

MediShieldLife

终身健保
人人受保，终身安心



MINISTRY OF HEALTH
SINGAPORE

终身健保计划是中央公积金局根据《终身健保计划法 2015》（2015 年第 4 部法）的规定以及该法所制定的各种条例（以及不时所做出的任何修订）代表卫生部进行管理的一项计划。公积金局也可能按法令规定自行实施条款来管理这项计划，同时也可能在任何时候对这些条款进行修改。

本册子包含了终身健保计划（之前称为健保双全计划）的一些主要内容的总结，是为参与该计划的新受保人所准备的。本册子的信息以 2015 年 10 月份印刷时为准。若想了解终身健保计划法令和相关条例，请登录 <http://statutes.agc.gov.sg> 进行阅读。欲了解终身健保计划的更多信息及此后的任何改变，请登录终身健保网站 www.medishieldlife.sg。

如欲提出咨询，请拨电 1800 - 222 3399 或电邮至 contactus@medishieldlife.gov.sg

新受保人手册

1. 终身健保简介	4
2. 终身健保保险赔偿	4
3. 保险和保费缴付	6
3.1 什么是终身健保保单年?	
3.2 终身健保保费是多少?	
3.3 谁需要支付附加保费?	
3.4 什么是保费回扣?	
4. 政府津贴和保费援助	10
4.1 谁有资格获得保费津贴?	
4.2 谁有资格获得建国一代津贴?	
4.3 谁有资格获得过渡津贴?	
4.4 谁有资格获得额外保费援助?	
5. 终身健保的索赔	13
5.1 什么是按比例计算的可索赔医药费?	
5.2 什么是自付额?	
5.3 什么是共同承担保险?	
5.4 如何计算索赔额?	
6. 终身健保计划未涵盖的项目	21
7. 额外受保项目	22
7.1 什么是私人综合健保计划?	
7.2 什么是额外提款顶限?	

1. 终身健保简介

终身健保是一项个人基本医疗保险计划。在该计划下，所有新加坡公民和永久居民，无论其年龄大小及健康状况，均可终身获得在需要支付大笔医疗费时向保险赔偿。

政府将提供各种保费津贴和多项援助措施以确保保费是国人可负担得起的，没有国人会因为没有办法支付自己的保费而失去终身健保的保障。

2. 终身健保保险赔偿

终身健保赔偿涵盖了住院及经批准的特定门诊治疗，如洗肾、癌症的化疗和放疗等费用。

请参阅表一的终身健保赔偿项目。终身健保的赔偿是针对入住 B2 级/C 级病房以及在公共医院受津贴门诊治疗的费用而制定的。那些在公共医院的 A 级/B1 级/B2+级病房或私人医院接受非津贴治疗的病人也能够受惠于终身健保。然而，由于这些非津贴的费用高昂，因此终身健保的赔偿将只是这些费用的一小部分。

表一：终身健保保险赔偿

(适用于 2015 年 11 月 1 日或之后住院或接受治疗的国人)

住院/日间手术	索赔顶限
每日住院及治疗费用 ¹	
- 普通病房	每日\$700
- 加护病房	每日\$1,200
- 社区医院 ²	每日\$350
- 精神科病房 (每个保单年最多索赔天数为 35 天)	每日\$100
外科手术	
- 1 类手术 (较不复杂的手术)	\$200
- 2 类手术	\$480
- 3 类手术	\$900
- 4 类手术	\$1,150
- 5 类手术	\$1,400
- 6 类手术	\$1,850
- 7 类手术 (较复杂的手术)	\$2,000
植入体	每项治疗\$7,000
放射性手术	每项疗程\$4,800
门诊治疗	
癌症化疗	每月\$3,000
癌症放射治疗	
- 体外或表层放射治疗	每次治疗\$140
- 近距离放射治疗	每次治疗\$500
- 立体定向放射治疗	每次治疗\$1,800
洗肾	每月\$1,000
接受器官移植后需服用的免疫抑制药物	每月\$200
用于慢性肾脏衰竭病人的红细胞生成素	每月\$200
最高索赔顶限	
每个保单年	\$100,000
终身	不设顶限
¹ 包括餐费、处方费、专家费用、研究费和其他杂费	
² 只有经公共医院转诊住院做进一步的治疗才能索赔	

