

香港社會服務聯會

對哈佛專家小組醫護改革顧問報告書的意見

全面檢討的重要性

1. 政府委託哈佛大學專家小組對香港的醫療融資和服務架構進行顧問研究，主要目的在於探討現有融資方式能否應付將來的需要，及構思一些改革方案作為政府的參考¹。然而，融資制度與服務提供模式息息相關，單獨檢討或改變融資制度，不可能解決香港醫療制度現存包括服務使用者及提供者面對的問題，只談開源不考慮成本控制，亦不能滿足社會對醫療服務不斷增加的需求。
2. 事實上，哈佛專家小組醫護改革顧問報告書（以下簡稱「報告書」）對香港醫療制度作出相當全面的檢討，並不單從醫療融資制度的可持續性(sustainability)及改革方案作出考慮，對醫療服務制度、基層健康護理以至醫療服務的質素及監管等等範圍，亦有作出研究，可算是香港醫療制度自八十年代以來最全面的一次檢討，亦可避免因分割處理醫護制度的不同部分而出現的各種問題。
3. 可惜，雖然報告書探討的範圍相當全面，但當中建議則較為原則性及方向性。報告書對幾個融資方案的利弊作出比較詳盡的分析，但可能由於數據不足未有解決所有技術問題，具體推行細節亦不足夠，融資以外其餘建議亦較缺乏具體內容。社聯認為，報告書可以作為整個醫護改革的起點，政府應藉此機會，全面檢視香港的醫療服務及融資制度，使其更趨完善，確保每一名市民均能得到足夠及適當的醫療服務及享有健康的生命。

社會的抉擇

4. 世界各地的經驗清楚顯示，每一種融資方法（以及醫療服務架構）均有其優點及缺點，市民的意見以及社會價值觀應是政府作出選擇的依據。可惜，在報告書發表後進行的一項民意調查，就發現只有五成半被訪者知道政府曾發表一份醫護改革報告書ⁱⁱ，顯示政府的諮詢及宣傳工作並未能引起普遍市民對報告書及醫護改革的關注，遑論促進公眾對此重要課題的了解及討論。
5. 更令人憂慮的是（一）傳媒報導及討論過於集中於融資方案，政府官員多次公開發表意見亦只集中於融資部分，其出版的單張完全沒有提及融資以外的建議，種種情況均令公眾難於對醫療服務架構及質素監察等事宜表達關注及意見；（二）傳媒對各種融資方案的內容、優點及缺點掌握不足，在報告書公布初期最吸引市民關

注的時候又常常作出錯誤報導及分析，直接或簡接促使公眾對報告書的了解出現嚴重偏差，影響他們的分析及意見。

6. 社聯期望政府在稍後正式發表諮詢文件時，能確保公眾得到全面及準確的訊息以及各種建議的正反觀點。

醫療改革的原則

7. 綜合社聯的調查及外國經驗，社聯認為當政府考慮進行醫療改革時，須考慮以下五個準則：
 - i. 公平（醫療服務須滿足不同市民的需要；每個市民均能享有平等使用醫療服務的權利，不分貧富、年齡、性別等）
 - ii. 服務質素（服務質素得到保證及改善，包括服務過程及成效、風險管理、醫護架構等）
 - iii. 服務的可近性(accessibility)（每個市民均可在合理的情況下使用醫療服務，例如合理的等候時間）
 - iv. 成本控制（包括提高成本效益及減低醫療開支上升速度）
 - v. 自由選擇（市民應有權利、知識及機會選擇醫療服務、設施及服務提供者）
8. 社聯在去年完成「香港市民使用醫療服務情況及對醫療融資的意見」調查，委託香港大學社會科學研究中心訪問超過二千人，發現被訪市民普遍均支持上述五項原則，其中「服務質素」及「公平獲得服務——不論貧富，也能接受適當與及時的醫療服務」兩項，更差不多全部被訪者均認為是重要或十分重要的原則ⁱⁱⁱ。這兩項原則在香港政策研究所針對高級行政人員、區議員以及醫管局成員及相關委員的調查中，亦是最多被訪者認為醫療體制應有的特點 iv，可見這兩個因素的普遍認受性及重要性。
9. 報告書指出，哈佛專家小組與顧問研究的督導委員會對香港醫療制度總結出以下指導原則：透過一個政府與市民分擔責任的制度，政府確保每個市民均可獲得質素合理而個人能夠負擔的醫療衛生服務。有能力負擔醫療費用的市民需付較多的費用。可惜這項指導原則從未經過公眾討論，未必能反映公眾意見及社會價值觀。
10. 社聯認為在上述指導原則中，最重要的部分是「每個市民均可獲得質素合理而個人能夠負擔的醫療衛生服務」，因為這句子包含的兩個原則與公眾在社聯上述調查表達的意向相符，即「不論貧富，也能接受適當醫療服務」及「服務質素得到基本保證」。

