for small group rate filings, due solely to trend for a maximum of one year. The continued use of a trend or any other continuing assumption is required to be verified at least annually for continued appropriateness.
- b. A separate rate filing is required for each major line of business. Rate filings should not be combined with form filings. Each type requires a separate filing.
- c. Where a company complies with the loss ratio guarantee requirements of §10-16-107(1.5), C.R.S., the rate will not be considered excessive. However, such rates are still subject to the statutory requirement that rates shall not be inadequate or unfairly discriminatory, and are subject to review by the Commissioner on these grounds. Companies filing loss ratio guarantees are therefore subject to this regulation in all respects.

2. Timing and Submission: Unless a filing is specifically identified as requiring prior approval (e.g. Medicare supplemental), all filings are classified as “file and use.” “File and use” requires the company to file the rates and rating data with the Division of Insurance concurrent with or prior to distribution, release to producers, collection of premium, advertising, or any other use of the rates except as provided for in Section 7(C) of this regulation for large group contracts. If a rate change has been implemented without being filed with the Division of Insurance, corrective actions may be ordered, including fines, refunds to policyholders, and/or rate credits. All filings must be filed with the Rates and Forms Section of the Division of Insurance.

3. Withdrawn, Returned, or Disapproved Filings: Filings that have either been withdrawn by the filer or returned by the Division of Insurance as incomplete

or disapproved as unjustified, and subsequently are resubmitted, will be considered as new filings. If a filing is withdrawn, returned, or disapproved, the rates may not be used or distributed. Nothing in this Regulation shall render a rate filing subject to prior approval by the Division of Insurance that is not otherwise subject to prior approval as provided by statute.

4. Duplicates and Return Postage: All filings must be submitted in duplicate, and include an envelope, with sufficient prepaid postage, large enough to contain one complete set of the material. These filings must be collated so that each copy of the filing contains all required documents. If the company fails to comply with these requirements, the company will be notified that the filing has been returned as incomplete. If a filing is returned due to lack of completeness, the rates may not be used or distributed.
5. Company Specific: A separate filing must be submitted for each company. A single filing, which is made for more than one company or for a group of companies, is not permitted. This applies even if a product is comprised of components from more than one company, such as an HMO/indemnity point-of-service plan.
6. Required Inclusions: The level of detail and the degree of consistency incorporated in the experience records of the company are vital factors in the presentation and review of rate filings. Every rate filing shall be accompanied by sufficient information to support the reasonableness of the rate. Valid company experience should be used whenever possible. This information may include the company's experience and judgment; the experience or data of other companies or organizations relied on by the company; the interpretation of any statistical data relied on by the company; descriptions of methods used in making the rates; and any other similar information. In addition, the Commissioner may request additional information necessary to adequately support the rate change request.

B. Forms and Actuarial Certification

1. Required Forms: A fully completed Filing Transmittal Form and Form HR-1 must be completed for each rate filing. These forms are available in the Division of Insurance bulletin entitled "Requirements for the Filing of Rate and Forms for Life, Accident and Health Carriers". This Bulletin may be found on the Division of Insurance's website, www.dora.state.co.us/insurance/.
2. Actuarial Certification: A signed and dated statement by a qualified actuary, which attests that, in the actuary's opinion, the rates are not excessive, inadequate or unfairly discriminatory. (The requirements for the actuarial certification for Medicare Supplement rate filings may be found in Section 14(H) of Colorado Insurance Regulation 4-3-1.)

Section 6 Actuarial Memorandum

The rate filing must contain an actuarial memorandum, either signed by, or prepared under the supervision of, a qualified actuary, containing, at a minimum, the following sections:

- A. Summary: A brief written summary of the reason for the rate filing, the marketing method(s), and the premium classifications and product descriptions. In addition, the summary must state whether the premiums will be charged on an issue age, attained age, renewal age or other basis.
- B. Rating Period: The memorandum must identify the period for which the rates will be effective. If the rating period is not clearly identified, it will be assumed to be for twelve months.

- C. Underwriting: The memorandum must include a brief description of the extent to which this product will be underwritten, if a new product, or the changes, if any, to the underwriting standards, if an existing product. The memorandum should include the expected impact on the claim costs by duration and in total. The company shall state separately the effects of different types of underwriting: medical, financial or other. An example of an acceptable brief description is: "This policy form is subject to limited underwriting with yes/no questions. The expected impact is: duration 1 = .15; duration 2 = .05; duration 3 = .03 decrease in claim costs."
- D. Effect of Law Changes: The memorandum should identify and quantify any changes to the rates, expenses, and/or medical costs that result from changes in law(s) or regulation(s). This quantification must include the effect of specific mandated benefits and anticipated changes.
- E. Rate History: The memorandum must include a chart showing the rate changes implemented in at least the three years immediately prior to the date of the filing. The cumulative effect of all rate filings, submitted in the prior year, on renewal rates should be specified, including the range of increases the renewing policyholder may experience, i.e., the minimum, average, and maximum.
- F. Coordination of Benefits: Each rate filing must reflect actual loss experience net of any savings associated with coordination of benefits and/or subrogation.
- G. Relation of Benefits to Premium: The memorandum must adequately support the reasonableness of the relationship of the projected benefits to projected earned premiums. This relationship will be presumed to be reasonable if the company complies with any one of the following methods:
1. Use of the minimum required loss ratio: Colorado statutes require minimum acceptable loss ratios for Medicare supplement and long-term care products only. These loss ratio requirements, and other rating requirements, can be found in Colorado Insurance Regulations 4-3-1 and 4-4-1. The minimum required loss ratios will be evaluated in conjunction with the expected loss ratios as part of the determination of the acceptability of a rate change request.
 2. The product is priced using one of the following methods. Please note that these relationships are considered "safe harbor" relationships. Rates may be alternatively justified using part 3 of this Subsection.
 - a. For individual products issued to HIPAA eligible individuals, if the premiums for these products are, at most, two times the premiums for the underlying, underwritten product.
 - b. For conversion products, if the anticipated loss ratio is at least 125%.
 - c. For the following types of business, if the company prices the product at or above any of the following minimum anticipated loss ratios.
 - Comprehensive Major Medical (Individual) 65%
 - Comprehensive Major Medical (Small Group) 70%
 - Comprehensive Major Medical (Large Group) 75%
 - Specified or Dread Disease 60%
 - Disability Income 60%
 - Dental/Vision 60%
 - Stop Loss 60%
 3. Justification of the Retention Percentage: The Actuarial Memorandum for all other rate filings must list and adequately support each component of the retention percentage (1 – the loss ratio). These components should sum to the total company retention percentage. The memorandum must clearly describe the amount of the fixed and/or variable expense provision and how this provision is to be accounted for in the final rate. The memorandum must

include either a statement that the expense provision has been adjusted to appropriately reflect Colorado requirements and reflects the operating methods of the company and any Colorado-specific anticipated expenses, or a statement indicating that this provision reflects an average of expenses in all markets in which the company conducts its business. However, if the company qualifies as a home or regional home office under Colorado Insurance Regulation 2-1-2 and §10-3-209 (1)(b)(I)(B), C.R.S., the expense provision must accurately reflect all Colorado-specific expenses.

4. Lifetime Loss Ratio: If the rate change request is based on a lifetime loss ratio, the filing should identify the loss ratio and how the loss ratio for the projection period was determined. Supporting data should be provided on a calendar year basis. If credible data is not available, the filing must identify and justify the use of appropriate collateral data.
- H. Provision for Profit and Contingencies: The memorandum must identify the amount or percentage of the provision for profit and contingencies, and how this provision is included in the final rate. If material, investment income from unearned premium reserves, reserves from incurred losses, and reserves from incurred but not reported losses must be considered in the ratemaking process.
- I. Complete Description of the Calculation of the Increase: The memorandum must contain a section with a complete description as to how the requested increase was calculated, including all underlying rating assumptions, with detailed support for each assumption. This description may be on an aggregate expected loss basis or as a per-member-per-month (PMPM) basis, but must completely describe how the increase was determined. The memorandum must adequately support all material assumptions and methodologies used to develop the expected losses or pure premiums.
- J. Trend: This section must describe the trend assumptions used in pricing. These assumptions must each be separately discussed, adequately supported, and also be appropriate for the specific line of business, product design, benefit configuration, and time period. Any and all factors affecting the projection of future claims must be presented and adequately supported. The trend assumptions shall be, if practical, separately quantified into two categories, medical and insurance, as defined below:
1. Medical trend is the combined effect of medical provider price increases, utilization changes, medical cost shifting, and new medical procedures and technology.
 2. Insurance trend is the combined effect of underwriting wearoff, deductible leveraging, and antiselection resulting from rate increases and discontinuance of new sales. Note: medical trend must be determined or assumed before insurance trend can be determined. Underwriting wearoff means the gradual increase from initial low expected claims that result from underwriting selection to higher expected claims for later (ultimate) durations. Underwriting wearoff does not apply to guaranteed issue products.
- K. Credibility: The Colorado standard for fully credible data is 2,000 life years and 2,000 claims a year (both standards must be met within a maximum of three years), if the rate change is related to claims experience. The memorandum must discuss the credibility of the Colorado data with the requested rate change based upon as much Colorado data as possible. The memorandum must also identify and discuss the source, applicability and use of collateral data used to support partially credible Colorado data. The memorandum should also discuss how and if the aggregated data meets the Colorado credibility requirement. Any filing, which bases its conclusions on partially credible data, should include a discussion

as to how the rate change request was modified for the partially credible data.

- L. Data Requirements: The memorandum must, at a minimum, include earned premium and loss experience data, submitted on a Colorado-only basis for at least 3 years, if available, and on a national, regional or other appropriate basis, if the Colorado data is not fully credible, or provide an acceptable reason(s) as to why this data was not provided. Rate changes must be supported by the most recent data available, with as much weight as possible placed upon the Colorado experience. If the Colorado experience is not fully credible, the data may be supplemented with national data, or other relevant data. The filing should clearly discuss the reliance upon non-Colorado data, and the credibility of the Colorado data. The experience period must include consecutive data no older than six months prior to the date of the filing, or a clear and acceptable reason as to why such data was not included. The loss data must be on an incurred basis, including both the accrued and unaccrued portions of the liability and reserve (e.g., case, bulk and IBNR reserves) as of the valuation date. Premiums and/or exposure data must be stated on both an actual and on-rate-level basis. Capitation payments should be considered as claim or loss payments.
- M. Side-by-Side Comparison: Each memorandum must include a “side-by-side comparison” identifying the proposed change(s). This comparison should include three columns: the first containing the current rate, rating factor, or rating variable; the second containing the proposed rate, rating factor, or rating variable; and the third containing the percentage increase or decrease of each proposed change(s). If the proposed rating factor(s) are new, the memorandum must specifically so state.
- N. Loss Ratio Projections: The memorandum must contain a section projecting the loss ratio, over the rating period, both with and without the requested rate change. For long tail lines, such as long term care and long term disability, the projections should include a timeframe as to when the target loss ratio will be achieved.
- O. Other Factors: The memorandum must clearly display all other rating factors and definitions, including the area factors, age factors, gender factors, etc., and support for changes to any of these factors.

Section 7 Additional Rate Filing Requirement by Line of Business

The following subsections set forth the requirements by separate lines of business, which must be complied with in addition to the above general requirements:

- A. Individual: Renewal rates for individual health insurance plans may not be affected by the health status or claims experience of the individual insured. A “claims experience factor,” or any other part of the renewal rate calculation, which is based in whole or in part upon the health status or claims experience of the individual insured is prohibited. Group policies issued to valid multi-state associations, meeting the requirements of §10-16-214 (2), CRS, will be considered individual policies for rating purposes only.
- B. Small Group Major Medical: The provisions of §§10-16-105 and 10-16-107, C.R.S., and Colorado Insurance Regulations 4-6-5, 4-6-7, and 4-6-8, shall apply to the filing of rates for small employer health benefit plans. The factors usually included in the determination of a trend percentage are not considered a small group rating variable and must be included in the calculation of the index rate. A company may, in a single rate submission, file up to a maximum of twelve different index rates for effective dates in the subsequent twelve-month period; however, only one index rate can be effective at any given time. Only the factors defined in Regulation 4-6-7 may be used to adjust the filed index rate, and changes should be clearly set forth in the side-by-side comparison. Each rate

filing should contain all tables necessary to recalculate the small group renewal rates, even if the factors in the table have not changed. It should be clearly indicated that the factors in these tables are unchanged.

