

# 立法會

## *Legislative Council*

立法會CB(2)2252/04-05(01)號文件

檔 號：CB2/PL/HS

### 衛生事務委員會

#### 立法會秘書處為2005年7月19日會議擬備的背景資料文件

##### 醫護改革

###### 目的

本文件旨在闡述衛生事務委員會(下稱“事務委員會”)過往就醫護改革所進行的討論。

###### 背景

###### 《促進健康諮詢文件》

2. 1993年，政府發表《促進健康諮詢文件》(俗稱《彩虹文件》)。該份文件強調有需要改革醫護制度，並提供5個可行的補救方案，包括按百分率資助方法、目標對象方法、協調式自願投保方法、強制式綜合投保方法和編定治療次序方法等。鑑於沒有一個方案或其組合獲得市民的廣泛支持，因此當局在諮詢期完結後決定維持現狀。

###### 《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》

3. 1997年11月，政府委託美國哈佛大學的一個專家小組(下稱“哈佛專家小組”)，負責研究香港的醫護制度，並提出改革方案。該專家小組由經濟學家、醫生、流行病學及公共衛生方面的專家組成。哈佛專家小組於1999年3月向政府當局提交最後報告。根據這份報告，現行制度存在3大缺點：醫護服務分裂隔離；服務質素參差，尤以在私營界別內為甚；以及醫護制度在財政上和架構上能否維持令人存疑。是項研究包括全面評估現行制度，並提出其他擬議方案，以改善融資和醫護服務。研究報告於1999年4月公布，隨後進行為期4個月的諮詢工作。

4. 在諮詢期內，政府當局接獲社會各界人士提交超過2 200份意見書，就如何改善香港的醫護制度提出意見和建議。雖然市民對各個改革方案的意見不一，但普遍支持有需要進行改革。他們關注到，除非推行某些改革措施，否則本港的醫護制度在將來可能無法繼續向市民提供同等質素的服務。

## 《你我齊參與 健康伴我行》

5. 2000年12月，在考慮諮詢工作的結果後，政府發表題為《你我齊參與 健康伴我行》的醫護改革諮詢文件，就一系列改革建議徵詢市民的意見。

### **《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》(下稱“哈佛報告”)**

6. 在1999年4月12日的衛生事務委員會會議上，哈佛專家小組的蕭慶倫教授及葉志敏教授向委員簡介該小組對香港醫護制度的評估。

#### 該制度的成就

7. 哈佛專家小組特別指出香港的醫護制度取得以下成就 ——

- (a) 香港的醫護制度相當平等，即香港大部分居民，不論貧富，均能獲得同等的醫護服務，而他們使用服務的次數亦大致相同；及
- (b) 醫院管理局(下稱“醫管局”)在1990年成立後，公營醫院的服務質素及效益得以逐步改善：病人對所提供的醫療技術質素及醫護人員的態度，更感滿意。藥物採購等方面的效果也有改善。

#### 該制度的缺點

8. 哈佛專家小組指出香港的醫護制度有以下不足之處 ——

- (a) 現行醫護制度在財政上能否長遠維持很成疑問。考慮到導致開支增加的因素，包括人口老化、醫療日益專門、市民對高質素醫護服務的期望日增，以及採用新醫療科技的情況越趨普遍，公共醫療開支佔政府開支總額的比率，可能會由1996至97年度的14%，在未來18年上升至20至23%；
- (b) 香港的醫護架構分裂隔離。公營與私營醫療機構之間，以及基層、中層及第三層護理服務之間，均缺乏溝通，形成極大隔膜。基層護理與住院護理之間、急症醫學與社區醫學之間，以及私營與公營醫療機構之間，皆缺乏協調和連貫性，以致往往出現服務重疊及醫護服務不連貫的情況。此外，香港的醫護制度以醫院為主導，偏重專科服務，已不合時宜，未能切合社會的需要，原因是現今社會越來越多人患上慢性疾病，以及備受精神病、濫用藥物及暴力等社會性質的健康問題困擾；及
- (c) 醫護服務的質素參差。病人感到不滿的事宜包括：病人與醫生缺乏溝通、輪候診治的時間過長，以及醫生用於病人的時間過短。香港亦缺乏家庭醫學方面的持續訓練。造成醫護服務質素參差的多個因素包括：醫療架構偏重醫生；醫學界地

