

# 立法會 *Legislative Council*

立法會CB(2)1915/15-16號文件

檔 號：CB2/PS/2/12

## 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. 政府繼於2005年就未來醫療系統的服務模式進行公眾諮詢<sup>1</sup>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<sup>2</sup>。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(即醫療保障計劃(下稱"醫保計劃"))<sup>3</sup>，以諮詢公眾，因為醫療保險較少受經濟周期影響，被視為是較穩定的醫療融資來源。政府

---

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 為維持醫療融資的長遠持續發展而提出的6個方案為(a)社會醫療保障(即強制工作人口供款)；(b)用者自付費用(即提高公營醫療服務使用者須支付的費用)；(c)醫療儲蓄戶口(即強制儲蓄以留待日後使用)；(d)自願私人醫療保險；(e)強制私人醫療保險；以及(f)個人健康保險儲備(即強制性儲蓄及保險)。

<sup>3</sup> 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。

建議，承保機構須提供標準化償款保險計劃，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。當局採用三管齊下的行動計劃來推展醫保計劃，包括設立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")，就滿足醫護專業人員的預計需求和促進專業發展作出建議；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；以及採取措施促進醫療服務及基礎設施的發展。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<sup>4</sup>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。

5. 第四屆立法會的衛生事務委員會(下稱"事務委員會")委員就擬議醫保計劃對整體醫療系統的影響深表關注。為了讓委員就醫保計劃的建議及影響進行更聚焦的討論，醫療保障計劃小組委員會於2011年8月8日在事務委員會之下成立(下稱"前小組委員會")，負責研究有關醫保計劃的事宜。前小組委員會於2012年7月4日向事務委員會提交報告，並作出多項建議。<sup>5</sup>

6. 在參考醫保計劃工作小組的討論結果及顧問的建議後，政府於2014年12月15日發表《自願醫保計劃諮詢文件》(下稱"《2014年諮詢文件》")，就推行自願醫保計劃提出詳細建議，以諮詢公眾。諮詢工作為期4個月，至2015年4月16日為止。

## 小組委員會

7. 前小組委員會的其中一項建議，是事務委員會應在第五屆立法會委任小組委員會，以協助事務委員會監察推行醫保計劃的進展情況。為跟進前小組委員會的建議，事務委員會在2012年11月19日的會議上同意委任小組委員會，研究政府為第二階段公眾諮詢建議推出的醫保計劃的有關事宜。小組委員會的職權範圍及委員名單分別載於**附錄I及附錄II**。

<sup>4</sup> 羅兵咸永道諮詢服務有限公司。

<sup>5</sup> 請參閱立法會 CB(2)2527/11-12 號文件。

8. 按照《內務守則》第26(c)條，小組委員會分別在2013年11月15日、2014年10月31日及2015年10月9日獲得內務委員會批准，於2013-2014年度、2014-2015年度及2015-2016年度會期繼續工作。

9. 小組委員會由梁家騮議員擔任主席，合共舉行了15次會議。在其中一次會議上，小組委員會聽取25個團體代表就《2014年諮詢文件》表達意見。曾向小組委員會提出意見的團體及個別人士名單載於**附錄III**。

## 小組委員會的商議工作

### 自願醫保計劃的政策目標

10. 據政府當局所述，香港少有規管醫療保險市場，僅透過《保險公司條例》(第41章)對醫療保險市場進行審慎監管。過去20年，醫療保險一直是快速增長的醫療融資來源，特別是以個人名義購買的私人醫療保險。<sup>6</sup> 政府當局建議在自願醫保計劃下規管銷售予個人的償款住院保險。<sup>7</sup> 預計在提高保險保障的質素和明確性的情況下，消費者會更有信心使用醫療保險和私營醫療服務。這樣，醫療保險便可在分擔醫療開支及維持雙軌醫療系統方面，擔當更重要的角色。

11. 部分委員(包括方剛議員、陳健波議員、姚思榮議員及潘兆平議員)支持自願醫保計劃的概念和政策目標，既能讓市民更易獲得個人償款住院保險產品的保障，又能提高這類產品的質素和透明度，並有助增強消費者使用私營醫療服務的信心，從而調節公私營醫療界別之間的平衡<sup>8</sup>，以及促進雙軌醫療系統的長遠可持續發展。部分其他委員(包括何俊仁議員、陳偉業議員、郭家麒議員及張超雄議員)對引入自願醫保計劃有所保留。他們認為，政府應集中進行改善公營醫療系統的工作。即使

---

<sup>6</sup> 根據香港《本地醫療衛生總開支帳目》，以個人名義購買的私人醫療保險佔醫療衛生總開支的份額，在1989-1990年度至2010-2011年度期間，平均每年的增幅高達17%。在2010-2011年度，私營醫療服務的費用主要由住戶自行承擔(65%)和由保險付費(30%)支付。

<sup>7</sup> 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。就自願醫保計劃的目的而言，個人償款住院保險指就屬於《保險公司條例》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，以承保受保人因為疾病或殘疾需要住院而引致損失的風險，而保單持有人或受保人必須為個人。

<sup>8</sup> 據政府當局所述，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)由公營醫院提供。

沒有自願醫保計劃，現有私人醫療保險市場若有任何不足之處，亦可透過加強規管應對。

12. 政府當局強調，根據公私營醫療界別互相配合的雙軌醫療系統，政府會繼續增加對作為全民安全網的公營醫療系統(包括公營醫療基建)的承擔。然而，當局有必要研究有何措施，調節公私營系統之間的平衡。透過自願醫保計劃為有能力而又願意負擔私營醫療服務費用的人士(即主要為中產階層)提供物有所值的選擇，讓他們可選擇個人化的醫療服務和獲得更佳的治療環境，將可騰出公營界別的資源<sup>9</sup>，以提高服務質素和縮短輪候時間。政府當局請小組委員會注意，自願醫保計劃並非擬作為全面解決醫療系統種種問題的方案，只是改善醫療系統的表現的其中一項措施。

