

**“美國哈佛專家小組的建議”
與其他醫療融資模式的比較**

1999年7月28日

劉騏嘉女士
余倩蕊女士

立法會秘書處
資料研究及圖書館服務部

香港中區花園道3號萬國寶通銀行大廈5樓

電話 : (852) 2869 7735

圖文傳真 : (852) 2525 0990

網址 : <http://legco.gov.hk>

電子郵箱 : library@legco.gov.hk

目錄

頁

摘要

第1部 —— 引言	1
背景	1
目的及範籌	1
研究方法	2
第2部 —— 醫療融資模式的概覽	3
香港現行的醫療融資安排	3
哈佛小組的建議	4
《聯合保健》(Health Security Plan)	4
《競爭性一體化醫療護理》制度	6
家庭醫務診所	8
《護老儲蓄》—— 長期護理保險	8
香港及海外國家的醫療融資模式	8
醫療融資政策的基本哲學	9
特選地方的醫療融資模式	10
資助醫療服務裏政府撥款及私人資金的比重	11
不同醫療融資模式主要特點的比較	11
海外地方及香港的醫療開支及醫療成效	13
第3部 —— 香港醫療制度長遠的財政承受能力	14
哈佛小組對財政承受能力的預測	14
何謂財政上的承受刑能力	14
哈佛小組的預測	14
財政承受能力的預測依據	15
通脹	16
剩餘因素	16
人均使用率	17
人口增長	17
對財務預測的質疑	18
根據6年的數據進行預測	18
剩餘因素龐大	19
沒有解釋使用率上升的原因	19

立法會秘書處歡迎轉載這份研究報告的部分或全文，並歡迎將之譯成其他語文。
報告所載資料可隨意複製以供非商業用途，但須註明資料出處為立法會秘書處資料
研究及圖書館服務部，並將一份複製文本送交立法會圖書館備存。

哈佛小組的建議能否解決財政承受能力的問題？	20
控制成本的措施	21
哈佛小組建議的控制成本措施	21
國際間控制醫療開支的經驗	22
討論	23
第4部 —— 哈佛小組建議的成本效益分析	24
《聯合保健》下的保險賠償組合	24
《護老儲蓄》下的保險賠償組合	25
保險費率	26
哈佛小組的建議對政府造成的財政影響	26
《護老儲蓄》	26
《聯合保健》及家庭醫務診所	27
其他費用	29
哈佛小組的建議對私人機構造成的財政影響	29
僱主的財政負擔	29
對私營醫療保險業的影響	30
個人的財政負擔	31
財政影響對比分析摘要	32
第5部 —— 分析	34
政策的轉變	34
財政承受能力	34
控制成本的措施	35
醫療界架構上的轉變	36
哈佛小組的建議對財政的影響	37
哈佛小組的建議及改革的目的	38
維持及增進公平	38
改善質素，提高效益	38
滿足市民未來的需要	39
結語	39
參考資料	40
鳴謝	41

摘要

1. 哈佛小組建議香港推行一項強制性保險計劃，即《聯合保健》，以支付醫院護理及特定的專科門診費用。《聯合保健》應為推行《競爭性一體化醫療護理》而鋪路。在《競爭性一體化醫療護理》下，服務提供者會組成醫療一體化系統，提供整系列的醫療服務，由預防疾病以至住院護理及康復護理等。哈佛小組亦建議香港推行《護老儲蓄》，規定勞動人口積存款項，供他們年屆65歲或不幸殘疾時，投購長期護理保險。
2. 若採納哈佛小組的建議，本港的醫療政策會有根本性的轉變。政府會逐步減少對醫療服務的撥款。根據建議，政府的撥款會用以提供更多基層門診服務，以及資助那些未能支付《聯合保健》保費及《護老儲蓄》供款的人。政府會逐步把承擔醫療費用的財政負擔轉移給勞動人口及僱主。這項措施可能會對經濟造成影響，因為可動用的收入淨額減少了，而生產成本則有所增加。在經濟不景期間，政府或難以依賴勞動人口及僱主支付醫療開支。
3. 哈佛小組認為，本港現行醫療制度長遠而言能否在財政上承受下去，實令人質疑。該小組預測本港的醫療開支總額佔本地生產總值的百分比，會由1996/97年度的4.6%，增至在2016年的5.6%至6.4%，而公共醫療開支佔公共開支總額中的百分比，會由1996/97年度的14%，增至2016年的佔20%至23%。
4. 然而，哈佛小組的預測有令人質疑之處。首先，哈佛小組根據6年的數據來預測未來20年的醫療開支。其次，剩餘因素——所有不能個別衡量或區分的影響——佔預計開支增長率的20%，但該比率中，其他因素在計算上的累計錯誤所佔的比重，則不得而知。此外，使用率的增幅中，只有三分之一是因人口老化所致，哈佛小組沒有解釋其他導致使用率有所增長的原因。
5. 哈佛小組的建議以“不影響預算”為原則。然而，在《聯合保健》及《護老儲蓄》下，很可能會出現使用及提供不必要醫療服務的道德風險。哈佛小組的建議依賴成本控制措施，以減低道德風險及控制醫療開支。道德風險因素會令香港的醫療開支增加多少，以及擬議措施可以降低增幅多少，仍屬未知之數。

6. 根據哈佛小組的建議，政府可藉設立社會保險(《聯合保健》)及長期護理保險(《護老儲蓄》)，把資助醫療開支的責任轉移給僱主及僱員。然而，政府最終須承擔的款額，很可能會較現時為高。由於政府須為失業者、社會福利受助人、低收入者、長者及公務員(佔人口的比率甚大)支付《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款，因此負擔將十分沉重。此外，政府亦須支付各個擬議成立的機構的行政及運作費用。在哈佛小組的建議下，僱主及個人須支付的醫療費用，可能較現行制度為高。
7. 哈佛小組報告內並無提供詳盡資料，說明按勞動人口薪金2%徵收的《聯合保健》保費總額，會高於或低於醫管局現時的住院服務預算。此外，亦不知悉按薪金1%徵收的供款，是否足以在香港投購長期護理保險。有關《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款怎樣和在甚麼情況下會予以修訂，以及《競爭性一體化醫療護理》的保費率，均需提供資料加以說明。
8. 哈佛小組的建議涉及多項架構上的轉變，但並無資料闡述擬議的轉變詳情，以及所帶來的影響。有關詳情須予公佈，並須就擬議及相關的架構轉變的影響，作出評估。

“美國哈佛專家小組的建議” 與其他醫療融資模式的比較

第1部 —— 引言

1. 背景

1.1 立法會衛生事務委員會於1999年4月19日的會議席上，要求資料研究及圖書館服務部(下稱“本部”)，就美國哈佛專家小組(下稱“哈佛小組”)題為《香港醫護改革：為何要改?為誰而改?》報告所建議的醫療融資方案進行研究，特別是將該等建議與海外的醫療融資制度作一比較。

2. 目的及範疇

2.1 本項研究的目標，是分析《香港醫護改革：為何要改?為誰而改?》報告所載的建議，並將該等建議與海外的醫療融資模式作一比較。

2.2 本項研究的範疇如下：

- 將哈佛小組建議的主要特點，與香港現行制度及特選海外地方的醫療融資模式作一比較；
- 分析哈佛小組建議對香港醫療制度財政承擔能力的影響；及
- 分析哈佛小組建議的成本效益。

3. 研究方法

3.1 本部特選下述5個地方進行研究，分別是澳洲、新加坡、台灣、英國及美國。該等地方的醫療融資模式，已詳載於本部一系列研究海外醫療融資制度的研究報告內。該等報告存放於立法會圖書館及上載於互聯網，網址為〈<http://www.legco.gov.hk>〉。