11. 指導原則最後一句「有能力負擔醫療費用的市民需付較多的費用」，較接近「能者多付」的意思。「能者多付」指當一個有經濟能力的病人接受治療時需要支付較高的費用，在上述社聯的調查中，只有四成半被訪者認為「有經濟能力的人收費應多一點」是重要的醫療資源分配準則，可見「能者多付」的概念並未廣泛得到市民支持。
12. 香港現有的醫療融資模式，屬於「不同階層的風險分擔」(risk sharing across different income groups)，即有經濟能力的人透過繳付較多稅項而分擔較大比例的公共醫療開支，經濟能力較低的人則較少。在這個制度下，香港市民透過政府共同分擔患病的風險，使每一個人在需要使用公共醫療服務時，均可得到同樣質素及水平的服務。社聯及其他團體的調查均發現市民十分支持現有制度，所以在改革醫療制度時，應盡量保留「風險分擔」的特色。社聯認為，政府可考慮將最後一句改為「有能力負擔的市民需負擔較大比例的醫療開支」，以更能反映現況及社會價值觀，亦同時為醫療改革時提供清晰而較具彈性的指導方向。

醫療服務質素

13. 報告書指出香港醫療服務的質素參差不齊，醫務委員會亦已成立工作小組研究改善方法，社聯認為政府必須同時加強監管公私營服務質素。社聯有以下建議：
 - i. 政府立即發展一套獨立及有公眾參與的審核系統(accreditation system)，評核公、私營、醫院及門診服務，確保上述服務的質素能達到合理水平
 - ii. 醫生及醫院應預先將收費資料通知病人
 - iii. 普通科醫生須接受延續教育
 - iv. 公私營醫療服務均應縮減病人候診時間至合理水平。
14. 此外，報告書亦批評醫療服務缺乏外界有效的監察。社聯認為現時分散由不同組織負責監察不同部分的醫療服務(包括由衛生署監察私營醫療服務、醫管局公眾投訴委員會監察公共醫院服務、醫務委員會監察醫生操守等等)，以及病人缺乏對醫療服務、投訴機制及方法的知識，均令到社會無法有效作出監察。事實上，根據政府的資料，在九六至九八年間，法律援助處就 132 宗醫療疏忽申索個案批出法援，除八宗達成庭外和解外，其餘均因為缺乏證據或專家意見支持而無法交由法庭審理^v，可見現有監察渠道不足之處。因此，社聯贊同報告書有關加強監察醫療服務的建議，包括成立質素保證委員會及獨立醫療申訴辦公室。

基層健康服務

15. 基層健康服務（包括預防、教育推廣及基層醫療服務）的重要性，包括促進市民享有健康的生命及減低市民對醫療服務的需求，在世界各地均受到重視。然而，正如報告書的分析，香港政府過去一直忽視基層健康服務，間接促使醫療開支不斷攀升，舉例：

- i. 在 92 至 96 年間，衛生署開支每年實質增長只有 4%，醫管局則有 8.3%；
- ii. 在 99/00 年度，衛生署「促進健康」方面開支只有 1.1 億，平均每個港人 16 元，遠低於政府放在治療的開支；
- iii. 全港只有 3 間婦女健康中心及 12 間老人健康中心；
- iv. 全港只有二百多位家庭醫生，不及世界衛生組織建議標準的十分一；
- v. 市民輪候公共門診服務時間過長，使有急切需要的病人無法享用，亦間接增加急症室的負擔；
- vi. 政府沒有響應世界衛生組織的呼籲，制定具體的健康及健康服務指標。

16. 社聯建議：

- i. 政府應加強促進健康、健康教育及預防疾病的工作，增加婦女健康中心及老人健康中心；
- ii. 在公、私營市場推廣家庭醫學，加速培訓家庭醫生，促進醫生負起推廣健康的角色；
- iii. 增加公共普通科門診服務；
- iv. 響應世界衛生組織的健康城市運動，以長遠策略去改善社區健康、持續改善社區的建設、社交和經濟環境；
- v. 盡速制定全面而具體的健康及健康服務指標。

