

立法會衛生事務委員會

有關醫療融資的研究及 在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性

目的

政府最近完成了一項有關醫療融資的初步研究。本文件旨在向委員匯報我們初步研究所得的主要結果。

背景

2. 有關香港醫療融資政策的公眾討論可追溯到一九九三年，當時政府曾發表一份《促進健康諮詢文件》（俗稱《彩虹文件》）。這份文件強調有需要改革醫護制度，並提供五個可行的補救方案，包括按百分率資助方法、目標對象方法、協調式自願投保方法、強制式綜合投保方法和編定治療次序方法等。鑑於沒有一個方案或其組合可以獲得市民的廣泛支持，因此當局在諮詢期完結後決定維持現狀。

3. 一九九七年年底，政府委託哈佛大學的公共衛生學院研究香港的醫護制度，並建議替代方案，以改善融資和醫護服務。哈佛顧問在一九九九年四月公布研究報告，指出香港的醫護制度在財政上能否長遠維持下去，是一大疑問。研究報告建議設立聯合保健計劃（一個以風險分擔概念為本的強制性社會保險計劃），分散患嚴重疾病的市民所承受的財政負擔，並倚賴病人分擔高昂的醫療費用作為需求管理工具，以維持計劃的財政能力。當時，聯合保健計劃的建議並不受到市民歡迎，因為他們認為該類社會保險計劃過份倚重年輕一代的稅款以補貼長者的醫護服務費用。此外，鑑於香港人口日趨老化，年青人口的比例不斷下降，實施聯合保健計劃會對下一代造成極大的經濟壓力。

4. 在考慮過往諮詢工作的結果後，政府在二零零零年十二月出版的《醫護改革諮詢文件》中提出了三個策略方針，以應付我們醫護制度在財政上能否長遠持續的問題。這三個方針是(i)控制成本，提高生產力；(ii)改革公營醫護服務的收費制度，以便把政府的資助更妥善地投放於有需要的人士；及(iii)進行研究，評估在本港引入「頤康保障戶口」概念的可行性。在概念上，頤康保障戶口是一個強制性的醫療儲蓄計劃，市民須在就業期間，每月把某個百分比的收入存入指定個人戶口，累積下來的存款會用以協助他們支付退休後的醫療費用。至於那些只有微薄積蓄，或因經常患病而耗盡積蓄的病人，他們仍可藉政府設立的安全網得到援助(《醫護改革諮詢文件》中有關頤康保障戶口建議的詳情見附件 A)。社會人士對頤康保障戶口的概念反應不一，但對政府提出進一步研究這個概念的可行性，則表示廣泛支持。

5. 在上述背景下，當局成立了一個研究小組，成員包括醫生、流行病學專家、精算師、經濟學家、統計師和社會科學家。他們分別來自本港各大學、衛生福利及食物局、醫院管理局(醫管局)和衛生署。研究小組的工作是要更深入探討在本港推行頤康保障戶口的可行性。最近，該小組已完成有關各種醫療融資來源的初步研究，並且對在本港推行醫療儲蓄計劃在經濟上是否可行作出評估。

研究架構和方法

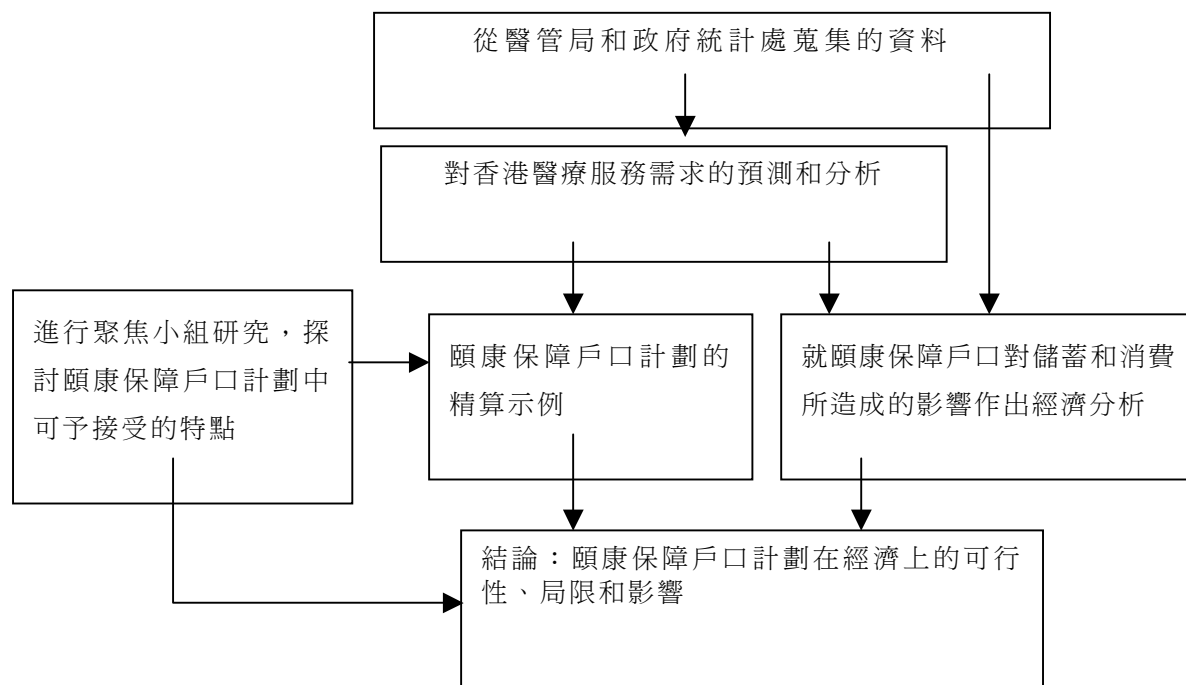
6. 研究小組所進行的研究，可分為以下六個主要部分：

- 醫療融資來源的比較分析；
- 香港儲蓄行為的統計分析；
- 香港市民使用醫療服務的決定因素和未來預測；
- 公眾對醫療儲蓄計劃的意見；
- 頤康保障戶口的精算示例；及
- 分析頤康保障戶口對本港經濟可能帶來的影響。

