

## 長期病患者關注醫療改革聯席 對醫療改革諮詢文件意見書

就政府最近推出的《掌握健康·掌握人生——醫療改革諮詢文件》，「長期病患者關注醫療改革聯席」（下稱「聯席」）有以下回應：

### （一）欠缺整體醫療政策

雖然這次諮詢文件標題名為醫療改革，但從整份諮詢文件的內容觀看，主要還是在於透過匯集更多資源，處理日後醫療開支上升的問題，特別是公營醫療開支大增對公共開支所造成的壓力。換言之，整份諮詢文件的首五章，都是為了引導市民討論融資方案，解決提供醫療服務的財務問題。

可惜，整份諮詢文件並沒有討論醫療改革的其他重要議題，包括本港的醫療政策、醫療服務目標、改革建議（如加強基層醫療服務、強化公共醫療安全網等）涉及的財政開支、融資款項如何運用等等。現在諮詢文件只集中討論融資方案，對上述的重要議題一一忽略，是諮詢策略的錯失。

更重要的是，是次諮詢只就融資方案作決定，但沒有訂明政府會如何運用額外的融資資源。日後增加了整體醫療資源也可能對改善醫療體系及服務質素沒有實質幫助，政府更沒有承諾甚樣改善醫療服務，特別是公營醫療服務現時的種種問題。最明顯的例子莫過如美國，2005年當地國民生產總值的15.3%用於醫療，是全球最高，但醫療質素及國民健康情況一直為人詬病。

所以，「聯席」認為欠缺討論醫療政策及如何運用資源改善服務，使這次諮詢成為純粹為解決政府於諮詢文件中所說的未來醫療開支不斷上升所造成的財政壓力。

### （二）對諮詢文件內容的質疑

「聯席」對於諮詢文件的首五章，即有關現時醫療制度面對的挑戰，及各項改革建議提出以下質疑：

諮詢文件稱人口老化將增加醫療的需求，特別是公營醫療的開支會因此而大幅增加。但據外國經驗及研究所得，人口老化每年只增加了0.6%的醫療開支，並未如諮詢文件中所言會大大增加醫療服務需求。

按諮詢文件推算，醫療開支會在三十年後增加3.6倍，屆時整體醫療開支將由2004年的678億元上升至2033年的3,152億元，而公營醫療開支將由378億元增加至1,866億元。不過正如負責進行醫療開支推算的學者表示，這推算只是按照一切固定不變的情況下，以精算模式計算出有關開支，但並未能反映新政策措施對推算開支的改變。因此，如果政府願意落實諮詢文件內有關醫療體制的改革建議，未來的醫療開支不會像推算般高。

諮詢文件中列出現時醫療制度，特別是公營醫療的種種弊端，同時亦列出一些改善建議。不過政府一再強調改善建議需待融資改革落實後，才能騰出資源改善弊端，例如第五章提及舒緩公營醫療壓力後，才騰出改善空間提升公營醫療的服務質素，如縮短輪候間時及探討設立個人醫療費用上限等。「聯席」認為政府眼見現時體制弊端，但又不

願意立即作出改善，是不負責任的做法。同時，將改善建議與融資改革綑綁一併而談，無異於強迫市民同意進行融資改革才可交換改善現有體制及服務。

諮詢文件提出需要進行融資改革，不過卻沒有詳述融資改革後，會如何改善了現時的醫療服務，亦沒有承諾如何運用融資的款項，達致具體的醫療服務目標及健康狀況目標。例如，諮詢文件中提及若不進行改革，外科新症輪候時間會在 2012 年增至 96 周、腫瘤科等候覆診時間在 2015 年增至 16 周、白內障手術的輪候時間在 2015 年增至 75 個月、醫療設施及儀器無法更新、不能使用新藥物及療程。進行融資改革後，是否這些情況便不會再出現？諮詢文件中並沒有作出任何承諾，令人難以預期改革後的結果。

