

「醫改何去何從」研討會 討論要點

主辦機構： 公共專業聯盟
 香港城市大學當代中國研究計劃
日期： 2010年11月27日（星期六）
地點： 香港城市大學 LT-16 演講廳
時間： 上午十時十五分至下午四時正

2010年11月27日，公共專業聯盟與城市大學當代中國研究計劃聯合舉辦了「醫改何去何從」研討會。是次研討會的講者包括公私營醫療系統代表、保險業界人士、政府官員、學者及其他持份者（參看附件一），與會人士達八十人之多，進行了長達六小時的討論。是日的議題相當廣泛，各參加者就特區政府建議的自願醫保計劃、套餐式收費、保險安排、醫療融資，以至五百億元醫療專款如何應用等問題進行了熱烈的討論及交換意見。

I. 對「套餐式收費」的疑慮

官方代表認為，本港醫療系統長期以來存在風險兩極化的問題，公營系統內的風險主要由政府承擔，私營系統內的則完全由病人承擔，情況並不理想。擬議的自願醫保計劃鼓勵私家醫院引進「套餐式收費」辦法，旨在促使其他持份者包括私家醫院、醫生，以及保險公司共同分攤風險。當更多市民購買自願醫保並使用私家醫療服務，將有助騰出寶貴的公共資源照顧有需要人士。

整體而言，私家醫院及私家醫生（除了特別標明者外，以下統稱為私院）對「套餐式收費」多抱持保留態度，普遍認為政府的建議是強私家醫院所難，更何況仍有不少疑問尚未解決，落實時將有不少困難。但是，會上也有持份者表示何妨一試。

1. 私院難以承受額外風險

私家醫院代表認為，私家醫院自理賺蝕，風險已相當大，再要他們承擔「套餐式收費」衍生的額外風險，並不合理。私家醫院作為獨立的服務提供者，必須保持某程度的盈利，不能虧本經營，因此風險控制尤其重要。香港現時有十三間私家醫院，其中十二間由非牟利機構經營，他們需要籌措資金，自行應付通貨膨脹、經濟盛衰週期造成的賺蝕風險，政府對此完全沒有補貼及援助，私家醫院因此沒有能力承擔額外風險。

再者，「套餐式收費」未能有效處理醫療行業的不確定性，其風險在於以甚麼標準定價，而客觀的事實是病情可能出現反覆，更可能未能在初步診斷中確定真正病因。私家醫院一旦錯誤定價，便有機會蝕本。

更重要的是，私院認為醫療風險評估屬於保險公司的專業範疇，保險公司既然收取保費，便應承擔有關風險，不應把責任轉嫁私家醫院及私家醫生身上。私家醫院/醫生不應該也沒有義務為保險業分擔風險。

2. 「套餐式收費」具體做法莫衷一是

會上的討論顯示，不同持份者對「套餐式收費」有兩種截然不同的理解。其一是按預後診斷（prognosis）收費，私院為病人診症及制訂初步治療方案後會按固定價目訂出收費總額，而該價目則是按該類病症平均成本及收費定價。一旦作出定價後，無論病情有何變化也不能收取額外費用。對此，私院有相當強烈的反對聲音：除了醫院方面需承擔病情變化的潛在風險外，更重要的是本港私家醫

院規模一般都相當細小，每年處理的個別病例有限，難以有效平衡風險，不能因一、兩個涉及大量醫療成本的個案而耗盡醫院所有的財政儲備。

政府官員對「套餐式收費」則有另一個版本的解說，指出有關收費是按「症候群分類」(diagnosis-related groups; DRG)訂定的，並不要求院方在開展正式治療前提供確切報價，而是按治療了那種疾病再根據既定價目表收費，基本上是按病收費，並非按治療方式收費。有關計算收費辦法供完成療程後向保險公司索償時使用，因此不牽涉預後診斷結果，更不需要醫生／醫院對病情未卜先知。再者，DRG定價與治療質素完全無關，而且以中位數定價，私家醫院的病案將出現半賺半蝕的情況，總的來說不會虧本。最後，DRG收費辦法在眾多經濟合作與發展組織(OECD)實行超過四十年，行之有效，值得香港借鑒。

