

## 立法會參考資料摘要

### 自願醫保計劃

#### 引言

在二零一四年十二月二日的會議上，行政會議**建議**，行政長官**指令**在二零一四年十二月十五日就推行自願醫保計劃進行為期三個月的公眾諮詢，並以諮詢文件（行政摘要擬稿載於**附件 A**）的形式提出建議。

#### 理據

##### 兩個階段的醫療改革公眾諮詢

2. 面對人口老化和醫療服務需求不斷增加所帶來的挑戰，政府在二零零八年和二零一零年進行了兩個階段的醫療改革公眾諮詢，以探討如何維持本港醫療系統的長遠可持續發展。在第一階段的公眾諮詢中，除服務改革建議外，政府亦就六個可行的輔助融資方案<sup>1</sup>諮詢公眾。由於市民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，因此我們制訂了由政府規管的自願私人醫療保險計劃—醫療保障計劃（醫保計劃），並在第二階段諮詢公眾。醫保計劃是一項配合公營醫療系統的輔助融資安排。醫保計劃並非旨在解決所有本港醫療系統面對的挑戰，而是調節公私營醫療系統平衡的措施之一<sup>2</sup>。透過令市民更容易獲得醫療保險保障和提高產品的質素，醫保計劃旨在加強消費者對使用私營醫療服務的信心，從而減輕公營醫療系統的長遠財政壓力。我們已在健康與醫療發展諮詢委員會下成立了醫療保障計

---

<sup>1</sup> 六個輔助融資方案包括提高公營醫療服務的收費、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）。

<sup>2</sup> 其他調整措施包括公私營協作、電子健康記錄互通、發展公營及私營醫療設施等。

劃工作小組及諮詢小組，以制訂醫保計劃的詳細建議，並委託了顧問提供專業及技術支援<sup>3</sup>。由於醫保計劃是一項輔助融資安排，我們建議把計劃改稱為「自願醫保計劃」，以便更清晰反映計劃的目標和性質。政府在推行自願醫保計劃的同時，仍會繼續對公營醫療系統作出承擔。公營醫療系統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<sup>4</sup>。

## 推行自願醫保計劃的建議

3. 根據工作小組的討論結果和顧問的意見，我們就推行自願醫保計劃提出了下文各段所述的建議。

### *所有個人住院保險產品必須符合「最低要求」*

4. 我們建議在自願醫保計劃推行後，承保機構在銷售及／或訂立個人償款住院保險時必須符合政府指定的「最低要求」<sup>5</sup>。個人償款住院保險屬於《保險公司條例》(第41章)附表1第3部類別2(疾病)，提供彌償性質利益的保險合約，以承保受保人因疾病或殘疾而須住院<sup>6</sup>所引致損失的風險(住院保險)，而保單持有人／受保人必須為個人。個人住院保險保單可以一份類別2的獨立保單的形式批予個人，或作為附加於長期合約的額外保障批出，成為該長期合約的一部分(例如作為附加於人壽保險保單、並成為該人壽保險保單一部分的醫療保險附約)。在自願醫保計劃推行後，承保機構不得提供不符合「最低要求」的個人住院保險產品。承保機構銷售個人住院保險時，不論是否同時提供其他附有更佳保障的個人住院保險產品(請參閱第5段)，都必須向消費者提供符合所有(但不超過)「最低要求」的「標準計

---

<sup>3</sup> 獲委託的顧問為羅兵咸永道諮詢服務有限公司。

<sup>4</sup> 在二零一四至一五年度，政府在醫療衛生服務方面的每年經常開支高達520億元，佔政府總經常開支約17%。就公營醫療基建而言，政府現正進行及計劃進行多項醫院重建或擴建計劃，包括興建天水圍醫院和香港兒童醫院、擴建基督教聯合醫院，以及重建廣華醫院和瑪麗醫院。

<sup>5</sup> 為清晰起見，自願醫保計劃的適用範圍並不包括可能附加於個人住院保險保單的任何固定金錢利益(例如住院現金或危疾保障)。在一般情況下，危疾保險保障向確診患上保險保單指定的病症的受保人提供一筆過的現金款項，而住院現金保障則向因疾病或意外而住院的受保人，在其住院期間提供每天定額現金保障。在這兩個例子中，由於這些保障所賠償的款項都屬於固定金錢利益，所以這些保障本身並不受自願醫保計劃規管；也不會因被附加於一份個人住院保險保單而受規管。

<sup>6</sup> 就自願醫保計劃而言，在本文件中住院指病人未必在入院的同一曆日出院的情況，或整個手術、康復、治療和護理過程必須連續留院進行，預計可能需時超過12小時。

劃」，作為其中一項選擇。「標準計劃」的 12 項擬議「最低要求」，旨在改善個人住院保險保障的投購和延續性，並提高保險的質素、透明度和明確性。這些要求概述如下（更詳盡的說明載於**附件 B**）：

- (a) 保證續保且無須重新核保；
- (b) 不設「終身可獲保障總額上限」；
- (c) 為投保前已有病症提供保障，但設有標準等候期；
- (d) 在下述情況，提供必定承保而附加保費率上限設定為標準保費 200%的安排—
  - (i) 自願醫保計劃推行首年內，所有年齡人士；
  - (ii) 自願醫保計劃推行第二年起，40 歲或以下人士；
- (e) 保單「自由行」，如在轉換保單前一段時間（例如三年）內沒有提出任何索償，在轉換承保機構時便無須重新核保；
- (f) 承保範圍必須包括須住院及／或以訂明的非住院程序<sup>7</sup>治療的病症；
- (g) 承保範圍必須包括訂明的先進診斷成像檢測（須繳付固定的 30%共同保險以遏止道德風險），以及設有賠償上限的非手術癌症治療；
- (h) 保障限額須達至訂定的水平；
- (i) 保單持有人無須繳付分擔費用（免賠額或共同保險），但訂明的先進診斷成像檢測的固定 30%共同保險除外；保單持有人分擔的費用設有每年 30,000 元的上限（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項）；
- (j) 透過以下措施為保單持有人提供明確的支出預算—
  - (i) 「服務預算同意書」：須在治療前透過書面報價告知保單持有人預算的費用及預計的賠償額；

---

<sup>7</sup> 「標準計劃」涵蓋的非住院程序會由擬設負責監察自願醫保計劃的推行和運作的規管機構決定和訂明（請參閱第 14 段），並會徵詢由各主要持份者組成的諮詢委員會（成員來自保險業、私營醫療服務提供者和有關監管機構等）的意見。

(ii) 至少一項程序／檢測設有「免繳付套餐／定額套餐」安排：倘若保單持有人所接受的程序、所選擇的醫療機構（例如醫院）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」（無須繳付任何自付費用）或「定額套餐」（繳付預定數額的費用）安排；

(k) 標準保單條款及條件；以及

(l) 透過方便使用的平台（例如承保機構和擬設立的自願醫保計劃規管機構的網站），提供按年齡分級且具透明度的保費資料。

5. 制訂「最低要求」的建議，是考慮到市民在早前的公眾諮詢中曾提及對現有住院保險市場的關注，包括拒絕承保、承保範圍不包括投保前已有病症、不保證續保、缺乏明確的支出預算，或因欠缺標準保單條款及條件而引致保險索償爭議。這些不足往往令受保人不願透過私人保險使用私營醫療服務，並因而重投公營醫療系統<sup>8</sup>。透過「最低要求」改善住院保險保障的質素和明確性，以及增強消費者對使用私營醫療服務的信心，住院保險將能在分擔日益增加的醫療開支方面發揮更大作用。國際經驗也顯示，海外政府為私人醫療保險訂立與「最低要求」大致相若的規定（請參閱**附件 C**），是常見的做法，如澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士和美國等。承保機構不只限於提供「標準計劃」，也可透過「靈活計劃」和「附加計劃」提供更完善的保障。簡單來說，就自願醫保計劃而言—

(a) 「靈活計劃」是住院保險計劃，旨在就「標準計劃」任何或所有屬於住院保險性質的保障項目，提供最佳的保障（例如較「標準計劃」為高的「住宿及膳食」保障限額）。為容許較大彈性，以推動產品創新和競爭，「靈活計劃」無須受制於以下要求—

(i) 必定承保而附加保費率設有上限；以及

(ii) 「標準計劃」不設免賠額或共同保險的費用分擔限制，但免賠額或共同保險的款額仍不得超過「標準計劃」每年30,000元的建議上限；以及

---

<sup>8</sup> 政府統計處在二零一一年進行的主題性住戶統計調查結果顯示，在擁有私人醫療保險保障的人士當中，以入住本地醫院次數計算，約54%使用公立醫院的服務。

(b) 「附加計劃」是提供住院保險以外其他性質的保障的保險產品，可附加於「標準計劃」或「靈活計劃」之上，並成為計劃的一部分。由於「附加計劃」（不論是附約還是獨立計劃）不是住院保險，因此無須符合「最低要求」。

6. 從醫療政策和保障消費者的角度來看，我們認為以「住院」／「健康」／「醫療」保險的名義銷售的個人住院保險，至少應提供「標準計劃」的保障，使投購這類產品的消費者不會被誤導，以為不符合規定的產品能滿足自願醫保計劃的「最低要求」。我們建議在自願醫保計劃推行後，只有符合「最低要求」的醫療保險產品，才可以「住院」／「健康」／「醫療」保險的名義，或其他表明或意味該產品屬個人住院保險的名義銷售<sup>9</sup>。

7. 與同樣提供普通病房級別保障的現有個人住院保險產品比較，「標準計劃」提供更佳保障<sup>10</sup>。由於「標準計劃」將提供更佳保障，顧問估計其平均標準保費約為每年 **3,600 元**<sup>11</sup>（按二零一二年的固定價格計算），較市場上現有個人住院保險產品（普通病房級別）的平均保費（約 3,300 元，按二零一二年的固定價格）高出約 9%。儘管如此，由於自願醫保計劃會帶來更高的透明度，並讓消費者較易比較不同產品，因此非索償比率（即承保機構的開支費用—包括佣金和經紀費用、利潤及其他開銷—佔保費的百分比）應會因而下降<sup>12</sup>。在自願醫保計劃下，產品標準化、質素保證及更流通的市場資訊，均有助消費者易於比較各類產品，從而帶動市場競爭，令非索償比率適度下降。如非索

---

<sup>9</sup> 由於團體住院保險不受「最低要求」所規管（請參閱第 9 段），而部分團體住院保險可能提供較個人「標準計劃」為低的保障，因此我們建議任何以「住院」／「健康」／「醫療」保險名義銷售的團體住院保險產品，必須在產品名稱上註明該產品屬團體產品（例如「團體住院保險」、「團體健康保險」或「團體醫療保險」）。

<sup>10</sup> 舉例來說，在現時不少產品中，非手術癌症治療（例如化療和放射性治療）和先進診斷成像檢測（例如磁力共振掃描、電腦斷層掃描和正電子放射斷層掃描）都不是獨立的保障項目。保單持有人通常只能在「醫院雜項開支」的保障項目下就這些治療和檢測索償，而且賠償金額一般不足以支付所需費用。「標準計劃」將為這些治療和檢測設立獨立的保障項目，讓使用此類服務的保單持有人可按照相應的保障限額獲得足夠保障。這有別於現時個人住院保險產品只在「醫院雜項開支」項目下承保這些治療和檢測的做法。

<sup>11</sup> 有關數字介乎「標準計劃」40 至 49 歲年齡組別的估算標準保費之間。

<sup>12</sup> 根據保險業監理處的數字，相較顧問所研究的其他司法管轄區，香港個人醫療保險市場及整體醫療保險市場的平均非索償比率是最高的（在二零一三年，個人醫療保險市場的平均非索償比率為 36%，團體醫療保險市場的相應數字為 19%；而整體醫療保險市場的平均非索償比率為 29%）。澳洲、愛爾蘭、荷蘭及瑞士的整體醫療保險市場的平均非索償比率分別為 13%（二零一二年）、13%（二零一二年）、7%（二零一二年）及 9%（二零一二年）。

償比率適度地降至接近國際經驗水平，將可抵銷部分「標準計劃」與市場現有產品（它們缺乏「最低要求」建議的特點和保障）比較下保費的預計增幅。我們建議訂立要求，令保費和支出預算更為明確，目的是要為消費者提供更多選擇、推動市場競爭及更有效地監察保費水平。此外，承保訂明的非住院程序，將有助減少不必要的住院，使醫療服務更具成本效益。長遠而言，與基線情況（即沒有推行自願醫保計劃）比較，上述的市場效益預計可紓緩個人住院保險平均保費的升幅<sup>13</sup>。

### **現有個人住院保險保單的轉移安排**

8. 我們建議，現有的個人住院保險保單在自願醫保計劃推出後首年內屆滿之時，承保機構必須向相關保單持有人提供選擇，以決定是否把現有保單轉移至達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單，而無須就現有的保障範圍和保障限額重新核保。如保單持有人在上述一年期滿後才轉移保單，而承保機構認為有必要，則可能須接受重新核保。不過，如保單持有人選擇不轉移保單，可選擇按照既有或任何條款（不論是在上述一年期內或之後）續保其現有保單，儘管有關條款或不符合「最低要求」。這些保單將獲豁免，即只要承保機構繼續管理這些保單，這些保單便可獲豁免，無須符合「最低要求」。附件A第30至35段載有詳細的轉移安排。不過，為了鼓勵保單持有人及早轉移至符合「最低要求」的保單，獲豁免的保單將不會享有任何財務誘因，包括政府提供的稅項扣除（請參閱下文第12至13段）。

### **團體住院保險的安排**

9. 理論上，團體住院保險保單（即僱主為其僱員提供福利而持有的保單）應符合「最低要求」，才能為消費者提供更佳保障。然而，團體保險市場與個人保險市場本質有異，投購團體保單的費用由僱主而非直接受惠的僱員承擔。而且，由於一些僱主預算有限，所以市面上部分產品只提供有限的保障。有鑑於此，我們建議團體住院保險無須符合「最低要求」<sup>14</sup>。為了向僱員提供更佳保障，我們建議團體住院保險應採取下述安排—

---

<sup>13</sup> 在二零四零年，個人住院保險的平均保費預計較基線情況低6%。

<sup>14</sup> 為清晰起見，自願醫保計劃的適用範圍並不包括僱主為外籍家庭傭工投購的保險。在這類保單中，因為即使這些保單包含償款住院保險的元素，但該元素只佔整份保單一個較少而非主要的部份，其原意亦並非為受保人承擔私營醫療服務的全數開支。僱主為外籍家庭傭工投購的保險保單並不受本段所提及有關團體保單的建議安排的規限。