3. 保险和保费缴付

刚出生的新加坡公民在完成出生登记后就从出生日期起受保于终身健保计划。永久居民在获得永久居留权的当天便开始受保于终身健保计划。

3.1 什么是终身健保保单年？

终身健保保单年是指从投保当天或保单续期当天算起的 12 个月。例如，在 2015 年 11 月 1 日开始投保的保单，其保单年为 2015 年 11 月 1 日至 2016 年 10 月 31 日。

每个保单年度结束时，公积金局将自动对终身健保保单进行续保。在上述例子中，2016 年 11 月 1 日保单将会再续保一年。

3.2 终身健保保费是多少？

终身健保保费随着年龄的增长而有所增加。保费是根据投保日期或续单日期后的受保人的下个生日的年龄而定的，每年支付一次。例如，受保人的出生日期为 1990 年 10 月 10 日，而该受保人的保单为 2015 年 11 月 1 日续期，那么其下一个生日时的年龄是 26 岁。

受保人所须支付的保费将自动扣除所有适用的津贴。

表二列出了 2015 年 11 月 1 日起生效的不同年龄段的保费（津贴前）。

表二：保费（津贴前）

下个生日的年龄	年度保费（含消费税）	下个生日的年龄	年度保费（含消费税）
1 - 20	\$130	74 - 75	\$975
21 - 30	\$195	76 - 78	\$1,130
31 - 40	\$310	79 - 80	\$1,175
41 - 50	\$435	81 - 83	\$1,250
51 - 60	\$630	84 - 85	\$1,430
61 - 65	\$755	86 - 88	\$1,500
66 - 70	\$815	89 - 90	\$1,500
71 - 73	\$885	>90	\$1,530

每年的保费可以使用保健储蓄全额缴付。您可以使用您自己的保健储蓄或直系亲属（即配偶、父母、子女或孙子女）的保健储蓄支付您的保费。

每年的保费（在扣除任何适用的津贴后）会自动从您（或您的支付人）的保健储蓄户头扣除。如果您（或您的支付人）的保健储蓄户头里的余额不足以支付保费，公积金局会通知您（或您的支付人）进行填补。

如需要更改支付人，新支付人只需通过公积金局的网站（www.cpf.gov.sg）的“my cpf Online Services”，使用个人政府电子密码 SingPass 提交申请。

3.3 谁需要支付附加保费？

在终身健保计划下，那些在投保前就已患有疾病的公民或永久居民也能受保。政府将承担保障这一群体的大部分经费。只有那些先前已患有严重疾病的公民或永久居民除了需要支付终身健保标准保费外，还需支付共 10 年的 30% 象征性附加保费。

如果该疾病在投保后才产生，那么它就不属于先前已患有的疾病。

先前已患有、并可能要付附加保费的严重疾病包括癌症、肾衰竭、中风和心脏病。

有关先前已患有的严重疾病的更多类别的信息，请登录 www.medishieldlife.sg 查阅。

公积金局会通知那些先前已患有这些严重疾病而必须支付附加保费的受保人。任何适用于终身健保的津贴也将适用于附加保费。

3.4 什么是保费回扣？

在终身健保计划下，受保人会在工作期间付较高的保费，以便年老时可以获得保费回扣以减轻年老时的保费负担。这有助于更加均匀地分配受保人一生中需缴交的保费，在年龄较大时对保费的增加起着缓和的作用。

保费回扣的多少将取决于您在该计划下的投保期。您越早加入终身健保，您所获得的保费回扣就越高。

表三：保费回扣表（适用于那些出生在 1950 年或之后的人士）¹

投保年龄 (下个生日的年龄)	每年的保费回扣金额，年龄组（\$）							
	66 - 70	71 - 73	74 - 75	76 - 78	79 - 80	81 - 83	84 - 85	86 - 90
30 岁及以下	49	107	184	260	313	440	483	537
31 - 40	41	80	138	195	235	330	362	403
41 - 50	36	53	92	130	157	220	241	269
51 - 60	30	30	46	65	78	110	121	134
61 - 70	不适用	12	33	50	64	71	77	90