### 最低要求模式

13. 委員察悉，政府當局的最新建議是在自願醫保計劃推出後，規定所有個人償款住院保險產品均須達到或高於擬議12項最低要求。擬議最低要求包括：

- (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) 為下述人士提供必定承保而附加保費率上限訂為標準保費200%的安排：(i)在自願醫保計劃推出後首年內所有年齡的投保人士，以及(ii)在自願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；
- (e) 保單"自由行"，如在轉換保單前一段時間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(須繳付固定的30%共同保險)，以及設有訂明賠償上限的非手術癌症治療；

---

<sup>9</sup> 在預測情況(即推行自願醫保計劃的情況)下，2040年公營醫院和私營醫院的留宿住院病床使用日數的比例，預計分別為85%和15%。

- (h) 最低保障限額；
- (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"服務預算同意書"及為至少一項程序或檢測作出"免繳付套餐"(即無須繳付任何自付費用)或"定額套餐"(即繳付預定數額的自付費用)的安排，為保單持有人提供明確的支出預算；
- (k) 標準保單條款及條件；及
- (l) 透過方便使用的平台，提供按年齡分級且具透明度的保費資料。

14. 有委員關注，上述最低要求模式會干預自由市場，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。有委員認為，政府當局應將私人醫療保險市場區分為受規管的界別(即在自願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。

15. 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自願醫保計劃的可持續性：承保機構可從健康人口中挑選客戶，以較低廉的保費提供不受規管的保險產品，令自願醫保計劃成為不健康人口的主要選擇。

16. 部分委員(包括主席)認為不能以2011年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。

### 標準計劃<sup>10</sup>的產品設計要求

#### *承保投保前已有病症*

17. 關於政府當局建議承保機構須承保投保人在投保前已有的病症，但因應標準等候期而作出不予發還／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自願醫保計劃下屬標準風險的受保人多付5%的保費<sup>11</sup>，而高風險池<sup>12</sup>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(包括陳健波議員)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。當局估算整體索償款額會平均增加約5%，導致大致相約的標準保費的增幅。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。由於高風險池是在用作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，因而不會考慮在有關估算內。

18. 委員詢問，屬高風險的保單持有人繳付"正常"保費(但由於保單沒有承保投保前已有病症，因此所獲的保障範圍較小)，或屬高風險的保單持有人因投保前已患病而須在"正常"保費以外繳交附加保費的慣常做法，在市場上有多常見。政府當局表示，顧問進行了一項調查，以了解2012年後期至2013年年初本港保險公司(顧問估計該等保險公司所佔的市場份額約為70%)

<sup>10</sup> 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。

<sup>11</sup> 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)。

<sup>12</sup> 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。在有關建議下，承保高風險投保人所引致的索償成本會由他們的保費和政府向高風險池提供的資助承擔。

在市場上的慣常做法，結果顯示在受訪的保險公司當中，截至2011年年底仍然有效並註明承保範圍不包括指定的投保前已有病症的醫療保險保單，所佔比例大多介乎7%至15%。至於收取附加保費的有效醫療保險保單，所佔比例則介乎5%至8%。換言之，受訪保險公司就大多數該等醫療保險保單僅收取"正常"保費。

19. 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。委員察悉，顧問預計在自願醫保計劃下，保險公司較可能向投保前已患病的新保單持有人收取標準保費，再加上附加保費。他們要求政府當局提供資料，開列承保機構就各類投保前已有病症採用的估算附加保費率。政府當局表示，由於欠缺現有本地市場的數據和資料，當局難以按照病症類別，精確地估算自願醫保計劃下的平均附加保費率或附加保費率的變動範圍。在不同的保險公司之間，實質適用的附加保費率可能會有很大差異，這是因為承保機構的業務策略和處理索償的經驗均有所不同，而當中牽涉的各種複雜風險因素亦可能會因人而異。

#### *必定承保而附加保費率設有上限*

20. 委員對政府當局最新提出的建議表示關注。根據有關建議，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200%的安排：在自願醫保計劃推出後首年內所有年齡的投保人士，以及在自願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。據政府當局所述，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個人償款住院保險。第二項建議旨在鼓勵更多市民在年輕和健康時，購買個人償款住院保險。委員注意到，政府在2016年至2040年資助高風險池運作所需的總成本，只會由43億元(若年齡上限訂為建議的40歲)<sup>13</sup>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)，讓較年長人士有更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。

<sup>13</sup> 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的公帑估計為43億元。

21. 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自願醫保計劃。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，並且會令健康人士早日參加自願醫保計劃，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自願醫保計劃。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。

22. 有委員建議應容許承保機構為40歲以上並選擇在自願醫保計劃推出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。政府當局承諾考慮此項建議。

23. 郭家麒議員建議，為了令更多須繳付附加保費的投保人符合資格轉移到高風險池，附加保費率上限應由標準保費200%的擬議水平，調低至例如50%。政府當局表示會考慮在公眾諮詢工作進行期間收集到的意見，以及對財政造成的影響，研究應否調低附加保費率上限。應該注意的是，附加保費率上限的減幅越大，高風險池人數的增幅便會越多。這會導致運作高風險池所需的成本上升，而上升的成本將來自高風險池新成員的索償成本，以及高風險池人數增加導致須處理更多行政工作所帶來的成本。因此，資助高風險池所需的公帑款額亦會增加。<sup>14</sup>

#### *承保住院及訂明的非住院程序*

24. 政府當局告知小組委員會，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。為善用私營醫療界別資源，以為真正有需要的病人提供住院護理服務，政府當局建議，除經診斷病情後確定須住院的情況外，標準計劃的承保範圍亦須涵蓋經診斷病情後確定須進行的各項訂明非住院程序，包括內窺鏡檢查(例如食道、胃、十二指腸鏡檢查和結腸鏡檢查)，以及一些較簡單的手術(例如白內障切除手術和人工晶體植入手術)。當局建議，所承保的非住院程序由自願醫保計劃規管機構經諮詢主要持份者後決定和訂明。

