2017 年 7 月 18 日
的會議文件

立法會人力事務委員會

調整《僱員補償條例》及《肺塵埃沉着病及間皮瘤（補償）條例》所規定的醫療費限額

目的

本文件向委員匯報，勞工處建議因應公營醫療服務實施新收費，上調《僱員補償條例》（第 282 章）及《肺塵埃沉着病及間皮瘤（補償）條例》（第 360 章）（《肺塵病條例》）所規定的醫療費每天最高限額。

背景

2. 根據《僱員補償條例》及《肺塵病條例》，受傷僱員或訂明職業病患者如因工傷或訂明職業病接受醫治，可索還實際已支付的醫療費，但不可超過該兩條條例訂明的每天最高限額。「醫療費」是指受傷僱員或訂明職業病患者接受醫治所須支付的下列全部或任何開支—

(i) 註冊醫生、註冊中醫、註冊牙醫、註冊脊醫、註冊物理治療師或註冊職業治療師的收費[1]；
(ii) 任何外科收費或療法收費；
(iii) 護理費用；
(iv) 以住院病人身分入住醫院的費用；及
(v) 藥物、治療物品及藥用敷料的費用。

3. 按既定機制，《僱員補償條例》及《肺塵病條例》所規定的醫療費最高限額是與公營醫療服務收費掛鈎。具體而言，該兩條條例的醫療費每天最高限額，是訂立在足以支付受傷僱員或訂明職業病患者一天內在公營醫院或診所求診時所需的費用，包括診

[1] 《肺塵病條例》只涵蓋註冊醫生及註冊中醫的收費。

金、治療、藥物及入住醫院等費用。

4. 《僱員補償條例》及《肺塵病條例》為（a）住院治療；（b）門診治療；及（c）同日接受住院及門診治療分別設定醫療費的每天最高限額。目前，住院或門診治療的每天最高限額皆定為 200 元，而同日接受住院及門診治療的每天最高限額則定為 280 元。上述醫療費限額是於 2003 年 4 月因應實施公營醫療服務新收費架構而調整。該公營醫療服務新收費分兩個階段實施，包括由 2002 年 11 月起新設急症服務收費及由 2003 年 4 月起調整其他公營醫療服務收費；這是公營醫療服務收費就符合資格人士所作的上一次調整。

建議

5. 新的公營醫療服務收費於 2017 年 6 月 16 日在憲報公布，並由 2017 年 6 月 18 日起實施。附件 I 載有與受傷僱員或訂明職業病患者相關的收費調整項目。

6. 根據公營醫療服務新收費的實施，我們建議按既定機制，相應上調《僱員補償條例》及《肺塵病條例》的醫療費每天最高限額如下—

	現行的 每天最高限額 （元）	建議的 每天最高限額 （元）
住院治療	200	300
門診治療	200	300
同日接受住院及 門診治療	280	370

7. 附件 II 載有建議的計算詳情，即受傷僱員或訂明職業病患者於一天內在公營醫療系統下接受醫治可能須支付的最高費用。

經濟／財政影響

8. 我們徵詢了保險業界有關上調《僱員補償條例》的醫療費每天最高限額的建議對僱員補償保險保費及索償成本可能帶來的影響。香港保險業聯會（聯會）的意外保險公會回覆，鑒於《競爭條例》（第 619 章）[2]，不會提供有關可能帶來的影響。

9. 作為背景資料，在上一次於 2003 年 4 月實施的調整，住院／門診治療的醫療費每天最高限額由 175 元增至現時 200 元的水平，而同日接受住院及門診治療的醫療費每天最高限額則由 175 元增至現時的 280 元。在該次調整，聯會的意外保險公會表示，公營醫護服務收費架構的調整及《僱員補償條例》下醫療費水平的修訂，會對索償成本帶來約 4%的影響（10%偏差率），而保費的實際加幅視乎個別僱主的索償紀錄及保險公司的定價政策等市場機制的因素而定。