位優越，在沒有有效制衡措施下進行自我規管；以及病人並無足夠資料，以供他們在選擇醫生或診治方法時，作出明智的決定。

### 指導原則

9. 哈佛專家小組指出，政府委任的督導委員會已達成共識，認為香港醫護改革的指導原則是“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。有經濟能力的市民應支付醫療費用。”

### 改革方案

10. 哈佛專家小組提出下列方案進行討論 ——

- (a) 維持現狀：制度的基本問題將會日益惡化。
- (b) 政府醫療預算設置上限：這方案會使公共醫護服務質素下降，市民亦較難獲得醫護服務。有能力負擔醫療開支的人會使用私營醫療機構的服務，令私營保險的需求量上升。
- (c) 提高使用者收費：到2016年時，由病人支付的費用會增加17至23倍。1998年每日68元的住院費，到2016年時可能增至1,400元。
- (d) 《聯合保健》與《護老儲蓄》：這方案由兩部分組成，旨在應付市民多項不同需要。建議推行的《護老儲蓄》計劃，是照顧老人的護理需要。根據《護老儲蓄》，僱主及僱員均須向個別儲蓄帳戶供款，用以投購長期護理保險，供款額合共相等於僱員薪金的1%。建議強制推行的保險計劃(即《聯合保健》)，則支付市民的龐大醫療費用。根據《聯合保健》，僱主及僱員須合共撥出薪金2%作為供款，以支付龐大及突如其來的醫療開支，包括住院護理及若干慢性疾病(如癌病及糖尿病)的專科門診護理。
- (e) 《競爭性一體化醫療護理》：這方案的融資安排與上一項的方案大致相同，但組合服務的範圍則擴大至包括預防疾病、門診護理、住院護理及康復護理。根據這方案，醫管局將重組成12至18個地區性醫療一體化系統。該等系統可與私人執業醫生及專科醫生簽訂合約，提供全面護理的界定組合服務。私家醫院及聯營醫生同樣可組成一體化系統，提供“全面護理”服務。

### **事務委員會的商議工作**

11. 在1999年4月12日會議上隨後進行的討論期間，委員就《護老儲蓄》及《聯合保健》提出多項問題。委員察悉，《護老儲蓄》的保障範圍並不包括配偶，因為70%的家庭夫婦兩人同為在職人士。《護老

儲蓄》的組合服務可作修改，將配偶納入保障範圍，但供款率會較高。部分委員關注到，除為強制性公積金(下稱“強積金”)供款外，僱員亦須為醫護服務供款，負擔相當沉重。

12. 衛生福利局局長回應時表示，政府對於如何改革醫護制度尚未有定案，並表示政府需要時間考慮日後應推行何種制度。儘管醫管局在醫護制度中擔當重要的角色及耗用大量資源，但政府並不希望只是透過考慮如何改革醫管局來進行零碎的改革。

13. 在1999年4月12日會議上進行初步討論後，事務委員會在隨後6次會議討論香港的醫護制度、未來改革方向及醫療融資問題。事務委員會邀請醫護專業團體及病人組織出席其中5次會議，表達他們的意見。

14. 在1999年6月28日的會議上，香港醫務委員會(下稱“醫委會”)告知委員，醫委會已決定要求所有普通科醫生須持續接受醫學教育。醫委會亦正考慮增加業外成員的數目，以提高該會的透明度及問責性。香港醫學專科學院(下稱“醫專學院”)告知委員，醫專學院會推行一項醫療服務質素保證制度，協助解決醫護服務質素參差的問題。至於香港醫護架構分裂隔離的問題，醫專學院認為加強基層護理及發展家庭醫學，是解決問題的有效方法。

15. 在1999年7月12日的會議上，香港醫學會(下稱“醫學會”)認為政府應更清晰界定公共醫療服務的角色及範疇。一個病人組織關注現行處理醫療事故的申訴機制的成效及透明度，並支持哈佛報告所建議設立申訴專員公署，負責處理醫護服務的投訴。席上亦曾討論“錢跟病人走”的概念及醫療融資方案。

16. 在1999年7月20日的會議上，消費者委員會支持哈佛報告的多項建議，包括設立醫療政策及經濟研究所，以決定如何將資源物盡其用；以及成立申訴專員公署，為投訴醫護服務的消費者提供協助。護理專業界的代表指出，哈佛報告並無詳細討論非醫療健康護理提供者在促進健康及預防疾病方面的角色，而擴大護士的職責範圍，使他們全面發揮潛能，有助提高服務的成本效益，使服務物超所值。

