

立法會

Legislative Council

立法會CB(2)2155/07-08號文件
(此份會議紀要業經政府當局審閱)

檔 號 : CB2/PL/HS

衛生事務委員會 特別會議紀要

日 期 : 2008年3月13日(星期四)
時 間 : 上午10時45分
地 點 : 立法會會議廳

出席委員 : 李國麟議員, JP (副主席)
李華明議員, JP
陳婉嫻議員, SBS, JP
鄭家富議員
余若薇議員, SC, JP
方剛議員, JP
梁國雄議員
郭家麒議員
張超雄議員

出席議員 : 何俊仁議員
李卓人議員
陳智思議員, GBS, JP
劉慧卿議員, JP
王國興議員, MH
李永達議員
梁家傑議員, SC
黃定光議員, BBS
譚香文議員

缺席委員 : 李國英議員, MH, JP (主席)
周梁淑怡議員, GBS, JP
梁劉柔芬議員, GBS, JP
楊森議員, JP

出席公職人員 : 議程第I項

食物及衛生局局長
周一嶽醫生, SBS, JP

食物及衛生局常任秘書長(衛生)
李淑儀女士, JP

食物及衛生局副秘書長(衛生)2
楊何蓓茵女士

健康與醫療發展諮詢委員會
醫療融資工作小組主席
夏佳理議員, GBS, JP

香港大學公共衛生學院教授
(醫療開支推算研究小組主任)
梁卓偉教授

列席秘書 : 總議會秘書(2)5
蘇美利小姐

列席職員 : 高級議會秘書(2)3
余蕙文女士

議會事務助理(2)5
侯穎珊女士

文書事務助理(2)1
容佩儀女士

經辦人／部門

I. 食物及衛生局局長就醫療改革諮詢文件作出簡報

應主席邀請，食物及衛生局局長簡介於會議席上提交的醫療改革諮詢文件。局長的發言稿載於**附錄I**。

2. 食物及衛生局常任秘書長(衛生)、梁卓偉教授及食物及衛生局副秘書長(衛生)2利用電腦投影片，分別向議員簡介下列事宜 —

- (a) 服務改革建議；
- (b) 香港推算的未來醫療開支；及
- (c) 6個醫療輔助融資方案的利弊。

上述各項的電腦投影片簡介資料載於**附錄II**。

3. 夏佳理議員促請公眾在未來3個月熱烈討論諮詢文件的擬議方案。夏佳理議員指出，鑑於人口急劇老化(香港勞動人口與長者人口的比例會在未來20年內由6比1下降至3比1)及醫療科技進步令醫療成本上漲，維持現狀(即單靠政府收入以支付公營醫療開支)不會再是可持續的方案。香港現正處於抉擇時刻，必須決定應如何改革其醫療服務及市場結構，使醫療制度能持續發展及更配合市民日益增加的需求。

討論

4. 李卓人議員表示，若推行輔助融資，中產人士會是最大輸家，因為此舉等同向這類人士徵收額外稅項。此外，中產人士能否透過輔助融資入住例如私家醫院的頭等病房，亦成疑問。郭家麒議員亦表示，把提供輔助醫療融資的重擔加諸中產人士身上並不公平。

5. 食物及衛生局局長回應時表示，若不作任何改變使醫療制度得以持續，以應付人口老化及醫療科技進步令醫療成本上漲的挑戰，中等收入人士會是最大輸家。雖然中等或以上收入人士是繳交稅項以資助公營醫療制度經費的一群，但他們當中許多人鑑於多項公營醫療服務的輪候時間冗長，已購買私人醫療保險或自費使用私營醫療服務提供者提供的服務。因此，在現行醫療制度下，中等收入人士實際上受惠較少。食物及衛生局局長進而表示，輔助融資安排可為中等收入人士帶來更多有所值的醫療服務、更優質的選擇及更完善的醫療保障。擬議的醫療改革落實推行後，中等收入人士可選擇繼續使用獲大幅補貼的公營醫療服務，特別是他們如患有危疾或需要接受複雜外科手術或治療。

6. 李卓人議員從政府當局提供的資料察悉，香港整體公共醫療開支預計會由2004年約380億元，增至2015年約780億元。李議員詢問作出這項推算的理據。

7. 梁卓偉教授解釋，當局採納英國財政部旺勒斯預測方法以推算醫療開支。該方法考慮的因素包括醫療科技進步令醫療成本上漲，以及人口結構變化導致醫療服務使用量改變。當局根據政府統計處公布的《人口推算》及1989-1990至2004-2005年度香港醫療開支數據過往趨勢等數據來源，作出推算。當局推算整體公共醫療開支會由2004年約380億元，增至2015年約780億元，或整體公共醫療開支在2004年佔本地生產總值的2.9%，增至2015年佔本地生產總值的3.7%，增幅主要歸因於人口結構的變化(特別是長者佔人口的比重上升)及醫療通脹，當

局根據國際間就海外先進經濟體系醫療開支增長趨勢的研究，以及香港過去的醫療開支趨勢，訂定醫療通脹。

8. 王國興議員詢問 ——

- (a) 為何諮詢文件並無提及政府和僱主在輔助醫療融資供款方面擔當的角色；及
- (b) 政府當局是否打算待推行輔助醫療融資後才採取行動，解決政府當局在簡介時提述的現行醫療制度的不足之處。

9. 食物及衛生局局長回應王議員的首項問題時表示，政府當局對誰人應為輔助醫療融資供款持開放態度。政府當局希望在現階段就醫療改革的概念及輔助醫療融資方案的利弊，聽取市民的意見。至於王議員的第二項問題，食物及衛生局局長表示，為落實諮詢文件第2至5章載列的措施，以解決現行醫療制度的不足之處，當局有需要改革現行的醫療融資安排，推行輔助融資以獲得穩定的輔助資金來源，以便全面和持續推行這些措施。

10. 陳婉嫻議員表示，政府當局應坦白說明打算怎樣透過輔助融資以維持公共醫療開支。陳議員進而表示，當局如要求市民多付款以應付公共醫療開支，必須首先令市民信服醫院管理局(下稱“醫管局”)以具成本效益的方式營運。

11. 食物及衛生局局長回應時表示，政府當局並無隱瞞打算怎樣透過輔助融資以維持公共醫療開支。政府當局的唯一策略，是以坦誠和開放態度，列出當局曾研究的各個方案供市民討論，並期望透過討論促使市民達成共識。食物及衛生局局長進而表示，為確保資源運作得當及營運具效率，醫管局須接受嚴格的內部和外部審計。醫管局一向以審慎和具成本效益的方式運用撥款，例如醫管局預算中用於中央行政的款項不足1.9%，但改善空間總會存在。

12. 郭家麒議員促請政府當局在推行輔助醫療融資前，先行增加醫療方面的開支，以解決現行醫療制度的不足之處。現時醫療開支只佔政府經常開支約14.3%，與其他已發展經濟體系相比，處於偏低的水平。

13. 食物及衛生局局長回應時表示，在發展香港未來醫療制度的過程中，政府對公共醫療的承擔只會有增無減。政府會繼續是醫療服務的主要財政來源。行政長官已承諾在2011-2012年度或之前，把政府用於醫療方面

的開支，由佔政府經常開支的15%增至17%。食物及衛生局局長進而表示，並非每年都錄得龐大預算盈餘，亦不能保證會持續錄得盈餘。過往經驗已顯示，政府的財政狀況隨着經濟而轉變，不能依賴一筆過預算盈餘以應付經常醫療開支。香港醫療制度面對的挑戰，不能單靠短期增加撥款便可解決。除增加醫療體系的資源外，亦有需要進行醫療服務改革。政府當局已推行試驗計劃，落實諮詢文件第2至5章所載的多項服務改革，即加強基層醫療服務、發展電子病人紀錄資料庫、強化公共醫療安全網，以及推動公私營醫療機構進一步協作。為使醫療服務的改善得以持續及長遠而言增進市民健康，當局有需要推行輔助融資，以提供穩定及可持續的資金來源。

14. 方剛議員表示，自由黨支持醫療改革的概念，並希望當局在決定推行哪種輔助融資時，能夠多考慮中產人士的情況。方議員認為，促使公立醫院更專注提供優先服務，例如急症個案及治療複雜疾病，同時讓私營界別有更大的發展空間，是邁向解決現時公私營醫療制度嚴重失衡的正確方向。方議員進而表示，可能的話，政府當局應在2011-2012年度以後，繼續把醫療方面的開支增加至佔政府經常開支17%以上。方議員察悉，財政司司長在2008年2月公布財政預算案時，曾承諾會從財政儲備撥出500億元協助推行醫療改革，他詢問當局何時可撥出該筆款項協助推行醫療改革。

