

# 立法會

## Legislative Council

立法會CB(2)2799/07-08號文件  
(此份會議紀要業經政府當局審閱)

檔 號：CB2/PL/HS

### 衛生事務委員會 特別會議紀要

日 期：2008年5月10日(星期六)  
時 間：上午9時  
地 點：立法會會議廳

出席委員：李國英議員, MH, JP (主席)  
李國麟議員, JP (副主席)  
陳婉嫻議員, SBS, JP  
楊森議員, JP  
鄭家富議員  
余若薇議員, SC, JP  
方剛議員, JP  
郭家麒議員  
張超雄議員

列席議員：劉慧卿議員, JP

缺席委員：李華明議員, JP  
周梁淑怡議員, GBS, JP  
梁劉柔芬議員, GBS, JP  
梁國雄議員

出席公職人員：議程第I項  
食物及衛生局副秘書長(衛生)2  
楊何蓓茵女士

應邀出席的團體／人士：香港家連家精神健康倡導協會  
執行委員  
周萬長先生

香港護理學院

會長  
呂詠梅女士

香港中文大學藥劑學院

院長  
李漢良教授

林啟昌醫生  
私人執業醫生

香港公立醫院心臟科醫生協會

主席  
劉育港醫生

梁雅靈女士  
保險業人士

香港科研製藥聯會

會長  
賀達文先生

副會長  
陳崇光先生

病人互助組織聯盟

主席  
張德喜先生

心血會有限公司

副主席(外務)  
譚穎強先生

香港醫學會

會長  
蔡堅醫生

醫療政策評議會

發言人  
謝鴻興先生

陳以誠醫生

香港工商專業聯會

醫療委員會主席  
沈茂輝先生

恆康互助社

執委會主席  
梁劍邦先生

健康之友

主席  
陳淑賢女士

代表  
楊益忠先生

康和互助社聯會

主席  
陳惠貞小姐

執行幹事  
許偉俊先生

香港放射技師協會

外務秘書  
翟震威先生

消費者委員會

總幹事  
劉燕卿女士

商營手法及事務部總主任  
譚秀娥女士

楊慶材先生  
保險代理

公共屋邨執業西醫協會

委員  
蕭志雄醫生

香港眼科視光師學會

委員  
胡妙媚女士

香港理工大學眼科視光學院

眼科視光學講座教授  
葉健雄教授

香港執業眼科視光師協會

專業事務組主席  
胡慧玲女士

香港社區組織協會

社區組織幹事  
彭鴻昌先生

互勉會(香港)有限公司(鼻咽癌互助組織)

外務副主席  
李鴻英女士

醫療政策論壇

召集人  
高德禮先生

香港西醫工會

會長  
楊超發醫生

新力量網絡

主席  
史泰祖醫生

香港脊醫學會

會長  
陳顯強醫生

**列席秘書** : 總議會秘書(2)5  
蘇美利小姐

**列席職員** : 高級議會秘書(2)3  
余蕙文女士

議會事務助理(2)5  
侯穎珊女士

文書事務助理(2)1  
容佩儀

---

經辦人／部門

**I. 醫療改革諮詢文件**

(2008年3月13日發表、題為《掌握健康 掌握人生》的醫療改革諮詢文件  
意見書 —— 立法會CB(2)1843/07-08(01)至(04)、  
CB(2)1894/07-08(01)至(03)及CB(2)1917/07-08(01)  
至(06)號文件)

團體／個別人士的意見

應主席的邀請，團體及個別人士就題為《掌握健康 掌握人生》的醫療改革諮詢文件(下稱"諮詢文件")陳述意見。意見摘要載於**附錄**。

政府當局回應團體／個別人士的意見

2. 食物及衛生局副秘書長(衛生)2(下稱"副秘書長(衛生)2")表示，正如香港社區組織協會的彭鴻昌先生所指出，日後將採用的輔助融資方式最終會取決於社會價值觀。正如諮詢文件第6章提到，每項方案各有利弊，如何取捨有待市民順應社會的價值觀作出抉擇。部分團體認為，日後採用的輔助融資方案應進一步鞏固現行稅制下財富再分配的原則，另一些團體則認為，輔助融資方案應帶來更多優質醫療服務以供選擇。政府當局為第二階段的諮詢制訂詳細建議時，會考慮所有這些意見。

3. 副秘書長(衛生)2進一步表示，市民有錯誤觀念，以為強制私人醫療保險是美國推行的醫療融資安排，是美國醫療制度的問題根源。事實並非如此。自願私人醫療保險其實才是美國醫療融資的主要手段。與自願私人醫療保險相比，強制私人醫療保險向受保人提供更佳的全面保障。在強制參與及受保人數較多情況下，強制私人醫療保險可有效地將風險攤分給受保人，從而降低平均保費。此外，當局會規定強制醫療保險計劃須

