

二零一三年十二月九日
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設計的詳細建議

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設計的最新建議。

醫保計劃的背景

2. 過去數十年，香港建立了高效優質的醫療系統，確保市民能夠獲得可負擔的醫療服務。然而，一如眾多先進經濟體系，我們的醫療系統面對不少重大挑戰：人口急速老化，與生活模式相關的疾病日漸增加，導致醫療需求不斷增長；醫療科技進步，市民期望醫療服務跟上科技的發展，令醫療成本持續上漲；醫療開支的升幅遠高於經濟增長的速度等；這種種挑戰都對我們的下一代造成日益沉重的負擔。面對這些挑戰，我們必須找出方法，維持醫療制度長遠的持續發展，並改善醫療制度的服務及質素。

3. 二零零五年七月，健康與醫療發展諮詢委員會發表了「創設健康未來」討論文件。該文件研究了我們的醫療制度，包括識別了醫療制度結構上的弱點：未夠重視全面的基層醫療；過度倚賴公營醫院系統；公私營醫療服務嚴重失衡，而不同醫療護理層面亦有欠連貫和配合。該文件就日後的醫療服務模式提出多項建議，獲得市民和有關各方的廣泛支持，並成為日後醫療改革的基礎。

第一階段公眾諮詢 – 《掌握健康 掌握人生》

4. 繼二零零五年的討論文件，政府在二零零八年三月發表題為《掌握健康 掌握人生》的諮詢文件，就醫療改革展開兩個階段的公眾諮詢。在二零零八年進行的第一階段公眾諮詢提出醫療服務改革建議，包括加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄互通，以及強化公共醫療安全網，以徵詢市民的意見。另外，政府又提出六個可行的輔助融資方案給公眾討論，包括提高公營醫療服務使用者需支付的費用、社會醫療保障、強制醫療儲蓄戶口、自願私人醫療保險、強制私人醫療保險和個人健康保險儲備(強制性儲蓄及保險)。

5. 諮詢工作在二零零八年六月結束。社會對推行服務改革有廣泛共識，但對於輔助融資方案則意見紛紜。市民普遍對以強制融資安排來維持醫療融資長遠持續發展的方案有所保留。較多人支持以自願私人醫療保險作為輔助醫療融資安排，認為此舉可讓市民自行選擇適合自己的醫療服務；至於由稅收資助的公營醫療系統則可繼續為全港市民提供安全網，讓他們獲得基本的醫療服務。

6. 同時，很多提交意見的人士／團體指出了他們認為現時市場上自願私人醫療保險的多項缺點，例如不承保投保前已有的病症、不保證續保、保障範圍不足、保險索償出現爭議等。在私營醫療服務方面，部分提交意見的人士／團體認為，由於收費透明度不足，以致他們未能明確預計私營醫療服務的收費和財政風險，令很多有能力負擔私營醫療服務的人士仍繼續倚賴公營醫療系統。

第二階段公眾諮詢 – 《醫保計劃 由我抉擇》

7. 有見及此，我們在二零一零年十月至二零一一年一月進行題為《醫保計劃 由我抉擇》的第二階段公眾諮詢，提出了醫保計劃方案。醫保計劃是由政府規管的自願私人醫療保險計劃。它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。醫保計劃可便利市民更廣泛採用私營醫療服務作為公營服務以外的選擇，從而讓公營系統更集中服務其目標範疇。在醫保計劃下，承保機構為投保人士所提供的醫療保險產品，其保障範圍及償付水平，應足以讓他們在有需要時使用普通病房等級的私營醫療服務。當局為醫保計劃產品建議多項主要特點，讓市民更易獲得私人

醫療保險保障，並提高私人醫療保險的質素和透明度，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病症；透過高風險池接受高風險人士投保；以及保險成本(包括索償及開支)須具透明度等。

8. 醫療改革第二階段公眾諮詢的結果顯示，社會普遍支持政府的醫療改革方向，即以強化公營醫療系統為核心，輔以一個具競爭力及健康發展的私營醫療界別。很多市民都認為擬議的醫保計劃為促進本港醫療系統的長遠可持續發展邁出正確一步。他們支持推出醫保計劃，以便為市民提供物有所值的選擇，並讓公營系統更集中服務其目標範疇，從而間接紓緩公營醫療系統的壓力。

