



# 促進健康

諮詢文件

香港政府一九九三

# 目 錄

## 頁次

前言

改革的需要

要點

第一章 現時的情況如何？ 1

第二章 現行體系對我們有何影響？ 13

第三章 何去何從？ 21

第四章 如何達到目標？ 26

第五章 如何相輔相成？ 40

鳴謝

# 前言

「健康並不完全依靠醫生和醫院。維持健康的基本要素是有益的食物、適當的居所、潔淨的食水、基本教育（特別以婦女而言）、不吸煙、以及可獲廉宜和科技要求不高的基層預防疾病健康服務，其中包括免疫注射和家庭計劃指導。」

節錄自朱迪芙·麥姬醫生 (Dr Judith Mackay) 所著的「世界健康情況地圖集」

過去二十多年來，香港的健康醫護工作逐漸發展成爲一項水準優良、收費廉宜的服務。這個演變過程是持續不斷的：新目標不斷訂立，而原有的服務範圍亦不斷重新劃定。一九七四年發表有關醫療服務的白皮書、一九八五年公布的斯科特報告書，以及一九九零年發表的基層健康服務工作小組報告書都有助於促成這些改變。醫院管理局和香港醫學專科學院的成立，則是近年醫務發展的重要里程碑。

本文件一方面評估現有服務，一方面就市民的需要和未來的挑戰嘗試作出回應，以便在現有的穩固基礎上繼續發展。由於醫療界不斷精益求精，市民的期望亦越來越高，所以在邁向二十一世紀之際，實有需要建立一個體系，使能應付上述需求和配合一日千里的科技發展。改革的道路絕不平坦。我們同時也要就本港人口在醫療需要上的急劇轉變而相應作出調整。除非我們做到這一點，否則香港的健康醫護服務質素將會下降。

在策劃未來的路向方面，我們的重點是盡力矯正一切缺點、設法使到公共健康服務的財政結構變得更爲合理，以及加強公營機構與私營機構的聯繫。我們相信這些措施足以解決現行體系內許多問題，亦可以作爲長遠的解決辦法。我們歷來不變的政策是不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務。在這個前提下，我們集中研究可以在香港施行的各種方案。我們的目標是在堅持這項政策的同時，能夠達到以下的理想——即是在提供服務和工作表現方面都有優良的效率；人人可在平等原則下獲得醫護服務；以及爲服務使用者提供足夠的保障和更多的選擇。

香港的健康醫護體系，是屬於大眾市民的。我們以市民的利益爲依歸。我們要用大眾使用者的眼光來了解整體的需要，請各位踴躍提出寶貴的意見。

衛生福利司黃錢其濂



# 改革的需要

許多國家的健康醫護體系現正致力解決的問題，是如何使市民獲得所需服務、控制成本和提高健康醫護服務效率等等。

香港亦不例外。雖然以往我們成功地以低廉的費用使本港龐大的人口維持健康，但改革的需要至為明顯。現時，以醫院為基礎的醫療服務受到最大壓力：

- 在政府的公共健康醫護服務開支中，醫院的開支佔極大部分
- 不論在公營或私營醫療機構，在提供服務的途徑方面均存有不公平和協調不足的情況
- 缺乏病人可以負擔的服務選擇

不斷轉變的環境增加了改革的壓力：

- 人口逐漸老化；而工作人口所佔的比例又相對下降
- 醫療成本以高於經濟增長率的速度不斷上漲
- 公眾對醫療護理水準的期望越來越高

改革的意義和對你的益處：

- 獲得更便利和更佳的服務
- 服務使用者可以按自己負擔得起的價格獲得更多選擇
- 病人和提供服務的人士都會得到環境改善
- 所提供的服務會更符合成本效益
- 更着重預防疾病的服務
- 基層健康和醫療服務更為配合

**醫療政策的首要原則仍然是：**  
**不應有人因經濟原因而**  
**得不到適當的醫療服務**

# 要 點

第一章 公營及私營機構提供範圍廣泛的醫療健康服務。公營機構的服務獲得大量資助，導致公營機構收費與私營機構收費的差距不斷擴大。

第二章 健康醫護服務的環境不斷改變，因而有需要進行改革，尤其是在健康醫護體系的財政結構方面。

第三章 我們必須決定如何在健康服務方面作出最有利的投資，以期獲得最理想的回報。應按以下目標評估改革工作的成效：

- 更便利的服務
- 更多選擇
- 更佳的服務
- 更高效率和成本效益
- 簡化行政

第四章 我們已擬訂出五個可行的方案作為未來的路向：

- 按百分率資助方法
- 目標對象方法
- 協調式自願投保方法
- 強制式綜合投保方法
- 編定治療次序方法

不論實行那一個方案，我們同時要培養服務精神。

第五章 我們的目標是取得適當的平衡。也許採用具有下列特色的組合方案可以為市民提供更佳的健康醫護服務：

- 採用不同的收費及豁免收費方法
- 提供更多種類病房給病人選擇
- 以協調服務方式推廣自願投保計劃

**醫療政策的首要原則仍然是：**  
**不應有人因經濟原因而**  
**得不到適當的醫療服務**

歡迎市民於一九九三年九月三十日之前  
就本諮詢文件提出意見

# 第一章

## 現時的情況如何？

### 引言

香港的健康醫護體系實在值得市民驕傲。香港人口龐大，575萬市民的健康全賴完備的醫療設施和全面的健康醫護服務照顧，其中許多設施和服務更達到世界最高水準。在公營醫療機構方面，政府對醫療健康服務大力加以資助，使市民可以獲得這些服務。香港市民的健康狀況良好，與其他已發展國家比較，香港的健康統計數字毫不遜色<sup>(1)</sup>。這個驕人的成績，顯然與市民的生活方式及其他社會或文化特色有莫大的關係，但市民所獲得質量並重的健康醫護服務，亦發揮了一定的作用。

表1：健康指標的比較

		香港 (1991)	美國 (1990)	英國 (1990)	日本 (1989)	新加坡 (1990)
平均壽命 (歲數)	男性	75.1	72.1	72.9	75.9	72.1
	女性	80.6	79.0	78.5	81.8	76.8
		(1991)	(1989)	(1990)	(1989)	(1990)
嬰兒夭折率 (每1,000名出生 嬰兒的死亡率)		6.4	9.7	7.9	4.6	6.7

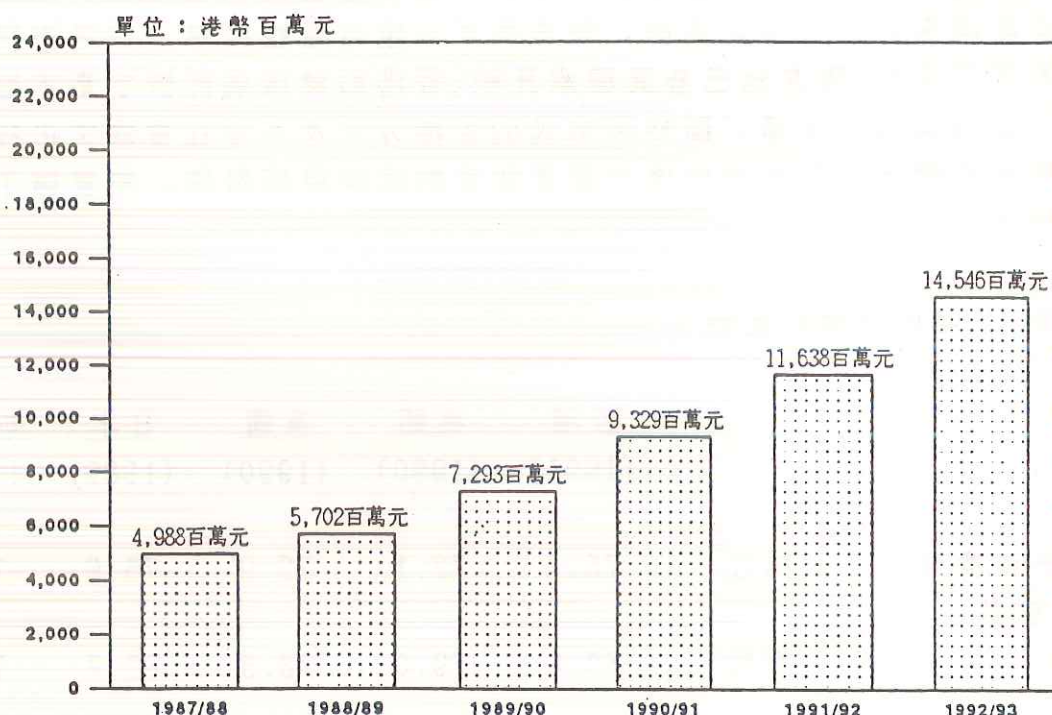
資料來源：統計處

經發表有關國家的統計資料

(1) 麥姬 (Judith MACKAY) 編著的「世界健康情況地圖集」，一九九三年西蒙與舒斯特有限公司出版。

1.2 政府承諾保障和促進本港全體市民的健康，並確保為所有市民提供醫療健康服務<sup>(2)</sup>。政府決心推行業已在法例內訂明的政策，就是不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務<sup>(3)</sup>，並且大力資助各項健康醫護服務，以履行此項承諾。一九九二至九三年度，政府在健康醫護服務方面的開支較一九八七至八八年度的開支增加兩倍（見圖1），按人口平均計算由883元增至2,529元。

圖1：政府於一九八七／八八年度至一九九二／九三年度\* 在健康醫護服務方面的開支（以當時市價計算）



\* 財政年度由四月一日至三月三十一日

資料來源：一九九二至九三年度的財政預算案

(2) 一九七四年七月發表的「香港醫務衛生服務的進一步發展白皮書」。

(3) 醫院管理局條例第4(d)條。

1.3 以本地生產總值計算，政府與私營機構每年在健康醫護服務方面的支出，合共約佔本地生產總值的3至4%<sup>(4)</sup>。這個數字尚未包括基本建設及支援服務的開支。如果將這兩項開支計算在內，則香港每年在健康醫護服務方面的開支約佔本地生產總值的6%<sup>(5)</sup>。由於各國的社會經濟情況不盡相同，故將本地生產總值作直接比較未必一定有意義，但值得注意的是，香港的數字與日本和英國的數字相若。

