







**sungming chow**  
30/05/2008 10:41






To beStrong@fhb.gov.hk  
cc  
bcc  
Subject my views for the consultation

Urgent     Return receipt     Sign     Encrypt

Attached please find 7 documents submit for the consultation.

---



 Yahoo! Mail具備一流的網上安全保護功能![了解更多](#)
 洛-攏-斗-刺-噠.doc
  洛-攏-噠-噠-噠.doc






 俱-鎖-噠-噠-噠.doc
 洛-攏-噠-噠-噠.doc
 刺-噠-噠-噠-噠.doc
 噠-攏-噠-噠-噠-30.doc
 噠-噠-噠-噠-噠.doc

## 反對強制醫保系列之一

### 醫療保險毋須一刀切

鄒崇銘

正當流感肆虐香港而鬧得滿城風雨之際，食物衛生局如期推出醫療融資的諮詢文件，為市民多年來的懸念劃上一個階段性的總結。由於近日大家對健康問題的加倍關注，相信諮詢期內的討論亦會更加認真，這對香港醫療的長遠發展未嘗不是好事。

諮詢文件雖然羅列了眾多方案，但特區政府明顯傾向強制「儲蓄＋保險」的主流方案，讓全港月入逾萬元的 170 萬打工仔，皆按月入約 3% 參與強制供款計劃。筆者毫不諱言，這和我過去多年一直大力主張的方案十分接近（詳見拙作：《能醫不自醫——香港醫療改革的難產與生機》，2006 年）；然而當中亦有相當微妙的出入，所謂「差之毫釐，謬之千里」，在澄清這些不同方案的區別時，相信亦能令讀者更加明白，筆者對上述主流方案的憂慮所在。

簡單來說，儲蓄乃是每名市民的個人醫療資產，但保險則是集體分擔風險的工具；儲蓄乃是未雨綢繆之舉，保險則代表著同舟共濟；醫療儲蓄的討論已進行多年，保險則是近期衍生的事物。採取強制購買保險的方案，唯一的理據在於需要「把餅做大」，如此每人的供款額才會相應下調，令方案更具財務上的吸引力。從方便管理的角度而言，這實在是無可厚非的；但從市民的實際需要而言，這方案卻明顯無法滿足大部分市民的要求：

1. 對於負擔得起的中產市民，政府根本毋須強制，他們亦會購買私人醫療保險；但對於收入偏低的市民而言，就算政府強制供款，他們根本亦無力負擔比現時一般公立醫院更佳的增值服務，因此保險最終亦只會得物無所用；
2. 對於年輕力壯的市民來說，付出月入 3% 的供款會感到心有不甘；但對於年事已高的市民而言，由於醫療風險倍增，即使供款 5% 亦可能不敷應用；
3. 對於大部分市民的一般病症，現時市場上的醫療保險已有足夠保障；但若要覆蓋診治費用高昂的奇難雜症，便難免要拉高整體供款的水平。

因此，醫療保險雖然有助補充儲蓄制度的不足，但具體方案卻無法取得大部分市民的支持。要有效推行醫療保險制度，政府便必須避免一刀切，而應針對不同群體的需要加以對症下藥。例如對於年輕力壯的中產市民來說，政府根本不用過於費心；對於年事已高但又願意購買保險、尋求較佳醫療保障的市民，政府則可採取財稅誘因加以鼓勵；但對於醫療風險較高又無力負擔的市民，又或是一些市場

無法承保的奇難雜症，政府則只能通過公帑提供公共服務。

按此而言，全民強制購買保險雖然有助降低整體財政成本，但對不同群體來說，卻存在著眾多資源錯配的隱藏成本，這和醫療儲蓄最終仍屬個人資產絕不一樣。需求迥異的市民縱使被迫參加供款，相應的保障卻無法滿足他們的需要，如此便等於變相要他們資助別人的花費，而這尚未論及醫療保險可能觸發道德風險和成本急升等問題。筆者相信，全民醫療儲蓄將較能得到市民的理解，惟醫療保險要取得大部分市民的支持，有關方案便需定得更細緻和更具針對性。

