

## 民建聯對《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件的回應

### 2008年6月

#### 前言

民建聯認同香港公共醫療系統正面對資源不足，服務質素下降，輪候時間過長的問題，而且按政府的推算此情況會日益惡化。然而，公共醫療資源短缺除了是人口老化和醫療成本上漲外，更重要是現時香港的整體醫療制度多方面失衡，當中除了社會時常提及的公私營醫療服務分配失衡；也有資源傾斜投放於住院服務帶來的服務供應層面的失衡和醫護專業人員的供求失衡，令資源未被最有效地運用，服務質素出現下降、輪候問題也正在惡化。

民建聯認為若不在現階段進行制度上改革，將來人口老化問題更突出的時候，香港醫療服務面對的種種問題只會更難解決。當務之急應是進行基層醫療服務的改革，強化公私營醫療的協作，完善醫護專業人員規劃及培訓工作等，讓整個醫療服務提供模式更能貼近市民「掌握健康」的需要。

#### (一) 關於基層醫療服務改革的建議

政府在諮詢文件中認同基層醫療服務的重要性，也承認香港現時對此重視程度不足，提出五項建議，包括「為基層醫療服務制訂基本模式」、「設立家庭醫生名冊」、「資助病人進行預防性護理」、「改善公共基層醫療服務」和「加強公共衛生職能」。

民建聯雖支持上述建議，但我們認為文件的提議仍是較為零碎，未交代香港未來基層醫療服務的發展藍圖、具體時間表及成效量度準則，個別範疇仍有不足之處，包括：

##### 1. 家庭醫生的角色

文件中提出設立家庭醫生名冊，但是並沒有具體提及家庭醫生與普通門診醫生的分別；沒有就納入名冊的醫生提供任何誘因或專業發展協助；也沒有向公眾說明家庭醫生制度最終會否像外國一樣成為轉介服務的守門者和市民尋求服務的第一線人員。這些問題都會影響日後家庭醫生制度的發展。因此，民建聯希望政府能更清晰就香港建立家庭醫生制度進行詳細研究。

##### 2. 預防性工作方面

民建聯歡迎政府研究資助病人接受預防性護理，這與民建聯在兩年前財

政預算案建議中提出設立「體檢券」的原意是相同的，希望鼓勵市民透過預防性的檢查及護理，令市民注重預防疾病。然而，預防疾病其中一個重要策略是接種疫苗，可是文件並沒有交代政府在如何改進並更新「兒童免疫接種」計劃，也沒有說明日後疫苗接種工作在預防疾病的角色及引入新疫苗的審核機制。民建聯希望政府確實訂立更高透明度的機制讓疫苗接種計劃能與時並進，成為預防疾病的重要防線。

### 3. 將中醫中藥納入基層醫療系統內

文件是忽略了中醫藥對建構更完善的醫療服務系統的重要性，反映本港醫療衛生當局對中醫藥缺乏重視，跟社會大眾渴求中醫藥的發展，極不相稱。中醫藥的強項在疾病預防，注重個人保健意識、預防性護理等。同時，中醫不只在基層醫療方面發揮作用，而住院及延續護理的服務上，中醫的能力已被廣泛認同。民建聯認為政府不能將中醫藥對建立疾病預防醫療系統的貢獻置於一旁，相反政府必要抓緊討論醫護改革的時機，重新檢視中醫藥在整個醫療系統內的角色及服務定位，善用中醫藥的優越性，大力發展中醫基層服務外，更應增設中醫的住院服務，以提升治療效果，為大眾提供更全面的醫療服務；為進一步將中醫全方位融入現有的醫療體系內，政府應促成中醫及西醫合作的機制，除了在臨床層面外，更要討論相互轉介制度；中醫轉介作化驗服務及檢討中醫使用醫療儀器及治療技術的限制等，讓中醫藥可與現行醫療系統接軌。

### 4. 對於其他輔助醫療專業的服務連貫問題

現時除中醫及西醫外，其他輔助醫療專業，包括藥劑師、護士、視光師、脊醫等，對於基層醫療服務方面都有很大貢獻。因此，在發展基層醫療系統時，有必須考慮以專業團隊的形式，集合不同專業為市民提供基層醫療服務作為發展方向。當中在政策上有需要作出配合，以提升不同專業在醫療系統內的角色，並促進不同專業界別的相互聯繫和轉介，盡量在非住院層面處理病人的需要；

