



民主黨立法會議員秘書處
Secretariat of Legislative Councillors of The Democratic Party

香港中環雪廠街11號
中區政府合署西翼401-409室
Rm. 401-409, West Wing,
Central Government Offices,
11 Ice House Street, Central, HK

電話 Tel 2537 2319
傳真 Fax 2537 4874

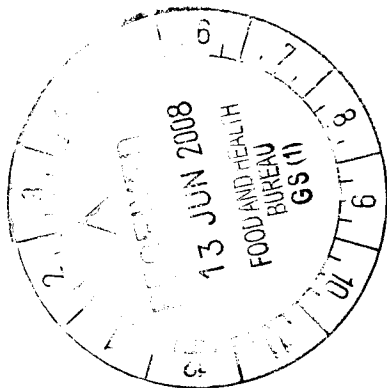
食物及衛生局局長周一嶽醫生：

民主黨就醫療改革諮詢文件的回應

回應政府當局於三月公佈的「掌握健康 掌握人生」醫療改革諮詢文件，民主黨就文件的內容提出意見和建議，希望閣下在制訂第二階段的諮詢方案時，能認真考慮我們的意見。

若有垂詢，請聯絡研究主任陳懷嬋。

民主黨醫療融資政策發言人楊森
(陳懷嬋代行)
二零零八年六月十二日





民主黨立法會議員秘書處
Secretariat of Legislative Councillors of The Democratic Party

香港中環雲咸街11號
中國政府合署西翼401-409室
Rm. 401-409, West Wing,
Central Government Offices,
11 Ice House Street, Central, HK

電話Tel 2537 2319
傳真Fax 2537 4874

民主黨對《醫療改革諮詢文件》的回應

認同必須推行醫療改革

自一九九三年的彩虹報告，政府至今公佈了多份醫療融資改革文件，但都無功而回，而公營醫療在資源不足的情況下，問題叢生。有見於醫療制度及融資制度的改革的重要性，過往幾年民主黨經深入研究及進行民意調查後，於去年公佈了民主黨的醫療融資改革諮詢方案（詳見附件一民主黨提出的方案和摘要）。

當局的醫療改革諮詢文件以大量篇幅強調本港醫療面對的危機、未來的開支增長。各界對開支增長推算的準確性有不同意見，但未來醫療開支大幅增長應是無可避免的趨勢，而香港現時的醫療開支佔本地生產總值的百分比又確比大部份國家低，我們認同醫療融資制度有改革的必要（詳見附件二題為「要改善現行醫療服務 更要處理未來醫療負擔」文章）。

我們更關注的是，醫療體系若不改革，後果不只是資源不足，整個醫療體系的公平性、成本效益都將受損。隨著人口老化、醫療科技成本上升，公共財政壓力增加，服務質數必下降、病人須自費購買的醫療用品增加，迫使市民購買私營醫療保險、使用私營服務，醫護體系將更趨不平等。

其實，中產階級在現制度下已花費大筆資源在私營保險、私家醫療、以至公營醫療的自費項目上，但仍保障不足，隨時因病致貧，我們認為，醫療制度有為他們提供更完善的醫療服務和保障（詳見附件三題為「醫療保險已為中產人士提供真的保障嗎？」文章）。

政府文件的整體評價

整份諮詢文件主要由公共理財的角度出發，旨在處理政府面對的醫療開支壓力。諮詢文件談及現時的融資模式時，強調現時的融資來源主要是政府撥款，而事實上，香港的醫療開支佔 5.3%本地生產總值，其中近一半（2.4%）由市民以私營醫療保險或用者自付的模式支付。此外，在整個醫療體系內，公營醫療和私營醫療環環相扣，若私營醫療、私營醫療保險市場沒有良好的監管，濫用

服務情況嚴重，對公營醫療體系的人手需求、醫療成本都有影響。

醫療融資的改革，不應只考慮如何引入新的輔助融資制度，可以是討論怎樣更好地規劃私營醫療市場及私營醫療保險市場，使現時市民已投放在私營市場的資源，能提供更佳的保障。

諮詢文件的另一特點是，側重醫療角度，未能由病人的角度出發。以基層健康為例，文件主要著重於怎樣加強家庭醫生制度，為市民提供治療，而不是怎樣讓市民可以透過生活方式的改變、加強對疾病和藥物的了解，改善個人健康。在推動公私營醫療協作方面，文件著重怎樣加強公私營界別的知識和資訊交流，這無疑讓醫護專業人員有更好的發展，但病人在公私營兩個界別中尋求服務時，怎樣確保他們的權益得到保障，怎樣讓市民取得更多資訊，在公私營和不同專業間作出選擇，卻並未提及。文件多次提及防止病人濫用服務，然而，在醫療體系內，特別是最昂貴的住院及專科門診服務，決定需要甚麼服務的是醫生等服務提供者，除了急症室，病人其實難以濫用任何公營醫療服務。當局在草擬下一輪諮詢文件時，必須邀請病人組織、民意代表，參與討論及草擬工作，確保改革方案能以較持平角度，作出分析，提出建議。

醫療制度改革

醫療改革文件提及不少措施，以加強基層醫療服務。然而，文件所提及的基層醫療服務主要限於基層治療服務，範圍狹隘。但是，要增進市民健康、減少市民對昂貴醫療服務的需求，絕不是靠家庭醫生制度可以達到。早在一九九零年的「人人健康、展望將來」報告書中，政府所委任的小組已提出要改善市民健康，必須加強「基層健康服務」，範疇較家庭醫生及普通科門診等「基層醫療服務」廣闊。

要促進市民健康，政府必須由各個範疇全面推行，基層健康服務涵蓋職業健康、社區環境、飲食習慣等各個環節，並針對長者、婦女、青少年等不同組群的獨特需要和疾病模式，動員整個社會不同組群的人士投入，例如僱主、學校、社區人士，以提供有利促進市民健康的環境，這些工作遠非單靠家庭醫生可以勝任，藥劑業、營養師、護理人員、物理治療師、中醫、社會工作者等界別，對促進市民健康都擔當重要角色，跨界別合作必不可少。只有推行全面的「基層健康服務」，改善市民健康，才可能減少醫療開支。世界衛生組織早於 1978 年已發起全民健康運動，在社區層面推行大型運動，期望市民可擁有健康的體質。民主黨認為，無論採取甚麼融資制度，政府應設立種子基金，推行全面的基層健康運動。

政府的承擔

根據諮詢文件的推算，醫療開支佔本地生產總額的百分率將由 2004 年的 5.3% 增加至 2033 年的 9.2%，公共醫療開支在總公共開支所佔的比例將由 2004 年的 14.7% 增加至 27.3%，即由 378 億增加至 1866 億元。政府在諮詢文件中，只承諾將醫療撥款佔政府經常開支的百分比增加至 17%，如果到 2033 年仍然維持在 17% 的水平，政府經常開支只撥款 1162 億元，那麼市民每年需由所謂的「輔助融資方案」支付 704 億元醫療開支，是沉重的負擔。如果由稅收支付的公共醫療開支設上限，市民要透過「輔助融資方案」承擔未來的全部醫療開支增長，在這樣的情況下，市民無法估計未來供款額的增長，難以支持任何一個融資方案。

現時教育開支佔政府經常開支的 24%，當香港人口老化，醫療服務需求增加，將更多政府經常開支調撥作醫療用途，是非常合理的要求。當局在下一輪諮詢文件中，應討論將來由政府經常開支調撥的醫療開支因應人口向上調整的空間，同時，應就將來「輔助融資方案」每年支付的款項設上限。

為避免日後供款額持續上升，對市民造成沉重負擔，民主黨建議當局盡快設「高齡人口儲備基金」，儲備來源包括 500 億元醫療基金、外匯基金投資收入的一半（每年約 \$280 億元），日後遇有龐大財政盈餘，亦可考慮再將盈餘注入基金。以基金滾存的投資回報，應可成為穩定收入，支付部份人口老化造成的醫療、福利等開支增長，減低日後醫療供款的增幅。

無論採取甚麼融資模式，政府必須承諾，未來的醫療體系必須確保所有市民都能得到應有的醫療服務，不會因病致貧。現時部份病人必需的昂貴醫療物品及藥物，並不在公營醫療的津貼範圍內，病人需自費購買，令不少病人家庭因病致貧，甚至失去治療機會，這個情況絕不應繼續下去。政府若要推行新的融資方案，首先必須承諾將所有必需的醫療用品和藥物都納入資助範圍，確保所有市民都能獲得基本的醫療服務。

對各輔助融資方案的意見

醫療改革諮詢文件提出六個輔助融資方案，我們對各方案的意見如下：

社會醫療保障：日本、南韓、台灣等東亞經濟體系，都設立了醫療社保制度。去年年底，民主黨數位學者曾赴台灣了解其全民健康保險體系。台灣制度以其提供包羅萬有的服務為人熟悉，亦以其引起的財政壓力而廣受批評，但民主黨的台灣之行發現其制度有許多可取之處，其制度的公平及便利令全民健保的公眾滿意度維持在 70% 水平，即使投訴不斷，仍是少數得到大眾認同的公共政策，

是值得香港參考的輔助方案（詳見附件四題為「倡社會保險制度 建平等醫療體系」文章）。

用者自付費用：根據民主黨過往的調查，「用者自付費用」不為市民接受，亦有唯公平原則，並非可取方案。

醫療儲蓄戶口：由於強制醫療儲蓄沒有分擔風險的功能，融資效率低，供款率將比強制保險高，而且一旦患上重大疾病，大部份市民的儲蓄金額仍不足支付醫療費用。新加坡醫療儲蓄戶口供款達 6-8%，卻只能支付 8% 整體醫療開支，並非有效融資模式，因此亦非可取方案（詳見附件五題為「強醫金並非可行方案」文章）。

自願私人醫療保險：自願私人醫療保險存在道德風險，且成本效益低，更會令公營醫療及整體醫療的成本飆升，並非可取方案。

美國以私營保險為主，私營保險市場存在逆向選擇問題，私營保險旨在牟利，選擇低風險人士，提高最需要醫療保險的長者、長期病患高風險人士的保費，甚至拒絕受保。與此同時，私營醫療保險計劃行政成本昂貴，受保人濫用服務情況普遍，以致在老弱傷殘保障不足的同時，整體醫療開支高達國民生產總值的 14%（香港約 5%），政府只保障老弱窮人，而公共醫療開支佔國民生產總值約 7%。更值得注意的是，私營醫療保險公司財雄勢大，政府一旦推動影響其既得利益的改革，都會面對其阻撓。

香港應以美國經驗為戒。不但不應推動不受規管的私人醫療保險，對牟利的私營醫療保險市場的擴展、私營醫療保險對醫護人手、醫療成本的影響，更應密切關注，避免醫療體系過份倚賴私營保險，演變成既不公平亦缺成本效益的制度（詳見附件六題為「私營醫療保險壯大的代價」文章）。

強制私人醫療保險：根據民主黨的調查，在政府提出的諮詢方案中，最為市民接受的融資方案為全民醫療保險，由僱主、僱員供款（20.7%）。如果全民受保，有良好的監管制度，值得作進一步研究。

個人健康保險儲備：根據民主黨的調查，只有 10.5% 被訪市民表示支持這個方案。基於以下原因，民主黨不贊成這個方案：

- ✦ 這個方案將全港人口分為二個級別。有能力人士用醫療保險，貧病等弱勢群體由公營醫療提供津貼。日後公營醫療成為安全網，弱勢群體必難要求改善服務，現時社會對綜援人士的歧視和排拒，日後隨時出現在醫療體系，造成社會各階層的分化。

- ✚ 方案強制超過 100 萬在職人口購買醫療保險，一般經驗是引入醫療保險制度後，服務需求會增加。當這批相對健康的人口所佔用的醫療服務和資源增加，醫護人手薪酬等醫療成本必然隨之增加，公營醫療成本上升，最需要醫療服務的貧窮人口、長者、因罹患危疾而用盡戶口金額的病人，必成制度的受害者。而公營醫療的開支在成本上升的影響下，即使質和量下降，卻未必能控制開支增長。
- ✚ 受規管的醫療保險的投保人數越多，便越能確保有效分擔風險、提升行政效率，因而減低保費。若方案將受保人口擴展至全港所有人口，無能力人士由稅收支付保費，每名市民需支付的保費會較低，而且部份人口的保費由稅收支付，可加強政府對制度的影響力。

民主黨的立場

民主黨對醫療融資制度的準則為：

- ✚ 無論採取甚麼輔助融資方案，都必須為全民提供普及的醫療服務，市民不論貧富都能得到合水準的醫療服務。基本醫療保障應以單一制度（one-tier system）提供。
- ✚ 不論貧富，病人都應該有選擇，能自由選擇私營及公營醫療服務。
- ✚ 當局必須對醫療保險和私營醫療服務有較嚴謹的規管。
- ✚ 融資方案必須具備分擔風險的功能，民主黨傾向支持具保險性質的融資方案，但不贊成強制性的私營保險，由公營機構管理、非牟利的保險制度較可取。
- ✚ 能者多付。

綜合以上分析，民主黨的立場是，政府應維持以稅收為主要融資來源，可以公營機構管理的醫療保險為輔助融資模式，除了僱主、僱員供款，政府亦應注資公營醫療保險制度。建議政府將 500 億儲備投入「高齡人口基金」，加上外匯基金的部份投資收入，在人口老化時，調撥部份基金作醫療用途，應可確保未來的供款率能維持在市民可負擔的範圍內。

民主黨醫療融資政策發言人 楊森
二零零八年六月十三日

要改善現行醫療服務 更要處理未來醫療負擔

醫療改革第一期諮詢即將結束，近日有團體反對推行任何強制性供款。

無論在民間或立法會，反對供款的基礎，是不相信未來醫療開支會如政府所推算般嚴重，認為稅收應可繼續支付醫療開支。民主黨對人口老化、醫療融資這個問題研究經年，對未來醫療開支增長，可繼續單靠現行稅收制度支付未敢持樂觀態度。

政府諮詢報告指全港醫療開支將由 2005 年的 678 億增加到 2033 年的 3152 億元，有「靠嚇」之嫌，其實政府所提供的這個數據並沒多大意義，因在這期間人口將由 678 萬增加至 838 萬，扣除人口增長，未來每年人均醫療開支的實質增長只是由 1 萬元增加至 3.8 萬元。以本地生產總值而言，整體醫療開支將由 5.3% 增加至 9.2%，公共醫療開支則由本地生產總值的 2.9% 增加至 5.5%。

在立法會不少同事指出，根據經濟合作及發展組織的研究，人口老化造成的公共醫療開支增長平均只是每年 0.7%，政府對 2033 年的醫療開支推算有「作大」嫌疑。然而，正正是這份經合組織 2006 年的研究報告，其首席經濟師在前言開章明言，未來的醫療和長期護理開支增長必須是首要政策事務。即使由人口老化每年只造成 0.7% 的增長，即使考慮到未來高齡人口能保持健康晚年已調低增長率 0.4%，到了 2050 年，醫療和長期護理的公共開支佔本地生產總值的百分比將增加 3.4%-6.1%，以比例計算，到 2033 年，必須增加 2.1%-3.8% 的本地生產總值支付公共醫療和長期護理開支。報告更指出，人口將急速老化的國家如南韓，其增長幅度將更大，瑞典等高齡人口結構已穩定的國家，其增長幅度則很低，而香港由 2011 年開始急速老化，正屬於開支大幅增長的類別。參考經濟組織的研究，特區政府指到 2033 年公共醫療開支佔本地生產總值的百分比增加 2.6%，看來並非不合理的推算。

政府指到 2033 年整體醫療開支將佔本地生產總值的 9.2%，其實現時英國、日本、澳洲、瑞士等國家的醫療開支都已達國民生產總值的 8-12%。我們的醫療開支較其他國家低，代價是香港市民的健康、生活質素，以及公營醫護人員的巨大工作量。而在公營醫療方面，白內障手術輪候時間長達 3 年、救命的癌症藥物因為太昂貴，公營醫療不提供，價值數萬元的「通波仔」等手術的用品需病人另外自行購買，每年病人共花 4 至 5 億元，足見公營醫療早已無法為市民提供基本的醫療保障。

現時稅收撥款已無法為市民提供基本保障，即使市民願意繼續忍受現在的服務質素，到 2033 年醫療開支亦將以倍增長。若繼續以現行的稅收制度，難以想

像怎可能找足夠撥款，去維持目前已千瘡百孔的公營醫療服務。

過去數年經濟低迷時，政府增加醫療收費、削減服務、公營醫護人員不合理地超時工作的景象，歷歷在目，清楚顯示，以香港的低稅制度，無法為公營醫療提供穩定的資金來源。何況，未來人口老化，除了造成醫療開支增長，生果金、安老院舍、長者綜援各面開支都將大增，各政策範疇將競爭稅收撥款。政府在目前有盈餘的時候，撥出 500 億儲備作未來之用，其實仍不足夠，我們建議政府應加上外匯基金每年的一半投資收入，設立「高齡人口基金」，以備 2011 年後人口老化後的各項開支。日後無論是加稅、推行供款式的輔助醫療融資制度，這項基金都可減少未來人口的負擔。

今年政府財政盈餘充足，我們認同政府應該增加公共撥款改善公共醫療服務，但對於近日有建議現在就動用 500 億元儲備，難以苟同，因為今天的醫療有改善的需要，日後的醫療更是危機處處，不能不未雨綢繆。

醫療保險已為中產人士提供真的保障嗎？

上周政府公布醫療改革諮詢文件，指因人口老化、醫療開支增長遠高於整體經濟增長，未來公共醫療服務將無法維持目前水平，因此需進行醫療改革，文件列出了六個融資方案。

文件引起社會廣泛討論，最主要的批評有二，其一指政府對未來醫療開支的推算「作大」，這個問題涉及較技術性的推算及假設問題，日後再作深入討論。其二則批評強制供款方案向中產「開刀」。民主黨日前舉辦論壇，有出席者表示，現時其僱主已為僱員及家人購買醫療保險，僱員需支付的保費，遠低於政府在其康保儲備方案中所建議的 3-5% 為低，像他們這些已有私營醫療保險的市民，無需政府任何方案提供額外保障，強制他們再供款並不公平。中產之聲亦提出八成中產人士已自行購買醫療保險，不應再要求他們為新的醫療保險計劃供款。

中產人士即使已購買了私營醫療保險計劃，他們真的得到保障，能得到所需醫療服務嗎？根據理工大學阮博文教授在 2007 年參與進行的研究結果，35% 僱主提供的醫療保障不包住院服務，即使提供住院保障，保額亦往往不足支付私營住院服務，其中以製造業所提供的保障最低，保額約為 16000 元，而只有當外科手術賠償額超過 30000 元時，才有八成人士會使用私家醫院醫療。可見，不少僱員得到的醫療保險，只夠支付門診費用，當市民需要較昂貴的住院服務時，僱主所購買的保險不足支付。

更值得關注的是，一旦離職或退休，僱員即失去保障，而大多數保險公司設投保人年齡上限，拒絕老年人士投保，市民在退休後僱主不再提供醫療福利時才購買醫療保險，一般買不到保險。不少保險公司更設續保年齡上限，市民即使在年輕時供款私營醫療保險，到了 60 或 65 歲後，在最需保障時，仍不獲續保。此外，部份患病的受保人士索償後，保險公司會增加其續保費用，甚至在投保人身體健康出現大問題時拒絕續保。一些終生保障的計劃，其保額及保障項目，則不足支付住院開支。

私營保險以牟利為目的，不為年老、病患等高危人士提供保險或收取昂貴保費，才得以保持利潤。中產人士所購買的私營醫療保險計劃，或可在他們年輕、健康時，提供保障，但到年老、患病時，卻已失效。

此外，市場上的私營醫療保險計劃眾多，保障項目差異大且保費不同，保單細則繁多，受保人容易忽略保單條款而未能成功索償，或未能獲得足以支付其醫療開支的費用。中產人士可能在最需要醫療保障或身患重病時，才發現私營

醫療保險市場，並沒能為他們提供完善的保障和賠償。

要確保購買保險的市民得到完善的保障，政府必須約制醫療保險計劃。民主黨提出「全民醫療保障計劃」，建議政府設定劃一的基本保險計劃，並規定保險公司不能只選擇健康、低風險的市民，與此同時，市民亦不能在健康出現問題時才購買保險，這樣年輕、健康的市民和年老、多病的市民同時購買保險，醫療風險得到分擔，全民的保費總額才足夠支付整體的醫療開支。若已有僱主提供醫療保險或自己已購買保險計劃，應容許現有保險計劃轉入「全民醫療保障計劃」，避免現時已有醫療保險人士額外供款。我們熱切希望得到市民的回應，了解市民對我們這個建議的意見。

倡社會保險制度 建平等醫療體系

繼財政司接納民主黨的意見，撥款 500 億以推動醫療改革後，當局日內將公佈醫療融資改革諮詢，相信會提出不同方案，民主黨將於本月十七日在灣仔小童群益會舉辦座談會，深入討論醫療融資問題，歡迎關心議題人士參與討論。

就著這個問題，月前民主黨醫療小組數位學者赴台灣了解其全民健康保險體系。台灣制度以其提供包羅萬有的服務為人熟悉，亦以其引起的財政壓力而廣受批評，但民主黨的台灣之行發現其制度有許多可取之處，其制度的公平及便利令全民健保的公眾滿意度維持在 70% 水平，即使投訴不斷，仍是少數得到大眾認同的公共政策。

我們的醫護體系本亦以平等見稱，可惜在公營醫療的財政壓力下，一向奉行的平等原則無法維持。隨著人口老化、醫療科技成本上升，公共財政壓力增加，不平等情況必將惡化。若公共醫療的財政壓力不解決，服務質數必下降、病人須自費購買的醫療用品增加，迫使市民購買私營醫療保險、使用私營服務，醫護體系將更趨不平等。

看看以私營保險為主的美國，私營保險市場存在逆向選擇問題，私營保險旨在牟利，選擇低風險人士，提高最需要醫療保險的長者、長期病患高風險人士的保費，甚至拒絕受保。與此同時，私營醫療保險計劃行政成本昂貴，

受保人濫用服務情況普遍，以致在老弱傷殘保障不足的同時，整體醫療開支高達國民生產總值的 14%（香港約 5%）。更值得注意的是，私營醫療保險公司財雄勢大，政府一旦推動影響其既得利益的改革，都會面對其阻撓。若不處理公營醫療問題，倚賴私營保險，我們醫護制度不難演變成這種既不公平亦缺成本效益的制度。

推行社會醫療保險制度，輔以稅收為主的融資模式，是值得考慮的方案。日本、南韓、台灣等鄰近地區早已推行類同制度，其主要優點在於所有市民都得到醫療保險。有別於私營醫療保險，社會醫療保險不能拒絕市民投保，且供款率不受年齡、健康狀況影響，有收入人士按入息供款，市民按需要使用服務。由於年輕與年老人士，健康與患病人士共同分擔醫療開支，市民一旦患上重大疾病，醫療開支不會對個人造成太大財政壓力。

結合探訪台灣的所見所聞，以及理論研究，民主黨早前公佈了「全民參與的醫療保險制度」諮詢報告。據初步估計，若政府投放 17% 公共開支在醫療服務方面，現階段有收入人士供款 0.3%，應已足夠應付醫療開支，日後人口老化，供

款率需隨之調整，十年後估計供款率為 0.9-1.5%。加上 500 億醫療基金，供款率可進一步調低。我們相信，這個方案有助香港建立更平等、團結的制度，希望社會各界願意共同出一分力，建造一個更平等、正健康的社會。

「強醫金」並非可行方案

上周智經研究中心公布「香港未來醫療發展及融資初步報告」，過往一周社會的評論主要集中於「第二支柱服務」的概念，即較基本「安全網」醫療服務較佳的服務，以及設立強制性的醫療儲蓄制度，市民可以戶口內的款項支付第二支柱服務的開支。

環顧全球各國，只有新加坡採用類同的強制性醫療儲蓄制度，參考新加坡的經驗，我們會發現強醫金制度有很多限制，對解決醫療體系的財政問題幫助不大。

分擔風險功能

與香港一樣，新加坡的醫護制度本來是以英式稅收為本和公營醫療服務為主，後來在財政壓力下，建立醫療儲蓄戶口制度。雖然儲蓄戶口制度實施至今，但自1984年建立制度以後，陸續又推出了醫療保障計劃、醫療基金、附加醫療保障計劃及樂齡健保計劃等，至今新加坡醫療體系的開支，四分之一由政府資助、四分之一由病人現金支付、三成半由僱主以團體保險形式支付，醫療儲蓄戶口制度供款額達薪酬的6-8%，卻只能支付8%的整體醫療開支，而醫療儲蓄還要容許供款人以戶口的存款購買保險。可見，強制性醫療儲蓄計劃並非解決融資問題的可行方案。

醫療儲蓄無助解決融資問題的最主要原因，是沒有分擔風險的功能。即使儲蓄制度推行一段時間，市民或其家人一旦患上癌症等嚴重疾病，很多市民的儲蓄戶口所累積的金額仍不足以支付大筆的醫療開支，而低收入家庭和失業人士等弱勢社群更是難以累積足夠存款以支付醫護費用，仍只能靠稅收支醫療開支。

醫療儲蓄沒有分擔風險功能的特性，減少了融資的效率。由於儲蓄制度積存大筆資金在各個個人戶口，不被動用，儲蓄制度需強制整個社會儲蓄的總金額，要比保險及稅收等具分擔風險功能的融資模式高很多，才能提供相等水平的資金。香港面臨即將出現的嚴峻人口老化現象，要在人口老化、醫療開支大增前，累積足以有效減輕稅收負擔的儲蓄金額，強制市民儲蓄的比率必然偏高。

