立法會
Legislative Council

立法會CB(2)598/14-15(01)號文件

檔　號：CB2/PL/HS

衞生事務委員會

立法會秘書處為2015年1月13日特別會議
擬備的最新背景資料簡介

自願醫保計劃

目的

本文件綜述在衞生事務委員會之下成立的醫療保障計劃小組委員會(下稱"小組委員會")委員就醫療保障計劃(下稱"醫保計劃")[1] 提出的意見及關注事項。

背景

2. 政府繼於2005年就未來醫療系統的服務模式進行公眾諮詢[2] 後，為推動改革進行了兩個階段的醫療改革公眾諮詢。政府於2008年3月13日發表題為《掌握健康掌握人生》的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個可行的輔助醫療融資方案。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. 政府在2010年10月6日發表題為《醫保計劃由我抉擇》的醫療改革第二階段公眾諮詢(下稱"第二階段公眾諮詢)文件，提出了一個自願參與並由政府規管的私人醫療保險計劃(即醫保計劃)，以諮詢公眾。政府建議，承保機構須提供標準化償款保

---

[1] 由於醫保計劃擬作為一項輔助融資安排，政府當局在2014年12月15日發表的諮詢文件中，把醫保計劃改稱為自願醫保計劃，以便更清晰反映該計劃的目標和性質。

[2] 健康與醫療發展諮詢委員會於2005年7月19日發表了一份題為《創設健康未來》的討論文件，就未來醫療系統的服務模式提出建議。

險計劃，讓受保人在有需要時能夠使用普通病房級別的私營醫療服務。擬議醫保計劃產品的主要特點涉及一系列的運作規則要求、保障架構，以及其他保障消費者的措施。

4. 根據2011年7月11日發表的醫療改革第二階段公眾諮詢報告，市民支持推出醫保計劃，以提高私人醫療保險的透明度、競爭和效率，為願意選用和可以負擔私營醫療服務的人士提供另一種選擇。為推動醫保計劃，當局在健康與醫療發展諮詢委員會之下成立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作出建議。為了向工作小組及諮詢小組提供專業和技術支援，政府當局委聘了一間顧問公司進行研究，並就推行醫保計劃的主要事項提供意見，包括為醫保計劃制訂持續可行的產品設計，以及訂明考慮使用公帑的範疇，以確保醫保計劃持續可行。

小組委員會的商議工作

5. 小組委員會自2012年12月展開工作後，舉行了10次會議，研究與醫保計劃有關的事宜。委員進行的商議工作及提出的關注撮述於下文。

最低要求模式

6. 委員關注到，在醫保計劃推出後，規定所有個人償款[3]住院保險產品均須達到或高於擬議12項最低要求[4]的最新建議會干預自由市場、以及限制市場內私人醫療保險的多元性和消費者選擇不符合最低要求的產品。此外，由於加強了保障，有關建議亦會令每年平均標準保費增加。有委員建議，政府當局應將私人醫療保險市場區分為受規管的界別(即在醫保計劃下受規管的界別)和不受規管的界別(即產品不受最低要求規管的界別)，容許兩個界別同時存在，由承保機構推出不同級別的產品，以提供不同的保障限額及相應訂定不同的保費水平，讓消費者可從中選擇，以切合他們的需要和負擔能力。

---

[3] 據政府當局所述，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。

[4] 擬議最低要求包括：(a)保證續保；(b)不設"終身可獲保障總額上限"；(c)承保投保前已有病症；(d)必定承保而附加保費率設有上限；(e)保單"自由行"；(f)承保住院及訂明的非住院程序；(g)承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療；(h)最低保障限額；(i)費用分擔限制；(j)明確的支出預算；(k)標準保單條款及條件；以及(l)保費透明度。