15. 食物及衛生局局長回應時表示，政府從財政儲備預留500億元協助推行醫療改革，顯示當局有決心與市民共同承擔醫療融資的責任，以及增加個別市民用於醫療服務的資源。由於輔助融資安排仍未有定案，當局在現階段並未決定該500億元應用於哪些範疇。不過，當局可動用部分款項，例如為每位參加供款式輔助融資計劃的市民注入個人的啟動資金，這安排應可惠及作出供款的中產人士。

16. 張超雄議員批評政府當局以威嚇手段令市民為輔助融資供款，諮詢文件主要集中於討論6個輔助融資方案，便足可證明。張議員認為，與其簡單地要求市民供款以解決現行醫療制度的不足之處，政府當局應研究為何會出現這些弊端，以及制訂針對性措施以解決問題。張議員表示，本港每月薪酬中位數只為19,000元，而超過50%的勞動人口月入少於20,000元，政府當局試圖向市民榨取更多金錢，實在不合理。張議員進而表示，在一些海外司法管轄區，老化人口只佔醫療開支約0.6%至0.7%，而使用先進醫療科技不一定會導致較高的醫療成本。

17. 食物及衛生局局長回應時表示，政府當局並無使用威嚇手段令市民為輔助融資供款。諮詢文件第1章所載的醫療開支，是根據人口結構和醫療開支的既定和客觀的統計數據和資料推算得出。推算的結果清楚顯示有需要為醫療服務進行輔助融資，以補足政府撥款，應付不斷增加的醫療需要。引進輔助醫療融資是常見的現象，幾乎所有先進經濟體系均面對這問題。食物及衛生局局長進而表示，有關醫療融資的討論已拖延超過20年。在經濟許可的情況下，若不推行醫療融資安排，撥款不足的問題遲早會出現。屆時，香港便無法維持優質公立醫院服務，當局亦無法提供額外資源進行服務改革，最終受苦的會是市民大眾。

18. 劉慧卿議員表示，政府當局既然坐擁龐大預算盈餘及為數更大的儲備盈餘，便不應待推行輔助融資安排後，才發展電子平台互通健康紀錄。食物及衛生局局長澄清，當局已承諾增加醫療撥款，而新增款項會用以推行業已開展的電子記錄互通平台發展工作及擬議服務改革的其他試驗計劃。

19. 李永達議員表示，為公平起見，高收入人士應為輔助醫療融資作出更多供款。梁國雄議員提出相若意見。劉慧卿議員又表示，為了令中產人士願意為輔助融資供款，當局有需要告訴他們供款會為他們帶來甚麼好處，此外，政府和僱主亦須供款。

20. 食物及衛生局局長重申，政府當局對誰人應為輔助融資供款持開放態度，這應取決於市民的選擇，以反映其社會價值觀。

21. 郭家麒議員詢問，若採納以醫療儲蓄戶口作為輔助融資，當局可否考慮一如新加坡的做法，規定僱主為僱員的醫療儲蓄戶口作出三分之二的供款。

22. 食物及衛生局局長回應時表示，香港不可能全盤採納新加坡的醫療融資制度，因為兩地的醫療體系不同。舉例而言，香港公營醫療服務的資助率為97%，而新加坡公營醫療服務的資助率最高為80%。

23. 李永達議員認為，中產人士不願意把月薪的某個百分比，例如3%至5%，作為輔助融資的供款，主要原因之一是他們大多已購買保險及／或由僱主提供保險保障。

24. 食物及衛生局局長回應時表示，若日後推行強制性私人醫療保險，當局可能會為已自行購買醫療保險

的人士或已向僱員提供醫療保險的僱主訂定過渡機制，以便他們可把現有的保險計劃轉為受政府規管的強制性私人醫療保險計劃。一般而言，強制性私人醫療保險計劃的條款應對投保人更為有利，保費亦應較低。然而，若現有的保險計劃(包括僱主為向僱員提供醫療福利而購買的保險計劃)所提供的條款勝於強制性醫療保險計劃，當局可考慮作出豁免或其他過渡安排。

25. 梁家傑議員表示，為說服市民接受輔助醫療融資，政府當局應提供資料，說明根據現行融資安排，當局在何等程度上可落實推行諮詢文件第2至5章所載列的措施，以解決現行醫療制度的不足之處，以及當局需要的額外數額以完成各項措施的餘下工作。梁議員察悉，公營和私營醫療開支的比率分別為57%及43%，他詢問在推行輔助醫療融資後，有關比率會如何改變。

26. 食物及衛生局局長回應時表示，他無法在現階段提供梁議員所要求的資料，因為當局需要更多時間準備這些資料。不過，食物及衛生局局長指出，若不推行輔助融資以提供穩定及可持續的資金來源，使改革長遠而言可持續下去，透過進行多項服務改革以解決現行醫療制度的不足之處，效用不大。

27. 何俊仁議員對當局未有提供6個輔助融資方案的詳情表示失望。

28. 食物及衛生局局長解釋，由於醫療改革是一項非常複雜的問題，涉及社會各種不同的期望、價值觀及決定，當局分兩個階段進行諮詢，邀請市民一起參與推動改革。在第一階段諮詢，當局不打算推介某一個方案，而是就服務改革建議的主要原則和概念，以及各種可供考慮的輔助融資方案的利弊，徵詢市民的意見。當局會根據第一階段諮詢期間所接獲的意見，制訂改革的詳細建議，包括輔助融資安排的詳細建議，以進行第二階段諮詢。

29. 劉慧卿議員希望，政府當局能夠在第一階段諮詢期間提供更多詳細資料，以便進行更聚焦的討論。

30. 譚香文議員質疑，第一階段諮詢為期3個月是否足夠。譚議員又認為，政府當局一方面計劃在下個財政年度把薪俸稅削減1%，另一方面則徵詢市民對推行輔助醫療融資的意見，實在難以理解。譚議員接着詢問當局會採取甚麼措施，解決公私營醫療體系工作量不均的情況，以及當局可否考慮向自行購買醫療保險的人士提供稅務優惠。

31. 食物及衛生局局長請議員參閱諮詢文件第3章所載的可行措施，以解決公私營醫療體系工作量不均的情況。至於向自行購買醫療保險的人士提供稅務優惠，食物及衛生局局長表示，鑑於市場上有林林總總的醫療保險計劃，其中很多計劃的保障範圍不足，只提供稅務優惠而不作出某種形式的規管，並不可行。不過，若有醫療保險計劃能向眾多投保人提供足夠保障，政府當局會樂意考慮。

32. 黃定光議員詢問，除諮詢文件載列的輔助融資方案外，政府當局是否願意考慮其他輔助融資方案。食物及衛生局局長答覆時表示，當局樂意考慮其他輔助融資方案。

33. 陳婉嫻議員表示，若加強基層醫療服務及糾正公私營醫療體系失衡的情況，政府當局未必需要推行輔助融資。食物及衛生局局長回應時表示，要取得預期效果，便不能夠以零碎方式進行醫療改革。

其他事項

34. 委員同意在2008年3月舉行另一次會議，與政府當局進一步討論諮詢文件。

35. 議事完畢，會議於下午1時10分結束。

立法會秘書處
議會事務部2
2008年6月4日

立法會 CB(2)1364/07-08(01)號文件

立法會衛生事務委員會
2008年3月13日特別會議

醫療改革公眾諮詢
食物及衛生局局長發言稿

主席、各位議員：

今日我向大家提交市民大眾期待已久的醫療改革諮詢文件，展開公眾諮詢，為期三個月。

2. 署所周知，醫療改革問題複雜，影響深遠。因此，我們今次的諮詢文件嘗試由淺入深向公眾論述香港所面對的問題及解決問題的不同方案。

3. 大家檯面上有一套文件，一共三份 —

- 一份是一頁的單張，簡述我們面對的主要問題。
- 另一份是一本小冊子，主要簡述解決問題不同方案的利弊，及嘗試解答市民大眾心裏的一些疑問。
- 第三份是諮詢文件的詳細報告，內有一份報告摘要。

