

立法會

Legislative Council

立法會CB(2)2527/11-12號文件

檔 號：CB2/PS/5/10

衛生事務委員會文件

醫療保障計劃小組委員會報告

目的

本文件旨在匯報醫療保障計劃小組委員會(下稱"小組委員會")的商議工作。

背景

2. 健康與醫療發展諮詢委員會由食物及衛生局局長擔任主席，專責協助政府發展醫護服務的模式及建議長遠的醫療融資方案。諮詢委員會於2005年7月就日後醫療系統的服務模式發表了一份題為《創設健康未來》的諮詢文件。雖然回應者對建議的醫療服務模式表達不同的意見，但他們大部分同意是時候對醫療系統作出檢討，以確保其可持續發展。政府於2008年3月發表的《掌握健康掌握人生》醫療改革第一階段諮詢文件中提出了一整套醫療服務改革建議及6個可行輔助融資方案。基於第一階段諮詢的結果顯示市民強烈反對推行任何強制性的輔助醫療融資方案，政府遂按自願參與的原則制訂可行的政策方案。

3. 在2010年10月6日，政府發表了題為"醫保計劃由我抉擇"的醫療改革第二階段諮詢文件，提出了一個旨在促進醫療系統的長遠可持續發展的政府規管自願參與醫療保障計劃("醫保計劃")，供公眾諮詢。醫療改革第二階段的諮詢報告於2011年7月11日發表。政府當局表示，市民支持透過推行醫保計劃，以提升市場的透明度、促進良性競爭，以及加強對消費者的保障，從而規管私人醫療保險及醫療服務。當局會採用三管齊下的行動計劃推動醫保計劃，當中包括設立一個高層次的醫護人力規劃及專業發展策略檢討督導委員會(下稱"督導委員會")，就醫護人力規劃及專業發展進行策略檢討；成立醫療保障計劃工作小組，制訂醫保計劃規管及組織架構的詳細建議；及採取措施

促進醫療服務及基礎設施的發展。政府當局的計劃是在2013年上半年內完成籌備工作，然後在適當時候草擬及推出醫保計劃的法例。醫保計劃最早會於2015年實施。

4. 衛生事務委員會於2010年12月至2012年2月期間曾舉行6次會議，討論擬議的醫保計劃，並於兩次會議上聽取團體的意見。就醫保計劃對公營醫療系統，以及對公私營醫療界別可持續發展的醫療人手所帶來的影響，委員深表關注。委員雖認為擬議的醫保計劃或會對醫療保險市場帶來改善，並在公營醫療服務以外提供更多私營醫療服務的選擇，但對醫保計劃的多個範疇則表示有所保留及各持不同的意見，例如標準醫保的保障範圍、鼓勵投保的誘因、如何運用財政儲備中預留作支援醫療改革之用的500億元撥款，以及醫療保險及醫療服務市場的規管及組織架構。

小組委員會

5. 在事務委員會2011年8月8日的會議上，委員同意在事務委員會下委任小組委員會，以研究與醫保計劃有關的事宜。小組委員會的職權範圍及委員名單分別載於**附錄I及II**。

6. 小組委員會由梁家騮議員擔任主席，共舉行6次會議。由於事務委員會曾分別於2010年12月11日及2011年8月8日的兩次特別會議上聽取93個團體的意見，因此小組委員會決定不邀請團體提交意見。

小組委員會的商議工作

7. 小組委員會的商議工作集中於下列範疇——
- (a) 人力的規劃及供應，以支持整個醫療系統的持續發展；
 - (b) 醫療服務發展；
 - (c) 醫療保險及醫療服務市場的規管架構；
 - (d) 醫保計劃的設計及運作；
 - (e) 醫療保險於醫療融資的角色；及
 - (f) 政府資助的運用。

醫護人力規劃及供應

人力規劃的策略性檢討

8. 根據政府當局的資料，委員察悉，督導委員會將會就香港的醫護人力規劃及專業發展進行策略性檢討，並會根據檢討結果，就如何應付預計的醫護人力需求、加強專業培訓，以及促進專業發展提出建議。委員普遍認為，為了醫療系統的可持續發展，當局有迫切需要就醫護人力的供求進行全面的檢討。他們認為檢討的範圍應包括研究就非本地訓練醫生在本港執業訂定專業水平的現有機制，以及促進專職醫護人手的發展，如承認由脊醫發出的醫生證明書。他們亦促請政府當局在進行人力檢討時，顧及私營醫療服務擴張、新私營醫院的發展、推行醫保計劃及非本地人士的服務需求所導致的人力需要。

