

諮詢文件
Consultation Document

自願

醫保計劃

VOLUNTARY HEALTH INSURANCE SCHEME



香港特別行政區政府
食物及衛生局

自願醫保計劃 諮詢文件

香港特別行政區政府
食物及衛生局
二零一四年十二月

目錄

食物及衛生局局長高永文醫生序言	P.5
行政摘要	P.7
第一章 背景	P.22
第二章 「最低要求」	P.31
第三章 產品設計	P.49
第四章 使用公帑	P.66
第五章 轉移安排	P.81
第六章 組織架構	P.88
第七章 配套措施	P.95
第八章 對香港醫療系統的影響	P.100
第九章 未來路向	P.117
附錄 A 醫療保障計劃工作小組及諮詢小組	P.120
附錄 B 醫療保障計劃（已更名為自願醫保計劃） 消費者意見調查的結果摘要	P.125
附錄 C 顧問研究報告	P.127
附錄 D 五個海外司法管轄區 私人醫療保險的規管要求摘要	P.157
附錄 E 服務預算同意書（只供參考）	P.159
附錄 F 五個海外司法管轄區 私人醫療保險的規管架構摘要	P.161
附錄 G 五個海外司法管轄區 處理私人醫療保險索償糾紛的機制	P.162
詞彙	P.165

序言

食物及衛生局局長高永文醫生，BBS，JP

各位市民：

多年來，香港的醫療系統一直效率卓著。獲政府大幅資助的公營醫療系統提供公平、負擔得來和所有市民均可享用的服務；私營醫療界別配合公營系統，提供個人化的選擇和設施，讓選用私營醫療服務的人士得到更切合其個別需要的服務。政府會繼續維持這個雙軌並行的醫療系統，並致力鞏固並持續發展公營系統作為全民的安全網。



另一方面，人口急速老化和醫療成本不斷上升，為本港醫療系統的持續發展帶來嚴峻考驗，尤其是公營醫療系統，它作為第二層和第三層醫療服務的主要提供者，將承受與日俱增的壓力。為確保本港雙軌並行的醫療系統均衡和可持續地發展，我們必須作出微妙的平衡—為公營和私營界別確立更清晰的定位、加強公私營協作，並促進公私營界別之間醫療資訊和病人的流通。

自願醫保計劃（前稱「醫療保障計劃」），是我們重新調整公私營醫療系統的平衡而推行的多項重要政策措施之一，這些措施包括開發電子健康記錄互通系統、促進公私營協作，以及確保公私營界別醫護人手、服務和設施的供應。自願醫保計劃建議市場上所有個人償款住院保險都必須符合一套最低標準。這些最低標準旨在針對二零零八年及二零一零年公眾諮詢所反映現時市場的問題。透過令市民更容易獲得住院保險保障，並提升住院保險的質素和透明度，自願醫保計劃有助加強消費者使用私營醫療服務的信心，並讓他們可選擇醫生和在更方便的環境下接受治療。公營醫療服務的使用者也可受惠。隨着越來越多市民願意透過自願醫保計劃使用私營醫療服務，公營系統可騰出資源提升服務質素和縮短輪候時間。這樣，自願醫保計劃可促進公私營界別的協同效應，使公私營界別的醫療資源更加用得其所。

自願醫保計劃並非全面解決本港醫療系統種種問題的方案，但它是我們建立一個更全面和均衡、令廣大市民受惠的醫療系統的一項重要工具。我衷心期待收到你們對推行自願醫保計劃建議方案的意見。

最後，我謹藉此向醫療保障計劃工作小組及諮詢小組成員，以及立法會衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會委員等社會各界人士表示由衷感謝。他們提出的寶貴建議和意見，對制訂自願醫保計劃的建議方案，作出了莫大貢獻。



食物及衛生局局長

高永文醫生

二零一四年十二月

行政摘要

醫療改革（第一章）

1. 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最佳的治療環境。

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，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，包括就政府資助設立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¹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²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。

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——

1 「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。

2 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。

- (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³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

3 「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。

- (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限額、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）⁴；以及
- (b) 團體保單，即僱主為其僱員提供福利而持有的保單⁵。

4 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。

5 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分，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第16及17段所提及有關團體保單的建議安排的規限。

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—

- (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⁽¹⁾

(所列金額只供說明之用)

類別	
(A) 逐項開列的保障限額（只適用於住院）	
(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 ⁽²⁾ ）（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) 套餐式保障限額	
(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 ⁽³⁾ （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 ⁽³⁾ （視乎檢測類別而有所不同） 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
(C) 「免繳付套餐/定額套餐」的保障	
適用於承保機構就下列項目所指明的清單： (1) 程序/檢測； (2) 醫院或診所； (3) 醫生	自付費用視乎程序/檢測類別而有所不同 ⁽⁴⁾ ；「免繳付套餐」的病人無須自付費用
(D) 每年可獲保障總額上限	400,000元
(E) 終身可獲保障總額上限	無
(F) 免賠額	無
(G) 共同保險（訂明的先進診斷成像檢測的30%共同保險除外）	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**⁶（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%⁷；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—

6 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。

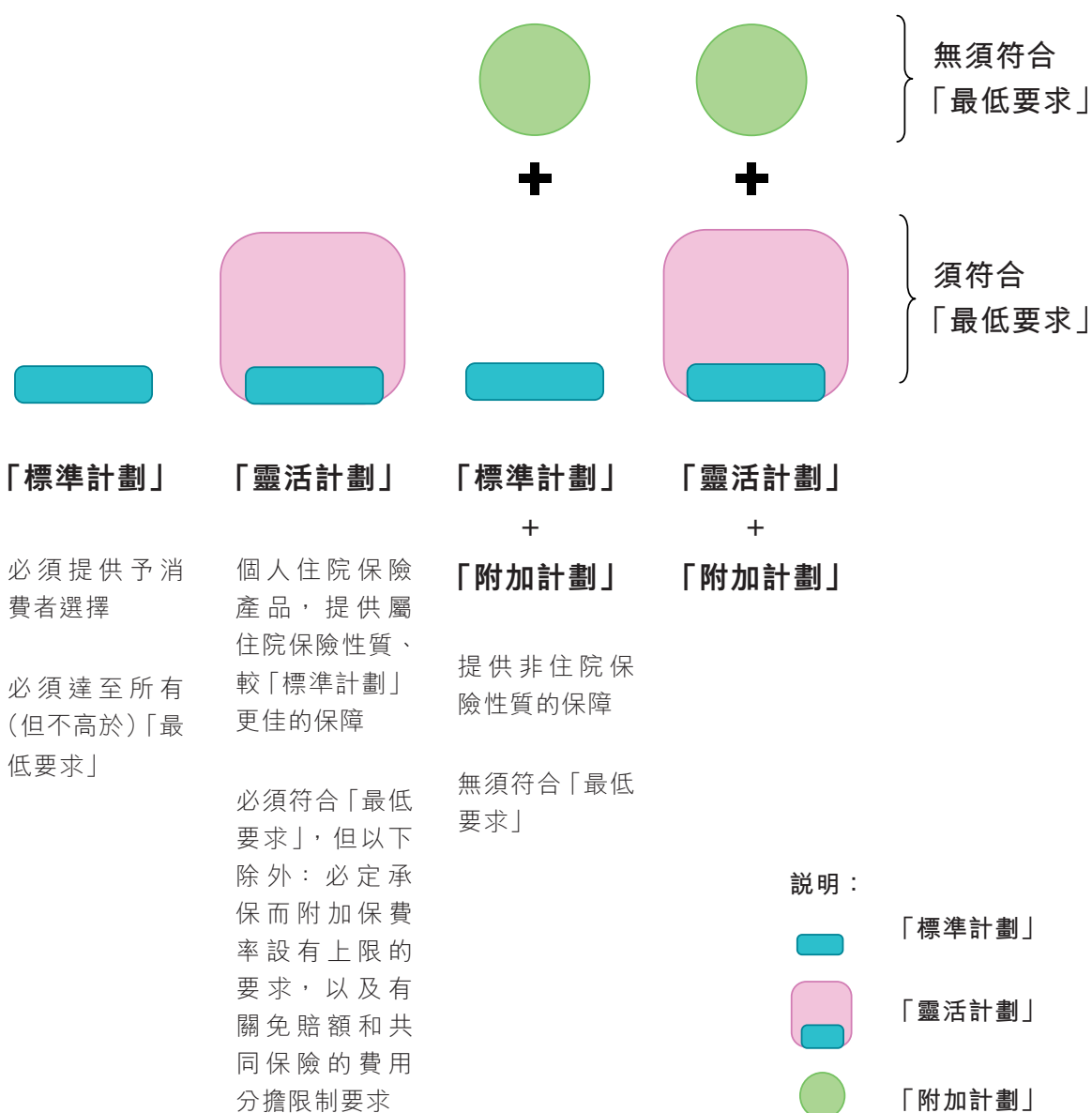
7 資料來源：保險業監理處。在二零一三年，團體醫療保險市場的相應數字為19%。

(a) 必定承保而附加保費率設有上限；以及

(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



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一

- (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⁸；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%；
- (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

8 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。

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）。我們會參考運作經驗，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

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⁹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。

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¹⁰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），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。

9 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。

10 假設在二零一六年實施自願醫保計劃和稅項扣除。

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。

34. 轉移期過後，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,從而令公營系統更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¹¹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%¹²;若按受保人數計,則

11 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)。

12 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。

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。

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情況的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每名受保人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@fhd.gov.hk
網址：www.vhis.gov.hk

第一章 背景

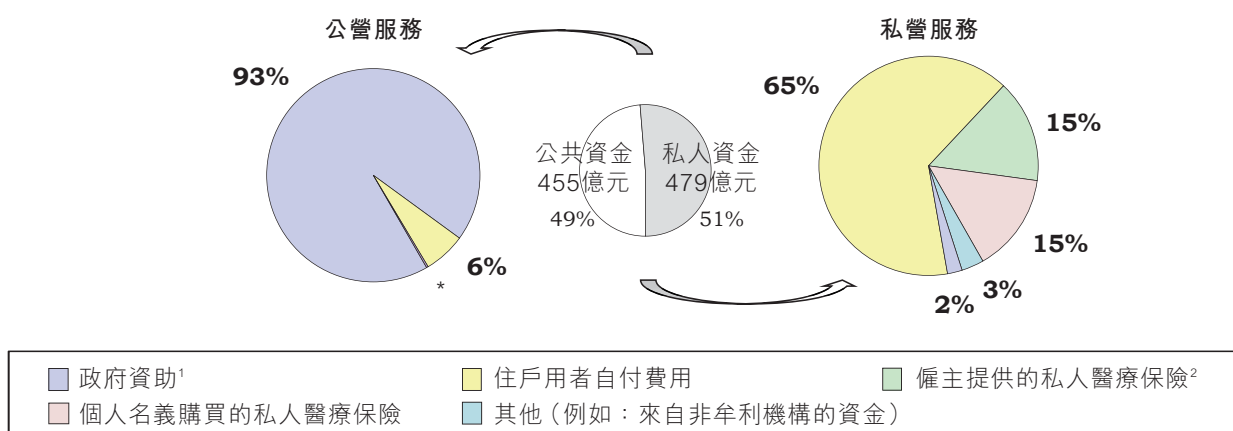
香港的雙軌醫療系統

1.1. 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%。除醫院服務外，公營界別也透過專科診所及外展計劃，為病人提供醫療和康復服務。公營醫療系統為全港市民提供公平並由政府大幅資助的醫療服務（大部分情況下，住院只收取每日100元的劃一費用）。作為全民的醫療安全網，公營界別專注於服務四個目標範疇：(a)急症和緊急護理服務、(b)低收入人士和弱勢社羣、(c)需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病，以及(d)專業醫護人員的培訓。

1.2. 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選擇和更佳的治療環境。私營界別提供各式各樣的醫療服務，包括基層醫療（佔門診服務約70%，以求診人次計算）、專科及醫院服務。私營界別共有11間私家醫院，提供約3 900張病床。

1.3. 就融資來源而言，根據二零一零/一一年度香港《本地醫療衛生總開支帳目》，公共及私人支出兩者支付大致相同的總體醫療服務份額，分別為455億元和479億元。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%，包括個人名義購買的私人醫療保險及僱主提供的私人醫療保險）支付（圖1.1）。公營醫療服務的費用幾乎全部由政府負擔——93%的費用由公帑支付。

圖1.1：二零一零至一一年度按公營及私營服務融資來源劃分的醫療衛生開支

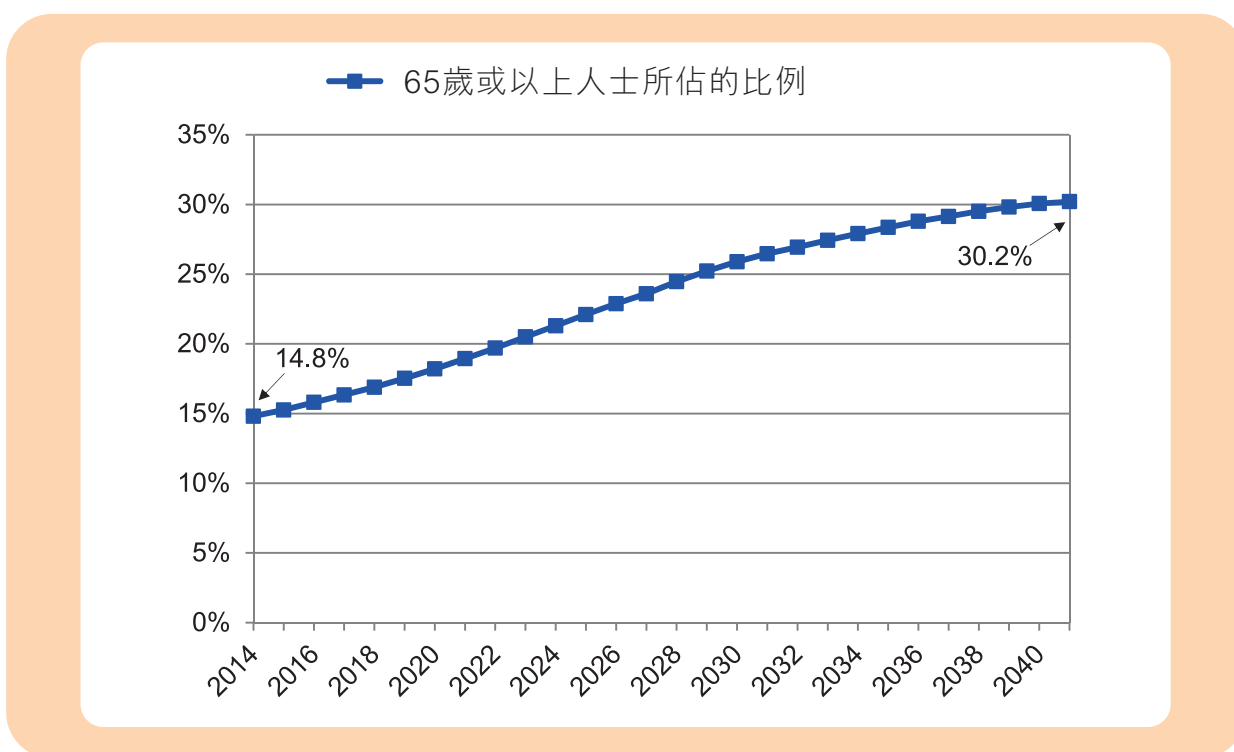


資料來源：二零一零/一一年度香港《本地醫療衛生總開支帳目》。

推行醫療改革的需要

1.4. 多年來，雙軌醫療制度一直行之有效。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，香港的醫療系統正面對不少重大挑戰。第一，壽命延長使人口老化，令醫療服務需求不斷增加。政府統計處的資料顯示，在二零一四年，每七名市民中有一名為長者。在二零四一年，每三名市民中將會有一名為長者（圖1.2）。尤其是未來20至30年間，本港將會出現中產長者。他們的生活較富裕，教育程度較高，對醫療服務也有較高的期望。第二，隨着社會日益富裕，與生活模式相關的疾病更為常見。第三，醫療科技進步，在延長壽命和改善我們的生活質素的同時，亦令醫療成本在近數十年間急劇上漲。

圖1.2 人口老化



資料來源：政府統計處公布的二零一四年年中人口估計及二零一五至二零四一年的年中人口推算

1.5. 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。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達520億元，佔政府經常開支總額約17%。就公營醫療基建而言，興建天水圍醫院及香港兒童醫院的工程已展開。擴建基督教聯合醫院及重建廣華醫院和瑪麗醫院的準備工作亦已開始。政府並計劃向立法會申請撥款重建葵涌醫院，及擴建香港紅十字會輸血服務中心總部。政府將支付約550億元以進行上述工程，以改善公營醫療基建，並提供額外約1 400張病床。此外，政府正進行策略性研究，在啟德發展區興建一所新的急症醫院。長遠而言，醫院管理局（醫管局）會開始籌備伊利沙伯醫院重建項目及威爾斯親王醫院第二期重建項目，以配合社會對醫療服務的長遠需求。

1.6. 此外，立法會財務委員會已於二零一三年十二月批准一次過撥款130億元，讓醫管局在未來十年間落實各小型項目改善及維修工程，這包括翻新34間醫院內500多間病房；在11間醫院增設約800張病床；擴建手術室、急症室和普通科門診診所，以及增設內窺鏡中心和日間醫療設施等。我們重視公營醫療服務，視之為本港醫療系統的基石和全港市民的醫療安全網，並會繼續加強對公營醫療系統的承擔。

1.7. 另一方面，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，以及透過調校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。

1.8. 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。這些公眾諮詢包括：《促進健康》（一九九三年）、《香港醫療改革：為何要改？為誰而改？》（一九九九年）以及《你我齊參與健康伴我行》（二零零零年）。政府提出了各項建議方案，包括就政府資助設立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，以及提倡綜合醫療服務，促進公私營界別之間和基層、第二層、第三層醫療服務之間的協作等。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。

1.9. 在二零零五年，健康與醫療發展諮詢委員會發表《創設健康未來》討論文件，就醫療系統的各方面提出多項建議，包括基層醫療服務、醫院服務、第三層和專科醫療服務、長者服務、長期護理和康復護理服務、公營與私營醫療系統的融合，以及基建支援。以健康與醫療發展諮詢委員會所提出的建議為基礎，政府在二零零八年三月發表《掌握健康 掌握人生》諮詢文件，展開兩個階段的醫療改革公眾諮詢，以推動市民和有關各方的參與，凝聚共識，提升醫療系統持續發展的能力。

健康與醫療發展諮詢委員會

諮詢委員會由食物及衛生局局長擔任主席，主要由非官方成員出任委員。諮詢委員會專責協助政府就醫療系統面對的各項挑戰尋求解決方案，包括人口老化及因科技進步而引致醫療成本不斷上漲。諮詢委員會的職權範圍包括檢討和發展公營和私營醫療服務的模式，以及建議長遠的醫療融資方案。

醫療改革第一階段公眾諮詢（第一階段諮詢）

1.10. 在第一階段諮詢中，政府提出多項醫療服務改革建議，包括加強基層醫療服務、推動公私營協作、發展電子健康記錄互通，以及強化公共醫療安全網，以徵詢市民的意見。同時，政府又建議改革現行的醫療融資安排，以配合醫療服務改革。政府提出六個輔助融資方案，包括：

- (a) 社會醫療保障（強制工作人口供款）；
- (b) 用者自付費用（提高公營醫療服務使用者須支付的費用）；
- (c) 醫療儲蓄戶口（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（強制性儲蓄及保險）。

1.11. 諮詢工作在二零零八年六月結束。社會對推行服務改革有廣泛共識，但對於輔助融資方案則意見紛紜。市民普遍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。較多人支持以自願私人醫療保險作為輔助醫療融資安排，讓市民選擇適合自己的醫療服務。至於由稅收資助的公營醫療系統則應繼續為全港市民提供安全網，讓他們獲得基本的醫療服務。

1.12. 同時，很多提交意見的人士/團體指出了市場上醫療保險的多項缺點，例如承保範圍不包括投保前已有病症、不保證續保、保障範圍不足、保險索償出現爭議等。在私營醫療服務方面，部分提交意見的人士/團體認為，為規避收費透明度不足及難以預計私營醫療服務的收費所帶來的顯著財務風險，導致很多有能力負擔私營醫療服務的人士繼續倚賴公營醫療系統。

香港的醫療保險市場

1.13. 我們根據諮詢結果，按自願參與的原則制訂可行的政策方案。在制訂自願輔助融資方案時，我們發現醫療保險有潛力在支付醫療衛生開支方面擔當更重要的角色。根據二零一零/一一年度香港《本地醫療衛生總開支帳目》，私人醫療保險佔醫療衛生總開支達14.6%。與其他融資來源（例如住戶用者自付費用）相比，醫療保險較少受經濟周期影響，是較穩定的融資來源。醫療保險一直是快速增長的融資來源，特別是

個人名義購買的私人醫療保險，其佔醫療衛生總開支的份額，在一九八九/九零年至二零一零/一一年度之間，平均每年的增幅達17%（表1.1）。政府統計處二零一一年《主題性住戶統計調查》的統計資料顯示，約有279萬人擁有私人醫療保險保障，其中約200萬人（約香港人口的三成）擁有償款住院保險保障，包括只擁有以個人名義購買的醫療保單的130萬人、只擁有由僱主提供的醫療福利的47萬人，以及同時擁有這兩種保障的23萬人。

表1.1 一九八九/九零年度至二零一零/一一年度按融資來源劃分的醫療衛生總開支（百萬元）

	一九八九/ 九零年度	一九九九/ 零零年度	二零零八/ 零九年度	二零零九/ 一零年度	二零一零/ 一一年度	一九八九/ 九零年度至 二零一零/ 一一年度的 每年平均變動
政府	7,749	35,997	41,257	43,868	45,491	+8.8%
私人醫療 保險	2,315	8,108	11,847	12,636	13,627	+8.8%
(a) 個人名義購 買的醫療保 險	263	2,374	5,417	6,041	6,682	+16.7%
(b) 僱主提供的 醫療保險	2,051	5,734	6,430	6,595	6,945	+6.0%
住戶用者自 付費用	9,212	21,358	29,032	30,264	32,685	+6.2%
其他	370	597	1,557	1,301	1,631	+7.3%
總計	19,645	66,060	83,693	88,069	93,433	+7.7%

資料來源：一九八九/九零年度至二零一零/一一年度香港《本地醫療衛生總開支帳目》

1.14. 二零一一年《主題性住戶統計調查》結果顯示，擁有私人醫療保險保障的人士當中，以入住本地醫院人次計算，約54%使用公立醫院。當中的原因有很多，除部分個案因屬於緊急類別和牽涉跨專業護理（通常需要在公立醫院接受治療）外，病人可能會因為未能肯定保險保障是否足以支付私家醫院住院開支，因而未能肯定需要自付多少金額而不願使用私營醫療服務。另一個令他們不願使用私營醫療服務的因素，是

不同承保機構和不同產品採用的保險條款及條件可能差異頗大，使保單持有人¹難於理解其意義，因而不能確定其住院開支能否獲賠償。有些保單持有人亦可能擔心提出索償後，承保機構在續保時會對他們重新核保（這樣可能令保費大幅增加才能夠維持原有保障）。

1.15. 由此可見，如能提高保險保障的質素和明確性，消費者便會更有信心使用醫療保險和私營醫療服務。這樣，醫療保險才可在分擔本港醫療開支及維持雙軌並行的醫療系統方面擔當更重要的角色。

醫療改革第二階段公眾諮詢：醫療保障計劃（第二階段諮詢）

1.16. 在上述背景下，我們在二零一零年十月至二零一一年一月進行題為《醫保計劃 由我抉擇》的第二階段諮詢，提出醫療保障計劃（醫保計劃）建議。醫保計劃是由政府規管的自願私人醫療保險計劃，旨在配合公營醫療系統，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，並間接減少公營醫療系統的壓力。

1.17. 醫保計劃並非旨在解決所有本港醫療系統面對的所有挑戰，而是調節公私營醫療系統平衡的措施之一。其他措施包括公私營協作、電子健康記錄平台，以及發展公營及私營醫療設施。醫保計劃為那些願意而又有能力透過保險負擔私營醫療服務的人士提供另一選擇，讓私營界別進行一些較常見而該界別擅長處理的程序，從而更充分利用私營醫療界別的資源滿足社會的需要。

1.18. 在醫保計劃下，承保機構為保單持有人提供的醫療保險產品，其保障範圍及償付水平，應足以讓他們使用普通病房等級的私營醫療服務。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：

- (a) 投保人不會被拒保並保證可終身續保；
- (b) 公布按年齡分級的保費，保費調整將有指引可據；
- (c) 承保投保前已有的病症，但設有等候期及具時限的償款上限；
- (d) 限定保費連高風險附加保費的上限為公布保費的三倍；

1 在本諮詢文件，保單持有人一般包括所有同一保單下受保的人士。

- (e) 透過高風險分攤基金讓較高風險的人士亦可投保；
- (f) 提供無索償折扣，可高達公布保費的30%；
- (g) 保險計劃可攜：可以轉移承保機構及在離職後續保；
- (h) 具透明度的保險成本，包括索償及開支；
- (i) 醫療保單的條款及定義標準化；以及
- (j) 受政府監管的醫療保險索償仲裁機制。

1.19. 第二階段諮詢的結果顯示，社會普遍支持政府的醫療改革方向，即以強化公營醫療界別為核心，輔以具競爭力及健康發展的私營醫療界別。很多市民都認為擬議的醫保計劃為促進本港醫療系統的長遠可持續發展邁出正確一步，並支持推行醫保計劃，藉此為市民提供物有所值的選擇。

推展醫療保障計劃

工作小組及諮詢小組

1.20. 根據第二階段諮詢的結果，我們於二零一二年一月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，以制訂醫保計劃的詳細建議。工作小組的任務是就推行醫保計劃的各項事宜提出建議，包括規管及組織架構、提高醫保計劃的可行性及緩解潛在風險的措施、醫保計劃下標準計劃的主要組成部分、支援醫保計劃運作的規則和機制，以及提供財政誘因或公帑資助以支援推行醫保計劃的方案。諮詢小組為工作小組提供支援，收集社會各界的意見和建議，交給工作小組參考和考慮。工作小組及諮詢小組的成員來自不同背景，包括醫護及醫療界別、保險界別、僱主、民間團體及學術界。工作小組及諮詢小組的成員名單及職權範圍載於**附錄A**。

顧問研究

1.21. 為向工作小組和諮詢小組提供專業及技術支援，我們委託一間顧問公司²就醫保計劃進行研究，包括全面檢視、調查和分析香港醫療保險市場的現況，為落實醫保計劃建議切實、可行和詳盡的設計，以及推算醫保計劃對醫療系統的短期以至長期影響。

2 羅兵咸永道諮詢服務有限公司。

1.22. 進行研究時，顧問收集或使用了醫療服務及醫療保險界別的數據，包括政府統計處、衛生署、醫管局、保險業監理處、香港保險業聯會，以及個別承保機構和私營醫療服務提供者的數據。除研究本地市場外，顧問也參考了海外經驗，包括深入研究私人醫療保險市場有一定規模的五個海外司法管轄區，即澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士及美國。

1.23. 為了更清楚掌握消費者對醫保計劃的反應，顧問在全港各區的私人屋苑進行了住戶統計調查，藉此了解消費者對醫療保險產品的喜好。調查結果顯示，超過半數受訪者認為醫保計劃不少特點具吸引力，例如保證終身續保；承保範圍包括先進診斷成像檢測、非住院程序、化療和放射性治療；以及產品設計受政府規管。約70%受訪者（不論是否擁有償款住院保險保障）表示願意考慮購買或把現有保單轉移至範例所示的醫保標準計劃。**附錄B**載有這項消費者調查的報告摘要，以供參考。

消費者意見調查以面對面家訪的形式在二零一三年五月至八月期間進行，受訪對象主要是較有可能投購醫保計劃產品的中等入息人士。調查的主要目的是測試受訪者是否願意付款投購醫保「標準計劃」，以及對計劃主要特點的意見。該項調查成功訪問了1 109 個住戶，共1 936 人。

1.24. 顧問已在工作小組和諮詢小組的會議上匯報其研究結果、分析和建議，供成員討論和詳細商議。**附錄C**載有顧問報告摘要，以供參考。

立法會衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會

1.25. 二零一一年八月，立法會衛生事務委員會委員在其轄下成立醫療保障計劃小組委員會，研究與醫保計劃相關的各項事宜。小組委員會就下列範疇進行了詳細商議：

- (a) 支持醫療系統持續發展的人力規劃及人手供應；
- (b) 醫療服務的發展；
- (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) 醫療保險在醫療融資的角色；以及
- (f) 政府資助的運用。

1.26. 小組委員會在第四屆立法會任期（二零零八至二零一二年）內舉行了六次會議，並在二零一二年七月四日發表報告³，就上述事宜向當局提供寶貴意見和詳細建議。在今屆立法會任期（二零一二至二零一六年），小組委員繼續與當局保持緊密聯繫，跟進與醫保計劃相關的事宜。我們已妥為考慮並將他們的意見納入我們的建議內。

最新建議：自願醫保計劃

1.27. 我們根據工作小組的討論和顧問的建議，並考慮相關持份者的意見後，定出醫保計劃的最新建議，內容詳載於以下各章。

1.28. 我們考慮過醫保計劃的目標、本地和海外市場的經驗後，最新建議是規管所有本地市場上的個人償款住院保險。在銷售及訂立個人住院保險時，承保機構必須遵循政府訂明的「最低要求」。我們在擬訂「最低要求」建議時的考慮因素及「最低要求」的詳情載於第二章和第三章。

1.29. 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」，以便更清晰地反映計劃的目標和性質。

致謝

1.30. 在制訂醫保計劃/自願醫保計劃的詳細建議期間，我們得到社會各界給予建議和支持，在此謹致謝意。我們收到相關持分者及社會各界的寶貴意見和建議，包括醫療保障計劃工作小組及諮詢小組、立法會衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會、立法會議員、消費者委員會和消費者代表、保險業界代表（包括香港保險業聯會、保險代理及經紀組織）、醫療服務提供者代表（包括香港醫學專科學院、香港醫學會、香港醫務委員會、醫管局、香港私家醫院聯會、香港西醫聯會、藥劑業組織）、學術界、工商貿易組織、病人團體和社會福利機構的代表等。他們為制訂醫保計劃/自願醫保計劃和推展這次公眾諮詢提供了非常寶貴的意見和建議。我們已妥為考慮並採納這些意見和建議。

3 可於以下網址瀏覽：

http://www.legco.gov.hk/yr11-12/chinese/panels/hs/hs_hps/reports/hs_hpsc2-2527-c.pdf

第二章 「最低要求」

加強規管醫療保險

香港的醫療保險市場

2.1. 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。現時本港沒有對醫療保險產品訂定任何法定要求，承保機構可從商業角度自由創新、設計及售賣醫療保險產品。市場上與醫療有關的保險產品林林總總，透過不同的分銷途徑出售，包括透過保險代理或經紀出售。醫療保險產品可以以個人或團體保單形式銷售，後者主要是僱主為僱員提供的員工福利。

2.2. 一般來說，現時在香港銷售並與醫療有關的保險產品主要可分為下列各類：

- (a) **償款¹住院保險**：就在醫院治療疾病（例如須留院進行的非急需手術或較複雜的治療）的費用，向保單持有人予以償款。彌償款額通常是根據既定的保障表作出賠償，表內按開支類別逐項列明保障限額，例如住宿及膳食、醫生費及手術費等；
- (b) **償款門診保險**：一般來說是按每次診症而作出賠償，例如到診所治療較輕微的病症（如感冒）。承保機構通常會設定每年可索償的診症次數上限；
- (c) **住院現金保險**：保單持有人在住院期間每日可獲定額現金賠償。賠償金額並非與醫院護理開支掛鉤，並且往往不足以支付私家醫院護理的費用，但可為保單持有人提供入息保障；以及
- (d) **危疾保險**：一旦保單持有人確診患上保單內所列的危疾（如癌症、心臟病、腎衰竭等），無論是否接受治療，即可獲發一筆大額款項。

個人住院保險的「最低要求」

2.3. 我們建議在自願醫保計劃下規管銷售予個人的上述第一類產品，即**個人償款住院保險**。具體而言，個人償款住院保險指屬於《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²**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

1 「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。

2 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。

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一部分的醫療保險附約）批出。

2.4. 我們建議**承保機構在銷售及/或訂立個人住院保險時，必須符合本章和第三章所闡述，由政府訂明的「最低要求」**。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**。

2.5. 自願醫保計劃的「最低要求」只適用於個人住院保險，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）³，因為這類保單的賠償並非與醫院護理的支出掛鈎，故未必與保單持有人的醫療保障有直接關係，也未必一定有助達到自願醫保計劃的目標，即為有能力並願意使用私營醫療服務的人士提供選擇；以及
- (b) 團體保單，即僱主為其僱員提供福利而持有的保單。請參閱下文第2.57至2.64段有關團體住院保險的建議安排⁴。

2.6. 為清晰起見，我們建議只提供門診保障的保單無須受「最低要求」規管。如第一章所述，醫療改革第二階段公眾諮詢（第二階段諮詢）建議的醫療保障計劃（醫保計劃）旨在為有能力並願意透過醫療保險使用私營醫療服務（尤其是那些在公立醫院進行的較常見程序）的人士，提供更多選擇和更佳保障，從而使公營醫療系統可更專注於其目標範疇。考慮到自願醫保計劃的目標和重點，我們建議只提供門診保障的保單無須符合「最低要求」。然而，基層醫療服務在醫療系統中擔當的角色是不容忽視的，且對整個醫療過程有重要貢獻。我們會在第三章討論這觀點。

2.7. 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，最少應提供「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。

3 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。

4 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保單，因為即使這些保單包含償款住院保險的元素，但該元素只是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下文第2.60至2.64段所提及有關團體保單的建議安排的規限。

保險業界的意見

2.8. 我們已就建議的「最低要求」諮詢各持份者，包括保險業界代表，當中有參與醫保計劃工作小組和諮詢小組和成員，以及香港保險業聯會的成員。各持份者普遍贊成為自願醫保計劃的產品引入「最低要求」，但對於「最低要求」應否適用於所有個人住院保險產品，卻有不同的意見。保險業界其中一項主要的憂慮是，一旦為所有個人住院保險產品引入「最低要求」，可能會窒礙產品的創新，並減少消費者在投購不符合「最低要求」產品方面的選擇。因此，有人建議容許承保機構在提供符合規定的產品之餘，也可以銷售不符合「最低要求」的產品。

2.9. 經過仔細考慮，我們認為「最低要求」是一項平衡各方訴求的建議，在加強保障消費者之餘，又不會減少消費者的選擇。我們的考慮因素詳載於下一部分。

為何要為所有個人住院保險產品訂定「最低要求」？

2.10. 我們建議「最低要求」，是基於下列各項考慮因素：

(A) 回應公眾對現時醫療保險市場的關注

2.11. 以往公眾諮詢的結果顯示，市民普遍認為應加強對現時住院保險市場的規管，並處理現時市場一些慣常做法的不足，例如拒絕承保、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、因欠缺標準的保單條款及條件而引致保險索償爭議。與第二階段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，以便為消費者提供更佳保障。倘若規定所有個人住院保險產品必須符合「最低要求」，我們便可回應公眾對現時住院保險市場的關注，同時可加強消費者對投購住院保險和使用私營醫療服務的信心，有利於醫療保險和私營醫療服務界別的發展。

2.12. 「最低要求」旨在為消費者提供簡單、清晰和明確的保險產品，同時幫助沒有專業保險知識的消費者更容易和清楚了解他們投購住院保險而獲得的保障。只要符合「最低要求」，承保機構可按個別消費者的需要，自行創造和提供度身設計的產品（詳情請參閱第三章）。

2.13. 「最低要求」的建議與國際經驗相符。在澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士及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，包括必定承保、承保投保前已有病症、

保證續保、最低保障範圍和保障水平、標準的保單條款及條件等。附錄D的列表概述了上述五個司法管轄區就規管私人醫療保險所訂立的要求。

(B) 加強私人醫療保險的融資角色

2.14. 如第一章第1.14段所述，在擁有私人醫療保險保障的人士當中，以入住本地醫院人次計算，約54%使用公立醫院。其中一個可解釋這現象的原因之一，是病人不肯定其持有的保險保障，能否就其住院作出賠償，或其保險保障能抵銷多少支出等。透過「最低要求」來提高保險保障的質素和明確性，可使私人醫療保險擔當更重要的角色，分擔不斷增長的醫療開支。

(C) 符合規定產品的可持續性

2.15. 為所有個人住院保險產品訂定「最低要求」，對符合規定產品的可持續性至為重要。這是因為容許受規管市場界別（即產品受「最低要求」約束（符合規定的產品））和不受規管市場界別（即產品不受「最低要求」約束（不符合規定的產品））並存，並不切實可行。訂定「最低要求」是為迎合社會的期望，讓醫療系統得以長遠持續地發展。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吸引投購保費較廉宜但不符合規定的產品，令符合規定的產品主要成為不健康人口的選擇。正如下文各段所闡釋，在這個情況下，不符合規定的產品和符合規定的產品的投保人的利益都會受損，因而削弱自願醫保計劃的可持續性。

2.16. 在「雙軌市場」的情況下，一些消費者可能會被吸引投購保費較低廉但不符合規定的保單，而這些保單所提供的保障並不足夠。舉例來說，如沒有保證續保，當保單持有人提出索償後，保單持有人的保單續保申請可能會遭拒絕，或在續保時須繳付新的附加保費。由於保單持有人已有索償記錄而且健康狀況轉差，他/她將難以找到另一家願意接受他/她投保的承保機構。即使有其他承保機構願意接受他/她投保，其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。保單持有人可能只有在提出索償時才發現上述弊處，而這情況可能在投保多年後才出現。他/她在投保時未必能清楚知道有關風險，尤其是當保單的條款及條件並非易於理解時。雖然保單持有人仍然可以轉至符合規定的保險產品，但必須接受重新核保，並有可能須繳付附加保費。

2.17. 對符合規定產品的買家而言，他們也會受到「雙軌市場」情況所影響。由於受規管市場界別須管理一羣健康風險較一般消費者為高的保單持有人，因此保費會被推高，令符合規定的產品變得較難負擔，並可能出現只有那些預料會提出索償的人士才

會投購受規管產品的情況。此外，市場分割會導致惡性循環。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。從保單持有人的健康風險的角度而言，符合規定產品的風險池，其健康風險會因而變得更高，導致承保機構須向符合規定產品的保單持有人收取更高保費，而這會進一步促使較健康的消費者離開受規管市場界別。這個惡性循環會導致保費不斷提高，而符合規定產品的風險池內的保單持有人也會日益減少，而風險池的健康風險也會越來越高。最終，保費將提高至令人無力負擔的水平，而受規管的市場界別亦將無法持續營運。

新加坡健保雙全計劃 (MediShield) 的經驗

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。由於早年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，而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，但承保機構可以在健保雙全計劃之上提供額外保障計劃。新加坡的經驗有助解釋為何「雙軌市場」(即受規管的市場界別與不受規管的市場界別並存) 的方案並不可行。

「最低要求」是什麼？

2.18. 擬議的「最低要求」包含了第二階段諮詢中醫保計劃建議的主要特點。在考慮第二階段諮詢期間收到的意見後，並有鑑於「最低要求」模式下有需要在消費者保障與自願醫保計劃的可行性和持續性之間取得平衡，我們就一些主要特點的推行細則建議了一些修訂。

2.19. 我們建議，承保機構在銷售個人住院保險產品時，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，均必須向消費者提供「標準計劃」作為其中一項選擇。「標準計劃」是指符合所有(但不超過)以下建議的12項「最低要求」的個人住院保險。「標準計劃」的這些「最低要求」可分為三類，即(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)增加透明度和明確性。**表2.1**概列了各項「最低要求」。

表2.1 「標準計劃」的12項「最低要求」

(A) 保險的投購和延續性	
(1) 保證續保	<ul style="list-style-type: none"> • 保證終身續保 • 不得在續保時重新核保
(2) 不設「終身可獲保障總額上限」	<ul style="list-style-type: none"> • 不得在保單加入「終身可獲保障總額上限」
(3) 承保投保前已有病症	<ul style="list-style-type: none"> • 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，而等候期間可獲償款的安排如下： <ul style="list-style-type: none"> • 第一年 — 不受保障 • 第二年 — 可獲25%償款 • 第三年 — 可獲50%償款 • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 保證接受下列人士投保： <ul style="list-style-type: none"> • 自願醫保計劃推行首年內：所有年齡人士 • 自願醫保計劃推行第二年起：40歲或以下人士 • 附加保費率上限為標準保費的200%
(5) 保單「自由行」	<ul style="list-style-type: none"> • 如在轉換保單前緊接的一段期間（例如三年）內沒有提出索償，則在轉換承保機構時可獲豁免重新核保
(B) 保險保障的質素	
(6) 承保住院及訂明的非住院程序	<ul style="list-style-type: none"> • 承保範圍必須包括須住院及/或以訂明的非住院程序治療的病症
(7) 承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療	<ul style="list-style-type: none"> • 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），以及設有賠償上限的非手術癌症治療
(8) 最低保障限額	<ul style="list-style-type: none"> • 保障限額須達至訂定的水平

(9) 費用分擔限制	<ul style="list-style-type: none"> • 不設免賠額及共同保險，訂明的先進診斷成像檢測的固定30%共同保險除外 • 就保單持有人分擔的費用設定每年30,000元的上限（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款項）
(C) 透明度和明確性	
(10) 更明確的支出預算	<ul style="list-style-type: none"> • 「免繳付套餐/定額套餐」安排 • 「服務預算同意書」
(11) 標準保單條款及條件	<ul style="list-style-type: none"> • 盡量減少因對條款及條件有不同詮釋而引起的索償爭議
(12) 保費透明度	<ul style="list-style-type: none"> • 按年齡分級且具透明度的保費架構 • 透過方便使用的平台，提供具透明度的保費資料，以供消費者參考

