

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

周一嶽食物及衛生局局長：

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

本人已詳閱由健康與醫療發展諮詢委員會撰寫的醫療改革諮詢文件(諮件)，現表達意見如下：

A 對醫療改革諮詢文件的總體印象

- A1** 諮件涵蓋「加強基層醫療服務」、「推動公私營醫療協作」、「發展電子健康記錄互通」、「強化公共醫療安全網」和「改革醫療融資安排」五項討論範疇，表現政府抱著極大勇氣來處理全面性的醫療改革，這點很值得嘉許。
- A2** 本人非常認同「加強基層醫療服務」，以加強預防性護理、減低市民對住院的需求、增進市民健康，長遠達致有效調節整體醫療需求及控制開支增長之目標。(另見 B1)
- A3** 至於「推動公私營醫療協作」的方向，概念上亦屬有利市民之舉。(另見 B2)
- A4** 在「發展電子健康記錄互通」方面，確是一項可達病歷跟病人走的應有效果之基建。(另見 B3)
- A5** 很高興在「強化公共醫療安全網」議題中，政府仍強調要維持和改善現時為低收入家庭和弱勢社羣而設的公共醫療安全網，同時為罹患重病而需要昂貴治療服務的人士提供更完善的安全網。(另見 B4)
- A6** 而「改革醫療融資安排」方面，似乎是最核心的議題。政府臚列了六個輔助醫療融資的建議方案及其箇中利弊，觀感上欲予大眾持平的感覺，但可惜我仍覺是有傾向性的修飾，且有刻意迴避某些政府一直不肯接受的觀念，實在有點可惜！請注意，政府是次諮詢，也希望市民能面對一直不肯接受的觀念，故政府亦應以身作則，不要做「迴避」的示範！(另見 B5)

B 對醫療改革諮詢文件的詳細意見**B1 加強基層醫療服務**

- B1.1** 現時政府已有為所有兒童進行多種疾病的免疫注射，效果良好，讓香港建立成一個達世界衛生健康水平之都，其持續價值實不容否定。這亦引證了預防勝於治療，因除可省卻大量治療開支外，還令香港的健康形象更鮮明，好使在國際上的角色更鞏固，為經濟帶來更正面的動力。
- B1.2** 如醫療資源能得以調撥(不論輔助融資能否落實)，本人期盼政府可安排更多的預防服務，如為一些特定歲數組別人士定期驗血和照腸等，目的是把一些容易致命或會有高風險消耗龐大醫療費的病症及早地發現出來，藉以有效地減低其後的醫療開支。當然，如

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

輔助醫療融資能得以落實，相信這類訴求會較易成真；但縱使暫未能落實，甚至落空，亦希望政府不要因此而放棄這類構想。

- B1.3** 適當的運動對身心健康發展甚為重要，但香港生活節奏實令絕大部分人都常處於工作忙碌狀態，真的有空閒時間偶發而來時，多數人便選擇睡眠或非運動性的消遣，如自己的交際圈子多選擇非運動性活動時，自己會做運動的主動性就更薄弱而甚至完全喪失！是否要有一個機制去「強逼」市民做運動呢？就算不強逼，又是否要有一個具「追蹤性」的「考勤」機制呢？
- B1.4** 香港貴為國際美食之都，港人可飽嘗口福。但飲食習慣同是影響健康的主要環節，這是否意味又要另一機制去監察港人的飲食，以收更高的預防性效果呢？
- B1.5** 諮件中提及「家庭醫生制度」的建設，本人表示認同。如有此制度，相信就 B1.3 及 B1.4 所述的問題，即使未必能收「強逼」之效，但至少可達「富權威性的敦促」作用。

B2 推動公私營醫療協作

- B2.1** 這課題的大方向是肯定的，均衡善用公私營醫療系統的服務資源是值得推動和鼓勵。若其中一方的醫療需求過量受壓，而另一方卻閑置可用資源，這絕不是健康的發展。
- B2.2** 可是，公私營協作在共享資源、促進彼此間專業知識和經驗交流之餘，是否還可如諮件中所說，能締造良性競爭而令市民受惠呢？這一點，恕我暫有保留。相反，有些「協作」的後果就是把「競爭」消滅（不論有意或無意）了，當中或許是一方藉「協作」來牽著另一方而行，又或是雙方在日後再沒有任何其他競爭對手，在「寡頭」或近似「合併」情況下，「競爭」又怎能有效彰顯呢？

B3 發展電子健康記錄互通

- B3.1** 「病歷跟病人走」確是值得推行的措施，不論是提供或接受醫療服務者，此制度皆為雙方帶來幫助。
- B3.2** 此措施下所儲存的內容，全屬非常敏感的病人資料，本人深信政府應不會輕視私隱保密的詳細安排。
- B3.3** 不知在政府構思中，電子健康記錄系統是只儲存由該系統建成後的病人病歷，抑或要把病人有生以來所有可掌握的病歷也予以存檔呢？如屬前者，當然行政較輕鬆，但對於病歷較複雜人士便不能全面地得益。不過，自系統建成後的所有新生代仍是受惠的。但如屬後者，除了行政艱鉅而甚至有些個案是不可能全錄外，亦會花費大量財政資源。不過，莫論是前或後者，俱可能誘發 B3.4 的問題。
- B3.4** 在諮件中，雖然只提及會把該系統內讓公私營的醫療服務提供者互通，但在諮件正式發表的前後日子，透過一些傳媒報導，稱該系統內的資料，在有關的病人同意下，會讓保

險商查閱。對此，本人會為一些投保人以下的擔心：

- B3.4.1** 當投保人向保險商申請投保與個人健康狀況有關的保險時，如人壽、醫療、傷殘或危疾等保險，均要清楚申報自己的病歷，否則即使保單能被成功批核，萬一保險商發現有申報健康記錄不符者，保單便被視為從沒生效而拒絕履行任何保險索償。
- B3.4.2** 如電子健康記錄詳載了病人所有病歷，我最擔心的就是內裡儲存了一些連病人本身也不曾被通知的病況資料。結果，如該病人往保險商投保與個人健康狀況有關的保險類別時，便不能準確和完全地申報其病歷，若保險商在日後能藉著查閱該系統，得悉該投保人在可信納的資料上，被認定為蓄意隱瞞重要事實，結果便宣告保單無效，並拒絕任何索償，甚至追討投保人先前所獲得的任何保險賠償。
- B3.4.3** 現今的社會相對以往，較著重病病人的「知情權」。故現在的病人，在每次就醫時，醫生通常會把診斷到的病情告知；但相對以前，尤以大約十多年或之前，病人的知情權是很嚴重地被醫生忽視。總言之，不管現在或過往，病人的知情權均存在著被醫生漠視情況，只是程度上現在有所改善，但仍不能完全排除其存在的可能性。
- B3.4.4** 投保人如刻意隱瞞病歷以徒獲得保險利益，固然不應鼓勵，但當政府決定讓保險商也獲權限查閱系統資料之前，請務必確定病人知情權能全面地得到尊重和法律上的照顧。即使在法律和執行上均達到目的時，保險商亦不應獲授權查閱在這項「知情權」得到「認真照顧」之前的所有病歷。
- B3.4.5** 其實，我不太肯定現時政府是否已實行措施，令病人的知情權得以全面地被尊重。比方說，如措施已在 2005 年 1 月 1 日正式有效地實施，則無論如何，保險商便不可獲授權查閱該日期前的病歷。
- B3.4.6** 加上，根據《個人資料（私隱）條例》規定，病人應有權查閱該電子系統有關自己的病歷，但該類資料的輸入格式（如語言及術語等），是否能讓一般市民在合理的基礎上明白其內容呢？如不能達致市民能明瞭當中內容的效果，亦不應讓保險商獲授權查閱。
- B3.4.7** 醫生與保險商對同一病情的風險評估，往往是存有極大差異的，而保險商就是慣性地以「過敏」的觀點來評定對投保人承擔之風險。我可隨意地舉個實例，一名有正常工作、圓整家庭、活躍社交生活和健康運動的投保人，因曾有短時期的失眠情況而存有相關的求診記錄，結果當保險商掌握病歷後，竟把他視為患上精神病（即俗稱的「癲線」）的人看待，導致嚴重影響投保權益。所以，本人絕傾向不支持讓保險商查閱該系統的資料，且不論是何時的資料。
- B3.4.8** 我再想舉另一實例說明知情權對投保者的重要性。數年前，一名投保人成功購買一份人壽保險，繼後因病逝世。其家人（受益人）遂按保險商要求，提供該投保人曾就醫的醫生名單資料。結果，保險商取得名單中一名醫生（且是一名極具知名度的某專科醫生）所提供的病人病歷，掌握了該投保人在投保前，已在該醫生錄得一項