9. 政府當局表示，督導委員會將會就整體醫療發展的長遠人力需要，以及13個醫護專業(包括受法定規管的醫生、牙醫、護士、藥劑師及脊醫)的專業發展及規管架構進行全面的檢討。該項檢討會考慮所有已知和潛在的因素及考慮事項，包括不同醫護專業人力退休及人手流失的趨勢、人口老化所致的醫護需要、醫療服務使用模式的變化，以及醫療服務提供模式及其他相關政策的變化，例如發展基層醫療服務和私營醫院及推行醫療保障計劃等。政府當局向委員保證，在向政府就如何確保有足夠的醫療專業人手供應提出建議時，督導委員會將考慮短期及長期的措施，包括為非本地醫生進行註冊。

人力需求

10. 醫護人力需求的議題一直是小組委員會的首要議程項目。委員普遍認為，整體醫護改革(包括醫保計劃)的目標，只有在醫護人手問題充分獲得解決的情況下才能達到。在仔細審視醫院管理局(下稱"醫管局")人手在過去20年的轉變時，部分委員察悉，醫管局聘用的醫生人數增加逾40%，超越同一時間的香港人口增幅(約8%)及65歲或以上的人口比例(約32%)。他們並察悉，在同一期間，專科門診求診人次僅有20%的增幅，而病人住院日數及急症室求診人次分別減少14%及5%，顯示對公營醫療服務的需求下降。委員質疑公營醫院的醫生人手為何仍不足以應付公共醫療服務的服務需求。

11. 委員並察悉，醫管局在1998-1999年度至2010-2011年度期間所僱用的護士人數有輕微下降。他們對醫生及護士之間人手失衡，以及其對公營醫療服務質素的負面影響深表關注。

12. 政府當局表示，醫管局所增聘的醫生人數不足以補償其工作量的增幅。醫生按年計算的增長率僅約為3%，此增長率被視為有必要，理由是醫管局服務每年按2-3%的比率增長，加上醫管局人手情況受其他多個因素影響，包括人口老化，以致更多長者使用醫管局的服務；發展更先進醫療科技，以致須使用更多專科時間、檢查及治療；以及提供新服務如老人精神科外展服務，以致需增加人手。上述所有因素均導致醫管局的醫生人手需求增加。

13. 就委員對護士人手短缺問題的關注，政府當局表示，醫管局已採取措施，增加護士供應及加強挽留護士人手，例如透過重開醫管局的護士學校，鼓勵專上院校增加學生名額及減少護士處理非臨床的工作。政府當局認為，在未來3年每年增加供應的2 000多名護士畢業生，應足以應付醫管局短期至中期的護理人員人力需求。

14. 部分委員(包括主席在內)均不信服政府當局的解釋。為了對公營醫療系統，以及公私營醫療服務的擴張所導致的醫療及護理人手受壓的情況作更佳的評估，委員促請政府當局就推算醫管局日後的醫療及護理人員需求及為應付服務需求而作出的調配，提供更詳細的資料及有關統計數字。

15. 小組委員會多位委員認為，推行醫保計劃可能會進一步令醫護人手受壓，並加劇醫療通脹。他們認為充足的醫護人手供應，對整個醫療系統的持續發展至為重要。他們促請政府當局採取有效措施挽留醫管局的人才，以便推行醫保計劃所導致的私營界別人手需要，不會導致公營界別人才流失，並因而影響公共醫療服務的質素。

16. 政府當局表示，醫管局已推出一系列措施，以解決公營醫療界別的人手問題。醫管局已增設額外的晉升職位、加強專業培訓，並透過重整工作流程和精簡工序，減輕前線醫護人員的工作量。醫管局亦已優化醫生及護士的待遇，並採取積極措施，以加強聘用有限度註冊的非本地醫生及兼職醫生的靈活性。政府當局向委員保證，當局會繼續監察公營醫療界別的人手狀況，並作出適當安排，以應付服務需要。

17. 部分委員(包括主席在內)指出，由於培訓醫生需要很長的時間，增加醫生供應的措施或不能應付短期的醫療人手需要。主席對於進一步增加醫生供應的建議表示有所保留。他促請政府當局在進行長遠人手規劃時正視問題，特別是公私營界別的服務需求。為解決公營醫院醫生短缺的問題，並舒緩對公

營醫院的服務需求，他建議政府當局應因應私營醫療界別的剩餘人手，探討向私營界別購買更多服務及聘用更多私營界別醫生以兼職形式在公營醫院服務的可行性。

18. 政府當局表示，政府已利用私營界別的服務量，以應付公營界別的部分服務需求。醫管局已推行多項公私營協作計劃，並聘用私營界別醫生以兼職形式在公營醫院工作，以解決部分專科人手短缺的問題。政府當局會考慮委員的意見，並繼續研究可行的公私營協作措施，從而盡量善用公營及私營界別的醫護資源，以及解決現時公營及私營醫療系統失衡的問題。