¹1950 年之前出生的新受保人不会获得保费回扣。请登录终身健保网站了解更多信息。

4. 政府津贴和保费援助

为了确保国人能够承担终身健保保费，政府将会提供多种保费津贴以及援助措施来帮助新加坡公民和永久居民支付终身健保保费。

政府将利用其数据库中的现有信息来确定受保人是否有资格获得津贴，因此受保人无需做出津贴申请。

4.1 谁有资格获得保费津贴？

政府将为中低收入的新加坡公民和永久居民提供保费津贴。家庭人均月收入在\$2600 及以下并且居住在年值\$21,000 及以下住屋的受保人将有资格获得保费津贴。拥有多个房产的人士将不符合保费津贴的条件。永久居民将获得新加坡公民一半的适用津贴率。

表四：保费津贴
(适用于住屋年值为\$13,000 或更低的人士)

下个生日的年龄	新加坡公民根据家庭人均月收入计算的津贴率		
	低收入 \$0 – \$1,100	中低收入 \$1,101 – \$1,800	中高收入 \$1,801 – \$2,600
1 – 40	25%	20%	15%
41 – 60	30%	25%	20%
61 – 75	35%	30%	25%
76 – 85	40%	35%	30%
86 – 90	45%	40%	35%
>90	50%	45%	40%

注：那些住屋年值介于\$13,001 与\$21,000 之间的人士能够获得的津贴率将比上表列出的津贴率低 10 个百分点。那些住屋年值超过\$21,000 的人士将不能获得这些津贴。

4.2 谁有资格获得建国一代津贴？

建国一代¹将获得相当于保费的 40%至 60%的建国一代津贴，无论其家庭收入和他们的住屋年值为多少。此外，建国一代每年也将获得\$200 至\$800 的保健储蓄填补来支付终身健保保费，具体金额取决于其出生年份。

表五：建国一代津贴

下个生日的年龄	建国一代津贴占保费的百分率
66 - 70	40%
71 - 80	44% - 54%
81 - 90	54% - 59%
>90	60%

¹建国一代是指出生于 1949 年 12 月 31 日或之前并且在 1986 年 12 月 31 日或之前取得新加坡国籍的新加坡公民。

4.3 谁有资格获得过渡津贴？

所有新加坡公民在获得适用的保费津贴或建国一代津贴后，如果所需缴交的终身健保保费比之前的健保双全保费高，那么保费增幅将在终身健保推出的前四年获得过渡津贴。

无论其家庭收入和住屋年值多少，所有新加坡公民都能自动获得过渡津贴。

表六：过渡津贴

终身健保	保费净增加部分所获得的终身健保过渡津贴率
第一年（2015年11月至2016年10月）	90%
第二年（2016年11月至2017年10月）	70%
第三年（2017年11月至2018年10月）	40%
第四年（2018年11月至2019年10月）	20%

4.4 谁有资格获得额外保费援助？

额外保费援助旨在帮助那些没有家庭援助以及在获得政府津贴和扣除保健储蓄后仍无法负担终身健保保费的国人。

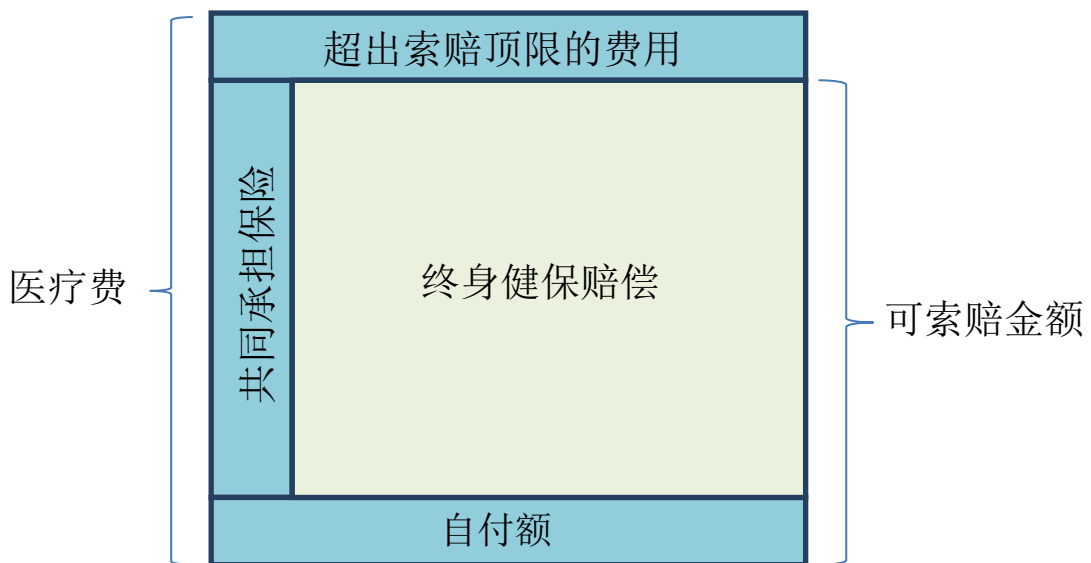
那些无法负担保费的国人将会被邀申请额外保费援助。政府也会协助那些需要帮助的国人申请额外保费援助。没有国人会因为无法负担保费而断保。

