



# 醫保計劃 由我抉擇

醫療改革第二階段諮詢文件





# 醫保計劃 由我抉擇

醫療改革  
第二階段公眾諮詢  
諮詢文件

香港特別行政區政府  
食物及衛生局  
二零一零年十月

## 主要用詞

### 用詞

### 說明

醫療保障計劃(醫保計劃)	政府在第二階段醫療改革公眾諮詢中建議的一個作為規範和監管醫療保險的框架
醫保計劃下的核心項目及規格(核心項目)	醫保計劃訂明的標準項目及規格。所有在醫保計劃下提供的醫療保險產品必須符合這些項目及規格
醫保計劃下的醫療保險(核准醫保)	在醫保計劃下，由承保機構提供而符合核心項目及規格的醫療保險計劃。這些計劃包括標準醫療保險及在標準醫療保險上提供附加增額保障或額外保障項目的其他醫療保險計劃
標準醫療保險(標準醫保)	由承保機構完全按照醫保計劃的核心項目及規格制訂的標準化醫療保險，當中並無包含附加增額保障或額外保障項目
附加增額保障或額外保障項目(附加項目)	承保機構在醫療保障計劃的核心項目及規格之上所提供的附加增額保障或額外保障項目，例如提高保障限額、更佳的服務水平、擴大獲保障服務的範圍如普通科門診
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手術的健康問題作出分類的分法，有關分類可被採用作為估算醫療服務成本或收費的準則

## 目錄

食物及衛生局局長周一嶽醫生序言.....	i
諮詢文件摘要 .....	iii
第一章 醫療改革 — 第一階段公眾諮詢.....	1
第二章 醫療改革 — 最新進展 .....	6
第三章 醫療改革 — 第二階段公眾諮詢.....	15
第四章 自願醫療保障計劃.....	19
第五章 醫療保障計劃配套.....	36
第六章 前景.....	44
附錄 A 醫療保障計劃概要及標準醫保範例.....	46
附錄 B 香港私人醫療保險現況.....	55
附錄 C 香港私營醫療服務現況.....	68
附錄 D 私人醫療保險的海外經驗.....	77
附錄 E 健康與醫療發展諮詢委員會.....	83
附錄 F 自願醫療輔助融資諮詢小組.....	86
參考文獻 .....	88



## 食物及衛生局局長周一嶽醫生序言

各位市民，

我們的醫療系統既要有效保障市民又能夠可持續發展，需要我們密切監察和規劃。我們需要以公帑支持一個穩健的公營醫療系統，確保每名市民都能平等地獲取醫療服務，並為全體市民提供醫療安全網。我們也需要為大家提供充分的私營醫療服務選擇，並確保私營醫療服務在質素方面同樣具專業水平，在服務收費方面對消費者具透明度。



香港現時的醫療系統在國際上得到高度評價，但我們有需要繼續加強本港醫療系統的服務能力、市場規模、專業發展以及融資方面的可持續性，這需要不斷改進和發展我們監察和規劃醫療系統的機制。這是我們開展醫療改革的重點所在。

自二零零八年我們開始推行醫療改革，並就一套全面的改革建議諮詢公眾意見以來，至今已有兩年。因應大家在第一階段公眾諮詢中表達支持，我們正利用在增加中的醫療撥款，不斷加強公營醫療服務和推行各項醫療服務改革建議。

政府自二零零七/二零零八年度以來，已將醫療撥款由 305 億元增至 369 億元，並投放超過 150 億元於醫療基建和加強醫療安全網。我們利用已增加的資源，為醫療改革奠下鞏固的基礎：

- (1) **加強基層醫療服務**：我們成立了基層醫療工作小組，成員來自公私營界別的基層醫療人員，為本港制訂整體的基層醫療發展策略，由新成立的基層醫療統籌處負責推行。
- (2) **推動公私營醫療協作**：我們已開展多項以公私營協作模式提供醫療服務的試驗計劃，並會進一步擴大涵蓋範圍。同時亦鼓勵發展私家醫院，令私營醫療界別擴大服務能力。
- (3) **發展電子健康記錄互通**：電子健康記錄統籌處聯同醫院管理局資訊科技專業團隊正與私營界別密切合作，推展電子健康記錄計劃，以建立連繫公私營醫療界別的互通平台。

- (4) **強化公共醫療安全網**：為改善公營醫療服務，醫院管理局的撥款由 280 億元增至 327 億元，來年還會繼續增加。我們亦向撒瑪利亞基金注資 10 億元，以協助有需要的病人。

現在是時候我們邁向下一階段的醫療改革。我們用心聆聽你們的意見：你們重視可以自由選擇公營或私營醫療服務；你們珍惜公營醫療系統作為全民平等的醫療安全網；以及你們希望在私營醫療服務方面有更多的選擇和更佳保障。我相信政府可在這方面擔當積極角色。

我們因此制訂了一個自願參與的醫療保障計劃的建議方案。這是一個對自願私人醫療保險加以規範和監管的計劃，旨在為你獲取終身醫療保障提供更佳選擇。我們亦預備作為你的終身醫療夥伴，建議提供資助與你一同投資於你的長遠醫療保障。

我們會繼續維持公營醫療系統作為全民的醫療安全網。醫療保障計劃可讓更多市民使用私營醫療服務，從而減輕公營醫療系統的負擔，讓公營系統的資源可更專注於重點服務範疇和人口組別，特別是服務低收入家庭、弱勢社羣和其他有需要的病人。

因此，不論是選用私營醫療服務的市民，還是由公營醫療系統照顧的市民，均可受惠於建議的醫療保障計劃。醫療保障計劃亦配合現正進行的醫療服務改革，並有助提升本港醫療系統的長遠可持續發展能力。

我謹藉此機會向健康與醫療發展諮詢委員會和其轄下醫療融資工作小組的成員，以及自願醫療輔助融資諮詢小組的成員表示由衷感謝。他們為醫療保障計劃制訂建議方案以諮詢公眾意見，作出了重大貢獻。

我們會致力與你攜手合作，羣策羣力，共同制訂切合大眾需要的醫療保障計劃，使人人都可以受惠。我們衷心期待在醫療改革第二階段公眾諮詢中收到你的寶貴意見和建議。



食物及衛生局局長  
周一嶽醫生  
二零一零年十月

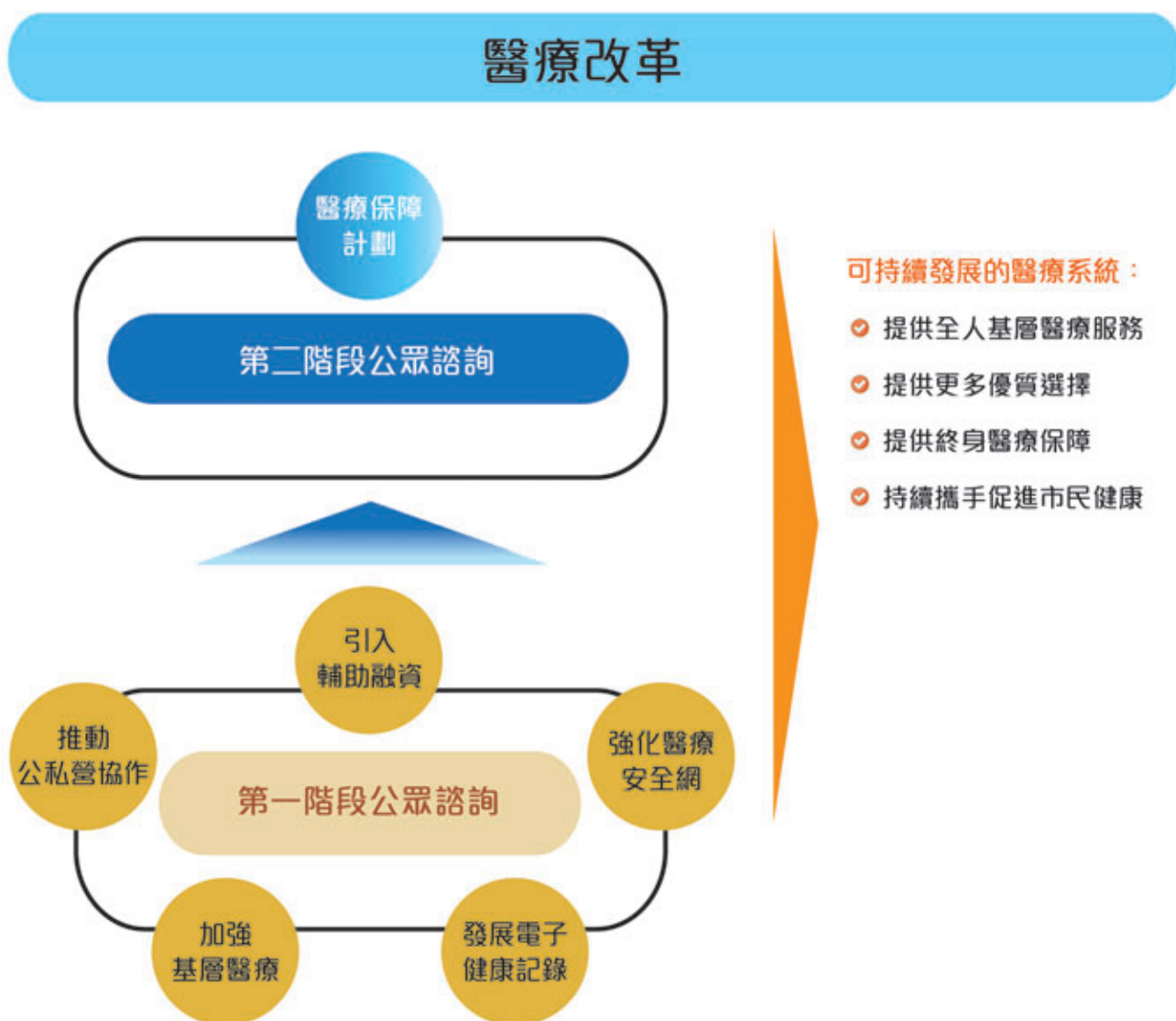


## 諮詢文件摘要

### 醫療改革

我們於二零零八年三月發表名為《*掌握健康 掌握人生*》的醫療改革公眾諮詢文件，提出全面建議改革醫療制度，當中包括四項醫療服務改革建議，分別是加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄互通，和強化公共醫療安全網，以及一項醫療融資改革建議，考慮透過六種可能的輔助融資方案引入醫療輔助融資。

2. 我們於二零零八年三月至六月期間就醫療改革進行第一階段公眾諮詢，後於二零零八年十二月發表報告。根據收到的意見，我們正運用持續增加的政府醫療撥款，改善公營醫療服務和推展服務改革。我們亦制定自願參與的醫療保障計劃(醫保計劃)，作為醫療改革的下一步。本文件主要載述我們就醫療保障計劃所提出的建議，以展開醫療改革第二階段公眾諮詢。



## 第一階段公眾諮詢（第一章及第二章）

3. 第一階段公眾諮詢顯示，公眾廣泛關注香港醫療系統的長遠可持續發展。社會認同有迫切需要對我們的醫療系統推行全面改革，以應付人口急劇老化和醫療成本上漲的挑戰。社會對推行醫療服務改革建議有普遍共識。

4. 大部分市民認同有需要對醫療服務的提供模式和融資安排進行改革。然而，公眾對於列出的輔助融資方案則意見分歧，普遍對推行強制性輔助融資方案表示有所保留。有較大部分的提交意見人士／團體傾向支持由自己自由選擇個人化醫療服務，並較為接受自願私人醫療保險。

5. 隨着我們根據市民的意見對醫療系統進行改革，政府在醫療方面的承擔定會持續增加。我們會繼續維持公營醫療系統作為全港市民的安全網。政府每年在醫療方面的經常開支已由二零零七至零八年度的 305 億元增至二零一零至一一年度的 369 億元。我們打算把醫療方面的財政撥款，增至二零一二年佔政府經常開支的 17%。

## 第二階段公眾諮詢（第三章）

6. 政府致力繼續與市民一起按部就班推行醫療改革，以期提升本港醫療系統的長遠可持續發展。一如《二零零九至一零年度施政報告》所述，政府會根據以下原則，就自願醫療輔助融資計劃進行第二階段公眾諮詢 —

- (a) 輔助融資：公帑資助將會繼續是醫療服務的主要經費來源，而私人資金將會作為輔助；
- (b) 自願參與：計劃應屬自願參與性質，讓有能力和願意負擔的市民參與；
- (c) 更多選擇：計劃須為消費者提供更多物有所值和有質素保證的醫療服務的選擇；
- (d) 持續保障：計劃須在設計上會為參與人士提供持續保障，讓他們步入晚年後仍可獲得保障；以及
- (e) 消費者權益：計劃應由政府加以規範和監管，以保障消費者權益。

7. 我們建議推行自願參與的醫療保障計劃，旨在更能確保提供優質及物有所值的私營醫療服務及私人醫療保險。這項計劃不但使私營醫療服務能持續發展，亦會使私人資金作為公帑以外的醫療輔助融資來源，更能得以長遠持續。

在提升醫療融資的長遠可持續發展能力方面邁進一步。

8. 建議計劃的另一個目的，是減輕公營醫療系統的負擔，令需要依靠公營醫療服務的市民得以受惠。計劃旨在透過鼓勵有能力負擔和願意的個別人士購買私人醫療保險，讓他們能夠持續使用私營醫療服務，作為公營醫療服務以外的選擇，從而達到這個目的，而所有合資格的香港居民仍可使用公營醫療服務。

9. 政府承諾從財政儲備撥出 500 億元，待醫療輔助融資的安排落實推行後，用來支援醫療改革的推行。我們會考慮利用這 500 億元撥款來提供誘因，鼓勵市民持續參與醫療保障計劃，藉以紓緩長遠對公營醫療服務的需求。



## 建議的自願醫療保障計劃（第四章）

### 計劃目標

10. 政府會對建議的醫療保障計劃下提供的醫療保險作出監管，以落實上述的原則。我們的目的是要加強對私人醫療保險和私營醫療服務界別中消費者的

保障、收費透明度、質素保證，以及市場競爭。因此，醫療保障計劃按以下目標設計 —

- (a) 為有能力又願意付款購買私人醫療保險和使用私營醫療服務的人士提供更多及更好保障的選擇。
- (b) 透過讓更多市民選用私營醫療服務，紓緩公營服務的輪候情況，並把公營醫療資源集中服務目標人口組別和用於目標範疇。
- (c) 令購備醫療保險的人士更能持續投保並負擔保費直至年老，並透過使用私營服務以滿足其醫療需要。
- (d) 提高私人醫療保險和私營醫療服務的透明度、市場競爭、使其更物有所值，以及加強對消費者的保障。

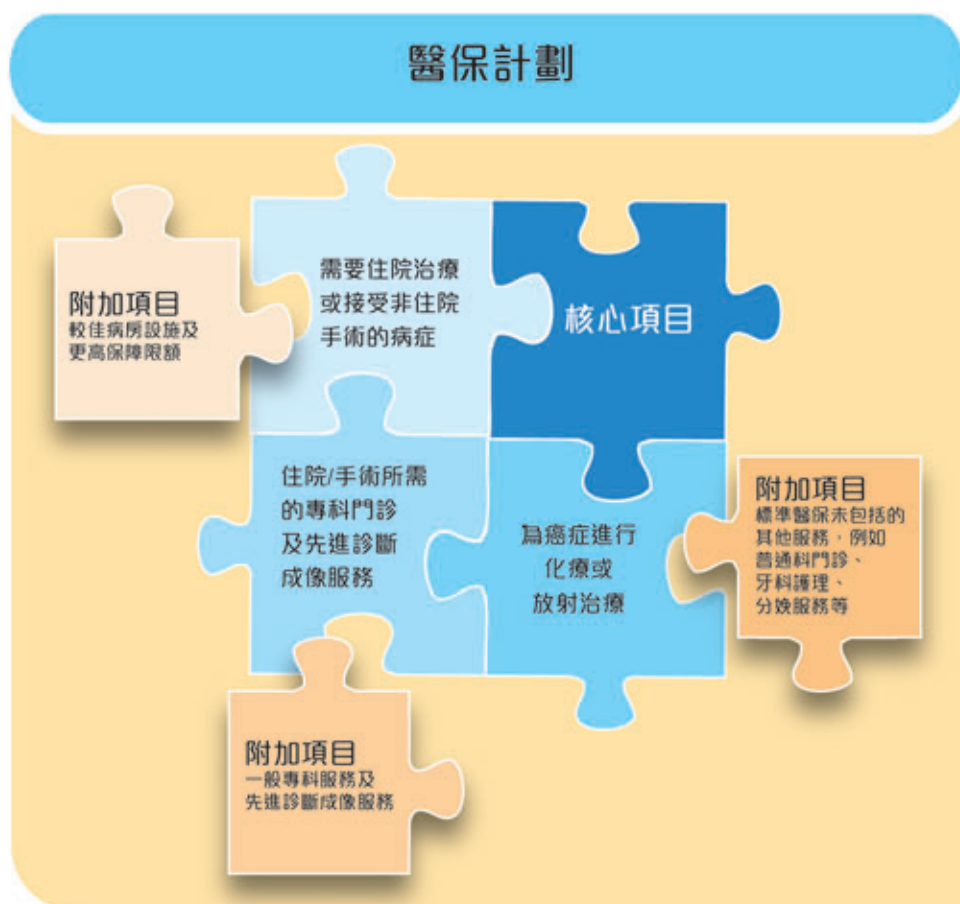
11. 透過讓更多人持續使用私營醫療服務，醫療保障計劃可以讓公營醫療系統更專注於目標服務範疇，包括為低收入家庭及弱勢社羣提供服務、急症服務及緊急護理，以及為罹患危疾和複雜疾病的人士提供服務，治療這些危疾和複雜疾病的費用高昂，以及需要先進科技和由跨專科專業團隊進行，而私營界別未能立時提供所需治療或涉及十分高昂的費用。

### **計劃概念**

12. 醫療保障計劃是建議作為一個規範和監管醫療保險的框架。所有在醫保計劃下提供的醫療保險計劃必須符合醫保計劃下受規範的醫療保險的**核心項目及規格(核准醫保)**。具體而言，參與醫保計劃的承保機構，必須提供完全按照核心項目及規格制訂的標準化醫療保險計劃(**標準醫保**)。承保機構亦須遵守醫保計劃下的計劃守則及其他規定。

13. **醫保計劃屬模組設計**：參與醫保計劃的承保機構除須一律提供標準醫保外，亦可自行設計適當的醫療保險，在符合核心項目及規格之上，提供附加增額保障或額外項目，以切合消費者的需要，例如：涵蓋較佳級別的房间及膳食服務，或把保障範圍擴展至標準醫保並未涵蓋的服務，例如門診服務。不過，附加保障或項目將不會計入政府在醫保計劃下所提供的誘因。

14. 參與醫保計劃屬自願性質，個別人士可**選擇投購核准醫保**，以享有**醫保計劃條文下所提供的消費者保障和其他優點**，這是醫保計劃以外的私人醫療保險產品普遍沒有的。僱主亦可選擇透過他們的承保機構，通過購買醫保計劃核准醫保，為僱員提供醫療福利。



### 核心項目及規格

15. 為醫保計劃下的醫療保險制訂核心項目及規格，旨在確保核准醫保下的保險計劃可透過風險共擔，針對不可預見和費用高昂的醫療服務，為投保人提供保障。我們建議規定醫保計劃核准醫保須包含**需要住院治療或接受非住院手術**的病症，包括相關的化療或專科門診診症或檢查、住院或接受手術所需的先進診斷成像服務，以及**癌症化療或放射治療**。









16. 制訂核心規格，旨在訂明受醫保計劃下規範的標準化保單條款及償付水平(保障限額)。我們建議所設的保障限額水平，應可讓投保人就**需要住院治療或接受非住院手術的病症**選用可負擔得來的私營醫療服務。承保機構可自行提供超逾核心規格的附加保障項目(例如較佳病房設施、更高保障限額、較低分擔費用等)。

17. 我們**不建議把基層醫療服務**納入為醫保計劃的核心項目，因為私營基層醫療服務是市民相對更有能力負擔的，而使用基層醫療服務亦屬隨人所需，欠缺準則，較容易出現道德風險。同一道理，我們**不建議加入並非住院或非住院手術所需的一般專科服務及先進診斷成像服務**，亦**不建議加入分娩服務保障**。承保機構可自行提供承保這些服務的附加項目。

## 計劃主要特點

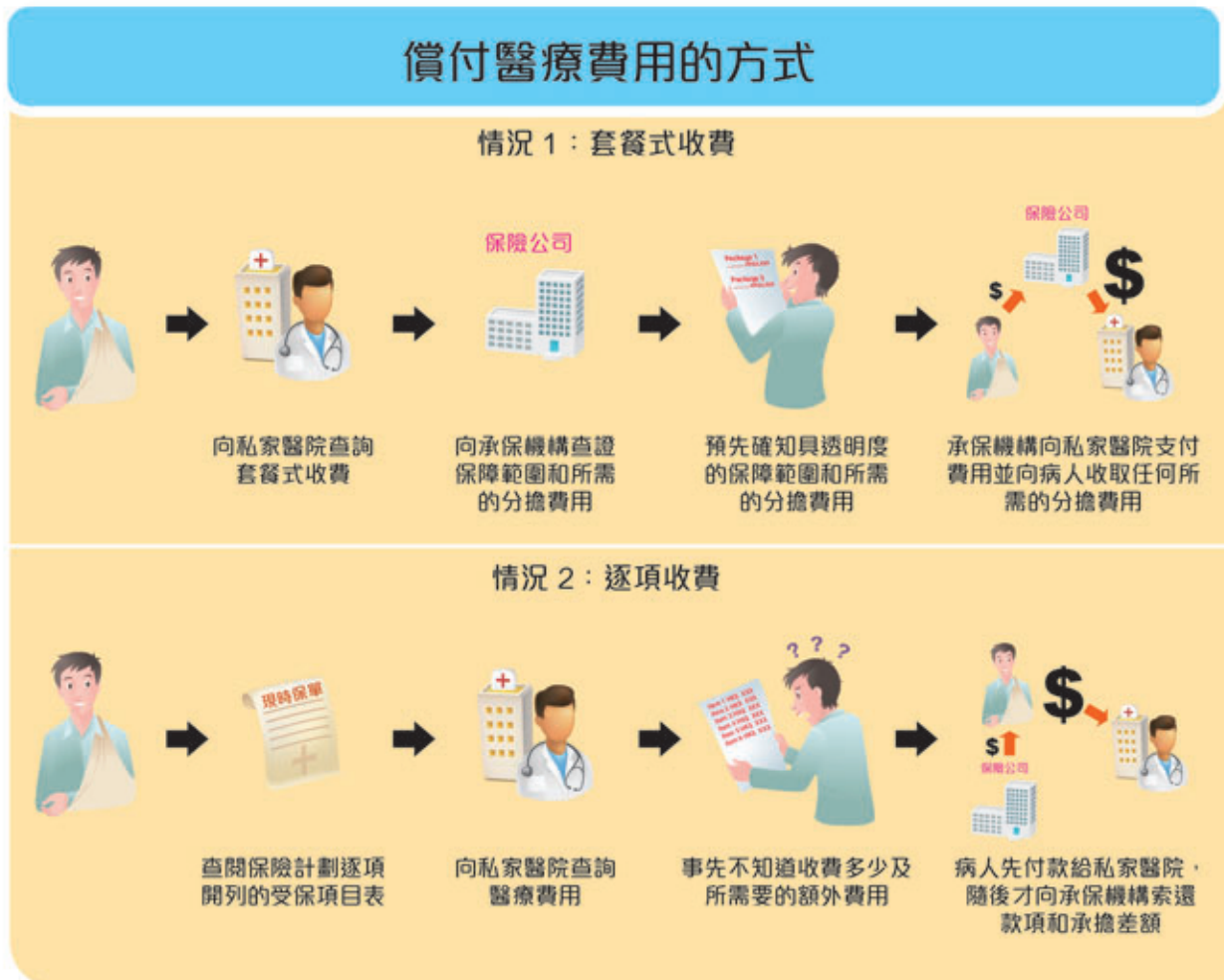
18. 醫保計劃核准醫保必須具備以下主要特點，使之較市場上現有的私人醫療保險產品優勝 —

- 投保者不會被拒保並保證可終身續保
- 公布按年齡分級的保費，保費調整將有指引可據
- 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\*
- 限定保費連高風險附加保費的上限為公布保費的三倍\*
- 透過高風險分攤基金讓較高風險的人士亦可投保\*  
(\*見下文「較高風險組別人士參與計劃」)
- 提供無索償折扣，可高達公布保費的 30%
- 保險計劃可攜：可以轉移承保機構及在離職後續保
- 具透明度的保險成本，包括索償及開支
- 醫療保單的條款及定義標準化
- 受政府監管的醫療保險索償仲裁機制

醫療保障計劃提供更好的醫療保險		
主要特點	現時一般的醫療保險產品	醫保計劃核准醫保
1. 計劃是否受到政府的監管，以保障消費者？		
2. 會否制訂監察措施確保保費調整合理？		
3. 我可否把我的保單轉到另一間承保機構而不損保障範圍？		
4. 我退休後，我的保單能否延續而不損保障範圍？		

19. 醫保計劃的另一個主要特點，是推動為常用的治療及手術提供套餐式收費，以提高醫療收費的透明度。我們會鼓勵私家醫院為特定病症提供具質素保

證、全面涵蓋、的套餐式服務和收費。如市場有套餐式收費提供，醫保計劃核准醫保就必須根據套餐式收費訂定可發還的償付水平，從而增加醫療費用透明度和使投保人能確切預知醫療費用的數額，這可提高私營醫療服務市場的透明度和促進競爭，並有助消費者在使用該等服務時權益獲得保障。

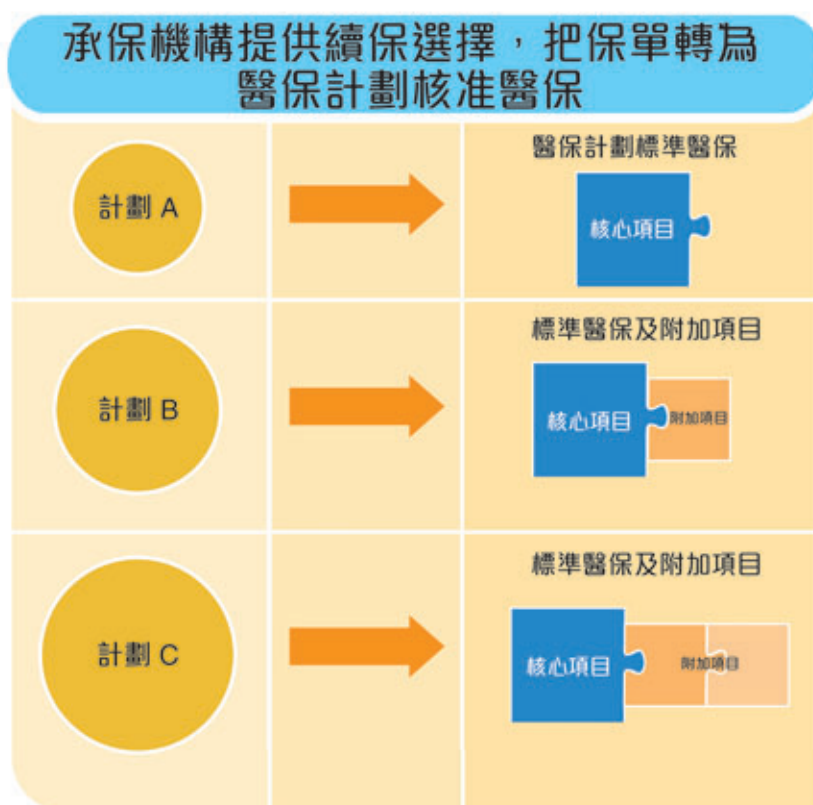


## 轉移現有的醫療保險

20. 對於已購備醫療保險的個別人士和僱主而言，醫保計劃屬於自願性質，他們可選擇是否把現有的醫療保險轉移至療醫保障計劃下的醫療保險。根據與保險業商討所得，我們建議規定參與醫保計劃的承保機構，須負責協助保單持有人，把現有醫療保險單順利轉移至醫保計劃核准醫保，詳情如下 —

- (a) 現有的個人保單持有人：參與的承保機構須向他們提供一個續保選擇，可以把其現有醫療保險單轉為一個合適的醫保計劃核准醫保(須符合或超越標準醫保的規定)，而保障範圍及保障水平不會有減損，並無須重新核保，同時享有醫保計劃所提供的好處，包括在等候期後承保投保前已有的病症，保險計劃可攜、可享無索償折扣等。

- (b) 現有的團體保單持有人(主要為僱主)：參與的承保機構須向他們提供一個續保選擇，讓他們可轉至切合其需要的適當醫保計劃核准醫保(須符合或超越標準醫保的規定)，當中提供的保障範圍及保險索償權益不會有減損，並須符合醫保計劃的核心項目及規格。承保機構可提供附加項目，以配合個別僱主的要求。



### 讓較高風險組別人士參與計劃

21. 在制訂醫保計劃的建議時，醫保計劃的設計有多項有需要考慮的主要議題，關於個別較高風險的人士應如何投購醫療保險。我們的建議如下 —


- (a) 如何把投保前已有的病症包括在醫療保險的承保範圍內？醫保計劃規定醫療保險須承保在投保前已有的病症，而已有病症在現時的醫療保險產品中一般是不受保的。為盡量減低出現逆向選擇的情況，計劃有需要設立等候期和償付比例。我們建議在一年等候期過後開始為投保前已有的病症提供保障，第二年內可發還的償付比例為 25%，第三年內為 50%，而三年後則為 100%。
- (b) 如何讓高風險人士參加醫療保險？目前，高風險人士往往無法購買任何醫療保險，又或保費極高，令投保人卻步。醫保計劃規定承保機構以不高於某一水平的保費連高風險附加保費，為這些人士承保。就醫保計劃



標準醫保而言，我們建議把高風險人士須繳付的保費連附加保費的上限訂為已公布保費的三倍。

- (c) 如何讓已步入晚年的人士亦可參加醫療保險？現有的醫療保險一般會設定年齡限制，不接受超齡人士投保。醫保計劃的目的，在於協助較高風險的人士參與計劃，但如容許任何年齡人士都可以參加，卻可能會令核准醫保出現風險過大的情況。總括而言，我們建議規定承保機構容許65歲或以上人士在計劃推行首年參加醫保計劃核准醫保，但保費連附加保費則不設上限。

## 高風險組別人士參與醫保計劃

	風險 / 保費較低、較少保障	建議	風險 / 保費較高、較多保障
1. 在投保前已有病症的人士應等候多久才可獲得保障？ 	等候期較長 償付比例較低	一年等候期；第二年可獲償付25%，第三年為50%，三年後則為100%	等候較短時間便可獲得全面保障 償付比例較高
2. 較高風險人士須繳付的額外保費為多少？ 	保費上限較高 較少再保險	保費上限為已公布保費的3倍	保費上限較低 較多再保險
3. 長者如何能夠投保醫療保險？ 	設定上限年齡限制	65歲或以上人士可在計劃推行首年投保，惟不設保費上限	設定保費上限 較多再保險

### 高風險分攤基金的再保險機制

22. 為使較高風險的人士能夠參加醫療保險，同時確保醫保計劃下的醫療保險財務穩健，計劃有必要引入**高風險分攤基金**。該基金是一個業界的再保險機制，供參與醫保計劃的承保機構攤分其核准醫保所承保的高風險。高風險保單將定義為經風險評估的保費超逾保費連高風險附加保費的上限(即：公布的標準醫保保費的三倍)，這類保單會一律納入高風險分攤基金內。

23. 建議設立的高風險分攤基金是由業界營運的再保險機制，並受政府監管，資金來自高風險保單的保費(相應於標準醫保償額的保費)及參加計劃的承保機構的再保險保費。倘因有很大比例的高風險人士參加醫保計劃下的醫療保險，高風險分攤基金的保費不足以應付須予支付的索償款額，政府會在計劃繼

續營運的能力受到影響時考慮注資(見下文第 25(a)段「政府提供的誘因」)。

### **為日後的保費而儲蓄**

24. 醫保計劃的其中一個主要目的是鼓勵購有醫療保險的市民在年老時繼續投保。不過，隨着投保人年齡增長，他們的健康風險和醫療服務使用率亦會隨之增加，因此自願醫療保險按年齡分級訂定的保費必然會大幅提高。其中一個可行的解決辦法是鼓勵市民為日後的保費儲蓄，這樣有助確保市民在年老並最需要醫保計劃提供的醫療保障時，他們仍然有能力支付保費並獲得醫保計劃的醫療保障。我們建議可考慮採用下列方案鼓勵儲蓄(見下文第 25(c)段「政府提供誘因」) —

- (a) **規定保單設儲蓄項目**：醫保計劃的保險計劃須加入儲蓄項目，讓投保人在較年輕時支付較高的保費，以抵銷較年老時所增加的保費。政府會考慮提供誘因，注入款項於核准醫保的儲蓄項目。
- (b) **自選儲蓄戶口**：參與醫保計劃的保險計劃的個別人士，可以選擇在一個儲蓄戶口內存款，累積的儲蓄款項可在年滿 65 歲或以後隨意使用。政府會考慮提供誘因，注入款項於儲蓄戶口，但只有當累積儲蓄用於從 65 歲及以後支付醫保計劃的保費時才可動用政府注資。
- (c) **長期投保的保費回贈**：醫保計劃的保險計劃不會規定參與計劃的個別人士必須儲蓄，但參加者可按本身的能力自行儲蓄。如投保人從 65 歲及以後以自己的儲蓄款項繼續支付保費，政府會考慮提供保費回贈，回贈額與參與醫保計劃的時間長短掛鉤。

### **政府提供誘因**

25. 為達至醫保計劃的目的，我們建議應考慮利用在財政儲備預留作支持醫療改革之用的 500 億元，在下述方面提供財務誘因 —

- (a) **保障高風險人士**：為讓高風險人士參與醫保計劃，而無須其他健康的投保人士支付過多保費，我們建議考慮在有需要時由政府向高風險分攤基金注資，以緩衝因有高風險人士參與計劃而帶來的額外風險。這會是一個由業界營運的再保險機制，以便業界接受高風險人士投保並分攤他們的風險。
- (b) **新投保者可獲保費折扣**：為吸引個別人士(特別是年青人)參與醫保計劃核准醫保，我們建議考慮由政府提供誘因，容許所有新參加的人士，可

即時享有最高的無索償折扣，即參與計劃便即獲高達標準醫保保費 30% 的折扣。我們建議在計劃推行的一段指定時限內提供此折扣優惠。

- (c) **儲蓄款項以支付日後的保費**(見上文第 24 段「*為日後的保費而儲蓄*」)：為了讓投保人士在年老時有能力繼續獲得醫保計劃的醫療保障，我們建議考慮由政府提供誘因，鼓勵個別人士儲蓄用以支付他們年老時(例如 65 歲或以後)的保費。我們建議政府提供的誘因，應與他們在醫保計劃下連續投保的時間成正比，並可高達其標準醫保保費的某個指定百分率。

26. 在收到市民在這次公眾諮詢中就提供財務誘因的建議方向所提出的意見後，我們會為政府在醫保計劃下提供的誘因制訂詳細建議，以及就如何使用在財政儲備預留作支持醫療改革之用的 500 億元，擬備詳情。

## **醫療保障計劃相關配套（第五章）**

### ***私營醫療的服務能力及人手***

27. 醫保計劃的推行需要私營醫療界別相應地擴大服務能力，以應付可能增加的需求。我們估計，現有私家醫院的已知重建計劃，以及現正規劃的新私家醫院發展計劃，足可應付醫保計劃所產生的私營醫療服務的預計需求量。我們會繼續監察私營醫療服務的需求，並於醫保計劃推行後，於必要時考慮進一步提升服務能力的措施。

28. 同時，我們現正為各類醫護專業進行人力規劃工作，以評估專業醫護人員的教育及培訓需要，當中會考慮到增加人手的潛在需求，包括擴展醫療系統以應付人口結構變化及推行醫療改革措施，並會考慮因醫保計劃的推行而對私營醫療服務可能增加的需求。

### ***對承保機構及服務提供者的要求***

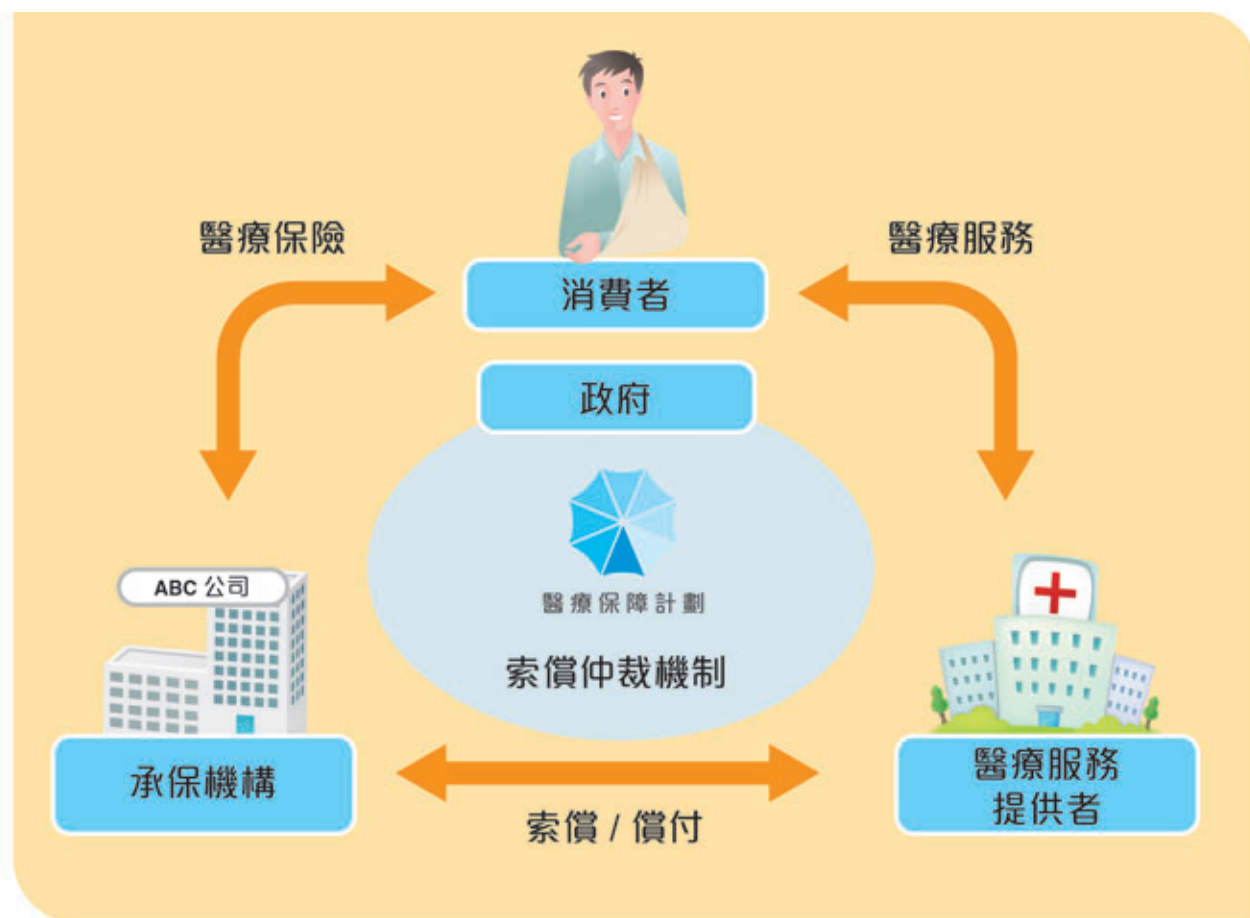
29. 實施醫保計劃需要私人醫療保險承保機構和私營醫療服務提供者的參與。有見及此，有關醫保計劃的各項建議在設計上除了要在使用私人醫療保險和私營醫療服務方面保障消費者權益外，亦須確保在醫保計劃下提供的醫療保險和私營醫療服務切實可行，而財政上亦可維持。