公營醫療服務

醫管局的效率及成效

19. 政府當局表示，醫管局聘用超過6萬名員工，並管理41間公營醫院和醫療機構、49間專科門診診所及74間普通科門診診所。約90%的住院服務(以病床使用日數計算)由公營醫院提供。小組委員會的委員普遍認同，醫管局的效率及成效對整體醫療改革(包括醫保計劃)的成功至為重要。部分委員強烈認為，醫管局並未有效率及有效地運用其資源。他們特別指出，即使醫保計劃或有助把部分將須由公營醫療系統應付的醫療需要轉移到私營醫療界別，但公營醫院為了不影響其資源分配的現有水平，或需提供額外服務，以維持其服務量。他們認為，改善醫管局的管治及訂立制度，以衡量醫管局的成本效益，是確保公營醫療服務質素得以持續改善及減輕公營醫療系統壓力的先決條件。

20. 政府當局表示，政府已列出醫管局的服務目標，而這些服務目標涵蓋各個方面，包括使用及提供服務，以及服務的質素和成本。醫管局大會和政府通過醫管局的定期匯報，按這些目標監察醫管局的表現。據政府當局所述，當局會在一個獨立和專業的基礎上，密切監察醫管局的表現，當中包括自我評估及機構外的同業評審。醫管局亦會根據國際通用的優良實務守則、標準及原則，制訂和採取持續改善醫院質素的措施，以提升醫院的服務質素。此外，醫管局近年已在公營醫院推行醫院認證，作為維持及改善醫療服務質素的有用措施。

21. 政府當局並強調，醫管局一向着重成本的管理，確保主要的資源均用在與病人直接有關的項目上。為確保資源運用的整體效益，醫管局會定期檢討有關服務、人手、財務狀況及周年計劃實行進度的服務指標。

22. 部分委員(包括主席)並不滿意政府當局的解釋。他們促請政府當局訂定清晰及相關的指標，以評估醫管局服務量的質素和數量，並根據相關的詳細統計數字，就醫管局要求增撥資源以應付服務需要提供理據。他們並指出，醫院聯網的資源分配機制有需要作出改善。他們認為，一般以醫院聯網的服務量作為根據的現有資源分配機制，可能只會鼓勵醫院聯網推出新服務，而沒有配合本地居民的需要。他們強調，當局需要有一個清晰及有效的制度，以監察醫管局的表現，以及有一個有所改善的資源分配機制，以便資源會集中於須予優先處理的範疇及人口組別。

公營醫院的壓力

23. 小組委員會察悉，逾三分之一擁有私人醫療保險保障的人士仍然選擇使用公營界別的住院服務。委員獲告知受私人醫療保險保障的人士選擇公營醫療服務的主要理由，包括一些需緊急處理的情況及需要跨專業護理的情況，以及在保險金不足以支付接受私營醫院治療的所有費用及未能確定預算時，避免須自付費用。

24. 鑑於受私人醫療保險保障的人士仍會為各項理由而選擇公營醫療服務，部分委員對擴建私營醫院及推行醫保計劃或不能舒緩公營醫院所承受的壓力深表關注。他們認為最重要的是，醫保計劃下的保障額須在大部分情況下均可滿足投保人的醫療需要，而政府當局可確保只有小部分較複雜個案會轉介到公營醫院治理。

25. 部分委員提到，澳洲在透過私人醫療保險推出醫療融資後，公共醫療開支並沒減少，他們因而懷疑醫保計劃能否有助舒緩公營醫療系統的壓力。為衡量醫保計劃在減輕公營醫療系統壓力方面的成效，部分委員促請政府當局制訂一套容觀的準則，為主要公共醫療服務的服務量提供基準，並就公營及私營醫療界別提供的住院服務訂定目標比例。

26. 雖然政府當局強調，政府會為應付醫療需要的持續增長而在公共醫療作出承擔，但重申有需要推展醫療改革，以加強公營醫療系統的長遠可持續發展。醫保計劃旨在為那些負擔得來而又願意使用私營醫療服務的人提供更多有更佳保障的選擇。透過使更多人選用私營服務，並把公共醫療集中提供予目標的服務範疇及人口組別，醫保計劃有助減輕公共醫療服務的需求。

私營醫療服務

私營醫療的需求及服務量

27. 私營醫療服務量是小組委員會深表關注的其中一個問題。多位委員認為，政府當局推廣醫療產業會導致私營醫療界別有更大的服務需求，特別是來自內地居民的需求。這會導致需要更多醫療人手，令醫療收費螺旋式上升及推高醫療通脹。除此以外，醫療成本上升或提高保費的水平，以致中產階層亦不能負擔使用私營醫療服務。整個醫保計劃可能只令參加計劃的承保機構及私營醫療服務提供者受惠。委員認為，醫保計劃的推行，應與私營醫療服務量的擴展及醫護專業人員的人手供應互相配合。他們促請政府當局採取更積極的措施，確保有足夠的私營醫院病床及醫護人手，以推行醫保計劃。

