

社聯政策報

Policy

第二期：2007年6月



香港醫護融資改革：
可以兼顧公平、質素、選擇嗎？

目錄

序	1
發展	2
焦點	4
分析與觀點	
- 香港醫護改革：分拆服務供應和融資 韓麗明教授	6
- 糾正醫療融資的一些謬誤 馮可立教授	8
- 從「創建健康未來」到醫療融資 梁萬福醫生	10
統計資料	12
參考資源	17

社聯政策報

出版：香港社會服務聯會

地址：香港灣仔軒尼詩道15號溫莎公爵社會服務大廈13樓

電話：2864 2929

傳真：2864 2999

網頁：www.hkcss.org.hk/prs/Policybulletin/main.htm

電郵：policybulletin@hkcss.org.hk

設計及印刷：瀚林智設計印刷公司

版權屬香港社會服務聯會所有。歡迎轉載，唯須在轉載前與本刊編輯聯絡，取得本會同意。



序

近年，香港市民對社會議題及公共政策討論愈多，關心愈大，民間社會漸漸熱鬧起來。大家都希望進一步關心自己成長的地方，為未來貢獻一分力。這是十分可喜的發展。而在討論過程中，不少人認為不單政府需要多作政策研究，民間社會也需要多做功夫。社聯作為民間社會的一員，對此十分認同。

與此同時，現代社會正處於資訊爆炸的時代。因為資訊太多，往往令人在討論時迷失在資料中，只能看到問題表面，忘記了問題背後涉及重要的價值取向。

原則和價值是公共政策的靈魂

我們相信，要制訂一項好的公共政策，需要準確的資料和客觀的分析。這是軀幹。然而，制訂適切的公共政策，更加需要正確的原則及價值取向，這是靈魂。

因此，我們希望建設一個平台，為各界的政策評論，提供資料和分析角度，作為評論的後盾及支援。

提高決策質素，著重分析重心

我們對出版《社聯政策報》抱著兩個目標：一是提高香港公共政策決策的質素。二是在紛擾的爭論中，嘗試點出議題的重心，探討政策背後的原則及價值抉擇。

透過推行適切的公共政策，香港未來的發展應該更好，社會亦應該更公平。我們希望《社聯政策報》在這過程中能夠有拋磚引玉的作用。

歡迎意見

我們會挑選一系列與香港社會發展至為重要，與市民息息相關的政策，作為《社聯政策報》的焦點。在這期，我們選擇了已討論十多年，現時正處於關鍵時刻的醫護融資改革為主題。

我們希望《社聯政策報》能幫助你研究、思考和評論社會政策。當然，我們亦歡迎你對本刊提出意見，令它在未來辦得更好。

所以，請你把尾頁的問卷填好，傳真回來讓我們參考。

《社聯政策報》編輯

發展

本港目前的醫護系統正提供著高質素、公平及人人負擔得來的服務。而面對人口高齡化、科技進步引致醫療成本上漲等挑戰，令醫護系統在長期上的可持續性成為很多人關心的問題。自八十年代起，政府曾進行多項政策檢討，包括醫療融資模式問題，並且發表了多份改革文件。然而因為各種原因，政府在如何改革香港醫護制度上，未能為公眾勾畫出一個清晰的整體圖像，亦未能提出一個完整的改革路線圖，讓公眾討論、選擇和決定。

2005年，政府公布了「創建健康未來」報告書，集中討論服務模式和供應方面。不少意見認為，該報告偏向細節性的技術探討，忽略了政策建議的背後理念及價值討論。同時，報告亦無探討融資問題。然而，融資與服務模式和供應是相等重要的問題，彼此互相影響，而且一直極具爭議性。

政府曾經承諾最遲在今年第二季發表對醫療融資的諮詢文件，相信這個熱燙的政策將快會成為社會的焦點。

近年主要醫護改革文件

年份	文件	主要內容及建議
1985	醫院提供的醫療服務顧問報告 (史葛報告)	目的是檢討醫院的管理及行政，改善醫院的醫療服務質素及服務分配。建議成立獨立的醫院管理局，並提出調整醫療收費建議，如三等病床收費與住院成本掛鈎；收取固定入院費；訂定急症室收費；增設主要醫療程序及使用手術室的特別收費；以及為中等收入階層設二等病床。
1989	臨時醫院管理局報告書	目的是提出醫院管理局的組成、架構、管理等安排。建議包括管理改革，以及更直接地向市民負責的安排。在收費政策方面，因為公眾病房收費過低，建議分期予以提升，並更改收費基礎為收回總成本的某個百分比，以期最終收回成本的目標約為15-20%。
1990	人人健康展望將來— 基層健康服務工作小組報告書	目的是加強基層健康服務工作。建議政府將醫療政策的重點，放在基層健康服務，如提高市民健康水平和疾病預防的服務，應由政府一力承擔。在收費政策方面，建議普通科門診引入「能者自付」原則，市民看病要收回成本，老、幼、傷殘半免，領取綜援的可全免。
1993	促進健康諮詢文件	目的是探討醫療融資問題。建議包括五個涉及收費、醫療保險和資源分配方法(即按百分率資助方法、目標對象方法、協調式自願投保方法、強制式綜合投保方法和編定治療次序方法)的方案選擇。