- (a) 「**轉換選項**」：我們建議規定承保機構向僱主提供團體住院保險產品時，須向僱主提供「轉換選項」，以供僱主選擇。如僱主決定投購附有「轉換選項」的團體保單，則受該等團體保單保障的僱員，可在離職時使用「轉換選項」，便可在無須接受重新核保的情況下，以同一核保級別轉移至個人「標準計劃」，條件是有關僱員必須在緊接轉移至個人「標準計劃」之前已受僱滿一年；以及
- (b) 「**自願補充計劃**」：我們建議承保機構可以團體保單的形式，向受團體住院保險保障，並有意自行付費在團體保單之上投購額外保障的個別成員，提供「自願補充計劃」。團體保單在「自願補充計劃」增補後，應能提供與個人「標準計劃」相若的保障水平。

### **讓高風險人士透過高風險池獲得住院保險**

10. 在第二階段公眾諮詢中，市民最擔憂的問題之一，是高風險人士較難投購住院保險。為了回應社會的期望，讓高風險人士得以投購住院保險，我們建議在「最低要求」中規定承保機構須為消費者提供帶有必定承保而附加保費率上限為 200%，以及承保投保前已有病症此等條款的「標準計劃」。不過，如強制規定承保機構接受高風險人士投保，並訂立附加保費率上限，而不設任何適當的紓緩措施，承保機構未必可以收取與其承擔風險相稱的足夠保費以抵銷須支付的索償款項。為確保高風險人士也可投購住院保險，顧問建議設立高風險池。在自願醫保計劃推行的首年內，高風險池承接所有合資格的保單，由第二年開始則只承接 40 歲或以下人士的合資格保單。我們建議高風險池應按下述架構以立法形式設立：

- (a) 高風險池是一個可起訴他人或被起訴的法律實體，可訂立合約；高風險池資金來自保費收入和政府注資；
- (b) 高風險池只承接由承保機構轉移的「標準計劃」高風險保單<sup>15</sup>；保單雖已轉移，但仍是保單持有人與核保和發出保單的承保機構之間的合約；
- (c) 承保機構負責管理保單，並向高風險池收取行政費用；

---

<sup>15</sup> 高風險保單指承保機構會收取標準保費 200%或以上附加保費的保單。

- (d) 承保機構在管理保單時，應將高風險保單從其他保單的保險組合分開，目的是確保非高風險人士的風險評核不會受負面影響；
- (e) 保單涉及的所有保費、索償及負債都會歸入高風險池；
- (f) 高風險池的日常運作可外判予專門的理賠機構處理；
- (g) 保單持有人須繳付承保機構訂定的保費和附加保費，而附加保費率為標準保費的 200%；
- (h) 高風險池由第 14 段所述的規管機構監察；以及
- (i) 承保機構會在保單開始生效時把其核保的高風險保單轉移到高風險池。此後，高風險池不會接納任何並非在承保機構核保時轉移的保單，而承保機構其後也不得以受保人的健康風險增加為由，或以其他理由要求高風險池接納任何高風險保單。如承保機構在保單開始生效時選擇不把保單轉移到高風險池，則雖然可收取保費（受附加保費率上限限制），但卻不會受高風險池保障，而要自行承擔保單的索償及負債，直至保單屆滿或終止為止。

11. 高風險池是落實「最低要求」下必定承保及附加保費率設有上限的關鍵措施，以達致自願醫保計劃使更多人可獲得住院保險的目的。我們認為，政府使用公帑注資高風險池，是合理和有充分理據支持的。如沒有高風險池，很多高風險人士將只能使用由政府大幅資助的公營醫療服務。透過高風險池讓部分高風險人士獲得住院保險保障，不但可讓他們有機會選用私營醫療服務，更可令公營醫療系統得以集中資源，為其目標範疇提供服務。**附件 D** 列舉的例子說明以公帑資助高風險池如何令整體醫療系統受惠。政府資助高風險池運作 25 年（二零一六年至二零四零年）的預計總代價約為 43 億元（按二零一二年的固定價格計算）（詳情請參閱**附件 E**）。把推算期（25 年期）定於截至二零四零年為止，主要是因為政府統計處的人口推算結果只截算至二零四一年。我們會根據運作經驗，在適當時候檢討和研究二零四零年後高風險池的撥款安排。

### **住院保險的稅項扣除**

12. 為符合政府認可規定的醫療保險計劃提供稅務誘因，是世界各地常見的做法。顧問建議在自願醫保計劃下提供稅務誘因，因為這做法較直接保費津貼更符合可持續發展的原則，而且在行政上更具成本



效益。除了對投保率有正面作用外，提供稅務誘因也是對長期繳納稅款並投購醫療保險的中產階層的回饋。他們透過投購醫療保險使用私營醫療界別的服務，使公營醫療界別（撥款正是來自他們繳納的稅款）可以騰出資源，令社會大眾受惠。鑑於市場上醫療保險產品種類繁多，我們有需要防止出現濫用稅務誘因的情況，確保那些為消費者提供合理保障，並有助調整公私營醫療界別平衡的真正住院保險，才可享有稅務誘因。考慮上述因素後，我們建議在推行自願醫保計劃後提供稅項扣除，以使只有符合「最低要求」的個人住院保險保單才合資格享有稅項扣除。我們建議為達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單<sup>16</sup>的保費，以及任何人士在他們所屬的團體住院保險保單之上自費投購「自願補充計劃」的保費提供稅項扣除。任何人士（即納稅人）可就其本身的保單及／或其受養人<sup>17</sup>的保單申索稅項扣除，而建議的稅項扣除將以每名受保人為單位提供，每名納稅人可就保單申索稅項扣除的受養人數目設有上限，比方說不多於三名受養人。

13. 純粹作為說明之用，如把每年可申索作扣除稅項的保費上限訂為每名受保人\$3,600元（即二零一二年「標準計劃」的平均標準保費，按二零一二年的固定價格計算），而估計約有570 000名納稅人和360 000受養人符合稅項扣除資格，則二零一六年減少的稅收預計約為2.56億元（按二零一二年的固定價格計算）<sup>18</sup>，而每名合資格的納稅人平均可獲的稅務優惠約為450元。

### **自願醫保計劃的規管機構**

14. 我們建議在食物及衛生局下設立規管機構，以監管自願醫保計劃的推行和運作，尤其是規管自願醫保計劃的產品。規管機構的職能將包括頒布、檢討和執行「最低要求」；為符合規定的產品存檔；監察高風險池的運作；處理消費者的投訴；以及調查違反「最低要求」

---

<sup>16</sup> 為清晰起見，我們建議稅項扣除不應適用於為下列各類保單的保費—

- (a) 不符合「最低要求」的住院保險保單，包括獲豁免的保單，目的是鼓勵保單持有人早日把獲豁免的保單轉移到符合「最低要求」的保單；或
- (b) 非住院保險保單，例如只提供門診保障的保單、住院現金保單或危疾保單。這是因為投購該類保單未必有助於達致自願醫保計劃的目標。就門診服務而言，目前大部分的需求都由私營界別應付，投購只提供門診保障的保單不見得會有助減輕公營系統所承受的壓力。至於住院現金或危疾保單，這類保單所提供的保障並非與醫院護理的開支掛鉤，因此未必與保單持有人的健康保障直接有關。

<sup>17</sup> 受養人的定義應與現時稅務規例指定可申索免稅額的受養人定義一致，即配偶、子女、受養父母、受養祖父母或外祖父母、受養兄弟姊妹等。

<sup>18</sup> 假設在二零一六年同時實施自願醫保計劃和稅項扣除。

的個案。在執行這些職能時，規管機構具有對承保機構施行規管和紀律懲處所需的權力。規管機構也會建立支援自願醫保計劃推行的基礎設施，以推動市場發展，包括開發資訊系統以便為產品存檔；從承保機構和私營醫療服務提供者收集和發布數據；以及向消費者推廣自願醫保計劃的教育工作等。為確保規管機構妥善行使權力，我們建議委任一個運作獨立於規管機構的覆檢委員會，以檢視規管機構在履行規管職能（例如為符合規定的產品存檔和調查違規個案）時所作的決定。我們會與現有的規管組織緊密聯繫，以確保有關保險業監管的現行及未來法律制度能互相配合，並使各方職務得以有效協調<sup>19</sup>。

15. 我們建議設立索償糾紛調解機制，以便在訴訟以外提供一個具公信力和獨立的渠道，解決與自願醫保計劃有關的索償糾紛。索償糾紛調解機制應受理所有因個人自願醫保計劃保單而引致索償的財務糾紛，並可採用調解及／或仲裁這兩個最常用的另類糾紛調解方式運作。我們會與保險業界和其他持份者商討索償糾紛調解機制的運作細節，以及索償糾紛調解機制與現行機制（保險索償投訴局和金融糾紛調解中心）在處理涉及醫療保險索償糾紛方面的配合安排。

## 配套措施

16. 自願醫保計劃有賴採取必要的配套措施以成功推行，包括足夠的醫護人力供應和充足的醫療服務量，以提供優質的私營醫療服務。為此，我們在制訂自願醫保計劃建議的同時，也推展了下列措施—

- (a) **檢討醫護人力規劃**：我們成立了一個督導委員會，就醫護人力規劃及專業發展進行策略檢討。督導委員會的工作現正全面展開。其建議將有助找出提供足夠專業醫護人員的途徑，以滿足日後的醫療需要。在過渡期間，政府在二零一二至一三學年起

---

<sup>19</sup> 我們會與相關的規管組織緊密聯繫，以確保有效協調各方職務，避免職能重疊，包括—

- (a) 審慎規管承保機構，這項職能會繼續由保險業監理處／擬設立的獨立保險業監管局（保監局）執行；
- (b) 規管保險中介人，這項職能會繼續由現行的自律規管機構（即保險代理登記委員會、香港保險顧問聯會及香港專業保險經紀協會）執行，或在保監局設立後由該局負責；以及
- (c) 規管醫療服務的質素及醫護人員，這些職能會繼續由衛生署及相關的法定委員會、管理局和專業機構執行。

我們會在自願醫保計劃的立法建議中反映上述意向，並會與相關規管組織進一步商討可行的協調方式。

的三個學年，增加了 100 個第一年醫科學額（即由每年 320 個增至 420 個）、40 個護士學額（即由每年 590 個增至 630 個），以及 146 個專職醫療人員學額（即由每年 231 個增至 377 個）；

- (b) **增加私營醫療服務量**：我們預計現有私家醫院的擴建或重建工程將可額外提供約 900 張病床，而在黃竹坑興建的新私家醫院也將在二零一七年提供 500 張病床。我們亦正考慮不同機構的新私家醫院發展方案，包括香港中文大學在其校址發展新教學醫院的建議。

發展私家醫院是一項長遠的投資，涉及龐大的前期成本開支，包括購置醫療器材和興建醫院大樓。為促進私家醫院的發展，我們會考慮向機構貸款以發展新的非牟利私家醫院。政府會在醫院發展方面施加適當要求，從而達致其政策目標，包括確保這些新建醫院的服務範圍能與公立醫院互相配合，切合社會需要，而所提供的套餐式收費服務能支援自願醫保計劃的推行。我們預期，在這項便利措施下，加上新醫院落成和現有醫院重建後，香港醫療系統的整體服務量將有所增加，並能為市民提供更多負擔得來而且優質的私家醫院服務；以及

- (c) **檢討私營醫療機構的規管**：我們在二零一二年十月成立檢討私營醫療機構規管事宜的督導委員會，目的是提高私營醫療服務的安全、質素和透明度，包括加強規管私營醫療服務的機構和臨床管治、收費透明度、投訴和私家醫院醫療風險警示事件的處理機制，以及把提供高風險程序的日間醫療中心和法團公司管理下的診所納入規管。尤其在提高收費透明度方面，我們會鼓勵私家醫院披露收費資料、提供「服務預算同意書」、披露過往統計資料及就常見手術／程序推出套餐式收費，以便為消費者提供更明確的支出預算。這些措施將有助加強消費者對使用私營醫療服務的信心，從而達致自願醫保計劃的政策目標。根據督導委員會的建議和檢討結果，政府會在進行自願醫保計劃公眾諮詢的同時，就改革私營醫療機構規管制度進行公眾諮詢。

## 自願醫保計劃為醫療系統帶來的效益

17. 由於自願醫保計劃屬自願性質，而且是一項輔助融資安排，因此在理解自願醫保計劃的預期影響時，應同時考慮其他長遠因素，包括人口老化令市民對公私營醫療服務的需求上升。附件 F 載有自願醫

保計劃預期影響的詳細評估<sup>20</sup>。概括而言，在推算個人住院保險的投購率方面，與基線情況（即沒有推行自願醫保計劃的情況）比較，推行自願醫保計劃預計會令個人住院保險投保率上升。二零一六年的個人住院保險投保率預計佔總人口 29%（基線情況則為 26%<sup>21</sup>；若按受保人數計，則大約增加 223 000 人）。若按醫療程序（大多數是先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查或非手術癌症治療）宗數計，二零一六年在私營界別進行的醫療程序會較基線情況增加 231 000 宗。私營界別服務使用量增加，主要原因之一是私營界別名義上代替公營界別提供了一些服務（即在基線情況下本應由公營界別提供的服務）。在上述新增的 231 000 宗醫療程序中，約 120 000 宗為私營界別名義上代替公營界別進行的醫療程序。隨著人口老化，市民對公營醫療服務的需求不斷上升，因此公營界別的服務只是名義上被替代，而不大可能令公營界別的服務使用量、住院日數或醫療開支有任何實質縮減。不過，如果我們能透過自願醫保計劃鼓勵及便利更多人使用私營醫療服務，公營界別的病人仍可受惠於縮短的輪候時間，以及因更有效的資源分配而得到改善的公營醫療服務。作為改善公私營醫療系統平衡的措施之一，自願醫保計劃會令私營醫療服務的使用量上升，而私營界別名義上代替公營界別提供一些服務，將在長遠而言顯著調整公私營醫療的比重。按出院人次（留宿和日間個案）計算，在二零四零年，公私營比例預計會由基線的 86:14 轉變為自願醫保計劃下的 81:19。私營界別的份額會大幅增加 36%，而公營界別的份額則會減少 6%。就醫療開支而言，公營界別的一些服務會被私營界別名義上替代，顧問預計在 25 年的推算期間（二零一六年至二零四零年），因此而被名義上替代的公共醫療開支累計約為 700 億元（按二零一二年的固定價格計算）。這遠高於在同一推算期內注資高風險池所需的 43 億元，以及預計減少的 64 億元稅收（2.56 億元 x 25 年）。

18. 如社會大眾支持上述建議，我們計劃制訂新法例，以推行自願醫保計劃。我們預計於二零一五至一六年度提交自願醫保計劃的條例草案和附屬法例。立法會審議並通過條例草案和相關的附屬法例後，方可推行自願醫保計劃。

