

立法會 *Legislative Council*

立法會 CB(2)1022/17-18(04)號文件

檔 號：CB2/PL/HS

衛生事務委員會

立法會秘書處為 2018 年 3 月 19 日會議
擬備的背景資料簡介

自願醫保計劃

目的

本文件就自願醫保計劃提供背景資料，並綜述衛生事務委員會("事務委員會")委員就該計劃提出的關注。

背景

2. 政府在 2008 年¹和 2010 年²分別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。諮詢結果顯示，雖然市民強烈反對推行任何強制性的輔助醫療融資方案，但市民支持推出一項自願參與並由政府規管的私人醫療保險計劃，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。

¹ 政府於 2008 年 3 月發表題為《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。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)。

² 政府於 2010 年 10 月發表題為《醫保計劃由我抉擇》的醫療改革第二階段公眾諮詢文件，提出了一項自願參與並由政府規管的私人醫療保險計劃，以諮詢公眾。

3. 其後，政府於 2014 年 12 月再進行為期 4 個月的公眾諮詢，徵詢市民對《自願醫保計劃諮詢文件》("諮詢文件")的意見。諮詢文件詳載推行自願醫保計劃的建議，讓市民可更容易投購住院保險³和持續獲得保障，以助改善公私營醫療界別的平衡⁴及促進整個醫療系統的長遠可持續發展。有關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"。標準計劃⁵的擬議最低要求包括：

改善保險的投購和延續性

- (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)及在等候期間發還償款的安排(即第一年不受保障；第二年可獲 25% 償款；第三年可獲 50% 償款；以及第四年及以後可獲全部償款)；
- (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⁶ 200%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；⁷
- (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；

³ "住院保險"所指的保險業務屬於《保險公司條例》(第 41 章)附表 1 第 3 部類別 2(疾病)，為受保人因疾病或殘疾而須住院所引致損失的風險提供彌償性質的保障。

⁴ 據政府當局所述，約 88% 的住院服務(以病床使用日數計算)由公立醫院提供。

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 標準保費的定義是由承保機構釐定並向屬標準風險人士收取的保費，即不設附加保費。

⁷ 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，以達至自願醫保計劃使更多人可獲得個人償款住院保險的目的。當局建議，以立法方式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。政府由 2016 年至 2040 年資助高風險池運作 25 年的預計總代價約為 43 億元(按 2012 年的固定價格計算)。

提高保險保障的質素

- (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；
- (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)；

增加透明度和明確性

- (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。

為向自願醫保計劃提供財務誘因，當局建議就納稅人所持有而為其本人及/或其受養人⁸提供保障，並符合最低要求的個人償款住院保險保單的保費提供稅項扣除；以及就任何人士在他們所屬的團體償款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。

4. 政府當局於2017年1月公布《自願醫保計劃諮詢報告》。據政府當局所述，擬議自願醫保計劃的概念和政策目標獲得市民廣泛支持。雖然大部分"最低要求"獲市民支持，對於必定承保而附加保費率設有上限(藉設立高風險池來實施)、為投保前已有病症提供保障及保單"自由行"等建議，回應者的意見

⁸ 有關建議是受養人的定義須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。

分歧。政府當局考慮到自願醫保計劃的目的、其對保險業界的廣泛影響，以及公眾諮詢活動期間蒐集所得的意見，決定與保險業監管局合作，透過非立法形式建立的框架，先修訂部分"最低要求"及相關建議，並推行設有 10 項"最低要求"的自願醫保計劃⁹。政府當局的計劃是在 2018 年敲定自願醫保計劃實務守則和稅項扣減安排。

事務委員會的商議工作

5. 事務委員會曾於 2017 年 1 月 16 日的會議上討論自願醫保計劃的諮詢報告，以及推行自願醫保計劃的未來路向。委員的商議工作及關注事項綜述於下文各段。

修訂"最低要求"