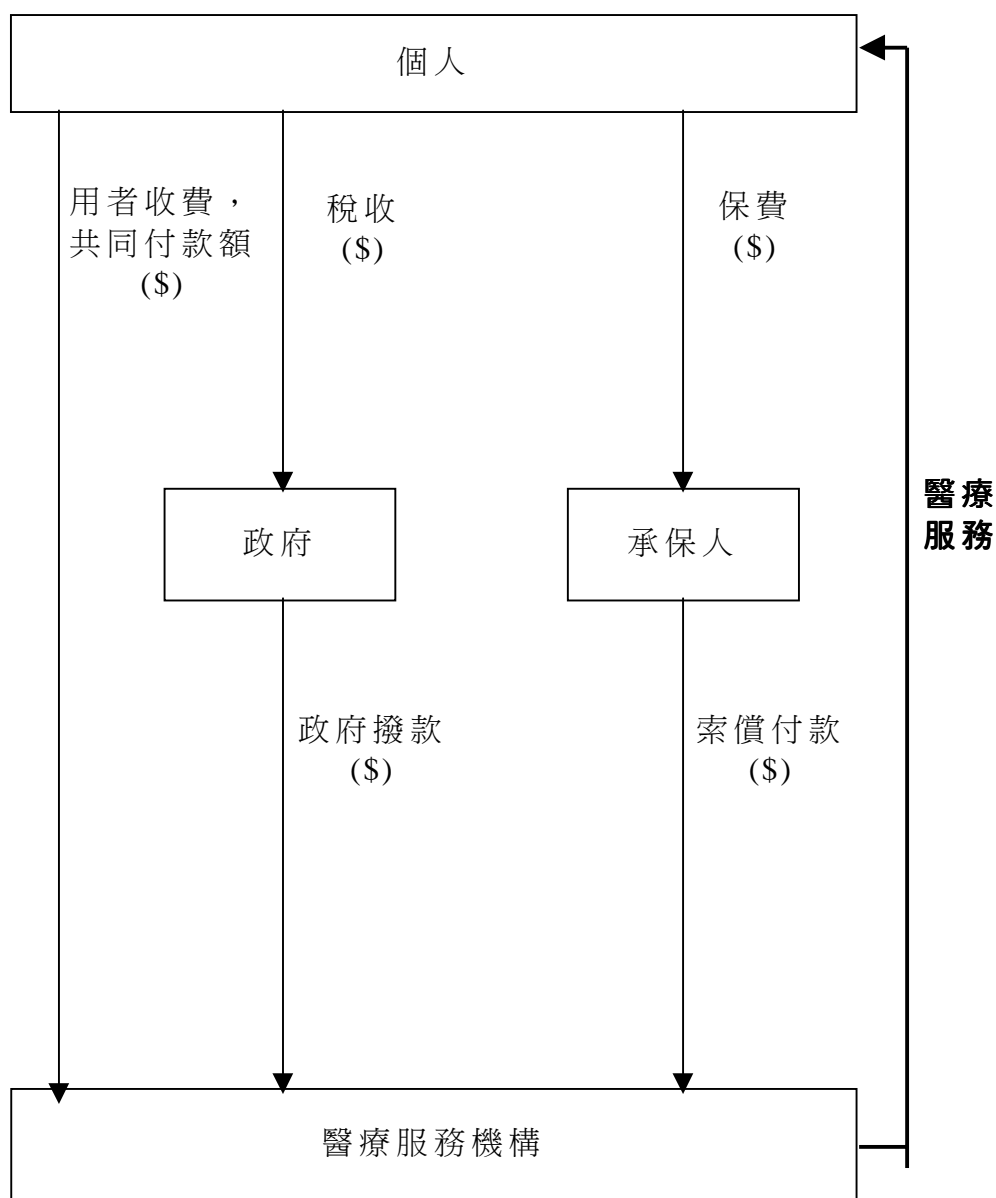
3.2 本研究採用的方法包括訪問、資料搜集、文獻閱覽及分析。本部曾致函哈佛小組，請他們澄清《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》報告的一些問題。哈佛小組已於1999年6月20日作覆。本部亦曾致函醫院管理局及衛生署，並與本地學者及保險業代表面談，以搜集資料。

第2部 —— 醫療融資模式的概覽

4. 香港現行的醫療融資安排

4.1 下述表1概述香港現行醫療融資安排。詳情請參閱資料研究報告RP06/PLC號《香港的醫療開支及融資安排》。該報告可在互聯網立法會次網頁的“研究工作”欄下載。立法會的網址為〈<http://www.legco.gov.hk>〉

圖1 —— 現行制度的醫療融資安排



5. 哈佛小組的建議

5.1 1997年11月，政府委任美國哈佛大學一個專家小組研究香港的醫療制度，該小組由經濟學、醫學、流行病學及公共衛生專家組成。哈佛小組在1999年4月發表《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》報告。

《聯合保健》(Health Security Plan)

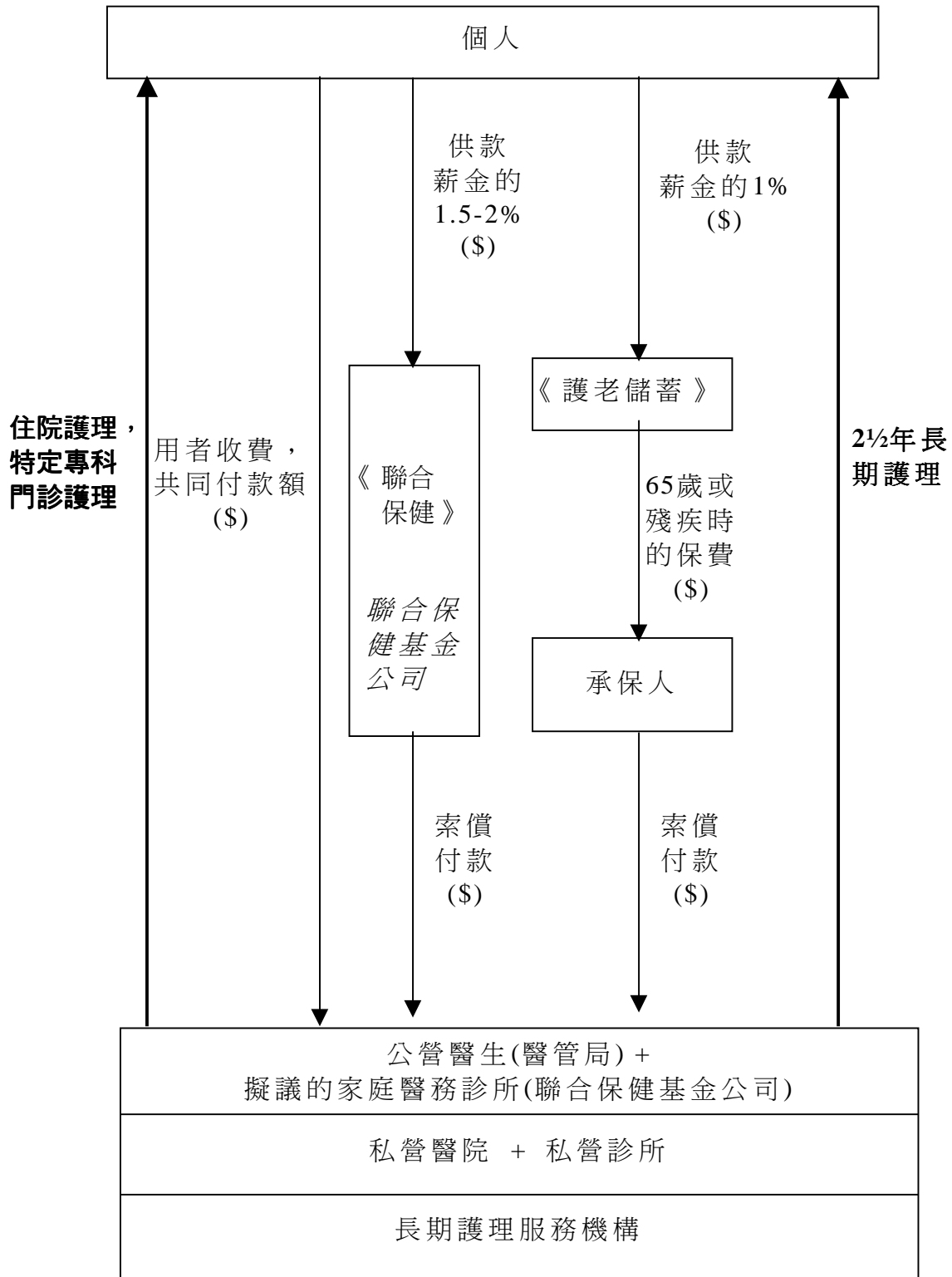
5.2 哈佛小組建議香港推行一項強制性保險計劃，即《聯合保健》，以支付醫院護理費用及特定的專科門診費用，例如癌病、糖尿病及中風等。

5.3 根據該建議，僱主及僱員須共同繳付保費，款額估計約為僱員薪金的1.5%至2%。受保人可界定為包括投保人的配偶及子女。若投保人的雙親亦受保障，供款率便會較高。

5.4 當局會成立聯合保健基金公司(Health Security Fund, Inc.)，負責推行《聯合保健》，並“代消費者擔任明智的醫療服務購買者”的角色。一個由政府、僱主、僱員及病人代表組成董事會負責監督及管理基金公司，並指導基金公司與服務提供者洽商收費。公營及私營服務提供者的收費率將予以劃一。

