

立法會

Legislative Council

立法會CB(2)1224/00-01號文件
(此份會議紀要業經政府當局審閱)

檔 號 : CB2/PL/HS

立法會衛生事務委員會 會議紀要

日期 : 2001年3月12日(星期一)
時間 : 上午8時30分
地點 : 立法會大樓會議室A

出席委員 : 梁劉柔芬議員, SBS, JP(主席)
勞永樂議員(副主席)
何秀蘭議員
陳婉嫻議員
陳智思議員
楊森議員
鄭家富議員
羅致光議員, JP
鄧兆棠議員, JP
李鳳英議員, JP
張宇人議員, JP
麥國風議員

其他出席議員 : 吳亮星議員

出席公職人員 : 衛生福利局局長
楊永強醫生, JP

衛生署署長
陳馮富珍醫生, JP

衛生福利局副局長
梁永立先生, JP

醫院管理局行政總裁
何兆煒醫生, JP

衛生署副署長
麥倩屏醫生, JP

醫院管理局副總監(運作及公共事務)
高永文醫生

衛生福利局助理局長
陳飛先生

列席秘書 : 總主任(2)4
 陳曼玲女士

列席職員 : 高級主任(2)8
 蘇美利小姐

經辦人／部門

I. 通過2001年2月12日會議的紀要
(立法會CB(2)1017/00-01號文件)

上述會議的紀要獲確認通過。

II. 下次會議的日期及討論事項
(立法會CB(2)1022/00-01(01)-(02)號文件)

2. 委員知悉福利事務委員會暫定於2001年4月討論“檢討為精神病患者提供的康復服務”，此議題與本事務委員會待議事項一覽表(立法會CB(2)1022/00-01(01)號文件)第4項(精神健康服務)相若，因此，委員同意與福利事務委員會舉行一次聯席會議，共同討論上述兩項議題。主席答應與福利事務委員會的主席聯絡，安排舉行聯席會議的時間。委員亦同意於事務委員會2001年4月9日下次例會上，討論《香港特別行政區參照〈經濟、社會與文化權利國際公約〉提交的報告》所涵蓋的衛生事宜。

3. 麥國風議員促請政府當局盡快提交《脊醫註冊條例》的附屬法例，因為根據跟進行動一覽表(立法會CB(2)1022/00-01(02)號文件)所載，政府當局計劃於本年初向立法會提交有關的附屬法例。衛生福利局副局長答應於2001年4月9日舉行的下次會議，就此事提交進度報告。

政府當局

III. 醫護服務融資方案(諮詢文件第105至123段)

4. 衛生福利局局長應主席邀請發言，向委員介紹會上提交的文件(見附錄)。該文件載列哈佛專家小組及政府當局分別預測的公共醫療開支增長中，各項個別因素所佔的增長比率，以及政府當局將會採取的成本控制措施。衛生福利局局長特別指出，哈佛專家小組與政府當局分別預測公共醫療開支每年的增長為6.6%及3.2%，而兩者是根據不同期間的數字作出預測。哈佛專家小組以1991至1996年的數字為依據，而政府當局則以1980至1996年的同類數字為基準。政府當局認為，隨着醫管局的成立，公共醫療開支在1991至1996年期間迅速增加，所以依據該段期間的數字來預測日後的醫療開支並不合理，許多學者亦贊同該見解。為確保能作出更切合實際的公共醫療開支財務預測，政府當局因而認為，以一段較長期間(即1980至1996年)的公共醫療開支為依據更為合理。