17. 此外，社聯上述調查亦發現七成半市民贊同在公立門診提供廉價中醫服務^{vi}，因此，社聯建議政府盡快設立中醫門診服務。另一方面，對於報告書建議公共醫療系統增加收費較高的「快線」服務，社聯憂慮此措施可能影響其他公共醫療服務的質素及違反公平原則。

醫療服務架構

18. 報告書批評香港醫療服務架構分裂隔離，使市民未能獲得最合適的服務，社聯表示認同。對此，社聯有以下建議：

- i. 合併衛生署及醫管局的門診服務，由醫院管理局一併管理（醫管局可改名為醫

- 療服務管理局)，以促進基層及第二層醫療服務間的銜接；
- ii. 積極發展地區醫療及健康服務網絡，以促進公、私營、第一、二及三層醫療服務之間的配合、為市民提供全面服務，減少因服務重疊而導致浪費資源；
 - iii. 加強基層、醫院及社區醫療服務的銜接，推動共同護理(shared care)。
19. 另一方面，非政府機構在社區層面提供服務，促進跨專業的合作，無論在基層健康服務以至第二及三層預防(secondary and tertiary prevention)均擔任重要角色。社聯建議政府在發展及改善醫療服務架構時，應特別考慮非政府機構在提供基層健康服務及社區醫療、復康、長期護理的位置。

醫療融資

20. 公共醫療開支將會不斷增加，影響因素包括：
- i. 人口增加（政府估計 2016 年人口將達 820 萬人）
 - ii. 人口老化（人口老化速度在未來 15 年較慢，2016 年後加快；根據推算，75 歲或以上人口增加速度由現時低於 5% 跌至十年後的 1%，但在二十年後將迅速上升至 6%）
 - iii. 長期病增加及年輕化（根據報告書的推算，直至 2016 年，因市民疾病及治療模式的改變而帶來的額外醫療需求，是人口老化的兩倍）
 - iv. 醫療成本上升及醫療科技的發展等等

根據報告書的估計，在 1996 至 2016 年間，市民對公共醫療服務的需求將增加 120%，其中三成源於人口增長，近兩成半源於人口老化，四成半則源於疾病及治療模式的改變。

21. 社聯認為現時以政府稅收支付公共醫療服務的融資模式，是最公平及可取的制度，亦是最為市民支持的制度。然而，社聯憂慮在基本法規定維持低稅率及公共開支必須與經濟增長相適應的原則下，公共醫療服務在未來將難以得到足夠資源，為市民提供足夠及高質素的公共醫療服務。
22. 為確保滿足市民對醫療服務的需求，社聯認為政府應未雨綢繆，預早作出準備，積極聽取市民意見，研究各種融資及控制成本方案，並同時作出承諾，不會減低對醫療服務的承擔。在政府研究各種融資方案的可行性的時候，社聯認為首要考慮是普羅大眾的負擔能力，特別是長者、兒童及殘疾人士等對醫療服務有較大需求的人士的情況，並考慮僱主應有的合理承擔。

23. 報告書對香港融資制度提出幾個方案，但指出其中三個方案（即維持現狀、政府醫療預算設置上上限以及用者自付）未能達到醫療改革的各項原則，並不可行，社聯對此表示贊同。
24. 在保障市民得到適當醫療服務的原則下，社聯贊成政府積極探討推行「聯合保健」計劃的可行性及市民對此計劃的接受性。事實上，根據社聯調查^{vii}，市民對「中央醫療保險」的支持程度謹次於「維持現狀」。社聯認為推行是項中央性醫療保險計劃，對達到以下原則有很大作用：
- i. 公平及可近性：在整個社會層面做到「風險分擔」的效果，確保所有市民，不論貧富、傷健、老幼，均能受惠；
 - ii. 成本控制：由於「聯合保健」並不負擔普通科門診及非長期病的專科門診等較易出現使用者濫用的服務，固可以有效控制醫療開支及減低行政負擔；
 - iii. 自由選擇：病人將有較多機會選擇使用公、私營服務及選擇服務提供者；
 - iv. 質素：由於採用「錢跟病人走」的概念，醫療服務提供者將有更大動機及壓力改善服務質素，以滿足病人需要；
 - v. 使政府資源更切合社會需要：報告書建議將政府透過推行「聯合保健」計劃而節省下來的資源，調撥提供普通科門診，將有利於改善服務質素，而低下階層有更多機會使用受資助普通科門診服務。
25. 然而，報告書未能清楚顯示計劃（以及護老儲蓄計劃）對醫療服務及市民負擔的長遠影響，因此，社聯認為政府應盡快設立「醫療政策及經濟研究所」，對「聯合保健」計劃及其他可行方案作出客觀分析，以期香港社會在三至五年間能正式對改革融資方式作出決定。
26. 另一方面，在探討「聯合保健」計劃的時候，社聯認為應詳細考慮以下各點，包括：
- i. 聯合保健的供款基礎比較大，且沒有累進供款制度，中產的負擔相對地較少，但必須確保低下階層有能力負擔供款（即保金），現時報告書建議低入息僱員可豁免供款（僱主供款比率不變）的建議值得支持；
 - ii. 如何訂定市民自行支付的醫療費用（包括 deductibles 及 co-payment）的水平，現時報告書所列舉的例子太高昂，並不合理；
 - iii. 聯合保健的最大隱憂並非病人濫用醫療服務，而是醫生改變現時評估方法及醫療行爲；所以應研究有效方法，減少這方面的動機；
 - iv. 社聯對報告書中保金設置上限的建議有保留，因此建議會產生累退 (regressive) 效果，以至收入較高人士的供款比率反而較低。

