

由歷史發展觀點探討
我國產物保險業經營長期健康
險前景

The Prospective Exploration of Long-term Health
Insurance Operation for Non-life Insurance Industry
in Taiwan from the Viewpoint of History

撰稿人：賴 曜 賢

Yao-Shyan Lai

由歷史發展觀點探討 我國產物保險業經營長期健康險前景

摘 要

我國產險業於 2015 年獲保險主管機關核准得經營長期健康險業務，由於長期險經營風險一向高於短期險，一直以來都由擅長經營長期險的壽險業所經營，相對善於經營短期險的產險業遽然投入長期險的經營，是否會因此承擔過高的經營風險，是本文興趣之所在，我們透過分析健康險的歷史發展軌跡、險種特性與經驗的分析與評估，推測產險業經營長期健康險業務規模難有較大的擴展，惟在績效方面還是有利潤空間，仍值得產險業者積極投入經營。

關鍵詞：長期健康保險、保證續保、累積性逆選擇

壹、緣起

在台灣從國民政府播遷來台後長，健康保險一直都是由人壽保險公司經營，而法令亦做如是規定，就一般人的理解，同樣是以人身為保險標的，其歸屬於人壽保險公司經營，似乎是毫無爭議之事，然而政府在繼開放傷害險得由產險公司經營後，於 2007 年亦允許產物保險公司經營健康保險業務，迄 2015 年不管業務量及損失績效皆不如壽險業的經營，不意於 2015 年底進一步開放產險業得以經營長期健康保險，而所謂長期險(包括壽險與健康險)又是長久以來為壽險業經營的專長。由是我們不由擔心產險業遽然涉入較陌生的經營險種，是否有辦法與壽險業者競爭，本文希望從產險業的觀點，藉者透過健康保險的歷史演進、對長期健康保險經營特性的了解，以及我國產壽險業經營健康險過去的經營經驗，來尋找產險業經營長期健康保險可能產生的經營問題，藉以評估產業的經營前景與因應對策，提供產業經營長期健康險的參考。

貳、保險業經營健康保險背景

對保險經營業者而言，健康保險從來就是相當具有話題性的險種，不但其產業經營屬性爭議不斷，其多元屬性之特性使保險公司難以有效掌握，以致於屢發生經營不穩定情況，為了探求我國產物保險業經營長期健康保險可能產生問題，從健康保險的發展軌跡中應可窺見其中一些蛛絲馬跡，又我國近代保險事業始於國民政府播遷來台之後，其發展深受美國與日本保險先進國家影響，故為了追溯健康保險的發展軌跡，我們有必要回溯一下美國與日本過往的狀況。

首先在美國方面，現今我們所熟悉的險種的生成，除了海上保險，火災保險與人壽保險以外，幾乎都是源自於所謂以廣泛界定之意外(accident)為危險事故的意外保險(casualty insurance)，健康保險也不例外。約莫在 1850 年代，在美國開始有了因意外傷害導致殘廢而做所得損失給付的保單出現，為早年傷害保險的雛形。1890 年之後，某一些保險業者所發售殘廢給付的傷害保險保單開始包含一些特定疾病所致的殘廢給付。就在進入二十世紀之後，許多保險經營業者所販賣的意外殘廢所得損失保單，其附加疾病給付項目開始明細化，內容包括住院、手術、醫療與照護等，至此現代人所理解的健康保險內涵基本上已初具，此後漸漸地保險業者發行此類的保單，殘廢所得損失給付僅是給付項目中的一小部分而已，其餘大部分，無論是事故原因出於意外事故或疾病，都與醫療相關。此類保單發展至此，其給付內容與現代美國保險業界所發行之健康保險單內容，基本上已沒甚麼大差別。

1920 年代以後，有些保險業者所發售的健康險保單型式甚至於擴及有不可註銷及保

證續保(non-cancelable and guaranteed renewable)之承保形式，此處值得注意的是，因為對保戶不可註銷及保證續保的承諾，讓保險業者很難對續保業務做調整保費之舉，因而促成了平衡化保費(levelizing premium)費率制度的誕生，而平衡化保費制度正是長期保險的特性，因此我們可以說，健康保險長期化的概念早在 1920 年代已萌芽，而在此之前健康保險，如同其他意外保險系列險種，其保險期間都是以一年為期的。至此，健康保險業務在美國呈現出從未有的蓬勃發展景象，不意於 1920 年代末，因為經濟大蕭條出現，引出大量的健康保險求償案件，使經營健康保險的保險業者出現重大虧損，原因出在於此經營此險種很容易有逆選擇及道德危險事件發生，讓這些保險業者初嘗到經營健康保險不易的滋味，從而退出健康保險的經營。

在經濟大蕭條風暴過後不久，大約在 1930 年代初期，有一些不甘於就此放棄健康險經營的保險公司及藍十字組織(blue cross organization)¹又開始積極介入經營，不過這次介入經營之舉比較謹慎，為避免發生重大虧損，保險業者就其販賣健康險裡所承諾的各項給付開始有了給付上限的規定。另一方面，保險業者也同時開發幾乎不需太多核保的團體保險(group insurance)以因應來自保戶的逆選擇與道德危險的挑戰。健康保險的經營於是又漸漸恢復生機，並且保險業者所提供健康險的保單形式，逐漸朝向於綜合型，惟鑑於經營健康險風險較大，絕大部分保險公司針對健康保險單所提供之給付項目都設有自負額規定。由於經營健康保險的風險經常超出保險業者所能控制範圍，保險業者的經營態度又趨保守。1950 年代後，一種稱之為高額醫療費用保險(major medical expenses insurance)的健康保險險種開始流行，取代了原先綜合型醫療保險，其保險給付項目仍沿襲綜合型醫療保險形式，涵蓋了各種醫療相關項目，但與綜合型醫療保險較不同的是，其給付偏向於被保險人有高額需求的賠付額，結果其給付的額度雖變高但發生機會變小，以致實際給付範圍較綜合型醫療保險為小，同時保險業開始時僅以企業得以投保的團體險形式販賣，慢慢再擴及個人險形式，再再地反映保險業者經營健康險的保守心態，迄今這種主要醫療費用保險仍成為美國保險業者經營健康保險的主要型態。

又此處值得特書的是有關保險業者經營長期健康險的經驗。如前述提到，早期健康險的發展過程中出現了所謂不可註銷及保證續保之保單其實已具有長期保單之特性，之後這類保單的演變並不像壽險保單一樣，向保戶保證整個保險期間內一律以平準保費的固定水準收費到底，而是朝向更多元化的收費機制去因應不同的客戶群。從完全可以由保險公司自主決定是否每段期間更新費率之選擇型可更新(optionally renewable)費率的保單類型，至保險公司於整個保險期間均不得變更費率的不可註銷(non-cancelable)保單類型，總共有四大類型保單共存於市場，這樣的景況顯示著保險業者經營長期健康保險

¹ 藍十字組織(blue cross organization)為一種提供健康醫療服務的組織，同時也涉及保險的運作，成立於 1929 年，其分支機構遍佈全美。

的矛盾情結。蓋經營長期健康保險，保險業者所面臨的經營風險較一年期大許多，理論上保險業者對有關費率的計收，如採用不斷更新式可以降低保費收取不足的經營風險，惟如此一來其效果等同於一年期健康險，故很難吸引潛在保戶的青睞，然如比照人壽保險採整個保險期間對客戶保證固定費率型態，則其經營長期險發生虧損的可能性將較一年期健康險提高許多。就這樣上述多元計費的長期健康險模式一直存在於美國健康保險市場至今。²

以上關於健康保險在美國的發展史，另一個值得我們關心的議題是它的經營業別歸屬。有個情況我們首先要瞭解的是，現代保險事業大約興起於十八世紀，爾後於十九世紀時開始有了商業性的保險活動，我們有理由相信，保險的經營者其專業性不比現代保險業者，就人身的傷害保險及健康險而言，多的是兄弟會及互助組織，甚至於估價協會在兼營，當然也開始出現一些專營保險的公司，甚至於只專營健康保險的保險公司，顯示當時產壽險業的分野並不鮮明，隨者保險經營需要有更多的專業才能有更好的發展，產壽險業的區分更加明顯，而健康險則以產險業者(casualty insurer)經營居多，原因在如前述已提到的，健康險在當時被認為是一種意外保險。然而在1920年代以後經營業別屬性開始有了一些變化。首先，以兼營健康保險方式的兄弟會及互助組織因為保險專業性不足而逐漸式微，許多直接轉為股份保險公司或相互保險公司，專營健康保險的公司也逐漸轉為壽險公司，也有兼營壽險業務的健康保險公司為壽險公司所兼併，而最普遍的是，許多傳統的壽險公司開始經營健康保險業務³。

以上這樣的轉變使得經營健康保險業務的公司漸漸地以壽險業居多。我們事後推測，關於健康保險公司轉型成為壽險公司或為壽險公司所兼併乙節，極可能是因為壽險業的主業是人壽保險，當時已經是以長期性保險形式在販賣，因而壽險公司有機會累積相當的責任準備金而變得財力雄厚，自然吸引其他經營險種屬性類似的業者向壽險業靠攏。至於有關傳統的壽險公司開始經營健康保險業務乙節，許多人推測可能是1930年代經濟大蕭條結束後，壽險公司把原先應用於壽險業務的團體保險模式也擴大地應用健康保險，結果獲得相當的成功，因而使壽險業者受到鼓舞而更積極的開始介入團體健康保險業務所致。不過我們更有理由相信，引起壽險業經營健康保險的根本動機應該是，壽險與健康保險在經營機制方面有許多機能是重複的，或者是互補的，前者如核保，後者如行銷是，才使壽險公司有意於介入健康保險而非其他意外險種的經營。又此處須特別說明的是，在美國儘管現今的健康保險主要經營者為壽險公司，然而迄今法律並未明文規範其經營業者屬性，以至於至今美國仍存在有專營健康保險的保險公司或組織，也有產險公司在經營健康保險，不過相對只是少數而已。

² 以上有關健康保險在美國生成及發展簡史詳見 Francis T. O'Grady 所編著之 *Individual Health Insurance*, 1-2(1988).

³ *Id.* at 3-4.