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

頗嚴重病症，但卻未在投保書申報出來，結果拒絕賠償。家人得悉後，萬分驚訝，因從未知曉其已故家人曾患該症，尤其每次求診，均陪同前往醫務所，亦從沒由醫生口中聽聞該病症的存在，於是往找該醫生瞭解。當醫生被問及是否早已診斷出該症及為何不告知病人或其家屬時，醫生竟聲稱，就算講給他們知，他們也不懂得甚麼一回事。說罷，更指自己非常忙碌，要求該家屬即時離開，並吩咐護士收取 400 元諮詢費。可惡！保險賠償亦當然無法追討矣！

B4 強化公共醫療安全網

B4.1 在諮件中，這課題所描述的「改善」和「理順」環節，俱是合理目標。但到底是否得以落實，難免與醫療融資的規模，甚或連同輔助醫療融資的形式有決定性的關係，希望官民最終能找到共識，令這連串的目標不致淪為空談的願景。

B5 改革醫療融資安排

B5.1 維持現行融資模式（繼續單靠政府撥款）

B5.1.1 大致上同意政府在諮件內的描述及其利弊，並認同需要考慮應否推行輔助性的醫療融資安排，務求令醫療制度可持續地健康發展。縱使可能考慮過後，仍是會「原地踏步」，但經過深入而廣泛的討論，對任何具誠意所歸納出的結果而言，皆可達致建立更鞏固共識之效。

B5.1.2 政府臚列了六項輔助醫療融資建議方案，並述以利弊。表達鋪排看似欲收中肯之效，但仍難掩其有傾向性的修飾，且有刻意迴避某些政府一直不肯接受的觀念。

B5.2 綜合六項輔助醫療融資方案中存疑或未被清楚界定的關鍵性問題

B5.2.1. 綜合了六項在諮件內提出的輔助醫療融資方案，其實只是由四種方法演變出來。分別是方法一，增加稅收或稅種；方法二，用者自付；方法三，強制性醫療保險；方法四，強制性醫療儲蓄。方法一和二的做法簡單易明，本人不打算提出甚麼問題；但方法三及四，在香港是簇新事物，故我希望先儘量發掘可思考得到的疑問，進行較深入的探討和分析，以便在決定實施之前，能有更多角度來參透它們的可行性。

B5.2.2 僱主須否供款呢？

B5.2.2.1 在「社會醫療保障」、「醫療儲蓄戶口」、「強制私人醫療保險」和「個人健康保險儲備」四個方案，皆涉及在職人士供款。諮件沒明確表明僱主須否供款（這可能政府待第二階段諮詢時方探討），只一概地假設只有僱員供款作基礎，來為某些方案進行推算。推算之目的是，供款要起碼達某百分比，有關方案方能有效啓動，當然是否得以持續發展，是沒有任何方案可獲日後毋須增加供款的保證。

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

- B5.2.2.2** 如真的執行須供款方案，我想僱主和僱員就「僱主須否供款」的各自想法應是壁壘分明吧！在政府而言，如僱主須供款，除了融資的源頭多了，還可令僱員較易接受。不過，商界會願意嗎？政府又會否擔心從商成本高了，便削減了香港的競爭力呢？當然，這也需視乎供款率的高低。
- B5.2.2.3** 其實，本人「偷步」地把僱主須否供款問題在現階段提出，是要帶出 B5.2.2.4 至 B5.2.2.10 的問題。
- B5.2.2.4** 若僱主須供款，並僱主與僱員供款相同，那麼自僱人士是須繳付當中一份，抑或兩份呢？如只需一份，並僱主與僱員不同供款，自僱人士又該供哪份呢？按現時強積金制度規定，僱主與僱員的強制供款相等（除了僱員剛入職後的頭 60 天或最多不足 3 個月），而自僱人士只須供一份。如以某僱員及某自僱人士的收入是相同為例，並假設投資回報又相同，該規定便令自僱人士之強積金累算權益會比受僱的少了一半，而政府並不會憑這現象來為該自僱人士提供額外補助。但如把情況套用在強制醫療儲蓄（強醫金），若政府不欲過分加重供款人士負擔，而僱員人數總比自僱人士數目高得多，所以將來真的要實施僱主加僱員的強醫金的話，供款率的釐訂便會設在「剛剛夠用」水平。但如自僱人士只須供一份，此類人士之供款便較快地不敷應用，結果便因此可能令政府採取某些模式（包括補貼或以公營醫療系統照顧等）來讓他們獲得醫療服務，尤其是當採用了「個人健康保險儲備」方案。因自僱人士的強醫金戶口乾枯了，便沒有資金繼續參與強制醫療保險（強醫保）。結果，就因此令不同性質但收入相等的在職（受僱及自僱）人士之間，獲得不對等看待。但如自僱人士要交雙份的話，卻又難於令他們接受。
- B5.2.2.5** 若僱主毋須供款，受僱與自僱人士的供款便相同了，B5.2.2.4 的問題也不出現，但代之而起，又有別些問題。首先，僱員沒有了僱主供款，就要自己挑起整個供款擔子，這便令僱員們較難接受供款方案。還有，一些僱主現已有為其僱員提供醫療保險或福利，如僱主毋須被強制醫療供款，並認為僱員已另有強制保險而終止提供醫療保險或福利，僱員便會認為強制醫療方案剝奪了他們原有的受僱福利。
- B5.2.2.6** 更複雜的是，當強醫保要實施時，僱主原提供的醫療保險或福利中，有部分受保成員被強制參加，有的卻不須。那麼，該團體醫療保險或福利應否依樣繼續呢？如不繼續，剩餘的團體保險僱員變相被強醫保剝奪了福利；如繼續為剩餘的團體保單僱員維持保單運作，同時又不須為被強制參與強醫保的僱員提供保費資助，那便使參與了強醫保的僱員被強醫保制度剝奪了受僱福利，情況頓時令僱主變得很尷尬。除非僱主必須為參與（不論被強制或自願）強醫保僱員提供保費資助，及對在原團體保險內仍剩下的僱員，僱主亦必須繼續維持該保單或把該批僱員也一併地提供保費資助來參與強醫保。不過，又有別些尷尬情況出現。如僱主選擇維持原保單來提供福利給沒強醫保僱員，相關法例必須衍生出來以作監管，否則僱主在往後便可隨時撤回而不兌現（不過可真的有此惡法？）；如僱主揀選提供資助讓沒強醫保的僱員也投購強醫保，僱員便要被逼付

鈔供強醫保了。

- B5.2.2.7** 若爲了要處理 B5.2.2.6 所出現的尷尬情況，方強制所有僱主須一同參與強醫保供款，那麼從沒提供醫療保險的僱主又會否覺得無辜呢？
- B5.2.2.8** 在諮件中，一直把強積金現有機制套用到所有強制醫療供款方案來予以輔助運行，故我感覺政府極可能地在將來出台的方案中多個領域，皆會以強積金制度的一些設訂作爲模範，例如家庭傭工的僱主毋須爲其傭工參與強醫金和強醫保等。
- B5.2.2.9** 如 B5.2.2.8 的臆測屬實，家庭傭工便沒有強醫保。在諮件中某些方案，若就診者不是強醫保成員而要求公營醫療服務時，政府會先以私營醫療成本來收取相關費用，如病人負擔不起（須資產審查），政府便啓動安全網來予以照顧。但問題是，按法例規定，外籍家庭傭工的僱主，須支付其傭工受僱期內所有（不包括傭工出於自願及基於個人理由離開香港期間）醫療費用。於是，在原則上，當外籍傭工向公營系統求診時，再遇上資產審查來決定費用如何釐訂時，到底要接受資產審查者應是誰（傭工或其僱主）呢？如認爲是僱主者，這便意味著，假使強醫保要如諮件中建議般開展時，縱使外籍家庭傭工的僱主不被強制地爲其傭工參與相關方案，但當中是有頗大誘因，令這批僱主也想自願地替其傭工參加計劃。所以，政府不妨考慮，如真的推行強醫保政策時，也應把同等的保障內容，讓其他不被強制參與人士，可獲同一權益地自願參與。換個角度看，政府在諮件內，推算參與「強制私人醫療保險」的人數時，未有把其他因素納入計算之中（另見 B5.2.4）。
- B5.2.2.10** 政府現有爲長俸制的公務員及其家屬和長俸制退休公務員及其家屬，讓他們可從公營醫療系統獲得相當程度免費的醫療福利。如實施毋須僱主供款的強醫保計劃，原獲醫療福利的公務員及其家屬會放過政府嗎？不論僱主（單指政府）須否參與供款，該批公務員的家屬又會否無端地被強制參與供款性的強醫保呢？又或者，會否政府不用爲其僱員供款的同時，私人機構的僱主卻要替僱員供款呢？其實，私人機構僱員如原獲其僱主提供家屬醫療保險或福利，也同樣地受到相若的影響（同見 B5.2.2.6）。

