

香港未來醫療發展及融資

初步報告

智經研究中心

醫療研究小組

2007 年 7 月 10 日

香港

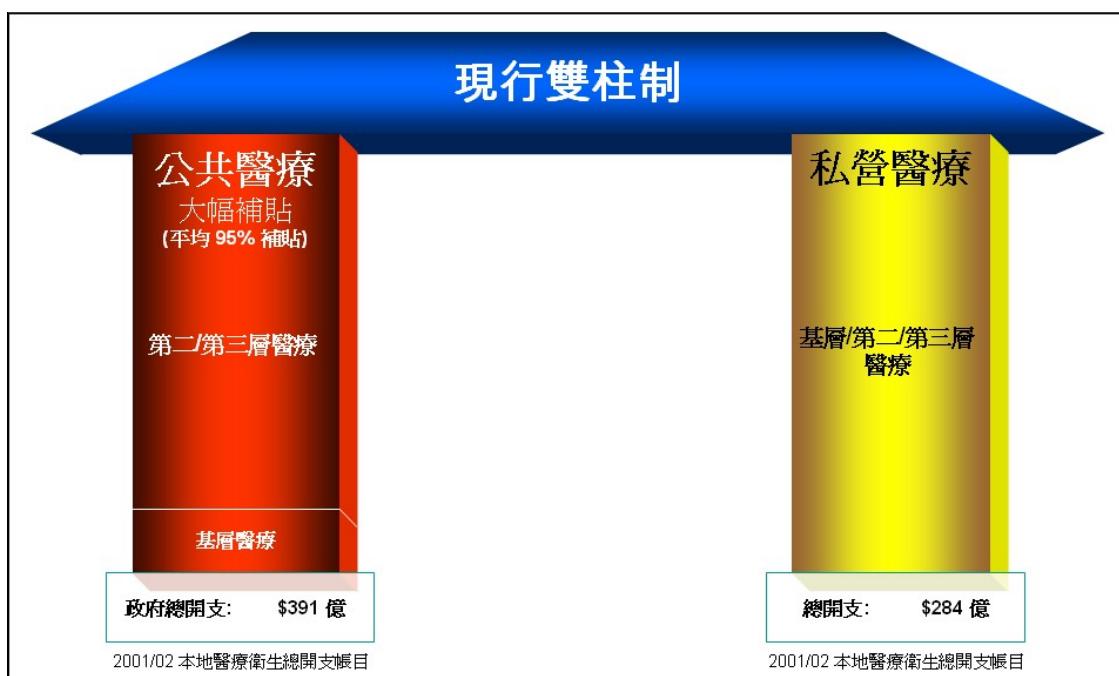
世界各地的醫療系統都面對日益劇增的挑戰 – 如何改善醫療服務的可及性、提高質量、控制醫療成本和開支。市民和決策者所要求的是物有所值、有協調性和高度重視健康及疾病預防的醫療服務以及短速的輪候時間和容易取得的資訊。各地政府均為此探討或實施各種醫療服務和融資制度改革，以面對社會不斷變遷所帶來的需求。

2. 香港的醫療制度經常得到世界各地人士的讚揚，包括低嬰兒死亡率、高平均壽命、醫療人員訓練有素和有專業水平、而市民更可享用廉價的公營醫療服務。
3. 但香港和其他醫療系統一樣仍然面對很多尚未解決的問題。以前所有的醫療改革建議就是反映出其問題仍然存在，香港市民是希望得到一個能滿足病人的需要及持久良好的醫療制度。
4. 本項研究目的是要為香港提出一個發展路向，強化香港的醫療體系，繼續保障和改善人民的健康、滿足病患者的需求和期望、及為將來醫療成本上漲作出準備。2006年8月，智經研究中心成立了一個醫療研究小組，在專家顧問協助下展開研究工作，研究小組的成員名單和工作範圍列於本報告書附錄 I。

香港的醫療服務和融資

5. 香港醫療服務提供和融資制度相對簡單（見圖 1）。私營普通科醫生提供超過

圖 1：香港現行的醫療制度



70%門診及主要基層服務。公營普通科門診提供了大約 15%的門診服務，使用者大部份是低收入人士和長期病患者。其餘 15%的門診由其他私營執業的其他醫療提供者提

供，當中以傳統中醫為主。門診服務的開支約佔整體醫療開支的 50%，其中 75%的門診費用由病者承擔，餘數則由僱主和保險支付¹。

6. 公營部門提供和支付大部份的專科和住院服務。醫院管理局擁有和管理超過 40 間公營醫療機構，並為香港提供超過 90%的病牀。醫管局轄下的機構提供高度補貼和全面性的服務。收入方面，醫管局 90%以上的收入來自香港政府一般稅收。目前，私家醫院提供了大約 6%的住院服務²。

7. 所有香港居民皆可使用公立醫院或診所的服務。付費很低，大部分由政府補貼。病人在公立醫院每日只需付 100 元的費用，此金額只佔每個病人每日平均住院總開支的 4%以下。除了「用者自付的醫療服務」(PPMI) 內的物品和「醫管局藥物名冊」以外的藥物³，這個每日收費包括所有費用。

8. 大部份的住院及專科醫療服務都是由政府支付及由公立醫院提供，但大部份的普通科門診服務皆由市民私人承擔和由私家醫生提供。這個制度由 1950 年代開始運作，至今沒有改變。此種安排曾受批評：服務過於分裂隔離、缺乏協調、公私營工作量失衡、基層與第二層及第三層醫療工作量失衡，因而從長期看，該制度是不能持續的⁴。

9. 在公立醫院系統內，所有醫護人員都是以固定薪金的形式獲取其報酬。政府給醫管局的撥款是以過去的撥款額、費用和設施為基礎，雖然近年來開始考慮轉往以人口數量作基礎，但是還未能做到「錢跟病人走」的模式。

10. 現時的制度沒有足夠的經濟誘因，使公立醫護人員積極地去回應病人的需要。但制度裡的負面誘因卻廣泛存在，例如提供優質服務的單位雖然能吸引更多病人，但該單位未必得到更多的資源。雖然此等負面誘因是存在的，但自從醫管局成立後，經過一連串的「管理改革」措施，公營醫院所提供的醫療服務質量有所改善，但支出亦同時大幅度增加⁵。近年來，情況改變，非急症的輪候時間明顯增長，持續惡化。

11. 2001 年至 2002 年度政府的總醫療支出是 391 億元，佔政府整體總支出約 14.5%。大約 90%的公營醫療款項撥歸醫管局使用，私人醫療開支與政府開支的總數大致相若。

12. 香港並沒有強制性的醫療保險或醫療儲蓄供款制度。雖然以工業國家標準而言香港是全球最低稅率地區之一，納稅人的比率亦偏低，但是公營醫院的服務費用幾乎是由政府的一般稅收獨力承擔。私家醫院服務則由病人直接付款或透過私人醫療保險支付。

¹ Health Welfare and Food Bureau 2007. <http://www.hwfb.gov.hk/statistics/en/dha.htm/>

² Health Welfare and Food Bureau 2007. <http://www.hwfb.gov.hk/statistics/en/dha.htm/>

³ Hospital Authority 2007. <http://www.ha.org.hk/>

⁴ Harvard Team 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System : Why and For Whom ?* HKSARG Printing Department; Leung G. 2006. Hong Kong's health spending – 1989 to 2033. *Proceedings of the Hospital Authority Convention 2006.*

⁵ Yuen, P P., Lo, C W H. 2000 Alternative delivery systems for public service in Hong Kong : the Hospital Authority vs. the Housing Authority *International Review of Public Administration*, 5, 2, 55-66.