接受所有投保人，同時可作出安排，向所有投保人收取相同的保費，不論其年齡、健康狀況和病歷。提到部分團體質疑政府能否有效規管強制私人醫療保險時，副秘書長(衛生)2表示，有鑒於瑞士和荷蘭在規管強制私人醫療保險方面的成功經驗，當局相信可以有效作出規管。在瑞士，保險公司不得從其強制醫療保險業務中賺取利潤。

4. 關於部分團體就強制私人醫療保險保障範圍提出的關注，副秘書長(衛生)2表示，政府當局已制定一個強制基本醫療保險計劃的範例以作說明。該計劃涵蓋住院服務、專科門診服務及需要長期服用的西藥，並以現行私家醫院普通病房收費水平約80百分位值訂定保障，詳情載於會議席上提交的文件(立法會CB(2)1917/07-08(08)號文件)。副秘書長(衛生)2保證，倘若採用強制基本醫療保險的方案，當局會規管其條款，確保提供具實質作用的保障範圍及持續提供保障。舉例來說，根據該強制基本保險計劃範例，住院費的保障限額為每天600元，而每一病症最高可獲100天的保障。

5. 互勉會詢問，沒有投保強制私人醫療保險的人士可獲得甚麼醫療服務，以及一旦強制私人醫療保險的參加者已用盡其保險的保障上限，會出現甚麼情況，副秘書長(衛生)2回應時表示，在任何情況下，政府都會秉持其既定的公共醫療政策，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務；沒有參加強制私人醫療保險的人士(例如低收入社羣和退休人士)，可隨時獲得公共醫療安全網的援助。強制私人醫療保險的參加者若已用盡其保險的保障上限，可利用公營醫療系統提供的安全網。此外，當局亦可考慮為個人健康保險儲備(下稱"個人康保儲備")計劃參加者設立第二安全網，即個別參加者使用醫療服務的費用若已超逾其保險保障上限時，仍可以較低費用使用公營醫療界別的私家服務。第二安全網旨在為那些通過輔助融資安排為個人醫療所需作了較大承擔，但不幸用盡其保障限額的個人康保儲備計劃參加者(如罹患危疾或複雜疾病，而需要接受費用高昂的治療)提供額外選擇。屆時他們除可重回基本安全網接受一般公營醫療服務外，亦可以比正常費用較低的收費使用由公營醫療界別提供的私家服務。

6. 有些團體詢問將如何運用通過輔助融資所得的資金，副秘書長(衛生)2回應時表示，這將取決於所採用的輔助融資方案。舉例來說，在社會醫療保險模式下，所有供款都會存入社會醫療保險基金，以資助整個人口使用社會醫療保險所涵蓋的公私營醫療服務。根據醫療

儲蓄方案，某個特定組別的市民須要把部分收入存入個人醫療戶口，用以支付其個人日後的醫療開支。

### 討論

7. 郭家麒議員並不信服有需要進行輔助醫療融資。他表示，香港擁有龐大的財政儲備，單是上個財政年度的預算盈餘已達到約1,250億元。既然政府財政充裕，他質疑是否有需要要求市民掏出更多金錢來資助公共醫療。郭議員還質疑政府當局聲稱對公共醫療的承擔只會增加，不會減少的說法。他指出，公共醫療開支佔經常公共開支總額的比例自2000-2001年度起持續下降。在2008-2009年度所佔的比例估計為14.3%，較2000-2001年度的實際比例15.4%為低。

8. 關於醫療開支佔政府開支的比例，秘書長(衛生)<sup>2</sup>回應，各政策範疇的資金需求每年不一，以配合特殊情況的需要及新政策措施的推行。有多項因素可導致各政策範疇的開支佔整體開支的比例出現差異。因此，單獨對某一開支組別的比例進行逐年比較並無多大意義。事實上，就實際金額而言，政府的醫療開支多年來持續增加，只是數年前香港經歷經濟衰退的期間除外，當時公務員薪酬向下調整，以致公共醫療開支下降。

9. 關於郭家麒議員就是否需要進行輔助醫療融資所提出的疑問，副秘書長(衛生)<sup>2</sup>表示，政府並非每年都錄得龐大預算盈餘，亦不能保證會持續錄得盈餘。過往經驗顯示，政府的財政狀況隨着經濟而轉變，不能依賴一筆過預算盈餘應付經常醫療開支。當局有需要推行輔助融資，以確保有穩定及可持續的資金來源，以便全面和持續推行服務改革措施，以及長遠而言增進市民健康。副秘書長(衛生)<sup>2</sup>進一步指出，公共醫療開支佔香港稅收總額約23.6%，與其他先進經濟體系相比已屬相當高的水平。如現時公共醫療經費全數由政府稅收撥付的融資模式維持不變，公共開支總額到2033年須擴大至佔本地生產總值的22%。這可能意味要增加賦稅，因而削弱香港的競爭力，或削減其他公共服務的撥款。

