

第一章 香港醫療制度需要變革

1.1 多年來，香港建立了一個優質有效的醫療制度，由以全力盡心和具有高度專業精神及道德操守見稱的專業醫療人員提供服務。這個醫療制度為市民提供的優質醫療服務，達至昭著的醫療衛生水平－香港的健康指標例如預期壽命和嬰兒夭折率，皆名列世界前茅。然而，我們現行的醫療制度正承受着日益沉重的負擔及面臨巨大的挑戰。如果我們對此置之不理，整個醫療制度的質素在可見將來勢必會嚴重倒退，難以繼續為市民提供優質的醫療服務，亦無法保持以往驕人的成績。

現行醫療制度面對的挑戰

1.2 我們現行的醫療制度正面對重重挑戰－

- (a) **醫療服務需求增加**：人口結構的變化，特別是人口急劇老化，以及個別與生活方式有關的疾病病患率增加，均會令醫療服務需求增加。
 - (i) **人口急劇老化**：長者（65 歲或以上人士）佔本港人口的比例會倍增，由二零零七年的每八人中有一名長者增至二零三三年的每四人中有一名長者（見第 6 頁的圖 1.1）。老年撫養比率（每 1,000 個 65 歲或以上人士對 15 至 64 歲人士的比例）會由二零零七年的 170 增加至二零三三年的 428。長者人口的醫療需求遠多於其他人士。舉例來說，65 歲或以上人士平均所需的住院醫療服務（以病牀日數計算）比 65 歲以下人士平均多出六倍（見第 6 頁的圖 1.2）。
 - (ii) **疾病病患率增加**：某些與生活方式有關的疾病病患率不斷上升。例如高血壓患者佔本港人口的比例由一九九五年的 18.0% 增至二零零三年的 27.2%（見第 7 頁的表 1.1）。
- (b) **醫療成本上漲**：醫療科技進步加上市民期望醫療服務趕上科技的發展，均會導致醫療成本上漲（這個趨勢稱為“醫療通脹”）－
 - (i) **醫療科技進步**：醫療科技進步在很多方面都會導致醫療成本增加。嶄新、效果更佳而往往更為昂貴的診斷法，使疾病可更早被確診或可作更有效的治療。以往難以治癒的頑疾或不治之症，又或向來使用較廉宜但療效較差或副作用較多的藥物來治療的病症，可能會由更有效但往往更昂貴的新療法和藥物來醫治。而嶄新和更有效的療法可延長患有慢性疾病或其他疾病的病人的壽命，因而可能令他們需要接受更長

期的治療。使用嶄新的醫療科技亦需在儀器和人手方面作出更大的投資。舉例來說，隨着醫療科技的發展，醫療專業正不斷細分成為不同專科和分科，這包括醫生及專職醫療人員等。

(ii) **市民和消費者期望提高**：隨着科技進步以及醫療資訊發達，市民期望我們的醫療服務可以追上最新的科技發展，而使用醫療服務的人士亦會希望尋求不同專業意見，並要求有各種不同的醫療服務可供選擇。這些因素每每令醫療成本進一步上漲。為回應市民對醫療質素更高的要求，醫療服務提供者需要為病人提供不同療法並向病人解釋這些療法的效用及風險，因而增加對醫護人手的需求。

(iii) **醫療通脹**：根據國際經驗²和本地趨勢顯示，單單因為採用嶄新醫療科技以圖與國際發展看齊及保持醫療質素，便會令每年人均醫療成本的增長速度比經濟增長速度（以人均本地生產總值計算）平均快一個百分點（見第 7 頁的圖 1.3 及第 8 頁的圖 1.4）。即使不受人口變化的影響，醫療成本仍會因醫療通脹繼續上升。

(c) **醫療開支升幅遠高於經濟增長速度**：醫療服務需求增加和醫療成本上升，均會導致醫療開支升幅遠高於經濟增長速度－

(i) **國際趨勢**：這個趨勢在香港或其他先進經濟體系都並不鮮見（見第 8 頁的圖 1.5）。大部分的先進經濟體系，不論其經濟增長如何，其總醫療開支的實質增長率均較本地生產總值的實質增長率高 50% 以上。

(ii) **推算的醫療開支**：據我們推算，如現行醫療制度維持不變，為應付整體人口的醫療服務需求，我們預計於二零零四至二零三三年間的總醫療開支每年平均增長率會比經濟增長（以本地生產總值的實質增長計算）高 59%。這個數字已計及人口變化（包括人口增長和人口老化）和醫療成本的增加。按此增幅估計（亦見第 9 頁的表 1.2）－

- 二零零四至二零三三年間的總醫療開支將增加 3.6 倍，而同期的經濟增長只有 1.7 倍。因此，總醫療開支佔本地生產總值的比例將由二零零四年的 5.3% 增至二零三三年的 9.2%（見第 10 頁的圖 1.6）；
- 以實質金額（二零零五年價格）計算，二零零四至二零三三年間

² 資料來源：經濟合作及發展組織（二零零六年），《預測經濟合作及發展組織在醫療和長期護理方面的開支：主要動力為何？》（Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?）經濟局第 477 號工作文件。

