

行政摘要

醫療改革（第一章）

1. 香港擁有雙軌並行、公私營醫療界別互相配合的醫療系統。公營界別主要提供第二層和第三層醫療服務，約88%的住院服務（以病床使用日數計算）由公立醫院提供。公立醫院提供約27 400張病床，佔全港病床總數約88%。私營界別配合公營醫療系統，為有能力而又願意負擔醫療費用的人士提供選擇，讓他們獲得個人化的醫療服務和最佳的治療環境。

2. 多年來，雙軌醫療制度一直行之有效，而政府的政策是維持並加強這個雙軌醫療制度。然而，一如其他先進的經濟體，香港的醫療系統正面對由人口老化、市民對醫療服務期望日高，以及醫療成本不斷上漲而帶來的挑戰。面對這些挑戰，政府近年大幅增加了在公營醫療系統方面的投資，包括在過往七年把醫療衛生服務方面的經常開支由二零零七至零八年度的320億元增加超過60%至二零一四至一五年度的520億元（公共醫療開支現佔政府經常開支總額約17%），以及開展一個重要的公立醫院重建和擴建計劃，包括興建天水圍醫院和香港兒童醫院、擴建基督教聯合醫院，以及重建廣華醫院和瑪麗醫院。

3. 政府在繼續承擔公營醫療服務之餘，也有必要研究適當措施，以探討如何改善本港醫療服務的質素，以及透過調較公私營系統之間的平衡，加強本港醫療系統長遠可持續發展的能力。自一九九零年代起，政府曾數度就醫療改革進行公眾諮詢，期望透過重新調整公私營醫療界別的比重，改革醫療系統。政府提出了各項建議方案，包括就政府資助設立上限或增加公營醫療服務收費、社會醫療保障、醫療儲蓄戶口等。雖然市民普遍認同有改革的需要，但他們對各改革方案有不同意見，未能達成共識。

4. 在二零零八年至二零一零年期間，政府展開兩個階段的醫療改革公眾諮詢，以探討如何改善本港醫療服務的質素，以及提升本港醫療系統長遠可持續發展的能力。政府在二零零八年進行題為《掌握健康 掌握人生》的第一階段公眾諮詢。除了諮詢公眾對服務改革方案的建議外，政府也提出了六個輔助融資方案，包括提高公營醫療服務使用者須支付的費用、社會醫療保障、強制醫療儲蓄戶口、自願私人醫療保險、強制私人醫療保險和個人健康保險儲備（強制性儲蓄及保險）。由於市民對強制融資方案有所保留，政府遂於二零一零年進行題為《醫保計劃 由我抉擇》的第二階段公眾諮詢，提出由政府規管的自願私人醫療保險計劃，即醫療保障計劃（醫保計劃）建議。

5. 醫保計劃旨在透過改善市場上醫療保險的質素，為有能力和願意使用私營醫療服務的人士提供更多選擇。醫保計劃鼓勵更多市民使用私營醫療服務，作為公營服

務以外的選擇，從而讓公營界別可更專注為其目標範疇提供服務。當局建議醫保計劃產品應具備多個主要特點，讓市民更易獲得醫療保險保障，並提高醫療保險的質素和透明度。這些特點包括保證可終身續保、承保投保前已有的病症（設有等候期）、透過高風險分攤基金讓較高風險人士亦可投保，以及制訂標準保單條款及條件等。

6. 為推展醫保計劃，我們在健康與醫療發展諮詢委員會下成立了醫療保障計劃工作小組及諮詢小組，就推行醫保計劃的各項事宜提出建議。我們根據工作小組的討論和顧問的建議，制訂了推行醫保計劃的詳細建議以諮詢公眾。

7. 醫保計劃並非旨在解決本港醫療系統面對的所有挑戰，而是一項配合公營醫療的輔助融資安排，也是調節公私營醫療系統平衡的措施之一。為了更清晰地反映計劃的目標和性質，我們建議把計劃改稱為「自願醫保計劃」。

「最低要求」（第二章）

規管個人住院保險

8. 擬議的自願醫保計劃旨在規管個人償款¹住院保險，即屬於《保險公司條例》（第41章）附表1第3部類別2（疾病）、提供彌償性質的利益的保險合約，以承保受保人因疾病或殘疾而須住院²而引致損失的風險（住院保險），而保單持有人/受保人必須為個人。個人住院保險保單可以一份類別2的獨立保單的形式批予個人，或作為附加到長期業務合約的額外保障批出，成為該長期業務合約的一部分（例如附加到人壽保險保單、並成為該人壽保險保單的一部分的醫療保險附約）批出。

9. 承保機構在銷售及/或訂立個人住院保險時，必須符合由政府訂明的「最低要求」。「標準計劃」是指符合所有（但不超過）「最低要求」的個人住院保險。承保機構在銷售個人住院保險時，不論是否同時提供其他附有更佳保障的個人住院保險產品（見第20至22段），均必須向消費者提供一個「標準計劃」作為其中一項選擇。在自願醫保計劃推行後，承保機構不得提供不符合「最低要求」的個人住院保險產品。