## 反對強制醫保系列之二

### 醫療保險令人無從「掌握」

鄒崇銘

千呼萬喚的「掌握健康、掌握人生」諮詢文件終於出台。或許由於這份文件已拖延經年，加上筆者一直關注草擬的過程，因此多少抱著很高的期望；但當看過諮詢文件的真面目後，卻難免感到十分失望。這並非因為改革的思路出現問題，而是在於文件無法提供充分的理據，能夠給予市民足夠的信心，對改革的後果「心中有底」。

首先，正如過去十多年數份諮詢文件的問題，當特區政府提出新的融資方案，意味市民的供款負擔將會增加，這難免會對改革產生反抗的情緒。政府不能一味只說現有制度的壞處，市民早已不再受落這一套；政府必須說服市民新制度能帶來什麼好處，也就是說：「一分錢，一分貨」，在大家付出多少金錢之後，便會得到多少額外的服務，較諸現時公立醫院主導的模式有何差別。

可惜的是，所有諮詢文件皆無一例外地對此缺乏承擔。例如筆者尋遍現在這份厚達 130 頁的新文件，當中便只寥寥數筆的指出：「參加者可通過受規管的醫療保險和任何自行購買的附加保險，使用各類由私營醫療界別提供而且更配合個人需要的醫療服務。參加者亦可選擇公營醫療界別提供的醫療服務，當局會按適用的分擔費用或免賠額，向其保險收取他們使用有關公營服務的全部成本……參加者可選用公立醫院提供的私家服務，或與其他沒有投保的病人一樣經輪候和分流機制使用一般的公營醫療服務。」(13.2(e)節, 第 79 頁)，如此而已。按筆者原來的期望，這縱使不是整份諮詢文件的主題，最少也應該有一整章來討論。

由於現時私家醫院數目非常有限，需求稍為上升已「迫爆床位」，醫療費用亦大幅飆升，試設想日後若有 170 萬人購買保險，私人市場一下子更無法承受。而所謂的「公立醫院私家服務」，現時仍處於極低度發展水平，到底日後會採取什麼發展思路？怎麼進行合理的資源分配？公立醫院是否需要私營化？這些都是必須從長計議的事情，但諮詢文件卻全無交代。

其次，或許是更致命的問題，在於所提出的「個人康保儲備」，採取「群體保費率收取劃一保費」，將原有的儲蓄功能一下子變成保險功能，正如報章大字標題：「儲蓄盡被保險蠶食」。試設想一名月入萬元、供款 3% 的市民，到 65 歲時已花掉逾 70 萬的保費，儲蓄戶口尚存逾 20 萬元的赤字，而他可能根本從未享用過任何相關服務！無論從任何角度看來，這皆是一個匪夷所思的建議，根本無可能取

得市民的支持。

這難免令筆者想起九年前的哈佛報告書，提出全民供款保險的建議，不明為何至今仍有不少政黨重提。「哈佛」和「康保」方案的致命傷，皆在於要求市民、尤其是中產階級，承受極為沉重的供款負擔，但最終卻很可能只為他人作嫁衣裳，供款盡為一小部分人士花光，又或淪為保險、藥廠和醫生的暴利，而自己在供款數十年後卻一無所有。對此諮詢文件同樣只寥寥數筆：「可通過保險計劃的設計（如涵蓋不容易被濫用的服務）及其他索償條款（如對於可能被濫用的服務，收取較高的分擔費用和免賠額），便能更有效地控制投保人的行為，以減少潛在的過量使用或濫用服務。」如此草率和毫不專業的解釋，試問又是否過於低估市民的智慧了？

## 反對強制醫保系列之三

### 醫療保險：整合、包底與防止爆煲

鄒崇銘

「掌握健康，掌握人生」諮詢文件推出以來，「個人康保儲備」成為公眾討論的重點，而當中強制醫療保險的建議，更加極富爭議性，成為討論話題的「重中之重」。筆者細看過去數周的報導，發現公眾關注的焦點主要有三方面：

