



香港復康會
The Hong Kong Society
for Rehabilitation

香港復康會 就《自願醫保計劃》提交的意見書

香港復康會

香港復康會於1959年成立，一直關注殘疾人士、長者和慢性病患者及其家屬的福祉，服務包括全人復康、持續照顧和無障礙運輸及旅遊等，致力與各界倡議和創建一個共融和健康的社會。香港復康會的委員會成員來自服務對象、不同病人自助組織和社會服務界代表，醫生、學者等；而員工方面背景亦非常廣泛包括註冊社工、註冊護士、物理治療師、職業治療師等不同的專業人士等。

引言

面對社會對公營醫療服務需求日益增加的情況，食物及衛生局計劃推出自願私人醫療保險計劃（下稱「自願醫保計劃」或「醫保」），並進行諮詢。本會透過與不同長期病患者、殘疾人士、病人組織等個別面談、出席不同的諮詢平台、同工和委員會會議、文獻回顧等，對擬議的「醫保計劃」作出討論。本會現就「自願醫保計劃」提交意見，以供食物及衛生局和相關持份者參考和進一步討論。

整體來說，本會支持自願醫保計劃是一項藉加強消費者對私營醫療服務的信心而調節公私營醫療系統平衡的一項措施。由於「醫保計劃」只是輔助性的融資安排，不能解決本港醫療服務的所有問題。再者自願醫保計劃能否成功，取決於投保人數和因計劃由公營轉投私營醫療服務的人數。如若參加醫保計劃和轉投私營醫療的人數有限，則不能縮短公營醫療服務的輪候時間，公私營失衡問題將持續，病人並不能受惠。

本會現就(1)整體計劃之預期成效及受惠對象、(2)自願醫保計劃的主要內容及(3)長遠配合自願醫保計劃和醫療服務的措施等三方面提出意見及建議，期望本港之醫療系統能更持續發展。有關之意見，簡述如下：

意見

(1) 整體計劃之預期成效及受惠對象有限

根據統計處《第 62 號專題報告書》和《自願醫保計劃》諮詢文件的內容推算¹，假設在職的殘疾人士和長期病患者每月收入之 5% 為保險支出，**96.6% 殘疾人士和 91.3% 長期病患者未能負擔和參與「醫保計劃」**，而只有約四份之一(25.5%)在職的殘疾人士和三份之一(32.3%)在職的長期病患者能負擔醫保，分別佔整體殘疾人士的 3.4% 和佔整體長期病患者的 8.7%。可見，只有少數現時的殘疾人士和長期病患者能夠直接受惠於「醫保計劃」。

對於一般健康的市民而言，高昂的保費只是一些經濟能力較高的人士和家庭所能負擔。根據保險業界的估算，對健康之年輕人士來說 (35-39 歲)，計劃推行時保費最高的估算是約為每年 6,209 元。如以現時 60 歲為退休年齡，於 60-64 歲時的保費最高估算約 13,386 元，65-69 人士則為 16,685 元。年輕和其他社會人士的承擔能力需作更務實的估計。

事實上，諮詢文件就指出，政府預期「醫保計劃」推出後，個人住院保險在總人口的投保率只會溫和增加 3%，即增加至 29%，並未能大幅增加投保人數。海外經驗亦反映即使私營醫療服務的使用量增加，公營服務的使用量也有同時增加的情況。由此可見，整體計劃的受惠對象會集中於經濟能力較高、健康狀況良好的人士，而基層市民未能直接受惠，只有少部分長期病患者和殘疾人士能負擔投保，計劃能否達到縮短公營醫療服務的輪候時間的預期成效值得關注。

(2) 擬議之自願醫保計劃不足之處和本會相應之建議

¹ 備註：

計算方法：按保險業界建議，個人每月保險支出不應超過其每月入息的 10%。由於殘疾人士和慢性病患者有較高的醫療和復康治療開支，因此假設他們在保險支出的負擔能力為一般人士的一半，即為每月收入的 5%。諮詢文件指自願保費的平均年費為 3600 元，即每月 300 元。高風險人士的附加保費為標準保費的 200%，即其保費每月平均為 900 元。透過分析統計處《第 62 號專題報告書》就業殘疾人士的每月入息分佈（第 75 頁），粗略估計 13.2% 就業殘疾人士中 25.5% 能負擔得起每月 900 元的保費，即佔整體殘疾人士的 3.4%；如此類推，透過分析就業的慢性病患者的每月入息分佈（第 106 頁），粗略估計 26.9% 慢性病患者中 32.3% 能負擔得起每月 900 元的保費，即佔整體慢性病患者的 8.7%。