28. 政府當局表示，私營醫院目前約有4 000張病床。透過在4幅預留作私營醫院發展的土地上興建的新私營醫院、擴大現有私營醫院的服務量，以及把非政府機構營辦的現有服務單位改建為私營醫院，將會有多張額外私營醫院病床投入服務。政府當局認為，私營醫療服務量在未來數年內的擴展應足以應付因推行醫保計劃所增加的需求。

興建新的私營醫院

29. 委員察悉，在預留作私營醫院發展的4幅土地興建的新私營醫院將須就有關土地的發展遵從一些特別發展條件。他們認為最重要的，是提供價格合理的服務供本地居民使用，特別是解決公私營界別在醫院服務方面的失衡問題。他們促請政府當局在批地條件內指明提供予本地居民使用的病床或病床日數的最低百分比。有委員建議，提供予本地居民使用的住院服務的最低百分比應訂為70%，以確保有關服務主要提供予本地居民。

30. 政府當局表示，在黃竹坑和大埔預留的兩幅用地會在2012年4月透過公開招標首先批出。批地文件會就在預留土地上發展的私營醫院訂定一系列特別要求，當中包括土地用途、病床數目、服務範疇、收費透明度、服務對象及服務水平。新私營醫院的營辦者將須提供其至少五成的住院服務供本地居民使用。

規管私營醫院

31. 委員普遍認為規管私營醫院的《醫院、護養院及留產院註冊條例》(第165章)(下稱"《條例》")過時及缺乏阻嚇力。他們要求政府當局就《條例》進行全面檢討，藉以加強對私營醫院的規管，並在等待進行檢討期間推出措施，提高新私營醫院服務的質素及收費透明度。

32. 政府當局表示將會就《條例》進行檢討，以提升私營醫院的服務質素及定價透明度，從而加強對消費者的保障。由於檢討及修訂《條例》需時，為確保提供高質素的私營醫院服務及符合社會的需要，當局會在批地條件中就新私營醫院的發展施加一系列特別要求。

醫療保險及醫療服務市場的監管架構

33. 小組委員會普遍同意，政府當局有需要加強對私人醫療保險及私營醫療服務的規管。委員指出私人醫療保險及私營醫療市場有不少不足之處，包括收費透明度不足、支付私營醫療服務的開支上升及有局限性的保單條款(如高風險人士不易購買醫療保險)。他們強調，不管是否推行醫保計劃，政府當局亦有需要解決這些不足之處。部分委員雖然支持加強規管及監督私人醫療保險及私營醫療市場，但提醒當局不應作過分規管，因為這可能打擊承保機構或私營醫療服務提供者參與醫保計劃的意欲。

34. 小組委員會亦察悉，醫保計劃的監管架構應包含3個獨立但互相關連的部份，即審慎監管、質素保證及監管計劃。當局建議醫保計劃監管架構的首兩個部份由現有的規管制度承擔，即由保險業監理處監管參與醫保計劃的承保機構是否財政穩健，以及監督任何適用於一般保險的投訴處理機制，而衛生署則負責保證私營醫院的質素。當局建議由相關的法定委員會和管理局負責規管醫護專業人員。至於監管架構的第三個部份，小組委員會察悉，當局建議為醫保計劃設立一個新的專責醫保計劃監管機構及一個獨立的處理糾紛及仲裁機制，以分別監督醫保計劃的推行及運作，以及處理有關醫療保險索償的糾紛。雖然委員普遍不反對該建議，但有委員建議，新的專責醫保計劃監管機構亦應處理與私人醫療保險任何方面有關的投訴，而非僅與醫保計劃有關的投訴。部分委員亦建議，為監管架構的各個不同組成單位的監管、規管和行政角色和關係作出的清晰界定，應反映在醫保計劃的立法及組織架構之內。

35. 委員亦關注到，醫保計劃的擬議規管架構將如何確保私營醫院及醫生提供的服務會以病人的最佳利益為依歸及根據治療的臨床需要。他們認為，一個規管醫生操守及處理醫生、病人及保險公司之間投訴的有效機制，對醫保計劃的成功至為重要。依他們的意見，建立市民對醫保計劃規管架構的信心，會鼓勵他們投購私人醫療保險。

36. 委員亦關注到私營醫療服務是否負擔得來，特別是在推行醫保計劃後，因為部分私營醫療服務提供者可能有興趣向受私人醫療保險保障的病人推廣昂貴的藥物、測試及治療。他們指出，當局有需要加強私營醫療市場的競爭及透明度。

