

醫療政策論壇對「醫保計劃，由我抉擇」醫療改革第二階段諮詢文件的回應

我們認同的醫療改革目標

- 首先，讓我們闡明我們所認同的醫療改革目標：
 - 控制醫療成本（因為我們相信資源短缺無可避免，因此醫療系統必須有一個控制開支的內置機制。）
 - 提升醫療質素（因為我們相信醫療系統的目標就是盡量提升人民的健康水平，因此它必須有能力提供有質素的醫療服務。）
 - 促進每一個人的就醫機會（因為我們堅持平等享有醫療的價值。）

我們所理解政府建議醫療保障計劃（醫保計劃）的目的

- 根據「醫保計劃，由我抉擇」諮詢文件，第二階段醫療改革諮詢的目的是推介一個醫療保障計劃（醫保計劃）。
- 醫保計劃是一個規範和監管自願私人醫療保險的計劃；其目的旨在確保私營醫療及私人醫療保險市場提供有質素和物有所值的服務。
- 依政府的建議，醫保計劃（規範化的自願私人醫療保險計劃）是一項醫療融資改革方案；計劃被視為一個醫療輔助融資安排。
- 政府說選擇這輔助融資方案是根據它對公眾意見的理解：1) 公眾一般對強制輔助融資方案有保留；2) 公眾希望能有更大的自由選擇切合個人需要的私營醫療服務及私人醫療保險。
- 政府建議利用從財政儲備撥出的 500 億元資助市民購買私人醫療保險以支援醫療改革。
- 透過資助市民購買私人醫療保險，政府稱說公營部門的負擔可因而減輕。
- 政府亦同時聲稱醫保計劃可以提升醫療系統長遠的可持續性。

我們對醫療保障計劃的質疑

- 我們並不質疑政府為保障消費者和病人權益，而推行政策監管私人醫療市場及私人醫療保險市場。原因如下：
 - 當市場失效時，介入市場是政府其中一個重要功能。
 - 研究已證實，市場力量在私人醫療市場及私人醫療保險市場中並未能有效運作。
- 我們質疑的是，政府將私人醫療保險作為醫療融資的一個改革方案與及提供保費資助鼓勵市民購買私人醫療保險。原因如下：
 - 有待商榷的民意解讀
 - 政府聲稱推出醫保計劃是基於民意支持私人醫療保險的這個理解；但這理解似乎甚有商榷餘地。政府委託的其中一項聚焦小組討論研究發現：1) 私人醫療保險在與討論的中產人士中是第二個最不被接納的方案；2) 私人醫療保險更是長期病患者最不接受的。跟政府的解讀相反，研究指出大部份與討論的人士認為「較為累進的稅制」比其它輔助融資方案更可取。¹
 - 私人醫療保險成本效益低和成本上漲壓力的問題
 - 政府對私人醫療保險可提升醫療系統長遠可持續性的信心並沒有客觀基礎。私人醫療保險並非控制成本或提升成本效益的措施。它也不是處理人口老化的政策工具。根據國際經驗，較倚賴私人保險融資的醫療系統的開支通常都較高，但卻沒有證據顯示較高的開支能提升社會的健康水平。相反，將私人保險局限於次要位置的醫療系統都較能控制成本。²
 - 損害多於幫助公營醫療系統
 - 政府對私人醫療保險可以減輕公營醫療系統壓力的信念亦同樣缺乏客觀基礎。國際間的證據顯示私人醫療保險不單不能減輕公營系統的負擔，反之長遠有可能增加後者的負擔。³

