

本函編號: Lv020/14

(只經電郵: richardyuen@fhh.gov.hk)

食物及衛生局
常任秘書長
袁銘輝先生

袁先生:

建議中的醫療保險計劃

摘要

香港保險業聯會(保聯)認為,如要成功推行建議中的醫療保險計劃(醫保計劃),必須有以下元素:

- 為顧客著想,政府必須與私家醫院及醫生達成協議,落實展開套餐式收費,增加醫療費用的透明度。
- 保險業一向採用的核保方式行之有效,即按照不同投保人的實際情況,決定是否承保、在保單加入豁免事項/附加保費,能夠有效控制風險。與其花費大量資金推行效果成疑的高風險池,倒不如將資源用於改善醫院管理局現時的服務。
- 為了讓公眾掌握較全面資料,當局必須在諮詢文件中列明不同情況下保費可能增加的幅度,而非就平均基本保費提供單一增加的金額,。
- 除了醫保計劃外,政府必須容許保險公司繼續提供各式各樣的醫療保險產品,讓消費者選擇適合自己的產品。
- 政府當一視同仁,不應該只規定保險業界提高透明度,應同時要求私家醫院和醫生也增加收費的透明度。

詳細論述

保聯為香港保險公司的代表機構,現時有一般保險會員 86 家,壽險會員 43 家,各會員合共承保超過全港九成的保費。

保聯及保險業一向全力支持政府推行醫療改革,以強化私營醫療系統的角色,騰出更多公共資源處理其他優先項目,令公私營醫療服務得以雙軌平衡發展、整個體制可長遠持續運作。保聯作為醫改計劃的重要持分者之一,特別成立了專責小組,為食物及衛生局及其延聘的顧問普華永道,提供專業意見和相關市場數據及資料,用以設計在商業上可行,而又惠及消費者的醫保計劃。

與食衛局及普華永道多番會面討論後,我們樂見個別項目有點進展,然而,絕大部分基本的運作原則卻尚待妥善處理,這些問題一日未解決,我們深信醫保計劃根本不能推行,更惶論達致原定目標了!

保聯有責任向會員，以至所有消費者交代我們對醫保計劃的憂慮和立場，因為全港市民都有權知道建議中的醫保計劃存在甚麼問題，計劃又會對投保人現時的醫療保障有甚麼負面影響。

下文我們會詳述對醫保計劃的五大憂慮及關注：

- ◆ 套餐收費／「症候族群分類」(Diagnosis-related group/DRG)；
- ◆ 保證承保及高風險池；
- ◆ 保費水平；
- ◆ 消費者選擇權；及
- ◆ 透明度。

1. 套餐收費／「症候族群分類」(DRG)

- ◆ 保險業全力支持醫保計劃是因為原來的建議能夠同時提高保費和私家醫院／醫生收費的透明度。然而，局方突然叫停套餐收費／DRG，與原來的計劃背道而馳：無法讓市民在得悉所有資料的情況下，自行作出決定，亦不能透過計劃確保市民能夠負擔醫療開支。最初，當局一再向保險界保證會推出套餐收費／DRG，以便控制醫療費用；現在缺少了這個關鍵元素，醫保計劃也只不過是另一款新保險產品，大可以在保險業監理處的支持下，透過保險公司簽署市場協議推行，而毋須食衛局大張旗鼓、大費周章。
- ◆ 我們也明白要私家醫院推行套餐收費／DRG，在技術上和運作上都殊非易事。然而，食衛局在 2010 年進行第二次諮詢時，就已經知道這點，為了投保人的利益，就更加應該加大力度，藉著醫保計劃推動套餐收費／DRG。
- ◆ 當局後來建議推出「服務預算同意書」，要求保險公司事先按照「免繳付套餐／定額套餐」的安排，為投保人提供報價。然而這舉措與保險公司現時提供的報價服務，並無多大分別，沒有為病人帶來額外資訊，或提高收費的透明度。說到底，現時病人求醫時，大多不知道究竟醫生和醫院會收取多少費用，在這種收費極度欠缺透明度的情況下，加上私家醫院病床短缺，恐怕醫療費用只會越升越急、越升越烈。
- ◆ 在世界各地，病人投訴主要源於醫生收取的費用比合理和慣性水平為高，甚至高於保險公司同意支付的賠償上限。要解決這個問題，只有一個方法，就是要求醫院及醫生推行具透明度、又貫徹統一的收費及編碼系統。事實上這類系統並不新奇，在澳洲、法國、德國、愛爾蘭、日本、荷蘭、瑞士、英國及美國等醫療體系發達的國家，根本十分普遍。