年份	文件	主要內容及建議
1999	香港醫療改革— 為何要改?為誰而改? (哈佛報告書)	目的是全面評估醫療制度，提出改善服務和融資的改革方案。推銷的建議是：(一)聯合保健與護老儲蓄：前者保費由僱主及僱員分擔。病人可自選醫生和醫院(「錢跟病人走」)，但需分擔部分費用。後者是強制儲蓄，讓退休或殘障者購買長期護理保險。(二)競爭性一體化醫療護理：重組醫管局後與其他一體化醫療組合競爭病人。
2000	你我齊參與，健康伴我行— 醫護改革諮詢文件	目的是在哈佛報告書後提出醫護改革建議。建議涉及：(一)醫護服務架構：衛生署將普通科門診轉交醫管局，並加強基層護理和家庭醫學服務。(二)質素保證制度：衛生署成立申訴處調查病人投訴。(三)醫療融資：成立個人醫療儲蓄戶口(「頤康保障戶口」)，市民由40至60歲每月儲蓄薪金1-2%，以支付65歲後的公立醫療開支。
2005	創建健康未來— 探討日後醫療服務模式 討論文件	目的是檢討未來醫療服務模式，以確保市民可繼續享用持久、方便及負擔得來的高水平服務。建議重新強調基層醫療，並確保把有限資源用於真正需要服務的市民。探討推廣家庭醫生概念、三層醫療系統與及公營、私營系統的分工和合作等。對融資著墨很少，主要是指應以病人經濟需要，提供不同水平資助。

政府動向

行政長官在二零零五年重組健康與醫療發展諮詢委員會，令其成為專責制訂本港衛生及醫療服務發展和融資策略方向的諮詢委員會。政府在同年七月發表「創建健康未來」報告書，就醫療服務模式提出了建議，並且在十月完成諮詢，隨而就各項融資方案進行內部討論。

政府曾表示會在二零零五年底至二零零六年初提出建議。衛生福利及食物局局長其後曾到訪多個國家考

察。此外，結果政府在去年二月底發表的財政預算案中，承諾在未來數年增加醫管局的經常撥款，令人感到政府只想在短期內為醫管局止血，而不想立即處理融資的問題。最後，衛生福利及食物局局長公開表示將在今年第二季提出醫療融資的諮詢文件，而行政長官在今年選舉的政綱中只提出將政府在醫療方面的開支逐步增加至政府開支的百分之十七，不提任何具體方案建議，反映政府不希望在行政長官選舉前提出較具爭議性的政策建議。

融資制度

公共醫療政策主要分為管治、組織架構、服務供應、融資，與及人力資源培訓等方面。其中在融資制度上，可以按醫療開支總額中不同資金來源款項所佔的

百分比，大致分為四種制度，即 (1) 以稅收為本的融資安排、(2) 社會醫療保險、(3) 私人醫療保險，以及 (4) 醫療儲蓄戶口。

制度	定義	資金來源	例子
1. 以稅收為本的融資安排	醫療開支總額中，資金主要來自一般政府開支	對入息、購物、物業、資本收益和各種其他項目及業務的徵稅	澳洲、加拿大、丹麥、芬蘭、希臘、香港、冰島、愛爾蘭、意大利、新西蘭、挪威、葡萄牙、西班牙、瑞典和英國
2. 社會醫療保險	醫療開支總額中，資金主要來自強制性供款	僱員、自僱人士、僱主和政府	奧地利、比利時、法國、德國、日本、南韓、盧森堡、荷蘭、瑞士和台灣
3. 私人醫療保險	醫療開支總額中，資金主要來自直接向保險公司繳交的保費	僱主、團體、個人及家庭	美國和中國內地
4. 醫療儲蓄戶口	醫療開支總額中，資金主要來自私人融資，其中包括個人戶口的儲蓄，該筆存款只限用於指定醫療用途，例如支付住院費	僱主、僱員、自僱人士和政府	新加坡

資料來源：立法會秘書處 (2006)，選定地方的醫療融資制度：分類和改革

政策原則、價值取向

不同融資制度會對醫護服務的供應和需求產生不同影響。同時，由於不同制度亦假設著不同的原則、價值取向，對社會中不同背景、階層的人士自然有不同影響。因此，在制訂或評價醫療制度和政策時，除了要考慮一般因素，如人口結構、疾病模式、地理、文化

背景及政治經濟情況外，最重要的是要考慮相關的原則、價值取向因素。

我們特別列出香港政府及社聯在醫護融資上的原則立場和價值取向，方便參考。

香港政府

概述：近年，政府從以往強調對市民一視同仁、「全包式」承擔，逐漸轉為強調市民應分擔責任，而政府資助(或市民付費)的水平應按個人能力有別，以致有能力的人都應使用私營服務。

政府承擔	「我們歷來不變的政策是不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務。」 - 促進健康諮詢文件 (1993)
責任分擔、服務質素、按能力負擔資助	「透過一個政府與市民分擔責任的制度，政府確保每個市民均可獲得質素合理而個人能夠負擔的醫療服務。有能力負擔費用的市民需付較多的費用。」 - 香港醫療改革—為何要改?為誰而改?(1999) 這是研究小組向政府督導委員會釐清香港醫療制度的價值取向時得出的指導原則。
需求控制、按能力資助、公私營機構服務不同對象	「...政府須制定收費政策...減少不當使用、誤用或濫用公營醫療服務的情況；勸止病人不必要地堅持使用較昂貴的服務；而更重要的是培養病人要對本身健康有責任感。...本港的公營醫療機構服務...以低收入人士和弱勢社羣為服務對象，並且以最合適的水平把公帑用於最適當的地方...按病人不同程度的需要，提供不同的資助水平。」 - 創設健康未來—探討日後醫療服務模式討論文件(2005)

註：概述及左欄的題綱均為編者所加，以突顯引言中的價值考慮。

社聯

概述：每個市民均應可獲得質素合理，而個人亦能夠負擔的醫療衛生服務。因此，所有市民，不論貧富，均應能接受適當的醫療服務，而服務質素亦應得到基本保證。同時，醫護制度應能在公平、可近性/服務方便程度、成本控制、服務質素，以及自由選擇等五方面取得平衡。

