

# 香港特別行政區立法會

---

## 衛生事務委員會 代表團

於2006年7月27日至28日  
進行職務訪問

研究新加坡醫療服務融資模式  
的報告

---

## 目錄

章次		頁次
1	引言	1 – 2
2	新加坡醫療體系概覽	3 – 4
3	新加坡的醫療融資制度	5 – 11
4	公營及私營醫院	12 – 13
5	觀察所得	14 – 16

## 附錄

I	訪問行程
II	代表團會晤的政府官員及代表名單
III	訪問期間取得的參考資料

## 第1章 —— 引言

### 報告目的

1.1 立法會衛生事務委員會代表團於2006年7月27日及28日訪問新加坡，研究該國醫療服務的融資模式。本報告闡述代表團的主要研究結果及觀察所得。

### 背景

1.2 衛生事務委員會的職責是監察及研究與醫療衛生事宜有關的政府政策及公眾關注的事項。

1.3 政府曾發表多份有關醫療改革的諮詢文件，包括不同的醫療融資方案。行政長官在2005年1月12日發表施政報告時公布，將會重組醫療衛生諮詢架構，以便就長遠的醫療衛生政策和持續融資，向政府提供意見。繼作出此項公布後，健康與醫療發展諮詢委員會(下稱“諮詢委員會”)在2005年3月重組，負責檢討及發展公營和私營醫療模式，以及建議長遠的醫療融資方案，以確保香港的醫療體系在人口老化及醫療費用不斷增加的種種挑戰下，能持續發展。

1.4 諮詢委員會在2005年7月19日發表題為《創設健康未來》的討論文件，就香港日後的醫療服務模式提出一系列建議，徵詢公眾意見。諮詢委員會在其文件最後一章列明，下一步的工作是就各項可行的融資方案進行討論，並會在2005年年底／2006年年初就這方面提出建議。由於政府當局尚未就此議題向衛生事務委員會匯報，故委員促請政府當局即時展開融資方案的研究，並盡早訂出清晰的時間表。

1.5 為協助委員考慮各項醫療融資方案，委員同意衛生事務委員會應訪問新加坡，以研究該國醫療儲蓄戶口制度的營運，並參觀一些公營和私營醫院，以及與有關的團體進行討論。事務委員會亦同意，所有非事務委員會委員的議員均可參加是次訪問活動。

1.6 事務委員會於2006年7月7日獲內務委員會批准，前往新加坡進行訪問。

### 代表團成員

1.7 代表團包括以下議員 ——

郭家麒議員(事務委員會主席兼代表團團長)  
李國麟議員, JP (事務委員會副主席)  
李華明議員, JP  
方剛議員, JP  
黃容根議員, JP

1.8 高級議會秘書(2)8蘇美利小姐陪同代表團出訪。

## 訪問行程

1.9 代表團在2006年7月27日及28日訪問新加坡。在訪問期間，代表團曾聽取衛生部(Ministry of Health)及大東方人壽保險有限公司(Great Eastern Life Assurance Co Ltd)的講解，並曾訪問兩間公營醫院，即新加坡中央醫院(Singapore General Hospital)及亞歷山大醫院(Alexandra Hospital)，以及一間私營醫院，萊佛士醫院(Raffles Hospital)。代表團亦曾拜會新港國會友好委員會。

1.10 訪問行程的進一步詳情載於**附錄I**。代表團會晤的政府官員及代表的名單載於**附錄II**。訪問期間取得的參考資料一覽表載於**附錄III**。

## 第2章 —— 新加坡醫療體系概覽

### 總覽

2.1 衛生部全面負責制訂醫療政策和規管各項醫療服務。

### 醫療服務體系

2.2 在新加坡，80%的住院護理服務及20%的基層護理服務由公營醫療機構提供，其餘由私營醫療機構提供，而社區護理服務則全由私營醫療機構透過志願福利團體提供。兩間公營機構，國立健保集團和新加坡保健服務，各自統籌一個醫療服務機構網絡，為各自的地區提供服務。

2.3 在公營醫院，病人可選擇入住不同等級的病房，包括由只有1張病床的病房至有6張或以上病床的開敞式病房。按各病房等級所提供的資助如下 ——

- (i) A級(1至2張床)病房的資助為0%；
- (ii) B1級(3至4張床)病房的資助為20%；
- (iii) B2級(6張床)病房的資助為65%；及
- (iv) C級(多於6張床)病房的資助為80%。

