

康
握人生



香港特別行政區政府
食物及衛生局

“醫療改革關乎你、
我和我們下一代的
切身利益，事不宜遲。
如何進行，是我們整個
社會的重要決定。”



醫療改革諮詢文件及相關資料可於各區民政事務處、各主要公共圖書館、
公立醫院及公立診所索取，或於下列網址下載。
請於2008年6月13日或之前以下列方式提交你的意見，一同參與討論。
除非另有指明，否則所有提交的意見均視作公共資訊處理並可能會被刊登。

郵寄：香港中環花園道美利大廈19樓食物及衛生局

傳真：(852) 2102 2525

電郵：beStrong@fhn.gov.hk

網址：www.beStrong.gov.hk

香港特別行政區政府

食物及衛生局出版

政府物流服务署印

二〇〇八年三月

(採用環保油墨及再造紙印製)

掌握健康
掌握



香港人的健康名列世界前茅

香港 人的平均壽命名列世界前茅！根據世界衛生組織及香港政府統計處公布的2005年數據，本港出生的嬰兒預期壽命不但與澳洲和以長壽稱著的日本相若，也比英國、美國還長。

平均預期壽命(年歲)

	男性		女性
澳洲	79.0	日本	85.5
香港	78.8	香港	84.6
日本	78.7	澳洲	83.7
英國	76.6	英國	81.1
美國	75.3	美國	80.4

香港 的嬰兒存活率也是全球首屈一指。根據經濟合作及發展組織、美國疾病控制和預防中心、及香港衛生署公布的2005年數據，香港的嬰兒死亡率屬全球最低之一！

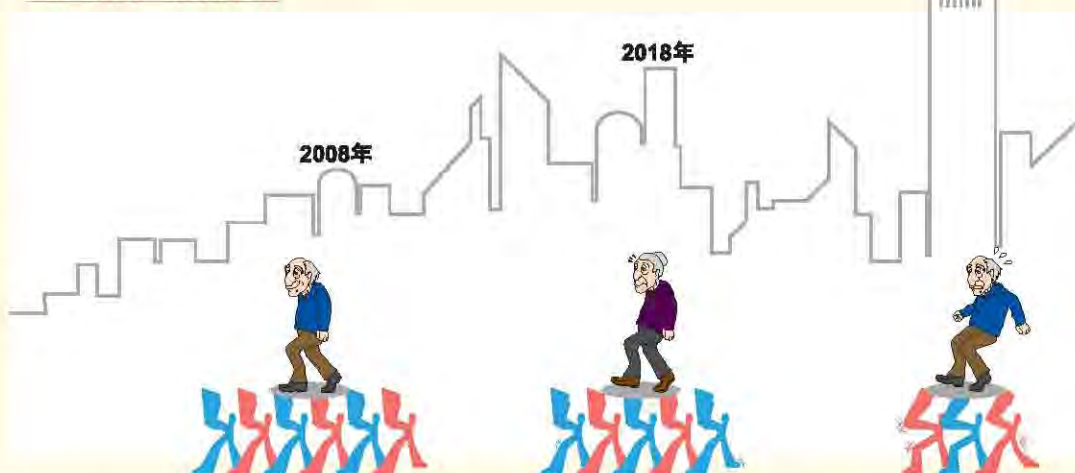
嬰兒死亡率



香港

人整體健康情況之佳，令人鼓舞。但人口老化，為我們帶來巨大挑戰。在未來20年，青少年及成年人與長者的比例會出現急劇變化：

工作年齡人口與長者比例



我們工作年齡人口(15歲至64歲)與長者(65歲或以上)的比例，現在是**6比1**；10年後會變成**5比1**；20年後會變成**3比1**。在可見將來，能夠分擔長者生活（包括醫療）開支的年青人將會愈來愈少。

同時

，因為人口老化和使用更先進的醫療科技，我們的整體公共醫療開支，預計會由2004年約380億元，增加到2015年的約780億元，到2025年更會增加到約1,270億元，增長的速度比經濟增長快得多！這些數額都是以2005年價格計算，尚未計算通脹！但到了2025年，負責繳稅分擔這1,270億元開支的工作人口比例，預計比現在分擔380億元的還小。



如果

我們不從速推行醫療改革，我們的公共醫療服務將無法維持目前的優良水平，一些非緊急的醫療服務會大受影響。估計非緊急服務的輪候時間會大幅延長。例如：



為了維持優質醫療服務，我們在醫療改革諮詢文件中提出引入醫療輔助融資，並列出了6個不同方案，供大家考慮：

- 社會醫療保障
- 用者自付費用
- 醫療儲蓄戶口
- 自願醫療保險
- 強制醫療保險
- 個人康保儲備

為了保障全民的健康和維持優質的醫療服務，我們必須進行醫療改革。請參閱醫療改革諮詢文件，積極提出你的意見，一同參與討論。



www.beStrong.gov.hk

健康
人生
未來

香港特別行政區政府
食物及衛生局出版
政府物流處承印
二〇〇八年三月
(採用環保油墨及取材自可再生林木的紙張印製)

掌握健康
掌握人生

共同改革我們的醫療制度



健康

事業

家庭

愛情



香港特別行政區政府
食物及衛生局



共同改革我們的醫療制度

目錄

目錄	
1 維持優質醫療	3
2 醫療改革為了甚麼？	5
3 從何入手？	9
4 融資方案	11
- 繼續單靠政府撥款	
- 引入醫療輔助融資	
5 你的意向？	26
6 請你一同參與討論	29
7 附錄 - 常見問題	31



維持優質醫療



我們

的醫療服務一直發揮着保障市民健康的作用，使香港的人均壽命名列世界前茅。大家即使患病，亦無須擔心求醫無門。對香港高質素的醫療服務、先進的醫療技術、優秀的醫療專業人員、良好的醫務專業操守，以及收費低廉的公營醫療服務，大家一直十分珍惜。

但是，目前的醫療服務水平，10年後、20年以後還可以持續下去嗎？香港人口迅速老化，長者佔人口比例大幅上升，市民需要的醫療服務會不斷增加，輪候公立醫院服務的時間會愈來愈長，而另一方面，私家醫院服務的收費相對高昂，大部分人未必負擔得起。

同時，醫學昌明，新的醫療設備、新的診治技術、新的藥物療法不斷出現，不少昔日的頑疾甚至不治之症，今天都能得到有效的診斷和治理。這一方面是好事，另一方面又使醫療成本持續上漲。而且，在龐大的服務需求和開支壓力下，公共醫療安全網未必能充分照顧因重病或長期病患而需要昂貴醫藥治療的病人。

為了確保你我能繼續得到優質醫療服務和保障，我們必須下定決心改革現行制度。

“我們目前的醫療服務水平和質素，是否可以維持下去？”



醫療改革為了甚麼？



“每個人心目中的理想醫療制度都可能不一樣。”

不過，相信大家會認同下列幾項重點：

◆ 有病就醫 無須擔心

香港的公共醫療政策，一直以來都是以「確保不會有市民因為經濟困難而得不到適當的醫療服務」為宗旨。在改革醫療制度時，我們絕不會放棄這個宗旨，並且要隨着醫療科技發展，提高醫療服務的水平 and 質素，使每一位患病者都能夠得到醫療服務，無須為昂貴的醫藥治療而擔心。

◆ 改善健康 預防疾病

人人都希望有健康的體魄，也知道預防勝於治療。所以在改革醫療制度時，我們必須促進家庭醫生和病人之間的長期護理關係，加強預防性的護理服務，提倡健康生活習慣，讓你我都生活得更加精神奕奕。

◆ 更多選擇 更佳服務

目前私家醫院收費相對高昂，你可能與絕大部分市民一樣，寧可輪候廉宜的公立醫院服務，在醫療服務上的選擇空間其實相當有限。在改革醫療制度時，我們應該尋求方法，讓你我有更大靈活性，從公營或私營的醫療機構中，揀選到適合自己的優質服務。

◆ 完善保障 安枕無憂

目前的公共醫療安全網主要照顧低收入人士和弱勢社群。為了令你我都安心，醫療安全網亦應該加強照顧患重病、需要昂貴醫藥治療的病人(例如長期病患或危疾患者)，而來自中等收入家庭而須依賴昂貴醫藥治療的病人亦應得到照顧。

◆ 財政穩健 持續發展

人口老化是所有先進經濟體系都必須面對的問題。香港的人均壽命名列世界前茅，長壽及健康帶來了更豐盛的生活，但也為社會帶來了沉重的醫療負擔。隨着長者增多、年輕人減少，社會整體的醫療開支負擔就會落在少數人的肩膀上。

香港的工作年齡人口(15歲至64歲)與長者的比例，現時是**6比1**，10年後會變成**5比1**，20年後更會變成**3比1**。換言之，如果你今年20歲，現時你有平均五位香港市民與你一起分擔照顧一位長者；但20年後，當你40歲時，卻只有兩位香港市民與你一起分擔照顧一位長者。在可見將來，能夠分擔長者生活費用(包括醫療)的年青人將會愈來愈少。

同時，因為人口老化和使用更先進的醫療科技，醫療開支增長比整體經濟(本地生產總值)增長快得多，我們的整體公共醫療開支，預計會由2004年約380億元，增加到2015年的約780億元，到2025年更會增加到約1,270億元。這些數額都是以2005年價格計算，尚未計算通脹！但到了2025年，負責繳稅分擔這1,270億元開支的工作人口比例，預計比現在分擔380億元的更小。估計到2033年，醫療開支會比現在增加接近四倍。而同一時間本地生產總值只增長不足兩倍，人均醫療開支增長遠高於人均生產總值增長，等如說平均每個人所需的醫療費用的增長，會快過工資增長。

所以，醫療制度必須有充裕及穩定的財政來源，才能長期提供充足而優質的服務，照顧市民所需，使你和你的一代，將來不用背上沉重的財政包袱，或者要面對醫療服務水平和質素的下降。

“這是關乎我們自己健康的切身問題，
必須由我們自己去掌握。”

◆ 共同努力 掌握健康 掌握人生

我們的願景，是建立一個能夠提升全體市民健康、提高市民生活質素，同時能為香港每一個人提供醫療保障的醫療制度。

這是關乎我們每個人健康的切身問題，必須由我們自己去掌握。讓我們攜手並肩，共同努力，為自己和下一代建構更佳的醫療制度，掌握自己的健康，掌握自己的人生。



從何入手？



✧ 讓醫護人員與你攜手增進健康

- 改善基層醫療服務，加強預防護理和推廣健康生活，提升個人健康質素。
- 制訂適合不同年齡、性別組群的基層醫療服務基準，尤其是預防護理方面。
- 建立家庭醫生名冊，促進持續、全面和全人的家庭醫護服務。
- 政府給予部分資助，由家庭醫生為你提供預防護理服務(例如健康檢查)。

✧ 推動公私營醫療協作

- 政府向私營醫療機構購買醫療服務(例如門診或非緊急手術等)。
- 籌建公私聯營醫院，共享醫療資源，提供更佳服務。
- 建立卓越醫療中心，匯聚本地公私營及境外資深醫護人員的專長。
- 建立機制讓私家醫生到公立醫院應診。

“為了讓你有更佳的醫療保障，
我們建議從五方面着手：”



✧ 建立電子病歷資料庫

- 讓「病歷跟病人走」，無論你在任何公營或私營醫療機構就診，醫護人員都可以在獲得你的同意下，即時讀取你的完整病歷，令診治更快、更準確、更可靠。

✧ 強化公共醫療安全網

- 縮短公立醫院服務的輪候時間。
- 改善現時的標準公共醫療服務，引入更先進並已證實有效的醫療技術、醫藥和設備。
- 研究設立「個人醫療費用上限」，使需要昂貴醫藥治療的病人，無須擔心因病耗盡積蓄。
- 向「撒瑪利亞基金」注資，照顧有需要但無力負擔非標準公共醫療服務的人。

✧ 制訂醫療輔助融資方案

- 政府撥款會繼續是醫療系統的主要財政來源。政府已承諾為醫療衛生服務增加撥款，到了2011-12財政年度，醫療撥款將佔政府經常開支的17%。
- 除了增加醫療撥款之外，政府亦希望與你攜手制訂符合市民期望和需要的醫療輔助融資安排，確保大家在人口老化及醫療開支日增的情況下，仍然能夠繼續享用優質醫療服務。
- 政府決心與市民共同承擔醫療融資，在輔助融資經諮詢得以落實後，無論最終安排如何，政府承諾將會從財政儲備撥出500億元去推動醫療改革。舉例來說，這筆資金可用於為參加供款式輔助融資計劃的市民，提供個人的啟動資金。

融資方案



融資方案 — 繼續單靠政府撥款

當醫療需求不斷增加，政府或須大幅加稅，否則優質公共醫療服務將難以維持下去。

我們目前的公營醫療系統是由納稅人負擔的，具體安排是每年從財政預算中撥款用於公共醫療服務。如果現在我們不下定決心，改革醫療融資安排，我們便要面對以下情況：

- 當醫療需求不斷增加，政府可能要大幅加稅，或者削減其他公共服務(包括教育、社會福利、保安等)的政府撥款，否則優質的公共醫療服務將難以持續下去。
- 病患者到公立醫院求診的輪候時間會愈來愈長，而到私家醫院就醫則要支付相對高昂的費用。
- 身體健康的人可能要繳付更多稅款，以支付公共醫療開支、維持優質的醫療服務。

優點

- 大家使用同等的醫療服務。
- 行政簡單、行政費用較低。

缺點

- 加稅和擴大政府財政預算、或削減其他公共服務撥款。
- 勞動人口比例正在縮減，下一代的負擔會增加。
- 助長繼續依賴高資助的公營醫療服務，加劇公私營失衡的情況。

融資方案 — 引入醫療輔助融資

“在研究如何為醫療系統提供額外資源，以改進和維持優質醫療服務時，我們參考了世界各地的經驗。除了現行的「政府撥款模式」之外，我們歸納出以下 **3** 大模式及 **6** 個醫療輔助融資方案，讓大家考慮。”

1 近似徵稅的模式

醫療社保

社會醫療保障的概念，是向在職人士徵收佔入息若干百分比的金額，作為全民社會醫療保障之用。所有供款會投入醫療社保基金，用作資助所有市民使用社保所涵蓋的公私營醫療服務。

- 所有人都獲得同等的資助醫療服務。
- 選擇私營服務的人可能要支付資助金額以外的費用。
- 按收入供款，無須供款者亦可獲益。



優點

- 大家使用同等的醫療服務。
- 有限度選擇公營或私營服務。
- 為醫療系統提供穩定財政來源。

缺點

- 變相額外徵稅，加重在職人士負擔。
- 勞動人口比例正在縮減，未來的人均負擔會增加。
- 使用者毋須或只須支付非常低的額外費用，可能導致過度使用。
- 供款比率會因人口老化和醫療服務使用量上升而增加。

2 用者付費的模式

2.1 用者付費

提高公營醫療服務的收費。在這模式下，除低收入人士和弱勢社群外，用者須分擔更大部分的醫療費用。

- 沒有患病的人不用付費。
- 使用醫療服務者的費用支出會大幅增加(對長者、慢性病患者的影響尤其巨大)。
- 經濟能力許可的人患病時，除可使用公營服務外，也可選擇私營服務。
- 低收入人士和弱勢社群繼續由公共醫療安全網照顧。
- 所有使用者不論收入水平，在「用者付費」原則下按服務使用量自行負擔相同收費。



優點

- 促使公眾慎用適切的醫療服務。
- 可加強為自己健康負責的意識。

缺點

- 收入水平高於安全網水平者可能要面對難以負擔的醫療費用。
- 只能為醫療系統提供有限的額外資源。
- 醫療安全網的資助機制個案會更多，因而增加行政成本、減少收費所得。

用者付費的模式

2.2 醫療儲蓄

規定指定組別人士（例如某入息水平以上的在職人士）將部分收入存入個人的醫療儲蓄戶口，以支付自己未來（特別是退休後）的醫療費用。

- 按個人入息水平儲蓄，積存及投資收益為個人所有，以應付個人醫療所需。
- 戶口持有人去世後，戶口累積的儲蓄將成為遺產。
- 沒有儲蓄或耗盡儲蓄的人士，繼續由公營資助醫療服務照顧。
- 使用儲蓄視乎個人實際醫療所需而定，並無分擔風險的成分。



優點

- 為自己儲蓄，應付未來的個人醫療費用。
- 減少下一代的經濟負擔。
- 促使公眾更慎用適切的醫療服務。
- 可加強為自己健康負責的意識。

缺點

- 沒有共同分擔風險的效益，患病所致的財政風險由自己承擔。
- 為節省開支，病人可能仍舊使用公營醫療服務。
- 若只可在退休後動用儲蓄，則退休前無保障。
- 若容許在退休前動用儲蓄，則難以滾存較多儲蓄，以支付年老時需要的醫療費用。

3 個人保險的模式

3.1 自願醫保

鼓勵市民自願購買市場上的私人醫療保險。

- 投保人士可獲自選的保障，並按保險計劃選擇私營服務。
- 高風險人士(例如慢性病患者、長者或其他曾患病人士)難獲承保，或須繳付較高昂的保費。
- 不購保險者須自資使用私營服務，或繼續由公營資助醫療服務照顧。
- 不論收入水平，各人按自己意願及所需投保，按風險付保費，沒有津貼他人的成分。



優點

- 自願購買保險，未雨綢繆。
- 為投保人士提供更多服務選擇。

缺點

- 現有病患者不獲承保或須支付高昂保費。
- 不能保證續保(尤其是長者或患重病人士)。
- 未能為參加者儲蓄以支付退休後的醫療費用和保費。
- 未能保證投保人數及風險程度，行政及核保成本會較大，保費亦較高。
- 未能為醫療系統提供穩定和較充裕的額外資源。
- 或會助長不善使用醫療服務的情況。
- 長者及高風險者保費會較高，保費亦會隨年齡和風險增加及醫療服務使用量上升而提高。

個人保險的模式

3.2 強制醫保

規定指定組別人士(例如某入息水平以上的在職人士)購買由政府規管的個人醫療保險。

- 參加者與其他投保人共同分擔風險，投保人數和風險程度有保證，行政和核保成本會較自願醫保少，保費亦相對較低。
- 投保人可選擇使用私營服務，亦可繼續使用公營服務。
- 投保人不論年齡及病歷，均享有劃一保費，令高風險人士(如慢性病患者及長者等)及已有病患人士也可獲得承保。
- 無須參加強制醫療保險計劃的人士，繼續由公營資助醫療服務照顧。
- 須參加強制醫療保險的人士，不論收入水平，保費劃一。



優點

- 不論年齡及健康狀況，保費劃一，一般較為廉宜。
- 已有病患人士仍可獲承保。
- 保證續保(即使年老或患病)。
- 受到規管，消費者較有保障。
- 投保人士可選用私營醫療服務，減輕公營醫療系統的負擔，騰出的資源可為低收入人士及弱勢社群改善服務。

缺點

- 須嚴格規管保險，會導致額外行政成本。
- 未能為參加者儲蓄以支付退休後的醫療費用和保費。
- 或會助長不善使用醫療服務的情況。
- 保費會隨受保人口老化及醫療服務使用量上升而逐漸增加。



個人保險的模式

3.3 個人康保儲備

規定指定組別人士(例如某入息水平以上的在職人士)將部分收入存入個人健康保險儲備戶口，部分金額用作購買由政府規管的個人健康保險(個人康保)，其餘則儲存在戶口內，以便退休後可以繼續投保和支付其他醫療費用。

- 參加者在職時可享有醫療保險的保障，退休後又有儲備繼續支付醫療保險的保費和其他醫療費用(包括選擇使用私營服務的額外費用)。
- 參加者與其他投保人共同分擔風險，投保人數和風險程度有保證，行政和核保成本會較自願醫保少，保費亦相對較低。
- 投保人不論年齡及病歷，均享有劃一保費，令高風險人士(如慢性病患者及長者等)及已有病患人士也可投保。
- 參加者可利用個人康保自由選擇使用私營服務，亦可繼續使用公營服務並由個人康保支付費用。
- 無須參加個人康保者，繼續由公營資助醫療服務照顧。
- 按個人收入水平作出儲備，但保費負擔均等，餘額可以滾存，以備退休後支付個人康保保費及其他醫療開支。

個人康保儲備



優點

- 兼具強制醫保及醫療儲蓄的優點。
- 保險與儲蓄互相補足，為目前提供醫療保障之餘，更能為未來作出儲備。
- 減輕公營醫療系統的負擔，騰出的資源可為低收入人士及弱勢社群改善服務。
- 所有個人供款由自己使用。
- 整體醫療系統能持續發展。

缺點

- 須嚴格規管保險，導致額外行政成本。
- 或會助長不善使用醫療服務的情況。
- 保費會隨受保人口老化及醫療服務使用量上升而逐漸增加。

“你的意向？”

上述六個醫療輔助融資方案各有利弊，你我的期望不盡相同。在考慮不同的輔助融資方案時，由於每個人的價值觀念和實際處境有異，所以在一些重要的原則上，會有不同的取捨。例如你可能屬意由以近似徵稅的模式按收入決定供款，然後為所有市民提供同等的服務？還是你認為人人都有機會患病，所以應該以保險去分擔風險？抑或在政府的承擔以外，你認為多付的每一分錢，都應該用於自己個人的醫療？還是期望你現時所付出的，可以用於自己現在的醫療保障及為自己將來的醫療費用儲蓄？我們嘗試將部分重要原則臚列如下，希望有助考慮：



如果你屬意繼續由納稅人獨力去維持公營醫療服務，你可能要面對以下情況：公營醫療服務在需求和開支的壓力下降低服務水平，大幅提高稅率，或者削減其他公共服務的撥款。

如果你屬意除了納稅人支付的醫療撥款之外，應該更大程度地以近似徵稅的模式由在職人士作出醫療輔助融資，以維持醫療服務水平和質素，為所有市民提供同等服務，則你會比較接受「醫療社保」。（但是這等同額外徵稅，隨着工作人口對長者的比例縮減，下一代的負擔將更沉重。）



如果你屬意由納稅人支付公營醫療服務以外，讓有能力者在患病時自行額外付費，選擇較佳、較快的服務，你可能會比較接受「用者付費」、「醫療儲蓄」等方案。（但是長者、長期病患者或其他危疾患者，包括你自己年老或患上重病時，可能無法支付額外費用。）



如果你屬意由納稅人支付公營醫療服務以外，希望透過保險在患病時可以選擇較佳、較快的服務，但同時希望能按照自己的意願、需要和選擇來投保，你會比較接受「自願醫保」的方案。（但是市場上的保險公司，對高風險者和長者投保所收取的保費甚高，現有病患人士亦可能不獲承保，亦不保證會續保或不會因病增加保費。）



如果你屬意由納稅人支付公營醫療服務以外，希望透過保險與其他人分擔患病時的財政風險，而且希望自己年老時，或萬一患上危疾及長期疾病時仍然得到保障，而亦希望屆時保費仍處於可以負擔的水平，你會比較接受「強制醫保」方案。（但是這表示你健康時須要津貼患病者，而方案亦未能保障你在退休後或患病後仍然有能力支付保費。）



如果你屬意由納稅人支付公營醫療服務以外，希望透過保險與其他人分擔患病時的財政風險，同時希望能保障退休後或患病後仍然有能力負擔醫療保險，你會比較接受「個人康保儲備」方案。（但是這表示你在年輕、有能力時要付出較多，作為現時的保障和未來的儲備。）



請你一同參與討論

無論

如何，特區政府會繼續是香港醫療制度的最主要財政支柱。但是，在醫療開支不斷增加，而工作人口與長者的比例急速下降的情況下，我們必須下定決心，尋找對你、對我，對每一個人以及整體社會都有好處的方案，使我們和下一代在未來10年、20年，以及往後更長遠的日子裏，都能夠繼續得到優質的醫療保障，享受健康人生。在現時進行的第一階段諮詢，我們提出了六個醫療輔助融資方案，希望聽取你寶貴的意見，我們會參考大家對不同方案利弊的看法，制訂改革包括輔助融資安排的詳細建議。屆時我們會進行第二階段諮詢，以進一步徵詢你的意見。

這是我們共同擁有及珍惜的醫療制度，跟你、我和我們下一代的生活有切身關係，所以你們每一位的意見都十分重要！醫療改革諮詢文件及相關資料可在各區民政事務處、各主要公共圖書館、各公立醫院及公立診所索取，或於下列網址下載。請於2008年6月13日或之前，把你對諮詢文件的意見，通過以下方式告訴我們，一同參與討論。

郵寄：香港中環花園道美利大廈19樓食物及衛生局

傳真：(852) 2102 2525

電郵：beStrong@fhb.gov.hk

網址：www.beStrong.gov.hk

除非另有指明，所有提交的意見均視作公共資訊處理，並可能會被刊登。

附錄 常見問題

be strong



問1: 醫療改革是否真的有迫切性?

答1: 人口老化與醫療成本上漲是所有經濟發達的國家及地區都要面對的問題，香港也不例外。要保持現在的醫療服務水平，我們必須及早改善現行制度內的結構性問題，務求提升醫療質素和效率，減少對醫院服務的依賴，最終增進市民健康。否則，我們一向所珍惜的優質醫療服務將難以維持；而且，醫療需求繼續膨脹，一定會影響經濟，削弱香港的競爭力，亦會減少社會在其他範疇的投資。換句話說，我們可投放在教育或基建工程等方面的資源便會相應減少。

迫切的原因：

- 第一：人口老化，長者增多，需要較多醫療照顧，所以醫療需求會增加。
- 第二：醫療科技進步，設備、技術、藥物、療法日新月異，可治的病愈來愈多，這固然是好事，但同時醫療成本也愈來愈高昂。
- 第三：工作年齡人口與長者的比例，在未來20年內將會由6:1下降至3:1，醫療開支會令下一代難以負擔。



問2: 既然政府認為醫療改革有迫切性，為何要進行兩個階段的諮詢，而不開宗明義，告知市民政府經詳細研究後希望推介的方案，並就此作直接諮詢？

答2: 醫療改革是一個非常複雜的議題，牽涉很多不同的社會取向、價值觀及決定，包括輔助融資應該繼續用作資助全體市民按需要通過輪候分流獲取醫療服務，還是應該為供款人提供更多更佳的選擇，可以得到更直接更快捷的醫療服務？由於影響深遠，亦與每一位市民息息相關，我們在改革路上走的每一步，都必須小心翼翼、謹慎而行，並以市民的意向為依歸。在決定醫療改革方向和輔助融資安排上，沒有絕對的對與錯，市民的意向和選擇起着關鍵作用，因此我們希望分兩個階段進行諮詢。在第一階段，首先就醫療服務改革的理念和各個醫療輔助融資方案的利弊諮詢市民。在參考收集到的意見後，就改革建議包括輔助融資安排制訂具體建議，再進行第二階段諮詢，進一步徵求市民的意見。



問3: 為甚麼不可以維持現狀，由政府繼續支付公營服務開支？

答3: 如果現行醫療制度維持不變，政府要應付不斷增加的公共醫療開支，將來可能出現以下情況：

(一) 政府可能要大幅提高稅率，開徵新稅項，或增加其他財政來源。而政府的公共開支佔經濟（本地生產總值）的比例會因而增加至2033年的22%。這會違背香港一向奉行的小政府、低稅制原則，亦會削弱香港的競爭力。

(二) 如果政府要保持公共開支佔經濟的比例在20%以下，2033年的公共醫療開支將佔政府的財政預算超過27%，直接影響其他公共服務（例如教育、社會福利、保安等）的撥款，這些服務所佔的預算比例可能要削減。

(三) 如果既不加稅，又不削減對其他公共服務的撥款，亦不作輔助融資安排，香港醫療系統將無法維持提供優質服務，我們的醫療質素也會倒退。

問4: 政府既然有龐大財政盈餘，何需再融資？為何不將盈餘撥作醫療撥款？

答4: 政府並非每年都有大量盈餘，盈餘亦非必然可以一直持續下去。過去的經驗反映出，政府的財政情況會隨著經濟轉變。一次過的財政盈餘，並不足以應付經常性的醫療開支。

現時醫療制度面對的挑戰，並非單靠短期增加公營醫療撥款可以解決。除了增加醫療系統的資源外，我們更須推行醫療服務的改革措施，例如投放更多資源於基層醫療服務，改善市民健康，鼓勵公私營醫療機構合作，推動電子病歷互通，讓市民得到更多的選擇及更大的自主，令「錢跟病人走」的概念獲得落實，以及加強現行的公共醫療安全網等，以達到我們醫療改革的願景。但要長期推行醫療改革、改善醫療服務、增進市民健康，我們需要持久穩定及充裕的財政來源，所以我們必須引入醫療輔助融資（稅收之外的醫療經費來源）。

現時香港經濟良好，政府財政穩健，正是大好時機，可讓政府與市民一起未雨綢繆，推動醫療改革，為你我和下一代的優質醫療服務打好基礎。

問5: 公營醫療系統在資源上面對壓力的原因之一，可能是錢用不得其所。政府是否應該先解決有關問題，然後再談輔助融資方案？

答5: 醫管局過去多年已採取了很多措施開源節流，提高效率。公共醫療服務的平均效率增益，過往大約每年1%左右。在2000-01至2005-06年間，公共醫療服務累計節約的金額相當於開支總額的12%。未來亦會繼續檢討改善，務求讓資源更用得其所。香港現時公營醫療服務和開支的水平，效率可與國際上其他先進經濟體系媲美。然而，醫療開支增長會遠高於經濟增長，因此人口急劇老化和醫療科技日新月異，對公營醫療系統構成的壓力並非單靠改善效率可以解決。在繼續尋求增加公營醫療服務效率和效益的同時，我們必須正視醫療制度長遠持續發展需要輔助融資的事實。



問6: 政府打算增加醫管局服務的收費嗎？

答6: 我們在諮詢文件中臚列了提高公營醫療服務收費是輔助融資方式之一，但是單靠大幅增加公營醫療服務的收費並不能解決融資問題，亦無助推動醫療服務改革。

問7: 政府是否將解決醫療融資問題的擔子轉嫁到市民身上？

答7: 行政長官已承諾，用於醫療衛生服務的政府經常開支比例，將由現時的15%，增至2011-12年度的17%。按照現時香港的經濟狀況及政府財政狀況估算，增加的開支約為100億。而財政司司長亦承諾在醫療輔助融資經諮詢得以落實後，會從財政儲備撥出500億元去推動醫療改革。這些都表明政府決心與市民共同承擔醫療融資。

無論如何，政府將繼續是我們醫療制度的最主要財政支柱。而政府奉行多時的公共醫療政策亦不會改變，旨在確保不會有市民因經濟困難而得不到適當的醫療照顧，公營醫療系統也會一如既往，作為整體市民特別是低收入家庭和弱勢社群的安全網。

但即使政府增加了對醫療的承擔，仍未足以應付人口老化和醫療成本上漲的挑戰。工作年齡人口對長者的比例會急劇下降，由現時6:1，10年後變成5:1，20年後變成3:1。而在同一期間內，因為人口老化和醫療成本上漲，預計公共醫療開支會由現時約380億，增加至1,270億。因此我們需要所有市民齊心協力、凝聚共識，推行醫療改革，引入醫療輔助融資。如果我們能夠落實輔助融資模式，政府會詳細研究如何為輔助融資的供款人提供財政資助，例如稅務寬免、啟動資金、或其他方式的直接資助等。

問8: 誰會是醫療輔助融資的供款人？

答8: 我們現時在第一階段諮詢，希望就醫療服務改革的構思和醫療輔助融資方案的利弊聽取市民的意見。現階段在醫療輔助融資方案未有具體內容前，我們對由哪些人作出輔助融資持開放態度。我們會在收集和整理意見後，進一步制訂醫療輔助融資安排的具體建議進行下一階段諮詢。無論如何，政府必定會與市民共同承擔醫療融資。

問9: 醫療輔助融資的供款水平會是多少？是否能徹底解決醫療融資問題？

答9: 我們在第一階段諮詢並未就醫療輔助融資方案的具體內容有任何定案，而供款水平亦要視乎醫療輔助融資方案的設計、參加的人數，以及參與者的負擔能力而定。然而，在研究不同的供款式輔助融資方案時，我們假設供款約為參加者收入的3%-5%左右，並設有供款上限。這是考慮到太少的供款，行政上不划算之餘，亦未能提供充裕的輔助融資。而由工作人口作出約3%-5%的供款，則應可提供一定金額的輔助融資，協助應付日增的醫療需求；再配合整體醫療市場和服務結構改革，令將來的醫療需要和開支增長不至於不勝負荷，應該可以大大增加醫療制度的可持續性。

問10: 我的身體一直很好，也從來沒有用過公營醫療服務。任何融資方案都似乎與我沒有任何關係，我可以不參加嗎？

答10: 當然我們希望人人都身體健康，無病無痛。但任何人都沒有辦法預知一生什麼時候可能要用上醫療服務。醫療改革涉及整個醫療系統，而不單只是公營醫療服務；不同的醫療輔助融資方案亦會對使用私營市場服務的市民有不同的影響。

當討論輔助融資制度的時候，市民須考慮怎樣的醫療保障最適合自己，同時可以推動整體醫療制度持續發展下去，得以維持高質素服務。推行供款式的社會醫療保障、開立自己的醫療儲蓄戶口、購買合適的醫療保險等等，都是未雨綢繆的做法。

最重要的是，醫療改革是每一位市民的事，需要你我攜手推動。

問11: 政府為甚麼要大力推行改善基層醫療服務？為甚麼改善基層醫療服務需要融資？

答11: 世界上很多地方的研究和經驗都顯示，基層醫療系統越健全，預防護理做得越好，市民便越健康。因此，政府決心大力推動加強基層醫療服務。這是醫療改革的一個大方向。醫療輔助融資的重要性在於為醫療系統提供充裕的輔助資源，為持續加強基層醫療服務提供有利條件。



問12: 社會醫療保障並不為香港人熟悉，其背後理念為何？

答12: 引進社會醫療保障，相當於在現有稅基以外增加一項新稅項。而該等稅收指定用於全體市民的醫療服務，財政來源也較為穩健，可以為醫療系統提供一個穩定的融資來源，亦在現時由稅收支付的醫療系統之上，進一步加強按收入徵收醫療經費的機制。不過，若推行社會醫療保障，政府需要成立新的機制，以收集徵費及作出行政管理，所需的成本會帶來額外的行政費。而推行社會醫療保障亦會因為需要提供高度資助的服務，同時放寬使用醫療服務的限制，以及容許使用私營醫療服務，很可能會導致使用量上升，甚至有濫用的情況。長遠來說，人口老化、工作人口減少和使用量上升會使供款率不斷增加。



問13: 醫療儲蓄戶口的金錢可以在什麼時候取回？有急需時可用來應急嗎？

答13: 醫療儲蓄的目的與強積金並不相同。強積金是年青儲蓄、投資滾存，到退休時生活有保障，所以強積金可以在65歲時提取。但是醫療儲蓄戶口內的積蓄是用作醫療用途，只是在患病時才可動用，百年歸老後，餘款便成為遺產。

一般人在年輕時較健康，患病機會較少，大部分人的醫療需要多在年老時出現，因此醫療儲蓄可以考慮加上一定限制，即除了一些特別的重病外，儲蓄一般要在退休後才可動用作醫療用途，讓儲蓄可以作投資滾存，應付年老後的醫療需要。



問14: 我已接近退休年齡，不可能在醫療儲蓄戶口累積很多金錢，生病時怎麼辦？

答14: 你大可以安心。所有的醫療融資方案都是輔助融資，政府會繼續提供醫療系統的主要融資來源，並維持公營醫療系統作為醫療安全網。對於負擔不起醫療費用的市民，公營醫療系統會繼續照顧他們，確保他們能夠獲得適當的醫療。

問15: 如果推行醫療儲蓄戶口，誰會為我們管理整筆款項？回報會有保障嗎？

答15: 如果推行醫療儲蓄戶口，可行的管理方法之一，是參考現行強積金的安排，以基金形式管理，供款人亦可以有投資選擇。



問16: 很多市民現時已經自願購買醫療保險，為何不繼續讓市民自行決定是否為自己的健康作投資？

答16: 在自願醫療保險計劃下，高風險組別人士(例如長期病患者及長者)須支付十分高昂的保費。由於保險公司在投保人數上沒有保證，而通常索償機會高的人才選擇投保，再加上核保成本較大，凡此種種都會導致高昂保費，從而使自願保險更乏吸引力。現時自願保險大多不承保已有的病症，亦不保證可續保；而且，患病索償後保費很可能會增加。一般來說，高風險組別人士很可能極難覓得保險公司承保或續保。

問17: 我的僱主已經為我提供一份保險，又或者我本來已經購買了一份醫療保險，如果推行強制私人醫療保險，會不會導致雙重保險？

答17: 如果推行強制私人醫療保險，我們可以考慮設立過渡機制，讓已經購買自願醫療保險的市民、或已經為僱員購買了醫療保險的僱主，將已有的保險計劃過渡成為政府規管的強制私人醫療保險。一般來說，強制私人醫療保險的條款，應該對投保人更為有利，保費也可能更廉宜。但如果有的條款比強制私人醫療保險更優厚的計劃，包括僱主為僱員提供的醫療福利計劃，我們亦可以考慮給予豁免或作其他銜接安排。

問18: 強制私人醫療保險制度對個別投保人士有什麼好處？

答18: 強制私人醫療保險制度會令投保人數有保證，能使風險平均分佈，實際達致共同分擔風險的目的，平均保費亦可以降低。另外，政府可規範有關保險的規則及條款，令保險公司必須接受申請人投保，(不論年齡及健康狀況)收取劃一保費，讓年長或高風險人士也可投保，並且保證續保和轉換工作時可一併轉移保險。凡此種種，都是現行自願私人醫療保險所缺少的，因此強制私人醫療保險可以讓投保的市民整體獲得較為有利的保障。



問19: 這些不同的融資方案，對低收入人士及弱勢社群有什麼影響？安全網有何改變？如果我是長期病患者或是患重病面對高昂治療費用，融資方案與我有甚麼關係？如我沒有工作或收入，會得到怎樣的醫療服務？

答19: 我們會恪守一直以來的公共醫療政策原則，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務。政府將繼續為醫療系統提供主要的融資來源，亦會維持向市民提供能夠負擔的公營資助醫療服務。然而，投放在公營醫療系統的資源會因人口老化和醫療成本上升而緊絀，無可避免會影響我們維持公共醫療安全網的能力。

如果我們能夠推行輔助融資方案，為醫療系統注入額外資源，並且紓減公營醫療系統的壓力，我們便可以將更多的公營醫療資源，投放到鞏固公共醫療安全網上。例如，我們可以研究為長期病患者或患重病而需要昂貴醫藥治療的病人，設立個人醫療費用上限，凡超過上限的病人便可以獲得額外資助。我們亦可以有資源加強目前的標準公共醫療服務，例如考慮將證實有效的藥物或治療加入標準服務，或納入資助範圍。

問20: 擴大私營醫療市場，會不會令公營系統內優秀的醫生流失，使公營系統的服務水準下降？

答20: 不會。未來公私營系統有更多合作空間，醫護專業人員應該可以有選擇，甚至雙向流通，同時為公私營界別提供服務。公營醫療系統必須較具彈性，容許有經驗和專長的醫護專業人員，在私營市場提供服務之餘，亦可以在公營系統為市民服務。



問21: 政府推動公私營協作，市民有什麼得益？

答21: 現時香港的醫療制度下，公私營醫療系統嚴重失衡，病人高度依賴公營醫療服務，無法促使公私營醫療服務提供者有充分的良性競爭。公私營協作能讓市民有更多選擇，以及有助推動公私營醫療界別之間的良性競爭和合作。政府向私營醫療機構購買服務，是以具成本效益的方式提供公共醫療服務；而資助市民使用私營市場的服務，亦使更多市民有機會選擇私營醫療服務。這些善用醫療資源的方法，能減輕公營醫療的壓力，使依賴公營醫療服務的人士也可以受惠。

問22: 香港是否有足夠的醫院和醫護人員，去配合醫療改革的施行？

答22: 我們現時的醫療系統一直與時並進，也一直在加強培訓醫護人員；公私營醫院預計在未來5-10年間會增加10%-20%的服務容量。我們會繼續密切留意人力資源的需求及發展，並會採取一切適當的措施，以確保醫療系統有足夠人手和容量，順利推行醫療改革。



掌握健康 掌握人生

醫療改革諮詢文件

家庭

愛情

健康

事業



香港特別行政區政府
食物及衛生局

掌握健康 掌握人生

醫療改革諮詢文件

香港特別行政區政府
食物及衛生局
二零零八年三月

目錄

食物及衛生局局長周一嶽醫生序言	i	
諮詢文件摘要	iii	
引言	願景	1
第一章	香港醫療制度需要變革	3
第二章	加強基層醫療服務	17
第三章	推動公私營醫療協作	25
第四章	發展電子健康記錄互通	29
第五章	強化公共醫療安全網	33
第六章	改革醫療融資安排	35
第七章	維持現行融資模式的後果	49
第八章	輔助融資方案(1) — 社會醫療保障	53
第九章	輔助融資方案(2) — 用者自付費用	57
第十章	輔助融資方案(3) — 醫療儲蓄戶口	61
第十一章	輔助融資方案(4) — 自願私人醫療保險	65
第十二章	輔助融資方案(5) — 強制私人醫療保險	71
第十三章	輔助融資方案(6) — 個人健康保險儲備	77
第十四章	創設健康未來	87
第十五章	前景	91
附錄A	詞彙	93
附錄B	香港目前的醫療系統	101
附錄C	香港現行醫療融資安排	109
附錄D	香港與其他經濟體系的醫療融資安排比較	117
附錄E	健康與醫療發展諮詢委員會	129

食物及衛生局局長周一嶽醫生序言

各位市民：

香港的醫療制度正處於關鍵時刻。經過多年的努力，我們建立了一個能為市民提供優質醫療服務的制度。我們取得卓越的醫療成效，醫護界亦保持高度專業操守。但與此同時，由於本港人口正不斷老化，加上要緊隨醫療科技的急速發展步伐，本港的醫療制度正面臨重大挑戰。



單靠投放更多社會資源在醫療服務不足以解決問題。我們必須同時認真檢視如何善用醫療制度所能享有的資源，以達致最佳效果、滿足市民的需要。我們必須檢視融資安排，務使我們能保留現有優勢的同時，亦能促進各服務提供者進一步的互動和協作。我們須探究醫療制度內不同領域和層面的醫療服務在將來應如何安排和配合。我們須解決現行制度不足之處，並通過改變市場結構，帶來更多更好的選擇，以配合市場不同層面的需求。

香港是充滿關懷愛心的社會，我們自當繼續恪守一直奉為主臬的醫療政策，確保不會有市民因為經濟困難而得不到適當的醫療服務。為此，我們必須研究如何加強現有的安全網，為社會上不幸因醫療開支而生計出現問題的人士提供更好的協助。

政府詳細研究了現行醫療制度的服務架構以及所需的轉變。我們建議加強基層醫療系統，以及改善醫療安全網。我們建議改革醫療市場的結構，以推動公私營進一步的協作。我們建議發展全港電子健康紀錄系統，為改革提供所須的基礎建設。落實這些建議，須要改革融資安排，以提供輔助融資。我們研究了一系列的融資方案，並在這份文件中臚列它們的利弊，以諮詢公眾。

要達致醫療制度可持續發展的願景，我們必須全面實施這一系列相互緊扣的建議。因此，這些建議須作一併考慮。

在發展我們未來醫療制度的過程中，政府對公共醫療的承擔，只會增加，不會減少。政府會繼續為醫療服務提供主要財政來源。行政長官亦已承諾在二零一二年前增加醫療開支，由原來佔政府經常開支的百分之十五，增加至百分之十七。財政司司長亦於二月公布的財政預算案承諾在輔助融資經諮詢得以落實後，無論最終安排如何，將會從財政儲備撥出五百億元去推動醫療改革，以應付未來公共財政一項重大的挑戰。

在醫療服務的課題上，每一位市民都是持份者。未來的路，由你、由我、由每一位市民的決定而成。醫療制度與市民大眾息息相關，也是我們留給下一代的重要資產和健康的保障。我希望大家能抓緊這個機會就醫療制度改革凝聚共識，使醫療制度能持續發展。