B5.2.3 強醫保是否定必私營優於公營呢？

- B5.2.3.1** 政府在諮件內，闡述「強制私人醫療保險」（強私保）和「個人健康保險儲備」兩個輔助醫療融資方案，而「個人健康保險儲備」是結集強私保和強醫金兩種概念於一身。該兩個方案中，政府均只考慮以保險商來營辦當中的強醫保，即把強醫保變成強私保，實在予人藉方案的推行，來刻意建立商機給保險業。或許，政府是存在一些偏見、謬誤或迷信，例如認爲私營的效率通常比公營好、私營界別有競爭存在及政府要堅守「大市場、小政府」等觀念。
- B5.2.3.2** 以傳統智慧衡量，私營機構確多會比同性質的公營機構效率爲高。可是，現在

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

要考慮的強醫保，卻不應單靠該種智慧來評價。

- B5.2.3.3** 按政府構思，強私保的特式是不論投保人之年齡、性別、健康狀況和病歷記錄（甚至我相信應包括不同職業），一概以相同的保險費來購買保障內容、賠償額和條款完全一樣的保險計劃。若只空喊著是爲了要引入競爭，才讓這類保險計劃透過多家保險商去銷售，我深信所指的競爭必定不會出現。
- B5.2.3.4** 首先，我們要弄清一個基礎原則，若透過多家保險商銷售強私保，究竟是否要每家保險商，在「相同保費」和「相同保障」的框架內，爲承保強私保而「各自」承擔自己的虧損或獨享自己的盈利呢？抑或是不論賺蝕，所有參與強私保銷售的保險商，最終是以「大鑊飯」形式來分攤整體的盈虧呢？
- B5.2.3.5** 若是「各自修行」，而強私保又不能「拒載」，我估計保險商定必暗裡施展「逆向選擇」（不單只有投保人會逆向選擇）手段，來設法令承保醫療高風險人士的數字，極其可能地處於低水平而甚至零數字。譬如發放較低佣金予中介人，甚至在中介人的酬勞計算協議中，令中介人銷售強私保給醫療高風險人士，變得無利可圖，甚至使中介人有機會「蝕入肉」！
- B5.2.3.6** 萬一某保險商在千方百計後，仍難逃錄得強私保業務虧損，保險商是難有快速奏效方法「脫身」的，除非完全退出強私保市場。若不退出，往後的情況可能會更遭，除非可短期內覓得大批醫療低風險人士投保。所以，政府所期望保險商之間的「競爭」不但不出現，反之是只先會「反競爭」，然後演變成部分「退出競爭」。即使「汰弱」現象日後結束了，亦不代表之前保險業界內的「競爭」，曾爲市民帶來任何因該競爭而引來額外得益。畢竟強醫保之保費、保障和條款是千篇一律的啊！
- B5.2.3.7** 或許，政府認爲「競爭」的含意是讓保險商在銷售強私保的同時，可一併地推介自願的額外醫療保險給市民，以補強私保不足之處。而自願醫療保險的內容，可各出奇招，結果便有機會讓市民透過保險商的相互競爭而得益。如真的，我想指出數點給政府好好思量。第一，強醫保根本不一定要和自願額外醫療保險，於同一個保險商一併投保。第二，即使保險商不能售賣強醫保，亦不損其銷售自願保險的機會。第三，如保險商真的像 B5.2.3.6 般接收了「過量」的高風險人士，她所推出給已向其投保強私保客戶的自願保險時，基於所承保的屬平均較高風險一族，試問她可否提供及甚至維持具競爭力的保費水平或承保條件呢？所以，讓保險商經銷強私保可促進強醫保的良性競爭，全屬無稽之談！
- B5.2.3.8** 可能，政府已有構思，保險商可與再保險商之間建立再保機制，以防保險商虧損至不能經營下去，所以 B5.2.3.7 所指的第三論點便不成立。其實，弄得架構如此複雜，成本一定上升，本意用作醫療服務的資金又再度流失。並且，這亦加高了政府規管強私保財務運作的難度，絕非市民之福及所願。
- B5.2.3.9** 若屬「大鑊飯」制度，並假設盈虧分擔是按承保人數的比例計算，保險商便不

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

用暗地裡進行「揀客」，但始終要競爭的確是有限。或許，在強私保剛展開初期，各保險商應會策略性地「狂掃」，務求爭取高額的投保人數目，但及後，便會設法降低投放的資源（如人力資源）來維持強私保服務，畢竟在「大鑊飯」制度下，只要投保人數保持高水平，保險商分享到的商益便有所保證了。當然，或者有人會反過來說，萬一整體數字是虧損，擁有最多投保人的保險商便豈不是要承擔最多損失！這道理是成立，但請不要替保險商擔心，保險商從來不怕賠款，最緊要不要弄到「賠不起」。反之，某程度上，保險商是渴望有賠款機會，因這便有強而有力理據去加價，而成功加價後，往往又很難會出現減價。

B5.2.3.10 如政府根本只打算讓單一保險商經營強私保業務，這做法就更莫名其妙！首先，「競爭」元素已肯定欠奉，莫非政府認為私營效率較佳，故予以單一化外判嗎？正如前述，強私保是「同保費兼同保障」，在產品質量而言，市民光顧哪家保險商實無任何分別。在這情況下，透過私營機構網絡及其網絡下的中介人來進行銷售就簡直是多餘，況且還要發放佣金（如有）給中介人。我不是說提供了服務也不應收費，問題是當中不見得有甚麼必定需要，非要運用私營網絡不可（銷售強私保以外的醫療保險除外）。市民投保強醫保，我可想像只需填寫簡單表格（因沒核保健康必要），手續根本不會複雜，即使憑政府本身的資源和網絡，其實已可應付有餘。而且，我認為效果可以比私營的更好，並優點更多。所以，若強醫保是值得考慮的輔助醫療融資方案的其中一個主要路向，我們絕不應放棄探討「強制公營醫療保險」（**強公保**）是否有凌駕於強私保的優勢。

B5.2.3.11 大家應該記憶猶新，早前入境事務處（**入境處**）為全港市民辦理新申請或換領的智能身份證，工程雖然龐大，牽涉人口數目眾多，且人口類別繁複，入境處卻依然能應付得綽綽有餘，並成效驕人，深獲廣泛市民讚賞。所以，入境處確備經驗和能力，處理所有參與強公保市民的申請及其後相關資格證件（如有）的換領或補領。還有，入境處又擁另一項先天性優勢，就是智能身份證的晶片，加上有高防偽技術的持有人照片。如晶片能在技術上提供支援，使智能身份證同可成為強公保成員資格的證明文件（我相信應該要有這類高質素的證件）的話，那麼，真是捨入境處其誰啊！而且，我相信入境處更可辦理日後成員更改個人資料或退藉的事宜。

B5.2.3.12 若仍認為應由保險商營運強醫保的話，可能是因強醫保制度除了申請、換領或補領成員證件等行政工種外，還有管理保費和理賠等範圍的專業工作，難道入境處又專於此業嗎？當然不是，但本人有一建議。首先，醫院管理局（**醫管局**）是理所當然地負責收取和管理所有強公保的保費，保費自市民口袋流入醫管局後，應該很快及陸續地因市民的醫療索償而得以釋放，既然資金不會久被閑置，醫管局便不需花太多精神去考慮尚仍積存資金的投資回報問題。即使任何閑置（不論積存多久）資金也應投資得其所，也不用苦惱，因為資金早已全匯集（不是分散在不同的保險商）在醫管局手裡，要處理財務投資（無論交政府或私營金融機構管理），就更有成本效益和具更佳靈活性，且其投資回報又可直接投入社會的醫療服務。