10. 對於不可持續完全倚賴政府出資應付公共醫療開支之說，香港社區組織協會的彭鴻昌先生仍然不感信服。彭先生表示，雖然香港的經濟曾有數次衰退，但整體而言，在過去數十年一直穩步增長，並累積了龐大的財政儲備。他認為，為應付日益增加的公共醫療開支，政府應該成立一個醫療儲備基金及調整稅率和稅階，以期使收入較高的人士出資較多，以補貼收入較低人士的醫療開支，從而實現財富的再分配，確保所有人同等獲

得優質醫療服務。彭先生又認為，把香港公共醫療開支佔稅收總額的比例與其他國家的比例相比並不恰當，因為香港有別於其他國家，沒有把任何稅收作軍費開支。

11. 劉育港醫生表示，由於政府在公共醫療方面經費不足，市民無法得到優質的公營醫療服務，專科服務輪候時間冗長，以及許多新藥物未被列作第一線治療之用，足以證明這一點。劉醫生促請政府當局增加醫療經費，不要把醫療預算的上限定為政府經常開支的17%。劉醫生更質疑諮詢文件推算未來醫療開支的依據是否正確。他指出，政府當局以2004年的開支來推算香港2033年未來醫療開支，會誇大日後的醫療開支，原因是2004年是發生沙士(嚴重急性呼吸系統綜合症)後的一年，政府在預防及控制傳染病方面增加開支，令政府的醫療開支大幅上升。這會誤導公眾對資金差額幅度的印象。病人互助組織聯盟的張德喜先生也對諮詢文件內未來醫療開支的推算提出類似的疑問，並質疑作出推算時是否已考慮到加強基層醫療服務長遠而言有助減低醫療費用這一點。

12. 副秘書長(衛生)2回應時表示，政府當局曾委託香港大學對香港直至2033年的醫療開支推算數字進行研究。該推算研究是根據英國財政部採用的旺勒斯預測方法來進行。副秘書長(衛生)2又表示，審視推算結果時，考慮未來醫療開支的總趨勢較考慮金額更重要。雖然未來醫療開支的推算金額難免會有些偏差，但未來醫療開支的上升趨勢卻無可爭議。

13. 郭家麒議員關注到強制私人醫療保險會造成不公平的兩級醫療體系，有投保的人士屬於首選客戶，可享有公私營界別提供的更多及更優質的醫療服務選擇，勝於沒有投保的人士。張超雄議員提出類似的關注，表示強制私人醫療保險會導致出現三層架構：頂層是那些除購買強制基本保險外，有能力另外購買附加保險的人士，第二層是那些已購買強制基本保險的人士，而第三層是沒有投保的人士，主要是低收入者及弱勢社羣。張議員關注到在這制度下，只有富裕的人才可選擇優質的醫療服務。香港社區組織協會的彭鴻昌先生和病人互助組織聯盟的張德喜先生亦認同郭議員和張議員的關注，即在強制私人醫療保險下沒有投保的人士獲得次一等的醫療服務。彭先生認為，應選取一個讓人人公平地獲得優質醫療服務的醫療體系，而不是一個只為社會某些階層提供更多選擇的醫療體系。劉育港醫生也表示反對強制私人醫療保險，因為該制度可能提供誘因，使醫療服務提供者過量提供醫療服務，而個別人士則過度使用醫療服務。



14. 副秘書長(衛生)2保證，不論採用哪個融資方案，公營醫療制度會繼續向所有病人提供優質的醫療服務。

15. 劉慧卿議員表示，她是醫療政策論壇的成員，她贊同醫療政策論壇的高德禮先生的觀點，即政府當局不應待推行輔助融資安排後才進行諮詢文件所建議的服務改革，因為要就輔助融資安排達成共識可能需要很長的時間。余若薇議員亦提出類似的意見。

16. 劉慧卿議員察悉，消費者委員會(下稱"消委會")認為，政府當局應考慮在職人士在輔助醫療融資供款方面的負擔能力，因為他們既要供強積金又要繳交入息稅，她詢問，消委會曾否就市民的負擔能力進行研究。她進一步詢問，消委會對諮詢文件所載的融資方案是否已有立場。

17. 消委會的劉燕卿女士回應時表示，現時關於6個融資方案的資料並不足夠，該會未能詳細分析各個方案下市民的負擔能力。她又表示，至於哪個方案較為可取，消委會在現階段未有既定立場。作為消費者權益的倡導者，消委會認為，現時重要的是提醒政府在考慮輔助融資時顧及一些重大因素，例如市民的負擔能力及對醫療服務的有效監察。

18. 余若薇議員邀請各團體代表發表意見，若強制私人醫療保險適用於月入10,000元或以上的在職人士，供款率為3%至5%，他們會否支持。

19. 新力量網絡的史泰祖醫生表示，原則上他支持強制私人醫療保險，讓參加者可享有公私營界別更多的醫療服務選擇，同時有助騰出一些公立醫院的資源，照顧那些依靠公共醫療安全網的人士。他又表示，應為收入相對較低的人士設定較低的供款率，使計劃更切合他們的負擔能力，此外，僱主在輔助醫療融資供款方面擔當的角色亦應討論。

