

二零一三年六月四日
資料文件

**立法會衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會**

受醫療保障計劃規管的私人醫療保險保單的設計

目的

本文件向委員闡述受醫療保障計劃（醫保計劃）規管的私人醫療保險保單的擬議初步設計。

背景

2. 正如當局早前於醫療保障計劃小組委員會會議上匯報，健康與醫療發展諮詢委員會轄下已成立醫保計劃工作小組及諮詢小組，就推行醫保計劃的各項事宜提出建議。為方便醫保計劃工作小組及諮詢小組的工作，我們已委託羅兵咸永道諮詢服務有限公司（顧問）進行顧問研究，就有關醫保計劃的主要事宜提供專業及技術意見，包括為醫保計劃制定持續可行的產品設計。

3. 本文件介紹顧問就醫保計劃建議的初步產品設計。顧問考慮委員和其他持份者的意見後，將於本年稍後時間提交詳盡報告，載列推行醫保計劃的詳情。報告是醫保計劃工作小組及諮詢小組工作結果的一部分，將會公布周知。

醫保計劃的最低要求

醫療改革第二階段公眾諮詢

4. 醫療改革第二階段公眾諮詢建議，在醫保計劃下，承保機構須提供標準的償款¹住院保險計劃—即標準醫保—為住院治療及非住院手術提供保險保障。這些計劃在設計上應包含多個主要特點，以便為

¹ 償款產品就投保人的實際醫療開支提供彌償款項的保障，因此索償額不會超逾實際開支。

願意選用和可以負擔私營醫療服務的人士提供物有所值的服務。醫保計劃下標準醫保的主要特點涉及一系列的運作規則要求（必定承保、終身續保、利用高風險池機制把附加保費的上限訂於標準保費的兩倍、可自由轉換承保機構）、賠償架構（住院和非住院護理的最低保障範圍、最低保障限額、在等候期過後承保投保前已有的病症），以及其他保障消費者的措施（劃一保單條款及條件、增加保費的透明度和更多保費的參考基準、索償仲裁／糾紛處理的機制）。承保機構可在標準醫保之上自行提供附加保障項目及額外項目，以切合消費者的不同需要。

5. 顧問在考慮醫保計劃目標、本地市場和海外經驗、醫保計劃的可持續性和可行性，以及與持份者討論後，建議採用最低要求模式落實推行醫保計劃。

最低要求模式

6. 在醫療改革第二階段公眾諮詢文件中，當局建議第4段所述的主要特點和要求，應適用於醫保計劃下的住院保險產品。基於下述原因，顧問建議訂定一系列包含醫保計劃主要特點和要求的最低要求，以適用於市場上所有償款住院保險產品：

(甲) *回應公眾對現有醫療保險市場的關注*：正如醫療改革第二階段公眾諮詢結果顯示，市民普遍認為應加強對私人醫療保險的規管，並處理現時市場營運手法的缺點，例如收費透明度不足、不能明確預知須支付的款項、保單條款有局限性、高風險人士不易購買醫療保險等。市民又認為，醫保計劃的擬議特點和要求，可加強消費者保障，並提高市場透明度、競爭和效率。倘若這些特點和要求適用於所有償款住院保險產品，可更全面回應公眾的關注，加強消費者對應用私營醫療保險保障和使用私營醫療服務的信心。

(乙) *符合醫保計劃的宗旨*：醫保計劃旨在輔助公營醫療系統，為有能力及願意付款使用私營醫療服務的人士，提供物有所值的服務。為所有償款住院保險產品訂定一套最低要求，包括必定承保和終身續保、最低承保範圍及保障限額、劃一保單條款及條件、可轉換承保機構、在使用醫療服務前有更清晰明確的支出預算等，有助提升保險保障的質素和明確性，鼓勵更多消費者（包括但不限於現時因某種理由而不獲保障的

人士) 投購和善用私人醫療保險產品，因而間接紓緩公營醫療系統的壓力；

(丙) **國際經驗**：為所有償款住院保險產品制定一套最低要求的建議，與顧問研究所得有關海外經驗的慣常做法一致。顧問的研究發現，在私人醫療保險市場有一定規模的國家（包括澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士及美國），政府已就私人醫療保險產品訂明一套基本要求，以保障消費者（詳情見**附件**）；以及