在2004年，入住各級病房的病人在扣除資助後需繳付的平均費用如下：A級病房為3,246坡元；B1級病房為2,448坡元；B2級病房為1,054坡元；以及C級病房為786坡元。公營醫療服務中的急症護理和社區護理由一般稅收資助。

2.4 為確保資助只發放予有需要的人，該國在2000年制訂入息審查。就社區護理提供的資助會根據病人的每月家庭人均收入分級如下 ——

<u>每月家庭人均收入</u>	<u>資助率</u>
0至300坡元	75%
301至700坡元	50%
701至1,000坡元	25%
超過1,000坡元	0%

2.5 基層醫療服務由分科門診診所和私人執業醫生診所提供。病人須悉數支付基層醫療服務的費用，或如他們已參加承保範圍包括基層醫療服務的保險計劃，則只須支付部分費用。

2.6 藥費通常已包括在醫療費用及收費內。因此，病人支付醫院或醫生的費用時，已同時支付藥費。

## 醫療開支

2.7 2005年新加坡的名義本地生產總值為1,940億坡元，其中約3.8%用於醫療開支。國民人均醫療開支為每名新加坡居民2,126坡元。

## 醫療融資哲學

2.8 新加坡醫療服務體系的融資哲學以個人責任及社會支援為基礎。病人須分擔其部分醫療費用，若要求較高水平的服務，便須支付較高費用。同時，政府亦會提供資助，讓國民可負擔基本醫療服務。

2.9 現時，政府醫療開支佔全國醫療開支的27.4%，僱主資助的醫療計劃佔30%，保健儲蓄(Medisave)佔8.8%，“醫療保障計劃”(MediShield)佔1.9%，而實付的款項則佔31.9%。

## 醫療融資架構

2.10 為協助新加坡人支付醫療開支，該國制訂了一個由以下各項組成的混合醫療融資架構 ——

- (i) 政府補助：政府透過補助公營醫院提供的醫療服務及社區護理設施所作出的撥款；
- (ii) 保健儲蓄：於1984年推出的個人儲蓄計劃，目的是讓病人為其醫療費用作儲蓄；
- (iii) “醫療保障計劃”：於1990年推出的保險計劃，目的是保障病人可支付大額的醫療費用，同時減少人們需要因為危疾(可能性較低但醫藥費高昂)而過度儲蓄；及
- (iv) “醫療基金”(Medifund)：於1993年設立並為貧窮人士提供安全網的信託基金，現時的結餘為11億坡元，目標是增至20億坡元。

## 醫護人手

2.11 新加坡現時約有6 292名醫生，醫生與人口的比例是1:670；48%的醫生在私營醫療機構執業。約有35%的醫生是具備醫學深造學位並曾接受高級專科訓練的專科醫生。該國共有1 183名牙醫，牙醫與人口的比例為1:3 454；約有77%的牙醫在私營醫療機構執業。護士與人口的比例為1:220，在18 763名護士中，有55%在公營醫療機構工作。

### 第3章 —— 新加坡的醫療融資制度

#### 訪問行程

3.1 代表團曾訪問衛生部，並聽取該部簡介新加坡的醫療融資制度。代表團亦曾到訪大東方人壽保險有限公司(5間提供保健儲蓄認可綜合保險的私營保險公司之一)，就“醫療保障計劃”下的綜合私人醫療保險計劃(Integrated Private Medical Insurance Scheme)交換意見。



向衛生部規劃及發展署署長兼醫療融資署署長 Yee Ping Yi先生致送紀念品



向大東方人壽保險有限公司主管(企業傳訊)Boon-Gek Mudelier女士致送紀念品

## 保健儲蓄

3.2 保健儲蓄是1984年4月推出的強制性儲蓄計劃，用以協助新加坡人儲備足夠金錢應付住院開支，特別是年老時的住院開支。在該項計劃下，所有僱員均須把月薪的6%至8%(視乎年齡組別而定)存入個人保健儲蓄戶口，作為供款。

3.3 保健儲蓄主要用於住院開支，亦可用作支付社區護理服務和若干高昂的門診開支。在2006年，衛生部推出新措施，容許病人利用保健儲蓄分擔門診診所提供的慢性疾病(包括糖尿病、高血壓、血脂失調和中風)治療計劃的費用。

3.4 保健儲蓄存款可用作支付戶口持有人及其直系親屬的醫療帳單。

### 保健儲蓄的供款

3.5 中央公積金管理局是法定機構，負責徵集中央公積金供款，以及把所徵集的供款按照有關比例記入相應的保健儲蓄戶口。下表載列2006年中央公積金的供款率和各分支戶口獲分配供款的比例 ——