注意：

由於統計處《62 號報告書》指出殘疾人士和長期病患者人口資料有重覆的可能性，故兩者的數字不能直接相加。同時，由於計算步驟時採用不同的基數（分別為 578,600 人 及 1,375,200 人），兩組人士的百分比不能相加作為總和。

不足之處	建議
<p>2.1 「承保已有病症人士」與「終生續保」為計劃核心，不可或缺</p> <p>保險業界指削減「承保已有病症人士」與「終生續保」，有助減輕保費，吸引更多人投保。事實上，若取消此兩項條款，當局便無需再推出自願醫保計劃，而可改為直接推出規管醫療保險產品的措施，並把剩下的資源投放於其他改善醫療系統的措施之上。</p>	<p>保留「承保已有病症人士」與「終生續保」等計劃條款，是外國保險業的一般做法，亦不致失去計劃的原意。</p>
<p>2.2 監管保險業界，保障投保人士</p> <ul style="list-style-type: none"> - 根據保險索償投訴局的資料顯示，2014 年內，審結的 344 宗保險申訴個案中、只有 10 宗個案「申訴得直」，²假若不加強對投保人士的保障，將大大影響投保人士參與計劃的信心。 - 計劃提供「永遠續保」雖具吸引力，但並不代表永不加價，而保費增幅也是透過自由市場決定，變相沒有限制。 	<p>政府有責任加強對保險業界的監管，包括監管保費加幅的機制和措施，使保費的加幅維持在合理的水平等。</p>
<p>2.3 投保者的健康風險評估準則欠透明</p> <p>投保人士的健康風險評估主要由承保公司所負責，但有關如何釐定「高風險」的準則並未公開。</p>	<p>承保公司需讓公眾了解釐定「高風險人士」的準則，增加透明度，以釋除市民的疑慮。</p>
<p>2.4 「高風險池」的可持續性</p> <p>雖然政府已注資入 43 億於「高風險池」，並表示會於「高風險池」不能維持運作時，考慮撥款支持。但現階段政府並無實際承諾假若「高風險池」的資金耗盡有何安排。</p>	<p>當局需明確表示對「高風險池」的撥款和運作有更長遠的承擔和規劃。</p>
<p>2.5 扣稅金額偏低誘因不足</p> <p>當局雖建議為購買醫保的市民提供平均港幣 450 元的扣稅金額，但坊間普遍反應一般，認為欠缺吸引力。</p>	<p>政府調高扣稅金額，增加消費者的投保意欲，不然未能達至分散風險(Risk Pooling)的作用。</p>
<p>2.6 等候期過長</p> <p>計劃中投保前已有病症的投保人必須於計劃生效的第二至四年內才可逐步獲發全部償款，時間過長。而其他國家，如澳洲的醫療保險計劃對於承保投保前已有病症的人士的等候期為一年。</p>	<p>將「醫保計劃」的等候期縮短，讓投保前已有病症的人士可以提早獲得醫療保障。</p>

² am730，2015 年 3 月 31 日，「個案按年升 13% 保險投訴「獲勝率」僅兩成」

<p>2.7 欠缺延繳保費的安排</p> <p>雖然當局建議計劃第二年後，只接受 40 歲或以下人士投保，但此安排卻對投保後出現短暫經濟困難而被迫「斷保」的人士構成影響，因為他們於 40 歲後並不能再次投保。</p>	<p>參考市場上現行的做法，考慮為有短暫經濟困難的人士提供一年延繳保費的寬限期。此外，當局應就有關 40 歲年齡限制作出修訂，以吸引更多人投保。</p>
<p>2.8 可索償的保額不足</p> <p>計劃中的可索償醫療開支保額並不足夠，以非手術癌症治療為例，現時建議的每宗病症的賠償上限為 150,000 元，但由於標靶藥物昂貴，一般數月內已達賠償上限。</p>	<p>調整賠償上限以回應實際需要，並加強對投保人的吸引力。</p>

(3) 配合自願醫保計劃及醫療服務的措施

3.1) 推動認可的「病人自我管理」健康教育，以配合自願醫保計劃、基層醫療、第二層醫療及復康服務

由於復康過程漫長，支出龐大，而現時自願醫保計劃中的「標準計劃」並不包括基層醫療、第二層醫療及復康服務，保障範圍不足。本港及外國多個研究指出，有效的復康服務能改善患者的健康狀況、預防其病情進一步惡化，亦能提高患者的疾病風險觀念和意識。對已購買醫保的患者來說，他們可以透過病人教育而降低住院和進行先進診斷成像檢查的需要。

有些經濟體如新加坡和澳洲³已直接建構長期病患者的自我管理課程為保險或醫療體制的一部分；亦有「替代醫院服務」（Hospital-Substitute Services），善用社區非政府服務機構的協作，為患者提供所需的支援。