「標準計劃」

10. 「標準計劃」的12項擬議「最低要求」旨在改善個人住院保險的投購和延續性，並提高保險保障的質素、透明度和明確性。這些要求概述如下——

1 「償款」保險一般指一種承保機構對受保人的實際損失作出償付（或彌償）的保險。

2 就自願醫保計劃而言，在本文件中住院指病人未必在入院的同一曆日出院的情況，或整個手術、康復、治療和護理過程必須連續留院進行，預計可能需時超過12小時。

- (a) 保證續保且無須重新核保；
- (b) 不設「終身可獲保障總額上限」；
- (c) 承保投保前已有病症，但設有標準等候期；
- (d) 在下述情況，提供必定承保而附加保費率上限設定為標準保費200%的安排—
 - (i) 自願醫保計劃推行首年內，所有年齡人士；以及
 - (ii) 自願醫保計劃推行第二年起，40歲或以下人士；
- (e) 保單「自由行」，如在轉換保單前一段時間（例如三年）內沒有提出任何索償，在轉換承保機構時便無須重新核保；
- (f) 承保範圍必須包括須住院及/或以訂明的非住院程序³治療的病症；
- (g) 承保範圍必須包括訂明的先進診斷成像檢測（須繳付固定的30%共同保險以遏止道德風險），以及設有賠償上限的非手術癌症治療；
- (h) 保障限額須達至訂定的水平；
- (i) 保單持有人無須繳付分擔費用（免賠額或共同保險），但訂明的先進診斷成像檢測的固定30%共同保險除外；保單持有人的分擔費用設有每年30,000元的上限（不包括保單持有人因實際支出超過其保單保障限額而須繳付的任何款項）；
- (j) 透過以下措施為保單持有人提供明確的支出預算—
 - (i) 「服務預算同意書」：須在治療前透過書面報價告知保單持有人預算的費用及預計的賠償額；
 - (ii) 至少一項程序/檢測設有「免繳付套餐/定額套餐」安排：倘若保單持有人所接受的程序、所選擇的醫療機構（例如醫院）和醫生都在承保機構與醫療服務提供者商定的清單上，保單持有人便可享有「免繳付套餐」（無須繳付任何自付費用）或「定額套餐」（繳付預定數額的自付費用）安排；
- (k) 標準保單條款及條件；以及

3 「標準計劃」涵蓋的非住院程序會由擬設負責監察自願醫保計劃的推行和運作的規管機構決定和訂明（請參閱第36段），並會徵詢由各主要持份者組成的諮詢委員會（成員來自保險業、私營醫療服務提供者和有關監管機構等）的意見。

- (l) 透過方便使用的平台（例如承保機構和擬設立的自願醫保計劃規管機構的網站），提供按年齡分級且具透明度的保費資料。

11. 制訂「最低要求」的建議，是考慮到市民在較早前的公眾諮詢中曾提及對現有住院保險市場的關注，包括拒絕承保、承保範圍不包括投保前已有病症、不保證續保、缺乏明確的支出預算，或因欠缺標準的保單條款及條件而引致保險索償爭議。這些不足往往令受保人不願透過保險使用私營醫療服務，而重投公營醫療系統。透過「最低要求」改善住院保險保障的質素和明確性，以及增強消費者對使用私營醫療服務的信心，住院保險將能在分擔日益增加的醫療開支方面發揮更大作用。根據與第二階段公眾諮詢一併進行的輔助醫療融資公眾意見調查的結果顯示，約90%受訪者支持加強規管醫療保險，以為消費者提供更佳保障。

12. 「最低要求」的建議與國際經驗相符。在澳洲、愛爾蘭、荷蘭、瑞士和美國等海外司法管轄區，私人醫療保險在醫療系統中擔當重要角色。這些司法管轄區的政府都透過立法訂明所有私人醫療保險產品須符合的基本要求，以保障消費者的權益。該等基本要求與擬議的「最低要求」大致相若，包括保證續保、必定承保、承保投保前已有病症、最低保障範圍和保障限額、標準保單條款及條件等。

13. 從醫療政策和保障消費者的角度來看，我們認為以「住院」/「健康」/「醫療」保險的名義銷售的個人住院保險，至少應提供「標準計劃」的保障，使投購這類產品的消費者不會被誤導，以為不符合規定的產品能滿足自願醫保計劃的「最低要求」。我們建議在自願醫保計劃推行後，只有符合「最低要求」的醫療保險產品，才可以「住院」/「健康」/「醫療」保險的名義、或其他表明或意味該產品屬個人住院保險的名義銷售。