僱員 年齡 (歲)	僱主 供款額 (佔薪金的 比例) %	僱員 供款額 (佔薪金的 比例) %	供款總額 (佔薪金的 比例) %	記入		
				普通戶口 %	特別戶口 %	保健儲蓄 戶口 %
35或以下	13	20	33	22	5	6
36至45				20	6	7
46至50				18	7	8
51至55	9	18				
56至60	6	12.5	18.5	10.5	0	8.5
61至65	3.5	7.5	11	2.5		
66或以上		5	8.5	0		

3.6 2006年，中央公積金個人供款的月薪上限為4,500坡元。收入高於上限的新加坡人無須就超出上限的收入向公積金供款。下表載列2006年中央公積金的個人最高供款額和各分支戶口獲分配的供款 ——



僱員年齡 (歲)	僱主的最高供款額	僱員的最高供款額	最高供款總額	記入		
				普通戶口	特別戶口	保健儲蓄戶口
35或以下	585坡元 (2,779港元)	900坡元 (4,275港元)	1,485坡元 (7,054港元)	990坡元 (4,702港元)	225坡元 (1,069港元)	270坡元 (1,283港元)
36至45				900坡元 (4,275港元)	270坡元 (1,283港元)	315坡元 (1,496港元)
46至50				810坡元 (3,848港元)	315坡元 (1,496港元)	360坡元 (1,710港元)
51至55	405坡元 (1,924港元)	810坡元 (3,847港元)	1,215坡元 (5,771港元)	540坡元 (2,565港元)		
56至60	270坡元 (1,282港元)	562.5坡元 (2,672港元)	832.5坡元 (3,954港元)	472.5坡元 (2,244港元)	0坡元 (0港元)	382.5坡元 (1,817港元)
61至65	157.5坡元 (748港元)	337.5坡元 (1,603港元)	495坡元 (2,351港元)	112.5坡元 (534港元)		
66或以上		225坡元 (1,069港元)	382.5坡元 (1,817港元)	0坡元 (0港元)		

3.7 除了僱員和僱主共同作出的強制性供款外，僱員亦可選擇向其中央公積金戶口作自願性供款，自願性供款繼而會記入各分支戶口。不過，強制性和自願性供款的總額不可超過每年供款額上限，就2006年而言，該上限為25,245坡元。

3.8 僱主亦可選擇透過“保健儲蓄額外供款計劃”(Additional Medisave Contribution Scheme)為僱員的保健儲蓄戶口繳付更多供款，以獎勵僱員。在這項自願性計劃下，僱主可決定額外供款的安排和為哪些僱員繳付額外供款。僱主為每名僱員繳付的額外供款以每年1,500坡元為上限。

3.9 任何自僱人士賺得的收入若高於某個金額(目前是每年6,000坡元)，亦須向其保健儲蓄戶口作出供款。保健儲蓄的最高供款額以每年收入60,000坡元為上限。

3.10 政府可向保健儲蓄提供現金資助，稱為“補足資助”。政府通常會在年度預算案中宣布發放“補足資助”。

3.11 保健儲蓄存款可按當時的中央公積金利率賺取利息。該筆存款和所賺得並仍存放於保健儲蓄戶口內的利息均可扣稅。

#### 保健儲蓄的供款上限

3.12 當局就保健儲蓄戶口的累積存款額，即戶口持有人於退休前可保留在戶口內的最高存款額，設定供款上限。超出該上限的存款會流入普通戶口，讓成員可靈活運用作住屋、教育及投資用途。2006年的保健儲蓄供款上限為32,500坡元。

## 提取保健儲蓄存款

3.13 中央公積金成員可動用其保健儲蓄存款支付本身及其直系親屬入住新加坡任何醫院的住院開支，但就住院費用提取存款的上限為每天400坡元，而就外科手術可提取存款的金額則介乎150至5,000坡元。每10名新加坡人中，有9人會利用保健儲蓄支付醫院帳單。

3.14 衛生部告知代表團，該國有需要訂立保健儲蓄的提款上限，以確保成員的保健儲蓄存款可保留作應付未來的醫療需要，特別是年老時的醫療需要。該等限額一般應足以支付入住B2級和C級病房所招致的大部分開支。然而，病人如入住私營醫院或公營醫院的A級和B1級病房，則通常需要自掏腰包，以現金支付超出提款上限的醫療費用。