「鼓勵」濫用服務

此外，強制醫療儲蓄制度亦存在被濫用的風險，有新加坡學者認為，有了一筆只可用作支付醫療開支的資產，或會讓保健儲蓄戶口持有人得到虛假的安全

感，鼓勵他們以現時的存款作超出負擔能力的消費。制度同樣對服務提供者造成誘因，在知道病人的保健儲蓄戶口仍有餘款的情況下，鼓勵病人使用非必要的醫護服務。為避免濫用，新加坡由政府決定戶口的存款可用於哪些程序、在何處使用，以及可使用金額，但由政府決定私人儲蓄戶口的使用情況能否同樣適用於香港，卻是成疑。

以新加坡的經驗作為參考，智經研究中心所建議的強醫金制度對解決其所強調的「未來公共醫療體系在財政上無法持續」的成效，實在成疑，考慮其他較能分擔風險的融資制度，如社會醫療保險制度，應是較可行的方向，其他亞洲國家如南韓、日本及臺灣，亦正正是採取這種方案。

私營醫療保險壯大的代價

醫療改革諮詢期將完結，社會意見紛紜。筆者較憂慮的是，若無法就醫療融資改革達成共識，公營醫療服務持續惡化，美國醫療體制的各種弊病必漸在港浮現。

美國醫療制度的問題不少源於其私營醫療保險，根據經濟合作組織的跨國研究結果¹，公共醫療服務不足，如輪候時間長、對公共醫療體系缺乏信心，是市民購買私營醫療保險的主要動機，希望可減少疾病造成的財政危機。本港公營醫療輪候時間日長、病人需另外自費購買的藥物日增，私營醫療保險必日漸壯大。

私營保險無法提供周全保障

然而，研究指出，私營醫療保險往往達不到市民和政府的預期效果。市民方面，私營保險其實無法提供完整的保障。受保人難以轉換保險公司，因患病紀錄影響所得保障，而保險公司則可篩選受保人。此外，私營保險行政成本高昂，在美國、何蘭等國，市場推廣、保險人員、產品設計等令行政成本高達 10-14%，遠較公共醫療的 3-4% 高。與此同時，多個經合國家的私營保險市場都甚少採取措施改善成本效益。種種原因，令保費增長遠高於通脹，受保人，特別是較低收入人士，會因無法支付持續增加的保費而被迫放棄保單。

鼓勵私營保險無法減少公共醫療開支

當市民付出大量金錢購買私營保險，研究證實公營醫療開支不會因而減少，部份國家甚至反而上升。經合組織國家如澳洲嘗試鼓勵私營保險市場，期望可將部份服務開支轉離公營醫療，但研究結果顯示成效不大。私營保險增加了整體服務需求，但有私營保險人士繼續使用公營醫療服務。私營醫療的覆蓋率增加，但公營醫療的輪候時間並沒下降。較極端的例子是美國，私營保險保障了較健康和年輕的人口，保險增加了這群人口使用更多醫療服務的誘因，整體服務需求增加，公營醫療的成本受到影響，亦因而上升。在法國、澳洲、瑞士等私營保險市場佔有率較大的國家，無論是私營或公營醫療開支，國民生產總值的百分比都較其他經合組織國家高。美國私營醫療開支最高，其公營醫療開支仍佔國民生產總值的 7%。

¹ Tapay N. & Colombo F. (2004), "Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems", Towards High-performing health systems, OECD health project. OECD

以上經合組織的情況，在港已漸出現。第一，保費大幅上升。根據理工大學阮博文教授參與的僱員保險研究²，在 2005 至 2007 年間，僱員保險成本佔僱員年收入的百分比由 5.75% 增至 7.09%，以金額計算，醫療保險的成本在 2003 至 2007 年增加了 66%。第二，保險增加了使用醫療服務的誘因。一般員工使用普通科門診的次數一年最高為 30 次。第三，公營醫療服務需求並未減少。大部份僱員的保費不足支付外科手術費用。第四，今年醫管局醫護人手流失嚴重，政府增加約 12 億元調整薪酬，現未有研究顯示私營保險對本港公營醫療成本的影響，但私營保險和公立醫院的人手流失相信不無關連。

對私營醫療的發展持審慎態度

有經濟學者提倡政府鼓勵市民自願購買私營保險，筆者頗覺費解。在醫療市場，由於資訊不對稱、道德風險、負向選擇等因素，市場失效可說已是定論。日前諾貝爾經濟學得獎者 James Mirrlees 在一個關於醫療服務誘因的演講中，對私營醫療體系的回應是「不」³。面對私營醫療保險的這些潛在影響，我們對私營醫療在整體醫療體系的角色必須審慎處理，任由公營服務惡化，迫使市民購買私營保險，透過法例或稅務優惠，促使市民購買私營保險，都可能造成深遠的影響。

² Yuen, P. (2007) "2007 Employee insurance benefit research". Gain Miles. Hong Kong.

³ Mirrlees J. (2008) "Incentives in Healthcare". for Hong Kong Polytechnic University.

醫療融資改革諮詢方案

全民參與的 醫療保障制度 摘要



立法會議員楊森
民主黨醫療小組
二零零七年

研究小組成員： 楊森議員
羅致光博士
馮可立先生
鄭家富議員
李建賢議員

研究員： 陳懷嬋小姐

出版： 民主黨立法會議員秘書處
香港雪廠街11號政府合署西翼401-410室

電話： 2537 2315

傳真： 2537 4874

出版日期： 二零零七年十月

一、改革的需要

1. 公營醫療

- + 極長輪候時間迫使市民使用私營醫療服務、病人需自費購買不少昂貴醫療用品和藥物，病人家庭經濟隨時因醫療開支而受嚴重影響。
- + 對服務欠明確承諾，可隨意削減服務的質和量。
- + 資源運用的問責性不足，機構在運用資源時未必以病人權益為首要考慮。

2. 私營醫療

- + 住院及專科服務昂貴，大部份市民無法支付。
- + 私營醫療保險將長者、長期病患等高危人士拒於門外，且條款繁多，受保人往往在重病後始發現得不到所需保障。

3. 醫療開支

- + 專家評估未來醫療開支將大幅增加。
- + 本港醫療開支較大部份先進國家低，但過於倚賴稅收，難以長遠持續。
- + 過往當局以增加收費、削減服務應付財政困難，非可取方案。

二、原則和理念

1. 醫療融資方案的原則

- + 繼續提供普及的醫療服務；
- + 制度公平，包括能者多付、市民有平等機會獲得醫療服務；
- + 服務質素得到保證；
- + 能有效控制成本，使服務得以長期持續；
- + 病人有自由選擇私營或公營醫療服務；
- + 病人能得到便利的醫療服務。

2. 制訂醫療融資方案的理念

- + 不能倚賴單一的融資途徑。
- + 醫療儲蓄制度雖較易為市民所接受，但因沒分擔風險功能，解決醫療資源短缺問題的成效低。
- + 建議以全民社會保險及稅收為主要融資模式。



3. 何謂社會醫療保險

- + 社會醫療保險的主旨在於透過社會保險制度，使所有市民都能獲得適當的醫療服務，必須全民參與。
- + 社會醫療保險的主要特性在於具備攤分社會風險的功能，健康或患病、富裕或貧窮人士都必須參與保險制度，共同供款，支付病人的醫療開支，分擔風險。
- + 供款額基於供款能力，與收入掛鉤。
- + 個人患病的風險，包括年齡、是否傷殘、患病紀錄不會成為不受保的原因，也不會影響供款額。
- + 社會醫療保險由個人、僱主共同承擔保險及醫療費用，弱勢社群的保險及/或醫療費用由政府負責。
- + 社會醫療保險計劃的運作一般基於法例，在價格、收費、與醫護機構的合約、利潤各方面作出規管。

三、民主黨的建議方案

1. 全民醫療保障方案主要內容

- + 全民醫療保障方案以稅收為主要融資模式，輔以全民保險計劃。
- + 全港所有市民納入保障制度。市民需供款到全民保險計劃，無能力供款人士由政府以稅收代支付供款（可參考強積金計劃界定無能力供款人士）。
- + 全民保險計劃提供基本醫療服務，希望得到更好服務的市民，可以私營保險或儲蓄支付額外費用。
- + 現時每年撥作醫療開支的稅收款項，可用作支付弱勢社群的供款、支付極昂貴的必需醫療服務及其他全民保險計劃不涵蓋的醫療服務。
- + 政府每年按人口數目等因素調整投放在醫療服務方面的稅收開支，而開支不能低於特首所承諾的佔公共開支17%的水平。
- + 病人在使用醫療服務時，應支付墊底費。市民的開支應設上限，例如，全年醫療開支不超過家庭入息的一成。
- + 設中央機制--全民醫療保障管理局，負責管理全民醫療保障制度，基金管理方面可由私營保險基金負責。至於全民醫療保障管理局的權責，例如是否負責擬定全民保險計劃的基本醫療服務、與醫護機構及保險公司議價，日後應由公眾討論。



2. 保障對象

- + 所有在香港定居超過一年的本港居民及其同住家庭成員。

3. 保障範圍

- + 全民保險計劃涵蓋專科門診及住院服務，極昂貴的醫療服務由稅收支付。
- + 制度實施初期不包括主要疾病的預防服務，制度實施一段時間後再作檢討。
- + 基層門診服務及中醫成本並非太高，分擔風險的功能不大，卻又較易出現濫用，且保險賠償的支付會增加行政開支，因此，有關服務應維持由現時的公營服務提供，待全民保險計劃實施一段時間後，再檢討是否將基層門診服務和中醫服務納入全民保險計劃的涵蓋範圍。

4. 全民醫療保險計劃的供款

- + 建議參考民意調查結果，即市民願意承擔的供款額為收入的2%，僱主、僱員雙方供款，設上限。
- + 現階段全民醫療保險計劃的供款率約為0.3%，日後隨人口老化而作出調整，10年後供款率估計增加至0.9%-1.5%。
- + 以家庭為單位，有收入人士需代家庭成員支付保費，每名有收入人士代供的家庭成員數目設上限。

5. 醫護機構

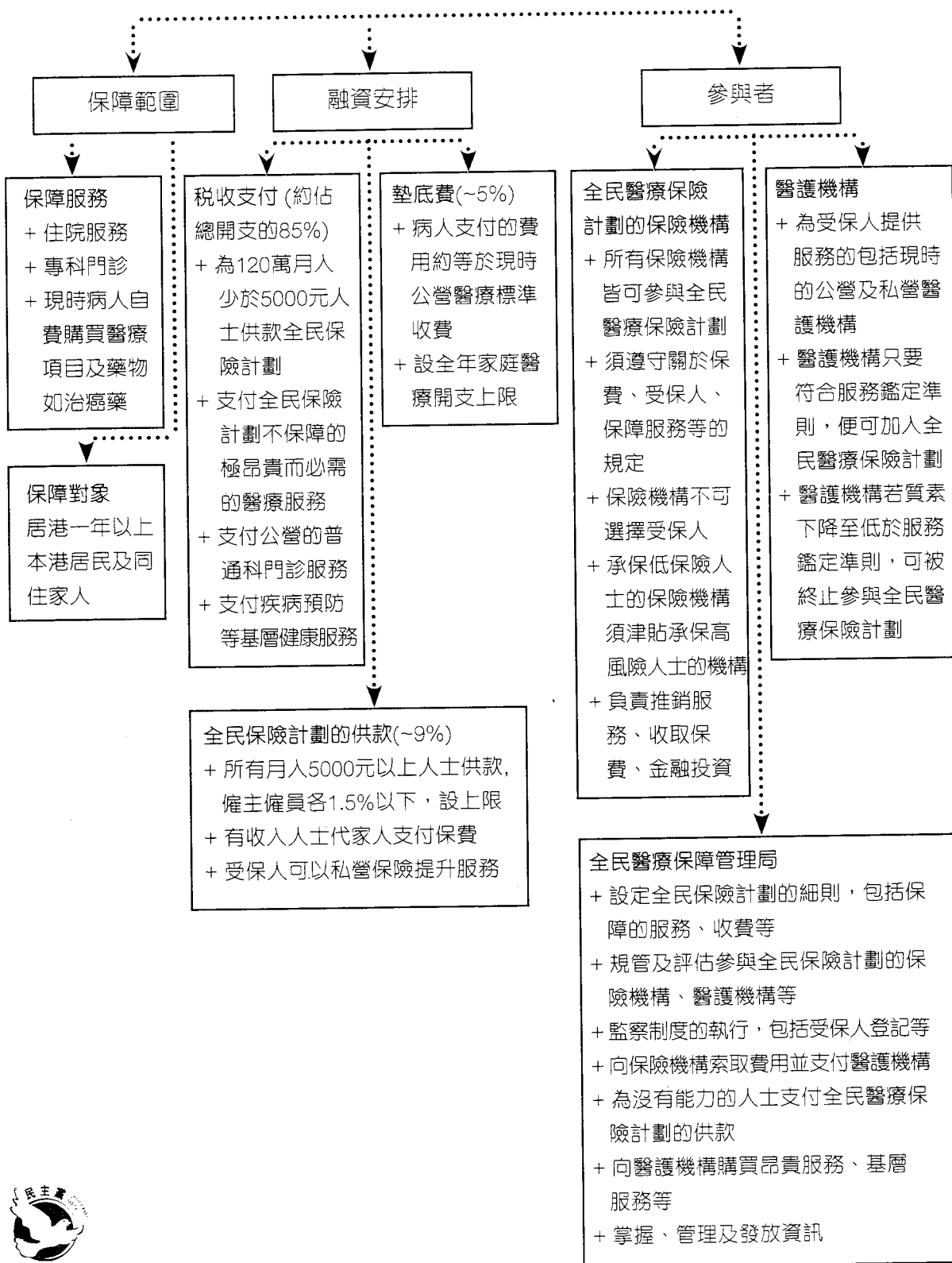
- + 全民保險計劃全面開放予所有醫院及醫生參與，醫護機構經評估為合格後，即可成為全民保險計劃的合約機構。
- + 醫護機構和保險機構必須分開，加強制衡。
- + 病人使用第二層醫療服務，須經急症室或基層門診轉介。

6. 支付費用予醫護機構

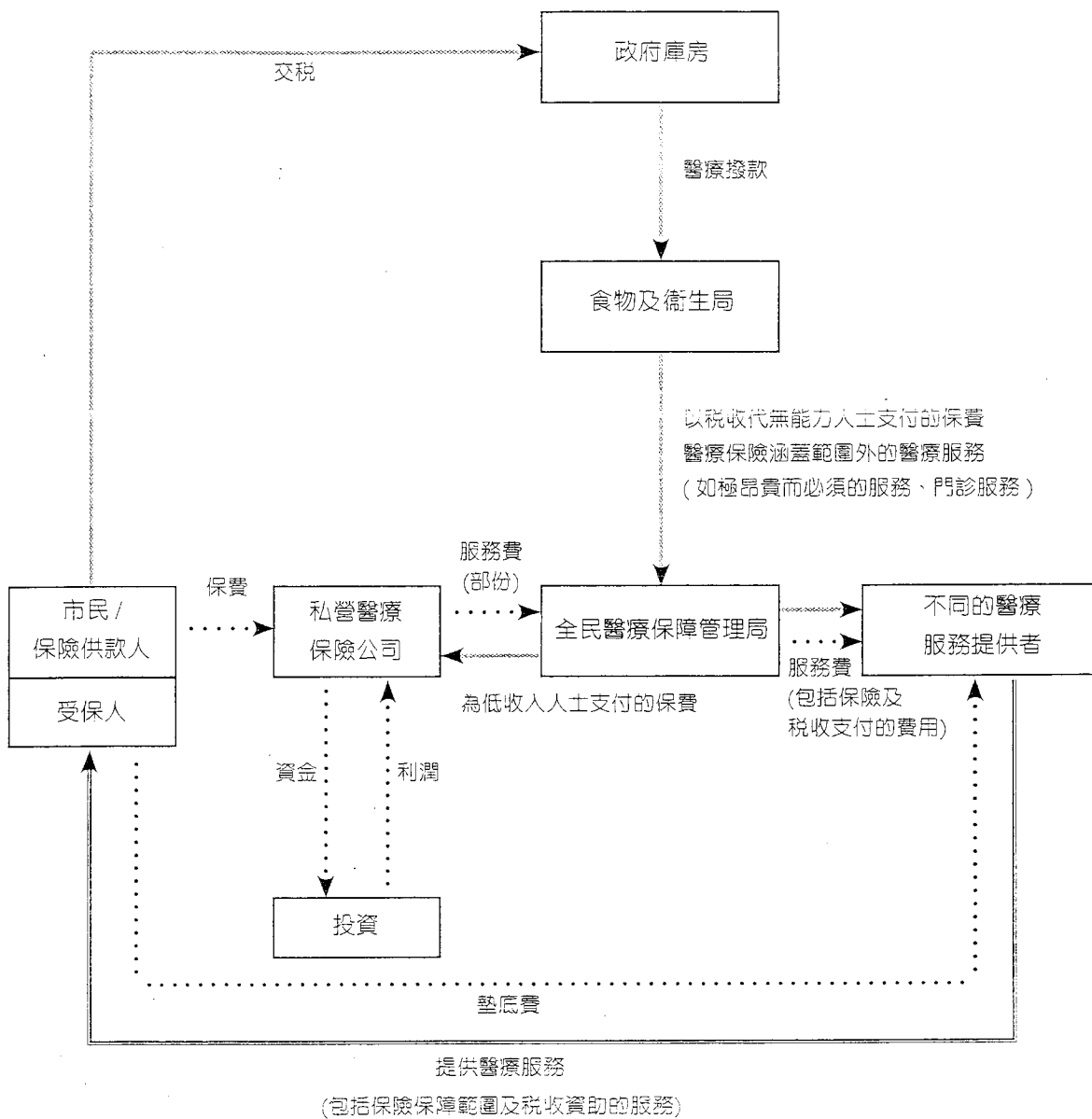
- + 全民醫療保障管理局負責向全民醫療保險計劃的保險機構索償，並發放款項予醫護機構。
- + 病人所支付的墊底費應與現時公營醫療服務的收費水平相若，直接付予醫護機構。墊底費的收費水平及項目必須在保險合約中訂明，醫護機構只能收取合約訂明的收費。



全民醫療保障方案簡圖



全民醫療保障體系的運作架構簡圖



:: 全民醫療保障方案與現制度的比較 ::

	現制度	全民醫療保險
融資來源	稅收撥款、私營醫療保險、醫療收費	稅收撥款、全民醫療保險計劃供款及墊底費
普及	所有市民都可使用公營醫療服務。	所有居港一年以上人士及其同住家人都可受惠。
公平	<ul style="list-style-type: none"> + 只有少量市民有經濟能力使用私營住院醫療，普羅市民只能輪候公營醫療，因輪候時間太長而影響治療並非罕見。 + 部份市民可購買私營醫療保險以使用私營醫療服務，長者等高風險人士往往被拒受保。 + 公營醫療的病人需自費購買部份昂貴的藥物和醫療用品。 	<ul style="list-style-type: none"> + 較現制度公平，由有收入人士供款全民醫療保險計劃，按能力供款，按需要使用醫療服務。 + 全民醫療保險計劃的保險公司不可拒絕市民受保。 + 病人無需自費購買昂貴的必須藥物和醫療用品。
輪候時間	+ 公營醫療以輪候時間限制使用者及公共醫療開支。在目前醫療資源不足的情況下，很多病人面對漫長的輪候時間。	除了現時撥作公營醫療開支的稅收外，來自有收入人士的醫療保險供款增加了可用醫療資源，同時全民醫療保險分擔風險的功能遠較私營醫療保險高，令整體醫療資源獲有效運用，可有效縮短輪候時間。
服務質素	<ul style="list-style-type: none"> + 沒有準則和機制鑑定或評估服務質素 + 沒有法定承諾的服務質素。 	<ul style="list-style-type: none"> + 設清晰準則和機制，以鑑定或評估醫護機構的服務質素是否符合參與保險制度的條件。 + 以合約規定服務質素。
選擇服務的自由	普羅市民在使用住院及專科服務時，選擇只限於公營醫療。	錢跟病人走，市民可在公營或私營醫護機構中作出選擇。



	現制度	全民醫療保險
監察及制衡	政府以一筆過撥款予醫管局，在資源運用、服務質素各方面都無需提供詳盡資訊，問責性低。	<ul style="list-style-type: none"> + 設全民醫療保障管理局專責監管及評估參與全民醫療保險計劃的醫護機構和保險機構。 + 服務質素、收費各方面都以合約和法例規定。 + 全民醫療保障管理局按合約向保險機構索取醫療賠償，發放款項予醫護機構。 + 參與全民醫療保險計劃的醫護機構和保險公司必須提供詳盡資訊予全民醫療保障管理局，加以管理，並發放予市民。
可持續	政府每年由稅收中撥取款項作公營醫療用途，醫療撥款不穩定，令公營醫療難以作長遠規劃。	在稅收撥款之外，有收入人士供款全民醫療保險計劃，增加醫護體系所獲資源的穩定性。





Consultation Paper of Healthcare Financing Reform

Medical Protection System for All Summary



Health Group of Democratic Party
Legislative Councillor Yeung Shum
October 2007

Research Team : Hon. YEUNG Shum
Dr. LAW Chi Kwong
Prof. FUNG Ho Lup
Hon. CHENG Kar Foo, Andrew
Dr. LI Kin Yin, Mark

Researcher : Miss. CHAN Wai Sim, Astor

Published By : Secretariat of Legislative Councillors of Democratic Party
Room 401-410, West Wing,
Central Government Offices,
11 Ice House Street, Central,
Hong Kong

Tel : 2537 2315

Fax : 2537 4874

Publishing Date : October 2007

A. Needs of Reform

1. Public Sector

- + Long waiting time for public medical service drives patients to the private sector, while in the public sector patients have to purchase expensive drugs and medical items. Both aspects lead to worsening household financial situations when a family member is sick.
- + As public service providers are not bound by any policy commitments, the quality and quantity of services may deteriorate.
- + Due to the lack of public accountability in resource allocation, the public medical service may consider costs and incomes as more important than patients.

2. Private Sector

- + Expensive hospital and specialist services are not affordable to most people.
- + Adverse selection in private medical insurance excludes those in need of protections. Complicated contractual terms also confuse patients about their expected benefits.

3. Health Expenditures

- + Substantial increases in expenditure are projected by experts in near future.
- + The present system is unsustainable if it continues to rely solely on tax allocation, although overall health expenditure is comparatively lower than other countries.
- + In the past few years, the Administration used increases in payment and subvention cuts to meet financial crisis, yet this is no longer a good way to handle health expenditures in the long run.

B. Principle and Rationales

1. Principle of Health Financing Reform

- + To provide universal medical services in continuity;
- + To provide an equitable system that payments are pegged with affordability and all residents have equal opportunities to medical services;
- + To provide guarantee for service quality;
- + To have effective cost control and ensure sustainability of the system;
- + To ensure patients' right of choice in public and private medical services;
- + To ensure access to medical services.



2. Rationales of Health Care Financing Reform

- + There should not be reliance on a single financing model.
- + The personal medical saving account system may appear to be popular, yet it lacks risk pooling functions, consequently it is ineffective to alleviate shortages of medical resources.
- + Hong Kong should consider adopting a system based on tax redistribution and social health insurance as the major medical financing model.

3. More about Social Health Insurance

- + Social health insurance is to ensure that every resident can obtain appropriate medical services as its coverage is universal.
- + Social health insurance is to pool risks. The medical expenditure is paid by contributions from all, including the healthy and the sick, the wealthy and the poor, to share health risks.
- + Contributions of individual are based on the ability to pay.
- + Contributions are not based on health risks of each individual. No refusal of insurance or increase of premium will occur due to considerations of age, disability or sickness records.
- + Premiums and payments are paid jointly by employers and employees. The government pays for those unable to afford.
- + Operational procedures of social health insurance system are bound by law in areas such as price setting, co-payments, contractual agreements and profits etc.

C. Proposal of Democratic Party

1. Contents of Social Health Protection (SHP) Proposal

- + Tax revenues is the main financing model, supplemented by the Social Health Insurance (SHI) plan.
- + The coverage of the SHI is extended to all residents. Those who are unable to contribute should be paid by government through tax revenues (reference can be made to the Mandatory Provident Fund system for detail arrangements).
- + Add-up insurance or saving systems are allowed to provide services better than the basic package covered by the SHI.
- + Tax revenues designated for public medical expenditures can be used as SHI contributions from the poor, and to pay for expensive medical services beyond SHI coverage.
- + Tax revenues designated for public medical services should not be below 17% of public expenditure promised by the Chief Executive, and it should be adjusted annually according to demographic changes and other factors.



- + Co-payment should be made by patients using public medical services. Total expenditures paid by insured person should be capped, e.g. not exceeding 10% of annual household income.
 - + A central body, the social health protection management authority (SHPMA), is to be established to manage the system while private insurance funds are allowed to participate in fund management of the SHI plan. The terms and power of the central body - defining SHI coverage, price setting etc. - is to be decided after public consultations.
2. Persons Protected
- + All residents staying in Hong Kong for more than 1 year, with family members living together.
3. Benefits
- + Benefits of the SHI plan cover specialized out-patient clinics and general hospital services. Expensive and essential medical services are paid by tax revenues.
 - + Benefit levels, at the early stage of the system, do not include preventive services of major illness, but they will be reviewed periodically after the implementation of the system.
 - + Benefits of the SHI plan are not extended to public general out-patient clinics services and traditional Chinese herbal medicine. The reasons are that they are prone to be abused, inexpensive in costs, insignificant in risk pooling effects and high administrative cost. However, it should be subject to review after the implementation of the system
4. Contributions of SHI Plan
- + The contribution system is bipartite, paid by both employers and employees. Since research findings revealed that Hong Kong people are willing to contribute 2% of their income, the contribution rate should be set at such level. There should be an upper limit of the total contribution amount.
 - + A contribution rate of 0.3% to the SHI plan should be introduced at the initial stage and should be adjusted with reference to the aging population to an estimated rate of 0.9 - 1.5% in 10 years' time.
 - + For people with no income, contributions should be paid by other family members with earnings. However, there is to be an upper limit for contributions as such.