## 公營機構

### 基層健康醫護服務

1.4 作為香港的衛生服務部門，衛生署提供範圍廣泛的基層健康醫護服務。基層健康服務需要市民參與：壞習慣會增加社會付出的代價。基層健康服務分為促進健康和預防疾病兩大類，所涉及的範圍包括健康教育、家庭計劃、母嬰健康、免疫注射，以及疾病治療和控制。這些服務由遍布全港的診療所和健康院提供。基層醫療服務亦屬於基層健康護理，由設於全港各地的68間普通科門診診療所提供診症和配藥服務<sup>(6)</sup>。衛生署提供的其他健康醫護服務包括兒童體能智力測驗、為學童進行免疫注射和職業健康服務。當局將於一九九三年年底及一九九四年年初推出多項新的驗身計劃，為年滿45歲或以上的婦女以及年滿65歲或以上的老年人檢驗體格。

1.5 一九九一至九二年度內，衛生署普通科門診診療所的診症次數達3,956,543人次<sup>(7)</sup>，而醫院管理局普通科門診診療所的診症次數則為766,623人次<sup>(8)</sup>。一九八九年進行的一項調查顯示，衛生署的門診病人其中不少是老年人及低收入階層人士(32%年逾60歲；23.1%的每月個人入息少於3,000元)<sup>(9)</sup>。

---

(4) 一九九二至九三年度內，在上述百分率中，公共開支佔2.3%，私人消費則佔1.6%。

(5) 希爾(Joel HAY)撰寫的「香港的健康護理服務——經濟政策的評估」，一九九二年中文大學出版社出版，第11頁。

(6) 其中12間診療所由醫管局管理，其餘則隸屬衛生署。

(7) 衛生署統計數字。

(8) 醫院管理局統計數字。

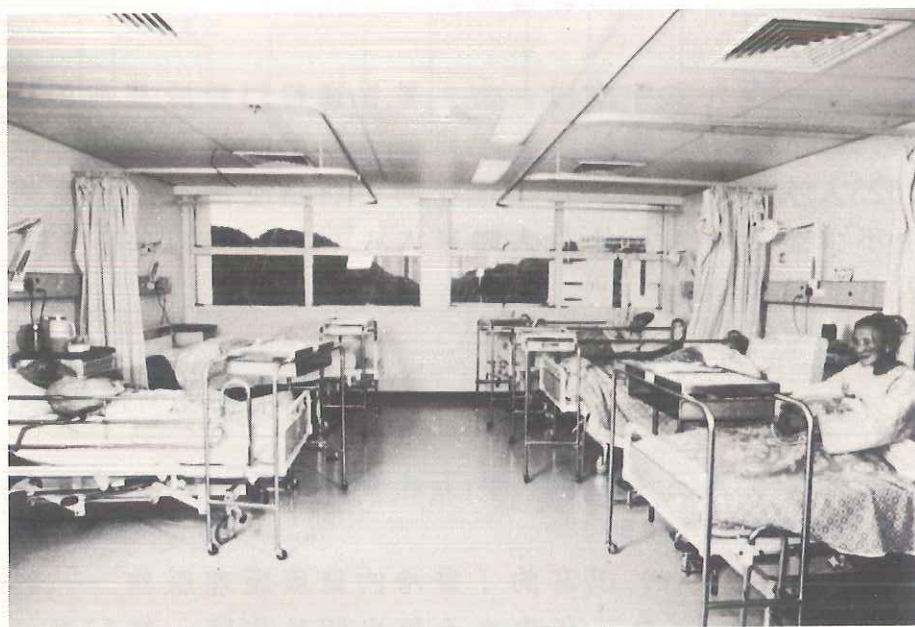
(9) 基層健康服務工作小組委託香港大學社會醫學系於一九八九年進行的一項調查。



## 醫院服務

1.6 政府醫院和補助醫院以往均是在醫院事務署監管下分別運作的。自從醫院管理局於一九九一年成立後，政府醫院與補助醫院已二合一，成爲一個統一管理的公營醫院體系。醫管局是政府架構以外的一個法定組織，負責統籌公營醫院的管理工作，至於經費及制訂整體政策事宜，則仍由政府繼續負責。

1.7 現時由醫管局管轄的醫療機構共有39間，合計有病床21,684張，佔全港所有醫院病床的84.8%<sup>(10)</sup>。單以公營醫院病床計算，平均每1,000名市民有病床3.8張。此外，懲教署等政府機構亦約有1,000張病床。公營醫院提供的服務計有急症／普通科、療養、康復、老人、普通科及專科門診、善終、社康護理及精神科等服務。雖然根據世界的趨勢，醫院病床對人口的比例正逐漸下降，但預計在香港該比例卻會上升。醫院管理局最近完成的一項檢討顯示，到二零零零年，香港公營醫院病床的預計需求爲30,660張，而根據各項籌備中的計劃計算，到本世紀末，本港的公營醫院總共可提供病床29,629張，即每1,000名市民有病床4.92張。



伊利沙伯醫院的新病房

(10) 一九九一年年底的數字。

1.8 為合理調配病床以及盡量善用資源，當局現正構思建立病床聯網系統和重新劃定一些病床的用途。當局正逐步將位於同一地區內的醫院聯繫起來，以確保各醫院互相配合，避免出現服務不足或重覆的情況。多出的普通科病床將改為護養病床和精神科病床。

1.9 一九九一至九二年度，在各公營醫院留醫的病人共有 665,729 名。按住院日數計算，約 37% 的醫院病床為年滿 65 歲或以上的病人所佔用。同年，到 12 間急症室求診的病人共 1,222,991 人次，前往專科門診診療所求診的病人則共達 4,247,805 人次<sup>(1)</sup>。

### 牙科服務

1.10 政府的口腔衛生服務的重點，是放在預防疾病和教育工作上。護理和治療服務的對象，主要是一些特定類別的人士，例如學童、偏遠地區的居民，以及有特殊需要的病人。政府亦為市民提供急症牙科服務，但只限於減輕痛楚。在預防疾病方面，衛生署負責舉辦口腔衛生教育活動，主要是以學童為對象。菲臘牙科醫院收取適合教學用的病例，以及病情超越普通牙科醫生的服務範圍，而需要專家意見的個案。該院的職員及學生並應學校及社團的要求推行口腔衛生教育計劃。志願機構亦有提供公共牙科服務，通常都是獲得香港牙醫學會協助。

### 服務收費

1.11 政府為貫徹不應有人因經濟原因而得不到適當醫療服務的政策，以及履行保障和促進市民健康的承諾，在釐定合資格接受公共健康醫護服務人士<sup>(2)</sup>所應支付的費用時，已充分考慮以下幾個因素：

- (a) 公營醫院和診療所的服務應獲得大量資助；
- (b) 收費應定於一般市民可以負擔的水平，而病人亦應分擔服務的部分費用；
- (c) 調整收費的幅度，不應脫離市民的負擔能力。

---

(1) 醫院管理局統計資料。

(2) 合資格人士通常為香港身份證持有人或其未滿 11 歲的子女。另外，由於香港與英國訂有互惠安排，英國護照持有人亦被視為合資格人士。相對而言，不合資格的人士不能獲得資助的醫療護理服務，必須繳付十足收費。

1.12 為履行保障市民健康和預防疾病的職責，以及符合一九七八年亞拉木圖宣言<sup>(13)</sup>的精神，衛生署所提供有關促進健康和預防疾病的一般服務都是免費的。這些服務包括：

- (a) 免疫注射；
- (b) 母嬰健康院提供的產前及產後護理；
- (c) 母嬰健康院為初生嬰兒至5歲的兒童提供的健康服務；
- (d) 為控制傳染病/非傳染病推行的預防疾病及促進健康計劃；
- (e) 胸肺科診療所、性病診療所及麻風診療所的診症服務。

其他預防疾病的服務只收取象徵式費用，例如家庭計劃診療所每次診症只收取診金1元；學童牙科保健計劃每年的參加費用為10元。

1.13 上述服務每次診症的經營成本為100元至400元不等。

1.14 雖然普通科或專科門診服務均收費，但其實政府已資助大部分費用（見表2）：

表2：門診服務收費<sup>(14)</sup>  
（一九九二至九三年度的數字）

	收費	平均經營成本	資助率
(a) 在普通科門診診療所就診	21元	111元	81%
(b) 在專科診療所就診	33元	313元	89%
(c) 在診療所接受注射或敷藥	9元	39元	77%

1.15 政府已大量資助住院服務收費，而各類別醫院和病房的收費是有所不同。目前每張病床每日的收費如下（見表3）：

(13) 一九七八年九月在哈薩克亞拉木圖舉行的基層健康服務國際會議，闡明各國政府須承擔提供基層健康服務的責任。

(14) 收費已包括配藥、X光檢查及化驗費在內。

表3：普通病房住院服務每日收費（一九九二至九三年度數字）

	<u>收費</u>	<u>平均經營成本</u>	<u>資助率</u>
急症全科醫院	43元	2,105元	98%
療養／護養院	43元	910元	95%
精神病院	43元	429元	90%

雖然急症全科醫院普通病房病床的平均成本為每日2,105元，但部分療程的費用則大大超出此數。例如，深切治療部病床的每日經營成本便可能高幾倍，而一次換腎手術的開支至少為20萬元，包括一年的覆診護理在內。

1.16 公營醫院私家病房的收費則高得多，而各醫院的收費亦有顯著差別。此外，私家病房病人須就專業服務、診治和療程另行繳費。不過，公營醫院所設的差不多全是普通病床。每日收取的43元只是按膳食成本計算出來，但已包括所有醫療費用在內。

1.17 目前，急症室所提供的診療是免費的，診治每名病人所需的平均經營成本428元是獲得全費資助。

#### 豁免收費

1.18 為確保香港居民不會因經濟原因而得不到適當的醫療服務，衛生署、醫院管理局及社會福利署的指定職員已獲授法定權力，豁免真正陷於經濟困難的人士的醫療費用<sup>(15)</sup>。可豁免的費用包括住院、普通科門診診療所診症、物理治療、職業治療、言語治療、社康護理、精神科社康護理等服務收費以及供應義製人體器官和矯形器具的費用。

