

智經研究中心

香港醫療集團市場的分析

行政摘要

香港理工大學公共政策研究所

2007年5月22日



THE HONG KONG
POLYTECHNIC UNIVERSITY
香港理工大學

行政摘要

引言

2006年7月，智經研究中心委託香港理工大學公共政策研究所（下稱「PPRI」）調查和分析香港醫療集團市場的現況。本行政摘要總結本研究的各項重要發現。

就本研究而言，醫療集團（又稱「管理式醫療」managed care）可界定為一種醫療支付制度，僱主和醫療服務購買者與一間醫療服務提供者（或通過第三者）訂立服務合約，付款方法不採用直接「按服務收費」（fee-for-service），而是用「按人頭承保制」（capitation）或其他付款機制。醫療集團亦被稱為醫療保健組織（Health Maintenance Organization）、合約醫療組織、網絡醫生或醫療網絡等。

研究方法概況

本研究先對香港的醫療集團進行有關檔案資料搜集並進行實地觀察。調查員走訪了一些特定的商業和住宅區域，用以確定醫生參與醫療集團的程度；研究小組亦與以下機構和人士進行焦點小組研討和訪問：管理式醫療服務提供者（包括保險公司、保險代理人、醫療團體和個別醫生）和有關管理式醫療消費者（包括僱主和個別僱員）；本研究也對兩個醫療機構的「供應/需求鏈」個案進行分析。最後研究小組對全港醫生進行了郵寄問卷調查，用以確定醫生參與醫療集團的性質和程度，及醫生對醫療集團未來發展的看法。質性研究的結果除應用於醫生調查問卷的設計外，亦用於整個研究的各項數據的印證。

質性資料分析

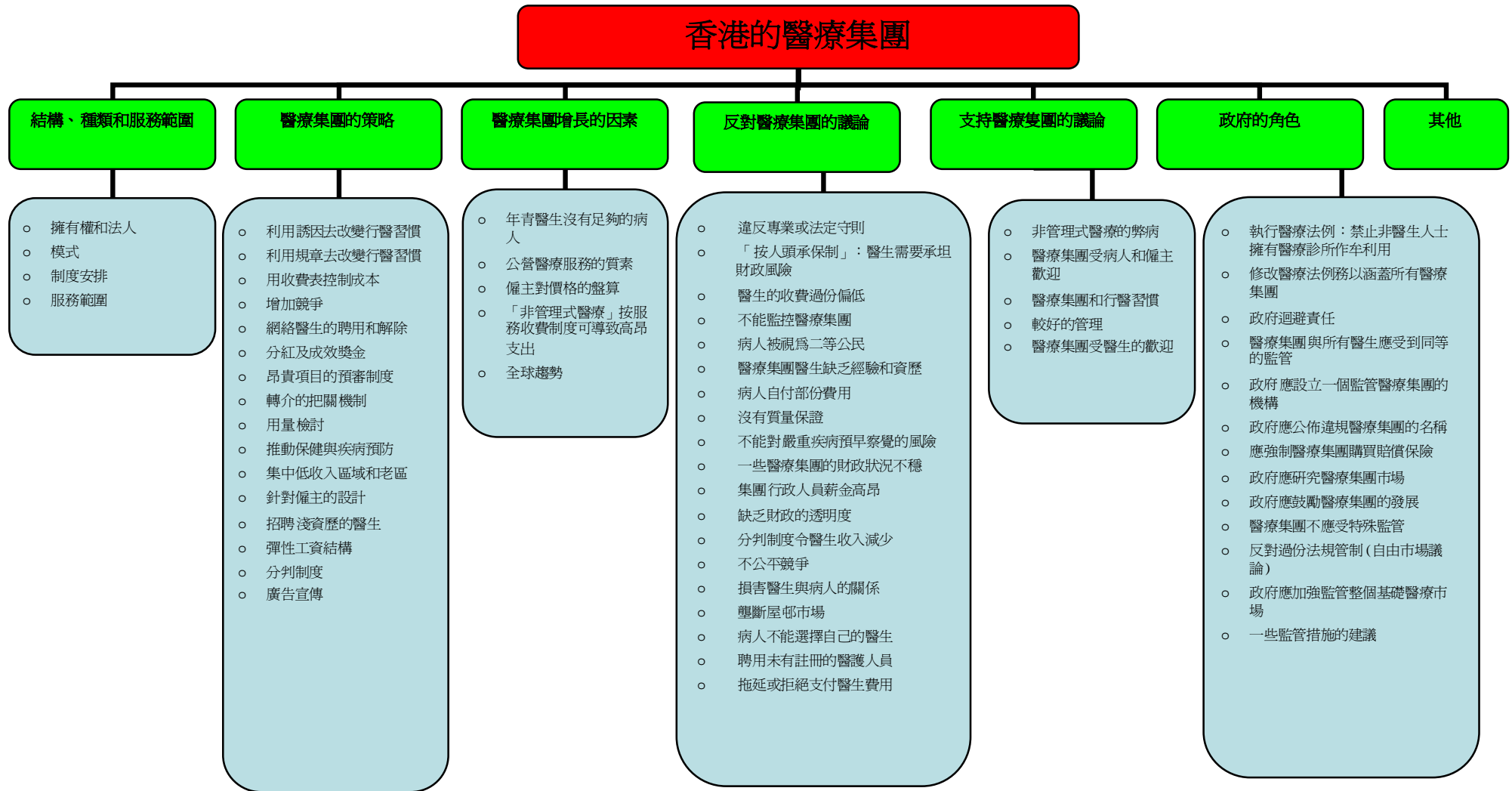
本顧問研究採用「紮根理論」¹(Grounded Theory) 去分析所有質性資料。資料來自以下不同途徑：