5. 衛生福利局局長特別點出，哈佛專家小組及政府當局對各項影響公共醫療開支預計增幅的因素，作出不同的增長預測。哈佛專家小組預測，影響公共醫療開支的其中兩項因素，即人口增長及與人口老化相關的使用率，每年的增幅分別為1.3%及0.8%，合計的增幅與政府當局預測的每年2.2%增幅相若。至於另外兩項因素的增幅，即與人口老化無關的使用率及其他因素，哈佛專家小組的預測分別為每年1.9%及2.6%，與政府當局預測的每年1%增幅有所差別。衛生福利局局長表示，有關與人口老化無關的使用率及其他因素的增幅，政府當局的評估增幅與哈佛專家小組的預測增幅相距甚大，即1%相對於4.5%，原因共有兩項。第一，政府當局在預測公共醫療開支增長時，並沒有將與人口老化無關的使用率列入考慮之列，當局所考慮的因素是人口的增長、與人口老化相關的使用率，以及採用新科技的開支。第二，哈佛專家小組只考慮導致成本增加的因素，卻沒有顧及政府當局為降低成本而推行的成本控制措施，該等措施包括一

服務供應管理措施

- a) 發展以社區為本的服務，以平衡對醫院服務的需求；
- b) 合理調整服務網絡，盡量避免服務重疊；
- c) 藉着服務重組，提高生產力；
- d) 善用醫護科技管理，確保符合成本效益；

服務需求管理措施

- e) 透過調整服務收費，使公營服務用得其所；

服務供應及服務需求管理的措施

- f) 加強基層醫護服務，平衡對專科醫療服務的需求；及
- g) 訂立臨床工作常規，協助適當使用服務及檢查。

6. 至於政府當局在預測公共醫療開支增長時，為何不考慮與人口老化無關的使用率，衛生福利局局長解釋，因為公營醫護服務日後的擴展幅度，不大可能如1991至1996年間那般重大。衛生福利局局長指出，哈佛專家小組預測與人口老化無關的使用率的每年開支增長為1.9%，原因是他們預期1991至1996年間的公營醫護服務擴展幅度將會持續。至於當局為何將採用新科技列為預測公共醫療開支的考慮因素之一，衛生福利局局長解釋，鑑於人口老化，加上社會日漸富足，市民對優質醫療服務的期望日高，當局因而有必要考慮這項因素。衛生福利局局長更表示，推算新科技的成本增幅為每年1%可能屬一項保守估計，但透過推行一套健全的科技管理機制，以確保開支的成本效益，相信可以達致。必須注意的是，從國際經驗可見，採用新科技而招致的醫療開支增長，平均增幅普遍介乎1%至2%。

7. 衛生福利局局長總結時表示，公營醫護服務未來的融資安排，將依據下列原則 —

- a) 政府當局會繼續採用與醫管局協定的人口為本的新撥款安排，資助公營醫護服務。當局會因應社會需要及經濟增長的情況，為公營醫護服務分配額外資源。舉例而言，在2001至02年度，當局已預留額外資源，用以改善基層醫療服務、精神病康復者的服務，以及購買精神科新藥等；
- b) 採用上文第5段提述的7項成本控制措施；
- c) 改革收費制度，確保資源用於最有需要的範疇，繼而影響服務供應機構及病人的行為。舉例而言，當局會考慮收服急症室服務費，務求減少誤用及濫用急症室服務的情況；及

- d) 確立頤康保障戶口計劃，以減輕年輕一代的負擔，以及鞏固公營醫護服務應付長遠開支的能力。

關於上述(d)項，衛生福利局局長表示，頤康保障戶口並非一項保險計劃，基本上屬於個人儲蓄戶口，用以支付供款者及其配偶65歲以後的醫療開支，或可因傷殘提前取用。必須注意的是，頤康保障戶口的儲蓄並非在所有情況下均足以應付供款者及其配偶的醫療開支，該筆儲蓄旨在提供補助資金，協助供款者在退休後支付其本人及配偶的醫療開支。據政府當局估計，如推行擬議計劃，規定所有年齡介乎40至60歲的工作人士，必須將大約1%至2%的收入存入其頤康保障戶口，該戶口每年可有20億元以上的儲蓄。衛生福利局局長進一步表示，對於頤康保障戶口計劃應如何實施，政府當局尚未有任何定案，並歡迎市民提出建議。衛生福利局局長補充，政府當局現正與私營醫療機構商討，探討雙方如何合作及發展新的醫護服務，為病人提供更多醫療服務選擇。當局亦會鼓勵保險業推出新的醫療保險計劃，以配合該等新服務。