4. 此外，我們亦在網上發布我們對問題進行深入研究的相關報告，包括外國的經驗等研究資料。對問題希望作更深入了解的議員、新聞界的朋友、學者以及市民大眾，可以到我們的網站查閱。

5. 主席，完成這套諮詢文件，我局花了差不多兩年半時間。因此，我很感謝主席你同意召開這次特別會議，讓我們有整整兩小時向各議員及市民大眾講解這份諮詢文件。

6. 我們打算用大約一小時作簡介，餘下的一小時會回答議員的提問。我會先談談改革的理念及方向。然後，我的同事會介紹改革建議的詳情。

7. 醫療改革，無庸置疑是關乎每一位市民、關乎我們下一代、關乎香港長遠未來的一項跨代工程。茲事體大，政府會秉持開放的態度，誠心、虛心聽取民意，同市民一起討論，一起尋求解決方案。

8. 今次推出的醫療改革諮詢文件，是 2005 年《創設健康未來》諮詢文件的延續，是針對我們看到現行醫療制度的問題，提出一整套改革醫療服務、市場結構和融資安排的建

議。現在開始的是第一階段諮詢，是希望徵詢市民對兩個重大課題的意見—

- 一是醫療服務改革的主要原則和理念。
- 二是各種醫療輔助融資方案的利弊。

9. 我們會按收集到的意見，制訂改革的詳細建議，稍後再進行第二階段諮詢。

10. 這種分上、下集的諮詢方式，可令整個社會有充裕時間對問題作理性、深入的探討。市民的意見亦可在政府政策制定過程中得到充分的考慮。

11. 在此，我必須強調，不論醫療制度如何改變，政府不會改變三項基本原則：

(一) 政府會繼續維持一貫的公共醫療政策，確保不會有市民因為經濟困難而得不到適當的醫療服務。

(二) 政府會繼續照顧低收入家庭和弱勢社群的醫療。這一點，政府責無旁貸。

(三) 公營醫療系統將繼續是全體市民，包括負擔能力較高的中產人士的醫療安全網。這即是說，當醫療改革諮詢得以落實後，即使在新的融資安排下，我們的政策是會繼續容許所有市民，包括經濟條件較好的市民繼續使用公營醫療服務。屆時，每次生病時，市民可自行決定選擇使用公營還是私營醫療服務。因此，醫療改革只會增加市民的選擇，不會減少原有的保障。我們更會在現有基礎上繼續改善公營醫療安全網。

12. 我亦必須清楚指出，我們所指的醫療改革，不是翻天覆地的改革，而是按部就班、漸進式，為改良現有制度的改革。原有的優勢一定會得到保留、得到強化。

13. 主席，變，是為了改善我們的醫療制度，令全港大眾能夠得到更全面的醫療、更多的選擇、更大的保障，令市民更加健康。市民健康，生活就可以更加美好。而改革的前路，掌握在市民手裏。我們諮詢文件的主題「掌握健康、掌握人生」，所指的就是這個意思。

14. 變，不是為了減輕政府的財政負擔，將責任推到市民身上。相反，在發展我們未來醫療制度的過程中，政府對醫療的承擔，只會增加，不會減少。事實上，大家已知道 —

- 行政長官經已承諾將醫療撥款佔政府經常開支的比例，由 15% 增加至 17%。預計到 2011-12 年度每年撥款實際數額達 400 億元，比現時多大約 100 億元。數額將來還可以因經濟增長、政府預算擴大而增加。
- 而財政司司長亦經已承諾，不論最後融資安排如何，會從財政儲備中撥出 500 億，推動醫療改革。舉例來說，假若經諮詢落實的安排是涉及供款的輔助融資方案，這筆資金可以用作市民個人的啟動資金。

以上充分表明政府對醫療的承擔、對改革的決心。

15. 有人會問，我們的醫療制度究竟出了甚麼毛病，因而須要改革呢？的確，現時的醫療制度，一直為市民提供優質的醫療服務，但我們亦看到有不少地方未盡完善，例如：

- 第一，基層醫療並不全面，預防護理得不到應有的重視，在提升市民對自己健康的認識及責任上亦不周全；
- 第二，公營醫療系統不少地方出現服務樽頸問題，部份服務輪候時間愈來愈長；
- 第三，公私營市場失衡，缺乏充份良性競爭，病人選擇少；
- 第四，病歷不能在公立醫院和私家醫院、乃至醫生之間互通，造成資源浪費，亦為醫生及病人帶來不便；
- 第五，公共醫療安全網對患上重病而需要昂貴醫藥的人，保障未夠完善。

16. 除了服務層面出現上述問題之外，醫療開支亦正不斷上升。人口急劇老化，令致醫療服務需求急升；醫療科技日新月異，病人得益本身固然是好事，卻同時抬高醫療成本。醫療開支不斷增加，速度快過經濟增長，佔整體經濟的比重不斷上升。這情況不是香港獨有，環觀世界所有經濟發達的地方，都面對同樣的問題。

17. 要解決這些問題，在改革醫療服務的同時，我們必須解決醫療資源的問題。否則資源緊絀會成為提升醫療服務水平

和質素的一大障礙。

18. 諮詢文件提出引入輔助融資，正正是為了支持醫療改革、為了改善現有服務的一項必須的措施。

19. 我剛才已經提過，政府對醫療的承擔只會增加、不會減少。所以我們提出輔助融資，並不是要減少政府的承擔，而是要提供額外資源，用來推行改革，以持續改善服務水平和質素。

20. 此外，醫療市場結構的改革，亦需要透過引導資源的流向去促成。資源所到之處，服務自然可得到改善，架構亦可相應作出調整。因此，引入輔助融資，加以適當的配套，可令不論使用公營或私營醫療服務的市民均能得益。

21. 可能議員已注意到近來我們正推出一些新的安排，例如資助病人到私營界別進行白內障手術、在天水圍採購私營基層醫療服務、推行長者基層醫療券、推動醫管局和私家醫院之間的電子病歷互通先導計劃，以及注資 10 億元入「撒瑪利亞基金」。這些其實都是與諮詢文件內提出的服務改革一脈相承，可以視之為改革服務安排和市場結構的一些試點。

22. 如果我們不趁現在香港經濟環境許可的時候，改革醫療經費安排，經費不足問題早晚會出現。到時，我們既不能維持優質公立醫院服務，亦不能為各項服務改革提供所需的額外資源，更不能改變市場結構。損失的是市民大眾。

23. 有人會問，可以不變嗎？維持優質醫療服務，在現行經費安排下，加稅是無可避免。加稅還是融資供款？說到底，資源其實最終都是來自市民。選擇加稅而不是融資供款，錯失的是一次改革醫療服務及市場結構的大好良機。

24. 我自上任以來，一直思考醫療資源的問題。我經常問，到底應該如何集結資源、分配資源、使用資源，才可以為市民持續提供更好的醫療服務、更大的醫療保障呢？怎樣才可在加強照顧基層市民的同時，為其他市民，特別是負擔能力較高的中產人士提供更多優質的選擇呢？

25. 我四出取經，到過瑞典、英國、法國、瑞士、德國、南韓、澳洲、紐西蘭，發現每個國家的醫療經費安排都因當地文化及稅制的差異而各有不同。經兩年多以來的深入研究，我發現沒有一套海外現成的方案是完全適合香港使用。

26. 我們研究了六種輔助融資方案，發現各有利弊。但我相信市民的智慧，深信與市民一起作公開討論是解答醫療融資問題的唯一方法，亦是作出一個對市民未來、對香港未來的重要決定的最佳方法。

27. 主席，我不時收到善意的提醒，指醫療融資，困難重重。但作為醫生，我希望可以為病人盡早診治，說服病人接受最有效的治療方法。作為局長，我有責任將我見到醫療制度所面對的問題，向公眾解釋，並及早提出解決方案。

28. 有人會問，可以等嗎？我們從研究得知，現時的醫療經費安排，在政府承諾將加大投放資源後，勉強可支持多幾年。可以說，現今的醫療系統在今屆政府任內不會崩潰。但將問題留待下任政府才處理，行政長官、政務司司長、財政司司長和我一致認為這不是一個負責任的做法，社會亦會因而付出沉重的代價。所以提出醫療改革的同時，特區政府決心一併處理融資問題，使到市民將來仍然能夠得到優質醫療保障，而我們的下一代亦可享有同樣的保障。

