



民主黨立法會議員秘書處
Secretariat of Legislative Councillors of The Democratic Party

香港中環雪廠街11號
中區政府合署西翼401-409室
Rm. 401-409, West Wing,
Central Government Offices,
11 Ice House Street, Central, HK

電話Tel 2537 2319
傳真Fax 2537 4874

民主黨對《醫療改革諮詢文件》的回應

民主黨在醫療改革方面的工作

自一九九三年的彩虹報告，政府至今公佈了多份醫療融資改革文件，但都無功而回，而公營醫療在資源不足的情況下，問題叢生。有見於醫療制度及融資制度的改革的重要性，過往幾年民主黨經深入研究及進行民意調查後，於去年公佈了民主黨的醫療融資改革諮詢方案（附件為民主黨方案的摘要）。

認同必須推行醫療改革

當局的醫療改革諮詢文件以大量篇幅強調本港醫療面對的危機、未來的開支增長。各界對開支增長推算的準確性有不同意見，但**未來醫療開支大幅增長應是無可避免的趨勢**，而香港現時的醫療開支佔本地生產總值的百分比又確比大部份國家低，**我們認同醫療融資制度有改革的必要**。

我們更關注的是，醫療體系若不改革，後果不只是資源不足，整個醫療體系的公平性、成本效益都將受損。隨著人口老化、醫療科技成本上升，公共財政壓力增加，服務質數必下降、病人須自費購買的醫療用品增加，迫使市民購買私營醫療保險、使用私營服務，醫護體系將更趨不平等。

其實，中產階級在現制度下已花費大筆資源在私營保險、私家醫療、以至公營醫療的自費項目上，然而，仍保障不足，隨時因病致貧，我們認為，**醫療制度有需要進行改革，讓中產人士在醫療方面所付出的資源，在運用上更具成本效益，為他們提供更完善的醫療服務和保障**。

政府文件的整體評價

整份諮詢文件主要由公共理財的角度出發，旨在處理政府面對的醫療開支壓力。諮詢文件談及現時的融資模式時，強調現時的融資來源主要是政府撥款，而事實上，香港的醫療開支佔 5.3%本地生產總值，其中近一半（2.4%）由市民以私營醫療保險或用者自付的模式支付。此外，在整個醫療體系內，公營醫療和私營醫療環環相扣，若私營醫療、私營醫療保險市場沒有良好的監管，濫用服務情況嚴重，對公營醫療體系的人手需求、醫療成本都有影響。

醫療融資的改革，不應只考慮如何引入新的輔助融資制度，可以是討論怎樣更好地規劃私營醫療市場及私營醫療保險市場，使現時市民已投放在私營市場的資源，能提供更佳的保障。

諮詢文件的另一特點是，側重醫療角度，未能由病人的角度出發。以基層健康為例，文件主要著重於怎樣加強家庭醫生制度，為市民提供治療，而不是怎樣讓市民可以透過生活方式的改變、加強對疾病和藥物的了解，改善個人健康。在推動公私營醫療協作方面，文件著重怎樣加強公私營界別的知識和資訊交流，這無疑讓醫護人手有更好的發展，但病人在公私營兩個界別中尋求服務時，怎樣確保他們的權益得到保障，怎樣讓市民取得更多資訊，在公私營和不同專業間作出選擇，卻並未提及。文件多次提及防止病人濫用服務，然而，在醫療體系內，特別是最昂貴的住院及專科門診服務，決定需要甚麼服務的是醫生等服務提供者，除了急症室，病人其實難以濫用任何醫療服務。當局在草擬下一輪諮詢文件時，必須邀請病人組織、民意代表，參與討論及草擬工作，確保改革方案能以較持平角度，作出分析，提出建議。

醫療制度改革

醫療改革文件提及不少措施，以加強基層醫療服務。然而，文件所提及的**基層醫療服務**主要限於治療服務，**範圍狹隘**。但是，要增進市民健康、減少市民對昂貴醫療服務的需求，絕不是靠家庭醫生制度可以達到。早在一九九零年的「人人健康、展望將來」報告書中，政府所委任的小組已提出要改善市民健康，必須加強「基層健康服務」，**範疇較家庭醫生及普通科門診等「基層醫療服務」廣闊**。

