

長期病患者關注醫療改革聯席 對醫療改革諮詢文件意見書

就政府最近推出的《掌握健康·掌握人生——醫療改革諮詢文件》，「長期病患者關注醫療改革聯席」（下稱「聯席」）有以下回應：

（一）欠缺整體醫療政策

雖然這次諮詢文件標題名為醫療改革，但從整份諮詢文件的內容觀看，主要還是在於透過匯集更多資源，處理日後醫療開支上升的問題，特別是公營醫療開支大增對公共開支所造成的壓力。換言之，整份諮詢文件的首五章，都是為了引導市民討論融資方案，解決提供醫療服務的財務問題。

可惜，整份諮詢文件並沒有討論醫療改革的其他重要議題，包括本港的醫療政策、醫療服務目標、改革建議（如加強基層醫療服務、強化公共醫療安全網等）涉及的財政開支、融資款項如何運用等等。現在諮詢文件只集中討論融資方案，對上述的重要議題一一忽略，是諮詢策略的錯失。

更重要的是，是次諮詢只就融資方案作決定，但沒有訂明政府會如何運用額外的融資資源。日後增加了整體醫療資源也可能對改善醫療體系及服務質素沒有實質幫助，政府更沒有承諾甚樣改善醫療服務，特別是公營醫療服務現時的種種問題。最明顯的例子莫過如美國，2005年當地國民生產總值的15.3%用於醫療，是全球最高，但醫療質素及國民健康情況一直為人詬病。

所以，「聯席」認為欠缺討論醫療政策及如何運用資源改善服務，使這次諮詢成為純粹為解決政府於諮詢文件中所說的未來醫療開支不斷上升所造成的財政壓力。

（二）對諮詢文件內容的質疑

「聯席」對於諮詢文件的首五章，即有關現時醫療制度面對的挑戰，及各項改革建議提出以下質疑：

諮詢文件稱人口老化將增加醫療的需求，特別是公營醫療的開支會因此而大幅增加。但據外國經驗及研究所得，人口老化每年只增加了0.6%的醫療開支，並未如諮詢文件中所言會大大增加醫療服務需求。

按諮詢文件推算，醫療開支會在三十年後增加3.6倍，屆時整體醫療開支將由2004年的678億元上升至2033年的3,152億元，而公營醫療開支將由378億元增加至1,866億元。不過正如負責進行醫療開支推算的學者表示，這推算只是按照一切固定不變的情況下，以精算模式計算出有關開支，但並未能反映新政策措施對推算開支的改變。因此，如果政府願意落實諮詢文件內有關醫療體制的改革建議，未來的醫療開支不會像推算般高。

諮詢文件中列出現時醫療制度，特別是公營醫療的種種弊端，同時亦列出一些改善建議。不過政府一再強調改善建議需待融資改革落實後，才能騰出資源改善弊端，例如第五章提及舒緩公營醫療壓力後，才騰出改善空間提升公營醫療的服務質素，如縮短輪候間時及探討設立個人醫療費用上限等。「聯席」認為政府眼見現時體制弊端，但又不

願意立即作出改善，是不負責任的做法。同時，將改善建議與融資改革綑綁一併而談，無異於強迫市民同意進行融資改革才可交換改善現有體制及服務。

諮詢文件提出需要進行融資改革，不過卻沒有詳述融資改革後，會如何改善了現時的醫療服務，亦沒有承諾如何運用融資的款項，達致具體的醫療服務目標及健康狀況目標。例如，諮詢文件中提及若不進行改革，外科新症輪候時間會在 2012 年增至 96 周、腫瘤科等候覆診時間在 2015 年增至 16 周、白內障手術的輪候時間在 2015 年增至 75 個月、醫療設施及儀器無法更新、不能使用新藥物及療程。進行融資改革後，是否這些情況便不會再出現？諮詢文件中並沒有作出任何承諾，令人難以預期改革後的結果。

