



# 醫保計劃 由我抉擇

醫療改革第二階段諮詢文件



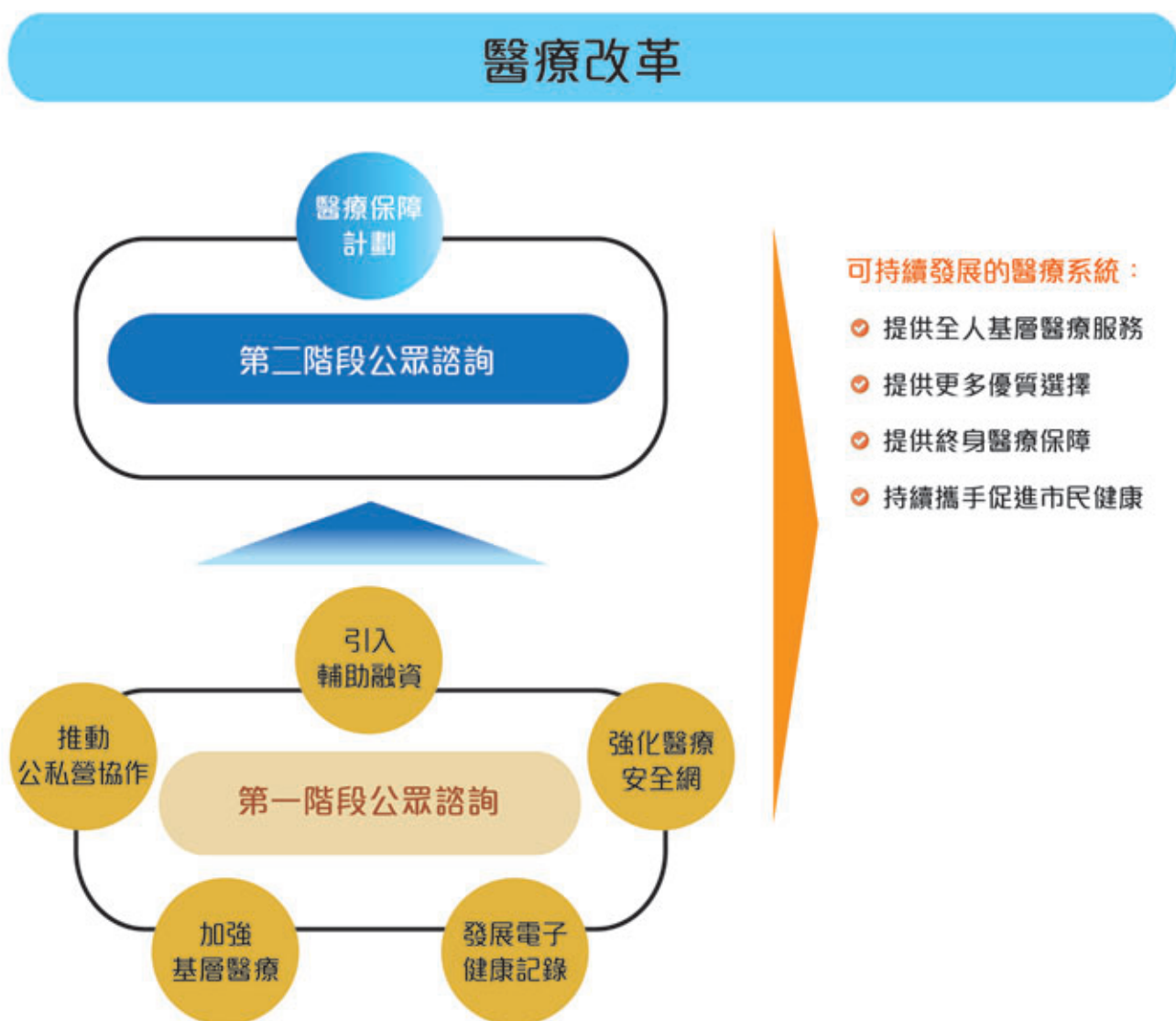


## 諮詢文件摘要

### 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。

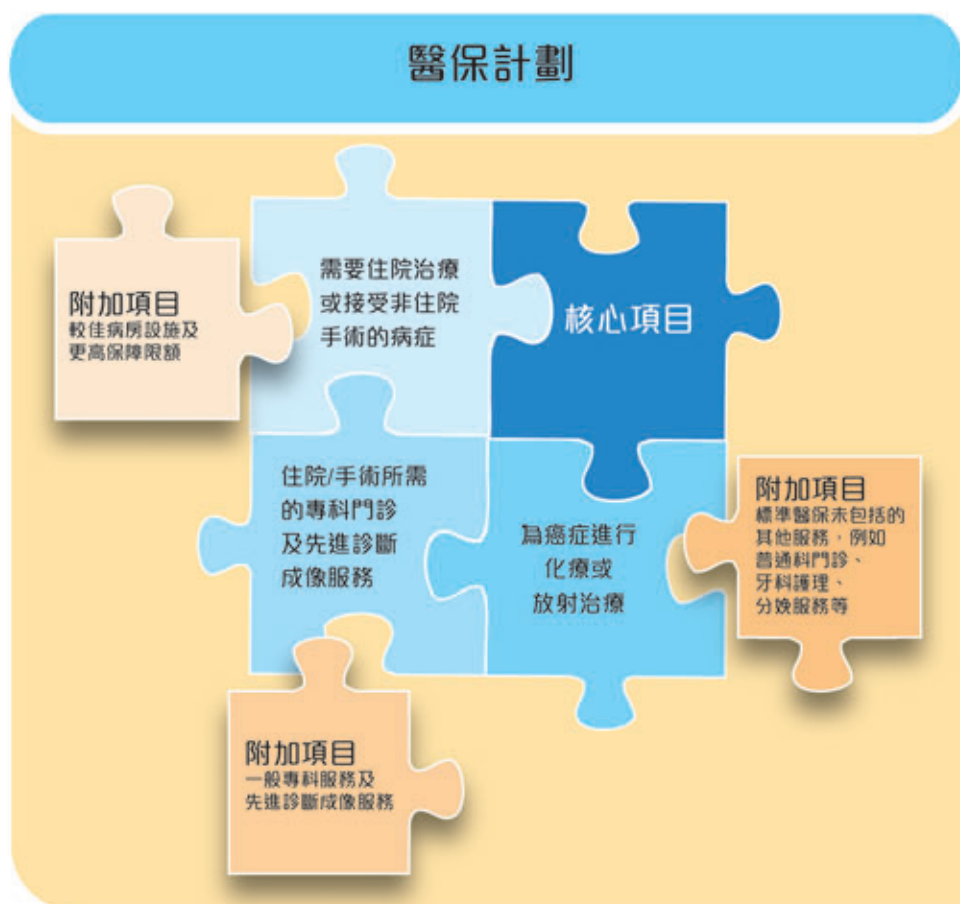
11. 透過讓更多人持續使用私營醫療服務，醫療保障計劃可以讓公營醫療系統更專注於目標服務範疇，包括為低收入家庭及弱勢社羣提供服務、急症服務及緊急護理，以及為罹患危疾和複雜疾病的人士提供服務，治療這些危疾和複雜疾病的費用高昂，以及需要先進科技和由跨專科專業團隊進行，而私營界別未能立時提供所需治療或涉及十分高昂的費用。

