

# 癌症險、實支實付、終身險：醫師視角的保險選擇邏輯 (不推任何業者)

*Cancer insurance in Taiwan: a physician's perspective on coverage adequacy*

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/11 · 最後更新：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：癌症醫療支出與保險規劃 (Cancer-related healthcare expenditure and insurance planning)

DOI: 10.5281/zenodo.20115111 · 此版本 10.5281/zenodo.20115112 ·  
<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/cancer-insurance-physician-view/>

## 摘要 · ABSTRACT

從診間實際自費反推：CAR-T、ADC、PARP/CDK4/6、質子治療、自費 NGS 動輒上百萬元；本文整理台灣健保涵蓋現況、自費缺口估算,以及實支實付、重大傷病險、終身癌症險、一次給付癌症險各自能補哪一塊缺口——不推任何業者,只談邏輯。

癌症診間最常聽到的不是「我會不會好」,而是「醫師,這個健保有給付嗎?」2026 年的腫瘤治療版圖,健保涵蓋了大部分基本化療、放療、手術與部分標靶(如 trastuzumab、osimertinib、pembrolizumab 在特定適應症已給付),但 CAR-T 雖然在 2023 年起納入健保仍受嚴格條件限制,\*\*ADC(如 trastuzumab deruxtecan,每月 NT\$15–25 萬)、PARP 與 CDK4/6 抑制劑(每月 NT\$10–20 萬)、質子治療(單療程 NT\$50–150 萬)、自費 NGS(NT\$3–6 萬)\*\*多數仍需病人自行負擔。多份研究顯示,台灣癌症病人在診斷後 2–3 年內的自費缺口平均落在 NT\$200–300 萬區間。本文不推任何業者,只從臨床自費結構反推:哪一種保險工具補哪一塊缺口。

本文不是業務文

作者為腫瘤內科醫師,沒有任何保險業務員身分、不收取任何業者佣金或合作費。下面提到的險種是行業通稱(實支實付、重大傷病險、終身癌症險、一次給付癌症險、長期照顧險),請以各保險公司條款為準,並建議找信任的、有 CFP 或 RFA 證照、且願意逐條解釋條款的業務員協助規劃。



## 為什麼健保已經涵蓋很多,自費還是會破百萬?

台灣健保確實是全球涵蓋率最高的單一支付系統之一,2024 年人口涵蓋率超過 99.9%,癌症治療也納入健保重大傷病範疇。但「健保有給付」不等於「都不用花錢」,主要落差來自三點:

- 1. **新藥納保時程**：FDA / EMA 核准後到台灣健保正式給付平均落差 3–6 年；新藥納保前若想用，幾乎都是自費。Value in Health 2018 年文獻指出，2011–2017 年 FDA 核准的新癌症藥物中，**僅 25% 在台灣完成健保給付**，且納保延遲中位數約 3.2 年 [3]。
- 2. **健保給付條件嚴格**：同樣藥物，健保常限定「特定基因型 + 特定線數 + 特定癌期」才給付，超出條件就是自費。例如 trastuzumab deruxtecan 在 2024 年起健保給付 HER2-positive 乳癌第三線後，但 HER2-low 與胃癌族群仍需自費。
- 3. **新型治療模式（ADC、CAR-T、雙特異抗體）價格極高**：即使健保給付，部分仍有差額負擔；不給付時則整筆自負。

典型自費場景：診間真實價碼

下表是 2026 年中位數行情（醫院間差異 ± 20%，且匯率與藥廠定價會浮動）：

| 治療項目                  | 適用情境                        | 自費價格（療程概估）               | 健保現況                              |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| CAR-T 細胞治療            | 復發 / 難治 B 細胞淋巴瘤、急性淋巴芽細胞白血病  | 單次 NT\$819 萬             | 2023 年起部分健保給付，仍受嚴格條件限制            |
| ADC（如 T-DXd）          | HER2 陽性 / HER2-low 乳癌、胃癌、肺癌 | 每月 NT\$15–25 萬，療程 6–18 月 | 部分適應症健保給付，跨癌別自費                   |
| PARP 抑制劑              | BRCA 突變卵巢癌、乳癌、攝護腺癌、胰臟癌      | 每月 NT\$10–20 萬，療程 1–3 年  | 部分適應症給付，多數族群自費                    |
| CDK4/6 抑制劑            | HR+/HER2– 乳癌                | 每月 NT\$10–15 萬，療程 2–5 年  | 早期高風險與轉移性給付，部分線數自費                |
| 質子治療                  | 兒童腫瘤、頭頸部、肝癌、攝護腺癌特定條件        | 單療程 NT\$50–150 萬         | 健保不給付（少數公立醫院有條件補助）                |
| 自費 NGS panel          | 復發 / 轉移實體癌、罕病               | NT\$3–6 萬（單次）            | 2024 年起健保有有限度給付 19 項癌別、特定基因 panel |
| 免疫治療（pembrolizumab 等） | 非小細胞肺癌、黑色素瘤、頭頸癌等            | 每月 NT\$15–20 萬，療程 6–24 月 | 多數適應症給付，但有藥費上限與線數限制               |

