

# 香港未来医疗发展及融资

## 报告书

智经研究中心

医疗研究小组

2007年8月

香港

# 目录

I. 引論.....	2
改革需要 .....	Error! Bookmark not defined.
醫療研究小組聚焦.....	Error! Bookmark not defined.
研究目標和指導原則.....	Error! Bookmark not defined.
II. 香港醫療服務提供和融資.....	5
以往改革回顧.....	Error! Bookmark not defined.
壓力點和關注重點.....	Error! Bookmark not defined.
III. 改革指導原則.....	12
IV. 改革選擇.....	13
以稅收為本模式.....	Error! Bookmark not defined.
社會醫療保險模式.....	Error! Bookmark not defined.
自願式私營醫療保險模式.....	Error! Bookmark not defined.
醫療儲蓄模式.....	Error! Bookmark not defined.
研究結果 .....	Error! Bookmark not defined.
V. 建議：新醫療模式 .....	16
「三柱制」醫療制度.....	Error! Bookmark not defined.
強化基層醫療服務.....	Error! Bookmark not defined.
VI. 不同融資途徑的比較.....	21
VII. 醫療儲蓄的特點.....	23
IX. 結論 .....	28
附錄I 醫療研究小組成員名單與工作範圍 .....	Error! Bookmark not defined.
附錄II 主要持份者對初步報告書的意見、問題和回應 .....	Error! Bookmark not defined.

# I. 引论

世界各地的医疗系统都面对愈来愈大的挑战：这就是如何改善医疗服务的可及性、提高质量和控制医疗成本及开支等。市民和决策者所要求的是物有所值、有协调性和高度重视健康及疾病预防的医疗服务，以及缩短轮候时间和容易取得资讯。各地政府均为此探讨或推行各种医疗服务和融资制度改革，以面对社会不断变迁所带来的需求。

2. 香港的医疗制度享誉国际。由于香港的生命统计数字和卓越医疗专业表现（包括低婴儿死亡率、高平均寿命、医疗人员训练有素且具专业水平、市民更可享受廉价的公营医疗服务等），令其医疗系统在国际间拥有领先地位。

## 改革需要

3. 正如很多其他地方，香港的医疗体系是分散的，而且不以病人为中心，亦不着重基层和第二层医疗的整合。该体系正面对以下的**挑战**：

- (一) **某些常见疾病的发病率正在上升** – 虽然香港的人均寿命率和婴儿死亡率有优异的表现，一些常见疾病的发病率(例如糖尿病和不同种类的癌症 – 香港的头号杀手)都在持续上升，加重医疗负担。长时间轮候就医、现代生活的压力、预防医疗及基层医疗服务不足，均令此趋势恶化。
- (二) **应付人口结构转变的能力有限和不足** – 出生率偏低、劳动人口缩减及退休长者的比率增加，导致人口结构转变，带来需要处理老年人口内不同年龄组别的不同医疗需求。由于劳动人口缩减，抚养比率相应上升，现有的医疗体系在应付这些新兴的需求上，能力甚为有限和不足。
- (三) **疾病预防服务发展不足** – 香港的医疗体系曾被批评为分隔式的系统，令公私营工作量失衡及基层与第二层医疗服务缺乏协调。同时病患者过分依赖治疗，不注重个人健康和预防。
- (四) **健康意识偏低** – 公众过度依赖治疗，倾向寻求迅速治愈疾病的方法，令我们相信市民要增加对个人健康的责任感和加强保健意识，并采纳适当的健康生活模式。
- (五) **持续改善医疗质量** – 上述挑战清楚显示我们必须不同范畴上改善医疗质量，包括加强效率、增加医疗系统的反应能力、加快采用创新治疗方法和预防措施、善用医疗资源、加强系统管理及其绩效。这些都是未来医疗发展的重点。

4. 过去所发表的医疗改革建议，正好反映出我们需要发展一个反应性强和可以持续发展的医疗体系。但医疗服务属公共利益，医疗资源正如我们的环境一样，应避免误用和滥用的情况，这样才得以持续发展这个概念，却不获重视。现时社会很少将重点放在鼓励个人对自己健康负责，改善市民寻求健康生活的行为模式，以及鼓励善用

资源之上。我们也不大着重影响医疗服务提供者和政府，令他们为香港建立一个高质量、高效能、为公众提供一个平等、有效率和有效能的医疗体系。

5. 发展可持续的医疗体系是一个清晰可见的目标，但如何引领香港医疗体系持续发展和融资却并不清晰。虽然融资是建立优良医疗体系的一个重要部分，也是必备条件，其他因素包括社会价值观、行为模式、清晰的医疗体系目标和对象亦很重要。我们亦需要引入一套综合机构安排和供款诱因的系统，以促成服务提供和鼓励正确的行为模式。若不重视这些因素，而草草为医疗体系投入更多资金，可能会造成更大的恶果。<sup>1</sup> 可持续的理念不仅是关于融资问题，亦与价值观和行为改变和行之有效的制度安排有关。

## 医疗研究小组聚焦

6. 这项研究的目的是要为香港提出一个发展路向，强化香港医疗体系的反应力及持续力，从而可继续保障和改善市民健康、满足病患者的需要和期望，并为将来医疗成本上涨作好准备。2006年8月，智经研究中心成立了一个医疗研究小组，在专家顾问协助下展开研究工作。研究小组的成员名单和工作范围载于报告附录 I。

7. 研究小组仔细分析各项关于香港医疗体系的问题，这包括如何改善系统的有效运作和加强将来的持续力等。小组亦有考虑以下的**重要问题和事项**：

- (一) 为香港提供基本医疗服务和医疗安全网；
- (二) 促进市民健康；
- (三) 研究各种融资方案的可行性，确保所有人都可享有医疗服务；
- (四) 令香港医疗体系既可以回应市民所需、同时市民用得其所所需的价值观和行为模式；及
- (五) 设立有效的制度安排，成功地将现有体系改造为一个公平、有效率、有效能和优良的医疗体系。

## 研究目标和指导原则

8. 在初步报告发表后，从公众所发表的意见看到（见附录 II），研究小组重申任何医疗改革建议应以病人为中心，并不能单从融资或资金作考虑，而必须着重整体社会人士的健康。香港未来医疗的发展必须朝以下**目标**迈进：

- (一) 强调预防及以共同承担的方式，令市民有更健康的身体和生活；
- (二) 加强以病人为本的优质医疗服务，尤其是对长者和长期病患者；及
- (三) 透过改变个人、政府及提供者的行为，确保医疗制度的持续性和效用。

---

<sup>1</sup> Garrett, L. 2007. The challenge of global health. *Foreign Affairs* 86(1): 14-38.

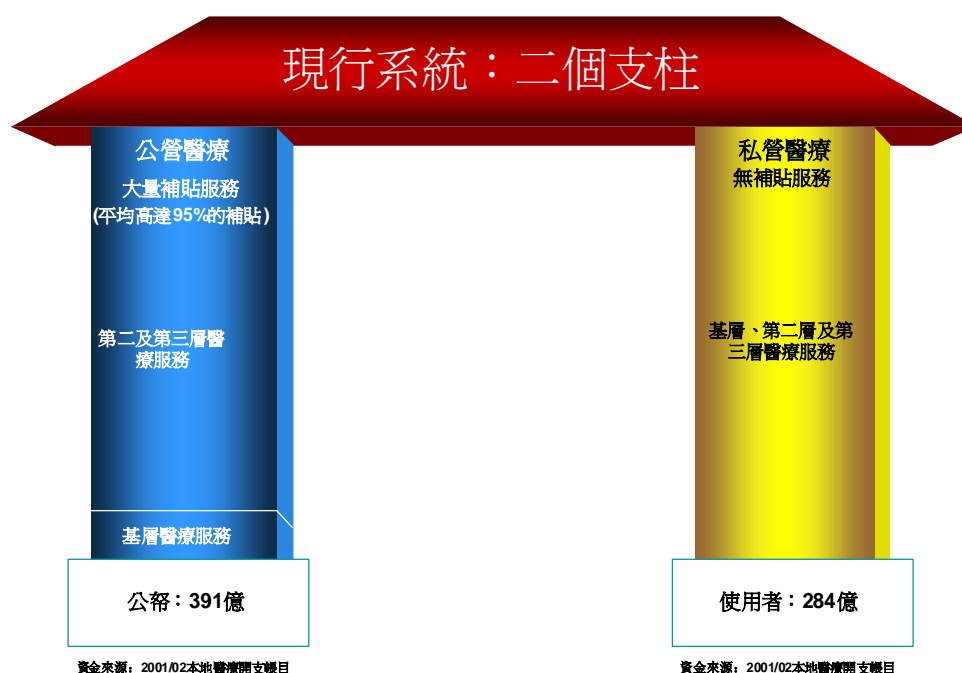
9. 为达致上述目标，这次研究将根据以下**核心价值**作为建议的依据：

- (一) **公平和可及性** – 目前以税收为本的融资系统应继续是一个公平和风险分担的机制，为香港市民提供安全网。新的医疗融资制度应加强跨代的公平性，亦应透过扩展基层医疗服务及采用循证为本的新药物和技术，改善医疗服务对大众的可及性。
- (二) **互相关怀和共同承担** – 我们应改变使用者、提供者和政府的行为，加强互相关怀和强调共同承担的目标。同时，更多公众参与亦可改善个人健康和加强系统的功能。
- (三) **效率** – 医疗是社会宝贵的资源，医疗系统应促进及推广早期预防工作，减低病患者对医疗的需求；.并透过有效管理和统筹，适当地利用新科技和更完善的公私营合作，减少资源浪费。
- (四) **质量** – 应重视医疗质量持续改善，并透过认可标准、全人服务的概念和使用由注册或认可的提供者的服务而达到目标。
- (五) **选择** – 更具透明度的医疗系统可为使用者提供更多选择，同时亦培育个人对自己健康的责任感，重视公私营合作发展有系统的合作方式，使公众有更多选择。