---

<sup>14</sup> 根據顧問用以推算高風險池財政狀況的精算模型，政府當局進行的粗略評估顯示，若附加保費率上限由200%降低至100%，資助高風險池所需的公帑總額會由43億元增至246億元(2016年至2040年)。



25. 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或結腸鏡檢查，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<sup>15</sup>(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或結腸鏡檢查，所有年齡的受保人每人的索償成本<sup>16</sup>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<sup>17</sup>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。<sup>18</sup>即使因為自願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%)，以及因索償額佔帳單金額的比例上升(即由現時的89%上升至100%，假設自願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。陳健波議員指出，根據香港保險業聯會(下稱"保聯")的統計數字，在2013年，整個私人醫療保險市場的最新平均索償比率為69%(因此非索償比率為31%)。

#### *承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療*

26. 關於政府當局建議最低要求應包括承保訂明的先進診斷成像檢測，委員詢問，政府當局為何認為該等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，業界關注到如將先進診斷成像檢測納入自願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，既會遏止道德風險，又可平衡標準計劃的保費。

---

<sup>15</sup> 非索償比率是指承保機構的非索償開支費用佔所收取保費總額的百分比。承保機構的非索償開支包括佣金、經紀費用、利潤、開支及其他間接開銷。

<sup>16</sup> 據政府當局所述，每名受保人的索償成本受索償次數、平均帳單金額，以及索償額佔帳單金額的比例所影響。

<sup>17</sup> 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。

<sup>18</sup> 假設在自願醫保計劃下，以住院形式進行內窺鏡檢查或結腸鏡檢查的百分比會由現時的70%下降至15%。

27. 主席認為，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。他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

28. 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<sup>19</sup>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，政府當局在自願醫保計劃下提出"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，以訂定受自願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。

29. 政府當局解釋，制訂症候族羣分類收費系統的原有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。政府當局向小組委員會表示，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，新私營醫院的病床每年須最少有30%的住院病床日數，用於以套餐服務收費形式提供的服務。

30. 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)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《競爭條例》規管。此外，私營醫療機構規管檢討督導委員會已詳細檢討私營醫療機構的規管架構，檢討範圍包括私營醫院，以期加強規管標準，從而滿足公眾的期望及更有效保障公眾健康。政府當局

---

<sup>19</sup> 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。

已在《私營醫療機構規管諮詢文件》提出各項措施，提高私營醫療機構的價格透明度，以諮詢公眾。<sup>20</sup> 公眾廣泛支持從提高收費透明度方面着手規管私營醫療機構，讓消費者掌握更充分的資料，從而加強他們對使用私營醫療服務的信心。

## 自願醫保計劃對現有私人醫療保險投保人的影響

### *標準計劃的每年平均標準保費*

31. 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(即較現有個人償款住院保險產品(普通病房級別)於2012年的平均保費每年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每年平均標準保費。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。保險業界表示，在現有以個人名義購買的私人醫療保險保單當中，約有50%的每年保費低於3,000元。

32. 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、承保住院及非住院程序、承保先進診斷成像檢測及非手術癌症治療，以及最低保障限額這些要求，皆對標準計劃下的標準保費帶來顯著及可量化的影響。至於其餘的要求，顧問認為所造成的影響不能量化及／或並不顯著。<sup>21</sup> 保費的變動幅度主要取決於自願醫保計劃在多大程度上，能夠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，自願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。

<sup>20</sup> 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個擬議規管範疇。有關的擬議規定包括(a)提供收費表；(b)提供報價；(c)提供認可服務套餐；以及(d)披露收費的統計數據。政府於2016年4月11日發表有關的諮詢報告。

<sup>21</sup> 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。

33. 陳健波議員指出，目前個人償款住院保險的受保人所支付的保費，約80%的款額是用來支付醫療費用。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。他們認為，為提高私營醫院的收費透明度而提出的建議規管措施，未能控制住院費用的增加。這樣會令醫療成本上升，除非相應調高保費水平，否則償付水平將會下降。

34. 政府當局表示，雖然當局不會直接規管如何釐定醫院服務收費(正如不會直接干預如何釐定標準計劃的保費一樣)，但隨着未來數年私營醫院的病床供應量將增加約40%、新發展的私營醫院會廣泛採用套餐式收費，以及把訂明的非住院程序納入自願醫保計劃產品的承保範圍以省卻不必要的住院，將有助更有效控制醫療費用。

35. 政府當局進一步表示，雖然香港沒有正式的醫療通脹指數，但顧問假設在推行自願醫保計劃的情況下，於2016年至2040年的推算期內，醫療通脹超出一般通脹的比率將會較低。這是因為一方面在"免繳付套餐／定額套餐"和"服務預算同意書"的安排下，消費者和承保機構會有更明確的支出和成本預算，另一方面可透過促進以非住院的形式提供醫療服務，更有效率地運用私營醫療界別的資源。顧問在運算中假設，在基線情況(即沒有推行自願醫保計劃的情況)下醫療通脹超出一般通脹的比率為每年3.6%，以及在預測情況(即推行自願醫保計劃的情況)下醫療通脹超出一般通脹的比率為2.1%至4.1%，以推算自願醫保計劃的長遠影響。

36. 部分委員(包括陳健波議員)質疑在自願醫保計劃制度下，2016年至2040年的個人償款住院保險產品(普通病房級別)的估算保費增長率是否準確。據顧問估計，有關的估算保費增長率為每年3.5%(超出一般通脹率)。政府當局表示，根據政府統計處的資料，近年的一般通脹率徘徊在2%至4%左右。保聯在2015年9月進行的預測顯示，近年醫療保險平均保費的增長率約為每年5%。基於上述背景，政府當局認為顧問所作的估算與市場的現況大致相符。