¹ 詳細討論可參考附件一內題為「政府為何遺漏一個經其委託的醫療改革民意研究報告？」的文章。

² 詳細討論可參考附件二內題為「以私人醫療保險維持醫療系統的可持續性？」的文章。

³ 詳細討論可參考附件三內題為「私人醫療保險是增加還是減輕公營醫療系統的負擔？」的文章。

- 不公義的公帑運用
 - 政府利用公帑資助購買私人醫療保險的建議引申出如何使用公帑才符合公義的問題。公義要求每一個人都受到平等的待遇，除非不同待遇是建基於合理的基礎上。由於收入越高，越有能力和機會購買私人醫療保險，政府的計劃等同建議收入越高的市民，應更有機會享受由納稅人資助的較佳醫療選擇和保障。假如說「能賺取較高收入」或「較富有」的就更應享有使用公帑的優先權，這是完全違反我們的道德直覺的。⁴

我們對醫療保障計劃的反對原因

- 基於我們認同的醫改目標，我們支持政府 1) 減輕公營醫療系統負擔，及 2) 提升醫療系統長遠的可持續性的兩個改革目標。
- 但基於已有的研究證據，我們不認為私人醫療保險是達至這兩個目標的政策工具。
- 基於公義的考慮，我們也反對以公帑資助購買私人醫療保險。政府的計劃只會令我們的醫療系統更加不平等。這方向完全違背不少先進國家醫療體制「平等享有醫療」的基本價值。我們完全不能接受以公帑擴大醫療的不平等。
- 儘管如此，我們並非要求政府全盤修改醫療保障計劃。
- 我們贊同為保障消費者和病人權益，政府應擔當積極的角色監管私人醫療市場及私人醫療保險市場。
- 我們只是不贊成政府將私人醫療保險當作改革醫療融資的政策工具，與及以公帑資助購買私人醫療保險。

可行的改革方向

- 我們建議將醫療保障計劃重新定位為保障消費者和病人權益的政策，而非醫療融資改革的政策。
- 至於醫療融資改革，由於政府的目標是減輕公營醫療系統的負擔和提升醫療系統長遠的可持續性，我們相信以下兩項研究結果或可為改革提供一些可行的方向指引：
 - 「雖然證據未算全面，但醫療經濟學家都有一個共識，就是單一經費來源有利有效的成本控制。因此，採用以稅款為單一經費來源的國家比多渠道經費來源的國家（例如美國）較能透過控制公共開支而控制成本上漲。一旦經費來源是多渠道的，一個經費渠道的直接控制可能就被另一渠道的撥款增加抵銷。」⁵
 - 「總的來說，私人的融資方法很可能只會損害而不會改善公營部門；對那些希望改善公營部門的人來說，改革的方向與重點必需在公營部門本身。」⁶
- 這兩項研究結果顯示，較有效和符合成本效益地運用 500 億元財政儲備的做法，並非資助購買私人醫療保險，而是將資金用以改善現時以稅收為本的公營醫療系統。
- 由於改善了公營系統將為全民享用，這樣運用公帑亦同時符合公義的要求。
- 一個醫療融資改革方案的新思維是利用 500 億元財政儲備設立公共醫療基金，以賺取收入回報。而每年的收入回報即可為公共醫療系統提供額外的經費來源。
- 我們亦可將部份收入回報留作儲備，撥入基金內賺取更多的收入回報。這樣，公共醫療基金其實可被看作為整體社會的醫療儲蓄戶口，以應付人口老化的問題。
- 因應政府的財政狀況和儲備水平，將來我們可從儲備撥出更多資金投入公共醫療基金內。
- 誠然，以上的建議都只是初步構見，但它們應是值得考慮的可行方向。

醫療政策論壇
2010 年 12 月 3 日

⁴ 詳細討論可參考附件四內題為「自願私人醫療保險計劃的不公義」的文章。

⁵ A. Maynard. 2001. Ethics and health care “underfunding”. *Journal of Medical Ethics* 27: p. 225.

⁶ Carolyn H. Tuohy, Colleen M. Flood, and Mark Stabile. 2004. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 29(3): p. 393.