5. Service Providers

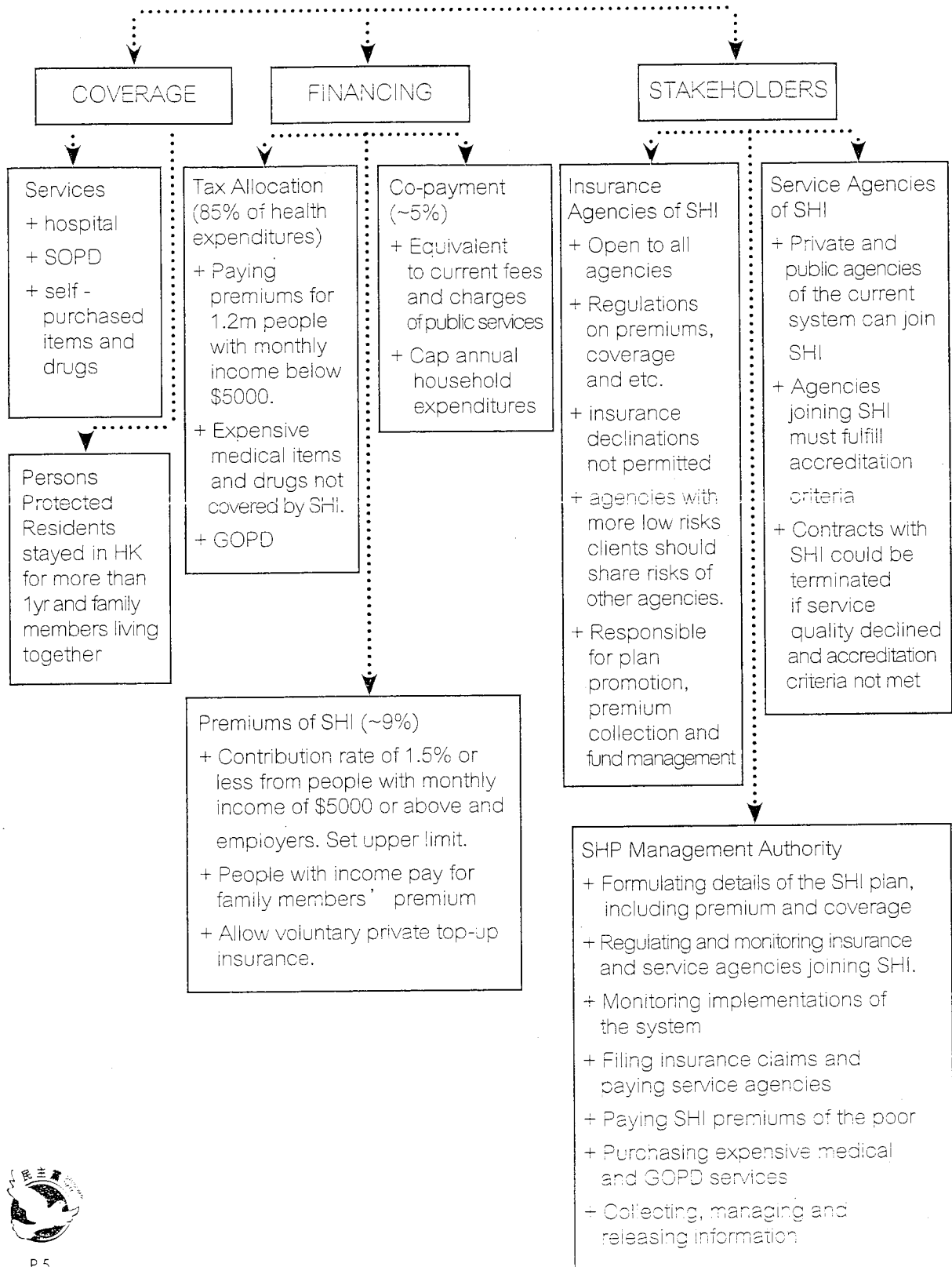
- + All medical service providers, after passing an eligibility assessment, can apply to be contractual agencies of SHI.
- + Medical service providers and insurance agencies should be separated for better check and balance.
- + Service providers only accept patients referred by A&E or general out-patient services in using secondary medical services.

6. Payment methods

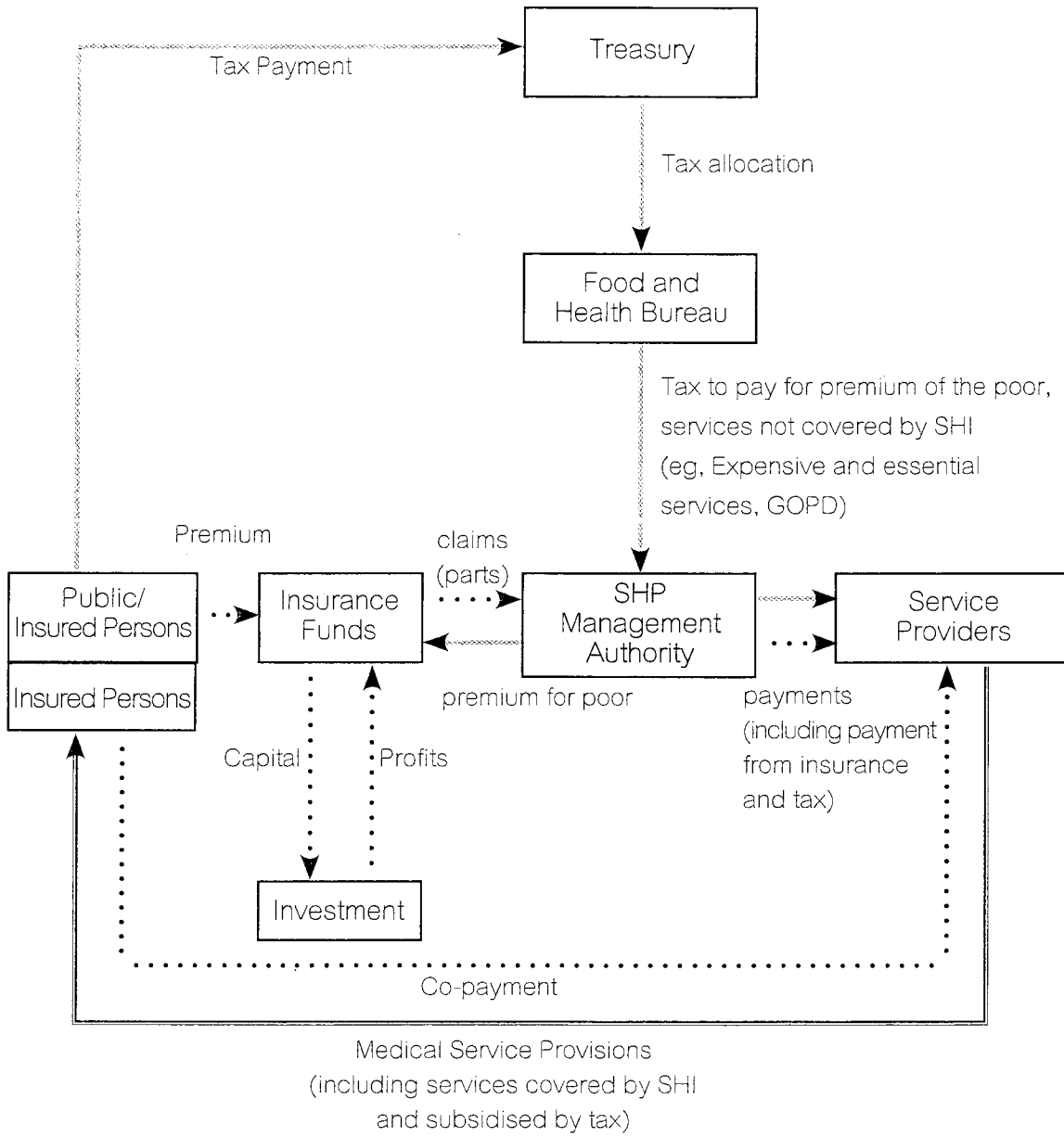
- + The SHPMA should be responsible for filing claims and paying service agencies.
- + Co-payments made by patients to service agencies should be set at a level equivalent to current fees and charges of public health services. Service agencies are only permitted to charge amounts and items stipulated in insurance contracts.



== SHP Proposal ==



:: Operation Chart of SHP System ::



- Comparison of SHP Proposal and Current System -

	Current System	SHP
Financing Source	tax revenues, private insurance and medical fees	tax revenues, contributions to SHI and co-payment
Universality	all residents are eligible to use public medical services	all residents having stayed in Hong Kong for more than 1 year and family members living together.
Equity	<ul style="list-style-type: none"> + Majority of the general public cannot afford private hospitalization services and have to wait for public services. As a result, delayed treatments occur due to the long waiting time. + Private insurance plans enable part of the public to use private medical services but aged and other high risks groups are declined from insurance coverage. + Patients of the public health sector have to purchase some expensive medical items and drugs out of their expenses. 	<ul style="list-style-type: none"> + More equitable. Resources are contributed by the public based on their incomes and its consumption based on needs for services. + Insurance declinations are not permitted in SHI. + No essential drugs and medical items should be purchased by patients on their expenses.
Waiting Time	<ul style="list-style-type: none"> + Public health services are rationed by waiting time. Waiting time is long under the current system due to resource shortages. 	<ul style="list-style-type: none"> + Waiting time is effectively reduced, as the SHI system effectively increases medical resources, meanwhile its risk pooling characteristics improve cost-effectiveness of resources utilization.
Service Quality	<ul style="list-style-type: none"> + No criteria and mechanism to assess and examine service quality. + No statutory pledge for service quality. 	<ul style="list-style-type: none"> + Mechanism and criteria should be established to assess and examine whether quality of service agencies meet requirements of the system. + Service quality is stipulated by contracts.



	Current System	SHP
Choice	The general public can only afford to choose public hospitalization and special out-patient services.	Money follows patients so that persons insured by SHI can choose between public and private service agencies.
Check and Balance	+ The Hospital Authority obtains annual budget from government. Little requirements for information and accountability regarding resources allocations, service quality and etc.	+ SHPMA established for monitoring and assessing service agencies and insurance agencies joining SHI plan. + Service quality, fees and etc. bound by contracts and laws. + SHPMA files insurance claims to SHI insurance agencies and pay service agencies. + SHPMA requires service and insurance agencies joining SHI to provide comprehensive information and release to the public.
Sustainability	Resources for public health services are solely allocated from tax revenues and lack stability.	The SHI contributions designated for medical services provide extra resources in addition to tax revenues and increase stability of resource provisions.



醫療融資改革諮詢方案

全民參與的 醫療保障制度



立法會議員楊森
民主黨醫療小組

研究小組成員： 楊森議員
羅致光博士
馮可立先生
鄭家富議員
李建賢議員

研究員： 陳懷嬋小姐

出版： 民主黨立法會議員秘書處
香港雪廠街11號政府合署西翼401-410室

電話： 2537 2315

傳真： 2537 4874

出版日期： 二零零七年十月

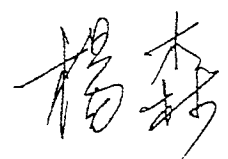
近年在地區、立法會，不時有病人和組織向我反映，在輪候醫療服務、支付醫療費用時，面對種種困局，令我深切體會到，我們的醫護制度雖然表面上仍如常運作，實際上已是危機重重，市民平時並未察覺，一旦自己或家人患上重病，始醒悟到無論公營醫療、私營醫療保險，所提供的保障都漏洞百出，病人和家屬，無論在身體和精神健康或經濟狀況各方面，隨時要承受沉重的壓力和損失。醫護體系和醫療融資制度的改革，若一再拖誤，我們終將付出重大代價。這是促使我和民主黨的同事花費大量心力物力，探討如何改革醫護制度、嘗試提出建議方案的背景和動力。

民主黨、其他組織，以至行政當局所蒐集的民意，都顯示普羅市民對醫療融資的了解並不充份，低估了醫護制度面對的困境和資源短拙的問題，因而掉以輕心。行政當局為了迴避問題，只期望以輕微收費調整或個人儲蓄制度暫緩困局，醫護改革的問題討論至今逾十年，而未有定案。我們希望能夠提出具建設性的方案，成為推動改革的重要力量。

我們深入研究了不同的融資和改革方案，深信在多個先進國家行之有效的社會醫療保險制度是最合適的模式，並嘗試提出較完整的改革方案。除了設法解決醫護制度的困局，我們更期望藉著討論，讓社會各界明瞭醫護服務遠超個人或家庭獨力支付能力範圍，必須發揮共同承擔、互助互利的精神，才得以保障全民健康。

市民和病人的權益是我們探討可行方案的主要考慮，與此同時，我們亦盡量顧及醫護團體、僱主、保險業界等相關界別的關注，祈求提出的方案不單能解決資源不足等醫療體系的問題，更是以人為本，能夠受到各界接納。在文件中我們指出了現行公營醫療、私營醫療保險等制度中存在的各種陋弊，我們無意針對個別界別作出批評，只希望可提出理性分析，促使各界別加以關注，並同心協力，摒除界別的短期利益，共同為創造一個更健全的醫護體系出一分力。

最後，這本書得以順利完成，全賴研究小組成員的辛勤努力，特別是羅致光和馮可立兩位教授的悉心支持，而民主黨各地區辦事處的同事不辭勞苦，向千多名市民作出深入訪問，讓我們得以進一步了解市民對醫療改革和醫療融資制度的意見，更是我們研究全民醫療保障方案的動力。對哈佛大學公共衛生學院葉志敏教授的熱心支持和就建議方案提出的寶貴意見，我謹此致以最誠摯的感謝。



二零零七年十月



目錄

:: 摘要 :: (另冊)

- + 醫療融資改革撮要
- + 全民醫療保障方案簡圖
- + 全民醫療保障體系的運作架構圖
- + 全民醫療保障方案與現制度的比較

序言

第一篇 醫護體系的改革

第一章	現行醫護體系須改革 醫護制度內市民危機重重 醫護制度有待改善 醫護體系難以持續	5
第二章	尋求適合本港的模式 醫護體系應符合甚麼原則？ 稅收和全民醫療保險符合原則	12
第三章	社會醫療保險模式的概念與利弊 甚麼是社會醫療保險模式？ 社會醫療保險模式適合香港嗎？ 推行社會醫療保險模式的困難及對策	16

第二篇 全民醫療保障諮詢方案

醫療融資改革

第一章	保障對象 - 全民	20
第二章	保障服務 - 以住院服務為主	22
第三章	多源融資 全民醫療保障制度的開支 收入源自稅收、全民保險供款及墊底費 十年內保費不高於1.5%	24

醫療體系改革

第四章	醫護機構的質和量 確保服務供應量適當 保證服務質素 制訂合約加強問責 付款模式應獲各方共識	29
第五章	醫療保障體系的運作 嚴謹的規管制度 確保制度有效執行 保險公司只參與資金管理 由中央機制索取及發放醫療費用 完整的資訊系統	33



落實細節

第六章	籌備及過渡安排	39
	醫療融資改革對不同團體的影響	
	準備工作	

== 附錄 ==

附錄 1	醫療融資問卷調查報告	41
附錄 2	推行中央醫療保險制度的例子 - 台灣	53
附錄 3	促進全民健康建議書	58

== 圖表 ==

圖 1	醫療開支佔本地生產總值百分比(1991-2002)
圖 2	全民醫療保障體系的運作架構簡圖
表 1	醫療總開支佔本地生產總值的百分比
表 2	政府提出的醫療融資改革方案
表 3	近年新增公共醫療服務費用
表 4	2003/04 - 2007/08年度公共醫療開支
表 5	不同融資模式的分析
表 6	不同醫護開支的來源比例 (2001年數字)
表 7	將不同群體納為受保人的考慮因素
表 8	全民醫療保險計劃的收支
表 9	融資模式的組合
表 10	不同付款模式的應用
表 11	對各界的影響
表 12	規管範疇及途徑

參考資料



第一章 現行醫護體系須改革

醫護制度內市民危機重重

醫護制度有待改善

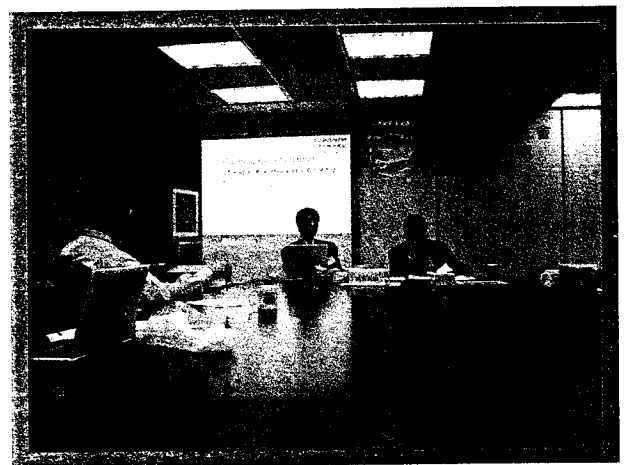
醫護體系難以持續



第二章 尋求適合本港的模式

醫護體系應符合甚麼原則？

稅收和全民醫療保險符合原則



第三章 社會醫療保險模式的概概念與利弊

甚麼是社會醫療保險模式？

社會醫療保險模式適合香港嗎？

推行社會醫療保險模式的困難及對策



:: 醫護制度內市民危機重重 ::

一直以來，特區政府及醫院管理局（醫管局）都吹噓香港的醫療系統令人稱羨，市民以極廉宜的收費即可享用公營醫療優質方便的服務。但事實上香港的醫護制度陷阱處處，市民要在身患重病時，才體會到表面上存在的各種醫療保障其實脆弱不堪，充滿漏洞，病人及家屬隨時傾家蕩產，仍無法得到適當治療。

公營醫療的漏洞：公營醫療服務雖收費低廉，但受資源限制，輪候時間極長。2006年各主要專科門診的67萬預約新症個案中，79896宗個案（11.8%）需等候超過一年，其中11785宗輪候時間更長達二年以上¹⁾。醫管局雖設分流制度，優先治理病情緊急的病人，然而分流的重要準則之一是身體檢查和檢驗結果，病人等候做身體檢查時已要輪候，正子掃描和電腦段層掃描（PET scan和CT scan）等癌症檢驗輪候時間動輒數月，延誤治療，病人在排期獲得治療前往往往已病情惡化。想及時進行檢驗的病人只能到私營醫療做檢驗，然後再轉介公立醫院治療，但每次檢驗收費動輒過萬，很多病人無力支付。

即使輪候到公營醫院的治療服務，病人須支付的費用未必是每天100元的標準住院收費，部份病人還需自行承擔昂貴的藥物和醫療用品的費用。公營醫療的藥物名冊中，約70種昂貴藥物需病人自費購買，包括超過20種治療癌症的藥物，自費藥物中只有4種藥物設安全網制度。以治癌藥物「加以域」（Glivec）為例，每名病人每年藥費超過20萬元，病人家庭隨時因病傾家蕩產。「加以域」尚有安全網在最後提供津貼，其他沒有安全網津貼的自費藥物，則在任何情況下都必須由病人自行支付，貧窮的病人只能放棄治療機會。

私營保險的陷阱：有私營保險的市民，即使私家醫療服務收費昂貴，有保險支付費用，應該問題不大，公營醫療輪候時間長、保障不足等問題似乎對他們影響不大。然而，私營保險所提供的保障同樣漏洞處處。

根據統計處在2002年進行的調查，全港人口中，45.7%享有僱主或機構所提供的醫療福利及/或個人購買的醫療保險保障，其中19.4%只有僱主提供的醫療福利²⁾，一旦離職、轉工及退休，便會失去保障，而大多數保險公司設有投保人年齡上限，拒絕老年人士投保，市民在退休後僱主不再提供醫療福利時才購買醫療保險，一般得不到任何保障。不少保險公司更設續保年齡上限，市民即使在年輕時供款私營醫療保險，到了60或65歲後，在最需要醫療保障時，仍不獲續保。此外，部份患病的受保人士索償後，保險公司會增加其續保費用，甚至在投保人身體健康出現大問題時拒絕續保。私營醫療保險透過各種手法，在受保人最需要醫療保障時，將他們摒除於保險制度之外。

1) 2007年6月13日立法會質詢第1題。

2) 《三題性主中統計調查第十二號報告書》，圖7.1。

此外，市場上的私營醫療保險計劃眾多，保障項目差異大及保費不同，保單細則繁多，受保人容易因忽略保單條款而未能成功索償，或未能獲得足以支付其醫療開支的費用。而很多保費較便宜的投保計劃，保額則不足支付私營醫療的住院開支，一旦患上嚴重疾病，病人只能倚靠公營醫療服務。

私營醫療服務收費昂貴，即使經濟環境較充裕的市民亦無力支付有關費用，只能未雨綢繆，供款私營醫療保險計劃分擔風險。但私營醫療保險卻處處陷阱，病人往往在最需要醫療保障或身患重病時，才發現私營醫療保險制度不會提供所需的保障和賠償，只好求助於公營醫療體系。

是甚麼原因令市民在現行制度內處於這樣不利的處境？主要有二方面原因，在醫護制度方面，服務欠缺監管，公營醫療缺乏問責；在醫療融資方面，除了以上提及的私營醫療保險的問題外，過份倚賴稅收撥款，亦是醫護制度無法提供足夠資源以維持服務質素的主要成因。

:: 醫護制度有待改善 ::

服務欠缺監管：在現時的醫護體系內，沒有機制保障病人所獲服務的質素。不少海外國家明確規定不同醫療服務的輪候時間、服務範圍、醫療程序等等，但香港的公營醫療在提供服務時，並沒明確法例或機制，規管其水準，因此可任由輪候時間延長、任意削減資助項目，而無需負上責任。

醫管局是唯一的公營醫療服務提供者，而《醫院管理局條例》對公營醫療的服務範疇、收費項目和收費水平都沒有規定。過去數年，醫管局曾多次增加醫療收費和收費項目，將部份藥物定為病人自費購買項目。雖然民間社會多番反對，但醫管局在增加收費時，由於無須經立法會通過，仍可將承擔醫療開支的責任推卸給病人。

行政當局在面對公營醫護體系資源不足的情況下，去年公佈《創設健康未來》，改變一向採用的全民醫療制度，建議公營醫護系統重新定位，以急症、低收入人士及昂貴醫療服務為重點，但如何定義卻沒作具體討論和諮詢。以諮詢文件的定位，現時九類病人自費購買的醫療用品和藥物名冊中病人自費購買的藥物，亦非基於任何理據而定，大部份正正應該是優先得到資助的昂貴醫療服務項目。公營醫療可自行決定以提供急症、低收入人士及昂貴醫療服務為定位，同時自行界定哪些項目是在其定位之內，並可隨時自行調整，而沒有任何法例或公開機制作明確規管，市民在醫療體系內的權益可說毫無保障。

公營醫療體系在提供服務方面沒明確嚴謹的規定和承諾，服務提供者在資源不足下，任由服務水準下降，是現時很多病人因輪候時間過長而延誤治療，不少病人和家屬因病而幾乎傾家蕩產的重要原因之一。

資源運用欠問責：公營醫療體系的另一問題，是在資源運用方面欠缺問責。醫管局是唯一的公營醫療服務提供者，以每年一筆過撥款的模式獲得資助。行政當局決定醫管局每年撥款時並非基於服務成本或所提供的服務的數量而作出計算，同樣地，醫管局撥款予個別醫院的機制主要是以醫院上年度的財政預算為基線，由醫管局總部參照醫院的工作計劃，決定該醫院的整筆撥款額，而非服務的病人數目、服務的種類和水準。錢並非跟病人走，公營醫療服務機構無需向服務使用者問責，在公帑運用上享有極大自主權。

醫管局每年獲得的撥款超過280億元，聘請5萬多名醫務人員，而享有極大自主權。政府部門受立法會監察，開設或重新調配首長級職位需經立法會通過，若有涉及超過1000萬元的公共開支需經立法會審核，而醫管局每年一次過獲得的數百億撥款，則可自行調配，亦自行開設職位。2006/07年度醫管局便增加了10名首長級的顧問醫生職位，令顧問醫生職位總數增至568名，每年支付顧問醫生的薪酬高達12億元³⁾，而外界沒渠道監管。

現時整筆撥款予醫管局及個別醫院的模式本已缺問責性，而原則上負責監管醫院管理局的董事局成員又多屬義務參與，無法有效監管，醫管局的財政運用可說由行政主導。在欠缺有效規劃及監管的情況下，資源未必用在最有需要的地方及服務上，而醫院在資源運用上欠妥善，利益受損的必然是服務使用者。

要確保病人能得到合適的醫療服務，我們應加強公營醫護制度的問責性，引入錢跟病人走的機制，以及更嚴謹明確的服務質素保證制度。

:: 醫護體系難以持續 ::

整體醫療開支較其他國家低：香港的醫療總開支約佔本地生產總值5%（見圖1），雖然近年持續上升，仍較許多海外國家低。隨著人口老化，醫療服務需求增加，而勞動力減少，未來醫療開支佔本地生產總值的百分比必將增加。根據政府委託香港大學進行的研究結果，2033年本港醫療總開支佔本地生產總值的百分比將增加至10%⁴⁾。