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

- B5.2.3.13** 至於理賠方面，也不用過度擔心，因在強醫保（即不論強私保或強公保）制度下的索償計算，定必較一般私人醫療保險所處理的簡單，縱使強醫保的保單或許仍無可避免地保留一些不保事項，但肯定條款會更直接和簡單得多，加上醫管局絕不可能缺乏擁有豐富醫學常識人才，故在理賠方面應是如虎添翼。現再次返回聚焦地探索強公保，因其保費全由醫管局管理，如強公保成員選擇公營醫療系統服務的話，醫管局只需收取病人強公保保障以外的醫療費用，承保的費用就由醫管局作內部調撥便可。但如病人是選用私營醫療服務，醫管局可預早和所有私家醫院，甚至所有認許的私家醫生，建立理賠聯網，即當強公保成員往私營系統就醫後，私家醫院或醫生只需收取病人強公保保障以外的醫療費用，然後透過理賠聯網機制，向醫管局索回受保的費用。
- B5.2.3.14** 理賠聯網機制還可提高成本效益，如賠款是撥回強公保成員，不論是郵寄或轉帳，因牽涉收款人的數目龐大，當中必然時有成員搬遷、轉換銀行戶口、甚或身故等等的變化，導致行政不順而產生更多跟進工作。如發放賠款對象只局限於私營系統成員，及公營系統的內部調撥，相信行政的壓力定可大減。再者，此機制亦利便強公保成員，因他們毋須先繳付本可承保的費用，然後再等待賠款，故理賠聯網機制可更有效地減低市民對強公保的抗拒感。總言之，機制的建立既利便政府、又惠及市民。至於，私營醫療系統各員會否接納這一點，是不用擔心，因為現時某些保險商已與私營醫療系統之間有類似機制運作，只是規模不像現在探討之強公保所潛藏的大。更具體地說，現在所有私家醫院和部分私家醫生根本早已採用這種模式，來接收一小撮保險商直接發放的保險賠款。
- B5.2.3.15** 諮件中有提及，交由保險商管理強私保時，政府會監管保險商就強私保業務不能牟利，而只能按收回成本方針經營，但強私保以外的醫療保險業務就不在此限。容我就這期望大潑冷水，政府會否覺得這全屬「癡人說夢話」的典型傑作呢？由香港電台攝製的《城市論壇》，於 2008 年 3 月 17 日的直播節目中，論題是環繞《醫療改革諮詢文件》內容。過程中，被邀出席的香港保險業聯會代表（譚仲豪先生）就強私保是非牟利的講法予以即場回應，他稱沒酬勞是沒有人願意代勞和保險商只會收取合理利潤等說法。如政府真的仍硬要把強醫保業務送贈保險商，然後又設法監管其財務運作，其實這就正是疊床架屋的做法，除浪費資源外，亦不可能收預期的監管效果。
- B5.2.3.16** 話得說回頭，難道由政府自己管理強公保便毋須監管嗎？當然非也！市民應可放心，因為我們還有審計署為公眾把關。而且，強公保的保費全交醫管局管理，還有多一個好處，就是如保費的徵收比實際所需高了的話，過剩資金仍是在公營醫療管理者手中，故會有較高機會地讓該筆資金於醫療服務市場發揮進一步效用；但相反地，如過剩資金操控在保險商時，便全沒機會為醫療服務提供直接效益。或許有人希望保費過度徵收時，可要求減低未來保費以作調整。不過，我絕對相信這只是全屬不符實際的妄想！加了保費後真的可輕易減回嗎？
- B5.2.3.17** 我沒有特別傾向覺得僱主應否一併供款（另見 B5.2.2），如基於社會要共同建設的理念，便認為僱主應該供款；但如考慮行政運作，有了僱主供款便使得行政

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

複雜很多。例如每當僱員轉工便會衍生新的行政工作，在收集保費時出現變數的機會和種類亦更多。

B5.2.3.18 不論強醫保須否僱主供款，若以強公保形式來執行強醫保，在行政方面俱會收較佳效益。具體地說，如執行強私保，並僱主須供款，在僱員受僱時，相信僱主是採用像強制性公積金（強積金）般的模式，先從僱員薪金扣除相關款項，然後把全數直接交保險商。可是，強醫保與強積金其中一項明顯區別是，強醫保幾可確認會規定（另見 B5.2.4.5），僱員在失業期間是要繼續供款的。即是說，在職人士不論是受僱與否期間，一概要繳付相同的強醫保保費（除期間政府剛全面調整保費）。或者說，當僱員不再受僱於某僱主，及又未就職於另一工作，在此期間，他便須自行繳交整筆保費。所以，如供款經僱主集體處理後交付保險商，當某僱員失業時，該僱員又要從新與保險商辦手續。但如執行強公保，為方便政府（因方便政府行政最終可令市民節省開支）及市民，我提議市民須為自己的全數強公保保費直接交付政府；而另一方面，僱主便透過每次支薪時，方把應參與的僱主供款一併地發放給僱員。這樣，僱員在每次轉工或失業時，也不用特別找政府辦手續。並且，從政府執行強公保角度來看，在不同月份裡，為相同市民，收取等額保費，如要從不同對象收集不同份額的保費，相對地便變得繁複，日後做起核數來也更艱辛。所以，採用強公保形式，由在職人士直接繳交全數保費給政府是最方便之法。再者，如無僱主供款，採用強公保形式來收取保費，行政工作亦同得較簡易效果。

B5.2.3.19 強公保是每月付款，比繳付差餉單、水費單或稅單頻密得多，為減輕行政工作和省行政費，成員必以自動轉帳作為繳款模式，否則，政府應徵以附加費。說到這裡，政府或許會標榜其「個人健康保險儲備」方案的優點，因它結集強醫保和強醫金於一身，萬一某原在職人士在某期間沒有受僱，強醫金戶口便能調撥相關金額支付強醫保的保費，不致如我在 B5.2.3.18 所述般複雜。不過，即使如此，其實也不能保證強醫金戶口的積存金額，足以長時期地繳付強醫保保費的。換言之，縱使執行「雙強」方案，亦難逃 B5.2.3.18 所指的複雜行政煩惱。

B5.2.3.20 況且，即使不談行政效益，而轉到營商心態來看，保險商畢竟是從商的，商人不單希望生意有利潤，還要為生意締造增長。所以，憑這套商人慣用及應具備的哲學，保險商絕會有傾向泡製機會去推高保費。加上強醫保應屬社會保障政策而非商業利益項目，政府還應否抱「大市場、小政府」的口號來充當擋箭牌嗎？本人雖不贊成推行強醫保，但如無可避免，只好寄望用強公保形式來予以執行吧！

B5.2.4 應怎處理強醫保（即不論強私保或強公保）成員資格狀況反覆的問題呢？

B5.2.4.1 首先，要界定哪些人會被強制參與強醫保，政府在諮件中只有提及在職人士而已。那麼，「在職」的涵蓋領域是怎樣呢？會否包括例如在港聘用但身處外地工作的外籍人士、持有香港身份證但在地工作、持有香港身份證但已移民及在地工作或外籍人士在港工作但持可適用於香港的海外醫療保險等人士呢？

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

「月入」的計算準則又怎釐定呢？或許，這些細節可於如計劃獲初步共識後，方再作所謂「第二階段」的研究討論。

- B5.2.4.2** 諮件內就強醫保的參與人數進行推算，如把強制參與門檻分別設在月入 10,000 元或以上、12,000 元或以上和 15,000 元或以上的人士便須被強制參加，強醫保計劃成員數目便分別有約 1,700,000 人 1,390,000 人和 1,070,000 人。不言而喻地，不論任何保險，如參與人數愈多，保險的成效便愈大。該三套推算均以在職人口為基礎，如想有更多的人被強制參與，便要把入息門檻降低，使更多相對地低收入人士被納入強醫保計劃。畢竟香港的基本生活擔子已經很重（富的人不易或不會明白），短期內亦難以有改善的曙光。如政府想收較廣泛市民參與強醫保之效，又避忌不可把入息門檻定得過低，何妨考慮開放強醫保計劃大門，讓更多的市民可就其經濟負擔而考慮會否自願參與。
- B5.2.4.3** 自願的參與者除可包括月入低於指定入息者，還有「神秘入息者」、藉在職人士照顧的家庭成員（如配偶、子女及長輩等）。如政府認為安全網的措施，可包括提供資金與有需要人士購買強醫保的話，這批人士自是另一批參與者。所以，政府在強醫保參與人數的推算可能是保守了一點，當然這要視乎政策具體內容而異。
- B5.2.4.4** 不過，無論是被強制或自願參與者，俱會有變數導致強醫保的成員資格狀況反覆，例如在職人士的收入出現增減（尤其是減至由被強制變成不被強制），或自願參與者的意願改變等。如讓成員資格可隨便地「進出計劃」，甚至可不限次數地「反覆進出」的話，除了會令行政負荷加劇外，更遭的是必然產生道德風險，除非施以強硬政策來輔助執行。
- B5.2.4.5** 爲了要有效執行強醫保，政府可考慮，強制參加資格的確定，並非按不時變動的收入水平而定，而是以方案正式實施日截算，來界定哪批在職人士必須參與，即如日後收入下降至不被強制參與水平，該類成員仍須被強制參與，若屆時遇經濟困難（須經資產審查），政府便啓動安全網（正如 B5.2.4.3 有述）。其實，政府在諮件中早已滲透著這股「抵壘後不得逃離」的想法，因「個人健康保險儲備」方案顯示，當僱員失業時（指月入由被強制水平跌至零），便由強醫金戶口調撥款項延續強醫保。
- B5.2.4.6** 至於，如在方案實施日，尚未在職或收入未達被強制參與入息水平，且不自願參與的在職人士，當他日其收入首度達被強制水平時，便須在往後被鎖定參與強醫保資格，情況就如同 B5.2.4.5 所述人士一樣。
- B5.2.4.7** 另外，如強醫保容許自願者參與，會很易出現道德風險問題。意思是如強醫保將承保一切（或起碼是絕大多數）病歷，市民便有可能採取「伺機而投」，過後便「過橋斬纜」的方法。到日後又發覺有所需要，於是又「重施故技」。如是者，便對所有強醫保成員構成不公，亦嚴重損害強醫保的有效運作。所以，如要消除道德風險，便須秉承 B5.2.4.5 及 B5.2.4.6 中所述的強硬規定。即所有自願參