5.5 概述擬議《聯合保健》特點的圖表載於表2。這些特點是附加於表1所述的特點之上。

圖2 —— 《聯合保健》下的醫療融資安排



《競爭性一體化醫療護理》制度

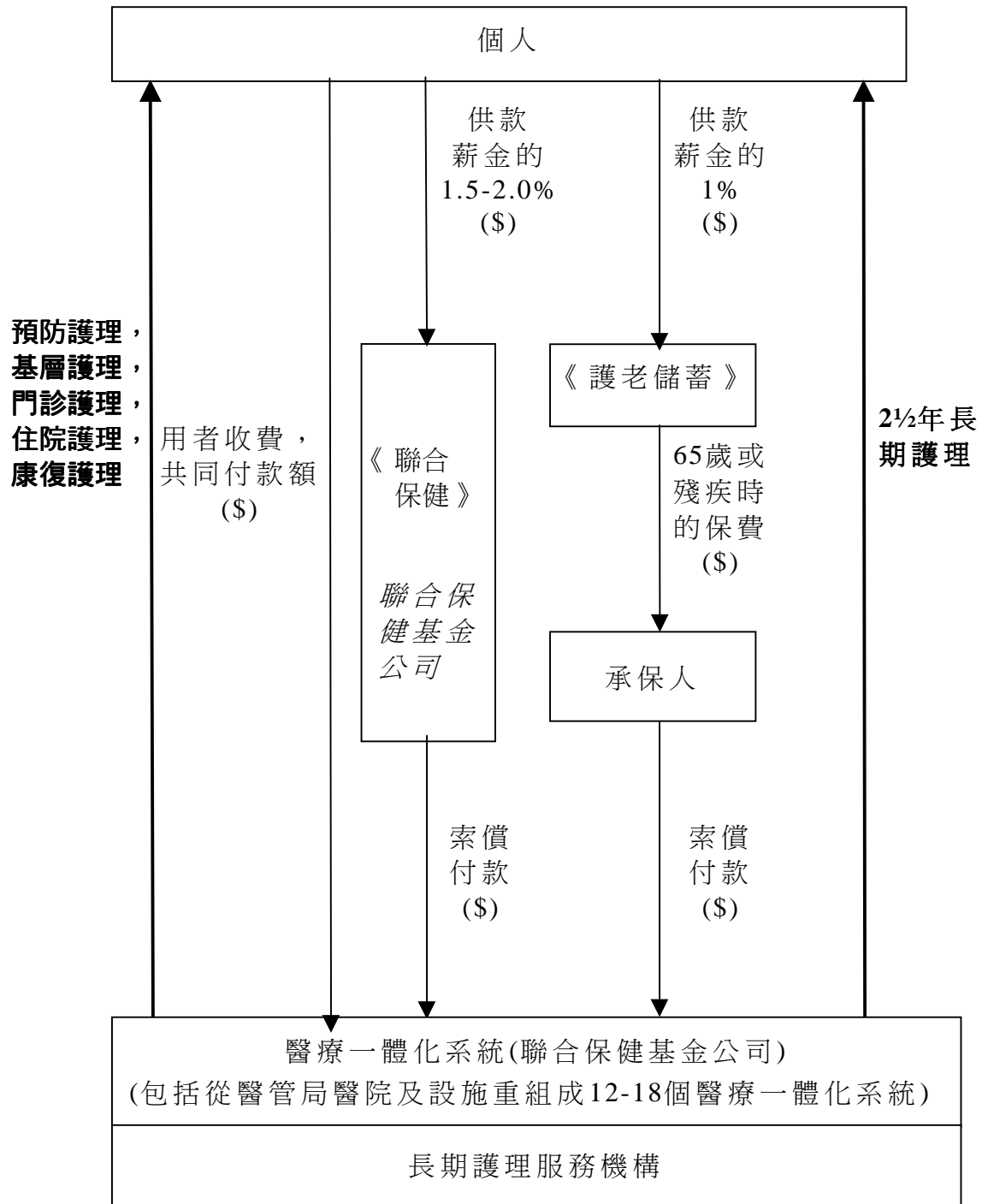
5.6 哈佛小組進而建議推行《競爭性一體化醫療護理》，以提供醫療服務及作出醫療融資安排。這套新制度的融資安排及特點，與《聯合保健》相同。此外，組合服務的範圍則擴大至包括整系列的醫療服務，由預防疾病及基層護理，以至住院、專科門診及康復護理等。政府為提供該等醫療服務而撥出的款項，會逐步遞減。然而，哈佛小組的報告並沒有提及在保障範圍擴大及政府撥款逐步遞減後，保費率會如何轉變。

5.7 根據《競爭性一體化醫療護理》，醫院管理局(下稱“醫管局”)將重組成12至18個醫療一體化系統。該等系統會與私人執業的普通科醫生及專科醫生或聯營執業醫生簽訂合約，提供界定組合服務，包括預防疾病、基層護理、門診及住院護理。同樣地，私家醫院及聯營執業醫生亦可組成一體化系統，提供界定組合服務。

5.8 由於《聯合保健》及《競爭性一體化醫療護理》的融資安排及特點相若，本文件集中將《聯合保健》與海外國家的融資模式作一比較。

5.9 概述《競爭性一體化醫療護理》特色的圖表載於表3。該等特點附加於表1所述的特點之上。

圖3 —— 擬議的《競爭性一體化醫療護理》制度下的醫療融資安排



家庭醫務診所

5.10 根據《聯合保健》，政府現時用於住院護理的部分財政預算(約150億元)將重新調配，以資助更多基層門診服務。私家醫生須競投以合約方式，提供家庭醫務診所服務。這些醫生在提供家庭醫療服務時，或需符合一項擬議的核證標準。前往家庭醫務診所求診的病人，須繳付劃一的收費，款額大約相等於服務成本的20%(即50元)。兒童、老人、社會福利受助人及失業者，會獲豁免繳費或寬減收費。

《護老儲蓄》——長期護理保險

5.11 哈佛小組也建議香港推行《護老儲蓄》，規定勞動人口積存款項，供他們年屆65歲或不幸殘疾時，投購長期護理保險。長期護理保險將由私營公司提供。

5.12 僱主及僱員均須向《護老儲蓄》下的儲蓄帳戶供款，款額合共相等於僱員薪金的1%。《護老儲蓄》的資金會用作投資，但必須在供款人年屆65歲或不幸殘疾時，用以支付他們的長期護理保險保費。承保範圍包括支付為期2.5年的長期護理費用。長期護理的形式包括在護養院居住、提供外展護理服務及進行家居援助探訪等。服務範圍包括為不能自我照顧的老人及殘疾人士提供基本的起居生活援助，例如沐浴、更衣、煮飯及家務。

香港及海外國家的醫療融資模式

5.13 本文件將重點闡述海外醫療融資模式的主要特點，以便與哈佛小組的建議作一比較。有關香港、澳洲、新加坡、台灣、英國及美國的醫療開支及融資安排，請參閱本部過往所進行的一系列研究。

6. 醫療融資政策的基本哲學

6.1 醫療融資政策的基本哲學或目標，決定某個地方的有限資源應如何分配。表1概述各地醫療融資政策的哲學。

6.2 應注意的是，哈佛小組建議以新的指導方針來制訂香港的醫療政策，即提供醫療服務的成本應由政府及市民共同分擔。根據現行制度，政府承擔大部分的醫療融資款額。90%的住院護理及20%的門診護理由政府提供經費。所有香港市民，不論貧富，均可接受收費低廉的公共醫療服務。

表1 —— 醫療融資政策的哲學／目標

地方	基本哲學／政策目標
香港	不應有人因缺乏金錢而不能獲得適當的醫療護理。
哈佛小組的建議	每名市民應獲得質素合理及能夠負擔的醫療服務。政府透過與市民分擔責任的制度，確保他們均獲提供這類服務，而有經濟能力者應支付醫療費用。
澳洲	所有人均應獲得必需的醫療服務。
新加坡	政府應為所有國民提供高質素及負擔得來的的基本醫療服務。病人須支付其醫療費用的一部份，而對服務質素要求較高的病人，須支付較高的費用。 個人有責任儲蓄款項，支付其本身的醫療費用。
台灣	減低個人在醫療開支方面的負擔，並為每名市民在患病、受傷或懷孕期間，提供全面的醫療服務。
英國	提供免費及全面的醫療服務，確保國民的身心健康獲得改善... ..並預防、診斷及醫治疾病。
美國	病人應有自由選擇的權利。

資料來源：RP06/PLC、RP08/PLC、RP09/PLC、RP10/PLC、RP11/PLC及RP12/98-99
《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

7. 特選地方的醫療融資模式

7.1 表2載列若干特選地方的主要醫療融資模式，以及哈佛小組的建議。

表2 —— 特選地方的醫療融資模式

地方	醫療融資模式	醫療融資計劃的名稱
香港	政府撥款	不適用
哈佛小組的建議	社會保險 + 長期護理保險*	《聯合保健》+ 《護老儲蓄》
澳洲	社會保險 + 自願投購的私人保險	《醫療保障計劃》 (Medicare)
新加坡	個人儲蓄帳戶 + 全民惡疾保險	《醫療儲蓄計劃》 (Medisave) + 《醫療保障計劃》 (Medishield)
台灣	社會保險	全民健康保險 (National Health Insurance)
英國	政府撥款	國民保健署 (National Health Service)
美國	自願投購的私人保險 + 為年老、殘疾及窮人而設的社會保險	《醫療護理計劃》 (Medicare)及 《醫療援助計劃》 (Medicaid)

備註：* 哈佛報告內所指的長期護理，包括為不能自我照顧的老人及殘疾人士提供基本的起居生活援助，例如沐浴、更衣、煮飯及家務。長期護理服務的形式包括在護養院居住、提供外展護理服務及進行家居援助探訪。

資料來源：RP06/PLC、RP08/PLC、RP09/PLC、RP10/PLC、RP11/PLC及RP12/98-99
《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

8. 資助醫療服務裏政府撥款及私人資金的比重

8.1 不論某地方採用何種醫療融資模式，其政府均須分擔支付醫療費用。表3載到本文件研究地方的醫療資金來源。

表3 —— 特選地方的醫療融資比重(百分比)

地方	政府撥款	社會保險	私人保險	儲蓄帳戶	其他私人融資來源
香港 (1996/97)	53.7	不適用	無資料	不適用	46.3
哈佛小組 的建議	無資料	無資料	無資料	無資料	無資料
澳洲 (1994/95)	59.2	7.8	10.9	不適用	22.1
新加坡 (1995)	32.2	0.8	無資料	8.4	58.7
台灣 (1996)	10.3	54.0	無資料	不適用	35.7
英國 (1995)	85.1*	無資料	無資料	不適用	14.9
美國 (1996)	14.1	32.6	32.6	不適用	20.7

備註：* 國民保險的供款

資料來源：RP06/PLC、RP08/PLC、RP09/PLC、RP10/PLC、RP11/PLC及RP12/98-99
《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