30. 為確保醫保計劃下有充足競爭力提供足夠選擇，計劃需要有更多有興趣的私人醫療保險承保機構參與，並在醫保計劃下提供充裕數目的醫療保險產品，讓投保人有所選擇。當局在制訂醫保計劃時，已考慮到保險業的意見，而

我們亦預計私營承保機構會有興趣參與醫保計劃。不過，如業界普遍對根據醫保計劃提供醫療保險產品缺乏興趣，政府會考慮自行設立機制，以為市民提供更多的醫療保險選擇。

31. 推行醫保計劃亦需要私營醫療服務提供者，提供符合醫保計劃規定的服務，特別是提供套餐式收費的醫療服務。有見及此，我們會在制訂四幅預留作發展私家醫院的土地的發展規定時，考慮到支援醫保計劃的需要，包括規定服務範圍和收費須具透明度，以及規定以套餐式收費提供醫療服務。我們亦會研究透過提供必要的基本配套設施，以助本地私家醫院按照醫保計劃的規定，以套餐式收費提供醫療服務。

32. 為保障消費者權益，醫保計劃其中的一項建議規定，訂明參與醫保計劃的私人醫療保險承保機構，以及根據醫保計劃向投保人提供服務的私營醫療服務提供者(包括私家醫院及其聘用或相關的醫生)，必須參與**醫療保險索償仲裁機制**，以處理病人、私營承保機構及／或私營醫療服務提供者之間在醫療保險索償所出現的爭議。這個仲裁機制會受政府監管，以維護機制的持平公正，以及確保私人醫療保險及私營醫療服務市場的消費者得到保障。



## 監督架構

33. 在本港私人醫療保險及私營醫療市場下，為有效監督醫保計劃的推行及營運，以及監察醫保計劃能夠達致其目的，我們建議設立一個監督架構，由不同的機構執行下列必要的職能 —

- (a) **審慎監管**：保險業監理處會繼續擔任監管機構的職能，作出審慎監管，所監管的範疇包括參與醫保計劃的承保機構的財政穩健狀況，確保這些機構在財政上有足夠能力履行對投保人的責任，以及監督適用於一般保險業務的投訴處理機制(不限於醫療保險)。
- (b) **質素保證**：衛生署擔任私家醫院的監管和發牌當局的角色將予以加強，以肩負監察質素保證的職能，包括執行監管規定和發牌條件、監督私家醫院所提供的醫療服務的質素和水準、審視醫院認證和臨床審核、收集醫療服務統計數字及基準資料，以及執行其他質素保證措施。至於專業醫護人員的專業監管事宜，則繼續由有關的法定委員會和管理局負責。
- (c) **監管計劃運作**：建議成立一個新的專責機構，監督醫保計劃的實施及運作，包括為醫療保險產品註冊、實施醫保計劃的核心項目和規格、收集有關私人醫療保險產品的資料及統計數據、編製有關私營醫療服務的基準資料和統計數據、編集醫保計劃下私營醫療服務收費和成本所需的資料，以及管理特為醫保計劃而設的消費者保障機制，包括索償仲裁、處理投訴和個案檢討。

34. 要落實上述的監管架構及職能需要修訂法例。我們會在進行諮詢後擬定落實醫保計劃的建議時，對所需立法事宜進行研究。

## 我們需要你的意見

35. 我們正就推行醫保計劃的建議諮詢公眾，希望能聽取你的意見。你的支持和意見對我們探索最佳的未來路向十分重要。請於二零一一年一月七日或之前，把你對這份諮詢文件的意見以下列方式送交我們。

郵寄： 香港中環花園道  
美利大廈 19樓  
食物及衛生局

傳真： (852) 2102 2525

電郵： mychoice@fhb.gov.hk

網址： www.MyHealthMyChoice.gov.hk

36. 如不想我們刊登你的意見，又或想以不記名方式發表意見，敬請賜示。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。

### 第一部分：整體意見

- 1.1 你是否支持引入由政府規範及監管的自願醫療保障計劃，為市民提供醫療保險選擇？
- 1.2 你是否贊同醫保計劃規管醫療保險，從而保障消費者並提供更好的選擇？
- 1.3 你是否支持增加私營醫療界別的服務量及加強醫療服務質素監察以支持落實醫保計劃？

### 第二部分：醫保計劃的設計

- 2.1 你是否贊同讓高風險組別人士都可以參加醫療保險的建議？
  - 核准醫保應須在第一年等候期後承保投保前已有的病症，由第二年開始償付比例為25%，第三年償付比例為50%，並在三年後十足償付。
  - 核准醫保須承保高風險人士，所收取的保費加高風險附加保費不得高於已公布適用保費的三倍。
  - 核准醫保在推出的第一年內，須接受65歲或以上人士投保，但不設高風險附加保費的上限。
- 2.2 你會選擇以下哪款方式為日後的保費儲蓄？
  - I. 在醫療保單當中規定儲蓄款項以支付日後的保費；
  - II. 投保人可選擇把款項存入醫療儲蓄戶口，以備作任何用途；或
  - III. 投保人可自行儲蓄，並獲提供誘因鼓勵投保人用來支付65歲及以後的保費。
- 2.3 你是否贊同醫保計劃建議中所提出的引入私營醫療服務套餐式收費，規定承保機構須協助保單持有人轉移現有的醫療保險計劃，以及成立由政府監管的醫療保險索償仲裁機制？

### 第三部分：醫保計劃的財政誘因

- 3.1 你是否支持政府在有需要時注資入高風險分攤基金，以保障高風險人士，讓健康的投保人無需因此多付保費？
- 3.2 你是否支持政府在醫保計劃推出的一段時間內提供資助，讓所有新投保的人士可即時獲得高達30%的無索償折扣？
- 3.3 你是否支持政府資助市民用儲蓄支付65歲或以後標準醫保保費的某個百分率？

# 第一章 醫療改革 — 第一階段公眾諮詢

## 背景

1.1 健康與醫療發展諮詢委員會（見**附錄 E**）在二零零五年七月發表了探討日後醫療服務模式的《**創設健康未來**》討論文件。文件審視了醫療系統，並就如何改善服務模式提出多項建議，涵蓋醫療系統各個範疇，包括：基層醫療服務、醫院服務、第三層和特別醫療服務、長者、長期護理和康復護理服務、公營和私營醫療系統的融合，以及基礎配套支援。這些建議獲得市民和各持份者的廣泛支持。

1.2 根據健康與醫療發展諮詢委員會的建議，政府在二零零八年三月十三日發表《**掌握健康 掌握人生**》醫療改革諮詢文件，提出一套全面的改革建議，以應付人口結構變化和醫療成本上漲所帶來的挑戰。這些建議包括四項醫療服務改革建議，以及一項醫療融資改革建議，當中提出六個可能的輔助融資方案，研究引入醫療輔助融資。政府在二零零八年三月至六月期間進行醫療改革第一階段公眾諮詢，以期推動市民和持份者的參與，就改革醫療系統和提升其持續發展能力凝聚共識。

## 醫療改革建議

1.3 在二零零八年三月發表的《**掌握健康 掌握人生**》醫療改革諮詢文件提出改革建議，目的是按以下方向改革醫療系統（包括醫療融資），藉以加強醫療系統的長遠可持續發展能力 —

- (a) **服務改革**：改變現時以醫院護理為主的服務模式，更着重基層醫療服務，特別是預防性護理，藉以改善整體市民的健康，以及減少對處於下游的住院服務的需要。
- (b) **市場改革**：改變現時醫院護理主要由公營界別提供的市場架構，以期為市民提供更多選擇，促進善用醫療資源，提升公私營醫療界別的整體效率。
- (c) **融資改革**：改變現行的醫療融資安排，在現有融資來源以外引入輔助融資，藉以提升醫療系統的持續發展能力和配合服務及市場改革。

## 醫療服務改革

1.4 醫療改革提出了四項醫療服務改革建議，目的是改革醫療系統的服務提供和市場架構，藉以解決健康與醫療發展諮詢委員會所指出的各項問題 —

- (a) **加強基層醫療服務**：加強在病人的首個接觸點以便捷的方式為病人提供全面、持續及協調的護理，並以病人為中心，配合其家庭及社區的環境；同時更着重提供促進個人健康和改善生活質素的預防性護理。
- (b) **推動公私營醫療協作**：加強公私營醫療界別在提供醫療服務方面的協作，以鼓勵公私營界別進行良性競爭和互相協作，從而提供更具成本效益的服務和更多服務選擇。

- (c) **發展電子健康記錄互通**：建立全港性以病人為本的電子健康記錄互通系統，讓公私營界別的醫療服務提供者在徵得病人同意的情況下互通病人的健康記錄。
- (d) **強化公共醫療安全網**：強化公營醫療系統，藉以為市民(特別是因經濟困難而無法支付本身醫療服務費用的市民)提供必要的安全網。

## **醫療融資改革**

1.5 同時，政府亦建議改革現行的醫療融資安排，以配合醫療服務改革。具體來說，以稅收為基礎的公帑資助依然是醫療服務主要經費來源，但我們建議研究引入輔助融資，在公帑以外提供輔助經費，以應付不斷增加的醫療需要，使醫療系統得以持續發展。我們提出六個可行的輔助融資方案諮詢公眾 —

- (a) **社會醫療保障**：規定有工作人士把佔收入的某個百分比的金額用作醫療供款，以支付整體人口醫療開支。
- (b) **用者自付費用(用者付費)**：提高公營醫療服務的費用。
- (c) **醫療儲蓄戶口**：規定某個特定組別的市民存款於個人戶口以累積儲蓄(連投資選擇)，用以支付自己日後的醫療開支，包括保費(如果他們有投購私人醫療保險)。
- (d) **自願私人醫療保險**：鼓勵更多人自願購買市場上提供的私人醫療保險。
- (e) **強制私人醫療保險**：規定某個特定組別的市民參加受規管的私人醫療保險計劃，作為自己的醫療保障。
- (f) **個人健康保險儲備**：規定某個特定組別的市民把部分收入存入個人戶口，一方面用在退休前和退休後參加受規管的強制醫療保險計劃，另一方面通過累積儲蓄(連投資選擇)，以支付自己退休後的醫療開支，包括保費。

## **第一階段公眾諮詢**

1.6 在二零零八年三月至六月期間，我們就醫療改革進行了第一階段公眾諮詢，廣泛諮詢市民及各持份者。市民及不同的持份者對服務改革建議及輔助融資均提出了具建設性的意見，有助我們更了解他們對醫療改革的期望。第一階段公眾諮詢的報告在二零零八年十二月發表，總結了各方就醫療改革建議提出的意見。

1.7 市民普遍認同隨着人口老化以及醫療科技日趨先進導致醫療成本上漲，會對醫療系統帶來重大挑戰。人口老化會令醫療需要和對醫療系統(特別是公營系統)的醫療服務需求急劇增加。由於醫療科技日趨先進，加上醫療通漲，醫療成本亦可能繼續上漲。鑑於我們的公私營醫療系統嚴重失衡，不少人關注到服務需求持續增加會令服務質素下降，以及輪候使用獲大幅資助的公營醫療服務的市民增多，而長者、長期病患者及弱勢社羣將會最受影響。

1.8 公眾普遍贊同有迫切需要為我們的醫療系統推行全面改革，加強系統的持續發展能力，以應付各項挑戰。市民普遍支持有需要在服務模式和融資安排這兩方面進行全面改革，



以確保醫療系統能持續發展，且有迫切需要進行這項改革。很多市民呼籲政府應牽頭與各持份者商訂改革建議的細節，以建立共識。

### **有關醫療服務改革的意見**

1.9 醫療改革第一階段公眾諮詢的結果顯示，社會對醫療服務改革建議有普遍共識。市民和各持份者均要求早日付諸實行，以便盡快改善現時為市民提供的醫療服務能力和質素。

1.10 市民普遍同意服務改革建議的主要理念及路向。市民強烈要求政府增撥資源，推行互有關連的醫療改革措施，以支持我們的醫療系統持續發展，包括 —

- (a) 加強全面、終身及全人的基層醫療服務，更加着重預防性護理、促進護理服務的連貫性、改善市民的健康，並在長遠而言減少對昂貴醫院護理的需求；
- (b) 推動公私營醫療的協作，為市民提供具成本效益及高質素的醫療服務，促進公私營界別之間專業知識和技術的交流，增加公私營界別醫護專業人員的協作；
- (c) 發展電子健康記錄互通系統，加強護理服務的連貫性、改善護理服務的效率及質素、推動醫護專業人員之間的協作，並改善醫療服務之間的配合，讓病人能從中受惠；以及
- (d) 強化公共醫療安全網，改善為病人提供的公營醫療服務，專注於目標服務範疇內的公營服務，並加強對有需要的目標人口組別(包括低收入家庭及弱勢社羣)所提供的保障。

1.11 根據在第一階段公眾諮詢達成的普遍共識，政府正透過增加在醫療方面的財政預算，推行醫療服務改革建議。第二章將載述這些服務改革措施的進展及未來路向。

### **對輔助融資方案的意見**

1.12 從第一階段公眾諮詢的結果所見，大部分市民均認同如不改革醫療融資安排，實無法充分解決醫療系統的長遠可持續發展問題，也有相對一小部分市民並不認同有迫切需要改變醫療融資安排。他們有些認為加稅也應是方案之一，儘管意見調查顯示加稅最不獲市民支持。至於認同有需要進行改革的市民，則對改革方法意見不一。

1.13 市民和持份者對六個可行的輔助融資方案意見分歧。政府分析了這六個方案的利弊，以便公眾討論。每個輔助融資方案均有支持或反對的意見 —

- (a) **社會醫療保障(強制在職人士供款)**：與加稅一樣，社會醫療保障在意見調查中獲得相對較少支持。部分提交意見的人士／團體認同社會醫療保障讓全體市民平等地獲得醫療服務，是某種形式的財富再分配。然而，很多提交意見的人士／團體反對社會醫療保障，認為這是替代加稅的安排，會削弱香港的競爭力，以及鑑於香港人口結構的改變，會令下一代承受不斷增加的負擔。
- (b) **用者自付費用(提高服務使用者所需支付的費用)**：根據意見調查所得，加費大致上頗受中等至高收入組別人士的支持。部分受訪者認為，要增加醫療服務的財政資源，

加費不失為一個簡單、直接而有效的方法，亦可鼓勵善用公營醫療服務和加強個人承擔健康責任的意識。持反對意見的人士則認為，加費會直接增加醫療服務使用者的負擔，而由於不設風險共擔成份，致使負擔主要落在病人及最需要援助的病人(特別是弱勢社羣)身上。他們認為應強化公共醫療安全網，以保障弱勢社羣。

- (c) **醫療儲蓄戶口(強制儲蓄以留待日後使用)**：部分提交意見的人士／團體支持醫療儲蓄戶口的方案，理由是他們贊同個人為日後的需要儲蓄的理念。意見調查顯示，與其他方案相比，這方案得到較多支持。不過，部分提交意見的人士／團體基於方案屬強制性質而提出反對，不少人則對行政費用可能相當高昂表示關注。部分人士／團體關注到所儲蓄的款項能否應付日後的醫療需要存有不明朗因素，亦有部分人士／團體認為不設風險共擔成份，只靠儲蓄應付日後的醫療需要有所不足之處。
- (d) **自願私人醫療保險**：從第一階段公眾諮詢反映所得，自願私人醫療保險方案獲得的支持較多。根據意見調查，私人醫療保險作為自願性質的輔助融資方案，比其他強制性方案較受歡迎。提交意見的人士／團體支持自願私人醫療保險，認為這個方案可讓他們按自己的需要自行選擇保險產品和醫療保障。不過，很多提交意見的人士／團體對現時市場上自願私人醫療保險的缺點表示不滿，例如普遍對已有病症不予承保的做法，高風險人士無法獲得承保，以及在醫療保險索償方面缺乏消費者保障。大部分提交意見的人士／團體促請政府加強監管，以提供較佳的保險產品和保障消費者。另一方面，很多提交意見的人士／團體指出，由於存在道德風險和欠缺適當監管，自願私人醫療保險會出現引致較高醫療成本及使用率的風險。有些則認為以保險為基礎的融資難以控制醫療開支，並以美國為例，過度依賴自願私人醫療保險會導致醫療成本急升。
- (e) **強制私人醫療保險**：這個方案在意見調查中頗受市民的支持，但提交意見的人士／團體也是意見不一。有些提交意見的人士／團體比較接受這個方案而非自願保險，原因是他們認為前者會接受所有申請人(不論投保前是否已有病症)的投保，並會提供持續、具可攜性和終身的保障。有些人士／團體支持這個方案，因為它可確保共擔風險，從而減少不受保的情況，而且又能做到向所有投保人徵收劃一保費，使有較高健康風險的人士也可負擔保費。有些提交意見的人士／團體雖然認同計劃的好處，但仍反對計劃，因為計劃屬強制性質。有些則認為醫療保險不論屬強制或自願性質，由於道德風險問題，如沒有妥善監管或保障，均可能會鼓勵過度使用及濫用醫療服務。有些則關注到政府是否有能力對強制投保制度下的私人醫療保險及醫療服務市場作出有效監管。商界和僱主團體普遍反對推行與就業掛鈎的強制醫療保險。
- (f) **個人健康保險儲備(強制性儲蓄及保險)**：除了提出支持或反對強制儲蓄或強制保險的理據外，有些人士／團體支持這項方案，認為方案集合了兩項計劃的長處，可互補不足，而且可兼顧現時和未來的醫療融資需要。與其他強制性計劃一樣，很多提交意見的人士／團體反對這個方案，因其屬強制性質。有些人士／團體認為這個方案需要很高的供款，因而表示反對。此外，有些人士／團體擔心這個方案會與現已購備的自願私人醫療保險有所重疊。有些人士／團體則憂慮這個結合保險及儲蓄的計劃很複雜，會導致可能高昂的行政費用。

1. 14 雖然市民對六個輔助融資方案的意見分歧，但公眾對醫療輔助融資所表達的意見亦反映出一些主要原則 –

- (a) **個人需要**：大部分市民察悉透過政府稅收資助的公營醫療服務，可確保市民獲得同等的醫療服務，並達致財富再分配，並認為任何醫療輔助融資都應更照顧到個人需要，而非匯集資源資助全民。
- (b) **自願參與**：大部分市民雖然認為有需要處理醫療融資的長遠可持續發展問題，以及認同強制性融資方案具備好處，但仍對強制性融資方案則表示有所保留，認為在現階段應讓他們自由選擇其醫療保障。
- (c) **持續保障**：很多市民認為儲蓄是重要的一環，可確保他們年老時仍獲得持續的醫療保障，其他則認同任何長遠持續的醫療保障都需要具備某種風險共擔成分，以應付不確定和費用高昂的醫療需要。
- (d) **更多選擇**：大部分市民認同由稅收資助的公營醫療系統可讓全民平等獲得標準醫療服務，並贊同推行一些會為他們提供更佳選擇的計劃，讓他們自由選用物有所值的私營醫療服務。

## 持續的醫療改革

1. 15 基於第一階段公眾諮詢所得結果和推行中的服務改革(第二章)，政府探討過下一步所需的醫療改革，以期實踐提高本港醫療系統的持續發展能力的目標(第三章)。為此，我們與相關持份者共同制訂自願參與的醫療保障計劃(醫保計劃)的建議(第四章)，並找出多項有需要處理與醫療及配套設施相關的事宜，以進行第二階段公眾諮詢(第五章)。

## 第二章 醫療改革 — 最新進展

2.1 隨着我們根據市民的意見對醫療系統進行改革，政府在醫療方面的承擔定會持續增加。我們會繼續維持公營醫療系統作為全港市民的安全網。政府每年在醫療方面的經常開支已由二零零七至零八年度的 305 億元增至二零一零至一一年度的 369 億元。我們打算把醫療方面的財政撥款，增至二零一二年佔政府經常開支的 17%。

2.2 自進行第一階段公眾諮詢後，政府一直推行多項獲社會普遍支持的醫療服務改革建議，包括加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄互通，以及強化公共醫療安全網。下述各節概述這些服務改革的進展。

### (1) 加強基層醫療服務

2.3 有效的基層醫療往往可改善市民健康、減少大家對較高昂的醫療服務，特別是專科及醫院服務的需要。不過，目前社會對全人的基層醫療服務，尤其是預防性護理和保健等服務仍未夠重視。因此，政府建議着重提供持續、全面和全人護理的基層醫療服務，並特別強調預防性護理，藉以加強基層醫療服務。

### **基層醫療服務的發展**

2.4 行政長官在《二零零八至零九年施政報告》中提出，政府會撥出資源，落實加強基層醫療服務的建議。食物及衛生局局長隨後於二零零八年十月，在健康與醫療發展諮詢委員會轄下重新組成基層醫療工作小組，就加強和發展本港基層醫療服務提供策略性意見。基層醫療工作小組由公私營界別的醫療專業人員、學者、病人組織及其他持份者的代表組成。工作小組轄下成立了三個專責小組，負責研究諮詢文件所載的具體建議，當中考慮到在醫療改革第一階段公眾諮詢所收到的意見。

2.5 經過專責小組及其他非正式會面的廣泛討論後，工作小組於二零零九年提出了一套初步建議，透過以下三個主要工作範疇，在香港發展最佳的基層醫療服務 —

- (a) 發展基層醫療概念模式和臨床指引，特別是防治及治理常見的慢性疾病，並由高血壓和糖尿病這兩種本港最常見的慢性疾病開始，作為加強基層醫療服務的指引；
- (b) 建立《基層醫療指南》，並先為西醫及牙醫建立分支指南，透過家庭醫生的概念和採用跨專業醫療隊伍模式，推廣加強基層醫療服務；以及
- (c) 制訂可行的服務模式以加強社區基層醫療服務，並通過適當的試驗計劃予以施行，包括設立社區健康中心或網絡。

#### (a) 概念模式和臨床指引

2.6 工作小組及專責小組的成員與業界專家經過一年多正式及非正式的廣泛討論後，有關高血壓和糖尿病的基層醫療概念模式和臨床指引現正作出最後修訂，供醫護專業人員作通用參考。我們計劃在二零一零至一一年度推出模式和指引的第一版。我們亦正制訂向市民和

醫護專業人員推廣這些臨床指引的策略。工作小組及相關專責小組會開始制訂特定年齡組別（例如兒童及長者）的模式和指引。

### (b) 《基層醫療指南》

2.7 關於《基層醫療指南》方面，工作小組成員已商定了將會在《指南》內提供的資料，以及在《指南》建立初期申請加入和繼續列載於西醫及牙醫分支指南內所需符合的準則。我們計劃在二零一零至一一年度內推出西醫及牙醫分支指南的第一版。政府會繼續與醫護專業人員、學者及相關持份者合作，探討將來提升加入和繼續列載於指南內所需的專業要求，以及與基層醫療服務提供者的培訓及人力發展等有關的其他事宜。中醫、護士及其他專職醫療人員的分支指南會於稍後陸續建立。

### (c) 社區健康中心和網絡

2.8 在基層醫療服務的提供模式方面，政府現正根據不同的模式，與公私營界別、非政府機構及大學的醫護專業人員和服務提供者共同探討各項社區健康中心試驗計劃。在社區設立健康中心，目的是為市民提供更協調和全面的一站式基層醫療服務。

## **加強基層醫療服務的試驗措施**

2.9 自二零零八年年底以來，政府透過衛生署和醫院管理局（醫管局）在提供基層醫療服務和公共衛生服務方面推行了多項措施，並邀請私營醫療界別的不同基層醫療專業人員參與，從而加強他們的參與和與公營界別的合作。這些措施包括 —

- 長者醫療券試驗計劃
- 長者疫苗資助計劃
- 兒童流感疫苗資助計劃

2.10 此外，政府透過醫管局推行一連串試驗計劃，以加強基層醫療對慢性疾病的治理，部分試驗計劃涉及公私營協作或公營界別與非政府機構之間的合作。這些計劃包括 —

- 跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃
- 病人自強計劃
- 跨專業護理診所
- 公私營慢性疾病共同護理計劃
- 天水圍基層醫療合作計劃

### (a) 跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃

2.11 根據此項計劃，醫管局在特定普通科門診診所成立由護士、營養師及藥劑師等醫護專業人員所組成的跨專業團隊，為高血壓和糖尿病病人提供全面健康風險評估，以便作出適當的預防和護理跟進。

2.12 該計劃自二零零九年八月起在醫管局港島東和新界東聯網推行，並計劃於二零一零至一一年度於六個聯網(包括港島東、港島西、九龍東、九龍中、九龍西和新界東聯網)轄下23間普通科門診診所推行，繼而於二零一一至一二年度擴展至全港七個聯網。預計至二零一二至一三年度會有合共144 500名病人受惠。

#### (b) 病人自強計劃

2.13 自二零一零年三月起，醫管局與非政府機構合辦這項計劃，以加強慢性疾病病人對疾病的認識及提高病人的自理能力。由醫管局的專職醫療人員組成的跨專業團隊，為常見慢性疾病(例如高血壓、糖尿病、慢性支氣管炎及心臟病等)研發適當的教材及輔助工具，以及為參與組織病人自強計劃的非政府機構前線員工提供培訓。

2.14 該計劃會於二零一一至一二年度擴展至醫管局全部七個聯網，於三年間服務合共32 000名病人。

#### (c) 跨專業護理診所

2.15 自二零零九年八月起，醫管局在轄下七個聯網選定的普通科門診診所成立由護士及專職醫療人員組成的跨專業護理診所，為高危長期病患者，包括因健康問題或出現併發症而需要針對性護理服務的病人，提供更專注的護理服務。這些服務包括為個別病人提供防止跌倒、慢性呼吸系統問題處理、傷口護理、失禁護理、定時定量服藥及精神健康支援等服務。預計在二零一一至一二年度的求診人次總數為217 400。

#### (d) 公私營慢性疾病共同護理計劃

2.16 共同護理計劃是一項試驗計劃，旨在為現時由公營醫療系統跟進病情的長期病患者提供額外的選擇，接受由私家醫生跟進病情。跨專業團隊於公營專科門診診所確認適合的病人進行風險評估及管理計劃，然後邀請他們參與共同護理計劃。政府向在社區接受全面治理的病人提供部分資助，並支援病人與屬意的醫生建立長久的關係。該計劃的首要對象，是現時正在公營醫療系統內接受治理的糖尿病和高血壓患者。

2.17 醫管局現正在新界東聯網試行該計劃。獨立的評核機構會持續評估計劃的安排和成效。政府會因應初步評估的結果及從試驗計劃中所取得的經驗，考慮改善計劃和是否需要把計劃推廣至其他區域。當局已預留資源，使22 000名病人可於二零一二至一三年度前受惠於該計劃。

2.18 上述各項試驗計劃旨在於公營醫療系統內或透過與私營醫療界別和非政府機構的協作，試驗加強基層醫療的各個不同模式。政府會繼續規劃各項試驗計劃，以促進提供社區健康中心類型的服務或組成社區健康中心網絡，並與相關持份者共同探討不同的服務提供模式。

### **基層醫療發展策略**

2.19 香港發展基層醫療的整體策略是持續並不斷蛻變的，著重通過循序漸進和凝聚共識的方式改革基層醫療系統，並以「試驗、評估、調整」這個有效循環模式，持續發展和落實特定措施和試驗計劃。根據工作小組的建議，我們計劃於二零一零年底發表策略文件，載述香港發展基層醫療的整體策略。

2.20 作為策略的其中一環，政府同時亦會與醫護專業人員合作，一同展開為期兩年的倡導運動，令公眾認識到基層醫療在預防和治理疾病方面的重要性，以及鼓勵公眾養成使用基層醫療的良好習慣和積極改善健康。

2.21 二零一零年九月，衛生署於轄下成立基層醫療統籌處(統籌處)，以支援和協調本港基層醫療的長遠發展、推行基層醫療發展策略及行動，以及協調衛生署、醫管局、私營醫療界別、非政府機構及其他醫護服務提供者之間的工作。

## **展望將來**

2.22 在加強本港基層醫療的過程中，隨着基層醫療發展策略的不斷演進和持續推行，我們預計下一步推行的工作如下 —

- (a) 我們計劃在二零一零至一一年度推出有關糖尿病和高血壓的基層醫療概念模式和臨床指引的第一版，亦會制訂特定年齡組別包括兒童及長者的基層醫療概念模式和臨床指引。
- (b) 我們計劃在二零一零至一一年度內推出西醫及牙醫分支指南的第一版。中醫、護士及其他專職醫療人員的分支指南會於稍後陸續建立。
- (c) 我們會繼續透過衛生署和醫管局，推行一系列加強基層醫療的試驗計劃，包括各項醫療券和疫苗資助計劃、共同護理計劃及其他慢性疾病護理試驗計劃，旨在於公營醫療系統內或透過公私營協作，試驗加強基層醫療的各個不同模式。
- (d) 我們會根據不同社區健康中心類型的模式，繼續與來自公私營界別、非政府機構及大學的醫護專業人員及服務提供者探討各項社區健康中心試驗計劃，以配合即將推行這些試驗計劃的地方社區的不同需要。

2.23 在資源方面，政府因應醫療改革的整體進度，包括醫療輔助融資安排，以及可用於醫療護理方面的資源，按需要為發展基層醫療這項長遠工作提供財政支援，並會繼續這個安排。此外，自二零零八至零九年度，當局亦已預留超過 41 億元的額外撥款，以發展基層醫療及公私營醫療協作計劃。

## **(2) 推動公私營醫療協作**

2.24 公私營醫療界別加強協作，可為市民提供更多服務選擇、推動醫療服務提供者之間的良性競爭和合作，確保兩個界別的資源得到更佳運用。公私營協作亦會有助為醫療服務的效率和成本效益訂下基準，以及促進醫護專業人員之間的專業知識和經驗交流。

## **公私營醫療協作試驗計劃及措施**

2.25 為促進公私營醫療協作，政府推行了多項公私營醫療協作計劃，例如政府透過天水圍基層醫療合作計劃，為需要接受公營普通科門診診所服務的特定病人組別向天水圍的私營醫療界別購買基層醫療服務、推行公私營慢性疾病共同護理計劃、為公營醫院後期腎病患者購買私營血液透析中心服務，以及推行白內障手術計劃，為在公立醫院輪候進行白內障手術

的病人提供部分資助，以便他們在私營界別接受治療。自二零零八年推出白內障手術計劃以來，已有超過 10 000 名病人參加計劃，而截至二零一零年七月，當中有超過 7 500 名病人已接受白內障手術。醫管局的目標是在二零一零至一一年度內，在該計劃下增加 3 000 宗手術。

2.26 政府亦自二零零九年一月一日起推出長者醫療券試驗計劃。這項為期三年的試驗計劃通過電子系統，為每位 70 歲或以上的長者提供每年五張面值 50 元的醫療券，以資助他們使用私營基層醫療服務的部分費用。該計劃旨在通過為長者提供部分資助，試行「錢跟病人走」的概念，讓長者在社區選擇最切合他們需要的私營基層醫療服務，為未來資助基層醫療服務試行一個新的模式。該計劃為日後發展代用券形式的資助計劃奠定基礎，為特定年齡組別或疾病組別提供更好的基層醫療服務。

2.27 此外，政府在二零零八至零九年度以公私營協作模式推行多個疫苗注射計劃，包括「兒童流感疫苗資助計劃」及「長者疫苗資助計劃」，以增加疫苗注射服務提供者的數目及市民的選擇，目的為鼓勵目標對象在私營醫療界別接受注射以減低受傳染病感染的風險。

2.28 從推行上述公私營協作計劃而累積的經驗以及善用已建立的基礎設施，政府會繼續研究可行的公私營協作計劃，藉以善用公私營界別的醫療資源，以便提供最佳的醫療服務。

表 2.1 涉及公私營醫療協作的試驗計劃摘要

<b>白內障手術計劃</b>	白內障手術計劃的推出，旨在縮短病人輪候醫管局白內障手術的時間。現正在輪候醫管局白內障手術的合資格病人，會獲邀參加計劃。醫管局會向參與計劃的病人提供一筆過的 5,000 元資助，供他們在私營醫療界別接受白內障手術，而病人須支付其餘的手術費用。私家眼科醫生可收取不超過 13,000 元的手術費，病人因此須分擔不超過 8,000 元的白內障手術費用。合資格的病人如屬綜援受助人或合資格獲醫療費用全免的低收入家庭，可以在額外安排的時段在醫管局醫院接受白內障手術。
<b>天水圍基層醫療合作計劃</b>	推行天水圍基層醫療合作計劃，目的在試驗公私營協作的模式，並增加在該區提供的普通科門診服務。在這項計劃下，一直在醫管局現有普通科門診診所接受診治的天水圍區合資格病人，均獲邀參加計劃。選擇參加計劃的病人可向在天水圍執業並參與計劃的私家醫生求診。病人最多可向私家醫生求診十次，每次須繳付標準診金 45 元，與醫管局普通科門診診所收取的相同。
<b>血液透析共同護理計劃</b>	血液透析共同護理計劃的推行，旨在善用私營醫療界別的剩餘服務量來提供血液透析服務。在這項計劃下，現時由醫管局治理的後期腎病患者如合資格的，均獲邀參加計劃。私營界別合資格的社區血液透析服務提供者，會為選擇參加計劃的病人提供血液透析治療。參加計劃的病人須向社區血液透析中心／私家醫院繳付標準費用(80 元)，收費與在醫管局轄下醫院接受血液透析治療相同。
<b>加強放射檢查服務的公私營界別協作計劃</b>	鑑於私營醫療界別有剩餘能力提供放射檢查服務，這項計劃的目的，是資助接受醫管局治療的病人在私營醫療界別接受放射檢查服務，以便為病人提供多一項選擇。合資格的病人會獲邀接受由指定的合約私營服務提供者提供的放射診斷造影服務。



<b>長者醫療券試驗計劃</b>	<p>在推行這項試驗計劃的三年內，所有年滿 70 歲或以上持有香港身份證的長者，每年均可獲提供五張面值 50 元的醫療券作為部分資助，讓他們使用由參與計劃的私營基層醫療服務提供者(涵蓋 9 種醫護專業，包括醫生、牙醫、中醫等)所提供的基層醫療服務。</p> <p>合資格的長者可自由選擇使用一張還是多張醫療券，用以支付他們使用參與計劃的基層醫療服務提供者所提供的基層醫療服務，但如服務提供者的收費高於醫療券款額，長者便須支付當中的差額。</p>
<b>長者疫苗資助計劃、兒童流感疫苗資助計劃及人類豬型流感疫苗資助計劃</b>	<p>由相關專家組成的科學委員會建議為特定高危組別注射多種疫苗，以減低他們受感染及入院的風險。因此，政府推行多項疫苗資助計劃，以資助合資格人士到私家醫生(主要的基層醫療服務提供者)接受疫苗注射。</p> <p>合資格人士到參加計劃的私家醫生診所接受疫苗注射，可獲得定額資助。醫生可能會向接受疫苗注射的人士收取額外費用，而收取的額外費用會預先通知政府，並在診所張貼告示說明。在人類豬型流感疫苗資助計劃下，政府就注射費用提供額外資助，並鼓勵醫生不額外收費。不過，現時並沒有就分擔費用訂定限制。</p>
<b>共同護理計劃</b>	<p>目前正在公營專科門診診所接受治理但病情穩定的長期病患者，可以獲轉介至就近的公營普通科門診診所繼續跟進病情。共同護理計劃為這類病人提供額外私營服務的選擇，讓病人可以選擇其就近屬意的私家醫生跟進病情和獲得部分資助以接受全面治理。醫生或會向病人收取額外費用，但有關費用將會公開和具透明度，讓政府及參與病人知悉。計劃旨在建立持續的醫生病人關係，達到持續全人護理的目標。公營醫療系統亦會繼續為參與病人提供支援。</p>

## 卓越醫療中心及私家醫院發展計劃

2.29 政府亦正籌備在香港設立兒童專科及神經科學專科的多方合作卓越醫療中心。一如行政長官在《二零零八至二零零九年施政報告》中所述，這是政府試行的部分措施，以促進卓越的專科醫療服務和推動公私營醫療協作。這兩個中心會匯聚本地及海外公私營醫療界別及學術界的專業人士，為罹患複雜疾病的病人提供跨專科醫療服務，並進行兒童專科及神經科學專科的研究和培訓。

2.30 此外，政府現正推動和促進私家醫院的發展，藉以解決本港醫院服務出現公私營醫療失衡情況，並加強本港醫療系統的整體服務量，以應付不斷增加的服務需求。這是我們提升本港醫療系統長遠可持續發展能力的部分醫療改革措施，以配合政府在推動和促進私家醫院發展的政策。

