

二零一二年三月十九日
討論文件

立法會衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會

公帑資助和醫療保險在醫療融資的角色

目的

本文件綜述公帑資助和醫療保險的醫療融資角色，並探討政府資助模式以及自願參與並受政府監管的私人醫療保險模式的優點和缺點。

目前的醫療系統

2. 公私營醫療界別並存是香港醫療服務系統的特色。兩個界別均提供包括基層以至較專門的第二層及第三層等不同層面的醫療護理。公營界別是第二層和第三層醫療服務的主要提供者。約 90%的住院服務(以病床使用日數計算)由公立醫院提供。公立醫院共設約 27 000 張病床，佔本港病床總數約 87%。私營界別是基層醫療服務的主要提供者，約 70%的門診護理由私家醫生處理。

3. 公營醫療系統是本港醫療系統的基石，並為全民的醫療安全網，使市民不會因經濟原因而得不到適當的醫療照顧。多年來，政府不斷投放大量資源改善本港的公營醫療服務。我們已持續大幅增加醫療方面的經常開支：二零一二至一三年度預算的醫療經常開支接近 450 億元，較二零零七至零八年度的 316 億元增加超過四成，達到行政長官增加醫療方面的經常開支至政府經常開支總額的 17%的承諾。

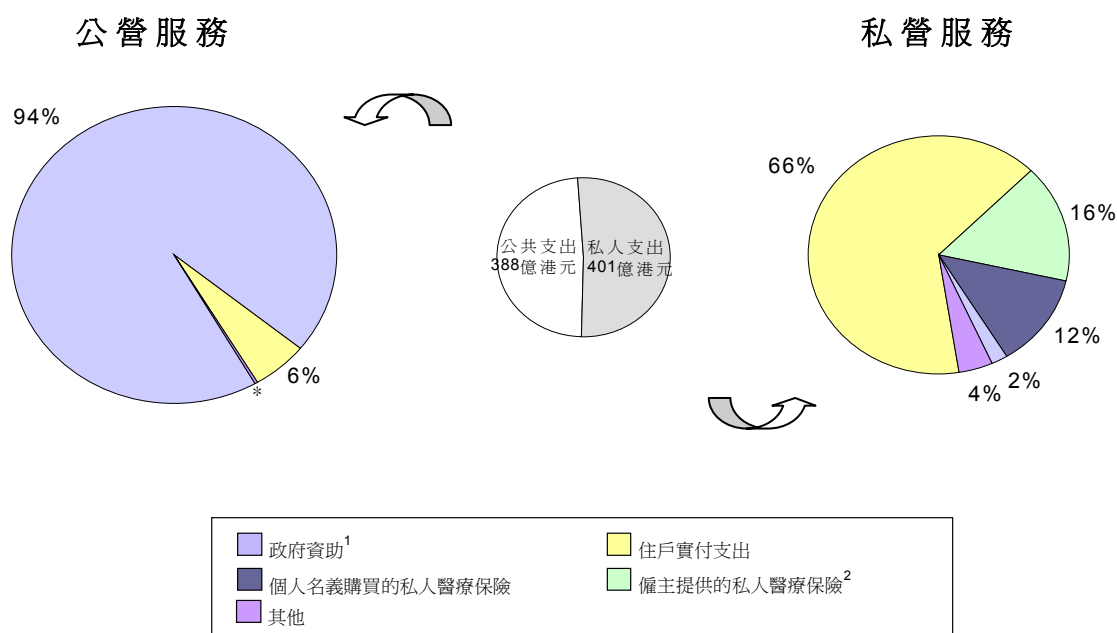
4. 一直以來，政府對公營醫療服務的承擔堅定不移，並在推展醫療改革的同時不斷加強。除增加醫療方面的政府經常開支外，我們還不斷投放資源擴充公營醫療的基礎建設，興建新醫院及改善現有醫院設施。現時進行中的工程包括興建北大嶼山醫院第一期，以及將軍澳醫院、仁濟醫院和明愛醫院的改善工程。我們亦已預留撥款興建天水圍醫院、於啟德發展區興建服務全港的兒童專科卓越醫療中心、擴建基督教聯合醫院，以及重建廣華醫院和瑪麗醫院。除了醫院基本建設工程外，政府過去數年亦持續每年向醫院管理局批撥約 5 億元以添置和更新醫療設備。