（三）限制融資方案選擇

政府提出的六個融資方案包括了國際上常見的融資策略，包括保險、儲蓄、加費等，亦包括政府創作的「醫療儲蓄加強制私人醫療保險」，唯獨欠缺了國際上有國家採用的稅收支付模式。其實政府在諮詢文件中一開始便否定了增加政府對醫療的撥款作為解決醫療制度面對的挑戰，聲稱增加賦稅是不可持續的方案。不過政府若不諮詢市民是否願意透過調整稅率及稅階承擔增加的醫療開支，便單方面否決了這個選項，是限制了市民對融資方案的選擇，未能做到真正開放聽取市民對融資改革的意見。

政府限制融資方案選項，不容許市民選取增加賦稅作為方案之一，是將未來醫療的負擔由富裕階層轉嫁到中下階層身上。原因是諮詢文件中所列出的各個選項，除社會醫療保障外，都沒有累進的效果，即社會上較富有的人付出更多，協助窮困市民及因病致貧的病人。日後如果融資方案採用政府創作及屬意的「個人康保儲備」，每名供款人不論富貴貧窮，都需要繳付定額款項以獲得基本醫療保障，中下階層市民負擔醫療開支的比例便會較富裕階層為大。在香港的貧富懸殊日益嚴重的情況下，沒有累進效果的融資方案只會進一步加劇貧富懸殊的問題，加重中下階層的負擔，同時富裕階層卻未能為貧困老弱等有需要人士付出更多。

政府表示，增加賦稅只會加重納稅人的負擔，但按照剛公佈的 2008/09 年度財政預算案，政府 2007/08 年度 2,701 億元的收入中，薪俸稅只有 370 億元，只佔政府整體收入 13.6%。換言之，透過稅款增加對醫療服務的資助，不會增加薪俸稅納稅人的負擔。反而，政府可以透過稅收，動用社會整體財富應付醫療服務的需求。

雖然政府表示，依靠政府收入，資助醫療服務是不能持續的，不過數據上亦未能令人信服。按照剛公佈的 2008/09 年度財政預算案的一系列減低稅率、增加免稅額、及擴闊稅階等措施，令政府每年少收 76.7 億元，已經多於「個人康保儲備」每年匯集的 60 億元款項。所以透過調整稅率及稅階，令富裕階層及有盈利公司繳付較多稅款，已足夠應付新增的醫療需求。

融資款項必須好好運用，要令融資款項達致最能產生的效果，莫過如直接將款項用於服務上。如果透過私人保險提供服務，匯集的款項需扣除保險公司的行政費及准許利潤後，其餘款項才用到醫療服務上，所以款項並未能直接用於醫療服務上，可以說是未能最有效運用融資款項。因此，凡涉及私人保險的融資方法，包括「個人康保儲備」，都有以上的問題。「聯席」認為，最善用資源的融資方法，始終是透過稅收直接資助醫療服務。政府應以稅收支付模式，諮詢市民的意見。

（四）價值取向

醫療改革及融資改革背後，涉及價值取向及原則。「聯席」認為有關改革需具備以下原則：

1. 有關改革必須具有互補不足的性質，即富有補貼貧窮、健康協助病患，亦同時應具備社會財富再分配的性質，令整體社會的財富（不單是個人的財富）透過醫療服務分配到有需要的病人身上。所以「聯席」認為融資不應單單要求市民承擔更多，這只可以達致互補不足，反而政府應透過稅收，增加對醫療服務的撥款，從而達致社會財富再分配。
2. 有關改革必須處理長期病患者因疾病而面對的沉重經濟負擔。「聯席」一方面同意貧窮人士在有病時，或一般市民面對危疾重病時，不應因經濟原因而得不到適切的治療。不過長期病患者的處境及困難卻備受忽視，亦沒有針對長期病患者因長期面對醫療開支引致的經濟困難作出協助。因此「聯席」認為改革措施應設法減輕長期病患者的經濟負擔。
3. 有關改革必須能促進市民健康，基層醫療是促進市民健康及減少使用昂貴醫院服務的最關鍵一環。因此「聯席」認為必須加強基層醫療服務。
4. 有關改革必須以提供最佳治療方案為目標。諮詢文件強調公營醫療服務只是作為安全網的作用，而「個人康保儲備」所提供的亦只是基本的醫療保障。若要提升服務質素，特別是包括治療效果，屆時可能要自行額外購買。這種做法引起醫療上的貧富分化。因此「聯席」認為應以為每位病人提供最佳治療方案，作為醫療服務的標準，例如英國 NICE（National Institute of Clinical Excellence）的做法。