2.31 為此，政府預留了四幅分別位於黃竹坑、將軍澳、大埔及大嶼山的土地發展私家醫院。為制訂合適的批地安排，政府邀請本地及海外有意在預留的土地發展私家醫院的人士／團體，提交發展意向書。二零一零年三月三十一日截止日期屆滿，我們共收到 30 份發展意向書。我們現正考慮接獲的意向書所提出的建議和意見，以制訂該四幅預留醫院土地的批地安排，包括批地方法和時間、詳細的服務及特別要求和地價。

2.32 為確保新醫院會提供良好質素的服務，切合市民需要，同時有助提升專業水平及操守以推動醫療服務的發展，政府會就上述土地的發展訂定一些特定要求，涵蓋服務範疇、收費透明度、服務水平等方面。

2.33 在收費透明度方面，政府正考慮規定在四幅土地上發展的私家醫院，須以套餐式收費(當中應涵蓋醫生費用、住院費用、診斷程序、外科手術等)提供一定數量的服務。我們相信，這項規定可有助提升收費透明度，因而能提供誘因使負擔得來的病人使用私家醫院服務。

### (3) 發展電子健康記錄互通系統

2.34 以病人為本的全港性電子健康記錄互通系統，把公私營醫療服務提供者連接起來，是推行醫療改革的重要基建平台。電子健康記錄互通系統，目的是加強醫療服務的連貫性，並改善不同醫療服務之間的配合，讓病人能從中受惠。參與電子健康記錄互通與否屬自願性質，並須取得病人明示和知情的同意。由於電子健康記錄互通系統涉及眾多的醫療服務提供者，並考慮到個人健康資料的重要性，因此由政府牽頭發展計劃。

2.35 食物及衛生局於二零零九年七月設立專責的電子健康記錄統籌處，負責督導和統理為期十年的電子健康記錄計劃(由二零零九／一零至二零一八／一九年度)，藉以確保計劃在公私營界別得以連貫發展。政府會借助醫管局自一九九五年開發其臨床醫療管理系統的成功經驗及寶貴專業知識。醫管局的臨床醫療管理系統是香港最大型的綜合電子醫療／病歷記錄系統，內有超過 800 萬個醫療記錄。政府會開放醫管局的系統及技術，通過不同的公私營協作計劃(例如電子健康記錄協作計劃)，協助私營界別開發具互通功能的電子醫療／電子病歷記錄系統。

2.36 電子健康記錄互通系統可使病人獲得更有效和及早的治療，讓市民更加健康和降低第二層及第三層醫療服務的成本，從而為社會帶來莫大裨益。此外，系統能通過公私營界別醫療服務提供者之間互通病歷來增加資訊互通及透明度；減少就診次數；提供更佳的臨床決定支援以提高診斷準確性及加強疾病管理；減少重複檢驗及因使用紙張形式記錄而容易出現的錯誤；以及有助加強疾病監察、進行公共衛生研究和制訂更有效的政策。

#### 第一階段電子健康記錄計劃

2.37 第一階段電子健康記錄計劃(二零零九／一零年度至二零一三／一四年度)的目標為 —

- (a) 在二零一三至一四年度建立電子健康記錄互通平台，連接所有公立醫院和私家醫院；
- (b) 確保市場上能夠為私家醫生、診所及其他醫療服務提供者，提供連接至電子健康記錄互通平台的電子醫療／電子病歷記錄系統或其他健康資訊系統；以及
- (c) 在電子健康記錄互通系統啟用前制訂有關的法律架構，以保障資料私隱和系統保安。

2.38 為期十年的電子健康記錄計劃預算需要合共 11.24 億元的非經常開支，以及每年約 2 億元的經常開支。二零零九年七月，立法會財務委員會批准開立為數 7 億 200 萬元的新資本承擔額，以推行第一階段電子健康記錄計劃。

2.39 在電子健康記錄互通督導委員會(其成員來自公私營醫療界別)的指導下，電子健康記錄統籌處會利用這些撥款倡導和統籌這項為期十年的計劃，當中包括 —

- (a) 建立電子健康記錄核心基建平台，作為全港性電子健康記錄的互通平台；
- (b) 提供私營醫療界別使用的臨床醫療管理系統適配組件及連接部件應用程式，以便他們個別發展其電子醫療／電子病歷記錄系統；
- (c) 統一技術標準，以便準確互通臨床資料；
- (d) 透過不同的協作計劃，包括電子健康記錄協作計劃，邀請各方提交有助發展電子健康記錄互通系統的合作建議書；
- (e) 為持份者及公眾舉行各項協作簡介會，以提升公眾對電子健康記錄的興趣和認識；以及
- (f) 進行私隱影響評估、私隱循規審核、保安風險評估及保安審核，並草擬所需的法例，以保障資料私隱和確保電子健康記錄互通系統穩妥安全。

### **電子健康記錄互通試驗計劃**

2.40 在電子健康記錄互通系統於二零一三至一四年度推行前，當局開展了多項試驗協作計劃，以助加強公營和私營醫療界別的協作，讓私營醫療界別在徵得病人同意的情況下互通電子健康記錄。二零零六年推出的公私營醫療合作-醫療病歷互聯試驗計劃將擴展至非政府機構，讓更多病人和私營醫療服務提供者體驗何謂電子病歷互通。二零零九年推出的放射圖像互通試驗計劃將會推展至有興趣的私營醫療服務提供者，以便他們透過電子方式把參與計劃的病人的放射圖像傳送給醫管局。

### **(4) 強化公共醫療安全網**

2.41 現時的公營醫療系統為市民(特別是因經濟困難而無法支付本身醫療服務費用的市民)提供一個必要的安全網。政府會繼續以公營醫療系統作為全體市民的安全網，為有需要的人士提供大幅資助的公營醫療服務。政府近年來一直增加公營醫療服務方面的撥款，用以強化這個安全網以應付因人口增長及老化而不斷增加的服務需求。

### **改善公營醫療服務**

2.42 自二零零七至零八年度以來，政府持續增加對醫管局的財政撥款。醫管局二零一零至一一年的資助金額約為 327 億元，較二零零七至零八年度的 280 億元增加了 17%。根據醫管局由二零零九至一零年度起的三年撥款安排，醫管局二零一一至一二年的資助金將進一步增加。醫管局將利用新增資源以推行多項改善措施，包括為縮短公立醫院服務輪候時間和改善標準公營服務的涵蓋範圍而推行的以下主要項目 —

- (a) 透過增設病床及手術室，擴充港島東、九龍東及新界西醫院聯網的服務量；
- (b) 加強治理嚴重疾病的服務，包括血液透析、末期腎病紓緩治療、臨床腫瘤科服務、綜合癌症護理及急性心臟病護理；

- (c) 推出癌症治理的個案管理計劃；
- (d) 加強精神健康服務的新措施，包括為患有嚴重精神病的人士引入個案管理計劃，以及透過成立一般精神病診所及推行綜合精神健康計劃，加強為患有一般精神病的人士提供評估及診治服務；
- (e) 擴大《醫管局藥物名冊》的涵蓋範圍，把八種新藥物列為名冊的標準藥物，並擴闊醫管局十二類藥物的臨床應用範圍；
- (f) 提供護士受訓名額，以增加護士人手的供應；
- (g) 增加進行白內障手術的數目；以及
- (h) 設立關節置換專科中心。

2.43 政府亦計劃增加公立醫院的病床數目，預計至二零一一年三月，由醫管局管理的公立醫院病床數目會增至 27 041 張。當局現正進行多項現有公立醫院的重建／擴建工程及新公立醫院的興建工程，包括將軍澳醫院擴建工程、北大嶼山醫院第一期及天水圍醫院的興建工程。估計在未來數年，公立醫院可額外提供約 600 張病床。

### **加強安全網機制**

2.44 與此同時，現行的醫療收費減免機制，以及其他通過撒瑪利亞基金就某類自費藥物和病人自資購買的醫療項目提供的經濟資助計劃，將繼續為綜合社會保障援助受助者和低收入家庭提供安全網。政府會繼續監察基金的使用情況，並在有需要時向基金增撥款項（政府在二零零八/零九年向撒瑪利亞基金撥款 10 億元，以應付有需要病人的預計需求）。

2.45 同時，我們正與醫管局研究其他進一步強化安全網的可行辦法，特別是針對需要昂貴醫療的病人，包括研究設立第二重安全網的構思，當需要昂貴醫療的病人用於公營醫療服務的醫療開支超出其家庭收入某個比率時，為他們提供額外的經濟援助。這個構思的目的是在病人患有危疾時為他們提供額外保障，免他們陷入財政困難。我們亦會研究理順現有的公營醫療服務資助結構，以期確保所提供的資助用於最有需要的人士。

## 第三章 醫療改革 — 第二階段公眾諮詢

### 下一步的醫療改革

3.1 根據在第一階段公眾諮詢所得的意見，政府致力按部就班推行醫療改革，以期就未來路向凝聚社會共識，為促進本港醫療系統的長遠可持續發展訂定方案，使本港的醫療系統能繼續為整體人口提供高質素的醫療服務。在第一階段公眾諮詢完成後，政府正利用增加的醫療開支，以改善公營醫療服務，並推行醫療服務改革建議。

3.2 基於第一階段公眾諮詢所得的結果和推行中的服務改革，我們有需要考慮下一步的醫療改革，以實踐提升本港醫療系統的長遠可持續發展能力的目標。為配合服務改革的推行，我們認為有需要進一步改革市場結構，藉以 —

- (a) 改善公私營市場的平衡；
- (b) 為市民提供更多選擇；
- (c) 提升醫療服務量；以及
- (d) 改善醫療護理質素。

3.3 我們在改革市場結構及繼續維持公營醫療系統為安全網的同時，我們認為改革現時在醫療系統中扮演重要角色的私營醫療界別，尤其重要。我們認為可探討以下方法，以改善本港醫療系統的長遠可持續發展(包括其融資安排) —

- (a) 提升醫療服務的效率；
- (b) 創造和促進良性競爭環境；
- (c) 遏制成本的增加和醫療通脹；以及
- (d) 鼓勵市民為其日後的醫療支出儲蓄。

### 自願輔助融資計劃

3.4 從第一階段公眾諮詢所見，市民普遍支持的改革建議，須能(i)配合個人需要；(ii)容許自願參與；(iii)提供持續醫療保障；以及(iv)保障消費者權益。因應在第一階段公眾諮詢收集所得的意見，行政長官在《二零零九至一零年施政報告》宣布，政府會根據以下原則，制訂一個醫療輔助融資計劃 —

- (a) **輔助融資**：計劃會作為公共開支以外的輔助融資，而公共開支繼續是公營醫療服務的主要經費來源；
- (b) **自願參與**：計劃屬自願參與性質，讓有能力和願意負擔的市民參與；

- (c) **更多選擇**：計劃會為消費者提供更多選擇，讓他們選擇物有所值的醫療服務；
- (d) **持續保障**：計劃在設計上會為個別人士提供持續保障，在他們年老時仍可獲得保障；以及
- (e) **消費者權益**：計劃會由政府加以規範和監管，以保障消費者權益。

3.5 針對上述原則，我們在策劃輔助融資計劃時，首先審視過現時本港私人醫療保險和私營醫療服務的市場，亦探究過兩者在輔助和配合公營醫療系統所分別擔當的角色，特別是讓公營醫療系統可專注於其目標服務範疇和目標人口組別，研究簡章於下文各節載述。相關的詳細分析，分別載於**附錄 B**(香港私人醫療保險現況)和**附錄 C**(香港私營醫療服務現況)。

## 現時的私人醫療保險和私營醫療服務

3.6 第一階段公眾諮詢顯示，市民相對上較贊成透過自願私人醫療保險讓他們選用私營醫療服務。市民的普遍意見，顯示他們普遍認同私營醫療界別和私人醫療保險所擔當的角色。市民(特別是經濟條件較佳者)大致上支持在公營醫療服務之外，應有更多私營醫療服務的選擇。很多都認為加強私人醫療保險和私營醫療服務的角色，可有助解決融資方面的問題。

3.7 市民的普遍意願，亦見諸於私人醫療保險日益普及的趨勢及其在私營醫療服務的融資來源方面擔當的角色 —

- (a) **私人醫療保險是一種日漸受歡迎的醫療保障**：政府統計數字顯示，二零零八年人口中的 240 萬人或 34%獲私人醫療保險的保障，保險由個人購買或由其僱主購備(不包括公務員醫療福利及醫管局員工的醫療福利)，較二零零五年人口中的 220 萬人或 32%有所上升。當中集中為勞動人口(25 至 44 歲超過 50%，但 65 歲以上只佔約 4%)及高收入組別(家庭月入超過三萬元的組別中超過 50%有購買)。
- (b) **私人醫療保險是相當大和不斷增長的醫療融資來源**：政府統計數字顯示，私人醫療保險佔二零零六至零七年度醫療開支總額約 98 億元或 13%，而由一九八九至九零年度起每年平均增幅按實值計算為 6.9%。事實上，自一九八九至九零年度以來，個人私人醫療保險的增長速度更快，按實值計算為 15.7%。業界統計數字亦顯示，私人醫療保險的保費總額持續增加，由二零零四年的 53 億元增至二零零九年的 100 億元，每年平均增幅按實值計算為 15.1%。

3.8 不過，第一階段公眾諮詢亦顯示，市民關注現時的私人醫療保險和私營醫療服務的不少缺點。如不理會，會窒礙他們對這些市場的信心 —

- (a) **消費者不滿現時私人醫療保險的特點**：許多在第一階段公眾諮詢中提交意見的人士／團體指出，現時的自願私人醫療保險有不少缺點，例如個人醫保產品不包括投保前已有的病症、不接受高風險人士投保、不保證續保、保險計劃不具可攜性，以及缺乏消費者保障等。我們在二零一零年三月進行的意見調查顯示，約 70%的受訪者支持政府介入市場作出監管，改善這些缺點。

- (b) **私營醫療市場及私人醫療保險可以更具成效**：二零零六至零七年度的私人住院服務開支佔全部住院開支的 25% (即在 283 億元開支總額中佔 71 億元)，其中半數是由私人醫療保險支付 (35 億元)。然而，在所有住院服務中，以住院人次和病床日數計算，只有分別 18% 及 10% 是由私營界別提供。現時的私人醫療保險市場及私營醫療市場在供求兩方面容易出現道德風險，而這會令各方需承擔額外成本。濫用情況如不必要的住院／手術，欠缺透明度及不時變動的醫療收費，亦時有所聞。

## 公營醫療系統

3.9 就公營醫療系統在第一階段公眾諮詢所獲的反響是清晰明確的，公營醫療系統可讓市民平等獲得必要的公營醫療服務，是我們醫療系統的基石。我們強調會恪守一貫的醫療政策，不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務。我們會堅持以公營醫療系統作為全民的安全網，為他們提供平等而可獲得的保障，特別是保障低收入家庭和弱勢社羣，以及其他有需要的人士。這可見於政府打算正增加醫療方面的經常開支，由二零零七至零八年度的佔政府經常開支的 15% 增至二零一二年的 17%。醫療撥款不斷增加，將加強公帑資助作為公營醫療服務的主要融資來源的作用。

3.10 在推行醫療改革措施的同時，政府會繼續利用增加的醫療撥款來改善公營醫療服務，按照健康與醫療發展諮詢委員會於二零零五年七月發表的《創設健康未來》討論文件的建議，專注於四個目標服務範疇和目標人口組別 —

- (a) 急症和緊急護理服務；
- (b) 為低收入人士和弱勢社羣提供醫療服務或護理；
- (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) 培訓醫護專業人員。

3.11 在我們改革現時醫療系統的同時，政府在醫療方面的承擔定會持續增加。現有的公營醫療系統會繼續作為全民安全網，提供**平等而便捷的優質公營醫療服務**。公帑資助會繼續是公營醫療的主要醫療融資來源。政府會利用增加的醫療撥款來改善公營服務，以應付市民日益增加的醫療需要。公營醫療系統會專注發展上述四個重點服務範疇，並強化公共醫療安全網機制，為有需要的目標人口羣組提供保障。

3.12 專注發展目標服務範疇，可讓公營醫療資源以最適切和具效率的方式，為需要公營醫療服務的人士提供服務。持續增加的醫療撥款，亦有助公營醫療系統未來維持下去。不過，若維持現狀，隨着人口老化，公營系統的醫療負擔可能日益增加，而私營醫療所承擔的份額則預期會隨著醫療成本上升而進一步縮減。這將會無可避免地令公營系統的資源和服務量承受壓力，最終令醫療質素受損，以及削弱其專注發展上述目標服務範疇的能力。同時，這亦代表私營市場的資源及服務量不能被有效運用，以應付市民的醫療需要。

## 改革私營界別的理據

3.13 不過，一個有活力的醫療系統，是由公營醫療系統和私營醫療界別共同組成。兩個界別分享社區醫療資源，並各自應付市民醫療的需求。如未能確保私營界別可持續發展(或代之而接管整個私營界別)，公營系統以至整個醫療系統長遠而言本身也無法可持續發展。因此，除了推行服務改革和強化公營醫療系統外，我們亦有需要提升私營醫療界別可持續發展能力。

3.14 為此，我們在制訂自願醫療輔助融資計劃的建議時，亦特別着眼於私人醫療保險和私營醫療服務的規範和監管，以期解決現時私營市場的缺點。具體而言，我們的目標是保障私人醫療保險和私營醫療服務的消費者的權益，同時強化私營界別的角色，以便與公營系統一同應付市民的醫療需要。

3.15 從整個醫療系統的角度而言，如任由現有私人醫療保險和私營醫療服務這兩個市場維持現況，用於私人醫療保險和私營醫療服務方面的私人資金長遠能否維持，實屬疑問，並有可能發生以下情況 —

- (a) 私人醫療保險和私營醫療服務方面的道德風險、缺乏競爭以及收費透明度不足，可能會導致私人醫療融資及資源越來越無法善用，長遠來說會進一步推高醫療成本，導致私人醫療費用和醫療保險保費飆升，長遠減低私人醫療保險和私營醫療服務的吸引力和可負擔的程度。
- (b) 投保人（他們現時大部分均是在職人士）在年老(特別在退休後)時可能會失去保險保障，而此時正是他們最需要醫療保險保障的時候，但同時他們的醫療保險保費(因道德風險及成本上漲無人監管而引致保費上升)卻變得更難負擔。
- (c) 願意並有能力支付可負擔的私人醫療保險及私營醫療服務的部份個別人士，如未能看見一個具透明度和競爭性的市場，又未能肯定和預計日後會有什麼醫療保障，便很可能會對購買私人醫療保險以支付他們日後醫療開支的任何長遠承擔，抱持遲疑態度。
- (d) 現有的不足之處很可能會繼續影響和損害私營醫療服務和私人醫療保險這兩個市場的發展，最終導致市民日益依賴公營醫療界別作為日漸老化人口的最終醫療安全網。

3.16 如私人醫療保險和私營醫療服務是市民負擔得來和物有所值，醫療保障計劃會有助願意而又有能力支付私營醫療服務的個別人士，在公營服務以外，選用私營服務。這會有助減輕公營醫療系統的負擔，令公營醫療的資源可更專注發展目標服務範疇，以及為目標人口組別(包括低收入人士、弱勢社羣和其他有需要的人士)提供服務。



## 第四章 自願醫療保障計劃

### 制訂醫療保障計劃

4.1 制訂自願輔助融資計劃的措施，旨在為提升醫療系統的可持續發展邁出第一步。計劃的構思是制訂一個由政府負責規範和監管的自願參與計劃，當中包含保險及儲蓄成分，藉以讓市民可以選擇負擔得來、物有所值和有質素保證的私人醫療保險及私營醫療服務。

4.2 為探討推行這樣的自願輔助融資計劃是否可行，我們於二零零九年十一月成立自願醫療輔助融資諮詢小組（見**附錄 F**），成員來自相關界別的持份者，包括保險界、醫療專業人員、僱主團體、消費者代表及病人組織，就制訂計劃提出意見。我們又集中計劃的不同方面委託進行多項顧問研究。

4.3 根據委託進行的顧問研究及諮詢小組所提出的建議，我們為醫療保障計劃（醫保計劃）制訂了的建議，現於本章詳述。醫保計劃概要載於**附錄 A**。該附錄亦載錄一個按精算評估而擬訂的醫療保險計劃範例，按中等價格的私家醫院為需住院治療或接受非住院手術的病症提供私家醫院服務的收費水平，開列保險賠償範圍和水平，並列出經精算評估（未計算佣金）的保費水平範例，以供說明之用。

4.4 用作範例的醫療保險計劃，目的在說明一個在精算上可行並符合醫保計劃核心項目及規格的醫療保險計劃的可行內容。據精算評估顯示，與現時市場上一般提供的醫療保險產品相比，按醫保計劃提供的這項醫療保險計劃，所需保費應具競爭力。不過，醫保計劃的醫療保險計劃，當中的細節和所收取的保費，須待醫保計劃的建議擬定供參與計劃的承保機構推行和提供相關保險計劃後才能確定。

### 計劃目標

4.5 建議的**自願**醫保計劃目的是加強私人醫療保險和私營醫療市場的消費者保障、收費透明度、質素保證和市場競爭。具體而言，所制訂的醫保計劃建議有以下目標 —

- (a) 鼓勵那些選擇購買保險和儲蓄的市民投購醫療保險和儲蓄，以期：
  - (i) 為那些有能力和願意支付私營醫療服務和改善其醫療保障的市民提供選擇，讓他們可持續使用物有所值和負擔得來的私營醫療服務；以及
  - (ii) 透過以上安排讓市民在公營醫療服務外，可選用更多私營醫療服務。
- (b) 改善私營醫療保險和醫療市場在服務水準和收費水平方面的透明度，以期：
  - (i) 鼓勵為大部分的病症設立和提供具質素保證、全面涵蓋和針對特定病症的套餐服務和套餐式收費；以及
  - (ii) 促進良性的市場競爭和加強消費者保障和信心。

4.6 透過讓更多人持續使用私營醫療服務，醫保計劃的另一個目的是令公營醫療系統可更集中資源於目標服務範疇，包括為低收入及弱勢社羣提供服務、急症服務及緊急護理、以及為罹患危疾和複雜疾病的人士提供服務，治療這些危疾和複雜疾病的費用高昂，以及需要先進科技和由跨專科專業團隊進行，而私營界別未能立時提供治療或涉及十分高昂的費用。

## 計劃概念

### 標準醫保及附加保障項目

4.7 醫療保障計劃是建議作為一個規範和監管醫療保險的框架。所有在醫保計劃下提供的醫療保險計劃必須符合醫保計劃下受規範的醫療保險的核心項目及規格(核准醫保)。具體而言，參與醫保計劃的承保機構，必須提供完全按照核心項目及規格制訂的標準化醫療保險計劃(標準醫保)。承保機構亦須遵守醫保計劃下的計劃守則及其他規定。

4.8 醫保計劃屬模組設計：參與醫保計劃的承保機構除須一律提供標準醫保外，亦可自行設計適當的醫療保險，在符合核心項目及規格之上，提供附加增額保障或額外項目，以切合消費者的需要，例如：涵蓋較佳級別的房間及膳食服務，或把保障範圍擴展至標準醫保並未涵蓋的服務，例如門診服務。不過，附加保障或項目將不會計入政府在醫保計劃下所提供的誘因。

4.9 參與醫保計劃屬自願性質，個別人士可選擇投購核准醫保，以享有醫保計劃條文下所提供的消費者保障和其他優點，這是醫保計劃以外的私人醫療保險產品普遍沒有的。僱主亦可選擇透過他們的承保機構，通過購買醫保計劃核准醫保，為僱員提供醫療福利。

### 核心項目及規格

4.10 所有核准醫保須符合醫保計劃的核心項目及規格，以確保能為投保人提供基本和必要的醫療保障。核心項目及規格包括基本保障範圍及限額，足以讓投保人就需住院治療或接受非住院手術的病症獲取負擔得來的私營醫療服務。承保機構可選擇提供在核心項目之外提供附加項目(例如更佳服務、更高保障限額、較少分擔費用等)。

4.11 同時，核准醫保和參與的承保機構均須遵守醫保計劃訂明的規則及規定，以確保市場競爭性、收費透明度、質素保證及消費者受到保障。這些規則及規定包括：承保機構須採用標準化的保單條款及定義；接受所有申請人投保，並承保投保人在投保前已有的一切病症；容許保險計劃在承保機構之間具可攜性；參與再保險或風險平衡；提供醫療保險索償及費用資料；劃一手術程序編碼及索償處理程序；以及參與有關索償的仲裁機制。

## 計劃特點

4.12 醫保計劃的設計旨在透過加強私人醫療保險和私營醫療市場的消費者保障和信心，方便醫保計劃的投保人取用負擔得來、具質素保證及物有所值的私營醫療服務。醫保計劃的很多特點，是針對消費者認為現有的自願醫療保險產品的缺點而釐訂，例如承保範圍及保單

條款不明確、醫療費用不明確、不承保投保前已有的病症、不保證續保、調整保費缺乏透明度和保險計劃不可攜。

4.13 醫保計劃的主要特點，以及與現時市場上自願私人醫療保險所作的比較，摘載於表 4.1。至於有關計劃特點的進一步詳情，則於下文各節詳述。很多特點都列為醫保計劃核准醫保的核心項目及規格，須政府核准，並由參與計劃的承保機構提供。有些特點則列為醫保計劃的計劃守則和規定，適用於參與計劃的承保機構，如有需要和適切的話，可透過立法使之具法律效力(見第五章「監督架構」)。

表 4.1 醫保計劃核准醫保與現時市面上普遍提供的產品的比較

特點	醫保計劃核准醫保	現時市面上普遍提供的自願私人醫療保險
保障範圍	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 核心項目(必須提供的項目)：需住院治療或接受非住院手術的病症、相關的專科門診服務、診斷成像服務；為癌症進行化療或放射治療。</li> <li>● 附加項目(可選擇是否提供的項目)：提供較高保障限額及／或擴大獲保障服務的範圍(如門診、牙科、分娩服務等)。</li> </ul>	由只提供住院(即入院)保障至保障住院、門診及其他服務。
保障限額	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 根據按劃一的症候族羣分類為一般手術所訂定的套餐式收費。</li> <li>● 為以套餐式收費的一般手術提供一筆過保險賠償，讓病人更清楚收費。</li> <li>● 如沒有套餐式收費(例如複雜或非一般手術)則設有逐項開列的保險賠償表。</li> <li>● 劃一基本保障限額，限額可予調整使提供的保障足以涵蓋普通病房級的私營醫療服務。</li> </ul>	提供逐項開列的保險賠償表。服務提供者通常按服務的實際使用情況逐項收費。如醫療帳單所收取的費用超過個別項目的保障限額，則病人須承擔不明確的收費額。
保費	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人計劃均設具透明度按年齡分級的保費表。</li> <li>● 高風險附加保費設有上限不超過保費的某個比率(如 200%)。</li> <li>● 根據索償和成本而制訂具透明度的保費調整指引。</li> </ul>	各別承保機構會自行釐訂和調整個別保費。
無索償折扣	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 承保機構提供無索償折扣，可高達保費的某個百分率(如 30%)。</li> </ul>	—
接受投保	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必須接納所有申請人，但需要時須經過核保和支付附加保費。</li> </ul>	通常為高風險人士加設不受保項目或拒絕他們的投保申請。不保證接受投保(視乎個別承保機構而定)。

特點	醫保計劃核准醫保	現時市面上普遍提供的自願私人醫療保險
投保年齡	<ul style="list-style-type: none"> <li>65 歲以下人士不設投保限制。</li> <li>年滿 65 歲或以上者可於計劃推出後首年參加計劃，但附加保費上限不會適用於他們。</li> </ul>	通常限於 65 歲或 70 歲以下的人士。
投保前已有的病症	<ul style="list-style-type: none"> <li>接受投保前已有的病症，但設有等候期和具時限的償款上限，此後則全面受保。</li> </ul>	一般不承保個別人士投保前已有的所有病症（有些團體保單或會承保投保前已有的病症，但設有等候期。）
高風險投保人士的風險分擔	<ul style="list-style-type: none"> <li>在醫保計劃下設立高風險分攤基金，由高風險人士的保費及參加計劃的承保機構的徵款提供資金，以緩減高風險投保人的風險，政府在有需要時會注資入高風險分攤基金。</li> </ul>	一般由個別承保機構安排再保險。
續保	<ul style="list-style-type: none"> <li>保證終身續保。</li> </ul>	一般不會保證續保（有些承保機構提供續保保證至某個年歲或終身續保）。
可攜性	<ul style="list-style-type: none"> <li>可在各承保機構之間、投保人退休或不再受僱時具可攜性。</li> <li>可攜的包括延續保障投保前已有的病症保障及無索償折扣。</li> </ul>	在各承保機構之間不具可攜性。投保人轉工或退休，保單通常也不可攜（有些承保機構為退休人士提供可攜的計劃）。
保險成本的透明度	<ul style="list-style-type: none"> <li>承保機構的保險成本須具透明度，包括索償、行政及佣金。</li> </ul>	保險成本一般不具透明度。
政府監管	<ul style="list-style-type: none"> <li>受政府規範和監管，以保障消費者權益。</li> </ul>	保險計劃不受監管。承保機構所受的監管主要在償債能力方面。

### (a) 保障範圍

#### 現有醫療保險

4.14 現有醫療保險產品的保障範圍會因應提供者及產品性質而有所不同，大部分都會提供住院（即入院）保障連附加保障項目，附加項目所提供的附加保障包括較佳的住院設施及保障限額，同時亦涵蓋門診及其他醫療服務。部分現有的醫療保險產品在住院保障範圍方面設有限制，因而導致不必要的住院以進行一些手術，而這些手術在非住院情況下會更具成本效益，這令索償款額及保費無可避免地上升。現時醫療保險產品的保障限額亦差異頗大，有時保障不足以支付使用私營醫療服務的費用。

#### 醫保計劃的建議

4.15 醫保計劃核准醫保須符合核心項目及規格，包括為必要的私營醫療服務提供保障範圍及保障限額。醫保計劃的核心項目在設計上使投保人能得到負擔得來和足夠的保障，在有需要時可使用私營醫療服務。具體來說，我們建議醫保計劃核准醫保必須提供下列保障 —

- (a) 需要住院治療或接受非住院手術的病症（涵蓋可以在門診診所或日間醫院進行的手術，以便減低成本及造成不必要的住院）；

- (b) 與所需的住院治療或非住院手術相關的專科門診診症和檢查(例如入院前的診斷及出院後覆診)；
- (c) 因應所診斷的病情為住院治療或接受非住院手術而所需的先進診斷成像服務(例如：磁力共振掃描、正電子放射斷層掃描、電腦斷層掃描)；以及
- (d) 治療癌症的化療或放射治療。

4.16 我們明白醫保計劃核准醫保的核心項目，會直接影響承保機構釐定的保費水平。因為有關計劃包含越多服務作為必需項目，保費將會越高。平衡點須設定於需要和理想之間，我們認為把主要為非緊急或相對可負擔的服務納出核心項目以外較為合理，鑑於醫保計劃提供醫療保障的目的是要讓投保人在有需要時能獲得基本及必要的私營醫療服務。

4.17 另一方面，承保機構可選擇提供非核心項目，並以附加項目的形式作出承保，而個別人士可自由選購這些計劃作為額外保障，以切合他們的不同需要 —

- (a) **一般基層醫療服務**(包括普通門診服務及牙科護理)：醫療保險的主要目的是針對不確定和費用高昂的醫療服務，透過風險共擔為投保人提供保障。我們不建議規定基層醫療服務須列入醫保計劃必需承保的範圍，因為這類服務是市民較有能力負擔的，而使用這類服務亦屬隨人所需，欠缺準則，容易出現道德風險。承保機構可採取現時沿用的做法，為這些服務提供附加保障，讓市民自行選購。
- (b) **一般專科門診診症及檢查服務，以及先進的診斷成像服務**(即與需住院治療或接受非住院手術的病症無關的服務)：醫保計劃核准醫保須承因需要住院治療或接受非住院手術的病症而引致的有關服務。如經具體診斷的病症並不需要住院治療或接受手術，我們不建議規定醫保計劃必須保障這些服務，以減低道德風險。承保機構一般可提供附加項目以承保這些服務。
- (c) **分娩服務保障**：我們不建議規定醫保計劃核准醫保必須提供分娩服務保障，因為這類保障屬隨人所需，欠缺準則，容易出現逆向選擇<sup>1</sup>，而且由於費用高昂，亦會導致保費昂貴。規定納入這類保障並因此導致保費昂貴，均可能會窒礙單身或尚未有即時生育計劃的人士投購核准醫保。由於是否需要分娩服務保障，主要是個人的選擇，我們建議分娩服務套餐應留待承保機構以附加項目形式來提供。
- (d) **腎臟透析(洗腎)**：目前，需要洗腎的末期腎衰竭病人絕大部分均在公立醫院接受治療。我們進行醫療改革和公營醫療服務改善工作，其中一部分就是一直致力加強公立醫院的洗腎服務，並試行向私營醫療界別為這些病人購買血液透析服務。由於這類病人為數不多，但醫療服務使用量多，較有效率和效益的做法是繼續由公營系統來應付他們的醫療需要，並透過私營界別參與的計劃，例如正試行的購買服務計劃，來加強有關服務。因此，我們不建議規定醫保計劃核准醫保必須提供洗腎服務保障。

---

<sup>1</sup> 就保險而言，逆向選擇指承保人無法取得所有資料，以準確評估每個人的風險，在這種情況下，個別人士如本身的風險高於保險中用以訂明價格的參考風險，便會有較大機會自行選擇投購保險，致令投保人較承保人獲得不恰當的優勢。以經濟用語解釋，這是指因承保人與投保人之間出現資訊不對稱的情況，以致未能公平和準確地訂出風險的價格，使市場無法有效運作。

4.18 承保機構必須提供不設附加保障範圍或附加項目的標準醫保。承保機構須公布標準醫保的保費表，並接受只選擇投購標準醫保的人士參加。承保機構可提供其他設有附加保障範圍或附加項目的核准醫保，但須就這些在標準醫保以外的計劃公布保費表。

4.19 鑑於政府為醫保計劃提供資助，如投保人同時有非醫保計劃的產品提供保障，則醫保計劃與其他保險保障(包括旅遊、僱員補償)相比，應最後才作出償付。

## **(b) 保障限額**

### 現有醫療保險

4.20 大部分現有的醫療保險產品都是按照逐項列出的保險賠償表發還醫療費用，表內就個別收費項目(例如房間及膳食、外科醫生費、麻醉師費、手術室、醫生巡房、專科醫生費及其他醫院雜費等)訂明保障限額。這些保障限額通常是按每次事件(例如一次住院)、每個病症(例如每一個病症在 180 天內需要一次或多次住院)或每次巡房／診症(部分會設定巡房／診症的次數上限)而定。有些產品亦會就每次事件、每個病症、每年或整張保單的整體索償設立保障限額。保障限額因產品而異，亦會因私營服務的不同住院病房級別(例如普通病房、半私家病房及私家病房)而有所不同。

### 逐項收費及收費不明確

4.21 現時醫療保險產品提供逐項開列的保險賠償表和償款安排，源於目前私營醫療服務市場盛行的做法，服務提供者對每個個案通常按服務項目的實際使用情況逐項收費，而個別醫生和醫院亦會分開收費。在這種收費安排下，如病人因使用服務或其他無法預計的情況而需支付的實際費用，超逾個別項目的保障限額或整體保障限額，便會承受費用不明確的風險，並需繳付事先無法確知和其他無法預計的額外數額。加上私家醫生的收費各異，病人和承保機構普遍又無具透明度的基準可作比較，致令收費不明確的風險增加。

4.22 私營醫療服務收費不明確，往往被視為是令市民卻步的主要原因，而由於獲大幅資助的公營醫療服務的收費低廉而明確，可作另一選擇，因此令即使已投保的市民不選用私營醫療服務，很多甚或根本不投購私人醫療保險。假如規定承保機構須提高保障限額以進一步減少收費不明確的情況，則無可避免地引致所有投保人的保費增加，才可令保險產品在精算上可行。私營醫療服務的收費差距頗大亦是導致問題的原因之一，因此提高保障限額未必足以解決問題。

### 根據症候族羣分類釐定的套餐式收費

4.23 解決醫療服務收費不明確的其中一個可行方法，是為按症候族羣分類的治療和手術，推行套餐式收費，這個方法在多個海外國家試行，並取得一定程度的成效。症候族羣分類是把需要在醫院接受治療或手術的病症(不論是住院還是接受非住院手術亦然)，按診斷和病症複雜程度加以分類的方法。事實上，症候族羣分類，一直用作計算這些治療或手術成本的基礎。把症候族羣分類應用於醫療服務收費，是為某個需要住院治療或接受非住院手術的病症訂定整筆套餐式收費，當中計及該病症或手術的不同複雜程度。

4.24 如某項治療或手術的次數頻密，足以容許在不同個案所出現的成本差異取得平均之數，又或有關治療或手術相對來說屬恒常性質或有標準可依，以致醫療服務的實際使用情況

和所涉的費用變動幅度很小，便可根據症候族羣分類制訂套餐式收費。按症候族羣分類釐定的套餐式收費雖然未必適用於所有住院治療或非住院手術，但對於可行的住院或非住院手術，這個收費機制會有以下影響 —

- (a) 讓服務使用者及提供資金者知悉具透明度而明確的收費，令需要接受特定治療或手術的病人，可事先得知所涉及的醫療收費；至於已投購醫療保險的人士，則可得知所投購的保險能否悉數賠償所需費用或須自行支付的數額；
- (b) 提供具透明度的平台，比較不同服務提供者的成本及收費，例如各私家醫院之間甚至公立醫院與私家醫院之間作出比較，從而促進私營醫療服務的競爭，以及能對醫療成本進行監察和設定基準；以及
- (c) 透過令服務提供者須在訂定收費時考慮成本及收費的差異，推動服務提供者提升成本效率，並注意臨床標準及成效。服務提供者如未能控制成本，又或臨床成效相對較差以致成本增加，其競爭力亦會減弱。

