

# 立法會 *Legislative Council*

立法會CB(2)2816/07-08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17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)  
李華明議員, JP  
陳婉嫻議員, SBS, JP  
楊森議員, JP  
鄭家富議員  
余若薇議員, SC, JP  
梁國雄議員  
郭家麒議員  
張超雄議員

出席議員：梁耀忠議員  
劉慧卿議員, JP  
梁家傑議員, SC

缺席委員：周梁淑怡議員, GBS, JP  
梁劉柔芬議員, GBS, JP  
方剛議員, JP

出席公職人員：議程第I項

食物及衛生局副秘書長(衛生)項目  
陳松青先生

**應邀出席的  
團體／人士**：香港護士協會

教育主任  
鄭逸龍先生

民主黨

黃大仙區議會議員  
胡志偉先生

香港私家醫院聯會

會長  
劉國霖醫生

香港公立醫院、衛生署及大學醫生協會

副主席  
方玉輝醫生

香港護理教育學會

副會長  
陳慧慈博士

西貢將軍澳長者醫療關注聯盟

代表  
張銀葉女士

長期病患者關注醫療改革聯席

發言人  
賀賢銘先生

公民黨

地區發展主任  
黃鶴鳴先生

智經研究中心

理事  
李國棟醫生

107動力

何民傑先生

香港天主教正義和平委員會

幹事  
蔡文傑先生

工友權益聯社

義務組織者  
李翠琮小姐

會員  
王麗芬女士

老人權益中心

委員  
鄭標先生

香港基督徒學會

署理總幹事  
堵建偉先生

香港藥學會

會長  
鄭耀深先生

電子健康聯盟

指導委員會主席  
鄧淑明博士

安榮社會服務中心

主任  
鄭麗琮女士

推廣家庭共融協會

幹事  
余文端小姐

中西區民主力量

會員  
嚴家榮先生

深水埗社區協會

成員  
許日厚先生

香港婦女勞工協會

總幹事  
胡美蓮小姐

麥國風先生

香港營養學會

會長  
丁浩恩先生

香港執業營養師工會

副主席  
朱國豪先生

香港家庭醫學學院

院長  
葉傑權醫生

香港天主教勞工事務委員會

政策研究幹事  
羅佩珊女士

前綫

秘書長  
柯耀林先生

基督教聯合醫院醫生會

會長  
鄭仲傑醫生

葵芳邨居民協會

發言人  
劉玉南先生

街坊工友服務處

發言人  
黃潤達先生

葵涌邨醫療融資關注組

發言人  
姜志輝先生

環境衛生康樂文化人員協會

發言人  
黃華興先生

關注醫療融資行動組

發言人  
王竣達先生

香港中藥師權益總公會

發言人  
李錦鳳女士

香港醫院藥劑師學會

會長  
蘇曜華先生

**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  
容佩儀女士

## I. 醫療改革諮詢文件

(於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)1922/07-08(01)、CB(2)1966/07-08(01)至(07)及CB(2)1982/07-08(01)至(06)號文件)

### 團體／個別人士的意見

應主席邀請，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**。

### 討論

2. 劉慧卿議員請香港私家醫院聯會劉國霖醫生就發展及擴充私家醫院服務如何會為市民帶來更多選擇及更優質的醫療服務，闡述他的意見。

3. 劉國霖醫生回應時表示，現時市民主要倚賴獲大幅補貼的公立醫院系統。公立醫院系統提供全港超過90%的病床及住院服務。由於市民對公立醫院服務的需求殷切，有關服務的輪候時間越來越長。公私營醫療制度失衡，加上缺乏足夠的良性競爭，亦令病人的選擇有限。引入強制醫療保險等輔助融資安排的同時，如採取措施促進私家醫院的擴充與發展，會令更多市民獲提供服務選擇較多的私家醫院服務。同時，隨著市民對公營醫療機構的服務需求有所減少，公營醫療服務使用者亦會從中受惠。劉醫生進而表示，鑒於私人醫療保險的缺點，例如保障範圍不足及不承保參加者在投保前已有的病症，若採納強制私人醫療保險，應對有關計劃作出規管，以確保該等計劃向投保人提供足夠保障。另一做法是，當局可考慮推行政府營辦的強制醫療保險計劃。

4. 郭家麒議員表示，正如一些團體指出，人口老化是否如政府當局所聲稱導致醫療開支上漲的主要原因，實在令人存疑。根據歐洲委員會的報告，人口老化只會令醫療開支每年平均增加0.7%，與政府當局推算公共醫療開支會在2004年至2033年間增加3.9倍有顯著差別。郭議員進而質疑政府當局有關在公共醫療方面的承擔只會有增無減的聲稱。他指出，醫療開支佔經常公共開支總額的比例在過去10年持續下降。預計2008-2009年度的有關比例為14.3%，低於10年前15.3%的實際比例。郭議員進而指出，儘管在2007-2008年度錄得龐大預算盈餘，政府給予醫院管理局(下稱"醫管局")的撥款在