## II. 香港医疗服务提供和融资

10. 香港的医疗服务方式和融资制度相当简单（见图 1）。公营部分是一个以税收为本的系统，平均 95% 的医疗服务总支出是由政府补贴。私营部分是由个人支付，目前有接近 300 万人的私营医疗保险分别由个人购买或由雇主赞助。公私两部分很少有接触或合作，用者的选择只可限于公营或私营医疗服务。

图 1：香港现行的医疗制度<sup>2</sup>



11. 私营普通科医生提供以基层医疗服务为主的超过 70% 门诊服务。此种服务基本上是由病人直接付款，小部分由私营医疗保险支付。公营普通科门诊以补贴的价格提供了大约 15% 的门诊服务，使用者大部分属低收入人士和长期病患者。其余 15% 的门诊由私营执业的另类医疗提供者提供，以传统中医为主。门诊服务的开支约占整体医疗开支的 50%，其中 75% 的门诊费用由病者自付，余数则由雇主或保险支付<sup>3</sup>。

12. 公营部门提供和支付以第二和第三层医疗为主的专科和住院服务。医院管理局拥有和管理超过 40 家公营医疗机构，并为香港提供超过 90% 的病床。医管局辖下的机构以高度补贴的方式提供全面服务。收入方面，医管局 90% 以上的收入来自香港特区政府的一般税收。目前，私家医院提供了大约 6% 的住院服务<sup>4</sup>。

<sup>2</sup>由於最近數年的數據尚未披露，本圖採用 2001/02 年的數據。官方「本地醫療收支」([www.fhb.gov.hk/statistics/en.index.html](http://www.fhb.gov.hk/statistics/en.index.html))。政府醫療開支 (2006 - 07 年) 的資料見於 ([www.budget.gov.hk/2007/eng/pdf/append2.pdf](http://www.budget.gov.hk/2007/eng/pdf/append2.pdf))。

<sup>3</sup> Health Welfare and Food Bureau 2007. <http://www.hwfb.gov.hk/statistics/en/dha.htm/>

<sup>4</sup> Health Welfare and Food Bureau 2007. <http://www.hwfb.gov.hk/statistics/en/dha.htm/>

13. 所有香港市民皆可享用高度补贴的公立医院或诊所服务。病人在公立医院每日只需付 100 元的费用，此金额少于一个在公立医院急症病人一天平均开支的 4%。除了「用者自付的医疗服务分类」(PPMI) 内的物品和「医管局药物名册」以外的药物由病人全数支付外<sup>5</sup>，此每日收费包括了所有费用。

14. 大部分的住院及专科医疗服务都是由税收支付及由公立医院提供，而大部分的普通科门诊服务则由市民私人承担和由私家医生提供。这个制度由 1950 年代开始运作至今从没有改变。此安排曾受不少批评：服务过于分隔分离，以致缺乏协调、公私营工作量失衡、基层与第二层及第三层医疗工作量失衡。长远而言，此制度无法持续<sup>6</sup>。

15. 在公立医院系统内，所有医护人员都是以固定薪金形式获取其报酬。政府以过去的拨款额和设施为基础给予医管局拨款。虽然近年政府开始考虑转为以人口数量作基础，但是还未能做到「钱跟病人走」。

16. 现时的制度没有足够的经济诱因，使公立医护人员积极地回应病人的需要。但制度存在众多不利因素，例如提供优质服务的单位虽然能吸引更多病人，该单位未必得到更多资源。尽管如此，自医管局成立后，经过一连串的「管理改革」措施，公营医院所提供的医疗服务质素已经改善，但支出亦同时大幅增加<sup>7</sup>。近年来，非急症的轮候时间明显增长，而且情况持续恶化。

17. 2001 至 2002 年度政府的总医疗支出是 391 亿元，占政府整体总支出约 14.5%。大约 90% 的公营医疗款项拨归医管局使用。私人医疗开支与政府医疗开支的总数则大致相同。

18. 香港并没有强制性的医疗保险或医疗储蓄供款制度。公营医院的服务几乎由政府的一般税收独力承担。虽然以工业国家标准而言，香港是全球税率最低的地区之一，纳税人的比率亦偏低。私家医院服务则由病人直接付款或透过私人医疗保险支付。

## 以往改革回顾

19. 自 1980 及 1990 年代开始，很多亚洲国家推行了实质的医疗融资改革，但香港并没有跟随改革步伐。例如在 1980 年代，新加坡引入医疗储蓄户口和危疾医疗保险制度。南韩和台湾亦分别在 1980 和 1990 年代建立全民医疗保险制度<sup>8</sup>。这些改革旨在提供全民式医疗服务，同时逐渐改变医疗服务过分依赖一般税收的融资模式。

20. 医院管理局于 1990 年成立，是香港在 1980 至 1990 年代的重大医疗改革，但医院管理局的成立并非医疗融资的改革。医管局的成立只是重整公立医院架构，引入企

<sup>5</sup> Hospital Authority 2007. <http://www.ha.org.hk/>

<sup>6</sup> Harvard Team 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System : Why and For Whom ?* HKSARG Printing Department; Leung G. 2006. Hong Kong's health spending – 1989 to 2033. *Proceedings of the Hospital Authority Convention 2006*.

<sup>7</sup> Yuen, P P., Lo, C W H. 2000 Alternative delivery systems for public service in Hong Kong : the Hospital Authority vs. the Housing Authority *International Review of Public Administration*, 5, 2, 55-66.

<sup>8</sup> Kwon, S. 2000. Health care financing and delivery for the poor in Korea. *International Review of Public Administration*, 5, 2, 37-45; Hwang, YS., and Hill, M. 1997. The 1995 health reforms in Taiwan – An analysis of the policy process. *Hong Kong Public Administration*, 6,2, 79-96.

业管理模式把服务现代化，而没有改变支付医院服务的融资方法。医院服务融资依然以税收为主。公营医院系统内亦未引入任何竞争元素。

21. 在医疗制度的长期可持续性受到质疑时，政府就医疗融资改革的讨论发表了一系列谘询建议文件：《促进健康》<sup>9</sup>、《香港医护改革：为何要改？为谁而改》<sup>10</sup>、《你我齐参与健康伴我行》<sup>11</sup>、《创设健康未来》<sup>12</sup>。以下段落简介各项主要建议及其实施情况：

### (一) 《促进健康》

医疗融资改革的谘询始于 90 年代初，一份名为《促进健康》（以彩虹作封面，因此又称《彩虹报告书》）的谘询文件于 1993 年发表。该文件提出五项改革选择：(一) 以实际营运成本的百分比为基础，提高公立医院收费；(二) 在公共医院里设立一些较昂贵的半私家病房和收取其他费用；(三) 通过政府的注册，鼓励私营医疗保险公司设立一些合适的保险计划；(四) 设立全民强制医疗保险；及 (五) 为公立医院订立一张「核心」及「非核心」治疗清单：病人若选择「非核心」治疗时，要付全费。

除设立半私家病房和登记私营医疗保险计划两项建议外，公众与大部分的持份者对彩虹报告书的其他方案并不接受<sup>13</sup>。私营医疗保险注册的计划亦没有实行。虽然半私家病房在某些指定医院作试点推行，亦颇受病人欢迎，由于受到私营医院的反对，此计划始终停留在试点阶段。

### (二) 《哈佛报告书》

1997 年 11 月，政府委托哈佛大学公共卫生学院重新评估香港的医疗融资问题。哈佛大学专家小组提出了数项融资方案，建议设立一个强制式的医疗保险 (HSP)、针对长期护理的医疗储蓄及保险 (MEDISAGE)、将庞大的医管局重组为 12 至 18 个地区「综合医疗系统」(HIS)，以及一些旨在为改革香港未来医疗服务提供和决策系统的建议。

哈佛报告书引起社会广泛讨论。但最终强制式医疗保险建议并未得到社会支持。多个调查均显示，少于 24% 的受访者支持强制式的医疗保险<sup>14</sup>。

---

<sup>9</sup> Health and Welfare Branch 1993. *Towards Better Health*. Hong Kong: Printing Department of the Hong Kong Government.

<sup>10</sup> Harvard Team 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System : Why and For Whom ?* HKSARG Printing Department

<sup>11</sup> Health and Welfare Bureau 2000. *Lifelong Investment in Health: Consultation Document on Health Care Reform*. Hong Kong: Printing Department of the Government of the Hong Kong Special Administrative Region

<sup>12</sup> Health and Medical Development Advisory Committee 2005. *Building a Healthy Tomorrow: Discussion Paper on the Future Service Delivery Model for our Health Care System*, Health, Welfare and Food Bureau.