公平	醫護服務是體現社會公平、公義的其一條件，是市民應有的權利。因此，在融資上，個人及社會都應有公平的責任承擔。而在服務提供上，就要消除構成健康差異的因素，以達致健康平等。同時，亦應為市民提供平等的醫療服務及就醫機會。
可近性/服務方便程度	當局要在醫療系統結構及求醫過程方面，釐訂客觀的醫護服務指標，如醫務人員與病人比例，輪候及診症時間等，以摒除市民就醫面對的種種障礙，如居住地點、經濟、語言、資訊、性別、婚姻及家庭狀況等，從而獲取平等就醫機會。
成本控制	利用不同方法控制開支增長，包括：管制醫療支出、引進市場競爭、改變病人求醫行為及醫務人員行醫模式、開展非住院服務、改善管理等。
服務質素	當局應引入獨立的監察系統，評估各醫療服務單位的系統結構、醫療過程、醫護結果、行政管理及風險管理質素等，然後公開資料，讓市民作出選擇。
自由選擇	醫護制度應提供彈性，讓市民行使自由選擇醫護服務的權利。同時，當局應向市民提供資訊，例如醫院、醫生的質素、收費等，讓市民可以選擇醫生、醫院和不同的服務。

註：如欲參考社聯的詳細立場，請逕往政策報網頁參閱相關文件

決策時應回答的基本問題

醫護融資制度的決策並不是簡單、清晰、直接的選項題。無論是那一種制度，其中所涉及的原則、價值取向也存在或多或少的衝突。例如要控制成本，一些國家會減低入院率、縮短病人住院日數、引進日間手術，或是停止資助一些「不必要」的服務，這樣對醫療質素及服務可近性有一定的負面影響。因此，我們在探求真正適合香港的融資制度時，不妨先回答一些基本問題，令決策更為全面，考慮更周全：

- **風險**：個人健康、疾病、治療、醫護開支等風險，是否可以由一己全面控制？
- **責任**：面對健康風險，那應該是個人、家庭，還是社

會的責任呢？誰應承擔或分擔呢？

- **負擔能力**：對具不同負擔能力的人來說，應該怎樣劃分各者的付費比例呢？
- **損、益**：改革醫療融資制度，誰會得益、誰會受損、誰最需要社會援手？
- **定位**：醫療護理應該是社會福利、公共服務，還是盈利業務？
- **角色**：政府在醫療護理的角色，應該是服務供應者、策劃者、分配者，還是監管者？
- **平衡**：用者自付、能者多付、社會公平、政府的社會承擔等說得多了，實際應該怎樣平衡？

香港醫護改革：分拆服務供應和融資

香港中文大學財務系 韓麗明教授



摘要：現時香港醫護服務制度的主要問題是如何改革服務供應及融資制度。在融資改革方面，香港應該分拆醫護服務供應和融資制度，容許「錢跟病人走」，並將醫護服務的公共開支轉作支付全民醫護保險費之用。同時配合採用以個人或家庭為基礎的醫療儲蓄戶口，支付未受醫療保險保障的額外費用。（英文版原文可於政策報網頁下載，下文為中文節譯。）

香港醫護制度的問題

相對於其他已發展經濟體系而言，香港在醫護服務方面的支出，無論以總額或佔本地生產總值比率計，都是相當節制的。然而，香港人的平均預期壽命卻有81.5歲，全球排行僅次於日本。那麼香港的醫護制度到底有甚麼問題呢？

其實，香港的醫護制度正面對不少挑戰，例如政府在衛生方面的經常開支，已佔去總經常公共開支的14%；醫管局近年出現龐大赤字；公立醫院因為收費遠較私家醫院便宜，所以輪候時間很長；病患者必須自付的醫療項目也日益增多。而由於人口老化，醫護支出在未來亦會只升不降。因此，現時香港醫護服務制度的主要問題是，如何改革服務供應及融資制度，以應付這些挑戰？

醫護服務的供應和經濟學

醫護制度最基本包括服務供應及融資兩元素。這兩個元素互相關連。醫護服務的質、量不但與醫護人員的素質有關，也與醫護融資有互動的關係。然而，因為篇幅所限，本文只會集中評論融資問題。

過去數年，政府已就醫護融資進行研究，各方提出多項不同建議。在分析香港需要何種新的融資制度前，讓我們先了解醫護問題的特點：

- **風險**：健康問題(如疾病、意外等)可能發生在任何人身上，所涉及的醫護費用更是難以預估，數目可能大至多數人無法負擔的程度。
- **社會公義**：現時香港醫護制度的價值觀是：每人只需支付小量費用，便可享受服務。如要維持這價值觀，

	醫護服務支出佔本地生產總值比率 (%)	平均預期壽命 (年)
香港	4.6	81.5
日本	8.9	81.9
美國	14.6	77.3

註：以上為「聯合國發展計劃」的資料。在支出比率方面，香港的是2001年數字，日本、美國的則是2002年。

新制度便需在保證所有市民可獲方便、負擔得起及公平的服務之餘，亦能改善其財務持續性，並能提升醫護服務質素。

- **風險滙集及逆向選擇**：基於健康問題的無常及醫護費用難以預估，此類風險最好是用風險滙集 (risk pooling, 亦即「保險集資」) 的方式處理。應該選擇私人風險滙集還是社會風險滙集呢？私人風險滙集(即私人保險)有逆向選擇 (adverse selection) 的問題，亦即健康較差的人比較願意買保險。保險公司為保障本身利益，會排除高風險者及有先前病例者，亦會提高保費。結果是最需要醫療保險的人買不到保險。
- **私人還是社會醫療保險?**：各國正實施不同類型的社會保險制度，亦有不同方法支付醫院及診所的費用。其中加拿大及台灣的制度較為突出，兩地均容許「錢跟病人走」，讓病患者自由選擇醫護提供者。這安排令服務提供者願以優質服務吸引病人，同時節省開支，以便獲取利潤。美國式由僱主提供的私人團體醫療保險制度以昂貴的保費換取高水準的醫療服務。然而昂貴的保費也讓四千五百萬美國人買不起醫療保險。由於私人團體醫療保險種類繁多，據估計保險公司及醫療服務提供者的行政費用佔受保醫療費的30%，遠超過社會醫療保險制度下的行政支出。

