

# 香港未來醫療發展及融資

## 報告書

智經研究中心

醫療研究小組

2007年8月

香港

# 目錄

I. 引論.....	2
改革需要.....	2
醫療研究小組聚焦.....	3
研究目標和指導原則.....	3
II. 香港醫療服務提供和融資.....	5
以往改革回顧.....	6
壓力點和關注重點.....	8
III. 改革指導原則.....	12
IV. 改革選擇.....	13
以稅收為本模式.....	13
社會醫療保險模式.....	13
自願式私營醫療保險模式.....	14
醫療儲蓄模式.....	14
研究結果.....	15
V. 建議：新醫療模式.....	16
「三柱制」醫療制度.....	17
強化基層醫療服務.....	20
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.....	30
附錄II 主要持份者對初步報告書的意見、問題和回應.....	32

# I. 引論

世界各地的醫療系統都面對愈來愈大的挑戰：這就是如何改善醫療服務的可及性、提高質量和控制醫療成本及開支等。市民和決策者所要求的是物有所值、有協調性和高度重視健康及疾病預防的醫療服務，以及縮短輪候時間和容易取得資訊。各地政府均為此探討或推行各種醫療服務和融資制度改革，以面對社會不斷變遷所帶來的需求。

2. 香港的醫療制度享譽國際。由於香港的生命統計數字和卓越醫療專業表現（包括低嬰兒死亡率、高平均壽命、醫療人員訓練有素且具專業水平、市民更可享受廉價的公營醫療服務等），令其醫療系統在國際間擁有領先地位。

## 改革需要

3. 正如很多其他地方，香港的醫療體系是分散的，而且不以病人為中心，亦不著重基層和第二層醫療的整合。該體系正面對以下的**挑戰**：

- (一) **某些常見疾病的發病率正在上升** – 雖然香港的人均壽命率和嬰兒死亡率有優異的表現，一些常見疾病的發病率(例如糖尿病和不同種類的癌症 – 香港的頭號殺手)都在持續上升，加重醫療負擔。長時間輪候就醫、現代生活的壓力、預防醫療及基層醫療服務不足，均令此趨勢惡化。
- (二) **應付人口結構轉變的能力有限和不足** – 出生率偏低、勞動人口縮減及退休長者的比率增加，導致人口結構轉變，帶來需要處理老年人口內不同年齡組別的不同醫療需求。由於勞動人口縮減，撫養比率相應上升，現有的醫療體系在應付這些新興的需求上，能力甚為有限和不足。
- (三) **疾病預防服務發展不足** – 香港的醫療體系曾被批評為分隔式的系統，令公私營工作量失衡及基層與第二層醫療服務缺乏協調。同時病患者過分依賴治療，不注重個人健康和預防。
- (四) **健康意識偏低** – 公眾過度依賴治療，傾向尋求迅速治癒疾病的方法，令我們相信市民要增加對個人健康的責任感和加強保健意識，並採納適當的健康生活模式。
- (五) **持續改善醫療質量** – 上述挑戰清楚顯示我們必須在不同範疇上改善醫療質量，包括加強效率、增加醫療系統的反應能力、加快採用創新治療方法和預防措施、善用醫療資源、加強系統管理及其績效。這些都是未來醫療發展的重點。

4. 過去所發表的醫療改革建議，正好反映出我們需要發展一個反應性強和可以持續發展的醫療體系。但醫療服務屬公共利益，醫療資源正如我們的環境一樣，應避免誤用和濫用的情況，這樣才得以持續發展這個概念，卻不獲重視。現時社會很少將重點放在鼓勵個人對自己健康負責，改善市民尋求健康生活的行為模式，以及鼓勵善用

資源之上。我們也不大着重影響醫療服務提供者和政府，令他們為香港建立一個高質量、高效能、為公眾提供一個平等、有效率和有效能的醫療體系。

5. 發展可持續的醫療體系是一個清晰可見的目標，但如何引領香港醫療體系持續發展和融資卻並不清晰。雖然融資是建立優良醫療體系的一個重要部分，也是必備條件，其他因素包括社會價值觀、行為模式、清晰的醫療體系目標和對象亦很重要。我們亦需要引入一套綜合機構安排和供款誘因的系統，以促成服務提供和鼓勵正確的行為模式。若不重視這些因素，而草草為醫療體系投入更多資金，可能會造成更大的惡果。<sup>1</sup> 可持續的理念不僅是關於融資問題，亦與價值觀和行為改變和行之有效的制度安排有關。

## 醫療研究小組聚焦

6. 這項研究的目的是要為香港提出一個發展路向，強化香港醫療體系的反應力及持續力，從而可繼續保障和改善市民健康、滿足病患者的需要和期望，並為將來醫療成本上漲作好準備。2006年8月，智經研究中心成立了一個醫療研究小組，在專家顧問協助下展開研究工作。研究小組的成員名單和工作範圍載於報告**附錄 I**。

7. 研究小組仔細分析各項關於香港醫療體系的問題，這包括如何改善系統的有效運作和加強將來的持續力等。小組亦有考慮以下的**重要問題和事項**：

- (一) 為香港提供基本醫療服務和醫療安全網；
- (二) 促進市民健康；
- (三) 研究各種融資方案的可行性，確保所有人都可享有醫療服務；
- (四) 令香港醫療體系既可以回應市民所需、同時市民用得其所需的價值觀和行為模式；及
- (五) 設立有效的制度安排，成功地將現有體系改造為一個公平、有效率、有效能和優良的醫療體系。

## 研究目標和指導原則

8. 在初步報告發表後，從公眾所發表的意見看到（見**附錄 II**），研究小組重申任何醫療改革建議應以病人為中心，並不能單從融資或資金作考慮，而必須著重整體社會人士的健康。香港未來醫療的發展必須朝以下**目標**邁進：

- (一) 強調預防及以共同承擔的方式，令市民有更健康的身體和生活；
- (二) 加強以病人為本的優質醫療服務，尤其是對長者和長期病患者；及
- (三) 透過改變個人、政府及提供者的行為，確保醫療制度的持續性和效用。

---

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

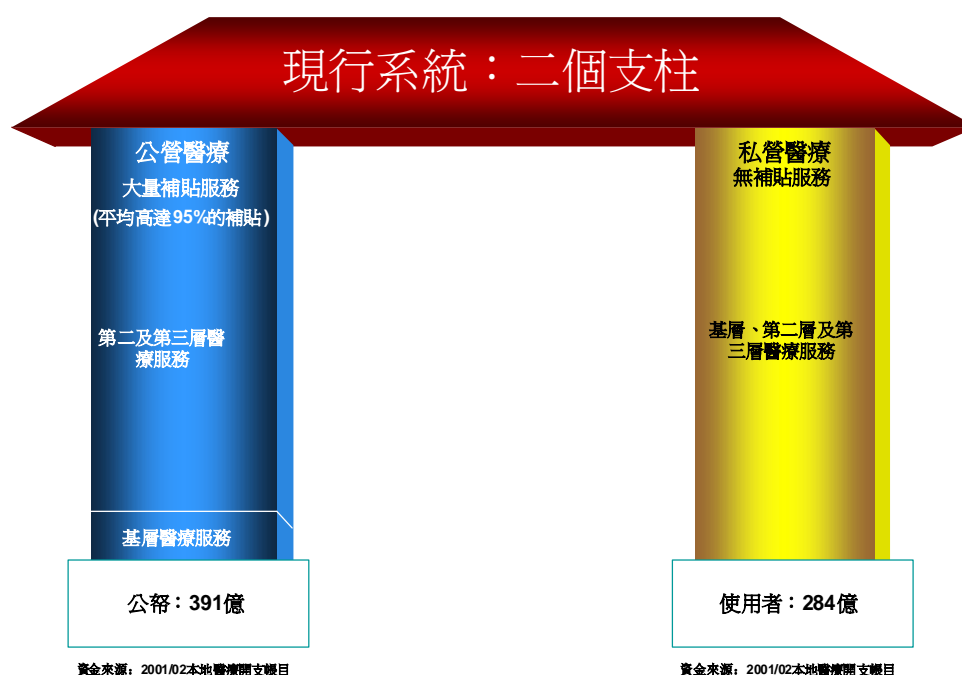
9. 為達致上述目標，這次研究將根據以下**核心價值**作為建議的依據：

- (一) **公平和可及性** – 目前以稅收為本的融資系統應繼續是一個公平和風險分擔的機制，為香港市民提供安全網。新的醫療融資制度應加強跨代的公平性，亦應透過擴展基層醫療服務及採用循證為本的新藥物和技術，改善醫療服務對大眾的可及性。
- (二) **互相關懷和共同承擔** – 我們應改變使用者、提供者和政府的行為，加強互相關懷和強調共同承擔的目標。同時，更多公眾參與亦可改善個人健康和加強系統的功能。
- (三) **效率** – 醫療是社會寶貴的資源，醫療系統應促進及推廣早期預防工作，減低病患者對醫療的需求；並透過有效管理和統籌，適當地利用新科技和更完善的公私營合作，減少資源浪費。
- (四) **質量** – 應重視醫療質量持續改善，並透過認可標準、全人服務的概念和使用由註冊或認可的提供者的服務而達到目標。
- (五) **選擇** – 更具透明度的醫療系統可為使用者提供更多選擇，同時亦培育個人對自己健康的責任感，重視公私營合作發展有系統的合作方式，使公眾有更多選擇。