的總醫療開支將由 678 億元增至 3,152 億元，而同期的本地生產總值僅會由 12,870 億元增長至 34,130 億元；以及

- 以人均計算，二零零四年至二零三三年間，以實質計算（以二零零五年價格）的人均醫療開支將增至接近原來的四倍，由 10,000 元增至 37,600 元；而同期的人均本地生產總值則只會增至略高於原來的兩倍，由 189,700 元增至 407,100 元；

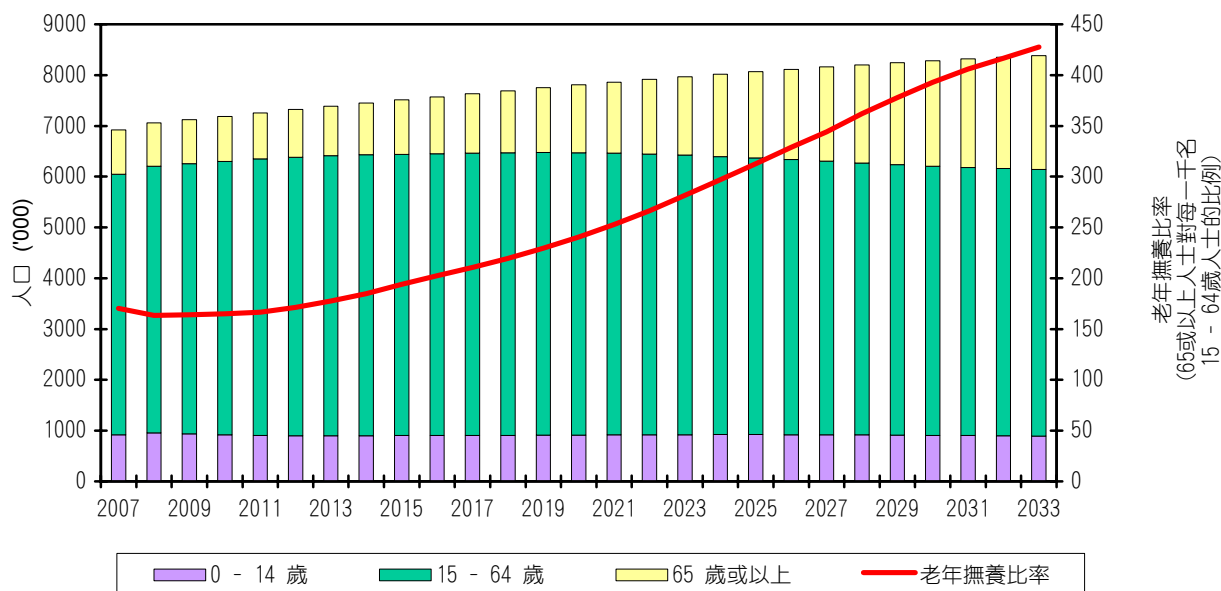
(iii) **公共醫療開支所佔的比例不斷增加**：如果公私營醫療服務的現有市場結構及使用模式維持不變，社會對醫療服務急速增長的需求會對公營醫療系統造成越來越嚴峻的壓力，這特別是由於長者人口較多依賴公營醫療服務。因此，為應付本港人口的醫療需要，公共醫療開支的增長率，會比總醫療開支的增長率還要高，而公共醫療開支佔總公共開支的比例亦會繼續增加。具體而言，據我們推算，在二零零四至二零三三年間，公共醫療開支每年平均增長率，會比本地生產總值的增長率高 66%（見第 10 頁的圖 1.7）。按此增幅率（見第 9 頁的表 1.2）估計－

- 在二零零四至二零三三年間，公共醫療開支會增加 3.9 倍，而同期的經濟增長只有 1.7 倍。因此，公共醫療開支佔本地生產總值的比例會由二零零四年的 2.9% 增至二零三三年的 5.5%；
- 假設總公共開支將維持在本地生產總值的 20% 以下，公共醫療開支在總公共開支所佔的比例將由二零零四年的 14.7% 增至二零三三年的 27.3%；
- 以實質金額計算，二零零四年至二零三三年間的公共醫療開支將由 378 億元增至 1,866 億元，而同期的本地生產總值僅由 12,870 億元增至 34,130 億元；以及
- 以人均計算，二零零四至二零三三年間以實質金額計算的人均公共醫療開支將增至原來的四倍，由 5,600 元增至 22,300 元，而同期的人均本地生產總值則只會增至略高於原來的兩倍，由 189,700 元增至 407,100 元。

(d) **加重下一代的負擔**：如果維持現行醫療制度的融資安排而不進行改革，下一代的負擔將會越來越重。隨着人口老化而長者人口比例不斷上升，工作人口的比例將會同時持續下降（見第 11 頁的圖 1.8）。而除非改革稅制以