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。



食物及衛生局局長

周一嶽醫生

二零零八年三月

諮詢文件摘要

引言

香港需要一個能持續增進全體市民健康、不斷提高醫療服務質素的醫療制度。為此，我們有需要改革目前的制度，讓它能持續發展，更能配合市民所需。這關乎每一個市民的切身利益。繼《創設健康未來》¹與市民一起探討醫療制度日後的服務模式後，現在我們會展開兩個階段的公眾諮詢，邀請所有市民一起參與推動改革。

2. 通過這第一階段的諮詢，我們希望徵詢你對以下兩點的寶貴意見－

(a) 醫療服務改革的主要原則和理念；及

(b) 各種醫療輔助融資方案的利弊。

3. 我們會參考第一階段公眾諮詢期間所收集到的意見，制訂改革的詳細建議包括輔助融資的安排。我們屆時會進行第二階段諮詢，以進一步徵詢你的意見。

願景

4. 我們的願景，是建立一個能夠提升全體市民健康、提高市民生活質素，同時能為香港每一位市民提供醫療保障的醫療制度。

5. 我們提出改革醫療制度，是要令它能持續發展，並能緊貼醫療科技進步，希望能夠－

(a) 為市民提供終身、全面、全人的基層醫療，並特別着重增進健康的預防性護理；

(b) 為市民提供更多優質、高效率和具成本效益的公私營醫療服務，以供選擇；

(c) 為不幸罹患重病需要昂貴治療的市民提供更好的醫療保障，讓大家安心；以及

¹ 健康與醫療發展諮詢委員會於二零零五年七月發表的討論文件，探討本港醫療制度日後的醫療服務模式。

(d) 政府能繼續與市民並肩，為增進市民健康共同作出財政承擔。

6. 在改革醫療制度的同時，我們會－

(a) 恪守我們一貫的宗旨，不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務；

(b) 確保所有市民繼續獲得必需及負擔得起的醫療服務；

(c) 維持公營醫療系統以作為低收入、弱勢社羣及其他有需要人士的安全網；以及

(d) 繼續保持醫護專業界優秀的專業水平和操守。

7. 為改革醫療制度，政府已承諾把醫療衛生服務在整體經常政府開支所佔的比率由現時 15%增至二零一一至一二年度 17%。

醫療改革、為你推行

8. 身體健康，是我們的共同願望。大家都希望醫療制度能夠增進你我的健康、提供有助預防疾病和治療病患所需的優質醫療服務，並能在市民不幸罹患需要高昂醫療費用的疾病（例如複雜或長期疾病）時提供保障。但除非我們從速改革目前的醫療制度，否則將來便無法繼續為大家提供必需的醫療服務。假如我們坐視不理，整個社會 — 包括你和我 — 都會受損。以下我們會詳加解釋。

公立醫院服務水平下降的危機

9. 根據目前數據推算，長者佔本港人口的比例會由二零零七年的每八人中有一名長者增加至二零三三年的每四人中有一名長者。此外，個別與生活方式有關的疾病病患率亦正不斷上升。兩者皆會大幅增加市民對醫療服務的需求，亦同時意味輪候服務的人數會更多。要是我們不改善目前制度，大家輪候公立醫院服務，特別是非緊急手術及／或專科門診服務的時間便會更長。假如我們不作任何改變，公立醫院的服務水平和質素極可能會下降，以至出現例如以下情況－

(a) 主要專科的公營留醫病房住用率在未來三年內便會達到擠迫程度（住用率超過 90%）；內科和腫瘤科的留醫病房住用率分別會在二零一二和二零一五年達到飽和（100%住用率）；

- (b) 所有專科門診服務新症輪候時間，到了二零一二年會比現時增加三倍，例如外科新症的估計輪候時間會由二零零六年的 31 個星期，增至二零一二年的 96 個星期，而舊症輪候覆診的時間亦會大增；
- (c) 多項專科服務的輪候時間會大幅增加，例如到了二零一五年，約有 22% 的病人（2 000 名）或會因輪候時間太長，未能在公立醫院獲得完全妥善的洗腎治療；以及
- (d) 非緊急手術的輪候時間會大幅延長，例如白內障手術的輪候時間會由二零零六年的三年增至二零一五年的六年，良性前列腺肥大手術（前列腺常見疾病的手術）的輪候時間會由二零零六年的兩至三年增至二零一五年的四至五年。

10. 如上文第7段所言，我們會增加公共醫療服務的撥款，問題因而會得到一定的紓緩。公營醫療系統過去多年每年平均增加約 1% 的運作效益，未來我們會繼續採取各種措施來提升公營醫療服務以至整體醫療系統的效率及成本效益。我們也會進行各種醫療服務和市場結構上的改革，以期提供更優質的醫療服務（詳情見下開第19至第22段）。但即使政府增加了醫療撥款、及即使公營醫療界別繼續提升效率及優化服務，我們只能推遲但不能解決服務水平和質素下降的問題。

增加稅率或縮減其他公共服務撥款

11. 人口老化及科技進步令醫療成本上漲，醫療開支因而迅速增長，速度會超越本港的經濟增長－

		二零零四年	二零三三年	增加	每年增長率
人口		6,783,500	8,384,100	24%	0.7%
經濟增長 (本地生產 總值)	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	12,870	34,130	165%	3.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	189,700	407,100	115%	2.7%

		二零零四年	二零三三年	增加	每年增長率
總醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	5.3%	9.2%	74%	2.0%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	678	3,152	365%	5.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	10,000	37,600	276%	4.7%
公共醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	2.9%	5.5%	90%	2.2%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	378	1,866	394%	5.7%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	5,600	22,300	298%	4.9%
公共醫療開支佔 總醫療開支的份額		55.7%	59.2%	-	-

12. 不改革醫療制度及融資安排，公營醫療服務水平和質素便會下降。若單靠公帑應付上升的公共醫療開支，以下不理想情況便會出現－

- (a) **增加賦稅**：要以政府收入應付不斷增加的公共醫療開支，公共開支總額到二零三三年須擴大至佔本地生產總值的 22%。要支付所需增加的公共開支，政府可能不得不大幅增加薪俸稅及／或利得稅。此舉有違「小政府、低稅制」的原則，亦會削弱本港的經濟競爭力；或
- (b) **削減其他公共服務的撥款**：若公共開支總額維持在本地生產總值的 20% 以下，公共醫療開支將由二零零四年佔公共開支總額的 14.7% 增至二零三三年的 27.3%。其他公共服務得到的撥款比例將無可避免須要相應削減。例如，教育、社會福利和保安在二零零八至零九年度分別佔經常政府開支的 23.8%、17.6%、和 11.8%，將來的比例便可能要縮減。

在公立醫院服務之外的選擇有限

13. 目前，假如大家不想花長時間輪候公立醫院服務，除了選擇不受資助和收費高昂的私家醫院和專科服務外，恐怕沒有太多選擇。現時本港的醫療系統出現了公私營醫療服務嚴重失衡的情況，公營醫療界別主導住院醫療服務，而私營醫療界別則提供大部分門診服務。這導致有限的選擇，而公私營服務提供者之間亦欠缺充份的競爭和合作。

現有安全網未能提供充分保障

14. 現有公共醫療安全網並未能為那些因為罹患疾病而須接受昂貴治療的病人提供足夠保障。特別是來自中等收入家庭的病人，由於他們未能符合目前收費減免或經濟援助機制的入息審查資格，得到的保障更為不足。

未夠重視全人基層醫療

15. 基層醫療服務若能改善，你我都會更健康，更少須要進出醫院，最終減少整個社會對醫院服務的需求。可惜目前不論病人和醫療服務提供者都未能充分重視全人基層醫療及保健推廣。

醫療護理有欠連貫和配合

16. 目前制度下，醫生和病人往往未能建立長久的醫護關係，不同護理層面的服務提供者之間的配合亦未盡完善。我們必須解決這問題，才能為市民提供質素更佳的醫療服務。

醫療制度改革建議

17. 為達致我們對醫療服務的願景，提升全體市民的健康水平，以及解決醫療制度上出現的問題，我們計劃推行以下措施－

- (a) **加強基層醫療服務**：加強預防性護理、減低市民對住院的需求、增進市民健康，長遠達致有效控制整體醫療需求及開支的增長。（見第二章）
- (b) **推動公私營醫療協作**：為市民提供更多高質素，高效率，具成本效益的醫療服務選擇，同時推動公私營醫療界別在服務提供上進一步的良性競爭及合作。（見第三章）

- (c) **發展電子健康記錄互通**：建立電子平台，讓病歷可跟病人走，令市民獲得更優質的醫療服務，並作為落實醫療服務改革的基建設施。（見第四章）
- (d) **強化公共醫療安全網**：維持和改善現時為低收入家庭和弱勢社羣而設的公共醫療安全網，同時為罹患重病而需要昂貴治療服務的人士提供更完善的安全網。（見第五章）
- (e) **改革醫療融資安排**：增加政府撥款之餘，提供輔助融資，確保醫療制度可持續發展，以及支援醫療市場改革。（見第六章至第十三章）

18. 這些建議互為緊扣，缺一不可。為解決醫療制度上的問題，我們不但需要改革現行醫療服務及市場架構，也要改革醫療融資安排以支援服務改革的推行。改革措施將來推行後，我們還須根據措施成效及所得經驗不斷改進。

加強基層醫療服務

19. 若能有效推行基層醫療服務，便可增進市民健康、減少大家對醫院服務的需要。基層醫療不僅限於醫治偶發性疾病，還應包括提供持續不斷、全面和全人照顧的醫療服務，其中還特別着重預防性護理，藉以促進個人身心健康和提升生活質素。為加強香港的基層醫療服務，我們有下列建議－

- (a) **制訂基層醫療服務的基本模式**：為不同年齡和性別病人訂定基層醫療服務，特別是預防性護理的基本服務範圍和準則，以供醫護專業人員及市民參考。
- (b) **設立家庭醫生名冊**：為擔任家庭醫生並向病人提供全面基層醫療的私家醫生進行登記，以供市民參考。
- (c) **資助市民接受預防性護理**：資助不同年齡和性別的市民接受私家家庭醫生的預防性護理。上文19(a)段所述的基本服務模式，可作為這些家庭醫生的參考。
- (d) **改善公營基層醫療服務**：向私營醫療界別購買基層醫療服務，以及在公立診所為低收入家庭和弱勢社羣提供預防性護理。
- (e) **加強公共衛生職能**：加強公共衛生教育、推廣健康生活方式，幫助市民預防疾病，以及發展基層醫療服務和設定服務範圍及標準。

推動公私營醫療協作

20. 公私營協作是指公私營醫療界別攜手提供醫療基礎設施或服務。公私營醫療界別加強協作，可為市民提供更多服務選擇、推動醫療服務提供者之間的良性競爭和合作，確保兩個界別的資源得到更佳運用。公私營協作亦會方便為醫療服務的效率和成本效益訂下基準，以及促進專業醫護人員之間的專業知識和經驗交流。為推動公私營協作，我們會按部就班試行下列措施－

- (a) **向私營醫療界別購買基層醫療服務，以及資助市民在私營醫療界別接受預防性護理：**已於上文第19(c) 及19(d)段闡述。
- (b) **向私營醫療界別購買醫院服務，**特別是公營醫療系統內不屬優先範疇的服務，例如非緊急或選擇性療程。
- (c) **以公私營協作模式發展醫院，**特點是可在同一地點共設公營及私營醫院設施，方便協調規劃和共用設施。
- (d) **設立多方合作的卓越醫療中心，**匯聚本地公私營界別和境外相關專科的頂尖專才，以及公私營界別的專家，一同為市民提供更佳服務。
- (e) **委聘私營界別醫生在公立醫院服務，**特別是委聘提供第三層和特別醫療服務的私家醫生在公立醫院以兼職形式服務，以鼓勵專業知識和經驗的交流。

發展電子健康記錄互通

21. 發展一套全港電子健康記錄互通系統，對加強醫療服務的連貫，以及改善不同醫療服務之間的配合至為重要，病人將能從中受惠。這系統也是落實醫療制度改革所必須的基礎設施，特別有助加強基層醫療服務及公私營協作。我們會充分利用醫院管理局目前的電子健康記錄系統作為基礎。為推動這項措施，政府將扮演主導角色。我們已成立電子健康記錄互通督導委員會，成員包括公私營醫療界別的專業醫護人員。委員會的工作包括－

- (a) **考慮撥款資助**發展電子健康記錄互通基建所需的資本投資。
- (b) **讓私營界別取得公營界別電子健康記錄系統的相關技術，**以推動私營界別電子健康記錄系統的進一步發展和應用。

- (c) **考慮提供其他財政資助**，協助私營醫療界別發展和應用電子健康記錄系統。
- (d) **研究如何向病人和服務提供者推廣健康記錄互通的優點。**

強化公共醫療安全網

22. 我們的公營醫療系統會繼續作為全港市民（特別是那些因經濟困難而無法負擔醫療服務的人士）的基本安全網。政府會一如既往，繼續設置收費減免機制及施行其他經濟援助計劃，為綜援受助人、低收入家庭和弱勢社羣提供安全網。假如我們能夠改革融資安排，成功紓緩公營醫療系統的資源壓力，便應有餘力進一步強化公共醫療安全網。具體而言，可考慮以下方案－

- (a) 加強現有服務或向私營醫療界別購買服務，以**縮短公立醫院服務的輪候時間**。
- (b) **改善標準公共服務的涵蓋範圍**，特別是把新藥物及新治療方法納入公共醫療安全網，以及採購新醫療設備。
- (c) **探討「個人醫療費用上限」的構思**，讓罹患重病而需要昂貴醫療的病人，在其醫療費用超逾上限時得到經濟援助，令他們可免陷財政困難。
- (d) **向撒瑪利亞基金注資**，以額外撥款形式，通過該基金資助有需要但經濟有困難的市民，使他們得以享用某些標準公共服務以外的醫療服務。

改革醫療融資安排

23. 正如上文第9段所述，雖然我們會增加撥款、繼續提升效率和改革服務和市場結構，仍然不能保證醫療制度能夠應付人口老化和醫療成本上漲的挑戰而可長期持續發展。若我們不改革醫療融資安排，到了二零一二年左右，政府的撥款便不足以應付預計整體社會的醫療需要。其他發達經濟體系的經驗顯示，他們的總醫療開支與公共醫療開支可膨脹至分別佔其本地生產總值高達 8-15%與 6-8%。鑑於香港過往在控制公共醫療開支及提高醫療系統效率方面有較佳的紀錄，所以我們未能確定到底這個經驗對香港的情況有多適用。但根據以上經驗推算，如不改革現行的融資安排，到了二零三三年，本港的總醫療開支與公共醫療開支便可能由二零零四年分別佔本地的生產總值 5.3%與 2.9%，增至高達 9.2%與 5.5%。 ，

24. 顯然，我們在改革醫療服務和市場結構之外，也有必要改革醫療融資安排。由於政府撥款會繼續是主要融資來源，我們需要的是一個醫療輔助融資來源，以輔助政府撥款，加強應付不斷增加的醫療需求的能力，以及持續推行上文第19至22段所述的醫療服務改革建議，繼而最終能進一步改善醫療服務。

可供考慮的輔助融資方案

25. 除了研究維持現行撥款模式，繼續以政府收入（包括加稅）來應付不斷增加的醫療開支外，我們曾借鑑其他經濟體系的經驗，探討各種可供香港市民選擇的輔助融資方案。在第一階段諮詢，我們不打算推介任何一個方案，而是希望大家就以下不同方案的利弊發表意見－

- (a) **社會醫療保障**：規定有工作人士把佔收入的某個百分比的金額用作醫療供款，以支付整體人口的醫療開支。
- (b) **用者自付費用**：提高公營醫療服務收取的費用。
- (c) **醫療儲蓄戶口**：規定某個特定組別的市民存款於個人醫療戶口以累積儲蓄（包括可用作投資），用以支付自己日後的醫療開支，包括保費（如果他們有投購私人醫療保險）。
- (d) **自願私人醫療保險**：鼓勵更多人自願購買市場上提供的私人醫療保險。
- (e) **強制私人醫療保險**：規定某個特定組別的市民參加受規管的私人醫療保險計劃，作為他們自己的醫療保障。
- (f) **個人健康保險儲備**：規定某個特定組別的市民把部分收入存入個人醫療戶口，一方面用作在退休前和退休後均參加受規管的強制醫療保險計劃，另一方面則通過累積儲蓄（包括可用作投資），以支付他們自己退休後的醫療開支包括保費。

26. 每項方案各有利弊，市民如何取捨，很大程度上取決於大家的社會價值觀－

- (a) **融資的穩定性和可持續性**－我們大家都希望我們的醫療制度能持續不斷為整體市民和我們的下一代提供優質醫療服務。輔助融資方案是否能有效確保醫療制度有穩定的融資安排作可持續發展，並能持續不斷為整體市民和我們的下一代提供優質醫療服務？

- (b) **獲取醫療服務的方式**－假如你要為輔助融資供款，你會否希望你的供款用以支付全體市民（包括你自己） 按需要通過輪候和分流獲取的醫療服務？還是你希望你的供款會用作令你得到更直接快捷的服務？
- (c) **風險匯集及分擔**－你是否希望有其他人和自己一同分擔因患病引致的財務風險，讓自己在患病時得到其他健康市民資助醫療費用？這自然意味着你健康時會需要資助當時患病的市民。輔助融資方案是否有這種效能？
- (d) **財富再分配**－現時由納稅人支付的公共醫療服務已經是一種財富再分配。你認為輔助融資安排應否進一步要求收入較高者為醫療多付，用以資助收入較低的人士？資助程度怎樣才合適？抑或你認為醫療輔助融資安排不應是一項稅項或是通過類似機制進行？
- (e) **服務選擇**－輔助融資方案是否能有效推動市場發展更直接快捷、更切合你個人選擇的醫療服務（例如選擇醫生／服務提供者、醫護設施、治療方式等）？
- (f) **促進市場競爭和效率的能力**－輔助融資方案是否能有效建立一個合適的市場機制來推動醫療服務提供者之間的進一步良性競爭、提升價格透明度，以及提高醫療服務的效率和成本效益？
- (g) **使用率和成本控制**－濫用醫療服務和醫療成本增加會導致醫療服務費用更加高昂。在這情況下，我們需要有一個能鼓勵善用醫療資源及有效控制醫療成本的機制。輔助融資方案是否有這種效能？
- (h) **運作成本**－某些融資方案具備一些優點，譬如能夠提供更多選擇或引入更多競爭（例如保險或儲蓄），但卻會惹生行政費用或其他交易成本。在這情況下，輔助融資方案的運作成本有多高？

27. 我們必須強調，不同的醫療融資方案各有利弊，難求十全十美，須按上述因素權衡取捨。海外經驗亦顯示，每個經濟體系的醫療制度和融資安排都按各自獨特的背景和情況而制訂，以切合本身需要。因此直接將海外的模式套用到香港並不可行，亦不可取。

28. 下文表 1（第xiv頁）根據上文第26段各項因素，扼要地對維持現行融資模式和各個融資方案在多個方面（**獲得醫療服務的方式、服務選擇、促進市場競爭／**

效率的能力、融資的穩定性和可持續性、使用率和成本控制、運作成本、風險匯集及分擔，以及財富再分配）作評估和比較。表 2（第xvi頁）則載述我們對各個融資方案下的不同供款人士及方案對不同組別人士影響的分析。而表 3（第xix頁）則扼要列出各項融資方案的利弊。

輔助融資的財政資助

29. 正如財政司司長在二零零八年至零九年度的財政預算案演辭中公布，在輔助融資經諮詢得以落實後，政府承諾將會從財政儲備撥出 500 億元去推動醫療改革。從財政儲備撥出資金，表明政府與市民共同承擔醫療融資的決心，亦會增加市民個人用於醫療服務的資源。舉例來說，該筆資金可用於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。

30. 有見及此，我們會在收集第一階段諮詢所得的意見後，在制定輔助融資安排的詳細建議時，進一步研究如何為參加輔助融資計劃的人士提供財政資助。視乎日後採用的輔助融資方式，財政資助可以不同形式提供。舉例來說，這些措施可包括稅項扣減、啟動資金，或其他方式的直接資助。

31. 我們必須強調，公營醫療系統仍將繼續提供醫療安全網，為全體市民提供一個方便可靠並且可以負擔的醫療服務。這個安全網對於那些願意為自己健康承擔更大責任的市民而言，仍然會在他們有需要的時候，發揮作用。

徵詢意見

32. 我們需要你的支持，才能實踐醫療改革的願景。請於**二零零八年六月十三日或之前**，以下列方式提出你對這份諮詢文件的意見。如不希望我們刊登你的意見，又或希望以不記名方式發表意見，請清楚說明。除非另有指明，否則所有意見均視作公共資訊處理，日後可能會被刊登。

郵寄： 香港中環花園道
美利大廈 19 樓
食物及衛生局

傳真： (852) 2102 2525

電郵： beStrong@fhb.gov.hk

網址： www.beStrong.gov.hk

表 1 輔助融資方案及現行融資模式的比較

	融資的穩定性和可持續性	獲取醫療服務的方式	風險匯集／分擔	財富再分配
政府撥款 (現行模式)	受財政狀況的波動影響；長遠不能持續	按需要並通過分流及輪候而獲得服務	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	高收入者須支付較高費用和資助低收入者
社會醫療保障	頗為穩定，但工作人口縮減便不能持續；使用量增加時須徵收較高的供款以持續提供融資	容易獲取與否視乎保險計劃的設計而定(例如是否全民受保)	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	高收入者須支付較高費用和資助低收入者
用者自付費用	融資不持久	使用較多服務者須支付較高費用	不能分擔風險(健康欠佳者支付較高費用)	不論收入高低，用者支付相同費用
醫療儲蓄戶口	提供龐大及持久的潛在融資來源，但融資注入則不穩定，亦難以預計金額	使用較多服務者會動用較多儲蓄	不能分擔風險	不適用
自願醫療保險	投購人數既難預料而融資來源亦不穩定；不大可能成為龐大及持久的輔助融資來源	有投保者較易獲取服務	在某程度上共擔風險(健康欠佳者或較高風險組別人士支付較高費用)	不適用
強制醫療保險	相當穩定；使用量增加時須徵收較高的供款以便持續提供融資	容易獲取與否視乎保險計劃的設計而定(例如是否強制全民投保)	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用
個人康保儲備	儲蓄可提供持久的融資來源；醫療系統亦可通過保險獲得持久穩定的儲蓄款額	視乎儲備計劃的設計而定(有投保和有儲蓄者較易獲取服務)	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用

表 1 輔助融資方案及現行融資模式的比較(續)

	服務選擇	促進市場競爭／ 效率的能力	使用率／ 成本控制	運作成本
政府撥款 (現行模式)	少選擇	不能促進競爭或 效率	通過供應及抑減 財政預算作出有 效控制	低
社會醫療 保障	有若干選擇	向不同的提供者 購買服務，有若干 競爭	因供款者需求增 加，或未能有效控 制	中等
用者自付 費用	有若干選擇	不能促進競爭或 效率	非常有效控制，但 可能導致較需要 醫療服務者獲得 較少的服務	低
醫療儲蓄 戶口	有若干選擇	對促進競爭和效 率起若干作用	如費用由病人承 擔，費用在某程度 上可予以有效控 制	中等，但可以利用 強積金的框架予 以減低；仍須支付 發放款項的行政 費
自願醫療 保險	有較多選擇	對促進競爭和效 率起若干作用	控制相當低	高
強制醫療 保險	有較多選擇	如投保人眾多，可 促進競爭及效 率；有助支援市場 改革	控制較低，但投保 人數較多的保險 機構較能控制道 德風險問題，亦有 較大議價能力	中等
個人康保 儲備	有較多選擇	如投保人數眾 多，可促進競爭及 提高效率；有助支 援市場改革	控制較低，但投保 人較眾多的保險 機構較能控制道 德風險問題，亦有 較大議價能力	中等，但可以利用 強積金的框架予 以減低；仍須支付 處理申索的行政 費

表 2 **輔助融資方案及現行融資模式的供款人士**
及這些方案及模式對不同組別人士的影響摘要

	供款人士	不同組別人士所受影響
政府撥款 (現行模式)	• 納稅人(收入越高繳稅越多)	• 所有市民經輪候和分流後均可公平獲得資助醫療服務 • 有能力負擔但不能久等的人士可使用不受政府資助的私營醫療服務 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 長遠而言，無法持續提供融資會令所有市民受影響，特別是需要倚賴公營醫療系統照顧的高風險組別人士，如長期病患者和長者等
社會醫療保障	• 在職人口(收入越高供款越多) • 僱主(如須供款) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支)	• 所有市民可通過醫療社保公平獲得醫療資助 • 有能力支付較高分擔費用的人士可選擇若干私營服務 • 以高收入者的供款來資助低收入者和弱勢社羣 • 整體醫療服務使用率上升時，供款人士亦須增加供款
用者自付費用	• 需要使用醫療服務的病人(使用的服務量越多費用越高) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支)	• 身體較健康的市民無須多付費用 • 有能力負擔較高費用的人士可使用不受資助的私營醫療服務 • 需經常使用醫療服務的高風險組別人士(如長期病患者和長者等)須繳付更大筆的費用 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 長遠而言，無法持續提供融資會令所有市民受影響，特別是需要倚賴公營醫療系統照顧的高風險組別人士
醫療儲蓄戶口	• 須按規定參加醫療儲蓄戶口計劃的指定組別人士(視乎計劃的設計而定，收入越高者會在其戶口存入越多款項) • 僱主(如須供款) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支)	• 參加儲蓄計劃者會有資金照顧日後的醫療需要，特別是在他們退休後 • 患病而須支付高昂醫療費用的人士相信不會有足夠存款應付其醫療需要，因而須再依賴安全網 • 身體較健康人士的醫療需要較低，因而會在其遺產中留下數額可觀的存款 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 醫療儲蓄存款相信不能大幅減輕市民對公營醫療服務的需求，而且不能為公營醫療系統提供資金，因此相信不會令需要倚賴公營醫療系統的人士，特別是高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠

表 2 **輔助融資方案及現行融資模式的供款人士**
及這些方案及模式對不同組別人士的影響摘要(續)

	供款人士	不同組別人士所受影響
自願醫療保險	• 自願購買保險者(高風險人士保費較高) • 僱主(如有向僱員提供醫療保險的僱主) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支)	• 投保人可享有較佳醫療保障，並可使用私營醫療服務 • 高風險組別人士(如長期病患者和長者等)未必獲得承保或須繳付高昂保費 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 投保人可獲得更多服務的選擇，而沒有投保者的選擇則並無增加 • 部分投保人轉往私營醫療界別求醫，或會減輕公營醫療系統的壓力，令需要倚賴公營醫療系統的人士，特別是高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠 • 參加者使用率上升時，會使保費增加 • 長遠而言，無法持續提供融資會影響未受保人士，特別是需要倚賴公營醫療系統照顧的高風險組別人士
強制醫療保險	• 須按規定參與強制保險的指定組別人士(視乎保險計劃的設計而定，所有人繳交相同數額的保費) • 其他自願參與保險的人士(視乎保險計劃的設計而定) • 僱主(如有向僱員提供醫療保險的僱主) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支)	• 投保人可享有較佳醫療保障，與其他投保人分擔財政風險，並可使用私營醫療服務 • 高風險組別人士(如長期病患者和長者等)將可通過繳付按羣體保費率收取的保費及規管承保人的條款(包括不得不承保參加者在投保前已有的病症及須連續承保)，享有醫療保障 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 投保人可獲得更多服務的選擇，而沒有投保者的選擇則並無增加 • 投保人轉往私營醫療界別求醫或要求由保險支付公營醫療服務費用，將減輕公營醫療系統的壓力，令需要倚賴公營醫療系統的人士，包括高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠，而且受惠程度相信遠較自願保險為多 • 參加者使用率上升時，會使保費增加

表 2 **輔助融資方案及現行融資模式的供款人士**
及這些方案及模式對不同組別人士的影響摘要(續)

	供款人士	不同組別人士所受影響
個人康保儲備	• 須按規定參加個人保健儲備計劃的指定組別人士(視乎計劃的設計而定，收入越高者在其戶口存入越多款項，但所有人繳交相同數額的保費) • 僱主(如須供款或向僱員提供醫療保險) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支)	• 參加者會有資金照顧日後的醫療需要，特別是在他們退休後，而且亦會享有醫療保障，亦可與其他投保人分擔財政風險以享有醫療保障，並可使用私營醫療服務 • 高風險組別人士(如長期病患者和長者等)將可通過繳付按羣體保費率收取的保費及受規管的條款(包括不可不承保參加者在投保前已有的病症及須連續承保)，享有醫療保障 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 投保人可獲得更多服務的選擇，而沒有投保者的選擇則並無增加 • 參加者轉往私營醫療界別求醫或要求由保險支付公營醫療服務費用，將減輕公營醫療系統的壓力，令需要倚賴公營醫療系統的人士，包括高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠 • 參加者使用率上升時，會使保費增加 • 參加者能為自己開拓新的資金來源應付日後的醫療需要，從而減輕公營醫療系統的負擔，令需要繼續倚賴公營醫療系統的人士，包括高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠

表 3 輔助融資方案及現行融資模式的利弊摘要

	利	弊
政府撥款 (現行模式)	• 同等的醫療服務 • 行政簡單，行政費較低 • 高收入者資助低收入者	• 加稅和擴大政府財政預算 • 工作人口不斷縮減，增加下一代的負擔 • 助長過度依賴以公帑大幅資助的公營醫療服務 • 令公私營醫療失衡問題進一步惡化，並導致公私營界別之間欠缺充分競爭 • 欠缺誘因鼓勵市民善用以公帑大幅資助的公營醫療服務 • 無助提高公營醫療界別的效率及成本效益 • 醫療服務選擇不多 • 融資不能持久
社會醫療保障	• 同等的醫療服務 • 融資更為穩定 • 高收入者資助低收入者 • 提供若干服務選擇：視乎保險計劃的設計而定，或可同時包括公私營醫療服務	• 等同新稅種 • 工作人口不斷縮減，增加下一代負擔 • 助長過度依賴以公帑大幅資助的醫療服務 • 欠缺誘因鼓勵市民善用以公帑大幅資助的醫療服務 • 難以控制醫療服務的使用率 • 可能助長不善加使用醫療服務的風氣 • 供款比率會因人口老化、工作人口減少而不斷增加 • 導致行政費 • 可選用的醫療服務受計劃規限
用者自付費用	• 有效鼓勵市民善用醫療服務 • 加強個人承擔健康責任的意識	• 不設風險共擔成分，使低收入者和弱勢社羣負擔過重 • 無法作為重要的輔助融資來源 • 增加安全網機制的運作成本
醫療儲蓄戶口	• 儲為己用 • 個人建立積蓄以為應付日後的醫療需要 • 減少下一代負擔 • 加強個人承擔健康責任的意識 • 鼓勵善用醫療服務	• 不設風險共擔成分 • 輔助融資來源並無保證 • 措施本身不能促進市場改革，特別是無助解決公私營醫療失衡的問題 • 退休前可動用儲蓄，有違備留存款以支付日後醫療開支的用意 • 導致行政費用 • 凍結龐大財源

表 3 輔助融資方案及現行融資模式的利弊摘要(續)

	利	弊
自願醫療保險	• 個人可選擇共擔風險 • 提供更多服務選擇	• 對高風險組別人士來說費用高昂 • 「逆向選擇」導致高昂保費(意指投保者多是較可能索償者) • 承保範圍或不包括參加者在投保前已有的病症 • 不保證續保，尤以年老時為然 • 如不規管，消費者所得保障有限 • 對醫療服務的使用率及成本監管不足 • 或會助長不善加使用醫療服務的風氣 • 保費會隨個人年齡和患病情況增加 • 未能協助個人儲蓄以應付日後的醫療需要 • 導致行政費和其他保險有關費用 • 未能減輕公營醫療系統的壓力 • 輔助融資數額難料及不足應付所需
強制醫療保險	• 保證風險共擔，避免作出風險甄別／逆向選擇 • 保證接受投保和續保 • 按羣體保費率收取較相宜的保費 • 規管保險，加強對消費者的保障 • 服務選擇更多 • 減輕公營醫療系統的壓力 • 融資穩定	• 導致行政費用及其他保險有關費用 • 導致規管成本 • 未能協助個人儲蓄以應付日後的醫療需要 • 或會助長不善加使用醫療服務的風氣 • 保費會隨個人年齡和患病情況增加
個人康保儲備	• 兼具上述醫療儲蓄戶口及強制私人醫療保險的好處 • 儲蓄及保險並行：提供風險共擔成分，並可為日後備留存款 • 融資穩定和持久	• 需就保險及儲蓄支付行政費用及其他費用 • 導致規管成本 • 或會助長濫用醫療服務的風氣 • 保費會隨個人年齡和患病情況增加

我們的願景，是建立一個能夠提升全體市民健康、提高市民生活質素，同時能為香港每一位市民提供醫療保障的醫療制度。

化願望為現實 — 醫療改革

2. 要實踐願望，我們需要改革醫療制度，確保它得以持續發展，亦能回應社會新增的醫療需求。具體來說，改革醫療制度的目的是：

- (a) **為市民提供更好的照顧**：向市民提供終身、全面及全人的護理，特別着重有助增進健康的基層醫療，特別是預防性護理；
- (b) **提供更多優質服務選擇**：在公私營界別都向市民提供更多優質、高效率 and 具有成本效益的服務；
- (c) **提供醫療保障及讓人安心**：讓我們的市民終身享用負擔得起的醫療保障，並繼續為有需要的人提供安全網；以及
- (d) **共同促進健康推廣**：鼓勵共同分擔保障健康的責任，市民對個人健康作出更大承擔，政府則為每一位市民提供持續的醫療服務。

醫療改革建議

3. 為實現我們對醫療制度的願景，我們計劃推行諮詢文件以下所載的改革措施—

- (a) **加強基層醫療服務**，加強預防性護理、減低市民對住院的需求、增進市民健康，長遠達致有效控制整體醫療需求及開支的增長。（見第二章）
- (b) **推動公私營界別協作**，為市民提供更多高質素，高效率，具成本效益的醫療服務選擇，同時進一步推動公私營醫療界別在服務提供上的良性競爭及合作。（見第三章）
- (c) **發展電子健康記錄互通系統**，建立電子平台，讓病歷可跟病人走，令市民獲得更優質的醫療服務，並作為落實醫療服務改革的基建設施。（見第四章）

- (d) **強化公共醫療安全網**，維持和改善現時為低收入家庭和弱勢社羣而設的公共醫療安全網，同時為罹患疾病而須接受昂貴治療人士提供更完善的安全網。（見第五章）
- (e) **改革醫療融資安排**，提供政府撥款以外的輔助融資安排，確保醫療制度可持續發展以及支援醫療市場改革。我們已參考海外國家的經驗，詳細研究多項融資方案和評估其利弊因素。（見第六章至第十三章）

我們不會改變什麼？

4. 我們會恪守一貫的醫療政策原則，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務。在改革醫療體制的同時，我們也必定會保留現有體制的強項和優點，因為這是香港人共同價值觀的重要一環，也是改革成功的關鍵。我們會－

- (a) **繼續為市民提供既方便又負擔得起的醫療服務**：政府的撥款仍會是醫療服務的主要融資來源，而公營醫療系統會繼續是低收入家庭、弱勢社羣和有需要人士的安全網。
- (b) **保持專業水平及操守**：我們的規管架構，將會繼續確保醫護專業人員維持優良的專業水平及操守；政府也將致力確保醫療制度妥善運作，服務良好，兼具成本效益。

第一章 香港醫療制度需要變革

1.1 多年來，香港建立了一個優質有效的醫療制度，由以全力盡心和具有高度專業精神及道德操守見稱的專業醫療人員提供服務。這個醫療制度為市民提供的優質醫療服務，達至昭著的醫療衛生水平－香港的健康指標例如預期壽命和嬰兒夭折率，皆名列世界前茅。然而，我們現行的醫療制度正承受着日益沉重的負擔及面臨巨大的挑戰。如果我們對此置之不理，整個醫療制度的質素在可見將來勢必會嚴重倒退，難以繼續為市民提供優質的醫療服務，亦無法保持以往驕人的成績。

現行醫療制度面對的挑戰

1.2 我們現行的醫療制度正面對重重挑戰－

- (a) **醫療服務需求增加**：人口結構的變化，特別是人口急劇老化，以及個別與生活方式有關的疾病病患率增加，均會令醫療服務需求增加。
 - (i) **人口急劇老化**：長者（65 歲或以上人士）佔本港人口的比例會倍增，由二零零七年的每八人中有一名長者增至二零三三年的每四人中有一名長者（見第6頁的圖 1.1）。老年撫養比率（每 1,000 個 65 歲或以上人士對 15 至 64 歲人士的比例）會由二零零七年的 170 增加至二零三三年的 428。長者人口的醫療需求遠多於其他人士。舉例來說，65 歲或以上人士平均所需的住院醫療服務（以病牀日數計算）比 65 歲以下人士平均多出六倍（見第6頁的圖 1.2）。
 - (ii) **疾病病患率增加**：某些與生活方式有關的疾病病患率不斷上升。例如高血壓患者佔本港人口的比例由一九九五年的 18.0%增至二零零三年的 27.2%（見第7頁的表 1.1）。
- (b) **醫療成本上漲**：醫療科技進步加上市民期望醫療服務趕上科技的發展，均會導致醫療成本上漲（這個趨勢稱為“醫療通脹”）－
 - (i) **醫療科技進步**：醫療科技進步在很多方面都會導致醫療成本增加。嶄新、效果更佳而往往更為昂貴的診斷法，使疾病可更早被確診或可作更有效的治療。以往難以治癒的頑疾或不治之症，又或向來使用較廉宜但療效較差或副作用較多的藥物來治療的病症，可能會由更有效但往往更昂貴的新療法和藥物來醫治。而嶄新和更有效的療法可延長患有慢性疾病或其他疾病的病人的壽命，因而可能令他們需要接受更長

期的治療。使用嶄新的醫療科技亦需在儀器和人手方面作出更大的投資。舉例來說，隨着醫療科技的發展，醫療專業正不斷細分成為不同專科和分科，這包括醫生及專職醫療人員等。

(ii) **市民和消費者期望提高**：隨着科技進步以及醫療資訊發達，市民期望我們的醫療服務可以追上最新的科技發展，而使用醫療服務的人士亦會希望尋求不同專業意見，並要求有各種不同的醫療服務可供選擇。這些因素每每令醫療成本進一步上漲。為回應市民對醫療質素更高的要求，醫療服務提供者需要為病人提供不同療法並向病人解釋這些療法的效用及風險，因而增加對醫護人手的需求。

(iii) **醫療通脹**：根據國際經驗²和本地趨勢顯示，單單因為採用嶄新醫療科技以圖與國際發展看齊及保持醫療質素，便會令每年人均醫療成本的增長速度比經濟增長速度（以人均本地生產總值計算）平均快一個百分點（見第7頁的圖 1.3及第 8 頁的圖 1.4）。即使不受人口變化的影響，醫療成本仍會因醫療通脹繼續上升。

(c) **醫療開支升幅遠高於經濟增長速度**：醫療服務需求增加和醫療成本上升，均會導致醫療開支升幅遠高於經濟增長速度－

(i) **國際趨勢**：這個趨勢在香港或其他先進經濟體系都並不鮮見（見第8頁的圖 1.5）。大部分的先進經濟體系，不論其經濟增長如何，其總醫療開支的實質增長率均較本地生產總值的實質增長率高 50%以上。

(ii) **推算的醫療開支**：據我們推算，如現行醫療制度維持不變，為應付整體人口的醫療服務需求，我們預計於二零零四至二零三三年間的總醫療開支每年平均增長率會比經濟增長（以本地生產總值的實質增長計算）高 59%。這個數字已計及人口變化（包括人口增長和人口老化）和醫療成本的增加。按此增幅估計（亦見第9頁的表 1.2）－

- 二零零四至二零三三年間的總醫療開支將增加 3.6 倍，而同期的經濟增長只有 1.7 倍。因此，總醫療開支佔本地生產總值的比例將由二零零四年的 5.3%增至二零三三年的 9.2%（見第10頁的圖 1.6）；
- 以實質金額（二零零五年價格）計算，二零零四至二零三三年間

² 資料來源：經濟合作及發展組織(二零零六年)，《預測經濟合作及發展組織在醫療和長期護理方面的開支：主要動力為何？》(Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?)經濟局第 477 號工作文件。

的總醫療開支將由 678 億元增至 3,152 億元，而同期的本地生產總值僅會由 12,870 億元增長至 34,130 億元；以及

- 以人均計算，二零零四年至二零三三年間，以實質計算（以二零零五年價格）的人均醫療開支將增至接近原來的四倍，由 10,000 元增至 37,600 元；而同期的人均本地生產總值則只會增至略高於原來的兩倍，由 189,700 元增至 407,100 元；

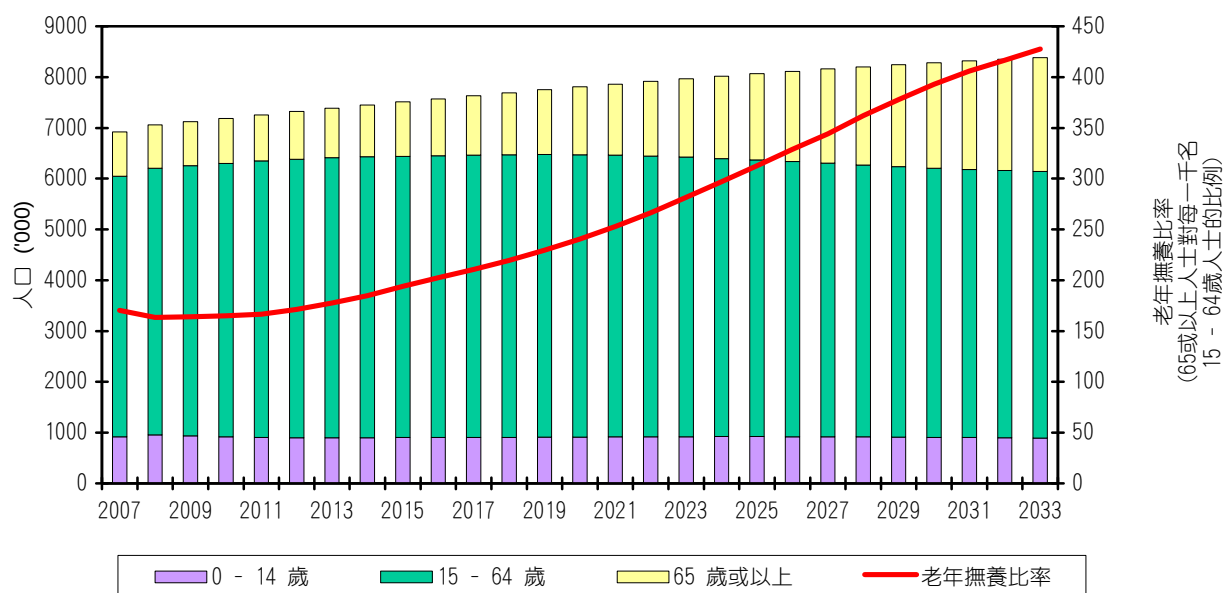
(iii) **公共醫療開支所佔的比例不斷增加**：如果公私營醫療服務的現有市場結構及使用模式維持不變，社會對醫療服務急速增長的需求會對公營醫療系統造成越來越嚴峻的壓力，這特別是由於長者人口較多依賴公營醫療服務。因此，為應付本港人口的醫療需要，公共醫療開支的增長率，會比總醫療開支的增長率還要高，而公共醫療開支佔總公共開支的比例亦會繼續增加。具體而言，據我們推算，在二零零四至二零三三年間，公共醫療開支每年平均增長率，會比本地生產總值的增長率高 66%（見第10頁的圖 1.7）。按此增幅率（見第9頁的表 1.2）估計－

- 在二零零四至二零三三年間，公共醫療開支會增加 3.9 倍，而同期的經濟增長只有 1.7 倍。因此，公共醫療開支佔本地生產總值的比例會由二零零四年的 2.9%增至二零三三年的 5.5%；
- 假設總公共開支將維持在本地生產總值的 20%以下，公共醫療開支在總公共開支所佔的比例將由二零零四年的 14.7%增至二零三三年的 27.3%；
- 以實質金額計算，二零零四年至二零三三年間的公共醫療開支將由 378 億元增至 1,866 億元，而同期的本地生產總值僅由 12,870 億元增至 34,130 億元；以及
- 以人均計算，二零零四至二零三三年間以實質金額計算的人均公共醫療開支將增至原來的四倍，由 5,600 元增至 22,300 元，而同期的人均本地生產總值則只會增至略高於原來的兩倍，由 189,700 元增至 407,100 元。