- 檔案資料 (包括有關學術期刊文章、立法會和衛生及醫務諮詢發展委員會的會議紀錄、新聞報導和評論)
- 問卷調查裡對開放式問題的回應
- 診所的實地觀察，以便測量醫生接受醫療卡的情況
- 有關持份者的訪問
- 「供應 / 需求鏈」的兩個案例
- 衛生署工作小組 (2006 年) 的調查結果

基於上述各項資料數據，顧問研究小組制定了一個包含不同主題、類別和次類別的「分析架構」。此架構幾經修訂，以確保這些類別可以涵蓋所有收到的意見。所有意見皆按不同類別和出處編入分析架構內，可供互相參照。分析架構詳見圖 1。

¹紮根理論是一種探究方法，此方法容許資料影響研究的結構和過程。

圖 1：分析架構



顧問小組採用「非數字非結構資料檢索搜尋和推理 (NUDIST)」電腦軟件去整理、分析和總結所有書面及口頭意見，而意見則按分析架構的類別分類。NUDIST以每一個句子或一組句子所表達的一個意見定為一個「文字單位」(text unit)。

研究結果小結

根據文字單位的頻數統計，首 15 個類別的凸顯要點依次排列如下：

持份者最關注兩項相關連的議題類別分別是：「政府應設立一個監管醫療集團的機構」(排名第一)和「違反專業或法定守則」(排名第二)。為了解決專業守則問題，持份者認為必須設立監管機構。

關於監管機構，大部份人認為該機構應對醫療集團制定一些規定與準則。此機構可由香港醫務委員會或衛生署或其他有關組織成立，需要包括監管醫療當局(處理醫療服務質素)和監管保險當局(處理融資和保險事務)。處理事項包括：質素保證系統、收費應否公開、醫療專業的獨立性、合約條款、病人權益、醫學道德、資本要求、廣告宣傳和其他服務項目。

媒體報導了很多關於違反專業守則的指控，謂醫療集團違反醫務法規，其中包括：(a) 為病人進行不必要的治療以增加收入；(b) 為增加收入，強迫牙醫銷售高價和不需要的牙醫治療項目；(c) 阻止醫生為病人提供最佳的治療方法；(d) 強迫醫生進行一些超越其能力的工作；(e) 要求醫生為醫療集團購買一些危險藥物；(f) 在醫生不知情的狀況下，修改藥物配方；(g) 採用一些未經註冊的藥物或疫苗；(h) 侵犯醫生的自主權；及(i) 違反守則地去招攬顧客或宣傳一些有誤導性的消息。

醫療集團「拖延或拒絕支付網絡或其附屬的醫生費用」的情況(排名第三)。其中問卷調查裡開放式回應有很多此類指控，雖然封閉式的回應統計只有少量相

類似的數據。一般認為三至六個月的付款拖延期是經常發生的。而醫生向集團收數，如果其中包括貴價或長期藥物配方，手續可能會甚繁複和費時。

雖然備受評擊，「醫療集團受病人和僱主歡迎」(排名第四)亦是事實。從立法會文件和與持份者訪問裡發現，醫療集團的優點清晰可見：(a)醫療集團能夠在價格和服務上與其他提供者競爭；(b)醫療集團有能力減少濫用和增強成本效益；(c)醫療集團能為僱主提供一個預算；(d) 醫療集團能在其網絡裡提供一些質素保證措施。