(丁) **醫保計劃的可持續性**：顧問認為，將私人醫療保險市場區分為受規管（即醫保計劃下受規管的界別）和不受規管的界別（即產品提供不受產品設計最低要求規管的界別），並不切實可行。設計最低要求是為了滿足社會期望和配合本港醫療系統的長遠持續發展，而此等要求會令成本上升。如受規管的市場類別與不受規管的市場界別並存，會導致逆向選擇。承保機構可針對健康人口，以較低廉的保費提供不受規管的保險產品，令醫保計劃成為不健康人口的主要選擇。很多人會利用「兩個市場」的情況，以社會的整體利益來換取對個人更有利的保障。舉例來說，部分健康的投保人或會先選擇在不受規管的界別投保，待健康狀況轉差時才轉投醫保計劃，因為醫保計劃有必定承保的特點。因此，醫保計劃風險池內的受保人的健康風險會較一般消費者為高，從而不斷推高醫保計劃的保費，最終令醫保計劃變得難以負擔。這樣對那些年青力壯時已參加醫保計劃且一直忠於計劃的人士亦不公平，因為相對於其他擁有較多較健康的投保人的風險池，醫保計劃的平均保費會較高。

醫保「標準計劃」

7. 為確保消費者可獲得最基本的醫療保險保障，顧問建議提供償款住院保險產品的承保機構，必須向消費者提供醫保「標準計劃」作為其中一項選擇。與現時市場上普遍提供的私人醫療保險產品比較，符合醫保「標準計劃」訂明的最低要求的產品，將可為消費者提供更優質和穩妥的保障：

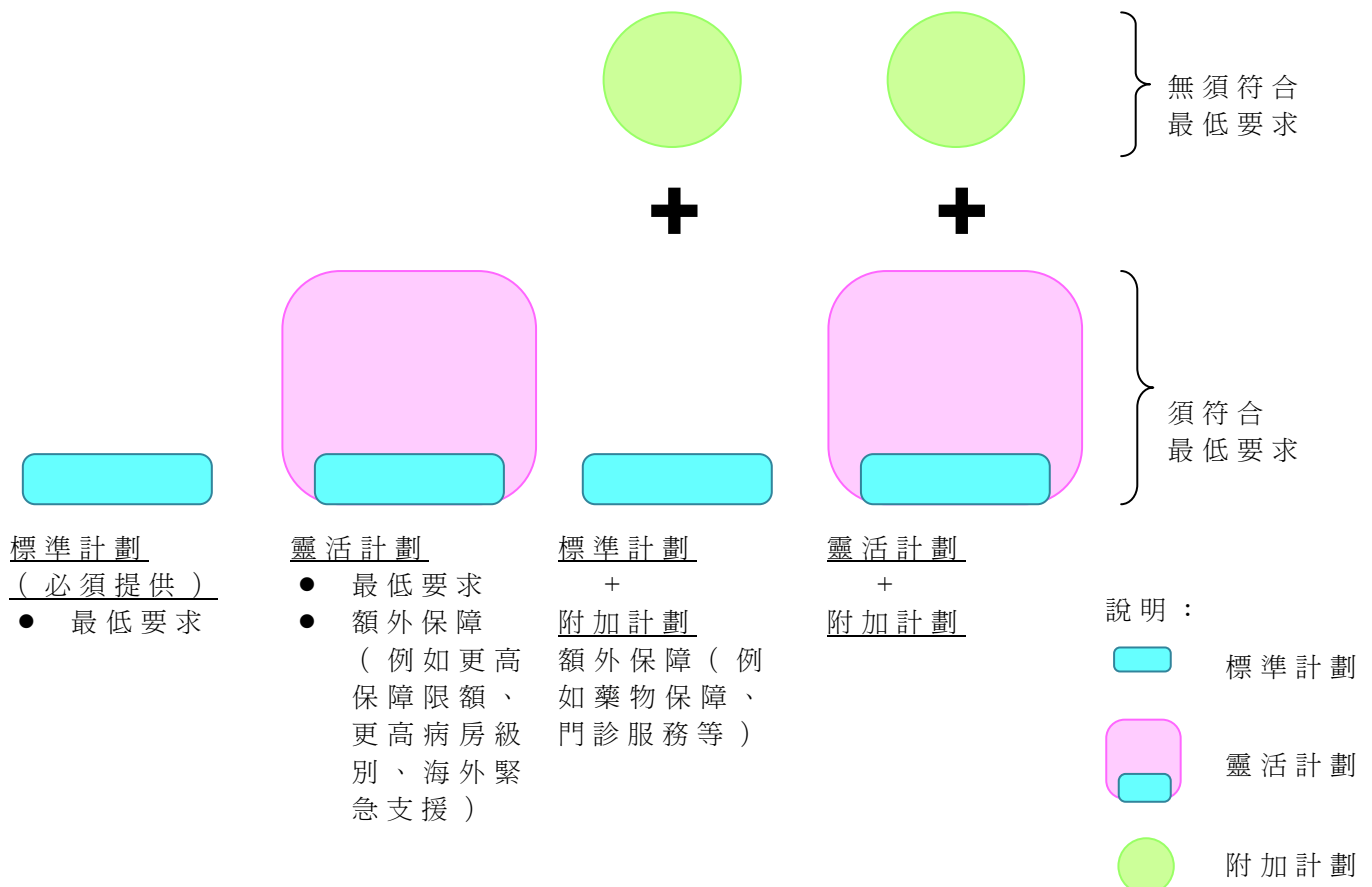
現時市場上普遍提供的私人醫療保險產品	符合醫保「標準計劃」訂明的最低要求的產品
<i>保險保障的投購和持續性</i>	
◆ 不保證接受投保	◆ 保證必定承保
◆ 不承保在投保前已有的病症	◆ 在等候期後承保投保前已有的病症，而附加保費上限訂為標準保費的兩倍
◆ 未必保證續保 ◆ 如無保證續保，則承保機構可決定是否重新核保，或有機會拒絕續保，或在續保時擴大不承保範圍及增加附加保費	◆ 保證終身續保 ◆ 不准在續保時重新核保
◆ 轉換承保機構時須重新核保	◆ 視乎索償記錄，或可放寬重新核保的做法
◆ 退休或離職後或無法保證提供保障	◆ 退休或離職後可由團體計劃轉為個人計劃
<i>保險保障的質素</i>	
◆ 承保範圍及限額沒有最低標準 ◆ 部分承保機構就終身可獲的保障總額設有上限	◆ 設有最低承保範圍及限額 ◆ 就終身可獲的保障總額不設上限
◆ 可能不承保非住院手術，因而導致不必要住院	◆ 承保特定的非住院手術
◆ 自費分擔安排沒有限制	◆ 投保人須支付的墊底費及自費分擔款額設有每年上限
<i>透明度及明確性</i>	
◆ 收費及費用不明確	◆ 服務預算同意書 ◆ 「免繳付套餐／定額套餐」付款安排 (請參閱下文「明確的支出預算」部分)