4.25 基於上述理由，引入按症候族羣分類訂定套餐式收費會使私營醫療服務的收費更具透明度和更明確，透過(a)提高私營醫療市場收費的透明度並促進良性競爭；以及(b)提供更物有所值和更有質素保證的服務，並且更有效地運用醫療資源，使消費者大為受惠。

4.26 制訂症候族羣的分類方法和建立其適用於成本計算和收費的機制，需要相當多的工作、專業知識及投資。在香港，醫院管理局(醫管局)已就公立醫院所提供的多方面公營醫療服務採用症候族羣的分類方法，作內部成本計算和資源分配之用。鑑於醫管局提供的住院服務涵蓋私營醫療界別可能提供的大部分(即使不是全部)住院治療及非住院手術，因此，醫管局制訂的症候族羣架構及分類方法，可供私營醫療界別在調適後應用，以善用醫管局已建立的專業知識，而無須重新研究和重複投資。不過，由於私營界別內的成本計算和收費與公營界別的必然不同，根據症候族羣分類方法確立私營界別的成本計算和收費仍然需要大量的額外工作。

### 醫保計劃的建議

4.27 我們建議規定醫保計劃核准醫保須根據按症候族羣分類所訂的套餐式收費來釐訂賠償保障及保障限額，作為核心項目及規格的一部分。具體而言，如一間或多過一間私營醫療服務提供者根據症候族羣分類就某項治療或手術提供套餐式收費，醫保計劃標準醫保須根據套餐式收費來提供保險賠償額，即承保機構須就直接支付服務提供者所提供的治療／手術訂定整筆的保險賠償額，但須計及保險計劃所規定的任何分擔費用。

4.28 就設有套餐式保障限額的治療／手術而言，如投保人選擇一個提供套餐式收費的服務提供者，而如果有關收費不超越保障限額，則投保人的分擔費用會是核准醫保的共同保險費用；但如投保人選用經驗更豐富的醫生和／或收費較高的醫院，而有關的套餐式收費高於保障限額，則投保人須支付當中的收費差額。

4.29 如果投保人就設有套餐式賠償限額的治療／手術，選用一個逐項收費的服務提供者，承保機構會以有關的套餐式賠償限額作為償款上限，而投保人的分擔費用則為計劃下的共同保險費用，加上任何超越賠償限額的收費。由於醫療保險計劃的賠償水平具透明度，加

上部分服務提供者會採用套餐式收費，病人能在掌握相關資訊的情況下選擇切合他們需要的服務提供者，同時對服務收費更為確定。

4.30 按症候族羣分類所訂套餐式收費而釐訂的基本保險保障水平，應足可讓標準醫保的投保人就所需的非住院手術或住院治療按套餐式收費使用中等價格的私家醫院普通病房級別的服務，並獲得全面保障(未計及保險可能規定的分擔費用)。承保機構可提供較高的保險賠償水平，以滿足消費者擬獲得更佳的保障，包括選用收費較高的私家醫院及私家醫生服務，或使用私家醫療服務時入住較高級別的病房。

4.31 至於私家醫院沒有提供套餐式收費的病症，例如所涉的治療或手術較為複雜(令收費變動幅度很大)，致套餐式收費機制不可行，標準醫保仍須為這些病症提供逐項開列的保險賠償表。在這情況下，標準醫保會以與現有醫療保險產品相同的方式發還償款，並須設立最低保障限額，作為其中一項核心項目，而這個最低限額所定的水平，在大部分情況下可就中等價格的私家醫院的服務收費提供保障。

4.32 承保機構仍可自由提供可讓投保人自選的附加保障項目，為投保人提供比核心規定所訂的保險賠償限額／水平為佳的醫院服務設施及保險賠償限額／水平，以切合不同消費者的需要。

#### 按症候族羣分類訂定套餐式收費的重要性

4.33 按症候族羣分類訂定套餐式收費，可確保消費者在私營醫療市場中受到保障，並增強他們對市場的信心，這對達致醫保計劃的主要目標至為重要。從整體醫療系統的角度而言，按症候族羣分類訂定套餐式收費，有助解決現時私人醫療保險及私營醫療市場成本及收費資訊不足的問題。因此，按症候族羣分類訂定套餐式收費，將會協助私營醫療服務締造和推動良性競爭，並會促進私人醫療保險之間的價格比較。

4.34 透過提供更具透明度的醫療收費及保險索償資料，按症候族羣分類訂定套餐式收費有助為醫療成本訂定基準和加以監察，因而可對醫療成本的增加有更嚴密的監控。如能更有效確保日後醫療成本上漲可受控制，願意及有能力付款選用私營服務的個別人士，會較易接受透過持續投購醫療保險來為他們使用的醫療服務提供資金，從而透過醫療保險協助提高住院服務的私人融資的長遠可持續發展能力。

#### **(c) 分擔費用**

4.35 為了推動分擔責任、鼓勵慎用醫療服務和遏止道德風險，我們建議應把分擔費用納入為標準醫保的核心項目。具體來說，我們建議標準醫保須為首 1 萬元的索償設定至少 20% 的共同保險，其次的 9 萬元為 10%，而 10 萬元以後的索償額則不設共同保險的規定。

4.36 承保機構可提供在標準醫保計劃上加入附加保障項目，以涵蓋共同保險。

4.37 此外，採用較高水平的免賠額可以全面降低保費。因此，我們建議承保機構應獲准自行釐訂不同的免賠額水平，以針對不同的市場。



## **(d) 保費的釐定、附加保費及調整**

### 現有醫療保險

4.38 現時的醫療保險市場，承保機構可自由釐定和調整保費。專題小組研究顯示，日後保費上升欠缺保證和監管是市民在投購私人醫療保險時的主要憂慮。醫療費用上漲和索償增加使保費日增，而保費亦隨投保人年長而增加，這是不少人終止他們的醫療保險保障的主因之一。有些人亦指保費的調整欠缺指引或基準。社會上一直呼籲對醫療保險保費的釐定、調整以及保險成本的透明度作出監管。

4.39 同時，一些承保機構現時會根據本身的核保準則，對個別醫療保險保單實施附加保費。在這些情況下，承保機構會向他們認為風險較高的人士收取高於「正常」保費水平的附加保費。在另外一些情況下，承保機構甚至拒絕接受較高風險人士投保和核保其風險。社會上有人關注風險較高的人士能否投購醫療保險產品，以及核保準則及徵收附加保費是否具有透明度，特別是承保機構可能藉收取極為昂貴的附加保費而令風險較高的人士難以獲得醫療保險保障。

### 醫保計劃的建議

4.40 為解決現存缺點，我們建議規定參與醫保計劃的承保機構須 —

- (a) 為所有核准醫保訂定和公布具透明度的保費表，而保費一般應按年齡分級，當中可以有適當的調整，而為透明度起見，標準醫保及其他核准醫保的保費表應分開公布；
- (b) 接受所有投保人投購任何核准醫保，但一般設有年齡限制，並可按具透明度的指引及標準通過核保對個別保單徵收附加保費；
- (c) 告知投保人評估附加保費的根據，而投保人可提交證據以要求降低附加保費；
- (d) 把附加保費的上限設為標準醫保公布保費的 200%，即最高保費為公布保費的三倍，但須參與高風險分攤基金的再保險機制；
- (e) 就保險成本提供具透明度的資訊，包括索償、行政費及佣金，而這方面的資訊將成為制訂標準醫保保費調整指引的基礎；以及
- (f) 參考根據以往索償個案及保險成本所制訂的保費調整指引來調整標準醫保的保費表，並把調整率應用於所有投保人，而無須再作核保，除非投保人要求則屬例外。

4.41 上述建議的目的是杜絕現時拒絕較高風險人士投保或以高昂保費令他們卻步的做法，並讓他們以合理的附加保費投購醫療保險。根據現行建議，高風險附加保費的最高水平訂為 200%，目的是為高風險人士的醫療保險保費設定上限。與此同時，我們須避免因更多高風險人士投保而導致其他醫保計劃的投保人的保費大幅上升。為此，我們有需要引入高風險分攤基金，作為業界的再保險機制把高風險攤分(見下文 4.51-55 段)。就高風險分攤基金的財政健全所進行的精算評估是建議把最高附加保費訂為 200%的根據。

## **(e) 無索償折扣**

### 現有醫療保險

4.42 無索償折扣是為全年無提出索償的人士提供的保費折扣。目前市面上提供的現有醫療保險產品不常提供這種折扣。無索償折扣的目的是獎勵奉行健康生活方式和致力維持健康因而沒有在購買醫療保險後作出任何索償的人士。這亦有助遏止不濫用醫療服務，避免索償個案上升和導致所有投保人的保費增加。

### 醫保計劃的建議

4.43 如醫保計劃核准醫保投保人在一段時間內並無提出索償，我們建議規定參加計劃的承保機構須根據統一的規則向他們提供無索償折扣，但設有上限。我們的建議是規定承保機構，如投保人在一年內並無提出索償，便須在該年根據標準醫保的公布保費提供 10% 的無索償折扣。投保人如連續三年沒有提出索償申請，則最多可獲高達 30% 的無索償折扣。投保人一旦索償，在下一期續保時無索償折扣則會重設於 0%。

4.44 承保機構可就標準計劃提供較規定水平為多的無索償折扣，例如承投機構可一開始便提供全數醫保 30% 的無索償折扣，以吸引健康人士參加計劃。至於附加項目，承保機構可自由決定是否和如何提供無索償折扣，惟這些計劃的保費不得低於相應的標準醫保計劃的公布保費。

## **(f) 接受投保和投保人的年齡限制**

### 現有醫療保險

4.45 為作出風險管理，現有的私人醫療保險產品通常不接受超逾某一年齡（例如 65 或 70 歲）的人士投保。一般而言，人的健康風險會隨着年齡增加，而個別人士之間出現的健康風險差異亦較大。接受這些人士新參加任何醫療保險計劃，可能會令保險基金承擔過高風險，與所收取的保費不成比例，尤其是很可能出現逆向選擇的風險。這樣可能須增加所有投保人的保費，或出現更壞的情況，就是損害保險基金的營運能力。

### 醫保計劃的建議

4.46 在理想的情況下，個別人士應在較年輕時開始投購醫療保險，並在步入晚年後繼續投保。不過，我們明白那些已屆高齡的人士沒有機會在年青時投購核准醫保，以享有更佳的保障。然而，准許已屆高齡（例如 65 歲或以上）的個別人士投購核准醫保會大幅增加風險，因而令所有投保人（包括年青和健康投保人）的保費增加。我們須在兩者之間取得平衡。

4.47 我們建議參加醫保計劃的承保機構一般應接受所有人士投保，但須設定年齡限制。我們亦進一步建議，在推行醫保計劃首年內准許年滿 65 歲或以上人士參加計劃。這樣可讓這些人士有機會（儘管設有限制）獲得醫保計劃的醫療保險保障。不過，把高風險附加保費上限（見上文 4.38(d) 項）擴展至適用他們未必可行，因為這可能會損害高風險分攤基金的營運能力。

## **(g) 投保前已有的病症**

### 現有醫療保險

4.48 為個人而設的現有醫療保險產品，大都不承保投保前已有的病症，即在投購醫療保險前已有的病症不會獲得保險的保障。由於僱主投購的團體保單涉及人數眾多，而其中的風險組合又較為均衡，因此部分承保機構會在團體保單中承保僱員在投保前已有的病症。有些則設有等候期。

4.49 不承保投保前已有的病症是現時市場上醫療保險承保機構的慣常做法，以減低風險承擔及管理所承保的風險組合。不過，根據早前進行的諮詢顯示，市民關注到不承保投保前已有的病症會嚴重限制高風險病人取得醫療保險的保障，以及削弱私人醫療保險的風險共擔功能。

4.50 與此同時，我們有需要就規定醫保計劃核准醫保須承保在投保前已有的病症，以及因這些計劃承受過大風險(特別是出現逆向選擇的風險)致有損其營運能力，在這兩者之間取得平衡。承保太多在投保前已有的病症，很可能會令索償個案增加、保費急升、使健康的人士無意參加醫保計劃，以致削弱其財務營運能力。

4.51 要管理承保在投保前已有病症所導致的風險，可行的方法包括實施**等候期**(即投保人在投保前已有的病症，須待投保人在參加保險計劃一段時間後才獲保險保障)，以及**提供部分償款**(即與投保前已有病症有關的索償，保險最多只會發還某個比率的償款)。

### 醫保計劃的建議

4.52 醫保計劃旨在消除現有醫療保險保單通常採用的不承保條款，從而讓較高風險人士有機會投購核准醫保。為配合醫保計劃的目標，核准醫保應增加機會讓市民獲得醫療保險保障，包括那些風險較高的人士。

4.53 因此，我們建議規定所有核准醫保計劃須承保投保前已有的病症，但設有一年等候期(即投保前已有病症在投保首年不受保障)，而第二及第三年可獲發還的償款比率分別為25%和50%。換言之，在投保一年後，投保前已有病症可獲部分償款保障，而在三年後則可獲全數償款保障。計劃亦不能拒保先天疾病、經由性接觸傳染的疾病、精神病及與心理問題有關的疾病。

4.54 與現有一般不承保所有投保前已有病症的醫療保險相比，現今的建議規定參加的承保機構須承保投保前已有病症，並按統一的規則設定等候期和發還償款限額，是一項進步。不過，為確保核准醫保的營運能力，有需要設立高風險分攤基金的再保險機制，從而把醫保計劃下高風險投保人士的風險攤分(見下文)。

## **(h) 平衡風險 / 高風險分攤基金的再保險機制**

4.55 我們建議在醫保計劃下成立高風險分攤基金作為保險業的再保險機制，並由政府監管。高風險分攤基金旨在讓保險公司分擔風險，因而能夠接受投保前已有病症的投保人投保。在此機制下，高風險人士的保單，其保費經保險公司評估為超逾相應年齡組別的公布保費(在

扣除無索償折扣前)的三倍，便會納入高風險分攤基金內。之後，這些保單的保費收入、索償須付的款項以及所出現的利潤／虧損，均歸入高風險分攤基金而非保險公司。

4.56 高風險分攤基金只適用於個別保單持有人，因為團體計劃大都不會有逆向選擇的風險。現有個別保單持有人如正繳付多於三倍的公布保費，轉移至醫保計劃時可選擇再核保以受保費上限保障。

4.57 高風險分攤基金將完全適用於標準醫保的個別保單持有人。至於其他核准醫保，則只適用於屬「標準醫保」的部份，而不適用於附加項目，藉以控制成本和避免濫用。

4.58 高風險分攤基金主要有兩個融資來源。第一個來源是轉到基金的保單／部分保單的保費收入，但會先由保險公司扣除部分費用以彌補行政開支。第二個來源則是保險公司繳付的再保險保費，相等於標準醫保和其他核准醫保(限於屬「標準醫保」的部份)所得保費收入的某個百分率。如果高風險分攤基金未能自給自足，政府會考慮向基金注資。

4.59 高風險分攤基金的行政架構必須小心設計，以確保基金能順利運作和避免濫用。我們知悉會有潛在風險，就是會有保險公司濫收超額的附加保費，藉此將不利的風險轉至高風險分攤基金。儘管如此，我們相信透過在行政架構引入適當制衡措施，可以控制這方面的風險。

### ***(i) 保證續保***

#### 現有醫療保險

4.60 部分現有私人醫療保險產品會提供終身續保保證。我們留意到有些投購了現有醫療保險產品的人士投訴，他們在投購醫療保險後得到重病，在續保時遇到困難，原因是承保機構完全拒絕為他們續保，又或在續保時大幅增加保費。

#### 醫保計劃的建議

4.61 為解決這些缺點，我們建議應在醫保計劃下，規定參與的承保機構須提供保證終身續保的核准醫保，以便為消費者提供終身保障，並加強私人醫療保險透過風險共擔為投保人提供保障的功能，加上在保費調整方面施加規定，這應能為市民提供保障，免他們因疾病而令保費大幅攀升。

### ***(j) 可攜性***

#### 現有醫療保險

4.62 大部分現有私人醫療保險計劃在承保機構之間不具可攜性，經僱主提供的醫療保險獲得保障的人士在退休時，其醫療保障計劃也一般不可攜。保險計劃的可攜性有所限制，使消費者在選擇醫療保險產品方面亦受限制。這亦窒礙個別人士投資於醫療保險保障直至老年。

#### 醫保計劃的建議

4.63 為解決這些缺點，我們建議應在醫保計劃下，規定參與的承保機構須提供 —

- (a) 可在各承保機構之間具可攜性的醫療保險保障，以便為消費者提供更多選擇，並促進良性競爭。醫保投保人應獲許把他們投保前已有病症的保障，以及任何無索償折扣，一併從一間承保機構，攜帶到另一承保機構。
- (b) 可在退休時具可攜性的醫療保險保障，以便鼓勵市民在退休後續保。現時獲僱主提供核准醫保的市民，應獲許把有關保障，例如連同他們投保前已有病症的保障，一併攜帶到針對個人而設的核准醫保。

### **(k) 標準化的保單條款及條件**

#### **現有醫療保險**

4.64 在現時的醫療保險市場，不同保險公司的產品會採用不同的保單條款及條件，而即使是相同或類似的保單條款及條件也可能採納不同的解說，最終以他們的細節為依據。這種情況引起關於索償和索償申請的爭論。

#### **醫保計劃的建議**

4.65 我們建議規定參與醫保計劃的承保機構，採用一套標準化的保單條款及條件和相關定義，目的是讓消費者事先能更清楚了解有關條款，之後亦可盡量減少對條款詮釋的爭議。為確保消費者獲得足夠保障，醫保計劃核准醫保的保單條款和條件須經政府核准。這樣可為消費者和承保機構之間締造更公平的競爭環境，以加強對消費者的保障，以及他們對核准醫保的信心。為確保醫保計劃下的醫保產品能有效處理索償及能順暢地實現可攜性，承保機構需要使用一套業界劃一使用及標準化的病症及手術編碼處理索償。

### **(l) 政府的監管和透明度要求**

4.66 醫保計劃將受政府的監管，以保障公眾利益。醫保計劃核准醫保須得到政府核准和受政府監管。

4.67 我們建議規定參加醫保計劃的承保機構在保險成本(包括索償、行政開支和佣金)方面須具透明度。

#### **轉移現有的醫療保險**

4.68 對於已購備醫療保險的個別人士和僱主而言，醫保計劃屬於**自願性質**，他們可自行選擇是否把現有的醫療保險轉移至核准醫保。醫保計劃屬**模組設計**，即：承保機構一律需要提供標準醫保，並可自行設計合適的附加項目以切合消費者的需要，例如：提高保障限額，以涵蓋更好的房間及膳食服務，或把保障範圍擴展至標準醫保沒有涵蓋的服務(例如門診服務)。個別人士和僱主如選擇轉移至醫保計劃，可自行選擇承保機構所提供合適的核准醫保，以配合他們本身的需要。

4.69 根據與保險業界商討所得，參與醫保計劃的承保機構應負責協助保單持有人，把現有醫療保險單順利轉移至醫保計劃核准醫保。為此，我們建議醫保計劃應規定參與的承保機構協助現有的保單持有人順利轉移保險計劃，詳情如下 —

- (a) **現有的個人保單持有人**：參與的承保機構須向他們提供一個續保選擇，可以把其現有醫療保險單轉為一個醫保計劃下適當的醫療保險（須符合或超越標準醫保的規定），而保障範圍及保障水平不會有減損，並無須重新核保，同時享有醫保計劃所提供的好處，包括在等候期後承保投保前已有的病症，保險計劃可攜、可享無索償折扣等。
- (b) **現有的團體保單持有人（主要為僱主）**：參與的承保機構須向他們提供一個續保選擇，讓他們可轉至切合其需要的適當醫療保險（須符合或超越標準醫保的規定），當中提供的保障範圍及保險索償權益不會有減損，並須符合醫保計劃的核心項目及規格。承保機構可提供附加保障項目，以配合個別僱主的要求。

## 與醫保計劃設計有關的主要議題

4.70 在構思如上文所述的醫保計劃的建議特點以諮詢公眾時，醫保計劃的設計有下列需要考慮的主要議題，主要關於應如何讓高風險人士可參與核准醫保，以及如何鼓勵醫保計劃投保人在步入晚年時繼續投保—

- (a) **如何把投保前已有的病症包括在承保範圍內**：如上文所述，承保投保前已有的病症是一項進步，因為大部分現有的醫療保險產品均不對此承保。現建議為投保前已有的病症設立一年等候期，而在第二及第三年可獲部分償款，以盡量避免出現逆向選擇，並確保計劃可行。此項建議連同保險保障具可攜性的規定，可使投保人不必擔心投保前已有的病症會否受到保障，並讓他們得到真正持續的保障。有了擬設的高風險分攤基金再保險機制，在有需要時會獲政府注資以緩減過多風險，承保投保前已有的病症，對核准醫保的所有投保人（包括健康人士）的保費，應不會構成很大的負擔。如果縮短等候期或提高償付比例，由此造成的逆向選擇或會對醫保計劃構成過大風險和導致所有投保人的保費上升。我們需要針對這兩者作出平衡。
- (b) **如何讓高風險人士參加醫療保險**：接受高風險人士以設有上限的保費投保是一項進步，因為現時的醫療保險產品並不接受高風險人士投保，或保費昂貴，窒礙他們投保。建議的規定是承保機構提供的標準醫保必須接受高風險人士投保，而收取的高風險附加保費不得超過公布保費的 200%（即：保費上限為公布保費的三倍）。此舉可確保高風險人士能藉繳付合理的附加保費而獲得醫療保險保障。這項規定連同由政府有需要在有需要時向擬設的高風險分攤基金注資以緩減過多風險，可確保高風險人士能在醫保計劃下得到醫療保險，而不會在保費方面令所有投保人士（包括投購核准醫保的健康人士）有額外的負擔。然而，如對高風險人士應用較低的保費上限而造成索償率上升，會對醫保計劃構成過大風險和導致所有投保人的保費上升，我們有需要針對這兩者作出平衡。
- (c) **如何讓已步入晚年的人士亦可參加醫療保險計劃**：現時的醫療保險產品通常設有投保年齡上限。目前的建議是容許 65 歲或以上的人士在醫保計劃推出首年參加計劃（但不設高風險保費上限），讓高齡人士有機會獲得醫療保險保障。為管理風險狀況和確保醫保計劃核准醫保能夠營運，我們有必要訂定投保年齡上限，並為已超過年齡上限的人士設定投保時限。訂定年齡限制，亦可鼓勵市民儘早考慮尋求醫療保險

保障。如接受高齡人士可隨時參加核准醫保，會對醫保計劃構成過大風險和導致所有投保人的保費上升，我們要針對這兩者作出平衡。

- (d) **個別人士應如何儲蓄款項，供日後年老時繳交保費：**醫保計劃的主要目標之一，是確保參與計劃的個別人士在年老最需要醫療保障時，仍繼續有能力負擔醫療保險。我們會提出一系列方案，由政府提供誘因，鼓勵儲蓄款項供投保人支付日後的保費，藉以讓更多醫保計劃投保人在年老時繼續得到保障（見下文「儲蓄款項以支付日後的保費」一節）。這些方案的目的是減少大部分投保人在步入晚年後不再參加醫保計劃的風險。

## 為計劃提供的誘因

4.71 醫保計劃能否達致所訂下的目標，而醫保計劃核准醫保又是否切實可行，關鍵在於投保人數必須夠大，以及有合理的健康和 unhealthy 人士的風險組合。在設計醫保計劃時，我們考慮過在下列情況下提供誘因 —

- (a) 必須利用誘因以確保計劃切實可行或達致計劃目標；
- (b) 宜利用誘因使醫療融資得以持續；以及
- (c) 考慮長遠的成本效益後，確保提供這些誘因在財務上是持續可行。

4.72 因應上述原則，並視乎可予實施的醫保計劃的最後設計，我們建議利用在財政儲備預留作支援醫療融資改革之用的 500 億元，在醫保計劃的下列範疇提供誘因 —

- (a) **保障高風險人士：**為讓高風險人士參與醫保計劃而無須其他健康的投保人支付額外保費，我們建議考慮由政府向高風險分攤基金注資，以緩減因有高風險人士參與計劃而帶來的過多風險。高風險分攤基金是一個由業界營運的再保險機制，以便接受高風險人士投保並分攤他們的風險。
- (b) **新參與人士可獲保費折扣：**為吸引個別人士（特別是年青人）參與醫保計劃核准醫保，我們建議考慮由政府提供誘因，容許所有新的醫保計劃下投保人，參與計劃後立即可享有最高的無索償折扣，即相關標準醫保計劃的保費的 30% 折扣。我們建議所有 30 歲以下參與計劃的人士任何時候皆可獲得這項折扣優惠。
- (c) **儲蓄款項以支付日後的保費：**為了讓投保人在年老時有能力繼續獲得醫保計劃的醫療保障，我們建議考慮由政府提供誘因鼓勵個別人士儲蓄款項，供他們年老時（例如 65 歲或以後）支付保費。我們建議政府提供的誘因，應與個別人士在醫保計劃下連續投保的時間掛鉤，並可高達相關標準醫保的保費的某個百分率。

## 不建議採用的稅務誘因

4.73 至於為私人醫療保險保費及私人醫療開支提供稅務誘因的建議，我們從稅制、醫療系統及醫保計劃的目標方面考慮，認為在稅務誘因與上述的誘因比較之下，不大建議採取這項稅務誘因建議，詳情如下 —

- (a) 在**稅制**方面，由於建議的醫保計劃屬自願參與性質，讓有能力及願意負擔的市民參與，因此為醫保計劃下的醫療保險的保費而非其他醫療保險產品的保費提供稅項扣減，會違反本港稅制中立及公平的原則。不過，如向其他私人醫療保險計劃的所有保單持有人或為所有私人醫療開支提供稅項扣減，則會進一步收窄我們的稅基。
- (b) 在**醫療系統**方面，稅務誘因屬累退性質，只有較小部分較高收入人士可受惠，而這類人士投購私人醫療保險的比率已相當高。此外，在沒有所需的規管措施下為私人醫療保險保費及私人醫療開支提供稅務誘因，亦會令私營醫療保險和醫療市場現有的弊端(特別是道德風險及效率欠佳)進一步惡化。
- (c) 在**醫保計劃的目標**方面，為一般醫療保險的保費或特別為醫保計劃的保費提供稅項扣減，只能為處於工作年齡的在職人口帶來財務誘因，而不能鼓勵退休人士在可能沒有收入及保費大增時繼續繳交保費，因而無法達到這項建議的目的，即鼓勵以儲蓄款項作為私人經費來源，用以支付日後的醫療費用。

4.74 在收到市民在這次公眾諮詢中就提供財務誘因的建議方向所提出的意見後，我們會為政府在醫保計劃下提供的誘因制訂詳細建議，以及就如何使用在財政儲備預留作支持醫療改革之用的 500 億元，擬備詳情。

## 儲蓄款項以支付日後的保費

### 為何儲蓄？

4.75 醫保計劃的主要目標之一，是讓選擇私營醫療服務的市民，可持續使用負擔得來和物有所值的私營醫療服務。因此，我們所設計的醫保計劃的特點，旨在促進和鼓勵人們持續投保，並在步入晚年最需要醫療保障時，仍繼續投保。我們亦希望協助投保人儲備資源以支付日後的醫療保障的費用，讓他們在年老時可繼續選購私人醫療保險及選用私營醫療服務。

4.76 然而，自願醫療保險按年齡分級的保費必然會隨投保人的年齡急升，原因是他們的健康風險和醫療服務的使用量均會增加。據現時不同年齡組別的醫療保險滲透模式顯示，現時投保的人都較可能會在年老時終止他們的保險保障(不論是終止個人自資購買的醫療保險的保障，還是當他們離開工作時，終止由僱主提供的醫療保險的保障)。故此，我們需要考慮方法盡量減少終止保險保障的情況，務求令更多人在年老時繼續投保，同時亦可獲得輔助融資以為日後醫療需要提供資金。

### 如何儲蓄？

4.77 要協助確保市民在年老並最需要醫保計劃提供醫療保障時，仍然有能力繼續獲得醫保計劃的醫療保障，其中一個可行的解決辦法是加入儲蓄項目，投保人可用儲蓄款項繳付日後的保費。我們必須考慮多項因素，以期找出最合適的安排，鼓勵投保人繼續在計劃下投保和備存資金繳付日後保費。這些因素包括—

- (a) **儲蓄金額和使用儲蓄的自由度**：規定的儲蓄金額和使用儲蓄款項的自由度應為何？以及



(b) **儲蓄安排的設計**：供款模式、提取儲蓄的規則以及投資安排應如何設計？

4.78 具體而言，我們一方面需鼓勵投保人繼續投保，並備有一筆資金以支付日後(特別是較年老時)的醫療保障的費用，同時亦需盡量減低任何強制形式儲蓄以支付日後保費的規定，對醫保計劃核准醫保的吸引力所造成的負面影響，我們需要在兩者之間取得平衡。基於上述考慮因素，我們建議三項可行的儲蓄方案，這些方案在儲蓄安排和使用儲蓄的自由度各有不同(三個方案的比較載於表 4.2) —

- (a) **規定保單設儲蓄項目**：醫保計劃核准醫保須加入儲蓄項目，讓投保人在較年輕時支付較高的保費，以抵銷較年老時所增加的保費。承保機構須累積儲蓄款項和承擔投資風險(但不包括醫療費用通脹額)，用以支付日後醫保計劃的保費。我們會考慮提供誘因，由政府向核准醫保的儲蓄項目注入款項。
- (b) **非強制的儲蓄戶口**：醫保計劃投保人可以選擇在一個獨立儲蓄戶口內存款，並享有一系列的投資選擇；累積的儲蓄款項和相關回報可在年老時隨時使用，包括用作年老時支付核准醫保的保費。
- (c) **長期投保的保費回贈**：我們不會要求醫保計劃投保人儲蓄，但他們可以選擇自行儲蓄。我們會考慮提供誘因，讓投保人在年老時獲得保費回贈，回贈額與參與醫保計劃的時間長短掛鉤，但投保人必須繼續參加醫保計劃。

表 4.2 醫療保障計劃下儲蓄款項以支付日後保費的不同方案

	使用儲蓄款項的自由度		
	低	中	高
方案	規定保單設儲蓄項目	非強制的儲蓄戶口	長期投保的保費回贈
目標款額	目標款額較高(例如在65歲及以後預計需付醫保計劃保費的100%)	目標款額較低(例如在65歲及以後預計需付醫保計劃保費的50%)	並無特定的目標款額
供款模式	設有規定的供款模式，投保人須在年青時支付數額較高的保費，但如有需要會定期作出調整，以達到長期的目標款額	除了儲蓄戶口結餘不可低於指定下限外，並無其他供款模式的限制	供款模式不設限制
提供資金的途徑	保險公司	儲蓄戶口	不設限制
投資限制	承保機構負責累積儲蓄款項和承擔儲蓄基金的投資風險	多項投資方案供個別人士選擇	不設限制
符合資格的準則	醫保計劃投保人達到供款規定	醫保計劃投保人達到供款規定	誘因多少須視乎參與醫保計劃的年期長短
可行的誘因	政府向保單內的儲蓄項目注入款項	政府向儲蓄戶口注入款項(作為誘因注入的款項須在投保人年老時把儲蓄款項用作支付保費才可提取)	設有退休後保費回贈(就標準醫保及其他核准醫保的相等部分而言)

## 第五章 醫療保障計劃配套

### 醫療服務量

5.1 推行醫保計劃的目的，是協助願意和有能力負擔的個別人士，使用可負擔得來而又具質素的私營醫療服務。因此，我們有需要確保私營醫療界別能夠提供充足和具質素的醫療服務，以應付因醫保計劃而增加的需求。作為醫療改革措施的其中一部分，政府一直積極在配套設施方面加強支援，以增加本港醫療系統的整體服務量和協助發展私營醫療服務，從而解決目前公私營醫療系統出現失衡的情況，特別是在私營住院服務方面。

5.2 據我們推算，未來十年，私營醫療服務可能因推行醫保計劃而需增加約 9%至 30%的服務量(以住院及非住院手術的總數計算)，並有可能需要在二零三六年或之前增加最多 50%的服務量。我們估計，已知的現有私家醫院重建計劃，以及規劃中的新私家醫院發展計劃，包括在預留的四幅土地興建私家醫院的計劃，足可應付預計醫保計劃帶來的私家醫院服務需求量。

### 醫護人手

5.3 我們需要增加醫護人手，以推行醫保計劃和擴大私營醫療服務量。在第一階段公眾諮詢中，有些提交意見的人士／團體主張為醫生和其他醫護專業人員制訂長遠人手規劃，以配合社會日後的需要。社會上亦有建議，認為增加醫護專業人員的數目，可有助縮短公營醫療服務的輪候時間，長遠而言，亦可促使私營醫療市場有更多良性競爭。

5.4 我們不時為各個醫護專業進行人力規劃，以便評估醫護專業人員的教育及培訓需要，當中會考慮到擴展醫療系統以應付人口結構變化以及推行醫療改革措施，都可能令人手供應的需求增加。我們亦會考慮到私營醫療服務的需求可能增加，包括已知和計劃中的私家醫院發展計劃，以及推行醫保計劃所引致的私營醫療服務需求。我們會視乎規劃結果，研究如何增加本港醫生及其他醫護專業人員的供應。

### 以套餐式收費提供服務

5.5 推行醫保計劃，需要私營醫療服務提供者提供符合醫保計劃規定的服務，特別是提供套餐式收費的醫療服務。使用套餐式收費讓消費者知悉更明確和更具透明度的收費，並加強他們使用私營醫療服務的信心，從而促進私營醫療界別的發展，為市民提供物有所值的住院服務或非住院手術。我們注意到，本港已有私家醫院提供套餐式收費的醫療服務，而私營醫療界別以套餐式收費提供服務漸成趨勢。

5.6 收費，以提供住院服務或非住院手術，從而減輕消費者(即使購買醫療保險者)對收費有欠明確的憂慮。為確保有足夠按症候族羣分類訂定套餐式收費的私營醫療服務，我們會採取下列措施 —

- (a) 我們為分別在黃竹坑、將軍澳、東涌及大埔預留作發展私家醫院的四幅土地制訂發展規定(包括批地條件及其他與發展有關的其他規定)時，會考慮到支援醫保計劃的

需要，包括規定服務範圍和收費須具透明度，以及規定須根據症候族羣架構以套餐式收費提供服務，以確保有這類服務提供。

- (b) 至於現有的私家醫院及其他私營醫療服務提供者，我們會協助他們與醫療保險承保機構進行商討，以期他們採用根據症候族羣架構訂定套餐式收費。具體而言，我們會透過提供使用套餐式收費所需的配套設施及科技知識，包括制訂和維持症候族羣架構以及管理有關架構所需的資訊系統基礎設施，從而鼓勵他們以套餐式收費提供醫療服務。

## 提供服務的其他可行方案

5.7 我們會繼續監察私營醫療服務的需求，並在醫保計劃推行後，按需要進一步考慮增加私營醫療服務量的方法，特別是需要確保可負擔得來和具質素的私營醫療服務有充足的供應，以滿足私人醫療保險投保人的需求。此外，我們亦需要確保私營醫療服務的提供在質素及收費方面都有良性競爭，同時有足夠的措施來保障消費者的權益，以及建立消費者的信心。

5.8 至此，我們相信私營界別在獲得所需的配套設施後，應該能夠在自由市場中作出調節，以應付市民對私營醫療服務的需求。特別是我們在二零一零年就預留發展私家醫院的四幅土地邀請各界提交發展意向書，反應非常熱烈。因應醫保計劃的推行和私人醫療保險市場的擴大，有些私營界別的經營者可能會考慮一併提供符合醫保計劃規定的私營醫療服務連私人醫療保險。

5.9 然而，如有需要，我們或須考慮其他方法以支援醫保計劃的推行和為私營醫療服務提供基準，特別是如私營界別未能以具競爭力的質素和收費提供足夠的私營醫療服務。我們在現階段不會排除任何可行的方案，包括：利用現由醫管局提供的私營服務的可行性，但須確保其提供的公營醫療服務不受影響；成立公營機構，代表購有醫療保險的消費者為私營醫療服務訂定基準和購買私營醫療服務；又或由政府以套餐式收費提供可供選擇和具質素保證的醫療服務，藉以為私營醫療服務提供具競爭力的基準。此外，我們可以參考從各項提供醫療服務的公私營協作試驗計劃所得的經驗，從而設計適合的模式，確保能夠提供最切合市民需要的私營醫療服務。

## 提供醫療保險

5.10 推行醫保計劃需要私人醫療保險承保機構的參與。有見及此，有關醫保計劃的各項建議，在設計上除了要在使用私人醫療保險和私營醫療服務方面保障消費者權益外，亦須確保在醫保計劃下提供的醫療保險計劃和私營醫療服務實際上可行，而財政上亦可維持。

5.11 為確保醫保計劃具競爭力及提供足夠選擇，需要更多有興趣的私人醫療保險承保機構參與，並在醫保計劃下提供足夠和具吸引力的醫療保險產品，讓投保人選擇。我們在制訂醫保計劃時，已考慮到包括保險業在內的各個持份者的意見，而我們預期私人醫療保險承保機構在參與醫保計劃時，不會遇到任何重大障礙。醫保計劃更特別為私人醫療保險業的發展提供一個更可持續發展的平台，有助加強消費者的保障，從而增強消費者的信心。

5.12 不過，我們理解到醫保計劃引入了很多現時香港不常用的新特點和做法（雖然在其他海外醫療保險市場已經相當普遍），承保機構初期或會猶豫不決。假如業界普遍沒有興趣在醫保計劃下提供醫療保險產品，政府會考慮設立本身的機制，為公眾提供更多醫療保險產品的選擇。具體而言，我們不會排除設立公營機構在醫保計劃下提供醫療保險產品，以驗證醫保計劃是否可行，並為醫保計劃下的醫療保險產品訂定基準。

## 醫療保險索償仲裁機制

5.13 為保障消費者權益，醫保計劃其中一項建議的規定，訂明參與醫保計劃的私人醫療保險承保機構，以及根據醫保計劃向投保人提供服務的私營醫療服務提供者（包括私家醫院及其聘用或相關的醫生），必須參與醫療保險索償仲裁機制，以處理病人、私營承保機構及／或私營醫療服務提供者之間在醫療保險索償所出現的爭議，並加以仲裁。這個仲裁機制會受政府監管，以維護機制的持平公正，以及確保私人醫療保險及私營醫療服務市場的消費者得到保障。