## II. 香港醫療服務提供和融資

10. 香港的醫療服務方式和融資制度相當簡單（見圖 1）。公營部分是一個以稅收為本的系統，平均 95% 的醫療服務總支出是由政府補貼。私營部分是由個人支付，目前有接近 300 萬人的私營醫療保險分別由個人購買或由僱主贊助。公私兩部分很少有接觸或合作，用者的選擇只可限於公營或私營醫療服務。

圖 1：香港現行的醫療制度<sup>2</sup>



11. 私營普通科醫生提供以基層醫療服務為主的超過 70% 門診服務。此種服務基本上是由病人直接付款，小部分由私營醫療保險支付。公營普通科門診以補貼的價格提供了大約 15% 的門診服務，使用者大部分屬低收入人士和長期病患者。其餘 15% 的門診由私營執業的另類醫療提供者提供，以傳統中醫為主。門診服務的開支約佔整體醫療開支的 50%，其中 75% 的門診費用由病者自付，餘數則由僱主或保險支付<sup>3</sup>。

12. 公營部門提供和支付以第二和第三層醫療為主的專科和住院服務。醫院管理局擁有和管理超過 40 家公營醫療機構，並為香港提供超過 90% 的病牀。醫管局轄下的機構以高度補貼的方式提供全面服務。收入方面，醫管局 90% 以上的收入來自香港特區政府的一般稅收。目前，私家醫院提供了大約 6% 的住院服務<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補貼的公立醫院或診所服務。病人在公立醫院每日只需付 100 元的費用，此金額少於一個在公立醫院急症病人一天平均開支的 4%。除了「用者自付的醫療服務分類」(PPMI) 內的物品和「醫管局藥物名冊」以外的藥物由病人全數支付外<sup>5</sup>，此每日收費包括了所有費用。

14. 大部分的住院及專科醫療服務都是由稅收支付及由公立醫院提供，而大部分的普通科門診服務則由市民私人承擔和由私家醫生提供。這個制度由 1950 年代開始運作至今從沒有改變。此安排曾受不少批評：服務過於分隔分離，以致缺乏協調、公私營工作量失衡、基層與第二層及第三層醫療工作量失衡。長遠而言，此制度無法持續<sup>6</sup>。

15. 在公立醫院系統內，所有醫護人員都是以固定薪金形式獲取其報酬。政府以過去的撥款額和設施為基礎給予醫管局撥款。雖然近年政府開始考慮轉為以人口數量作基礎，但是還未能做到「錢跟病人走」。

16. 現時的制度沒有足夠的經濟誘因，使公立醫護人員積極地回應病人的需要。但制度存在眾多不利因素，例如提供優質服務的單位雖然能吸引更多病人，該單位未必得到更多資源。儘管如此，自醫管局成立後，經過一連串的「管理改革」措施，公營醫院所提供的醫療服務質素已經改善，但支出亦同時大幅增加<sup>7</sup>。近年來，非急症的輪候時間明顯增長，而且情況持續惡化。

17. 2001 至 2002 年度政府的總醫療支出是 391 億元，佔政府整體總支出約 14.5%。大約 90% 的公營醫療款項撥歸醫管局使用。私人醫療開支與政府醫療開支的總數則大致相同。

18. 香港並沒有強制性的醫療保險或醫療儲蓄供款制度。公營醫院的服務幾乎由政府的一般稅收獨力承擔。雖然以工業國家標準而言，香港是全球稅率最低的地區之一，納稅人的比率亦偏低。私家醫院服務則由病人直接付款或透過私人醫療保險支付。

## 以往改革回顧

19. 自 1980 及 1990 年代開始，很多亞洲國家推行了實質的醫療融資改革，但香港並沒有跟隨改革步伐。例如在 1980 年代，新加坡引入醫療儲蓄戶口和危疾醫療保險制度。南韓和台灣亦分別在 1980 和 1990 年代建立全民醫療保險制度<sup>8</sup>。這些改革旨在提供全民式醫療服務，同時逐漸改變醫療服務過分依賴一般稅收的融資模式。

---

<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.

20. 醫院管理局於 1990 年成立，是香港在 1980 至 1990 年代的重大醫療改革，但醫院管理局的成立並非醫療融資的改革。醫管局的成立只是重整公立醫院架構，引入企業管理模式把服務現代化，而沒有改變支付醫院服務的融資方法。醫院服務融資依然以稅收為主。公營醫院系統內亦未引入任何競爭元素。

21. 在醫療制度的長期可持續性受到質疑時，政府就醫療融資改革的討論發表了一系列諮詢建議文件：《促進健康》<sup>9</sup>、《香港醫護改革：為何要改？為誰而改》<sup>10</sup>、《你我齊參與健康伴我行》<sup>11</sup>、《創設健康未來》<sup>12</sup>。以下段落簡介各項主要建議及其實施情況：

### (一) 《促進健康》

醫療融資改革的諮詢始於 90 年代初，一份名為《促進健康》（以彩虹作封面，因此又稱《彩虹報告書》）的諮詢文件於 1993 年發表。該文件提出五項改革選擇：(一) 以實際營運成本的百分比為基礎，提高公立醫院收費；(二) 在公共醫院裡設立一些較昂貴的半私家病房和收取其他費用；(三) 通過政府的註冊，鼓勵私營醫療保險公司設立一些合適的保險計劃；(四) 設立全民強制醫療保險；及 (五) 為公立醫院訂立一張「核心」及「非核心」治療清單：病人若選擇「非核心」治療時，要付全費。

除設立半私家病房和登記私營醫療保險計劃兩項建議外，公眾與大部分的持份者對彩虹報告書的其他方案並不接受<sup>13</sup>。私營醫療保險註冊的計劃亦沒有實行。雖然半私家病房在某些指定醫院作試點推行，亦頗受病人歡迎，由於受到私營醫院的反對，此計劃始終停留在試點階段。

### (二) 《哈佛報告書》

1997 年 11 月，政府委託哈佛大學公共衛生學院重新評估香港的醫療融資問題。哈佛大學專家小組提出了數項融資方案，建議設立一個強制式的醫療保險 (HSP)、針對長期護理的醫療儲蓄及保險 (MEDISAGE)、將龐大的醫管局重組為 12 至 18 個地區「綜合醫療系統」(HIS)，以及一些旨在為改革香港未來醫療服務提供和決策系統的建議。

---

<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.

哈佛報告書引起社會廣泛討論。但最終強制式醫療保險建議並未得到社會支持。多個調查均顯示，少於 24% 的受訪者支持強制式的醫療保險<sup>14</sup>。

### (三) 《你我齊參與健康伴我行》

在 2000 年底發表的一份名為《你我齊參與健康伴我行》諮詢文件，是十年內的第三份政府諮詢文件。由於社會不甚贊同強制式的醫療保險建議，當中提出了名為「頤康保障戶口」(HPA) 的醫療儲蓄計劃，要求每名在職人士到達某個年齡，便要將收入的 1 至 2% 儲入這個戶口，用於將來達到 65 歲時支付公立醫院的醫療服務費用<sup>15</sup>。

由於建議計劃具有很多限制，此建議並未得到公眾或其他持份者支持。低收入人士自然反對，認為此計劃將會進一步減少他們可動用維持家計的收入。但中產人士和高收入者亦不支持，因為除了正常的稅務負擔外，他們還須要額外供款，而此計劃並不能保證他們日後可以得到更佳的服务或更多的選擇。

亦有人質疑 1% 收入的醫療儲蓄供款，能不能對整體醫療融資帶來有意義的作用<sup>16</sup>。對於較高收入者，大筆金額將會被鎖在頤康保障戶口內，而他們又不能用來購買私家醫療服務。

### (四) 《創設健康未來》

政府於 2005 年透過健康與醫療發展諮詢委員會，對未來醫療服務模式發表了一份諮詢文件。雖然此文件並沒有為融資改革提出任何特定建議，文件重新強調基層醫療和家庭醫生的重要性，並釐清了公營醫院的角色是應側重於：(一) 急症服務、(二) 為低收入人士提供服務、(三) 危疾處理和(四) 醫護專業人員的培訓。

22. 對於上述各份諮詢文件的多項建議，公眾明確的意向是支持漸進的改革，大部分人希望保留現存的以稅為本的醫療融資體系。

## 壓力點和關注重點

23. 香港的醫療系統雖然有很多優點，而且資源仍然充裕，整體仍受到重重壓力，公營部分工作量過重、員工短缺日增、輪候時間增加。私家醫院整體規模細小，很容易受到具有主導性和得到大量資助的公營醫院的影響。

24. 正如世界上很多的經濟體系，日益龐大的醫療需求將會對香港醫療體系的持續發展和反應構成嚴重威脅。根據香港統計處的資料，香港人口將會維持一個老齡化的

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

<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.