◆ 保單條款及條件不明確	◆ 劃一的保單條款及條件
◆ 調整保費缺乏透明度	◆ 保費具透明度 ◆ 容易比較不同承保機構所提供的標準醫保

「靈活計劃」和「附加計劃」

8. 在醫保「標準計劃」的最低要求之上，承保機構可透過提供「靈活計劃」或「附加計劃」，為消費者提供額外保障的選擇，例如更高保障限額、更高病房級別、海外緊急支援、藥物保障、門診服務等。承保機構可彈性地組合最低和額外保障項目。他們可以「靈活計劃」的方式，把最低和額外保障合併為單一產品。「靈活計劃」必須符合醫保「標準計劃」的所有最低要求(除了必定承保，因為高風險池只接納醫保「標準計劃」，詳見下文)。承保機構的另一選擇，是在獨立的「附加計劃」中提供額外保障。「附加計劃」不受最低要求所規管。下文圖表說明最低要求模式的應用，以及醫保「標準計劃」、「靈活計劃」和「附加計劃」的各種組合方式。

圖表 最低要求模式



消費者選擇及市場創新

9. 我們曾就建議的最低要求模式徵詢不同持份者的意見，包括香港保險業聯會。香港保險業聯會同意在某些方面需要改善現行市場慣例，包括標準化保單條款；減少不承保範圍；在承保範圍內包括住院、日症和日間護理；以及發展症候族羣分類和套餐式收費，以提高醫療費用的透明度和可預測性。該會主要關注之一，是為所有償款住院保險產品訂定最低要求，可能會減少消費者的選擇，並窒礙承保機構研發新產品。

10. 我們相信保障消費者選擇不同醫療保險產品的權利至為重要，並認為最低要求模式可確保消費者獲得必要的保障之餘，亦有所選擇。在最低要求模式之下，我們無意訂立一個統一的「計劃」，而只會訂明所有償款住院保險產品必須為消費者提供最低保障。對消費者而言，這個模式簡單、清楚和明確，並可幫助不具備保險專業知識的消費者，容易和清晰地理解他們在投購償款住院保險產品時獲得的最低保障。這將可盡量減少索償糾紛的機會，並可加強消費者可獲的保障和信心。我們在制訂最低要求時，會諮詢保險業和參考現時市面上一般產品提供的保障程度和常見特點，以避免為承保機構帶來過度的風險。在符合這些最低要求後，承保機構可研發和提供度身設計的「靈活計劃」或「附加計劃」，以配合消費者的獨特需要。最低要求只適用於償款住院保險產品，而這些產品旨在為病人支付實際住院費用和相關醫療開支。非償款的醫療保險產品（如住院現金²及危疾現金計劃³）或門診醫療保險產品，則不受最低要求所規管。

