



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： FHB/H/1/5/4/2 Pt.11
來函檔號： CB2/PS/2/12

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
立法會秘書處
總議會秘書
林偉怡女士

林女士：

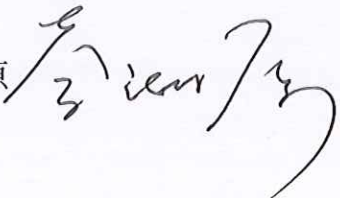
衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會
二零一三年十二月九日會議

二零一三年十二月十七日來函收悉。附件 A 載有小組委員會要求提供的補充資料。

正如委員所知，我們在制定醫療保障計劃(醫保計劃)的詳細建議時，一直諮詢相關持份者的意見，其中包括保險業界、醫療服務提供者、消費者組織和公民團體代表等；並考慮了由食物及衛生局委託進行的顧問研究的結果和建議。在制定醫保計劃的建議時，我們已充分考慮各方面的因素，並已致力平衡不同持份者的利益和關注。我們推行醫保計劃的主要考慮，是透過讓保單條款及條件更清

晰、簡易及明確，為消費者提供更佳保障，以鼓勵更多願意及有能力負擔的人士投購私人償款住院保險計劃。我們在附件 B 載列了與保險業界正在商討涉及醫保計劃的主要事項，供小組委員會參閱。

食物及衛生局局長

(李湘原  代行)

連附件

二零一四年二月十三日

**當局就衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會
二零一三年十二月九日會議跟進事項提供的補充資料**

(a) 項一

醫保「標準計劃」所訂明的最低要求之一，是為先進診斷成像檢測訂定固定的 30% 共同保險。請說明提出這項建議的理據，以及海外國家在這方面的經驗。

當局的回應

2. 先進診斷成像檢測，例如磁力共振掃描及電腦斷層掃描等，是現代醫學診斷及治療的基本診斷工具。為確保消費者得到基本保障及物有所值的償款住院醫療保險產品，我們認為應把該兩項先進診斷成像檢測納入醫療保障計劃(醫保計劃)的「最低要求」內。然而，國際經驗顯示，先進診斷成像檢測(例如磁力共振掃描及電腦斷層掃描)容易因道德風險而被濫用，因此各方有需要盡力把有關使用量控制在適當的水平。經濟合作及發展組織(經合組織)最近發表的報告¹指出，近年經合組織成員國的先進診斷成像檢測使用量急增，構成濫用風險。舉例來說，在 11 個選定的經合組織成員國²中，每一千人口計算的磁力共振掃描檢查次數，在二零零七年至二零一一年間飆升 45%。該報告又指出，有些經合組織成員國正致力推廣按病情需要作出判斷，從而更合理地使用有關診斷技術。

3. 海外國家普遍利用分擔費用的方式來推動各界審慎使用診斷成像檢測服務，藉此解決道德風險的問題。儘管如此，經合組織另一份報告³指出，要為分擔費用釐定劃一標準並不容易。舉例來說，在瑞士，投購私人醫療保險是強制性的，投保的病人就包括診斷成像檢測在內的醫療服務索償時，須分擔 10% 共同保險(設有每年上限)。在澳洲，國民保健(Medicare)(社會醫療保障制度)就診斷成像檢測採用一筆過保險賠償限額，投保病人往往須自行支付一筆過保險賠償限額以上的診斷成像檢測費用，而這些費用有時高達費用總額

¹ 經合組織《二零一三年健康概覽》
(<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm>)

² 包括美國、英國、加拿大、澳洲、法國、西班牙、冰島、盧森堡、比利時、匈牙利及捷克共和國。百分比的變動是參考報告 2009 年號公布的相應數字而計算出來的。

³ 經合組織《經合組織國家的私人醫療保險》(2004)
(<http://www.oecd.org/health/privatehealthinsuranceinoecdcountries-theoecdhealthproject.htm>).