9. 不同醫療融資模式主要特點的比較

9.1 雖然本文件所研究的地方採用不同的醫療融資模式，但其中有許多相同的特點。表4載列各醫療融資模式主要特點的對比分析。

表4 —— 不同醫療融資模式的主要特點

地方	強制推行	僱傭為本	個人儲蓄帳戶	全民保障	分擔風險	服務購買者與提供者分隔	服務購買者與提供者商議付款額	服務一體化
香港	X	X	X	是	是	X	X	X
哈佛小組的建議： 《聯合保健》 《護老儲蓄》	是 是	是 是	X *	是 是	是 是	是 X	是 X	** X
澳洲	是	是	X	是	是	X	X	X
新加坡： 《醫療儲蓄計劃》 《醫療保障計劃》	是 X	是 X	是 X	是 X	X 是	X X	X X	X X
台灣	是	是	X	是	是	X	X	X
英國	X	X	X	是	是	是	是	是
美國： 《醫療護理計劃》及 《醫療援助計劃》 私人保險	X X	X 是	X X	X X	X 是	X X	X X	是 是

備註 : * 《護老儲蓄》的存款只供投保者在65歲或不幸殘疾時投購長期護理保險。

** 《聯合保健》下的服務不會一體化，但當《聯合保健》演變成《競爭性一體化醫療護理》後，服務提供者會組成一體化系統，提供整系列的醫療服務。

資料來源： RP06/PLC、RP08/PLC、RP09/PLC、RP10/PLC、RP11/PLC及RP12/98-99
《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

10. 海外地方及香港的醫療開支及醫療成效

10.1 從表5可見，在研究的地方當中，新加坡的醫療開支佔本地生產總值的百分比最低，而香港則僅次於新加坡。在1995年，美國的醫療開支，佔其本地生產總值近14%。美國的醫療制度可被形容為：“以人均成本及醫療開支佔本地生產總值的百分比計算，全球最昂貴。高昂的開支用於資助眾多的高科技醫院、醫學院及基層護理設施¹”。

10.2 然而，從表5可見，較高的醫療開支(以人均計算或以佔本地生產總值的百分比計算)並不保證能取得更佳的醫療成效。

表5 —— 特選地方的醫療開支及醫療成效

醫療開支	香港	澳洲	新加坡	台灣	英國	美國
總額:1986(百萬港元)	12,006	127,957	5,956	59,948(1991)	256,325	3,595,020
1995(百萬港元)	54,895	252,957	16,094	101,714	590,825	7,732,920
按人均計算:1986(港元)	2,183	7,933	2,383	2,963(1991)	4,750	14,040
1995(港元)	8,698	13,902	5,392	5,237	10,375	28,080
佔本地生產總值的百分比:						
1986年	3.7	8.0	3.3	4.6(1991)	5.8	10.4
1995年	4.8	8.5	2.9	5.4	6.9	13.6
醫療成效(1995年)						
預期壽命:男性 (年歲)	76.3	75.2	74.2	71.9	74.3	73.0
女性 (年歲)	81.8	81.1	78.7	77.8	79.4	79.0
嬰兒夭折率 (每千名活嬰兒)	4.1	5.8	4.0	5.4	6.6	7.6
粗死亡率 (每千人)	5.1	7.0	4.7	7.6	11.0	8.7

資料來源： RP06/PLC、RP08/PLC、RP09/PLC、RP10/PLC、RP11/PLC及RP12/98-99
《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

¹ P.66, Health Care System Around the World: Characteristics, Issues, Reforms by Marie L. Lassey, William R. Lassey and Martin J.Jinks

第3部 —— 香港醫療制度長遠的財政承受能力

11. 哈佛小組對財政承受能力的預測

何謂財政上的承受能力

11.1 根據哈佛小組的分析，香港的醫療制度有3個互為相關的缺點 —— 服務質素參差不齊、公帑分配欠缺效益，以及醫療制度在財政及體制上能否繼續承受下去，令人質疑。由於本研究的重點是醫療融資，因此會集中探討財政承受能力的問題。本文件將海外的醫療融資制度與本港現行制度及哈佛小組建議的融資方案作一比較。

11.2 “財政上的承受能力”一詞並無正式的定義，但哈佛小組的報告以下述假設為研究基準：“政府醫療開支的增長率會與整體的政府開支相符，換言之，醫療開支中政府資助的部分會維持在本地生產總值中一個固定的水平。”基於這項假設，我們可以把財政上的承受能力闡釋為：

- (i) 政府醫療開支佔政府開支總額的百分比，將維持在現時的水平；及
- (ii) 公共醫療開支的增長不會超過本地生產總值的增長。

哈佛小組的預測

11.3 哈佛小組認為，現時的醫療制度長遠而言能否在財政上承受下去，實令人質疑。該小組預計醫療開支佔公共開支總額的百分比，會由1996/97年度的14%增加至2016年的20%至23%。假設本地生產總值的實質增長率為5%，香港醫療開支總額佔本地生產總值的百分比，預計會由1996/97年度的4.6%，增至2016年的5.6%至6.4%(表6)。

表6 —— 根據對本地生產總值實質增長的不同假設，預計到2016年時醫療開支佔本地生產總值的百分比

本地生產總值實質增長率 (百分比)	醫療開支總額／ 本地生產總值 (百分比)	公共醫療開支／ 本地生產總值 (百分比)	私人醫療開支／ 本地生產總值 (百分比)
5	5.6-6.4	3.4-4.0	2.2-2.4
4	6.6-7.5	4.0-4.7	2.6-2.8
3	7.6-8.7	4.6-5.4	3.0-3.3
2	8.9-9.1	5.4-6.3	3.5-3.8
1	10.3-11.7	6.3-7.3	4.0-4.4

資料來源：《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》，表4.27

12. 財政承受能力的預測依據

12.1 哈佛小組發現，在1991至1996年期間，公共及私人醫療開支的每年平均增長率分別為16.8%及12.4%。醫療開支總額的每年平均增長率為14.6%。

12.2 哈佛小組根據1991至1996年6年期間的開支增長趨勢，預測在未來20年直至2016年，開支總額的平均每年增長率會是13.5%。預計公共醫療開支的每年平均增長率為14.3%，而私人醫療開支的增長率則為12.4%(表7)。哈佛小組認為導致醫療開支增長的主要因素有下述4項：人口、通脹、使用率及剩餘因素。表7列述導致醫療開支增長的各項因素所佔的百分比。

表7 —— 導致醫療開支增長的因素

	公共醫療開支	私人醫療開支
2016年醫療開支佔本地生產總值的百分比	3.7	2.3
平均每年的增長率(1997至2016年)	14.3	12.4
因素(佔總增長率的百分比)：		
人口	9.7	11.0
通脹	51.3	58.2
人均使用率	19.6	8.8
剩餘因素	19.4	22.0

資料來源：《香港醫護改革：為何要改？為誰而改》

Table 6, Special Report #6: Financial Projection and Simulation Model

通脹

12.3 根據哈佛小組的財務預測，經濟整體價格上漲是導致醫療開支增長的主要原因。這個因素佔公共醫療開支增長率的50%以上，佔私人醫療開支增長率近60%。然而，這個因素不會影響實質的資源分配。事實上，在1998年及1999年上半年，香港的經濟出現負增長。

剩餘因素

12.4 剩餘因素是導致私人醫療開支增長的第二項最重要原因，佔增長率的22%，同時亦佔公共醫療開支增長率近20%。根據哈佛小組的定義，剩餘因素是指“所有不能個別衡量或區分的影響的總和”²。

² page 6, Special Report #6: Financial Projection and Simulation Models

12.5 哈佛小組表示，剩餘因素可解釋為：

- 醫療界價格上漲；
- 人口老化以致每次入院的成本有所增加；
- 採用先進技術；
- 醫療分工日益精細；
- 消費者對服務質素期望更高；
- 醫生／人口比例的增加，及
- 使用率沒有計及的其他服務(如家居護理及護養院)有所增長。

12.6 應注意的是，剩餘因素亦指在作出財務預測時，“其他因素在計算上的錯誤的總和”³。由於開支增長率的20%是因剩餘因素導致，因而得知“其他因素在計算上的錯誤的總和”佔該20%的比重是必須的。

人均使用率

12.7 根據哈佛小組的分析，因人口變化而導致使用率有所轉變，佔公共醫療開支增長率的19.6%，及佔私人醫療開支增長率的8.8%。該小組預計，就使用率的增長而言，約三分之一是因人口老化導致，另外的三分之二是因其他因素導致，例如慢性疾病、僱主提供更多福利等。然而，哈佛小組並沒有說明該等因素導致使用率或整體醫療開支有所增長的百分比。

人口增長

12.8 哈佛小組發現，人口增長對公共醫療開支的增長影響最輕微，佔公共醫療開支增長率的9.7%，及佔私人醫療開支增長率的11%。

³ page 6, Special Report #6: Financial Projection and Simulation Models

12.9 哈佛小組表示，雖然過往人口老化對醫療開支的增長並無重大影響，但日後這項因素會大幅推動醫療開支的增長。然而，哈佛小組並無清楚說明，醫療開支的預計增長中，老人人口增多的因素所佔的比重。該小組只預計，人口老化長遠而言會導致每次入院費用每年增加0.5%至0.8%。“65歲或以上老人每次入院的開支，通常較其他人高出3至4倍⁴”。