8. 楊森議員反對設立頤康保障戶口，因為現時經濟尚未全面復甦，加上在職人士才剛開始將薪金的5%作為強制性公積金(下稱“強積金”)供款。既然政府當局擁有逾4,000億元的儲備，並已計劃推行連串減低成本的成本控制措施，以及改革公營醫護服務的收費制度，楊森議員質疑是否仍須要求市民將薪金1%至2%作為供款，用以資助公營醫護服務。楊森議員繼而詢問，擬議設立的頤康保障戶口計劃會否與強積金計劃的安排相同，訂明收入未達某水平的僱員可獲豁免供款；以及在供款人用罄其頤康保障戶口的儲蓄後，政府當局會否承擔供款人及其配偶的醫療開支。

9. 衛生福利局局長贊同在經濟尚未全面復甦之時，實非推行頤康保障戶口計劃的適當時機。不過，鑑於人口老化、醫學科技一日千里，以及市民對優質醫療服務期望日益殷切，以致公共醫療開支的預算不斷增長，政府當局認為現時應諮詢市民對頤康保障戶口計劃的意見，該計劃旨在減輕下一代的負擔，以及應付公營醫護服務的長遠開支。衛生福利局局長向委員保證，政府當局不打算在經濟尚未全面復甦前推行擬議計劃。他預計推行頤康保障戶口計劃需時多年。

10. 衛生福利局局長重申，政府當局對頤康保障戶口計劃的特色尚未有任何定案。政府當局會因應市民對擬議計劃的反應，於2001至02年度展開一項研究，詳細研究

該項計劃及在香港推行的可行性。有關研究約需時18個月完成，當局會於適當時間就研究的結果及建議諮詢市民的意見。衛生福利局局長進一步解釋為何需要推行頤康保障戶口計劃，原因是公營醫護服務的長遠開支不能再單靠稅收應付。此外，儘管當局可以透過提高服務收費來資助公營醫護服務，但必須確保收費增幅維持在市民大眾可以負擔的水平。由於市民對哈佛專家小組建議的聯合保健計劃反應欠佳，在資助公營醫護服務上，擬議的頤康保障戶口計劃是政府當局可以想到的最佳方案，因為頤康保障戶口的儲蓄可以作為醫療開支的主要額外經費來源，用以應付由新科技帶來的成本增幅，預期增幅為每年1%。

11. 楊森議員進一步詢問，當局會否考慮增撥公帑資助醫護服務，以致無需推行頤康保障戶口計劃。衛生福利局局長回應時表示，增撥資源的空間不大，因為香港公共醫護服務的開支佔經常公共開支總額14.7%，與鄰近國家相比已屬偏高。此外，當局必須兼顧其他社會需要，如教育、福利及基建等，平衡各方面的需要。衛生福利局局長重申，推行頤康保障戶口計劃，是因為只依賴一項收入來源以資助公營醫護服務並不足夠。國際經驗顯示，只有透過不同的資助來源，才可長遠而言維持優質的醫療服務。

12. 李鳳英議員獲悉政府當局計劃就急症室服務收費，她詢問該等費用的水平，以及實施的時間。至於諮詢文件第114段，指當局會成立類似現時撒瑪利亞基金的機制，向市民提供第二重保障，以援助經濟拮据的病人，李鳳英議員就此詢問，該等病人如需要第二重保障的財政援助，是否須逐次申請，以及第二重保障是否備有充裕的資金，應付貧困病人的醫療開支。

13. 衛生福利局局長在回應李鳳英議員第一項問題時表示，凍結公營醫療機構收費的安排未獲取消前，政府當局不會就調整公營醫護服務收費訂下時間表。在這過渡期間，政府當局正全面檢討公營醫護服務的收費制度。檢討旨在研究如何將政府當局就各項服務提供的補助用得其所，因為當局相信公帑應集中於資助低收入人士，以及用於那些會對病人構成沉重經濟負擔的服務。該項檢討亦會研究如何根據服務輕重緩急而釐定資助額，以及如何盡量減少誤用及濫用服務的情況。待完成上述檢討及其後修訂收費制度後，收費水平仍會繼續維持在市民可以負擔的水平，但卻可有效影響病人使用服務的模式，將誤用及濫用服務的情況減至最少。經修訂的收費制度亦可影響公營及私營醫療機構的工作量分配情況。