聯署人：：

1. 高德禮先生
(醫療政策論壇召集人；香港民主促進會副主席)
2. 蔡耀昌先生
(醫療政策論壇副召集人；民主動力召集人)
3. 阮博文教授
(香港理工大學專業及持續教育學院院長)
4. 鄭宇碩教授
(香港城市大學公共及社會行政學系政治學講座教授)
5. 張超雄博士
(香港理工大學應用社會科學系講師；正言匯社主席)
6. 彭鴻昌先生
(香港社區組織協會社區組織幹事)
7. 郭家麒醫生
(關懷香港召集人)
8. 李卓人先生
(立法會議員)
9. 梁耀忠先生
(立法會議員)
10. 張國柱先生
(立法會議員)
11. 吳錦祥醫生
(香港中文大學公共衛生及基層醫療學院兼任副教授)
12. 公民黨
13. 社會民主連線
14. 新民主同盟
15. 病人互助組織聯盟
16. 新婦女協進會
17. 香港人權監察

政府為何遺漏一個經其委託的醫療改革民意研究報告？

Darrell Huff 在其經典著作〈如何用統計去說謊〉〈*How to Lie with Statistics*〉中有這建議：要不被統計所欺騙，首要是檢查統計是否有偏頗。偏頗可以是有意或無意的。有意的偏頗包括「只選擇有利的數據和隱瞞不利的」。我們相信 Huff 這建議適用於閱讀任何報告。

最近發表的〈醫療改革第一階段公眾諮詢報告〉提到政府進行了四項研究以了解社會對醫療改革的意見：兩項問卷研究和兩項聚焦小組討論研究。可是，在市民對輔助融資的看法的一章內，〈報告〉只引用其中三項。這使我們想起 Huff 的忠告，注意力轉移到那被遺漏的一項之上：香港理工大學一位學者所負責的聚焦小組研究。誠然，相關性或有效性可以是這研究不被引述的原因。但事實似乎並非如此。

政府在〈報告〉裏引述其中一問卷研究，指出「自願保險計劃」是最獲市民支持的方案。同時，這方案在中高收入階層中的支持亦較高。可是，被遺漏的研究卻有相反發現；雖然沒有一個融資方案得到絕大多數支持，「自願保險計劃」在參與討論的中產人士中卻是第二個最不被接納的方案。這方案更是長期病患者最不接受的。

被遺漏的研究又指出：一，部份參與討論而教育程度較高的中產人士質疑一些問卷調查指大部份中產人士認為「自願保險計劃」較其他方案可取的結果。這些參與者認為這些調查可能未為受訪者就六個方案提供足夠的資料或解釋。二，所有參與討論的長期病患者都極反對「自願保險計劃」，認為這方案最終只會惠及保險公司。

〈報告〉引述同一問卷研究又指「社會醫療保障」得到的支持相對較低。政府同時引述另一聚焦小組討論表示「參與討論的人士擔心社會醫療保障會令工作人口承受額外財政負擔」。被遺漏的研究卻發現大部份參與討論的中產人士對「社會醫療保障」表示極大興趣並普遍持支持態度。基於窮富差距越益擴大，他們似乎對方案背後的財富再分配理念並不抗拒，也極少提及它的缺點。在長期病患者中，方案也被普遍接納。

就「稅收」方案，政府又引述同一問卷研究說「加稅所獲的支持最少」和「較高收入的組別較不支持加稅」。被遺漏的研究同樣有相反發現。大部份參與討論的人士認為「較為累進的稅制」比其它方案更可取。不少參與討論的中產人士認為向高收入階層增加直接或間接稅是可取的，因為中產階級現時的稅務負擔經已很重；一個以累進稅為基礎的醫療制度才是公平的。長期病患者普遍認同這些看法。

除上述與政府相反的說法外，被遺漏的研究尚有其它發現值得思考。首先，假如有足夠的闡釋，大部份討論參與者都能理解不同方案背後的社會價值，包括公平、財富再分配、風險分擔、及選擇自由。更重要的是，參與者似乎認為這些價值不一定互相排斥。

