



香港天主教勞工事務委員會
HONG KONG CATHOLIC COMMISSION FOR LABOUR AFFAIRS
PASTORAL CENTRE, 100, TSUI PING ROAD, KWUN TONG, KOWLOON, HONG KONG.
香港九龍觀塘翠屏道100號牧民中心
TEL(電話): 2772 5918 FAX(傳真): 2347 3630 E-MAIL(電郵): hkccla@hkccla.org.hk
WEBSITE(網址): <http://www.hkccla.org.hk>



對《掌握健康、掌握人生，醫療改革諮詢文件》之回應

香港特別行政區政府本年3月推出了《掌握健康、掌握人生，醫療改革諮詢文件》，指出本港醫療體系及公立醫院服務的問題及當中的影響，以及提出一系列的醫療制度改革建議，當中主要包括加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄、強化公共醫療安全網及改革醫療融資安排。本會歡迎政府提出上述改善醫療制度改革方向，然而本會對諮詢文件有關醫療融資的安排，提出以下回應：

1. 公共醫療服務提供的基本原則

確保健康雖是個人責任，但公共醫療服務有著重要的社會責任，它在公眾健康及疾病預防上扮演重要的角色，同時它亦影響著全民的生活質素、整體的社會生產力及發展，因此政府有責任為公眾提供普及、具質素及效率的公共醫療服務，以促進市民的健康，從而減少疾病及殘疾對社會造成的整體影響。

我們認為完善的醫療制度應同時顧及基層健康教育、康體設備的提供、疾病預防、門診專科及住院服務，以及社區的治療及康復服務，這樣才能照顧市民的終身醫護需要。此外，政府應確保每名市民可得到高水準及適切的醫護服務，其收費應以能者多付為原則，以達致縱向公平，資源再分配的目的，確保每名市民能負擔醫療費用，並不會因經濟困難而得不到適切的醫療服務。

在醫療融資的安排上，應以整體風險分擔為基本原則，由全部人口按經濟能力分擔醫療服務的整體開支，這不但可重配社會資源，同時可避免社會中的最弱勢社群因經濟問題而不能享有適切的公共醫療服務。

還有，我們認為政府應規管、評檢及監察醫療服務及融資安排，致力提高公共醫療制度及服務的質素，完善病人的投訴機制，同時政府亦應做好疾病的通報機制，適時發佈醫療、健康及傳染病等資訊，以確保公眾、病人及其家屬有權獲得個人和醫療健康的資料，以及自由選擇適切的醫護服務之權利。

2. 任何融資方案應以能者多付及風險分擔為原則，同時政府及僱主需分擔醫療融資的責任

醫療改革諮詢文件當中的五個方案，包括用者自付費用、醫療儲蓄戶口、自願私人醫療保險、強制醫療保險及個人健康保險儲蓄，都不同程度上違反風險分擔及能者多付的原則。首先，用者自付、醫療儲蓄戶口、自願私人醫療保險均未能分擔風險，市民需要為個人健康進行儲蓄或投購保險，以應付個人日後的醫療開支。換言之，個人要負上保障健康的最終責任，而健康欠佳者更需要付出較高醫療費用或保險金額。其中用者自付更必然增加患病者的醫療負擔，再者純粹增加收費也難以達到改善醫療服務質素及效益。而醫療儲蓄戶口，則除非有大比例之供款，否則只是杯水車薪，而初期更可能涉及與強積金類似之「成熟期」問題。

此外，強制醫療保險和個人健康保險儲蓄雖透過保險模式得到某程度的風險分擔功能，但卻違反能者多付，資源分配的原則，因為諮詢文件提到，不論患病者的風險，高收入者及低收入者都要支付相同的保險費用。再者，在職人士現時已從每月收入中抽取 5% 金額存放於強積金戶口內，若要市民再於每月收入中多作額外醫療供款及保險，將對中低收入人士構成極大的經濟壓力，加上現時貧富懸殊及通脹嚴重，工人工資不升反跌，額外的醫療供款及保險將進一步影響基層在職人士個人及其家庭的生活質素。

另外，諮詢文件的六個方案均沒有交代僱主在醫療融資的責任，只是一味建議從僱員的口袋中抽取醫療資源，諮詢文件也沒有交代以稅收為主的醫療融資與輔助融資的比例，以及輔助醫療融資的得款如何運用以改善現行醫療制度的問題。雖然政府聲稱，不容市民因經濟困難而得不到醫療服務，但諮詢文件未有交代何謂經濟困難者，我們擔心政府日後會設立高門檻的入息或資產審查機制，把有需要的市民排擠於公共醫療服務之外，及將部份長期病患者由中產推至赤貧。