7. 在上述研究中所參考的統計資料，主要來自醫管局歷年的臨牀數據，以及政府統計處在二零零二年發表的一項主題性住戶統計調查；該調查涵蓋的資料，包括全港所有陸上居民的社會人口特徵、市民對自己健康狀況的看法、使用醫護服務的情況、醫療福利和承保

範圍等。圖 1 表示這次研究的組織架構，以及各研究部分之間的關係。

圖 1：研究的組織架構



主要研究結果摘要

8. 下文簡述各研究部分的主要研究結果。

醫療融資來源的比較分析

9. 國際公認的醫護服務融資來源主要有四種，分別是：(i)一般課稅；(ii)社會醫療保險；(iii)私人醫療保險；以及(iv)個人開支。現把這四種經費來源的主要特點比較分析如下：

- (a) 一般課稅：從宏觀經濟的角度來看，一般課稅是極具效益的融資來源，因為這種方式不但將政府的額外行政開支減至最少，還可使政府有強大的誘因和能力控制醫療開支。此外，以一般課稅來資助醫護服務，亦可讓所有市民，不論是否有付款能力，都可獲得服務。不過，過分依賴一般

課稅，可導致醫護制度在遇到經濟和財政困難時出現問題，還會減少使用者對醫護服務的社會成本的警覺。

- (b) 社會醫療保險：在這種制度下，社會上所有或部分市民均須按照法例，對社會醫療保險作出供款；供款額通常是按市民收入的若干百分比來徵收。僱員及僱主雙方通常會依政府或法定機構的規定來分擔供款。然而，雙方的供款分擔比例在不同的國家有很大的差別。所得供款會集中放入指定的社會保險基金或疾病基金，供所有市民共享。德國、法國及日本的醫護制度，就是主要從這類計劃獲得經費來源。有學者認為這類基金的徵收層面較一般課稅為窄，同時提供很少誘因令服務使用者了解服務所需的成本，以致未能善用資源。不過，由於人口老化、醫療成本飆升，以及不少這類社會保險基金持續出現虧損，一些原來依賴社會醫療保險作為主要經費來源的國家，正逐步改革本身的醫療融資制度。
- (c) 私人醫療保險：私人醫療保險通常由個人或僱主代僱員購買。在大部分國家，醫療保險通常是中產或收入較高人士按其特別醫療需要而購買的。不過，亦有一些國家(例如美國)，國內大部分人口是依賴私人保險作為唯一的醫療保障。在這種制度下，市民個人所獲得的醫療服務，將取決於他們能購買的保險額。供款額除視乎他們的付款能力外，亦視乎承保人對投保人健康狀況的評估。
- (d) 個人開支：這是由實際使用醫護服務的人士直接支付費用。南韓和中國內地的醫護制度就是主要由此獲得經費來源。這類經費來源所依據的分擔成本理念，可鼓勵市民以負責任的態度使用醫護服務，同時讓政府以最合適的方式把公帑投放於有真正需要的病人和服務上。不過，亦有意見指出，分擔額若然過高會令人減低求診的意欲，或促使他們尋找其他收費較低廉的服務。

10. 最近，開始有一種新的個人開支方式(即醫療儲蓄戶口)，成為醫療融資的中介來源。簡單來說，醫療儲蓄戶口是以個人名義開立的戶口，戶口持有人定期把若干比例的收入作為供款存入戶口，留

待支付退休後的醫療開支。醫療儲蓄戶口是一個較新的概念，目前只有新加坡在全國實施，而美國、中國內地和南非正推行一些試驗計劃(通常屬自願形式)。醫療儲蓄戶口本身與其他儲蓄戶口相似，而且不包含保險成分(因並沒有風險分擔的元素)，但戶口的存款只能作醫療用途。為保障已耗盡儲蓄戶口存款或患有重病／長期病的人士，醫療儲蓄戶口通常會配合一個安全網制度一併實施。

11. 我們亦曾比較香港與其他五個東亞地區(日本、南韓、中國內地、台灣和新加坡)的醫療融資模式。調查的主要結果載於表 1 和表 2。

表 1：選定地區的人均生產總值、個人入息稅額和醫護開支的比例(二零零一年數字)

地區	人均生產 總值 ¹ (美元)	最高個人 入息稅率 ²	醫護開支 ³		
			佔本地生產總值 的百分率	公共資源 (佔總額百分率)	私人資源 (佔總額百分率)
香港	24,850	17.0%	4.6	53.8	46.2
日本	25,130	50.0%	8.0	77.9	22.1
南韓	15,090	36.0%	6.0	44.4	55.6
中國內地	4,020	45.0%	5.5	37.2	62.8
台灣	17,200	40.0%	5.9	66.1	33.9
新加坡	22,680	28.0%	3.9	33.5	66.5

註：

1. 資料摘自聯合國計劃開發署發表的《2003 年人類發展報告》所載的購買力對等調整數字(台灣除外)。
2. 包括中央和地區政府的稅額和其他特別稅項。
3. 資料摘自世界衛生組織發表的《2003 年世界衛生報告》(香港和台灣除外)。香港的數字摘自一九九九年發表的《哈佛報告》內的《本地醫療衛生總開支帳目特別報告》。台灣的數字則摘自台灣中央醫療保險局的政府預算及決算。

表 2：選定地區按經費來源分類的醫護開支比例¹ (二零零一年數字)

