

回應「醫療改革第二階段諮詢文件」

民主黨對醫保計劃的意見

民主黨醫療政策發言人 何俊仁 張文光

I. 第一階段公眾諮詢結果

1. 曲解民意：政府指市民對多個輔助融資方案意見分歧，只有自願醫療保險為大部份市民支持，因此提出推行醫保計劃。但是，**市民支持自願醫療保險並不同支持優先用公帑資助醫療保險**。根據政府調查結果，如果增加醫療撥款，市民選擇**改善公立醫院服務(87%)或設立全民醫療儲備(73%)**，遠高於選擇資助市民買醫療保險或支付私營醫療費用(53%)，27%被訪市民更反對資助市民買醫療保險或支付私營醫療費用¹。

II. 不認同推行醫保計劃的政策方向

2. 不符合公平原則：在第一階段諮詢中，市民要求強化公共醫療安全網，加強保障需要依靠公營醫療的窮人和病人，第二期諮詢提出的醫保計劃卻建議以公帑資助較有能力的市民選擇醫療保險和私營醫療服務。政府將 500 億元公帑投放到私營保險市場，讓有能力參與醫保計劃的市民既可選擇有公帑資助的私營保醫療險，亦可選擇使用公營醫療服務，在一些情況下，更可選擇兩者皆用，甚至在發現患上癌症等重大疾病、需轉到公營醫療使用昂貴而複雜的醫療服務時，可利用私營醫療保險提供的初期化驗報告，優先獲得治療。經濟能力較低、只能倚靠公營醫療服務的市民未能受惠於醫保計劃（下文詳細討論），且可能因為被「插隊」而要忍受更長的輪候時間，不符合公平原則。
3. 海外經驗顯示私營醫療保險弊多於利：參考經濟合作組織的跨國研究結

¹ Food and Health Bureau, *Findings of Telephone Survey on Supplementary Healthcare Financing 22 March – 1 April 2010*. p.2.

果²，擴大私營醫療保險對整個醫療制度造成風險。公平原則方面，獲得私人醫療保險的人士較易獲取醫療服務，增加沒有私人醫療保險的人士獲得所需醫療服務的成本和困難。醫療制度的成本效益方面，私人醫療保險較其他融資方案難控制成本。外國經驗顯示，即使擴大私營醫療保險市場，公共醫療的服務需求不會被轉移到私營醫療市場，投保人會繼續使用公營醫療服務。私人醫療保險更會令醫療價格上升、使用率增加，推高公共醫療開支和總醫療開支。本港醫療改革的當務之急，是解決未來整體醫療開支和公共醫療開支大幅上升的壓力，發展醫療保險市場不但無法解決問題，反而可能加劇開支增長。

4. 醫保計劃非適合香港情況的輔助融資方案：本港的私人醫療保險市場無論在成本效益或質素方面都有欠妥善。首先，佣金、行政費用和保險公司利潤佔了保費的 24%，投保人的保費用不得其所。第二，濫用和濫供服務的情況普遍，令索償個案增加，保費上升。第三，私營醫療保險加劇公營和私營體系的醫療通漲。
5. **發展私營醫療保險市場的最大問題，是會在短期內造成嚴重的人手短缺問題**。私家醫院和醫生存在濫供服務的道德風險，令整體醫護人手的需​​求增加，造成公營醫院具經驗及優質的人手流失，服務質素下降，須提高薪酬或晉升機會減少流失，成本因而上升。醫保計劃涵蓋的主要是住院及相關專科服務，對專科醫護人手的需要影響最大，而培訓一名專科醫生需十多年時間，短期內難以大量增加。現時公營醫療已面對嚴重的專科醫護人手流失問題，推行醫保令問題進一步惡化。
6. **醫保計劃不能令倚靠公營醫療服務的市民受惠**。政府推動醫保計劃的目

² OECD, *Private Health Insurance in OECD Countries*, 2004.