的 50%。除共同保險外，有些國家(例如荷蘭)會採取較干預式的措施，由政府直接管控診斷成像檢測裝置的供應，從而限制使用率上升。愛爾蘭則採用另一種方式，其最大的國營醫療保險公司 Vhi 就磁力共振掃描的保險保障公布一系列臨床指標，目的是促使國民更理性地使用磁力共振掃描，以減少從醫療角度來看屬不必要的檢驗。

4. 在研究本地及海外市場的經驗後，我們委託的顧問認為共同保險是最合適的方案，防止濫用醫保計劃所承保的先進診斷成像檢測服務。共同保險可控制因道德風險而引致服務使用量增加的問題，長遠來說有助監察保費水平。另一方面，分擔的費用必須訂於合理水平，以免妨礙投保人使用所需的先進診斷成像檢測服務。此外，共同保險的比例對醫保「標準計劃」的保費也有影響——共同保險的比例越高，保費便會越低，反之亦然。顧問考慮過上述各項因素後，基於精算分析的結果，建議為「標準計劃」下先進診斷成像檢測的索償訂定固定的 30% 共同保險(設有每年上限)。鑑於顧問的研究結果顯示，現有個人償款住院保險產品(普通病房級別)的保單持有人自付的費用平均約為總成本的三分之一，我們認為顧問所建議的 30% 共同保險是合理的比率，既可遏止道德風險，又可平衡「標準計劃」的保費與保單持有人的負擔能力。

(b) 項一

香港保險業聯會所提供有關擁有私人醫療保險保障並選擇使用私營醫療服務的人數比例，與當局所提供的數字有差距，請解釋箇中原因。香港保險業聯會在二零一三年十二月六日發出的新聞稿中表示，「醫療保險賠償的住院及手術個案中，90% 受保人是在私家醫院／診所接受治療」；而當局在會議上則指出，在擁有私人醫療保險保障的人當中，只有約 50% 選擇使用私營醫療服務。

當局的回應

5. 根據政府統計處在二零一一年進行的主題性住戶統計調查，在擁有私人醫療保險保障的人士當中，以本地入院次數計算，約有 54% 使用公立醫院服務，而 46% 則使用私家醫院服務。意思是指，在每 100 次已投購私人醫療保險及曾入院接受治療人士的入院次數當中，有 54 次使用公立醫院服務，46 次則使用私家醫院服務。而在公立醫院接受治療的人士，他們可能並未索償或使用其醫療保險。然而，這組數字或不能直接與香港保險業聯會在二零一三年十二月六日發出的新聞稿所載的「90%」比較，因為該數字是指「在私家醫院／診所接受治療」的「醫療保險賠償的住院及手術個案」。香港保險業聯會的數字指出的是曾使用私人醫療保險並提出索償的人士所佔的比率。意思是指，在每 100 名就私人醫療保險提出索償的人士中，約 90 人在私家醫院／診所接受治療。

(c) 項一

當局表示，在醫保「標準計劃」下每名受保人的平均保費估算約為 3,600 元，請提供有關的詳細精算模式和計算方法。

當局的回應

6. 顧問估算，在醫保「標準計劃」下，每名受保人的平均標準保費(即標準風險受保人的保費)約為 3,600 元(按二零一二年固定幣值計算)，較市場上現有個人償款住院保險計劃(普通病房級別)的平均保費高出約 9%(可能變動幅度介乎 -8%與 +45%之間)。這項估算是根據顧問設計的精算定價模型而推算的⁴。下文總括了顧問的精算定價模型，可能過於概括，只供一般參考。

7. 精算定價模型首先估算二零一二年本地市場所提供的個人償款住院保險產品(普通病房級別)的標準保費基準。這個步驟涉及本地市場數據(包括醫療保險保費資料、醫療成本數據和香港保險業聯會備存的索償資料)的專業分析。接著，顧問研究醫保「標準計劃」與現有個人償款住院保險產品(普通病房級別)在設計上的異同，從中識別出對保費的上調或下調有顯著影響的主要方面。相關例子包括為投保前已有的病症提供保障(設有等候期)、承保化療和放射治療、承保先進診斷成像檢測(須繳付 30%共同保險)、承保以套餐式收費提供的非住院內窺鏡檢查(例如食道、胃、十二指腸內視鏡檢查、結腸鏡檢查)；以及把醫保「標準計劃」的賠償限額訂在稍低於市場的平均水平，以便利現有保單轉移到醫保計劃和鼓勵產品創新。