5.14 有市民在醫療改革第一階段公眾諮詢中就一般醫療保險索償的爭議提出意見，而索償仲裁機制是因應有關意見而建議的新特點。市民和有關持份者都建議政府專為醫療保險設立具成效和效率的處理糾紛機制，從而保障消費者權益和遏止道德風險。我們特別注意到，跟其他一般保險相比，醫療保險的獨特之處在於它涉及三方參與的安排，包括投購醫療保險並使用醫療服務的投保人或客戶、提供風險分擔和為醫療服務提供融資的承保機構，以及向客戶提供醫療服務並向承保機構收取費用的服務提供者。

5.15 因此，我們建議索償仲裁機制須持平公正，以便處理各方可能出現的糾紛。我們會根據第二階段公眾諮詢期間收到的意見，為索償仲裁機制的運作制訂細節，包括所需的法律基礎以確保機制的運作具成效和效率。在現階段，我們建議機制可考慮採用以下基本原則 —

- (a) 索償仲裁機制由政府監管，並由負責監督醫保計劃運作的專責機構管理。機制設計時會考慮成效和效率。
- (b) 機制會處理設有標準化保單條款和條件的醫保計劃核准醫保的索償，包括標準醫保，以及設有附加項目的其他醫保計劃核准醫保。
- (c) 投訴可由三方（客戶、承保機構或服務提供者）的任何一方提出，並按一套為保障消費者權益而設計而又不會偏袒承保機構或服務提供者任何一方的程序來處理。
- (d) 當局可成立由相關領域的獨立專家所組成的顧問小組，就仲裁機制提供意見，並在有需要時就仲裁事宜向相關專業尋求獨立意見。
- (e) 專責機構可因應顧問小組的意見，向根據醫保計劃提供醫療保險計劃的承保機構及提供醫療服務的私營醫療服務提供者，發出指引或業務守則。
- (f) 顧問小組亦可就調整醫保計劃的項目及規格（包括標準化的醫療保險保單條款及條件）提出建議。

## 計劃的其他要求

5.16 為保障消費者權益和確保達到醫保計劃的目標，我們會為醫保計劃訂立其他所需的要求；這些規定是私人醫療保險承保機構在選擇參與醫保計劃並提供醫保計劃下的醫療保險計劃產品，必須予以遵守以作為參與醫保計劃的先決條件。此外，向受保消費者提供醫療服務並從醫療保險承保機構收取款項的私營醫療服務提供者，我們亦有需要研究適用於他們的規定及要求。這些要求可能會以計劃守則的方式施行，要求參加者予以遵守，又或透過立法予以實施。我們就醫保計劃的建議諮詢公眾後，便會制訂詳情。

## 監督架構

5.17 為有效監督醫保計劃的施行及運作，以及監察醫保計劃在本港私人醫療保險及私營醫療市場內能夠達致其目的，我們有需要為醫保計劃設立一個監管架構以 —

- (a) 確保醫保計劃的實施管理有序；
- (b) 監管醫保計劃的運作；以及
- (c) 監察醫保計劃是否達到目標。

5.18 在探討醫保計劃在監管架構上所需的安排時，我們曾提議多項大原則，以便為制訂架構上的安排提供指引 —

- (a) 為整個監管架構的各個不同組成單位的監管、規管和行政角色和關係作出清晰界定；
- (b) 避免與現有監管和規管架構有所重疊或使之有所更改（除非為醫保計劃有必要這樣做則屬例外）；以及
- (c) 把規管醫保計劃的不良影響，包括執行規管、遵守規定和行政工作方面的成本，減至最小。

5.19 一般而言，為推行和監管醫保計劃，有三項職能必須加以考慮。為配合醫保計劃的目標和原則，我們建議為醫保計劃設立以下的監管架構，並由不同的機構執行下列必要的監管職能 —

- (a) **審慎監管**：由一個監管機構執行審慎監管的職能，所監管的範疇包括參與醫保計劃的承保機構的財政穩健狀況，確保這些機構在財政上有足夠能力履行對投保人的責任，以及監督任何適用於一般保險的投訴處理機制。現時，這項工作由保險業監理處負責，我們預期保險業監理處（包括建議日後成立的獨立機構）會繼續執行這些職能。
- (b) **質素保證**：由一個監管當局執行質素保證的職能，包括執行有關私營醫療服務提供者（特別是私家醫院）的監管規定及發牌條件、監督私營醫療服務的質素和水準、審視醫院認證和臨床審核、收集醫療服務統計數字及基準資料，以及執行其他質素保證的措施。現時，衛生署是私家醫院的監管及發牌當局，其角色將需加強，以肩負

與私營醫療服務質素保證有關的職能。至於醫護專業人員的專業監管事宜，則繼續由有關的法定委員會和管理局負責。

- (c) **監管計劃**：有需要成立一個新的專責機構，監督醫保計劃的實施及運作，包括為醫療保險產品註冊、實施醫保計劃的核心項目和規格、收集有關私人醫療保險的資料及統計數據、編製有關私營醫療服務的基準資料和統計數據、編集醫保計劃下私營醫療服務收費和成本的所需資料，以及管理特為醫保計劃而設的消費者保障機制，包括索償仲裁、處理投訴和個案檢討。專責機構亦會就涉及醫保產品下的醫療保險計劃的事宜，擔任與各監督和規管機構協調的角色。

5.20 為確保監管和規管的職能可妥善執行，以保障公眾利益，我們預計需要修訂法例，使上述的監管架構和職能得以落實。我們會在進行諮詢後擬定落實醫保計劃的建議時，對所需的立法事宜進行研究。

## 對醫療系統可持續發展的影響

5.21 於二零零八年推出的醫療改革，目的是透過推行可達致以下目標的改革建議，以處理醫療系統的長遠可持續發展問題 —

- (a) **由下游昂貴的醫院及專科醫療服務轉為上游具成本效益的基層及預防性醫療服務**：要控制整體醫療開支的長遠增長，醫療系統在結構上必須有重大的轉變，而這是基層醫療改革的精要所在。從較廣闊的公共衛生角度而言，改變市民和醫療服務提供者的行為，使他們更着重於促進健康和預防疾病的健康及醫療措施，可以帶來重大的影響，最終可以減少慢性疾病及其他非傳染病等的疾病負擔，這方面的疾病負擔普遍困擾着先進的經濟體系。
- (b) **提高公私營界別的整体醫療系統的效率 and 成本效益**：公營醫療系統在控制開支方面往績良好(同時亦正採取個案組合形式分配資源等措施再作改善)。不過，現時私營醫療市場的效率及成本效益甚少或並無受到查核，在質素保證及消費者保障方面大致上不受監管，而定價及收費亦頗為不透明。雖然現時私營市場的資金完全來自私人融資，但當醫療資源及融資不能作較有效率的使用時，公營系統及整個醫療系統的效率會受到很大影響。
- (c) **調動私營界別的資源為醫療服務進行輔助融資，藉以減輕公營醫療服務的負擔**：由於市民對推行各種強制性輔助融資方案表示有所保留，我們希望制訂自願輔助融資方案，以期把額外的私人資源投放在醫療服務，從而減輕公營醫療服務的長遠需求壓力。從第一階段公眾諮詢所見，市民普遍較為支持任何自願輔助融資都應能提供更多個人醫療服務選擇。

5.22 醫保計劃的建議，主要是讓政府介入現時的私人醫療保險和私營醫療服務市場作出監管，務求確保並加強消費者保障、收費透明度及市場競爭，從而使自願私人醫療保險作為私營醫療服務的輔助融資途徑在效率和可持續發展方面有所提升。此舉符合醫療改革的方向，即藉着推動公私營協作和鼓勵私營醫療界別發展以輔助公營醫療系統，理順醫療系統的現有市場結構。這項建議的用意並非要由政府或公營界別接管私營醫療服務的提供。

5.23 醫保計劃提供了一個平台，讓私人醫療資金經受監管的醫療保險投放在私營醫療服務。鑑於公營和私營醫療系統兩者之間的關係可互為影響，通過持續提升私營醫療系統的成本效益及效率，並透過更好地理順資源的分配，醫保計劃應可有助提高整個醫療系統的長遠可持續發展，詳情如下 —

- (a) **保障消費者權益，同時強化私營界別與公營系統並存的角色：**透過持續鼓勵私人醫療保險及私營醫療市場增加透明度和促進競爭，以及保障消費者在相關市場的權益，醫保計劃應有助市民持續獲得物有所值的私營醫療服務，以及提高他們透過私人醫療保險長期獲得醫療保險保障的能力。此外，這亦應有助確保私人醫療融資，有成效及效率地投放在切合市民醫療需要的私營醫療服務，從而進一步促進日後的私人醫療融資。在沒有措施為消費者提供保證的情況下，私人醫療保險和私營醫療服務的私人資金長遠能否維持實屬疑問。
- (b) **讓投保人可選用物有所值的私營服務，從而減輕公營醫療系統的負擔：**醫保計劃令市民認為私人醫療保險和私營醫療服務是更具吸引力的選擇，而在日後人口老化和投保人年紀漸長時，醫保計劃仍能保持其吸引力和是投保人可以負擔得來，則有助把原本須由公營醫療系統應付的醫療服務的部份需要轉移至私營醫療界別。為選擇私營服務的人士提供資助，使他們不會重投使用獲大幅資助的公營服務，這符合「錢跟病人走」的理念，而且可讓公共資源更合理地分配予市民的醫療服務。隨著有更多市民透過醫保計劃選用物有所值的私營服務，醫保計劃會有助減輕公營系統的負擔，從而令公營醫療服務可更專注於把資源投放在目標服務範疇和人口組別。

5.24 如上文第三章所述，從整個醫療系統的角度而言，如任由現有私人醫療保險和私營醫療市場維持現況，不太可能會出現自我調節的力量，以改善現有市場的不足之處。假如不採取措施為消費者提供保證，私人醫療保險籌集的私人資金和私營醫療服務長遠能否維持實屬疑問，並有可能發生以下情況 —

- (a) 持續的道德風險及收費透明度不足，會減低私人醫療保險和私營醫療服務的吸引力和可負擔的程度。
- (b) 由於保費增加及道德風險，更多投保人在年老時可能不會繼續投保，因而失去保險保障。
- (c) 個別人士很可能會對購買私人醫療保險以支付他們日後醫療開支的任何長遠承擔，抱持猶疑態度。
- (d) 現有的不足之處很可能會繼續影響和損害私人醫療保險和私營醫療服務的發展，最終導致市民日益依賴公營醫療界別作為日漸老化人口的最終醫療安全網。

5.25 因應以上所述，醫保計劃在理順公私營醫療界別以至整個醫療系統的長遠資源分配方面，應發揮積極作用，以助加強醫療系統的長遠可持續發展。

## 對長遠醫療融資的影響

5.26 長遠醫療融資須面對兩方面的挑戰：(i)由於人口結構急劇變化(人口老化和人口增長)，以及醫療成本上升(醫療科技進步加上市民期望提升引致醫療通脹)，醫療開支總額勢必超越經濟增長；以及(ii)由於長者人口的醫療負擔主要由公立醫院承擔，公共醫療開支增長速度肯定會比私人醫療開支快。

5.27 考慮到醫保計劃的自願參與性質，我們難以對實施醫保計劃所產生的財政影響作出確切推算。醫保計劃的財政影響會視乎多項互為關連的因素，包括：(i)醫保計劃在人口(特別是高齡人口)中的滲透率和普及程度，這兩者在醫保計劃推行後才能作出較準確的估算；(ii)醫保計劃在提供誘因和設立監管架構方面的設計，須待進行公眾諮詢後才能訂定；(iii)以及已投保和並未投保的人口使用公私營醫療服務的實際情況。

5.28 由於醫保計劃屬自願參與性質，我們預期醫保計劃對長遠的醫療開支影響不大。我們模擬了多個可能出現的情況，並就醫保計劃對長遠醫療融資可能造成的影響得出以下看法：

- (a) **公共醫療開支不大可能減少**：考慮到可能提供財務誘因，醫保計劃對公共醫療開支的影響應該可能只屬輕微。我們預期醫保計劃不會令長遠的公共醫療開支大幅減少。特別是政府會維持公營醫療系統作為市民平等使用的安全網。不過，透過為私人醫療融資提供可持續發展的平台，醫保計劃應有助避免出現最壞情況，即現時已投保的人口大規模重投公營醫療系統，令醫療融資的問題進一步惡化。
- (b) **私人醫療資金將會增加**：醫保計劃令私人醫療保險成為投保人更能持續和更具吸引力的醫療保障選擇，有助投保人持續獲得私營醫療服務，因而應有助私人醫療資金(特別是透過保險所得的資金)有所擴大，令醫療系統的整體融資有所增加。醫保計劃提供了一個監管的平台，讓私人資金經此平台投放在私營醫療服務，亦有助確保私人醫療開支具成本效益及有效率，特別是避免出現道德風險，並確保這方面的開支可與公營系統一同應付市民的醫療需求。
- (c) **醫療融資的長遠可持續發展能力將會有所提升但不能完全解決問題**：醫保計劃的財政影響應與理順現時私人醫療保險及私營醫療市場的目標及潛在效益一併考慮。醫保計劃旨在使投購了醫療保險的市民在年紀漸長時更能夠繼續投保，從而獲得醫療保障，以應付其醫療需要。醫保計劃亦促進私人醫療保險和私營醫療市場的良性競爭，使其提供的服務物有所值。這一切對提高醫療融資的長遠可持續發展都有正面作用。換言之，醫保計劃本身雖然不足以完全解決整個醫療系統的長遠融資問題，卻是邁向這目標的積極一步。

5.29 因應醫保計劃的建議架構，包括政府擬為醫保計劃提供的誘因(見第四章「為計劃提供的誘因」一節)，我們可研究利用在財政儲備預留的 500 億元，在醫保計劃實施後的 20 至 25 年內提供一些有助達到醫保計劃目標的誘因。我們會根據公眾諮詢所得的結果，就政府使用在財政儲備預留的 500 億元來為醫保計劃提供誘因，擬訂詳細的建議安排。



## 計劃的潛在風險

5.30 據我們評估，醫保計劃可能面對以下風險，我們須小心監察，並透過對醫保計劃作出微調而減低風險 —

- (a) **投保率低**：如醫保計劃未能吸引大量人士(現已投保及仍未投保者)參加，可能會缺乏關鍵人數，以致財政上不可行，以及無法對市場發展帶來實質影響。醫保計劃的滲透率越高，越能調動更多資金，從而對市場產生更大影響，提高私人醫療保險市場及私營醫療市場的效率。
- (b) **風險分擔失衡**：假如醫保計劃未能吸引到年青及健康的人士參與，而參與的主要是較年長及健康較差人士，則可能會令醫保計劃內健康不佳的投保人佔相當大的比例，以致未能發揮風險分擔的作用，甚至令計劃失敗。
- (c) **供求兩方面的道德風險普遍**：如果醫保計劃在設計上不足以遏止私營醫療市場上投保人及私營醫療服務提供者的道德風險行為，因道德風險而引致的服務使用率會帶來更高的索償成本，導致保費上升，以致損及醫保計劃的長遠可持續發展。
- (d) **行政費用高昂**：如遵從醫保計劃的規定，保險公司需處理大量行政工作，保險公司或會增加保費以收回高昂的行政成本，又或如這類基本成本過高，保險公司便不會參與醫保計劃，消費者及承保機構參與數目不足所帶來的風險因而增加。
- (e) **監管能力及成本**：現行保險監管制度着重於承保機構的償付能力，並沒有擴及對產品或保費的監管。現時的私家醫院服務監管制度須要重整，以配合醫保計劃在服務質素和審慎運用醫療資源方面的要求。醫保計劃需要政府作出更強而有力的監管，因而需要相稱的監管能力、配套設施及專業知識。
- (f) **利用公帑提供資助的成本效益**：利用公帑作為誘因鼓勵市民參加醫保計劃這個做法，應在成本效益方面有充分理據支持，而關鍵則在於醫保計劃在設計上是否能受到市場的歡迎而又無損醫保計劃需要達到的預期目標，以及醫保計劃的監控措施能否減低當中無可避免的系統風險。

5.31 為確保能妥善監察和適度減低醫保計劃的潛在風險，醫保計劃須由一個專責機構作出監察(見上文「監管架構」)。該機構會定期根據醫保計劃的原定目標檢討醫保計劃的表現。檢討應聚焦於以下範疇：(i) 監察風險的可能性及規模；(ii) 探究醫保計劃目標的達到程度；以及(iii) 就成本效益因上述風險因素(特別是滲透率及計劃所承擔的高風險比率)而出現的轉變進行評估。因應有關檢討，我們會就是否需要對醫保計劃進行微調或改革作出建議，以確保達到計劃的目標。

## 第六章 前景

### 我們需要你的意見

6.1 謝謝你對第一階段公眾諮詢的支持。推動醫療融資改革，我們需要你的支持和提供有用的意見，使有關的建議得以推行。我們歡迎你對醫保計劃的建議特點及標準醫保(核心項目及規格)的建議設計的意見。我們尤其希望你能就以下的問題和事宜提出意見 —

#### **整體意見**

- (a) 你是否支持引入由政府規範及監管的自願醫療保障計劃，為市民提供醫療保險選擇？
- (b) 你是否贊同醫保計劃規管醫療保險，從而保障消費者並提供更好的選擇？
- (c) 你是否支持增加私營醫療界別的服務量及加強醫療服務質素監察以支持落實醫保計劃？

#### **醫保計劃的設計**

- (d) 你是否贊同讓高風險組別人士都可以參加醫療保險的建議？
  - (i) 核准醫保應須在第一年等候期後承保投保前已有的病症，由第二年開始償付比率為 25%，第三年償付比率為 50%，並在三年後十足償付。
  - (ii) 核准醫保須承保高風險人士，所收取的保費加高風險附加保費不得高於已公布適用保費的三倍。
  - (iii) 核准醫保在推出的第一年內，須接受 65 歲或以上人士投保，但不設高風險附加保費的上限。
- (e) 你會選擇以下哪款方式為日後的保費儲蓄？
  - (i) 在醫療保單當中規定儲蓄款項以支付日後的保費；
  - (ii) 投保人可選擇把款項存入醫療儲蓄戶口以備作任何用途；或
  - (iii) 投保人可自行儲蓄，並獲提供誘因鼓勵投保人用來支付 65 歲及以後的保費。
- (f) 你是否贊同醫保計劃建議中所提出的引入私營醫療服務套餐式收費，規定承保機構須協助保單持有人轉移現有的醫療保險計劃，以及成立由政府監管的醫療保險索償仲裁機制？

## 醫保計劃的財政誘因

- (g) 你是否支持政府在有需要時注資入高風險分攤基金，以保障高風險人士，讓健康的投保人無需因此多付保費？
- (h) 你是否支持政府在醫保計劃推出的一段時間內提供資助，讓所有新投保的人士可即時獲得高達 30%的無索償折扣？
- (i) 你是否支持政府資助市民用儲蓄以支付其 65 歲或以後標準醫保保費的某個百分率？

6.2 根據在第二階段公眾諮詢所得意見，我們會作出總結和分析，並為我們改革的未來路向作出安排。請於二零一一年一月七日或之前，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表達意見，敬請賜示。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： 香港中環花園道  
美利大廈 19 樓  
食物及衛生局

傳真： (852) 2102 2525

電郵： mychoice@fhb.gov.hk

網址： www.MyHealthMyChoice.gov.hk

## 附錄 A 醫療保障計劃概要及標準醫保範例

### 引言

A. 1 本文件概述政府建議推行的自願醫療保障計劃(醫保計劃)的內容，並提供標準醫療保險計劃的範例，以說明醫保計劃下可提供的醫療保險計劃。

### 計劃目標

A. 2 醫保計劃旨在 —

- (a) 鼓勵市民投購醫療保險和儲蓄，以期：
  - (i) 為那些有能力和願意支付私營醫療服務的市民提供選擇，增加他們可持續使用物有所值和負擔得來的私營醫療服務的途徑；以及
  - (ii) 透過以上安排讓市民在公營醫療服務外，可選用更多私營醫療服務。
- (b) 改善私人醫療保險和私營醫療服務市場在服務水準和收費水平方面的透明度，以期：
  - (i) 鼓勵為大部分的病症設立和提供具質素保證、全面涵蓋和針對特定病症的套餐服務和套餐式收費；以及
  - (ii) 促進良性的市場競爭，加強消費者保障和消費信心。

### 計劃概念

A. 3 醫保計劃是建議作為一個規範和監管醫療保險的框架。在醫保計劃下提供的醫療保險計劃，必須符合醫保計劃訂明受規範的醫療保險核心項目及規格。參與計劃的承保機構須遵守醫保計劃下列明的計劃守則及其他規定。這些措施均旨在確保市場競爭、收費透明度、質素保證及消費者保障。

A. 4 參與醫保計劃的承保機構，須完全根據核心項目及規格，提供受規範的醫療保險計劃(標準醫保)，當中不設任何附加保障或額外項目。標準醫保在設計上為投保人所提供的保障範圍及發還償款水平，應可讓他們在需要時能夠使用普通病房等級的私營醫療服務。

A. 5 醫保計劃屬模組設計。承保機構可自行設計合適的醫療保險計劃，除提供標準醫保外，還可提供或加入附加保障範圍或附加保障項目，例如涵蓋更好的服務、房間及膳食，或把保障範圍擴及標準醫保沒有涵蓋的服務，例如門診服務。承保機構亦可選擇繼續提供醫保計劃以外的保險計劃。

A. 6 參與醫保計劃屬自願性質，個別人士可選擇投購承保機構在醫保計劃下所提供的醫療保險計劃，以享有醫保計劃條文所提供的消費者保障和其他好處。僱主亦可選擇透過他們的承保機構購買這類醫保計劃下的保險計劃，為僱員提供醫療福利。

## 計劃特點

### A.7 醫保計劃的主要特點撮載於下表 一

特點	內容
保障範圍	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 標準醫保： <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 需要住院治療或接受非住院手術的病症</li> <li>■ 所需的專科服務、檢查及先進診斷成像服務</li> <li>■ 為癌症進行化療或放射治療</li> </ul> </li> <li>◇ 其他醫保計劃核准醫保可提供附加保障或加入額外保障項目，例如提高保障限額或擴大服務保障範圍，包括基層醫療服務和牙科護理、更佳的病房設施、其他一般的專科服務、其他一般的先進診斷成像服務、其他一般的檢查／診斷程序或分娩服務保障</li> </ul>
保障限額	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 保障限額會以按劃一的症候族羣分類而為一般醫療程序訂定的套餐式收費作為依據。按套餐式收費的一般醫療程序設有一筆過保險賠償限額，為病人減低醫療收費的不明確情況。</li> <li>◇ 如市場上沒有套餐式收費，而是以傳統發單方式收費，則以逐項開列的保險賠償表作為依據。</li> <li>◇ 基本保障水平予以劃一，並可予調整，以便所提供的保障足以讓投保人入住中等價格私家醫院的普通病房。</li> </ul>
分擔費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 醫保計劃下的標準醫保設有住院和非住院手術的標準共同保險安排(首 1 萬元為 20%，其次的 9 萬元為 10%，10 萬元以後為 0%)。</li> <li>◇ 承保機構可為其他提供附加保障的核准醫保設定不同的(較低的)共同保險水平。</li> <li>◇ 承保機構可為醫保計劃核准醫保設定不同水平的免賠額。</li> </ul>
保費及無索償折扣	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 具透明度並按年齡分級的保費，每個計劃均註明人生各階段所收取的保費。</li> <li>◇ 分別列出標準醫保及其他核准醫保的保費表，以確保具透明度。</li> <li>◇ 提供根據過往索償及成本而調整保費率的清晰指引，以確保具透明度，方便消費者選擇及保障消費者權益。</li> <li>◇ 承保機構在醫保計劃下提供的無索償折扣，可達公布保費的若干百分率(可高達 30%)。</li> </ul>
投保年齡	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 就 65 歲以下人士，不設投保最低年齡限制。65 歲或以上人士可在醫保計劃推出的第一年內投保。</li> </ul>
核保 — 不承保項目／附加保費	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 現時沒有投購私人醫療保險的人士，在參加醫保計劃時，將須根據適用於所有承保機構的保費評估規範指引和核保規則，接受醫療核保。</li> <li>◇ 承保機構<sup>1</sup>必須根據規範指引和核保規則，接納投保前已有病症的參加者投保，但設有一年等候期，在第二年及第三年投保時可就投保前已有病症獲部分償款(第二年 25%及第三年 50%)，而在三年後則可獲發全部償款；以及須支付附加保費，但保費(包括附加保費)不得超過設定為公布保費額某個倍數(三倍)的上限。</li> </ul>

<sup>1</sup> 在本部分，「承保機構」指選擇參加醫保計劃並根據計劃規定提供保險產品的承保機構。

特點	內容
平衡過大風險	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 設立高風險分攤基金的再保險機制，由業界提供資金和營運並由政府監管，讓高風險人士得到沒有不承保項目的醫療保險，並設有附加保費上限，讓健康人士無須支付過高的保費。</li> </ul>
重新核保	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 醫保計劃投保人可選擇重新核保，以重新評估保費，但在次數方面設合理的限制。</li> <li>◇ 除非標準醫保投保人提出要求，否則承保機構不得替任何現有投保人重新核保。</li> </ul>
保險計劃續保及可攜性	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 保證終身續保。</li> <li>◇ 標準醫保可按消費者的選擇具可攜性，不設重新核保的規限，但在可攜次數(例如不可多於一年一次)及暫時沒有保險保障(例如轉職或離職)的期限方面會有合理限制。</li> <li>◇ 保險可攜性包括把投保前已有的病症所受的保障及無索償折扣，而轉換承保機構不會對這些方面造成影響。</li> </ul>
轉移現時的保險計劃	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 保險業須協助現時非醫保計劃的保單持有人把保單轉移至醫保計劃下的保險計劃。</li> <li>◇ 參與的承保機構須為現有的保單持有人提供選擇，可在醫保計劃推出後一段時間(一年)內轉移至醫保計劃，無須重新核保。</li> </ul>
分拆投保	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 承保機構必須提供不設附加保障範圍或附加保障項目的標準醫保。承保機構須公布標準醫保的保費表，並接受只選擇投購標準醫保的人士參加。承保機構可提供其他設有附加保障範圍或附加保障項目的核准醫保，但須就這些在標準醫保以外的核准醫保公布保費表。</li> </ul>
保險給付協調	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 如投保人同時有非醫保計劃的產品提供保障，則醫保計劃與其他保險保障(包括旅遊、僱員補償等)相比，應最後才作出償付。</li> </ul>
保險成本具透明度及受規範的條款	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 規定承保機構在保險成本(包括索償、佣金、以及包括行政成本在內的開支)方面須具透明度。</li> <li>◇ 醫保計劃須採用一律標準化的保單條款和條件，以提高透明度。</li> </ul>
政府監管	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 醫保計劃和標準醫保均受政府規範和監管，以保障消費者權益。</li> <li>◇ 設立醫療保險索償仲裁機制，以處理醫保計劃下的索償糾紛。</li> </ul>
為日後醫療而儲蓄	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 儲蓄款項可確保個別人士在年老並最需要醫保計劃的醫療保障時，仍然有能力繼續獲得醫保計劃的醫療保障。現提供三個儲蓄方案諮詢公眾 — <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 規定保單設儲蓄項目：透過先支付較高的保費進行儲蓄，以抵銷較年老時增加的保費</li> <li>■ 非強制的儲蓄戶口：在指定的戶口內自行儲蓄，從 65 歲起可自由運用</li> <li>■ 「長期投保」提供儲蓄以支付年老時部分的保費</li> </ul> </li> </ul>

A.8 為支援醫保計劃的推行，當局會採取下列措施 —

- (a) **提高私營醫療服務提供者收取醫療費用的透明度：**為使前期成本更明確及透明，我們會採取步驟協助私營界別以套餐式收費提供私營醫療服務，包括要求新的私家醫院預留若干比例的服務以套餐式收費提供服務，並向現有的私家醫院提供基礎建設支援，以提供

套餐式服務及收費。

- (b) **加強私營醫療服務的質素保證**：為保障消費者在醫保計劃下的權益，以及作為私家醫院監管及發牌架構的一部分，當局會規定私營醫療服務提供者採用質素保證措施，包括實施醫院認證、訂立臨床審核及服務基準。私營醫療服務提供者亦須參與醫療索償仲裁機制。

## 轉移現有的醫療保險

A. 9 對於已購備醫療保險的個別人士和僱主而言，醫保計劃屬於自願性質，他們可選擇是否把現有的醫療保險轉移至醫保計劃下的醫療保險計劃。根據與保險業商討所得，我們建議規定參與醫保計劃的承保機構負責協助保單持有人，把現有醫療保險單順利轉移至醫保計劃的核准計劃，詳情如下 —

- (a) **現有的個人保單持有人**：參與的承保機構須向他們提供續保方案，把其現有醫療保險單轉為醫保計劃下合適的保險計劃，而保障範圍及保險索償權益不會有減損，並無須重新核保，同時享有醫保計劃所提供的好處，包括在等候期後承保投保前已有的病症，保險計劃可轉移、無索償折扣等。
- (b) **現有的團體保單持有人(主要為僱主)**：參與的承保機構須在保單到期時向他們提供方案，讓他們可轉至切合其需要的合適醫療保險計劃，當中提供的保障範圍及保險索償權益不會有減損，並須符合醫保計劃的核心規定及規格。承保機構可提供附加保障項目，以配合個別僱主的需要。

## 醫保計劃下的保險計劃範例說明

A. 10 我們根據上述醫保計劃目標，擬訂一個用作範例說明的保險計劃，闡述醫保計劃的特點，並附連參考保障結構，以說明醫保計劃下提供的標準醫保的可能形式。範例所示的醫療保障項目的保費，是根據精算模擬計算而作出估計。

A. 11 用作範例說明的保險計劃，目的是提供一些精算上可行的標準醫保的例子。承保機構最終實際在醫保計劃下推出私營市場的保險計劃，須視乎醫保計劃下標準醫保的核心項目和規格的最後設計，因而可能與用作範例的計劃有出入。

## 醫保計劃下標準醫療保險範例說明及保費表參考估計

### 保障範圍

- 住院治療和非住院手術
- 專科門診診症及檢查，以及受保的住院或非住院手術所需要的先進診斷成像檢測
- 經診斷的癌症的化療或放射治療

### 主要特點

- 保證終身續保
- 具透明度並按年齡分級的保費
- 高風險附加保費不超過公布保費額的 200%(透過受監管的高風險分攤基金)
- 承保投保者在投保前已有的病症(設一年等候期，但在第二及第三年可獲部分償款)
- 具可攜性(例如：轉職、轉換保險公司、退休)

### 保障水平

- 如私家醫院／醫生提供根據症候族羣分類<sup>2</sup>而釐定的套餐式收費，有關保障限額的說明例子如下：

	賠償限額
<b>套餐式保障</b>	
<i>住院手術套餐的例子<sup>1</sup></i>	
疝氣手術	22,000 元
痔瘡手術	30,000 元
切除盲腸手術	35,000 元
經腹腔鏡膽囊切除手術	40,000 元
經皮冠狀動脈腔內成形術(俗稱通波仔手術) <sup>2</sup> (支架費用將於手術植入物保障項目獲得額外保障。在本說明例子中，有關支架的賠償限額是每個 22,000 元。) <sup>1</sup>	90,000 元
經腹腔鏡前位切除直腸及大腸造口手術	112,000 元
<i>非住院手術套餐的例子</i>	
痔瘡手術	7,000 元
經內窺鏡逆行胰膽管造影治療(ERCP)	10,000 元
白內障手術	13,000 元
疝氣手術	13,000 元
體外衝擊波碎石治療(ESWL)	15,000 元
<b>非套餐式保障</b> (在沒有適用的醫療套餐收費的情況下應用)	
住宿及膳食上限(每天)，最多 180 天	550 元
醫生巡房費(每天)	650 元
深切治療部住宿及膳食上限(每天)	2,000 元
每次手術上限(外科醫生、麻醉科醫生、手術室) <sup>3</sup>	50,000 元
每次住院的專科醫生費	2,000 元
每次住院的住院雜項開支	8,000 元
手術植入物(須視乎認可的植入物而定)	按植入物收費表
每次住院／非住院手術的共同保險(首 1 萬元／次 9 萬元／其後)	20%/10%/0%

<sup>2</sup> 症候族羣分類是私家醫院及醫生提供的服務及手術的分類方法，可劃一和採用作為私營醫療服務的收費準則。



	賠償限額
<b>與住院治療或受保的非住院手術相關的門診服務</b>	
每次專科醫生診症 (每項手術最多三次)	600 元
專科門診檢查 <sup>4</sup> (按每項手術計)	5,000 元
先進診斷成像檢測 <sup>5</sup> (按每項手術計)	5,000 元
共同保險	20%
<b>費用高昂的門診服務</b>	
化療或放射性治療 (按每症計) <sup>6</sup>	200,000 元
共同保險	20%

註：

1. 本說明例子的賠償限額是就非複雜的個案而言。保障限額會隨個案的嚴重性和共病症情況而增加。
2. 支架的費用歸入手術植入物賠償限額支付。賠償限額按植入物收費表而定，而不同類別的植入物／支架將有不同的賠償限額。
3. 按手術收費表而定。
4. 例子：內窺鏡檢查、結腸鏡檢查、胃鏡檢查。
5. 例子：磁力共振掃描、正電子放射斷層掃描、電腦斷層掃描。
6. 視乎醫保計劃的監管機構所釐定的藥物名冊而定。

## 應付保險賠償範例說明

- 一般而言，承保機構支付的保險賠償額按以下方式計算：
  - 釐定核准額：把醫院收費單與承保範圍及保障限額或「預算」比對。有些服務如非醫療上必需，可能不受保障。有些項目的收費可能超逾保障限額，而超出的收費數額亦不受保障。在扣除這些款項後，便得出核准額。
  - 從核准額減去所設的免賠額。
  - 從核准賠償額減去共同保險。首 10,000 元的共同保險比率為 20%，而其後 90,000 元的共同保險比率則為 10%。不過，如有免賠額，當中的免賠額部分不用計算共同保險。舉例來說，如核准額為 25,000 元，而免賠額為 10,000 元，則首 10,000 元不用支付 20% 的共同保險（因為這筆款項由投保人全數支付），但餘下的 15,000 元則須計算 10% 的共同保險。
- 現於下列個案說明如何應用標準計劃的保險賠償限額：

### 個案 1： 疝氣

- 1a：實際收費低於保險賠償限額。
- 1b：相同個案，但投保人所投購的保險設有 10,000 元免賠額。

		個案 1a	個案 1b
收費與保險 賠償限額	實際收費	20,000 元	20,000 元
	保障限額	22,000 元	22,000 元
核准額 <sup>1</sup>		20,000 元	20,000 元
由投保人支 付	免賠額	不適用	10,000 元
	共同保險	3,000 元 <sup>2</sup>	1,000 元 <sup>3</sup>
	超出保障限額的收費	不適用	不適用
	總額	3,000 元	11,000 元
由承保機構支付		17,000 元	9,000 元

註：

- 核准額以實際收費或保障限額的較低者為準。
- 共同保險： $10,000 \times 20\% + (20,000 - 10,000) \times 10\% = 3,000$
- 共同保險： $(20,000 - 10,000) \times 10\% = 1,000$

根據精算評估而估計作參考的標準醫保保費表  
(不包括佣金及其他購置成本)

表一：不設免賠額的保費

年齡	無計及無索償折扣	計及 30%無索償折扣後
	免賠額 0 元	免賠額 0 元
00-01	2,070	1,450
02-04	1,570	1,100
05-09	1,000	700
10-14	790	550
15-19	1,140	800
20-24	1,570	1,100
25-29	1,710	1,200
30-34	2,000	1,400
35-39	2,360	1,650
40-44	2,930	2,050
45-49	3,500	2,450
50-54	3,930	2,750
55-59	4,570	3,200
60-64	5,570	3,900
65-69	6,710	4,700
70-74	7,710	5,400
75-79	9,500	6,650
80-84	12,570	8,800
85+	15,000	10,500

表二：設有較高免賠額的保費

年齡	無計及無索償折扣			計及 30%無索償折扣後		
	免賠額			免賠額		
	5,000 元	10,000 元	15,000 元	5,000 元	10,000 元	15,000 元
00-01	1,360	1,000	710	950	700	500
02-04	1,070	790	640	750	550	450
05-09	710	570	500	500	400	350
10-14	640	500	430	450	350	300
15-19	860	710	570	600	500	400
20-24	1,210	930	790	850	650	550
25-29	1,360	1,070	860	950	750	600
30-34	1,570	1,290	1,070	1,100	900	750
35-39	1,860	1,570	1,290	1,300	1,100	900
40-44	2,360	2,000	1,640	1,650	1,400	1,150
45-49	2,860	2,360	2,000	2,000	1,650	1,400
50-54	3,140	2,710	2,290	2,200	1,900	1,600
55-59	3,790	3,290	2,790	2,650	2,300	1,950
60-64	4,640	4,070	3,570	3,250	2,850	2,500
65-69	5,640	5,000	4,290	3,950	3,500	3,000
70-74	6,500	5,710	4,930	4,550	4,000	3,450
75-79	7,930	7,000	6,070	5,550	4,900	4,250
80-84	10,430	9,140	7,860	7,300	6,400	5,500
85+	12,430	10,790	9,140	8,700	7,550	6,400

## 估計參考保費的方法

1. 保費率按以下公式計算，並反映二零一零年的使用及成本情況：

$$\text{保費率} = \frac{\text{現時預計醫療索償方面的成本} + \text{承保投保前已有病症的成本} + \text{行政開支}}{(1 - \text{利潤率} - \text{高風險分攤基金的再保險保費率}) \times (1 - \text{無索償折扣率})}$$

### 現時預計醫療索償方面的成本

2. 現時預計醫療索償方面的成本一般根據苗禮民 (Milliman) 的香港醫療成本指引 (Milliman's Hong Kong Health Cost Guidelines) 計算。當中反映了現有投保人口的索償概況，並包括公營和私營醫療服務提供者的服務使用情況。