<sup>13</sup> Gauld, R., and Gould D. 2002. *The Hong Kong Health Sector*. Hong Kong: Chinese University Press, p.123-125.

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

### (三) 《你我齐参与健康伴我行》

在 2000 年底发表的一份名为《你我齐参与健康伴我行》谘询文件，是十年内的第三份政府谘询文件。由于社会不甚赞同强制式的医疗保险建议，当中提出了名为「颐康保障户口」(HPA) 的医疗储蓄计划，要求每名在职人士到达某个年龄，便要将其收入的 1 至 2% 存入这个户口，用于将来达到 65 岁时支付公立医院的医疗服务费用<sup>15</sup>。

由于建议计划具有很多限制，此建议并未得到公众或其他持份者支持。低收入人士自然反对，认为此计划将会进一步减少他们可动用维持家计的收入。但中产人士和高收入者亦不支持，因为除了正常的税务负担外，他们还须要额外供款，而此计划并不能保证他们日后可以得到更佳的服务或更多的选择。

亦有人质疑 1% 收入的医疗储蓄供款，能不能对整体医疗融资带来有意义的的作用<sup>16</sup>。对于较高收入者，大笔金额将会被锁在颐康保障户口内，而他们又不能用来购买私家医疗服务。

### (四) 《创设健康未来》

政府于 2005 年透过健康与医疗发展谘询委员会，对未来医疗服务模式发表了一份谘询文件。虽然此文件并没有为融资改革提出任何特定建议，文件重新强调基层医疗和家庭医生的重要性，并厘清了公营医院的角色是应侧重于：(一) 急症服务、(二) 为低收入人士提供服务、(三) 危疾处理和 (四) 医护专业人员的培训。

22. 对于上述各份谘询文件的多项建议，公众明确的意向是支持渐进的改革，大部分人希望保留现存的以税为本的医疗融资体系。

## 压力点和关注重点

23. 香港的医疗系统虽然有很多优点，而且资源仍然充裕，整体仍受到重重压力，公营部分工作量过重、员工短缺日增、轮候时间增加。私家医院整体规模细小，很容易受到具有主导性和得到大量资助的公营医院的影响。

24. 正如世界上很多的经济体系，日益庞大的医疗需求将会对香港医疗体系的持续发展和反应构成严重威胁。根据香港统计处的资料，香港人口将会维持一个老龄化的趋势，年龄 65 岁或以上的人口比率将会显著增加，由 2006 年的 12% 上升至 2036 年的 26%。虽然由现在至 2016 年，此增长速度会维持平稳 (2016 年时该比率将达 15%)，但之后增长步伐将会加速，长者和整体抚养比率亦于同期明显上升。<sup>17</sup>

---

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

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

<sup>17</sup> Demographic Statistics Section, 2007. *Hong Kong Population Projections 2007-2036*. Hong Kong SARG: Census and Statistics Department.

25. 很明显的，维持现状并不能解决未来用者的需要、要求和期望。我们应该如何为未来做好准备？有三个问题是特别值得关注，它们亦是香港医疗制度改革的重点：

(一) 基层医疗服务和个人健康未得到重视

香港的基层医疗服务的协调并不完善。服务往往是因应发病和以治疗为导向，缺乏对疾病的持续处理和预防。极少见到一个综合性、跨专业、团队式的医疗模式：由牙医、护士、药剂师、辅助医疗人员（包括物理治疗师、职业治疗师等）与家庭医学专科医生互相合作，在社区健康中心里共同提供一套全面以家庭医学为本的基层医疗。虽然大部分市民皆采用中医和西医，但是两者的沟通甚少。

病患者的医疗行为和文化主要集中在寻求快速解决的方法，而不是着眼于预防或选择一些健康的生活方式。公众对基层医疗缺乏认识和重视。与医生建立持久的关系并不普遍。事实上，这样会有更佳效果：加强照顾、增加互信、病人亦会加倍遵从疗程。香港的病人大多喜欢「选购」医生，过分依赖治疗，并寻求昂贵的第二及第三层医疗服务。

(二) 第二及第三层医疗服务公私营部分失衡

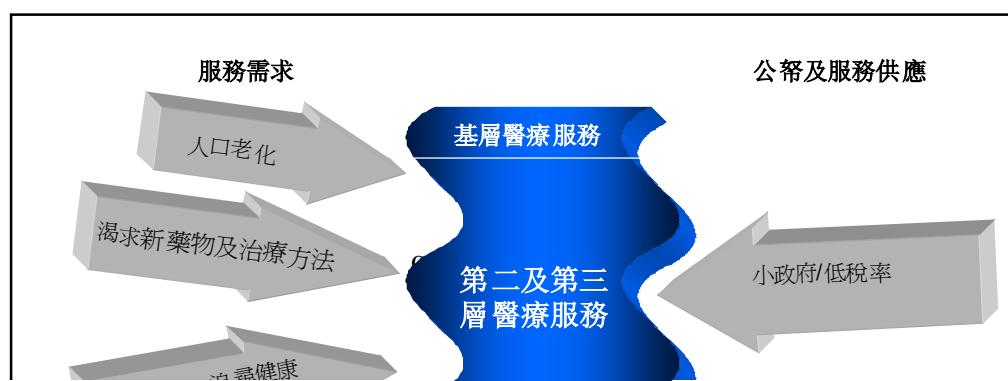
90% 以上的第二及第三层医疗服务是由公营医疗机构提供。政府给予庞大的资助(大约占 95%)，用者只须付出很少费用便可享用公营医疗，这导致公营医疗承受庞大压力、引致病人轮候时间增加及员工工作量增加。

这种过分依赖公营医疗，延续了公营医疗的主导性，令到私营医疗难于创新发展，新人难于入行。公营和私营医疗机构可以较公平竞争的局面(因而带来更适当地使用资源和整个体系的改善)尚未实现。

(三) 社会医疗资源能否持续问题

由于社会要为全港市民提供廉价而高质量的医疗服务，此制度的持续性自然受到质疑。基于人口老化、对新药物及新治疗方法的渴求、在「小政府、低税率」的理念下，未来政府拨款的金额不可能大幅改变，公营医疗服务备受压力（见图 2）。假如制度不变，香港医疗体系的持续性实令人担心。

图 2：公营医疗制度所受的压力



我们亦可从另一个角度探讨未来公营医疗财务的持续性问题。以 2001/02 年度而言，香港的医疗支出占本地生产总值 (GDP) 的 5.5%。除非有适当的部署，此百分比将会增加至 7.5% (2020 年) 及 9.3% (2030 年)<sup>18</sup> (见图 3)。2001/02 年度公营医疗开支占总医疗开支的 57% 或 GDP 的 3.1%。假如此比例不变，公营医疗总开支将于 2020 年升至 GDP 的 4.3% 及 2030 年的 5.3%。不过假设未来政府总开支继续定于 GDP 的 20%，而政府给予公营医疗的拨款仍维持在政府总开支的 17% (因有其他资源竞争)，公营医疗部分将最多是 GDP 的 3.4%。

图 3：香港医疗服务支出

	2001/02	2020	2030
医疗卫生开支占本地生产总值百分比	5.5%	7.5%	9.3%
公营医疗服务支出占本地生产总值百分比	3.1%	4.4%	5.6%
占政府开支百分比	14.5%	21.5%*	26.5%*

资料来源：香港本地医疗卫生总帐目 1989/90 - 2001/02 年度及港大梁卓伟教授医疗开支预测研究资料 (2006)

\*智经研究中心假设政府在医疗服务开支最高占本地生产总值的 20%。及假设 2020 和 2030 年公营医疗服务支出占总医疗服务支出的 57%。

到了 2020 和 2030 年，医疗开支占政府总开支预期会分别升至 21.5% 和 26.5%。这个百分比将意味其他方面的支出将会大幅削减，而这是社会不可能接受的情况。换句话说，政府将无法继续承担现时制度所需的费用，而未来此制度将无法持续下去。

#### (四) 仍然未能全面解决跨代公平问题

<sup>18</sup>Leung G. 2006. Hong Kong's health spending – 1989 to 2033. *Proceedings of the Hospital Authority Convention 2006*.