2008-2009年度只增加了7億8,500萬元，或2007-2008年度預算盈餘總額的0.6%。另一方面，醫管局現正面對人手及資源短缺等多項問題，而部分醫院聯網(例如九龍東聯網)的情況尤甚。郭議員詢問基督教聯合醫院(下稱"聯合醫院")醫生會鄭仲傑醫生，估計九龍東聯網需要多少額外撥款，以改善該聯網公立醫院服務嚴重不足的情況。

5. 鄭仲傑醫生表示，九龍東聯網是其中一個低收入人口最多的聯網。然而，該聯網是資源供應最嚴重不足的聯網之一。舉例而言，在2006-2007年度，九龍東聯網服務約100萬人口，所得撥款為27億多元。與九龍東聯網相比，港島西及港島東聯網的總人口多出約34%(即134萬人)，但其撥款總額卻多出約230%(即62億元)。鄭醫生估計，九龍東聯網每年需要額外8億多元的撥款，以應付日益增加的服務需要。

6. 郭家麒議員關注到，強制私人醫療保險會產生一個不平等的兩層醫療制度，投保人士會成為首選客戶，在公營及私營醫療服務方面較沒有投保人士享有更多選擇及更優質的服務。張超雄議員提出類似的關注，認為強制私人醫療保險實際上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，主要是低收入人士及弱勢社羣，例如長者和殘疾人士等。張議員關注到，在該制度下，有經濟能力的人士才可選擇優質醫療服務，而公共醫療水平亦會下降。長期病患者關注醫療改革聯席賀賢銘先生及香港婦女勞工協會胡美蓮小姐提出類似的關注。賀賢銘先生進而表示，當局制訂醫療政策時，並無充分諮詢服務使用者的意見，並促請政府當局在下一階段的醫療改革諮詢中，增加服務使用者的參與程度。

7. 陳婉嫻議員贊同多個團體提出的意見，認為基層及預防護理對促進市民健康及長遠而言降低醫療成本十分重要。陳議員又同意有意見指，政府當局在引入任何輔助醫療融資安排前，應進行擬議服務改革及提高公共醫療制度的效率。至於諮詢文件載列的輔助融資方案，陳議員認為，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或開設醫療儲蓄戶口。陳議員不支持強制私人醫療保險等強制性計劃，因為該等計劃會加重市民的財政負擔，以及許多僱員已享有由僱主出資提供的醫療福利。

8. 香港公立醫院、衛生署及大學醫生協會的方玉輝醫生贊同陳婉嫻議員的意見，認為基層醫療服務的角色十分重要，並促請政府當局增撥資源以改善本港社區的基層醫療服務。

9. 梁國雄議員反對輔助融資方案，因為他認為該等方案屬累退性質，按比例來說，中低收入人士較高收入人士承受更沉重的壓力。梁議員贊同政府當局應即時從財政儲備撥出財政司司長所承諾的500億元，推行擬議服務改革以改善現行醫療制度。梁議員指出，政府當局坐擁巨額財政儲備，有責任讓市民可公平獲得優質醫療服務。若真的需要作出輔助醫療融資安排，目標對象應是富裕人士，而不是工作人口。

10. 楊森議員不支持政府當局似乎屬意採納的個人健康保險儲備(下稱"個人康保儲備")計劃方案，因為該計劃未能發揮財富再分配的作用，並會產生一個不平等的兩層醫療服務制度。他又不贊成強制醫療儲蓄或自願私人醫療保險，前者不能讓人口共同分擔醫療風險，而後者則有多項缺點，例如高風險組別人士難以獲得承保，以及在申索巨額保險賠償後，保費會顯著提高。他認為，輔助融資應以下列基本原則為基礎：(i) 讓所有人都公平獲得優質醫療服務；(ii) 匯集及分擔風險；及(iii) 為個人(不論其財政狀況)提供更多切合其需要和要求的服務選擇。根據上述各項凌架性原則，楊議員認為，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。為規避私人醫療保險的缺點，社會醫療保障計劃應由政府管理。除了把財政司司長承諾的500億元注入社會醫療保障基金作為啟動資金外，當局亦應定期把某一百分比的外匯基金投資收入撥入基金，確保有關計劃的供款率維持在能夠負擔的水平。

11. 民主黨胡志偉先生批評輔助融資方案把財政重擔加諸中產人士。胡先生贊同楊森議員的意見，認為醫療改革應符合財富再分配及向病人提供更多選擇的基本原則。胡先生進而表示，私人醫療保險並非把服務需求轉往私營界別的唯一途徑。政府當局亦可透過向私營界別購買服務及以代用券資助市民使用基層醫療服務，把服務需求轉往私營界別。