在日本方面，日本發展健康保險最早可以溯自全面西化的明治時代。約莫在明治十年(1877年)，就有素質參差不齊的類保險公司或共濟組合，經營一發生疾病即支付一定金額的保險商品，由於具有濃厚的投資傾向，造成惡性競爭而逐漸消逝。之後的明治時代有關疾病的給付保險則融入於傷害保險成為傷害保險的給付項目之一，原因是當時人們無論發生意外傷害或疾病都需到醫院就診，故此時的傷害險以現代的觀點事實上應該算是廣義的健康險，此與十九世紀美國人們的看法類似。又因為當時對保險監理及法律規範未如今日嚴謹，以致於產壽險業甚至於專業的傷害保險公司都有在經營此類的傷害保險(為方便與現代傷害保險做區分，此處我們暫時稱之為廣義的健康保險)，至昭和時代有了新的發展。

在昭和時代，由於產壽險業競相發展各類型的傷害保險(廣義的健康保險)承保內容頗多雷同，因為在保險市場上競爭日益激烈而不時發生衝突，因而引發產壽險在業務範圍歸屬權方面的爭議。昭和40年(1965年)日本保險主管機關大藏省召集了產壽險業兩協會，做了有關傷害與疾病保險業務範圍經營歸屬的協調，會中決議，日後以意外事故為原因的傷害險原則上由產物保險業者來經營，壽險業者僅能在併入其他壽險險種成為組合型商品的情況下才得以販賣(即以附約型式販賣)，不得單獨銷售；另一方面，以疾病為保險給付依據的疾病保險原則上劃歸為人壽保險公司經營，產險公司僅能以附約方式販賣⁴。於是在日本有關上述所提到廣義性健康保險經營至此做了明確的分流及經營歸屬，即廣義性健康保險細分為傷害保險及健康保險，前者由產險業經營，後者則由保險業經營。此後有關健康險在日本的發展大體上如該險在美國的演變一樣，為了因應很容易有逆選擇及道德危險事件的健康保險經營，昭和61年(1986年)，壽險業界開始販賣(業界統一)具團體保險型式的醫療保障保險，個人主約型的健康保險反而逐漸萎縮成附約方式販賣，至昭和63年(1988年)主約型健康保險才又興旺起來，而有關長期保險期間型的健康保險業隨者主約型者的再興旺而漸漸活絡起來。

以上有關健康保險在美國與日本發展歷史我們可以從中獲得幾項重要的訊息：其一，對保險業而言，健康保險是一種極具經營風險的險種，而一年期以上的長期性的健康保險其經營風險無疑是更高的，其高經營風險形成原因多半來自於險種本身的特性，我們可以從美國保險業在有關健康保險的過往發展中所採用的因應對策，如團體保險的引用、高比例自負額的設定、賠償限額的設定，乃至於近年來以被保險人基本需求作為賠付額的限制等獲得印證。其二，由於健康險同時兼具有些產壽險業商品的特性，故而我們很難以明確地釐清其經營業別的屬性，然無論從美國健康保險經營的自然演進，或者從日本保險主管機關的強力介入調整，最後都偏向於以人壽保險業經營健康險為主要歸宿，這應該是因為人壽保險業具有較優的經營條件所致。

⁴ 伊藤廣俊及井出洵著，賴建業譯述，人身保險市場論，頁186。

參、長期健康保險商品特性及其影響

上一節最後我們的發現點出了一個與本文欲探討主題的憂慮，就是由產險業來經營健康險，特別是長期性健康險，產險業所面臨的挑戰必然較壽險業為嚴峻。為了克服產險業經營長期健康保險所面臨的問題，很自然地我們得先由健康保險商品本身分析其特性著手，從而擬定經營對策。而關於健康保險商品的特性可以從多方面切入分析，不過我們僅集中在影響保險業者經營盈虧有重大關係的幾項議題著手。另一方面，由於保險期間為長期之險種，基本上由許多連續短期(通常指一年期)保險期間之險種構成，因此短期之險種所面臨問題，長期保險亦不能避免，因此有關長期健康保險商品特性問題之探討，我們宜從基本的短期性保險觀察，才能更完整地掌握長期保險的特性與問題。

一、短期保險

關於短期健康保險特性之發掘，我們從本文第貳節有關健康保險歷史發展的脈絡中可整理出者大約有三方面值得一提。即資訊不對稱性、危險成本不確定高以及趨勢效應等。

(一) 資訊不對稱問題

所謂資訊不對稱(asymmetric information)者指的是交易雙方對於交易訊息的了解不平衡之意，在保險領域裡我們通常指的是保險人對危險或事故已發生訊息的了解不如被保險人一方而言。關於保險資訊不對稱問題，有謂保險人對承保危險的了解不如被保險人者稱逆選擇(anti-selection)；保險人對事故已發生訊息的了解不如被保險人稱道德危險(moral hazard)，無論何者，其結果勢必使得保險人對承保事故實際賠償金的估算遠低於預期而終究發生虧損。逆選擇及道德危險現象係保險制度本質上固有的副作用，然就健康保險而言其問題更嚴重，關於此早在半世紀前諾貝爾經濟獎得主 Kenneth J. Arrow(1963)在一篇有關醫療福利經濟學論文中即指出，廣布的醫療保險(即現今所指的健康保險)會增加醫療需求⁵，導致醫療成本的增加，Arrow 首次提出這樣的現象即所謂的道德危險，然而以現代觀點來看，Arrow 所指的道德危險問題其實也包括逆選擇在內，然無論何者，其生成根源皆出於保險事故發生原因—疾病既非容易界定且保險人不容易事先察覺，因此給予被保險人頻向保險人求償的機會。

首先關於疾病界定不易問題，早自始於廣義健康保險即將細分為健康保險與傷害保險之際。例如日本昭和時代即以急劇、意外與外來等三要件作為界定傷害保險事故之依據，用以區別健康保險的事故原因—疾病⁶，這樣的區隔亦為早期我國界定傷害保險事故

⁵ See Kenneth J. Arrow, *Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care*, from the *American Economic Review*, 53(5), 961(1963).

⁶ *Id.* at 188.

之依據⁷，惟縱然有了這樣的定義，但在實務上仍發現有許多事故原因還是難以與疾病做區隔，1996年後我國保險主管機關修改的傷害險保單示範條款規範，刻意以非疾病作為傷害保險事故原因之界定，但這種表面上的硬性區分其實更無助於傷害與健康保險事故原因之區別，以至於疾病之界定仍未趨明確，這使被保險人仍有機會就事故原因難以認定之損害事件向保險公司要求賠償，因而推升了保險公司有關健康保險的危險成本。

其次關於保險人對健康險事故原因—疾病的覺察其問題更甚於疾病的界定。原因在於所謂疾病的生成多半有一段醞釀期，能事先感知者自然是被保險人本人，而非醫生，更不是保險人，以致使得被保險人有機會於未發病時即做投保動作，而保險公司面臨這樣的情況自然不可能毫無反應，惟是否有能力察覺是個問題。其一，保險人於承保時頂多透過對被保險的體檢來檢驗被保險人是否有潛在罹病的徵兆，就此現代醫學技術仍有許多盲點而無法真實測知許多我們所關心的病灶；其二，醫療上的體檢行為向來是極耗費用的，保險公司為了一個普通的健康保險承保案，極少會花費太多的體檢費用在被保險人身上，頂多僅做一些簡單不耗成本的花費，當然不可把承保個案的罹病可能檢測清楚，最多是事故發生後的訪查而已。

由於健康保險的事故原因具有以上所提的逆選擇及道德危險的特性，在二十世紀前半葉還讓許多保險專家認為健康危險是不可保的，某些保險業者不信邪貿然經營多半以虧損收場，原因很簡單，因為危險資訊不對稱的干擾，使得保險公司對賠償的預估永遠小於實際上賠償支出。因此對保險業而言，其經營健康保險的意願自然不高。

(二) 危險成本推估不確定性高

從保險公司經營觀點，所謂危險成本通常指的是保險公司向被保險人收取的純保費而言，在精算技術上我們又以損失頻率乘以損失幅度來構成之。這兩項危險成本構成因素，健康保險與其他險種相比較有其特別之處。首先，就損失頻率而言，健康保險人允許被保險人於保險期間內可做多次的求償，關於此雖然除壽險以外之其他險種都有此特性，然而其發生頻率之高卻是其他險種所少見者，這自然會增加保險公司的理賠成本，更值得關心的事，而由於一般人的醫療需求具不規則性與不可預測性⁸，也間接導致健康保險的損失頻率的不確定性亦高。另一方面，就損失幅度而言，健康保險也有其特殊之處，就是被保險人求償金額相對於其他險種而言都小許多，然而由於被保險人復原期的不確定性亦高⁹，這又導致健康保險被保險人向保險人求償的額度不確定性亦高，換言之也導致危險成本的損失幅度變高。

⁷ 見民國 85 年之前由財政部所發布之傷害保險單示範條款，第二條有關意外傷害事故的定義。

⁸ Amy Finkelstein, *Moral Hazard in Health Insurance*, 92(2015).

⁹ *Id.* at 95.

綜合以上所述，我們也可以推知，從保險公司的觀點，健康保險的危險成本因其構成因素之損失頻率與損失幅度不確定性高，最終亦導致危險成本本身之不確定性更高。而危險成本不確定性高漲，對保險公司而言就是極大的經營風險，保險公司如要避免不確定性的虧損甚至於倒閉的風險，就必須增加風險資本以因應之，基於資本使用效益的考量，一個理性的保險公司自然不會喜歡經營健康保險。

(三) 趨勢效應

同樣涉及危險成本估算問題，不過我們將觀察重點擺在危險成本的趨勢發展上，凸顯健康保險特性者有兩方面。

1. 幾乎所有已開發國家近半世紀以來國民平均醫療支出都是逐年上漲的。以美國為例，自 1960 年起至 2010 年為止，平國民醫療支出占 GDP 之比提高近四倍之多¹⁰，在我國情況亦類似，這意味者投射到健康保險上，其危險成本也逐年同步增加。Finkelstein(2012)解釋，其可能原因有三方面值得注意¹¹。其一，人口老化。人口老化是許多已開發國家共同面臨問題，由於老年人生病就醫機會較年輕人多許多，愈老則愈嚴重，然會推升整個國家醫療支出水準，做為保險業者其所販售的健康保險危險成本自然也會隨時間推移而逐年增加。其二，醫療技術的進步，藥物研發與設備品質的提升。先進國家人口老化的形成其實許多都是拜現代醫療技術、藥物研發與設備品質不斷提升的結果，而這些進展自然是醫界、藥界投入許多成本而獲得者，最後則必須由使用者即病人方面回收，如此又使得醫療成本逐年增加，結果健康保險的危險成本又會同步逐年增加。其三，商業性健康保險的流行。許多國家的商業性健康保險基本上都建基於該國社會保險之上，而只有那些仍不滿意於社會保險給付的相對富者才會對商業保險有需求意願，商業保險之業者為吸引消費者前來購買其商品，自然是以高醫療技術、昂貴藥物與設備給付為訴求，這使得商業性健康保險之危險成本較社會保險高出許多。換言之，商業性健康保險的存在，其本身就是推升健康保險危險成本隨時間流逝不斷提升的因素之一。

2. 一般人的罹病率以及治療的支出通常都隨著年紀增長而不斷增加，對健康保險而言，意味著假設被保險人投保的給付條件不變，但(純)保險費(即保險公司的危險成本)卻要隨著年齡的增加而增加。事實上，有這樣性質的保險費負擔型式不只健康險而已，同樣的特性也存在於壽險，只不過這樣的特性沒有壽險明顯而已，而我們要指出這種特性的生成是顯而易見的，因為人類身體各種器官的運作猶如機器的使用一般，用久了總會耗損，且耗損的機會與程度會愈來愈嚴重，這機器的耗損換成人類的身體就是生

¹⁰ *Supra* note 8, at 35.