17. 香港大學商學院王于漸教授認為，香港現行醫療融資制度的問題，是容許以公帑資助的醫管局規模過大。醫管局的規模須予縮減，並須規限其職責範圍，以便其他服務提供者及融資模式可有發展空間。王教授指出，醫療融資改革與醫護改革不可分割，兩者互相關連。他贊成為醫護服務推行受資助的自願性保險制度，而非按哈佛專家小組所建議推行強制性保險安排。由於推行醫護改革需要大量的數據及資料，王教授支持設立醫療政策及經濟研究所。

18. 在1999年7月21日的事務委員會會議上，香港理工大學商業學系林本利博士建議政府應減少提供予醫管局的撥款，將減省的款項用以資助投購私營醫療保險的保費。為彌補減少的政府撥款，公營醫院及診所的用者收費應予提高，在7年內將收回成本的比率由當時的3%

提高至30%。林博士認為，這做法應不會對病人造成沉重的負擔，因為保險提供的保障會資助部分收費。林博士建議當局應向僱主及僱員提供稅務優惠，以鼓勵他們投購醫療保險。

19. 在1999年8月9日的事務委員會會議上，委員察悉，政府當局在完成分析該項諮詢工作收集所得的意見後，會在1999年年底發表諮詢文件，闡述政府當局就本港醫護制度的擬議發展方向。政府當局指出，除哈佛專家小組的建議外，公眾還提出最少兩項主要的方案，即醫療儲蓄計劃及自願性私人醫療保險。政府當局會在即將發表的諮詢文件內，嘗試列出各個方案的優點和缺點。

### **題為《你我齊參與 健康伴我行》的醫護改革諮詢文件**

20. 在2000年12月12日的事務委員會會議上，衛生福利局局長向委員簡介上述的諮詢文件。諮詢文件所載擬議的策略方針如下——

- (a) 加強預防疾病的工作；
- (b) 重整基層醫療服務；
- (c) 發展以社區、病人和知識為本的一體化醫護服務；
- (d) 改善公營和私營醫護服務的銜接；
- (e) 支援牙科護理服務；及
- (f) 推廣中醫藥的使用。

衛生福利局局長指出，該等建議是當局經審慎分析就哈佛報告接獲的意見，並與各方利益相關者討論後，才予以制訂。當局會進行為期16個星期的公眾諮詢，諮詢期於2001年3月31日結束。

21. 關於如何改善質素保證制度，政府當局建議從教育與培訓、系統支援及規管措施方面着手，改善質素保證機制。

22. 至於醫療融資方案，政府當局建議採取下列策略方針——

- (a) 減輕成本及提高生產力；
- (b) 改革公營醫護服務的收費制度；及
- (c) 設立頤康保障戶口。

23. 主要改革建議撮錄於**附件A**。

## 事務委員會的商議工作

### 頤康保障戶口計劃

24. 2000年12月12日的會議主要集中討論頤康保障戶口計劃。該計劃規定每名市民在40至64歲期間，必須將其收入1至2%存入個人戶口，用以支付其本人及配偶在65歲以後的醫療開支，並可因傷殘提前取用。部分委員反對頤康保障戶口計劃，因為在職人士已須將其薪金的5%作為強積金計劃的供款。他們均認為，額外供款會對低收入人士造成沉重負擔，該等人士大多已因經濟不景而凍薪或減薪。

25. 衛生福利局局長同樣認為，由於當時經濟尚未全面復甦，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，政府當局認為當時應諮詢市民對該計劃的意見。該計劃旨在減輕下一代的負擔，以及使公營醫護體系在財政上得以長遠維持。

26 衛生福利局局長向委員再次保證，政府當局會繼續資助公營醫護體系，並會廣泛諮詢市民的意見，才決定是否推行諮詢文件所載的各項建議；若決定推行建議，亦會諮詢市民應如何推行。

### 醫護服務架構改革

27. 在2001年1月8日的事務委員會會議上，委員討論諮詢文件第13至78段所載的醫護服務架構改革。委員就醫管局接辦衛生署提供的普通科門診服務及發展日間及社康護理計劃的建議提出問題。政府當局解釋，前一項建議是要令公營醫療機構的基層和中層醫療服務連成一體，後一項建議則是要確保資源以最符合成本效益的方法調配。