现时香港的以税收为融资基础的医疗体系(基本上是种「随收随付」的制度)<sup>19</sup>是有其优点的(详见下面第31段),此制度同时是香港市民的医疗安全网。因此,这个医疗融资系统理应予以保留,确保任何人都不会因经济困难而不能获得适当的医疗服务。再者,社会上亦有强烈的诉求,认为这是他们历来享有的福利,此安全网应该继续保留,令他们大病时不用面对灾难性的财政负担。

但随着香港人口结构的改变,医疗和长期护理费用会逐步增加,现时的「随收随付」医疗融资方式将会引发此等费用的上升,大量增加未来的财政负担。亦即是说,支付长者的医疗费用,随着抚养比率的增加,全数会转移至年青一代的纳税人身上。假如香港市民认为不应加税以支付社会老龄化所带来日益上升的医疗费用,此种以税收为基础的融资方向会愈来愈不可行。除非我们可以未雨绸缪,在市民尚未年老时,找寻一个公平和有效的方法,预付他们的医疗开支,否则关于跨代不公平的重担将会恶化,以税收为基础的融资制度所受的压力将会无从负荷。

---

<sup>19</sup>在這融資制度下,有關資金於某一年度從眾人徵收,隨即於該年用於某些人身上。此制度本身是一種風險分擔的方式,但在醫療經濟學上則出現道德危機的問題。

### III. 改革指导原则

26. 香港的医疗要维持为一个有持续性和有反应能力的体系，就必须作出改变。香港未来的医疗体系应以下列各项为目标：改善跨代公平、珍惜医疗资源的公共利益、减少浪费、改善质量、加强选择、及早预防和察查疾病，以及鼓励互相关怀和共同承担。要达致这些目标，我们应促进用者、提供者和政府的正确行为模式，确保医疗体系的有效性和持续性。

27. 研究小组建议下列各点为其指导原则：以公平、效率、质量、选择、互相关怀及共同承担等为核心价值，改革香港的医疗体系：

(一) 改变个人的行为，包括

- (1) 对自己和家人健康负责；
- (2) 加强对基层医疗的认识；
- (3) 提高对疾病预防的意识以减低对医疗服务的需求；
- (4) 追求健康的模式要改变；
- (5) 减少不必要住院服务需求；及
- (6) 尽早对退休人士的医疗开支作出财务安排。

(二) 改变政府的行为，包括

- (1) 透过教育、社区推广和拨款资助，加强市民对基层医疗的重视(例如多用家庭医生和发展个人健康档案，其中包括以电子病人纪录为辅助的个人/病者为中心的治疗)；
- (2) 如果他们选择采用公营服务的话，为草根和中产阶级提供一个医疗安全网；及
- (3) 透过共同承担，支持市民多选择和追求优质的医疗服务。

(三) 改变服务提供者的行为，包括

- (1) 提高服务水平，增加收费透明度，改善效率；
- (2) 鼓励公私营医疗竞争和合作，改善失衡状况；及
- (3) 设立绩效指标，为表现良好和提高医疗质量者提供诱因。

## IV. 改革选择

28. 改革医疗制度必须以改善制度表现、并提供诱因加强和维护市民的健康为中心。改革范围应包括管治、管理、提供服务的安排和融资的有效改变，以达成上述目标。

29. 虽然各地均保留各自的社会、经济和政治特质，世界各地的医疗制度管治、管理和服务提供的安排都朝着类似的方向发展。因此，各国不同的经济体系有不同的医疗融资机制，其中主要有四个融资模式：(一) 以税收为本的模式、(二) 社会保险模式、(三) 私人保险模式和(四) 医疗储蓄模式。每种融资方式并非互相排斥，以下分析各种模式的特征和优劣。

### 以税收为本模式

30. 政府用一般税收支付医疗服务，通常会十分依赖入息税、公司利得税和间接税；而私营医疗服务则多由用者自付或由私人保险承担。医疗制度依赖税收的国家或地区包括英国、瑞典及香港（主要是公营医院服务）。在这些制度下，政府会拨款给予一个卫生或医院管理机构，然后再由管理机构拨款给公营医院。病人使用公共医疗服务时，能得到大幅资助。

31. 这种以税收为本的医疗模式有以下优点：低行政费用和每个市民皆能同等地享用公费资助的服务。而其弱点则包括：政府拨款多寡容易受到基本经济表现的影响；其他的服务亦要从整体税收中争夺资源；为医疗需要的上升而加税极为困难；公营服务往往不是以消费者为本作考虑；而以税收为本的制度基本上是一种「随收随付」(pay-as-you-go) 制度。这种制度不能解决人口老化和跨代公平的问题 – 由于年轻纳税人比例的缩减，会导致下一代纳税人承担的税率增加，用以支付长者的医疗服务需求。

### 社会医疗保险模式

32. 社会保险计划大多是强制供款计划。在这些计划下，所有在职人士（通常连同雇主）均要向一个医疗保险基金供款。而这个基金通常由特设的独立机构管理，政府则保持一定程度的距离。社会保障计划采用社区供款率 (community rating)，即保费不是与个人的健康状况挂钩，从而令全民参保。公营及私营服务者所提供的服务皆可获社保基金支付。主要依赖社保形式支付医疗服务的国家或地区包括日本、台湾、南韩、德国和加拿大。荷兰和瑞士亦采用社会保险模式，由私营保险机构参与。

33. 社会保险模式的优点有：基金的收入和支出都有较高的财政透明度；有需要时增加保费较增加税率容易；由于此制度基本是「钱跟病人走」，服务上会比以税收为本的模式更能迎合消费者的需要。但这个模式亦有其缺点：征收保费和支付帐项的行政费较高；基于制度下的诱因，管理不善会导致不必要的服务滥用；与「以税收为本」的模式一样，社保制亦是「随收随付」的制度，不能解决人口老化和跨代公平的问题。

## 自愿式私营医疗保险模式

34. 与社保制不同，私营医疗保险通常是个人或团体（大部分是雇主）自愿购买。保费会因应保障项目和受保人的健康状况而厘定（称之为「经验供款率」(experience rating)）。因此，长者及有病历记录的人士要支付非常昂贵的保金。

35. 美国是依赖私营保险支付医疗服务的唯一工业国家，大部分在职人士通过其雇主而得到医疗保险。而美国政府则有两个以税收支付的保险计划（医疗照顾计划 – Medicare 和医疗补助计划 – Medicaid），以支付长者和低收入人士的医疗费用。

36. 私营医疗保险亦在一些国家如澳洲扮演重要角色。澳洲设有强制性的国民保险制度，而私营保险是受政府管制和市民自愿参加。所有注册的保险计划都要实行社区供款率。澳州政府提供财政诱因鼓励国民购买已注册的私人医疗保险计划。投保人可从其国家强制医疗保险供款得到 30% 的退税回赠。

37. 购买私营保险的优点包括：可选择私家医生、选择私家医院及为非紧急的疾病处理提供更有弹性的时间安排。私营医疗保险制度的优点包括：在保障计划和服务提供者方面给使用者有较大的选择权，对已购买有足够保障的产品者来说，服务会较能以消费者为中心。其缺点包括：高行政费；如管理不善会有滥用情况；失业者、长者与长期病患者则难以获得保障。

## 医疗储蓄模式

38. 与保险模式不同（保险是以每年为限，所有参加者向一个基金供款，用作支付该年所有费用），医疗储蓄模式是把供款储存在个人户口，可以作长时间累积。以一个风险分担的角度来看，医疗储蓄户口是另一种财政风险分担的方法。它不用每年所有参加者来分担风险，而以个人多年积累资金来承担风险。

39. 医疗储蓄户口供款通常都是强制性的。这些医疗储蓄户口是尝试解决人口老龄化和跨代公平问题的措施：每个人为自己退休后的医疗需要而储蓄，而不是加重下一代的负担。新加坡是第一个采纳这个制度的国家，而医疗储蓄计划亦在国内和美国出现。

40. 医疗储蓄模式的优点包括：社会人士比较接受（供款不会湮没于保费或税款的黑洞，而保留在参加者的户口内）。这个模式又是唯一有效地解决跨代公平问题的方法；可增加使用者能力，并能导致使用者行为改变；与保险制和税收支付制比较，使用者会更审慎的运用自己的储蓄帐户结余。储蓄计划的缺点则包括缺乏对灾难性疾病的风险分担的功能，尤其是在参与计划的初期，户口资金不足之时，假如政府又不为参加者承担医治危疾的风险，又没有购买危疾保险，问题会更明显；另一个缺点是参加者要承担较高的行政费（包括征收、支付和基金管理等费用）。因此，没有一个国家会单靠储蓄作为医疗融资的唯一融资方法。

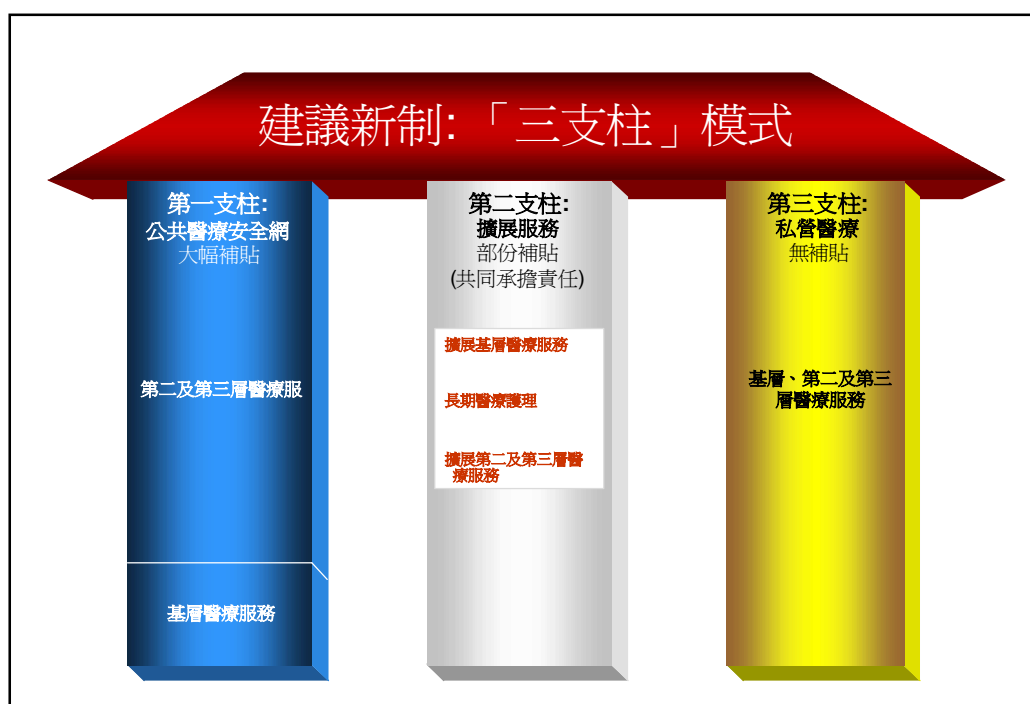
## 研究结果

41. 以上的融资方法都不可能解决医疗制度的所有问题。当社会变得更复杂和多元化时，单一的融资办法是不能满足复杂的医疗制度的需要和变化。而由于香港的医疗改革要满足不断改变的使用者及服务提供者的期望，香港需要一个崭新的融资模式。