新聞廣泛報導醫療集團「廣告宣傳」(排名第五)的手法。除少數指出醫療廣告有助提高消費者權益外，大部份則集中負面的報導：謂醫療集團的廣告宣傳是如何誤導市民，誘使他們參加一些折扣式的醫療計劃。

在持份者的訪問裡，管理式醫療的不同運作「模式」(排名第六)得到深入的闡釋。由此可見，香港醫療集團生態是極為複雜的。

在訪問裡，持份者亦解釋管理式醫療「服務範圍」的各種不同種類(排名第七)。其中包括只提供普通科門診服務、及提供普通科和專科門診、檢驗、物理治療、入院、另類醫療、化驗室測試、放射治療、脊醫和中醫等服務。該等服務通常是為僱主度身訂做的。

在「一些監管措施的建議」(排名第八)上，持份者建議政府應該規定：(a)醫療集團的董事局須由醫生組成；(b)只有特許的醫療集團才能運作「按人頭承保式」的醫療保險計劃；(c) 醫療集團規模應有一個上限；及 (d) 醫療集團應自行成立監管制度。

在訪問裡，持份者亦詳細解釋有關管理醫療市場下的各項「制度安排」(排名第九)的細節。其中包括：固定薪金的醫生、按服務收費、按人頭承保制、薪金加花紅制、拆帳、和以上各種混合體等。雖然「按服務收費」是現時香港私營醫

療體制的普遍做法，但由保險公司承保的「按人頭承保及預先付款」制度在香港的管理式醫療市場亦開始得到接受和採用。

「修改醫療法例務以涵蓋所有醫療集團」提議(排名第十)，可從學刊文章、新聞報導和持份者訪問稿裡見到。其中多方指出現行法例只規管醫生而不包括由商人或非醫生的行政人員控制的醫療集團，此法例漏洞必須修補。

在「擁有權和法人」(排名第十一)裡，資料顯示三種主要集團形式：醫生集團、註冊公司、醫生集團與保險公司合夥制度。其他形式亦在香港存在。以擁有權而言，醫療集團可以由一間保險公司、保險代理人、醫生集團或一間商業機構擁有。

從問卷調查裡發現，很多回應者批評「醫生的收費過份偏低」(排名第十二)，影響質素。每次診金有時會低於\$50，此種安排會迫使網絡醫生與牙醫要盡量多看病人。收費過低亦限制醫生用藥的選擇，醫生可能被迫採用一些通用藥物。因此，有回應者認為醫生的診金應設一個合理下限。

鑒於醫療集團市場備受評擊和現行法例的漏洞，有些人建議「醫療集團與所有醫生應受到同等的監管」(排名第十三)，該種議論多在新聞報導和問卷調查裡出現。

從問卷裡，有人指出醫療集團的牟利本質會導致「質量不能獲得保證」(排名十四)，而一篇學刊文章亦指出病人對香港的合約醫療的滿意程度偏低。

有些回應者認為要加強「執行醫生註冊條例：禁止非醫生人士擁有醫療診所作牟利之用」(排名第十五)，他們建議：(1)醫療合夥形式應倣效律師和會計師合夥人的方法，要求至少有 90%註冊醫生參與；及 (2)所有醫療集團必須是非牟利團體，而中間人式的醫療集團應該禁止參與。

其他主要意見包括醫生按人頭承保制、醫生分判制度、中間人或行政人員的高昂薪金、醫療集團的財政透明度、某些醫療卡公司失實和誤導的廣告、一間醫療卡公司倒閉、網絡病人被視為二等公民。亦有些意見指出「非管理式醫療」的弊病、就是整個基礎醫療制度缺乏足夠監管，及過度監管所帶來的成本問題等等。

醫生診所的實地觀察

調查員走訪一些被選定的商業和住宅區域，用以測量醫生參與醫療集團的程度。調查員若發覺在診所的當眼處展示了管理式醫療計劃的醫療卡，該診所醫生即視為接受醫療卡。調查員亦會將醫療卡的數目紀錄下來。如果診所並無展示醫療卡，調查員會詢問診所的護士或當事人有關醫療卡事宜，亦將結果紀錄下來。

雖然實地觀察並未涵蓋全港各地，或包括被選定區域之所有診所，但調查目的是盡量包括各類型商業 / 住宅區域，或一些有極多診所存在的商業大廈，例如：

- 有大型公共屋邨的住宅區：牛頭角、黃大仙和元朗
- 包涵公共和私人屋邨的住宅區域：粉嶺、上水、深水埗、堅尼地城和紅磡
- 主要私人屋邨的區域：太古城、佐敦道 (嘉賓大廈)、彌敦道 (地鋪診所)
- 商業區域：銅鑼灣 (恆隆中心)和中環 (萬邦行)