14. 至於李鳳英議員的第二項問題，醫管局副總監(運作及公共事務)表示，現時，前往醫管局管理的所有醫院求診的病人，均可向撒瑪利亞基金申請援助。撒瑪利亞基金的資金來自各方捐款，由醫管局負責管理，旨在為有需要的病人提供財政援助，應付他們在治療過程中不包括在住院費的其他醫療開支，或公營醫院及診所的門診費。現時，公營醫院普通病房收費劃一，病人每日的住院費為68元。不過，由於醫學科技日新月異，若干新藥物、植入物及器具在初期引入時不會包括在住院費內，原因是仍有費用較低及具同樣療效的治療方法可供選擇。因此，病人必須自費購買該等新項目。醫管局副總監進一步表示，如病人表示難以應付該等項目的費用，院方會將他們的個案轉交醫務社會工作員，以評估該等病人是否合資格獲得援助。如病人的收入低於政府統計處定期進行調查所得的每月家庭入息中位數，他們通常會獲得撒瑪利亞基金的援助。在審核病人的財政狀況時，會按家庭單位來評核病人的可兌現儲蓄。

15. 衛生福利局局長表示，雖然政府當局有意規定申請第二重保障財政援助的病人，須經醫務社會工作員評核是否合資格獲得援助，但當局會竭力保證申請程序盡量簡化，避免為病人增添不必要的麻煩。舉例而言，一名財政緊絀的腎病病人，如需要每兩星期前往醫院接受腎臟透析治療，或許不必就每次治療申請財政援助。衛生福利局局長向委員保證，政府當局會繼續堅守沿用已久的政策，確保沒有人會因經濟拮据而得不到適當的醫療護理，第二重保障的目的，是援助那些入不敷支的病人，以及那些無論收費已如何獲得大幅資助，但仍因病重或長期患病而無力負擔醫療費用的人。

16. 勞永樂議員要求政府當局提供更多資料，說明如何計算得出新科技帶來的開支增長預計為每年1%，以及不將與人口老化無關的使用率列為計算公共醫療開支增長考慮因素的理由。勞永樂議員亦關注，第二重保障能否幫助所有經濟拮据的病人，確保他們不會得不到適當的醫療護理。

17. 衛生福利局局長重申，哈佛專家小組預測與人口老化無關的使用率會帶來每年1.9%的增幅，原因是小組以1991至1996年期間的數字為參考，而該段期間正是醫管局成立初期，公營醫療服務迅速擴展之際。衛生福利局局長進而重申，將新科技帶來的預測開支增長訂為每年1%是合理的估計，因為根據國際經驗，採用新科技而引致的醫療開支增長平均為每年1%至2%，與政府當局的預測大致相同。此外，在推行醫療科技管理改革，以及與私營機構合作後，應有助將新科技帶來的成本增幅維持

於每年1%。關於與私營醫療機構的合作，衛生福利局局長舉例，醫管局如認為某些昂貴儀器的使用率偏低，而私營機構已購置或將會購置同一儀器，醫管局會考慮減少購置該類儀器。至於勞永樂議員關注經濟拮据的病人得不到適當醫療護理一事，衛生福利局局長回應時表示，沒有理由為此憂慮，因為即使進行收費制度改革，公營醫護服務收費仍然是市民大眾可以負擔的。就此而言，設立第二重保障只為協助經濟拮据的病人，或是因病重或長期患病而無力負擔已獲當局大幅資助的服務的病人。對於政府當局不願提供更詳盡的資料，說明當局在計算直至2016年的公共醫療開支財政預測時所採用的數據及假設，勞永樂議員表示遺憾。衛生福利局局長回應時表示，他樂意與勞永樂議員及其他關注此事的委員在會後進行深入討論。