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

與者，不論在方案生效日或其後日子，首度自願參與強醫保計劃後，便得一直被強制參與下去。如屆時遇經濟困難（須經資產審查），政府便啓動安全網（正如 B5.2.4.3 有述）。

B5.2.4.8 若認為強醫保成員資格（包括被強制及自願者）不可在其有生之年中斷，是不應該採取的強硬手法，但又要收遏止道德風險行為之效的話，我唯有建議第二套做法。是容許被強制者因入息下降而脫離強醫保，及准許自願者隨其不時改變的意願來自由進出強醫保計劃，但要在其保險內容加設「等候期」條款，但有三類人士可獲豁免。「等候期」是指純屬人身意外導致的醫療需求，方可獲投保後即時生效，否則一切與疾病或身體機能退化有關而導致的醫療需求，便要待投保後再隔若干日子方能生效。該三類獲豁免人士包括，早在強醫保正式實施日便即時參與的自願者、在強醫保實施後方出生但又年紀不高於某水平（例如出生後 42 天，以此作指標是嬰孩應已定了名字）的嬰兒和在強醫保實施後方到港但在到港後指定期（例如 14 天）內自願參與者。

B5.2.4.9 另外，等候期的長短（例如 3 個月或 6 個月），可視乎討論結果而訂，我們甚至可考慮為阻嚇或不鼓勵市民經常進出強醫保計劃，等候期可就成員再次成為強醫保成員的次數來加長，例如首次不獲豁免者是 3 個月，若之後退籍再參與，新的等候期便增至 4 個月，如再退又返，等候期便調升至 5 個月，如此類推。

B5.2.4.10 不過，如把「等候期」引入強醫保，便會令理賠工作變得複雜，且極容易在承保和受保者之間出現爭拗，故甚不可取。可是，「有入有出」的強硬手段又會否容易被市民諒解和受落呢？

B5.2.4.11 若真的要設置一扇「有入可出」的「逃生門」，我想可把達獲社會共識的退休年齡（例如 65 歲）及以後，定為可脫離被繼續強制參與的時機。但為何我剛說要堅守「強制」，但卻容許達獲社會共識的退休年齡（例如 65 歲或以上）人士退出被強制的行列，自相矛盾。我的解釋是，既然已屆退休之齡，理論上沒有新的入息，如仍強逼參與，好像有點兒那個。當然，政府為何推介「個人健康保險儲備」方案，是因該方案結集了保險和儲蓄，供款人士可藉有收入時，預早為自己年老時供些儲備，待退休後，便有儲蓄調撥成保險費用，以免損害強醫保的連貫性。不過，是否足餘生之用，就絕無保證。在釋放年老者的強制方面，本人確有點像與政府想法背道而馳。我考慮到如所有人（不論個人條件如何）均是支付同等保費，而購得的保障分量是完全相同。於是，不需甚麼學識淵博的人，也輕易明白，在所有參與者中，以年長者及長期病患者最受惠。雖則說，年老不一定生病，但從總體來說，年長者佔整體長期病患者的比率是非常高的。所以，如強醫保成功面世，我敢相信長者們定必踴躍參與，如有獲家人照顧的長者，其家人亦會主動地替他們的長輩投保。所以，容許 65 歲或以上人士退出強醫保，可說純屬姿態上的裝飾而已！

B5.2.4.12 至於除屆退休年齡可不被強制參與強醫保外，還可參照強積金般，加設「永久離港」等其他條件來讓成員退出。不過，任何可釋放強制的條件，均要慎防被

鑽空子濫用。但加強監管又再度令行政工作更複雜，和推高行政成本。

B5.2.5 強醫保的保障範圍真的是甚麼都保嗎？

B5.2.5.1 2008年3月22日早上8時半左右，收聽香港電台第一台《星期六問責》的直播節目，被邀嘉賓是保險索償投訴局的投訴委員會主席徐福燊大律師。徐大律師在節目中主要談及，2007年保險索償整體數字下降了，但關於醫療保險索償投訴個案卻上升，當中涉及的原因多是客戶對保單條款詮釋不足、客戶在投保時沒有披露重要事實和與保單的不保事項有關。徐大律師在節目中亦提及現正進行公眾諮詢的醫療改革文件，他指稱當中有強醫保的建議，其承保範圍是沒有不保事項（他當時舉例說包括精神病）的，就連已存在的任何病歷也獲承保，故將來如實施強醫保後，他認為投訴強醫保的索償問題定必非常有限。如真的甚麼都保，投訴當然會大幅減少，但問題是真否甚麼都保？及應否甚麼都保？

B5.2.5.2 但諮詢中顯示，政府認為強醫保計劃可涵蓋不同範疇，例如「只包括基本住院服務」；「基本住院服務、長期服用藥物及特別藥物」；「基本專科及住院服務、長期服用藥物及特別藥物」或「危疾的基本治療」等。由此可見，強醫保的承保範圍還有待商榷研究。當然，範疇涵蓋度的闊窄，既直接影響保費的釐定，又帶動理賠時行政管理問題的複雜和爭拗性。故一方面要考慮市民需要甚麼保障和他們的負擔能力外，還要仔細思考強醫保會否被濫用。因如被濫用，所損失的最終全由市民承擔！

B5.2.5.3 為了防止市民濫用，導致保費不公平地被迫調升，我亦同意，範疇的覆蓋不應全面性，例如普通門診、純為美容而整容、自我摧殘或自殺等所導致的醫療服務便可完全列為不保事項。

B5.2.5.4 有些項目應否被涵蓋會有較大爭議性，需要更深入探討。舉例說，引發今天的醫療改革諮詢，甚高程度是出生率偏低所致，如「懷孕或分娩」不被強醫保涵蓋，可會讓人感到政府發放出不鼓勵生育的信息；若涵蓋，又會予人有被濫用的機會。還有，基於我沒有正統的醫學常識，我不清楚是否有某些精神病，即使專業醫生也難以分辨求診的人，到底是「真傻」，還是「扮懵」！所以，精神病患應否被涵蓋，也該認真考慮。