5. 终身健保的索赔

您只需要通知您正在接受治疗的医院或医疗机构，他们就会替您向公积金局提交索赔申请。

一旦公积金局处理完索赔申请后，终身健保赔偿金额将会直接支付给医院或医疗机构。

终身健保的住院和门诊手术会按照比例计算出可索赔的医药费（将在第 5.1 节进行解释），并且不能超过表一中的索赔顶限。之后，可索赔金额必须扣除自付额（将在 5.2 节进行解释）和共同承担保险（将在第 5.3 节进行解释）后才能确定终身健保赔偿金额。自付额和共同承担保险以及超出索赔顶限的费用可用保健储蓄和/或现金支付。



至于门诊治疗，终身健保将根据索赔顶限或按照比例计算出可索赔的费用的90%来确定赔偿金额，以较低者为准。该账单的剩余部分也能用保健储蓄和/或现金支付。

5.1 什么是按比例计算的可索赔医药费？

政府推出终身健保的目的是为了帮助新加坡公民支付公共医院的 B2 级/C 级病房及门诊治疗/日间手术的受津贴费用。

因此，公共医院的 A 级/B1 级/B2+级病房和私人医院以及在非津贴门诊治疗/日间手术治疗的费用，得先按照比例计算出可索赔的医药费，才能在终身健保计划下进行索赔。

同样的，永久居民在公共医院接受治疗时，获得的津贴比新加坡公民少，因此其账单在终身健保计划下进行索赔计算之前，得先按照比例计算出可索赔的医药费。表七列出了各类病房和治疗的¹可索赔医药费比例。

表七：在终身健保计划下可索赔的医药费比例

病房级别/ 津贴状况	新加坡公民	永久居民
C 级	100%	44%
B2 级	100%	58%
B2+级	70%	47%
B1 级	43%	38%
A 级/私人医院	35%	35%
社区医院（津贴类）	100%	50%
社区医院（非津贴类）	50%	50%
津贴类短期住院病房	100%	58%
非津贴类短期住院病房	35%	35%
津贴类日间手术	100%	58%
非津贴类日间手术	35%	35%
津贴类门诊治疗	100%	67%
非津贴类门诊治疗 ¹	50%	50%

¹门诊癌症治疗的非津贴类费用的可索赔医药费比例将于 2016 年 11 月起生效。与透析相关的非津贴类治疗和使用免疫抑制药物费用将不会按照可索赔的医药费比例计算。

5.2 什么是自付额？

自付额是指每个保单年内受保人必须先支付的可索赔金额。如果每个保单年内有多次索赔，那么已支付的自付额可以累积。可索赔金额中的自付额介于\$1,500至\$3000之间，具体自付额视受保人的年龄和所住的病房级别而定，详情请参阅表八。

表八：自付额（根据该保单年下个生日的年龄而定）		
病房级别/治疗	80岁及以下	81岁及以上
C级	\$1,500	\$2,000
B2级及以上（含入住私人医院）	\$2,000	\$3,000
日间手术	\$1,500	\$3,000
门诊治疗	不适用	

5.3 什么是共同承担保险？

共同承担保险是受保人需要共同支付的可索赔金额。它是按可索赔金额的百分比计算出的部分。共同承担保险介于3%至10%之间，如表九所示。

表九：共同承担保险	
病房级别和日间手术 一个保单年度内累计的可索赔金额	
首\$5,000 ¹	10%
第二个 \$5,000	5%
超过\$10,000部分	3%
门诊治疗	10%
¹ 含自付额	

图解自付额的运作方式

(本例假设投保人的年龄在 80 岁以下且住 C 级病房，每个保单年度的自付额为 \$1,500。)