(d) **加重下一代的負擔**：如果維持現行醫療制度的融資安排而不進行改革，下一代的負擔將會越來越重。隨着人口老化而長者人口比例不斷上升，工作人口的比例將會同時持續下降（見第11頁的圖 1.8）。而除非改革稅制以

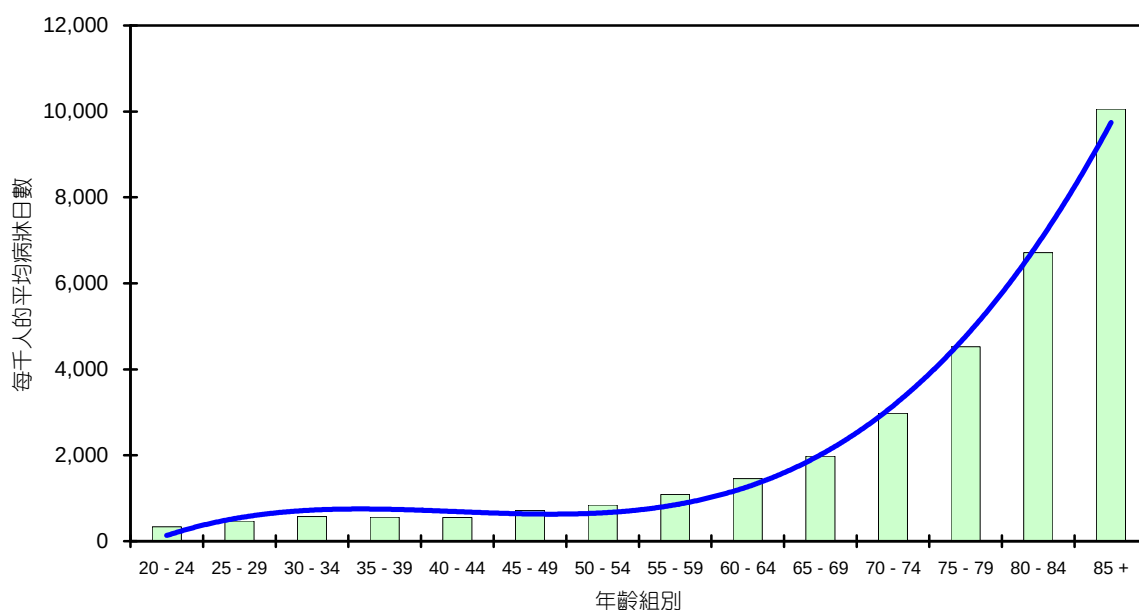
擴闊稅基，否則稅基只會越來越狹窄。由於醫療開支不斷增加，並主要由政府收入支付，這會令下一代的工作人口承受越來越沉重的負擔。

圖 1.1 香港人口急劇老化
二零零七至二零三三年總人口、長者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》

圖 1.2 長者人口的醫療需求較大
按年齡計算的公立醫院病牀平均日數（二零零六年）



資料來源：醫院管理局的數據。

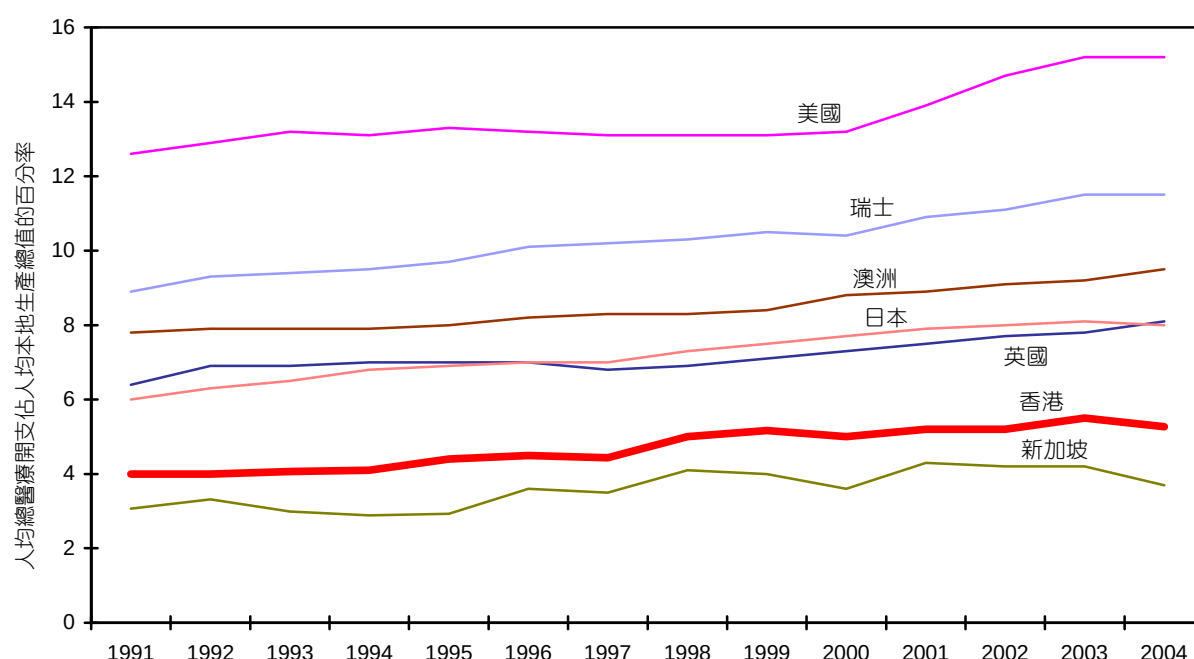
表 1.1 個別與生活方式有關的疾病病患率正在上升
個別疾病在表列期間的病患率比較

疾病	年齡組別	1995	2003
高血壓病患率 ^{1, 2}	65 歲以下	13.7%	20.5%
	65 歲或以上	53.2%	68.8%
	總數	18.0%	27.2%
男性結腸癌新症 (每 10 萬人口計) ³	65 歲以下	20.5	23.2
	65 歲或以上	323.4	315.3
	總數	47.0	56.1

資料來源：

1. 贊寧斯 (E. D. Janus)：《一九九五至九六年香港心臟病危機因素調查研究》。有關數字涉及 25 至 74 歲的年齡組別。高血壓是指血壓為 140/90 或以上的水平。
2. 衛生署及香港大學《2003 至 2004 年人口住戶健康調查》。有關數字涉及 15 歲或以上的年齡組別。高血壓是指血壓為 140/90 或以上的水平。
3. 香港癌病資料統計中心。

圖 1.3 醫療通脹令世界各地的醫療開支不斷上升
香港和個別經濟體系的人均總醫療開支佔人均本地生產總值的百分率
(一九九一至二零零四年)

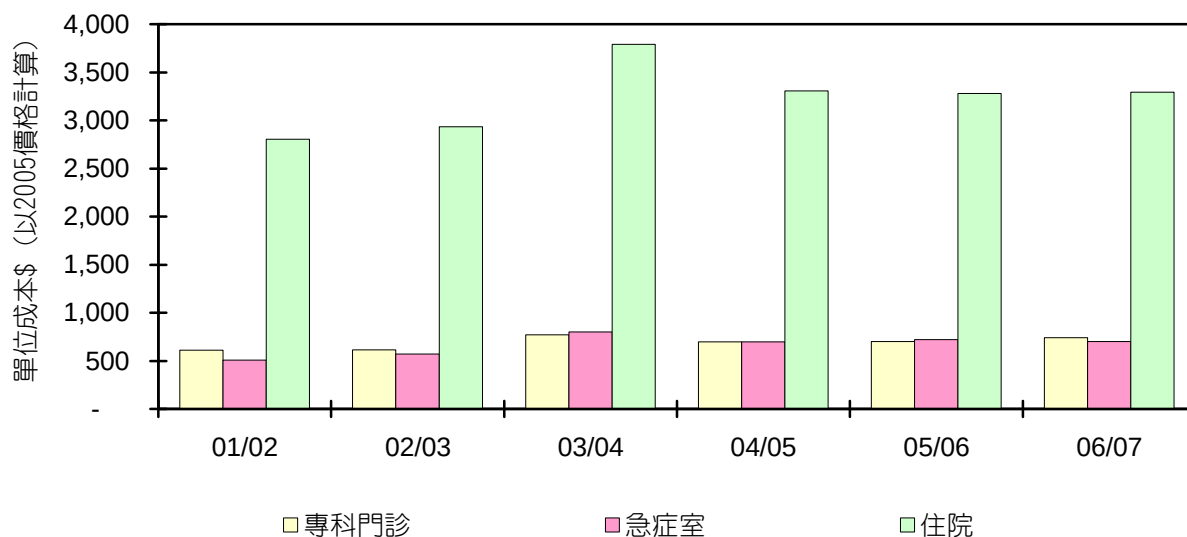


資料來源：

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. 香港一九九零至二零零四年的《香港本地醫療衛生總開支帳目》。

圖 1.4 醫療通脹－香港的醫療成本亦越來越高昂

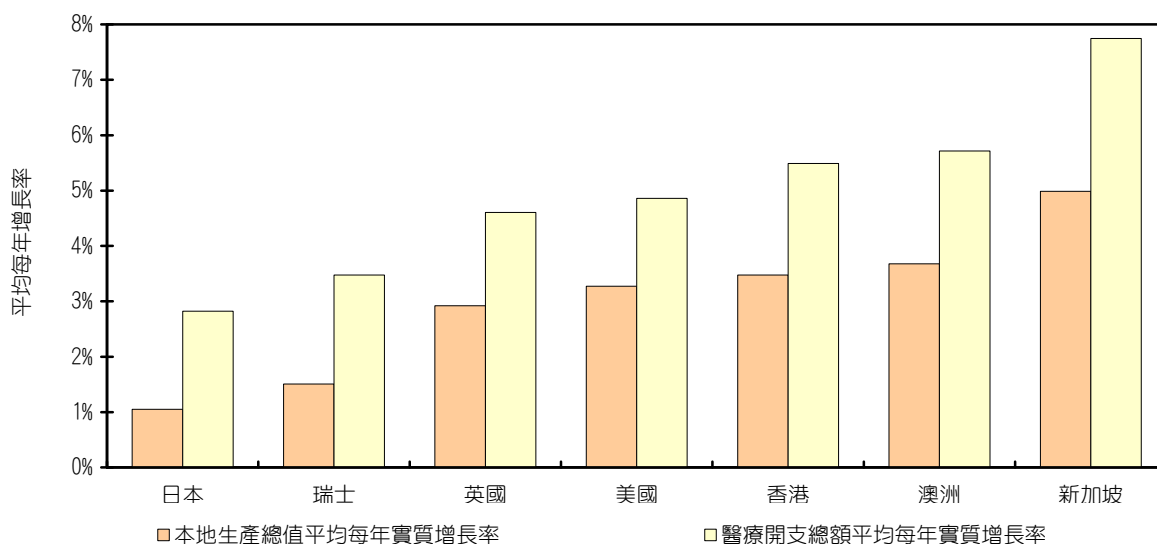
多年來公立醫院住院病牀日數、使用專科門診及使用急症服務的單位成本



註：住院成本表示普通科住院服務，並未包括療養科、智障科，以及精神科的住院服務。
資料來源：醫院管理局的數據

圖 1.5 各地的醫療開支增長均比經濟增長快，香港亦不例外

香港和個別經濟體系的醫療開支總額平均每年實質增長率及本地生產總值平均每年實質增長率(一九九五至二零零四年)



資料來源：

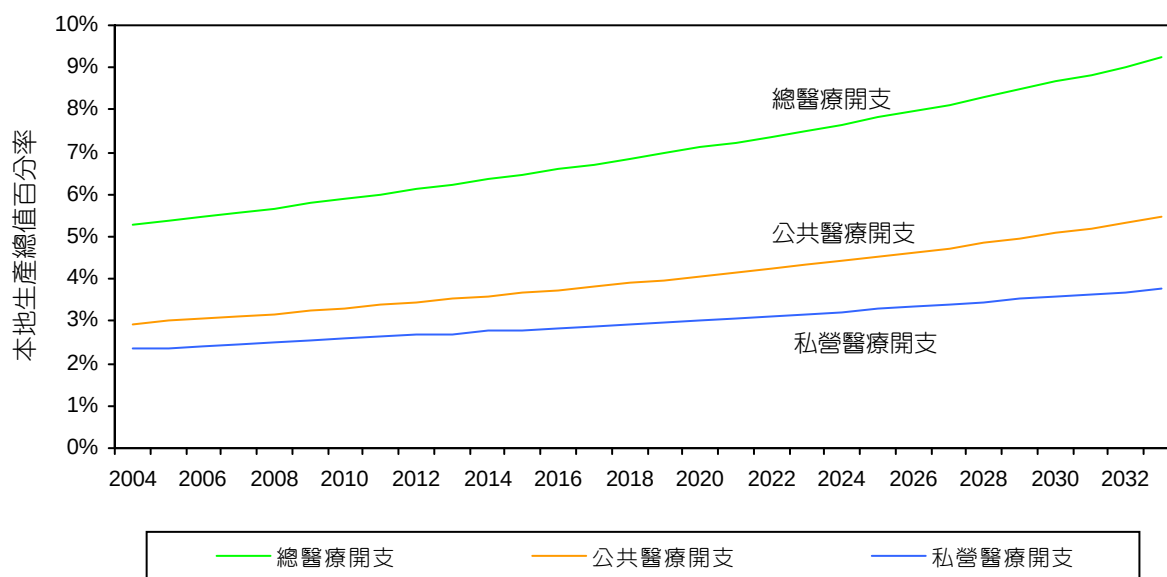
1. 經濟合作及發展組織二零零七年醫療數據(二零零七年十月)。
2. 世界衛生組織－國家醫療衛生開支帳目文獻系列。
3. 新加坡政府衛生部，以及《新加坡醫療經濟、政策和問題》(Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore) (杜文興(Toh Mun Heng)、Linda Low 著)。
4. 香港一九九零至二零零四年的《香港本地醫療衛生總開支帳目》。

表 1.2 若不進行改革，香港的醫療開支便會比經濟增長更快
預測經濟增長及醫療開支增長的比較

		二零零四年	二零三三年	增加	每年增長率
人口		6,783,500	8,384,100	24%	0.7%
經濟增長 (本地生產 總值)	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	12,870	34,130	165%	3.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	189,700	407,100	115%	2.7%
總醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	5.3%	9.2%	74%	2.0%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	678	3,152	365%	5.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	10,000	37,600	276%	4.7%
公共醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	2.9%	5.5%	90%	2.2%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	378	1,866	394%	5.7%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	5,600	22,300	298%	4.9%
公共醫療開支佔 總醫療開支的份額		55.7%	59.2%	-	-

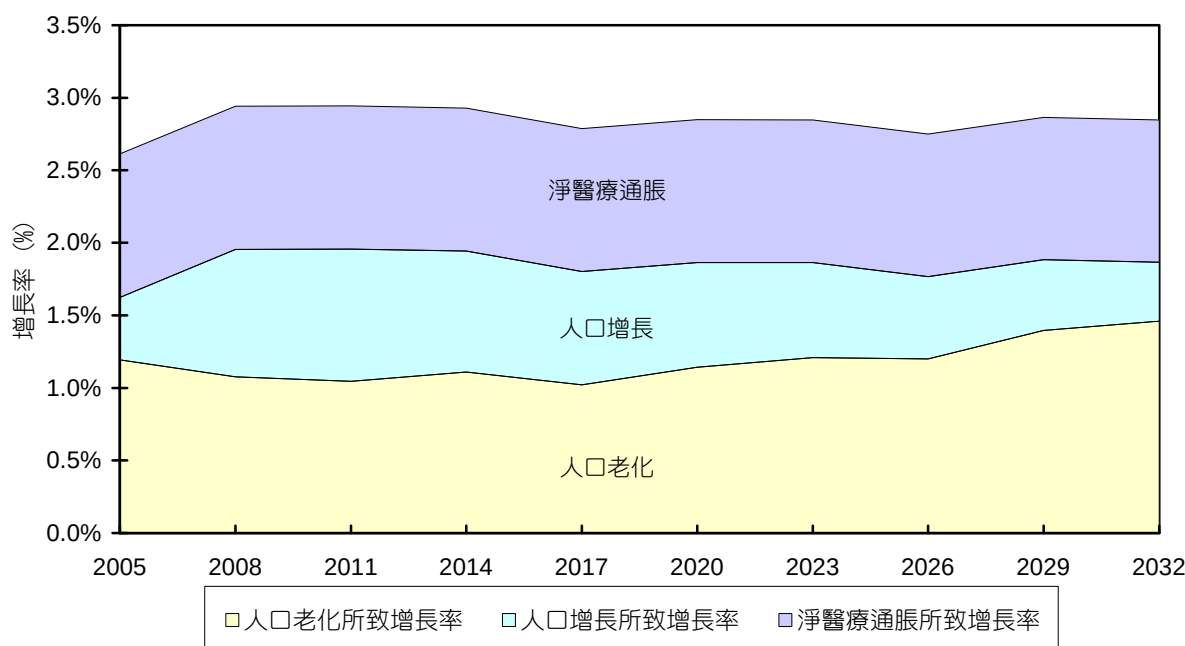
資料來源：香港本地醫療衛生總開支帳目：二零零四至二零三三年香港總醫療開支的財務推算。政府統計處《香港人口推算 2004-2033》及政府經濟顧問為醫療融資研究提供的本地生產總值增長假設。

圖 1.6 若不進行改革，香港的醫療開支情況會佔我們生產總值越來越大的比重
以本地生產總值的百分率展示醫療開支（總醫療開支、公共醫療開支及私營醫療開支）的推算增幅



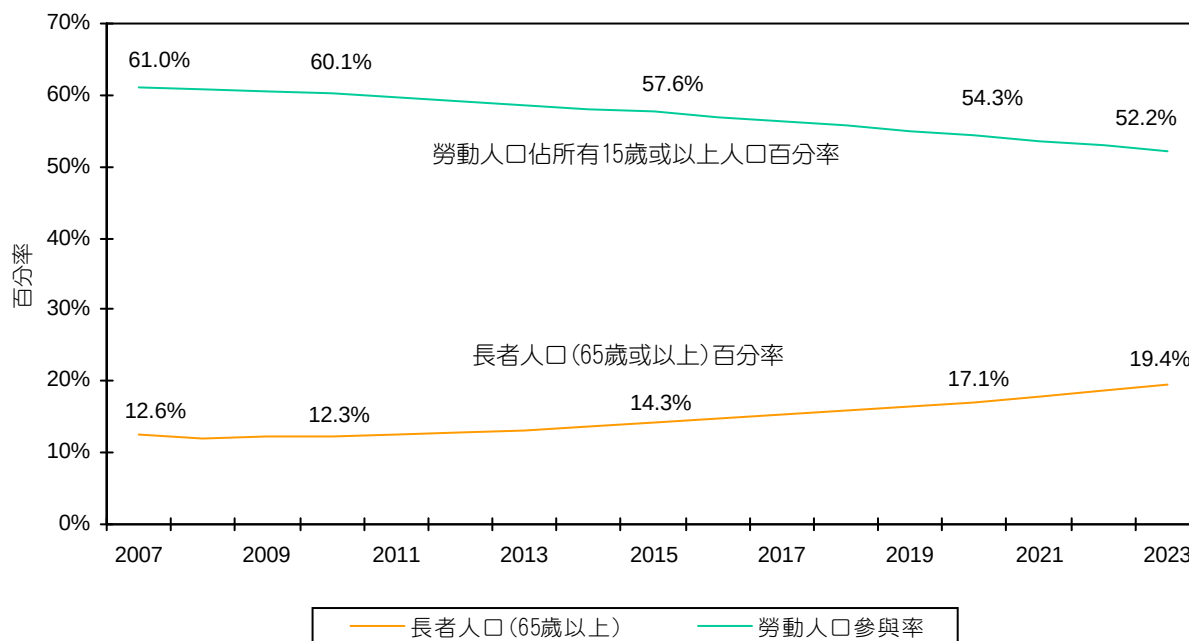
資料來源：香港本地醫療衛生總開支帳目：二零零四至二零三三年香港總醫療開支的財務推算。

圖 1.7 若不進行改革，人口變化及醫療通脹會使香港的醫療開支迅速增長
推算由淨醫療通脹、人口增長、人口老化所致的公共醫療開支增長率（扣除人均本地生產總值實質增長後）



資料來源：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。

圖 1.8 如不進行改革，為日後不斷增加的長者人口提供醫療服務所需經費的重擔將落在逐漸減少的工作人口
 二零零七至二零二三年的本港長者人口百分率及勞動人口參與率



資料來源：政府統計處《香港人口推算 2004-2033》及政府統計處以二零零三年為基準推算二零零四至二零二三年的勞動人口參與率。

現行醫療制度的弱點

1.3 在《創設健康未來》³討論文件中，我們指出現行醫療制度在結構上有以下弱點－

- (a) **對全人的基層醫療護理重視不足：**有效的基層醫療往往有助改善市民的個人健康，減少他們對更昂貴的醫療服務，特別是指專科和醫院服務的需求。然而，現時社會卻不夠重視對全人的基層醫療服務，尤其是預防性護理和保健等服務。大部分病人均在出現偶發性疾病時才尋求治療服務，而私家醫生亦主要只提供這類服務。以家庭醫學模式提供包括預防性護理的全面基層醫療服務的私家醫生，則為數不多。預防性護理及加強保健的概念，例如健康風險評估、健康檢查及監測健康問題、健康教育及推廣健康生活方式等，只有個別人士及私家醫生奉行，而沒有廣泛在社會中推行。有效的基層醫療系統，有助改善整體市民的健康、降低對治療性醫療服務需求、減少對醫院服務的依賴，以及改善整體醫療系統的效率。現行文化卻窒礙建立這種有效的基層醫療系統。

³ 健康與醫療發展諮詢委員會於二零零五年七月發表的討論文件，探討本港醫療制度日後的醫療服務模式。

- (b) **過度倚賴公立醫院系統：**公立醫院系統提供全面、優質而且收費低廉（約 95% 的費用獲得資助）的醫院服務（包括住院及專科門診服務）。目前，市民相當倚賴公立醫院系統；公立醫院系統提供超過 90%（二零零六年為 90.8%）的住院服務（以病牀日數計算）⁴。由於公立醫院獲政府大幅資助，同時亦提供優質的醫療服務，致使病人繼續選用公立醫院系統的服務。因此，縱使在一九八九／九零至二零零四／零五年度期間，實際公共醫療開支已有超過 2.8 倍的實質增長，公立醫院服務也日見緊絀，輪候名單和時間更為冗長。
- (c) **公私營醫療失衡：**如現有制度維持不變，即使門診服務的大部份醫療開支繼續由私營非住院護理服務提供者所佔，預期公立醫院服務所佔的比例仍會持續增加。公私營醫療嚴重失衡，意味着公私營醫療界別之間的競爭非常有限。而實際上，市民在服務方面亦沒有多大選擇：一面是獲 95% 資助的公營服務，人人可以受惠，但提供的選擇很少，甚至毫無選擇⁵；而另一面，只有具負擔能力的人士才能夠使用無政府資助但較快捷方便的私家服務，並且可按個人意願選擇醫生、護理人員、治療方式及病房設施。部分病人可能屬意並或許有能力負擔私營服務，但往往會因為使用私營服務會有潛在而且無法預計的財政風險而卻步，除非他們具備豐厚的經濟條件或獲得充足的保險保障。這個制度的結構，令公私營界別的合作空間和誘因相當有限，無助於善用兩個界別的資源，以及進一步改善兩個界別的醫療服務質素及效率。
- (d) **醫療護理有欠連貫和配合：**醫療護理是一個持續連貫的過程。病人與基層醫療醫生建立持續關係，對確保和改善為病人提供的醫療護理服務質素至為重要。而不同層次的醫療服務（即基層醫療與醫院服務之間）的銜接和配合，以及基層醫療醫生與公私營界別中提供醫院服務的專科醫生及醫院之間的溝通，對為病人提供適時、適當和有效率的醫療服務是不可或缺的。然而，社會現時不大重視基層醫療醫生與病人之間的持續關係，以及不同層次醫療服務的銜接和配合。這主要是因為現時的社會文化過份強調迅速治癒疾病，而病人本身亦往往傾向輕易轉換醫生。醫療制度中的不同層次在銜接、協作和配合方面，尚有很大的改善空間，去提供更為優良的醫療護理服務。

⁴ 資料來源：醫院管理局及私家醫院的數據。

⁵ 公立醫院基本上只提供一種標準水平的服務，讓市民通過同一輪候名單獲得，而獲得治療的時間則取決於按病人病情分流的先後、輪候人數多寡、及個別醫院是否有提供有關服務；病人對病房設施及其他相關服務沒有多大選擇，同時實際上不能選擇提供醫療服務的專業人員。

現行醫療制度產生的弊端

1.4 目前已有迹象顯示，上述挑戰及弱點對我們的醫療制度造成不良影響，並招致以下批評－

- (a) **公共服務的輪候時間冗長：**冗長的公營醫療服務的輪候時間一直為人詬病，特別是當大部分市民並無其他負擔得來的替代服務（特別是私人市場所提供的專科及住院服務）可供選擇。舉例來說，二零零六年外科、內科、精神科及兒科的估計輪候時間分別為 31、20、14 及 10 周不等。
- (b) **公營醫療服務以外的選擇有限：**在現行制度下，對於不想花長時間輪候公立醫院服務的人士，他們唯一的選擇便是使用並無資助的私家醫院服務，但這些服務可能收費相對高昂及對病人構成重大財務風險。有些病人可能從僱主提供的醫療福利或個人醫療保險得到若干經濟補助，但這些計劃往往未能提供足夠的保障－前者員工在轉職時不能一併轉移醫療福利，而且保障程度須視乎僱主的財政狀況及提供的福利水平而定；而後者的保費則可能高昂至難以負擔，尤其是對高風險組別人士而言（例如長期病患者及長者）。
- (c) **現有安全網未能顧及中等收入家庭的需要：**目前公立醫院的收費減免機制及其他經濟援助計劃，主要是為低收入家庭和弱勢社羣提供基本安全網。但現行的安全網未能為那些於中等收入家庭因為罹患複雜疾病（例如危疾或長期病患）而須接受長期或昂貴治療（例如標準服務不包括的長期藥物或醫療耗材）的病人提供足夠保障。這些家庭可能因為需要支付醫療開支而突然大幅耗用家庭的財政資源，因而令這些家庭的財政狀況在短時間內陷入嚴重困境；而若費用高昂的治療需持續一段長時間，問題會更為惡化。

維持現狀的後果

1.5 若不為醫療制度推行根本的改革及改善本港人口的健康情況，公營醫療系統將無法維持。而即時產生的後果，就是公立醫院的服務水平和質素下降。若不從速改善現行制度，面對市民持續增加的醫療服務需求，預計會令公營醫療服務產生以下後果－

- (a) **專科門診服務的輪候人數和時間將繼續增加：**到了二零一二年，預期專科門診服務新症的估計輪候時間會增加至現時的三倍。舉例來說，預計外科新症的估計輪候時間會由現時的 31 周增至二零一二年的 96 周。而病人等候覆診的時間預期亦會大幅加長，例如腫瘤科等候覆診的時間會由二零零六年的 12 周增至二零一五年的 16 周，內科由二零零六年的 16 周增至二

零一五年的 20 周，外科則由二零零六年的 26 周增至二零一五年的 37 周。長者使用專科門診服務的診症次數會由現時的 190 萬次增至二零一五年的 240 萬次。

- (b) **留醫病房將更擠迫而病房環境更差：**多個主要專科（包括內科、腫瘤科、骨科以及療養科）的公營住院服務的住用率預計會在未來三年內達擠迫程度（住用率逾 90%）。內科在二零一二年或之前飽和，腫瘤科在二零一五年或之前飽和。長者的病牀使用量將由現時的 360 萬日數，增至二零一五年的 440 萬日數。至於急症醫療服務則預計會供不應求，到了二零一五年將有 6 000 名病人無病牀可住。
- (c) **特殊服務的輪候人數和時間將繼續增加：**預計多項特殊服務的輪候人數及時間將大幅增加，例如未能在公立醫院獲得足夠洗腎治療（例如血液透析治療）的病人數目，在二零一五年將達到大約 22%，即 2 000 人左右。非緊急手術的輪候時間亦會大幅增長，例如白內障手術的估計輪候時間預計會由二零零六年的 33 個月增至二零一五年的 75 個月，良性前列腺肥大手術（前列腺常見疾病的手術）的估計輪候時間亦預計會由二零零六年的 24 至 36 個月，增至二零一五年的 48 至 60 個月。
- (d) **無法持續投資於醫療設施及儀器：**醫療儀器使用周期一般為十年，公營醫療服務如受資源所限，將未必能在使用周期完結前提升或更換已經過時或使用期屆滿的儀器及設施。預計這會令儀器發生故障而導致服務受阻和延長候診時間，亦令儀器的可靠程度、安全程度和診斷準確程度下降。
- (e) **不能與時並進使用已臻成熟的新醫療科技（新藥物及療程）：**如長期投資不足，市民便無法享用某些新療法和藥物，致令整體公營醫療服務水平和質素下降。我們會增加公共醫療服務的撥款，問題因而會得到一定的紓緩。但這方法只會推遲而不能解決問題。除非我們繼續增加資源，並削減其他公共服務的撥款比例，否則增添的資源最終也不足應付醫療服務不斷增加的需求。

1.6 如果現行醫療制度及其融資安排維持不變，而我們須以公帑支付不斷增加的公共醫療開支以避免公營醫療服務質素水平下降，下列其中一個情況將會發生一

- (a) **增加賦稅：**如應付公共醫療開支所需的額外款項全數由政府收入支付，我們估計到二零三三年公共開支總額須擴大至佔本地生產總值的 22%。要支付所需增加的公共開支，意味着薪俸稅及／或利得稅的稅率可能需要大幅提高。此舉有違小政府、低稅制的原則，亦會削弱香港經濟的競爭力；或

- (b) **削減其他公共服務的開支**：如果公共開支總額維持在本地生產總值的 20% 以下，公共醫療開支將由二零零四年佔政府公共開支總額的 14.7% 增至二零零三年的 27.3%，此舉會影響其他公共服務開支所佔的比例。例如，教育、社會福利和保安在二零零八至零九年度分別佔經常政府開支的 23.8%、17.6%、和 11.8%，將來的比例便可能要縮減。

1.7 單靠進一步增加政府對醫療的撥款，而不進行根本的改革以面對不斷增加的醫療需求和現行醫療制度在結構上的挑戰，及改善市民的健康並減少我們對醫院服務的依賴，即使政府在其財政預算的可能範圍內再增加醫療撥款，這些撥款不消多久亦會無法應付醫療需求。

醫療改革，事不宜遲

1.8 **維持現狀顯然不是可持續的方案**。為確保醫療制度能長遠持續發展，並提供優質的醫療服務以應付未來社會日增的需求，我們必須對本港醫療制度的服務模式及融資安排進行全面和根本的改革。如果我們坐視不理，便會令我們的市民大眾以及下一代無法得享更優良和可持續的醫療服務。我們亦須緊記，推行改革措施，建立改革所需架構，並待改革措施取得成效，並非一朝一夕可成事。**因此我們必須坐言起行，推行醫療改革。**

第二章 加強基層醫療服務

基層醫療服務的重要性

2.1 基層健康服務是構成一個經濟體系的保健制度和整體社會及經濟發展的重要部分。儘管基層健康服務並無一致及全球適用的定義，但一般是指個人和家庭在一個持續醫護過程當中的第一個接觸點，也是醫療制度中的第一個護理層次，而醫療制度內其他部分亦是建基於這個層次。基層醫療護理（簡稱基層醫療）是指基層健康服務中的醫療部分，是病人與其診症醫生的第一個接觸點。

2.2 各項研究⁶（包括經濟合作及發展組織對先進經濟體系的研究）均顯示，基層健康服務越健全，越能以較低成本為民眾帶來更佳的健康效益，而用者的滿意程度也越高。此外，證據顯示改善基層醫療服務能減少市民對專科主導的昂貴醫院護理服務需求，從而減輕醫療服務成本，並提高醫療制度的效率。基層醫療服務因提供持續而全面的護理服務，並為醫療制度的其他部分發揮把關作用，而具有其他好處，例如減少住院需要、降低專科及急症服務的使用率、以及減少接受不合適治療的機會。相反而言，病人經常不先向基層醫療醫生求診而直接向專科醫生求診，往往會使病人無法獲得最合適的治療，而令醫療成本增加。

香港的基層醫療服務

2.3 目前，基層醫療護理絕大部分由私營醫療界別提供，主要是由單獨或聯合執業的醫生提供門診治療服務，附帶一些預防性護理的元素。另一方面，公營醫療界別則通過由衛生署提供的服務，負責一般促進市民健康的工作及健康教育、疾病預防和控制，以及為某些目標組別人士（孕婦、嬰兒及兒童、學生、部分婦女及長者）提供預防性健康服務。醫院管理局（醫管局）亦通過普通科門診診所，提供基層治療服務，主要對象為低收入人士、長期病患者及貧困長者。

2.4 基層醫療服務不僅是醫治偶發性疾病，亦應在市民的家居環境中為個人提供終身（持續）、全面、全人醫護服務。基層醫療服務着重預防性護理，促進和保障人們身心健康，藉全人護理提升生活質素。這與本港大部分病人普遍就偶發性疾病求診而私家醫生亦主要提供這類治療的做法大相逕庭。現時以家庭醫生模式提供全面基層醫療服務（包括預防性護理）的情況並不普遍。

2.5 香港大部分市民均沒有接受預防性護理的習慣，亦沒有非常簡便的途徑獲

⁶ 有關研究結果，見世界衛生組織歐洲區域辦事處艾頓(Atun R)於二零零四年發表名為《重整醫療體制以基層醫療服務為重點有何利弊？》(What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?)的報告書。

得基層預防性護理。衛生署於二零零三至零四年度進行的人口住戶健康調查，結果顯示 15 歲或以上的市民中只有 23%有定期接受身體檢查。即使有接受檢查的人士，往往着重於“偵測疾病”，而非進行綜合整全的評估和配合個人需要的檢查及健康諮詢服務。除了要求提供治療服務外，市民很少同時為尋求預防性護理服務而求診，例如要求偵測影響健康的因素、檢測疾病的早期病徵及迹象和減低健康風險。市民往往視健康教育及促進健康的工作為應由政府獨力承擔的責任。

2.6 除了對預防性護理重視不足外，現時基層醫療作為醫療護理發揮的把關者作用，亦須加強。作為病人第一個的接觸點，基層醫療醫生應負責檢查和評估病人的病情，以決定可否在基層醫療層面接受診治或須予進一步治療。若認為須接受另一層面的醫療服務，基層醫療醫生應發揮把關者的作用，建議和指導病人所需接受以及適當的醫療護理（包括專科及住院醫療服務）。此外，基層醫療醫生亦應擔當醫療護理管理者及長期整全護理提供者的角色，當中包括必需的預防性護理、健康風險評估，以及在病人病情穩定和出院後提供覆診服務。由於大部分港人都沒有家庭醫生，他們很少有機會可獲得這層次的護理。

加強基層醫療服務

2.7 我們在《創設健康未來》的文件中已闡述對未來醫療系統的願景，而這個系統是建基於一個健全的基層醫療系統－

- (a) 市民對健康和危害健康的要素有所認識，從而能夠亦會選擇健康的生活方式，並為本身的健康負責；醫護專業界亦會把促進健康和預防疾病的醫療服務視為首要工作，並本着專業和符合操守的精神提供服務。
- (b) 基層醫療系統能為市民提供大家都能夠負擔的健全家庭及社區醫療服務，着重促進健康和預防性護理，並為不同年齡組別和健康狀況的人士釐訂醫療標準。

2.8 為實踐我們的願景，我們在《創設健康未來》的文件中建議通過以下方法來改進醫療體制－

- (a) 提倡着重持續護理、整全護理及預防性護理的家庭醫生概念。
- (b) 通過健康教育和家庭醫生，加大力度預防疾病。
- (c) 鼓勵並促進醫療專業人員與其他專業人員協作提供經協調的服務。

2.9 我們提倡實行下列措施以落實以上的建議－

- (a) **為基層醫療服務制訂基本模式：**為不同年齡／性別組別的人士制訂着重預防性護理的服務模式，作為綜合基層醫療服務的基準，以供公私營界別的醫生及病人參考。
- (b) **設立家庭醫生名冊：**為擔任家庭醫生並為病人提供綜合基層醫療服務的私家醫生進行登記，以供市民參考。
- (c) **資助病人進行預防性護理：**資助不同年齡／性別的目標組別人士依循上述基本模式接受私家家庭醫生的預防性護理。按照共同為健康承擔責任的原則，以及為防濫用，病人亦須分擔若干費用。
- (d) **改善公共基層醫療服務：**通過探討未來公共基層醫療服務的不同模式，包括向私營醫療界別購買普通科門診服務，從而加強為低收入家庭和弱勢社羣提供的公共基層醫療服務，以及通過在普通科門診診所提供的治療服務中加入預防性護理的元素，提供更全面的公營基層醫療。此外，基層醫療服務和以社區為本的醫護服務應作適當銜接，並與其他為弱勢社羣和長者而設的社會服務作出妥善配合。
- (e) **加強公共衛生職能：**衛生署繼續加強其在公共衛生教育、推廣健康生活方式和預防疾病方面的工作。衛生署亦應加強在發展基層醫療服務及制訂相關標準方面的角色，以確保這些服務的質素和水準。

2.10 這些建議於下文各段詳述。

制訂基層醫療服務的基本模式

2.11 為促進基層醫療服務，尤其是預防性護理服務，我們建議與醫療專業人員合作，共同為不同年齡／性別組別的人士制訂基層醫療服務的基本模式。制訂以預防性護理為重點的基本模式，旨在提供一系列全面基層醫療服務應涵蓋的範疇，供公眾及醫療專業人員參考。通過制訂基本模式並將其向公眾和醫療服務提供者推廣，加上為基層醫療服務模式推行其他改革，我們希望可徹底改變現有服務提供的模式，加大力度着重預防性護理。

2.12 基本模式應包含基層醫療的必要元素，包括評估健康風險、監察和檢查健康問題、健康教育和提倡健康生活方式，以及提供基本預防性護理與治療服務。更具體來說，我們認為應根據下列主導原則來制訂基本模式－

- (a) **切合終身**：基本模式應涵蓋整個人生由幼年至老年的各個階段，並為每一階段設計合適的基層醫療服務，包括預防性護理。
- (b) **整全健康**：基本模式除顧及體能上的健康，亦顧及社會心理、情緒、行為、發展及生活功能方面的健康。
- (c) **必不可少**：基本模式包括的服務，除必須有助延長壽命，也在於增強自我照顧生活的能力，以期能使市民達到最佳的健康狀態，得享優質的健康人生。
- (d) **實證為本**：基本模式所包括的服務，應具實質證據（本地及／或國際數據）就其效能、效率及成本效益方面所支持。
- (e) **需要為憑，風險為據**：基本模式所提供的服務，應在顧及所涉風險的前提下，先讓專業人士評估是否需要。而且必須先進行評估，然後才進行治療（包括檢測）。

2.13 基層醫療服務的基本模式應輔以特定的臨牀工作常規，讓提供基層醫療服務的醫護專業人員使用。這些臨牀工作常規所涵蓋的範圍，會包括基本模式內的服務、何時轉介病人往醫療制度中其他部分或轉介病人予其他醫護專業人員以接受適切的醫療服務，以及病人出院後或接受專科或其他轉介醫療服務後的覆診服務。訂定這些工作常規的工作，必須有醫護專業人員參與。因此，我們打算邀請醫療專業人員及其他醫護專業人員參與制訂基層醫療服務的基本模式及臨牀工作常規。

設立家庭醫生名冊

2.14 家庭醫生可以來自不同的背景；既可以是一名普通科醫生，一名家庭醫學專科醫生，或任何其他專科醫生。為了幫助市民辨別哪些是執業家庭醫生，而哪些是從事其他專科醫療服務的醫生，並為了向病人提供有助他們選擇服務提供者的充足資料，我們建議設立具下列特點的**家庭醫生名冊**－

- (a) **為病人提供資訊**：名冊應載錄家庭醫生的相關資料，例如他們的資歷、曾接受的訓練、行醫經驗，以及其他可能與其提供的服務相關的資料，例如：地址、應診時間、可否於正常應診時間外提供服務、緊急情況的聯絡安排，以及不能應診時會否安排另外的服務提供者應診及安排形式。設立這樣的名冊不單有助個別人士選擇可擔任其家庭醫生的基層醫療服務提供者，同時亦可讓市民大眾對家庭醫生的執業情況有具體的概念。

- (b) **培訓與資歷規定：**設立名冊初期，所有在本港執業並提供家庭醫生服務或願意提供家庭醫生服務的註冊醫生均可登記成為家庭醫生。我們認為註冊家庭醫生日後須接受持續專業培訓及醫療教育，尤以家庭醫學為然。因此，我們建議應為欲繼續留在名冊的註冊家庭醫生訂立合適的培訓規定與資歷要求，務求持續改善基層醫療的質素。
- (c) **可獲服務的便捷度及替代安排：**應鼓勵家庭醫生告知病人在非應診時間，特別是在急切情況下的求診方法。此外，為確保病人可持續獲得家庭醫生服務，應鼓勵私家醫生在提供服務方面互相作支援，同時應規定登記為單獨執業的醫生一旦不能應診時須安排其他的醫療人員協助應診。
- (d) **健康記錄互通：**為了令醫療服務（特別是在家庭醫生與專科醫生和醫院之間轉介病人方面）更為連貫和配合，家庭醫生應在徵得病人同意的情況下與有關方面互通病人記錄，並應採用行將開發的電子健康記錄互通系統（第四章）。

2.15 我們建議設立有公私營醫療界別專業人士和其他持份者參與的工作小組，進一步推動設立家庭醫生名冊的工作。

資助病人接受預防性護理

2.16 為鼓勵提供和使用全面及優質的基層醫療服務，政府計劃考慮提供基層醫療代用券以資助個別人士接受預防性護理。我們認為應根據以下原則考慮以基層醫療代用券方式提供資助－

- (a) **工作常規：**受資助的預防性護理服務必須以不同年齡及性別組別的臨牀工作常規為依歸，並應按需要及風險評估予以提供。工作常規將根據基層醫療基本模式所制訂的臨牀工作常規作為參考。
- (b) **年齡／性別／疾病組別為本：**由於不同年齡、性別或疾病組別的人或會需要不同類別及程度的預防性護理，所以每個組別的資助金額應有不同，例如長者獲資助的金額一般應較高。
- (c) **通過家庭醫生提供：**病人及其家庭醫生之間須建立長遠而持續的關係，才能提供全面的基層醫療。因此，病人應通過家庭醫生登名冊上的家庭醫生接受獲資助的預防性護理。
- (d) **需要共擔費用：**政府提供的資助並非為了全數資助預防性護理的費用，市

民須分擔部分費用，藉以鼓勵恰當善用預防性護理服務，並希望市民明白須為個人健康共同承擔責任。

- (e) **第二層疾病預防：**政府的資助亦應涵蓋包括出院後護理在內的第二層疾病預防，因為這亦是預防性護理的重要部分，尤其是為維持長期病患者的健康狀況，以及盡量減低他們出現其他併發症的風險和再度入院的需要。
- (f) **不包括治療服務：**政府的資助並非為了用於針對偶發性疾病的治療服務。因此，需設立妥善的監察機制（例如通過引進電子健康記錄系統），以確保有關資助投放於預防性護理服務。
- (g) **初步健康評估及檢查：**原則上，政府的資助應涵蓋初步健康評估及檢查。至於就健康問題作進一步的檢查或治療所需費用，則一般應由病人支付。