地區	一般稅收	社會健康保險	私人健康保險	個人開支	其他非官方來源 ²
香港	53.8%	-	1.6%	37.6%	7.0%
日本	12.8%	65.1%	0.3%	16.6%	5.2%
南韓	10.1%	34.3%	9.6%	41.3%	4.7%
中國內地	18.3%	18.9%	0.3%	59.9%	2.6%
台灣	8.7%	57.3%	-	30.0%	4.0%
新加坡	25.3%	8.2%	-	64.5%	2.0%

註：

1. 資料摘自世界衛生組織發表的《2003 年世界衛生報告》(香港和台灣除外)。香港的數字摘自一九九九年發表的《哈佛報告》內的《本地醫療衛生總開支帳目特別報告》。台灣的數字則摘自台灣中央醫療保險局的政府預算及決算。
2. 其他非官方來源包括提供免費或以特惠價出售的健康用品或服務的非牟利機構，以及向僱員直接提供醫療福利的公司。

12. 從以上兩表，我們得出了以下主要觀點：

- 所有被我們研究的經濟體系的醫療系統，均採用多於一個來源的混合融資模式，而不會只限於一個財政來源。
- 香港主要是依賴一般稅收為經費來源。日本和台灣則以社會醫療保險為主要經費來源；至於南韓、中國內地和新加坡，則主要靠個人開支。
- 六個經濟體系中，以香港的個人入息稅率為最低。縱使如此，本港醫護制度的大部分資助仍來自公帑(在其醫護總開支中，超過一半以上是由公帑支付)。無論如何，若比較世界各地的主要健康指標，香港醫護制度的表現無疑居於世界前列。
- 日本的醫護總開支，有 77.9%由公帑支付，中國內地則只有 37.2%由公帑支付。香港的醫護開支(53.8%)則介乎兩者之間。

13. 新加坡是全球第一個實施全民醫療儲蓄計劃的經濟體系。其經驗對我們評估在香港推行類似制度的可行性十分有幫助。新加坡

的醫療儲蓄制度（稱為「保健儲蓄」）始設於一九八四年。在這個制度下，「保健儲蓄」戶口屬於一個更廣泛的融資架構。這個架構通過一個跨界別重病風險分擔制度（稱為「保健雙全計劃」，在一九九零年起推行），和一個為收入較低人士而設，受益人須通過經濟審查的安全網（稱為「保健基金」，在一九九三年起推行），來支援醫療儲蓄戶口。政府則向公營機構撥款，以支援這三層計劃（「保健儲蓄」、「健保雙全計劃」及「保健基金」）。關於新加坡經驗的詳情可參閱附件 B。

香港儲蓄行為的統計分析

14. 在這項研究中，我們分析了個人儲蓄率與入息和年齡等多項因素之間的關係。

15. 我們的研究顯示，香港在職人士的儲蓄率中位數（即將個人儲蓄除以經扣減強制性公積金（強積金）供款後的個人入息）約為**10.5%**（請參閱表 3）。此外，我們也注意到，收入較高人士的儲蓄率比收入較低人士為高。值得注意的是，月入少於**5,000**元人士的儲蓄率中位數剛好是零。這個結果表示，若推行醫療儲蓄計劃，我們有必要審慎研究這羣收入較低人士應否被豁免參與。

表 3：每月收入與儲蓄比率的關係

每月收入(已扣減強積金供款)	儲蓄率中位數
5,000 元以下	0.0%
5,000 至 19,999 元	7.5%
20,000 元以上	24.5%
整體平均數字	10.5%

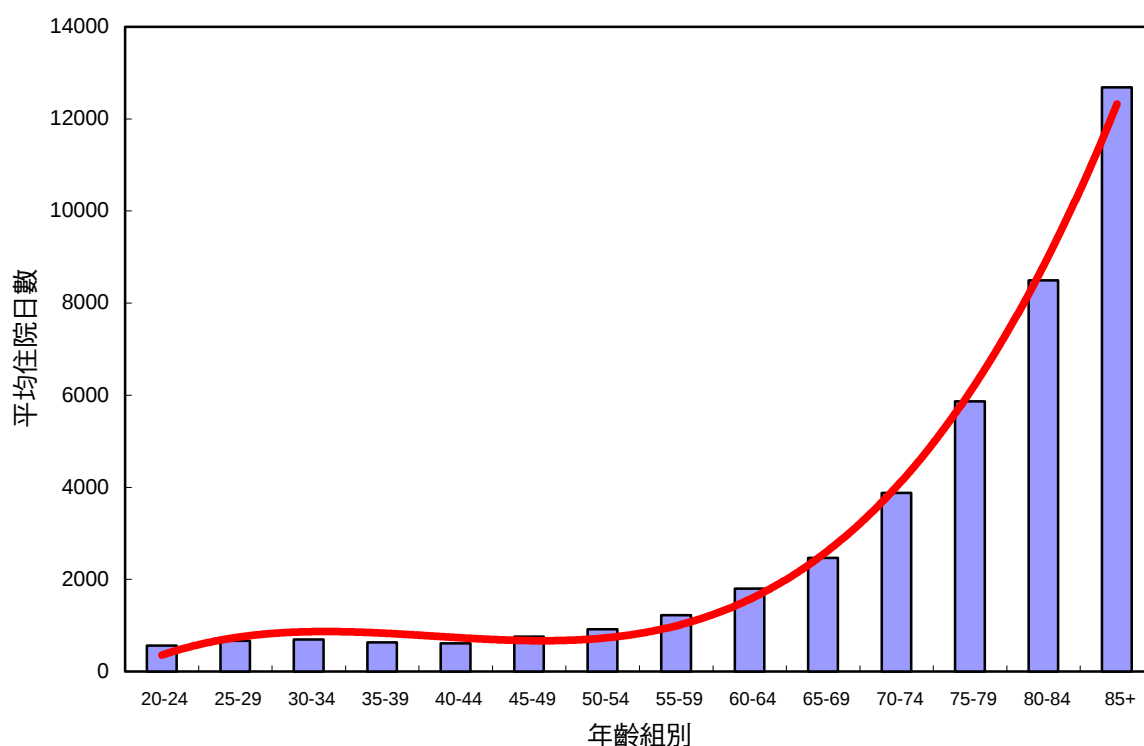
16. 這次調查的另一項主要結果，就是發現較年青者的儲蓄傾向一般比起較年長者為高。舉例來說，**20 至 29**歲人士的儲蓄比率中位數為最高，達**14.3%**。儲蓄比率中位數隨年齡逐步下降，到**50 至 64**歲的組別只有**7.0%**。這顯示如果要引入醫療儲蓄計劃，便應在人們較年青時開始供款，以提高其負擔能力和減低計劃對儲蓄及消費所造成的影響。本文件稍後部分討論的頤康保障戶口精算分析亦確認了這個結論（見第**33 至 40**段）。