37. 陳健波議員認為，大部分市民將無法負擔平均每年標準保費。假設保費增長率為每年6%，若自願醫保計劃在2017年推行，45歲至49歲人士(他們很大可能會投購醫療保險)的平均標準保費將為約6,356元(或高達約9,216元，因為顧問估算的保費可能變動幅度介乎-8%至+45%)。15歲至19歲人士的平均每年標準保費介乎2,000元至2,900元。

38. 委員亦關注到，本地個人醫療保險市場的非索償比率甚高。根據保險業監理處的資料，在2013年有關比率為36%<sup>22</sup>，於顧問所研究的其他司法管轄區當中是最高的。<sup>23</sup> 政府當局表示，預計在自願醫保計劃下，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，從而促進市場競爭，令非索償比率適度下降。陳健波議員表示，根據保聯的統計數字，個人醫療保險市場最新的非索償比率為31%。如把團體償款住院保險保單計算在內，有關比率則為25%左右。

### *高風險人士的保費*

39. 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，但郭家麒議員及張國柱議員關注，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。

40. 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，承保機構在扣除由自願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風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標準計劃保費。

41. 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為準受保人核保，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。

---

<sup>22</sup> 根據保險業監理處的資料，香港團體醫療保險市場 2013 年的相應數字為 19%。

<sup>23</sup> 據顧問所述，在2012年，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%、13%、7%及9%。

### *現有個人住院保險保單的轉移*

42. 根據政府當局的建議，現有的個人償款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。保單持有人可選擇把保單轉移至符合規定的保單或替其現有保單續保。就後者而言，這些保單將獲豁免，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。在一年轉移期過後，如保單持有人還未曾轉移保單而又希望受符合規定的保單保障，則必須以新客戶的身份投購一份新保單；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。

43. 關於保單持有人將現有個人住院保險保單轉移至自願醫保計劃下符合規定的保單，有委員認為應提供較長的轉移期。有委員建議，在轉移期內準顧客既可選擇符合規定的產品，亦可選擇不符合規定的產品。

### *獲現有團體住院保險保單保障的僱員*

44. 主席指出，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，他要求政府當局估算，若由僱主提供的團體償款住院保險保單須符合最低要求，將對保費造成甚麼影響。委員亦關注到，現時市場上的團體償款住院保險並不限於僱主為僱員福利而持有的保單。然而，陳健波議員持另一意見。他認為引入最低要求會減低僱主(尤其是中小型企業)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。

45. 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一年。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，提供自願補充計劃。視乎諮詢工作的結果，政府當局會考慮把擬議自願補充計劃改為強制性質(與必須提供轉換選項的規定同步推行)。

## 以公帑資助自願醫保計劃

### *高風險池的融資安排*

46. 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，運用公帑資助中等收入組別人士投購自願醫保計劃產品，並不符合成本效益。因此，自願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，從而令較低收入組別人士受惠，實在令人存疑。此外，有委員認為，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(特別是加強基層醫療服務及推廣預防和及早識別病症，以減低市民接受較昂貴的住院服務的需要)，會更具成本效益。另有委員建議，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。

47. 據政府當局所述，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約88%(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。為了在雙軌醫療系統下向市民提供最佳的個人化醫療服務的選擇，自願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中等收入人士，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，當中包括需要高昂醫療費用和運用先進技術診治的疾病，以及低收入組別人士和弱勢社羣。政府當局多番強調，自願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，亦是調節公營醫療服務輪候時間，將現時過長的輪候時間(特別是已處於瓶頸位置的非急需手術的輪候時間)縮短的措施之一。

48. 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獲政府大幅資助的公營醫療系統。政府當局認為，運用公帑資助那些願意繳付保費以自行承擔醫療費用的高風險人士，讓他們得到

醫療保險的保障，是公平的做法。<sup>24</sup> 鑒於預計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，上述500億元的部分餘額已用來設立基金，讓醫院管理局(下稱"醫管局")利用投資回報推行公私營協作計劃，而該500億元的任何其他餘額則會保留作一般用途，包括支持公營醫院建造工程。

### *稅項扣除與其他形式的財務誘因*

49. 政府當局建議就納稅人所持有而為其本人及／或其受養人提供保障，並符合最低要求的個人住院保險保單的保費提供稅項扣除，以鼓勵市民投購住院保險。部分委員(包括陳健波議員、麥美娟議員及潘兆平議員)關注，有關建議未必能夠提供很大誘因，以鼓勵年輕及健康的人士投購自願醫保計劃的產品，因為每名合資格納稅人平均可獲的稅務優惠，估計僅約為450元。<sup>25</sup> 在此情況下，由於只有較高風險人士會參加，令人質疑自願醫保計劃能否持續運作。有委員認為，不應就每年可申索作稅項扣除的保費訂定上限(建議訂為每名受保人3,600元)。陳健波議員認為，有關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，作為誘因以鼓勵新參加者加入標準計劃及受保人持續投保。

50. 政府當局澄清，享有稅項扣除的實際款額將於自願醫保計劃推行後由政府決定。然而，由於自願醫保計劃的目的是讓保單持有人使用普通病房級別的私營醫療服務，故此當局很可能會就有關款額設定上限。政府當局表示，直接提供保費津貼或折扣，或會令某些承保機構推高自願醫保計劃的保費，從而攫取大部分保費津貼或折扣，這會導致當局需要實施某種形式的保費管制。社會人士對自願醫保計劃必須含有強制儲蓄成分的建議甚有保留，理由是這會令投保人須在較年輕時支付較高

---

<sup>24</sup> 政府當局以扁桃腺切除手術為例，向小組委員會說明這點，有關詳情載於立法會CB(2)855/13-14(01)號文件第13至18段。假設病人接受私營醫療服務時須自行繳付相當於總成本約三分之一的費用，如病人選擇在私營醫院接受扁桃腺切除手術，便須自行繳付11,300元(34,000元的三分之一)。餘下的款額，即22,700元(34,000元-11,300元)會由高風險池支付。由於高風險池的部分資金是來自向病人收取的保費(相應年齡分級的標準保費的3倍)，即使計及高風險池的運作成本，政府在此個案中向病人提供的資助(即22,700元的一部分)，亦遠低於病人選擇在公營醫院接受手術所涉及的資助(33,700元)。

