

## 會議過程正式紀錄

2008 年 5 月 29 日星期四

上午 9 時正會議繼續

### 出席議員：

主席范徐麗泰議員，大紫荊勳賢，G.B.S., J.P.

田北俊議員，G.B.S., J.P.

何俊仁議員

李卓人議員

李柱銘議員，S.C., J.P.

吳靄儀議員

周梁淑怡議員，G.B.S., J.P.

涂謹申議員

張文光議員

陳婉嫻議員，S.B.S., J.P.

陳智思議員，G.B.S., J.P.

陳鑑林議員，S.B.S., J.P.

梁劉柔芬議員，G.B.S., J.P.

梁耀忠議員

黃宜弘議員，G.B.S.

黃容根議員，S.B.S., J.P.

楊孝華議員，S.B.S., J.P.

楊森議員，J.P.

劉千石議員，J.P.

劉江華議員，J.P.

劉皇發議員，大紫荊勳賢，G.B.S., J.P.

劉健儀議員，G.B.S., J.P.

劉慧卿議員，J.P.

鄭家富議員

譚耀宗議員，G.B.S., J.P.

石禮謙議員，S.B.S., J.P.

李鳳英議員，B.B.S., J.P.

張宇人議員，S.B.S., J.P.

余若薇議員，S.C., J.P.

方剛議員，J.P.

王國興議員，M.H.

李永達議員

李國英議員，M.H., J.P.

李國麟議員，J.P.

林偉強議員，S.B.S., J.P.

林健鋒議員， S.B.S., J.P.

梁君彥議員， S.B.S., J.P.

梁家傑議員， S.C.

郭家麒議員

張超雄議員

張學明議員， S.B.S., J.P.

劉秀成議員， S.B.S., J.P.

鄭經翰議員， J.P.

鄭志堅議員

譚香文議員

陳方安生議員，大紫荊勳賢， J.P.

## 缺席議員：

何鍾泰議員， S.B.S., S.B.ST.J., J.P.

李國寶議員，大紫荊勳賢， G.B.S., J.P.

李華明議員， J.P.

呂明華議員， S.B.S., J.P.

單仲偕議員， S.B.S., J.P.

曾鈺成議員， G.B.S., J.P.

蔡素玉議員， J.P.

霍震霆議員， G.B.S., J.P.

陳偉業議員

馮檢基議員，S.B.S., J.P.

梁國雄議員

黃定光議員，B.B.S.

湯家驊議員，S.C.

詹培忠議員

## 出席政府官員：

食物及衛生局局長周一嶽醫生，S.B.S., J.P.

## 列席秘書：

助理秘書長林鄭寶玲女士

## 議員議案

**主席：**第二項議案：立刻改善本港醫療服務。

我現在請郭家麒議員發言及動議他的議案。

### 立刻改善本港醫療服務

**郭家麒議員：**我動議通過印載於議程內的議案。

在 3 月 13 日，我們接獲政府的一份諮詢文件，說我們的醫療須進行改革。我想，在座的所有人和醫護人員均不會否決、否定或不承認，我們的醫療制度須進行改革。不過，令人感到相當失望或遺憾的是，報告書內並沒有提供任何改革的方向。報告書唯一說得很清清楚楚的是，如果市民同意政府經常提及的第六個康保方案，即只須支付薪金的 3%至 5%，那麼，所有問題便均可以解決。事實是否如此？

在我們現時的門診中，我們的病人看一次醫生的時間只有 5 分鐘，而醫生每天每節要為 44 名病人看診。我們的精神科病人看醫生的時間只有 7 分鐘，其中只有 22%至 30%的病人能服用新藥。我們聯網內的資源分配相當不平衡，各網內每 1 000 人所獲分配的病床，可以高達 5.73%，亦可以低至新界西的 1.63%、九龍東的 2.11%或港島東的 2.38%。我們有為數積壓不清的病人正等待服用很多新藥。這份報告書是否要告訴我們，可以的了，甚麼問題也沒有了？

我們現時有些反智，整份報告書看來其實越來越像發展商的售樓廣告。例如有圖象是一個爸爸與孩子在“騎牛牛”，又或是一些高官在踢球，接着便可以改革醫療服務了。我們要看一看報告書的內容是甚麼。我們當然希望能有一個解決醫療服務問題的更好制度和方向，但報告書中包括了一些嚇人、令我們會感到相當震撼的數字，便是現在我們要花 380 億元，但 25 年後，我們要花 1,688 億元。這樣其實真的很好，如果政府真的在 25 年後自行撥出 1,688 億元供此用途，我們會欣喜若狂。為甚麼？

讓我跟大家重溫一下我們的數字。在 1999-2000 年度，我們花了政府經常總開支的 15.3%；2000 年是 15.4%，不過，接着是逐年下降，到了去年，是 14.8%，而 2008-2009 年度更跌至 14.3%。施政報告去年說會由 15%增至 17%，但事實上卻連 15%也沒有。在 1990 年，我們花了本地生產總值的 2.8%，18 年後，我們繼續在取用本地生產總值的 2.8%，趨勢是繼續下降。如果我

們的本地生產總值再上升，我們今年的支出會跌至 2.7%。我們說市民不用負擔，不過，我們的市民卻原來負擔了整體醫療費用的 45%，而我們的政府則付出 55%。全世界資本主義最濃的社會是美國，最相信私人保險的也是美國，它也只是把稅款的 45%放在醫療服務上。我們說希望透過這個醫療融資計劃讓市民有較多選擇和較少負擔，也許我應與大家重溫一下所謂較少負擔是甚麼。

我們有 140 萬名工作人口是獲得僱主提供醫療保險的，而僱員則自行買了 155 萬份保險，一共是接近 300 萬份。政府不單不會幫助他們，也沒有計劃幫助他們，亦沒有給予豁免。反之，政府將會從他們的收入中抽取 3%至 5%。一名月入 12,000 元的單身人士，現時須繳的稅款是 280 元，將來付出 5%的醫療供款是 7,200 元，是其所繳稅款的二十三倍。一對月入 25,000 元的夫婦，現時須繳的稅款是 5,000 元，將來付出 5%的醫療供款是 15,000 元，是其所繳稅款的三倍。是否應有這樣的事情發生呢？我們的稅基過窄，由我們共同承擔，原本是沒有問題的。在 2012 年，我們希望透過這個融資計劃取得 60 億元。我們的政府今年相當慷慨，送出超過 60 億元，令稅基更為狹窄。利得稅減少 1%，少了 44 億元；薪俸稅和標準稅率減少 1%，少了 9 億元；豁免紅酒稅，少了 5.8 億元；豁免酒店房間稅，少了 3.5 億元。把這些款額全部加起來，便超過了政府該 60 億元。有評論說，這其實並非甚麼醫療融資計劃，有人認為這是糖衣毒藥，更有人說這是財富大轉移。有沒有融資方案是會把所有負擔皆落在市民身上，而僱主和政府連一毛錢也不用付出的呢？政府如何應付我們的醫療服務？所說的是一套，所做的，當然是另一套。

歐盟和已發展經貿國家曾進行詳細研究，老年人口每年帶來的負擔是 0.7%，但我們的政府把它誇大了。其實，這也沒問題，作為醫生，我們一定會盡忠職守地為我們的病人服務，不過，當將來實行這計劃時，我們有 170 萬名市民是有戶口的，另外有 500 萬名市民則是沒有戶口。我們說要增加選擇，讓公私營服務合作，但過去 20 年來，政府沒有為此目的提供過一塊土地。到了今天，香港私家醫院的床位是佔 11%，新加坡是 25%，澳洲是 33%。政府從來沒有計劃，在短期或長期內亦沒有計劃給予鼓勵或提供土地，甚至提供土地讓公眾競投——是競投土地，不是贈送土地——但連供競投的土地也沒有，市民怎會有較多的選擇呢？

將來大部分有戶口的人可能會在醫院管理局（“醫管局”）內享受所謂私家服務。因此，有戶口的可以輪候私家服務的隊伍，沒有戶口的便要輪候普通服務的隊伍，病人於是被分成兩類。我們作為醫生，真的不知道如何面對這情況。屆時的情況即是，如果病人拿着一張金卡來，我們便盡量為他提供最好的服務、最短的輪候時間、最多的選擇。但是，這是一個零和遊戲。其他沒有戶口的病人會有怎麼樣的待遇？政府說會“包底”，“包你一

世”，甚麼是所謂“包你一世”？據我們所見，很多精神科病人、癌症病人和長期病患者是月入 1 萬元以下，甚至沒有工作，他們很想供款，但他們無法供款，主席女士。政府現在是說有供款便有選擇，有戶口便有選擇，換言之，沒有戶口的便無選擇了。

為何社會變得越來越分化呢？其實，政府是非常貧窮的，因為我們要有 14,500 億元外匯儲備和財政儲備，5 年後，我們會有 2,388 億元盈餘，5 年後，加上累進和營運所賺取的錢，會超過 2 萬億元，真的是窮得不得了。《聖經》說：“凡富有的，給他多些，凡沒有的，便要取盡他的，讓他甚麼也沒有。”原來我們的政府正在做這種事情。對於手上有錢的市民，政府會再多給一些；身為大商家的市民，政府也會再多給一些；如果是手上沒有錢的市民，政府便會連他的最後一筆錢也取走了。

不要把兩者混淆了，醫療制度要改革，醫療服務要多些資源，有很多病人須有更多的照顧，但我們要的，不是這種方案。這方案是猶如現在有一個水窪，政府說那是個無底深潭，不過，它不願意跟大家一起跳進這個無底深潭，它只會推大家，讓大家掉下去。怎麼會有人這樣做的呢？我們覺得是要提供基層醫療的，為何這份報告書說將來不包括基層醫療？我們要預防疾病，要進行很多篩選測試和工作，但這個計劃也不包括這些在內。我從首到尾把這個計劃看過一次，但找不到片言隻字說是會做這些事情的。

不過，當然也並非所有人均不能從這個計劃中獲得好處的。這個小組中有 11 個人，有 3 個人是跟營運強制性公積金（“強積金”）有關的，有兩個人經營醫療保險，只有 1 名醫生，沒有病人或基層等的代表。主席女士，將來我們的醫療服務收取 10 元時，第一轉，便會在強積金那裏轉一轉。接着，第二轉，便會在私人保險公司轉。然後，還要扣除監察的費用。

如果所採用的，是政府所說的第二個方案，即用者自付，我們今天繳稅，也會感到稍有安慰，因為我們每付出一毛錢，儘管這一毛錢也會進入了政府的口袋、進入了醫管局的口袋，但仍是會真的從那裏拿來使用。在將來的醫療供款中，如果供了款 10 元，而結果仍有 5 元拿出來使用的話，我們也應感到相當高興了。政府為何要這樣做？政府是否真的在幫助我們的社會？我們的政府說要幫助長者，說不如由它“出歧油”（因為市民要“出雞”），可是，政府現時每年只送出 5 張面額 50 元的醫療券給他們，這樣又怎能幫助長者呢？

有時候，我覺得我們很難堪，雖然我們很有熱情，有很多事情想做，而政府亦很應該跟市民一起做，但如果我們所做的事情，最終是會令社會更分化，會令一些中中甚至中低收入的人境況更慘，而政府其實是逐漸推卻它的

承擔的，這是我們所不能接受。我今天議題的其中一項措施是說動用 500 億元的部分撥款，但原來政府說是不會使用這 500 億元，要留待將來如果我們願意答應附和它認為是對的任何方案，它才會拿出來。政府為何要這樣做呢？我們現時要進行醫療改革，要使用一些資源來幫助一些正在等待照料的病人。癌症病人不會等待至醫療融資之後，精神科病人的情況每天變差，也是不能等待 5 年至醫療融資之後的。那些資源不足的聯網內士氣低落的醫生，不能等待 5 年之後，他們是會陸續離去的。政府只說，不要這樣吧，我們甚麼也不用做，多等 5 年吧，這 500 億元放在這裏，不要使用。

因此，我今天提出，我們要支援這個醫療制度，希望大家同意和支持，我們要幫助一些人，無論是富或貧，將來如果要供款時，即使是貧窮的人，我們也要幫助。我希望能立即動用這些錢，政府真的是胖得連襪也穿不下了，500 億元對於政府來說，其實只是一個小數目，但對於很多病人來說，卻是甘露。希望大家能支持議案，令香港的醫療制度更好。

我謹此陳辭。多謝主席女士。

#### **郭家麒議員動議的議案如下：**

“醫療改革諮詢文件自推出以來，引起社會廣泛討論，至今仍未有共識支持任何強制供款或強制保險的“輔助融資”方案，但本港醫療服務現時已出現不少問題，故此本會促請政府實施一系列措施，立刻改善本港的醫療服務，有關措施須包括：

- (一) 立刻動用部分 500 億元醫療撥款，以改善本港的醫療服務，並以餘下款項成立醫療服務基金，今後把部分財政盈餘撥入該基金之內，並參考外匯基金的分紅方法，作為本港公共醫療服務的穩定資源；
- (二) 由於精神科治療、康復及支援服務長期缺乏資源和長遠服務規劃，當局必須大幅增撥資源以改善現有服務、增加使用精神科新藥，並充分考慮持份者的意見，以制訂長遠的精神科治療及復康政策；
- (三) 增加醫院管理局（“醫管局”）的撥款，以打破部分醫院聯網或地區醫院長期缺乏資源的困局、減低醫管局醫生的工時、改善醫生晉陞的機會及同工不同酬的情況，從而挽留資深及中層醫生和醫護人員及提升員工士氣；



- (四) 積極撥地興建新私家醫院及協助現有私家醫院進行擴建，以增加私家醫院的床位供應；
- (五) 增加專科醫生的培訓資源及機會，使各醫學專科有充足的發展空間，從而為病人提供最適切的服務；
- (六) 重開護士學校及增加護理學學士學位，以增加護士人手；
- (七) 透過推動各項公私營醫療機構合作計劃，以改善長久以來公私營醫療服務失衡的情況，以及推動公私營牙科服務合作；
- (八) 提供額外資源予醫管局或病人購買藥物（例如治療癌症藥物），並立刻重新檢討藥物名冊，以防止有病人因經濟困難而未能獲得有效而副作用低的藥物，以及減少醫生與病人間的誤會；
- (九) 透過向社區醫生購買服務或增加普通科門診的人手，以減少門診醫生每節的診症數目及縮短病人輪候的時間，從而提升服務質素；
- (十) 加強規管私營醫療保險，以及鼓勵業界提供符合公眾利益（例如不歧視精神病、長期病等）的醫療保險；
- (十一) 增加長者醫療券的面額至最少每年 1,000 元，以及向低收入家庭發出同樣的醫療券；
- (十二) 加強口腔護理的教育；及
- (十三) 增設幼童、中學生、低收入家庭及長者護齒券，以保障市民口腔健康。”

**主席：**我現在向各位提出的待議議題是：郭家麒議員動議的議案，予以通過。

**主席：**有 5 位議員準備就這項議案動議修正案。本會現在就議案及 5 項修正案進行合併辯論。

我會先請陳婉嫻議員發言，然後請楊森議員、方剛議員、李國英議員及李國麟議員發言；但在現階段請各位議員不可動議修正案。

**陳婉嫻議員：**主席女士，本港面對人口老化問題，醫療開支不斷上升，雖然政府最近推出了醫療融資方案，但這幾個月來，市民的實際反應也很大。現在，整個社會對於政府提出有關醫療輔助融資的 6 個方案，大家的意見很大，普遍是反對的。我覺得在就這個問題達成共識以前，我不希望周局長一如早前我問他時所給我的答案般，當時我問他，“你有許多事可以做，為何不做呢？。你說醫療制度存在問題，你先處理吧。你可以把那 6 個醫療融資的方案留待將來我們有共識時才討論。”不過，局長當時答道：“如果不先做醫療的輔助融資，我是很難進行其他工作的。”我真的覺得有點豈有此理。

主席女士，我問局長該問題時，我仍未廣泛地聽取市民的意見，到了今天，經過了十多或更多場諮詢後，我看到市民對有關的所謂輔助融資方案一方面不理解，在他們進行理解的過程中，卻又提出許多不同意見，甚至是超出這 6 個融資方案的意見，牽涉到我們這次討論的醫療服務改革。在這情況下，許多人便提出第六方案、第七方案、第八方案等。因此可見在社會上仍沒有任何共識，即使政府到 6 月份諮詢完成之後，仍然有很多這方面的問題有待解決，我希望政府能看得出問題所在。政府在這情況下為何仍不處理呢？

第一問題，我曾問了許多次，就是關於醫管局現時的資源分配，這些資源是應用在我們醫療聯網之中的。香港有 7 個醫療聯網，我們覺得應以人口作為一個很重要的計算基礎。例如人口結構，長者多算不算是準則呢？基層人口多，是否算是準則？貧窮人士多，又算不算是準則呢？當局也是要掌握這些數字來定出向 7 個聯網派發的有關資源。

我們現在談到一些地區，例如九龍東聯網內，人口有近 100 萬，但只獲撥 27 億元的資源。此外，我們看看例如港島，人口有 130 萬，比九龍東多出不夠 40%，但卻獲得 62 億元的資源，高於九龍東的一點三倍。主席女士，這些數字是在醫療界服務的一些朋友告訴我的。有一次，有一位醫生在這裏說，政府最重要的政策其實是要將資源分配到不同的聯網，並應特別針對一些長者多、窮人多、人口多的聯網。政府是否以這些準則來作決定、來解決問題的呢？他認為，政府其實先不要搞甚麼融資，而要先解決這些問題。