14. 自願醫保計劃的「最低要求」只適用於個人住院保險，該計劃的適用範圍並不包括—

- (a) 任何可能附加於個人住院保險保單的固定金錢利益（例如住院現金或危疾保險保障）⁴；以及
- (b) 團體保單，即僱主為其僱員提供福利而持有的保單⁵。

4 在一般情況下，危疾保險保障向確診患上保險保單指定的病症的受保人提供一筆過的現金款項，而住院現金保障則向因疾病或意外而須住院的受保人，在其住院期間提供每天定額現金保障。在這兩個例子中，由於這些保障所賠償的款項屬於固定金錢利益，所以這些保障本身並不受自願醫保計劃規管；也不會因為被附加於一份個人住院保險保單而受規管。

5 為清晰起見，自願醫保計劃的適用範圍並不包括僱主為外籍家庭傭工投購的保險。在這類保單中，因為即使這些保單包含償款住院保險的元素，但該元素只佔整份保單一個較少而非主要的部分，其原意亦並非為受保人承擔私營醫療服務的全數開支。僱主為外籍家庭傭工投購的保險保單並不受第16及17段所提及有關團體保單的建議安排的規限。

團體住院保險安排

15. 理論上，團體住院保險應符合「最低要求」，才能為消費者提供更佳保障。然而，團體保險市場與個人保險市場本質有異，投購團體保單的費用由僱主而非直接受惠的僱員承擔。而且，由於一些僱主預算有限，所以市面上部分產品只提供有限的保障。有鑑於此，我們建議團體住院保險無須符合「最低要求」。

16. 為了向僱員提供更佳保障，我們建議團體住院保險應採取下述安排—

- (a) **「轉換選項」**：我們建議規定承保機構向僱主提供團體住院保險產品時，須向僱主提供「轉換選項」，以供僱主選擇。如僱主決定投購附有「轉換選項」的團體保單，則受該等團體保單保障的僱員，可在離職時使用「轉換選項」，便可在無須接受重新核保的情況下，以同一核保級別轉移至個人「標準計劃」，條件是有關僱員必須在緊接轉移至個人「標準計劃」之前已受僱滿一年；以及
- (b) **「自願補充計劃」**：我們建議承保機構可以團體保單的形式，向受團體住院保險保障、並有意自行付費在團體保單之上投購額外保障的個別成員，提供「自願補充計劃」。團體保單在「自願補充計劃」增補後，應能提供與個人「標準計劃」相若的保障水平。

17. 由於團體住院保險不受「最低要求」所規管，而部分團體住院保險可能提供較個人「標準計劃」為低的保障，因此我們建議任何以「住院」/「健康」/「醫療」保險名義銷售的團體住院保險產品，必須在產品名稱上註明該產品屬團體產品（例如「團體住院保險」、「團體健康保險」或「團體醫療保險」）。

產品設計（第三章）

「標準計劃」

18. 以下範例說明了「標準計劃」保險賠償表的結構。

「標準計劃」保險賠償表說明範例⁽¹⁾

(所列金額只供說明之用)

類別	
(A) 逐項開列的保障限額（只適用於住院）	
(1) 住宿及膳食（每日），最多180日	650元
(2) 主診醫生巡房（每日），最多180日	750元
(3) 專科醫生巡房（每次住院）	2,300元
(4) 手術上限（包括外科醫生、麻醉科醫生及手術室 ⁽²⁾ ）（每宗手術）	最高58,000元； （視乎手術類別而有所不同）
(5) 醫院雜項開支（每次住院）	9,300元
(B) 套餐式保障限額	
(1) 訂明的非住院程序（每項程序），例如內窺鏡檢查、白內障切除和人工晶體植入手術	一筆過套餐式保障限額 ⁽³⁾ （視乎程序類別而有所不同）
(2) 訂明的先進診斷成像檢測（每項檢測），例如磁力共振掃描、電腦斷層掃描及正電子放射斷層掃描	一筆過套餐式保障限額 ⁽³⁾ （視乎檢測類別而有所不同） 病人須分擔30%的共同保險
(3) 非手術癌症治療（每宗病症）	150,000元
(C) 「免繳付套餐/定額套餐」的保障	
適用於承保機構就下列項目所指明的清單： (1) 程序/檢測； (2) 醫院或診所； (3) 醫生	自付費用視乎程序/檢測類別而有所不同 ⁽⁴⁾ ；「免繳付套餐」的病人無須自付費用
(D) 每年可獲保障總額上限	400,000元
(E) 終身可獲保障總額上限	無
(F) 免賠額	無
(G) 共同保險（訂明的先進診斷成像檢測的30%共同保險除外）	無

- 註：(1) 說明範例旨在闡明在「最低要求」下「標準計劃」的保險賠償表結構。
- (2) 外科醫生、麻醉科醫生及手術室費用的分項保障限額會在諮詢各持份者後釐定。
- (3) 套餐式保障限額包括醫生費及其他費用。醫生費及其他費用的分項保障限額會在諮詢各持份者後決定。分項保障限額只會在帳單總額超出套餐式保障限額時才適用，以確保各方收費分配恰當。
- (4) 承保機構支付的金額包括醫生費及其他費用。醫生費及其他費用的金額會在諮詢各持份者後決定。

