

Creating Sustainable Value for Private Health Insurance Market in Hong Kong

為香港個人醫療保險市場
締造可持續的價值



為香港個人醫療保險市場 締造可持續的價值

報告摘要

摘要

迅速增長的個人醫療保險市場

香港擁有雙軌並行的醫療系統，公私營醫療界別互相配合。於 2016 年，私營機構佔門診服務的 68%；而公立醫院佔住院病人出院總數的 82%。

2016 年，香港超過三分之一的本地人口即 240 萬人以上¹擁有個人醫療保險（個人醫保），保費收入總額高達 103 億港元。面對香港人口急劇老化，以及隨著社會變得富裕而對更佳的醫療服務有需求，個人醫保的需求必然繼續上升。

隨著醫療保險越趨普及，於 2016/17 財政年度，個人購買的醫療保險佔總體醫療衛生開支（包括公營及私營醫療服務）9%，相比 1989/90 財政年度僅為 1%。

2018 年，香港有 79 間從事「一般保險業務」的保險公司提供醫療保險。雖然有眾多保險公司參與個人醫保市場並提供多種產品選擇，但這並未能推動保險公司為個人醫療保險提供一個可持續的長期保障。

儘管市場迅速發展，一項研究報告顯示於 2016 年，在僅受個人醫保保障的住院病人當中，約有 43%仍於公營醫院接受治療。² 這情況的出現原因包括：容易令人混淆的保單條款及細則、對醫療費用或療程是否符合索償資格缺乏肯定性、擔心索償影響將來的保費水平，以及保障範圍不足等因素，均影響消費者對購買和仗賴個人醫保對自身醫療保障的信心。

消費者對個人醫保缺乏信心，加上影響個人醫保市場發展的多種複雜因素，例如醫療服務費用、保險公司所提供的資訊透明度，以及消費者對可索償的範圍與實際賠償有所出入的理解不足，不但損害個別消費者的利益，還侷限了個人醫保對整體醫療融資的潛在作用，同時亦妨礙了推動私營醫療市場的發展以滿足日益增長的醫療服務需求。

消費者的期望

消費者往往帶著期望購買個人醫保，例如期望個人醫保可以應付他們可能需要的醫療服務開支，以及可持續受到保障。然而，由於個人醫保屬長期性的產品，其問題往往只有在消費者啟動索償程序時及當索償失敗或只獲部分賠償才會出現，對消費者在財務上所帶來的壓力，遠較其他一般的服務市場嚴重。消費者購買個人

¹ 政府統計處。(2017) 主題性住戶統計調查第 63 號報告書。

² 立法會秘書處資料研究組。(2018) 香港的個人醫療保險。

醫保時，往往無法知悉有關產品的保障範圍是否覆蓋他們全部所需的醫療程序或判別相關療程是否屬醫療所需，亦無法理解重新核保的實質意義，對考慮轉用其他保險公司的消費者構成障礙。另外，保險公司的保險中介人及客戶服務人員的質素及專業水平，對提供清晰、準確及個人化的資訊及服務，以致消費者能就購買的個人醫保有清楚的理解和期望，發揮重要作用。

此外，消費者一般期望個人醫保產品應可提供長期保障。然而消費者委員會（消委會）的投訴個案顯示，消費者對個人醫保所提供的保障缺乏確定性，以及對持續獲得保障的期望未能實現，例如出乎意料的保費增幅、被施加不保事項、對保單條款及細則缺乏理解及溝通等某些情況下，均導致希望從購買個人醫保以享安枕無憂的消費者產生不滿及憂慮。

消費者的不滿或爭議通常源於期望與現實的落差。前者是消費者在簽訂個人醫保合約時按被告知及提供的資訊去理解保單的保障範圍和他們對個人醫保所提供的保障的期望；後者是個人醫保實際所提供的保障。舉例而言，「保證續保」表面上看來為消費者提供無條件續保的承諾；但實際上，保險公司保留修改保單的保費、保障範圍、條款及細則的權利，這些都會影響個人醫保的可延續性。