8. 為估計上述各方面對保費的影響，顧問評估了這些方面的索償成本和索償率，並參考了(如適用)香港保險業聯會的索償資料和海外(例如經合組織、美國和澳洲)的索償數據。顧問把所得出對保費的影響加在標準保費基準上，從而推算醫保「標準計劃」下每名投保人士的平均標準保費。

9. 有見於估算保費的變動幅度主要受制於醫保計劃能否妥善控制使用先進診斷成像檢測方面的道德風險，我們建議為此在醫保計劃下使用該等服務設立 30%共同保險，以便控制成本。

⁴ 鑑於有關模型設計複雜，顧問提醒我們應參考整份研究報告，並委託專業精算師協助，避免詮釋不完整或出現錯誤詮釋的情況。我們將於二零一四年上半年醫保計劃公眾諮詢開展時一併發表顧問的最後報告。

(d) 項一

請舉例說明(並使用數據)下列兩類保費的計算方法：被歸類為醫保計劃下標準風險組別人士的標準保費，以及附加保費被評定為標準保費兩倍或以上並會轉移至高風險池的高風險人士的保費。後者的說明應包括附加保費上限為標準保費兩倍的情況，以及政府為高風險池提供的財政支援。

當局的回應

10. 在醫保計劃下，承保機構必須提供符合政府訂定的所有「最低要求」的「標準計劃」，作為消費者其中一項選擇。「最低要求」之一是必定承保，而附加保費上限定為標準保費的兩倍。如個別人士的「標準計劃」保單的附加保費被評定為等於或超過承保機構收取的標準保費兩倍，則承保機構可在保單開始生效時把保單轉移至高風險池。高風險池的資金來自高風險人士的保費，並在必要時由公帑支付。

11. 以下是一個假設性例子，說明在醫保計劃下屬標準風險的受保人與屬高風險的受保人分別須支付的保費。為方便說明，我們假設某承保機構使用下表的醫保「標準計劃」標準保費。

示例：醫保「標準計劃」的標準保費

年齡	男性 (元)	女性 (元)
.....
30	2,000	2,200
31	2,100	2,300
32	2,300	2,400
33	2,400	2,600
.....

註：在醫保計劃下，承保機構會各自就醫保計劃訂定保費表。上表的數字只作說明之用。

12. 舉例而言，如一名 30 歲男士被上述承保機構評定屬標準風險類別，他便須每年繳付 2,000 元保費，以投購醫保「標準計劃」。如一名 32 歲女士被該承保機構評定其健康狀況低於平均水平，須繳

付相等於標準保費 250% 的附加保費，她每年便須支付 8,400 元 (2,400 元 x 3.5) 的保費。然而，在醫保計劃下，附加保費的上限定為標準保費的兩倍，因此，如這名 32 歲女士投購醫保「標準計劃」，她每年須繳付的保費只是 7,200 元 (2,400 元 x 3)，而她的保單也會轉移至高風險池。由於該承保機構收取的保費較其評定足以承保這名女士的風險的保費為少，因此該承保機構收取的保費可能不足以支付這名女士的索償成本。在這情況下，假如高風險池的累計保費少於實際索償總額，政府便可能要向高風險池注資，以補不足之數。

(e) 項一

利用公帑為高風險池提供支援，讓願意繳付保費以自行承擔醫療費用的高風險人士得到醫療保障，這個做法如何讓公眾整體得益？請從財政角度加以解釋。

當局的回應

13. 醫保計劃是一項輔助融資安排，旨在輔助公營醫療系統。醫保計劃的目的是透過改善市場上私人醫療保險產品的質素，為有能力和願意使用私營醫療服務的人士提供更多選擇。當較多人採用私營醫療服務，公營系統所受的壓力便會得以紓緩，公營也能更專注於其目標服務範疇。

