

Aco (H)

致：食物及衛生局
香港中環花園道美利大廈 19 樓

Ref: 醫療融資諮詢意見

敬啟者：

附上香港政府提出之醫療融資諮詢文件的個人意見，請查收。

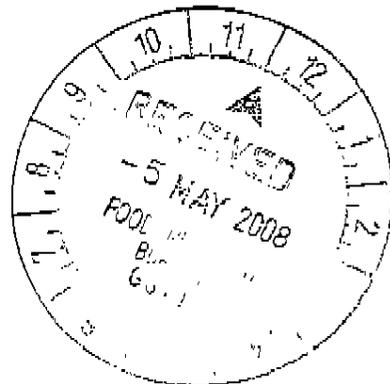
本人同意貴局以記名方法引用附件的個人意見。

此致



劉堅偉博士謹啟

2008 年 4 月 30 日



就政府所提出的各項醫療融資方案之個人評論：

在評論政府所提出的各項醫療融資方案之前，有必要先就公共醫療發展方向作以下批評(諮詢文件第一章之評論)：

信報財經新聞 2008 年 3 月 27 日的報導指出，公共醫療開支以每年以 2.2% 增加，都較 GDP 平均每年增長 3% 為低。除非市民突然間一窩蜂跳入公共醫療市場，否則，從這些數據，看不見醫療開支會立刻「爆煲」，融資問題不似政府在諮詢文件指的如此急切。反而，現時香港公共醫療政策存在根本性的失衡，目前，香港的醫療結構是有嚴重缺陷的，公營醫療壟斷了市場，沒有競爭，沒有多種醫療機制的選擇。

引述政府諮詢文件附件(圖 1)指出，現時公共醫療收費與成本嚴重失衡，例如普通病房之收入只佔成本 3%，以致政府須要作大幅度之補貼；從而，在價格供求因素下，以致社會過分依賴公共醫療服務，從圖 2 所指出，例如普通病房的市場，根本全部(95%)依賴醫管局所提供之服務。反觀門診服務，由於政府之補貼比例較住院服務低，實際醫管局之門診收費亦接近私家診所之收費，令私家診所的市場佔社區醫療七成。正如香港商報在 2008 年 3 月 25 日的報導中，文中批評現時情況是：「一元的麵包，只收一角，使全城都搶着享受免費午餐，私營醫療企業就大大萎縮。公營醫療沒有競爭，沒有集中於防疫、急救與為弱勢社群服務，中層與富裕階層擠向公立醫院，外地孕婦也擠向公立醫院。」

「東方報業民意調查」以電話訪問了九百二十七名十八歲或以上市民，在 2008 年 3 月的調查亦發現(，有三成二受訪市民認為，本港醫療成本上升的主要原因，是醫院管理局高層人工太高；兩成五認為是政府施政失當，浪費公帑；兩成二指是醫療系統行政費用太高。(資料來源：太陽報，2008-03-24)

Table 1. Public fee schedule at different cost recovery rates

Public Healthcare Services	User Fee	Cost Recovery Rates	User Fees at Other Cost Recovery Rates			
			10%	20%	30%	40%
			2004/05			
In-patient General Ward	\$100	3%	\$331	\$662	\$993	\$1,324
Out-patient GOP	\$45	18%	NA	\$51	\$73	\$104
SOP	\$60/\$100*	9%/14%	NA	\$140	\$272	\$396
A&E	\$100	14%	NA	\$140	\$215	\$288

* First and follow-up consultations are charged at \$100 and \$60 per visit respectively.