18. 麥國風議員詢問，公眾日後使用急症室服務，是否一如傳媒報道需繳費150元。麥議員察悉，政府當局正與保險業就制訂新的醫護保險政策進行商討，他促請政府當局注意醫護保險衍生的道德危機問題，並問及政府當局將採取甚麼解決措施。鑑於衛生福利局局長在會上曾提及，擬議的頤康保障戶口計劃每年將資助20億元以上的公營醫護服務，麥議員詢問政府當局如何得出此數字。由於擬議的頤康保障戶口計劃涉及的供款額龐大，麥議員認為，政府當局應委託顧問進行精算研究，以及就如何管理擬議計劃內的供款提供資料。

19. 衛生福利局局長回應，在現階段不能就日後急症室服務的收費答覆議員，原因是政府當局正就公營醫護制度的收費結構進行全面檢討。然而，為防止急症室服務被誤用及濫用，政府當局希望急症室服務的費用較普通科門診服務的收費為高。衛生福利局局長向議員保證，即使採服此政策，當局會作出適當考慮，確保急症室的收費能為市民負擔，而接受綜合社會保障援助的人士亦可獲豁免收費。對於麥議員關注醫護保險計劃通常會帶來的道德危機問題，衛生福利局局長回應，政府當局清楚知道有關問題，並會與學術界及其他有關人士商討如何解決問題。衛生福利局局長進而表示，政府當局明白自行投保不但為醫護制度開闢經費來源，同時亦可為病人提供更多選擇。就此，政府當局正與私營醫療機構磋商，發展新的醫護服務，以吸引家境較佳的病人，並與保險業人士商討制訂新的醫護保險政策，以支援此等新的醫護服務。政府當局亦會與保險業探討，是否可讓年滿65歲人士運用他們在頤康保障戶口內的儲蓄，向私營保險公司購買醫療及牙科保險。

20. 鄭家富議員表示，儘管諮詢文件第113段表明，政府無意減低對公營醫護服務的財政承擔，但在第107段卻聲稱，期望政府大幅度增加醫護服務的撥款，是不切實際的。有鑑於此，政府當局似乎是強迫公眾接納擬議的頤康保障戶口計劃。鄭議員與勞永樂議員同樣要求政府當局向委員提供資料，解釋當局在預測直至2016年的公營醫護服務開支時所採用的數據和假設基準。他表示，在此等資料欠奉的情況下，委員無法決定應否支持擬議的頤康保障戶口計劃。鄭議員亦察悉，哈佛專家小組預測，公營醫護制度(包括融資安排)如不改革，公營醫護服務的開支佔經常公共開支總額的比率會由現時的14.7%增至2016年的28.4%。鄭議員問及政府當局對此預測有何看法。

21. 衛生福利局局長回應，哈佛專家小組對公營醫護服務開支的增長預測過高，原因在上文第4至第6段已闡釋。他舉例指出，哈佛專家小組預測2001至02年度的公營醫護服務開支為589億3,400萬元，但財政司司長在2001年3月公布的同一年度公營醫護服務開支預算，只是339億元。衛生福利局局長進而表示，倘若由現在至2016年期間，本地經濟每年增長3%，而醫護開支佔經常公共開支總額的比率基本上維持不變，只是輕微調升公營醫護服務收費和施行一連串控制成本的措施，以壓抑成本，而不改變現行的公營醫護服務制度，到了2016年，政府當局預計會欠款70億元，較哈佛專家小組最近向傳媒公布的270億元為少。衛生福利局副局長補充，政府當局認為每年3%的實質經濟增長應可應付人口老化對公營醫護服務開支帶來的增長。政府當局預計，在未來數年，有關開支會每年增長2.2%。鑑於醫護開支佔經常公共開支總額的比率基本上維持不變，而每年3%的實質經濟增長大體上亦可應付人口老化對公營醫護服務開支帶來的增長，政府當局認為有必要實施頤康保障戶口計劃，以補充投資新科技對公營醫護服務開支持續帶來的增長。政府當局預計，新科技的投資額每年會增長1%。