以往改革的回顧

13. 自 1980 及 1990 年代開始，遠東國家大多推行了實質性的醫療融資的改革，但香港並沒有追隨。在 1980 年代，新加坡引入醫療儲蓄戶口和危疾醫療保險制度⁶。南韓和台灣亦分別在 1980 和 1990 年代建立全民醫療保險制度⁷。這些改革旨在提供全民式醫療服務，同時逐漸改變醫療融資過份依賴一般稅收的傳統模式。

14. 在香港，1980 至 1990 年代醫療改革的努力始於 1990 年成立之醫院管理局。但此舉並非一個醫療融資改革的措施，醫管局的成立只是重整公立醫院管理，引入企業管理文化和模式，而沒有改變支付醫院服務的融資方法，醫院服務融資依然以稅收為主，又沒有為公營醫院系統內引入任何競爭元素。

15. 當此制度的可持續性受到質疑時，醫療融資改革的討論導引政府推出一系列諮詢文件：《促進健康》⁸、《香港醫護改革：為何要改？為誰而改》⁹、《你我齊參與健康新時代》¹⁰、《創設健康未來》¹¹。以下各段介紹諮詢文件中各項主要建議，及其落實情況。

「一」《促進健康》

醫療融資改革的諮詢始於九十年代初，一份名為《促進健康》（以彩虹色彩作封面，故又稱《彩虹報告書》）的諮詢文件在 1993 年發表。該文件提出五項改革選擇：(一) 根據實際營運成本的一個百分率釐定，提高公立醫院收費；(二) 在公共醫院裡設立一些較昂貴的半私家病房和收取其他費用；(三) 通過政府的註冊，鼓勵私營醫療保險公司設立一些合適的保險計劃；(四) 為全民設立強制性醫療保險；及 (五) 為公立醫院訂立一張「核心」及「非核心」治療清單：病人若選擇「非核心」治療時，要付全費。

除設立半私家病房和登記私營醫療保險計劃兩項建議外，公眾與大部份的持份者對彩虹其他方案並不接受¹²，私營醫療保險註冊的計劃並沒有實行。雖然半私家病房在某些指定醫院嘗試推行，亦頗得病人歡迎，但由於私營醫院的反對，此計劃始終停留在試行階段。

⁶ Lim, M.K. 1998 Health care systems in transition II. Singapore: Part I. An overview of health care system in Singapore. *Journal of Public Health Medicine*, 20, 1, 16-22.

⁷ Kwon, S. 2000. Health care financing and delivery for the poor in Korea. *International Review of Public Administration*, 5, 2, 37-45; Hwang, Y.S., and Hill, M. 1997. The 1995 health reforms in Taiwan – An analysis of the policy process. *Hong Kong Public Administration*, 6, 2, 79-96.

⁸ Health and Welfare Branch 1993. *Towards Better Health*. Hong Kong: Printing Department of the Hong Kong Government.

⁹ Harvard Team 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System : Why and For Whom ?* HKSARG Printing Department

¹⁰ Health and Welfare Bureau 2000. *Lifelong Investment in Health: Consultation Document on Health Care Reform*. Hong Kong: Printing Department of the Government of the Hong Kong Special Administrative Region

¹¹ Health and Medical Development Advisory Committee 2005. *Building a Healthy Tomorrow: Discussion Paper on the Future Service Delivery Model for our Health Care System*, Health, Welfare and Food Bureau.

¹² Gauld, R., & Gould D. 2002. *The Hong Kong Health Sector*. HK: Chinese University Press, p.123-125.

「二」《哈佛報告書》

在 1997 年 11 月，政府委託哈佛大學公共衛生學院去重新評估香港的醫療融資問題。哈佛大學專家小組提出了數項融資方案，建議設立一個強制式的醫療保險 (HSP)、針對長期護理的醫療儲蓄及保險 (MEDISAGE)、及將龐大的醫管局重組為 12 至 18 個地區性「綜合醫療系統」(HIS)，以及一些旨在改革未來香港醫療服務和決策系統的建議¹³。

哈佛報告書引起社會廣泛討論。但最終強制式醫療保險之議並未得到社會支持。多個調查均顯示，少於 24% 的受訪者會支持強制式的醫療保險¹⁴。

「三」《你我齊參與健康伴我行》

在 2000 年尾發表的一份名為《你我齊參與健康伴我行》，是在十年內第三份的政府諮詢文件。由於社會對強制式醫療保險的建議不甚贊同，諮詢文件提出了名為「頤康保障戶口」(HPA) 的醫療儲蓄計劃，要求每位在職人士到達某個年齡，便要將收入的 1 至 2% 儲入這個戶口，用於將來達到 65 歲時支付公立醫院的醫療服務費用¹⁵。

由於建議計劃具有很多限制，此建議並未得到公眾或其他持份者支持。低收入人士自然反對，認為此計劃將會進一步減少他們可動用維持家計的金額。但中產人士和高收入者亦不支持，因為除了正常的稅務負擔外，他們還須要額外供款，而此計劃並不能保證他們日後可以得到一個更佳的服務或更多的選擇。

市民亦質疑 1% 的醫療儲蓄供款能否對整體醫療融資起到實質作用¹⁶。對於較高收入者，大筆金額將會被鎖在頤康保障戶口裡，而他們又不能用來購買私家醫療服務，他們自然反對。頤康保障戶口裡尚未動用的資金對於戶口持有人、政府或是醫管局都得益不大。

「四」《創設健康未來》

在 2005 年，政府透過健康與醫療發展諮詢委員會，對未來醫療服務模式發表了一份諮詢文件。雖然此文件並沒有為融資改革提出任何特定建議，文件強調基層醫療和家庭醫生的重要性，並釐清了公營醫院的角色是應側重于：(一) 急症服務、(二) 為低收入人仕提供服務、(三) 危疾處理和(四) 醫護專業人員的培訓。

16. 對於上述各份諮詢文件的多項建議，公眾明確的意向是比較支持漸進的改革，希望保留現存的以稅收作為醫療融資的主要來源的融資體系。

¹³Harvard Team 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System : Why and For Whom ?* HKSARG Printing Department

¹⁴Gauld, R., & Gould D. 2002. *The Hong Kong Health Sector*. HK: Chinese University Press, p.134-138.

¹⁵Health and Welfare Bureau 2000. *Lifelong Investment in Health: Consultation Document on Health Care Reform*. Hong Kong: Printing Department of the Government of the Hong Kong Special Administrative Region, p. 56.