3) 立法會財務委員會2007年3月19-22日舉行特別會議以審核2007/08年度預算時，衛生福利及食物局局長回答2011及2019號問題時所提供的資料。

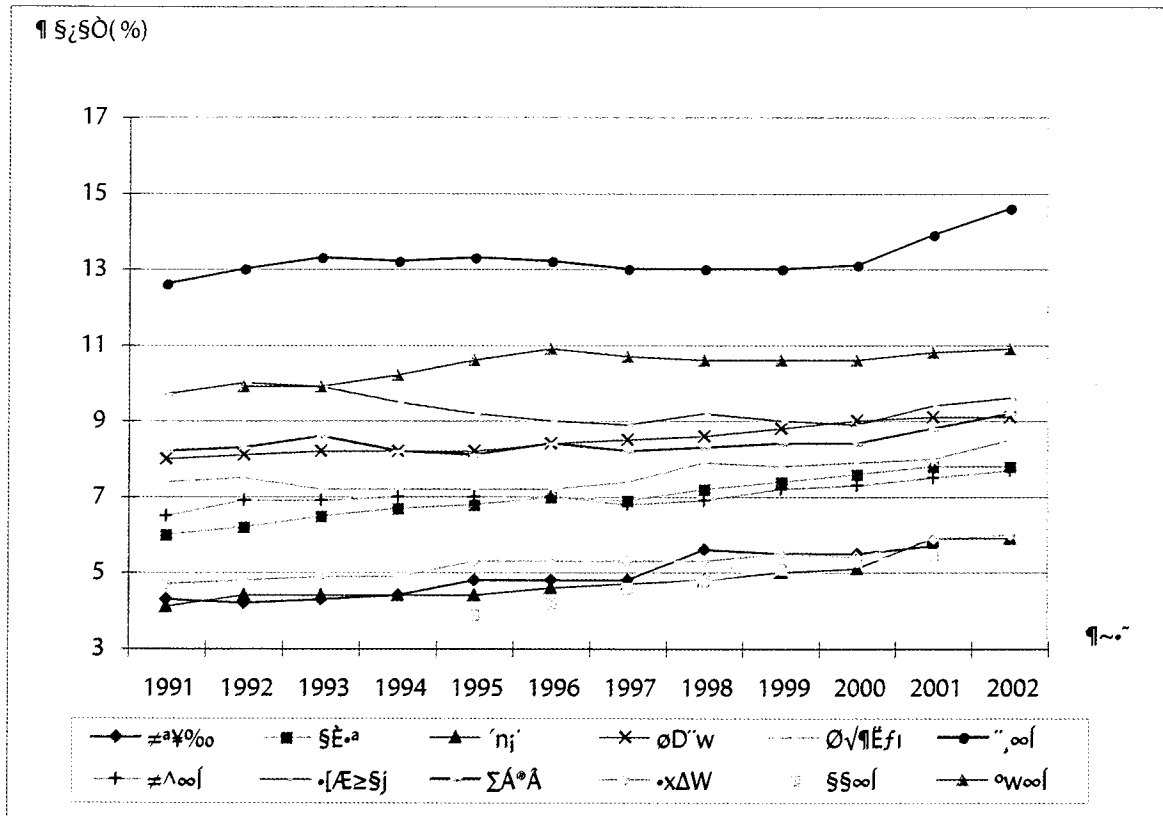
4) 估計基於以下假設：

- 政府總開支在本地生產總值所佔百分比最高為20%；
- 政府65%的收入來自稅收；
- 2033年的人口特徵一如政府統計處所推算；
- 市民使用醫療服務的比率維持在現時水平；及
- 醫療成本每年1%淨升幅。

資料來源：衛生福利及食物局局長在2005年10月26日立法會會議上對議員質詢的回應。



圖 1 醫療開支佔本地生產總值百分比(1991-2002)



資料來源：OECD Health Data 2004, The World Health Report 2002, 2003 & 2004
 Hong Kong's Domestic Health Account, 1989/90-2001/02 Department of Health, Taiwan

大部份醫療開支由稅收支付：雖然香港的整體醫療開支佔本地生產總值百分比不高，但大部份為公共醫療（見表1），2001/2002年的公共醫療開支佔醫療總開支的58%，在本港的低稅制下，容易對公共財政造成壓力。

表 1 醫療總開支佔本地生產總值的百分比

本地生產總值百分比	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04 ⁵⁾
公共醫療開支	3.1%	3.3%	2.7%	2.8%
私人醫療開支	2.4%	2.4%	2.5%	2.5%
醫療總開支	5.5%	5.7%	5.2%	5.3%

以2007/2008年為例，政府的稅收預算為1955.2億，調撥在醫療及衛生方面的開支佔政府開支的13.2%，即 327.3億元⁶⁾，約等於全年稅收的16.7%。



5) 2005年10月26日立法會質詢第12題

6) 財政司司長動議二讀2007年撥款條例草案的演詞，附錄A第11頁，附錄B第23&24頁。

公營醫療開支龐大而主要倚靠稅收撥款，沒有其他穩定的主要資金來源，而稅收中撥作公營醫療開支的比重亦不穩定，沒有清晰方程式計算每年撥予公營醫療的開支金額，行政當局每年按其財政狀況、施政重點決定撥款額，公營醫療資源因此極不穩定。過去數年，當香港面對經濟衰退，稅收減少時，醫管局持續進行資源增值、削減撥款、增加收費，便是一例。2003/04年，政府按人口計算撥款機制計算給予醫管局的資助金，亦因政府的財政狀況，而將增長率由每年2.2%減為1%⁷⁾，可見以稅收支付醫療開支的不穩定性。

未來隨著人口老化，醫療服務需求和開支增加，不穩定性必將加劇，政府會否調撥足夠稅收作公營醫療服務，為市民維持合理的服務質素，毫無保障。

未來公共醫療開支大幅增加：根據政府委託香港大學進行的未來醫療開支估計，2033年私人醫療開支佔本地生產總值的百分比將增加至3.6%，而政府的醫療開支預計將會大幅增加超過2倍，公共醫療開支佔本地生產總值的百分比則將由現時2.8%增至2033年的6.4%⁸⁾。1999年哈佛專家在評估香港的醫療體制後，亦提出現行醫療融資制度能否長遠維持成疑，如果繼續以稅收為主要融資模式，到2016年，醫療開支在政府每年總預算中所佔的百分比將由現時14%增加至20-23%。

看來，只靠稅收支付大部份醫療開支的融資模式難以長遠維持下去，加上私營醫療保險制度的處處陷阱，難以保證市民能得到合適的醫療服務，我們需要探討醫護體制和醫療融資模式的改革。

政府無力推行改革：行政當局在過去十多年多次就醫護體系的改革進行研究檢討，嘗試作出改革，但所提出的重大改革方案，未有一項付諸實行（見表2）。政府在擾攘多年後，醫療融資方案仍在研究階段。

表 2 政府提出的醫療融資改革方案

報告書	融資方案	是否實施
「你我齊參與 健康伴我行」 醫護改革諮詢文件	引入頤康保障戶口 (2001年提出)	沒實施
「香港醫護改革：為何要改？為誰而改」 美國哈佛專家小組分析報告	設立聯合保健 設立護老儲蓄 (1999年提出)	沒實施
「促進健康」諮詢文件	強制性醫療保險等多項方案 (1993年提出)	沒實施

7) 2006年3月1日立法會質詢第18題。

8) 2005年10月26日立法會質詢第12題。

醫療融資發展趨勢堪虞：醫療融資的改革一拖再拖，而公共醫療體系面對的壓力卻日益嚴重，為了紓緩公共醫療體系的財政壓力，當局多次提高公共醫療服務收費，同時減少資助項目（見表3），例如，醫管局開徵新的收費項目、專科門診的病人除了支付門診費用，每種藥物需額外支付費用、近年推行藥物名冊，病人需自費購買較昂貴的藥物。

表 3 近年新增公共醫療服務費用

主要項目	金額		年份
	加費前	加費後	
新收費項目			
急症室收費	免費	100元	2002年11月
普通病床入院費	--	50元	2003年4月
首次專科門診費	--	100元	
專科門診藥費	--	每種藥物 每個療程10元	2003年5月
增加收費項目			
普通科病床	68元	每天100元	2003年4月
專科門診	44元	60元	2003年4月
普通科門診	37元	45元	2003年4月
減少服務			
推行藥物名冊，較昂貴的藥物病人需自費購買 ⁹			2005年8月

在推出為各方所接納的醫療融資改革方案前，透過增加醫療收費，減少醫療津貼範疇，以暫緩公共醫療體系當前面對的財政壓力，是便利方案，事實上，公共醫療開支佔本地生產總值的百分比自2003/04年持續下降。

表 4 2003/04 — 2007/08年度公共醫療開支¹⁰

年份	公共醫療開支（億）	佔本地生產總值百分比	2003/04年度比較的累計增減
2003/04	342	2.8%	-
2004/05	322	2.5%	-5.9%
2005/06	316	2.3%	-7.6%
2006/07	321	2.2%	-6.3%
2007/08	327	2.1%	-4.3%

9) 根據2006年11月8日衛生福利及食物局局長答覆楊森議員的質詢，可供一般使用的通用藥物只佔名冊內藥物約八成。

10) 立法會財務委員會2007年3月19-22日舉行特別會議以審核2007/08年度預算時，衛生福利及食物局局長所提供資料。



但是，行政當局的一連串縮減措施，在減少政府承擔的同時，卻將醫療開支的承擔轉移到病人身上，在2003/2004年及2004/2005年增加收費後，醫管局分別獲得2.7億及3.9億元額外收入¹¹⁾。實施藥物名冊後，2006/07年病人自資經醫管局代購的藥物開支更達3.4億元¹²⁾，這還未計病人經其他途徑自行購買的藥物開支。當局採取的這種短期方案，增加病人，特別是中產人士及其家人的支出，再以安全網形式為無能力承擔醫療開支的病人提供資助，已偏離香港公共醫療一向提供普及而低廉服務的政策原則。藥物名冊中部份已證實療效，而且屬必不可少的藥物，公營醫療純粹因藥物價格昂貴而規定須由病人自費購買，更反映政府在融資上已出現問題，當局已不只是要求能者多付，而是在無力支付公共醫療開支的情況下，將承擔推給病人，隨著日後問題惡化，市民要承擔的醫療開支亦將隨之增加。

根據美國的經驗，在醫療服務沒有津貼、收費高昂的情況下，購買私營醫療保險的市民增加，隨之出現行政成本大增、濫用服務普遍的情況。與此同時，私營醫療保險公司以牟利為目的，拒絕最需保障的老弱傷殘人士投保，最後出現的是一個無成本效益而欠缺公平的醫療體系，私營醫療保險公司等既得利益者的影響，更令美國難以改革其醫療體系。

當局在沒有作出廣泛諮詢、沒有思考政策理念及政策後果的情況下，透過加費等短期措施，以求應付公營醫療體系資源不足的燃眉之急，存在著巨大的潛在危機，持續下去，香港的醫療制度可能向美國模式發展，陷入由私營醫療保險主導、既不公平亦欠缺成本效益的境況。政府應盡力避免陷入這樣的局面，因應現行醫療體系及融資制度的利弊，保持現制度的優點，並查找不足、尋求問題徵結、對症下藥，同時基於港人的價值取向，尋求適合本港體制及價值的融資模式。

11) 2005年6月29日立法會質詢第12題。

12) 立法會財務委員會2007年6月19-22日舉行特別會議以審核2007/08年度預算時，衛生福利及食物局局長對楊森議員的問題(問題編號1479)的答覆。



：醫護體系應符合甚麼原則？：

儘管世界各地的醫療制度各具，但公平(Equity)、高質素(Quality)、多選擇(Choice)、便利(Accessibility)、高效益(Efficiency)、成本控制(Cost-control)、可持續(Sustainability)是所有醫療體系致力追求的目標。然而魚與熊掌，難以兼得，在資源有限的現實下，無法任意追求所有目標，我們必須因應香港的價值取向和實際情況，權衡輕重，作出取捨。

公眾對醫療體系有甚麼期望和要求呢？民意調查反映出市民最重視的是服務質素，以及公平就醫原則，市民亦要求普及的醫療服務。

社會服務聯會於1998年就香港市民使用醫療服務情況及對醫療融資的意見進行的一項調查發現，大部份市民認為重要的準則包括提高醫療服務質素（96%）、不論貧富，也能接受適當與及時的醫療服務（93.6%）¹³。民主黨在2005年進行的一項調查結果相近，85.5%被訪市民認為政府有責任確保所有市民都能得到適切的醫療服務。

調查亦發現，市民期望醫療制度能夠有資源再分配的功能。社聯的調查發現，大部份被訪者都認為長者、傷殘人士和長期病患者應獲免費服務或只作象徵式收費。對於「一般人接受專科手術需輪候數月，能負擔起私家醫院費用的人，則無需輪候」，認為不公平的被訪者較認為公平的為多（46.5%對28.0%）。

那麼，現行制度是否與市民的期望相符？1999年，哈佛大學的專家在研究香港的醫療體系時，指出本港醫護制度是相當平等的，市民不論貧富，都能獲得必要的醫療服務。由稅收支付大部份公共醫療服務的融資制度與市民要求公平而普及的醫療制度相符。

而增加公共醫療收費、只集中提供部份醫療服務，卻不是市民的共識。根據民主黨在2005年進行的一項調查，對於政府在資源不足的情況下，增加中上收入人士的醫療收費、並減少他們所得到的公共醫療服務，市民意見分歧，42.6%被訪者表示贊成，42.5%表示反對。對於政府只集中幫助低收入人士、提供急症及極昂貴的醫療服務，48.8%支持，39%反對。

可見，維持普及醫療制度，讓所有市民獲公平機會接受醫療服務是較為市民接受的方案，無論以後採取甚麼醫療融資模式，都應以提供普及和公平的醫療制度為指導原則。



13) 被訪者認為重要的其他準則分別為：醫療服務包羅萬有（84.1%）、壓抑醫療成本上升（82.0%）、病人能自由選擇醫療服務提供者（57.7%）、有經濟能力的人收費多一點（46.4%）。

另一項市民重視的準則是提供高質素的醫療服務，哈佛學者的評估指出本港醫療體系存在不少弊病和隱憂，包括醫療服務質素差參不齊等問題。

未來的醫療融資模式，除了應提供新的融資渠道，讓醫療體系長遠維持下去，亦應該設立適當的機制，確保服務達到良好質素。

:: 稅收和全民醫療保險符合原則 ::

環顧全球各國，醫療融資模式不外稅收、社會保險、私營保險以及個人支付（包括強制性醫療儲蓄計劃），表 5 簡列不同醫療融資模式的利弊。

表 5 不同融資模式的分析

融資模式	資源分配	保障範圍	對服務的控制	主要問題
稅收	由納稅人支付	所有人	可控制成本及質素	資源不足
社會保險	* 一般由僱主、僱員支付、政府資助 * 保費與支付能力掛鉤，不受健康風險影響	* 只限於受保人 * 傷殘病患人士受保	可控制成本及質素	* 自僱人士及非正式職位的登記及供款問題 * 逃避供款
私營保險	保費受醫療風險影響	* 只限於受保人 * 高風險人士不受保	除醫護保健組織，一般對成本及質素的影響不大	* 傷殘及病患者不受保障 * 成本昂貴
個人支付	* 由病者及其家人支付 * 健康人士無需支付	只限於有能力支付服務開支的人士	沒有控制價格及質素的能力	對家庭經濟造成危機，貧困人士得不到醫療服務

由上表分析可見，私營醫療保險和個人支付費用，都不能達到公平原則，年老、多病及經濟能力較低人士無法得到所需的醫療服務，與市民的要求不相符，因此並非可供考慮的融資方案。

民主黨就著這個問題在二零零六年進行的問卷調查，發現只有27.4%被訪市民同意政府加稅，35.3%同意增加醫療收費，55.3%同意政府規定市民購買醫療保險，56.1%同意政府規定市民做醫療儲蓄，70.6%贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度。



強制性的醫療儲蓄是較受市民支持的方案。至今只有新加坡全面採用強制性醫療儲蓄制度。根據新加坡的經驗，醫療儲蓄所存在的不足之處，令這個制度未必適用於香港。

與香港一樣，新加坡的醫護制度本來是以英式稅收為本和公營醫療服務為主，後來在財政壓力下，建立醫療儲蓄戶口制度。雖然新加坡至今仍然實施儲蓄戶口制度，但自1984年建立制度以後，陸續又推出了醫療保障計劃、醫療基金、附加醫療保障計劃及樂齡健保計劃等，至今新加坡醫療體系的開支，四分之一由政府資助、四分之一由病人現金支付、三成半由僱主以團體保險形式支付，醫療儲蓄戶口制度供款額達薪酬的6-8%，卻只能支付8%的整體醫療開支，而醫療儲蓄還要容許供款人以戶口的存款購買保險。可見，強制性醫療儲蓄計劃所籌集的資源無法有效應付醫療服務的需求，並非解決融資問題的可行方案。

由於醫療儲蓄沒有分擔風險的功能，即使儲蓄制度推行一段時間，市民或其家人一旦患上癌症等嚴重疾病，很多市民的儲蓄戶口所累積的金額仍不足支付大筆的醫療開支，而低收入家庭和失業人士等弱勢社群更是難以累積足夠存款以支付醫護費用。

醫療儲蓄沒有分擔風險功能的特性，減少了融資的效率。由於儲蓄制度積存大筆資金在各個個人戶口，不被動用，儲蓄制度需強制整個社會儲蓄的總金額，要比保險及稅收等具分擔風險功能的融資模式高很多，才能提供相等水平的資金。香港面臨即將出現的嚴峻人口老化現象，要在人口老化、醫療開支大增前，累積足夠的儲蓄金額，強制市民儲蓄的比率必然偏高。

此外，強制醫療儲蓄制度亦存在被濫用的風險，有新加坡學者認為，有了一筆只可用作支付醫療開支的資產，或會讓保健儲蓄戶口持有人得到虛假的安全感，鼓勵他們以現時收入作超出負擔能力的消費。制度同樣對服務提供者造成誘因，在知道病人的保健儲蓄戶口仍有餘款的情況下，鼓勵病人使用不必要的醫護服務。為避免濫用，新加坡由政府決定戶口的存款可用於哪些程序、在何處使用，以及可使用金額，但由政府決定私人儲蓄戶口的使用情況能否同樣適用於香港，卻是成疑的。

考慮以上因素，強制醫療儲蓄制度並不適宜作為主要融資模式。

根據民主黨的調查，由政府中央管理的醫療保險制度是較強制性醫療儲蓄更受市民接受的方案，而規定市民購買醫療保險亦得到過半被訪市民贊同。根據我們的分析以及民意調查結果，全民醫療保險制度是最為市民接受、符合港人價值，亦可有效處理醫療資源不足問題的融資模式。



表 6 不同醫護開支的來源比例 (2001) 年數字

地區	一般稅收	社會健康保險	私人健康保險	僱人開支	其他非官方來源 ¹⁶⁾
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%
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%

資料來源：資料摘錄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)。香港的數字摘錄自1999年發表的《哈佛專家小組分析報告》內的「本地醫療 生總開支帳目特別報告」。台灣的數字則摘錄自台灣中央醫療保險局的政府預算及決算。

由表 6 可見，大部份亞洲地區的醫療體系都不是倚賴單一的融資途徑。與各地比較，香港由稅收支付的醫療開支較其他體系高，與此同時，市民由個人開支、私人健康保險、僱主提供的醫療福利等非政府融資來源所支付的醫療開支亦偏高。與其他地區最大的分別是，數個東亞經濟體系都設立了社會健康保險制度，但香港卻並未推行有關制度。

參考各地的制度，香港的醫療開支不能倚賴單一的融資途徑。以稅收支付部份醫療開支的制度應該繼續保存，在稅收制度以外加入各地所採納的社會醫療保險制度是一個值得考慮在港推行的方案，就此，民主黨提出全民醫療保障制度，建議以稅收作為主要融資模式，輔以全民社會醫療保險計劃。

15) 二法會衛生事務委員會2004年6月14日會議文件「有關醫療融資的研究及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性」。
 16) 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。



第三章 社會醫療保險模式的概念與利弊

:: 甚麼是社會醫療保險模式？ ::

醫療保險的主要特質，是將使用醫療服務的開支攤分到較長時間或由多人分擔開支。社會醫療保險更是建基於分擔風險和資源再分配的精神，基本原則是市民根據能力供款，根據需要使用服務，以確保所有市民都獲公平機會接受服務為首要考慮。

社會醫療保險一般包含以下數個因素：

- + 旨在透過社會保險制度，使所有市民都能獲得適當的醫療服務，必須全民參與。
- + 具攤分風險功能，健康或患病、富裕或貧窮人士都必須參與保險制度，共同供款，支付病人的醫療開支，分擔風險。
- + 保費基於個人供款能力，與收入掛鉤。
- + 個人患病的風險，包括年齡、是否傷殘、患病紀錄不會成為不受保的原因，也不會影響保費。
- + 社會醫療保險由個人、僱主共同承擔保險及醫療費用，弱勢社群的保險及/或醫療費用則由政府負責。
- + 社會醫療保險制度一般以法例，在價格、收費、與醫護機構的合約、利潤各方面作出規管。

:: 社會醫療保險模式適合香港嗎？ ::

社會醫療保險不但是一種融資渠道，亦是醫療體系的運作模式，這種融資與運作模式下的醫療體系，有助改善我們在第一章提及的現行體系的問題，亦與我們在上一章所了解的香港市民對醫療體系的期望和價值相符。

公平而普及的服務：社會醫療保險的最主要特性是，全部市民都得到醫療保險保障，保險機構不能只選擇健康、低風險的市民，市民亦不能在健康出現問題的時候才購買保險，所有市民都有同等權利得到醫療服務。

在社會醫療保險制度下，保費由個別市民的經濟能力決定，有收入的按收入強制供款，經濟能力較差的，由公帑資助供款。因此，部份市民支付的費用少於承擔他的醫療風險的成本，部份人士不需供款，部份人士則有義務支付較其醫療風險的成本高的保費，這樣可確保所有市民都有能力支付保費，能受惠於保險制度。

由於年輕、健康的市民，和年老、多病的市民同時購買保險，醫療風險得到分擔，全民的保費總額足以支付整體醫療開支，資源足以為全民提供普及的醫療服務。符合市民希望醫療制度能提供公平而普及服務的期望。



服務質素和成本控制：相對於由稅收支付公共醫療開支，社會醫療保險制度有較高問責性，可改善現制度下公營醫療服務質素欠監管、資源運用欠問責的情況，可較有效控制成本和服務質素。

例如，在社會醫療保險模式下，融資和服務提供者角色分開，互相制衡，可較有效控制成本和服務質素；由於僱主、僱員負責供款，他們會更關注保險制度所保障的範圍及保費，形成較強而有力的監控機制，僱主的影響力更可推動各有關單位積極改善成本控制；社會醫療保險制度容許市民選擇公私營醫療服務，錢隨病人走，公、私營醫療體系得以互相競爭，從而促進效率及提高質素。

在社會醫療保險中，價格、服務質素各方面都以合約清楚訂明，較能保障消費者權益，有助促進服務質素的改善。隨醫療保險制度而產生的醫療服務鑑定和評估制度，亦是有效的監察機制，可保障服務質素。

此外，有別於現行制度下，政府每年在沒有計算準則或法例規定的情況下，基於政治考慮或政府財政狀況決定整體醫療開支，社會醫療保險模式一般需根據法例設立基金，基金金額、對服務在質和量方面的保障受政治考慮及政府行政決定的影響較少，可確保有穩定資源注入基金支付醫療開支，對服務的質素和提供較有保障。

:: 推行社會醫療保險模式的困難及對策 ::

在社會醫療保險制度下，全民受保、保費不受健康影響，雖然可攤分風險，能令醫療制度更公平，但這個特性同時亦造成推行和落實上的困難。

適當的推行時機：隨著醫療融資模式由目前以稅收為主轉為社會醫療保險模式，市民支付醫療服務開支的模式會改變。在現制度下，市民除了交稅外，主要的醫療開支是生病時直接支付的醫療費用，只有當病人身患重病，無法忍受輪候公營醫療服務而到私家醫院/醫生診治時，才面對龐大的醫療開支，但大部份市民都未面對這樣的景況。

推行社會醫療保險後，出現的變化是，市民在重病時無需自掏腰包支付大筆醫療費用，但大部份市民都須每月供款，市民對此必然會持反對態度。較高收入人士、僱主及有穩定工作人士的抗拒往往更大，部份國家因而要採取折衷方法，例如分階段推行社會保險制度，或按保費提供不同標準的醫療服務。

要成功推行社會醫療保險，大前提是市民必須普遍認同互助精神，經濟能力較佳人士支付較多醫療成本，健康人士為傷病人士分擔部份醫療成本。



推行社會醫療保險後，僱主、僱員的供款一般由薪酬扣除。對於每月已須供款強積金的僱主及僱員，新的供款表示僱主的成本增加、僱員收入減少，容易遭到反對。在預計薪酬有提升空間的時候，開始推行醫療保險的供款安排，可減少僱主、僱員對保險制度的抗拒。

引用強積金制度：推行社會醫療保險制度的另一個困難是在註冊及供款方面的具體安排。對自僱人士和沒有固定合約的僱員，在戶口登記、收入及保費評估、收取保費各方面都存在執行上的困難。醫療保險的保費一般訂為每月收入的固定百分比，由於自僱人士收入不穩定，難以確定自僱人士每月的保費。此外，自僱人士往往低報收入，以避免或減少繳交保費。