7. 政府當局表示，根據2011年主題性住戶統計調查，在擁有私人醫療保險保障的人士當中，以本地入院次數計算，約有54%仍然使用公營醫院服務。其中一個可能的原因是病人或許無法確定在保險金不足以支付所有開支的情況下需要自付的費用，或擔心在索償後保費可能增加或甚至會被終止保單。最低要求模式對消費者而言簡單、清楚和明確，有助不具備保險專業知識的消費者容易和清晰理解他們在投購償款住院保險時可獲得的最低保障。最低要求的建議亦與國際經驗相符。依政府當局之見，兩個市場的情況會不可行，理由是逆向選擇會損害醫保計劃的可持續性：承保機構可挑選健康人口，以較低廉的保費提供不受規管的保險產品，令醫保計劃成為不健康人口的主要選擇。

8. 有意見認為，不能以上述主題性住戶統計調查的結果，推論現時的私人醫療保險產品有不足之處，從而作為推出最低要求的理據，因為有關百分比是指入院的次數，而不是受訪者的人數。在某些情況下，有關受訪者可能會同時使用公營及私營醫院服務。部分已用盡保單保障限額的受保人，可能亦會使用公營醫療系統作跟進治療。

<u>標準計劃[5]的產品設計要求</u>

承保投保前已有病症

9. 關於建議承保機構須承保投保人在投保前已有的病症但按標準等候期發還部分償款的安排(即第一年不獲償款及第二年、第三年和第四年及以後分別可獲25%、50%及100%償款)，顧問估算，承保投保前已有病症只會令在醫保計劃下屬標準風險的受保人多付5%的保費[6]，而高風險池[7]成員的平均索償成本則是標準風險保單持有人的平均索償成本的6倍(或600%)，部分委員對此表示懷疑。政府當局解釋，前者是指現有保單的承保範圍不包括投保前已有病症的保單持有人轉移至醫保計劃後，選擇剔除這些不承保項目對保費造成的影響，以及若上述轉移至醫保計劃的人士全部選擇剔除不承保項目，而所有承保機構

[5] 標準計劃是指符合所有(但不超過)12項最低要求的個人償款住院保險產品。

[6] 考慮到在最低要求下提出的各項優化特點和保障，顧問估計標準計劃的每年平均標準保費約為3,600元(按2012年固定價格計算)。

[7] 高風險池是落實必定承保而附加保費率設有上限的關鍵措施。當局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。在現行建議下，承保高風險投保人所引致的索償成本可由他們的保費和政府向高風險池提供的資助承擔。

均選擇藉增加標準保費來支付額外索償成本，整體標準保費須予增加的幅度。承保投保前已有病症對高風險池成員的保費造成的影響，是指接受轉移至高風險池的高風險人士投保所帶來的影響。由於高風險池是在估算標準保費的一般風險池以外另行設立，這方面的影響不會對標準保費造成影響，亦不會考慮在有關估算內。然而，陳健波議員表示，顧問估算承保投保前已有病症的要求只會令屬標準風險的受保人多付5%的保費，保險業界對此仍不表信服。

必定承保而附加保費率設有上限

10. 委員關注到，提供標準計劃的承保機構只須為下述人士提供必定承保及附加保費率上限訂為標準保費兩倍的安排：即在醫保計劃推出後首年內所有年齡的投保人士，以及在醫保計劃推出後的第二年開始年齡為40歲或以下的投保人士。委員注意到，政府在2016至2040年資助高風險池運作所需的總成本只會由43億元[8](若年齡上限訂為建議的40歲)增至53億元(若年齡上限提高至50歲)或64億元(若年齡上限提高至55歲)，他們認為就必定承保的要求所訂立的投保年齡上限應予提高(例如提高至50歲或55歲)，讓年齡較高的人士有較多時間考慮是否投購標準計劃，或在他們的負擔能力較高時參加標準計劃。委員推測，建議把必定承保的年齡上限定為40歲的用意是限制高風險池的人數，以及當局為確保高風險池可持續運作而需要提供的公帑資助。