29. 我出身自公營醫療系統，經歷過醫療制度過去數十年的

發展，我清楚知道我們現在到了關鍵時刻，需要作出一個符合整體社會長遠利益的決定。為此，我們整體社會必須以長遠的眼光，審視醫療制度和融資安排。改革的目標，必須是令優質醫療服務能夠持續下去。

30. 主席，我的策略只有一個，就是開誠布公，將所有我們研究過的方案一併拿出來，希望能夠同市民攜手，以理性、務實的態度審視問題、一同討論、凝聚共識。

31. 最後，我希望向健康與醫療發展諮詢委員會及諮詢委員會其轄下醫療融資工作小組的成員表示由衷感謝。他們對問題作出了深入詳細的分析，亦提出具建設性及寶貴的建議，對諮詢文件的制訂，作出了莫大貢獻。

32. 過去亦有很多不同界別的人士向我們提出了寶貴的意見、關注。我亦希望在此向他們表示感謝。他們包括在座不少的議員，醫療衛生界、新聞界的同事，乃至學者、論政團體等等。

33. 我亦要多謝我局的同事，沒有他們的熱誠和衝勁，恐怕諮詢文件仍未能完成。

34. 接下來 —

- 我首先請李淑儀常任秘書長簡介我們的服務改革建議。
- 接着，梁卓偉教授會介紹本港未來醫療開支推算的研究報告。他是香港大學公共衛生學院教授，是這方面的專家，亦是我們健康及醫療發展委員會轄下醫療融資工作小組的成員。
- 接著楊副秘書長會介紹諮詢文件內各種輔助融資方案的利弊。
- 然後夏佳理先生會談談這些方案的理念。他是醫療融資工作小組的主席。

[接續]

35. 主席，在未回答議員提問前，我希望補充一點。今天的討論只是諮詢的開始。未來三個月諮詢期，我們會馬不停蹄，走訪各個界別、團體組織、區議會等，向市民作詳盡解釋、聽取市民的意見，亦會通過各種不同渠道，包括問卷調查、專題小組、書面意見等，匯集市民的意見。

36. 未來三個月，我們亦會就醫療改革的不同課題，帶領社會進行主題式的深入討論。這樣的安排，有助市民透過聚焦討論，凝聚共識。

37. 主席，我期望市民的主流共識是同意推行醫療改革，而醫療改革的成果是每一位市民都能受惠。首先，對基層市民而言，醫療改革必須為他們帶來更大的健康保障，他們輪候服務的時間亦必須要縮短。對中產階層而言，醫療改革必須為他們帶來更多物有所值的醫療服務、更多優質選擇、更全面的健康保障。