<sup>25</sup> 假設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，而估計約有57萬名納稅人和36萬名受養人符合稅項扣除資格，則2016年減少的稅收預計為2億5,600萬元(按2012年固定價格計算)(假設自願醫保計劃及稅項扣除會在2016年推行)。



保費及減低自願醫保計劃的吸引力，令市民不願意參加。因此，當局認為把儲蓄項目列為自願醫保計劃的自選項目較為恰當。

51. 政府當局進一步表示，稅項扣除並非是唯一可推動市民投購個人償款住院保險的措施。在自願醫保計劃下，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投購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享有終身保障，即使他們在購買自願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，以評估中等收入人士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。

52. 部分委員關注，自願醫保計劃每年的保費相當高昂，當投保人年老或在退休後未必能夠繼續支付保費。根據陳健波議員進行的估算，若在2017年推行自願醫保計劃，60歲至64歲這個年齡組別的高風險人士的每年平均保費，將介乎27,696元至40,158元。鑒於部分保單持有人可能基於種種原因，在自願醫保計劃下持續投保多年後，變得沒有能力支付保費，李國麟議員、姚思榮議員及郭家麒議員建議政府提供津貼，讓投保人在供款期屆滿後，可繼續在一段時間內獲得保障，例如在投保30年後，有3年時間可繼續獲得保障。政府當局表示，有關建議非常複雜，可能會引致高昂的行政費用，必須審慎考慮。市場可以從商業角度，以任何方式決定應否提供多一個選擇，讓投保人在較年輕時支付較高保費，以抵銷較年老時的保費。

### 自願醫保計劃監督和運作的組織架構

53. 據政府當局所述，在推行自願醫保計劃後，保險業監理處或日後成立取代該處的獨立保險業監管局，應繼續執行規管承保機構的職能。至於規管保險中介人的職能，則應繼續由現行的自律規管組織執行。在自願醫保計劃內容的監管方面，當局建議成立一個新的規管機構執行有關職能，以確保自願醫保計劃順利推行和運作，並達致計劃的各項政策目標。此外，當局亦會設立一個由主要持份者組成的諮詢委員會，向規管機構提供專業意見。政府當局進一步建議設立索償糾紛調解機制，以便在訴訟以外提供另一選擇，解決與醫療保險索償有關的財務糾紛。

54. 有委員認為，自願醫保計劃的擬議規管機構不應最終變成"大白象"。鑒於現時的保險索償投訴局(由保險業界資助的自律監管組織)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，自願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。

55. 據政府當局所述，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，以及處理自願醫保計劃引起的保險索償投訴。這項建議符合以私人醫療保險作為醫療融資重要政策工具的海外司法管轄區(例如澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士及美國等)的慣常做法。政府當局表示，在自願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。

#### 擬議自願醫保計劃的未來路向

56. 小組委員會察悉，政府共收到公眾就《2014年諮詢文件》提交的600份意見書。據政府當局所述，自願醫保計劃的概念和政策目標獲得市民廣泛支持。委員察悉，根據《2014年諮詢文件》所載，政府當局原先計劃在2015-2016年度立法會會期，向立法會提交推行自願醫保計劃所需的條例草案及附屬法例。委員對政府當局推行擬議自願醫保計劃的最新時間表提出關注。

57. 政府當局表示現正透過保聯，與保險業界討論如何改良自願醫保計劃建議的細節。保險業界雖然大致上支持自願醫保計劃的政策目標，以為消費者提供更優質的醫療保險保障，但對《2014年諮詢文件》提出的某些具體建議表示關注。該等建議包括必定承保和保單"自由行"這兩項最低要求，以及高風險池的可持續運作。此外，保險業界亦曾建議透過立法以外的方式推行自願醫保計劃，包括容許承保機構簽訂由業界自行規管的行業協議，或邀請保險業監理處或日後成立的獨立保險業監管局(獨立於政府的新保險規管機構)發布有關指引。政府當局現正諮詢相關政策局或部門，以研究上述方案是否可行，並一直定期與保聯保持溝通，以期為推行自願醫保計劃制訂合理和切實可行的建議。政府當局計劃在2016年年中左右訂定未來路向和發表諮詢報告。

58. 主席認為，政府當局已計算出營運高風險池的預算成本和政府資助高風險池所需的注資額，以讓那些願意繳付保費以自行承擔醫療費用的高風險人士得到醫療保險的保障，因此實無須進一步研究有關事宜。若政府當局認為需要更多時間與保

險業界制訂高風險池的詳情，其中一個方法是委託獨立顧問核實政府當局及保險業界各自作出的估算。

59. 陳健波議員認為，透過立法以外的方式推行自願醫保計劃，既可節省時間及即時提高住院保險保障的質素和明確性，令消費者受惠，亦可降低規管成本及減輕承保機構在遵守法規方面的負擔。部分委員(包括郭家麒議員)認為，政府當局應成立擬議規管機構，以監察最低要求的推行情況，不論有關的最低要求會否透過立法形式推行。然而，陳健波議員認為，成立獨立保險業監管局對承保機構及保險中介人進行法定規管，不但會推動業界穩定發展，亦會為現有及潛在保單持有人提供更佳保障。保險業界屬意把最低要求的規管工作，納入獨立保險業監管局的職權範圍，以免業界需要受兩個規管機關的監管。

60. 政府當局表示，若首先透過立法以外的方式推行最低要求，政府當局會訂定機制，密切監察承保機構有否遵從有關規定，以及處理可能引起的糾紛。即使當局透過立法成立獨立的自願醫保計劃規管機構，若該機構的職能不包括監察高風險池的運作，便遠遠不會如原有建議般複雜。