12. 余若薇議員表示，鑒於社會對需要進行服務改革取得共識，當局應盡快推行擬議的服務改革。余議員進而指出，醫療服務改革並非新事物，這方面的討論已進行超過10年，但似乎至今所取得的進展不大。她邀請團體就箇中原因提出意見。



13. 聯合醫院醫生會鄭仲傑醫生表示，公共醫療服務的質素和水平下降，主要由於醫管局缺乏資金。

14. 方玉輝醫生表示，醫管局自1991年成立以來，一直急速擴展。醫管局員工的人數已由3萬多人增至超過5萬人，而管理人員職位的數目亦已大幅增加。方醫生認為有迫切需要檢討醫管局的管理架構及運作，以確保醫療撥款有效運用及具成本效益。

15. 香港藥學會鄭耀深先生強調，政府當局應立法收緊對私營醫療機構的規管，以提升私營醫療服務的質素。鄭先生進而表示，為提高公共醫療制度的效率，政府當局應解決醫院聯網間資源分配不均的問題，以及確保各醫院聯網劃一採取經證實為有效及具成本效益的做法。

16. 李國麟議員表示，政府當局過往發出的多份醫療改革諮詢文件均強調預防護理的重要性，有助促進市民健康及減輕社會的整體疾病負擔。然而，實際情況仍然是，就撥款而言，政府用於醫療方面的撥款總額，只有約15%用於疾病預防及預防性醫療服務，而餘下85%用於治療護理。在是次諮詢中，加強基層及預防護理又再次提上改革的議程上，但重點在於家庭醫生，並無提及不同專職醫療人員在加強基層及預防護理方面的角色。李議員請團體就諮詢文件所載加強基層醫療服務的建議提出意見。

17. 香港護理教育學會陳慧慈博士表示，投放更多資源及增加醫療專業人員的供應，是成功推行加強基層醫療服務建議的關鍵。陳博士進而表示，政府當局應制訂全面的健康政策，不單涵蓋基層及預防性醫療服務，亦包括其他對市民身心健康至為重要的範疇，例如工作與生活平衡、食物安全、環境衛生及空氣質素。

18. 鄭耀深先生贊同基層醫療服務只是促進市民健康的其中一項重要元素。更重要的是，政府當局應制訂全方位的健康政策，並把健康教育納入學校核心課程。鄭先生進而表示，為加強基層醫療服務，政府當局應加強醫科畢業生有關家庭醫學的培訓，以及立法承認專職醫療人員的專業資格。

19. 香港中藥師權益總公會李錦鳳女士表示，政府當局一直歧視中醫藥的發展，這情況可從資源分配不公反映出來。中醫業界所得的資源一向不多，而且本港並無中醫醫院。李女士強調，任何醫療改革建議(包括輔助融資建議)都必須肯定中醫在醫療制度的角色。

20. 梁家傑議員表示，現時每100元的醫療開支中，55元來自公帑，45元來自私人。鑒於私人融資所佔的比重相當高，政府當局必須提出有力理據才可要求市民付出更多。政府當局告知市民需要為維持醫療制度而作出更多供款，但未有向他們說明供款的去向。市民亦未獲提供任何詳細資料，說明醫管局如何運用每年所得的約300億元撥款。諮詢文件並無提供這些重要資料，令人難以就醫療改革及輔助融資進行深入討論。梁議員進而表示，當局指出，人口老化會導致醫療開支大幅增加，這說法過於簡單化。經濟合作及發展組織(下稱"經合組織")與歐洲委員會的統計數據和推算顯示，公共醫療開支因人口老化而增加，每年的增幅只介乎0.4%至0.7%。此外，科技進步可降低治療成本，令整體醫療開支有所減少。為展示當局向市民提供更優質醫療服務的願景和決心，政府當局應作好準備，在沒有輔助融資的情況下即時推行服務改革。政府當局亦應提供充分資料，令市民信服現時公共醫療的撥款有效運用，並無任何浪費，以便在下一階段諮詢進行有意義的討論。

#### 政府當局的回應

21. 食物及衛生局副秘書長(衛生)項目(下稱"副秘書長(衛生)項目")多謝團體及委員提出意見。副秘書長(衛生)項目回應一些團體及委員指諮詢文件欠缺詳細資料時解釋，由於醫療改革是一項非常複雜的問題，涉及社會各種不同的期望、價值觀及決定，當局採取進行兩個階段諮詢的做法，邀請市民參與推動改革。在第一階段，政府當局計劃就醫療服務改革的概念及各個輔助方案的利弊諮詢公眾意見，以展開討論。政府當局至今已出席超過100個由各界舉辦的論壇，日後會出席另外40多個這類論壇，以聽取公眾對諮詢文件的意見。政府當局會根據第一階段諮詢期間接獲的意見，制訂詳細建議，包括輔助融資安排的建議，以便在第二階段諮詢時，進一步徵詢公眾的意見。