個人醫保對消費者的價值

為瞭解這種期望與現實之間的明顯差距，消委會就香港的個人醫保市場進行深入研究（研究），當中包括評估消費者對個人醫保的滿意程度、他們對保險產品的保障範圍的理解及認識、找出限制消費者投保以及保險公司向保單持有人支付賠償責任的潛在不公平條款及程序。

消委會自 2016 年至 2018 年，透過不同的量化及非量化研究方法，進行了一系列的深入研究，包括：

- 透過電話訪問，向 1,000 名 18 歲或以上的人士進行消費者意見調查；於街頭訪問 205 名於過去 30 個月內曾就個人醫保提出索償的消費者；與 20 名 18 歲至 54 歲曾經索償人士及 8 名 55 歲至 74 歲的年長消費者進行深入訪問，他們均在接觸或使用個人醫保上遇到問題。
- 分析消委會於 2015 年至 2018 年收到的 299 宗與個人醫保有關的消費者投訴；
- 搜集香港 14 間提供個人醫保的主要保險公司合共 18 份個人醫保計劃的保單合約樣本，進行檢視和法律研究（參考澳洲、加拿大、新加坡及英國的經驗）；及
- 研究 6 個選定司法管轄區，包括澳洲、愛爾蘭、中國大陸、馬來西亞，新加坡及英國就個人醫保採取的規管策略。

消費者的脆弱點及不滿

研究顯示有若干因素能影響個人醫保的可及性，延續性及其保障的確定性。而消費者在購買個人醫保的不同階段中遭遇的問題不盡相同。儘管在購買時，消費者的滿意度頗高，但在購買後的滿意度卻相對地下降。

在選購階段，個人醫保的合約樣本並非能輕易取得，由於消費者無法得知保單條款及細則的詳細內容以深入瞭解何種產品符合他們所需，削弱了他們比較不同產品的機會和作出最佳選擇的能力。根據消委會的消費者意見調查，當消費者搜尋個人醫保時，大多數受訪者從他們的朋友或親戚轉介的保險中介人獲得訊息（61%），或會與他們的朋友或親戚商討他們的保單（59%）。相比之下，較少受訪者會貨比三家，只有大約三分之一的受訪者從不同的保險公司獲得報價（38%），或從互聯網上搜尋資訊（32%）。除此之外，研究亦發現不同公司的保單，甚至相同公司的不同醫保計劃，保單條款定義及細則各有不同，消費者若想進行比較，會深感困難及不便。因此，消費者選擇個人醫保產品時，保險中介人及個人的人脈網絡在提供資訊及建議方面起關鍵作用。

在購買個人醫保時，由於現時一般的投保年齡上限為 64 至 70 歲，年長消費者會難以成功投保。在投保申請表上的問題亦因可能過分籠統及有欠具體，令消費者對需要披露的病歷之詳細程度感到無所適從。有些情況，保單持有人因沒有披露重要事實會不幸引起索償爭議。另外，研究亦發現保險中介人沒有充分及清楚地向消費者講解條款及細則的重點，例如保險公司保留單方面更改條款及保費的權利，及一些條款的實質意義，例如「醫療所需」、「合理及慣常」收費及「投保前已有病症」等。

購買個人醫保後，消費者主要的憂慮是保單是否可以延續及是否可成功索償。在一些個案中，尤其是年長消費者，保單持有人在續保時面對出乎意料的保費增幅，而導致保費增加的條件和原因亦未能令消費者明白。亦有一些個案，在成功索償後，保單持有人可能被重新核保，並被施加不保事項。這些做法均會大大影響保單的延續性。另一方面，法律研究揭示保險公司會有不同手法限制其理賠責任，比如於保單合約中使用不同的條款（例如整份合約條款、重複保險條款、單方面修改合約條款、投保前已有病症條款、醫療所需條款、合理及慣常條款）以回避其理賠責任，特別是審批索償程序令消費者對所提供的保障感到失望。研究亦指出，由於保單條款往往使用複雜的語言，一些條款亦未有清楚或詳細的定義，因而留有空間給保險公司作出詮釋，這些均令消費者難以捉摸和充分理解保單條款的實質意義。