在戶口登記方面，由於香港已有簽發身份證的安排，可藉此確定病人是否合資格受保障人士，並為所有符合資格人士進行註冊安排。在供款安排方面，強制性公積金（強積金）制度已具備所需資料，因此問題不大。

改善服務質素：推行供款制度後，市民每月供款入醫療保險制度，當然期望服務質素可獲改善，例如，輪候時間縮短。但是，醫院等服務供應者需時適應新制度，在推行保險制度的初期，即使資金增加，服務人手、設施等方面未必能立即回應服務需求及期望而提高。要回應供款者的期望，我們可以採取以下方案：

- + 承諾改善服務；
- + 在醫療服務機構設服務質素較好的特別部門，讓供款的市民獲得較佳服務。

專業發展：醫療融資模式由稅收改為全民保險後，除了醫護人員和病人，醫療體系中新增了管理機制，負責訂定價格、支付手續、服務質素等各方面的管理，醫務人員往往視之為限制專業自主。但長遠而言，推行醫療保險制度後，醫療服務需求增加，而且有較穩定資源，對醫務專業而言，是有利發展的方案。



第二篇 全民醫療保障諮詢方案

醫療融資改革

第一章 保障對象 - 全民

第二章 保障服務 - 以住院服務為主

第三章 多源融資

全民醫療保障制度的開支

收入源自稅收、全民保險供款及墊底費

十年內保費不高於1.5 %



醫護體系改革

第四章 醫護機構的質和量

確保服務供應量適當

保證服務質素

制訂合約加強問責

付款模式應獲各方共識



第五章 醫療保障體系的運作

嚴謹的規管制度

確保制度有效執行

保險公司只參與資金管理

由中央機制索取及發放醫療費用

完整的資訊系統



落實細節

第六章 籌備及過渡安排

醫療融資改革對不同團體的影響

準備工作



社會保險制度的理念是保障範圍涵蓋全民，但不同的受保人口會帶來不同的困難，阻礙推行醫療保險制度，表7簡列潛在問題。能否成功推行及落實全民醫療保險制度，取決於是否能恰當地處理有關事務。

表 7 將不同群體納為受保人的考慮因素

	執行方面	政治考慮	供款者
全職僱員	登記、收取保費問題不大	較高收入人士希望獲豁免	僱主、僱員
兼職僱員/散工	登記、收取保費存在困難		僱主、僱員
自僱人士	登記、評估、收取保費較困難 (2006年9月的登記率為74.5%)		只供僱員部份
只有薪酬以外的其他現金收入的人士	登記、評估、收取保費較困難		供款率相當於僱員部份
無需供款的受保障人口	核實資料有時存在困難	需考慮對公共開支的影響	受保人無需供款/全部或部份由政府支付
退休人士	登記、收取保費問題不大		由退休金/政府支付
綜援受助者	已有資料		政府支付

根據2007年首季綜合住戶統計調查報告，本港就業人口為346萬，其中305.4萬（88.3%）為僱員，23.7萬（6.8%）為自僱人士，2.1萬（0.6%）則為無酬的家屬幫工。在就業人口中，10%為家務僱員、65歲以上或18歲以下的僱員等無需供款強積金人士，應參加強積金計劃但尚未加入的就業人口則佔4%。根據2007年3月的資料，就業人口中，68%僱員及自僱人士參與強積金計劃¹⁷，已參與的僱主數目則為23.4萬。此外，18%就業人士受其他退休計劃保障，如公務員退休金計劃及職業退休保障等。若實施全民醫療保險計劃，參與強積金及其他退休保障制度的僱員及自僱人士將供款全民保險計劃（約283萬）¹⁸。

17) 強積金計劃統計摘要第25期（2007年3月），強積金管理局。

18) $(\text{僱員人數} + \text{自僱人士人數}) \times (\text{強積金參與率} + \text{其他退休保障計劃參與率}) = (305.4 \text{ 萬} + 23.7 \text{ 萬}) \times (68\% + 18\%) = 283 \text{ 萬}$ 。

根據《公務員事務規例》，公務員、居港退休公務員及家屬都享有政府提供的醫療及牙科福利，或可自願參與醫療保險計劃。他們和其他已有醫療保障的人士，可能傾向維持現況，獲得豁免供款，無需參與全民醫療保險計劃。若提供豁免，其他提供醫療保險的僱主亦將基於同一理由要求豁免。但是，僱員一旦離職，便將失去保障，無法為僱員提供長遠的保障。此外，根據政府統計處在2002年5月至7月就僱主或機構提供的醫療福利的主題性住戶統計調查，194.4萬人口享有僱主或機構（包括私營機構及政府）所提供的醫療福利，如果豁免這近200萬已有保障的人口，全民醫療保險計劃分擔醫療風險的能力將大大減少。因此，不應因為機構已為僱員提供醫療保障而豁免參與全民醫療保險計劃，所有僱員，無論是公務員或私營企業的僱員，都應被納入全民醫療保險計劃。

根據2006年中期人口統計的「主題性報告：香港的住戶收入分布」，部份人口雖沒工作薪酬，但有其他現金收入，如租金、儲蓄利息、股息、退休金等收入。有職業及其他現金收入的人口共434萬，其中316萬人月入超過5000元，佔全港人口的46%¹⁹⁾。若醫療保險的保障範圍包括就業人口所供養的家屬，以全港共222.6萬住戶計算²⁰⁾，平均每個住戶有1.4名月入5000元或以上的人口，按家庭住戶平均人數為3人，平均每名月入5000元或以上的人口需承擔約2個人的醫療保險費用。若有收入人士需代所有受供養的家屬支付保費，部份人士的負擔會太大，在30萬5人或以上住戶中，就業人口的比例可能較低，若承擔所有供養家庭成員的保費，負擔會太重。因此應就代供保費的家庭成員數目設定上限，台灣的全民醫療險制度亦有類同安排，僱員最多只需承擔3名家庭成員的保費。

每月收入少於5000元，同時沒有家人代其支付保費的市民，同樣能受惠於全民醫療保險計劃，政府以稅收支付其保費。以每個家庭有1.4名月入5000元以上人口計算，住戶月入少於7000元的住戶，應由政府支付其保險供款。根據統計署所提供的資料，全港共40.1萬住戶月入少於7000元，以家庭住戶平均人數3人計算，約120萬人口需由稅收代支保險供款，佔全港人口的17.5%。

受保的條件是另一重要考慮因素，部份國家規定供款次數必須達到一定數目，供款人或其家人才合資格得到醫療保障，部份國家的情況則是，只要開始供款即可得到醫療保障。為了確保所有居民都能得到所需保障，所有已登記參與全民醫療保險計劃的本港居民，不論供款時限或金額，都應能獲得醫療保障，但是登記參與全民醫療保險計劃的人士必須符合規定，建議只有擁有香港居民身份及居港一年以上的人士及其同住家庭成員才符合資格參與全民醫療保險計劃。

19) 《主題性住戶統計調查第十二號報告書》，表7.1。

20) 根據《2006中期人口統計簡要報告》，2006年全港人口數目為6364346。

21) 《2006中期人口統計簡要報告》，18頁。



在決定全民醫療保險應提供哪些服務的時候，除了考慮是否足以保障市民健康，成本效益亦是一個重要的考慮因素，因此，在設計醫療保險計劃的時候，必須考慮二個問題：

- + 醫療保險計劃應提供哪些服務、甚麼水準的服務？
- + 這些服務的成本是多少？

在香港醫護體系中，住院服務由公營醫療主導，2004/05年，全年出院及死亡人次中83.1%由公營醫療負責，私家醫院只佔16.9%²²⁾，而大部份公營醫療開支由稅收支付，在2004/2005年，醫管局的全年開支為306億，其中276億由稅收支付，佔醫管局總開支的90.2%²³⁾。病人需承擔的醫療開支只佔成本的小部份，普通科病床每日的成本為3310元²⁴⁾，病人支付的費用為100元。根據統計署於2002年就入住醫院情況所進行的一項調查，在入住私家醫院的人次中，曾在手術室進行手術的病人的住院費用中位數為25000元²⁵⁾，70.7%獲醫療保險或僱主補貼部份或全部開支，而在入住公營醫院的病人中則只有8.1%獲醫療保險或僱主補貼²⁶⁾。

在基層醫療服務方面，則以私營西醫為主，根據統計署於2002年進行的一項主題性住戶調查，在全港的就醫人次中，私家西醫佔56.5%，公營的普通科門診佔21.6%，中醫佔19.6%。到私家西醫診治的人次中，每次診治病人需支付的診金中位數為150元，5.6%由醫療保險補貼或僱主津貼全部或部份診金。在公營普通科門診方面，每次診症的平均單位成本為260元²⁷⁾，病人收費則為45元。

以上的資料顯示，大部份病人需倚靠醫療保險、僱主補貼，或稅收津貼以支付住院服務的成本，全民醫療保障制度所提供的保障範圍必須不少於現有的住院服務。我們建議全民醫療保險計劃只提供劃一的基本醫療服務，若市民希望得到更佳的服务，如入住私家病房，可以私營的保險制度支付所需額外費用。

22) Hospital Authority Statistical Report 2004/2005, Table 4.1.

23) 同上，表 8.1。

24) 《2007/08年財政預算案政府一般收入賬目甲部》，408頁。

25) 《主題性住戶統計調查第二十一號報告書》，表5.5。

26) 同上，表5.6。

27) 《2007/08年財政預算案政府一般收入賬目甲部》，408頁。

在基層門診服務方面，大部份市民有能力應付私家門診的費用，全民醫療保險計劃未必需要將保障範圍擴展至基層門診服務，我們建議繼續由公營普通科門診為經濟能力較差病人提供基層醫療服務。

我們所信議的全民醫療保險計劃主要保障住院及專科門診服務的開支，是因為普羅市民難以獨力承擔有關的開支，並不表示我們不重視基層健康服務。相反，我們深切明白，基層健康服務，對市民的生活質素及健康的重要性不亞於住院服務，且更具成本效益。但是，基層健康服務涵蓋範圍廣泛，除了基層門診服務，防疫注射、疾病預防、工作環境、社區建設的改善等等範疇同樣是促進市民健康的重要環節，歐美各國近年全面推展的健康運動，例如美國推行的全國性運動「健康人民2010」，歐美各地在地區層面廣泛推行的「健康城市」運動，都是由生活各個層面滲入，以改善市民體質的工作，而這些服務難以靠保險制度支付。因此，我們建議，政府應該另行由稅收撥款，加強基層健康服務，促進全民健康，詳見附錄3。



在全民醫療保障制度下，除了保費，稅收津貼亦是主要融資來源，墊底費、投資利潤等亦提供部份資金。

:: 全民醫療保障制度的開支 ::

要計算全民醫療保險計劃的保費總額，首先我們需了解推行全民保險計劃所需的開支。

根據2004/05年資料，公立醫院佔全年出院及死亡人次的83.1%，私家醫院佔16.9%。若推行全民醫療保險計劃，現時使用私家醫院的病人亦將得到醫療保障。以2006/07年醫管局全年經營開支為295億元²⁸，扣除12.8億元²⁹普通科門診開支後推算，將全民納入保障範圍，以現時公營醫療的住院及專科服務開支推算，開支約為339.6億元³⁰。

另外，在醫管局提供的醫療服務中，病人需全費支付九類「病人須自行購買作醫療用途的特項物品」³¹。這主要基於過往運作，並沒清晰政策決定病人需全費支付哪些項目，可說是隨意的安排。根據2002年的一項學術研究結果，無論是醫護專業人員或界外人士，都認為要病人全費支付這些醫療項目是不適當的³²。因此，全民醫療保障制度的保障範圍應涵蓋這些物品。2005/06年由病人自資經醫管局代購的藥物及醫療項目開支是4.2億元³³。推行全民醫療保障制度後，自費購買項目的4.2億元開支不應再由病人支付，應由保險支付。

假設推行全民醫療保險計劃後，住院及專科服務的使用率增加5%。此外，根據台灣經驗，推行全民醫療保險制度後，行政成本及審核成本約為醫療開支的2.3%，全民醫療保險計劃的醫療服務開支約為369.7億元³⁴。

此外，全民醫療保障制度需為無力供款人士支付醫療保險供款。前面我們已估計需由稅收代為支付醫療保險供款的人口約佔全港人口的17.5%。

28) 立法會財務委員會2007年3月19-22日舉行特別會議以審核2007-08年度預算時，衛生福利及食物局局長對楊森議員的問題(問題編號1479)的答覆。

29) 2006/07年每年普通科門診診症人次x病人每日成本 = 4906000人次x260元 = 12.8億元

30) $(295-12.8) \text{億} / 83.1\% = 339.6 \text{億元}$ 。

31) 九類醫療物品為：1. 經皮微照心臟血管成形術及介人性心臟科消耗品；2. 心臟調節器；3. 眼內鏡；4. 肌電義肢；5. 特別訂製的義肢；6. 純整形外科植入物；7. 義肢矯形服務、物理治療及職業治療服務儀器；8. 生長激素及干擾素；9. 家用設備、器材及消耗品。

32) Yuen P.P.; Gould D. & Cheng M.Y.. P.1-13.

33) 立法會財務委員會2007年3月19-22日舉行特別會議以審核2007-08年度預算時，衛生福利及食物局局長對楊森議員的問題(問題編號1479)的答覆。

34) 全民醫療保險開支 = $(295 \text{億元} - 12.8 \text{億元}) / 83\% + 4.2 \text{億元} (1 + 5\%) (1 + 2.3\%) = 369.7 \text{億元}$ 。



∴ 收入源自稅收、全民保險供款及墊底費 ∴

稅收支付：2006/07年政府用在醫療衛生方面的經常開支為305.17億元，佔經常公共開支的15.6%³⁵⁾，總開支為320.5億元，佔政府開支總額的14.1%，特首在競選政綱中承諾在五年內增加投放在公營醫療的開支至17%，以此推算，醫療衛生的總開支將增加至386.4億元³⁶⁾。推行全民醫療保障制度後，由稅收撥作醫療衛生用途的開支必須不低於特首所承諾的17%，日後並應按人口數目等因素，每年調整投放在醫療服務方面的稅收。

稅收撥款的用途主要用在三方面：

- + 提供涉及公眾衛生的服務，如防疫注射；
- + 為無力供款人士支付保費；及
- + 提供醫療保險制度保障範圍以外的必須醫療服務，如需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病的醫療服務、公營普通科門診服務等。

在公眾衛生服務方面，2006/07年的醫療衛生開支中，39.6億元 (12.4%)³⁷⁾ 為衛生署撥款³⁸⁾，用作疾病預防、健康推廣等涉及公眾衛生的服務，這項撥款應繼續由稅收支付，以提供基層衛生服務。

在住院及專科服務方面，2006/07年政府撥予醫管局的款項是279.6億元 (87.2%)³⁹⁾，扣除用在普通科門診的12.8億元開支，醫管局的開支中，266.8億元用在住院及專科服務方面，佔醫療衛生開支的83.2%⁴⁰⁾。若政府按特首承諾，將醫療衛生總開支增加至公共開支的17% (386.4億元)，醫管局用在住院及專科服務方面的撥款約為321.7億元⁴¹⁾，這筆來自稅收的321.7億元撥款日後應用作全民醫療保險用途。

墊底費：大部份社會醫療保險制度都規定病人在使用醫療服務時直接自付墊底費給醫護機構。不同國家所收取墊底費的模式各有不同，如定額收費、按服務級別收費、按用品/藥物的數量收費或收回部份成本等。

35) 2007/08年度財政預算案演辭，附錄B (2002/03至2007/08年度公共/政府開支分析)，第三部。

36) $320.5 \text{ 億元} \div 14.1\% \times 17\% = 386.4 \text{ 億元}$

37) $\text{衛生署撥款} / \text{醫療衛生全年總開支} = 39.6 \text{ 億元} / 320.5 \text{ 億元} = 12.4\%$

38) 《2007/08年度財政預算案政府一般收入》，帳目總目37。

39) $\text{醫管局撥款} / \text{醫療衛生全民總開支} = 279.6 \text{ 億元} / 320.5 \text{ 億元} = 87.2\%$

40) 《2007/08年度財政預算案政府一般收入》，帳目總目140。

41) $(279.6 \text{ 億元} - 12.8 \text{ 億元}) / 320.5 \text{ 億元} = 83.2\%$ 。

42) $386.4 \text{ 億元} \times 83.2\% = 321.7 \text{ 億元}$ 。



收取墊底費的目的主要在於避免病人濫用免費醫療服務，但是，由於我們所建議的全民醫療保險計劃主要保障住院和專科門診服務，而這些服務需經急症室或基層門診轉介，病人難以濫用醫療服務，墊底費應訂於低水平，建議墊底費應與現時公營醫療服務的收費水平相若，同時應就病人每年所支付的費用設定上限，如每年醫療開支不超過家庭入息一成。

由於我們所建議的全民醫療保險計劃只保障基本醫療服務，全民醫療保險計劃所提供的醫療項目應劃一收費水平，例如，若醫院所提供的藥物和治療屬基本醫療服務，則不論醫生資歷，病人所支付的每日住院費用都一樣。

醫管局在2006/07年由醫療收費所得的收入為18.9億元⁴³，扣除來自普通科門診收費的約2.2億元⁴⁴收入，公營醫療由住院服務及專科門診所收取的醫療收入約為16.9億元。由於使用私營醫療服務的病人亦將被納入全民醫療保險計劃，保險制度的墊底費約為20.1億元^{45 46}。

保費：全民醫療保險的保費與薪酬掛鉤是普遍的方案，由僱主、僱員雙方供款，一般保費設上、下限。現時強積金計劃已採用類同安排，例如供款的最高入息為每月2萬元。自僱人士方面，強積金制度規定，自僱人士的保費相當於僱員部份，而建造業和服務業則因應行業的獨特運作，以行業計劃評估保費。以下我們暫基於強積金制度估計全民醫療保障制度可得的供款金額。

強積金計劃由2006年第二季至2007年第一季所收供款項為290.6億元。由於全港僱員中只有67%參加強積金計劃，18%參加其他退休計劃，如果所有參加任何退休計劃的人士都必須供款到強積金制度，強積金計劃每年所收的供款額便為368.7億元⁴⁷。

由於全民醫療保險計劃的保障範圍亦包括沒有工作的人口，受僱人士需為其家人代供醫療保險。我們在上一章推算，平均每名就業人口需承擔一名家人的醫療供款，如果僱主無需為僱員的家人供款，供款1%，在職人士的保費總額約為55.3億元⁴⁸。

43) 立法會財務委員會2007年3月19-22日舉行特別會議以審核2007-08年度預算時，衛生福利及食物局局長對鄭家富議員的問題（問題編號2013）的答覆。

44) 2006/07年使用門診服務人次×門診服務收費=4906000×45元=2.2億元。

45) 公營醫療由收費所得收入/公營醫療的市場佔有率=16.7億元/83.1%=20.1億元。

46) 根據立法會財務委員會2007年3月19-22日舉行特別會議以審核2007-08年度預算時，衛生福利及食物局局長對鄭家富議員的問題（問題編號2013）的答覆，在2006/07及2007/08年，醫管局的財政撥款，並無扣除其醫療收入。

47) 所有退休保障全年所收供款=290.6億元/67%×85%=368.7億元。

48) - 現時強積金制度的供款率為僱主僱員各供薪酬的5%，共10%，供款1%=36.87億元。

- 如果強積金供款總額中，50%（即184.3億元）來自僱員供款，僱員為其家人供款1%，代家人支付的供款額便為18.43億元。

- 若供款1%，每年僱主、僱員為僱員保險供款金額+僱員為家人代供金額=36.87億元+18.43億元=55.3億元。

此外，現時約33萬非在職人口每月有超過5000元其他現金收入⁴⁹⁾，若他們同樣供款到全民醫療保險計劃，供款1%的金額約為4.3億元⁵⁰⁾。所有受保人支付的保費總額為59.6億元。

:: 十年內保費不高於1.5% ::

要支付全民醫療保障制度的所有開支，在現時稅收撥款以外，市民需供款多少呢？

表 8 全民醫療保險計劃的收支

收入	= 稅收予醫院及專科服務的撥款 + 墊底費 + 醫療保險供款 = 321.7億元 + 20.1億元 + 59.6億元x供款率
開支	= 住院醫療服務開支（包括現時病人自費購買用品的開支及擴展保障人口至現時使用私營住院及專科服務的人口）+ 5%服務增長 + 2.3%行政成本 + 為無能力人士支付保險供款開支 = 369.7億元 + 120萬 x 每月10000元 ⁵¹⁾ x 12個月 x 供款率%

以2006/2007年的情況，如果政府將醫療開支佔政府開支的百分比由14.1%增加至17%，僱主僱員及有其他收入人士只需各供款收入的0.3%，共得35.7億元，加上撥作公營醫療醫院及專科服務的321.7億元稅收撥款、20.3億元醫療收費，足以支付推行全民醫療保障制度所需的開支。

49) 月入超過5000元的人口數目為316萬，減除283萬供款強積金和其他退休保障的人口，收入超過5000元而無需供款強積金制度的人口估計33萬。

50) 以現時由283萬僱員供款1%獲36.87億元，如果其中一半為僱員供款，即為18.43億元。33萬月入超過5000元的非在職人士為自己和家人各供款1%，供款額 = (33萬/283萬) x 18.43億元 x 2 = 4.3億元

51) 以2007年第一季每月收入中位數（不包括花紅/雙糧）為1萬元計算。



我們推行全民醫療保障制度的目的之一，是為了確保未來人口老化及醫療科技進步，服務及開支隨之增長後，仍有足夠資源提供適切的醫療服務。哈佛專家小組在《香港醫護改革分析報告》中估計，2016年醫療開支佔政府每年開支中的百分比將增加至20-23%。如果在2016年醫療開支固定佔政府開支的17%，全民醫療保險供款率約需增加至收入的0.9%-1.5%，便足以支付未來的醫療開支增長。

表 9 融資模式的組合

	稅收	墊底費	保險供款
2006/07	85%	5%	9%
2016 (下限)	71%	4%	25%
2016 (上限)	61%	4%	35%

根據民主黨進行的問卷調查結果，在支持推行強制性醫療保險的被訪市民中，68%願意每月支付收入的2%或以上作醫療保險。1.5%保費水平應是大部份市民可接受的水平。

52) 若2016年醫療開支相當於政府開支的20%，而稅收維持支付17%政府開支在醫療方面，全民醫療保險的承擔 = 現時醫療開支/佔政府開支百分比×20%×住院及專科服務開支佔整體醫療開支的百分比-17%

政府開支的金額
 = 320.5億元/14.1%×20%×83.2%-321.7億元
 = 56.5億元。

引用表8的方程式：

321.7億元 + 20.1億元 + 59.6億元×供款率=56.5億元+369.7億元 +120萬×每月10000元 ×12個月×供款率%，僱主僱員共供款1.88%，各供款一半，即為0.94%。

若2016年醫療開支相當於政府開支的23%，全民醫療保險的承擔為113.3億元，僱主僱員共供款3.15%，各供款一半，即為1.57%。



社會醫療保險制度包括三個環節，受保人、中介組織，以及提供服務的醫護機構。醫護機構掌握着服務的供應，對服務質素和成本的控制有決定性的影響。全民醫療保障制度必須確保醫護機構與受保人的數目的比例恰當、有機制鑑定並監察醫護機構的質素、與醫護機構簽訂合約、確保合約有效執行，並以最合適的模式支付費用予醫護機構。

:: 確保服務供應量適當 ::

全民醫療保障制度必須有適當數目的醫護機構參與，太少醫護機構參與，受保人得不到所需服務，太多醫護機構參與，則不但令醫護機構收入下降，亦難以維持服務質素。因此管理部門須制訂醫療服務的人口比例，密切監察不同醫療服務的需求變化，並適時調整服務供應。

一般而言，管理部門無需成立服務機構直接提供服務，只需透過給予醫護機構的條件調整參與計劃的機構數目。以香港現時公私營所有醫護人手的數目，全民保障制度應可招募足夠的醫護機構，為受保人提供服務。然而，在一些情況下，例如，當大量外來人口來港使用個別專科服務，大部份該專科的使用者可能選擇不加入全民醫療保險計劃，而選擇自由為非本港人口提供服務，避免保險制度對其價格、服務水平和行政程序各方面的管制，全民保險制度無法吸引服務提供者為受保人提供足夠的醫療服務，便需成立醫護團隊，直接提供服務。

:: 保證服務質素 ::

全民醫療保險計劃在尋找醫護機構加入的時候，除了數量上的規劃，亦必須顧及服務質素。全民醫療保障制度的管理部門為此須設立服務鑑定準則 (accreditation)，就服務質素、設施、臨床表現、行政及會計系統各方面設定準則，只有符合服務鑑定準則的醫護機構才可加入全民醫療保險計劃。管理部門並需將加入全民醫療保險計劃的機構名單印成名冊，讓受保人自行選擇。

醫護機構加入全民醫療保險計劃後，管理部門應繼續監察醫護機構能否保持服務質素，一旦質素下降，不符合服務鑑定準則，便需立即終止有關機構為受保人提供服務的資格，並給予期限作出改善，在符合準則後才獲重新納入全民醫療保險計劃。

除了制訂服務鑑定準則以確保醫療機構達到最低要求，全民醫療保障制度的管理部門亦應設立質素評估系統，基於統計數字、現場視察等途徑所搜集的資料，評估服務在硬件、臨床服務以及服務成效等各方面的水準，作為受保人選擇醫護機構的參考資料。

:: 制訂合約加強問責 ::