情景一：

A 先生在每个保单年住院一次

第一次住院
可索赔金额：\$3000
自付额：\$1,500

由于可索赔金额超过了自付额，因此终身健保会赔偿部分或全部剩余费用

第二次住院
可索赔金额：\$2,500
自付额：\$1,500

由于可索赔金额超过了自付额，因此终身健保会赔偿部分或全部剩余费用

保单年度：2015 年 11 月 1 日 -
2016 年 10 月 31 日

保单年度：2016 年 11 月 1 日 -
2017 年 10 月 31 日

15 年 11 月 1 日

16 年 11 月 1 日

17 年 11 月 1 日

第一次住院
可索赔金额：\$1,000
自付额：\$1,500

由于可索赔金额低于 \$1,500 的自付额，因此终身健保无需进行赔付。

第二次住院
可索赔金额：\$2,000
保单年度自付额余额：\$500

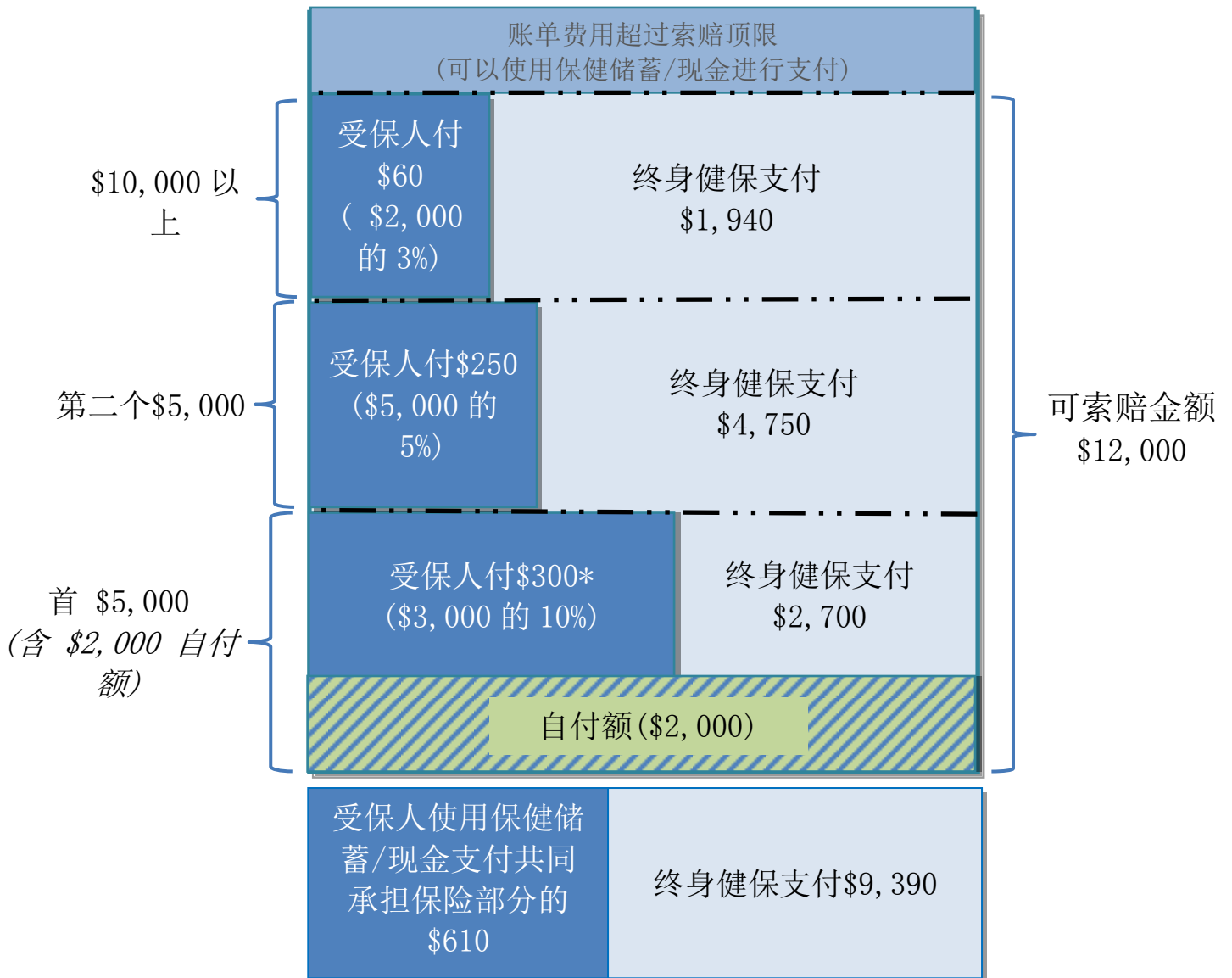
由于 B 先生在第一次住院期间支付了 \$1,000 的自付额，因此他在第二次住院时只需要支付自付额的余额 \$500。