保聯的建議：

為顧客著想，政府必須與私家醫院及醫生達成協議，落實展開套餐式收費，增加醫療費用的透明度。方法之一是物色適當的醫院及私家醫生試驗推行，示範如何成功推行套餐收費／DRG。在這方面，保聯自當提供專業支援，在當局的協助和支持下，設計和推出套餐收費／DRG 的配套。

2. 保證承保及高風險池

- ◆ 保聯樂見當局願意作出財政上支持，確保高風險池能夠持續運作，缺少了這份財務承擔，根本不可能兌現「保證承保」這一環。要知道一旦實行「保證承保」，保險公司便無法透過正常的核保程序，把承保的風險維持在可負擔的水平，最終可能因為承保的風過高，而無法繼續提供保障。
- ◆ 話雖如此，我們對高風險池能否持續運作，實在存疑。首先，當局並沒有指引清楚界定何謂高風險，唯一的指示是當某家保險公司將個別投保人的保費定於標準保費三倍以上，這個投保人就會被轉介至高風險池。可是，每家保險公司都會根據自己的核保原則、客戶組合和營運經驗，來決定收取多少保費。在沒有客觀和清晰的指引下，只會令顧客感到混亂無助，最後定會導致投訴不斷。
- ◆ 一旦墮入高風險池，就需要支付三倍的保費，作為客戶，這實在難以接受。而這些顧客在現時自由市場中，是可以以實惠的保費，在豁免保障某些疾病的情況下，購買醫療保險。
- ◆ 誠然，對於曾患嚴重疾病、又願意支付高昂保費的客戶來說，醫保計劃和高風險池的確有點吸引力。可是，高風險池能否持續運作，實在是個大疑問，因為顧名思義，高風險池的風險既高，收取的保費未必能夠應付索償的金額。另一方面，我們預計高風險客戶會因為參加了醫保計劃，而轉到私營市場就醫；觀乎現時私家醫院的床位有限，假如有大批病人轉入私營體系，私家醫院又能否應付急增的需求呢？
- ◆ 更教人擔心的是建議中的假設數字。根據普華永道的預測，政府需要為高風險池承擔的經費，估計是 43 億元，希望當局明白這只是個粗略估計，而非預算金額。我們認為政府必須一力承擔高風險池日後的責任，並承諾在醫保計劃成立時，一次性批出經費，給予高風險池內的投保人終身保障；我們不接受續年撥款並，因為此舉不能確保高風險池能夠持續運作。而當局也必須定期檢討預留作賠償的儲備金額，確保有足夠資金支付整個高風險池可能出現的賠償。
- ◆ 最後，由於高風險池是由政府營運，我們促請當局以商業模式營辦，相信香港市民都不欲見到當局為了經營一個高風險池，而設立龐大的政府架構。

保聯的建議：

保險業一向採用的核保方式行之有效，即按照不同投保人的實際情況，在保單加入豁免事項，或附加保費，此舉不單能有效控制風險，更不會令制度僵化。假如當局堅持保證承保及推出高風險池，則必須設計商業上可行的營運模式，確保高風險池能持續運作，同時需要制定實用和清晰的指引，供承保商遵行和消費者參考。當局亦必須簡化高風險池的行政程序，減省不必要的營運開支，以及廢除重疊的監管措施。由於市民對醫保計劃的信心成疑，加上估計數據的可信度也有疑問，我們認為計劃應該分階段在特定試點試行，評估試行結果，才決定醫保計劃是否值得全面推行。

