



中華人民共和國香港特別行政區

Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China



立法會議員(醫學界) 陳沛然醫生

Legislative Councillor (Medical) **Dr. the Honourable Pierre CHAN**

立法會 衛生事務委員會主席 李國麟教授 台鑒：

公立醫院服務收費檢討的意見書

就衛生事務委員會將於一月十六日討論公立醫院服務的收費檢討，現附上五個團體對此議題的意見書，供閣下及委員參閱及討論。

祝

台安

陳沛然

陳沛然議員 謹啟

二零一七年一月十三日

致醫管局主席梁智仁教授，行政總裁梁栢賢醫生及醫管局大會成員台鑑：

香港社區組織協會 香港老人權益聯盟  
「反對急診加價一倍多 長者睇病百上加斤」  
基層長者到醫管局大會請願 反對醫管局大幅加費

醫管局收費進行全面檢討，並建議急症室收費由 100 元加至 220 元，普通科門診，專科門診及住院等收費均加價逾一成，有關建議將在今天(12 月 15 日) 由醫管局大會審議，再交由食物及衛生局決定。本會認為公立醫療服務收費水平的基礎未經社會討論，加費理據不足，亦無助減少誤用急症服務。更重要的是，現時逾半急症室求診者均為長者，面對長期病患開支龐大、收費減免機制繁複下，基層長者對急症室加費表示強烈反對！大幅加費令基層長者面對長期病醫療百上加斤，即使身體不適亦因收費倍增而影響求診意欲，令病情惡化及造成中風等健康危機。

### 急症室等醫療服務加價，長者最受影響

65 歲以上長者為急症室主要使用者，佔急症室入院總數的 53%，於未經預約的緊急再入院中更佔 68%。於其他醫療服務方面，長者人口佔本港總人口約 15%，卻需公營醫院總體住院日數的 50%。根據 2015 年香港貧窮情況報告，本港長者貧窮率(政策介入後)為 30.1%，亦有 26 萬位貧窮長者沒有領取綜援，急症室加費令 26 萬非綜援基層長者醫療開支增加，無疑百上加斤。醫管局在連續 5 年盈餘累積 35 億元下大幅加費，對此基層長者表示抗議。

表一，長者使用醫管局服務比率<sup>1</sup>

項目	長者所佔整體比率
急症室入院總數 (2012)	53%
未經預約的緊急再入院(2012)	68%
總體住院日數(2012)	50%
服務成本(2015) <sup>2</sup>	47.8%

### 長者病患非只一種，加價負擔影響求診

據統計署 2009 年數字，本港 60 歲以上的長者人口中 70.4% 患有一種或以上的長期疾病，亦有 40.5% 長者患有二種或以上長期疾病。對於居住在社區的長者而言，最常患上的慢性病是高血壓(62.5%)，除此以外糖尿病 (21.7%) 和關節炎 (19.9%) 亦是長者最常患有的慢性病。因此普通門診，專科及住院服務等加價逾一成，對長者造成長遠經濟負擔。根據本會 2016 年調查，除去醫療券資助後，**基層長者每月醫療支出達\$366 元，全年開支出達\$4392 元，更有 36 萬位 65-69 歲長者因未滿 70 歲而無醫療券資助<sup>3</sup>**，可見基層長者在醫療健康負擔早已沉重，加費對求診意欲影響深遠。

<sup>1</sup>資料來源：醫院管理局(2012 年)：長者醫療服務策略

<sup>2</sup>資料來源：財政預算案(2016 年)：總目 140 - 政府總部：食物及衛生局(衛生科)

<sup>3</sup>資料來源：香港政府統計處(2016 年)：2015 年按區議會分區劃分的香港人口概況

表二, 60 歲以上人口患有長期疾病的情況<sup>4</sup>

是否患有長期疾病?		百份比
有	患有一種	29.8%
	患有兩種	19.5%
	患有三種	11.5%
	患有四種或以 69 上	9.5%
	合共	70.4%
沒有		29.6%

### 收費減免機制繁複，全家審查只豁免一次求診，違反「居家安老」政策

目前經濟困難的非綜援人士可申請醫療費用減免，此減免機制違反勞福局「社區照顧，居家安老」政策，對所有「與家人同住長者」進行「全家經濟審查」，現時「與子女及其他家人同住長者」佔全部長者 62.7%，即「與家人同住長者」需要同住子女於辦公時間(朝九晚五)見醫務社工申請減免收費，故長者無奈放棄申請，加重家庭經濟壓力，雖然全家接受審查為低收入住戶，卻只能為申請人一人提供豁免。另外，由於侵犯長者個人申請權利，違反「社區照顧，居家安老」政策，故社協接觸的長者被告之每次要預留兩小時申請，對經常有求診需要的長者非常困擾!