37. 政府當局重申，醫保計劃其中一個主要目標，是提高私人醫療保險的競爭及透明度。為此，參與醫保計劃的承保機構須遵從醫保計劃下指明的規則及規定，以確保市場競爭、收費透明度、質素保證及保障消費者。政府當局亦同意，一個獨立而具公信力的仲裁機制，處理醫療保險申索及仲裁病人、醫療保險公司及私營醫療服務提供者就該等申索的糾紛，對保障消費者十分重要。為此，參加醫保計劃的承保機構及在醫保計劃下向投保人提供服務的私營醫療服務提供者須參與此機制。為避免監管架構的功能與現時行之有效、已運作多年的規管制度不必要地有所重疊，就醫護專業人員的規管，當局建議這項職能繼續由相關的法定委員會和管理局負責。當局將在短期內委託顧問仔細研究這些問題，並為醫保計劃及仲裁機制制訂詳細設計。

醫保計劃的設計及運作

就行政費用、佣金及利潤設定上限

38. 委員曾討論是否有需要就參加醫保計劃的保險公司的行政費用、佣金及利潤設定上限。部分委員參考了美國在控制保險公司收費及利潤的經驗。在美國，法例規定醫療保險公司須把保費收入的至少80%或85%(稱為醫療損失比例)用於醫療護理。這會避免保險公司把大部分的保費收入用於行政費用、佣金及利潤。這些委員促請政府當局考慮對參加醫保計劃的承保機構施加類似的醫療損失比例，例如85%。不過，部分委員持不同意見。這些委員指出，香港有超過130間保險公司營運，而當中約20至30間可能有興趣提供醫療保險，他們認為保險市場的競爭應能把價格保持在控制範圍。他們察悉約85%的保費用於醫療護理，亦建議當局考慮規管私營醫院及醫生的收費，以控制醫療成本。

39. 政府當局表示，對於釐定保費水平，目前並無規管。釐定保費水平及其調整完全由市場力量決定。政府當局認為，若有一個確保市場競爭的有效機制，市場力量是確保所釐定及日後調整的保費水平能保持競爭力的最佳工具。儘管如此，政府當局對就核准醫保釐定及調整保費水平的機制持開放態度。為協助制訂推行醫保計劃的詳細設計，當局會在短期內委託顧問，全面及詳細地檢視和分析香港私人醫療保險市場的現況，並研究海外地區的私人醫療保險市場。

道德風險及逆向選擇

40. 在討論醫保計劃的設計時，委員促請政府當局注意道德風險及逆向選擇的陷阱。委員察悉，一般來說，道德風險指當人們在未得到完善監管的情況下傾向於從事不當的行為，如採取較不健康的生活方式，而逆向選擇則指高風險人士有較大可能投購保險。這兩個問題均可能導致較高的醫療索償，繼而推高保費。為免出現這些問題，委員對分擔費用、免賠額及無索償折扣表示支持。

套餐式收費

41. 委員察悉，在現有的私營醫療市場，醫療服務提供者對每宗個案通常按服務項目的實際使用情況逐項收費，而個別醫生和醫院亦會分開收費。在這種收費安排下，病人便需承受費用不明確的風險。如病人在使用服務後，因在無法預計的情況下，其需支付的實際費用，可能超逾個別項目的保障限額或整體保障限額，因而需繳付事先無法確知和無法預計的額外數額。政府當局表示，解決醫療服務收費不明確的其中一個可行方法，是為按症候族羣分類的治療和手術，推行套餐式收費。

42. 雖然小組委員會多位委員認為，採用根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費是解決費用不明確問題的正確方向，但他們認為，根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費的問題值得進一步研究。根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費旨在讓服務使用者知悉具透明度而明確的收費，令需要接受特定治療或手術的病人事先得知所涉及的醫療收費，以及其所投購的保險能否悉數賠償所需費用或須自行支付的數額。然而，小組委員會從政府當局的建議察悉，在醫保計劃下，根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費將僅用作索償參考。這做法旨在為參與計劃的承保機構及受保者提供參考，比較特定治療或手術的醫療成本及收費，並對醫療成本設定基準及進行監察。

43. 有意見認為，為保障消費者利益及解決費用不明確的問題，應採取根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費作為定價參考，而非索償參考。鑑於提升私營醫療市場的價格透明度至為重要，政府當局應加強工作，說服私營醫院及醫療服務提供者在訂定醫療收費時參考根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費。當局亦應考慮把個別醫生和醫院的收費從一筆過的收費中分開，以鼓勵更多獨立的私家醫生參加醫保計劃。