2.17 我們將進行不同試驗計劃以測試基層醫療代用券的計劃是否可行，然後汲取經驗，進一步發展有關制度的構思及制訂推行細節。

加強公共基層醫療服務

2.18 在過去數年，當局一直推行措施，務求逐步加強普通科門診的服務，例如在某些普通科門診診所開辦家庭醫學專科診所，引入家庭醫學的元素。我們一定會貫徹現行的政策，即**醫管局普通科門診服務會繼續為低收入家庭和弱勢社羣提供基層醫療服務的安全網**。這些目標組別人士，未必有能力負擔建議中由政府資助從私營醫療界別購買的預防性護理服務所需繳付的分擔費用。我們因此認為需要加強公營界別所提供的基層醫療服務，以便向他們提供更綜合整全的基層醫療服務。

2.19 為此，我們提出下列建議－

- (a) **探討日後公共基層醫療服務的模式：**我們會因應基層醫療服務的基本模式，與醫管局及衛生署共同探討日後為目標組別人士提供的公營基層醫療服務的模式。具體來說，我們認為公私營合作模式，包括向私營醫療界別購買基層醫療服務，會提供不少機會，可讓目標組別人士更方便獲得全面基層醫療服務，從而改善由公帑資助的基層醫療服務的質素和效率。日後進一步建立電子健康記錄互通系統後，應促進公私營醫療界別在提供基層醫療服務方面發揮更理想的融合和協作。我們建議盡力研究這方面的發展契機。
- (b) **在公營基層醫療服務加入預防性護理的元素：**我們建議加強醫管局及衛生

署提供的公營基層醫療服務及令兩者更為配合。當中最重要的，是根據基層醫療服務的基本模式，在普通科門診診所現時提供的治療護理服務中加入預防性護理的元素。此舉旨在為未能負擔私營系統內家庭醫生所提供的預防性護理而會在普通科門診診所求診的目標組別人士提供基層醫療服務基本模式中所訂的一系列預防性護理。為避免有人獲得雙重福利，在普通科門診診所接受預防性護理服務的人士，並無資格再獲得資助接受私人家庭醫生提供的預防性護理服務，相反亦然。

- (c) **研究基層醫療與弱勢社羣和長者社會服務的銜接：**為弱勢社羣和長者而設的各類社會服務中，由公營醫療界別所提供的基層醫療服務及以社區為本的健康服務發揮相當重要的作用。為確保基層醫療服務和以社區為本的醫護服務與其他為長者而設的社會服務能有妥善的銜接和配合，我們建議政府應牽頭推動地區層面的相關院舍與專業人員互相建立所需的聯繫網絡。

加強公共衛生職能

2.20 為配合其他加強基層醫療服務的建議，我們認為需提升現時的公共衛生職能－

- (a) **加強公共衛生教育：**公共衛生教育是加強為市民提供基層醫療服務的重要一環。衛生署中央健康教育組在制訂公共健康教育的方針，以及提供所需資源方面發揮重要作用。這些公共衛生教育工作應繼續由政府牽頭推動和作出統籌，並應邀請私營醫療界別，特別是家庭醫生參與合作。
- (b) **通過社區各界參與，推行公眾保健工作：**政府應通過衛生署繼續加強推廣健康生活方式及預防疾病的工作。私營界別的醫護專業人員，特別是與病人會有更多直接觸及持續關係的家庭醫生，以及其他在社區內已建立網絡的非政府機構，應在這方面的工作有更大程度的參與。
- (c) **加強衛生署在基層醫療的角色：**為促進基層醫療服務在私營界別的發展和保證這些服務的水平 and 質素，衛生署應集中力量為各類基層醫療服務訂定適當水平及工作常規，鼓勵私營界別應用，並作出監察。隨着當局建議就基層醫療服務進行改革，衛生署作為公共醫療衛生管理當局，應加倍集中力量發展基層醫療服務並為其制訂標準。

第三章 推動公私營醫療協作

公私營協作的優點

3.1 公私營協作匯聚公私營界別的資源和專才。這種做法在很多先進國家越來越普及，我們認為亦值得在香港推展公私營協作。此舉不單有助改善上述公私營醫療服務失衡的情況，更重要的是可以改善醫療服務的整體質素，善用社會現有資源，促進培訓以及經驗和專業知識的交流，從而協助確保醫療系統得以持續發展。下文各段闡釋公私營協作的優點。

節約開支和提高成本效益

3.2 我們從外國的例子得知，以商議協定的大型合約形式從私營界別購買成本較低的服務，有助節省開支和提高成本效益。不過，服務合約必須訂立標準及確保服務質素。這樣公立醫院便可更專注提供本身的優先服務，例如急症個案及需昂貴醫療費用的疾病（例如危疾或慢性疾病）。此舉會減輕對公立醫院的服務需求，同時讓私營界別有更大的發展空間。如果公私營醫院共設一處以共用設施，則兩者均可藉此節省成本，而病人亦可少付費用。

善用人力資源

3.3 醫療人力資源非常昂貴，而醫護人員需長時間培訓。公私營合作模式讓社會可更善用私營界別的人力資源，為公營界別的病人提供服務。在公營界別人手緊絀、無法適時滿足需求的情況下，這做法對病人尤其有利。同樣，委聘私營界別的醫生以兼職形式到公立醫院執業，亦有助紓緩對資源的需求，並鼓勵公私營界別不斷提升服務水平及質素。

促進公私營界別之間專業知識和經驗的交流，推動良性競爭及協作

3.4 邀請私營界別參與成立卓越醫療中心，以及委聘私營界別醫生到公立醫院執業，可促進公私營界別的醫護人員之間的協作和提供交流經驗的機會。這將有助促進傳授醫療技術及推動跨界別培訓。對於私營界別來說，病人和病症數目增加亦有助提升私營界別醫護人員的技術和專業知識。與此同時，如果某類形醫院服務的病症數目能更平均地分布於公私營醫院，公私營界別在服務質素和專業水平上便能展開競爭。這些情況對公私營界別的病人均有好處。

香港可採取的公私營協作模式

3.5 在基層醫療服務方面，我們在第二章建議向私營界別購買基層醫療服務，

以及為病人提供部分資助，以便他們在私營界別接受預防性護理服務。這種公私營合作的形式借助私營界別之力，來應付市民對公營界別部分的服務需求。至於第二層及第三層醫療服務，我們認為雖然公立醫院會繼續擴展，而其服務亦會進一步改善，但我們仍應就推行公私營協作進行研究。

3.6 第二層及第三層醫療護理的公私營協作可以採取不同的模式，如在融資、設施興建及服務提供等方面可有不同變化。外國某些常見的模式是為配合其經濟體系在某個時勢的特定需要而制訂。至於香港的醫療系統，我們相信下列公私營合作的模式會切合本港第二層及第三層醫療服務的發展－

(a) **向私營界別購買醫院服務：**公營醫療系統內非優先範疇的服務，例如非緊急療程，在下述情況可向私營界別購買－

(i) 購買服務的成本比由公立醫院直接提供服務為低；

(ii) 輪候服務名單很長，而公立醫院提供有關服務的能力有限；以及

(iii) 向私營界別購買服務時，公立醫院會保留足夠數量的個案作培訓用途。

(b) **醫院發展：**日後應考慮以公私營協作模式發展醫院，所採取的方式可以是讓公私營醫院的設施共設一處。這做法讓兩者在規劃方面可互相協調，避免儀器和設施重複，並讓兩者購買彼此的服務及共用支援服務，例如診斷服務及設施。

(c) **設立多方合作的卓越醫療中心：**一間卓越醫療中心應匯聚公私營界別相關專科的頂尖專才，當中包括來自學術界，以及本地和境外的專才。

(d) **委聘私營界別醫生在公立醫院執業：**另一值得探討的方案，是委聘私營界別醫生在公立醫院以兼職形式執業，尤以第三層和特別醫療服務為然。

下一步工作

3.7 醫管局將會推行一項試驗計劃，資助公立醫院病人在私營界別進行白內障手術，藉以縮短在公立醫院接受這類手術的輪候時間。我們亦正探討採用公私營合作形式在北大嶼山興建醫院，以及在兒童專科及神經科學專科設立多方合作的卓越醫療中心。

3.8 我們建議應先留待向私營界別購買白內障手術服務的試驗計劃完結，以及

經審慎評估以公私營合作形式推行北大嶼山醫院計劃的可行性後，才加快推行公私營合作模式。在購買有關服務計劃方面，醫管局以往一直擔任臨牀服務提供者的角色，承購服務對醫管局來說是新的工作，而涉及提供這類服務的合約亦須審慎管理，確保公帑得以善用。另外，由於本來會選擇私營醫療服務的病人可藉輪候公共醫療服務而獲資助使用私營醫療服務，醫管局亦要謹慎求取適當的平衡，以免吸引這類病人加入公營醫療服務的輪候名單。

3.9 公私營合作發展醫院的計劃涉及土地問題，因而須訂立安排，以確保使用這項珍貴公共資源所徵收的地價或地租，對有關的私家醫院和社會都公平。至於委聘私營界別的醫生以兼職形式在公立醫院執業的安排，醫管局現正以合約形式委聘少量私營界別的醫生來解決某些專科醫生人手不足的問題。如尚需委聘更多私營界別醫生，則可考慮提供更具彈性的安排，從而吸引他們為公立醫院服務。設立卓越醫療中心的建議獲社會普遍支持，而各項計劃會待當局與有關各方訂出詳細計劃後推行。

第四章 發展電子健康記錄互通

在取得病人同意下可更方便快捷地查閱病歷

4.1 在《創設健康未來》的文件中，為了善用資源，以及提供讓病人在不同醫療層面和公私營醫療界別之間流動所需的架構，我們建議開發一個在取得病人同意下可更方便快捷地查閱病歷的系統。我們的長遠願景是開發一個全港資訊系統，讓在公私營醫療界別的醫護專業人員能在得到病人授權的情況下，輸入、儲存和檢取病人的醫療記錄。

4.2 電子健康記錄現時尚無普遍適用的定義，一般意指以電子方式儲存的記錄，內載與個人健康有關的資料，可為醫療相關用途而予以儲存和檢取。電子健康記錄載有個人基本資料（例如姓名、身分證明、出生日期、聯絡資料、投購保險的資料、器官捐贈意願等）、與個人健康有關的資料（例如體重、身高、血型、膳食習慣、運動習慣、吸煙習慣等），以及來自不同來源和地點的醫療記錄（例如診症記錄、處方藥物、化驗結果及出院摘要）。電子健康記錄系統可協調儲存、檢取和查閱個人的電子健康記錄。

電子健康記錄互通的目標

4.3 開發全港電子健康記錄系統對加強護理服務的連貫性，改善不同醫療服務之間的配合，使病人獲益，是十分重要的。該系統亦有助推行各項改革，包括改善公私營界別的基層醫療服務，以及在提供服務方面促進推動公私營協作。

4.4 要達到我們的長遠願景，政府會牽頭開發全港性的電子健康記錄互通基建平台，以達到下列目標－

- (a) **改善醫療服務的效率和質素：**醫護專業人員能夠適時查閱病人的全面醫療資料，並因而能夠盡量減少重複檢驗及治療而提升成本效益。
- (b) **促進護理服務的連貫性和配合：**家庭醫生可查閱個別病人終身健康記錄，以便提供整全護理，並有助在不同醫療層面之間轉介病人和跟進病人個案。
- (c) **加強疾病監察：**可容許迅速地提供不具名的資料，以使用於疾病監察，以及利便編製健康統計數據，支援政策制訂和進行醫學研究。
- (d) **解決公私營醫療失衡：**讓病人可在公私營服務之間自由選擇而毋須顧慮病歷轉移問題，促進醫療服務領域內其他公私營協作。

最新進展

4.5 要達到上述目標，食物及衛生局局長成立了電子健康記錄互通督導委員會（督導委員會），由食物及衛生局常任秘書長（衛生）擔任主席，成員包括來自公私營醫療界別的醫護專業人員，以便藉此就措施提供督導、建立共識和收集專家意見。督導委員會的目標是為全港性的電子健康記錄系統的整體發展制訂策略和計劃，讓醫療界在有條件下（包括記錄所載人的同意）在醫療體制內互通個別人士的健康記錄。為了推展有關措施，督導委員會定下了多個指導原則。督導委員會亦找出一些與開發電子健康記錄互通基建平台有關的基本問題，包括其組成架構、涉及的法律問題及私隱事宜的關注，以及技術標準等。督導委員會已分別成立三個工作小組專責處理這些事宜。

4.6 開發全港性電子健康記錄系統的工作是一項長遠措施，當中涉及公私營醫療界別內的重大轉變。根據其他經濟體系推行類似措施所得的經驗顯示，這項措施不單是一個涉及在軟件開發和硬件配置方面作出大量投資的資訊科技計劃，更重要的是服務運作程序的重整，對醫護人員的觀念和他們提供醫療服務的模式均需作重大改變，因此必須按部就班推行，開展之初便需有醫護人員的參與。這項措施不會是一次過的單一計劃，而是一系列經協調的計劃，電子健康記錄系統亦會持續發展和演變。

電子健康記錄互通的未來路向

整體工作計劃

4.7 督導委員會現計劃在二零零八年上半年就工作計劃提交初步建議，包括有助我們邁向建立全港性電子健康記錄互通基建平台終極目標的試驗計劃。這些建議擬涵蓋的範圍，包括在公私營醫療界別進一步發展電子健康記錄系統的整體策略，以及能讓不同醫療服務提供者之間，特別是公私營界別之間，互通電子健康記錄所需的組件。有關建議亦會包括組織安排、法律架構和技術標準的未來路向。

電子健康記錄系統的財政安排

4.8 就開發電子健康記錄系統，尤其是其互通基建平台而言，系統開發和運作方面分別需要資本投資和經常費用。電子健康記錄系統的持續發展和日後提升亦需再投入資金。因此，為使這個系統得以持續發展，便需解決包括就初期所需開辦費用以及長期運作及再投資所需費用的融資問題。

4.9 為了開展這項措施，政府準備考慮為開發電子健康記錄基建平台所需的資本成本提供融資，並收取少許費用甚或免費的情況下讓私營醫療界別應用公營醫療

界別現有的系統和相關知識及對該系統作進一步開發。我們亦會考慮其他可能的一次過資助，以便在私營醫療界別，特別是參與各類公私營合作計劃的私營醫療服務提供者，包括購買服務的提供者（例如提供由政府購買的基層醫療服務的醫生）、其他獲公帑資助的醫療服務提供者（例如提供獲政府資助屬於預防性護理服務的家庭醫生），以及各類共同護理計劃（例如公立醫院和私家醫生為長期病患者提供的共同護理服務）的服務提供者，建立電子健康記錄系統。

健康記錄互通的公眾教育

4.10 現時並非所有病人都了解查閱其個人健康記錄的權利和健康記錄互通的優點。若要電子健康記錄系統成功，並取得社會的支持，公私營醫療界別應協力進行更多公眾教育活動，宣傳有關健康記錄互通的優點，以及具備互通功能的電子健康記錄系統有何好處。我們將會繼續研究如何推廣健康記錄互通的好處，並推廣一個以病人為本的病人記錄互通的文化，以期提供最佳的醫療服務。

第五章 強化公共醫療安全網

公共醫療安全網

5.1 現時的公營醫療系統為市民（特別是因經濟困難而無法支付本身醫療服務費用的市民）提供一個必要的安全網。政府須改善公營醫療系統現時提供的安全網，為有需要的人士維持和改善保障範圍及醫療服務的質素。我們更通過確保公營醫療系統能夠向那些無力負擔私營醫療服務的市民繼續提供服務，以繼續維持行之已久的政策，即“不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療照顧”。

5.2 為此，政府將繼續向市民提供大幅資助的公營醫療服務。現行的醫療收費減免機制和其他通過撒瑪利亞基金就某類自費藥物和病人自資購買的醫療服務提供經濟資助的計劃將如現時一樣，為綜援受助者和低收入家庭繼續提供一個安全網。我們會考慮改善現行醫療收費減免機制和其他經濟資助計劃，以期能理順和簡化有需要人士的申請和行政程序。

5.3 如我們能成功改進現時的市場結構及融資安排，有效減少對公營醫療系統的壓力，我們預期應能騰出空間改善公營醫療系統安全網的保障範圍和服務質素。我們就改善公共醫療安全網的建議載列於以下各段。

改善公共醫療安全網

5.4 如果公立醫院所承受的壓力得以減輕，及公營醫療系統可以騰出資源，我們可考慮循以下途徑改善公營系統內的服務－

- (a) **縮短公立醫院服務輪候時間**：騰出的資源可用作縮減現有服務的輪候時間（例如排隊輪候專科門診服務的人數）。可行的做法包括在服務的需求壓力紓緩後，加強提供現有服務，或使用額外資源向私營界別購買服務（見第三章關於購買服務作為公私營協作的一部分）。
- (b) **改善標準公營服務的涵蓋範圍**：騰出的資源可提供空間以進一步改善現時的藥物名冊及醫療項目的涵蓋範圍，我們會不時檢討這些項目名單。某些效用經證實的項目可考慮加入標準服務之列，或資助病人使用它們。騰出的資源也可以讓公立醫院添置新醫療設備，或提升或更新現有設備以改善服務。
- (c) **探討「個人醫療費用上限」的構思**：在公營醫院騰出的資源亦可提供空間以考慮各項改善現有的安全網及經濟援助機制的措施，例如為因家人罹患

複雜疾病（例如危疾及長期疾病）而需負擔高昂治療費用的家庭提供更多協助，以應付他們的需要。我們可探討設置個人醫療費用上限，作為安全網機制的一部分，以保障這些家庭不致陷入財政困境。這個概念是為家庭在每年家庭入息用於公立醫院第二層醫療護理服務的比例設定上限，如超越這個限額便可獲得經濟援助。因應有關建議在公眾諮詢中所蒐集的意見，我們可進一步制訂這個醫療費用上限概念的細節。

- (d) **為撒瑪利亞基金注入資金**：部分騰出的資源可注入撒瑪利亞基金，為有需要但同時有經濟困難的人士提供額外資金，讓他們可接受某些不包括在標準服務內的治療。

理順公營醫療服務的收費架構

5.5 基於在第九章詳述的原因，我們認為藉增加公營醫療服務費用及收費以作為醫療融資的重要來源，並非可行或理想的做法。然而我們認為在改善公共醫療安全網的同時，亦有空間檢討現行醫療服務的收費架構以確保市民能得到及能負擔服務。因此，我們認為日後如要檢討公營醫療服務的費用及收費，應以下列原則為基礎—

- (a) **資源分配，緩急有序**：收費架構及水平應着眼於為公營醫療系統的優先服務範疇提供資源，尤其在釐訂不同服務的資助水平方面，應考慮服務的優先次序。
- (b) **市民大眾，皆能負擔**：收費大體上應考慮病人的負擔能力，並應顧及收費水平和服務使用次數。低收入家庭和弱勢社羣應獲安全網機制保障，得到經濟援助。
- (c) **善用服務，使用得宜**：收費應鼓勵病人善用公營醫療服務，使用得宜，從而確保有需要的人能夠獲得提供服務。
- (d) **醫療健康，人人有責**：收費應有助灌輸共同為健康承擔責任的意識，政府繼續為全港人口提供全面的醫療安全網，而市民亦應為個人健康承擔責任。

5.6 不管如何作出理順安排，我們預期公營醫療服務在整體上仍然會由政府大幅資助，政府撥款仍會是公營醫療系統的主要經費來源。具體而言，我們預期公營醫療系統將須繼續提供有效的安全網，繼續為費用高昂且會為個別人士導致重大財政危機（如危疾及長期疾病）的治療服務提供大幅資助。

第六章 改革醫療融資安排

增加政府撥款

6.1 政府將繼續是醫療服務的主要融資來源，並恪守我們所珍視的原則，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務。政府已承諾，在二零一一至一二年度或之前，把在衛生及醫療方面的經常開支佔整體經常政府開支的份額，由原來的15%增加至17%，以應付社會日益增長的醫療需要及改革醫療系統。

我們需要改革融資安排

6.2 多年來，我們採取了各種措施以提高公共醫療系統的服務效率及成本效益，公共醫療服務的平均效率增益，保持在每年1%左右。舉例來說，公立醫院的平均住院時間已由二零零零至零一年度的10.0病床使用日數逐步下降至二零零六至零七年度的8.9病床使用日數。在政府的資源增值計劃及提高效率節約資源計劃下，醫院管理局（醫管局）於二零零零至零一至二零零五至零六年間在保持服務量的同時，累計節約了相當於二零零零至零一年度基礎津助金額12%的開支總額。醫管局亦正積極研究如何改善其內部的資源分配機制，以便根據服務需求更適當地分配資源，並鼓勵提高效率和成本效益。

6.3 展望未來，我們將繼續採取措施，提高公營界別的效率 and 成本效益。這將包括於第二章至第四章所列，對現時的醫療服務與市場結構進行根本和全面的改革。然而，即使增加政府對醫療的撥款，及即使不斷提高公營醫療服務的效率，單靠政府撥款仍然不足以保證醫療系統長遠可持續發展。若不對醫療融資安排進行改革，預期到了二零一二年左右，政府的撥款始終仍無法應付整體社會的醫療需要。

6.4 其他先進經濟體系的經驗也顯示，其總醫療開支與公共醫療開支可分別增長至佔當地生產總值多達8-15%與6-8%。有見香港在控制公共醫療開支及提升醫療系統效率方面有較佳的往績，我們未能確定到底這些數據有多大程度可直接套用至香港的情況。但基於這些經驗，我們推算到了二零三三年，本港的總醫療開支與公共醫療開支可能分別增長至佔本地生產總值的9.2%與5.5%。很明顯地，我們在改革醫療服務外，亦要改革醫療融資安排。

維持現行融資模式的後果

6.5 如果我們繼續維持現行融資模式，單靠以政府收入支付絕大部分的公營醫療服務開支，這表示用於醫療的公共開支將需要以快於經濟增長的速度增加。正如第一章所述，這意味着增加賦稅、削弱香港的競爭力，或者其他公共服務範疇須要削減撥款而受到影響。假如我們加稅的話，列入稅網的人士將須為維持醫療系統而

繳付更多的稅款。由於本港的薪俸稅稅基狹窄，加上採用累進稅率，大約只有三分之一的在職人口須繳付薪俸稅，而收入較高者所交稅款佔其收入的比例，較其他收入較低者為高。

6.6 我們分析了維持現有撥款模式的利與弊，並詳述於第七章。基於該分析，**我們相信維持現有撥款模式並非一個可持續的方案。**

引入醫療輔助融資

6.7 由於政府撥款會繼續是醫療的主要財政來源，因此一個令醫療制度的融資得以持續的方案，便是引入醫療輔助融資計劃，不僅是用來補助政府撥款以應付不斷增加的醫療需求，亦用作支持長遠的醫療改革，例如－

- (a) 繼續投資於更好及更全面的基層醫療服務，以改善市民的健康，並在長遠而言減少我們對昂貴醫院護理的需求；
- (b) 繼續投資於更新及更好的醫療科技，以提供更佳的診斷和治療，並提高醫療服務的質素；
- (c) 支援醫療市場結構的改革，讓私營醫療市場可更蓬勃地發展，並促進服務質素與成本效益上的良性競爭；以及
- (d) 加強為有需要人士而設立的醫療安全網，並通過政府和個人之間的夥伴關係，推廣共同為健康承擔責任的概念。

6.8 很明確的一點是，輔助融資是醫療改革必要的一環，並且關乎不單止現時的整體社會，也影響到往後的很多代香港人。輔助融資應該以甚麼形式進行，是我們整體市民須要憑社會價值觀所作的一個重要決定。我們希望與大眾攜手，就最切合香港情況的醫療輔助融資方式凝聚共識。

海外經驗

6.9 我們研究過一些先進經濟體系的醫療融資安排。不同經濟體系所採用的醫療融資安排各有不同（見表 6.1）。這些安排按其融資來源及方法大致可分為下列類別－

- 一般稅收
- 社會醫療保障
- 用者自付費用（使用者收費）

- 醫療儲蓄戶口
- 自願私人醫療保險
- 強制私人醫療保險

6.10 我們曾經研究的所有先進經濟體系，均不同程度地糅合了上述的經費來源作融資安排。當中沒有任何一個是採用單一方法作為唯一的融資來源。以下各點值得我們注意－

- (a) 我們曾經研究的所有先進經濟體系均設若干程度的銷售稅。在那些以政府收入作為醫療開支主要來源的經濟體系，徵收的稅率高出本港很多，尤以個人入息稅率為甚。
- (b) 除那些以政府收入為醫療開支主要來源的經濟體系外，其他普遍的做法是市民除繳交稅款外，也需作固定的醫療供款，形式包括：
 - (i) 社會醫療保障供款；
 - (ii) 私人醫療保險保費；
 - (iii) 以支付醫療服務費用及收費的方式將強制醫療儲蓄導入醫療系統；或
 - (iv) 結合上述的方式。
- (c) 除美國（自願醫療保險是其主要融資來源）和新加坡（用者自付費用是主要融資來源，其中部分費用由醫療儲蓄戶口支付）外，其他經濟體系的情況均是人口中收入較高及經濟能力較佳者供款較多；不過在實行強制私人醫療保險計劃下，所有須供款人士的供款額（保費）是相同的。然而，融資方案不同，供款者所得亦有分別。在以政府收入或社會保險為醫療開支主要來源的經濟體系，“高額供款者”與無須供款者的選擇大致相同。而在實行強制私人醫療保險的經濟體系（例如瑞士稱之為“社會保險”的制度），所有參加者付出同等保費獲取同等基本保險保障範圍，但有能力自願付出較多者（例如通過投購附加保險）會有較多選擇。

6.11 我們需要明白醫療融資問題並無一個全球適用的解決方案。每個經濟體系的醫療系統各有其本身獨特的歷史和情況，並反映其社會的價值觀及本身特定的解決方案，沒有一個模式可以隨時搬用。醫療融資並無一蹴而就或十全十美的方案，所有融資安排都涉及對不同融資方式的利弊作出取捨，而每個社會最終都需要按其政治、社會及經濟情況，以及其市民的價值觀和期望，作出抉擇，選定其特有的融資組合。

表 6.1 香港與個別經濟體系的醫療融資來源比較

經濟體系	一般稅收	社會醫療保險	用者自付費用	自願私人醫療保險	強制私人醫療保險
香港	*	-	✓	✓	-
澳洲	*	-	✓	✓	-
加拿大	*	✓	✓	✓	-
芬蘭	*	✓	✓	✓	-
英國	*	-	✓	✓	-
奧地利	✓	*	✓	✓	-
比利時	✓	*	✓	✓	-
日本	✓	*	✓	✓	-
韓國	✓	*	✓	✓	-
荷蘭	✓	✓	✓	✓	*
瑞士	✓	-	✓	✓	* (註一)
美國	✓	✓	✓	*	-
新加坡	✓	-	* (註二)	✓	-

* 主要經費來源

✓ 輔助經費來源

註一：根據瑞士法例，瑞士的強制私人醫療保險稱為社會醫療保障。

註二：新加坡通過中央公積金制度中的醫療儲蓄戶口計劃，提供用者自付的醫療經費。

香港可考慮的輔助融資方案

6.12 我們借鑑一些海外經濟體系的經驗後，曾研究過各種可行的醫療輔助融資方案。每項方案各有利弊，如何取舍有待市民順應社會的價值觀作出抉擇。這些方案和它們的利弊，詳列於第八章至第十三章－

- (a) **社會醫療保障（第八章）**：引入一個與就業和收入掛鉤的供款計劃，藉以籌集一筆供全體市民共同使用的醫療服務經費。供款人數可較本港薪俸稅稅網內的人數為多，從而擴大融資的基礎。不過，與稅收一樣，在社會醫療保障計劃下，收入較高者須為全體市民的醫療服務作出較多的供款。
- (b) **用者自付費用（第九章）**：通過增加使用者收費，減少政府對公營醫療服務的資助水平。只有公營醫療服務的使用者才需繳付更多的費用；而使用公營醫療服務越多，則所需繳付的費用便越多。
- (c) **醫療儲蓄戶口（第十章）**：引入一個強制性計劃，規定本港人口中某界定組別的市民必須作出儲蓄以支付個人的醫療開支，藉個人積累款項（包括可用作投資）以敷未來醫療所需，包括保險費用（如果他們有投購私人醫

療保險），並鼓勵市民選用政府大幅資助的公營醫療服務以外的其他醫療服務，從而紓減公營醫療系統的壓力。界定組別人口的其中一個可行方法是以收入水平劃分，即收入超逾某個水平的在職人口必須參加計劃。

- (d) **自願私人醫療保險（第十一章）**：市民投購自願私人醫療保險，藉此較易獲得私營醫療服務和享有更多私營醫療服務的選擇，從而減輕公營醫療系統的壓力，進而減少公營醫療開支。選擇投購保險與否純粹出於自願，可由個人為自己購買醫療保險或由僱主為其公司的在職僱員以團體方式購買。
- (e) **強制私人醫療保險（第十二章）**：向全港市民或某界定組別的市民推行強制私人醫療保險計劃。該計劃由政府規管，並由私營保險公司營辦。計劃須規定承保任何病症，並同時設有續保保證，而收費則按羣體保費率徵收，即所有參加者不論年齡、性別、其他風險因素及入息水平，均繳付同一保費，並獲得同一程度的保障及相同的選擇，以期為個人的疾病風險提供更有效的分擔機制。沒有經濟能力者，在全民皆需購買醫療保險的方案下或可獲公帑給予援助。如採取只有某特定組別人士才需購買醫療保險的方案，則他們或可無需參加計劃。
- (f) **個人健康保險儲備（第十三章）**：引入一個計劃，規定本港人口中某界定組別的市民必須把其部分入息存入個人戶口內，用以參與一個受監管的強制醫療保險計劃，藉此為這些人士退休前後提供保障，以及以積存的儲蓄及投資回報，支付他們於退休後的醫療開支及保費。這計劃結合了強制儲蓄與投購保險這兩個方案。該組別內每個人不論收入水平有何差別均繳付相同的保費，並獲得相同水平的保障與相同的選擇。不過，儲蓄金額的多寡則會按照入息水平而異。

6.13 在第一階段的諮詢中，我們希望臚列所有的方案，邀請公眾和持份者仔細考慮其利弊。我們對於採用哪個醫療融資方案抱持開放態度，並希望通過第一階段的諮詢工作徵求社會意見，以便讓我們可在第二階段諮詢中提出具體建議。

比較各個融資方案

6.14 我們參考了本地及海外經濟體系的經驗，評估香港採用各個融資方案作為輔助融資安排的利弊。特別值得我們注意的是每個方案都各有長短，同時我們無可避免要在以下各方面作出取捨－

- (a) **融資的穩定性和可持續性**：融資方案是否能有效提供一個穩定和可持續的

融資來源，確保醫療系統和專業人力資源可長遠持續發展，以及醫療服務能緊隨醫療科技的進展而持續改善質素？

- (b) **獲取醫療服務的方式**：現時的公營醫療制度，通過分流、輪候或其它必要的分配機制，確保每名市民可以按需要公平地獲得同等基本水平和標準的醫療服務。輔助融資方案應否用作繼續支付以這種方式獲取的醫療服務？還是應利用輔助融資發展多元化的服務，使負擔能力較高的市民能更直接快捷地從市場獲得所需服務，從而減少輪候公營醫療服務的人數，使需要依賴基本標準服務的病人也能得益？
- (c) **風險匯集及分擔**：輔助融資方案應否匯集個別市民因病而需要醫療服務所引致的財務風險，從而讓整體市民可以有效地共同分擔健康風險較高者（例如長者、長期病患者，以及遺傳病患者），或遭遇不幸而需要醫療服務（例如遭受意外或罹患危疾）的人士的風險？
- (d) **財富再分配**：考慮到由公帑撥款支付公共醫療服務的安排，已經起了財富再分配的作用，融資方案應否通過徵稅或類似的安排，向較高收入人士徵收較大比例的融資以補貼收入較低的市民，進一步加強這作用？
- (e) **服務選擇**：融資方案是否能有效促使醫療市場發展，為個人提供切合他們需要和要求的服務選擇，例如他們可以選擇公營或私營界別的醫療服務、醫療服務提供者／醫生、最佳的病房設施或其它治療方法？
- (f) **促進市場競爭和效率的能力**：融資方案是否能有效為醫療服務市場帶來更多的良性競爭（醫療服務提供者之間以及公私營界別之間的競爭）及服務成本／價格和質素方面的透明度，以促使醫療服務更具效率和成本效益？
- (g) **使用率和成本控制**：融資方案是否能有效鼓勵審慎使用醫療服務和醫療服務的成本競爭，以及怎樣通過固有機制有效控制過度使用醫療服務的情況和醫療服務成本上升的問題？（這些問題可能是由於第三者付費制度造成的道德風險，或是由於醫療服務需求增加而造成的價格通脹。）
- (h) **運作成本**：融資方案的運作成本水平有多高，例如向個別人士徵收融資供款、向醫療服務和醫療服務提供者分發撥款或費用，和向個別人士提供醫療服務所涉及的行政及交易費用？

6.15 這些融資方案作為輔助融資安排所具備的不同特點摘要載於後頁的表 6.2。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較

	融資的穩定性和可持續性
政府撥款 (現行模式)	由於本港稅率低和稅基狹窄，長遠來說這種融資方式難以維持，尤其在出現財政赤字的時候，屆時納稅人必須繳納更多稅款以維持這個制度。醫療開支逐漸增加或會令其他公共服務備受忽略。
社會醫療保障	醫療資金來源頗為穩定，原因是社會醫療保障供款指定用於醫療方面。不過，因為人口老化導致工作人口減少，這個方案長遠來說未必可以維持。此外，在經濟不景時，供款人的供款能力會下降，這個方案的穩定性和持續性頓成疑問。如要持續推行這個方案，日後必須增加供款率。如僱主亦須供款，勞工成本將會增加，從而影響本港的競爭力及經濟表現。
用者自付費用	並非具持續性的資金來源，因為這個方案很大程度上視乎個人的負擔能力，而且有需要為那些無能力承擔費用的人士提供安全網，這樣可能會抵銷費用收益所帶來的資金。
醫療儲蓄戶口	通過個人存款，確保可帶來數額龐大而具持續性的 潛在 資金來源。不過，由於資金是否注入醫療系統乃屬個人選擇，資金來源並不穩定且難以預測。此外，亦會有一批戶口持有人因沒有足夠的醫療存款而可能須倚賴公營資助醫療服務。
自願醫療保險	並非穩定及具持續性的資金來源，因為是否投保自願性質的保險仍須視乎個人選擇及負擔能力。這項融資方案應該不會成為主要的資金來源，而且保費波動程度很大，可能會隨時日逐漸增加。
強制醫療保險	頗為穩定的資金來源，但如要持續推行這個方案，日後必須增加保費。這個方案可改善市場結構，推動醫療服務提高效率，有助支持醫療改革，使這個方案長遠而言更具持續性，並有助推行市場改革。
個人康保儲備	通過個人存款，提供一筆具持續性的 潛在 資金來源，另一方面通過強制保險，確保有穩定資金注入醫療系統。雖然保費會隨時日逐漸增加，但會有較多人因為有存款而可以負擔。不過，會有一批戶口持有人因沒有足夠的醫療存款而可能須倚賴公營資助醫療服務。這個方案有助推行市場改革。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	獲取醫療服務的方式
政府撥款 (現行模式)	容易獲取與否視乎市民的需要，通過分流及輪候或其它分配機制，令每名市民均有公平機會獲得公營資助醫療服務。
社會醫療保障	容易獲取與否取決於設計。如全民皆可使用資助醫療服務，並將之擴展至非工作人口，則屬公平獲取。
用者自付費用	容易獲取與否取決於負擔收費的能力。除非相應地加強安全網措施，否則低收入人士、弱勢社羣及高風險組別(即可能使用較多醫療服務的人士) 需按比例付出更多費用，才能獲取所需的醫療服務。
醫療儲蓄戶口	容易獲取與否取決於有沒有醫療存款。常用服務的人士會耗用較多醫療存款。低收入及低醫療存款的人士，除了通過分流、輪候或其它分配機制獲取的公營資助服務外，未必能夠有足夠存款獲取其他醫療服務。
自願醫療保險	容易獲取與否取決於負擔保費的能力。有能力購買保險，和沒因風險挑選而被拒投保的人士較易獲取醫療服務。高風險人士通常被拒投保，他們與其他因為保費太高難以負擔而未有投保的人士，只可通過分流、輪候或其它分配機制獲取公營資助服務。
強制醫療保險	容易獲取與否取決於設計(例如是全民或是特定組別的人士須強制購買保險)。受強制保險保障的人士較易獲取醫療服務。所有人不論年齡、性別及健康風險，均可購買這項保險，確保高風險人士能夠投保。無須參加的人士，可通過分流、輪候或其它分配機制獲取公營資助服務。
個人康保儲備	容易獲取與否取決於設計。已投保及擁有存款的人士較易獲取醫療服務。強制保險確保高風險人士能夠投保。未有投保及沒有存款的人士，可通過分流、輪候或其它分配機制獲取公營資助服務。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	風險匯集／分擔	財富再分配
政府撥款 (現行模式)	有效分擔風險。但如為全部人口提供全面醫療服務，而非把目標定為照顧較高風險組別及提供費用較高昂的服務，公營醫療系統的負荷將超越極限，這方面的效果便會削弱。	在現行個人入息稅稅基非常狹窄的稅制下屬累進（即由較高收入人士付出較多以資助收入較低人士）。
社會醫療保障	有效分擔風險，與上述的政府撥款方案相同。	累進（即由較高收入人士付出較多以資助收入較低人士），但供款者僅限於工作人口。收入較高人士向社會醫療保障所作供款的比率亦較高。
用者自付費用	沒有共擔風險。患病人士須自行承擔本身的財政風險。	累退（即高收入人士與低收入人士付出相同款額的較高收費）。用者收費對低收入家庭、弱勢社羣及可能需使用大量醫療服務的高風險人士影響較大。健康欠佳人士將付出更多，但對健康良好人士的影響則不大。
醫療儲蓄戶口	沒有共擔風險。可能出現極大差別的結果：罹患危疾或長期病患者的醫療存款不足，而身體較健康人士的戶口則可能出現盈餘，並留有醫療存款成為遺產。	不適用，由於醫療儲蓄戶口並無匯集資金或匯集風險，因此並沒有為貧富或健康及患病的人士進行財富再分配。與較低收入人士相比，較高收入人士戶口內的存款會較多，但存款是否足夠則視乎個別人士的醫療服務使用量及模式。
自願醫療保險	某程度上可共擔風險，但分擔效果則受投保人數少（按個別保險計劃計算）、風險選擇（高風險人士通常因申請不獲接納、投保前已有的病症不受保或保費過於高昂而難以負擔等理由，而無法投保自願保險）及逆向選擇（較高機會索償的人士會較傾向投保保險）所限制。	不適用，由於參與保險計劃屬自願性質，而保險本身亦無財富再分配的作用。保費是按照年齡、性別及健康風險而非入息釐訂。故此，健康欠佳或高風險人士的供款額會較高。低收入家庭不會選擇這種保障，因為他們通常無能力負擔自願保險。
強制醫療保險	有效分擔風險，因為通過強制參加可避免風險選擇，而實施羣體保費率及規管保險亦可使所有人士，不論年齡、性別及健康風險，均可獲保險保障。	累退（即高收入人士並無資助低收入人士）。強制醫療保險的保費並非根據入息釐訂，通常是使用羣體保費率（所有投保由同一間公司提供的相同保險計劃的人士，不論年齡、性別及健康風險，均繳交相同款額的保費）。故此，健康欠佳或高風險人士（但不一定低收入），在計劃內受到健康良好及健康風險較低人士（但不一定高收入）的資助。但若將此方案應用於收入較高組別人士，便可減輕作為低收入人士及弱勢社羣醫療安全網的公營醫療系統的壓力，因而可能出現一些累進效果。
個人康保儲備	有效分擔風險。與上文所述的強制私人醫療保險方案相同。	累退（即高收入人士並無資助低收入人士）。與強制私人醫療保險方案相同，健康欠佳或高風險人士（但不一定低收入），在計劃內受到健康良好及健康風險較低人士（但不一定高收入）的資助。但若將此方案應用於收入較高組別人士，可能出現一些累進效果。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	服務選擇	促進市場競爭／效率的能力
政府撥款 (現行模式)	在以稅款資助的公營醫療系統下，服務選擇很少。	市場繼續由公營醫療界別主導。公營與私營界別以及醫療服務提供者之間鮮有有效的競爭。沒有額外誘因推動提高效率的措施。
社會醫療保障	如保險購買公營及私營醫療服務，則可提供一些服務選擇。	通過購買公營及私營醫療服務來增加競爭，但競爭範圍受到購買服務或付還款項的規則所限制。
用者自付費用	那些願意自付費用的人士有一些服務選擇。服務選擇受使用者的負擔能力所限。如無任何資助或保險保障，使用者收費可以非常高昂，對高風險組別而言尤甚。	調高公營醫療收費不能增加競爭或效率。因為要把公營醫療收費調高至與私營界別看齊，從而促進兩個界別之間全面競爭的做法並不可行。
醫療儲蓄戶口	由於醫療存款可用作支付公營或私營界別的服務，可提供一些服務選擇。並會在某程度上提升個人在醫療服務方面的負擔能力。	通過讓個人可享用公營及私營醫療服務，增加兩個界別之間的競爭。然而，推動競爭與提高效率的措施會因醫療服務成本／費用及質素缺乏透明度的問題而受到限制。個人就醫療費用的議價能力較弱。
自願醫療保險	服務選擇較多，可選擇公私營界別的服務。可按照個人意願及其負擔能力選擇保險計劃。	受保人能自由選擇醫療服務提供者，從而增加競爭。然而，有關推動競爭與提高效率的措施會受到第三者付費保險所產生的道德風險（即服務提供者傾向為受保人提供過量的服務，及受保人傾向過度使用受保的醫療服務）所限，亦會因醫療服務的成本／費用及質素缺乏透明度的問題而受到限制。
強制醫療保險	服務選擇較多，可選擇公私營界別的服務。有負擔能力的人士可選擇配合本身需要的附加醫療保險計劃。	受保人能自由選擇醫療服務提供者，從而增加競爭。由於投保者的人數較多，承保機構具有更大的市場力量，推動提高醫療服務的透明度、效率及成本效益。
個人康保儲備	在公私營界別均有服務可供選擇。結合醫療儲蓄戶口及強制私人醫療保險，可盡享兩個方案的好處，既可通過儲蓄確保有負擔能力，亦可通過保險共擔風險。	通過保險計劃及儲蓄，讓個人可享用公營及私營醫療服務，從而增加兩個界別之間的競爭。受規管及獲保證可擁有大量投保者的承保機構，具有更大的議價能力，可推動提高醫療服務的透明度、效率及成本效益。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	使用率／成本控制	運作成本
政府撥款 (現行模式)	通過按病人臨牀需求調配醫療服務，有效控制使用率。通過採用公營醫療服務整體預算及控制津助金，有效控制成本。	運作成本低，因為醫療服務成本由政府通過整體預算直接支付，但須就管理安全網機制承擔行政費用。
社會醫療保障	受保人為求就其供款爭取最大回報而要求提供更多及更高質量的醫療服務，加上亦需提供更便捷的私營醫療服務，因而未必能有效控制使用率。	在收取供款及管理申索保險賠償方面的運作成本中等(尤其是涉及私營醫療界別提供的服務時)。另外，因為本港目前並無社會保險制度，所以須為這個方案設立基礎設施。
用者自付費用	非常有效控制使用率及成本，因為使用醫療服務的成本直接由用者承擔，而如果有關成本由病人承擔，醫療服務提供者會較謹慎收費。但這方案可能會導致出現“逆向照顧法則(inverse care law)”的問題，即較需要醫療服務的人士由於負擔能力較低，所以可享用的醫療服務較少。	運作成本低，因為使用醫療服務的費用由用者直接承擔。不過，須就管理安全網機制承擔行政費用。
醫療儲蓄戶口	在某程度上可有效控制使用率及成本，因為使用醫療服務的成本直接由用者承擔。不過，戶口持有人亦有傾向花耗鎖定在戶口內的儲蓄。	收取、累算及撥付存款所造成的運作成本中等，如採用強制性公積金所沿用的架構收集及累算存款，可減少運作成本。撥付醫療開支與處理保險索償的行政費用相若。
自願醫療保險	鑒於道德風險問題，及個別保險公司在醫療成本方面議價能力有限，這項保險鮮能控制使用率及成本。這可導致保費因要追上持續增加的醫療與保險成本而大幅飆升。	管理申索保險賠償及支付其他成本(包括承保、市場推廣、佣金及保險利潤)的運作成本偏高。
強制醫療保險	鮮能控制使用率及成本，但由於投保者人數較多(與自願保險相比)，承保機構既可訂立各項遏止道德風險問題的控制措施，亦在醫療成本方面有較大的議價能力。	運作成本中等，因為承保、市場推廣及其他保險成本可通過強制參加及受規管產品而減少，但仍需支付管理保險索償的行政費用。而規管強制保險的機制會導致額外成本。
個人康保儲備	鮮能控制使用率及成本，但與強制私人醫療保險的情況一樣，由於投保者眾，承保機構可訂立各項遏止道德風險問題的控制措施，亦在醫療成本方面有較大的議價能力。	運作成本中等，與醫療儲蓄戶口及強制醫療保險方案類似。