• **道德風險及詐騙**：無論是私人或是社會保險，病人並非付錢者，因此常會引致濫用、詐騙等道德風險 (moral hazard) 問題。相對而言，醫療儲蓄戶口在這方面的表現便較佳，但其缺點是只可儲備家庭一己所需，並無風險匯集的優點；再者，儲蓄額未必足夠支付不幸事件所造成的巨額醫療費用。

• **生命科學及醫學科技的發展**：很多醫護經濟學家都相信，醫學科技和治療方法日新月異，加上病人對診治的期望愈來愈高，都是各國醫護開支持續上升的主因。這現象與實行何種醫護融資制度，或是出現人口老化問題無關。

具效益醫護制度的特點

綜合而言，具效益的醫護制度應該有以下特點：

- 能整合預防性護理、治療、長期護養；
- 改善醫生和病人的接觸時間；
- 提供適時、有效的健康護理服務；
- 鼓勵醫生持續學習。

至於具效益的醫護融資制度，則應有以下特點：

- 鼓勵病人接受需要的治療，特別是預防性護理；
- 保障病人免致出現經濟危機；
- 保證所有市民都可獲負擔得起、方便的健康護理；
- 減少道德風險及詐騙；
- 增強健康護理服務支付者對供應者的議價能力；
- 減少使用不必要的健康護理服務；
- 鼓勵健康護理服務供應者之間的良性競爭。

適合香港的制度—將服務和融資分拆

將醫護制度的服務供應和融資部分分拆，容許「錢跟病人走」，將選擇服務供應者的權力交給病人。這樣可以刺激私營醫護服務發展，令公、私營服務之間產生競爭，從而提高服務的質和量。

1970-2002年間醫護服務支出實質年增長率 (%)

加拿大	3.5
美國	4.5
日本	4.5
愛爾蘭	5.5

註：經濟合作及發展組織發表的2004年健康資料。

那麼分拆後應實行私人保險還是社會保險呢？私人保險將融資責任完全轉移到個人或僱主身上。這樣對低收入人士會造成莫大負擔，所以並非全民合用。相對而言，社會保險應是較為可行的。而政府可以將公共開支轉作支付市民的社會醫護保險支出。

當然，任何保險都會引致道德風險、詐騙、濫用等問題，但這些問題可以透過設置免賠額、共同付款、每年實付款項上限等方法加以改善。

由於社會保險無可避免地只能提供有限的保障，部分市民可能有需要購買私人額外保險。因此，香港可以引入醫療儲蓄戶口，以便市民為自己或家庭儲蓄，以支付這些私人額外保險、免賠額、共同付款等費用。至於無法儲蓄者，政府便需加以協助。形式可以是直接支付其醫護服務供應者，或是代其向醫療儲蓄戶口供款。

結語

現時，香港的醫療制度為市民提供負擔得起、方便、公平的服務。任何未來的改革均應努力保存這些特點。改革應該將服務和融資問題分拆，令市民有權選擇服務供應者。現時醫護方面的公共開支，可用改為向所有合資格市民支付具有每年免賠額、共同付款、實付款項上限等特質的全民醫護保險。同時，改革應包括設立以個人或家庭為基礎的醫療儲蓄戶口，以支付未受全民醫療保險或私人額外保險所保障的醫療費用。至於具體的每年免賠額、共同付款比率、社會(或全民)保險所保障的服務等，均要再作詳細研究才能確定。

糾正醫療融資的一些謬誤

香港中文大學社工系 馮可立教授



摘要：在香港過去的醫療改革辯論中，出現不少謬誤。要推動改革，政府有責任搜集和公布充分的資料和客觀的分析。這樣才能讓政府和市民有效地討論，作出明智的決擇，而不至於會破壞一個醫療表現相當不錯的制度。

要在這一篇短短的文章中，分析十分複雜的醫療融資問題，委實有點困難。因此，我只希望在這篇文章中，指出過去二十多年來討論中的一些謬誤論點，澄清一些看法。

❖ 謬誤一：健康只是個人的責任？

“每一個人都要為自己的健康負責任，不應倚賴他人為自己錯誤的生活習慣負責。”

不錯！每人都要為自己的健康負責任，要減少發病的可能。不過，疾病與個人品德並沒有直接關係。當你發覺病倒時，只能決定應否去看醫生，提出了「需求前奏」(episode of demand)。到了醫務所後，你不能決定自己有什麼病，經過什麼樣的療程，吃什麼藥，做什麼手術，付多少錢。疾病牽涉到遺傳及社會因素。人並不是靠一些主觀的心理或改善生活習慣，便不會患病。現代

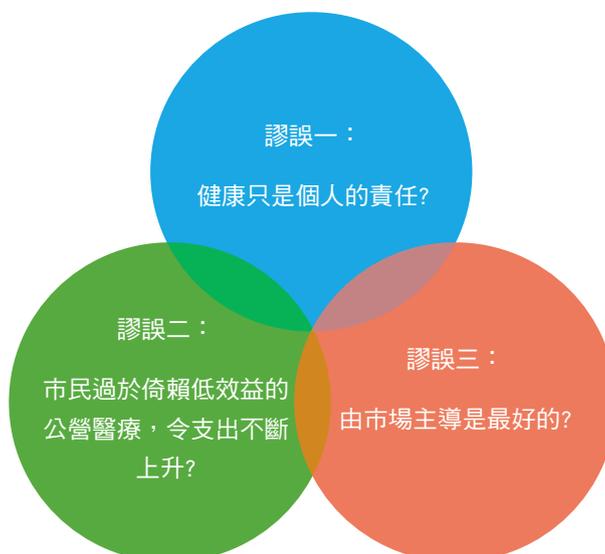
醫療服務是一個高科技專業，消耗不少錢財。因此，當你嚴重病倒的時候，你只能靠其他納稅人的幫助，或是通過醫療保險集資 (risk pooling) 治病，這兩個方法都是通過集體力量，抗衡昂貴的醫療市場服務。只靠個人力量，是解決不了昂貴醫療費用問題的。

