

九龍城區議會
第四次會議記錄

日期：2008年5月29日(星期四)

時間：下午2時30分

地點：九龍城民政事務處會議室

出席者：

主席：王國強先生,JP

副主席：劉偉榮先生,JP

議員：尹才榜先生,MH

左滙雄先生

伍精民先生

任國棟先生

李慧琮女士

(於下午3時35分出席)

李蓮女士

吳寶強先生

(於下午2時40分出席)

何顯明先生

陸勁光先生

陳景煌先生

陳榮濂先生,JP

陳麗君女士

莫嘉嫻女士

梁英標先生,BBS,MH

梁美芬女士

張仁康先生

黃以謙先生

勞超傑先生

葉賜添先生

(於下午4時15分出席)

楊永杰先生

廖成利先生

潘志文先生

潘國華先生

蕭婉嫦女士,BBS,JP

秘書：區錦榮先生

九龍城民政事務處高級行政主任(區議會)

缺席者：

議員：王惠貞女士

列席者：

蘇婉玲女士,JP

九龍城民政事務專員

關曉陽女士

九龍城民政事務助理專員

謝林喜先生

九龍城民政事務處高級聯絡主任(地區聯絡)

陳志清先生

九龍城民政事務處高級聯絡主任(樓宇管理)

譚李佩儀女士	九龍城民政事務處高級行政主任(地區管理)
王偉雄先生	九龍城民政事務處一級行政主任(區議會)
林美心女士	九龍城民政事務處行政主任(區議會)1
李天裕先生	九龍城民政事務處行政主任(區議會)2
劉業成先生	香港警務處九龍城區指揮官
溫耀發先生	香港警務處九龍城警區警民關係主任
麥無思女士	康樂及文化事務署九龍城區康樂事務經理
沈夏南先生	食物環境衛生署九龍城區總監
馬栢輝先生	土木工程拓展署高級工程師
鄧玉成先生	房屋署高級屋宇保養測量師
黃穎懿女士	運輸署高級運輸主任／九龍城

應邀出席者：

議程一	周一嶽醫生, SBS, JP	食物及衛生局局長
至三	陳松青先生	食物及衛生局副秘書長
	區穎恩女士	食物及衛生局助理秘書長
議程四	譚榮邦先生, JP	郵政署署長
	周伊君女士	郵政署郵件派遞科總經理
	區惠賢女士	郵政署管理事務科總經理
議程七	鄭萬偉先生	香港海關高級貿易管制主任
	李育奇醫生	衛生署社區聯絡部醫生
議程八	張天祥先生	屋宇署總屋宇測量師

* * * * *

主席歡迎各政府部門代表、議員及公眾席上人士出席是次會議。他特別歡迎食物及衛生局局長周一嶽醫生、副秘書長陳松青先生和助理秘書長區穎恩女士出席會議，聽取議員對醫療改革諮詢文件的意見。此外，主席向在座各人介紹接替王天予女士出任九龍城民政事務專員的蘇婉玲女士。

醫療改革諮詢文件

(九龍城區議會文件第 50/08 號)

對「醫療改革諮詢文件」的初步看法

(九龍城區議會文件第 51/08 號)

市民對醫療融資的看法

(九龍城區議會文件第 52/08 號)

2. 食物及衛生局局長周一嶽醫生表示，醫療改革諮詢文件公布至今已 11 周，期間他本人聯同食物及衛生局(下文簡稱「食衛局」)同事共出席了約 130 個相關的研討會、公開論壇及區議會會議。食衛

局同事至今已走訪了 16 個區議會，預計下月初便完成諮詢各區議會的工作。雖然諮詢期於 6 月 13 日才結束，但局方已收到各界對諮詢文件提出的不同意見，單是為諮詢文件所設的電郵信箱便收到八百多封電郵。他對於九龍城區議員撥出時間撰寫詳盡書面意見和進行民意調查，好讓政府更全面掌握九龍城區居民的意見，表示感謝。為使各議員有更多時間發表意見，他在會上省卻介紹諮詢文件的內容，直接請議員發言。