- C. Large Group Major Medical: Large group major medical health care coverage contracts are considered to be a negotiated agreement between a sophisticated purchaser and seller. Certain rating variables may vary due to the final results of each negotiation. Each large group rate filing must contain the ranges for these negotiated rating variables, an explanation of the method used to apply these rating variables, and a discussion of the need for the filed ranges. A new rate filing is required whenever a rating variable or a range for a rating variable changes. Each filing should also contain an example of how the large group health rates are calculated. A company may issue rate quotes using the rating factors contained in the filing concurrent with the submission of the filing to the Division of Insurance. While the final rate charged the large group may differ from the initial quote, all rating variables must be on file with the Division of Insurance.

Although it is not necessary to submit a separate rate filing for each large group policy issued, each company must retain detailed records for each large group policy issued. At a minimum, such records shall include: any data, statistics, rates, rating plans, rating systems, and underwriting rules used in underwriting and issuing such policies, experience data on each group insured, including, but not limited to, written premiums at a manual rate, paid losses, outstanding losses, loss adjustment expenses, underwriting expenses, and underwriting profits. All rating factors used in determining the final rate should be identified in the detail material and lie within the range identified in the rate filing on file with the Division of Insurance. The company shall make all such information available for review by the Commissioner upon request. All such requests will be made at least three (3) business days prior to the date of review.

- D. Medicare Supplemental: A Medicare supplemental insurance policy is defined in §10-18-101(4), C.R.S., and regulated pursuant to Colorado Insurance Regulation 4-3-1 and §§10-18-101 to 109, C.R.S. If the requirements of both Regulation 4-3-1 and this Regulation are not met, the filing will be considered incomplete and returned to the company. Medicare supplemental filings require prior approval. (The requirements for the actuarial certification for Medicare Supplement rate filings may be found in Section 14(H) of Regulation 4-3-1.) Rating requirements may be found in Sections 10(E)(2), 13 and 14(G) – (J).

- E. Long Term Care: Long Term Care insurance is defined in §10-19-103(5), C.R.S., and regulated pursuant to Colorado Insurance Regulation 4-4-1 and §§10-19-101 to 115, C.R.S. If the requirements of both Regulation 4-4-1 and this regulation are not met, the filing will be considered incomplete and returned to the company. The filing must also:

1. Demonstrate that investment income has been considered in the development of the rate;
2. provide the expected loss ratios for both the experience period and the projection period;
3. provide the ratio of the actual loss ratio to the expected loss ratio for each year of the life of the policy on both a durational and calendar year basis; and
4. provide a discussion as to how the original pricing assumptions have changed historically, and how the assumptions for the future period compare to the original pricing assumptions and the current rating assumptions.

- F. Disability Income: The filing must demonstrate that investment income has been considered in the development of the rate.

- G. Health Maintenance Organization (HMO): The rates for all HMO point-of-service (POS) benefits must be separately determined and supported. The Actuarial Memorandum supporting any rate filing for a policy which includes POS or other indemnity benefits must include a statement that all indemnity benefits are not expected to exceed twenty percent (20%) of the net medical and hospital expenses incurred. HMOs that exceed the 20% limitation in the prior calendar year may be prohibited from offering a point-of-service plan for new issues until compliance can be demonstrated.
- H. Limited Service Licensed Provider Network (LSLPN): Rates and premiums for products issued by an LSLPN are to be determined on a fixed prepayment basis. Therefore, no LSLPN product may be issued on a cost-plus or retrospective rating basis.

Section 8 Annual Rate Report

All foreign companies (whose reported Colorado health insurance written premiums were in excess of \$20,000,000 in the preceding calendar year) and all Colorado domestic companies (without regard to yearly earned premium), subject to this regulation, must file an annual report as described in this section, with the following exceptions:

- Companies writing only disability income policies;
- Companies whose only in-force health policies are non-cancelable policies, if the premiums cannot be increased; and
- LSLPNs who contract exclusively with national, state or local governments and whose rate, premium or reimbursement rate is determined by the contracting governmental entity.

All other companies, subject to this regulation, may be required to file this Annual Report upon request from the Division of Insurance. This report must comply with the following requirements:

- A. Timing and Submission: The Division of Insurance must receive all annual reports on or before June 1 of each year. Failure to file this report by June 1 will result in a late penalty not to exceed \$100 per day. Reports not discussing each of the required items from Part B of this Subsection, completely, may be subject to a fine for an incomplete report.
- B. Scope and Certification: the report should be organized by major line of business. For the purposes of this requirement, a “major line of business” includes at least the following categories: individual, small group, large group, Medicare risk, and Medicaid risk. For each of the company’s major lines of business, the report should discuss the following topics:
1. Reason for filing: The report must provide the reason for filing the report. Acceptable reasons include 1) the company is a Colorado domestic company, and 2) the company is a foreign company with over \$20 million in written Colorado health insurance premium during the prior calendar year. If the report is being prepared by a foreign company, the total amount of written Colorado health insurance premium during the prior year should be included as part of the reason for filing.
 2. Business written: The report should contain a brief description of each of the major lines of business written or inforce during the prior calendar year.
 3. Rate filings filed: The report must list by date and major line of business a brief description of all rate filings filed with the Division of Insurance during the prior calendar year.
 4. Certification: The report must be signed by a qualified actuary. For each major

lines of business, including those for which a filing has not been made in the prior calendar year, the report must include a certification which states that the current rate(s) or premium for such line(s) of business are not excessive, inadequate or unfairly discriminatory. For HMOs, the qualified actuary must also certify that the indemnity benefits provided did not exceed 20% of the net medical and hospital benefits provided during the prior calendar year. Long term care insurance for which the company can issue a certification as set forth in Subsection 8(D)(4) of this regulation is exempt from this requirement.

5. Automatic factors: The report must specifically: 1) list all automatic rating factors in use, including trend and inflation; 2) describe how each of these factors were determined; 3) provide support for the continued use of these factors; and 3) state that, in the actuary's opinion, the continued use of any such factors used in calculation of the rates is still appropriate.
 6. Appropriateness of rates charged: The report must include a brief analysis of the appropriateness of rates charged to Colorado policyholders or certificate holders in the prior calendar year for each major line of business. This analysis should include a table containing the earned premium, incurred losses, and number of policyholders for each major line of business. This analysis shall compare the anticipated to actual results for the prior calendar year by comparing the actual to expected loss ratios and any other information as deemed appropriate for this analysis.
 7. Reinsurance arrangements: The report must include a discussion of the reinsurance arrangements in place and the reasonableness of these arrangements as regards the protection against claims volatility these arrangements provide the company.
 8. Future rate changes planned: The report must describe the steps, if any, taken or proposed to be taken, for each major line of business, to adjust the current year or future rates due to these findings. If a company states in this report that an indicated increase will not be implemented in the following year, nothing in this regulation shall be construed to prohibit the company from implementing a supportable rate increase in future years.
- C. The Division of Insurance has determined that the information contained in these reports may be considered confidential pursuant to §24-72-204, C.R.S., and/or §10-16-107(3)(e)(II), C.R.S. If a carrier desires confidential treatment of this "Annual Rate Report", a Vaughn Index must be completed. Please see the bulletin entitled, "Guidelines for Rate, Rule, Loss Cost and Form Filings Containing Confidential Information". This Bulletin may be found on the Division of Insurance's website, www.dora.state.co.us/insurance/ . It should be noted that HMOs are not afforded automatic confidential treatment in the filing of this report and must also complete a Vaughn Index.
- D. Additional Information: In addition to the above, the report for companies writing certain categories of business must include the following information:
1. Health Maintenance Organizations:
 - a. Non-Developed Rates: If the HMO accepts business on a risk basis and does not develop rates (common for Medicaid and some Medicare business), the actuary should include:
 - (i) A separate certification that the premium or reimbursements received for such business are sufficient to satisfy all medical expenditures, guaranteed provider benefits, internal and external expenses associated with the business, and all other costs associated with the risk transfer, or a quantification as to the amount of any deficiency; and
 - (ii) A description of any changes to the plan, provider risk arrangements or

- any other material aspect of the benefits provided under these plans.
- b. Provider Compensation: The manner in which the providers are compensated has a material effect on the rating process. In the report, therefore, the actuary should provide all of the following:
 - (i) Clearly describe the type and scope of capitated or other provider risk sharing arrangements (if material to the rating assumptions), including the existence of any multiple capitation contracts, and any other material aspect of the benefits provided.
 - (ii) State the degree to which the actuary has evaluated the financial position of the risk-assuming provider entities and the results of that evaluation.
 - (iii) State whether or not the rates include an adequate provision for contractual incentive payments.
 - (iv) For all provider agreements which materially impact the rating assumptions, note whether or not the payments to these providers assumed in the rate development have, in fact, been confirmed by an executed agreement. For example, if the rates assume that all primary care will be performed by physicians who will be paid a fixed per member per month capitation in compensation for their services, the actuary should note whether or not the contract between the HMO and the physician group which agrees to this rate of compensation has been executed and will be in effect for the period the rates are effective. If the actuary is not aware or cannot determine if the amounts of provider compensation assumed in the rates is supported by actual, executed contracts, the actuary should still identify these assumptions and note that there is no confirmation that the supporting contracts have been executed.
 - (v) Indicate the impact the above arrangements/findings have on the rates.
 - c. Pods: If the HMO uses pod ratings or classifications, the actuary should adequately support the rate differentials through use of historical loss/expense experience and prospective provider compensation arrangements.
 - d. Prospective Changes: The report should include a description of any other current and anticipated changes that would affect the HMO's financial solvency, organizational structure, or market share.
 - e. Indemnity Benefits. The filing must demonstrate that indemnity benefits do not exceed twenty percent of net medical and hospital expenses incurred during the previous calendar year.
2. Small Groups: Pursuant to §10-16-105(6.5), C.R.S., all companies who sell or offer for sale policies subject to the requirements of this regulation shall submit an annual actuarial rate certification to the Division of Insurance on or before March 1 of each calendar year. The small group certification, required under §10-16-105 (6.5), C.R.S., may be included in this annual report provided the company submits written notification to the Division of Insurance on or before March 1, and clearly indicates, in the annual filing, that the annual filing satisfies the annual filing requirements in this section and the small group certification requirements in §10-16-105 (6.5), C.R.S. The certification must be signed by a qualified actuary and must contain at least the following:
- a. The name of the company and the identification number assigned by the National Association of Insurance Commissioners;
 - b. A list of all plans of health benefits and policy forms to which the certification applies;

- c. A statement that covers at least the points listed in the following illustration:
"I am familiar with the small group rating laws and regulations of the state of Colorado. In my opinion, as of January 1 of the year of this certification, the premium rates and rating methodology to which this certification applies are not excessive, inadequate or unfairly discriminatory," and
- d. The name and title of the qualified actuary signing the certification and the name of the firm with which the actuary is associated.

3. Limited Service Licensed Provider Networks (LSLPN): The annual certification must certify as to the appropriateness of the charges or rates and shall accompany the annual rate filing along with adequate supporting information. This certification must state that the rates are not excessive, inadequate or unfairly discriminatory. For all provider agreements which materially impact the rating assumptions, the report must note whether or not the payments to these providers assumed in the rate development have in fact been confirmed by an executed agreement. For example, if the rates assume that all services will be performed by providers who will be paid a fixed PMPM capitation in compensation for their services, then the actuary should note whether or not the contract between the LSLPN and the provider group which agrees to this amount of compensation has been executed, and will be in effect for the period the rates are effective. If the actuary is not aware or cannot determine if the amount of provider compensation assumed in the rates is supported by actual, executed contracts, then the actuary should still identify these assumptions and note that there is no confirmation that the supporting contracts have been executed. Non-Developed Rates: If the LSLPN accepts business on a risk basis and does not develop the rates (common for Medicaid business), then the actuary should include a:

- a. Separate certification that the premium or reimbursements received for such business will be sufficient to satisfy all medical expenditures, guaranteed provider benefits, internal and external expenses associated with the business, and all other costs associated with the risk transfer, or a quantification as to the amount of any deficiency, and a
- b. Description of any changes to the plan, provider risk arrangements or any other material aspect of the benefits provided under these plans.