B5.2.5.5 有些項目卻可只提供有限度的保障，如防疫注射和體格檢驗（另見 B5.2.6.4）等。其實，此舉亦可與 B1.2 作一併考慮。

B5.2.5.6 如強醫保難免存在有機會被市民濫用的範疇時，為抑制濫用情況，政府可設訂病人的「分擔費用」，分擔率可分不同的百分比，視乎該範疇可被濫用的機會而定。

B5.2.6 強醫保的保障額應否不設上限呢？

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

- B5.2.6.1** 至於保障額方面，諮詢中不見任何著墨。究竟是所有涵蓋範疇均不設上限、每個範疇皆設上限，抑或某些設上限而另一些就無限呢？當然，不設上限對病人有利（撇除保費的高低），且較方便處理索償，不用左算右計。不過，縱有「分擔費用」的規定，阻嚇病人濫用，但卻仍產生另一類道德風險問題，就是醫生（特指私家醫生）會濫徵醫療費用，結果導致強醫保整體賠償，高於預期而不斷有加價壓力。
- B5.2.6.2** 即使設上限，醫生濫收醫療費的問題也不能解決，因他們可覷準強醫保的最高賠償額來釐訂其收費水平。結果，最高賠償便輕易地變成「最低索償」，保費亦難逃不斷增加的厄運。但在另一角度而看，如設上限，強醫保對長期病患者的照顧和吸引力均大打折扣。
- B5.2.6.3** 如設上限，不論是否長期病患者，當有天某強醫保成員的保障額已「殆盡」，該保險便不再為其提供保障，但卻被強制繼續交付保費，這算有公理和行得通嗎？如當保障額已用罄，可待隔一段時日便可重新建立一筆新的賠償額，這又使行政和理賠都變得複雜，且仍不能根治原有的道德風險問題。
- B5.2.6.4** 就本人考慮，是傾向於以不設上限為大原則，即使設限，也應足以讓長期病患者有妥切的幫助。但如防疫注射、體格檢驗和懷孕及分娩等範疇被涵蓋的話，就要有所限制，且應是分時段限制。例如每年的防疫注射保障是多少，另每三年體格檢驗保障又有多少等。至於如何防止醫生濫收費用，政府必須以專業及具操守的態度，按各項醫療服務的合理成本和利潤，制定出每項服務的最高收費。當然，此舉定必引起醫生（尤指私家醫生）強烈反對，但如不置以相關制約，強醫保是勢難可持續地健康發展。
- B5.2.6.5** 可是，當制定了最高醫療服務收費標準後，醫生們豈不是會把該標準視為有關服務的最低費用。那末，一些原本收費未達該水平的醫生，也齊將收費提高。若真的達此境地，唯有寄望病人須就「分擔費用」規定，促使病人為自己的潛在醫療開支「格價」，令私家醫生們在收費仍要面對競爭。因病人需繳付保險以外的額外金錢，且醫生收費愈高，病人要分擔支付的額外費用也成正比例地提高。
- B5.2.6.6** 然而，B5.2.6.4 所建議的「醫療收費標準」，恐怕只可在理論上的層面說說了吧！而實際上，以香港商業運作一直標榜的「自由」來看，怎能叫私家醫生們就同等醫療服務收取劃一收費呢？可知道，醫生是一項不易掌握的專業，其執業年資和經驗，是極影響病人獲得醫療服務的可靠性。難道要一名「身經百戰」的大國手，和一位「初出茅蘆」的執業醫生，收取同等級的醫療費嗎？再者，不同醫務所的位置不同、設施有別和營運成本參差，故如定出「標準」，相信會嚴重扭曲市場正常運作。
- B5.2.6.7** 即使 B5.2.5.6 及 B5.2.6.4 所述的兩項制衡建設（即病人分擔費用和醫療收費標準）得以矗立，我尚有兩件擔心的事情。第一件是醫生會把病人的療程故意拖

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

長，技倆是每次的診治收費設在具吸引力水平，然後藉保障無設限（或賠償額有限但充裕）的方便，以拖長療程或故意反覆診療方法，來套取更多保險賠償金。第二件是醫生與病人串謀，即使有「分擔費用」條款令病人也須額外付款，但如醫生願意把部分收取到的保險賠償金回贈病人的話，有關的「防線」也會崩潰的。

B5.2.6.8 基於 B5.2.6.7 的漏洞，政府應要成立一個具醫學權威的監察單位，用以審核被懷疑或遭投訴為有詐騙成分的索償個案。如有合理證據，便予以檢控涉案的各方人士。不過，當病人投訴醫生「拖症」時，舉證會容易嗎？又就病人與醫生串謀，在「授受相悅」的情況下，檢控者可有效搜證嗎？

B5.2.6.9 所以，歸根究底，不論日後要執行的是強私保抑或強公保，肯定普羅大眾不會得益，且以後更會「泥足深陷」，面對保費被推高至不勝負荷為止。

B5.2.7 推行強醫保對現已有醫療保險的客戶構成銜接抑或衝激問題呢？

B5.2.7.1 政府沒有在諮件內提及任何如強醫保實施後，怎樣安排現已購買了醫療保險的市民作銜接安排。但在一些傳媒報導（包括有關官員現身受訪），是可得悉政府確有「銜接」醫療保險的想法。

B5.2.7.2 因政府就「銜接」想法，在內容上是絕無披露，故本人現難以就政府心中所想來具體評論。不過，我所擔心的是，不該說是「銜接」，而應是「衝激」！

B5.2.7.3 現時大致上有三類私人自選醫療保險在市場中運作，包括個人、家庭及團體醫療保險。當強醫保可推出時，已獲該等保險承保的原受保人將會出現三個類別的市民，分別是被強制參與強醫保、不被強制但自願（如可自願）參與強醫保和不被強制又不願參與強醫保的人。

B5.2.7.4 當 B5.2.7.3 所述的三類人士各自按規定或意願回應強醫保後，原有的保單又隨即各自出現多兩類（即連同原本狀態便合共三類）狀態。意思是指有些保單（包括個人、家庭和團體保險）的所有受保人均被強制或自願地轉往強醫保投保，這是第一類；第二類就是保單（只包括家庭及團體保險）的部分受保人被強制或自願地轉往強醫保投保；第三類便是保單（包括個人、家庭和團體保險）內的所有受保人均沒被強制或自願地轉往強醫保投保，即維持原狀。

B5.2.7.5 鑑於某些私營醫療保險的原受保人，不論是被強制或自願，在持有強醫保外，還想額外購買自選的私營醫療保險，以彌補強醫保不足（例如強醫保可能在住院服務只提供基本水平—即所謂大房）之處，保險商確可針對 B5.2.7.4 所述的第一及第二類狀況的保單，分別再為所有願意繼續投保的原受保人，度身訂造切合需要及收費合理的私營保險計劃。至於第三類狀況的保單，因為並沒有受強醫保影響，故可如常運作。

B5.2.7.6 就 B5.2.7.4 所述之第一類狀態保單且屬個人模式的分析

B5.2.7.6.1 原個人醫療保險的唯一投保人，在強醫保實施後，對原保單會有兩種反應。第一種是因為既已參與（包括被強制及自願）強醫保，於是完全放棄原醫療保險；第二種是仍願意投保額外的私營醫療保險。關於第一種反應，原保險商只是取消保單便可。

B5.2.7.6.2 然而，看待 B5.2.7.6.1 中第二種反應時，本人認為原保險商就強醫保的推行，首先應設計一系列全新的醫療保險產品，以配合彌補強醫保不足之保障範圍及保障水平。具體來說，如該產品是與強醫保的存在一併（並非一起地被網綁式銷售）考慮的話，新產品的保障額和範圍縱是與原產品的完全一樣，新產品的保費應該較便宜，因為投保者已另有強醫保，如新設計之「第二保單」指明是屬強醫保索償後之補充賠償額的話，其被索償的風險便明顯下降，故保費絕有大幅被調低的空間。

B5.2.7.6.3 所以，如 B5.2.7.6.1 中第二種反應客戶繼續向原保險商，購買原有保障作為強醫保的額外保險時，基於 B5.2.7.6.2 分析，原保險商理應予以減價，雖然減價多少屬商業考慮，但必須減價。如該客戶只是想多購一點額外保險（即比原保障額較少）而已，保險商應配合客戶地讓他降低保障額或保障級別。如原保單本已是最低保障或級別，而保險商又有為遷就強醫保，設計了新系列的醫療保險計劃，並當中有提供保障額水平（即比原保險的保障額低）符合該客戶需求時，保險商應容許客戶把原有保單轉換成新系列的保單。不過，在簽發新保單時，必須豁免一切重新核保的要求，而這規定不能以諸如「商業決定」等理由來拒絕執行。

B5.2.7.7 就 B5.2.7.4 所述之第一類狀態保單且屬家庭模式的分析

B5.2.7.7.1 原家庭醫療保險的所有投保人，在強醫保實施後，對原保單會有三種反應。第一種是既然所有原投保人已參與（包括被強制及自願）強醫保，於是所有原投保人完全放棄原醫療保險；第二種是部分原投保人仍願意投保額外的私營醫療保險；第三種是所有原投保人均願意投保額外的私營醫療保險。關於第一種反應，原保險商只是取消原保單便可。

B5.2.7.7.2 然而，看待 B5.2.7.7.1 中第二種反應時，原保險商應以類同 B5.2.7.6.2 及 B5.2.7.6.3 的態度一樣，給與客戶「豁免核保」及或「減保費」的安排。但如原投保人中屬必須投保的主投保人不擬繼續購買額外保險，或打算投保的家庭成員數目下降，令持續投保的成員組合不可再以家庭保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想購額外保險的家庭成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去家庭保險的優惠。所以，因額外保險可獲的減費，連同失去家庭優惠而增費，最終是加或減，便需視個別情況而定。不過，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。

B5.2.7.7.3 至於處理 B5.2.7.7.1 中第三種反應時，原保險商應以 B5.2.7.6.2 及 B5.2.7.6.3 的概念，給予原投保人「豁免核保」及或「減保費」的安排。

B5.2.7.8 就 B5.2.7.4 所述之第一類狀態保單且屬團體模式的分析

B5.2.7.8.1 原團體醫療保險的所有投保人，在強醫保實施後，對原保單會有三種反應。第一種是既然所有原投保人已參與（包括被強制及自願）強醫保，於是所有原投保人完全放棄原醫療保險；第二種是部分原投保人仍願意投保額外的私營醫療保險；第三種是所有原投保人均願意投保額外的私營醫療保險。關於第一種反應，原保險商只是取消原保單便可。