要促進市民健康，政府必須由各個範疇全面推行，**基層健康服務**涵蓋職業健康、社區環境、飲食習慣等各個環節，並針對長者、婦女、青少年等不同組群的獨特需要和疾病模式，動員整個社會不同組群的人士投入，例如僱主、學校、社區人士，以提供有利促進市民健康的環境，這些工作遠非單靠家庭醫生可以勝任，藥劑業、營養師、護理人員、物理治療師、中醫、社會工作者等界別，對促進市民健康都擔當重要角色，**跨界別合作必不可少**。只有推行全面的「**基層健康服務**」，改善市民健康，才可能減少醫療開支。世界衛生組織早於 1978 年已發起全民健康運動，在社區層面推行大型運動，期望市民可擁有健康的體質。民主黨認為，無論採取甚麼融資制度，政府應設立種子基金，推行全面的**基層健康運動**。

政府的承擔

根據諮詢文件的推算，醫療開支佔本地生產總額的百分率將由 2004 年的 5.3% 增加至 2033 年的 9.2%，公共醫療開支在總公共開支所佔的比例將由 2004 年的 14.7% 增加至 27.3%，即由 378 億增加至 1866 億元。政府在諮詢文件中，只承諾將醫療撥款佔政府經常開支的百分比增加至 17%，如果到 2033 年仍然維持在 17% 的水平，政府經常開支只撥款 1162 億元，那麼市民每年需由所謂的「輔助融資方案」支付 704 億元醫療開支，是沉重的負擔。如果由稅收支付的公共醫療開支設上限，市民要透過「輔助融資方案」承擔未來的全部醫療開支增長，在這樣的情況下，市民無法估計未來供款額的增長，難以支持任何一個融資方案。

現時教育開支佔政府經常開支的 24%，當香港人口老化，醫療服務需求增加，將更多政府經常開支調撥作醫療用途，是非常合理的要求。當局在下一輪諮詢文件中，應討論將來由政府經常開支調撥的醫療開支因應人口向上調整的空間，同時，應就將來「輔助融資方案」每年支付的款項設上限。

為避免日後供款額持續上升，對市民造成沉重負擔，民主黨建議當局盡快設「高齡人口儲備基金」，儲備來源包括 500 億元醫療基金、外匯基金投資收入的一半（每年約 \$280 億元），日後遇有龐大財政盈餘，亦可考慮再將盈餘注入基金。以基金滾存的投資回報，應可成為穩定收入，支付部份人口老化造成的醫療開支增長，減低供款額的增幅。

無論採取甚麼融資模式，政府必須承諾，未來的醫療體系必須確保所有市民都能得到應有的醫療服務，不會因病致貧。現時部份病人必需的昂貴醫療物品及藥物，並不在公營醫療的津貼範圍內，病人需自費購買，令不少病人家庭因病致貧，甚至失去治療機會，這個情況絕不應繼續下去。政府若要推行新的融資方案，首先必須承諾將所有必需的醫療用品和藥物都納入資助範圍，確保所有市民都能獲得基本的醫療服務。

對各輔助融資方案的意見

醫療改革諮詢文件提出六個輔助融資方案，我們對各方案的意見如下：

社會醫療保障：日本、南韓、台灣等東亞經濟體系，都設立了醫療社保制度。去年年底，民主黨數位學者曾赴台灣了解其全民健康保險體系。台灣制度以其提供包羅萬有的服務為人熟悉，亦以其引起的財政壓力而廣受批評，但民主黨的台灣之行發現其制度有許多可取之處，其制度的公平及便利令全民健保的公眾滿意度維持在 70% 水平，即使投訴不斷，仍是少數得到大眾認同的公共政策，是值得香港參考的輔助方案。

