

立法會 2008-05-10 衛生事務委員會會議

醫療融資聽證會

意見書

- 1 恆康互助社成立於 1996 年，由精神病患者組成的自助組織。本會以爭取精神病患者合理權益為己任。超過 95% 會員為精神病患者。
- 2 背景
 - 2.1 今年 3 月 14 日，衛生及食物局向公眾提出醫療改革諮詢文件。
 - 2.2 本文件討論了香港公私營醫療失衡，從而提出六種醫療融資方案。
 - 2.3 文件只討論融資方式，但是沒有討論醫療政策的具體方向和目標、背後融資基礎及融資所得的運用。政府提出的融資建議意圖達到擺脫醫療承擔的責任，醫療融資帶來的後果由低下階層承受。
- 3 本社對香港醫療服務意見
 - 3.1 現時醫療服務並不完全公私營失衡，有些醫療服務(精神科、器官移植手術、創傷外科等)，因為醫療成本太高，或涉及公眾/法律責任問題，不能由私營承擔。
 - 3.2 因此，公共醫療系統承擔了以上的責任，也造成公營醫院運作成本比私營醫院運作成本高的現象。
 - 3.3 另一方面，公私營電子病歷系統互通問題仍然未解決，加上最近有醫生遺失個人醫療檔案紀錄儲存器，這打擊公眾對電子病歷系統的信心。另外，精神病康復者普遍不太想自己的精神病紀錄到處流通，怕被醫生、僱主和保險公司知道過去曾經患精神病紀錄，導致他們醫療權益受損。這點本文件沒有提及。
 - 3.4 公營醫療服務極需要改善。以精神科舉例：
 - 3.4.1 精神科門診五天工作周安排，損害星期六門診病人求診的權利。因為星期六覆診的病人，原本是他們需要平日上班，可是因為沒有夜診安排，他們衡量對學業/工作的影響，選擇星期六早上求診。因為對他們影響較小。現時五天工作周安排，沒有重視他們的訴求，也沒有諮詢康復者的意見。他們被迫要在平日日間覆診，因而被迫需要請假。這個安排只方便醫生，但沒有尊重病人選擇權利。因此這問題必須盡快解決。
 - 3.4.2 近年精神科門診診症時間不斷刷新「紀錄」，現在大多只有 4 分鐘看一個症，還要花 1-2 分鐘打字。這個問題已經困擾精神科門診十多年，對醫生來說，不是不想用心對病人，而是太多個案積壓。對病人來說，會感到醫生沒有耐性聆聽，又不肯轉介服務。因此，我們感到門診太流水作業，門診醫生從來沒有重視病人求醫的權利。
 - 3.4.3 雖然住院服務比以前改善，但是住院病人對住院服務質素的投訴及相關醫療事故，一直得不到大眾關注。政府迴避討論改善醫療服務的議題，明顯是轉移大眾的視線。