B5.2.7.8.2 然而，看待 B5.2.7.8.1 中第二種反應時，原保險商應以類同 B5.2.7.6.2 及 B5.2.7.6.3 的態度一樣，給與客戶「豁免核保」及或「減保費」的安排。但如持續投保的成員組合不足再以團體保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想購額外保險的團體成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去團體保險的優惠。不過，個人保險的內容甚少有機會和團體保險的內容相同。所以，這個「分拆」能否實行，也是極具困難。還有，如「分拆」成功，因額外保險可獲的減費，連同失去團體優惠而增費，最終是加或減，便需視個別情況而定。另一方面，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。可是，最前置的問題是，如該原團體保險是由僱主支付保費的話，僱主真的會繼續為新的個人保單繳付保費嗎？

B5.2.7.8.3 至於處理 B5.2.7.8.1 中第三種反應時，原保險商應以 B5.2.7.6.2 及 B5.2.7.6.3 的概念，給予原投保人「豁免核保」及或「減保費」的安排。同樣地，如該原團體保險是由僱主支付保費的話，僱主是否願意為僱員購買額外保險也是最前置的問題啊！

B5.2.7.9 就 B5.2.7.4 所述之第二類狀態保單且屬家庭模式的分析

B5.2.7.9.1 原家庭醫療保險的所有投保人，在強醫保實施後，他們對原保單的反應可分為四種。第一種是當中所有已參與（包括被強制及自願）強醫保的原投保人，完全放棄原醫療保險，而餘下沒參與強醫保的原投保人也全不願繼續原保險；第二種是當中所有已參與（包括被強制及自願）強醫保的原投保人，完全放棄原醫療保險，而餘下沒參與強醫保的部分或所有原投保人願意繼續原保險；第三種是當中已參與（包括被強制及自願）強醫保的原投保人，部分或所有原投保人願意購額外保險，而餘下沒參與強醫保的所有原投保人卻不願繼續原保險；第四種是當中已參與（包括被強制及自願）強醫保的原投保人，部分或所有原投保人願意購額外保險，而餘下沒參與強醫保的部分或所有原投保人仍願繼續原保險。關於第一種反應，原保險商只是取消原保單便可。

- B5.2.7.9.2** 然而，看待 B5.2.7.9.1 中第二種反應時，因仍繼續原保險的所有原投保人，他們全沒有強醫保，所以便不會獲「第二保單」般的減費。但如原投保人中屬必須投保的主投保人不擬繼續購原保險，或打算投保的家庭成員數目下降，令持續投保的成員組合不可再以家庭保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想繼續原保險的家庭成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去家庭保險的優惠。不過，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。
- B5.2.7.9.3** 至於處理 B5.2.7.9.1 中第三種反應時，原保險商應以 B5.2.7.6.2 及 B5.2.7.6.3 的概念，給予原投保人「豁免核保」及或「減保費」的安排。但如原投保人中屬必須投保的主投保人不擬繼續購買額外保險，或打算投保的家庭成員數目下降，令持續投保的成員組合不可再以家庭保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想購額外保險的家庭成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去家庭保險的優惠。所以，因額外保險可獲的減費，連同失去家庭優惠而增費，最終是加或減，便需視個別情況而定。不過，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。
- B5.2.7.9.4** 而涉及 B5.2.7.9.1 中第四種反應時，會較複雜，因仍願向原保險商購買保險的原投保人中，有的會有強醫保，而其餘的卻沒有。正如 B5.2.7.6.2 分析，有強醫保的原投保人應可獲「第二保單」的減費，而沒強醫保者便沒該項減費優待。再按此基礎推論，若原保險商真的有「第二保單」的減費優惠的話，以「第二保單」概念投保和純繼續原保險的兩批家庭成員，他們便要分開家庭組合投保。但假若分開組合，卻弄成某一方(甚至雙方)的家庭成員組合，失卻合符原投保商的家庭組合要求時，解決方法可會是為不能符合家庭組合的家庭成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去家庭保險的優惠。該家庭被逼分拆的所有保單之總保費便可能會出現因減得加的效果。但無論如何，若過程中出現新簽發保單，亦須予以「豁免核保」。

B5.2.7.10 就 B5.2.7.4 所述之第二類狀態保單且屬團體模式的分析

- B5.2.7.10.1** 原團體醫療保險的所有投保人，在強醫保實施後，他們對原保單的反應可分為四種。第一種是當中所有已參與(包括被強制及自願)強醫保的原投保人，完全放棄原醫療保險，而餘下沒參與強醫保的原投保人也全不願繼續原保險；第二種是當中所有已參與(包括被強制及自願)強醫保的原投保人，完全放棄原醫療保險，而餘下沒參與強醫保的部分或所有原投保人願意繼續原保險；第三種是當中已參與(包括被強制及自願)強醫保的原投保人，部分或所有原投保人願意購額外保險，而餘下沒參與強醫保的所有原投保人卻不願繼續原保險；第四種是當中已參與(包括被強制及自願)強醫保的原投保人，部分或所有原投保人願意購額外保險，而餘下沒參與強醫保的部分或所有原投保人仍願繼續原保險。關於第一種反應，原保險商只是取消原保單便

可。

B5.2.7.10.2 然而，看待 B5.2.7.10.1 中第二種反應時，因仍繼續原保險的所有原投保人，他們全沒有強醫保，所以便不會獲「第二保單」般的減費。但如持續投保的成員數目不足再以團體保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想繼續原保險的團體成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去團體保險的優惠。不過，個人保險的內容甚少有機會和團體保險的內容相同。所以，這個「分拆」能否實行，也是極具困難。還有，如「分拆」成功，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。可是，最前置的問題是，如該原團體保險是由僱主支付保費的話，僱主真的會繼續為新的個人保單繳付保費嗎？

B5.2.7.10.3 至於處理 B5.2.7.10.1 中第三種反應時，原保險商應以 B5.2.7.6.2 及 B5.2.7.6.3 的概念，給予原投保人「豁免核保」及或「減保費」的安排。但如持續投保的成員數目不足再以團體保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想購額外保險的團體成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去團體保險的優惠。不過，個人保險的內容甚少有機會和團體保險的內容相同。所以，這個「分拆」能否實行，也是極具困難。還有，如「分拆」成功，因額外保險可獲的減費，連同失去團體優惠而增費，最終是加或減，便需視個別情況而定。另一方面，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。可是，最前置的問題是，如該原團體保險是由僱主支付保費的話，僱主真的會繼續為新的個人保單繳付保費嗎？

B5.2.7.10.4 而涉及 B5.2.7.10.1 中第四種反應時，會較複雜，因仍願向原保險商購買保險的原投保人中，有的會有強醫保，而其餘的卻沒有。正如 B5.2.7.6.2 分析，有強醫保的原投保人應可獲「第二保單」的減費，而沒強醫保者便沒該項減費優待。再按此基礎推論，若原保險商真的有「第二保單」的減費優惠的話，以「第二保單」概念投保和純繼續原保險的兩批團體成員，他們便要分開組別於同一團體保單內投保。但如持續投保的成員總數不足再以團體保險形式投保時，問題便複雜得多。解決方法可會是為仍想購額外保險和繼續原保險的團體成員，分拆成每人一張個人醫療保單，因此在保費計算方面，便導致失去團體保險的優惠。不過，個人保險的內容甚少有機會和團體保險的內容相同。所以，這個「分拆」能否實行，也是極具困難。還有，如「分拆」成功，因額外保險可獲的減費，連同失去團體優惠而增費，最終是加或減，便需視個別情況而定。另一方面，被逼分拆的新個人保單，原保險商應予以「豁免核保」。同樣地，如該原團體保險是由僱主支付保費的話，僱主是否願意為僱員購買額外保險也是最前置的問題啊！

B5.2.7.11 本人於 B5.2.7.1 至 B5.2.7.10 內，頗細緻地描述萬一推行強醫保時，有關政策對原已擁醫療保險保障的市民，構成的種種銜接或衝激問題。如要認真處理，殊不簡單，甚至根本沒兩全其美之法！當然，如原保險商可就「第二保單減費」、「豁免核保」及「遷就家庭或團體組合要求」等事項，用維護客戶原可享所有

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

權益的態度來予以配合的話，這個所謂「銜接」關卡方可迎刃而解。不過，真的談何容易啊！我亦很擔心，保險商根本不會輕易向政府道出詳細的業內運作，尤其該等運作正讓保險商獲取不合理利潤。所以，縱然政府會有一股萬折不撓的誠意去保護市民之應享權益，但相信最終也會被保險商瞞混過去吧！