用者自付費用：根據民主黨過往的調查，「用者自付費用」不為市民接受，亦有唯公平原則，並非可取方案。

醫療儲蓄戶口：由於強制醫療儲蓄沒有分擔風險的功能，融資效率低，供款率將比強制保險高，而且一旦患上重大疾病，大部份市民的儲蓄金額仍不足支付醫療費用。新加坡醫療儲蓄戶口供款達 6-8%，卻只能支付 8% 整體醫療開支，並非有效融資模式，因此亦非可取方案。

自願私人醫療保險：自願私人醫療保險存在道德風險，且成本效益低，更會令公營醫療及整體醫療的成本飆升，並非可取方案。

美國以私營保險為主，私營保險市場存在逆向選擇問題，私營保險旨在牟利，選擇低風險人士，提高最需要醫療保險的長者、長期病患高風險人士的保費，甚至拒絕受保。與此同時，私營醫療保險計劃行政成本昂貴，受保人濫用服務情況普遍，以致在老弱傷殘保障不足的同時，整體醫療開支高達國民生產總值的 14%（香港約 5%），政府只保障老弱窮人，而公共醫療開支佔國民生產總值約 6.5%。更值得注意的是，私營醫療保險公司財雄勢大，政府一旦推動影響其既得利益的改革，都會面對其阻撓。

香港應以美國經驗為戒。不但不應推動不受規管的私人醫療保險，對牟利的私營醫療保險市場的擴展、私營醫療保險對醫護人手、醫療成本的影響，更應密切關注，避免醫療體系過份倚賴私營保險，演變成既不公平亦缺成本效益的制度。

強制私人醫療保險：根據民主黨的調查，在政府提出的諮詢方案中，最為市民接受的融資方案為全民醫療保險，由僱主、僱員供款（20.7%）。如果全民受保，有良好的監管制度，值得作進一步研究。

個人健康保險儲備：根據民主黨的調查，只有 10.5% 被訪市民表示支持這個方案。基於以下原因，民主黨對這個方案有所保留：

- 這個方案將全港人口分為二個級別。有能力人士用醫療保險，貧病等弱勢群體由公營醫療提供津貼。日後公營醫療成為安全網，弱勢群體必難要求改善服務，現時社會對綜援人士的歧視和排拒，日後隨時出現在醫療體系，造成社會各階層的分化。
- 方案強制超過 100 萬在職人口購買醫療保險，一般經驗是引入醫療保險制度後，服務需求會增加。當這批相對健康的人口所佔用的醫療服務和資源增加，醫護人手薪酬等醫療成本必然隨之增加，公營醫療成本上升，最需要醫療服務的貧窮人口、長者、因罹患危疾而用盡戶口

金額的病人，必成制度的受害者。而公營醫療的開支在成本上升的影響下，即使質和量下降，卻未必能控制開支增長。

- 受規管的醫療保險的投保人數越多，便越能確保有效分擔風險、提升行政效率，因而減低保費。若方案將受保人口擴展至全港所有人口，無能力人士由稅收支付保費，每名市民需支付的保費會較低，而且部份人口的保費由稅收支付，可加強政府對制度的影響力。

民主黨的立場

政府在維持以稅收為主要融資模式的前提下，無論採取哪個輔助融資方案，都必須達到以下數個原則：

1. 為全民提供普及的醫療服務，市民的基本醫療保障應以單一制度提供；
2. 融資方案必須具備分擔風險的功能；
3. 能者多付；
4. 病人能自由選擇私營及公營醫療服務；
5. 無論推行哪個融資方案，當局必須對醫療保險和私營醫療有較嚴謹的規管。

民主黨醫療融資政策發言人 楊森

民主黨醫療小組成員 胡志偉

二零零八年五月十七日

醫療融資改革諮詢方案

全民參與的 醫療保障制度 摘要



立法會議員楊森
民主黨醫療小組
二零零七年

研究小組成員：
楊森議員
羅致光博士
馮可立先生
鄭家富議員
李建賢議員

研究員：
陳懷嬋小姐

出版：
民主黨立法會議員秘書處
香港雪廠街11號政府合署西翼401-410室

電話：
2537 2315

傳真：
2537 4874

出版日期：
二零零七年十月

一、改革的需要

1. 公營醫療

- + 極長輪候時間迫使市民使用私營醫療服務、病人需自費購買不少昂貴醫療用品和藥物，病人家庭經濟隨時因醫療開支而受嚴重影響。
- + 對服務欠明確承諾，可隨意削減服務的質和量。
- + 資源運用的問責性不足，機構在運用資源時未必以病人權益為首要考慮。