28. 至於公營和私營醫療機構工作量失衡的情況，政府當局指出，由於公營和私營機構收費相差極大，並無快捷簡易的方法可供收窄公營及私營醫療機構工作量分配的差距。政府當局不希望為矯正目前偏重一方的情況而大幅提高公營醫院的收費或干預私家醫院服務的定價。由於中產階層對收費訂於其可負擔水平的私家醫院服務有需求，醫管局會與私營醫療機構探討發展新的醫護產品，以便公營及私營醫療機構均可參與，從而擴大病人的選擇。

29. 一名委員認為，諮詢文件未能有助進行討論，因為有關建議並無包括任何細節。政府當局回應時表示，諮詢文件只載述建議大綱，是因為政府當局希望先聽取市民的意見，然後才制訂詳細的實施計劃。在制訂詳細計劃後，當局會再次諮詢市民的意見。政府當局表示，諮詢文件已採納由哈佛專家小組提出的多項建議。

## 質素保證制度的改革

30. 事務委員會在2001年2月12日的會議上討論諮詢文件第79至104段所載質素保證制度的改革。

31. 部分委員對在衛生署設立申訴處以協助病人提出申訴的建議表示關注，原因是他們認為該項建議有違公眾的看法，公眾認為該申訴處應為獨立組織。政府當局指出，衛生署將擔任健康倡導和監管醫護服務質素的角色，因此由該署負責處理醫護服務的投訴最為恰當。委員堅持認為，申訴處如非獨立於政府之外，並容許非業界人士擔任成員，便無法確保其公信力和中立性。當局可仿效海外一些國家的做法，在有需要時邀請外地的醫護專業人員提供專家意見。

32. 至於規定所有醫護專業人員必須持續進修才可續領執業證明書的建議，政府當局認為最適合的安排，是由所屬規管團體決定續領執業證明書需符合的持續進修規定，以及詳細的實施計劃。

## 醫護改革公眾諮詢報告

33. 在2001年7月17日的事務委員會會議上，政府當局向委員簡述醫護改革諮詢工作的結果及政府當局建議的路向。

### 獲得普遍支持的改革建議

34. 政府當局匯報，根據所接獲的意見書、從區議會收集所得的意見及政府當局在諮詢期間曾出席的簡報會，以下的改革建議獲得社會各界廣泛支持 ——

- (a) 在改革後衛生署作為健康倡導者的角色及加強預防疾病的工作；
- (b) 發展家庭醫學及以社區為本的綜合服務；
- (c) 於公營界別引入中醫藥；
- (d) 所有醫護專業人員進行持續進修；
- (e) 醫管局推行的控制成本措施；及
- (f) 改革收費制度(同時為窮困及有需要人士設立安全網的保障)。

委員察悉，當局已要求衛生署及醫管局就這些建議制訂實施計劃。

### 對改革建議有不同的意見

35. 政府當局匯報就以下的建議接獲不同的意見 ——

- (a) 由醫管局接辦普通科門診服務；

(b) 公私營界別合作；

(c) 牙科護理；

(d) 申訴處；及

(e) 頤康保障戶口。

36. 政府當局匯報，醫療儲蓄的概念頗受支持，而最近在2001年5月進行的意見調查亦顯示，更多受訪者認為強制性醫療儲蓄計劃(44%)較強制性社會保險計劃(28%)可取。政府當局並指出，為進一步諮詢公眾，政府當局正計劃就頤康保障戶口的不同架構及各項執行細節的可行性進行更深入研究。

37. **附件B**的列表撮錄了公眾對各項改革建議的主要意見及政府當局就各項建議提出的未來路向。

#### 其他正進行的工作

38. 政府當局告知事務委員會，當局已展開一個由美國加州柏克萊大學的醫療經濟學專家領導的顧問研究，以評估重整收費架構對公營及私營醫護服務使用情況的影響。政府當局亦正考慮委聘一個海外專家小組，就醫護改革的事宜及相關的政策事項提供意見。