有與會者估計，私院為了有效控制風險，會先評估病人病情再作出篩選，才決定會否接收入院，更會建議病情複雜或高危病人轉投公立醫院，而只接收一些病情簡單明確的病人，原因在於向後者提供「套餐式收費」的風險會較低。其實，現時已有個別私家醫院實行「套餐式收費」，但只限於部份病症，並在接受病人入院前作出篩選。即使有意採用「套餐式收費」的私家醫院也認為，規模較小的私家醫院無法承擔太大的風險，只能對部份病症實施「套餐式收費」辦法。即便如此，也需做好以下工作，才能確保「套餐式收費」有效執行：(1)醫院與醫生之間在控制風險方面須衷誠合作；(2)醫生在接收病人前應詳細向病人準確報價，解釋及比較在公營及私立醫院進行有關手術的利弊，俾使病人及家屬在掌握充份的資訊下做出最適合的決定。

3. 改善了還是損害了病人權益？

不同醫院之間的服務水平不同，收費水平自然存在差別。引入「套餐式收費」後，有關診治工作將由指定醫生負責，意味病人若採用「套餐式」治療，將不可以選擇心儀醫生，病人的選擇權因而受損。

就「套餐式收費」會否引致「將貨就價」問題，與會者也意見分歧。有意見認為「將貨就價」的做法有違醫德，但相信本港私家醫生都能以病人的最佳利益為依歸，為病人提供最適切的治療。持相反意見的則認為，私家醫生／醫院根據病人投保額設計治療的做法是客觀存在的，而以保額上限作參考也是無可厚非，不應歸咎「套餐式收費」使「將貨就價」惡化。

還有一種意見認為，平衡風險的具體做法是把風險轉嫁給患病機會相對偏低人士，以致他們付出的保費較實際患病風險為高，對他們來說這種「拉上補

下」的收費策略並不公平。

4. 無助解決「問題」

私家醫療界認為，「套餐式收費」無助改善私家醫院收費的透明度，因為私院根本不存在收費不透明的問題。根據私院的說法，有關收費的資訊其實十分清晰，病人及其家屬可隨時查閱詳盡的收費表，而有關報表包括服務及用品細項（數額大如使用手術室的時間長短，小如每件棉花的款額）的收費水平。此外，醫生診金及醫院收費分開處理，讓病人有更大自由選擇的空間。

個別私家醫院甚至認為，強行實施「套餐式收費」的真正目的是要「壓價」，逼使私家醫院甚至醫生減價，客觀效果是干預專業自主。

5. 能否騰出公營系統醫療資源？

對於私家醫院實行「套餐式收費」及落實自願醫保後能否騰出可觀的公營醫院資源，與會者的意見同樣存在巨大歧異。私營醫療界較普遍的看法是目前私家醫院只有三千張病床，短期內擴充的空間相當有限，為公營系統減壓的期望，根本不切實際！私院方面更指出，私家醫院單是應付近年內地用家的增長，已是應接不暇，因此對藉「套餐式收費」方式拓闊本地客源，興趣不大。當然，現時已有私家醫院採用這種收費模式，也有私家醫院表示願意擴大「套餐式收費」的應用範圍，但日後成效如何還要看有多少家私家醫院提供「套餐式收費」及涵蓋病症的程度。

政府方面的看法則比較積極，認為私營醫療系統為市民提供了醫療服務，無論具體幅度大小，都有助紓緩公營醫療系統的壓力。

II. 對自願性醫療保險的疑慮

擬議的自願醫保計劃讓投保者終生受保、甚至既有疾病也可納入保障範圍，大大提升對投保市民的保障。新計劃的條件既然如此吸引，建議保費卻基本上維持在現有水平，為何還有這樣多質疑的聲音呢？問題正在於對計劃可持續性的憂慮，長遠而言有否足夠金錢支付人口老化衍生的鉅額醫療賠償？