趨勢，年齡 65 歲或以上的人口比率將會顯著增加，由 2006 年的 12% 上升至 2036 年的 26%。雖然由現在至 2016 年，此增長速度會維持平穩（2016 年時該比率將達 15%），但之後增長步伐將會加速，長者和整體撫養比率亦於同期明顯上升。<sup>17</sup>

25. 很明顯的，維持現狀並不能解決未來用者的需要、要求和期望。我們應該如何為未來做好準備？有三個問題是特別值得關注，它們亦是香港醫療制度改革的重點：

(一) 基層醫療服務和個人健康未得到重視

香港的基層醫療服務的協調並不完善。服務往往是因應發病和以治療為導向，缺乏對疾病的持續處理和預防。極少見到一個綜合性、跨專業、團隊式的醫療模式：由牙醫、護士、藥劑師、輔助醫療人員（包括物理治療師、職業治療師等）與家庭醫學專科醫生互相合作，在社區健康中心裏共同提供一套全面以家庭醫學為本的基層醫療。雖然大部分市民皆採用中醫和西醫，但是兩者的溝通甚少。

病患者的醫療行為和文化主要集中在尋求快速解決的方法，而不是着眼於預防或選擇一些健康的生活方式。公眾對基層醫療缺乏認識和重視。與醫生建立持久的關係並不普遍。事實上，這樣會有更佳效果：加強照顧、增加互信、病人亦會加倍遵從療程。香港的病人大多喜歡「選購」醫生，過分依賴治療，並尋求昂貴的第二及第三層醫療服務。

(二) 第二及第三層醫療服務公私營部分失衡

90% 以上的第二及第三層醫療服務是由公營醫療機構提供。政府給予龐大的資助（大約佔 95%），用者只須付出很少費用便可享受公營醫療，這導致公營醫療承受龐大壓力、引致病人輪候時間增加及員工工作量增加。

這種過分依賴公營醫療，延續了公營醫療的主導性，令到私營醫療難於創新發展，新人難於入行。公營和私營醫療機構可以較公平競爭的局面（因而帶來更適當地使用資源和整個體系的改善）尚未實現。

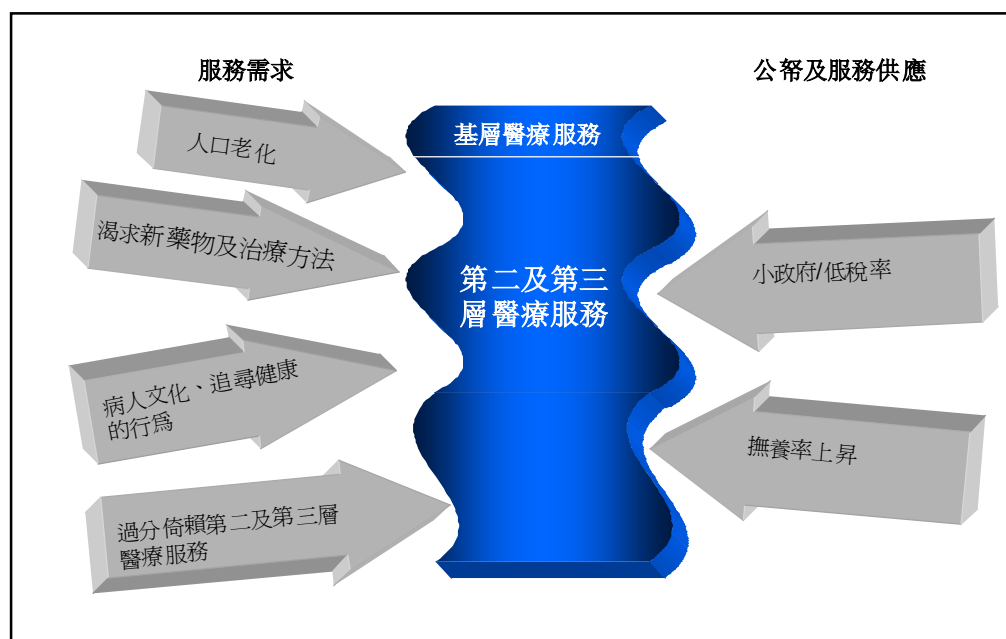
(三) 社會醫療資源能否持續問題

由於社會要為全港市民提供廉價而高質量的醫療服務，此制度的持續性自然受到質疑。基於人口老化、對新藥物及新治療方法的渴求、在「小政府、低稅率」的理念下，未來政府撥款的金額不可能大幅改變，公營醫療服務備受壓力（見圖 2）。假如制度不變，香港醫療體系的持續性實令人擔心。

---

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

圖 2：公營醫療制度所受的壓力



我們亦可從另一個角度探討未來公營醫療財務的持續性問題。以 2001/02 年度而言，香港的醫療支出佔本地生產總值 (GDP) 的 5.5%。除非有適當的部署，此百分比將會增加至 7.5% (2020 年) 及 9.3% (2030 年)<sup>18</sup> (見圖 3)。2001/02 年度公營醫療開支佔總醫療開支的 57% 或 GDP 的 3.1%。假如此比例不變，公營醫療總開支將於 2020 年升至 GDP 的 4.3% 及 2030 年的 5.3%。不過假設未來政府總開支繼續定於 GDP 的 20%，而政府給予公營醫療的撥款仍維持在政府總開支的 17% (因有其他資源競爭)，公營醫療部分將最多是 GDP 的 3.4%。

圖 3：香港醫療服務支出

	2001/02	2020	2030
醫療衛生開支佔本地生產總值百分比	5.5%	7.5%	9.3%
公營醫療服務支出佔本地生產總值百分比	3.1%	4.4%	5.6%
佔政府開支百分比	14.5%	21.5%*	26.5%*

資料來源：香港本地醫療衛生總帳目 1989/90 - 2001/02 年度及港大樑卓偉教授醫療開支預測研究資料 (2006)

\*智經研究中心假設政府在醫療服務開支最高佔本地生產總值的 20%。及假設 2020 和 2030 年公營醫療服務支出佔總醫療服務支出的 57%。

到了 2020 和 2030 年，醫療開支佔政府總開支預期會分別升至 21.5% 和 26.5%。這個百分比將意味其他方面的支出將會大幅削減，而這是社會不

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

可能接受的情況。換句話說，政府將無法繼續承擔現時制度所需的費用，而未來此制度將無法持續下去。

#### (四) 仍然未能全面解決跨代公平問題

現時香港的以稅收為融資基礎的醫療體系(基本上是種「隨收隨付」的制度)<sup>19</sup>是有其優點的(詳見下面第31段)，此制度同時是香港市民的醫療安全網。因此，這個醫療融資系統理應予以保留，確保任何人都不會因經濟困難而不能獲得適當的醫療服務。再者，社會上亦有強烈的訴求，認為這是他們歷來享有的福利，此安全網應該繼續保留，令他們大病時不用面對災難性的財政負擔。

但隨著香港人口結構的改變，醫療和長期護理費用會逐步增加，現時的「隨收隨付」醫療融資方式將會引發此等費用的上升，大量增加未來的財政負擔。亦即是說，支付長者的醫療費用，隨著撫養比率的增加，全數會轉移至年青一代的納稅人身上。假如香港市民認為不應加稅以支付社會老齡化所帶來日益上升的醫療費用，此種以稅收為基礎的融資方向會愈來愈不可行。除非我們可以未雨綢繆，在市民尚未年老時，找尋一個公平和有效的方法，預付他們的醫療開支，否則關於跨代不公平的重擔將會惡化，以稅收為基礎的融資制度所受的壓力將會無從負荷。

---

<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. 改革指導原則

26. 香港的醫療要維持為一個有持續性和有反應能力的體系，就必須作出改變。香港未來的醫療體系應以下列各項為目標：改善跨代公平、珍惜醫療資源的公共利益、減少浪費、改善質量、加強選擇、及早預防和察查疾病，以及鼓勵互相關懷和共同承擔。要達致這些目標，我們應促進用者、提供者和政府的正確行為模式，確保醫療體系的有效性和持續性。

27. 研究小組建議下列各點為其指導原則：以公平、效率、質量、選擇、互相關懷及共同承擔等為核心價值，改革香港的醫療體系：

(一) 改變個人的行為，包括

- (1) 對自己和家人健康負責；
- (2) 加強對基層醫療的認識；
- (3) 提高對疾病預防的意識以減低對醫療服務的需求；
- (4) 追求健康的模式要改變；
- (5) 減少不必要住院服務需求；及
- (6) 盡早對退休人士的醫療開支作出財務安排。

(二) 改變政府的行為，包括

- (1) 透過教育、社區推廣和撥款資助，加強市民對基層醫療的重視(例如多用家庭醫生和發展個人健康檔案，其中包括以電子病人紀錄為輔助的個人/病者為中心的治療)；
- (2) 如果他們選擇採用公營服務的話，為草根和中產階級提供一個醫療安全網；及
- (3) 透過共同承擔，支持市民多選擇和追求優質的醫療服務。