### 配套措施

61. 推行擬議自願醫保計劃預計會導致私營醫療界別服務的使用量增加。因此，自願醫保計劃有賴於採取必要的配套措施以成功推行，當中包括足夠的醫護人力供應。委員察悉，作為推行自願醫保計劃的其中一項工作，政府當局已成立由食物及衛生局局長擔任主席的督導委員會，負責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，藉以確保整體醫療系統得以健康持續發展。督導委員會進行的檢討涵蓋13個受法定規管的醫護專業，即醫生、牙醫、牙齒衛生員、護士、助產士、中醫、藥劑師、脊醫、醫務化驗師、職業治療師、視光師、放射技師及物理治療師。

62. 據政府當局所述，督導委員會的檢討工作將於2016年年中左右完成。政府會在檢討工作完成後公布檢討報告，並就如何適當地落實有關建議諮詢相關持份者。

### 醫護人力供求推算模型

63. 委員察悉，為協助督導委員會在掌握充分資料的情況下作出建議，當局委託了香港大學(下稱"港大")就研究所涉及的醫護專業進行全面的人力推算。就此，港大為推算直至2041年的

醫護人力供求建立了一個通用預測模型(下稱"通用模型")，包括需求模型及供應模型。委員關注通用模型會否顧及本地情況(例如人口老化帶來的挑戰)，以及可否按外在情況(例如住院病床因未來數年已知及已規劃的私營醫院發展計劃而有所增加)，加以調整改動。

64. 據政府當局及港大所述，在所研究的文獻或司法管轄區當中，均找不到估算醫護人力的通用模型。較常用的方法包括人手與人口的比例、以需求／使用率為本或以需要為本的模型，以及供應模型。通用模型是為切合本地情況而建立，並採用過往數據樣本的曲線擬合方式，利用公營及私營醫療界別過往的住院和門診服務使用率數據，以及政府統計處的人口推算資料，根據按年齡和性別劃分的人口組別推算醫療服務使用率。港大繼而會運用支持向量機，按界別(即公營和私營界別)及臨床環境(即住院和門診服務)劃分，推算所需的醫生數目。推算得出的需求數字會與推算得出的供應數字作一比較，兩者的差異會在差距分析中量化，以找出醫護人力是否存在過剩或短缺的情況。通用模型的設計，令其可按外在情況(例如過往增長(內源性因素)之上的公營及／或私營醫院新增住院病床數目，以及私營醫療服務需求因醫保計劃即將推行而增加)，加以調整改動。

65. 鑒於通用模型的其中一項主要假設，是根據數據的過往趨勢就人力進行推算，委員詢問，關於運用過往的醫療服務使用率數據以推算公營醫療界別的醫療服務使用率，當局為何採用一段較短期間(即2005年至2011年)的數據。委員亦關注通用模型會否考慮醫療服務使用率變化的因素。

66. 政府當局表示，在模型中使用較近期的醫療服務使用率數據，有助更準確推算未來因人口老化以致公營醫療服務使用率上升對醫生的需求。再者，更早期的數據無法反映醫管局提供醫療服務的模式轉變(例如增設健康服務助理職系負責簡單的護理職務，以減輕護士在這方面的工作)。至於採用2005年以後而不是2004年以後的數據進行推算，原因是2004年的數據可能會過度受到2003年爆發嚴重急性呼吸系統綜合症影響。由於是項委託進行的研究在2012年展開，所以在進行初步推算時是使用直至2011年的數據。當有更多最新數據時，有關推算可予更新。據港大所述，在作出推算時會進行敏感度分析，刪除部分被視作不可靠的過往數據。在過往數據是可靠的情況下，所有以試驗性質進行的推算結果會聚合成一個軌跡。

67. 委員詢問，以醫管局過往的服務使用率數據，再根據人口增長及人口結構轉變加以調整，作為參數來預測醫管局的醫護人力需求，會否未能顧及醫管局過去數年缺乏足夠醫護人手支援其服務的問題。據醫管局所述，關於醫管局醫護專業人員的推算服務工作量，醫管局在將他們的每個工作量單位轉化為所需的時間(工時)時，將會作出+5%至+10%的調整，以顧及改善服務的需要。有委員認為，鑒於公眾對公營醫療界別提供較長門診診症時間的期望日趨殷切，在把醫療服務需求／使用率轉化為相當於公營界別醫生的全職人員人數時，應把每名病人診症時間的因素，列為醫護人力需求模型的參數之一。港大表示，根據通用模型，在規劃期內，每名病人的門診診症時間增加，將代表醫生的人力供應減少。

68. 委員關注到，一名資深醫生退休所帶來的影響，並不能因在醫護人力供應模型下把一名新醫科畢業生加入醫生總數而抵銷。據政府當局所述，供應模型會根據現時就讀由大學教育資助委員會(下稱"教資會")資助的醫科學士學位課程不同年級的學生實際數目，估算日後(直至2018年)每個學年的本地醫科畢業生數目。供應模型假設在2019年至2041年期間，每年會有額外420名本地醫科畢業生，以及每年均有60名非本地畢業生加入成為註冊醫生。

69. 至於通用模型會否考慮公營及私營醫療界別的醫護人力資源分配情況，以及私營市場醫護人力供應的彈性，港大表示，如有需要，在進行醫護人力推算時，該等因素會考慮在內。

70. 委員察悉，在預測研究所涉及的其他醫護專業的人力供求情況時，通用模型會作適當修改，以配合個別專業獨有的使用率參數。有委員建議，用以推算護士及專職醫療人員需求的參數，應包括在福利範疇下提供的護理服務的使用率。該等服務包括例如在安老院舍、殘疾人士院舍及長者日間護理中心提供的服務，以及在體弱長者家居照顧服務計劃和為自閉症人士而設的計劃下提供的服務。據政府當局所述，當局會邀請社會福利署提供在福利範疇下各專業的服務使用率數據，以推算護士、職業治療師及物理治療師的需求。