11. 政府當局表示，建議把必定承保的投保年齡上限定為40歲旨在鼓勵市民在年輕和健康時購買醫保計劃。為必定承保而附加保費率設有上限的要求訂立的投保年齡上限越低，在推算期內高風險池的人數會越少，並且令健康人士早日參加醫保計劃，這亦有助發揮私人醫療保險的風險共擔功能。如不設投保年齡上限，將會吸引更多人在較年長而健康狀況轉差後才參加醫保計劃。然而，視乎公眾諮詢的結果，政府當局對訂立投保年齡上限一事持開放態度。

12. 有委員建議應容許承保機構為40歲以上並選擇在醫保計劃推行首年後投購醫療保險的高風險人士，提供承保範圍不包括投保前已有的指定病症的個人償款住院保險計劃，讓這類人士能投購他們負擔得來的私人醫療保險，從而獲得保障。

---

[8] 據政府當局所述，高風險池運作 25 年的總成本將為 178 億元，當中 158 億元為索償款額，餘下 20 億元為行政費用。假設高風險池預計收取的保費總額為 135 億元，資助高風險池在該段期間運作所需公帑估計為 43 億元。

13. 政府當局表示，放寬有關要求會損害醫保計劃的成效，令醫保計劃難以達到利便更多人願意使用私營醫療服務的政策目標。有關要求符合國際經驗和做法，而且在第二階段公眾諮詢期間獲得廣泛支持。40歲以上的高風險人士如在醫保計劃推出的首年內投保，將可受惠於必定承保而附加保費率設有上限的要求。此外，公營醫療系統會繼續擔當全港市民的安全網的角色。

承保住院及訂明的非住院程序

14. 顧問估算，承保以非住院方式和通過套餐式收費提供的內窺鏡檢查／結腸鏡檢查，會令標準計劃的平均標準保費降低約12%，委員就此項估算提出詢問。政府當局表示，顧問是採用2011年個人私人醫療保險市場的平均非索償比率(即43%，因此索償比率為57%)進行運算。根據顧問的估算，在標準計劃下承保內窺鏡檢查／結腸鏡檢查，所有年齡的受保人每人的索償成本[9]約為560元，較市場上類似的個人償款住院保險產品的790元為低。這主要是因為受保人較多利用更具成本效益[10]的非住院程序，並通過套餐式收費進行這些程序，以代替非必要的住院[11]。即使因為醫保計劃承保非住院程序而令需求和索償次數增加(預計上升35%)，以及因索償額佔賬單金額的比例上升(即由現時的89%上升至100%，假設醫保計劃會支付非住院程序的全部成本)而令成本增加，顧問仍預計節省的成本會高於上升的成本。

15. 委員認為，關於對保費造成的影響，政府當局應以整個私人醫療保險市場的最新索償比率(根據香港保險業聯會的統計數字，2013年的索償比率為69%，因此非索償比率為31%)進行運算。

承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療

16. 委員詢問，政府當局為何認為先進診斷成像檢測會較易被誤用或濫用，因此應就這類檢測訂定固定的30%共同保險安排。政府當局表示，在與保險及醫療界別討論此項要求時，

---

[9] 據政府當局所述，每名受保人的索償成本受索償次數、平均賬單金額，以及索償額佔賬單金額的比例所影響。

[10] 根據顧問的估計，在2010年，以非住院形式進行的結腸鏡程序(切除腫瘤、息肉或病變)的平均費用約為8,600元，若以住院(普通病房級別)形式進行，平均費用則約為19,100元。

[11] 假設在醫保計劃下，以住院形式進行內窺鏡檢查／結腸鏡檢查的百分比會由現時的70%降至15%。

業界關注到如將先進診斷成像檢測納入醫保計劃的承保範圍，可能會帶來道德風險，導致這些檢測的使用率急升。就進行這類檢測提出的索償訂定固定的30%共同保險，有助控制因道德風險而引致使用率增加的問題，長遠來說有助監察保費水平。鑒於顧問的研究結果顯示，現有個人償款住院保險產品(普通病房級別)的保單持有人自付的費用平均約為總成本的三分之一，政府當局認為顧問所建議的30%共同保險(設有每年上限)是合理的比率，既可遏止道德風險，又可平衡標準計劃的保費。