¹⁶Gauld, R., & Gould D. 2002. *The Hong Kong Health Sector*. Hong Kong: Chinese University Press, p.160.

壓力點和關注重點

17. 香港的醫療系統雖然有很多優點，而且資源仍然充沛，但整體仍受到重重壓力，公營部分工作量過重、員工短缺日增、輪候時間增長。私家醫院整體規模細小，很容易受到具有主導性和得到大量資助的公營醫院的影響。很明顯的，維持現狀是不能滿足用家現時需要及其對未來的期望。

18. 我們應該如何為未來做好準備？有三個問題是特別值得關注，它們亦是香港醫療制度改革的重點：

「一」基層醫療服務未得到重視

香港的基層醫療服務的協調並不完善。服務每每是因應發病和以治療為導向，缺乏對疾病的持續性處理和預防。極少見到一個綜合性、跨專業、團隊式的醫療模式：由牙醫、護士、藥劑師、輔助醫療人員（包括物理治療師、職業治療師等）與家庭醫學專科醫生互相合作，在社區健康中心裏共同去提供一套全面性以家庭醫學為本的基層醫療。

病患者的醫療行為和文化主要是集中在尋求快速解決的方法，而不是著眼於預防或選擇一些健康的生活方式。公眾對基層醫療缺乏認識和重視，而他們亦過分依賴昂貴的第二及第三層的醫療服務。

「二」過分倚賴公營部分的第二及第三層醫療服務

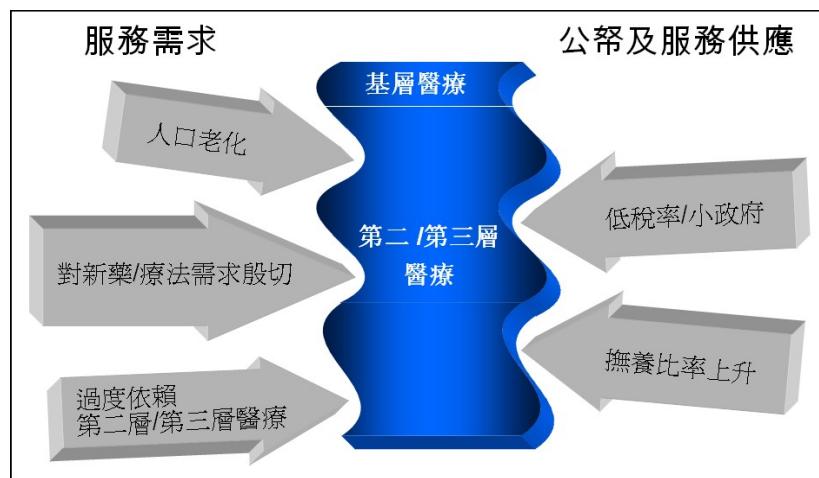
90%以上的第二及第三層醫療服務是由公營醫療機構提供。政府給予的資助是龐大的，大約佔 96%，用者只須付出很少費用就可享用公營醫療，此導致公營醫療承受到龐大壓力、引致病人輪候時間增加、員工工作量增加。

這種過分依賴公營醫療，延續了公營醫療的主導性，令到私營醫療難於發展，公營和私營醫療機構得到較公平競爭的局面難以實現。

「三」公營醫療系統的經濟持續性

由於香港要為全港市民提供一個廉價而高質素的醫療服務，此制度的持續性自然受到質疑。基於人口的老化、對新藥物及新治療方法的渴求、在《小政府、低稅率》的理念下，未來政府撥款的金額均會令公營醫療服務備受壓力（見圖 2）。如果制度不變，香港的醫療體制之持續性實是令人擔心。

圖 2：公營醫療壓力沉重



從另一個角度亦可去探討未來公營醫療財務的持續性。以 2001/02 年度而言，香港的醫療支出佔本地生產總值 (GDP) 的 5.5%。除非有適當的部署，此百分比會增加至 7.5% (2020 年) 及 9.3% (2030 年)¹⁷ (見圖 3)。2001/02 年度公營醫療開支佔總醫療開支的 57% 或 GDP 的 3.1%。如果此比例不變，公營醫療總開支將會在 2020 年升至 GDP 的 4.3% 及 2030 年的 5.3%。但是，若政府給予公營醫療的未來撥款保持在政府總開支的 17% 的話，公營醫療部分將只可達至 GDP 的 3.4%左右。

圖 3：香港醫療服務支出

	2001/02	2020	2030
醫療衛生開支佔國民生產總值百分比	5.5%	7.5%	9.3%
公營醫療服務開支佔國民生產總值百分比	3.1%	4.3%	5.3%
佔政府開支百分比	14.5%	21.5%	26.5%

資料來源: 本地醫療衛生總開支帳目 2001/02, 及梁桌偉醫生就醫療開支研究的推算, 2006
智經研究中心假設: 政府在醫療服務開支最高佔國民生產總值的 20%
公共醫療開支佔總醫療開支於 2020 年及 2030 年固定為 57%

到了 2020 和 2030 年，醫療開支佔政府總開支將會分別升到 21.5% 和 26.5%。這個百分比將會遠超現時的 17%，而這個負數差距亦顯示政府無法繼續承擔醫療消費，此財政制度明顯不能持續下去。

19. 但是香港的醫療制度長期以來都是本地居民的一個安全網，此個特徵應該繼續保留，以確保所有人都不會因經濟原因而得不到必需的治療，中產人士亦非常希望保留該安全網，以保障他們不會因為危疾而導致嚴重經濟負擔。

¹⁷ Leung G. 2006. Hong Kong's health spending – 1989 to 2033. *Proceedings of the Hospital Authority Convention 2006.*

改革的原則

20. 香港的醫療制度必須改革以確保它的持續性：供應者與使用者都必須更有效的運用資源，我們的制度必須提供更優質的服務和為用者提供更多選擇，用者必須為運用新服務項目和醫療成本上漲作出準備，尤其是在退休後的老年期。

21. 故此，香港的醫療制度改革應該秉持以下原則：

「一」改變個人行爲

- 對自己和家人健康負責。
- 提升基層醫療。
- 提高預防意識。
- 減少不必要住院服務需求。
- 盡早對退休後的醫療開支作出財務安排。

「二」改變政府行爲

- 透過教育、社區推廣和撥款資助，大力加強市民對基層醫療（如家庭醫生、個人健康檔案和預防）的重視。
- 繼續為社會低收入/中產人士提供醫療「安全網」。
- 鼓勵和支持市民追求更多、更佳的醫療選擇，並作出共同承擔。

「三」改變服務提供者行爲

- 改善服務水平，提高收費透明度，增加效率。
- 鼓勵公私營醫療競爭和合作，改善失衡狀況。

改革的選擇

22. 改革醫療制度必須以改善制度表現及提供誘因以加強和維護市民的健康為中心。改革範圍應包括管治、管理和融資的有效改變，以達成上述目標。

23. 雖然各地的社會、經濟和政治特質不同，醫療制度的統治、管理和服務提供的安排都朝著類似的方向發展。但各國的醫療融資機制卻大有不同，其中主要有四個模式：(一) 以稅收為本的模式；(二) 社會保障模式；(三) 私人保險模式；和(四) 醫療儲蓄模式。以下分析各種模式的特徵和優劣。