3. 有關香港長者的醫療保險數據相當有限。由於對比香港與英國投保人口數據，兩地按工作年齡所示隨着年齡漸長致住院成本增加的比率大致相同，因此我們根據苗禮民的英國醫療成本指引，按年齡推算隨着年齡漸長本地醫療服務使用率的相對變化，以擴增香港醫療成本指引的內容。

### 行政開支

4. 行政開支假設與現時市場的平均值大致相若。這開支並未計及佣金和有關的徵購成本，亦沒有明確計及承保機構可能須付的一筆過開辦成本，例如提升資訊科技系統所需費用。行政開支水平是參照美國經驗，並按功能種類及整體香港開支基準或簡單通則而計算出來的。

### 承保投保前已有病症和高風險分攤基金

5. 由於醫保計劃的保障範圍涵蓋現時私人醫療保險產品一般不會承保的投保前已有的病症，現時的醫療成本假設會有所增加，以計及承保這些病症的成本。這個假設具強烈的主觀判斷成分，並已參照美國的經驗，同時亦考慮到香港的情況可能會有的不同之處，包括：

- 醫保計劃下的承保機構有需要時可向新投保人徵收附加保費。
- 在醫保計劃下，投保人投保前已有的病症要在投保三年後才獲全額保障。承保機構會有時間留意投保人在前數年就投保前已有的病症所提出的索償，並在有需要時調整附加保費。
- 我們相信由於種種原因，現時的承保機構已在不經意情況下，支付一些涉及投保前已有的病症的索償。
- 投保前已罹患病症的投保人正接受醫管局提供的醫療服務，部分人士可能會選擇繼續在醫管局接受治療。

6. 至於高風險分攤基金，再保保費的建議值是根據精算假設而定。再保險的實際保費率，將視乎整個醫保計劃的規模、醫保計劃產品相對於市場上現有產品的競爭力、以及政府為支持高風險分攤基金所給予的撥款金額而定。

### 無索償折扣

7. 這屬附加成本，用以確保從投保人收取計及無索償折扣後的保費淨額，足以應付一個成熟的保險業務所需支付的索償及其他開支。

### 邊際利潤

8. 邊際利潤假定與目前市場情況大致相若，但最終須視乎市場力量而定。

## 附錄 B 香港私人醫療保險現況

### 引言

B. 1 香港的私人醫療保險市場萌芽於八十年代，歷史相對較短，當時業務主要是一些僱主把將為其僱員提供的醫療福利計劃外判予承保機構。早年，私人醫療保險市場穩定以緩速發展，與整體保險市場的增長大致同步。但近年私人醫療保險市場的增長速度加快，較整體保險市場的增長步伐還要迅速。

B. 2 個人名義購買的醫療保險屬於相對較新的發展：在八十年代時幾乎聞所未聞，在九十年代亦一直僅佔醫療保險市場中很小的份額，由僱主提供的團體醫療保險仍然佔醫療保險市場的主要份額。但後者的增長速度在過去十年間轉趨溫和，相反個人名義購買的醫療保險則自二零零四年起錄得平均每年雙位數字的快速增長率。

B. 3 本文摘錄了我們對私人醫療保險市場的現況及其近期發展趨勢的分析。

### 涵蓋的人口

B. 4 根據政府統計處於二零零八年二月至五月進行的主題性住戶統計調查結果<sup>1</sup>，本港約有 242 萬人擁有私人醫療保險保障<sup>2</sup>，相當於居港人口的 34%。在這個總額中，約 109 萬人只擁有由個人名義購買的醫療保險保障、約 86 萬人只擁有由僱主提供的團體醫療保險保障<sup>3</sup>，約 48 萬人同時擁有這兩種保障。上述數字不包括約 34 萬只享有公務員及醫院管理局(醫管局)員工醫療福利保障的人士。(圖 B. 1)

B. 5 與二零零五年比較，擁有私人醫療保險的人數增長了 8.7%至二零零八年的 242 萬人。個人名義購買的醫療保險是主要的增長動力，其覆蓋的人數(包括同時擁有團體保險保障的人士)上升了 16.3%至 157 萬人。不過，擁有團體醫療保險保障的人數(包括同時擁有個人名義購買的醫療保險保障的人士)卻沒有太大的轉變，徘徊在 135 萬人左右。(圖 B. 1)

B. 6 相比之下，根據香港保險業聯會所編製的統計數字顯示，在二零零九年，擁有個人名義購買的醫療保險保障的受保人數約有 200 萬。擁有團體保險保障的受保人數則約為 150 萬。(圖 B. 2)不過，香港保險業聯會的統計數字無法把同時擁有這兩類保障的人數作出區分，而擁有團體保險保障的人數同時包括受保障的僱員家屬。因此，根據香港保險業聯會的數字，擁有私人醫療保險保障計劃的受保人數(不論個人或團體名義)合共 350 萬，數目比主題性住戶統計調查所得的為大。

B. 7 近年私人醫療保險市場迅速擴張。根據香港保險業聯會的統計數字，擁有團體醫療保險保障的受保人數由二零零四年的約 110 萬，增至二零零九年的 150 萬<sup>4</sup>。個人名義購買的醫療保險之相應數字增長更快，由 130 萬人增至 200 萬人。市場擴張是由於有多個因素綜合影響，包括二零

<sup>1</sup> 主題性住戶統計調查對象包括陸上非住院人口，但不包括外籍家庭傭工。

<sup>2</sup> 私人醫療保險並無劃一定義。關於就主題性住戶統計調查而言的私人醫療保險的定義，以及就本附錄內其他數據及資料來源而言的私人醫療保險的定義，請參閱本附錄的第 B. 23 至 B. 26 段。

<sup>3</sup> 由於資料所限，在此提供的數字，亦包括由僱主以醫療保險以外的形式提供的僱員醫療福利，但不包括公務員及醫管局員工的醫療福利。儘管有此限制，但相信對整體分析不會構成重大影響。在本附錄內，除另有述明外，由僱主提供的醫療保險依此涵蓋範圍界定。

<sup>4</sup> 鑑於所採用的方法不同，香港保險業聯會數字所顯示的團體保險近年增長的趨勢，與第 B. 5 段就主題性住戶統計調查數字所顯示的並不一樣。不過，兩組數字同樣地指出一個現象，就是個人名義醫療保險受保人數上升是推動私人醫療保險市場近年增長的主要因素。

零三至零八年經濟蓬勃、市民對醫療保障的意識加強、公立醫院過於擠迫，以及私家醫院在個別服務快速發展。

## 受保人士的類別

B. 8 本節是根據二零零八年的主題性住戶統計調查結果，就有關擁有私人醫療保險保障的人口進行類別分析，當中數字不包括只擁有公務員／醫管局員工醫療福利保障的人士。

B. 9 按性別分析，擁有私人醫療保險(團體及／或個人名義醫療保險)保障在男性和女性的人口覆蓋率大致相同，分別是 37%和 36%。

B. 10 按健康狀況分析，39%的非長期病患人士擁有私人醫療保險保障，而擁有私人醫療保險保障的長期病患人士則只有 28%。私人醫療保險合約一般訂明不保障受保前已有的病症，是窒礙長期病患者參加醫療保險計劃的主要因素。

B. 11 按年齡分析，擁有私人醫療保險保障的人口覆蓋率，以年齡介乎 25 至 54 歲的人士為最高，達 44 至 56%。(圖 B. 3) 這在若干程度上反映了一個事實，就是在這類人士中，有較大部分屬受僱人士，他們享有由其僱主提供的團體醫療保險保障。不過，就較高齡組別而言，擁有私人醫療保險保障的人口覆蓋率顯著較低，部分原因是承保機構拒絕他們投保，此外保費按年齡而定，因此對年長者而言相對高昂，也是原因之一。

B. 12 根據住戶收入分析，擁有私人醫療保險保障的人口覆蓋率隨收入水平而增加，由每月住戶收入少於 5,000 元的住戶所顯示最低的 6%，逐步上升至每月住戶收入達 50,000 元及以上的住戶所顯示的 61%。(圖 B. 4)

B. 13 特別就擁有僱主提供的團體醫療保險的在職人士而言，他們在較大的機構所佔的比率，高於在較小的機構所佔的比率。換言之，僱主提供的團體醫療保險，在規模較小的機構較不普遍。在職人士擁有僱主提供的團體醫療保險的平均比率，在聘用 10-19 名僱員的機構為 25%，在聘用少於 10 名僱員的機構則為 14%。(圖 B. 5)

## 保費收入

B. 14 根據保險業監理處編製的統計數字，由承保機構所呈報的私人醫療保險(包括一般保險業務的醫療保險和長期業務下的附加醫療保險)的毛保費總額，由二零零四年的 54 億元顯著增至二零零九年的 99 億元，期內每年平均增幅達 12.9%。香港保險業聯會透過會員調查而編製的統計數字亦顯示相近的上升趨勢，私人醫療保險保費總額平均每年上升 13.5%，由二零零四年的 53 億元增至二零零九年的 100 億元。香港保險業聯會的統計數字亦顯示，以保費收入計算，團體計劃(主要是僱主提供的團體醫療保險計劃)的市場份額輕微低於個人計劃的份額。(圖 B. 6)

B. 15 保險業聯會的統計數字顯示，每名私人醫療保險受保人的平均毛保費由二零零四年的 2,182 元上升至二零零九年的 2,883 元，年均增長率為 6%。儘管平均保費的變動亦受各類產品的市場份額變動所影響，但市場普遍認為近年醫療通脹及索償個案增加是導致標準保費向上調整的主因。

B. 16 根據保險業聯會的統計數字，二零零九年的個人及團體醫療保險保單，每名受保人的平均毛保費分別為 2,669 元及 3,168 元。但嚴格來說，兩個數字不可完全作比較。以個人名義購買的

醫療保險計劃大多只涵蓋住院服務，而團體醫療保險計劃則一般包括門診及住院服務。此外，屬於大型機構的僱主通常在保費方面獲享相當大的團體折扣，而個人名義購買的保險則沒有相近優惠。

## 競爭與盈利

B. 17 截至二零零九年十二月，約有 25 家人壽保險公司和 40 家一般保險公司售賣各種形式的私人醫療保險產品，前者在長期業務下簽發附加醫療保單，後者則簽發獨立醫療保單。與此同時，有 59 家承保機構獲准經營長期直接保險業務，及有 71 家獲准經營一般直接醫療保險業務。粗略估計，業內有超過 80% 的私人醫療保費是由十個保險集團承保，當中部分集團同時擁有各自經營人壽及一般保險的附屬公司。

B. 18 在私人醫療保險市場(特別就團體保險而言)，承保機構之間的競爭激烈。由於競爭較激烈，據悉團體計劃的承保利潤率相對較低，其中尤以公司規模較大的僱主計劃為然，因為他們有更大的議價能力尋求較低的團體保費。儘管利潤率較低，部分承保機構仍積極經營團體醫療保險的業務，認為可藉此跨界銷售其他保險產品，為公司客戶提供的服務增值，以及與團體計劃的公司客戶建立更良好的關係。團體計劃的公司客戶通常委託保險經紀，代為挑選保險計劃及與承保機構議價和安排保單細節。

B. 19 至於個人名義購買的醫療保險計劃，其利潤率比團體計劃的為高。除競爭環境有別外，申索比率較低亦是主要因素。根據香港保險業聯會的統計數字，在二零零五至零九年間，個人名義購買的醫療保險計劃之申索比率(申索款額與保費款額相比)平均為 57%<sup>5</sup>，明顯較團體醫療保險計劃的 81% 為低。(圖 B. 7) 不過，與團體計劃不同，由於個人名義購買的醫療保險產品主要由保險代理代表承保機構分銷，因此涉及的佣金開支相當龐大。

B. 20 根據保險業監理處的統計數字，在二零零九年，由一般保險承保機構所提供的私人醫療保險計劃(包括團體及個人計劃)的承保利潤率，即承保利潤(扣除佣金淨額、已承付申索淨額及運作成本)與滿期保費淨額(扣除再保險費用)相比，為 4%。早前由於索償情況加劇，二零零五年錄得的承保利潤率為負 5%。其後，隨着保費增加，承保業務的業績逐步改善，並由二零零七年起轉虧為盈。在成本方面，二零零九年的已承付索償淨額、管理開支(包括行政及市場推廣開支)及須付的佣金淨額分別佔滿期保費淨額的 76%、10% 及 10%。(圖 B. 8)

## 規管

B. 21 保險業監理專員獲行政長官委任為保險業監督。根據《保險公司條例》，保險業監督的主要職能是規管和監管保險業，以加強保險業的整體穩定，並保護現有和潛在的保單持有人。提供醫療保險的承保機構亦如其他承保機構一樣受相同的規管。除此之外，並無其他法定或行政規管特別適用於提供醫療保險的承保機構。

B. 22 根據現行的規管架構，保險業監督主要負責確保承保機構以審慎的態度經營業務，確保他們履行對保單持有人的責任和符合其期望。保險業監督並無權力介入涉及釐定保費和訂定保單條文的事宜。在現行的規管架構下，醫療保險在釐定保費和保單條文方面不受任何特定規管。

<sup>5</sup> 個人名義購買的醫療保險之申索比率包括償款產品及住院現金產品的業務，而大部分的團體醫療保險是償款產品。因賠償經驗有別，住院現金產品令個人名義購買的醫療保險之申索比率降低。不過，由於住院現金產品只佔個人名義購買的醫療保險市場有限的份額，有關情況並不改變個人名義購買的醫療保險的申索比率較團體醫療保險的申索比率明顯較低的基本狀況。

## 定義

B. 23 私人醫療保險產品並沒有標準的定義，因此在不同情況下採用的定義可能稍有分別。不過，普遍意見認同，私人醫療保險產品應是根據彌償原則，主要為彌償醫療費用而設計的產品。雖然有些保險產品(例如旅遊保險和意外保險)在特定情況下，或會發還與醫療相關的開支，但是該等產品一般不會歸類為私人醫療保險，原因是產品主要性質並非屬於一般醫療保障。此外，提供可能會超逾醫療費用的現金賠償保險產品(例如危疾現金產品)，由於並非遵從彌償原則，因而一般亦不被視為私人醫療保險產品。

B. 24 根據《保險公司條例》下保險業務的分類，「疾病」保險是關於「訂立與執行以下保險合約：提供固定的金錢利益或彌償性質的利益(或兩者兼備)，以承保受保人因疾病或殘疾而引致損失的風險的合約」。

B. 25 香港保險業聯會為了進行調查以編製醫療保險的業務統計數據，把私人醫療保險產品界定為發還受保人因治療疾病所帶來開支的產品(即償款產品)，而不包括不符合彌償原則的產品。

B. 26 在主題性住戶統計調查中，私人醫療保險包括個人名義購買的醫療保險和由僱主提供的團體醫療保險。前者指「個人名義購買的任何醫療保險保單組合，涵蓋任何組合的醫療保障，包括那些與其他種類的保險合併的保險組合」。不過，承保範圍如「只限於保單指定的病症」或「只限於由意外引致的住院或門診費用索償」則不包括在內。至於後者，即由僱主提供的團體醫療保險，則指私營界別的僱主／公司向僱員(不論他們目前仍受僱還是已經退休)及其家屬以任何形式(不一定是以團體醫療保險形式)提供的醫療福利。不過，政府為公務員提供及醫管局為其僱員提供的醫療福利則不包括在內。

## 常見的私人醫療保險產品

### 償款產品

B. 27 償款產品是市場上最常見的私人醫療保險產品，就受保人的實際醫療開支提供彌償款項的保障，因此索償額不會超逾實際開支。至於住院保障方面，所彌償的款額通常是根據既定的賠償表而作出，表內按開支類別，例如房間及膳食、醫生費及手術費等，逐項列出保險賠償限額。有些產品或會就每次住院、每年或甚至終身設定總保險賠償限額。

B. 28 至於門診保障方面，承保機構通常就每年可索償的診症次數設有上限。門診保險通常就每次診症而作出賠償(有些產品或會設有每次賠償上限)，並常要求受保人支付墊底費。

B. 29 為切合不同顧客的需要及負擔能力，承保機構通常提供三至四種級別的醫療保險產品，提供較高或較低保險賠償限額及相應調整保費水平。

B. 30 償款產品一般按受保人的年齡組別釐定保費，越年輕的年齡組別保費通常越低，反之亦然。這反映出隨着年齡增長，平均的健康風險亦會不斷增加。此外，對於健康風險被視作較同一年齡組別的平均風險為高的人士，承保機構可能會收取附加保費，以彌補可能出現較多索償申請。為控制風險，承保機構亦可能在保險合約加入免責條款，不為合約生效前已有的病症提供保障。

### 附加醫療保障

B. 31 越來越多承保機構為客戶提供附加醫療保障，而此保障亦常被視為償款產品。附加醫療



保障產品通常會作為償款產品的附加保障，供受保人選購。如實際醫療開支超過償款產品的基本保險賠償限額，受保人可因有選購附加醫療保障而獲額外賠償超逾的開支，賠償額可高達附加醫療保障的賠償限額。

### **住院現金產品**

B. 32 住院現金產品為受保人住院期間提供每日定額保障款額，一般由數百元至數千元不等。住院現金產品通常會作為人壽保險保單的醫療附加保障銷售，不過有時亦會以獨立產品銷售。由於保障款額並不與住院開支掛鈎，因此在某些情況下，這種產品亦可作為一種入息保障，這情況尤其見於受保人在獲公帑大幅資助的公立醫院接受治療時。

### **危疾現金產品**

B. 33 有些保險產品儘管與醫療相關，但一般不獲視為私人醫療保險產品，原因是該等產品不符合彌償原則，以及付出保險賠償的條件並非限於治病。危疾現金產品是最常見的例子，在證實受保人患上預先訂定的名單上的任何一種危疾後，危疾保險會向受保人發放一筆過的大額款項而無須要求受保人必須接受治療。市場上危疾現金產品大多是作為人壽保單或人壽兼儲蓄保單的附加保障項目形式銷售。在這些情況下，保險賠償款額通常是承保機構預付在保單持有人身故或保單到期時須付的保險賠償額。

### **私人醫療保險在醫療融資的角色**

B. 34 根據香港本地醫療衛生總開支帳目，醫療衛生總開支由一九八九至九零年度的 200 億元增至二零零六至零七年度的 750 億元，平均每年以 8.2% 的幅度上升。如此顯著的升幅主要是由於公共醫療開支在同期平均每年以 9.7% 的上升速度所帶動。儘管如此，私人醫療保險在醫療融資中依然保持一定的輔助角色，因為在同一期間內，由私人醫療保險支付的醫療衛生開支錄得平均每年 8.8% 的顯著增長，其原動力主要來自個人名義購買的醫療保險產品，由這些產品支付的醫療衛生開支平均每年飆升 17.7%。僱主提供的團體醫療保險支付的醫療衛生開支也同樣增加，儘管速度較為溫和，但平均每年也有 6.0%。（表 B. 1）因此，私人醫療保險在整體醫療融資所佔的份額由一九八九至九零年度的 11.9%，增至二零零六至零七年度的 13.0%。根據最新資料顯示，近年私人醫療保險在醫療融資中的輔助角色應已進一步提升。

B. 35 私人醫療保險在醫療融資方面的角色，在不同的醫療開支類別略有分別。私人醫療保險是私營住院護理（不包括住院的和院舍的長期護理）之主要融資來源，佔二零零六至零七年度所涉開支的 58.3%。至於私營門診服務，私人醫療保險佔該服務融資來源的比率則相對較低，只佔 22.2%。（表 C. 1）由於個人名義購買的醫療保單通常多屬住院保障，有關產品在私營住院護理的融資來源所佔的 21.4% 比率，比其在私營門診護理的融資來源所佔的 6.3% 比率大約高三倍。至於僱主提供的團體醫療保險，由於保障範圍一般較全面，其在私營住院及門診護理的融資來源所佔的比率差距較少，分別為 36.9% 和 15.9%。（圖 B. 9）

### **受保人口的醫療服務使用情況**

B. 36 根據食物及衛生局委託的顧問估計，擁有私人醫療保險保障人士的入院率較沒有私人醫療保險保障人士的入院率為低，分別約 13% 和 23%。這差異在 65 歲或以上的人士中更為明顯，擁有私人醫療保險保障人士的入院率為 33%，沒有私人醫療保險保障人士的入院率為 57%。（表 B. 2）健

康狀況較差人士較難購買到私人醫療保險產品是箇中原因。現時承保機構普遍不承保健康狀況較差的人士，並設受保年齡上限。上限因承保機構而異，通常定於 60 至 75 歲之間。

B. 37 一般而言，擁有私人醫療保險保障的人士較沒有私人醫療保險保障的人士多傾向使用私營住院服務。粗略估計，對於擁有私人醫療保險保障的人士，私家住院佔入院次數的 63%。對於沒有私人醫療保險保障的人士，相應數字僅為 10%。對於有私人醫療保險保障的人士，65 歲以下跟 65 歲或以上的私家入院比率沒有太大差異，但對於沒有私人醫療保險保障的人士，65 歲或以上的人士的私家入院比率為 7%，而 65 歲以下的相應比率為 13%。

B. 38 儘管擁有私人醫療保險保障的人士一般較沒有私人醫療保險保障的人士多傾向使用私家住院服務，對於擁有私人醫療保險保障的人士而言，基於種種原因其入院次數仍超過三分之一是選用公立醫院。一些常見的理由包括：緊急及需要跨專科的治療通常較多由公立醫院處理，受保人避免在保險不足以支付全部私家醫院開支時自付費用，以及受保人未能事先確定接受私家醫院治療所須自付的費用，為審慎計選用公營服務。有關情況有助部分解釋為何儘管私人醫療保險已覆蓋超逾三分之一的人口，其在醫療衛生總開支提供融資所佔的份額仍只維持約 13%。

B. 39 整體來說，私人醫療保險在本港醫療融資所擔當的角色，不但取決於其市場滲透率，亦須視乎受保市民仍繼續使用公營服務的可能性有多大。由於選用私營醫療的決定與保險保障範圍是否足夠及私家醫院收費是否清晰有密切關係，若有關情況依然有待相當改善的話，對擴大私人醫療保險在醫療融資方面所擔當的角色會造成局限。

## 私人醫療保險在醫療融資中的角色受到局限的因素

B. 40 私人醫療保險在醫療系統中的融資角色與其市場滲透率有密切關係。雖然私人醫療保險市場在最近數十年有顯著增長，但長遠而言，受保人口佔整體人口的比例預計將會回落。人口老化是主要原因，因為購買個人私人醫療保險計劃的人士一般較傾向在年老保費上升時終止醫療保險。此外，由僱主提供的團體醫療保險保障，通常不會延伸至退休後，因此有些退休人士須透過參加個人名義計劃重新獲取私人醫療保險保障，並要經過重新核保的過程，但他們屆時未必可以符合投保年齡和其他健康狀況的要求。即使投保獲得接納，投保前已有的疾病可能不受保障，或須涉及很高的附加保費。

B. 41 私人醫療保險的市場滲透率，其長遠前景亦受到年輕一代不太願意及早購買醫療保險的影響。雖然年輕人的保費較低，但要向健康的人士推廣私人醫療保險產品並不容易，因為他們普遍不認為醫療保障是一種迫切需要。再者，有些曾投保的年輕人，由於長期沒有提出索償，亦可能會失去續保的意欲。儘管投保意欲會隨年齡和健康狀況轉差而增加，但在此情況下，投保人遭到拒保的機會亦會較高，承保機構也可能引入免責條款剔除投保前已有的疾病，並向較高風險的投保人收取附加保費，結果更難以吸納新的投保人分攤風險。

B. 42 消費者對私人醫療保險的信心同樣值得留意，這是私人醫療保險市場的持續發展所必須的。不同來源的資料皆顯示，市民對私人醫療保險產品的信心仍有待增強。根據在醫療改革第一階段公眾諮詢所收到的意見，市民對私人醫療保險有若干負面印象，歸結起來是對私人醫療保險產品的標準和透明度感到不滿。現摘錄市民認為私人醫療保險產品的弊處如下：

- (a) 保險索償出現爭議
- (b) 不保障投保前已有的病症

- (c) 保障範圍不足
- (d) 保單不可轉移和持續
- (e) 不保證可續保
- (f) 不為日後的保費水平作出保證

B. 43 特別在保險索償的爭議方面，不同保險公司對同一類保單條款可能有不同的詮釋和應用細節是其中一個主要的原因，這情況有時甚至出現於保險保單常用的條款上。根據保險索償投訴局的資料，二零零九年有 159 宗有關住院／醫療保險的投訴(二零零四年有 90 宗同類投訴)，其中 42 宗涉及不保障的項目、42 宗涉及不披露事實、33 宗涉及賠償金額、28 宗涉及保單條款的詮釋、1 宗涉及違反保證條款或保單條件，另有 13 宗屬其他性質的投訴。消費者委員會表示其近年收到有關私人醫療保險的投訴，很多都與拒付索償、彌償金額不足、釐訂保費和服務質素有關係。

B. 44 在供應層面方面，私人醫療保險市場現正面對醫療成本上漲及因道德風險以致過度使用醫療服務帶來的挑戰。根據香港保險業聯會的資料，在二零零二至零八年間，團體醫療保險的會員索償，平均涉及的帳單款額及償付款額均急升，每年平均升幅分別為 11.8%及 10.6%。假如情況持續，長遠來說，會令保費急劇攀升以致窒礙私人醫療保險市場的擴展。要解決這個問題，部分可透過長期增加私營醫療市場的基礎設施及人手以控制醫療通脹，但要解決道德風險帶來的問題就較為複雜。其中一個主要問題是市場信息不對稱，以致難以發現和避免道德風險行為。舉例來說，私人醫療保險一般不涵蓋非醫療需要的一般健康檢查。不過，在某些情況下，是否醫療上所需涉及主觀判斷，因此不負責任的消費者及醫療服務提供者有機會利用這個灰色地帶，就據保單不應受保障的服務索償。加強臨床基準及審核原則上可以解決這個問題，不過由於要在保障病人權益與專業自主之間取得平衡，這個解決辦法有相當複雜性，且具挑戰性。

B. 45 道德風險的另一源頭來自醫療費用欠缺透明度。這情況可以讓不負責任的醫療服務提供者與消費者商議刻意調高費用，或刻意按保險分項賠償表調整各項收費，以申索最高的金額，讓雙方獲取好處。此外，亦有個別證據顯示，有些醫生根據受保病人的保險保障水平而收取不同的費用。解決方法是在沒有不適當地影響醫療服務提供者的臨床決定和損害其經營能力，以及沒有扭曲市場的正常格價及服務競爭環境的大前提下，加強醫療價格信息。

B. 46 公營醫療服務在近數十年不斷進步，為私人醫療保險市場帶來重大影響，而公營醫療系統與私人醫療保險市場之間的互動關係亦影響後者在整個醫療系統中的角色。由於公營醫療服務屬全民可用，擁有私人醫療保險保障的香港居民實際享有「雙重」醫療保障。如私人醫療保險的保障限額不足以支付私營醫療服務的開支，又或未能事先確定保障限額是否足夠或差額有多大，未受保人士對投購私人醫療保險的意慾便會下降。在這些情況下，受保人重投公營醫療系統的機會亦會增加。結果導致私人醫療保險市場對公營醫療系統所起的紓緩作用及其在醫療系統中所擔當的輔助角色，將會受到抑制。

表 B. 1 一九八九／九零年度至二零零六／零七年度按融資來源劃分的醫療衛生總開支(百萬港元)

	1989/90 年度	1992/93 年度	1995/96 年度	1998/99 年度	2001/02 年度	2004/05 年度	2005/06 年度	2006/07 年度	1989/90 至 2006/07 年度的 每年平均 變動
政府	7,749	15,844	25,316	35,800	39,152	37,094	36,930	37,417	9.7%
私人醫療保險	2,338	3,622	6,015	8,198	8,117	8,434	9,057	9,786	8.8%
個人名義購買 的醫療保險	263	419	1,336	2,188	2,721	3,284	3,663	4,213	17.7%
僱主提供的團 體醫療保險	2,075	3,204	4,680	6,010	5,396	5,150	5,395	5,573	6.0%
用者自付費用	9,202	14,332	18,963	21,347	20,847	22,114	23,753	26,451	6.4%
其他	370	375	993	928	571	620	903	1,394	8.1%
總計	19,659	34,173	51,288	66,273	68,687	68,263	70,643	75,048	8.2%

資料來源：一九八九／九零年度至二零零六／零七年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

表 B. 2 按年齡組別及受保狀況劃分的醫院入院率及使用情況

年齡 組別	擁有醫療保險保障的人士			沒有醫療保險保障的人士			整體人士		
	整體 入院率	公立醫 院比率*	私家醫 院比率*	整體 入院率	公立醫 院比率*	私家醫 院比率*	整體 入院率	公立醫 院比率*	私家醫 院比率*
0-64	12%	37%	63%	15%	87%	13%	14%	70%	30%
65+	33%	38%	62%	57%	93%	7%	56%	92%	8%
Total	13%	37%	63%	23%	90%	10%	19%	78%	22%

註：(\*) 比率以入院次數計

數字是基於 Milliman's Health Cost Guidelines，二零零八年的主題性住戶統計調查，及私家醫院和醫管局的入院數字

資料來源：明德諮詢及精算事務所 (Milliman Limited) (食物及衛生局就醫療保障計劃設計委託的顧問公司)

圖 B.1 二零零五年和二零零八年私人醫療保險的人口覆蓋率

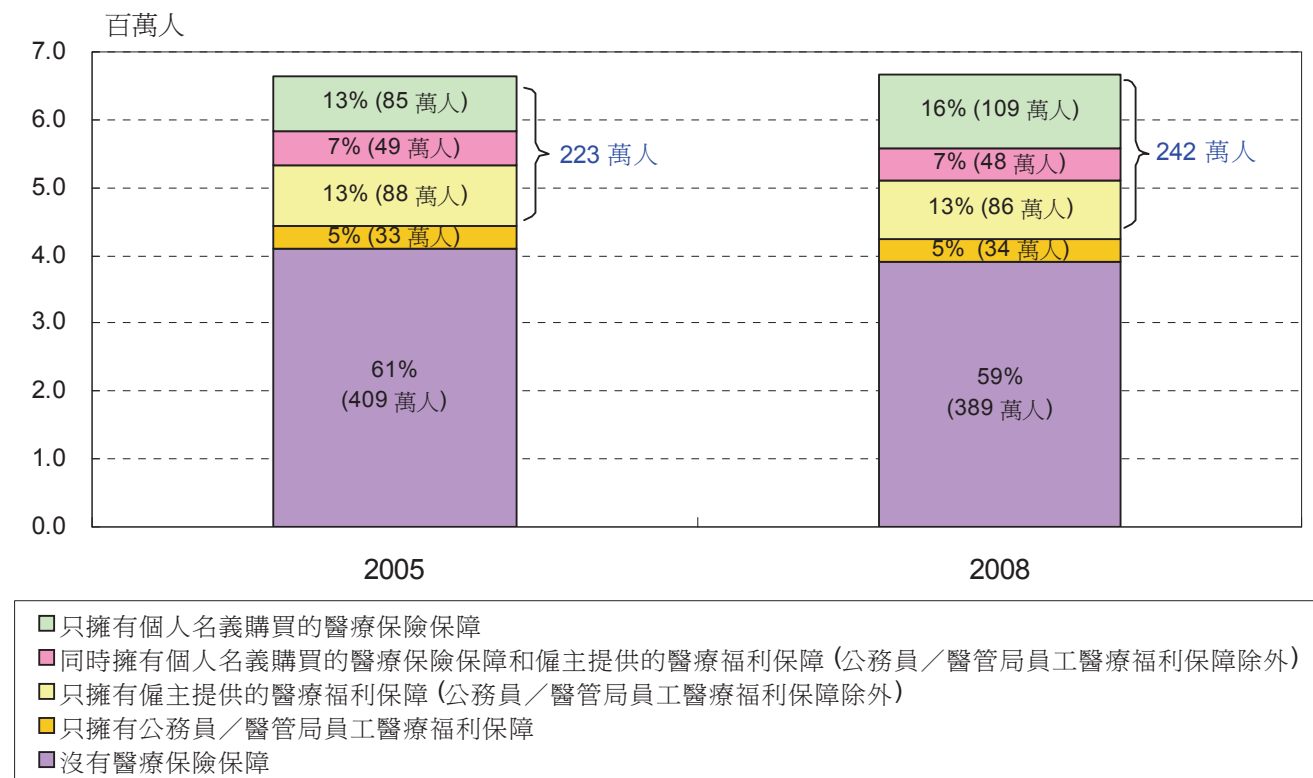


圖 B.2 二零零四至零九年私人醫療保險的受保人數

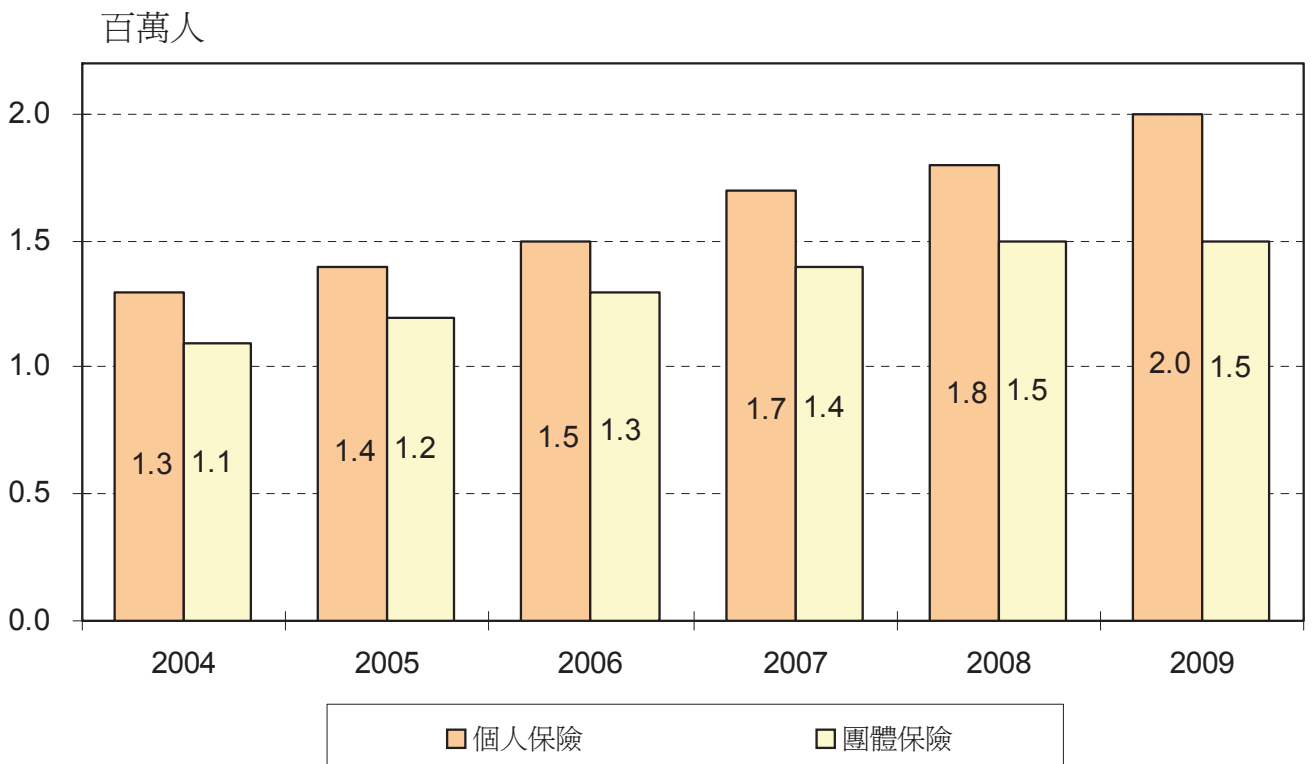
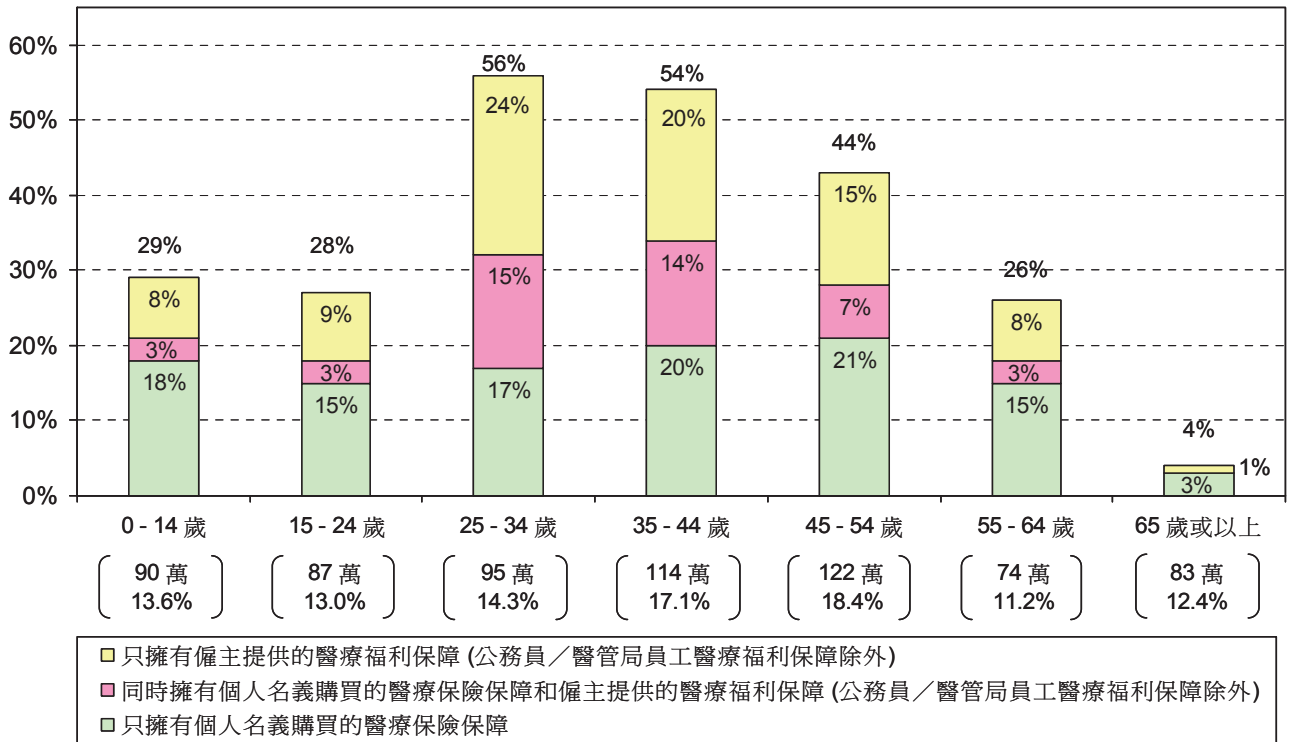
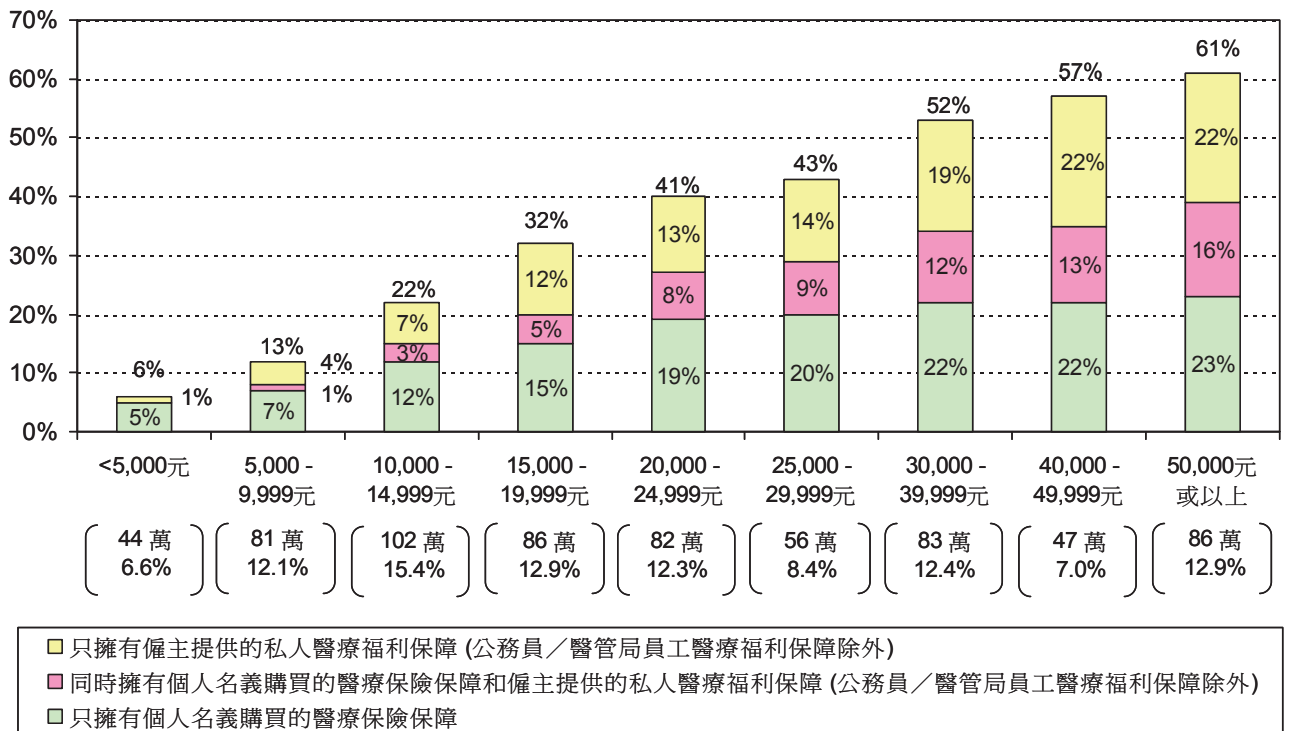


