



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.13

電話號碼： (852) 3509 8929

來函檔號： CB2/PS/2/12

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
二零一四年九月十二日會議跟進事項

二零一四年十月二十三日來函收悉，現按小組委員會的要求提供補充資料，詳情請參閱附件。

食物及衛生局局長

(李湘原  代行)

連附件

二零一四年十二月一日

二零一四年九月十二日衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會會議上要求提供的補充資料

第(a)(i)項:

顧問估計，醫療保障計劃(醫保計劃)下標準計劃的平均標準保費約為3,600元(按二零一二年固定價格計算)，可能變動幅度介乎-8%與+45%之間。就此，請提供—

(i) 作為估計標準保費計算基礎的整套假設和精算模型：以及

當局的回應

醫療保障計劃(醫保計劃)下「標準計劃」的預計平均標準保費是由食物及衛生局委聘的獨立顧問公司(即羅兵咸永道諮詢服務有限公司)(顧問)以一套精密的精算定價模型推算出來的。顧問團隊由國際知名並在醫療服務和保險業務有專業知識的人士、熟悉保險市場運作的合資格精算師，以及其他從事市場分析和財務推算的專業人員組成。立法會第CB(2)1264/13-14(01)號文件附錄A載有精算模型的技術細節。下述說明進一步闡釋該精算模型所採用的假設和方法。

2. 醫保「標準計劃」平均標準保費的推算過程以一個**基線情況**作為起點，用以理解在沒有推行醫保計劃的情況下個人償款住院保險市場的狀況，以便與推行醫保計劃的情況(**醫保計劃情況**)作出有意義的比較。顧問根據本地市場調查及精算模型，推算出現有提供普通病房住院保障的個人償款住院保險產品的平均標準保費(但沒有一些現時市場沒有但在醫保計劃下必須提供的必要特點)。顧問將這個推算結果作為**基本保費**，用以比較醫保「標準計劃」的估計平均標準保費。顧問以一個綜合的精算模型，並因應本地市場情況作出假設，從而推算出基本保費。首先，顧問使用對人口及市場投保率的假設推算出保單持有人的數目。主要的參考資料包括根據二零一一年人口普查而作出的人口預測，以及顧問進行研究時所能獲得最新的政府統計處進行的主題性住戶統計調查。該項調查以年齡、性別、健康狀況和收入水平區分擁有醫療保險保障的人士的人口結構。第二，顧問使用索償率、平均帳單金額和索償額佔帳單金額的比率來推算每名受保人的保費成本，並以香港保險業聯會提供的索償數據，以及一些私家醫院因應顧問要求而提供的賬單數據作為參考。第三，以保單持有人的數目乘以推算出來每名受保人的保費成本，便可推算出償款住院保險市場的總

索償成本。第四，按照非索償比率(假設為43%¹)和因附加保費而定的換算系數(假設為3%²)來調整總索償成本，以得出總標準保費收入。最後，再根據市場投保的規模和人口狀況調整推算出來的總標準保費收入，藉以推算出現時住院保險產品(普通病房級別)的平均標準保費。經推算所得的住院保險產品(普通病房級別)的平均標準保費為每人每年3,300元(按二零一二年的固定價格計算)。

3. 為統一起見，顧問採用了相同的精算模型來估算在醫保計劃情況下醫保「標準計劃」的平均標準保費。顧問沿用了基線情況下的某些假設，包括人口結構和投保率、非索償比率和按附加保費而定的換算系數方面的假設，因為這些假設不會因為現有的住院保險產品(普通病房級別)與擬議的醫保標準計劃在產品設計上的差異而受到重大影響。但部分參數(包括醫保計劃情況下的索償率、平均賬單金額以及索償額佔賬單金額的比率)使用的假設值，則須與基線情況不同，以反映不同產品設計的影響，而這些假設值的調整會對保費造成影響。各種因素相加起來後，醫保「標準計劃」的平均標準保費估計為每人每年3,600元(按二零一二年固定價格計算)，較基本情況下的基本保費3,300元增加9%。由於部分保費影響將因市場反應而出現較大差異，所以3,600元這個估計數額的可能變動幅度介乎-8%至+45%。下文更具體解釋各項主要因素對保費造成的影響。