14. 必定承保並對附加保費設上限，是醫保計劃「最低要求」的重要組成部分，而設立高風險池是落實這個主要部分的主要元素，從而達到使更多人獲得私人醫療保險保障的目的。我們認為，政府利用公帑為高風險池提供支援，是合理和有充分理據支持的。運用公帑資助那些願意繳付保費以自行承擔醫療費用的高風險人士，讓他們得到醫療保障，是公平的做法。如沒有高風險池的機制，這些高風險人士大多會重投獲政府大幅資助的公營醫療系統。為更清楚說明這點，請參閱下述扁桃腺切除手術的例子。

15. 根據本港一家私家醫院提供的公開資料，扁桃腺切除手術的平均費用約為 34,000 元，平均住院時間約為三天。為方便說明，現假設在公立醫院進行扁桃腺切除手術的費用和平均住院日數與私家醫院相同。

16. 目前，公立醫院獲政府大幅資助，病人每天只須繳付 100 元，便可享用公立醫院服務。因此，病人如選擇在公立醫院接受扁桃腺切除手術，政府的資助總額為 33,700 元 (34,000 元 - 100 元 x 3)。

17. 另一方面，如病人透過高風險池投購醫保「標準計劃」，並選擇在私家醫院接受手術，他可透過私人醫療保險承擔其醫療成本。這樣，他可以在私家醫院接受手術，並自行選擇醫生。假設病人接受私營醫療服務時須自行繳付總成本約三分之一⁵的費用，他選擇在私家醫院接受手術，便須自行繳付11,300元(34,000元÷3)。餘下款額，即22,700元(34,000元-11,300元)會由高風險池支付。考慮到高風險池的部分融資是來自向病人收取的保費(相應年齡分級的標準保費的三倍)，即使計及高風險池的運作成本，政府在這個案向病人提供的資助(22,700元的一部分)，也遠低於病人選擇在公立醫院接受手術所涉及的資助(33,700元)。

18. 在人口老化情況下，公營醫療服務的需求不斷上升。由於公營醫療服務的需求殷切，我們預期醫保計劃不會直接減少公營醫療系統的工作量或成本。不過，如果我們能鼓勵及促使更多人選擇透過醫保計劃使用私營醫療服務，便可以紓緩公立醫院的擠逼情況，令公營醫療服務的使用者也可受惠，包括較短的輪候時間以及更高質素的公營醫療服務。

(f)及(g)項—

請提供營運高風險池估計所需的財政支援。

羅兵咸永道諮詢服務有限公司(當局委託就有關醫保計劃的主要事宜提供專業及技術意見的顧問)於二零一三年年底或二零一四年年初向醫保計劃工作小組提交醫保計劃的最後建議。

當局的回應

19. 我們現正根據顧問的意見、海外經驗和本地情況，制訂推行醫保計劃的建議。健康與醫療發展諮詢委員會轄下的醫保計劃工作小組及諮詢小組已深入討論醫保計劃的詳情。此外，顧問會在其報告中就推行醫保計劃的各項事宜作出建議，例如為所有個人償款住院保險產品訂定「最低要求」，以加強對消費者的保障；醫保「標準計劃」的主要組成部分；規管及組織架構；以公帑支援推行醫保計劃的可行方案，包括高風險池的運作細節和所需的財政支援。我們會於二零一四年上半年公眾諮詢開展時一併發表顧問報告。

⁵ 根據顧問研究所得，現有個人償款住院保險產品(普通病房級別)的保單持有人自付的費用平均約為總成本的三分之一。為方便說明，我們在這個例子假設高風險人士須自付的費用為總成本的三分之一。不過，應注意的是，高風險人士實際自付的平均費用可能有別於非高風險人士支付的費用，這視乎高風險人士使用醫療服務的模式等因素而定。