香港市民使用醫療服務的決定因素和未來預測

17. 在研究中，我們分析了使用醫護服務和若干變數的關係，例如病人年齡、病人是否患有長期疾病及醫療保險的承保範圍。我們亦預測了一名普通香港市民在退休後，住院和門診護理的使用率。

18. 圖 2 顯示平均住院日數和病人年齡之間的關係(按醫管局二零零二年的數據)。較年長者的整體醫院使用率明顯比起較年青者高很多，使用率更由 60 至 64 歲組別開始飆升。

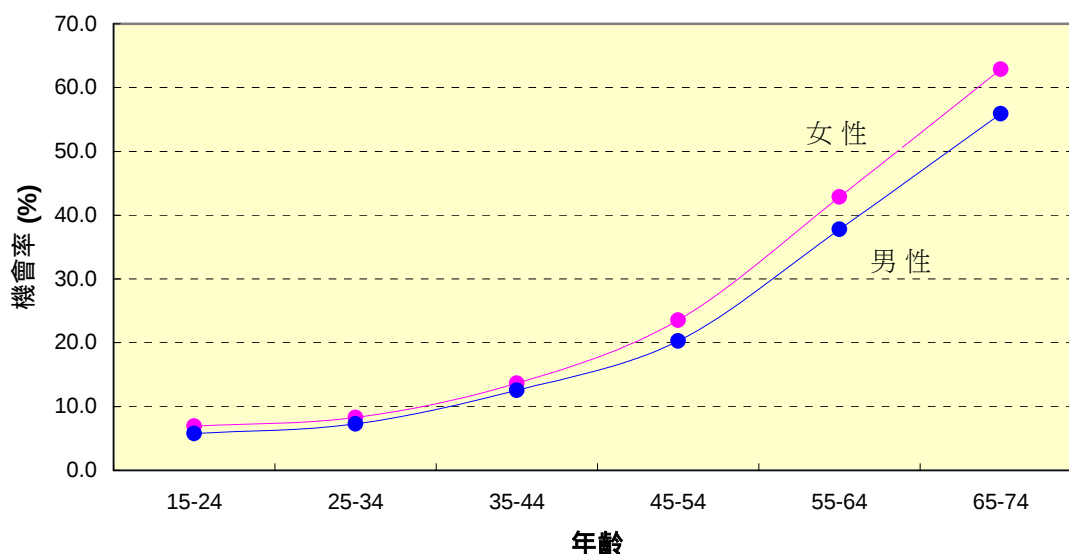
圖 2：每個年齡組別中每 1 000 人的平均病牀日數(2002)



19. 研究亦顯示，75 歲及以上人士使用醫院的整體比率較 15 至 24 歲人士高 80%。此外，較年長者亦較常使用公營醫療服務。

20. 與沒有患上長期疾病的人士比較，長期病患者會傾向使用較多醫院護理服務的假設，在這次研究中亦獲得證實和量化。平均來說，長期病患者使用醫護服務的次數，是沒有患病人士的 3 倍。此外，慢性疾病的機會率隨年齡上升。舉例來說，70 歲的人士患慢性疾病的機會率，比 20 歲的人士高 5 倍多（請參閱圖 3）。

圖 3：患上長期疾病的機會率



21. 我們利用精密的或然率模型及過往使用率的數據，預測到不同年齡組別人士在餘下壽命中使用醫護服務的數量。為了解本地市民退休後的普遍醫護需要，我們揀選了現時為 65 至 69 歲的年齡組別作為參考指標，並預測他們在未來 20 年的住院和門診服務使用率。預測的主要結果載於表 4。

表 4：年齡介乎 65 至 69 歲人士在未來 20 年的預測整體醫護服務使用率

		使用率 平均數	使用率較低 的人士 (註 1)	使用率較高 的人士 (註 2)	使用率最高的 人士 (註 3)
住院	男	86 日	≤ 19 日	≥ 122 日	≥ 181 日
	女	91 日	≤ 14 日	≥ 124 日	≥ 186 日
門診	男	190 次	≤ 80 次	≥ 318 次	≥ 349 次
	女	263 次	≤ 125 次	≥ 392 次	≥ 415 次

註 1：界定為使用率最低的 20%組別

註 2：界定為使用率最高的 20%組別

註 3：界定為使用率最高的 10%組別

22. 如表 4 所示，現時 65 至 69 歲的人士，在未來 20 年使用住院服務的平均使用量為男性 86 日，女性 91 日。不過，各人的實際使用量會有極大差異，以最高使用量人士來說，他們住院日數會較平均使用者高出超過一倍（即男性 181 日，女性 186 日），而低使用量的人只會佔平均使用者的大約五分之一（即男性 19 日，女性 14