圖 B.3 二零零八年按年齡組別劃分私人醫療保險的人口覆蓋率



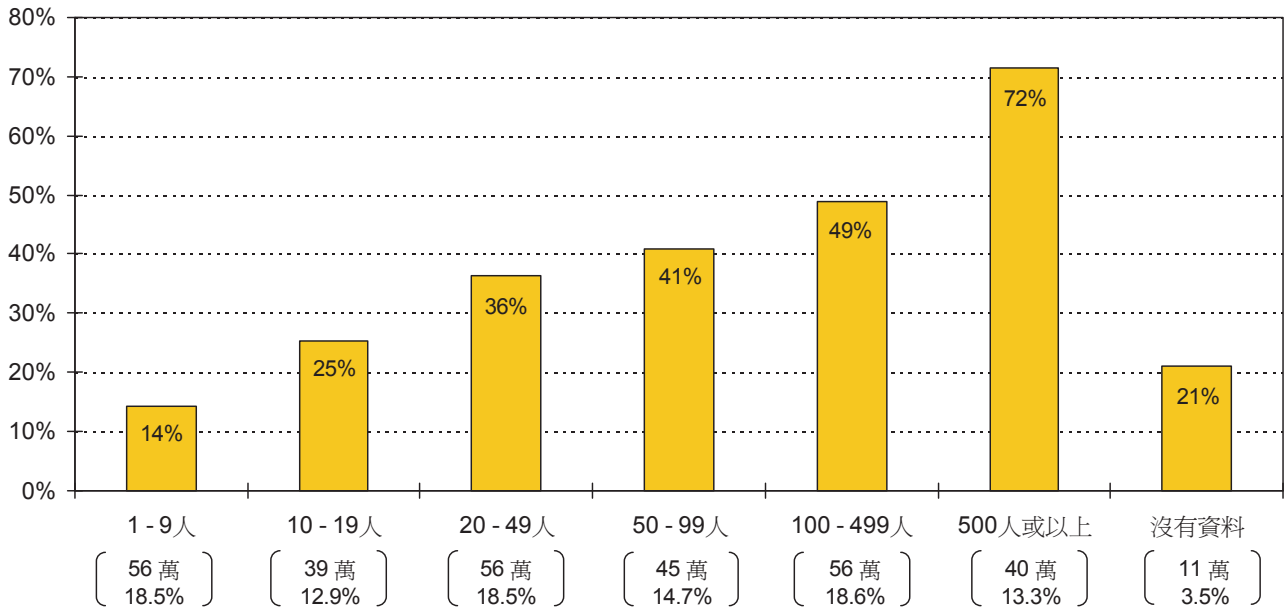
註：括號內的數字是所示年齡組別的總人數，以及其在居住人口(不包括外籍家庭傭工)中的相應份額。  
資料來源：二零零八年主題性住戶統計調查

圖 B.4 二零零八年按每月住戶收入劃分私人醫療保險的人口覆蓋率



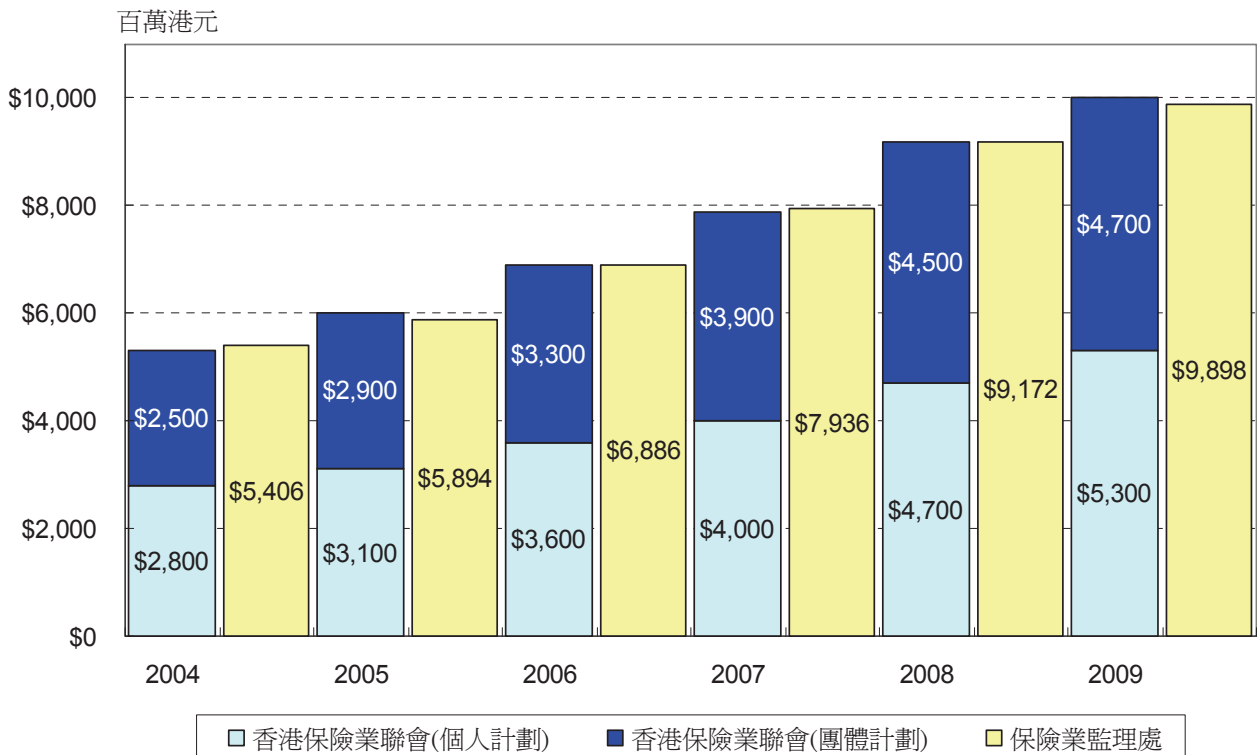
註：括號內的數字是所示每月住戶收入範圍內的住戶的總人數，以及其在居住人口(不包括外籍家庭傭工)中的相應份額。  
資料來源：二零零八年的主題性住戶統計調查

圖 B.5 二零零八年按機構規模劃分就業人口的私人醫療保險覆蓋率



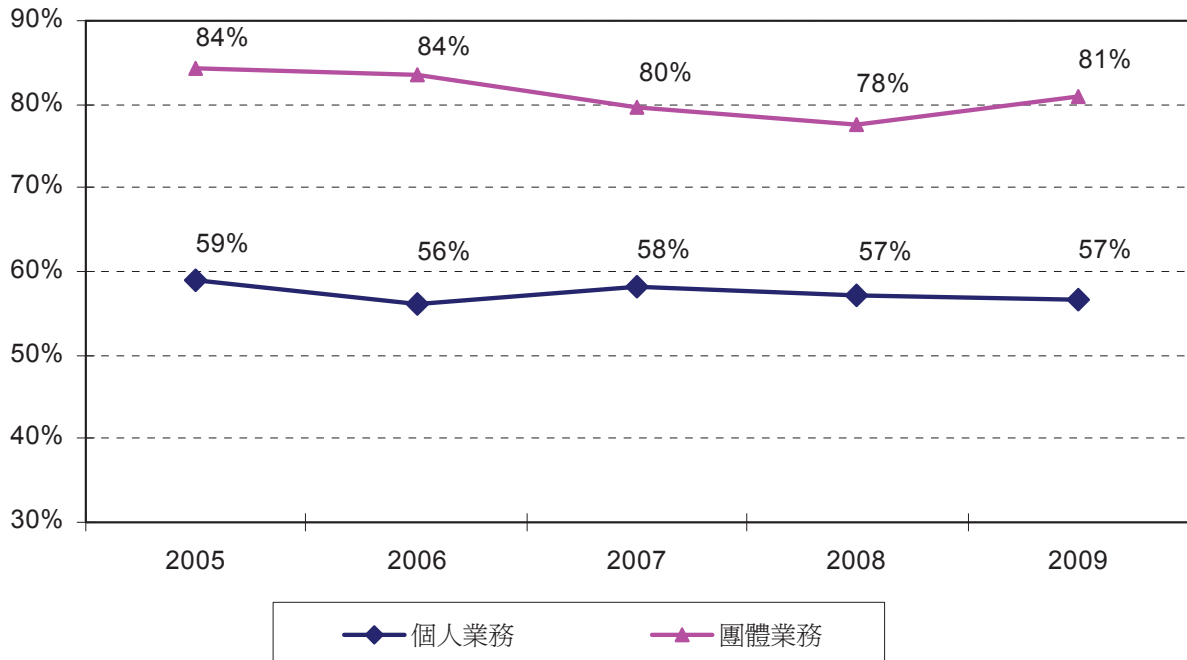
註：括號內的數字是所有聘有所示員工數目的機構的總受僱人數，以及其在就業人口（不包括外籍家庭傭工）中的相應份額。  
資料來源：二零零八年主題性住戶統計調查

圖 B.6 二零零四至零九年的全年私人醫療保險保費收入



註：保險業監理處的統計數字並無按團體及個人計劃列出分項數字  
資料來源：保險業監理處、香港保險業聯會

圖 B.7 二零零五至零九年私人醫療保險個人業務與團體業務的申索比率\*

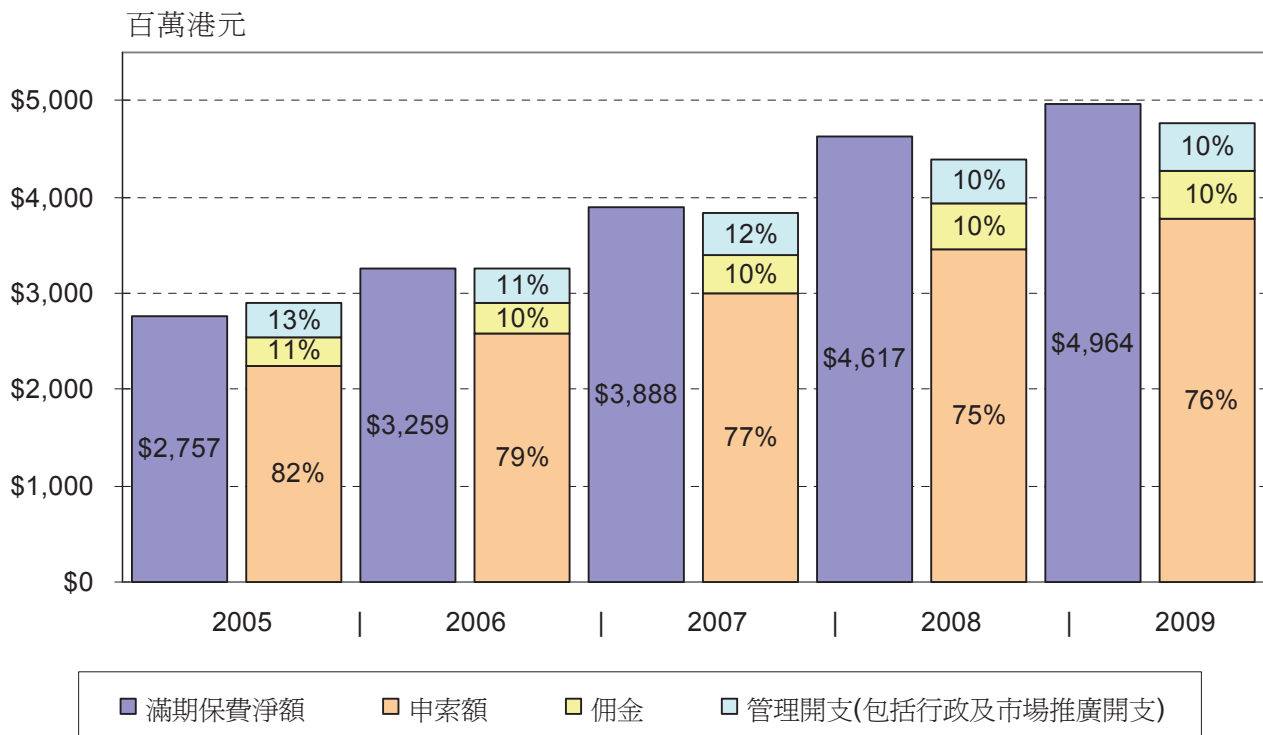


註：(\*) 佔滿期保費毛額的百分率

個人名義購買的醫療保險之申索比率包括償款產品及住院現金產品的業務，而大部分的團體醫療保險是償款產品。因賠償經驗有別，住院現金產品令個人名義購買的醫療保險之申索比率降低。不過，由於住院現金產品只佔個人名義購買的醫療保險市場有限的份額，有關情況並不改變個人名義購買的醫療保險的申索比率較團體醫療保險的申索比率明顯較低的基本狀況。

資料來源：香港保險業聯會

圖 B.8 二零零五至零九年一般承保機構提供的私人醫療保險計劃的營運開支比率\*

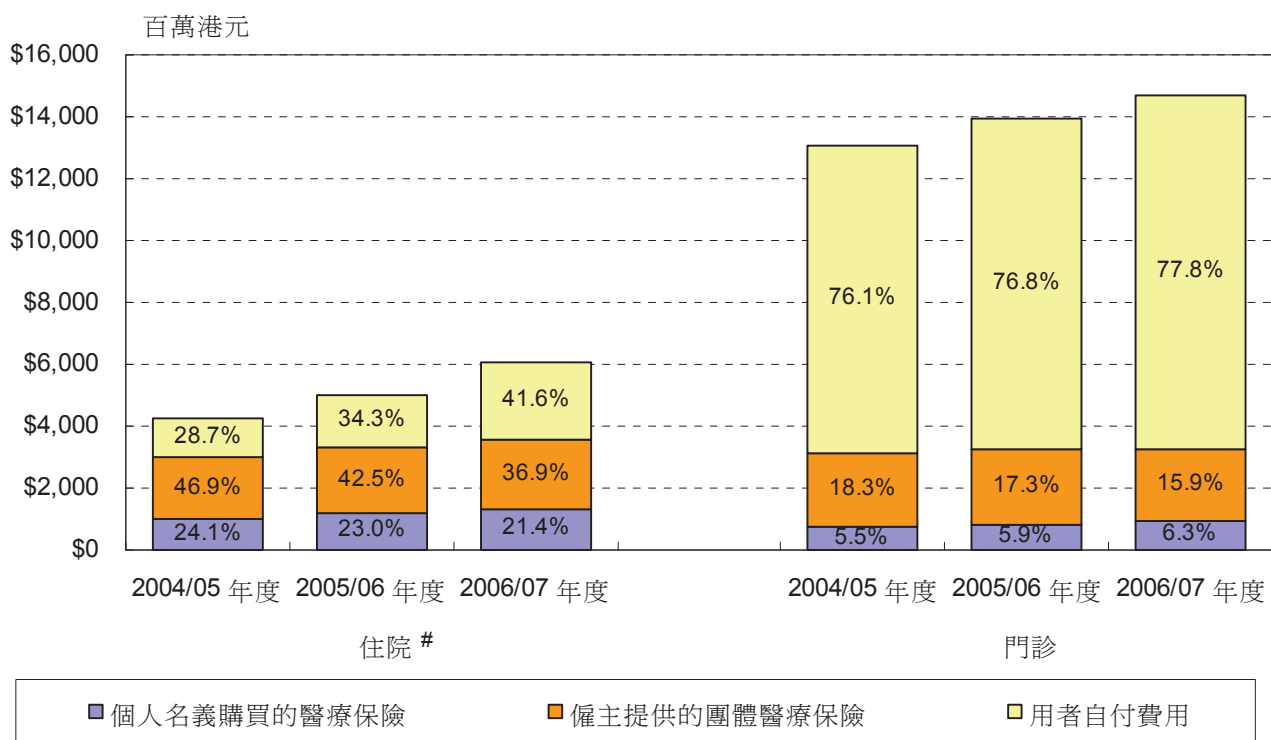


註：(\*) 佔滿期保費淨額的百分率

資料來源：保險業監理處



圖 B.9 二零零四／零五年度至二零零六／零七年度按融資來源劃分的私營住院及私營門診護理的開支



註：(＃) 不包括住院及院舍的長期護理。有一極少部分的融資來自私營住院護理的雜項來源，如非牟利機構。  
 資料來源：二零零六至零七年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

## 附錄 C 香港私營醫療服務現況

### 香港醫療系統概覽

C. 1 香港醫療服務系統的特色在於公私營醫療界別並行。兩個界別均提供不同層面的醫療護理，由基層至較專門的第二層，以至第三層的醫療護理，一應俱全。公私營界別和不同層面的醫療護理均有其獨特作用，對促進和保障市民的健康亦同等重要。本附錄較集中闡述私營醫療界別與第二層及第三層的醫療護理，以便就有關醫療保險的討論提供背景資料。

### 公私營醫療界別

C. 2 在公營醫療界別中，衛生署負責包括健康促進和預防疾病在內的公共衛生職能，而醫院管理局(醫管局)則透過轄下 41 間醫院／院舍、48 間專科門診診所、74 間普通科門診診所和 14 間公營中醫診所，提供公立醫院及診所的服務。醫管局主力透過公立醫院及專科診所，提供第二層和第三層的專門醫護服務。我們一向奉行的既定政策是：“不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務”。在這個政策的基礎上，香港的公營醫療系統得到政府的大幅資助，讓市民能公平地獲得他們能夠負擔的優質醫療服務。

C. 3 私營醫療界別是基層醫療<sup>1</sup>的主要提供者，亦透過提供各項專科和醫院服務，與公營醫療界別互相補足。現時私營界別共有 13 間私家醫院和超過 3 700 間西醫醫務所和診所，為市民提供各項醫療服務選擇，包括個人方面的照顧，例如醫生選擇及設施偏好。除西醫外，其他醫護專業人員(包括中醫、牙醫、護士、脊醫、物理治療師、職業治療師、藥劑師及視光師等)亦會在私營界別提供醫療服務。私營醫療服務不受資助(某些院舍或日間長期醫療和護理服務除外)，病人使用這些服務須承擔全部費用。

### 公共及私人醫療開支

C. 4 根據二零零六至零七年度的《本地醫療衛生總開支帳目》，本港的總醫療開支相對本地生產總值的百分比為 5.0%，或約 750 億元(表 C. 1)。若根據融資來源，公共和私人支出所佔的比例大致相同(圖 C. 1)。在二零零六至零七年度，公共及私人醫療開支分別達 374 億元及 376 億元。公共醫療開支全部由政府預算的公帑支付，主要為由政府大幅資助的公營醫療系統提供經費。私人醫療開支則主要來自住戶的實付支出(又稱用者自付費用)及保險付費。私人經費主要用於各項私營醫療服務及醫療物品，包括私營門診服務、私營住院服務及在商舖購買醫療物品。

C. 5 由於公營醫療系統得到高度資助，在二零零六至零七年度公營醫療服務成本的 95%是來自公帑的，只有 5%來自用者自付費用。至於私營界別提供的醫療服務經費主要來自用者自付費用，在二零零六至零七年度中佔所需費用的 67%，主要用以支付私營基層醫療／門診服務和在商舖購買醫療物品的開支。相比起來，二零零六至零七年度中，僱主提供的私人醫療保險和個人名義購買的私人醫療保險合共為私營醫療服務提供約 27%的經費(分別佔 15%和 12%)，有關經費大致由私營基層醫療／門診服務與私營住院服務攤分。私人醫療保險的主要形式是償款產品，按服務收費基準彌償醫療費用，並設有最高償款額上限。部分這類保障的提供方式，是在其他種類的保險計劃(通常是人壽保險保單)加設附加條款。

<sup>1</sup> 基層醫療是個人和家庭在持續醫護過程當中的第一個接觸點。

## 醫療人手

C. 6 在二零零九年年底在本港註冊的 12 424 名醫生中(每千名人口有 1.77 名醫生)，約 40% 在公營界別任職，60%為私人執業。在這 12 424 名醫生中，約有 5 700 名為專科醫生(表 C. 2)，其分布於公私營界別的人數大致均等。其他多數任職於私營界別的醫護專業人員，包括中醫、牙醫、脊醫、藥劑師及視光師。另一方面，護士、職業治療師及物理治療師則大多在公營界別任職。(有關詳情見於第 C. 15 段)

## 私營非住院護理服務

C. 7 在門診服務方面，大多數香港市民都是使用私營服務，而私營界別的醫生大多提供基層醫療服務。私營界別的西醫診所每年約有 2 600 萬求診人次，約佔所有西醫門診診症(包括基層治療服務及專科門診服務)的 70%。根據二零零六至零七年度的《本地醫療衛生總開支帳目》，經費主要來自用者自付費用(78%)，其次是僱主提供的私人醫療保險(16%)及個人名義購買的私人醫療保險(6%)。(圖 C. 2) 在私人醫療開支中，私營非住院服務佔了 39%。

C. 8 要在私營門診服務中區分基層醫療服務和第二層／第三層醫療服務的求診人次，實有困難，因為很多私家醫生都同時提供專科醫療服務及基層醫療服務。值得注意的是，在本港向私家專科醫生求診無須由基層醫療醫生轉介。根據二零零八年主題性住戶統計調查，在病人自我報告的診症性質中，有 86%的私營西醫門診診症屬基層醫療服務，而 14%則屬專科醫療服務。

C. 9 二零一零年香港醫學會的醫生收費調查顯示，私家醫生的門診收費差別很大：由約 150 元的普通科診証收費至 1,000 元或以上不等的專科診証收費。由香港保險業聯會編製的《醫療索償數據調查》亦顯示，過去數年私家門診服務的平均收費出現明顯升幅(表 C. 3)。私家醫生通常在同一診所內提供診症及配藥服務。很多時診金已把藥費計算在內，而這安排於基層醫療醫生尤其普遍，但分開收取藥費在專科醫生也是慣常做法。病人亦須額外或另行支付檢查(如 X 光、超聲波和化驗)及治療程序的費用。

## 私營住院護理服務

C. 10 現時全港有 13 間私家醫院。除住院服務外，這些私家醫院亦提供專科門診服務、普通科門診服務、健康篩查服務、診斷服務及專職醫療服務。截至二零零九年十二月，各私家醫院提供 3 818 張醫院病床(佔醫院病床總數約 12%)，全年入院人次約為 360 000。在私家醫院所有病床中，普通病床約佔 77%，二等病床佔 15.6%，而頭等病床則佔 7.8%。

C. 11 根據二零零六至零七年度的《本地醫療衛生總開支帳目》，在私家醫院住院服務的融資中，42%是來自用者自付費用的，其次是僱主提供的私人醫療保險(37%)和個人名義購買的私人醫療保險(21%) (圖 C. 3)。與私營門診服務比較，私人醫療保險(尤其是以個人名義購買的)在私營住院服務的融資中所佔的比例明顯較高。這情況與個人名義購買的私人醫療保險計劃通常只包括住院賠償有關，而僱主提供的團體醫療保險則一般包括門診及住院賠償。在私人醫療開支中，私家醫院住院服務佔了 16%。

C. 12 雖然私營住院服務讓病人可選擇醫生和設施，而輪候時間通常較短，但服務收費卻遠較獲大幅資助的醫管局服務昂貴。私家醫院往往根據病人在住院期間所獲提供的服務(例如外科醫生、麻醉師、化驗、藥物及膳食等)逐項收費。然而，各私家醫院的收費水平、項目定義及分類差別很大。此外，收費普遍因應病房級別而逐步增加。根據香港保險業聯會的《2008 年醫療索償數

據調查》，索償涉及的住院平均帳單金額隨着住房級別提高，由普通病房的約 23,000 元至私家病房的 65,000 元不等。值得注意的是，不同住房級別的平均帳單金額近年不斷飆升(表 C.4)。

C.13 私家醫院有時亦為部分服務提供套餐形式的收費(即對套餐服務設有定額收費，而非慣用的逐項收費)，例如某間私家醫院有提供超過 50 個套餐服務。套餐通常是指一項手術及其相關護理，或包含多於一個服務元素的病症護理，例子包括分娩套餐、外科手術套餐及健康檢查套餐等。這些套餐或針對不同的使用者組別及人生階段(如僱員、學生及婚前人士等)而設。套餐價格一般已預先訂定，藉以提高價格透明度，並讓病人或顧客在作出預算時有更明確的依據。

C.14 雖然公立醫院處理的病人數量在各個年齡組別相對於私家醫院均佔大多數，但私家醫院在為較年輕病人提供服務方面，則擔當著相對活躍的角色。由病人住院日數顯示，40 歲以下人士的公立和私家醫院病牀使用差距較 65 歲或以上人士為少，每千名 40 歲以下人口的公立和私家醫院病牀使用日數比例約為 3.5:1，而 65 歲或以上人士的相關比例則約 22:1(圖 C.4)。相對長者，年紀較輕的人口較普遍獲得私人醫療保險的承保，因而有較大機會在需要住院服務時使用私營醫療服務(前文 B.11 及圖 B.3)。另一方面，需要住院服務的年長病人往往涉及複雜及跨專科的治療，而這些治療一般都比較昂貴和容易在公立醫院獲得。因此，年長病人在這些情況下傾向使用公營醫療服務。

## 醫療規管工作

### 醫護專業人員

C.15 根據現行法例，共有 12 類醫護專業人員須向有關的管理局或委員會註冊，方可在香港執業。截至二零零九年十二月三十一日，這些醫護專業人員的數目分別為 12 424 名醫生、2 143 名牙醫、6 119 名註冊中醫、38 641 名護士(包括註冊及登記護士)、4 525 名助產士、1 878 名藥劑師、118 名脊醫、2 202 名物理治療師、1 354 名職業治療師、2 766 名醫務化驗師、2 004 名視光師及 1 700 名放射技師。

C.16 各相關委員會及管理局已獲授權為合資格的醫護人員備存登記冊、管理其各自的執業資格試，以及對有關專業行使規管及紀律處分的權力。根據專業自主的原則，當局尊重各專業在其自主範圍內所作的決定。

### 私家醫院

C.17 13 間私家醫院全部根據《醫院、護養院及留產院註冊條例》(第 165 章)(該條例)的規定向衛生署註冊。私家醫院須在房舍、人手及設備方面符合衛生署署長認為適當的條件，方可獲註冊。

C.18 當局制訂了《私家醫院、護養院和留產院實務守則》(《實務守則》)，並向各私家醫院發布，以列出良好的實務標準，從而加強病人安全及提高服務質素。這些標準包括要求私家醫院確保提供優質和切合病人需要的服務；就處理醫療事故及設立處理投訴制度作出規定；就管理職員、處所及服務和保障病人權益作出規定，以及規定須維持收費具透明度。《實務守則》亦訂明對某類臨床和支援服務的規定。醫護機構獲註冊和重新註冊的其中一項重要考慮是須遵守《實務守則》所載規定。

C.19 衛生署透過進行巡查、調查嚴重醫療事故及處理針對私家醫院的投訴，對私家醫院施加規管。

C. 20 在私家醫院為病人提供醫療服務的醫生，可以是受僱於醫院的駐院醫生，也可以是獲准在醫院工作或行醫的醫生。根據《實務守則》，提供急症住院服務的私家醫院，在任何時候均須有醫生留駐，隨時候召為病人即時提供緊急治療。如私家醫院准許非其僱員的醫生行醫，便須成立顧問委員會，就醫生獲准在醫院工作的資格準則，以及檢討、延續、限制或撤銷醫生在醫院內工作的資格提出建議。

## **醫院評審**

C. 21 醫院評審是國際上廣泛採用以維持和改善醫療服務質素的有效措施。雖然香港未有推行醫院評審制度，但公私營的醫院均有參與海外的評審計劃。至今為止，在全港 13 間私家醫院中，除新開的一間外，其餘 12 間均已根據英國的醫院審查計劃完成五個為期兩年的評審周期。

C. 22 由衛生署副署長擔任主席並由食物及衛生局、衛生署、醫管局及私家醫院聯會派代表參與的醫院評審督導委員會於二零零八年八月成立，負責督導醫院評審先導計劃(先導計劃)的協作、推行及評估事宜。先導計劃在二零零九年推出。醫管局委聘了一間澳洲顧問公司進行計劃。先導計劃的其中一項主要目標，是在長遠而言為公立及私家醫院設立一套統一的醫院評審標準，以衡量醫院在各方面的表現。五間公立醫院和三間私家醫院參加了先導計劃，至今已有兩間私家醫院獲頒發評審認證。

## **醫護服務人力培訓及發展**

### **醫生**

C. 23 香港大學和香港中文大學均有開辦醫生基礎培訓課程。二零零九年，兩所大學合共有 264 名學士學位的醫科學生畢業，並有 15 名在香港以外地方取得專業資格的醫科畢業生，通過香港醫務委員會的執業資格試。

C. 24 香港醫學專科學院是獨立法定機構，獲授權批核、評估和評審醫科和牙科的專科培訓課程。專科學院通過 15 所分科學院開辦培訓課程和舉辦考試，向合資格考生頒授專科資格。二零一零年一月初，該學院轄下的專科醫生數目為 5 695 人，按分科學院劃分的分項數字載於表 C. 2。

C. 25 每年，本港兩所大學大多數的醫科畢業生都會獲醫管局聘用，他們在醫管局工作期間會接受專科培訓。二零零九年，約有 200 名醫生完成在醫管局的培訓，並取得專科醫生的資格。

### **護士**

C. 26 香港大學、香港中文大學、香港理工大學和香港公開大學均開辦註冊護士基礎培訓課程。二零零九年，四所大學共錄取 895 名四年制護理學士學位課程學生，香港理工大學和香港中文大學另外錄取了 105 名三年制護理碩士課程學生。此外，香港理工大學亦錄取了 160 名三年制高級護理文憑課程學生。

C. 27 養和醫院、聖德肋撒醫院及香港浸信會醫院的護士學校亦開辦登記護士基礎培訓課程，取錄了 135 名兩年制普通科護理文憑(登記護士)課程的學生。同年，共有 43 名在香港以外地方取得專業護理資格的護士，通過香港護士管理局舉辦的註冊護士或登記護士執業資格試，獲發執業證書。

C. 28 醫管局開辦三年制高級文憑課程，提供註冊護士基礎培訓，二零零九年共錄取了 300 名註冊護士學生。醫管局亦開辦兩年制的登記護士基礎培訓課程，二零零九年共錄取了 350 名護士學生。醫管局於同年為社福界開辦兩年制的登記護士基礎培訓課程，錄取了 110 名學員。

C. 29 根據衛生署進行的二零零七年醫療衛生服務人力統計調查，經點算在職註冊護士有超過三分之二 (71.8%) 在醫管局工作，其次是在私營醫療界別 (13.5%)、政府 (7.5%) 以及學術界和受資助機構 (6.6%) 工作。

### **專職醫療人員**

C. 30 香港理工大學開辦醫務化驗學、物理治療、職業治療、視光學及放射學的專職醫療人員學位課程。二零零九年，這些課程分別取錄了 33、70、46、40 和 55 名學生。

C. 31 為配合服務需求和新的專業發展模式，醫管局專職醫療深造學院為專職醫療職系人員作出有系統而長遠的培訓規劃，並提供專科和跨專科培訓及個人發展課程，其中包括為 13 個職系的新入職專職醫療人員安排為期三年的在職培訓課程。二零零九年，共有 246 名新入職人員參加有關課程。

C. 32 此外，為配合在物理治療師、職業治療師及放射診斷技師三個職系先導的新專業發展模式，學院更推出專科證書研究課程，並設立多個海外獎學金名額。

### **私家醫院發展**

C. 33 香港特別行政區政府希望透過推動私家醫院發展，以增加香港醫療系統的整體服務量，以及促進醫療界別發展。

C. 34 為此，政府已在黃竹坑、將軍澳、大埔及大嶼山預留四幅土地，供發展私家醫院。此外，部分現有私家醫院及營辦新醫院的發展商已表示有計劃擴大現有服務量或興建新醫院。這些醫院發展計劃正處於不同規劃階段，可增加社區的病床數目。

表 C.1 二零零六至零七年度按融資來源及功能劃分的香港總醫療開支  
(以百萬港元計)

	政府資助 (註 8)	用者自付費 用	團體提供的 私人醫療 保險(註 9)	個人名義購 買的私人 醫療保險	其他 (註 10)	總數
公營住院服務(註 1)	20,343	856 (註 4)	-	-	36	21,235
公營專科門診服務	7,217	864 (註 4)	-	-	*	8,081
公營基層醫療/ 普通科門診服務	4,445	321 (註 4)	-	-	21	4,787
私營住院服務(註 1)	760 (註 3)	2,805 (註 5)	2,240	1,302	7	7,113
私營基層醫療/ 門診服務(註 2)	2	11,431	2,341	920	5	14,697
牙科護理	483	1,932	76	57	9	2,555
病人護理機構以外的醫 療物品	261	8,065	-	-	113	8,439
其他(包括輔助醫療服 務、投資及行政)	3,906	179	916 (註 6)	1,935 (註 7)	1,204	8,140
<b>總額</b>	<b>37,417</b>	<b>26,451</b>	<b>5,573</b>	<b>4,213</b>	<b>1,394</b>	<b>75,048</b>

註：\* 少於 0.5

1. 住院服務包括住院治療護理、住院康復護理、住院和院舍長期護理以及日間醫院護理等服務。
2. 私營門診服務包括專科及普通科門診服務。
3. 資助住院及院舍長期護理服務。
4. 包括僱主提供及個人購買的私人醫療保險，但無獨立統計數字。
5. 包括用於住院和院舍長期護理服務的 2.82 億元。
6. 包括醫療附屬服務的開支(例如化驗所服務及診斷成像服務)，以及僱主提供的私人醫療保險的行政及運作開支。
7. 包括醫療附屬服務的開支(例如化驗所服務及診斷成像服務)，以及個人購買的私人醫療保險的行政及運作開支。
8. 包括公務員及醫管局員工的醫療福利支出。
9. 包括私人公司/機構非以醫療保險形式提供的醫療福利保障，但不包括公務員及醫管局員工的醫療福利支出。
10. 包括為住戶提供服務的非牟利機構、公司及與照顧病人無關的收入。

資料來源：二零零六至零七年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

表 C.2 按學院劃分的香港醫學專科學院院士(專科醫生)人數  
(截至二零一零年一月四日)

學院	院士人數
麻醉科	371
社會醫學	124
牙科	223
急症科	266
家庭醫學	247
婦產科	405
眼科	230
骨科	347
耳鼻喉科	132
兒科	524
病理學	231
內科	1 266
精神科	254
放射科	362
外科	713
<b>總數</b>	<b>5 695</b>

資料來源：香港醫學專科學院

表 C.3 二零零五年至二零零八年按類別劃分的門診服務平均帳面金額(港元)