食物及衛生局
二零一四年二月

醫療保障計劃的最新進展

本文件概述行政當局與保險業界就醫療保障計劃(醫保計劃)一些主要事項作出的討論。

為個人償款住院保險建議的「最低要求」

2. 正如當局在二零一三年六月四日和十二月九日醫療保障計劃小組委員會會議上提交的文件(立法會 CB(2)1237/12-13(01)號文件和立法會 CB(2)412/13-14(01)號文件)所述，我們建議採用「最低要求」模式。根據該模式，所有在醫保計劃推出後提供的個人償款住院保險產品，都必須達到或高於「最低要求」。我們又建議，提供個人償款住院保險產品的承保機構，必須向消費者提供符合所有「最低要求」的「標準計劃」，作為其中一項選擇。「最低要求」包括保證續保、為投保前已有的病症提供保障、必定承保及附加保費設有上限、最低承保範圍及保障限額、消費者可藉「免繳付套餐／定額套餐」及「服務預算同意書」的安排獲得明確的支出預算，以及劃一保單條款及條件等。

3. 「最低要求」只適用於個人償款住院保險產品。以團體為基礎的償款住院保險產品、非償款方式的個人保險產品(例如住院現金保險產品、危疾保險產品)或只承保門診的保險產品，都不受「最低要求」所限。

4. 香港保險業聯會不反對為醫保計劃產品訂定「最低要求」，但認為為所有個人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，並窒礙新產品的研發。該會建議，除符合「最低要求」規定的保險產品外，承保機構亦應可提供未必符合「最低要求」的保險產品。

5. 另一個受關注的問題是私營醫療服務的收費透明度。該會建議私家醫院應就常見的手術提供套餐式收費，以及採用較統一的編碼和收費標準(例如症候族羣分類)。

6. 我們認為「最低要求」是平衡各方利益的方案，既可加強對消費者的保障，又不會減少他們的選擇。「最低要求」的建議，旨在解決公眾對現有醫療保險市場的憂慮。早前進行的公眾諮詢結果顯示，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不足之處，例如承保範圍不包括投保前已有的病症、不保證續保或難以確定支出預算等。根據政府統計處在二零一一年

進行的主題性住戶統計調查，在擁有私人醫療保險保障的人士當中，以本地入院次數計算，約有 54% 使用公立醫院服務。導致這個現象其中一個可能原因，是上述有關私人醫療保險市場的不足之處或其觀感，令消費者對應用醫療保險可提供的保障時欠缺信心。規定所有個人償款住院保險產品必須符合「最低要求」，可增強消費者在投購及應用醫療保險可提供的保障的信心。

7. 根據國際經驗，海外政府往往透過實施類似「最低要求」的規定，以規管醫療保險市場，從而加強保障消費者。在一些私人醫療保險在醫療制度有顯著角色的國家，包括澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士及美國，政府均透過立法訂明私人醫療保險產品須符合的基本要求，以保障消費者利益，而該等基本要求亦大致上與「最低要求」相似。

8. 為所有個人償款住院保險產品訂定「最低要求」，對維持醫保計劃的可持續性也非常重要。顧問認為，容許受規管市場界別(即受「最低要求」約束的合規定保險產品)與不受規管市場界別(即不受「最低要求」約束的不合規定保險產品)並存，並不實際可行。這是因為「最低要求」是為切合社會期望而設計的，而要達到這些目標，必然需要額外成本。在「兩個市場」的情況下，承保機構可以挑選健康人口，以較低廉的保費提供不受規管的保險產品，令符合規定的保險產品成為不健康人口的主要選擇。鑑於醫療保險的獨有特性，不知情的消費者可能會被吸引投購「較便宜」但並不符合「最低要求」的保單(如無保證續保)。幾年後，當消費者年紀漸長、患有疾病並開始提出索償時，他的保險公司可能會拒絕續保其保單。由於他已有索償紀錄而且健康狀況欠佳，他將很難找到另一間願意承保他的保險公司。即使有保險公司願意承保他，保費也很可能會因須繳交附加保費而比相同年齡組別的其他人士要高得多。