19. 與同樣提供普通病房級別保障的現有個人住院保險產品比較，「標準計劃」提供更佳保障。舉例來說，在現時不少產品中，非手術癌症治療（例如化療和放射性治療）和先進診斷成像檢測（例如磁力共振掃描、電腦斷層掃描和正電子放射斷層掃描）都不是獨立的保障項目。保單持有人通常只能在「醫院雜項開支」的保障項目下就這些治療和檢測索償，而且賠償金額一般不足以支付所需費用。「標準計劃」將會為這些治療和檢測設立獨立的保障項目，讓使用此類服務的保單持有人可按照相應的保障限額獲得足夠保障。這有別於現時個人住院保險產品只在「醫院雜項開支」項目下承保這些治療和檢測的做法。由於「標準計劃」將提供更佳保障，顧問估計其平均標準保費約為每年**3,600元**⁶（按二零一二年固定價格計算），較市場上現有個人住院保險產品（普通病房級別）的平均保費（約3,300元，按二零一二年固定價格計算）高出約9%。儘管如此，由於自願醫保計劃會帶來更高的透明度，並讓消費者較易比較不同產品，因此非索償比率（即承保機構的開支費用—包括佣金和經紀費用、利潤及其他開銷—佔保費的百分比）應會因而下降。相較顧問所研究的其他司法管轄區，香港個人醫療保險市場及整體醫療保險市場的平均非索償比率是最高的（二零一三年個人醫療保險市場的平均非索償比率為36%⁷；二零一三年整體醫療保險市場的平均非索償比率為29%）。澳洲、愛爾蘭、荷蘭及瑞士的整體醫療保險市場的平均非索償比率分別為13%（二零一二年）、13%（二零一二年）、7%（二零一二年）及9%（二零一二年）。在自願醫保計劃下，產品標準化、質素保證及更流通的市場資訊，均有助消費者易於比較各類產品，從而帶動市場競爭，令非索償比率適度下降。如非索償比率適度地降至接近國際經驗水平，將可抵銷部分「標準計劃」與市場現有產品（它們缺乏「最低要求」建議的特點和保障）比較下保費的預計增幅。

「靈活計劃」和「附加計劃」

20. 承保機構不只限於提供「標準計劃」，也可透過「靈活計劃」和「附加計劃」提供更完善的保障，以切合消費者的特定需要。

21. 「靈活計劃」是住院保險計劃，旨在就「標準計劃」任何或所有屬於住院保險性質的保障項目，提供最佳的保障（例如較「標準計劃」為高的「住宿及膳食」保障限額）。為容許較大彈性，以推動產品創新和競爭，「靈活計劃」無須受制於以下要求—