（五）醫療改革建議

「聯席」對醫療改革有以下建議：

1. 諮詢文件中首五章提及的改革建議應立即推行，以即時改善現時醫療制度，特別是公營醫療因資源短缺面對的問題；
2. 調整稅率及稅階，令富裕階層及有盈利的企業繳付更多賦稅，以應付增加的醫療需求；
3. 仿照今年財政預算的做法，每年將部份政府財政盈餘撥入醫療儲備基金，以應付未來的醫療開支；
4. 為市民每年的醫療開支封頂，最多不超過個人每年總入息的 5%，餘額由政府資助；
5. 設立卓越臨床研究中心，制定最佳醫療方案予各公私營醫療機構跟從；
6. 委任更多具代表性的病人組織代表加入醫療改革的諮詢架構中，直接表達病人意見。

長期病患者關注醫療改革聯席 長期病患者醫療改革問卷調查報告

(一) 背景：

政府於本年 3 月 13 日發佈了「掌握健康 掌握人生——醫療改革諮詢文件」，提出醫療改革的原由、醫療體制改革建議、及輔助醫療融資的選擇，以諮詢市民意見。長期病患者一直依賴醫療服務以維持健康及控制病情，所以醫療改革對長期病患者的影響最為深遠。

有見及此，「長期病患者關注醫療改革聯席」（下稱「聯席」）於本年 4 月至 5 月進行問卷調查，透過病人組織及病人活動向病友發放問卷，了解長期病患者對醫療改革的意見，包括：

1. 對諮詢文件內容的意見；
2. 對融資方案的選取；
3. 對醫療費用的負擔能力。

聯席總共收回 324 份問卷，當中 277 份（85.5%）屬於長期病患者，47 份（14.5%）屬於照顧者。

(二) 結果：

2.1 基本資料

受訪者的男女比例約為 4:6（見表一），患病年期中位數為 12 年，年齡中位數為 52 歲。受訪者一般需要接受 2 個專科覆診。

受訪者大多數（81.8%）與家人同住（見表二）。超過四成半的受訪者是沒有個人入息或正領取綜援。另外有入息的受訪者之中，約一半（48.6%）的受訪者的個人入息少於 10,000 元（見表三）。整體而言，超過七成受訪者來自低下階層，屬入息少於 10,000 元甚或沒大入息／領取綜援。

2.2 對醫療改革的意見

2.2a 對醫療改革原由的意見（見表四）

政府於諮詢文件中提出因為人口老化、長期病患人數增加、及醫療科技進行會導致 25 年後公營醫療開支達 1,866 億元，並以此作為醫療改革的原由。

當被問及改革原由時，超過八成受訪者都同意人口老化（84.0%）及長期病患率增加（82.4%）都會導致醫療開支增加，而超過六成（62.3%）受訪者同意醫療科技進步導致醫療成本上漲。雖然受訪者同意醫療開支會有上升的壓力，但只有不足三成（29.3%）的受訪者相信公營醫療開支會大幅增加至 25 年後的 1866 億。事實上由諮詢文件發出以來，民間一直認為政府跨大日後醫療開支的推算，而外國研究亦顯示人口老化只會每年增加 0.6% 的醫療開支，並未能完全解釋為何公營醫療開支大幅增加。