---

<sup>20</sup> 假設自願醫保計劃在二零一六年推行，推算年期為 25 年（由二零一六年至二零四零年）。

<sup>21</sup> 在基線情況下，個人住院保險無須符合「最低要求」，而部分產品也未必能為保單持有人提供足夠的保障。

## 其他方案

19. 我們曾考慮把自願醫保計劃以獨立產品的形式推出市場，與其他不符合「最低要求」的個人住院保險產品一起銷售的做法，是否可取或可行。顧問認為，容許受規管市場界別（即產品受「最低要求」約束（符合規定產品））和不受規管市場界別（即產品不受「最低要求」約束（不符合規定產品））並存，並不切實可行。訂定「最低要求」是為迎合社會的期望，要達到這些目標，必然會增加成本。在受規管和不受規管界別並存的「雙軌市場」情況下，較健康的人口可能會被承保機構吸引投購保費較廉宜但不受規管的保險產品，令符合規定的產品主要成為不健康人口的選擇。鑑於住院保險產品的性質獨特，一些消費者可能會被吸引投購保費較廉宜但不符合「最低要求」（例如不保證續保）的保單。數年後，當消費者年事漸高，開始患病並提出索償，承保機構便可拒絕為他的保單續保。由於該消費者已有索償紀錄，而且健康狀況變差，因此會難以找到新的承保機構願意讓他投保。即使有承保機構願意讓他投保，保費也很可能因為須繳交附加保費而比相同年齡組別的人昂貴得多。這種消費者行為也意味着受規管市場界別須管理一羣健康風險高於一般消費者的保單持有人，因而受規管產品的保費會較其他不受規管但提供類似保障的保險產品為高。較高的保費會令健康狀況良好且對價格敏感的消費者離開受規管市場界別，導致符合規定產品的風險池的健康風險會變得更高。這個惡性循環會令符合規定產品的保費不斷提高，而符合規定產品的風險池內的保單持有人也會日益減少，風險池的健康風險也會越來越高。最終，保費會提高至令人無力負擔的水平，而受規管市場界別亦將無法維持<sup>22</sup>。

---

<sup>22</sup> 新加坡推行健保雙全計劃(MediShield)的經驗，有助解釋為何「雙軌市場」(醫療保險市場的受規管部分和不受規管部分並存)並不切實可行。健保雙全計劃在一九九零年推行，是一項低收費的基本自願醫療保險計劃，由中央公積金營運。健保雙全計劃旨在幫助投保人應付龐大醫療開支。若投保人的保健儲蓄計劃(Medisave)(一項國家醫療儲蓄計劃，把國民的部分收入儲起，以支付其本人或其家人日後入院、接受日間手術和某些門診服務所需的費用)結餘不足以應付龐大醫療開支，則可利用健保雙全計劃協助應付這些開支。由於承保機構可同時提供類似的醫療保險產品，私人承保機構為了更有利可圖，往往揀選較健康和年輕的顧客，那些健康較差和年老的顧客別無他選，只好投購提供必定承保的健保雙全計劃。這種「選客」現象把健保雙全計劃的保費推高，最終令計劃難以持續營運。有鑑於此，新加坡政府在二零零五年推出改革方案，包括禁止承保機構提供與健保雙全計劃的涵蓋範圍相同或較低的產品，但承保機構可在健保雙全計劃之上提供額外保障計劃。

## 建議的影響

20. 建議符合《基本法》，包括有關人權的條文。推行建議對環境或生產力沒有影響。建議對財政、公務員、經濟、可持續發展和家庭會有影響，詳情載於**附件 G**。

## 公眾諮詢

21. 我們在二零一四年十二月十五日就推行自願醫保計劃的各項建議展開為期三個月的公眾諮詢。我們會為市民舉辦公開諮詢論壇，並安排與代表有關界別、專業和持份者的特定組別舉行諮詢會。我們會在諮詢期間設立網上參與平台，並就自願醫保計劃的主要事宜進行調查，以收集公眾意見。

## 宣傳安排

22. 我們會在二零一四年十二月十五日向立法會衛生事務委員會簡介有關建議。我們會就開展公眾諮詢舉行新聞發布會和發出新聞稿，並為編輯和評論員舉辦詳細簡介會。我們也會播放有關這次諮詢的電視宣傳短片和電台宣傳聲帶，並會安排發言人解答傳媒的查詢。與公眾諮詢有關的所有資料和研究報告，都會上載到為此而設的網站。

## 查詢

23. 如對本參考資料摘要有任何查詢，可與食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處副處長李湘原先生(電話：3509 8929)聯絡。

食物及衛生局

二零一四年十二月十五日

自願醫保計劃諮詢文件行政摘要  
擬稿

醫療改革（第一章）

香港擁有雙軌並行、公私營醫療界別互相配合的醫療系統。公營界別主要提供第二層和第三層醫療服務，約 88% 的住院服務（以病床使用日數計算）由公立醫院提供。公立醫院提供約 27 400 張病床，佔全港病床總數約 88%。私營界別配合公營醫療系統，為有能力而又願意負擔醫療費用的人士提供選擇，讓他們獲得個人化的醫療服務和更佳的治疗環境。

2. 多年來，雙軌醫療制度一直行之有效，而政府的政策是維持並加強這個雙軌醫療制度。然而，一如其他先進的經濟體系，香港的醫療系統正面對由人口老化、市民對醫療服務期望日高，以及醫療成本不斷上漲而帶來的挑戰。面對這些挑戰，政府近年大幅增加了在公營醫療系統方面的投資，包括在過往七年把醫療衛生服務方面的經常開支由二零零七至零八年度的 320 億元增加超過 60% 至二零一四至一五年度的 520 億元（公共醫療開支現佔政府經常開支總額約 17%），以及開展一個重要的公立醫院重建和擴建計劃，包括興建天水圍醫院和香港兒童醫院、擴建基督教聯合醫院，以及重建廣華醫院和瑪麗醫院。

3. 政府在繼續承擔公營醫療服務之餘，也有必要研究適當措施，以探討如何改善本港醫療服務的質素，以及透過調較公私營系統之間的平衡，加強本港醫療系統長遠可持續發展的能力。自一九九零年代起，政府曾數度就醫療改革進行公眾諮詢，期望透過重新調整公私營醫療界別的比重，改革醫療系統。政府提出了各項建議方案，包括就政府資助設定上限或增加公營醫療服務收費、社會醫療保障、醫療儲蓄戶口等。雖然市民普遍認同有改革的需要，但他們對各改革方案有不同意見，未能達成共識。

4. 在二零零八年至二零一零年期間，政府展開兩個階段的醫療改革公眾諮詢，以探討如何改善本港醫療服務的質素，以及提升本港醫療系統長遠可持續發展的能力。政府在二零零八年進行題為《掌握健康 掌握人生》的第一階段公眾諮詢。除了諮詢公眾對服務改革方案的建議外，政府也提出了六個輔助融資方案，包括提高公營醫療服務使用者須支付的費用、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)。由於市民對強制融資方案有所保留，政府遂於二零一零年進行題為《醫保計劃 由我抉擇》的第二階段公眾諮詢，提出由政府規管的自願私人醫療保險計劃，即醫療保障計劃（醫保計劃）建議。

5. 醫保計劃旨在透過改善市場上醫療保險的質素，為有能力和願意使用私營醫療服務的人士提供更多選擇。醫保計劃鼓勵更多市民使用私營醫療服務，作為公營服務以外的選擇，從而讓公營界別可更專注為其目標範疇提供服務。當局建議醫保計劃產品應具備多個主要特點，讓市民更易獲得醫療保險保障，並提高醫療保險的質素和透明度。這些特點包括保證可終身續保、承保投保前已有的病症（設有等候期）、透過高風險分攤基金讓較高風險人士亦可投保，以及制訂標準保單條款及條件等。

6. 為推展醫保計劃，我們在健康與醫療發展諮詢委員會下成立了醫療保障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。我們根據工作小組的討論和顧問的建議，制訂了推行醫保計劃的詳細建議以諮詢公眾。

7. 醫保計劃並非旨在解決本港醫療系統面對的所有挑戰，而是一項配合公營醫療的輔助融資安排，也是調節公私營醫療系統平衡的措施之一。為了更清晰地反映計劃的目標和性質，我們建議把計劃改稱為「自願醫保計劃」。

## 「最低要求」（第二章）

### *規管個人住院保險*

8. 擬議的自願醫保計劃旨在規管個人償款<sup>1</sup>住院保險，即屬於《保險公司條例》（第41章）附表1第3部類別2（疾病）、提供彌償性質的利益的保險合約，以承保受保人因疾病或殘疾而須住院<sup>2</sup>而引致損失的風險（住院保險），而保單持有人／受保人必須為個人。個人住院保險保單可以一份類別2的獨立保單的形式批予個人，或作為附加到長期業務合約的額外保障批出，成為該長期業務合約的一部分（例如附加到人壽保險保單、並成為該人壽保險保單的一部分的醫療保險附約）批出。

---

<sup>1</sup> 「償款」保險一般指一種承保機構對受保人的實際損失作出償付（或彌償）的保險。

<sup>2</sup> 就自願醫保計劃而言，在本文件中住院指病人未必在入院的同一曆日出院的情況，或整個手術、康復、治療和護理過程必須連續留院進行，預計可能需時超過12小時。



9. 承保機構在銷售及／或訂立個人住院保險時，必須符合由政府訂明的「最低要求」。「標準計劃」是指符合所有（但不超過）「最低要求」的個人住院保險。承保機構在銷售個人住院保險時，不論是否同時提供其他附有更佳保障的個人住院保險產品（見第 20 至 22 段），均必須向消費者提供一個「標準計劃」作為其中一項選擇。在自願醫保計劃推行後，承保機構不得提供不符合「最低要求」的個人住院保險產品。

「標準計劃」

10. 「標準計劃」的 12 項擬議「最低要求」旨在改善個人住院保險的投購和延續性，並提高保險保障的質素、透明度和明確性。這些要求概述如下—

- (a) 保證續保且無須重新核保；
- (b) 不設「終身可獲保障總額上限」；
- (c) 承保投保前已有病症，但設有標準等候期；
- (d) 在下述情況，提供必定承保而附加保費率上限設定為標準保費 200% 的安排—
  - (i) 自願醫保計劃推行首年內，所有年齡人士；以及
  - (ii) 自願醫保計劃推行第二年起，40 歲或以下人士；
- (e) 保單「自由行」，如在轉換保單前一段時間（例如三年）內沒有提出任何索償，在轉換承保機構時便無須重新核保；
- (f) 承保範圍必須包括須住院及／或以訂明的非住院程序<sup>3</sup>治療的病症；
- (g) 承保範圍必須包括訂明的先進診斷成像檢測（須繳付固定的 30% 共同保險以遏止道德風險），以及設有賠償上限的非手術癌症治療；

---

<sup>3</sup> 「標準計劃」涵蓋的非住院程序會由擬設負責監察自願醫保計劃的推行和運作的規管機構決定和訂明（請參閱第 36 段），並會徵詢由各主要持份者組成的諮詢委員會（成員來自保險業、私營醫療服務提供者和有關監管機構等）的意見。

- (h) 保障限額須達至訂定的水平；
- (i) 保單持有人無須繳付分擔費用（免賠額或共同保險），但訂明的先進診斷成像檢測的固定 30%共同保險除外；保單持有人的分擔費用設有每年 30,000 元的上限（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項）；
- (j) 透過以下措施為保單持有人提供明確的支出預算—
  - (i) 「服務預算同意書」：須在治療前透過書面報價告知保單持有人預算的費用及預計的賠償額；
  - (ii) 至少一項程序／檢測設有「免繳付套餐／定額套餐」安排：倘若保單持有人所接受的程序、所選擇的醫療機構（例如醫院）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」（無須繳付任何自付費用）或「定額套餐」（繳付預定數額的自付費用）安排；
- (k) 標準保單條款及條件；以及
- (l) 透過方便使用的平台（例如承保機構和擬設立的自願醫保計劃規管機構的網站），提供按年齡分級且具透明度的保費資料。

11. 制訂「最低要求」的建議，是考慮到市民在較早前的公眾諮詢中曾提及對現有住院保險市場的關注，包括拒絕承保、承保範圍不包括投保前已有病症、不保證續保、缺乏明確的支出預算，或因欠缺標準的保單條款及條件而引致保險索償爭議。這些不足往往令受保人不願透過保險使用私營醫療服務，而重投公營醫療系統。透過「最低要求」改善住院保險保障的質素和明確性，以及增強消費者對使用私營醫療服務的信心，住院保險將能在分擔日益增加的醫療開支方面發揮更大作用。根據與第二階段公眾諮詢一併進行的輔助醫療融資公眾意見調查的結果顯示，約 90%受訪者支持加強規管醫療保險，以為消費者提供更佳保障。

12. 「最低要求」的建議與國際經驗相符。在澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士和美國等海外司法管轄區，私人醫療保險在醫療系統中擔當重要角色。這些司法管轄區的政府都透過立法訂明所有私人醫療保險產品須符合的基本要求，以保障消費者的權益。該等基本要求與擬議的「最

低要求」大致相若，包括保證續保、必定承保、承保投保前已有病症、最低保障範圍和保障水平、標準保單條款及條件等。

13. 從醫療政策和保障消費者的角度來看，我們認為以「住院」／「健康」／「醫療」保險的名義銷售的個人住院保險，至少應提供「標準計劃」的保障，使投購這類產品的消費者不會被誤導，以為不符合規定的產品能滿足自願醫保計劃的「最低要求」。我們建議在自願醫保計劃推行後，只有符合「最低要求」的醫療保險產品，才可以「住院」／「健康」／「醫療」保險的名義、或其他表明或意味該產品屬個人住院保險的名義銷售。

14. 自願醫保計劃的「最低要求」只適用於個人住院保險，該計劃的適用範圍並不包括—

- (a) 任何可能附加於個人住院保險保單的固定金錢利益（例如住院現金或危疾保險保障）<sup>4</sup>；以及
- (b) 團體保單，即僱主為其僱員提供福利而持有的保單<sup>5</sup>。

#### *團體住院保險安排*

15. 理論上，團體住院保險應符合「最低要求」，才能為消費者提供更佳保障。然而，團體保險市場與個人保險市場本質有異，投購團體保單的費用由僱主而非直接受惠的僱員承擔。而且，由於一些僱主預算有限，所以市面上部分產品只提供有限的保障。有鑑於此，我們建議團體住院保險無須符合「最低要求」。

