

單元五 積勞成疾（健康保險）

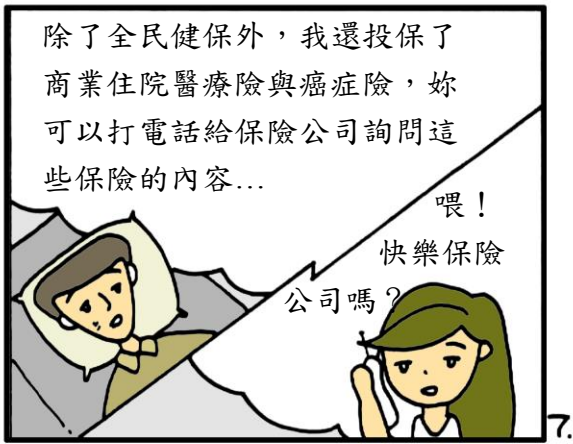
認識危險

俗話說：「天有不測風雲，人有旦夕禍福。」在我們的生活中，存在著各種不可預料的危險，而且可能隨時發生，這種偶發事件，對我們的生命與財產，都會產生不利的影響。在現代社會中，對這些偶發事件所造成經濟上的不安定，則有賴自己透過預防方法來設法排除，然而因為危險事故難以完全防止，所以必須針對事故發生之後的可能損失預先評估，並謀求補救之道，以避免不幸事故發生時不知所措。



商業健康保險與全民健康保險

雖然在全民健康保險實施後，國人多已納入保障範圍內，但因全民健康保險只提供基本醫療保障，仍有部分項目的醫療費用是不予給付的，例如：醫師指示用藥、病房費差額等，此時就可以另外購買商業健康保險來彌補全民健康保險保障不足的部分。



健康保險的定義與給付型態

健康保險是指被保險人於保險契約有效期間內，因罹患疾病或遭受意外傷害事故，而接受門診、住院或外科手術醫療時，由保險公司依約定支付住院醫療、手術、急診、門診、燒燙傷病房等保險金。而給付型態則有兩種：

★**實支實付型**：指在保險契約約定的給付限額內，保險公司按實際發生的醫療費用給付保險金。例如保險契約約定住院醫療費用的給付上限為十萬元，而被保險人實際付給醫院的費用為八萬元，則保險公司依約定給付被保險人八萬元；若被保險人實際付給醫院的費用為十二萬元，則保險公司依約定僅能給付上限十萬元。

★**定額型/日額型**：指保險公司依照保險契約約定的疾病項目或是住院的日數，不論實際發生的醫療費用為多少，均給付固定的保險金。例如，保險契約約定每日住院保險金為二千元，而肝的部份切除手術保險金為五萬元，被保險人因接受肝部份切除手術而住院十天，則保險公司依約給付被保險人住院病房費二萬元（二千元×十天）+手術保險金五萬元=七萬元，但被保險人實際支出的醫療費用可能超過或低於七萬元。

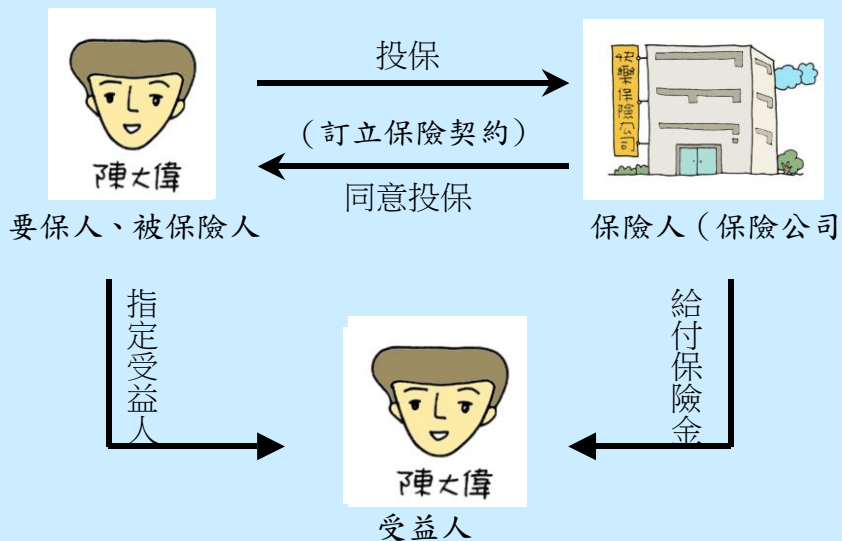
危險分擔之道

雖然危險可能隨時發生，但我們不能因噎廢食，例如因走路不慎可能會被汽車撞到就不走路；游泳可能會溺水就放棄游泳等。其實只要我們能夠做好事前的防範措施，均可降低悲劇的發生。換言之，有些危險只要事先預防，就可以避免或降低。

但我們仍會遇到即使非常小心也無法避免的危險事故。例如颱風、地震等天然災害，以及傷病死亡等。雖然保險不能阻止危險的發生，但是集合大家的力量就可以將損失降低到最小的程度。就個人而言，當意外事故發生時，保險可以提供適當的財務支援，免於陷入經濟拮据的困境，因此對有購買保險的人而言，不論是在心理上或經濟上都能獲得安全感。保險制度是集結大家的保險費，對發生不幸事故的個人給予經濟上救助保障。