6 有關數字介乎「標準計劃」40至49歲年齡組別的估算標準保費之間。

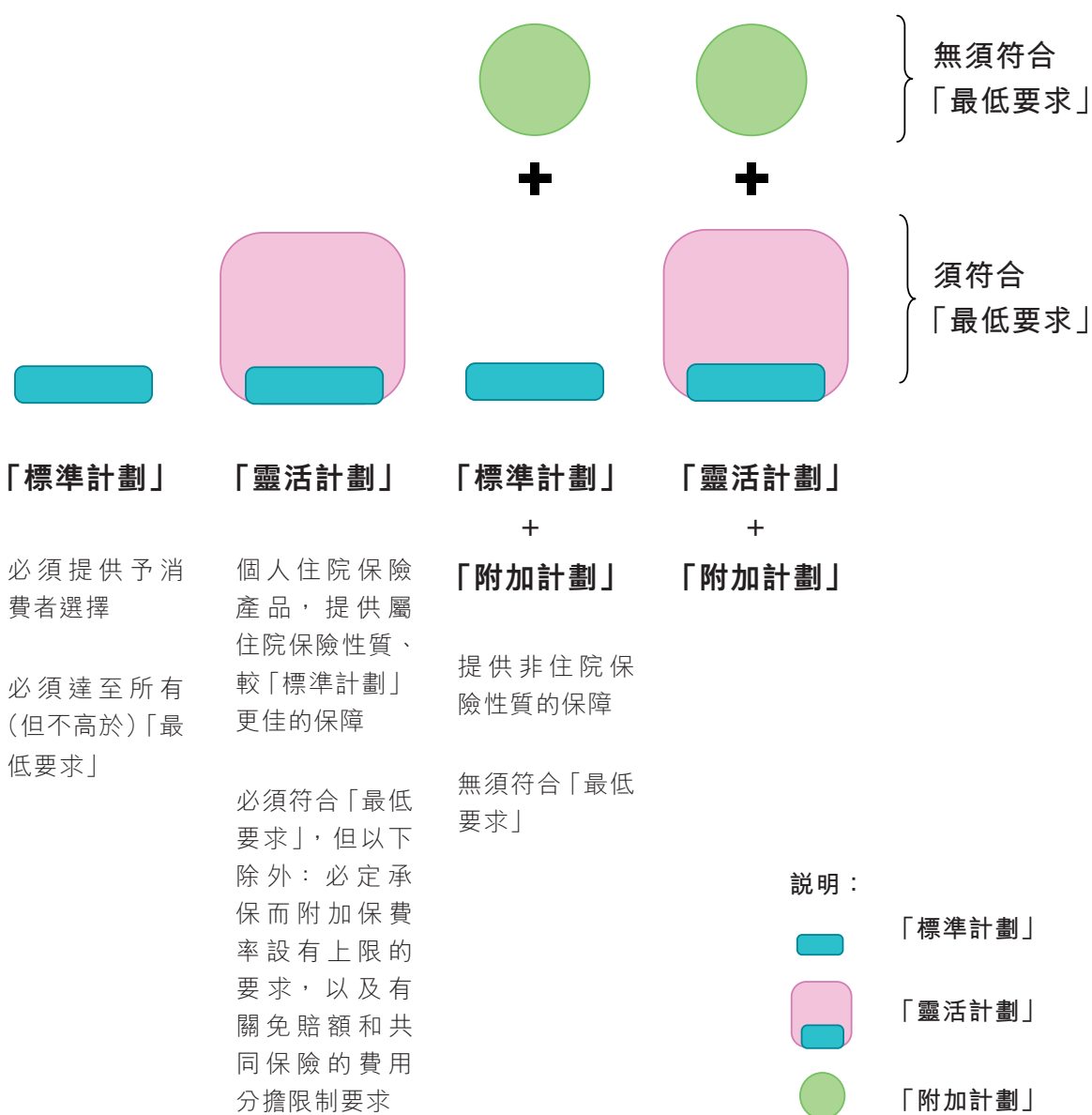
7 資料來源：保險業監理處。在二零一三年，團體醫療保險市場的相應數字為19%。

(a) 必定承保而附加保費率設有上限；以及

(b) 「標準計劃」不設免賠額或共同保險的費用分擔限制，但免賠額或共同保險的款額仍不得超過「標準計劃」每年30,000元的建議上限。

22. 「附加計劃」是提供住院保險以外其他性質的保障的保險產品，可附加於「標準計劃」或「靈活計劃」，並成為計劃的一部分。由於「附加計劃」（不論是附約還是獨立計劃）不是住院保險，因此無須符合「最低要求」。

「標準計劃」、「靈活計劃」和「附加計劃」各種可行的產品組合



使用公帑（第四章）

高風險池

23. 在第二階段公眾諮詢中，市民最擔憂的問題之一，是高風險人士（他們的申請有的不獲承保機構接納；即使獲得接納，承保機構也會在其保單加入額外條款，訂明承保範圍不包括投保前已有病症，或按承保機構認為適當的比率收取附加保費）較難投購住院保險。為了回應社會的期望，讓高風險人士得以投購住院保險，我們建議在「最低要求」中規定承保機構須為消費者提供帶有必定承保而附加保費率上限為200%，以及承保投保前已有病症此等條款的「標準計劃」。不過，如強制規定承保機構接受高風險人士投保，並訂立附加保費率上限，而不設任何適當的紓緩措施，承保機構未必可以收取與其承擔風險相稱的足夠保費，以抵銷須支付的索償款項。

24. 顧問建議由政府注資設立高風險池，讓高風險人士也可獲得住院保險。自願醫保計劃推行首年內，高風險池承接所有合資格的保單，由第二年開始則只承接40歲或以下人士的合資格保單。我們建議高風險池應按下述架構以立法形式設立一

- (a) 高風險池將是一個可起訴他人及被起訴的法律實體，可訂立合約；高風險池資金來自保費收入和政府注資；
- (b) 高風險池只承接由承保機構轉移的「標準計劃」高風險保單⁸；保單雖已轉移，但仍是保單持有人與核保和發出保單的承保機構之間的合約；
- (c) 承保機構將負責管理保單，並向高風險池收取行政費用；
- (d) 承保機構在管理保單時，應將高風險保單從其他保單的保險組合分開，目的是確保非高風險人士的風險評核不會受負面影響；
- (e) 保單涉及的所有保費、索償及負債都會歸入高風險池；
- (f) 高風險池的日常運作可外判予專門的理賠機構處理；
- (g) 保單持有人須繳付承保機構訂定的保費和附加保費，而附加保費率為標準保費的200%；
- (h) 高風險池由第36段所述的規管機構監察；以及
- (i) 承保機構會在保單開始生效時把其核保的高風險保單轉移到高風險池。高風險池不會接納任何並非在承保機構核保時轉移的保單，而承保機構其後也不得以受保人健康風險增加為由，或以其他理由要求高風險池接納任何高風險保單。如承保機構在保單開始生效時選擇不把保單轉移到高風險池，則雖然