16. 為了向僱員提供更佳保障，我們建議團體住院保險應採取下述安排—

---

<sup>4</sup> 在一般情況下，危疾保險保障向確診患上保險保單指定的病症的受保人提供一筆過的現金款項，而住院現金保障則向因疾病或意外而須住院的受保人，在其住院期間提供每天定額現金保障。在這兩個例子中，由於這些保障所賠償的款項屬於固定金錢利益，所以這些保障本身並不受自願醫保計劃規管；也不會因為被附加於一份個人住院保險保單而受規管。

<sup>5</sup> 為清晰起見，自願醫保計劃的適用範圍並不包括僱主為外籍家庭傭工投購的保險。在這類保單中，因為即使這些保單包含償款住院保險的元素，但該元素只佔整份保單一個較少而非主要的部份，其原意亦並非為受保人承擔私營醫療服務的全數開支。僱主為外籍家庭傭工投購的保險保單並不第 16 及 17 段所提及有關團體保單的建議安排的規限。

- (a) 「轉換選項」：我們建議規定承保機構向僱主提供團體住院保險產品時，須向僱主提供「轉換選項」，以供僱主選擇。如僱主決定投購附有「轉換選項」的團體保單，則受該等團體保單保障的僱員，可在離職時使用「轉換選項」，便可在無須接受重新核保的情況下，以同一核保級別轉移至個人「標準計劃」，條件是有關僱員必須在緊接轉移至個人「標準計劃」之前已受僱滿一年；以及
- (b) 「自願補充計劃」：我們建議承保機構可以團體保單的形式，向受團體住院保險保障、並有意自行付費在團體保單之上投購額外保障的個別成員，提供「自願補充計劃」。團體保單在「自願補充計劃」增補後，應能提供與個人「標準計劃」相若的保障水平。

17. 由於團體住院保險不受「最低要求」所規管，而部分團體住院保險可能提供較個人「標準計劃」為低的保障，因此我們建議任何以「住院」／「健康」／「醫療」保險名義銷售的團體住院保險產品，必須在產品名稱上註明該產品屬團體產品（例如「團體住院保險」、「團體健康保險」或「團體醫療保險」）。

### 產品設計（第三章）

#### 「標準計劃」

18. 以下範例說明了「標準計劃」保險賠償表的結構。

#### 「標準計劃」保險賠償表說明範例<sup>(1)</sup> (所列金額只供說明之用)

| 類別   |                          |
|--|--------------------------|
| <b>(A) 逐項開列的保障限額（只適用於住院）</b>                     |                          |
| (1) 住宿及膳食（每日），最多 180 日                           | 650 元                    |
| (2) 主診醫生巡房（每日），最多 180 日                          | 750 元                    |
| (3) 專科醫生巡房（每次住院）                                 | 2,300 元                  |
| (4) 手術上限（包括外科醫生、麻醉科醫生及手術室 <sup>(2)</sup> ）（每宗手術） | 最高 58,000 元（視乎手術類別而有所不同） |
| (5) 醫院雜項開支（每次住院）                                 | 9,300 元                  |

| <b>(B) 套餐式保障限額</b>   |  |
|--|--|
| (1) 訂明的非住院程序（每項程序），例如內窺鏡檢查、白內障切除和人工晶體植入手術                  | 一筆過套餐式保障限額 <sup>(3)</sup><br>（視乎程序類別而有所不同）                   |
| (2) 訂明的先進診斷成像檢測（每項檢測），例如磁力共振掃描、電腦斷層掃描及正電子放射斷層掃描            | 一筆過套餐式保障限額 <sup>(3)</sup><br>（視乎檢測類別而有所不同）<br>病人須分擔 30%的共同保險 |
| (3) 非手術癌症治療（每宗病症）  | 150,000 元  |
| <b>(C) 「免繳付套餐／定額套餐」的保障</b>                                 |  |
| 適用於承保機構就下列項目所指明的清單：<br>(1) 程序／檢測；<br>(2) 醫院或診所；<br>(3) 醫生。 | 自付費用視乎程序／檢測類別而有所不同 <sup>(4)</sup> ；<br>「免繳付套餐」的病人無須自付費用      |
| <b>(D) 每年可獲保障總額上限</b>                                      | 400,000 元  |
| <b>(E) 終身可獲保障總額上限</b>                                      | 無  |
| <b>(F) 免賠額</b>   | 無  |
| <b>(G) 共同保險（訂明的先進診斷成像檢測的 30%共同保險除外）</b>                    | 無  |

註：

- (1) 說明範例旨在闡明在「最低要求」下「標準計劃」的保險賠償表結構。
- (2) 外科醫生、麻醉科醫生及手術室費用的分項保障限額會在諮詢各持份者後釐定。
- (3) 套餐式保障限額包括醫生費及其他費用。醫生費及其他費用的分項保障限額會在諮詢各持份者後決定。分項保障限額只會在帳單總額超出套餐式保障限額時才適用，以確保各方收費分配恰當。
- (4) 承保機構支付的金額包括醫生費及其他費用。醫生費及其他費用的金額會在諮詢各持份者後決定。

19. 與同樣提供普通病房級別保障的現有個人住院保險產品比較，「標準計劃」提供更佳保障。舉例來說，在現時不少產品中，非手術癌症治療（例如化療和放射性治療）和先進診斷成像檢測（例如磁力共振掃描、電腦斷層掃描和正電子放射斷層掃描）都不是獨立的保障項目。保單持有人通常只能在「醫院雜項開支」的保障項目下就這些

治療和檢測索償，而且賠償金額一般不足以支付所需費用。「標準計劃」將會為這些治療和檢測設立獨立的保障項目，讓使用此類服務的保單持有人可按照相應的保障限額獲得足夠保障。這有別於現時個人住院保險產品只在「醫院雜項開支」項目下承保這些治療和檢測的做法。由於「標準計劃」將提供更佳保障，顧問估計其平均標準保費約為每年 **3,600 元**<sup>6</sup>（按二零一二年固定價格計算），較市場上現有個人住院保險產品（普通病房級別）的平均保費（約 3,300 元，按二零一二年固定價格計算）高出約 9%。儘管如此，由於自願醫保計劃會帶來更高的透明度，並讓消費者較易比較不同產品，因此非索償比率（即承保機構的開支費用—包括佣金和經紀費用、利潤及其他開銷—佔保費的百分比）應會因而下降。相較顧問所研究的其他司法管轄區，香港個人醫療保險市場及整體醫療保險市場的平均非索償比率是最高的（二零一三年個人醫療保險市場的平均非索償比率為 36%<sup>7</sup>；二零一三年整體醫療保險市場的平均非索償比率為 29%）。澳洲、愛爾蘭、荷蘭及瑞士的整體醫療保險市場的平均非索償比率分別為 13%（二零一二年）、13%（二零一二年）、7%（二零一二年）及 9%（二零一二年）。在自願醫保計劃下，產品標準化、質素保證及更流通的市場資訊，均有助消費者易於比較各類產品，從而帶動市場競爭，令非索償比率適度下降。如非索償比率適度地降至接近國際經驗水平，將可抵銷部分「標準計劃」與市場現有產品（它們缺乏「最低要求」建議的特點和保障）比較下保費的預計增幅。

### 「靈活計劃」和「附加計劃」

20. 承保機構不只限於提供「標準計劃」，也可透過「靈活計劃」和「附加計劃」提供更完善的保障，以切合消費者的特定需要。

21. 「靈活計劃」是住院保險計劃，旨在就「標準計劃」任何或所有屬於住院保險性質的保障項目，提供最佳的保障（例如較「標準計劃」為高的「住宿及膳食」保障限額）。為容許較大彈性，以推動產品創新和競爭，「靈活計劃」無須受制於以下要求—

(a) 必定承保而附加保費率設有上限；以及

---

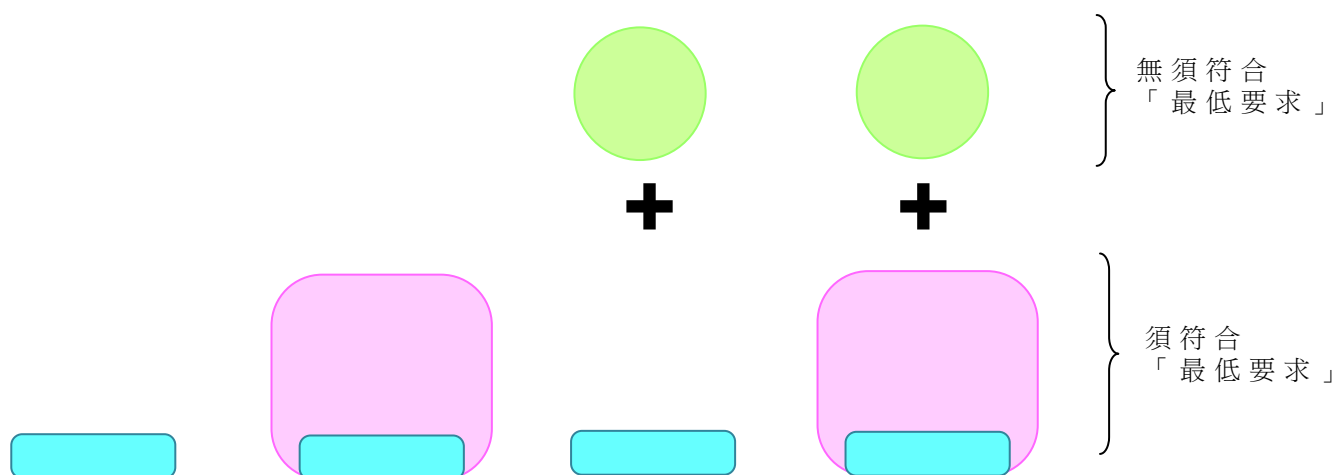
<sup>6</sup> 有關數字介乎「標準計劃」40至49歲年齡組別的估算標準保費之間。

<sup>7</sup> 資料來源：保險業監理處。在二零一三年，團體醫療保險市場的相應數字為19%。

- (b) 「標準計劃」不設免賠額或共同保險的費用分擔限制，但免賠額或共同保險的款額仍不得超過「標準計劃」每年 30,000 元的建議上限。

22. 「附加計劃」是提供住院保險以外其他性質的保障的保險產品，可附加於「標準計劃」或「靈活計劃」，並成為計劃的一部分。由於「附加計劃」（不論是附約還是獨立計劃）不是住院保險，因此無須符合「最低要求」。

「標準計劃」、「靈活計劃」和「附加計劃」各種可行的產品組合

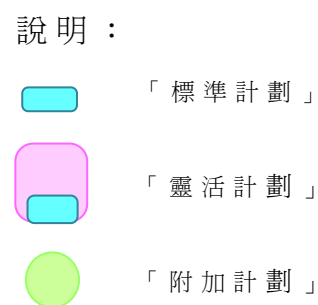


- 「標準計劃」
- 必須提供予消費者選擇
  - 必須達至所有（但不高於）「最低要求」

- 「靈活計劃」
- 個人住院保險產品，提供屬住院保險性質、較「標準計劃」更佳的保障
  - 必須符合「最低要求」，但以下除外：
    - 定承保而附加有求，以及有免賠額和共同費用分擔限制

- 「標準計劃」 + 「附加計劃」
- 提供非住院保險性質的保障
  - 無須符合「最低要求」

- 「靈活計劃」 + 「附加計劃」



## 使用公帑（第四章）

### 高風險池

23. 在第二階段公眾諮詢中，市民最擔憂的問題之一，是高風險人士（他們的申請有的不獲承保機構接納；即使獲得接納，承保機構也會在其保單加入額外條款，訂明承保範圍不包括投保前已有病症，或按承保機構認為適當的比率收取附加保費）較難投購住院保險。為了回應社會的期望，讓高風險人士得以投購住院保險，我們建議在「最低要求」中規定承保機構須為消費者提供帶有必定承保而附加保費率上限為 200%，以及承保投保前已有病症此等條款的「標準計劃」。不過，如強制規定承保機構接受高風險人士投保，並訂立附加保費率上限，而不設任何適當的紓緩措施，承保機構未必可以收取與其承擔風險相稱的足夠保費以抵銷須支付的索償款項。

24. 顧問建議由政府注資設立高風險池，讓高風險人士也可獲得住院保險。自願醫保計劃推行首年內，高風險池承接所有合資格的保單，由第二年開始則只承接 40 歲或以下人士的合資格保單。我們建議高風險池應按下述架構以立法形式設立—

- (a) 高風險池將是一個可起訴他人及被起訴的法律實體，可訂立合約；高風險池資金來自保費收入和政府注資；
- (b) 高風險池只承接由承保機構轉移的「標準計劃」高風險保單<sup>8</sup>；保單雖已轉移，但仍是保單持有人與核保和發出保單的承保機構之間的合約；
- (c) 承保機構將負責管理保單，並向高風險池收取行政費用；
- (d) 承保機構在管理保單時，應將高風險保單從其他保單的保險組合分開，目的是確保非高風險人士的風險評核不會受負面影響；
- (e) 保單涉及的所有保費、索償及負債都會歸入高風險池；
- (f) 高風險池的日常運作可外判予專門的理賠機構處理；
- (g) 保單持有人須繳付承保機構訂定的保費和附加保費，而附加保費率為標準保費的 200%；

---

<sup>8</sup> 高風險保單指承保機構會收取標準保費 200%或以上的附加保費的保單。



(h) 高風險池由第 36 段所述的規管機構監察；以及

(i) 承保機構會在保單開始生效時把其核保的高風險保單轉移到高風險池。高風險池不會接納任何並非在承保機構核保時轉移的保單，而承保機構其後也不得以受保人健康風險增加為由，或以其他理由要求高風險池接納任何高風險保單。如承保機構在保單開始生效時選擇不把保單轉移到高風險池，則雖然可收取保費（受附加保費率上限限制），但卻不會受高風險池保障，而要自行承擔保單的索償及負債，直至保單屆滿或終止為止。

25. 高風險池是落實「最低要求」下必定承保而附加保費率設有上限的關鍵措施，以達致自願醫保計劃使更多人可獲得住院保險的目的。我們認為，政府使用公帑為高風險池提供支援，是合理和有充分理據支持的。如沒有高風險池，很多高風險人士將只能使用由政府大幅資助的公營系統。透過高風險池讓部分高風險人士獲得住院保險保障，不但可讓他們有機會選用私營醫療服務，更可令公營醫療系統得以集中資源，為其目標範疇提供服務。

26. 政府資助高風險池運作 25 年（二零一六年至二零二零年）的預計總代價約為 43 億元（按二零一二年的固定價格計算）。我們會參考運作經驗，在適當時候檢討和研究二零二零年後高風險池的撥款安排。