5. 私營醫療界別與我們健全的公營醫療系統並存，擔當輔助公營醫療服務的角色，為有能力負擔並願意使用私營醫療服務的人士提供另一個選擇。這些人士基於各種原因使用私營醫療服務，當中包括可選擇醫生和設施級別，可即時獲取治療而且輪候時間較短(尤其是非緊急手術)，以及各適其適的個人化服務和安排。現時，本港有 12 間私家醫院，提供合共約 4 000 張私家醫院病床。在二零一零年，在私家醫院住院接受治療的病人總數約為 382 800。

醫療服務目前的融資來源

6. 公營及私營醫療服務的支出在二零零七至零八年度¹分別達 388 億元和 401 億元，各佔醫療開支的數額大致相同。公營醫療服務幾乎全部由政府支付，當中僅約 6%來自住戶的實付支出(又稱用者自付費用)，餘下 94%的費用由公帑支付。私營醫療服務則主要由住戶的實付支出(66%)及保險付費(28%)支付(見附圖)。

附圖 二零零七至零八年度按公營及私營服務的融資來源劃分的總醫療開支



註： * 數目少於 0.1%

¹ 包括公務員及醫院管理局員工的醫療福利保障支出

² 不包括公務員及醫院管理局員工的醫療福利保障支出

資料來源：二零零七至零八年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

¹ 資料來源：二零零七至零八年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

7. 在私人醫療保險的醫療融資角色方面，值得注意的是，私人醫療保險在香港是一個可觀和不斷增長的醫療融資來源。根據政府統計處於二零零九年進行的主題性住戶統計調查結果，本港約有 256 萬人(稍多於居港人口的三分之一)擁有私人醫療保險保障。私人醫療保險在支付醫療開支方面的角色日益重要——在一九八九至九零年度至二零零七至零八年度期間，私人醫療保險在醫療融資所佔的整體份額由 11.9% 增至 13.8%²。私人醫療保險的醫療融資角色，會按醫療開支類別而異。私人醫療保險佔二零零七至零八年度私營住院護理開支的 55%，是該開支類別的主要融資來源。在私營門診護理方面，私人醫療保險在融資所佔的份額則相對較小，所佔份額為 24.2%。

8. 我們注意到，相對於沒有私人醫療保險保障的人士而言，擁有私人醫療保險保障的人士較傾向使用私家醫院的住院服務。據食物及衛生局委託的顧問公司於二零一零年所作的估算，以入院次數計算，擁有私人醫療保險保障的人士在入院時有 63% 的時間會使用私營界別的服務。至於沒有私人醫療保險保障的人士，相應數字僅為 10%。雖然如此，以入院次數計算，仍有逾三分之一受私人醫療保險保障的人士在入院時會繼續選擇使用公營界別的服務。這涉及各種原因，當中包括所涉個案屬於緊急類別和需要跨專業護理(通常需要在公立醫院接受治療)的個案、受保人為免在保險金不足以支付私家醫院一切費用的情況下需要自付費用，以及在接受治療前因無法確定自付金額等的不明朗因素而令受保人却步。

醫療融資模式的優點和缺點

9. 在二零零八年和二零一零年，我們進行了兩個階段的醫療改革公眾諮詢，以期制訂輔助融資方案，並提升本港醫療系統的長遠可持續發展能力。我們詳細探討了政府資助模式(即倚賴政府收入以應付醫療服務需求而不斷增加的開支)和自願參與並受政府規管的私人醫療保險模式——即醫療保障計劃(醫保計劃)——的利弊。現於下文各段扼述這兩個模式的優點和缺點。