¹¹ *Supra* note 8, at 36.

病，因而會隨著年齡的增加而有愈多的醫療支出，投射於健康保險，就是保險費不斷的隨年齡增長而增加。

根據以上所提有關健康保險其危險成本的趨勢效應，保險公司如據實反映成本向被保險人洽受保費，則很難取信於投保者而打擊到其投保意願，這將使得保險業者很難拓展健康險業務。

二、長期保險

(一) 長期保險的內在意涵

關於保險期間過一年以上之長期保險的存在，許多人直覺認為是人壽保險險種的特性，其他險種其保險期間就是一年期，但為何如此，很少人有興趣追究，在美國早期的商業保險制度的發展史中，一直存在著這樣的對應態度，直至經濟大蕭條後健康保險的發展停滯不前時，某一些保險業才想到嚐試將壽險之長期概念也應用於健康險時，長期保險存在的理由就不得不予探究。

為探究長期保險的產生，我們有必要觀察現代保險制度早期由海上保險擴展至陸上保險的時代。當時有關保險期間的設定基礎已從適用於海上保險的航程基礎轉化為適用陸上險種的時間基礎，以一年為期的時間保單是當時保險業者在發展各種新型險種時共同所使用的保險契約模式，不過應用於人壽保險時就碰到了障礙。由於保險公司對被保險人收費的依據是被保險人的死亡率，不幸的是，隨著年齡的增加，縱然保險公司對被保險人承諾的給付條件一直不變，但保險費卻是隨著被保險人年齡的增長而不斷地增加，這自然衝擊到被保險人對保險公司計費的信任，從而降低了投保意願¹²。換言之，從保險公司的觀點，保險期間以一年為期者應用於人壽保險，則保險公司很難以拓展人壽保險業務。因此，保險公司如欲拓展壽險業務，則取得被保險人對保險公司收取保費水準的信任是再重要不過的事，最好可以對被保險人保證只要願意繼續投保就不會任意提高保費水準。換言之，對被保險人保證費率水準不變應該是壽險業者欲拓展業務的前提，不過保險公司如對被保險人的續保保證費率水準不變，則勢必因被保險人年齡趨勢效應的影響短收危險成本而虧損，因此在權衡業務量與虧損的兩難之下，有人想出了以時間換取空間的方法來因應之，就是要求被保險人投保之保險期間由一年期展延成長期，以平衡保費(就是自起保日開始的保險期間內一直維持不變的保費)換取不斷隨年齡遞增的保費(現今稱為自然保費)，用此方式解決了被保險人對保險公司計費的不信任，從而使壽險業務自此得以順利擴展¹³，更值得一提的是，因為保險期間由一年期展延至

¹² Union Association Norwich, *Tables and Observations explanatory of the Terms on Whole Life Assurance is Effected, Annuities Granted and Endowment made for Children*, History of Insurance Vol. 4, 137(2000).

¹³ Harriett E. Jones And Steven R. Silver, Principle of Insurance, 69-70(2011)

多年期，則保險公司等於同時販賣予同一被保險人多年份的一年期保單，這對業務量的累積起了加速作用，因而壯大了人壽保險業者，這樣的概念在壽險發展初期起了很大的作用，而發展比壽險較晚的健康保險保險人很難不受壽險成功發展模式啟示，因為保險業面臨健康險危險具年齡趨勢效應之特性如同壽險一般，故而有長期健康保險的產生。

從以上有關保險業面對經營壽險與健康險所生問題解決方式的觀察，我們因此認為保險業採用平衡保費模式對被保險人保證其費率於續保時不變，就是長期保險期間存在的根源，也是長期保險意義之在。

(二) 保險期間長期化成本效應

從以上有關長期保險生成緣由的探討可知，它解決了保險業健康保險業務拓展不易的困擾，不過對保險業而言卻非全然是好事，因為它衍生出的問題至少有以下三方面問題足以讓業者頭疼。

1. 危險成本之外在環境影響因素多元且其損失不確定性擴大

健康保險之保險期間一旦由一年期擴展至一年以上之長期，最值得關心的問題是，保險公司承保危險的危險成本影響因素變多且其損失不確定性大於一年期時的問題。於一年期健康保險，影響保險公司評估危險成本的因素，從以往的經驗裡，通常我們僅會關心被保險人的求償次數與金額。一旦保險期間拉長，正如氣象預測一樣，因為環境變動的可能性變多，致使我們預測保險期間危險成本的考量因素自然也變多，除於原先在一年期時要考慮的被保險人求償次數與金額因素以外，至少必須考量以下諸因素，才能較合理的推估危險成本：影響危險成本於不同時期的時間價值、高齡化被保險人口的增加，以及因醫療技術進步帶來醫療成本的增加等。這些因素基本上都會導致危險成本的上漲，更嚴重的是，這些因素是怎麼變動的，隨著保險期間變長，我們愈難以掌握，換言之，我們所欲評估的危險成本究竟多大，其不確定性程度將隨著時間變長而變大，這當然也進一步地推高我們對危險成本估計的量。如圖 1 所示為近 20 年來我國壽險業個人健康險人均保費發展圖，我們觀察到人均保費水準成長至兩倍餘(大約 2.23 倍)，然而在同樣的觀察期間內，如圖 2 所示，損失率長年的發展僅有微幅提升(大約 1.4 倍)，將此微幅提升因素予以扣除，則圖 1 人均保費水準竟提升至約一倍半餘(大約 1.6 倍)，這顯示健康險在以上多元的外在環境因素影響之下所反映的危險成本上漲的現象並非僅是臆測而已，一旦健康險長期化，保險業勢必被迫調升費率水準以防虧損。

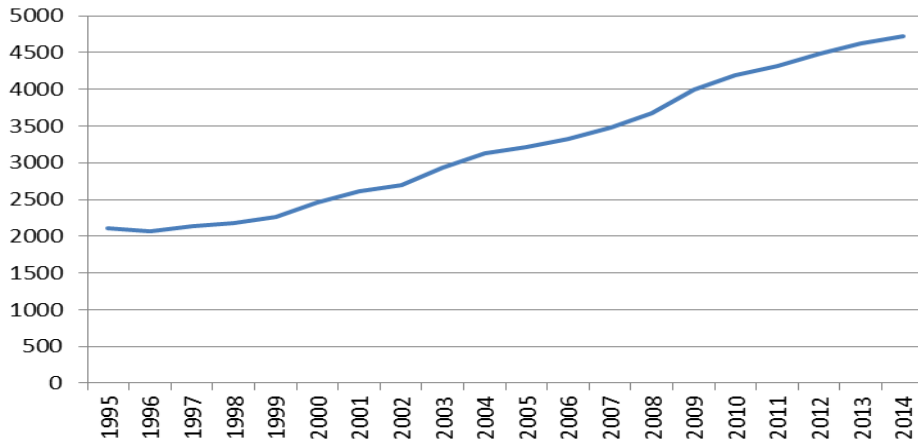


圖 1 近二十年來壽險業個人健康險人均保費(元)發展圖

資料來源:人壽保險業業務統計年報

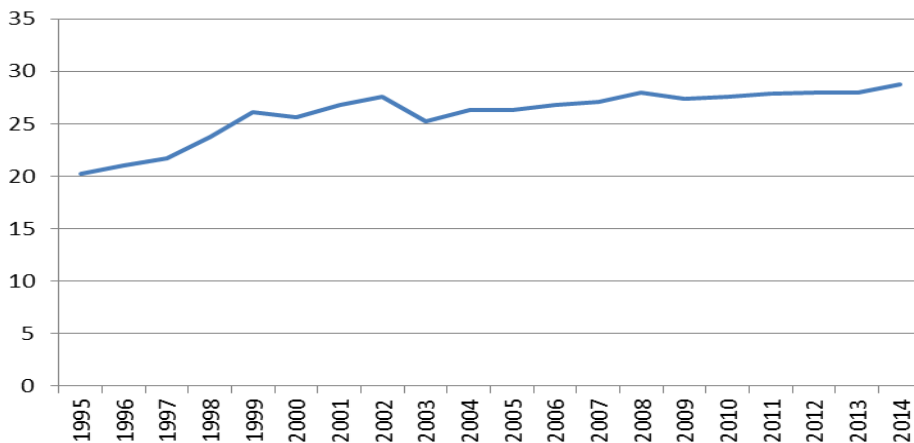


圖 2 近二十年來壽險業個人健康險損失率(%)發展圖

資料來源:人壽保險業業務統計年報

2. 累積性逆選擇問題

健康保險長期化會浮現的另一個值得重視的問題是，累積性逆選擇(accumulative anti-selection)的產生。所謂累積性逆選擇指的是，長期保險之保險人所承之被保險人中，在投保之後，其中具良質危險之被保險人陸續選擇退保而僅留下劣質被保險人仍為保險人所承保之謂。可以想見，於長期保險一旦發生嚴重的累積性逆選擇現象，則保險人注定要以虧損收場，不幸的是，保險業一旦開始銷售長期健康保險，累積性逆選擇發生的可能性很難避免，原因在於健康保險如同絕大部分的財產保險險種一樣具利己性，即被保險人以本身可以受益為前提

而投保，因此無不希望每一次的投保由保險公司

所獲得的賠償高於其所付出的保費，一旦無法遂行此願，其續保的意願自然很低，最後選擇退保是很能理解的事。就以上所提，如果說短期保險所引發的逆選擇會增加保險公司經營虧損機會，則面臨長期保險之累積性逆選擇問題，保險公司經營虧損的可能性自然又大增。此處須特別說明的是，關於累積性逆選擇問題只會發生於被保險人真正投保長期健康保險期之後，因此對保險業所造成危險成本上漲壓力並不同於前述提到的外在環境因素所造成者，換言之，一擔保期間長期化落實，則如圖 1 我們所觀察到的人均保費上漲幅勢必更高。