#### *住院保險的稅項扣除*

27. 為符合政府認可規定的醫療保險計劃提供稅務誘因，是世界各地常見的做法。稅項扣除的好處是簡單易明，而且其持續性質可提供誘因，使已投保人士長期受保。相比其他形式的財政誘因，例如直接保費津貼或折扣，稅項扣除較不易被濫用，而行政費用也較低。

28. 我們建議為所有達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單（「標準計劃」和「靈活計劃」的保單；由於「附加計劃」並非符合規定的產品，故市民為「附加計劃」部分支付的保費不會獲稅項扣除）的保費，以及任何人士在他們所屬的團體住院保險保單以上投購「自願補充計劃」所支付的保費提供稅項扣除。任何人士（即納稅人）可就其本身的保單或其受養人<sup>9</sup>的保單申索稅項扣除，而建議的稅項扣除將以每名受保人為單位提供，每名納稅人可就保單申索稅項扣除的受養人數目設有上限，比方說不多於三名受養人。

---

<sup>9</sup> 受養人的定義應與現時稅務規例指定可申索免稅額的受養人定義一致，即配偶、子女、受養父母、受養祖父母或外祖父母、受養兄弟姐妹等。

29. 如把每年可申索作稅項扣除的保費上限訂為每名受保人 3,600 元（即在二零一二年「標準計劃」的平均標準保費，按二零一二年的固定價格計算），而估計約有 570 000 名納稅人和 360 000 受養人符合稅項扣除資格，則二零一六年減少的稅收預計約為 2.56 億元（按二零一二年的固定價格計算）<sup>10</sup>，而每名合資格的納稅人平均可獲的稅務優惠約為 450 元。上述數字僅供參考，以說明措施對稅收和納稅人的可能影響。

## 轉移安排（第五章）

30. 為方便個人住院保險的保單持有人在自願醫保計劃下把現有保單轉移至符合規定的保單，我們建議，現有的個人住院保險保單在自願醫保計劃推行後首年內屆滿之時，承保機構必須向相關保單持有人提供選擇，以決定是否把現有保單轉移至達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單。

31. 在一年轉移期內，保單持有人可享有簡易的轉移安排。他們無須就現有保單的保障範圍和保障限額接受重新核保。如現有保單載列個別不承保項目，保單持有人可選擇在轉移至新保單時保留現有保單的不承保項目，而只修訂保障範圍和保障限額以符合「最低要求」；或者，保單持有人也可選擇剔除現有保單的不承保項目，但有可能須接受重新核保並須繳付附加保費。他們可能要經歷標準等候期，然後新保單才會為投保前已有的病症提供保障。

32. 在轉移現有保單至符合規定的保單時，保單持有人或須增加現有保單的保障範圍（例如非手術癌症治療）或保障限額（例如手術費的賠償上限），以符合「最低要求」。由於現有保單並未涵蓋這些新增的保障範圍和較高的保障限額，因此，如相關承保機構認為有需要，保單持有人可能要接受重新核保，但核保範圍應僅限於新增的保障範圍和較高的保障限額。保單持有人可能要為與新增的保障範圍和較高的保障限額相關的已有病症經歷標準的等候期。

33. 所有已轉移的保單（不論是否有不承保項目），均會被視為符合「最低要求」，並享有稅項扣除。

---

<sup>10</sup> 假設在二零一六年實施自願醫保計劃和稅項扣除。

34. 轉移期屆滿後，如保單持有人欲轉移至符合規定的保單，則會被視為新客戶。若有關承保機構認為有需要，可能會對投保人進行全面核保。

35. 如保單持有人不想轉移至符合規定的保單，可選擇按照既有或其他條款續保其現有保單（不論是在上述一年期內或之後），儘管有關條款或不符合「最低要求」。這些保單將獲豁免，即只要有關承保機構繼續管理這些保單，這些保單便可豁免於「最低要求」。由於獲豁免的保單並不符合「最低要求」，故不會享有稅項扣除。

## 組織架構（第六章）

### *自願醫保計劃的規管機構*

36. 我們建議在食物及衛生局下設立規管機構，以監管自願醫保計劃的推行和運作，尤其是規管自願醫保計劃的產品。規管機構的職能將包括頒布、檢討和執行「最低要求」；為符合規定的產品存檔；監察高風險池的運作；處理消費者的投訴；以及調查違反「最低要求」的個案。在執行這些職能時，規管機構具有對承保機構施行規管和紀律懲處的權力。規管機構也會建立支援自願醫保計劃的基礎設施，以推動市場發展，包括開發資訊系統以便為產品存檔；從承保機構和私營醫療服務提供者收集和發布數據；以及向消費者推廣自願醫保計劃的教育工作等。當局會成立一個由主要持份者組成的諮詢委員會（包括保險業界、私營醫療服務提供者和相關規管組織的代表等），就自願醫保計劃的相關事宜提供專業意見。為確保規管機構妥善行使權力，我們建議委任一個運作獨立於規管機構的覆核委員會，以檢視規管機構在履行規管職能（例如為符合規定的產品存檔和調查違規個案）時所作的決定。

37. 我們會與現有的規管組織緊密聯繫，以確保有關保險業監管的現行和未來法律制度能互相配合，並有效協調各方職務，避免職能重疊，例如承保機構的審慎規管及專業操守規管，以及規管保險中介人、醫療服務的質素和專業醫護人員等。

### *索償糾紛調解機制*

38. 我們建議設立索償糾紛調解機制，以便在訴訟以外提供一個具公信力和獨立的渠道，解決與自願醫保計劃有關的索償糾紛。香港現時有數個處理有關醫療保險索償糾紛的途徑，包括保險索償投訴局（投

訴局)和金融糾紛調解中心(調解中心)。投訴局是保險業界資助的自律規管組織;而調解中心則處理牽涉獲香港金融管理局認可的金融機構,或獲證券及期貨事務監察委員會發牌/註冊的金融機構的索償糾紛。

39. 我們建議,索償糾紛調解機制應受理所有因個人自願醫保計劃保單而引致索償的財務糾紛。這是因為個別消費者一般受經濟能力所限,較難循法律途徑解決索償糾紛。索償糾紛調解機制可採用調解及/或仲裁這兩個最為廣泛使用的另類糾紛調解方式。我們會與保險業界、投訴局和調解中心商討索償糾紛調解機制的運作細節,以及索償糾紛調解機制與現行機制在處理涉及醫療保險索償糾紛方面的配合安排。

### 配套措施(第七章)

40. 自願醫保計劃有賴採取必要的配套措施以成功推行,包括足夠的醫護人力供應和充足的醫療服務量,以提供優質的私營醫療服務。為此,我們在制訂自願醫保計劃建議的同時,也推展了下列措施—

- (a) **檢討醫護人力規劃**: 我們成立了一個督導委員會,就醫護人力規劃及專業發展進行策略檢討。督導委員會的工作現正全面展開。其建議將有助找出提供足夠專業醫護人員的途徑,以滿足日後的醫療需要。在過渡期間,政府在二零一二至一三學年起的三個學年,增加了100個第一年醫科學士學額(即由每年320個增至420個)、40個護士學額(即由每年590個增至630個),以及146個專職醫療人員學額(即由每年231個增至377個);
- (b) **增加私營醫療服務量**: 我們預計現有私家醫院的擴建或重建工程將可額外提供約900張病床,而在黃竹坑興建的新私家醫院也將在二零一七年提供500張病床。我們亦正考慮不同機構的私家醫院發展計劃和擴建方案,包括香港中文大學在其校址發展新教學醫院的建議。為便利私家醫院發展以配合社會需要,我們會考慮向在籌集資金發展非牟利私家醫院方面遇到困難的機構提供貸款;以及
- (c) **檢討私營醫療機構的規管**: 我們在二零一二年十月成立檢討私營醫療機構規管事宜的督導委員會,目的是提高私營醫療服務的安全、質素和透明度,包括加強規管私營醫療服務的機構和臨床管治、收費透明度、投訴和私家醫院醫療風險警示事件的處理機制,以及把提供高風險程序的日間醫療中心和法團公司

管理下的診所納入規管。尤其在提高收費透明度方面，我們會鼓勵私家醫院披露收費資料、提供「服務預算同意書」、披露過往統計資料、就常見手術／程序推出套餐式收費，以便為消費者提供更明確的支出預算。這些措施將有助加強消費者對使用私營醫療服務的信心，從而達致自願醫保計劃的政策目標。根據督導委員會的意見，政府會在進行自願醫保計劃公眾諮詢的同時，就改革私營醫療機構規管制度進行公眾諮詢。

## 對香港醫療系統的影響（第八章）

41. 自願醫保計劃旨在透過提供更佳的保險保障，讓那些願意並有能力負擔私營醫療服務的人士選用私營醫療服務。透過令住院保險更具吸引力，自願醫保計劃便利更多市民選用私營醫療服務，從而令公營系統專注於目標範疇和改善服務。

42. 由於自願醫保計劃屬自願性質，而且是一項輔助融資的安排，因此在理解自願醫保計劃的預期影響時，應同時考慮其他長遠因素的影響，包括人口老化令市民對公私營醫療服務的需求上升。

43. 在推算<sup>11</sup>個人住院保險的投保率方面，與基線情況（即沒有推行自願醫保計劃的情況）比較，推行自願醫保計劃預計會令個人住院保險投保率上升。二零一六年的個人住院保險投保率預計佔總人口29%（基線情況則為26%<sup>12</sup>；若按受保人數計，則大約增加223 000人）。由於更多人因為自願醫保計劃而投購和使用住院保險，所以私營醫療服務的使用量預期會較基線情況高。若按醫療程序（大多數是先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查及非手術癌症治療）宗數計，二零一六年在私營界別進行的醫療程序會較基線情況增加231 000宗。私營界別服務使用量增加，主要原因之一是私營界別名義上代替公營界別提供了一些服務（即在基線情況下本應由公營界別提供的服務）。在上述新增的231 000宗醫療程序中，約120 000宗為私營界別名義上代替公營界別進行的醫療程序。

44. 隨著人口老化，市民對公營醫療服務的需求不斷上升，因此公營界別的服務只是名義上被替代，而不大可能令公營界別的服務使用量、住院日數或醫療開支有任何實質縮減。不過，公營界別的病人仍

---

<sup>11</sup> 假設自願醫保計劃由二零一六年起推行。推算年期為25年（由二零一六年至二零四零年）。

<sup>12</sup> 在基線情況下，個人住院保險無需符合「最低要求」，因此有些產品可能未能為保單持有人提供足夠保障。

可受惠於較短的輪候時間，以及因更有效的資源分配而得到改善的公營醫療服務。

45. 作為改善公私營醫療系統平衡的措施之一，自願醫保計劃會令私營醫療服務的使用量上升，而私營界別名義上代替公營界別提供一些服務，將在長遠而言顯著調整公私營醫療的比重。自願醫保計劃讓私營界別服務更多有經濟能力和願意尋求公營界別以外的醫療服務的病人，從而把公私營醫療系統的比重重新調整到更健康和可持續發展的水平。按出院人次（留宿及日間個案）計算，在二零四零年，公私營比例預計會由基線的 86:14 轉變為自願醫保計劃下的 81:19。私營界別的份額會大幅增加 36%，而公營界別的份額則會減少 6%。就醫療開支而言，公營界別的一些服務會被私營界別名義上替代，顧問預計在 25 年的推算期間（二零一六年至二零四零年），因此而被名義上替代的公共醫療開支累計約為 700 億元（按二零一二年的固定價格計算）。這遠高於在同一推算期內支援高風險池所需的 43 億元，以及在稅項扣除建議下減少的 64 億元稅收（2.56 億元 x 25 年，假設每年可申索作稅項扣除的保費上限為 3,600 元）。

## 未來路向（第九章）

46. 我們需要你的支持，對自願醫保計劃的建議提出建設性的意見。我們尤其希望你就下列事宜提出意見—

- (a) 你是否支持就個人住院保險引入規管機制，並確保這些產品必須符合政府訂明的「最低要求」？
- (b) 為使市民更容易獲得和持續地得到優質和更具透明度的個人住院保險，我們建議這些產品必須符合 12 項「最低要求」。你對這些要求有否特別意見？
- (c) 為鼓勵僱主繼續為僱員提供住院保險，我們建議團體住院保險無須符合「最低要求」。你贊同這項建議嗎？
- (d) 為加強對僱員的保障，我們建議為團體住院保險提供「轉換選項」和「自願補充計劃」安排。你贊同這項建議嗎？
- (e) 高風險池是落實必定承保及為附加保費率設定上限的重要措施。你是否支持設立由政府提供財政支持的高風險池？

- (f) 你是否支持提供以下的稅項扣除：所有納稅人所持有、為其本人及／或其受養人提供保障、而又符合「最低要求」的個人住院保險保單（即「標準計劃」和「靈活計劃」保單）的保費；以及僱員在其團體住院保險保單以上投購的「自願補充計劃」的保費，均可獲稅項扣除？
- (g) 我們建議訂定安排讓現有個人住院保險保單的持有人在保單屆滿時，可選擇把保單轉為自願醫保計劃保單（即符合「最低要求」的保單）。我們也建議為現有但不符合「最低要求」的保單提供豁免安排。你是否支持這些建議？
- (h) 你是否支持在食物及衛生局轄下設立規管機構，以監管自願醫保計劃的推行和運作；並設立索償糾紛調解機制，以解決在自願醫保計劃下的索償糾紛？

47. 我們會整理和分析這次公眾諮詢所收集的意見。如本諮詢文件的建議得到公眾支持，我們計劃制訂新法例，以推行自願醫保計劃。我們預計於二零一五／一六年度提交推行自願醫保計劃所需的條例草案及附屬法例。

48. 請於二零一五年三月十六日或之前，把你對這份諮詢文件的意見以下列方式送交我們。如不想我們刊登你的意見，又或想以不記名方式刊登你的意見，請清楚賜示。除非另有指明，否則所有回應均視作公共資訊處理，日後可能會被刊登。

郵寄：

香港添馬添美道 2 號

政府總部東翼 19 樓

食物及衛生局

醫療規劃及發展統籌處

傳真：2102 2525

電郵：[vhis@fhb.gov.hk](mailto:vhis@fhb.gov.hk)

網址：[www.vhis.gov.hk](http://www.vhis.gov.hk)

## 自願醫保計劃下「標準計劃」的「最低要求」

下文各段載述自願醫保計劃下「標準計劃」的擬議「最低要求」。有關要求可分為三類，分別是：(a)改善保險的投購和延續性，(b)提升保險保障的質素，以及(c)增加透明度及明確性。