日)。門診服務亦會出現類似情況，現時 65 至 69 歲的人士，在未來 20 年使用門診服務的平均使用量為男性 190 次，女性 263 次。不過，最高使用量的男性和女性的實際使用率會較上述平均數分別高 84% 和 58%。此外，我們的資料亦顯示，最高使用量的 10% 人士（以使用率計算）會佔整體醫護服務使用量的大約 40%。

23. 通過上述分析，我們證實長者往往使用較多的醫護服務，而他們也比年青者較大可能受長期疾病影響。我們亦量化了由年輕到年老階段在使用率上的激增。因此，市民應否在就業期間就已撥出特定供款作為儲蓄，以應付退休後的醫療開支，是一個值得深思的問題。

24. 我們亦在研究中發現了另一個現象；就是購有醫療保險的人士比沒有購買這類保險的人士使用更多的醫護服務。數據顯示，購有醫療保險的人士對公營醫院的需求比沒有購買保險的人士平均來說高 47%。此外，購有醫療保險的人士使用私家醫院服務的比率亦較沒有購買保險的人士平均高 84%。我們在制訂香港未來的醫護服務融資安排時，需考慮這個現象。

公眾對醫療儲蓄計劃的意見

25. 研究小組在二零零三年三月進行了一項聚焦小組研究，以了解公眾對醫療儲蓄計劃的看法，並確定公眾關注計劃中哪些元素。聚焦小組是一種常用的研究手法；研究對象會分成若干小組，就特定議題進行非正式討論，讓他們在自由輕鬆和毫無壓力的環境中暢所欲言，發表意見。從聚焦小組研究收集到的意見可轉化為十分有用的資料，除有助了解研究對象對有關議題的看法外，亦可得悉以前沒有預見的問題和日後可進行研究的方向。

26. 至於我們的聚焦小組研究，參加者是根據針對性的抽樣方法選出，以確保他們的組成能夠和香港人口的組成盡量相似。抽樣採用的主要準則包括性別、教育程度和就業情況等。參加者共分成六組，他們在專責研究人員的主持下，進行了 100 分鐘高度集中的專題討論。

27. 一般來說，贊成醫療儲蓄計劃的人士了解政府日後也許無法長期維持目前對醫護服務的巨額津貼，因此市民應預留一些儲蓄，應付退休後的醫療需要。亦有人認為醫療儲蓄計劃這概念符合用者自付的原則。但是，有人則擔心醫療儲蓄計劃可能會與強積金計劃重疊，並且關注這計劃會增加中產階級的負擔。至於一些收入較低的參加者，則擔心推行醫療儲蓄計劃會影響他們享用公共醫護服務的權利。

28. 我們又注意到收入較低（個人每月收入為 1 萬元或以下）的參加者往往較能接受醫療儲蓄計劃的概念。這或許反映他們的期望，認為醫療儲蓄計劃能令他們儲起較多金錢，從而獲得較佳的醫療保障。

29. 較年長（40 歲或以上）的參加者普遍較支持醫療儲蓄計劃。這可能是因為部分較年長的參加者已體驗過慢性疾病的問題，而較年青的參加者則認為退休是一件太遙遠的事。

30. 此外，參加者亦就一些有助增加醫療儲蓄計劃吸引力的元素提出寶貴意見，例如：

- **盡早開始供款**：大多數參加者預計，假如在 40 歲才開始儲蓄，累積存款將不足以支付退休後的醫療開支。因此，市民應在就業後便立即開始向計劃供款。
- **豁免供款**：大多數參加者建議，只規定在職人士向計劃供款。此外，月入少於 5,000 元的人士應獲豁免供款。
- **靈活的涵蓋範圍**：許多參加者建議應准許市民較靈活地運用醫療儲蓄，同時自由選擇醫療機構（公營和私營），以及可購買較多種類的服務和產品。
- **戶口上限**：收入較高的參加者一般認為醫療儲蓄戶口應設立存款上限，收入較低的參加者則認為是否設立上限對他們一般並無影響。
- **繼承權**：許多參加者認為醫療儲蓄應視作個人資產。假如他們在去世前尚未用盡這筆儲蓄，則餘款應轉給家人或指定人士。

- **稅務寬免**：中等收入和收入較高的參加者均關注在計算稅項時，是否可扣除他們的醫療儲蓄供款。
- **自選危疾醫療保險**：許多參加者認為醫療儲蓄計劃如包括保險成分，會更有吸引力。他們特別認為採用像新加坡的「健保雙全計劃」那種自願性質的嚴重傷病醫療保障，會較為可取。
- **投資回報**：大部分收入較高的參加者建議，醫療儲蓄應有良好的投資策略和可供選擇的投資計劃，而收入較低的參加者則多半期望從醫療儲蓄收取適量的利息。

31. 在專題小組討論中，參加者又提到計劃不應包括下列元素：

- **強制把配偶列入保障範圍**：很多參加者認為這措施並不可取，並認為應讓他們自行選擇是否把沒有工作的配偶列入戶口保障範圍。
- **強制僱主供款**：幾乎所有參加者都認為要僱主供款的構思不切實際，因為他們相信僱主會設法把負擔轉嫁給僱員。
- **退休後的危疾醫療保險**：參加者不贊成這構思，因為他們認為長者很難在私營市場以合理的價錢購買這類保險。

32. 此外，參加者亦就下列與醫療儲蓄計劃的實施和行政事宜有關的事項表達意見：—

- **實施時間**：差不多所有參加者都認為，在經濟表現疲弱的情況下推行醫療儲蓄計劃並不可行。此外，多位參加者（特別是收入較低人士）仍在適應強積金計劃。因此，他們不會歡迎在不久將來推行醫療儲蓄計劃。
- **簡單行政機制**：很多參加者關注醫療儲蓄計劃的運作效率，例如究竟發還款項程序會否快捷簡單；又例如在失業這類特殊情況下，能否即時暫停供款等。
- **管理戶口**：許多參加者都建議指派一個特定機構負責醫療儲蓄的管理和投資，並由政府嚴密監管。同時，他們提出可能須支付行政費用的問題。
- **必須提供誘因**：雖然大部分參加者都表示有能力向醫療儲蓄計劃供款，但不希望供款屬強制性質。因此，政府需要