2.20. 下文各段詳述了「標準計劃」的「最低要求」。為監察自願醫保計劃運作而設立的規管機構（請參閱第六章），會因應私營醫療服務收費水平、醫療科技進展等市場最新發展，定期檢討並適時更新「最低要求」，例如承保範圍和賠償限額等。

(A) 改善保險的投購和延續性

(1) 保證續保

2.21. 我們建議的其中一項「最低要求」，是規定承保機構保證續保而無須重新核保，以確保消費者可得到終身保險保障。為免消費者因生病而須繳付大幅上升的保費，承保機構不得在續保時向個別保單持有人重新核保。

2.22. 自願醫保計劃保單續保時不受其他保單是否繼續生效影響。舉例來說，假如自願醫保計劃保單是某份人壽保險保單的附約，自願醫保計劃保單是否可以續保，不應取決於該份人壽保險保單是否續保。或者，假如某份家庭保單為多於一名受保人提供保障，而保單持有人去世的話，其他受保人應獲准延續其保險保障而無須接受重新核保或重新經歷標準等候期。

(2) 不設「終身可獲保障總額上限」

2.23. 我們注意到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

2.24. 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：

- (a) 第一年 — 不受保障
- (b) 第二年 — 可獲25%償款
- (c) 第三年 — 可獲50%償款
- (d) 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

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

- (a) 自願醫保計劃推行首年內，所有年齡人士；以及
- (b) 自願醫保計劃推行第二年起，40歲或以下人士。

2.26. 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輕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。由於年輕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。

2.27. 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，當局鼓勵保單持有人在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⁵。

2.28. 至於那些選擇在40歲後才投購住院保險的人士，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

2.29. 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2.25段建議的必定承保規定投購保單時，能夠負擔相關的保費。我們也建議設立高風險池⁶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。有關高風險池的最新建議，請參閱第四章。

(5) 保單「自由行」

2.30. 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，我們建議符合「最低要求」的產品的保單持有人，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標準等候期。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

2.31. 我們建議在「最低要求」下，承保範圍應包括：

- 5 30歲後才購買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%。
- 6 高風險池是第二階段諮詢中建議的業界再保險機制，讓參加醫保計劃的承保機構分攤醫保計劃受保人的高風險。高風險保單的定義是保費風險獲評定為等於或高於附加保費率上限（即醫保「標準計劃」標準保費的三倍）的保單，這類保單會被納入高風險池。有關目前高風險池建議的詳情，請參閱第四章。

- (a) 經診斷病情後確定須住院的情況；以及
- (b) 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、十二指腸鏡檢查、結腸鏡檢查等），以及一些較簡單的手術，如白內障切除手術和人工晶體植入手術。自願醫保計劃規管機構經諮詢主要的持份者（例如保險業、私營醫療服務提供者和相關規管機構的代表）後，會決定和訂明「標準計劃」所承保的非住院程序。

2.32. 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。根據顧問估計，投保人在私家醫院進行的內窺鏡檢查中，約半數是以留宿住院形式提供。相比之下，在澳洲，只有少於10%的內窺鏡檢查以留宿住院形式提供。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。

根據顧問的估計，在二零一零年，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。

(7) 承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療

2.33. 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2.39至2.40段），以遏止道德風險。

2.34. 我們也建議在「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。

2.35. 自願醫保計劃的規管機構會定期檢討及更新「標準計劃」的保障範圍。在續保「標準計劃」的現有保單時，其保障範圍會按規管機構當時所公布的保障範圍相應更新。

(8) 最低保障限額

2.36. 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。自願醫保計劃的規管機構會定期檢討及更新「標準計劃」的保障限額。

2.37. 住院治療方面，我們建議應大致上根據私家醫院現行收費制度的做法，逐項列明保障限額。這樣可配合現行保險市場的慣例和索償處理過程。保障項目的例子包括住宿和膳食、主診醫生巡房、外科醫生和麻醉科醫生費用、手術室費用及雜項開支。

2.38. 就訂明的先進診斷成像檢測、非住院程序及非手術癌症治療而言，我們建議以套餐形式列出保障限額，即為每項護理/每宗病症訂立一筆過的保障限額。由於這些程序和檢測相對簡單，而且收費差別不大，因此我們認為採用套餐式保障限額是合適的。採用套餐式保障限額可鼓勵私營醫療服務提供者就這些程序和檢測提供類似的收費套餐，從而令保單持有人有更明確的支出預算。我們又建議參考以非住院形式提供服務的收費水平來訂定這些療程及檢測的保障限額，原因是以非住院形式提供這些療程及檢測通常更具成本效益。此外，參考以非住院形式提供服務的收費水平來訂定保障限額，更可鼓勵善用非住院服務，有助減少不必要的住院。

(9) 費用分擔限制

2.39. 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慾。

2.40. 基於上述原因，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）。然而，在最容易遭誤用或濫用的醫療服務方面，我們認為有必要控制道德風險。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，因此我們建議為訂明的先進診斷成像檢測訂定固定的30%共同保險。除這固定的30%共同保險外，「標準計劃」不應納入費用分擔安排（免賠額或共同保險）。我們也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) 提高透明度及明確性

(10) 明確的支出預算

2.41. 在第二階段諮詢中，我們曾建議醫保計劃的保障範圍應包括根據症候族羣分類釐定套餐式收費的常見程序。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。承保機構會根據症候族羣分類釐定套餐式收費的治療/程序，訂定一筆過的賠償水平。套餐式收費會為消費者提供清晰而明確的價格，並有助促進私營醫療服務市場的良性競爭。

2.42. 我們注意到，根據症候族羣分類的套餐式收費未必可以應用於所有住院治療或非住院程序。有些治療或程序進行的次數較多，足以令不同個案的費用差幅在互相抵銷的情況下達至可預算的平均數；也有一些治療或程序相對較為規範化或標準化，其實際使用率或費用的差幅不大。上述這些治療或程序較容易根據症候族羣分類釐定套餐式收費。至於因為較複雜而不能採用套餐式收費的治療或程序，醫保計劃仍須就這些治療或程序提供逐項開列的保險賠償表。

2.43. 在考慮第二階段諮詢中收集所得的意見和顧問的建議後，我們認為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。建立這個系統須全面和定期地向醫療保險業界和醫療服務提供者收集有關醫療服務、索償和收費的數據，然後進行編製及分析。此外還須進行定期及結構性的檢討，以更新症候族羣分類系統。由於香港目前未有完善的機制進行上述工作，因此在短期內推行症候族羣分類系統會相當困難。

國際經驗顯示，症候族羣分類是一個常用的付款方法，以便向醫療服務提供者就其向病人提供的服務付款，在公營及私營界別均有應用。這種付款方法的一個主要優點是能鼓勵醫療服務提供者控制成本及避免為賺取利潤而提供不需要的服務。另一方面，這種付款方法的主要挑戰是須在服務成本及服務質素之間取得平衡（例如，由於在症候族羣分類下，就每項斷症的付款均已固定，故有需要防止醫療服務提供者將貨就價地提供不足的服務）。症候族羣分類一般並非旨在統一價格或設定價格。醫療服務提供者及醫療服務付款者透過共同協議，決定是否採用以症候族羣分類為基礎的付款方法、其結構及付款水平。舉例來說，美國的國民保健（Medicare）（提供予長者及殘疾人士的社會醫療保險）自一九八三年起已採用症候族羣分類為醫院服務的付款方法。選擇參加國民保健的醫院（因而可接收國民保健的病人），須同意按國民保健以症候族羣分類為基礎釐定的收費表

收費。就醫生費方面，國民保健沒有採用症候族羣分類，而是採用由美國醫學會（American Medical Association）審視及建議、按程序和服務劃分的收費表。在美國的私營界別，醫療服務提供者及醫療保險承保機構可自行決定是否跟從國民保健的做法。除症候族羣分類外，醫療服務提供者及醫療保險承保機構也可協商使用其他的付款方法，包括按人次計算的固定費用（capitation payment）、按合約根據服務逐項收取款（contracted fee-for-service payment）及按日計算收費（per-diem payment）等。

國際經驗亦顯示，推行症候族羣分類須耗費不少資源，例如就資訊科技系統作出巨額投資、全面收集有關成本和基準的數據，甚至制訂具體法例，規定服務須按症候族羣分類釐定收費。舉例來說，瑞士在二零零七年通過賦權法例（修訂聯邦醫療保險法），但由於數據不足，而相關診斷和治療的記錄方式不一，直到二零一二年才能全面推行症候族羣分類系統。荷蘭則花了數年時間，才能把按症候族羣分類釐定套餐式收費的程序種類，由二零零五年佔醫院預算總額的10%，逐步擴大至二零零九年的33%和二零一二年的75%。

(i) 「免繳付套餐/定額套餐」安排

2.44. 我們在考慮香港的情況和國際經驗後，建議採用在澳洲普遍使用的「免繳付套餐/定額套餐」安排，這項安排較容易在短期內推行。這些套餐讓病人可預先知道須自付的住院費及醫生費（既定的免賠額及共同保險除外）。倘若保單持有人所接受的程序、所選擇的醫院和醫生都在承保機構指明的清單上，他/她便可享有「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。

2.45. 為方便市場適應，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。承保機構可限定「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。在下述情況下，保單持有人可享有「免繳付套餐/定額套餐」安排—

- (a) 有關程序在指明的清單上；
- (b) 提供處所進行該程序的機構在指明的清單上；以及
- (c) 進行該程序的醫生在指明的清單上。

2.46. 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。「免繳付套餐/定額套餐」是一種套餐式收費，方便保單持有人在接受治療前可確定須自付的費用（如有），從而有明確的支出預算。

由二零零零年六月起，澳洲的法例規定，所有承保機構的住院保險都必須提供「免繳付套餐/定額套餐」保單。投購這類保單的保單持有人，如選擇入住的醫院已與其承保機構簽訂「住院服務選購者與提供者的安排協議」（根據該項安排，承保機構須繳付合約所訂明的醫院費用），而有關醫生又同意通過「醫療服務選購者與提供者的安排協議」選用承保機構的收費表（根據該項安排，醫生可選擇採用承保機構的收費表），則該名保單持有人便可享有「免繳付套餐/定額套餐」安排。保單持有人仍可選用其他醫院及醫生，但這樣做一般都會令自付費用上升，因為在這情況下承保機構一般提供較少的償款，以鼓勵保單持有人使用上述協議下的醫療服務提供者。過去十多年，「免繳付套餐/定額套餐」的保單在澳洲有明顯上升的趨勢。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。

2.47. 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，保單持有人仍可從下文所述的「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」

2.48. 在新加坡，私家醫院進行治療前，必須先向病人提供預算費用總額（稱為「財務諮詢」）；如費用有任何更改，也須及時通知病人。病人在接受治療前，會透過標準的書面報價表格得悉醫療服務的預算費用（包括醫生費和住院費）。在這項安排下，病人在接受治療前可更明確地預計須自付的款額。

2.49. 我們建議採用新加坡的模式，使自願醫保計劃的保單持有人有更明確的預算。一般來說，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⁷。此外，承保機構須在同一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。「服務預算同意書」範本載於**附錄E**，以供參考。

2.50. 我們注意到，在某些情況下可能須豁免「服務預算同意書」的要求。舉例來說，假如醫生臨床斷定病人在進行手術/程序期間，或在緊急或危及性命的情況下須接受進一步治療，便應獲豁免就一些未經病人同意的項目提供報價。此外，在一些情況下，醫生可能未能根據某些病徵（例如腹痛）而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。在可行的情況下，醫生/醫院應盡量提供較確定或可預計的項目的預算費用，例如主診醫生巡房費。當病人其後得到確切的診斷而須接受自選的治療手術/程序時，醫療服務提供者應在可行的情況下盡快告知病人預算費用總額、償款額和自付費用。

2.51. 我們留意到各治療或程序的複雜程度可能各有不同，又或者會出現未能預計的情況。因此，我們建議私營醫療服務提供者應以「服務預算同意書」，告知病人預算費用可能變動的範圍。如預算費用有任何重大修訂（例如手術費、藥費、專科醫生巡房費等），醫療服務提供者應在可行的情況下，盡快告知病人預算費用改變的原因，以及最新的預算費用。舉例來說，假如手術期間出現併發症，手術費可能與原來預算相差甚遠。在這些情況下，醫療服務提供者應通知病人預算費用改變的原因，以及最新的預算費用。假如醫療服務提供者因原來預算大幅變動而提供修訂預算費用，承保機構也應在合適的情況下通知病人修訂的償款額和須自付的費用款額。舉例來說，手術期間出現併發症的病人，住院時間可能較原來預計長。在這些情況下，承保機構應在可行情況下，盡快通知病人經修訂的償款額和預計的自付費用款額。

(11) 標準保單條款及條件

2.52. 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，以幫助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。

2.53. 標準的保單條款及條件包括定義、詮釋及措辭，以及有關保證續保、承保投保前已有病症和標準等候期等保單條文。

7 雖然醫院可以把住院費與醫生費分開報價，但為方便起見，醫生可根據私家醫院的收費表（例如參考醫院網站），盡量就各項住院費用逐一報價。

(12) 保費透明度

2.54. 在第二階段諮詢中，公眾甚為關注日後如何更妥善地監察保費水平。我們了解公眾對保費長遠可能會上升的憂慮，但也明白保費會受到醫療成本、索償情況、行政費用和風險評估等多項因素的影響，而這些因素對不同的承保機構所產生的影響也不盡相同，亦會受市場的動態環境而轉變。因此，直接干預保費的釐定並非可取的做法，因為我們難以確保保費釐定的機制對消費者和承保機構來說皆是公平和合理的。直接規管保費的釐定，可能會造成過分干預，有損市場發展和消費者權益。

2.55. 為了向消費者提供保障，同時避免過度干預市場運作，我們認為，推行措施以提高透明度，並促進市場競爭，是最能保障消費者權益的方法。這些提高透明度的措施為各承保機構締造公平競爭的環境，並盡量減少消費者與承保機構所掌握的資訊不對稱的情況，從而為消費者提供更多選擇、推動市場競爭，並協助監察保費水平。此外，由於不同承保機構提供的「標準計劃」將是基本上相同的，消費者可容易比較不同承保機構提供的計劃。基於以上所述，我們建議：

- (a) 承保機構可根據本身的核保安排和風險承擔取向，就個別保單收取附加保費，但附加保費率須以標準保費的200%為上限。由於消費者可從不同承保機構之間選擇物有所值的產品，承保機構會更有動力去競爭，提供最具吸引力的保費；
- (b) 承保機構應告知消費者收取附加保費的理據，而消費者可提交證據，要求降低附加保費；以及
- (c) 承保機構可釐定和調整符合規定產品的保費表，但保費表必須按年齡分級，並公開給消費者參考。

2.56. 我們也建議設立方便使用的平台（例如承保機構和自願醫保計劃規管機構的網站），提供包括保費表等市場上不同承保機構的自願醫保計劃產品的資訊，以方便消費者比較自願醫保計劃產品，並推動市場為消費者提供物有所值的產品和服務。我們認為，引入市場競爭和提高透明度是保障消費者權益最有效和可持續的措施。然而，一旦市場表現遜於合理期望，我們不排除規管機構有可能須要採取進一步的行動。如有需要，規管機構會在自願醫保計劃推行後，根據所得經驗和市場發展，檢討是否須制訂必須和合適的其他措施（例如制訂保費調整指引），以保障消費者權益。

團體住院保險安排

2.57. 在獲償款住院保險保障的約200萬人中，大約70萬人獲僱主以團體住院保險形式提供醫療保障⁸。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，鑑於團體住院保險的獨有特色，我們認為應採取較謹慎和務實的做法。

2.58. 團體保險市場與個人保險市場本質有異。雖然僱員才是團體保險的直接受惠者，但投購團體保單的費用卻由僱主承擔。由於投購自願醫保計劃下的住院保險屬自願性質，因此即使一些團體住院保險保單或不符合「最低要求」，仍有必要鼓勵僱主繼續或開始為僱員投購團體住院保險。基於有些僱主（尤其是中小型企業）的預算有限，市場上部分產品在承保範圍和保障限額方面只提供有限的保障。如規定所有團體住院保險必須符合「最低要求」，一些僱主可能會因為未能負擔提供更周全保障和符合規定的保險產品，而終止購買保險。此外，由於僱主並非保險保障的直接受惠者，而團體保障的保費由僱主承擔，因此有些現時提供高於「最低要求」的團體保險的僱主，或有可能將「最低要求」誤解為「標準水平」，而調低其保障水平。

2.59. 在考慮團體保險市場的特點和僱主的負擔能力後，我們建議團體住院保險無須符合「最低要求」。不過，為了為僱員提供更佳保障，我們建議團體住院保險應採取下述安排。

(1) 「轉換選項」

2.60. 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。僱主可自行決定是否投購附有「轉換選項」的團體保單。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，可在退休或離職時使用「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。如有關承保機構並無就團體保單進行個人核保（這種情況在本地市場相當普遍），則不論僱員的健康狀況如何，都只需繳付個人「標準計劃」的標準保費。「轉換選項」的保費會由承保機構視乎團體組合和特點（如僱員的年齡分布）等因素釐定。

2.61. 「轉換選項」有助確保僱員在年老時可繼續獲得住院保險保障。與投購一份獨立的個人「標準計劃」相比，「轉換選項」的好處是僱員轉移至個人「標準計劃」時無須接受重新核保，也不需要為了在退休或離職後獲得持續和負擔得來的保險保障，而預先投購個人保單。

8 包括由私人公司/機構以非醫療保險形式提供的醫療福利；不包括公務員及醫院管理局員工的醫療福利。

(2) 「自願補充計劃」

2.62. 目前，有些承保機構會向受團體保單保障的個別成員提供「自願補充計劃」。我們認為這個安排符合我們的政策目標，值得推廣。我們建議承保機構可繼續以團體保單的形式，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」。「自願補充計劃」會以團體保單的形式提供，即有關項目不會是個人保單。這項安排的用意是希望團體保單在「自願補充計劃」增補後，能提供與個人「標準計劃」相若的保障水平。團體保單的個別成員可以自行選擇是否投購「自願補充計劃」。

(3) 披露資料

2.63. 為使僱員更了解他們從團體保單可獲的保障水平，我們建議規定承保機構備存一份訂明的清單，列明他們向個別僱主提供的團體住院保險產品是否符合「最低要求」。承保機構有責任在僱員作出查詢時披露這些資料。

(4) 團體住院保險產品的命名

2.64. 自願醫保計劃推行後，在個人保險市場，只有符合「最低要求」的住院保險產品，才能以「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。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」）。此外，為保障僱主的利益，我們建議承保機構必須在向僱主提供的產品資料內，清楚說明有關產品是否符合「最低要求」。

第三章 產品設計

3.1. 在自願醫保計劃推行後，承保機構提供的所有個人住院保險必須符合第二章所載的「最低要求」。這些「最低要求」重述如下：

- (1) 保證續保
- (2) 不設「終身可獲保障總額上限」
- (3) 承保投保前已有病症
- (4) 必定承保而附加保費率設有上限
- (5) 保單「自由行」
- (6) 承保住院及訂明的非住院程序
- (7) 承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療
- (8) 最低保障限額
- (9) 費用分擔限制
- (10) 更明確的支出預算
- (11) 標準保單條款及條件
- (12) 保費透明度

3.2. 本章說明「最低要求」將如何透過三種產品類別（即「標準計劃」、「靈活計劃」和「附加計劃」）的方式應用在個人住院保險產品上。

「標準計劃」

3.3. 在自願醫保計劃下，經營個人住院保險業務的承保機構必須向消費者提供符合所有（但不高於）「最低要求」的「標準計劃」作為其中一項選擇。「最低要求」的主要特點之一是設有最低保障限額，有關限額將與「標準計劃」的保險賠償表相符。以下範例說明了「標準計劃」保險賠償表的結構。保險賠償表以及本章所有例子所列的金額均只作參考及說明之用。

表3.1 「標準計劃」保險賠償表說明範例⁽¹⁾（所列金額只供說明之用）

類別	
(A) 逐項開列的保障限額（只適用於住院）	
(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 ⁽²⁾ ）（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) 套餐式保障限額	
(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 ⁽³⁾ （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 ⁽³⁾ （視乎檢測類別而有所不同） 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
(C) 「免繳付套餐/定額套餐」的保障	
適用於承保機構就下列項目所指明的清單： (1) 程序/檢測； (2) 醫院或診所； (3) 醫生	自付費用視乎程序/檢測類別而有所不同 ⁽⁴⁾ ；「免繳付套餐」的病人無須自付費用
(D) 每年可獲保障總額上限	400,000元
(E) 終身可獲保障總額上限	無
(F) 免賠額	無
(G) 共同保險（訂明的先進診斷成像檢測的30%共同保險除外）	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。

A類 — 逐項開列的住院保障

3.4. 保險賠償表的A類按照現行住院保險市場提供住院保障的慣常做法，就其住院所涉開支作出彌償，不受保單持有人選用什麼醫院和醫生影響。在計算可索償金額時，承保機構會把實際開支歸類至相應的服務項目作出賠償。如某一項目的索償金額不超出相應的保障限額，保單持有人便無須就該項目自付任何費用。然而，如索償金額超出該項目的相應保障限額，保單持有人便須就該項目支付超出限額的費用（例3.1）。

例3.1 甲狀腺切除術逐項開列的住院費用

（住院日數：4日）

	帳單金額	保障限額	可索償金額	超出保障限額的金額
住宿及膳食	2,800 元 (每日 700 元)	2,600 元 (每日 650 元)	2,600 元	200 元
主診醫生巡房費用	3,200 元 (每日 800 元)	3,000 元 (每日 750 元)	3,000 元	200 元
外科醫生費用	26,000 元	17,400 元	17,400 元	8,600 元
麻醉科醫生費用	8,000 元	5,800 元	5,800 元	2,200 元
手術室費用	11,000 元	5,800 元	5,800 元	5,200 元
醫院雜項開支	5,000 元	9,300 元	5,000 元	0 元
總金額	56,000 元	-	39,600 元 由承保機構 支付	16,400 元 由保單 持有人支付

B類 — 套餐式保障

3.5. 保險賠償表的B類提供訂明程序或檢測（例如訂明的非住院程序、訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療）的保險保障，以一筆過的套餐形式，提供每項程序或檢測的保障限額。這個類別所訂明的程序或檢測一般可採用非住院形式進行，因此私營醫療服務提供者較可能就這類程序或檢測提供套餐式收費。不論程序或檢測是以住院或以非住院形式（例如診所或醫院日間診療中心）進行，受保人都可就有關開支提出索償。

3.6. 如保單持有人選用提供套餐式收費的醫療服務提供者，只要費用沒有超出套餐式保障限額，便無須支付任何差額（例3.2(a)）。

例3.2(a) 以非住院形式提供結腸鏡檢查的套餐式收費

（住院日數：0日）

帳單總金額 *	7,800 元
套餐式保障限額	8,000 元
承保機構支付的金額	7,800 元
保單持有人支付的金額	0 元

註* 如帳單屬套餐形式，保單持有人應盡可能獲通知相應的醫生費金額。

3.7. 如保單持有人選用的醫療服務提供者以逐項收費，只要各項收費的總和沒有超出套餐式保障限額，保單持有人便無須支付任何差額（例3.2(b)）。

例3.2(b) 以非住院形式提供結腸鏡檢查的逐項開列收費

（住院日數：0日）

外科醫生費用	7,000 元
手術室費用	1,000 元
帳單總金額	8,000 元
套餐式保障限額	8,000 元
承保機構支付的金額	8,000 元
保單持有人支付的金額	0 元

3.8. 在下述兩個情況，保單持有人須支付超出套餐式保障限額的費用（例3.2(c)及例3.2(d)）。

例3.2(c) 以住院形式提供結腸鏡檢查的套餐式收費

（住院日數：1日）

帳單總金額 *	20,000 元
套餐式保障限額 [#]	8,000 元
承保機構支付的金額	8,000 元
保單持有人支付的金額	12,000 元

註* 請參閱例3.2(a)的註*。

註[#] 請參閱表3.1的註(3)。

例3.2(d) 以住院形式提供結腸鏡檢查的逐項開列收費

(住院日數：1日)

住宿及膳食 (每日 500 元)	500 元
主診醫生巡房費用 (每日 700 元)	700 元
外科醫生費用	10,000 元
麻醉科醫生費用	3,500 元
手術室費用	3,500 元
醫院雜項開支	3,000 元
帳單總金額	21,200 元
套餐式保障限額 [#]	8,000 元
承保機構支付的金額	8,000 元
保單持有人支付的金額	13,200 元

註[#] 請參閱表3.1的註(3)。

3.9. 保單持有人須分擔B類下訂明的先進診斷成像檢測30%的共同保險，而在扣除共同保險後的可索償開支將按套餐式保障限額償付。這同時適用於以非住院和住院形式進行的檢測（分別為例3.3(a)和例3.3(b)）。換言之，保單持有人須繳付的款額包括(a) 30%的共同保險，以及(b) 超逾套餐式保障限額的任何金額。承保機構支付的款額則相等於帳單總額的70%，但不能超逾套餐式保障限額。

例3.3(a) 以非住院形式提供檢測的套餐式保障限額 (設有共同保險) 腦部磁力共振掃描 (非顯影劑注射和顯影劑注射)

帳單總額	3,800 元
扣除 30% 共同保險後的帳單款額	2,660 元
套餐式保障限額	4,000 元
承保機構支付的金額	2,660 元
保單持有人支付的金額	1,140 元

例3.3(b) 以住院形式提供檢測的套餐式保障限額（設有共同保險）
腦部磁力共振掃描（非顯影劑注射和顯影劑注射）

帳單總額	6,000 元
扣除 30% 共同保險後的帳單款額	4,200 元
套餐式保障限額 [#]	4,000 元
承保機構支付的金額	4,000 元
保單持有人支付的金額	2,000 元

註[#] 請參閱表3.1註（3）。

C類 — 「免繳付套餐/定額套餐」保障

3.10. 保險賠償表的C類是有關「免繳付套餐/定額套餐」的安排。這安排能為保單持有人提供更明確的支出預算。只要保單持有人所選擇的程序/檢測、機構（例如醫院）和醫生是在承保機構指明的清單上，則C類可以適用於任何訂明的程序和檢測。例3.4(a)是一個說明例子。

例3.4(a) 「免繳付套餐/定額套餐」保障的說明例子

程序 / 檢測	指明的機構（例如醫院 / 診所）清單	指明的醫生清單	定額款項
闌尾切除術	醫院清單 I	醫生清單 I	0 元 [免繳付套餐]
闌尾切除術	醫院清單 II	醫生清單 II	1,000 元 [定額套餐]
結腸鏡檢查	醫院清單 I 和 診所清單 I	醫生清單 I 和 II	0 元 [免繳付套餐]
腦部磁力共振掃描 (非顯影劑注射和 顯影劑注射)	診所清單 II	醫生清單 I	1,500 元 [定額套餐]

註：此列表的例子僅作說明之用。每個個案的定額款項會視乎保單持有人所進行的程序/檢測，以及所選擇的機構和醫生而定。

3.11. 只要符合承保機構指明的清單組合內容，保單持有人便可享有「免繳付套餐」，即可獲賠償所有支出而無須繳付任何自付費用（例3.4(b)和例3.4(c)）；或「定額套餐」，即可獲賠償部分支出並繳付預定數額的自付費用（例3.4(d)和例3.4(e)）。不論帳單屬逐項開列或以套餐方式收費，上述「免繳付套餐/定額套餐」的安排均可適用。

例3.4(b) 為以套餐式收費的扁桃腺切除程序提供「免繳付套餐」保障

(住院日數：3日)

帳單總額 (包括住院費和醫生費)	30,000 元
承保機構支付的金額 ^{&}	30,000 元
保單持有人支付的金額	0 元

註[&] 承保機構所支付的金額包括醫生費和其他開支。如帳單屬套餐形式，則保單持有人應盡可能獲通知相應的醫生費金額。

例3.4(c) 為以逐項開列收費的扁桃腺切除程序提供「免繳付套餐」保障

(住院日數：3日)

住宿及膳食 (每日 500 元)	1,500 元
主診醫生巡房費用 (每日 700 元)	2,100 元
外科醫生費用	18,000 元
麻醉科醫生費用	6,000 元
手術室費用	5,000 元
醫院雜項開支	2,000 元
帳單總額 (包括住院費和醫生費)	34,600 元
承保機構支付的金額	34,600 元
保單持有人支付的金額	0 元

例3.4(d) 為以套餐式收費的痔瘡切除程序提供「定額套餐」保障

(住院日數：3日)

帳單總額 (包括住院費和醫生費)	30,000 元
定額款項 (預早知悉的既定金額)	5,000 元
承保機構支付的金額 ^{&}	25,000 元
保單持有人支付的金額	5,000 元

註[&] 請參閱例3.4 (b) 的註[&]。

例3.4(e) 為以逐項開列收費的痔瘡切除程序提供「定額套餐」保障

(住院日數：3日)

住宿及膳食 (每日500元)	1,500 元
主診醫生巡房費用 (每日700元)	2,100 元
外科醫生費用	18,000 元
麻醉科醫生費用	6,000 元
手術室費用	5,000 元
醫院雜項開支	1,000 元
帳單總額 (包括住院費和醫生費)	33,600 元
定額款項 (預早知悉的既定金額)	5,000 元
承保機構支付的金額	28,600 元
保單持有人支付的金額	5,000 元

3.12. 與A類 (逐項開列的住院保障) 和B類 (套餐式保障) 相比，C類 (「免繳付套餐/定額套餐」保障) 為保單持有人提供最明確的支出預算，因為他們可在接受治療前清楚知道是否需要自付費用及自付費用的金額。與傳統的逐項開列保障 (A類) 比較，B類的套餐式保障讓保單持有人有更明確的支出預算，因為即使保單沒有列明服務提供者的實際收費，但保單持有人在接受治療前可明確知道承保機構會支付的償款總額。當「免繳付套餐/定額套餐」保障不適用時 (即只有A類和B類適用)，保單持有人仍可從第二章第2.48至2.51段所述的「服務預算同意書」中，更明確地知悉服務提供者會收取的款項。表3.2說明A、B和C類的差異。

表3.2 A、B和C類對照表

	A類 (逐項開列的住院保障)	B類 (套餐式保障)	C類 (「免繳付套餐/ 定額套餐」保障)
預先明確知道承保機構會支付的償款總額	不明確	是	是
預先明確知道保單持有人的自付費用總額	不明確(可透過「服務預算同意書」更明確地知道支出預算)	特別是當服務提供者就有關程序/檢測亦同時提供套餐式收費時，便可更明確知道自付費用總額	最明確
適用於所有手術/檢測及/或所有服務提供者	是	只適用於承保機構指明的程序/檢測	只適用於承保機構指明的程序/檢測和服務提供者

「標準計劃」下每年標準保費的參考金額

3.13. 在自願醫保計劃下，承保機構會各自就「標準計劃」訂定按年齡分級的保費表，並向外公布，供消費者參考。承保機構可按照其核保原則，在標準保費之外，向評定為健康風險較高的保單持有人收取附加保費。附加保費的上限為標準保費的兩倍，即保費總額不會超過相應年齡組別的標準保費的三倍。

3.14. 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（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%¹。

1 可能的變動幅度為-8%至+45%。估算保費變動的關鍵因素是自願醫保計劃能否在使用先進診斷成像檢測方面遏止道德風險。因此，我們建議為使用這些服務設立30%的共同保險，以控制成本。

3.15. 表3.3載有顧問估算的「標準計劃」下每年標準保費的參考金額，以供說明之用。

表3.3 「標準計劃」下每年標準保費的參考金額（二零一二年²，按二零一二年的固定價格計算）

年齡組別*	每年標準保費的參考金額
15歲以下	1,250元
15至19歲	1,500元
20至24歲	1,450元
25至29歲	2,200元
30至34歲	2,200元
35至39歲	3,200元
40至44歲	3,300元
45至49歲	4,750元
50至54歲	5,300元
55至59歲	6,250元
60至64歲	6,900元
65至69歲	8,600元
70歲及以上	9,950元
平均	3,600 元

註* 此保費表只供參考之用。承保機構可靈活設定年齡組別，例如為15歲以下或70歲及以上人士分設更多年齡組別；另承保機構也可以為不同性別設定不同保費。

3.16. 正如下文第3.29段進一步解釋，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%³；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。

2 假設自願醫保計劃在二零一二年全面推行。

3 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%。

美國的非索償比率

在美國，《病患保護與廉價醫療法案》的法例訂明，個人及小型團體（最多包括99名僱員）的醫療保單的非索償比率上限為20%，大型團體（包括100名或以上僱員）的醫療保單的非索償比率上限則為15%。

「靈活計劃」和「附加計劃」

3.17. 「最低要求」的目的是向個別消費者提供簡單、清楚和明確的基本住院保險保障。然而，我們的原意並非為所有個人住院保險產品訂立一個劃一的「產品範本」。我們認為，讓市場有提供更佳保障的產品的靈活性是非常重要的，因為這樣既可鼓勵產品研發和競爭，又可促進市場的健康發展。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。

「靈活計劃」

3.18. 「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）。由於「靈活計劃」是一種住院保險產品，因此必須符合「最低要求」。然而，為容許較大彈性，以推動產品創新和競爭，「靈活計劃」無須受制於下述兩項「最低要求」。

必定承保而附加保費率設有上限

3.19. 我們建議，「靈活計劃」無須遵從「標準計劃」下必定承保而附加保費率設有上限的強制規定（第二章第2.25至2.29段）。這項規定雖有利於保障消費者，但同時會使成本上升。以較相宜的保費向高風險人士提供「標準計劃」保障，所涉及的成本會由高風險池承擔，而高風險池則須由所得保費和公帑支援其運作。如規定「靈活計劃」（提供較「標準計劃」較佳的保障）須遵守必定承保而附加保費率設有上限的這項規定，政府便須提供更多的財政支援。為善用公帑，我們認為高風險池只接納「標準計劃」保單是恰當的安排。

3.20. 我們曾經考慮是否規定「靈活計劃」提供必定承保但不設附加保費率上限，或附加保費率設有上限但不保證承保的安排。就第一種情況而言，如規定承保機構須提供必定承保但不設附加保費率上限，則高風險人士會難以負擔包含附加保費後的保費。這樣會令高風險人士不願意投保，同時令必定承保失去原意。第二種情況也並非對消費者有利。如只保留附加保費率上限的規定但不保證承保，承保機構將不得收取與其承擔風險相稱、但超出附加保費率上限的附加保費，為免承受過高風險，承保機構或會拒絕高風險人士的投保申請。

3.21. 綜觀以上所述，加上「標準計劃」下必定承保而附加保費率設有上限的規定已能為消費者提供一定保障，我們認為放寬「靈活計劃」在這方面的規定是合理的。

費用分擔限制

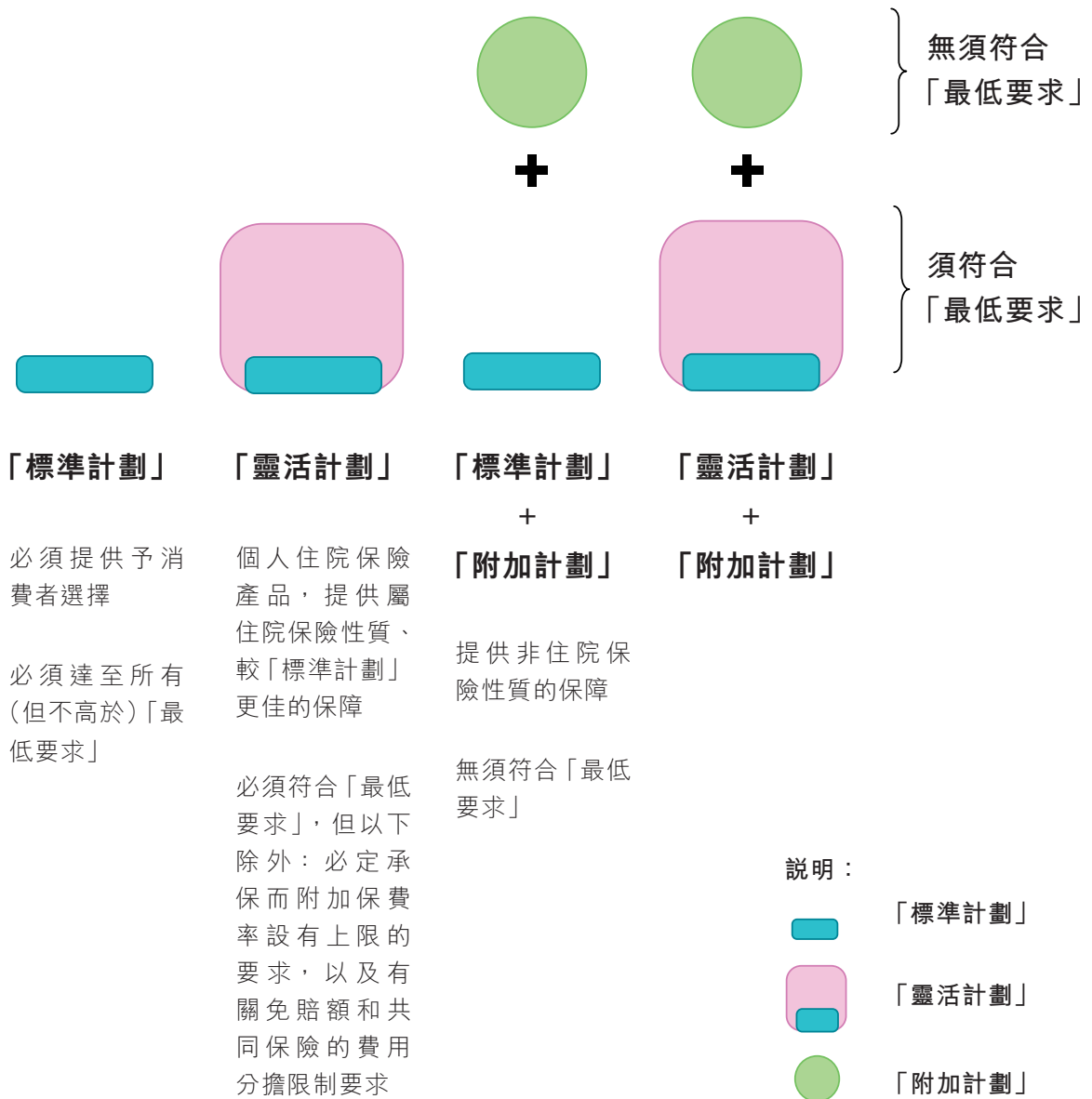
3.22. 為了向消費者提供更多產品選擇，我們認為可放寬費用分擔安排的規定。我們建議容許承保機構推出設有免賠額和共同保險的「靈活計劃」，但保單持有人承擔的免賠額或共同保險款額，仍不得超過「標準計劃」每年30,000元的建議上限（但不包括保單持有人因實際支出超過保單保障限額而須繳付的任何款額）（第二章第2.40段）。

「附加計劃」

3.23. 「附加計劃」是提供住院保險以外其他性質的保障（例如住院現金保障）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」。

3.24. 圖3.1說明「標準計劃」、「靈活計劃」和「附加計劃」各種可行的產品組合。

圖3.1 「標準計劃」、「靈活計劃」和「附加計劃」各種可行的產品組合



3.25. 表3.4撮錄了第二章及本章所載的「標準計劃」、「靈活計劃」及「附加計劃」的產品設計要求。

表3.4 「標準計劃」、「靈活計劃」及「附加計劃」的產品設計要求

產品設計要求	「標準計劃」	「靈活計劃」	「附加計劃」
(A) 保險的投購和延續性			
(1) 保證續保	是	是	不予規管
(2) 「終身可獲保障總額上限」	不容許	不容許	不予規管
(3) 承保投保前已有病症	是，在標準等候期後	是，在標準等候期後	不予規管
(4) 必定承保而附加保費率設有上限	是	不予規管	不予規管
(5) 保單「自由行」	是，如在轉換保單前緊接一段時間（例如三年）內沒有提出任何索償，應獲豁免重新核保	是 ⁴ ，如在轉換保單前緊接一段時間（例如三年）內沒有提出任何索償，應獲豁免重新核保	不予規管
(B) 保險保障的質素			
(6) 承保住院及訂明的非住院程序	是	是，可以提供較訂明承保範圍更佳的保障	不適用
(7) 承保訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療	是	是，可以提供較訂明承保範圍更佳的保障	不適用

4 新的承保機構（即保單持有人將保單轉移到的承保機構）必須至少提供「標準計劃」，作為保單持有人的其中一個選擇。新的承保機構可在「標準計劃」以外，向保單持有人提供「靈活計劃」。

產品設計要求	「標準計劃」	「靈活計劃」	「附加計劃」
(B) 保險保障的質素			
(8) 最低保障限額	有	有，可以提供較訂明保障限額更佳的保障	不適用
(9) 費用分擔限制	<p>須就訂明的先進診斷成像檢測繳付固定的30%共同保險</p> <p>不設免賠額及其他共同保險</p> <p>就保單持有人在共同保險的支出設每年30,000元的上限</p>	<p>容許設免賠額及共同保險，不予規管</p> <p>就保單持有人在免賠額及共同保險方面的支出設每年30,000元的上限</p>	不予規管
(C) 透明度及明確性			
(10) 明確的支出預算	有	有	不予規管
(11) 標準保單條款及條件	有	有	不予規管
(12) 保費透明度	有	有	不予規管

其他產品設計事宜

儲蓄

3.26. 為鼓勵保單持有人持續投保，並提高他們年老時負擔保費的能力，醫療改革第二階段公眾諮詢（第二階段諮詢）提出在醫療保障計劃（醫保計劃）加入儲蓄項目的方案，投保人可用儲蓄款項繳付日後的保費。不過，第二階段諮詢結果顯示，社會各界對於在醫保計劃加入強制性儲蓄項目，相當有保留。當中，市民特別關注儲蓄款項只可用於支付日後保費，做法欠缺彈性。有些市民認為強制儲蓄項目會減低醫保計劃的吸引力，令市民不願意參加。另有市民關注儲蓄戶口所需的行政費用，以及長遠而言累積儲蓄能否衍生足夠回報支付日後保費。