Table 2. Public-private market share at different public cost recovery rates

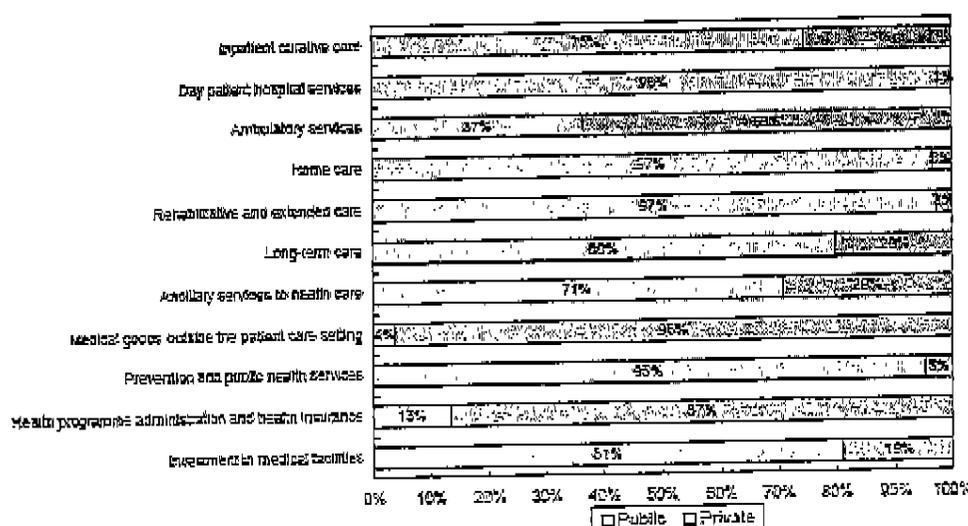
	In 2004	In 2019-2033 at different public cost recovery rates			
		10%	20%	30%	40%
In-patient					
Public	95%	85%	80%	77%	76%
Private	5%	15%	20%	23%	24%
Out-patient					
Public	30%	-	28%	27%	26%
Private	70%	-	72%	73%	74%

故此，政府在研究醫療融資各項方案時，先要重新設定公共醫療服務之定位，包括確立社會保障安全網之範圍，修復公、私營醫療失衡之情況。否則，在市場供求下，各項醫療融資方案均不能完全解決未來香港醫療的需求問題。

政府應該檢討現時公共醫療服務水平，是否超過其他發達地區公共醫療服務之水平。在大市場小政府之行政方針下，政府所提供之公共醫療服務應該訂為最基本，即救急扶危，一切與生命無關的公共醫療服務，應該交給私營醫療市場。

引述明報在 2008 年 3 月 28 日的一篇報導，指出香港 2006 年外科門診輪候時間平均為 16 星期，而 2000 年之時只需 5 星期；2006 年整形外科新症最長要輪候 124 星期，但 2002 年時只需 12 星期。報導中亦提及，有公立醫院整形外科醫生向傳媒表示，新症輪候時間愈來愈長，與轉介個案增加、整形外科資源少，以及該科醫生離職率高有關。(資料來源：明報，2008-03-28)。政府在檢討醫療融資前，確先要重新編訂公眾醫療政策，否則問題的核心仍是未能妥善解決的。

Figure 10. Public and Private Health Expenditure by Function, 2004/05



引述政府諮詢文件附件(圖 10)指出，絕大部分非醫療緊急服務，均以公營服務所承擔，這絕對有違政府用者自付的行政方針。

明愛堅道社區中心昨公佈中西區長期病患者對醫療融資的意見調查，中心上月訪問了 106 名長期病患者，八成半被訪者年齡在 60 歲以上，七成半人每月收入在 3,000 元或以下，兩成人每年的醫療開支達 1,000 至 5,000 元。57%的受訪者對政府推行醫療融資感到擔心，大部份人擔心醫療費用會增加，及醫療質素會下降。(資料來源：蘋果日報，2008-03-15)

引述一個中產組織「中產動力」三月底的一項調查發現，調查樣本的中產人士，以電話訪問 723 位中產人士，了解他們對醫療融資 6 個方案的意見，有 4 成人反對推行「康保儲蓄」，6 成傾向自願性購買醫療保險。(資料來源：文匯報，2008-04-07)。「中產動力」指出很多中產已經自購醫療保險，認為毋須額外再買；加上已經有交稅及加供 5%強積金，若再供 5%「康保儲蓄」，兩者已佔薪金 1 成，他們變相減薪，即近「8 折出糧」。