- 3.5 人口老化不一定醫療開支大幅增加。根據外國經驗及研究，人口老化每年只增加了0.6%的醫療開支，關鍵是基層護理服務的普及，以及最重要的一點，政府在基層護理有大幅度的投入，這就是香港沒有做到。
 - 3.6 醫療融資只環繞西醫資源不足，特別是醫療通漲問題，很多時因為新藥物、新醫療科技專利導致成本上漲，另外醫療人員工資上漲(在香港，醫管局高層與低層的工資差距一直擴大，較早前醫護人員爭取加薪是一個明顯例子)，加劇醫療通漲。要抑制醫療通漲，不是再盲目增加大病醫療「市場」，反而從基層護理普及化入手。
- 4 私營好過公營的迷思
 - 4.1 近十年，政府一直提倡「大市場，小政府」，將不少公營服務交給私營機構管理。政府相信市場之手能夠改善公營服務。
 - 4.2 但是不是所有部門可以交給私營管理，舉例，紀律部隊因為涉及執行法律，不能交由私人營辦。醫療服務因涉及生命安危，故不能全部交由私營醫療部門提供。
 - 4.3 在香港，有43%醫療開支用於私營服務，他們可以是有購買醫療保險的人士，也可以是他們使用基層醫療服務。公營的57%醫療開支中，絕大部份用於住院服務。如之前所述，不少醫療服務只能透過公立醫療提供，而這些服務大多是成本太高，私營醫療無法提供。
 - 4.4 日常生活上，人類不少影響生命存活的事情，某程度上人類不能控制，這包括空氣污染、交通/工業意外、飲食文化、教育制度等。因此醫療服務某程度上帶有社會福利性質，目的是補償人類因資本家(和政府)的商業行為而造成身心靈的創傷。
 - 4.5 如果醫療服務太依賴私營服務，會出現醫療權利上的不平等，長期病患者因醫療費用比一般人高，醫療保險也拒絕他們受保，結果造成他們在生活上及經濟上雙重打擊。
- 5 精神病康復者如何看醫療融資
 - 5.1 個人健康保險儲備問題
 - 5.1.1 大部分精神病康復者每月收入少於一萬，假如醫療融資透過醫療供款方式進行，他們事實上無需要作醫療供款。
 - 5.1.2 即使有能力供款，他們普遍不會光顧私營精神科醫生。其中一個原因是私營精神科醫生只有四十多人，以及太集中在市區。另外，收費可能不獲保險承擔。
 - 5.1.3 此外，醫療供款可能用來購買醫療保險，現時醫療保險也存在不少問題，包括承保的疾病範圍、原先已經存在疾病的爭拗、理賠的爭議等，令康復者卻步
 - 5.1.4 雖然文件提及的醫療保險融資，精神病康復者有機會接受投保，但是保障的程度及範圍則沒有仔細提及(像4.1.2的情況)。當投保人查詢保險公司投保準則時，保險公司往往以「不評論個別個案」、「商業決定」、「商業秘密」為理由，不予披露。另一方面，在保險公司沒有明確的精神病流行病學數據的情況下，他們可能在監管機構的壓力下，被迫接受康復者投保。



到時可能出現的情況，一是提高附加保費(因為文件只說基本項目劃一保費)，一是保險公司用盡方法拒絕理賠，結果反而失去保險的應有減少風險的功能。

5.1.5 根據強積金的經驗，部分供款很可能被高昂行政費蠶食，剩下的供款很可能不足以支付醫療費用。

5.1.6 醫療成本隨著時間推展而上升，醫療供款有機會一直增加，但是服務質素未必得到改善。

5.1.7 醫療供款只用於醫療，沒有考慮康復的需要，因為社區康復服務是可以減低未來醫療的費用，但是醫療融資沒有考慮持續護理的需要。

5.1.8 政府傾向以個人健康保險儲備作為融資方向，但是對精神病康復者沒有得益，因為額外所得不會重投於精神科服務，無法改善精神科服務的問題。

5.2 強制保險沒有強制的意義

5.2.1 所謂「強制」，要全民參與才能達到目的，但是個人健康保險儲備提及供款的人士限月入一萬元至二萬元，完全失去「強制」的意義。

5.2.2 如果採用供款制度，因為供款金額比例固定，這無法達到財富再分配的效果，醫療承擔會由企業/資本家/富豪轉由中下階層承擔，對中下階層人士不公平。

5.2.3 與其作出沒有強制意義的融資，倒不如維持現狀，改善稅制安排及提高醫療投入。

6 反對增加公共醫療收費

6.1 公共醫療收費對於大部份收入不多的長期病患者來說，現時還可以承擔。但是，他們的醫療需求較多(因為可能看多於一個專科)，費用累積起來可以令長期病患者入不敷支。

6.2 如果實行輔助醫療融資，病人自行承擔的醫療開支比例會由現時的3%提升到8%至10%左右，私營醫療費用也隨著公共醫療收費上升而同步上漲，這會加重低下階層(特別是長期病患者)的負擔。

7 改善現時以稅收為主的系統的可行性

7.1 現時醫療開支佔政府開支大約15%，文件提及政府計劃醫療開支提高至政府每年開支17%。但是政府取態是不想再增加額外醫療承擔，這變相為開支封頂。

7.2 政府表示，增加賦稅只會加重納稅人的負擔，但按照剛公佈的2008/09年度財政預算案，政府2007/08年度2701億的收入中，薪俸稅只有370億，只佔政府整體收入13.6%。換言之，透過稅款增加對醫療服務的資助，不會增加薪俸稅納稅人的負擔。反而，政府可以透過稅收，動用社會整體財富應付醫療服務的需求。

