

就醫療改革第二階段諮詢的意見書

I. 引言

1. 經過三個月的諮詢，眾多持份者仍然對擬議的自願醫療保險計劃（以下簡稱自願醫保）憂心忡忡，問題在於政府的有關論述及所提供的資料，還有眾多不明朗的地方。
2. 新一輪的醫改諮詢文件清楚顯示，特區政府已放棄徹底改革醫療融資制度的宏圖大計，代之以不痛不癢的自願輔助融資計劃，藉以局部改善公私營醫療系統的失衡問題。特區政府雖然調低了政策目標，但採用的政策工具並不恰當，反而倍添市民對政府建議的疑慮。故此，公共專業聯盟對擬議的自願醫保計劃甚有保留。

II. 私營醫療系統無力應付新增需要

A. 「套餐式收費」旨在控制醫療成本

3. 在特區政府的醫療改革藍圖中，公營與私營醫療系統失衡是其中一個重點處理的問題，具體辦法是鼓勵私家醫院實施「套餐式收費」，及向市民推廣自願醫保計劃，冀能使診症治病價目更加清晰，透過定額收費以避免私家醫院及醫生按保單最高賠償額訂價的流弊，及間接減少醫院與保險公司的醫療收費爭議。「套餐式收費」若能成功實施，也有助掃除市民對私家醫院收費及使用私營醫療服務的疑慮，相應減少公營系統的壓力。
4. 私營醫療系統能否提供足夠服務滿足自願醫保市場的需要，相當程度上取決於多少私家病床採用「套餐式收費」，但目前勢並不樂觀，因為私家醫院方面對「套餐式收費」的態度相當消極，相信不會有很多私家醫院參加，他們認為「套餐式收費」定價缺乏彈性，難以遷就醫院的市場定位，更何況實行「套餐式收費」意味院方會失去定價權，故相信只有面向大眾化市場的醫院才會參與計劃。另一關鍵因素是醫院本身有否剩餘能力開拓新的醫療市場，而私營醫療界目前普遍的看法是，近年內地人士來港使用醫療服務與日俱增，相信私家醫院為自願醫保病人而騰出的空間相當有限。

5. 特區政府也意識到扭轉私營醫療系統供應失衡情況的重要性，因此擬在四塊醫院用地的批地條款中，要求新建醫院配合醫保計劃，對部份服務實施「套餐式收費」。按照現時的規劃，私家病床數目到二一一五／一六年會增加七至八成到六千張左右。¹但多方面的資料均顯示，即使四家新建醫院完成投入服務，私營系統的醫療能力仍未能滿足擁有醫療保險保障人士的需要，原因如下：
- 假設公營系統病床數目維持不變，私家病床數目將由現時佔全港病床總數的八分之一增至接近兩成，但在二零零八年，擁有個人名義購買/僱主提供醫療保險的人數已達到二百四十萬人，相當於全港人口三成半；
 - 新建私家醫院實際上只需撥出部份病床實施「套餐式收費」便符合要求，更何況現時有四成醫院費用是由病人自費繳付的，也就是說日後仍會有相當比例的私家醫療服務專注照顧自費病人；
 - 即使日後醫保的保障範圍包括非住院手術，有助紓緩床位需求，但私家醫院標榜提供較公立醫院優勝的服務，病人留院時間可能較長，故需要較多病床才能處理公立醫院同等數量的病案；
 - 特區政府重點發展醫療產業，吸引內地及海外人士使用本地醫療服務，這些源於本地市場以外的需求，會大大增加本地醫療系統的壓力，甚至推高本地醫療收費。

B. 大力擴充私營醫療系統

6. 基於私營醫療系統供求失衡問題是醫療費用不斷攀升的主要原因，特區政府有責任確保市民所花金錢能物有所值，具體辦法包括提供私家醫院用地以增加醫療服務的供應，透過市場力量以調節私家醫療收費。必須指出的是，有關政策措施不應以減省政府負擔為目的，不應降低公營系統的現有的服務水準，也不應以公帑資助私家醫院的發展。更重要的是，若要擴大私家醫院在整體醫療所佔的份額，私家病床以至私家醫院必須有顯著增長，特區政府更需在短期內大幅增加醫療人員的培訓學額，否則是緣木求魚。
7. 特區政府致力降低私家醫療收費的措施，值得肯定，因此贊成私家醫院採用「套餐式收費」辦法，問題的關鍵在於特區政府能否創造有利的市場環境以促使更多私家醫院採用有關收費辦法。必須指出的是，政府若以低地價甚至是零地價作為鼓勵私家醫院採用「套餐式收費」的交換條件，必須