此項實地調查顯示以下特點：

- 普通科醫生 (71%)比專科醫生 (32%) 更多接受醫療卡
- 住宅區 (除中環及銅鑼灣外) 內半數 (50%) 醫生 (包括普通科醫生、專科醫生及專科醫生擔當普通科醫生的角色) 接受醫療卡
- 在商業區 (中環及銅鑼灣)很少醫生 (1%)接受醫療卡
- 一般而言，在商業區的資深醫生可以不用倚靠醫療卡制度而獨立運作

「供應 / 需求鏈」的個案研究

本研究探討了兩個涉及醫療集團的個案——兩間大機構(略名)，(每間均有數千名僱員和家屬)。這兩間機構均通過醫療集團向其僱員提供醫療福利，但他們提供醫療福利的組合及福利水平是有所不同的。研究兩間大機構整個「供應 / 需求鏈」的目的有：(a) 說明一個以僱主為基礎的管理式醫療計劃是如何運作；及 (b) 探討不同制度的安排是否會影響不同持份者(尤其是最終用家)的滿意程度。在供應者方面，小組訪問了有關保險公司、服務提供組織、及網絡醫生。在需求者方面，小組進行了焦點小組討論會和訪問(包括人力資源經理和不同職級的僱員)。僱客滿意程度是根據以下各個項目的測量：看醫生方便程度、財政保障、技術質素、與醫生的溝通、醫生的選擇、醫效成果及處理投訴。

機構 A

該機構為其僱員及直系親屬提供一個頗全面性的醫療福利。機構 A 與一間大型保險公司訂立合約，為其僱員及親屬提供門診及住院保障。每年門診福利包括：高達 50 次的普通科醫生診症，每次費用上限為 \$200 (包括藥物及毋需額外付款)；專科診症全年上限為 \$5,400；檢查費用上限為 \$4,200；注射疫苗上限為 \$300；及子宮頸抹片檢查上限為 \$300。全年住院福利為：每次入院手術費上限為 \$72,000 (高級職員) 或 \$55,000 (普通級別職員)；住院費用每日上限為 \$1,050 (高級職員) 或 \$560 (普通級別職員)，住院日數上限為 280 日；醫院雜項費用全部承包；及醫生巡房費每日上限為 \$1,050 (高級職員) 或 \$560 (普通級別職員)，亦以全年 280 日為上限。

該保險公司與大量的獨立執業的普通科醫生、專科醫生、和幾個醫療集團訂立合約，整個網絡有 880 位醫生，保險公司亦向僱員及持會員卡的直系親屬提供醫療信用服務。香港大部份的私家醫院亦接受此會員卡。僱員及直屬亦可看網絡名單外的醫生，每次診金上限為 \$200，全數可向保險公司申請退還。該保險公司設有一個服務熱線及一個全球緊急支援熱線。每個受惠人(僱員及合資格的親屬)的每年保險金大約為 \$6,000。保險公司與網絡服務提供者訂立一個收費

表，公司會全數以「按服務收費」形式向服務提供者支付費用。如果服務是在網絡之外，保險公司會根據福利計劃規定，退還僱員及合資格親屬所付之費用。隸屬醫療集團的個別服務提供者所得報酬是根據他們與集團所定的合約執行，形式可能是定額月薪、折扣式「按服務收費」或其他安排。

機構 B

該機構直接與三間醫療集團訂立合約，向其僱員 (及高級職員的家屬) 提供基層醫療服務。該機構是自我承保的，而在提供醫療保險時，機構 B 並沒有僱用任何保險公司、保險代理人或任何仲介者。全年門診福利包括：門診每次診金上限為 \$110 (普通科) 或 \$220 (專科)，包括藥物及員工無需額外付款。全年上限總數為 \$5,000。僱員可用三間網絡外的專科醫生，費用亦可向公司申請退還。高級職員全年限額亦是 \$5,000，但他們可享有一個彈性較大的安排：每次診金不設上限，此項亦適用於其家庭成員。醫療集團有向僱員提供諮詢熱線服務，它們亦有舉辦衛生保健講座、驗身服務及提供接種疫苗的折扣。全年住院福利則包括：根據不同職級，住院每日費用為 \$110 或 \$160 (包括膳宿費)、每次手術費和雜費為 \$4,000 或 \$6,000、及整體住院費每次上限為 \$20,000 或 \$30,000。該機構是自我承保其住院費用，而並沒有僱用任何保險或仲介者服務。很多僱員有自己的加保計劃。致於有關與三間醫療集團直接訂立合約，每間集團均擁有多間診所以及有數百名的附屬服務提供者參與，包括普通科醫生、專科醫生、牙醫、中醫、化驗所及物理治療中心服務等。合約通常為期一年。僱員可以看三間網絡外的醫生，而按不同職級可向人力資源處申請退還費用 \$110 或 \$115。