The report should state the degree to which the actuary has evaluated the financial position of the risk assuming provider entities, the results of that evaluation, and whether or not the rates include an adequate provision for contractual incentive payments.

4. Long Term Care Insurance: The annual report must include a statement as to whether or not the actuary expects premiums to be level over the life of the policy. In lieu of the requirements of Subsections (8)(A) and (B) of this regulation, the actuary may certify that the premiums have remained level for existing policyholders and are expected to remain level over the life of the policy.

E. Prohibited Rating Practices

The Division of Insurance has determined that certain rating activities lead to excessive, inadequate or unfairly discriminatory rates, and are unfair methods of competition and/or unfair or deceptive acts or practices in the business of insurance. Therefore, in accordance with §§10-16-107, 10-16-109, and 10-3-1110(1), C.R.S., the following are prohibited:

- 1. Attained age premium schedules where the slope by age is substantially

different from the slope of the ultimate claim cost curve. However, this requirement is not intended to prohibit use of a premium schedule which provides for attained age premiums to a specific age followed by a level premium, or the use of reasonable step rating; and

2. The use of premium modalization factors which implicitly or explicitly increase the premium to the consumer by any amount other than those amounts necessary to offset reasonable increases in actual operating expenses that are associated with the increased number of billings and/or the loss of interest income, unless such factors are adequately supported by acceptable data.

Section 9 Severability

If any provision of this regulation or the application of it to any person or circumstance is for any reason held to be invalid, the remainder of the regulation shall not be affected.

Section 10 Enforcement

Noncompliance with this Regulation may result, after proper notice and hearing, in the imposition of any of the sanctions made available in the Colorado statutes pertaining to the business of insurance or other laws which include the imposition of fines, issuance of cease and desist orders, and/or suspensions or revocation of certificates of authority. Among others the penalties provided for in §10-3-1108, C.R.S. may be applied.

Section 11 Effective date

This regulation is effective for all rate filings submitted to the Colorado Division of Insurance on or after December 1, 2005.

Section 12 History

Regulation 4-2-11, effective November 1, 1992.

Regulation Repealed and Re-promulgated, effective February 1, 1999.

Regulation amended for rate filings submitted on or after January 1, 2001.

Regulation amended for rate filings submitted on or after December 1, 2005.

附錄四 期中報告會議紀錄

一、時間：96 年 7 月 18 日（三）下午 2 時正至 4 時 20 分

二、地點：本會 1724 會議室

三、出席人員：

洪委員燦楠(人身保險商品審查委員會)、吳委員君誠(人身保險商品審查委員會)、楊委員曉文(投資型新種保險商品審查委員會)(請假)、柯委員曉南(中央再保險公司)、應委員俠如(英屬百慕達商美國再保險股份有限公司)

四、列席人員：

保發中心 鍾孟玲

保險局 陳組長淑娟、王科長麗惠、陳科長映秀、江科長玉卿、陳俐君、連宏銘

英屬百慕達商美國再保險股份有限公司尹資深經理慧敏

五、主席：曾副局長玉瓊

記錄：林淑皓

六、研究團隊：

川誠精算顧問有限公司(邵精算師靄如、蔡精算師惠玲等代表出席)

七、與會人員意見

(一)洪委員燦楠：

- 1.簡報資料第 4 頁我國健康險的發展，因美國家庭壽險公司 76 年成立，發展歷程民國 75 年應修正為 76 年；民國 80 年商品演進欄位未填寫，保險公司應為國華人壽、安泰人壽，僅提供參考。
- 2.日本健康險市場，壽險公司係定額給付，產險為實支實付，給付內容有所差異，研究內容作比較時應予注意。
- 3.日本長期健康險研究內容僅就被保險人予以分類，給付內容著墨不多，請補強。
- 4.請蒐集國外長期健康險如何以過去經驗資料來推估未來實際發生率並納入研究內容。

(二)吳委員君誠：

- 1.本研究作業需求書中計有七項內容，宜確認本次期中報告中針對此七項內容的進度為何？並針對未完成的內容中將如何進行儘速與委託單位溝通確認。
- 2.本研究名稱即為“長年期”健康保險，研究單位應更著重在國外長年期健康保險的監理情況說明與分析。
- 3.另研究單位將長年期健康保險按給付內容區分為五類，但在第三章第一節暨第二節對美國與德國的概況與發展趨勢的說明中似過於侷限於失能險與長期看護險，建議維持一致性，若國外某些類型的健康險無長期商品亦建議如作業需求書中第 3 項需求，對未銷售之原因予以分析，以期能符合委託單位之需求。
- 4.建議於研究報告適當處增列美日德的橫向比較。
- 5.另建議重新檢視報告內容之文字順暢性、表達清晰性、格式一致性與內容之正確性。

(三)柯委員曉南：

- 1.第 3 頁請增列 2006 年統計資料。
- 2.個人健康保險保費統計資料中應區分一年期及長期險保費統計，或推估長期險中屬健康保險之危險保費之統計，如此始能進一步分析長年期健康保險之風險。
- 3.國外參考資料中，希望能有進一步比較分析其經營環境發展背景、疾病之定義差異、所面臨之困難及解決方案。
- 4.台灣地區商業健康保險之受益人為被保險人本人，其衍生之問題建議納入本研究報告。

(四)應委員俠如：

- 1.有關選取德、美、日三個國家作為本研究之參考對象，由於所提及之內容，對商業「長期」健康險著墨不多，故較無法達到本專案研究之目的。建議應先確認那些國家較有長期商業健康險，才進一步按本專案之要求彙集資訊。
- 2.在說明國內或國外的各項資訊後，並未作出結論之看法或任何建議，建議應針對本研究之需求如何作好風險控管或監理單位如何進行監理提供其見解。

3.終身醫療險:

- (1)對於發生率趨勢分析,建議先除去年齡老化所造成的影響。
- (2)對於第 14 頁上方所述有關再保費率至多保證一定年數(多 10 年以內),據了解也有不少的商品,再保公司是提供永久保證費率,提供研究團對參考。
- (3)按報告內容針對德國市場的介紹,據悉其對風險控管具參考價值之措施如下:
 - a.可調整費率,
 - b.保戶到保險公司引介的家醫診所就醫,在有需要的狀況下再轉診專科治療,
 - c.若保戶無理賠記錄,隔年可退無理賠紅利金,
 - d.自負額保單費率較低.

- (4)針對美國市場,分享意見如下: 美國市場對醫療險在風險管理也有兩項頗具參考價值的作法:

- a.Primary Care Physical (PCP)家庭醫師制度的建立,
- b.自負額的作法.

以上兩項措施無形中已節省許多不必要的醫療資源的浪費.

- (5)有關研究報告所載業界資料有不足之處,由於終身醫療險上市年期有限,故終身醫療險尚未有高齡族群的給付經驗.

4.重大疾病險:

- (1)在重大疾病之定價或風險管理,建議考慮醫療技術進步的速度所導致重大疾病篩檢率(detection)的提高。
- (2)由於有愈來愈多侵襲性較低的癌症,其癒後情形,也比嚴重之癌症好許多,建議重大疾病之癌症給付,未來可以採分級化的給付,亦即較輕微之癌症,僅給付保額的一定比例,一來反應實際保險需求,二來可減少收取不必要的保費.

5.失能險:

就美國失能險發展現況,提供研究團隊參考:

失能險之定價應考慮三項因素: a) 發生率, b) 政府津貼與商業失能險之互抵效應, c) 失能之時間長短 (包括失能人口之康復率及死亡率)。然而美國精算學會只有針對 c) 的分析比較完整。

(五) 保發中心

1. 國外健康險概況與發展趨勢除現有分析外，建議針對商品型態做分析，比較國外商品與國內商品之異同，尤其針對委託所要求之長年期健康保險商品。
2. 商業健康保險商品的發展與該國之社會保險制度息息相關，建議在我國的介紹部分，比照國外部份將我國全民健保做一描述，並可提及重大傷病所涵蓋的項目，以及未來長期看護之社會保險的發展趨勢等。
3. 關於風險控管，站在監理的立場，對於長期健康保險有效契約如何控管；對於新契約的保單審查應注意事項，例如國外的相關監理法規、準備金提存方式、保費調整機制及是否有更先進的訂價方式來預估罹病率未來趨勢等，建議可納入未來期末報告中。

(六) 本局長官及同仁：

1. 請補充英國長期健康險市場概況並蒐集國外監理法規資料。
2. 期中報告偏重於健康險市場，請調整研究方向為「長年期健康險」及其風險控管與相關監理，以符合本研究案之 7 項需求。
3. 研究內容未分析未銷售長年期健康保險商品之國家其未銷售之原因，仍請就此部分予以分析。
4. 研究內容所提國內健康險之可能風險監控方式未具體明確，請補充。
5. 請將豁免保險費保險及一年期保證續保醫療費率保險納入第二章之研究範圍。
6. 期中報告第 13 頁提及「帳戶型長期醫療費用保險等待期間 30 天係人身保險商品審查應注意事項之規定，是否吻合各公司核保經驗的要求，值得商榷」，此意見係保險公司問卷調查之意見，請評估後提供具體意見（如：實際核保天數）。

7. 期中報告第 21 頁提及「法規僅放寬防癌健康險等待期間至 90 天是否恰當」，請就認係不恰當之意見評估後提具體明確意見。
8. 期中報告第 26 頁特定傷病之定義，業者多參酌醫師意見，並稱符合臨床醫學之定義，惟各家定義不盡相同，將來易造成理賠糾紛，其定義是否需比照重大疾病賦予一致性之解釋，請補充分析。
9. 期中報告第 28 頁提及「人身保險商品審查應注意事項規定重大疾病保險計算純保費採用之安全加成係數超過 30%，應就其合理性詳予說明，此規定是否合乎費率調整的效益，值得商榷。」請確認所謂費率調整效益所指為何？
10. 請分析完善風險控管機制必備條件為何？或其中具備幾個條件即可？再保安排是否為必備條件？新送審保單因應之道為何？已銷售有效保單如何處理？

八、研究團隊

- (一) 因期中報告工作時間有限，且當時低估資料蒐集之難度，致期中報告僅以此內容呈現，將再透由其他管道積極蒐集，希期末報告能再予詳細補充。
- (二) 研究時已遵循委託單位 7 個需求盡量蒐集，惟資料蒐集不易，對於研究內容比較架構不完整之處，將再予補強。
- (三) 有關日本健康險之資料，因深諳此領域之成員生產休養中，待期末報告將予出席給予完整之說明。
- (四) 相關監理法規已積極整理中，期末報告除將納入國外長期健康險之風險監理及費率調整機制監理法規外，並將儘量朝各委員建議方向修正補充。

九、決議：

請川誠精算顧問有限公司儘量參酌審查委意見修正研究報告內容，使其更具完整性與可用性，俾供長年期健康保險未來監理方向之參考。

附錄五 期末報告會議紀錄

「長年期健康保險發展之可行性與風險控管暨其監理」委託研究計畫期末報告會議紀錄

一、時間：96 年 10 月 12 日（三）下午 2 時 30 分

二、地點：本會 1724 會議室

三、出席人員：

洪委員燦楠(人身保險商品審查委員會)、吳委員君誠(人身保險商品審查委員會)、楊委員曉文(投資型新種保險商品審查委員會)(請假)、柯委員曉南(中央再保險公司)、應委員俠如(英屬百慕達商美國再保險股份有限公司)

四、列席人員：

保發中心 袁曉芝

保險局 陳組長開元、陳科長映秀、施科長麗婕、侯丁月、連宏銘、胡秀萍

英屬百慕達商美國再保險股份有限公司尹資深經理慧敏

五、主席：曾副局長玉瓊

記錄：林淑皓

六、研究團隊：

川誠精算顧問有限公司(邵精算師靄如、蔡精算師惠玲、曾妙慧等代表出席)