2.2b 對政府的醫療承擔的意見（見表五）

政府於諮詢文件中提出若日後所有新增的醫療開支不可能由政府承擔，原因是政府不可以加稅，因為違反小政府原則，而政府亦只能增加醫療開支佔政府開支至 17%。

當被問及對政府的醫療承擔時，超過一半（54.0%）受訪者均不同意政府不可以再加稅，亦不同意政府要維持小政府低稅制的原則而不能加稅。同時約五成半（54.9%）受訪者不同意政府把公共醫療開支限定於政府開支的 17%。而同意政府不可能透過加稅增加對醫療的承擔只有約四分之一（24.7%），而同意限定政府開支的 17%作公共醫療的更不足兩成（19.8%）。由此可見，受訪者一般不同意諮詢文件中所言，政府不可以透過稅收承擔未來的醫療開支。而對於所謂政府增加對醫療的承擔至政府開支的 17%，受訪者似乎認為政府承擔不足，更不同意以此作為醫療開支的上限。

2.2c 對體制改革的意見（見表六）

諮詢文件中提出多項體制改革的建議，包括加強基層醫療服務、強化公共醫療安全網等。

被問及上述兩方面的體制改革時，超過六成半（67.0%）的受訪者認為加強基層醫療服務可減低醫療成本。另外，約五成半（54.6%）的受訪者卻不同意有待醫療改革成功以騰出空間後，公營醫療服務才得到改善。事實上，現時公營醫療服務已經出現嚴重問題，包括輪候時間不斷增長、未能提供最有療效的藥物、醫護人員嚴重流失，如果未能立即正視問題，公營醫療服務質素只會不斷下降，長期病患者亦最受影響。對於應否設立個人醫療費用上限，同意與不同意的受訪者人數相近但以同意的較多（43.8%）。不過受訪者可能錯誤理解成政府在津貼醫療費用上設上限，所以選擇不同意設立上限，因此有可能低估了同意設立上限的比例。事實上，設立上限可減輕病人的醫療承擔，可惜這建議只局限於公營醫療的病人，對於非公營的病人，卻未能受惠。

2.2d 對公私營醫療協作的意見（見表七）

諮詢文件建議推動公私營醫療協作，包括向私營醫療界別購買醫療服務。

被問及公私營醫療協作時，受訪者的意見較為分歧，對公私營是否嚴重失衡、失衡情況應否透過融資方法處理、及應否透過融資方法處理失衡等，同意與不同意的受訪者均不超過半數。雖然超過六成（63.3%）受訪者同意推展公私營協作改善失衡情況，但只有四成多（47.2%）受訪者同意向私營醫療界別購買非優先範圍的服務。由此可見受訪者並不認為公私營醫療協作是醫療改革的重要一環，同時只有不足一半的受訪者認同向私營醫療界別購買服務，可能源於政府對於私營醫療界別的監管不足，令受訪者對私營醫療界別缺乏信心。

2.2e 對融資改革的意見（見表八）

財政司於今年財政預算宣佈預留 500 億元作醫療融資用途，而市民需要在六個融資方案中表達意見。

被問及 500 億元的基金是否足夠作醫療融資的啟動資金時，超過五成半的受訪者認為不足夠，而只有少於一成（9.0%）的受訪者表示足夠。而近六成半（64.2%）的受訪者認為應立刻動用這筆基金改善現時的公營醫療服務，與上述「不應待醫療改革成功後才騰出空間改善公營醫療服務質素」的結果相近。最後，接近七成（68.8%）的受訪者認為政府應以增加稅收作為融資方案選擇之一，諮詢市民意見。

2.3 對融資方案的選取（見表九）

是次問卷羅列諮詢文件中提出的六個方案，並加入「調整稅率及稅階，配合體制改革，以應付未來醫療開支」作為融資方案之一，供受訪者選擇。近五成（48.8%）的受訪者選取調整稅率及稅階作為融資方案，超過三成（31.5%）選擇社會醫療保障。兩種方案均帶有財富再分配、累進效果、及分擔風險的功能。選擇其餘融資方案的受訪者均不足一成，而選擇「個人健康保險儲備」的，更不足半成（4.3%）。