我要再三說明，除了服務基層市民的觀念外，在政府聯網裏的醫療界朋友實際上也看到這些情況。我又想舉出將軍澳急症醫院為例，該院是接收心臟病及中風病人的，但院內卻沒有設置一部叫做磁力共振的檢查儀器。上一次在西貢發生車禍時，我當時去到將軍澳醫院，看見有些病人是由於該院沒有儀器而要被送往九龍的其他醫院。我不禁要問，怎可以這樣的呢？

此外，主席女士，除了聯網的醫療資源外，我還想談談醫管局現時三百多億元的整體開支。在這三百多億元裏，薪金（即人工）的支出是多少呢？

是八成五。藥物只佔 6%，至於發展及引進新科技和新藥物的支出，不足一成。醫管局各個聯網總監是由主要醫院的行政總裁兼任。當中的資源是怎樣分配的呢？我不知道，不過，當我們看其主要支出，便可看到其中 85%是薪金，藥物佔 6%，科技等發展則不足一成。在這情況下，在當局要求我們撥款時，我們會問，這些開支的數額為何會是這樣的呢？

主席女士，最近，我們進行西九的計劃，政府想取得一筆 216 億元的撥款，立法會動用了一些錢，請來一批專家就西九計劃的整盤帳目進行分析，得出來的結果十分理想。當時，我對負責西九計劃的小組說，我希望下一屆，在醫管局再要求撥款時，議會會先用錢聘請專家，瞭解撥款的用度究竟如何，為何不斷要求我們作醫療融資、撥款、融資，而三百多億元的整體開支究竟實際上又是怎麼的一回事呢？

此外，我也想強調一下醫藥方面。郭家麒議員剛才說出了有關公私營醫療服務。我很明白醫生（我說的是公立醫院的醫生）的情況，他們叫苦連天。我有一位醫生朋友，他已經是頗資深的，有一天晚上，我找他太太，發覺他家的小孩身體不舒服，但他那天半夜卻要連續做 3 個手術。我覺得，這樣的情況無疑是迫他到外面掛牌。我不明白現時的情況怎麼會是這樣的呢？我翻查數字得知，在醫管局裏的醫生，佔醫生人數的 57%，他們是屬於公營服務的，但他們卻要為 90%的香港市民服務，大家可想像他們是多麼的繁忙。反過來說，餘下的 43%醫生則是從事私家醫療服務的。我不說其他，我要提出的問題是，如何能好好地調節公私營兩方面的醫療服務呢？當然，有時候，公營醫院本身對醫生的要求是十分過分的，他們忙得要命，而這個過程是否就是導致醫生大量流失的原因呢？

此外，當我們面對現時公私營醫療服務的狀況，會覺得有許多地方是不健康的。十多年前，在黃錢其濂當局長的時候，當時的私營病床佔整體數字 10%至 20%，而公營病床也沒有現時的那麼多，最多只佔 70%至 80%，現在卻佔 90%以上，然而，在公營醫療服務的醫生只佔全港醫生的 57%，所以，問題涉及醫生的工作，我們的資源分布，怎樣調節公私營醫療服務等。政府最近在這些方面做了一些工作，但沒有繼續下去。我希望政府能夠給我一些答覆，這些是沒有需要我們撥款，政府才能做得到的。

另一方面，我們在立法會裏談到資源時，許多醫生往往會提出許多問題，從這些問題中可總結醫管局有 3 宗罪：醫管局分配資源不公平，聯網總監分配資源也不公平；所有資源向龍頭醫院傾斜；第三，是醫院聯網總監與醫院行政總監的任期近似終身制，形成山頭主義。主席女士，我們在兩個星期六開了兩場諮詢會，一場有三十多個團體到來，另一場有七十多個團體到來。我所聽到的，都是他們的專家告訴我的。我從沒有在醫管局裏任過職，也沒有在醫院裏服務過，但他們告訴我的情況，我覺得是值得政府注意的。

我談了一輪資源分配，現時的公私營醫療服務等問題，接着我想談到我在很久以前已提出、也一直很強調應由政府提供的基層護理，我對此方面是完全支持的。可是，大家不妨看看這十數年來，在醫療護理方面，政府究竟做了些甚麼呢？我不否認它是做了一些工夫，但所做的，跟社會的訴求卻是相差甚遠。

例如，讓我先說說防疫的注射。其實，我們在戰後已獲提供防疫注射，像預防白喉等的注射均有，但很明顯，進展不大。在去年 11 月及今年 1 月，我也曾就此向政府提問有關肺炎鏈球菌的預防和兒童接種疫苗的情況。我發覺，防疫工作由 1960 年代推行至今，仍只提供 9 種防疫注射，包括小兒麻痺、肺結核、乙類肝炎、白菌、百日咳等，但大家近期是否發覺有類似的注射呢？也有，但數字不多。主席女士，我覺得如果基層護理做得好，如果年長的病人出院後可獲提供社區護理，我們是可以完全省掉不少醫療費用，這是我說的。

此外，我也想談談另一個問題，政府現時基本上是採用一種迫市民同意它那 6 個輔助融資方案的策略，總之便是把那些候診的排期安排至猶如是無限期般，輪候診治白內障的要 5 年，要“換波仔”的許多年，患甚麼甚麼疾病的又要輪候若干年。我很感謝 HA 今次的幫忙，它很不錯，派官員來我處參加居民大會。最近，我也記不起是哪位醫生了，他面對一位老公公時也覺得很難堪，因為老公公說，“我輪候了 4 年仍未能做手術，我也快要死了，現在已變成了青光眼。”因此，我之後便跟街坊說，這樣的情況，不知道是否陰謀呢？不知道是否要這樣來迫我們同意它的方案呢？主席女士，我不相信這些問題要等待做到融資後才能解決，這些情況完全是可以在醫管局現時的管理下予以改善的，不要造成一個“不撥錢，我便不為你們做事”的局面。

主席女士，謹此陳辭。

**楊森議員：**主席女士，在剛過去的星期天，郭家麒議員及其他民間組織請願，要求立即動用那原本計劃用作應付未來醫療開支增長的 500 億元儲備，改善目前的醫療服務。

過去數年，民主黨對人口老化及醫療融資的問題作過深入的研究，也曾到台灣作實地訪問。我們相信未來醫療開支的增長，確實是一個必須正視的問題，也是一個很嚴重的問題。因此，我們提倡政府設立高齡人口基金，及早為未來的公共開支作好準備。

根據政府有關醫療改革的諮詢報告，全港醫療開支將由 2005 年的 678 億元增加到 2033 年的 3,152 億元，有評論認為這是有“靠嚇”之嫌。其實，

政府提供的這個數據並沒有多大意義，因為在這段期間，本港人口將由 678 萬人增加至 838 萬人，在扣除人口增長後，未來每年人均醫療開支的實質增長只是由 1 萬元增加至 38,000 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%。

立法會有不少同事指出，根據經濟合作及發展組織（“經合組織”）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%，並沒有政府說的那麼高，所以政府對 2033 年的醫療開支的推算是有誇大之嫌。然而，在這份經合組織 2006 年的研究報告中，該組織的首席經濟師在前言部分正正開章明言，指出未來的醫療和長期護理開支必須成為首要的政策事務，因為即使人口老化每年只造成 0.7% 的開支增長，即使考慮到未來高齡人口能保持健康晚年，以致增長率可調低至 0.4%，但到 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仍會增加 3.4% 至 6.1%。以此比例計算，到 2033 年，我們必須增加 2.1% 至 3.8% 的本地生產總值，以支付公共醫療和長期護理開支。報告也指出，人口將急速老化的國家如南韓，其增長率將更大，而瑞典等高齡人口結構已穩定的國家，其增長幅度則不大。主席女士，我要強調，香港人口將會在 2011 年至 2033 年急速老化，正屬於開支大幅增長的類別，大家不要輕看這個估計。參考經合組織的研究，特區政府指 2033 年公共醫療開支佔本地生產總值的百分比會增加 2.6%，看來是合理的推算——我強調——這是一個合理的推算。

政府指出在 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，均已達國民生產總值的 8% 至 12%。我們的醫療開支較其他國家低，付出的代價便是香港市民的健康、生活質素，以及公營醫護人員的巨大工作量。在公營醫院方面，白內障手術的輪候時間長達 3 年，剛才有同事已經提到，救命的癌症藥物因為太昂貴，公營醫院很多已經不提供，而進行價值數萬元的“通波仔”手術所需的用品亦要由病人另外自行購買，病人每年共花 4 億至 5 億元，足見公營醫療早已無法為本港市民提供基本的保障。如果大家仍不考慮醫療融資的問題，我相信這個問題會變得更嚴重。

現時，稅收撥款已無法為市民提供基本的保障，主席女士，我要再強調這一點——現時，稅收撥款已無法為市民提供基本的保障。因此，大家提出公營醫療部門出現的問題，其實跟這個原因是有很大關係的。即使市民能繼續忍受現時的服務質素，到了 2033 年，醫療開支仍會倍增。如果繼續以現行的稅收制度來維持，實在難以想像怎樣可以找到足夠的撥款，維持目前已經千瘡百孔的公營醫療服務。

在過去數年經濟低迷時，政府增加醫療收費，削減服務，公營醫務人員不合理地超時工作的景象仍歷歷在目，清楚顯示香港的低稅制制度，是無法

為公營醫療服務提供穩定的資金來源。況且，在未來人口老化下，除會造成醫療開支增長外，“生果金”、安老院舍、長者綜援等各方面的開支均會大增，各政策範疇也會競爭稅收的撥款。

有同事認為我們不要推行任何融資方案，最好是走向加稅。可是，我想同事真的要細心研究兩點：第一，《基本法》規定本港要奉行低稅制；第二，在全球一體化的情況下，我們的競爭力與稅制有一定的關係，雖然不是有絕對關係，但也有一定的關係。如果我們透過加稅來維持合理的公營服務，大家也可想像到問題會相當嚴重。

民主黨較為傾向實行公營的保險制度，以不謀利的形式，以平擔風險的方法來達致社會公平，令香港市民不論貧富，也能得到合理的醫療服務，這是民主黨非常強調的社會公平。當然，透過稅收來達致社會公平是最簡單的做法。不過，我剛才提到的兩項具體問題，大家也不要輕視。

政府在目前有盈餘下，撥出 500 億元作儲備以應付未來的開支，但我認為這其實並不足夠。我們建議政府應加上外匯基金每年的投資收入的一半，設立高齡人口基金，以應付 2011 年人口老化後的各項開支。日後，不論社會決定加稅或推行供款式的醫療融資制度，該基金也可以減輕未來人口的負擔，即使要供款也不用供那麼多。

政府今年的財政盈餘充足，我們認同政府應增加公共撥款，改善醫療服務。特首提出在 5 年內把醫療上的公共開支由 14% 增加至 17%，政府其實可以盡快推行這政策。可是，主席女士，對於動用該 500 億元的儲備，恕我難以苟同。醫療服務在今天固然有改善的需要，但日後的醫療服務更會面對重重危機，因此我希望大家可以看得遠一點，我們不得不作未雨綢繆。

因此，儘管郭家麒議員的原議案用心良苦，但在技術上和具體上，我均難以支持，而民主黨亦只可以投棄權票。對於陳婉嫻議員和李國麟議員的修正案，我們也是基於這個原因而逼不得已要投棄權票。

主席女士，我還想提出一點，就是民主黨建議政府設立基層醫療基金，主要的目的是讓社會能多撥資源，改善基層醫療。如果基層醫療做得好，的確可以減少對醫院服務的需求。

對於方剛議員的修正案第四項，建議推行專業人士資格互認，以吸引外國醫生來港執業，由於涉及醫學界專業自主的問題，以及維護本地醫生專業地位的問題，我們亦難以支持，所以亦只有投棄權票。

謹此陳辭，提出修正案。多謝主席女士。

**方剛議員：**主席女士，近期大家開電視時，偶然亦會看到食物及衛生局局長周一嶽“主演”的宣傳片，他和隊友夏佳理先生一人一句地說：“不要傳來傳去了，看準就射吧……醫療改革也是一樣，看準目標就要做！”

雖然我認同局長所說，長遠的醫療改革是必需的，但本港當前的醫療服務確實是問題多多，急須改善，不可以再“傳來傳去”，是要“看準目標就做”。自由黨希望藉着今天這項議案辯論的契機，一起跟政府“把把脈、診診症”。

首先，看看醫生人手方面，近年公立醫院醫生流失率高達 7%，尤其資深醫生的流失情況更為嚴重。面對“10 個煲、6 個蓋”的情況，現職醫生只有疲於奔命，壓力沉重、士氣低落，自然有“離心”，結果是惡性循環，人手不斷流失。

因此，自由黨認為政府應該“兩條腿走路”：一方面在人力方面投放更多資源予醫院管理局（“醫管局”），增加醫生和護理人員的人手，改善晉陞機會，設法挽留人才。不過，必須確保這些資源是用於前線醫護人員身上，而不是用來“肥上瘦下”。另一方面，由供應角度出發，設法吸引更多非本地醫生來港執業。因此，自由黨提出修正案，希望政府跟香港醫務委員會（“醫委會”）商討，研究如何跟外地相關團體推行資格互認。

現時非本地的醫生或醫科畢業生來港執業，均須先通過醫委會舉辦的執業資格考試，即使是經驗豐富的“過江龍”也不例外，這無疑是對有意回流或來港執業的外地醫生製造“關卡”。近年，執業資格試的合格率也“低得可憐”，在 2005 年和 2006 年均只介乎 6.2%至 8.6%，兩年取得資格的外地醫生合共只有 14 人。

我們明白，醫委會是獨立的法定組織，他們的專業自主原則也很重要，亦受到《基本法》的保障，但現時的情況的確不利本港招攬有迫切需要的人才。

現時，多個本港的專業團體均與外地同業有資格互認的協議，例如香港會計師公會便與英國、加拿大、澳洲、愛爾蘭、新西蘭和非洲等多個會計師團體有互認機制，本港的會計師報考對方的執業資格時，可獲豁免全部或部分科目。同樣地，對方會計師想考取香港資格，亦有相同待遇。在“內地與香港關於建立更緊密經貿關係的安排”之下，兩地的建築師、結構工程師、產業測量師、規劃師和建築測量師等，也只須通過由兩地相關團體共同設計的簡單考試，便可以取得對方的專業資格，目前已有 2 037 名專業人士受惠，達致雙贏局面。

既然有先例可尋，醫委會大可以參考其他專業團體的做法，以開放的態度引入人才，推行資格互認，這樣會有助紓緩本地醫生不足的問題，長遠而言，可令本港的醫療服務業邁向國際化。當然，有關方面是有需要確保這些“外援”的專業水準。

主席女士，現時部分地區醫院缺乏資源的問題，亦惹人關注。因此，自由黨在修正案中也要求政府以社區為本的理念，按地區的人口特質來規劃和增加各區的醫療服務。

正如今年 3 月，香港進入流感高峰期，新界西聯網的屯門醫院面對大量病人，即時出現不敷應用的情況，急症室的運作幾乎癱瘓。此外，將軍澳醫院缺乏產科、腫瘤科和腦外科；東涌、天水圍至今連醫院也沒有，這類情況通通為人詬病。當局真的要認真處理問題，從速改善。

自由黨亦相信，加強基層醫療服務，推廣疾病預防、健康教育的工作，會有助提升市民的健康意識，從而減少他們對專科和醫療服務的需求，最終可以改善整體醫療系統的效率。例如醫療改革文件中提出設立家庭醫生名冊、資助病人進行預防護理，以及加強公立醫院普通科門診等，自由黨認為方向是正確的，政府應該盡快推行。

此外，我們同時提出要強化日間護理和外展服務，減少病人重複入院；增撥資源改善公立醫院專科門診輪候時間冗長的情況；進一步把中醫藥納入公營醫療體系，增加中醫診所，增撥資源支援精神病患者，包括在天水圍等地區設立精神病專科門診等，務求改善本港的公營醫療服務。

主席女士，要進一步提升醫療服務，單靠公營體系是不可能的。因此，自由黨一直支持公私營醫療合作，例如政府今年年初推出的“耀眼行動”，資助在公立醫院輪候白內障手術的病人，前往私家醫院進行手術，便是一個好例子。政府可以考慮因應情況，擴大購買私家門診服務，以及積極協助興建和擴充私家醫院。

不過，對於郭家麒議員和楊森議員提出，即時“瓜分”作為醫療融資啟動基金的 500 億元儲備，自由黨是不認同的，因為這筆錢是要用來配合醫療融資、減輕市民面對醫療改革負擔的“專項專用”。我們認為倒不如直接增撥資源，直接、簡單、迅速地改善醫療服務。

近日接連發生公立醫院遺失記憶體事件，以及一次又一次發生醫療事故，16 000 名病人的資料被泄露，雖然醫管局已實行新措施，加強保障病人資料，但當局有必要雷厲風行，確保員工切實執行新指引，避免事件再發生。



至於令人痛心的醫療事故，跟公立醫院人手短缺、醫生工時過長和士氣低落均有直接關係，所以，政府必須對症下藥，才能改善本港的醫療服務。

主席女士，我謹此陳辭。

**李國英議員：**主席女士，醫療服務一直是市民最關心的議題，不單是融資的問題要討論，在服務提供層面亦有很多不足之處，今天原議案及修正案合共提出超過 20 項建議，可見不同黨派的同事也希望政府能立刻對醫療服務作出改善。其實，社會上已有很多人提出，香港醫療服務最少面對三大失衡問題，包括醫療資源傾斜向高成本的住院服務，造成服務提供層面的資源失衡；公私營醫療服務市場佔有率的失衡，以及醫護人員供應的失衡，導致資源未被有效運用、公營醫療壓力不斷增加，以及市民輪候時間增長等問題，嚴重影響服務質素。