3. 保費

- ◆ 普華永道根據醫保計劃的最低要求，計算出醫保計劃的保費，會比現時平均基本保費貴 9%，對於每人只是需要多付區區 300 元的保費，就能享有醫保計劃，我們實在感到萬分懷疑。更教人不安的是，顧問沒有言明保費調整的幅度，可以是比平均基本保費少 8%，亦可以是比平均基本保費高出 52% 之多，這全視乎能否實施有效措施控制開支。要知道保費增加至 52% 的幅度，並非人人可以負擔，現時部分投保人，或者有病在身的市民，可能因此而需要付出比現時高昂得多的保費。
- ◆ 顧問指出年紀越大，平均基本保費越高，所謂的「平均增幅」必須透過有效的控制開支措施，才得以達致。這令我們不禁問道：政府有甚麼有效的措施控制？
- ◆ 從保險的角度來看，最有效的控制措施，別無他選，必定是適當地控制醫療開支。可是，沒有 DRG 這樣的統一收費模式，保險公司根本無從代客戶處理醫療成本高漲的問題。最終，不論是私家還是公營系統的醫療成本都會上升，這些開支都一概要由納稅人和保單持有人承擔。
- ◆ 食衛局承認部分轉買醫保計劃的投保人，可能需要多付 9% 以上的保費，對此，局方作出兩個建議：
 - i. 保留原有保單（毋須多付保費）；或
 - ii. 轉至新醫保計劃，但保留現時的額免保障事項（保費增幅因此減低）。
- ◆ 方案 (i) 的最大問題在於投保人的數目減少。眾所周知，保險是分攤風險的學問，在醫保計劃下，只有符合最低要求的保險產品才可以在市場上銷售，保險公司一概不能售賣現有產品給新的客戶。換言之，隨著故有客戶的年紀漸長和人數減少，尚存的客戶需要分攤的風險便會變得越來越高，在這情況下，保險公司不得不增加保費，受影響的投保人可能會因為不能負擔較高的保費，而落得沒有保險保障的下場。
- ◆ 至於方案 (ii)，容許顧客選擇以較低的保費，購買預設不保事項的產品，這與市面上的現有保單沒有多大分別，既然政府可以接受這種安排，又為何不可以容許現有保單繼續在市面上銷售呢？這正好帶出消費者選擇權的問題。

保聯的建議：

政府必須在諮詢文件中列明以下兩大重點：(a) 標準保費的調整幅度可以是減少 8%，亦可以是增加高達 52%；(b) -8% 至 +52% 這調整幅度只是平均值，個別人士可能需要面對比 52% 還要高的增幅。市民必須清楚了解這兩大重點，才可以按照自己的實況，決定是否支持醫保計劃。至於顧問方面，所有估計預測都必須有實在、可靠和可供核證的數據支持。

4. 消費者選擇權

- ◆ 消費者必須有權選擇，這點不容置疑。可是，在醫保計劃下，健康欠佳的市民根本別無他選，一是支付三倍保費，加入醫保計劃，或是被迫留到公立醫院求醫。但是，在現時的市場機制下，市民有權選擇購買加入不保事項的保單，而不需額外支付保費；假如出現保單豁免保障的病患，他們可以到公立醫院求醫，至於其他大部分病患，因為有保單保障，他們可到私家醫院就診，由保險公司支付相關的醫療費用。
- ◆ 對有嚴重病患的市民來說，消費者無權選擇這問題，就更加明顯不過。在醫保計劃下，這些市民只可以在計劃推行第一年加入，換言之，即使他們在不了解計劃的詳情、茫無頭緒或充滿疑問的情況下，都必須倉促加入醫保計劃。否則，如果他們錯過這個時機，就終身也無法再購買任何醫療保險。對香港市民來說，這是個公平的制度嗎？當初推出醫保計劃，就是為了這個目的嗎？
- ◆ 按顧問的推測，醫保計劃於推出首年，可以吸引約 200,000 名市民參與。要知道過去五年間，私營醫保市場平均每年都有 200,000 名新增客戶。我們不禁要問：既然醫保計劃可以增加的投保人數有限，政府又為何要耗費大量公帑、干預自由市場呢？而當局必須在公眾諮詢中清晰明確提醒市民：醫保計劃是自願性參與，而非強制性保險產品。
- ◆ 其實，私營醫保市場一直以來都在創新演進，以配合客戶的需要和期望；設定最低要求可能會窒礙市場和產品的發展。我們深信，消費者各有所需，市場必須供應各式各樣的產品，以不同的收費水平，提供林林總總的保障和服務，這才能惠及顧客。要求劃一所有產品至某個水平，只會推高保費，令消費者無力負擔。
- ◆ 據此，政府必須容許保險公司繼續推出醫保計劃以外的醫保產品，這樣才可以鼓勵保險公司透過市場競爭，改善產品及服務質素，推陳出新，回應顧客不斷轉變的需要、配合不同客戶的負擔能力。如果醫保計劃有可取之處，不用大力推動，消費者也自然會願意掏腰包購買。