3. 被保險人老化因素

關於長期健康保險對危險成本的影響，保險業毫無疑問地會考慮到被保險人的老化因素，通常反映在年齡的增長上。於保險期間長期化的人壽保險，經驗顯示隨著被保險人年齡增加，死亡率也逐漸增加，從而推高危險成本的上漲；同樣地，隨著被保險人年齡增加，其罹病率也會逐年增加，不但如此，每一次的醫療支出也因為罹患病症的日趨嚴重而增加，從而推高危險成本上漲的幅度又較單純的死亡率影響為大。又此處仍須特別說明的是，有關被保險人老化因素對長期健康險危險成本的影響，與前述提到的累積性逆選擇因素一樣，只會發生於被保險人真正投保長期健康保險之後，與前一小節第(三)點所提因素對危險保費的影響無關。結果被保險人老化因素又會進一步地推高長期健康險危險成本水準。

以上本第(二)點第 2 及第 3 小點所提因素對長期健康保險危險成本的影響，我們可以從壽險業的經營經驗中獲得驗證。如圖 3 所示，為近三年(2012 至 2014)來壽險業經營長期健康險賠款率按保單年度顯示之趨勢圖。圖中各保單年度之賠款率由該年度賠款除以自然保費形式之危險保費構成，三年平均賠款率大約由第一保單年度之 33% 一直上漲至第 15 保單年度以上(以第 20 年為中點)之 76%，相當於第一保單年的 2.3 倍，此一比數高於合併考量圖 1 及圖 2 人均保費淨成長之 1.6 倍，其高出之差額 0.7 倍(=2.3-1.6)正是反映被保險人在實際投保長期健康險後顯現出來的危險成本額外推高效應，我們很難以排除是累積逆選擇與被保險人老化因素影響的結果。另外根據圖 3 所顯示不同年度賠款率變化的經驗，我們幾乎可很直觀地判定，於長期健康險，保險期間愈長之保單，其年平均賠款率有遞增趨勢，換言之，保險期間愈長之保單，保險公司於每單可獲報酬率愈小。

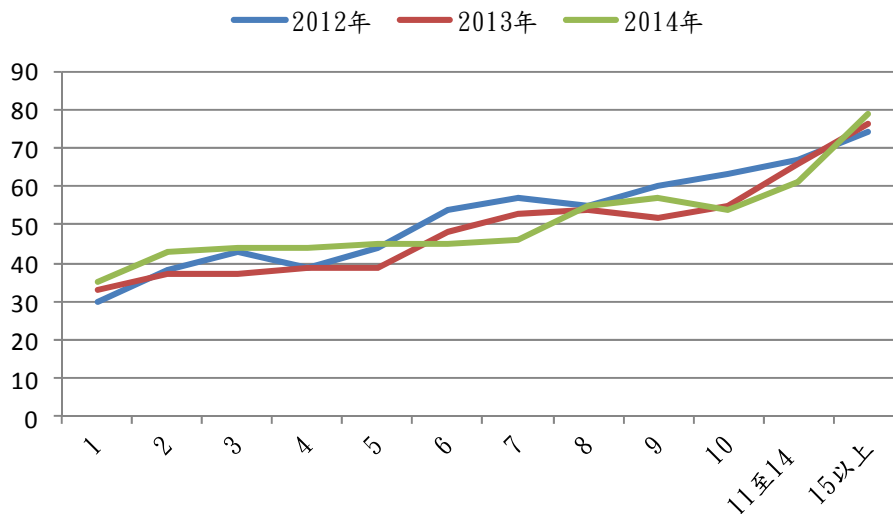


圖 3 近三年來壽險業長期健康保險損失率(賠款/自然危險保費)發展圖

資料來源:保險事業發展中心網站:www.tii.org.tw

肆、長期保險危險成本之評估對費率釐訂的影響

由本文第參節對長期健康保險的經營特性與問題分析之後，可發現值得讓產險業關心的問題核心，在於危險成本較短期之健康保險為大且不確定性高，其直接的影響毫無疑問地會涉及到如何訂定合理的費率水準，才不至於使業者既要有相當業務又不會發生經營虧損，或者至少其經營績效不會比短期保險差。

如本文第參節所提，長期保險採平準保費收費是長期保險之所以存在的根源，也是無法避免的費率模式，我們需要關心的是，這樣的收費模式會有甚麼影響。

如圖 4 所示，在自然保費反映長期健康保險危險成本長期上漲狀況下，我們比較長期保險平準純保費與一年期純保費水準的差異，顯然長期保險平準純保費會較一年期純保費水準高出許多，這樣的結果可能並不令人意外，因為這種情況一樣見諸於人壽保險，然其與人壽保險最大差異在於，長期保險平準純保費與一年期純保費之差異會較人壽保險為大，如第參節分析結果所示，原因在於影響長期健康保險危險成本的因素與不確定性較之壽險為嚴重，此其一。近年來金融市場利率水準相當低迷，而長期保險在考量不同保單期間的時間價值後，保險業者很難據此壓低平準保費水準，此其二。由於以上兩點的考量，保險業可能會面臨如下兩難的情境:為維持不虧損而較高的平準保費水準，則很有可能使業務難以推展

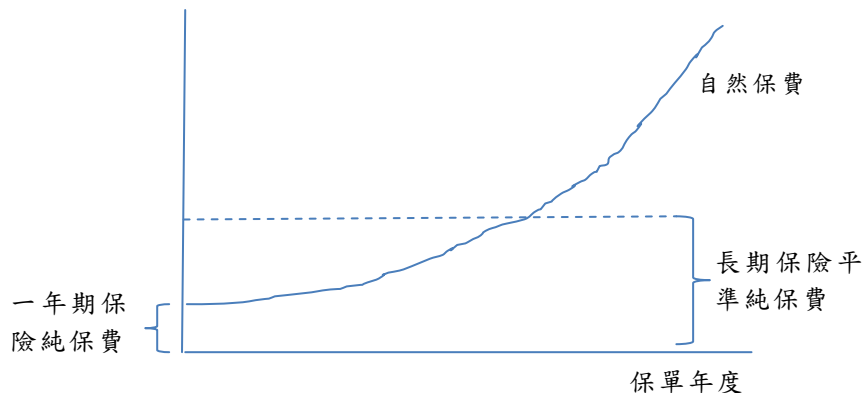


圖 4 長短期保險保費水準比較圖

或因逆選擇效應的作用而招來劣質被保險人的投保¹⁴。另一方面，採用低費率水準則有收費不足之虞，無論何種情況皆有可能減損盈餘或者導致虧損。

伍、壽險業的因應對策經驗

如本文在第壹節中提到，我們從健康保險歷史發展過程中得知，健康保險幾乎都是由人壽保險業所經營者，因此，產險業欲健全發展與健康保險相關業務，則壽險的過往的經營經驗應具有很好的參考價值，這裡所謂經營經驗指的是拓展業務以及提高經營績效的經驗而言。

一、業務發展對策

(一) 長期健康險經營的源起

有關長期健康保險業務在台灣的發展最早可追溯自民 1990 年代，由於政府開放外商經營時，以外商安泰人壽於 1997 年推出無賠償限額之終身醫療險為濫觴，因為市場競爭關係，使其他壽險公司紛紛起而效尤，在此之前市場上流行者則是傳統的一年期健康險，此後則幾乎為長期化健康保險所取代，這並非壽險業自此轉而經營長期健康險而捨棄一年期健康險，而是自 1997 起由保險主管機關所推出的健康保險示範條款規定對壽險業的約制，使得一年期健康險轉而成具有長期健康險的效果，原因是示範條款中有關保證續保的規定要求保險公司不得針對續保的個別被保險人身體狀況調整費率，而僅能針對以年齡為基礎的被保險人群調整費率，且須報准主管機關核可，才能真正更新保費(事實上就是調升保費)，惟至目前為止實際上鮮有保險公司獲准，這意味著除被保險人僅向保險

¹⁴ 見 J.H.Cochrane, Time-consistent Health Insurance, *Journal of Political Economics* 103, 470(1995)

公司投保一次之一年期健康險情況以外，於一年期續保者實質上已具有長期保險單的效果—保費型式為具有保證費率的平準保費，與真正長期健康險的差別僅在於長期健康險的保險期間是事先確定的，具保證費率的一年期健康險被保險人最終的投保期間無法事先確定而已，如本文在第參節有關長期保險內在意涵乙節所提到，平準保費制是長期保險的意義所在，由是我們有理由將具保證費率的一年期健康險視為廣義的長期健康險。由以往經驗顯示，僅投保一次一年期健康保險的案例並不多，故而我們知道，自此以後(1997年)，壽險所經營的健康保險幾乎都屬於實質的長期健康險型態。

(二) 長期健康險業務發展概況

正如本文於第參節有關健康險特性分析中所提，因為健康險逆選擇及道德危險問題嚴重，及醫療成本逐年升高的威脅，使早期的壽險業對健康險的經營意願並不高，反映在業務量上僅占整體保險公司業務量的極少數比率。如圖 5 所示近三十年來整體壽險業個人健康險業務占所有壽險業個人險業務比率的趨勢圖¹⁵。

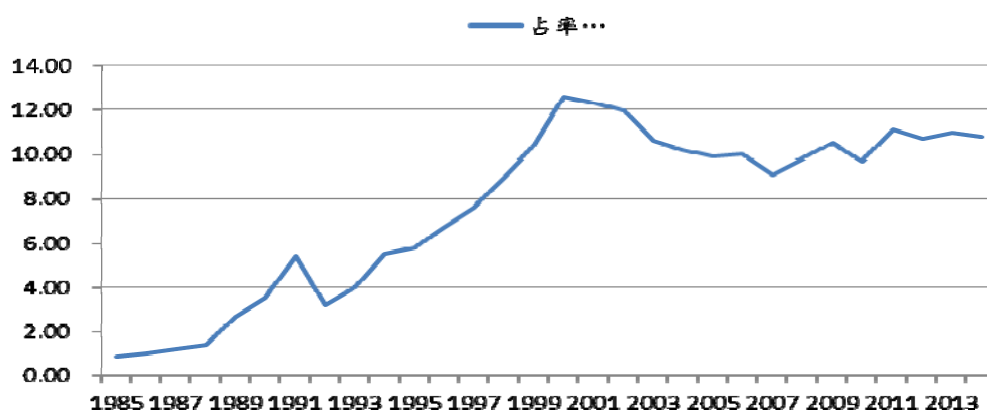


圖 5 近三十年來壽險業個人健康險對整體個人險占率趨勢圖

資料來源:人壽保險業業務統計年報

1997年以前，壽險業個人健康險以短期一年期為主，在此之前健康險業務雖有逐年成長趨勢，惟占壽險業整體個人險保費收入之比非常小，然而自1997年健康險逐漸轉型為以長期健康險為主之後，業務量占比持續成長，顯示壽險業愈加重視健康險的經營，及至近十五年來，健康險業務對整體個人險業務之比大體上穩定地維持在9%至11%之間，這意味著壽險業視其可以合理經營健康險的業務規模的占比大致上就在此區間水準之內，我們可以將之視為壽險業者經營健康險於成熟階段應有的水準，這樣的業務量水