2. 私營醫療

- + 住院及專科服務昂貴，大部份市民無法支付。
- + 私營醫療保險將長者、長期病患等高危人士拒於門外，且條款繁多，受保人往往在重病後始發現得不到所需保障。

3. 醫療開支

- + 專家評估未來醫療開支將大幅增加。
- + 本港醫療開支較大部份先進國家低，但過於倚賴稅收，難以長遠持續。
- + 過往當局以增加收費、削減服務應付財政困難，非可取方案。

二、原則和理念

1. 醫療融資方案的原則

- + 繼續提供普及的醫療服務；
- + 制度公平，包括能者多付、市民有平等機會獲得醫療服務；
- + 服務質素得到保證；
- + 能有效控制成本，使服務得以長期持續；
- + 病人有自由選擇私營或公營醫療服務；
- + 病人能得到便利的醫療服務。

2. 制訂醫療融資方案的理念

- + 不能倚賴單一的融資途徑。
- + 醫療儲蓄制度雖較易為市民所接受，但因沒分擔風險功能，解決醫療資源短缺問題的成效低。
- + 建議以全民社會保險及稅收為主要融資模式。



3. 何謂社會醫療保險

- + 社會醫療保險的主旨在於透過社會保險制度，使所有市民都能獲得適當的醫療服務，必須全民參與。
- + 社會醫療保險的主要特性在於具備攤分社會風險的功能，健康或患病、富裕或貧窮人士都必須參與保險制度，共同供款，支付病人的醫療開支，分擔風險。
- + 供款額基於供款能力，與收入掛鈎。
- + 個人患病的風險，包括年齡、是否傷殘、患病紀錄不會成為不受保的原因，也不會影響供款額。
- + 社會醫療保險由個人、僱主共同承擔保險及醫療費用，弱勢社群的保險及/或醫療費用由政府負責。
- + 社會醫療保險計劃的運作一般基於法例，在價格、收費、與醫護機構的合約、利潤各方面作出規管。

三、民主黨的建議方案

1. 全民醫療保障方案主要內容

- + 全民醫療保障方案以稅收為主要融資模式，輔以全民保險計劃。
- + 全港所有市民納入保障制度。市民需供款到全民保險計劃，無能力供款人士由政府以稅收代支付供款（可參考強積金計劃界定無能力供款人士）。
- + 全民保險計劃提供基本醫療服務，希望得到更好服務的市民，可以私營保險或儲蓄支付額外費用。
- + 現時每年撥作醫療開支的稅收款項，可用作支付弱勢社群的供款、支付極昂貴的必需醫療服務及其他全民保險計劃不涵蓋的醫療服務。
- + 政府每年按人口數目等因素調整投放在醫療服務方面的稅收開支，而開支不能低於特首所承諾的佔公共開支17%的水平。
- + 病人在使用醫療服務時，應支付墊底費。市民的開支應設上限，例如，全年醫療開支不超過家庭入息的一成。
- + 設中央機制—全民醫療保障管理局，負責管理全民醫療保障制度，基金管理方面可由私營保險基金負責。至於全民醫療保障管理局的權責，例如是否負責擬定全民保險計劃的基本醫療服務、與醫護機構及保險公司議價，日後應由公眾討論。



2. 保障對象

- + 所有在香港定居超過一年的本港居民及其同住家庭成員。

3. 保障範圍

- + 全民保險計劃涵蓋專科門診及住院服務，極昂貴的醫療服務由稅收支付。
- + 制度實施初期不包括主要疾病的預防服務，制度實施一段時間後再作檢討。
- + 基層門診服務及中醫成本並非太高，分擔風險的功能不大，卻又較易出現濫用，且保險賠償的支付會增加行政開支，因此，有關服務應維持由現時的公營服務提供，待全民保險計劃實施一段時間後，再檢討是否將基層門診服務和中醫服務納入全民保險計劃的涵蓋範圍。