3. 莫嘉嫻議員指出，文件提及的融資模式側重儲蓄和保險，但觀乎外國的例子，即使引入有關措施，亦未必能夠惠及大眾，得益的似乎只有保險界。此外，她擔心計劃中的供款人在公立醫院求診時，可優先獲提供醫療服務，這變相把公立醫院使用者分為兩個等級，低下階層原本享有的醫療福利會因而被削減。既然供款只會增加供款市民的經濟負擔，而低下階層不會因此舉而受益，她認為政府倒不如撥出五百多億元政府盈餘，直接注資公營醫療服務更為實際。

4. 黃以謙醫生說，他已經以席上文件 1A 號詳述意見，簡單而言，市民期望先談醫療改革，後談融資，細節可歸納為下列四個要點：

- (一) 現時已康復的市民仍依賴公立醫院提供門診服務，跟進病情；若政府可以與私家醫生合作，由後者為病人覆診，便可把這類服務引入私營醫療體系內，既可減輕公立醫院的工作量，亦可確保私營醫療市場得以健康發展；
- (二) 建議先推廣自願醫療保險，透過規範化的醫療保險計劃，鼓勵市民選購醫療保險，同時實行其他輔助措施，例如醫療供款可退稅以吸引市民及早購買保險。待醫療保險廣為大眾接受後，才討論應否設立強制性醫療保險制度；
- (三) 一般市民尤以新一代有不少陋習，例如沒有預防疾病的概念，生活顛倒，直至身體出現毛病時才急忙求醫。此外，市民也接受醫生配處重藥，以求在短時間內治癒疾病等不正確的醫療手法，這使市民體質轉弱。政府有需要加強宣傳，糾正市民的錯誤觀念，使他們懂得如何改善健康，減低患病的風險；以及
- (四) 不少獨居長者不懂得循其他途徑獲取醫療服務，只知依賴公營服務。政府可考慮與志願機構合作推行“一長者一家庭醫

生”計劃，把長者的醫療需求導入私營市場。

5. 李蓮議員指出，政府為市民提供質優價廉的醫療服務是一項德政。她明白確有需要研究如何改革現有醫療制度，但諮詢文件內容複雜，市民要多花時間理解要點，因此建議政府推銷坊間俗稱的「強醫金」方案時不要操之過急，應把諮詢期延長。

6. 蕭婉嫦議員認同李蓮議員的看法，她同時指出市民自掏腰包參與醫療供款的建議並不討好，所以在推銷時要有一定策略，宜為改革定下短期和長期目標。短期策略首要是研究如何控制醫療成本及擴大服務範圍，進一步方便市民享用醫療服務。當大家認為現有服務物超所值時，才會願意參與供款。

7. 陳景煌議員指出，市民已習慣享用價廉質優的醫療服務，一旦政府改變政策，要用者自付，相信只有一小撮香港人可以負擔有關費用。要達到持續營運現有醫療服務的目標，政府宜着手研究下列建議：

- (一) 與內地機關合作，容許遷往內地定居的退休港人享有在港居留時可獲的同等補助，從而減輕長者對本港醫療服務的需求；
- (二) 鼓勵市民選用家庭醫生，使家庭醫生成為求診的首選對象；
- (三) 醫院管理局(下文簡稱「醫管局」)須嚴格控制成本，例如不要給予病人過多藥物，以免造成浪費；以及
- (四) 汲取推行強積金的經驗，避免供款成效不彰，只令強積金託管人有機會謀取暴利。

8. 陳榮濂議員表示，香港人口老化問題日趨嚴重，政府有需要盡快改革現有的醫療體制以配合未來發展，因此他非常支持政府是次提出的醫療改革建議。較早前他所成立的建設健康九龍城協會有限公司便舉辦了一個地區論壇，探討這份諮詢文件的建議。參加者超過300人，其中包括家庭主婦、退休人士、工程界專業人士、商界人士和公務員，大部分出席者表示論壇有助他們了解諮詢文件的內容。綜合出席人士的意見，逾七成支持文件中提出的社會醫療保障方案，一成支持用者自付的強制醫療保險方案，另有一成支持自願私人醫療保險計劃，餘下的一成則不贊成推行改革。由於大部分市民都接受社會