#### 事務委員會的討論

39. 一名委員察悉，政府當局已聯同保險業界代表成立工作小組，尋求更緊密合作的領域，並制訂嶄新保險服務，以配合頤康保障戶口計劃的推行。該名委員詢問，政府當局是否已決定推行頤康保障戶口計劃的建議，即使市民對建議表示強烈保留亦不會改變其決定。衛生福利局局長解釋，由於公營醫護體系長遠而言不能單靠稅收維持開支，因而有需要推行頤康保障戶口計劃的建議。由於公眾對哈佛專家小組建議的《聯合保健》計劃反應欠佳，政府當局可以想到的最佳方案，是透過頤康保障戶口計劃資助公營醫護服務的開支。上文第36段提及的相關研究需時約18個月完成。待完成研究以掌握更多資料後，政府當局便能解答市民普遍關注的問題，例如供款比率、從戶口中取回存款作醫療開支的程序，以及施行的時間表等。

40. 至於收費架構的檢討，衛生福利局局長澄清，檢討的目的是研究如何令公帑用得其所，適當地資助各項服務。公帑應用於協助低收入人士，以及用於那些會對病人構成沉重經濟負擔的服務。衛生福利局局長向委員保證，即使調整收費，政府當局仍會繼續奉行一貫的政策，確保不會有人因經濟拮据而得不到適當的醫療照顧。公共醫護服務將繼續獲得政府大量補貼。病人如因身患重病或慢性疾病而難以負擔已獲政府大量補貼醫療費用的服務，將可享有類似現時撒瑪利亞基金的第二重保障。

## 其他相關討論

41. 在2002年11月5日的事務委員會會議上，當局向委員簡介重整公共醫療服務的費用及收費，包括向在公營醫院急症室求診的病人收費。2002年12月9日，政府當局向事務委員會簡介兩個公私營界別協調工作小組的工作進度，以及醫管局現時及日後為促進公營及私營醫療機構合作而採取的措施。政府當局亦分別在2002年4月8日及2002年7月8日的事務委員會會議上，向委員簡介衛生署職能重整及將普通科門診診所由衛生署轉交醫管局管理等事項。

42. 在2004年6月14日的事務委員會會議上，政府當局向委員匯報一項醫療融資初步研究的主要結果。政府當局指出，研究顯示在香港推行醫療儲蓄計劃是可行的。由於醫療融資問題複雜，加上新的融資安排會有深遠的影響，當局須進一步研究，以便制訂可長遠承擔開支、對所有市民公平，以及包含所有市民的新融資方案。待備妥更多有關新模式的細節時，政府當局會考慮社會的意見，並再次諮詢立法會、主要的利益相關人士和市民大眾。

## **近期發展**

43. 一如政府當局所建議，事務委員會將於2005年7月19日的下次會議上討論醫護改革的課題。

## **有關文件**

44. 請委員登入立法會網站(<http://www.legco.gov.hk>)，閱覽以下文件 ——

- (a) 有關醫護改革公眾諮詢的立法會參考資料摘要(檔號：HW CR 8/2/3921/96(00)及衛生福利局在2000年12月就“醫護改革諮詢文件”發出的政府當局文件)；
- (b) 政府當局題為“比較哈佛報告及醫護改革諮詢文件的建議”的資料文件(立法會CB(2)1737/00-01(03)號文件)；
- (c) 政府當局有關醫療融資的研究及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性的文件(立法會CB(2)2692/03-04(03)及CB(2)3138/03-04(01)號文件)；及
- (d) 事務委員會於1999年4月12日、1999年6月14日及28日、1999年7月12日、20日及21日、1999年8月9日、2000年12月12日、2001年1月8日、2001年2月12日、2001年7月17日、2002年4月8日、2002年7月8日、2002年11月5日，以及2004年6月14日舉行的各次會議的紀要。

## 有關質詢及議案

- (a) 麥國風議員在2001年4月25日的立法會會議上就醫管局接辦衛生署提供的普通科門診服務提出的書面質詢；及
- (b) 議員在立法會會議上動議的下列相關議案 ——
  - (i) 朱幼麟議員在2001年1月17日動議有關“加快將中醫藥納入公共醫護架構”的議案；
  - (ii) 周梁淑怡議員在2001年3月14日動議有關“醫護改革諮詢文件”的議案；
  - (iii) 麥國風議員在2004年1月14日動議有關“更完善的醫療融資政策”的議案；及
  - (iv) 郭家麒議員在2004年12月8日動議有關“醫療改革”的議案。