(三) 改變服務提供者的行為，包括

- (1) 提高服務水平，增加收費透明度，改善效率；
- (2) 鼓勵公私營醫療競爭和合作，改善失衡狀況；及
- (3) 設立績效指標，為表現良好和提高醫療質量者提供誘因。

## IV. 改革選擇

28. 改革醫療制度必須以改善制度表現、並提供誘因加強和維護市民的健康為中心。改革範圍應包括管治、管理、提供服務的安排和融資的有效改變，以達成上述目標。

29. 雖然各地均保留各自的社會、經濟和政治特質，世界各地的醫療制度管治、管理和服務提供的安排都朝著類似的方向發展。因此，各國不同的經濟體系有不同的醫療融資機制，其中主要有四個融資模式：(一) 以稅收為本的模式、(二) 社會保險模式、(三) 私人保險模式和(四) 醫療儲蓄模式。每種融資方式並非互相排斥，以下分析各種模式的特徵和優劣。

### 以稅收為本模式

30. 政府用一般稅收支付醫療服務，通常會十分依賴入息稅、公司利得稅和間接稅；而私營醫療服務則多由用者自付或由私人保險承擔。醫療制度依賴稅收的國家或地區包括英國、瑞典及香港（主要是公營醫院服務）。在這些制度下，政府會撥款給一個衛生或醫院管理機構，然後再由管理機構撥款給公營醫院。病人使用公共醫療服務時，能得到大幅資助。

31. 這種以稅收為本的醫療模式有以下優點：低行政費用和每個市民皆能同等地享用公費資助的服務。而其弱點則包括：政府撥款多寡容易受到基本經濟表現的影響；其他的服務亦要從整體稅收中爭奪資源；為醫療需要的上升而加稅極為困難；公營服務往往不是以消費者為本作考慮；而以稅收為本的制度基本上是一種「隨收隨付」(pay-as-you-go) 制度。這種制度不能解決人口老化和跨代公平的問題 – 由於年輕納稅人比例的縮減，會導致下一代納稅人承擔的稅率增加，用以支付長者的醫療服務需求。

### 社會醫療保險模式

32. 社會保險計劃大多是強制供款計劃。在這些計劃下，所有在職人士（通常連同僱主）均要向一個醫療保險基金供款。而這個基金通常由特設的獨立機構管理，政府則保持一定程度的距離。社會保障計劃採用社區供款率 (community rating)，即保費不是與個人的健康狀況掛鉤，從而令全民受保。公營及私營服務者所提供的服務皆可獲社保基金支付。主要依賴社保形式支付醫療服務的國家或地區包括日本、台灣、南韓、德國和加拿大。荷蘭和瑞士亦採用社會保險模式，由私營保險機構參與。

33. 社會保險模式的優點有：基金的收入和支出都有較高的財政透明度；有需要時增加保費較增加稅率容易；由於此制度基本是「錢跟病人走」，服務上會比以稅收為本的模式更能迎合消費者的需要。但這個模式亦有其缺點：徵收保費和支付帳項的行政費較高；基於制度下的誘因，管理不善會導致不必要的服務濫用；與「以稅收為本」的模式一樣，社保制亦是「隨收隨付」的制度，不能解決人口老化和跨代公平的問題。

## 自願式私營醫療保險模式

34. 與社保制不同，私營醫療保險通常是個人或團體（大部分是僱主）自願購買。保費會因應保障項目和受保人的健康狀況而釐定（稱之為「經驗供款率」(experience rating)）。因此，長者及有病歷記錄的人士要支付非常昂貴的保金。

35. 美國是依賴私營保險支付醫療服務的唯一工業國家，大部分在職人士通過其僱主而得到醫療保險。而美國政府則有兩個以稅收支付的保險計劃（醫療照顧計劃 – Medicare 和醫療補助計劃 – Medicaid），以支付長者和低收入人士的醫療費用。

36. 私營醫療保險亦在一些國家如澳洲扮演重要角色。澳洲設有強制性的國民保險制度，而私營保險是受政府管制和市民自願參加。所有註冊的保險計劃都要實行社區供款率。澳州政府提供財政誘因鼓勵國民購買已註冊的私人醫療保險計劃。投保人可從其國家強制醫療保險供款得到 30% 的退稅回贈。

37. 購買私營保險的優點包括：可選擇私家醫生、選擇私家醫院及為非緊急的疾病處理提供更有彈性的時間安排。私營醫療保險制度的優點包括：在保障計劃和服務提供者方面給使用者有較大的選擇權，對已購買有足夠保障的產品者來說，服務會較能以消費者為中心。其缺點包括：高行政費；如管理不善會有濫用情況；失業者、長者與長期病患者則難以獲得保障。

## 醫療儲蓄模式

38. 與保險模式不同（保險是以每年為限，所有參加者向一個基金供款，用作支付該年所有費用），醫療儲蓄模式是把供款儲存在個人戶口，可以作長時間累積。以一個風險分擔的角度來看，醫療儲蓄戶口是另一種財政風險分擔的方法。它不用每年所有參加者來分擔風險，而以個人多年積累資金來承擔風險。

39. 醫療儲蓄戶口供款通常都是強制性的。這些醫療儲蓄戶口是嘗試解決人口老齡化和跨代公平問題的措施：每個人為自己退休後的醫療需要而儲蓄，而不是加重下一代的負擔。新加坡是第一個採納這個制度的國家，而醫療儲蓄計劃亦在國內和美國出現。

40. 醫療儲蓄模式的優點包括：社會人士比較接受（供款不會湮沒於保費或稅款的黑洞，而保留在參加者的戶口內）。這個模式又是唯一有效地解決跨代公平問題的方法；可增加使用者能力，並能導致使用者行為改變；與保險制和稅收支付制比較，使用者會更審慎的運用自己的儲蓄帳戶結餘。儲蓄計劃的缺點則包括缺乏對災難性疾病的風險分擔的功能，尤其是在參與計劃的初期，戶口資金不足之時，假如政府又不為參加者承擔醫治危疾的風險，又沒有購買危疾保險，問題會更明顯；另一個缺點是參加者要承擔較高的行政費（包括徵收、支付和基金管理等費用）。因此，沒有一個國家會單靠儲蓄作為醫療融資的唯一融資方法。

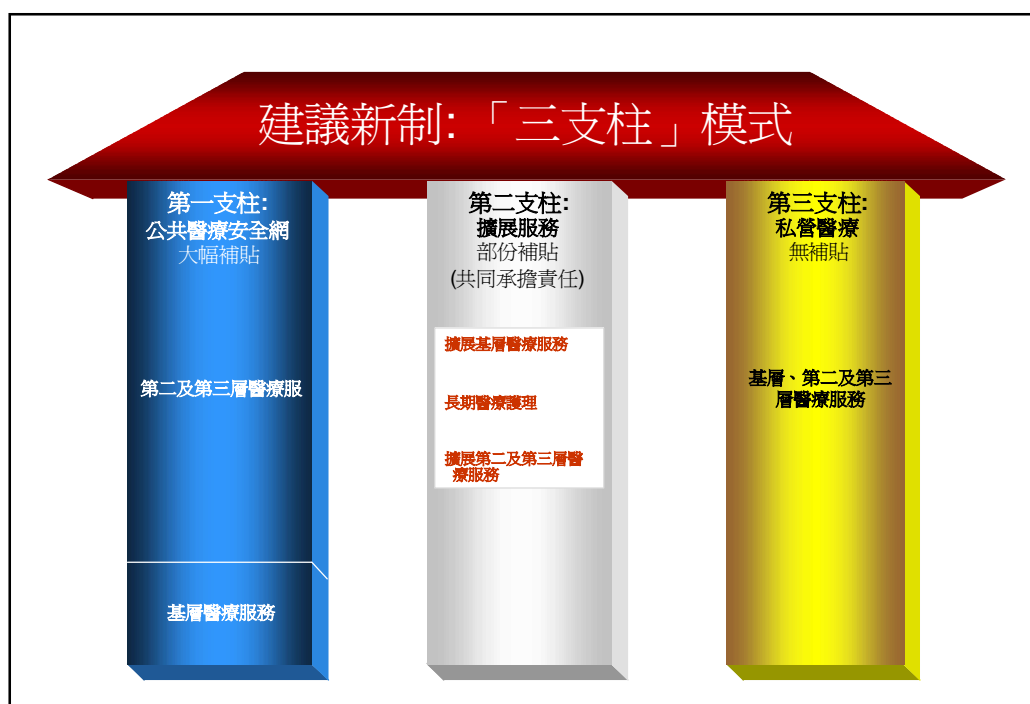
## 研究結果

41. 以上的融資方法都不可能解決醫療制度的所有問題。當社會變得更複雜和多元化時，單一的融資辦法是不能滿足複雜的醫療制度的需要和變化。而由於香港的醫療改革要滿足不斷改變的使用者及服務提供者的期望，香港需要一個嶄新的融資模式。

## V. 建議：新醫療模式

42. 基於各種醫療融資模式的利弊分析，以及有需要保留目前以稅收為本的醫療融資機制為基礎；加上政府承諾將 17%總支出用於公共醫療費用的前提下，研究小組建議推行一個「三柱制」的醫療架構（見圖 4），其特徵和目標簡列如下：