門診服務類別	2005	2006	2007	2008	2005—2008(3年) 平均每年變幅
普通科醫生	207	210 (1.4%)	216 (2.9%)	226 (4.6%)	3.0%
專科醫生	449	467 (4.0%)	485 (3.9%)	511 (5.3%)	4.4%
中醫	214	229 (7.0%)	237 (3.5%)	258 (8.9%)	6.4%
物理治療師	273	291 (6.6%)	300 (3.1%)	316 (5.3%)	5.0%
脊醫	439	496 (13.0%)	505 (1.8%)	543 (7.5%)	7.3%
X光/化驗所	603	612 (1.5%)	623 (1.8%)	632 (1.4%)	1.6%
牙醫	655	622 (-5.0%)	653 (5.0%)	699 (7.0%)	2.2%
總數	246	255 (3.7%)	265 (3.9%)	282 (6.4%)	4.7%

註：括號內的數字代表過去一年的變動百分率。

數字摘自香港保險業聯會二零零五年至二零零八年的《醫療索償數據調查》，有關資料由全港最大的醫療承保機構提供，這些承保機構在期滿保費方面佔整體市場的80%。統計數字只包括團體醫療保險保單，並根據二零零五年至二零零八年期間每年約600萬宗門診個案的帳單金額計算。

表 C.4 二零零五年至二零零八年按住房級別劃分的住院服務平均帳面金額

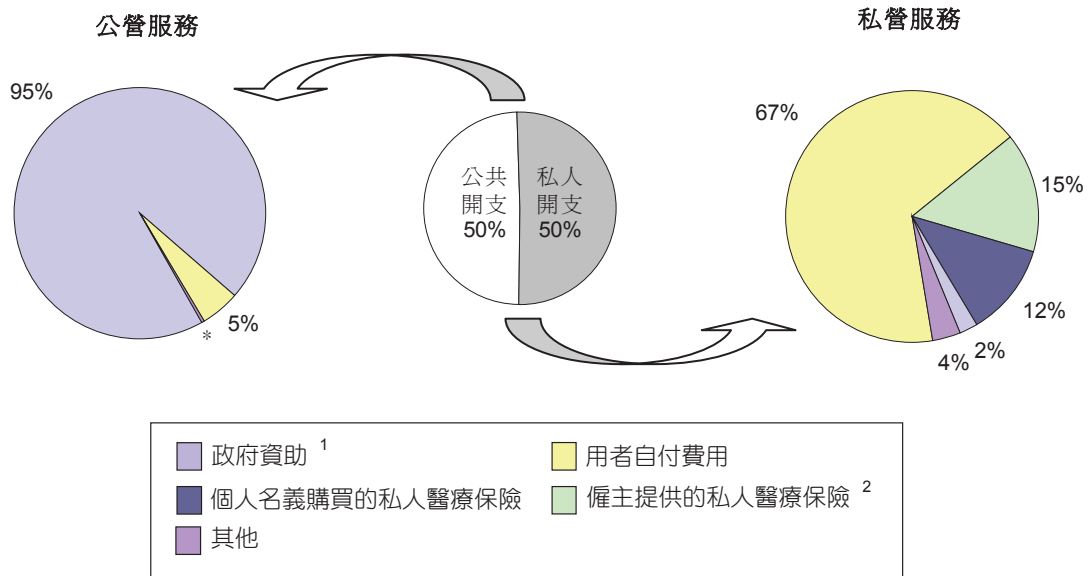
住房級別	2005	2006	2007	2008	2005—2008(3年) 平均每年變幅
頭等房	57,091	62,151 (8.9%)	64,258 (3.4%)	64,496 (0.4%)	4.1%
二等房	27,699	32,612 (17.7%)	32,528 (-0.3%)	32,927 (1.2%)	5.9%
三等房	18,588	20,451 (10.0%)	22,529 (10.2%)	22,919 (1.7%)	7.2%
診所小手術	3,076	3,177 (3.3%)	3,550 (11.7%)	3,717 (4.7%)	6.5%

註：括號內的數字是過去一年的變動百分率。

數字摘自香港保險業聯會二零零五年至二零零八年的《醫療索償數據調查》，有關資料由全港最大的醫療承保機構提供，這些承保機構在期滿保費約佔整體市場的80%。統計數字只包括團體醫療保險保單，並根據二零零五年至二零零八年期間每年約10萬宗住院個案的帳單金額計算。

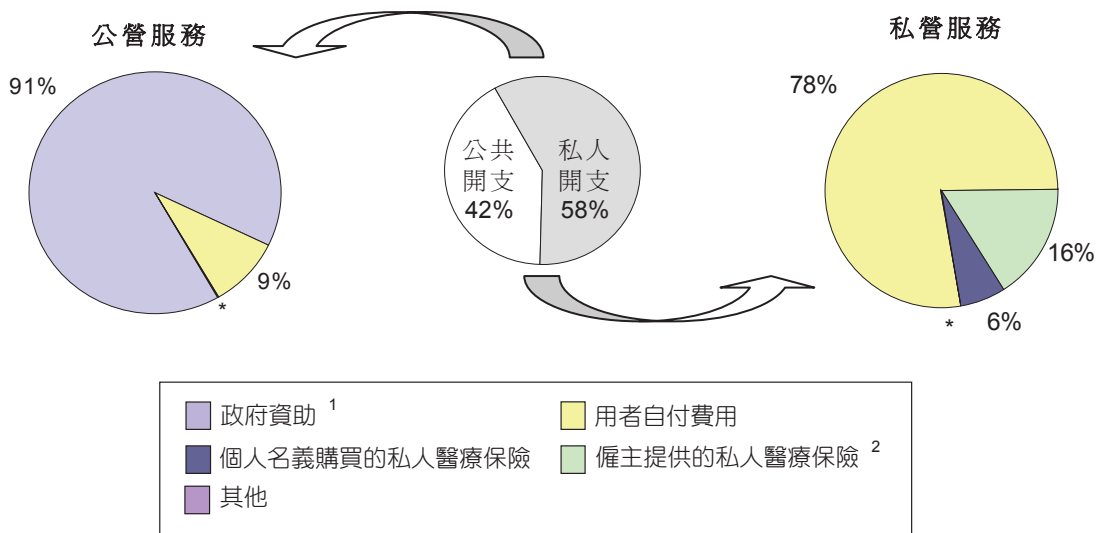


圖 C.1 二零零六至零七年度按公營及私營服務的融資來源劃分的總醫療開支



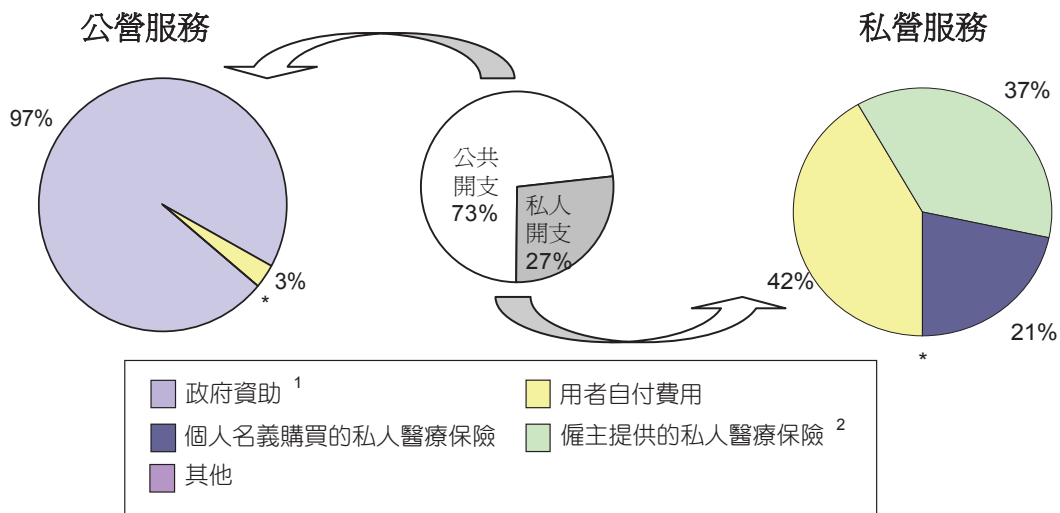
資料來源：二零零六至零七年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

圖 C.2 二零零六至零七年度按公營及私營服務的融資來源劃分的門診服務開支



資料來源：二零零六至零七年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

圖 C.3 按公營服務和私營服務的融資來源劃分的二零零六至零七年度住院護理<sup>#</sup>開支



註：<sup>#</sup>包括住院治療護理、住院康復護理及日間醫院護理。

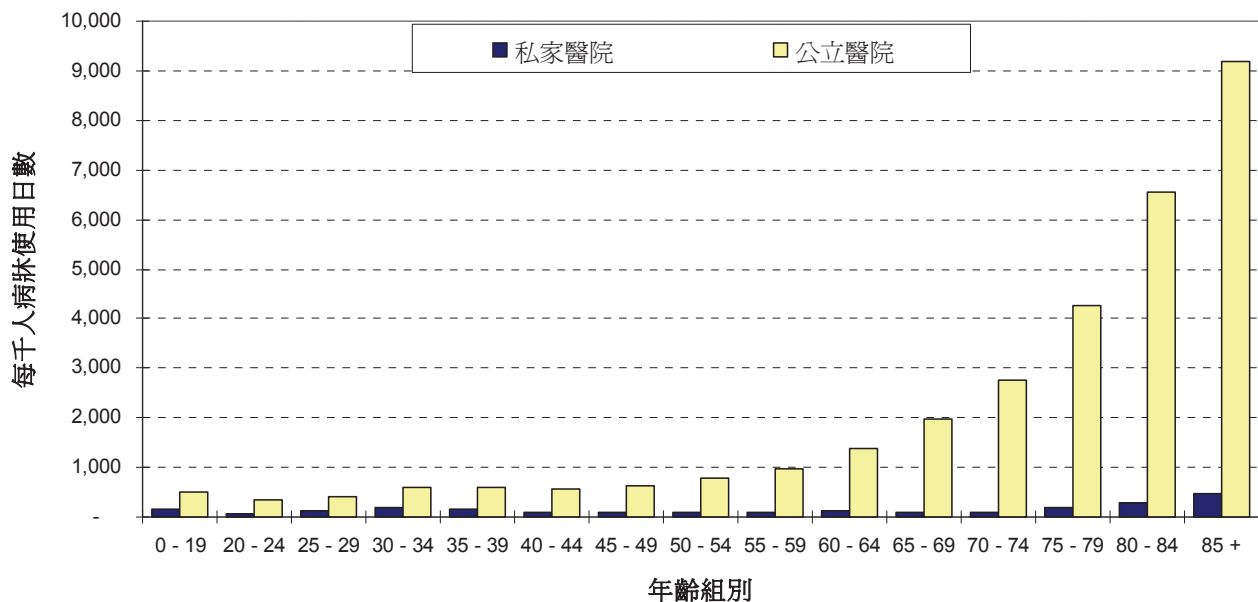
\*數目少於 0.1%

<sup>1</sup>包括公務員及醫管局員工的醫療福利保障支出。

<sup>2</sup>不包括公務員及醫管局員工的醫療福利保障支出。

資料來源：二零零六至零七年度的《香港本地醫療衛生總開支帳目》

圖 C.4 二零零九年每千人病牀使用日數



註：病牀使用日數是根據住院和日間留院的出院及死亡人數，以及住院日數來計算。

日間留院期是按日計

資料來源：衛生署及醫院管理局

## 附錄 D 私人醫療保險的海外經驗

### 引言

D. 1 全球大部分經濟體的醫療系統和當中私人醫療保險所擔當的角色，都經過數十年的演進，受到獨特的歷史背景、社會政治價值觀、文化因素、財政資源限制，以及其他因素的綜合影響，才達致現今的狀況。

D. 2 由於不同地方各有獨特的情況，各地對私人醫療保險在醫療系統中應擔當的角色，在政策取態方面亦各有不同。有些政府認為私人醫療保險對提高醫療系統的服務容量和達致其他醫療政策目的，可擔當重要的角色，另一些政府則不認為私人醫療保險是醫療系統中的重要環節。政策取態決定了政府如何界定私人醫療保險所擔當的角色，以及政府在推動私人醫療保險的角色方面的積極性。

D. 3 由於不同經濟體的私人醫療保險政策均有其獨特之處，把一個在某個地方運作良好的制度完全轉移至另一個地方實行，並期望該制度同樣運作暢順是不切實際的。不過，某些經濟體的部分經驗和得失之處，可作為設計一套具誘因的私人醫療保險計劃的參考，包括那些可以採用和納入計劃的特點，以及應該避免的安排。我們所參考的經驗主要來自四個經濟體，分別是荷蘭、瑞士、美國及澳洲，在這四個經濟體中，私人醫療保險在醫療融資方面均擔當著積極的角色。

### 整體經驗

D. 4 在決定如何推展私人醫療保險的角色前，首先要界定私人醫療保險的角色。在一些地方（例如美國和荷蘭），至少對部分人口而言，私人醫療保險是醫療保障的主要來源。在其他地方（例如澳洲和法國），私人醫療保險擔當輔助公營醫療系統的角色，提供雙重保障，或用以填補公營系統未能提供的服務。

D. 5 各地政府會視乎私人醫療保險被界定的角色，為推動私人醫療保險的努力設定目標。在私人醫療保險擔當重要角色的地方，私人醫療保險預期可為醫療系統注入新的資源，或提供更高效率的渠道把醫療資金引到服務提供處。至於在私人醫療保險擔當輔助角色的地方，私人醫療保險預期可增加消費者的選擇和加強醫療保障。

D. 6 然而，經驗累積達致一個共識是，私人醫療保險不僅為醫療系統帶來機遇，同時也帶來風險。根據經濟合作及發展組織在二零零零年代初進行的一項研究（經合組織研究）<sup>1</sup>顯示，一項主要的風險源於保險市場存在典型的資訊不對稱問題，因而出現道德風險所導致的濫用服務情況，令醫療開支總額增加。此外，私人醫療保險亦涉及公平使用醫療資源的問題，因為獲得私人醫療保險保障的人士會較沒有私人醫療保險保障的人士容易獲取所需的醫療服務。

D. 7 經合組織研究並且指出，政府透過規管和財政手段作出各種適當干預，有助解決私人醫療保險令醫療系統出現成本失控和不公平現象的問題。這項研究雖然並無歸納出一套嚴格和通用的規則，原因可能是由於不同經濟體的情況各異，致使訂立一套簡單通用的規則根本不可能，但卻重點提出了一些政府可以發揮積極作用的範疇，包括規管私人醫療保險的角色、為私人醫療保險的承保機構訂立承保和賠償的標準、對披露資料作出規定、給予私人醫療保險市場財務誘因，以及對私

---

<sup>1</sup> 有關研究的結果詳見經合組織（二零零四年）在巴黎出版的《經合組織國家的私人醫療保險》（Private Health Insurance in OECD Countries）。

營醫療服務提供者採取更全面的政策。然而，私人醫療保險市場在確保公平、加強靈活性、保留效益誘因等方面的目標，有時是互相牴觸的，對於可如何最有效地求取平衡，研究並無定論。

## 保障範圍

D. 8 私人醫療保險的保障範圍，與其在醫療融資方面所擔當的角色有莫大關係。在荷蘭及瑞士，私人醫療保險屬強制性質，是醫療融資的主要來源，其保障範圍包括住院及門診服務。不過，在澳洲及新加坡，私人醫療保險在融資方面所擔當的角色則屬輔助性質，而由於這兩個國家在門診服務方面均無迫切及重大的融資問題，因此私人醫療保險主要涵蓋住院服務。新加坡的情況尤其與香港相似，該國的門診服務費用同樣主要由用者自付，或由僱主提供的私人醫療保險支付。

D. 9 由於荷蘭的醫療服務提供者供應不足，醫院的輪候服務名單很長，因此該國的強制性私人醫療保險制度准許投保人在得到承保機構的同意下，在國外接受治療。這個意念值得因應本地的情況作出探討，因為香港同樣須面對私家醫院病床及醫生供應緊絀的問題。

## 成本分擔

D. 10 經合組織研究建議為投保人實施適度的分擔成本安排，這有助他們注意成本控制和遏止道德風險導致的服務濫用情況。私人醫療保險的成本分擔安排一般包括免賠額和共同保險的方式，而美國及新加坡則兩者並用，以解決道德風險問題和避免濫用服務。特別就免賠額而言，這是瑞士、澳洲、新加坡及美國用以降低保費普遍所用的方法。

D. 11 值得注意的是，在控制道德風險方面，共同保險及免賠額對窒礙真正的住院需要影響甚微，但卻有效避免不必要的住院，或一些可以改用門診或社區護理設施的個案，而使用這兩者的服務，成本相對較低。

## 保險賠償限額及用者自付費用

D. 12 某些市場已把保險賠償限額加入私人醫療保險產品的設計內，以減少承保機構賠償醫療服務提供者收取過高費用的風險。因此，病人須自費支付超出限額的費用。以新加坡為例，外科手術的保險賠償限額按外科手術的複雜程度釐定，並劃分七個等級。在英國，等級可多達 25 個。

D. 13 此外，在一些情況下，私營承保機構亦會與醫療服務提供者訂立協議，根據議定的收費表直接支付費用，而在這情況下，保險賠償限額和用者自付費用在原則上並不存在。在荷蘭、瑞士及美國，保險賠償並無限額，因此投保人除了私人醫療保險產品中所設的成本分擔項目外，無須承擔用者自付費用。這些國家普遍禁止所謂的「收取差額」。這項安排可減少出現醫療服務預算不明確的情況，因此對病人有利。不過，要禁止醫療服務收費超逾收費表上所列金額，這存在一些實際困難，尤其是當醫療服務供應緊絀的時候。在澳洲，承保機構自二零零零年起推行「差額支付計劃」(Gap Cover Scheme)，使醫療服務提供者可透過這項計劃收取超出收費表上所列的金額，但在提供治療前須把情況告知病人，並取得其同意作出相關的財務承擔。

## 發還款項予服務提供者的安排

D. 14 據觀察所得，一些已發展國家採用多種付款機制來發還醫療服務費用。以住院服務而言，美國、澳洲及荷蘭等經濟體，普遍根據按症候族羣分類訂定的收費作為按每次住院計算收費的制

度。此外，在澳洲亦有一些住院個案根據服務類別和複雜程度按日計發還款項。

D. 15 從海外經驗可見，按症候族羣分類訂定收費或按每次住院計算收費的制度，可算是一種「套餐式收費」，有助促進市場透明度，並為不同醫院之間的表現和收費訂定基準。對病人而言，這個收費制度亦可使某一次治療的保險賠償總額更為明確，並讓病人可預計是否需要承擔用者自付費用，且能更準確算出有關金額。

D. 16 有關向服務提供者付費的機制方面，外地一些普及經驗值得注意。首先，如向服務提供者付費的機制依賴編碼運作，有可能會遭到濫用，因為據悉有些服務提供者會把實際提供的服務的編碼提高，以收取較高的費用。第二，隨着護理模式的轉變和推出新服務等情況，向服務提供者付費的機制很快便不能切合最新情況，因此必須根據環境的轉變更新編碼規則，這點至為關鍵。第三，服務提供者可能會在付費機制作出改變時，藉新舊機制之間不連貫和無法直接比較，趁機提高收費。第四，視乎付費的機制在何程度上會令服務提供者從投保病人所得的收入減少，服務提供者可能會藉提供更多服務以彌補每項服務所減少的收入，並把成本轉嫁給沒有投保的病人。此外，如果把付費機制作管制價格之用，會有機會令一些醫生放棄本地市場，到外地尋找待遇更佳的工作機會。

### 保費釐訂、核保和逆向選擇

D. 17 逆向選擇是私人醫療保險面對的系統性風險，承保機構通常會透過醫療核保以及按風險釐訂保費的方法，緩減這方面的風險。然而，在荷蘭和瑞士推行的強制私人醫療保險制度下，由於任何人士都需投保以獲得私人醫療保險的保障，因此不存在逆向選擇的問題。承保機構無須進行任何醫療核保，而政府可透過推行按羣體保費率收取保費，即在某個保險計劃下的所有投保人（不論年齡和以往健康狀況等健康風險因素）均支付劃一保費，從而掌控了保費率架構。按羣體保費率收取保費涉及投保人互相補貼，上述的經濟體擁有強大的社會凝聚力，相信是令社會接受按羣體保費率收取保費的原因。

D. 18 不過，在自願參與的情況下，政府推行的計劃採用羣體保費率會加重逆向選擇的情況，因為年輕及健康的人口所支付的保費，會較以風險為據所訂的保費為多，他們可能因此轉到不受監管的市場投保或選擇不投保。結果是參加計劃的人主要來自較年長及健康較差的人口，因而削弱了分攤風險的作用，甚至導致計劃失敗。在澳洲，羣體保費率可行的原因是政府嚴加規管私人醫療保險市場，禁止私人醫療保險產品按風險釐訂保費。此外，承保機構不得對投保人作醫療核保，而且必須接納所有投保人（不論投保前是否已有病症），但設有一年等候期以應付潛在的逆向選擇問題。然而，逆向選擇仍然普遍存在，造成缺乏年輕人參加保險計劃。為了鼓勵年輕人投保，澳洲政府由二零零零年開始推行「終身醫療保險計劃」（Lifetime Health Cover），規定在 30 歲後才投購私人醫療保險的人士，須支付 30 歲後至投購時年齡之間每年額外增加 2% 的羣體保費率附加保費，最高可達基本保費的 70%。

D. 19 在美國，私人醫療保險市場並不集中，而投購保險亦屬自願性質。個別人士可從不同的州投購私人醫療保險，甚至可以遷往其他州尋找更能負擔的私人醫療保險。因此，雖然某些州致力限制風險評級，以便高風險人士可以投購保險，但逆向選擇的問題仍難以解決。香港的情況應該甚為相似，因為如果落實推行建議的醫保計劃，醫保計劃不會是獨佔市場，而是須與現有的私人醫療保險產品，甚至與鄰近經濟體售賣的保險產品競爭。醫保計劃與現有市場在保費釐定及風險分類方面的做法應該一致，以免出現嚴重的逆向選擇及價格套戥的情況。

## 風險選擇、平衡風險與高風險分攤基金

D. 20 按羣體保費率收取保費的計劃(例如荷蘭及澳洲所推行的計劃)，會採用某種形式的風險調整或平衡風險機制，使承保機構不必刻意選擇風險和選擇較年青及健康的人為投保人。該兩個經濟體的有關機制由政府運作，並由保險業作支援。調整過程涉及由承保機構出資成立基金，並把保費重新分配予各承保機構，讓擁有相對較高風險組合的承保機構可獲得較多保費，反之亦然。不過，風險調整機制並不完善，而承保機構仍然會嘗試透過市場推廣方法和針對不同市場設計不同產品來選擇風險。

D. 21 由於風險調整機制並不完善，荷蘭、美國及澳洲採用設立高風險分攤基金或再保險基金的做法，透過由各個不同承保機構分擔支付巨額保險賠償的成本或承保高成本人士的成本，進一步均分各保險公司所承擔的風險。

## 成本控制

D. 22 經合組織研究審視了各經合組織國家的經驗，發現私人醫療保險對控制總體或公共醫療開支，整體上成效有限。研究亦發現私人醫療保險尚未能顯著把醫療開支由公共來源轉至私人來源。即使在私人醫療保險提供雙重醫療保障功能的情況下，會為系統帶來部分的開支轉移，但成效有限，因為投保人往往繼續使用公營醫療服務，尤其就最昂貴的服務而言。此外，在私人醫療保險市場角色的較小，或私人醫療保險獲得公帑資助的情況下，私人醫療保險對醫療開支轉移的影響亦會較少。況且，在大部分私人醫療保險擔當較重要角色的國家，私人醫療保險往往因造成醫療價格上升、使用率增加或兩者同時出現，推高總體及公共醫療開支。然而，該研究認為這種成本上升的情況是否可取和可予接受，取決於醫療開支增加會帶來什麼益處。

D. 23 事實上，假如沒有有效方法，無論是政策措施或市場常規，以打擊道德風險行為和維持市場的競爭，私人醫療保險的本質傾向令整體醫療成本增加。在美國和瑞士，有些承保機構採用管理醫療模式來控制成本和提升醫護服務質素，然而成效卻不一，昂貴的行政開支是背後的一個因素。在美國，有些措施，例如預先批核(即：在入院前需要得到承保機構的批准)，最初確實產生實質影響，但其後帶來的行政成本多於所節省的支出，這是由於醫療實務的模式後來轉變使所省的支出減少，但行政成本卻維持不變。另外，有些措施被視為會干預到醫生的臨床決定，最終在政治上引起強烈不滿，因而削弱一些管理醫療模式的成效。有意見認為相對於微觀管理，控制成本措施如能夠着眼於較宏觀的情況，反對的聲音應該會較少。例如讓個人承擔醫療成本的責任，加大市場透明度和向消費者傳布更多資訊，讓他們作出知情的選擇，這些元素更為重要。多年來，這些元素一直是新加坡策略思維的一部分。

## 透明度、訂立基準與競爭

D. 24 美國及荷蘭等地一直致力促使私營醫療服務提供者在服務表現、收費以及其他對病人有用的資料方面，提高透明度和訂立基準，以助消費者作出選擇，和促進改善醫療質素及成效。

D. 25 美國擁有龐大的醫療數據儲存庫，可為承保機構提供基準，用以比較不同的醫療服務提供者。這些基準現正融入「消費者主導醫療計劃」，讓個別人士為個人的醫療費用承擔更多財務責任，但同時獲提供更多有關可供使用的醫院及醫生的資料。在荷蘭，政府一直致力推動醫療服務具透明度和訂立基準。服務細節具透明度和製備一套可供公眾查閱有關醫療質素的資料是醫療機構的目標，為協助醫療機構達到這些目標，荷蘭政府設立一個名為「Zichtbare Zorg」(具透明度的醫療服務)的計劃，為整個醫療服務市場，由普通科醫生的護理服務到醫院護理服務和藥劑服務，制

訂質素指標。

D. 26 在私人醫療保險承保機構的表現方面，澳洲和荷蘭均設立了資訊平台，讓消費者可隨時透過這個平台，比較市場上不同承保機構提供的私人醫療保險產品，從而增加消費者的選擇，並為承保機構間製造競爭環境。這些措施得到經合組織研究認同，而該研究亦建議提供易於明白的比對資訊和規定披露產品資料。該研究指出，披露資料的規定可與建立保險賠償標準相輔相乘，有助促進和加強消費者對所投購的私人醫療保險產品和保障範圍的了解。此外，研究又指在保險賠償方面作出規範雖然會削弱承保機構因應個別人士需求提供創新及適切產品的能力，但對賠償細節制訂一些限制或加以規範可能是適當的做法，特別是以長者及長期病患者為對象的產品為然。

## 上訴機制

D. 27 不少經濟體例如美國、澳洲、瑞士及荷蘭等，都設有專門的上訴機制，透過獨立的機構處理涉及承保機構、醫療服務提供者與投保人的投訴和三者之間的糾紛。在某些情況下，這些機構的職能可擴展至決定一項手術、藥物或治療應否列入私人醫療保險的承保範圍。

## 規管

D. 28 不同地方對私人醫療保險的規管，在基本規管範圍方面大致相若，通常涵蓋對承保機構作出審慎財務規管，以確保它們有足夠資金履行其對受保人士的責任，和規管保險產品以確保所售產品符合當局就私人醫療保險有關的政策目標，以及在有些情況下規管保費以保障消費者權益。規管保費是一種相對較具爭議性的做法，因為有憂慮管制價格會對市場效率和承保機構的償付能力狀況造成不良影響。例如在澳洲，社會對每年保費調整須獲政府批准的規定有相當爭議。

D. 29 至於規管架構也因地而異。荷蘭和瑞士的架構相對複雜，不同範疇的規管工作牽涉多個機構。雖然荷蘭政府近年精簡有關架構，但社會上仍有不滿聲音指架構過分官僚，承保機構為符合政府規例須承擔大量工作。澳洲大部分私人醫療保險規管工作由一個機構負責，負責的機構是私人醫療保險管理局(Private Health Insurance Administration Council)。私人醫療保險管理局近年致力精簡規管架構，自二零零三年起採用「以成效為本」的方式進行規管，當中的理念是為了避免規管過度和引致不必要的文件工作，寧可聚焦於主要工作表現指標，如保費率升幅及管理開支效率等，並在承保機構表現未達所需標準時要求它們提交進一步報告。

## 鼓勵公眾投購私人醫療保險

D. 30 在荷蘭和瑞士，由於私人醫療保險屬強制參與，實際上是全民參加，因此無須鼓勵公眾投購私人醫療保險。不過，政府須提供保費資助，目的是紓緩人民(特別是那些較貧困的人士)的財務負擔。一些對私人醫療保險沒有強烈政策立場的經濟體，例如加拿大和英國，則為私人醫療保險的保費提供稅務寬免，但有關措施似乎類近其他向家庭提供的一般稅務優惠措施。

D. 31 在澳洲，政府於一九九八年十二月推行一項無須經過經濟狀況審查的 30%保費回扣，以鼓勵公眾投購私人醫療保險(自二零零五年四月起，長者可享高至 40%的回扣率)。然而，這項措施對私人醫療保險市場的影響輕微，私人醫療保險的人口覆蓋率只由一九九八年十二月的 30%，僅升至一九九九年九月的 31%。出現這個情況的主要原因，是由於年輕人口反應欠佳，這見於二零零零年三月 30 至 34 歲的人士的私人醫療保險投保比率只為 27%。不過，二零零零年九月，在澳洲政府推行「終身醫療保障計劃」三個月之後，這個比率飆升至 46%，因為根據這個計劃，延遲至超

過 30 歲後才參加計劃的人士須繳付附加保費。二零零一年六月，私人醫療保險的整體人口覆蓋率上升至 45%。雖然誘因和罰則並用(軟硬兼施)的方法見效，但很多意見認為，最終動力來自一項由政府 and 保險業界推行的大型市場推廣運動。該項運動以「快來投保」(Run for Cover)為主題，並設有寬限期，讓年齡超過 30 歲的人士可參加終身醫療保障計劃而又可豁免該計劃的罰則。

D. 32 新加坡政府採用可稱為循序漸進的方式。政府於一九九零年代初推行名為「醫療保障計劃」(Medishield)的私人醫療保險計劃，提供高免賠額、低保費的個人私人醫療保險產品。中央公積金的會員除非選擇退出計劃，否則會自動加入計劃，而當時只有小部分中央公積金會員退出。其後，政府又推出附加保障項目供投保人選購，並最終邀請保險公司銷售「綜合醫療保障計劃」(Integrated Medishield) (內含「醫療保障計劃」的基本保障和符合受監管要求的額外保障項目)，以及由私營承保機構設計的「醫療保障計劃」的額外附加保障產品。近年，新加坡政府致力宣傳市民有責任承擔醫療開支的信息，同時一直擴大保險計劃的保障範圍，以及把受保障人士的覆蓋擴至新生嬰兒、受供養人士和自僱人士。現時，「醫療保障計劃」涵蓋超過 80%的新加坡公民和永久居民。



## 附錄 E 健康與醫療發展諮詢委員會

健康與醫療發展諮詢委員會(委員會)是一個諮詢組織，由食物及衛生局局長擔任主席，設有 14 名非官方成員和 1 名官方成員。委員會負責檢討和制訂公營和私營醫療系統的服務模式，以及就長遠的醫療融資方案提出建議。委員會轄下的醫療融資工作小組在二零零五年十月成立，專責探討在長遠的服務模式下醫療系統的融資問題。

委員會在二零零五年七月發表題為《創設健康未來》的討論文件，以諮詢公眾。文件就本港醫療體系日後的醫療服務模式提出多項建議，涵蓋基層醫療護理、醫院服務、第三層和特別醫療服務、長者護理服務、長期護理服務和康復護理服務，以及其他相關事宜，包括公私營協作和基礎支援，供市民討論，以期建立一個能長遠維持的醫療系統，為每名市民提供既方便又負擔得來的服務。

繼委員會的《創設健康未來》討論文件後，政府於二零零八年三月發表《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件，展開醫療改革第一階段公眾諮詢，當中提出以作諮詢的醫療改革建議，是參照委員會的建議而制訂的。本諮詢文件現就醫療改革提出進一步的建議，以進行第二階段公眾諮詢，與市民繼續保持對話。

## 健康與醫療發展諮詢委員會成員名單（二零一零年）

### 主席

食物及衛生局局長  
周一嶽醫生，GBS，JP

### 非官方成員

夏佳理議員，GBM，GBS，JP（副主席）

陳健波議員，JP

陳肇始教授

鍾惠玲博士

方津生醫生，SBS，JP

林順潮教授，JP

梁世民牙科醫生

呂許昭棠博士

史泰祖醫生，JP

鄧惠瓊教授，SBS，JP

汪國成教授，JP

黃雅各先生，MH

胡定旭先生，GBS，JP

任燕珍醫生，BBS

（按姓氏的英文字母順序排列）

### 官方成員

食物及衛生局常任秘書長（衛生）  
李淑儀女士，JP

健康與醫療發展諮詢委員會  
醫療融資工作小組成員名單（二零一零年）

主席

夏佳理議員，GBM，GBS，JP

非官方成員

陳健波議員，JP

陳唐芷青女士，JP

張仁良教授，BBS，JP

方津生醫生，SBS，JP

何錦霞女士

狄志遠先生，BBS，JP

伍步謙博士，BBS，JP

胡定旭先生，GBS，JP

（按姓氏的英文字母順序排列）

## 附錄 F 自願醫療輔助融資諮詢小組

自願醫療輔助融資諮詢小組於二零零九年十一月成立，目的是就行政長官在《二零零九至一零年施政報告》<sup>1</sup>中提出制訂一個自願參與的醫療輔助融資方案的建議，以及其他任何相關事項，向政府提供意見。

諮詢小組由食物及衛生局副局長出任主席，並由食物及衛生局提供秘書處支援。諮詢小組成員來自不同界別，包括保險界、醫療界、僱主、消費者及其他持份者的代表。

### 悼念

諮詢小組成員杜覺英先生於二零零九年十二月底不幸離世，諮詢小組深感難過和惋惜。杜先生生前積極參與諮詢小組的會議，從保險業界的角度就各項課題提供很多有用和具建設性的意見，貢獻良多。諮詢小組主席及全體成員謹此向杜先生的家人致以最深切的慰問。

---

<sup>1</sup> 《二零零九至一零年施政報告》第 76 至 77 段(節錄)：

- 「…總結醫療改革第一階段諮詢的意見，市民普遍認同政府有必要解決醫療融資問題，但對強制性的醫療融資方案則有所保留。」
- 「我們正着手制訂一個自願參與的輔助融資方案，並計劃在明年諮詢公眾。這個方案會包含保險及儲蓄成分。政府會加以規範及監管，並會動用為推動醫療改革預留的五百億元撥備，提供資助及誘因，令有能力負擔的市民，特別是已有醫療保險保障的人士，可以有更多私營服務的選擇。新方案會減輕公營系統的負擔，加強醫療系統的可持續性。…」

## 自願醫療輔助融資諮詢小組成員名單（二零一零年）

### 主席

食物及衛生局副局長，JP  
梁卓偉教授

### 非官方成員

殷大偉先生  
業榮達先生  
高德禮博士  
陳妙玲女士  
范佐華先生  
黎志誠先生  
林偉權先生，MH  
劉國霖醫生  
劉燕卿女士  
劉文煒先生，BBS，JP  
劉展灝先生，BBS，JP  
羅致光博士，SBS，JP  
李國棟醫生  
梁憲孫教授  
馬陳鏗先生  
彭耀佳先生，SBS，JP  
蘇利民先生  
沈茂輝先生  
譚仲豪先生  
曾建平先生  
謝鴻興醫生  
任家鑫先生  
葉健民博士  
楊超發醫生

（按姓氏的英文字母順序排列）

## 參考文獻

《醫保計劃 由我抉擇》醫療改革第二階段公眾諮詢網站  
(包括諮詢文件及相關研究報告)

<http://www.MyHealthMyChoice.gov.hk>

《掌握健康 掌握人生》醫療改革第一階段公眾諮詢網站  
(包括諮詢文件、相關研究報告及公眾諮詢報告)

<http://www.BeStrong.gov.hk>

二零零八年三月發表的《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件

[http://www.fhb.gov.hk/beStrong/tc\\_chi/consultation/consultation\\_cdhr\\_cdhr.html](http://www.fhb.gov.hk/beStrong/tc_chi/consultation/consultation_cdhr_cdhr.html)

二零零八年十二月發表的醫療改革第一階段公眾諮詢報告

[http://www.fhb.gov.hk/beStrong/tc\\_chi/consultation/consultation\\_report1.html](http://www.fhb.gov.hk/beStrong/tc_chi/consultation/consultation_report1.html)

二零零五年七月發表的《創設健康未來》健康與醫療發展諮詢委員會討論文件

[http://www.fhb.gov.hk/hmdac/tc\\_chi/papers/files/hmdac\\_paper.pdf](http://www.fhb.gov.hk/hmdac/tc_chi/papers/files/hmdac_paper.pdf)

其他有關醫護系統文件

[http://www.fhb.gov.hk/hmdac/tc\\_chi/papers/other.html](http://www.fhb.gov.hk/hmdac/tc_chi/papers/other.html)

2007-08 施政報告

<http://www.policyaddress.gov.hk/07-08/chi/p96.html>

2008-09 財政預算案

<http://www.budget.gov.hk/2008/chi/budget11.html>

<http://www.budget.gov.hk/2008/chi/budget85.html>

2008-09 施政報告

<http://www.policyaddress.gov.hk/08-09/chi/p80.html>

2009-10 財政預算案

<http://www.budget.gov.hk/2009/chi/budget48.html>

2009-10 施政報告

<http://www.policyaddress.gov.hk/09-10/chi/p76.html>

2010-11 財政預算案

<http://www.budget.gov.hk/2010/chi/budget50.html>

主題性住戶統計調查報告書 - 第四十一號報告書

[http://www.censtatd.gov.hk/products\\_and\\_services/products/publications/statistical\\_report/social\\_data/index\\_tc\\_cd\\_B1130241\\_dt\\_detail.jsp](http://www.censtatd.gov.hk/products_and_services/products/publications/statistical_report/social_data/index_tc_cd_B1130241_dt_detail.jsp)

本地醫療衛生總開支帳目

<http://www.fhb.gov.hk/statistics/cn/dha.htm>





# 醫療保障計劃