還有，醫療改革諮詢文件中的五個方案，包括用者自付費用、醫療儲蓄戶口、自願私人醫療保險、強制私人醫療保險、個人健康保險儲蓄等均強調健康及醫療開支乃個人責任，需要市民以不同形式作個人供款，以支付日後的醫療開支所需。這不免讓人懷疑，政府以輔助醫療融資安排為藉口，把公共醫療開支封頂，這樣不但忽視了因社會契約賦予企業有利之營商環境而應負起之社會責任，更將公共醫療服務的大部份責任及開支轉嫁到廣大基層市民身上，使低收入者、弱勢社群及長期病患者陷於險地。

3. 保險公司參與醫療融資安排容易推高行政成本，供款不能直接用於公共醫療服務

以保險形式營運的輔助醫療融資方案雖能透過投保人數目，分擔風險，最後使健康人士資助健康欠佳者使用醫療服務，但由於此模式依賴營商為本之保險商，並強制扭曲了供求壟斷，我們擔心這不但不能減低保險費，反而造成高昂的行政成本，使保險公司從中獲利，令市民實際投放於醫療戶口的金額大打折扣，醫療保障的權益因而受損。以美國的醫療制度為例，國民花費大量金錢購買保險，但投入醫療的資金只佔總投保金額的一半左右，但醫療質素及國民健康一直為人所詬病。事實上，在強積金制度中，保險公司收取高昂的行政成本已是不爭的事實，若輔助醫療融資制度仍然交由私營保險公司辦理，只會重蹈覆轍。另外，即使由公營保險機構提供保險服務，保險模式亦難

以杜絕病人及服務提供者的道德風險，即「病人濫用」及「醫生濫收」之情況。

4. 醫療制度改革較醫療融資安排更為迫切

我們認為，依據 1. 基本原則進行醫療制度的改革，將大大紓緩公共醫療服務財政壓力。若至此仍證明有需要推行新的融資安排，則任何輔助融資方案應以能者多付及風險分擔為基本原則，同時政府及僱主應分擔醫療融資的責任。

醫療改革諮詢文件雖然提出連串的改革建議，但重點卻放在醫療融資的改革方案上。同時，文件用了若大的篇幅指出，人口老化將導致醫療開支增加及引致公共醫院服務水平下降，輪候時間增多等服務危機，並提出需要通過增加公共醫療服務開支、醫療制度及融資安排改革，才能應付急遽遞增的服務需求。

我們認為，諮詢文件忽略了現有醫療制度改革的重要，同時誇大了人口老化對公共醫療服務需求的壓力與影響。我們指出，現時 65 歲或以上的長者與 25 年後的長者於醫療開支上是截然不同的。現時的長者大都是戰前出生，他們大多是勞動階層，教育水平偏低，個人保健及理財意識較弱，因此對公共醫療服務的需求自然較高。然而，這一代的中年人口，教育水平普遍較高，經濟條件較佳，部份更有自購醫療保險，因此將來他們對醫療服務的需求，應比現時的長者為低，故人口老化問題並不會導致未來的醫療開支大增及服務質素下降。反之，醫療科技的發展、新藥物的研發與專利壟斷、醫管局臃腫架構、高級醫護及行政人員高昂的工資及不當的資源運用才是醫療開支上漲的主因。政府當務之急是改革現行醫療制度的弊端，檢討醫管局架構和醫療服務的政策，包括加速推行可負擔之家庭醫生計劃以分擔醫院的壓力、由政府代病人以批發價購買醫院藥物名單以外較少副作用之藥物，加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄互通系統等。與此同時，政府應推動一系列促進健康與體育活動的措施，並加強檢控違例吸煙等，來提升市民的整體健康，並以此強化醫療改革之效力。我們相信，即使沒有新的融資安排，這些改革亦可全力推行。

5. 進行醫療制度的改革，並繼續以稅收及稅制改革支付公共醫療開支

我們認為，面對公共醫療開支的增長及醫療服務質素下降的問題，政府不應只著墨於如何開源，反之應根本溯源，有效的運用財政資源，利用財政和外匯儲備¹，及從 2008 年度財政預算案撥出的 500 億元去推動醫療改革及解決醫療融資的問題。同時，政府應繼續用稅收，增加利得稅等稅制改革，以個人入息和利得稅的累進方式為基礎，來應付公共醫療開支。

根據統計處的數字，本港貧富懸殊問題日益嚴重，堅尼系數已由 2001 年的 0.525 上升至 2006 年的 0.533，同時 2006 年本港最高收入的十分之一住戶，已佔去全港住戶總收入的 41%，而全港最低收入的十分一住戶卻佔整體的 0.8%。若政府再要從中低收入人士中抽取醫療資源，即變相把醫療開支的承擔從商界及高收入階層轉移及分擔到中低收入人士身上，加劇貧富懸殊，令基層生活捉襟見肘。故此，我們認為政府應繼續以稅收及增加利得稅及標準稅率的模式，應付公共醫療開支。