若以上述選取的融資方案所反映的價值觀來看，八成的受訪者均選擇帶有財富再分配、累進效果、及具分擔風險功能的融資方案。值得注意的是，89 有入息的受訪者選擇「調整稅率及稅階，配合體制改革，以應付未來醫療開支」，約佔整體受訪者近三成（27.1%），當中超過五成半（55.1%）屬一萬元入息或以上，而超過兩成（21.3%）更屬二萬元入息或以上。這些受訪者現時已經需要繳稅，但他們仍選擇以稅收作融資方案。代表未雨綢繆的醫療儲蓄戶口亦有較多受訪者選擇，反而只著重分擔風險及容許較多選擇的私人醫療保險及「個人健康保險儲備」卻不為受訪者接受。

2.4 對醫療費用的負擔能力（見表十）

被問及個人入息中可以用來承擔各樣醫療費用的比例時，撇除沒有個人入息的受訪者後，約有兩成（19.9%）受訪者表示完全不能負擔醫療費用，而超過六成（61.4%）的受訪者表示只能負擔個人入息 5%或以下的醫療費用。

若以列表方式運算一萬元或以下及一萬元以上兩組入息組別，其負擔能力在 5%或以下及 5%以上的分別時，統計學上兩者並沒有明顯關係，換言之，入息一萬元以上的受訪並不代表他們能負擔更多的醫療費用（見表十一）。若把個人入息分為二萬元或以下及二萬元以上兩個組別，同樣在統計學上未能顯示與負擔能力有任何關係，即入息更高的受訪者亦未必能負擔更多的醫療費用（見表十二）。受訪者作為長期病患者及照顧者，本身已經需要為日常的醫療費用籌謀，所以就算是入息高至二萬元的，也未必能再增加醫療承擔。

（三）總結

聯席認為透過是次調查，可以總結以下各點：

1. 未來醫療開支將會上升，但未至於嚴重地步，若能加強基層醫療服務，將有助控制上升幅度；
2. 政府應該透過增加稅收繼續承擔醫療開支，並認為只增加政府開支 2%，並不足以維持公營醫療服務質素。政府更應諮詢市民是否同意透過調整稅率及稅階，配以體制改革，應付未來醫療開支；
3. 現時公營醫療服務問題重重，應該立即動用 500 億醫療融資啟動基金，改善服務質素；
4. 融資方案必須達至財富再分配、累進效果、及分擔風險的功能，而稅收是最能夠達致這幾項價值取向的融資方法。

表一：性別

	頻率	百分比
男	127	39.8
女	192	60.2
總數	324	100.0

表二：家庭人數

	頻率	百分比
獨居	59	18.2
2人	63	19.4
3人	90	27.8
4人	75	23.1
5人或以上	37	11.4
總數	324	100.0

表三：個人入息

	頻率	百分比
沒有收入/領取綜援	149	46.0
2,999元或以下	27	8.3
3,000-4,999元	22	6.8
5,000-9,999元	36	11.1
10,000-14,999元	35	10.8
15,000-19,999元	18	5.6
20,000-29,999元	19	5.9
30,000或以上	18	5.6
總數	324	100.0

表四：對醫療改革原由的意見

	同意	不同意	無意見	總數
	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)
人口老化會導致醫療開支增加	272/ 84.0	39/ 12.0	13/ 4.0	324/100.0
長期病患率增加導致醫療開支增加	267/ 82.4	43/ 13.3	14/ 4.3	324/100.0
醫療科技進步會導致醫療成本上漲	202/ 62.3	90/ 27.8	32/ 9.9	324/100.0
未來公營醫療開支會由2004年的380億元大幅增加至2033年的1866億元	95/ 29.3	139/ 42.9	90/ 27.8	324/100.0

表五：對政府的醫療承擔的意見

	同意	不同意	無意見	總數
	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)
政府不可以再增加稅收	80/ 24.7	175/ 54.0	69/ 21.3	324/100.0
政府維持小政府低稅制的原則，所以不能加稅	95/ 29.3	170/ 52.8	59/ 18.2	324/100.0
政府應把公共醫療開支上限定於政府開支的17%	64/ 19.8	178/ 54.9	82/ 25.3	324/100.0

表六：對體制改革的意見

	同意	不同意	無意見	總數
	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)
加強基層醫療服務可減低醫療成本	217/ 67.0	60/ 18.5	47/ 14.5	324/100.0
醫療改革成功後，才騰出空間改善公營醫療服務質素	97/ 29.9	177/ 54.6	50/ 15.4	324/100.0
設立個人醫療費用上限	142/ 43.8	122/ 37.7	60/ 18.5	324/100.0