3.27. 除考慮公眾對這事項的意見外，我們也注意到香港的情況有別於海外國家。一般而言，醫療儲蓄戶口對於一些就投資收益和儲蓄利息徵收較高稅項的國家（如美國）較為相關。當地國民較願意接受動用醫療儲蓄戶口款項方面的限制，以便獲得政府提供的稅務優惠。由於香港沒有就個別人士的投資和利息收入徵稅，加上受本地文化影響，市民大多習慣作私人儲蓄，我們認為透過「附加計劃」提供自選的儲蓄項目是較為恰當的做法，而不應將儲蓄項目列為「最低要求」下符合規定產品的強制項目。

無索償折扣

3.28. 第二階段諮詢建議要求承保機構向一段時間沒有提出索償的醫保計劃保單持有人提供無索償折扣。然而，社會對這建議有不同意見。雖然部分人同意，無索償折扣可吸引更多低風險人士及年輕人加入醫保計劃，但亦有意見指出無索償折扣或會帶來非預期效果，使保單持有人不願意尋求所需治療。考慮上述原因後，我們建議不把無索償折扣納入「最低要求」內。不過為了令市場更有彈性，承保機構可在「靈活計劃」下向保單持有人提供無索償折扣，作為該等計劃的自選項目。

服務用量及成本控制

3.29. 控制醫療服務使用率及醫療成本，是維持自願醫保計劃的長遠可行性和持續性的關鍵因素。我們建議在「最低要求」下制定一系列措施，以便能更妥善地控制醫療服務使用率及醫療成本，從而有助更有效地監察保費水平。有關的措施再次列述如下：

- (a) 按照非住院形式服務的價格水平，為訂明的非住院程序、訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療釐定套餐式保障限額，這樣有助省卻不必要的住院和控制醫療成本；

- (b) 就訂明的先進診斷成像檢測訂立固定的30%共同保險比率，以控制道德風險和避免因濫用而導致醫療服務用量增加；
- (c) 「免繳付套餐/定額套餐」安排、套餐式保障架構和「服務預算同意書」有助提高價格透明度，並為消費者和承保機構提供更明確的預算；以及
- (d) 更高的保費透明度，以及可更容易地比較自願醫保計劃下符合規定的保險產品，有助推動市場競爭和更有效地監察保費水平。

3.30. 雖然自願醫保計劃的設計以住院服務為主，但基層醫療對於確保審慎運用醫療資源在真正有需要的人士身上，發揮了重要的作用。讓基層醫療服務提供者有適當程度的參與，也可有效減低自願醫保計劃下因道德風險而引致濫用私營醫療服務的情況。有效的基層醫療服務往往可改善市民的健康、減低他們接受較昂貴醫療服務（特別是專科和住院服務）的需要，同時有助確保市民獲得持續和妥善協調的醫護服務。如醫療資源的運用更具成效，醫療保險的索償款額便可受到較佳控制，從而有助更有效監察保費水平和控制醫療成本。

3.31. 為此，食物及衛生局一直推行多項政策措施，以加強基層醫療服務、推廣預防和及早識別病症。這些措施包括推出先導計劃，資助較高風險的羣組接受大腸癌篩檢；優化長者醫療券試驗計劃和院舍及日間護理中心長者基礎牙科外展服務先導計劃，並把這些計劃轉為恆常資助項目；以及探討以試點形式設立綜合長者服務中心的可行性，在社區為長者提供一站式、跨專業的醫護及社會服務。

第四章 使用公帑

使用公帑的原則

4.1. 在考慮應否使用公帑支援推行自願醫保計劃，和衡量各個可行方案並提出建議時，我們本著以下原則：

- (a) 公帑的使用應直接有助達到自願醫保計劃的目標，即為願意並有能力使用私營醫療服務的人士提供物有所值的服務；
- (b) 公帑的使用應有助落實「最低要求」，包括切合社會需要但會影響商業成本的規定，例如必定承保而附加保費率設有上限等；
- (c) 公帑的使用應能鼓勵改變行為，以加強自願醫保計劃的持續性，包括鼓勵市民在年輕和健康時購買醫療保險；以及
- (d) 公帑的使用應按審慎而合理的原則加以考慮。在考慮任何公帑資助或財政誘因時亦應一併考慮所涉的行政費用以及其他非財政的替代措施，例如採用規管方法等。

4.2. 根據上述原則，我們審視了在下述範疇以公帑支援推行自願醫保計劃。

向高風險池注資公帑

4.3. 在醫療改革第二階段公眾諮詢（第二階段諮詢）中，市民最擔憂的問題之一，是高風險人士即使願意購買住院保險，也難以成功投保。現時，承保機構拒絕接受在投保前已患病或健康風險較高的人士（例如患糖尿病、中風或心臟病等）的住院保險申請，是常見的情況。即使他們的申請獲接納，保單中也會加入個別不承保條款，訂明承保範圍不包括直接或間接因投保前已有病症而導致的索償。這些不承保條款往往是引起爭議的源頭。業界現時並沒有就這類條款訂立共同認可的標準字眼，也沒有統一的方法詮釋這些往往以專業術語和法律詞彙表達的條款。此外，承保機構也可按照其承擔的額外風險，收取他們認為是適當比率的附加保費。如附加保費的水平極高，也會令擬投購住院保險的高風險人士卻步。

4.4. 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」中規定承保機構須在下述情況下向消費者提供必定承保而附加保費率上限為標準保費200%的「標準計劃」——

- (a) 自願醫保計劃推行首年內，所有年齡人士；以及
- (b) 自願醫保計劃推行第二年起，40歲或以下人士。

此外，承保機構還須為投保前已有的病症提供保障，但設有標準等候期（請參閱第二章第2.24段）。

4.5. 我們明白按照上述要求，承保機構在一些經評估後須收取超過標準保費兩倍的附加保費的個案上，未必可以收取與其承擔風險相稱的足夠保費。如果沒有適當的措施來控制風險，承保機構或須增加所有保單持有人的標準保費，以分攤額外風險。由於自願醫保計劃屬自願性質，標準保費上升會減低有意投保的顧客（尤其是較健康人士）投購住院保險的意欲，違背了自願醫保計劃鼓勵和便利投購住院保險的目的。

高風險池

4.6. 為確保高風險人士也可投購住院保險，我們在第二階段諮詢中建議設立一個由業界營運的高風險池，以承接高風險人士的「標準計劃」保單，即承保機構評估須收取標準保費兩倍或以上的附加保費的保單。根據這項安排，這些高風險人士的「標準計劃」保單會被轉移到高風險池，與包含非高風險保單持有人的「一般」風險池分開。這些高風險人士保單的所有保費支付、索償和負債都會歸入高風險池，而任何償付時不足之數將由政府撥款支付。這樣，由於高風險人士獲得住院保險保障後不會令承保機構承擔額外風險，「一般」風險池中非高風險保單持有人的保費，便不會因此受到影響。

美國營運高風險池的經驗

根據美國醫療改革的《病患保護與廉價醫療法案》（Patient Protection and Affordable Care Act），由二零一四年起，所有人士必須獲得私人醫療保險保障。承保機構一律須接受所有人士投保，並不能因應個別投保人的健康狀況而調整其保費。在醫療改革前，無法獲得私人醫療保險的人士只可透過高風險池（如其居住的州份設有高風險池的話）受保。在美國，超過30個州份有營運高風險池的經驗。這些高風險池是各州份（例如加州、伊利諾州和德州）設立的特別計劃，以接受高風險人士（主要是投保前有已有病症的人士）投保。這些州份的高風險池的撥款安排和運作各有不同。一般而言，高風險池的成員須繳付的保費高於商業市場類似計劃的標準保費。高風險池的資金來自所收取的保費、州政府的資助，

或向承保機構徵收的徵費。在二零一四年前的過渡期，聯邦政府在二零一零年推出一項名為《投保前已有病症保險計劃》（Pre-existing Conditions Insurance Plan）的短期計劃。該計劃以聯邦政府提供的臨時高風險池方式運作，接受遭私人醫療保險拒保的高風險人士投保。在《病患保護與廉價護理法案》實施後，各州份營運的高風險池和《投保前已有病症保險計劃》已逐步停止運作。這是因為為高風險人士提供可負擔的醫療保險保障這項政策目標，已能透過醫療改革的措施達到—即以強制參與的方式讓健康的受保人補貼不健康的受保人、必定承保及限制因健康狀況而調整保費等。

4.7. 我們仔細考慮並參考顧問的意見後，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¹；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%；
- (h) 高風險池由第六章所述的規管機構監察；以及

1 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。

- (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。

有意見認為，承保機構可能會故意提高附加保費率，以便把較高風險人士的保單轉移至高風險池，因而影響高風險池在財政上的可持續性。我們認為出現這種假設情況的機會不大，因為只要承保機構能夠收取與所承擔的額外風險相稱的附加保費，即使把較高風險人士的保單保留在其保險組合內，承保機構仍能透過承保賺取利潤。在這情況下，承保機構按照所承擔的風險釐定合適的附加保費率，會較故意提高附加保費率藉以把保單轉移至高風險池的做法更為有利。此外，由於所有承保機構都必須向消費者提供「標準計劃」作為其中一項選擇，而消費者可比較各承保機構的「標準計劃」的收費，因此在價格競爭的情況下故意提高附加保費率，對承保機構來說並沒有益處。

假使在這個不大可能發生的情況下，即承保機構故意提高較高風險人士保單的附加保費率，也不會損及高風險池的財政狀況，因為高風險池收取的保費將高於預計的索償金額。

高風險池的融資安排

4.8. 在第二階段諮詢中，當局曾建議以轉移至高風險池的保單的保費收入和承保機構支付的再保險徵費，為高風險池提供資金。當高風險池不能維持運作時，政府可考慮撥款支援。我們在仔細考慮第二階段諮詢期間收到的意見後，建議不徵收再保險徵費。這是因為承保機構很可能會將這筆徵費帶來的商業成本，透過增加所有保單持有人的保費的方式轉嫁給保單持有人。這樣不但違背了自願醫保計劃鼓勵和便利更多人投購住院保險的目標，還可能會令現有一些保單持有人放棄住院保險保障。

4.9. 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，代替徵收再保險徵費，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²。因此，政府運用公帑資助那

2 醫院管理局的服務由政府大幅資助。舉例而言，病人住院(一般急症病床)每日只須繳費100元，資助率約為98%。

些願意通過繳付保費和自付費用使用私營醫療服務，從而自行承擔醫療費用的高風險人士，讓他們能投購住院保險，是公平的做法。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。

對政府財政的影響

4.10. 在參考國際及本地市場經驗後，顧問預計³，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）。表4.1載列了顧問預計二零一六至二零四零年25年間高風險池對政府財政的影響。

**表4.1 高風險池對政府財政的預計影響（二零一六至二零四零年25年間的累計數字）
（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（索償款額的 12.5%）	+	20 億元
高風險池運作的成本總額 [(a)+(b)]	=	178 億元
(c) 收取保費（3 x 標準保費）	-	135 億元
所需撥款 [(a)+(b)-(c)]	=	43 億元
高風險池平均每年的人數		23 980
營運高風險池的每年人均總代價 ⁴		29,700 元
高風險池成員每年人均所需撥款 ⁵		7,200 元

3 這裏敘述的是顧問所推算的各種情況中屬中等程度影響的情況。

4 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。

5 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。

4.11. 上述預算是基於下列主要假設擬訂的 —

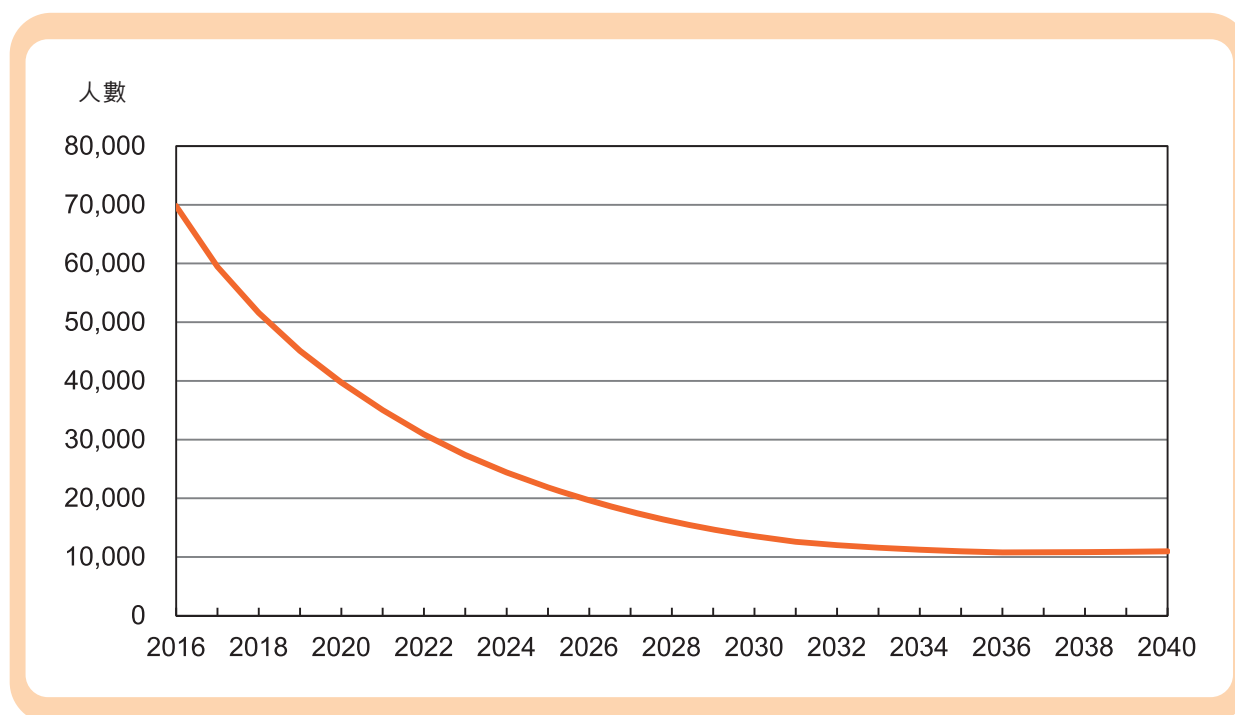
- (a) 自願醫保計劃推行首年（為方便規劃，假設為二零一六年）內，必定承保的要求適用於所有年齡人士，由第二年起適用於40歲或以下人士；
- (b) 承保投保前已有的病症，但設有標準等候期，最初數年的部分償款安排如下——
 - (i) 第一年 — 不受保障
 - (ii) 第二年 — 可獲25%償款
 - (iii) 第三年 — 可獲50%償款
 - (iv) 第四年起 — 可獲全部償款；
- (c) 附加保費率的上限為標準保費的200%；
- (d) 高風險池的保單持有人的索償款額是標準風險保單持有人平均的索償款額的六倍⁶（即成本因素）；以及
- (e) 營運高風險池的行政費用（包括管理費用、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%⁷。

4.12. 簡而言之，高風險池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。基於在推行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

- 6 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；以及
 - 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。
- 7 在決定營運高風險池的假設行政費用時，顧問參考了某程度上與擬議高風險池相類似的數個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%，而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%。

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約3.6%⁸）。長遠而言，由於在推行自願醫保計劃第二年開始，高風險池只會接受40歲或以下人士投保，故預計高風險池的人數會逐步下降，並在二零四零年下降至約10 900人（佔受個人住院保險保障總人口約0.5%）。圖4.1顯示由二零一六至二零四零年高風險池的預期人數。

圖4.1 高風險池的預期人數（二零一六至二零四零年）

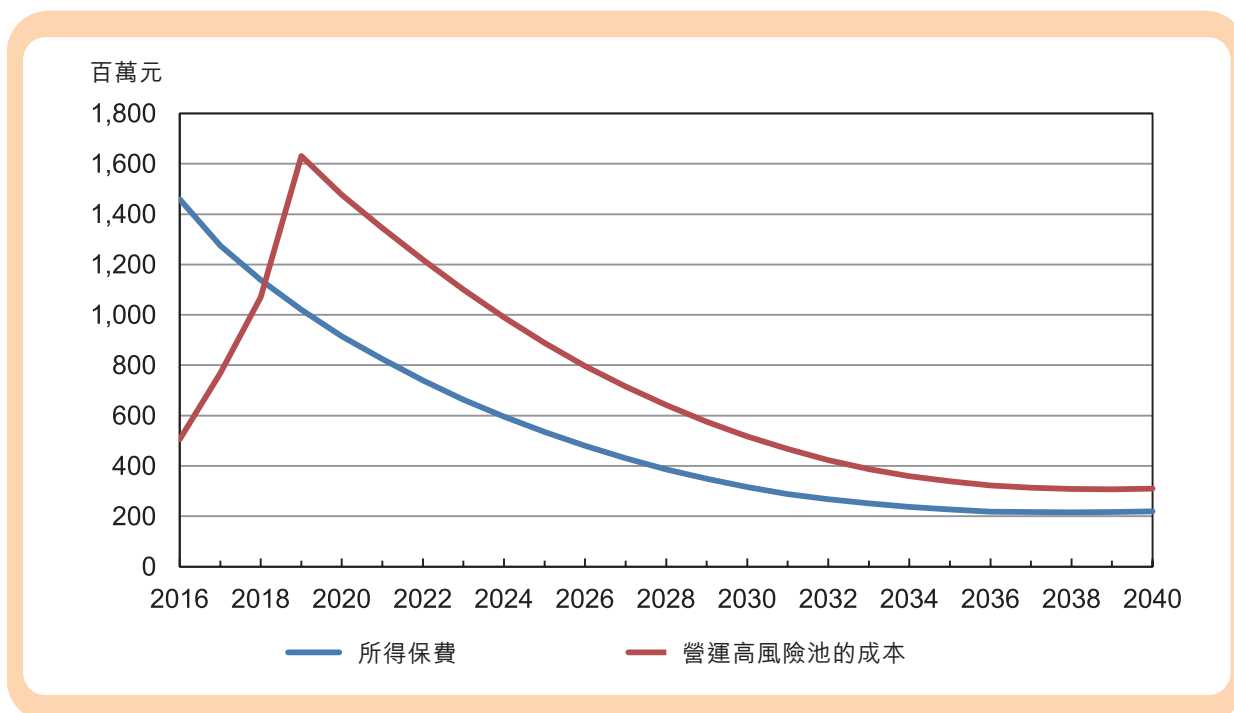


註：由二零一六至二零四零年，高風險池的每年平均人數為23 980人。

4.13. 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持有人的平均索償款額的六倍，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（假定為每年一般通脹率加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，高風險池的總成本預計會回落至每年約3.10億元（圖4.2）。

8 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，考慮的影響因素包括人口老化及醫療通脹等。顧問接着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。

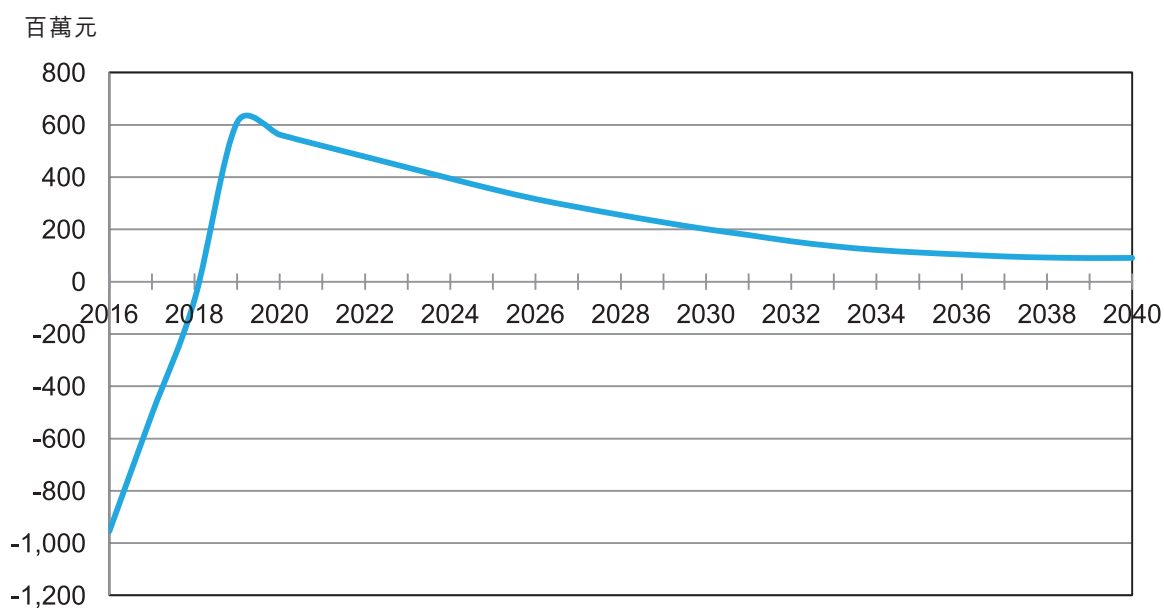
圖 4.2 高風險池每年的保費總所得和每年營運總成本（按二零一二年的固定價格計算）



4.14. 在自願醫保計劃推行首數年內，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。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。

4.15. 由於自願醫保計劃推行後首數年設有等候期，對索償款額有抑制作用，因此預計高風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4.3）。食物及衛生局會參考運作經驗，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。

圖 4.3 估計政府每年須為高風險池承擔的預計款額（按二零一二年的固定價格計算）



另一個可能發生的是類似美國的情況，即只有健康狀況非常差的人士才加入高風險池。在這情況下，顧問粗略假設高風險池的人數為預測情況的五分之一，即只佔二零一六年受個人住院保險保障總人口的0.7%（而非在預測情況中假設的3.6%）；而高風險池成員的成本因素則上升至十倍（而非預測情況的六倍）。在這情況下，政府在未來25年間（二零一六至二零四零年）須為高風險池而承擔的累計總款額將為30億元（按二零一二年的固定價格計算）。

如果放寬必定承保而附加保費率設有上限的年齡上限，則會影響高風險池所需的公帑款額，因為此舉會令較年長時才進入高風險池的人數上升，而這些人士較可能有健康問題，因而涉及較高的索償款額。表4.2載有不同年齡上限的預計影響。

表4.2 在不同年齡上限下政府須為高風險池營運而承擔的預計款額(二零一六至二零二零年25年間的累計數字)(按二零一二年的固定價格計算)

自願醫保計劃推行第二年開始，必定承保而附加保費率設有上限的規定的年齡上限	45	50	55	60	65
預計政府承擔的款額	46 億元	53 億元	64 億元	80 億元	119 億元

設定較低的必定承保年齡上限，有助鼓勵更多市民在年輕和健康時參加自願醫保計劃。青年人通常較健康，因而可獲納入保費較低的核保類別內。即使他們在年長時健康轉差，仍然可維持在同一核保類別內而無須接受重新核保。相反，如設定較高的必定承保年齡上限，市民很可能會在較年長時才參加自願醫保計劃，屆時他們的健康可能已出現問題，須負擔的保費也會較他們早些參加計劃所須繳付的為高。

如市民在自願醫保計劃推行第二年後，即必定承保的年齡上限定為40歲後，才參加自願醫保計劃，他們仍可享受除「必定承保而附加保費率設有上限」這項規定以外所有「標準計劃」提供的保障，例如保證續保、承保投保前已有病症及標準保單條款及條件。

4.16. 鑑於高風險池需要公帑注資，我們建議高風險池只接受「標準計劃」的保單。此外，在資格準則方面，我們建議採用醫院管理局和衛生署沿用的資格準則，即以獲資助的收費率使用公營醫療服務的資格準則。換言之，只有下列類別人士（符合資格人士）的「標準計劃」保單才符合資格為高風險池所接納：

- (a) 持有根據《人事登記條例》（第177章）所簽發香港身份證的人士；以及
- (b) 11歲以下身為香港居民的兒童。

醫護管理

4.17. 顧問認為，有效推廣健康生活模式，並鼓勵積極醫護管理，可更有效地控制高風險池的營運成本。因此，我們建議為高風險池成員引入醫護管理計劃，例如為他們設計健康計劃，以改變他們的生活習慣和加強健康意識。健康計劃包含一系列活動，旨在積極協助參加者自願改變其生活習慣，從而改善健康，保持身心康泰。計劃內容通常包括了解參加者的健康狀況、針對已知的風險因素提供教育和適時介入的服務，並可能會為表現良好的參加者提供獎勵。海外經驗顯示，醫護管理計劃有助改善慢性疾病的治理，使治療更具效益。

根據顧問研究，經濟合作及發展組織的經驗顯示，改善慢性疾病的治理對提高治療效益十分重要。在及早介入和改善慢性疾病治理方面投入資源，有助減少可避免的住院情況，以及把長期住院的需要減至最低。世界衛生組織（二零一一年）指出，減低主要的行為風險因素（包括吸煙、缺乏運動、酗酒和不良飲食習慣），可預防多種慢性疾病。健康計劃加上綜合護理有助預防和鼓勵病人自理慢性疾病。典型的計劃由一支跨專業護理團隊推行，成員包括醫生、護士和營養師等，負責教育和協助個別病人治理慢性疾病。以美國為例，推行疾病治理計劃（例如家訪、輔導、提醒病人按指示服藥等），能使患有糖尿病、哮喘或充血性心臟衰竭等慢性疾病的病人大幅減少住院及使用醫療服務。

4.18. 推行醫護管理計劃的費用是營運高風險池的成本之一，並已計入高風險池的財政預算內。顧問估計，如缺乏有效的醫護管理，高風險池成員的成本因素會是平均標準風險的保單持有人的七倍，而非現時假設的六倍（按二零一二年的固定價格計算，即平均每年增加約一億元的索償款額）。

財政誘因

4.19. 為達到自願醫保計劃的目標，必須在自願醫保計劃開始時吸引一定的參與人數，並維持這個參與規模，使計劃能有效率地運作，並對醫療系統產生實質影響。在第二階段諮詢時，我們曾經研究用以推廣及早投購住院保險和鼓勵保單持有人儲蓄的各項財政誘因的利弊。這些方案包括稅務誘因、以無索償折扣形式向新參加者提供保費折扣，以及向保單持有人提供政府資助以鼓勵他們儲蓄。市民對這些方案持有不同意見，包括提供財政誘因鼓勵投購醫療保障計劃（醫保計劃）或儲蓄是否恰當，以及各項財政誘因的方案是否可行及可取。

4.20. 我們作進一步考慮後，認為鼓勵市民投購住院保險的方案各有利弊，並沒有十全十美的財政誘因形式。使用公帑推動消費者行為，會同時帶來機會和風險，因此我們在決定使用財政誘因的模式及規模時，應當慎重考慮。

提供稅項扣除以鼓勵投購住院保險

4.21. 我們在考慮第二階段諮詢及其後所收到的意見和建議後，決定進一步研究以稅項扣除的方式為自願醫保計劃提供財政誘因的方案，相關理由載於下文。

4.22. 首先，從消費者的角度看，稅項扣除簡單易明，而其持續性質具有吸引已投保人士長期受保的優點。我們也注意到，社會有很多意見認為稅項扣除可鼓勵市民投購住院保險。

4.23. 第二，與其他形式的財政誘因相比，例如直接保費津貼或折扣，稅項扣除較不易被濫用。直接保費津貼或折扣或會誘使一些承保機構提高自願醫保計劃保單的保費，藉此獲取大部分保費資助或折扣款額。相比之下，稅項扣除較不易被濫用，因為可扣除的款額是按照納稅人的應課稅入息實額來計算，而承保機構應難以得知這項資料或加以利用。

4.24. 第三，稅項扣除相對簡單並易於執行，因為現時已有既定機制執行有關工作。事實上，在海外國家，稅項扣除是鼓勵市民投購私人醫療保險的普遍做法。

很多海外國家都為投購私人醫療保險設立稅務誘因及對沒有投購私人醫療保險的人士施加罰則。例如，在德國及愛爾蘭，保費可用作申請稅項扣除或稅項津貼。在澳洲，沒有私人醫療保險保障的高收入人士須繳付懲罰性的稅項。

4.25. 相比之下，提供直接保費折扣或津貼以鼓勵投購自願醫保計劃的方案實際上會較難推行。社會各界將須詳細討論如何釐定保費折扣或津貼的申請資格及比率，例如應否根據入息審查或按投保年齡或投保年期釐定折扣率或津貼額，或是否容許保單中斷後再續保等。此外，與目前已有既定機制的稅項扣除安排不同，如要提供直接保費折扣或津貼，便須設立新的行政制度，以處理申報、核實、發放津貼，以及監察和調查欺詐等工作。這樣會導致較高的行政費用，令這項措施的成效大打折扣。

4.26. 基於上述考慮因素，我們建議為下列保單的保費提供稅項扣除—

- (a) 達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單，包括「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」部分所支付的保費不會獲稅項扣除。然而，如消費者投購帶有「附加計劃」的「標準計劃」或「靈活計劃」，則可就「標準計劃」或「靈活計劃」部分所支付的保費申索稅項扣除；及/或
- (b) 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。

4.27. 為使更多人可受惠於稅項扣除，我們建議任何人士（即納稅人）可就其本身的保單及其受養人⁹的保單申索稅項扣除，而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。以下範例說明納稅人如何受惠於建議的稅項扣除（只供說明之用）。

假設：

- 下列例子中支付的保費數額是顧問估算「標準計劃」相應年齡組別在二零一二年的標準保費，按二零一二年的固定價格計算，並僅供說明之用。
- 每年可申索作稅項扣除的保費上限為每名受保人3,600元¹⁰。
- 申索金額在最高稅階內，稅率為17%。

例 4.1 屬標準風險的納稅人，受「標準計劃」保單保障

	支付保費	可申索稅項扣除的保費
納稅人 (30歲)	2,200 元	2,200 元
每年最多可減付的稅額		374 元 (2,200 元 x 17%)

9 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。

10 此數字是顧問估算「標準計劃」在二零一二年的平均標準保費，即3,600元（按二零一二年的固定價格計算），僅供說明之用。

例4.2 擁有一名受養配偶及一名受養父母的納稅人，各人均屬標準風險，並受「標準計劃」保單保障

	支付保費	可申索稅項扣除的保費
納稅人(45歲)	4,750 元	3,600 元
受養配偶(40歲)	3,300 元	3,300 元
受養父母(68歲)	8,600 元	3,600 元
總計	16,650 元	10,500 元
每年最多可減付的稅額		1,785 元 (10,500 元 x 17%)

例4.3 屬標準風險的納稅人、受「靈活計劃」及「附加計劃」保單保障

	支付保費	可申索稅項扣除的保費
納稅人(30歲)		
- 「靈活計劃」	3,400 元	3,400 元
- 「附加計劃」	1,000 元	0 元
總計	4,400 元	3,400 元
每年最多可減付的稅額		578 元 (3,400 元 x 17%)

4.28. 為清晰起見，我們建議稅項扣除不應適用於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（請參閱第五章的建議豁免安排），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鈎，因此未必與保單持有人的健康保障直接相關。

4.29. 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）¹¹，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。

鼓勵儲蓄的措施

4.30. 與稅項扣除相比，鼓勵保單持有人儲蓄的方案，好處在於鼓勵他們退休後繼續投保，同時也減輕他們在較年長時的保費負擔。然而，正如第三章第3.26至3.27段所闡釋，第二階段諮詢結果顯示，社會各界對於在醫保計劃加入強制性儲蓄項目，相當有保留，因此我們認為把儲蓄項目定為自選項目而非強制要求會較為恰當。由於儲蓄項目屬自願性質，鼓勵儲蓄的措施最終可能只惠及一小撮願意在其自願醫保計劃加入儲蓄項目的保單持有人，包括那些一直有儲蓄習慣或早已有意儲蓄的人士。由於這種措施未必能有效運用公帑，故不建議採用。

非財政誘因

4.31. 財政誘因並非唯一鼓勵市民投購或長期投購住院保險的方法。事實上，實施規管措施能夠加強消費者的信心，也可達到相同的目標。結合規管措施與財政誘因，成效會比單靠提供財政誘因更為理想。

4.32. 我們現時建議的「最低要求」屬於一項規管措施，能夠加強消費者投購住院保險的信心。這些規定可令消費者更容易獲得和持續得到保險保障，並提高保險保障的質素和透明度。必定承保而附加保費率設有上限，以及承保投保前已有病症的建議要求，將有助和鼓勵更多人士投購住院保險。保證續保的要求可保障保單持有人在年長時仍可繼續受保。至於續保時承保機構不能重新核保的要求，則可確保保單持有人在參加自願醫保計劃後，即使健康狀況有變，到年老時仍可享有負擔得來的保費。

4.33. 在推行自願醫保計劃時，我們也會舉辦教育和宣傳活動，以增進公眾對計劃的了解，並鼓勵他們早日投購自願醫品計劃的產品。

11 假設在二零一六年實施自願醫保計劃和稅項扣除。

第五章 轉移安排

5.1. 自願醫保計劃推行後，承保機構在銷售及/或訂立個人住院保險時，必須符合「最低要求」，並不得向消費者提供不符合「最低要求」的個人住院保險。

5.2. 為方便個人住院保險的保單持有人把現有保單轉移至符合「最低要求」的保單，我們建議採取下文所述的轉移安排。

現有個人住院保險保單的轉移

原則

5.3. 為現有個人住院保險保單制訂轉移安排時，我們充分考慮以下各種因素。轉移安排應：

- (a) 能夠鼓勵保單持有人把現有保單轉移至符合規定的保單；
- (b) 簡單而清晰，務求盡量減省行政工作，以便保單持有人順利轉移至符合規定的保單；以及
- (c) 公平對待保單持有人及承保機構，在確保消費者得到充分選擇及保障的同時，亦顧及符合規定的產品在商業營運上的可行性。

轉移期

5.4. 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。該一年期稱為「轉移期」，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（請參閱下文第5.10段至5.11段有關保單持有人選擇續保現有保單的安排）。

5.5. 由於個人住院保險保單是每年續保的，我們認為把轉移期定為一年，對保單持有人和承保機構來說是合適和方便的。此外，我們認為轉移期不應過長，以鼓勵保單持有人及早轉移至符合規定的保單。如轉移期太長，一些保單持有人可能會待健康狀況轉差時，才考慮轉移至符合規定的保單以尋求更佳保障。

現時市場上，醫療保險的保單合約為期一年，須每年續保。在建議的一年轉移期安排下，現有保單持有人可以在保單續保時，將現有保單轉移至符合規定的保單。

在轉移期內轉移保單

現有保障範圍和保障限額的簡易轉移安排

5.6. 如保單持有人選擇在轉移期內選擇轉移至符合規定的保單，可就其現有保單所涵蓋的保障範圍和保障限額（現有保障範圍和保障限額）享有簡易的轉移安排：

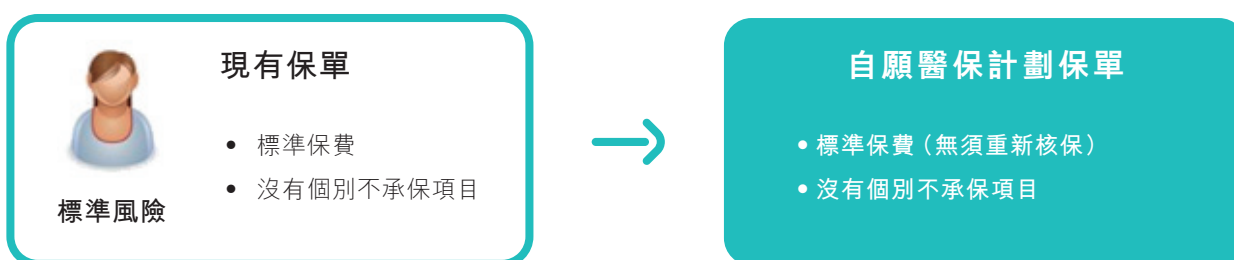
- (a) 不論保單持有人的索償記錄如何，承保機構都不得就其現有保障範圍和保障限額作重新核保。這意味着承保機構不能在新保單內加入任何現有保單沒有載列的個別不承保項目，也不能收取較現有保單附加保費（如有）為高的附加保費。只有原已載列於現有保單的個別不承保項目和附加保費才可保留在轉移後的新保單內。保單持有人可以選擇在轉移至新保單時剔除現有保單的個別不承保項目，但有可能會因而被重新核保並須繳付附加保費。不過，在重新核保後，保單持有人仍可決定保留個別不承保項目而不繳付附加保費；以及
- (b) 如保單持有人選擇從現有保單剔除個別不承保項目，他們可能需要就其投保前已有病症經歷標準等候期（有關自願醫保計劃擬議標準等候期的詳情，請參閱第二章第2.24段）。我們建議標準等候期會由現有保單首次生效當日開始計算，即現有保單的有效期會計算在新保單的標準等候期內。舉例來說，如現有保單在轉移兩年前已生效，保單持有人只需經過一年等候期，其原先並不在現有保單承保範圍內的投保前已有病症，便可在新保單下獲得全面承保。至於在現有保單生效後才出現的健康問題，不應被視為新保單的投保前已有病症，並應即時獲新保單全面承保。

圖5.1 轉移期內現有保障範圍和保障限額的簡易轉移安排

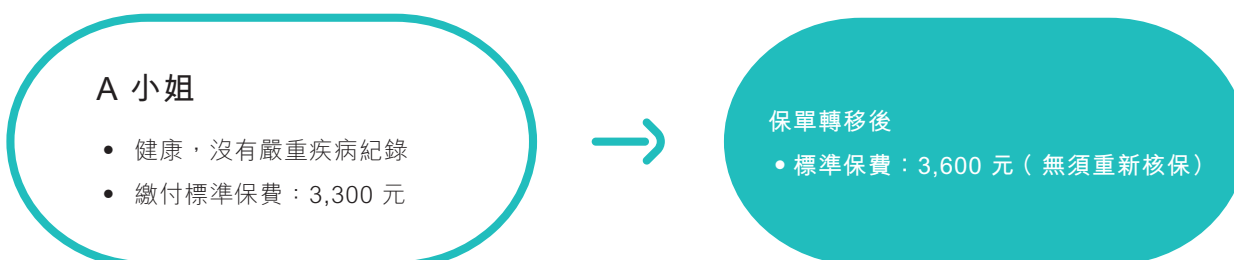
下列例子假設：

- 全部人士年齡相同；以及
- 現有保單的標準保費為每年3,300元，而自願醫保計劃保單的標準保費則為每年3,600元，男性和女性的保費相同¹。

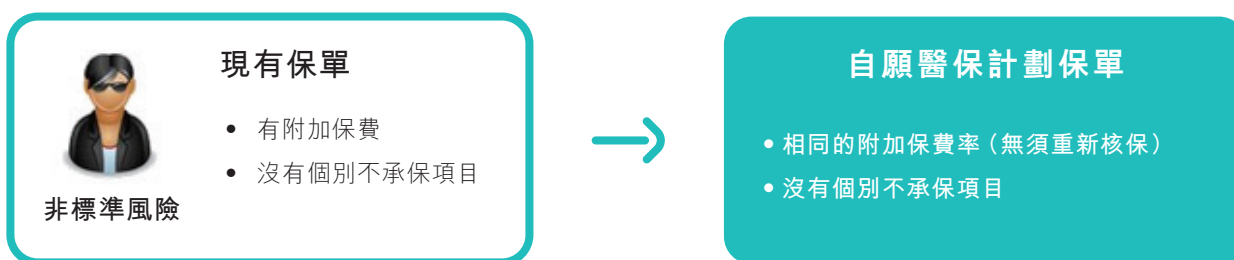
個案一



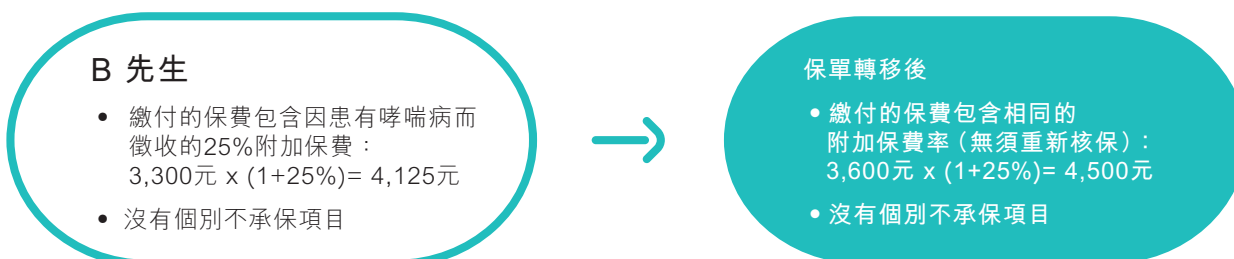
例一



個案二

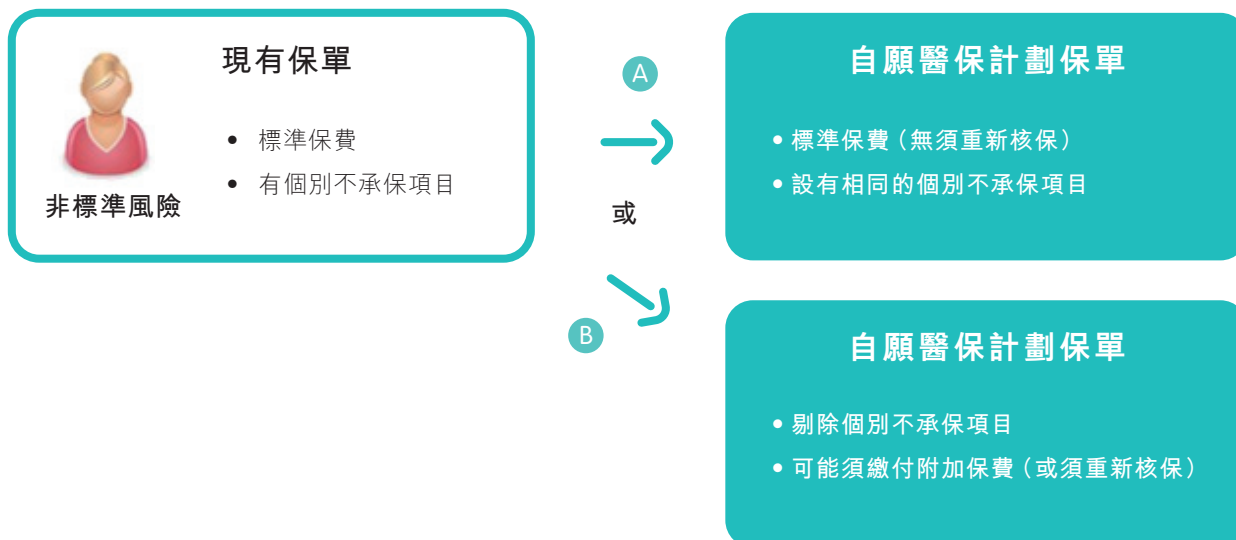


例二

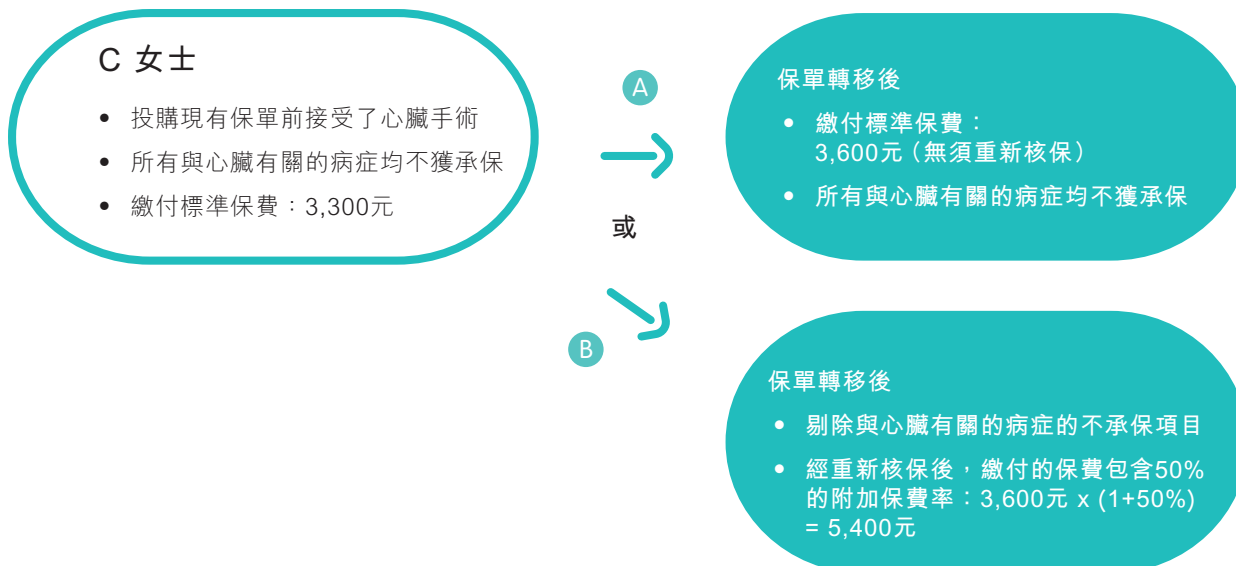


1 例子中的保費數字是只作說明用途的假設數字。保單持有人就現有及自願醫保計劃保單須繳付的標準保費率會因應其年齡及性別而有所不同，亦會因不同承保機構而異。為作說明，這裡的例子採用了自願醫保計劃的估算每年標準保費（即第三章第3.14段所提及的3,600元），但須注意的是，上述的估算保費數字涵蓋了新增保障及更高保障限額帶來的影響；但在這裡的例子中，並不涉及新增保障及更高保障限額。