20. 健康之友的陳淑賢女士表示反對強制私人醫療保險。她懷疑這類計劃能否向經常使用醫療服務的長期病患者提供足夠的保障。香港工商專業聯會的沈茂輝先生也反對強制私人醫療保險。原則上，任何融資制度如只限社會某個階層人士參與，使他們得到更多的選擇和更優質的服務，他都不表支持，因為這有違全體市民不論貧富均應享有同等基本醫療的原則。

21. 楊森議員也表示反對強制私人醫療保險。楊議員表示，由於私營保險公司是營利機構，高風險組別人士很難獲保障或持續獲保障。此外，提出保險申索往往遇到重重困難。楊議員又表示反對用者自付費用方案(即提高公營醫療服務的費用)，因為這方案可能會使收入超出安全網水平的人無法負擔醫療費用，同時會令經常使用醫療服務的人(例如長期病患者和長者)負擔過重。楊議員也不支持強制醫療儲蓄，因為只有富裕的人才有能力儲蓄。他認為，應繼續以一般稅收作為醫療服務的主要經費來源，而社會醫療保險則為次要來源。他認為社會醫療保險模式較可取，因為每名市民，不論其財政狀況，都可以公平地獲得同等水平和標準的醫療服務，以及可選擇一些公私營界別的醫療服務。楊議員又表示，作為醫療服務的主要經費來源，政府當局不應把醫療預算的上限訂為政府經常開支的17%。除財政司司長已承諾為協助推行醫療改革而從財政儲備撥出的500億元外，政府當局亦應考慮預留一定比例的外匯基金投資收益作為醫療開支。

22. 副秘書長(衛生)2表示，政府當局無意為醫療開支設定上限。在制定香港的財政預算時，政府當局認為，考慮到其他公共服務範疇的需求後，在未來數年至2011-2012年度，可把政府經常開支最多達17%用於醫療衛生服務。至於2011-2012年度以後醫療服務佔開支總額的比例，則視乎當時的財政狀況及不同公共服務範疇的需求而定。

23. 李國麟議員表示，一些專業醫護人員不滿政府當局在提出加強基層醫療服務的建議時，只側重推廣家庭醫生的概念而忽視其他基層醫療服務提供者(例如如視光師、脊醫、護士及藥劑師)所擔當的重要角色。李議員邀請席上的基層醫療專業人士就他們在加強基層醫療服務方面的角色發表意見。

24. 香港理工大學的葉健雄教授表示，基層醫療通常是指個人在一個持續醫療過程當中的第一個接觸點，而基層醫療服務提供者不僅包括家庭醫生，還包括許多其他醫護專業人士，例如視光師、藥劑師及護士。香港眼科視光師學會的胡妙媚女士批評政府當局未有充分利用不同基層醫療執業者所提供的服務。以視光師為例，他們除了提供驗眼服務外，還可以在檢測病人眼疾和視力問題方面發揮重要作用。香港執業眼科視光師協會的胡慧玲女士認為，普通科醫生可轉介病人到醫院管理局接受眼科服務，而受過多年正規訓練的視光師則不可以，這是極不公平和不能接受的。胡慧玲女士又認為，

政府當局就加強基層醫療服務所提出的建議，並不重視預防性護理，香港脊醫學會的陳顯強醫生亦有同感。

25. 副秘書長(衛生)2不同意政府當局的基層醫療服務改革建議不重視預防性護理這一說法。她表示，正如諮詢文件第2章所述，政府當局清楚知道基層醫療不僅限於醫治偶發性疾病，還應特別着重預防性護理，以及提供終生、全面及全人照顧的醫療服務，藉以促進和保障個人身心健康。為了加強預防性護理，政府當局建議為不同年齡／性別組別的人士制訂着重預防性護理的服務模式，作為綜合基層醫療服務的基準，又建議資助不同年齡／性別的目標組別人士依循那些基本模式接受預防性護理。

26. 楊慶材先生表示，6個輔助融資方案缺乏詳細資料以供深入討論。舉例而言，關於個人康保儲備或強制私人醫療保險的方案，並無清楚說明自願參加那些計劃的人士可否退出或重新參加計劃；參加者倘若已用盡其保險的保障上限，是否仍須繼續參加該強制保險計劃。

27. 副秘書長(衛生)2表示，政府當局曾研究6個輔助融資方案的詳細設計，只是由於細節繁冗，沒有載列於諮詢文件。在第一階段的諮詢，政府的目的是就各種醫療輔助融資方案的利弊徵詢公眾意見。政府當局會根據所收到的意見縮減方案數目，並制定更詳細的建議，待2009年上半年進行第二階段諮詢時進一步徵詢公眾意見。