七、決議：

請川誠精算顧問有限公司參據審查委意見(如附件)修正研究報告內容，使其更具完整性與可用性，俾供長年期健康保險未來監理方向之參考。

附件：與會人員意見

(一)洪委員燦楠：

1. 整體結構完整，國外概況方面對德國、美國、日本之社會健康保險與商業健康保險之制度、結構、互補關係等析述詳盡。惜具體建議方面僅囿於現有法規之修正，如能參考國外作法，就宏觀方面提供制度改善之方向，將更具參考價值。
2. 以下問題請教研究團隊並請補充說明或修正於研究報告中：
 - (1) 第 24 頁述及現行等待期間為 30 日，第 139 頁建議修改為 90 日，對其費率之合理反映有何建議？
 - (2) 第 57 頁所述 PMI 自 2000 年起新發單應外加 10%；為何舊保戶亦得分 5 年將外加 10% 費率補足？
 - (3) 第 67 頁述及 2003~2006 年個人長期看護保險衰退，其理由？
 - (4) 第 138 頁建議增加外部獨立精算機構與人員有關費率增加具合理性之說明書與聲明書。惟外部獨立精算機構與人員應受之規範與責任是否宜一併考量？
 - (5) 第 140 頁建議增列有條件續保條文，是否影響被保險人之保障權益？與第 141 頁建議增列不可解約條文是否不一致？
3. 建請修正部分：
 - (1) 第 10 頁「ING 於民國 85 年」、第 14 頁「ING 另於民國 77 年」；當時尚無「ING 安泰」(美商喬治亞人壽台灣分公司於 2001 年 8 月 1 日由美商美國安泰人壽台灣分公司概括承受。)
 - (2) 第 28 頁、第 32 頁及第 45 頁之「除去期間」、第 40 頁「增長除外期間」(第 143 頁表 6-1 同)，究係何指？能否統一用語？
 - (3) 第 33 頁至第 38 頁表 2-8 最高給付之「理賠無上限」與

「無理賠上限」有何差異？能否統一用語？

4. 文字修正，請參考

(1) 第 7 頁「傾睞」→「青睞」。

(2) 第 67 頁「亦言之」→「易言之」。

(3) 第 93 頁及第 94 頁「揭錄」→「揭露」。

(二)吳委員君誠：

1. 本研究作業需求書中計有七項內容，建議本次期末報告簡報時宜就此七項內容分別扼要作出針對性的說明。
2. 本研究搜集資料甚為豐富亦進行了許多相關分析殊為不易，惟第六章的結論與建議應詳細說明所提建議之具體理由為何？以及係由前面第一章至第五章分析中那一部分作為依據而得到的結論與建議？
3. 德國部分長期健康險保單中雖有保單價值但避免逆選擇，保戶解約並沒解約金，費率定價時是否未對解約率加以反映？若無，建議於報告內註明；若有，建議補充對此部分德國之監理規範。
4. 日本部分建議增加費率調整機制之作法暨監理規範。
5. 部分內容建議可考慮以更清楚與更精確的方式表達；茲舉數例供參：

(1) 第 93 頁倒數第二段「另外，若被保人再次 投保前若曾有過至少 62 天的投保紀錄，再次投保時核保人員必須將前次投保的等待期併入最新一次等待期的計算裡」，其中所稱「曾有過至少 62 天的投保紀錄」意思似乎可以更明確一些。

(2) 第 93 頁倒數第二行「喪失了雇主提供的團體健康保險的合格個人可於 CORBA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)結束後的 63 天後申請 HIPAA 個人保單，保險公司不可因個人健康因素拒絕承保」，其中

CORBA 似乎是一個法律，法律「結束後的 63 天」是指何意？另 63 天「後」是指不可以在 63 天內去申請 HIPAA 個人保單，而必須是在 63 天之後嗎？又其中「保險公司」不可拒絕承保的「保險公司」是否是指原承保團體保險之保險公司呢？

(3) 第 97 頁第二段中(3)「只要是醫療支出，帳戶內支出的費用完全免稅；」，請說明是免何種稅負？同段(1)(2)表達提撥到醫療帳戶之保費是為「稅前薪資完全免稅」且「保單帳戶孳息免稅」與同段(4)「當保戶達 65 歲時，HDHP 不再接受保費，保單效力終止，HSA 累積的資金可以任意提領，提領時只需扣繳當時適用的所得稅率」，是否真正的意思是保費暨所孳生之利息僅是享受所得稅遞延的好處而非免稅呢？

6. 相關圖表部分：

(1) 建議註明資料來源；

(2) 圖表標題建議按學術慣例維持圖下表上之表達方式。

7. 報告內容當中，有關英文與中文間的翻譯的問題：

(1) 翻譯應儘可能使用國內慣用之中譯名詞，如 *earned premium* 宜翻譯成「滿期保費」而非「賺得保費」(第 119 頁、第 125 頁)。

(2) 相同意思之英文專有名詞翻成中文時應儘可能使用一致的中文譯名；例如，第 94 頁中第 4 行所稱「等待期」，第二段倒數第三行所稱「除外期間」暨同段倒數第二行所稱「免責期間」所指之意義在此頁中似乎相同，但卻有三個不同的中譯；建議宜避免。

(3) 不相同意思之英文專有名詞翻成中文時不宜混用相同的中文譯名；例如，第 94 頁中第 4 行所稱「等待期」與第 109 頁中間 5. 所稱之「等待期」真正的意義並不相同，

但卻使用相同中文譯名，而第 110 頁表 4.3 中的 elimination period 與同頁中間的文字「保單若設計有等待期間...意味著經過慎重考量接受核保等程序的保戶，其保單反而不易脫退」所反映的意思亦不儘相符；建議宜避免。

(4) 請重新檢視相關翻譯，如有錯誤，建議加以修訂。茲舉數例如下供參：

□第 103 頁中間「contingency loading」翻成「附加費用率」；

□第 106 頁與第 107 頁(3)「A way to cancel the policy on the previous day of the alteration date」翻成「於修改日辦理解約」；

□第 116 頁「supervisory board」與「management board」翻成「董事會」與「管理委員會」

8. 報告中中文與英文的文字誤植情形頗多，建議重新檢視修訂。
9. 簡報資料第 9 頁具參考性，建議納入期末報告內容。
10. 第 123 頁「...，損失率為 76%，超過最低標準 60%，費率應可調高，...」之文字表達易有誤導，因超過 60%係指得不調降保費，不代表得調高保費，建議文字予以修正。

(三)柯委員曉南：

1. 「除去期間」應為「除斥期間」。
2. 重大疾病險以南非及英國較先進，該二國目前已實施保單條款內除訂有保費調整機制外，另有重大疾病定義隨時代變更而調整之機制，建議增加南非或英國重大疾病險概況與發展趨勢。

(四)應委員俠如：

1. 本次期末報告整體而言內容上豐富許多，其中有許多寶貴的資訊可作為保險業及監理單位的參考。
2. 另提供予監理機關之建議如下：

- (1) 人類的壽命不斷延長，對高齡之族群，在國外少有為高齡之族群提供保證費率之例子。因本國長期健康險多為終身及保證費率，可想像有巨大的風險潛在高齡之區段。保費調整機制是非常需要的風險控管機制。
- (2) 目前本國要保書僅詢問過去 5 年之病史，然而有許多疾病例如癌症，其 5 年之後之存活率相當高（請參閱台灣壽險業個人重大疾病保險年度經驗發生率及持續率研究報告），而這些人仍可合法地買保險，但這一族群之風險其實是相當高的。另參閱本次期末報告中所提美國針對健康險所詢問之病史時間為期 10 年，此項資訊值得本國保險業參考。
- (3) 因外在環境瞬息萬變，人類所曝露的風險是相當不可測的，在商品設計及定價上，需要有更多的分析。國外商品定價時考量的風險，也是值得參考的。
- (4) 美國健康險開始強調預防福利，也是可討論的。

(五)本局長官及同仁：

1. 請於報告封面加註「本報告不代表行政院金融監督管理委員會意見。」之警語。
2. 研究報告之轉載、引用，請加註資料來源、作者，以保持資料來源之正確性。
3. 「人身保險商品審查應注意事項」係以「點」非「條」稱謂，期末報告內容請配合檢視修正。
4. 期末報告已就國內長年期健康保險商品之現況與風險予以說明，除上述風險外，是否有面臨其他問題，請再予補充說明。
5. 研究單位已就國外長年期健康保險之歷程說明，惟發展趨勢未加以分析，請補充說明。
6. 未銷售長年期健康保險商品之國家其未銷售之原因，僅於第 147 頁載「國外諸多保險公司並未販售終身保障之健康顯商

品，其最根本的理由即在於醫療費用與資源的使用難以公平正確估計，...」，並未加以分析，請再予補充說明。

7. 請補充英國長期健康險市場概況並蒐集國外監理法規資料。
8. 有關國外對長年期健康保險之風險控管方式，是否會依商品種類採行不同之風控方式，如有不同，請於研究報告中敘明並評估其可行性，俾利研究報告之完整性。
9. 有關長年期健康保險繼續銷售之可行性評估、已銷售長年期健康保險商品發展之監理制度及相關風險控管之措施及因應繼續銷售長年期健康保險商品發展之監理制度及相關風險控管之措施，尚缺研究單位蒐集研究後依商品不同分類提具之具體建議，請補充。
10. 簡報資料內容有可參採而未於期末報告記載之部分，請檢視後於期末報告中補充之。
11. 日本研究報告部分，多以圖表表達，惟文字解釋較少，請再補充說明以豐富報告內容。
12. 有關提供主管機關監理規範修正部分，請於研究報告中敘明建議修正之理由。
13. 另研究報告除前述內容外，尚需檢視修正部分如下：
 - P16 美國家庭壽險公司發展歷程請依期中報告會議記錄更正為民國 76 年。
 - P25 保險公司可以**核備方式**自行增減問項，現行保險商品審查方式已無「**核備**」方式。
 - P25 註 12 「人身保險要保書示範內容及注意事項」應更正為「人身保險商品審查應注意事項」。
 - P41 業者對現階段監理法規之建議「同時亦應開放自負額保單的設計」，查本局並未就保險業者設計自負額予以設限。
 - P72 圖 3-12 職業類別請再與檢視修正。

- P78、79 40 至六 65 歲之第...「六」應予刪除。
- P80 第二號被保險者(40-60 歲)與 P78、79 之定義(40-65 歲)不符，請檢視修正。
- P80 (一)需照護狀態，指臥病在床或痴呆等需要**常時**照護者；【**常時**】一詞正確與否請再確認。
- P82 **介照護**保險制度，是否應予 P78【**介護保險**】一致，請確認。
- P84 表 3-15 傷害住院給付、疾病住院給付之「住院 8 天以上從第 1 天開始給付」是否應予一致？請再確認。
- P85、86 (2)長期看護保險之給付分類(3)一次給付年金併給型與圖 3-16 給付型態一次給付與年金併給型用詞不一致，請確認更正。
- P87 (4)特定疾病保障保險第 3 行，應增列【**保**】險期間區分。
- P87 (5)所得補償保險第 5 行，免【**擇**】責期之後。
- P90 圖 3-22、3-23 文字未完全顯示，請檢視修正。
- P93 拒保(Denail)應更正為 Denial。
- P98 contingency margin 應更正為 contingency。
- P104、105、137、138 符號請修正。
- P138 (二)針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 1.係針對送審時或調整保費時所提之建議，請明確。
- P139 (二)針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 2 請述明理由。
- P139 (二)針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 4，第 87 點「--其續保不【**得**】有等待期間之規定」請修正；另所提建議「有條件解約」、「不可解約」條款者，台灣市場是否已有該類型商品請再確