#### 1. 現行計劃的整合

按照目前政府的建議，全港月入逾萬的 170 萬打工仔，均需要強制參與新的保險計劃，並且不論年齡貧富劃一供款額。但目前市場上的保險計劃千差萬別，假如都要削足就履嵌入新的計劃，確難免會造成過渡的困難。不過更加關鍵的問題其實在於，目前市場百花齊放的局面將會消失，市民將失去保險產品選擇的權利，醫療保險的自由市場亦不復存在。

筆者認為更恰當的做法，在於對現行市場上的計劃進行認證，讓合資格的計劃納入政府的規管和資助範圍。政府可直接向購買保險的市民戶口注資，以作為吸引市民購買保險的誘因，而收入較低和年齡較高的市民，則可相對獲得較多的注資；即使沒有自行購買保險的市民，政府亦可注資任職機構的醫療保險戶口，讓其獲得高於僱主提供的保障。這項建議的好處是簡單易行，並且不會招致強烈的反彈。

#### 2. 保險賠償的包底

不少市民亦會擔心，私人醫療保險的漏洞和糾紛很多，即使買了保險亦未能得到充分的保障，甚至保險公司會引用諸多免責條款拒絕賠償。假如大家看過美國導演米高摩亞的新片《SICKO》，講述美國人如何受保險公司魚肉，以致利益受損甚至家破人亡，相信以後對醫保都會敬而遠之。就算政府多番強調會加強監管，香港市民亦不可能太有信心。

筆者相信更加實際的方法，是政府對認可保險計劃進行「再保險」，讓市場無法覆蓋的投保人得到「包底」保障，這和諮詢文件提出第二安全網的建議相似。驟眼看來，此舉好像鼓勵保險公司把賠償責任推給政府，但其實這將會為政府提供更大的誘因，通過「再保險」的專責機構與保險公司討價還價，形成良性的互相制衡監督體系。

### 3. 防止醫療保險「爆煲」

上述兩項問題由於涉及供款者個人的利益，因此較受廣泛的關注；相比之下，整體醫療保險的財務風險、醫療開支可能急升的危機，才是更根本的核心問題。可惜的是，諮詢文件對此的著墨最少，公眾對此的認知亦不多。官員只反覆強調可通過共同付款(co-payment)來減低濫用，並考慮限制保險公司行政費的比率。

筆者相信，這些都是必須但卻並非關鍵的措施。政府極其量可以防止市民濫用保險，但卻完全無法防範「供應方的道德風險」，也就是服務提供者大吃「免費午餐」的可能。這是美國和瑞士等地類似的醫療制度，目前面對的最嚴峻的重大困境，但諮詢文件竟對此隻字未提，這已足以令整份建議的質素大打折扣，甚或令人產生潛在利益輸送的疑慮。

目前香港私家醫院病床只有三千多張，近年需求稍升便早已迫爆病房，醫生收費更加飆升至天文數字，假如政府鼓勵市民使用私人醫療服務，這便不再單純是市場供求和價格的問題。正如諮詢文件指出，公立醫院亦需加強私家服務以容納新增需求，其實此舉不但可以穩定和平衡整體市場的供求，更重要的是可為市場提供基準成本和指標收費，讓市場參與者包括保險公司和市民有所依循；當然，如何控制公院的成本急升，政府的責任亦同樣艱巨，但近年已有一定的成效。這一看似微小的環節，相信對控制醫療開支上升至為關鍵。

歸根究底，到底是否 170 萬香港打工仔都要購買保險，這仍是個極為值得置疑的建議。目前香港每年住院人次均逾 120 萬，試設想在這 170 萬人中，最少也有包含了每年 20 萬的住院人次，就算公院私家服務大幅擴展，又是否足以覆蓋這大量新增的需求？日後醫管局的大量精力都用在發展私家服務，試問基層市民的健康又由誰掌握？

## 反對強制醫保系列之四

### 醫療改革諮詢的潛台詞

鄒崇銘

大凡是任何公共政策的討論，皆涉及兩個迥然不同的面向：既有關於整體社會、公眾利益的一面，亦有涉及特殊群體、利益分配的一面；既有理性、科學決策的一面，亦有如經濟學強調的「公共選擇」(public choice)——而往往亦是如「囚徒兩難」(prisoner's dilemma) 的、集體非理性的一面。醫療改革的討論亦不例外，既有強調資源分配的公平和合理性、不同階層的投入和承擔、市民獲得的保障和選擇等...不過，自然亦難以迴避資源由誰掌控、那個群體最能得益、權力版圖如何劃分等問題。