8 高風險保單指承保機構會收取標準保費200%或以上的附加保費的保單。

可收取保費（受附加保費率上限限制），但卻不會受高風險池保障，而要自行承擔保單的索償及負債，直至保單屆滿或終止為止。

25. 高風險池是落實「最低要求」下必定承保而附加保費率設有上限的關鍵措施，以達致自願醫保計劃使更多人可獲得住院保險的目的。我們認為，政府使用公帑為高風險池提供支援，是合理和有充分理據支持的。如沒有高風險池，很多高風險人士將只能使用由政府大幅資助的公營系統。透過高風險池讓部分高風險人士獲得住院保險保障，不但可讓他們有機會選用私營醫療服務，更可令公營醫療系統得以集中資源，為其目標範疇提供服務。

26. 政府資助高風險池運作25年（二零一六年至二零四零年）的預計總代價約為43億元（按二零一二年的固定價格計算）。我們會參考運作經驗，在適當時候檢討和研究二零四零年後高風險池的撥款安排。

住院保險的稅項扣除

27. 為符合政府認可規定的醫療保險計劃提供稅務誘因，是世界各地常見的做法。稅項扣除的好處是簡單易明，而且其持續性質可提供誘因，使已投保人士長期受保。相比其他形式的財政誘因，例如直接保費津貼或折扣，稅項扣除較不易被濫用，而行政費用也較低。

28. 我們建議為所有達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單（「標準計劃」和「靈活計劃」的保單；由於「附加計劃」並非符合規定的產品，故市民為「附加計劃」部分支付的保費不會獲稅項扣除）的保費，以及任何人士在他們所屬的團體住院保險保單以上投購「自願補充計劃」所支付的保費提供稅項扣除。任何人士（即納稅人）可就其本身的保單或其受養人⁹的保單申索稅項扣除，而建議的稅項扣除將以每名受保人為單位提供，每名納稅人可就保單申索稅項扣除的受養人數目設有上限，比方說不多於三名受養人。

29. 如把每年可申索作稅項扣除的保費上限訂為每名受保人3,600元（即在二零一二年「標準計劃」的平均標準保費，按二零一二年的固定價格計算），而估計約有570 000名納稅人和360 000受養人符合稅項扣除資格，則二零一六年¹⁰減少的稅收預計約為2.56億元（按二零一二年的固定價格計算），而每名合資格的納稅人平均可獲的稅務優惠約為450元。上述數字僅供參考，以說明措施對稅收和納稅人的可能影響。

9 受養人的定義應與現時稅務規例指定可申索免稅額的受養人定義一致，即配偶、子女、受養父母、受養祖父母或外祖父母、受養兄弟姊妹等。

10 假設在二零一六年實施自願醫保計劃和稅項扣除。

轉移安排（第五章）

30. 為方便個人住院保險的保單持有人在自願醫保計劃下把現有保單轉移至符合規定的保單，我們建議，現有的個人住院保險保單在自願醫保計劃推行後首年內屆滿之時，承保機構必須向相關保單持有人提供選擇，以決定是否把現有保單轉移至達到或高於「最低要求」的個人住院保險保單。

31. 在一年轉移期內，保單持有人可享有簡易的轉移安排。他們無須就現有保單的保障範圍和保障限額接受重新核保。如現有保單載列個別不承保項目，保單持有人可選擇在轉移至新保單時保留現有保單的不承保項目，而只修訂保障範圍和保障限額以符合「最低要求」；或者，保單持有人也可選擇剔除現有保單的不承保項目，但有可能須接受重新核保並須繳付附加保費。他們可能要經歷標準等候期，然後新保單才會為投保前已有的病症提供保障。

32. 在轉移現有保單至符合規定的保單時，保單持有人或須增加現有保單的保障範圍（例如非手術癌症治療）或保障限額（例如手術費的賠償上限），以符合「最低要求」。由於現有保單並未涵蓋這些新增的保障範圍和較高的保障限額，因此，如相關承保機構認為有需要，保單持有人可能要接受重新核保，但核保範圍應僅限於新增的保障範圍和較高的保障限額。保單持有人可能要為與新增的保障範圍和較高的保障限額相關的已有病症經歷標準的等候期。

33. 所有已轉移的保單（不論是否有不承保項目），均會被視為符合「最低要求」，並享有稅項扣除。

34. 轉移期過後，如保單持有人欲轉移至符合規定的保單，則會被視為新客戶。若有關承保機構認為有需要，可能會對投保人進行全面核保。

35. 如保單持有人不想轉移至符合規定的保單，可選擇按照既有或其他條款續保其現有保單（不論是在上述一年期內或之後），儘管有關條款或不符合「最低要求」。這些保單將獲豁免，即只要有關承保機構繼續管理這些保單，這些保單便可豁免於「最低要求」。由於獲豁免的保單並不符合「最低要求」，故不會享有稅項扣除。