立法會秘書處

議會事務部2

2005年7月13日

附件 A

## 「你我齊參與 健康伴我行」 - 醫護改革諮詢文件

### 改革建議摘要

#### 前言

「你我齊參與 健康伴我行」醫護改革諮詢文件已於二零零零年十二月十二日發放向公眾諮詢。它為我們的醫護系統的三大環節 - 醫護服務架構、質素保證制度及醫療融資制度訂下十一項策略性改革建議。

#### 我們的抱負

2. 我們的抱負是透過我們的改革建議重建一個能夠提升市民的生活質素，協助個人發揮潛能的醫護系統。為了實現這個目的，醫護制度必須要能保障和促進市民的健康，向每個人提供終身全面醫護服務，提供方便周到、一視同仁、質素優良的醫護服務，同時須符合成本效益，開支要能持續應付，收費也要合符大眾能負擔得來的原則。我們在文件中強調促進健康是個人，社會及政府的共同責任。

#### 建議

##### (甲) 醫護服務架構的改革

3. 我們旨在向市民提供全面而連貫的醫護服務，我們建議：

- 衛生署帶頭推動各界合作，並鼓勵市民參與，務求加強疾病預防工作
- 推廣家庭醫學，發展各種基層護理服務，以強化基層醫護工作
- 促進護士、藥劑師及其他專職醫療人員作為基層護理工作者的角色，以切合發展一個以社區為本的服務網絡
- 將衛生署轄下的普通科門診服務轉交醫院管理局統籌運作，務求加強公營醫護系統內基層與專科間的服務銜接

- 推展日間護理和外展服務，使病人能安坐家中接受治療。這些服務須具全面性，並以病人為中心
- 鼓勵公私營界別的合作，使兩者的服務有更好的銜接。兩個界別更可共同發展新類型的醫療服務
- 發展一個能連繫公私醫護界別、福利界以及其他社區團體的電子醫療資訊系統，方便分享醫療資訊和為每位市民編製個人終身健康記錄
- 加強口腔健康預防與推廣工作，並鼓勵非政府機構以合宜的價錢市民提供牙齒護理服務
- 在公營醫護系統內提供中醫服務。我們會首先引入中醫門診服務，逐漸將服務擴展至公立醫院內，促進中西醫學合作

## (乙) 質素保證制度的改革

4. 我們旨在加強公眾對醫護服務質素的信心，我們建議：
  - 要求所有醫護專業人員持續進修，務使他們的知識和技術能與時並進
  - 與醫護專業人員共同研究，鼓勵他們接受有關環境、社會、行為、管理和溝通科學上的培訓，使他們能向病人提供全人護理服務
  - 鼓勵所有醫護機構建立質素保證機制，例如臨床工作審核和風險管理，以確保能經常保持高質素的服務水平
  - 鼓勵私家醫生增加收費的透明度，以及向病人說明他們有權選擇不在其診所內購買藥物。這建議可方便病人作出適當的選擇
  - 檢討有關私家醫院發牌、售賣藥物、合約醫療計劃與其他有關醫護服務的法例，找出需要改善的地方，以保障病人安全
  - 在衛生署內成立申訴處，調查病人的投訴。一旦調停無效，申

訴處會將調查結果轉交規管機構，考慮是否應該採取紀律行動

- 在衛生福利局下成立研究處，加強制定政策的能力

#### (丙) 醫療融資的各種方案

5. 我們旨在確保公營醫護體系有足夠經費供長期運作，我們建議：

- 在公營醫機構內厲行成本控制措施，以減慢整體成本上升速度
- 重新考慮如何將公帑投放在最有需要的地方，包括協助低收入人士及用於較昂貴的服務上
- 檢討現時公營醫護服務的收費制度，以求減低誤用和濫用情況，藉以控制成本
- 為經濟能力不穩定的人士提供保障，使他們能享有高水準的醫護服務
- 鼓勵自行投保，使病人可負擔在私營醫護界別的診費
- 推行頤康保障戶口，使病人有能力在退休後支付自己的醫療服務費用
- 詳細研究哈佛顧問提議的「護老儲蓄」計劃，用以支付長期護理的需要

6. 我們旨在透過混合風險分擔(即由公帑撥款)，個人責任(即繳付收費)和及早計劃在退休後的醫護需要(即儲蓄)的融資模式，確保公營醫體系有足夠經費供長期運作。在改革進程中，低收入人士的需要會受到保障，他們會繼續以可負擔的價錢，獲得高質素的服務，以至沒有人會因為經濟拮据而得不到足夠的醫療護理。