71. 關於當局在估算護士的人力需求時，會否採用護士人手比例的常用國際標準(即1名護士對6名病人)，政府當局就此問題表示，在護士與病人的比例方面，並無放諸四海而皆準的一套國際標準。鑒於不同國家的醫療系統各異，若要使該等模型切合所需，必須就醫療環境的差異作出調整，這點非常重要。

據醫管局所述，只有在目前人手短缺的問題獲得解決後，才可提高護士與病人的比例。

72. 小組委員會要求政府當局提供用以預測13個受法定規管的醫護專業的長遠人力需求的神經網絡架構(包括輸入的數據、權重、偏移及轉換函數幾項元素)，並以書面解釋變項日後的實際調整(例如某年的醫科畢業生供應過多)，如何納入通用模型，以對有關醫護人力需求的推算作出相應調整。小組委員會亦要求政府當局安排進行示範，以說明通用模型如何運作。在本報告提交事務委員會之時，政府當局尚未提供所需資料供小組委員會參考，亦未有安排進行上述示範。

### 醫護人力規劃

73. 委員察悉，根據醫生、牙醫和護士的人力供求推算模型，初步的粗略預測顯示，由現時至2041年，醫護人力很可能會普遍出現短缺情況。鑒於醫護人力供應不可能在一夜之間增加，委員關注當局有何中期措施，在現時委託港大進行的研究有結果前，增加醫護人力的供應。

74. 政府當局表示，根據醫管局現時的醫護人力短缺預測，在2020年會欠缺330名醫生。據此，政府當局已與教育局及教資會商議一項中期安排，由2016-2017學年起增加醫科、牙科和其他醫護專業學科的收生人數，以配合教資會資助院校的3年規劃周期。而政府當局留意到，由自資界別提供的護士培訓學額已大幅增加。政府已根據策略檢討的初步結果，在2016-2017至2018-2019這3個學年，分別增加50個醫科、20個牙科和68個其他醫療專科<sup>26</sup>的公帑資助學位課程學額。為配合本地人力供應，香港醫務委員會(下稱"醫務委員會")已由2014年開始，將執業資格試的次數由每年一次增加至每年兩次，並會加強實習安排的靈活性，以期協助更多海外受訓醫生在香港註冊執業。香港牙醫管理委員會及香港護士管理局亦在2016年開始，分別將海外受訓牙醫的許可試及海外受訓護士的執業試的次數，由每年一次增加至每年兩次。

75. 委員察悉，為研究所涉及的醫護專業進行人力推算的推算期將直至2041年。有委員建議推算期應延長25年，以顧及一些很可能出現的因素，即長者的人口比例及他們的醫護需求可能從高峰期回落。此外，當局應設立調整機制，以處理在規

<sup>26</sup> 在2016-2017至2018-2019這3個學年已分別增加10個藥劑學、10個醫務化驗科學、10個職業治療學、6個眼科視光學、20個物理治療學及12個放射學的教資會資助學位課程學額。

劃期內個別醫護專業人員的推算需求與實際需求出現偏差(如有的話)的情況。政府當局表示，委託進行的研究旨在估算研究所涉及的各科醫護專業人員的供求情況。初步而言，規劃期直至2041年。不過，政府當局會不時(例如每一至兩年)評估所推算的醫護人力需求是否準確。如有需要，政府當局會作出調整，以處理推算需求與實際需求出現差異的情況。

76. 委員詢問，醫生人力推算工作如何有助避免出現2000年代初的情況，即政府給予醫管局的資助額因經濟不景有所下調，導致醫管局用以招聘新駐院受訓醫生的預算減少，令醫科畢業生未能於醫管局接受訓練。政府當局表示，雖然經濟不景或會在一段時間內影響醫療服務需求和醫護人力需要，但人口老化和醫療服務提供模式的轉變等因素所引致的中長期人力需求，將會維持不變。因此，通用模型有助反映即使面對經濟周期上落，均有需要為醫管局維持穩定的醫科畢業生供應。這樣可避免在經濟不景時作出過度反應，事後卻證明可能屬短視之舉。

#### 醫護專業人員規管架構

77. 委員察悉，為協助督導委員會在掌握充分資料的情況下作出建議，當局委託了香港中文大學(下稱"中大")就本地及海外的有關醫護專業的規管架構，以及訂立標準和維持專業能力的機制，進行全面檢討。根據中大所進行研究的初步結果，有關醫護專業人員的規管方向，正由醫護專業自我規管以保障本身利益，轉為與公眾共同監管以提高對公眾健康的保障。在規管上，全球的趨勢是更公開和更大程度問責，包括讓業外人士在監管機構和相關的審查及調查委員會有更大程度的參與。跟海外司法管轄區相比，香港在醫療規管方面的特點是各專業高度自主。

78. 小組委員會察悉，督導委員會認同現行規管相關醫療專業的條例須與時並進，有必要作全面檢討。有委員對在《基本法》第一百四十二條下改變現行的醫護專業人員規管架構的空間表示關注。<sup>27</sup> 政府當局向委員保證，任何立法建議如擬改變本地醫護專業人員的規管架構，將會符合《基本法》的規定。

<sup>27</sup> 《基本法》第一百四十二條的條文如下：

"香港特別行政區政府在保留原有的專業制度的基礎上，自行制定有關評審各種專業的執業資格的辦法。

在香港特別行政區成立前已取得專業和執業資格者，可依據有關規定和專業守則保留原有的資格。

香港特別行政區政府繼續承認在特別行政區成立前已承認的專業和專業團體，所承認的專業團體可自行審核和頒授專業資格。

香港特別行政區政府可根據社會發展需要並諮詢有關方面的意見，承認新的專業和專業團體。"

79. 委員詢問，初步研究結果有否指出需要把現時不受法定規管的15個醫護專業，納入某種形式的規管範疇，例如受到《輔助醫療業條例》(第359章)的規管。有委員認為，專職醫療人員(尤其是臨床心理學家和營養師)應受法定規管，而規管水平應與規管醫生的水平相若，以確保病人安全。

