



香港保險業聯會對「自願醫保計劃」的意見

香港保險業聯會（保聯）是香港政府認可的保險公司代表機構，現時有 130 家會員公司，合共承保超過全港九成的保費。

我們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，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。

保聯特別成立了專責小組，向食物及衛生局（食衛局）提供專業意見和市場數據及資料，期望當局能夠最終制訂實際可行，並能惠及市民的醫保方案。

儘管我們多年來不斷向政府陳述建議方案的弊端，但食衛局卻一意孤行，對保險業界的意見卻充耳不聞，剛推出的自願醫保計劃，不只迴避根本性的原則問題，亦沒有顧及絕大部分市民的需要和負擔能力，更阻礙自由市場的健康發展。我們認為自願醫保計劃在現時的建議框架下，成功推行的機會極微，亦無法達致原定的目標。

保聯有責任向所有消費者交代我們對自願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自願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。

醫保市場現況

- 團體及個人醫療保險計劃為全港約 380 萬名市民提供不同類型的醫療保險保障；
- 過去四年，受保人數目平均每年增加 180,000，足見香港市民認同醫療保險的價值；
- 根據香港保險業聯會醫療保險協會 2012 的統計數字，醫療保險賠償的住院及手術個案中，88% 受保人是在私家醫院接受治療，由此可見絕大部分備有醫療保險的市民，都選擇在私營機構求醫，而非坊間部分人以為投保人仍然依賴公營系統的服務；
- 根據 2012 的統計數字，平均來說，在住院個案中，受保人繳付每\$100 的醫療費用，就有\$80 是由保險公司賠償的；至於日間診所小手術，每\$100 的醫療開支，保險公司賠償的金額為\$83。這正好印證縱使醫療費用不斷上升，醫療保險仍然能夠為市民提供足夠的保障；
- 根據 2013 的統計數字，購買個人實報實銷形醫保的市民每付出\$100 保費，有\$69 用以賠償給投保人，如合併團體保單一併計算，每百港元保費的賠償額更高達\$75（即 75%）。但當局計算這個數字時，卻將住院入息保障包括在內，而非單純計劃現時針對的實報實銷形保險，以至賠償比例偏低，當局將不同的險種混為一談，更以此大造文章，有混淆視聽之嫌。

自願醫保計劃的不足之處

1. 保費

- ◆ 當局現時建議的標準平均保費為\$3,600，這是以三年前（即 2012 年）的數據為估算基礎，和 2015 年的現況有很大的距離，也沒有將醫療費用通脹計算在內，可以說是脫離現實，更有誤導市民之嫌。
- ◆ 食物及衛生局有責任向公眾闡述以下兩大重點：(a) 標準保費的調整幅度可以是減少 8%，亦可以是增加高達 45%；(b) -8% 至 +45% 這調整幅度只是平均值，個別人士可能需要面對比 45% 還要高的增幅。
- ◆ 醫療費用通脹對保費的影響絕對不可忽視，根據醫療保險協會的統計數字，預計醫療費用通脹率每年高達 8% 至 10%。
- ◆ 市民必須清楚了解這兩大重點，才可以按照自己的實況，決定是否支持自願醫保計劃。假如市民以為用 \$3,600 便可以購買自願醫保計劃，但最後發現保費可能比當局假設的水平高出逾倍，他們買的是一個「貨不對辦」的計劃，到時自願醫保計劃卻已經落實推行，無法挽回。

2. 透明度

- ◆ 如要成功推行自願醫保計劃，必須同時提高保費和私家醫院／醫生收費的透明度。但是，諮詢文件完全不談套餐收費／Diagnosis-related group (DRG)，形成了計劃中的「黑洞」，在這種收費極度欠缺透明度、毫無參考指標的情況下，加上私家醫院病床短缺，恐怕費用只會越升越急、越升越烈。
- ◆ 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。
- ◆ 政府必須一視同仁，同時要求醫院及醫生推行具透明度、高效率、又貫徹統一的收費及編碼系統。而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。單看亞太區，星加坡和台灣已在推行 DRG，內地也正在自願性推行，既然這些區內的市場也可以推行 DRG，香港為甚麼不可以？

3. 消費者沒有選擇權

- ◆ 消費者必須有權選擇，這點不容置疑。在現時的自由市場機制下，消費者有權因應自己的需要選擇不同的醫保產品：(i) 有些人可能因為經濟能力有限，只能購買自己可以負擔的醫療保障；(ii) 有些人因為自己的僱主已提供團體醫療保險，他們只需另外購買保額較少的計劃，彌補團體保單不足之處，從而得到全面的保障；(iii) 又有些人可能在十多年前已購買了醫療保險，但因為醫療費用上升，故有的保單保額不足以應付開支，故此再買一份保障較低的保單作補足之用。自願醫保計劃一旦實行，因為設有最低賠償額的門檻，市民必須支付較高昂的「入場費」，那麼，上文提及的投保人，都會被拒諸門外，部分人更會因為不能負擔這麼高的「入場費」，

而沒有任何保險保障。

- ◆ 健康欠佳的市民更是別無他選，一是支付三倍保費，加入自願醫保計劃，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。
- ◆ 在自願醫保計劃下，年過四十而身體狀況欠佳的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，都必須倉促加入自願醫保計劃。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？
- ◆ 另一邊廂，年輕又相對健康的市民卻因為不願分攤高危人士的風險，或因為負擔能力有限，而不會加入自願醫保計劃，寧可等到四十歲這最後限期前才作決定，這無疑是個推高整體風險程度的惡性循環。
- ◆ 在這樣弊多於利的情況下，為何不讓自願醫保計劃與市場上其他醫療保險產品並存？政府大可推銷和宣傳自願醫保計劃，甚至可以標籤這些產品得到政府認可，讓市民用自己的金錢去選擇合適的產品，當局絕對不應剝奪他們選擇的權利。