衛生福利局

二零零一年四月

## 附件 B

**醫護改革**  
**主要公眾意見摘要及建議的未來路向**

諮詢文件中的建議	一般公眾意見	建議的未來路向
加強衛生署健康倡導者的角色，並透過跨界別的力量以強化疾病預防的工作	社會廣泛支持	由衛生署於 2002 年底前制訂一長遠計劃以加強給予所有年齡人士的疾病預防工作
推廣家庭醫學，發展各種基層護理服務。將衛生署轄下的普通科門診轉交醫院管理局(醫管局)	公眾及政黨廣泛支持，但醫護專業人士因對建議是否能達到預期結合基層及專科護理服務的效果存疑，所以對此建議有所保留。	已落實執行於 2001/02 年度將五間普通科門診轉交醫管局的先導計劃，並獲得七千五百萬元撥款  衛生福利局已成立跨部門工作小組，研究有關建議的各項細節，例如職員過渡安排，質素的控制及未來服務量的釐定等。

改善醫護服務多是權 力文書	發展以社區為本的綜合醫護服務	社會廣泛支持	醫管局於 2001 年底前制訂計劃
	改善公私營界別合作	得到大眾的支持，但醫護專人員則認為政府必須先界定公營醫療服務的範疇才能改善公私營不平衡的問題。因此，他們並未對建議表示支持	將與私營醫療服務提供者，包括私家醫生及醫院商討，尋求可合作的領域  我們預期建議會於第一次會議後六個月提出
	加強牙科護理工作	社會批評欠缺給予低收入及長者的資助牙科服務	鼓勵更多非政府機構以自負盈虧的方式提供市民可負擔的牙科護理
	在公營醫護系統引入中醫藥	社會廣泛支持	研究如何最有效地在公營體系中提供中醫門診服務

改善質素保證制度	為醫護專業人員引入持續醫學進修及發展	社會廣泛支持	與各醫護專業團體展開對話，商討持續進修課程的模式及認可制度
	鼓勵所有醫護機構設立質素保證機制，以確保能提供一貫的質素水平	雖然未有廣泛討論，建議一般受社會支持	檢討及擴大公立醫院現存的機制，例如臨床工作常規，臨床工作審核及風險管理，並鼓勵私家醫院自願參與
	就現行規管診所運作，醫療設備使用及醫療服務提供進行全面檢討	雖然未有廣泛討論，建議一般受社會支持	擬定一系列可改善的地方；及在有需要時引進法例
	於衛生署轄下設立申訴處，以改善病人投訴機制	在改善的需要上有一般共識，但對衛生署的申訴處的角色及功能及權力存疑  在醫務委員會發生近日的事故後，引起社會大眾，尤其是立法會，關注現行的病人投訴機制。立法會衛生事務委員會已於其下成立小組委員會研究事件，小組委員會要求成立一個獨立的申訴處	衛生福利局正跟進立法會小組委員會的工作及等待改革醫務委員會工作小組的建議。

4

政策方案 建議	於衛生福利局下成立研究處，加強制定政策的能力	社會廣泛支持	一個初步由兩名醫生組成的研究處已於局內成立，以發展政策研究能力及為衛生福利局建議研究項目
	繼續執行現有的成本控制措施以減低成本	社會廣泛支持。	檢討現時醫管局的成本控制措施，並在 2002 年考慮進一步的成本控制方法。
	檢討現時公營醫護服務收費架構，以令資源能準確投放於最有需要的地方	社會普遍支持(但必須是為經濟拮据及有需要人士設置安全網)	一個由美國加州柏克萊大學的醫療經濟學專家領導的顧問研究經已展開。這項研究目的是評估重整收費架構對公營及私營醫護服務使用的影響。研究預期於 2002 年 3 月完成。

引入頤康保障戶口以補足長遠醫療經費的來源，及研究為長期護理需要而設的護老儲蓄計劃

社會各階層人士均持強烈保留態度。但有些人士則支持醫療儲蓄戶口的概念

廣泛支持作進一步研究

我們已跟保險業界代表成立工作小組，尋求合作的領域及探討能配合推行頤康保障戶口的新保險計劃

在展開涉及精算及醫護融資專家的深入研究前，我們會成立一個內部工作小組擬定研究的範疇及細則

我們將於 18 個月內完成研究。屆時，我們將再向市民諮詢

衛生福利局  
二零零一年七月