6. 委員察悉，在經修訂的自願醫保計劃下，承保機構可合法地在市場推出和銷售不符合規定的個人住院保險產品。此外，有關必定承保而附加保費率設有上限和保單"自由行"的兩項"最低要求"及設立高風險池的建議，會在較後階段因應包括自願醫保計劃的實際實施情況再次進行研究。部分委員認為，高風險池是落實最低要求下必定承保的關鍵措施，亦是旨在紓緩公營醫療系統壓力的自願醫保計劃的一項重要特色。如自願醫保計劃不設必定承保和保單"自由行"兩項"最低要求"，高風險人士無法更容易獲得私人住院保險保障。有委員詢問符合自願醫保計劃規定的產品的投保人數。然而，部分其他委員認為，由於有能力而且願意購買個人住院保險的高風險人士數目相對較少，當局實施得到市民大力支持設有 10 項"最低要求"的自願醫保計劃，是審慎的做法。

7. 政府當局強調，10 項"最低要求"(包括承保範圍包括訂明的非住院程序；承保範圍包括非手術癌症治療；為入住中等價格私家醫院的普通病房提供合理保障的最低保障限額；以及藉"服務預算同意書"和至少一項程序或檢測設有"免繳付套餐"或"定額套餐"安排以提供明確的支出預算)可解決現時市場營運手法的不足之處，從而提升保險保障的質素。須注意的是，

⁹ 10 項最低要求為(a) 保證續保；(b) 不設終身可獲保障總額上限；(c) 為住院和訂明的非住院程序提供保障；(d) 承保範圍包括訂明的先進診斷成像檢測和非手術癌症治療；(e) 明確的支出預算(即免繳付套餐/定額套餐)及"服務預算同意書")；(f) 標準保單條款及條件；(g) 保費透明度；(h) 訂定最低保障限額；(i) 費用分擔限制；以及(j) 承保範圍包括投保前已有病症。

在制訂自願醫保計劃的詳細方案時，市場上已開始出現有類似10項"最低要求"特色的私人住院保險產品，個人住院保險產品的投保人數亦有所增加。儘管如此，現階段未能準確估算這些保險產品的預期投保人數。

8. 由於年輕健康的市民參與，對確保自願醫保計劃能夠成功推行非常重要，部分委員關注當局可如何吸引上述人士購買自願醫保計劃下的保險。他們察悉，很多新投入社會工作而通常較為健康的年輕人，未必能夠受惠於購買符合自願醫保計劃規定的產品所享有的稅項扣減。據政府當局所述，保證續保而無須重新核保的"最低要求"能夠為投保的年輕人提供終身的保險保障，即使他們日後年長時健康情況有變，仍然可維持在保費較低的核保類別而無須再接受核保。

9. 有委員關注到，使用公立醫院服務的病人當中絕大部分是長者和長期病患者，他們無力負擔符合自願醫保計劃規定的產品的保費。政府當局表示，在推行自願醫保計劃後，預期中等入息人士較有可能投購符合自願醫保計劃規定的產品及使用私營醫療服務。另外，使用私營醫療機構的診斷、選擇性的非緊急治療程序的次數亦會增加。若更多市民願意透過自願醫保計劃使用私營醫療服務，公營系統便可騰出資源縮短輪候時間。

再次研究高風險池的建議

10. 雖然部分委員支持在自願醫保計劃下設立高風險池，以協助那些難以在現有市場投購住院保險的高風險人士購買私人住院保險，但部分委員對於該須以公帑注資的建議甚有保留。委員關注政府當局於何時完成有關在自願醫保計劃下設立高風險池的建議的再次研究。

11. 政府當局表示，除保險業界關注高風險池在財政上是否持續可行外，亦有部分市民關注多項事宜，包括高風險池建議對於私人住院保險投保人數的影響程度。當局再次研究高風險池建議時，需要時間更新資助高風險池運作的相關數字及收集相關持份者的意見。

轉移安排

12. 有委員詢問，現有的個人住院保險保單持有人，可否在無須重新核保的情況下，轉移至同一承保機構轄下符合自願醫保計劃規定的保單。政府當局表示，當局的建議是容許保單持有人在無須接受重新核保的情況下，以同一核保級別轉移至其