組織架構（第六章）

自願醫保計劃的規管機構

36. 我們建議在食物及衛生局下設立規管機構，以監管自願醫保計劃的推行和運作，尤其是規管自願醫保計劃的產品。規管機構的職能將包括頒布、檢討和執行「最

低要求」；為符合規定的產品存檔；監察高風險池的運作；處理消費者的投訴；以及調查違反「最低要求」的個案。在執行這些職能時，規管機構具有對承保機構施行規管和紀律懲處的權力。規管機構也會建立支援自願醫保計劃的基礎設施，以推動市場發展，包括開發資訊系統以便為產品存檔；從承保機構和私營醫療服務提供者收集和發布數據；以及向消費者推廣自願醫保計劃的教育工作等。當局會成立一個由主要持份者組成的諮詢委員會（包括保險業界、私營醫療服務提供者和相關規管組織的代表等），就自願醫保計劃的相關事宜提供專業意見。為確保規管機構妥善行使權力，我們建議委任一個運作獨立於規管機構的覆核委員會，以檢視規管機構在履行規管職能（例如為符合規定的產品存檔和調查違規個案）時所作的決定。

37. 我們會與現有的規管組織緊密聯繫，以確保有關保險業監管的現行和未來法律制度能互相配合，並有效協調各方職務，避免職能重疊，例如承保機構的審慎規管及專業操守規管，以及規管保險中介人、醫療服務的質素和專業醫護人員等。

索償糾紛調解機制

38. 我們建議設立索償糾紛調解機制，以便在訴訟以外提供一個具公信力和獨立的渠道，解決與自願醫保計劃有關的索償糾紛。香港現時有數個處理有關醫療保險索償糾紛的途徑，包括保險索償投訴局（投訴局）和金融糾紛調解中心（調解中心）。投訴局是保險業界資助的自律規管組織；而調解中心則處理牽涉獲香港金融管理局認可的金融機構，或獲證券及期貨事務監察委員會發牌/註冊的金融機構的索償糾紛。

39. 我們建議，索償糾紛調解機制應受理所有因個人自願醫保計劃保單而引致索償的財務糾紛。這是因為個別消費者一般受經濟能力所限，較難循法律途徑解決索償糾紛。索償糾紛調解機制可採用調解及/或仲裁這兩個最為廣泛使用的另類糾紛調解方式。我們會與保險業界、投訴局和調解中心商討索償糾紛調解機制的運作細節，以及索償糾紛調解機制與現行機制在處理涉及醫療保險索償糾紛方面的配合安排。

配套措施（第七章）

40. 自願醫保計劃有賴採取必要的配套措施以成功推行，包括足夠的醫護人力供應和充足的醫療服務量，以提供優質的私營醫療服務。為此，我們在制訂自願醫保計劃建議的同時，也推展了下列措施—

- (a) **檢討醫護人力規劃**：我們成立了一個督導委員會，就醫護人力規劃及專業發展進行策略檢討。督導委員會的工作現正全面展開。其建議將有助找出提供足夠專業醫護人員的途徑，以滿足日後的醫療需要。在過渡期間，政府在二零一二至一三學年起的三個學年，增加了100個第一年醫科學士學額（即由每

年320個增至420個)、40個護士學額(即由每年590個增至630個),以及146個專職醫療人員學額(即由每年231個增至377個);

- (b) **增加私營醫療服務量**: 我們預計現有私家醫院的擴建或重建工程將可額外提供約900張病床,而在黃竹坑興建的新私家醫院也將在二零一七年提供500張病床。我們亦正考慮不同機構的私家醫院發展計劃和擴建方案,包括香港中文大學在其校址發展新教學醫院的建議。為便利私家醫院發展以配合社會需要,我們會考慮向在籌集資金發展非牟利私家醫院方面遇到困難的機構提供貸款;以及
- (c) **檢討私營醫療機構的規管**: 我們在二零一二年十月成立檢討私營醫療機構規管事宜的督導委員會,目的是提高私營醫療服務的安全、質素和透明度,包括加強規管私營醫療服務的機構和臨床管治、收費透明度、投訴和私家醫院醫療風險警示事件的處理機制,以及把提供高風險程序的日間醫療中心和法團公司管理下的診所納入規管。尤其在提高收費透明度方面,我們會鼓勵私家醫院披露收費資料、提供「服務預算同意書」、披露過往統計資料、就常見手術/程序推出套餐式收費,以便為消費者提供更明確的支出預算。這些措施將有助加強消費者對使用私營醫療服務的信心,從而達致自願醫保計劃的政策目標。根據督導委員會的意見,政府會在進行自願醫保計劃公眾諮詢的同時,就改革私營醫療機構規管制度進行公眾諮詢。

對香港醫療系統的影響 (第八章)

41. 自願醫保計劃旨在透過提供最佳的保險保障,讓那些願意並有能力負擔私營醫療服務的人士選用私營醫療服務。透過令住院保險更具吸引力,自願醫保計劃便利更多市民選用私營醫療服務,從而令公營系統更專注於目標範疇和改善服務。

42. 由於自願醫保計劃屬自願性質,而且是一項輔助融資的安排,因此在理解自願醫保計劃的預期影響時,應同時考慮其他長遠因素的影響,包括人口老化令市民對公私營醫療服務的需求上升。

43. 在推算¹¹個人住院保險的投保率方面,與基線情況(即沒有推行自願醫保計劃的情況)比較,推行自願醫保計劃預計會令個人住院保險投保率上升。二零一六年的個人住院保險投保率預計佔總人口29%(基線情況則為26%¹²;若按受保人數計,則