消費者行為及在不同階段消費者購買個人醫保遇到的問題

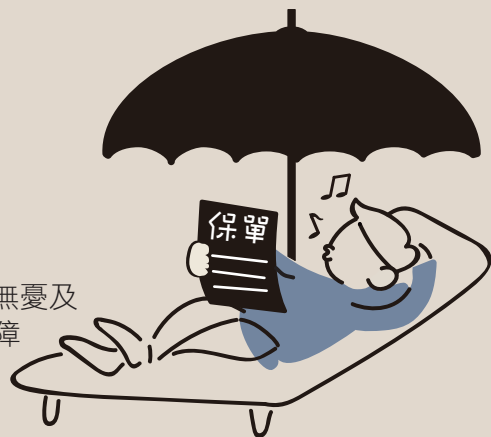
購買前



消費者行為



希望可安枕無憂及獲得持續保障



保險公司的營商手法 / 保單的條款及細則



無法輕易取得合約樣本

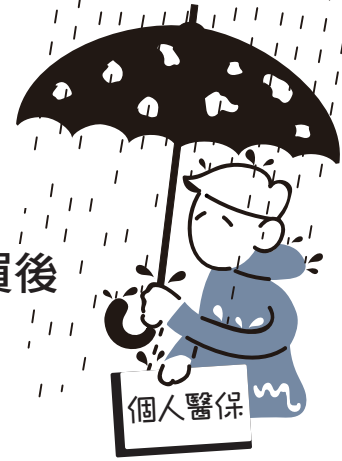
吸引人的推銷字眼背後，
有很多消費者容易
忽略的條款及細則



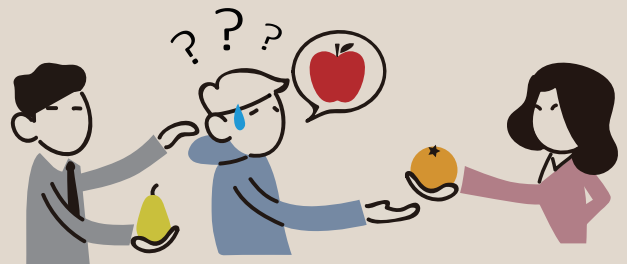
購買時



購買後



依靠記憶作
健康申報



- 甚少作出投訴
- 因保險中介人提供不準確資料而引起爭議；期望與實際保障和賠償金額存有落差



過分依賴保險
中介人提供的
資訊



投保時遇上困難
(例如：一般投保
年齡上限為64
至70歲；部分人
或因病歷被施加
附加保費/不保
事項)



條款及細則複雜
冗長、保險中介人
亦未有清楚解釋



遇到的問題

- 超乎預期的保費增幅
- 單方面更改條款
- 利用條款及細則限制賠償責任

以下列舉一些例子，簡述從法律研究中找出的一些有關保單條款及細則的問題：

- 不同醫保計劃及保險公司之保單的重要條款各有不同定義，例如「醫療所需」：

「醫療所需」(Medically Necessary) 是指根據本公司意見，任何符合一般專業醫療慣例的醫療服務或物品，並為診斷及治療所需，而又不能在較低醫療護理水平的情況下安全妥善地提供予受保人。實驗性、普查及屬預防性質的服務或物品均不被視為「醫療所需」。

醫療需要 - 指有必要且與症狀之診斷及慣常治療方法相符的醫療護理，並須為醫生或外科醫生為傷病所建議之護理與治療，且為香港特別行政區的醫療專業普遍接受為有效、適當及必須並認同的醫療標準。以下事項將不被視為有醫療需要：

1. 住院或門診手術主要是為被保人、醫生或任何其他人提供個人舒適或便利。
2. 住院之傷病可在不住院的情況下得到安全及合理的治療。
3. 門診手術之傷病可在沒有任何手術的情況下得到安全及合理的治療。

- 若保單持有人因多種情況下而沒有披露已發生的事件，保險公司會以「沒有披露事實」條款排除其賠付責任。

失實聲明／欺詐行為／不予披露

如保單持有人的資料或聲明於任何方面失實，或任何影響風險的重大事實於本保單不予披露、不正確地陳述或漏報，或如本保單或其任何續保是憑藉失實陳述、失實聲明或不予披露而獲得，或任何所作索償是欺詐或誇大的，或如作出任何虛假聲明或陳述加以支持，則於任何上述情況下，本保單一概無效。