### 就此，香港社區組織協會及香港老人權益聯盟向醫管局及食衛局建議：

1. 立即擱置急症室及各醫療服務加價;
2. 簡化醫療費用減免機制，容許「與家人同住長者」獨立申請減免，增加減免年期及次數
3. 中長期加強社區長期護理服務及 24 小時門診，改善門診服務
4. 食衛局將醫療券領取資格由 70 歲下調至 65 歲，增加醫療券金額至 3,000 元，減少公立醫院負荷

香港社區組織協會  
香港老人權益聯盟  
長者健康關注組

2016 年 12 月 15 日

<sup>4</sup>資料來源: 香港政府統計處(2009 年): 主題性住戶統計調查第 40 號報告書

## 醫護行者就增加公營急症室服務收費發出聲明： 分享在社區工作和焦點小組訪談中的經驗和洞察

醫護行者自二零一五年初一直為本港的低收入家庭提供健康服務和支援，我們現在亦有一項目去研究這個群體在尋求醫療服務時所面對的困難。

鑑於公眾對醫院管理局（醫管局）於二零一六年十二月十五日通過增加急症室服務收費的建議有不同的爭論，我們希望藉著帶出低收入人士提出的關注及我們在社區服務中的觀察，就這議題作出深入的討論：

- 第一，急症室服務長期出現「超負荷」的情況，主要源頭是因為大部份的求診個案為非緊急及半緊急的類別。然而，我們認為醫管局必須解決問題的根源 -- 缺乏基層醫療的選擇予大部份的基層病人，而非在未有提供其他出路的情況下，透過劃一性增加收費去減低市民使用急症室服務的意慾。
- 第二，社會提供給低收入人士的基層醫療服務選擇非常有限。他們的工作時間普遍長及欠彈性，並往往因為沒有醫療保險而無法負擔私營醫療服務。然而，公營普通科門診服務在晚上 10 時至早上 9 時不提供任何服務，而於公眾假期只提供有限度服務；而這些缺乏服務的時間，正正是大部分低收入人士在放工後才可以求醫的時間。因而，大部分低收入人士在使用普通科門診服務時，面對相當大的困難。
- 第三，在研究項目的聚焦小組中，我們進一步確認不少曾求診，並被分流為半緊急及非緊急類別的基層人士，是由於沒有其他替代醫療選擇才被逼使用急症室服務。

醫護行者建議：

- 第一，醫管局須改善並增加基層醫療服務的範圍，以糾正急症室負荷過重的根源。當局須逼切改革和發展香港的醫療系統，優先處理基層醫療服務；而不是只專注醫院為本的醫療服務。
- 第二，政府必須在推廣市民大眾的健康上有遠景。公私營協作計劃、醫療卷等短期措施，並不能替代政府訂立長遠、可持續的醫療政策的責任。
- 第三，醫管局及政府應該增強與社區組織的合作，以推廣健康教育及落實醫療政策；成立全面、穩健的社區健康系統應對社會老化問題。

總括而言，急症室負荷過重只是表面徵狀，根本問題在於基層市民缺乏基層醫療選擇。要解決這個健康醫療不公平的現象，當局必須增強發展基層醫療服務以及與社區組織合作，這些方為長遠策略。

二零一六年十二月十八日

## Health In Action

### **Statement on the increase in fee of public Accident and Emergency service: Insights and experience from working with the community and focus group interviews**

Health In Action has been providing health services and support to low-income families in Hong Kong since the beginning of 2015, and is currently conducting an ongoing study about the barriers of healthcare access among this population.

In view of the increase in Accident and Emergency (A&E) fees endorsed by the Hospital Authority (HA) board on 15 December 2016, we wish to add depth and context to the current public debate, through pointing out concerns raised directly by the low-income individuals and describing our observations working with this community:

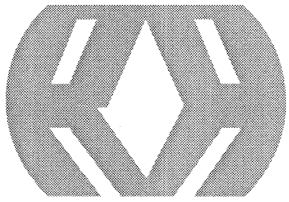
1. The current overload of patients at A&E is largely due to a high caseload of non-urgent and semi-urgent attendances. Yet, rather than merely increasing fees to discourage usage without offering an outlet, we believe it is important for HA to address the root cause of the problem, which is a lack of alternative primary care options for many low-income patients.
2. Low-income individuals are limited in primary care options due to their typical characteristics of long and inflexible working hours, as well as a general lack of health insurance and hence unaffordable medical fees. This implies difficulty in accessing public general out-patient (GOPC) services, which does not provide any service between 10pm to 9am and limited service during public holidays.
3. In fact, our focus group findings confirmed that many low-income individuals who attended A&E for non-urgent and semi-urgent conditions would prefer not to, but expressed that they do not have practical alternatives.