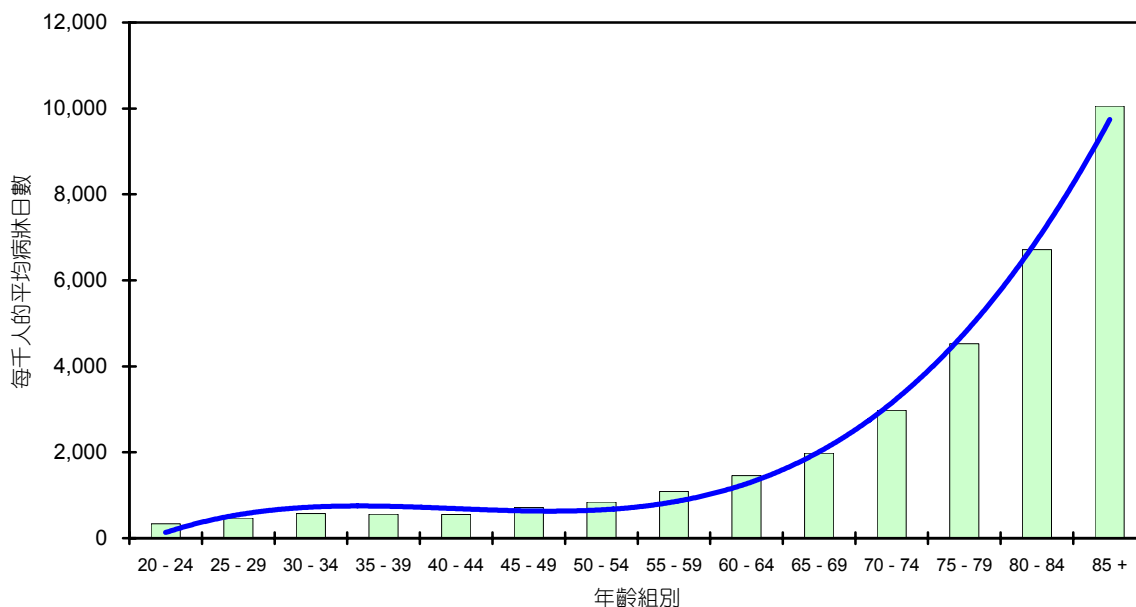
擴闊稅基，否則稅基只會越來越狹窄。由於醫療開支不斷增加，並主要由政府收入支付，這會令下一代的工作人口承受越來越沉重的負擔。

圖 1.1 香港人口急劇老化
二零零七至二零三三年總人口、長者人口及老年撫養比率的推算



資料來源：政府統計處《香港人口推算 2004-2033》

圖 1.2 長者人口的醫療需求較大
按年齡計算的公立醫院病牀平均日數（二零零六年）



資料來源：醫院管理局的數據。

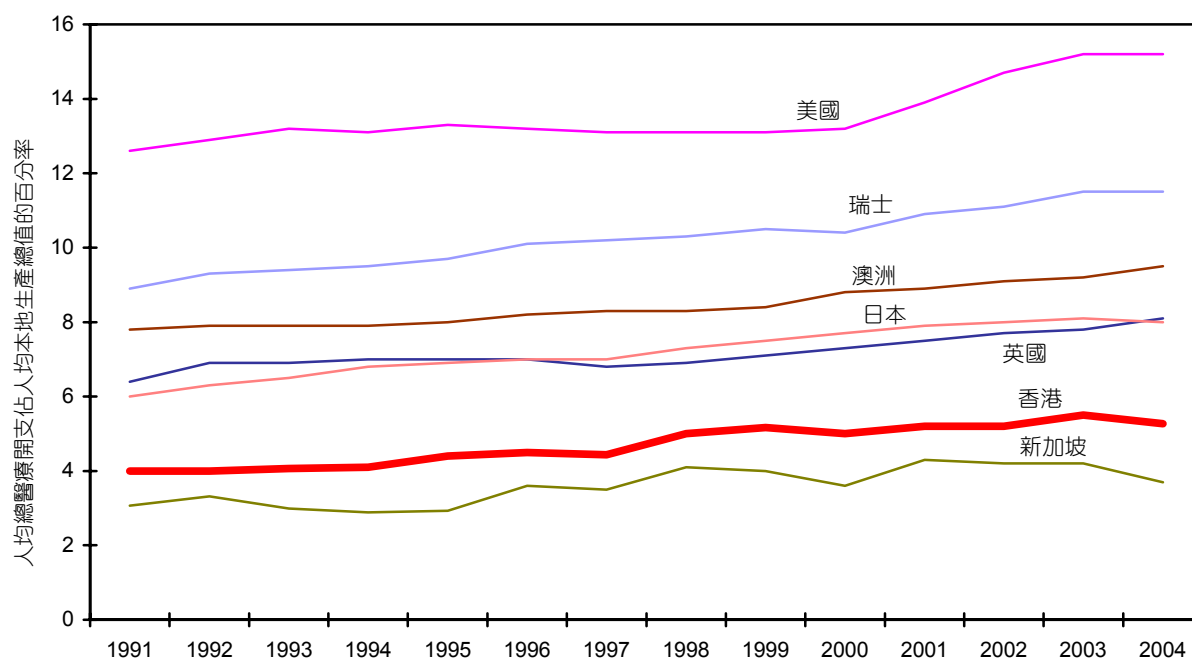
表 1.1 個別與生活方式有關的疾病病患率正在上升
 個別疾病在表列期間的病患率比較

疾病	年齡組別	1995	2003
高血壓病患率 ^{1, 2}	65 歲以下	13.7%	20.5%
	65 歲或以上	53.2%	68.8%
	總數	18.0%	27.2%
男性結腸癌新症 (每 10 萬人口計) ³	65 歲以下	20.5	23.2
	65 歲或以上	323.4	315.3
	總數	47.0	56.1