保單契約

您的保單是您與本公司之間一份在法律上可強制執行的協議。在文件後，此保單於繕發日期生效。

基本保單的計劃名稱及附加契約（如有）的產品及／或代號名稱以及契約編號，於保單資料頁內的利益及保費表內列明。

我們將根據您在投保申請文件上提供的資料以決定是否接納您的投保申請，我們並有獨有及絕對的酌情權根據該等資料以決定您的保單是否需要附加特別條款。除欺詐外，所有在您的投保申請文件上作出的聲明均會被視作陳述而非保證。

若您的投保申請文件中遺漏任何事實或有關鍵性地不確或失實之處，我們有權宣稱保單無效，或作為另一選擇，我們可附加特別條款於您的保單內，並由保障生效日期開始適用。


- 保險公司有權就保單合約進行修改。

16. 續訂保單

從「保單生效日」起計，本保單會維持最長一年生效期，以支付合適的保費作為代價。「本公司」按照我們釐定的保費和保費條款，以及本保單的其他條款，在成功收取保費後將每年自動續保（除非(i)保單因第六部份第15節「保單終止」所列條款而終止或(ii)我們終止第二部份保障表內所列的任何一節或每節內的任何部份）；惟「本公司」保留權利在每個「保險期」之續保時間前30日向「閣下」提供書面通知以更改條款，包括但不限於保費或不承保事項，前題是不修改本保單中之最高賠償額。

「本公司」沒有責任透露有關更改之原因。儘管如此，「閣下」可於本保單任何一個「保險期」之「保單生效日」前表示不接納更改，最後可以不實行續保。我們保證「受保人」不會因為其索償紀錄導致續保被拒或不被我們邀請作續保。

續保

住院保障的首次有效期限為12個月，其後您只須每次續保時繳付保費，及若本公司仍繼續簽發新的「」保單，則保單將會每12個月自動及保證續保。本公司保留在每次續保時修訂保單條款及／或保費及／或保障賠償表之權利。

在每個保單周年日或續保時，本公司保留權利調整保單的應繳保費。導致保費調整的因素可包括但不限於由此保險計劃引致及／或與此保險計劃相關之整體索償及開支等因素。

其他司法管轄區的經驗

消委會就 6 個選定司法管轄區進行深入研究，以期借鑒適合香港的個人醫保規管策略。人口老齡化是一個全球性問題，這些司法管轄區在提高個人醫保的可及性，透明度和質素方面作出了重大努力，以促進和善用個人醫保以加強其在醫療融資中的作用。其採取的規管模式對香港個人醫保市場的規管甚具參考意義，儘管這些司法管轄區有不同的市場情況，研究顯示，為加強消費者保障及有效推動市場持續健康發展，各地區均採取了以下一種或以上的措施：

- 審批保險條款和保費率（中國大陸）；
- 確保保障範圍的確定性及個人醫保產品的質素，例如統一保障的水平及療程的定義（澳洲）；
- 促進可及性，可負擔性和延續性，例如承保投保前已存在病症，保證承保、續保及轉換承保機構（澳洲）；限制保險公司調整含有保證續約條款的產品（中國大陸）；容許消費者轉用可負擔的產品（新加坡，適用於綜合健保計劃）；
- 加強披露，提升透明度及增加選擇，例如要求保險公司提供劃一的資訊清單以提供產品摘要（澳洲）及規定需披露的資訊項目（中國大陸、新加坡）。部分地區提供資訊平台協助消費者比較不同產品（澳洲、愛爾蘭），亦有地區立法訂明消費者向保險公司披露資訊及作出聲明的責任（英國）。另外，在法律研究部分亦引述了加拿大法院的註釋，表示保險公司應至誠履行其責任；
- 所有地區均設有法定強制性（中國大陸（適用於長期健康保險）、馬來西亞、新加坡、英國）或按照行業一貫慣常做法（澳洲、愛爾蘭）所推行的冷靜期；及
- 一些新措施，包括就住院醫保分門別類、引入醫療程序分類、為因保險公司終止產品而提供轉換選項（澳洲）、設立預先批核的機制及推出可供選擇的醫療服務提供者名單（新加坡的綜合健保計劃）。