44. 政府當局強調，根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費能對醫療收費及保險索償提供更大的透明度。這做法亦能創造及促進私營醫療服務的良性競爭。由於根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費對香港來說仍是一個新概念，而市民需要時間理解根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費的概念及好處，當局希望，私營醫院及醫療服務提供者會隨時間更樂意參考根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費來訂定其收費水平。

45. 部分委員察悉，根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費可能只適用於約三成的住院治療或接受非住院手術的病症，他們對那些並無根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費的治療或手術在醫保計劃下的申索付款安排深表關注。為免在投保者、參與的承保機構及私營醫院之間出現混亂，委員促請政府當局清楚訂明醫保計劃下的償款安排(不論有否根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費)。

46. 政府當局表示，核准醫保會為常用的治療或手術根據症候族羣分類釐定發還償款的水平，藉以推廣為常用的治療或手術提供套餐式收費。如私營醫療服務提供者提供的套餐式收費高於核准醫保的套餐式賠償限額，投保人便須分擔賠償限額以外的費用。如一項治療或手術在核准醫保下設有套餐式賠償限額，而投保人選用了一個逐項收費的服務提供者，則承保機構會以套餐式賠償限額作為償款上限。核准醫保可能仍須就某些病症提供逐項開列的保險賠償表，因為私營醫療服務提供者或未能為某些病症提供套餐式收費。在這些情況下，醫保計劃會以與現有醫療保險產品相同的方式發還償款。

47. 委員亦討論了核准醫保下的套餐式收費所保障的服務範圍。他們認為，應清楚列明套餐式收費在正常的低風險情況下將包括及不包括的項目及服務。為高風險病人提供的任何額外服務應按需要收費，以免推高保費。

保費的釐定

48. 委員對保費水平的釐定深表關注。委員特別關注低風險人士及高風險人士對保費的負擔能力。他們認為，範例的保費水平對於人們參加醫保計劃來說既不合理，亦不吸引。由於醫保計劃是自願性的計劃，多位委員擔憂，若醫保計劃未能取得較高的參與率，在財政上是否可行。部分委員亦憂慮，高風險人士(包括長者)或會被擠出醫保計劃。為了對醫保計劃的財政可行性及持續性作更佳評估，委員促請政府當局在全面檢討中就參加醫保計劃的人數作出詳細的推算，並按年齡及風險水平提供分項資料。

49. 委員並對當局如何控制保費日後的調整深表關注。他們質疑，若保費的釐定及調整完全交由市場力量決定，高風險人士能否繼續負擔保費。

50. 政府當局表示，由於有超過100間保險公司營運，保險市場有激烈競爭，而且加入保險市場的障礙亦算低。由於醫保計劃的設計將會提高保險市場的透明度，例如要求參與的承保機構在保險費用方面(包括索償、行政開支及佣金)具透明度，這會有助醫保計劃得到市民的信任，並繼而吸引更多人參加醫保計劃及繼續受保。若市場有利可圖，新公司或會加入，因而令保費降低。

風險分攤

51. 委員察悉，醫保計劃的主要目的之一，是為高風險組別人士提供更佳保障，讓他們獲得醫療保險的保障。由於風險較高，所以這些高風險人士的保費亦相應較高，為確保醫保計劃在財政上可行，當局將設立高風險分攤基金，以分攤風險。多位委員質疑風險分攤在財政上是否可行，因為這可能只會令逆向選擇的情況惡化，削弱風險分攤的作用，並令醫保計劃不能持續發展。他們認為，建議的高風險分攤基金或不足以應付高風險人士的超額風險，並需要政府的長期財政承擔，以支持高風險分攤基金的運作。他們建議，將獲委託進行全面檢討的顧問應審慎研究高風險分攤基金在財政上的可行性。

52. 政府當局表示，若高風險分攤基金不與一般風險池分開運作，索償的數目會增加，引發保費進一步提高。持續上升的申索及保費會減低年輕和健康人士參加醫保計劃的意欲，並損害醫保計劃在財政上的可行性。儘管如此，政府當局已察悉委員的關注，並會要求顧問仔細研究醫保計劃的主要特點(如承保

投保前已有的病症及讓高風險組別人士參與計劃)對標準醫保保費水平的影響。

參加醫保計劃的誘因

53. 小組委員會多位委員認為，就醫保計劃保費提供稅務扣減會是鼓勵市民參與核准醫保的有效誘因。他們促請政府當局考慮為醫保計劃保費提供稅務扣減。政府當局認為，不同的財政誘因可能帶來不同的效果。無索償折扣及給予新加入者的保費折扣可能也是參加醫保計劃的直接及有吸引力的誘因。儘管如此，政府當局對於為醫保計劃的保費提供扣稅一事持開放態度。