民建聯認為整個醫療改革應以加重基層醫療服務的主導角色作為重點。現時所謂的基層醫療服務形與實皆不全，各項相關服務，例如家庭醫生、疫苗接種、預防護理、社區診所、公共衛生服務等均好像存在，但卻欠缺有系統的分工及串連，欠缺系統化，反而令市民浪費不少時間和金錢，仍得不到合適的服務。

今次政府提出的醫療改革諮詢文件中，提出 5 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。這些皆是正確的方向，但我們認為有關提議仍較為零碎，未有交代香港未來基層醫療服務的發展藍圖、時間表及成效量度準則。個別範疇仍有不足之處，尤其家庭醫生制度已談了多年，政府到今天仍未能就家庭醫生的具體要求、服務角色、持續進修等問題提出一種說法，確實令市民及一眾醫護專業人士感到失望。除了家庭醫生外，其他輔助醫療專業人士，例如藥劑師、護士、視光師、脊醫等，均應該在基層醫療服務中扮演更重要的角色，也有需要在制度上支持西醫、中醫與各輔助專業人員的合作，加強他們之間的連繫，探討相互轉介的可行性，以團隊方式為市民提供更佳和更有效率的服務。

此外，民建聯一直強調中醫中藥在整個醫療服務系統內應有更重要的地位，但政府在過去多次的醫療改革諮詢中，皆沒有主動提及中醫中藥的角色。中醫藥的強項在於疾病預防、注重個人保健意識、預防性護理，在基層醫療方面發揮顯著作用，而住院及延續護理的服務上，其能力亦已被廣泛肯定。民建聯認為，政府不能把中醫藥對建立疾病預防醫療系統的貢獻擱於一旁，相反，政府應該抓緊討論醫護改革的時機，善用中醫藥的優越性，大力

發展中醫藥，包括增設中醫的住院服務，以提升治療效果，並進一步把中醫全方位融入現有的醫療體系內，促成中醫及西醫合作的機制，檢討中醫使用醫療儀器及治療技術的限制等，讓中醫藥全方位與現行醫療系統接軌。

主席女士，近期我得悉不少使用私營醫院服務的市民的申訴，指私營醫院病床供應緊張，非緊急個案更要輪候多個星期才有床位。不少私營醫院的負責人也與我聯絡，表示私營醫院的病床數量已跟不上現時的需求，但醫院的擴建計劃又受到種種限制，如果情況持續，可能會令部分市民要回流到公營服務，這形勢是對公私營醫療日後的運作極為不利的。民建聯認為私營醫院服務的擴張是大勢所需，但政府並沒有政策上的配合。我們要求政府要與私營醫院組織成立一個工作小組，就私營醫院日後的發展進行討論，盡量尋求政策上的配合，考慮透過指定用地的政策，劃出私營醫院用地；研究善用舊工業區，容許團體申辦一些非牟利私營醫院，並以提供優惠作誘因。同時，政府亦可以透過立例對新的非牟利醫院的服務水平及收費透明度進行規管，使私營醫院服務可以壯大，而市民也可享受到價錢公道及優質的服務。

同樣令市民關心的，是醫護人員缺乏的問題。在 1999 年，醫院管理局（“醫管局”）決定大量關閉護士學校，把護士培訓工作交由專上學院負責，護士課程也學位化。這改變在提升專業水平是正確的，但卻未有充分考慮到護理專業人員的需求量，結果近年出現了護士荒，公營醫院護士更不斷流失。隨着人口老化，在基層醫療、住院服務，以至長者護理方面，對護理人員的需求將會大增。因此，政府有必要重新評估未來整體醫護人員的需求，復辦護士學校。

針對資深醫生流失而出現的人才斷層問題，醫管局也須在薪酬、晉陞機制和工時上作出改善，挽留人才，並改善聘用條件，讓受訓中的醫生有更大的工作安全感，改善公營醫院人才流失的情況。

主席女士，最後，我想談談財政司司長承諾撥出的 500 億元如何運用。民建聯認為，這筆撥款既然是財政司司長承諾給予日後輔助融資方案訂出時所用，雖然我們不知諮詢結果如何，但如果真的要解決現時的醫療服務問題，應該尋求立刻增加撥款較為適當。至於有意見認為，要把 500 億元作為基金，並要求從外匯基金分帳中撥出指定比例作為該基金的經常性收入，民建聯認為這安排會影響政府財政分配的靈活性。其實，政府現時已成立了不少基金，而且基金的撥款機制行之有效，例如環境及自然保育基金、撒瑪利亞基金等，均是按需要和政府的財政狀況為基金注資，以維持基金正常運作及推行新計劃。因此，是否有需要為用於公營醫療的基金而改變撥款安排，是必須小心加以研究的。

主席女士，我謹此陳辭。

**李國麟議員：**主席女士，我們今天的議題是“立刻改善本港醫療服務”，當中包括很多範疇，而多位同事剛才已先後就着不同的層面發言。

我主要想談談今天提出修正案的原因。首先是關於精神科服務的問題，我們看到現時的精神科服務主要是偏重於治療方面，這正正跟醫院管理局（“醫管局”）想把大部分住院精神病人帶回社區康復的做法，有值得商榷的地方。因為如果我們仍然把精神科服務集中在治療，即診症方面，並仍然只在醫院進行的話，那便違背了世界現行的趨勢，而政府亦曾說希望把大部分精神科病人帶回社區，讓他們慢慢康復，這其實是非常好的理念。

但是，反觀現時的情況，我們看到現在的情況是，如果 1 名精神科病人要在社區內康復，很大程度上須有精神科的社康護士及一些精神科的治療團隊來配合。

就精神科社康護士來說，現時全港只有 118 位，即不足 120 人，雖然可能會增加——我希望會增加，但全港有 7 個醫院聯網，每個聯網約有 17 名社康護士，即不足 20 人。換言之，如果當局真的想要在社區進行精神康復的工作，每個聯網的精神科社康護士只有不足 20 人，卻要照顧聯網內非常多的精神科病人。康復工作除了要有護士外，還要有醫生、物理治療師、職業治療師及臨床心理學家等。可是，這些人士均沒有被列入這個範圍內。我想請問政府，在這情況下，這樣的精神科服務，如何能夠貫徹到一如政府所說般，把精神科病人帶回社區，讓他們康復呢？沒有這樣的配套，根本是一項空談的政策，要落實的時候，是行不通的。

當然，政府表示我們現時在社區上已設有精神科小組，而這個精神科小組的確很有用。但是，我看到它的職能仍未能夠全面發揮，而我們已說過很多次，精神科小組不是一位醫生加一位護士前往探訪病人，進行評估便可以。這個精神科小組的功能其實應全面提升，成為我們倡議很久的精神科社區健康衛生服務團隊。當中當然包括我剛才提及的醫生、護士、藥劑師、物理治療師、職業治療師、臨床心理學家及社工等人士，讓他們發揮功能，真正幫助這羣精神科病人，讓這些病人回到社區，與家人及社區結合起來，提供較好的復康工作。

我希望政府不單是說，我們已有社區的精神科小組，而是希望這個小組的層次能夠提升和增加資源，令工作可以發揮得更好，真正幫助政府落實把精神科病人帶回社區康復的做法。我希望政府能在這方面加大力度。

另一方面，我想談談重開護士學校的問題。當然，護士人手不足，要增加護士供應，我想這是每個香港人都覺得有需要，是絕對是沒有問題的。但

是，就這個問題，我作為業界代表，為何會刪除郭家麒議員議案內有關重開護士學校，增加護士人手的要求呢？就這方面，我想稍作解釋。最主要的問題是，政府在 20 年前已回應了國際趨勢，以及業界和市民的訴求，提升了護理質素，而最可行的辦法是把護士培訓納入大學課程。在 20 年後，香港今時今日在 4 所大學，包括香港大學、中文大學、公開大學和理工大學均設有培訓註冊護士的課程。

不過，現在護士人手不足的最主要問題，並非是否納入大學課程的問題，而是在過往 20 年內，政府在護理人力資源規劃上往往出現失誤，每每在財政欠佳的情況下，醫管局便聲稱已有足夠的護士，這是在 2000 年發生的問題。所以，政府是浪費了護士的人才。一旦護士人手不足時，便馬上“頭痛醫頭、腳痛醫腳”，要求重開護士學校。我相信這種不是真正可增加護士人手的做法。我們作為業界，絕對期望政府可加大力度，提供充足的護理人力資源為本港市民服務。

但是，我認為如果要以重開護士學校這手段來進行的話，是一個短視的手段。不過，現在已別無他法了，因為如果不重開護士學校，以最快的方法來提供護士，我們便看不到有甚麼其他可行的方法。對於這種權宜之計，我們認為在短暫的情況下是可以接受的。但是，重開護士學校絕對並非提供更多護士的方法，因為這種做法正正跟政府本身的政策是背道而馳的。

此外，我們看到問題根本並非是否重開護士學校，或把護士培訓納入大學課程的問題，歸根究柢，護士短缺是政府在過去十多二十年，沒有將護士人力資源妥善規劃。這方面，我期望政府不要以為匆匆重開護士學校，便解決了這個問題，希望政府可以在這方面加大力度及立定決心，做好未來 5 至 10 年的一套全港護理人力資源規劃，令香港不會再出現護士人手突然不足或太多，以致出現要重開護士學校或大學培訓是浪費護士學校的說法。這種情況只反映出政府在管治和行政上的無能，我希望政府能三思。

在這情況下，我們絕對不支持郭家麒議員有關重開護士學校便可以增加護士人手的說法。除了護士人手外，護士的質素也很重要，所以，我在我的修正案中也提到應因應現時護理界的訴求，盡快立法成立護理專科學院。當然，我知道局長與他的同事也正在加把勁進行這件事。我在修正案中提出這點，是希望再次提醒政府加快步伐，協助成立護理專科學院。這做法的好處是可以加快落實護理臨床專科化，令護理的臨床實務無論在社區或醫院等不同場合也可以更專科化。當然，病人的福祉最後也可有所提升，所以希望能做到這點。

最後，我想談社區衛生服務團隊。就局長提出的醫療改革方案，多位同事剛才也談到錢的問題。其實，就局長所提出的最基本問題，我昨天就營養

標籤發言時也提過，基層護理服務其實非常倚重社區的護理工作。如果社區的護理工作做得好，市民的健康改善，要住院的人也自然會減少。在這情況下，我便在修正案中提出應加快成立社區衛生服務團隊，以改善基層醫療。

在過去 4 年，我其實已在不同場合重複提出這件事。衛生服務團隊包括醫生、護士、藥劑師、營養師和不同的治療師。這一隊人正正可在社區內發揮基層健康護理的最主要作用，令社區可以得到不同的好處。我先以藥劑師為例——不要偏心地經常只談護士，在社區內很多藥房其實也有社區藥劑師，他們的好處並非只是按照藥單為病人配藥，他們可以教導病人及其家屬如何使用藥物和照顧自己，告訴病人服藥後的反應，並告訴病人在服藥後如果有不良反應，便應向醫生求診等，這是社區藥房最重要的工作。香港兩大藥房（即屈臣氏或萬寧）也有社區藥劑師，我每次到那裏購物時，也看到店內的社區藥劑師非常忙碌地與客人親切地談話，這正正是社區藥劑師最主要的作用，也是基層健康服務護理中的重要環節。

我剛才所說的只是一個例子，我期望局長或政府在改善醫療方面，真的要盡快下定決心加強整體衛生服務團隊的角色，這樣便能真正幫助香港建造一個較健康的社區、社會。在這情況下，香港對醫院的醫療服務需要自然相對會減少，這才是較好的方法。

所以，我這次提出修正案，是希望再次提醒和促請政府面對剛才提出的數項問題，便是正視精神科本身的資源配套和康復情況，真正進行全面性的護理人力資源檢討，光是談開辦或關閉護士學校，是不能解決護士人手短缺問題的。

最後，要做好基層健康，發揮社區基層服務團隊或社區健康服務團隊的角色，是非常重要的。

主席女士，我謹此陳辭。

**食物及衛生局局長：**主席女士，今天各位議員討論改善香港醫療服務的議案，正好給我們一個好機會，審視醫療改革公眾諮詢的情況。

郭家麒議員剛才提出議案，我原本想多謝他，但他在開場白中斷章取義，把我們諮詢文件的精神全歪曲了。我們在諮詢文件的首 4 章把醫療改革服務方向清清楚楚說出來，在諮詢文件第五章中才談到融資方面的不同方案，讓市民能夠明白服務和融資的關係，亦得以知道不同融資利弊的關係，而不是郭議員所說，我們純粹只是“打市民荷包”的情況，我們期望議員協

助政府一起與市民建立橋梁，以理解改革方面的精要，亦希望收集不同的意見，令我們將來可以引進更好的政策。

自從 3 月 13 日，我在立法會正式開展第一階段公眾諮詢以來，各界人士和團體皆就醫療改革展開了廣泛討論，反應相應積極。

立法會衛生事務委員會舉行了多次特別會議，在特別財務委員會會議上，我亦與各位議員交換了意見。我和食物及衛生局內的同事一共已出席超過 130 場，不同形式、不同界別、不同階層的簡介會和研討會，向各界市民介紹醫療改革的理念和聽取市民對改革的意見。我亦親身出席 18 區區議會聆聽各區議員的意見，現時已出席了 15 區，尚有 3 區便完成諮詢區議會的工作。我們這麼多的研討會中，很多研討會均有百多二百人參加，特別是不同業界的組織、商界、專業界。我們亦有出席一些議員安排的研討會，很遺憾的是有些議員是沒有組織聽眾，而有 1 個研討會只有 1 個人參加。

媒體報章上差不多每天均有關於醫療改革的報道和評論。我們目前收到的意見書已多達 800 份。我們亦正就醫療改革進行問卷調查和成立專題小組，希望收集更多更深入的意見。

我可以說，社會各界對今次諮詢的反應，較過往任何一次醫療改革諮詢更為熱烈，我們亦切實做到廣泛諮詢、廣納意見。到現時為止，大部分我們收到的意見均認同醫療制度有改革的必要，而改革的目標，應該是更全面的醫療、更多的選擇、更大的保障，令市民更健康。

政府和各位議員均清楚聽到市民要求盡快改革的聲音。我們亦收到很多具建設性、啟發性的提問和意見，這些意見對我們下一階段的工作有很大幫助。我們會積極吸納這些意見，並盡快落實和推行社會已有主流共識的改革建議，其中包括大部分議員今天所提出的改善措施；而部分措施，我在過去不同場合，例如立法會事務委員會或財務委員會，在各個階段也曾作解釋，所以，我不會逐一加以複述。

但是，改革是要持續不斷才會真正見效。要確保醫療系統可以應付未來人口結構急劇轉變和醫療成本不斷上漲，而同時繼續推動各項制度和服務上的改革，我們必須為醫療系統提供長遠可持續、穩定的財政來源。回歸後的首六七年，在經濟不景氣下，政府須削減開支，這充分說明開闢新的醫療經費來源的重要性。這正是我們同時提出醫療融資的原因。

政府撥款在將來仍會是主要的醫療財政來源，而且在未來數年會有增無減。因此，我們今次提出的輔助融資問題，所指的是在政府撥款以外，如何能夠籌集資金、善加使用，以輔助服務的改善及增加醫療經費的穩定。

要令醫療改革真正得到落實，我們有必要在解決融資問題上取得一定的共識。社會各界以至各位議員在醫療融資上有不同取向，是可以理解的，但在複雜的社會議題上尋求社會共識，是市民對政府和在座各位議員的合理期望，而市民對盡快推動改革以改善服務的訴求，更令我們有迫切需要尋求共識。所以，我希望大家能夠以理性務實的態度看待醫療融資問題。

主席女士，綜觀本港及海內外過去的經驗，醫療開支會持續高速上升，這是不爭的事實。再在這個問題上糾纏，對解決問題並沒有任何幫助。我曾說過，我們的醫療制度和融資制度便好像一個患有前期癌症的病人拒絕接受治療般，越遲處理問題，只會令情況越惡化，變得更難處理。諱疾忌醫不是我們所應秉持的態度。

主席女士，我謹此陳辭。在聽取各議員就議案及修正案的意見後，我會再作回應。多謝主席女士。

**劉千石議員：**主席，今天的原議案和修正案就改善香港醫療服務提出林林總總的建議，可以說是鉅細無遺，可是，我覺得這麼多建議也似乎沒有觸及最核心的問題，便是醫療費用越來越高、越來越貴。高新科技的應用，令醫療費用大幅飆升，遠遠高於經濟增長幅度，而專利藥物亦越來越貴，更令人感到要命的是，這些藥物很多時候均要長期，甚至終身服用，這對病人及其家庭，以至整個社會，也是越來越重的負擔。

主席，要改善醫療服務，當然要投入更多資源，但單靠投入資源，並不能徹底解決問題。美國是全球醫療開支最高的國家，2007 年的醫療開支高達 22,600 億美元，佔生產總值 16.3%。即使花了這麼多錢，美國仍然有 16% 的人口（即 4 700 萬人）沒有任何醫療保障，估計每年有 18 000 人因為沒有購買醫療保險而導致不必要的死亡，而醫療事故更是美國的第三號殺手。