1. 自願醫保的可持續性

保險業界對自願醫保方案基本上持歡迎態度，但擔心風險不斷增大而影響計劃可持續性，若處理不善，會使整個保險制度陷於崩潰，使客戶失去預期的保障。擬議的計劃接受六十五歲以上人士投保，從保險的角度來說他們屬於高危組群，人數增加只會增大風險，需要更多年輕投保者加入才能有效平衡風險，而實際上年輕組群是不會無休止地增加的。另一方面，基本保費、按年歲遞增的保費，及再投保賠償的總收入也不足以支付高危組群的賠償支出，現時特區政府沒有承諾會繼續注資，在五百億用完後有何安排，自願醫保最終可能無法維持下去。

諮詢文件提出要就醫保部份加強監管，會有完全相反的意見。保險界認為針對醫保特別增設專門監管機構，是架床疊屋，其實保險業監理處對各項保險收費已有相當清晰的規定，而不同保險計劃的保費、行政費、經紀佣金等資料都已上載網頁，因此透明度已相當高，無需另立監管機構。

政府方面則強調未來的醫保監管與保監會的監管方式不同，保監會集中監管保險機構本身，例如其財務風險，而未來監管機構針對的是保險計劃索償、仲裁、保單透明度，以及最低醫療賠付率（**medical loss ratio**）的釐定及執行等問題。再者，政府認為現時市場上提供的醫療保險計劃有很大改善空間，百分之四十的保險計劃不包括住院，而超過一半的計劃提供的門診保障額達每年三十次之多。更重要的是，政府認為保險不應涵蓋必然發生或購買者有能力承擔的支出項目，不然只會推高保費及造成資源錯配問題。

支持加強監管的聲音頗多，並批評現時私人醫保濫用情況嚴重，由於保險業自我監管難有實效，也難以令市民信服，因此必須另設機構以加強監管。

2. 自願醫保的公平性

擬議的自願醫保引發有關公平問題的爭論。其一是公立醫院可能出現插隊的問題。有意見認為參與自願醫保人士經私家醫生／醫院確診有嚴重病症後，

假如可以馬上在公營醫院排隊接受治療，便等同插隊，致使無力參加自願醫保人士需輪候更長的時間。若然如此，公營醫院勢將出現兩條對醫療服務需求的隊伍，對沒有參加自願醫保人士不公平。政府的意見則認為，現時公立醫院是容許確診病人要求治療服務的，日後的情況與現時的做法並無分別。

其二是參與自願醫保等於繳付雙重稅項。納稅者本可以使用公營醫療服務，可是他們再自掏腰包購買自願醫保，以尋求私營醫療服務，等於多繳一次稅款。政府的意見則認為，其實現時不少市民透過醫療保險使用私營醫療服務，他們同樣放棄了使用公營醫療服務的權利，按照前述說法，他們也在繳納雙重稅項；自願醫保旨在協助市民體現選擇權，並沒有強迫市民參加，參與擬議的醫保計劃的市民都是自願參與，願意額外付出費用以取得所要求的醫療服務。

3. 醫療服務能力不足的真實現

有與會人士質疑醫療融資問題的嚴重程度，原因是上一份醫療改革諮詢文件以二零零四年本地生產總值為推算基礎，當時經濟跌至谷底，據此預測未來三十年醫療成本的基數，其可靠性存在不少問題。可是，新一份的諮詢文件卻未能提供最新的（即二零零八年）數據，使社會人士無法在掌握充份資訊的情況下進行理性討論及抉擇。

人口老化問題對醫療系統造成的壓力是否如政府所言那麼大。會上也有人提出質疑，過去一段時間，出生人數一度下降，雖近年已回升到每年八萬人，但問題是政府的人口推算只考慮本地家庭的的人口變化。然而，本地出生人口有接近四成是內地人的子女，他們擁有香港身份證，日後他們中間有多少來港居住，對本港人口結構、醫療需求，以至投身成為生產力或分攤醫保風險方面的影響，特區政府既沒有交代其想法，亦沒有對此作預測。