4. 在新的保障架構下，醫保「標準計劃」的保障限額將稍低於現有償款住院保險產品(普通病房級別)的平均保障限額，以鼓勵現有保單持有人轉移保單和產品創新。因此，在醫保計劃情況下，顧問估計自付費用比率(即1 - 索償額佔賬單金額比率³)的假設值會由現時市場水平的平均27%調整至33%。

5. 承保投保前已有病症對保費的影響在於承保轉移至醫保計劃的保單持有人，而這些保單持有人的現有保單並不承保投保前已有病症。根據擬議的轉移安排，轉移至醫保計劃的受保人可選擇保留或剔除個別不承保項目，但如選擇剔除個別不承保項目，受保人可能要接

¹ 這個假設是根據顧問進行研究時所得的行業統計數據而作出。

² 指附加保費收入佔總保費收入的比例。這個比例是根據須支付附加保費的受保人的人口比例，以及市場收取附加保費的比率結構，而推算出來的。顧問在考慮健康狀況較差的投保人的發病風險和他們佔受保人口的比例後，假設換算系數為3%。

³ 總賬單金額包括自付費用和索償成本。因此，自付費用比率(即自付費用佔總賬單金額的比率)和索償額佔賬單金額比率(即索償成本佔總賬單金額的比率)相加等於100%。

受承保機構重新核保。如果有些轉移至醫保計劃的受保人選擇保留個別不承保項目，而有些承保機構對那些轉移至醫保計劃並選擇剔除個別不承保項目的受保人重新核保和收取附加保費，那麼標準保費便不會受到影響。不過，為審慎起見，顧問在精算過程中假定所有轉移至醫保計劃的受保人都選擇剔除個別不承保項目，而所有承保機構都豁免對剔除不承保項目的受保人重新核保，並增加標準保費以應付額外索償成本。換言之，額外索償成本會透過增加標準保費由所有受保人分擔。基於這點，顧問假設整體索償率平均增加約 5%，導致標準保費上升，而標準保費的增幅大致與整體索償率的增幅相若。

6. 關於保障範圍涵蓋化療／放射性治療這點，顧問在精算定價的過程中視這項保障為新的保障項目。我們知道一些現有的償款住院保險產品(普通病房級別)已就化療／放射性治療提供有限的保障。顧問估算這項保障對醫保計劃平均標準保費的影響為+8%。顧問也就使用醫保計劃保障接受癌症治療的受保人佔受保人口比例這項主要假設進行了敏感程度測試。在參考醫院管理局的相關數據和海外經驗後，顧問假設這個比例介乎 35%至 70%。

7. 顧問在評估承保先進診斷成像檢測這項新的保障項目對保費的影響時，同時參考了本地和海外經驗。與這項保障相關的 30%共同保險規定的影響亦已計算在內。由於大部分償款住院保險產品並沒有把這項保障訂為單獨的索償項目，因此顧問根據國際經驗就有關使用率及平均費用進行了敏感度測試，採用了經濟合作及發展組織(經合組織)、美國和澳洲的經驗。估計對保費的影響(在顧問採用的中等影響程度的情況下為+17%)的可能變動幅度介乎+5%(按澳洲較低的索償率計算)至+42%(按美國較高的索償率計算)。

8. 顧問在評估承保以非住院的套餐式收費提供內窺鏡檢查及結腸鏡檢查對保費的影響時，假設相關治療費用較以住院方式進行為低。顧問假設以非住院的套餐式收費提供的內窺鏡檢查及結腸鏡檢查的費用平均是住院方式的 30%。顧問假設在醫保計劃下，以非住院形式進行這些檢查的百分比，會由現時的 30%提高至 85%。上述省卻的成本可抵銷因較高索償率(醫保計劃承保非住院程序會導致需求上升)而增加的成本，以及因較高的索償額佔賬單金額比率(假設在醫保計劃下非住院程序的費用可獲全數賠償)而增加的成本。顧問在精算模型假設在醫保計劃下索償率會提高 35%，而索償額佔賬單金額的比率會由現時的 89%提高至 100%。顧問估算這項保障對醫保計劃平均標準保費的影響為-12%。

第(a)(ii)項:

- (ii) 立法會第 CB(2)412/13-14(01)號文件附件所載，醫保「標準計劃」的建議「最低要求」中每個組成部分對每名受保人的預計標準保費所造成的影響；

當局的回應

9. 在估計醫保「標準計劃」的標準保費時，顧問已評估醫保「標準計劃」的建議「最低要求」對價格的影響。有關評估嚴格遵守精算的專業標準，以確保所有由精算模型產生的估計保費在客觀程度和精確程度方面皆達到可接受的水平。經專業評估後，顧問認為有需要按基本精算原則，包括實質性、合理程度及重要程度，把估計的範圍限於對醫保「標準計劃」標準保費具有顯著及可量化影響的規定。至於其他規定，顧問認為其影響為不能量化及／或不顯著，並且整體而言其影響會互相抵銷。

10. 在 12 項擬議的「最低要求」中，顧問認為承保投保前已有病症、為住院及非住院手術、先進診斷成像檢測及非手術癌症治療提供保障，以及設有最低保障限額這些規定，都對醫保「標準計劃」的標準保費具有顯著及可量化的影響。立法會第 CB(2)1264/13-14(01)號文件的附件 A 載有預計這些規定的個別影響。至於其餘規定，顧問認為對醫保「標準計劃」的標準保費有影響，但有關影響是不能量化及／或不顯著的。該等規定包括更明確的支出預算、標準保單條款及條件、保費透明度、保證續保、保單「自由行」、不可設立「終身可獲保障總額上限」、必定承保及附加保費率設有上限，以及費用分擔限制。

11. 具體而言，顧問認為必定承保而附加保費率設有上限，不會對標準保費造成顯著的影響，因為其影響主要轉化為附加保費。承保機構可向高風險受保人收取附加保費，而如附加保費率被評定為相等於標準保費的兩倍或以上，承保機構可以把有關的高風險保單轉移至高風險池。因此，「一般風險池」和屬標準風險的受保人須支付的標準保費不受影響。至於保證續保的要求，顧問認為不把這項要求列入量化範圍內是可以接受的，因為相關的價格影響只會在長遠逐漸和逐步地反映出來，而屆時市場的改善和變化(例如在透明度較高的環境下的保費競爭或規模經濟效益)會使抵銷因素出現。此外，由於近年新推出的個人償款住院保險產品中，保證續保這項特點已日趨普遍，因此不把這項要求納入量化範圍是可以接受的。

12. 食物及衛生局接納及認為顧問對保費的估算合理。我們對現時市場上提供的產品進行了內部研究，結果顯示至少六間承保機構所提供的六款償款住院保險產品（普通病房級別）在產品設計上與醫保「標準計劃」大致相若。這六款產品的細節雖有不同，但其保障結構與醫保「標準計劃」相若，而在保障限額方面大多與醫保「標準計劃」無明顯分別。根據公開的標準保費表，這六款產品⁴的平均標準保費介乎每人每年 2,800 元至 3,500 元。這個保費範圍符合顧問估計的現有償款住院保險產品的基本保費。這個結果也支持顧問的觀點，即以現時的市場水平來說，醫保「標準計劃」的平均標準保費（估計為 3,600 元）並非屬於不能接受。

第(b)項一

根據立法會第 CB(2)2260/13-14(01) 號文件第 10 至 13 段所述，有關醫保「標準計劃」的標準保費在精算分析所計及的承保投保前已有病症的影響和每名高風險池成員的成本推算並不相同。當局表示，承保投保前已有病症對「標準計劃」標準保費的影響為+5%，而對每名高風險池成員成本的影響則是醫保計劃下標準風險人士的六倍。請舉例並以數字說明兩者的影響如何不同；以及

當局的回應

13. 一如立法會第 CB(2)2260/13-14(01) 號文件第 10 至 13 段所述，推算承保投保前已有病症對醫保「標準計劃」的標準保費和每名高風險池成員的成本涉及不同的概念。下文舉例並以數字⁵概括說明上述概念的不同之處。

14. 這個例子假設共有 100 名新參加醫保計劃的人士和 100 名轉移至醫保計劃的投保人投購承保機構提供的醫保「標準計劃」。為簡單起見，我們假設如這 200 名顧客(如被評定為屬於標準風險組別)的年齡一樣，並且繳付相同的標準保費(假設為每人每年 3,000 元)。