38. 我相信各位議員亦會同意，今次諮詢對香港社會非常重要，我希望議員可以坦誠與我們交換意見，與市民、政府一起找尋最適合香港的方案。

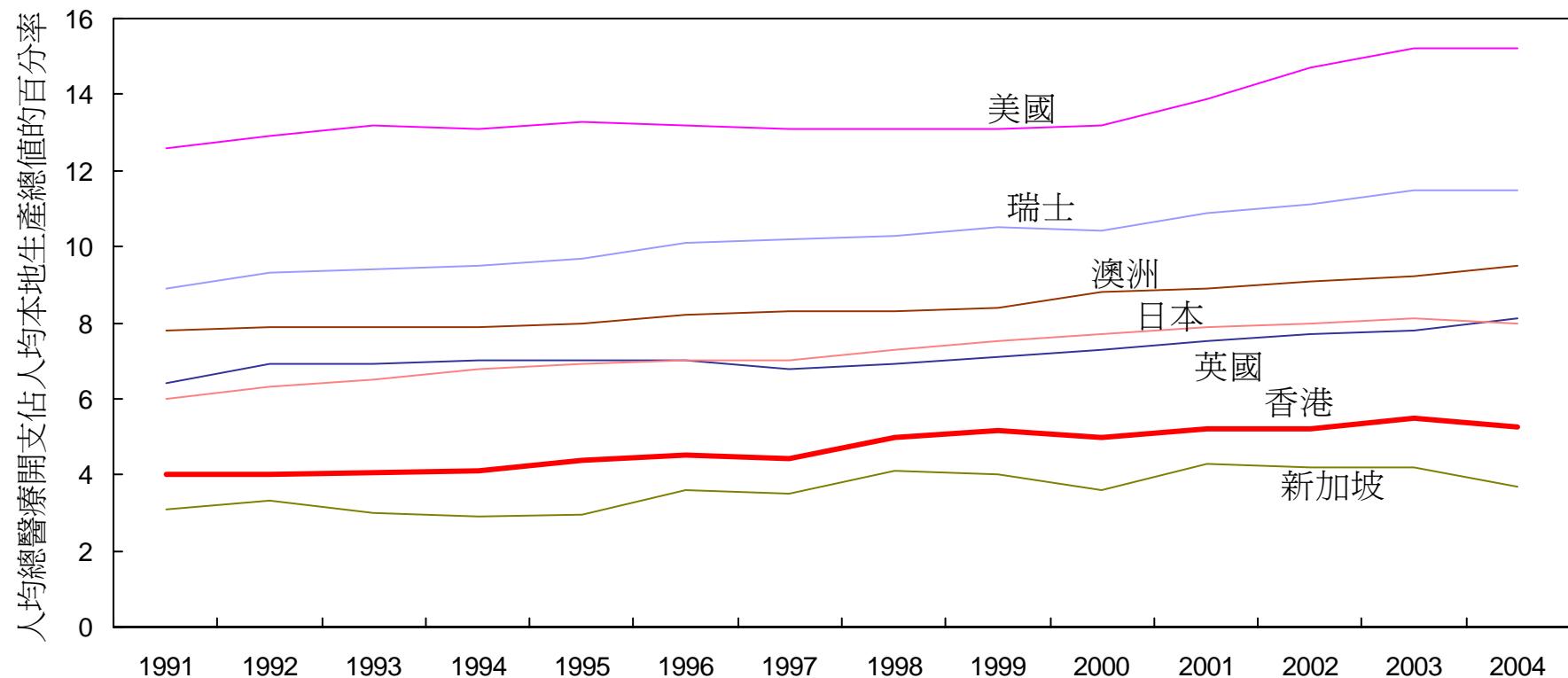
39. 多謝各位。

香港醫療開支的現況與推算



香港大學公共衛生學院
香港大學李嘉誠醫學院

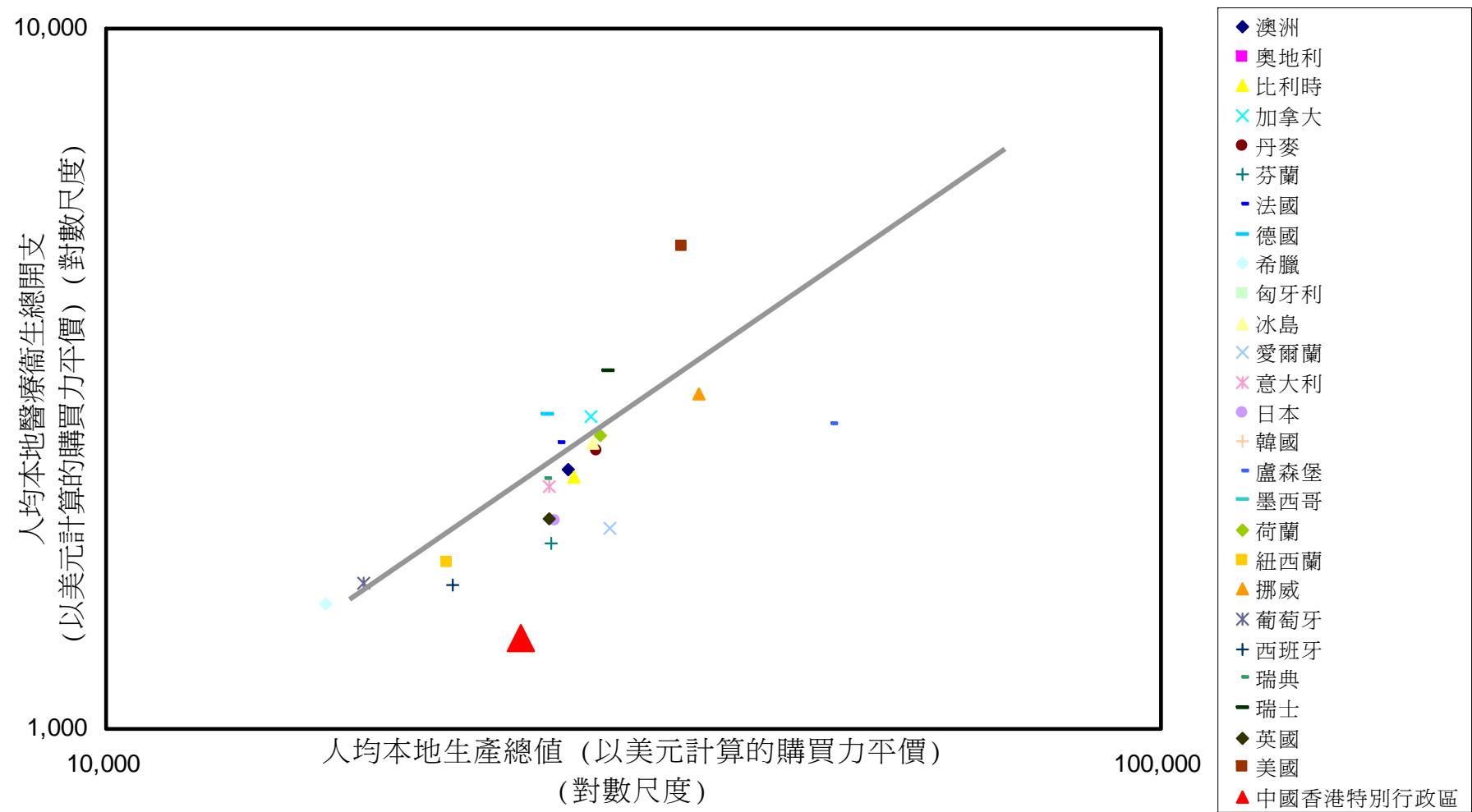
1991年至2004年人均總醫療開支 佔人均本地生產總值的百分率



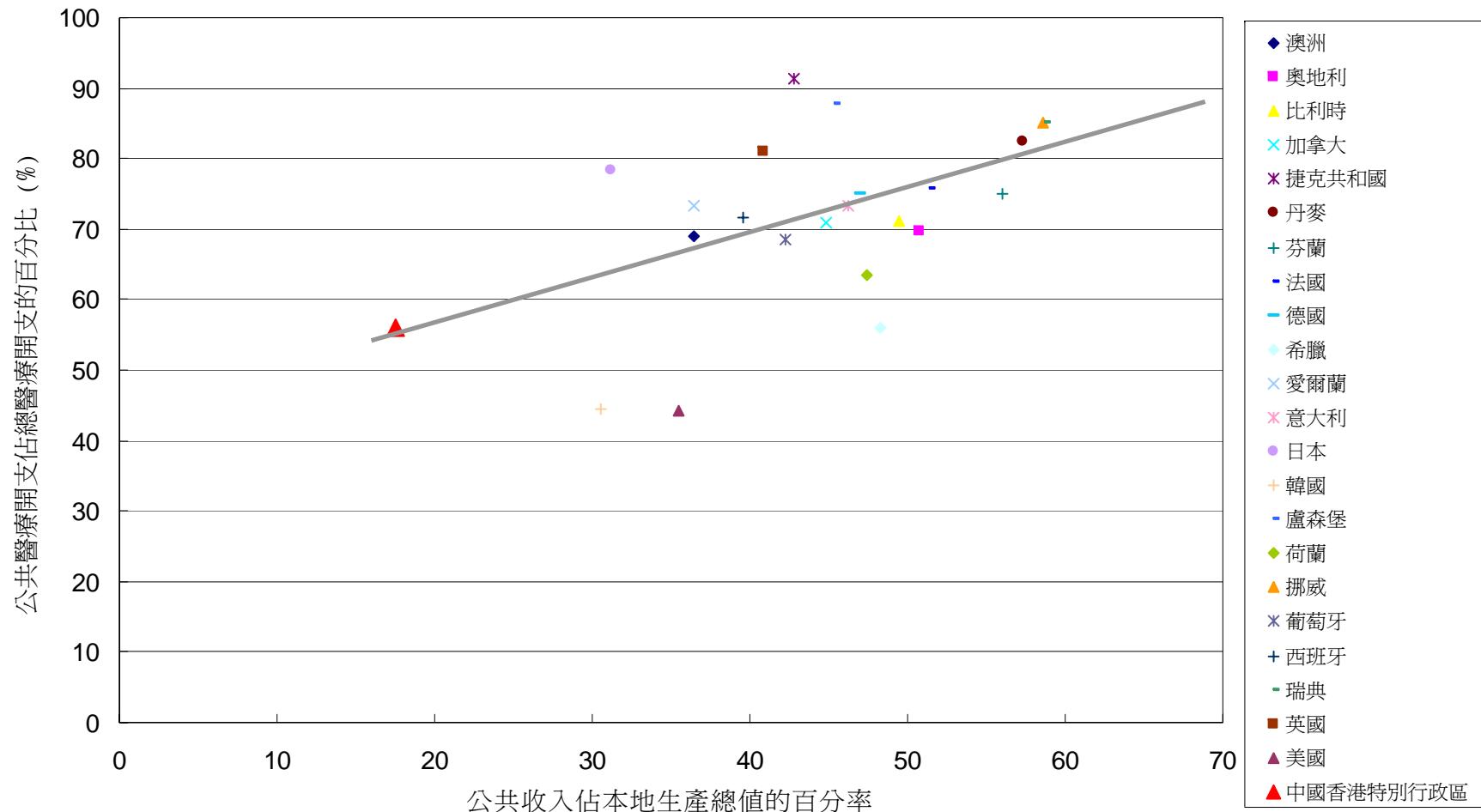
資料來源：

1. 經濟合作及發展組織二零零七年醫療數據(二零零七年十月)
2. 世界衛生組織——國家醫療衛生開支帳目文獻系列
3. 新加坡政府衛生部，以及《新加坡醫療經濟、政策和問題》(Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore) (杜文興(Toh Mun Heng)、Linda Low著)
4. 一九九零至二零零四年香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