資料來源：

1. 贊寧斯(E. D. Janus)：《一九九五至九六年香港心臟病危機因素調查研究》。有關數字涉及 25 至 74 歲的年齡組別。高血壓是指血壓為 140/90 或以上的水平。
2. 衛生署及香港大學《2003 至 2004 年人口住戶健康調查》。有關數字涉及 15 歲或以上的年齡組別。高血壓是指血壓為 140/90 或以上的水平。
3. 香港癌病資料統計中心。

圖 1.3 醫療通脹令世界各地的醫療開支不斷上升
 香港和個別經濟體系的人均總醫療開支佔人均本地生產總值的百分率
 (一九九一至二零零四年)

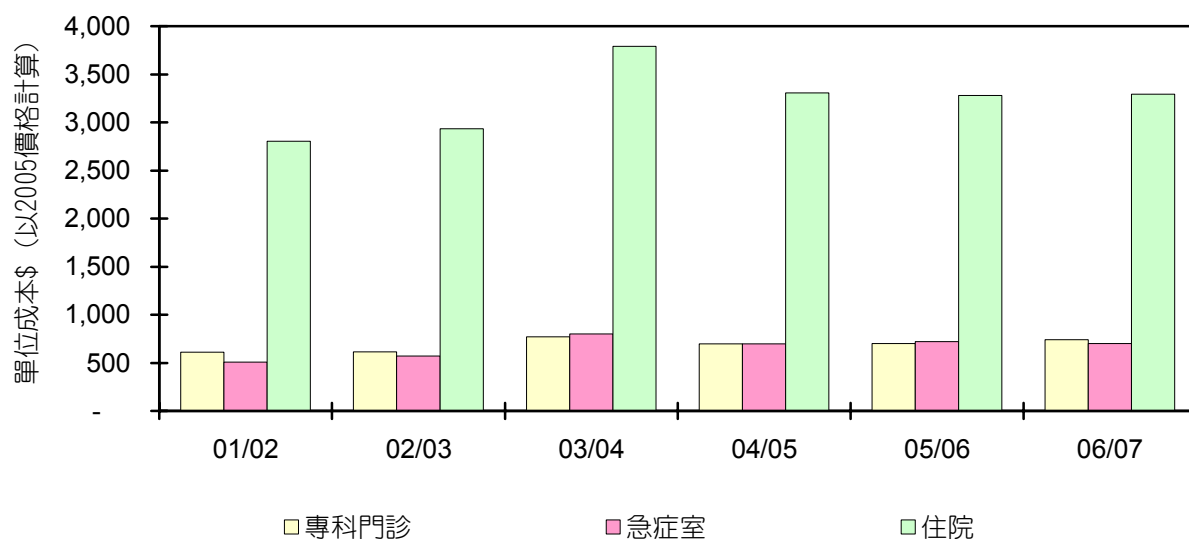


資料來源：

1. 經濟合作及發展組織二零零七年醫療數據(二零零七年十月)。
2. 世界衛生組織－國家醫療衛生開支帳目文獻系列。
3. 新加坡政府衛生部，以及《新加坡醫療經濟、政策和問題》(Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore) (杜文興(Toh Mun Heng)、Linda Low 著)。
4. 香港一九九零至二零零四年的《香港本地醫療衛生總開支帳目》。

