



中華人民共和國香港特別行政區政府總部食物及衛生局
Food and Health Bureau, Government Secretariat
The Government of the Hong Kong Special Administrative Region
The People's Republic of China

本函檔號： L/M to FHB/H/1/5/4/2 Pt.2
來函檔號： CB2/PS/5/10

電話號碼： (852) 3509 8929
傳真號碼： (852) 2840 0467

香港中區
立法會道 1 號
立法會綜合大樓
衛生事務委員會秘書
黃麗菁女士


黃女士：

衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會

二零一二年四月三十日會議的跟進事項

二零一二年五月八日的來信收悉。本局現就來信(b)項於附件提供補充資料。連同二零一二年五月十七日的初步回覆，我們已回應了來信提出的所有事項。

食物及衛生局局長

(李湘原  代行)

二零一二年五月三十一日

**當局就衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會
二零一二年四月三十日會議的跟進事項所作的回應**

(b)(i) 項 –

就醫療保障計劃(醫保計劃)的特點方面，請提供詳細資料，闡釋如何釐定不同風險程度人士的保費水平。

當局的回應

在現時的醫療保險市場，承保機構可自由釐定和調整其私人醫療保險產品的保費。一般而言，私人醫療保險產品的保費會因投保人的風險程度不同而各異，所考慮的風險因素包括年齡、健康狀況、生活方式、投保前已有的病症和索償記錄等。承保機構會向他們認為高風險的人士收取高於「正常」保費水平的附加保費；或收取「正常」保費，但不承保投保人在投保前已有的病症及其他投保人較易罹患的病症，保障範圍會因而縮減；又或以上兩者同時實行。在某些情況下，承保機構甚至會拒絕接受較高風險人士投保和核保其風險。

2. 在第二階段醫療改革公眾諮詢中，我們建議規定參與醫療保障計劃(醫保計劃)的承保機構為核准醫保訂定及公布具透明度的保費表。保費應按年齡分級，並根據指引調整。換言之，不同的年齡組別「正常」保費水平會分開評估，以公平地反映不同年齡組別的風險因素。一般來說，較年長組別的保費會較高，而較年青組別則會較低(嬰兒及幼兒除外)。承保機構可向較高風險的投保人收取附加保費，但附加保費建議的上限為標準醫保公布保費的百分之二百。

3. 就諮詢文件附錄 A 所載標準醫保範例的「正常」保費水平而言，根據食物及衛生局委聘的顧問估計，每年淨保費(不包括佣金及其他購置成本)最低為 10 至 14 歲的 790 元，然後增加至 20 至 24 歲的 1,570 元、40 至 44 歲的 2,930 元、60 至 64 歲的 5,570 元和 85 歲及以上的 15,000 元。顧問在估算保費時，已考慮到醫保計劃要求參與計劃的承保機構就標準醫保提供額外承保範圍及保障，包括投保者不會被拒保並保證終身續保；在等候期過後承保投保前已有的病症；以及透過高風險分攤機制接受較高風險組別人士投保等主要特點。

4. 提供上述額外承保範圍及保障的醫療保險計劃所承擔的整體風險較高。如這些風險均充分反映在標準醫保的「正常」保費水平中，增加的保費會減低投保人在年輕和健康時參加計劃的意欲，從而削弱計劃分攤風險的功能和推高保費。為了達到醫保計劃的政策目標和落實醫保計劃的主要特點，我們在制訂醫保計劃的詳細建議時，會考慮是否利用在財政儲備中預留作支援醫療改革的 500 億元，處理包括風險池的問題、使保費維持在可負擔的水平，以及提供誘因鼓勵年青及健康人士和所有可能參加計劃的人士早日參與醫保計劃，以確保計劃的長遠可持續性等事宜。

5. 食物及衛生局委聘進行醫保計劃研究的顧問，會參照標準醫保的建議保障範圍及賠償限額、現有的市場數據及經驗、醫保計劃的政策目標，以及其他相關考慮因素，制訂標準醫保的建議保費表。

(b)(ii) 項 –

就醫保計劃的特點方面，請提供詳細資料，闡釋在沒有政府資助的情況下，讓承保機構通過高風險分攤基金攤分所承保的高風險，是否可行。

當局的回應

6. 醫保計劃的主要目的之一，是為高風險組別人士提供更佳保障，讓他們獲得醫療保險的保障。現時，投保前已罹患病症或健康風險較高的人士，在投購醫療保險計劃時會遇到困難。現有的個人醫療保險產品，大都不承保投保前已有的病症，以減低承保機構的風險承擔，以及管理所承保的風險組合。另一方面，以往進行的公眾諮詢顯示，市民關注到不承保投保前已有的病症，會嚴重限制高風險組別人士取得醫療保險的保障。我們必須在維持醫療保險計劃的財務可行性，與要求承保機構承保投保前已有的病症之間，取得一個適當的平衡。

7. 為使較高風險組別的人士能夠購買醫療保險，同時確保核准醫保財政上可行，我們在第二階段醫療改革公眾諮詢中，建議設立高風險分攤基金機制，讓參與醫保計劃的承保機構接受高風險人士投保。