4. 全民醫療保險計劃的供款

- + 建議參考民意調查結果，即市民願意承擔的供款額為收入的2%，僱主、僱員雙方供款，設上限。
- + 現階段全民醫療保險計劃的供款率約為0.3%，日後隨人口老化而作出調整，10年後供款率估計增加至0.9%-1.5%。
- + 以家庭為單位，有收入人士需代家庭成員支付保費，每名有收入人士代供的家庭成員數目設上限。

5. 醫護機構

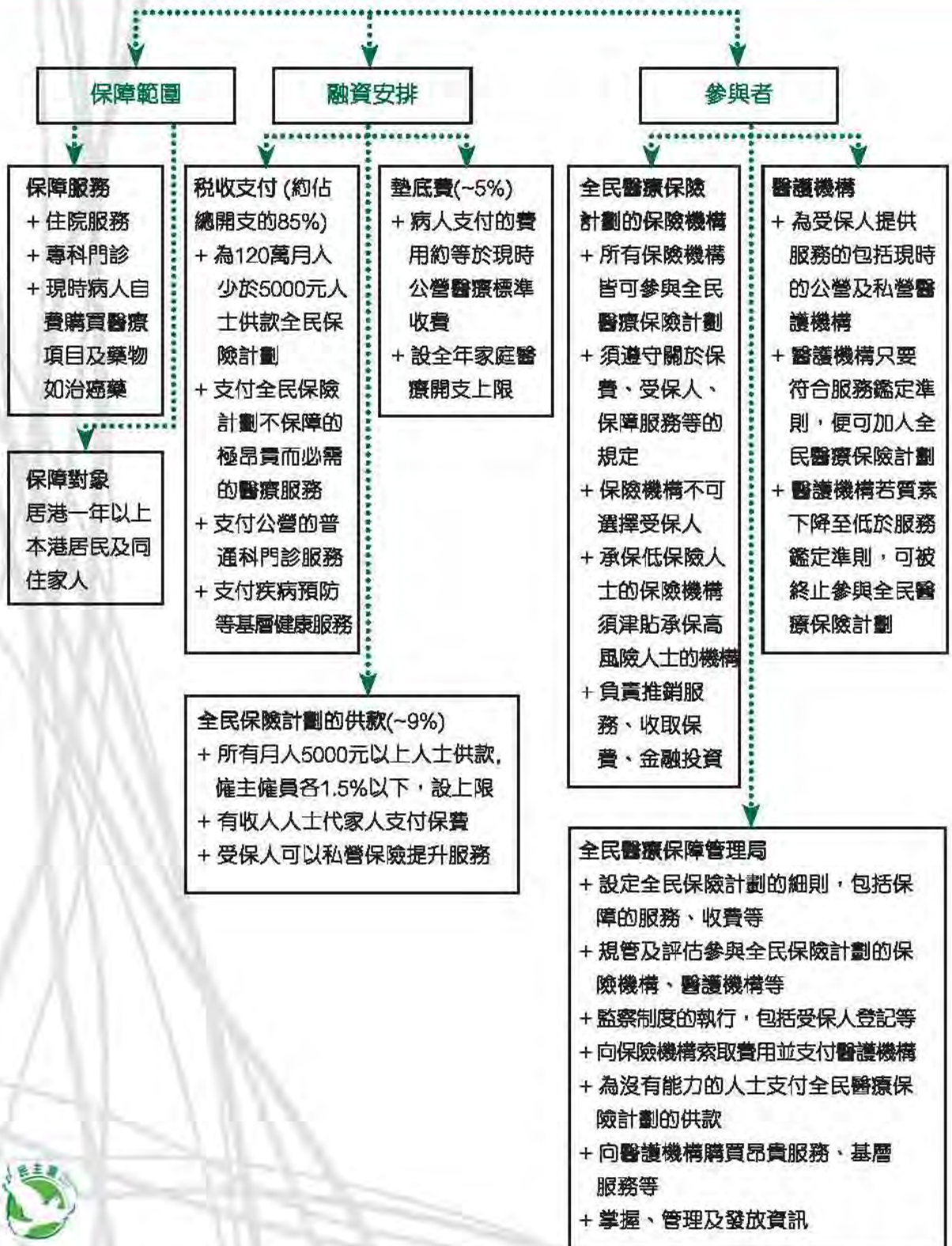
- + 全民保險計劃全面開放予所有醫院及醫生參與，醫護機構經評估為合格後，即可成為全民保險計劃的合約機構。
- + 醫護機構和保險機構必須分開，加強制衡。
- + 病人使用第二層醫療服務，須經急症室或基層門診轉介。