17. 有委員認為，就保障消費者而言，有關建議是倒退的做法，因為現時市場上的部分個人償款住院保險有承保為手術用途而進行的先進成像檢測，而進行這些檢測所涉及的全部費用，大多可在"醫院雜項開支"的保障項目下獲得索償。委員建議應只就作診斷用途而進行的先進成像檢測，才訂定共同保險的安排。政府當局表示，現行安排會引致不必要的住院，而且賠償金額未必足以全數支付這些檢測所需的費用。

明確的支出預算

18. 在第二階段公眾諮詢期間，政府當局曾建議醫保計劃的保障範圍應包括根據症候族羣分類[12] 釐定套餐式收費的常見程序。根據政府當局的最新立場，要建立一個適合香港私營界別使用而又可行的症候族羣分類系統，需要一段頗長的時間。因此，政府當局在醫保計劃下提出"免繳付套餐／定額套餐"安排及"服務預算同意書"，令受保人有明確的開支預算。就此，部分委員關注日後將會缺乏機制規管醫療費用。委員亦關注到，鑒於現時對私營醫院服務的需求甚殷，私營醫療服務提供者會否有興趣與承保機構簽訂合約及提供所需服務費用的預算，以訂定受醫保計劃規管的保單所涵蓋的"免繳付套餐"或"定額套餐"治療或手術的清單。

19. 政府當局解釋，制訂症候族羣分類收費系統的建議純粹是為了達到使收費更加明確的目的。在"免繳付套餐／定額套餐"及"服務預算同意書"的安排下，病人可享有更加透明和明確的收費。政府當局表示，訂定套餐式收費的主要技術困難是疾病的複雜性，以及大部分私營醫院的住院治療均由巡訪醫生處理。儘管如此，政府當局會繼續就常用的治療或程序推行套餐式收費與現有的私營醫院商討。此外，新私營醫院的標準病床每年

[12] 症候族羣分類是一個精密的編碼系統，根據診斷結果和病情的複雜性，把須進行治療或程序的病症分類。

須最少有30%的住院病床日數用於以套餐服務收費形式提供的服務。

20. 部分委員關注到，私營醫院可能組成價格聯盟，使常見程序的套餐式收費維持在高水平。他們詢問政府當局，私營醫院服務是否受《競爭條例》(第619章)的規管。政府當局表示，大部分私營醫院均符合"業務實體"的定義，故此須受該條例規管。私營醫療機構規管檢討督導委員會現正檢討私營醫療設施的規管架構，檢討範圍包括私營醫院，以期加強規管標準。提高保費透明度及使消費者在使用醫療服務前有更明確的支出預算的措施，將會納入檢討範圍[13]。

<u>醫保計劃對現時私人醫療保險投保人的影響</u>

每年平均標準保費

21. 根據顧問的估算，按2012年固定價格計算，標準計劃的每年平均標準保費約為3,600元(即比於2012年現有保單估算的平均標準保費每年3,300元高出9%或300元)，可能變動幅度介乎-8%與+45%之間。陳健波議員認為，由於不同承保機構所釐定的實際保費會因定價策略及個別承保機構的風險狀況等因素而有所不同，保險業界難以自行推算標準計劃的平均標準保費。委員關注，現時私人醫療保險的投保人中，繳付的保費偏低及／或屬於較年長組別的人士，在標準計劃下須多付30%至40%的保費，他們可能會因為未能負擔高昂的保費而被摒於門外。

22. 政府當局解釋，部分對保費的影響可能會因市場反應而出現較大差異，因此，3,600元這個估算數額的可能變動幅度介乎-8%與+45%之間。在12項擬議最低要求中，顧問認為承保投保前已有病症、為住院及非住院手術、先進診斷成像檢測及非手術癌症治療提供保障，以及設有最低保障限額這些要求，都對標準計劃下的標準保費帶來顯著及可量化的影響。至於其餘要求，顧問認為所造成的影響不能量化及／或並不顯著[14]。保費的變動幅度主要取決於醫保計劃能否妥善控制使用先進診斷成像檢測方面的道德風險。在保費變動幅度為+45%的推算情景中，顧問假設先進診斷成像檢測的每人使用量將與美國同樣處