現況

9. 醫保計劃並非解決本港醫療系統面臨的挑戰的全面方案，而是改善公私營醫療系統失衡的措施之一。其他措施包括公私營協作、電子健康記錄互通，以及發展公營及私營醫療設施。醫保計劃為那些願意而又有能力透過私人醫療保險負擔私營醫療服務的人士提供選擇，從而更充分地利用私營醫療界別的資源來滿足社會需要，尤其是一些較常見、而且可在私營界別進行的手術。

10. 政府在推行醫保計劃的同時，仍會繼續加強對公營醫療系統的承擔。公營醫療服務一直是、並將繼續作為本港醫療系統的基石和全港市民的醫療安全網。近年，政府大幅增加了在公營醫療方面的投資。二零一三至一四年度，政府在醫療及福利服務方面的每年經常開支達 490 億元，佔政府經常開支總額約 17%。就公營醫療設施而言，當局現正進行多項醫院重建或擴建計劃。將軍澳醫院擴建工程及明愛醫院第二期重建工程將分別於二零一三年及二零一四年完成。天水圍醫院和兒童專科卓越醫療中心的興建工程已在二零一三年開展。政府更作出龐大的公共投資，作出伸延至二零二零年或以後的長遠規劃，包括擴建基督教聯合醫院，並重建廣華醫院、瑪麗醫院和葵涌醫院。此外，政府現正向立法會申請一次過撥款 130 億元，讓醫院管理局在未來大約十年間落實各項改善工程。

11. 我們在健康與醫療發展諮詢委員會轄下成立了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，我們委託了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。

個人償款住院保險的「最低要求」

12. 正如當局在二零一三年六月四日舉行的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)所述，顧問考慮醫保計劃的目標、本地市場和海外經驗、醫保計劃的可持續性和可行性，以及與有關各方討論後，建議為市場上所有個人償款住院保險產品制訂「最低要求」。這些「最低要求」包括醫療改革第二階段公眾諮詢中，為保障消費者而建議的醫保計劃特點和規定(如上文第 7 段所述)。在「最低要求」模式下，在醫保計劃推出後，承保機構提供的所有個人償款住院保險產品，均須達到或高於「最低要求」。為確保消費者獲得基本的保障，我們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。為切合消費者的特定需要，在「標準計劃」的「最低要求」之上，承保機構可提供「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、門診服務等。

13. 為方便個人償款住院保險的保單持有人把現有保單轉移至符合「最低要求」的保單，我們建議規定承保機構在醫保計劃推出後的第一年期間，讓保單持有人選擇是否把現有保單轉移至符合或高於「最低要求」的保單。我們會採取明確精簡的安排，方便保單持有人順利轉移保單，並盡量減省行政工作。至於不想轉移至醫保計劃的保單持有人，只要其承保機構在適用的條件和條款下繼續管理該等保單，則保單持有人可在豁免安排下保留現有保單。不過，獲豁免的保單將不會享有任何日後提供的財政誘因。

「標準計劃」的「最低要求」

14. 下文載列了我們建議的「標準計劃」「最低要求」，有關要求可分為三類，分別是(甲)改善醫療保險的投購和延續性；(乙)提高保險保障的質素；以及(丙)增加透明度和明確性。我們將建議的「最低要求」臚列於附件的一覽表，以供參考。

(甲) 改善醫療保險的投購和延續性

(1) 保證續保

15. 我們建議以規定承保機構保證終身續保而無須重新核保為「最低要求」之一，以便為消費者提供終身保障。

(2) 不設「終身可獲保障總額上限」

16. 我們注意到，一些承保機構在某些醫療保險保單加入了「終身可獲保障總額上限」的規定。在該項規定下，一旦保單持有人的累計索償額達到終身保障總額上限，其保險保障便會終止。這樣會令保證續保的要求失去意義，因為保險保障能否延續下去，將決於過往的索償記錄，而非保單持有人有否繳付保費。此外，設定「終身可獲保障總額上限」可能會造成負面影響，令保單持有人因為擔心太早耗盡終身保障總額而未能及早年就醫。這樣不但會危害保單持有人的健康，甚至令他們因延醫而須負擔更沉重的醫療費用。因此，我們建議納入明文不設「終身可獲保障總額上限」為「最低要求」之一。