❖ 謬誤二：市民過於倚賴低效益的公營醫療，令支出不斷上升？

“醫管局是一隻大白象，處事官僚，浪費公帑。香港公營醫療部門開支龐大，公營醫院佔市場比率百分之九十四，很多市民倚賴公營醫療服務，增加了公營服務的壓力，這些都是引致醫療支出越來越大的主要因素。”

目前，香港的公共醫療模式雖然開支不少，但只是佔政府財政開支百分之十四至十五，佔本地生產總值大概百分之二至三左右。在目前的模式下，我們有一個相當健

醫療融資的謬誤論點





全的制度，所有的健康指標都有出色的表現。說醫管局浪費，並沒有很多根據。至於說它多年有赤字，其實這只是政府不斷削減資助的後果。在過去，醫管局每年支出三百億元左右，現在已壓縮到二百七十多億元了。

至於說市民倚賴公共醫療服務，其實也間接地指出了私營的專科服務與醫院服務的費用不透明而且高昂。事實上，香港不少私營診所仍然未列出基本診費，香港亦未實施醫藥分家。私營市場的醫療收費，仍未具穩定性及可知性，市民又如何不倚賴透明度高的公共醫療服務呢？

❖ 謬誤三：由市場主導是最好的？

“最好的做法，是以自由市場作主導，來處理醫療服務的需求，政府只是擔任輔助的角色。”

醫療市場是「供應者主導」(supplier-led)的市場，病人因為病情與資訊不均等，根本沒有議價的權力。所以，我們只能靠兩個機制來保障我們。其一是政府，其二是保險業。從上世紀六十年代起，香港逐步建立起一個「國民健康制度」(National Health System)。這制度在過去的四十多年來，以有限的資源保障普羅大眾的健康，是做得不錯的。

但如果因為財政緊絀，當局一定要將這個制度作一個大革新的話，我們必須掌握多一些香港醫療市場的特徵，才能減少市民將要付出的代價。我們必須掌握私營市場

的制度及水平、醫療收費的透明度、醫者與病者雙方的「尋租行為」(rent-seeking behavior)、專業組織的質素監管效能、第三者（保險業或政府）的角色、保險業「選擇少病客人行為」(cherry-picking behavior)的後果、醫療集團的價格、病者「尋醫」行為背後的動機等等問題，使政府可以在某些程度上作出政策上的調節。

❖ 結語

在香港過去的醫療改革辯論中，出現不少謬誤。現時要推動改革，當局要使醫療市場活躍，又沒有資料及分析，這將會使市民無所適從，民怨沸揚。融資是一個民生問題，當局要對這個問題深入探索，切忌病急亂投醫！

從「創建健康未來」到醫療融資

社聯醫療政策工作小組召集人 梁萬福醫生



摘要：由於香港的公共醫療制度是很多市民唯一能夠依賴的安全網，政府向其作財務承擔是責無旁貸的。而政府在醫療改革過程中，必須考慮五大原則：公平、服務選擇、服務可近性、成本控制及服務質素。政府只有透過推動市民參與、開誠布公，並且保證其承擔，才能令醫療改革向前邁進。

醫療政策發展

在檢討香港醫療政策的時候，應該理解到香港在提供醫療服務的社會背景及理念，而不應單看現存的醫療系統問題。

香港的醫療制度一向被認為是個較「公平」的制度，背後源自一個原則，就是「沒有人會因為金錢問題而得不到適當醫療照顧」。這是本港恆久以來的醫療價值觀。這個醫療價值觀有著重要的社會經濟背景，亦是一個社會安全網。在沒有健全的退休及職業保障下，現時的公共醫療保障是很多市民唯一能夠依賴的安全網，亦是社會穩定的一個重要元素。任何醫療政策檢討都應該考慮到這一社會背景。

以往檢討的缺失

面對人口急劇老化、醫藥及科技成本急升，以及公營醫療質素及輪候時間等問題，香港政府在不同時期，都有將醫療改革列為施政議題。自八十年代開始，政府推出的報告書有：史葛報告、臨時醫管局報告書、90年基層健康報告書、93年彩虹報告書、哈佛報告書、2000年醫療制度改革報告書，以及2005年的「創建健康未來」諮詢文件。這些報告書及文件皆嘗試探討如何為香港醫療服務的政策、收費及系統作重要的改變，其中心都是環繞著解決政府長遠醫療開支承擔的課題。