全民醫療保險計劃在招募醫護機構參與時，須制訂合約，清楚訂明細節安排。合約內容一般包括機構須符合的質素鑑定準則及其他要求、受保的項目及服務水平、支付的費用、受保人的條件、病人支付的墊底費、資訊記錄、表格及程序的運用等具體運作細則，在制訂合約大綱的時候，除了全民醫療保障制度的管理部門，服務提供者、醫護界代表等都應參與，共同決定。

:: 付款模式應獲各方共識 ::

醫療保險體系可透過不同模式支付服務費用予醫護機構，不同的付款模式各有優點，有些能較有效控制成本，有些能較有效鼓勵醫護機構改善服務質素；同時各種模式的適用範疇亦各有不同，例如，定額付款較適用於購置大型的醫療器材，而獎金制則較用於基層保健項目。下表簡列主要付款模式：

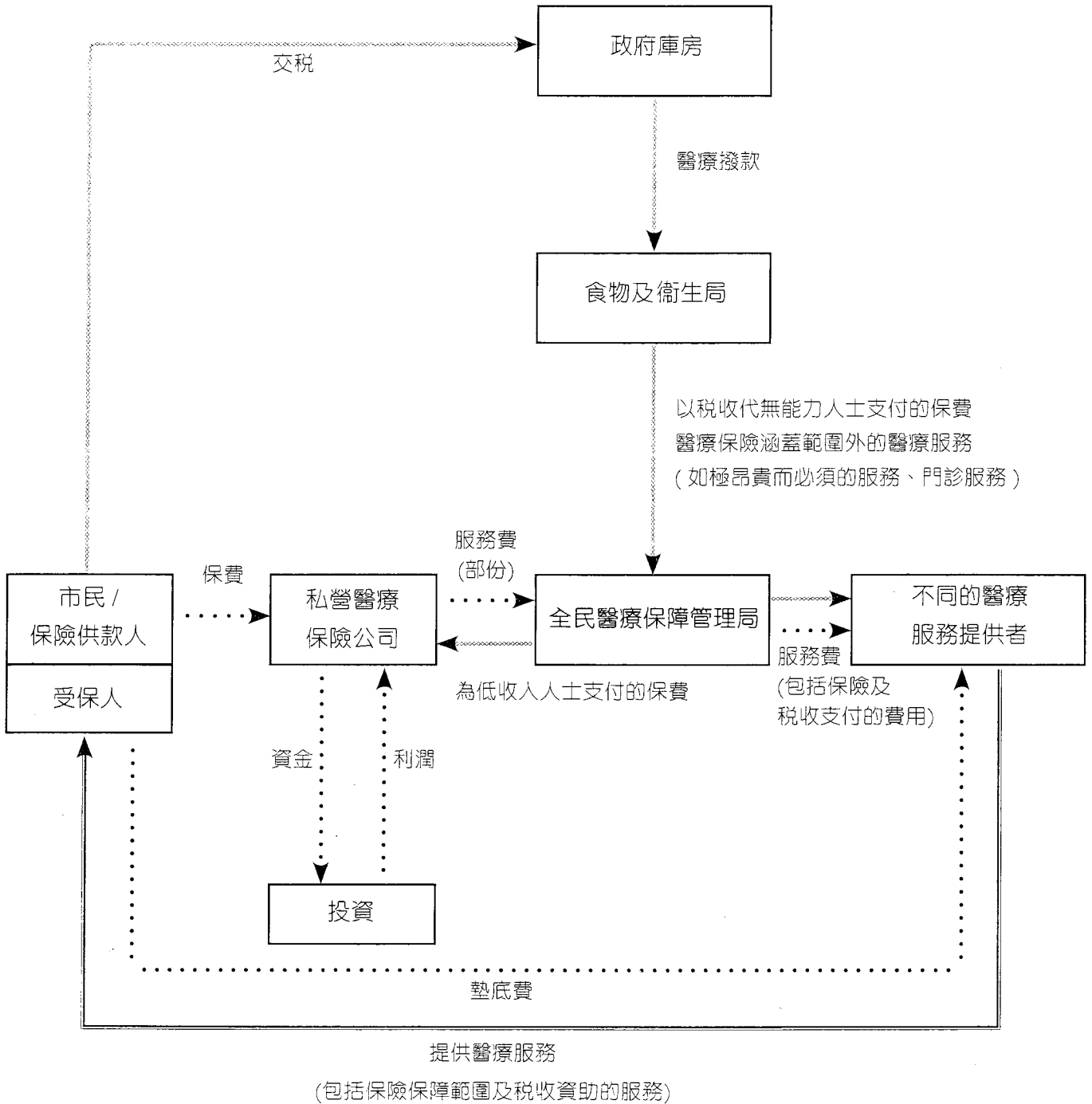
表 10 不同付款模式的應用

付款模式	運作	適用範圍	問題/條件
按服務計算	逐項服務或產品收費	門診、住院、藥物	難以控制成本
按個案計算	逐項病症收費	專科門診、住院	難以界定病症
定額付款	整筆支付特定項目的費用	醫療器材	
按日計算	以日數計算所有成本	住院、長期護理	造成增加病人住院時間的誘因
封頂	基於每名受保人在某時限內所使用的服務計算機構所得款項	基層服務、住院服務	可能出現服務提供不足或質素參差的情況；受保人不能隨意更換醫護機構
財政預算	整筆支付醫護機構在某時限內的所有成本	所有	醫護機構可能為減少成本而降低服務質素，需有品質評審制度
獎金	達到某目標後支付	主要用於基層健康服務	
薪酬	按僱傭合約支付薪酬	由保險機構直接擁有的服務機構	增加行政及管理成本，且僱員欠誘因改善服務
特別款項	支付特定昂貴開支	一般醫護機構不包的昂貴住院服務	

付款模式對服務質素、成本控制，以及行政安排影響重大。制度在支付醫護機構時，一方面應容許機構提供良好的服務並得到合理的收入，同時亦必須能有效防止服務被浪費和濫用。現時公營醫療制度以一筆過向醫管局支付全年開支，私營醫療方面主要採取按服務計算模式，醫護機構逐一向病人或保險公司收取全數費用，實施全民醫療保障制度後，這種支付模式應須作出調整。但日後各醫護機構應以甚麼模式支付費用，在現階段難以提出具體建議，我們認為並不適宜在現階段作出決定，日後應由推行制度的部門邀請相關政府部門、保險機構、醫護機構和病人組織等相關人士組成委員會，共同磋商決定。



圖 2 全民醫療保障體系的運作架構簡圖



全民醫療保障制度能否為市民提供完整、質素良好而具成本效益的醫療服務，具體安排是關鍵所在，絕不可掉以輕心，我們嘗試草擬全民醫療保障體系的運作(見圖2)，但只能提供一綜合概括的大綱。在具體執行上，全民醫療保障制度涉及很多繁複瑣碎的工作，必須認真研討後才作決定，我們建議日後應成立落實委員會，就全民醫療保障制度的每項細節安排及分工，作出詳細考慮，並作出廣泛諮詢後，再作決定。

:: 嚴謹的規管制度 ::

全民醫療保障制度涉及全民醫療保險計劃的大筆醫療保險供款，為免這筆供款被納為政府稅收的一部份，必須成立獨立的戶口及法定管理架構。

我們建議設立法定組織 - 全民醫療保障管理局，負責全民醫療保障制度的監察及執行。全民醫療保障制度的推行涉及大量的監管和執法工作，例如：

- + 規管全民醫療保障制度，包括制訂守則和指引；
- + 決定全民醫療保險計劃的細節，如醫療保險計劃所提供的醫療服務、服務質素、流程、成本、收費水平、墊底費等；
- + 監察全民醫療保障制度的執行，包括全民醫療保險計劃的投保人的登記、處理拖欠個案等；
- + 監管全民醫療保險計劃的中介人，包括處理中介人的註冊，規定保險機構不可選擇投保人等；
- + 監管醫護機構，包括註冊、鑑定和評核服務水平等；
- + 支付醫護機構的費用、為所有沒有能力的人士支付保費等。
- + 以稅收購買昂貴而必須的醫療服務、基層健康及門診服務等。
- + 掌握及發放資訊，包括投保人的基本資料、保險資訊、醫療費用、服務品質等。

全民醫療保障管理局的管治機構是董事局，董事局必須根據法例組成，成員由行政長官委任，成員應包括政府部門、工會、僱主、醫護及保險等界別代表。董事局的權責主要是制定政策和機構的發展策略、確保全民醫療保障制度的運作得到妥善策劃、執行及監察，具體的運作執行工作則由行政團隊執行。

由於在推行全民醫療保障制度後，失業及低收入人士的保險金、墊底費以及基層健康及門診、極昂貴而必不可少的住院服務仍需稅收支付，全民醫療保障制度的運作機構應該與食物及衛生局、衛生署保持密切聯繫，例如，全民醫療保障管理局的行政總監可由食物及衛生局的常任秘書長出任。

:: 確保制度有效執行 ::

全民醫療保險計劃的重要特色，是按使用者的需要提供相同的服務，但在供款時，則基於收入決定保費。除了部份靠租金、儲蓄利息及股息為主要收入的市民，大部份香港家庭的主要收入都是薪酬。因此，能否有效向僱員、僱主收取保費是全民醫療保險計劃能否成功推行的主要因素。

強積金已建立了向僱員、僱主收取保費的制度。根據強積金制度，18至65歲，連續受僱不少於60日的全職及兼職的僱員及其僱主必須供款。部份人士則可獲豁免，包括：

- + 月入少於5千元的僱員或自僱人士；
- + 家務僱員；
- + 自僱小販；
- + 來港工作不超過13個月的海外僱員等。

就僱員、僱主及自僱人士的登記、徵收供款和執行等制度，《強制性公積金計劃條例》已有詳細規定，全民醫療保險計劃可引用有關的安排及系統，例如，由私營保險公司負責收取保費和匯報資料。

但是，強積金旨在提供退休保障，65歲以後市民不需再為退休準備，因而可停止供款強積金。此外，有租金、股息、利息或其他收入的非在職人士亦無需向強積金制度供款。這個概念與全民醫療保險計劃不同，因此我們建議，任何月入超過5千元人士，不論年齡或收入來源，都應供款全民醫療保險計劃。

有別於強積金制度，在全民醫療保險計劃下，僱主、僱員的保費並不影響僱員所得到的醫療保障，因此僱主和僱員較傾向低報/隱瞞薪酬，但在強積金制度方面，由於供款屬僱員財富，若僱主隱瞞或低報僱員薪酬，僱員有較大誘因向強積金制度舉報，從而提供了僱員資料的真確性。因此，引用強積金制度的僱員、僱主資料登記及收取醫療保險供款，相信可更有效收取全民醫療保險供款。此外，全民醫療保障管理局應獲賦權向稅局、公司註冊處索取資料，以核查是否出現隱瞞或低報供款的情況。

全民醫療保險計劃與強積金制度的另一分別，是強積金的保障範圍只限於僱主、僱員等需要供款人士，而全民醫療保險計劃的涵蓋範圍還包括僱員家屬及其他無需供款人士。在推行全民醫療保險計劃的初期，應由全民醫療保障管理局建立登記制度，為所有符合受保條件（居港一年以上的人士及其同住家人）而無需供款人士核實身份及登記成為受保人。

現時私營醫療保險公司所提供的醫療保險計劃，不少屬公司購買的團體保險。若僱主購買的團體保險內容包括全民醫療保障規定的保險項目，而保險公司為全民醫療保障管理局認可的中介人，僱主的全民醫療保險供款應可由保費中扣除，因此，推行全民醫療保險計劃對現已為僱員提供醫療保險的機構不會造成影響。若保險計劃低於全民醫療保險計劃規定，相信保險公司為免顧客流失，自會調整保險計劃。

:: 保險公司只參與資金管理 ::

如何將全民醫療保險計劃收集到的醫療保險供款作出妥善的金融管理，是全民醫療保障制度其中一個最難處理的工作。我們建議將金融管理的工作交給私營保險基金，分散資金管理不善或投資不當的風險。全民醫療保障管理局制定明確的保險賠償組合和保費後，向個別受保人推銷醫療保險服務、收取保費、利用保費作出金融投資的工作，則由私營保險公司負責。

由於全民醫療保險計劃只提供基本水準的醫療服務，私營保險公司仍有其他經營空間，如設計補充型保單，提供較全民醫療保險更佳的服務，例如入住私人病房的計劃，同時向受保人收取額外保費，從而賺取額外利潤。此外，私營醫療保險基金亦可由金融投資獲取利潤。

由於全民醫療保障制度規定，不論投保人的性別、健康狀況或其他因素，參與全民醫療保險計劃的私營保險基金不可拒絕任何符合資格人士投保，同時只能收取管理局所設定的保費、必須提供管理局所規定的醫療服務，而且所有市民都可得到同等的保障，參與全民醫療保障制度的保險基金所承保的部份個案會令基金虧蝕。



為了令全民保險計劃制度具備平分風險的功能，全民醫療保障管理局應設立機制，向比例上承保較少高風險人士（如長者及長期病患者）的保險基金收取款項，以津貼承保較高比例的高風險人士的保險基金，令不同的醫療保險基金可平均分擔風險較高人士的醫療服務費用。

:: 由中央機制索取及發放醫療費用 ::

醫療費用的索取和發放是保險制度一個重要的環節，對病人的權益、醫護人員的專業自主、整體醫療開支的成本控制等各方面有著深遠的影響，不可掉以輕心。

向不同的私營醫療保險機構索取醫療服務費用涉及大量行政手續，而且醫療服務是否屬於保險範圍、如何計算賠償金額在實際運作上往往存在灰色地帶，由病人個別向私營保險機構索取醫療費用，由於資訊、時間各方面的限制，出現灰色地帶時，病人必處於劣勢。若由各醫護機構自行向不同的私營保險機構索取費用，私營保險機構與醫護機構容易出現意見分歧，因減少服務開支可提高保險公司利潤，而醫護服務機構則相反，容易出現爭拗，影響醫護人員的專業自主，亦不符成本效益。

因此，我們建議在全民醫療保障管理局轄下設立中央機制，全面負責向保險公司索取費用，並發還予醫護機構。由於管理局不涉任何利益，可以持平地查核病人是否符合資格、服務是否屬受保範疇、計算費用，而且管理局掌握完整資料，具備足夠人力物力，足以平衡私營醫療保險機構、醫護機構和病人的關注，作出最合理的決定。

由管理局中央處理所有核查、審理、索取和發放醫療費用的行政工作，亦遠較由不同服務機構或病人各自進行更具成本效益。透過與醫護機構、保險公司分享資料，大部份行政工作相信都能以電腦系統處理，可有效減低行政成本。管理局在運作一段時間後，甚至可與保險基金和服務機構商討較簡便的支付模式，例如一次過支付首六個月的開支，年終時再支付餘額。



:: 完整的資訊系統 ::

全民醫療保障制度的一個好處是建立了完整的資訊系統，例如，管理局在索取和發放醫療費用的時候，同時亦蒐集了大量服務使用資料，管理局可基於這些資料，每年檢討醫療保險制度的保障範圍、醫療費用、保費水平，制訂服務評核標準，並作出長遠的醫療服務規劃及成本控制方案等，是監察及改善整個全民醫療保障制度和醫療體系的重要環節。

醫療保險資訊對其他參與醫療體系的人士，如醫護機構、保險基金、供款者、病人等，亦是重要的資源，而他們責無旁貸地必須為資訊系統的建立和資料的紀錄出一分力。

但是，不同的參與者有不同的關注事務，例如，醫護機構可能較關注服務成效的資訊以及紀錄資訊造成的額外行政工作、供款者關注如何計算保費、受保人則可能更關注保障項目的細節。因此，設計資訊系統之前，必須集合不同界別人士，清楚了解不同參與者的關注、所需資訊、取得有關資訊的來源，並確保資料的記錄是切實可行的，並就資訊系統內不同項目的定義及指標達成共識，從而建立一套制度內不同環節的參與者都能記錄、銜接、分享、進行比較分析的資訊系統，以及記錄、收集有關資訊的程序。

全民醫療保障管理局除了建立及管理資訊系統外，亦應負責發放資訊。受保人是最重要的對象之一，他們對受保資格、保險制度保障哪些服務項目、哪些醫院或診所可為他們提供醫療服務等資訊的掌握有限，管理局的行政支援人手需制訂詳盡資料冊隨時供受保人參考、舉辦講座及論壇等活動，增強受保人對資訊的掌握，醫療保險體系才能有效為病人提供適切服務，並保障受保人的權益。



表 11 對各界的影響

相關團體或人士	現況	全民醫療保險後的情況	適應安排
所有市民	可輪候使用受資助的公營醫療服務	市民需登記成為醫療保險制度受保人	設專責部門，為市民登記加入制度，並以稅收為無力供款人士支付保費
就業人口	交稅以支付公營醫療開支	須向全民醫療保險計劃供款	引用現行強積金制度僱員資料
病人	+ 使用醫療服務時所支付費用只佔成本的小部分，有經濟困難人士可申請豁免，但只限公營醫療服務 + 病人需自費購買部份昂貴藥物和用品	+ 可供病人選擇的醫護機構增加 + 病人需支付的費用與現時一樣，亦可申請豁免 + 病人無需再自費購買昂貴的必須藥物和用品	病人只需支付廉宜墊底費，向保險公司索取醫療費用的工作由管理局負責
醫管局總部	負責全港所有公共醫療服務的規劃、質素監管、資源分配和收費政策等	角色由全民醫療保障管理局代替	由醫管局與食物及衛生局討論醫管局總部人員是否轉移到管理局
公營醫院	每年由醫管局撥款各醫院聯網作為全年經費	錢跟病人走，診治病人數目及疾病為計算醫護機構所獲款項的主要因素，對醫護人員直接影響不大	+ 向保險公司索取醫療費用的工作由管理局負責 + 日後需建立完整資料庫以減省行政工作
公營門診服務	服務經費由稅收支付	維持不變	--
私營醫護機構	+ 服務收費不受任何規管 + 顧客只限無需稅收津貼的病人	+ 若參加全民醫療保險，服務品質、收費水平須符合保險制度的規定 + 所有全民醫療保險的受保人，無論是否由稅收代供保費，都可使用私營醫療服務	日後需設立服務質素審核機制
醫療保險公司	+ 私營醫療保險計劃只涵蓋小部份人口，保險公司可選擇受保人 + 政府對保費、保險範圍、受保人口並無規管	+ 全民醫療保險計劃涵蓋全港人口，保費、保險範圍劃一，不可拒保 + 其他私營醫療保險計劃仍沒限制	+ 保險公司可提供補充型保單，提供優於全民醫療保險的計劃 + 對已購買團體保險的機構，可由保費中扣除全民醫療保險的供款



:: 醫療融資改革對不同團體的影響 ::

由稅收支付大部份醫療服務的制度引入全民醫療保險制度，無論架構或具體執行上，都會有所改動。我們在提出建議方案的時候，已盡量減少相關人士所受到的影響。表11簡列有關的影響及相應的適應安排。

:: 準備工作 ::

公眾教育：推行全民醫療保障制度後，普羅市民、病人、公營醫療體系管理人員及前線醫護人員、私營醫療體系以至私營保險公司都需作出調適，在各方對現行醫療制度的潛在問題了解不足、對全民醫療保險制度的理念及優點認識有限的情況下，部份人士初期可能對推行全民醫療保險制度有所排拒。

因此，在規劃全民醫療保險制度之前，必須大力推行公民教育，加強市民了解融資改革的急切性、全民醫療保險制度的理念和原則。只有當市民充份了解全民醫療保險制度、認同全民醫療保險制度並樂於參加，我們才能充份諮詢市民對醫療保險制度各項安排的意見，從而制訂出市民可接受的保險制度。

立法：全民醫療保險計劃必須根據法律建立及運作，所有組織、架構的組成必須由法例規管，而具體的行政及運作安排，則可透過附屬法例、實務守則及執行指引作出規管，有關的立法工作可參考現時規管強積金計劃的《強積金條例》。表12簡列全民醫療保障制度下需作出規管的範疇及規管途徑。



表 12 規管範疇及途徑

規管途徑	決策者	規管範疇	範例
規例	立法會	組織架構	- 中央醫療保險制度 - 管理局的成立、職權
		供款規定	- 供款人登記 - 供款率 - 人息上下限 - 改變供款規定的機制
		保障範圍	- 受保人資格 - 涵蓋服務項目 - 服務水準 - 墊底費
		中介人	- 註冊、監管 - 費用支付
		醫護機構	- 註冊、監管 - 收費表 - 費用的支付
指引/實務守則	管理局	行政程序	- 收取保費的程序 - 支付服務費用程序 - 中介人的註冊條件 - 醫療服務水準評核內容等
合約	管理局	合約條文	



:: 背景 ::

公營醫療體系面對財政壓力，近年多次增加收費、減少服務，而估計基於人口老化等因素，未來資源短缺的問題只會持續惡化，長遠必然影響香港市民所享有的醫療服務質素。探討如何增加資源投放在醫療服務方面，成為一個重要的社會議題。民主黨因而在2005年12月至2006年1月以隨機抽樣形式，透過街頭訪問，進行了一項大規模的深入調查，了解市民對不同醫療融資方案的意見，以便基於所蒐集的意見，提出建議方案。

:: 被訪者的基本資料 ::

調查訪問了1051名16歲以上市民，大部份是20-49歲市民（73.9%），60歲以上的佔8.3%，低於全港人口中60歲以上人口所佔百分比（18.2%）（表2）。

被訪者中大部份是在職人士（73%），較全港人口的57.8%高（表3）。52%被訪市民需要交薪俸稅或/及利得稅。53.3%被訪者認為自己屬於基層市民（表4），38.8%認為自己屬於中產人士（表5）。

被訪者中54.2%有醫療保險保障（表6），但在失業被訪市民中，92%沒有醫療保險，78.7%被訪家庭主婦/學生/退休人士沒有任何醫療保險（表7），60歲以上的人口中，81.2%沒有任何醫療保險（表8）。

被訪者中，30.6%表示曾經用過公營的住院服務（表9），60歲以上的長者中則有50%曾經使用過有關服務（表10）。

表 1 人口分區數字 被訪人數 = 1033

	百分比(%)	香港人口分布 (%) ⁵³⁾
香港	38.5	18.2
九龍	20.3	29.9
新界	41.1	51.9
總數	100.0	100.0

表 2 請問你的年齡屬於以下哪個組別？

被訪人數 = 1049

	百分比(%)	香港人口分佈 (%) ⁵⁴⁾
16 - 19歲	3.8	6.2
20 - 29歲	20.0	16.0
30 - 39歲	24.9	20.1
40 - 49歲	28.9	23.5
50 - 59歲	14.1	16.0
60歲以上	8.3	18.2
總數	100.0	100.0

表 3 請問你的身份？

被訪人數 = 1048

	百分比(%)	香港人口分佈 (%) ⁵⁴⁾
在職人士	73.0	57.8
失業	2.4	3.1
家庭主婦/學生/退休人士	22.3	35.3
其他	2.3	3.8
總數	100.0	100.0

表 4 請問你需不需要交稅？ 被訪人數=1046

	百分比(%)
需要交薪俸稅	47.2
需要交利得稅	2.2
需要交薪俸稅及利得稅	2.6
不需要交以上稅項	48.0
總數	100.0

表 5 你認為你自己屬於哪一個組別 被訪人數=1046

	百分比(%)
基層	53.3
中產	38.8
富裕	2.5
其他	3.0
無意見	2.5
總數	100.0

54) 2005年第4季人口資料，政府統計處2006年4月22日提供。

55) 同上。



表 6 你或你的僱主有沒有為你購買醫療保險？ 被訪人數=1046

	百分比(%)
自己有買（不包括人壽保險）	17.8
僱主有買	22.0
自己和僱主都有買	14.4
沒有	45.8
總數	100.0

表 7 你或你的僱主有沒有為你購買醫療保險？

	自己有買 (不包括人壽保險)	僱主有買	自己和僱主都有買	沒有	總數
整體	17.8	22.0	14.4	45.8	100 (1044人)
失業	4.0	4.0	0	92.0	100 (25人)
家庭主婦/學生/退休人士	15.7	4.3	1.3	78.7	100 (230人)
在職人士	17.6	28.4	19.1	34.9	100 (765人)
其他	58.4	4.2	8.3	29.2	100 (24人)

表 8 你或你的僱主有沒有為你購買醫療保險？

	自己有買 (不包括人壽保險)	僱主有買	自己和僱主都有買	沒有	總數
整體	17.8	22.0	14.4	45.8	100 (1044人)
16 - 19歲	17.5	7.5	2.5	72.5	100 (40人)
20 - 29歲	14.8	27.6	8.1	49.5	100 (210人)
30 - 39歲	19.9	26.1	23.0	31.0	100 (261人)
40 - 49歲	19.2	22.5	18.2	40.1	100 (302人)
50 - 59歲	18.4	20.4	10.2	51.0	100 (147人)
60歲以上	12.9	2.4	3.5	81.2	100 (85人)

表 9 請問你或你的家人有沒有用過政府的住院服務 被訪人數=1046

	百分比(%)
自己用過	9.2
家人用過	27.6
自己和家人都用過	21.4
沒有用過	41.8
總數	100.0

表 10 你或你的家人有沒有為用過政府的住院服務？

	自己有用過	家人有用過	自己和家人都有用過	沒有用過	總數
整體	9.2	27.6	21.4	41.8	100 (1044人)
16 - 19歲	2.5	40.0	12.5	45	100 (40人)
20 - 29歲	7.2	32.2	18.3	42.3	100 (208人)
30 - 39歲	8.5	29.2	21.2	41.2	100 (260人)
40 - 49歲	8.6	26.8	23.2	41.4	100 (302人)
50 - 59歲	10.1	25.7	20.3	43.9	100 (148人)
60歲以上	20.0	10.0	30.0	40.0	100 (86人)