輔助融資的財政資助

6.16 正如財政司司長在二零零八年至零九年度的財政預算案演辭中公布，在輔助融資經諮詢得以落實後，政府承諾將會從財政儲備撥出 500 億元去推動醫療改革。從財政儲備撥出資金，表明政府與市民共同承擔醫療融資的決心，亦會增加市民個人用於醫療服務的資源。舉例來說，該筆資金可用於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。

6.17 有見及此，我們會在收集第一階段諮詢所得的意見後，在制定輔助融資安排的詳細建議時，進一步研究如何為參加輔助融資計劃的人士提供財政資助。視乎日後採用的輔助融資方式，財政資助可以不同形式提供。我們可以不同形式（不論個人或集體方式）為輔助融資計劃參加者提供財政資助，惟須視乎將採用的融資方式而定。舉例來說，這些措施可包括－

- (a) **稅項扣減**：可考慮為個別人士投購社會醫療保障的供款、個別人士投購自願或強制私人醫療保險的保費，或個別人士的醫療儲蓄戶口或個人醫療儲備的存款，提供免稅額或稅項扣減。
- (b) **啟動資金**：可考慮向個別人士的醫療儲蓄戶口或個人醫療儲備一次過注入一筆撥款，作為啟動資金；或為強制私人醫療保險或社會醫療保障計劃一次過撥備一筆款項，以減少參加者須付的保費，同時減輕承保高風險人士所帶來的影響。
- (c) **直接資助**：可考慮提供津貼，用以資助個別人士支付社會醫療保障的供款、資助個別人士支付私人醫療保險的保費／供款，或用作個人醫療儲蓄戶口或個人醫療儲備的供款。

6.18 我們必須強調，公營醫療系統仍將繼續為這些對本身所需醫療負上較大責任的市民，提供一個常備的安全網。當這些市民一旦經濟出現困難時，安全網便更形重要。

增加醫療系統的容量

6.19 無論採納上述何種融資方案以提供輔助融資（繼續現行依賴政府撥款模式除外），均可能令市民對大幅資助的公營服務以外的服務選擇，有更大的需求。舉例而言，社會醫療保障、自願私人醫療保險及強制私人醫療保險可能令市民對私營醫療服務的需求增加。即使提高公營服務的收費和推行醫療儲蓄戶口，亦可能驅使或誘使一些市民使用更多私營醫療服務。在多數情況下，輔助融資將賦予參與計劃

人士改用私營醫療服務的經濟能力。

6.20 有鑑於此，假若推行政府撥款以外的輔助融資方案，我們預計私營界別的醫療服務需求將會增加。增加的幅度視乎採納的融資方案和融資安排的詳細設計。為應付可能激增的服務需求和解決公私營醫療失衡的問題，我們擬探討以下措施，進一步提高私營界別的能力，以應付預期增加的需求：

- (a) 在短期及中期方面，我們會**研究公私營合作措施**，例如公私營合作醫院及其他提供醫院服務的公私營合作模式，藉以提高私營界別的能力和增加私營醫療服務的供應。
- (b) 在長遠方面，我們預期市場力量將推動私營界別的擴展，我們並會**考慮以政策措施促進私營界別的發展**，例如研究批租空置公共樓宇或批出用地作發展私家醫院之用的可行性。

6.21 與此同時，部分有經濟能力的病人或仍會因各種理由選擇往公立醫院求診，例如信賴公營醫療系統、或罹患複雜疾病（例如危疾或長期病患）而所需診治的費用高昂或私營界別未能立時提供治療。因此，公營界別亦有需要預留部分容量，為這些病人提供更切合他們個人需要的服務。這些病人可以負擔並可能要求更多種類的服務選擇及較普通公營病房為佳的病房設施。

6.22 **因此我們建議公營界別適度提高其轄下私家服務的能力，並按收回十足成本的基礎收取費用。**提供這種服務，可紓緩整體醫療系統中容量不足以應付私營醫療服務激增的需求的情況。收回十足成本的服務，亦可作為比較公私營界別效率及成本效益的有用基準。**與此同時，提供這類私家服務絕不能削弱大眾使用資助公共服務的機會。**相反，提供這類私家服務，應有助公共醫療系統引進更多的資金，減輕其財政負擔。

6.23 基本上，我們亦須處理人力規劃問題，以確保不同醫護專業均有充足的人力供應，以支持公私營醫療系統的長遠持續發展。作為第一步，我們將根據整體人口對公私營醫療服務的需求及可預見的增長，仔細研究人力資源的需要，確保有充足的教育和培訓能力，以提供各類專業醫護人員。

第七章 維持現行融資模式的後果

現行融資安排

7.1 就香港的情況而言，維持現狀繼續採用現時的融資安排，即表示須繼續倚賴政府收入以應付醫療服務所需不斷增加的開支。除非我們已作好準備接受公立醫院服務水平和質素將顯著下降（見第一章），否則這意味政府將須增加收入。假設我們不能持續削減其他範疇的公共支出，政府便須考慮下列一項或多項措施，包括提高稅率、擴闊稅基及增加非稅收收入。

融資安排的影響

7.2 以現時的醫療系統而言，如果我們須單靠政府收入全數應付現行醫療制度下額外的公共醫療開支，則預計到二零三三年，公共開支總額須增加至佔本地生產總值的 22.1%，而醫療方面的公共開支則會增至佔公共開支總額的 24.8%。

7.3 要支付公共開支的增幅需要增加政府收入，而這意味着我們須大幅增加薪俸稅及／或利得稅稅率，除非我們引入新的收入來源包括擴闊稅基，或增加非稅收收入。而大幅擴大公共開支總額亦違背了現行限制公共開支佔本地生產總值的 20% 以下的政策。

7.4 另一方面，如公共開支總額維持在本地生產總值的 20% 以下，二零三三年的公共醫療開支將佔公共開支總額的 27.3%，影響給予其他公共服務的撥款。（例如，教育、社會福利和保安在二零零八至零九年度分別佔經常政府開支的 23.8%、17.6%、和 11.8%，將來的比例便可能要縮減。）

海外經驗

7.5 由政府收入直接為醫療服務提供經費，除了香港，也是澳洲、加拿大、芬蘭和英國的主要融資方式。與香港徵收 16.0% 的個人入息稅（二零零七至零八年度的薪俸稅標準稅率）比較，所有這些先進經濟體系的個人入息稅稅率都高出很多，不包括社會保障供款的稅率介乎 40.0% 至 48.8%。這些經濟體系均設銷售稅作為收入來源，其公共開支佔當地生產總值的比例也高出香港很多，比率介乎 34% 至 51%，而香港（在二零零四至零五年度）的比率則為 19.7%。

7.6 與香港的情況相若，上述經濟體系的公費資助的醫療系統均須面對由於人口老化和醫療科技進步，造成醫療服務成本上漲這項主要挑戰。這問題在採用按服

務收費模式⁷的加拿大更為嚴峻，因為這模式使有關當局更難管制服務的使用和成本。面對上述挑戰，這些經濟體系有不同的反應。

7.7 加拿大一直辯論有關擴大私營醫療界別的優點，包括讓私營醫療服務提供者提供更多服務，以及讓私人醫療保險佔醫療融資更大比重，但就實際行動方面卻尚未達致共識。就澳洲的情況來說，政府的反應是鼓勵市民投購私人醫療保險，以減低對公立醫院的需求（見第十章）。澳洲政府在這方面取得了一些成效，但就此方案長遠是否可行方面也有一些尚待解決的問題。

7.8 英國的反應是大幅增加醫療服務的公共開支。這主要是由於英國意識到，與大部分其他西歐國家比較，英國在過去至少二十年來對醫療服務的資助不足。不過，有人關注到，英國政府若面對未來有巨額赤字的情況，能否維持醫療服務的開支水平。

現行融資安排的優點

7.9 現行醫療融資安排有以下優點 -

- (a) **同等的醫療服務**：以公費資助的醫療系統，通過下列一項或多項措施，包括輪候、定額供應和根據臨牀需要分流等，讓每名市民不論負擔能力，都可公平獲得同一水平和標準並同獲極高資助率的醫療服務。
- (b) **簡便和低成本的行政管理**：我們在稅收和調整稅率方面設有行之有效的機制，除非是開徵新稅項，否則通過增加現有稅項作為醫療融資，涉及的行政管理工作較為簡便，而所需的額外成本會較低。
- (c) **財富再分配**：以稅收作為醫療融資來源，則較高收入的納稅人須資助整體人口的醫療服務。不過，須注意的是，基本的以稅收提供經費的公營醫療系統已在很大程度上達致財富再分配。我們須考慮是否有必要通過輔助融資安排以達致進一步財富再分配。

維持現行融資安排的弊端

7.10 繼續單單倚賴政府收入作為醫療融資來源有以下弊端 -

⁷ 就醫療服務或醫療保險的情況而言，按服務收費，是指醫生和其他醫療服務提供者就所提供的每項服務（例如診症、化驗、醫療程序或管理醫療服務的其他事情）收費。按服務收費的醫療保險通常容許病人向自選的醫生或醫院求診和求醫，但要享有這種靈活安排，他們可能須承擔較高的免賠額或分擔費用。

- (a) **稅款增加、政府預算擴大**：單靠政府收入作為醫療融資來源，最終會令稅率不斷增加和公共開支所佔的經濟比重擴大，有違小政府、低稅制的原則，而這兩項原則是保持本港競爭力的關鍵。再者，香港的薪俸稅稅基比較狹窄。在利得稅方面，與其他經濟合作及發展組織國家比較，香港已屬高度倚賴這項稅收，而且，很多經濟體系（包括香港的主要競爭對手）正在調減其公司利得稅稅率。增加利得稅會對香港的競爭力帶來負面影響。再者，大幅調高現時稅率至可應付不斷增加的醫療開支的做法是否可行亦成疑問。此外，政府較早前就擴闊稅基一事進行的諮詢亦未達成共識。
- (b) **下一代的負擔愈來愈沉重**：由於香港人口分布的轉變，由人數較少的在職人口扶持人數較多的長者人口，下一代的稅務負擔會愈來愈大。二十年後，每名納稅人需要負擔的政府醫療開支的份額，將遠較現時每名納稅人所負擔的為大。這是由於一方面實質公共醫療開支預計會大幅增長，比經濟增長的速度還要快得多，另一方面勞動人口佔人口的比例預計會繼續下降。
- (c) **鼓勵市民過度倚賴獲政府大幅資助的公共醫療、公私營服務的失衡情況加劇**：即使撇開財政負擔能力這個問題，單靠倚賴政府收入以應付輔助融資需求，意味現時公營機構壟斷醫院服務、公私營醫療市場結構性失衡的情況將會延續下去。政府繼續提供大幅資助的公營醫療服務，無可避免會鼓勵市民繼續倚賴公營醫療服務，使公營醫療界別佔醫療市場的份額進一步增加，令公私營醫療的失衡情況進一步惡化，亦不會促進市場的良性競爭。
- (d) **市民缺乏動力善用獲政府大幅資助的公共醫療、無助提高公營機構的效率及成本效益**：繼續由公營醫療系統負責提供獲政府大幅資助的醫療服務，不會推動市民善用公共服務。政府藉把收入以整筆撥款方式資助公營系統作為主要提供醫療服務的方式，實際上並無私營機構的競爭，無法鼓勵公營機構提高效率及成本效益。
- (e) **醫療服務缺乏選擇**：靠政府收入資助的公營醫療系統所提供的醫療服務，在服務供應量上有所限制，而市民無可避免須排隊和輪候公營醫療服務，以及須根據一些既定準則和指引評估病人的臨牀需要來編配服務。在讓所有市民都可公平獲得醫療服務時，以稅收提供經費的醫療系統只能向合資格的市民在特定範圍內（包括指明的處方）提供服務。因此，這不會帶來更多的服務選擇或為公私營界別在提供醫療服務方面帶來更多的競爭。
- (f) **融資安排無法持久**：現時稅基狹窄，而政府收入頗受經濟周期影響。不受限制地不斷增加醫療開支佔政府財政預算的份額（而可增加份額則受本港經濟表現影響），並非持久的做法。

第八章 輔助融資方案(1) – 社會醫療保障

社會醫療保障作為輔助融資安排

8.1 社會醫療保障是指通常與就業和收入掛鉤，即由在職人口和（在大多數情況下）由僱主共同提供資金的強制性供款計劃。計劃可由單一的法定承保人中央管理，正如韓國的全民醫療保險制度，獲資助的醫療服務一般可供全體市民使用；或一如奧地利和日本的制度，由多個疾病基金管理，成員及供款比率由行業組織決定。一般而言，如個別在職人士的薪酬高於某一水平，便須向專為一般市民醫療用途而設的社會醫療保障基金，繳付其收入某個百分率的供款，僱主則或須繳付等額或不同百分率的供款。

對融資的影響

8.2 雖然引入某種形式的社會醫療保障作為輔助融資的做法，在性質上與增加薪俸稅差別不大，但供款者的人數卻會較多（視乎所訂的供款界線而定）。

8.3 我們估計，假設以社會醫療保障的方式提供醫療輔助融資，由月入 5,000 元或以上（上限為 20,000 元，即月入 20,000 元或以上者只須按 20,000 元的入息水平供款）的人士（佔在職人口約 80%）參與供款，而供款比率訂於月入 3%-5% 的水平，則所籌集的款額會提供足夠的輔助融資以支付醫療開支直至二零二五至二零二七年左右。

海外經驗

8.4 社會醫療保障是奧地利、比利時、日本、韓國和荷蘭（在最近推行強制私人醫療保險的改革之前）醫療經費的主要來源。這些國家在不同程度上須以一般稅收撥款作為補助，以應付醫療服務的需求。除了韓國外，這些國家的醫療總開支佔本地生產總值的百分比都遠高於香港（由 8%至 10%不等，香港則為 5.2%），而公共醫療開支佔醫療總開支的比例亦相對較高（最少 60%，部分國家更遠高於 70%，香港則為 55%）。

8.5 在所有這些國家，人口老化以及醫療服務的使用量和成本增加等問題，對當地醫療系統的財政健全和可持續發展帶來了重大挑戰，尤以實施按服務收費的制度的國家（例如比利時和日本）為然。舉例來說－

- (a) 比利時實施的按服務收費制度，向病人徵收低廉的分擔費用，再加上基層醫療服務提供者未能作為專科／住院服務的把關者。凡此種種，都令比利

時的醫療制度備受低效率、過度提供和過度使用服務等問題所困擾。

- (b) 芬蘭以稅收作為主要的融資來源，輔以社會醫療保障供款制度。然而，人口老化對當地的醫療制度造成重大挑戰，而當地亦有壓力要推行結構性改革，以確保醫療制度在財政上的可持續性。
- (c) 日本的人均門診及住院使用量，分別是經濟合作及發展組織成員國平均數的兩倍及四倍。此外，當地人口老化導致社會醫療保障制度產生嚴重的融資問題，這是由於收入增長放緩，以及人口老化帶來龐大的醫療開支壓力。
- (d) 韓國的全民醫療保障制度因為種種原因，經歷了嚴重的赤字。在二零零一年末，赤字達到全民醫療保障計劃全年開支的五分之一。同時由於病人不當使用醫療服務，令保障制度百上加斤。

8.6 面對這些挑戰，當地政府採取了各種控制成本、預算和使用量的措施，以及增加收入措施（例如提高供款比率及收費或分擔費用），以控制或應付不斷提高的醫療開支。個別地方（例如荷蘭）轉而對醫療市場結構和融資安排推行改革，希望解決問題。

8.7 荷蘭近年展開了一連串改革，引入一項由私人醫療保險公司營運，並按羣體保費率收取保費的強制醫療保險計劃，從而淡化了政府的角色。這項計劃的經費來自保費收入、與入息掛鉤的供款及政府供款。保費收入的部分實際上是強制全民參與的私人醫療保險計劃（見第十二章），而計劃中與入息掛鉤的供款及政府供款的部分，基本上是為資助兒童參與這計劃所需的保費而設的社會醫療保障，同時亦用以補償承保人因接受高風險人士的投保而在財政上所蒙受的不利影響。

作為輔助融資安排的優點

8.8 引入社會醫療保障作為輔助醫療融資安排有下列優點一

- (a) **同等的醫療制度：**正如徵收稅款，由社會醫療保障資助的醫療系統，可令全民公平享有同一水平和標準的醫療服務。
- (b) **較穩定的經費：**與徵收稅款不同，社會醫療保障的經費來自較大部分在職人口，並專為支付醫療服務費用而設，比現有的薪俸稅稅基更闊；對比提高薪俸稅，可提供相對較穩定的經費來源。不過，當經濟不景，在職人士難以負擔供款水平時，社會醫療保障計劃的財政穩定性仍可能出現問題。

- (c) **財富再分配：**以社會醫療保障作為醫療融資安排，需要較高收入人士資助全體市民的醫療服務，與徵收稅款的效果一樣。
- (d) **提供若干服務選擇：**有別於利用政府收入撥款予公營醫療系統提供服務，社會醫療保障可通過購買及資助公營或私營醫療服務，為市民在公營或私營醫療服務提供若干選擇。

作為輔助融資安排的缺點

8.9 引入社會醫療保障作為輔助醫療融資安排有下列缺點一

- (a) **新的指定用途稅項：**對在職人口來說，社會醫療保障計劃實際上是個額外稅項，用途是資助全民的醫療服務。
- (b) **下一代承受越來越沉重的負擔：**由於本港人口分布將出現變化，由越來越少的在職人口扶持日益增加的長者人口，社會醫療保障以在職人口的供款為經費來源，將令下一代承受越來越沉重的負擔，與徵收稅款的情況一樣。
- (c) **鼓勵市民過度依賴大幅資助的醫療，欠缺善用的誘因：**社會醫療保障以第三者的方式大幅資助醫療服務，令個別病人欠缺善用醫療服務的誘因。
- (d) **難以控制醫療服務的使用量，醫療服務易遭過度使用：**除非實施使用限額或其他控制供應的措施，由社會醫療保障資助公營和私營醫療界別提供的服務，將難以控制醫療服務的使用量和成本。資助水平高，也可能造成誘因，使為醫療服務提供者向病人提供不必要的醫療服務，或使個別人士因為通過社會醫療保障較易得到醫療服務而過度使用。另一做法是嚴格控制由公營和私營醫療界別提供並由社會醫療保障資助的醫療服務及其價格，變相把私營醫療機構納入公營醫療系統。
- (e) **供款比率不斷提高：**因為醫療服務的使用量會有所上升，加上人口老化和醫療通脹的因素，供款比率在日後必需提高才能應付日益增加的醫療開支。另一做法是把前期的供款比率訂得較高，為社會醫療保障建立儲備，以應付日後增加的醫療開支。
- (f) **產生行政費用：**引入社會醫療保障就好像開徵新稅項，須建立新機制以收集保險供款。如這項保險涵蓋公營以至私營服務提供者的服務，在撥款或付費予服務提供者亦會涉及額外的行政費用。

- (g) **受規範或有限的服務選擇：**雖然社會醫療保障容許市民選擇公營和私營醫療界別提供的醫療服務，但由於要維持公平和控制成本，只能資助那些符合特定標準的指定服務，在額外服務或病房設施方面則沒有多大選擇。個別病人只可通過自費或自行購買的醫療保險，以使用社會醫療保障承保範圍以外的服務或額外的病房設施。

第九章 輔助融資方案(2) – 用者自付費用

以用者自付費用作為輔助融資

9.1 香港的公營醫療服務獲政府大幅資助，其中由用者所付的費用只佔醫療服務成本的極少部分（約 5%）。另一方面，由於私家服務並無資助，因此由用者支付的醫療費用或保險分擔費用（即一般稱為墊底費或自付比例），仍然是私營醫療的其中一個主要財政來源。而另一個主要融資來源則是由自願醫療保險計劃（由僱主提供或自行購買）的保費支付的醫療費用。

9.2 不論主要融資來源為何，用者付費仍是鼓勵以負責任態度善用醫療服務（特別對於那些容易遭人不當使用或濫用的服務）的重要及有效方法。要求公營醫療服務使用者支付某水平的費用及收費，亦可讓市民清楚知道，健康是個人和公營醫療均需共同承擔的責任。

9.3 如利用用者自付費用這個方法擴大輔助融資來源，即意味減低整體資助水平，以及增加公營醫療服務的費用。實際上，政府是會因應市民對有關費用的負擔能力、使用服務的頻密程度和成本水平，以及需要鼓勵市民以負責任的態度善用受資助公營醫療服務等因素而調整個別醫療服務的資助水平。與此同時，為奉行我們既定的醫療政策，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務，我們需要加強經濟援助機制，以照顧那些無法負擔醫療費用增幅的人士。

9.4 理論上，我們或可考慮採用入息審查的方法向使用公營醫療服務的人士收費，屆時經濟能力較佳的人士便須繳付較高費用，而可獲的資助則會較少。然而，由於入息審查所需的行政工作涉及龐大資源，所以此方法實際上是難以實行。另一個理論上或許可行的方法，便是嚴格控制公營和私營醫療服務的服務量及保持兩者之間的質素差距，屆時那些不可久等或有能力負擔並希望獲得其他較佳服務的人士便會轉用私營醫療界別的服務，繼而自行負擔醫療費用。然而，那些需要繼續使用公營醫療系統服務的人士卻又會因輪候時間和服務質素等問題而受累，故此亦非可行之法。

對融資的影響

9.5 我們預計，若要這個方案成為一個輔助融資來源，並能夠提供應付至二零二零及二零三零年的整體人口醫療需求所需的額外資源，有關的整體資助水平便要由現時的 95%分別減至約 80%及 60%。此舉將意味公營醫療服務收費須於至二零二零時增加最少四倍，以及至二零三零時增加最少八倍。這預計假設現時公營醫療服務的使用率維持不變及公營醫療服務成本不變，亦並無計算需要向那些可能無法

負擔醫療費用增幅的人士提供經濟援助的因素。

9.6 如大幅增加公營醫療服務收費，很可能會令無法負擔費用而需依賴經濟援助機制作為安全網的人數大幅增加。這些人士包括低收入人士、長期病患者，以及需接受長時間及昂貴治療的病人等。初步估計，如增加公營醫療服務收費以收回約成本的 10%，根據現時收費豁免準則下，則將約有三分之一的收入會以豁免收費的形式對低收入人士及弱勢社羣提供經濟援助而流失。換言之，增加公營醫療服務收費及減低資助水平不一定可以按比例地收回收入。

海外經驗

9.7 不論醫療融資的主要來源或方法為何，所有的經濟體系或多或少也以用者直接自付醫療服務的費用及收費（包括根據醫療保險計劃需要用者支付的分擔費用）作為一個融資方法。值得注意的是，即使在英國，雖然其醫療服務主要由稅款資助的國民保健服務提供而私營界別只佔極少數，而其醫療服務的提供又受制於預算及供應控制的措施，當地用者自付費用仍佔整體醫療開支約 12% 左右。至於醫療服務經社會醫療保障或強制私人醫療保險融資的其他經濟體系，其用者自付費用所佔比例則更高。

9.8 與此同時，在我們曾經研究的所有先進經濟體系中，不論其融資來源或方法為何，融資方案的其一特點，是均提供安全網，讓弱勢社羣得以繼續享用醫療服務。這些經濟體系所採用的模式各有不同，部分例子如下 -

- (a) 以政府收入為主要融資來源，且醫療服務主要由公營醫療系統提供的國家（例如，澳洲、加拿大、芬蘭和英國），其安全網一般通過政府資助的公營醫療系統向低收入人士及弱勢社羣提供免費或收費極低的醫療服務。
- (b) 醫療服務由社會醫療保障資助的經濟體系（例如，奧地利、比利時、日本和韓國），其安全網由社會醫療保障本身撥款，或有些則由特定的稅款資助政府計劃撥款提供。
- (c) 在推行強制私人醫療保險的瑞士，當地的低收入人士及弱勢社羣的保費由政府通過稅收支付或資助。
- (d) 荷蘭推行強制私人醫療保險，該保險特別包含了社會醫療保障及政府資助的元素，以涵蓋兒童的全數保費。

作為輔助融資的優點

9.9 增加公營醫療費用，藉以提供輔助融資具下列優點－

- (a) **鼓勵市民善用公營醫療：**由於病人個人須承擔（任何政府資助或保險賠款以外的）額外醫療服務費用，因此，增加用者收費，特別是通過減少對易遭濫用或不當使用的服務的資助，可直接鼓勵市民以更負責任的態度善用政府資助的醫療服務。
- (b) **灌輸為個人健康承擔責任的意識：**增加市民為個人醫療服務所支付費用的份額，將可灌輸對個人健康負責的意識，亦可鼓勵市民採納健康的生活方式，以及更小心看護其個人健康。

作為輔助融資的缺點

9.10 另一方面，增加公營醫療費用具下列缺點－

- (a) **不設風險共擔成分，低收入人士、弱勢社羣和高風險人士須承受過重的負擔：**因為現時醫院服務使用者的用量極為不均（即大部分醫療服務均由小撮高風險人士所使用，而其餘較健康的人口則使用相對較少的醫院服務）。因此，大幅增加用者的費用及收費將令頻密使用公營醫療服務的人士承受過重的負擔。這些人士包括較可能需依賴公營醫療服務的高風險組別者（例如長期病患者及長者），及因罹患需予大量治療及醫療費用昂貴的複雜病症（例如危疾或慢性疾病）而需要轉投公營醫療服務的中產病人。
- (b) **無法作為主要的輔助融資來源：**收窄公營與私營界別的服務收費水平差距，將會令部分病人（大概是經濟能力較佳的一羣）分流至私營界別。與此同時，沒有經濟能力的病人，則仍會繼續依賴安全網，使用公營服務。假設我們有需要為那些未能負擔醫療服務用者收費的人士（特別是低收入人士及弱勢社羣）提供財政濟助，則增加公營醫療服務用者收費並不一定可以保證公營醫療系統的輔助融資會按比例增加。
- (c) **增加安全網機制的運作成本：**提高用者收費將導致向各安全網機制（包括公營醫療服務費用減免機制）要求經濟援助的使用者比例增加，這可能會引致大量的行政工作和費用。

第十章 輔助融資方案(3) – 醫療儲蓄戶口

以醫療儲蓄戶口為輔助融資安排

10.1 醫療儲蓄戶口是以就業人士的收入掛鈎的強制個人儲蓄戶口，按個人的收入供款及投資回報累積存款，以支付其個人醫療服務費用。薪酬高於某一水平的在職人士須將其固定收入的某個百分率存入其個人醫療儲蓄戶口。簡而言之，醫療儲蓄戶口的目的，是讓個人逐漸為自己儲蓄一筆醫療儲備基金，用以支付日後醫療所需，而生前未動用的款項可撥入其遺產。

10.2 醫療儲蓄戶口為個人在不同時間的醫療需求的部分財務風險作出未雨綢繆，必要時他們將有一筆儲備基金應付這些需求。在個人退休後沒有固定收入但須支付更多醫療開支時，此舉尤見其效。對整體社會來說，醫療儲蓄戶口提供機制讓在職人口為本身日後的醫療需要存款，有助減輕公營醫療系統日後承受的壓力，從而減輕下一代的經濟和財政負擔。

10.3 然而，醫療儲蓄戶口並無為參加者提供風險分擔或風險共擔。醫療儲蓄戶口本身亦不會為醫療系統增加額外經費。存款會保留在個人戶口內，並只會在市民使用醫療服務，而有關服務收費超出象徵性收費的金額時，才會流入醫療系統。

對財政的影響

10.4 由於醫療需要因人而異，醫療儲蓄戶口對個人財政的影響亦因人而異。那些需要大量醫療服務的人士（例如需要長期服藥的病人）或那些需要使用費用高昂醫療服務的人士（例如患有危疾或需要接受複雜外科手術或治療的病人），戶口內未必有足夠的儲蓄存款支付其醫療費用，因而可能需要安全網的援助。有儲蓄存款的病人亦可能選擇繼續使用大幅資助的公營醫療服務，將儲蓄存款留在自己的戶口而不予動用。另一方面，終生健康而無需接受長時間或昂貴護理的人士，將積存一大筆未用的醫療儲蓄，最後成為他們的遺產。

10.5 我們委託進行一項精算模擬評估，以研究醫療儲蓄戶口對個人財政的影響。此研究評估個人的儲蓄及醫療開支，到達 65 歲時的平均累積存款，及在 65 歲後至離世其間其醫療儲蓄戶口有足夠存款應付其醫療開支的機會率。

10.6 表 10.1 展示了 20 至 29 歲年齡組別的個別人士的估算，而他們開始儲蓄其收入的 3%（以每月收入 20,000 元為上限）至 65 歲為止，以備其醫療所需（而其中約 15%在 65 歲前已使用），此精算評估已考慮薪酬調整及勞動人口參與率，並假設 3%實質投資回報、每年 3%實質醫療通脹和醫療費用（住院及門診服務）佔

公營醫療服務成本約 20%（即公營醫療服務的資助在 80%水平）。

表 10.1 20 至 29 歲年齡組別的個別人士在儲蓄率為3%的醫療儲蓄估算

月入組別 （開始收入範圍）	在 65 歲時的平均累積存款	65 歲後的平均醫療開支	在死亡時的平均戶口結算	有足夠積蓄以應付 65 歲後醫療開支的戶口持有人百分比
最低 30%收入人士 （低於\$7,650）	\$151,000	\$520,000	-\$362,000	28%
第 30 至第 80 百分段收入人士 （\$7,650 - \$14,499）	\$236,000	\$575,000	-\$295,000	40%
最高 20%收入人士 （\$14,500 或以上）	\$350,000	\$582,000	-\$124,000	58%

10.7 另一方面，表 10.2 展示了 20 至 29 歲年齡組別的個別人士，根據上述相同的假設，在開始時儲蓄其收入的 5%的估算。正如各項數字所顯示，在較高的儲蓄率下在各收入組別人士中估計有足夠的儲蓄的情況均有顯著的進步。

表 10.2 20 至 29 歲年齡組別的個別人士在儲蓄率為5%的醫療儲蓄估算

月入組別 （開始收入範圍）	在 65 歲時的平均累積存款	65 歲後的平均醫療開支	在死亡時的平均戶口結算	有足夠積蓄以應付 65 歲後醫療開支的戶口持有人百分比
最低 30%收入人士 （低於\$7,650）	\$252,000	\$520,000	-\$211,000	47%
第 30 至第 80 百分段收入人士 （\$7,650 - \$14,499）	\$393,000	\$575,000	-\$55,000	62%
最高 20%收入人士 （\$14,500 或以上）	\$583,000	\$582,000	\$234,000	80%

10.8 據上述精算模擬評估顯示，由於不同人士的醫療服務使用模式的差別甚大，單靠純儲蓄的醫療儲蓄戶口計劃為輔助融資來源，可能不敷應用，再加上不同人士在收入方面的差異，不同人的積蓄金額可能大大不同，結果大部分人士仍需依賴公共醫療安全網，而有些人的戶口則有一大筆用不着的存款。

海外經驗

10.9 新加坡採用醫療儲蓄戶口這種安排，但該國的公營醫療服務資助率不及香港高。“C”級病房的資助率為 80%，“B2”級病房為 65%，“B1”級病房為 20%，“A”級私家病房則不獲資助。住院費用不獲資助的部分須由病人自付，如

病人所購買的保險包括這類保障，則由保險支付。

10.10 新加坡設立的醫療儲蓄戶口計劃稱為保健儲蓄計劃(Medisave)，而新加坡政府設立機制，通過設立危疾醫療保險計劃（名為醫療保障計劃）為投保人提供有限度的風險分擔。該計劃旨在讓所有保健儲蓄戶口持有人及倚靠其供養的人（年齡可高達 85 歲）分擔危疾的風險。保險的保費由保健儲蓄支付。除非保健儲蓄戶口持有人選擇退出計劃，否則他們會自動受到保險保障。

作為輔助融資的優點

10.11 設立醫療儲蓄戶口作為輔助融資安排的優點如下－

- (a) **儲為己用：**從個人角度來說，醫療儲蓄戶口是較可取的方案，這是因為存款屬個人資產；如個人（及其家庭成員，視乎計劃設計而定）沒有動用存款，該筆存款將會成為其遺產。為個人的未來儲蓄是香港普遍接受的概念。
- (b) **為未來的個人醫療需要儲蓄：**個別人士可通過醫療儲蓄戶口為日後的醫療需要儲蓄，以攤分健康欠佳所引致的財務風險。醫療儲蓄戶口，在個人退休後不再有固定收入但須支付更多醫療開支時，尤見其效。
- (c) **減輕下一代的財政負擔：**由於本港人口分布在未來數十年將出現變化，屆時本港可能只由較少的在職人口供養日益增加的長者人口。醫療儲蓄戶口可減輕下一代的財政負擔。不過，為使醫療儲蓄戶口內的存款流向醫療系統，從而減輕對公帑的依賴，私營醫療界別必須提供較多類別的私營服務供有儲蓄存款的病人選擇，以及公營醫療必須提高收費。
- (d) **灌輸為自己的健康承擔責任的意識：**要求個別人士為個人醫療費用儲蓄的做法，有助灌輸為自己的健康作出承擔責任的意識，並鼓勵個別人士採納較健康的生活方式及更好地照顧個人健康。
- (e) **鼓勵市民審慎使用醫療服務：**由於個別病人在政府資助或保險賠償金額以外，須使用其儲蓄存款作醫療用途，因此醫療儲蓄戶口亦可能有助鼓勵個人更為審慎及負責地使用資助醫療服務，尤其是當那些較容易遭人不當使用或濫用的服務，需要收取較高水平的費用。

作為輔助融資方案的缺點

10.12 推行醫療儲蓄戶口計劃作為輔助融資安排的缺點如下－

- (a) **不能共擔風險**：純粹以醫療存款作為醫療融資安排，不能讓本港人口分擔醫療風險，而對於需要頻密使用醫療服務的人士，這項安排仍不足以支付他們的醫療費用。與新加坡的情況一樣，有需要為該項計劃提供某種形式的保險，使每個擁有存款的病人都獲得保障，而那小數不幸須負擔龐大醫療費用的病人，亦可在一定程度上受到這項保險的保障。
- (b) **並非有保證的輔助融資來源**：雖然醫療儲蓄戶口隨着時間過去，會累積一筆數額可觀的存款或有可能作支付醫療服務之用，但由於這些存款使用與否，乃由個人決定，所以難以預計戶口持有人何時及如何動用這些存款，因而儲蓄能為醫療提供多少額外融資屬未知之數。而且根據精算模擬顯示，不同人士使用存款的模式可以差別很大。尤其是如公營醫療服務維持在現有的高資助水平（資助比率達 95%），則會強烈鼓勵戶口持有人繼續使用公營服務，在這情況下，存款安排便不能紓緩公營醫療系統所承受的壓力。這與新加坡的情況有所不同，新加坡對公營醫療服務所提供的資助最高只為 80%，而存款計劃所提供的資金則最少夠付醫療費用的 20%。
- (c) **對市場改革（尤其是解決公私營醫療失衡的問題）沒有幫助**：由於現有公營醫療系統獲大幅資助，單憑醫療儲蓄戶口，實難以鼓勵市民增加使用私營醫療服務。在這情況下，不但使醫療儲蓄戶口作為輔助醫療融資的成效存疑，亦使這個方案對所需的醫療系統市場改革（尤其是解決公私營醫療失衡問題的改革措施）毫無幫助。
- (d) **在退休前使用存款有違為日後醫療費用儲蓄的用意**：推行醫療儲蓄戶口計劃的目的，是為配合日後的醫療需要而儲蓄。若容許戶口持有人在退休前使用存款，容易用罄儲蓄，有違設立醫療儲蓄戶口的用意。由於戶口持有人可能須經常從醫療儲蓄戶口提款，以支付不時出現及不能預料的醫療費用，為應付這個情況，有關儲蓄須投資於流動性高及波動性低的資產，因而無法享有長線投資的好處，使醫療儲蓄戶口這項建議的吸引程度大減。
- (e) **造成行政費用**：累算存款及其後撥付存款支付醫療開支，均會造成行政費用。由於可使用強制性公積金的既定架構，從而受惠於協作效應和經濟效益，收取存款所需的行政費用將因而減至最低。不過，撥付款項支付醫療開支所造成的行政費用實難以避免，並會與醫療保險（不論是社會保險、自願保險或強制保險）下處理索償的行政費用相若。
- (f) **積存一大筆不能動用的閑置資金**：如一方面把供款率定在較高水平，以確保存款更為充裕，但另一方面禁止把款項作其他用途（例如投資），醫療儲蓄戶口便會積存一大筆不能動用的閑置資金。

第十一章 輔助融資方案(4) – 自願私人醫療保險

以自願私人醫療保險作為輔助融資

11.1 自願私人醫療保險包括由僱主提供的醫療福利及個人購買的醫療保險。如個別人士自行投保，保費會根據他們的健康風險來釐訂，包括年齡、性別及其他健康相關因素。承保人通常須通過核保和其他措施，如身體檢查等，以便更準確評估投保人的健康風險。對投保人而言，投保成本因而增加。若保險計劃是專為特定組別而設，例如僱主為公司僱員提供的團體保單，保費則根據組別成員的情況而釐訂。

11.2 然而，承保人是難以完全準確評估個別人士的健康風險。而逆向選擇⁸則是影響保費和自願私人醫療保險可行性的主要因素，即高風險和得益機會較大的人士會較為願意投保，此舉會令保費增加，進一步減低低風險人士繼續投保的意願。因此承保人通常會採用風險選擇⁹的手法，例如不承保在投保前已有的病症，或增加那些曾索償人士的保費，而導致高風險人士無法獲享保險的保障。

11.3 另一個影響自願私人醫療保險的主要因素是道德風險問題，即醫療服務提供者傾向過量提供服務及濫收費用，而病人則傾向過量使用服務及向承保公司申索過多醫療服務賠償，此舉會導致保費增加。其中尤以一些風險較低和容易遭人不當使用或濫用的服務為甚，例如門診服務和診斷檢查。承保公司通常會採用分擔費用或承擔免賠額的方法以阻止道德風險的問題發生。但此舉或會減低自願醫療保單的吸引力，特別是承保公司在自由和沒有規管的市場上通常會以保單條款和保費作為競爭籌碼。

11.4 鑑於上述理由，而保費為投保人個別釐訂，因此承保人通常會精挑細選，選擇為低風險客戶承保。至於較高健康風險的人士，包括長期病患者、長者、可能會舊病復發的人士，以及有親屬患上可能會遺傳的疾病的人士，通常須繳付較高昂的保費或甚至可能完全不獲自由市場上以牟利為主的保險公司承保。個別人士因患有復發可能的疾病，而要在病發後增加保費的情況亦時有發生。即使是團體保單，以控制成本為由而不承保在投保前已有的病症的情況亦屬常見。

⁸ 就保險而言，逆向選擇指承保人無法取得所有資料，以準確評估每個人的風險，在這種情況下，個別人士如本身的風險高於保險中用以訂明價格的參考風險，便會有較大機會自己選擇投購保險，致令投保人較承保人獲得不恰當的優勢。以經濟用語解釋，這是指因承保人與投保人之間出現資訊不對稱的情況，以致未能公平和準確地訂出風險的價格，使市場無法有效運作。

⁹ 風險選擇指承保人試圖挑選低風險人士承保，但卻拒絕高風險人士投保，意圖把保險計劃的整體風險維持在較低和可控制的水平。與此同時，避免承保那些因逆向選擇和其他資訊不對稱的情況而難以釐訂保費價格的高風險人士。

對融資的影響

11.5 在香港現行體制下，自願私人醫療保險（包括由僱主提供的醫療福利和個人自資購買的醫療保險）已是一種輔助融資來源。在二零零四至零五年度，自願私人醫療保險佔總醫療開支約 12.5%（由僱主提供的醫療福利約佔 7.6%，個人自資購買的醫療保險佔 4.8%），或佔私人醫療開支 27.6%。除美國外，與其他先進經濟體系比較，香港的自願私人醫療保險佔總醫療開支經費來源的比重已屬較高水平。

11.6 然而，如要完全倚賴自願私人醫療保險作為輔助融資的來源，以承擔及應付市民所需的額外醫療開支（假設投保人會使用私營醫療服務或支付所使用的公營醫療服務的十足成本），我們估計在二零三三年從保險所得的融資總額須最少增加兩倍，才可負擔約 34%的總醫療開支，或 53%的私人醫療開支。現時仍難以估計會否有任何可行計劃，可以在維持自願參與的性質下，把現有的自願保險市場擴充至如此龐大的規模。

海外的經驗

11.7 我們曾就多個先進經濟體系進行研究，當中幾乎所有經濟體系或多或少也採用自願私人醫療保險。不過，當中只有美國以此作為主要的融資來源。此外，澳洲亦積極推廣這類保險，以應付以稅款資助的公立醫院系統所面對的財政挑戰。

美國

11.8 在美國，自願私人醫療保險是醫療融資的主要途徑。而其安全網是通過兩個計劃提供，分別是(i) 州政府醫療補助(Medicaid)：以稅款資助的計劃，為低收入人士及有需要的家庭提供基本服務；以及(ii) 聯邦醫療保險(Medicare)：一項為長者及殘疾人士而設的社會醫療保障計劃，經費來自薪俸徵稅。至於安全網保障以外的人士，他們所獲得的醫療服務極為倚賴其私人醫療保險的保障範圍，如僱主沒有提供任何或足夠的醫療保險，他們便須以自己的能力繳付保費。對於那些收入較低或投保前健康狀況欠佳的人士來說，保費可能很高昂。估計美國現時約有 4 600 萬人（16%）沒有獲得醫療保險的保障。

11.9 美國醫療融資的其中一項重大問題，是醫療成本逐步上升，使保費相應增加，其中的原因包括醫療開支主要由病人的需求帶動，而病人支付保費後往往會要求獲得最新和最好的治療。這個情況使醫療總開支迅速上升，美國過去 20 年的醫療總開支佔當地生產總值的百分比，由一九八六年的 10.2%增至二零零五年的 15.3%。

11.10 美國醫療融資的另一項問題是，聯邦醫療保險及州政府醫療輔助計劃在財政上能否維持下去。監察這兩個計劃所涉及的成本的精算師預計，薪俸徵稅所得的融資不足以為聯邦醫療保險提供所需的資金，因為工作人口的增長速度趕不上人口老化的速度。改革醫療體制，特別是為這些計劃提供資金及為沒有投保人士提供醫療保障方面，仍然是美國國內一項備受爭議的議題。

澳洲

11.11 在澳洲，政府以財政預算為主要經費來源，亦大力鼓勵的自願私人醫療保險則發揮輔助作用。

11.12 澳洲政府強調，私人醫療保險的作用是減少民眾對公立醫院的需求，從而減低公營醫療系統的成本壓力。因此，該國政府嚴格規管私人醫療保險基金的保險計劃和運作，以期使屬於不同風險組別的民眾均廣泛參加私人醫療保險計劃。例如，私人醫療保險基金必須接受所有屬某些組別的人士投保，不得按投保人的性別、年齡和健康狀況等因素作出風險選擇／區別。保費方面，是按每種保險產品的羣體保費率收取，而醫療保險基金亦不能拒絕續保。另一點值得注意的是，在澳洲營辦的 38 個註冊私人醫療保險基金之中，只有 6 個屬於牟利機構。

11.13 由於澳洲政府對私人保險十分重視，所以非常關注私人醫療保險投保人（澳洲當地稱之為成員）數目出現下跌的情況。因此，澳洲政府亦推行多項“軟硬兼施”的政策來推動國民購買私人醫療保險，並使私人醫療市場維持在一個足以減少公眾對公營醫療系統的需求的可持續發展水平。當中，最有效的政策包括：