主席，今天的議題同樣是涉及香港醫療融資的問題。政府提出一次過撥款 500 億元，用以啟動輔助醫療融資制度，但我可以說，500 億元只是杯水車薪，如果香港的醫療策略不變，任何的融資方案也只會變成無底深潭。要改善香港的醫療服務，除了投放資源提高醫療質素外，同樣重要的問題是，如何維持醫療系統的可持續性。這並非香港獨有的問題，也是世界各國政府和醫學界同樣要面對的難題。

主席，中國國寶、廣州中醫藥大學終身教授鄧鐵濤指出，解決這個世界難題的出路，是引入有 5 000 年歷史的中醫中藥。鄧老認為，中醫中藥的優勢在於“簡、驗、便、廉”，如果能夠促成中西醫學結合，打出一條廉價醫療之路，絕對會造福全人類。

主席，討論改善香港醫療服務的時候，除了在許願樹上掛上一個個願望外，我們是否也應該看看中西醫學結合這個新國際趨勢呢？美國和德國已投放大量資源，用於中醫藥學的科研；日本、新加坡，以至加拿大均大規模引入中醫中藥，甚至是其他另類醫療，希望可以發展出廉價而具療效的醫療方法，否則，醫療開支不斷飆升，將會令他們的國家財政破產。

說回香港，特首、很多司局長和議員，以及不少市民在肯定西醫的治病功用之餘，也有使用中醫和服用中藥，用以養生保健，這或多或少可以證明，香港民間其實是頗接受中西醫學並用這個大方向的。雖然如此，但我們也看到一個普遍觀念，便是不少人仍然覺得中醫藥的功用在於預防、保健多於治病，換言之，中醫和西醫是分工，而並非真正的結合。

其實，如果大家前往廣東一些中醫院，便會發現當中有不少病人是來自香港或西方國家，他們使用中醫藥治病的原因很簡單，只有兩個，便是能醫好疾病和便宜。在香港，中醫藥治病的功用未有被充分發揮，從正面來說，便是中西醫的結合還有很大的發展空間，關鍵是政府和醫學界有否具體的政策和措施，促進這方面的發展。

主席，當然，我不能低估推動香港中西醫結合所面對的基本困難。粗略來說，問題有 3 方面：第一，大多數由西醫系統培訓出來的醫護人員普遍不懂中醫，不同於內地一早已在醫學院學習中強調中西醫結合的重要性；第二，中醫和西醫源自兩套不同的哲學系統，兩者要有共同語言，要花不少時間磨合；第三，香港缺乏中醫藥發展的臨床基地，本地醫院基本上缺乏中醫的臨床設施，從事臨床研究往往要返回內地進行。

主席，無論是用政府的稅收、個人儲蓄，或是醫療保險，均只是處理由誰付錢和如何付錢的問題，但如果醫療費用不斷飆升，大家湊多少錢也是不夠的。我認為，促進中西醫學的結合，重視預防醫療保健，發展高質而廉價的醫療服務，才是唯一的出路，也是當務之急。

多謝主席。

**王國興議員：**主席女士，關於這項議案，陳婉嫻議員已經提出了修正案，當中提出了 7 項補充改善建議，我想就這方面發表我的意見。

其實，在局長第一天前來立法會提出有關醫療融資的改革報告時，我已即時在席上清楚說明我們反對單方面向“打工仔”“開刀”的“強醫金”。如果僱主和政府也不參與，而只是向“打工仔”“開刀”的話，我們是反對的。



再者，我們要清楚指出，我們認為醫療融資改革跟改善醫療服務絕對不是交換條件。當局不能說我們不贊成醫療融資改革方案，便不會改善醫療服務，兩者絕對是不能交換的。我們認為政府既有龐大的稅收，亦負責管理香港，且一直也有為市民提供醫療服務，並非今天才開始，因此，提供優質的醫療服務和改善服務便是政府的責任。政府只有做好服務，不斷改善服務，才能贏得市民的信任。這樣，政府推行的各種醫療融資方案才有基礎，才能取信於民，才能獲得市民的支持。

主席女士，在政府推出這份報告時，我和陳婉嫻議員率先向政府表示我們會在地區、屋邨舉行居民諮詢大會。我已在我居住的地區舉行了近 10 場諮詢大會，並邀請了局方官員出席介紹，為居民提供一個理性平台來發表意見。我剛才提出的兩項前提，亦已在各場諮詢大會清楚表達，我在此不再重複了。

我想就陳婉嫻議員的修正案中 7 項建議的其中數項加以補充。第一，是為兒童注射預防疫苗。現時，當局只為兒童提供數款免費注射，雖然世界衛生組織和香港醫學會已先後建議為兒童額外注射 7 種預防疫苗，但衛生署現時並沒有提供例如肺炎鏈球菌、輪狀病毒、水痘等預防疫苗。為甚麼政府不可以多做一點，做得好一點呢？這是第一點，我希望局長可作回應。

第二，我想談談牙科保健。在居民大會上，街坊告訴我們，現時牙齒保健服務只限小學階段，到中學便沒有，是斷層的開始。現時中學生的年紀也不大，為甚麼到了那個年紀便不獲牙齒保健服務呢？我希望政府一定要改善這項服務。

此外，主席女士，如果市民牙齒出現問題，他們現時在所有政府門診也只能獲得兩項服務，一是市民牙齒痛得厲害，被送進急症室，這樣便可獲處理；二是拔牙，如果市民的牙齒壞了，當局會把牙拔掉，但其他一切服務則免問。市民強烈批評的是，公務員既可享用有關服務，而他們同為納稅人，何以卻不可享用那些服務呢？政府也無法交代。我希望局長注意這方面的問題，這是第二點。

第三，老人家無法使用電話掛號求診。雖然政府已用了很多方法，既推行社區教育，又找義工幫助他們，但當他們提出強烈要求，表示無法運用那些號碼時，當局是否也應該為他們提供選擇，提供由專人接聽的服務呢？他們覺得既跟王議員請願，又已簽名，又已到醫院管理局交涉，為何政府仍充耳不聞？當局連這樣的服務也不願意改善，試問如何能取信於民呢？我希望局長真的要加以考慮。

接着，我想說專科門診及手術服務，這些服務的輪候時間實在太長了。我們先後數次召開居民大會討論此事。主席女士，讓我舉出例子說明。有一位 79 歲的婆婆出席居民大會，她指出政府告訴她要輪候 4 年才獲治理，但她說自己也不知道她的壽命可有那麼長，可待 4 年後才接受專科門診。不錯，我們知道政府資源有限，但政府是否也應該列出改善指標呢？舉例來說，對於某種疾病，當局可以訂下目標，計劃在 3 年內或兩年內縮短輪候時間。當局最低限度也應向公眾交代這些情況，但當局沒有這樣做，我希望局長也要考慮一下。

最後，我想談談東涌和天水圍缺乏醫院的問題。雖然在東涌方面，政府已訂下目標，計劃興建大嶼山北醫院，但也要數年後才能落成。至於現時臨時提供的特別夜診服務，經我們反覆交涉後，當局亦只願意延長 6 個月至今年 8 月，往後便沒有了，這是十分不妥當的。至於天水圍方面，當局也只是計劃興建一個普通科門診診所，這如何能應付偏遠新市鎮居民所需呢？我希望局長把這些項目列入最急須處理的議程，盡快解決問題。

多謝主席女士。

**何俊仁議員：**主席女士，不管我們如何看待未來的醫療融資問題，我們今天的醫療制度的確存在不少弊端，亟需改革。如果我們不即時作出改革，我覺得現時香港很多病人所面對的處境，實在令我們蒙羞。

我們翻開報章不時也看到很多身患惡疾或長期疾病的人，聲稱沒有錢買藥，求助無門，因而要一些善長仁翁救濟。這些問題的出現，其實主要是由於當局引進了藥物名冊的政策，而這項政策正是我現時要作出的“控訴”（容許我用這個字眼）的第一項。

事實上，不僅是窮人，即使很多中產人士也在引進藥物名冊的制度後，因有家人須服用一些非常昂貴的藥物以致無力負擔，因而造成極大的經濟壓力，甚至導致貧窮問題的出現。

不久之前，我看到一羣患有地中海貧血症的小孩和家長。這些小孩自小便要每天在肚皮上打針，大家也知道，長年累月地打針是非常痛苦的事，而且每次打針的時間都很長，不是匆匆打罷一針便完成，而是要慢慢進行，可能需時 1 至兩個小時。可是，打這些針又會令他們的身體積聚大量鐵質，因而須服用一些去鐵藥，但這些藥卻有不少副作用。

最近一些藥廠發明了新藥，可以口服代替打針。縱使其療效非常顯著，而且可以大大減少病人的痛苦，但我們的公營醫院卻完全沒有給予這些新藥

分毫的資助。這些家長與我會面時告訴我，縱使他們大部分是來自中產家庭，現在仍可以每天付出數百元為他們的子女購買藥物，不過，他們卻不敢擔保，即使子女在服用這些藥物後的情況大有改善，他們的經濟一旦出現問題以致無法再支付昂貴的藥費時，試問怎忍心叫子女重過以前痛苦的日子呢？為人父母的，怎忍心叫子女冒這個險呢？

其實，血癌病人也有同樣的情況。有些病人在服用加以域後，日常生活得以大大改善，不但可以工作，甚至可以參加很多活動。可是，一旦停藥後，很多人也認為根本無法繼續生活下去，甚至性命也不保。其實，這些藥物是經過很多人，包括病人組織和傳媒等合力才得以加入藥物名冊內。在有關藥物加入藥物名冊後，病人便無須自資購買。

然而，現已證明這個制度存在很多問題。其實，類似我剛才提及的例子，不勝枚舉。除了藥物外，病人也有可能要做手術，例如大家最為清楚和熟悉，一般為上了年紀的人所做的“通波仔”手術。這手術雖說不上是大型手術，但如果要自費的話，病人便須支付一些儀器費用，每次動輒要數十萬元。

根據所得的數字，在 2005 年至 2006 年間，公營醫院病人須自費購買藥物和醫療用品的費用高達 4.2 億元。其實，不少專業人士和社會人士均認為要求病人支付多項必需的手術以至很多醫療效力顯著的藥物的費用，是不公義而且不適當的。

我們多年來在立法會爭取從藥物名冊中刪減多項藥物，一直難以成功。事實上，除了剛才指出藥物和醫療服務須自費外，門診服務亦嚴重不足。雖然現時的輪籌制度在某方面已有所改善，這是我們必須承認的，很多病人也可以透過預約獲得較便利的服務，但由於不少長者未能適應，尤其是獨居長者，他們均未能適應這種制度，因而希望能保留一條供他們預約的電話熱線，但卻不得要領，他們的要求依然未獲政府接受，令長者感到非常苦惱。

我剛才也說過，例如牙科服務不足的問題，我想不必重複了。其實，很多長者也因牙齒健康出現問題而導致營養不良，甚至消化系統出現問題，我相信當局對此也很清楚。整個問題就在於現時投放在醫療系統的資源不足，但最令人難以明白的是政府面對這些情況，竟然還要減稅，每年將五十多億元還給商界及高薪人士，我實在難以理解這做法。所以，我希望政府全面審視這個問題，並作出適當的資源調配。

**梁耀忠議員：**我剛才很留意局長所發表的言論，他說自諮詢文件於 3 月發表後，市民的反應相當積極和熱烈，並作出了很多回應，當中還特別指出醫療融資和醫療改革是急不容緩的。

我不知道局長聽過或看到市民的反應後有何感受，如果我是局長的話，我會覺得非常難過和非常慚愧。為何我會這樣說呢，主席？市民如此熱烈和積極地提出醫療改革的原因是甚麼呢？當然是現時的醫療制度有欠完善，所以才有必要進行改革，否則他們也不會如此積極地提出意見，對嗎？

局長在 2004 年 10 月獲委任為局長，至今已有四年多時間，究竟在醫療方面有何貢獻呢？我真的不知道局長可以作些甚麼回應。

很多同事剛才不斷提出很多方法和方案，其實全部都可以在很早以前實行，但有沒有實行呢？沒有。例如中醫的問題，中醫已確立一段頗長時間，而政府多年來也說要在每區設立門診部，但至今仍然只有 6 個，我也不記得是否 6 個，是 10 個還是 12 個。即使是 12 個，但跟他所說每區皆設有門診的說法，仍有一段距離。

還有，他在社區健康教育方面又做過些甚麼呢？又例如議員剛才提及的門診服務又如何呢？那麼夜診服務呢？這些都不斷為市民所詬病，我們目前的醫療制度實在不得不改革。不過，很可惜，主席，當我們討論醫療改革時，局長卻把問題放在財政危機上，說由於我們沒有錢，所以開源已是急不容緩的事，因而先後提出了 6 個方案，不是要我們供款便是要我們買保險，全部也離不開要錢。除了錢的問題外，便是人口老化問題，他還恐嚇我們到了 2033 年，人口老化問題會變得非常嚴重。現時每 8 名人口便有 1 名長者，但到了 2033 年，即 25 年後，每 4 名人口便有 1 名長者。隨着長者的人口增加，醫療方面的開支亦自然增大，所以一定要未雨綢繆、一定要開源，現時的 6 個方案皆是開源的方案。

主席，我記得哈佛報告中提到，隨着人口老化，醫療開支亦必然會增加，但當時的預測是開支會由 1997 年的 324 億元增加至 2004 年的 888 億元，增幅相當大。不過，很可惜，這預測錯了，主席，因為 2004 年的醫療開支只是 370 億元而已。該報告的預測剛好是實際的倍數有餘，所以我覺得這些數字只是“得個講字”，而其用意是嚇唬人多於實際。

局長這次竟然援用相同手法，威嚇我們說未來的開支會很龐大，所以不得不融資。我覺得這種做法並不實際，但實際的政府卻不做。剛才我們也說過，中醫其實是最好的預防療法，如果我們好好推廣中醫制度，在健康方面而言，應可減少在年老時所需的醫療開支。除了這方面外，更重要的地方是，這份醫療諮詢報告強調健康是個人責任，因此個人要透過供款或購買保險自行承擔醫療開支。當然，政府表示不會放棄承擔醫療開支的責任，但當中有些甚麼含意呢？這意味着一種觀念，便是醫療跟失業和貧窮問題一樣，純屬個人問題，政府只可以扶上一把，個人必須靠本身的努力，改變自己的厄運。

主席，這種理念顯然與小政府的理念一致，但我們也知道，我們是不可以將這些問題個人化的，尤其是醫療問題。健康和社會環境是息息相關而且不可分割的，例如我們經常說現時“打工仔女”的工作時間很長，達 12 至 13 小時，他們的身體一定勞損，健康也一定受損，但政府卻不考慮如何改善這問題，反而想着日後他們年老時要多看醫生，所以現在要趕快抓錢來供款。政府根本沒有想過如何改善這問題，還有，環境污染的問題也會影響身體健康的，但政府又做了多少工夫呢？

所以，我們不能只是想着融資，而不考慮其他問題。可惜，政府這份醫療融資報告只是着重這一點。還有，我想強調社區健康教育也很重要，但可惜這份諮詢文件中也沒有強調這方面的工作。所以，我覺得這份報告存在很多缺陷，而要求我們付錢更是萬萬不能。最近，我們委託浸會大學進行一項調查，結果有八成以上的基層市民反對要他們供款，反而要求政府維持現狀，並撥款改善醫療制度，這才是他們的心聲和意願。

主席，我謹此陳辭。

**李永達議員：**主席，我首先十分感謝郭家麒醫生提出這項議案。

大家也知道，改善醫療服務和醫療融資，從來也是十分具爭議性的話題，尤其涉及要市民付款。在這項議案辯論中，同事說醫療服務並不是金錢的問題，但醫療服務其實也牽涉金錢，因為要改善服務是要花錢的。就着這一點，我有些諒解局長，但卻又並不完全諒解他，因為當基層市民或中產人士——特別是中產人士——要付錢時，他們大多數會提出一個問題：“你要我多付些錢，那些錢是怎樣用的呢？”

我記得民主黨曾舉行一個醫療論壇，雖然我並非醫療事務的發言人，但亦看了所有報告才出席論壇。我坐在觀眾席上，向首席秘書長提問。我問他額外收取 2%至 4%的金錢，目的是甚麼呢？現時基本服務的 **benchmark** 是怎樣呢？當局收了錢後想作出哪些改善呢？我想每一名多付錢的人也會這樣提問，這便等於到高級餐廳用餐，跟到茶餐廳用餐當然是有分別的。然而，很可惜，局長，真的對不起——當時是由楊森主持論壇——你的首席秘書長並沒有回答，他只說會討論，政府會先收取這些款項，稍後才討論如何提供服務。

局長，在這個世界裏，這樣子來進行討論是很難的。即使民主黨並非想一棍……一定反對所有融資建議，如果再不說出想多收取的錢是向哪些人收取、要收取多少，以及如何改善服務等這樣“一籃子”地討論，我相信民主黨很難支持當局任何收費方式的醫療融資方案。

我要多謝郭醫生讓我們看到這些資料，這是局長要回答的。在政府的公共開支中.....我們當然有金科玉律，即公共開支不能超過本地生產總值的 20%，但這數年其實也未達到這個百分比，只有 16%至 19%。郭家麒醫生向我們提供的這些資料非常好，他說衛生政策組別由政府開支，由 1999 年起一直下跌至 2006-2007 年度，局長須就這些資料作出回應。他說在 1999-2000 年度，我們的醫療開支是佔經常性總開支的 15.3%，到了 2006-2007 年度，卻只有 14.7%。如果以絕對數字計算，2003-2004 年度是 295 億元，2006-2007 年度回落到 280 億元，去年才回升到 296 億元。換言之，在政府的開支中，醫療開支的金額並沒有實際增長 — 我指的是醫院管理局 — 百分比也沒有甚麼增長。當我們說要推行醫療融資，而局長或他的同事卻一直不肯 **commit** (承諾) 時，服務如何能夠改善呢？