28. 議事完畢，會議於下午12時45分結束。

立法會秘書處  
議會事務部2  
2008年9月22日

## 衛生事務委員會

團體／個別人士在2008年5月10日特別會議上就題為《掌握健康 掌握人生》  
的醫療改革諮詢文件提出的意見摘要

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
香港家連家精神健康倡導協會 立法會CB(2)1894/07-08(01)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持諮詢文件的服務改革建議，即加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康紀錄互通及強化公共醫療安全網。</li> <li>● 應透過一般稅收及重新分配各項公營服務所得的政府撥款，以應付日益增加的公共醫療開支。</li> <li>● 反對強制私人醫療保險，因為該方案會令醫療服務的提供變得商業化，而日漸增加的保費會對長期病患者構成沉重的財政負擔。</li> <li>● 政府當局就醫療政策作出決定時應加強諮詢病人的意見，以及提高醫院管理局(下稱"醫管局")運作的透明度。</li> </ul>
香港護理學院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件並無提及(a) 護士及其他專職醫療人員在加強基層醫療服務方面的角色；及(b) 政府會如何分配所增加的資源以加強基層醫療服務。</li> <li>● 關注到行政費用會蠶蝕供款式融資方案(例如強制儲蓄戶口及強制私人醫療保險等)參加者的儲蓄／供款。</li> <li>● 在決定將採納何種輔助融資安排前，當局應考慮訂立機制，按使用者的經濟能力收取公共醫療服務的費用。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
香港中文大學藥劑學院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 加強基層醫療服務對促進市民健康及確保醫療制度可長遠持續至為重要。</li> <li>● 綜合隊伍模式是達致向病人提供優質醫療目標的關鍵。為此，當局應加強不同專職醫療人員在護理病人方面的角色。</li> <li>● 強烈支持發展全港電子健康紀錄互通系統，該系統可促進醫護專業人員之間的溝通，從而向病人提供更連貫和配合的醫療護理。</li> </ul>
林啟昌醫生	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 私營界別的醫院服務已接近飽和。為使私營醫療機構在紓緩公營醫療體系沉重壓力方面可擔當更重要角色，政府應提出措施，協助私營醫療服務的發展，例如以優惠條件批地興建私家醫院。</li> </ul>
劉育港醫生	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 質疑諮詢文件所載推算未來醫療開支的依據。2033年的醫療開支是根據2004年的開支推算得出。2004年是爆發沙士(嚴重急性呼吸系統綜合症)之後一年，政府在該年內增加用於預防及控制傳染病的開支，以致醫療開支急劇上升。以2004年的情況為依據會誇大日後的醫療開支。</li> <li>● 諮詢文件並無提及僱主在作出輔助融資供款方面的角色。</li> <li>● 反對強制私人醫療保險，因為該方案或會鼓勵過度使用醫療服務，並會招致額外的行政費用。</li> </ul>
梁雅靈女士	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持自願私人醫療保險及醫療儲蓄戶口的融資方案。</li> <li>● 鑒於受規管的強制私人醫療保險計劃亦會涵蓋長期病患者及長者等高風險組別人士，對強制保險的保費可能高昂表示關注。</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>機構／個別人士</b> <b>[意見書的文件編號]</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>意見</b></p>
<p>香港科研製藥聯會 立法會CB(2)1917/07-08(01)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件並無詳細說明6個輔助融資方案下將會提供的服務類別，以及如何提供該等服務。由於欠缺這方面的資料，因此很難評論各個融資方案下所需作出的供款額及哪些方案較為可取。</li> <li>● 醫療服務改革及輔助融資安排應以下列4項基本原則作為指引—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 讓人安心：使病人(包括需要專科醫療服務的病人)獲得所需的醫療服務，讓他們安心。</li> <li>(b) 選擇：在服務提供者、服務及治療方法方面，病人應有多種選擇。該會支持"錢跟病人走"的原則，讓病人有較多選擇。</li> <li>(c) 透明度：病人應獲提供有關各項治療方法的充分資料，以便他們可作出有依據的選擇。</li> <li>(d) 創新：應使更多病人可使用創新藥物，使他們的健康和生活質素持續得以改善。醫管局每年用於藥劑製品的開支，只佔其開支總額約6%或20億港元左右。該會促請醫管局增加用於新研製及創新藥物的財政預算，使更多病人可使用該等藥物。</li> </ul> </li> </ul>
<p>病人互助組織聯盟</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 建議把強制性公積金(下稱"強積金")部分供款撥作醫療服務之用，使僱員無需另外作出醫療供款，而當局亦無需另行訂立機制管理醫療供款。</li> <li>● 建議增加煙草稅以應付醫療開支。</li> <li>● 可考慮要求某些公共醫療服務的使用者分擔費用，以灌輸為個人健康承擔責任的意識，以及鼓勵市民善用服務。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持為病人設置個人醫療費用上限的建議，向有家人罹患危疾的家庭提供經濟保障。</li> <li>● 政府當局擬備諮詢文件時，並無邀請病人參與其中。</li> </ul>
<p>心血會有限公司 立法會CB(2)1917/07-08(02)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件欠缺6個融資方案的詳情，令人難以作出選擇。</li> <li>● 諮詢文件並無就如何改善醫療制度的效率和效益提出建議，例如透過更有效運用社會資源提供醫療服務。</li> <li>● 公眾在草擬諮詢文件方面參與不足。</li> <li>● 應訂定服務表現指標，以助檢討醫療改革建議的成效。</li> </ul>
<p>香港醫學會 立法會CB(2)1917/07-08(03)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 香港公共醫療開支佔本地生產總值的百分比(2004年為2.9%)，遠遠落後於經濟合作及發展組織國家8.1%的平均百分比。政府誇大醫療開支的問題，以威嚇市民考慮輔助融資方案。</li> <li>● 該會不信服強制私人醫療保險可讓病人在使用私營界別服務時有更多選擇。擬議3至5%的供款率遠不足以達致上述目標。市民的供款最終會高於最初建議的5%。</li> <li>● 雖然把重點放在基層醫療服務方向正確，但諮詢文件並無提到政府當局會否注入額外資金以加強基層醫療服務。</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>機構／個別人士</b> <b>[意見書的文件編號]</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>意見</b></p>
<p>醫療政策評議會 立法會CB(2)1917/07-08(04)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 當局要求市民作出輔助醫療融資供款，但不清楚告知他們會如何運作其款項或他們供款後可獲得甚麼醫療保障。</li> <li>● 對強制私人醫療保險提出下列保留意見—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 政府當局能否對私人保險商訂定有效的規管架構，令人存疑；</li> <li>(b) 該方案可能鼓勵市民傾向過度使用醫療服務；及</li> <li>(c) 無力購買私人醫療保險的低收入人士和弱勢社羣只能夠獲得公立醫療的"次等"服務。</li> </ul> </li> </ul>
<p>陳以誠醫生</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 與許多已發展經濟體系相比，政府用於醫療的開支佔本地生產總值的百分比偏低。政府應增加對醫療服務的財政承擔。</li> <li>● 中產人士對強制私人醫療保險及個人健康保險儲備(下稱"個人康保儲備")計劃有保留。除行政費用高昂外，他們亦關注保費飆升。</li> <li>● 諮詢文件並無提及僱主在作出輔助融資供款方面的角色。</li> <li>● 政府當局應透過提供扣稅等誘因，鼓勵市民自願購買私人醫療保險。</li> </ul>