1.19 豁免收費的申請是根據病人的經濟情況及與其健康問題有關的因素，例如所患的疾病、住院期的長短及入院次數等加以考慮。所有公共援助領款人均獲豁免收費。

---

(15) 公共財政條例第38(2)條。

1.20 一九九一至九二年度內，醫院管理局對精神病院和非精神病院住院病人的收費分別豁免了78%和13%。豁免的收費總額達61,808,966元，受惠病人共56,003人。同年，醫管局轄下專科門診診療所共向44,649名病人豁免收費3,284,622元。至於普通科門診診療所方面，則有5,448名病人獲豁免收費117,166元<sup>(6)</sup>。一九九一至九二年度內，衛生署轄下普通科門診診療所的豁免收費個案數目有79,314宗，少收款額達1,179,502元<sup>(7)</sup>。

## 私營機構

### 門診服務

1.21 本港的門診服務中，約有65至70%是由私人執業醫生提供。另有15%由政府普通科門診診療所提供。其餘則由其他類別的醫療執業者，例如公司醫生及中醫師等所提供<sup>(8)</sup>。私家醫生的診症收費視乎個別醫生、診所地點及給予病人的治療而定，他們的收費可以高過公營診療所的收費很多。根據香港醫學會在一九九二年六月所作的調查，私家醫生診症收費情況如下（見表4）：

表4：私家醫生診症收費情況

	服務	收費
全科醫生	普通診症	80元至300元
	特長時間診症	100元至300元
	在診所進行小療程	157元至700元
專科醫生	普通診症	150元至517元
	特長時間診症	200元至600元
	在診所進行小療程	315元至2,000元

資料來源：香港醫學會，一九九二年六月。

(6) 醫院管理局統計數字。

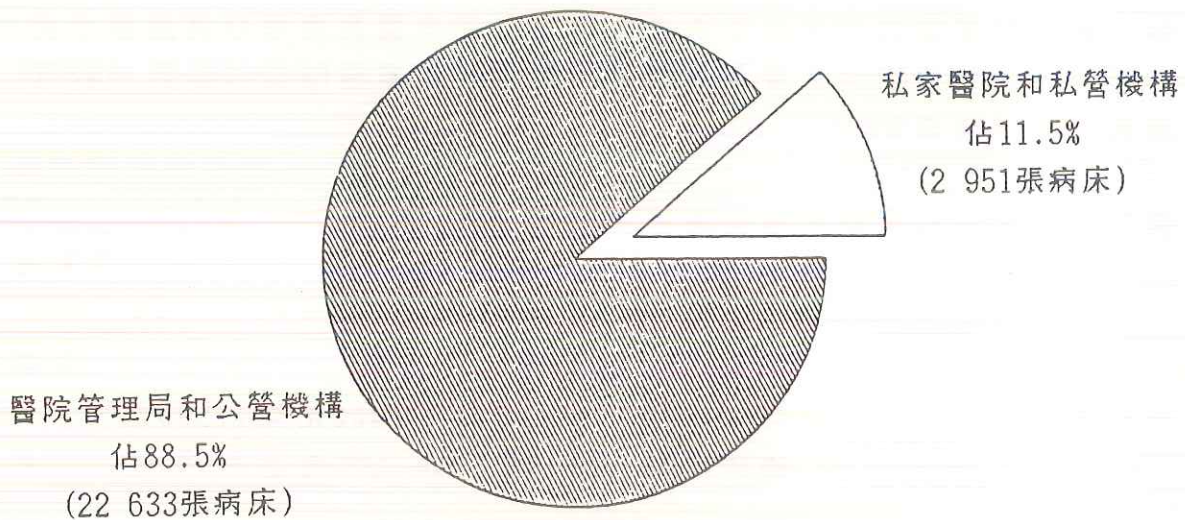
(7) 衛生署統計數字。

(8) 統計處所編製的一九八九年第一季綜合住戶統計調查；基層健康服務工作小組在一九八九年委託香港大學社會醫學系所進行的調查。

## 私家醫院

1.22 本港共有11間私家醫院，轄下病床合計幾佔全港醫院病床總數的12%（見圖2）。儘管它們毋須倚靠政府而獨立經營，但政府一向是以免收地價或收取象徵式地價方式，在指定地點為私家醫院提供土地。私家醫院所提供的服務種類一般都不及大型公營醫院那麼廣泛。然而，大部分私家醫院不是致力提供急症醫護服務，就是以高級全科醫院形式經營，並附設若干專科，配備高科技及昂貴的儀器。

圖2： 醫院病床的分布情況  
（一九九一年年底的數字）



資料來源：醫院管理局和衛生署統計數字

1.23 可能由於越來越多人購買醫療保險，最近再有人對開辦私家醫院感興趣。當局現正處理的有關申請，包括興建兩間總共設有1100張病床的新私家醫院、興建一間設有66張病床的日間外科中心，以及一間現有私家醫院申請擴建院舍，以增設500張病床。這兩間新醫院和日間外科中心會與現有的大多數私家醫院有一點不同之處，就是它們會設有本身的駐院醫療人員，而不是只為病人提供住院服務。

1.24 各私家醫院的收費差別很大。私家醫院的每日房租及膳食收費情況如下（見表5）：

表5： 私家醫院每日房租及膳食收費情況

1,000元至3,900元	....	深切治療
800元至2,900元	....	私家病房／貴賓房
450元至1,100元	....	半私家病房
180元至 475元	....	大房病床

資料來源：保柏有限公司，一九九三年一月。

1.25 上述費用屬基本收費，並未包括諸如X光檢驗、臨床診查、化驗、敷料和藥物以及使用手術室等開支，而有關費用可以高達數千元。醫生亦另外收取巡房費及手術費。醫生在私家醫院提供服務的收費情況如下（見表6）：

表6： 醫生在私家醫院提供服務的收費情況

---

全科醫生	每日診症	400元至1,500元
	臨床療程	500元至3,000元

---

專科醫生	每日診症	600元至1,500元
	臨床療程	500元至4,000元
	極大手術	20,000元至120,000元
	大手術	10,000元至50,000元
	中型手術	6,000元至25,000元
	小手術	2,000元至10,000元

---

資料來源：香港醫學會在一九九二年六月進行的調查。

下列為私家醫院外科手術收費的例子（見表7）：

表7：本港手術收費的例子

	手術收費					
	私家病床		半私家病床		大房病床	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低
(元)		(元)		(元)		
闌尾切除術	12,640	10,320	7,890	6,500	5,570	4,520
剖腹產術	17,220	14,060	10,740	8,850	7,580	6,160
簡單的小腸氣手術	18,090	4,630	11,290	2,910	7,970	2,030
眼角膜移植手術	37,060	25,810	23,120	16,240	16,320	11,310
腦腫瘤切除術：						
幕上	43,600	35,600	27,200	22,400	19,200	15,600
幕下或後窩	52,320	42,720	32,640	26,880	23,040	18,720

資料來源：香港醫療保險協會，一九九一年八月。

#### 牙科服務

1.26 與基層醫療服務一樣，本港的口腔衛生服務主要是由私人執業醫生提供。儘管牙醫與人口的比例因不同地區而可能出現很大的差別，但私人執業醫生大致上是足以應付本港大部分市民在口腔衛生服務方面的需求。不過，私人執業牙醫多數都是只着重補牙及治療工作而未能全面提供預防性的護齒服務。私營牙科服務的收費視乎多項因素而定，差別可能會很大。一般而言，市民似乎尚能負擔<sup>(19)</sup>。

(19) 醫務發展諮詢委員會屬下牙科小組委員會一九九一年提交的報告。



## 誰來支付

1.27 私人醫療費用由病人自行支付，或由僱主以給予附帶福利方式代僱員支付，有時則由病人自己或僱主所購買的保險承擔。相信許多大型私營公司均與大規模的醫療組織訂有合約，為屬下僱員提供健康醫護服務，而這些醫療組織則與一些醫院建立了聯繫。雖然私營醫療保險市場每年均有約40%的增長，但一項調查顯示，已受保的人士約只佔本港人口的14%，而受保人多屬具有較高學歷和入息較高的受薪男士<sup>(20)</sup>。

---

(20) 希爾 (Joel HAY) 編著的「香港的健康護理問題——經濟政策的評估」，一九九二年中文大學出版社出版，第25頁。

## 第二章

# 現有體系對我們有何影響？

### 問題所在

本港的公營及私營醫療機構形成了一個雙軌的健康醫護體系，這兩種截然不同的醫療機構之間，並沒有甚麼聯繫。公營醫療機構提供多種基層健康醫護服務，以預防和控制疾病，這反映出公營醫療機構承擔了保持市民健康的責任。公營醫療機構亦在普通科診療所和專科診療所提供門診服務，並在公營醫院提供住院服務，所收取的費用，大部分由政府資助，顯示出公營醫療機構為經濟環境較差的市民提供一個醫療保障網。私營醫療機構提供較多的選擇，所需的輪候時間亦較短，病人更會得到較多的個人照顧，也會較為舒適，但須繳付的費用亦往往昂貴得多。如果公營及私營醫療機構都提供類似的服務，病人從二者選擇其一時，往往是取決於他準備付出多少費用，或願意等候多長的時間。

2.2 本章所要探討的，是現行的健康醫護體系在什麼程度上可以滿足整個社會日後的期望以及個別市民的需求。由於本港的健康醫護服務環境有所轉變，有關問題的研究就更見適切。這些轉變是由於人口、經濟及社會因素所造成，同時亦將一些現正影響健康醫護體系的問題清晰地展示出來。

### 蛻變中的環境

#### 人口老化

2.3 影響健康醫護服務的其中一個因素是人口的年齡。根據一九九一年人口普查，現時香港市民的年齡中位數是32歲，到了二零零一年及二零一一年，預期將會分別提高至37歲及41歲。在老人方面，年齡達65歲及以上的人口亦有所增加，預計這類人士佔人口總數的比率，將由一九九一年的8.8%（即50萬人）分別增至二零零一年的11.6%（即71萬人）及二零一一年的12.3%（即79萬人）（見表8）。這個年齡組別的人數正以平均每年2.3%的比率增加。70歲及以上的人口增加得更快，在未來二十年可能會增加一倍，屆時這類人士佔人口總數的比率將會由5.4%增至9%。