跨情境比較的限制

上述價格與健保給付狀態為 2026 年中的概略行情，會因醫院、製造批次、健保署季更新、商業議價而變動；個別病人實際自費請以治療前的醫院預估與健保署 e 服務確認為準。

保險工具對應的缺口

把上面的自費結構拆解成保險語言：

| 保險工具              | 給付邏輯                            | 主要補的缺口                    | 適合誰                       |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>實支實付醫療險</b>    | 憑收據在「住院日額」「手術費」「住院雜費/醫療費用」上限內理賠 | 住院期間的自費藥、自費材料、單次手術自費差額    | 想精準補住院自費、能接受副本理賠者         |
| <b>重大傷病險</b>      | 拿到健保重大傷病卡即一次撥款                  | 確診初期的緊急週轉、家庭收入中斷、長期療程預備金  | 想要「拿到病名 = 拿到錢」、預算優先放最大缺口者 |
| <b>一次給付癌症險</b>    | 確診癌症（依條款定義）即一次撥款                | 與重大傷病險類似，但定義範圍可能更窄或更寬，看條款 | 想單獨針對癌症加碼者                |
| <b>終身癌症險（傳統型）</b> | 依住院日額、化療次數、放療次數、手術項目逐項給付        | 長期住院型治療、傳統靜脈化療療程          | 較適合傳統治療型態；對門診標靶/免疫治療補強有限  |
| <b>長期照顧險/失能險</b>  | 依「失能等級」或「長照狀態」每月給付              | 癌症晚期或腦轉移後的長期照護、看護費用       | 已有上述基礎再加碼者                |

#### 一句話總結

台灣 2020 年代後的腫瘤治療型態，從「長住院化療」逐步轉向「短住院 / 門診標靶免疫治療」，傳統依日額計算的終身癌症險效益相對下降，重大傷病險與實支實付（雜費高上限版）變得更關鍵。

## 健康時投保到確診後理賠的流程

---

### 健康時投保

投保前務必如實填寫「健康告知書」。常見告知欄位包括過去 5 年內的住院、手術、用藥、特定疾病史（糖尿病、肝炎、高血壓、惡性腫瘤、心血管疾病等）。**告知不實在 2 年內保險公司可依保險法第 64 條解除契約**，2 年後雖不可解約，但理賠時若爭議仍可能被引用。投保時亦要確認：(1) 等待期（多為 30–90 天，癌症險常為 90 天），等待期內罹癌不理賠；(2) 既往症除外條款；(3) 「實支實付副本理賠」是否仍適用（金管會 2023 年限縮副本理賠）；(4) 是否屬於可續保 / 自動續保條款。

### 確診當下的第一步

取得病理報告與診斷證明後，**第一步是向投保的所有保險公司報案**（多數可線上或 APP）。並向衛福部健保署申請「**健保重大傷病證明**」——這張卡是後續多項給付（重大傷病險、特定豁免保費條款、健保部分負擔減免）的關鍵。重大傷病證明效期依癌種不同，一般 1–5 年，到期可申請延長。

### 治療過程蒐證

為了實支實付理賠，**每一次住院、每一個自費項目，都要保留醫院開立的「醫療費用收據（正本或副本）」、「診斷證明書」、「自費項目明細」**。標靶藥物、自費材料、自費 NGS 報告若有條件納入雜費理賠，需要醫師在診斷書上載明「為治療之必要」。建議在治療開始前與保險業務員確認所需文件清單，避免事後補件困難。

### 申請理賠

一般文件備齊後 14–30 天內可獲得理賠結果。如遇爭議（最常見：(a) 雜費認定、(b) 自費藥是否屬於「醫療必需」、(c) 既往症連結），可循以下途徑：保險公司申訴 → 金融消費評議中心 → 法院。**\*\*保留治療團隊出具的「治療必要性說明書」\*\*對爭議處理有幫助。**

## 適應症：保險規劃在「健康時」與「確診早期」最關鍵

---

從臨床觀察，下列族群最容易受益於提早規劃：

- **40 歲以上、有家族癌症史**：在健康告知尚屬單純時投保，保費與承保條件較好。
- **遺傳性癌症基因攜帶者**（BRCA1/2、Lynch syndrome 等）：投保前注意告知義務；建議在基因檢測前先完成投保（檢測後若知悉變異，仍須告知）。
- **40–55 歲家庭經濟主要支撐者**：兼顧重大傷病一次給付與長期失能保障，避免家庭因單一病程崩盤。
- **罹癌親屬照顧者**：可同步檢視自身保單，避免照顧過程中自己也卡關。