的是減輕公營醫療系統的負擔，讓需要依靠公營醫療服務的市民受惠（諮詢文件摘要第 8 段）。但是，醫保計劃不但難以達此目的，更可能令公營醫療服務質素惡化。政府顧問報告指難以估計醫保計劃對公營醫療的輪候時間有甚麼影響，部份病人雖會轉而使用私營醫療服務，但醫管局的醫生亦會隨之流失到私營醫療市場，公營醫院的輪候時間會延長還是縮短，取決於醫護人手的供應。根據顧問的精算，若推行醫保計劃，2012 年私家醫院住院人次估計增加 7.5 萬，需額外 270 名專科醫生³。醫管局 2009/10 年度只有 2837 名專科醫生⁴，推行醫保計劃可能令醫管局在短期內流失近一成人手。與此同時，推行醫保計劃令公立醫院 2012 年的住院人次減少 3 萬，約為現時住院人次的 2.4%⁵。推行醫保計劃令醫管局專科醫生對病人的人手比例大幅下降，依靠公營醫療服務的市民不但未能受惠，更要面對服務質素下降、輪候時間更漫長的局面。此外，醫保計劃令醫療成本上升，又不能紓緩公營服務需求，即使醫療開支維持在公共醫療開支的 17%，服務質素卻會惡化。

7. **醫保計劃沒法改善未來醫療開支大增的問題。**政府 2008 年公佈的醫療改革第一期諮詢文件指香港必須改革醫療融資安排，因為人口老化和醫療成本上漲將令醫療開支迅速增長，2033 年總醫療開支佔本地生產總值的百分比將由 2004 年的 5.3% 增至 9.2%，公共醫療開支由本地生產總值的 2.9% 增至 5.5%。若不改革，日後公營醫療服務將惡化，專科門診新症輪候時間將由 31 周延至 2012 年的 96 周，影響市民的生命健康…。在第二期諮詢中，政府提出的醫保計劃卻對未來公共醫療開支增長沒有任何改善。醫保計劃耗盡財政司司長撥作進行改革以處理醫療開支增長的 500 億元資金，卻承認計劃不能有效紓緩公共醫療開支增長。未來醫

³ Chye Pang-Hsiang. *Assessment of the Long Term Implications of the Health Protection Scheme*, Milliman, 2010. p. 4, 24 & 25.

⁴ 2010 年 3 月 24 日立法會財務委員會審核 2010-11 財政年度開支預算會議上，政府當局的書面答覆。

⁵ 根據醫管局統計年報（2008-2009），2008 年醫管局住院病人出院人次和死亡人數為 1268,808。

療開支大幅增加，按政府推算 2033 年醫療佔總公共開支的比例將增至 27.3%，而政府只承諾會維持 17%公共開支作醫療用途，令人關注日後公營醫療服務可能迅速惡化。另一方面，推動醫保計劃令私營醫療開支和整體醫療開支增長進一步加劇⁶。日後相當大部份人口要支付醫保計劃供款和相關開支，即使公營醫療資源嚴重不足，亦難以要求市民再討論新的融資方案，恐怕只能任由公營醫療服務質素惡化。

8. 醫保計劃不能紓緩公營醫療和整體醫療開支增加的壓力，會造成人手短缺，影響公營醫療的服務質素，因此並非作為輔助醫療融資的理想方案。

III. 對醫保計劃具體內容的意見

9. 認同制訂核心項目：諮詢文件建議制訂標準醫保項目，規管保障範圍、保障限額、設高透明度的收費表、可轉換承保機構，可改善現時醫療保險制度的弊病，讓受保人選擇合適的保險計劃，並確保計劃能為投保人提供基本住院治療和相關服務的費用，減少目前很多投保人在患病時繼續依靠公營醫院服務的情況。有見於普通科門診服務容易出現濫用，現時醫療保險所支付的醫療開支中，33%用作支付門診服務⁷，令保費上升，且大部份購買醫療保險人士都有能力自費支付，無需透過保險分擔風險，因此不應涵蓋普通科門診。
10. 附加項目損害醫保計劃的成效：政府顧問在設計醫保計劃的細節時，為了控制使用者道德風險，建議設分擔費用機制，避免受保人濫用醫療資源⁸。可是，醫保計劃容許承保機構在核心項目之外提供附加項目，以

⁶ Chye Pang-Hsiang, *Assessment of the Long Term Implications of the Health Protection Scheme*, Milliman, 2010. p.6, 若推行醫保計劃，2036 年的整體醫療開支將較本來預計的增長進一步增加 0.4-2.6%。

⁷ http://www.fhb.gov.hk/statistics/download/dha/en/table6_0607.pdf. *Domestic Health Account*, table 6.1 “Total health expenditure by financing source and function, 2006/07”.