在眾多報告的建議中，唯一落實的是於一九九一年成立醫院管理局，希望透過變革管理及引進新資源，解決長

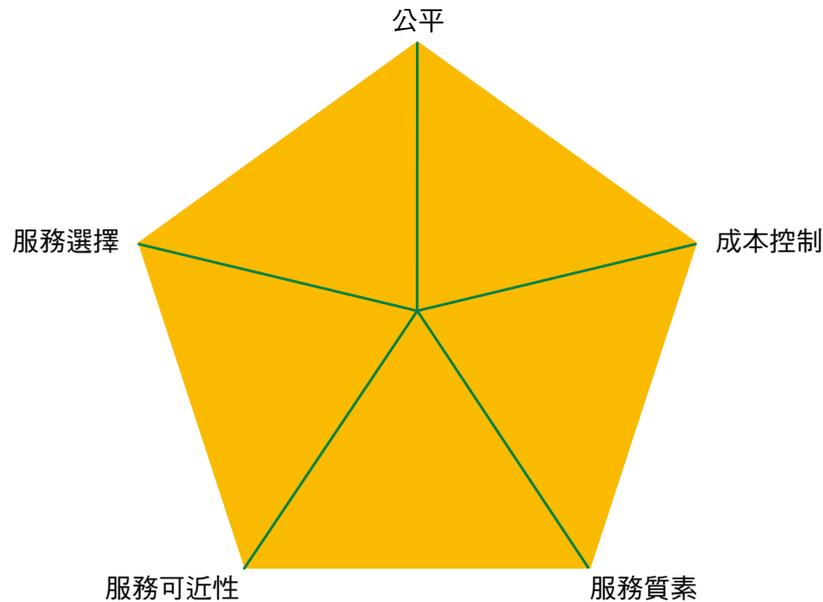
遠的醫療經費問題。醫院管理局無疑能夠成功地引進改革，改善服務質素及效率，但是之前希望開拓新資源的期望，則因種種問題以致落空。醫管局更變得完全倚賴政府資助。由於特區政府過往數年曾出現財政赤字，使醫管局面對嚴峻的財政及人手問題。因此，縱觀「創建健康未來」諮詢文件，各種建議都只是基於為政府及醫管局「止血」作出發點，而欠缺對本港醫療體系的全盤檢視，所以並不能解決本港醫療制度的基本問題。

改革前路：重點及原則

在過往二十年的各個醫療檢討報告書中，較能全面檢討本港公私營醫療系統及融資問題的，就只有哈佛報告書。然而，因為其建議影響著不同的利益團體，最終因為眾多反對而遭擱置。其後政府提出的各種建議都是修修補補的。例如「創建健康未來」諮詢文件，亦未能就本港醫療服務的價值觀作出檢討。該文件的大前題是如何減低公營醫院的需求。其他配套建議，如家庭醫生、長期護理等，都未能深入地探討其具體內容及可行性。同時，因為它完全沒有涉及醫療融資問題，整份報告書流於片面。

面對醫療體制及資金的問題，要解決本港醫療服務的困局，需要從根本出發。那就是要深入研究和討論醫療服務的價值觀、它的社會角色、政府應該承擔的責任、公私營醫療的分工、醫療質素的監察，以及及如何拓展醫療資源等問題。

醫療變革的五大原則



如前所述，香港的公營醫療服務長久以來扮演著全民安全網的角色。政府向其作財務承擔是責無旁貸的，而市民如何能夠承擔高昂的醫療支出更是重要問題。因此，在檢討本港的醫療服務時，必須全面考慮在整體社會環境之下，政府及市民可以承受的醫療開支界線為何。在本港沒有全面的退休及社會保障制度下，公營醫療服務仍然需要起著安全網的角色，為普羅的市民提供可負擔的醫療服務。

另一方面，醫療改革需要同時檢視公、私營醫療兩方面，而預防性醫療設施更應該大為拓闊。

任何醫療變革必須考慮五大原則：公平、服務選擇、服務可近性、成本控制及服務質素。這五大原則亦同樣適用於私營醫療服務。如果未來私營醫療服務需要分擔現有公營服務的一些角色，那麼私營醫療服務更需要發展一套比現時更完善的監察系統。

醫療融資亦是本港醫療制度檢討的基本問題。公營醫療服務在扮演安全網的角色下，究竟如何能夠令有能力的市民肩負他們的醫療費用呢？有關答案對未來的醫療融資方案會帶來重要啟示。除此之外，只解決公營醫院經費的問題，並未能完全解決人口老化所帶來的挑戰。很多西方社會都急忙提出長期護理保險制度，就是因為知道缺乏長期護理安排，最終會為醫療體制帶來沉重負擔。所以在研究醫療融資方案時，必須一併考慮長期護理的融資安排。

結語

香港公營醫療制度的角色並不單純是提供服務，而亦是社會一項重要的安全網，所以任何改革都需要尋求社會共識，而並不只是由政府或專業組織獨自建議。政府必須推動各階層市民的參與和討論，亦需要對新舊方案的利弊開誠布公。同時，政府亦需要向市民保證其在醫療改革過程及融資方案中的承擔，才能令醫療改革向前邁進。

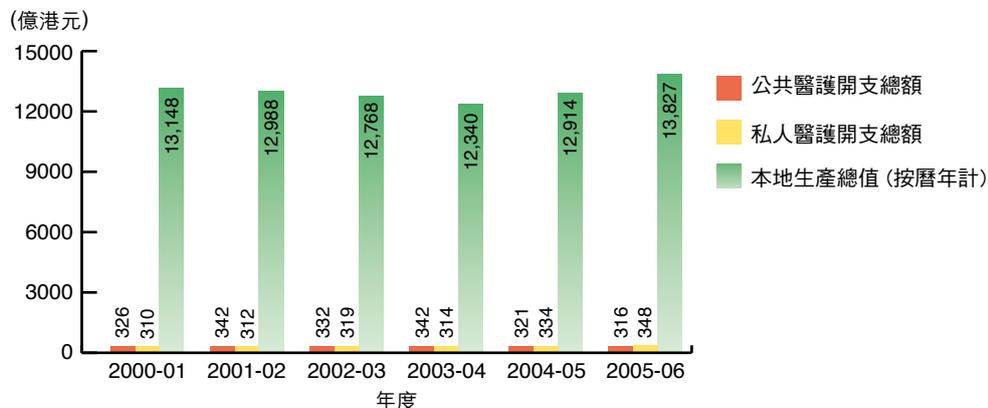
一. 香港

A. 負擔能力及公平性

近年，香港市民的工資中位數都保持為約一萬元。在這工資水平或以下的市民，其儲蓄比率並不高。而私營醫護服務的費用則動輒上千過萬。若公營醫護服務提高收費，向私營市場靠攏，他們能否負擔呢？這對他們是否公平呢？