在 3 月底至 5 月初，我在區內進行了差不多 2 000 個電話訪問，有 1 000 名市民回應。局長無須害怕，我的調查並非只是訪問基層市民，梁耀忠的調查才只是訪問基層市民，結果是有八成受訪者表示反對。我的調查則是訪問所有市民，有六成二受訪者表示反對，也有三成半支持當局的融資方案。所以，局長，你不是完全沒有支持的，也有接近三成半人支持。

這項訪問當中有甚麼元素呢？我已經將報告寄了給局長的同事。第一，百分比很低，只是 1%至 2%；第二，受訪者要求你們列出想做甚麼？想改善甚麼服務？屆時輪候專科門診的時間是否會由現時的兩年縮短為半年？每一個專科門診的 **waiting time** (輪候時間) 會否大幅削減？門診服務會否有改善？《標準藥物名冊》會否有進步？會否加入有需要的藥物？他們是提出了這些具體要求。

此外，市民亦具體要求知道，既然他們現在要付錢，而他們也願意付出一些，政府會否也支付部分呢？老闆會否支付呢？市民這些意見是十分強烈的，有近八成受訪者表示政府和老闆也應該有 **contribution** (貢獻)。他們說如果每人支付 1%，加起來便有 3%，以 1 萬元月薪計算，他們每月也只是支付 100 元而已，沒有 5%的 500 元那麼多。我不想把討論弄得太情緒化，我覺得從這些細節來看，基層市民.....同樣，有差不多七八成基層市民表示反對，有三成中產人士接受某形式的供款，但他們要具體知道那些錢是用來做些甚麼。

很可惜，局長不大得到中產人士支持，因為他沒有提出具體方案，即他無法說出為甚麼要市民付錢。我建議局長再進行下一輪諮詢時，應提出十分具體的醫療改革方案。所以，我覺得郭醫生這種說法十分好，即他提出了具體的醫療改革部署和建議，把各方面 (無論是一般門診、基層健康、專科門診、《標準藥物名冊》等) 改革所衍生出來某程度的額外支出清楚列出。我

們也知道，要改善服務和縮短輪候時間，等於要增加醫生、設備和要有更多診症的地方，這些便等於金錢。我同意改善服務是要花費的，但如果局長不把這些事項列出，只是要求市民付款，我李永達也很難要求民主黨支持。我覺得這是不太合邏輯的，因為只是說拿了錢後.....

我最後想提出的一點是，在我跟街坊討論醫療服務時，他們感受得最“入心入肺”的便是《標準藥物名冊》。我有時候落區辦事時——並非與醫療有關——會遇到一些上年紀的叔伯、阿嬭或婆婆，他們覺得《標準藥物名冊》對他們的影響十分大。例如他們腳痛，以前慣用的藥物十分有效，但現在卻更換為不知甚麼的風濕膏，雖然有薄荷味，但塗了 1 小時後便沒有作用。他們感到十分動氣，在我面前投訴了近 1 小時。當然，我無法完全知道《標準藥物名冊》內有哪些藥物被剔除了，但如此具體的事情，當局真的要看看是否有些地方做得太過分，把一般不算昂貴的藥物也剔除了，令提供給市民的服務完全無法改善。

多謝主席。

**鄭經翰議員：**主席，立即改善本港醫療服務這項議案，我相信應該沒有人會反對。雖然上次有人反對保障買樓人士消費權益的議案，但今次這項議案，我相信要通過沒有大問題。

主席，這個問題我們談了很久，其實，政府現時進行醫療融資計劃，我覺得是不合時宜的，因為根本未到適當的時候。政府不停討論這問題，討論了 20 年，接着便是提出哈佛報告，現在又來一個醫療融資。政府經常恐嚇市民：如果不按照“用者自付”的原則，如果不進行醫療融資，我們的公共醫療服務便會車毀人亡。這些全都是廢話，而且說了 20 年。

我相信每一個人也關心自己的健康，例如昨天有關標籤的規例，也是關乎食物和健康的。現今香港，社會富庶，在以往貧窮的時代，我們成長的時代，我們只會拼命賺錢，但現在則講求甚麼呢？主席，現在有一句話，不知你是否知道，便是“搵錢駁命”，所以 PAC，即政府帳目委員會最近花了很多時間來研究整個社會都關心的一個問題，便是超豪醫療保險。為何會有這種事情發生？這證明了當事人也是為了她和家人的健康着想，但當然這是不正確的。

說到我自己，我已屆花甲之年，現在真的是要“搵錢駁命”。當我看到一個超豪的醫療保險時，我也會查詢一下。當然，我已購買保險，也會找該保險公司，但價錢便宜得多——不過，我是自費的。第二，我在 3 星期前

開始食素，因為我怕死，因為我有一個朋友在開會時突然倒下來，他比我更年輕更 fit，於是，我開始看看自己的肚臍，發覺褲頭開始收緊了，我相信警鐘已經響起，所以我開始食素。這些問題反映了大家非常擔憂自己的健康。

剛才何俊仁議員、李永達議員和其他同事都提及那份甚麼名冊，這根本是不知所謂的，我看不到有任何醫生在處方時，會視乎病人是貧窮還是富有；如果是貧窮的，便處方一種藥，如果是富有的，便處方另一種藥。這是個甚麼世界？我們不是經常說要平等和公義的嗎？不是說醫者父母心的嗎？難道醫生會明知處方某種藥物，是因為病人沒有錢，以致他服後出現副作用？很多精神病患者及正如何俊仁議員剛才所說的地中海貧血症，都有這些問題，還有李永達剛才所說的風濕症，也有很多這些問題。

我覺得這是一個很大的問題，所以在解決我們基本的醫療服務之前，根本不應該搞甚麼融資。既然搞得不好，為何還要我們付錢給政府搞？如果再搞下去，所花的錢會越來越多，於是類似美國公共醫療保險的問題便會出現。

我在這裏並非第一次說這問題，我在外面也說了很多年，我覺得現在最重要的有數個問題。醫院管理局（“醫管局”）在運用醫療撥款方面是不恰當的，它不能以最 **efficient** 或最有經濟效益的方法運用那數百億元的撥款。為甚麼呢？當中有兩個問題。其實，一天不能改善該兩個問題，我都反對醫療融資，也會呼籲全香港市民反對醫療融資。

不過，一說到醫療融資便令我很動氣，見微知著，當中有糖衣毒藥，對於這醫療融資計劃，我不知道是否由周局長草擬，總之我覺得草擬的人是卑鄙的。為甚麼呢？當中提出一項建議，以吸引大家支持，便是如果我們改革，如果我們有了醫療融資之後，我們便會有電子病歷。老兄，電子病歷要花多少錢？我們今天為何不能有電子病歷，要有了醫療融資才有？這樣是否威脅我們的市民？還是哄騙我們？單看這點，我便沒有再看下去，我認為整份報告書可以扔進垃圾箱，因為這是垃圾。

我要說說該兩項問題，是很簡單的，我不停地在不同場合裏，每當談到醫療融資問題時都會提出來，雖沒有人反對，但卻也沒有人會做。我希望周一嶽局長再多聽一次，我想他聽了不止一次，不過他可能忘記了，因為他可能“左耳入、右耳出”。

第一，政府現在撥款醫療融資，是為提供公共醫療服務的，但公務員有 16 萬名 — 現在不止 16 萬名，因為增加了，還有在他們退休之後，再加上他們的家人，“大話怕計數”，我想享有公務員醫療服務的人數加起來，最低限度有六七十萬人。他們由醫管局提供服務，有關費用其實應該由僱主支付。



我不停提議，為何政府為此不支付一筆錢給公務員？政府作為僱主提供醫療保險給公務員，“錢跟病人走”，醫管局可提供整個診所，為公務員提供醫療服務，現在也有此安排，只不過是由我們付錢而已，將來則由政府支付。或許公務員可以打着公務員的醫療卡去看私家醫生，這樣又可以令私家醫生有生意做。因此，政府雖聲稱撥款給公共醫療服務，但該十數萬名的公務員卻蠶食這筆撥款，還有，他們會優先獲得服務，這點是說不通的。

時間快到了，我簡單地再談第二點，便是保險。當發生車禍，有人受傷或發生工傷時，全部都是由保險付費的。但是，如果有人打 999 把傷者送到公立醫院，便又是我們支付款項的，為何要我們支付而不是保險公司支付呢？所以，我覺得這兩件事，即在保險方面未解決、在公務員醫療服務未解決之前，沒理由要我們付款，卻由保險公司或政府請客，這是說不通的。

所以，我只提出這兩個問題，因為發言時間只有 7 分鐘，我不可以再說下去。如果在很多、很多問題未獲解決以前，便推出醫療融資，所有市民應一致堅決反對。我謹此陳辭。多謝主席。

**主席：**是否有其他議員想發言？

**李卓人議員：**職工盟特地邀請食物及衛生局的官員解釋醫療融資方案，我們代表“打工仔女”向他提出了很多質疑。有關醫療融資的 6 個方案，最大的問題其實是……局長，我們工會方面覺得你是把全部醫療融資的責任放在“打工仔女”身上。

在討論任何社會政策時，最重要的是分析誰得誰失。很明顯，局長提出的 6 個方案，全部也是向“打工仔女”——依我經常說，是把手向“打工仔女”的口袋伸進去——向“打工仔女”開刀，但卻完全放走了香港的財團。那些方案對於香港最富有的一羣，是完全沒有觸及的。大家看看，香港現在的貧富懸殊已經很嚴重。根據統計數字，最高收入的一成香港住戶賺取了全港住戶總收入的 41%，較諸其他很多國家，香港的貧富懸殊很明顯是最嚴重，但很奇怪，整個醫療融資卻完全不觸及最富有的大財團。政府怎可能將一個醫療承擔、包袱，全部放在“打工仔女”身上呢？這是完全不公平的。所以，主席，局長提出的所有方案根本是不可以接受，因為在分擔方面並非平均的，這是最大的問題。

第二個問題是，如果再分析得仔細一點，不論是康保方案或強制醫療保險，我們請官員在向我們 sell（即推銷）時，說說有甚麼好處。他們所推銷

的好處是甚麼呢？便是說現時的私人保險不行。他們說得對，現時的私人醫療保險很不濟，為甚麼呢？因為現時的私人醫療保險，有三至四成的供款是落入保險公司手中。現時的私人醫療保險，在某程度上是“搵笨”的，因為譬如你患病一次，例如心臟有毛病，那一次是可以獲得賠償，但以後有關的疾病便不再受保了。那麼，我們在年輕力壯時供款一世，然後“一鋪清袋”，患病一次以後，便再沒有保障了。

情況便是如此不公平。他們的說法聽起來真的很對，沒有理由是這樣的，私人醫療保險對購買保險的人其實未能提供甚麼保障。對此我是完全贊成的，但主席，局長的解決方案是怎樣呢？我要稱之為“陪葬加分流”。甚麼是“陪葬加分流”呢？現時購買保險的人，可能是中產階級中薪酬較高或中等的人，他們被“搵笨”，的確如此，怎樣解決他們被“搵笨”的問題呢？便是找多一些人“陪葬”。薪酬較高的人被“搵笨”，但薪酬較低的人是沒有購買保險的，即月薪在 1 萬元左右的人是沒有購買的，不如把這些人也拉進來組成一個 pool。我以下要說的這個字眼其實會很受我們工會歡迎：如果我用另一個方法詮釋，這便是“集體談判”，政府是硬把我們拉進去“陪葬”，然後進行集體談判。政府將一百多萬名沒有購買保險的“打工仔女”拉了進去“陪葬”，然後跟保險公司談判，說現在有多 100 萬名客戶，保險公司可否提供一些較好的服務，不要那麼過分地“掠水”，而且要讓受保人一生受保？保險公司看到有 100 萬名顧客“肥豬肉”，當然會答應。

不過，我覺得這是很“卡通”的。當局現在其實也可以管制私人醫療保險，例如立法管制私人醫療保險，而不是找一大羣人“陪葬”。某程度上，這樣做可能會吸引這些人，日後他們可以分流，到私家醫院求診。坦白說，購買醫療保險是否可以一生受保，讓他們到私家醫院求診呢？這是一定不可能的，因為有一個限度。我聽聞住 100 天醫院已是差不多的了，然後便又要回到公立醫院，對公立醫院而言，這便是“搵笨”了。既然如此，為甚麼不把資源全部放到公立醫院去呢？

此外，我們最擔心的是甚麼？我們把病人分流到私家醫院，私家醫院當然會有所發展，然後公立醫院又要跟私家醫院搶病人，否則，公立醫院又會有問題。因此，公立醫院要分為兩級。資源放到哪裏去呢？又是放到供款較多的人身上。最後，對於那些本身沒有供款、最貧窮的、最有需要公立醫院服務的基層市民，由於資源可能已完全調往另一邊，導致公立醫院的系統越來越萎縮，他們的問題便越是不能解決。所以，主席，第一個不公平的地方便是把整個包袱放在“打工仔女”身上，這是非常不公平的。

另一個不公平的地方是，現在仍未談及如何改善，或只談到一些概念，沒有說過要花多少錢，但卻要向我們收錢。我們不知道付了錢後是否真的獲

得那些服務或得到些甚麼，我們甚麼也不知道。在整個諮詢中，我們要求取得有關資料，但局長卻說在下一輪再討論。怎可能在下一輪才討論呢？局長說在下一輪諮詢時再提供資料。沒有可能是那樣的。如果要現在進行諮詢，便要讓我們清楚知道全盤計劃是怎樣，有甚麼得、有甚麼失，有甚麼好處、有甚麼弊端，而不是把某些事項等待下一輪諮詢時才討論，我覺得這是非常不負責任的。

主席，還有最後一件事，我真的要強調，現在根本便應立即救救現時的醫療系統，不要等到有了醫療融資方案才做，否則便又要花上 10 年時間。政府現在便要救。現在已經有資源，便應快點解決現時的問題。尤其多位同事剛才提出了《標準藥物名冊》的問題，很多貴藥和手術是沒有提供的，令窮人被剝奪了接受治療的權利，這些是要先做的。所以，主席，我們覺得政府適宜從頭再進行諮詢。多謝主席。

**梁家傑議員：**主席，聽罷多位同事發言，但暫時仍未有人多謝局長，我想我應該感謝周局長對改革香港的醫療制度付出了努力。當然，這件殊非易事，因為有很多既得利益攔路，所以局長必須爭取市民的支持。可惜我們未能從諮詢文件中看到市民如何支持當局進行改革，我在稍後會作出較清楚的論述。

主席，現時香港的醫療系統所面對的問題，是公立醫療系統的輪候隊伍越來越長、診症時間越來越短，而醫護人員的壓力則越來越大。因此，在現時經濟好的情況下，便有較多醫生希望獨立執業。如果醫護人員流失，輪候隊伍便會更長，以致診症時間則變得更短。如果我們不打破這惡性循環的話，整個醫療系統終有一天會崩潰。

醫療服務的好壞與性命攸關，不改革，實在並非一項選擇。其實，政府在十多年前已開始研究改革，但由於只是不斷重複“沒有新錢，無事可為”的信息，所以一直予人對改善市民健康缺乏承擔，只求在醫療開支上劃線的印象。

主席，如果局長要爭取市民支持當局進行真正的改革，尤其是抗衡既得利益的阻撓，我覺得最少要做到兩點。第一，政府必須清楚交出數據，證明現時資源的投放皆用得其所，全無浪費，而效率亦是最高，無法進一步提升。第二，我相信局長應該要做的，是立即進行改革，讓市民可以即時感受經改良、優化的醫療制度是怎樣的。只要大家都感受到政府是真正着緊市民的健康，當它真的要向社會要錢時，我相信阻力自然會減少，同時也較容易改變病人的行為。可惜，這份醫療改革文件予人的印象是，改革方面只是蜻蜓點

水式的在首 4 個章節作出論述，其餘大部分篇幅都是關於醫療融資，似乎仍在重複我剛才提及那個十多年前的信息，即“沒有新錢，無事可為”。它予人的印象是政府不斷向負擔得來的富有“打工仔”要錢，希望在這項開支上劃線。

主席，剛才也有同事提過，香港現時每 100 元的醫療開支，最少有 46 元是掏自私人“荷包”的，主要是用於普通科門診和基層（即所謂第一層）醫療上，而政府所支付的 54 元則是用於住院和專科門診等服務上。如果一如政府所說，市民還要多付一些錢，那麼市民當然希望知道多付的錢是否可以令他們減少生病、在生病時是否得到醫治，以及醫治質素是否較現在為高。我相信這些都是很公道的問題，而且是應該問的。可是，從這份諮詢文件中，我們只看到錢從哪裏來，但卻看不到得來的錢會往哪裏去。剛才的一連串問題，是全無答案的。我不知道這是否周局長在策略上的安排，要待至第二期諮詢才出台，我但願如此。