⁴ 為方便在同類型產品之間作比較，這六款用作比較的產品的標準保費，都以顧問採用的受保人年齡分布作加權，以取得其平均值。

⁵ 例子所採用的數字和假設純粹作說明用途，未必與顧問所制訂的精算定價模型相符。由於這個模型十分複雜，採用簡明的數字和假設有助更容易理解模型的計算方法和結構。

15. 為說明因建議的轉移安排而增加的 5% 標準保費，我們假設在這個例子中，有 10 名轉移至醫保計劃的投保人(即 100 名轉移至醫保計劃的投保人的 10%)在投保前已經患病，而有關病症並不在他們現有保單的承保範圍內。當轉移至醫保計劃時，他們全部選擇剔除這些不承保項目。如果承保機構重新核保所有 10 名轉移至醫保計劃的投保人，我們假設需要 30,000 元(即每名轉移至醫保計劃的投保人需要 3,000 元)的額外保費收入，才可抵銷額外的索償成本。換言之，這 10 名轉移至醫保計劃的投保人除繳付 3,000 元的標準保費外，須另付 3,000 元，即相等於 100% 的附加保費。由於額外的索償成本被 30,000 元的附加保費收入完全抵銷，因此標準保費不受影響。另一個可能情況是承保機構選擇豁免重新核保轉移至醫保計劃的個別投保人，而通過增加標準保費來抵銷額外的索償成本。這兩種情況都有可能發生，而承保機構會根據所有相關因素作出商業決定，包括消費者行為、承保機構自己的保險組合風險和市場競爭。為謹慎起見，顧問在估算醫保「標準計劃」的標準保費時，採用了後者的情況。在這個情況下，增加的標準保費為 150 元(=30,000 元/200 名顧客)，即相等於 3,000 元的 5%。

16. 為說明為何接受高風險人士投保(其保單會被轉移至高風險池)時，醫保「標準計劃」的標準保費不受影響，我們可以用同一例子說明。我們假設在 100 名新參加醫保計劃的人士中，有 30 名高風險人士，其發病風險為標準風險人士的六倍。由於發病風險很高，因此在所有個案中承保機構評估的附加保費率都超過 200% 的上限，而相關保單會被轉移至高風險池。由於附加保費率設有 200% 的上限，因此該 30 名高風險人士只需繳付標準保費的三倍費用，而總保費收入和總索償成本之間的差額則由公帑承擔。由於承保高風險投保人的索償成本可由他們的保費和政府向高風險池提供的資助承擔，因此其餘非高風險投保人(70 名新參加計劃的人士和 100 名轉移至醫保計劃的人士)須支付的標準保費不受影響。

第(c)項一

以公帑注資高風險池，令願意又有能力的個別高風險人士得到醫療保險保障，而非使用同一筆公帑資助這些人士在有需要時使用公共醫療服務，請提供數字闡釋這做法的成本效益。

當局的回應

17. 在評估以公帑注資高風險池的成本效益時，可參考立法會第CB(2)1264/13-14(01)號文件附錄B所載，有關二零一六年至二零二零年整個推算期內營運高風險池的總成本和政府在這方面開支的分析。分析顯示，如將必定承保的年齡上限(醫保計劃推行首年後)定於40歲，政府在二零一六年至二零二零年整個推算期內營運高風險池的預計開支為43億元(按二零一二年固定價格計算)。由於在同一推算期間營運高風險池的預計總營運成本(總索償成本是主要的部份)為178億元(按二零一二年固定價格計算)，所以公帑資助率約為這些高風險人士的總醫療開支(通過保險保障)的24%。由於有高風險池的安排，高風險人士可在私營界別接受治療。如沒有高風險池，該人士便須在公營醫療界別接受同一治療，而公營醫療服務的資助率(約97%)遠高於高風險池的資助率。如其他事項維持不變，並撇開保險可能會引致的需求，上述的分析顯示通過高風險池以公帑資助高風險投保人的數額，應遠低於高風險人士選擇使用公營醫療服務的情況下所享有的資助數額。

食物及衛生局

二零一四年十二月