政府資助模式的優點和缺點

10. 政府資助模式有以下的優點——

² 資料來源：二零零七至零八年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

- (甲) 平等的醫療服務：每名市民都可公平地以同樣和高度資助的費用，在以公帑資助的醫療系統讓獲得同一水平和標準的醫療服務。
- (乙) 簡約和低成本的行政管理：我們稅收和調整稅率的機制行之有效。為醫療融資而增加既有稅項涉及較簡單的行政工作，所需的額外成本亦會較低。
- (丙) 財富再分配：以稅收作為醫療融資來源，有由較高收入的納稅人資助整體人口的醫療服務的效果。

11. 另一方面，以政府收入為主要醫療融資來源有以下缺點－

- (甲) 醫療服務的選擇不足：靠政府收入資助的公營醫療系統所提供的醫療服務，在服務供應量上有所限制，而市民無可避免須排隊輪候公營醫療服務，以及須根據一些既定準則和指引評估病人的臨床需要來編配服務。在讓所有市民都可公平獲得醫療服務時，以稅收提供經費的醫療系統只能向合資格的市民在特定範圍內(包括指明的處方)提供服務。因此，這會限制服務選擇及醫療服務提供者之間的競爭。
- (乙) 市民缺乏誘因善用獲政府大幅資助的公營醫療、無助提高公營機構的效率及成本效益：繼續由公營醫療系統負責提供獲政府大幅資助的醫療服務，令市民缺乏誘因善用公營服務。由於實際上並無私營機構競爭，故公營機構缺乏提高效率及成本效益的誘因。
- (丙) 令市民過度倚賴由政府大幅資助的公營醫療：倚賴政府收入應付融資需求，會令公營醫療界別所佔的醫療市場份額進一步增加，這樣不利市場良性競爭。
- (丁) 融資安排無法持續：現時稅基狹窄，而政府收入頗受經濟周期影響。不受限制地不斷增加政府財政預算中醫療開支佔的份額，並非長久之策，而可增加的份額亦則會受本港經濟表現影響。
- (戊) 增加稅款、擴大政府預算：主要靠政府收入作為醫療融資來源，最終會令稅率不斷增加，公共開支所佔的經濟比重擴大，有違小政府、低稅制的原則，而這兩項原則是保持本港競爭力的關鍵。再者，大幅調高現時稅率，以應付不斷增加

的醫療開支，這個做法是否可行亦成疑問。由於香港人口結構轉變，愈來愈少的在職人口需供養愈來愈多的長者人口，令下一代的稅務負擔會愈來愈大。

自願參與並受政府監管的私人醫療保險模式的優點和缺點

12. 我們在二零一零年進行的醫療改革第二階段諮詢，提出自願參與並受政府監管的私人醫療保險模式，即醫保計劃。這個模式有以下優點一

- (甲) **加強消費者保障**：在醫保計劃下，參與計劃的承保機構必須提供標準醫療保險計劃。這些標準醫療保險計劃為投保人提供的保障範圍及發還償款水平，應可讓他們在需要時能夠使用普通病房等級的私營醫療服務。醫保計劃下的醫療保險計劃，其主要特點包括：人人受保、終身續保；在等候期過後，承保投保前已有的病症；透過高風險分攤基金的機制，分擔接納高風險組別人士投保的風險；以及具透明度的保險成本，包括索償及開支等等。設計這些主要特點，旨在為消費者提供較佳的保障和物有所值的服務，並為願意選用和可以負擔私營醫療服務的人士提供另一種選擇。
- (乙) **更多服務選擇**：私人醫療保險為個人提供更多的醫療服務選擇。醫保計劃下的標準醫療保險計劃的基本醫療保障雖則相同，但參加者仍有較大自由選擇服務(例如選擇服務提供者、治療時間等)。個別人士亦可以透過投購自選的附加增額保障或額外保障項目，按本身喜好自訂保險保障的服務範圍、保障限額和設施級別。
- (丙) **個人有減低財政風險的選擇**：購買自願私人醫療保險與否仍由市民個人自行選擇。投保人可有效地免除其因患病而須承擔的大部分財政風險。一旦逆向選擇與道德風險等問題能夠有效解決，私人醫療保險可以是一個分攤個人健康風險的有效方法。
- (丁) **強化私營界別的角色，與公營系統並存**：透過持續鼓勵私人醫療保險及私營醫療市場增加透明度和促進競爭，以及保障消費者的權益，醫保計劃可幫助市民持續獲得物有所值的私營醫療服務，以及提高他們透過私人醫療保險長期獲得醫療保險保障的能力。此外，醫保計劃亦有助確保私人醫療融資