11 假設自願醫保計劃由二零一六年起推行。推算年期為25年(由二零一六年至二零四零年)。

12 在基線情況下,個人住院保險無需符合「最低要求」,因此有些產品可能未能為保單持有人提供足夠保障。

大約增加223 000人)。由於更多人因為自願醫保計劃而投購和使用住院保險，所以私營醫療服務的使用量預期會較基線情況高。若按醫療程序(大多數是先進診斷成像檢測、內窺鏡檢查或非手術癌症治療)宗數計，二零一六年在私營界別進行的醫療程序會較基線情況增加231 000宗。私營界別服務使用量增加，主要原因之一是私營界別名義上代替公營界別提供了一些服務(即在基線情況下本應由公營界別提供的服務)。在上述新增的231 000宗醫療程序中，約120 000宗為私營界別名義上代替公營界別進行的醫療程序。

44. 隨著人口老化，市民對公營醫療服務的需求不斷上升，因此公營界別的服務只是名義上被替代，而不大可能令公營界別的服務使用量、住院日數或醫療開支有任何實質縮減。不過，公營界別的病人仍可受惠於較短的輪候時間，以及因更有效的資源分配而得到改善的公營醫療服務。

45. 作為改善公私營醫療系統平衡的措施之一，自願醫保計劃會令私營醫療服務的使用量上升，而私營界別名義上代替公營界別提供一些服務，將在長遠而言顯著調整公私營醫療的比重。自願醫保計劃讓私營界別服務更多有經濟能力和願意尋求公營界別以外的醫療服務的病人，從而把公私營醫療系統的比重重新調整到更健康和可持續發展的水平。按出院人次(留宿及日間個案)計算，在二零四零年，公私營比例預計會由基線情況的86:14轉變為自願醫保計劃下的81:19。私營界別的份額會大幅增加36%，而公營界別的份額則會減少6%。就醫療開支而言，公營界別的一些服務會被私營界別名義上替代，顧問預計在25年的推算期間(二零一六年至二零四零年)，因此而被名義上替代的公共醫療開支累計約為700億元(按二零一二年的固定價格計算)。這遠高於在同一推算期內支援高風險池所需的43億元，以及在稅項扣除建議下減少的64億元稅收(2.56億元x 25年，假設每年可申索作稅項扣除的保費上限為每名受保人3,600元)。

未來路向 (第九章)

46. 我們需要你的支持，對自願醫保計劃的建議提出建設性的意見。我們尤其希望你下列事宜提出意見—

- (a) 你是否支持就個人住院保險引入規管機制，並確保這些產品必須符合政府訂明的「最低要求」?
- (b) 為使市民更容易獲得和持續地得到優質和更具透明度的個人住院保險，我們建議這些產品必須符合12項「最低要求」。你對這些要求有否特別意見?
- (c) 為鼓勵僱主繼續為僱員提供住院保險，我們建議團體住院保險無須符合「最低要求」。你贊同這項建議嗎?

- (d) 為加強對僱員的保障，我們建議為團體住院保險提供「轉換選項」和「自願補充計劃」安排。你贊同這項建議嗎？
- (e) 高風險池是落實必定承保及為附加保費率設定上限的重要措施。你是否支持設立由政府提供財政支持的高風險池？
- (f) 你是否支持提供以下的稅項扣除：所有納稅人所持有、為其本人及/或其受養人提供保障、而又符合「最低要求」的個人住院保險保單（即「標準計劃」和「靈活計劃」保單）的保費；以及僱員在其團體住院保險保單以上投購的「自願補充計劃」的保費，均可獲稅項扣除？
- (g) 我們建議訂定安排讓現有個人住院保險保單的持有人在保單屆滿時，可選擇把保單轉為自願醫保計劃保單（即符合「最低要求」的保單）。我們也建議為現有但不符合「最低要求」的保單提供豁免安排。你是否支持這些建議？
- (h) 你是否支持在食物及衛生局轄下設立規管機構，以監管自願醫保計劃的推行和運作；並設立索償糾紛調解機制，以解決在自願醫保計劃下的索償糾紛？

47. 我們會整理和分析這次公眾諮詢所收集的意見。如本諮詢文件的建議得到公眾支持，我們計劃制訂新法例，以推行自願醫保計劃。我們預計於二零一五/一六年度提交推行自願醫保計劃所需的條例草案及附屬法例。

48. 請於二零一五年三月十六日或之前，把你對這份諮詢文件的意見以下列方式送交我們。如不想我們刊登你的意見，又或想以不記名方式刊登你的意見，請清楚賜示。除非另有指明，否則所有回應均視作公共資訊處理，日後可能會被刊登。

郵寄：香港添馬添美道2號
政府總部東翼19樓
食物及衛生局
醫療規劃及發展統籌處

傳真：2102 2525
電郵：vhis@fhb.gov.hk
網址：www.vhis.gov.hk