個別與會者更認為政府暗藏陰謀，透過自願醫保計劃要健康的人分擔高風險人士的醫療支出，以減少政府負擔。他們更憂慮自願醫保一旦取得若干成效，政府可能削減人手及資源，而這已有前科。另一個可能的目的是，特區政府藉此轉移其低估公營醫療人力需求的錯失，這是不負責任的做法。

4. 醫療融資問題

擬議的自願醫保計劃的另一關注點，是有關計劃未必有效改善醫療融資問題。假設有三百萬市民參與自願醫保，建議保費平均為三至四千元之間，那麼每年便有約一百至一百二十億左右的資金購買醫療保險，與現時醫療保險支付醫

療開支的金額相若。由此可見，自願醫保計劃未必能為私人醫療系統帶來實質資金增長。

政府則有不同的看法，認為既然每年投放在私人醫療保險市場的金額達一百億元，政府便有責任把私人醫療保險市場的一些「樽頸」拿走，確保這筆錢物有所值。舉例來說，政府透過加強規管，使更多保費用於支付醫療開支，並以美國為例，指出當地法律規定最低醫療賠付率低於百分之八十五的話，便是犯法。

但有與會者指出，近年私人醫療保險發展很快，但效益成疑，錢經常花在驗身、非專科門診等不涉及高風險的服務上。香港目前雖然有二百多萬市民擁有醫療保險，可是其中八成當患上嚴重疾病時還是選用公家醫療服務。更重要的是，該等市民所繳付的醫療費用與普通市民無異。保險公司據此支付醫療賠償，致使保險公司享受了政府的巨額津貼，在這種情況下，醫保幾可說是必賺無疑。可是，是次改革建議並沒有提出針對性措施矯正有關問題。倘若購買醫保市民繼續傾向使用公營醫療服務，及現行公營醫療收費政策維持不變，公營醫療系統的開支只會有增無減。若然如此，自願醫保計劃不但不能解決醫療融資問題，更由於保險公司需賺取利潤，勢將進一步推高醫療開支，因為相當比例的保費並用於與醫療服務沒有直接關係的行政費用。

若自願醫保規定佣金及行政費佔保費的上限，可能嚴重打擊保險公司對自願醫保計劃的興趣。參加計劃的保險公司數目不多，勢將影響計劃的成效。

III. 怎樣運用五百億醫療專款

1. 不應用於自願醫保

政府的意見認為，該五百億元可以大大改善現時購買了醫療保險但欠缺適當保障的市民的情況，六十五歲以上人士以及長期病患者日後都可以購買醫保，從而直接獲益。另外，該五百億元不會經保險公司的手，由政府直接負責再保險，索償由政府直接支付。

與會者普遍反對以五百億醫療專款作為誘因，資助市民參與資源醫保計劃及鼓勵使用私營醫療服務，原因可概括為以下幾方面：

- 市民用於私營醫療體系的開支近年顯著上升，佔本地生產總值的比例已增至與政府投入公營系統的公帑數目相若，也就是說已達到佔整體醫療開支一半左右。可是，私家醫院照顧病人的數目並無顯著增加，未能有效減輕公營醫療系統的壓力；
- 既然市民自願付出更多金錢在私營醫療市場購買服務，並無政府鼓勵及資助，因此缺乏理據支持動用五百億元公帑資助使用私營醫療服務；
- 市民自願購買保險的情況也類似，既然沒有誘因也有這樣客觀的增幅，特區政府無須大力鼓吹，只需適當地加強醫療保險市場的規管便可；
- 資助有能力者購買保險違背公眾資源分配需符合公義的原則，增加有能力人士的選擇的重要性，顯然及不上用於弱勢社群身上；
- 現時公共資源已向住院服務過度傾斜，九成的醫管局撥款用於醫院服務，顯然背離了優先發展預防性與基層治療的國際趨勢。把五百億投放在私營住院服務只會進一步強化這種錯誤趨勢，使現時資源錯置問題更形加劇。