一般來說，公眾所能看到的公共政策討論，往往屬於前一面向；後一面向則通常心照不宣、存在於公眾視線之外，筆者姑且稱之為公共政策討論的「潛台詞」。筆者最喜歡引用的一個例子，就是近十年前發表的哈佛報告書，建議設立全民醫療保險制度，徹底實行「錢跟病人走」的理念；而與此同時，亦建議將醫院體系作出翻天覆地改革，結果當然換來醫管局的強烈反彈，改革亦難免無疾而終。一手籌建醫管局的行政總裁楊永強，後來更成為衛生福利局長，反過來推出另一份更有利於醫管局的改革方案。

對於「掌握健康、掌握人生」諮詢文件，公眾的焦點難免落在供款制度——特別是看來政府屬意的「康保儲備戶口」之上，例如日後大家需要付出多少金錢，以換取怎樣的醫療服務等等...但在面對同一個問題時，同樣亦可首先倒過來先看看，市民的供款將會由誰來掌控，最終又會落入誰的口袋，改革讓誰獲得最大的利益，諸如此類。當然，你或覺得這具有濃厚的陰謀論色彩，但公眾若不深究這些問題，其實又往往難以掌握爭論的本質，令諮詢過程彷如瞎子摸象。

筆者相信，醫療融資改革討論的核心，在於現時公私營醫療體系失衡，公立醫院需求超出負荷，私家醫院無法大展拳腳；而政府則希望透過融資安排，引入多元化的新增資源，分擔醫療開支對公帑的壓力。和其他「私營化」政策相若，政府的如意算盤在於：讓市場和消費者獲得更大的自由，讓「無形之手」局部取代政府的「有形之手」。

然而，問題卻在於，原來屬於政府和醫管局的重責，最終又會具體付托給誰呢？「康保儲備戶口」已清楚地提出，讓 170 萬中產以上收入的供款人士，日後可通過強制保險轉用私營服務；也就是說，首先是保險公司，其次是私家醫生，搖身



變成政府倚重、解決問題的關鍵人物。但政府對於他們能否「不辱使命」、順利接棒，其實卻是心中沒底；更甚的是，政府既已明言「欽點」他們承繼醫療大業，他們更大可振振有詞和政府討價還價。

因此，連月來我們可以看見政府頻頻出招，一會兒說要限制保險業收取行政費，一會兒說醫療收費要集體議價，無非就是希望說服公眾，政府是有能力抵住「兩座大山」，請市民放心支持改革。至於業界本身呢，正所謂「王帝不急太監急」，既然政府自願送上一塊肥肉，他們根本沒需要現時便乖乖就犯，心甘情願為配合改革而作出妥協。

目前政府面對的正是如此一個兩難：要令改革取得實質成效，便難免要「大山」受到約束，不能讓他們乘機坐大甚或失控；但若希望諮詢能盡快取得共識，避免像過往十多年般無疾而終，便難免要局部對「大山」屈服，但如此一來政府勢將更陷於被動，甚至喪失未來對改革的主導權。正如筆者過往一直強調的（參見拙作：《能醫不自醫——香港醫療改革的難產與生機》，2006年），政府一早便應向鄧小平學習——「摸著石頭過河」，重視試點工作，先行局部啟動有利改革的良性誘因，逐步形成有利改革的社會氣候，而非一下子便推出完美的烏托邦方案，到頭來卻無法找到政治現實中的立足點。

## 反對強制醫保系列之五

一矢中的抑或狂轟濫射？

鄒崇銘

《掌握健康、掌握人生》的三個月諮詢期行將屆滿，政府推出新一輪的「睇準就要射」宣傳廣告，意思是醫療改革已討論了十幾年，不能夠無止境的拖延下去，應該是時候來個最終了結。政府推動醫療改革的決心無人懷疑，近期的諮詢工作亦明顯較過去來得細緻，但問題卻在於：社會對改革的方向是否已有共識？亦或只是政府一廂情願、「霸王硬上弓」？這些都是令人十分擔憂的問題。