認。

P140 (三) 針對「人身保險要保書示範內容及注意事項」
相關建議 2 採申訴比率高低為依據之理由為何？請
補充說明。

P141 第 3 行【，，】重複請刪除。

P143 「除去期間」、「除外期間」請檢視用詞一致。

P14 第 10 行是否確為【工作時數】。

P17 表 2-2 最高給付是否應為日額的某一倍數。

P26-27 表 2-5 格式應修正

P29 有關業者對現行監理之建議，語義為何？

P28-45 【除去期間】用語是否為常見用語？其意義為何？

P32 有關有理賠上限防癌保險稱僅見南山與遠雄似可再確
認？

P32 有關業者建議失能收入保險之除外責任部分，似宜另
訂定失能收入保險之示範條款，而非於住院費用保險
單示範條款中增列。

P40 何謂增長除外期間？

P41 業者建議部分，主管機關並未有限制自負額保單之設
計。

P50 為何有保費調整機制之需要？

P51 如何規範適度參照示範要保書即可。

P55 既有終身保證費率，又載不可片面解約或降低或減少
給付是否有矛盾之處？

P57 所稱年金帳戶是否有誤？

P58 表(無自負額費率)之內容？

P60 美國醫療給付表與本為之關係為何？

P63 建議補強 SESIHP 之內容。

P65 定期保單之年期為多長？

- P79、P81、P87 均有錯字請檢視修正。
- P88 至 P91 附表內容再詳予敘述。
- P99 第 2 行請修正為報主管機關 另倒數第 8 行所稱國外銷售長年期平準費率健康保險是指哪一國。
- P46 所述重大疾病保單皆為終身保單設計，並不符市場實況，因仍有壽險公司推出重大疾病定期保險(例：宏泰人壽等公司)，況且團體重大疾病保險皆為一年期，該結論過於武斷，請修正。
- P57 所述在德國「Health Reform 2000」法案規定，新發單的 PMI 保單須外加 10%費率，請問該費率係以純保費或以總保費為基礎(若以總保費為基礎讓公司增加利潤，對保戶不合理)？另該外加 10%費率係一次收足或每年都增加 10%費率？請確認。
- P65 第二段有提及「...詳見表 3-7。市場上未見長期平準式保費保單。...」，但長期看護保險難道不屬於平準保費方式之長年期健康保險？本句是否有矛盾之處。
- P69 表 3-10，在 1986 年「問題開始出現」，請補充究竟出現何種問題。六、
- P103 因「保費回饋準備金」可轉移至保單價值準備金，請問其會計科目為何？
- P105 費率調整啓動標準公式，NPNEW 的範圍係大於 $(1+Z\%) \times (...)$ ，而小於 $(1-Z\%) \times (...)$ ，請說明其意義為何？是否費率調整不僅是調升，還可能調降？另 Z%有無法定標準數值？
- P122 最後一欄，「保險公司必須定期檢討經驗並適時調整費率，以避免費率過度波動。」，既然定期檢驗費率並可能予以調整，則費率就會處於更動的狀態下，如何避免過度波動？該敘述之意義為何？請說明。

P124 『在給付與保費比例之合理性準則』，預期損失率大於下表數據則視為合理，該規定是否擔心保險公司收取過多費率？另外有無最高限制之損失率數值，可讓公司作為損失率過高時調升費率之依據。

本文在第 3~5 章有敘述長年期健康保險之調整費率內容，如某公司健康險商品之損失率符合調整費率規定，但就已經繳費期滿之保戶是否溯及需再補繳保費，請問美國與德國的實務做法如何？

附錄六 期末報告審查意見及會議紀錄建議修改項目

建議修改項目	整理回應說明
1. 整體結構完整，國外概況方面對德國、美國、日本之社會健康保險與商業健康保險之制度、結構、互補關係等析述詳盡。惜具體建議方面僅囿於現有法規之修正，如能參考國外作法，就宏觀方面提供制度改善之方向，將更具參考價值。	已補充諸多資料，詳見以下各回答問項與頁次。
2.(1) 第 24 頁述及現行等待期間為 30 日，第 139 頁建議修改為 90 日，對其費率之合理反映有何建議？	「等待期間(除去期間)之長短設計於費率計算上，應反映短期除去期間內保險事故發生之機率，透過精算技術反應該期間內理賠成本之節約；補償開始等待期間(除外期間)長短之設計主要反映該期間內被保險人不在保障範疇內，以及排除帶病投保之可能保戶，若未滿一年之發生率採均勻分配假設(Uniform Distribution, UDD)，補償開始等待期間之費率計算按期間比例扣除保費為一可行作法」，詳見註腳 77。
(2) 第 57 頁所述 PMI 自 2000 年起新發單應外加 10%；為何舊保戶亦得分 5 年將外加 10% 費率補足？	已補充，詳見 p71，註腳 34。
(3) 第 67 頁述及 2003~2006 年個人長期看護保險衰退，其理由？	已補充「長期看護保險之目標市場多僅侷限於高收入者，當目標市場到達一定飽和程度時，由於費率偏高不下，新契約不易推展，保費收入遂出現了衰退現象...」，詳見報告頁數 p85。
(4) 第 138 頁建議增加外部獨立精算機構與人員有關費率增加具合理性之說明書與聲明書。惟外部獨立精算機構與人員應受之規範與責任是否宜一併考量？	已補充說明「外部獨立精算人員應受之規範與責任應可遵循保險業簽證精算人員管理辦法」，詳見註腳 76，p172。
(5) 第 140 頁建議增列有條件續保條文，是否影響被保險人之保障權益？與第 141 頁建議增列不可解約條文是否不一致？	除第十二條保證續保條文外，本研究建議分別增列第十三條有條件續保與第十四條不可解約條文，除了提供保戶費率高低有別之一年期健康險保單選擇外，保險公司亦同時按其風險可控制水準發行其適當之續保條件保單，或透過多元化保單設計達到風險分散之目的，詳見註腳 78，p176。

建議修改項目	整理回應說明
3.(1) 第 10 頁「ING 於民國 85 年」、第 14 頁「ING 另於民國 77 年」；當時尚無「ING 安泰」(美商喬治亞人壽台灣分公司於 2001 年 8 月 1 日由美商美國安泰人壽台灣分公司概括承受。)	已修正。
(2) 第 28 頁、第 32 頁及第 45 頁之「除去期間」、第 40 頁「增長除外期間」(第 143 頁表 6-1 同)，究係何指？能否統一用語？	已修正統一用詞。其中補償開始之等待期間(probationary period)，亦稱除外期間(excluded period)，指保單發單後的一特定天數內，不提供保障，並於特定天數結束後始生效，精算費率上必須扣除比例保費。除去期間(elimination period)，亦稱為等待期間(waiting period)，指從保險事故發生之日起到保險給付開始止的期間，精算上應於費率中反應理賠成本的節省。詳見報告 p28、32、33 與 37 等頁數。
(3) 第 33 頁至第 38 頁表 2-8 最高給付之「理賠無上限」與「無理賠上限」有何差異？能否統一用語？	已修正統一用詞，詳見 p38 起之表 2-10。
4.(1) 第 7 頁「傾睞」→「青睞」。 (2) 第 67 頁「亦言之」→「易言之」。 (3) 第 93 頁及第 94 頁「揭錄」→「揭露」。	已修正，詳見報告 p9、p94、p119、p120 與 p137 等頁次。
建議修改項目二	整理回應說明
1. 本研究搜集資料甚為豐富亦進行了許多相關分析殊為不易，惟第六章的結論與建議應詳細說明所提建議之具體理由為何？以及係由前面第一章至第五章分析中那一部分作為依據而得到的結論與建議？	已補充各項建議理由，詳見報告第五章「具體監理規範建議」與第六章建議之補充部分。
2. 德國部分長期健康險保單中雖有保單價值但避免逆選擇，保戶解約並沒解約金，費率定價時是否未對解約率加以反映？若無，建議於報告內註明；若有，建議補充對此部分德國之監理規範。	已補充以下資料： (a) 德國私人商業健康險之費率定價已反應解約率，其費率定價基礎說明如下： The basic principle of premium calculation in the private health insurance is the so-called principle of equivalence. The net premiums are calculated with actuarial principles using the following fundamental factors: -mortality tables - other pattern of lapses except of death - technical rate of interest - claims per capita

建議修改項目	整理回應說明
	<p>When determining these actuarial factors, consideration has to be paid to any emerging trends. Besides the probabilities of death the probabilities of abnormal lapses, which have a premium-reducing effect, have to be considered.</p> <p>(b)有關費率定價反應解約率之監理規範如下： 在 section 12 of Act on the Supervision of Insurance Undertakings 內規定：作為德國法定健保的替代性健康保險，私人商業健康保險應遵照人壽保險的技術性原則，亦即保費計算應遵循精算原則，將機率表及相關統計資料納入。罹病率、傷殘率、死亡率、不同年齡及性別之風險、撤銷契約的機率、附加費用率及預定利率皆應納入考量，詳見註腳 62，p131。</p>
<p>3.日本部分建議增加費率調整機制之作法暨監理規範。</p>	<p>目前日本並無有關費率調整機制之作法暨監理規範。在日本有關健康保險費率調整機制的問題，在過去僅在極少數契約中出現，「當基礎率有大幅變動時可調整之」等類似條款，但條款中並未載明保險費率調整的方式及時機。且到目前為止並未出現實際調整費率的案例，其原因主要在於日本健康保險商品整體而言仍保有一定的利潤空間（profitable），換言之，其精算的基礎率等仍在預測範圍。但由於日本的健康保險商品以終身型為主流，且如第三章第三節與第五章第一節中所述，長期而言日本健康保險面臨極大的風險，因此為確保保險公司的經營，於是在「第三領域保險責任準備金等相關規範之建立」中，特別提到各保險公司應「確保基礎率變更權的實效性」。即在契約條款中清楚界定基礎率變更權的行使基準，藉由透明性的數值基準的訂定，使保險公司得以在必要時行使此項權力來調整保費，確保保險經營的健全性。換言之，保費調整機制之作法暨監理規範在日本仍在發展階段，尚未出現一個較為一致的業界標準與監理規範。</p>

建議修改項目	整理回應說明
4.(1) 第 93 頁倒數第二段「另外，若被保人再次投保前若曾有過至少 62 天的投保紀錄，再次投保時核保人員必須將前次投保的等待期併入最新一次等待期的計算裡」，其中所稱「曾有過至少 62 天的投保紀錄」意思似乎可以更明確一些。	已補充說明為「被保人再次投保前若曾有過任何保險公司至少 62 天的投保紀錄，」，見 p120。
(2) 第 93 頁倒數第二行「喪失了雇主提供的團體健康保險的合格個人可於 CORBA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) 結束後的 63 天後申請 HIPAA 個人保單，保險公司不可因個人健康因素拒絕承保」，其中 CORBA 似乎是一個法律，法律「結束後的 63 天」是指何意？另 63 天「後」是指不可以在 63 天內去申請 HIPAA 個人保單，而必須是在 63 天之後嗎？又其中「保險公司」不可拒絕承保的「保險公司」是否是指原承保團體保險之保險公司呢？	補充說明「喪失了雇主提供的團體健康保險的合格個人可於 CORBA(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) 延展期間結束後的 63 天內申請 HIPAA 個人保單，原保險公司不可因個人健康因素拒絕承保。」，另見註腳 56，p120。
(3) 第 97 頁第二段中(3)「只要是醫療支出，帳戶內支出的費用完全免稅；」，請說明是免何種稅負？同段(1)(2)表達提撥到醫療帳戶之保費是為「稅前薪資完全免稅」且「保單帳戶孳息免稅」與同段(4)「當保戶達 65 歲時，HDHP 不再接受保費，保單效力終止，HSA 累積的資金可以任意提領，提領時只需扣繳當時適用的所得稅率」，是否真正的意思是保費暨所孳生之利息僅是享受所得稅遞延的好處而非免稅呢？	補充說明，(1)每年提撥到醫療帳戶的保費視為稅前薪資不納入當年所得.....，(2)保單帳戶孳息遞延課稅；(3)...醫療支出，帳戶內支出的費用不計納所得稅；(4)當保戶達 65 歲時，...HSA 累積的資金可以任意提領，提領時只需扣繳當時適用的所得稅率。詳見第四章 p124 說明。
5.(1) 建議註明資料來源；	已補充修正，詳見各頁次。
(2) 圖表標題建議按學術慣例維持圖下表中之表達方式。	為註明資料來源，仍維持圖表標題於上方。
6.(1) 翻譯應儘可能使用國內慣用之中譯名詞，如 earned premium 宜翻譯成「滿期保費」而非「賺得保費」(第 119 頁、第 125 頁)。	已補充修正，詳見如 p151、157、158 各頁次。
(2) 相同意思之英文專有名詞翻成中	已補充修正，詳見報告 p28、32、33