We propose:

1. HA to strengthen and increase the scope of primary care services in the public sector, especially with the additional revenue from the proposed increase of A&E charges, in order to redress the root cause of the problem of A&E overuse. There is an urgency to prioritize primary care services instead of focusing only on tertiary institutions.
2. HKSAR government to adopt a long-term vision in promoting the health of the general public. Short-term solutions such as public-private partnership and healthcare vouchers are not a substitute for sustainable and responsible public health planning and expenditure.
3. HA and HKSAR government to strengthen collaboration with community-based organizations in promoting health education and implementing healthcare policies, in order to establish a holistic and resilient health system responsive to Hong Kong's aging population.

In conclusion, the current overload at A&E is just a symptom of a deeper problem of a weak primary care system in Hong Kong, particularly for the low-income population. In order to redress such health inequity, it is necessary for the authorities to strengthen primary care and to develop tighter cooperation with community-based organizations as the sustainable way forward.

18 December 2016



# 香港復康聯盟 Rehabilitation Alliance Hong Kong

均等機會 ■ 全面參與

Full Participation and Equal Opportunity

香港九龍橫頭磡邨宏孝樓地下12-13及16-17號

12-13 & 16-17 Wang Hau House, G/F, Wang Tau Hom Estate, Kowloon, Hong Kong

■ 電話 Tel: +852 2337 0826 ■ 傳真 Fax: +852 2337 1549

■ 電郵 Email: info@rahk.org.hk ■ 網址 Website: http://www.rahk.org.hk

電郵地址：[info@drchanpierre.org](mailto:info@drchanpierre.org)

香港中區  
立法會道1號  
立法會綜合大樓801室  
陳沛然議員：

陳議員：

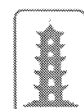
電郵

## 香港復康聯盟對公立醫院服務的收費檢討的意見

香港復康聯盟(下稱康盟)是由不同殘疾類別人士組成的殘疾人士組織，一直關注與殘疾人士有關的政策。現就公立醫院服務的收費檢討給予意見。

醫院管理局已通過提高各項公立醫院服務的收費，康盟認為公立醫院有關符合資格人士服務已有14年未有調整收費，實有空間調整收費，但是次建議調整幅度之高(由36至120%)實在值得商榷；而14年來，醫療成本一直提高，但到現時才作出調整亦令人摸不著頭腦。康盟反對是次建議之加幅。

以急症室收費為例，由\$100提升至\$220，升幅達120%。醫管局表明提高急症室收費的目的並非收回成本，而是減少濫用情況、縮短急症室輪候時間。康盟認為不能單單提高收費就能解決急症室輪候時間長的問題，而政府有責任向市民提供經濟上可負擔的醫療服務。在提高急症室收費的同時，醫院管理局必須檢討醫療服務的安全網及豁免機制。急症室收費提高對領取綜合社會保障援助人士影響不大，因他們獲豁免公營醫療服務的收費；但對非領取綜合社會保障援助人士就有較大影響，加重其經濟負擔。醫院管理局需要調整急症室收費機制，如分緊急與非緊急收費，避免非綜援貧困人士因急症室收費提高而對急症室服務卻步，最終延誤診斷，輕則需投放更多資源及時間診治；重則危及生命。



急症室大幅提高收費不能舒緩輪候時間，原因是普通科門診籌額嚴重不足。現時普通科門診大部分是由專科轉介、病情穩定的長期患者，他們每次都有覆診期，因此已經佔去大量籌額，所以剩餘可供電話預約數目每每令人氣餒，成功機會不大；加上夜間及假日還未全面設有門診服務，所以有需要求診市民被逼流向急症室，試問有誰可以在有選擇時、還甘心等待 8 小時甚至更多？所以不存在濫用急症室服務情況！今次急症大幅加費，預計成效不彰，亦會為再次加價埋下伏筆，到時再增加收費，將與私家醫生分別不大，最終只令非綜緩貧困人士不能得到醫療服務。故康盟建議在加價的同時，亦需加強門診服務，如夜間及假日的服務；甚至設立 24 小時門診，將輪候急症室之非緊急病人分流至該門診，以減少急症室的壓力。