圖 1.4 醫療通脹－香港的醫療成本亦越來越高昂

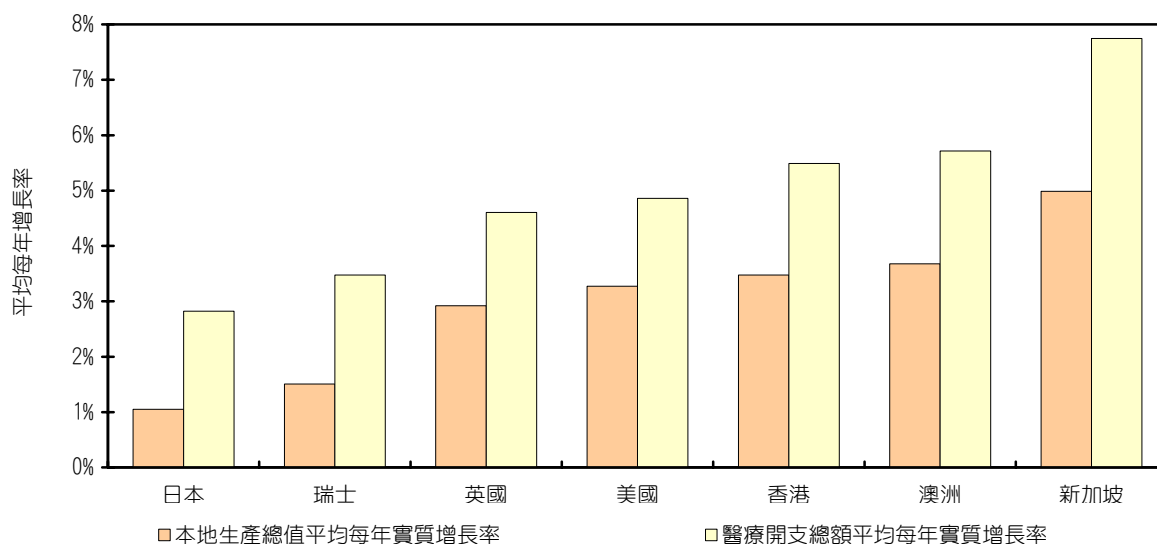
多年來公立醫院住院病牀日數、使用專科門診及使用急症服務的單位成本



註：住院成本表示普通科住院服務，並未包括療養科、智障科，以及精神科的住院服務。
資料來源：醫院管理局的數據

圖 1.5 各地的醫療開支增長均比經濟增長快，香港亦不例外

香港和個別經濟體系的醫療開支總額平均每年實質增長率及本地生產總值平均每年實質增長率（一九九五至二零零四年）



資料來源：

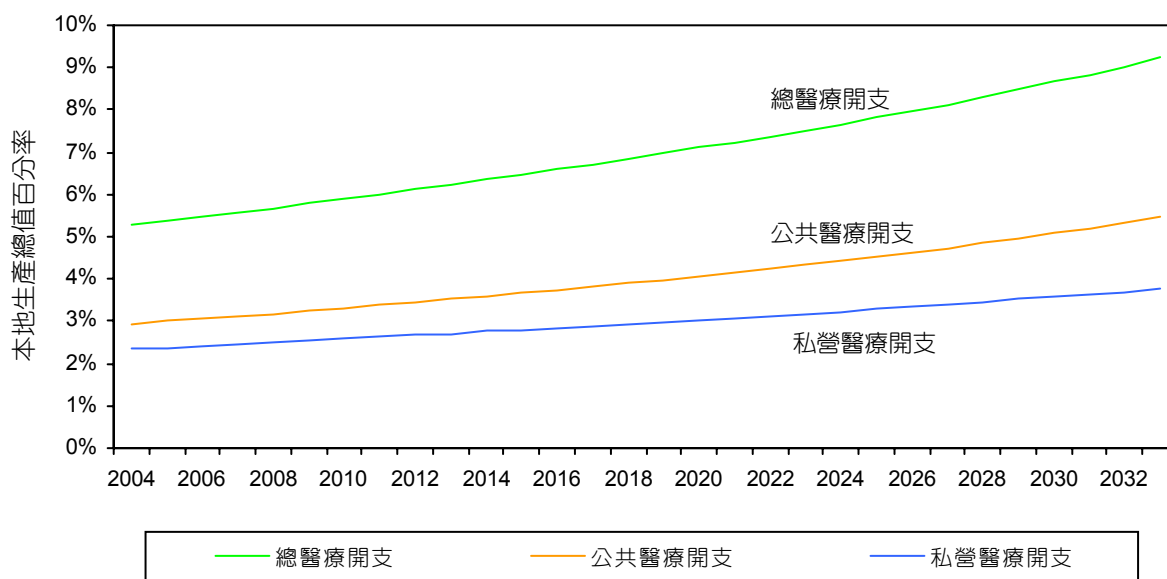
1. 經濟合作及發展組織二零零七年醫療數據（二零零七年十月）。
2. 世界衛生組織－國家醫療衛生開支帳目文獻系列。
3. 新加坡政府衛生部，以及《新加坡醫療經濟、政策和問題》(Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore) (杜文興(Toh Mun Heng)、Linda Low 著)。
4. 香港一九九零至二零零四年的《香港本地醫療衛生總開支帳目》。

表 1.2 若不進行改革，香港的醫療開支便會比經濟增長更快
預測經濟增長及醫療開支增長的比較

		二零零四年	二零三三年	增加	每年增長率
人口		6,783,500	8,384,100	24%	0.7%
經濟增長 (本地生產 總值)	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	12,870	34,130	165%	3.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	189,700	407,100	115%	2.7%
總醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	5.3%	9.2%	74%	2.0%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	678	3,152	365%	5.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	10,000	37,600	276%	4.7%
公共醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	2.9%	5.5%	90%	2.2%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	378	1,866	394%	5.7%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	5,600	22,300	298%	4.9%
公共醫療開支佔 總醫療開支的份額		55.7%	59.2%	-	-

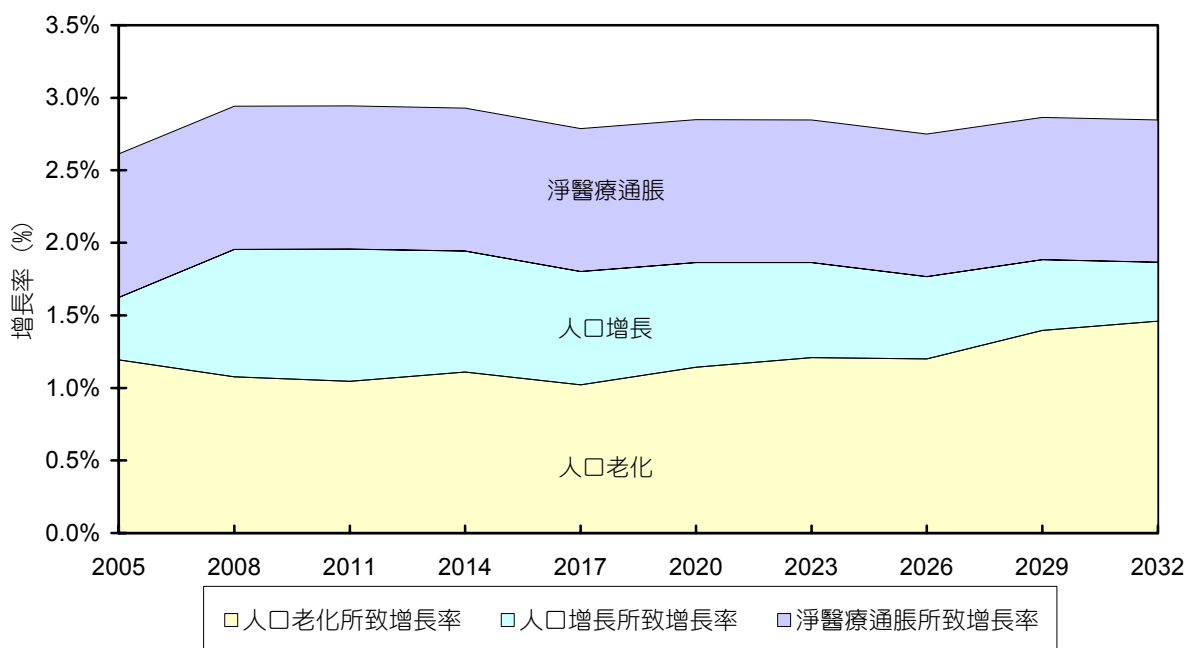
資料來源：香港本地醫療衛生總開支帳目：二零零四至二零三三年香港總醫療開支的財務推算。政府統計處《香港人口推算 2004-2033》及政府經濟顧問為醫療融資研究提供的本地生產總值增長假設。