⁸ Chye Pang-Hsiang, *Feasibility Study on the Key Features of the Health Protection Scheme*, Milliman, 2010.

涵蓋共同保險。附加項目可能令核心項目控制使用者道德風險的機制無法發揮功能，有能力購買附加保險的人士濫用服務，只有標準項目的受保人卻要承受保費上升的後果。此外，附加項目無需如標準項目般具可攜性，若保險公司以綑綁形式設計附加項目，即使醫保計劃規定標準計劃應容許受保人轉換承保人，受保人可能爲了保存附加項目的條款，仍難以自由轉換保險公司。

11. 不認同設新投保者的保費折扣：正如上文分析，政府不宜推動私營醫療保險市場的發展，因此民主黨並不認爲適宜提供保費折扣，吸引市民購買醫療保險。現時在沒有優惠的情況下已有 242 萬人擁有私人醫療保險保障，受保人數亦已足以分擔風險，且受保人數近年持續增加，因此政府無需以保費折扣吸引市民投保。此外，住戶收入越高，醫療保險的覆蓋率越高⁹，若以公帑提供保費折扣，主要受惠對象會是較高收入的市民，在公帑的運用方面不符合公平原則。

12. 保險開支令長者和長期病患者卻步：雖然醫保計劃規定保證終身續保，不能拒絕長期病患者和長者購買醫療保險，但是，醫保計劃的具體設計令大部份長者和長期病患者難以參與，日後相信仍會倚靠公營醫療服務。

✚ 長者方面，根據諮詢文件的參考標準保費，70-74 歲長者每年保費爲 7710 元¹⁰，未計及佣金及其他購置成本。若屬高風險人士，另須支付附加保費。此外，使用醫院服務時，需支付 10-20%的共同保險¹¹。昂貴的保費和共同保險等開支會繼續令長者對保險計劃卻步。政府顧問亦估計，若政府不另外提供津貼，退休人士放棄保險計劃，轉而

⁹ 諮詢文件附錄 B 圖 B.4.

¹⁰ 諮詢報告第 53 頁。

¹¹ 諮詢報告第 52 頁。

使用公營醫院服務的情況仍將繼續。

- ✚ 此外，醫保計劃按年齡分級收取保費，日後保險公司若覺長者疾病風險太高，只需大幅增加某一年齡級別（例如 70 歲以上）受保人士的保費，便可將大部份長者逐出其公司的醫保計劃。
- ✚ 醫保計劃規定，保險公司向患有長期病的受保人收取的保費不能高於同年齡受保人的標準保費的 3 倍，但這規定並不適用於醫保計劃開始實施時已年滿 65 歲的人士。這班長者的保費沒有上限，保險公司可任意增加個別長者的附加保費。
- ✚ 長期病患者方面，諮詢文件和政府顧問都沒有估算將有多少長期病患者參與計劃。醫保計劃容許保險公司向長期病患者收取高風險附加保費，令他們的保費可以高達標準保費的 3 倍，而計劃並不涵蓋日常的專科門診和藥物開支，醫保計劃因此未必能吸引長期病患者。

13. 反對政府注資高風險再攤分基金：諮詢文件建議成立高風險分攤基金，並考慮由政府向基金注資，讓保險公司分攤風險，從而能接受已有病症的人投保。政府顧問報告估計在推行醫保的首年，政府將注資 2400 萬元¹²，但注資的金額沒設上限，亦非一筆過撥款。面對擁有龐大精算和法律人員支援的保險公司，行政當局未必能有效防止保險公司濫用，日後若基金持續入不敷支，政府需持續注資，政府投放到醫保計劃的開支將難以預測和控制。若基金由保險業運作，政府持續注資，更予人官商勾結感覺。

14. 監管制度軟弱無力：政府投放 500 億元公帑到醫保計劃，提供誘因，吸引市民購買醫療保險，有助私營醫療保險集團拓展業務。此外，政府承

¹² Chye Pang-Hsiang. *Assessment of the Long Term Implications of the Health Protection Scheme*, Milliman, 2010. p.26.