(3) 承保投保前已有病症

17. 我們建議規定承保機構須承保所有投保人投保前已有的病症，但償款會按以下等候期安排部分發還：

- (i) 第一年—不受保障
- (ii) 第二年—可獲 25% 償款
- (iii) 第三年—可獲 50% 償款
- (iv) 第四年及以後—可獲全部償款

(4) 必定承保及附加保費上限

(i) 必定承保

18. 我們建議規定提供「標準計劃」的承保機構須提供保證承保的安排：

- (i) 在推出醫保計劃首年內，必須接受所有年齡人士投保，附加保費的上限為標準保費的 200%；以及
- (ii) 由推出醫保計劃第二年開始，必須接受 40 歲或以下人士投保，附加保費的上限為標準保費的 200%。

19. 第一項建議的目的，是為年青時未有機會購買醫療保險的年長人士提供負擔得來的醫療保險。第二項建議則旨在鼓勵更多市民在年青和健康時購買醫療保險。如果沒有為必定承保訂立年齡限制，個別人士或會傾向延遲購買醫療保險，直至年齡漸長、健康狀況轉差時才投保。年青的保單持有人通常較健康，他們購買醫療保險時應可獲納入標準風險類別內。待他們年長時，即使健康情況有變，仍然可維持在同一風險類別而無須再接受核保。相反來說，保單持有人如在年長時才購買醫療保險，當時可能已患有病症，須繳付的保費會較標準風險類別所須繳付的為高，但如他／她在較早時已購買醫療保險，便可一直維持在標準風險類別內。

20. 我們認為將年齡上限訂為 40 歲是合適的，因為市民如擬購買醫療保險，在 40 歲前應有足夠機會投保。以澳洲為例，當局鼓勵保單持有人在 30 歲前投購私人醫療保險，在 30 歲後才開始購買私人醫療保險計劃的人士，必須繳交附加保費¹。

21. 至於選擇在 40 歲後購買醫療保險的人士，除了不能享有必定承保(即他們向承保機構申請醫療保險時可能被拒)及建議為「標準計劃」訂定的附加保費上限外，他們仍可受惠於我們為「標準計劃」建議的「最低要求」的其餘項目。

¹ 在澳洲，30 歲後才購買私人醫療保險的人士，須繳付附加保費。每延遲一年投保，須繳付基本保費的 2%作為附加保費，上限為基本保費的 70%。

(ii) 附加保費上限

22. 我們建議把附加保費上限訂為標準保費的兩倍，讓高風險人士能夠負擔保費。至於承保機構評定附加保費為標準保費兩倍或以上的保單，我們建議設立高風險池以承接這些保單。當局提交的另一份《為推行醫療保障計劃提供公帑支援》的文件，闡述了設立高風險池的建議詳情。

(5) 保單「自由行」

23. 原則上，我們認為應盡量讓保單持有人自由轉換承保機構(即無需重新核保)，從而為消費者提供更多選擇，促進承保機構之間的良性競爭。另一方面，我們必須防止承保機構為了建立或維持低風險組合，而利用自由轉換承保機構這項要求，犧牲保單持有人的利益。舉例來說，一名健康出現問題的保單持有人可能會因原本的承保機構不再為他提供滿意的服務而轉投另一家承保機構。容許保單「自由行」，也可能會增加社會負擔的整體成本，因為承保機構可能會收取較高的保費，以抵消在某些個案中，因轉換承保機構而帶來不能預測的風險。為解決這個問題，我們建議符合「最低要求」的產品的保單持有人，只要在轉換承保機構前緊接的三年內沒有提出任何索償，便可轉投其他承保機構的「標準計劃」而無需重新核保或重新計算等候期。