圖 4：建議的新醫療制度



- (一) 有循證為本和有良好效能的必需項目將會維持不變，他們仍是屬於大量補貼的第一支柱服務。
- (二) 建立第二支柱增強共同承擔的意識，目的是改變行為模式；為退休或 65 歲後的醫療作未雨綢繆；加強改善基層醫療及為香港市民參與「醫療儲蓄戶口」計劃提供誘因。
- (三) 第一和第二支柱的分別可視作為政府的補貼差別，藉以鼓勵市民對個人健康和福祉作更大的承擔。它意味著透過積極行動和建立經濟誘因鼓勵疾病預防，為踏入老年時的健康和生活質素作準備，務求達致健康的退休老年期。
- (四) 透過制度上的安排，例如成立醫療委員會，決策過程應有更高透明度，亦要引入表現指標，而政府亦可提供撥款的分類數字。這些資訊和透明度(包括輪候時間、第一和第二支柱服務的內容、第二支柱內各項指定治療和藥物的補貼率)有助建立新制度安排的信譽。

## 「三柱制」醫療制度

43. 「三柱制」必須滿足香港社會多元化的需求。它的目標是將香港市民的安全網制度化，加強融資能力和用者的選擇權，鼓勵用者、提供者與政府的正確行為模式，用以加強體系的表現和持續性。將來的購買者與服務提供者職責分開將會加強購買者的能力，透過委任公營和私營的服務提供者，或與公私營服務提供者通過談判達成服務合約，加強物有所值，令用者更善用和獲取第一和第二支柱服務。

44. 「三柱制」醫療制度包括：

- (一) **第一支柱服務**：繼續維持高度的政府補貼 (85%至 100%)，作為香港市民的安全網，這正是目前公營體系所提供的基本醫療服務，其中包括由薩馬利亞基金 (一個政府特別基金，為經濟援助貧窮病人，以應付他們無力支付的公營醫院「自資購買醫療項目」) 支付的項目。屬於此項目的服務應予定期檢討和更新，以確保低收入人士得到有效治療。
- (二) **第二支柱服務**：由用者和政府共同承擔，它是第一支柱服務的加強部分，包括具創意的長期護理服務在內。政府給予這些服務的補貼率平均是 50%。為了公平對待那些無力支付第二支柱服務的人士，其運作原則是：政府對第二支柱服務的補貼 (以實質金額計算) 通常不應高於同類第一支柱服務的補貼。在特殊情況下，政府 (或其特任組織) 可以偏離此原則，例如為病人購買在療效上有需要和有實證的新藥等。
- (三) **第三支柱服務**：將不獲政府補貼，它是用者自付的醫療項目。用者可以選擇是不是使用，亦可通過個人儲蓄或私營保險支付。

45. 我們建議第一支柱和第二支柱服務組成如下：

### (一) 第一支柱服務

第一支柱服務用以解決香港市民的基本醫療需求，提供高成本效益的治療，從而保護和促進個人和全民健康，及早發現和檢查疾病、殘障問題，並要確保香港市民不會因財政問題而無法獲得必要的醫療服務。

第一支柱服務基本上覆蓋目前公營部門所提供的服務，包括醫院管理局提供的住院和門診服務、衛生署提供的基層醫療服務等。第一支柱服務的範圍和質量不會低於市民今天可以得到的水平，這些服務仍會是香港醫療體系的基石。

### (二) 第二支柱服務

第二支柱服務將會鼓勵疾病的預防、提升個人責任和改善醫療服務的可及性。它的宗旨是要為用者提供更多選擇和更優質的服務，包括療程、

藥物、指定的服務提供者、設備等。它是在現存有大量補貼的醫療安全網之上，透過共同承擔的方式推行。

第二支柱亦是關於改變病人行為和文化，希望鼓勵用者採納健康的生活行為，為自己的健康承擔更大責任，同時提供更多選擇和使用醫療服務時應更加審慎。

再者，第二支柱亦會加強基層醫療服務，提升公眾的健康和疾病管理，這包括資助疾病的預防和檢查，從而減低對治療的依賴。第一和第二支柱的分別，可視為政府對兩者補貼的差異，希望個人能承擔較大的責任感，為自己的健康着想。透過積極行動和建立經濟誘因鼓勵疾病預防，為踏入老年時的健康和生活質素作準備，務求有一個健康的退休老年。它有助個人去計劃和建立財政能力，以獲取及支付退休或 65 歲以後的醫療服務需要。為達成這個目標，第二支柱的加強和增值服務，會提供誘因使個人能負起共同責任及參與退休後的計劃和儲蓄。

我們提出第二支柱服務可分為三種類別，分類如下：

(1) 基層醫療擴展服務，包括：

- 推廣家庭醫生服務，例如為新生嬰兒和母親建立個人健康檔案，這是一項健康評估諮詢，藉以此鼓勵他們與家庭醫生維持持續關係。研究小組建議政府考慮推行資助計劃，為每個新生嬰兒和母親啟動健康檔案及提供有關的費用，有助母親更好地了解預防醫療和家庭醫學，並日後為幼兒提供適當的健康諮詢；
- 額外的以循證為本、按年齡劃分的健康檢查或評估，以及疾病預早覺察服務；
- 針對某些指定的疾病，利用認可的高成效治療方法定立「疾病管理計劃」；及
- 可對指定服務選擇服務提供者 – 公營機構（衛生署，醫院管理局）及採用家庭醫藥理念的私家醫生。

(2) 長期醫療護理服務（須受以下例如範圍、程度、水準和服務的地點等因素的政策檢討監管），包括：

- 扶養護理；
- 家居助理與社區護理服務；
- 特別膳宿和設施，改善長者長期護理服務的可及性；
- 善終服務和緩和治療；
- 持續復康服務，包括長期住院復康、日間復康中心和社區復康等服務；及

- 家庭探訪式的醫療護理服務。

(3) 擴展的第二及第三層醫療服務，包括：

- 給使用者以下選擇：新診斷和治療方法，包括化測、放射檢查、幹預治療程式、藥物、消耗品、義肢及其他治療所用的附件和小儀器。相對於傳統診斷和治療方法，這些治療和產品的療效優點仍未得到完全臨床證實，亦不屬於第一支柱服務範圍。這些類別包括眾多產品或服務，例如：
  - ◆ 一些「自資購買醫療項目」(PPMI) 和自費項目，例如超出第一支柱服務正常範圍(非常規或特殊的義肢接駁)的藥物和特殊外科用的損耗品；
  - ◆ 對一些新發展的診斷和治療方法增加選擇和可及途徑，特別是那些臨牀益處不明顯、或其優點還未得到臨牀證實的手術，例如那些跟傳統外科比較，還未能證實其優越性的微創手術；
  - ◆ 第一支柱服務範圍外的特殊手術類型，例如治療病態肥胖症的胃繞道手術；及
  - ◆ 仍有待評估的新技術，例如機器人手術。
- 更佳的病房設施；及
- 較短的非緊急醫療輪候時間。

(三) 第三支柱服務

第三支柱服務是指政府不予以補貼的私營服務，包括應該由個人負責費用的普通科門診和一些不治療也不會引發不良後果的治療、護理或服務。例子包括改善或維持生活方式的服務、美容療程、中央藥物名冊外的藥物、輔助生育、一些牙科護理和配眼鏡的服務。

當然一些使用者有可能選擇到私營醫療機構，接受第一或第二支柱服務。在這種情況下，他們需要自行負擔全部費用。

46. 我們預料到日後決定第一或第二支柱的服務範圍將會引起不少爭議。因此，我們建議成立一個指定組織負責這項工作。該組織須因應人口和病症轉變、新科技發展、社會價值觀(可透過公眾諮詢)及政府財政狀況等不斷作出微調。當第二支柱服務須轉移到第一支柱時，這方面尤其重要。

## 強化基層醫療服務

47. 香港要建立高效的醫療系統，我們認為必須加強和維護香港的基層醫療服務。因此，我們建議政府考慮並實施下列事項作為改革創議的必要部分：

- (一) *促進社區網絡的建立* – 通過組成跨專業團隊提供整體的基層醫療服務，以及由執業中醫、牙醫、護士、藥劑師和輔助醫療人士認可的註冊基層醫生共同合作；
- (二) *建立基層醫生名冊* – 最初可以包括任何承諾並聲明從事家庭醫學的醫生或牙醫。雖然日後註冊要求會比較嚴格，有關要求可按同業意見、使用者的期望和制度的衍化等；基層醫生的註冊可以置於香港醫務委員會下，類似現有的專科醫生名冊；
- (三) *實施認可服務提供者的質量保證機制*（可以是自我審核、同行審核或由一家認可機構審核）。對未來參與獲政府補貼的擴展基層醫療項目的服務提供者，這是其中一項要求；
- (四) *推廣以生命階段作基礎的健康檢查計劃* – 按醫學驗證及業界的共識，定出成年人和長者健康檢查所得不同程度的政府補貼；
- (五) *發展緊密無縫的基層醫療、預防醫療、第二層醫療的系統，並配合便攜式電子病歷*，以便基層醫療服務提供者能更有效地幫助患者獲得最適當的醫療服務，以及有需要時和專科醫生聯絡。這類便攜式電子病歷的首項輸入資料，可以從「醫療評估諮詢」的檔案獲取；及
- (六) *提供資源和撥款訓練家庭醫生、護士和其他護理人員*，提升香港的基層醫療水平。