醫療保障方案，他認為政府應循這個主流思想方向推行醫療改革。

9. 梁英標議員指出，諮詢文件標題「掌握健康、掌握人生」積極求進，可是文件內容並非研究預防疾病的方法，而是集中討論如何有效照顧病人，以及融資方案的細節。香港現時出現一個奇怪現象，醫療科技越趨進步，市民越是忽略個人健康，部分人甚至沉迷煙酒，濫用藥物，只懂依賴政府在出事時照顧他們。有鑑於此，他建議要進行醫療改革，必須先做好上游工作，積極加強市民的個人健康意識，實踐預防勝於治療的理念。

10. 左滙雄議員認為，在探討醫療改革的同時，亦應檢討下列問題：

- (一) 醫管局的架構是否完善，會否過分臃腫；
- (二) 醫管局是否能有效地控制成本和醫療開支；以及
- (三) 現有的醫療資源分配是否恰當，例如重治療而輕預防的做法是否正確等。

11. 勞超傑議員認為，市民大都希望醫療制度盡量以現有的模式繼續運作。若改革非實行不可，應先改善現有不足之處，最後才考慮融資計劃。要有效控制成本，可參考近年法律界開放市場的做法，加強市場競爭，藉市場力量把私家醫院的收費調整至合理水平。除開放市場外，加強人才培訓也是可行的方法。

12. 楊永杰議員對醫療改革的方向表示支持，但對政府提出的建議有所保留。他指出市民的經濟負擔不輕，現時更面對通脹的威脅，若要大眾付款分擔醫療開支，恐怕他們難以負荷。他建議政府循序漸進，先改善內部資源的分配，控制醫療開支，然後才研究融資的方法。

13. 陳麗君議員指出，一般市民對諮詢文件的內容所知不多，基層大眾尤甚。如政府有意聽取市民的心聲，應主動透過社會福利署或志願團體接觸這群沈默的基層大眾。現時醫療制度中最令她擔心的問題是長者所獲的醫療支援服務仍有很多不足之處，她建議政府給予長者醫療服務半價優惠，鼓勵他們生病時盡早求診，以免病情惡化時才接受治療，間接加重政府的醫療負擔。

14. 何顯明議員認為，諮詢文件的定位並不清晰，例如是次改革

是集中於醫療融資安排還是提升醫療服務質素。政府有意鼓勵市民投購醫療保險，藉此分擔成本是值得研究的路向，但保險條款其實頗為複雜，一般市民難以掌握，因此政府首先要處理有關技術問題，才可進一步研究此項建議的可行性。至於病歷資料庫則是後知後覺的產品，他八年前便倡議政府建立一個所有部門可共用的統一資料庫，以提高成本效益。他期望政府在進行下一輪的醫療改革諮詢時，可提出更具體明確的方案，讓市民深入評估有關計劃的利弊。

15. 周一嶽局長多謝各議員踴躍發表意見，他的回應綜述如下：

- (一) 政府為對醫療制度提出全面而可持續進行的改革，遂擬訂醫療服務、市場架構和融資安排等改革建議，因此，醫療改革諮詢文件內容相當廣泛，且頗為複雜，食衛局同事向公眾解釋時，會因應對象而調整改革的內容和重點的深度。在醫療融資問題上，政府提出六個方案諮詢公眾，原因是有關問題涉及基本的社會價值觀，包括醫療費用應由用者自付，抑或共同分擔，還是以財富再分配方式支付；此外，這涉及大家是否願意現時便進行儲蓄，為未來醫療需要作好準備，這些問題都需要市民仔細考慮；
- (二) 現時推出的醫療改革將以循序漸進的方式推行，不會有翻天覆地的改變。即使日後實行輔助醫療融資，公營醫療體系和政府的醫療撥款仍會是香港醫療服務的支柱，負責照顧廣大市民及應付災難或突發事件。由於醫療改革涉及不少複雜事項，諮詢工作會分兩部分進行，政府在第一階段諮詢聽取社會各界對諮詢文件的意見後，會進一步制定具體建議並進行第二階段諮詢，讓市民集中討論建議的具體內容；
- (三) 諮詢文件內容提及的未來醫療開支預算是以可靠數據和合理假設作為計算基礎。不同的假設會產生不同的預算結果，但整體上預算的醫療開支增長趨勢與實際的不會有太大差別，亦即是說醫療開支增長的速度會高於經濟增長速度，因此，單靠政府以現行稅款安排承擔未來的醫療開支增長，長遠而言並不可行。香港有需要研究一個穩定而可持續實行的輔助融資方案，以應付經濟周期對醫療體系帶來的財政影響，並確保醫療系統日後可穩健地發展；