### **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 —

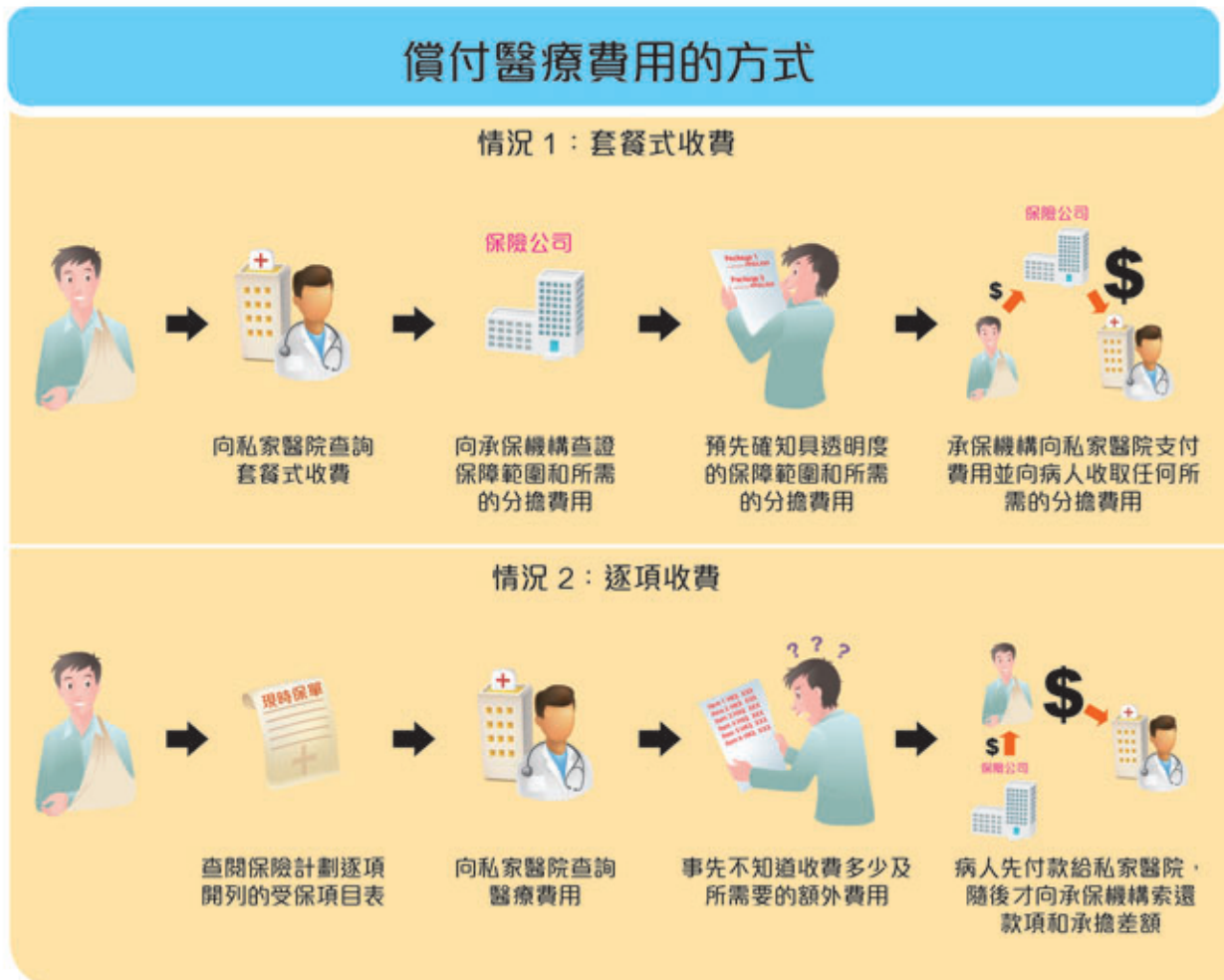
- 投保者不會被拒保並保證可終身續保
- 公布按年齡分級的保費，保費調整將有指引可據
- 承保投保前已有的病症，但設有等候期及具時限的償款上限\*
- 限定保費連高風險附加保費的上限為公布保費的三倍\*
- 透過高風險分攤基金讓較高風險的人士亦可投保\*  
(\*見下文「較高風險組別人士參與計劃」)
- 提供無索償折扣，可高達公布保費的 30%
- 保險計劃可攜：可以轉移承保機構及在離職後續保
- 具透明度的保險成本，包括索償及開支
- 醫療保單的條款及定義標準化
- 受政府監管的醫療保險索償仲裁機制