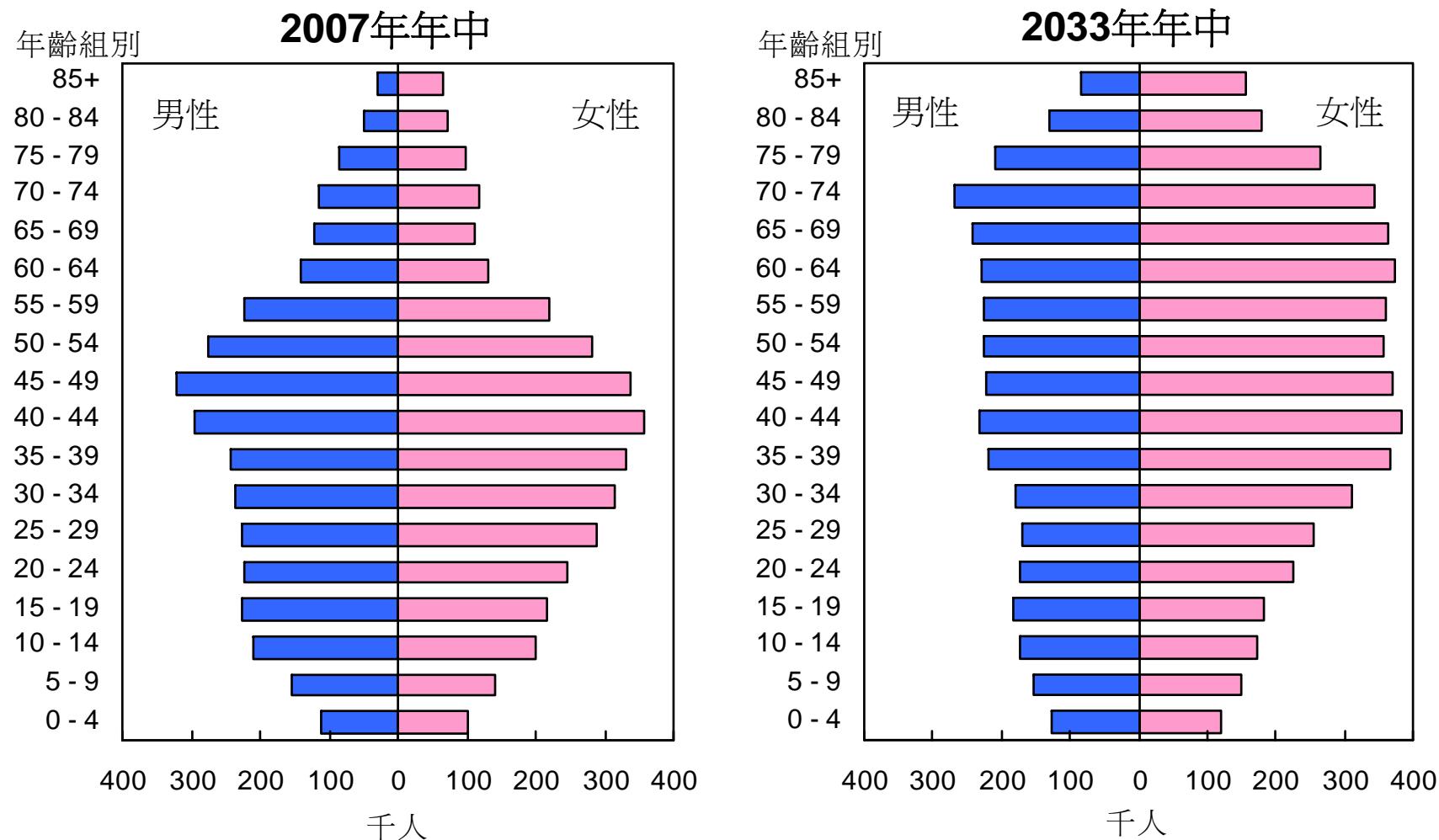
與經濟合作及發展組織成員國比較 香港的醫療開支相對較低



...然而各地的公共醫療開支
跟其公共收入水平是相稱的



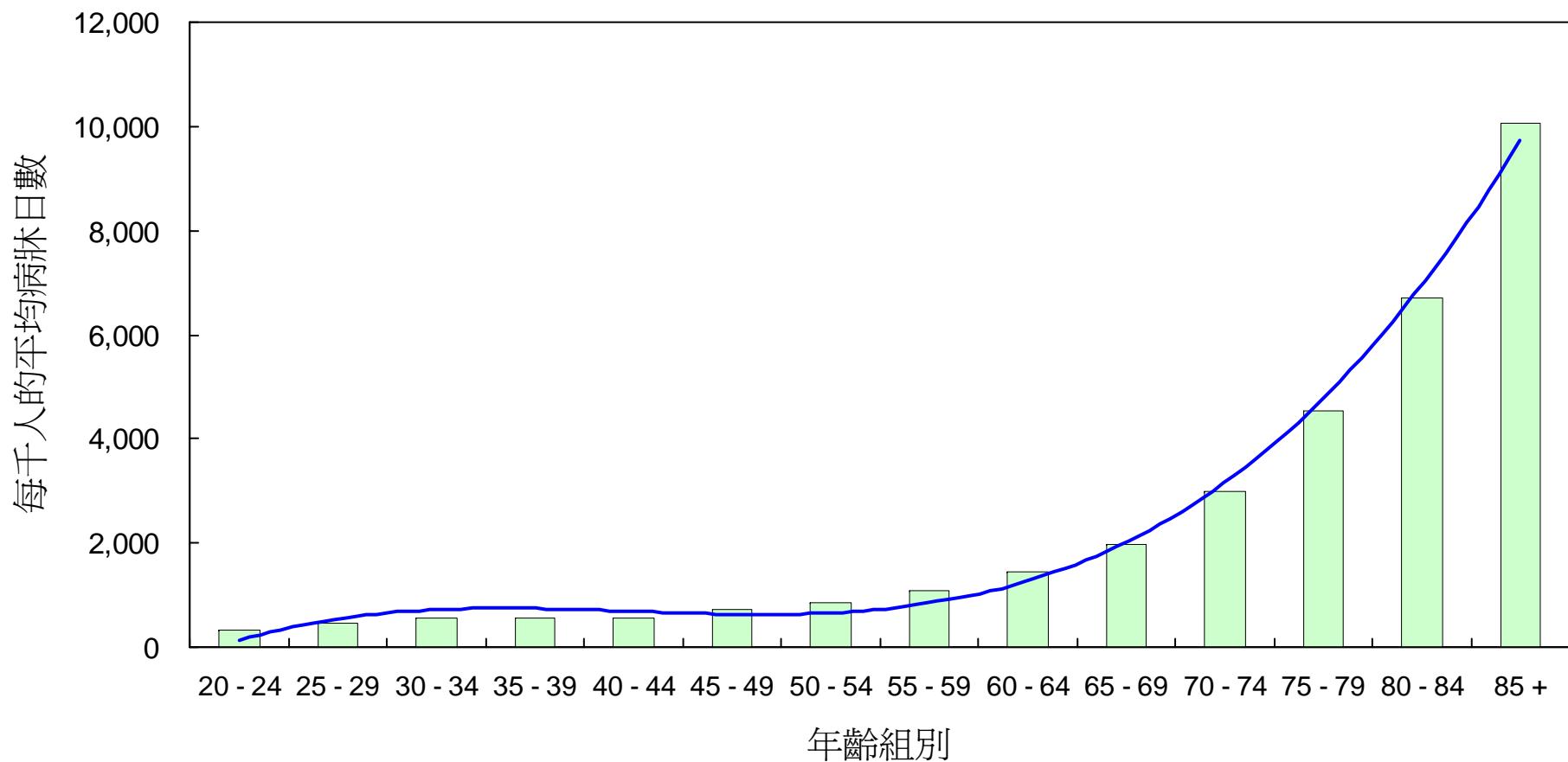
人口金字塔



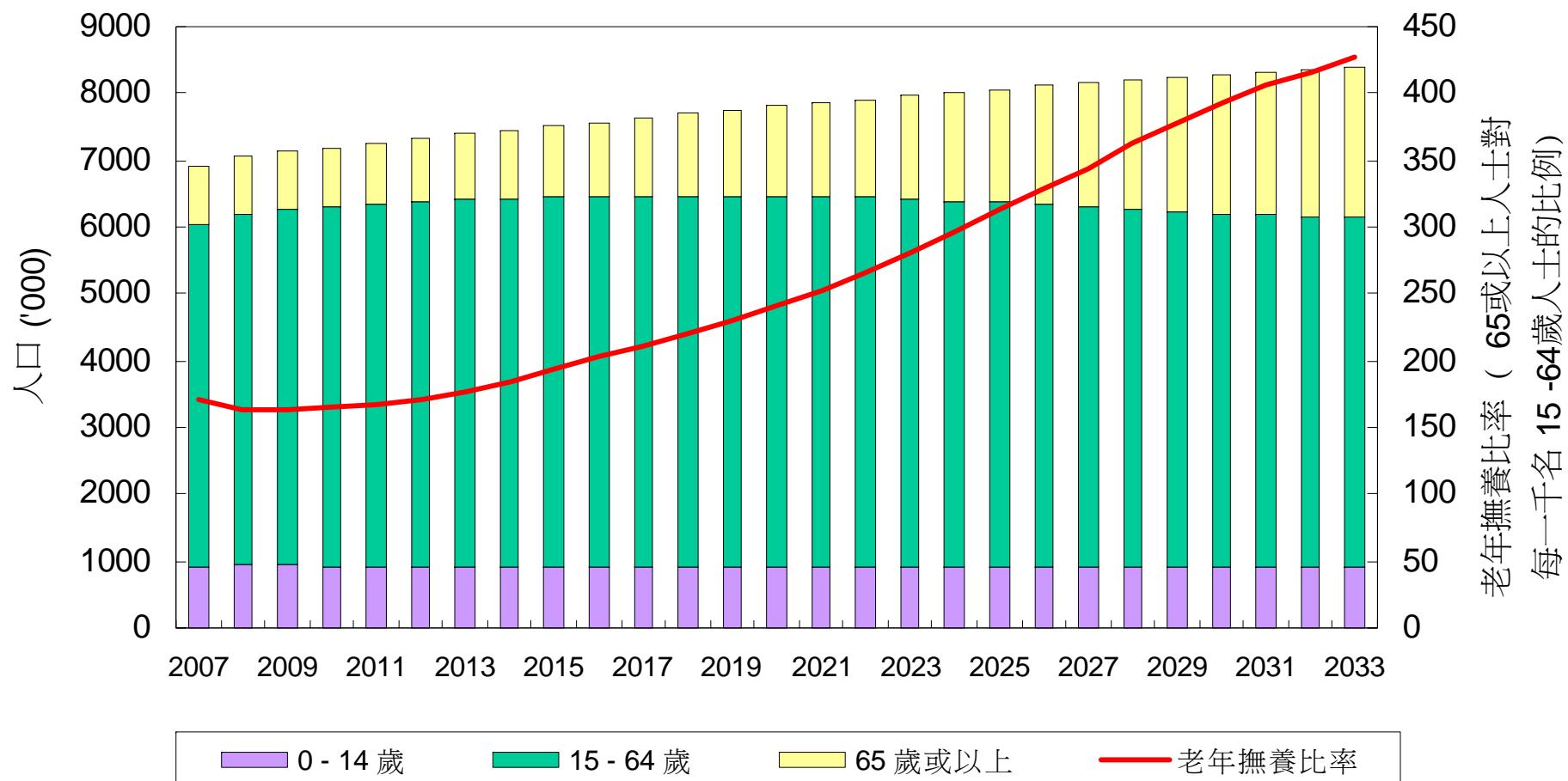
資料來源：

1. 政府統計處2007年年中人口統計
2. 政府統計處《香港人口推算2004-2033》

按年齡計算的公立醫院病牀平均日數 (2006)



總人口及老年撫養比率的推算



資料來源：政府統計處《香港人口推算2004-2033》

推算方法

- 英國財政部旺勒斯預測方法（Wanless projection method）
- 主要推動成本的因素
 - 年齡
 - 性別
 - 單位成本
 - 包含了改變醫療開支的某些主要成因，例如公眾的期望、技術的轉變，以及生產力的潛在提升等影響
 - 服務使用量
 - 根據人口轉變而推定，並假設各年齡及性別組的指定使用量和醫療服務品質維持不變

推算方法 – 公式