其次，不少參與討論的中高收入人士都支持「公平」價值，並認同醫療的分配和融資應以此為原則。

第三，很多參與者支持「財富再分配」，願意負擔更高的稅項或參與社會保障計劃，從而令長者和貧者能平等地享有醫療服務。

雖然這研究指出，假如自身的利益受影響，參與者對「公平」及「財富再分配」等價值的支持可能會動搖，但整體而言，我們起碼可說他們並不斷然反對加稅、公平、及財富再分配。

由此，我們質疑政府詮釋社會整體意見的可靠性。在報告摘要的一章內，有這樣一個詮釋：雖然市民同意不幸的一羣應有醫療保障和得到幫助，但很多人認為，現時的公營醫療系統已能照顧弱勢社羣，所以傾向支持照顧個人醫療需要而非匯集資源為全民提供資助的融資建議。然而，從以上討論所得，我們有理由相信，**假如透過公正透明的政策辯論，市民未必反對以累進稅為基礎，以匯集資源為全民提供醫療的制度。**

公平點說，政府在〈報告〉裏不時用「有些人士指出」等字眼來表述不同的意見。被遺漏的研究或已概括在這些字眼內。如果是這樣，同樣是受政府委託，為何它會有這不同的對待？為何政府不引述這個研究？誠如 Huff 所言，我們不禁狐疑，這遺漏是無意的，還是有意「只選擇有利的數據和隱瞞不利的」！

醫療政策論壇/
香港民主促進會
2008 年 12 月 29 日

以私人醫療保險維持醫療系統的可持續性？

為保障消費者及病人權益規管私人醫療保險市場和產業似乎不是一項具爭議的政策目標。可爭議的是把私人醫保作為政策工具，透過以公帑資助購買私人醫保，提升醫療系統長遠的可持續性。要維持醫療系統的可持續性，除引入更多私人資金外，私人醫保同時必須有能力控制成本和提升醫療質素。否則，那令公營系統「爆煲」的「醫療通脹」同樣會令私營系統「爆煲」。我們認為政府對私人醫保控制成本和提升質素的信心似乎過於樂觀。

像香港的計劃一樣，澳洲在 1998 年推行政策，透過提供 30% 的保費資助鼓勵市民購買私人醫保，希望以此減輕公營系統的負擔和控制醫療開支。然而，即使澳洲的私人醫保已受嚴格監管，而保費調整也需政府批核，保費增幅在政策實施以來仍遠高於通脹。根據官方數字，在 2002 至 2009 年間，保費每年平均增幅為 6%。與此同時，澳洲整體醫療開支也隨着投保人數上升而增加。根據經濟合作與發展組織(OECD)2005 年的數據，澳洲整體醫療開支的增幅較其它發達國家為高。

澳洲 Monash University 醫療經濟研究中心副主任 Leonie Segal 就認為澳洲的私人醫保政策不單沒有令醫療系統更有效率，相反，它令系統更沒有效率。他主張徹底修改政策，並將保費津貼投放在公營系統內。

其實，澳洲的經驗並非單一的個案。它只是再次印證以下實證觀察：1)較倚賴私人保險融資的醫療系統的開支通常都較高，但卻沒有證據顯示較高的開支能提升社會的健康水平；2)將私人保險限制於次要位置的醫療系統較能控制成本。

令私人保險成為昂貴的融資方法的原因，並非是普遍認知中的道德風險問題(moral hazard)--即病人/醫護人員過度使用/提供非必要醫療服務的問題。所有形式的醫療保險，不論是私營或公營(以稅收為基礎或社會保險)，只要是第三者付費的制度，都有道德風險問題。令私人保險較公營系統昂貴的主要原因是前者缺乏控制成本的措施和能力。由於政府控制著公營系統的單一資金來源，相對於私人保險系統，公營系統對醫療服務提供者擁有較高議價能力，因此公營系統較有能力控制成本及質素。公營系統可以使用的成本控制措施，例如總額預算和價格控制，在私人保險業界中是不存在的。