向供款人展示計劃的好處或在計劃內加入鼓勵供款的措施。

- **公眾教育**：如要推行醫療儲蓄計劃，政府必須教育公眾，尤其是年青一代，讓他們認識自己日後的醫護需要和有關的財政影響（尤其是特別為醫療作出儲蓄的好處），以便未雨綢繆。

頤康保障戶口計劃的精算示例

33. 我們進行了精算分析，以評估頤康保障戶口計劃對協助退休人士支付醫療開支所能發揮的作用。《醫護改革諮詢文件》中有關頤康保障戶口計劃的擬議特點，以及二零零三年三月進行聚焦小組研究蒐集得來的意見，有助釐定進行精算分析所需的多項主要變數，例如：供款率、開始供款年齡、戶口存款上限、收回成本比率。

34. 在模擬示例中，每名在職人士會經歷兩個階段（即累積階段和支出階段）。累積階段涵蓋該人把儲蓄存入頤康保障戶口的就業年期，而支出階段則涵蓋該人從戶口提取累積存款以支付醫療開支的退休後年期。

35. 若我們假設供款率定為 2%，政府就住院和門診服務收回醫護服務成本的比率則分別定為 10%和 30%，精算結果預計，在 20 至 29 歲和 30 至 39 歲便開始供款的這兩個年齡組別中，戶口錄得正數結餘（即戶口內的儲蓄足以應付退休後所有醫療開支）的比率會十分高，達 90%（20 至 29 歲組別）至 82%（30 至 39 歲組別）（請參閱表 5）。這個比率會在 40 至 49 歲和 50 至 64 歲這兩個年齡組別分別大幅下降至 59%和 22%。這是因為首次推行頤康保障戶口時，有相當多的供款人都已屆中年，積存期的長度並不足以讓他們積存足夠的儲蓄，應付退休後的醫療開支。因此，在評估頤康保障戶口計劃的全面效益時，較宜把焦點集中於較年青者。

表 5：醫療儲蓄足以支付退休後醫療費用的供款人比率

開始供款年齡	每月收入	頤康保障戶口 有順差的百分比 (%)	順差戶口的平均盈餘
20 至 29	5,000 元至 9,999 元 10,000 元至 19,999 元 20,000 元或以上 整體	83.0% 95.3% 96.6% 90.3%	128,000 元 226,400 元 252,600 元 192,200 元
30 至 39	5,000 元至 9,999 元 10,000 元至 19,999 元 20,000 元或以上 整體	53.7% 86.9% 93.5% 81.8%	54,900 元 128,000 元 162,600 元 130,900 元
40 至 49	5,000 元至 9,999 元 10,000 元至 19,999 元 20,000 元或以上 整體	26.8% 35.6% 81.7% 58.6%	26,600 元 61,800 元 86,000 元 67,200 元
50 至 64	5,000 元至 9,999 元 10,000 元至 19,999 元 20,000 元或以上 整體	7.5% 26.2% 44.7% 22.2%	11,200 元 23,900 元 34,500 元 26,900 元

36. 至於頤康保障戶口會出現負數結餘的供款人，並不意味他們在年屆 65 歲退休時便會即時耗盡戶口內的款項。如表 6 所示，他們的戶口仍平均可以正數結餘，直至年屆 75.0 歲（如在 50 至 64 歲期間開始供款）至 86.4 歲（如在 20 至 29 歲期間開始供款）。

表 6：耗盡戶口款項的平均年齡（不適用於戶口最終有正數結餘的供款人）

開始供款年齡	戶口出現負數結餘的平均年齡
20 至 29	86.4
30 至 39	84.6
40 至 49	81.1
50 至 64	75.0

37. 因此，在第 35 段所述的假設個案中，縱使累積的頤康保障戶口存款未必能支付個別人士退休後的全數醫療開支，他們仍可以在耗盡戶口存款前的一段時間內獲得戶口存款所提供的支援和保障。此外，政府的整體原則是市民不會因經濟拮据而得不到適當的醫療護理服務，所以即使有市民耗盡了戶口內的存款，又沒有其他積蓄繳付其醫療開支，他們仍會受到政府醫療收費減免機制的保障，獲得適當的醫療護理服務。

38. 為說明在沒有頤康保障戶口，又或個人在就業期間並無預留特定儲蓄額作醫療開支的情況下，可能需要耗用多少退休儲蓄來支付醫療開支，我們計算了一般人在退休後會按用者自付方式支付醫療費用總額。我們亦計算了使用公共醫護服務最多（以求診次數計）的首 10% 人士會支付的醫療費用。計算結果載於表 7。簡單來說，款額會視乎個人現時的年齡而因人而異，例如現時年齡屬 20 至 29 歲這個組別的人士，平均須從退休儲蓄中耗用 183,100 元來支付全數醫療開支。不過，如屬首 10% 的使用者(以求診次數計)，其醫療開支總額就會大增至 357,400 元。

表 7：在沒有頤康保障戶口的情況下，退休後以用者自付方式支付醫療開支的總額

現時年齡	退休後平均醫療開支	如屬首 10% 使用者的醫療開支總額
20-29	183,100 元	357,400 元
30-39	162,900 元	319,100 元
40-49	142,900 元	281,200 元
50-64	122,700 元	243,700 元