表8： 香港的老人人口

年份	人口總數	60歲及以上 的人口	佔人口總 數百分率	65歲及以上 的人口	佔人口總 數百分率	70歲及以上 的人口	佔人口總 數百分率
1981	5,183,400	530,700	10.2	343,400	6.6	199,900	3.9
1991	5,686,600	741,100	13.0	500,000	8.8	309,000	5.4
2001	6,080,500	937,800	15.5	705,200	11.6	476,800	7.8
2011	6,479,800	1,172,400	18.1	794,300	12.3	580,900	9.0

- 資料來源：1. 一九九二至二零一一年香港人口推算，一九九二年香港政府印務局出版。
2. 一九九零年香港統計年刊，一九九零年政府統計處出版。

2.4 老人通常會有健康衰退和患染慢性疾病的情況，現代醫學延長了人類預期的壽命，但並不一定改善老人的健康。這個現象所帶來的重要影響，是老人將繼續需要耗用健康醫護服務資源一段更長的時間。

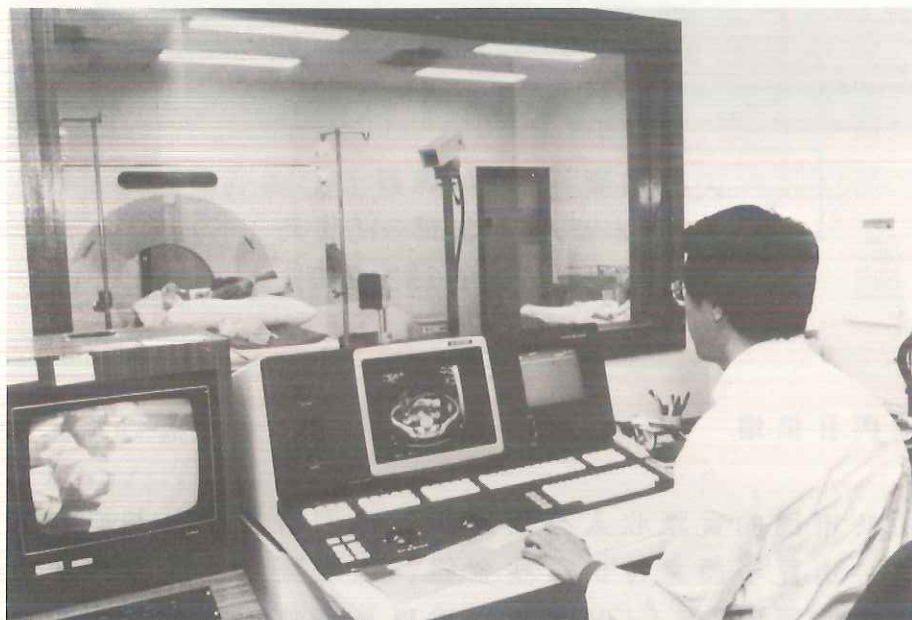
2.5 老人大都已經失去謀生能力，須倚靠政府照顧和治理。雖然60歲及以上人士只約佔人口總數的13%，但卻佔現時衛生署普通科門診診療所病人人數的32%；而65歲及以上人士(即人口總數的8.8%)，亦佔用了公營醫院病床日使用率的37%<sup>(2)</sup>。

2.6 在一九九二年，衛生署各診療所為60歲及以上人士提供基層醫療服務的開支約為1.41億元。如果這個年齡組別的人數按預測增加，到二零零一年及二零一一年時，提供上述服務的開支，以現時的價格計算，將分別增至1.78億元及2.23億元，增幅分別為27%及58%。另一方面，為65歲及以上人士提供的住院服務的開支，以現時的價格計算，亦將由一九九二年的27.21億元，增加至二零零一年的38.38億元以及二零一一年的43.23億元，增幅分別為41%及59%。我們必須設法滿足這些老人的需要，以饋謝他們所作的貢獻。

<sup>(2)</sup> 參閱上文第1.5及1.9段。

## 醫療費用不斷上升和醫學界面對的新挑戰

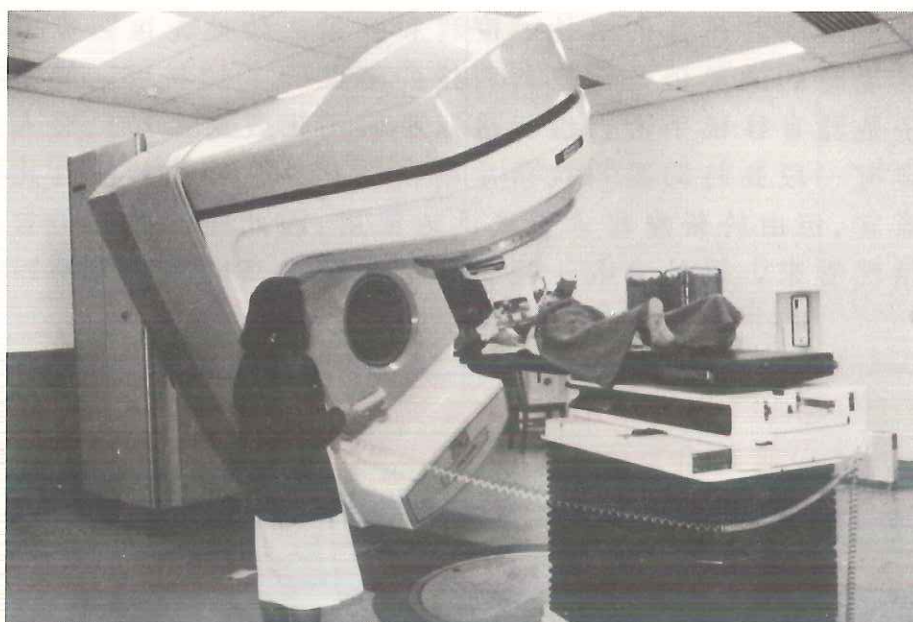
2.7 過去二十年來，醫學發展一日千里。醫學界發現了新療法，對付以前屬於不治之症的疾病，而治理其他疾病的方法亦日趨先進，兩者都牽涉使用極其昂貴的藥物、療程和設備。雖然先進醫療方法成本昂貴，但現時的趨勢仍是因應新科技的發展而多加利用，其中一個典型的例子是器官移植手術，進行這類手術不但費用高昂，病人在手術後更需要有一段長時間服用抗排斥藥物。此外，即使新療程比被取代的療程廉宜，但由於新療程會更廣泛地使用，因此整體開支仍會上升。從這個情況看來，為社會人士提供醫療服務的總開支將會不斷上升。



電腦掃描機

(資本成本：每部1,150萬元；  
經常費用：每年100萬元)

2.8 醫學科技與新挑戰競賽，不斷取得進步。對於一些新近發現的疾病，例如愛滋病，醫學界必須研究出合適的新藥物和特別療程。至於那些可能會嚴重危害健康的疾病，就更要採取全面的措施，以提高市民的警覺，俾能加以預防。與此同時，我們亦需要加深市民對有關病患的了解和同情，並確保病患者不會受到不公平的對待。為推行這些措施，政府和整個社會都要動用龐大的資源。



直線加速器

(資本成本：每部815萬元；  
經營費用：每年733,000元)

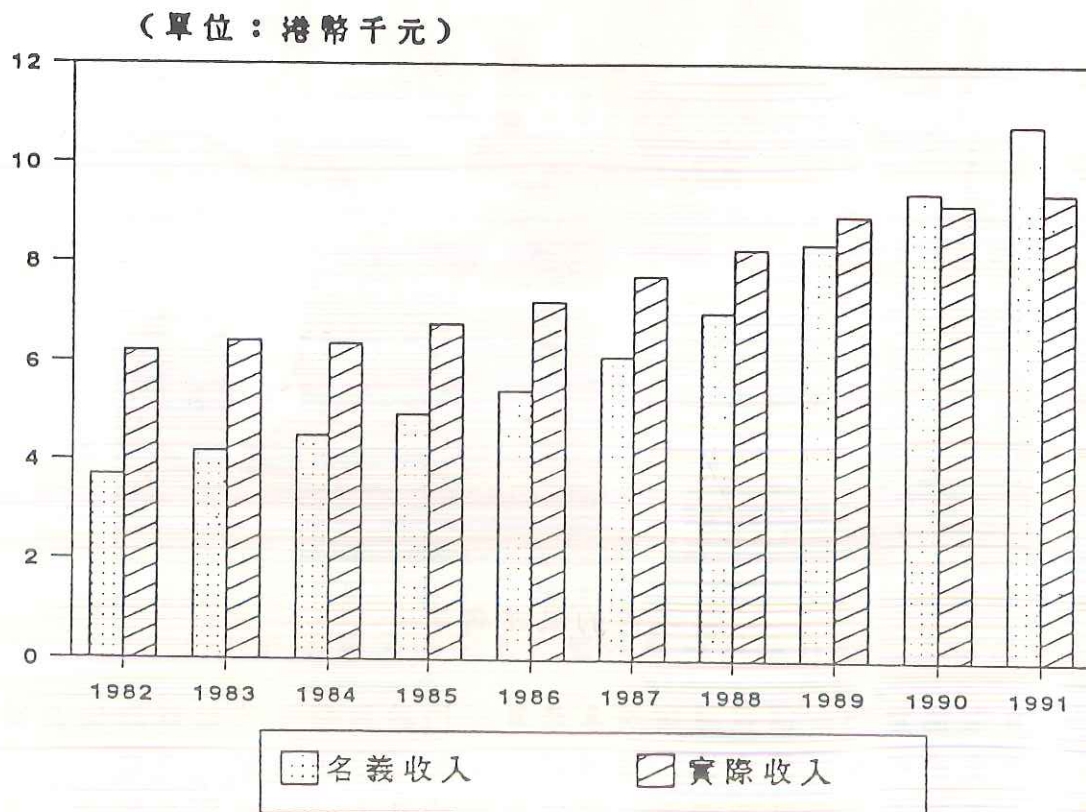
### 市民期望與日俱增

2.9 由於市民的實際收入有所增加，他們對於貨品和服務的要求亦不斷提高。消費者願意付出多些金錢，換取更佳品質和更多選擇。出現這個現象的原因之一，是資訊傳遞更為方便，人們對事物有更多認識，可以作出比較。市民不單對一般消費物品的要求有所提高，對教育、房屋及健康醫護服務等亦然，而且已有跡象顯示，香港人對現有一些公營醫院和診療所的設施和環境，不再感到滿意<sup>(2)</sup>。