情景二：

B 先生在同一个保单年住院两次

图例说明共同承担保险的运作方式

(本例假设可索赔金额为\$12,000, 自付额为\$2,000。)



*如果受保人须支付自付额, 那么共同承担保险就是超出自付额部分的 10%。在本例子中, 自付额为\$2,000, 首\$5000 的共同承担保险就是扣除自付额后的剩余\$3000 的 10%, 即\$300。

5.4 如何计算索赔额？

例 1：年龄为 35 岁的新加坡公民入住 C 级病房的索赔计算

住院天数：10 天（含 8 天加护病房）

手术项目：胃部手术

	医疗账单费用 ¹	终身健保索赔计算
每日住院及治疗费用 (2天普通病房+8天加护病房)	\$8,600	\$8,600 ²
手术费（第6类手术）	\$1,250	\$1,250 ³
总计	\$9,850	\$9,850
减自付额 ⁴	—	(\$1,500)
可索赔金额 (减自付额)	—	\$8,350
减共同承担保险	—	(\$592.50) ⁵
终身健保支付	—	\$7,757.50 (79%)
保健储蓄和/或现金	—	\$2,092.50 (21%)

¹ 由于受保人是新加坡公民且入住C级病房，因此其终身健保索赔是基于账单的全部费用计算的。

² 每日住院及治疗费用的索赔顶限 [(\$ 700×2 天) + (\$ 1,200×8 天)] = \$11,000 与实际产生费用\$8,600 的 100%，两者中较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为\$ 8,600。

³ 表一的手术索赔顶限\$1,850（第6类）与实际产生费用\$1,250 的 100%，两者中较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为\$1,250。

⁴ 受保人的年龄低于 80 岁，自付额为适用于 C 级病房的\$1500。

⁵ 共同承担保险 = (\$3,500×10%) + (\$ 4,850×5%) = \$592.50。

例 2：年龄为 60 岁的新加坡公民入住 A 级病房的索赔计算

住院天数：18天

手术项目：髋关节置换术

基于病房级别的可索赔医药费比例：35%

	医疗账单费用	医疗账单费用的 35% ¹ (见表七)	终身健保索赔计算
每日住院及治疗费用 (18天普通病房)	\$12,000	\$4,200 (\$12,000 x 35%)	\$4,200 ²
手术费 (第5类手术)	\$8,500	\$2,975 (\$8,500 x 35%)	\$1,400 ³
植入体	\$4,000	\$1,400 (\$4,000 x 35%)	\$1,400 ⁴
总计	\$24,500	\$8,575	\$7,000
减自付额 ⁵	-	-	(\$2,000)
可索赔金额 (减自付额)	-	-	\$5,000
减共同承担保险	-	-	(\$400) ⁶
终身健保支付	-	-	\$4,600 (19%)
保健储蓄和/或现金	-	-	\$19,900 (81%)

¹ 由于投保人入住的是 A 级病房，所以终身健保的可索赔额是基于账单的 35% 进行计算的。

² 表一的每日住院及治疗费用索赔顶限 (\$ 700 × 18 天) = \$ 12,600 与实际产生费用 \$ 12,000 的 35% (即 \$ 4,200)，两者中的较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为 \$ 4,200。

³ 表一的手术索赔顶限 \$ 1,400 (第 5 类) 与实际产生费用 \$ 8,500 的 35% (即 \$ 2,975)，两者中的较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为 \$ 1,400。

⁴ 表一的植入体索赔顶限 \$ 7,000 与实际产生费用 \$ 4,000 的 35% (即 \$ 1,400)，两者中的较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为 \$ 1,400。