### 5. 長者的健康護理

現時 65 歲長者使用公立醫院的比率約佔五成，當中部份其實可以在社區及基層醫療服務層面解決的。民建聯期望政府能發展社區為本的老人健康護理政策，並希望政府能帶領不同專業人士，整合各種社區護理服務，包括加強現時長者健康中心的工作；提供定期的長者牙科檢查服務和為長者提供防疫注射服務，在生理及心理上提供非住院性的護理服務，減少老人依賴住院

## (二) 強化公私營醫療的協作

### 1. 協助私營醫院的發展

隨著公營醫院的輪候時間日增，不少有經濟能力的市民都會使用私營服務。然而，近期私營醫院也出現病人輪候的情況，但因不同的原因，私營醫院的擴展計劃受到限制。民建聯認為私營醫院服務在香港市民需求日增，一旦服務容量跟不上需求，市民在無可選擇下被迫回到公營醫院，對日後進一步發展公營醫療協作肯定是不利的。民建聯認為政府有必要與私營醫療服務團體成立工作小組，研究放寬私營醫院擴展服務和設施的規限；並透過土地優惠政策，鼓勵非牟利的私營醫院發展，改善私營醫院床位需求緊張的問題；同時，也可就監管私營醫療的服務水平及將收費標準透明化等議題作出討論，為經濟有能力市民提供足夠和有保證的私人住院服務。

### 2. 公私營醫療協作

民建聯支持文件中就加強公私營醫療協作的建議，包括建立電子病歷、公私營協作醫院發展、委聘私人界別醫生在公立醫院執業等。民建聯認為除了是公私營協作醫院是較新的建議外，其餘的協作措施已提出多時，社會也十分支持。因此，政府有必要立即落實有關措施。同時，擴展購買私營基層醫療和住院服務，尤其是公營醫療服務不足和較貧困的地區，如東涌、深水埗、觀塘等，讓更多市民受惠，又能讓公私營醫療系統能更緊密合作。

## (三) 完善醫護專業人力需求的規劃及培訓工作

### 1. 進行醫護專業人力需求研究

現時醫護人員的需求已出現緊張，影響了服務質素，到將來人口老化對醫護人員不足的問題會更尖銳化。民建聯希望政府就現時及未來醫護人員的需求進行規劃研究，並針對未來醫療服務重點朝向基層醫療服務發展，將人員培訓工作的重點作協調。

### 2. 改善公營醫院醫生培訓

同時，面對現時公營醫院內資深醫生流失而出現經驗斷層的問題。為此，政府除了與醫管局合作，改善現時薪酬和晉升制度，吸引具經驗的專科醫生留任外，也可考慮制訂具靈活性的安排，鼓勵在私營市場執業的醫生回到公營醫院兼任教學工作，降低資深醫生流失對臨床經驗傳承的影響。

#### (四) 減輕市民醫療服務開支的負擔

##### 1. 醫療保險支出免稅安排

透過扣稅優惠，一來可減輕自費供醫療保險人士的負擔外，也可鼓勵更多市民購買醫療保險，尋求私營醫療服務。民建聯認為有關建議已提出多年，希望政府能盡快落實有關建議。

##### 2. 個人醫療費用超支補貼

雖然現時公營醫療服務收費仍是處於較低的水平，而且低收入人士可申請醫療服務收費減免，但自藥物名冊制度實施和一些須自費購買的醫療儀器和服务實施後，一些昂貴的藥物需要病人自付，令一些中產人士也難以長期應付。為此，政府除了完善藥物名冊制度，放寬撒瑪利亞基金的申請要求外，政府有需要引入個人醫療費用超支補貼的機制，當病人一年用於醫療費用高於某個水平，超出的開支政府須作出補貼，以免病人及其家人因治病而嚴重影響其生活質素。

#### 結語

民建聯認為透過醫療制度的全面改革，將會提升市民的健康質素，並將大量的醫療服務需求，以更具成本效益的基層醫療服務處理，減少高成本的住院服務需要；透過強化公私營醫療的協作，更有效利用資源，有助控制整體醫療開支的增長。我們相信，政府推動改革後，對於未來醫療開支增加壓力將有效地紓緩，能更準確預測日後的醫療開支趨勢，更容易讓市民對輔助融資需要及方法尋求共識。