自願醫保計劃

為提高住院保險產品的保障水平，和長遠平衡公營和私營醫療服務讓香港醫療系統得以可持續發展，政府已於 2019 年 4 月推出自願醫保計劃（自願醫保）。自願醫保是一個消費者和保險公司自願參與的計劃，其認可產品是受政府監管的個人償款住院保險產品，並要符合各種最低要求。自願醫保將產品設計劃一，在增強消費者保障之餘，能有助促進市場吸納。

自願醫保為個人償款住院保險產品提供更佳的可及性、延續性、質素、確定性和透明度。例如延長投保年齡上限至 80 歲；不論於保單生效後的健康狀況有任何變化能保證續保至 100 歲；在特定的等候期及賠償安排下，保障範圍擴展至包括投保時未知的已有疾病；保單持有人可要求保險公司提供可賠償金額估算；標準化的條款及細則；以及保費透明度。

消委會建議

總括而言，本報告中揭露的問題可分為兩大重點：(一) 消費者對其購買的個人醫保所提供的保障的期望與他們實際可享有的保障存在的落差 — 縮窄兩者的差距有助消費者作出更明智的知情選擇；及(二) 個人醫保缺乏可延續性 — 為個人醫保產品保障引入可延續性及確定性，將可推廣私營醫療服務的使用並同時有助平衡社會對公私營醫療服務的需求。

從一方面來說，消費者需要明白個人醫保的價值及其限制；而另一方面，個人醫保行業亦務必要以公平為原則提供個人醫保產品，同時要讓消費者清楚瞭解其產品的局限。消委會期望各持份者能積極採取措施以回應本報告所揭示的問題，令個人醫保市場可以持續發展。自願醫保是政府為提高個人醫保市場的可及性和透明度而邁出的重要一步，然而，市場還有很大的改進空間，為香港消費者營造一個可持續和良好的個人醫保市場。消委會提出以下建議，供監管機構及個人醫保行業參考：

縮窄消費者對個人醫保保障的期望與他們實際可享有的保障存在的落差

統一重要合約條款的定義

個人醫保保單中的條款及定義不盡相同，不單止在不同的保險公司之間發生，同一公司的不同保單亦有同樣情況。此等差異為消費者在購買個人醫保，比較不同的保單時帶來困難和混亂。

建議(一)：消委會建議監管機構應考慮為重要的合約條款訂立標準定義，並強制要求所有個人醫保產品跟隨。自願醫保計劃的認可產品保單範本可作為參考。

改善投保申請表的設計使問題具體化

「沒有披露事實」是其中一個常被保險公司引用以拒絕索償申請的條款。現時披露責任盡在於消費者，而作出披露時有部分消費者被申請表上有關健康問題的字眼困惑，例如保險公司要求投保人需要提供哪種或哪段期間內發生的病症。

英國的經驗或可作為參考以回應這問題。英國採取的原則是，透過具體問題在接受投保申請時從消費者收集所有相關資料以進行核保，屬保險公司的責任。在此原則下，保險公司不能以「沒有披露事實」為由拒絕索賠，除非保單持有人草率或故意撒謊或歪曲他/她的情況而沒有披露事實。

建議(二): 消委會建議監管機構訂立合適的指引，訂明保險公司的投保申請表的問題必須充分具體及明確。另外，消委會認為有關需披露資料的期限必須於申請表中明列，亦應以7年為上限。

於公開平台上提供保單合約樣本

由於銷售文件(例如宣傳單張或小冊子)的空間有限，可能無法包含所有資訊，但從消費者權益保障而言，消費者如在作出購買決定前，有機會從合約樣本深入瞭解當中的細節，如條款及細則、不保事項、保障表等，有利他們作出更佳購買決定。現時只有少數保險公司會上載保單的合約樣本到其公司網頁，消費者無法輕易獲取。