保聯的建議：

讓自由市場產品與醫保計劃並存和競爭，政府可以要求保險公司同時提供醫保計劃，當局應與各持分者，包括保險公司、醫療服務供應商合作加強公眾教育，同時提高定價和保單條款的透明度。保險業歡迎政府推銷和宣傳醫保計劃，甚至可以標籤相關產品為政府認可，但大前提是必須容許其他醫保產品繼續在市場上推售。

5. 透明度

- ◆ 醫療保險業一向支持提高透明度，以保障消費者的權益，事實上，絕大部分保險公司都已把收費詳情和保單條款上載至公司網頁。為了惠及客戶，我們認為醫保計劃也應該提高透明度。
- ◆ 然而，目前的建議只單方面要求保險公司增加透明度，但眾所周知，要成功推行醫保計劃，保險公司和服務供應者都必須同時提高透明度：醫生和私家醫院應事先於治療前通知病人相關的收費。觀乎美國等國家的經驗，假如收費透明度不足、控制成本力度不夠，則醫療費用會顯著上升。
- ◆ 對於保險業而言，我們樂於增加保單條款及收費的透明度。

保聯的建議：

政府必須一視同仁，同時要求保險業、私家醫院和醫生增加收費的透明度。可行的辦法包括要求私家醫院就常見的治療及手術推出套餐式收費，並推而廣之，日後發展為 DRG 模式，為所有治療和手術提供收費表。

總結

為了全港市民的福祉，保聯在過去三年來與食衛局及普華永道會面商議不下十次，以專業投入的態度提供所需協助、數據及專門意見，務求為香港的醫療改革出一分力，讓市民能夠享有實際可行，又能持續發展的醫療保障。正因為這個原因，我們才會用那麼多筆墨去解釋對醫保計劃的憂慮，並經過客觀透徹的分析，提出可行的解決方案。

建議中的醫保計劃屬全新嘗試，並無往績可考。對於這類影響全港市民的新猶，成功與否實屬未知之數，所以當局必須在框架下留有檢討和修訂的空間，即使計劃未能取得預期果效，仍然可以亡羊補牢，這點對於紓漏處處的醫保計劃來說，實在尤為重要。

觀乎醫保計劃現在只單單監管保險公司，我們認為大可以透過市場協議，由本港所有經營醫療保險的承保商共同簽署，根本毋須立法推行。市場協議的好處是鼓勵業界參與和競爭、增加計劃的彈性，並可確保醫保計劃得以為繼，而最重要的是，保險公司可以繼續改良現有產品，又或推陳出新，創造更多新產品，與醫保計劃一起供市民選擇。這樣當局便可以放心安心，因為市民可以隨自己的意願，選擇投購醫保計劃。

市場協議成功的個案屢見不鮮，「僱員補償聯保計劃」就是於 2007 年，由全港的僱員補償保險承保商透過市場協議成立，七年來不斷為社會服務，行之有效。我們深信醫療保險商亦可以同心協力，透過類似模式，與政府合作推出可行、合理、得以為繼，而又沒有上文提及缺點的醫保計劃。再者，用市場協議來推出改良版醫保計劃，毋須花費大量公帑和時間來立法，可以節省不少財政資源和心力。

保聯樂於與食衛局及所有持分者進一步探討如何達致政策目標，而又不曾犧牲顧客的選擇權利，以及破壞現時發展蓬勃的醫療保險體系。

我們近日在報章上見到有關食衛局高永文局長的訪問，高局長表示：「除用作醫保高風險池的 50 億元，餘下大約 450 億元撥款，會用作平衡公私營醫療服.....大家要明白醫保計劃只是一個補充方案」(The Standard, 2014 年 3 月 14 日)。既然醫保計劃實屬補充方案，重點應放在如何善用主體的 450 億元撥款，去達致當局希望取得的成果，而不應浪費心力和時間，糾纏在既沒有業界支持、亦不被公眾認同的補充方案。

香港保險業聯會
醫療改革專責小組主席



殷大偉

2014 年 3 月 21 日

副本抄送：香港保險業聯會管治委員會
香港保險業聯會會員
立法會陳健波議員
行政會議陳智思議員
保險業監理專員
立法會醫療保障計劃小組委員會
醫療保障計劃工作小組
醫療保障計劃諮詢小組