---

(2) 香港電台於一九八九年委託進行的一項獨立調查顯示，有45%的被訪者贊成增加收費，以提高政府醫療服務的質素。這些表示贊成的人士當中，有65%認為住院費用應該增加，而有55%則認為急症室的服務應該收費。自一九八九年以來，政府醫療服務收費的增幅，從未有高於通貨膨脹率。

圖3：本港家庭每月收入中位數



資料來源：政府統計處

## 現時的問題

### 體系的負荷

2.10 人口分布的轉變、醫療費用的上升、醫學新挑戰的出現，以及病人期望的提高，均對健康醫護體系帶來新的壓力。直至最近，醫院仍往往是布滿了帆布病床，人龍依然擠滿各診療所，這是經常招致公眾人士不滿和投訴的原因。上述一些問題可以藉着更佳的管理來解決，事實上，醫管局現正致力在這方面作出改善。衛生署亦正着手縮短轄下診療所的輪候時間以及改善輪候地方的環境，令病人感到更方便、更舒適。但矛盾的是，這些改善工作卻會吸引大量新病人從私營醫療機構湧入，因而使舊問題更加惡化。



醫院內的帆布病床

2.11 負荷過重的一個較隱晦現象是專科門診診療所的輪候時間長得驚人。這是指病人在轉介後，須等候多少時日才獲得第一次診治。這可能是人手和資源不足所造成，但亦有可能是由其他原因所引致，包括不必要的轉介、沒有審定緊急個案的制度、診療所時間安排欠佳、處理的個案有限，以及只有由私家醫生和私營醫療機構單向轉介。入院留醫或動手術的輪候時間也很長，亦可用同樣理由加以解釋。



病人輪候的情況

## 人手短缺

2.12 由於健康醫護人員須在充滿壓力的環境下長時間工作，他們的士氣因工作過勞而備受打擊。這使招聘人手和挽留員工的問題變得更難解決。當局有見及此，遂對醫生、護士和輔助醫療業人員的薪酬和服務條件作出多項改善。為了更妥善地管理醫院和加強醫生的深造訓練，當局分別成立了醫院管理局和香港醫學專科學院，這都是本港醫務發展史的重要里程碑。雖然當局已致力改善，但招聘和挽留護士的工作，仍然困難重重。由於護士有時需要執行一些非專業和粗重的職務，相對其他工作而言，護理工作難免令人深感失望和提不起興趣。醫院的人手比例已變得不合時宜，對現時的情況不再適用。我們顯然有需要重新訂定方針，例如編定護士的職務，以及改善他們的職業前途和受訓機會。設立病房事務員和診所助理員執行非專業職務的措施，以及發展專業性的專科護士，不過是我們邁步向前的開始。由於醫學科技的發展一日千里，我們必須掌握更多專業技能和邁向專科化。因此，我們必須作出更大的努力。醫院管理局進行的人手檢討現已接近完成階段。該局在完成檢討後，便會制訂全面的策略和行動方案。

## 不公平的收費制度

2.13 所有公共健康服務均得到政府大量資助，在大多數情況下，資助額高達成本的80%或以上，所餘之數，則按劃一的款額收費，將一切費用包括在內。這種做法的理論根據，是公營醫療機構應為較不幸的人提供保障，以確保不會有人因為經濟原因而得不到適當的醫療服務。事實上，即使有能力負擔的人士，亦使用政府大量資助的服務，特別是醫院服務。而且，對使用公共健康服務的病人收取廉宜的費用，未必能使公眾人士知道維持市民健康需要龐大的經費。

## 缺乏選擇

2.14 私家醫院提供不同等級的病床供病人選擇，但一般而言，收費相當昂貴<sup>(23)</sup>，很多病人因而唯有入住公營醫院。公營醫院所設的，差不多全部都是普通病房病床。不過，這些病人當中，很多人是有能力亦願意支付超過每天43元的費用，以獲得較為舒適和清靜的住院環境。在現行體制下，他們別無選擇，只可入住獲得政府大量資助的普通病房。

---

(23) 見表5、表6及表7。



## 缺乏聯繫

2.15 雙軌的健康醫護體系將公營及私營醫療機構明確劃分，使兩者難以建立聯繫。舉例來說，某家醫院若干先進儀器可能未被充分使用，但同類儀器在其他醫院的使用情況卻是到了極限。因此，我們有需要設立一個更完善和更有效的轉介制度。

## 私營機構

2.16 上文各段所討論的問題，大部分與公營醫療機構有關，但私營醫療機構本身亦有問題。由於專科服務供不應求，專科醫生收取很高的費用。我們需要培訓更多專科醫生。這個問題會隨着新的香港醫學專科學院的成立而得以解決。此外，沒有釐訂收費表和收費似乎過高往往為人所非議。由於沒有收費表，醫療保險業難以訂定標準保險收費或為市民提供不設限制的保障。一般而言，我們認為私營醫療服務收費高昂，限制了病人作出選擇和進入私家醫院接受治理的機會。雖然政府不宜為私營醫療機構訂定收費，但為了保障消費者的權益，業內人士理應自行公布收費表。

# 第三章

## 何去何從？

### 改革的需要

政府用於健康醫護服務的開支，一向均為每年財政預算的9%左右。驟眼看來，解決第二章所述公營醫療機構所面對的問題的方法似乎就是增加資源。事實上，在顧及本港的整體經濟增長，以及教育、房屋、運輸和保安等其他同樣重要的政策範疇的財政需求下，政府計劃於未來五年內，將健康醫護服務的經常開支實質增加22%<sup>(4)</sup>。

3.2 不過，由於醫療服務開支在過去已比整體經濟增長率上升得更急速，而此趨勢仍有可能持續下去，因此，僅是增加上述的公共開支，顯然是不足以解決健康醫護體系的問題，或實現市民所期望的改善措施。我們不但需要撥出更多經費，亦要以更有效率及更切合成本效益的方法去運用開支。

3.3 現行的健康醫護體系的財政基礎過於狹窄，而提供醫療服務的公營及私營機構亦沒有足夠聯繫。除非我們重新訂定公共健康醫護服務的財政結構，以及設立新機制，使私營醫療機構能夠提供更多市民負擔得起的服務，否則，本港的健康醫護服務的質素很可能會下降。

3.4 公營醫院是健康醫護體系的主要組成部分，而公營醫院改革的需要，尤其明顯。不少影響公營醫院的問題，是與服務的收費、支付方式和提供方法有關；至於公營部門及私營機構所提供服務的比重和分配情況，也與上述問題息息相關。這些問題並不是採取簡單的方法，例如增加健康服務的經常開支，就可輕易解決。長遠而言，為了真正改善健康醫護服務，必須進行更廣泛的改革。

---

<sup>(4)</sup> 「香港的未來：五年大計展新猷」，總督於一九九二年十月七日在立法局一九九二至九三年度會期首次會議席上發表的施政報告，政府印務局印行。

3.5 香港並非是唯一需要改革健康醫護體系的地方。在「經合發展組織」<sup>(25)</sup>的24個成員國中，有18個國家已將改革健康服務體系列為主要工作。事實上，美國的新政府亦已將這方面的改革工作定為優先處理事項。至於英國和新西蘭等其他國家，也認為有需要檢討本身的健康服務體系。激發改革的部分原因，是各國所共有的，其中包括人口老化和醫療服務成本上漲。至於其他導致改革的原因，則各國有所不同。一般而言，改革的趨勢是把政府資助及運作的體系與由多人參與的自由市場體系融合。以公營為主的體系現正加入私營原素，而以私營為本的體系則受到更大的公共管制。各國會按照本身體系所見的缺點而分別制訂詳細的改革建議。

3.6 在香港，醫院管理局的成立，標誌着長遠改革的開始。把醫療護理中提供資金與提供服務兩個角色分開，以及把所有公營醫院服務撥歸一個獨立機構統籌後，預料公營機構的服務效率將會有所改善。現在正好研究對健康醫護體系有較深遠影響的結構性問題，以便採取措施擴闊服務的範圍、提高服務的水平以及使公眾人士更易獲得有關的服務。這樣做正符合社會及健康醫護專業人士的期望。

## 目標

3.7 第二章所討論的問題，都是與健康醫護服務的實質安排有關。我們要全面推行改革，應該從環境及人手兩方面改善服務質素。理想的健康醫護體系應具有下列各項特點：

- \* 更便利的服務
- \* 更多選擇
- \* 更佳的服務
- \* 更高效率和成本效益
- \* 簡化行政

---

<sup>(25)</sup> 「經合發展組織」為「經濟合作及發展組織」的縮寫。

下文就這些特點分別加以說明，並對現行健康醫護體系作出扼要評估。其中一些特點會互相抵觸。最理想的體系是取長補短，力求均衡，以滿足社會、個別使用者及服務提供者三方面的需要。而最終目的是縮短輪候時間，使急需健康醫護服務的病人盡早獲得醫療，以及確保財政結構符合公平原則，即具有較佳經濟能力的人士將會獲得較少的資助。我們會在下一章研究各項可供選擇的方案。

### 更便利的服務

3.8 市民都應獲得更便利的健康醫護服務。此項原則重申有關政策，就是不應有人因經濟原因而得不到適當的醫療服務。

3.9 目前，一般人都認為需要提高市民獲得公營醫院服務的機會。公營醫院收費雖然低廉，但輪候時間很長，這是病人一直須面對的問題。另一方面，由於醫療保險在香港並不普及，私家醫院的收費又很昂貴，很多人只有望而卻步。因此，在現行體制下，病人獲得醫院服務的途徑，並不足夠。

3.10 相反而言，主要是由私家醫生或私營機構提供的基層醫療服務，一般市民均能負擔得起。基層健康服務的要素在於大家一同參與，而各有關機構在提供服務方面亦要互相配合。