個案三



例三



個案四

**現有保單**

- 有附加保費
- 有個別不承保項目

非標準風險



自願醫保計劃保單

- 相同的附加保費率（無須重新核保）
- 相同的個別不承保項目



自願醫保計劃保單

- 剔除個別不承保項目
- 可能須繳付額外附加保費（或須重新核保）

例四

D 先生

- 乙型肝炎帶菌者
- 所有與肝臟有關的病症均不獲承保
- 繳付的保費因患有高血壓而徵收25%的附加保費：
 $3,300 \text{元} \times (1+25\%) = 4,125 \text{元}$



保單轉移後

- 繳付的保費包含相同的附加保費率（無須重新核保）：
 $3,600 \text{元} \times (1+25\%) = 4,500 \text{元}$
- 所有與肝臟有關的病症均不獲承保



保單轉移後

- 剔除與肝臟有關的病症的不承保項目
- 經重新核保後，繳付的保費包含100%的附加保費率：
 $3,600 \text{元} \times (1+100\%) = 7,200 \text{元}$

新增的保障範圍和較高的保障限額

5.7. 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或保障限額，以符合「最低要求」（現有保單範圍沒有涵蓋的保障，例如非手術癌症治療；或現有保單的保障限額低於「最低要求」，例如手術費的賠償上限）。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，而承保機構亦未曾就這些保障對保單持有人進行核保；因此，如相關承保機構認為有需要，我們認為容許承保機構對保單持有人作重新核保是合理的，但核保範圍應僅限於新增的保障範圍和較高的保障限額，而不得包括現有保單已涵蓋的保障範圍和保障限額。我們認為應與相關持份者商討並制訂一套業務守則，從而盡量免卻對如新增保障範圍和較高限額等定義的爭論。除重新核保外，新增的保障範圍和較高的保障限額亦可能受投保前已有病症的標準等候期規定所約束。

5.8. 為鼓勵保單持有人把保單轉移至符合規定的保單，我們建議所有已轉移的保單（不論有否不承保項目）都可享有第四章所建議的稅項扣除安排。如已轉移的保單被評定為須繳付200%或以上的附加保費率，該保單亦可被納入高風險池²。

轉移期過後

5.9. 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分投購一份新保單；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。至於保單持有人是否終止其現有不符合規定的保單、將現有保單和新保單整合，還是將之獨立保留為獲豁免的保單，則屬其個人決定。

豁免現有個人住院保險保單

5.10. 從醫療政策的角度來看，我們認為長遠而言，市場上所有個人住院保險都應符合「最低要求」。然而，我們明白，有些現有保單持有人可能希望自行選擇是否轉移至符合規定的保單。

2 包括由須繳付200%或以上附加保費率的現有保單轉移過來的保單，及在轉移過程中經重新核保後、須繳付200%或以上附加保費率的保單。

5.11. 有見及此，我們建議，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（不論是在上述轉移期內或之後），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」。豁免安排設有下列規定：

- (a) 由於獲豁免的保單不符合「最低要求」，故不會享有稅項扣除；以及
- (b) 承保機構與保單持有人議定後，可更改獲豁免保單的條款及條件（包括承保範圍和保障限額）。如獲豁免保單的條款及條件經更改後符合「最低要求」，經修訂的保單便可被視為符合規定的產品，而保單持有人便可享有稅項扣除。

現有的團體住院保險保單

5.12. 由於團體住院保險保單不受「最低要求」規管，承保機構可繼續向僱主提供現有的團體住院保險產品，亦可自行選擇是否提供符合個人住院保險「最低要求」的團體保單。如僱主有意投購符合規定的團體保單，可與其承保機構磋商，自願轉移其保單至符合「最低要求」的保單。

5.13. 正如第二章第2.60至2.61段所建議，在推行自願醫保計劃後，承保機構提供予僱主的團體住院保險產品，必須包含一個「轉換選項」。「轉換選項」容許僱員在離職時以同一核保級別轉移至個人「標準計劃」，條件是該名僱員必須在緊接轉移保單前受僱滿一年。承保機構也可（以團體保單的形式）提供「自願補充計劃」，讓僱員可選擇在團體保險計劃之上自費投購額外保障。此舉目的是使團體保險計劃可在加入「自願補充計劃」後，提供與個人「標準計劃」相若的保障水平。

第六章 組織架構

自願醫保計劃的監管架構

6.1. 我們建議設立一個管治架構，以監督自願醫保計劃的推行。該管治架構由三個獨立但互相關連的部分組成：

- (a) 承保機構的審慎規管，即確保承保機構在財政上有足夠能力履行對受保人的責任；
- (b) 醫療服務的質素保證，包括質素、標準認證、收集基準和統計資料；以及
- (c) 自願醫保計劃內容的監管，包括自願醫保計劃的管理，以及提升價格透明度的措施。

6.2. 現有的規管制度已處理與首兩個部分相關的事宜。承保機構的審慎規管工作，現時由保險業監理處（保監處）負責。當自願醫保計劃推行後，保監處或建議日後成立取代保監處的獨立保險業監管局（保監局），應繼續執行這項職能。至於保險中介人的規管方面，我們建議這項職能應繼續由現行的自律規管組織（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，或在保監局成立後由該局負責。在醫療服務的質素保證方面，我們建議現時規管私營醫療機構和醫護專業人員的機構，即衛生署和相關的法定管理局、委員會及專業組織，應繼續執行其職責範疇內的工作。

6.3. 至於自願醫保計劃內容的監管，我們建議成立一個新的專責機構（規管機構）執行所需職能，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。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的慣常做法，如澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士及美國等（**附錄F**載有這五個海外司法管轄區的私人醫療保險規管架構摘要）。在這些司法管轄區，有關私人醫療保險產品的法定要求都由一個專職規管機構執行。

設立規管機構的基本原則

6.4. 在制訂規管機構的權力、職能和架構時，我們曾仔細考慮下列各點：

- (a) 規管機構應協助並促進落實自願醫保計劃的政策目標，從而為有能力並願意使用私營醫療服務的人士，提供物有所值的住院保險；

- (b) 規管機構應與相關規管組織緊密合作，以確保有效協調各方職務，避免職能重疊，例如承保機構的審慎規管及專業操守規管、有關保險中介人、醫療服務質素和專業醫護人員的規管事宜等；
- (c) 在以規管方式來保障公眾利益的同時，也應取得平衡，盡量減少規管可能帶來的負面影響，例如為遵從有關規定而引致過高的行政成本；以及
- (d) 除了參考海外地區的私人醫療保險規管架構以汲取有關經驗外，還必須詳細考慮本地住院保險和醫療服務市場的獨特環境。

規管機構的職能和權力

6.5. 我們建議規管機構應履行一系列屬於規管或促進性質的職能。在規管方面，規管機構的職能應最少包括以下各項：

- (a) 頒布、檢討和執行就個人住院保險訂明的「最低要求」以及為團體住院保險建議的「轉換選項」的有關規則和規例；
- (b) 為符合規定的個人住院保險產品存檔；
- (c) 為獲得豁免的個人住院保險保單保存記錄；
- (d) 監察高風險池的運作；
- (e) 頒布、檢討和執行與自願醫保計劃有關的守則或指引；
- (f) 確保市場上自願醫保計劃產品具透明度，包括設立網站，以便比較不同承保機構所提供的自願醫保計劃產品；
- (g) 處理與索償無關的消費者投訴，包括調查違反上文(a)和(e)段所述規則和規例的個案；以及
- (h) 按情況需要，把個案轉介至適當的規管組織或自律規管的專業組織調查和處理（請參閱下文第6.14段）。

6.6. 我們建議，規管機構在促進性質方面的職能，應最少包括以下各項：

- (a) 建立市場基礎設施，以促進自願醫保計劃的推行，例如開發資訊系統以便為產品存檔，以及從不同來源（例如承保機構和私營醫療服務提供者等）收集和發布數據；
- (b) 就有關自願醫保計劃的事宜聯絡相關的規管和監管組織（例如食物及衛生局、衛生署、醫院管理局（醫管局）、保監處/保監局、其他專業的自律規管組織等）；
- (c) 設立平台，供承保機構和私營醫療服務提供者商議有關自願醫保計劃的事宜；以及
- (d) 教育消費者有關自願醫保計劃的事宜。

法定形式和組織架構

政府主導

6.7. 我們認為，規管機構應以政府主導的形式設立，以確保規管機構在推行自願醫保計劃時直接向市民負責。此外，政府機構具備有效執行其職能所需的行政和運作經驗。正如附錄F所示，在顧問所研究的五個海外司法管轄區中，其醫療保險規管機構均是由政府主導的組織。

6.8. 我們建議將規管機構設於食物及衛生局之下，作為該局轄下一個行政組別，以便迅速回應政府的政策指引。我們會以立法形式，清楚界定規管機構的目標和權責，從而賦予規管機構充足的權力以執行其職能。

6.9. 長遠而言，視乎自願醫保計劃的推行情況和實際需要，規管機構可以獨立於政府的法定機構形式運作。作為一個獨立機構，規管機構在運作和招聘員工方面可以更靈活，同時可更適時回應本地和海外市場的變化，以及國際上有關監管規定的發展，從而促進保險業的穩健發展，為市民提供更佳保障。

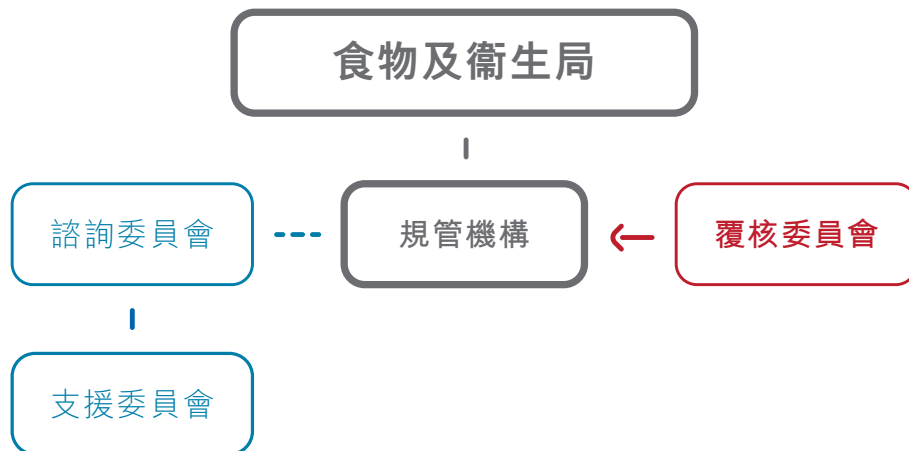
組織架構

6.10. 我們建議設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、相關規管組織及其他有關各方代表），就推行自願醫保計劃的運作詳情向規管機構提供專業意見。諮詢委員會也可作為一個平台，讓有關各方就自願醫保計劃交換意見。如有需要，諮詢委員會轄下可設立支援其運作的委員會，就特定的工作範疇向規管機構提供意見。

6.11. 為確保規管機構妥善行使權力，我們建議委任一個覆核委員會，因應受屈一方提出的上訴，檢視規管機構在履行上文第6.5(a)、(b)、(e)及(g)段所述規管職能時所作的決定。如有任何一方因規管機構在這些工作範疇所作的決定而感到受屈，可向覆核委員會提出上訴，要求重新考慮有關事宜。為確保持平公正，覆核委員會應主要由食物及衛生局局長委任的非官方成員組成，並以獨立於規管機構的方式運作。

6.12. 圖6.1說明規管機構的建議組織架構。

圖6.1 規管機構的組織架構



6.13. 至於人手編制方面，由於規管機構只負責規管一種保險產品的設計，我們認為規管機構的人數不必太多。鑑於自願醫保計劃涉及種種技術性事宜和複雜情況，我們認為規管機構應由跨專業人員組成，包括支援計劃運作、政策和發展的人員，以及在醫療保險和醫療服務方面具備專業知識的人員。舉例來說，監管高風險池的工作需要一些在處理索償和醫護服務管理方面具備專業知識的人員。我們將來會進一步評估規管機構的人力和財務資源需求。

與其他規管組織合作

6.14. 我們會與現有規管組織緊密聯繫，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，並有效地協調各方的職能。舉例來說，規管機構應就有關審慎規管的事宜，與保監處或建議成立的保監局合作。如個案涉及保險中介人的專業操守，規管機構應與現行的自律規管專業組織或建議成立的保監局保持緊密溝通。至於需要規管機構與其他規管組織聯手調查或合作處理的規管事宜，我們會探討可行方法，加強有關各方的合作，包括研究簽署諒解備忘錄是否適切可行，以釐清各規管組織的責任和角色。

索償糾紛調解機制

6.15. 正如醫療改革第二階段公眾諮詢所述，我們建議為自願醫保計劃設立索償糾紛調解機制，以便為消費者提供更佳保障。索償糾紛調解機制旨在提供獨立、公正、便利、快捷和財政上較易負擔的途徑，以便在訴訟(一般來說，訴訟不但費用較高，而且所耗時間也較長)以外提供另一項選擇，解決與醫療保險索償有關的財務糾紛。

本港現有的醫療保險索償糾紛處理機制

6.16. 除了法律程序外，本港現時有數個處理有關醫療保險索償糾紛的途徑。主要途徑之一是保險索償投訴局(投訴局)。該局是保險業界資助的自律規管組織，專責處理在香港投購的大部分個人保險保單¹所引起的索償投訴，因而在處理個人保險保單(包括醫療保險保單)索償糾紛方面累積了豐富的經驗²。投訴局的決定對承保機構具有約束力，但消費者並不受其約束。如消費者不滿意結果，可循法律途徑提出申訴。

6.17. 如保險索償糾紛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，則個別消費者也可向金融糾紛調解中心(調解中心)尋求以調解方式解決糾紛。如調解失敗，則可提交仲裁。

6.18. 與此同時，保監處也發揮監察職能，確保投訴獲得妥善處理。消費者委員會也會協助消費者跟進投訴，務求相關機構或組織採取適當行動。

1 投訴局並不處理商業、工業及第三者保險。

2 投訴局的投訴委員會成員包括其他專業界別人士(法律界、會計界和消費者代表)。投訴委員會參考名譽顧問的意見，審理索償投訴。名譽顧問是自願為投訴局服務的保險業人士。投訴局管治機構(投訴局理事會)的理事全部來自保險業界。

海外經驗

6.19. 整體來說，擬議索償糾紛調解機制的概念符合國際趨勢，即透過逐漸接受和擴大獨立另類糾紛調解機制的功能，處理保險糾紛，以期在費用高昂和費時的訴訟以外，為消費者提供更佳保障和選擇。**附錄G**概述了海外司法管轄區處理索償糾紛的機制。

6.20. 雖然不同地方的另類糾紛調解機制設計各有差別，但這些機制的獨立性和公信力對加強各方信心至為重要。在大部分地方，政府會直接管理或適當地介入這類機制的管治。此外，另類糾紛調解機制應提供簡便快捷的解決方法，以精簡行政工作和迅速處理糾紛。在我們研究的司法管轄區中，大多規定投訴人必須先嘗試與相關的金融機構尋求和解，如未能達致協議，才轉向另類糾紛調解機制。糾紛調解機制通常包含調解，但至於是否在無法通過調解解決糾紛時引入仲裁，則未有一致的做法。

設立索償糾紛調解機制的建議

6.21. 我們認為，未來的索償糾紛調解機制應提供一個獨立和具公信力的渠道，為自願醫保計劃的保單持有人解決索償糾紛，以符合公眾的期望。索償糾紛調解機制的主要特點載於下文各段。

涵蓋範圍

6.22. 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。涵蓋個人保單索償糾紛的建議，與海外慣常做法一致。由於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，所以他們都合乎資格循另類糾紛調解機制提出索償。

6.23. 除了個人自願醫保計劃保單，我們也曾考慮是否需要或是否適宜擴大索償糾紛調解機制的功能，以涵蓋團體醫療保險保單所引起的索償糾紛，或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。經審慎考慮後，我們建議在自願醫保計劃推行的首階段暫不涵蓋這些類別的索償糾紛。雖然現時並無特定途徑解決這些類別的索償糾紛，但我們注意到商業客戶和醫療服務提供者在與承保機構解決索償糾紛時，往往有較大的談判能力和較雄厚的財政資源。我們建議，在自願醫保計劃推行的首階段，公共資源應集中投放於資助個別消費者。長遠而言，我們會視乎索償糾紛調解機制的經驗和個案數量，考慮是否有需要和適宜擴大其涵蓋範圍。

運作模式

6.24. 根據海外經驗，調解和仲裁是兩個最為廣泛使用的另類糾紛調解方式。調解程序屬自願性質、無約束力而且過程並非公開，由一名獨立和中立的調解員協助當事人透過磋商解決糾紛，最後達成和解方案。作為訓練有素和公正中立的第三方，調解員在調解程序中發揮催化作用，協助當事人以理性和致力解決問題的態度進行溝通、引導當事人以積極和務實的方式討論爭議事宜、探討各方的需要和利益，以及協助擬定有效的和解協議，列明各方如何協議解決該問題。

6.25. 仲裁是一種法律程序。在這程序中，糾紛並非由法庭審理，而是由個人或數人組成的小組審理。這些人士稱為仲裁員，通常由爭議雙方協商指定，以協助當事人公平迅速地解決爭議。仲裁員必須保持中立持平，給予爭議雙方合理的機會陳述各自的理據。仲裁與法庭程序不同，並非以公開方式進行，一般較不拘形式。仲裁的裁決是最終的，對爭議雙方均具約束力。我們會參考本地和海外經驗，並在諮詢業界後，考慮在索償糾紛調解機制中採用調解及/或仲裁的方式。視乎索償糾紛調解機制的個案數量，我們建議可由自願醫保計劃規管機構負責為索償糾紛調解機制提供秘書處支援服務。

與現行機制的配合

6.26. 就功能而言，索償糾紛調解機制與現有的調解中心有不少相似之處，與投訴局也有一些共通點。因此，我們會探討可否在現有的調解中心/投訴局的基礎上設立索償糾紛調解機制。如須在自願醫保計劃下另設索償糾紛調解機制，我們會致力與調解中心/投訴局協同合作，建立溝通機制，以免混淆消費者。我們會與調解中心/投訴局深入商討互相配合的安排。

6.27. 長遠而言，設立單一的索償糾紛調解途徑是理想的做法，既可避免引起混淆，又可提高行政效率。在這情況下，我們會與持份者討論如何整合索償糾紛調解機制與及現有機制的功能。

第七章 配套措施

7.1. 在醫療改革第二階段公眾諮詢中，不少回應者指出，醫療保障計劃（醫保計劃）有賴於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。一些回應者擔憂因推行醫保計劃而上升的服務需求或會導致公營醫療界別人才流失，增加公營醫療系統在人手方面的壓力，因而影響服務水平及質素。回應者又認為，政府須便利私營醫療界別提供物有所值的服務，以應付醫保計劃推行後上升的需求。

7.2. 正如第八章所闡釋，推行自願醫保計劃會導致私營界別服務使用量增加。為確保醫護人力和私營醫療服務供應充足，食物及衛生局在制訂自願醫保計劃詳細建議的同時，一直推展多項政策措施。這些措施包括檢討醫護人力規劃和專業發展策略、促進私家醫院發展和檢討對私營醫療機構的規管。

醫護人力規劃及專業發展

7.3. 我們在二零一二年一月成立了一個高層次督導委員會（醫護人力檢討督導委員會），就醫護人力規劃及專業發展進行策略檢討。醫護人力檢討督導委員會由食物及衛生局局長擔任主席，負責根據策略檢討結果，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，以確保香港的醫療系統得以健康和持續發展。

7.4. 策略檢討主要涵蓋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。至於現時未受法定規管的醫護專業，檢討也會研究與這些專業日後發展有關的事宜，包括這些專業是否須受某種形式規管。

7.5. 為協助醫護人力檢討督導委員會掌握充分資料，以便向政府提出建議，我們委託了香港大學（港大）和香港中文大學（中大）為這次策略檢討提供專業意見和技術支援。港大負責從社會廣泛地收集客觀數據，通過統計方法和情景模擬，分析並整合這些數據；並顧及各項已知及潛在的因素和考慮，全面推算各指定醫護專業範疇的人力需求。中大則負責就本地及海外的規管架構進行比較檢討，內容涵蓋醫護專業人員的註冊、發牌、資歷和專業操守，以及訂立專業水準和維持專業能力的機制。

7.6. 策略檢討的工作現正全面展開。待檢討工作完成後，相關建議會連同兩項委託進行的研究結果一併公布。這些建議將有助找出方法，確保有足夠的專業醫護人員滿足社會的醫療需要。為了在過渡期間增加專業醫護人員的供應，政府在二零一二/一三年起

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）。

加強私營醫療服務量

7.7. 政府的政策是促進私家醫院的發展，藉加強本港醫療系統的整體服務量，應付不斷增加的服務需求，以及解決本港醫院服務公私營醫療失衡的情況。我們也希望藉着私家醫院的持續發展，為市民提供更多醫療服務的選擇。

發展新私家醫院

7.8. 政府在二零一三年三月批出一幅黃竹坑用地的標書，以供興建一間設有500張病床的新私家醫院。為了確保新醫院提供的服務質素良好、切合市民需要和有助提升醫療服務水平，我們在招標文件中訂定了一系列特別要求，涵蓋土地用途、醫院開始營運日期、病床數目、服務範疇、套餐式收費和收費透明度、服務對象、服務水平等。訂定這些特別要求，有助確保新私家醫院優先服務本港居民、採用具透明度的收費制度，並提供各項專科服務，以應付本港的醫療需求。

7.9. 在黃竹坑用地興建的新私家醫院預計於二零一七年或之前投入服務，該醫院的服務特點包括：

- (a) 提供內科、外科、矯型及創傷外科和婦科服務，以及11個其他專科¹的服務；
- (b) 產科病床數目將不超過醫院病床總數的3.2%；
- (c) 每年最少70%的住院病床日數會用於為本港居民提供服務；
- (d) 每年最少51%的住院病床日數會用於為本港居民提供標準病床的套餐式收費服務；
- (e) 向公眾提供全面的收費資料；以及
- (f) 盡力在醫院啟用後36個月內參與醫院評審，並獲得認證。

1 11個專科為神經外科、心胸肺外科、心臟科、血液科、腫瘤科、兒科、深切治療服務（包括心臟科、兒科及新生兒科深切治療服務）、急症室服務、眼科、中醫和精神健康服務。

7.10. 除了黃竹坑的新私家醫院外，我們亦正考慮不同機構的私家醫院發展計劃，包括中大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。政府會就醫院發展制訂適當要求，以協助達致政策目標，例如確保新醫院的服務範疇配合公立醫院服務，並切合社會需要，以及提供套餐式收費服務以支援自願醫保計劃。

重建或擴建現有私家醫院

7.11. 現時一些私家醫院正進行或計劃進行重建或擴建工程。這些醫院包括香港浸信會醫院、荃灣港安醫院、聖保祿醫院和養和醫院。這些現有私家醫院重建或擴建後，預期可額外提供約900張病床。

7.12. 我們預期新醫院落成和現有醫院重建後，本港醫療系統的整體服務量將會增加，讓市民有更多選擇，享用負擔得來而且優質的私營醫療服務。

規管私營醫療機構

7.13. 為了提高私營醫療服務的安全、質素和透明度，我們在二零一二年十月成立了私營醫療機構規管檢討督導委員會，檢討本港私營醫療機構的規管架構。是次檢討涵蓋兩條法例，分別是《醫院、護養院及留產院註冊條例》（第165章）和《診療所條例》（第343章），涵蓋的私營醫療機構類別包括私家醫院、護養院、留產院及非牟利診所。

7.14. 這兩條法例自一九六零年代至今從未大幅修訂，已無法因應醫療市場環境的變化而有效規管私營醫療服務。我們計劃修訂法例，擴大規管範圍以涵蓋私家醫院管治的種種重要範疇，例如機構和臨床管治、收費透明度及投訴管理，並賦權規管當局加強規管私營醫療機構。上述建議旨在回應市民對加強規管私營醫療服務的質素保證及增加收費透明度的訴求。此外，隨着醫療科技進步和內窺鏡檢查的普及，提供非住院手術或高風險醫療服務的日間醫療中心在世界各地日益盛行，我們會檢討及提出建議，對這類醫療中心施加適當的規管。此外，建議的新架構亦會規管法團公司管理下的診所。有關規管計劃將與自願醫保計劃互相配合，促進以非住院形式提供醫療服務。

7.15. 私營醫療機構規管檢討督導委員會由食物及衛生局局長擔任主席，職責是在考慮社會上不同界別的意見後，就私營醫療機構的規管模式及制度提出建議。這次檢討參考了海外的規管模式和保障病人權益的國際趨勢，同時顧及本地私營醫療服務的情況以至公眾的需求和期望。督導委員會研究了私營醫療機構的規管範圍，包括是否

把進行高風險醫學程序的機構納入規管範圍，以及收緊對私家醫院的規管標準，以保障公眾健康。

7.16. 私營醫療機構規管檢討督導委員會轄下設有四個工作小組，負責進行深入研究，並就優先研究範疇的未來發展路向制訂可行方案。具體來說，四個工作小組分別就以下各項提交建議：

- (a) 區分高風險醫療程序和美容服務；
- (b) 界定以非住院形式進行的高風險醫學程序/治療；
- (c) 規管處理使用先進療法的醫療產品的處所；以及
- (d) 規管私家醫院。

7.17. 四個工作小組已完成檢討工作，而督導委員會也接納了工作小組的建議。根據這些研究結果和建議，我們建議改革私營醫療機構的規管制度。這個規管制度包含一系列規管要求，以加強私營醫療服務的機構管治、臨床管治、機構標準和收費透明度。具體而言，在收費透明度方面，我們建議引入以下要求一

- (a) 披露收費資料：私家醫院應備有收費表，列明各項收費（例如病房、檢查和治療程序、醫療用品、藥物、醫療報告、覆印病歷副本等收費）。醫院應隨時備有整份收費表，方便市民查閱；
- (b) 劃一報價制度/「服務預算同意書」（請同時參閱第二章第2.48至2.51段）：如病人須就確診的病症接受醫療檢查或自選的非緊急治療手術/程序，應在入院時或之前，因應他/她的獨特情況，獲告知預算收費總額；
- (c) 就常見手術/程序採用「認可服務套餐」：鼓勵私家醫院提供標準病床的「認可服務套餐」，即以套餐價格為已知診斷進行的常見手術/程序（例如白內障手術、闌尾切除手術）提供劃一而清晰的標準服務；以及
- (d) 披露過往統計資料：私家醫院應對外公布規管當局所訂明的主要過往統計資料，如常見治療/程序的實際收費額、每年出院人數和平均住院日數等。

7.18. 政府正就改革私營醫療機構規管制度的詳細建議進行公眾諮詢，諮詢期由二零一四年十二月十五日至二零一五年三月十六日。詳情請參閱「私營醫療機構規管」諮詢文件。

第八章 對香港醫療系統的影響

8.1. 自願醫保計劃旨在透過提供最佳的保險保障，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，自願醫保計劃鼓勵和便利市民更多選用私營醫療服務，從而令公營系統專注於目標範疇和改善服務。此外，自願醫保計劃的承保範圍涵蓋訂明的非住院程序，有助更善用私營界別的資源，減少為了索償而佔用私家病床的個案，令真正需要住院的人士受惠。自願醫保計劃的產品設計鼓勵以非住院形式進行醫療程序，亦有助市民較易獲得更具成本效益的私營醫療服務。以上措施可更有效地分配和運用公私營醫療界別的資源，從而促進本港雙軌醫療制度的長遠可持續發展。

8.2. 自願醫保計劃只是改善本港醫療系統的表現和可持續發展的其中一項措施。由於自願醫保計劃屬自願性質，而且是一項輔助融資安排，因此在理解顧問就評估自願醫保計劃對醫療系統和醫療融資的影響的推算結果時，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。進行推算的目的，是為醫療規劃提供更多資訊，並宏觀地勾劃出如何透過住院保險市場的轉變，積極和持續地改善整體醫療系統。

8.3. 本章闡述顧問就自願醫保計劃對醫療系統及醫療融資的影響的推算結果，範圍涵蓋住院保險的投保率和保費，以及對公私營醫療界別的長遠影響。顧問比較了基線情況（即沒有推行自願醫保計劃的情況）與預測情況¹（即根據上文各章所述的建議推行自願醫保計劃的情況），並據此在下文各段闡述了自願醫保計劃的影響。顧問根據多項相互關連的因素和假設就這兩種情況進行推算，當中包括長遠醫療通脹、保險業界的非索償比率、醫療服務的使用情況、消費者對價格的敏感程度、自願醫保計劃對投購住院保險的影響、在轉移期內轉移至自願醫保計劃的市場反應等。有關推算假設自願醫保計劃由二零一六年起推行，推算期由二零一六年至二零四零年，共25年。所有金額數字均按二零一二年的固定價格計算。

住院保險的推算投保率

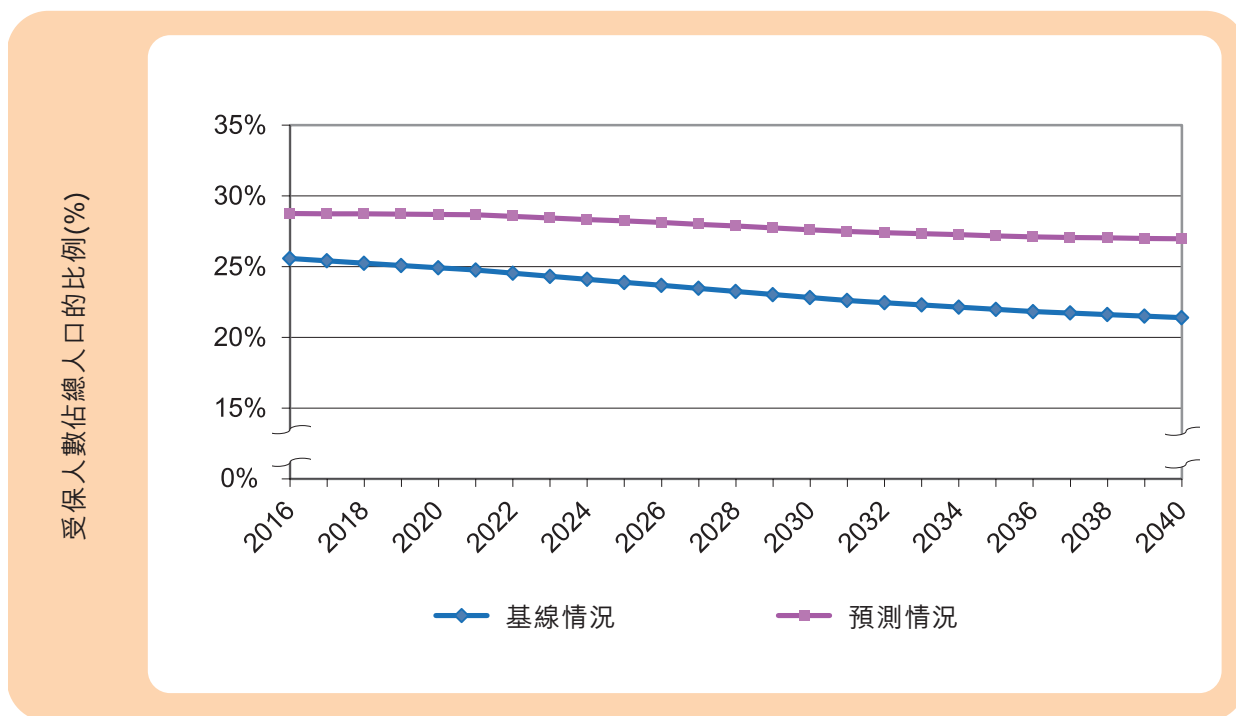
個人市場

8.4. 以所佔總人口比例而言，顧問估計不論是在基線情況或預測情況下，個人市場的住院保險投保率在推算期內皆呈下降趨勢（圖8.1）。由於人口老化，無論自願醫

1 這裏所指的預測情況是顧問所推算的各種情況中影響屬中等程度的情況。

保計劃推行與否，長者所佔總人口的比例也勢必增加。由於長者一般都沒有收入，或工作收入低微，但他們索償的機會較高，須繳付的保費也較高，所以較難負擔或持續投購住院保險。因此，人口老化有可能令住院保險的整體投保率呈下降趨勢。不過，在預測情況下，儘管自願醫保計劃不能逆轉該下降趨勢，但可帶來正面影響（如下文第8.11段所解釋），紓緩這下降趨勢。

圖8.1 個人住院保險的推算投保率



註：預測情況涵蓋獲豁免的保單和高風險池的保單。

8.5. 在基線情況下，顧問推算在二零一六年個人市場的住院保險投保率為26%²。投保率預期會呈現長期下降的趨勢，並在二零四零年下跌至21%。

8.6. 在預測情況下，二零一六年的個人市場住院保險的投保率將會顯著較高，達29%（按受保人數計，較基線情況多223 000人³）。在最初數年，雖然個人住院保險的保費有可能增加，因而對住院保險的投購意慾產生了一些抑制作用，但仍有多項抵銷因素令投保率較基線情況為高，包括消費者因政府規管而較有信心投購住院保險；高風險人士可通過必定承保這一特點獲得投保自願醫保計劃的機會；必定承保的年齡上限有助鼓勵市民及早投保，以及政府提供的稅務誘因等。

2 在基線情況下，個人住院保險無須符合「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。

3 本章的數字(金額數字除外)調整至最接近的千位數，個別數字相加未必等於總數。

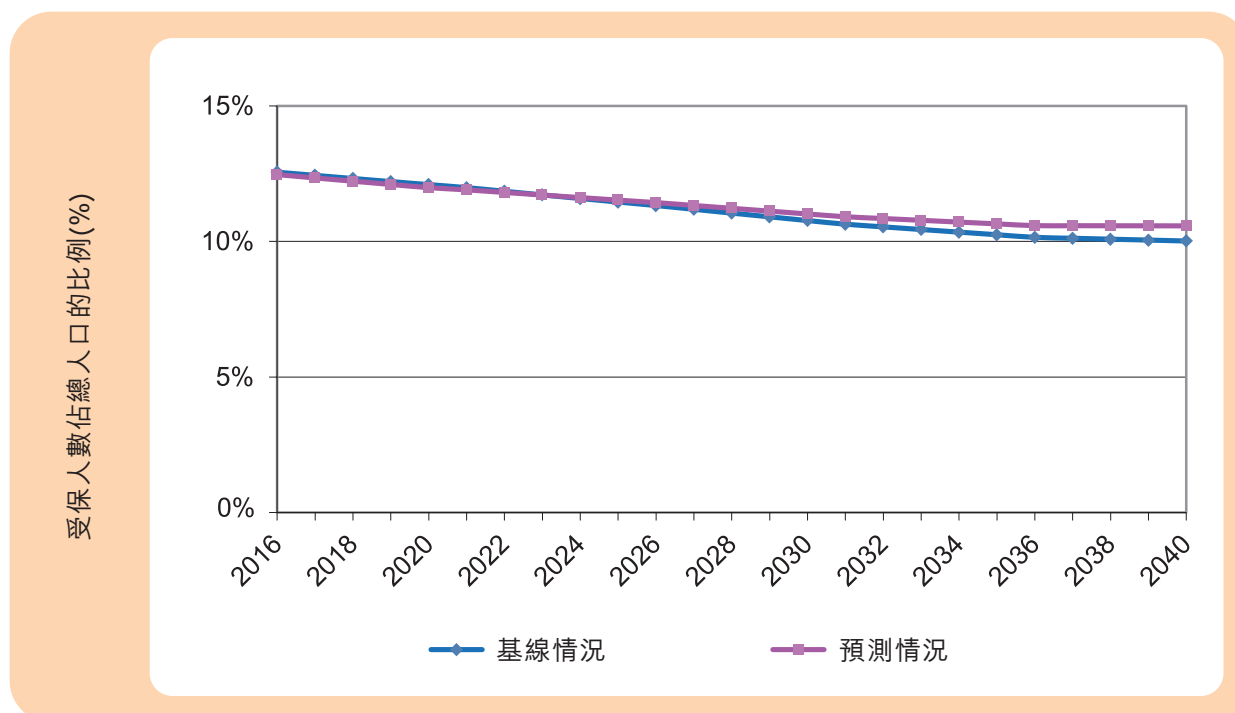
8.7. 在推算期的後期，預測情況下的投保率預料會更顯著高於基線情況。在二零四零年，顧問推算投保率為27%（基線情況下則為21%），即受保人數較基線情況多443 000人。除了前一段所提及的正面因素外，由於自願醫保計劃透過增加使用非住院程序和改善市場的競爭和透明度（見下文第8.11段）等措施令市場更具效率，以致保費增幅較為溫和，因此長遠而言住院保險的投保率會較高。其他正面影響因素包括為團體住院保險而設的「轉換選項」，令較年長人士的投保率上升；以及自願醫保計劃保證續保的特點，讓更多受保人在較年長時仍能維持其住院保險保障。

團體市場

8.8. 不論是基線情況或預測情況，團體住院保險市場的投保率預期會出現長期下降的趨勢，情況與個人市場相似。人口老化是一個主要因素，因為人口老化意味著從事經濟活動和獲得團體住院保險保障的人數，將會在推算期後期逐漸減少。

8.9. 在基線情況下，二零一六年團體住院保險的投保率預計為13%，並逐步下降至二零四零年的10%（圖8.2）。在預測情況下，二零一六年的投保率與基線情況相近。然而，長遠來說，在預測情況下，投保率下跌的幅度會稍低於基線情況。由於自願醫保計劃有助提升市場效率，從而紓緩醫療通脹的壓力，因此在預測情況下團體住院保險的保費增長預料會較基線情況溫和，令保費相對較易負擔，因此投保率較能維持平穩。顧問推算在二零四零年，預測情況下團體住院保險的投保率會稍降至11%（基線情況下則為10%），而受保人數較基線情況多44,000人。