以稅收為本的模式

24. 政府用一般稅收支付醫療服務，通常會十分依賴入息稅、公司利得稅和間接稅；而非由政府支付的服務則多由用者支付或由私人保險承擔。醫療制度依賴稅收的國家或地區，包括英國、瑞典、及香港（主要是公營醫院服務），在這些制度下，政府會撥款給予一個衛生或醫院管理機構，然後再由它們資助公營醫院。病人使用公共醫療服務時，能得到大幅度資助。

25. 這種以稅收為融資基礎的醫療模式有以下優點：低行政費用和每個市民皆有同等享用公費資助的服務。而其弱點則包括：政府撥款多寡容易受到基本經濟表現的影響、各種不同的服務要從整體稅收裏爭奪資源、為迎合醫療需要的上昇而加稅極為困難、公營服務往往不是以消費者的方便作考慮、和以稅收為本的制度基本上是一種「隨收隨付」(pay-as-you-go) 制度。但是，這個制度不能解決人口老化的現象和跨代公平的問題 – 由於年輕納稅人比例的縮減，更導致下一代的稅率將會增加，以應長者的醫療服務需要。

社會醫療保險模式

26. 社會保險計劃一定是強制供款計劃。在這些計劃裏，所有在職人士（通常僱主亦會供款）均要向一個醫療保險基金供款，而這個基金通常由特設的獨立機構所管理。社會保障計劃採用社區供款率 (community rating)，即保費是與入息掛鈎而不是與個人的年齡和健康狀況掛鈎，從而全民受保的。社保基金會更能夠支付公營及私營服務提供者的費用。主要依賴社保形式去支付醫療服務的國家或地區包括有日本、臺灣、南韓、德國和加拿大。

27. 社會保障模式的優點有：基金的收入和支出都有較高的財政透明度，有需要時增加保費較增加稅率容易；由於此制度基本是「錢跟病人走」，故此，相對於以稅收為本的模式，服務會能更加迎合消費者的需要。但這個模式亦有其缺點：徵收保費和支付帳項的行政費較高；如果管理不善會導致不必要的服務濫用；與「以稅收為本」的模式一樣，社保制亦是「隨收隨付」的制度，不能解決人口老化和跨代公平的問題。

私營醫療保險模式

28. 與社保制不同，私營醫療保險通常是個人或團體（大部分是僱主）自願購買。保費會因保障項目和受保人的健康狀況而釐定（稱之為「經驗供款率」(experience rating)）。故此，長者及有大病記錄的人士要支付非常昂貴的保金。

29. 美國是主要依賴私營保險去支付醫療服務的唯一工業國家，大部分的在職人士是通過其僱主而得到醫療保險。而美國政府則有兩個以稅收為本的保險計劃（醫療援助計劃 Medicaid 和醫療保險計劃 Medicare）去支付低收入人士和長者的醫療費用。

30. 私營醫療保險亦在一些國家，如澳洲扮演一個重要角色。澳洲有一個強制性的國民保險制度，而私營保險是受政府管制和由市民自願參加的。所有註冊的保險計劃都要實行社區供款率，澳洲政府提供財政誘因去鼓勵國民購買已註冊的私人醫療保險計劃：私人保險投保人可以從其國家強制性醫療保險稅裏得到 30% 退稅回贈。

31. 私人保險提供的服務包括：可選擇私家醫生、選擇私家醫院、及為非緊急的疾病處理提供更有彈性的安排。私營醫療保險制度有以下的優點：在保障計劃和服務提供者方面有較大的選擇權、對有足夠保障範圍者而言，服務會是以消費者為中心的。其缺點則包括：高行政費；若管理不善會有濫用情況；失業者、長者與長期病患者則難以獲得保障計劃。

醫療儲蓄模式

32. 與保險模式不同（保險是以每年為限，所有參加者向一個基金供款累積，用作支付該年所有費用），醫療儲蓄模式是把供款儲存在個人戶口，可以作長時間累積，而醫療儲蓄帳戶供款通常都是強制性的。這些醫療儲蓄帳戶是嘗試解決人口老化和跨代公平的問題的措施：每個人為自己退休後的醫療需要儲蓄，而不是加重下一代的負擔。新加坡是第一個採納這個制度的國家，而醫療儲蓄計劃亦在中國和美國出現。

33. 醫療儲蓄模式的優點包括比較受到社會人士的接納（供款不會湮沒於一個保費或稅款的黑洞，而保留在參加者的戶口裏）。這個模式又是唯一有效解決跨代公平問題的方法，可維護使用者權利，較之於保險制和稅收支付制而言，使用者會更審慎的運用自己的儲蓄帳戶金錢。儲蓄計劃的缺點則包括儲蓄計劃缺乏風險分擔的功能，使到參加者在危疾發生時迅速用光帳戶結餘（解決此問題可以政府為參加者承擔醫治危疾的風險撥款作擔保，或可准許用儲蓄帳戶的金額購買危疾保險）。另一個缺點是參加者要承擔較高的行政費（包括徵收、支付和基金管理等）。

研究結果

34. 以上的融資方法都不可以為其醫療制度解決所有問題。當社會變得更複雜和多元化時，單一的融資辦法是不能滿足非常複雜的醫療制度的需要和變化。更由於香港的醫療改革是需要滿足不斷改變的使用者及服務提供者的期望，香港需要一個嶄新的融資模式。

建議：新醫療模式

35. 基於各種醫療融資模式的利弊分析、必須保留目前以稅收為本的醫療融資機制、及基於政府承諾將 17% 總支出用於公共醫療費用，研究小組建議推行一個「三柱制」的醫療制度（見圖 4）。

圖 4：建議的新醫療制度



「三柱制」醫療制度

36. 「三柱制」醫療制度包括：(一) 第一支柱服務，可依然獲得政府 85% 至 100% 補貼，是香港居民的安全網，包括目前公立體系提供的基本醫療服務；(二) 第二支柱服務，可獲得平均 50% 政府補貼（但補貼額原則上不應多於第一支柱類同服務的補貼額），服務包括第一支柱服務的提升和創新的長期護理服務；(三) 第三支柱服務，沒有政府補貼，用者自負的醫療項目，用者可以選擇是否使用，可通過個人儲蓄或私營保險用者自支付。

37. 我們建議第一支柱和第二支柱服務組成如下：

「一」第一支柱服務

第一支柱服務用以解決香港居民的基本醫療需求，提供高成本效益的治療從而保護和促進個人和全民健康，能夠及早發現和檢查疾病、殘障問題，要確保香港居民不會因財務問題無法獲得必要的醫療服務。

第一支柱服務會基本上覆蓋目前公營部門所提供的服務，包括醫院管理局提供的住院和門診服務、衛生署提供的基層醫療服務等。同時第一支柱服務的範圍和質素不會低於市民今天可以得到的水平。