⁵ 投保人的年龄低于 80 岁，A 级病房的自付额为 \$ 2,000。

⁶ 共同承担保险 = (\$ 3,000 × 10%) + (\$ 2,000 × 5%) = \$ 400

例 3：年龄为 40 岁的永久居民入住 B2 级病房的索赔计算

住院天数：54天（包括2天加护病房）

手术项目：胰腺和胆囊手术

基于公民身份的可索赔医药费比例：58%

	医疗账单费用	医疗账单费用的 58% ¹ (见表七)	终身健保索赔计算
每日住院及治疗费用 (52天加2天加护病房)	\$21,340	\$12,377.20 (\$21,340 x 58%)	\$12,377.20 ²
手术费（第6类手术）	\$1,350	\$783 (\$1,350 x 58%)	\$783 ³
总计	\$22,690	\$13,160.20	\$13,160.20
减自付额 ⁴	-	-	(\$2,000)
可索赔金额 (减自付额)	-	-	\$11,160.20
减共同承担保险	-	-	(\$644.81) ⁵
终身健保支付	-	-	\$10,515.39 (46%)
保健储蓄和/或现金	-	-	\$12,174.61 (54%)

¹ 由于受保人件是永久居民并住 B2 级病房，所以终身健保的可索赔额是基于账单的 58% 计算的。

² 表一的每日住院及治疗费索赔顶限 $[(52 \times \$ 700) + (2 \times \$ 1,200)] = \$ 38,800$ 与实际产生费用 \$21,340 的 58% (即 \$ 12,377.20)，两者中的较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为 \$ 12,377.20。

³ 表一的手术索赔顶限 \$ 1,850 (第 6 类) 与实际产生费用 \$ 1,350 的 58%，(即 \$ 783) 两者中的较低者为可索赔金额。因此，可索赔金额为 \$ 783。

⁴ 受保人的年龄低于 80 岁，B2 级病房的自付额 \$ 2,000。

⁵ 共同承担保险 = $(\$ 3,000 \times 10\%) + (\$ 5,000 \times 5\%) + (\$ 3,160.20 \times 3\%) = \$ 644.81$ 。

6. 终身健保计划未涵盖的项目

以下治疗、手术、疾病、活动以及它们相关的并发症不在终身健保赔偿的范围之内，因此不能索赔：

- 投保人在投保终身健保前就已经需付的费用
- 投保人在投保终身健保前就已经住院，其整个住院期间所须付的费用
- 救护车服务
- 整形手术
- 产科费用（包括剖腹产手术）或流产手术
- 牙科治疗（因意外伤害导致除外）
- 不孕不育、低生育率、辅助受孕或任何节育手术
- 变性手术
- 医疗范围之外的可选项目
- 国外医疗
- 私人护理费用
- 购买肾透析机、人工呼吸器以及其他特殊设备
- 对以下罕见的天生严重和致命的先天性疾病所进行的外科手术：三体综合征 13、三体综合征 18、双侧肾发育不全、巴特积水、前脑无叶无裂畸形和无脑畸形
- 已获得工人补偿（Workmen' s Compensation）以及其他形式的保险全额报销的治疗
- 对吸毒或酗酒的治疗
- 对由核辐射、战争和相关风险直接或间接引起的伤病治疗
- 对由直接参与骚乱、暴乱或罢工所引起的伤害的治疗
- 对由自残或蓄意自杀所导致的伤害的治疗
- 免疫疫苗