## V. 建议：新医疗模式

42. 基于各种医疗融资模式的利弊分析，以及有需要保留目前以税收为本的医疗融资机制为基础；加上政府承诺将 17% 总支出用于公共医疗费用的前提下，研究小组建议推行一个「三柱制」的医疗架构（见图 4），其特征和目标简列如下：

图 4：建议的新医疗制度



- (一) 有循证为本和有良好效能的必需项目将会维持不变，他们仍是属于大量补贴的第一支柱服务。
- (二) 建立第二支柱增强共同承担的意识，目的是改变行为模式；为退休或 65 岁后的医疗作未雨绸缪；加强改善基层医疗及为香港市民参与「医疗储蓄户口」计划提供诱因。
- (三) 第一和第二支柱的分别可视作为政府的补贴差别，藉以鼓励市民对个人健康和福祉作更大的承担。它意味着透过积极行动和建立经济诱因鼓励疾病预防，为踏入老年时的健康和生活质素作准备，务求达致健康的退休老年期。
- (四) 透过制度上的安排，例如成立医疗委员会，决策过程应有更高透明度，亦要引入表现指标，而政府亦可提供拨款的分类数字。这些资讯和透明度 (包括轮候时间、第一和第二支柱服务的内容、第二支柱内各项指定治疗和药物的补贴率) 有助建立新制度安排的信誉。

## 「三柱制」医疗制度

43. 「三柱制」必须满足香港社会多元化的需求。它的目标是将香港市民的安全网制度化，加强融资能力和用者的选择权，鼓励用者、提供者与政府的正确行为模式，用以加强体系的表现和持续性。将来的购买者与服务提供者职责分开将会加强购买者的能力，透过委任公营和私营的服务提供者，或与公私营服务提供者通过谈判达成服务合约，加强物有所值，令用者更善用和获取第一和第二支柱服务。

44. 「三柱制」医疗制度包括：

- (一) **第一支柱服务：**继续维持高度的政府补贴 (85% 至 100%)，作为香港市民的安全网，这正是目前公营体系所提供的基本医疗保险服务，其中包括由萨马利亚基金 (一个政府特别基金，为经济援助贫穷病人，以应付他们无力支付的公营医院「自资购买医疗项目」) 支付的项目。属于此项目的服务应予以定期检讨和更新，以确保低收入人士得到有效治疗。
- (二) **第二支柱服务：**由用者和政府共同承担，它是第一支柱服务的加强部分，包括具创意的长期护理服务在内。政府给予这些服务的补贴率平均是 50%。为了公平对待那些无力支付第二支柱服务的人士，其运作原则是：政府对第二支柱服务的补贴 (以实质金额计算) 通常不应高于同类第一支柱服务的补贴。在特殊情况下，政府 (或其特任组织) 可以偏离此原则，例如为病人购买在疗效上有需要和有实证的新药等。
- (三) **第三支柱服务：**将不获政府补贴，它是用者自付的医疗项目。用者可以选择是不是使用，亦可通过个人储蓄或私营保险支付。

45. 我们建议第一支柱和第二支柱服务组成如下：

### (一) 第一支柱服务

第一支柱服务用以解决香港市民的基本医疗需求，提供高成本效益的治疗，从而保护和促进个人和全民健康，及早发现和检查疾病、残障问题，并要确保香港市民不会因财政问题而无法获得必要的医疗服务。

第一支柱服务基本上覆盖目前公营部门所提供的服务，包括医院管理局提供的住院和门诊服务、卫生署提供的基层医疗服务等。第一支柱服务的范围和质量不会低于市民今天可以得到的水平，这些服务仍会是香港医疗体系的基石。

### (二) 第二支柱服务

第二支柱服务将会鼓励疾病的预防、提升个人责任和改善医疗服务的可及性。它的宗旨是要为用者提供更多选择和更优质的服务，包括疗程、药物、指定的服务提供者、设备等。它是在现存有大量补贴的医疗安全网之上，透过共同承担的方式推行。

第二支柱亦是关于改变病人行为和文化，希望鼓励用者采纳健康的生活行为，为自己的健康承担更大责任，同时提供更多选择和使用医疗服务时应更加审慎。

再者，第二支柱亦会加强基层医疗服务，提升公众的健康和疾病管理，这包括资助疾病的预防和检查，从而减低对治疗的依赖。第一和第二支柱的分别，可视为政府对两者补贴的差异，希望个人能承担较大的责任感，为自己的健康着想。透过积极行动和建立经济诱因鼓励疾病预防，为踏入老年时的健康和生活质素作准备，务求有一个健康的退休老年。它有助个人去计划和建立财政能力，以获取及支付退休或 65 岁以后的医疗服务需要。为达成这个目标，第二支柱的加强和增值服务，会提供诱因使个人能负起共同责任及参与退休后的计划和储蓄。

我们提出第二支柱服务可分为三种类别，分类如下：

(1) 基层医疗扩展服务，包括：

- 推广家庭医生服务，例如为新生婴儿和母亲建立个人健康档案，这是一项健康评估咨询，藉以此鼓励他们与家庭医生维持持续关系。研究小组建议政府考虑推行资助计划，为每个新生婴儿和母亲启动健康档案及提供有关的费用，有助母亲更好地了解预防医疗和家庭医学，并日后为幼儿提供适当的健康咨询；
- 额外的以循证为本、按年龄划分的健康检查或评估，以及疾病预早觉察服务；
- 针对某些指定的疾病，利用认可的高成效治疗方法订立「疾病管理计划」；及
- 可对指定服务选择服务提供者 – 公营机构（卫生署，医院管理局）及采用家庭医药理念的私家医生。

(2) 长期医疗护理服务(须受以下例如范围、程度、水准和服务的地点等因素的政策检讨监管)，包括：

- 扶养护理；
- 家居助理与社区护理服务；
- 特别膳宿和设施，改善长者长期护理服务的可及性；
- 善终服务和缓和治疗；
- 持续康复服务，包括长期住院复康、日间复康中心和社区复康等服务；及
- 家庭探访式的医疗护理服务。

(3) 扩展的第二及第三层医疗服务，包括：

- 给使用者以下选择：新诊断和治疗方法，包括化测、放射检查、干预治疗程式、药物、消耗品、义肢及其他治疗所用的附件和小仪器。相对于传统诊断和治疗方法，这些治疗和产品的疗效优点仍未得到完全临床证实，亦不属于第一支柱服务范围。这些类别包括众多产品或服务，例如：
  - ◆ 一些「自资购买医疗项目」(PPMI) 和自费项目，例如超出第一支柱服务正常范围(非常规或特殊的义肢接驳)的药物和特殊外科用的损耗品；
  - ◆ 对一些新发展的诊断和治疗方法增加选择和可及途径，特别是那些临床益处不明显、或其优点还未得到临床证实的手术，例如那些跟传统外科比较，还未能证实其优越性的微创手术；
  - ◆ 第一支柱服务范围外的特殊手术类型，例如治疗病态肥胖症的胃绕道手术；及
  - ◆ 仍有待评估的新技术，例如机器人手术。
- 更佳的病房设施；及
- 较短的非紧急医疗轮候时间。

### (三) 第三支柱服务

第三支柱服务是指政府不予以补贴的私营服务，包括应该由个人负责费用的普通科门诊和一些不治疗也不会引发不良后果的治疗、护理或服务。例子包括改善或维持生活方式的服务、美容疗程、中央药物名册外的药物、辅助生育、一些牙科护理和配眼镜的服务。

当然一些使用者有可能选择到私营医疗机构，接受第一或第二支柱服务。在这种情况下，他们需要自行负担全部费用。

46. 我们预料到日后决定第一或第二支柱的服务范围将会引起不少争议。因此，我们建议成立一个指定组织负责这项工作。该组织须因应人口和病症转变、新科技发展、社会价值观（可透过公众谘询）及政府财政状况等不断作出微调。当第二支柱服务须转移到第一支柱时，这方面尤其重要。