「二」第二支柱服務

第二支柱服務是第一支柱服務的延伸和強化，為用者提供更多、更佳治療、醫藥、服務提供者和病房設施的選擇，包括一個新的融資模式去支付以下的擴展基層醫療服務、長期醫療護理服務、和擴展第二及第三層醫療服務：

- **擴展基層醫療服務應當包括 -**
 - 為新生嬰兒同其母親建立個人健康檔案的一項健康評估，以此鼓勵他們與家庭醫生維持持續關係。建議政府考慮推行資助計劃為每個新生嬰兒和母親啓動健康檔案戶口及有關的費用，以助母親更好地瞭解預防醫療和家庭醫學，並日後為幼兒提供適當的健康諮詢；
 - 循證為本、按年齡的健康檢查或評估；
 - 定立「疾病管理計劃」：利用認可的高成效治療方法針對某些指定的疾病；及
 - 可對指定服務選擇服務提供者 - 公營機構（衛生署，醫院管理局）以及採用家庭醫藥理念的私家醫生。
- **長期醫療護理服務**：包括特別膳宿和設施、善終服務和緩和治療、長期住院式復康、日間式復康、和社區式復康。補貼特別膳宿應該受監管，以範圍、規模、標準和服務地點等作為考慮的因素。

- **擴展的第二及第三層醫療服務**：包括給使用者以下的選擇 –
 - 新診斷和治療方法：包括化測、放射檢查、幹預治療程式、藥物、消耗品、義肢及其他治療所用的附件和小儀器。這些治療與產品都相對於傳統診斷和治療方法的顯著優勢還沒有得到完全臨床證實，而不屬於第一支柱服務提供範圍 – 這些類別包括衆多產品和服務，例如：
 - ◆ 一些目前用者自付的醫療服務 (PPMI) 和自費項目；
 - ◆ 一些臨床益處不明顯，或其長處還沒有完全得到臨床證實的微創手術或其他治療方法；
 - ◆ 第一支柱服務下正常臨床適應症相對的特殊外科手術消耗品，比如非標準或特殊義肢結合；
 - ◆ 第一支柱服務範圍外的特殊手術類型，例如治療病態肥胖症的胃繞道手術；及
 - ◆ 仍有待評估的新技術，例如機器人手術。
 - 更佳的病房設施。
 - 非緊急醫療較短的輪候時間。

「三」第三支柱服務

第三支柱服務是指沒有政府補貼的私營服務，包括普通科門診和一些不治療也不會引發不良後果的治療、護理或服務。例子包括改善或維持生活方式的服務、美容療程、中央藥物名冊外的藥物、輔助生育、一些牙醫科護理和驗光配眼鏡的服務。

當然一些使用者有可能選擇去私營醫療機構接受第一支柱或第二支柱服務。在這種情況下，他們需要自己負擔全部費用。

38. 我們預料到日後決定那些服務應該屬於第一或第二支柱可能會有爭論。因此，我們建議成立一個指定組織去負責這項工作。該組織須不斷留意人口和病症的轉變，新科技的發展，社會價值觀（可透過公眾諮詢），及政府的財政狀況。

更多、更佳基層醫療選擇

39. 我們認為獲得一個高效醫療系統，必要加強和維護香港基層醫療服務。因此，我們建議政府考慮並實施下列事項作為改革的必要部分：

「一」促進社區網絡的建立，通過包括由牙醫、護士、藥劑師和輔助醫療人士共同認可的註冊基層醫生合作的跨專業團隊提供基層醫療服務。

「二」建立基層醫生名冊 – 最初可以包括任何承諾並聲明從事家庭醫學的醫生或牙醫，註冊要求會比較嚴格，按同業意見、使用者的期望等；基層醫生的註冊可以置於香港醫務委員會下，類似現有的專科醫生註冊。

「三」實施認可的服務提供者的質素保證機制（可以是自我審核，同行審核或由一家認可機構審核）。這是對加入未來政府補貼擴展基層醫療項目的服務提供者的一項要求。

「四」推廣以生命階段作基礎的健康檢查計劃，政府按循證醫學及業界的共識定出成年人和長者健康檢查的補貼程度。

「五」發展一個無縫的基層醫療、預防醫療、第二層醫療的系統，並有便攜式電子病歷，以便基層醫療服務提供者能夠更有效地幫助患者去獲得最適當的醫療服務，以及有需要時和專科醫生聯絡。

個人醫療儲蓄戶口

40. 在評估其他地方現行醫療融資方法及香港醫療系統的需求及其目前以「稅收為本」的醫療融資方法的利弊後，我們得出的結論是香港現時擁有一套高效率的的融資制度，能提供市民所需的基本醫療服務（或第一支柱醫療服務）。但是政府的財政能力不能補貼所有香港未來醫療需求的支出，所以這制度對第二支柱的服務只能提供有限的服務。如果沒有新的資源進入，香港的公共醫療體系將無法持續。

41. 除了以「稅收為本」的融資系統，我們考慮引入「醫療儲蓄戶口」計劃，以確保香港居民積累資金以應對他們未來的醫療需求，尤其是他們在退休後的需求。這計劃應該對一定收入之上的在職人士強制執行。雖然第一支柱提供了安全網給香港居民的基本醫療需要，市民也應對自己的健康承擔部分責任，特別是在預防方面及在老年時期的問題。

42. 我們建議「醫療儲蓄戶口」作為對香港目前非常成功的以「稅收為本」的融資模式的補充。這一計劃的基本特點如下：

「一」基本原則

- 稅收會繼續是第一支柱服務的主要財政來源。
- 長遠來說，以稅為本的融資模式可能不足夠，因為：
 - 人口老化：老齡人口增多，納稅人口減少；
 - 新技術和新藥物的需求；及
 - 香港繼續保持為低稅率體系。
- 以個人「醫療儲蓄戶口」去補充以稅為本的融資模式。
- 來自「醫療儲蓄戶口」的資金會基本上用於對老年人的醫療服務和新技術。
- 額外的資源也將被用來為消費者提供更多選擇，並用來購買一些成效高的醫療服務（特別在高齡時期）。

- 通過參與個人「醫療儲蓄戶口」，個人為自身健康的意識也會逐漸形成。

「二」用途

- 「醫療儲蓄戶口」的資金可以用於支付：
- 第一支柱的收費。
 - 有補貼的第二支柱服務：例如，當公立醫院容量不能承擔或私營醫院能提供較廉價服務，使用者經採購機構同意可採用私營醫院或診所提供的第二支柱的服務。
 - 65 歲後購買第三支柱（沒有補貼）服務。
 - 經政府核准的保險：例如 65 歲後的住院計劃、長期護理計劃、和一些適用於 65 歲前的危疾保險計劃。

「三」參與者

- 所有香港居民都合資格參與該計劃。對於在職人士來說，這個計劃是強制性的，而低收入者卻可獲豁免。
- 參與計劃的供款者可以通過「醫療儲蓄戶口」為直系親屬支付指定服務的費用。