22. 羅致光議員認為，在推行以人口為本的新撥款機制後，醫管局便會成為醫護健康的管理機關，而政府當局則成為醫管局的僱主。根據擬議的頤康保障戶口計劃，供款者及其配偶如使用公營醫療機構的服務，便會由有關供款者的個人戶口中扣除供款；有關人士如選擇使用私營醫療機構的服務，則會從他們的累積供款中，發還相當於公營醫護服務收費的金額。有鑑於此，羅議員認為，擬議的頤康保障戶口計劃應具備高效率的運作機制，此點至為重要，尤其是政府當局有意說服私營保險商推出醫護保險計劃，以配合這批人士的需要，運作機制的效率更應備受重視。在這方面，羅議員察悉，政府

當局在事務委員會過往會議中已指出，擬議的頤康保障戶口計劃能為病人提供更多選擇，原因是供款者可使用擬議計劃的供款向私營保險公司購買醫療及牙科保險。羅議員亦表示，雖然哈佛專家小組倡議“錢跟病人走”的概念，藉以為病人提供更多選擇，但諮詢文件內卻沒有討論這方面的問題，甚為可惜。

23. 衛生福利局局長回應，以人口為本的新撥款機制實施後，醫管局作為政府醫護政策執行者的角色仍然不變，原因是醫護政策將繼續由衛生福利局負責制訂，而衛生署亦會繼續提供協助。就後者的工作而言，衛生福利局局長解釋，衛生署擔當健康倡導者的角色後，會與衛生福利局緊密合作，在制訂各項健康目標和計劃時，尋求政治上的支持，政策和系統上的支援，以及市民的認同。關於擬議頤康保障戶口計劃的運作，衛生福利局局長表示，政府當局會參照強制性公積金計劃管理局的運作經驗，避免在各層面上浪費人力和資源。

24. 衛生福利局局長進而表示，設立電子醫療資訊系統方便為每位病人編製終身健康紀錄。關於為病人提供更多選擇一事，衛生福利局局長表示，政府當局認為私營醫護服務有一定的需求，原因是向私營醫療機構求診的病人可以選擇醫生，此外，與公營醫療機構相比，獲取私營醫療機構的服務亦較為方便。為此，政府當局正與私營醫療機構商討發展新的服務，以吸引家境較佳的病人。例如，私營醫療機構可透過統包的收費，提供某些非緊急、而病人需輪候多時才可在公營醫療機構獲提供的醫護服務。為進一步吸引家境較佳的病人使用私營醫療機構的服務，政府當局會鼓勵保險業人士制訂新的醫療保險計劃，以配合這方面的發展。衛生福利局局長進而指出，由於頤康保障戶口的儲蓄可用作購買私營保險公司的醫療及牙科保險，保險業人士可探討引入一些只為病人提供私營醫療機構基層醫護保障的保險計劃，以減低保險公司在投保人接受較昂貴的醫院服務時所承受的風險。

25. 陳智思議員察悉，香港提供醫護服務的形式，近似全民醫療保險，原因是現時香港約94%的醫護服務由公營醫療機構提供，而大部分經費則源自公帑。鑑於香港實行低稅制，加上人口逐漸老化，公眾對醫護服務質素的要求日漸提高，陳議員贊同政府當局所言，香港的醫護服務開支長遠不能單靠公帑撥款維持。就此，陳議員詢問其他如香港一般實行低稅制的國家如何提供醫護服務。