## 「不建議的事」清單

---

禁忌：這些做法請避開

1. **用保健食品 / 自然療法替代正規治療，並期待保險買單**：實支實付僅理賠「醫療必需」的自費；偏方支出不在理賠範圍，等同雙重損失。
2. **告知不實或刻意隱瞞既往症**：保險法第 64 條規定，2 年內保險公司可解除契約並不退保費；2 年後雖不可解約，理賠爭議時仍可能被引用。
3. **以「整筆保費」綁定單一儲蓄型癌症險**：流動性差，遇真正自費需求時可能無法快速變現。
4. **退保純保障型實支實付，改買「還本型」**：還本型保費常 2-4 倍於純保障型，且雜費上限往往較低，從「補缺口」的角度看效益反而下降。
5. **聽信「一次性大筆保額就高枕無憂」**：癌症療程動輒 2-5 年，現金流的「持續性」比「一次性高額」更重要。
6. **臨確診前才大幅加保**：等待期、告知義務、調查機制都會卡關。

### 先盤點現有保單

把家裡每一張保單拿出來，列出：保險公司、險種、保額、住院日額、雜費上限、續保條件、是否實支實付。很多家庭以為「我有買癌症險」，實際翻開條款才發現是 1990 年代的舊型終身癌症險，給付邏輯與現代腫瘤治療脫節。

### 缺口計算

用「現有保額 × 預期療程月數」對照「典型自費場景」表。若年度自費預估超過 NT\$100 萬而現有保障不足 NT\$50 萬，缺口顯著。可考慮加買純保障型實支實付（雜費高上限版）或一次給付癌症險 / 重大傷病險補洞。

### 與業務員諮詢時可帶的問題清單

1. 這張保單的「住院雜費 / 醫療費用」單項上限是多少？是按「次」「日」「年度」計？
2. 自費標靶藥、ADC、自費 NGS 是否屬於「雜費」可理賠範圍？條款怎麼寫？
3. 「副本理賠」是否仍適用（金管會 2023 年限縮後規則為何）？
4. 等待期幾天？癌症等待期是否與其他疾病不同？
5. 既往症 / 既存疾病 / 體況核保的處理：拒保、加費、除外？
6. 可續保上限到幾歲？停售後是否仍可續保？
7. 重大傷病險的「重大傷病」定義是否完全比照健保？原位癌、第 0 期是否納入？
8. 豁免保費條款（罹癌後是否免繳後續保費）？

### 已罹癌族群的替代策略

1. **盤點健保資源**：重大傷病卡、健保部分負擔減免、藥廠病友援助計畫（PAP）、各醫院社工資源。
2. **緊急預備金**：6–12 個月家庭支出的流動資金優先於新保單。
3. **稅務優惠**：醫療費用支出在所得稅列舉扣除額內可申報。
4. **病友團體**：癌症希望基金會、癌症關懷基金會等可提供醫療費用補助、心理支持與資源連結。



## 參考文獻

---

1. Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, et al. **The Financial Toxicity of Cancer Treatment: A Pilot Study Assessing Out-of-Pocket Expenses and the Insured Cancer Patient's Experience.** *The Oncologist*. 2013;18(4):381-390. doi:10.1634/theoncologist.2012-0279
2. Carrera PM, Kantarjian HM, Blinder VS. **The financial burden and distress of patients with cancer: Understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment.** *CA Cancer J Clin*. 2018;68(2):153-165. doi:10.3322/caac.21443

3. Chen YJ, et al. **The Limited Accessibility of New Cancer Drugs in Taiwan National Health Insurance.** *Value in Health*. 2018;21(Suppl 3):S40. [doi:10.1016/j.jval.2018.07.167](https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.07.167)
4. Chang HL, Juan YC, Li CY, et al. **Out-of-Pocket Cost of Cancer Treatment: A Systematic Review for Literatures from Taiwan.** *Value in Health Regional Issues*. 2020;22(Suppl):S97. [doi:10.1016/j.vhri.2020.07.085](https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.07.085)
5. O'Rourke K. **Cancer care causes financial hardship for patients.** *Cancer*. 2022;128(8):1521-1522. [doi:10.1002/cncr.34137](https://doi.org/10.1002/cncr.34137)
6. 衛生福利部中央健康保險署. **重大傷病證明卡業務專區、藥品給付規定與部分負擔說明。** [nhi.gov.tw](https://nhi.gov.tw)
7. 金融監督管理委員會保險局. **實支實付型醫療保險商品銷售規範與副本理賠調整公告（2023 年起）。** [ins.gov.tw](https://ins.gov.tw)
8. 衛生福利部國民健康署. **癌症登記年報、109–112 年癌症統計與存活率資料。** [hpa.gov.tw](https://hpa.gov.tw)

引用整理協力：OpenEvidence (Ask OpenEvidence Light, 2026/05/11 查詢)；本文觀點為作者個人臨床與規劃經驗整理，非任何保險業者贊助內容。實際保單條款請以保險公司公告與金管會核可文件為準。

---

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/cancer-insurance-physician-view/>

CITATION 林協霆. 癌症險、實支實付、終身險：醫師視角的保險選擇邏輯（不推任何業者）。林協霆·臨床筆記. 2026/05/11. [doi:10.5281/zenodo.20115111](https://doi.org/10.5281/zenodo.20115111)

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。