3.11 推行改革的目的，是讓病人獲得更便利的公營及私營醫療機構服務，與此同時，繼續保障有經濟需要的病人。

### 更多選擇

3.12 真正的選擇意指負擔得起的選擇。就本港的現況而言，重點並非在於醫療服務的種類和質素，而是提供服務的方式和環境，因為服務的種類和質素會經常隨着國際的標準而改進。由於香港日趨富裕，當局認為健康醫護體系的重點，應由提供基本而足夠的醫療服務，轉為更着重方便、清靜和舒適等因素，以滿足社會人士的期望。

3.13 私營醫療機構的收費一般較為昂貴，但病人可選擇醫生和病房等級；而在公營醫療機構方面，病人只可選擇前往某一間門診診療所就診，但不能選擇醫生。公營醫院在病房方面只有很少選擇，難以滿足不同需要和不同經濟能力的病人。

3.14 改革工作的目的，是給予病人更大的選擇自由，尤其有關醫院病房和環境方面。

#### 更佳的服務

3.15 病人是顧客，有權期望從健康醫護服務提供者獲得妥善的服務。現時的健康醫護體系一直為人所詬病，認為既冷漠而又欠缺人情味。服務提供者與病人的關係實須改善。

3.16 改革工作的目的，在於灌輸一種以病人為本的服務精神，並加強社區參與，使服務提供者更為了解病人的需要。醫院管理局和衛生署現正繼續採取有關措施，以達到此目的。

#### 更高效率和成本效益

3.17 提高效率及成本效益的意思是提供有效和符合經濟原則的健康醫護服務，使社會及個別使用者付出金錢而感到物有所值。這亦意味着將成本控制於社會負擔得起的水平，各服務提供者因而須進行較激烈的競爭。

3.18 直至目前，公營醫療機構均規定每年的支出上限，以控制成本。但需求上升時，除非取消上限，否則採取這個方法會導致服務質素下降。這個問題在醫院服務方面尤為嚴重，因為醫院的經營成本較高，並且較易受到昂貴的新醫學科技所影響。

3.19 改革工作的目的，在於利用更有效的方法運用資源，從而控制成本。成本並非只是涉及每間醫療機構開支多少的問題。有關方面必須緊密監察成本轉移和整體社會開支等問題，使成本保持在受控制的水平。策劃改革路向時，有關方面必須考慮服務提供者、消費者和作為第三者的財務機構（如保險公司）在財政上所受到的影響。

3.20 公營醫療機構之間的聯繫須予以改善。例如，應將病情已穩定下來的專科門診診療所病人，轉介回經營成本較低廉的普通科門診診療所覆診。改善資料管理系統及病人病歷紀錄有助於達到此目的。同時，公營及私營醫療機構應在共同使用設備方面加強合作，務求物盡其用。

## 簡化行政

3.21 簡單的行政管理有不少好處，例如成本低廉、反應迅速以及服務效率較高。複雜的行政管理，不但會帶來繁文褥節和官僚作風，而且會導致成本上升。

3.22 雖然在辦事方面，醫院管理局比以前的政府機構較為靈活，但公營醫療機構始終受到限制，需要遵照煩瑣的程序行事。與發還款項的制度比較，規定大多數病人在使用服務時以現金付款的做法，有助減低公營和私營醫療機構的間接成本，並可簡化行政工作。此外，藉着電腦化推行「毋須用紙」的制度，可進一步減少文書工作。公營醫療機構進行電腦化，將有助改善病歷紀錄和藥物標籤工作，而不會使行政工作變得更為複雜。

3.23 改革工作的目的，在於改善健康醫護體系，而不致使行政工作變得更複雜，因為複雜的行政工作會影響成本、工作效率和服務所受到的歡迎程度。

## 第四章

# 如何達到目標？

### 可行方案

正如上文第 3.3 段所述，要改革本港的健康醫護體系，就必須重新訂定公共健康醫護服務的財政結構，並且改善市民獲取私營醫療機構服務的途徑（以及加強公營與私營機構之間的聯繫），才能發揮效用。

4.2 政府在制訂改革方針時，曾集思廣益，聽取醫療保險研究小組和衛生福利服務收費及豁免制度研究小組的意見。這兩個工作小組的成員來自各行各業，提供了不少關於醫療、保險、工商管理、法律、會計、高等教育和保障消費者權益等方面的專業知識和見解。這兩個小組的建議，業已另行公布，現在發表諮詢市民意見的部分方案，就是以這些建議為基礎。政府除了根據本港的經驗外，還參考了外國，包括英國、美國、加拿大、新西蘭、澳洲和新加坡的改革計劃。

4.3 政府已找出 5 個可行方案（連同變通辦法）來改革現行的雙軌體系。為方便起見，現將這 5 個方法分別稱為：

- (a) 按百分率資助方法
- (b) 目標對象方法
- (c) 協調式自願投保方法
- (d) 強制式綜合投保方法
- (e) 編定治療次序方法

(a)和(b)是收費和豁免收費的方法；(c)和(d)是改善本港健康醫護服務財政結構的方法；(e)則是分配資源的方法。這些方法並不是互相排斥的，可採用不同的收費、改善財政結構和分配資源方法來組成可行的方案。

4.4 鑒於現行的公營醫院體系仍有不足之處，維持公營醫院的現況並不是一個可行的方法。因此，當局並沒有把這個方法納入本章討論的方案內。整體來說，公營基層健康服務體系反而運作良好。這體系吸引了 15% 需要基層醫療服務的人士，其中老人或低收入人士為數頗多<sup>26</sup>。

---

<sup>26</sup> 見第 1.5 及 1.21 段。

## 方案 A :

### 按百分率資助方法

4.5 目前，公營醫院的普通病房病床每天收費43元，包括住宿、膳食和所有醫療護理費用(例如藥物、化驗和手術費)在內。所收取的費用只反映膳食的成本，與提供服務所需的實際成本無關。實際的成本由精神科醫院每天429元至急症全科醫院每天2,105元不等，而政府的資助額則為90.0%至98.0%。大多數病人都不知道實際的成本或所獲得的資助額。不論經濟需要，所有公營醫院的病人均獲劃一的資助額。

4.6 如採用按百分率資助方法，當局會按劃一的百分率資助各類醫院的經營成本。為了增加病人對成本的認識，經營成本和資助額都會印在病人的賬單上。下表(見表9)列出根據不同的資助率而相應收取的費用：

表9：在不同的假定資助情況下，普通病房的每日收費比較(按一九九二至九三年度數字計算)

		普通病房的收費 以下列的假定資助率計算			
醫院類別	經營成本	假定 資助95%	假定 資助90%	假定 資助85%	假定 資助80%
急症全科	2,105元	105元	210元	316元	421元
療養／護養院	910元	46元	91元	137元	182元
精神科	429元	21元	43元	64元	86元

上述方法獲得斯科特顧問公司報告書<sup>(27)</sup>的贊同。該報告書建議成本回收總額的比率可逐漸增加到15至20%。成本回收的比率若為15%，則

(27) 斯科特顧問公司受委託編撰，並於一九八五年十二月提交政府審議的「關於醫院提供的醫療服務報告書」。



收費仍略低於家庭每年收入中位數的2.8%<sup>(28)</sup>。爲了照顧無法支付有關費用的人士，當局會保留豁免收費制度。

### 優點

4.7 有人認爲按百分率資助方法是訂定公營醫院體系財政結構的公平辦法。這個辦法對較有能力支付費用的人士，提供較少資助，而無法支付的人士則可獲豁免收費。這亦是一個合理的收費辦法。公營醫院服務使用者不會如在現行的制度下，只支付膳食成本，他們將會負擔部分治療費用。而且，在精神科醫院和療養／護養院長期留醫的病人所支付的費用，比在急症全科醫院短期留醫的病人所支付的還要少。這個方法還有另一項優點，就是使病人和健康醫護專業人員更留意服務的成本，因而有助於抑制整體成本。最後，保留每天劃一收費的做法，而不是根據每項治療收費，可使行政制度保持簡單。

### 不足之處

4.8 提供健康醫護服務是政府的重要責任。提高急症全科醫院收費的做法，即使由其他類別醫院實施減費加以抵消及即使已設立豁免收費制度，仍可能會被視爲政府有退縮之意，不再堅決承擔確保全港市民獲得健康服務的責任。此外，提高收費以增加收入亦可能導致申請豁免收費的個案數目增加。更重要的一點是，單憑固定資助方法並不足以解決現行體制內若干問題，尤其是沒有提供新的服務供病人選擇，而且以政府的一般稅收資助公共健康服務的做法，其基礎仍然是過於狹窄。

---

<sup>(28)</sup> 2.8% 這個數字是根據病人在公營醫院平均留醫4.4天、一九八九年的收費水平以及家庭每年收入中位數10萬元計算出來。這些數據是臨時醫院管理局於一九八九年委託進行的一項調查所得的結果。由於醫院收費自此只隨通貨膨脹提高，有關數字現在仍應大致相同。

## 方案 B :

### 目標對象方法

4.9 目標對象方法由兩個要素組成，並附有豁免收費辦法：

- (a) 公營醫院設置半私家病房
- (b) 逐項收費
- (c) 豁免目標對象收費

這個方法的目的，是為公營醫院的病人提供更多選擇，同時以更公平的方法改善公營醫療機構的財政結構。換句話說，政府的資助是更準確地針對有需要的人士。

4.10 半私家病房的住宿水準，是介乎沒有任何資助的私家病房與獲得大量資助的普通病房之間。這些病房旨在令有能力負擔的病人更感清靜、方便和舒適。每間可容納6至8名病人的半私家病房，均裝有電視機和電話，並附有浴室。病人可選擇膳食，而探病安排亦可較具彈性。病人並可獲准聘用私家護士和幫傭。不過，在選擇醫生或排期接受非急需的外科手術方面，他們如普通病房的病人一樣，不會獲得優待。所有病人均會透過相同的程序獲得各項質素相同的醫療服務。

4.11 醫院方面則會收取劃一數額的費用。舉例來說，這筆費用可定為每張病床每天經營成本的40%或60%，不足之數則由政府資助。下表（見表10）列出根據不同的資助率而相應收取的費用：