服務提供者所得報酬是根據一個折扣式的「按服務收費」形式為基礎 (即普通科診金連藥物為 \$110 或 \$115)。在網絡名單裡的專科醫生亦向持卡者提供折扣。醫療集團或其附屬診所都沒有採用「按人頭承保制」。所有已訂合約的診所均為持卡者提供信用服務。若僱員所用的醫保費用已接近上限時，醫療集團的電腦系統會提醒僱員有關事宜。

個案調查結果

兩個個案均顯示，管理式醫療的安排在運作上都沒有產生嚴重問題，服務提供者(醫療集團和醫生)都對合約表示滿意。機構 A 的人力資源經理認為此種安排能達至一個穩定的預算和行政方便。機構 B 並沒有聘請中間人協助，而其經理本身亦要處理該機構的醫療保障計劃，但她仍然對安排表示滿意。

雖然大部份服務提供者是以「按服務收費」為聘約基礎，但機構 A 的計劃是一個「按人頭承保計劃」。保險公司亦充當服務提供者與該機構的仲介人。醫療集團的批評者常常提出「按人頭承保制」是問題的根源，以為仲介人會從介紹醫生過程中獲取暴利。

機構 B 沒有聘用任何仲介人，而直接與醫生團體定立合約，其安排是一個折扣式的「按服務收費」計劃。

雖然兩間機構的僱員對計劃能提供醫療信用服務和有大量醫生候診感覺滿意，機構 A 的僱員明顯地較機構 B 的更為滿意。顧問小組利用 31 條問題詢問以下各項：看醫生方便程度、財政保障、技術質素、與醫生的溝通、醫生的選擇、處理投訴及治療成效。兩間機構的僱員均認為滿意的方面有：診所地點方便，應診時間適當，有大量醫生可供選擇。其他 28 條題目包括：看專科醫生、入院治療、獲得緊急醫療、從醫生裡獲得所需藥物、獲得所需化驗室檢驗、獲得 X 光服務、透過電話獲得醫療資料、任何時間在本地所得到的醫療支援、在外國所得到的醫療支援等服務的方便程度、等候醫生的時間、預約醫生的時間、對醫療費用的保障、無需顧及財政問題而得到治療、如願加費可得到額外治療的安排、檢查的透切程度、醫生的技術和經驗、醫生對醫療程式或檢驗的解釋、醫生關心病人程度、從醫生那裡得到保健資訊、看醫生的方便程度、醫生的友善和禮貌、醫生診治病人的時間、治療成效、整體醫療質素、通過診所去投訴所需之時間、投訴後所得到的答覆、通過人力資源部門去投訴所需時間及滿意程度。結果顯示機構 A 的僱員滿意程度較機構 B 為高。

兩者差異有甚為明顯的解釋：機構 A 每次診金是 \$200 而機構 B 則是 \$110 或 \$115。不同收費直接影響消費者對計劃的觀感及其滿意程度。如果醫療保金及其相關連的收費是足夠高的話，「按人頭承保制」以及有沒有仲介人存在似乎沒有影響用家的滿意程度。

衛生署工作小組的調查 (2006 年)

2006 年 4 月衛生署成立了一個工作小組，調查有關醫療集團事宜，並向不同持份者收集意見。該調查指出在香港的私營醫療體制裡，醫療集團本身是由一羣很不同的私營基層醫療服務提供者機構組成，它們可包括集體行醫組織和「醫療計劃行政者」等不同形式。

工作小組發現服務購買者和用家，大致認為醫療集團能帶來一些好處，包括醫生選擇、收費低廉、診所座落方便、應診時間適宜、服務的全面化和服務有一定水平等。但用家亦希望自己的權益能得到更大的保障。

工作小組亦發現醫療專業團體的關注，包括醫療集團本身的利益可能會影響病人的福利，和影響醫療界的專業自主性等。調查亦列舉一些對醫療集團的指控，包括採用未經註冊的藥品和未經受僱醫生同意而擅自更改藥方等。

醫生的問卷調查

質性資料顯示幾項值得關注的議題：醫生在管理式醫療的運作模式、其市場的規模、醫療集團的服務提供者的特色、支付服務提供者的模式、普通病人與網絡病人的收費差異、如何向病人發帳單及如何收費、不當的手法、值得嘉許的做法、及醫生對監管醫療集團的看法等。上述各點已作為醫生問卷調查設計的基礎。