建議(三): 為促進資訊透明度，消委會建議保險公司應透過可輕易又方便接觸到的渠道提供保單合約樣本，例如除了透過熱線查詢，亦應上載於公司網頁供消費者閱覽。

提升與更改保單合約內容、保障及保費相關條款的透明度

保險公司通常保留在續保時增加保費的權利，而常見的加保費原因包括「提供更好的保障」及「醫療通脹」。另一方面，「保證終身續保」是大部分個人醫保產品常用的賣點，不過，保證續保與保險公司保留單方面修改合約的權利，兩者實存矛盾之處。若消費者被這些銷售字眼吸引，而忽略了保單條款實際上容許保險公司單方面修改合約條款、保障項目及保費等而身陷不利位置，容易造成期望落差。

建議(四): 消委會建議在同一個人醫保產品中，相同年齡/背景的受保人的保費資料應清楚列明，和不時向保單持有人提供更新資料。保險公司亦應向消費者提供醫療通脹的相關數據，作為調整保費的客觀理據。此外，其他導致保費增加的觸發條件應在保單合約中列明。若保險公司保留單方面修改合約條款及進行重新核保的權利，他們應將相關的條文並列於所有「保證續保」的句語及清楚向潛在保單持有人解釋。

以書面及淺白用語提供解釋

有些投訴人及接受深入訪問的受訪者指出，他們的保險中介人就其申請個人醫保或索償被拒時只提供口頭解釋，這做法令消費者更感困惑。

建議(五): 消委會建議，應強制保險公司以書面及淺白用語向消費者/保單持有人提供有關個人醫保申請及索償決定的解釋。

披露個人醫保的市場及與投訴相關的數據

現時，與個人醫保或醫療保險相關的投訴數字，已公布的資料分散零碎，甚或很難取得，消費者難以比較不同監管機構或投訴渠道的數據。

建議（六）：為提高公眾及社會對個人醫保相關的事宜及發展的瞭解及監察，消委會建議監管機構及各投訴途徑應定時發布與個人醫保相關的投訴數字及市場數據（例如整體保費收入、個人醫保產品的數目、保單數目等）。

加強「合理及慣常」收費的參考資料來源的透明度

「合理及慣常」收費屬保險公司常用於限制其賠償責任（例如只作部分賠償）的條款。適當應用此條款有助控制醫療通脹、賠償額及保費的上升幅度。然而，由於不同個人醫保產品的保單合約中，有關「合理及慣常」收費條文的內容及當中列出用以釐訂該金額的參考因素各有不同，而保險公司往往只在已作出賠償決定後才知會保單持有人屬「合理及慣常」收費的金額，這令保單持有人無法在索償前確定賠償的多寡。

建議（七）：消委會建議保險公司用以釐訂合理及慣常收費的因素應清楚於保單合約上列明；同時，若保險公司引用此條款作出部分賠償的決定時，應向保單持有人解釋，用以釐訂相關金額的實際因素及統計數據。此外，由香港政府於憲報刊載的「私家症收費標準」應納入為其中一個參考指標。

為非緊急醫療服務提供預先批核服務

推行預先批核程序有助進一步提高保障範圍及保障金額上限的確定性。此種做法可讓保單持有人就療程費用是否屬保單保障範圍之內及早有所理解和索償會否能成功或被拒增加確定性，有助消除不必要的擔憂。即使預先批核的賠償額與合理及慣常收費未必最終相等，前者無疑能為保單持有人消除一定程度的不確定性。現時，自願醫保規定提供認可產品的保險公司，須在保單持有人要求下提供可賠償金額估算。

建議（八）：消委會認為監管機構應鼓勵保險公司就可選或非緊急的療程提供預先批核服務，以及就該服務的回覆時間訂立服務承諾。

加強保險中介人的培訓及改善行政程序

在部分投訴個案中，投訴人指責涉事的保險中介人/客戶服務員提供了「具誤導性」或「不準確」的資料，以致他們對療程是否符合索償資格及索償金額產生錯誤期望，或導致他們未能披露重要資訊。亦有一些投訴與保險公司未能提供滿意的服務有關，例如在保單終止後仍繼續收取保費、在未有明確同意下自動續保及未能及時提供醫療卡等。

建議(九):現時行業已有守則建議保險公司須向保險代理提供足夠培訓。消委會認為監管機構應要求保險公司加強該等培訓措施，務求保險從業員與消費者/保單持有人對保單的認知和理解一致及加強他們之間的溝通，以期減少爭議。消委會亦建議為保險中介人及/或前線員工提供持續及與個別產品的特色相關之培訓。至於保險公司的服務質素，消委會建議他們應訂立並公布其服務承諾，以供顧客參考及評核。