:: 對融資方案的意見 ::

根據調查結果，加稅及增加醫療收費是最不為市民接受的方案，分別有68.7%及60.9%被訪市民表示反對（表11）。

對於推行強制性的醫療儲蓄計劃，55.3%被訪市民支持，70.6%則贊成設立一個由政府中央管理的醫療保險制度（表11）。

除了加稅，在職人士對不同融資方案的接受程度，一般較失業人士、家庭主婦/學生/退休人士高。72.2%被訪的在職人士支持設立一個由政府中央管理的醫療保險制度，57.3%支持強制性的醫療保險制度（表12）。由於調查的被訪人士中，在職人士所佔百分比高於本港人口，調查可能略高估了市民對不同融資方案的接受程度。

除了加稅，長者對所有融資制度的接受程度都較低，特別是對於增加醫療收費，在60歲以上的被訪者中，80.5%反對政府增加醫療收費，遠較整體的60.9%為高。

明顯地，在自己及家人都沒有使用過公營住院服務的被訪者中，同意各種醫療融資方案的百分比都較整體被訪者為低。相反，自己曾用過公營住院服務的人士，對各種融資方案的支持度較高。76%自己曾用過住院服務的被訪者支持設立一個由政府中央管理的醫療保險制度，60.4%支持強制性醫療保險制度（表13）。

調查發現，認為自己屬中產及富裕階層的被訪者中，贊同各種醫療融資方案的百分比較整體被訪者高。73.8%被訪的中產人士贊同設立一個由政府中央管理的醫療保險制度，61.4%支持強制性醫療保險制度（表15.2），富裕階層贊同的百分比較中產階層更高（表15.3）。基層被訪者中，贊同新的融資方案的百分比較低，其中以增加醫療收費最明顯，71.2%被訪的基層市民反對在資源不足的情況下，增加收費，遠高於整體的60.8%（表15.1）。

表 11 對不同融資方案的意見

	同意	不同意
贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	70.6% (N=1039)	23.0% (N=1039)
政府規定市民做醫療儲蓄	56.1% (N=1042)	36.4% (N=1042)
政府規定市民購買醫療保險	55.3% (N=1050)	41.6% (N=1050)
政府增加醫療收費	35.3% (N=1049)	60.9% (N=1049)
政府加稅	27.4% (N=1048)	68.7% (N=1048)

表 12 對不同融資方案的意見

	整體	在職人士	失業	家庭主婦/學生/退休人士	其他
同意政府加稅	27.4% (N=1048)	27.3% (N=763)	32.0% (N=25)	27.5% (N=233)	29.2% (N=24)
同意政府增加醫療收費	35.3% (N=1049)	38.6% (N=764)	20.0% (N=25)	24.5% (N=233)	45.8% (N=24)
同意政府規定市民做醫療儲蓄	56.1% (N=1042)	57.8% (N=758)	48.0% (N=25)	50.6% (N=233)	62.5% (N=24)
同意政府規定市民購買醫療保險	55.3% (N=1050)	57.3% (N=764)	40.0% (N=25)	50.9% (N=234)	45.8% (N=24)
贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	70.6% (N=1039)	72.2% (N=759)	70.8% (N=24)	66.1% (N=230)	60.9% (N=23)

表 13 對不同融資方案的意見

	整體	自己用過	家人用過	自己和家人都用過	自己和家人都沒用過
贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	70.6% (729)	76.1% (73)	73.8 (211)	70.6 (154)	67.2 (291)
同意政府規定市民做醫療儲蓄	56.1% (583)	56.3% (54)	60% (172)	51.8% (113)	56.0% (244)
同意政府規定市民購買醫療保險	55.3% (578)	60.4% (58)	57.5% (165)	58.0% (130)	51.5% (225)
同意政府增加醫療收費	35.3% (370)	36.9% (35)	40.6% (117)	37.0% (83)	31.0% (135)
同意政府加稅	27.4% (286)	35.5% (34)	25.9% (74)	29.9% (67)	25.4% (111)

表 14 長者對不同融資方案的意見

	整體		60歲以上被訪者	
	同意	不同意	同意	不同意
政府加稅	27.4% (N=1048)	68.7% (N=1048)	35.6% (N=87)	58.6% (N=87)
政府增加醫療收費	35.3% (N=1049)	60.9% (N=1049)	16.0% (N=87)	80.5% (N=87)
政府規定市民做醫療儲蓄	56.1% (N=1042)	36.4% (N=1042)	52.9% (N=87)	36.7% (N=87)
政府規定市民購買醫療保險	55.3% (N=1050)	41.6% (N=1050)	50.5% (N=87)	42.5% (N=87)
政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	70.6% (N=1039)	23.0% (N=1039)	63.1% (N=84)	26.2% (N=84)

表 15.1 基層人士對融資方案的意見

	同意	不同意
贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	69.6% (384)	23.4% (129)
政府規定市民購買醫療保險	51.3% (287)	46.6% (261)
政府規定市民做醫療儲蓄	50.9% (283)	39.6% (220)
政府加稅	29.2% (163)	66.7% (373)
政府增加醫療收費	24.7% (138)	71.2% (398)

表 15.2 中產人士對融資方案的意見

	同意	不同意
贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	73.8% (298)	21.8% (88)
政府規定市民做醫療儲蓄	62.5% (252)	33.0% (133)
政府規定市民購買醫療保險	61.4% (250)	35.6% (145)
政府增加醫療收費	49.8% (202)	48.0% (195)
政府加稅	23.9% (97)	72.7% (295)



表 15.3 富裕人士對融資方案的意見

	同意	不同意
政府規定市民購買醫療保險	76.9% (20)	19.2% (5)
政府規定市民做醫療儲蓄	73.1% (19)	26.9% (7)
贊成政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度	69.2% (18)	23.1% (6)
政府增加醫療收費	61.5% (16)	34.6% (9)
政府加稅	53.8% (14)	46.2% (12)

:: 推行強制性醫療保險 ::

關於推行醫療保險制度的進一步意見，90.3%被訪市民贊成政府協助低收入、長期病患者等無能力購買醫療保險的人士購買中央醫療保險（表16）。

表 16 是否贊成政府協助低收入、長期病患者等無能力購買醫療保險的人士購買中央醫療保險？

	人數	百分比
同意	935	90.3%
不同意	72	7.0%
不知道 / 無意見	29	2.8%
總數	1036	100.0%

在支持推行強制性醫療保險的被訪市民中，24.8% 只願意每月支付收入的1%以下，32%願意支付2%，18%願意支付每月收入的3%供醫療保險，只有18%被訪市民願意支付4%或以上（表17）。在職人士、曾用過公營住院服務的受訪者的意見與整體被訪市民的意見分別不大（表17&18）。

表 17 您每月願意支付多少錢供醫療保險？

	整體百分比(%)	在職人士(%)
每月收入的1%或以下	24.8	24.6
每月收入的 2%	32.0	33.3
3%	18.0	21.4
4%	6.2	6.7
5% 或以上	11.8	10.7
不知道/無意見	7.2	3.3
總數	100.0 (600人)	100.0 (448人)

表 18 是否用過政府的住院服務 對 每月願意支付多少錢供醫療保險

	自己用過	家人用過	自己和家人 都用過	自己和家人 都未用過	整體
1%或以下	37.7%	25.3%	21.5%	23.1%	24.8%
2%	23.0%	33.1%	30.4%	34.2%	31.9%
3%	18.0%	21.7%	15.6%	16.7%	18.0%
4%	8.2%	7.8%	5.2%	5.1%	6.2%
5%或以上	8.2%	10.8%	12.6%	13.2%	11.9%
不知道 / 無意見	4.9%	1.2%	14.8%	7.7%	7.2%
總數	100% (61人)	100% (166人)	100% (135人)	100% (234人)	100% (596人)

:: 加稅 ::

根據調查結果，不需要繳交任何稅項的被訪者支持加稅的百分比最低，只有25.6%同意加稅。而同時需繳交薪俸稅及利得稅的被訪者支持加稅的百分比則最高，達51.9%支持（表19）。

在同意政府加稅以解決公共醫療不足問題的被訪者中，71.8%認為較適合增加利得稅，19.2%認為應增加差餉，表示應增加薪俸稅的則只有18.8%，支持加稅的在職人士中，支持增加薪俸稅的只有16.9%（表20）。



表 19 你同不同意政府加稅以解決公共醫療不足的問題？

	同意 (%)	不同意 (%)	不知道/無意見 (%)	總數 (%)
需要交薪俸稅	28.2	69.4	2.4	100 (493人)
需要交利得稅	26.1	69.6	4.3	100 (23人)
需要交薪俸稅及利得稅	51.9	48.1	0	100 (27人)
不需要交以上稅項	25.6	68.8	5.6	100 (500人)
整體	27.5	68.6	3.9	100 (1043人)

表 20 你認為增加以下哪些稅項較適合？

	整體	在職人士	失業	家庭主婦/學生 / 退休人士	其他
增利得稅	71.8% (206人)	74.9% (155人)	100.0% (8人)	61.5% (40人)	42.9% (3人)
增差餉	19.2% (55人)	20.3% (42人)	25.0% (2人)	10.8% (7人)	57.1% (4人)
增薪俸稅	18.8% (54人)	16.9% (35人)	25.0% (2人)	21.5% (14人)	42.9% (3人)
其他	18.8% (54人)	15.9% (33人)	25.0% (2人)	24.6% (16人)	42.9% (3人)
不知道/無意見	2.8% (8人)	1.4% (3人)	0.0% (0人)	7.7% (5人)	0.0% (0人)

:: 民主黨對醫療融資的立場 ::

1. 未來的醫療融資制度不能倚賴單一的融資途徑，政府每年調撥作醫療服務開支的稅收必須繼續提供。
2. 強制性的醫療儲蓄計劃雖然得到市民支持，但因沒有分擔社會風險的功能，無法成為主要的醫療融資方案。
3. 政府應針對現時大部份失業人士、退休人士、學生及家庭主婦沒有醫療保險的情況，尋求改善方案。
4. 政府應研究強制性的中央醫療保險方案，在支持強制性醫療保險制度的被訪市民中，68%願意承擔每月收入的2%或以上，建議保費不應高於這個水平。
5. 政府應協助低收入、長期病患者等無能力購買醫療保險的人士購買中央醫療保險。
6. 政府應設立由政府中央監管的醫療保險制度。

+ 受保人口

+ 受保服務

+ 融資來源

+ 制度的運作

+ 可供借鏡之處



:: 推行中央醫療保險制度的例子 - 台灣 ::

社會醫療保險制度在世界各地多國推行，德國、日本都是推行醫療保險制度的典型例子。在推行社會醫療保險制度的國家中，台灣無論在文化、價值、生活和就醫習慣，以至社會體系各方面都與香港接近，而且台灣在1995年推行全民普選特首時，才同步開始推行全民健康保險計劃，其籌備及推行醫療保險計劃的經驗較有參考價值，因此，我們就台灣的保險制度作了較深入的了解和分析，希望可以向台灣的經驗借鏡。

:: 受保人口 ::

台灣在實施全民健康保險計劃前，已有10項不同的公共醫療保險計劃，其中公務員保險計劃為59%的人口提供公共醫療保險⁵⁶。但是，由於大部份公共醫療保險計劃是基於工作身份，長者、兒童、學生、家庭主婦和殘障人士等需要醫療服務的人士都不屬公共醫療保險計劃的保障範圍。全民保健計劃整合了所有保健計劃，並把保障範圍擴大至本來不受保障的人口。

台灣的全民健康保險計劃從開始，便以全民受保為目標，有戶籍滿4個月的人士及新生嬰兒必須受保，違例會被罰款。1995年開始推行全民健康保險計劃後，參加公共保險計劃的人數由59%激增至90%，至1996年再增加至93%，現時受保人口佔99%。

:: 受保服務 ::

台灣的全民健康保險計劃涵蓋範圍廣泛，包括住院、普通科門診、中醫、牙科服務及藥物，保險計劃不涵蓋的服務則在法例清晰列明。部份全民健康保險計劃不提供的服務，如防疫注射，則由政府直接支付。

:: 融資來源 ::

保費：全民健康保險計劃的主要融資為保險供款，2004年全民健康保險計劃的收入中，97%來
保費分別佔保費總額的38%、36%和26%⁵⁷。

5.

6.政



P.53



P.52

稅收：根據台灣法例，受保人、僱主和政府三方均須繳交保費，政府需為大部份僱員支付部份保費，並全數支付低收入家庭的保費。政府的開支佔84%。

醫療收費：由病人支付的服務收費是另一融資來源，法律規定醫療收費所佔醫療開支百分比的上限，門診及急症服務的收費約佔成本的20%，住院佔5%-30%，慢性病房的收費佔成本的百分比較急性病房低，收費比率隨留院日數增加，同時亦為每名病人全年的醫療開支及每次住院開支設上限。此外，法律亦規定減免低收入、工傷等人士的醫療費用，以免國民因經濟考慮而延誤治療。

:: 制度的運作 ::

運作架構：為了推行全民健康保險制度，台灣政府在負責制訂醫護政策的衛生署轄下設立了法定機構 - 中央健康保險局，全權管理全民健康保險計劃。

中央健康保險局的職責主要包括：

- + 向受保人、僱主和政府收保費
- + 與醫護機構訂立合約以提供醫護服務
- + 由保費中提取款項支付醫護服務開支

在支付醫療機構方面，中央健康保險局每年支付各醫院全年總費用，由各醫院自付盈虧，以加強成本控制。

供款制度：醫療保險計劃將受保人細分為6大類13小類，各類受保人的保費、僱主、僱員和政府的分擔比率各有差異。僱主和自僱人士須自行支付全數醫療費用。有固定僱主的僱員每月由薪酬中扣除保費，由僱主直接繳交中央健康保險局，農民及其他無固定僱主人士則向農會及工會繳交保費。

除了僱員、僱員的家庭成員，包括配偶、父母、子女亦受保險計劃保障，僱員所承擔的保費與僱員的家庭成員人數成正比，但最多只需承擔3名家庭成員的保費，僱主和政府的供款額則不受僱員的家庭成員數目影響。



服務提供：醫療服務主要由特約醫院及診所、特約藥房、化驗所等提供，只要符合條件，即可申請與健康保險局制訂合約，承包服務，此外健康保險局亦直接設有門診中心，提供服務。

:: 可供借鏡之處 ::

整體評價：台灣在推行全民健康保險後，醫療制度較改革前公平，幾乎所有民眾都得到全面的醫療服務，而且費用維持在可負擔的水平。在推行保險制度的最初數年，由於保費和醫療收費增加，引起市民不滿，但近年在採取改革措施後，市民對保險計劃的滿意率已由1995年推行時的39%增加至2004年的79%。

公平就醫：台灣的保險制度確保最低收入、嚴重病患等弱勢社群可得到醫療保險制度的保障，同時有能力者支付較高保費，這是制度較公平之處。

但是，台灣的制度亦有不公平之處，首先，僱員支付的保費與所供養的家人數目成正比，家中沒有工作的人口越多，僱員需支付的保費越高，造成較高的負擔。

此外，病人使用服務時支付的醫療費用上限劃一，這對經濟能力稍差的病人而言是不公平的。

第三，台灣的醫療服務分不同級數，基層醫療診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心，病人使用服務時支付的費用亦隨之分級，這可能引致經濟能力較差的病人使用較低級數的診所及地區醫院的服務，而較有能力人士則不論病情的嚴重程度，都可到醫學中心求醫。

選擇的自由：台灣的人民可在不經轉介的情況下選擇不同級別的醫療服務，此外保障範圍包括西醫及牙醫與中醫兩大部份，市民可選擇西醫或中醫服務（包括針灸、傷科等），就此點而言，市民的選擇權甚大。

服務的質素：醫院所獲資源與服務成本掛鉤。健康保險局成立醫療服務審查委員會及審查組，聘請了九百多位醫生及專家，負責審查醫護機構的服務質素，從而釐定收費水平。

制度繁複：台灣的社會醫療保險制度非常繁複，國民按不同職業分類分級，僱主、僱員按不同級別各自支付不同的保費，保費又不時作出調整；使用服務時，診治的醫院和病房的級別、住院的日數不同，病人每天需自付的費用亦隨之改變，同時在不同的情況下又可能得到豁免。在這樣的制度下，國民難以預計自己須承擔的費用。

成本控制：開支增長是全民健康保險計劃面對的主要挑戰，為了應付開支增長，台灣需提高保費。

台灣在推行全國健康保險後，使用醫療服務的人次增加了約一成，其中門診服務的增幅最大。為了減少濫用資源，中央健康保險局將普通科門診及急症服務的收費由成本的8-9%提高至20%。此外，保險制度規定，經轉介才到醫學中心等成本較昂貴的醫療機構接受服務的病人需支付的費用較低，這樣可減少病人在患小病時到大醫院就診，浪費資源。

住院服務方面，醫療收費佔成本的比率隨住院時段改變，住院日期越長，病人支付的每日住院費用亦隨著增加，此外，急性病房的收費較慢性病房高。這些措施的目的是在於鼓勵病人前往成本較低的慢性病房，以及減少住院日期，從而控制醫療成本。

實行全民健康保險制度帶來了龐大的行政工作，全民健康保險將國民分為數個類別，不同類別的受保人支付不同的保費，受保人一旦職業上有變動，供款安排亦隨之改變。因此，保險制度衍生了龐大的行政工作，2004年的醫療開支中，2.3%是行政費用⁵³⁾。

籌備工作：推行全民健康保險是一個非常大的改變，在推行之先，台灣政府先行做了一系列研究，但推行時仍面對很多問題，因而要不停調整。決定全民健康保險是否成功的不單只是政策或原則問題，細節安排（如病人所支付的保費、醫療費用）對各項措施能否達到既定目標有決定性的影響。

同樣要注意的是，推行全民健康保險制度涉及大量具體工作，如訂定不同品牌藥物的費用、審核所有醫療機構的服務質素、決定不同醫療項目的費用等，管理部門必須掌握全面的資料，才能準確估計各環節的開支和費用，並為推行制度作出周詳的籌備工作。

53) National Health Expenditure 2004.表4.



：： 附錄. 3 - 促進全民健康建議書 ：

- 引言

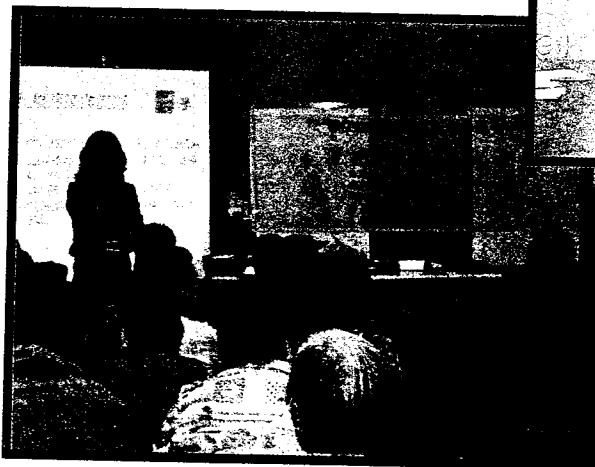
- 健康的社區

- 健康的工作環境

- 不論長幼 同享健康

- 不論性別 同享健康

- 結語



:: 引言 ::

香港人口平均計算的本地生產總值達214710元⁵⁹⁾，早已晉身先進國家水平，卻未能締造可供市民健康生活的環境及生活條件。

目前本港人口的平均壽命，嬰兒夭折率雖低，但市民，尤其是長者，往往疾病纏身，嚴重影響生活質素；市民對健康、疾病的認識亦普遍不足，不懂及早預防疾病。

究其原因，在於香港市民及政府當局，對健康的關注，只著重疾病的治療，而忽略從生活的每個環節入手，促進全民健康，防病於未然，以至香港雖已發展世界級的高科技醫療，而市民健康情況仍未如理想。

世界衛生組織早於1978年已發起全民健康運動，歐美各國近年亦已全面推展健康運動，例如美國推行的全國性運動「健康人民2000」、「健康人民2010」，歐美各地在地區層面廣泛推行的「健康城市」運動，都是旨在帶給市民更健康的體質。但香港卻遲遲未起步。

推展運動，促進全民健康，實在是刻不容緩。

:: 健康的社區 ::

一個健康的社區應為居民提供安全潔淨的居住條件，確保市民健康不因環境因素而受損害，同時提供良好的生活環境讓市民培養健康的生活習慣。

潔淨的社區環境：估計全球四分之一可預防的疾病是由環境因素引致。在香港，嚴重影響社區環境的重要因素是空氣污染，尤其在冬季，空氣污染物濃度上升，空氣污染情況更見嚴重。根據環境諮詢委員會2006年的資料，在1991-2005年間，能見度低於8000米的時間由1991的4%急劇增加至2005年的20%⁶⁰⁾，反映區域性空氣污染正在惡化。

59) 《香港統計月刊2007年3月》，表12.1

60) "A Proposal for reviewing the air quality objectives and developing a long term air quality strategy"
http://www.epd.gov.hk/epd/english/boards/advisory_council/files/ACE_Paper_14-2006.pdf



空氣污染嚴重影響市民健康，對心臟血管和呼吸系統造成損害，最常見的問題包括高血壓、心臟病發、中風等心血管病，以及咳嗽、急性及慢性支氣管炎、肺炎、哮喘等呼吸系統疾病，今年3月的馬拉松賽跑，便有6000多名參賽者因空氣差而不適。大學進行的研究估計香港每年因空氣污染可導致2000人死亡，最高更可達3500人⁶¹⁾。

香港的本地空氣污染物主要來自發電和路面交通，根據環保署的資料，2004年發電所產生的二氧化硫佔排放總量的92%，而在氮氧化物和可吸入懸浮粒子方面，發電廠產生的排放量則分別佔49%和51%⁶²⁾。此外，路面行駛的大量柴油車輛亦是空氣污染物的主要來源。

要讓市民呼吸新鮮潔淨的空氣，首要工作是採取措施，減少發電廠和汽車的排放物。政府應透過改善能源效益等方案減少市民的耗電量，同時要求發電廠盡快採取措施、改用較潔淨的發電燃料，以減少發電廠的污染物排放量；在車輛方面，則應推廣妥善保養維修車輛，減少排放廢氣的概念；鼓勵車主使用污染較少的汽車燃料及車輛型號；做好巴士路線的管理工作，疏導交通擠塞情況；同時改善運輸和土地用途規劃協調工作，減少市民對交通的需要，紓緩市民對運輸系統的需求，從而減少汽車廢氣。

空氣質素指標是制訂管制空氣污染政策的標準，同時亦提醒市民空氣污染程度，讓市民調節戶外活動，以保障健康。但香港的空氣質素指標寬鬆過時。世衛、歐盟均已提出新標準，而香港仍未採用。寬鬆的標準無法達到警示作用，而且可能誤導市民，因而對空氣污染戒備不足。政府應盡快收緊空氣質素指標，為市民提供足以反映實況的資訊。

充足的社區設施：康樂、體育和藝術活動，對提升居民的精神和身體健康極有幫助。

但是，香港由於人口密集，市區發展迅速，很多地區大廈林地，不少市民難以在社區內得到足夠空間進行康樂及體育活動，以至康樂活動並未普及，市民因而亦無法養成健康的生活習慣。

在社區發展下，市民若想進行體育或康樂活動，往往只能租用收費的社區設施，雖然政府管理的體育設施收費不算昂貴，但很多低收入家庭卻無能力支付這些額外費用。這對區內居民，特別是長者、新來港學童的健康狀況造成長遠的負面影響。在部份基層市民聚集的社區，如舊市區，問題特別嚴重。而東涌等新市鎮在發展初期，人口數目未達規劃標準，泳池、球場等公共康體設施更是幾乎完全欠奉。

61) 《空氣污染：經濟成本及解決方案》研究報告。

62) 環保署網頁 http://www.epd.gov.hk/epd/tc_chi/resources_pub/faq/faq.html

政府當局將公眾用地賣給發展商興建私人樓宇的同時，應回饋居民以足夠的社區休憩用地，讓市民使用無需收費的場地，進行康樂及體育活動。例如在市區加強綠化工作，加快鄉郊地區和郊野公園的綠化計劃等。

此外，現時政府所提供的公共體育設施，市民的選擇有限，阻礙了康樂體育活動的發展及普及化。當局除了增建足球場及運動場等社區設施和配套，亦應嘗試多元化發展，如增加不同類型的水上活動設施，以及因應人口老化等趨勢而在社區發展合適的康體設施。

杜絕傳染病蔓延的社區：2003年的沙士肆虐，以及近年全球性流感的威脅，引發社會重新關注傳染病的問題。

本港人煙稠密，樓群密度高，社區中空氣難以流通，容易傳染呼吸道疾病。此外，部份社區及樓宇老化，維修及管理有欠妥善，建築標準過時，造成居住環境惡劣，潛伏衛生環境問題，成為傳染病的溫床。

為了減少傳染病在社區中傳播的危機，各政府部門除了應致力改善樓宇的管理維修，改善樓群空間及樓宇質素，亦應積極為社區中的長者等高危人士提供免疫注射，減少傳染病散播的機會。

社區健康評估：由於居民人口結構、特性及實際環境的分別，不同社區面對的健康問題及工作項目亦隨之各有不同。為了制訂切合社區需要的健康工作，第一步的工作應是進行社區健康評估，各社區基於評估結果制訂工作策略，決定推行不同工作範疇和措施的優先次序。

美國的「健康人民2010」就著23個主要的健康範疇制訂了一系列的指標，以量度社區健康狀況及健康工作的成果，香港應參考這個制度，制訂一套適合本港實際環境的健康指標。