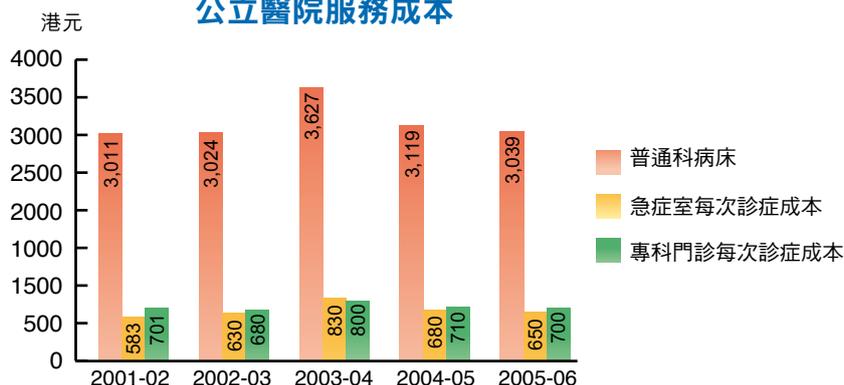
統計資料

公共、私人醫護開支，以及佔本地生產總值的比率

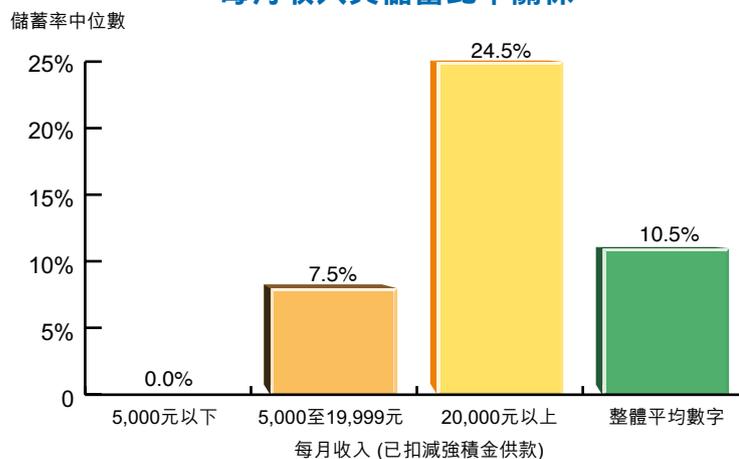


資料來源：
政府統計處及財政預算案

公立醫院服務成本



每月收入與儲蓄比率關係



註：此圖按個人每月收入組別劃分計算的儲蓄率中位數。資料摘自衛生福利及食物局在2004年發表的醫護融資研究報告文件。這些資料來源自政府統計處在二零零二年發表的一項主題性住戶統計調查。



私營醫護費用

以下資料摘自：香港保險業聯會“你購備了足夠醫療保障嗎？2001-2002 之醫療索償數據調查”

私人醫療服務支出綜：總賬面費用及平均費用概要

Overview of Private Medical Expenses: Summary of Total Billed Amounts and Average Cost

描述	總賬面費用		個案數目		每宗保險索償平均
	千港元HK(\$000)	%	數目	%	港元(HK\$)
2002 (一月一日至十二月三十一日)					
住院	1,003,221	50%	102,877	2%	9,752
門診	1,001,752	50%	4,137,808	98%	242
2001(一月一日至十二月三十一日)					
住院	869,539	47%	90,253	2%	9,634
門診	973,986	53%	4,024,101	98%	242

B. 可近性/服務方便程度

市民是否可以容易獲得公平的醫護服務機會，是評價醫護制度的重要指標之一。那麼，醫管局的整體運作表現，以至於轄下醫院聯網間的表現是否有很大差別，都值得我們留意。由於不同地區的醫護服務供求情況不盡相同，市民會否因為身處某區，而要面對新症排期特別長，住院特別擠迫的情況呢？

醫院管理局整體及各聯網專科門診資料

以下資料摘自：衛生福利及食物局在二零零五年十一月二十三日向立法會提交的資料(www.info.gov.hk/gia/general/200511/23/P200511230202.htm)

(i) 新症的排期時間(星期)及診症平均成本(元) (2004-05年度)

	醫院聯網							
	香港東	香港西	九龍東	九龍中	九龍西	新界東	新界西	整體
中位數(星期)	6	4	8	3	7	10	9	6
最長(星期)	126	99	162	94	127	160	111	162
診症平均成本(元)	700							

(ii) 住院病床使用率(%)(2002-05年度)

年份	醫院聯網							
	香港東	香港西	九龍東	九龍中	九龍西	新界東	新界西	整體
2004/05 (%)	86.5	75.7	86.2	77.0	80.9	83.3	89.3	82.5
2003/04 (%)	77.9	71.1	77.0	74.5	69.2	74.9	81.8	74.4
2002/03 (%)	86.1	76.7	86.4	81.3	81.3	83.5	89.1	83.2

二. 國際

在多個香港鄰近國家或地方中，我們的醫護服務支出佔本地生產總值的比率相對為低，而支出由公共及私人融資的比例亦較為平均。

以下資料摘自及繙釋自衛生福利及食物局2004年文件：醫護融資研究報告
(http://www.hwfb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/040812_h/hcf_report.pdf)

(i) 選定地區的人均生產總值、個人入息稅額和醫護開支的比例(二零零一年數字)

地區	人均生產總值 ¹ (美元)	最高個人 入息稅率 ²	醫護開支 ³		
			佔本地生產總 值的百分率	公共資源 (佔總額百分率)	私人資源 (佔總額百分率)
香港	24,850	17.0%	5.0	52.3	47.7
日本	25,130	50.0%	8.0	77.9	22.1
南韓	10,590	36.0%	6.0	44.4	55.6
中國內地	4,020	45.0%	5.5	37.2	62.8
台灣	17,200	40.0%	5.9	66.1	33.9
新加坡	22,680	28.0%	3.9	33.5	66.5