7.3 雖然政府表示，依靠政府收入，資助醫療服務是不能持續的，不過數據上亦



未能令人信服。按照剛公佈的2008/09年度財政預算案的一系列減低稅率、增加免稅額、及拓闊稅階等措施，令政府每年少收76.7億元，已經多於「個人康保儲備」每年匯集的60億元款項。所以透過調整稅率及稅階，令富裕階層及有盈利公司繳付較多稅款，已足夠應付新增的醫療需求。(長期病患者關注醫療改革聯席，2008)

8 長期病患者參與醫療制度制定

8.1 現時政府制定醫療融資改革，病患者的聲音一向只能在諮詢場合才能發表。政府委任的病患者代表，大多只代表個人，政府只視為代表本身的立場，而不是所屬團體的立場。公開委任諮詢委員的準則，有助加強委員的代表性，委員也需要向廣大市民及長期病患者問責。另一方面，廣泛委任不同類別病患者團體代表加入諮詢委員會，有助提供多角度的意見。

9 建議

- 9.1 改革稅務安排，代替醫療供款：透過調整稅階及稅率，令富裕階層及有盈利的企業繳付更多賦稅，以應付增加的醫療需求；
- 9.2 改善公營醫療服務：諮詢文件中首五章提及的改革建議應立即推行，以即時改善現時醫療制度，特別是公營醫療因資源短缺面對的問題，並進一步檢視服務不足的地方，並加以改進。
- 9.3 改善安全網機制：為市民每年的醫療開支封頂，最多不超過個人每年總入息的10%，餘額由政府資助。此外，放寬非綜援人士申請安全網的要求，保障更多的病人，並維持現有醫療收費。
- 9.4 改善基層護理系統，包括增加家庭醫生數目，按需要資助市民看家庭醫生，從而改善香港市民的健康。將中醫、其他療法納入資助範圍，令市民多些選擇。
- 9.5 設立卓越臨床研究中心，制定最佳醫療方案予各公私營醫療機構跟從
- 9.6 長期病患者表達意見權利：委任更多具代表性的病人組織代表加入醫療改革的諮詢架構中，令長期病患者組織可以有直接表達意見的渠道。

10 總結：電影「美國清一 SICK 檔案」(SICKO)對香港醫療融資改革的啟示

- 10.1 美國的醫療制度，向來以自願性私人醫療保險為核心，即使政府提供的 Medicare 和 Medicaid，也離不開保險的概念。片中提及不少被拒保的個案，有些因沒有醫療保險而得不到醫治，最後只能等待死亡。美國的醫療投入佔國民生產總值的15.3%，但是死亡率和致殘率卻是世界前列。美國的私人醫療保險市場，除了被指保額不足以應付危疾外，醫療部門向錢看的心態，令不少美國人，得不到應有醫療保障。
- 10.2 其中一個個案是九一一事件的義務救援人員。他們表面上得到美國政府和市民的尊敬，可是數年後他們出現身體上的毛病。原本美國政府有一個基金，支持九一一事件的救援人員的醫療開支，不過基金方面指前者是義務救援，拒絕了他們的申請。他們因長期病買不到醫療保險，Medicare 和 Medicaid 又不接



受他們參與，他們的健康日漸變差。片中提出的諷刺，就是美國的敵人—古巴，居然願意以低廉的費用醫治他們，他們又得到古巴政府及市民的尊敬。另外，當地的藥價，比美國同類藥物便宜數百倍。古巴因為美國長期禁運，令他們自行發展醫療藥物及器材，古巴的醫療科技及長期護理的發展，竟比美國更好。

- 10.3 這片提醒了我們，醫療保險不是萬能，私營醫療也不是萬能。人命關天的事情，若果隨便由私人部門(不論醫療部門或保險公司)去承擔，結果錢付多了，醫療服務得不到改善。從美國和古巴的比較，香港公營醫療的優點，必須得到維持，並且需要提升醫療質素，而不是空談融資，空談私營醫療。