擔制訂及檢討基本保單條款的工作，可減低保險公司的成本。投放公帑設立醫療保險索償仲裁機制，以處理病人、私營承保機構及醫療服務提供者索償的爭議，亦可使保險制度更公平更快解決爭議。私營保險公司可受惠於醫保計劃，然而，近日保險業界代表竟反對設醫療保險索償仲裁機制，令人質疑保險業界是否具誠意在公平對等的基礎上為消費者提供保險服務。

15. 政府一旦以公帑吸引市民購買醫保計劃的私營保險，便有責任確保參與醫保的市民能以合理價格購買合適的服務。但是，諮詢文件對承保人的規管軟弱無力。現時醫療保險公司的行政費、佣金和利潤佔保費的 24%，個人醫療保單的行政費用所佔比例更高，醫保計劃對保費和行政開支卻不設限制，諮詢文件只建議規定承保機構在索償、行政開支和佣金等保險成本方面須具透明度，不足以保障受保人的利益。
16. 不同意以 500 億元提供誘因：對於政府建議投放 500 億元到醫保計劃，以提供誘因，吸引市民參與，民主黨認為難以接受。
17. 首先，如上文分析，大部份長者和長期病患者仍需倚靠公營醫療服務，只有少部份經濟能力較好的能受惠於醫保計劃。在年輕人口方面，獲醫療保險的同樣是較高收入人士。若將 500 億元投入醫保計劃，作為吸引他們參與醫保計劃的誘因，公帑並未用在最有需要的市民身上。
18. 其次，將 500 億元投放在醫保計劃並不符合成本效益。根據諮詢文件的參考計劃，受保人一旦患上重大疾病或併發症，大都需返回公營醫院治療。以化療或放射性治療為例，賠償限額為 20 萬元，病人需自費支付 4 萬元（20%）的共同保險，相信很多病人，尤其是退休人士，會選擇

返回公營醫療。諮詢文件估計 500 億元可為醫保計劃提供 20-25 年的誘因，每年花數十億元，讓 128-202 萬¹³參與醫保計劃的市民能選擇私營醫療，但保障有限，受保人大病時仍需倚賴公營醫療，無法減少公營醫療的負擔，並不符合成本效益。

19. 第三，有能力參與醫保計劃的市民，得到公帑資助，可在私家醫療系統預先進行檢查及初步診症，若發現患癌等重大疾病，可重回公營醫院，由於他們能夠提供足夠證據，前線醫生必須優先治療。其他沒有保險的市民在輪候化驗的數月間，已被插隊，輪候時間便更加漫長。因此，對只能倚賴公營醫療服務的基層市民，醫保計劃不但無法讓他們受惠，更會對他們造成不公平。

20. 第四，500 億元只能應付 20-25 年的開支，之後若政府不再提供誘因，保費飆升，若繼續注資，則攤薄分配到公營醫療的開支。日後，公共醫療開支一分之二，依靠公營的市民需與受醫保計劃保障的人士爭奪資源，保險和私營醫療集團亦要分一杯羹，足令社會分化。

21. 第五，政府以 500 億元作為誘因，鼓勵市民向私營保險公司和私營醫療機構購買服務，高風險攤分基金更是直接注資，但這二個行業旨在牟利，公帑和保費為行政費用和醫療專業集團所侵蝕，隨時成為官商勾結另一例證。

IV. 對運用 500 億元醫改資金的建議

22. 設立基金：面對未來人口老化，醫療和社會福利開支大增，民主黨自

¹³ Chye Pang-Hsiang. *Assessment of the Long Term Implications of the Health Protection Scheme*, Milliman, 2010. p.3.