我很同意要改變目前病人的某些行為或現時公私營失衡的情況，可能要投放新的金錢。原因是已投放在某些地方的金錢，將很難會被釋放出來，因為拿了錢的人當然不願意把錢放出來。但是，我們現在有 500 億元，主席，而這 500 億元是可以作為一種財源的。局長會否考慮為了展現誠意，令市民更容易接受如果醫療融資真的要推行的話，也會伸手入袋拿錢，因而立即開放公立醫院現已採用的電子病歷共享平台給私家醫院和醫生使用呢？會否立即訓練更多第一層的社區醫生和護士，並同時建立由這些第一層醫生把關的機制呢？會否作出更多外判例如青光眼手術的安排呢？會否動用該 500 億元的一部分用作分析私營和公營醫療的角色，以及在公營醫療系統下訂出緩急先後次序？

我希望局長能展現他的誠意。多謝主席。

**張超雄議員：**主席，我發言支持郭家麒議員的原議案。很多謝郭家麒議員在這個時候提出這項有關要立即改革醫療服務的議案。

政府提出這份有關醫療改革的文件，最重要的內容涉及向市民討錢——政府是攤開手掌向市民討錢。我們最關心的，其實是整個醫療制度應立即改革。改革要立即進行，融資可容後討論，因為現時的醫療制度、醫療服務已是百病叢生。

局長剛才說目前的情況就好像一個前期癌症病人般，要從速處理，不要諱疾忌醫，這一點我非常同意。我也希望局長和政府當局真的要面對困難，

面對目前醫管局、衛生署及其他提供醫療服務的各種利益團體、各個系統之間所出現的割裂、完全沒有協調的情況，以及整體醫療質素下降的問題，認真處理、立即處理。

在今次這項議案辯論中，我們看見郭家麒議員提出了這項非常仔細的原議案，還有 5 位議員更詳細地提出了修正案，我們由此可知，在現時的醫療系統內，真的是有很多要迫切改善的地方。

有關醫療改革的文件又指出目前的輪候期很長，很多服務要經年累月輪候，甚至有些是相對地緊急、被診斷是有問題的精神病患者，較早前已發生了悲劇，老人院內的老人明明要看醫生，但卻要輪候接近 1 年、接近大半年，結果釀成命案。即使輪候到看醫生，每次診症也只有數分鐘——精神科的診症也只有數分鐘。醫院內很擠迫，看病時醫生是看着電腦屏幕，不是看着病人。基本上，現時的醫療質素已很成問題。

患病的長者無法看醫生，診症的預約制度是迫他們打電話，打了電話後，通常最快要到翌日才可看醫生。病人不能即日看醫生，服務又是四分五裂。以兒童的健康問題為例，嬰兒在醫管局的醫院出生，接着由健康院跟進，如果有甚麼情況出現，便要到衛生署的評估中心，讀書時有學童保健，這些制度跟醫管局的系統又沒有連繫，彼此之間的紀錄不能互相銜接。衛生署花了數百萬元安裝一套電腦系統，但原來跟醫管局的系統是不同，現時那些資源已被丟進大海裏，要從頭開始。

好了，又例如公私營合作的情況。我們說要如何多鼓勵私營部門參與，現在一直發展下去，東涌醫院又說要搞公私營合作，討論中的兒童醫院也說要搞公私營合作。如何公私營合作呢？是否醫生一半時間做公家的事，有一套制度，然後在另一半時間做私營部門的事時，屆時又以另一種態度對待病人、有不同的處理方法、不同的跟進呢？現時，整個醫療融資改革正正便是走着這一條路，但這是一條很危險的路。

我們要步美國の後塵，將人分為兩大等級：有保險的、有供款的便可享有基本的醫療服務，沒有錢、沒有供款、沒有戶口的便變成下等人。當局怎樣對待基層市民？如何通過保險公司，規定將來有錢的人便可獲醫治，沒有錢的人，對不起，他們要慢慢，所得到的藥物和手術均是較次等的。是否可以這樣呢？我們的專業人員是否可這樣處理病人呢？是否同一名醫生、同一名護士，在面對一個有戶口的病人時便可以做這一套，但面對一個沒有戶口的病人時卻又做另一套，甚至硬件也要分開呢？有否這個可能呢？

我們目前的長期護理制度亂作一團。看看長者出院後的下場如何？由於家人無法照顧他們，所以他們只好被迫進入私院，但那些私院質素參差，結

果被送到這裏、送到那裏，一旦有問題又被送到急症醫院。主席，這制度真是百病叢生。

在我們現時整個醫療系統下，由初生嬰兒到長者，我們都無法好好照顧他們。我不是說現時香港的整體醫療制度很差。我們現時的醫療制度不差，但正如局長所指，回歸後的六七年，醫療經費不斷被削減，現時仍未恢復過來，卻又說要進行醫療改革、要融資。融資的目的是甚麼呢？融資所得不是用作改善服務，亦未能向我們提供藍圖，讓我們看到服務會如何改善。這些服務既然現在已百病叢生，便應立即加以改善。

如果要經費，請告訴我們哪裏需要經費。如果政府可以縮短輪候期，可以告訴我們如何令醫院沒有那麼擠迫、令精神復康者可盡快得到服務、令長者可長期得到好的照顧、令兒童疾病的預防工作可以一直有進展，那麼我們定會感到很歡喜。多謝主席。

**劉秀成議員：**主席，我今天很多謝郭家麒議員，他是醫生及提出這項議案，可見功能界別在立法會是一項很重要的元素。

大家都知道，我最近曾經因為踢球受傷而享用過公立醫院的服務，而這次經歷令我有很深的感受。一方面，我覺得香港有一個質素一流的公共醫療服務，任何一位市民也可以接受很複雜、成本很昂貴的治療，每天住院費也只是 100 元而已。我當晚在醫院，除了泊車費 100 元外，我還接受了兩次掃描及得到 3 位專科醫生的照料。此外，不知道是否因為我是立法會議員，還有很多 **body guards**。主席，以這樣的服務，收費只是 100 元，試問這是否合乎成本效益呢？這樣是無法可持續發展的。另一方面，我覺得如果一位經濟能力較好的市民，決定在公立醫院選擇私家服務，他便會發覺到在出院時的帳單，比入住香港最好的私家醫院還要昂貴。因為我也問過，如果我轉往私家房會怎樣呢？原來所有服務會由頭按私家的費用計算，這是一個十分矛盾的現象，說明我們確有需要檢討及改革我們的醫療制度。

由於醫療改革對香港全體市民的生活有重大而長遠的影響，我最近為業界舉辦了兩次論壇，與議員、局長及我的業界就改革作討論。我的業界關注到在改革後，不知可否成立一個既公平而又能照顧到弱勢社羣的醫療服務制度。我理解到如果弱勢社羣無法支付昂貴的醫療費用時，他們應該獲得一定的津助，例如維持現時低廉的繳費。香港現時的醫療制度，依然存在床位不足、醫護人員工時過長、部分醫院缺乏資源、病人輪候時間過長等一系列問題，我和我的業界覺得應該趁庫房有豐厚的盈餘，一如郭議員所說般，投放金錢，繼續改善醫療服務，以及每年從財政盈餘中撥出款項，兼且並非像今

次般只是一次過的撥款，而是持續及穩定地投資在公共醫療之上，這種方法會較為理想。

主席，我剛才提及公立醫院服務所承受的種種壓力，我相信是可以透過推行公私營機構合作的方式來紓緩的。但是，我覺得，我們一定要瞭解醫院在哪方面有不足之處，例如硬件方面，這是功能界別要做的工作。

首先，政府應該撥出土地，興建新的私家醫院，以增加私家醫院的床位供應，方便為推行公私營機構合作計劃，作好充足的準備及配合。此外，在規劃及設計醫院時，必須充分瞭解日常醫護工作的實際需要的流程、所需的配套設施、針對各種交叉感染的不同隔離措施等，以減輕醫護人員的工作壓力，以及全面提升醫療服務的質素。我在醫院住了一晚，令我對醫院的運作問題加深瞭解，在設計方面，有很多事項也可以做得更流暢。

此外，李國麟議員在功能界別中代表護理界，他寫了一封很好的信給我，或許很多議員也收到，信中說出護士的問題，他提到現時的政策只是“頭痛醫頭，腳痛醫腳”。大家也聽過護士學校又出現了一些問題，所以實在不能正式解決護士短缺的問題，政府應該嚴肅地考慮護士培訓及學位政策應如何實踐。他提出在公私營醫院中不同的病房、不同的護士類別，例如普通科護士、精神科護士及社康護士等，按照病人的比例計算人數是很重要的，這樣才能確保大學或有關課程能獲得充足資源，培訓人才，以應付社會未來的需要。我亦理解到除了我們所提出的這數項建議外，還要顧及市民的健康常識，這也是很重要的。一個有遠見政府，應該積極推動基本醫藥衛生常識教育，透過學校和各種媒界，培養市民對預防疾病、醫學及急救常識、注意身心健康等。如果在這方面做得好的話，香港的普羅大眾患病機會自然會減少，我們便可以集中更多資源來照顧嚴重或長期病患者。

我謹此陳辭。多謝主席。

**余若薇議員：**主席，首先，我要感謝郭家麒議員提出一項如此適時的議案辯論，即有關醫療改革和醫療融資兩部分。公民黨的梁家傑和張超雄已發言表達公民黨對醫療融資或醫療改革的意見，所以，主席，我不會重複他們的說話。我的發言主要是解釋公民黨稍後投票的理由。

主席，我們看到原議案有兩個主要部分，一是要求立刻改善本港的醫療服務。有哪些地方須作出改善呢？我們可以看到很多修正案，提出各種建議，包括在偏遠地區增加醫院、增加護理學學士學位、就藥物名冊進行改革、改善普通科門診電話預約服務等，林林總總，都是有關醫療改革的。

另一方面，郭家麒議員的原議案其實是有關醫療融資的，雖然它並不是直接回應局長今次推出的醫療改革文件，但亦特別提及 500 億元醫療撥款，以及將來注資方面的問題。所以，這兩方面便是我們公民黨考慮如何投票的主要理據。

主席，第一部分是有關醫療改革。其實，只要聆聽同事的發言及看看原議案和各項修正案的內容，雖然是五花八門，但彼此的共識也十分大，即無論所說的是牙科、門診、醫院或電子病歷，很多同事都說現時的醫療服務雖並非真的很差劣，但確實看到有很多問題開始出現，是有需要進行改革的。

自從當局推出醫療改革文件後，公民黨和局長一樣，都是四出聆聽和收集意見，並且出席不同的諮詢會。大家可以看到，其實在這方面是有很大共識的，大家提出的問題也是大同小異。至於使用撥款的優先次序，大家反而並非真的十分着緊，也沒有認為應先增加護士，還是先增加醫生，應先增建醫院，還是應先改善某些方面，總之，大家覺得有迫切需要的，便應處理，而不會爭拗哪些事情較重要、哪些事情不那麼重要。所以，主席，就所有有關醫療改革的建議，公民黨都是贊成的。這方面並不是我們棄權或反對的原因。

主席，議案另一部分是有關融資。其實，根據郭家麒議員的原議案，那便是第(一)部分，當中最重要的是“立刻動用部分 500 億醫療撥款”，即我們在今次財政預算案（“預算案”）中所看到的那些撥款。主席，關於郭家麒說要立刻動用這 500 億元醫療撥款的主要原因，公民黨和我也共同看法，原因是預算案中並沒有說明立刻撥出 500 億元，而只是說那是醫療融資啟動基金的一部分。這令我們很擔心，因為如果醫療融資方案談不攏，是否表示那 500 億元便會永遠被凍結，只能看，不能用呢？其實，這是令人擔心的，因為這似乎有點暗示或威脅我們，如果我們不同意醫療融資方案，這 500 億元便永遠只能看，不能用。

主席，這是十分重大的問題，因為如果政府把金錢凍結不用，其實是很浪費的。我們經常說“水浸”，但如果政府不運用那些金錢，便等於沒錢，既然大家在醫療改革方面有那麼大的共識，認為有需要改革，而且那些改革已經說了十多年，尤其是醫療界或醫學界的人，他們均向政府表示改革十分迫切，亦已說了很久，所以，主席，對於這部分，我們是十分贊成的。

因此，如果以此尺度來看其他議員的修正案，便會看到陳婉嫻的修正案是同意這部分，所以沒有作出改動。楊森就有關 500 億元撥款，他其實也是同意的，並表示除了這 500 億元外，還應再增加一些撥款。方剛的修正案則把“立刻動用部分”的字眼刪除，提出要“妥善規劃”，但我不知何謂妥善



規劃。他刪除了有關字句，是否代表不准我們使用，還是不知何時才能使用呢？所以，我們對方剛的修正案是有所保留的。此外，李國英的修正案不但直接把“立刻動用”的字句刪除，而且沒有提出要妥善規劃或其他建議，所以，我們對於李國英修正案的這方面是有保留的。李國麟的修正案也沒有修改動用 500 億元這一點。所以，如果議員提出的修正案沒有修改動用 500 億元這一點，公民黨也是會支持的，但如果議員把這一點刪除，我們則惟有棄權。

主席，我們還要一提楊森的修正案，因為他除了提及那 500 億元外，還提出“盡快將醫療撥款增加至政府經常開支的 17%”，這一點我們是同意的。他在另一部分提出“把外匯基金每年一半的投資收入注入基金”，主席，對於把外匯基金注入基金這個概念和原則，我們是同意的。大家也記得，譚香文以往亦曾提出類似的議案辯論，那是一個妥善理財的方法，不單須有一個可持續發展的基金，還須有持續撥款的機制。所以，主席，楊森提出的原則，我們並不反對，而且也是同意的，但是否要一如他修正案所提議般注入外匯基金一半的投資收入呢？(計時器響起).....對此我們是有保留的。

多謝主席。

**主席：**是否有其他議員想發言？

**譚香文議員：**今天下着大雨，猶如我們的庫房般，也出現“水浸”的情況，我剛才也被雨水浸至雙腳全濕。既然這麼濕、這麼多“水”，那麼為何我們的政府不用這些“水”來幫助我們的市民，而是向我們的中產、低收入的朋友“埋手”，要他們多交稅款呢？

郭家麒議員提供了一些資料，是關於財務上的數字，我們先看看那些數字遊戲。這個圖表告訴我們，1999 年的經常性公共開支，在衛生政策方面的支出是佔 15.3%。但是，再看看 10 年後的今天，在 2008-2009 年度是佔 14.3%。政府不斷說有很多錢，投放了很多錢在醫療方面，可是，大家看看，由 1999 年至今，即約 10 年後，百分比是降低了，是減少了 1%，為甚麼呢？

我曾提出議案辯論，希望政府預留 500 億元在醫療方面，政府表示願意這樣做。可是，現在我真的被嚇壞了，政府表示那是有附帶條件的，如果它投放 500 億元，我們便一定要供款 — 我要說清楚，是市民一定要供款 — 這跟我原先所提議的，即持久地投放那些錢在醫療方面，以幫助我們的市民，是有所不同的。

在稅收方面，我是最精明的。郭家麒議員提供了一個表，說明在現時的稅制下，在沒有醫療供款的情況下，一名月入 12,000 元的單身人士，每年的收入是 144,000 元，他要繳交的稅款是 210 元，那是很少的數目。可是，如果在政府建議的全年醫療供款的情況下，這名納稅人便可能要繳交 7,200 元，而他在 2007-2008 年度，在無須供醫療款項時應繳交的稅款是 210 元。換言之，這名“打工仔”便可憐了，他要額外繳交約 7,000 元的稅款。

除了單身人士，如果是以家庭月入計算，例如丈夫和太太月入 25,000 元，即每年 30 萬元的情況下，他們須繳交的稅款約為 1,200 元。但是，兩夫婦如果要繳交醫療費用，全年便要繳交 15,000 元，換言之，他們每年要多繳交 12,000 元。從這裏可得到的信息，是否政府要向中產“埋手”，向低收入的人士“埋手”呢？

剛才提到“水浸”，我們的儲備盈餘是 14,500 億元，但政府卻完全不肯用這筆錢。為何政府在有這麼多錢的基礎下，也不肯提供良好的醫療服務，以幫助市民呢？

還有一點，我最近進行了一項有關醫療的民調。該項調查尚未完成，我稍後（6 月 13 日前）會公布會計界對醫療融資的建議。其實，我現在也有初步的結果，便是很多會計師對這方面是有保留的，他們並不介意付錢，只介意所花的錢是否物有所值。他們花了那麼多錢作醫療費用，是否花得有價值呢？政府可否對醫療成本作出檢討，能節省的便節省呢？從精打細算的會計界朋友來看，我們有否檢討現時醫療服務的成本是否過高呢？這方面則須依靠政府的檢討。

此外，會計界的朋友還認為，為何僱主不用供款，甚或政府不投放更多資源在醫療服務方面呢？我們認同要投放更多資源，也認同在醫療方面應該有更多供款的資源，但會計界看到，在審慎理財的原則下，現時的供款或政府所花的錢是否物有所值、花得其所呢？有沒有一些能節省的地方呢？

除此之外，會計界認為還有一個問題：就我們所購買的私人保險，政府會否提供稅務上的寬減呢？很多朋友均有購買私人保險，如果將來是實行“強醫保”——醫療的私人保險加上政府規定要再供的“強醫保”——的話，兩方面可否有所謂豁免呢？如果購買了私人保險，政府可否提供豁免，或是提供稅務上的寬減呢？

還有一個大問題，有會計師向我表示，他並不介意供款，但供款後，第一，輪候求診的“人龍”會否較短，或等候的時間會否較短？政府可否就這方面解釋一下呢？第二，當他繳交供款後，能否獲得一流的服務，是否一如