27. 若政府決定推行「聯合保健」計劃，社聯贊成設立一個有足夠公眾及病人代表參與的非官方組織，負責推行上述計劃，以更能照顧市民及服務使用者的需要、監察資源運用及服務質素，而僱主亦應以供款者的身份參與該非官方組織。另一方面，社聯認為市民大眾一向缺乏機會參與醫療政策及服務計劃的釐訂過程，即使「聯合保健」計劃未能在短期內推行，政府亦應即時開放更多渠道讓公眾及服務使用者參與有關的決策過程。
28. 現時醫院管理局每年開支達 280 億，佔公共醫療開支近九成，雖然過去幾年不斷改善服務質素及成本效益，但由於缺乏透明度，容易令人懷疑服務是否達到理想水平，以及成本是否控制於合理水平。現時世界各地先進國家均盡量提高醫療系統的透明度，一方面加強監察，另一方面亦有利於各種由學院及民間進行的研究工作，以進一步提升服務質素。社聯建議醫管局盡快發展一套可供政府及公眾取閱的資料系統，在保護私隱的前提下，提供全面有關疾病、醫療服務、成效、成本等等資料。這亦有利於「醫療政策及經濟研究所」的工作。
29. 有關「競爭性一體化醫療護理」的建議，將改變現時分裂隔離的情況，社聯認為有研究推行的價值，並可嘗試透過如上述「地區醫療及健康服務網絡」等試驗計劃，研究其可行性，但需考慮推行該建議會否減少病人的選擇機會。

「護老儲蓄」

30. 社聯認為「護老儲蓄」計劃有助鼓勵市民有計劃地預備退休後的生活，但該計劃要求供款者以「個人戶口」方法儲蓄至退休後購買私營長期護理保險，社聯關注該計劃能否協助低收入或無收入人士（如家庭主婦及殘疾人士）得到足夠的長期護理服務。雖然報告書提出政府應為沒有足夠能力的長者支付保險費用，但社聯建議政府以中央性社會保險計劃取代上述建議，以減低行政開支及增加對長者的保障。
31. 由於香港仍沒有長期護理政策及全面的長期護理服務，社聯認為政府在決定推行「護老儲蓄」保險計劃前，應先與提供醫療及社會護理的團體（包括醫管局及社會服務機構）及長者團體一同發展長期護理政策及服務，同時廣泛諮詢公眾意見，否則難以為「護老儲蓄」計劃訂定合理的供款比率。

盡快推行各種改善措施

32. 推行醫療融資制度的改革可能需要五至十年的時間，社聯建議政府應盡早推行所有其他改善建議，包括加強基層健康護理、對醫療服務的監察、各層醫療及復康服務的銜接以及成本控制措施。

一九九九年六月二十九日

參考資料

- ⁱ 衛生福利局(1999)。美國哈佛大學專家小組對香港醫療融資和服務架構的顧問研究報告－為何要改？為誰而改？（單張）。香港：衛生福利局
- ⁱⁱ 香港政策透視(1999)。香港市民對醫護改革的意見調查報告。
- ⁱⁱⁱ 香港社會服務聯會(1998)。香港市民使用醫療服務情況及對醫療融資的意見。
- ^{iv} 李正儀(1999)。醫護改革 各界人士意見調查（頁 10），香港政策研究所、醫院管理局及香港城市大學於一九九九年六月二十五日合辦之研討會。
- ^v 政務司司長(2/6/1999)。立法會第十九題答問。
- ^{vi} 香港社會服務聯會(1998)。香港市民使用醫療服務情況及對醫療融資的意見。
- ^{vii} 同上。