2006 年已建議設立「高齡人口種子基金」，將財政司司長預留的 500 億元撥入基金，遇有龐大盈餘便注資入基金，再每年注入外匯基金的部份投資收入。日後當人口老化令公共醫療及社會福利開支大增，便可動用基金的投資回報支付新增開支，維持服務質素。以 500 億元成立基金更符合市民意願（詳見第一段），且更能直接有效地處理人口老化引致的公共醫療開支增加的壓力。

23. 將資金用在直接服務上：相對於花費 500 億元在缺乏成本效益的私營醫療保險市場，將資源用在直接服務上，更具成本效益。不但基層市民需倚靠公營醫療服務，有私營醫療保險的中產家庭在患上重大疾病時，仍需重返公營醫療。政府可運用 500 億元的投資收入改善醫管局安全網的服務，亦可擴大公私營合作，部份輪候時間極長的服務，可津貼病人使用私營醫療服務。醫管局可以其專業知識和私家醫院議價、促使私家醫院推出套餐服務，亦可更有效監管私家醫院的服務質素。有能力的病人在政府的資助下能離開公營醫療，令公營醫療負擔和開支減輕，只能依靠公營醫療的病人亦得以受惠。此外，基層健康服務能有效減少對昂貴的住院服務的需求，政府應撥出部份資源，發展基層健康服務。

24. 支持政府加強對醫療保險和私營醫療市場的監管和規範：雖然我們認為政府不應以公帑鼓勵市民購買私營醫療保險產品，諮詢報告提出的多項監管和規範醫療保險和私營醫療服務的措施，仍然是值得支持的。這些措施包括：

- ✚ **政府應研究成立公司**，根據醫保計劃標準項目的部份特點，提供優質而具成本效益的醫療保險產品，可在私營保險市場產生座標作用，較要求醫療保險機構增加透明度，能更有效促使企業作出改善，減少現時高昂的行政費用和佣金等開支。

- ✚ 政府營辦的醫療保險機構，配合醫院管理局資助部份病人使用私營醫療服務，可促使私營醫療服務提供者制訂套餐式服務，加強收費透明度，有助更多市民離開公營醫療體系，使用私營醫療服務。
- ✚ 設立醫療保險索償仲裁機制及制訂相關的法律條文可使保險制度更公平更快解決爭議，有助促進消費者權益。

IV. 總結

25. 根據上文分析，民主黨對醫保計劃的立場和建議如下：

- 1) 民主黨重申政府應就長遠人口老化及醫療通脹所引起的問題，提出公共醫療服務融資改革方案。民主黨認為「醫保計劃」無助解決長遠醫療融資的挑戰。
- 2) 面對人口老化造成的醫療開支增長，政府應加強基層健康服務，改善市民對住院等昂貴醫療服務的需求和開支。
- 3) 就現時政府提出有關用 500 億鼓勵市民購買保險或補貼高風險市民的建議，民主黨認為缺乏細節、數據與成效估算，且有違公平原則，民主黨不能支持。
- 4) 民主黨認為政府應研究成立公司提供醫療保險，在價格及保險產品質素上，在私營保險市場產生座標(benchmark)和穩定作用。
- 5) 民主黨認同政府有責任就現時私營醫療保險的種種問題，透過成立監管制度予以改善，使購買醫保的市民，更獲保障。

民主黨醫療政策發言人何俊仁 張文光

二零一一年一月

釐清醫保計劃辯論的謬誤

何俊仁

2011.1.14. 明報

「醫保計劃」-- 醫療改革第二期諮詢於一月七日完結，過去三個月，筆者在立法會衛生事務委員會、地區和關注團體舉辦的論壇細聽專業界別、基層市民，以至政府官員的見解，覺得在討論是否應以 500 億元推行醫保計劃時，存在很多謬誤，須加以釐清。

醫保與推動醫改目的並不相干

謬誤一，政府在 2008 年醫改第一期諮詢時，自願私人醫療保險獲得最多支持。但政府在第二期諮詢已偷換了論題，醫保計劃與推動醫改的目的並不相干。第一期諮詢提出推行輔助融資方案，是為解決未來醫療開支大增的問題，但醫保計劃卻不能紓緩公共醫療開支增長，這是政府官員承認的。醫保計劃耗盡 500 億元醫改資金，公共醫療佔總公共開支的比例由現時的 15% 增至 2033 年的 27.3% 的推算不會改善，反而會進一步加劇整體醫療開支的增幅。

謬誤二，市民支持自願醫療保險並不同優先用公帑資助醫保。政府謂民意調查發現市民支持自願醫保，卻不提政府數月前調查發現，若增加醫療撥款，市民選擇改善公院服務(87%)或設立全民醫療儲備 (73%)，遠高於選擇資助醫保或私營費用(53%)。政府選擇性引用調查結果，加上錯誤連繫，製造理由以公帑資助醫保，有扭曲民意之嫌。