經常有評論指私人保險市場的競爭可以降低成本和保費。但事實上市場力量並不是在任何情況下都有效。由於資訊不對稱，公眾很難就著不同保險產品的好壞、不同保險公司的表現與及不同醫療服務提供者的質素作出適當比較。與此同時，轉投其它保險產品或公司的交易費用又可能很高，市民可能根本沒有太大自由選擇不同的產品和公司。再者，由於保險公司對醫療服務提供者在價格及服務質素上沒有太大議價能力，保險公司可能根本無法以降低保費為競爭手段。

高昂的營運成本是另一導致倚賴私人保險融資的醫療系統開支較高的重要原因。這營運成本可能削弱保險公司以降低保費為競爭手段的能力。保險公司的營運成本包括市場推廣、承保、制訂保費、索償、仲裁、與服務提供者制訂合約等等。要注意的是，這些成本開支完全不是用於市民的健康上的。在公營部門，大部份這些成本開支根本不存在。根據 OECD 的研究，美國保險公司的行政費用為 11.7%；但美國的公營醫療計劃 Medicare 和 Medicaid 的行政費用則分別只為 3.6%及 6.8%。同樣地，澳洲公營醫療系統的行政費用為 3.7%，而私人保險的則平均為 11.1%。

其它 OECD 國家的私人保險公司的行政費用都大致相同：荷蘭(10.4%)，加拿大 (13.2%)，愛爾蘭(9.7%)，德國 (14%)。這些數字不一定顯示保險業界管理不善，它只是揭示保險業界降低營運開支的空間不大，而倚賴私人保險融資的醫療系統的開支亦因而無可避免地偏高。

就著澳洲的經驗，OECD 的一項研究有以下的總結：「澳洲的保險公司沒有切實地控制成本。它們似乎只有有限的措施和誘因去推動成本效益高的醫療服務。」當然，我們可以辯稱澳洲的經驗未必適用於香港。可是，我們卻不能迴避 OECD 另一研究總結：「踏實地認清私人醫保市場的利弊至為重要，例如，要有效控制醫療系統的開支往往是透過其它措施，而非透過擴大私人醫保的角色。」

政府現時面對的其中一項挑戰是如果說服公眾，它所建議的私人醫保計劃特具有效措施，獨備能力免陷私人醫保在其它國家所造成的流弊。

醫療政策論壇/
香港民主促進會
2010 年 10 月 25 日

私人醫療保險是增加還是減輕公營醫療系統的負擔？

政府聲稱自願私人醫療保險計劃能令「人人受惠」，說計劃不單令有能力購買私人醫保的市民得益，即使沒有能力購買的亦會同樣得益。政府解釋，計劃可以同時令沒有能力購買私人醫保而倚賴公營醫療系統的市民得益，是因為透過鼓勵有能力的市民購買私人醫保，能減輕公營系統的負擔，從而縮短輪候時間。由於購買私人醫保會受公帑資助，沒有能力購買醫保的市民質疑政府能否兌現以上的承諾是完全合理的。根據國際經驗，我們擔心私人醫保不單不能減輕公營系統的負擔，反之，長遠而言，它更有可能增加後者的負擔。

事實上，一份政府的顧問報告為我們的擔憂提供了一些理據。綜述相關的文獻，顧問報告表示到目前為止，並未有確實的證據證明私人醫保能減輕公營醫院的負擔。引述澳洲私人醫保經驗為例，報告表示就着這課題的學術研究並沒有一致的結論。綜合經濟合作與發展組織(OECD)的私人醫保研究報告，顧問有以下的總結：私人醫保並未能有效承擔公營部門的財政負擔；在有「重複性」私人醫保的制度裏，醫療開支從公營部門轉移至私營部門的幅度有限。