4. 高風險池的可持續性

- ◆ 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，只會令消費者感到混亂無助。
- ◆ 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。而這些顧客在現時的自由市場中，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。
- ◆ 對於曾患嚴重疾病、又願意支付高昂保費的客戶來說，自願醫保計劃和高風險池的確有點吸引力。可是，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，高風險客戶會因為參加了自願醫保計劃，而轉到私營市場就醫；可是現時私家醫院的床位供不應求，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？在供求失衡的情況下，醫療收費只會進一步增加，保費也會連帶上升，受最大影響的最終也是消費者。
- ◆ 更教人擔心的是政府認為需要為高風險池承擔的經費，估計是 43 億元，但這只是個粗略估計，而非預算金額。這 43 億元一旦耗盡，政府會否再次撥款以確保高風險池能夠持續運作？假如繼續撥款，變相最後由納稅人補貼支付高風險池的賠償。相反，倘若政府不再撥款，屆時參加了自願醫保計劃的高風險客戶又會怎樣呢？

5. 自願醫保計劃的可持續性

- ◆ 自願醫保計劃只提供每年大約\$450 的稅務減免，對年輕及健康的消費者來說，可謂全無吸引力。
- ◆ 諮詢文件中預計將有 223,000 市民參加自願醫保計劃，食物及衛生局局長在多個公開場合裡承認自願醫保計劃主要為那些由於投保前已存在的疾病而未能受市場上的醫保產品保障的中產人士而設。
- ◆ 保險是一門分攤風險的學問，假如投保人數有限，加上大部分為中年和風險較高的人士，自願醫保計劃的風險只會隨著時間越來越高，計劃將來能否持續推行實在是個大疑問。
- ◆ 年長或高風險人士的保費可能高達 20,000 至 30,000 一年，而香港人的平均壽命又是世界之冠，試問有多少長者可以持續二、三十年支付每年幾萬元的保費？那些不能負擔的投保人，最終仍是被迫回到公營系統去。
- ◆ 在沒在政府的干預下，現時的醫保產品市場每年已能吸引 180,000 名新客戶投保，為何政府還要大費周章，動用 43 億公帑來吸引區區 223,000 名市民投保？這\$43 億公帑是否用在其他更有需要的地方？
- ◆ 更嚴重的問題是，現時市場上有近 190 萬名市民擁有個人醫療保險，他們大可能因為不同原因，決定保留現有計劃，而不會轉買自願醫保；可是，當局又禁止保險公司日後繼續銷售自由市場上的個人醫保，在缺乏新投保人加入分攤風險的情況下，現有醫保的風險會隨著投保人年齡漸長、健康情況漸差而不斷提高，保費也會因此而被推高，令投保人受到莫大影響。據此，我們不禁要再問一次：為何為了吸引 223,000 名新投保人，而影響原來的 1,900,000 名市民的福祉呢？

建議

- 政府必須容許保險公司繼續推出自願醫保計劃以外的醫保產品，讓自由市場產品與自願醫保計劃並存和競爭，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。如果自願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。
- 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。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。
- 食物及衛生局必須如實提供實際的保費範圍，而不是單單用\$3,600 這個平均標準保費金額來吸引市民。公眾有權清楚了解這個重點，才可以按照自己的實況，決定是否支持自願醫保計劃。
- 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，缺少了醫療收費透明度這條腿，自願醫保計劃根本是行不通。
- 保險業界現正致力改善現有產品及服務，按照消費者的需要和期望，劃一保單條款、減少不保事項、擴大住院病人及/或門診病人的保障範圍、終身受保、改善保單條款、提高保費及索償程序的透明度。

問題

1. 當局推出自願醫保計劃的用意何在？強行將市民推向私營體系，卻又局限他們的選擇權利而將他們拒諸門外？
2. 為甚麼不讓自由市場產品與自願醫保計劃並存和競爭？是政府擔心自願醫保計劃的競爭力太低而無人問津？
3. 私營體系包括醫療保險和醫療服務供應者（私家醫生和醫院），單純規管保險，卻任由服務供應商收費，這樣的制度公道嗎？最終受影響的，單單是保險業？還是全港所有市民？
4. 星加坡、台灣，以至內地可以推行 DRG，香港的醫管局亦有類似的系統，但為何單單是香港的私營醫療體系卻不能為之？是因為香港的私營醫療資訊落後？還是欠缺規管私家醫生和醫院的決心和能耐？
5. 每年\$3,600 的保費實在太過吸引，有沒有考慮每年達 8% 至 10% 的醫療成本通漲？為甚麼不談保費的增減幅度多達 -8% 至 +45%？
6. 那些無法負擔自願醫保計劃保費，又不能選購較便宜保障的市民，他們有何選擇？
7. 為了吸引額外 223,000 人參加自願醫保計劃，而動用超過 43 億公帑，這符合公共理財的哲學嗎？
8. 食衛局官員在多個公開場合再三表示不少中產人士「急不及待」要購買自願醫保計劃，他們有具體數字支持嗎？
9. 稅務優惠究竟可以惠及甚麼人呢？
10. 如果當局認為自願醫保計劃那麼完備出色，為甚麼不敢讓這計劃與自由市場上其他醫保計劃互相競爭、由市民用保費來投票？還是他們擔心不同醫保計劃並存，最終只會證明自願醫保計劃不可行？

香港保險業聯會
2015 年 2 月