<p style="text-align: center;"><b>機構／個別人士</b> <b>[意見書的文件編號]</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>意見</b></p>
<p>香港工商專業聯會 立法會CB(2)1843/07-08(01)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療改革的討論已進行超過20年，不應因進行輔助融資辯論而再作拖延，因為現行的醫療制度急需改善。</li> <li>● 基層醫療服務是控制醫療成本及促進市民健康的關鍵，應作為醫療制度的基礎。本港有迫切需要把現行制度的重點由治療及住院護理轉為基層及預防護理，以及改革現時缺乏聯繫及協調的基層醫療服務架構。</li> <li>● 發展電子健康紀錄互通系統是一項很好的措施，可加強公私營醫療制度及第一、第二和第三層醫療服務之間的協調。</li> <li>● 推行醫療改革必須進行輔助融資。日後採納的輔助融資安排應確保所有人，不論其財政狀況如何，均可獲得醫療服務、鼓勵市民要為個人健康負責及協助匯集風險。</li> </ul>
<p>恆康互助社 立法會CB(2)1894/07-08(02)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 人口老化不一定導致公共醫療開支大幅增加。根據海外經驗和研究，人口老化只會令醫療開支每年增加0.6%。控制醫療開支的關鍵在於加強基層及預防護理。</li> <li>● 政府當局應立即推行擬議的服務改革，以解決現行醫療制度的不足之處。</li> <li>● 反對增加使用公共醫療服務的費用及收費，因為此舉會對長期病患者造成沉重的財政負擔。</li> <li>● 對供款式融資計劃的行政費用表示關注。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 應以一般稅收應付日益增加的醫療開支，例如透過提高稅率及擴闊稅階以達致財富再分配。</li> <li>● 政府當局應增加病人在醫療服務諮詢機制的參與程度。</li> </ul>
<p>健康之友 立法會CB(2)1894/07-08(03)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政府當局應立即推行擬議的服務改革，尤其是發展電子健康紀錄互通系統及強化公共醫療安全網，以及撥出財政司司長承諾的500億元以進行服務改革。</li> <li>● 反對6個輔助融資方案。政府試圖透過輔助融資，把解決醫療融資問題的負擔轉嫁給市民。</li> <li>● 若採納強制私人醫療保險，無力購買保險的人士(例如低收入人士及弱勢社羣)會被標籤為二等公民。</li> <li>● 除現時5%的強積金供款外，要求工作人口把其薪金的某個百分比用作醫療服務供款，會進一步加重他們的財政負擔。</li> <li>● 該會提出下列建議—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 由於所有市民皆可享用公共醫療服務，醫療開支應繼續由一般稅收支付。為應付日益增加的公共醫療開支，當局可考慮提高利得稅及薪俸稅；</li> <li>(b) 政府當局應進一步增加公共醫療服務的撥款。把政府用於公共醫療的開支由佔政府開支總額的15%增至17%，不足以改善公共醫療服務的質素；</li> </ul> </li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<p>(c) 當局應考慮設立一個由中央管理的醫療基金。醫療基金的投資回報，連同政府定期向該基金作出的注資，會用作支付公共醫療開支，市民無須供款；及</p> <p>(d) 政府當局應提供誘因，鼓勵市民使用私營醫療服務(例如為私人醫療保險保費提供扣稅)，以紓緩公共醫療制度的沉重壓力。</p>
<p>康和互助社聯會 立法會CB(2)1917/07-08(05)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持諮詢文件提出的4項主要服務改革建議。</li> <li>● 諮詢文件未能勾劃未來醫療制度的願景，並欠缺以下各項的詳情：(a) 市民作出輔助融資供款後可獲得甚麼類別的服務和服務的質素；(b) 透過輔助融資所得的款項會用作甚麼用途；及(c) 私營服務提供者在醫療改革的角色，即私營界別會提供甚麼服務及該等服務的質素。</li> <li>● 反對6個融資方案，因為該等方案不屬累進性質，未能達致財富再分配的效果。</li> <li>● 建議政府當局—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 透過一般稅收應付日益增加的醫療開支，因為此舉可達致財富再分配，令社會更公平，以及防止市民的供款被私人保險商、基金經理及私營服務提供者蠶蝕；及</li> <li>(b) 根據使用者的負擔能力收取公共醫療服務的費用，此舉有助把一些服務需求轉往私營醫療機構。</li> </ul> </li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