- (四) 政府在現階段會繼續撥出所需資源，以應付醫療服務的需求。由現在至 2011-12 年度，政府會增加醫療撥款，把醫療在經常政府開支中的比例由 15% 上調至 17%，增加的經常醫療開支數額達每年 100 億元。這些增撥的資源，令公營醫療機構可在未來數年改善醫療服務，並且提供新服務，而政府亦可推動各項服務改革，例如加強基層醫療服務，以及繼續開拓與私營醫療體系的合作機會，例如資助白內障病人接受私家醫生施行手術，以及交由天水圍區內的私人診所為區內長期病患提供基層醫療服務。不過，長遠而言，政府必須引入輔助醫療融資計劃，為醫療系統長期提供足夠資源，以便持續改革醫療服務，且維持醫療水平和質素。為此，財政司司長已同意撥出 500 億元作為醫療融資方案的啟動基金，與市民合力推動醫療改革，共同承擔醫療融資的責任；
- (五) 醫療融資不會導致一個零和遊戲的結局，現時香港的公私營市場趨兩極化，失衡情況嚴重，而醫療融資方案旨在創造一個位處兩者之間的中間市場，藉此擴大香港醫療體系的發展空間。在經過改革的醫療制度下，有能力承擔較多醫療費用的市民可選擇多元化的私營醫療服務，從而減輕公營醫療服務的壓力，令公營醫療機構可分配更多資源，為低收入家庭和弱勢社群提供服務，達致雙贏。是次諮詢中不少市民對改革融資制度表示支持，認為應該增加市民在醫療服務方面的保障和選擇，惟不同方案所提供的保障與選擇不盡相同；
- (六) 許多先進國家均先後引入醫療社保、醫療儲蓄和醫療保險等元素，以便在政府撥款以外，尋求新的資金來源，應付日漸增加的醫療開支。不同的經濟體系會採用不同的做法，例如實施醫療社保的地方主要由政府營運醫療保險制度，而實施私人強制醫保的地方如荷蘭和瑞士，則交由商業機構營運私人醫保計劃，但這些機構須遵守法例的規定；
- (七) 現時市面上的私人醫療保險條款不受規管，不少保險計劃都附有多項豁免條款，令保險公司在很多情況下可拒絕承保，而身患重病的人和長者都不易獲接納投保。外地在推行全民醫療保險計劃時，都會對保險業界進行規管，例如有些地方會立法制訂保險計劃條款，規定保險公司必需受保和不可拒保，令身患重病和年長的市民也可投保；也有一些地方要求

私營保險公司在不謀利的情況下營運全民醫療計劃，但容許這些公司透過該計劃所形成的龐大顧客網絡銷售其他保險產品；

- (八) 政府日後如引入醫療保險元素並讓商業機構營運，便須採取有效措施，以加強監管，確保私人醫療保險能夠發揮預期效果，並且減少現行私人醫療保險的流弊。不過，全面規管市場上五花八門的醫療保險所涉及的行政工作及成本，將會相當龐大，另一可行辦法是集中規管一些規範化、符合一定標準、而且可提供較大保障的醫療保險，甚至制訂標準保單條款等，此外，亦可參考外地的經驗以監管醫療保險的運作，以強制或近似強制形式推行全民醫療保險計劃；
- (九) 至於醫院管理局(下文簡稱「醫管局」)的成本效益問題，現時醫管局是香港規模最大的公營機構，僱有五萬多名員工，醫療服務是人力密集的服務，因此，薪金佔開支較大比重不足為奇。醫院的高級醫護人員除了負責行政工作，亦同時兼顧臨牀醫療工作。與一般私營醫院相比，醫管局轄下的醫院須維持一定水平的服務，例如以少於全港四成的醫生照顧超過 90%住院的香港市民，同時更要照顧一些私營醫院無法或不願照顧的重症病人。然而，醫管局總部的行政費用只佔開支的 1.9%，其中更包括醫管局資訊系統和電子病歷系統的運作成本，與外國類似機構相比，本港的醫管局算是一個架構精簡及效率高超的組織。政府會繼續與醫管局致力強化現行公共醫療安全網，控制公營醫療成本，並進一步推動公私營醫療機構合作；
- (十) 在公營醫療成本效益之外，不少市民頗為關注私家醫生收費水平是否偏高的問題。舉例來說，政府在 2004 年撥付約 380 億元予醫管局、衛生署、食環署及消防處等部門，用以提供醫療及衛生等相關服務，而同期市民付出約 280 億元作為私營醫療服務費用，當中約 200 億元用於直接支付私家醫院／診所的診金，約 80 億元則是透過購買醫療保險用以支付各種私營醫療服務。參考過去一年的資料，私家醫生的診金平均上調約 10%，而私人醫療保險的保費也平均增加約 12%，這個升幅遠超市民工資的調整幅度。若政府不能令私營醫療體系的收費增幅維持在一個合理水平，便會大大削減市民、