## 附件：對輔助融資建議的評論

### (一) 對輔助融資的原則及要求

民建聯認為當醫療服務改革後，並經評估認為需要輔助融資時，政府無論研究哪個輔助融資方案時，都要堅持兩「公」的原則和三個要求，

兩「公」原則：

- 公義原則：政府應繼續承擔符合水準的公共醫療服務，讓每名市民，不論貧富都享有可負擔的醫療安全網保障；
- 公平原則：未來融資方案必須體現整體社會「共同承擔」的原則。

三大要求：

- 有關方案必須讓整個醫療系統在面對人口老化的問題上，持續地有足夠的資源，維持現有的服務水平；
- 不會對供款者或付款人構成過大的負擔；同時，方案對供款人會有更大的保障；
- 有關方案必須對平衡公私營醫療系統的市場佔有率有貢獻，能夠改善現時過於集中使用公營住院服務的情況。

### (二) 在這些準則之下，對不同輔助融資建議的看法：

#### (A) 社會醫療保險制

(a) 簡介：社會醫療保險制度是類近徵收醫療稅，政府在工作人口中按薪金水平徵收某個百分比的徵款，收集得到的款項再由一中央機構統籌作為醫療開支用途。

#### (b) 融資的成效：

- i. 整體醫療資源的可持續性：根據政府進行的推算研究，以強積金的供款月入上下限為基礎，供款率若訂於月薪 3% 及 4% 時，其所產生的融資效應可補充短缺的公共醫療資源分別至 2025 年及 2026 年。若將供款率分階段由起始時的 3%，逐步增至 5%，仍然是可以支持到 2026 年的開支需要。文件雖沒提及 2033 年的情況，但卻指出，此方式在長遠而言，供款必須

在 5% 以上；

- ii. 供款者的負擔和保障：正如上一段所言，長遠來看供款率須超過 5%。而且此制度是全部工作人口供款的機制，對於低收入人士會有更大的影響。同時，供款者基本上享有對等的服務質素，與現行制度一樣。
- iii. 對平衡公私營醫療系統的成效：此成效是視乎日後的公共醫療系統的發展，其中一個方向可能是將公立醫院與私家醫院直接競爭社會醫療保險基金的資源，到時再沒有所謂公營和私營之分，這會是此輔助融資制度下可能出現的情況。

評論：此輔助融資方式雖然是均等服務，也有財富再分配的效用，但政府研究指出會出現了資源不可持續，對供款者構成過大的負擔，同時此方案基本上是所有工作人口須作供款，對低收入人士影響很大，因此須慎重考慮供款者的負擔問題。

## (B) 用者自付費用

(a) 簡介：即自付醫療費用，現時公共醫療是政府津貼上 95%，故若實行用者自付，公共醫療收費必須大幅增加。

(b) 輔助融資的成效：

- i. 整體醫療資源的可持續性：根據政府進行的研究，如公共醫療收費水平是收回 20% 成本，預計可支持公共醫療的開支至 2020 年，收回成本 30% 可支持至 2025 年，而收回成本 40% 則可支持至 2030 年。
- ii. 付費者的負擔和保障：明顯地此方式，使用者會承擔很重的負擔，如收回成本 20% 計，以現時價格則是每日住院費為 662 元；40% 則是 1324 元。同時，若付款人使用公營醫療服務，其服務質素並沒有因收費增加而改善，而且欠缺風險分擔成分；
- iii. 對平衡公私營醫療系統的成效：由於公共醫院收費水平與私人醫院拉近，增加誘因使有經濟能力的病人轉用私營醫療。政府估計，現時公共醫療系統住院市場佔有率約為 90%，在收回 20%

成本後，有關比例會降至 80%，收回 40% 成本則再降至 76%。

評論：雖然自付費用是最有效找到足夠資源維持現有的公共醫療服務和平衡公私營醫療的市場佔有率，但加至成本的百分之四十才能產生足夠的效益，即使中等收入人士也難負擔，對低下階層及長期病患者的影響更大；而且直接付費也不能體現「共同承擔」的理念，因此不可行。

### (C) 醫療儲蓄戶口

(a) 簡介：類近現時強積金的安排，但供款是專門作支付醫療服務費用。按照戶口使用的規限，可以是即供即用，或規定 65 歲之後用，又或者在 65 歲前使用須有最低結餘規定等方式。現時新加坡是唯一國家主要使用醫療儲蓄的國家。