$$\text{總醫療開支}(TEH)_i = \sum_{j,k} p_{ij} a_{ijk} c_{ijk} + \sum_j p_{ij} d_i$$

而 p_{ij} = i 年人口及 j 組年齡性別

a_{ijk} = i 年服務使用量， j 組年齡性別， k 類醫療服務

c_{ijk} = i 年單位成本， j 組年齡性別， k 類醫療服務

d_i = i 年人均其他醫療開支

預計的醫療服務使用量、單位成本及人均其他醫療開支由以下公式代表：

$$a_{ijk} = a_{0,j,k} (1 + u_k)^i, \quad c_{ijk} = c_{0,j,k} [1 + (g + v_k)]^i, \quad d_i = d_0 [1 + (g + w)]^i$$

$a_{0,j,k}$ = 醫療服務使用量的基數

$c_{0,j,k}$ = 單位成本的基數

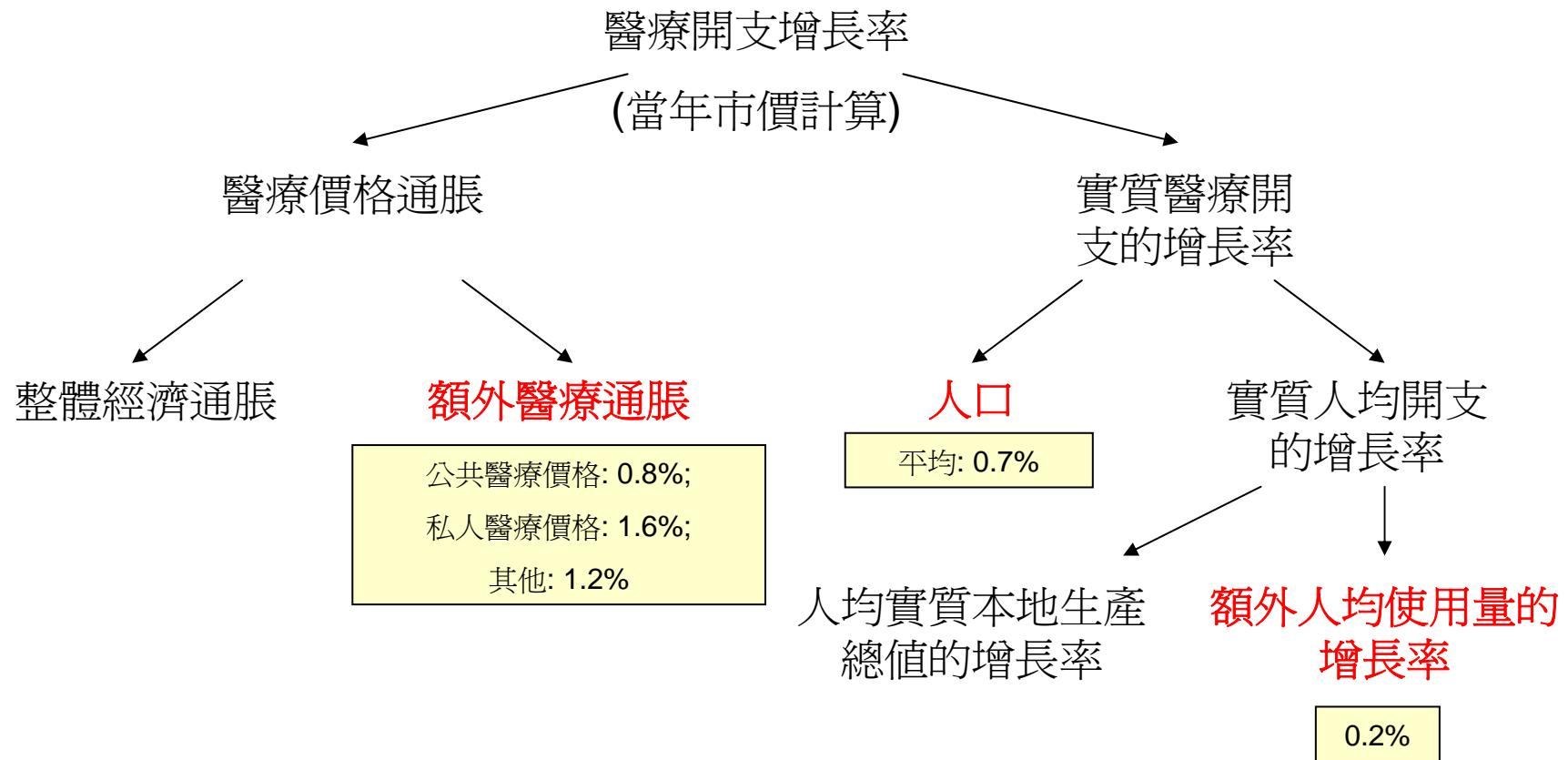
d_0 = 人均其他醫療開支的基數

u_k = 使用 k 類醫療服務數量的每年增長率 (%)

v_k = k 類醫療服務的單位成本的每年增長率 (扣除人均本地生產總值增長率) (%)