保險契約之當事人與關係人

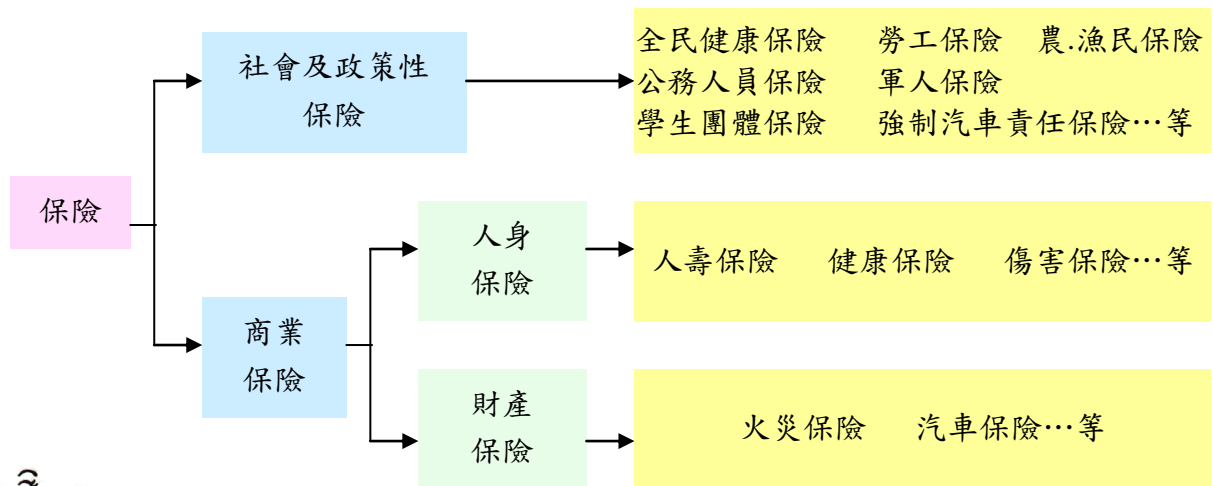
- ★ **保險人**指經營保險事業之各種組織，例如中央健保局、勞工保險局、XX人壽保險公司。
- ★ **要保人**是向保險公司申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人。
- ★ **被保險人**是指保險事故發生時，遭受損害之人。
- ★ **受益人**是指經要保人指定享有保險金請求權的人。依據現行保險契約的規定，各項殘廢保險金的受益人為被保險人本人，不可另行指定或變更。



保險的種類

保險的種類相當繁多，可大致分為社會及政策性保險、商業保險兩大類。商業保險依性質又再區分為人身保險、財產保險兩類：

- (1) 人身保險：各種以人身危險為承保標的之保險險種（例如死亡、傷殘、疾病、老年等）。
- (2) 財產保險：指所有非以人身危險為承保標的之保險險種（例如房屋、汽車等財物）。