表10：在不同的假定資助情況下，半私家病房的每日收費比較（按一九九二至九三年度數字計算）

#### 半私家病房的收費 以下列的假定資助率計算

醫院類別	經營成本	假定資助60%	假定資助40%
急症／全科	2,105元	842元	1,263元
療養／護養院	910元	364元	546元
精神科	429元	172元	257元

以每名病人在公營醫院平均留醫4.4天<sup>(29)</sup>而言，入住急症/全科醫院半私家病房的平均費用，如獲得60%資助，約為3,705元，如得到40%資助，則約為5,557元。把這些數字與抽查住院病人的家庭收入統計數字（見表11）比較，便可知道一般市民是否有能力負擔有關費用。

表11：住院病人的每月家庭收入

每月家庭收入 (元)	醫院類別			
	公營		私營	
	病人人數 (以千名計)	%	病人人數 (以千名計)	%
少於4,000	4.9	5.6	0.6	1.6
4,000至5,999	10.7	12.2	1.6	4.5
6,000至7,999	16.5	18.8	2.0	5.8
8,000至9,999	9.4	10.7	3.4	9.9
10,000至13,999	18.1	20.6	6.1	17.7
14,000至17,999	9.8	11.1	5.6	16.0
18,000至29,999	13.9	15.8	9.1	26.4
30,000或以上	4.5	5.1	6.3	18.1
總計	87.9	100.0	34.6	100.0
中位數(元)		10,552		16,615

資料來源：政府統計處，一九九一年。

4.12 務須強調的是，病人是否入住半私家病房，完全由自己決定，院方不會逼他入住半私家病房的。病人如要求入住普通病房而未有病床空出，則會被安排入住半私家病房而只須繳付普通病房的費用，直至有普通病房病床可供使用為止。

(29) 一九八九年臨時醫院管理局調查報告；見註釋第28條。

4.13 預計初期可撥出約2,000張病床供半私家病房使用。這類病床的實際數目會因應需求情況而釐定。

4.14 逐項收費表示當局會就現時包括在劃一數額收費內的某些程序另行收費，目的在於更準確地反映提供特別服務的額外成本，和控制納稅人的負擔：

(a) 入院費

根據醫院管理局於一九九二年進行的研究，留醫病人住院第一天的成本，較留醫期間的其餘日子昂貴2.3倍，原因是很多程序須在第一天辦理。此外，在全部留院病人中，留醫少過兩天者佔31%，而這些病人大部分根本毋須入院留醫。倘若收取入院費，例如100元，在一定程度上有助於抵消邊際成本。

(b) 首次轉介專科診療所

當局可收取首次登記費，例如50元，以抵消為第一次到專科診療所求診的病人安排額外測驗和有關程序所需的部分額外開支。

(c) 專科診療所的藥費

現時，由於專科診療所的病人往往不按照指示服藥，大量昂貴藥物因而白白浪費。倘若逐次收取配藥費或逐項收取藥費，當可令病人更深刻認識到藥物的成本。

(d) 急症室服務的使用

現時，急症室服務是免費提供的。由於急症室所提供的服務和有關的成本與專科診療所的服務和成本相若，理應收取相同的費用。加拿大和新加坡等國家，亦有收取急症室服務費。

在以上各種情況下，當局會顧及病人的負擔能力，審慎釐定額外收費的水平。確實陷於經濟困難的病人會獲當局豁免收費。

4.15 豁免目標對象收費的辦法是按入息水平編定病人的組別。屬於不大有能力負擔費用組別的人士，會自動獲得豁免收費而毋須逐次提出申請。可列入這些目標對象的人士計有：

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (a) 領取公共援助的人士       | — 完全豁免（與現行做法一樣） |
| (b) 領取傷殘津貼的人士       | — 部分豁免          |
| (c) 70歲及以上領取高齡津貼的人士 | — 部分豁免          |
| (d) 患慢性疾病的失業人士      | — 部分豁免          |

實際的目標對象及豁免比率須經審慎調查後方能訂定。其他類別的病人如提出申請可獲酌情豁免收費的做法仍會維持不變。

#### 優點

4.16 採用目標對象方法，可以使到公共健康醫護服務的財政結構變得更為公平，因為有些人士願意及有能力為享用更為舒適的服務付出較高費用，故可將原本用於他們的公共資助，撥給經濟上有需要的人士。設立半私家病房之後，那些希望得到比普通病房為佳的服務，但又覺得頂級的醫院醫護服務收費過於昂貴的人士，便真正能有所選擇。此外，半私家病房的設立亦會促使公營醫院與私家醫院進行良性的競爭，以及促使更多人投購個人醫療保險。半私家病房的收費水平亦可以作為私家醫院收費的標準。長遠而言，這些方面的發展會誘使病人放棄公共醫療服務，從而減輕公營醫療機構的負擔。公營醫院會繼續開設普通病房，以確保負擔不起或不願負擔半私家病房收費的病人，仍可入院留醫。最後，目標對象方法以現行體系為基礎，在行政方面既容易施行，又能有效地控制成本，而豁免目標對象收費的做法，又可省卻分別處理每宗豁免申請的行政費用。

#### 不足之處

4.17 目標對象方法所受到的批評主要有兩點，都是與設立半私家病房有關。第一，反對者會認為設立半私家病房可能導致病人向公營醫院倒流，使公營醫院的服務百上加斤。第二，為了設立半私家病房，可能要削減普通病房的病床數目。上述兩項疑慮都沒有根據，因為市場機制自會顯示適當的收費水平及須提供的病床數目。而且，沒有人會被逼選擇入住半私家病房。

## 方案C：

### 協調式自願投保方法

4.18 保險是一門如何分散風險的科學。保險的構思是，假如有一大批人把金錢湊合起來成為匯集基金，當其中有人遭受損失時，便可從匯集基金提取金錢以紓捥困。協調式自願投保方法是一個政府參與程度較少的方案。這方案設立一個架構，使各私營保險公司可以採取更開放及透明度更高的方式營業，彼此進行競爭。這些保險公司可以將醫療投保計劃呈交一個指定的機構批核，而這個機構可以是法定的。投保計劃必須符合若干項準則方會獲得批准，其中包括足夠的承保範圍及適當的保金。由指定機構批准的做法，可視為向消費者提供質素保證。不過，任何人均不會被逼購買保險。在投買保險時，保費可由投保人自行繳納，亦可由僱主代繳，作為向僱員提供的附帶福利。

4.19 並非所有醫療保險計劃都要獲得批准；只牽涉私營醫療設施的計劃可獲豁免。但保險公司可情商該核准機構對有關計劃加以審核。凡牽涉公營醫療設施的計劃，不論是否同時涉及私營醫療設施，均須交由指定機構核准，方可在市場上推出。該指定機構是由保險業、醫學界及消費者的代表組成。該機構的工作並不會與保險業監理處的現行職務重覆。其他運作上的細節將在該法定機構成立後才制訂。

#### 優點

4.20 對投保人士而言，這方法的最大優點是能夠保證獲批准的計劃，無論在承保範圍或相應收取的保費方面，都獲得獨立的批核。此外，由於保險公司互相競爭，投保人會有更多選擇，而基本保費亦會維持在具有競爭力的水平。至於沒有能力或不想購買保險的人士，則仍可獲得由政府大力資助的公共醫療服務。更為重要的是，該計劃不但容易管理，而且能促使很多病人轉離公共醫療服務，讓有需要的人士能更易獲得這些由政府大量資助的服務。實施這方法後，政府與具有較佳能力照顧自己的人士，便能更公平地分擔健康醫護服務所需的經費。此外，該方法亦可加強公營機構與私營機構之間的聯繫，尤以在使用昂貴儀器方面為然，從而減少現行的雙軌健康服務體系所產生的隔閡。

## 不足之處

4.21 所有商營保險計劃都要評定風險，所收取的保費水平反映出投保人申領利益的可能性，而最有需要利用此項保障的人士可能會被拒諸門外。結果，大部分屬高風險類別的人士，仍須依靠公營體系下的醫療服務。儘管採取抑制成本措施，推行任何保險計劃，難免會導致公營及私營機構在健康醫護方面的開支增加，其中很多開支是耗費在行政費用上。此外，投保人數亦會隨着經濟情況而波動。這些因素必須慎重考慮，確保不會得不償失。

## 方案 D :

### 強制式綜合投保方法

4.22 按照這個構思，香港所有家庭必須加入一項強制式醫療投保計劃。這項計劃由政府或特別為此事而成立作為中央承保人的一個法定組織統管，以避免評估風險、拒絕承保及其他經常在保險業出現的問題。設立中央承保人亦可使資源集中，保險費因而得以減低。這項保險計劃的範圍包括公營及私營醫療機構所提供，達至一定水準的基層健康及住院服務。如採用這個方案，提供醫療服務的公營機構當會更積極地推行收回成本策略。參與這項計劃的人士可自行向私營醫療保險公司購買額外保險，以加強保障。

4.23 強制式綜合投保方法可作出多種變化，一切須視乎誰人支付保險費、保障範圍以及計劃的架構而定。可為所有受保人釐定相同的保險費，亦可按年齡及風險分別釐定，也可規定保險費為受保人入息的一個百分率。保險費可由政府及／或受保人及／或僱主支付。至於沒有能力支付保險費的人士，其保險費可由政府或其他受保人資助。中央承保人亦可作為唯一提供醫療服務的機構，從而摒除所有私營醫療機構，造成公營醫療機構壟斷服務或醫療服務全面「公營化」的局面。另一個做法是中央承保人只負責處理有關財務的事宜，並將公營醫療機構「私有化」，而政府則將醫療服務批給獨立的醫療機構營辦。市民因而毋須加入中央計劃，但須購買提供指定保障的私人保險。又或者規定市民加入「保健組織」或「疾病基金組織」。這些組織須直接為成員提供醫療服務，或將有關服務批給外界承辦。

#### 優點

4.24 強制式綜合投保方法為所有市民提供基本的醫療保險。根據分攤成本的原則，將保險費與入息掛鉤，是為健康醫護服務提供經費的一種較公平做法。倘若僱主須為僱員支付保險費，公營醫療服務經費的來源便得以擴展。