7. 额外受保项目

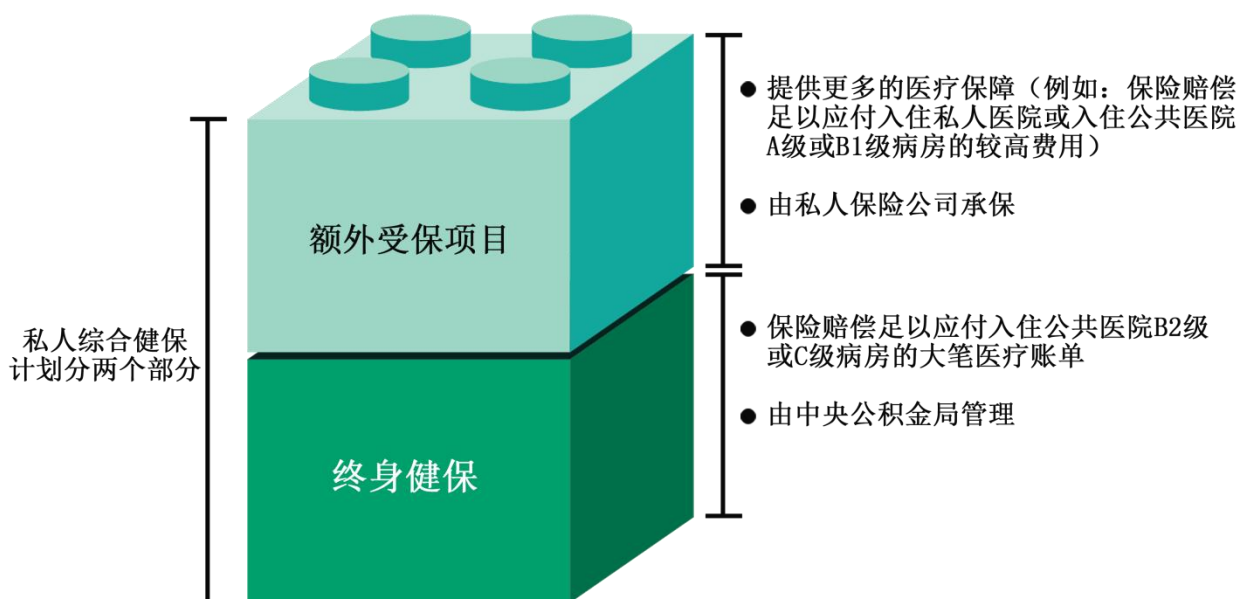
终身健保的赔偿是针对入住 B2 级/ C 级病房津贴后的费用以及在公共医院受津贴门诊治疗而制定的。因此，如果您打算入住公共医院的 A 级 / B1 级 / B2+级病房或私人医院进行治疗，那么您可能需要考虑购买私人综合健保计划下的额外受保项目。

7.1 什么是私人综合健保计划？

私人综合健保计划是由公积金局管理的终身健保计划与私人保险公司承保的额外受保项目两部分组成。

私人综合健保计划的保费比终身健保保费要高。在投保私人综合健保计划前，请一定要考虑自己是否有能力长期支付私人综合健保计划保费，尤其要考虑到保费会随着年龄增长而增加。

请务必听取您的财务规划师的意见或向任何参与该计划的保险公司咨询有关私人综合健保计划的详细资料。请登录终身健保网站 www.medishieldlife.sg 获取参与该计划的保险公司名单。



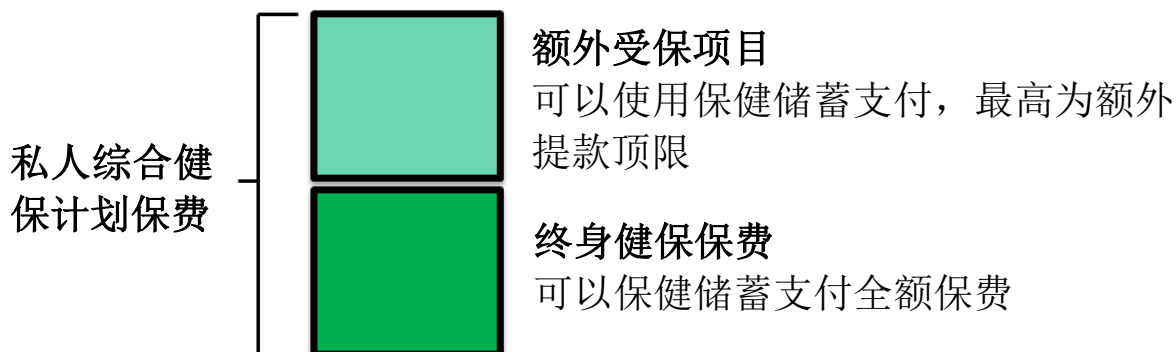
*图表未按比例画出

7.2 什么是额外提款顶限？

如果您参加私人综合健保计划，您将能够使用保健储蓄来支付额外受保项目的保费，最高额可以达到额外提款顶限。

请参考表十列出的私人综合健保计划的额外提款顶限。

图 1：怎样使用额外提款顶限支付私人综合健保计划保费



表十：私人综合健保计划受保人可提取的额外提款顶限

下个生日的年龄	额外提款顶限
1 - 40	\$300
41 - 70	\$600
71 岁或以上	\$900