#### (b) 輔助融資的成效：

i. 整體醫療資源的可持續性：政府進行的推算同樣假設公共醫療收費水平會上升至成本的 20%，因此若按照「用者自付費用」建議中的推算，此公共醫療收費水平，可維持公共醫療開支至 2020 年；

ii. 供款者的負擔和保障：政府作了一系列不同狀況的估算，以 5% 供款計計算，評估不同薪級人士、開始供款年齡、指定用於住院還是可包括門診，以及會否包括儲蓄跟配偶共享等，他們的累積儲蓄能否支持由 65 歲至去世的公共醫療支出。結果以下：

- 在一般情況下：有 62% 的供款人士是有足夠的資金來支付退休後至去世的住院支出，38% 的供款人是不足夠，而這群人中首次出現儲蓄用盡的年歲是 81 歲，即支持了 16 年；
- 而從 20-29 歲開始供款的人士中，在 75% 是可儲足夠資金，相比起由 50 歲或以上供款者，只有 36% 能儲夠；
- 不計開始供款年歲，最高收入的 20% 供款人有 76% 可儲夠錢，但最低收入的 30% 人士，只有 47% 可儲夠錢；
- 若有關儲蓄可用作公共門診支出，則結果顯示，會有 50% 的供款者的儲蓄不夠用至其去世；
- 若儲蓄可跟配偶分享，足夠儲蓄的比率由 62% 降至 57%。

對付款者的保障，此方案基本上與用者自付方案一樣；

- iii. 對平衡公私營醫療系統的成效：由於政府研究的假設是公共醫療收費是成本的 20%，所以對公共醫療的使用率由現時 90%相應減少至 80%。

評論：此方案的推算著眼於供款者到退休後的儲蓄能否應付醫療開支需要，雖然有 62%供款人的儲蓄足夠在退休後的醫療需要，但推算的前提只是公共醫療費用是成本的 20%假設，而此收費水平根本是不可持續的，因此若再提高收費水平，會使更少人能儲夠錢。對供款人因沒有風險分擔的成分，不能帶來更大的保障和選擇。

#### (D) 自願醫療保險

- (a) 簡介：市民可自願購買或退出的醫療保險制度，現時香港已實行此方法，保險機構是商業原則運作。

#### (b) 融資的成效：

- i. 政府沒有提供詳盡的估算數字，但表示如要完全依賴自願醫療保險時，在 2033 年從保險所得的融資總額須最少增加兩倍，才可負擔約 53%的私人醫療開支，但政府沒有提供任何方法能讓自願性醫保計劃能發展至此規模。
- ii. 供款者的負擔和保障：沒有一定的標準，要視乎投保人購買的保險類別及個人健康風險因素，但年老、有長期病等或會拒保及繳交較高的保費；同樣，投保者有選擇權，保障仍要視乎保單的內容而定，但因有拒保的情況，部分人士可能不能享有自願保險保障；

- iii. 對平衡公私營醫療系統的成效：政府沒有評估。

評論：自願性醫療保險最大的問題是很多不確定性，政府推出任何的鼓勵措施也難以確保能達到預計的成效，對醫療資源可持續性產生不穩定因素，而且對投保者的保障也不理想，所以自願保險制是有不足的。

#### (E) 強制醫療保險

- (a) 簡介：此方案是可強制全民或特定組群人士購買受政府認為醫療保



險產品，而此醫療保險產品是劃一收費額及不可拒保的。

(b) 融資成效：

i. 整體醫療資源的可持續性：

- 特定組群供款：政府的推算是假設保險可支付私營普通科病床的 80% 成本，而年齡 18-64 歲及月入一萬元以上的人士須供款。此計劃可產生相等於醫療總開支之上的額外 5% 經費。

ii. 供款者的負擔和保障：

● 特定組群強制保險：

1. 以保險計劃可支付現時私家醫療普通病床收費的 80% 為基礎。以 18-64 歲，月入一萬以上在職人士須購買，及在 65 歲前已參與計劃並在 65 歲繼續投保的人士，每月保費，以 2005 年的價格水平計，會由最初的 293 元，至 2023 年的 433 元。
2. 另外，如在容許所有 65 歲人士參與計劃，保費會由最初的 713 元，去到 2023 年的 1081 元。由於政府的推算只去到 2023 年，所以去到 2033 年的保費開支是多少無從得知，但可肯定隨組群內的老年人口的比例增加，保費會只會更急速的上升。