醫療保險的醫療融資角色

54. 小組委員會察悉，私人醫療保險在醫療融資所佔的整體份額只佔約八分之一，而逾三分之一受私人醫療保險保障的人士仍會選擇使用公營醫療服務。就此，委員對市民過度依賴公營醫療服務及私人醫療保險在醫療融資所佔的份額不合比例深表關注。部分委員促請政府當局在推行醫保計劃後，就私人醫療保險在醫療融資所佔的份額訂定目標。

55. 部分委員特別指出，如危疾保障及住院現金一類入息保障保險計劃，可能為投保者選擇使用公營醫療服務提供誘因。他們促請政府當局就受私人醫療保險保障的人士使用醫療服務，以及醫療保險計劃向這些人提供的保障進行較詳細的研究，以便就各類保險對公私營醫療服務的影響作出更佳的評估。

政府資助的運用

56. 就政府當局利用預留的500億元財政儲備支持推行醫保計劃的建議，委員曾進行深入的討論。多位委員強烈認為，把500億元財政儲備用於公營醫療系統，會比用作支持私人醫療保險的參與率更有效。他們認為，若把個別人士為參加醫保計劃而支付的保費亦計算在內，推行醫保計劃的總成本會較500億元的財政儲備為多。就此，他們對於在私人醫療保險作出如此鉅額的投資，是否符合成本效益存有疑問。他們亦質疑醫保計劃能否減輕對公營醫療系統的壓力，理由是投保者可能繼續利用公營醫療系統，特別是一些較昂貴的醫療服務。

57. 部分委員亦對使用公帑資助私人醫療保險的參與率深表關注，因為私人承保機構及醫療服務提供者或較投保者更受

惠於該類資助。他們促請政府當局提供更多資料，以支持其指利用500億元財政儲備會令投保人(特別是高風險人士)受惠的聲稱。

58. 部分委員指出，政府為私人醫療保險及私營醫療服務提供資助，可能令醫療成本螺旋式上升及推高醫療通脹。他們亦質疑高風險分攤基金在財政上的可行性，在500億元的財政儲備用罄後，該基金或需政府繼續注資。他們並要求政府當局提供資料，顯示利用政府資助支持推行醫保計劃的成本效益。

59. 政府當局強調，政府不會減少對公共醫療服務的承擔。當局會繼續堅持以公營醫療系統作為全民的安全網，為他們提供平等而可獲得的保障。在考慮就推行醫保計劃使用公帑的方案時，政府當局已顧及的因素包括：公帑的使用能否有助達致醫保計劃的政策目標、是否有利於本港醫療系統的長遠持續發展、是否有利於保障消費者的權益和惠及投保人及社會大眾。經考慮委員的意見後，政府當局會指示將委託的顧問分析和研究使用公帑以配合推行醫保計劃的各個方案的必要性、可行性和效益。

60. 主席指出，醫保計劃的其中一個目標是解決現時私人醫療保險及私營醫療市場的不足之處，他認為利用立法手段解決市場的不足之處可能更有效。舉例而言，保險公司或須根據法例引入一些特點，如投保者不會被拒保、保證終身續保及承保投保前已有的病症。他要求政府當局就利用立法手段達致醫保計劃的目標提出意見。

61. 政府當局表示，若無政府資助支持推行醫保計劃，保險公司所訂定的保費可能過高，並且不是大部分人所能負擔。提供上述額外承保範圍及保障的醫療保險計劃所承擔的整體風險會較高。如這些風險均充分反映在該計劃中，增加的保費會減低投保人在年輕和健康時參加計劃的意欲，從而削弱計劃分攤風險的功能和推高保費。政府當局強調，運用該500億元的財政儲備，是為處理風險池的問題、使保費維持在可負擔的水平，以及提供誘因鼓勵年青及健康人士早日參與醫保計劃，以確保計劃的長遠可持續性。

推行醫保計劃

62. 考慮到現屆政府及候任行政長官的政策取向在一些問題上出現分歧，如興建私營醫院及為內地孕婦提供本地產科服務等，部分委員對於下屆政府會否繼續推行醫保計劃深表關

注。他們擔憂，下屆政府或不會如現屆政府般，同樣優先處理推行醫保計劃的事宜。

63. 政府當局強調，首階段的公眾諮詢已反映社會對推展醫療服務改革，以應付人口老化和醫療成本上漲等挑戰的建議有普遍共識。雖然下屆政府在改善及改進下一階段醫療改革方面仍有空間，但現屆政府認為，現時為推出醫保計劃而進行的準備工作，如就私人醫療保險現時的市場情況進行的全面檢討、人手規劃及運用公帑支持醫療改革的方案，對於下屆政府制訂醫療改革的未來路向是必需和重要的。