尤其是中產階層對私營醫療服務的負擔能力。由於上述情況在私營醫療體系欠缺競爭及長遠持續發展下會漸趨惡化，政府是次提出醫療改革建議，首次將公營及私營醫療體系日後的發展一併考慮，引導業界及市民一起審研香港整個醫療體系的發展方向；

- (十一) 由於中港經濟融合，香港與內地有不少服務上維持一個公平競爭的平台，有利兩地的經濟發展。開放專業市場如法律服務行業市場，使服務收費調整至更多市民可以負擔的水平，無疑是一個合理可取的做法。然而，法律與醫療服務有所不同，因為後者是市民經常使用的服務，並且涉及生命安全和緊急救援，需要更嚴格的質素保證，因此，藉開放市場增加競爭去壓抑醫療成本增長的做法，必須三思而後行；
- (十二) 加強基層醫療服務是醫療改革的重要一環，改革的其中一個重點是要糾正市民在個人醫療護理、預防疾病及用藥方面的一些不正確觀念，建立家庭醫生制度及使市民認同選擇家庭醫生是一個值得推介的模式，但要成功改變市民的思想，絕非一朝一夕的事，因此改革須長期實行，方見成效；
- (十三) 政府認同改善香港市民體質是治本之道，而行政長官在地方行政高峰會上也曾提及全民健康生活的重要性，他希望 18 區區議會可以與政府有關部門及地方社區組織和專業醫護人員聯手推廣健康生活模式，在社區層面向全港市民宣揚健康的重要性及保健的信息；
- (十四) 發展一套全港電子健康記錄並不是一項完全由零開始的工作。醫管局在 1995 年便着手逐步設立一個供公立醫院和診所使用的病人病歷資料庫，近年更開始試驗讓私家醫院及醫生以及其他提供相關服務的非政府機構，在取得病人的同意後查閱。政府下一步擬發展雙向病歷互通計劃，以及推動私營醫療機構建立及使用電子病歷系統，以達致俗稱“病歷跟人走”的目標。病歷系統的保安至為重要，必須確保病人的私隱得到保障，同時提高醫療服務的延續性和質素；以及
- (十五) 重申政府日後不論選用那一種輔助融資方案，仍會肩負確保市民得到優質醫療服務的責任。政府會推動改革以確保投放

於醫療系統的資源能夠發揮最大效益，為市民提供更大保障、更佳服務和更多選擇。然而，他希望各議員明白要不斷提升服務，是需要穩定及充足的資源作後盾，這關係到大家將來和下一代的醫療保障，因此希望各議員慎重考慮是次諮詢文件的建議。

16. 主席表示，平心而論，香港醫療福利較不少先進國家優厚，例如在美國如沒有醫療保險的保障，一般人民是無法負擔高昂的醫療費用的；至於加拿大人雖然可免費享用公營醫療福利，卻要繳交高額稅款，因此香港市民實在非常幸福。可是香港人口不斷老化，加上醫療科技日新月異，醫療開支持續上升，因此，現在是時候考慮如何改革香港的醫療制度，以確保市民能繼續得到優質醫療服務和保障。在醫療融資方面，政府維持「不會有人因經濟困難而得不到適當的治療」的政策原則，議員定必支持，但議員同時促請政府日後制訂任何輔助醫療融資方案時，必須照顧基層市民的需要，並且顧及整體社會的負擔能力。