¹ 〈4 私院地年內招標 條款與醫保掛鉤〉，《文匯報》（網上版），2011年1月6日。

確保有足夠數量的病床採用該種收費模式，才能達致推廣這種收費方式背後的原因，就是降低醫療收費。

8. 若要避免實行自願醫保計劃後進一步推高現時已相當昂貴的私營醫療收費，必須擴充私家醫院的醫療服務以增加市場供應，醫療價格才不會因需求增加而大幅上漲，避免保費被嚴重蠶食，及市民投保後無法獲得適切的服務。特區政府應制定下一輪的私家醫院發展規劃，在未來五年的私家醫院擴展計劃完成後，在下一個五年再增加三千張私家病床，把私家病床增至全港病床總數的四分之一（以公營系統維持病床數目不變推算）。

III. 自願醫保財務上不可持續

9. 自願醫保計劃不單是商業保險產品，更有濃厚的公共政策味道，因此除了其商業及財務模式需具備可持續性外，更要體現社會公義與政策優次。

A. 大額現金回贈並不恰當

10. 特區政府動用五百億元醫療儲備支持自願醫保，主要投放在兩個方面，其一是給予轉買自願醫保人士及年輕的新投保人士高達三成的折扣優惠，以吸引市民參與計劃；其二是把六至七成資金用於資助年輕投保者儲蓄以支付晚年的保費²，由此推算，回贈投保者的金額可能超過整筆資金的八成。可是，現金回贈的受惠者主要是向僱員提供醫療福利的僱主，及即使政府沒有提供誘因也願意自行購買醫保的個人投保者，對本來沒有購買醫保的僱主及市民有多大吸引力有多大，頗成疑問。

B. 再保險資金不足

11. 誠如前文所說，五百億元醫療儲備用作現金回贈，最主要的效用是減輕投保者的保費負擔，卻不會為醫療賠償提供額外資金，因為自願醫保的最高保費已定在一般保費三倍的水平。基於此，可供用於注資再保險基金以填補向高風險人士巨額醫療賠償的資金相應減少，相信少於一百億元，使人擔心再保險基金很快會出現資金短缺問題。

² 〈港府預留 500 億 確保營運 25 年〉，《文匯報》（網上版），2011 年 1 月 6 日。

C. 成本效益存疑

12. 投放五百億元公帑津貼經濟能力較充裕人士使用私家醫療服務，社會上反響頗大，認為有違社會公義原則，因此特區政府更應證明有關安排是物有所值的，可以帶來更大成本效益的，不能以「讓市民多一個選擇」為藉口便蒙運過關。該筆公帑起碼需要為公營醫療系統節省等額的醫療資源，但特區政府至今沒有提供相關資料，自然無法取信於民。特區政府需進一步交代自願醫保的相關預算，包括新增及轉購自願醫保人數，及對私營醫療服務新增需求的估算。更重要的是，特區政府需交代五百億元資助帶來的效益，這主要是指公營醫療系統因購買醫保人士使用私營醫療服務而減省的公營醫療資源，有關數字起碼要超過五百億元政府資助，更應扣除即使沒有額外誘因的情況下自願投保的僱主及市民的住院開支，在二零零六至零七年度，有關保險賠償支付的私家醫院住院開支為三十五億元左右。

D. 償付能力與財務負擔

13. 推行自願醫保使特區政府承擔了極大的道德風險，特區政府努力向市民推介該項保險產品，因此對投保者負上了不可推卸的責任。更嚴重的是，自願醫保會為特區政府帶來無限責任（**unlimited liabilities**），因為政府跟商業機構不同，不能宣佈破產一走了之，更何況特區政府撥出了五百億元財政儲備作為資助，又主動設立及管理再保險機制，而食物及衛生局局長周一嶽近日更表示『倘 500 億元耗盡，當局將會再注資「包底」』，³在公眾的心目中，特區政府將扮演最後擔保人的角色。既然特區政府承諾了「包底」，便需向納稅人詳細解釋，包括：

- 擬議計劃從財務管理角度分析，並不具備可持續性，因為政府官員似沒有認真考慮老齡化對有關計劃的影響。自願醫保實行初期，投保者相信以年輕人士居多，申索的比例較低，再加上再保險及政府的額外注資，償付能力問題不大。二十年後老齡化問題已相當嚴重，高危組群不斷擴大，年輕組群反而有所減少，屆時相信沒有足夠年輕投保人分攤風險，所得保費可能不夠償付賠償，五百億元醫療儲備究竟能支持多久，特區政府完全沒有交代；
- 由於自願醫保不拒保，市民只要繳交保費，便可以繼續使用私營醫療服務並由保險賠償支付有關費用。由於政府官員以作出「包底」的承諾，有關開支仿似無底深潭，納稅人有權知道需作出怎樣程度的承擔。