然而，本港醫療系統推行長期病患者自我管理課程，主要是透過醫院管理局的「病人自強計劃」（基層醫療服務），以投標的方式委託非政府機構提供，服務對象主要為糖尿病和高血壓等患者。臨床數據顯示，計劃能有效改善病人之病情，亦減少了他們使用醫療服務的次數和開支。可是，由於計劃以短期招標的形式推行、每年的服務人數、對象等都有限，未能完全發揮其效用。

³ Under Broader Health Cover (BHC) Reforms of Hospital-substitute Services and Chronic Disease Management Programs (CDMPs), insurers are allowed to offer general cover for a broad range of treatment services that substitute for, or prevent, hospitalization. BHC also includes CDMPs to assist patients with chronic diseases to better manage their condition, reduce their risk factors and/or delay disease progression. CDMPs can be either directly provided by health insurers or contracted out to a service provider on behalf of the health insurer. Services can be delivered by a range of health and allied health professionals.

我們建議政府制定推動病人自我管理的政策，為病人提供認可及具成效的病人自我管理課程和教育工作，配合自願醫保計劃、基層醫療、第二層醫療及復康服務，推動更具成本效益的支援措施。

在社會服務方面，香港復康會社區復康網絡自 1994 年起致力為不同的長期病患者提供社交心理支援、自我管理、病人教育和自助互助等服務，不同研究顯示服務能提升參加者生活質量和減少使用醫療服務。

3.2) 有效運用社區服務之人力資源

醫院管理局之醫護人員退休潮預計於 2016 年出現，公營醫療系統服務將會面臨重大的考驗，即使食物及衛生局已展開人力資源規劃，但亦需時培訓人才及累積經驗。

局方應調配充分資源於基層或第二層醫療服務中，與社區產生更大的協同效應，運用社區之人力資源，如非政府機構同工之輔助醫療人員為病人作教育、治療等支援、運用病人朋輩之資源和影響力，在病人教育、心裡支援等不同層面參與，提升醫療和社區的能力，促進更持續和全面的醫療服務。

3.3) 提升市民的醫療保險知能(Health Insurance Literacy)和參與能力

醫療保險政策的成功，需要政府、服務提供者與及市民三方面的互動，包括有關計劃的宣傳，投保人士對計劃的認知和政策的不斷完善和改進等。本會在諮詢服務使用者的過程中，發現很多人士對擬議之自願醫保計劃認識不多，加上保險概念和相關術語亦艱澀難明，窒礙他們對自願醫保計劃的參與。

雖然政府計劃設立不同的規管和投訴機制，但是私人醫療保險的保費調節仍取決自由市場運作，所以病人作為消費者的角色相當重要，特別是反映有關投保服務的意見。根據保險索償投訴局的資料⁴，2014 年共處理 603 宗新投訴個案，而在已審結的 344 宗個案當中，醫療、住院保險佔 156 宗(45%)，屬於最大部份。該局指出，糾紛主要涉及「保單條款詮釋」(即投保人和保險公司對單一保單條款有不同的理解)和「不保障事項」。這可能由於條款涉及專業醫療知識，市民難以完全理解當中的條款，加上對醫療保險的認識不足，未能選擇最適合的產品，從而增加出現索償糾紛的機會。

此外報道又指出，在審結的 344 宗個案中，有 68 宗個案是投保人與保險公司達成和解⁵，約佔了 20%。事實上，按是次醫保計劃的建議，如遇上任何醫療保險上的糾紛，是鼓勵以調解和仲裁為主要的糾紛解決方法。可是，由於調解的一項原則是

⁴ 都市日報，2015 年 3 月 31 日，「買保險貼士 要睇清細節」

⁵ am730，2015 年 3 月 31 日，「個案按年升 13% 保險投訴「獲勝率」僅兩成」

雙方都需保密，不能公開內容，未能對消費者提供最大的保障。同時，有關個案之醫療申訴資料和經驗亦難以得到累積和借鏡，長遠未能對「醫保計劃」和醫療服務發展提供更進一步的參考，以作持續改善。

外國在推行私營醫療保險的同時，亦提升消費者的**醫療保險知能 (Health Insurance Literacy)**，以增加他們對選擇保險的相關知識和能力，從而選擇最適合自己的醫療保險產品以及獲得最大的保障。

本會建議政府委託相關的社區團體推廣自願醫保計劃至目標對象，增加其對計劃的認識和支持。同時，政府需要加強公眾對病人權益和醫療保險知能的教育。

(4) 總結意見

隨着本港人口老化的情況加劇，長期病患有年輕化的趨勢，預計未來的醫療需求將會不斷增加。自願醫保計劃是加強市民對私營醫療服務的信心，從而調整公私營服務平衡的其中一環。