3.15 當中央公積金成員年屆55歲時，便可提取保健儲蓄戶口的存款，但戶口內須最少保留27,500坡元或保健儲蓄戶口的實際結餘(以金額較低者為準)。

## **“醫療保障計劃”**

3.16 “醫療保障計劃”是在1990年設立的低保費危疾醫療保險計劃，由中央公積金管理局營辦，用以協助新加坡人支付公營醫院較低等級病房(即B2/C級病房)的大額住院費用。

3.17 在2005年，中央公積金管理局加強了“醫療保障計劃”，藉着增加賠付額和提高80至85歲保單持有人的最高保額，以減輕新加坡人支付B2級和C級病房大額住院費用的財政負擔。此外，如保單持有人年屆70歲以上，便可獲保費折扣，即每投保滿10年可獲10%的折扣，折扣率以40%為上限。估計病人就B2級或C級病房大額住院費用所須支付的份額，會較之前減少一半，由60%減至約30%。

3.18 2005年的改革亦把“醫療保障計劃”與當時的私人醫療保險計劃結合為單一產品，從而為希望享用私營醫院或公營醫院A/B1級病房設施並可負擔有關費用的新加坡人，提供最佳的保險計劃。私營保險公司如欲參與“醫療保障計劃”下的綜合私人醫療保險計劃，必須符合衛生部訂立的最低規管規定，即它們提供的醫療保險計劃必須包含最低免賠額及共同保險這兩項元素。

3.19 此外，“附加醫療保障計劃”(MediShield Plus)是衛生部於1994年設立的高保費危疾醫療保險計劃，旨在提升新加坡人在“醫療保障計劃”下所得的保障。在2005年的改革中，中央公積金管理局透過公開招標，把“附加醫療保障計劃”整個轉讓予一間私營保險公司，並易名為“康保雙全計劃”(IncomeShield)。

3.20 目前，有5間私營保險公司提供“醫療保障計劃”下的15項綜合私人醫療保險計劃。該等計劃通常稱為保健儲蓄認可綜合保險計劃。

3.21 中央公積金管理局和醫療保險公司擔當“綜合醫療保障計劃”的共同承保人。“綜合醫療保障計劃”的受保人除可享有“醫療保障計劃”的保障外，亦可獲得附加保障，例如可入住較高級的病房。中央公積金管理局負責提供“醫療保障計劃”的保障，而保險公司則按不同保費水平提供各種組合的附加保障。

### 資格

3.22 保健儲蓄的所有戶口持有人均有權選擇退出“醫療保障計劃”。當中央公積金成員開始作出保健儲蓄供款時，中央公積金管理局便會向該成員發出“醫療保障計劃”的自動受保文件。只要該成員沒有選擇退出計劃，他將自動享有“醫療保障計劃”所提供的保障。

3.23 “醫療保障計劃”的投保年齡上限為75歲，受保年齡上限則為85歲。

### 保障範圍

3.24 “醫療保障計劃”承保住院期間的醫療費用，包括一般病房費用、深切治療病房費用、藥物、檢查、外科植入手術及外科手術費。該計劃亦承保若干認可的門診治療，例如洗腎和癌病治療中的化學治療及放射治療。

### 保費

3.25 “醫療保障計劃”每年的保費介乎30坡元(30歲以下的人士)至705坡元(84至85歲的人士)，保費可從保健儲蓄支付。

### “醫療保障計劃”所發還的款項

3.26 “醫療保障計劃”所發還的款項按下列3個參數釐定 ——

- (i) 索賠限額：病人帳單中合資格獲發還的醫療費用(或賠償額)取決於：住院的每天賠償上限／外科手術／外科植入手術／認可特定治療和門診治療的賠償上限；
- (ii) 免賠額：“醫療保障計劃”將不會發還任何低於此金額的申索；及
- (iii) 共同保險：“醫療保障計劃”會支付賠償額中超出免賠額(如適用)部分的80%至90%，餘下10%至20%則由受保人承擔。

3.27 衛生部表示，全數預付的保險計劃可能會鼓勵受保人過度使用醫療服務。為免出現有關問題，當局有需要訂立免賠額和共同保險的安排。免賠額和共同保險均可透過保健儲蓄支付。