- (a) 由政府提供 30% 的保費回扣（長者可享更高回扣）；
- (b) “終身醫療保障計劃”，規定醫療保險基金向 30 歲前投保及之後繼續投保的人士收取固定的基礎保費，而此保費以 30 歲為計算基礎。在 30 歲後才投保的人士，承保人可增加其保費，水平相等於 30 歲後的每年均增加基礎保費的 2%，而保費最高可增加 70%；以及
- (c) 沒有購買私人住院保險的最高收入組別人士須支付個人應課稅收入的 1% 作為徵款附加費。

11.14 雖然澳洲沒有強制民眾購買醫療保險，但澳洲政府對私人醫療保險市場作出的干預，及施行軟硬兼施的政策，令該國民眾購買醫療保險的情況，與美國或任何其他並無積極推行措施以促進投保率的經濟體系大大不同。澳洲式的自願私人醫療保險計劃在許多方面，其實與瑞士和荷蘭所採用的強制私人醫療保險計劃較為近

似。

11.15 澳洲的私人醫療保險有助增加投保人的選擇，這點與瑞士及荷蘭的強制醫療保險計劃相似。在澳洲，與單靠由公帑資助的公營醫療系統（即國民保健）的病人比較，有購買私人保險者在服務提供者方面有較多選擇（可選擇公立醫院或私家醫院以及自選醫生）。購買包括住院保障的私人醫療保險其中一個顯著的好處是讓投保人可靈活安排就醫時間，以及獲得更適時的治療，特別是就非緊急手術而言。在澳洲這是一個很大的優點，原因是病人要在當地的公立醫院接受非緊急手術須輪候很長時間。國民患上危疾或在性命受威脅的情況下，公立醫院會保證其獲得醫療服務，但就非緊急手術而言，則按需要的優次提供限額服務。

11.16 澳洲現正發展以私人醫療保險作為在政府經費以外的可持續增加的融資來源，以支付醫療開支（特別是私家醫院的服務）——在二零零四年，私人醫療保險分別約佔澳洲的總醫療開支及私人醫療開支的 6.7%及 20.4%。私人醫療保險為發展一個龐大的私家醫院界別提供了經費，同時也有助私家醫院的服務獲得充分使用。澳洲式的自願私人醫療保險，其好處是它不但為醫療開支提供一個輔助經費來源，同時也為病人提供更多的服務選擇，令私營醫療界別發展更為蓬勃，從而分擔病人對公營醫療系統的需求。不過，澳洲的經驗亦顯示，私人醫療保險如何可以維持相當數量的投保率，以使其功能得以充分發揮，並可長遠持續發展，是必須解決的問題。

作為輔助融資的優點

11.17 提供各項購買自願私人醫療保險的鼓勵措施（例如扣稅），藉以讓私人醫療保險提供輔助融資具下列優點——

- (a) **個人選擇以減低財政風險：**購買自願私人醫療保險與否仍由市民個人自行選擇。投保人可通過購買保險及支付保費，有效地免除其因患病而須承擔的大部分財政風險。若果逆向選擇與道德風險問題能夠有效解決，私人醫療保險可以是一個讓個人把健康風險與他人分擔的快捷有效方法。
- (b) **提供更多服務選擇：**私人醫療保險為個人提供更多的醫療服務選擇。它不但為個人提供公營和私營醫療服務選擇，亦同時讓個人可按照自己意願，選購受保服務範圍、保障限額，以及病房設施級別以切合個人所需的保險計劃。

作為輔助融資的缺點

11.18 另一方面，依賴自願私人醫療保險作為輔助融資來源具下列缺點——

- (a) **對高風險組別人士來說費用高昂：**在自願保險計劃下，高風險組別（例如長期病患者、長者、投保前已有某病症者及具罹患遺傳病風險人士）的保險費，可以是非常高昂的。
- (b) **逆向選擇導致高昂保費：**在自願保險計劃下，可能會出現顯著的逆向選擇情況。如果受保人數就如現時大部分自願醫療保險計劃的受保人數那麼少，那麼，逆向選擇效應及為避免逆向選擇效應而採取的核保措施，會令保險費更益昂貴。
- (c) **保障範圍可能不包括參加者在投保前已有的病症：**不承保參加者在投保前已有的病症是自願保險計劃為免出現逆向選擇情況而經常採用的方法，但此舉令已身患疾病人士更難獲得受保。保險公司和投保人對於保險計劃的實際保障及不承保範圍有所爭議，時有所聞，並特別容易發生於當有關的不承保條款是基於投保人自我申報內容而定的情況下。
- (d) **不保證續保，尤其在投保人年老時：**個人的自願私人醫療保險甚少提供保費或續保的保證。保費通常隨年齡而增加，因健康風險亦告增加。亦有個案顯示，曾因疾病提出保險索償的人士的保費或會增加，甚至增至不能負擔的水平。據知部分人士的保單更遭終止。此外，僱主為僱員提供的醫療保險一般會在僱員離職（例如轉工或退休）後停止提供保障。
- (e) **如無規管，消費者所獲保障將較少：**現時自願私人醫療保險的保單在條款及保障範圍方面不受規管。相比承保機構，個別投保人士往往處於一個不利位置，因為他們沒有足夠能力理解保險的法律條文和保障其合約權利。
- (f) **醫療服務使用率及成本監管不足：**如不設規管框架，將難以控制醫療服務的使用率及成本，包括自願私人醫療保險下由私營醫療界別提供的服務。
- (g) **可能會鼓勵過量使用醫療服務：**由於有可能出現道德風險的問題，即當服務提供者及病人有動機過量提供服務及濫用服務，自願私人醫療保險可能會鼓勵濫用醫療服務。美國的醫療成本及保費急劇上升，就是其中一個例子。
- (h) **保費日漸增加：**隨着醫療服務使用率的增加，尤其是因道德風險而過份使用醫療服務，保費亦將日漸增加。此外，醫療費用及成本缺乏有效的參考基準亦促使保費不斷增加。就個人而言，隨年齡增長，或患上長期病患或其他疾病亦令保費日漸增加。

- (i) **沒有幫助個別人士儲蓄以應付日後的醫療需要：**儘管有些保險計劃提供儲蓄成分，但自願醫療保險一般不會提供儲備以應付個別人士日後的醫療需要。如果我們依賴自願醫療保險作為輔助融資來源，當市民的醫療需要增加時，預期來自自願醫療保險的融資金額亦會增加。
- (j) **涉及行政費和其他保險費用：**除核保方面的行政費外，私人醫療保險亦會涉及處理索償及發還款項的行政費，以及代理的佣金及承保機構的利潤。平均來說，市場上現有的自願私人醫療保險用以發放賠款的金額約為保費的 70%，餘款為費用及利潤，或撥作儲備，以應付日後的賠償。
- (k) **未能減輕公營醫療系統的壓力：**目前在香港，即使已參加自願私人醫療保險（包括由僱主提供及個別購買）的人士當中，估計約 62% 的住院需求仍由公立醫院提供。一個可能的原因是公私營界別之間的重大價格差距及即使已購買保險但仍須面對剩餘的財務風險（即投保人士的索償已達其保險保障限額上限後而須自行支付的費用）。如投保人士前往公立醫院求診，他們可以肯定無須分擔任何費用，而承保機構亦只須支付獲大幅資助的費用（每日 100 元）。我們亦獲悉有些保險計劃甚至向選擇公立醫院服務的投保人士提供現金津貼。因此，就公立醫院的急症服務及其他相對優先次序較高和輪候人數較少的醫療服務而語，對投保人士仍有很大的誘因促使他們使用公立而非私家醫院的服務（而承保機構亦有誘因去鼓勵他們這樣做）。而在這些情況下自願保險並不會為這些公營服務提供任何額外的輔助融資來源。
- (l) **不能預計和不足夠的輔助融資：**自願私人醫療保險所提供的融資金額將難以預測，具體原因之一是購買私人醫療保險可能受經濟周期影響。此外，即使提供如稅項扣減等財政資助，從私人醫療保險所得的款額亦不大可能增至可以提供足夠的輔助融資。我們可以以澳洲作比較，澳洲政府雖然已積極提倡自願私人醫療保險，但其金額卻仍只佔總醫療開支經費來源的 6.7% 或私人醫療開支的 20.4%。

第十二章 輔助融資方案(5) – 強制私人醫療保險

以強制私人醫療保險作為輔助醫療融資

12.1 強制私人醫療保險是指立法強制全民購買私人醫療保險，而非由市民自願投保。強制私人醫療保險的保障範圍及保障限額會以立法方式列明，並通常以法定最低限度的保障範圍和限額形式推行。強制私人醫療保險的保費通常以羣體保費率釐訂，即所有投保人士不論年齡、性別和健康狀況，均以相同金額的保費投保同一項保險計劃，享有同樣的保障範圍及限額。至於低收入人士及弱勢社羣所須負擔的保費，則通常由政府支付或資助。

12.2 強制私人醫療保險和社會醫療保障的其中一項主要分別是，前者不涉及直接的入息再分配，即由高收入人士不會通過保險資助低收入人士。但另一方面，入息再分配的元素，是差不多所有按入息水平收取供款的社會醫療保障計劃的特徵。

12.3 強制私人醫療保險通常為必須的醫療服務提供廣泛的保障範圍，包括住院服務、門診服務（專科及普通科門診服務）、處方藥物及其他相關的醫療服務。這類保險通常只提供基本保障，例如只提供病房設施水平較低的住院服務保障，以及只提供一般收費並須分擔費用的門診服務保障。個別人士如希望獲得強制保險保障範疇以外或更佳的保障（例如較高的住院保障限額、較佳的住院病房設施，以及較高的門診服務保障限額等），可以自願性質購買附加保險。

12.4 與自願私人醫療保險的情況一樣，強制私人醫療保險亦為投保人士提供公營和私營醫療服務選擇。不過，這類保險與自願私人醫療保險不同的是，強制私人醫療保險由於足夠大的承保人數，令風險可以有效地分攤，我們亦可以對保險實行規管措施，從而有效防止承保人作出風險甄別（例如承保人只選擇為低風險人士承保，而拒絕為高風險人士提供服務）及投保人的逆向選擇（高風險人士刻意投保，而低風險人士則選擇不參加計劃）。這個方案使所有市民，不論其風險水平，皆可獲得保險保障，並確保所有人，除需要政府資助的人士，繳付相同金額的保費。

12.5 因濫用服務而令醫療服務的使用量及費用增加，仍然是強制私人醫療保險保費持續上升的主要因素。因此，幾乎所有強制私人醫療保險計劃均推出各種措施，以控制醫療服務使用量及費用。

財政影響

12.6 據估計，如向全港市民推行一個提供保障限額約為 40%公營醫療服務成本的強制私人醫療保險計劃（即無論受保人到公營或私營醫療機構求診，保險公司將

支付約 40%公營醫療服務成本的費用），保費為每人每月 160 元。而此項保險計劃將可提供相等於約 17%醫療總開支的額外經費。隨着人口年齡分布中長者數目越來越多，有關保費將會分別增加至二零一五年的 240 元及二零二三年的 330 元。這項估計是基於有關計劃是向全港所有市民（不論其年齡和就業狀況）施行而作出的假設，當中沒有把低收入及弱勢社羣的負擔能力列為考慮因素。如豁免低收入及弱勢社羣參加強制私人醫療保險計劃，就必須徵收較高的保費，才能提供相同水平的輔助融資。

12.7 原則上，向指定組別人口推行強制私人醫療保險計劃（例如在職人口）及提供較佳的保障以支付私家醫院收費，是可行的做法。我們估計，若強制私人醫療保險計劃所提供的保障限額為現時私家醫院普通病房收費的約 80 百分位值¹⁰，而有關的保險計劃向年齡由 18 至 64 歲，月入為一萬元或以上的在職人口推行，則按羣體保費率收取的保費將約為每人每月 290 元，而此項計劃將可提供相等於約 5%醫療總開支的額外經費。有關保費將會增加至二零一五年的 340 元及二零二三年的 430 元。如果這項計劃向上述在職人士及所有 65 歲或以上的長者人口推行，參與計劃者的年齡分布將會顯著老化，因此按羣體保費率收取的保費將大幅提高至約為每人每月 710 元。

海外經驗

12.8 瑞士¹¹及荷蘭¹²均實施全民強制私人醫療保險制度，立法規定國民必須購買指定最低保障水平的私人醫療保險。保險公司有法律責任接受任何人士投保強制醫療保險。在瑞士，這些保險公司不得從強制醫療保險業務中牟利。然而，保險公司可向投保人士推銷其他牟利的保險產品，例如輔助醫療保險、人壽及意外保險等。

12.9 參加同一強制承保範圍的醫療保險計劃投保人（不論年齡、性別和健康狀況），均支付相同的保費。瑞士和荷蘭政府會從一般稅收中撥款資助強制醫療保險的保費，惟受助的投保人士須通過經濟審查，而資助額亦會按其入息和資產而調整。荷蘭設有社會醫療保障機制，在職人口須繳付與入息掛鉤的供款，這些供款聯同政府資助會為國內兒童繳付保費直至他們 18 歲為止。在瑞士，大部分保險單需投保人承擔免賠額。除了免賠額外，強制醫療保險所承保的所有服務均設費用分

¹⁰ 換句話說，基於現時的服務使用情況，有關保險計劃的保障限額將能為 80%的私家醫院普通病房住院個案支付全數住院費用，投保人無需額外購買附加保險。

¹¹ 瑞士法例所述的社會醫療保障，其實是一項強制購買的私人醫療保險，由私人保險公司負責管理。該保險全民皆強制購買，低收入家庭則可獲政府資助。有關的保費按羣體保費率收取，承保人不得從強制性保險中牟利。

¹² 荷蘭於二零零六年一月推行重大醫療改革，實施強制私人醫療保險計劃。該項強制性醫療保險計劃由私人保險公司負責管理，資金來自按羣體保費率收取的保費，以及為兒童支付保費及調整保險公司之間的風險而收取與按入息掛鉤的供款。改革前，社會醫療保障曾是該國的融資主要來源，收入低於某個水平者強制參加，而收入較高者則以自願形式購買私人醫療保險。

擔，由病人付費。至於荷蘭，投保人士須否承擔免賠額及分擔費用則視乎其選擇的保險計劃而定。

12.10 在強制私人醫療保險制度下，由於承保人代表投保人士購買醫療服務，一般擁有較強的議價能力，可向醫療服務提供者爭取最佳的服務。在瑞士，醫療服務提供者的收費，由服務提供者／服務提供者的聯會與醫療保險基金的聯會通過談判釐定。在荷蘭，承保人會與醫院和醫生簽訂合約。投保人士可選用非合約醫療服務提供者的服務，但在這情況下則未必可獲全數發還款項。

12.11 瑞士和荷蘭均採取了措施，確保保險公司能夠履行對投保人的財務承擔。在瑞士，強制醫療保險的經費主要來自保費收入。為確保承保高風險人士的公司不致虧蝕，瑞士的保險公司成立組織，負責按投保人士的年齡和性別，進行公司之間的風險調節和轉移。在荷蘭，強制醫療保險的經費來自保費收入（45%）、與入息掛鉤的供款（50%）及政府供款（5%）。與入息掛鉤的供款由稅務部門向投保人士收取，然後連同政府供款一併存放於一個醫療保險基金。醫療保險基金用來向承保人支付兒童的保費，以及補償承保人因承保高風險人士而招致的財務損失。荷蘭法例亦訂明，如承保人無法履行財務責任，可動用公帑承擔。

作為輔助融資的優點

12.12 為增闢一個輔助融資來源而推行強制私人醫療保險有以下優點－

- (a) **保證分擔醫療風險及避免出現風險甄別／逆向選擇的情況：**強制私人醫療保險能避免承保人使用風險甄別的手法或個別人士作出逆向選擇。這是由於龐大的投保人數可使當中的風險情況較能預測，並能有效達到分擔風險的作用。同時，由於投保人數龐大，保險業亦得以確保這類保險能維持經營。
- (b) **保證接受投保和繼續受保：**由於計劃屬強制性，這類醫療保險計劃須接受所有人投保，亦不會不承保在投保前已有的病症，因此高風險組別人士，包括長期病患者、長者或有其他影響健康的因素的個別人士亦可受保。即使個別人士罹患危疾或長期病患亦可繼續受保，獲得持續保障。
- (c) **可負擔的按羣體保費率收取的保費：**由於強制醫療保險計劃投保人數眾多，令保險計劃有足夠能力應付個別高風險人士所引致的高昂醫療費用，因而強制醫療保險計劃可按規管條件向所有參加同一保險計劃的人士收取等額保費，從而令任何人士不論健康狀況、年齡及其他特質，均能以合理水平的保費獲得保險保障，令高風險組別人士亦可負擔保險計劃。

- (d) **保險成本和醫療費用較低**：如實施全民強制醫療保險計劃，便再無須進行核保及龐大的市場推廣工作，與自願私人醫療保險比較，此類醫療保險的成本便可降低。強制私人醫療保險的投保人數遠較自願私人醫療保險的龐大，讓承保人有較大能力與醫療服務提供者議價，從而增加競爭和降低醫療費用。
- (e) **通過規管保險加強消費者保障**：強制私人醫療保險將須受到規管，確保可提供如上文所述的較優惠保險條款和其他保障。此外，這類規管活動可更妥善確保消費者得到保障。
- (f) **服務選擇更多**：跟自願私人醫療保險一樣，強制私人醫療保險亦會為參加者提供更多的服務選擇。雖則強制保險下的基本的醫療保障相同，但參加者亦可有較大自由選擇服務（例如選擇服務提供者、治療時間等）。個別人士亦可以在強制保險以外選擇投購附加保險，按本身喜好自訂保險保障的服務範圍、保障限額和設施級別。
- (g) **減輕公營醫療系統所承受的壓力**：跟社會醫療保障相類似，強制私人醫療保險可提供選用公營及私營醫療服務的保障。屆時亦可立法規定承保人須承擔不論私營及公營醫療服務的費用，從而減輕公營醫療系統所承受的財政壓力。
- (h) **穩定的醫療經費**：強制私人醫療保險的參加人數有保證而可預期，因此可為醫療服務提供穩定的輔助融資來源。

作為輔助融資的缺點

12.13 引入強制私人醫療保險，藉以提供輔助融資具下列缺點－

- (a) **涉及行政費及其他保險費**：雖然核保費用及佣金可以減少，但強制私人醫療保險仍會涉及索償程序及發還款項的行政費。只要強制私人醫療保險提供服務選擇，這些費用便無法避免。
- (b) **涉及規管費用**：政府需設立嚴格的規管架構，以執行對強制私人醫療保險，包括保險行政費上限等事宜的監管工作。這表示對現行自願私人醫療保險自由市場作出干預。
- (c) **沒有幫助個別人士儲蓄以應付日後的醫療需要**：除非另有安排為受保人停止就業後提供儲備款項，否則，強制私人醫療保險本身不會為受保人提供

儲備費用以敷日後醫療所需。

- (d) **可能鼓勵濫用醫療服務：**如自願私人醫療保險和其他第三者付費融資方案，因服務提供者及病人有動機過量提供和濫用服務，強制私人醫療保險計劃容易受道德風險問題影響。但與自願醫療保險不同的是，在強制保險計劃下由於投保人數眾多而且保險結構和保障範圍劃一，通過保障範圍的設計（如涵蓋不容易被濫用的服務）和其他索償的條款（如對於可能被濫用的服務，收取較高的分擔費用和免賠額），可以較有效地控制使用量以減少潛在的過量使用或濫用服務。
- (e) **保費日漸提高：**在強制私人醫療保險計劃下，醫療服務（包括私營界別）的使用情況及費用可受到較佳的控制，但因受保人士的醫療需要隨着人口老化及醫療通脹問題而增加，強制私人醫療保險的保費因而仍然會上升。

第十三章 輔助融資方案(6) – 個人健康保險儲備

以個人健康保險儲備作為輔助融資安排

13.1 我們為達到推行醫療體制改革以增強長遠可持續發展能力的目的，以及經參考海外經濟體系採用不同融資方案的經驗後，亦曾探討在香港醫療體制內採用「**個人健康保險儲備**」（**個人康保儲備**）計劃作為額外融資方案的可行性。個人康保儲備計劃兼具醫療儲蓄戶口及私人醫療保險的優點，並容許政府作出若干程度的資助。

13.2 個人康保儲備的基本概念是規定收入高於某一水平的在職人士把某個固定百分率的收入存入個人康保儲備戶口內，用以支付其醫療服務費用，要點如下－

- (a) **醫療保障計劃**：個人康保儲備將會作為參加者在工作期間及退休後¹³的醫療保障計劃，為其提供以下兩個層面的保障－
 - (i) 使用個人康保儲備的部分存款購買受規管的強制醫療保險計劃（見下文(c)段），讓參加者在任何年齡（**包括退休前及退休後**）均得到基本和連貫的醫療保障；以及
 - (ii) 累積個人康保儲備戶口內的餘下存款並加以投資，以應付參加者未來

¹³ 舉例說明，假如個人保健儲備計劃在年齡由 18 至 64 歲、收入高於某一水平的在職人士中推行，預期在此計劃下個別人士將會儲蓄及使用其儲備的情況如下：

- (1) 在 18 至 64 歲時－
 - (a) 只要個別人士受僱，而其收入高於某一指定水平，他便須把某個固定百分率的收入存入其個人保健儲備戶口內；
 - (b) 當個別人士停止工作(如轉換工作或停止工作)或他的收入低於某一指定水平時，他將停止向其個人保健儲備戶口作出供款；
 - (c) 只要其個人保健儲備戶口內仍有儲蓄，即使他暫時停止工作，個別人士將須購買一個受規管的醫療保險計劃，而保費將從他個人戶口扣除；
 - (d) 當其個人保健儲備戶口內的儲備被耗盡時，如他已長時間停止工作，個別人士將不須購買受規管的醫療保險，但他可以自願性質用其私人經費繼續投保；或
 - (e) 通過投資個人保健儲備戶口的餘下存款以積累儲備金，以應付他將來的醫療需要。在 65 歲前，儲備金不能應用於支付受規管的醫療保險保費以外。
- (2) 65 歲或以後－
 - (a) 即使仍然受僱而收入高於某一指定水平，個別人士將不須再向其個人保健儲備戶口作出供款；
 - (b) 只要個人保健儲備戶口內仍有儲蓄，個別人士便須購買受規管的醫療保險，而保費則從他的個人保健儲備戶口扣除；
 - (c) 個別人士亦可使用其個人保健儲備戶口的存款以繳付其他日常的醫療開支，而戶口內餘下的存款將通過投資以繼續積累；或
 - (d) 當其個人保健儲備戶口內的儲蓄被耗盡時，個別人士將不須購買受規管的醫療保險。但視乎計劃的設計，他或可以自願性質用其私人經費繼續投保。

的醫療需要及支付**在退休後**的醫療開支（包括保費、保險分擔費用及其他用者自付的醫療費用）。

(b) **適用範圍**：個人康保儲備計劃擬適用於入息高於某一水平的人士。計劃將容許參加者自願把計劃所提供的保障擴展至其家人。

(c) **受規管醫療保險**：所有個人康保儲備戶口仍有存款的持有人（包括無須再儲蓄的人士，如退休人士），均需購買受規管醫療保險計劃。這項計劃由於有以下特點，解決了多項自願私人醫療保險的不足－

(i) **任何年齡人士均支付劃一保費**：規定基本保險按羣體保費率收取保費，而不論參加者的年齡、性別與健康狀況。基本保險收取劃一保費意味着罹患疾病的投保人士的保費不會在重大索償後被大幅調高。這做法有助高風險組別人士（如長期病患者或長者病人）獲得承保和續保。為使基本保險主要按收回成本原則運作，其收費亦或須受規管。再加上投保人數眾多，這將可確保整體保費較現時市場上提供類似保障的自願醫療保險的保費為低。

(ii) **任何年齡人士均獲基本和連貫的保障**：可規管保險計劃須為其參加者承保在投保前已有的病症、保證接受投保及續保，容許參加者在轉職時將保險計劃一併轉移及在退休後繼續得到保障。保險計劃可涵蓋不同範疇，例如：

- 只包括基本的住院服務；
- 基本的住院服務、長期服用藥物及特別藥物；
- 基本的專科及醫院服務、長期服用藥物及特別藥物；或
- 危疾的基本治療。

在考慮社會大眾對這個輔助融資方案的看法，及對保險計劃應提供的基本保障範圍的意見後，我們會對基本保險計劃所涵蓋的服務範疇及保障限額再作研究。就服務範疇而言，我們並不建議把普通科門診服務納入受規管醫療保險，因為需要使用這些服務的風險，對絕大部分人來說相對平均（即絕大部分人都會應用這些服務），因此就這些服務購買保險所能達到的風險分擔效果較小。這些服務也是市民相對較能負擔得起。如個別人士希望就這些服務得到保障，也可以帶來是相對較能負擔及在需要時可購買自願附加保險。

受規管醫療保險就醫療服務提供的賠償金額或須視乎分擔費用或免賠額而

定，以確保醫療服務得到善用和合理使用。保險公司可按牟利原則提供不同的附加保險，供參加者選擇以切合他們的需要。

- (d) **由政府提供財政資助：**正如第6.16至6.17段所述，政府會研究包括為參加個人康保儲備計劃的人士如何提供財政資助，以回報他們為個人健康承擔更大責任。這些財政資助可以不同形式提供，例如為個人康保儲備戶口（個人及家人）的存款提供稅項扣減，或政府向個人康保儲備戶口作出一次過供款作為啟動資金。資助的形式及金額有待進一步研究。
- (e) **醫療服務的選擇：**個人康保儲備計劃的參加者可通過受規管的醫療保險和任何自行購買的附加保險，使用各類由私營醫療界別提供而且更配合個人需要的醫療服務。參加者亦可選擇公營醫療界別提供的醫療服務，當局會按適用的分擔費用或免賠額，向其保險收取他們使用有關公營服務的全部成本，情況就如向保險收取受保人使用私營服務的費用一樣。參加者可選用公立醫院提供的私家服務，或與其他沒有投保的病人一樣經輪候和分流機制使用一般的公營醫療服務。前者現時是收取十足成本的費用。如選擇後者，參加者只需以用者付費方式繳付公立醫院服務的標準收費，而保險將就適用的保障上限支付其使用公營服務的成本費用。由於參加者享有一定程度的保險保障，因此能負擔私營醫療界別所提供的服務費用。屆時如他們選用公營醫療服務，他們或較願意選用公立醫院提供的私家服務而非一般醫療服務。
- (f) **公共醫療安全網：**個人康保儲備計劃參加者如使用公營服務的成本費用超逾保險的適用保障上限，或參加者已用盡其保險的保障上限，則有關費用將繼續由公營醫療界別承擔。
- (g) **第二安全網：**此外亦可考慮為個人康保儲備計劃參加者設立第二安全網。當個別參加者使用醫療服務的費用已超逾其保險保障上限時，仍可以較低費用使用公營醫療界別的私家服務，例如把收費訂於醫療成本的某個百分率或以參加者家庭收入的某個百分率為收費上限。第二安全網旨在為那些通過輔助融資安排為個人醫療所需作了較大承擔，但不幸用盡其保障限額的個人康保儲備計劃參加者（如罹患危疾或複雜疾病，而需要接受費用高昂的治療）提供額外選擇，屆時他們除可重回基本安全網接受一般公營醫療服務外，亦可以比正常費用較低的收費使用由公營醫療界別提供的更多選擇及更佳設備的私家服務。

13.3 個人康保儲備計劃包含儲蓄和保險成分，並以特定人口組別為對象，是一個嶄新構思。綜合海外經濟體系推行儲蓄和保險計劃的經驗，並顧及我們的實際處

境，特別是需要就公私營失衡、市民缺乏選擇、醫療市場缺乏良性競爭等問題改革我們的醫療體制，我們認為值得探討個人康保儲備這個構思的可行性，以應付輔助融資的需求及推動醫療體制在市場結構上的改革。

對融資的影響

13.4 值得再次強調的是，探討個人康保儲備計劃旨在作為**輔助融資**，即輔助政府撥款的醫療融資途徑。政府的醫療撥款會持續增加並且繼續成為本港醫療經費主要來源。具體來說，公營醫療體制將繼續以政府撥款資助為主，並按照現行政策確保不會有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務，繼續為市民提供安全網（請參閱第五章）。

13.5 以下的設計細則將影響個人康保儲備計劃籌集的輔助融資並繼而影響計劃的可行性－

- (a) **參加個人康保儲備計劃的人數**：個人康保儲備計劃的參加人數越多，可供個別人士醫療服務所用的潛在醫療融資儲備便越多。另一方面，受規管的醫療保險的投保人數越多，便能確保有效分擔風險和減低保費。個人康保儲備計劃的參加人數將取決於計劃的參加準則。

舉例來說，如規定現時月入高於某個水平的在職人士須參加計劃，個人康保儲備計劃的參加人數將如下：

月入	須參加個人康保儲備計劃的人數（百萬人）
\$10,000 或以上	1.70
\$12,000 或以上	1.39
\$15,000 或以上	1.07

- (b) **個人康保儲備計劃的存款率**：存款率越高，每名參加者為支付醫療開支而儲蓄的儲備金便越多。另外，為應付退休後的醫療需要而可動用的資金便會有更大保障。另一方面，為免囤積過量儲備金，計劃亦可設定存款上限，亦即設定需要存款的最高入息。

舉例來說，在職人士在 25 歲時開始供款，在薪酬遞增的情況下（以男性由 25 歲至 64 歲的薪酬遞增作參考），及假設 65 歲前從未扣減儲備金（以現時金額計算，撇除通脹，實質投資回報為 3%，月入 30,000 元為供款上限），

其累積儲備金估計如下：

開始供款時的月入	由 25 歲到 65 歲供款 以不同供款率計算的儲備金		
	3%	4%	5%
\$10,000	\$525,000	\$699,000	\$874,000
\$12,000	\$624,000	\$832,000	\$1,040,000
\$15,000	\$747,000	\$996,000	\$1,245,000

- (c) **受規管醫療保險的保障範圍：**大部分的個人康保儲備將會通過強制性的受規管醫療保險導入醫療系統，藉以支付其個人所需的醫療服務。因此，個人康保儲備計劃所提供的輔助融資金額與個人康保儲備戶口內餘下可供參加者日後使用的儲備的多寡，大大取決於受規管醫療保險方案的設計，以及所徵收的保費金額。

我們曾對在前文 13.2(c)段所描述的強制保險計劃的保費水平進行一項精算研究，該計劃提供以現行保險索償權益水平的 80 百分位值訂定的保障限額（即 80%的私家普通級別住院服務費的索償個案將在保障限額內），並涵蓋住院服務費、專科門診服務費，以及治療長期病患的西藥費。假設個人康保儲備計劃向月入高於某水平的在職人口施行，而所有參加者（包括在 65 歲以下收入在某水平以上的在職人士，及曾在 65 歲前參與個人康保儲備計劃而尚餘儲備金的退休人士）都須購買受規管醫療保險，那麼一名從 25 歲時開始供款，所須繳付的保費及其保健儲備金在 65 歲時所累積的金額（與前文(b)段作相同假設）將如下：

開始供款時的月入 (參加人數)	開始時每月保費	由 25 歲到 65 歲供款 以不同供款率計算的儲備金 (保費已被扣減)		
		3%	4%	5%
\$10,000 (170 萬)	\$293	-\$206,000	-\$31,000	\$144,000
\$12,000 (139 萬)	\$296	-\$114,000	\$94,000	\$302,000
\$15,000 (107 萬)	\$300	-\$1,000	\$248,000	\$496,000

註：保費水平是受參加人數影響。一般來說，較少的參加人數將導致較高的保費水平。

須注意的是：

- (i) 如果政府向個人保健儲蓄計劃參加者提供財政資助（見上文第13.2(d)段），累積的存款額將會增加。
- (ii) 若此計劃向較高收入人士推行，在計劃推行初期保費將會較高，因為須參與的人數較少及他們的年齡分布不同。
- (iii) 隨着保險計劃的參加者年齡分布中的長者數目越來越多，以及醫療費用增加，預期保費將按年增加。此外，保費的增加亦會受服務使用情況而改變。
- (iv) 我們預期較低收入人士在較低的存款率下將不能累積足夠的儲備金以長期購買保費日漸增加的受規管醫療保險計劃（在前文所顯示的赤字）。
- (v) 如果受規管醫療保險計劃的設計是提供較少的保障範圍及因此收取較低的保費，這樣累積在個人康保儲備的金額會較多，但同時由個人康保儲備提供的輔助醫療融資將相應減少。

13.6 我們估計，如果個人康保儲備計劃於二零一一年推行，並向現時 170 萬名月入 10,000 元或以上的在職人口施行，計劃初步應能提供約 60 億元的醫療輔助融資，即政府預算醫療開支的 10%。隨着受保人口年齡老化，他們所佔全港醫療需要的比重越來越大，輔助融資的金額和所佔比例將會逐漸增加。預期到了二零三三年，個人康保儲備可在預計政府會提供的公共醫療開支經費之上，提供約 22% 的額外經費。這些估計仍未扣除政府為各計劃參加者所可能提供的財政資助。

13.7 對於參加者而言，個人康保儲備計劃讓他們不論在退休前或退休後，均可享有醫療保險保障和服務選擇。由於大部分人於在職期間應可獲增薪，所以預計參加計劃人士所儲備的金額足以讓他們在退休後的一段長時間，仍可持續享有保險保障。對於那些於整個在職期間薪酬仍然停留在最低入息水平者，他們的儲備可能會較少，不敷他們長期使用。參加計劃的人士亦有一些可能會缺乏足夠的儲備支付在生時的醫療需要。針對這些人士，個人康保儲備計劃的設計應讓他們可以使用其個人資源繼續購買保險，而按羣體保費率收取保費的設計可讓這些人即使年事已高亦能負擔保費。對於那些不欲持續購買保險或沒有能力購買保險的人士，公營醫療系

統將仍會繼續為他們提供安全網。

海外經驗

13.8 新加坡現時已實施一個醫療儲蓄戶口計劃（保健儲蓄計劃），並針對危疾推行一個保險計劃（醫療保障計劃），藉以加強風險分擔效果。醫療保障計劃的保費須以醫療儲蓄戶口的儲蓄支付。原則上醫療保障計劃是自願參加的，但實際上根據該計劃的可退出計劃安排，除非個人選擇不參加有關計劃，否則會視作自動參加論，所以只有少數人沒有保險保障。新加坡的公共醫療服務使用者須分擔的費用比例高（最少分擔 20%），亦令危疾保險較具吸引力。需注意的是，醫療保障計劃與個人康保儲備計劃不同的地方，是其保費並非按羣體保費率收取，而是隨着投保人年齡增長而增加。

13.9 值得注意的是，雖然強制醫療保險在瑞士及荷蘭是以全民形式推行，但個人康保儲備計劃的構思與此不同，是一個只向較有供款能力的人士而施行的計劃。這與澳洲所推廣的保險計劃大同小異。雖然澳洲的保險計劃在原則上是一項自願參加的保險計劃，但該國設有各項政策措施，藉以確保該保險計劃可在具能力負擔人士間大為普及。

作為輔助融資的優點

13.10 我們相信，個人康保儲備計劃可讓社會上每一個人受惠－

(a) 對於那些參加了個人康保儲備計劃的人士而言：

- (i) **持續保障**：個人康保儲備計劃，保證個別參加者可以在退休前及退休後均可獲保險保障，並同時為他們提供一個途徑為個人健康通過作出投資累積儲蓄，以應付其退休後的醫療需要。
- (ii) **較佳的保險保障及較多的選擇**：這種受規管的醫療保險按羣體保費率收取保費，而且通過有效的風險分擔，在投保前已有的病症均不會不獲承保。除了有政府資助的安全網外，參加者亦可享有由公私營界別提供的更多及更個人化的醫療服務選擇。
- (iii) **安全網**：個人康保儲備計劃的參加者仍可隨時獲得公共醫療安全網的援助。此外，亦可考慮通過公營醫療系統為他們提供第二個安全網，在參加者耗盡保險所提供的保障時（如因罹患複雜疾病而所需的治療費用高昂）為他們提供多一個選擇。

(b) 對沒有參加個人康保儲備計劃的人士而言：

- (i) **改善公營服務及安全網：**在個人康保儲備計劃下，大部分有較大負擔能力的市民都可以藉保險支付、私營界別提供的醫療服務（或公營界別提供、收取成本的私家服務）來應付其醫療需要，從而減輕公營醫療系統所承受的壓力。這會有助縮短目前公立醫院服務的輪候人數及時間，讓需要依賴公共醫療安全網的人士較易獲得公營醫療服務。公營醫療系統所承受的壓力獲得紓緩後，亦容許把資源投放於優先範疇的公營醫療服務，包括為低收入家庭及弱勢社羣提供的服務。這亦令標準公共醫療服務有改善的空間，以及擴大安全網的保障範圍。

(c) 對整體醫療體制而言：

- (i) **可持續性：**個人康保儲備計劃將可確保除政府撥款以外，有一筆龐大經費可以作為日後輔助醫療融資來源，從而減輕未來的公共開支需求和下一代的負擔，亦為為醫療制度的可持續發展注入新財政資源，包括持續投放資源於醫療科技及醫療人手培訓方面。
- (ii) **穩定性：**在經濟不景氣時，儲蓄存款（適用於退休人士）及保險（適用於所有人士）有助參加者繼續享有醫療保障，而無需將醫療服務承受的壓力全部轉嫁到公共醫療安全網。
- (iii) **正視公私營失衡情況：**由於該計劃確保大部分市民可通過有效的風險分擔而獲得私營醫療服務，因而可有助解決現時公私營醫療失衡的情況，並促進兩個界別之間的良性競爭。

13.11 推行個人康保儲備計劃會結合醫療儲蓄戶口及強制醫療保險的一些分別列在第10.11段及12.12段的優點。個人康保儲備計劃另有以下優點，而這些都是單單推行醫療儲蓄戶口或強制醫療保險計劃所沒有的好處－

- (a) **彌補儲蓄和保險的不足：**受規管的醫療保險，可彌補純粹推行儲蓄計劃沒有風險分擔的缺點，並可於退休前在可預計的情況下定期提取存款支付保費，以提供醫療保障，而同時無須放棄為個人康保儲備戶口累積的儲備作出投資的好處。儲備戶口亦可彌補強制私人醫療保險沒有為日後醫療需要預留款項的缺點，而且即使參加者暫時失業，亦可繼續享有醫療保險的保障。
- (b) **持續及穩定的資金：**由於參加人數可以預期且有所保證，加上這個方案具

備為日後醫療需要儲蓄這個特色，個人康保儲備計劃連同受規管的醫療保險可提供穩定及持續的醫療輔助融資來源。

作為輔助融資安排的缺點

13.12 個人康保儲備計劃的概念亦有缺點，當中部分來自醫療儲蓄戶口及自願／強制私人醫療保險計劃－

- (a) **推行保險及儲蓄計劃所造成的行政費用及其他開支：**個人康保儲備計劃的供款、受規管的醫療保險，以及撥付個人康保儲備戶口內的儲備金以支付醫療開支，均會造成行政費用。不過，由於可使用強制性公積金的既定架構，因此收取存款及管理個人康保儲備戶口所需的行政費用將可減至最低，並可帶來協作效應和經濟效益。而且當局已採取措施減低強制性公積金的行政費用。至於保險方面的行政費，若能通過龐大的參加者人數以在行政方面收規模經濟效益之效，則可通過規管，以管制行政費用及確保方案按收回成本的基礎營運，從而減輕相關的行政費用。撥付款項支付醫療開支所造成的行政費用實難以避免，但若由承保人管理撥付款項及處理保險金索償事宜，可能會帶來協作效應。
- (b) **規管成本：**政府將須就個人康保儲備及受規管的醫療保險制訂嚴格的監察措施。規管個人康保儲備計劃的營運費用可通過使用既定的強制性公積金架構而減至最低，而無須再增設另一層規管架構。不過，規管醫療保險將需另一個獨立的規管架構，這不但會帶來相關費用，且會干預現時自願私人醫療保險計劃的自由市場。
- (c) **可能會鼓勵濫用醫療服務：**一如其他包含醫療保險或第三者支付的醫療融資方案，個人康保儲備計劃亦可能會鼓勵濫用醫療服務。但是，如強制醫療保險，可通過保險計劃的設計（如涵蓋不容易被濫用的服務）及其他索償條款（如對於可能被濫用的服務，收取較高的分擔費用和免賠額），便能更有效地控制投保人的行為，以減少潛在的過量使用或濫用服務。
- (d) **保費隨時日增加：**即使實施管制措施，包括分擔費用或免賠額或其他措施，醫療服務的使用率及成本仍然會因推行受規管的醫療保險而增加。部分原因是在保險計劃下投保人對醫療服務的期望提升，另有部分原因是保險計劃會對私營醫療界別帶來誘因，使其過量提供醫療服務。即使能有效控制醫療服務的使用率和成本，但由於投保人口的醫療需要會因人口老化和醫療通脹而增加，保費仍會持續上升。

第十四章 創設健康未來

衡量醫療改革成功的準則

14.1 在之前的章節，我們列出了改進醫療制度的建議。我們希望用以下指標衡量改革醫療制度是否成功－

(a) 對市民和病人來說－

- (i) 能否確保他們得到負擔得起而又方便的公營醫療服務，以及持久可靠的安全網；
- (ii) 能否提升公私營醫療界別的服務質素，令其更好及更具成本效益；
- (iii) 能否在公私營醫療界別提供更多及更切合個人需要的服務以供選擇；
- (iv) 能否成功推動市民為個人健康作出更大承擔的文化以及更着重健康生活方式和預防性護理；以及
- (v) 能否推行有效的鼓勵和保障措施，確保市民善用醫療服務資源。

(b) 對醫療服務提供者／工作者來說－

- (i) 能否確保他們的專業水準與技能、醫療服務的質素，以及醫療設施與科技繼續與國際水平同步發展；
- (ii) 能否通過專業規管架構及同儕監察，繼續保持高水準的專業守則和操守；
- (iii) 能否促進公私營醫療界別良性競爭和加強協作，從而進一步提高專業水平，並為市民提供更具成本效率的服務；以及
- (iv) 能否為醫護人員提供一個生機蓬勃的醫療服務市場及優質的工作環境，以提供更優質的醫療服務。

(c) 在整個醫療體制方面－

- (i) 能否通過提供更具效率及成本效益的醫療服務，包括更着重基層醫療

服務，尤其是預防性護理服務，以改善市民健康；

- (ii) 能否通過解決醫療體制在結構及融資上的問題，確保醫療體制得以持續發展；
- (iii) 能否繼續為低收入家庭、弱勢社羣及其他有需要的市民提供醫療安全網；以及
- (iv) 能否確保醫療市場運作暢順及有效率，並健康地發展。

隨後需要進一步考慮的範疇

架構上的變革

14.2 我們預期醫療改革，尤其是有關為支援服務提供模式和融資安排的改革，會令現有醫療體制的架構安排有所改變。我們會在敲定擬實施的改革建議後，再研究所需的轉變。原則上，我們預計需在醫療體制內區分下列角色－

- (a) **政策制訂者**：制訂醫療政策，以及調撥公帑推行有關政策。
- (b) **專業規管機構**：規管各醫護專業的專業水平及守則，包括專業操守。
- (c) **專業發展及培訓機構**：提供所需的培訓，並支援醫護專業人員的持續發展。
- (d) **服務標準訂定機構**：訂定醫療服務的標準，包括以公帑支付或獲資助的醫療服務的質素及內容。
- (e) **服務購買者**：向服務提供者購買以公帑支付或獲資助的醫療服務；或就保險而言，為投保人向公私營服務提供者購買醫療服務。
- (f) **服務提供者**：提供符合購買標準的醫療服務，並須在專業水平及守則方面接受規管。
- (g) **服務監察者及審核者**：審核由服務提供者提供以公帑支付、獲資助或由第三者購買的醫療服務，以確保符合服務標準和成本效益。
- (h) **保險規管機構**：規管保險公司所提供的醫療保險，以保障消費者。

醫療服務人力規劃

14.3 在醫療改革和融資建議推出後，政府需要研究醫療服務人力規劃的問題，以確保各類醫護專業人員都有足夠人手，支援醫療體制（包括公私營醫療界別）的長遠持續發展。

醫院管理局的長遠撥款安排

14.4 因應改革和融資的建議，特別是解決公私營醫療失衡和引進輔助融資的建議，政府需要審視醫院管理局的長遠撥款安排。此舉旨在確保公營醫療服務可按提供的目標服務及服務的人口而獲得足夠撥款，確保公營醫療體制與安全網服務，在質素方面可得以持續地改善。