## VI. 不同融資途徑的比較

48. 分析過各地現存的各種醫療融資模式、香港醫療系統的需要和現時香港以稅為本的融資制度，我們認為香港擁有一套高效率及有效的醫療制度，是以稅為本的制度為香港市民提供基本的醫療服務（第一支柱服務）。不過制度的擴展能力有限，政府的財政無法資助香港未來醫療的全部需要。假如沒有新資金引入，香港的公營醫療系統將不能持續發展。

49. 研究小組建議，在以稅為本的融資基礎之上，建立一個醫療儲蓄計劃，以確保香港市民累積存款，為未來醫療需要未雨綢繆，尤其是他們退休後的需要。此計劃對在職人士是強制性的（低收入者可獲豁免）。雖然第一支柱服務將繼續提供基本服務的安全網，但我們希望香港市民能對自己的健康提高警覺，承擔責任及提供自我照顧的誘因，特別在疾病預防和及早檢查方面，到晚年時期更為重要。假如我們無止境地隨意使用醫療服務，注入再多的資金及資源亦無濟於事。

50. 研究小組曾小心考慮以醫療保險取代強制性的醫療儲蓄。雖然保險能提供風險分攤的功能，對保障個人面對危疾方面尤其重要，但香港某些現存的醫保產品卻有以下缺點：

- (一) 保費往往不能預測，每年保金會因應醫療通脹和往年的醫療索償而大幅變化；
- (二) 保費會因年齡和個人的固有病歷而大幅增加；
- (三) 能提供足夠保障給 65 歲或以上人士的產品的保費非常昂貴；
- (四) 低保費的產品不能提供足夠保障；
- (五) 預防和及早檢查的服務通常不包括在內；
- (六) 保險公司會按風險作出選擇，例如精神病、先天性疾病和沒有明確定義的疾病不受保；及
- (七) 行政和經紀費用甚高，令到服務提供者的實際金額大打折扣。

51. 再者，由於道德風險（提供者或消費者並無誘因去審慎地運用資源），醫保制度下的使用量往往會增加。保險制度（就算是強制性的社會醫療保險）是一種「隨收隨付」的制度，（即是說年輕的在職人口需要供款而退休人口則不需要），它本身不能解決跨代公平的問題（即是說隨著老年人口的增長，年輕人士需要供付一個薪金比率較高的款項）。

52. 我們亦考慮過成立「入息掛鈎的醫療稅」。這個選擇能提供有高度穩定性的款項來源，其相關行政費偏低的，它亦能提供相當的風險分攤，可以用作對長者及危疾的保障。但此融資方式屬累退性質，計劃大抵不會為市民接納。再者，它本身並不鼓

勵個人承擔責任和慎用醫療資源。和保險一樣，稅制是「隨收隨付」的制度，亦不能解決跨代公平的問題。

## VII. 醫療儲蓄的特點

53. 相對而言，強制性的醫療儲蓄能更有效促進行為改變，促進健康和制度的持續性，而沒有醫療保險或醫療特定稅的缺點：

- (一) 醫療儲蓄的供款可以預知；
- (二) 供款者在職時累積款項於退休後使用；亦能進一步促進個人的健康責任感，令晚年更健康；
- (三) 供款者可動用其儲蓄戶口購買預防性的醫療服務及被認可的保險計劃，保障包括危疾、65歲以上的住院服務和長期護理服務等；
- (四) 供款者會審慎地使用自己的醫療儲蓄戶口購買醫療服務。
- (五) 醫療儲蓄能有效地處理跨代公平問題。此種措施特別適合香港社會：老年人口將會從現時 12.1% 升至 2036 年的 26.3%；<sup>20</sup>

54. 經過詳細地比較，我們建議的「醫療儲蓄戶口」可輔助香港目前行之有效的「以稅為本」融資模式。我們認為此計劃將為香港市民帶來更大益處。

55. 醫療儲蓄計劃的重點如下：

### (一) 基本原則

- (1) 促進正確的求醫行為，加強預防令醫療資源更審慎地運用；
- (2) 提高個人對自己健康的認知及責任感；
- (3) 確保市民獲得所需的長期護理並安享晚年；
- (4) 為消費者提供更多選擇，包括疾病管理計劃及新技術；及
- (5) 輔助以稅為本的融資制度，來保持現行制度的效率和可持續性。基於以下原因，現行制度長遠而言可能不足以應付需求。
  - 人口老化：老齡人口增多，納稅人口將減少；
  - 新技術和新藥物的需求；及
  - 香港繼續保持為低稅制。

### (二) 戶口持有人可獲得的益處

在此計劃下，戶口持有人：

- (1) 會得到政府的可觀補貼，以便購買第二支柱服務包括保健服務、檢查和疾病預防（目前這些服務並未得到任何補貼）；
- (2) 可從政府認可名單中，選擇服務提供者，包括私營提供者；

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

- (3) 可從認可私營提供者獲得迅速的治療，只需從本身戶口內支付補貼後的費用；
- (4) 可用其戶口資金支付第一支柱服務，也可在公立醫院時購買「用者自付的醫療服務」和「醫管局藥物名冊」以外的藥物；
- (5) 可動用部分戶口結餘購買政府認可的醫療保險計劃；
- (6) 戶口的資金可獲得免稅優惠；及
- (7) 戶口的款項會隨參加者的在職年份增加，令戶口持有人退休時對醫療服務需求最大時，具更強的財政能力。

### (三) 資金使用

「醫療儲蓄戶口」的資金可以用於支付：

- (1) 第一支柱的收費；
- (2) 有補貼的第二支柱服務。只有戶口持有人才可獲得政府補貼；
- (3) 65 歲後購買第三支柱（沒有補貼）服務；及
- (4) 經政府核准的保險計劃，例如 65 歲後的住院計劃、長期護理計劃，可能包括一些適用於 65 歲前的危疾保險計劃等。本地保險公司已對發展此類產品表示興趣。

### (四) 參與者

- (1) 所有香港居民都合資格參與此計劃。對於在職人士來說，這個計劃是強制性的，而低收入者可獲豁免；及
- (2) 參與計劃的供款者可以通過其「醫療儲蓄戶口」，為直系親屬支付指定服務的費用。

### (五) 行政

- (1) 現行的強積金制度將可用來籌集參與者的供款資金和確保計劃得到執行，以減少成立新機構及未來的交易成本。我們已覺察到公眾對於強積金高行政費用的關注。我們預期在系統成熟時和在引入更多競爭的情況下，行政費用將會下降；
- (2) 多種的基金管理模式（有關風險、回報和行政費用等）可供參加者選擇；及
- (3) 成立一個新的處理付款機構，以便處理及扣除個人戶口的資金，及支付醫療服務費用。保險公司可能對提供此類服務感興趣，研究小組建議可採用現時保險業的支付制度。

### (六) 供款

- (1) 要令該計劃切實可行，在職人士的供款率應介乎 1% 至 5% 之間。我們建議供款率為 3%；
- (2) 收入極低人士將獲豁免供款，而對高收入者的供款亦設有最高限額。按現時強積金的規定，每月要供款的最低和最高月薪分別為

\$5000 和\$20,000。因應社會的關注和民意，研究小組建議醫療儲蓄供款的入息下限上調至\$8,000；

- (3) 應鼓勵僱主自願參加供款，特別是那些未為僱員提供醫療保險的僱主；
- (4) 允許自願式每月供款或一次過供款，以加速儲蓄；及
- (5) 為防止戶口結餘儲蓄積累過高，政府過量補貼及避稅的情況出現，每戶口均會設定最高供款額。

#### (七) 提款

- (1) 戶口持有人或其直系親屬均可從其戶口提款，購買指定核准服務；及
- (2) 參與者逝世後，未用的結餘將被視為參與者遺產的一部分。

56. 研究小組同時建議，政府應鼓勵大小僱主為其僱員購買適當的醫療保險，更好地照顧僱員的醫療需要。僱主和僱員共同承負擔，乃推行醫療融資的關鍵所在。

## VIII. 制度安排

57. 要達到醫療改革的目的，發揮滙集的財政資源的最佳效用，同時確保持新制度的持續性，必須有一套有效的制度安排才能發揮醫療體系的各項功能。有四個重要功能 – 管治，採購，支付，和服務提供 – 必須要有指定組織負責，而設計這些組織時必須確保其職責明確，分配有道，以便執行有效。

同時確保有持續效能的醫療體系的表現，我們必須有一套綜合和有效能的制度安排去執行此體系的四種基本功能。此四種功能必須有效的組織起來，而整個決策過程必須要有透明度、公眾參與和包容性，亦應兼顧主要持份者的參與。此等功能需要由有明確界定職責的特定機構去執行：