26. 衛生福利局局長回應，沒有其他實行低稅制的地方像香港般大量撥款資助公營醫護服務。衛生福利局局長繼而表示，已發展國家普遍推行的醫護制度有兩種。第一種是政府使用公帑購買私營醫療機構的服務，例如美國；另一種是政府負責提供所有醫護服務，例如英國。就新加坡而言，雖然當地的稅制較高，但市民使用公營醫護服務所承擔的費用，仍較港人所支付者為高。陳議員詢問政府會否考慮引入美國的制度，衛生福利局局長回應，引入此等制度前，香港必須先制訂極嚴謹的規管制度。然而，衛生福利局局長指出，不少專家批評美國的醫護制度未能清楚劃分公營與私營醫療機構。
27. 吳亮星議員問及有關家庭醫學醫生培訓的進度，原因是諮詢文件內提及，通過推廣家庭醫學，可逐步提高基層醫護服務的成效。
28. 衛生福利局局長回應，為促進家庭醫學的發展，醫管局將於2001至02年度，在5間從衛生署接辦的普通科門診診療所試行家庭醫學，並把醫管局內接受家庭醫學培訓的醫生數目由210名增至316名。長遠而言，政府當局希望公營醫療機構聘請的醫生中，約半數曾接受家庭醫學及基層護理訓練。衛生福利局局長進而表示，醫管局亦會探討如何加強與私營醫療機構合作，推廣家庭醫學。此外，亦不排除把醫管局的部分服務外判予私營醫療機構。
29. 關於諮詢文件第136段指公營醫療機構應探討如何加強與私營醫療機構合作，吳亮星議員進一步詢問政府當局在這方面將推行何種措施。衛生福利局局長回應，除鼓勵私營醫療機構推出新服務吸引家境較佳的病人外，政府當局亦建議採用劃一的臨床工作常規，以及設立電子醫療資訊系統，以連繫社會上所有有關的醫療服務機構。此等措施應有助改善香港各自為政的醫護制度。
30. 何秀蘭議員反對實施頤康保障戶口計劃，因為此計劃不但不能幫助貧困的人，亦未能有效地吸引家境較佳的病人使用私營醫療機構的服務，原因是公營與私營醫療機構之間的收費差距極大。何議員進而表示，擬議的計劃與稅務制度不同，就後者而言，收入較高者須繳納較多稅款，但在擬議計劃下，每位供款人均須把收入的1至2%作為供款，對低收入人士不公平。
31. 衛生福利局局長回應，頤康保障戶口計劃不會對低收入人士不公平，原因是公營醫療機構仍會繼續從稅項中取得大量撥款。衛生福利局局長進而表示，根據政府

經辦人／部門

當局的初步構思，擬議的計劃會跟隨強積金計劃的做法，豁免月入少於4,000元的人士向頤康保障戶口計劃供款。政府當局亦會考慮一些提意見人士的建議，為月入少於4,000元的人士供款，按該等人士的供款額作出同樣數額的供款。

32. 陳婉嫻議員重複部分委員的意見，同樣反對實施頤康保障戶口計劃。陳議員進而表示，擬議計劃不但不能紓緩現時公營與私營醫療機構之間工作量不均的情況，更會使情況惡化。她認為，更有效的方法是改革現行的公營醫護制度，壓抑公營醫護服務的開支增長。

33. 衛生福利局局長重申，政府當局正與私營醫療機構商討如何減少市民依賴公營醫療機構的服務。他進而表示，政府當局無意使醫護服務趨於壟斷，引入頤康保障戶口計劃的目的是補充醫護制度的經費。

34. 議事完畢，會議於上午10時45分結束。

立法會秘書處

2001年4月6日

Financial Projection on public health care expenditure

Factors driving cost increase	Annual % growth of public health care expenditure		
	Harvard Model	Sub-total	Government's assessment
Population growth	1.3%	2.1%	2.2%
Aging -related utilization rate	0.8%		
Non-aging related utilisation rate	1.9%		
Residual factors: ➤ Technological advances ➤ Number of diagnostic procedures per visit etc		4.5% 2.6%	1.%

Cost-control measures

Supply-side measures

- Develop community-based services to balance demand on hospital services
- Rationalisation of service delivery network to minimize duplication
- Improvement of productivity through service redesign
- Structured health technology management to ensure cost-effectiveness

Demand-side measures

- Appropriate utilization of public services through pricing

Both supply-side and demand-side measures

- Strengthen primary care to balance the demand on specialist care services
- Development of clinical protocols to guide appropriate application of services and investigations