39. 我們亦進行了另外兩項精算分析，以評估更改供款率和收回成本比率的潛在影響。在第一次模擬情況中，我們把供款率由 2% 減至 1%，但結果顯示，降低供款率將大大影響有足夠儲蓄支付退休後醫療開支的供款人比率。在第二次模擬情況中，我們把住院服務的收回成本比率由 10% 增至 15%，結果顯示，雖然醫療儲蓄最終出現正數結餘的比率會隨之減少，但比起第一種模擬情況影響會較小。兩種模擬情況的詳情載於附件 C。

40. 這次精算研究所得的結論是，頤康保障戶口計劃可為大部分供款人，尤其是在就業初期便開始供款的人士預留足夠的款項，支付退休後的醫療開支。即使戶口內的儲蓄不足以支付退休後的全部醫療開支，也可以應付一段頗長的時間，為供款人提供支援和保障。

分析頤康保障戶口對本港經濟可能帶來的影響

41. 我們運用儲蓄行為和精算示例兩項研究所得的數據，分析在香港實施頤康保障戶口計劃可能對經濟造成的影響。

42. 假設頤康保障戶口的供款率定為 2%，我們藉「邊際儲蓄傾向」的分析技巧，估計計劃對個人消費開支的影響，只會佔個人收入約 1.4%。此外，我們亦藉獨立動態模式的經濟模擬技巧，評估頤康保障戶口計劃可能帶來的影響。結果亦顯示，如供款率定於個人收入的 2% 水平，計劃可能導致的消費開支減幅不會太大（低於 1.8%）。如供款率定於 1.5%，消費開支的減幅更會進一步降低至少於 1%。上述兩項分析均顯示，實施頤康保障戶口計劃應不會對本港經濟造成任何重大影響。此外，由於頤康保障戶口內的累積存款會再投資在其他經濟活動，頤康保障戶口計劃實際上有助創造職位，從而促進社會經濟增長。

43. 我們的分析也發現，較年青者（20 至 34 歲）的儲蓄傾向比起較年長者（35 歲及以上）為高。整體來說，他們把扣除強積金供款後的入息儲存起來的傾向比率預計為 31%。這點進一步確證我們較早前的研究結果：在香港推行醫療儲蓄計劃是可行的，而亦應在從事工作後盡早開始供款。

44. 我們亦已把香港現行的醫護制度與實行了醫療儲蓄計劃的假設制度作一比較。一般來說，我們認為如果保留現行的醫療收費減免機制，則在香港推行醫療儲蓄計劃應不會削弱本港醫護制度的現有優勢。值得注意的是，這項計劃不會有礙社會上三個弱勢社羣（即低收入人士、長期病患者和收入微薄或資產甚少的年長病人）獲得醫護服務。此外，有關計劃也不會影響本港醫護制度現有的效率和服務彈性與質素。

未來路向

45. 本港的醫護體制能否在財政上長遠維持下去，一向是政府和市民共同關注的重要課題。我們會繼續採取短期和中期措施來解決有關問題，包括在公共醫護架構推行嚴格的控制成本措施，並且繼續檢討該架構的收費制度，以確保最有需要的病人和服務優先獲得所需資源。

46. 研究小組初步進行的研究，有助我們更了解各醫療融資來源的利弊。研究顯示並無單一的最理想融資來源組合，能滿足每一個經濟體系的需要，而每個經濟體系須衡量本身的情況（例如醫護服務獲得津貼的水平、稅率、經濟發展和人口趨勢等），以求取適當的解決辦法。

47. 研究亦顯示在香港推行醫療儲蓄計劃是可行的。不過，我們需要細心研究醫療儲蓄計劃在我們的醫療融資安排方面所能扮演的角色，計劃如何配合其他融資措施，以及計劃的詳細設計。我們會考慮在聚焦小組研究中得到的回應，以及有關界別和市民的其他意見。我們特別留意到有意見認為香港在經濟不景時，不應推行醫療儲蓄計劃。我們亦會繼續與私人保險行業進行討論，研究能否提供可提升計劃靈活性和吸引力的新保險產品。

48. 通過這項初步研究，我們希望引發市民就醫療融資的問題作出更多討論。由於此項課題十分複雜，加上新的融資安排對本港社會和經濟都可能帶來深遠的影響，我們需要時間作進一步研究，以便制訂既可以長遠維持下去，又對所有市民都公平和不妨礙他們使用服務的新融資方案。這些方案應不但能制定最適合香港的融資組合，還會處理資助對象、控制成本措施、公營和私營醫護機構合作等問題。無論如何，我們會堅守奉行多年的原則，不會使到市民因經濟困難而得不到適當的醫療照顧。我們會聽取社會各界的意見，並待新方案有更詳盡的資料時，再次諮詢立法會、各有關界別和公眾。

衛生福利及食物局

二零零四年六月

《醫護改革諮詢文件》中有關頤康保障戶口的概念

(註：下文是政府在二零零零年十二月發表的諮詢文件第 119 和 120 段的複本)

建議

119. 爲了減輕下一代的負擔，以及應付公營醫護服務的長遠開支，我們建議引入頤康保障戶口，透過醫療儲蓄，作爲開闢醫療經費來源的主要途徑。這項計劃應具備以下特點：

- (a) 每名市民從 40 歲開始，直至 64 歲，必須把大約 1 至 2% 的收入存入個人戶口，用以支付本人和配偶將來的醫療開支。在儲蓄期間，戶口內的存款會用作投資，以賺取回報。
- (b) 除非供款人患上殘疾，他們通常必須年滿 65 歲，才可開始提取供款，用以支付公營或私營醫療和牙科服務的費用，或向私營保險公司購買醫療和牙科保險。
- (c) 供款人如選擇私營醫護服務，他從累積供款的戶口中仍只能提取相當於公營醫護服務收費的金額，差額須由供款人自行透過其他經濟來源支付或利用其自行購買的私人保險支付。
- (d) 在供款人去世時，戶口的結餘會轉交供款人的遺屬。