(4.1) 整體來說，由於自願醫保計劃是輔助性的一項融資安排，計劃之預期成效及受惠對象有一定的限制，主要受惠者只限於一些經濟能力高的健康人士。對於一般市民能否透過經濟能力高的健康人士增加私營醫療服務而縮短輪侯時間，需要視乎擬議計劃的吸引性、可行性和可持續性。事實上，海外經驗也反映即使私營醫療服務的使用量增加，公營服務的使用量也會有同時增加的情況。

(4.2) 至於自願醫保計劃的一些關鍵內容，本會在提出了以下的關注，藉此完善擬議的自願醫保計劃。

- 加強對保險業界監管的角色和功能，有責任使投保人得到保障，包括監管保費加幅的機制和措施，以維持保費的加幅在合理的水平；
- 保留「承保已有病症人士」與「終生續保」等計劃條款；
- 將「醫保計劃」的等候期縮短；
- 調高扣稅金額，增加消費者的投保意欲，不然未能達至分散風險(Risk Pooling)的作用；
- 調整賠償上限以回應實際需要，從而加強對投保人的吸引力；
- 參考市場上現行的做法，考慮為有短暫經濟困難的人士提供一年延繳保費的寬限期；
- 應就有關 40 歲年齡限制作出修訂，以吸引更多人投保；
- 需明確對「高風險池」的撥款和運作有更長遠的承擔和規劃；
- 確保承保公司讓公眾了解釐定「高風險人士」的準則，增加透明度。

(4.3) 此外，局方需考慮配合自願醫保計劃及醫療服務的措施，包括

- 推動認可的「病人自我管理」健康教育課程，以配合醫保計劃、基層醫療、第二層醫療及復康服務；
- 有效運用社區之人力資源與；
- 提升市民的醫療保險知能和參與能力。

最後，本會期望食物及衛生局與持份者透過自願醫保計劃和長遠的醫療政策減少個人和社會的疾病負擔，竭力協助本港保持具健康和生產力的人口。

提交： 香港復康會

聯絡人： 伍杏修先生 (總裁) / 熊德鳳女士 (研究及倡議中心經理)

電郵： hs.ng@rehabsoociety.org.hk / anchor.hung@rehabsoociety.org.hk

電話： 2855 9360

地址： 香港九龍藍田復康徑 7 號香港復康會藍田綜合中心 1 樓

日期： 2015 年 4 月 15 日

參考文獻

Biggs, A. (2013) Chronic disease management: the role of private health insurance. Parliament of Australia. Department of Parliamentary Services.

Chronic Illness, Medisave. Retrieved on 5 March 2015 from

https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Chronic_Diseases.html

Paez, K. A., Mallery, C. J., Noel, H., Pugliese, C., McSorley, V. E., Lucado, J. L., & Ganachari, D. (2014). Development of the Health Insurance Literacy Measure (HILM): Conceptualizing and measuring consumer ability to choose and use private health insurance. *Journal of health communication*, 19(sup2), 225-239.

Poon, P. K. K. (29 Oct – 1 Nov 2014). Better Control of NCDs through Patient Empowerment in Primary Care in Hong Kong - A Case Study. The 6th Global Conference of the Alliance for Health Cities. The China Hong Kong Chapter of the Alliance for Healthy Cities.

PrivateHealth.gov.au. (n.d.). Waiting periods. Retrieved on 5 March 2015 from
<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/howitworks/waitingperiods.htm>

Siu, A. M., Chan, C. C., Poon, P. K., Chui, D. Y., & Chan, S. C. (2007). Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient education and counseling*, 65(1), 42-50.

Wong, C. K., Wong, W. C., Lam, C. L., Wan, Y. F., Wong, W. H., Chung, K. L., ... & Fong, D. Y. (2014). Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: an observational matched cohort study. *PloS one*, 9(5), e95328.

Wong, C. K., Wong, W. C., Wan, Y. F., Chan, A. K., Chung, K. L., Chan, F. W., & Lam, C. L. (2014). Patient Empowerment Programme in primary care reduced all-cause mortality and cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes mellitus: a population-based propensity-matched cohort study. *Diabetes, Obesity and Metabolism*.

「買保險貼士 要睇清細節」(2015年3月31日)。都市日報，網址：
<http://www.metrohk.com.hk/?cmd=detail&id=273496>。

「投訴個案按年升 13% 保險投訴「獲勝率」僅兩成(2015年3月31日)。am730，網址：
<http://www.am730.com.hk/article-258213>。

「保險索償投訴 24 年新高」(2015年3月31日)。蘋果日報，網址：
<http://hk.apple.nextmedia.com/news/art/20150331/19096448>。