22. 關於服務改革的建議，副秘書長(衛生)項目表示，政府當局察悉，市民普遍支持有關措施，並會積極推行該等措施。事實上，當局已展開一些推行服務改革建議的籌備工作。舉例而言，當局現正進行多項加強基層醫療服務及推動公私營醫療協作的試驗計劃，例如向天水圍私營界別購買基層醫療服務、為長者提供基層醫療代用券，以及資助病人在私營界別進行白內障手術。視乎這些試驗計劃的成效，當局會考慮擴大計劃範圍。副秘書長(衛生)項目進而表示，行政長官已承諾把政府用於醫療方面的開支，由佔經常開支的15%增至17%。當局

預計，到了2011-2012年度，每年用於醫療方面的經常開支實際數額會增加約100億元。這些額外資源會用作進行醫療服務改革的籌備工作，以及應付未來數年服務需求的增長。儘管增加資源，由於人口老化及醫療成本上漲，當局仍需解決醫療融資能否長遠持續的問題。

23. 一些委員及團體認為，政府當局有關加強基層醫療服務的建議對預防護理的重視程度不足，副秘書長(衛生)項目回應時表示，情況並非如此。正如諮詢文件載述，政府當局清楚知道，基層醫療服務不僅是醫治偶發性疾病，亦應更着重預防護理，以及透過提供終身、全面及全人醫護服務，促進和保障市民的健康。就此，當局已提出多項建議，以推廣全面基層醫療服務(尤其是預防護理)。第一，當局建議為不同年齡／性別組別的人士制訂着重預防護理的基層醫療服務基本模式，列出一系列全面基層醫療服務應涵蓋的範疇，供市民及醫療專業人員參考。政府當局完全明白不同醫療專業人員在加強基層醫療服務方面的重要角色，當局制訂基層醫療服務的基本模式時，會考慮該等人員的角色。透過制訂及向市民和醫療服務提供者推廣基本模式，加上為基層醫療服務模式推行其他改革，政府當局希望可徹底改變現有服務提供的模式，加大力度着重預防護理。第二，由於在基層醫療系統內，家庭醫生通常是市民的第一個接觸點，政府當局建議設立家庭醫生名冊，以便市民選擇基層醫療服務提供者。第三，政府樂意考慮資助市民接受預防護理，以鼓勵提供及使用預防護理服務。副秘書長(衛生)項目進而表示，為落實推行加強基層醫療服務的建議，當局會在第一階段諮詢結束後成立一個工作小組，進一步制訂及列出相關建議的詳情，公私營界別的醫療專業人員、其他相關專業及持分者會參與其中。

24. 一些委員及團體質疑諮詢文件對未來醫療開支所作的推算是否正確，副秘書長(衛生)項目回應時表示，人口老化及醫療成本上漲是所有經濟發達國家面對的主要挑戰，香港亦不例外。當局推算，由2004年至2033年，人口老化及醫療成本上漲的增長率，平均每年會較經濟實質增長分別快1.2%及1.0%，換言之，公共醫療開支的合計增幅，每年會超出實質本地生產總值達2.2%。副秘書長(衛生)項目進而指出，這個趨勢在香港及許多其他先進經濟體系並不鮮見。2006年的檢討顯示，經合組織國家的公共醫療開支在過去20年，每年的增長率普遍較收入的增長率快1%。在香港，公共醫療開支在1990年至2004年間，每年平均的實質增長(8.9%)較經濟實質增長(4.2%)高4.7%。副秘書長(衛生)項目進而表示，雖然當局認同加強基層醫療服務應在某程度上可減慢醫療開支的增長率，但醫療開支的增長會較經濟快的趨勢仍然持續，因

此有需要對醫療制度的服務模式及融資安排進行全面和根本的改革，以確保醫療制度能長遠持續。

25. 副秘書長(衛生)項目強調，政府當局對日後採納的輔助融資安排持開放態度，除諮詢文件載列的輔助融資方案外，亦願意考慮其他方案。副秘書長(衛生)項目進而表示，不論日後實施的輔助融資安排為何，政府將繼續是醫療服務的主要融資來源，並會恪守確立已久的公共醫療政策，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務。