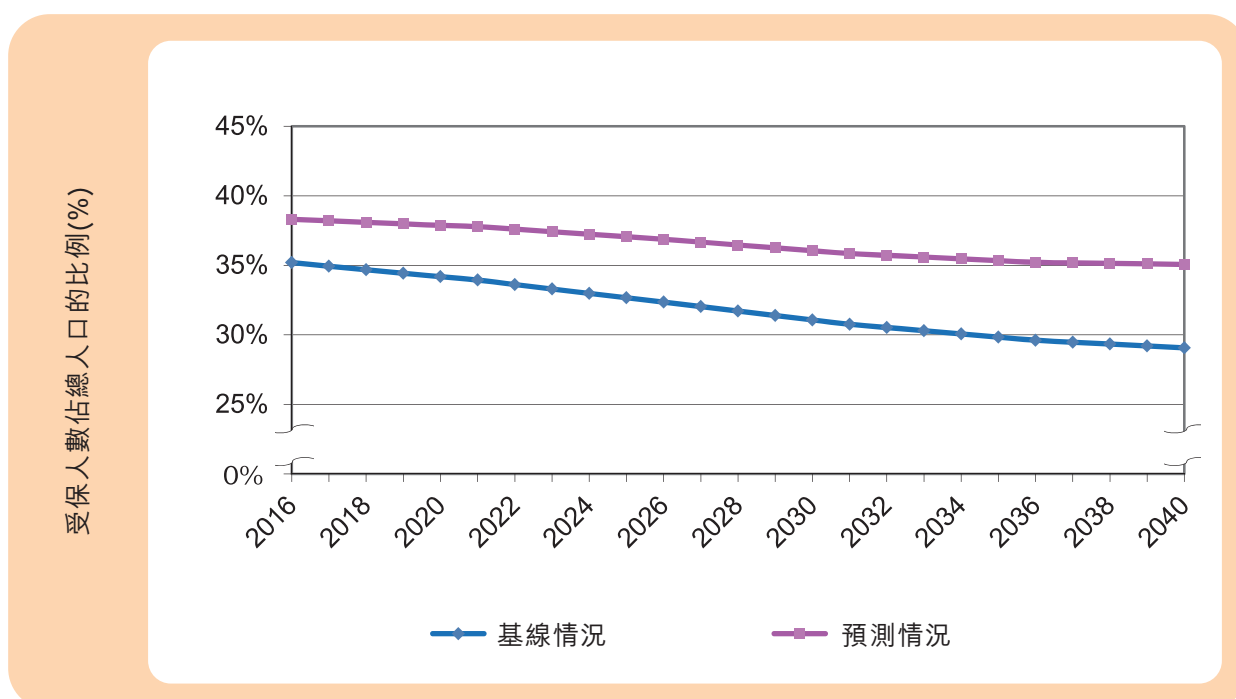
圖8.2 團體住院保險的推算投保率



整體市場

8.10. 就整體市場（個人及團體市場合計）而言，在推算期內，顧問推算基線情況和預測情況下的投保率都會呈下跌趨勢。然而，預測情況下投保率的跌幅不及基線情況顯著。在基線情況下，在二零一六年和二零四零年，整體市場的住院保險投保率預計分別為35%和29%（圖8.3）。在預測情況下，在二零一六年和二零四零年住院保險投保率的相應數字預計分別為38%（以受保人數計算，較基線情況多219 000 人）和35%（以受保人數計算，較基線情況多477 000 人）。

圖8.3 住院保險的推算投保率（整體市場）



註：預測情況涵蓋獲豁免的保單和高風險池的保單。

住院保險保費的推算增長率和保費總額

個人市場

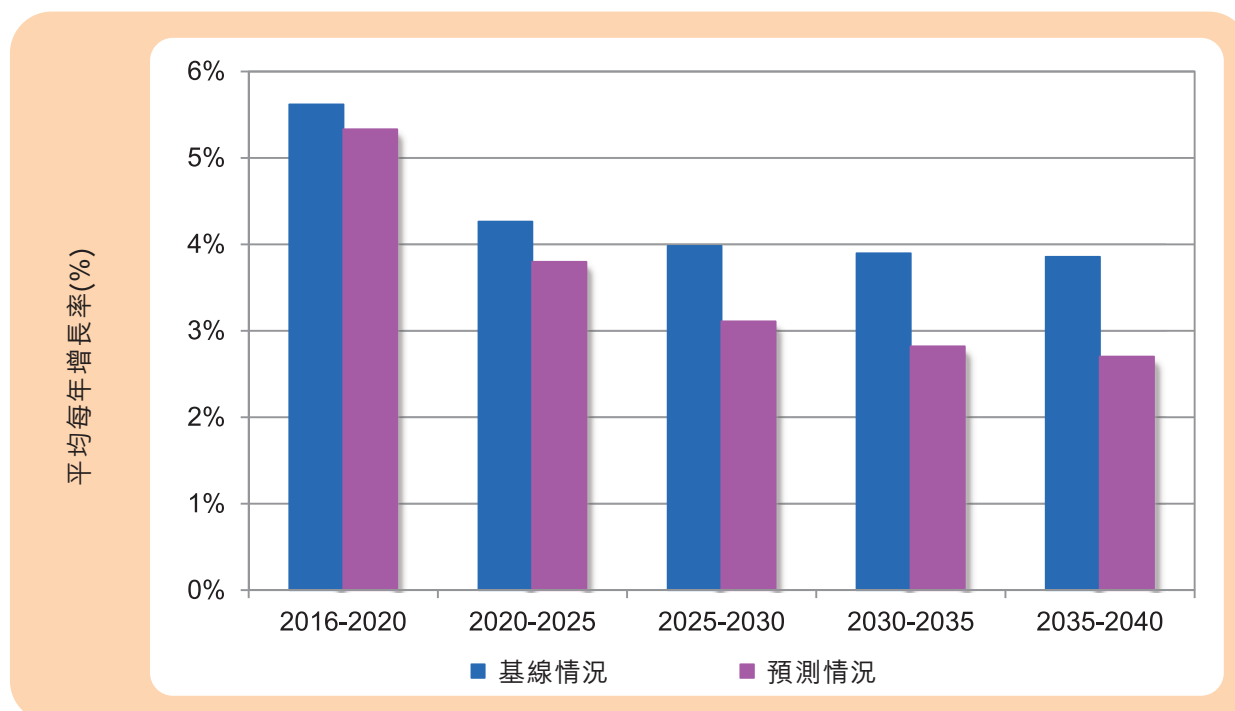
8.11. 雖然自願醫保計劃提供的更佳保障或會在計劃推行初期令住院保險的保費上升，但由於計劃帶來的市場效益會逐漸抵銷上述的價格影響，最終效益會比相關的成本代價更大。自願醫保計劃帶來的市場效益包括：

- (a) 在「免繳付套餐/定額套餐」和「服務預算同意書」的安排下，消費者和承保機構有更明確的支出和成本預算；

- (b) 促進以非住院的形式提供醫療服務，以便更有效率地使用私營醫療界別的資源；
- (c) 提高自願醫保計劃產品保費的透明度，令消費者較易比較不同承保機構提供的產品，有助促進市場競爭；
- (d) 透過為訂明的先進診斷成像檢測訂立共同保險，更有效地控制成本；以及
- (e) 更大的保險市場能提供規模經濟，並改善成本效益。

8.12. 這些效益有助控制醫療通脹和住院保險市場的非索償比率，紓緩住院保險保費的長遠上升壓力。與基線情況相比，預測情況下個人住院保險（普通病房級別，不包括獲豁免的保單和高風險池的保單）平均保費的增幅，預料會較為溫和，這些效益的累計作用在推算期的後期會更顯著。舉例而言，在二零一六年至二零二零年，在預測情況下平均保費的平均每年增長率預計較基線情況低0.3個百分點（圖8.4）。在二零三五年至二零四零年，相應增長率的差距會擴大至1.2個百分點。在二零一六年至二零四零年的25年期間，在預測情況下平均保費的平均每年增長率預計為3.5%，而在基線情況下，相應數字則為每年4.3%。

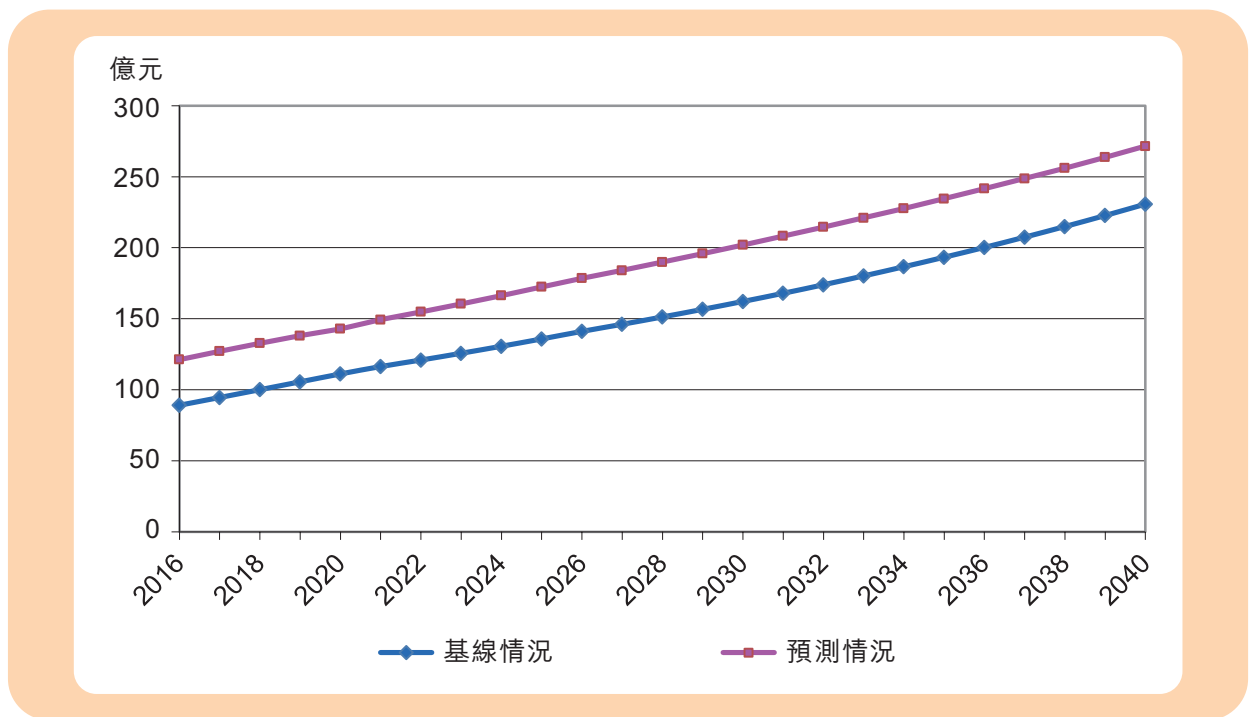
圖8.4 個人住院保險（普通病房級別）平均保費的長遠趨勢



註：預測情況不包括獲豁免的保單和高風險池的保單。

8.13. 雖然在預測情況下平均保費增長較溫和，但所有個人住院保險的保費總額會較基線情況為高，這是受自願醫保計劃帶來較高的投保率所抵銷。在預測情況下，二零一六年所有個人住院保險的保費總額（包括獲豁免的保單和高風險池的保單）約為121億元，到了二零四零年則約為271億元，較基線情況下的89億元和231億元為高（圖8.5）。

圖8.5 個人住院保險的保費總額



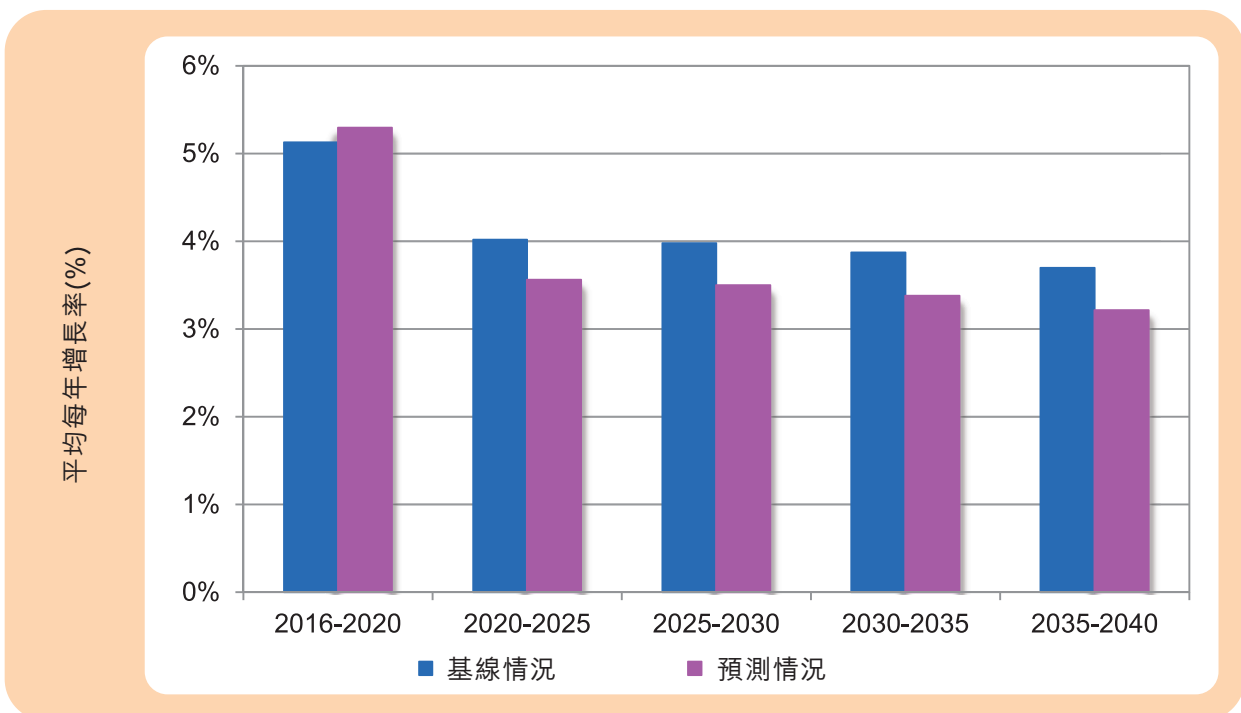
註：預測情況涵蓋獲豁免的保單和高風險池的保單。

團體市場

8.14. 與個人市場的情況相似，不論在基線情況或預測情況下，團體住院保險市場（普通病房級別）的平均保費在推算期內預料均會隨醫療通脹上升。然而，在預測情況下，長遠保費增長會更有效受控。這是因為自願醫保計劃帶來了市場效益，例如提高市場的透明度和更適度地使用非住院醫療服務等，這些措施都對團體市場有正面影響。

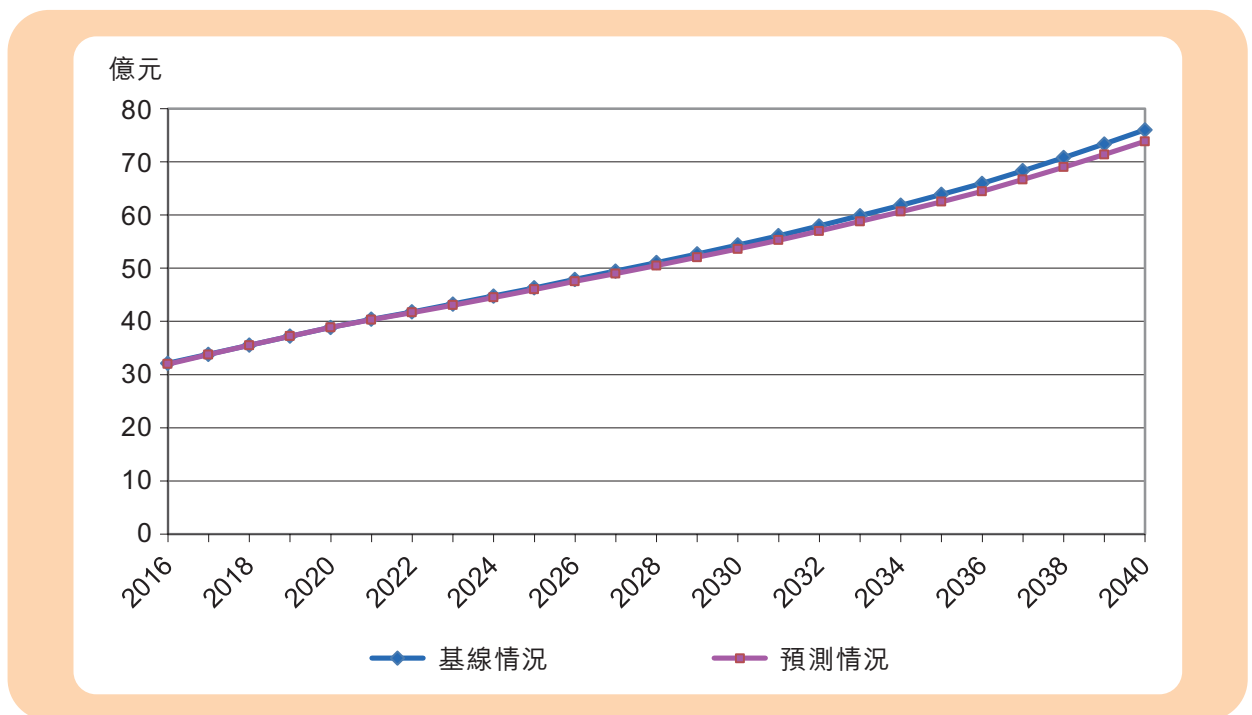
8.15. 在預測情況下，儘管在最初數年，團體住院保險市場（普通病房級別）平均保費的平均每年增幅會因「轉換選項」而較基線情況為高，但整體而言其增長會較基線情況為慢。在二零二零至二零二五年期間，在預測情況下，平均每年的平均保費增幅預計會較基線情況低0.5個百分點（圖8.6）。在推算期的其餘時間內，平均保費將繼續維持較慢的增長，而預測情況與基線情況之間的增幅差距將維持大致相同。

圖8.6 團體住院保險（普通病房級別）平均保費的長遠趨勢



8.16. 就團體住院保險市場的推算保費總額（所有團體住院保險的保費）而言，在預測情況下，推算期內團體市場的保費總額與基線情況大致相若。這是因為在預測情況下，保險投保率會上升，但平均保費增長會較慢，這兩者之間的影響會互相抵銷。到了推算期的後期，由於平均保費增長放慢的影響會稍為大於保險投保率上升的影響，所以在預測情況下，團體市場的保費總額會略低於基線情況。在基線情況下，二零一六年的保費總額預計約為32億元；而二零四零年的保費總額則約為76億元（圖8.7）。在預測情況下，二零一六年的保費總額預計約為32億元，與基線情況的推算總額相若；二零四零年的保費總額則預計約為74億元，稍低於基線情況的推算總額。

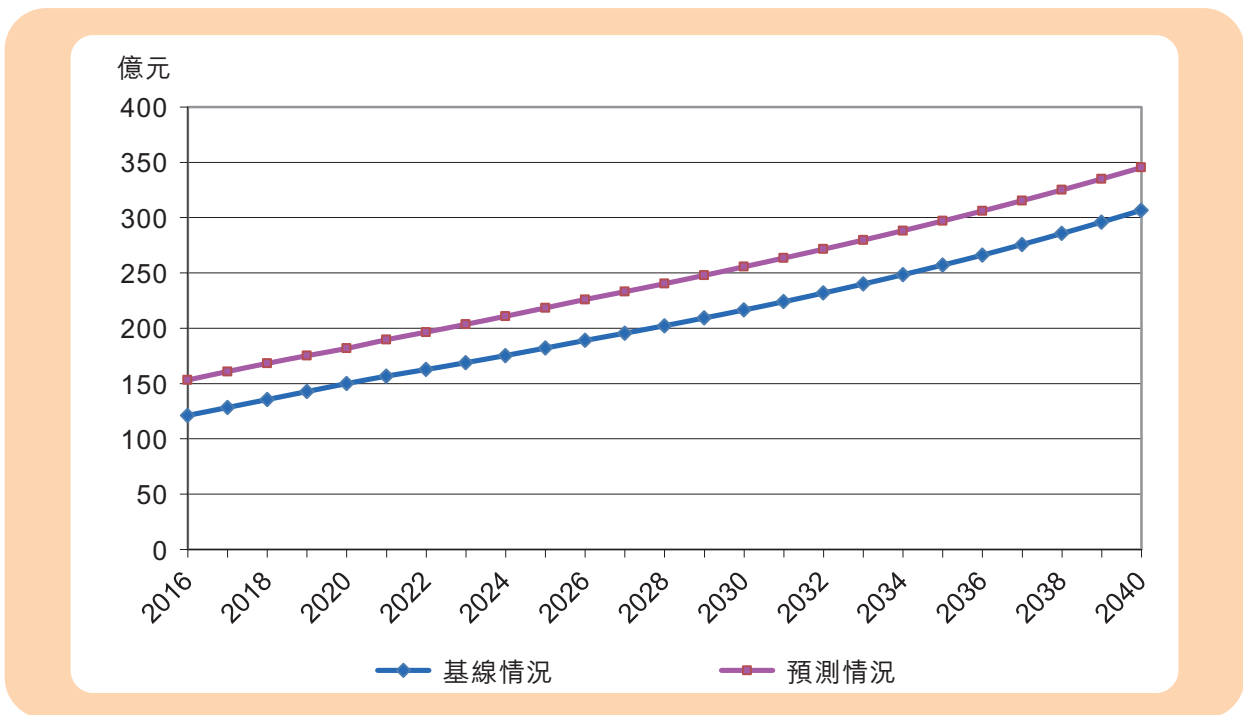
圖8.7 團體住院保險的保費總額



整體市場

8.17. 就整體市場的推算保費總額（個人及團體市場所有住院保險保單的合計保費）而言，顧問預計推算期內保費總額在基線情況及預測情況下都會有所增加。在基線情況下，二零一六年和二零四零年的保費總額預計分別約為121億元和307億元（圖8.8）。在預測情況下，保費總額預計會較高，在二零一六年和二零四零年分別約為153億元和345億元。

圖8.8 住院保險的保費總額（整體市場）



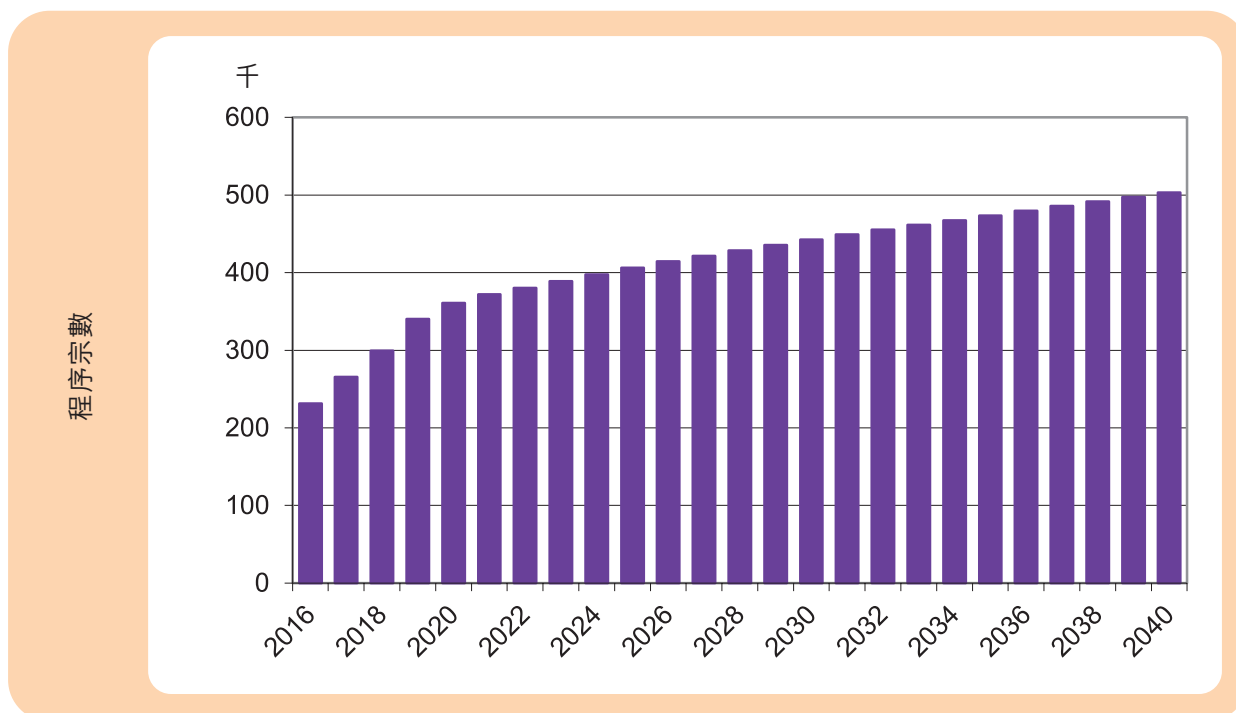
註：預測情況涵蓋獲豁免的保單和高風險池的保單。

對公私營醫療界別的影響

增加私營醫療界別的服務使用量

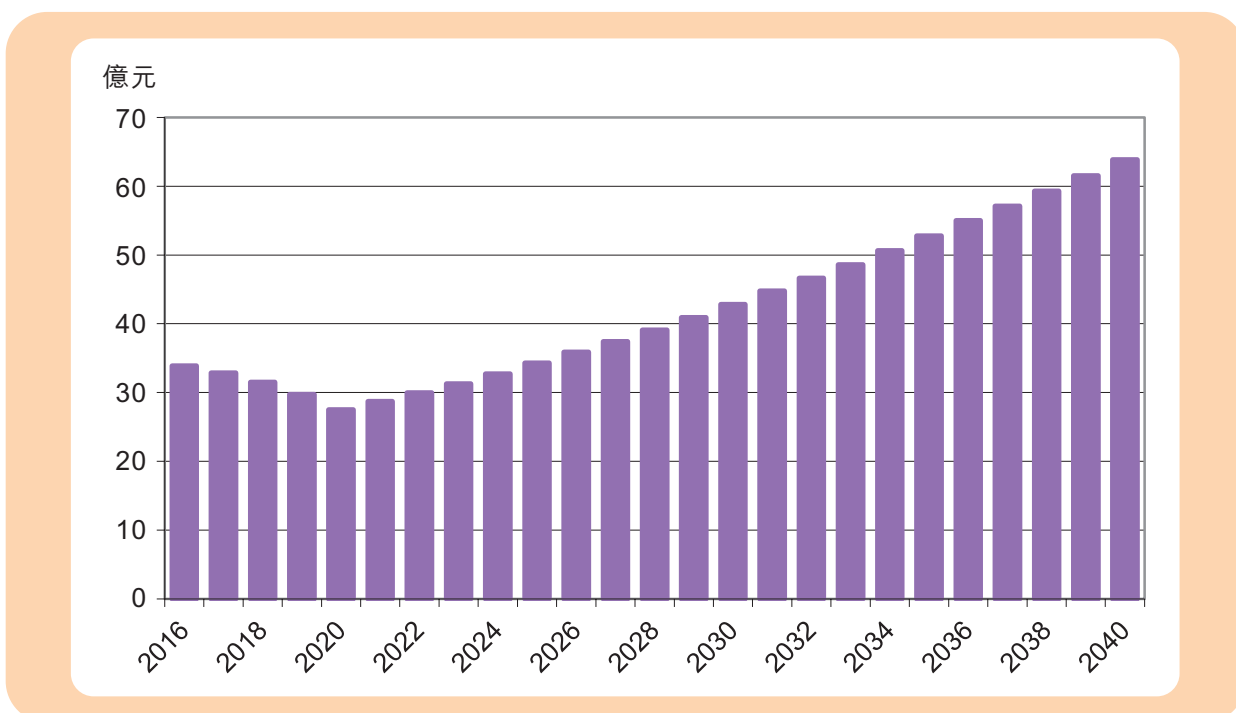
8.18. 與基線情況比較，在預測情況下私營醫療界別的服務使用量預計會有所增加。在預測情況下，預計在二零一六年和二零四零年，在私營界別進行的醫療程序宗數會較基線情況分別增加約231 000次和503 000次（圖8.9）。這些程序主要包括先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查及非手術癌症治療。醫療程序宗數增加的主要原因包括住院保險的投保率上升；自願醫保計劃下保險保障得以改善，有助鼓勵保單持有人使用私營醫療服務；以及部分人士會透過住院保險使用私營醫療服務，而無須在公營醫療界別求醫，故私營界別名義上代替公營界別提供了一些服務。

圖8.9 因推行自願醫保計劃而增加的私營醫療界別醫療程序宗數



8.19. 整體而言，在預測情況下私營界別服務使用量的增長，會令私人醫療開支較基線情況為多。在二零一六年和二零四零年，新增的私人醫療開支預計分別為34億元和64億元（圖8.10）。在整段推算期間累計增加的私人醫療開支總額預計為1,050億元，較基線情況下的私人醫療開支總額增加約3%。

圖8.10 因推行自願醫保計劃而增加的私人醫療開支



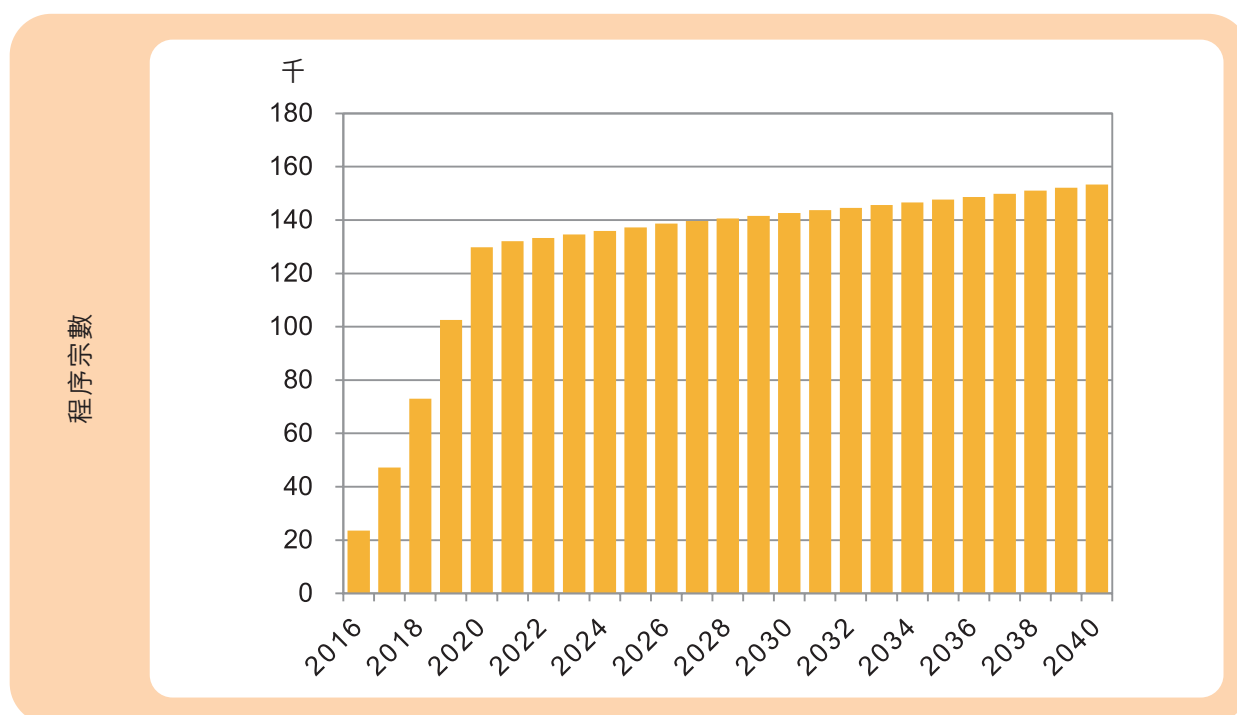
8.20. 在推算預測情況下私人醫療開支的增長時，顧問已計及在自願醫保計劃下住院程序轉為非住院程序所節省的成本。舉例來說，在自願醫保計劃推行後，預計大部分內窺鏡檢查會以非住院形式進行，因此可節省成本，並減低進行這些程序的開支。由於這個抵銷作用在自願醫保計劃推行的首數年較為顯著，故此在這段期間因推行自願醫保計劃而增加的私人醫療開支相對較為溫和。

醫療服務由住院形式改為非住院形式進行

8.21. 自願醫保計劃為醫療系統帶來的效益，也可見於醫療服務提供模式的改變。現時，相當多的臨床程序（例如內窺鏡檢查）都以住院形式進行。據顧問估計，約40%至65%的內窺鏡檢查都以留宿住院的形式進行。出現這個情況，可能是因為現有的住院保險往往要求保單持有人出示留宿住院證明，方會為這些程序提供保障，縱使實際上保單持有人並不一定需要留院。自願醫保計劃會創造機會，讓這些程序由住院形式改為非住院形式進行。這是因為「最低要求」將會規定必須為訂明的非住院程序（例如內窺鏡檢查）提供保障，而保障額也會根據以非住院形式進行的市場收費水平而釐定，藉以鼓勵以非住院形式提供有關服務。

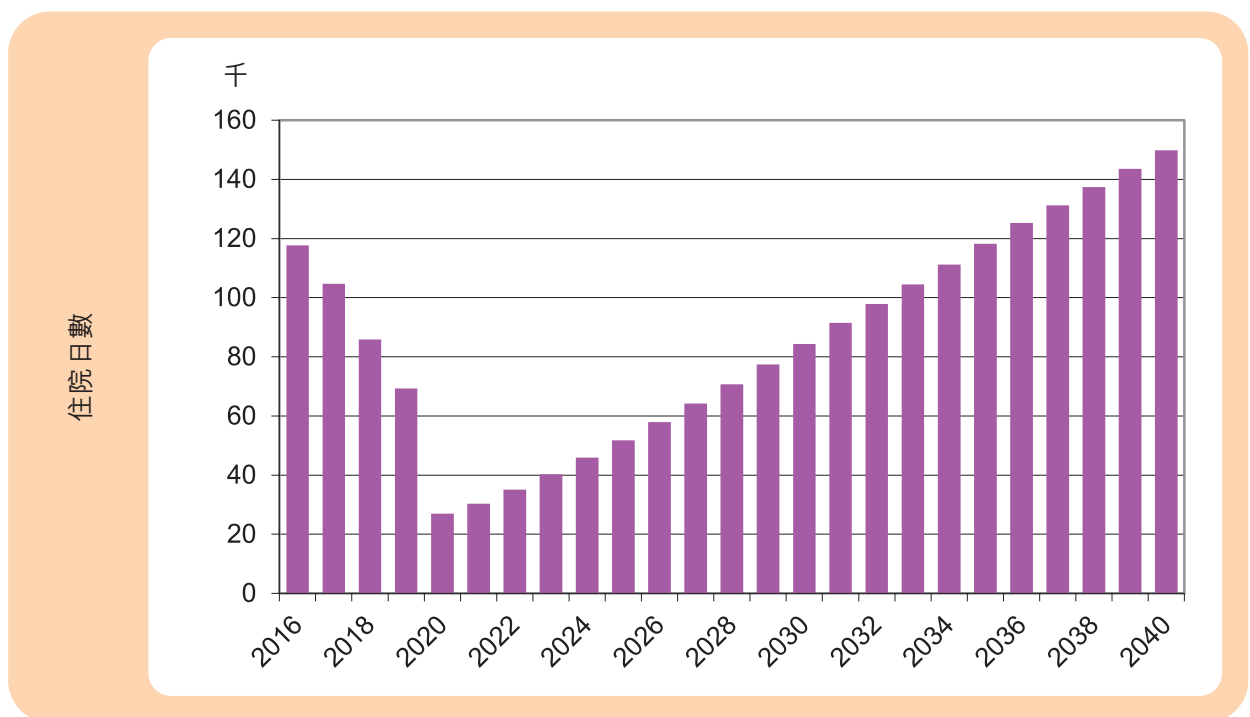
8.22. 在預測情況下，顧問預期相當數量的住院程序會改為以非住院形式進行。這個轉變，加上私營界別名義上代替公營界別提供了一些服務，會令在私營界別進行的非住院程序的宗數有所增加。以內窺鏡檢查為例，在二零一六年，預計在預測情況下，在私營界別以非住院形式進行的內窺鏡檢查宗數會較基線情況多24 000宗（圖8.11）。在二零四零年，相應數字會增至153 000宗。

圖8.11 因推行自願醫保計劃而增加在私營界別以非住院形式進行的內窺鏡檢查的宗數



8.23. 由住院形式改為非住院形式提供的服務會集中於較為簡單、而住院時間也較短的醫療程序。因此，私家醫院應可處理較多複雜而住院時間一般較長的醫療程序。在預測情況下，二零四零年私家醫院的平均住院日數預計會較基線情況長0.7日。與此同時，自願醫保計劃會為私營服務帶來新增需求，因此私營醫療界別留宿住院日數會較基線情況有所增加。在最初數年，由於一些醫療服務改為以非住院形式進行，因此會抵銷留宿住院日數的增幅。然而，到了中期，當大部分因改變服務模式而帶來的抵銷作用已大致反映後，私營醫療界別留宿住院日數的增幅將會擴大。在二零四零年，在預測情況下私家醫院的留宿住院日數會較基線情況多出約150 000日（即13%）（圖8.12）。

圖8.12 因推行自願醫保計劃而增加的私營醫療界別留宿住院日數

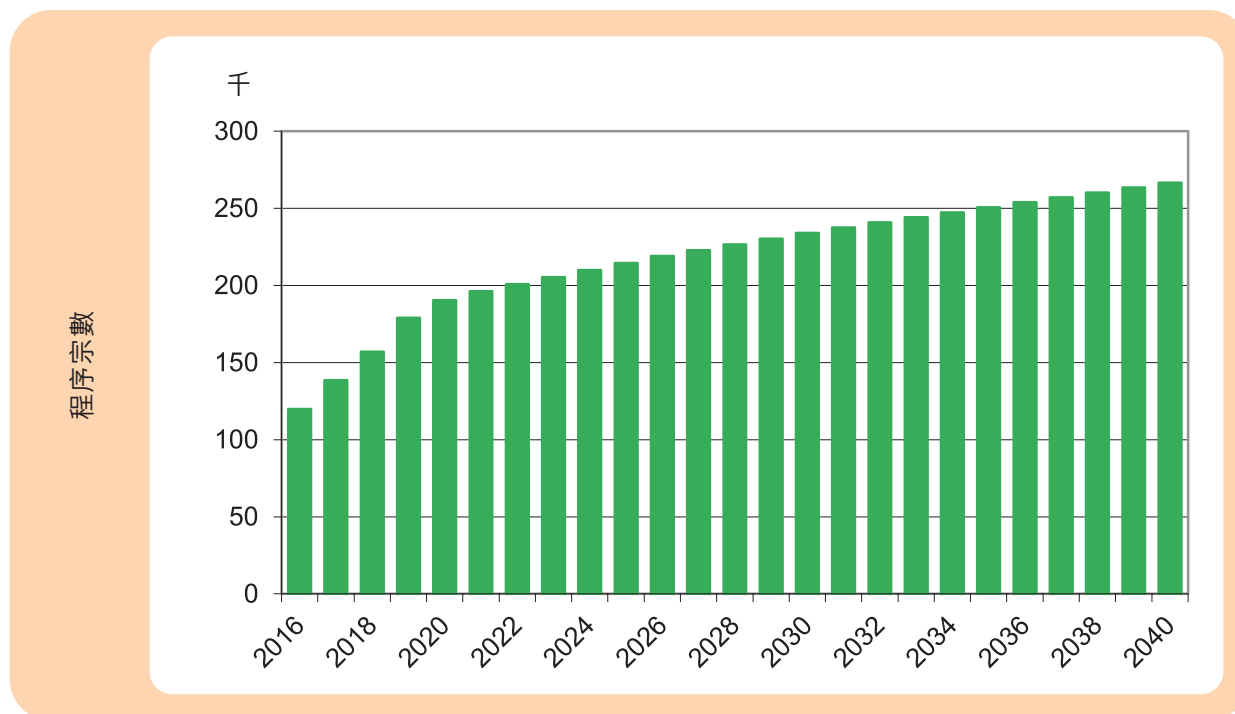


名義上代替公營醫療界別提供的服務

8.24. 在預測情況下，私營醫療界別的服務使用量有所增加，主要原因之一是私營醫療界別名義上代替公營醫療界別提供了一些服務，即在基線情況下原本在公營界別進行的服務。應注意的是，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，而不大可能令公營醫療界別的服務使用量、住院日數或醫療開支有任何實質縮減。不過，公營醫療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。