¹⁵ 依目前我國壽險業所經營之健康險案投保對象別可分為團體與個人兩類型，其中有關於團體險的經營因為受到投保人慣常以價格競標方式投保方式的影響，致壽險業者幾乎無一家有獲利者，導致壽險業經營意願不高，近幾年來業務量占比已不足團體與個人險合併之整體健康險的5%，本文認為已無探討價值，故而將之略去不論。

準已成為壽險業所經營險種中僅次於人壽保險以外的第二大險種，對壽險業者而言，其重要性不言可喻。

(三) 影響業務成長成熟因素的探討

從本文第參節有關健康險特性與問題的分析結果顯示，對保險經營業者而言，健康險，特別是長期性者，並非是個值得投入發展的險種，然而壽險業對健康險業務的推動，其成果卻可從三十年前幾乎是聊備一格的微小業務占比，迄今發展成為壽險業第二大量的險種，其中原由確實值得玩味，我們從過往的經驗中歸納出最可能的三項影響因素，如下所示。

1. 壽險與健康險搭配販賣策略

本文在第貳節中提到，健康險於在美國發展的初期並非壽險業專屬的經營項目，及至 1920 年代後才漸漸地成為以壽險業經營為主的態勢，這個轉變多半被認為是壽險業積極主動介入經營的結果，而壽險業之所以主動積極的介入健康險的經營，非常大的可能是從消費者對保險需求面獲得的啟示而來，因為從保險消費者方面來看，消費者所面臨的人身危險性質，歸屬於壽險範圍的死亡危險與歸屬於健康險的罹病危險二者關係緊密，顯示壽險商品與健康險商品有相當的互補性，以致於保險公司行銷人員在面對客戶推銷商品時很容易地將壽險與健康險的商品一併推銷與客戶，壽險與健康險所承保危險具有這樣的特性自然有利於保險公司開拓業務，於是保險業推動壽險業務若有成長也很容易帶動健康險業務的成長，這使得壽險業者過去在推動健康保險的銷售上可以維持相當的業務亮成長。

2. 主附契約搭配銷售模式

主附契約搭配銷售模式是一種是兩個以上險種商品強制搭配在一起販賣的保單銷售模式，其中以一險種為主要契約，另外其他險種為附加契約，被保險人可以單獨購買主契約，但若欲購買被設定為附加契約之險種者，則被保險人欲購買之前必先以購買主契約險種為前提，明擺的是保險公司在誘使對附加契約有購買意願的被保險人強制其同時也購買主契約險種，通常保險公司會以壽險為主契約，傷害與健康險為附加契約，這樣的組合很明顯目的是在拉抬壽險的業績，不過保險公司如刻意推動這類組合型商品，其結果將使主附契約險種緊密地結合再一起販賣，形成主附契約險種的銷售有相互拉抬現象，強化了前述提到壽險與健康險搭配販賣策略的效果，且鑒於此種搭配銷售模式可以因此節省保險公司對附加契約銷售成本的開支，基於交易公平性的考量，故身為附加契約的傷害與健康險費率水準通常會比單獨販賣者為低，我國保險主管機關亦作如是傾向規定¹⁶，

¹⁶ 見財政部 84.12.30.台財保第 842037573 號函有關人身保險費率結構規定，健康險與傷害險為主險者，其附加費用率最高為 36%，但為附加險者，其附加費用率最高僅有 24%。

結果使得附加傷害險或健康險之費率較單獨販賣者為低，如此一來對想要購買健康險或傷害險的消費者更具吸引力，使壽險業者對健康險業務的推動更容易一些，截至目前為止，於壽險業者其健康險業務有一半以上採以附加於壽險販賣，足見壽險業對健康險業務採以附加於壽險方式的偏愛，而實際上對推展健康險業績也顯現其成效，如我們在圖 5 的分析結果一般。

3. 業務員行銷制度

業務員行銷制度係保險行銷制度的一種，可以溯自早期保險在英國發展的時代，不過截至目前為止，於西方國家裡保險的行銷方式普遍流行的是代理人制度。保險制度傳到東方來時仍沿用這種行銷方式，不過在二戰後的日本，代理人制度漸為業務員制度所取代，原因是戰爭結果使日本成年男性人口大幅減少，當時壽險業基於國家重建之需要不得已需啟用婦女人力，為此而大力發展其構成以女性為主的業務員制度，想不到因此使壽險業迅速恢復戰前生機，甚至於更加蓬勃發展¹⁷。由於台灣鄰近日本，早期保險事業的經營有頗多取經於日本之處，因此業務員制度也很快地在台灣壽險業界流行起來。我們比較一下業務員與代理人制度二者的特性，可以發現業務員制度比較有利於保險公司對業務的拓展。原因是業務員制度讓保險公司擁有完全行銷策略控制權，保險公司比較有機會貫徹其業務成長目標，此其一。採業務員制度的薪酬給付方式大都以佣金制為主且業務員所得佣金直接來自於保險公司，這意味著業務員薪酬給付的水準與業務員爭取業務量的多寡一致，且佣金收入比之於在代理人旗下工作更多，因此業務員如欲賺取較多的報酬勢必更努力地推銷業務，因此讓保險公司比較容易貫徹其業務成長目標，此其二。因為業務員制度有了以上二特性，使台灣的壽險業者的業績得以年年不斷地成長，就健康險而言，雖非壽險業的主力產品，不過因為壽險業者幾乎採取壽險與健康險搭配販賣策略，業務員自於不吝於配合公司行銷策略，於推銷壽險商品時也推銷健康險，這使得健康險業績一起隨壽險業務成長。

二、業務績效改善對策

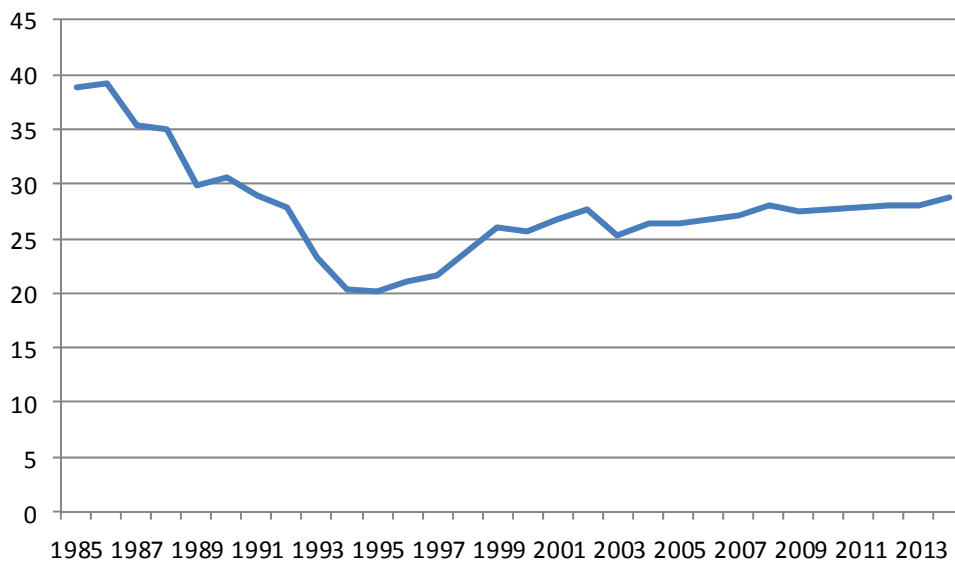
(一) 賠款績效

我們由本文第參節分析中可知，健康險在本質上稱不上良質業務險種，因此我國壽險業早期我國壽險業承做意願並不高，如圖 5 所示，1995 年以前，健康險業務量占整體壽險業務量之比不到 5%，其後開始有較顯著的成長，這時差不多也是短期健康險轉化為長期險的時期，一直到 2000 年左右，其業務量占率穩定地維持在 9%至 11%之間的成熟階段，這顯示壽險業對於不具良質險種的健康險應有推動某一些改善對策，也因此獲

¹⁷ 同註四，頁 16-17。

得一些成果所致。如圖 6 所示，我們把圖 2 的資料再往前延伸十年，觀察早期健康險損失率趨勢狀況。

圖 6 中的資料顯示，1985 年時健康險的損失率尚在 40% 左右，以後則逐年下滑，顯示改善策略有發揮一些效果，最佳時期在 1994 年及 1996 年時，損失率水準來到僅約 20% 至 21%，注意此時長期健康險尚未出現，1997 年後，損失率漸漸地抬升至 25% 至 30% 之間，推測應該是長期險時的效果，這樣的結果並不令人意外，蓋誠如本文第參節有關保險期間長期化成本效應分析乙節所示諸原因，長期險業務品質在本質上很難優於一年短期險，但無論如何，綜觀過去三十年來我國壽險業健康險業務損失率表現應可以肯定壽險業應採用了一些改善業務品質的有效策略，我們將之歸納為以下幾方面。



圖六 近三十年來壽險業個人健康險損失率(%)發展圖

資料來源：人壽保險業業務統計年報

1.核保技術的強化

我們在第參節有關健康險特性分析中已提到，健康險係具有高度逆選擇傾向的險種，保險業早在健康保險發展初期就知道利用核保技術可以篩選掉一些高危險群的客戶，藉此來提高業務品質，保險學者的實證研究亦支持這樣的結果¹⁸，我國壽險業者自然也依循著保險先進國家的作法，利用核保技術來降低逆選擇對業務品質的影響。此處所謂核保技術指的是透過被保險人的健康檢查、被保險人特徵歸納與要保書的書面詢問來達到篩選高危險群客戶的作法。

¹⁸ Michael A. Morrissey, *Health Insurance in The United States*, *The Handbook of Insurance*, 964-966(2013).