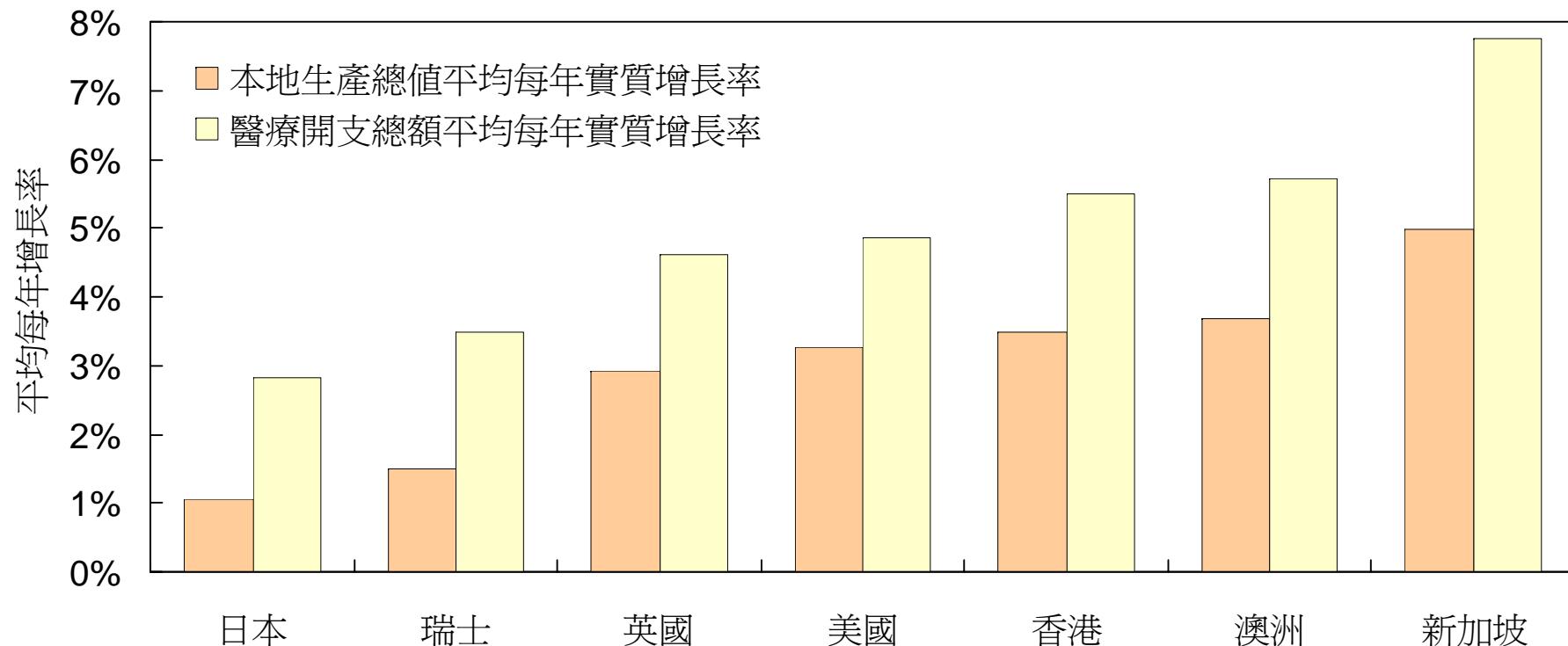
g = 人均本地生產總值的每年增長率

w = 人均其他醫療服務的每年增長率 (扣除人均本地生產總值增長率) (%)



資料來源：Huber M. 經濟合作及發展組織成員國的醫療開支趨勢，1970-1997. 醫療融資評論 21(2):99-117, 1999.

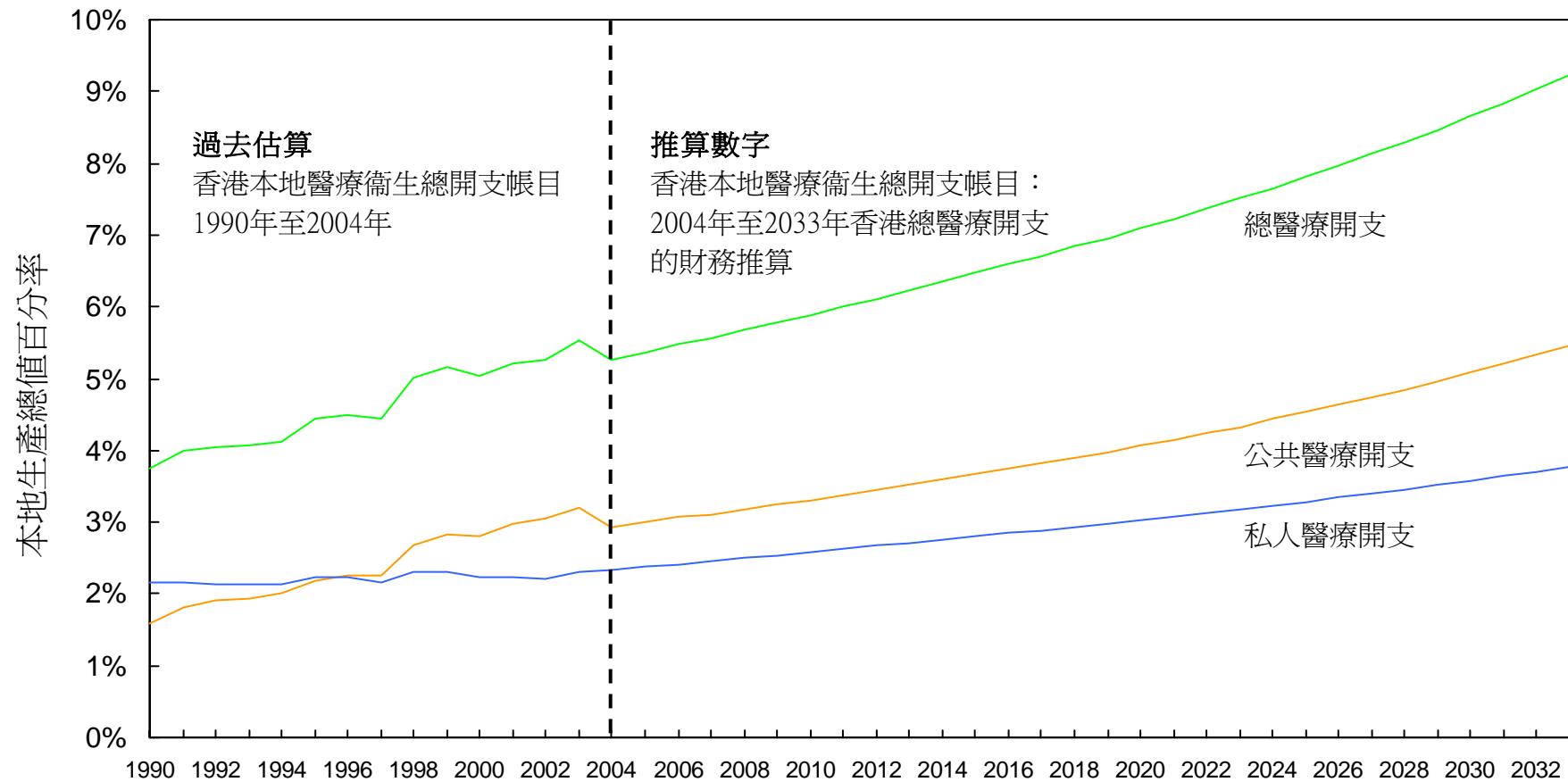
1995 年至2004年醫療開支總額及本地生產總值各平均每年實質增長率



資料來源：

1. 經濟合作及發展組織二零零七年醫療數據(二零零七年十月)
2. 世界衛生組織——國家醫療衛生開支帳目文獻系列
3. 新加坡政府衛生部，以及《新加坡醫療經濟、政策和問題》(Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore) (杜文興(Toh Mun Heng)、Linda Low著)
4. 一九九零至二零零四年香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

醫療衛生開支佔本地生產總值的百分率 1990年至2033年



資料來源：

1. 1989/90 – 2004/05年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》
2. 香港本地醫療衛生總開支帳目：二零零四至二零三三年香港總醫療開支的財務推算

限制

- 由於不明朗因素會隨時間而增加，因此推算模型的結果須審慎地詮釋為長期趨勢，而非按年的實際開支水平。
- 精算模型並不能計算求診行為由於政策干預所產生的改變。這計算或需加入計量經濟模型的元素，但因現有統計數據的限制，這些模型（如美國的聯邦醫療服務中心（前身為健康保健財政管理局）所設計的模型），並未能應用於本港。

摘要及涵意

- 由1989/90至2004/05年度，總醫療開支由佔本地生產總值的3.5%增加至5.2%，相等於每年達7%的實質增長率，而同期本地生產總值的每年實質增長率為4.3%，即醫療開支增長率比本地生產總值增長率平均高出2.7個百分點。
- 雖然與經濟合作及發展組織成員國比較，香港的整體醫療開支及公共開支（以佔本地生產總值的百分比而言）相對較低，但整體醫療開支與公共開支以及公共收入的水平相稱。

摘要及涵意

- 本精算模型指出，若根據現時的趨勢，2033年的總醫療開支將佔本地生產總值的**9.2%**。而公共醫療開支則佔本地生產總值的**5.5%**，大約相當於屆時公共開支總額的**27.3%**（假設公共開支佔本地生產總值**20%**）。
- 由**2004**至**2033**年的總醫療開支的每年實質增長率推算為**5.4%**，較推算中假設的本地生產總值**3.4%**高出兩個百分點。
- 人口老化及有關的醫療使用量，以及技術普及（反映在淨醫療通脹率上），均是長期整體開支增長的主要因素。