B5.2.8 應否強制市民為醫療（尤其是年老時）開支早作儲蓄安排？

- B5.2.8.1** 諮件中，涉及個人醫療儲備的包括有「醫療儲蓄戶口」和「個人健康保險儲備」兩個建議的輔助醫療融資方案。推動市民為自己儲蓄，永遠都不是一樁壞事，但到底以強制的政策來執行又可否合理和見效呢？
- B5.2.8.2** 政府構思借用現行強積金的架構來管理強醫金，雖然看似可藉「搭順風車」來省卻部分行政費及工作，但推行強醫金不單是只需解決行政問題，更重要的是效益和市民的接受程度問題。
- B5.2.8.3** 雖說強醫金可「搭順風車」，但可惜強積金的「車資」素來被詬病高昂，而且搭乘順風車者又不是免費，「乘客」當然可省卻「車道的建設費」，但卻一樣要繳交相同等級的「車資」。
- B5.2.8.4** 如政府最終實行「個人健康保險儲備」方案，即當中包含強醫保和強醫金，強積金受託人（包括管理獲豁免的職業退休計劃和僱主營辦計劃的公司）除了要管理強醫金外，是否還須一併處理強醫保的運作呢？如必須，恐怕有些受託人（指沒經營保險業務者）或僱主（指管理僱主營辦計劃者）根本難於勝任（因欠缺醫療知識豐富人才）；如不須，受託人把相關的強醫保款項轉撥有關保險商（如強私保）或政府（如強公保）時，又多添行政費和工作。不過，若是執行強公保的話，這個轉撥的行政動作應較易處理（另見 B5.2.3.18）。
- B5.2.8.5** 政府雖說沒既定立場，並持開放態度，但自公佈諮件後，不同的「關鍵人物」均公開宣稱「個人健康保險儲備」方案最為可取，因強醫保與強醫金共治一爐。政府有這傾向，我絕可理解，但不太同意必須強制市民為年老時之醫療開支儲蓄，市民方懂得為自己做好準備。現時，強積金已就收入水平門檻及供款率的高低，早已作了相關的衡量，方制訂了現在的強積金供款規定，即現在的強積金規定供款，已大抵觸及了普遍低收入人士的可供款能力上限了。如強醫金再擠進市民生活擔子，對較低收入者而言，再加供款定使他們感受非常大的壓力。要知道，有些人連眼前的財政負擔也在每天、每月在營營役役，他們又何以去想太遠的將來啊！
- B5.2.8.6** 至於收入較寬裕者，又何需擔心他們年老時的生活費呢！況且，如真的推行強醫保，年老時的保費相對是最便宜的時候，對年老時的開支所構成的衝激也能明顯降低。換言之，相對窮的，負擔不起強醫金；相對富的，卻不需強醫金。再用另一角度而論，如有強醫保，強醫金便不太需要；如沒強醫保，強醫金更是不必要。

- B5.2.8.7** 諮件中強調，醫療通脹率往往高過經濟增長率。若藉此引伸，強醫金縱能錄得合理回報，是仍不足抵消醫療通脹的。況且，「合理回報」又經常變成「不合理期望」(尤以扣除管理費後計算就更甚)。所以，若政府開宗明義地說強醫金是為照顧每位市民年老時的醫療開支，但倒頭來卻仍捉襟見肘，須繼續強制市民加高供款，故始終不會被大眾甘心地接受。與其把龐大資金「凍結」來等待醫療通脹的「蠶食」，最終不能達致「護老」效果，不如請政府放過市民一馬，給大家多透一口氣吧！當然，本人是欣賞政府就人口老化帶來的醫護問題想方設法，但觀乎所有建議的輔助醫療融資方案，均沒有一個能有效解決工作人口與老年人口的比例縮窄問題。若該比例繼續收窄，工作人口對社會整體的負擔確是難免加劇，但願政府中負責執行人口政策的所有機關能最終做出成績，令香港人口結構得以平穩發展。
- B5.2.8.8** 如政府仍認為市民，再針對自己年老時的醫療開支多儲點錢總是好的，我不反對。但我唯有提一反建議，就是提供誘因，鼓勵尚有能力及自願多儲點「被綁」至退休，方可作醫療開支用途金錢的市民，參與額外的強積金自願供款。形式是在現有的強積金戶口，加設一個主題性的自願供款戶口，並規範為只可在退休後支付與醫療有關的費用，倘身故後仍有積存，便以遺產處理。誘因的模式可以是，該筆自願供款可獲扣稅，如該免稅額不設上限就更奏效。
- B5.2.8.9** 要推行新的政策，當然考慮愈精細就愈好，以免說了後又行不通。「個人健康保險儲備」方案，揉合了強私保及強醫金措施，當中曾作出的考慮亦是六項建議方案最詳盡，但最詳盡不一定是最被接受，關鍵仍是要天時、人和及情理兼備。要市民為新的名目付款已不輕易，如一下子要強制市民為多於一個名目付鈔，群情怎難不洶湧呢？
- B5.2.8.10** 重申，任何醫療融資方案，均不可能有效解決人口老化帶來衝擊醫護服務的問題，尤其若果人口老化問題正持續惡化的話。不論是食物及衛生局、醫院管理局，抑或健康與醫療發展諮詢委員會，俱不是治療「人口老化病」的「專科醫生」，與其治標地把問題拖延「爆煲」，或製造出一個「強制醫療次按炸彈」的話，不如把個案徹底轉介，及敦促人口政策部門，讓其研製「治本療藥」，這不是更好吧！

C 我的選擇

- C1** 政府現在所憂慮的，除了用甚麼方法及從何處覓得金錢，以期望醫療服務可持續發展，讓市民的保障更完備、服務選擇更多及安全網更妥善等。同時，對於分擔健康風險和財富再分配等概念又須進行摸索及定位，希望市民多表達意見。
- C2** 同 B5.2.1 有述，綜合了六項在諮件內提出的輔助醫療融資方案，其實只是由四種方法演變出來。分別是方法一，增加稅收或稅種；方法二，用者自付；方法三，強制性醫療保險；方法四，強制性醫療儲蓄。我已就方法三及方法四在 B5.2 蠻詳細地分析過，而結論是不宜採用。

就「醫療改革諮詢」(第一階段)表達意見

我不敢說永久不應採用，但至少現在是不具備條件推行。尤其 B5.2.5 和 B5.2.6 內的「病人濫用」和「醫生濫收」等關鍵性負面條件是難以杜絕，其次但仍相當重要的是，行政費及保險商刻意締造「增長」也是很大隱憂。

- C3** 人口老化現象令醫療融資問題惡化，使得普羅大眾就算只想保持現有醫療服務水平，相信在不久將來，是怎也難避掏腰包，更遑論要改善現有服務。就本人而言，如市民真的慳無可慳地必須付出金錢，來提供更多融資給政府的話，以現時的社會條件，我較傾向於贊成 C2 的方法一，即增加稅收或稅種，並以入息及利得稅的徵收方式為基礎。換言之，收入較高的個人及盈利較豐的企業便須多繳稅款，以支援額外的醫療融資。
- C4** 正如政府在諮文中分析，任何融資方案均有利有弊，當中得益或受損者的分佈和程度亦不同。本人很明白「增稅」方法同樣會令一定數目的人士和企業不接受，但基於多付者全是原多賺者，所以多付並不會構成他們不可承擔的衝激。而且，在行政費和工作上，「增稅」是最廉宜和簡單的方法。
- C5** 其實，我相信政府並沒有完全排除「增稅」方案，只是擔心人口老化現象會導致在職人口與老年人口比例收窄，將來在職人士及企業的稅務負擔便愈趨吃力。雖然如此，即使是執行強醫保和強醫金，政府依然不能保證供款人士，在日後是不會面對加徵款項的。結果，很多非多賺者要多付，並逼使他們面對難於承擔的財政困境。加上，還有行政費和道德風險問題，更令強醫保和強醫金的成效大打折扣。
- C6** 再次重申總結，如市民無可避免再多付金錢，本人唯有贊成「增稅」。不過，可配以適度及不時檢討的「用者自付」來收加強融資和平衡公私營醫療系統的發展之效果。「用者自付」是針對每位市民而言，其可以是在每項公營醫療服務設置各自的病人最低支付額，或政府的最高補貼額，又或把所有公營醫療服務歸納一起，定出最高的政府總補貼額。若嫌該雙管（即 C2 的方法一加方法二）齊下仍未足以令政府安心，可再加插 B5.2.8.8 的鼓勵性自願醫療儲蓄金。
- C7** 最後，如政府仍不顧一切惡果，硬推強醫保（希望不會是強私保）和強醫金的話，也請提供不設上限的扣稅額，讓市民「沒有了廠也有粒糖」！至於不論會否執行強醫保，所有私營非強制性醫療保險，一概不應提供任何稅務優惠。因為該類保險隨時會令投保人失卻保障，若提供誘因鼓勵市民購買的話，是極不負責任的態度。

敬請詳閱細想，並盼接納意見或賜教，謝謝！

楊慶材
保險代理
2008 年 3 月 25 日