調查方法

研究小組發出兩輪的問卷。第一輪在 2006 年 10 月 20 至 22 日進行，研究小組向所有在香港醫務委員會登記 (以 2005 年 8 月 5 日的登記冊為準) 的 10,158 位醫生寄出問卷，其中有 1,013 位醫生回覆，回覆率大約是 10%。2006 年 12 月 18 至 19 日，研究小組向未有回答第一輪問卷的醫生寄出第二輪調查問卷，第二輪有 209 位醫生回覆。整體樣本有 1,222 個 (整體回覆率為 12%)。研究小組用統計方法測試這次樣本和 2003 年政府醫生人力調查的較大樣本比較，量度兩者獨立執業的私家醫生的百份比，測試結果顯示兩者並無顯著差異。

調查結果撮要

參與率：大部份醫生都有參與醫療網絡，其中集體執業的醫生的百份比 (64%) 較獨立執業的醫生 (58%) 為高。獨立執業的醫生參加網絡的數量 (平均值 = 3.64) 比集體執業的醫生 (平均值為 5.80) 為少。大部份的網絡合約為期一至兩年。

醫生的特性：行醫經驗少於 10 年者集體執業比較多，無論他們是有網絡關係 (44%) 或沒有網絡關係 (35%)。有 20 年或以上的醫生大部份是獨立執業的 (69%) 或在網絡裡獨立執業 (46%)。這個傾向是合理的，知名度高的專科醫生能夠利用自己的知名度去獲得足夠的「按服務收費」的病人，而集團或網絡卻能為新入行的醫生尋找病人。這個現象亦可用經濟和實際的角度去解釋：新入行的醫生加入一個有基礎的集團行醫，是比自己成立診所的費用較低。

報酬方式：大部份醫生 (普通科醫生：61%、專科醫生：89%) 是用「按服務收費」方式獲取報酬。普通科較專科醫生更多用定額月薪 (20%)、花紅 / 按表現支薪 (14%) 或「按人頭承保制」(4%) 等方式。

網絡病人的診金收入平均佔網絡醫生總收入的 18% (普通科醫生平均值為 22%、專科醫生為 14%)。這再次證實已建立良好基礎的醫生較能倚靠自己的聲譽去吸引「按服務收費」的病人。網絡醫生從網絡病人所得報酬 (按服務收費)

明顯少於一般病人 (診金少 29%至 50%、一般診所小手術少約 24%)，只有 10% 的網絡會補償醫生所作的預防或及早檢查服務。

發帳單方式：醫生通過多種方式向網絡病人發出帳單：通過保險公司 (50%)、醫療集團 (48%)、第三者行政機構 (33%)或直接向病人的僱主發單 (17%)。只有一小部份 (17%)的醫生向其聯網集團收數時經常遇到問題。

限制：在組織安排上，網絡或團體醫生均會受到不同程度的指引約制：轉介專科醫生 (58%)、轉介做化驗所 / 影像檢查 (51%)、處方貴價藥物指引 (48%)、使用量檢討 (31%)、使用針對某些病症的臨床規章 (13%)、及建議要向某些特定供應商購買藥物或疫苗 (7%)。一般而言，普通科醫生較專科醫生受到更多指引規管。

設備及其他支援：只有少數醫療網絡為其醫生提供器材 / 設備支援 (31%)、或提供訓練 / 發展計劃 (17%)。普通科醫生較專科醫生於此較多受惠。

對政府監管的想法：對於管理式醫療的未來發展，超過 80%的醫生贊成增加政府規管，所採取之形式包括：醫療集團應向某些監管機構登記 (49%)或規定在董事局裡要有一位註冊醫生負責。

結果分析

以下各段綜合量性和質性資料的分析。

(1) 管理式醫療是基礎醫療供應的一種重要形式

香港的管理式醫療已經發展到無處不在的情況。本研究顯示超過 50%的私家醫生用各種形式參與管理式醫療。此現象在住宅區內更為普遍。很多醫生 (30%以上) 與多個網絡有聯系。超過 35%的醫生，他們的收入超過 20%是來自網絡病人。

醫生參與管理式醫療的百份比，以集體執業的醫生 (64%)較獨立執業 (58%) 的為高。參與網絡數字方面，集體執業的醫生平均值是 5.80，較獨立執業的平均值 3.64 為高。一些醫生與多至 90 個醫療網絡有關連。

