

致周一嶽局長：

“醫療改革意見”

(1) 現存醫療問題

- (a) 政府缺乏資源(錢?)
- (b) 人口老化, 須要更多醫療服務, 但稅收因人口老化減少, 要準備未來醫療開支作出準備。
- (c) 市民對醫療開支未有預算或醫療基金認知
- (d) 現在是想解決醫療的問題是“現在資金短缺”或是將人口老化醫療開支情形。簡單說“現在”問題, “將來”問題或想“現在”及“將來”現時要的方案一同解決。
- (e) 市民是否認同要自己負擔醫療開支
- (f) 執行時間表

(2) 問題解決意見

- (a) 政府缺乏資源
“醫療開支教育交”由社區志願團體協辦”, 推廣醫療知識, 為社區及個人衛生健康意識提高, 減少病痛, 為自己身體做準備市民少了病痛, 求診次數自然減少, 醫療需求減少, 尤其是輕微病痛需求。

- (b) 人口老化, 要準備醫療儲備
醫療儲備金要市民支付, 有不同有相同共識, 推行安排要使市民看到, 覺得是公平, 供款是值回票價, 稍後詳述有關意見。

- (c) 市民醫療, 開支由自己支付?

長期以來, 市民都一直認為入公立醫院, 是一項市民的福利, 市民一生交稅, 可能較明確可享的就是醫療福利, 為什麼需要醫療基金。並且有市民認為如有病, 他/她有權不要求醫治, 留返醫療費做生活費, 你為什麼要我醫, 交強醫金。

因為很多人都覺得自己身體很好, 由小至大沒有什麼病痛, 花費在醫療費很少, 將來都應不會或不需花太多醫療費, 這些市民可以提供一個選擇權他們不參與強醫金。

相對有病的市民, 他們會願意支付部分款項, 獲取較優質醫療待遇, 但如何有效推行及支持, 政府要有一些優惠, 如供款可扣稅, 供款者使用政府醫療設施有何優惠, 買藥有折扣, 排期較快。

另外現時很多市民, 如未住過醫院, 做過手術, 不知公立醫院那些項目不需收費, 那些手術或儀器要收費, 一般市民只知較優質藥物要自己出外購買, 如通波仔手術, 之有關器材”彈弓”是要病人支付。
如市民廣泛知道, 醫院收費並不是完全低廉或免費, 有些費用是同市場收費一樣。如果他們知道, 他們較大機會接收醫療儲備基金的概念, 及為自己及家人準備醫療基金。

(d)現在提出的方案:為“現在”,“未來”而推行

坊間有意見醫療儲備金要 60 歲才可用,或供款才能可應用,如市民供款後,大部分人是不能預計自己什麼時間病,要用就要用,不同退休金,大部分可以計算及認同,退休年齡,方案推行後,要惠及現在或未來的市民皆可受惠。

(e)市民接受負擔醫療開支

只有著數的市民,才會為自己及家人做,要同你分擔,分憂,較難推行,公民意識有,不需付錢可為你付出,要市民出錢,不為自己,為社會較少成就。最主要現時醫療,保障公務員免費,為什麼現在要供款,沒了免費醫療,有否違反 97 前公務員福利不變?

(f)時間表推行

如社會未有主流醫療融資方案,政府如何推行,政黨不敢表態
政府有沒有目標年齡做基礎實施方案
什麼年齡做較適合
社會階層如何施政

社會三大基層概念

(1)草根階層

(2)中產階層

(3)高收入階層

高收入階層供強醫金應有選擇權

強醫金為誰而設

為自己而設,一有錢人,可不須用公家醫療他們可選擇私家醫療,大部分有錢人會兩者都用,但比例用私家醫療為主。他們有權不為自己購買強醫金,補貼政府醫療。

草根階層一低收入,如何供款

如強醫金,為個人而設,他們沒錢,沒有錢供如何辦,要僱主供,但僱主沒責任為他們健康買保險。僱主只可同僱員從薪金扣除供醫療,如果僱主扣了僱員人工,但沒有為僱員供款,如何辦理,事情更加複雜。他們又不須納稅,如何收取他們的強醫金。

家庭主婦沒有收入,怎樣支付強醫金

有工就可供強醫金,沒有工作有病,沒有供強醫金怎辦,如果不是低收入是中產家庭,如何做?