個別的醫療服務範疇

14.5 待敲定將推行的改革及輔助融資建議後，我們會進一步研究所需的政策及措施，以發展和提升一些特定的醫療服務，包括精神健康服務、牙科服務、中醫藥、療養服務及長期醫療護理服務等。

第十五章 前景

兩階段諮詢

15.1 健康對於我們每一個人來說都十分重要。因此，建立一個令我們和我們的家人及後代均可持續保持健康的醫療體制，是大家須共同承擔的責任。現在我們該攜手共謀良策，克服本港醫療體制的各項挑戰，並為確保醫療體制能夠持續發展，致力就需採取的行動建立共識。本諮詢文件臚列了各項問題，並提出解決問題的建議。我們需要大家的支持和提出具建設性的意見，好讓我們推展有關計劃。今次的諮詢工作關乎我們每一個人和我們的後代，懇請你把你的想法和意見告知我們。

15.2 希望你能支持我們及提出具建設性的意見，好讓願景能變為事實。請於**二零零八年六月十三日或之前**，把你對這份諮詢文件的意見以下列方式送交我們。如不想我們刊登你的意見，又或想以不記名方式刊登你的意見，請清楚賜示。除非另有指明，否則所有回應均視作公共資訊處理，日後可能會被刊登。

郵寄： 香港中環花園道
美利大廈 19 樓
食物及衛生局

傳真： (852) 2102 2525

電郵： beStrong@fhb.gov.hk

網址： www.beStrong.gov.hk

15.3 我們會參考第一階段公眾諮詢期間所收集到的意見，制訂改革的詳細建議包括輔助融資的安排。我們屆時會進行第二階段諮詢，以進一步徵詢你的意見。

附錄 A 詞彙

急症醫療服務／ 急症服務 Acute Medicine / Acute Care	指為出現各種急性病徵而前往醫院緊急求診的病人提供即時和及早的專科治理。
非住院護理服務 Ambulatory Care	以門診形式提供的醫療服務（包括診斷、觀察、治療及康復服務）。這類服務特別為能夠走動（無須臥牀）及無須留院的病人而設。
逆向選擇 Anti-selection / Adverse Selection	就保險而言，逆向選擇是指風險較高的人士會較傾向投購保險，導致受保人有較高的機會申索保險賠償。
保障限額 Benefit Limits	投保人就承保範圍內個別項目申索保險賠償時，保險公司向投保人支付的最高金額。
良性前列腺肥大手術 Benign Prostatic Hyperplasia Surgery	切除部份前列腺的手術。患者因前列腺（男性生殖系統內的小腺體）增大而壓着尿道（將尿由膀胱排到體外的管道）及阻礙尿流。此為一種非惡性（非癌症）的前列腺肥大症，會導致解尿困難及痛楚，嚴重者更會無法排尿。此症普遍出現在年長男士身上。
白內障手術 Cataract Surgery	把變得模糊的眼球晶體（白內障）全部切除的手術。
危疾 Catastrophic Illness	對生命構成威脅或可能引致嚴重傷殘的嚴重疾病。這類疾病通常需要較長的住院或復原時間，並涉及高昂的醫療開支。
化療 Chemotherapy	以藥物治療殺滅癌細胞。
脊醫 Chiropractors	利用徒手治療去診斷、醫治、矯正及預防神經、骨骼或軟組織功能障礙的醫護專業人員。
長期病／慢性病患 Chronic Disease	長期或經常發病而病情進度緩慢的病症。長期病的例子包括糖尿病及關節炎（身體關節受損的病症）。
臨牀工作常規 Clinical Protocols	研究或治療健康問題或疾病的明確及詳細計劃，當中載列各項供醫護人員在日常工作中可予遵從的標準。
結腸癌 Colorectal Cancer	於大腸（結腸）及或直腸（結腸的末端）的癌症。
傳染病 Communicable Diseases	可由一人直接或間接傳播給另一人的疾病。這類疾病的例子包括流行性感冒、結核病、登革熱及乙型肝炎。

按羣體保費率收取的保費 Community-rated Premium	所有投保同一個保險計劃的人士，不論年齡、性別及健康狀況，均繳交相同的保費。
醫療服務的連貫性／連貫護理 Continuity of Care	由同一服務提供者為某一病人提供一段時期的醫療服務。即使涉及不同的服務提供者，彼此之間亦會溝通協調所提供的醫療服務，使該病人不論是服務提供者或服務地點有變，都能獲得連貫的服務。
康復期護理 Convalescent Care	為協助病人於手術後或嚴重疾病後休養及康復的護理或治療服務。
分擔費用 Co-payment	病人須為獲取的醫療服務自行支付部分費用，以分擔成本。
成本效益 Cost-effectiveness	使用最少的財政或其他資源達至最理想的醫療成效。
治療護理 Curative Care	與治療急性偶發疾病及傷患有關的醫療服務。
免賠額 Deductible	免賠額（俗稱墊底費）指在每宗賠償個案中，保險提供者毋須負責的首部分支出；通常由受保人在保險公司受理賠償之前自行負擔某指定的款額或賠償額的某個百分比。
疾病監察 Disease Surveillance	持續收集及分析各方面與疾病發生的有關資訊，以便有效控制疾病的方法。
經常轉換醫生 Doctor-shopping	指病人就同一種健康問題尋求多位不同醫生的檢查和治療。
本地醫療衛生總開支帳目 Domestic Health Accounts	一套記述在某段期間所有流經香港醫療系統的財政資源的帳目。它是根據經濟合作及發展組織所制訂的醫療衛生總開支國際分類系統而編製，有系統地闡述政府及非政府界別的總體醫療開支流向情況。
效率 Efficiency	恰當地編配服務，以盡量減少浪費和不必要使用醫療服務。
老年撫養比率 Elderly Dependency Ratio	指 65 歲或以上的人口數目相對每千名 15 至 64 歲人口的比率。
僱主提供的醫療福利 Employer-provided Medical Benefits	僱主通常通過團體醫療保險安排而向其僱員（通常包括僱員的家屬）提供的醫療服務。僱主亦可能會以發還醫療費用的方式提供僱員醫療福利。

公平地獲得 (醫療服務) Equitable Access (Healthcare services)	獲得公平機會使用醫療服務。
家庭醫生模式 Family-doctor Model	在這個模式中，個人醫生（可以是普通科醫生、家庭醫學專科醫生或其他專科醫生）為病人提供基層醫療護理，並在有需要時轉介他們接受其他醫療服務。
家庭醫學 Family Medicine	一門為病人及其家人提供持續而全面醫療護理的醫學專科，無分年齡、性別和疾病。家庭醫學的主要角色是提供基層醫療服務，即促進健康、預防疾病，並為社區內的病人提供治療或紓緩護理。
按服務收費 Fee-for-service	指支付醫療服務的一種方法，即醫生及其他醫療服務提供者按各項提供的服務，例如診治、測試、治療程序或其他處理醫療服務的事項，收取有關費用。
伽馬刀 Gamma Knife	使用放射療法治療腦腫瘤的神經外科儀器。
老人評估 Geriatric Assessment	評估長者的身體、精神和心理社交的健康狀況，以及其進行日常生活起居活動（如穿衣及沐浴）的能力。
整體預算 Global Budget	通常於一年前預留一筆固定的現金總額，以備支付某服務的所有開支。
本地生產總值 Gross Domestic Product	本地生產總值是量度經濟體系規模的方法，指一個國家或地區的所有常住生產單位，在一個指定的期間內，未扣除固定資本消耗的生產總價值。
婦科 Gynaecology	處理婦女生殖系統健康的專科。
醫管局藥物名冊 HA Drug Formulary	醫院管理局（醫管局）在二零零五年印製的參考指南，用以規範所有公立醫院及診所的藥物政策和藥物使用。藥物名冊所列的藥物獲大幅資助，有關藥物不論實際成本皆按標準費用收費。藥物名冊以外的藥物則要病人自費購買。
血液透析／洗腎 Haemodialysis	一種為腎衰竭病人清除血液內廢物（如尿素）的方法，它是通過把人體內的血液輸往稱為透析器（人造腎臟）的過濾器以進行清洗。
遺傳病 Hereditary Illness	由親生父母通過遺傳基因而傳給下一代的疾病或身體缺陷。
全人護理 Holistic Care	一套認為在提供護理的過程中須重視個人身心、社交及精神狀態的醫療哲學。

抑制免疫系統的治療 Immunosuppressant Treatment	利用藥物或療法，預防已移植的器官及組織出現排斥，以及治療自體免疫疾病（即人體細胞、組織和器官受本身免疫系統攻擊所致的疾病），例如類風濕性關節炎這種病症會令身體免疫系統攻擊關節。
個人醫療保險 Individual Medical Insurance	個人而非集體形式購買的私人醫療保險。個人醫療保險的保費通常根據投保人的年齡及健康風險釐訂。
療養服務 Infirmity Services	以住院形式為患有嚴重身體或心智殘疾的人士（包括長期臥牀及需要完全依賴他人進行日常起居活動的人士）提供療養及個人護理服務。
通脹 Inflation	物價由一年至下一年的升幅。
資訊不對稱 Information Asymmetries	交易的其中一方較另一方掌握更多或更佳的資訊。
醫療服務的配合 Integration of Care	各醫療服務提供者在不同的服務環境下互相合作和協調，以及共同計劃和分工，以確保能持續提供一致及全面的醫療服務。
醫療衛生總開支國際分類系統 International Classification for Health Accounts Framework	由經濟合作及發展組織制訂的系統，用以闡述在某段期間所有流經醫療系統的財政資源。在這個系統下，醫療開支分為三個範疇：醫療融資來源、醫療服務提供者和醫療服務功能。很多國家已使用這個系統來編製各自的《全國醫療衛生總開支帳目》，因而可就醫療融資和開支進行國際比較。
逆向照顧法則 Inverse Care Law	此法則由一位名為 Julian Tudor Hart 的英國醫生教授在一九七一年提出，聲稱能否獲得好的醫療護理與醫療服務使用者的需要剛好成反比。換言之，最需要醫療護理的人獲得最少的服務，相反地，最不需要的人卻使用較多的服務。
勞動人口參與率 Labour Force Participation Rate	勞動人口參與率是指勞動人口在 15 歲及以上人口中所佔的比例，用以量度適齡工作人士從事經濟活動的傾向。
資產審查 Means-test	評估申請人的收入或財富的程序，用以決定其是否合資格向政府領取某類福利。
卓越醫療中心 Medical Centres of Excellence	由頂尖醫療專業人員提供高質素的第三層及特別醫療服務及治療的專科醫療中心。

醫療通脹 Medical Inflation	醫療用品及服務的成本／價格上漲。醫療通脹主要是因為醫療科技進步及醫療服務供應的相對價格變動，這有別於人口變化對醫療服務使用所產生的影響。舉例來說，新的醫療科技可增加醫療產品的種類和提高產品的質素，令醫療需求上升，因而推高醫療成本。
道德風險 Moral Hazard	受保人及／或服務提供者因有保險的保障而改變其行為，例如受保人過度使用承保服務，或服務提供者過量提供服務。道德風險的出現是當受保人或服務提供者在保險保障下，無需為其行為承擔全部損失，故與無保險保障相比下，較傾向疏忽。
多方合作 Multi-partite	涉及兩個以上參與方的共同合作。
神經科學 Neuroscience	指有關神經系統的科學研究，範圍涵蓋多種活動，由科學實驗、診斷檢測以至與神經功能失調（如老年癡呆症、中風、腦腫瘤和腦部受損）有關的醫學治療。
象徵式費用 Nominal Fee	只涉及數額甚少的費用。
估計輪候時間 Notional Waiting Time	估計由登記使用某項服務至實際獲得該項服務所需的時間。
產科 Obstetrics	處理婦女在懷孕、分娩和產後期間本身及所生嬰兒的醫護問題的專科。
腫瘤科 Oncology	處理腫瘤，尤其是惡性腫瘤（如癌症）的醫學治療的專科。
視光師 Optometrists	受訓提供全面眼睛及視力護理的醫護專業人員，所提供的護理有改善視力及診斷有關眼睛或視光的普遍疾病。他們並非醫生，但在有需要時可轉介病人接受眼科醫生的治療。
視光學 Optometry	關於眼睛和有關眼組織、視力及視覺系統的醫護專業。
骨科 Orthopaedics	關於肌肉及骨骼系統的傷患、疾病及其他不適的醫學治療的專科。
用者自付費用 Out-of-pocket Payments	個人使用醫療服務時直接支付費用，通常稱為使用者收費或分擔費用。
兒科 Paediatrics	處理嬰兒、兒童及青少年的醫療護理的專科。

投保前已有的病症 Pre-existing Medical Conditions	指受保人在投保前已獲悉的病症，而這些症狀早經診斷、檢測或治療，或屬於持續性疾病。
預防性醫療服務 Preventive Healthcare	以預防疾病或傷患為目標的醫療服務範疇。
基層健康服務 Primary Healthcare	根據世界衛生組織的定義，基層健康服務是以實際、有科學根據並獲社會接納的方法，提供整個國家及社會都能負擔的基本健康服務。這是一個持續醫療過程中的首個元素，內容包括教育公眾當前的健康問題、充足食物供應及適當營養、食水安全及基本衛生、母嬰護理（包括家庭計劃）、防疫注射、治療常見疾病及傷患，以及提供基本藥物。本討論文件中主要指基層健康服務的醫療服務部分，包括醫生（特別是普通科醫生）、牙醫、護士、藥劑師和專職醫療人員提供的疾病預防、治療和康復服務。
基層醫療護理／ 基層醫療 Primary Medical Care / Primary Care	指基層健康服務中的醫療部分，是病人與醫生（例如普通科醫生）之間的首個接觸點，涵蓋治療和預防性護理、持續醫療服務、保健及健康教育，以及轉介病人到專科醫生。
基本預防性護理 Primary Prevention	以防止疾病或傷患發生為目標的醫護工作。大部分以人口為本的健康促進和疾病預防活動，例如通過公眾教育以減少跌倒及接種疫苗，均屬基本預防性護理措施。
私人醫療開支 Private Health Expenditure	由私營界別（例如僱主提供的醫療福利、私人醫療保險及用者自付費用支出）承擔的醫療開支。
私人醫療保險 Private Health Insurance	由私人保險公司提供的醫療保險，可由個別人士投購或由僱主集體投購作為員工醫療福利。
病人自資購買的醫療項目 Privately-purchased Medical Items	不在醫管局資助的醫療費之列，而病人需自費購買的醫療項目，當中包括義肢及醫療耗材、病人購買的家用項目（如輪椅和家用呼吸器），以及公立醫院未有提供的昂貴療程（如伽馬刀治療以及在海外抽取骨髓）。
公共醫療開支 Public Health Expenditure	由公營部門（例如政府及監管社會醫療保障的法定機構）承擔的醫療開支。
公私營合作 Public-private Partnership	公私營機構之間的業務關係，通過合約安排把傳統上由公營機構提供的基礎設施或服務改由私營機構營辦。

放射技師 Radiographers	使用放射性技術（如 X 光及電腦掃描）為人體取得醫學影像，以協助醫生診斷及治療疾病和傷患的醫護專業人員。
放射學 Radiography	關於使用放射性技術（如 X 光）作為診斷或治療用途的一門醫療科學。
放射外科手術 Radiosurgery	利用輻射對腦部進行非侵害性手術（即實際沒有剖開頭顱骨）的程序。
實質數值 Real Terms	扣除通脹後的數值。舉例來說，實質本地生產總值增長是扣除通脹影響後的本地生產總值的增加額。
經常費用 Recurrent Cost	營辦服務的持續性開支，例如薪酬、設施的開支，以及就醫療服務而言，包括購買醫療用品的開支。
洗腎治療 Renal Replacement Therapy	為腎衰竭病人進行替代腎臟功能的治療，以血液透析為例，它是通過把人體內的血液輸往稱為透析器（人工腎臟）的過濾器以清除血液內廢物（如尿素）的方法。
風險調整 Risk-adjustment	一種釐訂保費或付費的方法，以反映個人不同情況（例如年齡、性別、收入和需治療的疾病種類）對醫療服務的使用模式及相關成本所造成的影響。
風險共擔 Risk Pooling	由一組人共同承擔組內少數人所蒙受的損失，把組內每名成員承受的損失局限於平均損失（保費額），而非個別成員可能實際蒙受的更大損失。
風險選擇 Risk Selection	承保人為增加盈利，在承保的過程中吸引健康風險較低的人士投保，並阻撓較高風險人士投保。
風險分擔 Risk Sharing	與另一方就某項風險共同分擔損失或分享收益。風險分擔可通過保險或其他協議來進行。
安全網（就本港公營醫療系統而言） Safety Net	為保障和促進市民大眾的健康，確保每個香港人均可獲提供醫療衛生設施，當中措施包括為無經濟能力使用醫療服務的人士提供公共援助，幫助他們解決其基本和特別醫療需要，以及保障他們不會承受太大的經濟負擔。
撒瑪利亞基金 Samaritan Fund	於一九五零年經立法局決議以信託形式設立的慈善基金。基金由私人捐款及政府撥款資助，並由醫管局負責管理。主要為貧困病人提供經濟援助，以應付所需但不獲公營醫療系統資助的自資購買醫療項目或嶄新治療科技的費用。
第二層醫療服務 Secondary Care	第二層醫療服務指專科醫療護理及醫院護理服務。第二層醫療服務包括急症及療養住院護理、日間手術、專科門診，以及急症室服務。

第二層疾病預防 Secondary Prevention	這層醫療護理服務旨在通過及早偵出疾病，增加治理疾病的機會，防止病情惡化。各項身體檢查（例如血壓測量）與疾病普查（例如偵測子宮頸癌的帕氏塗片檢測），以及在斷症後對病症進行的各項治理程序，均為第二層疾病預防措施的例子。
自費藥物 Self-financed Drug Items	不在醫管局藥物名冊之列而病人須自資購買的藥物。有經濟困難的病人可獲撒瑪利亞基金資助部份或全數的自費藥物開支。
社會醫療保障 Social Health Insurance	一種獲法律授權及由法定醫療基金或政府機構管理的醫療保險，供款通常以在職人士為主及按僱員薪金的比例而徵收。僱員及僱主通常彼此分擔供款。
第三層醫療服務 Tertiary Care	第三層醫療服務指極為複雜及成本高昂的醫院護理服務，一般需要使用先進科技及跨專科的專門知識。第三層醫療服務的例子包括器官移植。
治療產品 Therapeutic Products	治療產品指醫藥製品、生物製品（包括疫苗、為輸血而設的製品），以及治療疾病的醫療儀器。
第三者付費／第三者資助 Third-party-pay / Third-party-funding	支付醫療收費的經費不是出自服務使用者，而是來自第三者，例如保險公司、僱主或政府。
整體醫療開支／總醫療開支 Total Health Expenditure	公共與私人醫療開支的總和。在本地醫療衛生總開支帳目的框架下，醫療開支包括醫療護理、預防疾病、促進健康、康復服務、長期護理、社區健康活動、醫療衛生行政和規管方面的所有開支和支出、以及主要為改善健康而進行的集資。
公共開支總額 Total Public Expenditure	公營界別的經營與非經營開支的總和。在香港，公共開支總額是政府開支加各營運基金及房屋委員會的開支（包括經營與非經營開支）。
分流 Triage	一種將病者分類的方法，以制定服務需要的優先次序及分配合適的治療地點。
物有所值 Value-for-money	以最理想價錢取得預期效果。
代用券 Voucher	一種具備指定購買力並適用於特定服務的現金券。

附錄 B 香港目前的醫療系統

引言

B.1 多年來，香港已建立了一個高效率的醫療系統，在促進市民健康方面取得令人稱羨的成果。以一般用作量度人口健康的指標，即人口平均壽命及嬰兒夭折率計算，香港均躋身全球最佳的地區之一。本港醫療系統的水平及質素享譽國際，在使用最先進的醫療科技方面亦位居前列，足堪媲美其他先進經濟體系。

B.2 我們一向奉行的既定政策是：“不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務”。在這個政策的基礎上，本港的公立醫院得到大幅資助，讓市民均能獲得他們能夠負擔且公認優質的醫療服務。公營界別亦提供全面的公共衛生服務，並發揮主要的公共衛生職能，包括預防傳染病並為此作好應變措施。與此同時，私營界別為市民提供各式各樣可供選擇的醫療服務，包括他們能夠負擔的基層醫療，以及各類專科及醫院服務。

B.3 兩個界別互相配合，私營界別是基層醫療服務的主要提供者，而公營界別則主力提供第二層和第三層醫療服務。門診服務約 70% 由私營界別提供，而住院服務超過 90%（以病牀使用日數計算）由公立醫院提供。

B.4 本港醫療系統有賴具高度專業及道德操守的專業醫護隊伍提供服務，當中包括醫生、護士和其他專職醫療人員。他們從享負盛名的院校，包括大學及其他專門培訓醫生、護士和專職醫療人員的教育和培訓機構，以及香港醫學專科學院 15 間醫科和牙科分科學院，獲得高水平的國際認可培訓和持續專業進修。除此之外，專業團體亦參與規管醫護人員的專業水平。

基層醫療服務

B.5 基層醫療服務，是個人和家庭在一個持續醫護過程當中的第一個接觸點，目的是改善他們的健康狀況和預防一般疾病，以及減少需要接受更深切醫療的機會。基層醫療服務包括多種與保健和預防疾病有關的服務、治療性醫療服務，以及社區醫護服務。基層醫療服務的另一重要組成部分是肩負公共衛生職能，包括疾病監察和傳染病控制、制訂公共衛生規例和發牌、執行港口衛生措施及控煙，旨在保障全體市民的健康。在香港，這些公共衛生職能主要由衛生署負責。

預防性護理

B.6 保健和預防疾病服務大多由衛生署提供。這些服務包括中央健康教育組、由母嬰健康院提供的家庭健康服務和幼童防疫注射服務、學生健康服務，以及經長者健康中心和外展醫療隊提供的長者健康服務。這些服務都是免費或只收取象徵式費用。

治療護理

B.7 治療服務方面，大多數市民都是使用私營界別的門診服務。這些服務由約 6 000 名私人執業醫生和約 160 間註冊私家診所提供，病人可自行選擇私家醫生。頗常見的現象，是病人經常轉換醫生，以期盡快藥到病除。由家庭醫生提供連貫護理，向來並不普及。至於未能負擔私營服務的病人，醫院管理局（醫管局）轄下 75 間公立普通科門診診所為他們提供資助護理服務，但向普通科門診診所求診的病人則不可以選擇自己的醫生。二零零六年，普通科門診診所約有 490 萬求診人次，獲得政府資助 13 億元。

B.8 在主流西方醫學系統以外，主要由中醫提供香港的另類基層醫療。很多病人同時接受這兩門醫學治療，既以西藥抑制病徵，亦同時服用中藥調理身體。二零零六年，私人執業的註冊和表列中醫分別有 5 268 人和 2 897 人。此外，醫管局開設八間中醫診所，資助額為 3,240 萬元。二零零六年，這些診所有 132 000 求診人次，病人每次求診需繳交 120 元診金。

B.9 估計每年分別約有 2 700 萬和 600 萬人次到私家西醫診所和私人執業中醫診所求診。

社區醫護服務

B.10 醫管局營辦的社區醫護服務提供外展醫療、護理和專職醫療服務，支援出院病人在社區康復。這些服務包括社康護理服務、社區老人評估小組、精神科社康小組和護理服務，以及社區專職醫療服務。超過 80% 的社康護理病人是長者。不過，這些服務只為公立醫院的出院病人而設。為了加強安老院舍的醫療護理，社區老人評估小組的出診醫生每星期會到訪 200 多間安老院舍，即場提供醫療服務。二零零五至零六年度，醫管局在社區醫護服務方面的開支為 6 億元。

第二層和第三層醫療服務

B.11 第二層醫療服務涵蓋專科非住院護理服務和治療性質的一般醫院護

理服務。這些服務通常在醫院內由專科醫生提供，但也有部分專科服務是在社區提供。第二層醫療服務包括急症和療養住院服務、日間手術、專科門診和急症室服務。

B.12 第三層醫療服務是指高度複雜和昂貴的醫院護理服務，通常需要使用先進技術和涉及多個專科的專業知識。第三層醫療服務的對象通常為患有複雜但較罕有疾病的病人，或是重傷或身罹重病的病人。例如器官移植和腦部放射外科手術（包括使用伽馬刀），便屬於第三層醫療服務的範疇。

B.13 有別於治療性質的基層醫療，本港的第二層和第三層醫療服務的主要提供者是公營界別。除普通科門診診所外，醫管局還管理全港所有公立醫院。截至二零零六年年底，全港有 39 間公立醫院，提供共 27 755 張病牀；私家醫院則有 12 間，提供 3 124 張病牀。

專科門診服務

B.14 除了提供基層醫療外，社區內 6 000 名私家醫生和 160 間註冊私家診所不少同時提供非資助的專科護理。不過，住戶統計調查難以區分私營基層醫療服務與專科服務的求診類別，因此不能確知由私營界別提供的這兩類服務分別有多少求診人次。

B.15 公立醫院亦設專科門診診所，提供高資助的專科護理。二零零六年，公立醫院的專科門診約有 600 萬求診人次，專職醫療門診約有 190 萬求診人次；這些服務獲分配的撥款約為 56 億元。

B.16 很多病人的病情即使已經穩定，無需接受專科護理，但仍由公立醫院專科門診診所跟進多年。由此看來，似乎需長期服藥的病人仍繼續到公立醫院專科門診診所求診，因為該處的藥物均獲政府大幅資助。由於病情已經穩定的個案並非交回基層醫療醫生接手處理，專科門診的個案數目便累積起來，導致輪候名單不斷增長。為應付這個情況，公立醫院專科門診診所實施分流制度，從而篩選新的轉介個案，讓更急需醫療護理的病人可獲較早的診所排期。

住院服務

B.17 住院服務是為病情需要密集治療的病人而設。除了提供各個內外專科的第二層醫療服務外，公營界別的主要急症醫院也提供大部分第三層醫療服務。另一方面，私家醫院則主要提供第二層醫療服務，範圍包括內科、婦產科和外科等專科。

B.18 在醫管局成立之前，有負擔能力的病人往往選擇私家醫院的醫療服務。不過，隨着醫管局在一九九零年成立，公立醫院的服務水平得以改善，大幅收窄了公私營界別之間的質素差距。目前，超過 80% 需要住院的病人選擇入住公立醫院，期望得到大幅資助、收費低廉且優質的服務。公立醫院的入院總人次，由一九九零年的 64 萬人次增至二零零五至零六年度的 113 萬人次，升幅達 76%，而公立醫院住院服務獲得的撥款為 168 億元。相比之下，二零零六年入住私家醫院的病人只有 28 萬人次。就病牀使用日數而言，私家醫院住院服務的市場佔有率少於 10%。

B.19 現時市民使用醫院的模式反映公立醫院與私家醫院的市場佔有率出現嚴重失衡。公立醫院的負荷量已超越極限，導致部分非緊急手術（例如白內障手術）需輪候多時，這個情況並不健康而且不能長遠維持下去。

急症室服務

B.20 公立醫院中有 15 間是主要的急症醫院，提供急症室服務。雖然大部分私家醫院都附設 24 小時門診診所，但這些診所並非旨在提供與公立醫院急症室相同的服務。公立醫院急症室為需要急症治療的病人提供緊急服務，為危殆病人進行急救，以及應付造成大量傷亡的災難。二零零六年，公立醫院急症室錄得約 200 萬求診人次，即每日 5 558 求診人次。政府撥出約 15 億元以提供這類服務。

B.21 不過，據發現相當多到急症室求診的病人其實並不需要這些服務。前往急症室求診的病人會根據病情分為五個不同的分流類別，分別是危殆（第一類）、危急（第二類）、緊急（第三類）、半緊急（第四類），以及非緊急（第五類），病情較緊急的病人會獲優先治理。第四和第五類病人屬非緊急個案，原應由基層醫療提供者治理，但竟佔了急症室大部分的求診人次。

資助及收費結構

公營醫療服務

B.22 香港的公營醫療資助水平在已發展經濟體系中位居前列，達公立醫院服務整體成本的 95% 以上，尤以住院服務的資助最多，達成本的 97%。平均來說，獲資助的病人只須繳付低於成本 5% 的費用便可使用公立醫院服務。

B.23 由於獲大幅資助，公營醫療服務的費用及收費極為低廉。公立醫院及診所資助服務的收費結構及資助水平撮載於表 B.1。即使住院首日須繳交額外的 50 元入院費，病人仍只須繳付每日 100 元便可獲得住院服務，而有關服務

平均成本為每日 3,290 元。收取的費用為劃一收費，已包括醫生診症、藥物、診斷檢測、治療程序、住宿及膳食。儘管外科手術或深切治療的實際成本極為高昂，病人接受這類服務亦無須繳交附加費用。舉例來說，肝臟移植手術的成本為 54 萬元，還未包括手術後的覆診和抑制免疫系統治療的費用，但使用者收費與其他住院服務一樣，同樣為每日 100 元。

表B.1 公立醫院及診所的收費結構及資助水平(二零零六至零七年度)

公立醫院及診所	使用者收費 (元)	成本 (元)	政府資助 (%)
住院(普通病房－每日)	100	3,290	97.0
急症(每次)	100	700	85.7
專科門診(每次)			
－初次求診	100	740	86.5
－其後求診	60		91.9
普通科門診(每次)	45	260	82.7

註：住院成本表示普通科住院服務，並不包括療養科、智障科及精神科住院服務。

資料來源：醫院管理局的數據

B.24 至於門診服務，急症的資助收費為每次 100 元，專科門診為每次 60 元（但首次就診的收費為 100 元），而普通科門診則為每次 45 元。這些收費已包括所有診斷檢測及治療程序。急症室及普通科門診診所處方的藥物亦已計入收費內，而由專科門診診所處方並在醫管局藥物名冊內的藥物，則不論實際成本為何，每項藥物一律收費 10 元。醫管局藥物名冊以外的藥物須由病人自費購買。

B.25 除了少量私家病房外，公立醫院的病房大致上沒有分等級。公立醫院現時的私家病牀數量不足 400 張。每張頭等病牀的私家收費為每日 3,900 元，而二等病牀則為每日 2,600 元，收費已包括住宿及膳食、藥物及個別診斷檢測。住院醫生診金及外科手術費用則分開收取，由小手術的 3,900 元至特大型手術的 30 萬元不等。超過 60% 的私家病牀使用日次，其使用者是在職或退休公務員或醫管局職員；一般來說，他們只須就這些服務繳付象徵式費用。

現行收費結構的利弊

B.26 公營醫療服務現行的劃一收費結構十分簡單，病人容易明白，醫院亦易於管理。政府為所有公立醫院病人提供大幅資助而不問他們的負擔能力，亦可確保全民獲得醫療服務。不過，高資助的劃一收費無助於以負責任的態度運用公共資源。舉例來說，一如前文所述，很多向私家醫生求診的長期病患者亦同時在專科門診診所登記，以取得高資助的藥物，導致浪費資源及令公營醫療服務緊絀。

B.27 再者，由於病房等級沒有分別（除 100 元的公立醫院病牀及 2,600 元或 3,900 元的私家病牀外，中間不設其他等級），因而令那些欲使用公立醫院服務而又負擔得起並願意多付點錢以獲得較佳病房設施的病人別無選擇。

安全網措施

B.28 儘管收費低廉，當局仍為公營醫療服務設立多項安全網措施。綜合社會保障援助（綜援）受助人獲豁免繳付公營醫療收費。此外，當局亦為其他弱勢社羣（包括低收入病人、長期病患者及經濟拮据的年老病人）提供醫療收費減免機制。

B.29 至於非綜援人士，則須符合兩項經濟準則：(i) 每月家庭收入不超過適用於病人家庭人數的家庭住戶每月入息中位數的 75%；以及(ii) 病人的家庭資產值（不包括業主自住的住宅物業）不超過適用於其家庭人數的指定資產值上限。如家中有長者，則有關家庭的資產限額會較高。每月家庭收入不超過家庭住戶每月入息中位數 50%並通過資產限額審查的病人可獲全數減免收費。不符合有關經濟準則的申請人仍可申請減免收費，醫務社工會根據非經濟準則評估其申請。

B.30 撒瑪利亞基金（基金）是一項由一九五零年開始設立的慈善基金，由醫院管理局（醫管局）負責管理，並主要由私人捐款和政府撥款資助。基金設立的目的是為貧窮病人提供經濟援助，以支付一些治療過程中需要的「自資購買醫療項目」（例如義肢及醫療耗材、植入體內或只用一次的用品，以及病人自購的家用項目如輪椅和家用呼吸器等），公立醫院並無提供的昂貴新科技療程（例如伽馬刀治療），在境外抽取骨髓作移植的費用，以及已証實療效但由於費用昂貴而不包括在公共醫療標準資助服務的醫療項目（例如病人的自費藥物如生長激素和干擾素等）。其理念是確保沒有人會因為經濟問題，而得不到適當的醫療服務。

B.31 向撒瑪利亞基金申請經濟援助，病人必須通過對其家庭之經濟審查。就非藥物項目，假如病人的每月家庭總收入相等於或低於相同住戶人數的家庭住戶每月入息中位數，而病人家庭的流動儲蓄亦等於或低於有關項目成本的兩倍，基金會考慮予以全數資助。假如病人有較多的流動儲蓄，顧及到病人及／或其家人可負擔的費用比例，以及病人面對的其他特殊情況，基金可考慮對病人提供局部／全部資助。就藥物項目，資助水平會按病人家庭每年可動用之財務資源來評估，包括該家庭每年的可動用收入，再加以家庭的可動用資產。病人須按累進計算表中的分擔比率，由每年可動用之財務資源中分擔藥費。

私營醫療服務

B.32 私營醫療界別提供的醫療服務不獲政府資助，其收費也不受規管，亦無法例規定私營醫療服務提供者須披露收費資料。有些私家醫院已主動增加透明度，展示收費表的資料。不過，這些資料主要涉及各類病房的每日收費和套餐服務（例如分娩套餐）的收費。其他可以影響醫療帳單金額的分項收費，例如手術室費用、診斷檢測及治療程序收費，則並非一定全部列明。

B.33 私家醫生的門診收費差異很大，約為 100 元至 250 元不等，而專科診症的收費或更高。這些收費有時包括藥費，但通常另外收取。病人接受診斷檢測及治療程序亦須繳付額外費用。

B.34 私家醫院的收費不盡相同，由普通病房病牀的每日 350 元至較高等級病房的 900 元或以上不等。除每日醫生診金外，病人還須繳付如藥物及包紮傷口等所有服務的費用。診斷檢測、外科手術及治療程序亦以分項形式另行收取費用。

醫療服務人力及培訓

B.35 根據現行法例，共有 12 類醫護專業人員須向有關的管理局或委員會註冊，方可在香港執業。截至二零零六年十二月三十一日，共有 11 739 名醫生、1 976 名牙醫、5 336 名中醫、36 444 名護士（包括註冊及登記護士）、4 648 名助產士、1 649 名藥劑師、90 名脊醫、2 034 名物理治療師、1 225 名職業治療師、2 584 名醫務化驗師、1 925 名視光師及 1 605 名放射技師已向本身所屬的管理局或委員會註冊。

醫生

B.36 香港大學和香港中文大學均有開辦醫生基礎訓練課程。二零零六年，

兩所大學分別錄取 126 名及 130 名醫科學生。年內，共有 9 名在香港以外地方取得專業資格的醫科畢業生，通過香港醫務委員會的執業資格試。香港醫學專科學院是獨立法定機構，獲授權批核、評估和評審醫科和牙科的專科訓練課程。專科學院通過 15 所分科學院開辦訓練課程和舉辦考試，向合資格考生頒授專科資格。

牙醫

B.37 香港大學亦開辦牙科訓練課程，在二零零六年錄取了 53 名牙科學生。年內，共有 6 名在香港以外地方完成牙科訓練課程的考生，通過香港牙醫管理委員會的執業資格試。

中醫

B.38 本港共有三所大學提供全日制中醫藥學士學位課程。二零零六年，共有 83 名全日制本地中醫藥學位畢業生通過執業資格試，成為註冊中醫。

專職醫療人員

B.39 在專職醫療人員方面，香港理工大學開辦醫務化驗學、物理治療、職業治療、視光學及放射學的學位課程。二零零六年，各課程分別錄取了 35、61、44、37 及 35 名學生。

護士

B.40 香港大學、香港中文大學、香港理工大學均開辦註冊護士基礎培訓課程。二零零六年，三所大學共錄取 553 名四年制護理學士學位課程學生。同時，香港理工大學和醫管局均開辦三年制高級護理文憑課程。二零零六年，香港理工大學錄取了 120 名高級護理文憑課程學生，而醫管局提供的課程則共有 105 名註冊護士畢業。此外，養和醫院亦開辦登記護士基礎培訓課程，錄取了 83 名兩年制護理證書課程學生。

附錄 C 香港現行醫療融資安排

公共及私人醫療開支

C.1 除醫護專業人員的努力耕耘外，現有醫療系統亦是社會過去二十年來不斷在醫療方面作出重大投資所累積的成果。根據本地醫療衛生總開支帳目¹⁴，香港於二零零四至零五年度的醫療衛生總開支約為 680 億元，其中 370 億元屬公共或政府開支，其餘 310 億元屬私人開支。這方面的開支在過去二十年持續增加。在一九八九／九零至二零零四／零五年度期間（見圖C.1）－

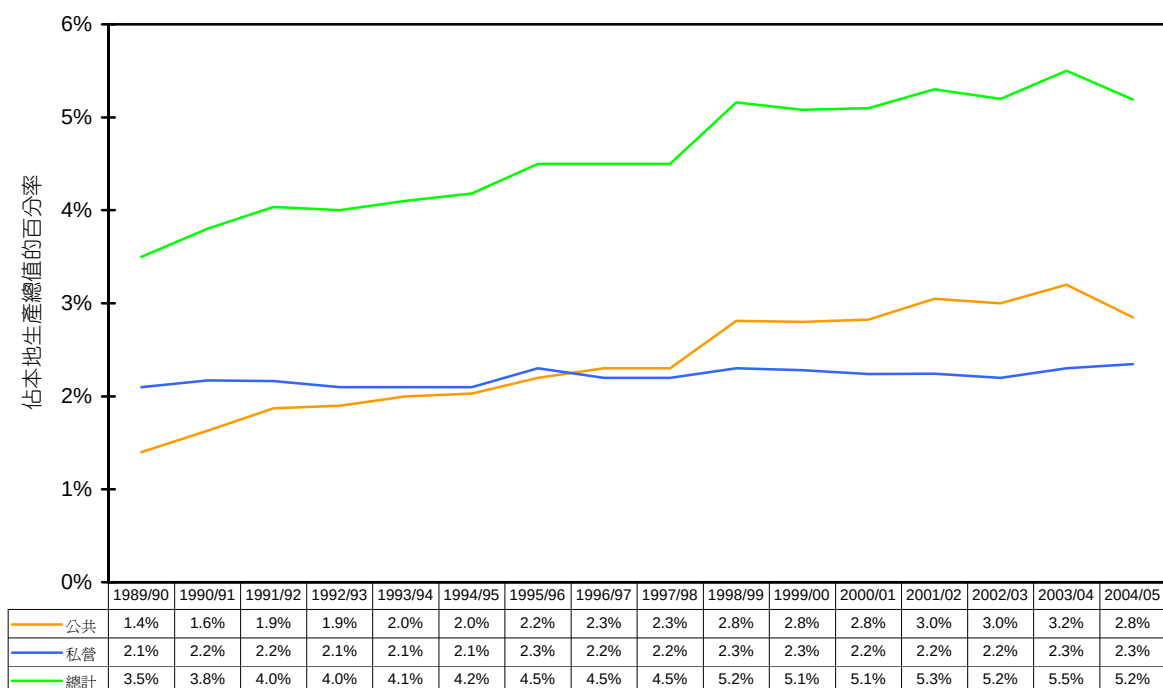
- (a) 總醫療開支上升超過 2.5 倍，平均每年升幅為 8.7%，佔本地生產總值的份額由 3.5%增至 5.2%；
- (b) 同期，政府在這筆開支中所佔的比例亦由 40%增至 55%，這表示在這段期間私人醫療開支所佔的比例已由 60%減至 45%；以及
- (c) 公共醫療開支上升 3.8 倍，平均每年升幅為 11.0%，所佔的總醫療開支份額由 40%增至 55%¹⁵，所佔的本地生產總值份額則由 1.4%增至 2.8%。

C.2 政府的公共醫療開支佔二零零四／零五年度公共開支總額的 14.5%，即本地生產總值的 2.8%。整體而言，政府現時把大約 10%的醫療撥款用於基層醫療，並把約 80%的醫療預算（在二零零七至零八年度相當於約 300 億元）注入公立醫院系統。儘管這個撥款水平，醫管局在平衡其財政預算方面仍一直面對相當大的壓力，主要原因是公立醫院提供大幅資助的服務。

¹⁴ 這一系列帳目是多年來根據經濟合作及發展組織所制定的醫療衛生總開支國際分類系統編製，以追蹤香港的醫療衛生開支及供國際比較之用。

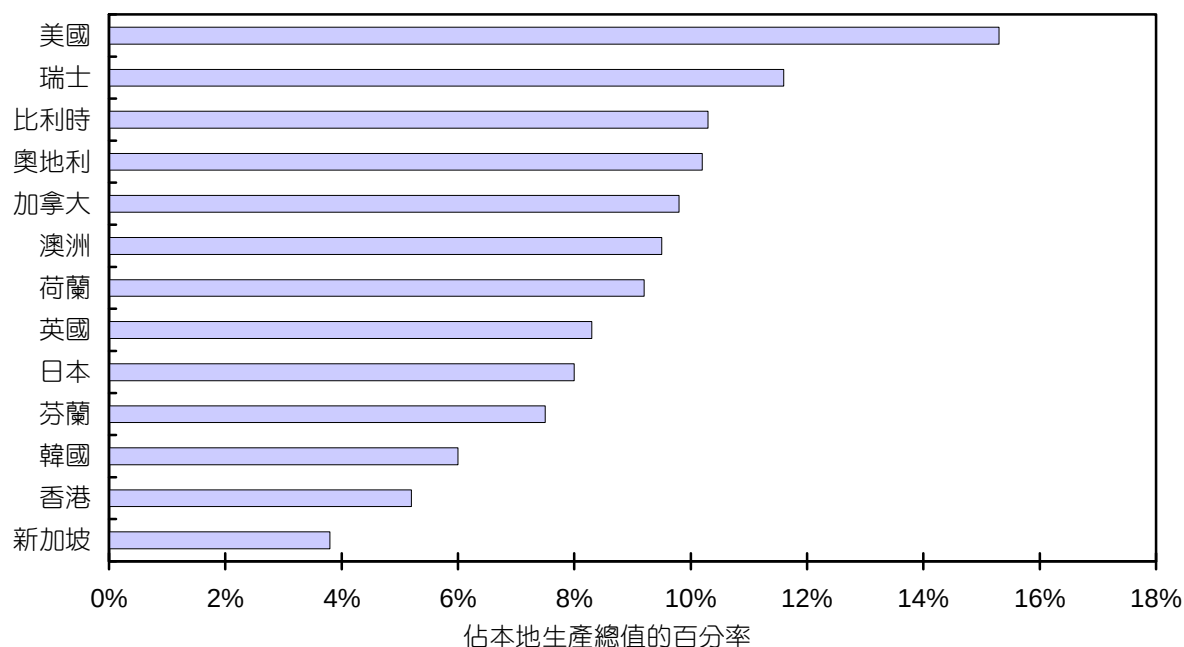
¹⁵ 根據香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

圖C.1 一九八九／九零至二零零四／零五年度公共及私人醫療開支佔本地生產總值的百分率



資料來源：一九八九／九零至二零零四／零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

圖C.2 二零零五年度香港和個別經濟體系的醫療開支佔其本地生產總值的百分率



註：除了澳洲、香港、日本、荷蘭和新加坡屬二零零四年的數字外，其餘是二零零五年的數字。

資料來源：

1. 除非特別註明，所有數字來自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. 香港數字來自一九八九／九零至二零零四／零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。
3. 新加坡數字來自新加坡政府衛生部。