圖 1.6 若不進行改革，香港的醫療開支情況會佔我們生產總值越來越大的比重
 以本地生產總值的百分率展示醫療開支(總醫療開支、公共醫療開支及私營醫療開支)的推算增幅



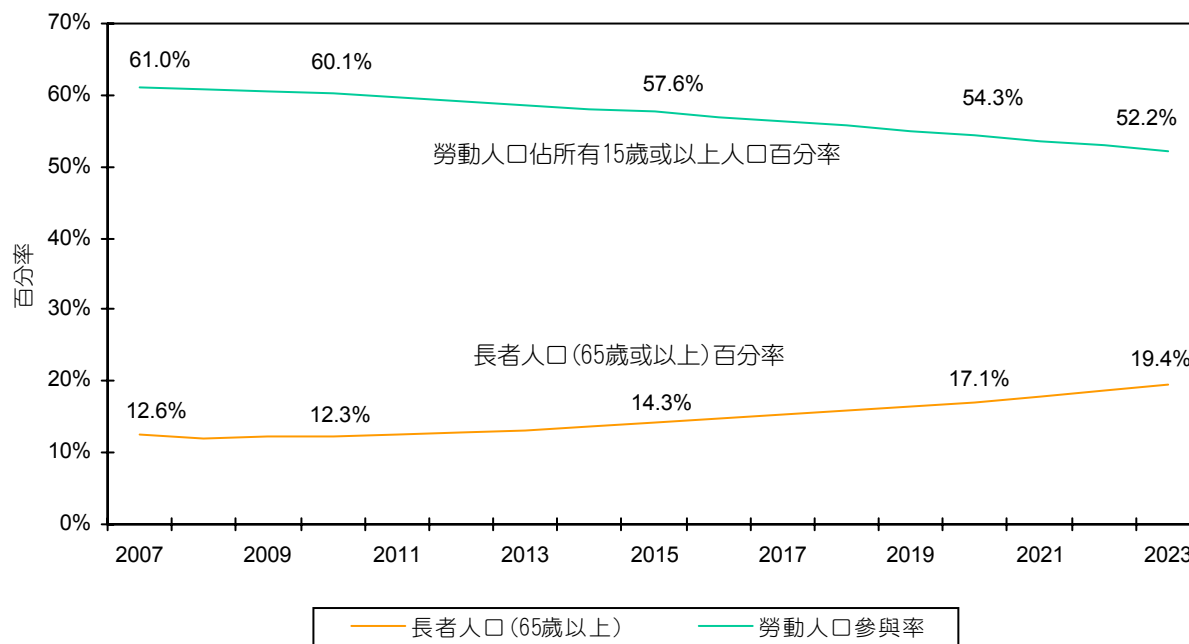
資料來源：香港本地醫療衛生總開支帳目：二零零四至二零三三年香港總醫療開支的財務推算。

圖 1.7 若不進行改革，人口變化及醫療通脹會使香港的醫療開支迅速增長
 推算由淨醫療通脹、人口增長、人口老化所致的公共醫療開支增長率(扣除人均本地生產總值實質增長後)



資料來源：香港本地醫療衛生總開支帳目：二零零四至二零三三年香港總醫療開支的財務推算。

圖 1.8 如不進行改革，為日後不斷增加的長者人口提供醫療服務所需經費的重擔將落在逐漸減少的工作人口
 二零零七至二零二三年的本港長者人口百分率及勞動人口參與率



資料來源：政府統計處《香港人口推算 2004-2033》及政府統計處以二零零三年為基準推算二零零四至二零二三年的勞動人口參與率。

現行醫療制度的弱點

1.3 在《創設健康未來》³討論文件中，我們指出現行醫療制度在結構上有以下弱點一

- (a) **對全人的基層醫療護理重視不足**：有效的基層醫療往往有助改善市民的個人健康，減少他們對更昂貴的醫療服務，特別是指專科和醫院服務的需求。然而，現時社會卻不夠重視對全人的基層醫療服務，尤其是預防性護理和保健等服務。大部分病人均在出現偶發性疾病時才尋求治療服務，而私家醫生亦主要只提供這類服務。以家庭醫學模式提供包括預防性護理的全面基層醫療服務的私家醫生，則為數不多。預防性護理及加強保健的概念，例如健康風險評估、健康檢查及監測健康問題、健康教育及推廣健康生活方式等，只有個別人士及私家醫生奉行，而沒有廣泛在社會中推行。有效的基層醫療系統，有助改善整體市民的健康、降低對治療性醫療服務需求、減少對醫院服務的依賴，以及改善整體醫療系統的效率。現行文化卻窒礙建立這種有效的基層醫療系統。