另一方面，康盟歡迎維持社康護理服務的收費維持不變，以鼓勵更多病友出院留於社區接受社康護理服務；亦避免加重現居於社區的病友的經濟負擔。

最後，康盟同意公立醫院服務的收費有調整的空間，但康盟認為是次調整收費的建議並未有諮詢各持份者、未有顧及市民的接受程度、未有充分而合理的理由；而加幅亦難以令人接受。故康盟希望食物及衛生局謹慎審視有關建議，降低加幅至市民可接受、可承擔的程度。

如有任何查詢，歡迎致電+852 2337 0826 與本人聯絡。

香港復康聯盟

署理總幹事劉國霖



啟

2017 年 1 月 9 日

# 爭取低收入家庭保障聯席

## 公立醫院服務的收費檢討立場書

醫院管理局於今日通過公立醫院收費檢討，急症室加價至 220 元，門診亦加價至 61 元。爭取低收入家庭保障聯席過去一直關注基層使用醫療之權利及機會，對政府以加價回應近年門診爆滿的醫療趨勢，我們對此舉表示反對及不滿，聯席就公共醫療服務加價事宜聯席有以下立場：

### 1. 門診問題積壓已久，急症爆滿有跡可尋

醫院管理局多年以來一直忽視門診服務不足問題，人口急促上升但基層醫療服務的配套卻無法接軌，亦刻意讓普通科門診私營市場大幅擴大，放任門診服務成為市場商品，過度市場化總會帶來代價。在公營門診名額不足難以預約的前提下，市民會權衡自己的時間與負擔能力，不少基層因經濟因素改為使用急症室，透過加價方式排除基層市民使用公共服務的做法不人道。另外，基層市民大多需要長時間工作，但夜診的數量卻甚少，市民亦對夜診服務認知不足，無奈地使用急症室服務，造成非緊急求診個案大量增加，明顯地季節轉變及流感高峰期間，狀況會更趨明顯，

### 2. 加價變相推私家門診，「斬腳趾避沙蟲」逃避公共責任

醫管局通過將急症費用提升至與私家門診相若的水平\$220，明顯希望用加價減少醫療使用者前往急症室，聯席認為醫管局做法冷酷無情，並再一次將香港市民醫療權利當作市場生財工具。急症室爆滿問題之核心乃公營服務不足所造成的多種異化醫療現象，但醫管局一直無視門診問題，直接指表示市民濫用急症服務時，卻刻意回避公營責任。事實上只看到基層醫療的需求不斷被市場化，而醫管局正是這狀況發生的幕後推手，現時私營門診服務已佔整體七成，再一直下去相信公營服務遲早會被市場取代，無力負擔的市民健康將毫無保障。

### 3. 15 年來醫療問題有增無減，十年計劃仍未有門診改善具體目標

距離之前一次急症室加價已十多年，有目共睹醫療需要問題嚴重惡化，專科輪候以年計算、預約門診非常困難、急症室輪候數十小時亦不是新鮮事，媒體不時都報導醫療服務不足，但我們見到社會醫療狀態正在倒退：病人躑走廊、有病食成藥、急症非急症、專科門病情嚴重，聯席認為現在醫療問題已非常嚴重，亦不滿政府沒有對症下藥處理根源問題，過去政府施政報告指十年內會動用二千億元改善醫療，又指會增強病床改善醫院設施，但人手等軟件配套完全沒有丁點提起，現時醫療服務不足最主要原因仍是「人手不足」，如何挽留醫科生及吸引市場醫生到公營系統應是解決問題的關鍵，但今次急症室加價反造成的結果，卻是進一步擴大私營醫療市場，同時更多的醫生會按需求選擇進入私營服務，縱使未來有



足夠醫療硬件設施，亦難以滿足人手需求。

#### 4. 長遠擴大公營門診服務，短期應設醫療津助保障基層兒童

聯席建議政府及醫管局長遠應增加人手配套及擴大社區門診服務，甚至增加開放夜診服務，亦有助增加門診名額及減輕急症室負擔，長遠調整公私營普通科門診失衡狀況。聯席強調，急症室加價無助減少使用人流，尤其長假期前後的日子，只會造帶來市民更強的不滿。問題另一核心公共門診服務亦要從根本進行改革，現時門診服務全年爆滿，遠遠不能負擔市民需要，醫管局及食衛局應及早提升門診服務名額及人手，並增撥資源處理普通科門診需要。