26. 議事完畢，會議於下午12時55分結束。

立法會秘書處  
議會事務部2  
2008年9月25日

## 衛生事務委員會

團體／個別人士在2008年5月17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
香港護士協會 立法會CB(2)1966/07-08(01)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 關於加強基層醫療服務的建議，政府當局只着重家庭醫生，並無提及其他基層醫療服務專業人員(例如護士、物理治療師、脊醫及藥劑師)在改善基層醫療服務方面的重要角色。</li> <li>● 關注到個人健康保險儲備(下稱"個人康保儲備")方案會產生兩層制度，已投保和沒有投保的病人會獲得不同的醫療服務質素。</li> </ul>
民主黨 立法會CB(2)1982/07-08(01)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般稅收應繼續作為公共醫療服務的主要經費來源。日後採納的輔助融資方案應符合下列原則—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 讓市民可公平獲得相同水平的醫療服務；</li> <li>(b) 匯集及分擔風險；</li> <li>(c) 富者多付、貧者少付；及</li> <li>(d) 向所有病人(不論其經濟能力)提供更多醫療服務選擇。</li> </ul> </li> <li>● 無論日後採納哪種輔助融資方案，政府當局應更嚴格規管私人醫療保險商及服務提供者，以及設定市民每年的輔助融資供款總額上限。</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>● 建議把財政司司長承諾從財政儲備撥出的500億元，用作設立醫療儲備基金。外匯基金每年一半的投資收入應注入儲備基金，以提供穩定的收入來源以支付醫療服務費用。日後市民若須增加輔助融資供款額，該基金亦會發揮緩衝作用。</li> <li>● 政府當局制訂建議作下一階段諮詢時，應增加病人組織代表及民意代表的參與程度。</li> </ul>
香港私家醫院聯會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 現時超過90%的醫院服務由公營界別提供，公營界別的資源運用已推至極限，無法適時滿足需求。私營界別希望擴充醫院服務，以紓緩對公營界別的殷切需求。政府當局應制訂具體的支援措施，協助私家醫院服務的擴充與發展。</li> <li>● 若日後採納強制醫療保險作為輔助融資來源，保險計劃應由政府營辦，以釋除市民對私人保險商的疑慮。</li> </ul>
香港公立醫院、衛生署及大學醫生協會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持加強基層醫療服務的建議。</li> <li>● 考慮到香港公共醫療開支佔本地生產總值的比重與其他已發展國家相比屬於偏低，以及現時約一半的醫療開支總額已來自私人，政府當局並沒有就引入輔助融資提出有力理據。</li> <li>● 支持透過提供扣稅等誘因，鼓勵市民自願購買私人醫療保險的輔助融資方案。</li> <li>● 強制私人醫療保險或會鼓勵市民過度使用醫療服務。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
香港護理教育學會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持有關加強基層醫療服務、發展全港電子健康紀錄互通系統及強化公共醫療安全網的服務改革建議。</li> <li>● 政府當局加強基層醫療服務的建議着重家庭醫生的角色，未有肯定其他基層醫療服務提供者(例如護士)所擔當的重要角色。</li> <li>● 確保有足夠的醫療專業人員應付未來日益增加的需求十分重要。鑒於護士嚴重短缺，政府當局應增加大學教育資助委員會資助的護士課程學額數目。</li> </ul>
西貢將軍澳長者醫療關注聯盟	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政府當局不應設定醫療開支上限。政府當局制訂醫療改革建議時，應考慮長者等弱勢社羣的需要，不應減少為弱勢社羣提供醫療服務的承擔。</li> <li>● 政府當局應盡快解決公營專科服務需輪候多時的問題，以及改善長者的牙科服務。</li> </ul>
長期病患者關注醫療改革聯席 立法會CB(2)1966/07-08(02)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件並無載述政府會如何運用由輔助醫療融資所得的款項，亦無就醫療改革訂定清晰方向及具體目標。</li> <li>● 建議—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 應即時推行諮詢文件所提出的服務改革，以改善現行醫療制度的不足之處；</li> <li>(b) 應以下述方法應付日益增加的醫療開支：(a) 調整稅率及稅階以期達致財富再分配的效果；及(b) 設立醫療儲備基金，把每年預算盈餘的部分款項撥入儲備基金；</li> </ul> </li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<p>(c) 應為病人設置個人醫療費用上限(每年收入的10%)，作為安全網機制的一部分；及</p> <p>(d) 應增加醫療改革諮詢機制中病人組織代表的數目。</p>
公民黨	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件缺乏重要資料以進行有意義的討論。舉例而言，該文件並無說明從輔助醫療融資計劃所得的款項會如何運用，以及現時公共醫療撥款的運用是否具成本效益。6個輔助融資方案亦欠缺詳情。政府當局須提出有力理據，解釋為何需要進行輔助融資。</li> <li>● 政府當局指人口老化難免會令醫療開支大幅增加，這說法過於簡單化。經濟合作及發展組織與歐洲委員會的統計數據顯示，醫療開支因人口老化而增加，每年的增幅只介乎0.4%至0.7%。此外，醫療科技進步可降低治療成本，令整體醫療開支有所減少。</li> </ul>