## 保健儲蓄認可綜合保險計劃

3.28 除中央公積金管理局營辦的“醫療保障計劃”外，“醫療保障計劃”的保單持有人亦可選擇私營保險公司提供的其他保健儲蓄認可計劃。所有在2005年“醫療保障計劃”改革前已投保該計劃的中央公積金成員，於改革後已自動轉移至經重組的“醫療保障計劃”，並可繼續利用保健儲蓄支付“醫療保障計劃”的保費。他們如不願意參加私營保險公司提供的經提升保險計劃，便無須投保這些計劃。雖然中央公積金成員可投保超過一項私人醫療保障計劃，但衛生部認為沒有此必要，因為各計劃合共發還的款項總額以實際的醫療支出為限。此外，保健儲蓄只可用於支付一項私人醫療保障計劃的保費。

3.29 在保健儲蓄認可綜合保險計劃下，每份保單每年可提取款項的限額為800坡元。目前，超過90%的就業人口已投保“醫療保障計劃”及保健儲蓄認可綜合保險計劃。

## **僱主資助計劃**

3.30 除了向僱員的保健儲蓄戶口作出強制性供款外，僱主亦可推行“隨身醫療福利計劃”(Portable Medical Benefits Scheme)或“可轉移醫療保險計劃”(Transferable Medical Insurance Scheme)，讓僱員在轉工或失業期間可繼續享有住院醫療保障。

3.31 在“隨身醫療福利計劃”下，僱主會每月向僱員的保健儲蓄戶口作出額外供款，以供僱員在“醫療保障計劃”或其他保健儲蓄認可醫療保險計劃下購買個人醫療保險，承保其本身的住院需要。有別於自願性質的“保健儲蓄額外供款計劃”，“隨身醫療福利計劃”是制度化的計劃，包含由僱主與僱員或工會議定的供款率。這項計劃的供款額以每名僱員每年1,500坡元為限。至於“可轉移醫療保險計劃”，則提升了現有僱主資助團體醫療保險計劃的保障，僱員不論因何原因而離職，在離職後最多12個月內仍可繼續享有住院保障。在這12個月期間，若該僱員的新僱主亦提供“可轉移醫療保險計劃”，則該僱員會被視作持續受保。

3.32 僱主如推行“隨身醫療福利計劃”或“可轉移醫療保險計劃”，最多可獲薪酬開支總額2%的稅務寬減，向僱員提供醫療福利則只可獲薪酬開支總額1%的稅務寬減。

## **“醫療基金”**

3.33 “醫療基金”是新加坡政府為了提供安全網而設立的信託基金。倘若政府的大量補貼、保健儲蓄及“醫療保障計劃”均不足以協助病人支付醫療開支，病人最終可向“醫療基金”尋求協助。病人如在公營醫院B2級或C級病房接受住院治療或在公營醫院接受資助門診治療，可向“醫療基金”申請資助。自2001年4月1日起，該計劃已擴展至適用於志願福利機構營運的住宿護理設施。

3.34 有經濟困難的新加坡人可向駐醫院的醫務社工求助。醫務社工負責管理“醫療基金”等多項資助計劃，以協助有經濟困難的病人支付醫療費用。他們會評估申請人的情況，並會建議最合適的財政資助。病人亦可經醫務社工申請“醫療基金”的資助。

3.35 “醫療基金”的資助申請會交由醫療基金委員會考慮。該委員會的成員均積極參與社區或社會事務，並瞭解低收入人士的需要及問題。各申請人所得的“醫療基金”資助額視乎個別情況而定。

3.36 在2005年，“醫療基金”向醫院及志願福利機構提供了約3,900萬坡元的補助金，以協助有經濟困難的病人支付醫療開支。每年獲批的“醫療基金”申請高達99%。“醫療基金”現時的結餘為11億坡元，當局的目標是把基金增加至20億坡元。

### **“樂齡健保計劃”(ElderShield)**

3.37 “樂齡健保計劃”是衛生部於2002年設立的嚴重殘疾保險計劃，旨在為不能進行基本活動(例如進食、穿衣和如廁)的長者提供經濟保障。該計劃現時由衛生部委任的兩間私營保險公司營辦。

3.38 保健儲蓄的所有戶口持有人如同時是新加坡國民或永久居民，便有權選擇退出“樂齡健保計劃”。年屆40歲並已開立保健儲蓄戶口的新加坡國民或永久居民若沒有退出“樂齡健保計劃”，將自動享有該計劃提供的保障。“樂齡健保計劃”的投保年齡上限為69歲。

3.39 “樂齡健保計劃”每月會向保單持有人支付300坡元現金，為期最長達60個月，以協助保單持有人支付醫療或家居護理費用。保單持有人可選擇按年繳付保費，直至65歲為止，或以一次過整筆方式繳付保費。保單持有人全數繳付保費後，便可終生享有該計劃的保障。