## 强化基层医疗服务

47. 香港要建立高效的医疗系统，我们认为必须加强和维护香港的基层医疗服务。因此，我们建议政府考虑并实施下列事项作为改革创议的必要部分：

- (一) *促进社区网络的建立* - 通过组成跨专业团队提供整体的基层医疗服务，以及由执业中医、牙医、护士、药剂师和辅助医疗人士认可的注册基层医生共同合作；
- (二) *建立基层医生名册* - 最初可以包括任何承诺并声明从事家庭医学的医生或牙医。虽然日后注册要求会比较严格，有关要求可按同业意见、使用者的期望和制度的衍化等；基层医生的注册可以置于香港医务委员会下，类似现有的专科医生名册；
- (三) *实施认可服务提供者的质量保证机制*（可以是自我审核、同行审核或由一家认可机构审核）。对未来参与获政府补贴的扩展基层医疗项目的服务提供者，这是其中一项要求；
- (四) *推广以生命阶段作基础的健康检查计划* - 按医学验证及业界的共识，定出成年人和长者健康检查所得到不同程度的政府补贴；
- (五) *发展紧密无缝的基层医疗、预防医疗、第二层医疗的系统，并配合便携式电子病历*，以便基层医疗服务提供者能更有效地帮助患者获得最适当的医疗服务，以及有需要时和专科医生联络。这类便携式电子病历的首项输入资料，可以从「医疗评估谘询」的档案获取；及
- (六) *提供资源和拨款训练家庭医生、护士和其他护理人员*，提升香港的基层医疗水平。

## VI. 不同融资途径的比较

48. 分析过各地现存的各种医疗融资模式、香港医疗系统的需要和现时香港以税为本的融资制度，我们认为香港拥有一套高效率及有效的医疗制度，是以税为本的制度为香港市民提供基本的医疗服务（第一支柱服务）。不过制度的扩展能力有限，政府的财政无法资助香港未来医疗的全部需要。假如没有新资金引入，香港的公营医疗系统将不能持续发展。

49. 研究小组建议，在以税为本的融资基础之上，建立一个医疗储蓄计划，以确保香港市民累积存款，为未来医疗需要未雨绸缪，尤其是他们退休后的需要。此计划对在职人士是强制性的（低收入者可获豁免）。虽然第一支柱服务将继续提供基本服务的安全网，但我们希望香港市民能对自己的健康提高警觉，承担责任及提供自我照顾的诱因，特别在疾病预防和及早检查方面，到晚年时期更为重要。假如我们无止境地随意使用医疗服务，注入再多的资金及资源亦无济于事。

50. 研究小组曾小心考虑以医疗保险取代强制性的医疗储蓄。虽然保险能提供风险分摊的功能，对保障个人面对危疾方面尤其重要，但香港某些现存的医保产品却有以下缺点：

- (一) 保费往往不能预测，每年保金会因应医疗通胀和往年的医疗索偿而大幅变化；
- (二) 保费会因年龄和个人的固有病历而大幅增加；
- (三) 能提供足够保障给 65 岁或以上人士的产品的保费非常昂贵；
- (四) 低保费的产品不能提供足够保障；
- (五) 预防和及早检查的服务通常不包括在内；
- (六) 保险公司会按风险作出选择，例如精神病、先天性疾病和没有明确定义的疾病不受保；及
- (七) 行政和经纪费用甚高，令到服务提供者的实际金额大打折扣。

51. 再者，由于道德风险（提供者或消费者并无诱因去审慎地运用资源），医保制度下的使用量往往会增加。保险制度（就算是强制性的社会医疗保险）是一种「随收随付」的制度，（即是说年轻的在职人口需要供款而退休人口则不需要），它本身不能解决跨代公平的问题（即是说随着老年人口的增长，年轻人士需要供付一个薪金比率较高的款项）。

52. 我们亦考虑过成立「入息挂钩的医疗税」。这个选择能提供有高度稳定性的款项来源，其相关行政费偏低的，它亦能提供相当的风险分摊，可以用作对长者及危疾的保障。但此融资方式属累退性质，计划大抵不会为市民接纳。再者，它本身并不鼓

励个人承担责任和慎用医疗资源。和保险一样，税制是「随收随付」的制度，亦不能解决跨代公平的问题。

## VII. 医疗储蓄的特点

53. 相对而言，强制性的医疗储蓄能更有效促进行为改变，促进健康和制度的持续性，而没有医疗保险或医疗特定税的缺点：

- (一) 医疗储蓄的供款可以预知；
- (二) 供款者在职时累积款项于退休后使用；亦能进一步促进个人的健康责任感，令晚年更健康；
- (三) 供款者可动用其储蓄户口购买预防性的医疗服务及被认可的保险计划，保障包括危疾、65岁以上的住院服务和长期护理服务等；
- (四) 供款者会审慎地使用自己的医疗储蓄户口购买医疗服务。
- (五) 医疗储蓄能有效地处理跨代公平问题。此种措施特别适合香港社会：老年人口将会从现时 12.1% 升至 2036 年的 26.3%；<sup>20</sup>

54. 经过详细地比较，我们建议的「医疗储蓄户口」可辅助香港目前行之有效的「以税为本」融资模式。我们认为此计划将为香港市民带来更大益处。

55. 医疗储蓄计划的重点如下：

### (一) 基本原则

- (1) 促进正确的求医行为，加强预防令医疗资源更审慎地运用；
- (2) 提高个人对自己健康的认知及责任感；
- (3) 确保市民获得所需的长期护理并安享晚年；
- (4) 为消费者提供更多选择，包括疾病管理计划及新技术；及
- (5) 辅助以税为本的融资制度，来保持现行制度的效率和可持续性。基于以下原因，现行制度长远而言可能不足以应付需求。
  - 人口老化：老龄人口增多，纳税人口将减少；
  - 新技术和新药物的需求；及
  - 香港继续保持为低税制。

### (二) 户口持有人可获得的益处

在此计划下，户口持有人：

- (1) 会得到政府的可观补贴，以便购买第二支柱服务包括保健服务、检查和疾病预防（目前这些服务并未得到任何补贴）；
- (2) 可从政府认可名单中，选择服务提供者，包括私营提供者；

---

<sup>20</sup> Census and Statistics Department 2004, *Hong Kong Population Projections 2004-2033*, Hong Kong Special Administrative Region Government.

- (3) 可从认可私营提供者获得迅速的治疗，只需从本身户口内支付补贴后的费用；
- (4) 可用其户口资金支付第一支柱服务，也可在公立医院时购买「用者自付的医疗服务」和「医管局药物名册」以外的药物；
- (5) 可动用部分户口结余购买政府认可的医疗保险计划；
- (6) 户口的资金可获得免税优惠；及
- (7) 户口的款项会随参加者的在职年份增加，令户口持有人退休时对医疗服务需求最大时，具更强的财政能力。

### (三) 资金使用

「医疗储蓄户口」的资金可以用于支付：

- (1) 第一支柱的收费；
- (2) 有补贴的第二支柱服务。只有户口持有人才可获得政府补贴；
- (3) 65岁后购买第三支柱（没有补贴）服务；及
- (4) 经政府核准的保险计划，例如 65岁后的住院计划、长期护理计划，可能包括一些适用于 65岁前的危疾保险计划等。本地保险公司已对发展此类产品表示兴趣。

### (四) 参与者

- (1) 所有香港居民都合格参与此计划。对于在职人士来说，这个计划是强制性的，而低收入者可获豁免；及
- (2) 参与计划的供款者可以通过其「医疗储蓄户口」，为直系亲属支付指定服务的费用。

### (五) 行政

- (1) 现行的强积金制度将可用来筹集参与者的供款资金并确保计划得到执行，以减少成立新机构及未来的交易成本。我们已觉察到公众对于强积金高行政费用的关注。我们预期在系统成熟时和在引入更多竞争的情况下，行政费用将会下降；
- (2) 多种的基金管理模式（有关风险、回报和行政费用等）可供参加者选择；及
- (3) 成立一个新的处理付款机构，以便处理及扣除个人户口的资金，及支付医疗服务费用。保险公司可能对提供此类服务感兴趣，研究小组建议可采用现时保险业的支付制度。

### (六) 供款

- (1) 要令该计划切实可行，在职人士的供款率应介乎 1%至 5%之间。我们建议供款率为 3%；
- (2) 收入极低人士将获豁免供款，而对高收入者的供款亦设有最高限额。按现时强积金的规定，每月要供款的最低和最高月薪分别为

\$5000 和\$20,000。因应社会的关注和民意，研究小组建议医疗储蓄供款的入息下限上调至\$8,000；

- (3) 应鼓励雇主自愿参加供款，特别是那些未为雇员提供医疗保险的雇主；
- (4) 允许自愿式每月供款或一次过供款，以加速储蓄；及
- (5) 为防止户口结余储蓄积累过高，政府过量补贴及避税的情况出现，每户口均会设定最高供款额。

#### (七) 提款

- (1) 户口持有人或其直系亲属均可从其户口提款，购买指定核准服务；  
及
- (2) 参与者逝世后，未用的结余将被视为参与者遗产的一部分。

56. 研究小组同时建议，政府应鼓励大小雇主为其雇员购买适当的医疗保险，更好地照顾雇员的医疗需要。雇主和雇员共同承负担，乃推行医疗融资的关键所在。

## VIII. 制度安排

57. 要达到医疗改革的目的，发挥汇集的财政资源的最佳效用，同时确保持新制度的持续性，必须有一套有效的制度安排才能发挥医疗体系的各项功能。有四个重要功能—管治，采购，支付，和服务提供—必须要有指定组织负责，而设计这些组织时必须确保其职责明确，分配有道，以便执行有效。