「四」行政

- 現行的強積金制度將用來籌集參與者的供款資金和確保計劃得到執行，以減少成立及未來的交易成本。
- 「醫療儲蓄戶口」中的資金可投資於較為保守的強積金基金（鑑於提款時期不能確定，我們傾向於保守的投資）。
- 成立一個新的處理付款的機構，以便處理及扣除個人戶口的資金，並把資金轉到核准的醫療服務供應者。

「五」供款

- 要令到計劃可行，在職人士的供款率可介乎於 1% 至 5% 之間。
- 收入極低人士將有豁免，而對高收入者的供款亦有最高限額（類似目前的強積金法規，最低和最高每月收入水平分別為 \$5,000 和 \$20,000）。
- 鼓勵僱主自願參加供款，特別是那些未為僱員提供醫療保險的僱主。
- 允許自願式每月供款或一次過供款以便加速儲蓄是允許的。

- 為防止太大量的儲蓄積累，過量政府補貼的使用，及有可能避稅，每戶口均會設定最高供款額。

「六」提款

- 為確保有足夠的資金應付退休後的醫療開支，每一個戶口需要設有最低結餘。如果帳戶結餘高於最低要求，帳戶持有人可在 65 歲前動用高於最低結餘的款項。在特定情況下（例如：某些大病或有循證基礎的健康檢查），帳戶持有人亦可動用戶口內低於最低結餘的款項。
- 參與者逝世後，未用的結餘將被視為參與者遺產的一部分。

43. 為了更好地照顧僱員醫療需要，我們建議政府鼓勵大小僱主為其僱員購買適當的醫療保險，僱主和僱員共同承擔醫療負擔是醫療融資成功的關鍵。

架構改革

44. 要達到醫療改革的目的，同時確保持新制度的持續性，必須有一套有效的制度安排才能發揮醫療體系的各項功能。有四個重要功能 – 管治，採購，支付，和服務提供 – 必須要有指定組織負責，而設計這些組織時必須確保其職責明確，分配有道，以便執行有效：

「一」領航

成立一個新指定的組織（例如「健康委員會」），獨立於行政部門，向政府就醫療政策、發展策略、及績效水平提供意見。制定第一和第二支柱服務範圍，及收集統計數據，適時發放資訊。

「二」購買

成立一個機構從事採購。該機構負責決定公共資助醫療服務的範圍和程度（數量）、收費表、付款機制、及審批外判服務，而這些採購功能亦應與服務提供功能分開。關於「分開購買者與提供者功能」的理念詳見於附錄 II。

「三」支付

利用現有強積金制度收取「醫療儲蓄戶口」的供款。但費用的支付需要成立一個新的機構來處理，而參加者的醫療費用可從供款中扣出。

「四」服務提供

醫療服務的提供有賴於私營和公營部門共同合作。醫管局為政府資助和補貼的醫療服務的主要提供者。其他醫療服務的提供者包括衛生署、私家醫院、診所、化驗室以及其他被採購機構指定提供第一和第二支柱服務的醫療機構及專業人員。醫療服務的提供者或機構與購買者應獨立分開。

結論

45. 我們建議：

- 「一」建立一個「三柱制」的醫療制度去確保現有的優勢及達到改革的目的；
- 「二」建立新的融資制度，引入「醫療儲蓄戶口」計劃，加強用者的財務支付能力和增加用者對醫療服務的選擇；
- 「三」強化架構的安排以便改善醫療服務的質量、增廣服務的可及性、及加強物有所值的目標，從而促進健康。

智經研究中心
醫療研究小組

成員名單

1	陳德霖先生 (召集人) Mr Norman Chan (Convenor)	智經研究中心主席 Chairman and Director, Bauhinia Foundation Research Centre
2	李國棟醫生 Dr Donald Li	智經研究中心顧問 Adviser, Bauhinia Foundation Research Centre
3	區結成醫生 Dr Derrick Au	九龍醫院行政總監 Hospital Chief Executive, Kowloon Hospital
4	陳鉅源先生 Mr Thomas Chan	新鴻基地產發展有限公司執行董事 Executive Director, Sun Hung Kai Properties
5	鄭崇羔醫生 Dr Charles Cheng	香港浸會醫院董事會主席 Chairman, Board of Directors, Hong Kong Baptist Hospital
6	張仁良教授 Prof Stephen Cheung	香港城市大學商學院經濟及金融學講座教授 Professor (Chair) of Finance, Department of Economics and Finance, City University of Hong Kong
7	莊綺雯女士 Ms Rachel Chong	三十會執委會成員 Core Member of 30SGroup
8	鍾惠玲博士 Dr Margaret Chung	再生會榮譽主席 Founder and Honorary Chairperson, Regeneration Society
9	葛菲雪教授 Prof Sian Griffiths	香港中文大學公共衛生學院院長及教授 Dean, School of Public Health, The Chinese University of Hong Kong
10	許曉輝女士 Ms Florence Hui	金融界 Financial Services
11	李國麟博士 Dr Joseph Lee	香港公開大學護理學課程主任 Assistant Professor of Nursing, The Open University of Hong Kong
12	李伯偉先生 Mr Lee Pak Wai	醫院管理局總藥劑師 Chief Pharmacist, Hospital Authority
13	沈茂輝先生 Mr Michael Somerville	香港工商專業聯會醫療委員會主席 Chairman, Health Care Committee, Business & Professionals Federation of Hong Kong

14	鄧惠瓊教授 Prof Grace Tang	香港醫學專科學院主席 President, Hong Kong Academy of Medicine
15	陶黎寶華教授 Prof Julia Tao	香港城市大學公共及社會行政學系教授 Professor, Department of Public and Social Administration, City University of Hong Kong
16	楊家聲先生 Mr Yeung Ka Sing	香港房屋協會主席 Chairman, Hong Kong Housing Society

顧問

1	廖錫堯博士 Dr Geoffrey Lieu	醫療政策研究學院創辦人 Founder, The Institute for Health Policy and Systems Research
2	阮博文教授 Prof Peter Yuen	香港理工大學公共政策研究所教授 Professor, Public Policy Research Institute, The Hong Kong Polytechnic University

工作範圍

多年來醫療改革已在政府的日程內，但是公眾對以前各種建議並不表示強烈支持。最近，社會又發覺改革醫療制度有迫切需要，醫療服務和融資改革要確保全民能繼續獲得並能負擔的醫療服務。所以，香港要對其未來醫療改革需要和選擇作出一個重點評估觀，目的是要發展出一套整體性的政策，為未來醫療發展和融資作指引。

醫療研究小組考慮了上述要點，並顧及政策的漏洞和議題，認為我們必須面對和迎合香港市民（特別是年老長者）未來的醫療服務和融資要求，小組將會：

- 「一」檢視、討論及提出適合於香港的一套醫療服務特質和發展的綱領；
- 「二」確認一套誘因系統去引導和加強醫療持份者的理想行為；
- 「三」建議一個融資模式（包括支付選擇和供款機制）促進一個有效率、以使用者為本和財政可持續的香港醫療制度的發展；
- 「四」建議一些適當的制度安排，促使一套理想的醫療制度可以有效實行。