## 第4章 —— 公營及私營醫院

### 訪問行程

4.1 代表團曾訪問兩間公營醫院(新加坡中央醫院及亞歷山大醫院)，以及一間私營的萊佛士醫院，以聽取各醫院講解新加坡在提供醫療服務方面的情況。代表團在聽取講解後亦參觀有關醫院，以考察醫院的設施。

### 新加坡中央醫院

4.2 新加坡中央醫院是公營醫療體系的旗艦醫院。該醫院於1821年成立，是新加坡歷史最悠久、最具規模，並提供第三層醫療服務的急症醫院，亦是36項臨床服務的國立轉診中心。新加坡中央醫院約有1 600張病床，約佔公營醫療體系急症病床總數的25%，以及全國急症病床數目的約20%。



新加坡中央醫院內的A級病房

### 亞歷山大醫院

4.3 亞歷山大醫院設有400張病床，是一間為病人提供全面服務(婦產科除外)的急症護理普通科醫院。該醫院在第二次世界大戰前建成，原本的目的是為英軍提供服務。在70年代，該醫院成為新加坡最大規模醫院之一。多年來，新加坡有越來越多醫院進行重組，故此亞歷山大醫院在設施及臨床服務方面便開始落後於其他醫院。在2000年，亞歷山大醫院進行重大改組，把焦點集中在作為以病人為中心的醫院。自此以後，該醫院便再次成為公營醫療體系中備受重視的醫院之一。



向亞歷山大醫院助理營運總監Ng Kian Swan先生致送紀念品

## 萊佛士醫院

4.4 萊佛士醫院是一間提供第三層醫療服務及各項專科服務的醫院，院內設有380張病床。目前，該醫院34%的病人是外籍人士，當中大部分來自印尼及馬來西亞。萊佛士醫院除了在提供“醫療旅遊”團(這些旅遊團主要是結合收費低廉的外科手術與旅遊)方面與區內其他國家(例如泰國)保持競爭外，亦提供較複雜的手術服務，例如腎臟移植、癌病治療及心臟手術等，務求使新加坡能維持作為區內醫療服務樞紐的領導地位。



向萊佛士醫院集團主席Loo Choon Yong醫生致送紀念品

## 第5章 —— 觀察所得

### 整體意見

5.1 代表團認為，訪問期間取得的資料對香港在醫療融資方面有很大的參考價值。代表團的觀察所得載於下文各段。

### 醫療融資制度

5.2 代表團得悉，新加坡在為醫療體系融資方面強調個人責任。國民須分擔公營醫院服務的部分醫療費用，並須悉數承擔私營醫院服務的費用。新加坡人清楚明白到，他們在健康良好時便需要投購醫療保險，以應付日後的醫療需要。在總醫療成本中，42.6%由個人承擔。各機構為其僱員提供的醫療福利為第二大的份額，佔總醫療成本的30%，而其餘27.4%則由政府承擔。因此，醫療儲蓄戶口制度可為個人醫療開支提供資源，並可減少政府在醫療方面的公共開支。

5.3 代表團觀察到，保健儲蓄的設計可防止因病人過度使用醫療服務而引致的道德風險，並讓病人可自由選擇把金錢用於哪些方面，從而使保險提供者更能順應病人的需求，以及促進價格競爭。同樣地，“醫療保障計劃”設有既定的免賠額及共同保險安排，以防止病人過度使用醫療服務及防止保險提供者提供不必要的保險服務。

5.4 該國透過政府招標選出5間符合有關免賠額及共同保險規管規定的私營保險公司，負責向中央公積金成員提供保健儲蓄認可綜合保險計劃。儘管現時共有15項保健儲蓄認可綜合保險計劃可供中央公積金成員及長者選擇，而保費亦維持在投保人可負擔的水平，但代表團得悉，該5間私營保險公司也可取得穩定的客源。

5.5 雖然新加坡人可選擇退出“醫療保障計劃”，但代表團得悉，超過90%的就業人口已參加“醫療保障計劃”及／或保健儲蓄認可綜合保險計劃。這情況可歸因於衛生部積極鼓勵新加坡人在年輕時便參加“醫療保障計劃”。儘管中央公積金成員可隨時選擇參加或退出“醫療保障計劃”或保健儲蓄認可綜合保險計劃，但成員每次選擇參加“醫療保障計劃”時，均須接受醫療核保。倘若他當時罹患嚴重或慢性疾病，他或會不獲准參加該項計劃，或他在之前已患有的疾病將不會受保。