住在頭等房間般舒適呢？現在的情況並不是這樣，至於將來，更是未知之數。現時政府花了那麼多錢，但不知道支出是否物有所值，水準又如何呢？服務又如何呢？我相信政府是有責任，檢討現時的醫療服務是否合乎水準，以及金錢是否花得其所，在此方面，它應該責無旁貸。多謝主席。

**主席：**是否有其他議員想發言？

**石禮謙議員（譯文）：**主席女士，有關醫療改革的公眾諮詢工作將於 6 月底結束，屆時社會人士對本港未來的公共醫療服務，將有更深入的瞭解。可是，現在卻有人要求立刻改善本港的公共醫療服務。

近年，公共醫療服務受到一連串的打擊，凸顯了現行做法的不足之處。前線醫護人員因工時長以致工作氣氛緊張，加上部分醫院聯網在病房及人手方面的資源緊絀，在在都令公共醫護人員陷入士氣危機，導致服務質素有所下降。

雖然我明白郭家麒議員的一系列構思皆出於善意，但我不贊成政府在這時動用為醫療融資所預留的 500 億元。由於有關的撥款旨在作為醫療改革的種子基金，因此，在公眾諮詢得出結論前將款項作任何用途皆屬不恰當。我們尚未知道公眾諮詢有否為醫療改革帶來一些更好的建議：也許當中有些意見可以啟發政府，把撥款作較佳用途，甚或市民一致贊成採用郭家麒議員的建議也說不定。無論如何，我們必須待公眾諮詢得出結果後才作出定案。我們必須深思熟慮，為這問題找出長遠解決方法，因此，我贊成方剛議員的修正案，政府當局應妥善規劃 500 億元的撥款，為日後的醫療融資作好準備。

儘管如此，我同意加強公私營醫療合作，將有助紓緩公共醫療服務的壓力。健康與醫療發展諮詢委員會在 2005 年 7 月發出的諮詢文件中重申，現時公營和私營醫療服務出現嚴重失衡，並強調有必要為公私營醫療系統的角色重新定位，以便訂出日後的醫療服務模式。目前過分依賴公共醫療服務，將導致公營醫療系統不能持續發展。根據醫院管理局（“醫管局”）及衛生署的統計數字，截至 2007 年 3 月 31 日為止，公立醫院合共提供 27 000 張病床，而截至 2007 年 6 月為止，私立醫院則合共提供了三千多張病床。公立醫院的病房數目亦遠高於私立醫院，兩者的比例是 9:1。相對於公立醫院來說，私立醫院大多數是牟利的：它們投放於低回報及高風險項目的資源較少，而投放於高回報及低風險項目的資源則較多，而且收費亦較高。公立醫院則以低廉的收費提供廣泛的醫療服務，而這亦是公立醫院應該做的。因此，大部分病人均使用公立醫院的服務。無論如何，公立醫院必須繼續承擔

提供全面醫療服務的責任，但同時必須加快公私營醫療合作的進展。政府當局應為私營機構提供經濟誘因，以推動公私營醫療合作。行政長官最近表示，政府當局將於明年就醫療改革展開第二階段的諮詢工作，屆時重點會放在醫院設施的發展。我促請政府採取積極的措施，鼓勵私立醫院發展及擴展其設施。這將牽涉對現行土地政策作出一些修改，也有賴政府當局和私營機構的通力合作。

我同意政府應詳細考慮重開護理學校的建議。其實，不單是公立醫院，即使整個社福界也正面對護理人手不足的問題。去年，本會通過了有關“護理人手政策”的議案，促請政府增加護理人手。我很高興聽到醫管局最近已決定於明年調撥 1.4 億元處理這問題，包括重開屯門醫院護士學校及明愛醫院護士學校，以及把註冊護士為期 3 年的合約延長至 6 年。儘管如此，政府亦應鼓勵私營機構為社福界提供更多合資格的護理課程。由社會福利署為社福界所提供為期兩年的全日制登記護士（普通科）／登記護士（精神科）訓練課程，每次只能提供 110 個訓練學額，實難滿足社福界對護士的龐大需求。

主席女士，轉變是要花時間的，而巨大的轉變所花的時間更長。醫療改革旨在為本港的醫療服務提供長遠的解決方法，我們必須對現時的醫療系統作出一些調整，以迎接那些巨大的轉變。政府應增加醫療服務方面的開支。多謝。

**主席：**是否有其他議員想發言？

（沒有其他議員表示想發言）

**主席：**如果沒有其他議員想發言，我現在請郭家麒議員就 5 項修正案發言。發言時限是 5 分鐘。

**郭家麒議員：**主席女士，我支持陳婉嫻議員的修正案。事實上，陳議員的想法，跟我的想法很相似，我們同樣看到人口老化和改革的需要，問題是政府現時提出的所謂融資方案是否能對症下藥。

局長說，他不多謝我，這是不要緊的。其實，我應該多謝局長，他至少指出，他是要處理這事項。我同樣是醫生，如果有醫生診斷對了，開藥適當，我作為醫生，是一定會從旁協助的；但如果有醫生斷症錯誤，開藥錯誤，我相信我作為醫生，會責無旁貸地把情況提出來，讓公眾審視該診斷是否正確，或所開的藥是否適合。

對於陳婉嫻議員提出，有需要改善現時聯網的結構、財政分配，加強基層醫療、疾病預防，改善普通科門診、牙科等服務，我是完全表示支持的。

楊森議員提出另一項修正案，指出有需要進行醫療改革及解決長遠的問題。我知道民主黨是率先提出以 500 億元設立基金的，但我希望楊森議員留意，政府提出的 500 億元，和民主黨提出的 500 億元，是兩碼子的事。民主黨當時提出的，是一個針對人口老化的基金，而政府到今天為止，也沒有說過會這樣做。政府現時提出的 500 億元，是用於它將來提出的方案。我們也不知道這個終極方案是甚麼，但條件是，全港市民也須接受這個方案。換句話說，如果這個方案得不到支持，不受歡迎的話，我們是不會得到這 500 億元的資源，除非我們強迫市民“硬吞”，不論政府提出的方案是否受歡迎、是否合理，也要接受。所以，我同意民主黨的同事當時所提出的建議，但對於現時這項修正案，我便覺得大惑不解。

楊森議員在發言時說，如果不這樣做，便須加稅。我想沒有人會贊成香港再加稅，而我們要求的，是不要再減稅。在剛過去的財政年度，政府所減的稅款超過 60 億元，但不是所有人共享的。說得清楚一點，只是社會最富貴的人才能享受這 60 億元。如果我們不能好好地處理這個融資方案，對於社會的中低收入人士和弱勢社羣，將會是一個很大的打擊。無論是供款和稅款，基本上是沒有分別，也是從市民的口袋拿錢出來。但是，作為立法會議員，我們一定要清楚知道政府是向誰拿取、拿取些甚麼、付出些甚麼。所以，我希望民主黨的同事能再一次考慮支持，盡快令政府拿出應該用於醫療的資源。

方剛議員的修正案把“立刻動用”那 500 億元的字句刪除，我要表示很大的失望。對於有關與醫務委員會（“醫委會”）商討，我想提醒方議員，其實，在我們加入世衛協定的時候，醫委會已經答應會有一個平等、公平和透明的制度，讓有意在香港行醫的人接受一個考試和核準制度的甄別。作為香港醫療界代表的我和香港市民，也很希望政府仍然透過醫委會，推行一個行之有效和有質素保證的制度。

李國英議員的修正案也是把“立刻動用”那 500 億元的字句刪除，我真的感到極為失望。事實上，我們是同意民建聯的修正案，包括強化基層醫療、進行更緊密的公私營合作、研究家庭醫生的制度、提供稅務誘因、購買醫療保險、把醫療券適用年齡降低至 65 歲等，還包括中藥的部分。但是，根據政府現在的說法，政府是不會拿錢出來的，是要待 2012 年後，政府能實行這個不論是否受歡迎的方案時，才動用這 500 億元，我覺得這是很不公平的。所以，儘管他不同意這項議案，我仍希望他也同意政府要增加資源，改善現時十分困難的醫療制度。

我謹此陳辭。多謝主席女士。

**食物及衛生局局長：**主席女士，首先，多謝各位議員就議案發表的不同意見。

我們今次的醫療改革諮詢跟以往多次諮詢最大的分別，便是我們以服務改革為主、融資改革為輔，更嘗試在公營市場外，在私營市場訂出發展空間的方向。我們基於以下五大方向，提出一整套改革目前醫療制度和市場架構的建議：

- (一) 加強公共醫療作為全民醫療安全網，集中於主要服務範疇，令市民有更大的醫療保障；
- (二) 將更多注意力放在以人為本的基層醫療和預防護理，改變現時以治病為本的模式；
- (三) 以公私營合作來落實“錢跟病人走”，提高中產人士的選擇，同時提升市民對私營醫療的信心；
- (四) 通過醫療病歷來打通公私營醫療，令病人可以真正自由地選擇服務；及
- (五) 增加政府對醫療的承擔，同時改革醫療融資安排，推行配合服務改革的輔助融資。

大部分議員今天所提出的改善醫療服務措施，很多也屬於諮詢文件第一至第四項服務改革方向的範疇。到目前為止，社會各界對各項服務改革建議的反應均相當正面和積極。雖然有不少人提出對推行細節的具體意見，但整體上，市民也期望政府可以盡快落實服務改革，以繼續提高目前的醫療水平和質素。在這方面，我們清楚聽到市民的訴求，今天的議案辯論亦表明在改革醫療服務上，我們已經有一定的共識。

我在諮詢期內已多次表明會利用政府已承諾增加的醫療撥款，即到2011-2012年度每年多100億元經常開支，在現屆政府任內推動各項服務改革、改善現行服務水平，而不少改革試驗亦正陸續進行。我不打算就議員所提出的各項措施逐一回應，但有很多措施都會作為改革的一部分推行。我們亦會因應改革所需，調整醫療人力資源策略，以及醫療服務的管理和組織架構，包括輔助醫療專業的監管。我們亦會陸續研究及引進個別醫療服務，包括精神健康、牙科護理、中醫藥、復康和長期醫療護理等的發展。

可是，醫療改革是一項複雜而長期的跨代工程，須全面兼顧各個環節而不可以單看其中一面。除了改革整體服務和市場架構外，我們亦必須推行第

五個改革方向，解決醫療資源的問題。正如我剛才提到，改革所需的是持續穩定的財政來源。正因為社會有共識要盡快改革醫療制度、改善醫療服務，我們更有需要盡快就融資方案取得主流共識。

我剛才指出，政府今次提出的是輔助融資問題，政府在今次改革中承諾會繼續為公共醫療提供最主要的經費來源，政府會繼續肩負這個責任。可是，面對醫療開支不斷高速增加，速度快於經濟增長，而按《基本法》，政府開支必須量入為出，與本地生產總值的增長率相適應，再加上收入限於稅基狹窄會隨經濟周期而波動的大前提，輔助融資安排便有其必要，既能推動服務改革，亦可為醫療經費起長遠的穩定作用。大家也會記得，香港人在過去 10 年，親身經歷了經濟盛衰的周期。時世艱難時，政府無可避免要加稅和削減開支。輔助融資的安排正正希望針對醫療服務的長遠發展需要，並在不穩定的政府收入及支出外，作出妥善的輔助融資安排，令醫療服務得以持續和穩定的發展。

在融資問題上，政府已表明在現階段對所有方案均沒有既定立場，對於誰應供款的問題亦沒有既定取向。我們希望聽取社會各界的意見，再制訂具體方案進行下一階段的諮詢。我們唯一要指出的是，“低稅制、小政府”是本港經濟繁榮的基石，而容許公共醫療開支不斷膨脹，將會動搖這塊基石。再者，經濟有周期，政府的財政狀況亦有起伏，未來工作人口比例下降，單以稅收支付醫療開支並非一個可持續的融資安排。

因此，我們提出各個不同的輔助融資方案。不同方案在財富再分配、風險分擔、積穀防饑這些社會價值觀上有不同安排。對於推行那種方案及方案的具體細節，我們還可以再討論，但我們必須處理融資問題。當第一階段公眾諮詢在 6 月 13 日結束後，我們會繼續研究和分析收集所得的意見，並制訂下一步的具體方案，在明年進行第二階段的諮詢工作，凝聚社會對醫療融資的共識。屆時，我們亦會建議如何投放資源，以及運用預留的 500 億元推動改革。

有議員提出政府在醫療開支推算上誇大了數字，謂人口老化只會帶來 0.6%開支增長，而醫療成本上漲則是子虛烏有。不過，我們的諮詢文件及網上供下載的研究報告摘要，已將所有研究數據和推算假設列舉出來。我希望認為政府誇大數字的人可以拿出真憑實據，指出那些地方有誇大，而並非只是不停地指政府誇大了數字。

我試列舉一些例子，說明我們並無誇大。1990 年至 2004 年的公共醫療開支平均每年增長 8.9%，比同期經濟增長高 4.7 個百分點，而同期老年撫養比率則由 124 增加至 167。按人口結構和醫療成本上漲推算，2004 年至 2033

年的公共醫療開支平均每年增長 5.7%，比同期預測經濟增長高 2.2 個百分點，其中人口老化佔 1.2 個百分點，醫療成本上漲佔 1 個百分點，同期老年撫養比率則由 167 增加至 428。在先進經濟之中，現時老年撫養比率最高的有日本，303；比利時，268；英國，242；芬蘭，239；瑞士，236；遠比香港的 167 高。到 2033 年，根據推算數字，香港老年撫養比率為 428，雖然仍低於日本的 515，芬蘭的 470，瑞士的 438 和比利時的 437，但香港人口老化的速度卻遠比這些地方高。

主席女士，最後，我必須重申，不論醫療制度如何改變，政府是不會改變 3 項基本原則：

- (一) 政府會繼續維持一貫的公共醫療政策，確保不會有市民因為經濟困難而得不到適當的醫療服務。
- (二) 政府會繼續照顧低收入家庭和弱勢社羣的醫療。這一點，政府責無旁貸。
- (三) 公營醫療系統將繼續是全體市民，包括負擔能力較高的中產人士的醫療安全網。換言之，當醫療改革經諮詢得以落實後，即使在新的融資安排下，我們的政策是會繼續容許所有市民，包括經濟條件較好的市民繼續使用公營醫療服務。屆時，市民每次生病時，可自行決定選擇使用公營還是私營醫療服務。

因此，醫療改革只會增加市民的選擇，不會減少原有的保障。我們更有需要在原有基礎上繼續改善公營醫療安全網。

主席女士，我謹此陳辭，多謝大家關注此事，亦希望大家在討論中發表意見。我們是次的諮詢設有網站，希望大家和你們的選民可以多給我們意見，我們在 6 月 13 日便會開始作總結分析。多謝主席女士。

**主席：**我現在請陳婉嫻議員就議案動議修正案。

**陳婉嫻議員：**主席，我動議修正郭家麒議員的議案。希望同事支持。

**陳婉嫻議員動議的修正案如下：**

“在“醫療改革諮詢文件”之前加上“鑒於醫療開支不斷上升，本港又面對人口老化問題，而”；在“至今”之後加上“對醫療融資問題”；在“有共識”之後刪除“支持任何強制供款或強制保險的‘輔



助融資’方案”；在“促請政府”之後加上“在推行任何醫療融資方案前，”；在“(“醫管局”)的撥款，”之後加上“並在分配資源時以醫院聯網內的人口結構為其中一項準則，”；在“口腔護理的教育；”之後刪除“及”；及在緊接句號之前加上“；(十四)增加資源加強基層護理服務，並提高市民注重健康的意識；(十五)加強預防疾病的工作，增加為市民免費注射各種預防疫苗；(十六)改善普通科門診電話預約服務，安排人手接聽電話，讓不懂使用該系統的長者也可使用電話預約服務；(十七)就改善專科門診及手術輪候時間過長問題，訂出時間表；(十八)將免費牙科保健服務延及至全港中學生；(十九)增設牙科街症服務診所及擴大其服務範圍；及(二十)就一些偏遠新市鎮如東涌、天水圍等，在其計劃中興建的醫院未落成啟用前，增加區內的夜診及 24 小時門診服務”。

**主席：**我現在向各位提出的待議議題是：陳婉嫻議員就郭家麒議員議案動議的修正案，予以通過。

**主席：**我現在向各位提出上述待決議題，付諸表決。贊成的請舉手。

( 議員舉手 )

**主席：**反對的請舉手。

( 沒有議員舉手 )

林健鋒議員起立要求記名表決。

**主席：**林健鋒議員要求記名表決。表決會在鐘聲響起 3 分鐘後進行。

**主席：**現在開始表決。

**主席：**請各位議員核對所作出的表決。如果沒有問題，現在停止表決，並顯示結果。

功能團體：

吳靄儀議員、李鳳英議員、李國麟議員、郭家麒議員、張超雄議員、劉秀成議員、鄭志堅議員及譚香文議員贊成。

張文光議員、陳智思議員、梁劉柔芬議員、黃宜弘議員、黃容根議員、楊孝華議員、劉皇發議員、劉健儀議員、石禮謙議員、張宇人議員、方剛議員、林偉強議員、林健鋒議員及梁君彥議員棄權。

地方選區：

李卓人議員、陳婉嫻議員、梁耀忠議員、劉慧卿議員、余若薇議員及梁家傑議員贊成。

田北俊議員、何俊仁議員、李柱銘議員、周梁淑怡議員、涂謹申議員、楊森議員、劉江華議員、李永達議員、李國英議員、張學明議員及陳方安生議員棄權。

主席范徐麗泰議員沒有表決。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 22 人出席，8 人贊成，14 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 18 人出席，6 人贊成，11 人棄權。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，她於是宣布修正案被否決。