2. 道德危險的控制

高道德危險亦是健康保險特性之一，最有名的例子是美國智庫公司藍德(RAND)於1970年代所做的道德危險試驗實證，該公司隨機挑選有投保健康保險者計8500人，觀察其自1974至1977年之間向保險公司求償狀況，結果發現被保險人參與自負賠款愈少者醫療費用支付愈多的現象，凸顯健康保險具道德危險特性¹⁹。事實上美國壽險業早在1950年代開始意識到健康保險有明顯的道德危險特性傾向，因此開始做積極的防範，由於美國健康保險商品一直以來都是以補償被保險人醫療費用為保險賠付方式(即我國保險業所稱實支實付類型之健康險)，故保險公司防範道德危險的做法是，要求被保險人共付一定比例的醫療費用，或先自付一定額度醫療費用，透過這種由被保險人自負部分賠款的措施，其效果大致上與蘭德公司實證的結論一致，因此保險公司在設計健康險的商品時，加入上述提到的被保險人自負賠款的條件已是一種普遍現象，台灣的壽險業在開始積極的發展健康保險業務之後，為了提升健康險業務品質，壽險公司於保險契約中引入被保險人自負部分賠款的條件也是時勢所趨，自然對損失率的降低產生作用。

3. 過度醫療費用的控制

我們在第參節有關健康險特性分析中提到，健康險的經營另一個讓保險公司困擾的問題是，被保險人過度支用醫療費用使賠款超出預期問題，在美國此一現象在經濟大蕭條年代最為嚴重，為緩和賠款壓力，美國於1930年代後保險公司於保險契約中導入被保險人自負部分賠款的條件之同時，也開始發售限制賠款最高限額的保單，藉此來抑制賠款過高壓力，這種作法最終也為我國的壽險業師法之，對健康險損失率的降低也發揮一定的作用。

4. 定期定額給付賠償金制度

關於健康保險賠償方式大致有兩種，即實支實付制與定期定額給付制，前者按被保險人實際醫療費用支出給付；定期定額給付制指保險公司對被保險人的賠償請求在約定期間內定期如按日或按週給付一定金額而言。前述第1及第2兩小點所提到保險公司抑制道德危險及控制醫療費用過度膨脹等措施都是建立在賠償採實支實付的基礎上，對定期定額給付制則無從發揮。在健康險發展史中，定期定額給付制生成最早可溯至1900年代初期，當時健康險承保範圍與傷害險尚處於混淆不清時代²⁰，由於在定期定額賠償制度下，保險公司對被保險人的賠償額度與被保險人實際醫療費用支出不若實支實付制者密切，因此當人們發現醫療費用

¹⁹ *Id.* at 967.

²⁰ *Supra* note 2, at 2.

逐年不斷膨脹的特性時，這種定期定額給付制保單就不再為投保人青睞，代之而起的是實支實付保單的興盛²¹。由於在美國實支實付制保單的流行，影響到我國在發展健康保險商品的初期也是採實支實付賠償制的居多，惟鑑於醫療費用逐年上漲的態勢越來越明顯，同時在健康險長期化保單逐漸普及後，因為保單保證續保契約約定的限制，使保險公司無法藉費率的更新來平抑醫療費用逐年上漲導致賠款膨脹的態勢，以致使許多保險公司偏向於多開發定期定額給付制的保單(市場上稱之為日額型保單)，迄今業務量占健康險最大宗的醫療費用保險大部分都已改為定期定額給付制。我們於圖 6 看到的壽險業健康險損失率近十餘年來改善不少，很大部分要歸功於此類保單不斷普及化的結果。

(二) 費用績效

商業保險經營的目的在營利，故為反映經營績效，在擷節支出方面，除了須觀察以上我們所分析的賠款績效以外，費用績效的分析也是另一重點，由此我們希望觀察費用率經驗來檢視壽險業在健康險方面的費用績效，遺憾的是，基於某一些保險公司在經營過程中所發生的費用，其險種歸屬的客觀性一直是有爭議的，導致我們很難由保險公司的經驗總費用支出中精準的分離出特定險種的額分。饒是如此，針對壽險業健康險費用支出經驗，我們仍可從以下壽險業者的經營條件與策略的合理性確認其對費用績效的影響。

本文於第貳節介紹有關健康險在美國早期發展狀況時提到，在 1920 年以後壽險公司大力介入健康險業務的經營，導致市場上大部分健康險業務都由壽險業者掌控經營的局面，如此的發展結果其實可歸因於壽險與健康保險在經營方面有許多機能是重複的，或者是互補的。關於前者如核保機制是，這是因為保險公司在壽險與健康險所承保的危險事故及死亡與罹病關係密切，以致使得保險公司在核保時所面對的檢查項目重疊性相當高，處理過程上也差不多，因此當保險公司所承保的健康險及壽險保單之保險標的屬同一人時，核保過程則僅需進行一次便可，而即便不屬於同一人，因為健康險及壽險保單核保機制幾乎重疊，因為這兩原因使壽險公司節省了許多核保開支，事實上而如果我們進一步分析一下其他保險經營機能運作內容，便可發現除核保之外，例如費率的釐定準備金的提存與再保險的安排，健康險與壽險的作業過程與處理項目也多所重疊，因此業讓壽險公司面臨同一危險時也可以省下一些費率釐訂、準備金提存與再保險作業支出費用。

另外針對壽險與健康險的經營，在保險公司經營機能上有互補性者主要指的是行銷。同樣的，因為保險公司在壽險與健康險所承保的危險事故及死亡與罹病關係密切，

²¹ *Supra* note 2, at 8-10.

因此保險營銷人員面對客戶在解釋健康險或壽險對客戶的重要性時，談論的話題很容易的由一個危險事故轉到另一個危險事故上，這無形中促使客戶在認同且購買一種商品時也有慾望購買另一個商品，這對於保險推銷者而言不但因此增加更多業績可能，保險公司也可以少付一些佣金支出。

以上我們談到壽險與健康保險在經營機能方面，無論是具重複性或者是具互補性，其效果不過止於節省保險公司經營費用支出的機會，惟誠如本節前述有關影響業務成長成熟因素分析時提到，壽險業利用這樣有利的經營條件，進一步的採用壽險與健康險搭售策略，這才使得壽險業得以真正落實節省經營開支的目標。壽險公司同時經營健康險與壽險所獲得經營條件與採用策略，不但見諸於美國與日本，而發展健康險時機較晚的我國亦仿效之，我們合理的推斷應有一定的效果。

陸、產險業經營長期健康保險潛在問題的探討

了解壽險業長期健康險經營業務與績效的經驗並分析其原因後，讓我們進一步也就產險業相同健康險的經營狀況作分析，透過與壽險業經驗的比較，藉以了解產險業經營潛在問題。當然，由於保險主管機關適才准予產險業經營長期健康險不久，截至目前為止，整個產險業尚未實質投入長期健康險的經營，我們自然無從了解產險業入長期健康險的經營經驗，然而產險業卻已有七、八年短期健康險的經營經驗，其經驗雖未必與長期險完全相同，惟正如同我們在第參節有關健康險特性分析中所揭示者，長短期健康險特性多處是重疊的，由此我們可推斷在同樣的產業且同一環境的經營下，短期險理應反映部分長期險的經驗，而應該有爾後實際經營長期險時值得參考之處，再加上與壽險業經營長期健康險的經驗做比較，我們就比較有把握發掘產險業即將投入長期健康險的經營其潛在問題。

針對產險業已經經營一段期間的短期健康險，我們比照第伍節處理壽險業長期健康險業務的作法，分別就業務量規模與業務績效兩方面經驗作分析，如下所示。

一、業務量發展

(一) 業務量概況

我國產險業經營健康險始於 2007 年，相較於從 1963 年開始經營健康險的壽險業而言，時間的確很短，只能說是尚在起步階段，但即便如此，其經營迄今七、八年歷史至少也足以觀察到經營初期的潛力與趨勢。如圖 7 所示為近七年來產險業健康險對所有險種保費收入占率趨勢圖，我們對產險業健康險業務發展採取這樣方式的表示，目的在於可與壽險業的經營狀況做個對比，藉此反映產險業於健康險業務發展潛力的良窳。由圖

7 中我們觀察到整個產險業經過幾年的努力健康險保費收入大約也僅占所有險種合計 1% 左右的水準而已，對產險業而言，健康險業務量這樣的初期發展確實有一些令人失望之處。因為相對於壽險業，如今健康險(多為長期險)對整個壽險業所有險種保費收入之比如圖 5 所示，已經超過 10%，又即使退一步回到 1997 年前壽險業健康險仍舊是一年期以下短期險時代，健康險對整個壽險業所有險種保費收入之比也有 6%-8% 之譜(參見圖 5)，這樣的占率水準都要比產業表現優異許多。更有甚者，產險業健康險在開賣初期急遽上升，惟在兩年之後成長力道漸漸地緩和下來，由此我們看到產險業在健康險方面的發展似乎被侷限在小小的範圍內而難以突破。

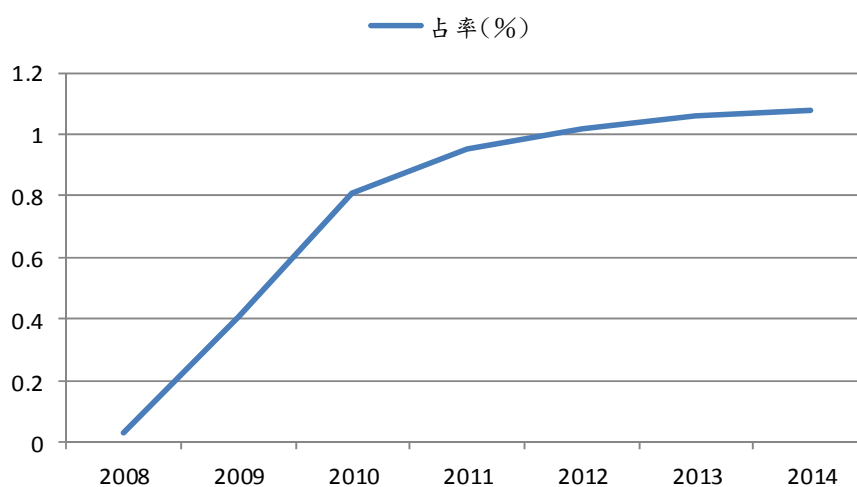


圖 7 近七年年來產險業個人健康險對所有險種保費收入占率發展圖

資料來源:產物保險業業務統計年報

(二) 業務成長影響因素的探討

以上關於產險業發展健康險初期業績欠佳乙節，我們如欲探究其原因，最容易想到的是，來自於壽險業的優勢競爭壓力，畢竟壽險業就健康險的經營擁有五十年以上經驗，無論技術或行銷手法均非初投入經營健康險經營的產險業可匹敵。關於此，讓我們檢視一下附表一及附表二有關產壽險業健康醫療險日額型商品費率調查資料顯示，產險業所設定的費率水準普遍低於壽險業，我們合理推斷產險業應該是祭出價格競爭策略，以期及早衝出亮麗業績，不過這樣的策略似乎是效果有限。如圖 8 所示，產險業近七年來在健康險的市占率不及 0.5%，甚至於還有下滑趨勢。另外如圖 9 所示，我們就保費收入比較產壽險業在個人健康險方面業務成長趨勢，可以看出壽險業在健康險方面的成長態勢幾乎不受產險業的介入經營而有所影響。由以上圖 8 與圖 9 資料顯示，產險業試圖以低價策略來獲取初期經營健康險希冀得以快速成長的做法，似乎是沒有功效，這間接也反映價格競爭應該與其投入健康險經營初期展業不佳無關。我們因而傾向於以下幾個可以