加強消費者教育

研究發現由於個人醫保產品本質複雜，消費者普遍對其整體運作及對購買個人醫保相關的概念缺乏足夠認識。重要合約條款的實質意義及對他們的影響，是消費者教育的首要重點。

建議(十):消委會建議消費者教育應涵蓋保險的概念；重要合約條款的實質意義，例如與保險公司保留單方面更改合約條款的權利、醫療所需、投保前已有病症、沒有披露事實、重複保險有關的條款；消費者在簽署保單合約前應獲取及理解的資訊；以及消費者尋求資訊、解釋及遇到問題時可申訴的權利。

提升個人醫保的延續性

調高投保年齡上限

現時，接近退休年齡或已經退休的消費者在購買個人醫保時可能會遇上困難。根據本研究收集的保單樣本，不同產品的投保年齡上限由 59 歲到沒有上限不等，而大部分的產品則以 64 歲到 70 歲為上限。

建議(十一):為增加年長消費者購買個人醫保的機會，消委會建議保險公司上調個人醫保的投保年齡上限。這有助促使有能力負擔的長者使用私營醫療服務，亦可舒緩已超負荷的公營醫療系統的壓力。

為非主要保障項目的升級提供退出選擇

超乎消費者意料的保費增幅是常見的爭端。保險公司就增加保費所提供的普遍理據，是由他們單方面提出的升級保障，目的是為受保人「提供更佳保障」。然而，有些保障屬保單持有人並不需要的非主要保障項目（例如家居照顧服務、幼兒照顧、寵物照顧等），但保險公司並沒有為他們提供不接受這些額外保障的選項。這種做法會對長者而言甚為棘手，因為出乎預期的保費加幅會打亂他們的退休計劃，更甚者在負擔不起的情況下，不情願地放棄續保，即使步入了人生中最需要醫療保障的階段。

建議 (十二): 基於公平原則及維持個人醫保的延續性，消委會建議保險公司在續保時應提供維持現狀的選項，讓產品對保單持有人而言合乎預算，尤其是在增加屬非主要的保障項目時，可讓保單持有人有退出選擇。

為投保前未知的已有病症提供保障

在大部分的個人醫保產品中，「投保前已有病症」屬其中一種不保事項。消委會認為，(一) 若消費者在投保前已知悉有關自身的醫療情況，消費者便應在投保時，向保險公司披露有關情況以作核保；及(二) 保險公司有責任透過具體問題向消費者收集足夠資料以作核保。另一個減低因沒有披露「投保前已有病症」而引起爭議的可行辦法，是在投保前進行「預先評估」(例如身體檢查)。至於有關屬未知悉的醫療情況，消委會認為按照公平原則，保險公司理應將該等情況納入保障範圍。

建議 (十三): 消委會建議保險公司應承保投保前未知的已有病症。他們可就此設立等候期，例如參考自願醫保計劃的 3 年等候期。假若保險公司將投保前未知的已存在病症訂為不保事項，他們便須向潛在的保單持有人清楚解釋相關條款。

不作重新核保 / 提高重新核保政策和條件的透明度

從投訴個案及深入訪問中發現，保單持有人在提出索償申請及收到賠償後，有可能被保險公司進行重新核保，增加他們的附加保費或於保單合約中新增不保事項。這些手法某程度上與保單列出的可續保的概念相違背。換句話說，對保單持有人而言，重新核保可能在某個階段出現，導致保費變得不能負擔或保障範圍變得不適用，他們實際上可能無法享有保險公司所承諾的「保證」「終身續保」。

建議 (十四): 消委會認為基於公平原則，比較理想的情況是保險公司實施一次性核保來取代現時每年核保的做法，讓個人醫保能提供真正的長期保障，例如應避免或盡量減少在保單生效後進行重新核保，為社會提供更安穩的醫療保險市場。然而，消委會瞭解個別保險公司(或個別產品)的重新核保政策可能取決於多種因素，例如定價策略或風險池管理。若保險公司認為進行重新核保屬不可避免，消委會認為與該安排的有關資訊，包括：重新核保的可能性、引致保險公司重新核保的各種誘因、以及在重新核保時考慮的因素等，應於保單合約中清楚列明及於潛在保單持有人簽訂保單合約前清楚說明。