建議修改項目	整理回應說明
<p>文時應儘可能使用一致的中文譯名；例如，第 94 頁中第 4 行所稱「等待期」，第二段倒數第三行所稱「除外期間」暨同段倒數第二行所稱「免責期間」所指之意義在此頁中似乎相同，但卻有三個不同的中譯；建議宜避免。</p>	<p>與 37 等頁次。</p>
<p>(3) 不相同意思之英文專有名詞翻成中文時不宜混用相同的中文譯名；例如，第 94 頁中第 4 行所稱「等待期」與第 109 頁中間 5. 所稱之「等待期」真正的意義並不相同，但卻使用相同中文譯名，而第 110 頁表 4.3 中的 elimination period 與同頁中間的文字「保單若設計有等待期間... 意味著經過慎重考量接受核保等程序的保戶，其保單反而不易脫退」所反映的意思亦不盡相符；建議宜避免。</p>	<p>已補充修正，詳見報告 p28、32、33 與 37 等頁次。</p>
<p>(4) 請重新檢視相關翻譯，如有錯誤，建議加以修訂。茲舉數例如下供參： 第 103 頁中間「contingency loading」翻成「附加費用率」； 第 106 頁與第 107 頁(3)「A way to cancel the policy on the previous day of the alteration date」翻成「於修改日辦理解約」； 第 116 頁「supervisory board」與「management board」翻成「董事會」與「管理委員會」</p>	<p>已補充修正，詳見如 p130、p134、p146 各頁次。</p>
<p>(5) 簡報資料第 9 頁具參考性，建議納入期末報告內容。</p>	<p>已補充，詳見研究報告各章補充內容。</p>
<p>(6) 第 123 頁「...，損失率為 76%，超過最低標準 60%，費率應可調高，...」之文字表達易有誤導，因超過 60% 係指得不調降保費，不代表得調高保費，建議文字予以修正。</p>	<p>已補充修正為「在第二種計算方式下，損失率為 76%，雖然費率調高仍然符合最低標準 60%，費率應可調高，然而在第一種計算方式下，...」，見 p155。</p>
<p>建議修改項目三</p>	<p>整理回應說明</p>
<p>1. 「除去期間」應為「除斥期間」。</p>	<p>已補充統一用詞，詳見報告 p28、32、33 與 37 等頁次。</p>
<p>2. 重大疾病險以南非及英國較先進，該二國目前已實施保單條款內除訂有</p>	<p>已補充若干英國包括重大疾病發展等資料於第二章「我國健康險發展歷史</p>

建議修改項目	整理回應說明
保費調整機制外，另有重大疾病定義隨時代變更而調整之機制，建議增加南非或英國重大疾病險概況與發展趨勢。	與現況」與第三章「國外健康險發展概況與趨勢」。
建議修改項目四	整理回應說明
1.本次期末報告整體而言內容上豐富許多，其中有許多寶貴的資訊可作為保險業及監理單位的參考。	NA
2.另提供予監理機關之建議如下：	
(1) 定期檢討經驗並適時調整費率，以避免費率調整幅度過大	NA
(2) 目前本國要保書僅詢問過去 5 年之病史，然而有許多疾病例如癌症，其 5 年之後之存活率相當高（請參閱台灣壽險業個人重大疾病保險年度經驗發生率及持續率研究報告），而這些人仍可合法地買保險，但這一族群之風險其實是相當高的。另參閱本次期末報告中所提美國針對健康險所詢問之病史時間為期 10 年，此項資訊值得本國保險業參考。	NA
(3) 因外在環境瞬息萬變，人類所曝露的風險是相當不可測的，在商品設計及定價上，需要有更多的分析。國外商品定價時考量的風險，也是值得參考的。	NA
(4) 美國健康險開始強調預防福利，也是可討論的。	NA
建議修改項目五	整理回應說明
1.請於報告封面加註「本報告不代表行政院金融監督管理委員會意見。」之警語。	已補充，詳報告首頁。
2.研究報告之轉載、引用，請加註資料來源、作者，以保持資料來源之正確性。	已補充修正，詳見各頁次。
3.「人身保險商品審查應注意事項」係以「點」非「條」稱謂，期末報告內容請配合檢視修正。	已補充修正，詳見 p24、p25、p26、p28、p47、p51 等各頁次。
4.期末報告已就國內長年期健康保險商品之現況與風險予以說明，除上述風險外，是否有面臨其他問題，請再予補充說明。	已補充說明於第二章，並彙整於第二章第四節之小結，見表 2-16，P59~61 等。

建議修改項目	整理回應說明
5.研究單位已就國外長年期健康保險之歷程說明，惟發展趨勢未加以分析，請補充說明。	已補充說明，如表 3-6、圖 3-7 及文字說明以及如 p89 有關失能保險與 p94 重大疾病之發展趨勢分析等，詳見第三章。
6.未銷售長年期健康保險商品之國家其未銷售之原因，僅於第 147 頁載「國外諸多保險公司並未販售終身保障之健康顯商品，其最根本的理由即在於醫療費用與資源的使用難以公平正確估計，...」，並未加以分析，請再予補充說明。	已補充說明，可見第三章第四節小結。國外未銷售長年期健康保險商品之理由最主要為，(1)自始至終在風險考量下不推出終身保障之保單(但仍有定期保單)，(2)在風險因素考量下停賣終身保障之保單(但仍有定期保單)，如失能收入保單即為一例。
7.請補充英國長期健康險市場概況並蒐集國外監理法規資料。	期初審查會議時即已決議以德國取代英國，並同與美日作為國外蒐集資料之國家；有關英國健康險商品資料，本研究亦於期末報告會議後匯整英國精算學會等各研究報告，分列於第二章、第三章與第四章各相關商品與小結中，如表 2-7、表 2-4、表 2-9、表 3-6、3-21 與圖 4-2 等，詳見第二章、第三章與第四章。
8.有關國外對長年期健康保險之風險控管方式，是否會依商品種類採行不同之風險方式，如有不同，請於研究報告中敘明並評估其可行性，俾利研究報告之完整性。	對於不同險別之風控機制已於報告中分別在各段落以文字加以說明(如長期醫療費用保險之費率調整做法、長期看護險要保書應詢問之事項與核保實務等)；而各國風控作法大同小異，似無以國別鋪陳之必要，本研究因此僅以發單前與發單後闡述國外風控作法而不按國別加以區分。
9.有關長年期健康保險繼續銷售之可行性評估、已銷售長年期健康保險商品發展之監理制度及相關風險控管之措施及因應繼續銷售長年期健康保險商品發展之監理制度及相關風險控管之措施，尚缺研究單位蒐集研究後依商品不同分類提具之具體建議，請補充。	已補充如下文字：「本研究以為在尊重市場供需機制與商品自由化的前提下，長期健康保險應可繼續銷售，此亦為與我國環境類似之日本與德國之作法；但繼續銷售之同時，配套之精算人員功能與費率調整機制，與主管機關明確之監理法規皆能補強與確保保險公司之清償能力。對於已銷售或繼續或將銷售之長年期健康商品相關之監理與法規建議彙整如下：....」，詳見第五章與第六章之相關法規建議，如強化準備金之適足測試、費率調整之強制要求與彙整如表 6-4 之相關風控建議。
10.簡報資料內容有可參採而未於期末報告記載之部分，請檢視後於期末報告中補充之。	已補充，詳見報告各頁次。

建議修改項目	整理回應說明
11.日本研究報告部分，多以圖表表達，惟文字解釋較少，請再補充說明以豐富報告內容。	已補充說明，詳見第三章第三節。
12.有關提供主管機關監理規範修正部分，請於研究報告中敘明建議修正之理由。	已補充，文字說明詳見第五章。
13.另研究報告除前述內容外，尚需檢視修正部分如下：	
P16 美國家庭壽險公司發展歷程請依期中報告會議記錄更正為民國 76 年。	已修正，詳看 p17。
P25 保險公司可以核備方式自行增減問項，現行保險商品審查方式已無「核備」方式。	已修正，詳看 p29、p175。
P25 註 12「人身保險要保書示範內容及注意事項」應更正為「人身保險商品審查應注意事項」。	已修正，詳看註腳 16，p29。
P41 業者對現階段監理法規之建議「同時亦應開放自負額保單的設計」，查本局並未就保險業者設計自負額予以設限。	文字已修正，詳看 p47。
P72 圖 3-12 職業類別請再與檢視修正。	已修正，見圖 3-14。
P78、79 40 至六 65 歲之第...「六」應予刪除。	已修正。
P80 第二號被保險者（40-60 歲）與 P78、79 之定義（40-65 歲）不符，請檢視修正。	已修正，正確者為「40-65 歲」。
P80 （一）需照護狀態，指臥病在床或痴呆等需要常時照護者；【常時】一詞正確與否請再確認。	已修正，「常時」為日文原文，查在中文中並非一普通用與，因此將「常時」修改為「二十四小時」。
P82 介照護保險制度，是否應予 P78【介護保險】一致，請確認。	已修正。
P84 表 3-15 傷害住院給付、疾病住院給付之「住院 8 天以上從第 1 天開始給付」是否應予一致？請再確認。	已修正，正確為「住院 5 天以上從第 1 天開始給付」。
P85、86 （2）長期看護保險之給付分類（3）一次給付年金併給型與圖 3-16 給付型態一次給付與年金併給型用詞不一致，請確認更正。	已統一用詞。
P87 （4）特定疾病保障保險第 3 行，應增列【保】險期間區分。	已修正。
P87 （5）所得補償保險第 5 行，	已修正。

建議修改項目	整理回應說明
免【擇】責期之後。	
P90 圖 3-22、3-23 文字未完全顯示，請檢視修正。	已修正。
P93 拒保 (Denail) 應更正為 Denial。	已修正。
P98 contingency margin 應更正為 contingency。	已修正。
P104、105、137、138 符號請修正。	已修正。
P138 (二) 針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 1. 係針對送審時或調整保費時所提之建議，請明確。	此一建議係指保單送審時，必須規定未來費率調整時須檢具外部精算師之意見書，以明示未來費率調整之送審程序。
P139 (二) 針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 2 請述明理由。	此項建議主張放寬癌症險以及重大疾病險以外之健康險之補償開始等待期間之限制，補充說明為「此一建議允許保險業者可以按內部風控標準，在比較彈性範疇內(90 天)，自行決定補償開始等待期間之長短設計，由於補償開始等待期間越長者保費較便宜，因此亦提供保戶根據其體質與健康情形較多選擇機會，國外健康險保單亦提供較彈性之補償開始等待期間」。
P139 (二) 針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 4，第 87 點「--其續保不【得】有等待期間之規定」請修正；另所提建議「有條件解約」、「不可解約」條款者，台灣市場是否已有該類型商品請再確認。	目前健康險示範條款乃為保證續保型式，因此現階段市場上僅見保證續保保單。
P140 (三) 針對「人身保險要保書示範內容及注意事項」相關建議 2 採申訴比率高低為依據之理由為何？請補充說明。	已補充「為確保要保書之風險篩選功能與時效性，本研究建議要保書增加問項時可以適度開放採備查方式，但第一階段僅對過去前 3 年平均申訴比率較低的保險公司開放。此一建議乃基於申訴比率較低之業者對於保戶權益較盡溝通解說之責，糾紛較少，因此可以適度開放該類保險公司與保戶具有互動要素之要保書內容」。
P141 第 3 行【，，】重複請刪除。	已補充修正。
P143 「除去期間」、「除外期間」請檢視用詞一致。	已修正統一用詞，詳見報告 p28、32、33 與 37 等頁次。其中補償開始之等待期間(probationary period)，亦稱除外期間(excluded period)，指保單發單後的