先說目前政府較屬意的「康保儲備戶口」，當中強制私人醫療保險乃是核心建議，除了早在 1994 年的《促進健康諮詢文件》曾經著墨外，十多年來一直未見任何跟進探討，在《哈佛報告書》和《健康伴我行》兩份文件中，皆並未放在考慮之列。就筆者印象所及，直至前年推出的《創設健康未來》文件時，政府仍未有就強制醫保展開研究；差不多要到了去年底，官員才開始有限度的放風，逐步把它提升至現時的核心地位。因此公眾對強制醫保的認識是否足夠、討論是否成熟，具有「一矢中的」的信心，實在是個極大的問號。

當然，推出的時間長短是一回事，方案的完備程度又是另一回事。假如「康保儲備戶口」是個研究透徹的完備方案，又能說服多數人其種種過人優點，則市民仍有可能支持政府這「臨門一腳」。可惜的是，涉及強制醫保涉及的種種問題，例如百多萬打工仔每月供款 300 元，換來的將會是怎樣的服務模式？保障是否全面和充分？私家醫院和保險業如何監管？會否出現濫用和成本急升等問題？凡此種種，無論在諮詢文件內和官員的言談間，皆並無清晰和一致的答案，這又令市民平添不少困惑。

環顧整份諮詢文件，討論醫療融資的章節超過 50 頁，討論醫療服務的只有不足 20 頁。我們當然不是期望一份諮詢文件便能解決所有問題，也不是說諮詢文件的建議一無是處；但這樣的編排卻切切實實反映了決策者的思維，忽視過往多次改革失敗的教訓，至少令市民產生以下的錯覺：

一、金錢是萬能的，有了錢便所有問題都能解決——剛好近期上映的《美國清一 Sick 檔案》(SICKO)，內容正是美國如何過度依賴私人醫療保險，結果供款皆如泥牛入海，賠上了巨額的保費，健康卻得不到太大的保障。醫療保險超支是美國和瑞士面臨的嚴峻課題，但文件對此卻無法提供滿意的解決辦法。

二、*私家服務是萬能的，供款者都能轉用私家醫院*——環顧整份諮詢文件，僅有一章「加強公共醫療安全網」只有兩大頁！其餘的章節皆強調私人市場的作用。筆者當然明白，決策者未來對公共醫療的承擔，並將致力維持公立醫院的關鍵角色；但更重要的在於，文件片面要求市民採用更多私家服務，又或向私家醫院採購更多服務，卻沒有相應探討私家服務的供應和監管模式。

三、*醫療是萬能的，醫院能解決所有健康問題*——這樣說或許並不公道，因為諮詢文件的第二章近十頁，都在討論「加強基層醫療服務」。但請恕筆者吹毛求疵，奇怪的是為何這章稱為「醫療」而非「健康」或「疾病預防」；而且更重要的是，整個有關融資的討論皆只談醫療，不談健康、預防和公共衛生，新的融資建議並沒有任何增強市民預防疾病的誘因。

醫療改革是個極為繁複的社會工程，需要整體的佈局和細緻的策劃，加上循序漸進的營造和推進，假如參與者是一隊球隊的話，便不能單靠前鋒球員盲目衝鋒陷陣。正如筆者過去不下十數次撰文指出，決策官員應多向鄧小平學習，抱著「摸著石頭過河」的態度，重視試點工作和總結經驗，如此才可能催生良性的誘因，逐步擴大改革的空間。一下子便提出未經考驗的烏托邦方案，要求全民投入充滿變數的政策實驗中，妄想這便能令改革一蹴而就，未免是過於粗枝大葉的做法。

## 反對強制醫保系列之六

### 康保儲備能融資 30 億？

鄒崇銘

《掌握健康、掌握人生》諮詢已接近尾聲，總結過去數月公眾關注的焦點，自然落在看來政府屬意的「康保儲備戶口」，建議全港月入逾萬的 170 萬打工仔供款，作為醫療保險和儲蓄的雙重用途。以往大家較多提出的問題，包括市民在供款之後，將換來怎樣的服務？保障是否全面和充分？私家醫院和保險業如何監管？會否出現濫用和成本急升等？這些都是市民切身利益攸關的問題。