### (a) 改善住院保險的投購和延續性

#### (1) 保證續保

2. 我們建議的其中一項「最低要求」，是規定承保機構保證終身續保而無須重新核保，以確保消費者可得到終身保障。

#### (2) 不設「終身可獲保障總額上限」

3. 我們注意到，現時有承保機構在某些住院保險保單中加入「終身可獲保障總額上限」的條款。在該條款下，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。由於保障能否延續取決於過往的索償記錄，而非保單持有人有否繳付保費，因此這樣會令保證續保的要求失去意義。此外，設定「終身可獲保障總額上限」可能會令保單持有人在較年輕時因為擔心太早耗盡終身保障總額而未有及時就醫，造成不必要的不良影響。這樣不但會危害保單持有人的健康，甚至會令他們因延誤就醫而須負擔更沉重的醫療費用。因此，我們建議加入規定，不得設立「終身可獲保障總額上限」，作為其中一項「最低要求」。

#### (3) 承保投保前已有病症

4. 我們建議規定承保機構必須為投保人的投保前已有病症提供保障，但設有標準等候期。三年的等候期過後，承保機構須為投保前已有的病症提供全面保障。在等候期內，保單持有人將按照以下安排獲部分償款或不獲保障：

(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) 第四年起 — 可獲全部償款

(4) 必定承保而附加保費率設有上限

(i) 必定承保

5. 我們建議，不論準顧客的健康狀況如何，提供「標準計劃」的承保機構在下述情況必須提供必定承保—

- 自願醫保計劃推出首年內，所有年齡人士；以及
- 自願醫保計劃推出第二年起，40 歲或以下人士。

6. 第一項建議的目的，是為在年輕時未有機會購買住院保險的較年長人士提供機會，讓他們投購負擔得來的住院保險。第二項建議旨在鼓勵更多市民在年青和健康時購買住院保險。如果沒有為必定承保訂立年齡上限，個別人士或會傾向延遲購買住院保險，直至年齡漸長，健康狀況轉差時才投保。由於年青的消費者通常較健康，他們投購住院保險時應可獲納入保費較低的核保類別內，即使日後年長時健康情況有變，仍然可維持在同一核保類別而無須再接受核保。相比下，如在較年長時才投購住院保險，消費者屆時可能已經患病，因此須繳付的保費會較在年輕時已投購的為高。

7. 我們認為將年齡上限訂為 40 歲是合適的，因為市民如擬購買住院保險，在 40 歲前應有足夠機會投保。以澳洲為例，當局鼓勵消費者在 30 歲前投購私人醫療保險，在 30 歲後才開始投購私人醫療保險計劃的人士，必須繳交附加保費<sup>1</sup>。

8. 至於那些選擇在 40 歲後才購買住院保險的人士，除了不能享有必定承保（即他們向承保機構申請投購住院保險時可能會被拒）及建議為「標準計劃」訂定的附加保費率上限外，他們仍可受惠於「標準計劃」的其餘各項擬議「最低要求」帶來的保障。

(ii) 附加保費率上限

9. 我們建議把附加保費率上限訂為標準保費的 200%，使高風險人士按照第 5 段建議的必定承保規定投購保單時，能夠負擔相關的保

---

<sup>1</sup> 在澳洲，30 歲後才投購私人醫療保險的人士，須繳付附加保費。每延遲一年才開始投保，須繳付基本保費的 2% 作為附加保費，累計上限為基本保費的 70%。

費。我們也建議設立高風險池來承接承保機構評定附加保費率為標準保費 200%或以上的「標準計劃」保單。

#### (5) 保單「自由行」

10. 原則上，我們認為應盡量讓保單持有人自由轉換（即無須接受重新核保）承保機構，從而為消費者提供更多選擇，並促進承保機構之間的良性競爭。不過，我們必須留意承保機構在管理財務風險和行政費用方面所面對的技術問題。舉例來說，承保機構會更難預測索償個案，而承保機構之間互相查核索償記錄，也會增加行政費用。如未能妥善處理這些問題，有些承保機構可能需要調高保費，以便抵償不明朗的因素及相關成本。為解決這個問題，我們建議自願醫保計劃的保單持有人，如在轉換承保機構前緊接的一段時間（例如三年）內沒有提出任何索償，便可投購其他承保機構的「標準計劃」而無須接受重新核保或重新經歷等候期。由於涉及實際運作問題，我們會因應自願醫保計劃的實際推行情況，在諮詢業界後檢討應否優化擬議的安排。

#### (b) 提升保險保障的質素

#### (6) 承保住院及訂明的非住院程序

11. 我們建議在「最低要求」下，承保範圍應包括：

- (i) 經診斷病情後確定須住院的情況；以及
- (ii) 經診斷病情後須進行的訂明非住院程序，包括內窺鏡檢查（例如食道、胃、十二指腸檢查和結腸鏡檢查）和一些較簡單的手術，如白內障切除手術和人工晶體植入手術。

12. 目前，市場上有部分住院保險產品只會為須留宿住院的程序作出賠償。因此，即使該程序可以非住院形式進行，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。根據顧問的估計，受保人在私家醫院進行的內窺鏡檢查中，約半數以住院形式提供。相比之下，在澳洲，只有少於 10%的內窺鏡檢查以住院形式提供。承保範圍涵蓋訂明的非住院程序，有助免卻不必要的住院，使醫療服務更具成本效益，同時善用私營醫療界別資源，為真正有需要的病人提供住院護理服務。

#### (7) 承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療

13. 先進診斷成像檢測是現代醫學診斷及治療的基本診斷工具。為確保消費者得到基本及物有所值的保障，我們認為應把這些檢測納入「最低要求」內。然而，國際經驗（例如經濟合作及發展組織（經合組織）國家的經驗）顯示，先進診斷成像檢測容易因道德風險而被濫用，因此有需要設法（包括採用分擔費用的方式）把有關使用量控制在適當的水平。因此，我們建議「最低要求」下的承保範圍應包括經評估病情後認為須進行，而且屬於清單上訂明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；病人須承擔固定比率（30%）的共同保險（請參閱第 17 段），以遏止道德風險。

14. 我們又建議在「最低要求」下，承保範圍應包括設有賠償上限（現時建議每宗病症每年 150,000 元）的非手術癌症治療，包括化療、放射性治療、標靶治療及荷爾蒙治療。這些都是癌症治療的主要方法，對醫治癌症日益重要，但可能甚為昂貴。我們認為，在「最低要求」下承保這些治療，是適當和可取的。

#### (8) 最低保障限額

15. 我們建議訂定「標準計劃」的保障限額水平，該水平應足以為入住中等價格私家醫院的普通病房提供合理保障。

16. 擬設立負責監察自願醫保計劃的推行和運作的規管機構，會定期檢討及更新「標準計劃」的保障範圍和保障限額。

#### (9) 費用分擔限制

17. 讓保單持有人分擔費用的安排，例如共同保險和免賠額，可鼓勵市民按需要適當地使用醫療服務。但另一方面，我們注意到這安排可能會削弱自願醫保計劃的吸引力，並影響保單持有人尋求必要治療的意欲。因此，我們建議原則上不應在「標準計劃」下加入費用分擔安排（免賠額或共同保險），但應為訂明的先進診斷成像檢測訂定固定的 30% 共同保險，原因是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誤用或濫用。我們又建議為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其保單保障限額而須繳付的任何款項）訂定每年 30,000 元的上限。

## (c) 增加透明度及明確性

### *(10) 明確的支出預算*

#### *(i) 「免繳付套餐／定額套餐」安排*

18. 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。這些套餐讓病人可預先知道須自付的住院費及醫生費。倘若保單持有人所進行的程序及所選擇的醫院和醫生都在有關承保機構指定的清單上，保單持有人便可享有「免繳付套餐」（無須繳付任何自付費用）或「定額套餐」（繳付預定數額的自付費用）安排。

19. 我們建議規定「標準計劃」應至少有一項程序／檢測遵從「免繳付套餐／定額套餐」安排。承保機構可規定「免繳付套餐／定額套餐」安排只適用於指明的清單上的程序、機構（例如醫院）和醫生。我們預期在市場逐步調節後，「免繳付套餐／定額套餐」安排會一如澳洲的經驗，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更完善、廣泛適用的「免繳付套餐／定額套餐」安排招徠顧客。

20. 「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額，及保單持有人可能須繳付的自付費用。在這情況下，保單持有人仍可根據下文所述的「服務預算同意書」安排獲得明確的支出預算。

#### *(ii) 「服務預算同意書」*

21. 為使消費者有更明確的支出預算，我們建議私營醫療服務提供者應在病人入住私家醫院時或之前，告知病人所須進行的檢查程序、或自選的非急需手術／程序的預算費用總額。病人會獲提供一份以標準表格填寫的書面報價單（即「服務預算同意書」），當中包括分項列明預算的醫生費和住院費。承保機構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。

22. 我們留意到，在某些情況下可能須豁免「服務預算同意書」的要求，例如在緊急或危及性命的情況。此外，在一些情況下，醫生可能未能根據某些病徵（例如腹痛）臨床診斷病人所患疾病，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單上說明和解釋為何未能提供報價。如預算費用有任何重大修訂（例如因出現未能預計的併發症），醫療服務提供者應在可行的情況下，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) 標準保單條款及條件*

23. 我們建議規定承保機構採用標準的保單條款、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，以便讓消費者清楚了解有關條款，盡量減少日後因詮釋而引起的爭議。

#### *(12) 保費透明度*

24. 為提高市場透明度和推動競爭，我們建議承保機構應公開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」，從而推動市場為消費者提供物有所值的產品和服務。

五個海外司法管轄局區私人醫療保險的規管要求摘要

|                             | 澳洲                      | 愛爾蘭                  | 荷蘭                                 | 瑞士                                 | 美國                             |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 私人醫療保險的角色                   | 輔助性<br>(自願私人醫療保險)       | 輔助性<br>(自願私人醫療保險)    | 主要<br>(強制私人醫療保險)及輔助性<br>(自願私人醫療保險) | 主要<br>(強制私人醫療保險)及輔助性<br>(自願私人醫療保險) | 主要<br>(強制私人醫療保險 <sup>1</sup> ) |
| 私人醫療保險佔醫療融資的份額 <sup>2</sup> |                         |                      |                                    |                                    |                                |
| 私人醫療保險                      | 12%                     | 13%                  | 44%                                | 49%                                | 33%                            |
| 政府                          | 65%                     | 67%                  | 43%                                | 25%                                | 48%                            |
| 自付費用                        | 18%                     | 17%                  | 9%                                 | 25%                                | 12%                            |
| 其他                          | 6%<br>(截至 2012/13 年的數字) | 2%<br>(截至 2012 年的數字) | 3%<br>(截至 2012 年的數字)               | 1%<br>(截至 2012 年的數字)               | 7%<br>(截至 2012 年的數字)           |
| 產品受法例規管                     | ✓                       | ✓                    | ✓                                  | ✓                                  | ✓                              |

<sup>1</sup> 根據 2010 年《病患保護與廉價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act)，由 2014 年起，個別人士必須獲得私人醫療保險保障。

<sup>2</sup> 由於四捨五入的關係，數字加起來未必等於總數。

|                      | 澳洲      | 愛爾蘭     | 荷蘭    | 瑞士    | 美國  |
|----------------------|---------|---------|-------|-------|---|
| 所有私人醫療保險產品皆須符合同一規管標準 | ✓       | ✓       | ✓     | ✓     | ✓<br>(團體醫療保險計劃的規管標準稍有不同, 例如對最長等候期的規定較嚴格、對沒有為僱員提供足夠醫療保險的大型僱主施加罰款等) |
| 必定承保                 | ✓       | ✓       | ✓     | ✓     | ✓   |
| 保證續保                 | ✓       | ✓       | ✓     | ✓     | ✓   |
| 須承保投保前已有的病症          | 等候期期間除外 | 等候期期間除外 | ✓     | ✓     | ✓   |
| 設最長等候期               | ✓       | ✓       | 不設等候期 | 不設等候期 | ✓   |
| 設最低保障範圍              | ✓       | ✓       | ✓     | ✓     | ✓<br>(大型團體計劃和豁免計劃除外)  |
| 設有固定計劃               | ✗       | ✗       | ✗     | ✓     | ✗   |
| 費用分擔限制               | ✓       | ✗       | ✓     | ✓     | ✓   |

|           | 澳洲                 | 愛爾蘭                | 荷蘭                    | 瑞士                               | 美國                                     |
|-----------|--------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| 轉換承保機構安排  | ✓                  | ✓                  | ✓<br>(可於年內指定期間轉換承保機構) | ✓<br>(可於年內指定期間轉換承保機構)            | ✓                                      |
| 標準保單條款及條件 | ✓                  | x                  | ✓                     | ✓                                | ✓                                      |
| 保費結構      | 羣體保費率 <sup>3</sup> | 羣體保費率 <sup>3</sup> | 羣體保費率 <sup>3</sup>    | 經調整的羣體保費率<br>(只容許按選定年齡組別及地區調整保費) | 經調整的羣體保費率<br>(只容許按年齡、地區、煙草使用及家庭狀況調整保費) |

<sup>3</sup> 按羣體保費率釐定保費是指承保機構不得按個別受保人的不同年齡和健康狀況而收取不同保費。這安排通常需設立平衡風險機制才能運作，即按照各承保機構所承擔的風險水平將整體保費重新分配。



|      | 澳洲   | 愛爾蘭 | 荷蘭 | 瑞士 | 美國                                     |
|------|--|-----|----|----|--|
| 附加保費 | 如投保人延遲至 30 歲後才投購私人醫療保險，須繳付附加保費：超過 30 歲者，每超過一年才開始投保，須繳付基本保費的 2%作為附加保費，累計上限為 70% | x   | x  | x  | 限制因年齡和煙草使用而調整保費的幅度，比率分別最多為 3:1 及 1.5:1 |

## 以公帑資助高風險池可如何令整體醫療系統受惠的示例

下文載述扁桃腺切除手術一例，說明以公帑資助高風險池可如何令整體醫療系統受惠。

2. 根據本港一家私家醫院提供的公開資料，扁桃腺切除手術的平均費用約為 34,000 元，平均住院時間約為三天。為方便說明，現假設在公立醫院進行扁桃腺切除手術的費用和平均住院日數與私家醫院相同。

3. 目前，公立醫院獲政府大幅資助，病人每天只須繳付 100 元，便可享用公立醫院服務。因此，如病人選擇在公立醫院接受扁桃腺切除手術，政府的資助總額為 33,700 元（34,000 元 - 100 元 x 3）。