**劉健儀議員**：主席，我動議若稍後就“立刻改善本港醫療服務”所提出的議案或修正案再進行記名表決，表決須在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席**：我現在向各位提出的待議議題是：劉健儀議員動議的議案，予以通過。

**主席**：是否有議員想發言？

（沒有議員表示想發言）

**主席：**我現在向各位提出上述待決議題，付諸表決。贊成的請舉手。

( 議員舉手 )

**主席：**反對的請舉手。

( 沒有議員舉手 )

**主席：**我認為議題獲得兩部分在席議員，分別以過半數贊成。我宣布議案獲得通過。

我命令若稍後就“立刻改善本港醫療服務”所提出的議案或修正案再進行記名表決，表決須在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席：**楊森議員，你可以動議你的修正案。

**楊森議員：**主席，我動議修正郭家麒議員的議案。

**楊森議員動議的修正案如下：**

“在“醫療改革諮詢文件”之前加上“在資源不足的情況下，公營醫療問題叢生，政府必須推行醫療改革，以解決醫療體系所面對的長遠問題，然而，”；在“(一)”之後刪除“立刻動用部分 500 億元醫療撥款”，並以“盡快將醫療撥款增加至政府經常開支的 17%”代替；在“醫療服務，並”之後刪除“以餘下款項成立醫療服務基金，”，並以“成立基金以推動醫療改革，除今年撥出 500 億元外，把外匯基金每年一半的投資收入注入基金，並且”代替；在“該基金之內，”之後刪除“並參考外匯基金的分紅方法，作為本港公共醫療服務的”，並以“為本港醫療體系提供”代替；在“穩定資源”之後加上“，確保即使日後醫療開支隨着科技進步及人口老化而大增，醫療體系仍能夠為市民提供應有的服務，而日後若實施供款式的輔助融資制度，供款額亦能維持在市民可負擔的水平”；在“口腔護理的教育；”之後刪除“及”；及在緊接句號之前加上“；及(十四)因應現時基層健康服務嚴重不足的問題，成立種子基金以改善有關服務，以期促進市民的健康和生活質素，並減少長遠的醫療開支”。

**主席：**我現在向各位提出的待議議題是：楊森議員就郭家麒議員議案動議的修正案，予以通過。

**主席：**我現在向各位提出上述待決議題，付諸表決。贊成的請舉手。

( 議員舉手 )

**主席：**反對的請舉手。

( 沒有議員舉手 )

郭家麒議員起立要求記名表決。

**主席：**郭家麒議員要求記名表決。表決會在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席：**現在開始表決。

**主席：**請各位議員核對所作出的表決。如果沒有問題，現在停止表決，並顯示結果。

功能團體：

張文光議員、李鳳英議員及李國麟議員贊成。

吳靄儀議員、陳智思議員、梁劉柔芬議員、黃宜弘議員、黃容根議員、楊孝華議員、劉皇發議員、劉健儀議員、石禮謙議員、張宇人議員、方剛議員、林偉強議員、林健鋒議員、梁君彥議員、郭家麒議員、張超雄議員、劉秀成議員、鄭志堅議員及譚香文議員棄權。

地方選區：

何俊仁議員、李柱銘議員、涂謹申議員、楊森議員、鄭家富議員及李永達議員贊成。

田北俊議員、李卓人議員、周梁淑怡議員、陳婉嫻議員、梁耀忠議員、劉江華議員、劉慧卿議員、余若薇議員、李國英議員、梁家傑議員、張學明議員及陳方安生議員棄權。

主席范徐麗泰議員沒有表決。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 22 人出席，3 人贊成，19 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 19 人出席，6 人贊成，12 人棄權。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，她於是宣布修正案被否決。

**主席：**方剛議員，你可以動議你的修正案。

**方剛議員：**主席，我動議修正郭家麒議員的議案。

**方剛議員動議的修正案如下：**

“在“醫療改革諮詢文件”之前加上“鑒於”；在“(一)”之後刪除“立刻動用部分”，並以“妥善規劃”代替；在“醫療撥款，”之後刪除“以改善本港的醫療服務，並以餘下款項成立醫療服務基金，今後把部分財政盈餘撥入該基金之內，並參考外匯基金的分紅方法”，並以“以結合未來的醫療融資方案”代替；在“精神科新藥，並”之後加上“因應地區的實際情況，例如在天水圍設立精神專科門診服務；同時”；在“(四)”之後加上“與醫務委員會商討，參考其他專業團體的做法，推行專業人士資格互認，吸引更多非本地訓練的優秀醫生來港執業，以解決公立醫院醫生人手不足的問題；(五)”；刪除原有的“(五)”，並以“(六)”代替；刪除原有的“(六)”，並以“(七)”代替；刪除原有的“(七)”，並以“(八)”代替；刪除原有的“(八)”，並以“(九)”代替；刪除原有的“(九)”，並以“(十)”

代替；刪除原有的“(十)”，並以“(十一)”代替；刪除原有的“(十一)”，並以“(十二)”代替；刪除原有的“(十二)”，並以“(十三)”代替；在“口腔護理的教育；”之後刪除“及”；刪除原有的“(十三)”，並以“(十四)”代替；及在緊接句號之前加上“；(十五)從速在醫療資源匱乏的地區，如東涌、天水圍興建醫院，並增加將軍澳醫院提供的服務，包括產科、腫瘤科及腦外科等；(十六)強化以社區為本的基層醫護工作；(十七)設法改善專科病人輪候診症的時間；(十八)進一步將中醫藥納入公營醫療體系，措施包括增加公立醫院中醫門診服務等；及(十九)加強維護病人權益，切實改善公立醫院處理病人個人資料的程序及守則，並全面加強員工培訓，避免醫療事故不斷發生”。

**主席：**我現在向各位提出的待議議題是：方剛議員就郭家麒議員議案動議的修正案，予以通過。

**主席：**我現在向各位提出上述待決議題，付諸表決。贊成的請舉手。

( 議員舉手 )

**主席：**反對的請舉手。

( 議員舉手 )

郭家麒議員起立要求記名表決。

**主席：**郭家麒議員要求記名表決。表決會在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席：**現在開始表決。

**主席：**請各位議員核對所作出的表決。如果沒有問題，現在停止表決，並顯示結果。

功能團體：

梁劉柔芬議員、黃宜弘議員、黃容根議員、楊孝華議員、劉皇發議員、劉健儀議員、石禮謙議員、張宇人議員、方剛議員、李國麟議員、林偉強議員、林健鋒議員、梁君彥議員及劉秀成議員贊成。

鄭志堅議員反對。

吳靄儀議員、張文光議員、陳智思議員、郭家麒議員、張超雄議員及譚香文議員棄權。

地方選區：

田北俊議員、周梁淑怡議員、劉江華議員、李國英議員及張學明議員贊成。

陳婉嫻議員反對。

何俊仁議員、李卓人議員、李柱銘議員、涂謹申議員、梁耀忠議員、楊森議員、劉慧卿議員、鄭家富議員、余若薇議員、李永達議員、梁家傑議員及陳方安生議員棄權。

主席范徐麗泰議員沒有表決。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 21 人出席，14 人贊成，1 人反對，6 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 19 人出席，5 人贊成，1 人反對，12 人棄權。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，她於是宣布修正案被否決。

**主席：**李國英議員，你可以動議你的修正案。

**李國英議員：**主席，我動議修正郭家麒議員的議案。

**李國英議員動議的修正案如下：**

“在“社會廣泛討論，”之後刪除“至今仍未有共識支持任何強制供款或強制保險的‘輔助融資’方案，但本港醫療服務現時已出現不少問題，”，並以“現時社會已有共識希望政府強化基層醫療服務角色、進行更緊密的公私營醫療協作、改善現時公營醫療服務等，以解決現時醫療服務出現的問題，”代替；在“一系列措施，立刻”之後加上“撥款”；在“(一)”之後刪除“立刻動用部分 500 億元醫療撥款，以改善本港的醫療服務，並以餘下款項成立醫療服務基金，今後把部分財政盈餘撥入該基金之內，並參考外匯基金的分紅方法，作為本港公共醫療服務的穩定資源”，並以“從制度上改革，強化基層醫療在整體醫療服務的角色，並就家庭醫生制度進行詳細的研究”代替；在“的醫療保險”之後加上“，並提供稅務誘因，以鼓勵市民購買醫療保險”；在“每年 1,000 元，”之後加上“並將受惠年齡降至 65 歲，”；在“口腔護理的教育；”之後刪除“及”；及在緊接句號之前加上“；(十四) 強化其他輔助醫療專業人員在醫療體制內的角色，並加強與西醫和中醫的聯繫和相互轉介，以團隊方式為香港市民提供更具效率和更佳的醫療服務；(十五) 加強預防疾病的工作，例如盡快更新疫苗接種計劃，資助市民進行預防性護理等；及(十六) 更廣泛應用中醫中藥，進一步提升醫療服務的質素”。

**主席：**我現在向各位提出的待議議題是：李國英議員就郭家麒議員議案動議的修正案，予以通過。

**主席：**我現在向各位提出上述待決議題，付諸表決。贊成的請舉手。

( 議員舉手 )

**主席：**反對的請舉手。

( 沒有議員舉手 )

郭家麒議員起立要求記名表決。



**主席**：郭家麒議員要求記名表決。表決會在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席**：現在開始表決。

**主席**：請各位議員核對所作出的表決。如果沒有問題，現在停止表決，並顯示結果。

功能團體：

張文光議員、梁劉柔芬議員、黃宜弘議員、黃容根議員、楊孝華議員、劉皇發議員、劉健儀議員、石禮謙議員、張宇人議員、方剛議員、李國麟議員、林偉強議員、林健鋒議員、梁君彥議員及劉秀成議員贊成。

吳靄儀議員、陳智思議員、郭家麒議員、張超雄議員、鄭志堅議員及譚香文議員棄權。

地方選區：

田北俊議員、何俊仁議員、李柱銘議員、周梁淑怡議員、涂謹申議員、楊森議員、劉江華議員、鄭家富議員、李永達議員、李國英議員及張學明議員贊成。

李卓人議員、陳婉嫻議員、梁耀忠議員、劉慧卿議員、余若薇議員、梁家傑議員及陳方安生議員棄權。

主席范徐麗泰議員沒有表決。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 21 人出席，15 人贊成，6 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 19 人出席，11 人贊成，7 人棄權。由於議題獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，她於是宣布修正案獲得通過。

**主席：**李國麟議員，由於李國英議員的修正案已獲得通過，我已批准你修改你修正案的措辭，內容已發送各位議員。你現在可以動議你經修改的修正案。

**李國麟議員：**主席，我還有 3 分鐘，但我應該用不着這麼多時間。其實，我的立場相當清晰，便是希望在護理人手及社區服務方面可以做得更好，希望各位議員也支持我的修正案。多謝主席。

主席，我忘記了動議我經修改的修正案。

**主席：**是的。請你動議你經修改的修正案。

**李國麟議員：**我動議按照我經修改的修正案，進一步修正經李國英議員修正的郭家麒議員議案。

**李國麟議員就經李國英議員修正的議案動議的進一步修正案如下：**

“在緊接句號之前加上“；(十七) 加強以社區為本的精神科康復及護理服務，並充分考慮持份者的意見，以制定長遠的精神科治療、護理及復康政策；(十八) 增撥資源予大學提供護理學學士學位，並盡快成立護理專科學院，以加速護士臨床專科化的發展，以及就護士人力資源作出長遠規劃；及(十九) 善用社區衛生服務團隊的專業職能，讓他們在基層健康服務（例如疾病預防、健康推廣及教育）中發揮所長，為社區提供全面的醫療服務”。

**主席：**我現在向各位提出的待議議題是：李國麟議員就經李國英議員修正的郭家麒議員議案動議的修正案，予以通過。

**主席：**我現在向各位提出上述待決議題，付諸表決。贊成的請舉手。

（議員舉手）

**主席：**反對的請舉手。

（議員舉手）

方剛議員起立要求記名表決。

**主席：**方剛議員要求記名表決。表決會在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席：**現在開始表決。

**主席：**請各位議員核對所作出的表決。如果沒有問題，現在停止表決，並顯示結果。

功能團體：

吳靄儀議員、李國麟議員、郭家麒議員、張超雄議員、劉秀成議員及譚香文議員贊成。

張文光議員、陳智思議員、梁劉柔芬議員、黃宜弘議員、黃容根議員、楊孝華議員、劉皇發議員、劉健儀議員、石禮謙議員、張宇人議員、方剛議員、林偉強議員、林健鋒議員、梁君彥議員及鄭志堅議員棄權。

地方選區：

李卓人議員、劉慧卿議員、余若薇議員及梁家傑議員贊成。

梁耀忠議員反對。

田北俊議員、何俊仁議員、李柱銘議員、周梁淑怡議員、涂謹申議員、陳婉嫻議員、楊森議員、劉江華議員、鄭家富議員、李永達議員、李國英議員、張學明議員及陳方安生議員棄權。

主席范徐麗泰議員沒有表決。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 21 人出席，6 人贊成，15 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 19 人出席，4 人贊成，1 人反對，13 人棄權。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，她於是宣布修正案被否決。

**主席：**郭家麒議員，你現在可以發言答辯，你有 3 分 27 秒。

**郭家麒議員：**這麼複雜的表決和出人意表的結果，其實正正反映出一個很簡單的問題，便是即使要解決醫療問題，也仍有很多紛爭，局長應該汲取教訓。事實上，沒有人反對醫療改革，亦沒有人反對要把服務做好，但政府提出的各個方案均沒有經深思熟慮，更重要的是，第六個方案（即康保方案）缺乏了很仔細的內容，也沒有提及如何令香港的醫療服務能更公平和循着我們要走的方向發展。

說到這筆 500 億元的款項，很不幸，從政府剛才的態度，可見它是不會動用的，直至我們同意政府那套說法，它才會用，這是令人感到遺憾的。局長也沒有解答康保方案——即當局一直硬銷的第六個方案——所製造的不平等、不平均現象。也有學者說過，他們不介意透過改善私營的服務讓市民有更多選擇，但二十多年來，政府都沒有做過工作。剛才劉秀成議員提出要撥地，政府也沒有這樣做。政府要監管保險業，給市民更多選擇，是沒有人反對的，但政府亦沒有這樣做。如果有一些較好的保險，能夠讓市民有更多選擇，政府是否應提供一些稅務優惠，協助一些中產人士，而不是像現時的第六個方案（即康保方案）般，令他們失去了選擇的自由呢？

政府也沒有解釋，由 1999 年到現在，醫療支出佔政府開支的百分比為何不但不能保持，還反而下跌？當然，局長在 1999 年時不在位，但這正正顯露了政府“說一套，做一套”的行事方式。其實，由 1999 年到現在，政府投放於公共醫療的資源佔本地生產總值的比例沒有上升過，一直是 2.8%，今年更可能下跌至 2.7%，因為即使我們的本地生產總值上升，政府仍不肯增撥資源，不肯改善服務。

把 500 億元拿出來作為誘餌，其實是很毒辣的，如果立心不良，則更毒辣。事實上，沒有人不想改善醫療服務，但如果政府把責任推卸給社會上某個收入階層，並不是公平的做法。全部由社會來承擔、協助……對一些弱勢的人士，我們要給予更多的關懷，這才是一個以民為本，關懷弱勢社羣的政府要做的事。

無論今天的表決結果如何，我有一點比較欣慰的，便是對於這個千瘡百孔的公共醫療制度，沒有人反對我們有需要做點事，讓我們談及的弱勢

病人、癌症病人、(計時器響起).....精神科病人和資源不足的聯網，得以改善。

我謹此陳辭。多謝主席女士。

**主席：**我現在向各位提出的待決議題是：由郭家麒議員動議的議案，經李國英議員修正後，予以通過。現在付諸表決，贊成的請舉手。

(議員舉手)

**主席：**反對的請舉手。

(沒有議員舉手)

郭家麒議員起立要求記名表決。

**主席：**郭家麒議員要求記名表決。表決會在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

**主席：**現在開始表決。

**主席：**請各位議員核對所作出的表決。如果沒有問題，現在停止表決，並顯示結果。

功能團體：

吳靄儀議員、張文光議員、梁劉柔芬議員、黃宜弘議員、黃容根議員、楊孝華議員、劉皇發議員、劉健儀議員、石禮謙議員、張宇人議員、方剛議員、李國麟議員、林偉強議員、林健鋒議員、梁君彥議員、劉秀成議員及譚香文議員贊成。

陳智思議員、郭家麒議員及鄭志堅議員棄權。

地方選區：

田北俊議員、何俊仁議員、李柱銘議員、周梁淑怡議員、涂謹申議員、楊森議員、劉江華議員、劉慧卿議員、鄭家富議員、余若薇議員、李永達議員、李國英議員、梁家傑議員及張學明議員贊成。

李卓人議員、陳婉嫻議員、梁耀忠議員及陳方安生議員棄權。

主席范徐麗泰議員沒有表決。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 20 人出席，17 人贊成，3 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 19 人出席，14 人贊成，4 人棄權。由於議題獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，她於是宣布經修正的議案獲得通過。

## 下次會議

**主席：**我現在宣布休會。本會在 2008 年 6 月 4 日星期三上午 11 時正續會。

*立法會遂於中午 12 時 15 分休會。*