10. 肺塵埃沉着病補償基金（基金）委員會表示，經評估調整《肺塵病條例》的醫療費每天最高限額的建議對基金的財政影響後，基金委員會支持及同意上文第 6 段所述的建議。

諮詢勞工顧問委員會（勞顧會）

11. 勞顧會在 2017 年 6 月 27 日的會議上討論了上述建議。與會委員一致支持文件第 6 段的建議。

未來路向

12. 立法會可通過決議修訂《僱員補償條例》及《肺塵病條例》的醫療費每天最高限額。我們計劃於 2017 年第四季向立法會提交修訂建議，如獲得通過，我們會盡快實施有關調整。

[2] 《競爭條例》在 2015 年 12 月 14 日起全面實施。

13. 請委員省覽本文件的內容。

勞工及福利局
勞工處
2017 年 7 月

附件 **I**

與受傷僱員或訂明職業病患者相關的公營醫療服務收費調整項目(註)

(2017 年 6 月 18 日實施)

服務	調整前的收費（元）	新收費（元）
每日住院費用（急症病床）		
住院費用	100	120
入院費用	50	75[3]
門診收費		
急症服務	100	180
普通科門診	45	50
專科門診	60	80[4]
專科門診配藥（每種處方藥物）	10	15
物理治療或職業治療	60	80[4]
注射及敷藥	17	19

註：上述收費適用於符合資格人士。根據憲報公布的定義，符合以下準則的人士可以按照適用於符合資格人士的收費率繳費：

(i) 持有根據《人事登記條例》（第 177 章）所簽發香港身份證的人士，但若該人士是憑藉其已獲入境或逗留准許而獲簽發香港身份證，而該准許已經逾期或不再有效則除外；

(ii) 身為香港居民的 11 歲以下兒童；或

(iii) 醫院管理局行政總裁認可的其他人士。

[3] 病人於住院首天須繳交 75 元的入院費。如病人是由急症室轉介入院，則可獲豁免繳交這筆入院費。

[4] 病人首次接受專科門診診症、物理治療或職業治療的收費為 135 元，其後每次診症的收費為 80 元。

附件 **II**

建議的計算詳情：受傷僱員或訂明職業病患者於一天內在公營醫療系統下接受醫治可能須支付的最高費用(註)

	住院治療（元）		門診治療（元）		同日接受住院治療及門診治療[5]（元）	
	調整前的收費	新收費	調整前的收費	新收費	調整前的收費	新收費
急症服務	100	180	-		-	
入院費用	-[6]		-		50	75
住院費用（每天）	100	120	-		100	120
專科門診及藥費	-		110[7]	155[8]	110[7]	155[8]
護理（例如物理治療或職業治療）	-		60	80	-	
注射及敷藥	-		17	19	17	19
總金額	**200**	**300**	**187**	**254**	**277**	**369**
醫療費每天最高限額	**現時：200[9]**	**建議：300[9]**	**現時：200[9]**	**建議：300[9]**	**現時：280**	**建議：370**

註：上述收費適用於符合資格人士。

[5] 當病人在接受門診治療後，在同一天由醫生轉介入住公營醫院，便會出現這情況。

[6] 如病人是由急症室轉介入院，將會獲豁免支付入院費用。

[7] 專科門診調整前的收費為 60 元，及以病人每次求診平均獲發給 5 種藥物（調整前的收費各為 10 元）作計算。

[8] 專科門診新收費為80元，及以病人每次求診平均獲發給5種藥物（新收費各為15元）作計算。

[9] 為簡化僱主處理發還醫療費的工作，自 2003 年 4 月實施的調整開始採用兩層安排（即住院或門診治療的醫療費每天最高限額設定於同一水平，而同日接受住院治療及門診治療的醫療費每天最高限額則為另一水平），而非較複雜的三層安排。