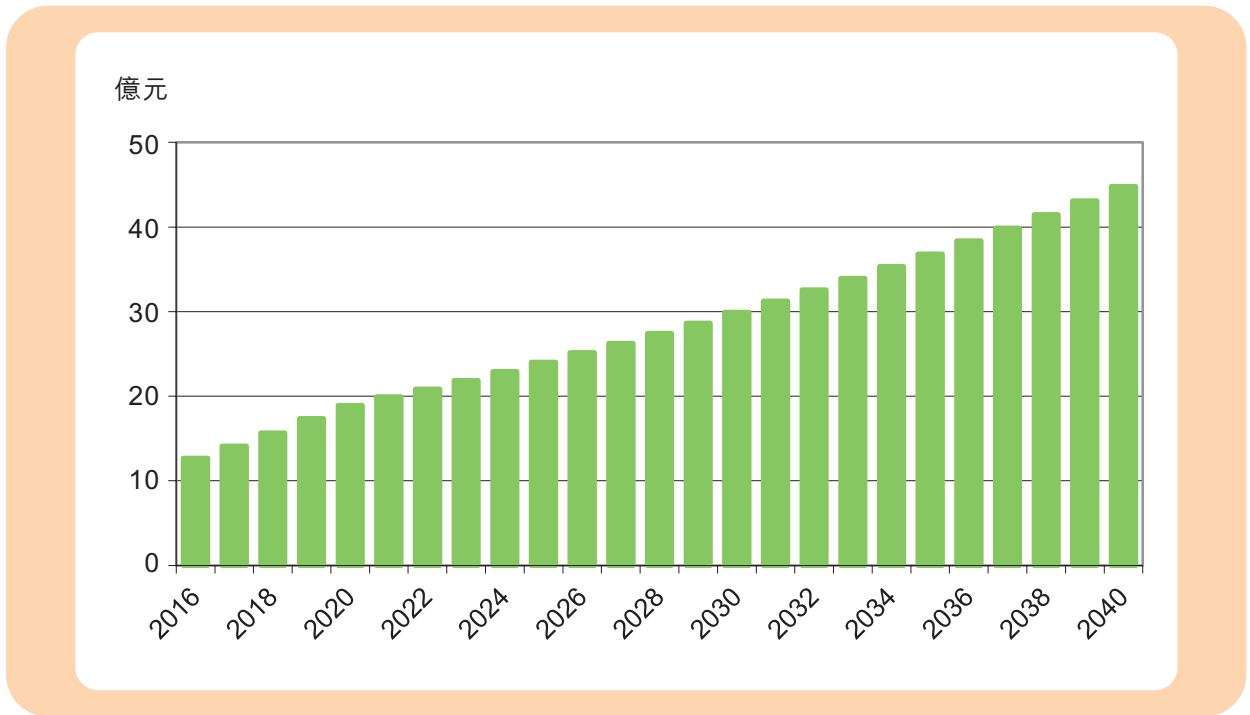
8.25. 在預測情況下，在二零一六年，私營醫療界別名義上代替公營醫療界別進行的醫療程序（大多數是先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查及非手術癌症治療）預計約為120 000宗（圖8.13）。在二零四零年，預計相應的數字將增至約267 000宗。

圖8.13 自願醫保計劃下私營醫療界別名義上代替公營醫療界別進行的醫療程序



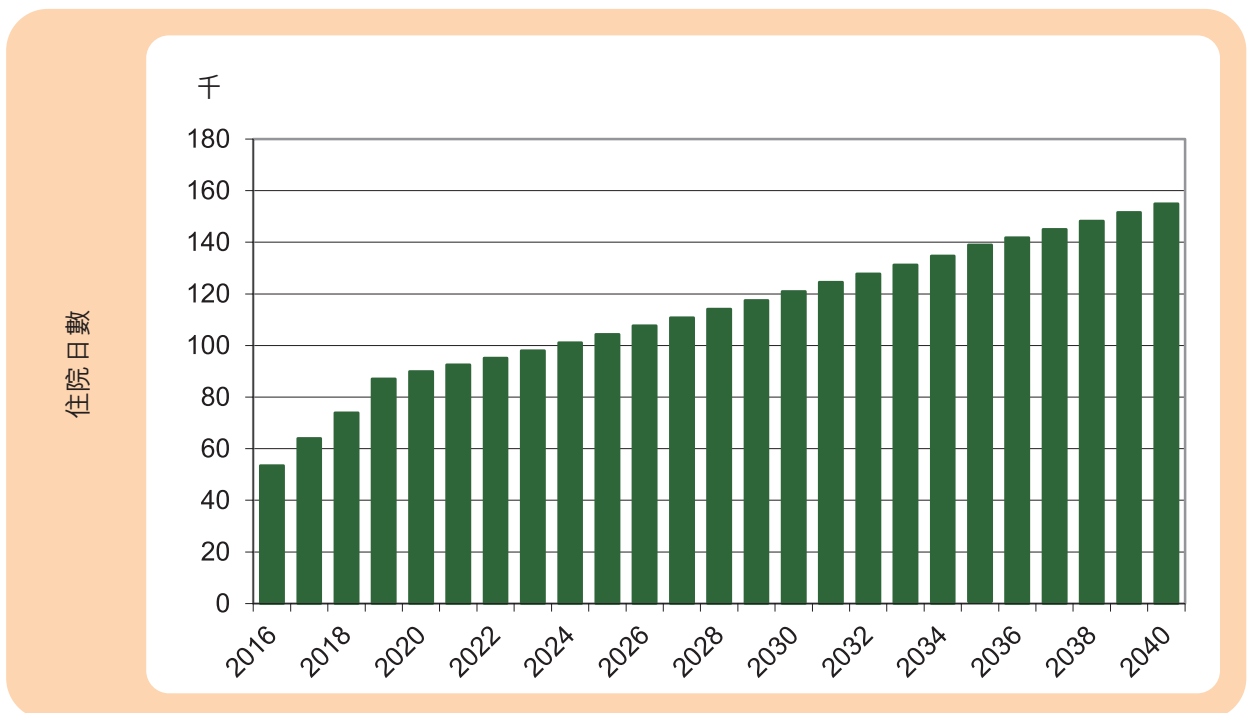
8.26. 與基線情況比較，在二零一六年，在預測情況下，公營醫療界別一些服務被名義上替代，會令公共醫療開支被名義上替代，這數字預計約為13億元（圖8.14）。在二零四零年，相應的數字預計約為45億元。在整段推算期內，被名義上替代的公共醫療開支累計約為700億元。這遠高於在同一推算期內支援自願醫保計劃所需的撥款，即支援高風險池的43億元和因稅項扣除建議而減少的64億元稅收（2.56億元x 25年，假設每年可申索作稅項扣除的保費上限為每名受保人3,600元）。

圖8.14 自願醫保計劃下被名義上替代的公共醫療開支



8.27. 以公立醫院的留宿住院日數計算，在二零一六年，透過公營醫療界別的一些服務被名義上替代，公立醫院被名義上替代的住院日數在預測情況下預計約為53 000日（圖8.15）。在二零四零年，相應的數字預計為155 000日。在整段推算期內，預計被名義上替代的公立醫院留宿住院日數累計為280萬日。

圖8.15 自願醫保計劃下而被名義上替代的公立醫院留宿住院日數



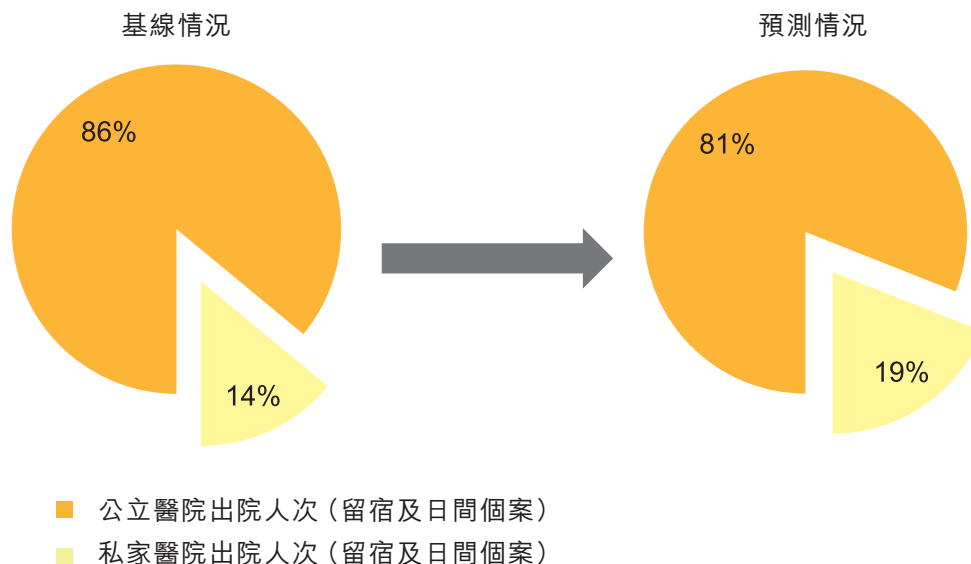
公營和私營醫療界別的平衡

8.28. 自願醫保計劃並非旨在解決所有本港醫療系統面臨的挑戰的方案，而是調整公私營醫療系統平衡和促進本港醫療系統的長遠可持續發展的一項措施。下文各段闡釋自願醫保計劃如何影響公私營界別在出院人次（留宿及日間個案）、留宿住院日數和醫療開支方面的平衡，並將在長遠而言顯著調整公私營界別的比重。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）分析

8.29. 在預測情況下，私營醫療界別服務使用量增加，以及名義上代替公營界別提供一些服務，預計會有助改善住院服務方面公私營失衡的情況。按出院人次（留宿及日間個案）計算，在二零四零年，在基線情況下公立醫院和私家醫院出院人次（留宿及日間個案）的比例預計分別為86%和14%（圖8.16）。在預測情況下，私營界別的份額預計會顯著擴大，公立醫院和私家醫院出院人次（留宿及日間個案）的比例預計分別為81%和19%。

圖8.16 二零四零年公立醫院和私家醫院出院人次(留宿及日間個案)的推算比例

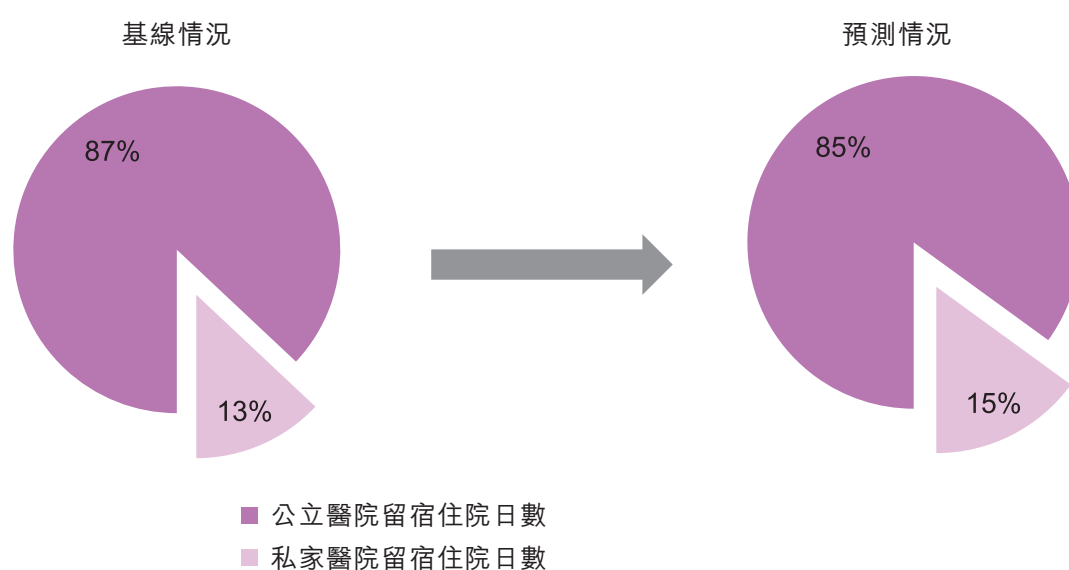


8.30. 雖然上述預計調整幅度並非極為顯著，但須注意的是，由於公營醫療界別是住院護理的主要提供者，所以即使只有少量公營醫療界別提供的服務被名義上替代，已足以令私營醫療界別的服務需求顯著上升。我們必須確保私營醫療市場有足夠能力吸納這些名義上替代的服務需求。

按留宿住院日數分析

8.31. 在留宿住院日數方面，與出院人次（留宿及日間個案）比較，公私營界別平衡的轉變相對較為溫和。這是因為自願醫保計劃承保非住院程序，有助鼓勵以非住院形式提供醫療服務，並減少私營界別不必要的住院情況。在二零四零年，在基線情況下公立醫院和私家醫院留宿住院日數的比例預計分別為87%及13%（圖8.17）。在預測情況下，公立醫院和私家醫院留宿住院日數的比例預計分別為85%及15%。

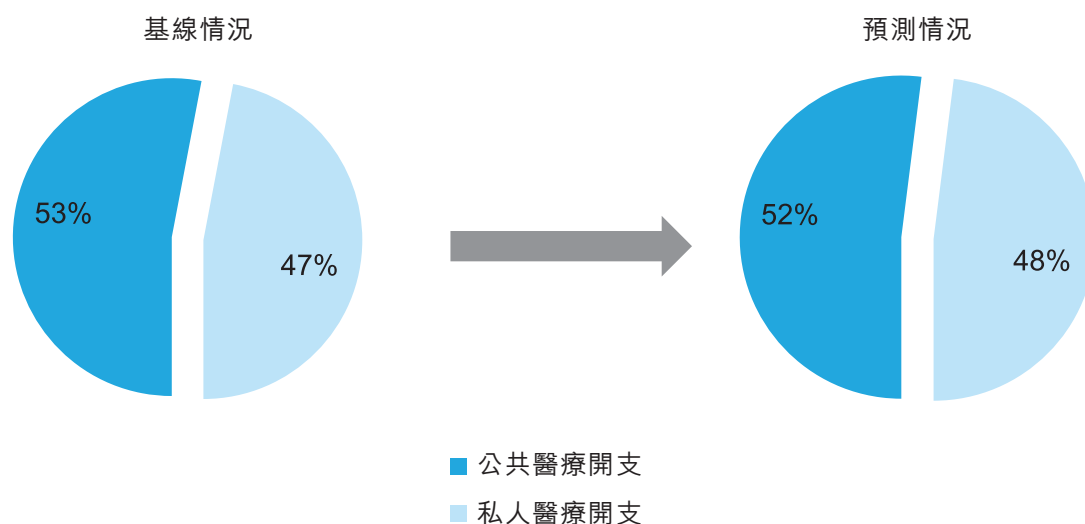
圖8.17 二零四零年公立醫院和私家醫院留宿住院日數的推算比例



按醫療開支分析

8.32. 在醫療開支方面，與出院人次（留宿及日間個案）比較，公私營界別平衡的轉變亦相對較輕微。儘管私人醫療開支會有所增加，以及公共醫療開支被名義上替代，但在自願醫保計劃下推行的措施，能使私營界別服務更具成本效益，令醫療通脹較易受到控制，從而有助控制私人醫療開支的增長。因此，在醫療開支方面，公私營界別平衡的轉變較出院人次（留宿及日間個案）的溫和。在二零四零年，在基線情況下，公共及私人醫療開支的比例預計分別為53% 及47%（圖8.18）。在預測情況下，公共及私人醫療開支的比例預計分別為52% 及48%。

圖8.18 二零四零年公共及私人醫療開支的推算比例



第九章 未來路向

我們需要你的意見

9.1. 我們需要你的支持，對自願醫保計劃的詳細方案提出建設性的意見。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？

推行時間表

9.2. 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。

徵詢意見

9.3. 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。

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@fhd.gov.hk

網址：www.vhis.gov.hk

9.4. 你就這份諮詢文件遞交意見時附上的個人資料純屬自願提供。收集所得的意見書和個人資料或會轉交有關的政府決策局和部門，用於與是次諮詢直接相關的用途。獲取資料的政府決策局和部門日後亦只可把該些資料用於同一用途。

9.5. 在是次公眾諮詢完結後，就這份諮詢文件遞交意見書的個人及團體，其姓名/名稱及意見或會被刊載，供公眾人士查閱。本局在與其他人士進行討論時（不論是內部或公開），或在其後發表的報告中，或會指名引用就本諮詢文件所遞交的意見。

9.6. 為了保障你的資料私隱，我們在編印意見書時，會將你的有關資料（如有提供），例如：住址/回郵地址、電郵地址、身分證號碼、電話號碼、傳真號碼和簽名等刪除。

9.7. 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。

9.8. 任何向本局提交意見書的寄件人，均有權查閱及更正其意見書附列的個人資料。查閱或更正個人資料的要求，應以書面提出：

地址：香港添馬添美道2號
政府總部東翼19樓
食物及衛生局
高級行政主任（醫療規劃及發展統籌處） 1

傳真：2102 2525

電郵：vhis@fhb.gov.hk

附錄A 醫療保障計劃工作小組及諮詢小組

健康與醫療發展諮詢委員會 醫療保障計劃諮詢小組成員名單

主席

食物及衛生局常任秘書長(衛生)

非官方成員

殷大偉先生

業榮達先生

陳智思議員，GBS，JP

陳偉森教授

朱永耀先生

方津生醫生，SBS，JP

李繼堯醫生

梁栢賢醫生，JP

梁憲孫教授，JP

(按姓氏的英文字母順序排列)

官方成員

衛生署署長

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

(按姓氏的英文字母順序排列)

健康與醫療發展諮詢委員會

醫療保障計劃工作小組職權範圍

在參考相關的顧問研究及醫療保障計劃諮詢小組的意見後，就推行醫療保障計劃（醫保計劃）的相關事宜，包括但不限於以下所列各項，擬訂有關方案並向健康與醫療發展諮詢委員會提出建議：

- (a) 醫保計劃的立法及組織架構建議，包括法定的醫保計劃當局的權力、職能及組成；規管高風險池及解決/調解爭議機制的主要條文；在醫保計劃下提供的保險產品及醫療服務的監管架構（例如計劃特點及強制規定）；
- (b) 旨在提高醫保計劃可行性及緩解計劃潛在風險的相關措施，以及基於加強本港醫療系統的長遠持續發展能力及保障公眾正當利益的理據而需要政府介入的事宜；
- (c) 醫保計劃標準醫保的主要組成部分，包括保障範圍、保險賠償限額、保費表、分擔費用要求，以及劃一的條款及條件；
- (d) 支援醫保計劃運作的規則和機制，包括接受投保、續保、核保、保險計劃可攜性、轉移保險計劃、調整保費、透明度要求、分攤高風險、解決/調解爭議，以及在醫保計劃的標準醫保以上提供附加/額外保障產品等方面的規則和機制；以及
- (e) 在醫保計劃下以財務誘因形式提供公帑資助，或為與醫療改革相關目的而提供公帑資助(特別是運用在財政儲備中預留作支援醫療改革的500億元)的資助方式和範圍。

健康與醫療發展諮詢委員會 醫療保障計劃諮詢小組成員名單

主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

非官方成員

高德禮博士

陳妙玲女士

陳秀荷女士

周一鳴先生（至二零一二年九月三日止）

張德喜先生（至二零一二年五月二十一日止）

錢湘芷女士（由二零一三年九月一日起）

蔡靈芝女士

鍾楚震先生

郭蔚霖女士（由二零一三年三月二十二日起）

范佐華先生

何錦霞女士（至二零一三年一月十八日止）

吳智珊女士（由二零一二年九月四日起）

郭振華先生，BBS，MH，JP

黎志誠先生

林哲玄醫生

林偉權先生，MH（至二零一二年三月六日止）

劉國輝先生（由二零一二年七月十二日起）

劉文煒先生，BBS，JP

劉燕卿女士，JP（至二零一四年三月十四日止）

羅致光博士，GBS，JP

梁淑蘭女士（由二零一三年五月十四日起）

李國棟醫生，SBS，JP

沈茂輝先生

譚仲豪先生

謝秀玲女士，JP（至二零一三年八月三十一日止）

尹志德先生

王君傑先生（由二零一二年三月七日起）

葉健民教授

楊超發醫生

袁莎妮女士

（按姓氏的英文字母順序排列）

官方成員

衛生署署長或代表

悼念

諮詢小組成員張德喜先生於二零一二年五月不幸離世，諮詢小組深感難過和惋惜。諮詢小組主席及全體成員謹此向張先生的家人致以最深切的慰問。

健康與醫療發展諮詢委員會 醫療保障計劃諮詢小組職權範圍

就推行醫療保障計劃(醫保計劃)有關的事宜，包括以下所列各項，向醫療保障計劃工作小組提供意見和建議：

- (a) 醫保計劃的立法及組織架構建議；
- (b) 旨在提高醫保計劃可行性及緩解潛在風險的相關措施；
- (c) 醫保計劃下標準醫保的主要組成部分；
- (d) 支援醫保計劃運作的規則和機制；以及
- (e) 提供公帑資助的方式和範圍。

附錄B 醫療保障計劃（已更名為自願醫保計劃） 消費者意見調查的結果摘要

引言

1. 為了測試醫療保障計劃（醫保計劃）建議的產品設計是否可行，顧問在二零一三年五月至八月期間，以面對面訪問的形式進行了一項消費者意見調查。調查的主要目的是向受訪者展示醫保計劃下「標準計劃」的主要特點及按年齡劃分的相應參考保費，藉此測試受訪者的偏好，以及他們是否願意付款投購「標準計劃」。由於受訪時間的局限，為確保回應質素，問卷所列問題主要與產品設計相關。調查以一般較有可能投購私人醫療保險的中等入息人士作為受訪對象，樣本包含居於私人屋苑¹的1 109個住戶，涉及共1 936名18至64歲的人士，回應率約為55%²。

主要調查結果

2. 在受訪時沒有個人或家庭償款住院保險產品保障的人士(未受保受訪者)中，68%表示願意考慮以參考保費率³購買醫保計劃下的「標準計劃」。這個數字其中7個百分點為願意付出額外保費以獲得比「標準計劃」較高水平保障（例如半私家病房）的人士，故可被視為「靈活計劃」的準投保人；該68%數字當中亦包括13個百分點為假如保費較低便願意購買「標準計劃」的人士。這類受訪者可被視為在有提供財政誘因下「標準計劃」的準投保人，亦可被視為「靈活計劃」（准許包含免賠額以換取較低保費）的準投保人。

3. 在受訪時已有個人或家庭償款住院保險產品保障的受訪者當中(已受保受訪者)，73%表示願意以參考保費轉至「標準計劃」。這數字當中，有10個百分點為願意付出額外保費以獲得比醫保計劃下「標準計劃」更高水平保障的人士，以及有9個百分點為假如保費較低便會轉至醫保計劃下「標準計劃」的人士。

4. 受訪者對「標準計劃」主要特點的反應大致正面，而已受保與未受保受訪者的反應大致相近。在各項特點中，大部分受訪者認為具吸引力的包括保證終身續保、承保化療及放射性治療、承保在醫院日間中心或診所進行的程序、產品設計受政府規管，以及承保先進診斷成像檢測。其他特點如承保投保前已有病症、在使用醫療服務前有明確的開支預算、自由轉換承保機構，以及標準保單條款及條件，也有約半數受訪者認為具吸引力。

1 樣本涵蓋居於全港大型私人屋苑的住戶，而這些屋苑的住戶入息中位數介乎本港私人屋苑住戶收入的第十個至第九十個百分位（根據政府統計處二零一一年人口普查的結果）。至於沒有大型私人屋苑的灣仔區則以「小規劃統計區/街段一大合併組」（large street block groups）代替大型私人屋苑，並採用相同的抽樣準則。

2 在2 023個成功聯絡以進行調查的住戶中，有1 109戶願意接受訪問。以住戶為單位計算，回應率為55%。

3 受訪者獲出示以年齡和性別分項的參考保費表，以便讓每名受訪者得悉適用於他們的參考保費率。

5. 約40%受訪者認為必定承保64歲或以下人士是具吸引力的特點。雖然有些較為年輕和健康的受訪者現時並不認為這個特點與其有切身關係，但我們發現年齡上限的設定水平對較年輕人士投購醫保計劃產品的情況有相當影響。假設只向40歲或以下的人士提供必定承保，有意投購的未受保受訪者平均表示會在33歲投購醫保計劃產品。若年齡上限定為64歲，則相應數字為41歲。
6. 約四分之一受訪者認為附加保費率設有上限這個特點具吸引力。在投保前已患有病症（不獲現有保單承保）的已受保受訪者，以及曾經患病、有慢性疾病或風險指標的未受保受訪者當中，有29%表示不願意繳付任何附加保費。綜合這兩項調查結果一併分析顯示，受訪者普遍對附加保費頗為敏感。
7. 建議的「轉換選項」容許受團體償款住院保險計劃保障的人士，於離職時可選擇轉移至個人「標準計劃」而無須接受重新核保。這項建議得到廣泛支持。獲僱主提供償款住院保險⁴保障的受訪者中，82%認為這個選項重要，並在10分重要性評分級別中給予7分或以上，而中位數為8分。
8. 為測試「免繳付套餐/定額套餐」安排的可行性，調查訪問受訪者在進行常見程序（例如內窺鏡檢查、白內障切除手術）時，假如整個程序的用者自付費用是一個固定數額，或用者無須自付費用，他們會否願意使用網絡醫生的服務（即承保機構指明的醫生名單）。就會否使用上述安排的傾向性評分方面，在10分的評分級別中，58%受訪者給予7分或以上，而中位數為7分。

4 包括僱主向僱員家人提供的保障。

醫療保障計劃 顧問研究

羅兵咸永道
終期報告

報告摘要

醫療保障計劃

顧問研究



本報告是為供香港特別行政區政府轄下食物及衛生局使用和為其利益而撰寫。除了已在我們與食物及衛生局就本研究而簽訂的協議中明確同意者外，PwC 不就任何其他目的或對任何獲展示或可能取得本工作成果的其他人士接納或承擔任何責任（包括疏忽責任）或謹慎責任；亦不會就在未有全面理解本報告中列明的依賴事項和局限性的前提下使用本報告，接納或承擔任何責任（包括疏忽責任）或謹慎責任。

我們已假定由政府 and 外部各方向我們所提供的資料，以及我們從已公佈來源取得的資訊是準確的。然而，我們在分析中使用該等資訊，並不代表 PwC 認可或確認此等資料的準確性以及編備方法的可靠性。再者，精算分析不代表意見或其他形式的核證或鑒證。

由於對預測的任何估計存在固有的不確定性，因此本報告所載結果的準確性有所局限。PwC 建議讀者在審閱本工作成果時，應獲得其精算師或其他合格專業人士的協助。

本報告必須全文閱讀。若將本報告各部分單獨考慮，可能會產生誤解。

本中文報告摘要為英文版本譯本，如中、英文兩個版本有任何抵觸或不相符之處，應以英文版本為準。

報告摘要

顧問研究介紹

背景和範圍

羅兵咸永道諮詢服務有限公司 (PwC) 於 2012 年 5 月接受食物及衛生局的委託，對一項受政府規管的自願性私人醫療保險 (私人醫保) 計劃 - 醫療保障計劃 (「醫保計劃」) - 進行顧問研究。「醫保計劃」的概念和設計是在經過兩輪關於醫療改革的公眾諮詢後提出的。

PwC 進行本顧問研究的範圍包括：

第一部分 檢視並分析香港私人醫保市場的現況，以及香港承保機構持有的私人醫保保險索償的資料數據；並就收集常規保險市場資料和統計編製的工作，建議一套常設的框架，以支持「醫保計劃」的實施。

第二部分 就「醫保計劃」建議一套全面、技術上可行和經過精算測試的執行細節。

第一部分和第二部分的建議詳見本報告 A 部分。報告的其餘部分涵蓋對本顧問研究第一部分和第二部分的輔助性研究和分析，包括與實施「醫保計劃」相關的額外研究課題。

方法

正如與作為本報告參考指引的「顧問工作簡介」所闡述，本報告的建議是經精細的精算模型運算和對本地和海外市場的深入研究後才提出的。按照「醫保計劃」原有方案和背後的政策目標，**償款住院保障產品**是本研究的重點。

保險精算模型和分析

我們為香港償款住院保障產品市場開發出一個保險精算模型，以便估計「醫保計劃」對保費的影響、預測償款住院保障產品市場未來吸納量、投保人概況、索償和保費，以及評估財務誘因的可行性和高風險池的運作。同時，該模型也可概略地預測「醫保計劃」對公營醫療系統和私家醫院與日間治療服務兩者的影響。另外，我們為「醫保計劃」不同方案的可行性研究進行了不同情況下的測試。(詳見 B 部分)

本地市場研究

我們使用了各種適用的研究方法，藉此理解和評估目前償款住院保障產品市場、私家醫院和日間治療市場，以及消費者對償款住院保障產品和「醫保計劃」的觀感和看法。(詳見 C 部分)

資料收集 從承保機構、私家醫院和網絡醫療服務提供者獲取資料數據。對一系列現有數據的收集方式進行整理核對，尤其是政府統計處的主題性住戶統計調查、人口普查的估計數字與預測，以及香港保險業聯會保存的資料數據。

資料研究 我們進行資料研究，建立了一個償款住院保障產品在當前市場的資料庫，以便加深對現有市場運作的理解。

兩項市場調查 在本顧問研究進行期間，一共進行了兩項調查。其中一項有關承保機構的調查在 2012 年 10 月至 11 月期間進行，以研究承保和索償管理的現行做法和慣例為調查重點。另一項消費者調查則

在 2013 年 5 月至 8 月期間進行，藉以測試消費者對「醫保計劃」所持的觀點、對不同產品特性的期望，和他們對購買不同價格水平的產品的傾向。

廣泛諮詢

在本顧問研究進行過程中，PwC 與業界進行了四十多次各類研討會和諮詢會。其中包括與「醫保計劃」的工作小組、諮詢小組和本項目的項目督導小組；香港保險業聯會的醫保計劃聯絡小組；以及香港醫學專科學院進行的研討會。另外亦與承保機構、私家醫院、網絡醫療服務提供者、衛生署、醫院管理局（醫管局）和香港大學公共衛生學院等代表，進行小組磋商和訪談。

國際市場研究

為了給「醫保計劃」的設計和實施提出的建議，提供足夠的理據和參考資料以及為保險精算模型設定基準和完善假設，我們查閱了大量國際文獻，並制訂了與實施「醫保計劃」相關的八個主體性研究專題（詳見 *D 部分*）。

該些研究亦加入了五個國家的詳細案例研究，這些國家是經與食物及衛生局磋商後選定的，分別為澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士和美國（詳見 *E 部分*）。就上述五個國家，我們分別進行了資料研究和數據分析，並諮詢了這些國家的專家，從而了解文獻中未涵蓋的當地慣例、目前具爭議性的事項和問題。

背景研究結果

本報告內的研究章節—B 部分至 D 部分—分別重點指出背景研究的主要結果和對「醫保計劃」的影響評估。現摘述如下：

「醫保計劃」的許多特點都得到證據支持

這包括：

- 成立一個專責的監管機構，監督「醫保計劃」（第 13 章）
- 建議成立的「醫保計劃」的主要保障內容，如必定承保、保證續保、承保投保前已有病症及最長等候期（第 14 章）
- 擴大計劃的保障範圍至選定的日間手術和醫療程序（第 14 和 17 章）
- 一個進一步強化的索償糾紛調解組織（第 16 章）
- 以套餐式收費的方法，控制醫療通脹和成本（第 17 章）
- 透過政府對高風險池的注資，支援高風險人士（第 18 章）

在研究過本地市場經驗後，我們認為「醫保計劃」所建議的措施，有助改善年長人士和健康狀況欠佳人士普遍少受保險保障的情況，以及有助解決退休人士在離開職場後失去保險保障的問題。

「醫保計劃」的某些特點未有足夠證據支持

- 根據國際經驗，為醫療保險提供無索償折扣並未受到青睞（第 17 章），因為保存無索償折扣，投保人可能會延誤尋求治療，或回流到公營醫療體系。

醫療儲蓄戶口（第 18 章）並不盛行，只在一些對投資收益和儲蓄徵收高昂稅款的地方才較為普遍，例如美國、新西蘭和匈牙利。在這些國家，人民較樂意接受醫療儲蓄戶口在資金使用方面的限制，以換取稅務優惠。由於香港對利息和投資收入的徵稅有限，加上社會已有濃厚的儲蓄文化，對醫療儲蓄戶口實行稅務優惠不大可能推動總體儲蓄上升，反而可能只會增加產品的行政成本及增加政府支出。

雙軌市場不太可能持續發展

醫療改革第二階段公眾諮詢（以下簡稱「第二階段諮詢」）提議，「醫保計劃」可以是單獨的獨立產品，與香港市場現有的私人醫療保險產品一起在市場上進行經銷。這意味著「醫保計劃」產品將會是市場上唯一帶有必定承保、保證續保、承保投保前已有病症，及受最低保障規限的產品，而市場上其他保險產品則可繼續保持現狀。

雙軌市場（如以上所描述，指一個市場同時有一種受嚴格規管和另一種較不受規管的產品銷售）在國際私人醫保中甚為罕見，因為會涉及受規管產品是否可長期持續發展的問題。很多國家，包括在本顧問研究中集中研究的五個國家，都要求所有償款住院保障產品必須遵守最低保障要求。這即是**單一市場**，其中所有產品都需要遵守相同的最低標準。

美國藍十字(Blue Cross)與藍盾(Blue Shield)計劃的經驗（詳見第 14 章），為必定承保的受規管產品，在面對較不受有關規管的產品的競爭下，會如何失效提供了清晰的例證。由於其他承保機構以盈利為本，通過核保選擇性地只接受健康風險較低的人士投保，令高風險人士投向非牟利的藍十字和藍盾計劃，但由於必須採用羣體保費

率¹，藍十字和藍盾計劃因而無法生存——這是最終導致美國在 2010 年進行醫療改革的一個主要因素。各州份和聯邦政策制定者因此先後不得不對保險市場進行干預，以確保保險市場的可持續性。

雖然歐洲某些國家有能力維持雙軌市場，但與香港情況相比，當中有著重大的分別。香港市場由須全面核保、並無必定承保特徵的產品主導，而大部分歐洲市場則早已由非牟利的互惠保險基金主導，只提供受到規管並採用羣體保費率、必定承保的產品，因而不大受到由牟利的承保機構引進的可核保的產品衝擊。我們未找到市場在相反方向發展時規管產品仍能維持可持續性的例證——也就是說，受更嚴格規管的必定承保產品，當與現有受較寬鬆規管的產品一同推出市場後，仍能夠維持市場佔有率並持續增長的證據。

雙軌市場的模式不太可能實現「醫保計劃」的目標，反而可能會重蹈美國失敗的經歷，即健康的人士選擇受較寬鬆規管的產品，令「醫保計劃」只成為那些健康狀況較差人士的選擇。如果發生這種情況，「醫保計劃」價格將無可避免地過高或無法持續發展，令「醫保計劃」的許多目標——例如讓步入老年的人士繼續受保、提供更好的保障、加強消費者權益的保護、紓緩公共醫療服務的輪候時間——都將不可能實現。

「醫保計劃」大有機會提高市場效率和為消費者提供物有所值的產品

舉例說，現時私家醫院的索償項目高度集中在幾項醫療程序例如胃鏡檢查和結腸鏡檢查上。在香港償款住院保障產品市場中，不論是在數量還是費用上，大約 40%的住院醫療索償來自於胃鏡檢查和結腸鏡檢查。此類程序相當大部分（在 40%到 65%之間）是住院的個案，而住院費用較日間治療的費用為高。目前，私人醫保產品的設計，一般要求提供住院證明，才能就該醫療程序索償，這很有可能是導致上述情況的原因。相反，在澳洲，只有不足 10%的結腸鏡檢查和胃鏡檢查的病人是留院過夜的。如果「醫保計劃」的設計能鼓勵更多這類治療在日間進行，將能顯著節省開支，並提升效率。由於目前私家醫院為老年人提供相對較少的服務，所以假如私人醫保能加強對老年人和有已有病症人士的保障，則或可以善用公立醫院的資源和服務量來處理一些更複雜的治療程序。

提高市場效率的第二個途徑是提高保費的效率（非索償開支及利潤佔保費的百分比），尤其是在個人保險市場方面。與本報告詳細調研的國家相比，香港私人醫保市場個人保單的索償比率（索償佔保費的百分比）為 57%，大幅低於我們調研的國家的相應數字。2010/11 年，澳洲的醫療承保機構的索償比率為 85%；愛爾蘭的私人承保機構的平均索償比率（2010 年）為 88%；美國目前法例為個人醫療保險和小型團體醫療保險計劃設定醫療申索比率（醫療服務開支佔保費的百分比），法定下限為 80%，而大型團體（100 名員工或以上）醫療保險的醫療申索比率的法定下限則為 85%。這些市場都大量使用網絡和電話銷售，採用精簡的電子索償和賠付流程，為聯網內醫療服務提供者提供更簡化的索償審批和賠付流程，並通過立法規定了醫療保險的最低保障，從而減低了投保人士在投購前獲取產品資料的信息費用。「醫保計劃」會有助香港的保險市場在多方面增加效率。

¹ 「羣體保費率」指一種保費結構，該等結構要求醫保提供者在某一特定區域內，必須按同一價格，以無須醫療核保的形式向所有人士提供醫療保單。

提高市場效率的第三個範疇，涉及消費者自付費用和在治療前無法明確預知醫療服務提供者總收費額的情況，這為保單持有人、承保機構和服務提供者帶來不確定性。在研究的國家中，消費者在作出索償時，可以利用例如服務預算同意書、套餐式收費、「定額套餐安排」和套餐式保障限額等安排得知明確預算。這些安排也為承保機構和服務提供者增加了治療前的明確性，並作為一個系統性的長期成本控制工具，以便更好地控制醫療通脹和減少不必要的醫療服務。目前，這些措施在香港市場尚未普遍，尤其是個人醫療保險部分。

落實不同承保機構之間「醫保計劃」產品的可攜性，涉及不可忽視的技術挑戰

建議中的「醫保計劃」的設計與其他國家的強制性醫保計劃的特徵之間的主要區別，可能在於承保機構是否可以在「醫保計劃」下收取附加保費，以反映投保人的健康風險狀況——在我們調研的國家中，沒有國家容許按照健康狀況收取附加保費。在澳洲、愛爾蘭、荷蘭和瑞士，均設有羣體保費率，而在美國，則僅允許按照很少數的因素收取「附加保費」。這意味著當投保人轉投其他承保機構時，不會遇對預期以外的保費改變。保單因而具有高度的可攜性，而消費者能夠輕鬆地轉換承保機構，也增強了市場競爭力。

香港未有計劃實行羣體保費率，承保機構將可以繼續按照他們認為合適的因素為投保人進行核保，以便管理逆向選擇的風險。這將對可攜性帶來技術上的挑戰。如果不同的承保機構按照不同的因素或不同的核保變數收取附加保費，則投保人可能會因為轉投新承保機構時要再接受核保，而不願意轉投新承保機構；這種障礙反而不利於市場競爭。

因此，「醫保計劃」需要解決可攜性問題，以確保投保人能無障礙地轉換承保機構，從而鼓勵更大的市場競爭。在 2010 年美國進行醫療改革之前，有關可攜性條款的關注重點，是投保人在退休時由團體保險計劃改為個人保險計劃的可攜性，而香港亦需要處理類似的問題。食物及衛生局將需要監督保險市場的可攜性，以確保設定了充足的條文規定——我們調研的國家普遍都需要不時對他們的可攜性條款進行優化，以保障消費者權益和刺激市場競爭。

市場透明度是促進競爭、加強消費者權益保障和優化監管效益的關鍵因素

當消費者不能容易地比較不同的保險產品時，市場便很難實現真正的競爭。在香港，由於不同承保機構之間的保單條款的定義和詮釋尚未劃一，加上消費者很難取得和消化這些資訊，因此比較醫療保險產品時不時會遇到困難。加上不同承保機構在某些醫療項目的保障水平不同，令病人往往很難估算自付費用。不同的承保機構通常將不同的治療劃分為大型手術、中型手術或小型手術，而據此設有不同的最高保障限額，但通常這類資訊在投保人購買保單之前，未必能即時提供。

要成功推行建議中的「醫保計劃」政策措施，需要促進市場競爭和提高市場透明度，並讓消費者在知情的情況下作出選擇。「醫保計劃」劃一保單條款和條件的建議已在這方面邁出了重要的一步，但我們調研的國家已經採取了更為廣泛的措施來增強市場透明度和可比較性，使消費者能有效比較不同承保機構的產品和保費，以增強市場競爭。這些措施包括劃一產品保障水平、劃一保單字眼和條款、規範產品資訊陳述，和利用網絡資源，方便消費者對私人醫保的產品和保費進行比較。

以費用分擔安排為投保人提供更明確的自付費用預算

費用分擔指投保人在得到醫保公司的償款後，需要向醫療服務提供者支付的淨自付費用。目前市場上的私人醫保產品在自付費用上為消費者帶來不確定性，消費者很難理解這些保障水平的價值、受保的醫療服務範圍以及可能需要支付的自付費用金額。醫療服務的實際開銷也會因使用的醫院和病房等級而不同。

研究顯示，與香港的一般保單相比，很多其他國家的私人醫保為投保人的自付費用提供了**更大的明確性**。例如，在澳洲和愛爾蘭，保單持有人一般只需支付他們索償的首 $\$x$ 或 $\text{€}y$ （「免賠額」），承保機構則支付此款額以上的全數索償費用。澳洲的「免繳付套餐/定額套餐安排」做到了這點。在瑞士和荷蘭，投保人每年支付的金額受

嚴格規管，這與私人醫保在這些國家的強制性質和作為醫療資金的主要來源的角色相關。調研的五個國家均不允許就基本醫療保險設有終身保障總額上限和年度保障總額上限。

一般的費用分擔安排包括：

- 可預先確知基本醫療服務的自付費用，如住院費用，除非病人選擇非網絡的醫院。
- 部分醫療服務的費用分擔更容易在病人的控制範圍以內，特別是基層醫療和門診服務，及受有時設有的年度保障總額上限所限。
- 對每年根據醫療需要而進行的先進診斷成像檢測次數加以限制，而承保機構亦可運用自付費用安排，防止不必要的診斷程序；另亦可按照日間治療費用設定償款水平上限，以鼓勵病人進行日間治療。

以上安排為承保機構與醫療服務提供者議定收費安排和服務水平協議帶來誘因——包括套餐式收費——以管理他們的財務風險。

套餐式收費需受規管

推行套餐式收費是「醫保計劃」的一個重要目標，但需要長期受規管以妥善落實。這對香港尤其重要，因為與澳洲和愛爾蘭不同，香港缺乏一個強大有領導地位的承保機構，能透過市場影響力，推動引入套餐式收費並與醫療服務提供者就收費條款進行談判。事實上，要引入套餐式收費，起碼要做到以下幾點：