80. 政府當局表示，由於過度規管或會為有意加入醫護專業的人士造成不必要的障礙、窒礙市場競爭及影響社會的資源分配，因此除非從事某類醫護專業涉及重大的公眾健康風險，否則當局不應以法例規管相關的醫護專業。就申訴專員在2013年10月所發表有關"政府當局如何監管不受法定規管的醫護專業"的主動調查報告提出的建議，政府當局已接納有關建議，並已作出跟進。一如行政長官在2016年施政報告中宣布，政府將根據策略檢討的初步結果，為不受法定規管的醫護專業，設立自願認可註冊制度。

81. 小組委員會察悉，因應公眾關注醫務委員會進行申訴調查和紀律研訊的效率，以及醫務委員會在引入非本地培訓醫生方面欠缺靈活性，政府在策略檢討完成及全面落實策略檢討的建議前，於2016年3月2日向立法會提交《2016年醫生註冊(修訂)條例草案》。該條例草案旨在修訂《醫生註冊條例》(第161章)及其兩項附屬法例，藉以處理上述事宜。為研究該條例草案而成立的法案委員會已完成工作，立法會現正審議該條例草案。

## **建議**

82. 小組委員會建議政府當局應：

### 擬議自願醫保計劃的設計

- (a) 確保政府會繼續增加對作為全民安全網的公營醫療系統的發展的承擔。自願醫保計劃的角色應只是一項配合公營醫療的輔助融資安排，以期減輕公營系統的壓力；
- (b) 確保引入自願醫保計劃不會限制有不同需要的消費者的選擇，並導致很多市民無法負擔符合規定產品的平均標準保費，特別是較年輕和健康的消費者，以及現時私人醫療保險投保人中繳付偏低保費的人士；



- (c) 考慮有關容許承保機構提供剔除個別不承保項目的產品的建議，以便健康風險較高的消費者可選擇投購保費較低的保險產品；
- (d) 考慮延長為期一年的轉移期，或提高就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，而不是現時所建議的40歲，讓市民有更多時間考慮是否參加自願醫保計劃；
- (e) 考慮就保單持有人將現有個人償款住院保險保單轉移至自願醫保計劃下符合規定的保單，延長擬議為期一年的轉移期的建議；

### 運用公帑

- (f) 因應保險業界提出的關注，仔細研究高風險池的詳情，包括考慮有關委任獨立顧問，以核實政府當局和保險業界各自就此方面作出的估算的建議；
- (g) 就納稅人所持有而為其本人及／或其受養人提供保障，並在自願醫保計劃下符合規定的保險保單的保費提供稅項扣除的建議，考慮不就每年可申索作稅項扣除的保費訂定上限，以提供較大的誘因；
- (h) 就保單持有人基於種種原因，在自願醫保計劃下持續投保多年後，變得沒有能力支付保費的情況，考慮有關提供政府津貼的建議，讓投保人在供款期屆滿後，可繼續在一段時間內獲得保障；

### 私營醫療服務

- (i) 鼓勵現有及新建私營醫院採用具透明度的收費制度，以及為已知診斷進行的常見手術或程序提供套餐式收費，因為醫療費用是確保自願醫保計劃長遠可持續運作的主要因素之一；
- (j) 確保私營醫療服務量充足，以應付因推行自願醫保計劃而不斷增加的服務需求；
- (k) 加強私營基層醫療服務，以減低市民接受較昂貴的住院及專科服務的需要；

## 醫護人力規劃

- (l) 確保以醫管局過往的服務使用率數據等資料，預測醫管局的醫護人力需求的通用模型，會顧及醫管局現時缺乏足夠醫護人手支援其服務的問題；
- (m) 設立調整機制，以處理個別醫護專業人員的推算需求與實際需求出現偏差(如有的話)的情況；及
- (n) 確保醫護人力規劃會涵蓋2041年以後的情況，以顧及一些很可能出現的因素，即長者的人口比例及他們的醫護需求可能從高峰期回落。

## **徵詢意見**

83. 謹請委員察悉小組委員會的商議工作，並支持其提出的各項建議。

立法會秘書處  
議會事務部2  
2016年7月15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

委員名單

<b>主席</b>	梁家騷議員
<b>委員</b>	何俊仁議員(2013年10月17日至2014年10月27日) 方剛議員, GBS, JP (自2013年11月11日起) 李國麟議員, SBS, JP, PhD, RN 陳健波議員, BBS, JP 張國柱議員 葉劉淑儀議員, GBS, JP (至2014年9月18日) 姚思榮議員, BBS (自2014年10月27日起) 莫乃光議員, JP (2013年11月11日至2015年10月9日) 陳恒鑾議員, JP 麥美娟議員, BBS, JP (至2015年10月19日) 郭家麒議員 潘兆平議員, BBS, MH (自2014年10月27日起)  (合共：9位委員)
<b>秘書</b>	林偉怡女士
<b>法律顧問</b>	簡允儀女士

衛生事務委員會

醫療保障計劃小組委員會

A. 曾向小組委員會口頭陳述意見的團體及人士

1. 公民黨
2. 民主建港協進聯盟
3. 民主黨
4. 香港僱主聯合會
5. 香港工業總會
6. 香港私家醫院聯會
7. 香港公共醫療醫生協會
8. 保險索償投訴局
9. 自由黨青年團
10. 香港保險業聯會 —— 醫療保險協會
11. 新民黨
12. 愛民邨居民協進會
13. 病人醫護權益協進會
14. 臨時香港護理專科學院有限公司
15. 香港專業人士協會
16. 香港中華總商會
17. 港九勞工社團聯會

18. 香港保險業聯會
19. 香港醫學會
20. 獅子山學會
21. 香港醫院藥劑師學會
22. 羅少雄先生
23. 香港大學榮休教授梁憲孫教授
24. 吳仲達先生
25. 觀塘區議會議員顏汶羽先生

B. 只向小組委員會提交意見書的團體及人士

1. 香港西醫工會
2. 東區區議會議員楊位醒先生