13. 對財務預測的質疑

根據6年的數據進行預測

13.1 哈佛小組根據6年(1991-1996年)的數據作出預測。在這6年，由於醫管局的成立，公共醫療開支急劇上升。哈佛小組在答覆本部時表示，沒有採用醫管局成立前的數據，因為他們認為無法把該等數據標準化。此外，他們認為，若把醫管局成立前及成立後的年份合併，會高估政府開支的增長。

13.2 此外，利用6年的數據來預測遠達20年後的開支，結果是否準確及可靠，令人質疑。哈佛小組也有這想法：“推算醫療開支的年期越遠，令人對結果準確程度的信心越低⁵”。

13.3 1991至1996年間的醫療開支有所轉變，部分原因是改善醫療服務所致，例如裝置新設施及設備，以及興建新醫院。若根據該等數據作出預測，即意味日後改善服務的速度會和過往相若。問題是，我們是否預期在未來的20年，改善醫療服務的速度，會和醫管局成立後我們目睹改善的速度相同。若哈佛小組的研究並無作出這項假設，則可能錯誤估計了醫療開支的增長。

13.4 此外，亦須注意，過往未被列為醫療開支的若干項目，自1991年起已被列為醫管局預算的一部分。舉例而言，醫管局職員的附帶福利及退休金，在醫管局預算中已列為間接成本。從表8可見，該等間接成本在1992/93年度高達25億元。

⁴ 1999年6月20日哈佛小組給本部的答覆。

⁵ Section 2, Part I, Special Report #6, Financial Projection and Simulation Model

表8 —— 1992/93年度醫管局財政預算的分項數字

開支項目	政府撥款(百萬港元)
現有服務	7,999
新計劃	156
管理改革	64
間接成本	2,471
資訊科技發展	70
總額	10,760

資料來源：行政立法兩局議員辦事處文件第835/91-92號文件的附件

13.5 此外，醫管局亦須支付由政府提供的服務，例如機電工程服務。這些開支過往由政府承擔，並沒有計入醫療預算內。然而，在醫管局成立後，這些開支被計作醫療開支。醫管局為政府服務而支付的款額，在1993/94年度約為2,300萬元，在1997/98年則為5億3,800萬元。

剩餘因素龐大

13.6 正如第12.6段所述，“剩餘因素”佔醫療開支增長率的比重甚高(20%)，其中包括錯誤計算的總和。若能提供這因素的分項數據，有助更準確闡釋預測結果。

沒有解釋使用率上升的原因

13.7 在未來20年，住院護理及門診護理的人均使用率若分別增加2.5%及3.3%，即表示兩者的增幅與目前相比分別高達65%及80%。其中只有三分之一的增幅是因人口老化所致。因此，有需要得知導致使用率上升的主要因素，以及各項因素在醫療開支增長率中所佔的相對比重。

14. 哈佛小組的建議能否解決財政承受能力的問題？

14.1 哈佛小組在答覆本部時指出，《聯合保健》“不影響預算”，因此必須依賴成本控制措施，以控制醫療服務的使用率及開支。

14.2 應注意的是，在《聯合保健》下，供求兩方面均會出現“道德風險”的問題。由於醫療費用由保險公司承擔，病人並不為意服務的成本，因而會傾向於使用更多服務。另一方面，為爭取更多顧客，“醫院會爭相提供高科技及優質設施”⁶，更會為投購保險的病人提供高科技的測試及程序或昂貴的藥物。

表9 —— 在不同的用者收費及《聯合保健》成本分擔組合下的醫療開支總額

用者收費的增幅	開支總額 (10億元)	免賠額及 共同保險的組合	開支總額 (10億元)
基準個案	19.8	基準個案	19.80
5倍	19.5	P2015	19.57
10倍	19.2	P2020	19.23
15倍	18.9	P2030	18.56
20倍	18.8	P2515	19.35
25倍	18.7	P2520	19.01
30倍	18.6	P2525	18.68
35倍	18.6	P3010	19.47
		P3015	19.11
		P3030	18.14

備註：P2015的組合表示免賠額為2,000元，而共同保險率則為15%；P3010的組合表示免賠額為3,000元，而共同保險率達10%，如此類推。

資料來源：《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》
(Special Report #6:Financial Projection and Simulation Model)Table13 and Table 18。

⁶ 哈佛小組於1999年6月20日致本部的覆函。

14.3 哈佛小組的計算結果顯示，《聯合保健》對控制醫療開支增長的成效，不比增加用者收費的做法有效。哈佛小組設定在不同的情況下，用者收費的增幅由5倍至35倍不等，以及用者支付不同數額的免賠額及共同保險額組合⁷，藉以比較兩者在醫療開支方面的改變。結果(表9)顯示，“‘用者收費’及《聯合保健》的變數雖有不同，但醫療開支總額大致相若”⁸。

15. 控制成本的措施

15.1 在現行制度下，香港以整體預算的方式控制醫療開支。當局根據醫管局及衛生署過往的開支模式分配資源。由於預算數額經確定後不會增加，醫管局及衛生署均須面對節省開支的壓力，並須致力滿足市民對服務的需求。特選地方的主要控制成本措施，以及哈佛小組建議採用的措施載於表10。

哈佛小組建議的控制成本措施

15.2 哈佛小組提出多項控制醫療開支的建議，減低病人使用及服務提供者提供不必要醫療服務的意欲。這些措施包括：

- 聯合保健基金公司作為醫療服務的購買者及付款人，會與服務提供者商議收費，並施加壓力，迫使他們降低收費。公營及私營的服務提供者將採用經商定的劃一收費率；
- 服務提供者會獲得一筆預先議定的款額，以提供一組服務，而不考慮個別服務的實際收費或個別病人的整體收費。這類整體付款的方法，可使服務提供者為病人提供服務時，加倍注意控制成本及提供服務效率；及
- 病人在使用服務時，會以共同保險額及免賠額形式分擔費用，藉以規限他們不會使用不必要的醫療服務。免賠額及共同保險額均不能以私人保險償付。病人須自費支付該等款額。

⁷ 《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》
Special Report #6: Financial Projection and Simulation Model),

⁸ 哈佛小組於1999年6月20日致本部的覆函。

15.3 由於所有年逾65歲的居民，其長期護理風險均由《護老儲蓄》承擔，因而可能會出現道德風險的問題。其中一項可減低《護老儲蓄》道德風險的擬議措施，是分擔成本，例如首6個月的長期護理費用須由病人自付。

表10 —— 特選地方的主要控制成本措施

地方	整體預算	與服務提供者預先議定的固定付款額	分擔成本	政府干預 (如釐定收費)	定量配給
香港	✓	×	✓	× ¹	✓
哈佛小組的建議	✓	✓	✓	×	×
澳洲	✓	×	✓	✓	✓
新加坡	✓	×	✓	✓	×
台灣	×	×	✓	×	×
英國	✓	✓	✓	✓	✓
美國	✓ (《醫療護理計劃》轄下的醫院)	✓	✓	×	✓

備註：¹ 香港政府只對公共醫療服務供應者作出干預。

資料來源：《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

RP06/PLC、RP08/PLC、RP09/PLC、RP10/PLC、RP11/PLC及RP12/98-99

國際間控制醫療開支的經驗

15.4 從表10可見，本文件所研究的地方中，均同時採取多項控制成本的措施，但並非每個地方都能成功控制整體醫療開支。在1986年至1995年期間，英國能成功地將公共開支用於醫療服務的百分比，控制在約15%的穩定水平。新加坡能將醫療開支總額佔本地生產總值的比率，控制於極低的水平，例如在1997年僅為2.8%。然而，澳洲、台灣及美國似乎難以控制醫療開支的增長。

討論

15.5 雖然控制成本的措施可令病人及服務提供者不會過量使用及提供服務，但卻不能完全杜絕使用不必要醫療服務的情況。我們並不知道《聯合保健》及《護老儲蓄》的道德風險因素，會令香港的醫療開支增加多少，亦不知道擬議措施對調減開支增長的效用。

15.6 海外的經驗顯示，成本控制措施並非與某種醫療融資模式掛勾。哈佛小組建議的預先議定付款額措施，在英國已有採用。

15.7 哈佛小組建議以公開競投方式選擇服務機構，以替代醫管局，提供現時病人需輪候多時才能獲得的若干服務，如白內障手術。然而，是項安排可節省多少成本，以及病人如何能獲得更佳服務，則不得而知。哈佛小組建議從醫管局的撥款中，扣除提供該等服務的預算款額。此舉固然會減少政府向醫管局提供的撥款，但政府仍須預留該筆款項作公開招標用途，因此並不清晰建議對節省成本有何影響。除非醫院專門提供某項服務，藉以降低成本，否則難以得知如何能以最低價格贏取投標。可能出現的另一種情況，是醫院不再提供該等服務。假使這樣，病人會面對比輪候多時才獲提供服務更為惡劣的情況。

15.8 最後，哈佛小組在研究海外醫療制度時發現，整體預算是控制成本的最佳措施。“處理醫療開支上漲的最佳方法，是透過融資機制，制定穩固的國民醫療預算。”⁹由於香港已採用整體預算方式以支付醫療費用，當局可將該措施進一步發展，成為有效的工具，以改善香港醫療制度的財政承受能力。