6. 支付費用予醫護機構

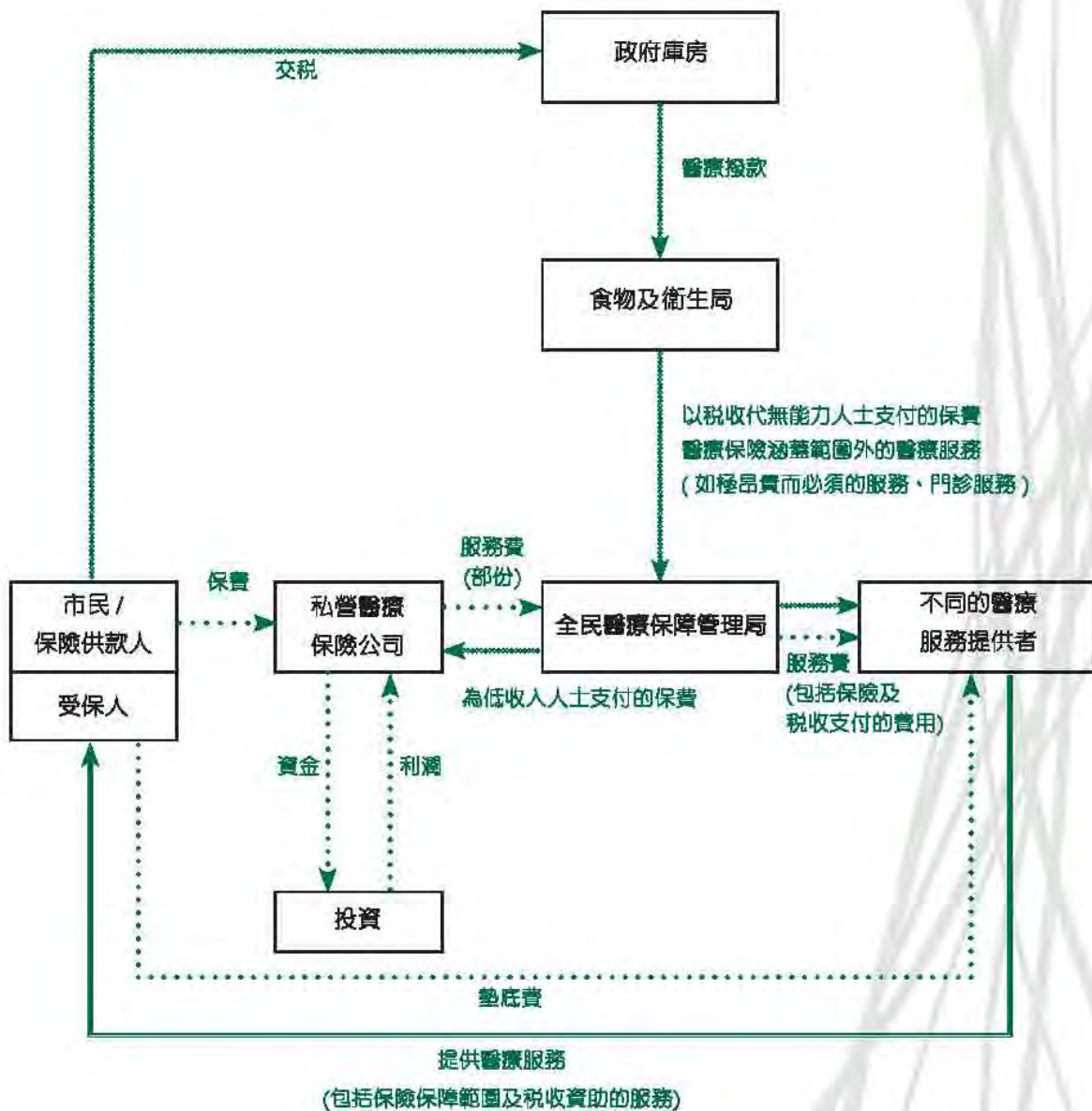
- + 全民醫療保障管理局負責向全民醫療保險計劃的保險機構索償，並發放款項予醫護機構。
- + 病人所支付的墊底費應與現時公營醫療服務的收費水平相若，直接付予醫護機構。墊底費的收費水平及項目必須在保險合約中訂明，醫護機構只能收取合約訂明的收費。