但一個似乎更根本的問題，卻仍然鮮有為人所提及——就是籌備經年設立「康保儲備戶口」，到底能帶來多少的新增資源？它對解決醫療融資問題的作用有多大？要算這盤賬其實極為簡單，假如按照 2005 年的物價水平計算，170 萬人每人每月供款 293 元，每年的供款總額便剛好是 60 億元。但正如政府官員所指出的，新計劃將與現時的私人或僱主醫療保險整合，避免公眾無謂的重複供款，因此新增資源將遠低於 60 億元。

在近期很多討論醫療改革的場合，不少市民都不約而同表示，他們本身已經購買醫療保險，根本不用政府強制才購買。事實上，根據諮詢文件提供的資料，2005 年私人醫療保險的賠償額約為 10 億，僱主醫療保險的賠償額更接近 20 億（僅包括住院醫療保險而已），假設現時保險業利潤加上行政費是 20% 計算，港人每年花在醫療保險的金額已接近 40 億。隨著近年經濟的持續改善，有關數字更肯定遠超此數。

試設想，若日後政府推行「康保儲備戶口」，其實在 170 萬供款者當中，大部分現已分別購置私人或僱主醫療保險，只須將現時的供款轉往新的戶口，金額可高達數十億元。也就是說，新制度很可能只提供約 20 至 30 億的額外融資，佔香港總體醫院服務開支低於 10%。換句話說，目前公立醫院開支約佔市場略低於 80% 的比重，將會逐步下降至約 70%；私家病床的數目則可望由目前的約 3000 張，上升至 4000 多張。

列舉以上的一大堆數字，所帶出的主要問題在於：「康保儲備戶口」到底能帶來多少實質改革？是否真的足以減輕醫療開支的壓力？對打破目前公私營醫療失衡又有多大作用？諮詢文件已清楚表明，羅列的各個方案均屬「輔助融資方案」，也就是說，未來以公帑資助的公立醫院服務，肯定仍是香港醫療體系的主要模式；但既然如此，政府勞師動眾設立「康保儲備戶口」，又到底是否合乎成本效

益？它又會否帶來一些意想不到的新問題？

首先，醫療服務乃是一個信息極不對稱的市場，很多時候病人根本難以知悉，例如做一個手術到底應花多少錢，甚至連是否需要做手術也不大清楚。因此政府必須想方設法，避免供應方的道德風險或「尋租行爲」的出現——即保險業和私家醫生濫用新制度，作為他們謀取暴利的新渠道。如此一來，新增融資不但對市民毫無益處，到頭來只成為利益集團的飯後甜品。

其次，私家醫院服務是極具壟斷性的行業，香港醫生的總數目雖然不比其他先進國家為少，但絕大數皆是專注頭昏頭痛發燒感冒的社區基層醫生，至今大部分市民患上重病仍會依賴公立醫院。香港要一下子增加 1000 多張私家病牀，應該沒有太大的困難；但要找到足夠資歷的私家醫生來提供相應服務，卻絕非一件容易的事。顯然易見的是，在新政策下私家服務需求一旦急升，將可能導至私家醫生收費大幅飆升。

最後，在私家醫院服務短期無法大幅增加之際，政府唯一可以考慮的辦法，就是讓部分公立醫院服務私營化。這本來並非什麼新鮮事物，例如港大林兆鑫教授以往便接過不少私家症；但日後一旦通過政策加以推動，公立醫院的私家服務很可能大幅擴展，則醫管局便有極大的誘因，將公共醫療資源向私家症的病人傾斜，以爭逐和吸納新增的融資。如此一來，公立醫院原來的服務亦可能會大受衝擊。

由此可見，強制醫療保險的根本問題在於：帶來新的服務需求並非市場自然形成的、而是由政策帶動的虛假需求。除非政府對市場收費進行監管，又或具備調節服務供應量的巨大能力，否則新增需求極可能只會帶來市場混亂，改革所會產生的後遺症，將遠比帶來的好處要大得多。