120. 引入頤康保障戶口的目的，是使退休人士有能力支付低廉的公營醫療費用，而無須把負擔轉嫁給下一代。爲使供款額可低至人人都能負擔，我們建議供款人須到 65 歲才可提取供款，而且只可獲發還相當於公營醫護服務收費的金額。對那些選擇到私營醫護機構就醫的病人來說，這筆儲蓄也有助於減輕負擔。我們估計，實施該計劃後，按本港醫護服務的平均使用率計算，每一對來自中位數入息家庭的夫婦，一般在有生之年都能負擔公營醫護服務的收費。至於那些只有微薄積蓄，或因經常患病而耗盡積蓄的病人，則仍可憑着政府所提供的第二重保障，得到援助。

新加坡醫療融資制度簡介

新加坡是全球第一個實施全民醫療儲蓄計劃的經濟體系。她的醫療儲蓄制度（稱為「保健儲蓄」）始設於一九八四年。在這個制度下，「保健儲蓄」戶口屬於一個更廣泛的融資架構。這個架構通過一個跨界別重病風險分擔制度（稱為「保健雙全計劃」，在一九九零年起推行），和一個為收入較低人士而設，受益人須通過經濟審查的安全網（稱為「保健基金」，在一九九三年起推行），來支援醫療儲蓄戶口。政府則向公營機構撥款，以支援這三層計劃（「保健儲蓄」、「健保雙全計劃」及「保健基金」）。

2. 保健儲蓄供款是新加坡強制性中央公積金的重要一環；中央公積金的資金來自相等於工資四成的強制性薪俸稅，稅款則由僱主和僱員平均分擔，其中 6%至 8%撥入有關人員的保健儲蓄戶口。這些供款在計算入息稅時可予扣除、可賺取利息，並且最多可累積至 19,000 新加坡元(約 86,800 港元)。從戶口提取的款項，可用以支付戶口持有人及其直系親屬的醫療費用，但不包括兩類重要的醫療費用：非住院護理服務和已界定的住院開支上限。向健保雙全計劃提出的申索須受以下限制：偏高的每年可扣除款額(1,000 新加坡元 — 約 4,600 港元)、20%的共同付款，以及每個保險單年度 2 萬新加坡元(約 91,400 港元)和一生 8 萬新加坡元(約 365,600 港元)的申索限額。至於無力支付政府醫院帳單的病人，最後則可申領保健基金。

3. 新加坡的制度已由原來採用課稅為本的全國醫療服務模式，改為採用由課稅和儲蓄組成的混合模式，輔以只為重病而設的有限度保險。這制度使公營醫療機構繼續在提供基本醫療服務方面擔當主導地位，同時還限定保險只適用於「可獲保障的」開支（即可能性低但成本高的項目）。因此，國家為真正有需要人士提供最後的支援途徑，而希望一般市民和家庭作出承擔，就越來越昂貴的醫護服務分擔更多成本，藉以鼓勵他們自力更生。

衛生福利及食物局

二零零四年六月

頤康保障戶口的其他模擬精算方式

除了本文件第 33 至 38 段所述的基本精算模式(假設供款率為 2%，公營醫院住院服務成本收回率則為 10%)之外，我們也進行了另外兩項模擬精算，評估不同的供款率和成本收回率可能帶來的效益。本附件載述這兩個其他模式的主要精算結果。

示例 1：

基本假設： 供款率 = 1%
公營醫院住院服務成本收回率 = 10%

表 1：有足夠儲蓄應付退休後醫療開支的供款人比例

開始供款年齡	每月收入	頤康保障戶口有順差的百分比 (%)	順差戶口的平均盈餘
20 至 29	5,000 至 9,999 元	42.7%	45,100 元
	10,000 至 19,999 元	68.3%	75,000 元
	20,000 元或以上	73.8%	81,700 元
	整體	58.3%	66,900 元
30 至 39	5,000 至 9,999 元	18.6%	21,900 元
	10,000 至 19,999 元	48.5%	44,300 元
	20,000 元或以上	60.7%	53,500 元
	整體	46.0%	46,500 元
40 至 49	5,000 至 9,999 元	7.6%	11,700 元
	10,000 至 19,999 元	26.8%	24,000 元
	20,000 元或以上	40.0%	30,200 元
	整體	24.9%	25,900 元
50 至 64	5,000 至 9,999 元	1.9%	4,900 元
	10,000 至 19,999 元	7.9%	10,200 元
	20,000 元或以上	14.9%	14,200 元
	整體	6.8%	11,500 元

示例 2：

基本假設： 供款率 = 2%

公營醫院住院服務成本收回率 = 15%

表 2：有足夠儲蓄以應付退休後醫療開支的供款人比例

開始供款年齡	每月收入	頤康保障戶口 有順差的百分比 (%)	順差戶口的平均盈餘
20 至 29	5,000 至 9,999 元	72.0%	119,600 元
	10,000 至 19,999 元	89.7%	205,700 元
	20,000 元或以上	92.5%	227,600 元
	整體	82.7%	177,500 元
30 至 39	5,000 至 9,999 元	43.0%	53,300 元
	10,000 至 19,999 元	76.8%	118,700 元
	20,000 元或以上	85.8%	148,000 元
	整體	72.4%	122,000 元
40 至 49	5,000 至 9,999 元	20.9%	26,800 元
	10,000 至 19,999 元	53.9%	59,300 元
	20,000 元或以上	70.1%	80,200 元
	整體	48.7%	64,300 元
50 至 64	5,000 至 9,999 元	6.0%	11,300 元
	10,000 至 19,999 元	20.5%	23,900 元
	20,000 元或以上	35.0%	34,100 元
	整體	17.4%	26,600 元

衛生福利及食物局

二零零四年六月