社會及政策性保險

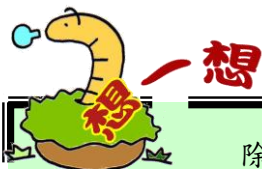
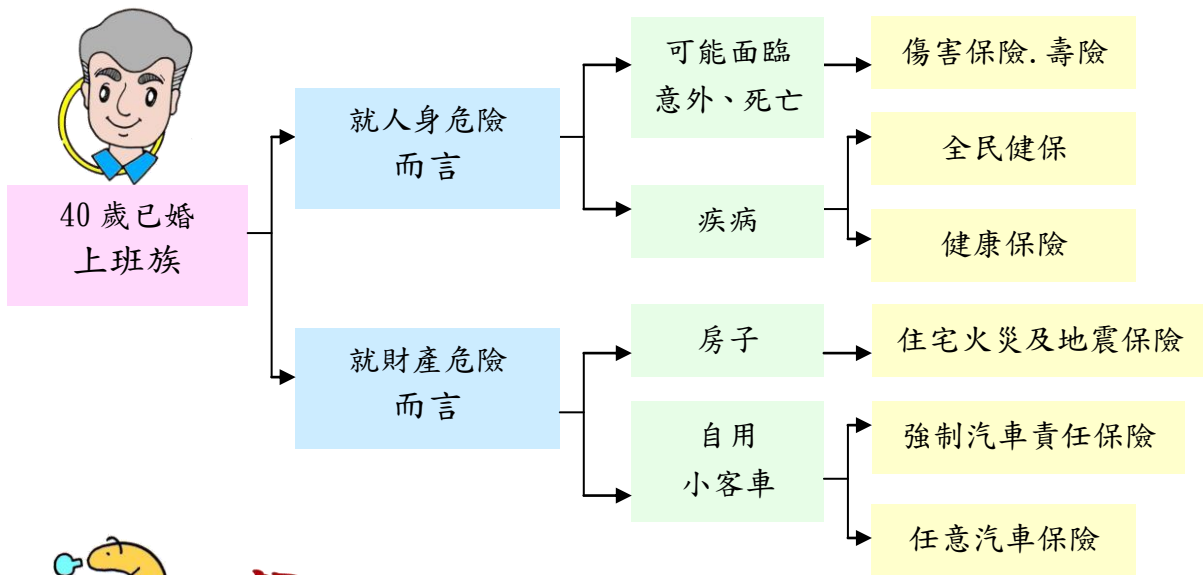
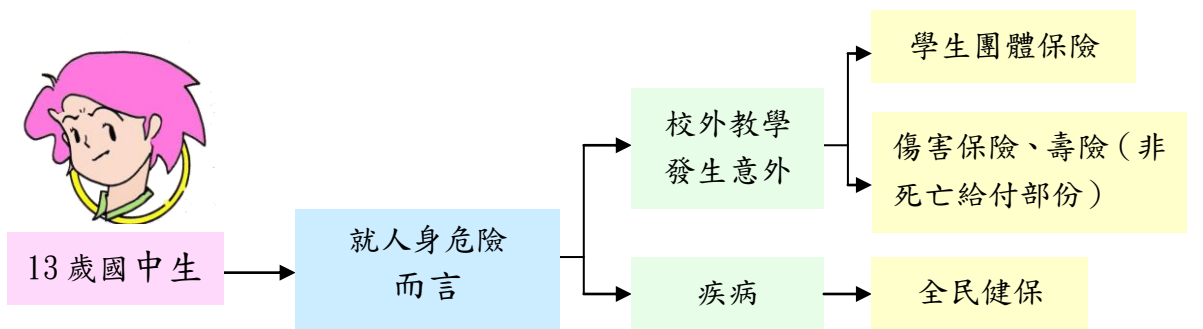
政府為對國民遭遇到生、老、病、死、傷、殘、失業等事故時，能夠獲得基本的生活安全保障，乃開辦勞工保險、公務人員保險、軍人保險、私立學校教職員保險、全民健康保險等社會保險。不過有些保險，是政府為保障特定族群的福祉而立法強制投保，但政府並未編列預算也不是由政府機構所經營，是由一般保險公司經營，這種稱為政策性保險，強制汽車責任保險即為一例。

社會保險與政策性保險比較	社會保險	政策性保險
經營者	政府	保險公司
強制投保	✓	✓
不得拒絕人民投保	✓	✓
政府預算補助	✓	✗

選擇合適的保險

選擇適當的保險是一門學問，每一個人因年齡、職業、收入、婚姻狀況等不同，對保險的需求也不同。所以每一個人應該先考慮自己所可能面臨的危險，再決定購買何種保險。

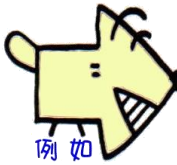
保險應以落實生活保障為首要目的，其次才是理財、投資方面的考量，如果只購買儲蓄型或投資型保險，卻疏忽保障性保險之重要，當事故發生時，再來嘆惜保障額度不足，也無法有實質上幫助。



除了全民健康保險之外，你還有其他保險嗎？

珍惜保險資源

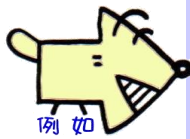
檢視我們的社會，保險制度雖已達到相當的水準，然而一般消費者總存有買保險撈本的心態，認為沒有享用到付出去的保費就是虧本，因此保險資源遭到濫用的情形層出不窮。



卜伯伯說他的健保 IC 卡今年已經更新過十次了，



醫療資源的浪費情形有時來自民眾，有時來自醫療院所，通常有下列幾種形式：一種是小病看大醫院，一種是超次診療，一種是小病當大病醫，例如原可門診治療，卻以住院方式處理，或者原本只需給二種藥，但卻給四種藥；更嚴重的則是醫病勾結，例如以健保卡來換取日用品等等。由於醫療資源的浪費，必然會大幅增加醫療服務的支出，而且將成本轉嫁到其他被保險人身上，並不符合公平的原則。



小趙已經罹患肝癌，因醫療費用龐大自己無法負擔，於是投保癌症險，企圖讓保險公司替他給付醫療費用，但當他申請理賠時，保險公司查出他在投保前就已經得了癌症，於是依保險法規規定解除小趙的保險契約並拒賠，小趙不僅要自付醫藥費，先前所支付的保險費還可能被保險公司沒收...

保險制度的存在目的，是在集合眾人之力來幫助少數遇到危險事故的人，大家平日繳少許的金錢給保險公司保管運用，當有不可預料之疾病或死亡等事故發生時，真正需要的可以向保險公司申請保險金來應急，這樣才能真正發揮損失分攤的精神。如果每個人都在確知自己已經生病後才來投保，也就是俗稱的帶病投保，將保險當做是一種投機工具，不僅破壞了保險作為人類互助制度的美意，更可能使保險公司因支出過多不當的保險金而發生經營困難的情形，若因此倒閉，將損及所有保戶的權益。

老師的話

適當的保險可以讓人安心，但並非萬能也不能挽回失去的生命或財產，所以在日常生活中，我們還是應該學習評估危險，謹慎行事。