智經研究中心 立法會CB(2)1966/07-08(03)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件並無訂明具體的健康目標及達致有關目標的清晰方向和策略。6個輔助醫療融資方案亦欠缺詳情。當局需要提供進一步詳細資料，以便在社會層面進行有依據的討論。</li> <li>● 支持有需要加強基層醫療服務，但這方面的服務不應局限於醫生的角色，亦應涉及其他基層醫療服務專業人員。當局似乎缺乏加強基層醫療服務的人手規劃計劃。</li> <li>● 支持推動公私營醫療協作及強化公共醫療安全網的建議。</li> <li>● 強烈支持發展電子健康紀錄互通系統的建議，以改善不同醫療服務之間的配合，使病人從中受惠。</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>107動力</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 當局根據狹隘的假設推算出有需要進行輔助醫療融資，即到了2033年，人口中長者的比例會大幅增加，而長者人口的醫療需要較大。然而，這項假設可能證實是錯誤的，因為一個地方的人口結構可以透過入境政策及其他方法改變。</li> <li>● 反對涉及強制私人醫療保險的輔助融資安排，因為強制私人醫療保險助長過度使用醫療服務，以及對現時已需要向強制性公積金計劃作出供款的工作人口造成額外的財政負擔。此外，亦關注到保費不斷增加。</li> </ul>
<p>香港天主教正義和平委員會 立法會CB(2)1966/07-08(04)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 質疑是否需要為醫療服務進行輔助融資。與其他已發展國家相比，香港公共醫療開支佔本地生產總值或政府開支總額的比重偏低，政府應可應付未來的醫療開支，無需進行輔助融資。政府當局推算未來醫療開支的準確性亦令人存疑。</li> <li>● 若推行輔助融資安排，有關安排應符合財富再分配的原則，以及確保低收入人士和長期病患者等弱勢社羣獲得充分保障。</li> <li>● 政府當局應立即推行服務改革建議，不論輔助融資的討論結果為何。</li> <li>● 諮詢期應延長3個月，以便市民有更多時間深入瞭解諮詢文件所載的服務改革建議及輔助融資方案。</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>工友權益聯社 立法會CB(2)1982/07-08(02)號文件</p> <p>老人權益中心 立法會CB(2)1966/07-08(05)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政府當局有責任確保所有人都可公平獲得優質醫療服務。政府透過引入輔助醫療融資，試圖把提供醫療服務的責任推給他人。</li> <li>● 應提高醫管局運作的透明度，透過設立機制，讓公眾監察醫管局運用每年撥款的成效。</li> <li>● 關注到一些輔助融資方案，例如強制私人醫療保險及個人康保儲備計劃會產生不公平的制度，低收入人士及長者等沒有投保的人士所獲得的醫療服務質素會遜於已投保人士。</li> </ul>
<p>香港基督徒學會 立法會CB(2)1982/07-08(03)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 與其集中研究日後治療成本上升及有需要進行輔助融資，政府當局應審慎檢討醫管局的成本效益和效率，以及現行醫療制度的資源分配，以期更着重基層及預防護理，長遠而言有助降低醫療成本。</li> <li>● 批評政府當局使用威嚇手段令市民作出輔助融資供款，當局在諮詢文件強調，若不對現行醫療融資安排作出任何改變，政府須大幅加稅或減少其他公共服務的撥款。</li> <li>● 政府當局應撤回諮詢文件，就醫療改革的涵蓋範圍及諮詢模式進一步徵詢市民的意見，然後才重新進行這方面的諮詢。</li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
香港藥學會 立法會CB(2)1982/07-08(04)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 當局要求市民作出輔助融資供款，但沒有告知他們會得到的服務／保障。是次諮詢並無提供日後服務模式、質素保證機制及醫療人手規劃的資料。</li> <li>● 諮詢文件把重點放在治療護理，對預防護理的重視程度不足。政府當局應制訂全面的醫療衛生政策，就醫療制度的發展及醫療經費事宜提供指引。</li> <li>● 若引入輔助融資，中產人士會是最大輸家。</li> </ul>
電子健康聯盟	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 發展全港電子健康紀錄互通系統對加強基層醫療服務及以公私營協作方式提供醫療服務至為重要。</li> <li>● 促請政府推動及協助私營界別發展電子健康紀錄系統，例如就資訊保安、涉及的法律問題及技術標準等提供意見。</li> </ul>
安榮社會服務中心	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 對涉及私人醫療保險的輔助融資方案有保留，原因是當中涉及的行政費用，以及弱勢社羣(例如殘疾人士和低收入人士)及長期病患者可能無法參加該等計劃。</li> <li>● 應以一般稅收作為應付醫療開支的主要來源。</li> </ul>
推廣家庭共融協會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 反對6個輔助融資方案，原因如下—— <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 該等方案未能體現財富再分配的原則，即要求收入較高者為醫療多付款，以資助收入較低的人士；</li> </ul> </li> </ul>