建議修改項目	整理回應說明
	一特定天數內，不提供保障，並於特定天數結束後始生效，精算費率上必須扣除比例保費。除去期間(elimination period)，亦稱為等待期間(waiting period)，指從保險事故發生之日起到保險給付開始止的期間，精算上應於費率中反應理賠成本的節省。
P14 第 10 行是否確為【工作時數】。	已修正為「繼續從事原有的工作時，」，見 p16。
P17 表 2-2 最高給付是否應為日額的某一倍數。	已修正，詳見表 2-2，p19~p24。
P26-27 表 2-5 格式應修正	已修正，詳見表 2-5。
P29 有關業者對現行監理之建議，語義為何？	已補充為「業者對現階段主管機關建立監理規範與制度之相關建議如下：」。
P28-45 【除去期間】用語是否為常見用語？其意義為何？	詳見報告 p28、32、33 與 37 等頁次。
P32 有關有理賠上限防癌保險稱僅見南山與遠雄似可再確認？	主要為期初報告與期末報告時間造成的差異，已補充修正。
P32 有關業者建議失能收入保險之除外責任部分，似宜另訂定失能收入保險之示範條款，而非於住院費用保險單示範條款中增列。	已補充修正為，「另訂「失能收入保險單示範條款」以進一步檢討」。
P40 何謂增長除外期間？	已補充修改為，「延長補償開始之等待期間」，見 p46。
P41 業者建議部分，主管機關並未有限制自負額保單之設計。	已修正，見 p47。
P50 為何有保費調整機制之需要？	已補充說明為，「建立保費調整機制能有效改善醫療技術改進對於費率影響之不可預測性」，見 p56。
P51 如何規範適度參照示範要保書即可。	建議要保書內容以「示範內容」為參考依據，未來申訴比例優良之保險公司可以考量以備查方式自行增減問項，可見 p29。另請參考建議(三)之第 2 項，p175。
P55 既有終身保證費率，又載不可片面解約或降低或減少給付是否有矛盾之處？	保險公司可以提出申請以全面調整費率；但除了費率調整機制外，保險公司不可片面解約或降低或減少給付內容。因此無矛盾之處。
P57 所稱年金帳戶是否有誤？	已補充說明修正為「.....必須投資於原保險人的類似年金帳戶中(invested in annuity-type arrangement with the same insurer)」，見 p70。
P58 表(無自負額費率)之內容？	主要說明國外同時設計有自負額與無

建議修改項目	整理回應說明
	自負額保單，兩類保單費率有別，潛在保戶因而有更多選擇，見 p72。
P60 美國醫療給付表與本為之關係為何？	美國醫療費用高漲是管理照護機構與支付體制結構改變的最主要背景因素。
P63 建議補強 SESIHP 之內容。	已補充說明，如表 3-8 與圖 3-10。
P65 定期保單之年期為多長？	已補充說明「多為 3~5 年定期保單或保障期間不到 1 年的短期保單」，見 p83。
P79、P81、P87 均有錯字請檢視修正。	已修正。
P88 至 P91 附表內容再詳予敘述。	已補充說明。
P99 第 2 行請修正為報主管機關另倒數第 8 行所稱國外銷售長年期平準費率健康保險是指哪一國。	已修正；另國外係指德日兩國，已補充文字說明，見 p126。
P46 所述重大疾病保單皆為終身保單設計，並不符合市場實況，因仍有壽險公司推出重大疾病定期保險(例：宏泰人壽等公司)，況且團體重大疾病保險皆為一年期，該結論過於武斷，請修正。	已補充修正為「個人保單以終身保單設計為主流」。
P57 所述在德國「Health Reform 2000」法案規定，新發單的 PMI 保單須外加 10% 費率，請問該費率係以純保費或以總保費為基礎(若以總保費為基礎讓公司增加利潤，對保戶不合理)？另該外加 10% 費率係一次收足或每年都增加 10% 費率？請確認。	已補充說明，見註腳 34。
P65 第二段有提及「...詳見表 3-7。市場上未見長期平準式保費保單。...」，但長期看護保險難道不屬於平準保費方式之長年期健康保險？本句是否有矛盾之處。	文字修正為「市場上未見有終身保障之醫療費用保單，.....」。
P69 表 3-10，在 1986 年「問題開始出現」，請補充究竟出現何種問題。	請見研究報告文字說明，詳見表 3-14，p89~p90。
P103 因「保費回饋準備金」可轉移至保單價值準備金，請問其會計科目為何？	已補充說明，會計科目處理方式，基本上為借方：保費回饋準備金 (provision for profit-related premium refund)，貸方：保單價值準備金 (actuarial provision)；借方：非保費回饋準備金 (provision for non-profit-related premium refund)，貸

建議修改項目	整理回應說明
	方：保單價值準備金 (actuarial provision)，見註腳 61，p130。
<p>P105 費率調整啓動標準公式，NPNEW 的範圍係大於 $(1+Z\%) \times (...)$，而小於 $(1-Z\%) \times (...)$，請說明其意義為何？是否費率調整不僅是調升，還可能調降？另 Z%有無法定標準數值？</p>	<p>「按照此一費率調整啓動標準公式，費率調整不僅是調升，還可能調降；根據德國相關法規，Z 標準數值建議為由簽證精算人員評估預期給付與可能之實際給付差異比率，一般而言，若提交主管機關及獨立的受託精算單位檢視結果顯示 Z 超過 10%時，若保險契約中沒有規定更低的變動幅度，而且假如變動不只是暫時性的，保險公司就必須檢視費率並且調整保險費。」，見註腳 63，p132。</p>
<p>P122 最後一欄，「保險公司必須定期檢討經驗並適時調整費率，以避免費率過度波動。」，既然定期檢驗費率並可能予以調整，則費率就會處於更動的狀態下，如何避免過度波動？該敘述之意義為何？請說明。</p>	<p>意指「定期檢討經驗並適時調整費率，以避免費率調整幅度過大」，見註腳 70，p154。</p>
<p>P124 『在給付與保費比例之合理性準則』，預期損失率大於下表數據則視為合理，該規定是否擔心保險公司收取過多費率？另外有無最高限制之損失率數值，可讓公司作為損失率過高時調升費率之依據。</p>	<p>主要內涵為藉由預期損失率須超過最低損失率規定以避免保險公司訂價過高，此外，NAIC 並未訂出調升費率之損失率依據。</p>
<p>本文在第 3~5 章有敘述長年期健康保險之調整費率內容，如某公司健康險商品之損失率符合調整費率規定，但就已經繳費期滿之保戶是否溯及需再補繳保費，請問美國與德國的實務做法如何？</p>	<p>德國健康醫療費用保險多為終身繳費商品，至於美國保單，因為多為短年期保單，保障期間相等於繳費期間，因此無繳費期滿之保戶是否溯及需再補繳保費之問題。</p>

附錄七 修正後期末報告會議紀錄

「長年期健康保險發展之可行性與風險控管暨其監理」委託研究計畫修正後期末報告會議紀錄

一、時間：97年2月22日（五）下午2時正至2時47分

二、地點：本會1724會議室

三、出席人員：

洪委員燦楠(人身保險商品審查委員會)、吳委員君誠(人身保險商品審查委員會)、楊委員曉文(投資型新種保險商品審查委員會)（請假）、柯委員曉南(中央再保險公司)（請假）、應委員俠如(英屬百慕達商美國再保險股份有限公司)

四、列席人員：

保發中心 鍾孟玲

保險局 陳組長淑娟、王副組長麗惠、陳科長映秀、胡副研究員秀萍
英屬百慕達商美國再保險股份有限公司尹資深經理慧敏

五、主席：曾副局長玉瓊

記錄：林淑皓

六、研究團隊：

川誠精算顧問有限公司(邵精算人員靄如、蔡精算人員惠玲、曾妙慧等代表出席)

七、決議：

本委託研究計畫修正後期末報告，於川誠精算顧問有限公司依據審查意見（如附件）修正或說明相關內容後通過。

附件：與會人員意見

(一)洪委員燦楠：

1. 針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 2.第七十八點，除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其等待期間建議由30天放寬至90天，p174 註腳 71 對於未滿一年之發生率採均

勻分配假設，補償開始等待期間之費率計算按期間比例扣除保費為一可行作法之論述，似有未妥，事實上，等待期間愈長發生率應愈低，請川誠精算顧問有限公司針對等待期間之長短於費率計價上如何反映方屬合理予以補充修正。

2. 業界健康險等待期間發生率之經驗統計資料（30 天、90 天）現已由保發中心蒐集統計，鑑於目前業界商品設計等待期間發生率多採均勻分配假設之費率反映，對於癌症保險及重大疾病保險等待期間由 30 天放寬至 90 天，其初期發生率是否有明顯下降之統計分析，建議保發中心未來得予公布，俾作為業界商品設計時費率計價之參考。

(二)吳委員君誠：

1. 建議增列本次報告與前次報告間修正的重點扼要說明，以使委託單位更易瞭解兩次報告間，研究單位所作的努力與努力方向是否與委託單位期待相一致。
2. 未來如簽證精算師按所建議對健康險之準備金適足性評估時，若對無費率調整機制之有效契約發現可能有準備金不足之情形(即第 25 頁(2)提及有效保單定價不足對未來財務健全性的影響)，有何合適的作法？可否考慮提供如何處理之建議。
3. 對費率調整的方式於第 171 頁與第 172 頁有提供兩種方式，其中第一種方式係按 NAIC 最低損失率方法，惟第 62 頁提及第五章所介紹之規範係針對一年期保單，因此請釐清第一種方式公式的由來，以及說明是否係對我國短年期健康險之費率調整所作之建議？
4. 第 177 頁開放「不可解約」健康險之建議似與第 171 頁「但繼續銷售的同時，配套之精算人員功能與費率調整機制」之想法不盡相同，請予以釐清。
5. 文中建議放寬 probationary period 可由業者自行考量決定，與第 60 頁中建議迅速建立各種疾病發生率資料庫間是否有所扞

- 格，請予以說明。
6. 報告中，特別是表格的部分，重要英文專有名詞建議增列中文之名稱與必要之註解。
 7. 每一個圖表建議都加上具體的資料來源，而且建議具體到能幫助閱讀者能快速找到(本研究整理的圖表例外)。
 8. 建議增列參考文獻一覽表。
 9. 第 143~4 頁第三節小結中核保的結論似與在該章第一節中多未出現，建議作必要之修訂。。
 10. 其餘與用詞或與誤植有關之提醒：
 - (1) 相同意思之外文專有名詞翻成中文時應儘可能使用一致的中文譯名；舉例說明：如，「共付(co-payment)」(第 137 頁)、「共付比例」(第 175 頁)建議修訂一律修訂為「共保比例」(第 137 頁)；又如，「負債十分性測試」(第 167 頁第五行)建議修訂為「負債充足性測試」(第 167 頁第二行)；再又如，「延展期間」(第 120 頁第二段第五行)若與同段倒數第三行「涵蓋期間」同義則建議用詞一致。
 - (2) 第 163 頁中間「...流動性風險、事務風險等十大項目的檢查」，因此部分內容僅有八大項目，是否有漏植或誤植，提請注意。
 - (3) 第 162 頁表 5-2 第二欄其中數值應為 50,000 而非 5,000。
 - (4) 第 158 頁倒數第四行，「金融監督聽」應為「金融監督廳」之誤植。
 - (5) 第 151 頁表格內最後一行，其中「低平保費商品」似應為「低平均保費商品」。
 - (6) 第 145 頁暨 150 頁所參考之文件分別置於附錄一、二及三，建議於各該頁中加註「詳如附錄 X」。

- (7) 第 146 頁中間「1.簽證精算師...，同時應隨時對於保險公司清償能力進行評估。」是否可考慮修訂為「1.簽證精算師...，應對於保險公司清償能力進行評估，以確保保險公司在未來時時都能履行保險契約所帶來的負債義務。」
- (8) 第 144 頁第一段倒數第四行「跟據」建議修訂為「根據」。
- (9) 第 141 頁倒數第三行「複投保」建議修訂為「重複投保」。
- (10) 第 140 頁第二段倒數第三行「回復健康」建議修訂為「恢復健康」。
- (11) 第 137 頁倒數第四行「所有商業保單的共同特色」建議修訂為「所有商業健康險保單的共同特色」。
- (12) 第 135 頁中間偏下「(若保單如修改生效日前一日解約，保險公司將支付解約金於保戶)」其中解約金建議修訂為「保單價值準備金」。
- (13) 第 122 頁第四行「(骨髓移植)」建議修訂為「(骨髓移植)」。
- (14) 第 121 頁第一行「保戶若在要保書上不實告知事項皆不在理賠責任內」文意不清，建議修訂。
- (15) 第 105 頁圖 3-19 內容為空白。
- (16) 第 68 頁表 3-4 標題與同頁中之表 3-3 標題相同，但內容不同。
- (17) 第 67 頁第一行「若以已賺得之毛保費(earned grow premium)衡量」建議修訂為「若以滿期毛保費(earned gross premium)衡量」。
- (18) 第 62 頁第一行「本章內容分四節，各節詳述代表國家」建議修訂為「本章內容分四節，前三節詳述代