很多醫療計劃都有數以百計的服務提供者參與，而病人用家高達數十萬。

(2) 醫療集團的多元複雜形態

香港的管理式醫療有很多不同的形式，而每一個形式本身亦各有差異。在某一個特定醫療集團裡，不同計劃亦有多種不同的形式。

控制管理式醫療的「母體」包括保險公司、保險代理人、集體執業醫生團體和第三者行政機構等。醫生或非醫生皆可擁有這些「母體」。

服務提供者可由集體執業醫生團體所聘用，或者是個別獨立執業醫生以附屬醫生形式參與醫療集團。

管理式醫療向醫生付酬方法多採用「折扣式按服務收費」辦法，對獨立執業醫生是 90%、集體執業者則是 47%。定額月薪形式並不普遍，除非醫生是受僱於醫療集團。「按人頭承保制」只佔極少數 (3%)

有些管理式醫療提供全面的服務，包括普通科及專科門診、牙醫、物理治療、化驗、影像和中醫服務。有些集團則只限於提供普通科門診和有限度的專科門診服務。

(3) 對管理式醫療迅速增長的關注

本研究發現醫生對管理式醫療的迅速增長表示關注。

主要關注的項目包括：醫療集團的低價促銷策略導致醫生收入下降。一般而言，網絡醫生診金低約 29%至 50%，普遍診所小手術費低約 24%。

醫生界亦關注以下項目：管理式醫療制度可能令醫生喪失專業自主權，「按人頭承保制」帶給醫生的財政風險，醫生的分判制度，仲介者與行政人員之高昂收費，醫療集團的財政缺乏透明度，某些醫療卡公司失實和誤導的廣告，某些醫療卡公司的倒閉，和網絡病人被視為二等公民等問題。

有些獨立執業的醫生則認為醫療集團有能力大賣廣告，會造成不公平競爭。

(4) 管理式醫療有相當數量的支持

很多僱主和人力資源經理認為管理式醫療計劃頗有吸引力，因為該等計劃均可以替公司度身訂做，能配合公司的預算和其他要求。計劃亦通常比傳統的無限制的「按服務收費」醫保計劃更便宜。

僱員方面大多歡迎醫療信用的方便，亦對網內外可選擇醫生的數目表示歡迎。他們對服務的滿意程度多是與醫療保金 (及其相聯連的醫生收費) 成正比，而與醫療集團模式無直接關係。

管理式醫療對其網絡的醫生提供了病人客源和有關的後勤 / 行政支援，此種病人來源是某些服務提供者 (特別是一些新入行的醫生) 一個重要的收入來源。

有一小部份的醫生 (17%) 向其聯網集團收錢時經常遇到問題。

(5) 管理式醫療具爭議性的操守

有些診症收費異常偏低，可能會影響服務質素。

醫生在網絡裡或在集體執業醫生團體裡會受到不同程度的指引限制：轉介專科醫生 (58%)、轉介化驗所 / 掃描檢查 (51%)、貴價藥物指引 (48%)、使用量檢討 (31%)、針對某些病症的臨床規章 (13%)、及建議要向特定供應商購買藥物或疫苗 (7%)。

(6) 未充份發揮醫療集團的潛在優勢

只有少數醫療網絡為其醫生提供器材 / 設備支援 (31%)、提供訓練 / 發展計劃 (17%)、或支付醫生所作的預防 / 及早檢查服務 (10%)。

部份原因是醫療保險合約年期頗短。僱主與醫療集團、醫療集團與服務提供者的合約通常為期只有一年，所以醫療集團不願意在上述的項目上投放資源。

(7) 加強管理式醫療監管的建議得到強烈支持

本研究顯示超過 80%的醫生支持加強政府監管，所採取之形式包括：醫療集團應向某些監管機構登記 (49%)、或要求在董事局裡有一位註冊醫生負責 (46%)。此建議可從醫生組織的書面呈遞書和報章裡獲得証實。