:: 健康的工作環境 ::

重視工業安全及職業健康：香港雖是先進都市，職業安全及健康情況仍很惡劣，近年且有所惡化，2006年每千名僱員的傷亡率高達18.4，共發生46937宗職業傷亡意外個案⁶³，其中187宗更是致命個案，建築地盤更一向是發生工業意外的重災區，每千名工人的意外率高達64.3。職業傷亡不但影響工人的健康和安安全全，亦造成龐大的經濟損失。2005年工業意外引致的補償金額高達10億2千多萬元，損失的工作日數超過170多萬日⁶⁴，而生產延誤、醫療和復康費用等經濟開支更是難以估計。因此，採取措施減少工業安全對工人、僱主和政府，同樣刻不容緩。

63) 工法會OS(2)2173/06-07(05)號文件，勞工處提交人力事務委員會2007年6月21日會議的討論文件「二零零六年香港的職業安全表現」。

64) 經濟發展及勞工局常任秘書長張建宗太平紳士2006年9月8日在「香港職業安全健康大獎2006」頒獎典禮上的致辭。

<http://www.labour.gov.hk/major/060906.htm>



要減少職業傷亡，除了加強工人的教育外，政府當局更應加強執法，阻嚇罔顧工人安全的僱主，迫使有關僱主嚴格遵守安全管理制度，並公佈企業的職業意外紀錄，增加公眾的知情權，同時亦迫使該等企業改善工作場所的安全，保障工人的職業安全。

除了工業傷亡意外，很多僱員長期處於不良的工作環境，健康同樣受到侵蝕。

隨著經濟轉型，大部份的職位都屬「白領」工作。文員、專業人士及半專業人士等文職人員佔總勞動人口的32.8%⁶⁵。社會上往往誤以為職業性損傷只會在工業及建築地盤發生，「白領」工作屬安全職位。僱主及僱員因而對職業健康掉以輕心，卻不知「白領」工作同樣存在不同形式的危機，隨時對僱員的健康造成深遠的影響。

由中央冷氣系統引發的呼吸系統毛病、長時間使用電腦的眼疾、長時間打字的腰背痛及損傷等等，都是很多「白領」僱員面對的健康問題。香港在職人士工作量大、工作時間冗長及壓力沉重，僱員為達工作進度，更易忽略職業健康。

要改善「打工仔」的職業健康，有關當局應與民間機構合作，進行廣泛的調查，了解本港僱員的健康狀況，以及工作場地的安全程度，制訂預防及可實行的標準，以及跨部門程序評估工作場地的健康程度，並提出可行的方案，幫助僱主及僱員改善工作地點的健康措施。

過長的工作時間亦是一個值得關注的問題，超時工作幾乎已成香港的工作文化，約67萬工作人口每周工作55小時或以上⁶⁶。政府自去年開始分階段推行五天工作制，雖然讓僱員在周末有較多餘暇時間，但周日工作時間卻更進一步延長。長工時不但令工作效率下降，亦影響僱員的身體及精神健康。香港應參考國際勞工組織的建議，設定每周標準工作時間，讓三百多萬打工仔享受較平衡的生活。



65) 《2007年第一季綜合住戶調查報告》，表5.6。

66) 《2007年第一季綜合住戶調查報告》，表5.7。

:: 不論長幼 同享健康 ::

:: 健康的長者 ::

現時香港有85萬名65歲或以上長者，佔總人口的12.4%。未來三十年⁶⁷，香港人口將急速老化，估計至2036年，長者人口將上升至總人口的26%⁶⁸。

由於早年未能妥善做好促進健康的工作，隨著年紀漸長，不少長者面對各種各樣的身體毛病，三分二65歲以上長者患有長期病患，不少更患有2-3種病患⁶⁹，對長者以及醫護系統都造成嚴重的負擔。

普及的醫療服務：現時公共醫療體系雖為市民提供大部份醫療服務，服務收費不算昂貴，然而，對於沒有收入，患有多種長期病的長者，醫療開支仍然是極大的生活開支。近年政府增加多項醫療費用、藥物逐類收費，推行藥物名冊制度，都進一步增加了長者的負擔。政府當局應為所有使用公共醫療服務的長者提供半價優惠。

門診及專科服務不足，是另一項嚴重影響長者健康及生活質素的問題。例如白內障等眼科疾病是長者的主要病患，然而，由於服務不足，輪候時間漫長，不少長者無法及時得到治療，需忍受疾病的痛苦。除了設法增加資源，改善服務，有關當局必須建立完善的基層醫療系統，及早介入預防及治療疾病。

改善長者牙齒健康：口腔毛病是另一個影響長者生活質素的問題，衛生署的調查顯示，在社區的長者中約一半所剩牙齒少於20隻，其中8.6%更是一隻牙齒也沒有，36.3%因此在進食時感到不適或有困難，居於院舍的長者牙齒健康狀況更差，沒有牙齒的長者百分比高達27.2%⁷⁰。

由於私營牙科服務費用昂貴，長者大都放棄就醫，有關當局實應提供資源，津貼長者使用牙科服務。

精神健康：老年抑鬱及自殺是另一個嚴重的社會問題，2003年全年共有363宗長者自殺個案⁷¹，平均每天有一名長者自殺。長者抑鬱成因複雜，但健康狀況衰退，而又缺乏社區支援及照顧，相信是主要成因之一，其中在社區中獨居的長者，尤缺支援。

67) 《2006中期人口統計簡要報告》，表2。

68) 《香港人口推算2007-2036》，表1。

69) 《主題性住戶統計調查報告書第三十號報告書》，表3.3a。

70) 《2001年口腔健康檢查》，表6.1，6.8，7.1。

71) 在第二屆灣仔區議會屬下社區建設委員會2005年4月12日舉行的會議上，由香港大學香港賽馬會防止自殺研究中心向委員會作出簡介時所提供的資料。



針對這個問題，政府應在城市規劃、房屋設計等各方面，作出改善，讓在社區中生活的長者可與區內其他人士保持聯繫，互相支援。同時應加強護老者支援服務，研究設立護老者津貼及優惠，鼓勵家人支援長者。

:: 健康的新一代 ::

均衡體重：相對於長者，年輕一代並無嚴重疾病，但體重是一個困擾很多青少年的議題，若處理不善，對他們日後的健康必帶來長遠的影響。根據衛生署的資料，本港中、小學生的肥胖普遍率由1997/1998年度的12.1%逐漸增至2000/2001年度的14.1%⁷²。學校、家長，以及衛生部門為他們灌輸正確飲食習慣的資訊、提倡運動都可減少青少年過重的現象，避免隨之而來的健康問題。

其他大部份體重正常或過輕的年青人，更需關注。調查發現不少青少年錯誤「高估」自己的體形，甚至進行減肥。在計劃減肥的青少年中，79.8%體重正常，甚至過輕，當中不少更不排除會採取損害身體機能的減肥方法⁷³。

問題的徵結在於大眾傳播媒介所渲染的減肥風氣，透過學校、傳播媒介加強宣傳教育是較可行的抗衡方法。關心青少年的政府部門和團體應透過不同途徑為青少年提供關於體態健康、減肥、健康飲食及生活習慣的資訊及活動，幫助青少年建立健康的生活及飲食習慣。

阻止青少年濫用藥物：青少年濫用藥物的現象有年輕化及普遍化的趨勢，政府在2004年進行的調查結果顯示，約3.4%（即17300名）中學生曾經濫用海洛英或精神藥物，4300名在調查前30天內曾經濫用過這些毒品，2007年首季的被呈報濫用藥物情況顯示，濫藥的平均年齡是17歲，而首次濫藥平均年齡則只有15歲⁷⁴。近年深圳更因管制較少、藥物價格較低廉而吸引大批青少年北上濫藥。

濫用藥物對青少年健康及安全造成長遠而嚴重的影響已是眾所周知，阻止青少年濫用藥物應是政府的首要任務。

要保護青少年免受毒品禍害，政府必須與內地緊密合作，嚴厲打擊毒販，同時加強資訊，幫助青少年、家長、老師以至青少年工作者認識藥物以及濫藥的後果。

72) 衛生署網頁，《正視肥胖問題：肥胖的成因、現況與預防措施》，第23頁。

73) 《青少年健康及減肥態度調查》，www.hkpa.hk/download/report02.doc

74) 2007年7月11日立法會會議上，保安局對立法會第二題質詢的答覆。

:: 不論性別 同享健康 ::

:: 健康的婦女 ::

疾病預防：乳癌、子宮頸癌是香港婦女的主要殺手，2004年共799名婦女死於乳癌、子宮頸癌、子宮及卵巢惡性腫瘤，死亡率為每十萬婦女22.4人⁷⁵。此外，很多婦女亦飽受骨質疏鬆症、產後抑鬱、更年期綜合症等婦科疾病折磨。然而，婦女健康服務未受重視，預防教育及醫療服務都不足夠。

加強健康教育及定期檢查是預防大部份婦科疾病的不二方法，現時的母嬰健康院應全面擴展服務，為婦女提供健康宣傳教育及檢驗。為遷就職業婦女的工作時間，部份中心應調整服務時間，並將宣傳教育活動推展到社區。

健康體態：近年傳媒、美容工業，如健身院、美容院等透過強勁的宣傳攻勢，塑造單一的女性體態標準，標榜瘦削體態，排拒肥胖，造成瘦身風氣，不少女性為求達到潮流標準，不顧對身體的影響，透過急劇減食、藥物、抽脂肪手術等途徑，追求瘦削身型。

管制對纖體廣告的宣傳有助抗衡盲目追求瘦削體態的風氣，而資訊的發放，幫助婦女了解瘦身不得其法對身體健康的影響，分析社會塑造的理想形象對個人造成的壓力，並懂得透過均衡飲食、運動以保持良好體態，亦可減少婦女為追求瘦削體態而損害自己的健康。

婦女精神健康：據世界衛生組織的調查，香港婦女因壓力沉重而患上精神抑鬱症的機率，較男性高出四倍。民主黨的調查亦顯示本港婦女要承受來自生活各方面的壓力，對身體及精神健康都造成不良影響。在家庭方面，家務、子女管教、家庭經濟都是壓力來源；家庭主婦長期處於狹窄的家庭空間，易與社會脫節，失去獨立能力及自信心，與配偶關係一旦出現問題，往往無法承受各種生活壓力。雙職婦女要家庭工作兩邊兼顧，在需要援手的時候，又往往得不到家人支援，生活壓力更是沉重。

要促進婦女的心理及精神健康，除了改善婦女的處境，加強婦女對精神及心理健康的關注及了解亦是重要環節。因此，應在社區舉辦精神健康宣傳教育活動，讓婦女及其家人瞭解婦女所受的壓力及預防方法，並幫助婦女了解自己的情緒，以及妥善處理壓力的方法。

75) 《2004-2005年衛生署年報》，補充統計表a12。http://www.dh.gov.hk/tc_chi/pub_rec/pub_rec_ar/pdf/a12.pdf



:: 健康的男士 ::

疾病預防：香港男性人口的壽命比女性短，由於生理、心理、生活方式、社會因素各方面的差異，男性在健康方面有很多問題及需要與女性有別，卻得不到應有的關注。

前列線癌與陽萎是男性獨有的健康問題，前列腺癌是十大導致男性死亡的癌症之一，而且新診斷的個案有上升趨勢。此外，衛生署的調查發現在26至70歲之間並有進行性行為的男性中，6.3%表示在受訪日期前6個月曾出現勃起困難情況⁷⁶。

要減少前列線癌的死亡率，外國的做法一般是建議五十歲以上的男士，或四十五歲以上而父親或兄弟中有兩人或以上患此症者，接受每年一次的檢驗。透過這些檢查所發現的大部分前列腺癌均屬早期，治癒率較高。香港應參考有關做法。

對於陽萎的問題，由於有多種成因，其中不少是由心理因素引起，因此除了藥物之外，相關的心理輔導亦同樣重要，此外亦應研究是否引進外國實行多年的性治療服務。

除此之外，死於癌症、心臟病的人口中，男性的患病率亦較女性高，其成因涉及男性的生活方式及價值觀等各方面的影響，例如較多男性吸煙及飲酒、男性一般過份樂觀地評估自己的健康情況，較易忽視健康問題，亦較不願意尋求診治，容易引致延誤治療。要全面減少男性患病的機會，全面的健康推廣工作是一個關鍵環節。

過胖：根據衛生署的調查，本港男士較少有健康的飲食習慣，包括進食大量蔬果和少吃含飽和脂肪的食物，約35%男士據報不做運動⁷⁷，以至不少男士面對過胖的問題，38%被認為屬於過重或過胖，而中大在1997至2000年進行的調查顯示，本港中年男性肥胖問題正在惡化。

由於過度肥胖人士較易患上糖尿病、高血壓及新陳代謝綜合症，而壽命亦較短，採取措施幫助男性建立健康的生活及飲食習慣，例如在社區提供便利的運動設施，在有需要時，推介他們進行體重控制，都可改善本港人口的健康狀況。

精神健康：2000年一項關於全港傷殘人士及慢性病患者的調查估計，全港約22600名男士患有精神病，患病率為0.7%；此外衛生署調查發現，48.3%男性表示在過去12個月曾感到抑鬱。⁷⁸

76) 《第一號健康專題報告書--男士健康》，表18，45頁。

77) 同上，第17頁。

78) 同上，第36頁。

在抑鬱症、恐懼症等疾病的患病率方面，男性較女性為少，然而，與女性不同的是，男性在面對情緒困擾的時候，較常選擇以飲酒、濫用藥物等形式加以發洩。情緒問題是引發自殺的一種主要死亡情況，2000年，香港男性自殺致死的比率較女性高51%。

在香港，面對種種精神壓力的男性，往往傾向自行解決困難，其方法包括飲酒、濫用藥物，而不願向人傾訴或尋求合適的輔導服務。針對這個現象，各負責部門應主動向男性推廣心理健康服務。有見於撒瑪利亞防止自殺熱線中心的資料顯示，尋求協助的男性主要的困擾來自職業，建議各機構主動在工作地點提供心理及精神健康資訊，負責就業服務的機構亦可同時提供心理及精神健康的資訊，以提高男性對精神健康的認識及處理技巧。

:: 結語 ::

要達致全民健康的目標，除了政府應該起帶頭作用之外，更加重要的是整個社會的投入，市民、學校、僱主、社區人士、非政府機構都扮演著重要角色，我們希望各界攜手合作，致力創造合適的環境及條件，讓每一名市民都可享受健康的人生。

要達致全民健康的目標，其工作範疇非常廣闊。以上所提出的討論只是我們認為本港現時最須關注的環節，我們建議政府在投放資源的時候給予較高優先次序。但是，隨著社會、經濟環境的改變，需優先處理的項目必然持續改變，各界應時刻關注大家的健康情況，定期檢討市民的健康狀況，並調整促進健康的策略。

:: 醫療融資改革諮詢方案 ::

1. 衛生福利及食物局 (2004年) ; 立法會衛生事務委員會2004年6月14日會議文件「有關醫療融資的研究及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性」。
2. 香港立法會, 《立法會會議紀錄》(2005年10月26日、2005年6月29日、2006年3月1日、2006年11月8日、2007年6月13日、2007年7月11日)。
3. 香港特區政府統計處 (2007年); 《2006中期人口統計簡要報告》; 政府物流服務署。
4. 香港特區政府統計處 (2003年); 《主題性住戶統計調查第十二號報告書》; 政府物流服務署。
5. 香港特區政府統計處(2005年); 《主題性住戶統計調查第二十一號報告書》; 政府物流服務署。
6. 香港特區政府(2007年); 《財政司司長動議二讀2007年撥款條例草案的演詞》; 政府物流服務署。
7. 香港特區政府(2007年); 《2007/08年財政預算案政府一般收入賬目甲部》; 政府物流服務署。
8. 健康與醫療發展諮詢委員會(2005年); 《創設健康未來: 探討日後醫療服務模式討論文件》; 政府物流服務署。
9. 強積金管理局 (2007年) ; 強積金計劃統計摘要第25期 (2007年3月)。
http://www.mpfahk.org/tc_chi/quicklinks/quicklinks_sta/quicklinks_sta_mpf.html
10. 立法會財務委員會2007年3月19- 22日舉行特別會議以審核2007/08年度預算時, 衛生福利及食物局局長回應議員問題的文件。
http://www.legco.gov.hk/yr06-07/chinese/fc/fc/w_q/hwfb-h-c.pdf
11. 李志輝(2006年); 《澳洲、新西蘭和新加坡的醫護融資政策》; 立法會秘書處資料研究及圖書館服務部。
12. 社聯(2007年); 《社聯政策報》2007年6月版「香港醫護融資改革: 可以兼顧公平、質素、選擇嗎?」
13. Bauhinia Foundation Research Centre Health Care Study Group. (2007) Development and Financing of Hong Kong's Future Health Care Report on Preliminary Findings.
14. Ham, Chris. (1997) Health care reform : learning from international experience. Bristol: Open University Press.
15. Hanvoravongchai, Piya. (2002) Medical Saving Accounts: Lessons Learned from Limited International Experiences. Geneva, World Health Organization. P.19-20.
16. The Harvard Team. (1999) Improving Hong Kong's Health Care System: Why and for Whom? Printing Department of HKSAR government.
17. Health and Welfare Bureau. (2000). Lifelong Investment in Health. Printing Department of HKSAR government.
18. Health Care Financing Study Group of Health, Welfare and Food Bureau. (2004) A Study on Health Care Financing and Feasibility of a Medical Savings Scheme in Hong Kong.

19. Hong Kong's Domestic Health Account, 1989/90-2001/02
http://www.fhb.gov.hk/statistics/en/dha/dha_summary_report.htm
20. Hospital Authority. (2005) Hospital Authority Statistical Report 2004/200.
Hospital Authority website
http://www.ha.org.hk/hesd/nsapi/?Mlval=ha_function_index&intro=ha%5fsitemap
21. International Labour Office (Social Security Department), International Social Security Association . (2000). Social health insurance. Geneva : ILO
22. Lassey, Marie L.; Lassey, William R. & Jinks, Martin J.. (1997) Health care systems around the world : characteristics, issues, reforms. Upper Saddle River, N.J : Prentice Hall.
23. OECD Health Data. (2004) The World Health Report 2002, 2003 & 2004.
http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
24. Raffel, Marshall W.. (1997) Health care and reform in industrialized countries. University Park: Pennsylvania State University Press
25. Ron, Aviva; Abel-Smith, Brian & Tamburi, Giovanni . (1990) Health insurance in developing countries : the social security approach. Geneva : International Labour Office.
26. Yuen P.P; Gould D.; Cheng M.Y. (2002) "Rationing hospital services in Hong Kong: priority setting by clinicians using the Delphi method" in Health Services Management Research, Volume 15, Number 1, 2002. Royal Society of Medicine Pres.

:: 推行中央醫療保險制度的例子 - 台灣 ::

27. 劉騏嘉、李兆麟 (1998年) ; 《台灣的醫療開支及融資安排》 ; 臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部。
28. 李志輝 (2006年) ; 《加拿大、英國和台灣的醫護融資政策》 ; 立法會秘書處資料研究及圖書館服務部。
29. 中央健康保險局 (2007年) ; 「全民健保開創全民健康史」。
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_5377_1_p6-7.pdf
30. Bureau of National Health Insurance. (2005) National Health Insurance Annual Statistical Report 2004.
31. Department of Health. (2006) National Health Expenditure 2004.

:: 促進全民健康建議書 ::

32. 香港特區政府統計處 (2007年) ; 《香港統計月刊2007年3月》 ; 政府物流服務署。
33. 香港特區政府統計處 (2007年) ; 《2007年第一季綜合住戶調查報告》 ; 政府物流服務署。
34. 香港特區政府統計處 (2007年) ; 《香港人口推算2007-2036》 ; 政府物流服務署。
35. 香港特區政府統計處 (2007年) ; 《主題性住戶統計調查報告書第三十號報告書》 ; 政府物流服務署。
36. 香港特區政府衛生署 (2002年) ; 《2001年口腔健康檢查》 ; 政府物流服務署。
37. 香港特區政府衛生署 (2006年) ; 《2004-2005年衛生署年報》。
http://www.dh.gov.hk/fo_chi/pub_rec/pub_rec_ar/pdf/a12.pdf



38. 香港特區政府衛生署 (2002年) ; 《第一號健康專題報告書--男士健康》
39. 香港特區政府勞工處 (2007年) ; 人力事務委員會2007年6月21日會議的討論文件「二零零六年香港的職業安全表現」。
40. Advisory Council on the Environment. A Proposal for reviewing the air quality objectives and developing a long term air quality strategy
http://www.epd.gov.hk/epd/english/boards/advisory_council/files/ACE_Paper_14-2006.pdf
41. Anthony J. Hedly & etc.(2006) Air Pollution: Costs and Paths to Solution. Department of Community Medicine of University of Hong Kong, Institute for the Environment, University of Science & Technology and Department of Community and Family Medicine, Chinese University of Hong Kong and Civic Exchange.
42. Environmental Protection Department Website
http://www.epd.gov.hk/epd/tc_chi/resources_pub/faq/faq.html

:: 民主黨出版刊物 ::

	刊物名稱	出版日期
1	民主黨立法會議員動議的施政報告期望2001－建立民主、關懷、公平的社會	09/2001
2	香港經濟前景－國際大都會或是貧民區？	10/2001
3	家庭政策諮詢文件	11/2001
4	「新移民」政策與服務 回顧與前瞻	12/2001
5	成立隧道及橋樑管理局意見書	01/2002
6	推動地區生態旅遊	06/2002
7	鼓勵工作 改革綜援	08/2002
8	民生為先 民主為本－為特區訂下的五年施政指標	08/2002
9	鐵路發展未來方向研究	10/2002
10	民主黨立法會議員動議的施政報告期望2002	10/2002
11	全民就業發展策略	11/2002
12	空中走廊之城研究報告	11/2002
13	推動大中華自由貿易區－香港經濟再創新機	11/2002
14	我們的訴求－我們對國家發展的若干意見	11/2002
15	面對人口挑戰 打破地域界限－人口政策諮詢文件	01/2003
16	家庭暴力 不能容忍－處理家庭暴力問題建議書	07/2003
17	增加青少年及中年人士就業機會建議書	09/2003
18	還政於民 重建經濟－民主黨立法會議員動議的施政報告期望2003	10/2003
19	改革巴士收費結構意見書	12/2003
20	推展環保及創意工業 開創職位	12/2003
21	安民之本 在於足用－04/05年財政年度民主黨預算案建議	02/2004
22	「沙士」疫症肆虐 保障勞工權益	04/2004
23	制訂法定的最高工時建議書	05/2004
24	開放電力市場建議書	05/2004
25	香港環保演進	06/2004
26	2004 政策專題研究系列(一)：政策改革	06/2004
27	2004 政策專題研究系列(二)：經濟	06/2004
28	2004 政策專題研究系列(三)：交通	06/2004
29	2004 政策專題研究系列(四)：長者	06/2004
30	2004 政策專題研究系列(五)：打擊黑工	06/2004
31	2004 政策專題研究系列(六)：全民健康	06/2004
32	2004 政策專題研究系列(七)：醫療服務	06/2004
33	2004 政策專題研究系列(八)：房屋	06/2004
34	2004 政策專題研究系列(九)：規劃地政	06/2004



:: 民主黨出版刊物 ::

	刊物名稱	出版日期
35	2004 政策專題研究系列(十)：能源	06/2004
36	新來港人士政策－未來路向	09/2004
37	民主黨立法會議員動議的施政報告期望2004－落實普選 消滅貧窮	11/2004
38	制訂全面的公平競爭法	09/2004
39	05/06年財政年度民主黨預算案建議－公平競爭 稅務寬減 消滅貧窮	03/2005
40	Alternative Report of the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights In the Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China (Submitted by the Democratic Party of Hong Kong to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights of the United Nations)	04/2005
41	民主黨電力市場未來發展意見書	04/2005
42	普通科門診服務檢討報告	07/2005
43	《2005年僱傭<修訂>條例》私人條例草案	08/2005
44	施政報告建議書2005－民主為經 良政為緯	09/2005
45	香港小班教學政策探討	09/2005
46	居屋政策檢討－重售、續建及補地價建議	09/2005
47	民主黨改善泛珠三角空氣污染 設立等額補助基金建議書	09/2005
48	民主黨《公平競爭法》建議書	10/2005
49	對抗禽流感的建議書	11/2005
50	06/07年財政年度民主黨預算案建議－減稅惠民 扶助弱勢社群	11/2005
51	《2005年吸煙(公眾衛生)(修訂)條例草案》修訂建議	02/2006
52	在建造工程沿用多層外判制度下分包商和工人的處境及制度對建造業的影響	02/2006
53	The Submission of the Democratic Party to the UN Human Rights Committee in Respect of Human Rights in Hong Kong under the International Covenant of Civil and Political Rights	03/2006
54	民主黨電力市場建議書(回應第二階段諮詢)	03/2006
55	《2005年吸煙(公眾衛生)(修訂)條例草案》修訂建議	06/2006
56	環保香港 你我同創－在香港引入環保稅初探	06/2006
57	施政報告建議書2006－建立真正問責政府	09/2006
58	《公共政策研究報告－香港人口與可持續發展策略研究報告書》	10/2006
59	往內地港人關注的問題暨政府駐內地辦事處的角色研究報告	11/2006
60	07/08年財政年度民主黨預算案建議－善用公帑 造福香港	01/2007
61	本港中小學學生飲食、課餘活動及補習習慣研究報告	04/2007
62	不同模式的僱員補償保險制度對建造業的影響	04/2007
63	施政報告建議書2007－邁向民主公平社會	10/2007