¹ 香港 2008 年度財政儲備及外匯儲備分別高達 4774 億元及 1599 億美元，

雖然這種模式不為高收入人士及私營企業所接受，但這模式最能符合能者多付、資源再分配及風險分擔的社會公義原則，使有能力者資助弱勢社群的醫療需要。須知道，疾病的成因並不全因於個人不良的生活習慣，相反疾病很多時由社會及環境所造成，例如空氣污染、環境衛生等，這是社會發展的必然代價，而由於疾病傳播亦影響全民的健康與生活質素，因此全民需履行社會公義原則，共同承擔疾病預防及醫療服務提供之責任。同時，有經濟能力者應資助經濟及健康欠佳者的醫療需要，承擔更多的社會責任。再者，我們相信有關稅項支出亦不會構成如低收入人士般之不可承擔的財政壓力。

還有，在行政費及工作上，相對醫療改革諮詢文件當中的五個方案，稅收或增稅反而是效益最高、最簡單及最廉宜的醫療融資方法，而且由政府承擔醫療資源的運用可解決保險引申的行政費及道德風險問題。

6. 提供足夠的康體設施，制定標準工時等勞工立法

預防勝於治療。要減少公共醫療開支，政府應長遠的強化社區的健康教育及疾病預防工作，並從勞工政策入手，立法制度標準工時、確保勞工的職業安全等，讓僱員有充足的閒暇時間及理想的工作環境，保持身體健康。

根據統計處 2007 年 12 月發表的「僱員工作時數模式」調查結果，在 250 多萬名非政府機構工作的僱員中，約 64 萬人每天工作 8 小時以上至 10 小時，工作 10 小時以上者更高達 17 萬 6 千多人。其中每天工作 10 小時以上的僱員更以非技術工人為主，其次為服務工作及商店銷售人員與機器操作員。²同時，2002 年國際勞工組織一項調查亦發現，在 48 個受訪國家及地方之中，香港僱員每年平均工作時數排行第四，高達 2287 小時，僅次於南韓、孟加拉和斯里蘭卡之後，相對於其他已發展國家，如美國、加拿大、澳洲和日本每年約 1800 小時的工時，香港僱員的工作時數亦較之高出接近三成。³

長時間工作影響身體健康，增加患病，如發燒、感冒或免疫系統失調等疾病已是不爭的事實。2008 年 1 月世界衛生組織更已作出警告，通宵工作可能令人患上癌症。然而，政府對於長工時及通宵工作影響市民健康的情況視若無睹，不但沒有立法制定標準工時，亦沒有跟進世界衛生組織的警告，研究把通宵工作列作《僱員補償條例》下的職業病。

與此同時，政府應加強巡查工作場所，執行《職業安全及健康條例》、《工廠及工業經營條例》等職業安全條例，以確保僱員享有安全的工作環境，並增加違反該等條例的罰則。我們相信，安全的工作環境，一方面可減少工友的工傷機會，一方面能長遠的減少政府於醫療護理方面等開支。

最後，我們認為，政府有責任保障市民的健康，除了健康教育宣傳、規管僱員的工作時間及確

² 資料來源：香港統計處(2007)。從綜合住戶統計調查搜集所得的社會資料-第四十六號專題報告書-僱員工作時數模式。香港：香港統計處。

³ 資料來源：國際勞工組織。 <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/lilm/kilm06.htm>

保僱員職業安全外，政府應同時提供足夠及價格合理的社區康樂及體育等配套設備，讓市民可於工餘時舒展身心，強身健體。我們相信，確保市民擁有健康的身體，才是長遠控制公共醫療開支之不二法門。

7. 總結

誠如醫療改革諮詢文件的標題「掌握健康、掌握人生」，政府應先依上述的基本原則，疾病預防及標準工時等勞工立法，來提升市民之健康質素，再配以實施有效的醫療制度改革，來改善公共醫療服務，而不應不問市民需要什麼醫療及健康保障政策，而一面倒的側重新融資安排的討論及過份重視維持服務所需的開源措施。我們認為，這樣是本末倒置，並難以避免惡性循環之局面。

是以，我們認為，政府應重視醫療保健之本體，做好社區疾病預防及教育工作，提供充足之康體配套措施，以及制定標準工時等勞工立法，讓市民享有閒暇及舒展身心的時間，保持身體健康。醫療融資則應繼續以上述 5. 之稅收安排進行。

最後，是次醫療改革諮詢與大眾息息相關，但三個月的諮詢期實在太短，民間難有充足的時間去了解與討論，因此政府不應以是次諮詢結果作出任何影響醫療改革及融資的決定。為此，我們促請政府延長醫療改革文件的諮詢期，並在醫療改革諮詢文件的六個醫療融資方案均存有缺點的情況下，提出一個符合資源再分配及能者多付等公義原則之完善方案，以讓公眾討論。

2008年6月3日