除政府顧問提及的研究外，我們可在此再補充兩項相關研究。就著澳洲的經驗，澳洲 La Trobe University 一位學者的研究有這樣的結論：研究再次證實其他國家早前的研究發現——私營醫療市場的擴大與公營醫療部門輪候時間的增加有關；這恰巧與支持擴大私營市場以減輕公營部門壓力的政治口號相反。這個研究同時認同加拿大醫療服務研究基金會認為透過擴大私營醫療部門以縮短公營部門輪候時間是一個「迷思」的說法。

至於 OECD 國家的經驗，多倫多大學學者就着五個 OECD 國家的研究同樣不能忽略。這研究的結論為：1)國際間的證據未能提供基礎令人相信存在着一個平行於公營部門的私營保險醫療市場能縮短整體輪候名單或時間；2)公共而非私人資源的投入較能影響公營部門輪候名單的長短；3)實際上，總的來說，私人的融資方法很可能只會損害而不會改善公營部門；對那些希望改善公營部門的人來說，改革的方向與重點必需在公營部門本身。

私人醫保不會改善，甚至可能損害公營部門的原因其實不難解釋。首先，重要的醫療資源，尤其是醫療人員，在中短期的供應通常都非常有限。擴大私營部門只會抽走公營部門的資源，令公營部門的能力萎縮。另外，公私營部門互相爭奪有限的醫療資源只會使資源價格上升和做成醫療通漲。

其次，私營部門存在誘因只接收盈利較高及較簡單的病症，並將盈利較低及較複雜的病症轉介至公營部門。假如公營部門內設有私家設施，私營部門這個不當的誘因(perverse incentives)會進一步加強。在這情況下，有私人醫保的病人也有誘因選擇公營部門的私家設施醫治較複雜的病症。此外，由於私家醫院一般都缺乏處理危急病症的設施，公營部門會同時被逼充當私家醫院意外或嚴重併發事故的後援。最終，正如一位學者評論澳洲情況時說，幾乎所有的急症和大部份最老、最窮、最病的病人都要由公營部門照顧。英國有證據顯示在私人住院服務較多的地區，公營醫院病人住院的日數會較長。澳洲的數據也顯示公營醫院病例的平均複雜性較私營醫院的高。以萎縮了的能力照料越益複雜的病症，公營醫院的負擔不減反加應是意料之內的事。

最後，假如容許醫生在公私營部門同時執業，這會誘發另一影響公營部門輪候時間長短的不當誘因。由於私營醫療服務的收費較高，醫生因此有誘因操控並加長公營部門的輪候時間，從而

增加病人對自己私營服務的需求。其實，政府顧問所引述的 OECD 私人醫保報告就有提及這問題，並有以下的論述：在某些國家，私人醫保市場較高的收費水平是一個誘因，鼓勵醫療服務提供者繼續公營系統長的輪候時間，或甚至將病人直接轉介至自己的私人診所，以維持自己的業務。

政府的顧問推算私人醫保可以減輕公營醫院的負擔。但這個推算似乎沒有把醫療人員在公私營部門的轉移、醫療人員長遠的供應量、以及以上提到兩種不當誘因的各種影響計算在內。而政府諮詢文件則只討論醫療人手問題，兩種不當誘因的影響卻隻字不提。政府更表示會考慮容許醫生在公私營部門同時執業和擴充公營醫院的私家設施。凡此種種都令我們更憂慮私人醫保是否只會以犧牲公營部門的利益為代價來使有能力購買私人醫療保險的市民得益。私人醫保能令「人人受惠」這說法有待政府進一步證明。

醫療政策論壇/
香港民主促進會
2010年10月10日

自願私人醫療保險計劃的不公義

在醫療改革第二階段諮詢文件中，政府稱已經用心聆聽社會意見：市民「重視可以自由選擇公營或私營醫療服務」及「希望在私營醫療服務方面有更多的選擇和更佳保障」。似乎在政府的認知中，市民都是典型的追求最大利益經濟人，每個市民都只著意能夠根據自己的喜好自由地在公私營醫療部門中追求最大的醫療選擇和保障。當然，我們無法知曉這個認知有多正確。但我們相信應有不少市民珍惜現時的公營醫療系統及其背後「平等享有醫療」的社會價值，亦有不少市民不願倚賴私營醫療部門。