承保高風險族羣

11. 香港保險業聯會就最低要求模式提出的另一憂慮，是保證受保和承保投保前已有病症所涉及的風險管理。在最低要求模式下，雖然承保機構必須承保所有有意投購醫保「標準計劃」的人士，及為這些人士的投保前已有病症提供保障，但這些病症只會在等候期過後才可獲發全部償款。此外，醫療改革第二階段公眾諮詢建議，保險公司可向高風險申請人收取附加保費，如附加保費被評定為等於或超過標

² 在住院現金計劃下，受保人住院期間每日可獲定額賠償。此產品通常用作保障收入，而賠償款額並不與住院費用掛鈎。

³ 在危疾現金計劃下，受保人一旦確診預先設定名單內所列的疾病，即可獲一筆款項，而受保人不一定要接受治療。

準保費的兩倍，則可將這些高風險保單轉移到高風險池。顧問公司認為，高風險池的安排可在消費者保障和商業可行性中取得平衡。

12. 至於高風險池的財務安排，在有需要和合理的情況下，政府會考慮向高風險池提供財政支援，以使高風險人士可獲得醫療保險保障。由於高風險池旨在管理因必定承保這個特點帶來的風險，而保證受保的特點只適用於醫保「標準計劃」，所以顧問建議高風險池應只接納高風險申請人投保當中醫保「標準計劃」部分的保單。

13. 顧問會在最後報告中評估高風險池所需的財政支援。政府及監督醫保計劃推行的當局會密切監察高風險池的運作及任何公帑的運用。如有需要，當局會向立法會申請撥款，以便為高風險池提供財政支援。

明確的支出預算

14. 我們在醫療改革第二階段公眾諮詢文件中建議根據症候族羣分類為一般治療或手術訂定套餐式收費，以便消費者在使用醫療服務前有更明確的支出預算。根據顧問的意見，要制定適合本港使用的標準症候族羣分類系統，須全面和定期地向醫療保險業界和醫療服務提供者收集、編制及分析有關醫療服務、索償和收費的數據，還須定期作全面檢討，使系統切合時宜。由於香港目前未有完善的機制進行上述工作，顧問認為在短期內於香港推行症候族羣分類系統，會相當困難。在考慮本地的情況及審視國際經驗後，顧問提出「服務預算同意書」及「免繳付套餐／定額套餐」兩項安排，使消費者可有更清楚和明確的支出預算這兩項安排在短期而言較易推行。

服務預算同意書

15. 在澳洲和新加坡，除緊急個案外，醫生和醫院向病人提供治療前，必須先取得病人的「服務預算同意書」。病人在接受治療前，會通過書面報價方式得悉醫療服務的預算費用（包括醫生費和住院費）。顧問建議「服務預算同意書」的安排可適用於本港的情況。除列明醫療服務的預算費用外，承保機構還須列明病人根據現有保險的保障範圍而須自付的預算費用。在這項安排下，病人在接受治療前可更明確預算自付款額。

免繳付套餐／定額套餐安排

16. 在澳洲，承保機構須提供最少一份「免繳付套餐」或「定額套餐」保單。「定額」是指病人需要自付的住院費或醫生費（例如墊底費、超出保險賠償限額的費用）。倘若保單持有人選擇(i)與其承保機構簽訂合約的醫院，以及(ii)醫生同意承保機構的收費表，則保單持有人可繳付「免繳付套餐」（無自付費用）或「定額套餐」（繳付預定數額的自付費用）費用。

17. 顧問建議，作為醫保「標準計劃」最低要求的一部分，「免繳付套餐／定額套餐」的安排可適用於保單承保的一些指定治療或手術。承保機構可與醫生或醫院（包括進行非住院手術的診所）簽訂合約，以訂定「免繳付套餐」或「定額套餐」治療或手術的清單。倘若保單持有人選擇(i)與其承保機構簽訂合約的醫院，(ii)醫生同意承保機構的收費表，以及(iii)有關治療或手術列於承保機構、醫生及醫院同意的清單內，則保單持有人可繳付「免繳付套餐」或「定額套餐」費用。如果保單持有人願意自費支付較高的金額，以便使用沒有與其承保機構簽訂合約的醫院，或不同意其承保機構收費表的醫生提供的服務，則他／她仍可受惠於「服務預算同意書」的安排而能明確預算須支付的費用，因為他／她仍會通過報價單獲得預計的自付費用。