香港放射技師協會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件並無提及會如何運用從輔助融資收集所得的款項。</li> <li>● 一些公共醫療服務(例如X光及磁力共振掃描)存在濫用情況。醫管局應檢討及改善資源運用，以提高效率及取得更大經濟效益。</li> </ul>
消費者委員會(下稱"消委會") 立法會CB(2)1917/07-08(06)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療政策應以負擔能力、公平、提供選擇、優質服務及利便使用的原則為重點。</li> <li>● 若政府當局決定採納包含強制私人醫療保險元素的輔助融資安排，應—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 考慮工作人口的負擔能力，他們已須作出強積金供款及繳交入息稅；</li> <li>(b) 確保醫療保險計劃的運作及相關醫療服務提供者的服務水平受到有效監察；</li> <li>(c) 規管保費，例如設立價格監控系統或刊出各項計劃的保費資料，令保費有下調壓力及協助消費者作出有依據的選擇；</li> <li>(d) 規定提供基本醫療保險計劃的保險公司不得選擇性承保，以確保沒有市民會因年齡、性別及健康狀況而買不到保險；及</li> <li>(e) 考慮設立專職機構以處理醫療保險投訴。</li> </ul> </li> <li>● 關於個人康保儲備的輔助融資方案，消委會關注到，在不對參加者現時財政狀況造成重大的負擔下，參加者能否在康保儲備累積足夠的存款。在考慮這方案時，市民需要知道更多資料，包括：(a) 儲蓄存款將由誰看管(例如是否交由有公信力的政府機關負責)；(b) 供款率會否設上限；及(c) 所涉及的費用(以確保其儲蓄存款不會被蠶蝕)。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 關於為長期病患者或罹患危疾而需要接受昂貴治療的病人設置個人醫療費用上限的建議，消委會建議，若推行這政策，當局應考慮把醫療費用上限由個人延伸至以家庭為計算基礎，因為這些病患者所受到的財政影響，亦會直接影響他們的家人。</li> <li>● 支持發展電子健康紀錄互通系統，讓病歷可跟病人走。然而，消委會關注到，該系統在資訊保安及私隱方面對病人造成的潛在威脅，並強調現時由個人資料私隱專員公署執行的法例和規則須作出合適的修訂，以切合在電子健康紀錄互通系統下收集、處理及發放資料的方式。</li> <li>● 支持政府資助市民接受預防護理的建議，以便可及早發現疾病。然而，消委會關注到市面上的健康評估及檢查服務的質素，並促請政府研究方法，確保消費者會得到合適及優質的醫療檢查服務，使他們受惠。</li> </ul>
<p>楊慶材先生 立法會CB(2)1843/07-08(02)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持加強基層醫療服務及強化公共醫療安全網的改革建議。</li> <li>● 雖然楊先生原則上支持推動公私營醫療協作的建議，但關注到此舉可能會削弱市場競爭。</li> <li>● 發展電子健康紀錄互通系統的做法值得支持。不過，在任何情況下(即使已得到病人同意)，保險商都不得查閱該系統的資料。</li> <li>● 反對強制私人醫療保險，因為該方案會造成誘因，使醫療服務提供者過量提供醫療服務，或使個別人士過度使用醫療服務，導致醫療成本上升，繼而令保費增加。</li> <li>● 反對個人康保儲備計劃。</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>機構／個別人士</b> <b>[意見書的文件編號]</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>意見</b></p>
<p>公共屋邨執業西醫協會 立法會CB(2)1843/07-08(03)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 該會支持加強基層醫療服務、推動公私營進一步醫療協作及發展全港電子健康紀錄互通系統的擬議服務改革。</li> <li>● 鑒於醫管局收取低廉的藥費，私人執業醫生在治療慢性疾病方面的角色有限。為加強私人執業醫生在這方面的角色，該會建議容許私人執業醫生(a)向長期病患者開出處方，讓他們在公營普通科門診診所的藥房取藥；或(b)以成本價向醫管局購買供長期病患者使用的藥物。</li> <li>● 6個輔助融資方案各有利弊。日後採納的輔助融資安排應揉合各個方案的優點。</li> </ul>