2. 建議用途

與會人士認為該五百億元若能善加運用，將有助改善本港的醫療服務水平，以下是與會者建議的多個改革方案：

- 提取這五百億的利息注入公營醫療系統，包括改善基層及預防性治療，以年利率百分之五計算，每年便有二十五億元額外基金，效果較投放在保險及私營醫療系統理想。
- 政府為每名市民開設醫療儲蓄戶口，並存入固定金額。市民可以動用戶口內的錢支付各種各樣的醫療開支，這是政府給予每名市民的終身醫療

補貼額，用畢便沒有了。有關安排有助鼓勵市民審慎使用有限的金錢資源，也可間接鼓勵市民在年青時儲蓄，以備不時之需。

- 政府制訂儲蓄方案，以該五百億元作為啓動基金，再於經濟好景的年頭撥出部份財政盈餘注入基金，把握未來數年人口尚未嚴重老化，讓基金滾存生息，期望到人口老化週期開始時，有充裕的醫療儲備已彌補當時財政的不足之數。

3. 總語

經過長達六個小時的熱烈討論，與會者在下列問題有比較接近的看法：

- 現行公營醫療為主、私營醫療為輔的模式在未來一段日子仍切合香港的需要；
- 醫療融資問題並非如政府所說那麼嚴重，即使政府推算的增幅真的出現，醫療開支到二零三三年時，也只是佔本地生產總值的百分之五左右，還是遠低於其他經濟合作及發展組織國家的標準；
- 醫療改革不能一蹴而就，推行自願醫保是一重要手段，雖然可以促使私家醫院接受監管，但對解決醫療融資問題無大幫助；
- 確立醫保監管機制可以使市民獲益，這政策目標雖然獲得認同，但與會者普遍不同意把五百億元用於吸引市民購買醫療保險；
- 五百億元公帑必須用其所，不可濫用，只有用於社會上最有需要人士身上，才合乎社會公義；
- 私營醫療系統及保險業界必須有所興革，才能為社會作出更大貢獻，特區政府有責任促使各持份者多行一步。

公共專業聯盟
香港城市大學當代中國研究計劃
合辦
「醫改何去何從」研討會

日期：2010年11月27日（星期六）

地點：香港城市大學 LT-16 演講廳

時間	程序
09:30 – 10:15	登記入座
10:15 – 10:20	開幕詞 莫乃光先生 公共專業聯盟副主席 鄭宇碩教授 香港城市大學當代中國研究計劃
10:20 – 10:30	香港醫療改革：背景簡介 吳錦祥醫生 香港中文大學社區及家庭醫學系兼任副教授
第一節 10:30 – 11:15	改革私營醫療服務：「套餐式收費」帶來的挑戰 蔡堅醫生 香港醫學會會長 劉國霖醫生 香港私家醫院聯會會長 梁國齡醫生 仁安醫院副醫務總監 梁卓偉教授 香港特別行政區政府食物及衛生局副局長
11:15 – 11:35	自由討論
11:35 – 11:50	小休
第二節 11:50 – 12:20	改革私營醫療保險：物有所值 增加保障？ 陳秀荷女士 香港保險業聯會醫護改革專責小組成員 蔡堅醫生 香港醫學會會長 梁卓偉教授 香港特別行政區政府食物及衛生局副局長

	甄文星先生 透視微創治療基金司庫
12:20 – 12:40	自由討論
12:40 – 14:15	中段休息
第三節 14:15 – 15:15	其他醫療融資方案 何灝生教授 嶺南大學公共政策研究中心主任 劉育港醫生 律敦治及鄧肇堅醫院心臟科部門主管及顧問醫生 阮博文教授 香港理工大學專業及持續教育學院院長
15:15 – 15:45	自由討論
15:45 – 16:00	閉幕詞 吳錦祥醫生 香港中文大學社區及家庭醫學系兼任副教授