詳細研究結果如下：

中產動力 3 月底派員到海怡半島、太古城、黃埔花園等較多中產人士居住的屋苑，另再用電話共訪問了 723 名月薪 2.5 萬至 12 萬元的人士，了解他們對 6 個醫療融資方案的意見。(資料來源：明報，2008-04-07)

調查結果發現，六個方案當中，只有自願購買醫療保險的方案獲中產人士接納，獲 57.3%受訪者贊成有關方案。另外，68.2%受訪中產人士反對直接加稅，成為中產人士最抗拒的方案，其次是強制性醫療儲蓄，59.9%受訪者也反對，至於增加醫療收費和強制性醫療保險，則分別有 57.1%和 56.4%反對，反對聲音相對較少的是強制性醫療儲蓄加醫療保險混合模式，即政府在諮詢文件中着墨最多的方案，但亦有 40.8%受訪者反對。對於就財政司司長曾俊華早前承諾，注資 500 億元作為推動醫療改革，有 37.3%的受訪者，傾向政府直接資助市民購買保險及供款，另有 27%受訪者建議成立高齡人口儲備基金，以滾存的投資回報以資助醫療開支。中產動力亦關注強制性醫療儲蓄加醫療保險混合模式中的供款額，按諮詢文件，供款額估計是月薪 3%至 5%，由僱員獨力供款，但調查發現，分別有 52%及 59.8%受訪中產人士認為，僱主和政府亦應負責供款，而供款比率則傾向介乎 2%至 4%。(資料來源：成報，2008-04-07)

香港的中產定義是指用入 1 萬元至 4 萬元者，月入逾萬元者有 170 萬人，逾 2 萬元者 70 萬人，介乎兩者間的有 100 萬人，正是政府關注的「低中產」。中產人士普遍認為，政府提出醫療改革之「康保方案」是向他們「開刀」，尤其對一些

萬多元及 2 萬元以下月薪收入的「低中產」、「中中產」人士影響特別大。他們本身已有很大負擔，月薪僅足餬口，若再以月薪的 5% 用作醫療儲蓄供款及購買保險，無疑將令他們的生活百上加斤。(資料來源：香港商報，2008-04-04)

由此可見，香港各階層，不論低下層或中產，都對政府提出的醫療融資諮詢動機，感到困擾及不滿。

以下，就政府所提出的各項醫療融資方案逐一作評論：

1. 社會醫療保障(諮詢文件第八章之評論)

意見：

- 由於以在職人仕收入作一比例之供款，無形中成爲一項薪俸稅項目，短期打擊納稅人之消費意慾，影響整個社會經濟發展。
- 市民亦可以利用「自雇」逃避有關供款。
- 嚴重加重中產人仕之負擔，加劇社會不和諧，亦有機會演變爲反對政府施政之原因。
- 有違用者自付之精神。
- 由於社會醫療保障之存在，令到部分人仕忽略注重身體健康，加重社之負擔。
- 由於從納稅人口袋支付社會醫療保障費用，市民可以沒有上限的使用社會醫療保障，可能形成濫用社會醫療之情況，加劇現時公、私營醫療失衡之情況。
- 造成社會對立面(供款人仕與使用社會醫療保障之人仕)。
- 由於納稅人仕作社會醫療保障供款，形成他們對社會醫療保障水平不斷提升要求，並加劇現時公、私營醫療失衡之情況。
- 跟現時情況一樣，不能改善諮詢文件第一章提及的問題。
- 過分將責任負在納稅人身上，一旦社會經濟有任何不利情況，直接影響社會醫療之可用金額。
- 人口老化問題直接打擊未來之供款金額。
- 加劇中產人仕之移民潮，影響整個社會經濟發展。
- 須要成立行政部門負責納稅人供款，勞民傷財。

2. 用者自付(諮詢文件第九章之評論)

意見：

- 符合自由經濟體系之公平原則。
- 減少濫用社會醫療之情況。
- 改善現時公、私營醫療失衡之情況。
- 歐、美發達社會之主流發展模式。

- 有機會成為政黨攻擊政府行政之借口。

3. 以醫療儲蓄戶口為輔助(諮詢文件第十章之評論)