## 不足之處

4.25 強制式及／或中央統籌保險計劃的主要問題，是與結構和實效有關。倘若規定僱主為所有僱員投購保險，僱主便會將個別保險合併，保險費的分布因而並不平均。對僱主而言，這是一項無盡頭的承擔，市場可能因而受到破壞。倘若僱主並須為僱員的家屬和子女投購保險，其負擔將會進一步加重。此外，倘若受僱的職員年紀較大或健康較差，有關公司便須支付較高的保險費，競爭力會因而有所削弱。這些僱員可能會受到歧視或成為解僱對象。至於失業人士、病人和老人的保險費則須由政府承擔。

4.26 醫療保險不易轉移，這對工人轉職造成困難。反過來說，由於現時香港工人經常轉職，強制式僱主供款保險計劃不但難於管理，涉及的行政費用亦十分昂貴。

4.27 強制式綜合投保方法使現行的雙軌體系瓦解，並會引起極大的擾亂。為約 575 萬人成立一個公共保險計劃需要龐大的款項。政府如需負擔部分保險費，施行這計劃難免會令健康服務方面的公共開支上升，除非大幅提高收回服務成本的比率，則作別論。但若這樣做，社會在這方面的整體開支便會激增，但市民的健康情況卻不會因而得到改善。根據其他地方的經驗，全面的綜合保險計劃會引致過分使用服務的情況出現（尤其是基層健康治療服務），因而使成本上升。雖然可以訂定可領取款項的限額，但由於現代醫學技術成本高昂，這種做法的實際效用值得商榷。一項療程的費用可能已超過限額，故受害人往往是需要接受昂貴治療的病人。過分使用服務會導致病人輪候時間延長和服務水準下降，從而使病人更難獲得有關服務。若服務由公營醫療機構壟斷，可供選擇的服務定會有限，病人很可能須按輪候名單等候「配給」服務。最後，強制式投保方法主要是以「集體主義」為基礎，部分先進國家曾嘗試施行這種做法，但最後還是放棄採用。

## 方案 E :

### 編定治療次序方法

4.28 政府所實施無人會得不到適當醫療服務的政策，是指任何人都不会被公營醫療機構拒諸門外——他們只需加入輪候隊伍便可等候醫療服務。這政策導致公共健康設施負荷過重及輪候時間漫長。解決這個問題的方法之一是由醫院管理局及衛生署將病況與相配的療法排列優先次序，並根據現有的資源而撥款資助。病情列為較後處理的人士，將會得不到治療，因為資源會集中用於治理病情列為較優先診治的人士<sup>(30)</sup>。

#### 優點

4.29 根據這方法，病情相同的病人會被編為一組，全組人不是符合資格接受治療就是並沒有資格接受治療。對治療需求較殷切的病人會獲較優先診治。由於這方法按照預算撥款提供財力所能負擔的診療服務，所以能夠控制成本，不會超出上限。此外，這方法亦反映出社會人士對排列健康服務次序的價值觀念。

#### 不足之處

4.30 這方法最為人詬病的方面是，它重新界定「適當醫療服務」的定義，偏離現行的政策，蓄意將病情列為較後處理的人士拒諸門外。編排優先次序的做法，無論在醫學上或道德上而言都會引起爭論。病人的需要是以「生活質素」的尺度來釐定；而這種尺度本身亦有值得爭議的地方。因此，我們要在對社會的價值以及對個人的價值兩者之間取得平衡。舉例來說，假使獲得一定限量的資源，而開支總額是一樣，究竟我們應該利用成本低廉的醫療方法去改善很多人的健康，還是利用昂貴的醫療方法去挽救一個人的性命呢？我們必須定期諮詢廣大市民的意見，以確定社會人士對各項醫療服務的排列次序。

---

<sup>(30)</sup> 美國俄勒岡州曾嘗試推行這方案，並定名為「醫療援助試驗計劃」，一般人則稱之為「俄勒岡州計劃」。

## 服務精神

4.31 服務精神是改善健康醫護體系的關鍵。它營造一個友善、關懷以及注重病人感受的環境，以增強服務的實質成效。要達至這個目標，健康醫護專業人士必須改變服務態度。

4.32 為了使公營醫療機構所提供的服務更受使用者歡迎，醫院管理局及衛生署致力推行多項改善工作。這兩個機構將會公布輪候治療的最長時間，並會逐步作出改善。符合資格的醫護人員將會殷勤地為病人服務。藥物將會附加上藥名標籤，病歷亦會予以保存，以便提供連續性的醫護服務，藉以改善病人管理制度。病人的私隱權以及對本身病況和治療方法的知情權，將會獲得保障。服務標準會清晰列明，令使用者得以知道他們可期望獲得的服務，而若發現服務未能達至公布的水平，則可提出投訴。有關方面因而可較易找出服務不妥善之處，並加以改善。

4.33 醫療界人士對於要求他們更加以病人為本的呼籲，已作出回應，其中包括與消費者委員會共同列出「病人的權利與責任」，並加以發表。這是保障消費者在健康醫護服務方面的權益的重要一步。

4.34 我們希望透過各種服務承諾、服務目標及專業主動精神，加強健康服務使用者與提供者之間的信任、合作和一般福祉。

4.35 為了提高透明度及加強合作，社會領袖和市民均有參與醫院管理局各階層監管機構的工作。醫管局現正進一步發展轄下的市民投訴組織和收集病人意見的制度，以便針對病人的需要作出更迅速的回應。此外，醫管局正與社區團體和志願工作者建立聯系，爭取更多市民支持正在接受治療的病人。

## 社會人士的參與

4.36 基層健康服務是需要大家一同參與的。政府將會加強健康教育計劃，以便推廣自我照顧和鼓勵市民維持健康的生活方式。當局已在觀塘以試驗方式推行地區健康服務，藉以加強醫療服務提供者之間的聯繫和鼓勵社會人士參與促進健康的工作。該區共有100多名私人執業醫生，其中30人已對這項計劃作出積極的回應；而部分醫生正參與在該區進行的疾病監察研究和促進健康活動。這項服務將會進一步發展和擴充。與此同時，衛生署現正透過共同護理制度和診診所服務合

作計劃，研究如何加強政府與私營健康醫護服務專業人士之間的合作。其中一個方法是以市值租金的價格為私人執業醫生提供適合用作診療所的地方，藉以在公共屋邨設立分科診療所。當局並會就診療所的診症時間，以及服務的範圍和標準訂立規定，以確保地區健康服務的質素。此外，當局所作的安排應以方便醫生聯合執業為目的。這個做法的好處是既可降低成本，同業之間亦可互相監督，而醫生又可以有時間進修。最後，衛生署已確認家庭醫學為一門專門學科。位於牛頭角的家庭醫學深造培訓中心正為政府醫生提供職業訓練和持續教育，該中心並可進一步發展，同時為公營和私營醫療機構的醫生提供訓練。

## 第五章

### 如何相輔相成？

無論我們採用何種財政結構，醫療護理費用仍終須由市民大眾承擔，這是毋容置疑的。費用不是由社會承擔，便是由個人支付。

5.2 在以上各章，我們曾檢討香港的健康醫護體系，以及探討這體系所存在的問題。我們亦已制訂可能推行的改革的準則，並根據這些準則衡量現行體系。我們發現，一般來說，基層健康及基層醫療護理服務是足夠的。預防性醫療服務及輕微疾病治療收費低廉，以及市民廣泛使用由私營醫療機構所提供的上述服務，足以證明這一點。但住院服務情況迥然不同。住院服務往往收費高昂，大部分市民只能亦只會從公營醫療機構方面獲得這種服務，由政府資助大部分的費用。在現行的雙軌體系下，住院服務幾乎為公營醫療機構所壟斷，隨之而生的問題令改革須集中在這方面進行。

5.3 建議的改革方案是集思廣益的成果，並已顧及社會各階層人士的利益，包括消費者的利益在內。我們最為關注的，是確保所有市民能夠獲得有關服務和確保服務符合經濟效益。在5個徵詢市民意見的改革方案中，政府認為將目標對象方法及按百分率資助方法合併的做法較為可取。我們不打算覆述全部論據，只想指出這種做法的好處是既可繼續為公營醫院普通病房病人提供由政府大量資助的住院服務，又可透過設立半私家病房使病人有更多選擇。同時，收費制度會改為更合理，豁免收費制度亦會予以改善，使有需要的人士受到保障。根據現行的管理安排，醫院管理局至少可保留一半因增加收費所帶來的額外收入。我們亦贊成推行協調式自願投保計劃，因為在這個架構下，目標對象方法及按百分率資助方法更能順利運作。此外，在未來五年，政府計劃把健康醫護服務的經常開支實質增加22%。因此，公營醫療服務日後將會有一個穩健的財政基礎。

5.4 上述各段旨在解釋政府經徵詢專家的意見後，現時的想法。你的意見亦同樣重要。我們認為香港的健康醫護體系的改革大致上是一個合作計劃，在這個諮詢過程中，我們需要你的參與。為了應付二十一世紀健康醫護方面的挑戰，我們必須建立一個最能切合你的需要的健康醫護體系。

# 我們的使命是為你服務

請於一九九三年九月三十日前，把你的意見寄交：

香港郵政總局

信箱 8138號

衛生福利司

# 鳴謝

本諮詢文件「促進健康」之得以順利擬成，實有賴本港各界人士  
衷誠合作和多位傑出人士在百忙中抽出寶貴時間指導我們，在此謹  
士所衷心致謝。

(按筆劃次序排列)

王敏剛先生	陳正之先生
田北俊先生 OBE, JP	陳志堅先生
沈盛燕玉女士	陳炳根先生
李仲賢醫生 JP	陳黃穗女士 JP
吳水麗先生	陳福成先生 OBE
阮博文博士	馮宜亮醫生
周美德先生	馮潤佳先生
周端彥醫生 ISO, JP	黃大偉醫生
馬啓濃先生	黃匡忠先生
紀慧玲女士	黃匡源議員 OBE, JP
浦炳榮先生 JP	黃譚智媛醫生
郭志高先生	彭偉昌先生
郭蘊霞小姐	彭毅信先生
梁定邦御用大律師	劉華森議員 OBE, JP
梁智鴻議員 OBE	譚尚渭教授 OBE, JP
麥姬醫生 MBE, JP	譚耀宗議員
張炳良先生	蘇信超先生

長期病患者行動關注組

香港社會服務聯會

香港醫療保險協會

醫院管理局