未來路向

上述 14 項建議是經過嚴謹研究的成果；研究涵蓋到消費者主要關注的問題、市場當前提供的產品、其他選定地方的監管措施以及各持份者對建議的可行性和實用性的意見。

根據研究結果，消委會認為各持份者需要攜手合作，循序漸進地就個人醫保市場實施清晰的規管指引，以改善提供個人醫保的保險公司的營商手法，以及提升消費者教育和加強相關保障措施。消委會相信，在各持份者的共同努力下，將為促進消費者保障和個人醫保行業的可持續發展締造一個公平的市場。

就此，消費者亦扮演著重要的角色。他們應加強對個人醫保產品的認知，瞭解切合他們需要的保障範疇及個人醫保產品，並在就保障範圍和條款及細則的意義有疑問時，要求保險公司作出說明。消委會一直鼓勵消費者作出負責任及經深思熟慮的購買決定。

消委會會繼續擔當爭議調解及市場監察的角色，並透過各種公共渠道向公眾傳遞有關個人醫保市場的資訊和提供消費者教育。消委會亦會與各持份者保持密切對話，鼓勵他們積極考慮研究所揭示的問題，並提出和實施適合本地市場的措施。消委會認為要促進消費者對個人醫保的信心和支持，優質的個人醫保產品和就醫療需要提供合理的經濟保障是不可或缺。個人醫保行業要得以持續發展，亦應以消費者的利益為依歸。長遠而言，希望透過增加消費者的信心和市場推出更具透明度和優質的產品，可以推動更多人使用私營醫療服務，並減輕已超負荷的公營醫療系統的壓力，最終目標是為香港能享受平衡、可負擔、透明度高和優質的醫療服務。

有效調整消費者期望與實際保障的建議



1. 統一重要合約條款的定義



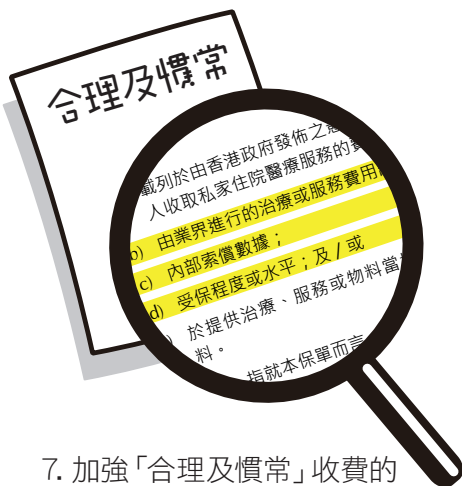
2. 改善投保申請表的設計使問題具體化



4. 提升與更改保單合約內容、保障及保費相關條款的透明度



5. 以書面及淺白用語提供解釋



7. 加強「合理及慣常」收費的參考資料來源的透明度



8. 為非緊急醫療服務提供預先批核服務



9. 加強保險中介人的培訓及改善行政程序

提升個人醫保的延續性的建議



3. 於公開平台上提供保單合約樣本



6. 披露個人醫保的市場及與投訴相關的數據



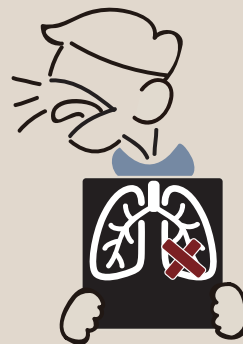
10. 加強消費者教育



11. 調高投保年齡上限



12. 為非主要保障的升級提供退出選擇



13. 為投保前未知的已有病症提供保障



14. 不作重新核保 / 提高重新核保政策和條件的透明度



香港北角渣華道191號嘉華國際中心22樓
電話：2856 3113
傳真：2856 3611
電子郵箱：cc@consumer.org.hk
網站：www.consumer.org.hk

22/F, K. Wah Centre, 191 Java Road
North Point, Hong Kong
Tel: 2856 3113
Fax: 2856 3611
E-mail: cc@consumer.org.hk
Web: www.consumer.org.hk