8. 在不影響醫保計劃工作小組和健康與醫療發展諮詢委員會討論和商議高風險分攤基金機制的最終運作模式下，我們在諮詢文件就該機制如何運作，提出了初步構思，以供討論。在擬議的高風險分攤

基金機制下，倘高風險人士的保費被保險公司評估為超逾相關年齡組別公布保費的三倍，其保單可納入高風險分攤基金內。這些高風險人士只須繳付相關公布保費的三倍款項。所得的保費收入和相應的索償款項會一併納入高風險分攤基金內。在有需要及合理的情況下，政府可考慮向基金注資，以維持其財政上的可持續性。

9. 由於擬議的高風險分攤基金在市場上屬新機制，因此在缺乏現有市場經驗或數據的情況下，並不容易準確推算擬議高風險分攤基金的財政狀況。此外，高風險分攤基金的財政可行性和可持續性，取決於多項變數，例如參與醫保計劃的較高風險人士數目、其健康狀況及索償記錄等。為作出粗略估計，食物及衛生局於二零一零年委聘的顧問假設在基線情況下，在醫保計劃運作首年，百分之十的新投保人會是較高風險的人士，而他們的保單會納入高風險分攤基金內。在其後的年份，顧問假定有關的百分比可下降至百分之二的穩定水平。顧問並假設高風險人士的平均醫療開支，為正常風險人士的六倍。由於風險較高，所以這些高風險人士的保費亦相應較高。根據上述假設，高風險分攤基金的財政狀況，非常視乎投保醫保計劃的高風險人士的人數及其索償結果。

10. 應注意的是，上述的高風險分攤基金機制只是眾多可能性之一。獲委聘進行醫保計劃研究的顧問，會訂定擬議高風險分攤基金的機制及和運作細節，並交由醫保計劃工作小組和健康與醫療發展諮詢委員會討論及商議。

(b)(iii)項－

就醫保計劃的特點方面，如保險計劃提供(1)保證受保及續保；(2)可攜性；(3)承保投保前已有的病症；及(4)讓高風險組別參與等條件，在計及不同疾病按年齡組別劃分的病發率及其醫療費用後，相應的保費增幅為何。

當局的回應

11. 食物及衛生局於二零一零年委聘的顧問，在參考現有的市場經驗，以及建議引入核准醫保的主要特點後，估算出標準醫保的參考保費。顧問主要根據其擁有的專有資料庫(內有約 70 萬名私人醫療保險保單持有人的資料)，並按現有市場經驗，估算得出醫療服務使用率和醫療成本。

12. 在保證承保投保前已有的病症方面，顧問的精算模型假設這個計劃特點會令標準醫保的「正常」保費會平均增加約 5%，以便支付在投保前已有但未知的病症的保單轉移至醫保計劃的承保費用。不過，承保新投保人的投保前已知病症，其費用則會以附加保費的方式抵償，因此不會對「正常」保費有影響。

13. 在高風險分攤基金機制方面，由於高風險分攤基金會與一般風險池分開運作，故顧問假設這個特點不會影響標準醫保的「正常」保費。只有在一般風險池須分攤高風險分攤基金費用的情況下，高風險分攤基金才會令標準醫保的保費增加。在估算標準醫保的參考保費時，顧問假設了一般風險池須分攤高風險分攤基金的費用，並假設這個攤分費用為標準醫保「正常」保費的百分之二，以便按精算模型作出計算。

14. 應注意的是，顧問是為了計算標準醫保的參考保費表而作出上述假設的。就醫保計劃進行研究時，獲委任的顧問會就醫保計劃的各項細節作出詳細建議，包括推行醫保計劃主要特點的規則及機制，例如保證受保及續保、可攜性、承保投保前已有的病症及讓高風險組別人士參與計劃。顧問亦會研究這些主要特點對標準醫保保費水平的影響，並參考其他相關變數，例如在轉移至醫保計劃的投保人中，投保前已有病症的人士的數目和比例；為承保投保前已有病症所設等候期的長短，以及遵從計劃規則所需的行政費用。

(b)(iv) 項 –

就醫保計劃的特點方面，請提供詳細資料，說明在醫保計劃下支付索償款項的安排(在有或沒有按症候族羣分類釐定套餐式收費的情況下)。

當局的回應

15. 擬議醫保計劃的其中一個特點，是提高醫療收費的透明度，加強對消費者的保障。核准醫保會為常用的治療或手術按症候族羣分類釐定發還償款的水平，即訂定有關治療或手術的一筆過保險賠償限額，並按此限額償還醫療服務的費用，藉以推廣為常用的治療或手術提供套餐式收費。如私營醫療服務提供者提供的套餐式收費高於核准醫保的套餐式賠償限額，投保人便須分擔賠償限額以外的費用。如一項治療或手術在核准醫保下設有套餐式賠償限額，而投保人選用了一個逐項收費的服務提供者，則承保機構會以套餐式賠償限額作為償款上限。

16. 核准醫保可能仍須就某些病症提供逐項開列的保險賠償表，因為私營醫療服務提供者或未能為某些病症提供套餐式收費，如所涉的治療或手術較為複雜，以致套餐式收費機制不可行。在這情況下，醫保計劃會以與現有醫療保險產品相同的方式發還償款。

食物及衛生局

二零一二年五月