註：

- 資料摘自聯合國計劃開發署發表的《2003年人類發展報告》所載的購買力對等調整數字(台灣除外)。
- 包括中央和地區政府的稅額和其他特別稅項。
- 資料摘自世界衛生組織發表的《2003年世界衛生報告》(香港和台灣除外)。台灣的數字摘自台灣中央醫療保險局的政府預算及決算。

在已發展國家及多個香港鄰近國家或地方中，它們的醫護融資均採用綜合模式。與香港不同的是，它們大都設有社會醫護保險。無論如何，稅收及社會保險融資對當地醫護服務仍然扮演相當重要的角色。

(ii) 選定地區按經費來源分類的醫護開支比例¹ (二零零一年數字)

地區	一般稅收	社會健康保險	私人健康保險	個人開支	其他非官方來源 ²
香港	53.8%	-	1.6%	37.6%	7.0%
日本	12.8%	65.1%	0.3%	16.6%	5.2%
南韓	10.1%	34.3%	9.6%	41.3%	4.7%
中國內地	18.3%	18.9%	0.3%	59.9%	2.6%
台灣	8.7%	57.3%	-	30.0%	4.0%
新加坡	25.3%	8.2%	-	64.5%	2.0%

註：

- 資料摘自世界衛生組織發表的《2003年世界衛生報告》(香港和台灣除外)。香港的數字摘自一九九九年發表的《哈佛報告》內的《本地醫療衛生總開支帳目特別報告》。台灣的數字則摘自台灣中央醫療保險局的政府預算及決算。
- 其他非官方來源包括提供免費或以特惠價出售的健康用品或服務的非牟利機構，以及向僱員直接提供醫療福利的公司。



(iii) 選定經濟合作及發展組織地區中稅收及社會健康保險佔總醫護開支的比例 (2003)

Percentage of Total Expenditure on Health from Taxation and Social Health Insurance in Selected OECD Countries (2003)

地區	一般稅收(%)	社會健康保險(%)	其他非官方來源(%)
法國	3.7	74.1	22.2
荷蘭	3.0	63.4	33.5
德國	7.8	71.3	21.0
盧森堡	15.7	74.7	9.6
奧地利	68.3	0.0	31.7
西班牙	64.6	5.4	30.0
加拿大	68.3	1.6	30.1
瑞士	17.9	40.5	41.5
日本	14.7	66.2	19.2

註：資料摘自經濟合作發展組織有關醫療融資的研究，詳情可參考以下網址：<http://www.oecd.org/dataoecd/60/60/38106380.xls>

(iv) 選定地區的供款率和僱主/僱員供款比例

Contribution Rates and Proportion of Employer/Employee Contributions in Selected Countries

地區	供款率(%)	僱主/僱員供款比例
比利時	7.4	52 / 48
法國	13.6	94 / 6
德國	數字有變化，此為平均數14.3	50 / 50
荷蘭	8.1	78 / 22

註：資料摘自歐洲醫療衛生制度瞭望 Source: European Observatory on Health Care System

參考資源

以下是多個提供香港醫護制度改革及近期研討會等相關資料的網頁：

衛生福利及食物局	http://www.hwfb.gov.hk/en/press_and_publications/consultation/archive.html
健康與醫療發展諮詢委員會	http://www.hwfb.gov.hk/hmdac/english/dis_papers/dis_papers.html
立法會衛生事務委員會	http://www.legco.gov.hk/yr05-06/english/panels/hs/papers/hs_e.htm
醫院管理局	http://www.ha.org.hk/haconvention/hac2006proceedings/index.htm
聯合國發展計劃	http://hdr.undp.org/statistics/
香港社會服務聯會	http://www.hkcss.org.hk/

註：若為雙語網頁，均只列出英文版網址。

意見調查

我們希望聽取你對醫護融資改革與政策報的意見。請將本版影印後填寫，並在七月十五日前傳真至2864 2999。意見調查資料經收集後會用作本會統計及參考之用。

對醫護融資改革的意見

1. 香港是否有逼切需要改革醫護融資政策呢?

- a 很逼切 b 有點逼切 c 不太逼切 d 全不逼切 e 沒有意見

2. 如果香港要改革醫護融資政策，應該遵循那些目標價值和原則呢?(請選擇最重要的三項)

- a 公平 b 服務可近、方便 c 控制成本 d 服務質素
 e 控制需求 f 自由選擇 g 按能力資助 h 責任分擔
 i 其他：(請列出) _____

3. 香港未來醫護融資制度的資金來源應該主要由甚麼元素組成呢?(可選多項)

- a 稅收 b 社會醫療保險 c 私人醫療保險 d 醫療儲蓄戶口 e 以上全部
 f 其他：(請列出) _____

4. 你對醫護融資改革的其他意見：(請填寫)

對社聯政策報的意見

5. 你對政策報有何意見? (請選擇1至5分，1為最低分，5為最高分。)

	最低		最高		
	1	2	3	4	5
選擇政策的合適性	<input type="checkbox"/>				
分析的可讀性	<input type="checkbox"/>				
內容深淺的適中性	<input type="checkbox"/>				
資料的有用性	<input type="checkbox"/>				

6. 你認為政策報未來應包括甚麼政策呢? (請填寫)

7. 你對政策報的其他意見：(請填寫)

背景資料

8. 你所屬的主要界別是：

- a 政界 b 商界 c 學術界 d 新聞界 e 社福界
 f 其他專對界別：(請列出) _____

姓名(自由填寫)： _____

聯絡電話/電郵(自由填寫)： _____

多謝你的意見

促進公共政策質素
探究核心原則、價值