:: 全民醫療保障方案簡圖 ::



全民醫療保障體系的運作架構簡圖



	現制度	全民醫療保險
融資來源	稅收撥款、私營醫療保險、醫療收費	稅收撥款、全民醫療保險計劃供款及墊底費
普及	所有市民都可使用公營醫療服務。	所有居港一年以上人士及其同住家人都可受惠。
公平	<ul style="list-style-type: none"> + 只有少量市民有經濟能力使用私營住院醫療，普羅市民只能輪候公營醫療，因輪候時間太長而影響治療並非罕見。 + 部份市民可購買私營醫療保險以使用私營醫療服務，長者等高風險人士往往被拒受保。 + 公營醫療的病人需自費購買部份昂貴的藥物和醫療用品。 	<ul style="list-style-type: none"> + 較現制度公平，由有收入人士供款全民醫療保險計劃，按能力供款，按需要使用醫療服務。 + 全民醫療保險計劃的保險公司不可拒絕市民受保。 + 病人無需自費購買昂貴的必須藥物和醫療用品。
輪候時間	+ 公營醫療以輪候時間限制使用者及公共醫療開支。在目前醫療資源不足的情況下，很多病人面對漫長的輪候時間。	除了現時撥作公營醫療開支的稅收外，來自收入人士的醫療保險供款增加了可用醫療資源，同時全民醫療保險分擔風險的功能遠較私營醫療保險高，令整體醫療資源獲有效運用，可有效縮短輪候時間。
服務質素	<ul style="list-style-type: none"> + 沒有準則和機制鑑定或評估服務質素 + 沒有法定承諾的服務質素。 	<ul style="list-style-type: none"> + 設清晰準則和機制，以鑑定或評估醫護機構的服務質素是否符合參與保險制度的條件。 + 以合約規定服務質素。
選擇服務的自由	普羅市民在使用住院及專科服務時，選擇只限於公營醫療。	錢跟病人走，市民可在公營或私營醫護機構中作出選擇。



	現制度	全民醫療保險
監察及制衡	政府以一筆過撥款予醫管局，在資源運用、服務質素各方面都無需提供詳盡資訊，問責性低。	<ul style="list-style-type: none"> + 設全民醫療保障管理局專責監管及評估參與全民醫療保險計劃的醫護機構和保險機構。 + 服務質素、收費各方面都以合約和法例規定。 + 全民醫療保障管理局按合約向保險機構索取醫療賠償，發放款項予醫護機構。 + 參與全民醫療保險計劃的醫護機構和保險公司必須提供詳盡資訊予全民醫療保障管理局，加以管理，並發放予市民。
可持續	政府每年由稅收中撥取款項作公營醫療用途，醫療撥款不穩定，令公營醫療難以作長遠規劃。	在稅收撥款之外，有收入人士供款全民醫療保險計劃，增加醫護體系所獲資源的穩定性。