[13] 政府在 2014 年 12 月 15 日發表《私營醫療機構規管諮詢文件》，展開為期 3 個月的公眾諮詢。當中提出收費透明度作為其中一項擬議規管範疇。

[14] 具體而言，顧問認為必定承保而附加保費率設有上限，不會對標準保費造成顯著的影響，因為其影響主要轉化為附加保費。至於保證續保的要求，顧問認為不把這項要求列入量化範圍內是可以接受的，因為相關的價格影響只會在長遠逐漸和逐步地反映出來，而屆時市場的改善和變化將可抵銷有關影響。

於高水平，出現控制濫用成效不彰的情景。政府當局又表示，若引進稅務誘因，醫保計劃下估算的平均標準保費每年的增幅有部分可以抵銷。

23. 部分委員關注，最低要求無助控制醫學科技和藥物進步等因素所引致的醫療通脹。由於醫療通脹令醫療成本增加，除非相應調高保費水平，否則償付水平將會下降。政府當局表示，承保機構仍可按照醫療成本的變化(如有的話)，自由調整其提供的標準計劃下按年齡分級的保費表。

高風險人士的保費

24. 根據建議，高風險池只會接納那些附加保費率被評定為等於或超過標準保費兩倍的申請人，但有委員關注，承保機構可能會標高附加保費率，藉以把所有較高風險的投保人轉往高風險池。

25. 政府當局表示，在把那些附加保費率被評定為等於或超過標準保費兩倍的申請人的保單轉移到高風險池時，承保機構在扣除由醫保計劃監管機構訂定的象徵式行政費後，便會將收取的保費轉移至高風險池。雖然承保機構會繼續負責這些保單的行政管理，但這些保單的保費收入(扣除行政費)、索償須付的款項以及利潤虧損，均歸入高風險池而非該承保機構。因此，只要承保機構可按照其承擔的額外風險向較高險的申請人收取適當的附加保費，他們可仍期望保留較高風險的投保人在他們的保險組合內，能夠賺取承保利潤。此外，鑒於所有承保機構均須向消費者提供標準計劃作為其中一項選擇，在價格競爭下，承保機構標高附加保費率並無好處，因為消費者可比較不同承保機構提供的醫保標準計劃保費。

26. 委員詢問，屬於較年長組別的高風險人士需要繳付多少保費。據政府當局所述，顧問的估算是年滿50歲人士須繳付的標準保費為每年約5,000元。受保人如被承保機構評定為風險水平高於標準，可能須繳付最高相等於標準保費兩倍的附加保費，因此，年滿50歲的高風險人士每年將要繳付的保費約15,000元。部分委員認為，在較年長組別的高風險人士中，有不少人會無法負擔此保費。

27. 委員要求當局澄清，若低風險保單持有人曾提出索償，承保機構能否在下次續保時引入附加保費，藉以把不利的風險轉給高風險池。政府當局表示，承保機構只會獲准在訂立醫療

保險保單前核保準受保人，當中會考慮該人的健康狀況、投保前已有病症及其他相關風險因素。續保時不得重新核保。

獲現有團體住院保險保障的僱員

28. 委員指出，大部分現時由僱主提供的償款住院保險保單在承保範圍及保障限額方面只提供有限的保障，他們要求政府當局仔細評估引入最低要求會否及會在多大程度上減低僱主為其僱員提供團體償款住院保險的意欲。委員關注到，僱員在退休後能否繼續享有醫療保險，以及已受僱主投購的團體償款住院保險產品保障的人士，可否選擇投購保費較低但保障範圍較少的保險產品，例如是不承保投保前已有的病症的產品。

29. 政府當局表示，當局將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"轉換選項"，讓受團體保單保障的僱員在離職時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，條件是在轉移至個人標準計劃之前，有關僱員必須已受僱滿1年。當局亦建議，承保機構可以團體保單的形式，向受團體保單保障而又有意在團體保單之上自行付費投購水平等同標準計劃的額外保障的個別成員，提供自願性質的補充計劃。