表七：對公私營醫療協作的意見

	同意	不同意	無意見	總數
	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)
香港是否過度依賴公立醫院系統	151/ 46.6	139/ 42.9	34/ 10.5	324/100.0
公私營醫療是否嚴重失衡	165/ 50.9	107/ 33.0	52/ 16.0	324/100.0
公私營失衡是否應透過融資方法處理	112/ 34.6	114/ 35.2	98/ 30.2	324/100.0
香港應推展公私營協作，改善公私醫療服務失衡的情況	205/ 63.3	61/ 18.8	58/ 17.9	324/100.0
向私營醫療界別購買非優先範圍的服務	153/ 47.2	84/ 25.9	87/ 26.9	324/100.0

表八：對融資改革的意見

	同意	不同意	無意見	總數
	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)	(頻率/ 百分比)
政府預留 500 億元作醫療融資用途的基金是否足夠	29/ 9.0	178/ 54.9	117/ 36.1	324/100.0
政府應否立刻動用 500 億元基金改善現時公營醫療服務問題	208/ 64.2	49/ 15.1	67/ 20.7	324/100.0
政府應否諮詢市民以增	223/ 68.8	54/ 16.7	47/ 14.5	324/100.0

加稅收作為融資方案選擇之一				
---------------	--	--	--	--

表九：對融資方案的選取

	頻率	百分比
調整稅率及稅階，及進行體制改革	158	48.8
社會醫療保障	102	31.5
用者自付費用	11	3.4
醫療儲蓄戶口	22	6.8
自願私人醫療保險	5	1.5
強制私人醫療保險	12	3.7
個人健康保險儲備	14	4.3
總數	324	100.0

表十：有入息受訪者對醫療費用的負擔能力

	頻率	百分比
完全不能	35	19.9
5%或以下	108	61.4
10%	25	14.2
15%	4	2.3
20%	4	2.3
總數	168	100.0

表十一：個人入息與負擔能力的列表

	5%或以下	5%以上	總數
10,000 元或以下	74/ 42.3%	11/ 6.3%	85/ 48.6%
10,000 元以上	68/ 38.9%	22/ 12.6%	90/ 51.4%
總數	142/ 81.1%	33/ 18.9%	175/ 100.0

$(p=0.052>0.05)$

表十二：個人入息與負擔能力的列表

	5%或以下	5%以上	總數
20,000 元或以下	115/ 65.7%	22/ 12.6%	137/ 78.3%
20,000 元以上	27/ 15.4%	11/ 6.3%	38/ 21.7%
總數	142/ 81.1%	33/ 18.9%	175/ 100.0

$(p=0.072>0.05)$

長期病患者關注醫療改革聯席 07/08

團體名稱	所屬病類
1. B27 協進會	強直性脊椎炎
2. 妍進會	乳癌
3. 恆康互助社	精神病
4. 香港復康聯盟有限公司	殘疾
5. 香港新聲會	無喉者及喉癌
6. 香港哮喘會有限公司	哮喘
7. 柏力與確志協會有限公司	脊髓受損
8. 香港地中海貧血病協會	地中海型貧血病
9. 向日葵互協會	乳癌及婦科癌
10. 香港傷殘青年協會	肢體傷殘
11. 心血會有限公司	血癌
12. 香港肌健協會	肌肉萎縮症
13. 香港柏金遜症會	柏金遜症
14. 紅豆會	腎病
15. 慧進會	中風和腦受損
16. 香港精神康復者聯盟	精神病
17. 腎友聯	腎病
18. 香港社區組織協會	關注病人權益組織

秘書處

地址：九龍橫頭磡邨宏禮樓地下香港復康會社區復康網絡

電話：2794 3010

傳真：2338 4820

電郵：pahr2005@gmail.com

聯絡人：梁綺薇姑娘

發言人：賀賢銘先生（電話：9883 2570）