5.6 代表團亦得悉，該國強制規定僱主及僱員向保健儲蓄戶口作出供款。此外，為鼓勵僱主推行“隨身醫療福利計劃”或“可轉移醫療保險計劃”，新加坡政府亦向僱主提供高達薪酬開支總額2%的稅務寬減，以照顧僱員在轉工或失業期間繼續住院的醫療保險需要。

5.7 代表團觀察到，中央公積金成員亦可利用其保健儲蓄及“醫療保障計劃”支付其家庭成員的醫療費用，這做法的好處是把資源匯集，然後重新分配給各家庭成員。推行“醫療保障計劃”，特別是保健儲蓄



認可綜合保險計劃，亦可達致促使公私營醫療機構的工作量得以更平均地分配的效果。受保人可隨意選擇公營及私營醫院所提供的各級醫療服務，但條件是在扣除免賠額及共同保險後，其保險計劃仍足以支付有關費用。在推行保健儲蓄及經改革的“醫療保障計劃”後，新加坡人在支付B2/C級病房的住院費用方面應不成問題。

5.8 儘管如此，代表團觀察到，在保健儲蓄制度中以家庭為基礎的自助概念下，若干階層(包括貧窮人士及在職貧窮人士和需要長期護理的長者)或會處於不利位置。對於一生中以大部分時間全職照顧家庭的人士的影響尤其嚴重，因為保健儲蓄只會在以下情況才幫助這些人士：其在職配偶本身的戶口有剩餘款項，或該配偶自願為有關人士開立保健儲蓄戶口並作出供款。另一個方法是要求有關人士的成年子女提供協助，但倘若他們的子女本身是低收入人士，這個方法便未必可行，而這些人士只可向“醫療基金”或其他慈善團體尋求財政資助。

5.9 代表團亦觀察到，新加坡政府持續檢討其醫療融資制度，以確保該制度可適當地應付不斷改變的情況。該國政府自從在1984年設立保健儲蓄制度後，先後設立了“醫療保障計劃”(1990年)、“醫療基金”(1993年)、“附加醫療保障計劃”(1994年)及“樂齡健保計劃”(2002年)，並在2005年改革“醫療保障計劃”。

## 私營及公營醫院

5.10 議員對曾訪問的公營及私營醫院(新加坡中央醫院、亞歷山大醫院及萊佛士醫院)所提供的高水準設施，留下深刻印象。各等級的病房均空氣流通、清潔及設施整備，可比美任何世界級的現代化醫院。

5.11 代表團觀察到，該國向使用公營醫院急症室服務的人士收取80坡元的費用(不包括藥費)，以防止非緊急病人使用有關服務。這項費用較公營診所門診服務(部分這些診所提供24小時服務)及私人執業醫生的收費為高。

5.12 代表團得悉，新加坡中央醫院A、B1、B2及C級病房的病床數目分別佔病床總數約11%、21%、51%及17%。雖然A、B1及B2級病房有足夠病床供病人選擇，但C級病房的病床則供不應求。若病人入院時所選擇的病房已經滿額，便會獲安排入住高一級的病房。為免經院方臨床評估後認為適宜出院的病人堅持繼續留院，即使有關病人所住的是獲資助病房，新加坡中央醫院亦會向他們收取A級病房的費用。

5.13 代表團觀察到，為了挽留優秀而經驗豐富的醫生，新加坡中央醫院推出院外執業計劃，讓院內醫生每星期可利用最多20%的時間在院外的私營診所執業。在院外執業計劃下，新加坡中央醫院會為其轄下醫生租用私營醫療機構內的診症室，讓他們可為病人診症，並按市場水平收取診金。新加坡中央醫院會在醫生費中扣起既定金額，作為支付租金及間接成本之用。

5.14 代表團亦觀察到，新加坡中央醫院營辦一項國際醫療服務，為外地病人及其家屬提供多方面的服務，包括由抵步前的服務至跟進護理服務。採用國際醫療服務的病人僅佔新加坡中央醫院病人總數少於1%。

5.15 代表團對亞歷山大醫院的印象尤其深刻，該醫院藉着採用商業管理方式，由一間被公認為老弱貧窮者服務的廉價一星級醫院轉型為一間備受重視的公營醫院。代表團亦觀察到，亞歷山大醫院從中國內地等海外地方聘請大量護士，以紓緩新加坡的護士短缺問題。