<u>以公帑資助醫保計劃</u>

高風險池的融資安排

30. 部分委員對於運用公帑資助投購私人醫療保險的安排表示強烈保留。部分委員認為，由於受保人可能會繼續使用公營醫療系統，特別是一些較昂貴的醫療服務，運用公帑資助市民投購醫保計劃產品並不符合成本效益。而醫保計劃能否達致其減輕公營醫療系統的壓力此其中一項目標令人存疑。亦有意見認為，鑒於私人承保機構所收取的行政費用偏高，承保機構在任何該類資助中會較受保人受惠更大。部分委員認為，把在財政儲備中預留作支援醫療改革的500億元，用作改善公營醫療服務會更具成本效益。亦有委員建議，面對人口老化，該500億元財政儲備應用以直接資助65歲或以上長者使用私營醫療服務，理由是他們未必能在退休後並最需要醫療保險保障時仍能繼續負擔有關保障。

31. 政府當局表示，香港的獨特之處是公私營醫院系統均發展完善，提供全面的優質服務。然而，公私營系統出現嚴重失衡的情況，即受公帑大幅資助的公營醫療系統提供超過

90%(按病床使用日數計算)的住院服務，導致輪候名單及等候服務的時間更長。為了向市民提供更佳的個人化醫療服務的選擇，醫保計劃的其中一個目的是令更多有能力負擔並願意投購私人醫療保險的人士，持續使用可立時提供的私營服務。這樣會令公營系統能專注於服務其目標範疇及人口組別。政府當局強調有需要運用公帑注資高風險池，因為設立高風險池是落實必定承保而附加保費率設有上限的要求的主要元素，否則承保機構或須一律增加所有保單持有人的保費，以分攤額外風險，導致未能負擔保費的高風險人士重投公營醫療系統。鑒於當局只須在預留作支援醫療改革的500億元財政儲備中，撥出約43億元以支援高風險池未來25年(即2016年至2040年)的運作，因此，當局現正考慮從該500億元中撥出部分款項，加強整體醫療系統的服務。

稅項扣除與其他形式的財務誘因

32. 陳健波議員認為，提供稅項扣除的建議不及在第二階段公眾諮詢提出的方案具吸引力；先前的方案建議提供保費折扣及在儲蓄方案下向長期續保人士提供保費回饋，作為誘因鼓勵新參加者加入標準計劃及受保人持續投保。他關注現時的建議如何能吸引年輕及健康的人士投購私人醫療保險，使醫保計劃在財政上可行。有委員建議，為鼓勵醫保計劃的保單持有人持續投保，可考慮在受保人年老時每月提供定額保費資助。

33. 政府當局解釋，直接提供保費津貼或折扣，或會令某些承保機構推高醫保計劃的保費，從而攫取大部份保費津貼或折扣，這會導致當局需要實施某種形式的保費管制。社會人士對醫保計劃必須含有強制儲蓄成分的建議有頗大的保留，理由是這會令投保人須在較年輕時支付較高保費及減低醫保計劃的吸引力，令市民不願意參加。因此，當局認為把儲蓄項目列為醫保計劃的自選項目較為恰當。政府當局又表示，在醫保計劃下，承保機構是按年齡組別收取保費，以及附加保費的款額會根據受保人在參與醫療保險時的健康狀況計算，因此，年輕及健康的人士會有較大誘因早日參與計劃。保證終身續保的要求亦會讓早投保的人士可享有終身保障，即使他們在購買醫保計劃產品後罹患危疾，亦無須重新核保。顧問曾進行市場調查，集中於保費為3,600元這個主要推算情景，以評估消費者對投購或轉移至標準計劃的意願。調查結果顯示，約70%受訪者(不論是否已享有償款住院保險保障)表示願意考慮投購或轉移至標準計劃。