(乙) 提升保險保障的質素

(6) 承保住院及日間手術

24. 我們建議在「最低要求」下的承保範圍應包括：

- (i) 經診斷病情後所須的住院；以及
- (ii) 經診斷病情後須進行、而屬於清單上指定的日間手術，包括胃鏡檢查、結腸鏡檢查，以及一些較簡單的手術，如白內障切除手術和人工晶體植入手術。

25. 目前，市場上有部分償款住院保險產品只會為須住院的手術提供償款。因此，即使手術可以日間形式進行，病人也須住院，方可索償。這樣不但對病人構成不便，更浪費醫療資源。根據顧問研究，

約半數在私家醫院接受胃鏡檢查和結腸鏡檢查的投保人曾經住院。相比之下，在澳洲接受胃鏡檢查和結腸鏡檢查而須住院的個案則不足10%。承保指定的日間手術，有助免卻不必要的住院，同時使醫療服務更具成本效益，讓私營醫療界別善用資源，為真正有需要的病人提供住院護理服務。

(7) 承保先進診斷成像檢測及癌症治療

26. 我們建議在「最低要求」下的承保範圍應包括：

- (i) 經評估病情後須進行、而屬於清單上指定的先進診斷成像檢測，包括磁力共振掃描、電腦斷層掃描及正電子放射斷層掃描；病人須承擔指定比率(30%)的共同保險(請參閱第 29 段)，以遏止道德風險；以及
- (ii) 設有最高賠償額(如現時建議的每症每年 150,000 元)的癌症治理，包括化療、放射性治療、標靶治療及荷爾蒙治療。

(8) 最低保障限額

27. 我們建議訂定「標準計劃」的保障限額水平，為投保人提供入住中等價格私家醫院的普通病房的合理保障。

28. 我們建議監察醫保計劃的實施及運作的規管機構，應定期檢討及更新「標準計劃」的保障範圍及保障限額。

(9) 費用分擔限制

29. 讓保單持有人分擔費用的安排，例如共同保險和免賠額，可鼓勵市民明智地使用醫療服務。另一方面，我們留意到費用分擔安排可能會削弱醫療保險的吸引力，並影響保單持有人尋求必要治療的意慾。因此，我們建議原則上不應將費用分擔安排(免賠額或共同保險)納入「標準計劃」內。不過，與其他醫療服務如手術或藥物應用(例如化療)等相比，先進診斷成像檢測較易被濫用，因此我們建議為先進診斷成像檢測訂定固定的 30%共同保險。我們也建議就保單持有人分擔的任何費用(但不包括保單持有人因實際支出超過保單保障限額而須繳付的任何款額)訂立每年 30,000 元的上限。

(丙) 增加透明度及明確性

(10) 在使用醫療服務前有明確的支出預算

(i) 免繳付套餐／定額套餐安排

30. 為使消費者在使用醫療服務前有更清楚和明確的支出預算，我們建議引入在澳洲普遍使用的「免繳付套餐／定額套餐」安排。「定額」是指病人需要自付的住院費或醫生費。倘若保單持有人所進行的手術、所選擇的醫院和醫生都在承保機構與醫療服務提供者商定的清單上，保單持有人便可享有「免繳付套餐」（無須自付費用）或「定額套餐」（繳付預定數額的自付費用）。

31. 我們建議「標準計劃」須提供「免繳付套餐／定額套餐」安排。承保機構可規定有關安排只適用於商定清單上的手術、醫院／診所和醫生。在市場逐步調節後，我們預期「免繳付套餐／定額套餐」安排會一如澳洲的經驗所顯示而逐漸變得普及。澳洲在二零零零年引入「免繳付套餐／定額套餐」的相關規定前，只有約 50%的住院醫療服務以「免繳付」方式提供。在二零一二年，已約有 90%的住院醫療服務以「免繳付」方式提供。現時，當地的承保機構均以「免繳付套餐／定額套餐」安排來招徠顧客。

32. 「免繳付套餐／定額套餐」與套餐式收費相若，方便保單持有人在使用醫療服務前可預計自付費用數額(如有)，以便有明確的支出預算。保單持有人仍可自由選擇「免繳付套餐／定額套餐」清單以外的醫院或醫生。承保機構會按實際開支和收費，對比保單所列的保障限額來計算保險賠償，而保單持有人可能須繳付自付費用。在這情況下，保單持有人仍可從下述的「服務預算同意書」安排得知明確的支出預算。