⁹ Special Report #2: International Comparison of Health Systems

第4部 —— 哈佛小組建議的成本效益分析

16. 《聯合保健》下的保險賠償組合

16.1 本部分將闡述《聯合保健》及《護老儲蓄》所提供的服務，以及個人、僱主、政府及私營保險公司所須承擔的成本。本部將哈佛小組的建議與現行的融資安排作一比較。

16.2 擬議設立的《聯合保健》屬一項社會保險計劃，保障範圍有所限制，擬議包括住院護理及若干特定慢性疾病(如癌病、糖尿病及中風)的專科門診護理。受保障的對象可訂明包括投保人的配偶、子女及父母。《聯合保健》不包括的其他醫療服務，會繼續根據現行的融資安排予以提供。該等服務包括急症室服務、牙科護理、療養護理及傳統中醫藥。

16.3 在香港邁向設立《競爭性一體化醫療護理》期間，以《聯合保健》保費資助的保險賠償組合將會逐步擴大，而政府的撥款則會遞減。然而，哈佛小組的報告並沒有提及究竟傳統中醫藥、牙科護理、療養護理及急症室服務等，是由擬議的保險計劃資助，或是由政府撥款資助。

16.4 由於社會保險將會支付醫管局大部分的醫療服務費用，哈佛小組建議將醫管局住院服務的經常預算重新調配，為低收入者提供基層醫療護理，並為沒有能力負擔醫療費用的一群提供資助。哈佛小組建議將醫管局住院服務經常預算的20%至25% (約為30億元)重新調配，用以低收入的社區如公共屋邨，以及在偏遠地方設立家庭醫務診所。

16.5 哈佛小組建議將醫管局住院服務經常預算的其餘120億元作下列用途：

- (a) 為失業者、社會福利受助人及月入不足4,000元的人支付《聯合保健》的保費、免賠額和共同保險額，以及《護老儲蓄》的供款，藉以全面資助貧困及失業的一群；及
- (b) 豁免低收入家庭及長者的《聯合保健》供款，為極需援助的一群提供部分資助。

本部察悉，當經濟增長放緩時，政府在(a)項下所須承擔的責任將難以預計；至於(b)項安排，則為政府帶來沉重的負擔，因為長者在過往65年並沒有作出任何供款。

16.6 本部亦察悉，現時貧困者、失業者及極需援助的一群，只需支付極低的費用，便可使用基層及住院醫療服務，若他們符合資格，更可獲豁免收費。根據哈佛小組的建議，把醫管局住院服務預算重新調撥以提供基層醫療服務的款額，只有30億元，但用以支付醫療保險保費的款額，則高達120億元。

表11 —— 《聯合保健》下的保險賠償組合

	醫療服務／資助
《聯合保健》	<ul style="list-style-type: none"> • 住院護理 • 特定慢性疾病，如癌病、糖尿病及中風
家庭醫務診所	<ul style="list-style-type: none"> • 定期身體檢查 • 提供有關健康生活的意見 • 日常飲食及心理社會輔導 • 轉介病人接受專科護理
重新調配醫管局的住院服務經常預算	<ul style="list-style-type: none"> • 為貧困及失業者提供全面資助，支付《聯合保健》的保費和共同付款額，以及《護老儲蓄》的供款。 • 為極需援助的一群提供資助，支付《聯合保健》的部分保費及共同付款額。

資料來源：《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

17. 《護老儲蓄》下的保險賠償組合

17.1 由《護老儲蓄》供款資助的擬議長期護理保險，為受保人支付2.5年的長期護理費用。哈佛小組指出，每7名年逾65歲的老人中，便有1人需要接受長期護理，而其中大部分老人只需接受為期兩年的護理。長期護理的形式包括在護養院居住、進行家訪及提供家居援助，以及向不能自我照顧的老人及殘疾者，提供日常起居生活援助，例如沐浴、更衣、煮飯及家務等。《護老儲蓄》下的保險賠償組合可訂明受保人包括供款人的配偶。

18. 保險費率

18.1 根據哈佛小組的建議，《聯合保健》下保險賠償組合所需的款額，約為僱員薪金的1.5%至2%。然而，該小組並沒有預計按這供款率而徵收的保費總額。究竟該筆保費總額是高於或低於將會用於重新訂定受資助對象的150億元、有何因素導致保險費率有所轉變，以及保險費率在不同情況下將如何予以修訂，均須提供更多資料加以說明。

18.2 就《護老儲蓄》而言，哈佛小組表示並無太多數據，以評估某人在工作30至35年期內，每年將薪金1%撥作供款，是否足以支付在本港投購長期護理保險的單項保費。然而，據國際經驗顯示，1%的供款已屬足夠。按這供款率預計可徵收的保費總額，以及在本港接受長期護理所需的成本，均須提供更多資料加以說明。

19. 哈佛小組的建議對政府造成的財政影響

19.1 表12及表12A分別載列《護老儲蓄》及《聯合保健》對政府可能造成的財政影響。在該等方案的細則尚未公佈前，本部無法計算各種開支所涉及的款額，但從上述列表可見，哈佛小組建議下的經常公共開支，很可能會較現行制度下的開支為高。

19.2 《護老儲蓄》對政府造成的財政影響，不能直接與現行制度作一比較。《護老儲蓄》的供款，為其成員在年屆65歲或不幸殘疾時，支付長期護理保險的保費。現時，社會福利署為需要協助的老人提供社區支援服務，以便他們可繼續留在家中生活。不同的機構亦提供各類院舍護理服務。殘疾者的康復服務由醫管局、社會福利署及非政府機構提供。

《護老儲蓄》

19.3 政府如即日推行《護老儲蓄》，年屆65歲或以上的老人不一定會有錢投購長期護理保險。在1996年，本港共有629 555人年屆65歲或以上。若政府並無其他方法支付這批人的長期護理費用，或需為他們投購長期護理保險。本部以1996年的每月入息中位數9,500元為參考數據，發現政府若要為629 555名老人投購長期護理保險(保費為35年薪金的1%)，則須支付250億元的保費(表12)。在現行制度下，醫管局及衛生署在1996/97年度的整體醫療開支預算為226億元。

19.4 雖然國際經驗顯示，大部分老人只需接受為期兩年的長期護理，但部分老人或需接受較長時間的護理。對於那些需要接受超過2.5年長期護理的老人，若他們沒能力支付服務費用，政府便須代為付款。這方面的開支無法預計。

19.5 根據哈佛小組的建議，政府須代失業及貧困者向《護老儲蓄》供款，供款額約為10億元。政府身為僱主，亦須為公務員向《護老儲蓄》供款，供款率為僱員薪酬的0.5%。以1996/97年度為例，該項供款額可達1億8,700萬元(公務員個人薪酬374億元 x 0.5%)。政府目前需支付退休公務員(在1996/97年度約有5萬人)的醫療費用。

19.6 總括而言，在擬議《護老儲蓄》運作首年，政府須作出的供款額不會少於262億元。然而，政府的供款額往後會相應遞減，原因是沒有為長期護理保險儲蓄款項的65歲老人數目會日漸減少。

《聯合保健》及家庭醫務診所

19.7 根據哈佛小組的建議，《聯合保健》不包括的服務會由醫管局及衛生署提供，政府仍須撥款資助該等服務，包括急症室服務、健康教育及促進健康等。此外，當局須重新調配30億元(表12A)，以設立家庭醫務診所。

19.8 哈佛小組亦建議，政府須代失業者、社會福利受助人，以及月入不足4,000元的人士，支付《聯合保健》的保費、免賠額及共同保險額。預計這方面的支出為35億元。

19.9 此外，哈佛小組建議當局撥出75億元，為低收入者提供部分資助。與現行制度比較，在1996/97年度，社會福利受助人獲豁免繳付的醫療費用為2億3,960萬元(醫管局佔2億2,300萬元，衛生署佔1,660萬元)。

19.10 政府身為20萬名公務員的僱主，須支付《聯合保健》的保費，供款額為僱員薪金的1%，以1996/97年的數據計算，供款額為3億7,000萬元。

19.11 總括而言，在《聯合保健》推行後，政府每年用於家庭醫務診所的開支，不少於30億元，至於《聯合保健》支付的保費，每年亦不少於114億元。

表12 —— 比較現行制度與《護老儲蓄》對政府造成的經常財政影響

開支項目	現行制度	《護老儲蓄》
計劃推行後，為65歲及以上人口(在1996年為629 555人)提供長期護理保險	不適用	250億元 (629 555 x 9,500元 x 1% x 12個月 x 35年)
為20萬名公務員支付《護老儲蓄》供款	不適用	1億8,700萬元 (374億元 x 0.5%)
為貧困及失業者支付《護老儲蓄》供款	不適用	10億元
為需要超過2.5年的老人提供長期護理	不適用	未知數
小計	不適用	>262億元

表12A —— 比較現行制度與《聯合保健》對政府造成的經常財政影響

開支項目	現行制度	《聯合保健》
醫管局	207億元 (1996/97年度)	未知數
衛生署	19億元(1996/97年度)	未知數
家庭醫務診所	不適用	30億元*
為貧困及失業者支付《聯合保健》保費、免賠額和共同保險額	不適用	35億元
為長者、自僱人士及低收入工人支付《聯合保健》保費、免賠額和共同保險額	不適用	75億元
為20萬名公務員支付《聯合保健》保費	不適用	3億7,000萬元 (374億元 x 1%)
其他費用： 《聯合保健》、聯合保健基金公司、 《護老儲蓄》、醫療政策及經濟研究所、 質素保證辦事處的籌備費用及行政費用 經濟狀況調查費用	不適用	>9,000萬元
小計	226億元	>145億元
對政府的財政影響總額	226億元	>407億元

