

## 醫療融資——一個自願性質的方案

林本利（香港理工大學商業學系副教授）

### 強制性保險制度

哈佛顧問所提出的聯合保險與護老儲蓄方案，屬於由中央統籌的強制性醫療保險制度。這個制度要求所有僱員供款，限制了使用者的選擇。由於供款是佔薪金的某個固定百分比，沒有顧及到市民在維持良好健康和生活習慣上的努力，故此這個制度並不公平。此外，強制性醫療保險制度令市民覺得政府有意削減醫療衛生方面的開支，相信這個制度很難會獲得醫管局、私營保險公司和僱員的支持。

### 自願性保險制度

另一個可以考慮的方案，是將權力下放，容許使用者自由選擇是否加入的保險制度。在這個自願性質的保險制度下，市民可以決定是否購買醫療保險；他們可以選擇公營或私營的服務，亦可以選擇基本和優質的服務。

這個自願性保險制度的一些特色，類似許早洱的「選擇多」和何樂生的瑞典模式。

在這個制度下，政府所扮演的角色包括：

- (1) 提供醫療服務方面的共用物品和基礎設施：例如收集和發放信息；研究、制訂和推行醫療政策；提供醫療教育和培訓；技術發展和研究；推廣衛生常識；預防和控制疾病；規劃和興建醫院及診所。
- (2) 因應醫療衛生的外部性給予補貼。
- (3) 實行醫療融資制度，透過競爭和使用者的選擇，提高服務素質和效率。醫療融資制度必須達到財政健全和符合成本效益等目標。自願性保險制度的主要特色包括：
  - (i) 將醫管局的經常性開支設置上限（例如維持在 1998/99 年度的 260 億元），醫管局需要在維持現有服務水平的情況下，和私營部門競逐新的資源。醫管局和衛生署可以透過將部分工作外判，達致減低成本的目的。
  - (ii) 醫管局來自政府方面的直接資助會按年遞減（例如每年減少 10 億元），收入減少可以透過增加收費得到補償。政府在直接

資助醫管局方面所節省的金錢，可以作為津貼市民購買私營醫療保險計劃之用。

- (iii) 公營醫院和診所的收費可以按年遞增，在 7 年內，從現時收回成本 3% 增加至 30%。政府會根據市民的負擔能力，為他們每年醫療支出設置上限（例如支出不超過家庭收入的 6%）。
- (iv) 政府未來在醫療衛生方面的開支增長（基於經濟和人口增長），會全數用作津貼市民購買醫療保險。
- (v) 政府可以透過稅務上的寬減，鼓勵僱主和僱員購買以家庭為單位的醫療保險。例如在供養子女和父母方面給予購買保險的免稅額，保險費用可以扣稅等。現時，政府已經有類似寬減，容許市民扣減供樓利息和進修費用。
- (vi) 政府負責監察醫管局的服務水平和私營醫療保險計劃。

下表顯示這個計劃實施後的財政情況（以實質數字計算）：

財政年度：	1998/99	2000/01	2001/02	...	2006/07
<u>醫管局收入</u>	260 億	260 億	260 億	...	260 億
—來自政府	252 億 (97%)	242 億 (93%)	232 億 (89%)	...	182 億 (70%)
—來自收費	8 億 (3%)	18 億 (7%)	28 億 (11%)	...	78 億 (30%)
<u>購買保險津貼</u>	0	27 億	47 億	...	149 億
—來自收費	0	18 億	28 億	...	78 億
—來自經濟增長 (每年 3.5%)	0	9 億	19 億	...	71 億

到了 2006/07 年度，政府給予醫管局的直接資助估計約為 182 億元（佔政府醫療衛生開支 55%），而給予購買私營保險計劃的津貼則為 149 億元（佔開支 45%）。倘若全港家庭都接受購買保險津貼，每個家庭每年約可獲得 6,000 至 7,000 元津貼。

上述制度的好處包括：

- (1) 維持醫管局的穩定性（因現有經常性開支不受影響）
- (2) 提高醫管局的成本效益（因部分收入來自收費，收費過高會導致病人流失）

- (3) 改善濫用公營醫療服務的情況（因提高收費）
- (4) 提高私營醫院的使用率（因公營醫院收費上升）
- (5) 保障那些不能投保的病人（因他們可以選擇現有制度，而收費是按市民的負擔能力去計算）
- (6) 鼓勵自願性質的醫療保險計劃（因政府給予津貼）
- (7) 鼓勵市民維持良好健康和生活習慣（爲了取得較低保費）
- (8) 鼓勵私營保險公司互相競爭（爲了取得政府津貼）
- (9) 鼓勵私營和公營醫療服務供應者之間的競爭（爲了從保險計劃中取得收入）
- (10)改善服務素質和增加服務種類（透過競爭及提供不同的保險計劃）
- (11)增加使用者的選擇（因他們可以選擇不同的保險公司，不同保險計劃和不同的服務供應者）

**關於上述制度的一些問題：**

- (1) 市民要負擔 30%的成本，是否太高？

答：相對何樂生收回 100%的瑞典模式來說，已不算太高。現時，使用者支付公共房屋和高等教育的費用，約佔成本 20-50%。故此，市民要負擔 30%的醫療成本，應該是可以接受的。他們還可以透過取得政府津貼，購買醫療保險計劃來減輕負擔。

例子：

	<u>1996/97 經常性成本</u>	<u>收回 30%成本</u>
出院費用（整體）	15,000 元	4,500 元
每日病床費用	2,000 元	600 元
專科／急症	480 元	144 元
普通科門診	200 元	60 元

此外，爲了避免對那些長期病患者構成沉重的經濟壓力，市民每年的醫療支出會設置上限，例如不超過家庭總收入的 6%。以 1996 年的家庭收入中位數（210,000 元）計算，市民的最高支出會是 12,600 元。政府會負責支付超過上限的費用，沒有收入的家庭可以毋須支付任何費用。

(2) 這個制度是否能夠達到財政健全的目標？

答：收回醫療成本的百分比和購買醫療保險的津貼金額，可以根據實際情況作出調整。透過加強競爭，相信可以改善資源分配和節省成本，節省得來的開支可以作為增加服務之用。

(3) 保險公司會否拒絕接受老人和病人的投保，而只接受較為健康的人士投保？

答：政府的津貼是以家庭作為單位，保險計劃的保障範圍包括父母、兒女、和其他沒有工作的家庭成員。政府可以只向那些保障範圍包括老人和病人的醫療保險計劃提供津貼，或者提供較多的津貼。即使那些長期病患者未能獲得保險計劃的保障，他們仍可以依賴公營的醫療系統。

(4) 保險津貼會否吸引那些已經購買保險的人加入這個制度，增加政府支出？

答：這個情況是會出現的，但問題不會像《選擇多》方案那般嚴重。上述方案只能夠給予部分津貼，而《選擇多》方案基本上是給予十足津貼。