### (一) 導航

良好的醫療系統領導管理可以幫助政府醫療當局有效的達到醫療系統的主要目標。有效的領導管理有三個基本工作：為醫療系統的願景和方向制訂醫療政策；運用法規去發揮影響力；和利用客觀數據和資料去指出界別的問題，從而監察及考核界別的表現。<sup>21</sup> 這個方法可以幫助建立一個更健全的跨界別的夥伴關係，爭取有關團體的政治參與，從而加強醫療系統的有效運作和表現。

我們建議成立一個特定組織（例如醫療委員會），向政府建議有關策略和政策方向、醫療準則、第一和第二支柱服務的內涵及搜集統計數據和訊息等。這個組織的成員應該盡量有相容性，務求有主要持份者的參與。另外，決策的過程應該要有透明度，制訂建議和草案時應該探求公眾意見。

### (二) 採購

購買者的功能應與提供者的功能分開。在醫療方面，購買者與提供者職責分離的概念今天有多種不同形態或策略，由外判式至向外採購式和以執業為基礎的委託至表現為基礎的管理等模式。但他們的基本原則是相同的：要求提高物有所值、保證醫療資源的有效使用，因此在提高醫療系統的表現，目標是不變的。其實，研究顯示在改善醫療質量時，購買者是可以扮演一個重要角色<sup>22</sup>。

我們設想醫療服務的提供者或機構與購買者的角色應該清楚分開，這樣不僅為公營機構服務提供者帶來更多競爭，也為私營機構服務提供者參與第一和第二支柱病人服務提供更多機會。只要服務標準和收費細則符

<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，採購機構有權引導病人使用私人機構的服務。這樣一來公營機構和私營機構之間的平衡可以得到改進。對病人而言，意味著優質醫療服務可及性的改進。

我們建議為公營部分成立一個機構從事採購，負責採購功能，包括決定公共資助醫療服務的範圍和程度（例如：數量）、為不同服務類別和用者類別制訂的收費表（即是折扣和補貼比率）、對不同提供者為不同服務類別制定適當的付款機制、批核向私營部分購買的外判計劃等。作為一個採購者，此採購組織應該根據訂明的標準與條款，監察提供者的表現與質量。

### (三) 支付

收集醫療儲蓄戶口供款的行政費可以是十分昂貴的。為減免高昂的起動費和攤分收集功能的必需費用，我們建議利用現存強積金的系統，去向醫療儲蓄戶口收取供款，這是一個雙贏的局面，為各有關團體減省行政費用。

我們建議成立一個新的機構去處理支付事宜。這機構負責所有治療支出和有關索償的帳戶事宜（包括收款、仲裁、處理等），並向戶口扣除所需的支出。我們將會尋求保險界的合作和服務。

### (四) 醫療服務提供

醫療服務的提供有賴於私營和公營部門共同合作。醫管局為政府資助和補貼的醫療服務的主要提供者。其他醫療服務的提供者包括衛生署、核准及註冊的私家醫院、診所、化驗室及其他被採購機構指定提供第一和第二支柱服務的醫療機構及專業人員。

醫療服務的提供者或機構與購買者應該分開。這種分離更能吸引公營部門與私營機構的合作，去改進服務的可及性或者為病人提供更廣泛的服務。公營部門與私營機構多方面的合作也可改進第一和第二支柱服務的可及性。

## IX. 結論

58. 我們建議香港未來的醫療發展和融資應該集中達成以下目標：

- (一) 達致更佳的健康，特別着重預防和共同責任；
- (二) 特別為長者及長期病患者改善優質醫療服務；
- (三) 改變個人、政府及提供者的行為模式，以確保制度的效能和持續性。

59. 在堅持平等、服務可及性、互相關愛和共負責任、高效率、高質量及多選擇的前提下，為達到香港醫療制度改革的目標和核心原則，我們建議以下幾方面的改革重點：

- (一) 建立一個新的「**三柱制**」**醫療制度**去確保現有的優勢及達到改革的目的；
- (二) 建立新的融資制度，包括引入「**醫療儲蓄戶口**」**計劃**，加強用者的財務支付能力和增加用者對醫療服務的選擇；
- (三) 強化**制度安排**以改善醫療服務的質量、增強服務的可及性及優化物有所值的目標，從而促進健康。

60. 上述的建議是建基在以下的認知：一個有效能和可持續的醫療體系，除了必須要顧及醫療服務的額外撥款，我們亦需要確保融資方案能提供正確的誘因，使用者能正確享用醫療服務，使政府能有效率的撥款，以及令提供者能有效能的提供所需服務。同樣重要的是，我們需要有效能的制度安排，推動改革，領導醫療體系達致一個既公平，又可持續及有效率的醫療系統，為大眾謀福利。

61. 雖然我們認為建議應該全面推行，以上各點並不一定要同步執行。醫療及其改革是十分複雜的，更多的辯論和檢討是不能避免的。希望我們的建議能引動有理據的討論，從而達致一個共同承擔的最佳發展方案。

62. 自《初步報告書》發表之後，我們舉辦和參與了無數次的公開和媒介研討會，介紹我們的建議，以及回應公眾與主要持份者的疑問與關注（見**附錄 II**）。從諮詢過程中，我們覺得社會已逐漸形成一個共識，大家都認為有迫切性去改革現存的醫療體系，但同時亦清楚理解大多數人希望採用一個漸進式的改革，而不是用一個突變式的方案。

63. 所以，我們建議一個分階段漸進式的方法去改革香港的醫療體制。政策的實施需要將大量的細節內容規劃出來，因此，改革應先從社會有共識和有高預期成效的項目着手，而阻力部分亦會減至最小。為達致這個目標，我們建議制度改革應先於融資改革，亦即是說：領導管理的角色應首先加強購買者與提供者的職責分離概念，應該推行、強化基層醫療應該加速、公眾與病人參與其健康和醫療應該鼓勵、公私營夥伴

合作應加快發展。上述各點應該在現有架構裡逐步推行，長遠而言，我們需要加強制度改變才能推動上述之建議，而更進一步的改革例如醫療儲蓄戶口計劃，以後可以慢慢推展出來，順應公眾與主要持份者的意見和得到他們的支持。

## 醫療研究小組 成員名單與工作範圍

### 成員名單

- 
- |    |  |                                 |
|----|--|---------------------------------|
| 1  | 陳德霖先生 (召集人、至 2007 年 6 月 30 日止)<br>Mr Norman Chan | 智經研究中心主席(至 2007 年 6 月 30 日止)    |
| 2  | 李國棟醫生(召集人、由 2007 年 7 月 1 日起)<br>Dr Donald Li     | 智經研究中心顧問(召集人、由 2007 年 7 月 1 日起) |
| 3  | 區結成醫生<br>Dr Derrick Au                           | 九龍醫院行政總監                        |
| 4  | 陳鉅源先生<br>Mr Thomas Chan                          | 新鴻基地產發展有限公司執行董事                 |
| 5  | 鄭崇羔醫生<br>Dr Charles Cheng                        | 香港浸會醫院董事會主席                     |
| 6  | 莊綺雯女士<br>Ms Rachel Chong                         | 三十會執委會成員                        |
| 7  | 鍾惠玲博士<br>Dr Margaret Chung                       | 再生會榮譽主席                         |
| 8  | 葛菲雪教授<br>Prof Sian Griffiths                     | 香港中文大學公共衛生學院院長及教授               |
| 9  | 許曉暉女士<br>Ms Florence Hui                         | 金融界                             |
| 10 | 李國麟博士<br>Dr Joseph Lee                           | 香港公開大學護理學課程主任                   |
| 11 | 李伯偉先生<br>Mr Lee Pak Wai                          | 醫院管理局總藥劑師                       |
| 12 | 沈茂輝先生<br>Mr Michael Somerville                   | 香港工商專業聯會醫療委員會主席                 |
| 13 | 鄧惠瓊教授<br>Prof Grace Tang                         | 香港醫學專科學院主席                      |
| 14 | 陶黎寶華教授<br>Prof Julia Tao                         | 香港城市大學公共及社會行政學系教授               |
| 15 | 楊家聲先生<br>Mr Yeung Ka Sing                        | 香港房屋協會主席                        |

#### 顧問

- |   |                           |                 |
|---|---------------------------|-----------------|
| 1 | 廖錫堯博士<br>Dr Geoffrey Lieu | 醫療政策研究學院創辦人     |
| 2 | 阮博文教授<br>Prof Peter Yuen  | 香港理工大學公共政策研究所教授 |

## 工作範圍

---

多年來醫療改革已在政府的日程內，但是公眾對以前各種建議並不表示強烈支持。最近，社會又發覺改革醫療制度有迫切需要，醫療服務和融資改革要確保全民能繼續獲得並能負擔的醫療服務。所以，香港要對其未來醫療改革需要和選擇作出一個重點評估，目的是要發展出一套整體性的政策，為未來醫療發展和融資作指引。