意見：

- 醫療儲蓄金額多少見仁見智，十分視符每位市民對未來的看法及價值觀而定，社會難於取得共識方案。
- 由於是強制實施，形成社會反對政府的聲音，政黨亦有機會利用此要脅政府。
- 無形中成為一項薪俸稅項目，短期打擊納稅人之消費意慾，影響整個社會經濟發展。
- 難以應付突發之醫療開支。
- 諮詢文件引述新加坡之例子，忽略香港社會貧富不均的實際情況。
- 完全對現時公、私營醫療失衡之情況沒有作改善。
- 忽略中年失業人士之實際儲蓄壓力。
- 須要成立行政部門負責納稅人醫療儲蓄戶口，勞民傷財。
- 如何善用醫療儲蓄戶口作適當之投資成為須要考慮的問題。

4. 自願醫療保險(諮詢文件第十一章之評論)

意見：

- 符合自由經濟原則，將個人對自己醫療保障的期望，交回他們自己作決定，反對聲音較少；再配合有關教育及宣傳推廣，相信會是否詢文件各方案中，最適合香港社會之融資方案。
- 符合用者自付原則，以市場主導，亦促進香港保險業之發展。
- 能配合現時私人機構為僱員提供之醫療保險，僱員只要付出多一些，便可以獲得更全面的醫療保障，相信能夠得到社會在職人口普遍支持。
- 能改善現時公、私營醫療失衡之情況。
- 對高風險人仕，政府可以設立醫療基金，以降低保險業界所承擔之風險。

5. 強制醫療保險(諮詢文件第十二章之評論)

意見：

- 強制方案太過「家長式」，不符合香港之施政方針。
- 須要行政部門負責，增加了行政支出。
- 效果不及用者自付方案。
- 由於強制執行，有機會造成濫用醫療服務的反效果。

以述香港經濟日報 2008 年 4 月 16 日之報導，現時估計全香港超過 40 間保險公司都有提供醫療保險，故使無論在人才及電腦系統等各方面，運作上效率相信都會較政府負責執行為妥當。東亞銀行旗下的藍十字，其執行董事尹志德亦有以下批評「人從何來？恐怕屆時也要向保險界挖角。」(資料來源：香港經濟日報，2008-04-16)

代表保險界跟政府磋商的醫療融資諮詢委員會成員陳健波在報章訪問中指出，爭議的關鍵應視乎最終可為市民省下多少行政費，要是政府堅持強醫金行政費需規限在 6%至 7%，只能收回營運成本，但保險業界以營運開支加利潤要在 10%左右，雙方分歧只是 2 至 3 個百分點，政府毋須為少少差距而專門成立一個部門，否則有達了「大市場、小政府」的管治理念。(資料來源：香港經濟日報，2008-04-16)

6. 個人健康保險儲備 (諮詢文件第十三章之評論)

意見：

- 由於包括投資選擇，運作上甚為複雜。
- 政府須作一定金額之撥備。
- 須要行政及監管部門負責，大幅增加了行政支出。
- 是一項創新的方案，須要大量教育及宣傳作推廣，以讓社會上下接受。

總結：

綜觀政府就醫療融資提出之各項方案，相信較為容易為社會公眾接受的，包括：自願醫療保險及用者自付，對社會各階層的負面影響較其他方案低。政府在考慮各項方案時，須要評估有關方案之實際效益、社會各界支持度、是否能夠改善現時公、私營醫療失衡問題、是否造成及加劇社會各階層間之矛盾、各政黨是否支持等。最重要，醫療融資問題涉及層面廣泛，亦相信不能以單一方案解決。

另外，在諮詢過程中，香港傳媒，無論傳統左派報章，或較平民化的報章，都不約而同針對政府就醫療融資諮詢作負面批評，可見政府日後在推行醫療融資政策時，一定要顧及傳媒的影響力。

編寫以上評論人：劉堅偉博士 2008 年 4 月 30 日([REDACTED])