備註：哈佛小組建議，設立家庭醫務診所所需的30億元，會透過重新調配醫管局的預算撥出。

其他費用

19.12 其他費用主要包括籌備費用、行政費用及經濟狀況調查費用。設立《聯合保健》和《護老儲蓄》，以及其他擬議的機構，如聯合保健基金公司、醫療政策及經濟研究所及質素保證辦事處等，均須支付一筆籌備費用。本部並沒有這方面的預算數字。

19.13 根據哈佛小組的建議，《聯合保健》的行政費用約為資金總額的3%至5%。行政費用包括索償付款、備存紀錄及資料系統。至於徵收保費的工作，則交由強制性公積金管理局負責。應注意的是，雖然將徵收保費的工作外判，將有助減低成本，但這項服務並非免費提供。此外，政府亦須為上述提及設立的機構提供營運資金。

19.14 為顯示行政費用的款額，本部以1997/98年度的302億元薪俸稅為基準，推算出應課薪俸稅為2,013億3000萬元(以劃一稅率15%計算)。根據上述資料，《聯合保健》的保費總額將介乎30億2,000萬元至40億3,000萬元(即薪金的1.5%至2%)。行政費用因而最少應介乎9,000萬元至2億元(即保費總額的3%至5%)。至於《護老儲蓄》的行政費用，則沒有預計數字。

19.15 哈佛小組建議，只向那些被視為有經濟能力的病人收取共同付款，這表示須確立一套經濟狀況調查制度，豁免貧困者及低收入者繳付費用。據哈佛小組表示，“經濟狀況調查涉及收入水平核查，並須將獲豁免繳費的名單通知服務提供者，行政費用因而相當可觀¹⁰”。

20. 哈佛小組的建議對私人機構造成的財政影響

僱主的財政負擔

20.1 哈佛小組預期，僱主或會反對哈佛小組的建議，因為與現行安排比較，許多僱主在新方案下須增加醫療開支。僱主須支付僱員的1.25%至1.5%作為《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款(表13)。此外，部分僱主或會投購私人保險，繼續為僱員提供門診方面的保障。

¹⁰ 《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》第5章

表 13 —— 哈佛小組的建議對僱主造成的財政影響

計劃	哈佛小組的建議 保費／供款額	現行的安排
《聯合保健》	僱員薪金的0.75%至1%	不適用
《護老儲蓄》	薪金的0.5%	不適用
私人保險	包括門診服務的保費	保費

20.2 哈佛小組並沒有從宏觀的層面，分析僱主承擔更大的醫療開支，所帶來的經濟影響。增加僱主在醫療方面的財政負擔，意味增加本港的整體生產成本。我們並不清楚，生產成本的增長會對香港的投資環境造成何種影響。倘投資受影響，整體經濟亦會受拖累。政府承擔醫療服務開支的能力，亦連帶受影響。

對私營醫療保險業的影響

20.3 哈佛小組在致本部的覆函中指出，“《聯合保健》對私人保險業的影響不大。目前，私營的個人醫療保險佔市場的比率微不足道”。

20.4 哈佛小組表示，“私營的團體醫療保險，主要為行政級職員提供門診及住院服務保障。許多僱主為非行政級職員提供的住院保障，均設有上限，款額僅足以支付醫管局轄下醫院的住院費用。如推行《聯合保健》，接受政府資助加入《聯合保健》的人，多半目前並無任何私人保險保障。因此，透過《聯合保健》為該類人士提供保險保障，並不會奪去私營保險業的業務。富裕者仍會繼續投購私人保險。”在1996年，投購團體及個人醫療保險的保單共有200萬份，而保費收入總額為30億元。

20.5 哈佛小組亦指出，由於《聯合保健》的保障範圍並不包括大部分的門診服務，僱主很可能繼續為僱員投購私人保險，以提供門診服務保障，因此《聯合保健》對該批人的私營保險業務，影響並不深遠。

20.6 “在《聯合保健》下，私營保險公司亦可繼續提供附加保險，為《聯合保健》不包括的服務及／或“A級”服務提供保險保障。若推行《護老儲蓄》，私營保險公司亦可加入長期護理服務保險的市場。”

個人的財政負擔

20.7 勞動人口須支付相等於薪金1.25%至1.5%的款額，作為《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款(表14)。若計劃的保障範圍包括其配偶及其他家屬，供款率會相應提高。病人除支付保費及供款外，在使用醫療服務時，亦須支付免賠額及共同保險額。表14載列成本分擔比率，以舉例說明哈佛小組報告的建議。

表14 —— 對勞動人口造成的財政影響

計劃名稱／ 成本分擔	哈佛小組的建議的 保費／供款額／分擔成本的 百分比	現行安排
《聯合保健》	薪金的0.75%至1%	不適用
《護老儲蓄》	薪金的0.5%	不適用
成本分擔	<p>《聯合保健》：</p> <p>免賠額，例如：1天的住院 費用共同保險，例如：每天 住院費用的20%</p> <p>《護老儲蓄》：</p> <p>免賠額，例如：6個月長期 護理服務的費用</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 普通科急症住院 成本的2% • 醫管局護養院服 務成本的4% • 專科門診服務成 本的10%

資料來源：《香港的醫療開支及融資安排》第34至35頁，RP06/PLC

20.8 為顯示哈佛小組建議對個人造成的每年財政影響，本部假設有一名年屆30歲的單身者、月入9,500元(1996年的收入中位數)，在哈佛小組建議推行後的首年須入院3天(根據政府統計處於1998年4月進行的一項調查¹¹，病人留院的中位日數為3天)，並於同年間往普科門診診所求診10次。表15載列他須承擔的醫療費用。

¹¹ 政府統計處，第二十一號專題報告書

20.9 根據哈佛小組的建議，該人須為其醫療護理支付超過7,600元，包括《聯合保健》的保費及分擔成本的付款額。換言之，他須把一個月的收入中撥出超過80%，用作醫療開支。與現行制度相比，該人只須為醫療護理支付少於600元(約佔其一個月收入的6%)。

表15 —— 現行制度及哈佛小組的建議對個人造成的財政影響

	現行制度	哈佛小組的建議
住院護理	3天的住院費用 = 68元 x 3天 = 204元	《聯合保健》保費 + [免賠額及共同付款額] = (1% x 9,500元 x 12個月) + [3,370元* + (3,370元 x 20% x 3天)] = 1,140元 + 5,392元 = 6,532元
普通科門診護理	公營門診診所 10次的收費 = 37元 x 10次 = 370元	家庭醫務診所**10次的收費 = 50元 x 10次 = 500元
強制性長期護理保險的供款	不適用	《護老儲蓄》的每年供款 = (0.5% x 9,500元 x 12個月) = 570元
總計	574元	7,602元

備註 : * 醫管局普通科急症病床每日的收費為3,370元。
** 擬議設立的家庭醫務診所每次診症收費50元。

21. 財政影響對比分析摘要

21.1 當《聯合保健》及《護老儲蓄》同時推行後，政府首年便須付出407億元，其中262億元作為《護老儲蓄》的供款，114億元作為《聯合保健》的保費，另外政府須重新調配醫管局預算中的30億元，用作設立家庭醫務診所。另一項額外開支就是保險計劃的管理費用，約佔保費總額的3%至5%。

21.2 私營機構的僱主每年須額外支付《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款，數額相等於僱員薪金的1.25%至1.5%。在計及該項開支後，生產成本難免會提高。

21.3 個人每年會少收1.25%至1.5%的薪金，用作支付《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款。此外，在使用醫療服務時，亦須支付免賠額及共同保險額。

21.4 哈佛小組的建議對私營保險市場造成的影響尚未能確定。

第5部 —— 分析

22. 政策的轉變

22.1 哈佛小組的建議會令本港的醫療政策有重大的轉變。現時，所有香港人，不論收入多寡，均可獲得收費低廉的公共醫療服務。哈佛小組的建議將帶來改變：市民須分擔實質的醫療服務成本。在《聯合保健》下，香港居民須繳付保費及共同付款額，以承擔住院護理的成本。日後若推行《競爭性一體化醫療護理》，以保費資助預防和基層護理、住院護理、專科門診護理及康復護理等整系列的服務，公眾須承擔醫療成本的比重可能更大。

22.2 這項政策的轉變是否符合香港的需要，並為市民接受，仍屬未知之數。要成功推行新的政策，其中一項先決條件，是香港市民的思維應有重大轉變，認為他們有責任分擔公共服務(包括醫療服務)的成本。要在短時間內徹底改變香港市民的想法，可能並不容易。

22.3 外國的經驗顯示，政府須決定向公眾提供醫療服務的水平。大多數地方均提供全民醫療服務，分別只在於所提供的醫療服務水平。澳洲及新加坡政府確保所有國民均可獲得基本的醫療服務，但病人如要求在較佳的環境下接受醫療護理，便須為這支付較高的費用，以換取舒適的環境。香港政府或需確定何種水平的醫療服務適合香港。

23. 財政承受能力

23.1 對於哈佛小組就香港醫療制度財政承擔能力的預測，本部有多項疑問，因此難以對有關的醫療開支推算，作出有意義的闡釋。哈佛小組推算，在2016年，醫療開支總額佔本地生產總值的百分比，會增加至5.6%至-6.4%，而公共開支用於醫療的比率會達到20%。