4. 另一方面，如病人透過高風險池投購自願醫保計劃「標準計劃」，並選擇在私家醫院接受扁桃腺切除手術，他／她便可以利用私人醫療保險來承擔其醫療成本，在私家醫院接受手術，並自行選擇醫生。假設病人接受私營醫療服務時須自付總收費約三分之一<sup>1</sup>的費用，則他／她選擇在私家醫院接受扁桃腺切除手術，便須自付 11,300 元（34,000 元 / 3）。餘下 22,700 元（34,000 元 - 11,300 元）款額會由高風險池支付。這筆應付款額會先由向高風險池成員收取的保費總額支付，包括向該病人收取的保費（相應年齡組別的標準保費的三倍）。假如向高風險池成員收取的保費總額不足以支付這筆應付款額，不足之數會由政府注資高風險池的款額支付。

5. 因此，即使計及高風險池的運作成本，政府在這個案向病人提供的資助（22,700 元的一部分），也遠低於病人選擇在公立醫院接受手術所涉及的資助（33,700 元）。

---

<sup>1</sup> 根據顧問研究所得，現有個人住院保險產品（普通病房級別）的保單持有人的平均自付的費用約為總收費的三分之一。為方便說明，我們在這個例子假設高風險池成員須自付的費用為總收費的三分之一。不過，應注意的是，高風險池成員平均實際自付的費用可能有別於非高風險池成員的人士，這將視乎高風險池成員使用醫療服務的模式等因素而定。

## 高風險池對政府財政的預計影響

在參考國際及本地市場經驗後，獲委聘研究自願醫保計劃的顧問預計，政府資助高風險池運作 25 年（二零一六至二零四零年）的總代價約為 43 億元（按二零一二年的固定價格計算）。政府為高風險池每名成員支付的平均每年費用約為 7,200 元（按二零一二年的固定價格計算）。下表載列顧問預計高風險池對政府財政的影響。

**25 年間高風險池對政府財政的預計影響**  
(二零一六至二零四零年)

(按二零一二年的固定價格計算)

|                              |   |                 |
|------------------------------|---|-----------------|
| (a) 索償款額 (成本因素=6x)           |   | 158 億元          |
| (b) 行政費用<br>(索償款額的 12.5%)    | + | 20 億元           |
| <b>高風險池的運作成本總額 [(a)+(b)]</b> | = | <b>178 億元</b>   |
| (c) 收取保費<br>(3 x 標準保費)       | - | 135 億元          |
| <b>所需撥款 [(a)+(b)-(c)]</b>    | = | <b>43 億元</b>    |
| 高風險池平均每年的人數                  |   | <b>23 980</b>   |
| 營運高風險池的每年人均總代價 <sup>1</sup>  |   | <b>29,700 元</b> |
| 高風險池成員每年人均所需撥款 <sup>2</sup>  |   | <b>7,200 元</b>  |

<sup>1</sup> 這數字是將二零一六至二零四零年高風險池平均每年的運作成本（178 億元／25 年 = 7.12 億元）除以同一時期內高風險池每年的平均人數（即 23 980 人）而得出的。

<sup>2</sup> 這數字是將二零一六至二零四零年高風險池平均每年所需撥款（43 億元／25 年 = 1.72 億元）除以同一時期內高風險池每年的平均人數（即 23 980 人）而得出的。

2. 上述預算是基於下列主要假設擬訂的：
- (a) 自願醫保計劃推行首年（為方便規劃，假設為二零一六年）內，必定承保的要求適用於所有年齡人士，由第二年起適用於 40 歲或以下人士；
  - (b) 承保投保前已有的病症，但設有標準等候期，最初數年的部分償款安排如下：
    - (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) 第四年起 — 可獲全部償款；
  - (c) 附加保費率的上限為標準保費的 200%；
  - (d) 高風險池的保單持有人的索償款額是標準風險保單持有人平均的索償款額<sup>3</sup>的六倍（即成本因素）；以及
  - (e) 營運高風險池的行政費用（包括管理費用、索償管理費用和給予承保機構的名義上行政費用）是索償款額總額的 12.5%<sup>4</sup>。

---

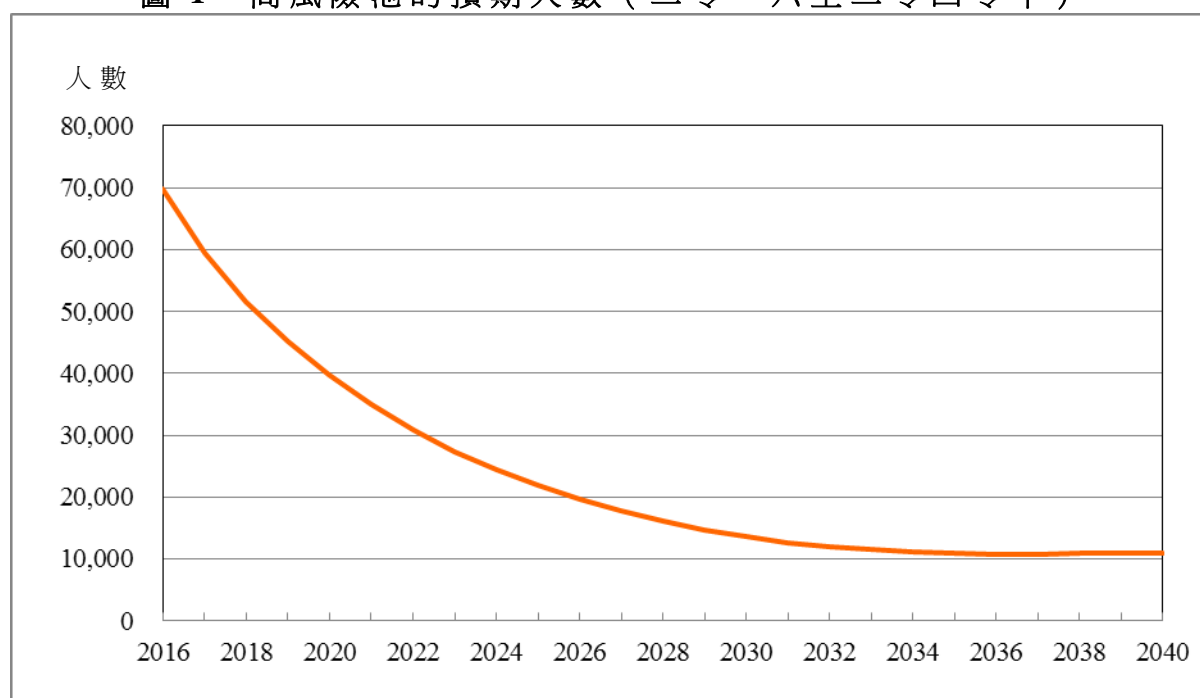
<sup>3</sup> 要估計平均標準風險保單持有人的索償款額，須先估算本地市場現有的個人普通病房級別住院保險產品的基本索償款額。這步驟包括對香港現有市場數據（包括醫療保險保費數據、醫療成本數據，以及香港保險業聯會所持有的索償數據）作專業分析。然後，顧問在「標準計劃」與現有個人普通病房級別住院保險產品之間，找出兩者在產品設計方面引致索償款額顯著上升或減少的主要分別，當中包括按等候期為投保前已有的病症提供保障；提供化療及放射性治療的保障；提供先進診斷成像檢測的保障（須承擔 30% 共同保險）；提供內窺鏡檢查的保障（有關服務在非住院情況下進行並以套餐式收費）以及「標準計劃」保障限額的釐定。顧問適當地參照了香港保險業聯會的索償數據及適用的海外索償數據（例如經濟合作及發展組織、美國及澳洲的數據），從而就上述各方面評估相關的索償款額及索償次數，然後把評估所得對索償款額的影響應用於基本索償款額，以取得在推算期內所有年份「標準計劃」平均標準風險保單持有人的索償款額。

<sup>4</sup> 在決定營運高風險池的假設行政費用時，顧問參考了在某程度上與擬議高風險池相類似的保險計劃或市場界別。其中一個例子是美國的《投保前已有病症保險計劃》。這項計劃同樣只接受高風險人士投保，屬非牟利性質，所需的行政費用佔總索償款額約 9%。由於擬議的高風險池會由專門理賠機構管理索償，所以本地和海外醫療市場網絡提供者的成本概況也提供了有用的參考資料。舉例來說，顧問粗略估計香港醫療市場網絡提供者的行政費用佔總索償款額的 8-10%，在美國的醫療保健組織市場的行政費用則佔總索償款額約 8-12%。由於擬議的高風險池與團體保險計劃相似，故顧問也有考慮香港團體保險市場的經驗。根據顧問研究，當中涉及的行政費用粗略約為總索償款額的 20%。

## 其他假設

3. 簡而言之，高風險池的所需的撥款相等於營運成本（索償款額及行政費用）扣除保費後的不足之數。索償款額是一項主要的成本因素，佔營運成本近 90%，並與高風險池人數及平均每人的索償款額息息相關。基於在推出自願醫保計劃第二年開始，必定承保的規定只適用於 40 歲或以下人士的假設，以及估計受住院保險保障人士的健康狀況後，顧問預計二零一六年高風險池的人數約為 69 800 人（佔受個人住院保險保障總人口的 3.6%<sup>5</sup>），長遠會逐步下降至二零四零年的約 10 900 人（佔受個人住院保險保障總人口的 0.5%）（圖 1）。

圖 1 高風險池的預期人數（二零一六至二零四零年）



註：由二零一六至二零四零年，高風險池的每年平均人數為 23 980 人。

4. 至於平均每人的索償款額，高風險池成員的索償款額很可能較繳付標準保費的標準風險保單持有人為高。按照本地和海外經驗，顧問認為，假設每名高風險池成員的平均索償款額為每名標準風險保單

<sup>5</sup> 顧問根據政府統計處進行的主題性住戶統計調查結果，推算在基線情況下（即沒有推行自願醫保計劃的情況）由二零一六至二零四零年的受保人口，考慮的一般影響因素包括人口老化及醫療通脹等。顧問接著再推算在預測情況下（即推行自願醫保計劃的情況）由二零一六至二零四零年的受保人口，當中考慮了自願醫保計劃涉及的額外影響因素，包括必定承保、保障範圍、保費轉變、稅務誘因等。

持有人的平均索償款額的六倍<sup>6</sup>，是合理的估計。儘管高風險池成員的平均每年索償款額預計會隨醫療通脹（按預測情況<sup>7</sup>假定為按本地生產總值平均物價指數量度所得的每年一般通脹率加 3.1 個百分點）呈現升勢，但長遠而言，高風險池的總索償款額預計會因高風險池人數不斷減少這項主要因素而呈現跌勢。在二零四零年，高風險池的總成本（包括索償款額和行政費用）預計會回落至每年約 3.1 億元（圖 2）。在自願醫保計劃推出首數年內，索償款額會因為有大量新參加者湧現而飆升，儘管部分效應會因投保前已有病症設有三年標準等候期而得以抵銷。由於這些新參加者在首三年等候期結束後，便可就投保前已有病症有關的治療費用悉數提出索償，因此等候期對索償款額的抑制作用預計會逐漸減退。

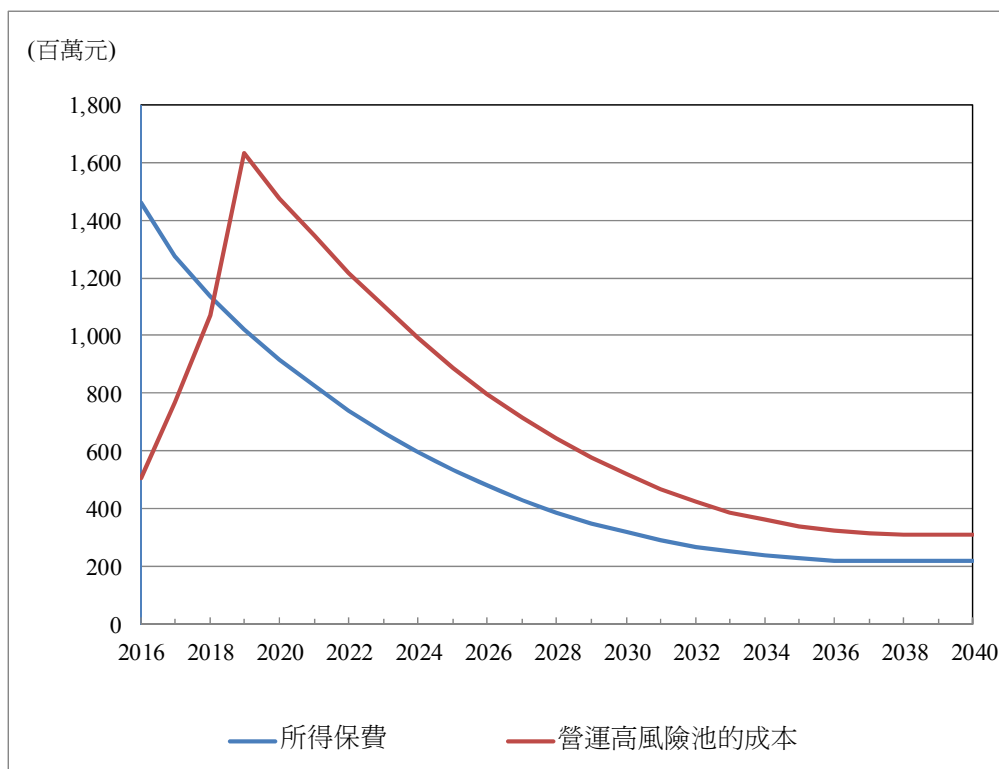
---

<sup>6</sup> 六倍成本因素是參考香港保險業聯會的索償數據和美國在《投保前已有病症保險計劃》方面的經驗而假設的，後者與擬議高風險池的營運模式大致相似：

- 就本地索償經驗而言，顧問假設索償款額最高 2% 的保單持有人為高風險人士，其後 18% 的保單持有人為非標準風險人士，而餘下 80% 的保單持有人則為標準風險人士。高風險保單持有人的索償款額約為標準風險保單持有人的六倍；
- 美國的經驗顯示，高風險的索償人士的索償款額可能較非高風險索償人士高出十倍。不過，應留意的是，美國的索償款額很可能遠高於香港。這是因為兩地的醫療系統迥異。具體而言，美國的公營醫療系統角色有限，加上私家醫院處理較多複雜個案，因此美國高風險人士的索償款額應較擬議的高風險池為高。此外，就美國的情況而言，承保投保前已有病症的安排並不設等候期，因此美國高風險人士的索償款額很大可能會高於擬議的高風險池的保單持有人的索償款額；以及
- 根據本地和市場的經驗，顧問認為，為高風險人士推行醫護管理計劃，對控制成本至為重要。把成本因素定為六倍，是假設已為高風險人士提供有效的醫護管理計劃而計算得出的。顧問認為，假如沒有推行相關計劃，成本因素會增至七倍。