機構／個別人士 [意見書的文件編號]	意見
	<p>(b) 該等方案對中產人士施加沉重的財政負擔；</p> <p>(c) 自願和強制私人醫療保險及醫療儲蓄等方案可能會鼓勵市民過度使用醫療服務；及</p> <p>(d) 用者自付費用方案會令收入高於安全網水平的人士無力負擔醫療費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 批評政府當局一方面在2008-2009年度財政預算案中寬免酒店房租稅及免收葡萄酒、啤酒及所有其他酒類飲品的應課稅品稅，另一方面又要求市民就公共融資作出供款。</li> </ul>
中西區民主力量	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政府當局應盡快推行擬議服務改革，以改善現行醫療制度的不足之處及效率，然後才討論輔助融資。</li> <li>● 政府有責任為全港市民提供優質醫療服務，政府當局不應把解決醫療融資問題的責任推卸給中產人士。</li> <li>● 不贊成採納6個輔助融資方案中任何一個方案。建議透過設立政府資助的醫療儲備基金(例如把部分預算盈餘及外匯基金的部分投資收入注入儲備基金)，以應付未來醫療開支。</li> </ul>
深水埗社區協會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 反對6個輔助融資方案，該等方案只是政府當局藉此試圖推卸支付醫療服務費用的責任。</li> <li>● 對私人醫療保險的缺點有保留(例如不承保在投保前已有的病症、長者難以獲得承保，以及保險商和投保人就保險的實際涵蓋範圍及不承保事項的爭議)。</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>● 政府當局應調高利得稅率，以增加收入應付醫療開支。</li> </ul>
<p>香港婦女勞工協會 立法會CB(2)1982/07-08(05)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件並無解決病人照顧者(主要是婦女)缺乏社會支援的問題，亦沒有提供資料說明醫管局如何運用撥款，這方面的資料對監察醫管局的成本效益和效率十分重要。此外，亦沒有強調財富再分配的重要性，在考慮融資安排時，財富再分配應屬於一項凌駕性原則。</li> <li>● 不贊成採納6個輔助融資方案中任何一個方案。私人保險商的經營為謀取利潤，在私人醫療保險下，市民不會獲得充分的醫療保障。此外，供款式融資計劃會增加市民的財政負擔。</li> <li>● 支持維持現行制度，即醫療開支由稅收支付，因為這是達致財富再分配的最佳方法。如有需要，政府當局應增加醫療服務的撥款。</li> <li>● 政府當局應即時撥出財政司司長所承諾的500億元，以推行擬議服務改革。</li> </ul>
<p>麥國風先生 立法會CB(2)1922/07-08(01)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 與其把精力花費在輔助融資，政府當局應集中加強基層醫療服務，此舉可減少接受昂貴及由專科主導的醫院護理服務的需要，從而降低醫療成本、提高醫療制度的效率及促進市民身心健康。財政司司長所承諾的500億元應用作加強基層醫療服務。</li> <li>● 反對6個輔助融資方案。社會醫療保障會加重工作人口的財政負擔。用者自付費用可能令收入高於安全網水平的人士無力負擔醫療費用。醫療儲蓄戶口、強制私人醫療保險及個人康保儲備方案可能鼓勵市民傾向過度使用醫療服務。在自願私人保險計劃下，若受保人數不多，保險計劃的涵蓋範圍便會縮減，高風險組別人士將難以獲得承保。</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>香港營養學會</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在6個方案中，該會屬意採納個人康保儲備方案。</li> <li>● 不論日後採納哪一個融資方案，政府當局必須確保草根階層可公平獲得優質醫療服務。</li> <li>● 預防護理在醫療方面發揮重要的把關者作用，加強提供預防護理涉及不同醫療專業人員的參與，營養師是其中之一。在改革醫療制度時，政府當局應確保資源合理和公平地分配予不同醫療專業人員。</li> <li>● 促請政府當局就營養師的註冊進行立法。</li> </ul>
<p>香港執業營養師工會 立法會CB(2)1966/07-08(06)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 諮詢文件把重點放在輔助融資，對基層醫療服務的重視程度不足。</li> <li>● 基層醫療服務不但涉及家庭醫生，亦涉及其他專職醫療人員，例如營養師。當局需要加強其他醫療專業人員在提供基層醫療服務方面的角色。</li> <li>● 政府當局應為專職醫療人員(例如營養師及臨床心理學家)設立註冊制度，以保障消費者及增加市民對專職醫療人員所提供各項服務的信心。</li> </ul>
<p>香港家庭醫學學院</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 歡迎加強基層醫療服務及推廣家庭醫生概念的建議。</li> <li>● 透過嚴格評核和定期審計臨床工作，以及為剛畢業的醫科學生及在社區服務的基層醫療醫生提供足夠訓練，才可發展及鞏固由家庭醫生主導的基層醫療服務制度。</li> <li>● 當局應訂定基層醫療政策，為基層醫療服務的發展提供一個合適架構。</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>香港天主教勞工事務委員會 立法會CB(2)1966/07-08(07)號文件</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 當務之急是改革現行醫療制度的不足之處，而非推行輔助醫療融資安排。現行醫療制度的弊端包括醫管局的成本架構欠效率，新研製藥物的費用高昂，以及對基層和預防護理的重視程度不足，這都是令醫療成本上漲的主要因素。</li> <li>● 政府當局應制訂全面措施以促進市民的健康，例如加強基層醫療教育、加強針對吸煙罪行的執法工作，以及立法訂定最高工時以促進工作與生活平衡等。</li> <li>● 公共醫療費用應繼續主要由稅收支付，這是一項行政上簡單執行及有效的安排。政府當局應透過以累進原則改革稅制，例如調高利得稅率，以應付日益增加的醫療費用。</li> <li>● 如確實有需要作出任何輔助融資安排，應以"富者多付 貧者少付"及財富再分配的原則為基礎。此外，政府及僱主亦應作出輔助融資供款。</li> </ul>