同时确保有持续效能的医疗体系的表现，我们必须有一套综合和有效能的制度安排去执行此体系的四种基本功能。此四种功能必须有效的组织起来，而整个决策过程必须要有透明度、公众参与和包容性，亦应兼顾主要持份者的参与。此等功能需要由有明确界定职责的特定机构去执行：

### (一) 导航

良好的医疗系统领导管理可以帮助政府医疗当局有效的达到医疗系统的主要目标。有效的领导管理有三个基本工作：为医疗系统的愿景和方向制订医疗政策；运用法规去发挥影响力；和利用客观数据和资料去指出界别的问题，从而监察及考核界别的表现。<sup>21</sup>这个方法可以帮助建立一个更健全的跨界别的伙伴关系，争取有关团体的政治参与，从而加强医疗系统的有效运作和表现。

我们建议成立一个特定组织（例如医疗委员会），向政府建议有关策略和政策方向、医疗准则、第一和第二支柱服务的内容及搜集统计数据和讯息等。这个组织的成员应该尽量有相容性，务求有主要持份者的参与。另外，决策的过程应该要有透明度，制订建议和草案时应该探求公众意见。

### (二) 采购

购买者的功能应与提供者的功能分开。在医疗方面，购买者与提供者职责分离的概念今天有多种不同形态或策略，由外判式至向外采购式和以执业为基础的委托至表现为基础的管理等模式。但他们的基本原则是相同的：要求提高物有所值、保证医疗资源的有效使用，因此在提高医疗系统的表现，目标是不变的。其实，研究显示在改善医疗质量时，购买者是可以扮演一个重要角色<sup>22</sup>。

我们设想医疗服务的提供者或机构与购买者的角色应该清楚分开，这样不仅为公营机构服务提供者带来更多竞争，也为私营机构服务提供者参与第一和第二支柱病人服务提供更多机会。只要服务标准和收费细则符

---

<sup>21</sup> WHO. 2002. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization. Available: <http://www.who.int/whr/2000/en> (accessed 29 May 2007).

<sup>22</sup> Bott J. 2002. The Effectiveness of Various Financial Incentives for Improving the Quality of Health Care: The Perception of Purchasers. *Abstract of the Academy for Health Services Research and Health Policy Meeting*; 19: 4.

合要求，采购机构有权引导病人使用私人机构的服务。这样一来公营机构和私营机构之间的平衡可以得到改进。对病人而言，意味着优质医疗服务可及性的改进。

我们建议为公营部分成立一个机构从事采购，负责采购功能，包括决定公共资助医疗服务的范围和程度（例如：数量）、为不同服务类别和用者类别制订的收费表（即是折扣和补贴比率）、对不同提供者针对不同服务类别制定适当的付款机制、批核向私营部分购买的外判计划等。作为一个采购者，此采购组织应该根据订明的标准与条款，监察提供者的表现与质量。

### (三) 支付

收集医疗储蓄户口供款的行政费可以是十分昂贵的。为减免高昂的起收费和摊分收集功能的必需费用，我们建议利用现存强积金的系统，去向医疗储蓄户口收取供款，这是一个双赢的局面，为各有关团体减省行政费用。

我们建议成立一个新的机构去处理支付事宜。这机构负责所有治疗支出和有关索偿的帐户事宜（包括收款、仲裁、处理等），并向户口扣除所需的支出。我们将会寻求保险界的合作和服务。

### (四) 医疗服务提供

医疗服务的提供有赖于私营和公营部门共同合作。医管局为政府资助和补贴的医疗服务的主要提供者。其他医疗服务的提供者包括卫生署、核准及注册的私家医院、诊所、化验室及其他被采购机构指定提供第一和第二支柱服务的医疗机构及专业人员。

医疗服务的提供者或机构与购买者应该分开。这种分离更能吸引公营部门与私营机构的合作，去改进服务的可及性或者为病人提供更广泛的服务。公营部门与私营机构多方面的合作也可改进第一和第二支柱服务的可及性。

## IX. 结论

58. 我们建议香港未来的医疗发展和融资应该集中达成以下目标：

- (一) 达致更佳的健康，特别着重预防和共同责任；
- (二) 特别为长者及长期病患者改善优质医疗服务；
- (三) 改变个人、政府及提供者的行为模式，以确保制度的效能和持续性。

59. 在坚持平等、服务可及性、互相关爱和共负责任、高效率、高质量及多选择的前提下，为达到香港医疗制度改革的目标和核心原则，我们建议以下几方面的改革重点：

- (一) 建立一个新的「三柱制」**医疗制度**去确保现有的优势及达到改革的目的；
- (二) 建立新的融资制度，包括引入「**医疗储蓄户口**」计划，加强用者的财务支付能力和增加用者对医疗服务的选择；
- (三) 强化**制度安排**以改善医疗服务的质量、增强服务的可及性及优化物有所值的目标，从而促进健康。

60. 上述的建议是建基在以下的认知：一个有效能和可持续的医疗体系，除了必须顾及医疗服务的额外拨款，我们亦需要确保融资方案能提供正确的诱因，使用者能正确享用医疗服务，使政府能有效率的拨款，以及令提供者能有效能的提供所需服务。同样重要的是，我们需要有效能的制度安排，推动改革，领导医疗体系达致一个既公平，又可持续及有效率的医疗系统，为大众谋福利。

61. 虽然我们认为建议应该全面推行，以上各点并不一定要同步执行。医疗及其改革是十分复杂的，更多的辩论和检讨是不能避免的。希望我们的建议能引动有理据的讨论，从而达致一个共同承担的最佳发展方案。

62. 自《初步报告书》发表之后，我们举办和参与了无数次的公开和媒介研讨会，介绍我们的建议，以及回应公众与主要持份者的疑问与关注（见附录 II）。从谘询过程中，我们觉得社会已逐渐形成一个共识，大家都认为有迫切性去改革现存的医疗体系，但同时亦清楚理解大多数人希望采用一个渐进式的改革，而不是用一个突变式的方案。

63. 所以，我们建议一个分阶段渐进式的方法去改革香港的医疗体制。政策的实施需要将大量的细节内容规划出来，因此，改革应先从社会有共识和有高预期成效的项目着手，而阻力部分亦会减至最小。为达致这个目标，我们建议制度改革应先于融资改革，亦即是说：领导管理的角色应首先加强购买者与提供者的职责分离概念，应该

推行、强化基层医疗应该加速、公众与病人参与其健康和医疗应该鼓励、公私营伙伴合作应加快发展。上述各点应该在现有架构里逐步推行，长远而言，我们需要加强制度改变才能推动上述之建议，而更进一步的改革例如医疗储蓄户口计划，以后可以慢慢推展出来，顺应公众与主要持份者的意见和得到他们的支持。

## 医疗研究小组 成员名单与工作范围

### 成员名单

- 
- |    |  |                                 |
|----|--|---------------------------------|
| 1  | 陈德霖先生 (召集人、至 2007 年 6 月 30 日止)<br>Mr Norman Chan | 智经研究中心主席(至 2007 年 6 月 30 日止)    |
| 2  | 李国栋医生(召集人、由 2007 年 7 月 1 日起)<br>Dr Donald Li     | 智经研究中心顾问(召集人、由 2007 年 7 月 1 日起) |
| 3  | 区结成医生<br>Dr Derrick Au                           | 九龙医院行政总监                        |
| 4  | 陈鉅源先生<br>Mr Thomas Chan                          | 新鸿基地产发展有限公司执行董事                 |
| 5  | 郑崇羔医生<br>Dr Charles Cheng                        | 香港浸会医院董事会主席                     |
| 6  | 庄绮雯女士<br>Ms Rachel Chong                         | 三十会执委会成员                        |
| 7  | 锺惠玲博士<br>Dr Margaret Chung                       | 再生会荣誉主席                         |
| 8  | 葛菲雪教授<br>Prof Sian Griffiths                     | 香港中文大学公共卫生学院院长及教授               |
| 9  | 许晓晖女士<br>Ms Florence Hui                         | 金融界                             |
| 10 | 李国麟博士<br>Dr Joseph Lee                           | 香港公开大学护理学课程主任                   |
| 11 | 李伯伟先生<br>Mr Lee Pak Wai                          | 医院管理局总药剂师                       |
| 12 | 沈茂辉先生<br>Mr Michael Somerville                   | 香港工商专业联会医疗委员会主席                 |
| 13 | 邓惠琼教授<br>Prof Grace Tang                         | 香港医学专科学院主席                      |
| 14 | 陶黎宝华教授<br>Prof Julia Tao                         | 香港城市大学公共及社会行政学系教授               |
| 15 | 杨家声先生<br>Mr Yeung Ka Sing                        | 香港房屋协会主席                        |

#### 顾问

- |   |                           |                 |
|---|---------------------------|-----------------|
| 1 | 廖锡尧博士<br>Dr Geoffrey Lieu | 医疗政策研究学院创办人     |
| 2 | 阮博文教授<br>Prof Peter Yuen  | 香港理工大学公共政策研究所教授 |

## 工作范围

---

多年来医疗改革已在政府的日程内，但是公众对以前各种建议并不表示强烈支持。最近，社会又发觉改革医疗制度有迫切需要，医疗服务和融资改革要确保全民能继续获得并能负担的医疗服务。所以，香港要对其未来医疗改革需要和选择作出一个重点评估，目的是要发展出一套整体性的政策，为未来医疗发展和融资作指引。