<p>香港眼科視光師學會 香港理工大學眼科視光學院 香港執業眼科視光師協會</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在改革基層醫療服務時，應採取跨專科的模式，讓不同醫護專業人員參與其中。</li> <li>● 強烈不滿政府當局忽略視光師在加強基層醫療服務方面的角色。視光師曾接受訓練，提供多種眼科護理專業服務。除視力測試外，視光師可擔當重要角色以偵測眼疾及視力問題。</li> <li>● 視光師發揮一己所長以促進市民健康時，面對法律、行政及架構障礙。當局不容許私人執業視光師向醫管局轉介病人接受眼科服務，並不公平。</li> </ul>
<p>香港社區組織協會</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 日後採納哪種輔助醫療融資方案，最終是社會根據市民的價值觀和期望作出的抉擇。</li> <li>● 日後採納的輔助醫療融資安排應反映以下價值觀——</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<p>(a) 鑒於貧富懸殊，輔助融資安排應屬累進性質及體現財富再分配的原則，即收入較高者應為醫療多付款項，以資助收入較低的人士。在6個融資方案中，只有社會醫療保障能發揮財富再分配的作用；及</p> <p>(b) 全港市民應可公平獲得醫療服務。公平獲得醫療服務指病人接受治療的質素和選擇，而不是指醫療設施(例如不同級別的住院病房)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 政府當局不應把醫療開支限於佔政府經常開支的17%。如有需要，應增加用於醫療方面的公帑。</li> </ul>
互勉會(香港)有限公司(鼻咽癌互助組織)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 若採納強制私人醫療保險，政府當局應規管這類保險的條款，以確保保險公司不論申請人的病歷如何均須接受他的申請。</li> <li>● 政府當局應提供更多有關輔助融資方案的詳情，例如各個方案會提供的保障類別及所需作出的供款額。</li> <li>● 政府當局亦應訂定培訓醫護專業人員的計劃，以應付日益增加的服務需求。</li> </ul>
醫療政策論壇 立法會CB(2)1843/07-08(04)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持有關加強基層醫療服務、發展電子健康紀錄互通系統及推動公私營醫療協作的建議。首兩項建議對控制醫療成本增長有重大影響。</li> <li>● 健全的管理架構是成功推行醫療改革的關鍵。建議訂立一個兩層組織架構，包括：(a) 醫療衛生委員會，負責的工作包括宏觀規劃、就醫療事宜向食物及衛生局提供意見、分配公帑予服務提供者，以及訂定和監察有關標準；及(b) 醫療服務管理局(實際上是擴大了職能的醫管局)，負責管理所有公共醫療服務及公共衛生計劃的提供。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件未有詳細論述6個輔助融資方案，令市民難以作出有依據的選擇。</li> <li>● 關注到6個輔助融資方案全部會在某程度上把提供輔助融資的負擔轉嫁給中產人士，做法並不公平。</li> <li>● 政府應讓市民自行決定是否希望本港繼續以現行資助方式提供醫療服務(即醫院服務差不多全部由政府資源提供，而基層醫療服務則主要由非政府資源提供)。醫療政策論壇促請政府在下一輪諮詢中，把這個方案列為其中一個融資方案。</li> <li>● 鑒於服務改革能緩和未來醫療成本的上漲，促請政府首先推行服務改革，以及讓市民有更多時間就長遠融資安排達成共識。</li> </ul>
香港西醫工會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持下列輔助融資方案：(a) 用者自付費用(經濟能力較佳的人士須繳付較高費用及獲得較少資助)；及(b) 自願私人醫療保險(政府當局應提供誘因，例如稅務優惠，以鼓勵市民購買私人保險)。</li> <li>● 反對強制私人醫療保險。</li> </ul>
新力量網絡	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持加強基層醫療服務的建議。</li> <li>● 支持強制私人醫療保險，但條件是有關計劃須受政府規管、運作具透明度，以及以市民能夠負擔的供款率帶來更多優質選擇及更佳的醫療保障。</li> </ul>



機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
香港脊醫學會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 作為基層醫療服務提供者，脊醫希望在基層醫療服務方面擔當更重要角色及有機會與醫管局合作，在公營醫療體系提供脊椎護理。</li> </ul>

立法會秘書處  
議會事務部2  
2008年9月22日