醫療研究小組考慮了上述要點，並顧及政策的漏洞和議題，認為我們必須面對和迎合香港市民（特別是年老長者）未來的醫療服務和融資要求，小組將會：

- 「一」檢視、討論及提出適合於香港的一套醫療服務特質和發展的綱領；
- 「二」確認一套誘因系統去引導和加強醫療持份者的理想行爲；
- 「三」建議一個融資模式（包括支付選擇和供款機制）促進一個有效率、以使用者為本和財政可持續的香港醫療制度的發展；
- 「四」建議一些適當的制度安排，促使一套理想的醫療制度可以有效實行。

## 主要持份者對初步報告書的意見、問題和回應

在研究的過程中，尤其是在發表了初步報告書和 6 月 23 日的醫療改革研討會之後，本中心收了來自不同途徑的個人和團體的回應。我們對初步報告書作出修改，將主要持份者的意見和問題的回應都納入到最後報告書中。

---

### 意見和問題

### 研究小組的回應及 收錄在最後報告書的改動

---

#### 關於報告的重點：

1. 香港的醫療體制正面對甚麼挑戰？  
香港的醫療體制正面對的主要挑戰是：  
(1) 若干常見疾病的發病率正在上升；  
(2) 應付人口結構轉變的能力有限和不足；  
(3) 預防疾病服務發展不足；  
(4) 健康意識及個人對自己健康的責任偏低；及  
(5) 持續改善醫療的質量。
2. 改革的最終目標是甚麼？  
改革目標旨在：  
(1) 改善市民的整體健康；  
(2) 提高醫療服務質素；及  
(3) 促進制度的持續性和反應能力。
3. 你們主張的核心價值為何？  
本研究用以下的核心價值作為建議的依歸：  
公平、可及性、效率、質量、選擇、互相關懷及共同承擔。
4. 改革的指導原則為何？  
改革的指導原則是：  
(1) 改變個人的行為；  
(2) 改變政府的行為；和  
(3) 改變服務提供者的行為。

#### 關於「三柱制」的架構：

5. 有些人認為第一和第二支柱服務的界定不清楚，從而使「三柱制」的可行性受到質疑？

「三柱制」是應香港社會不同和多元化的需求。它是將香港市民的安全網制度化，加強使用者的財務能力和選擇權，鼓勵用者、提供者與政府的正確行為模式，以加強體制的表現和持續性。「三柱制」會增強系統的競爭、選擇和能力；亦照顧及回應消費者的訴求。

第二支柱的重點是為加強預防醫療服務，並確保年老人士仍可享受優質的醫療服務。第一和第二支柱的分別在於政府的補貼差別，藉以鼓勵市民承擔和照顧個人的健康。用意就是用正面的方式及財政誘因推廣預防、健康及優質生活，讓市民退休後的生活可以更健康。

6. 第二支柱會令政府減少第一支柱的服務嗎？第二支柱會否成為削減基本服務經費的藉口？

我們建議第一支柱繼續作為香港市民的安全網。同時，其服務的範圍和質量不會低於他們現時得到的水平。

有實證或有益的第一支柱基本醫療項目會繼續得到政府的高度補貼。另外，我們建議定期檢討第一支柱服務的質量及薩馬利亞基金，以確保社會的需要能得到有效的回應。

我們建議採購者與提供者的職責應明確分開，使採購者能委任公營和私營提供者，或與他們訂約有關服務，從而加強物有所值，令使用者正確及方便使用第一和第二支柱服務。

我們預期日後如何去制定第一和第二支柱服務之範圍將會有爭論。因此，我們建議成立一個有透明度及持份者參與的指定組織去負責這項工作。該組織須不斷留意人口和病症的轉變，新科技的發展，社會價值觀，及政府的財政狀況等訂出服務的優先次序。

通過這個制度安排，決策過程理應有高透明度：有主要表現指標及政府撥款的分類。

7. 醫療儲蓄戶口計劃的目的和基本原則是為何？

醫療儲蓄戶口是為市民退休後的醫療需要作出預先計劃，和要市民為自己健康承擔部分責任。當有需要時，戶口持有人可以用其戶口資金去支付第一和第二支柱服務，包括預防性的檢驗。

雖然第一支柱提供香港市民的基本醫療安全網，市民也應對自己的健康提高警覺及承擔部分責任，特別是在疾病預防方面及在年老時期。

行為改變是非常重要的。如果醫療服務是隨意使用，更多撥款和資源都會不足夠。

此計劃的基本原則是：

- (1) 促進正確的求醫行為，加強預防及導致更有效地使用醫療資源；
- (2) 提高個人對自己健康的認知及責任感；
- (3) 確保能得到所需要的長期護理及一個健康的晚年；
- (4) 為消費者提供更多選擇，包括疾病管理計劃及新技術；及
- (5) 補貼現時以稅為本的融資模式，目的在保存現時有效和可持續的系統。長遠來說，以稅為本的融資模式大有可能不足夠，因為：
  - 人口老化：老齡人口增多，納稅人口減少；
  - 新技術和新藥物的需求；及
  - 香港繼續保持為低稅制。

8. 如果月入\$5,000 或以上就要供款的話，醫療儲蓄將進一步削減低收入者之入息。

考慮到社會之關注和公眾意見，我們現在建議月入最低水平應上調至\$8,000。我們鼓勵僱主自願參加供款，特別是那些未為僱員提供醫療保險的僱主。

9. 對戶口最低結餘的要求應該取消。

我們已經取消戶口最低結餘的規定。

10. 應該為醫療儲蓄戶口持有人提供低

我們建議可有多種的基金管理模式（有關風

行政成本的醫療儲蓄基金。

險、回報和行政費用等)以供參加者選擇。

## 關於醫療保險和醫療稅收的選擇：

11. 有人認為醫療儲蓄戶口不能達致風險分擔的效果，而高昂的危疾治療費用會令戶口結餘迅速用光。故此香港應在社區層面推行醫療保險計劃，或者准許戶口供款人動用醫療儲蓄戶口資金去購買醫療保險。你們有否考慮過醫療保險計劃和強制性儲蓄哪個會更好呢？

我們強調：現時的安全網仍會保留，而醫療儲蓄戶口的參加者仍可享受公共醫療服務。

我們曾小心考慮利用醫療保險去取代強制性的醫療儲蓄。雖然保險能提供風險分擔的功能，對保障個人面對危疾有其特別重要性，但醫療保險不能促進善用醫療資源的行為，亦不能解決跨代公平的問題。

香港某些現有的醫保產品有以下不足之處：保費往往不能預測，每年可能有大幅變化；保費可能會因年齡和個人的固有病歷而大幅增加；能為 65 歲以上提供合理的醫療保障產品，保費往往十分昂貴；低保費的產品往往不能提供足夠保障；檢查和預防服務通常是不受保；及行政費用高昂。

12. 醫療儲蓄戶口的資金可以購買那些保險產品？

我們建議戶口的資金可以購買經政府核准的保險計劃，例如 65 歲後的住院計劃、長期護理計劃，及可能包括一些適用於 65 歲前的危疾保險計劃等。本地保險公司已對發展此等產品表示興趣。

13. 可否徵取收入相關的醫療稅作為香港醫療的融資方式？

我們亦曾考慮過採用入息掛鈎的醫療稅。這個選擇能提供一種有高度穩定性的款項來源，其相關行政費較低，它亦能提供相當有效的風險分擔，可以為危疾病人及長者提供保障。

但此融資方法大抵不會為市民接納。再者，它本身並不促進個人責任感和慎用醫療資源。與保險一樣，稅制是「隨收隨付」的制度，亦不能解決跨代公平的問題。

## 關於基層醫療服務：

14. 應把中醫師納入基層醫療隊伍內。

我們建議政府建立社區網絡，通過包括由中醫、牙醫、護士、藥劑師和輔助醫療人士和認可的註冊基層醫生的合作，成立跨專業團隊，提供整體性的基層醫療服務。

15. 基層醫療提供者的培訓應該獲得支持和資助。

我們建議政府提供資源和撥款訓練家庭醫生、護士和其他醫療人員，以提升香港的基層醫療的水平。

### 關於制度上的安排：

16. 對提高現有醫療體制的效率有何建議？

我們其中一項改革建議 – 清晰界定採購者與提供者的職責用以提升提供者的效率和質量。我們預期採購者與提供者職責的界定和分開，不單可為公營部份的提供者形成競爭，亦可給私營提供者多些機會為病人提供第一或第二支柱服務。

採購機構有權把病人轉往私營的提供者（若他們能造達到水平和費用準則的要求）尋求服務。這樣可改善公私營部份的平衡，而在病人而言，他們亦可更容易獲取優質醫療服務。

17. 誰將會是購買者？

我們建議為公營醫療服務成立一個採購機構，負責採購功能。此採購組織應該根據訂明的標準與條款，監察提供者的表現與質量。

18. 會否考慮保險公司作為支付機構？

我們建議成立一個新的機構去處理支付事宜。我們建議尋求保險界的合作和服務。

### 關於改革的實行：

19. 因為政府需要做很多細節的工作，建議才可以落實，故此人們擔心改革會推遲。

雖然我們認為上述建議應全面推行，我們亦覺得以上的建議並不一定要同步執行。為了實現目標，我們建議一個分階段漸進式的方法去改革香港的醫療體制。