5.16 代表團亦得悉，公營醫院的A／B2級病房收費一般只是略低於私營醫院同級病房的收費，加上私營醫療機構普遍更能順應病人的需要，例如病人可自行選擇醫生及在24小時內取得醫療報告，故此私營醫院未必會將公營醫院提供A／B2級病房設施視為威脅。

## 總結

5.17 代表團認為是次訪問獲益良多。此行使議員更瞭解新加坡的醫療服務融資模式。代表團亦可考察一些私營及公營醫院提供的設施及服務。雖然新加坡的有關因素未必可直接套用於香港，但是次訪問所得的資料將有助議員考慮諮詢委員會及政府將會就香港的醫療融資方案所作出的建議。

立法會秘書處  
議會事務部2  
2006年9月15日

衛生事務委員會

前往新加坡進行職務訪問  
(2006年7月27日至28日)

訪問行程

2006年7月27日  
(星期四)

上午9時至上午10時  
10分

與大東方人壽保險有限公司會晤

- 由主管(企業傳訊)Boon-Gek Mudelier女士講解公司概況
- 由精算師(意外及醫療)Colin Chan先生講解新加坡的醫療融資制度
- 討論時間

上午10時35分至下午  
12時30分

訪問新加坡中央醫院

- 由綜合保健服務部總監Ang Hui Gek女士講解新加坡中央醫院的概況
- 由首席醫療社工Crystal Lim女士講解新加坡中央醫院醫務社會服務部的概況
- 討論時間
- 參觀新加坡中央醫院的設施

下午2時至下午2時  
40分

與衛生部會晤

- 由規劃及發展署署長兼醫療融資署署長Yee Ping Yi先生簡介新加坡的醫療融資制度
- 討論時間

下午3時至下午3時  
45分

與新港國會友好委員會會晤

下午4時15分至下午  
5時45分

### **訪問亞歷山大醫院**

- 由助理營運總監Ng Kian Swan先生講解亞歷山大醫院的概況
- 討論時間
- 參觀亞歷山大醫院的設施

下午7時30分至下午  
9時30分

### **出席由香港駐新加坡經濟貿易辦事處處長林錦光先生所設的晚宴**

**2006年7月28日  
(星期五)**

下午2時30分至下午  
4時

### **訪問萊佛士醫院**

- 由萊佛士醫院集團執行主席呂俊暘醫生講解萊佛士醫院集團的概況
- 討論時間
- 參觀萊佛士醫院的設施

代表團會晤的政府官員及代表名單

**大東方人壽保險有限公司**

主管(企業傳訊)Boon-Gek Mudelier女士

主管(意外及醫療)Tan Hak Leh先生

團險銷售經理Johnson Lim先生

精算師Winson Siu先生

精算師(意外及醫療)Colin Chan先生

**新加坡中央醫院**

財務總監Wong Loong Kin先生

綜合保健服務部總監Ang Hui Gek女士

首席醫療社工Crystal Lim女士

企業傳訊高級執行員Wong Sing Wei先生

**衛生部**

規劃及發展署署長兼醫療融資署署長Yee Ping Yi先生

醫務政策分析員Tang Gek Hsien女士

**新港國會友好委員會**

新港國會友好委員會成員曾士生議員

新港國會友好委員會成員成漢通議員

新港國會友好委員會成員張思樂議員

新港國會友好委員會秘書Lee Hui Huan先生

## **亞歷山大醫院**

助理營運總監Ng Kian Swan先生

醫務社會服務經理Tan Ching Yee女士

## **萊佛士醫院**

萊佛士醫院集團執行主席呂俊暘醫生

萊佛士醫院集團董事會成員David M Lawrence醫生

副醫務總監(診所網絡運作)兼總監(香港診所服務)Yii Hee Seng醫生

萊佛士醫院集團財務總監Pay Cher Wee先生

萊佛士醫院集團香港業務部總經理Linda Wills女士

訪問期間取得的參考資料

大東方人壽保險有限公司所提供關於“新加坡醫療制度”的電腦投影片資料

大東方人壽保險有限公司提供的兩項醫療保險計劃(即萬全保健計劃(SupremeHealth Plan)及首選保健計劃(Premier Health Plan))的保障範圍說明資料

新加坡中央醫院所提供關於“新加坡保健服務概況”的電腦投影片資料

衛生部所提供關於“新加坡醫療制度”的電腦投影片資料

亞歷山大醫院所提供題為“蛻變：轉型中的亞歷山大醫院”的電腦投影片資料

萊佛士醫院集團在2006年5月3日發出的新聞稿

萊佛士醫院集團2005年年報