醫療服務購買者與提供者職責分離(PPS)的概念

綜述

1. 在醫療方面，服務購買者與提供者職責的分離並不是新的事情，尤其是在私營市場。所有醫療的資付者，包括給它們的成員提供醫療保險的保險公司和僱主，在某種程度上已經擔當着購買者的角色。最近在公共醫療系統中，有購買者與提供者職責分離的出現，例如英國國家醫療服務體系 (NHS)，它在 1990 年代引入持基金的普通科醫生 (GP fundholding) 來體驗購買者與提供者職責分離的概念。

購買者與提供者職責分離的定義(PPS)

2. 購買者與提供者職責分離的定義如下：購買者是代表用戶決定將得到什麼醫療服務的一方，提供者是將醫療服務項目提供給用戶的一方。透過這個安排服務結果，可寫進服務協議裡。

3. 起初，分離購買者和提供者職責是為促進公營機構內部市場的發展，在這個市場中，購買者從提供者那裡購買醫療服務。這樣做的目的是為了引入市場誘因，以提高第二及第三層醫療服務的效率和公開醫療成果。

4. 購買者代表當地的市民，他們作為病人代理又是專業的醫療持續買者，並要負上財政的責任。通過一個民主的決策過程，購買者可挑戰基層和第二層醫療服務的資源分配方式，並明確說明提供者應有的服務。1990 年代英國國家醫療服務體系 (NHS) 裡的基層醫療服務基金會(Primary Care Trust)的基金持有人，就是這種角色的一個例子。

5. 但是英國 NHS 的經驗所示，內部市場的效果，未得到充分發揮，特別是在那些只有很少數提供者的社區。如今英國 NHS 的安排採取醫療服務委託的方式(health services commissioning)，通過此方式購買者和提供者進行更多互相瞭解，更好地發展合作關係，以滿足用戶的醫療需求和期望。

主要參與者

6. 這個關於購買者和提供者的概念，在實踐中有四個主要的參與者，其角色可以描述如下：

「一」資付者：負責獲取和分配資金給購買者。資付者可以制定詳細的政策，監控購買者的表現，以及管理任何關於購買者與提供者關係的規則。

「二」購買者：評估社區醫療需要和確定如何改進社區醫療的健康。他們定出服務的優先次序及詳細說明，以及與提供者達成協議。

「三」提供者：根據服務的協定提供醫療服務，所提供的服務品質和數量必須對購買者負責。

「四」擁有者：負責保障在公營機構中的人員，財政和財產，以確保政府資源得到適當回報。

國外經驗

7. 以下提供新西蘭、澳大利亞、芬蘭、英國及美國推行購買者與提供者制度的特徵與經驗作為參考。其操作模式和經驗的比較亦簡列於本文末段的圖示一。

8. 在澳大利亞，新西蘭和英國，中央政府指定和資助購買者。在芬蘭，則是由地方政府來負責執行，資金來源於地方稅收以及中央稅收。在美國，醫療集團 (managed care organization) 是商業機構，其董事會必須對股東負責。在這些國家中，購買者的管治委員會向社區負責。

9. 購買職責的範疇在這五個國家當中各有不同。其中，購買者職權最大的就是新西蘭，他們能夠獲得所有的醫療和社會服務項目，包括家務助理服務以及管理傷殘津貼。

10. 除英國外，購買者與提供者的職責分離比較全面。在英國，購買者和提供者被迫集中在一個綜合市場之中合作，雙方各自的決策和活動都受另一方牽制。

「一」醫療的資付者是中央機關，即 NHS 的執行部門。統一購買機構按人頭獲得撥款，持基金的普通科醫生 (GP fundholders) 也會獲得撥款。另外公立醫院 (NHS trusts) 按人口和病床數量，亦獲得資助。

「二」提供者將他們服務的價格設定為與實際的成本一致。此外，他們也不能用撥款資助其服務項目。

「三」英國的改革未能促使一個真正醫療市場正常運作：提供者沒有創新的積極性，或提供較便宜的服務，因為可能會在總體上減少收入。同時，購買者也不會刻意尋找最合適的服務，而且只與有為數不多的提供者訂立合約。這個系統產生相當多既費錢又費時的程序。

「四」2004 年成立的醫療委員會 (Healthcare Commission)，旨在評估和報導英國國家醫療服務體系 (NHS) 和獨立醫療組織的表現，目的是確保他們能夠提供高質素的醫療和不斷改進其服務以及機構體系。政府的資源分配都參與其評估報告。

11. 政府對以稅收為基礎的醫療服務的影響水平，不同的國家各有不同。在英國和澳大利亞，這個影響就很大。然而，在芬蘭，受到中央政府的影響就不大，有 450 個地方政府有顯著的影響。