表國家」。

- (19) 第 62 頁第二段倒數第二行「藉重」建議修訂為「借重」。
- (20) 第 26 頁第一段倒數第四~六行「/000」建議修訂為「0/00」。
- (21) 第 24 頁倒數第二段倒數第二行「可以 9 個方向探討：」建議修訂為「可以 6 個方向探討：」。
- (22) 第 18 頁表 2-1 的註建議移到第 9 頁下面，以補充說明第 9 頁第二段第一行第一次提及美國家庭壽險公司的長期防癌史的歷史。
- (23) 第 12 頁中 1.短期健康保險「...(2)特別準備金」的註解 4 之說明與同段(3)重大事故特別準備金暨(4)危險變動特別準備金似無不同，請檢視。
- (24) 文中提及本國情形之年度時，請統一使用西元或民國，避免出現如第 10 頁第一段當中「可見 94 與 95 年健康險保費收入成長僅為 2001 年至 2004 年期間年平均成長率之 68%」的情形，同時使用兩種表達使得各個閱讀者要一一自行轉換之麻煩。

(三) 應委員俠如：

有關針對等待期間部分，因道德風險嚴重及偏遠地區事故確認不易，大陸首年度發生率偏高。

(四) 保險事業發展中心：

1. 關於修正後期末報告頁 171 之(一)1.建議，主管機關已於民國 96 年 3 月 30 日金管保一字第 09602500320 號函「95 年度人身保險業精算簽證作業補充說明」中規定簽證精算人員檢視保險費率釐定情形時，若有銷售長年期健康險商品者應優先納入，請檢視修正。
2. 關於修正後期末報告頁 171 之(一)2.建議，是否針對有調整機制

之長期健康險，亦或適用所有健康險，請補充說明。

3. 關於修正後期末報告頁 171 之(一)3.建議，主管機關已於民國 96 年 3 月 30 日金管保一字第 09602500320 號函「95 年度人身保險業精算簽證作業補充說明」附表四規定須單獨列示長期健康險之準備金適足性測試結果，請檢視修正。

(五)本局長官及同仁：

1. 請川誠精算顧問有限公司重新檢視報告內容是否尚有未完全參酌審查委員意見修正部分，並予修正。
2. p59 業者針對主管機關建立監理規範與制度之相關建議（5）鼓勵費率結構採 YRT 設計部分，請就 YRT 乙詞，加註中文註解，俾利閱讀。
3. 仍請再檢視相關之用語、用詞之一致，並檢視是否有錯別字之情形。

附錄八 修正後期末報告審查意見及會議紀錄建議修改項目

建議修改項目	整理回應說明
<p>1. 針對「人身保險商品審查應注意事項」相關建議 2.第七十八點，除癌症保險及重大疾病保險外之健康保險，其等待期間建議由 30 天放寬至 90 天，p174 註腳 71 對於未滿一年之發生率採均勻分配假設，補償開始等待期間之費率計算按期間比例扣除保費為一可行作法之論述，似有未妥，事實上，等待期間愈長發生率應愈低，請川誠精算顧問有限公司針對等待期間之長短於費率計價上如何反映方屬合理予以補充修正。</p>	<p>已說明，見註腳 77，p173。</p>
<p>2. 業界健康險等待期間發生率之經驗統計資料（30 天、90 天）現已由保發中心蒐集統計，鑑於目前業界商品設計等待期間發生率多採均勻分配假設之費率反映，對於癌症保險及重大疾病保險等待期間由 30 天放寬至 90 天，其初期發生率是否有明顯下降之統計分析，建議保發中心未來得予公布，俾作為業界商品設計時費率計價之參考。</p>	<p>NA</p>
<p>1. 建議增列本次報告與前次報告間修正的重點扼要說明，以使委託單位更易瞭解兩次報告間，研究單位所作的努力與努力方向是否與委託單位期待相一致。</p>	<p>NA</p>
<p>2. 未來如簽證精算師按所建議對健康險之準備金適足性評估時，若對無費率調整機制之有效契約發現可能有準備金不足之情形(即第 25 頁(2)提及有效保單定價不足對未來財務健全性的影響)，有何合適的作法？可否考慮提供如何處理之建議。</p>	<p>根據美德日經驗，業者每年檢測實際發生經驗率與預估經驗之誤差並以調整費率因應之，因此可參考之法規與作法均已彙整於第五章。</p>
<p>3.對費率調整的方式於第 171 頁與第 172 頁有提供兩種方式，其中第一種方式係按 NAIC 最低損失率方法，惟第 62 頁提及第五章所介紹之規範係針對一年期保單，因此請釐清第一種方式公式的由來，以及說明是否係對</p>	<p>NAIC 適用於短年期及每年續保之健康險保單，詳見 p62 與 p171。</p>

建議修改項目	整理回應說明
我國短年期健康險之費率調整所作之建議？	
4. 第 177 頁開放「不可解約」健康險之建議似與第 171 頁「但繼續銷售的同時，配套之精算人員功能與費率調整機制」之想法不盡相同，請予以釐清。	已說明，見 p171，註腳 74。
5. 文中建議放寬 probationary period 可由業者自行考量決定，與第 60 頁中建議迅速建立各種疾病發生率資料庫間是否有所扞格，請予以說明。	已說明，見 p173，註腳 77。
6. 報告中，特別是表格的部分，重要英文專有名詞建議增列中文之名稱與必要之註解。	若為外文資料，圖表部分多以原稿呈現，但圖表上下文段落文字皆以中文解釋。
7. 每一個圖表建議都加上具體的資料來源，而且建議具體到能幫助閱讀者能快速找到(本研究整理的圖表例外)。	圖表皆已詳示資料來源。
8. 建議增列參考文獻一覽表。	本研究參考之研究報告與圖表等皆已於內文中交代資料來源與出處。
9. 第 143~4 頁第三節小結中核保的結論似與在該章第一節中多未出現，建議作必要之修訂。	原稿第一節與第三節多已充分彙整連結表達，唯核保與理賠電子資料庫資料，本研究僅收集料庫名稱與基本功能，內容未能獨立成章節，故僅於小結中述及以提供參考，見 p118~p144。
10. 其餘與用詞或與誤植有關之提醒：相同意思之外文專有名詞翻成中文時應儘可能使用一致的中文譯名；舉例說明：如，「共付(co-payment)」(第 137 頁)、「共付比例」(第 175 頁)建議修訂一律修訂為「共保比例」(第 137 頁)；又如，「負債十分性測試」(第 167 頁第五行)建議修訂為「負債充足性測試」(第 167 頁第二行)；再又如，「延展期間」(第 120 頁第二段第五行)若與同段倒數第三行「涵蓋期間」同義則建議用詞一致。	以下皆按各頁數修正，唯(7)小點仍維持原有文字，未按建議修正，以忠於原文表達。

建議修改項目	整理回應說明
<p>(2) 第 163 頁中間「…流動性風險、事務風險等十大項目的檢查」，因此部分內容僅有八大項目，是否有漏植或誤植，提請注意。</p> <p>(3)第 162 頁表 5-2 第二欄其中數值應為 50,000 而非 5,000。</p> <p>(4)第 158 頁倒數第四行，「金融監督聽」應為「金融監督廳」之誤植。</p> <p>(5)第 151 頁表格內最後一行，其中「低平保費商品」似應為「低平均保費商品」。</p> <p>(6)第 145 頁暨 150 頁所參考之文件分別置於附錄一、二及三，建議於各該頁中加註「詳如附錄 X」。</p> <p>(7)第 146 頁中間「1.簽證精算師…，同時應隨時對於保險公司清償能力進行評估。」是否可考慮修訂為「1.簽證精算師…，應對於保險公司清償能力進行評估，以確保保險公司在未來時時都能履行保險契約所帶來的負債義務。」</p> <p>(8)第 144 頁第一段倒數第四行「跟據」建議修訂為「根據」。</p> <p>(9)第 141 頁倒數第三行「複投保」</p>	

建議修改項目	整理回應說明
<p>建議修訂為「<u>重複</u>投保」。</p> <p>(10)第 140 頁第二段倒數第三行「<u>回復</u>健康」建議修訂為「<u>恢復</u>健康」。</p> <p>(11)第 137 頁倒數第四行「所有商業保單的共同特色」建議修訂為「所有商業<u>健康</u>險保單的共同特色」。</p> <p>(12)第 135 頁中間偏下「(若保單如修改生效日前一日解約，保險公司將支付<u>解約金</u>於保戶)」其中解約金建議修訂為「保單價值準備金」。</p> <p>(13)第 122 頁第四行「(骨髓移植)」建議修訂為「(骨髓移植)」。</p> <p>(14)第 121 頁第一行「保戶若在要保書上不實告知事項皆不在理賠責任內」文意不清，建議修訂。</p> <p>(15)第 105 頁圖 3-19 內容為空白。</p> <p>(16)第 68 頁表 3-4 標題與同頁中之表 3-3 標題相同，但內容不同。</p> <p>(17)第 67 頁第一行「若以<u>已賺得</u>之毛保費(earned grow premium)衡量」建議修訂為「若以<u>滿期</u>毛保費(earned gross premium)衡量」。</p> <p>(18)第 62 頁第一行「本章內容分四節，各節詳述代表國家」建議</p>	

建議修改項目	整理回應說明
<p>修訂為「本章內容分四節，<u>前三節</u>詳述代表國家」。</p> <p>(19)第 62 頁第二段倒數第二行「<u>藉重</u>」建議修訂為「<u>借重</u>」。</p> <p>(20)第 26 頁第一段倒數第四~六行「/000」建議修訂為「0/00」。</p> <p>(21)第 24 頁倒數第二段倒數第二行「可以 <u>9</u>個方向探討：」建議修訂為「可以 <u>6</u>個方向探討：」。</p> <p>(22)第 18 頁表 2-1 的註建議移到第 9 頁下面，以補充說明第 9 頁第二段第一行第一次提及美國家庭壽險公司的長期防癌史的歷史。</p> <p>(23)第 12 頁中 1.短期健康保險「...(2)特別準備金」的註解 4 之說明與同段(3)重大事故特別準備金暨(4)危險變動特別準備金似無不同，請檢視。</p> <p>(24)文中提及本國情形之年度時，請統一使用西元或民國，避免出現如第 10 頁第一段當中「可見 94 與 95 年健康險保費收入成長僅為 2001 年至 2004 年期間年平均成長率之 68%」的情形，同時使用兩種表達使得各個閱讀者要一一自行轉換之麻煩。</p>	
1.有關針對等待期間部分，因道德風險	NA

建議修改項目	整理回應說明
嚴重及偏遠地區事故確認不易，大陸首年度發生率偏高。	
1.關於修正後期末報告頁 171 之(一)1. 建議，主管機關已於民國 96 年 3 月 30 日金管保一字第 09602500320 號函「95 年度人身保險業精算簽證作業補充說明」中規定簽證精算人員檢視保險費率釐定情形時，若有銷售長年期健康險商品者應優先納入，請檢視修正。	已刪除該項建議。
2.關於修正後期末報告頁 171 之(一)2. 建議，是否針對有調整機制之長期健康險，亦或適用所有健康險，請補充說明。	已修正，見 p171。
3.關於修正後期末報告頁 171 之(一)3. 建議，主管機關已於民國 96 年 3 月 30 日金管保一字第 09602500320 號函「95 年度人身保險業精算簽證作業補充說明」附表四規定須單獨列示長期健康險之準備金適足性測試結果，請檢視修正。	已刪除該項建議。
1.請川誠精算顧問有限公司重新檢視報告內容是否尚有未完全參酌審查委員意見修正部分，並予修正。	已合理修正。
2. p59 業者針對主管機關建立監理規範與制度之相關建議（5）鼓勵費率結構採 YRT 設計部分，請就 YRT 乙詞，加註中文註解，俾利閱讀。	已修正，見 p 59。
3. 仍請再檢視相關之用語、用詞之一致，並檢視是否有錯別字之情形。	已合理修正。