此方案可增加投保者的選擇權，同時因不可拒保及劃一保費，故對投保者的保障較自願保險為大，尤其是對健康風險高的人士保障更大。

iii. 對平衡公私營醫療系統的成效：政府沒有作出評估

評論：此計劃要有再多些資料才可判斷其資源可持續性問題，但採用特定組群供款的方法可令低收入人士免卻供款，而且供款者的個人因素基本不會影響供款額，可享有更多的服務選擇。然而，醫療保費的上升趨勢，以及退休後能否有足夠的資金繼續享有保險的保障是我們須關心的事項。

(F) 個人健康保險儲備

(a) 簡介：個人健康保險儲備包含了強制醫療保險和醫療儲蓄的成分。供

款者會將一部份供款用作購買強制醫療保險，餘額會儲起來作退休後的醫療開支。強制醫保部份會採用不能拒保和劃一保費的方式進行。

(b) 融資成效：

- i. 整體醫療資源的可持續性：在諮詢文件中只列出一句，「預期到2033年，個人健保儲備可在預期政府會提供的公共醫療開支經費上，提供約22%的額外經費。」
- ii. 供款者的負擔：政府推算是以25歲開始供款至65歲，儲蓄部份的實質回報是每年3%，並將強制保險的保障範圍設定為私家普通級住院的80%計：

由20-65歲供款者在不同供款率下扣除了保費的餘儲蓄額(資料來自諮詢文件)

開始供款時收入(參加人數)	開始時每月保費	由25-65歲供款，以不同供款率計算的儲備金(保費已被扣除)		
		3%	4%	5%
\$10,000 (170萬人)	\$293	-\$206,000	-\$31,000	\$144,000
\$12,000 (139萬)	\$296	-\$114,000	\$94,000	\$302,000
\$15,000 (107萬)	\$300	-\$1,000	\$248,000	\$496,000

至於強制保險費的負擔是與(E)(b)(ii)的推算一樣。至於對供款者的保障，由於此方案除了增加供款者的選擇權及享有強保制的優點外，也因此方案有儲蓄的成分，可讓供款者退休後的醫療保障比只用強保制度更大；

- iii. 對平衡公私營醫療系統的成效：政府沒有作出評估

評論：從理論上個人健康醫療儲蓄集合了保險風險分擔的風險，也針對個人年老的醫療開支問題作出部署，不過始終現時受限於資料不足的問題，難以分析計劃可解決長遠醫療資源不足的問題；更重要是長期保險費的升幅將會大大增加了市民的負擔，因此在決定選用此方案時，必須有措施保障供款者在保險的支出不會過重。

### (三) 對輔助融資方案設計時須考慮的細則

民建聯認為諮詢文件中提出的輔助融資六個方案，從原則上各有優劣，但礙於供參考的資料不完備，方案的內容有欠具體，也有些不足之處。若只從原則或理念的方向就六個不完整的方案作出取捨，是難以作出最符合香港長遠利益的決定。因此，民建聯希望在第二階段諮詢政府能就有關方案提供更詳盡的設計內容和參考數據；並就社會對方案施行時所關注的地方作出回應，進一步完善方案。民建聯要求政府在設計任何輔助融資方案的具體內容時，必須包括以下的細則：

- 考慮到基層和中低收入人士的負擔能力，將供款者的薪金下限調高；
- 當設計強制醫療保險計劃時，保障範圍應以保障高成本的危疾和長期性疾病為主，因為此等疾病治療成本高昂，中等收入人士患上也不能應付有關的開支，需要有長期的風險分擔來協助；而且此等嚴重疾病罹患比率較其他輕微的疾病為低，可減少投保者濫用服務的道德風險；
- 必須在維護現有員工的醫療福利不受損的前提下，將現有的醫療保險計劃與將來的強制保險計劃銜接；
- 引入僱主共同供款，體現社會整體共同承擔的原則；
- 嚴格限制方案涉及的行政費用佔總供款額少於一成；
- 制訂嚴格的監管機制，並建立有服務提供者、使用者和政府當局參與的協商平台，以妥善處理保障範圍及保費的釐訂；
- 如實行強制保險時，在考慮到日後保費上升的趨勢，將有關支出佔薪金的比例封頂，如月入的百分之四，避免供款者在保費的開支上過於沉重；
- 制訂醫療開支超支保障制度，當市民自付醫療費用高於某一個水平時，超出的支出政府應作承擔。
- 善用政府承諾的五百億元撥款，以注資作啟動基金、補貼保險開支封頂後的差額或作超支保障等方式，以減輕市民的醫療負擔。
- 政府也需以供款額扣稅的方式，進一步減輕供款者的負擔。