³ 健康與醫療發展諮詢委員會於二零零五年七月發表的討論文件，探討本港醫療制度日後的醫療服務模式。

- (b) **過度倚賴公立醫院系統**：公立醫院系統提供全面、優質而且收費低廉（約95%的費用獲得資助）的醫院服務（包括住院及專科門診服務）。目前，市民相當倚賴公立醫院系統；公立醫院系統提供超過90%（二零零六年為90.8%）的住院服務（以病牀日數計算）⁴。由於公立醫院獲政府大幅資助，同時亦提供優質的醫療服務，致使病人繼續選用公立醫院系統的服務。因此，縱使在一九八九／九零至二零零四／零五年度期間，實際公共醫療開支已有超過2.8倍的實質增長，公立醫院服務也日見緊絀，輪候名單和時間更為冗長。
- (c) **公私營醫療失衡**：如現有制度維持不變，即使門診服務的大部份醫療開支繼續由私營非住院護理服務提供者所佔，預期公立醫院服務所佔的比例仍會持續增加。公私營醫療嚴重失衡，意味着公私營醫療界別之間的競爭非常有限。而實際上，市民在服務方面亦沒有多大選擇：一面是獲95%資助的公營服務，人人可以受惠，但提供的選擇很少，甚至毫無選擇⁵；而另一面，只有具負擔能力的人士才能夠使用無政府資助但較快捷方便的私家服務，並且可按個人意願選擇醫生、護理人員、治療方式及病房設施。部分病人可能屬意並或許有能力負擔私營服務，但往往會因為使用私營服務會有潛在而且無法預計的財政風險而卻步，除非他們具備豐厚的經濟條件或獲得充足的保險保障。這個制度的結構，令公私營界別的合作空間和誘因相當有限，無助於善用兩個界別的資源，以及進一步改善兩個界別的醫療服務質素及效率。
- (d) **醫療護理有欠連貫和配合**：醫療護理是一個持續連貫的過程。病人與基層醫療醫生建立持續關係，對確保和改善為病人提供的醫療護理服務質素至為重要。而不同層次的醫療服務（即基層醫療與醫院服務之間）的銜接和配合，以及基層醫療醫生與公私營界別中提供醫院服務的專科醫生及醫院之間的溝通，對為病人提供適時、適當和有效率的醫療服務是不可或缺的。然而，社會現時不大重視基層醫療醫生與病人之間的持續關係，以及不同層次醫療服務的銜接和配合。這主要是因為現時的社會文化過份強調迅速治癒疾病，而病人本身亦往往傾向輕易轉換醫生。醫療制度中的不同層次在銜接、協作和配合方面，尚有很大的改善空間，去提供更為優良的醫療護理服務。

⁴ 資料來源：醫院管理局及私家醫院的數據。

⁵ 公立醫院基本上只提供一種標準水平的服務，讓市民通過同一輪候名單獲得，而獲得治療的時間則取決於按病人病情分流的先後、輪候人數多寡、及個別醫院是否有提供有關服務；病人對病房設施及其他相關服務沒有多大選擇，同時實際上不能選擇提供醫療服務的專業人員。

現行醫療制度產生的弊端

1.4 目前已有迹象顯示，上述挑戰及弱點對我們的醫療制度造成不良影響，並招致以下批評－

- (a) **公共服務的輪候時間冗長：**冗長的公營醫療服務的輪候時間一直為人詬病，特別是當大部分市民並無其他負擔得來的替代服務（特別是私人市場所提供的專科及住院服務）可供選擇。舉例來說，二零零六年外科、內科、精神科及兒科的估計輪候時間分別為 31、20、14 及 10 周不等。
- (b) **公營醫療服務以外的選擇有限：**在現行制度下，對於不想花長時間輪候公立醫院服務的人士，他們唯一的選擇便是使用並無資助的私家醫院服務，但這些服務可能收費相對高昂及對病人構成重大財務風險。有些病人可能從僱主提供的醫療福利或個人醫療保險得到若干經濟補助，但這些計劃往往未能提供足夠的保障－前者員工在轉職時不能一併轉移醫療福利，而且保障程度須視乎僱主的財政狀況及提供的福利水平而定；而後者的保費則可能高昂至難以負擔，尤其是對高風險組別人士而言（例如長期病患者及長者）。
- (c) **現有安全網未能顧及中等收入家庭的需要：**目前公立醫院的收費減免機制及其他經濟援助計劃，主要是為低收入家庭和弱勢社羣提供基本安全網。但現行的安全網未能為那些於中等收入家庭因為罹患複雜疾病（例如危疾或長期病患）而須接受長期或昂貴治療（例如標準服務不包括的長期藥物或醫療耗材）的病人提供足夠保障。這些家庭可能因為需要支付醫療開支而突然大幅耗用家庭的財政資源，因而令這些家庭的財政狀況在短時間內陷入嚴重困境；而若費用高昂的治療需持續一段長時間，問題會更為惡化。