医疗研究小组考虑了上述要点，并顾及政策的漏洞和议题，认为我们必须面对和迎合香港市民（特别是年老长者）未来的医疗服务和融资要求，小组将会：

- 「一」检视、讨论及提出适合于香港的一套医疗服务特质和发展的纲领；
- 「二」确认一套诱因系统去引导和加强医疗持份者的理想行为；
- 「三」建议一个融资模式（包括支付选择和供款机制）促进一个有效率、以使用者为本和财政可持续的香港医疗制度的发展；
- 「四」建议一些适当的制度安排，促使一套理想的医疗制度可以有效实行。

## 主要持份者对初步报告书的意见、问题和回应

在研究的过程中，尤其是在发表了初步报告书和 6 月 23 日的医疗改革研讨会之后，本中心收了来自不同途径的个人和团体的回应。我们对初步报告书作出修改，将主要持份者的意见和问题的回应都纳入到最后报告书中。

---

### 意见和问题

### 研究小组的回应及 收录在最后报告书的改动

---

#### 关于报告的重点：

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. 香港的医疗体制正面对甚么挑战？ | 香港的医疗体制正面对的主要挑战是：<br>(1) 若干常见疾病的发病率正在上升；<br>(2) 应付人口结构转变的能力有限和不足；<br>(3) 预防疾病服务发展不足；<br>(4) 健康意识及个人对自己健康的责任偏低；及<br>(5) 持续改善医疗的质量。 |
| 2. 改革的最终目标是甚么？     | 改革目标旨在：<br>(1) 改善市民的整体健康；<br>(2) 提高医疗服务质素；及<br>(3) 促进制度的持续性和反应能力。   |
| 3. 你们主张的核心价值为何？    | 本研究用以下的核心价值作为建议的依归：<br>公平、可及性、效率、质量、选择、互相关怀及共同承担。   |
| 4. 改革的指导原则为何？      | 改革的指导原则是：<br>(1) 改变个人的行为；<br>(2) 改变政府的行为；和<br>(3) 改变服务提供者的行为。   |

#### 关于「三柱制」的架构：

5. 有些人认为第一和第二支柱服务的界定不清楚，从而使「三柱制」的可行性受到质疑？

「三柱制」是应香港社会不同和多元化的需求。它是将香港市民的安全网制度化，加强使用者的财务能力和选择权，鼓励用者、提供者与政府的正确行为模式，以加强体制的表现和持续性。「三柱制」会增强系统的竞争、选择和能力；亦照顾及回应消费者的诉求。

第二支柱的重点是为加强预防医疗服务，并确保年老人士仍可享受优质的医疗服务。第一和第二支柱的分别在于政府的补贴差别，藉以鼓励市民承担和照顾个人的健康。用意就是用正面的方式及财政诱因推广预防、健康及优质生活，让市民退休后的生活可以更健康。

6. 第二支柱会令政府减少第一支柱的服务吗？第二支柱会否成为削减基本服务经费的借口？

我们建议第一支柱继续作为香港市民的安全网。同时，其服务的范围和质量不会低于他们现时得到的水平。

有实证或有益的第一支柱基本医疗项目会继续得到政府的高度补贴。另外，我们建议定期检讨第一支柱服务的质量及萨马利亚基金，以确保社会的需要能得到有效的回应。

我们建议采购者与提供者的职责应明确分开，使采购者能委任公营和私营提供者，或与他们订约有关服务，从而加强物有所值，令使用者正确及方便使用第一和第二支柱服务。

我们预期日后如何去制定第一和第二支柱服务之范围将会有争论。因此，我们建议成立一个有透明度及持份者参与的指定组织去负责这项工作。该组织须不断留意人口和病症的转变，新科技的发展，社会价值观，及政府的财政状况等订出服务的优先次序。

通过这个制度安排，决策过程理应有高透明度：有主要表现指标及政府拨款的分类。

## 关于医疗储蓄账户计划

7. 医疗储蓄户口计划的目的是基本原则是为何？

医疗储蓄户口是为市民退休后的医疗需要作出预先计划，和要市民为自己健康承担部分责任。当有需要时，户口持有人可以用其户口资金去支付第一和第二支柱服务，包括预防性的检验。

虽然第一支柱提供香港市民的基本医疗安全网，市民也应对自己的健康提高警觉及承担部分责任，特别是在疾病预防方面及在年老时期。

行为改变是非常重要的。如果医疗服务是随意使用，更多拨款和资源都会不足够。

此计划的基本原则是：

- (1) 促进正确的求医行为，加强预防及导致更有效地使用医疗资源；
- (2) 提高个人对自己健康的认知及责任感；
- (3) 确保能得到所需要的长期护理及一个健康的晚年；
- (4) 为消费者提供更多选择，包括疾病管理计划及新技术；及
- (5) 补贴现时以税为本的融资模式，目的在保存现时有效和可持续的系统。长远来说，以税为本的融资模式大有可能不足够，因为：
  - 人口老化：老龄人口增多，纳税人口减少；
  - 新技术和新药物的需求；及
  - 香港继续保持为低税制。

8. 如果月入\$5,000 或以上就要供款的话，医疗储蓄将进一步削减低收入者之入息。

考虑到社会之关注和公众意见，我们现在建议月入最低水平应上调至\$8,000。我们鼓励雇主自愿参加供款，特别是那些未为雇员提供医疗保险的雇主。

9. 对户口最低结余的要求应该取消。

我们已经取消户口最低结余的规定。

10. 应该为医疗储蓄户口持有人提供低

我们建议可有多种的基金管理模式 (有关风

行政成本的医疗储蓄基金。

险、回报和行政费用等)以供参加者选择。

## 关于医疗保险和医疗税收的选择:

11. 有人认为医疗储蓄户口不能达致风险分担的效果，而高昂的危疾治疗费用会令户口结余迅速用光。故此香港应在社区层面推行医疗保险计划，或者准许户口供款人动用医疗储蓄户口资金去购买医疗保险。你们有否考虑过医疗保险计划和强制性储蓄哪个会更好呢？

我们强调：现时的安全网仍会保留，而医疗储蓄户口的参加者仍可享用公共医疗服务。

我们曾小心考虑利用医疗保险去取代强制性的医疗储蓄。虽然保险能提供风险分担的功能，对保障个人面对危疾有其特别重要性，但医疗保险不能促进善用医疗资源的行为，亦不能解决跨代公平的问题。

香港某些现有的医保产品有以下不足之处：保费往往不能预测，每年可能有大幅变化；保费可能会因年龄和个人的固有病历而大幅增加；能为 65 岁以上提供合理的医疗保障产品，保费往往十分昂贵；低保费的产品往往不能提供足够保障；检查和预防服务通常是不受保；及行政费用高昂。

12. 医疗储蓄户口的资金可以购买那些保险产品？

我们建议户口的资金可以购买经政府核准的保险计划，例如 65 岁后的住院计划、长期护理计划，及可能包括一些适用于 65 岁前的危疾保险计划等。本地保险公司已对发展此等产品表示兴趣。

13. 可否征取收入相关的医疗税作为香港医疗的融资方式？

我们亦曾考虑过采用入息挂钩的医疗税。这个选择能提供一种有高度稳定性的款项来源，其相关行政费较低，它亦能提供相当有效的风险分担，可以为危疾病人及长者提供保障。

但此融资方法大抵不会为市民接纳。再者，它本身并不促进个人责任感和慎用医疗资源。与保险一样，税制是「随收随付」的制度，亦不能解决跨代公平的问题。

## 关于基层医疗服务:

14. 应把中医师纳入基层医疗队伍内。

我们建议政府建立社区网络，通过包括由中医、牙医、护士、药剂师和辅助医疗人士和认可的注册基层医生的合作，成立跨专业团队，提供整体性的基层医疗服务。

15. 基层医疗提供者的培训应该获得支持和资助。

我们建议政府提供资源和拨款训练家庭医生、护士和其他医疗人员，以提升香港的基层医疗的水平。

### 关于制度上的安排：

16. 对提高现有医疗体制的效率有何建议？

我们其中一项改革建议 – 清晰界定采购者与提供者的职责用以提升提供者的效率和质量。我们预期采购者与提供者职责的界定和分开，不单可为公营部份的提供者形成竞争，亦可给私营提供者多些机会为病人提供第一或第二支柱服务。

采购机构有权把病人转往私营的提供者（若他们能达到水平和费用准则的要求）寻求服务。这样可改善公私营部份的平衡，而在病人而言，他们亦可更容易获取优质医疗服务。

17. 谁将会是购买者？

我们建议为公营医疗服务成立一个采购机构，负责采购功能。此采购组织应该根据订明的标准与条款，监察提供者的表现与质量。

18. 会否考虑保险公司作为支付机构？

我们建议成立一个新的机构去处理支付事宜。我们建议寻求保险界的合作和服务。

### 关于改革的实行：

19. 因为政府需要做很多细节的工作，建议才可以落实，故此人们担心改革会推迟。

虽然我们认为上述建议应全面推行，我们亦觉得以上的建议并不一定要同步执行。为了实现目标，我们建议一个分阶段渐进式的方法去改革香港的医疗体制。