醫保計劃監督和運作的組織架構

34. 委員認為，醫保計劃的擬議規管機構應能發揮功能，確保醫保計劃順利推行和運作，不會最終變成"大白象"。鑒於現時的保險索償投訴局提供免費審裁服務，並且一直能有效處理涉及個人保險的索償糾紛，醫保計劃的擬議索償糾紛調解機制將適合用以調解所涉金額較大的糾紛。

35. 政府當局表示，設立擬議的規管機構是要確保市場上提供的個人償款住院保險計劃符合訂明的最低要求，以及處理醫保計劃引起的保險索償投訴。在醫保計劃推行首階段，擬議索償糾紛調解機制將不涵蓋在直接計帳安排下承保機構與醫療服務提供者之間的索償糾紛。

配套基礎設施

36. 部分委員認為，醫護人力規劃及專業發展策略檢討督導委員會正進行的醫療人手需求評估，應顧及在推行醫保計劃後對公營醫療服務的需求可能減少，以及私家醫院住院病床有所改善的影響。而香港大學[15]就各個醫護專業建立的通用人手預測模型亦應顧及公私營醫療界別的醫療人手分布，以及公私營醫療服務失衡的情況。

37. 政府當局表示，目前，公私營醫療界別的醫療人手各佔約50%。雖然全港逾90%的住院服務(按病床使用日數計算)是由公營醫院提供(即合共25 000張病床)，但大部分門診診症服務均由在私營界別執業的醫生提供。醫生的通用模型及人力推算可按外在情況(例如公私營界別的醫療人手資源分配，以及私營界別以臨床環境(即住院和門診服務)劃分的醫療人手供應彈性)加以調整改動。在推出旨在為願意選用並可以負擔私營醫療服務的人士提供物有所值的另一選擇而設的醫保計劃後，當局預期可間接紓緩公營醫療系統的壓力。同樣值得注意的是，在未來5至6年，隨着各項醫院擴建及發展計劃相繼完成，私營醫院的病床數目將會由約4 000張增至超過6 000張。

38. 鑒於完成醫護人力規劃的檢討需時，而且醫生的培訓及供應不能一蹴而就，委員關注到當局有何短至中期措施，確保醫護人手的供應足以應付服務需求。政府當局表示，由2012-2013年度起的3個年度，第一年醫科學士學額已增加100個

[15] 為協助醫護人力規劃及專業發展策略檢討督導委員會正進行的醫療人手需求評估掌握充分資料，以便就如何確保 13 個醫護專業的人力供應充足向政府提出建議，政府當局委託了香港大學為有關策略檢討提供專業意見和技術支援。

至420個，以應付現時醫生短缺的情況。除了在醫生的總人數中加入新醫科畢業生外，每年亦持續會有合資格的海外受訓醫生加入。為方便海外受訓醫生回港執業，香港醫務委員會亦已把執業資格試的次數增至每年兩次。

最新發展

39. 政府在2014年12月15日就自願醫保計劃發出諮詢文件，諮詢工作為期三個月，至2015年3月16日為止。

相關文件

40. 立法會網站的相關文件載列於**附錄**。

立法會秘書處
議會事務部2
2015年1月12日

附錄

醫療保障計劃的相關文件

委員會	會議日期	文件
醫療保障計劃小組委員會	14.1.2013	會議議程 會議紀要 CB(2)698/12-13(01) CB(2)698/12-13(02)
	4.3.2013	會議議程 會議紀要 CB(2)1634/12-13(01)
	4.6.2013	會議議程 會議紀要 CB(2)1507/12-13(01)
	8.7.2013	會議議程 會議紀要 CB(2)151/13-14(01)
	11.11.2013	會議議程 會議紀要
	9.12.2013	會議議程 會議紀要 CB(2)855/13-14(01)
	18.2.2014	會議議程 會議紀要 CB(2)1264/13-14(01)
	15.4.2014	會議議程 會議紀要 CB(2)2260/13-14(01)
	12.9.2014	會議議程 會議紀要 CB(2)388/14-15(01)

立法會秘書處
議會事務部2
2015年1月12日