能夠有成效及有效率地投放在切合市民醫療需要的私營醫療服務上，從而促進私人資金參與日後進一步的醫療融資。

(戊) **減輕公營醫療系統的負擔及提升醫療系統的長遠可持續發展能力**：在醫保計劃下，私人醫療保險會較為負擔得來，而私營醫療服務亦會更具吸引力，並且在日後人口老化和投保人士年紀漸長時，仍能保持其吸引力，令投保人士負擔得來。因此，醫保計劃有助把一些原本須由公營醫療系統應付的醫療服務需要，轉移至私營醫療界別。隨著有更多市民透過醫保計劃選用物有所值的私營服務，醫保計劃會有助減輕公營系統的負擔，從而令公營醫療服務可更專注於把資源投放在目標服務範疇和人口組別，即(i)急症和緊急醫療服務；(ii)為低收入人士及弱勢社羣提供服務；(iii)需要昂貴成本、先進技術和不同專科合作診治的疾病；及(iv)培訓醫護專業人員。

13. 自願參與並受政府監管的私人醫療保險模式有下列缺點—

(甲) **管制工作及所需的成本**：現行保險監管制度着重於承保機構的償付能力，並沒有擴及對產品或保費的監管。現時的保險監管制度須要重整，以配合醫保計劃的要求，並為選擇購買私人醫療保險的人士提供更佳保障。推行醫保計劃，需要政府在監管、配套設施及專業知識方面，作出更強而有力的管制。

(乙) **涉及行政費用**：如果遵從醫保計劃的規定，會為保險公司帶來大量行政工作，保費或會因而增加，以便保險公司收回增加的行政成本。如這類基本成本過高，保險公司或不會參與醫保計劃。

(丙) **融資較不穩定**：與政府資助模式比較，自願私人醫療保險所提供的融資較不穩定，這是因為融資金額取決於個別人士的經濟能力，而經濟能力則會受經濟周期等因素影響。

(丁) **可能導致濫用醫療服務**：由於使用醫療服務的費用由第三者(即承保機構)承擔，私人醫療保險容易受道德風險問題影響，導致病人濫用醫療服務。不過，醫保計劃下的標準醫療保險計劃，由於保險結構和保障範圍劃一，通過設計保障範圍(例如涵蓋不容易被濫用的服務)和其他索償的條款(例如

針對可能被濫用的服務設分擔費用或免賠額)，可以較有效地控制使用量以減少潛在的過量使用或濫用服務。

(戊) 對保費日漸上升的關注：在醫保計劃下，醫療服務(包括私營界別)的使用情況及支出可受到較佳的控制，但因受保人士的醫療需求會隨着人口老化及醫療通脹問題而增加，保費或仍會上升。透過在醫保計劃下設定更明確和更具透明度的收費和索償額、建議訂立具透明度和按年齡分級的保費表，以及制訂保費調整機制，可減輕這方面的憂慮。

徵詢意見

14. 請委員閱悉本文件的內容。

食物及衛生局
二零一二年三月