23.2 本部對哈佛小組的財務預測，有下述疑問：

- 僅根據6年的數據作出預測；
- 根據過往的改善速度預測日後的發展；
- 剩餘因素佔開支增長率的20%，該因素是多項原因的總和，包括其他因素在計算上的累計錯誤；及
- 使用率的增幅中，只有三分之一是因人口老化導致，哈佛小組未有解釋導致使用率有所增長的其他因素。

23.3 雖然本文件質疑哈佛小組的財務預測，但承認香港若未能將有限的資源，審慎地分配予醫療服務與其他政策範疇，則現行的醫療制度要承受下去，會有問題。然而，須謹記的是，分配資源給不同政策範疇，取決於社會不同發展階段的需要。

24. 控制成本的措施

24.1 海外的經驗顯示，控制成本措施並非任何一種融資模式所獨有。香港可按其需要，選擇合適的措施，但須謹記各項措施必須能互相配合。政府或需研究，將革新的控制成本措施引入現行制度內，可否解決醫療制度長遠的財政承受能力問題。

24.2 在哈佛小組的建議下，由於醫療費用由保費支付，會誘使醫療服務提供者及病人過量使用醫療服務。哈佛小組建議採取一系列措施，以減少道德風險，從而控制醫療開支。然而，道德風險因素會令本港的醫療開支增加多少，以及擬議措施可以降低增幅多少，仍屬未知之數。現時本港以整體財政預算方式控制醫療成本。當局每年預先定出資源總額，因而可預計醫療開支的水平。

25. 醫療界架構上的轉變

25.1 根據哈佛小組的建議，醫療服務制度會出現多項架構上的轉變。其中一些重大的轉變列述如下：

- 根據哈佛小組的建議，醫管局、衛生署、私營醫院及私人執業醫生的角色會有所改變；
- 現時醫管局擔當服務購買者及提供者的雙重角色，根據哈佛小組的建議，醫管局會成為服務提供者。此外，醫管局會重組為12至18個地方性的醫療一體化系統；
- 聯合保健基金公司會接替醫管局成為服務購買者，負責向服務提供者購買醫療服務，並與服務提供者磋商劃一的收費率；
- 現時公營及私營的醫療服務提供者所收取的費用，數額相差甚大。根據哈佛小組的建議，所有服務提供者會收取劃一的費用；
- 將會成立多間收費低廉的家庭醫務診所，若干私人執業的普通科醫生會與聯合保健基金公司簽訂合約，提供家庭醫療；及
- 經營個別診所或醫院的服務提供者長遠而言須予合併，以提供一體化的醫療服務。

25.2 雖然哈佛小組的建議會為醫療制度帶來很多重大的轉變，但其報告並無提供這些轉變的詳情，以及該等轉變對醫療開支及醫療服務質素可能造成的影響。政府應評估擬議及相關的架構轉變所造成的影響。

26. 哈佛小組的建議對財政的影響

26.1 政府可藉設立社會保險(《聯合保健》)及長期護理保險(《護老儲蓄》),把將資助醫療開支的責任轉移給僱主及僱員。然而,政府最終須承擔的款額,很可能會較現時為高。舉例而言,在實施《護老儲蓄》後,政府須支付至少250億元,為65歲及以上的老人投購長期護理保險。相比之下,政府在1996/97年度撥給醫管局及衛生署的預算為226億元。

26.2 由於政府須代失業者、社會福利受助人、低收入家庭、老人及公務員(佔人口25%至30%)支付《聯合保健》的保費及《護老儲蓄》的供款,因此負擔龐大。當人口日漸老化,政府的支出會相應增加;在經濟表現欠佳,以及保費及供款額有所增加時,政府的負擔更是沉重。

26.3 政府會承擔設立《聯合保健》、《競爭性一體化醫療護理》、家庭醫療診所及《護老儲蓄》,以及若干擬議機構,例如聯合保健基金公司及醫療政策及經濟研究所的費用。《聯合保健》的行政費用最少為9,000萬元。

26.4 最重要的問題是,以保費資助醫療護理的開支,會令人忽略本身應承擔責任,即保障個人健康及支付醫療費用。他們或會以為,其醫療費用會由保費及政府支付,因而沒有意識到醫療服務的實際成本,往往會使用不必要的服務。道德風險的問題最終會成為政府沉重的財政包袱。

26.5 在推行《聯合保健》及《護老儲蓄》前,政府須評估要求僱主支付更多醫療費用對經濟的影響。政府須分析哈佛小組的建議,對生產成本及投資的影響。若投資受到影響,最終亦會波及政府對醫療服務的財政承擔能力。

27. 哈佛小組的建議及改革的目的

27.1 哈佛小組根據下列5項改革目標，以評核比較各項醫療融資方案：

- 維持及增進公平；
- 改善質素，提高效率；
- 控制政府的醫療預算，使政府的資助用得其所，以改善財政上的承受能力；
- 滿足市民未來的需要；及
- 控制醫療開支總額的增長速度。

27.2 本部在上文已分析哈佛小組的建議對財政承受能力，以及控制醫療開支總額的增長速度的影響。現對哈佛小組的建議能否達致另外3項改革目標，提出下列意見：

維持及增進公平

27.3 哈佛小組認為，香港的醫療制度相對而言相當公平。“本小組所得的證據顯示，各階層人士的醫療開支在家庭收入中所佔的比例、抵達服務地點所需要的交通時間、以及使用服務的多少均大致相同¹²。”由於哈佛小組建議為貧困一群、失業者、自僱者、低收入者及長者提供最高達100%的資助，某些組別的人可能較其他組別的人得益較多。哈佛小組的建議能否維持或增進本港醫療制度的公平，實在令人懷疑。

改善質素，提高效益

27.4 哈佛專家小組表示，香港的醫療架構分裂隔離，威脅到整個體制的承受能力、服務質素和效益。分裂隔離是指基層、中層、第三層、康復及社區護理服務未能一體化，此外亦指公營與私營醫療服務之間銜接不足。

¹² 《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

27.5 哈佛小組告知本部，《聯合保健》只能解決分裂隔離的部分情況。在《聯合保健》下，各類服務未能一體化。然而，哈佛小組表示，《聯合保健》准許“錢跟病人走”，可改善公營及私營機構的銜接，病人因而可自由選擇由公營或私營醫療機構提供的護理。然而，要改善醫療質素及提高效率，除採用“錢跟病人走”的措施外，仍需其他措施的配合。政府應找出哪些範疇的服務質素低劣及效用欠佳，然後制訂改善措施。

滿足市民未來的需要

27.6 哈佛小組表示，《護老儲蓄》令個人計劃將來，為他們老年時的財政需要作好準備，並協助政府應付本港日漸老化的人口所帶來的不斷轉變的需要，及同時規限其所需承擔的責任。雖然哈佛小組的建議或可滿足市民其中一項日後的需要，但政府必須確定市民(特別是長者)各方面的需要，從而作出全面考慮，然後選擇採用最合適的措施，以滿足市民的需要。

28. 結語

28.1 香港在決定採用何種醫療融資政策前，應先制定政策目標，這是較明智的做法。若要採用新的融資政策，須在架構上作出重大的改變，亦涉及龐大的費用。政府必須審慎權衡利弊，衡量為換取改革帶來的利益而付出的代價，是否值得。此外，政府亦須考慮，可否採用其他措施以達致同一效果，既能保留現有制度的優點，又能補其不足。

參考資料

1. Marie L. Lassey, William R. Lassey and Martin J. Jinks, Health Care Systems Around the World, Characteristics, Issues Reforms, Prentice Hall.
2. China News, 13 November 1998.
3. Central News Agency Central News Agency, 5 January 1999.
4. 《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》美國哈佛專家小組，哈佛大學主席及研究員
5. 《香港的醫療開支及融資安排》，1998年1月22日(RP06/PLC)
6. 《台灣的醫療開支及融資安排》，1998年6月24日(RP08/PLC)
7. 《英國的醫療開支及融資安排》，1998年6月24日(RP09/PLC)
8. 《美國的醫療開支及融資安排》，1998年6月24日(RP10/PLC).
9. 《澳洲的醫療開支及融資安排》，1998年6月24日(RP11/PLC).
10. 《新加坡的醫療開支及融資安排》，1999年7月9日(RP12/PLC).

鳴謝

立法會秘書處資料研究及圖書館服務部在撰寫本研究報告期間，承蒙多位人士協助，謹此致謝。本部特別向美國哈佛大學公共衛生學系蕭慶倫教授及葉志敏教授致謝，他們為本部提供有關哈佛小組建議的資料，並澄清《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》報告的要點。本部多謝哈佛小組的Amy Kwok女士協助我們聯絡蕭教授及葉教授，亦感謝香港大學經濟金融學系的孫永泉博士、謝頌儀博士及謝國生先生就哈佛小組報告的《特別報告#6：財政預測及模擬模式》(Special Report #6: Financial Projection and Simulation Model)進行分析。香港理工大學管理系阮博文教授就哈佛小組報告提供寶貴意見，本部深表謝忱，同時亦感謝保險業的醫療改革專責小組主席麥劭斯(Ross Matthews)先生，為本部提供有關醫療保險的寶貴意見。最後，衛生署及醫管局為本部提供有關香港醫療制度及融資安排的寶貴資料，謹此致謝。