9. 另一方面，聰明的顧客又會藉「兩個市場」從中謀利，造成道德風險，例如憑藉合規定保險產品「必定承保」的特點，在健康狀況變差時才轉換至合規定的保險產品。結果，受規管市場界別須管理一群健康風險相對一般消費者為高的保單持有人，導致其保費較其他保障範圍相若但不合規定的保險產品為高。偏高的保費會驅使健康情況良好且對價格敏感的顧客離開受規管市場界別，導致規管市場界別的保費更加昂貴，最終令保費變得難以負擔，而受規管的市場界別也無法維持下去。

10. 新加坡推行「健保雙全計劃」的經驗，有助解釋為何「兩個市場」並存並不切實可行。「健保雙全計劃」於一九九零年推出，由中央公積金管理局運作，是一個自願參與的低保費基本醫療保險

計劃。由於承保機構可同時提供類似的醫療保險產品，私人承保機構發現，選取較健康的年輕顧客，可賺取更高利潤，而健康欠佳及年老的顧客，則只能選擇必定承保的「健保雙全計劃」。這種選客行為促使「健保雙全計劃」的保費上升，並導致該計劃無法持續。結果，新加坡政府在二零零五年改革「健保雙全計劃」，包括禁止承保機構提供保障範圍與「健保雙全計劃」相同或較少的保險產品，只准許承保機構在「健保雙全計劃」已承保項目之上，提供附加增值產品。

11. 至於私人醫療服務價格的透明度方面，我們同意採用較統一的編碼和提升市場的透明度，對推動良性競爭和提高市場效率都很重要。正因如此，我們建議了「免繳付套餐／定額套餐」和「服務預算同意書」的安排。前者即以套餐式收費方式，令消費者有明確的開支預算。如病人所進行的手術和所選的服務提供者都在承保機構預先擬定的清單上，則只須繳付預定數額的自付費用（「定額套餐」）；甚至無須自付費用（「免繳付套餐」）。在「服務預算同意書」的安排下，病人會有更明確的開支預算。他們會事先獲通知預計的服務收費和預計的償款額，並可以合理預算他們須自付的費用。

醫保「標準計劃」標準保費(平均值)的範例

12. 在醫保計劃下，承保機構會就「標準計劃」各自訂定按年齡分級的保費表，並會向外公布，供消費者參考。為方便說明，顧問估算醫保「標準計劃」的平均標準保費約為每年 3,600 元(按二零一二年固定幣值計算)，較市場上現有個人償款住院保險計劃(普通病房級別)的平均保費高出約 9%(可能變動幅度介乎 -8%與 +45%之間)。估算平均保費的增加，是由於「標準計劃」提供更佳保障(例如承保範圍包括非手術癌症治療、指定的先進診斷成像檢測等)，而且為更多健康有問題的人士提供保障。另一方面，「標準計劃」透過提供非住院手術保障而節省的費用，可抵銷估算保費的部分升幅。有見於估算保費的變動幅度主要受制於醫保計劃能否妥善控制使用先進診斷成像檢測方面的道德風險，我們建議在醫保計劃下為使用該等服務訂立 30% 共同保險，以便控制成本。

13. 我們明白業界難以自行推算醫保「標準計劃」標準保費的平均值，因為各承保機構所釐定的實際保費會因定價策略及個別承保機構的風險狀況等因素而有所不同。

14. 醫保「標準計劃」的估算平均標準保費，是顧問按精算定價模式推算出來的，當中已考慮醫保「標準計劃」產品設計的各主要特點對保費造成的影響。醫保「標準計劃」的實際保費會由各承保機構自行釐定，顧問所提供的估算數字僅作說明之用。精算定價模