12. 五個國家的購買者和提供者之間的合作都是通過合約來協商的。這些合約都具有非常不同的特徵，美國是有法律約束力的合約及容許價格波動的合約。英國則規定

價格等於成本及說明服務範疇和本質的年度合約。協議的本質在很大程度上會影響醫療體系的功能。

13. 在這些改革中一個非常值得注意的結果是，他們都很依賴有關的資訊來製定合約和監察對方。五個國家都非常重視平衡保持精確性與控制不斷增加的運營成本。

14. 在這五個國家當中，市民負擔能力極為重要。這些改革針對供求的相關事務，以及處理負擔醫療費用的問題。

贊成和反對購買者與提供者職責分離的觀點

15. 購買者與提供者職責分離 (PPS) 的優點有：

「一」購買者會重視成本效益。因此，提供者也會嚴格地遵守財務規則，並會全面地瞭解他們自己的成本。

「二」由於有嚴格的購買指標，購買者能夠從提供者那裡得到有質素的服務。相應地，提供者也會不斷地進行質量改進和研究。

「三」在公營內部市場中，各組織會為成本效益和品質進行競爭。

「四」購買者有選擇權，他們可以選擇私營機構的服務。公營提供者與私營提供者不得不建立各自的競爭優勢。不管是公營的還是私營的，競爭都可以提高醫療服務質素。

「五」購買者也可以為某些高成本的治療給予特定的津貼，以確保提供者會繼續提供高質量的醫療。

「六」一些活動，例如對醫科生的培訓，可以另外獲得政府的撥款。

16. 購買者與提供者職責分離 (PPS) 的局限有：

「一」管理費用可能會增加。雖然其他國家的早期經驗顯示，分離並沒有導致明顯的成本增加。

「二」如果購買者也可以從私營機構採購醫療服務，那麼病人有可能會轉移到私營機構去。因此，公營醫療服務可能會因此而得不到足夠資金，以至不能發展和改進其服務。

「三」多年來沒有改變過的公營醫療系統，可能還沒有做好進行購買者與提供者職責分離(PPS)這一安排的準備，可能會導致醫療服務質素下降。

圖示一：五個特選的國家的購買和提供醫療服務的主要特徵

	購買組織	委員會	購買者責任的範疇	購買者與提供者職責的分離	中央政策指導的程度	合約機制	資源背景	全科醫生(GP)的購買	經驗
新西蘭	獨立的公營機構，對部長負責（提供者向個別部長負責）	政府委任	所有醫療服務，包括護理中心	幾乎全部	輕微的	合法的合約，數量規範細節，價格與成本不等同	沒有增長	大部分服務屬計劃型	從 1993 年 7 月開始
澳大利亞	對國家和省部長都負責的公營機構；購買者和提供者被“中國牆”所分開	政府委任	大部分第二及第三層醫療服務和社區醫療服務	在兩個省有計劃實行(1995/6)	直接指導，省也可以同時購買	非正式的合約 1994/5；價格與成本不等同	沒有增長	(南澳大利亞)計畫，(西澳大利亞)大部分的服務	西澳大利亞-1993 開始；南澳大利亞-1995 開始
芬蘭	獨立的地方機構【450 個市鎮（各有 5000–40000 人口）也購買公民和福利服務】	選舉產生	大部分醫療和福利	幾乎全部	輕微的	數量規範細節受防礙，數量合約與成本不等同	沒有增長	是的，所有服務	從 1995 年開始，在接下來的 14 個月逐步實施
英國	他們需對中央行政管理部門和持基金的普通科醫生(GP fundholders)，對部長獨立的公營機構負責	非行政的委任和行政主管	大部分第三層醫療服務，所有第二層醫療服務，一些基層醫療服務和所有社區服務	各種不同組織緊密聯系	顯著的	數量規範細節受防礙，（通常是這樣，但是也有一些成本和數量受防礙），不合法，但是相當成熟；價格與成本不等同	有一些增長	是的，部分計畫（大概覆蓋 30% 的人口）	三年
美國	為五十萬人口投保，與各種優選的醫療服務提供者簽訂合約	以盈利為目的的股東或者非盈利組織	所有醫療服務，包括護理中心	全部	沒有（除財政政策外）	非常成熟；合約的價格與成本不等	有增長	沒有，但是普通科醫生(GPs)在購買中有金融股份	許多年

來源: Mason, Alastair and Morgan, Kieran 1995. Purchaser-provider: the international dimension. *British Medical Journal*, 28 January, Vol. 310, pp 231-23

附錄 III

智經回應公眾對醫療發展報告關注

智經研究中心〔中心〕醫療研究小組於 2007 年 6 月 6 日發表「香港未來醫療發展及融資」初步報告，引起公眾對醫療改革的廣泛討論。

報告發表後，中心收到來自個人和團體的回應。中心並於 6 月 23 日舉辦醫療改革論壇，聽取各界人士對報告的意見。

以下是我們歸納和回應各界對報告的一些關注和疑問：

關注（一）：醫療儲蓄供款除大病和獲政府預先批准外，要待六十五歲後才可使用。這樣安排欠缺彈性，對病人根本沒有幫助。

回應（一）：報告並沒有提出這方面的限制。根據中心的初步建議，醫療儲蓄在六十五歲前可用以購買第一和第二支柱的服務，六十五歲後更可購買私營醫療（即第三支柱）服務。

為應付退休後的醫療開支，中心初步建議戶口應設有最低結餘要求，但即使結餘低於要求水平，市民仍可在某些情況（例如經確診為大病）下動用款項。在聽各界意見後，中心正考慮是否應取消最低結餘的建議，令市民在有醫療需要時可動用戶口結餘應急。

關注（二）：中心建議月入 5,000 元以上的人士便要為醫療儲蓄戶口供款，這對低收入人士來說無疑是百上加斤，令他們的生活更困難。

回應（二）：醫療儲蓄計劃的目的，是令市民為將來的醫療開支早作準備，並對個人健康作出共同承擔。市民可在有需要時使用戶口的結餘，購買第一和第二支柱的服務。

在供款下限設定方面，中心持開放態度。有評論認為月入 10,000 元以上的人士才應該供款，中心亦正考慮讓月入 10,000 元以下的人士自願供款。

關注（三）：醫療儲蓄並沒有攤分風險的功能，市民不幸遇上危疾時，醫療儲蓄戶口大多不足以應付巨大的醫療開支，出現「一鋪清袋」的情況。有意見認為香港應推行社會醫療保險，亦有人倡議用醫療儲蓄戶口的供款購買危疾保險。

回應（三）：現行的醫療安全網在三大支柱制度下將會保留，參與醫療儲蓄計劃的市民仍可繼續使用公共醫療服務。在中心舉辦的醫療改革論壇上亦有講者擔心危疾的醫療成本偏高，今不少中產人士「因病至貧」。為加強醫療儲蓄戶口的功能，達致分攤風險的效果，中心正研究讓參與醫療儲蓄計劃的市民使

用部份供款購買危疾保險。我們正著手研究當中的可行性和利弊，並與保險業界商討推出一些保費較低的危疾醫療保險計劃。由於投保人數眾多，我們相信保費應可訂在較低的水平。

關注（四）：有論者認為報告中的第一和第二支柱服務界定不清，令執行上產生困難。而第一和第二支柱所包括的服務範圍和項目，亦是公眾關注所在。

回應（四）：「三大支柱」醫療制度，是中心針對香港現行醫療模式的利弊分析而提出的概念性建議，主要是在政府現行大幅補貼的醫療安全網上，透過政府和市民的共同承擔，為市民提供更多和更佳質素的醫療選擇，目的是改變病人行為和文化。

我們建議的第一支柱將繼續是市民的醫療安全網，其服務範圍和質素不會低於市民現時所得到的水平。第二支柱則包括大力擴展基層醫療，改變側重治療、輕視預防的醫療文化，推廣家庭醫生服務，提供長期醫療護理服務選擇和應付日新月異的醫療科技等。

由於「三大支柱」屬全新概念，我們希望社會對此多作討論。中心在聽取各方意見後，亦會就第一和第二支柱提出更具體的服務建議。我們建議在決定第一和第二支柱服務時要以醫學論證為本。

為處理可能出現的爭論，中心現時的構思是由各持份者組成一個具高透明度的組織，根據人口、醫療、科技發展以及對醫療需求和期望的改變，並考慮公共財政狀況而決定兩大支柱的服務範圍。

關注（五）：醫療體系內的資源運用效率是另一個公眾關注點。

回應（五）：報告建議的其中一個改革重點，是引進醫療服務購買者與提供者職責分離(PPS)概念，目的是提升服務提供者的效率和質素。根據 PPS 概念，由於購買者著重成本效益和資源運用，提供者須嚴格遵守財務紀律，並對成本作全面了解。PPS 亦會促進服務提供者之間的競爭，因為購買者可在合適情況下從公營或私營服務提供者選擇購買醫療服務。

參考文獻

Mason, Alastair and Morgan, Kieran 1995. "Purchaser-provider: the international dimension," *British Medical Journal*, 28 January, Vol. 310, pp 231-235.

Siverbo, Sven 2004. "The Purchaser-Provider Split in Principle and Practice: Experiences from Sweden," *Financial Accountability & Management*, Vol. 20, Is. 4, November 2004, pp 401-422.