醫保或令醫管局流失近一成人手

謬誤三，醫保計劃可減輕公營醫療負擔，依靠公營醫療的市民因而可受惠。這個推論似是而非，與政府顧問的研究報告相反。顧問指醫保計劃會讓部份病人轉往私營，但醫管局的醫生亦會隨之流失，公營醫院的輪候時間會延長還是縮短，取決於醫護人手的供應。根據精算結果，推行醫保可能令私家醫院立即需要額外 270 名專科醫生，醫管局現只有 2837 名專科醫生，醫保可能令醫管局流失近一成人手。同期醫管局住院人次只減少 3 萬，即減少 2.4%。醫管局專科醫生更緊絀，公營的病人不但沒受惠，反而要忍受服務質素下降、輪候時間更漫長的後果。為減少人手流失，公營醫院須提高薪酬或晉升機會，令醫療成本上升。即使政府不減醫管局撥款，服務質素仍將惡化。政府官員刻意簡化醫保計劃對公營醫療的負面影響，以不當假設代替其專家顧問的結論，有誤導民意之嫌。

謬誤四，因應醫保計劃增加人手需求，政府將增加醫科畢業生。政府官員令人以為政府會解決人手問題，其實偷換概念，混淆訊息。首先，教資會增加醫科畢業生時並沒考慮醫保計劃的影響。此外，醫保計劃保障住院及專科服務，流失的主要是專科醫生，並非剛出校門的畢業生，而培訓專科醫生需 13 年，短期內無可能大量增加。筆者在立法會質詢政府如何因應醫保計劃規劃人手，有何具體措施增加專科醫生，行政當局沒有實質答案或承諾。筆者最大顧慮是，面對醫生業界的反對，政府不敢增加人手供應，任憑專科醫生奇貨可居，加上醫保計劃不限制保費，日後參加醫保的市民需承受保費不停上升的後果，受惠於醫保的只有醫生和保險業。

謬誤五，醫保計劃能保障長者和長期病患者。雖然醫保計劃規定不能拒絕長期病患者和長者購買醫療保險，但長期病患者保費可達標準保費 3 倍，日常的專科門診和藥物開支不包，政府沒估算多少長期病患者將參與計劃。

長者方面，70-74 長者每年保費 7710 元，未計佣金及其他成本，高風險者須另付附加費，現已 65 歲以上人士的附加費更不設上限，住院時另需支付 10-20%的費用，有多少長者有能力支付？政府顧問估計，若政府不另外津貼，大部份退休人士將放棄保險，轉往公營醫院。

諮詢期間，保險業、醫護界別等受惠的團體積極回應，爭取最大利益同時接受最少規管。基層市民、長期病患者和長者可能因醫保而利益受損，但混淆訊息令他們誤以為能間接受惠，最多不能直接獲得醫保資助，因而對諮詢反應冷淡。醫療融資問題本來複雜，政府官員不但不釐清謬誤，反而製造混淆訊息，旨在推銷醫保方案，令諮詢失去意義。即使能蒙混一時，日後推行醫保，若出現人手短缺、監管保險業和醫生無力、保費上升、公營輪候時間惡化、醫療經費不足的局面，政府仍需面對各方責難。

醫保計劃語音系統調查結果

因應行政當局《醫保計劃 由我抉擇》醫療改革第二階段的諮詢，民主黨於 2010 年 12 月 7 日至 21 日，透過語音系統，進行了一項民意調查，訪問了 659 名被市民。被訪者中 20.8% 為 65 歲或以上人士（表 7），45.5% 表示有醫療保險（表 6）。

調查發現，57.4% 被訪市民「贊成由政府提供資助，鼓勵市民向私營保險公司購買醫療保險，而保險項目必須跟從政府的規管和監管」（表 2）。

但是，當問及如何運用政府預留作醫療融資用途的 500 億元資金時，「資助有能力的市民購買由政府規範的私營醫療保險」的被訪市民只有 12.9%，較多被訪者選擇優先用在「公營醫療的基本服務，如資助病人購買治癌標靶藥」（38.4%）及「改善疾病預防和健康檢查服務」（31.9%）（表 1）。