- 規範醫院和醫生記錄診斷和程序的方法，使用國際疾病分類（ICD 10）或更新的編碼，以支援實施與公立醫院服務一致的症候族群分類（DRGs）。
- 在業內採集資料，支援基於症候族群分類的資料分析；運用業內資料，制訂平均或基準比較價格的參考水平。這些資料涵蓋住院費用、醫生收費及住院時間等方面。
- 提供醫療成本的基準資料，以便利承保機構與醫療服務提供者之間的商議。

在調研的國家當中，有助於促進套餐式收費的其他因素，還包括取消年度和終身保障總額上限，以鼓勵承保機構代表投保人士與醫院和醫生進行磋商；此外，承保機構可以設立沒有協議情況下的賠償安排，以便與醫療服務提供者進行協商。

政府提供財政誘因做法普遍，但設計必須有效

大部分國家都為私人醫保提供不同形式的財政誘因或懲罰性安排。雖然沒有統一做法，但關鍵是配合整體稅收制度。有若干證據顯示，針對個人的稅務優惠和直接津貼，可以鼓勵消費者購買私人醫保，而更多的證據顯示，對僱主的稅務優惠和直接津貼，更有效令私人醫保投保率快速增長。與提供財政誘因以鼓勵購買私人醫保比較，懲罰性稅務措施——即對未有購買私人醫保人士的罰則——往往更為有效，但這卻違背「醫保計劃」的自願參與性質。

許多國家初期會採用多類型的誘因或措施，而隨著經驗累積，逐漸收緊措施的範圍，以控制財政負擔，將資源集中在最為有效或最能幫助有需要人士的措施——特別是低收入或高風險的組別。這方面的例子包括美國「投保前已有病症保障計劃（PCIP）」，和澳洲為年長人士提供的較高保費回扣措施。

現有的證據顯示，在第二階段公眾諮詢中建議為新投保者提供的「醫保計劃」保費折扣，雖然或會鼓勵一些人從非「醫保計劃」的保單轉到「醫保計劃」，但單單這個誘因應不足以鼓勵大批新投保人士投購私人醫保。此外，第二階段公眾諮詢中建議的醫療儲蓄缺乏令人信服的證據，證明能吸引更多人投保或推高整體儲蓄率。然而，香港政府通過為高風險池提供財政支援，為高風險人士提供誘因，則符合國際趨勢。

政府在索償糾紛調解中一般扮演主導角色

第二階段公眾諮詢建議由一個受政府規管的醫保索償仲裁程序，來處理有關醫保索償和病人、私人醫保公司及/或醫療服務提供者之間的仲裁糾紛，這安排符合國際最佳慣例。在調研的國家中，當地政府普遍認同醫保在提供社會保障時的獨特性質，通常會與保險業界合作管理與醫保有關的主要糾紛調解機制。這也和政府對醫保採取較嚴格（相比其他形式的保險）的監管做法一致。即使政府未有直接管理糾紛調解機制，也會積極參與系統管理，而有關機制則受消費者、行業和政府共同監管——在這方面瑞士和荷蘭是兩個例子。

需要加強資料收集

北美洲一家著名的醫保公司——凱薩醫療機構(Kaiser Permanente)，在治療協調方面取得很大成功，管理層將其成功歸功於衡量文化。事實上，很多失敗的改革都是源於缺乏衡量和高質素的決策資訊。承保機構如缺乏足夠的資訊，就未必能適當地為風險定價，缺乏充足資料亦難以令醫療服務提供者同業之間達成有關服務的共識和指引，而病人和承保機構亦無從衡量和比較服務質素，即使價格亦不能成為可靠指標。對政府來說，缺乏資訊亦令其難以衡量改革的成效，增加政策失去公眾支持的風險。

我們在與澳洲承保機構進行訪談時發現，相對於公營部門，私營界別接受症候族群分類（DRG）的進度較緩慢。這是由一系列因素所造成的，但其中最主要原因是承保機構未能獲得症候族群分類成本和價格的足夠資料，而且未能清晰地了解私家醫院的收費結構。

缺乏資料數據成為未能妥善執行某些風險平衡系統的一個主要原因，結果意味着承保機構繼續依賴風險挑選作為增加盈利的手段，而沒有積極改善健康風險和控制醫療成本，換句話說因選擇風險而獲得的財務得益，繼續高於由改善效率而帶來的潛在利益。

然而，目前香港僅收集相對有限的資料。私家醫院和私人承保機構未有採用一致標準化的編碼來記錄病人的醫療資訊，因此在匯集整個行業的資料方面存在重大缺口。現時沒有適時收集有關投保人士基本情況或醫院服務費用的資訊。制訂一個清晰的資料匯集和報告策略將會是成功推行「醫保計劃」政策措施的重要一環。

引進「醫保計劃」時需要管理關鍵風險

在某些國家，私人醫保改革加速了醫療通脹和醫療服務使用量，因為投保人士不再需要直接向私營醫療機構支付自費款項以接受治療，因此不大關注是否有實際需要使用該等醫療服務。一些國家例如荷蘭已經採取了大刀闊斧

的措施限制醫療費用的增長，荷蘭在 2012 年通過了為整體保費和醫療價格的增長設定上限；而在我們調研範圍內的所有國家，都已經採取了直接的監管行動，以管理私人醫保體系中的醫療通脹和需求增長。第 17 章將詳細討論這些風險和成功的管理策略。

先進診斷成像檢測服務在香港市場一直強勁增長，如果「醫保計劃」的最低保障範圍涵蓋這些服務，則必須審慎管理保障範圍，以確保需求不會毫無節制地增長。採用套餐式收費與其他措施，將有助承保機構管理因保障範圍擴大了而帶來相關的風險；而就某些醫療服務採取費用分擔安排，可能是解決方法之一。

另一常見的做法是為最低保障範圍訂出明確清晰的定義（而非廣義定義醫院所提供的服務），以管理成本和鼓勵在適當的地方提供治療。澳洲、愛爾蘭、荷蘭和瑞士四個國家都對最低保障範圍涵蓋的各種具體醫療程序作出了詳細定義，這些國家也同時確立了接受這些醫療服務的最低保障限額。美國現正為於 2014 年起正式實施的「基本醫療保障」制訂定義。香港尚未有類似安排。就此除了一開始界定保障範圍之外，還需經常留意最低保障範圍涵蓋的醫療項目清單，以應對新的科技和不斷變化的醫療方法。

下文列載有關「醫保計劃」經過技術可行性和保險精算研究後得出的主要建議，並在 A 部分載列了詳細闡述，以反映本研究的調查發現，以及更充份地實現對相關行業、消費者和社會大眾的潛在得益。

設計方案：所有償款住院保障產品的最低要求

本報告建議「醫保」標準計劃應構成一套適用於所有償款住院保障產品的最低保障。「醫保計劃」在正式實施後，其最低標準將適用於在個人保險市場上出售的所有新產品。至於團體保險市場，則會於短至中期內引入自願補充計劃和轉換選項，而長期目標則是全面達到最低要求（參見下頁的團體保險市場安排）。提供償款住院保障產品的所有承保機構必須提供至少一份提供必定承保的「醫保」標準計劃。所有新的投保人士應至少獲提供有關「醫保」標準計劃的相關資訊。

「醫保」標準計劃的最低要求概述如下：

表 1：「醫保計劃」最低要求概要

特點	概念
必定承保	在轉移期內，不得拒絕新投保人士投保或拒絕將投保人轉移至「醫保」標準計劃。 在轉移期後，為「醫保」標準計劃的必定承保設定經協定的年齡上限。
保證續保	終生適用
承保投保前已有病症	在等候期過後承保投保前已有病症，償款按以下等候期安排發還： 第一年：不受保障 第二年：可獲 25% 償款 第三年：可獲 50% 償款 第四年或以後：可獲 100% 償款
最低承保和保障範圍	「醫保」標準計劃須包含一系列最低保障範圍的列表，以及這些服務的最低保障限額。保障範圍將包含指定的日間手術，例如結腸鏡檢查和胃鏡檢查、某些先進診斷成像檢測（磁力共振掃描、電腦斷層掃描、正電子放射斷層掃描）、化療和放射性治療，以及癌症相關的治療服務（範圍由監管機構訂明）。 以 套餐式保障限額 的方式為該等先進診斷式成像檢測訂定最低保障限額。
投保人自付費用	訂立須由投保人支付的免賠額和共同保險的每年上限。 如投保人選擇已參與其承保機構的「定額安排」的醫療服務提供者，則須清楚列明涉及的免繳付套餐/定額套餐安排服務的自付費用。 超過保障限額的自付費用並無上限。
保費	按年齡組別收取保費，承保機構可自行核保，收取的最高附加保費率為「醫保」標準計劃標準保費的 200%。
可攜性	投保人可轉換承保機構，而無須重新經歷等候期。 如果投保人在過去三年無保險索償，則在轉換承保機構時無須再次核保。 如果在最少一年期內，投保人持續受聘並獲團體保險計劃保障，則可以在退休或離職時從團體保險計劃以標準保費（無附加保費）轉換到個人的「醫保」標準計劃。
簡易的保單轉移過程	個人保險投保人士可以選擇轉移到「醫保計劃」的標準計劃而無須就其現有保障再次接受核保。
高風險池	只有申請「醫保」標準計劃的人士的保單才可轉移到高風險池。
誘因	「醫保」標準計劃和「靈活計劃」，以及團體保險計劃成員持有的自願補充計劃，均可獲得財務誘因。

以上特點擴大和改良了在第二階段公眾諮詢提出的「醫保計劃」概括性設計，以確保計劃的可行性和可持續性。主要特點進一步解釋如下：

必定承保

在本建議中，在轉移期內，所有新投保人士和從現有償款住院保障保單轉移過來的投保人士，**不論年齡**均可享必定承保以參與「醫保」標準計劃。在轉移期之後，必定承保將**僅適用於 40 歲或以下的新投保人士和符合可攜性資格的投保人士**（詳見下頁的**可攜性**）。這與第二階段公眾諮詢中，將必定承保的年齡上限訂為 65 歲的建議有所不同。研究顯示，如必定承保的年齡上限過高，或會無法維持且有可能大幅增加政府在高風險池的開銷。這也有可能向消費者發出差誤訊息，令他們等待年老或出現健康問題時才投購償款住院保障產品。如必定承保的年齡上限較低，則可向消費者發出清晰信息，應在較年輕時投購償款住院保障產品。這樣也可降低承保機構的不確定性，並減低高風險池的潛在成本。

最低保障範圍

在「醫保計劃」下，應制訂一份詳細列表，列明**最低保障範圍所包含的治療以及使用該等服務可獲賠償的最低限額**。此做法與現時的保險產品不同，目前保險產品較多以進行治療的地方（即是否在醫院以住院方式提供治療）來訂明保障範圍或限額方面。制定一份詳細列表，可避免採用以是否住院和住院多久來界定保障範圍之較一般的做法，儘管這種做法在香港償款住院保障產品市場甚為普遍。這些規定變相令醫院提供較低成本效益的治療，因為有時日間治療已經足夠而無需要住院；或門診方式已可提供適當治療而無需入院進行日間手術。除了鼓勵醫院提供最有效率的服務外，透過制訂一份詳細清單亦可以清楚劃分「醫保計劃」包含的醫院和類同醫療程序和「醫保計劃」不擬包含的基層醫療。若沒有這樣一份清楚列明各種治療是否包含在內的清單，醫療服務提供者便有誘因設法讓治療符合「醫保計劃」的定義。

清單中列明的醫療程序，將包括一些經協定、在非住院環境下一般會提供的治療和先進診斷成像檢測，以及在什麼情況下它們會受保障涵蓋。本顧問研究的諮詢和研究顯示該方案需包含：某些先進診斷成像檢測（磁力共振掃描、電腦斷層掃描和正電子放射斷層掃描）；診斷性結腸鏡檢查和胃鏡檢查、化療和放射性治療，以及相關的治療服務。

最低保障列表須列明就這類服務承保機構需支付的最低保障限額（建基於普通病房級別和病人須支付的一定分擔費用而計算）。為了向服務提供者傳遞一個清楚的信息，即提供有效率治療，可將最低保障限額設定為「日間治療」收費而不是住院收費。對於某些治療，保障限額應設定為**套餐式保障限額**，而不是傳統的「分項」保障限額。

投保人自付費用

為使投保人有清楚的預算，我們建議了四項重要改變。首先，**承保機構須為經協定的一系列服務提供「免繳付套餐/定額套餐安排」**，如投保人選擇了在其承保機構的「定額安排」下的醫療服務提供者，其支付的自付費用是確定的。有關「免繳付套餐/定額套餐安排」的更多資訊請參見下文，而在第 17 章附錄中有完整的討論，包括政府和醫療服務提供者須實施的措施，以便承保機構提供「免繳付套餐/定額套餐安排」。

其次，除了急症外，醫療服務提供者必須獲得病人的「**服務預算同意書**」，以確保病人在接受治療之前已知悉將會支付的費用和自付費用。這必須在所有類別的償付中執行，而不僅僅是有關「免繳付套餐/定額套餐安排」的償付。

第三，承保機構為「醫保計劃」訂立的免賠額及共同保險（最高至列明的保障限額），應設有年度上限。為該計劃的免賠額和共同保險設定一個有意義的年度上限，可減低投保人因自付費用高昂而回流至公共醫療體系的風險。相比於第二階段公眾諮詢提議的方案（即容許承保機構設定任何水平的免賠額），此方案為投保人提供更多保障和明確性。

最後，所有產品將不再設有終生可獲保障總額限額。對於需要在較長年期內維持其保險的投保人來說，終生保障總額上額存在相當大的不明確性。事實上，這對於已持有償款住院保障一段時間的市民來說，這條款尤為苛刻，也不符合「醫保計劃」致力於讓投保人持續投保的宗旨。

保費結構

在本建議中，承保機構可以在「醫保」標準計劃規定的保費結構下，自行制定其保費率。第二階段公眾諮詢提出按年齡組別收取保費，並讓承保機構保留核保新投保人士的靈活性，但最高附加保費率限制為投保人士在該年齡組別的標準保費的 200%。為加強保費透明度，我們建議採用「上次生日年齡」為通用標準，以一個標準化的方式公佈保費。保費可按性別分開列出。對於「醫保計劃」申請人，承保機構可保留權利使用自己的核保標準。這包括決定保單的最高附加保費率是否為 200%或以上，以及因此是否將保單轉移至高風險池。

在第二階段公眾諮詢中提出的無索償折扣將僅屬自願性質。在許多國家中，一種替代方案是讓參與者加入健康計劃並提供獎勵或折扣。事實上，美國法例容許對未有參與適當健康計劃的人士徵收保費罰款。第 17 章的研究呈列了世界衛生組織認為是在減輕慢性病患者負擔非常有效的多個「最佳選擇」和其他方法。

可攜性

為了提高可攜性及增強市場競爭，建議加入具體條款，讓那些在過去三年無索償紀錄的投保人士，從「醫保計劃」相容產品轉移至「醫保」標準計劃。這些投保人將能以同一核保等級，加入新的標準計劃，而不需要再次經歷等候期。有關可攜性的具體規定和操作程序需要在「醫保計劃」正式開展後與保險業界協商。

如沒有本條款，可攜性及隨之而來的消費者保障和市場競爭將會受到嚴重影響。我們提議的方案反映了在提供無障礙可攜性與避免承保機構受逆向選擇影響兩者之間的一個務實平衡點。當局必須持續監控這些增強可攜性元素的操作成效，並在有必要時加以改進，以提高市場競爭力。

產品的整體可行性

為測試建議中的「醫保計劃」的可行性，我們進行了一個以中收入人士為目標的面對面消費者調查。調查主要目的是測試受訪者對模擬「醫保」標準計劃產品設計的喜好和價格願付程度。不論受訪者現時是否已持有個人或家庭償款住院保障保單，大部分(約 70%)都表示願意購買模擬「醫保」標準計劃。同時，受訪者對模擬「醫保計劃」保障中涵蓋先進診斷成像檢測和化療及放射性治療(電療)的重要性反應非常正面。整個調查的具體內容載於第 11 章消費者調查結果。

團體保險市場產品

以受保人數而言，團體保險佔私人醫療保險超過 40%，理論上團體保險受益人應可享受個人保險投保人士能夠獲得的所有消費者保障元素。此外，將團體保險產品納入「醫保計劃」的最基本的規範，可加強「醫保計劃」作為市場變革的推動者，例如促進日間手術和醫療程序、套餐式收費、使用私營服務趨勢等。此外，在目前的市場環境下，團體保險比個人保險更具成本效益，所以應致力於維持團體保險的受保率。然而，國際資料顯示，僱主比個人對保險價格的變動更為敏感，因此我們認為或需要分階段推行有關規定，讓僱主能逐步吸納成本，盡量降低僱主退出團體保險的風險，從而保護僱員利益。權衡兩者後，我們認為可以設定一個長期目標，將最低要求延伸到團體保險市場，目的是讓僱主有足夠時間體會新制度所帶來的更多權益保障和成本效益。

我們認為應該設立過渡期，讓僱主和承保機構可以調整他們的計劃以符合「醫保計劃」的最低要求。過渡期的長短取決於若干因素，包括新制度在個人保險市場的推行情況和僱主退出團體保險的風險。在過渡期內，應有措施確保年齡超過 40 歲的團體保險投保人可加入「醫保計劃」從而獲得適當保障，因為他們在第一年後無法透過必定承保進入個人保險市場。當局須持續監控有關措施以確保其成效。它們可能包括：

-
- 向所有受團體保險的成員提供自費購買額外保障的選擇。這些自費購買的額外補充計劃，與團體保險計劃結合後，兩者的總保障範圍應與「醫保」標準計劃的水平一致。這些自費購買額外補充計劃保障的人士應與投購個人「醫保計劃」的人士一樣獲得財務誘因。
 - 向所有受團體保險的成員提供「轉換選項」。已持續受聘並受團體保險計劃保障最少一年的投保人士，在退休或終止受聘時可以相同核保級別向承保機構購買個人「醫保」標準計劃。

本報告就「醫保計劃」中建議了多項特點，將令香港的醫療保險制度與其他先進國家(包括就本調查而作出詳細研究的五個國家)的醫療保險制度更為看齊。「醫保計劃」關鍵特徵的概述如下，並與所研究的五個國家進行了對比。

表 2: 「醫保」標準計劃和選定國家之私人醫療保險產品的主要特徵比較

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國	香港的「醫保計劃」 (建議中)
必定承保	✓	✓	✓	✓	✓	✓ 有年齡上限
保證續保	✓	✓	✓	✓	✓	✓
必須承保投保前已有病症?	✓ 除等候期期間	✓ 除等候期期間	✓	✓	✓	✓ 除等候期期間
最低保障範圍	✓	✓	✓	✓	✓ (除團體保險和某些豁免計劃)	✓ (除團體保險和某些豁免計劃)
自費分擔限制	✓	✗	✓	✓	✓	✓
劃一條款	✓	✗	✓	因所有強制性計劃一式一樣, 所以無須規定	✓	✓
保費結構	羣體保費率	羣體保費率	羣體保費率	羣體保費率	按年齡組別 (有限制)	按年齡組別
附加保費率	未有及早投保的附加保費率 (最高為 70%)	無	無	無	吸煙者 (最高 50%)。非團體健康計劃的參與者 (最高 50%)	附加保費率最高為 200%
提高可攜性的具體條款	✓	✓	✓	✓	✓	✓

靈活配合市場創新

「單一市場」的建議並非意味著所有與醫療相關的保險計劃都必須符合建議中的「醫保」標準計劃內的每一項特點。不屬於償款住院保障產品的保險計劃，例如住院現金計劃、門診計劃和一筆過危疾保障計劃，將不受這些規定所限制。

承保機構將可以提供超過法例最低要求的償款住院保障產品。承保機構可以將其納入其本身的「醫保」標準計劃的一部分，也可以作為獨立的「靈活計劃」（仍須符合所有最低保障要求），為消費者提供更多醫療保障的選擇。「靈活計劃」或會為未有在「醫保」標準計劃中包含的服務（例如婦產科）提供保障，也可對已在最低保障範圍內的項目提供更高水平的保障。承保機構還可提供「附加計劃」，即對已經加入「醫保」標準計劃的參與者提供「附加」保障。「附加計劃」本身無需符合最低保障要求，但必須連同「醫保」標準計劃或「靈活計劃」一起售賣，以確保投保人獲得的保障符合最低要求。

表 3 總結了三種不同類型的計劃，並列出每種計劃的主要特徵和需要符合的最低要求。

表 3：標準計劃、靈活計劃和附加計劃的特徵和要求

要求	標準計劃	靈活計劃	附加計劃
產品提供	必須提供作為基礎產品選擇	由承保機構自行決定是否提供	由承保機構自行決定是否提供
保障限額	相當於最低保障限額	高於最低保障限額	無規定
必定承保	必須，在等候期之後承保投保前已有病症	不需要	不需要
保證續保	是	是	無規定
附加保費率	保費附加率上限為 200%	無規定	無規定
終身保障總額上限	不允許	不允許	無規定
年度保障總額上限	允許	允許	無規定
「免繳付套餐/定額套餐」安排	必須提供指定的保障範圍	必須提供指定的保障範圍	無規定
免賠額和分擔費用	免賠額和共同保險有年度上限。 為若干先進診斷成像檢測規定指定共同保險率	免賠額和共同保險有年度上限。	無規定
自由轉換承保機構	可以；轉至標準計劃	可以；轉至標準計劃	無規定
受高風險池保障	是	否	否
產品審批	是(存檔和使用)	是(存檔和使用)	否

鼓勵投保的措施

財務誘因

為鼓勵投保，建議向所有持有「醫保計劃」相容產品的人提供財務誘因。建議**該項誘因應提供予所有「醫保計劃」的投保人士，鼓勵更多市民大眾購買「醫保計劃」產品。**參加了「醫保」標準計劃、「靈活計劃」的投保人士、屬於高風險池的投保人士，以及參加了自願補充計劃的僱員及其供養者均可獲財務優惠。當局應制訂實施細節，以鼓勵市民投購真正的償款住院保障產品，以及避免財務誘因被濫用。我們認為有三個選項可供考慮，包括設上限的稅項扣除、設上限的退稅和直接保費津貼。相比於退稅和直接保費津貼，稅項扣除較不公平，因為繳付較高稅率的人會有相對較多的得益。直接保費津貼對於政府而言，同樣規模的公帑，可鼓勵較多人參加「醫保計劃」。然而，就行政管理的考慮而言，稅項扣除和退稅可能較易實施。況且，只要納稅人能夠代表他們的供養者申請稅項扣除或退稅，這些措施也可惠及非納稅人士，例如退休人士，擴大誘因的效果。

稅項扣除和退稅有別於第二階段公眾諮詢提出的方案，即向 30 歲以下的新投保人士提供無索償折扣形式的保費折扣，以及由政府提供誘因鼓勵個人儲蓄以支付未來的保費。縱觀國際文獻，我們沒有足夠證據證明這些措施有效。無索償折扣可能產生不良的醫療效果，阻礙投保人尋求適當的治療。醫療儲蓄戶口並未被廣泛使用，且在香港這種已具備較強儲蓄觀念且在投資收益中享受低稅率的地區，儲蓄誘因也不太可能增加儲蓄率。

加強監管性的誘因

在決定是否需要投購保險時，消費者除考慮其負擔能力外，還會關注保障是否足夠。「醫保計劃」產品設計的最低要求正解決了這個問題，因此可望增強消費者的信心。就「醫保計劃」進行的消費者調查結果顯示，許多消費者對「醫保計劃」的產品特性，如保證續保及對化療和放射性治療的保障均表示支持。

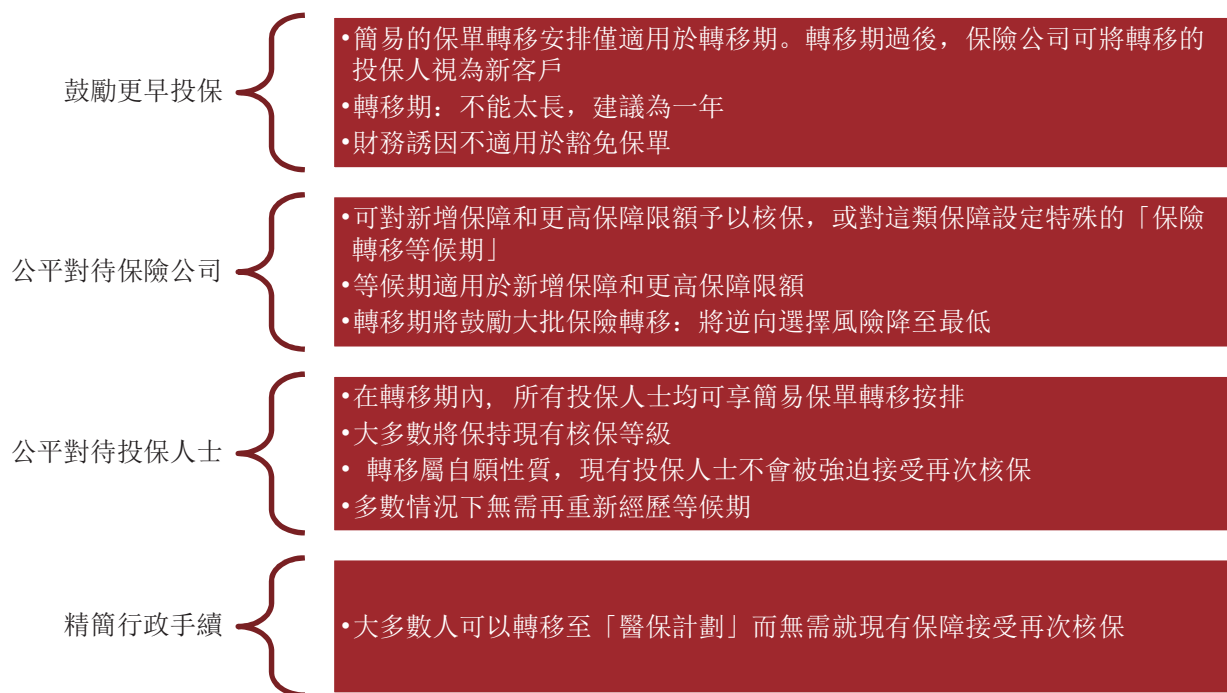
高風險池

高風險池將保費上限設定為其年齡組別標準保費的三倍，從而令高風險人士能夠在可負擔的情況下投購「醫保」標準計劃。對整體市場而言，要落實必定承保(年齡上限以下)這項鼓勵投保人更早購買「醫保計劃」的建議，高風險池將是最為關鍵的措施。

簡易的保單轉移安排

保單轉移指「醫保計劃」運作後首年內，現時持有醫療保險的人士轉移到新的「醫保計劃」系統的安排。具體細節在第 2 章中闡述。保單轉移的目的在於鼓勵人們更早地參加「醫保計劃」，以便更多人可以享受到「醫保計劃」所提供的保障及消費者權益保障，承保機構也可更準確地預測投保人數而從中受益。保單轉移安排也考慮到對於承保機構而言的逆向選擇風險，以及方便現有投保人順利過渡(特別關於保費上升)到「醫保計劃」的需要。

圖 1：簡易的保單轉移主要安排



新的監管機構

第二階段公眾諮詢建議成立一個專責機構來監管「醫保計劃」，包括為醫療保險計劃進行登記，管理「醫保計劃」的核心規定，和收集有關「醫保計劃」成員和賠付經驗、私人治療的價格、成本和服務等資料。

本報告支持成立一個新監管機構的提議，為償款住院保障產品提供監管。監管私人醫療保險有助解決消費者與承保機構之間的資訊不平等，和幫助消費者獲得更多資訊後作出更明智的選擇，從而加強對消費者的保障。

為反映償款住院保障產品在醫療體系的角色，新的監管機構應是食物及衛生局的轄下機構。為配合政府加強保障消費者權益的政策目標和為私人醫療保險設立單一市場的建議，**監管機構必須對所有償款住院保障產品實施監管**，包括「醫保」標準計劃、「靈活計劃」、「附加計劃」、團體醫療保險計劃和任何獲豁免的償款住院保障計劃。

此建議將加強對所有持有償款住院保障產品投保人士在消費者權益方面的保障，而不僅僅是「醫保」標準計劃的投保人士，並且與市場上所有保單均應符合最低要求的建議一致。

新監管機構的職能

新設立的監管機構的角色和職能必須與其成立的願景一致，並配合其他監管承保機構和醫療服務提供者的部門和組織的職能。這些職能包括具體的**監管職能、促進職能和協調職能**如下：

- 頒佈、檢視和執行最低要求
- 與保險業監理處協調，確保提供償款住院保障產品的承保機構符合進入市場的要求
- 產品註冊
- 參與索償糾紛調解機構的監管工作
- 處理其他非索償的消費者申訴
- 管理和運作高風險池
- 管理非稅務的財務誘因和津貼
- 建立市場基建以促進「醫保計劃」的實施
- 資料收集
- 編寫報告
- 落實服務預算同意書
- 消費者資訊和教育
- 與其他監管機構之間的聯絡
- 與業界的聯絡

此監管機構還應負責向政府提供**多方面的意見**，以確保「醫保計劃」的整體目標得以實現，消費者保障得以提高。

如表 4 所概述，我們建議的香港監管機構框架與本顧問研究具體研究的五個國家的監管機構框架一致。某些主要職能的具體資訊請參見下表。

表 4：建議的「醫保計劃」監管制度和選定國家的相應制度比較

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國	香港的醫保計劃 (建議中)
私人醫療保險的角色	自願性輔助	自願性輔助	強制性和自願性輔助	強制性和自願性輔助	強制性 (PPACA*)	自願性輔助
人口受保比例	47%(住院治療)	47%	~100%	~100%	65%(PPACA*之前)	~30% (住院治療)
產品受法律監管	✓	✓	✓	✓	✓	✓
所有私人醫療保險產品都受相同的監管標準所規管?	✓	✓	✓	✓	大型團體保險計劃稍有不同	所有償款住院保障產品
財務誘因	✓ (須審查經濟狀況)	✓	✓ (須審查經濟狀況)	✓ (須審查經濟狀況)	✓ (須審查經濟狀況)	✓
由政府主導的非訴訟糾紛調解	✓	✓	保險業-消費者-政府共同合作	保險業-消費者-政府共同合作	✓	政府或保險業與政府共同運作
提交新產品讓監管機構審批	✓	✓	✓	由於產品劃一，所以無須要求	✓	「存檔和使用」系統

* PPACA - 《2010 病患保護與廉價護理法案》(Patient Protection and Affordable Care Act 2010)

產品審批

外國監管機構愈來愈傾向透過保險產品審批來加強對消費者的保障。我們建議**承保機構需要向新的監管機構提交新的「醫保」標準計劃或「靈活計劃」的具體內容**，包括合約樣本和標準風險的保費表，以便監管機構註冊保險產品並確保其符合最低要求。如產品有重大變更，承保機構需要通知監管機構。

作為產品審批的過程之一，所有「醫保計劃」的保費需提交給監管機構，而修訂保費時，也需要提交給監管機構。此資訊將支援建議中的消費者網站，該網站其中一項特徵是讓消費者可以比較不同公司的「醫保計劃」和保費。

我們提議採用一個「存檔和使用」系統，在這個系統下監管機構無須審批保費率。「存檔和使用」系統指承保機構向監管機構提交保費的具體資料，除非監管機構在其後提出反對，否則承保機構便可使用提交的保費表。監管機構對保費提出反對的權力只會在極少數的情況下行使，例如保費被故意壓低，以致大批保單被轉移到高風險池；又或承保機構以捆綁產品方式故意抬高保費，藉此攫取財務誘因得益。

資料收集

監管機構、消費者和保險業都需要取得適當的資料來監察「醫保計劃」的實施，提高透明度，並提供令業界得以成功實施套餐式收費及控制醫療通脹的資訊。新設立的監管機構將須獲賦予廣泛權力，即從業界收集所需資料、規定資料格式，並要求業界必須提供資料等。如業界未有提供按規定格式提交的資料或資料質量不足，新設立的監管機構可考慮施行處罰。

監管機構無須自行收集、核對和分析所有資料數據，他們可以將此工作外判給其他機構。監管機構的「資料收集策略」包括如下數點：

表 5：資料收集策略的概覽

資料	詳細說明
從承保機構收集的資料	<ul style="list-style-type: none"> 保單詳情 「醫保」標準計劃按年齡組別收取的保費，及保費的加幅 投保人、保單類型、保障範圍、投保人的人口統計資料 保費及附加保費率 使用率(索償資料) 支付的賠償和自付費用 套餐式收費及「免繳付套餐/定額繳付套餐安排」的使用 建議加入高風險池的申請人的資訊 其他財務統計(例如：索償比率) 使用內部糾紛調解程序處理的投訴
從醫療服務提供者收集的資料	<p>從醫院和獲認可提供日間醫療服務的機構收集的資料應大幅增加，以配合採用症候族群套餐式收費的計劃。這些數據應包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 住院病患的資料，使用標準術語進行報告，以及識別住院和日間治療。 門診病患的資料 使用服務的病人的人口統計資料 支持長遠就症候族群收費的分析資料 服務量—除例如床數和住院天數等基本資訊，最理想還應包括床位類型和人力資源等資訊 有限度的醫療結果資料(例如：感染率、再度入院率)

向消費者、保險業界和決策者報告

新設立的監管機構須制訂一份清楚的報告大綱，將**相關**和**適時**的資訊提供予消費者、保險業界和決策者閱覽。計劃中的報告框架如下：

表 6：報告框架的概覽

持份者	具體內容	原因
消費者	提供的資訊必須使消費者更易於比較產品及其保費，以及有關承保機構和醫療服務提供者表現的資訊。	提高透明度、消費者的選擇和市場競爭力。
保險業界	償付經驗、償付模式、償付申請和保障的資料概要。 高風險池償付經驗和投保人士的資料概要。 治療開支及醫療服務提供者的其他相關指標（按照協定的定義）的資料概要。	協助承保機構明白其市場角色和表現，並更適當地為現有和新的風險定價。 讓承保機構和醫療服務提供者能有充足資訊就套餐式收費進行協商。
決策者	按進度定期報告，以符合「醫保計劃」的目標。	使決策者能及時回應問題。

調解糾紛

第二階段公眾諮詢建議成立一個由政府規管的醫療保險索償仲裁組織，這與國際最佳慣例是一致的。本報告對索償糾紛調解機構提出了三種選擇方案。政府應當比較這三種選擇方案的優劣點，選擇最恰當的索償糾紛調解機構以實現「醫保計劃」的目標。

- A. 設立單一、有公信力和有效管理的法定索償糾紛調解渠道，以接管保險索償投訴局的職能，這可有助於避免混淆消費者。該投訴機構也可擴大其職能範圍，以處理非索償申訴，包括有關服務預算同意書的相關事項。
- B. 設立一個索償糾紛調解機構作為上訴渠道，接受不滿意保險索償投訴局裁決的消費者申訴。保險索償投訴局可保持其目前狀況，日後擔任投保人士在接觸由政府主導的索償糾紛調解機構時的「把關者」。這方法使用現有制度，不過可能會有職能重疊的情況，而且對消費者而言或許是一個冗長的過程。
- C. 進一步改善保險索償投訴局的管治，將政府和消費者代表納入該局。

根據國際慣例，消費者向糾紛調解機構提出申訴時，應不須支付任何費用，消費者可自行選擇是否參與，而裁決則對承保機構具有約束力。無論最後採取何種方案，均應考慮擴大機構職能範圍至涵蓋團體保險成員（目前團體保險尚未納入「保險索償投訴局」的職能內）。在發生索償糾紛時，僱主作為保單持有人有若干責任保障其僱員的權益，但是實際上，並非所有的僱主都有能力有效地做好這個角色。

範圍

根據為所有償款住院保障產品建立一個建基於共同最低標準的「單一市場」建議原則，所有投保人士都應能享受到由索償糾紛調解機制提供的消費者保障。所有償款住院保障產品的投保人士和成員，包括參加了「醫保」標準計劃、「靈活計劃」、「附加計劃」、豁免計劃、高風險池以及團體保險計劃的成員，均可使用這個索償糾紛調解機制。索償糾紛調解機構可處理的投訴範圍應當非常廣泛，儘管不應與其他糾紛調解機構的職能範圍重疊。因此，該機構可將重點集中於關注醫療保險索償相關的糾紛，而與醫療服務質素相關的投訴，則應當交由衛生署和醫務委員會來處理（因為這涉及專業角色）。

減低糾紛數量

將與消費者糾紛的可能性減至最低，是管理好醫療保險系統的關鍵目標，並且是業界的首要策略。就監管計劃而言，最佳慣例是持續監察糾紛的數量和性質，這有助於不斷改善和改良「醫保計劃」，確保計劃繼續滿足投保人士的需要。新設立的監管機構和索償糾紛調解機構應具有監管和提供意見的職能，為政府改進「醫保計劃」出謀獻策，並致力於幫助保險業界處理消費者的糾紛。

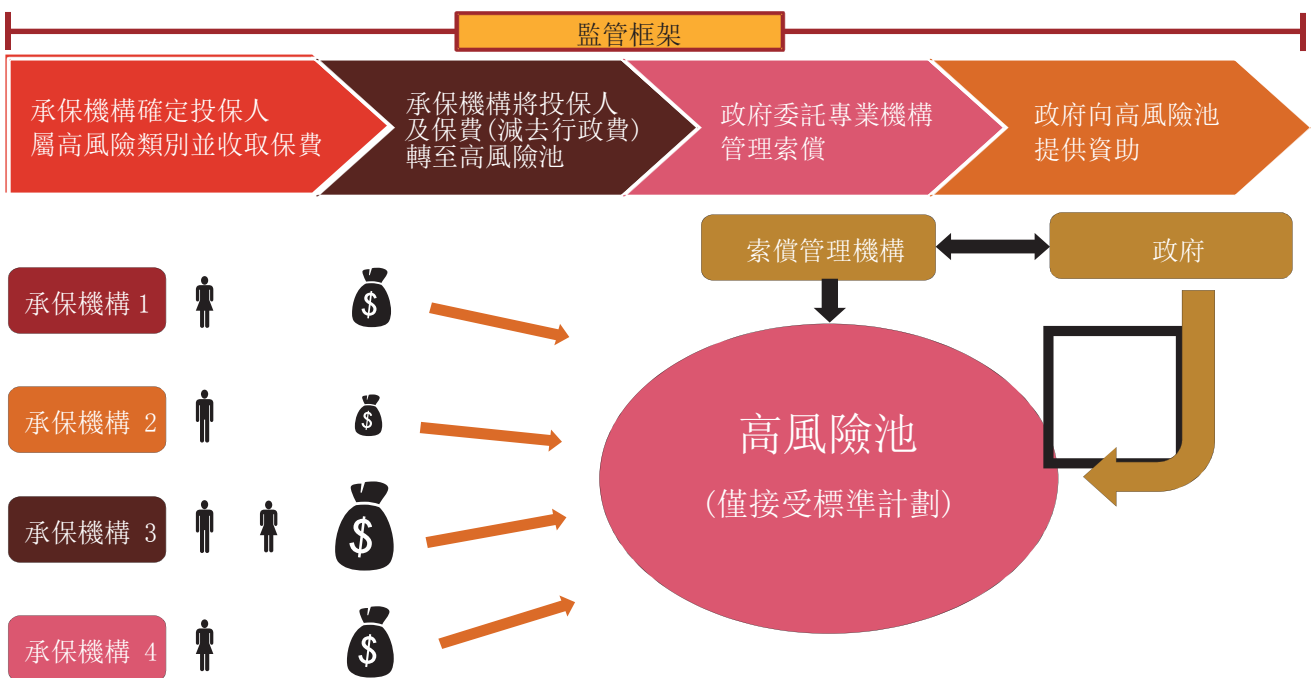
在我們所審閱的國際模式中，都有法律規定保險業必須實施內部糾紛調解程序，以便減低尋求外部介入的需要。保險業界應協商和落實適合償款住院保障產品的內部糾紛調解機制的最低要求，這些要求也應成為獲認可提供「醫保計劃」的承保機構的最低要求。

由政府資助的高風險池

本報告認為政府應設立一個獨立的高風險池，以實踐必定承保，讓有健康問題的人士能夠購買私人醫療保險。經承保機構評估為相當於其相關年齡組別標準保費三倍或以上的高風險人士的保單，可被轉移到高風險池。在轉移之後，保費收入、索償須付款項和保單利潤 / 虧損均屬高風險池。

本報告認為應由新設立的監管機構管理高風險池，而日常的管理工作可委託給熟悉索償系統管理的專業機構處理，例如由其負責提供慢性病治療管理服務，以改善高風險人士的健康狀況並有效地控制索償成本。相比於第二階段公眾諮詢所建議的再保險機制，這將是一項更具效力的措施。將高風險人士集中納入單一的風險池，不但能有效控制成本，還給保險市場的發展帶來重大契機。創建單一的風險池，可幫助索償管理機構在為該類人士提供慢性病治療管理服務和控制醫療成本的過程中，提高其技能和專門知識。此外，這還可以協助建立一個關於高索賠人士的資料庫。隨著「醫保計劃」繼續推行，承保機構可更好地進行風險定價，從而更願意承保有健康問題的人士。

圖 2：高風險池的監管和運作



建議中的高風險池由投保人士自付保費及政府資助兩部分提供資金，根據 2012 年價格計算，在 2016 年至 2040 年，預計政府須累計提供 43 億元的資助。**高風險池將不會向保險業徵費來支持其運作。**我們質疑向保險業徵費的理據，因為保險業界在此風險池的管理中並沒有話語權，而徵費帶來的任何成本最終都可轉嫁至高風險池以外的其他較低風險投保人士身上。此外，為管理政府的潛在財務風險，我們建議只有「醫保」標準計劃的申請人的保單才可轉移至高風險池。

承保機構可以採用其本身的核保標準來判定申請人是否符合 200%附加保費率的要求以進入高風險池。儘管政府可能須監察投保人士進入高風險池的資格，甚至日後在需要的情況下會就加入高風險池制定更多細則，但在短期內，使用承保機構自己的核保標準評估風險是唯一切實可行的選擇。