無論如何，政府聲稱會擔當「積極角色」幫助市民得到最大的選擇和保障，又說自願私人醫療保險計劃的目標是為市民「獲取終身醫療保障提供最佳的選擇」。政府更承諾會做市民的「終身醫療夥伴」，並會考慮津貼市民購買私人醫保，讓市民有更多選擇和更好的終身保障。

表面上，醫保計劃及津貼是每個市民都可以參加和申請的。但事實上，並非每個市民都有能力購買私人醫保。醫保計劃的對象實際上並不包括每個市民。政府清楚知道醫保計劃及津貼只是為那些有能力購買私人醫保的人而設。更準確地說，根據政府的顧問報告，計劃只是針對那些月入高於\$10,000及現時有購買私人醫保的市民。因此，以醫保計劃的設計，收入越高的市民，就越有可能享有更多的醫療選擇和保障，而這些高收入市民的優厚待遇則會由納稅人支付。簡而言之，醫保計劃給予高收入市民不成比例的利益。這引起使用公帑的公義問題。

公義要求每一個人都應受到平等的待遇，除非不同的待遇是建基於合理的基礎上。引用這原則到我們的醫保問題上，意味每一個市民都應同等地享有受政府資助的較佳醫療選擇和保障，除非政府能合理解釋為何這些較佳選擇和保障只應給予高收入的市民。在公義理論裏，兩個普遍被用作合理化不同待遇的理據是「需要」(needs)和「應得的」(merits)。可是，這兩個理據都不能合理解釋為何只有高收入的市民才應享有由政府資助的較佳醫療選擇和保障。我們看不出為何高收入市民的醫療「需要」會比其它市民的醫療「需要」更重要，以致他們可優先使用公帑。同樣地，我們的「道德直覺」(moral intuition)也不能接受純粹因為收入高，高收入的市民就「應該得到」較佳由公帑資助的醫療選擇和保障。

我們的「道德直覺」認為就著相同的醫療需要，沒有一個人的需要比其他人的更重要，以致有優先使用公帑的權利。不少先進國家醫療體制的「平等享有醫療」(equal access to healthcare) 原則——即醫療的分配應只以醫療需要為基礎的原則——正正反映這道德價值。我們認為將資助私人醫保的公帑投放在公營醫療系統上，讓每一個市民都享有較佳的醫療保障才是符合公義要求的做法。

假若政府真有合理原因為高收入的市民提供私人醫保津貼，諮詢文件對這些原因卻沒有任何著墨。「成本效益」是諮詢文件唯一提到使用公帑的指導價值；諮詢文件只關心醫保津貼能否符合成本效益地達到計劃預期的目標。至於計劃是否符合公義，諮詢文件完全隻字不提。就著醫保計劃本身，計劃只會令香港的醫療系統更趨不平等。高收入的市民將會有較佳的選擇和保障，他們可根據自己的需要選擇公營或私營醫療服務，而低收入的市民則只可以繼續倚靠公營部門。這樣的不平等竟然由納稅人的稅款資助，並由政府倡議和制度化！

政府可能會辯稱，資助私人醫保可減輕公營部門的負擔，低收入市民會因而受惠。就這一說法，我們已撰文提出質疑。根據現有的研究，私人醫保不單不能減輕公營系統的負擔，相反，它更

有可能增加後者的負擔。退一步說，即使私人醫保真能減輕公營系統的負擔，由公帑支持的就醫不平等的公義問題依然存在。我們期待與政府辯論私人醫保計劃是否符合公義要求的問題。

醫療政策論壇/
香港民主促進會
2010年10月17日