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。

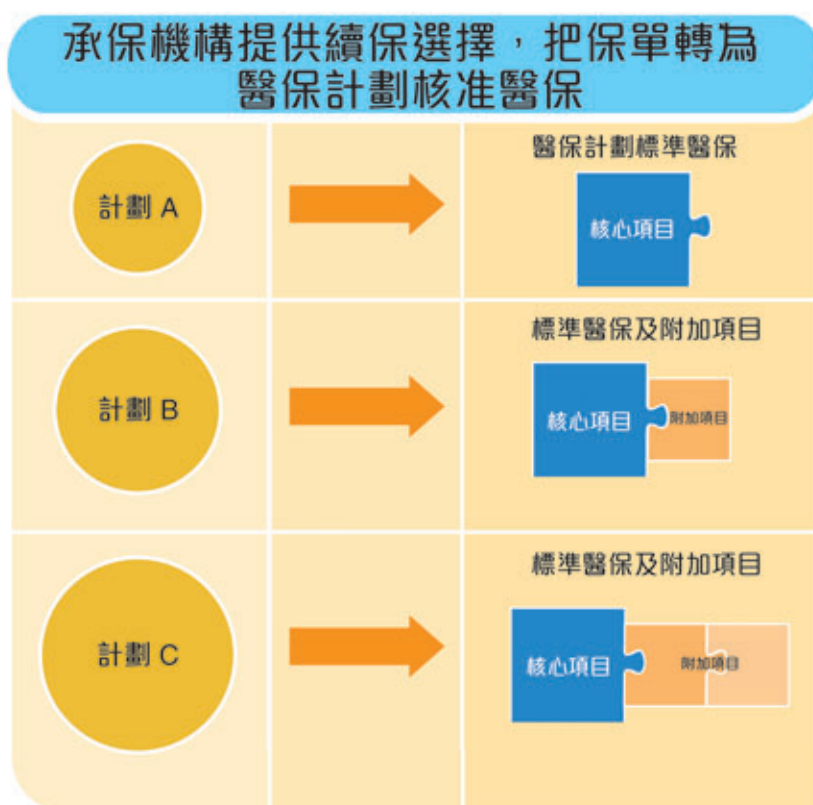


## 轉移現有的醫療保險

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***

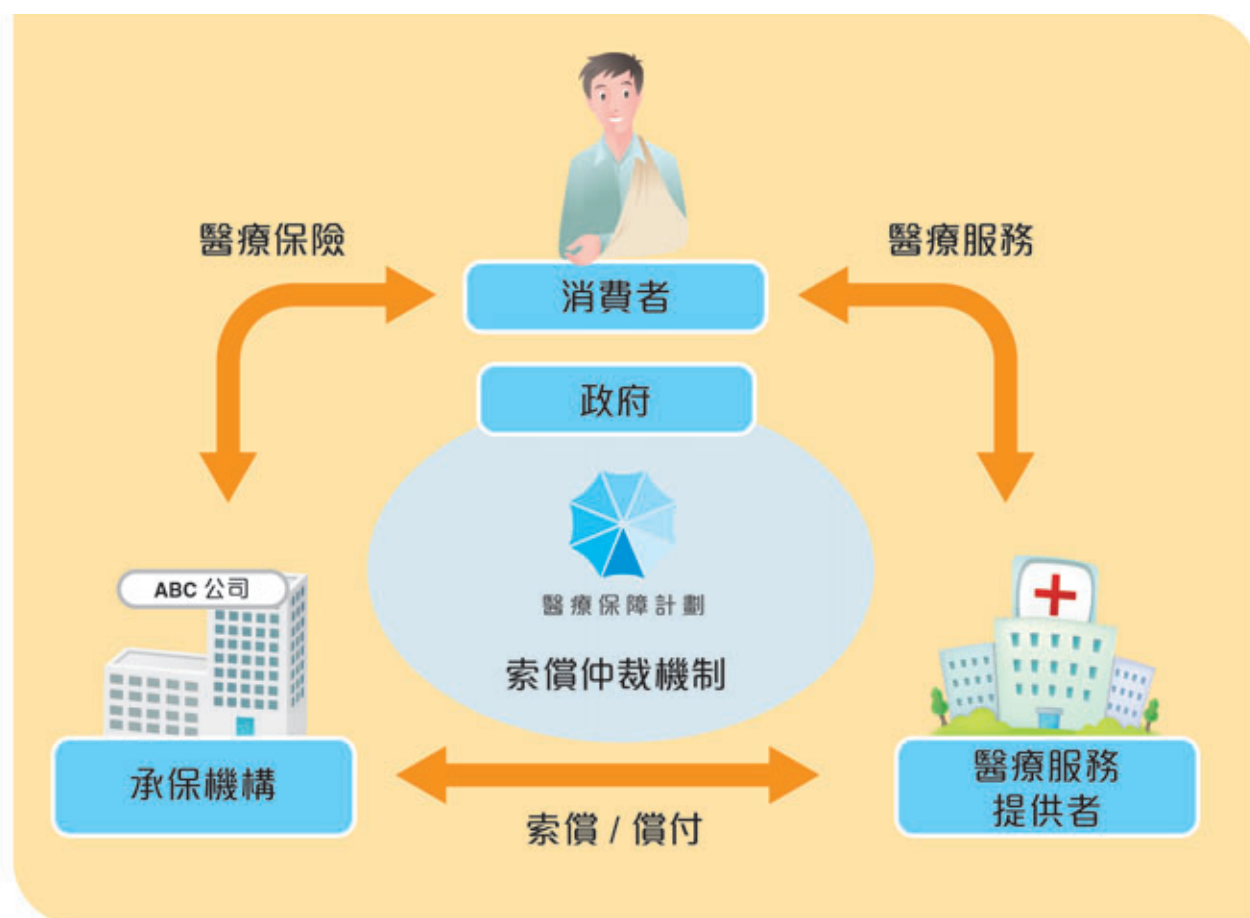
29. 實施醫保計劃需要私人醫療保險承保機構和私營醫療服務提供者的參與。有見及此，有關醫保計劃的各項建議在設計上除了要在使用私人醫療保險和私營醫療服務方面保障消費者權益外，亦須確保在醫保計劃下提供的醫療保險和私營醫療服務切實可行，而財政上亦可維持。

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？







# 醫療保障計劃