套餐式收費

18. 除「服務預算同意書」及「免繳付套餐／定額套餐」的安排外，我們亦會鼓勵私營醫療服務提供者為常用的治療或手術提供套餐式收費，使收費更加明確和透明。實際上，在「免繳付套餐／定額套餐」的安排下，私營醫療服務提供者將有誘因為常用的治療或手術提供套餐式收費。此外，我們已對新私營醫院發展項目作出規定，要求標準病床每年最少有 30%的住院病床日數用於以提供套餐式收費的服務。在這項新政策下，我們期望透過市場力量，鼓勵更多私營醫院為常用的治療或手術提供套餐式收費。

近期發展

19. 我們研究本地醫療保險市場時，發現醫保計劃所建議的部分主要特點，在近年提供的醫療保險產品中已越來越常見。舉例來說，某些產品已加入終身續保保證、涵蓋非住院手術，或容許在離職後由團體計劃轉為個人計劃。雖然這些主要特點會因產品不同而在細節上

有差異，但這種市場發展顯示，醫保計劃所建議的主要特點，在商業上既可行亦可取。而為在香港銷售的償款住院保險產品訂明最低要求，亦有助統一這些產品的條款和保障，為消費者提供更透明、更明確和最佳的保障。在私營醫療市場，有證據顯示套餐式收費和預先報價已越來越普遍，以便消費者能夠更明確預算須繳付的款項。這些市場發展與顧問為使繳付款額更透明和更明確而提出的建議，不謀而合。

20. 在制訂本文件所述顧問建議的細節時（例如最低承保範圍及保障限額的適當水平、高風險池的運作模式和管理、「服務預算同意書」及「免繳付套餐／定額套餐」安排），我們會繼續與保險業、私營醫療服務提供者和消費者代表等持份者保持緊密聯繫。

徵詢意見

21. 請委員備悉本文件的內容並提出意見。

食物及衛生局
二零一三年五月

選定國家私人醫療保險的強制性規定摘要

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
私人醫療保險的角色	輔助性 (自願私人醫療保險)	輔助性 (自願私人醫療保險)	主要(強制性私人醫療保險)和輔助性(自願私人醫療保險)	主要(強制性私人醫療保險)和輔助性(自願私人醫療保險)	主要(強制性私人醫療保險 ¹)
私人醫療保險佔醫療融資的份額					
私人醫療保險	11%	9%	45%	51%	33%
政府／社會醫療保險	66%	80%	42%	23%	48%
用者自付費用	18%	10%	10%	25%	12%
其他	5%	1%	3%	1%	7%
	(截至2011年的數字)	(截至2009年的數字)	(截至2010年的數字)	(截至2010年的數字)	(截至2009年的數字)

¹ 根據2010年《病患保護與廉價護理法案》(Patient Protection and Affordable Care Act)，由2014年起，個別人士必須獲得私人醫療保險保障。

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
產品受法例規管	✓	✓	✓	✓	✓
所有私人醫療保險產品都受相同的標準所規管？	✓	✓	✓	✓	✓ (團體計劃的規管標準稍有不同，例如對最長等候期的規定較嚴格、對沒有為僱員提供適當醫療保險的大型僱主施加罰款等)
保證必定承保	✓	✓	✓	✓	✓
保證續保	✓	✓	✓	✓	✓
須承保投保前已有的病症	等候期間除外	等候期間除外	✓	✓	✓
最長等候期	✓	✓	不設等候期	不設等候期	✓
最低保障範圍	✓	✓	✓	✓	✓ (大型團體計劃和豁免計劃除外)
固定保障計劃	x	x	x	✓	x

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
費用分擔限制	✓	x	✓	✓	✓
可攜性	✓	✓	✓ (可於年內指定期間轉換承保機構)	✓ (可於年內指定期間轉換承保機構)	✓
劃一保單條款及條件	✓	x	✓	✓	✓
保費級別	羣體保費率	羣體保費率	羣體保費率	羣體保費率	經調整的羣體保費率(只容許按年齡、地點、煙草使用及家庭狀況調整保費)
附加保費	投保人如延遲至30歲後才投購私人醫療保險，須繳付附加保費：投保時超過30歲者，每延遲一年投保，須繳付基本保費的2%作為附加保費，並以70%為上限。	無	無	無	釐定評估準則，按年齡和煙草使用而調整保費的比率最多為3:1(年齡)及1.5:1(煙草使用)。

食物及衛生局
二零一三年五月