為消費者提供更高透明度和明確性

免繳付套餐/定額套餐安排

我們提議的「免繳付套餐/定額套餐」安排，可為投保人在自付費用方面提供更高的明確性，同時鼓勵承保機構與醫療服務提供者之間訂約，提供更具成本效益的治療方法。此建議取材自澳洲的類似經驗，儘管具體細節無需事事跟隨。在接下來的章節，我們將重點說明用以推動「免繳付套餐/定額套餐」安排所需要的推動因素，包括套餐式收費。

下表比較了病人、承保機構和服務提供者，在採用「免繳付套餐」安排與不採用「免繳付套餐」兩種情況下的財務安排。

表 7：澳洲經驗 - 比較「免繳付套餐」與一般情況下支付收費的財務安排

採用免繳付套餐/定額套餐安排	不採用免繳付套餐/定額套餐安排
<ul style="list-style-type: none">承保機構直接向醫院和醫生支付費用。投保人無現金支出（或僅支付固定的額外開支，即「定額」）。承保機構向私家醫院支付合約上列明的醫療費用。選擇採用承保機構收費表的醫生，會由承保機構直接向其支付收費。投保人可預先知道自付費用，通常只是保單列明的「定額」。	<ul style="list-style-type: none">投保人須先支付所有費用，然後向承保機構索償。承保機構只賠償保單內有關住院指定項目的保障額。承保機構只按指定保障計劃表向醫生賠償。由於病人需要支付超過指定保障計劃表的住院費用或醫生費用，他們的自付費用可能很高。

服務預算同意書

為提高透明度、市場競爭和消費者權益保護，**除緊急個案外，醫療服務提供者在向病人提供治療前，必須取得病人的「服務預算同意書」。**「服務預算同意書」意味著病人在接受治療前，可知悉治療費用和他們需要支付的自付費用。醫療服務提供者，無論醫生還是醫院，均必須確保他們在進行治療前，取得病人對治療的同意。他們也必須在病人接受治療前獲得病人對「服務預算同意書」的確認。承保機構必須提供所需資訊，讓醫療服務提供者能適時獲得病人對「服務預算同意書」的確認。

「服務預算同意書」是套餐式收費的關鍵促成因素。隨著受保人口和保障範圍在「醫保計劃」下擴大，「服務預算同意書」將有助控制由保險引發的醫療通脹壓力。「服務預算同意書」意味著病人將可預先知悉其醫療服務提供者有否參與其承保機構的「定額」安排，從而在願意參與「定額」安排的服務提供者中作出選擇。

「服務預算同意書」要取得成功，至關重要的是必須盡可能讓這個過程簡便易行。新設立的監管機構應協助保險業制定恰當的基礎設施和指引，以便有效實施「服務預算同意書」安排。

市場透明度

透明度是有效競爭的一個關鍵要素。所有就本顧問研究而研究的國家均實施了一定的措施，確保消費者可以對行業內的各種產品和保費進行對比，以增加競爭。我們建議可通過下列方式進一步改善「醫保計劃」的實施：

- 採用劃一產品保障水平，與劃一條款用字和術語
- 不同的保單須採用統一的方式讓投保人士確知保障範圍和不受保項目，例如「統一資料披露聲明」或「保障和保險範圍概要」

- 方便消費者使用網上資料，讓消費者可以比較「醫保計劃」產品和保費

第 13 章提供了舉例說明，並附上澳洲和愛爾蘭監管機構運作類似網站的連結。這類網站可日趨完備，披露更多資訊，讓投保人士更容易對產品是否物有所值進行比較。例如：

承保機構的索償比率

- 一般的自付費用（例如，以百分比形式表示）
- 「定額」安排的使用

推動套餐式收費

症候族群的套餐式收費是第二階段公眾諮詢中「醫保計劃」建議的一個主要特點，但在諮詢研討會上，它卻是最多人不明白的一個議題。如要實施症候族群的套餐式收費，必須先解決不少難題，因為醫療服務提供者和承保機構未必有記錄建立症候族群所需要的資訊，而要建立這些資訊記錄，則必須投入巨額投資。

第 17 章附錄介紹了實施套餐式收費的概括性流程圖。雖然有些人將套餐概念理解為強制性套餐式醫療收費或固定醫院收費，但我們的流程圖提出使用「定額」安排和「服務預算同意書」來推動承保機構與醫院和醫生之間訂約，則以自願性合約協議進行。此訂約可採用套餐式收費，而「醫保計劃」下某些治療的最低保障限額也可以套餐式保障限額的方式訂定，藉此促進套餐式收費。

圖 3：實施套餐式收費的概括流程圖



套餐式收費的實施，無需要等到醫院和承保機構的編碼系統標準化之後方才實行。在進行初步試點時，可先在套餐式收費安排中加入較易識別的治療，其中至少可包括結腸鏡檢查和胃鏡檢查、先進診斷成像檢測（MRI、CT、PET）、化療和放射性治療。

在套餐式收費試行之前一年，可建立套餐式收費所需基礎，包括從第二年起醫院和承保機構將會採用的編碼系統，用以記錄所有的醫院活動。此外，套餐式收費試點也需要透過協商訂定所包含的治療清單和預計費用，以及「醫保計劃」的相關最低保障限額。另一方面，合約樣本用字以及試點的運作要求還需加以制定。

「免繳付套餐/定額套餐安排」和「服務預算同意書」將是套餐式收費試點的一部份。在接下來的三年中，藉持續進行資料收集和分析，包括首次收集所有私人醫院活動的成本數據，促進套餐式收費的往後發展。

我們期望政府持續支援實施套餐式收費和設立必要的基礎設施。此外，還需要設立一個保險業/政府/消費者的聯合作業小組，以便吸納各持份者的寶貴意見，幫助項目成功推行。

影響評估

如能管理好風險，「醫保計劃」可以為消費者、承保機構和社會大眾帶來重大、有益的變化

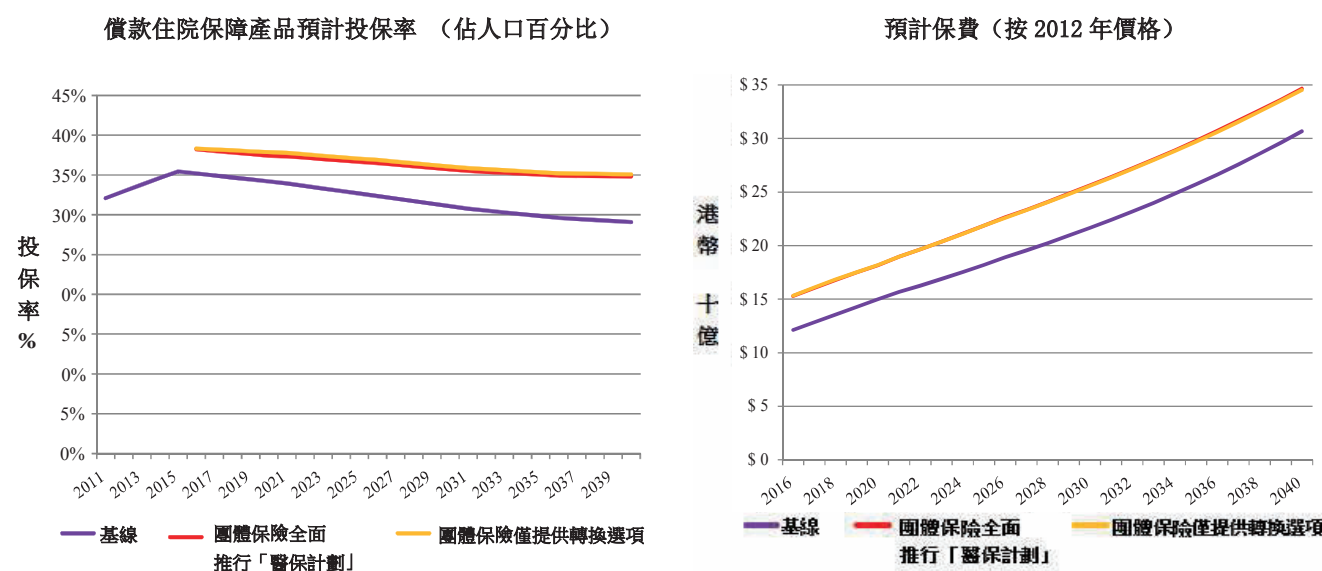
在 B 部分提供的精算分析顯示，「醫保計劃」能有效促進償款住院保障產品市場的增長、推動私營日間治療服務的發展、提升市場效率並讓消費者分享成果、和減輕公營醫院壓力。

標準保費（即被視為屬「標準風險」且沒有附加保費的投保人士的保費）將會因為有新的保障項目以及承保投保前已有病症而提高：第 5 章中的估算顯示，個人保險市場中普通病房級別的標準保費（所有年齡組別的平均數）將上漲 9%；如果最低要求伸延至團體保險市場而其他條件保持不變，那麼普通病房級別的團體保險的平均每位成員的保費將上漲 12%。

然而，這僅僅是「醫保計劃」政策措施中可能影響到保費的其中一個方面。正如第 6 章的預測所顯示，部分上升的保費會因高風險成員轉移至高風險池所抵消。投保人亦可以從他們的「醫保計劃」中選擇免賠額來降低保費的增幅。長遠來看，「醫保計劃」所帶來的**更高效率和更高透明度**（這包括套餐式收費、服務預算同意書、更容易的產品比較以及保費透明度等等的效應），與沒有「醫保計劃」的「基準預測情況」相比，將會帶來**較低的醫療通脹、減低非索償開支/利潤佔保費的百分比**，從而抵銷新增保障帶來的價格影響，令平均每位受保人的保費降低。

本預測分析考慮了一系列在合理情況下可能出現的預測情況。以下結果所顯示的預測情況為政策措施具有中等程度的影響下的情況。圖 4 展示了在兩種方案下「醫保計劃」的結果；第一種是假設「醫保計劃」在團體保險市場中全面推行（在這些預測中我們假設有 5 年的過渡期）；第二種是假設團體保險市場中僅提供一個強制性的「轉換選項」。就總預測結果而言，這兩種方案只有些微差別。假設「醫保計劃」於 2016 年推出，在財務誘因以及必定受保的年齡上限將於第二年下降的影響下，受償款住院保障產品保障的人數有望在「中度影響預測情況」中增加超過 200,000 人（相對於「基準預測情況」而言）。長遠來看，相比起「基準預測情況」，「醫保計劃」下更佳的市場效率意味著會有額外約 450,000 人擁有償款住院保障產品的保障。

圖 4：2011–2040 年償款住院保障產品的預計投保率及總保費 - 個人及團體保險市場



注：附加醫療保障未包含在市場保費總額的預測中。具體細節和假設請參見第 6 章。

在基準預測情況下，直至 2015 年的投保率一直上升，這與觀察到的近期趨勢吻合，近期承保機構和政府在這方面的宣傳推廣，可能是其中一個推動因素。長遠而言，人口投保率很有可能因為人口老化而下降（在沒有「醫保計劃」的情況下）。由於負擔能力問題，投保率在較年老人士中一般較低。「醫保計劃」的政策措施可透過提高消費者信心和更容易獲得保險保障的機會，在某程度上舒緩這方面的情況。

在 2016 年，「醫保計劃」下的保費總額預測將達約 32 億港元（以 2012 年的價格計算），高於基準線預測情況 25%。到了 2040 年，這差額將增加到大約 39 億港元，屆時保費總額將高於基準預測情況 13%。

在「醫保計劃」下，償款住院保障產品對醫療融資的貢獻亦明顯增加。在「醫保計劃」下，2040 年的索償費用約達 57 億元，高於基準預測情況 30%。在個人保險市場中，索償比率 - 即索償佔保費的比例 - 會大幅度提高，到了 2040 年將從 57% 增加到 70%，而在「醫保計劃」下的醫療通脹則估計較基準預測情況每年低 0.5%。

對醫療系統的影響

與推出「醫保計劃」之前的醫療衛生支出和活動的概括預測相比²，「醫保計劃」將對香港公共醫療系統有累積性影響，長遠而言，這種影響將會變得顯著。在「中度影響預測情況」中，名義上的替代效應，就住院日數而言，將從 2016 年的約 53,000 天增長到 2040 年的 155,000 天，即累計超過 280 萬過夜住院日數，約佔 2016 至 2040 年期間預測住院日數的 2%。就公共醫療開支而言，名義上的替代效應將在 2016 至 2040 年間累積達到約 700 億港元。這很有可能遠高於政府對高風險池的財政注資和為「醫保計劃」的保費提供稅項扣除而減少的收入。

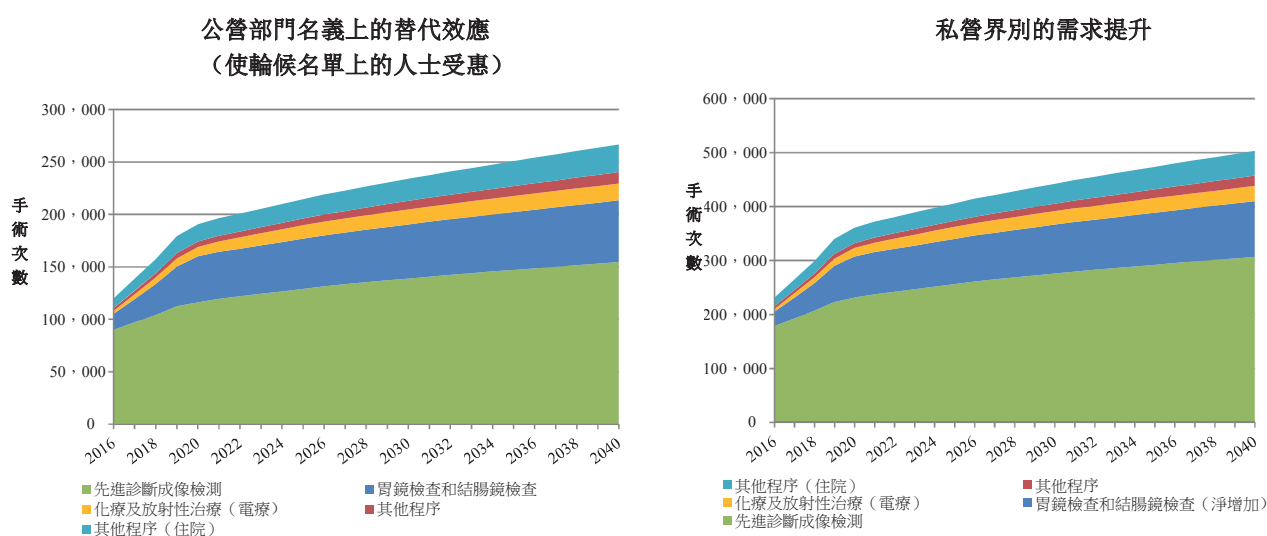
由於市民對公營醫療服務的需求龐大，因此「醫保計劃」的推出雖然會令輪候時間縮短，但不太可能會節省公營醫療開支或服務量。正因如此，「醫保計劃」對公營醫療開支和服務的預計影響性質上屬於名義上的替代效應，這意味著「醫保計劃」下釋放的資源和服務量可用於提升公營醫療服務的質素並縮短輪候時間。然而由於市場不斷變化，包括其他因素的連帶影響，我們很難將縮短輪候時間單獨劃分出來並準確地估算輪候時間縮短的幅度。

我們預計部份需求會因「醫保計劃」轉移到私營系統，因此必須考慮私營市場對轉移需求的吸納能力。由於公立醫院是住院服務的主要提供者，所以對於公營醫療而言相對溫和的服務需求，在流入私營市場後可成為顯著的服務增長。因此，最理想的是能夠將轉移的需求保持在私營市場所能承擔的範圍內。

在這些預測下，我們假設私營系統會根據新的保障範圍而調整其提供的服務。由私營非住院和日間手術所提供的先進診斷成像檢測、化療、放射性治療（電療）、結腸鏡檢查及胃鏡檢查的數量，在整個預測中都有顯著增加，到了 2040 年每年將增加超過 50 萬次（相對於「基準預測情況」而言）。相當多的結腸鏡檢查及胃鏡檢查將不會再以住院手術形式進行，導致預計住院服務量將輕微減少。儘管如此，私家醫院的平均住院日數將會有所提高，在「醫保計劃」下，私家醫院的平均住院日數將增加約 0.7 天。這是因為私家醫院會將資源轉至處理更加複雜的治療，以及更多老年人和長期病患者會在私營系統中接受治療。

² 沒有「醫保計劃」情況下的醫療衛生支出的概括預測數字由食物及衛生局提供，有關數字是根據 2004 年官方衛生支出推算模型的基礎上作出非常粗略性更新，以作為本顧問研究的技術支援。至於對治療數量的概括預測，則是由香港大學公共衛生學院提供，是該學院進行的醫護人力預測模型結果的一部分。

圖 5：2016–2040 年因「醫保計劃」而產生的名義上的替代效應（就醫療程序而言）



註：除特別註明外，均為臨床手術。假設團體保險市場僅提供轉換選項。具體細節和假設請參見第 7 章。

公營/私營界別的病床日數的比例，預計將由 2040 年基準預測的 87/13 變為「醫保計劃」下的 85/15。住院（過夜+日間）個案數量的比例變化較為明顯，將從 2040 年基準預測的 86/14，變為「醫保計劃」下的 81/19。公營與私營界別的醫療開支比例略有變化，從 2040 年基準預測的 53/47 變為「醫保計劃」下的 52/48。儘管私營界別的服務明顯增加，但這對私營醫療開支的影響，會因「醫保計劃」帶來較低的醫療通脹和更多日間手術帶來的成本效益而有所抵消。

以上估計，需連同整體政策背景才可適當解讀。「醫保計劃」的定位是一項輔助政策工具，為香港醫療系統的長期挑戰提供部分而非整體的解決方案。我們不應期望「醫保計劃」能為醫療系統的結構帶來巨大的變化。然而，「醫保計劃」將有助於公、私營醫療系統這個雙軌醫療系統的可持續發展。我們不應過度著眼於「醫保計劃」對公、私營醫療系統結構的影響。從更廣泛的層面來看，「醫保計劃」有望為整個系統帶來長遠利益，包括有機會更好地控制醫療通脹、提高市場效率、增加消費者的選擇和獲得治療的機會，並為整體人口取得更好的健康成果。

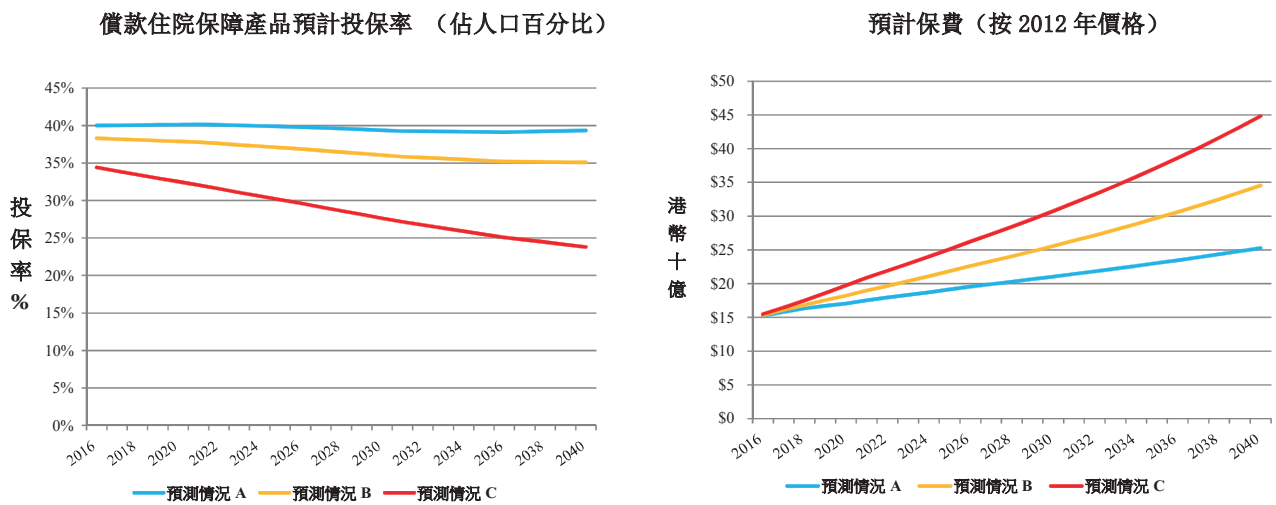
監察計劃以控制不確定性

在「醫保計劃」下的這些預測結果詳見下頁圖 6 預測情況 B。當然，由於涉及管理執行上之安排及相應的市場反應因素所影響，這些預測情況存在一定的不確定性，第 7 章展示了若未有管理好「醫保計劃」或比主要預測結果管理得更好的情況下，可能出現的各種預測情況。

例如，「醫保計劃」下新的保障範圍導致這些服務的需求高於預期，以及每項服務的成本更高（特別是先進診斷成像檢測），而未有好好管理醫療通脹，醫院和承保機構的效率不具透明度，那麼預測情況 C 便可能發生，即實際投保人數可能低於基準預測情況，因為當人們面對更高的保費時會放棄投保。預測情況 C 中的總保費較高，但這在很大程度上是由較高的醫療通脹和較高保費造成的。

另一方面，如果能有效監察並適時調整「醫保計劃」的推行，則預測情況 A 下的情況便可能發生，即有效提高市場效率，投保人數的增加可能會大幅超出目前的水平；儘管人口老化，長遠而言仍可以維持較高的投保水平。

圖 6：2016-2040 年償款住院保障產品預計投保率及總保費 - 個人及團體保險市場



注：假設團體保險市場僅需要提供轉換選項。附加醫療保障未包含在市場保費總額計劃中。具體細節和假設請參見第 6 章。

就「醫保計劃」這樣重大的政策進行影響預測，無可避免存在一定的不確定性。不過，本報告已列明了讓「醫保計劃」技術上可行及可持續發展所需要考慮的重要條件。此外，本顧問研究及分析顯示，「醫保計劃」可在近年快速增長的香港償款住院保障產品市場這一有利條件下，加強對消費者的保障及提高市場透明度。

附錄D 五個海外司法管轄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 (自願私人醫療保險)	輔助性 (自願私人醫療保險)	主要 (強制私人醫療保險)及 輔助性 (自願私人醫療保險)	主要 (強制私人醫療保險)及 輔助性 (自願私人醫療保險)	主要 (強制私人醫療保險 ¹)
私人醫療保險佔醫療融資的份額 ²					
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% (截至2012/ 13年的數字)	2% (截至2012年 的數字)	3% (截至2012年 的數字)	1% (截至2012年 的數字)	7% (截至2012年 的數字)
產品受法例規管	✓	✓	✓	✓	✓
所有私人醫療保險產品皆須符合同一規管標準	✓	✓	✓	✓	✓ (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	✓	✓	✓	✓	✓

1 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。

2 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
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	✓	✓	✓	✓	✓ (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	✓	✗	✓	✓	✓
轉換承保機構安排	✓	✓	✓ (可於年內指定期間轉換承保機構)	✓ (可於年內指定期間轉換承保機構)	✓
標準保單條款及條件	✓	✗	✓	✓	✓
保費結構	羣體保費率 ³	羣體保費率 ³	羣體保費率 ³	經調整的羣體保費率(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(只容許按年齡、地區、煙草使用及家庭狀況調整保費)
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%	✗	✗	✗	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

3 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。

服務預算同意書 (只供參考) Informed Financial Consent to Services (For Illustration Only)

說明： 本頁由醫生及醫院填寫，並由病人、醫生及獲醫院授權人士簽名及蓋章作實。**預算費用只作參考**，最終收費視病人實際接受的治療、程序及服務而定。
Statement: This page is to be completed by doctor and hospital, and to be signed by patient, doctor and the authorised person of the hospital with hospital stamp. **The estimated charges are for reference only.** Final payments are subject to charges incurred from treatment, procedures and services performed.

病人姓名 (中文) (Chinese): _____ 身份證號碼 / 護照號碼*
Patient Name (英文) (English): _____ Hong Kong Identity Card/ Passport Number*: _____

初步診斷 Provisional Diagnosis: _____

入住的私家醫院 Private Hospital (to be) Admitted: _____

預計住院時間 Estimated Length of Stay: _____ 小時 Hour(s) / 日 Day(s)* 病房級別 Class of Ward: _____

治療 / 手術 Treatment / Surgical Operation: _____

轉介 / 主診醫生 Admitting / Attending Doctor: _____

是否能夠估算費用? 是 Yes (請填寫以下欄目。Please complete the following sections.)
Are estimated charges available? 否 No (請另頁提供理由。Please provide reasons on a separate sheet.)

預算醫院費用 Estimated Hospital Charges (由醫院填寫 To be completed by hospital)

醫院費用 Hospital Charges:	\$ _____ x _____ 日day(s)	\$ _____ ~ \$ _____
- 住宿及膳食 Room and Board:	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
- 其他項目及收費 Other Items and Charges:	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____

(醫院須另頁補充醫院費用總額的明細供病人參考。)
(Hospital should provide a breakdown of total hospital charges on a separate sheet for patient's reference.)

預算醫生費用 Estimated Doctor's Fees (由醫院 / 醫生* 填寫 To be completed by hospital/doctor*)

每日醫生巡房費 Daily Doctor's Round Fee:	\$ _____ x _____ 日day(s)	\$ _____ ~ \$ _____
手術費 Surgical Fee:	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
麻醉科醫生費 Anaesthetist Fee:	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
住院時專科醫生診療費用 In-hospital Specialist's Fee:	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
其他項目及收費 Other Items and Charges:	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
	\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____

(如不敷應用，請另頁補充。Please continue on a separate sheet if required.)

總計 Total \$

病人簽署 Patient's Signature

本人知悉上述預算費用及右列保險賠償額僅為參考，並不包括因併發症所產生的額外費用，並同意最終收費以醫院賬單所列為準。
I understand that the estimated charges above and the claimable amount from insurance on the right are for reference only. Additional charges incurred from complications are not covered. I agree that payment should be made in accordance with hospital invoice.

_____	_____	_____
病人 / 親屬 / 獲授權人士姓名* Name of Patient / Next-of-kin / Authorised Person*	病人 / 親屬 / 獲授權人士簽署* Signature of Patient / Next-of-kin / Authorised Person*	日期 Date

醫生及醫院聲明 Doctor's and Hospital's Declaration

本人已向病人解釋上述預算費用，並徵得其同意。
I have explained to the patient the details of the above estimated charges and have sought his / her agreement.

_____	_____	_____
醫生姓名 Name of Doctor	醫生簽署 Signature of Doctor	日期 Date

本院知悉上述預算費用。此表格正本會存放在本院的病人醫療記錄內，副本供病人和醫生參考。
This hospital has noted the above estimated charges. The original of this form will be filed as hospital's medical records, and copies will be given to patient and doctor for reference.

_____	_____	_____
獲醫院授權人士姓名 Name of Authorised Person of Hospital	獲醫院授權人士簽署及蓋章 Signature of Authorised Person of Hospital and Stamp	日期 Date

本欄只適用於受自願醫保計劃住院保險保障的人士 Only Applicable to Patients Covered by Hospital Insurance under Voluntary Health Insurance Scheme

說明： 本頁由承保機構填寫，並由獲承保機構授權人士簽名及蓋章作實。**預算賠償額及自付費用只作參考**，最終收費視病人實際接受的治療、程序及服務而定。
Statement: This form is to be completed by the insurer and signed, with stamp, by the authorised person of the insurer. **The estimated claimable amount and out-of-pocket payment are for reference only.** Final payments are subject to charges incurred from treatment, procedures and services performed.

承保機構名稱 (中文) (Chinese) _____

Name of Insurer: (英文) (English) _____

保單編號 Policy Number: _____

承保機構經辦人姓名
Name of Action Officer of Insurer: _____

承保機構經辦人聯絡電話
Telephone Number of Action Officer of Insurer: _____

保障限額 Benefit Limit

賠償額 Claimable Amount

\$ _____ / 日 day	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____

(承保機構須另頁補充賠償額的明細供病人參考。)
(Insurer should provide a breakdown of claimable amount on a separate sheet for patient's reference.)

保障限額 Benefit Limit

賠償額 Claimable Amount

\$ _____ / 日 day	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____
\$ _____	\$ _____ ~ \$ _____

總計 Total \$

\$ _____ ~ \$ _____

減 Less

因等候期 / 其他原因的調整 Adjustment due to Waiting Period/Other Reasons:	-\$ _____
分擔費用 Co-payment:	-\$ _____
淨賠償額 Net Claimable Amount:	\$ _____ ~ \$ _____
預計自付費用 Estimated Out-of-pocket payment:	\$ _____ ~ \$ _____

承保機構聲明 Insurer's Declaration

本公司已根據病人的保單估算預算賠償額及預計自付費用。資料僅供參考，最終賠償額及自付費用須按醫院賬單所列的最終收費及保單條款而定。
Our company has provided the estimated claimable amount and estimated out-of-pocket payment in accordance with the insurance policy of the patient. The estimated amounts are for reference only. The actual claimable amount and actual out-of-pocket payment will be subject to the final payment as stated in the hospital invoice and in accordance with the policy terms and conditions.

_____	_____	_____
承保機構獲授權人士名稱 Name of Authorised Person of Insurer	承保機構獲授權人士簽署及蓋章 Signature of Authorised Person of Insurer and Stamp	日期 Date

備註 Remarks:

1. 病人如因已知的疾病接受醫療檢查程序或選擇性的非緊急治療手術 / 程序，私家醫院應在他們入院時或之前，告知他們整個療程的預算費用總額。如因病情導致病人不能及早獲知預算，醫生須另紙說明詳細情況。
Patients having investigative procedures or elective, non-emergency therapeutic operations/ procedures for known diseases should be informed of the estimated total charges for the whole treatment course on or before admission to private hospitals. Doctors should provide details in separate sheets if patients' conditions do not allow them to be informed of the estimated total charges in advance.
2. 病人如在入院時或之前未獲提供預算住院費用的資料，他們入院後，在每次就確診病症接受選擇性的治療手術/程序時，醫院都應盡可能預先向他們提供預算費用的資料。
For patients who have not been given an estimation of their hospital bills on or before admission, whenever they receive a definite diagnosis where elective therapeutic operations/ procedures are required after admission, they should be given an estimate in advance as far as practicable.
3. 每間私家醫院都應公布一份「常見手術/程序清單」，向病人提供有關手術/程序的報價。該份清單應備存於入院登記處、繳費處、醫院網頁或適當地方，供市民參考。
Private hospitals should publish a "List of Common Operations/ Procedures" for which quotation will be provided for prospective patients. The List should be available at the admission office, cashier and hospital webpage and where appropriate for public's reference.
4. 如手術期間出現併發症，或須專科醫生會診，令預算費用有任何重大變動，超逾原來預算的幅度，而病人神智清醒和病情穩定，則醫院應告知病人最新的預算費用，並取得其同意，方可進行任何手術/程序。如病人神智不清和病情反覆，醫院則應告知其近親或獲授權人士。最新的預算費用應記入本費用預算表格內，並由醫生 / 醫院及病人 / 近親 / 獲授權人士妥為簽署。如有關醫生或醫院認為變動幅度太大，則可採用新的表格記錄。
In case of any material change in estimates beyond the range of the original estimates due to complications during operation or those from necessary specialist visits, patients who are conscious and stable (or their next-of-kin or authorised persons if otherwise) should be informed of and consent to the latest estimate before any further operation/ procedure is conducted. The latest estimate should be documented in this consent form and duly signed by doctors, authorised persons of hospitals and patients/ next-of-kin/ authorised persons of patients. A new form may be used if the changes are considered substantial by the doctor or hospital concerned.
5. 若病人在18歲以下、失去知覺或有認知障礙，其親屬或獲授權人士可代病人簽署文件。
In case the patient is under 18, unconscious or has cognitive impairments, the next-of-kin or authorised person should act on the patient's behalf.
6. 病人如選用認可服務套餐，醫院可獲豁免遵從報價規定。如醫生的臨床判斷認為，正接受手術/程序或病情緊急或危及性命的病人須進行其他緊急治療，則醫院可獲豁免就有關病人已同意的服務以外的收費項目提供報價。
Patients subscribing to Recognised Service Packages are exempt from quotation. In case at doctors' clinical judgment that patients undergoing operations/ procedures, emergency or life threatening situations require further urgent treatment, price quotation for items beyond those the patients concerned have consented to would be exempted.
7. 在自願醫保計劃下個人住院保險須就訂明的非住院程序、訂明的先進診斷成像檢測及非手術癌症治療訂定一筆過套餐式保障限額。這些保障限額因不同程序、檢測或治療而異。醫生及 / 或醫院須就這些項目另行報價。
Under the Voluntary Health Insurance Scheme, individual Hospital Insurance should provide coverage for prescribed ambulatory procedures, prescribed advanced diagnostic imaging tests and non-surgical cancer treatments in the form of packaged benefit limits. These benefit limits vary by procedure, test or treatment. Doctors and/or hospitals should provide separate quotation for these items.

附錄F 五個海外司法管轄區私人醫療保險的規管架構摘要

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
私人醫療保險的角色	輔助性 (自願私人醫療保險)	輔助性 (自願私人醫療保險)	主要 (強制私人醫療保險)及 輔助性 (自願私人醫療保險)	主要 (強制私人醫療保險)及 輔助性 (自願私人醫療保險)	主要 (強制私人醫療保險 ¹)
有關醫療保險的主要法例	私人醫療保險法	醫療保險法	醫療保險法	聯邦醫療保險法例	病患保護與廉價醫療法案
主要的醫療保險規管機構	私人醫療保險管理局，向衛生部負責	醫療保險局，向衛生部長負責	荷蘭衛生局及荷蘭醫療保險局	強制私人醫療保險：瑞士聯邦公共衛生辦公室，向瑞士聯邦民政事務處負責 輔助性私人醫療保險：瑞士金融市場監督管理局	各州份的規管機構，聯同聯邦消費者信息及保險監督中心
專責醫療保險規管機構是否由政府主導？	是	是	是	是	是
專責醫療保險規管機構是否同時負責審慎監管？	是	否	否	是(就強制私人醫療保險而言)	各州份政策不同
專責醫療保險規管機構的主要職能	<ul style="list-style-type: none"> 為私人醫療保險的承保機構註冊 私人醫療保險承保機構的審慎監管 管理平衡風險信託基金 	<ul style="list-style-type: none"> 執行有關產品規管的法例 管理保費徵費和津貼 	<p>荷蘭衛生局：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為醫療保險的承保機構及其產品註冊 監察醫療保險承保機構的表現和市場操守 監督私營醫療服務提供者 <p>荷蘭醫療保險局：</p> <ul style="list-style-type: none"> 就強制保險的保障範圍提供意見 管理平衡風險機制 	<p>瑞士聯邦公共衛生辦公室：</p> <ul style="list-style-type: none"> 執行有關強制私人醫療保險產品的規管法例 醫療保險承保機構的審慎監管 <p>瑞士金融市場監督管理局：</p> <ul style="list-style-type: none"> 執行有關輔助性保險的法例 檢討和批核私人醫療保險的運作 	<p>各州份的規管機構：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為醫療保險承保機構註冊 規管產品及市場操守 醫療保險承保機構的審慎監管 <p>消費者信息及保險監督中心</p> <ul style="list-style-type: none"> 國家層面監督並執行聯邦保險市場規則

1 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。

附錄G 五個海外司法管轄區處理私人醫療保險索償糾紛的機制

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
負責機構	私人醫療保險申訴專員	金融服務申訴專員	醫療保險投訴及糾紛基金會（包括醫療保險申訴專員及醫療保險糾紛委員會）	醫療保險申訴專員	各州份不同 某些州份採用聯邦衛生及公眾服務部調解糾紛機制（由政府管理但日常運作則外判予一間私營機構） 其他州份則容許認可的獨立覆檢機構進行外部覆檢，但這些機構須符合聯邦政府就外部覆檢制訂的標準
涵蓋界別	私人醫療保險	銀行、保險、投資公司等金融服務	強制及輔助性私人醫療保險	強制及輔助性私人醫療保險	私人醫療保險 ¹
涵蓋的糾紛類別	有關私人醫療保險的糾紛，包括索償及非索償糾紛	索償糾紛、不當銷售手法的指控、承保機構行政失當等	有關私人醫療保險的糾紛，包括索償及非索償糾紛	有關私人醫療保險的糾紛，包括索償及非索償糾紛	有關私人醫療保險的糾紛，包括索償及非索償糾紛（包括因醫學意見導致拒絕賠償的糾紛，例如承保機構認為有關程序並非醫療上需要的）
法律形式	政府機構	法定組織	私人公司	私人公司	衛生及公眾服務部：政府機構 獨立覆檢機構：獲國家認可檢定機構承認的私人公司

1 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。

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
監督	申訴專員由衛生部長委任	由金融服務申訴專員理事會監督	董事局	受託人委員會	衛生及公眾服務部：聯邦政府監督糾紛調解的過程，並委任一間私人公司處理所有個案 獨立覆檢機構：自我監督的組織，但須獲得國家認可檢定機構的認可。在一些州份，獨立覆檢機構須申領由州政府發出的證書
糾紛調解程序	調解	調解（非必須）和審裁	包括兩項程序：由醫療保險申訴專員作出調解及/或由醫療保險糾紛委員會作出仲裁	調解	衛生及公眾服務部：結果根據審查人員的審查和決定 獨立覆檢機構：結果根據獨立覆檢機構的覆檢和決定
誰可投訴？	投保人、承保機構和服務提供者；實際上大多是投保人 投訴人必須證明曾經嘗試與被投訴者解決糾紛	個別消費者和小型企業 投訴人必須證明曾經嘗試與被投訴者解決糾紛	個別消費者 投訴人必須證明曾經嘗試與被投訴者解決糾紛	個別消費者 投訴人必須證明曾經嘗試與被投訴者解決糾紛	投保人、承保機構和服務提供者 投訴必須先經過承保機構內部上訴程序處理
索償限額	無	250,000歐元	無	無	無
最終決定是否具有約束力？	不具約束力	具有約束力，但若不滿結果可向高等法院提出上訴	不具約束力（醫療保險申訴專員） 具有約束力（醫療保險糾紛委員會）	不具約束力	具有約束力

	澳洲	愛爾蘭	荷蘭	瑞士	美國
財政來源	政府收入	向金融服務提供者徵費	向每名投保人徵費，及由衛生、福利及體育部部長撥款	承保機構	衛生及公眾服務部：聯邦政府（承保機構及保單持有人無需支付費用） 獨立覆檢機構：通常由承保機構承擔費用。在某些州份，消費者可能需要繳費（見下一列）。
投訴人支付的費用	無	無	無（醫療保險申訴專員） 37 歐元（醫療保險糾紛委員會）（如消費者獲裁定勝訴，可獲退還款項）	無	每宗消費者投訴的覆檢個案，收費最高25美元。如外部覆檢結果裁定消費者勝訴，消費者可獲退還款項
與規管機關的關係	須向衛生部長提交年度報告	監督委員會由財政部部長委任	醫療保險投訴及糾紛基金會定期與相關規管組織會面，如有需要會向規管機構匯報。	並無向規管機關匯報的制度	衛生及公眾服務部：衛生及公眾服務部同時負責規管和管理調解糾紛機制 獨立覆檢機構：獨立覆檢機構必須獲國家認可檢定機構認可（在一些情況下須同時獲州政府認可），但各州份的匯報要求不完全相同

詞彙

- **「每年/終身可獲保障總額上限」**

「每年可獲保障總額上限」是指保單持有人根據保單條款，在一個保單年度內可索償的最高累計金額。「終身可獲保障總額上限」是指保單持有人根據保單條款終身可索償的最高累計金額。如設有「終身可獲保障總額上限」，當保單持有人的累計索償額達到上限時，其保險保障便隨即終止。

- **個別不承保項目**

在核保程序後，承保機構在保單內加入適用於個別受保人的特定條款，以把該受保人某些已確診的疾病或病症剔出保障範圍外。這類不承保項目應用於個別受保人身上，而應用時的內容細節可因人而異。

- **共同保險**

保單持有人在可索償的醫療費用中，須按保單條款及條件自行分擔某個百分比的費用。

- **免賠額**

保單持有人在獲得賠償前，須按保單條款及條件自行分擔可索償醫療費用的首部分款額（俗稱「墊底費」）。免賠額通常為一筆固定金額。

- **症候族羣分類**

這是一個根據診斷和病情把需要接受住院治療或非住院程序的病症作出分類的方法，有關分類可作為估算醫療服務成本或收費的準則。

- **非索償比率**

非索償比率是指承保機構的非索償開支費用佔保費總額的百分比。承保機構的非索償開支包括佣金及經紀費用、利潤及其他開銷。

- **投保前已有病症**

保單持有人在投購醫療保險產品前已有的病症，包括已經確診，或正接受檢測或治療的病症。

- **附加保費**

承保機構對個別健康風險較高(相對於投購同一產品的標準風險人士)的人士徵收的額外保費。附加保費的水平與核保後評定的核保類別相關，而常見的附加保費釐定方式是以標準保費的倍數計算。

- **標準保費**

由承保機構釐定，向標準風險人士徵收的保費，即不包含附加保費。醫療保險產品的標準保費通常因年齡和性別而有所不同，也因應不同的產品和不同的承保機構的成本因素和定價策略而有差異。

- **核保類別**

承保機構透過核保，按投保人的風險類別把他們分成不同組別，以便釐定保費。舉例來說，承保機構通常會向同一標準風險核保類別的所有投保人收取相同的標準保費(按年齡和性別計算)。

- **核保/重新核保**

就醫療保險而言，核保是指承保機構對有意投購保險的顧客作出風險評估的程序。核保結果有助承保機構決定是否接受顧客的投保，以及是否在保單中加入附加保費及/或根據有關個案訂定個別不承保項目，從而管理風險。

重新核保是指承保機構在個別人士受保險保障後，重新評估該人士的風險。

- **等候期**

發出保單後的一段時間內，保單持有人不會獲得保單所列的部分或全部保障。