承保機構轄下符合自願醫保計劃規定的保單。當局會與相關持份者討論建議內容。

規管機構

13. 委員察悉，食物及衛生局會按照經修訂的"最低要求"發出一套自願醫保計劃實務守則，而作為保險業界規管機構的保險業監管局則會發出一份指引，內容以公平對待客戶的原則為基礎，就承保個人住院保險的各個範疇提供指導。該指引會建議承保機構遵從食物及衛生局發出的自願醫保計劃實務守則。在推行自願醫保計劃後，如有個案構成《保險公司條例》(第 41 章)所指的"不當行為"，食物及衛生局轄下設立的自願醫保計劃辦事處可把個案轉介保險業監管局處理。有委員詢問，自願醫保計劃辦事處會否研究構成"不當行為"個案的定義及轉介機制的運作情況。

14. 據政府當局所述，《保險公司條例》對"不當行為"的定義包括關乎某類別的保險業務的作為或不作為，而按保險業監管局的意見，該作為或不作為有損或相當可能有損保單持有人或潛在的保單持有人的利益或公眾利益。保險業監管局如認為已構成行為不當，可考慮向承保機構採取適當的紀律行動，包括命令承保機構繳付罰款或予以譴責，甚至撤銷或暫時撤銷授權。承保機構把不符合自願醫保計劃規定的產品當作符合規定的產品銷售，並誤導消費者投購這些產品，便是其中一例，自願醫保計劃辦事處可把個案轉介保險業監管局。

撥作醫療改革的 500 億元的用途

15. 委員察悉，政府在 2015-2016 年度預算案宣布，從 2008-2009 年度預算案預留支援醫療改革的 500 億元中，運用部分款項注資自願醫保計劃下的高風險池，並向購買受規管保險產品的人士提供稅務扣減。委員關注該筆 500 億元款項的用途。有意見認為應把部分款項用於推廣預防性護理，包括就這方面推行公私營協作計劃，以及發展中醫藥。

16. 政府當局表示，面對人口老化的問題，醫療改革的目標之一是透過採取各種措施，解決在提供醫院服務方面公私營醫療系統失衡的問題。就此，政府已撥出 100 億元設立醫院管理局公私營協作基金。政府亦已向香港中文大學提供一筆為數 40 億 3,300 萬元的貸款，用作發展非牟利私家教學醫院，以紓緩現時公營醫療系統的壓力。另外，政府已預留 2,000 億元的撥款，推行為期 10 年的公立醫院發展計劃，以確保建立周全穩健

的醫療制度，為市民提供全面的醫療服務。此外，政府會出資興建擬議中醫醫院。當局亦已推出多項加強健康推廣和基層醫療服務的措施，例如大腸癌篩查先導計劃。

近期發展

17. 2018年3月1日，政府當局公布自願醫保計劃的詳細內容，包括符合要求的個人住院償款保險產品的保障範圍，以及參加自願醫保的保險公司所需依從的實務守則。據政府當局所述，參與的保險公司將提供獲食物及衛生局認可的住院保險產品。有關產品將要符合以下所述條件或提供以下的保障：保證續保至100歲(不可重新核保)；不設"終身可獲保障總額上限"；21日冷靜期；以及保障範圍擴闊至未知的已有疾病、非住院程序(包括內窺鏡)和精神病住院治療等。政府會修訂法例，在自願醫保下提供稅務扣減，藉此提供誘因鼓勵市民購買自願醫保的認可產品。市民個人及為其受養人繳交的保費均可獲稅務扣減。每年可作稅務扣減的保費上限為每名受保人8,000元，而可申請稅務扣減的受養人數目並無上限。扣稅安排待相關條例草案通過後的課稅年度起實施。

相關文件

18. 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

2018年3月19日

自願醫保計劃的相關文件

委員會	會議日期	文件
衛生事務委員會	2017 年 1 月 16 日 (項目 III)	議程 會議紀要 CB(2)1704/16-17(01)
	2017 年 10 月 16 日 (項目 IV)	議程 會議紀要

立法會秘書處
議會事務部 2
2018 年 3 月 19 日