<sup>7</sup> 這裏敘述的預測情況是顧問所推算的各種情況中屬中等程度影響的情況。

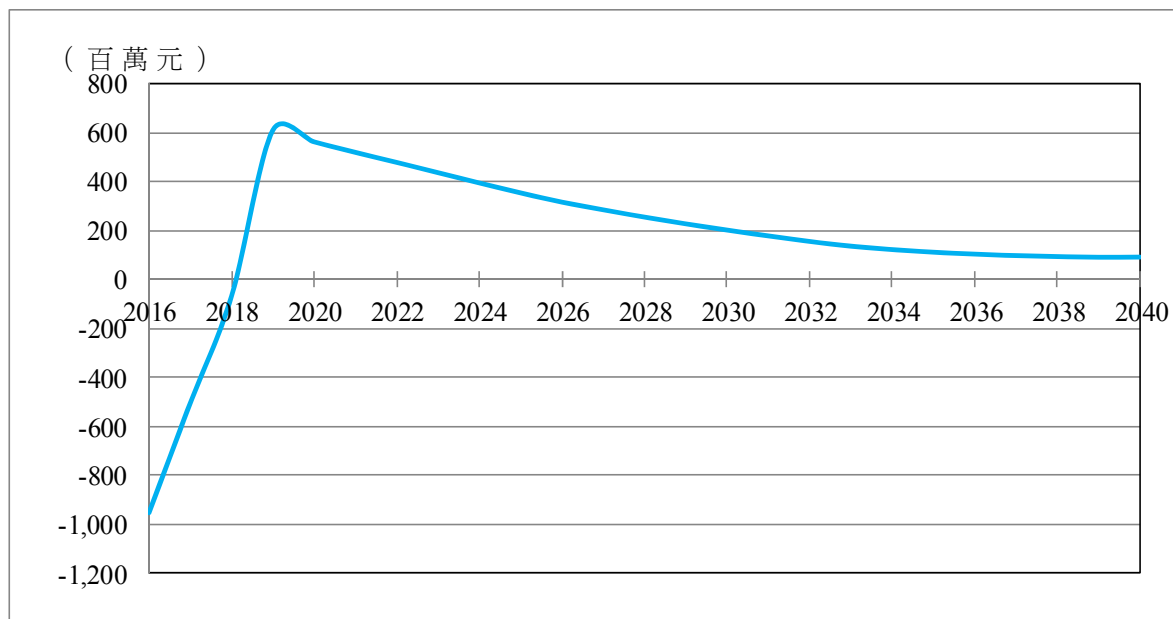
圖 2 高風險池每年的保費總所得和每年營運總成本(二零一六至二零四零年) (按二零一二年固定價格計算)



5. 在保費方面，由於附加保費率設有上限，所以高風險池的保費收入相等於高風險池成員為投購「標準計劃」而支付的三倍標準保費。雖然自願醫保計劃的平均保費預計會因醫療通脹而呈上升趨勢，但高風險池的保費總收入會因高風險池人數下降這項主要影響因素而逐漸下降。保費總收入預計會在二零四零年前趨於平穩，即每年約 2.19 億元。

6. 由於自願醫保計劃推出的首數年設有等候期，對索償款額有抑制作用，因此預計高險池直至二零一八年仍會有盈餘；而由於高風險池有累計盈餘，故政府可延至二零二一年開始才須向高風險池注資。長遠而言，總成本和保費預計會同樣趨於平穩，估計在二零四零年，所需撥款每年約為 9,100 萬元 (圖 3)。

圖 3 估計政府每年須為高風險池承擔的預計款額(二零一六至二零四零年) (按二零一二年固定價格計算)



### 推算模型

7. 高風險池的財政推算結果全部按二零一二年的固定價格計算，而醫療通脹則以高於一般通脹率計算<sup>8</sup>。鑑於預測長遠通脹時的不明確因素，以上的做法並不罕見；而由於一般通脹率會同時影響高風險池的運作成本和收取的保費，因此顧問認為上述做法是合理的。至於推算期（25年）定為截至二零四零年為止，則主要是因為政府統計處的人口推算結果只截算至二零四一年。

8. 高風險池的財政推算受到以下限制：

- (a) 顧問假設每名高風險池成員的平均索償款額是標準風險保單持有人的六倍，而這項成本因素存有不確定性。儘管如此，根據海外經驗，顧問認為即使高風險池的實際成本因素較六倍為高，這同時也意味著只有少數非常高風險的保單持有人會加入高風險池，因此可抵銷增加的索償款額。這有助控制所需的額外政府撥款；

<sup>8</sup> 在推算模型中，財政推算結果全部按二零一二年的固定價格計算。顧問採用這方法，以減低因須就一般通脹率設定明確的假設而導致的複雜性，並認為這方法足以達到研究的目的。



- (b) 顧問認為，醫護管理計劃可更有效地控制高風險池成員的索償款額。如醫護管理計劃有效推行，顧問估計高風險池成員的成本因素會由標準風險保單持有人的七倍減至六倍；
- (c) 長遠的醫療通脹率不明確。儘管各界普遍認為醫療通脹的增長率會較一般通脹率快，但由於醫療通脹受科技發展、服務使用量的控制、疾病發病率、疾病預防等多項因素影響，故難以估計有關增幅；以及
- (d) 自願醫保計劃下各項促進成本效益措施的成效。這些措施包括就先進診斷成像檢測的索償設共同保險，以打擊濫用情況、鼓勵以非住院形式提供醫療服務、以及減低非索償比率。在預測情況下，顧問假設這些措施有中等程度的成效。

## 自願醫保計劃對醫療系統影響的推算

根據食物及衛生局委聘的顧問所推算，自願醫保計劃預期會為醫療系統帶來若干轉變和好處—

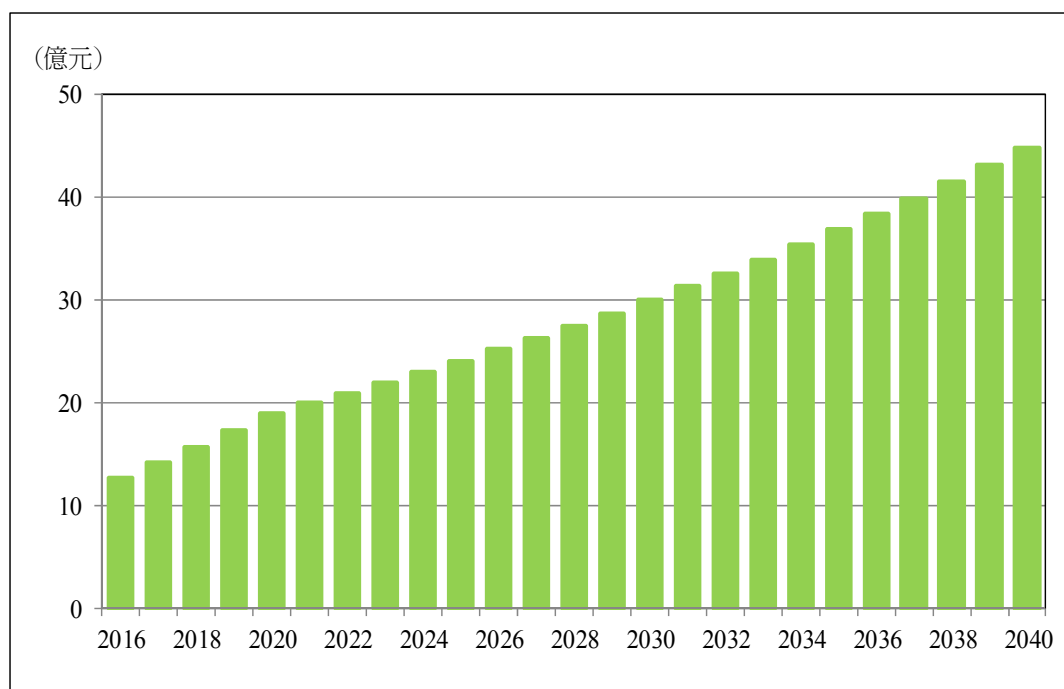
- (a) **提升個人住院保險的投保率**：與基線情況（即沒有推行自願醫保計劃的情況）比較，推行自願醫保計劃預計會令個人保險市場的投保率上升。在基線情況下，預計二零一六年和二零四零年的個人住院保險投保率分別佔總人口的 26% 和 21%。在推行自願醫保計劃的情況下，二零一六年的投保率預計為 29%（按受保人數計，較基線情況多 223 000 人），二零四零年的投保率則預計為 27%（按受保人數計，較基線情況多 443 000 人）。投保率上升的原因，包括消費者對投購住院保險更具信心、自願醫保計劃設有必定承保的特點，以及當局提供稅務誘因等。
- (b) **增加私營界別的服務使用量**：由於更多人因為自願醫保計劃而投購和使用住院保險，所以私營醫療服務的使用量預計會比基線情況高。按程序宗數計算，預計因自願醫保計劃而在私營界別進行的程序會在二零一六年和二零四零年分別增加 231 000 宗和 503 000 宗<sup>1</sup>。按住院日數計算，預計二零四零年私家醫院留宿住院日數會較基線情況多 150 000 日（較基線情況高出約 13%）。
- (c) **名義上代替公營界別提供的服務**：因為自願醫保計劃而增加的私營界別服務使用量中，相當數量是名義上代替公營界別提供的服務，即在基線情況下原本由公營界別進行的服務。按程序宗數計算，在二零一六年和二零四零年，私營界別名義上代替公營界別進行的程序預計分別約為 120 000 宗和 267 000 宗<sup>2</sup>。按公立醫院的留宿住院日數計算，因公營醫療界別的一些服務被名義上替代，在二零一六年和二零四零年公立醫院被名義上替代的住院日數預計分別約為 53 000 日和 155 000 日。在二零一六至二零四零年期間，預計被名義上替代的公立醫院留宿住院日數累計為 280 萬。按開支計算，公營醫療界別一些服務被名義上替代，會令公共醫療開支被名義上替代，這數額在二零

<sup>1</sup> 這些程序大多數是先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查、化療和放射性治療。

<sup>2</sup> 這些程序大多數是先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查、化療和放射性治療。

一六年和二零四零年預計分別約為 13 億元和 45 億元（見下圖）。在二零一六至二零四零年期間，預計被名義上替代的公共醫療開支累計約為 700 億元。

圖 自願醫保計劃下被名義上替代的公共醫療開支



隨着人口老化，市民對公營醫療服務的需求不斷上升，因此公營界別的服務只是名義上被替代，而不大可能令公營界別的服務使用量、住院日數或公共醫療開支方面有任何實質縮減。不過，如果我們能夠鼓勵和協助更多人透過自願醫保計劃使用私營醫療服務，公營界別的病人仍可受惠。他們會因為輪候時間縮短而較早獲得公營醫療服務，而公營醫療服務亦會因更有效的資源分配而得到改善。

- (d) **公營和私營醫療界別的平衡**：私營醫療服務使用量增加，以及公營界別的一些服務被名義上替代，長遠而言會令公私營醫療界別的平衡有所調整，包括出院人次和留宿住院日數。

從推算的出院人次（留宿及日間個案）可見，程序宗數的顯著增加，特別是在日間進行的非住院程度，會令私營界別服務的使用量有所提升。在基線情況下，二零四零年公立醫院和私家醫院出院人次的比率預計分別為 86%和 14%。在自願醫保計劃的情況下，有關比率在二零四零年預計分別為 81%和 19%。由

於私營界別所增加的服務主要是非住院手術程序（對病人來說較具成本效益和費用較低廉），自願醫保計劃對留宿病人住院日數的影響會不及對整體服務量的影響那樣明顯。就留宿住院日數而言，在基線情況下，二零二零年公立醫院和私家醫院留宿住院日數的比率預計分別為 87%和 13%。在自願醫保計劃的情況下，有關比率預計分別為 85%和 15%。

## 對財政、公務員、經濟、可持續發展及家庭的影響

### 對財政及公務員的影響

自願醫保計劃是配合公營醫療系統、屬自願性質的輔助融資安排。自願醫保計劃未必足以控制或減慢公共醫療開支的增長，或解決政府長遠的財政問題。然而，該計劃可更有效地協調公私營醫療資源的運用。

2. 除了文件第 11 及 13 段分別所述為支援高風險池所需的公帑和因擬議的稅項扣除而減少的稅收外，食物及衛生局須增加人手和財政資源，以便進行籌備工作，把有關法例提交立法會、制訂自願醫保計劃的運作和技術詳情並諮詢各持份者，以及在食物及衛生局下設立擬議的自願醫保計劃規管機構和籌備其運作事宜等。食物及衛生局會適時擬定所需資源。

### 對經濟的影響

3. 自願醫保計劃應會改善住院保險產品的質素，為消費者提供更佳保障，以及提高市場的透明度。作為一項輔助融資安排，預期自願醫保計劃會有助提高住院保險的整體投保率，並可把部分公營界別的醫療服務需求轉移至私營界別，從而促進整體醫療系統的長遠持續發展。

4. 保險業界須為遵從自願醫保計劃的規定而承擔一些成本，而政府成立規管機構監督自願醫保計劃的推行和運作，也須承擔額外成本。然而顧問預期，由於提高了保險產品的透明度，令消費者較易比較不同產品，因此應可降低保險公司的非索償比率。

5. 不過，從經濟效益的角度來看，建議把所有不符合「最低要求」的住院保險產品剔出市場，會限制住院保險市場的競爭和減少產品的種類，這樣未必合乎消費者的最佳利益。一些原本會投購保障範圍較少和保障限額較低的保險計劃的消費者，將只可投購保障範圍和限額超過他們自以為所需要的「標準計劃」。有些消費者甚至可能選擇不投購任何住院保險產品。在後者的情況下，消費者可能會在有需要時重返公營醫療系統，令自願醫保計劃未必可以充分發揮把公營醫療界別部分服務需求轉移往私營醫療界別的作用。

## 對可持續發展的影響

6. 隨着人口變化和醫療成本上升，醫療開支不斷增加，醫療系統能否持續運作相信仍會是長期備受關注的問題。作為一項輔助融資安排，自願醫保計劃有助確保雙軌並行的醫療系統持續發展，包括讓公營醫療系統專注於服務其目標範疇，間接紓緩公營醫療系統的壓力，促進私營醫療服務的發展，並提高提供醫療服務的成本效益。社會各界可能會對自願醫保計劃有不同意見，而這些意見應被審慎處理。

## 對家庭的影響

7. 為納稅人所持有而為其本人及／或其受養人提供保障的個人住院保險保單提供稅項扣除，可鼓勵納稅人為其受養人（包括子女和年老家庭成員）投購或維持住院保險保障。這會加強家庭的凝聚力，使家人互相扶持和彼此關愛。