(ii) 服務預算同意書

33. 為使消費者有更明確的預算，我們建議病人在入住私家醫院時或之前，如已得悉所患的確切病症，則應獲告知所須進行的醫療檢查程序、或自選的非緊急治療手術／程序的預算費用總額。院方應以標準表格向病人提供一份列明預算費用總額的書面報價(即服務預算同意書)，當中包括分項列明的預算醫生費和住院費。承保機構也須

在同一份表格上列明有關手術／程序的償款額，以及預計病人根據現有保險的保障範圍而須自付的費用。

34. 我們留意到，在某些情況下可能需要豁免服務預算同意書這項要求，例如緊急或危及性命的情況。此外，醫生或不能根據某些病徵(例如腹痛)臨床斷定所患的確切疾病，因而未能提供將要進行的手術／程序的預算費用。在這些情況下，我們建議醫生在報價表上說明及解釋為何未能提供報價。如預算費用有任何重大修訂(例如因出現預料不到的併發症而有所改變)，院方應在切實可行的情況下，盡快通知病人預算費用改變的原因，以及最新的預算費用。

(11) 劃一保單條款及條件

35. 我們建議規定承保機構採用劃一的保單條款、保單條件和相關定義，即提供「標準計劃」的承保機構必須採用同一套保單條款及條件，以便消費者清楚了解有關條款，盡量減少日後因條款詮釋而引起爭議。

(12) 保費的透明度

36. 為提高市場透明度和推動競爭，我們建議承保機構應公開提供按年齡分級的保費表，供消費者參考。我們又建議在規管機構下設立方便使用的平台(例如網站)，上載市場上不同承保機構提供的「標準計劃」資訊，包括保費表，方便消費者比較不同承保機構提供的「標準計劃」，並推動市場為消費者提供物有所值的產品和服務。

團體償款住院保險安排

37. 長遠而言，團體償款住院保險產品應符合個人償款住院保險產品的「最低要求」，以便為消費者提供更佳保障。由於購買醫保計劃下的醫療保險屬自願性質，我們認為必須鼓勵僱主維持或購買團體償款住院保險以保障僱員。團體保險市場與個人保險市場截然不同，因為雖然僱員才是團體醫療保險保障的直接受惠者，但保險保障的成本由僱主而非僱員承擔。我們也留意到，由於有些僱主受預算所限，市面上部分計劃在承保範圍和保障限額方面都只能提供有限度的保障。如規定所有團體償款住院保險產品都須符合「最低要求」，一些

僱主可能會因為未能負擔提供更周全保障和符合規定的保險產品，而終止購買醫療保險。

38. 考慮上文所述後，我們建議團體償款住院保險產品不應受個人償款住院保險產品的「最低要求」所規管。儘管如此，我們建議就團體償款住院保險產品採取下述安排，以便為消費者提供更佳保障。

轉換選項

39. 我們建議要求承保機構在提供團體償款住院保險產品時，須向僱主提供具有額外「轉換選項」的團體償款住院保險產品，以供僱主選擇。如僱主決定投購具有「轉換選項」的團體償款住院保險產品，則受該等團體計劃保障的僱員，可在離職時選擇使用「轉換選項」，便可在無須重新核保的情況下，以標準保費轉移至個人「標準計劃」，但在緊接轉移至個人「標準計劃」之前，有關僱員必須已受僱滿一年。「轉換選項」有助確保僱員在老年時可持續獲得醫療保險保障。與投購一份獨立的個人「標準計劃」比較，「轉換選項」的好處是僱員轉移至個人「標準計劃」時，無需進行重新核保，也不需要為了在退休或離職後獲得持續和負擔得來的保險保障，而預先投購個人「標準計劃」。

自願補充計劃

40. 我們也建議承保機構可以團體保單的形式，向受團體償款住院保險保障、而有意自行付費在團體計劃之上投購額外保障的個別成員，提供自願性質的補充計劃。團體計劃連同自願補充計劃所提供的保險保障水平，應達個人「標準計劃」保險的保障水平。