合理解釋的原因。

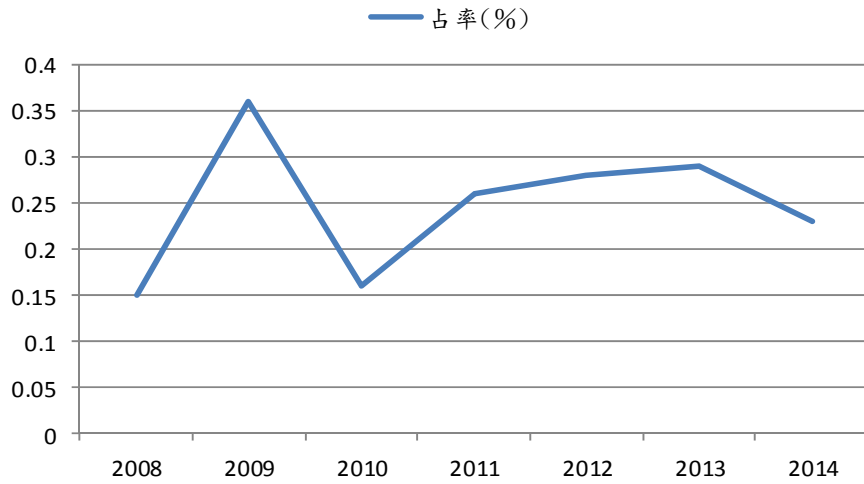


圖 8 近七年年來產險業個人健康險保費收入市場占率發展圖

資料來源:產物保險業業務統計年報

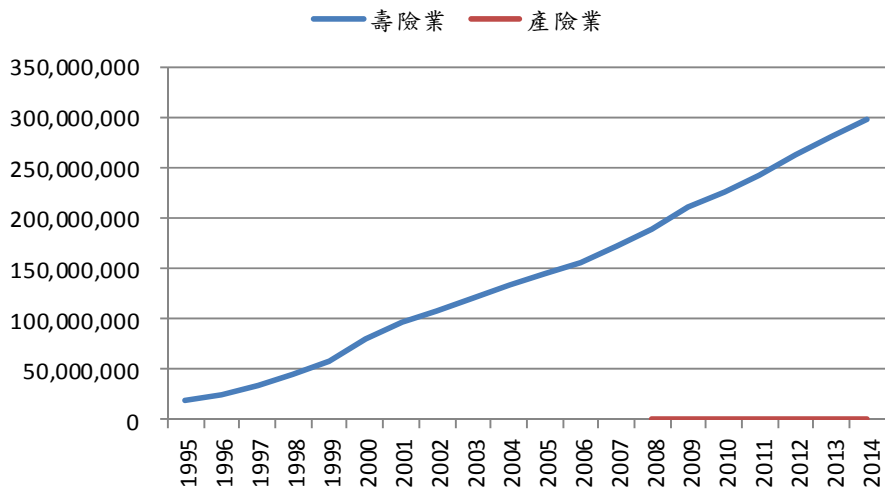


圖 9 歷年產壽險業個人健康險保費收入發展比較圖

資料來源:產物保險業業務統計年報；人壽保險業業務統計年報

1.業務來源過度被侷限

我們從本文第伍節分析中知，壽險業相當早期即自日本引進業務員制度來推動業務，並加以擴充，迄今人身險(含人壽險、健康險、傷害險及年金)市場的業務大多來自於保險公司自身所訓練的業務員居多，來自於傳統保經代系統則較少，

這也反映在我國人身保險市場裡，業務員系統爭取業務的效能高過於傳統保經代系統，偏偏產險業出投入健康保險經營時，其取得業務來源通路僅限於保經代系統，及更加少數的自身營業人員，因此產險公司取得業務來源的通路在先天條件上就較壽險業為窄小，更糟糕的是，透過保經代系統取得的業務中如屬於人身險類者多半來自於同一被保險人，保經代業者幾乎不可能將同一被保險人所購買但屬於不同人身險案件作分割而分配與不同保險公司，這麼一來這樣的類型業務只會流向壽險業者，縱然其中有健康險案件也不可能轉給產險業者，因此產險業者由保經代系統取得的業務最多只限於保險消費者單純購買健康險之類者，故如此一來，產險公司欲取得健康險業務來源的管道又進一步被限縮。由以上分析可知產險業於初投入健康險經營時可以取得業務來源的管道相當有限，且當這些管道用盡時，業務成長的力道就會趨緩。如圖 10 所示，我們因此觀察到產險業在經營健康險保費收入於初期的三、四年有很快地成長，然而由於行銷管道被過度侷限，保費收入的成長將後繼無力，如圖 7、圖 8 及圖 10 所顯示，於 2011 年之後，保費收入無論對所有險種占率、個人健康險市占率或絕對值金額均顯示成長力道疲弱態勢。

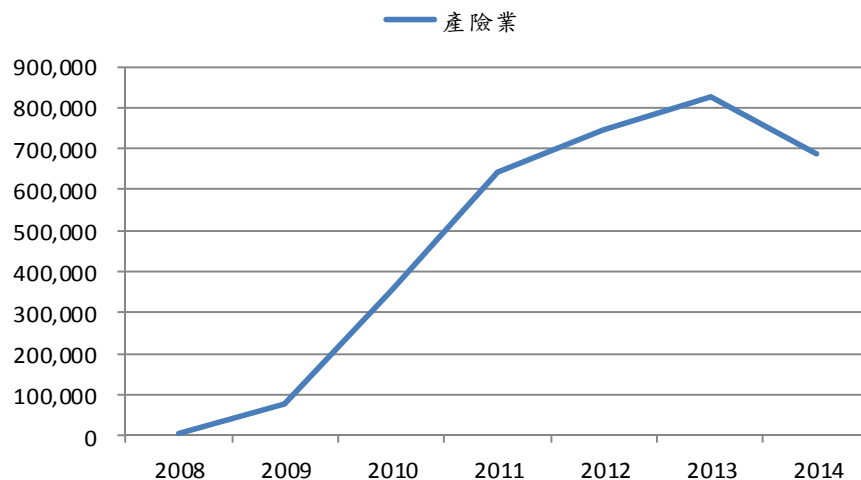


圖 10 近七年年來產險業個人健康險保費收入發展圖

資料來源：產物保險業業務統計年報

2. 居於劣勢的經營條件

關於產險業健康險業務量成長表現欠佳的現象，我們或可以從產壽險業的經營條件的比較上找到支持的原因。如本文在第伍節有關影響壽險業業務成長成熟因素分析時提到，由於從保險消費者方面觀察，消費者所面臨的人身危險性質，

歸屬於壽險範圍的死亡危險與歸屬於健康險的罹病危險二者關係緊密，這使得壽險業有機會得以採用壽險與健康險搭配販賣策略，可藉行銷壽險公司主業一人壽保險之際更容易地推銷健康險，特別要說明的是，採用壽險與健康險搭配販賣策略在業務員制度下可以更有效地發揮，因為採業務員制度保險公司可以有完全的業務自主權，非保經代系統可以取得者，由是這樣的搭配策略壽險業一直以來都在推動著，對健康險業務量的推升自然有相當幫助。相較於產險業，幾乎每一種經營險種的承保危險差異性都很大，產險公司對個別險種所採用的行銷手段均各有不同，對於新增的健康險危險依附於人身上，與財產或責任危險之危險性質相較差異更大，產險業只有建立全新的經營系統才能因應健康險業務的推動，其推動效率自然不如壽險業來得高，因此產險業的業務量拓展要比照壽險業一般有其侷限性。

基於以上兩點的分析，我們有理由相信產險業在健康險方面的業務量遠低於壽險業者。而當我們進一步考量產險業得以經營長期健康險後，評估業務量趨勢，則由本文第參節有關長期保險的內在意涵乙節分析結果知道，理論上有助於加速業務量的成長，不過從以往壽險業的經驗也可推測其加速的力道是有限的。如圖 5 所示，壽險業在 1997 年之後開始導入長期健康險，其業務量對所有險種業務量占比確實有提升，但提昇比率有限，大約不超過 20%，依照這樣的效益推斷產險業在導入長期健康險業務後，估計其業務量對所有險種業務量占比最多提升至 1.2%²²，仍然遠落後於壽險業在健康險方面展業之表現。

二、業務績效

由於有壽險業長期經營健康險業務經驗在先，故毫無經營經驗的產險業在 2007 年獲准投入健康險的經營後，很自然地許多經營方式、技術，乃至於商品內容與規格都會取法於壽險業，甚至於大量地向壽險業挖角健康險技術與業務專才，以期順利地從事經營，七、八年來經營績效如下分析。

(一) 賠款績效

產險業所經營的健康險商品絕大部分與壽險業類似，如表 1 所示，以醫療險、癌症險及重大傷病險為大宗。我們觀察 2008 年至 2014 年之間產險業個人健康險損失率，與圖 6 所示同一期間壽險業個人健康險損失率表現作比較，可發現產險業損失率表現平均較壽險業為高且穩定性較差。不過倘若進一步比較附表一與附表二有關產壽險業在占健康險業務最大宗的醫療費用險之費率水準後，可知產險業損失率表現平均低於壽險業者係因為費率水準較壽險業為低所致，倘若我們將產險業健康險費率水準調校可以壽險業

²² 按圖 7 發展趨勢推估。

比擬的水準，則產險業的賠款績效表現並不遜於壽險業者。至於損失率在穩定性表現亦較遜於壽險業者方面，由表 1 最後一列有關損失率發展趨勢觀之，是有愈趨平穩的傾向。以上分析我們大約可以推斷整體產險業在健康險賠款績效表現並不比壽險業差。我們推估其原因，在於產險業在毫無經驗之下投入健康險的經營，如前已述及，許多經營方式、技術，乃至於商品內容與規格都會取法於壽險業，這樣幾乎全盤模仿的結果，其賠款績效表現可與壽險業者匹敵是合理的。

不過值得注意的是當我們進一步考量日後產險業經營長期健康險狀況。我們由本文第參節有關保險期間長期化成本效應乙節中得知，從理論上分析，長期健康險的施行將使賠款績效趨於惡化，實務上的表現亦相當一致。茲參酌壽險業以往的表現，如圖 6 所示，1997 年壽險業在逐步推動長期健康險之後，損失率有逐年微幅上升趨勢，因此依照以上理論與實務經驗，我們推估彼時產險業長期健康險損失率水準較現今短期險為高。