在未能完善公營醫療系統前，聯席建議局方或關愛基金可參考長者醫療券的做法，向低收入家庭兒童派發醫療津助。透過向全港所有貼近貧窮線（收入中位數六成或以下）家庭派發每人每年\$2,000的「基層兒童醫療券」，讓貧窮家庭兒童不會因經濟因素影響同樣獲得治療疾病的基本權利。另外，亦可在現行「公私營門診協作計劃」中加入基層名額，讓基層市民在經濟可負擔水平下獲得醫療門診服務。以上方法只是短期緩衝措施，長遠應調整公營人手體制、增加恒常性醫療撥款及提升醫療開支使用的透明度加強監察，方是長遠解決醫療問題之方法。從預防性向度出發，政府應及早推廣疾病預防的社區教育工作，讓基層市民意識到預防患病的可行性及重要性，從而減低發病機會，無疑更有助減少醫療服務使用及降低未來醫療成本與負擔。

#### 5. 進行公眾諮詢及公聽會，聆聽社會大眾對費用提升之意見

醫院管理局今次提升整體公共醫療服務費用，受影響市民以百萬計，但居然未能提出公眾諮詢，倉卒運過有關決定，聯席懷疑醫管局是否有足夠措施應付加價後所出現的社會問題，如基層無法負擔、私營醫療進一步加價提升導致貧窮家庭使用醫療機會進一步降低等等。我們促請政府盡快進行公眾諮詢收集市民及團體對加價的立場及建議，並積極為因經濟因素無法承擔加價費用之人士提供解決方法，亦希望立法會衛生事務委員會召開公聽會，邀請食衛局局長高永文出席聆聽大眾對該事件之意見及擔憂。

爭取低收入家庭保障聯席

2016年1月9日

立法會衛生事務委員會副主席陳沛然議員鈞鑒：

長期病患者關注醫療改革聯席（下稱「聯席」）現有十七個病人及關注病人權益組織的成員團體，自 2005 年成立至今，一直關注醫療改革議題，並透過不同的行動，反映病人對於醫療改革的意見。

聯席近日得知醫院管理局服務收費檢討結果的服務收費建議，就急症室增加收費有一些建議，加幅由現時\$100 增至\$220。如果增加收費的目的只是防止第四或第五類人士使用急症室，我們並不應同。求診市民不能判斷病情是否緊急，到急症室後被分流為第四或第五類，實為無意濫用服務。現在伊利沙伯醫院已經有美好診所，威爾斯親王醫院也有相似服務措施，將第四第五類人士分流到普通科醫生治療，我們相信普通科門診可以減低急症室的負荷。

此外，我們留意到普通科門診的電話預約，根本難以成功預約，令市民可能因此病情轉差，無奈之下轉而求診急症室。如果增加普通科門診的名額及提供廿四小時的服務，一來可以減低急症室負擔，二來可以令到成本降低，何樂而不為呢！另一方面，我們相信急症室增費至\$220，對於一些低收入而沒有領取任何資助的市民及長期病患者，會構成一定壓力，令到他們不求診而令到病情加劇，這正是我們需要擔心和正視的問題。增加收費而減低急症室的使用量並不是一個理想的辦法，治標不治本，隨著人口老化，使用量會持續上升，增加收費解決不到這個問題，相對地會影響一些在職貧窮，低下階層人士有病都不看醫生。

最後，醫管局建議加價的服務項目增幅之百分比都不一樣，以急症室為例，新收費大約佔成本的 18%，但其餘服務收費卻少於成本的一成，我們要求解釋這個百分比是怎樣釐定的？作為長期病患者，我們經常需要使用公立醫院服務，在收費減免制度未能充份保障之下，增加服務收費對我們一定帶來壓力，希望相關政府部門，不要用一些治標不治本的方法。增加普通科門診名額和提供廿四小時服務都可以分流一些急症室的病人，減低成本並提供更合適的治療。況且，根據醫管局年報，至 2016 年有約 38 億儲備，局方宜善用資源增加適切服務，而非藉爭加收費反倒將經濟有困難人士拒諸於服務外。

倘有任何問題，敬希致電 27943010 與聯席秘書處文姑娘聯絡。

長期病患者關注醫療改革聯席 謹上

2017 年 1 月 9 日