### （三）限制融資方案選擇

政府提出的六個融資方案包括了國際上常見的融資策略，包括保險、儲蓄、加費等，亦包括政府創作的「醫療儲蓄加強制私人醫療保險」，唯獨欠缺了國際上有國家採用的稅收支付模式。其實政府在諮詢文件中一開始便否定了增加政府對醫療的撥款作為解決醫療制度面對的挑戰，聲稱增加賦稅是不可持續的方案。不過政府若不諮詢市民是否願意透過調整稅率及稅階承擔增加的醫療開支，便單方面否決了這個選項，是限制了市民對融資方案的選擇，未能做到真正開放聽取市民對融資改革的意見。

政府限制融資方案選項，不容許市民選取增加賦稅作為方案之一，是將未來醫療的負擔由富裕階層轉嫁到中下階層身上。原因是諮詢文件中所列出的各個選項，除社會醫療保障外，都沒有累進的效果，即社會上較富有的人付出更多，協助窮困市民及因病致貧的病人。日後如果融資方案採用政府創作及屬意的「個人康保儲備」，每名供款人不論富貴貧窮，都需要繳付定額款項以獲得基本醫療保障，中下階層市民負擔醫療開支的比例便會較富裕階層為大。在香港的貧富懸殊日益嚴重的情況下，沒有累進效果的融資方案只會進一步加劇貧富懸殊的問題，加重中下階層的負擔，同時富裕階層卻未能為貧困老弱等有需要人士付出更多。

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 2,701 億元的收入中，薪俸稅只有 370 億元，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。

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、及擴闊稅階等措施，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。

融資款項必須好好運用，要令融資款項達致最能產生的效果，莫過如直接將款項用於服務上。如果透過私人保險提供服務，匯集的款項需扣除保險公司的行政費及准許利潤後，其餘款項才用到醫療服務上，所以款項並未能直接用於醫療服務上，可以說是未能最有效運用融資款項。因此，凡涉及私人保險的融資方法，包括「個人康保儲備」，都有以上的問題。「聯席」認為，最善用資源的融資方法，始終是透過稅收直接資助醫療服務。政府應以稅收支付模式，諮詢市民的意見。

#### （四）價值取向

醫療改革及融資改革背後，涉及價值取向及原則。「聯席」認為有關改革需具備以下原則：

1. 有關改革必須具有互補不足的性質，即富有補貼貧窮、健康協助病患，亦同時應具備社會財富再分配的性質，令整體社會的財富（不單是個人的財富）透過醫療服務分配到有需要的病人身上。所以「聯席」認為融資不應單單要求市民承擔更多，這只可以達致互補不足，反而政府應透過稅收，增加對醫療服務的撥款，從而達致社會財富再分配。
2. 有關改革必須處理長期病患者因疾病而面對的沉重經濟負擔。「聯席」一方面同意貧窮人士在有病時，或一般市民面對危疾重病時，不應因經濟原因而得不到適切的治療。不過長期病患者的處境及困難卻備受忽視，亦沒有針對長期病患者因長期面對醫療開支引致的經濟困難作出協助。因此「聯席」認為改革措施應設法減輕長期病患者的經濟負擔。
3. 有關改革必須能促進市民健康，基層醫療是促進市民健康及減少使用昂貴醫院服務的最關鍵一環。因此「聯席」認為必須加強基層醫療服務。
4. 有關改革必須以提供最佳治療方案為目標。諮詢文件強調公營醫療服務只是作為安全網的作用，而「個人康保儲備」所提供的亦只是基本的醫療保障。若要提升服務質素，特別是包括治療效果，屆時可能要自行額外購買。這種做法引起醫療上的貧富分化。因此「聯席」認為應以為每位病人提供最佳治療方案，作為醫療服務的標準，例如英國 NICE（National Institute of Clinical Excellence）的做法。

#### （五）醫療改革建議

「聯席」對醫療改革有以下建議：

1. 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；
2. 調整稅率及稅階，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；
3. 仿照今年財政預算的做法，每年將部份政府財政盈餘撥入醫療儲備基金，以應付未來的醫療開支；
4. 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；
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；
6. 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，直接表達病人意見。