維持現狀的後果

1.5 若不為醫療制度推行根本的改革及改善本港人口的健康情況，公營醫療系統將無法維持。而即時產生的後果，就是公立醫院的服務水平和質素下降。若不從速改善現行制度，面對市民持續增加的醫療服務需求，預計會令公營醫療服務產生以下後果－

- (a) **專科門診服務的輪候人數和時間將繼續增加：**到了二零一二年，預期專科門診服務新症的估計輪候時間會增加至現時的三倍。舉例來說，預計外科新症的估計輪候時間會由現時的 31 周增至二零一二年的 96 周。而病人等候覆診的時間預期亦會大幅加長，例如腫瘤科等候覆診的時間會由二零零六年的 12 周增至二零一五年的 16 周，內科由二零零六年的 16 周增至二

零一五年的 20 周，外科則由二零零六年的 26 周增至二零一五年的 37 周。長者使用專科門診服務的診症次數會由現時的 190 萬次增至二零一五年的 240 萬次。

- (b) **留醫病房將更擠迫而病房環境更差**：多個主要專科（包括內科、腫瘤科、骨科以及療養科）的公營住院服務的住用率預計會在未來三年內達擠迫程度（住用率逾 90%）。內科在二零一二年或之前飽和，腫瘤科在二零一五年或之前飽和。長者的病牀使用量將由現時的 360 萬日數，增至二零一五年的 440 萬日數。至於急症醫療服務則預計會供不應求，到了二零一五年將有 6 000 名病人無病牀可住。
- (c) **特殊服務的輪候人數和時間將繼續增加**：預計多項特殊服務的輪候人數及時間將大幅增加，例如未能在公立醫院獲得足夠洗腎治療（例如血液透析治療）的病人數目，在二零一五年將達到大約 22%，即 2 000 人左右。非緊急手術的輪候時間亦會大幅增長，例如白內障手術的估計輪候時間預計會由二零零六年的 33 個月增至二零一五年的 75 個月，良性前列腺肥大手術（前列腺常見疾病的手術）的估計輪候時間亦預計會由二零零六年的 24 至 36 個月，增至二零一五年的 48 至 60 個月。
- (d) **無法持續投資於醫療設施及儀器**：醫療儀器使用周期一般為十年，公營醫療服務如受資源所限，將未必能在使用周期完結前提升或更換已經過時或使用期屆滿的儀器及設施。預計這會令儀器發生故障而導致服務受阻和延長候診時間，亦令儀器的可靠程度、安全程度和診斷準確程度下降。
- (e) **不能與時並進使用已臻成熟的新醫療科技（新藥物及療程）**：如長期投資不足，市民便無法享用某些新療法和藥物，致令整體公營醫療服務水平和質素下降。我們會增加公共醫療服務的撥款，問題因而會得到一定的紓緩。但這方法只會推遲而不能解決問題。除非我們繼續增加資源，並削減其他公共服務的撥款比例，否則增添的資源最終也不足應付醫療服務不斷增加的需求。

1.6 如果現行醫療制度及其融資安排維持不變，而我們須以公帑支付不斷增加的公共醫療開支以避免公營醫療服務質素水平下降，下列其中一個情況將會發生一

- (a) **增加賦稅**：如應付公共醫療開支所需的額外款項全數由政府收入支付，我們估計到二零三三年公共開支總額須擴大至佔本地生產總值的 22%。要支付所需增加的公共開支，意味着薪俸稅及／或利得稅的稅率可能需要大幅提高。此舉有違小政府、低稅制的原則，亦會削弱香港經濟的競爭力；或

(b) **削減其他公共服務的開支**：如果公共開支總額維持在本地生產總值的 20% 以下，公共醫療開支將由二零零四年佔政府公共開支總額的 14.7% 增至二零零三年的 27.3%，此舉會影響其他公共服務開支所佔的比例。例如，教育、社會福利和保安在二零零八至零九年度分別佔經常政府開支的 23.8%、17.6%、和 11.8%，將來的比例便可能要縮減。

1.7 單靠進一步增加政府對醫療的撥款，而不進行根本的改革以面對不斷增加的醫療需求和現行醫療制度在結構上的挑戰，及改善市民的健康並減少我們對醫院服務的依賴，即使政府在其財政預算的可能範圍內再增加醫療撥款，這些撥款不消多久亦會無法應付醫療需求。

醫療改革，事不宜遲

1.8 **維持現狀顯然不是可持續的方案**。為確保醫療制度能長遠持續發展，並提供優質的醫療服務以應付未來社會日增的需求，我們必須對本港醫療制度的服務模式及融資安排進行全面和根本的改革。如果我們坐視不理，便會令我們的市民大眾以及下一代無法得享更優良和可持續的醫療服務。我們亦須緊記，推行改革措施，建立改革所需架構，並待改革措施取得成效，並非一朝一夕可成事。**因此我們必須坐言起行，推行醫療改革。**