³ 〈港府預留 500 億 確保營運 25 年〉，《文匯報》（網上版），2011 年 1 月 6 日。

E. 短期保障與長期保障之間的取捨

14. 根據諮詢過程所提供的資料顯示，市民根本無法作出「知情抉擇」，因為特區政府不斷強調自願醫保的好處，卻沒有交代擬議計劃對市民現時的保險保障及利益有何影響。自願醫保旨在加強對市民長期醫療需要的照顧，與現時市民普遍偏重短期需要的做法不同，有關醫改的諮詢只強調終身受保，卻沒有提醒市民可能需以短期利益作交換。特區政府認為醫療保險用於支付門診賠償是資源錯配，因此擬議的醫保基本計劃並不涵蓋門診服務，這勢將改變現有醫療保險的保障範圍及員工福利，市民選擇是否支持甚至參與自願醫保前，應充份掌握以下轉變：

- 若現有醫保的保障額低於基本計劃的話，便需繳付額外保費，或減少門診賠償以增加住院保障；
- 現時擁有醫保保障的大部份是年青及壯年人，他們所患病症通常較輕，主要是使用門診服務，較少使用住院服務，因此擴大住院醫療保障短期而言對他們作用不大，相反增加住院保障若需以減少門診賠償作為交換，等於減少他們的薪酬福利。

IV. 醫改何去何從

15. 政府官員希望日後與醫保有關的行政費及利潤能控制在保費一成之內，甚至採用立法手段予以規管，⁴使市民獲得實惠，理應值得支持。但有兩個問題需要澄清，其一是自願醫保是否立法規管的必須條件，不實行自願醫保，可否加強規管；其實市民並不反對加強規管，但對自願醫保則有所保留。其二是投入五百億元財政儲備是否實行自願自保的必須條件，可否以市場上類似的保險產品代替。

A. 強化醫保市場監管便可

16. 鑑於市場上已有類似自願醫保的產品⁵，所提供的醫療保障長達一百歲，條件是只需在特定年歲（例如七十歲）前投保便可。個別計劃含有儲蓄成份，故保費金額可固定在某個水平。這些產品的標準保費與自願醫保的參考價格相當接近，頗具競爭力。特區政府應秉持「大市場，小政府」原則，盡可能不進入市場經營醫保產品，讓商界自行經營，而特區政府則專注監

⁴ 〈自願醫保限保險公司利潤〉，《信報經濟新聞》（網上版），2010年12月15日。

⁵ 很多保險公司已有終生醫療保障產品，例如：美國友邦、宏利、英國保柏、富通、ING等。

管角色，更何況無需動用五百億元作為資助呢！

B. 加強基層醫療

17. 特區政府於二零壹零年底發表的《香港的基層醫療發展策略文件》，為未來幾年基層醫療的發展定下了政策框架，但預期取得的進展相當有限。簡單來說，特區政府沒有打算全面推廣家庭醫生制度，只著力於制定家庭醫生及輔助醫療人員名冊、構建公私營系統電子健康記錄互通的平台等，以方便有經濟能力人士使用私家醫生及私家醫療服務，但家庭醫生制度怎樣向全社會推廣，至今沒有交代。其他有助改善基層醫療的計劃，例如社區健康中心、護士診所等，大多仍停留在試驗或小規模推廣階段，對此特區政府同樣沒有展示全盤規劃。
18. 基層醫療在整體醫療系統中發揮關鍵作用，已獲得國際權威機構例如世界衛生組織的廣泛認同。特區政府若能積極推動基層醫療的發展，可以使整體醫療水平更上一層樓，而更重要的是幫助市民在患病初期及早發覺並獲得治療，從而使健康獲得更佳保障。特區政府若無法釋除市民對五百億元公帑能否善用的疑慮，把該筆資金投放於發展基層醫療，似是更佳選擇。

V. 結語

19. 公共專業聯盟對擬議的自願醫保有所保留，除非特區政府能提供更多具說服力的資料及理據。特區政府以「套餐式收費」作為政策工具，冀能平抑醫療收費，鑑於現時市場供應緊絀的情勢，將難以此動搖私家醫院的收費定價機制，唯有從增加供應方面入手，才是正本清源之道。特區政府以五百億元醫療資金作為政策工具，用途方面也問題多多，因為八成的資金將用作現金回贈，派發予僱主及有剩餘財力購買自願醫保人士，有違社會公義原則。剩餘的一百億元顯然不能支撐再保險基金多久，叫人擔心自願醫保作為保險制度的可持續性。五百億元醫療資金能否投入保險及私營醫療市場，能否省回最少等值的公營醫療資源，頗成疑問，若不能達到這基本水平，該筆龐大資金便應用於更具社會及經濟效益的用途，注資改善基層醫療是其中一個值得考慮的途徑。