道德風險和基層醫療參與的重要性

41. 醫保計劃旨在為有能力及願意透過私人醫療保險使用私營醫療服務的人士提供選擇，尤其是那些在公營醫院進行較常見手術的人士，故此醫保計劃的設計以包含住院服務為主。儘管如此，我們明白基層醫療可發揮重要作用，以確保醫療資源可審慎地用於真正有需要的人士身上。除了第 29 段所述「最低要求」下的費用分擔安排建議外，讓基層醫療服務提供者有適當程度的參與，也可有效減低醫保計劃下因道德風險而引致的私營醫療服務用量。事實上，有效的基層醫

療服務往往可改善市民的健康、減低他們接受較昂貴醫療服務(特別是專科和住院服務)的需要，同時有助確保市民獲得連貫和協調的醫護服務。

42. 我們會與基層醫療服務提供者和有關各方共同研究如何令基層醫療在推行醫保計劃時發揮更大的作用。如醫療資源的運用更具成效，醫療保險的索償成本便可受到較佳控制，從而有助監察保費水平和控制醫療成本。

未來路向

43. 顧問在考慮各方的意見和建議後，現正為醫保計劃制訂最終的詳細建議。醫保計劃工作小組在考慮顧問的建議、醫保計劃諮詢小組和各方的意見後，會在本年底就醫保計劃提交建議。當局會在二零一四年上半年就推行醫保計劃的詳細建議諮詢公眾。

徵詢意見

44. 請委員察悉本文件的內容，並發表意見。

食物及衛生局

二零一三年十二月

「標準計劃」的建議「最低要求」

(甲) 保險的投購和延續性	
(1) 保證續保	<ul style="list-style-type: none"> 保證終身續保；不得在續保時重新核保
(2) 不設「終身可獲保障總額上限」	<ul style="list-style-type: none"> 不得為保單持有人設立「終身可獲保障總額上限」
(3) 承保投保前已有病症	<ul style="list-style-type: none"> 為投保前已有的病症提供保障，但須設等候期： <ul style="list-style-type: none"> 第一年 — 不受保障 第二年 — 可獲 25% 的償款 第三年 — 可獲 50% 的償款 第四年及以後 — 可獲全部償款
(4) 必定承保及附加保費上限	<ul style="list-style-type: none"> 保證接受下列人士投保： <ul style="list-style-type: none"> 在推行醫保計劃首年：所有年齡的人士 在醫保計劃推出的第二年起：40 歲或以下人士 附加保費上限為標準保費的 200%
(5) 保單「自由行」	<ul style="list-style-type: none"> 如在轉換保單前緊接的三年內並沒有提出索償，則在轉換承保機構時可豁免重新核保
(乙) 保險保障的質素	
(6) 承保住院及日間手術	<ul style="list-style-type: none"> 承保範圍必須包括須住院及進行訂明的日間手術的病情
(7) 承保先進診斷成像檢測及癌症治療	<ul style="list-style-type: none"> 承保範圍必須包括訂明先進診斷成像檢測(須繳付 30% 的共同保險)；以及設有最高賠償額的癌症治理(包括化療、放射治療、標靶治療和荷爾蒙治療)

(8) 最低保障限額	<ul style="list-style-type: none"> 保障限額須為訂定的水平
(9) 費用分擔限制	<ul style="list-style-type: none"> 不設免賠額及共同保險，但指定的先進診斷成像檢測的固定 30% 共同保險除外 就保單持有人分擔的任何費用設定每年 30,000 元的上限(但不包括保單持有人因實際支出超過其保單保障限額而須繳付的任何款額)
(C) 透明度及明確性	
(10) 更明確的支出預算	<ul style="list-style-type: none"> 免繳付套餐／定額套餐安排 服務預算同意書
(11) 劃一的保單條款及條件	<ul style="list-style-type: none"> 盡量減少因對條款及條件有不同詮釋而引起的爭議
(12) 保費透明度	<ul style="list-style-type: none"> 按年齡分級且具透明度的保費架構 透過方便使用的平台(例如網站)，提供具透明度的保費資料，以供消費者參考