中產階層

-錢有份付出

-福利無份用-現時似有醫療福利,實際不能享用,排期化驗,9個月,病情會如何,只有到私家求診。

供款後是否可改善情況或只為將來而設

-如供款,老人家是否受惠的一群

-我相信,醫療開支是家庭問題

-人有病,全家擔心

-所以本人構思強醫金以家庭為單位

老人醫療 (退休人士或 60 歲)

成年人醫療 (在職人士)

小孩醫療 5-18 歲

初生醫療 0-5 歲

例如強醫金可作扣減父母,子女及個人減稅額,免稅額,如增加父母免稅額,子女免稅額。

因為老人沒有收入

兒童沒收入,主婦沒收入

付款人多是中年人

及他們供款開支與保額開支掛鉤。

我相信,醫管局應有數據醫療費 VS 年齡

取於平均數多 10%醫療費用

如,每人花費 100,000 保障額為 110,000 及每年調整按通脹而定,如全家 4 人為 440,000 保額 + 通脹

超額由政府包底 440,000 保額,可在私家或公家投診,一來可解決初步醫療排期等候問題,二來可提供醫療負擔,此保額由保險公司支付。

以家庭為單位好處

鼓勵家人互相照顧,醫療開支有預算

收保費,劃一組別收費,如買私人保險有些保險公司不受保或調高收費,所以實行後,不論有病或嚴重病人,都以劃一組別收費,或以現時保險公司團體醫療為本,即兒童、成年、退休人士收費 3 種。

如家庭購買,如 2 名小朋友、2 名家長、2 名父母

共 6 人,每人每年 $2400 \times 6 = \$14,400$

如收入 $10,000 \times 2\% = \$200 \times 12$ 個月 每年保費 = 2 個在職人仕供 6 人家庭

$= 2400 \times 2 = 4800$ 全年保費,約 1/3 市場收費,便吸引市民合理地參加計劃。

家庭保障如 100,000 總保障為 60,000 每人可在家庭調額, 600,000 如家中成員有病,可用部分或全部。如沒有用,可累積儲額或回贈保費作儲蓄用途,為將來人口老化使用。

現在兩大難題要解決

- (1) 醫療開支, 概念由市民分擔(如沒有共識, 什麼方案也是徒然)
- (2) 醫療融資方案如何有良好方案可供各界人仕認同及推行。

草根階層比較難向他們融資

但不要他們付錢, 中產及高產人仕不服

他們的供款都未用, 已經給他們用光

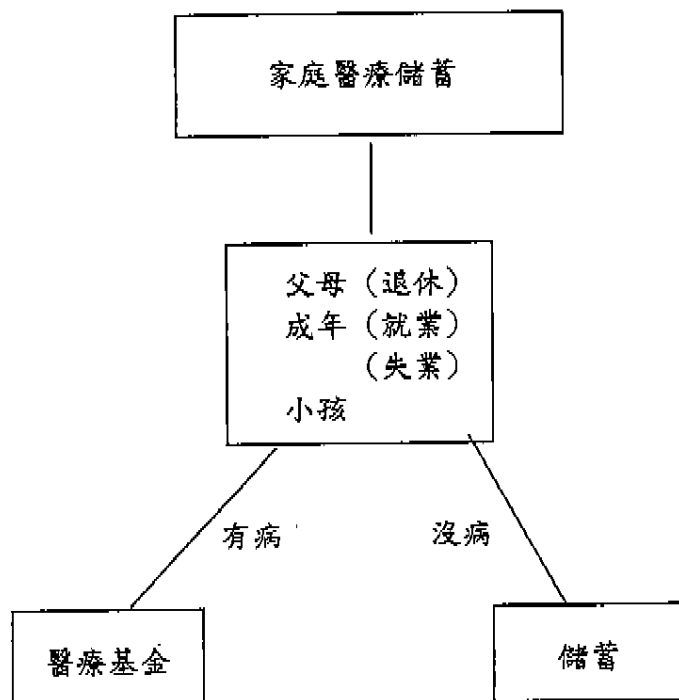
要用時, 政府無資源又要再加醫療保險, 會產生矛盾, 所以要制訂時間表, 政府醫療基金是即時運作, 還是等五年後基金滾存後才運作?

低收入人仕, 要入息證明, 可減少供款額至 1-2% 及為全家購買, 令中產人仕覺得低收入人仕有共同付出, 大家共享醫療福利。

如真的有公私營混合一同服務, 政府要列明私家醫生收費, 不被醫生濫收醫療費, 而花光市民保障額, 私家醫生與政府要有協定收費準則, 如盲腸炎收費可向市民保障額扣減多少, 至某一水平, 市民自行支付該項手術收費, 此以平衡醫生們利益, 優質醫生們有權收多些或市民想要較優質醫生, 願意自己比多些, 而政府可以津貼一些醫療費用。

並每兩年檢討收費準則一次, 以符合市場合理醫療開支

最後本人概念:



多謝
潘大永