建議

64. 小組委員會建議政府當局應——

在人手規劃的策略性檢討方面

- (a) 審視非本地訓練醫生在本港執業訂定專業水平的現有機制，以及促進專職醫護人手的發展；
- (b) 顧及私營醫療服務擴張、新私營醫院的發展、推行醫保計劃及非本地人士的服務需求所導致的人力需要；
- (c) 制訂有效措施，以挽留醫管局的醫療及護理人員；
- (d) 探討向私營界別購買更多服務及聘用私營界別醫生以兼職形式在公營醫院服務的可行性；

在公共醫療服務方面

- (e) 制訂有效機制，監察醫管局所提供服務的成本效益，包括為評估醫管局服務量的質素及數量訂定清晰及相關的指標；
- (f) 改善醫管局醫院聯網的資源分配機制，以便資源會集中於須予優先處理的範疇及人口組別；
- (g) 就公營及私營醫療界別提供的住院服務訂定目標比例，以衡量醫保計劃在減輕公營醫療系統壓力方面的成效；

在私營醫療服務方面

- (h) 採取更積極的措施，確保有足夠的私營醫院病床及醫護人手，以推行醫保計劃；
- (i) 在興建新私營醫院的批地條件內指明提供價格合理的私營住院服務，供本地居民使用；
- (j) 就《醫院、護養院及留產院註冊條例》進行全面檢討，藉以加強對私營醫院的規管；
- (k) 在等待檢討該條例期間推出措施，提高新私營醫院服務的質素及收費透明度；

在醫保計劃的監管架構方面

- (l) 採取積極措施，解決私人保險市場的不足之處；
- (m) 擴大獨立而具公信力的新仲裁機制的職能，以處理與私人醫療保險任何方面有關的投訴，而非僅與醫保計劃有關的投訴；
- (n) 清晰界定醫保計劃監管架構的各個不同組成單位的監管、規管和行政角色和關係；

在醫保計劃的設計方面

- (o) 考慮就參加醫保計劃的保險公司的行政費用、佣金及利潤設定上限，如15%；
- (p) 考慮把個別醫生和醫院的收費從一筆過的收費中分開，以鼓勵更多獨立的私家醫生參加醫保計劃；
- (q) 清楚列明套餐式收費在正常的低風險情況下將包括及不包括的項目及服務；
- (r) 清楚列明醫保計劃下的償款安排(不論有否根據症候族羣分類而釐定的套餐式收費)；
- (s) 提供足夠的保障額，以便在大部分情況下滿足投保人的醫療需要；
- (t) 審慎研究高風險分攤基金在財政上的可行性；

- (u) 考慮就醫保計劃保費提供稅務扣減；

在私人醫療保險方面

- (v) 為方便制訂醫保計劃的詳細建議，就受私人醫療保險保障的人士使用醫療服務、醫療保險計劃向這些人提供的保障，以及推算參加醫保計劃的人數進行詳細的研究，並按年齡及風險水平提供分項資料；
- (w) 在推行醫保計劃後，就私人醫療保險在醫療融資所佔的份額訂定目標；

在政府資助的運用方面

- (x) 提供更多資料及理據，以支持運用政府資助推行醫保計劃；及

在推行醫保計劃方面

- (y) 在小組委員會完成工作後，就檢討及顧問研究的結果，以及醫保計劃的推行進度，向事務委員會定期匯報。

65. 小組委員會並建議，事務委員會應在立法會下屆會期就上述事宜與政府當局跟進，並在有需要時委任小組委員會協助其在此方面的監察工作。此外，事務委員會或第五屆立法會為此而委任的小組委員會應邀請持份者及市民就此議題提出意見。

徵詢意見

66. 謹請委員察悉小組委員會的工作及支持其建議。

立法會秘書處
議會事務部2
2012年7月4日

衛生事務委員會

醫療保障計劃小組委員會

職權範圍

研究政府為醫療改革第二階段公眾諮詢建議推出的醫療保障計劃的有關事宜，並在有需要時作出建議。

衛生事務委員會

醫療保障計劃小組委員會

委員成單

| | |
|----|----------------|
| 主席 | 梁家騮議員 |
| 委員 | 張文光議員 |
| | 李鳳英議員, SBS, JP |
| | 余若薇議員, SC, JP |
| | 李國麟議員, SBS, JP |
| | 何秀蘭議員 |
| | 陳克勤議員 |
| | 陳健波議員, JP |
| | 潘佩璆議員 |
| | 梁家傑議員, SC |

(總數：10位議員)

| | |
|----|-------|
| 秘書 | 黃麗菁女士 |
|----|-------|

| | |
|------|-------|
| 法律顧問 | 李凱詩小姐 |
|------|-------|