對於現時大部份長者和長期病患者都得不到醫療保險，又無能力支付私營醫療服務的開支，而需倚賴公營醫療服務的情況，最多被訪者支持的方案是「繼續由公立醫院為大部份長者和長期病患者提供醫療服務」（52.2%），其次為「資助長者和長期病患者使用私營醫療服務的部份費用，鼓勵有能力的長者離開公營醫療」（26.1%），而支持「政府注資入保險業，以換取保險公司接受長者和長期病患者購買醫療保險」的被訪者則只有 13.1%（表 3）。

此外，大部份被訪市民（57%）贊成「由政府或政府資助的公營機構接受市民投保醫療保險」（表 4）。75.8% 贊成「政府成立法定機構，監管私營醫療保險的質素、保費和索償投訴」（表 5）。

民主黨認為，當局應聽取民意，將公帑優先用作加強基層健康服務，以及改善公營醫療的基本服務，繼續透過公營醫療體系為長者和長期病患者提供所需的醫療服務。

在私營醫療保險方面，民主黨認為政府有責任就現時私營醫療保險的種種問題，透過成立監管制度予以改善，使購買醫保的市民，更獲保障。政府應研究成立公司提供醫療保險，在價格及保險產品的質素上，為私營保險市場提供座標(benchmark)和穩定作用。

表 1. 政府預留 500 億元作醫療融資用途，以處理未來數十年醫療開支上升的問題，

你認為這 500 億元應優先用在以下三個項目中的哪一項？

	人數	百分比
公營醫療的基本服務，如資助病人購買治癌標靶藥	253	<u>38.4</u>
資助有能力的市民購買由政府規範的私營醫療保險	85	<u>12.9</u>
改善疾病預防和健康檢查服務	210	<u>31.9</u>
不知道/無意見	111	16.8
Total	659	100

表 2. 你贊唔贊成由政府提供資助，鼓勵市民向私營保險公司購買醫療保險，而保險項目必須跟從政府的規範和監管？

	人數	百分比	
完全贊成	197	29.9	<u>(57.4%)</u>
贊成	181	27.5	
唔贊成	136	20.6	<u>(27.9%)</u>
完全唔贊成	48	7.3	
無意見/不知道	97	14.7	
Total	659	100	

表 3. 現時長者和長期病患者大都買不到醫療保險，又無能力支付私營醫療的開支，要靠公營醫療，以下三個方案，你最支持哪一個？

	人數	百分比
繼續由公立醫院為大部份長者和長期病患者提供醫療服務	344	<u>52.2</u>
資助長者和長期病患者使用私營醫療服務的部份費用，鼓勵有能力的長者離開公營醫療	172	<u>26.1</u>
政府注資入保險業，以換取保險公司接受長者和長期病患者購買醫療保險	86	<u>13.1</u>
無意見/不知道	57	8.6
Total	659	100

表 4. 你贊唔贊成由政府或政府資助的公營機構，接受市民投保醫療保險？

	人數	百分比	
完全贊成	190	28.8	<u>(57.0%)</u>
贊成	186	28.2	
唔贊成	107	16.2	<u>(23.6%)</u>
完全唔贊成	49	7.4	
無意見/不知道	127	19.3	
Total	659	100	

表 5. 你贊唔贊成政府成立法定機構，監管私營醫療保險的質素、保費和索償

投訴？

	人數	百分比
完全贊成	370	56.1
贊成	130	19.7
唔贊成	42	6.4
完全唔贊成	29	4.4
無意見/不知道	88	13.4
Total	659	100

(75.8%)

表 6. 你有沒有購買醫療保險？

	人數	百分比
自己有買醫療保險	182	27.6
僱主有提供醫療保險	90	13.7
同時有自己購買和僱主提供的醫療保險	28	4.2
沒有醫療保險	310	47.0
無意見/不知道	49	7.4
Total	659	100.0

表示 7. 請問你屬於以下哪一個年齡組別？

	人數	百分比
25 歲以下	83	12.6
25-44 歲	119	18.1
45-64 歲	320	48.6
65 歲或以上	137	20.8
Total	659	100.0