型首先估算二零一二年本地市場所提供的個人償款住院保險產品(普通病房級別)的標準保費基準。這個步驟涉及本地市場數據(包括醫療保險保費資料、醫療成本數據和香港保險業聯會備存的索償資料)的專業分析。為估算「標準計劃」產品設計的各主要特點對保費的影響，顧問評估了這些方面的索償成本和索償率，並參考了(如適用)香港保險業聯會的索償資料和海外(例如經合組織、美國和澳洲)的索償數據。顧問把所得出對保費的影響加在標準保費基準上，從而推算醫保「標準計劃」下每名投保人士的平均標準保費。

高風險池

15. 我們建議設立高風險池，以應社會的期望，讓高風險人士可投購私人醫療保險。目前，高風險人士往往難以投購醫療保險。他們的申請大多被承保機構拒絕，即使獲接納，保單也會加入不承保在投保前已有的病症的條款，或者須繳付承保機構認為合適的附加保費。在醫保計劃下，我們建議加入必定承保而附加保費上限訂為標準保費兩倍的規定。如果沒有適當的措施來控制風險，承保機構或須增加所有投保人的保費，以分攤額外風險。由於醫保計劃屬自願性質，保費過高會減低有意投保的顧客(尤其是較健康人士)投購私人醫療保險的意欲。這樣會違背醫保計劃鼓勵和便利更多人投購私人醫療保險的目的。

16. 為解決上述的兩難情況，我們建議另設一個高風險池，以承接高風險人士的「標準計劃」保單。在這個方法下，高風險人士的「標準計劃」保單會被轉移到高風險池，與包含非高風險保單持有人的一般風險池分開。這樣，縱使為高風險人士提供醫療保險保障會導致有額外的風險承擔，一般風險池中非高風險保單持有人的保費也不會受到影響。

17. 在高風險池的機制下，如承保機構經評定後，認為要為投保人提供「標準計劃」保障，須收取等於或超過承保機構收取的標準保費兩倍的附加保費，則承保機構可在保單開始生效時，把保單轉移到高風險池。承保機構會繼續負責這些保單的行政管理，並會收取象徵式的行政費。這些保單的保費收入(扣除行政費)、索償須付款項及利潤／虧損等均會歸入高風險池，並由擬設以負責監管醫保計劃運作的規管機構(而非承保機構)全權管理。如有需要，政府會考慮直接向高風險池注資，以確保高風險池可持續運作。

18. 必定承保並對附加保費設上限，是醫保計劃「最低要求」的重要組成部分，而設立高風險池是落實這個主要部分的主要元素，從而達到使更多人獲得私人醫療保險保障的目的。我們認為，政府利用公帑為高風險池提供支援，是合理和有充分理據支持的。運用

公帑資助那些願意繳付保費以自行承擔醫療費用的高風險人士，讓他們得到醫療保障，是公平的做法。如沒有高風險池的機制，這些高風險人士大多會重投獲政府大幅資助的公營醫療系統。透過高風險池讓部分高風險人士獲得醫療保障，不但可讓他們有機會選用私營醫療服務，更可令公共醫療系統得以集中資源，為其目標範疇提供服務。

19. 據顧問估計，政府須為營運高風險池 25 年(二零一六至二零二零年)而撥款資助的總成本約為 43 億元(按二零一二年固定幣值計算)。高風險池的行政費用假設為總索償成本的 12.5%。

20. 業界認為，政府須提供持續的財政支援，以確保高風險池能持續運作。鑑於高風險池系統複雜，業界認為須仔細規劃，以確保高風險池能順暢推行和運作。此外，業界也關注對行政費用的預設比例，認為未必足夠支付承保機構的收費、保單管理費用和中介人的佣金。

21. 顧問對行政費的預設，是經參考與醫保計劃有一定程度相似的本地和海外經驗而得出的，例如美國的既有病症保險計劃(約佔總索償成本 9%)、香港的網絡醫療服務(約佔總索償成本 8-10%)、美國的醫療保健組織(約佔總索償成本 8-12%)，以及香港的團體醫療保險市場(約佔總索償成本 23%)。

22. 我們會再與業界商討，以便擬定高風險池的運作詳情，以及就高風險池的行政費用釐定一個合適和合理的水平。

食物及衛生局

二零一四年二月