現時的融資安排

C.3 香港現時的醫療融資情況如下－

- (a) 在二零零四至零五年度，總醫療開支約為 680 億元（表 C.1），佔本地生產總值的 5.2%（圖 C.1），其中公共醫療開支及私人醫療開支分別佔約 55% 及 45%（圖 C.7）。
- (b) 公共醫療開支全數由政府財政預算中撥出，其中大約 80%撥予公立醫院系統，而公立醫院系統則提供市場超過九成以上的住院服務（以病牀使用日數計算）。
- (c) 政府大幅資助公共醫療服務，所提供的服務極為全面，而資助率為整體成本的大約 95%。實際資助水平因應不同服務而有異，當中以住院服務的資助率最高，大約為 97%。
- (d) 約 10%的公共醫療開支用於基層醫療。這方面的撥款主要用於預防性公共衛生服務，包括疾病預防及健康教育，以及以低收入家庭和弱勢社羣（包括長期病患者和貧困長者）為服務對象的普通科門診服務。
- (e) 私營醫療服務主要由用者自付費用，佔私人醫療開支約 70%（二零零四至零五年度）。相比而言，僱主提供的醫療福利與個人自願醫療保險則屬較小的經費來源，分別佔 17%及 11%（二零零四至零五年度）。
- (f) 由私家醫院提供的住院服務不足 10%（以病牀使用日數計算）。這些服務並無獲得資助（某些院舍／日間長期醫療／護理服務除外），病人使用私營服務須承擔全部費用。住院服務佔私人醫療開支的 16%。私營住院服務中，由僱主提供的醫療福利和個人自願醫療保險支付的費用佔了相對較大的比例，分別為 35%及 18%，由用者自付費用的則約佔 34%。
- (g) 大約 70%的非住院護理服務（以基層診療或專科門診服務的診症數目計算）均由私營界別提供。非住院護理服務中有多少為基層醫療服務，目前沒有這方面的統計數字。非住院護理服務佔私人醫療開支的 41%，並由用者（75%）、僱主提供的醫療福利（19%），以及個人自願醫療保險（6%）支付費用。其餘屬於獲政府資助的院舍照顧或日間長期醫療和護理服務。
- (h) 大部分市民均有能力支付私營醫療界別提供的基層醫療服務，但主要用於治療護理而非預防性護理。

- (i) 除自願性的私人儲蓄及保險外，目前並無實施其他強制性或特定的融資安排，以應付日後的醫療需求。

表C.1 二零零四至零五年度按融資來源及功能劃分的香港總醫療開支(以百萬港元計)

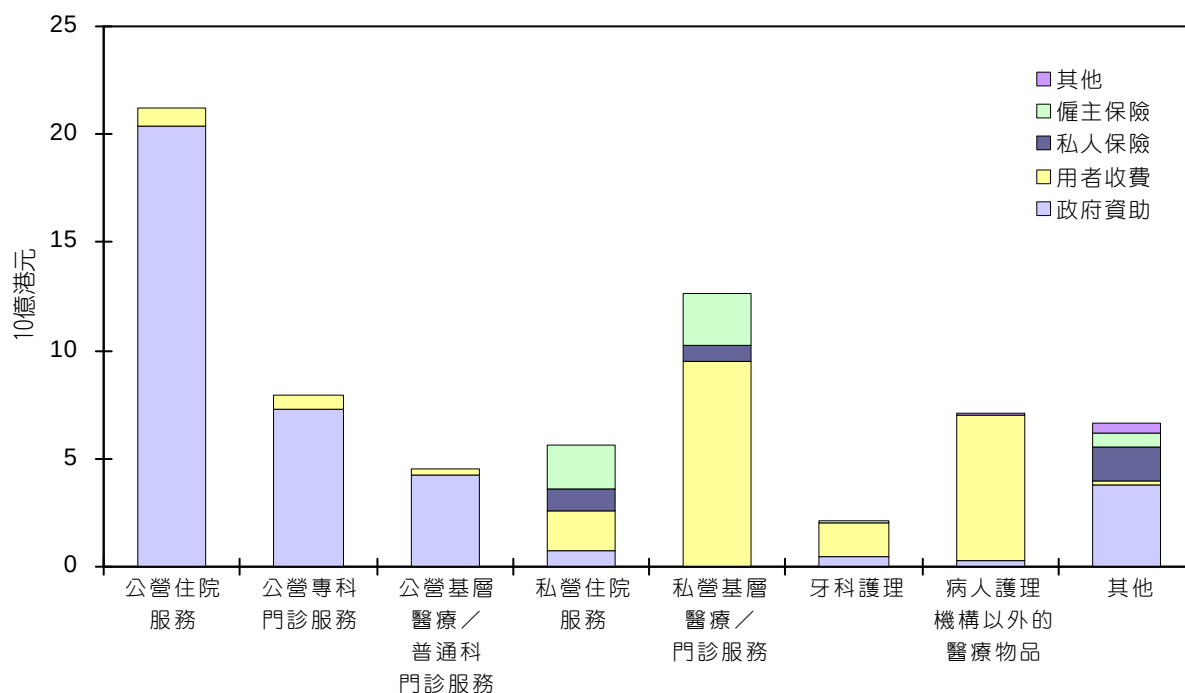
	政府資助	用者收費／自費	僱主保險	私人保險	其他 (註 4)	總數
公營住院服務(註 5)	20,433	780 (註 3)	-	-	21	21,234
公營專科門診服務	7,263	613 (註 3)	-	-	-	7,875
公營基層醫療／普通科門診服務	4,219	322 (註 3)	-	-	17	4,557
私營住院服務	743 (註 2)	1,902	1,992	1,021	14	5,672
私營基層醫療／門診服務(註 1)	2 (註 2)	9,453	2,402	721	7	12,585
牙科護理	482	1,490	58	44	9	2,084
病人護理機構以外的醫療物品	272	6,736	-	-	97	7,105
其他(包括輔助醫療服務、投資及行政)	3,766	249	715	1,498	466	6,695
總額	37,179	21,545	5,168	3,284	631	67,807

註：

1. 私營門診服務包括專科及普通科門診服務。
2. 包括受資助院舍／日間長期醫療／護理服務。
3. 包括私人保險及僱主保險，但無獨立統計數字。
4. 包括為住戶提供服務的非牟利機構、公司及與照顧病人無關的收入。
5. 公營住院服務包括住院治療護理、住院康復護理、住院和院舍長期護理以及日間醫院護理等服務。

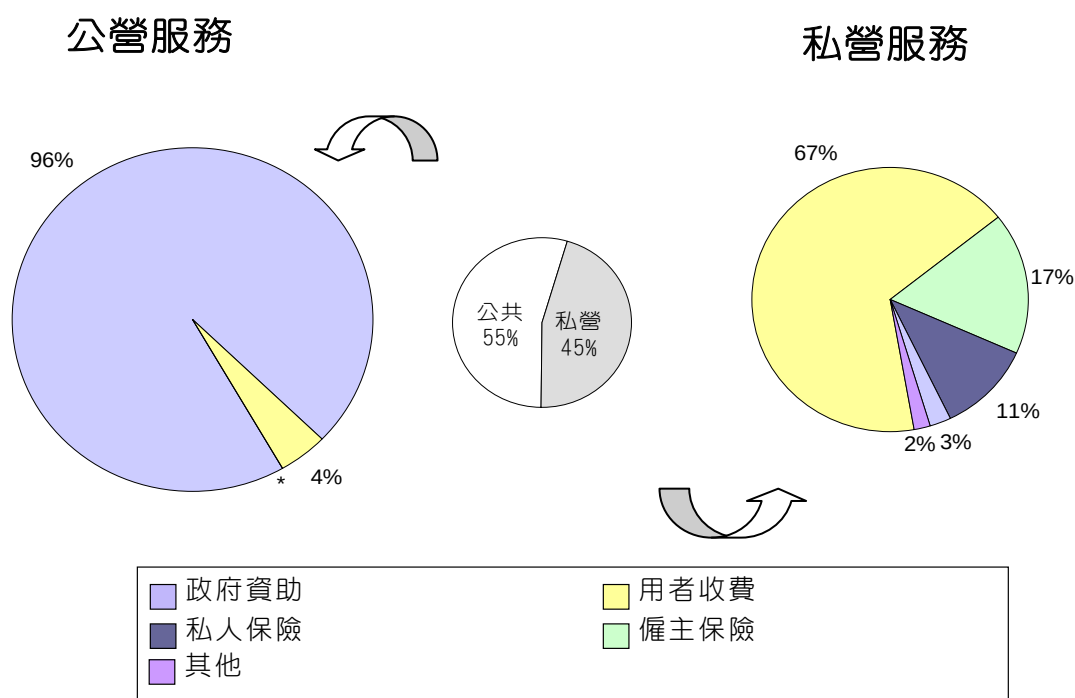
資料來源：二零零四至零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》

圖C.3 二零零四至零五年度按融資來源劃分的總醫療開支



資料來源：二零零四至零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》及二零零四至零五年度醫管局的经营成本。

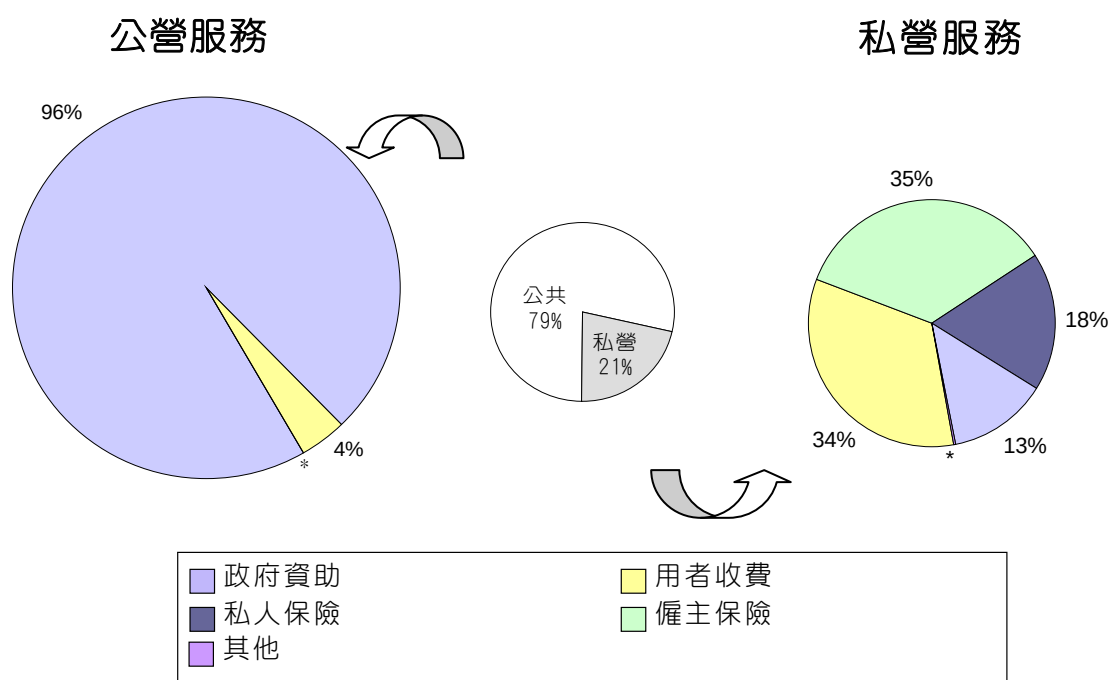
圖C.4 二零零四至零五年度按公營及私營服務劃分的總醫療開支



註：* 數目少於 0.1%

資料來源：二零零四至零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》及二零零四至零五年度醫管局的经营成本。

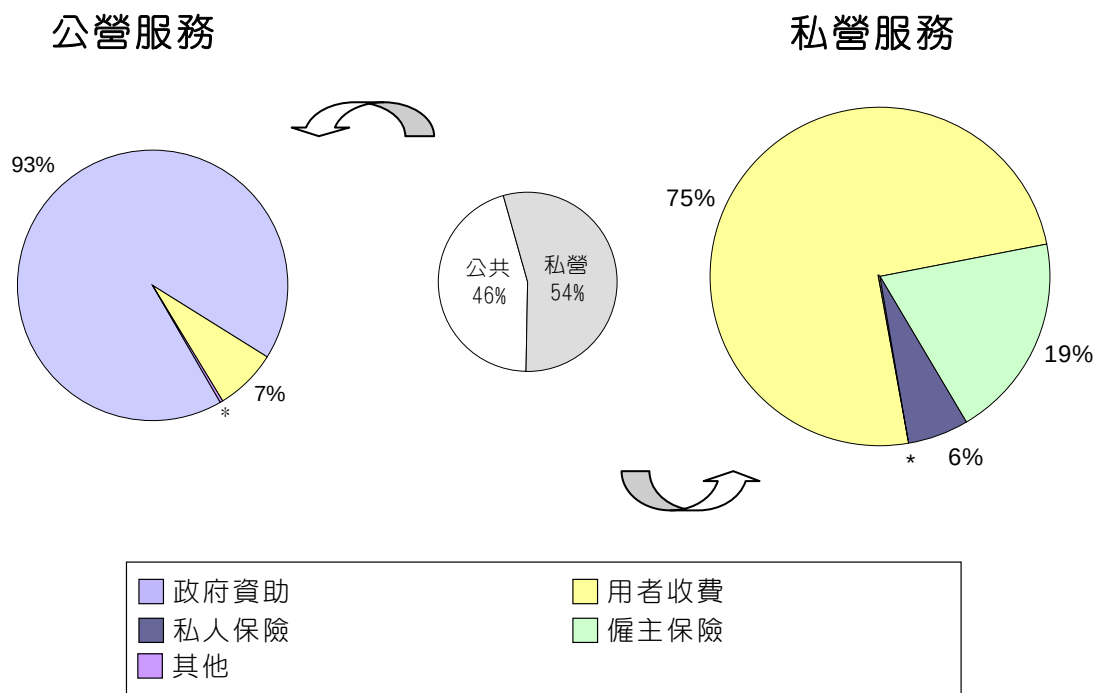
圖C.5 二零零四至零五年度按公營及私營服務劃分的住院服務開支



註：* 數目少於 0.1%

資料來源：二零零四至零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》及二零零四至零五年度醫管局的經營成本。

圖 C.6 二零零四至零五年度按公營及私營服務劃分的門診服務開支



註：* 數目少於 0.1%

資料來源：二零零四至零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》及二零零四至零五年度醫管局的經營成本。

公共資金來源

C.4 公共醫療服務主要由政府通過一般稅收資助。不過，與其他已發展經濟體系相比，香港是其中一個稅制最低的地方，既無銷售稅，而薪俸稅的最高累進稅率亦僅為 17%（二零零七至零八財政年度）。薪俸稅更以 16% 的標準稅率為限（二零零七至零八財政年度），以致稅款不會超過按標準稅率就工作有關總入息淨額所徵收的款額。

C.5 我們的稅基亦非常狹窄。在整體人口中只有 19% 須繳交薪俸稅。超過半數人口沒有就業，因此即使他們有其他收入來源，亦無須繳交薪俸稅。即使在工作人口當中，也有大部分人無須繳交薪俸稅，因為子女免稅額及供養父母免稅額等各項免稅額令免繳稅入息額的門檻提高。在 350 萬工作人口中，只有 37% 須繳交薪俸稅。

私人資金來源

C.6 私營醫療服務的經費主要（約 70%）來自用者自付費用。只有約 28% 的私人資金來自私人醫療保險，當中 17% 是僱主提供的醫療福利計劃，11% 是個人自願醫療保險。不過，私人保險在私人資金中所佔的比例已有所上升，由一九八九至九零年度的 21% 增至現水平。

C.7 以病牀使用日數計算，私營醫院所提供的住院服務不足 10%，佔私人醫療開支的 16%。私營住院服務之中，由僱主提供的醫療福利及個人自願醫療保險付款的服務所佔份額相對較大，分別為 35% 及 18%；用者自付費用的服務則約佔 34%。

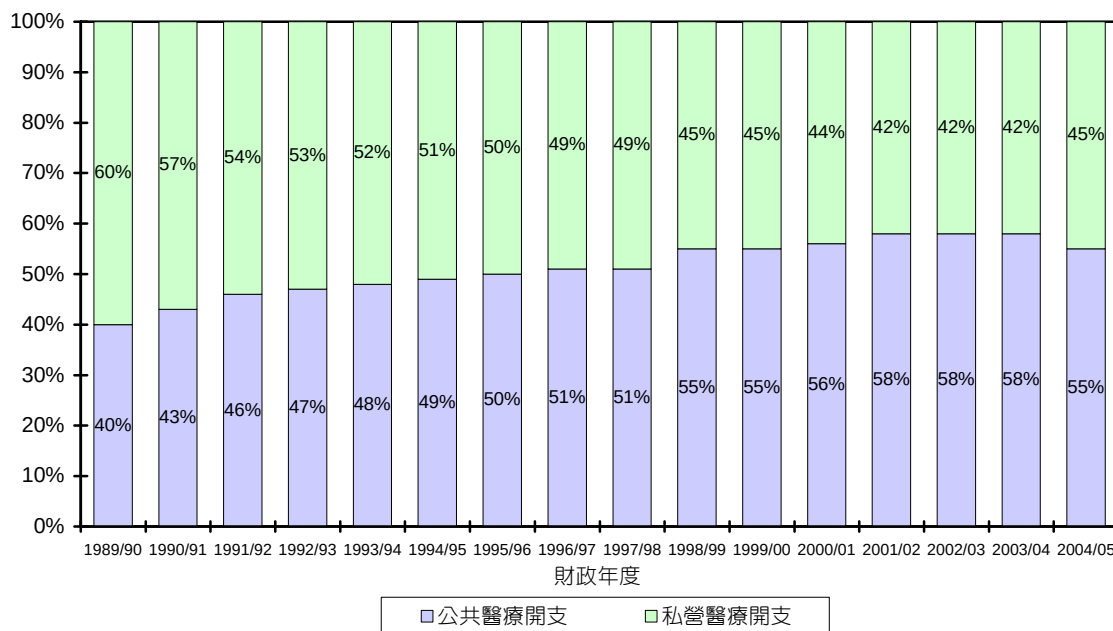
C.8 門診服務約 70% 由私營界別提供，這些服務佔私人醫療開支的 41%。其中 75% 由用者自付費用，19% 由僱主提供的醫療福利付款，6% 由個人自願醫療保險付款。

C.9 現時的醫療融資安排已直接或間接導致香港的醫療系統出現以下情況－

- (a) 獲大幅資助的公立醫院服務把病人引入公立醫院系統，亦無助促進善用公立醫院服務。
- (b) 私家醫院服務收費有欠明確，在某程度上令市民卻步。

(c) 公共醫療開支佔總醫療開支的比例多年來持續增加（見圖 C.7）。

圖C.7 一九八九／九零至二零零四／零五年度公共醫療開支和私人醫療開支佔總醫療開支的份額



資料來源：一九八九／九零至二零零四／零五年度香港的《本地醫療衛生總開支帳目》。

附錄 D 香港與其他經濟體系的醫療融資安排比較

表D.1 個別經濟體系的醫療制度及融資安排比較－第I部

	香港	澳洲	加拿大
主要經費來源	一般稅收	一般稅收	一般稅收
主要稅收	入息稅 16% ; 銷售稅：無	入息稅 47% ; 銷售稅 10%	入息稅 46.4% ; 銷售稅 7% 至 17%
主要計劃	醫院管理局	國民保健 (Medicare)	醫療護理計劃 (Medicare)
主要計劃供款	不適用	國民保健稅：入息的 1.5% ; 沒有投購私人住院保險的高收入人士須繳付國民保健附加稅：入息的 1%	醫療保費(只在卑詩省、愛伯達省和安大略省徵收)－例如愛伯達省：每月 44 加元(234 港元)或 88 加元(家庭)，長者獲得豁免
涵蓋人口	全民	全民	全民
服務涵蓋範疇	沒有界定－服務全面	界定為只限《國民保健福利計劃》內所列的服務及藥物	《加拿大醫療法》內界定為主要或必需的醫療服務
不涵蓋的服務	《醫院管理局藥物名冊》以外的藥物及某些醫療儀器	牙科治療、救護車服務、家居護理、專職醫療服務、助視與助聽器、義肢及非必要的醫療服務	牙科治療、救護車服務、處方藥物、助視器
資助醫療的服務提供者	只有公營服務提供者；病人不能選擇醫生	公營或私營服務提供者；公費住院病人不能選擇醫院醫生	公營或私營服務提供者；病人可選擇服務提供者及醫生

註：入息稅為個人入息稅的最高邊際稅率，**不包括**僱員的社會保障供款。在香港，最高的個人入息稅以 16.0%的標準稅率為限。

	芬蘭	英國	新加坡
主要經費來源	一般稅收	一般稅收	用者付費
主要稅收	入息稅 48.8% ; 銷售稅 22%	入息稅 40% ; 銷售稅 17.5%	入息稅 21% ; 銷售稅 5%
主要計劃	市政府醫療服務 ; 全民醫療保險	國民保健服務(National Health Service)	保健儲蓄計劃 (Medisave) (強制醫療儲蓄戶口) ; 醫療保障計劃 (Medishield) (自願醫療保險)
主要計劃供款	市政府醫療服務：不適用 ; 全民醫療保險(社會保險)：約入息的 4%*，不設上限	不適用	保健儲蓄計劃：入息的 6.5%至 9%*，戶口最高儲蓄額為 33,500 坡元 (173,092 港元) ; 醫療保障計劃：視乎年齡組別，每年供款額為 30 至 705 坡元(155 至 3,640 港元)
涵蓋人口	全民(包括全民醫療保險)	全民	保健儲蓄計劃：戶口持有人及其家人 ; 醫療保障計劃：年齡未超過 85 歲的人士
服務涵蓋範疇	市政府醫療服務：沒有界定一服務全面 ; 全民醫療保險：門診藥物、職業醫療、私營門診服務，以及為傷病、懷孕及病童家長而設的現金福利	沒有界定一服務全面	保健儲蓄計劃及醫療保障計劃：住院、日間手術、腎臟透析和化療 ; 保健儲蓄計劃新加入的涵蓋服務：指定慢性疾病的門診護理
不涵蓋的服務	—	國民保健服務藥物名單以外的藥物	大部分門診服務
資助醫療的服務提供者	市政府醫療服務：只有公營服務提供者；病人不能選擇醫生或醫院 ; 全民醫療保險：私營診所及藥房	只有隸屬國民保健服務的服務提供者；病人不能選擇醫生	只有公營服務提供者；不能選擇醫生；使用保健儲蓄計劃和醫療保障計劃的病人可選擇公營或私營服務，惟保障最高至公營醫院 B2 或 C 級病房水平

* 由僱主及僱員分擔供款

	奧地利	比利時	日本
主要經費來源	社會醫療保障	社會醫療保障	社會醫療保障
主要稅收	入息稅 42.7% ; 銷售稅 20%	入息稅 46.5% ; 銷售稅 21%	入息稅 47.1% ; 銷售稅 5%
主要計劃	法定疾病基金	法定疾病基金	法定疾病基金
主要計劃供款	薪金的 6.4%至 9.1%* , 設有上限	僱員：薪金的 3.55% ; 僱主：僱員薪金的 3.80% ; 自僱人士：入息的 3.20% ; 不設上限	健保組合(由公司管理) : 薪金的 3%至 9.5%* ; 政管健保(為中小企業而設) : 入息的 8.5%* ; 國民健康保險(公營) : 以家庭收入及資產計算(平均為 10.2%) ; 長者保險：供款來自疾病基金及政府津貼
涵蓋人口	在職人士及倚靠其供養的親屬；福利受助人不屬保險的涵蓋人口，但獲政府直接提供醫療服務	全民；政府向疾病基金支付福利受助人、長者及其他沒有供款的弱勢社羣的醫療費用	國民健康保險專為自僱人士、無業人士、小型企業及退休人士提供保障 上述四項計劃一起為全部人口提供保障
服務涵蓋範疇	全面，包括長期護理服務，以及為傷病及懷孕而設的現金福利	在全國性收費表列明一只涵蓋治療服務及牙科護理；而預防性護理及保健服務的經費則由稅款提供	在全國性收費表列明，包括大部分牙科護理 健保組合及政管健保：亦包括為傷病及懷孕而設的現金福利
不涵蓋的服務	—	收費表以外的服務，例如整容手術	墮胎、整容手術、傳統醫藥，以及某些高科技醫療程序
資助醫療的服務提供者	由疾病基金委聘的公營或私營醫療服務提供者；住院治療須經由普通科醫生轉介	公營或私營服務提供者；病人可選擇醫生及醫院	大部分為私營服務提供者

* 由僱主及僱員分擔供款

	韓國	荷蘭	瑞士
主要經費來源	社會醫療保障	私人醫療保險＋社會保險	私人醫療保險
主要稅收	入息稅 35.5%； 銷售稅 10%	入息稅 52%； 薪俸稅 19%	入息稅 37.8%； 薪俸稅 7.6%
主要計劃	全民醫療保險	《醫療保險法令》 (強制醫療保險)	《醫療保險法令》 (強制醫療保險)－雖為私營，但瑞士法例稱之為社會保險
主要計劃供款	薪金的 4.77%*，設有上限	按羣體保費率收取保費，每年平均 1,050 歐元 (10,850 港元)； 18 歲或以下兒童的保費由公帑支付； 與入息掛鉤的供款率為 4.4% 或 6.5%，每年供款上限為 1,950 歐元 (20,148 港元)	按羣體保費率收取保費，每月平均 184 至 398 瑞士法郎 (1,213 至 2,623 港元)； 強制保險不得牟利
涵蓋人口	在職人士及倚靠其供養的親屬；有需要的家庭則受由稅款資助的計劃保障，並可免費獲得與全民醫療保險同等的保險福利	全民受保，但個別投保；投保申請一律接受；與入息掛鉤的供款用來進行風險調整和支付兒童的保費	全民受保，但個別投保；投保申請一律接受；保險公司之間進行風險調整
服務涵蓋範疇	全面，包括牙科、東方醫藥，以及殮葬津貼	界定和劃一的基本保障範圍； 保障全面（包括兒童及 22 歲以下青少年的牙科護理）； 環球性保障	界定和劃一的基本保障範圍； 保障全面，包括長期護理照顧及與疾病有關的牙科護理
不涵蓋的服務	不必要的醫療服務、病房設施、輔助生育、嶄新醫療科技、假牙及未經處方的藥物	超過 365 日的醫院護理及防疫注射，這些服務另由長期護理社會保險所保障（供款率為入息 13.45%）	例行牙科護理、輔助醫療、認可名單以外的藥物及非必要的醫療服務
資助醫療的服務提供者	大部分為私營服務提供者，病人可選擇接受西方或東方醫學治療	大部分為私營服務提供者； 由保險公司與其簽訂合約	公營或私營服務提供者； 病人可選擇醫生，亦可選擇合約醫療計劃

* 由僱主及僱員分擔供款

	美國
主要經費來源	私人醫療保險
主要稅收	入息稅 41.3% ; 銷售稅各州不同(有些州不設銷售稅，其他州則為 2.9%至 7.25%)
主要計劃	自願私人醫療保險； 聯邦醫療保險(Medicare)(社會醫療保障)； 州政府醫療補助(Medicaid)(一般稅收)
主要計劃供款	私人醫療保險大部分由僱主集體投購； 聯邦醫療保險：薪金的 2.9%*； 州政府醫療補助：不適用
涵蓋人口	私人醫療保險：大部分在職人口； 聯邦醫療保險：65 歲及以上退休人士，以及部分傷殘人士； 州政府醫療補助：貧困的長者和傷殘人士，以及有兒童的清貧家庭
服務涵蓋範疇	聯邦醫療保險：住院、護養院、家居護理、善終服務，以及住院藥物； 州政府醫療補助：基本醫療及長期護理
不涵蓋的服務	聯邦醫療保險：急症室求診、門診、日間手術、檢測及門診藥物－這些服務由自願參與的計劃所保障，須每月支付保費
資助醫療的服務提供者	私營服務提供者

* 由僱主及僱員分擔供款

表D.1 個別經濟體系的醫療制度及融資安排比較－第II部

	香港	澳洲	加拿大
資助水平	專科門診：成本的 92% 普通科門診：成本的 83% 住院：成本的 97%	門診：編定收費的 85% 住院：編定收費的 75% 至 100%	醫療服務的 100%； 處方藥物不予資助
用者收費 或分擔費 用(門診)	專科：60 港元 普通科：45 港元 急症室：100 港元	編定收費的 15%，加上醫 生所收取的餘數(不能以 私人保險支付)	無
用者收費 或分擔費 用(住院)	每日 100 港元(包括膳宿)	公費住院病人：無 自費住院病人：編定收費 的 25%，加上餘數及膳宿 費用	無
用者收費 或分擔費 用(處方藥 物)	每項藥物收費 10 港元(只 限專科門診藥物)	每項藥物最高收費 30.70 澳元 (202 港元)；優惠卡 持有人為 4.90 澳元(32 港元)	全部費用
安全網	福利受助人獲得豁免； 設有入息審查的減免收 費制度，並訂有按家庭人 數計算的資產及入息上 限：入息低於家庭住戶每 月入息中位數的 75%，長 者病人可享較高的資產 限額	門診：如分擔費用在年內 達 358.90 澳元(2,355 港 元)，該年度餘下時間按 編定收費可獲 100%的資 助； 處方藥物：如分擔費用在 年內超過 1,059 澳元 (6,967 港元)，該年度餘 下時間可享每項藥物 4.90 澳元的優惠價；如優 惠卡持有人的分擔費用 在年內超過 274.40 澳元 (1,805 港元)，該年度餘 下時間可獲豁免收費	醫藥護理計劃：各省為長 者及福利受助人提供藥 物資助
私人醫療 保險	未受規管	按羣體保費率收費；投保 申請一律接受；於三十歲 後投購私人保險的年輕 人士須繳付附加費，以防 止出現逆向選擇的情況	保費未受規管；只保障醫 療護理計劃不涵蓋的服 務

	芬蘭	英國	新加坡
資助水平	市政府醫療服務：幾近 100%； 全民醫療保險：費用的 15%至 58%	大部分服務為成本的 100%	政府沒有直接資助保健儲蓄計劃及醫療保障計劃； B2 級病房：成本的 65% C 級病房：成本的 80%
用者收費或分擔費用(門診)	市政府醫療服務：象徵式費用； 全民醫療保險：免賠額為 13 歐元(142 港元)，加上診金 60%的分擔費用；治療和檢測的分擔費用是 75%	大部分服務不收取這類費用； 眼科和牙科服務收取象徵式費用	指定慢性疾病的治療，每年從保健儲蓄計劃提款的上限為 300 坡元(1,549 港元)，但病人就每張帳單需繳付首 30 坡元及餘數的 15%； 醫療保障計劃：不適用
用者收費或分擔費用(住院)	市政府醫療服務：18 歲或以上病人如住院超逾 3 個月，費用最高為入息的 80%； 全民醫療保險：不適用	大部分服務不收取這類費用； 向交通意外受傷病人的保險公司徵收費用	保健儲蓄計劃的提款上限： 每日收費為 400 坡元(2,067 港元)，外科手術費為 150 至 5,000 坡元(775 至 25,833 港元)； 醫療保障計劃：每年免賠額最少為 1,000 坡元(5,163 港元)，加上 10%至 20%的分擔費用；每年申索限額為 5 萬坡元(258,153 港元)，至於終生的申索限額則為 20 萬坡元(103 萬港元)
用者收費或分擔費用(處方藥物)	全民醫療保險：費用的 42%(只適用於門診藥物)	象徵式費用	提款和申索限額同上
安全網	每年使用公營醫療服務的費用及全民醫療保險的分擔費用設有上限，而且無須經過入息審查； 長期病患者：藥物方面的免賠額減至 4 歐元(44 港元)。加上 75%或 100%的付還款項	社會福利受助人、兒童、孕婦及初為人母的婦女，以及患有指定疾病的人士可獲豁免收費	醫療基金(Medifund)：須入息審查的政府信託基金，旨在為使用公營醫療服務但無法負擔分擔費用的病人提供援助
私人醫療保險	保費未受規管	保費未受規管	可通過保健儲蓄計劃支付認可私人醫療保險計劃的保費

	奧地利	比利時	日本
資助水平	合約服務提供者：不詳； 非合約服務提供者：合約 所定收費的 80%	門診：編定收費的 60% 至 70%； 藥物：自僱人士不獲資 助；其他人士則為 0%至 100%不等，視乎有關藥 物的療效而定	資助水平不一，視乎所參 加的疾病基金而定
用者收費 或分擔費 用(門診)	合約服務提供者：年內任 何季度首次求診者需繳 付一筆定額費用； 非合約服務提供者：合約 所定收費的 20%加餘額	普通科醫生：編定收費的 30%； 專科醫生：編定收費的 40%	編定收費的 20%至 30%，每個家庭每月上限 為 63,600 日元(4,270 港 元)； 長者的分擔費用：編定收 費的 10%，每月住院分擔 費用上限為 24,600 日元 (1,652 港元)，而每月門 診分擔費用上限則為 8,000 日元(537 港元)
用者收費 或分擔費 用(住院)	首 28 日的免賠額為每日 10 至 15 歐元(110 至 165 港元)，加分擔費用 10% 至 20%	住院服務、藥物及診斷測 試或放射治療各設劃一 收費率的法定分擔費用	
用者收費 或分擔費 用(處方藥 物)	每項藥物為 4.45 歐元(49 港元)； 治療產品費用的 10%至 20%	自僱人士：全部費用； 其他人士：費用的 0%至 100%不等，視乎有關的 資助水平而定	
安全網	分擔費用經入息審查後 可予豁免	弱勢社羣：年內的分擔費 用如超逾 450 歐元 (4,926 港元)，可獲豁免； 其他人士：如分擔費用超 逾與入息掛鉤的限額，可 獲扣減稅款	低收入家庭設較低的每 月上限：35,400 日元 (2,377 港元)
私人醫療 保險	保費未受規管	保費未受規管	保費未受規管

	韓國	荷蘭	瑞士
資助水平	門診：資助水平不一，視乎就醫的診所／醫院類別而定； 住院：編定收費的 80%	《醫療保險法令》收入的 55%來自政府資助(5%)及與入息掛鉤的供款(50%)	不適用於私人保險，但政府津貼受資助醫院的資本成本以及至少 50%營運成本
用者收費或分擔費用(門診)	診所：最少 3000 韓圓(25 港元)； 若收費總額超過 15,000 韓圓(126 港元)，分擔費用則為編定收費的 30%； 醫院門診：編定收費的 40% 或 50%	沒有訂明，視乎所選保險計劃而定(實物福利或付還醫療費、免賠額水平等)	免賠額(只適用於成人)：每年 300 至 2,500 瑞士法郎 (1,970 至 16,411 港元)； 成人的分擔費用為 10%，但設每年上限為 700 瑞士法郎(4,594 港元)；兒童的上限則減半；家庭內如有數名子女向同一間保險公司投保，他們的分擔費用總額不得超過兒童分擔費用上限的兩倍
用者收費或分擔費用(住院)	編定收費的 20%		
用者收費或分擔費用(處方藥物)	處方藥物：65 歲或以上人士為 20%，65 歲以下人士為 30%		
安全網	在 30 日內支付分擔費用超逾 120 萬韓圓(10,117 港元)者，可獲付還超額部分 50%的款項； 六個月內支付分擔費用超逾 300 萬韓圓(25,292 港元)者，則可獲豁免支付超額的分擔費用	成人全年申索的醫療費少於 255 歐元(2,635 港元)，可獲無申索付還款項(在二零零八年一月一日起取消)； 須經入息審查的保費資助限額為 1,050 歐元(10,846 港元)	須經入息審查的保費資助各轄區不同(例如為保費超過 10%家庭入息者提供資助)； 福利受助人的保費由政府支付
私人醫療保險	保費未受規管	自願附加醫療保險計劃未受規管	自願附加醫療保險計劃未受規管

	美國
資助水平	州政府醫療補助：幾近 100%
用者收費或分擔費用(門診)	聯邦醫療保險：編定收費的 20%，加上每年免賠額 100 美元(780 港元)； 州政府醫療補助：象徵式分擔費用 0.5 至 3 美元 (4 至 23 港元)
用者收費或分擔費用(住院)	
用者收費或分擔費用(處方藥物)	
安全網	州政府醫療補助：急症室求診、家庭計劃服務及善終護理並無分擔費用；兒童、孕婦和接受福利的長者或傷殘人士亦獲豁免分擔費用
私人醫療保險	保費(包括聯邦醫療保險的自願附加醫療保險計劃)未受規管； 聯邦醫療保險的自願附加醫療保險計劃每年保費為 1,000 至 3,500 美元(7,800 至 27,300 港元)

表D.2 香港及個別經濟體系的醫療開支及融資來源的比較

經濟體系	總醫療開支 佔本地生產 總值的百分 率 ¹	公共醫療開 支佔本地生 產總值的百 分率	融資來源				按購買力平價 計算的人均醫 療開支 ²	公共開支佔 本地生產總 值的百分率 ³	最高個人 入息稅 ⁴	銷售稅 ⁵	公共醫療開 支佔稅收總 額的百分率 ⁶
			公費		私費						
			一般 稅收	社會醫療 保障	私人醫療 保險	用者付費 ／其他來 源					
香港	5.2	2.8	54.8%	-	12.4%	32.7%	1,666	19.7	16.0%	-	23.6
澳洲	9.5	6.4	67.5%	-	6.7%	25.8%	3,128	34.4	47.0%	10%	20.6
加拿大	9.8	6.9	68.8%	1.5%	12.9%	16.8%	3,326	39.3	46.4%	7-17%	20.7
芬蘭	7.5	5.9	61.1%	16.6%	2.3%	20.0%	2,331	50.5	48.8%	22%	13.4
英國	8.3	7.2	87.1%	-	1.0%	11.9%	2,724	44.5	40.0%	17.5%	19.7
奧地利	10.2	7.7	29.7%	46.0%	5.2%	19.1%	3,519	49.9	42.7%	20%	18.3
比利時	10.3	7.4	4.2%	63.3%	5.1%	27.4%	3,389	49.9	46.5%	21%	16.3
日本	8.0	6.6	15.9%	65.9%	0.3%	17.9%	2,358	38.1	47.1%	5%	25.1
韓國	6.0	3.2	11.9%	41.1%	3.4%	43.6%	1,318	28.9	35.5%	10%	12.5
荷蘭	9.2	5.7	2.8%	59.5% ⁷	19.0%	18.7%	3,094	45.5	52.0%	19%	15.2
瑞士	11.6	6.9	17.2%	42.5% ⁸	8.8%	31.5%	4,177	36.3	37.8%	7.6%	23.2
美國	15.3	6.9	32.1%	12.9%	36.6%	18.4%	6,401	36.6	41.3%	2.9-7.25%	25.3
新加坡	3.8	1.3	25.5%	9.2% ⁹	-	65.3% ⁹	1,180	15.6	21.0%	5%	7.2

表D.2 香港及個別經濟體系的醫療開支及融資來源的比較(續)

註：除另有說明外，有關數字摘自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)、二零零七年經濟合作及發展組織的《經濟合作及發展組織成員國家之國民帳戶》(National Accounts of OECD Countries)，第二冊、經濟合作及發展組織國家的稅收資料庫(OECD Tax Database)(資料獲取日期為二零零七年十二月十日)、世界衛生組織－《國家醫療衛生總開支帳目》文獻系列，以及香港的《本地醫療衛生總開支帳目：醫療衛生開支估算 1989/90 至 2004/05 年度》。

1. 新加坡的數字(二零零四年數字)由新加坡衛生部(Singapore Ministry of Health)提供。
2. 香港的數字(二零零四至零五年度數字)根據二零零六年世界發展指標的購買力平價兌換率編製。
3. 香港的數字(二零零四至零五年度數字)和新加坡的數字(二零零五年數字)，分別根據二零零六年的《香港統計年刊》及《新加坡統計年鑑》(Yearbook of Statistics Singapore)編製。
4. 入息稅指個人入息稅在撇除僱員的社會保障供款後的最高邊際稅率。在香港，最高的個人入息稅以 16.0%的標準稅率為限。新加坡的數字由新加坡衛生部(Singapore Ministry of Health)提供。
5. 加拿大和新加坡的數字(二零零五年數字)分別由加拿大衛生部(Health Canada)和新加坡衛生部(Singapore Ministry of Health)提供。美國一些州不設銷售稅，其他州的銷售稅率則由 2.9%至 7.25%不等。
6. 新加坡的數字(二零零四年數字)由新加坡衛生部(Singapore Ministry of Health)提供。
7. 有關數字計至二零零四年，摘自經濟合作及發展組織醫療數據(二零零六年十月)。但須注意的是，其後荷蘭的情況出現新發展。荷蘭在二零零六年一月推行一項大型醫療改革，並藉此實施強制私人醫療保險計劃。該項強制保險由私人承保人管理，經費來自以羣體保費率收取的保費，以及與入息掛鉤的供款。與入息掛鉤的供款是用來支付兒童的保費，以及調整保險公司之間的風險。在未改革前，該國主要的經費來源為社會醫療保障，收入低於某個水平的人士必須參加，而收入較高的人士則可投購自願私人醫療保險。
8. 根據瑞士的法律用語，社會醫療保障實際上是指強制投購及由私營保險公司管理的私人醫療保險。全國人口均強制參加這項保險，而低收入家庭則可獲政府資助。強制保險的保費按羣體保費率徵收，而承保人不可從強制保險中獲利。
9. 新加坡的社會醫療保障一項下的數字，是指保健儲蓄計劃(Medisave)、醫療保障計劃(Medishield)及樂齡健保計劃(Eldershield)的數字。不過，保健儲蓄計劃屬個人醫療儲蓄戶口計劃，不涉及直接的入息再分配，而入息再分配這個元素是社會醫療保障的特點。至於醫療保障計劃及樂齡健保計劃，則分別為自願投購的私人醫療保險及長期護理保險。此外，新加坡在用者自付費用方面的數字已包括私人醫療保險(醫療保障計劃除外)及由僱主提供的醫療福利。

附錄 E 健康與醫療發展諮詢委員會

健康與醫療發展諮詢委員會（委員會）是一個諮詢組織，由食物及衛生局局長擔任主席，設有 12 名非官方成員和 1 名官方成員。委員會負責檢討和制訂公營和私營醫療系統的服務模式，以及就長遠的醫療融資方案提出建議。委員會轄下的醫療融資工作小組在二零零五年十月成立，專責探討在長遠的服務模式下醫療系統的融資問題。

委員會在二零零五年七月發表題為《創設健康未來》的討論文件，以諮詢公眾。文件就本港醫療體系日後的醫療服務模式提出多項建議，涵蓋基層醫療護理、醫院服務、第三層和特別醫療服務、長者護理服務、長期護理服務和康復護理服務，以及其他相關事宜，包括公私營協作和基礎支援，供市民討論，以期建立一個能長遠維持的醫療系統，為每名市民提供既方便又負擔得來的服務。

本諮詢文件是以委員會的《創設健康未來》討論文件為基礎，並參考委員會的建議而制定。

健康與醫療發展諮詢委員會成員名單（二零零七年）

主席

食物及衛生局局長
周一嶽醫生，SBS，JP

非官方成員

夏佳理議員，GBS，JP（副主席）

陳健波先生，JP

鍾惠玲博士

范鴻齡議員，SBS，JP

方津生醫生，SBS，JP

林順潮教授，JP

呂許昭棠博士

史泰祖醫生

鄧惠瓊教授，JP

汪國成教授，JP

胡定旭先生，JP

任燕珍醫生，BBS

（姓氏英文字母序）

官方成員

食物及衛生局常任秘書長（衛生）
李淑儀女士，JP

**健康與醫療發展諮詢委員會
醫療融資工作小組成員名單（二零零七年）**

主席

夏佳理議員，GBS，JP

非官方成員

陳健波先生，JP

陳唐芷青女士，JP

張仁良教授，JP

范鴻齡議員，SBS，JP

方津生醫生，SBS，JP

何錦霞女士

梁卓偉教授

狄志遠先生，BBS，JP

伍步謙博士，BBS，JP

胡定旭先生，JP

（姓氏英文字母序）



www.beStrong.gov.hk

未來

人生

健康