<p>前綫</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本港有迫切需要檢討現行醫療制度，以改善不足之處及效率，避免公共醫療服務的質素進一步下降。政府當局不應把服務改革建議與輔助融資建議綑綁在一起。</li> <li>● 諮詢文件並無詳細說明本港醫療服務長遠發展的目標和願景。</li> <li>● 諮詢文件載列的未來醫療開支推算似乎過於悲觀及偏頗。</li> </ul>
<p>基督教聯合醫院醫生會</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 一些醫院聯網，例如九龍東聯網，現正面對資源嚴重短缺，政府當局應盡快解決有關問題。</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>● 財政司司長所承諾的500億元應用作設立醫療儲備基金，該基金的投資回報可為醫療服務提供穩定及可持續的經費來源。</li> </ul>
葵芳邨居民協會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 不贊成採納6個輔助融資方案中任何一個方案。當局應維持現時由稅收應付公共醫療費用的制度。</li> <li>● 供款式輔助融資計劃會產生兩層制度，已投保人士會較沒有投保的人士(主要會是家庭主婦和長者等非工作人口及低收入人士)獲得質素較佳的服務，這會對社會和諧造成負面影響。</li> <li>● 當局應檢討醫管局的運作，以增加其成本效益和效率。</li> </ul>
街坊工友服務處	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 政府當局有責任改善現行醫療制度，例如透過增加醫療專業人員的供應及把資源分配予人口增長迅速的地區。政府當局不應透過引入輔助融資，把解決醫療融資的負擔轉嫁給市民。</li> <li>● 認為政府當局嚴重誇大未來醫療開支的推算，以及強烈反對6個輔助融資方案。</li> <li>● 政府當局應訂立最低工資及最高工時，以促進工作人口的身心健康。</li> </ul>
葵涌邨醫療融資關注組	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支持維持現時由政府支付所有公共醫療開支的制度，因為現行制度行之有效及具效率。</li> <li>● 利用財政司司長承諾的500億元成立醫療儲備基金，以擴大現有的醫療融資制度。應把每年預算盈餘(如有的話)的部分款項注入儲備基金內。</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>● 應檢討醫管局的成本效益及效率。</li> </ul>
環境衛生康樂文化人員協會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 雖然諮詢文件題為《掌握健康 掌握人生》，但並無就改善市民健康提供任何全面政策或建議。政府應更為重視預防護理，並培育市民養成強健體魄、良好營養及健康生活模式的文化，例如就最高工時及最低工資立法，以改善工作人口的生活素質。</li> </ul>
關注醫療融資行動組	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 現行醫療制度的問題癥結在於公營界別的資源分配，醫管局所得的撥款大部分用於醫管局管理層及高級醫生的薪酬，只有小部分用於直接令病人受惠的地方，例如藥物及醫療物品和設備。首要進行的工作應是檢討及改善現行的醫療制度，而非要求公眾多付款以進行輔助融資。強烈反對諮詢文件載列的輔助融資方案。</li> </ul>
香港中藥師權益總公會 立法會CB(2)1982/07-08(06)號文件	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 衛生署一向對中醫採取歧視政策，例證如下：(a)每年政府的醫療撥款幾乎全部分配予西醫界別；(b)香港並無中醫醫院；(c)私人醫療保險計劃通常對向西醫求診提供更多保險索償，遠高於向中醫求診；(d)西醫醫科畢業生的薪酬遠高於中醫醫科畢業生；(e)中醫在立法會上並無代表；(f)中醫不可轉介病人接受醫管局的專科門診／住院服務；及(g)中醫的註冊制度令表列中醫難以成為註冊中醫。</li> <li>● 基於上述各點，該會認為在現階段推行醫療改革，包括輔助融資既不公平，條件亦尚未成熟，會損害公眾尋求中醫診治的權利。</li> </ul>
香港醫院藥劑師學會	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 基層醫療服務不應及不能如諮詢文件所述，只限於家庭醫生的參與。應採取跨專科的模式，讓不同醫護專業人員(例如護士、藥劑師及營養師)參與其中，他們對改善基層醫療服務的質量和成本效益至為重要。</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>● 社區藥劑師對提高基層醫療服務可扮演重要角色。舉例而言，他們可協助跟進情況穩定的長期病者，從而紓緩專科門診診所的壓力。在監察安老院藥物管理方面，他們亦可擔當重要的角色。</li> </ul>

立法會秘書處  
議會事務部 2  
2008年9月25日