有些醫療集團卻認為現存的監管條例已經足夠，而再加強監管並不必要。有些醫療集團亦不反對在整個行業裡成立一個監管平臺。

亦有意見認為加強監管不單只限於管理式醫療。由此看來，整個私營基層醫療診所，都需要有更緊密的監管。

(8) 與衛生署工作小組的調查發現(2006年)互相印證

本研究所搜集得到的各類定性資料和從醫生問卷調查的結果，大致上能印證在 2006年中衛生署工作小組的調查發現。以下圖表比較和總結兩個調查的結果。

事宜	衛生署工作小組	本研究
醫療集團市場的幅蓋面	自 1990 年代末期快速增加	私營醫療體系裡大部份醫生均有參與管理式醫療
模式和參與團體	香港的醫療集團有集體執業組織和醫療計劃行政公司	相同
	參與團體包括服務購買者(僱主)、保險代理人、保險公司、醫療計劃行政公司、醫療註冊公司、獨立執業醫生網絡	相同
	有很多不同的商業運作模式	相同 「折扣式按服務收費」是支付醫療供應者的最普遍的模式，定額月薪制和「按人頭承保制」並不普及
僱主和用家的觀點	服務購買者和用家歡迎醫療集團帶來的好處：醫生的選擇、診金合理、方便、服務的全面化和質素。用家亦希望自己的權益能得到更大保障	相同 用家的滿意程度與醫療保費和相關的診金水平成正比
專業團體的觀點	醫生和牙醫的專業團體認為：鑒於醫療集團要控制成本，其本身的商	相同 一般而言，醫生從聯網

	<p>業利益可能會影響病人的利益和醫生的專業自主權</p> <p>醫療集團有能力大賣廣告被視為一種不公平競爭的優勢</p>	<p>安排少收 29% 至 50% 的診金，和 24% 的診所小手術費</p> <p>相同</p>
醫療集團的觀點	<p>集體執業模式為醫生提供培訓機會、行醫規章、設備和器材。亦為消費者提供更多元化的服務</p> <p>僱主歡迎控制成本的設計和減低行政負擔</p>	<p>相同</p> <p>相同</p> <p>醫療集團對「非管理式醫療」存在的問題、整體私營基層醫療之缺乏足夠監管、和過度監管所帶來的成本等問題表示關注</p>
個別醫生的觀點		<p>有些醫生關注到：「按人頭承保制」、分判制度、仲介者與行政人員之高昂收費、醫療集團的財政缺乏透明度、網絡病人被視為二等公民等問題</p> <p>管理式醫療為它們的網絡醫生提供病人客源和後勤 / 行政支援。這些病人客源是網絡醫生一個重要的收入來源</p> <p>醫生受僱於聯網或集體執業團體裡，會受到不同程度的指引限制：轉介專科醫生、化驗、貴價藥品配方、用量檢討等。有部份醫生受勸予向特定供應商購買藥物</p>

		或疫苗。 只有少數醫療網絡為其醫生提供器材 / 設備支援、訓練 / 發展計劃、或補償醫生所作的預防 / 及早檢查服務
監管的方案	意見不一包括：擁有權的限制、成立醫療集團註冊制度、要求醫療集團設有醫務總監承擔一切醫務責任	相同 超過 80% 的醫生支持加強政府監管。所採取之形式包括：醫療集團應向有關監管機構登記 (49%)、要求在董事局裡有一位註冊醫生負責 (46%) 有些醫療集團認為現有的監管條例已經足夠，再加強監管條例是不需要。有些醫療集團不反對為整個行業成立一個監管平臺

研究結果的總結

本研究發現管理式醫療是基層醫療供應的一種重要形式，大部份的私家醫生均有參與。

管理式醫療行業在以下幾方面存在極大的差異性：醫療集團「母體」的財政力量、供應鏈的組合 (有沒有仲介者或分判制的層次)、擁有權的性質、集團的大小、服務供應的範圍、及補償支付服務供應者的方法等。

由於運作的規模效益，醫療集團能為社區(尤其是僱主)提供較方便和較便宜的醫療服務。醫療集團的存在加強了基層醫療服務市場的競爭，而它們的服務亦大致受消費者歡迎。

很多醫生和醫生組織關注到管理式醫療的迅速增長，也要求管理式醫療應與個別醫生受到相同的規管。本研究亦証實了這項的關注。

本研究証實了數項具爭議性的管理式醫療的操守，包括：用量檢討、臨床規章、專科轉介指引、化驗指引、貴價藥物指引、和要向特定供應商購買藥物等。但這些規定是否構成違反專業道德或守則，則尚待探討。

本研究亦証實，一般病人與聯網病人的診金收費有明顯的差異。消費者滿意程度似乎是與醫生收費的高低有關係。

醫生大致有共識要求政府加強管制管理式醫療，所採取之形式包括：醫療集團應向某些監管機構登記，或規定在董事局裡要有一名註冊醫生負責。消費者委員會建議有需要為醫療集團制定及執行一套行為守則。但是很多管理式醫療集團並不贊同這些建議，認為現存法例已能夠保障公眾利益。

香港的管理式醫療仍未能充份發揮其潛在優點例如網絡醫生可分享網絡的設備和器材、鼓勵疾病預防與及早覺察、24 小時診所、給醫生訓練與發展機會等。

最後，本研究大致印證了衛生署工作小組在 2006 年中所作的調查發現。