表 1 近七年來產險業個人健康險統計表

單位:元

年度		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
旅行傷病	滿期保費收入	276,690.0	5,792,782.0	63,488,127.0	178,492,323.0	203,950,351.0	233,125,691.0	71,480,879.0
	已發生賠款	1,543.0	246,315.0	3,098,004.0	8,732,025.0	18,202,753.0	27,710,804.0	5,442,901.0
	損失率%	0.6	4.3	4.9	4.9	8.9	11.9	7.6
一年期 一般醫療	滿期保費收入	2,211,781.0	48,239,715.0	169,982,051.0	247,916,243.0	261,717,515.0	271,129,980.0	291,457,286.0
	已發生賠款	106,500.0	12,244,193.0	60,807,434.0	84,224,782.0	78,213,222.0	76,319,517.0	78,144,492.0
	損失率%	4.8	25.4	35.8	34.0	30.0	28.1	26.8
一年期 癌症	滿期保費收入	5,111.0	7,089,239.0	93,673,580.0	184,389,863.0	246,819,311.0	286,571,179.0	323,885,264.0
	已發生賠款	0.0	4,706,225.0	29,654,148.0	54,058,431.0	94,596,340.0	105,207,941.0	125,678,747.0
	損失率%	0.0	66.5	35.7	29.2	38.3	36.7	38.8
一年期 重大傷病	滿期保費收入	336,792.0	15,425,732.0	2,705,157.0	30,685,327.0	34,109,726.0	36,262,815.0	
	已發生賠款	0.0	15,445,744.0	19,577,663.0	15,571,338.0	18,764,086.0	13,966,319.0	
	損失率%	0.0	100.0	72.4	50.7	55.0	38.5	
合計	滿期保費收入	2,830,374.00	76,547,468.00	329,848,915.00	641,483,756.00	746,596,903.00	827,089,665.00	686,823,429.00
	已發生賠款	108,043.00	32,642,477.00	113,137,249.00	162,586,576.00	209,776,401.00	223,204,581.00	209,266,140.00
	損失率%	3.8	42.6	34.3	25.4	28.1	27.0	30.5

資料來源:產物保險業業務統計年報

(二) 費用績效

本節前述提到產險業者在健康險的經營方式與技術有很多取法於壽險業者，理論上有關費用績效應與壽險業差不多，但事實上因為產險業經營條件在某一些方面遜於壽險業者，故費用績效一般而言不如壽險業者，茲分析如下。

首先，如同本文在第伍節有關影響壽險業業務成長成熟因素乙節中提到，因為消費者所面臨的人身危險性質，歸屬於壽險範圍的死亡危險與歸屬於健康險的罹病危險二者關係緊密，使得壽險業有機會採取壽險與健康險商品搭配販賣策略，這麼一來，壽險公司就有機會節省一些業務取得費用，然而對產險業而言，針對包含健康險在內的其他險

種的販售，因為危險性質差異過大，故很難有不同保險商品間作搭配販售的機會，因此在販售健康險時就無法如壽險業者一般有機會節省業務取得費用空間。

其次，本文在第貳節有關健康險發展背景乙節中述及，早期的壽險業者大力地介入健康險的經營，其中很大的原因在於健康險與壽險所承保的危險性質相當接近，因此壽險公司針對其承保的健康險與壽險案件所從事的核保程序與內容幾乎沒有差別²³，偏偏健康險與壽險就是壽險公司最主要的兩種經營險種，因此同一套的核保作業適用於兩險種，且為業者主要經營的兩險種，這自然使得壽險公司在經營健康險時，可以省下很多核保費用支出，相對地產險業就沒有這樣的機會節省健康險的核保支出，更有甚者，如本節前述圖 7 所示，於產險業內，健康險對所有險種業務量占比不過 1% 左右，但所有有關健康險的核保機制均須獨立操作，無法由其他險種支援，這使得產險公司在健康險方面每單核保成本相對較壽險公司高出許多了。

由以上兩點分析，我們推測截至目前為止產險業在經營健康險方面每單費用恐怕都超出法定範圍²⁴，然而一旦產險業開始介入長期健康險的經營，其情況將可以有某種程度的改善，蓋長期險從結構上來說等同於數個一年期險的結合，但因為可為保險公司同時一次承保的關係，在每單業務取得費用與核保費用方面將可以分散到不同單一年度會計期間帳戶內，而大大地節省單一年度的費用支出，其中核保費用又特別明顯，因為無論長、短期保險，保險公司針對特定案件所做的核保程序與內容都是一樣的，只有一次，因此保險期間愈長的案件，核保費用分散地愈明顯，則單一年度的分攤核保費用的額度自然就更低了。

柒、適合產險業經營長期健康險因應對策(代結論)

本文從歷史發展觀點探討了我國產物保險業經營長期健康險的前景，我們發現壽險業掌握了有利於健康保險的經營條件，即綿密的業務員制度，與壽險與健康險並銷制度，使得壽險業者可以掌握絕大部分且較優質的健康險業務市占率，而這些條件卻是產險業者較難複製的，因此產險業在經營健康險的時候，其業務規模總是難以和壽險業抗衡，經營短期健康險如此，換成長期健康險情況恐怕也改變不了多少。另外，經營長期健康險可相較於經營短期健康險獲得更多的業務，雖然隨之帶來較高的賠款風險，但也因此更加節省經營費用，同時為因應健康險具高賠款風險特性，我國保險業者早在經營之初已祭出高費率水準保單因應，多年來在經營技術與商品不斷修正下，損失率愈趨下滑，

²³ *Supra* note 2, at 3,4.

²⁴ 現行法定有關健康險預期費用率主契約為 36%，附加契約為 24%，見財政部 84.12.30 台財保第 842037573 號修訂函，有關人身保險費率結構內容。

而市場卻已讓消費者習慣於這樣的費率水準，以至於使得健康險損失率在我國可以一直維持較偏底的水準，這讓保險業者有較大的獲利空間，因此從產險業的觀點，儘管經營長期健康險對推升健康險業務的成長力道是可能是有限的，卻總是有利的，當然也是值得鼓勵的，但如果說想進一步地對長期健康險的經營做改善以提升利潤水準，合理考量應鎖定在如何抑制賠款風險上，我們以為有如下兩方面值得產險業者參考：其一，如表 1 所示，醫療費用保險一直是健康保險的主力險種，其賠償支付型式有實支實付型及定期定額型兩種，後者由經驗證明有抑制醫療給付不斷成長的作用，而醫療給付不斷成長正是長期健康險賠款風險最主要的來源，因此，產險業在開發長期醫療費用保險時，都能夠儘量採用定期定額型，則對於抑制賠款過度浮濫將產生一定的作用，因此有助於經營利潤的提升。其二，同樣如表 1 所示，在現行產險業所推出的健康險各險種商品中，重大傷病險賠款率相對較高，經驗顯示係來自較高的道德危險所致²⁵，這樣的險種一旦採長期化保險出單，則有可能成為業者賠款過於浮濫的來源，其年度平均賠款率恐不低於短期險，因此產險業者如欲保有合理的長期險經營利潤，宜避免販賣此類商品。相反地，那些承保危險事故發生較具有意外性質者，不容易受到道德危險所左右者，如表 1 所示，除重大傷病險以外之其他險種者，則較適宜進一步發展長期險保單來經營。

²⁵ 據 2016 年 229 日聯合報財經版指出，商業行重大傷病險理賠所依據之健保署所發出健保重大傷病卡發卡數量，近二十年來增加至三倍，間接促成保險公司理賠金額居高不下。

參考文獻

1. 伊藤廣俊著，賴建業譯述，人身保險市場，民 83 年。台北:保險事業發展中心出版
2. 御田村卓司等著，吳崇權譯述，日本人壽保險商品之變遷，民 84 年。台北:保險事業發展中心出版
3. Union Association Norwich, Tables and Observations explanatory of the Terms on Whole Life Assurance is Effected, Annuities Granted and Endowment made for Children, History of Insurance Vol. 4, (2000), Published by Pickering & Chatto Limited, London
4. Harriett E. Jones and Steven R. Silver, Principle of Insurance, (2011), Published By Loma of U.S.A.
5. Nyman, John A., The Theory of Demand for Health Insurance, 2003, Stanford University Press, CA
6. O`Grady, Francis T., Individual Health Insurance, 1988, Society of Actuaries
7. Finkelstein, Amy, Moral Hazard in Health Insurance, 2015, Columbia University Press
8. Dionne, Georges edited, Handbook of Insurance, 2nd ed., 2013, Springer Publisher, NY

附表一 產物保險業健康險日額型商品費率調查一覽表

保險公司名稱	保險商品名稱	總保險費	公式
臺灣產物	臺灣產物彩色人生住院醫療日額保險(甲乙丙型) 總保險費率表	1,137 元	年繳總保險費=(住院醫療保險金日額/500)×基本保費
兆豐產物	兆豐產物住院日額醫療保險	1,459 元	
蘇黎世產物	蘇黎世產物住院醫療費用保險(日額型)	1,164 元	年繳保費=(住院醫療費用保險金日額÷100) × 基本費率 × 年齡係數
泰安產物	泰安產物一年期日額醫療保險	1,857 元	
明台產物	日額型住院醫療保險		總保險費=純保險費/(1-附加費用率)
美亞產物	美亞產物日額型住院醫療保險	1,415 元	保險費=住院日額保險金日額(千元)×費率(元/每千元日額)
第一產物	第一產物個人住院日額醫療保險	1,296 元	
美商安達產物	美商安達產物健康保險住院醫療日額保險	1,010 元	

註：總保險費之計算以 30 歲之女性，日額為 1,000 元為例

資料來源：財團法人保險事業發展中心，「保險商品查詢」網 <http://pivot.tii.org.tw/database/insurance/query.asp>

附表二 人壽保險業健康險日額型商品費率調查一覽表

保險公司名稱	保險商品名稱	總保險費 (元)
台灣人壽	台灣人壽住院醫療日額給付健康保險附約	3,350
國泰人壽	國泰人壽永健住院日額健康保險附約	2,720
中國人壽	中國人壽新住院日額健康保險附約	1,640
新光人壽	新光人壽住院醫療日額(甲型)保險附約	4,070
富邦人壽	富邦人壽住院醫療日額給付保險附約	2,000
朝陽人壽	朝陽人壽一年定期住院日額健康保險附	1,060
遠雄人壽	遠雄人壽住院醫療日額給付保險附約	2,070
安聯人壽	安聯人壽一年定期住院醫療日額健康保險附約	2,680
康健人壽	康健人壽鑫安一年定期住院日額給付健康保險附約	3,615
全球人壽	全球人壽住院醫療日額健康保險	4,370
第一金人壽	第一金人壽一年期住院醫療日額保險附約	3,750
合作金庫人壽	合作金庫人壽住院醫療日額健康保險(甲型)	2,870
中國信託人壽	中國信託人壽珍安心一年期日額型住院醫療健康保險附約	3,440
友邦人壽	友邦人壽溫馨醫靠住院日額健康保險附約	4,240
元大人壽	元大人壽住院日額給付保險附約	1,990
中泰人壽	中泰人壽最佳醫療一年期住院醫療日額健康保險附約	1,544

註：總保險費之計算以 30 歲之女性，日額為 1,000 元為例

資料來源：財團法人保險事業發展中心，「保險商品查詢」網 <http://pivot.tii.org.tw/database/insurance/query.asp>