

# 黃以謙 醫生 Dr. Wong Yee Him John

地址：九龍城聯合道32號億光樓一樓前座 電話：3190 5812 傳真：3190 5813

周一嶽 醫生, SBS, JP  
食物及衛生局局長  
花園道美利大廈

周局長,

## 針對「醫療融資及人口老化」問題的公開信

您好!

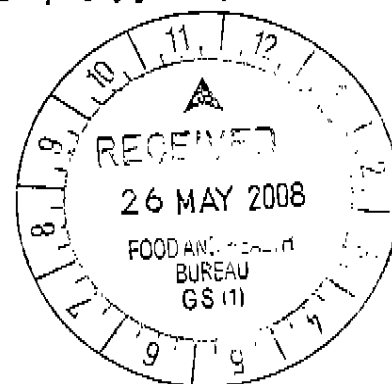
「醫療改革諮詢文件」用了大篇幅介紹各醫療融資方案，在市民及有關持份間引起了激烈的討論。

我既是醫生，亦是民選區議員，我知道市民雖然感到「醫療改革」問題極之複雜，但公眾在討論醫療改革時，除了談融資，更想談及改革的細節。

本人聽過不同階層的意見，在分析過後，發現大眾對醫療改革的關注都是環繞着 8 個問題。所以我準備了這一封給政府的公開信，向閣下報告一下收集到的民意及相關建議。

祝安康

黃以謙醫生  
2008 年 5 月 23 日



# 集體反映會更有效!

*Act together!  
...and say what's in your mind*



**黃以謙** 醫生

Dr Wong Yee Him John

醫療改革關注組召集人

Convenor, Medical Reforms Concern Group

「醫療改革關注組」正就「醫療改革諮詢文件」內容做民意調查，結果會在六月公報。希望閣下能借填寫背後問卷，反映您的意見。謝謝您！

The Medical Reform Concern Group is conducting a survey on the future direction of Healthcare Reform. Please complete the survey on the back of this form so that we can compile your views for the Government's consideration.

請將用以下方法交回問卷 How to return your survey to us ?

BY FAX: 3190 5813 BY E-MAIL: yhjwong@gmail.com

BY POST: 九龍聯合道32號億光樓1樓

亦可到以下網址的網誌反映意見 You can also leave your comments in the blog section of this website

[www.doctorwong.net](http://www.doctorwong.net)

## 就政府的「醫療改革諮詢文件」，您有何看法？ What are your views on the Healthcare Reform Consultation Document?

- 1) 香港有沒有需要盡快推行強制性醫療供款？  
Should HK implement mandatory healthcare payment as soon as possible?
- 不需要 No  需要 Yes
- 2) 「醫療改革諮詢文件」提及的六個方案那一個最可行？  
Out of the 6 options proposed by the Document, which is the most feasible?
- 社會醫療保障 Social Health Insurance  用者自付費用 Out-of-Pocket payments
- 醫療儲蓄戶口 Medical Savings Account  自願私人醫療保險  
Voluntary Private Health Insurance
- 強制私人醫療保險  
Mandatory Health Insurance  個人健康保險儲蓄 Personal Healthcare Reserve
- 無一方案可取 None of the 6  資料不足難以取舍 Insufficient facts to decide
- 3) 醫管局應否定位，逐步停止提供一些服務，改將病人轉送私家醫生照料？  
Should HA gradually stop provide certain types of service and transfer cases to private doctors instead?
- 反對 No  支持 Yes
- 4) 醫管局應否引入更多用者自付收費？  
Should HA introduces more user-pays charges?
- 應提高門診收費至跟私營相若水平  
OPD charges should increase to match private sector fees.
- 應提供更多頭等及二等服務，而這些需收回成本  
HA should introduce First & Second class services that charges full cost
- 應為任何收費「封頂」，按病人資產，每年收費不會超越某數額。  
HA should set an asset based cap on annual charges payable by each patient
- 醫管局不應再引入新收費或提高收費 HA should not introduce new charges or raise fees
- 5) 強制性醫療供款應跟強積金供款一起處理。  
Mandatory Healthcare payments should be combined with MPF payments
- 反對 No  支持 Yes

填妥後，請將意見傳真致 3190-5813。為方便回應，請附上簡單個人資料。  
On completing your comments, please return this form by fax to 31905813

姓名 Name : \_\_\_\_\_

電郵 E-mail : \_\_\_\_\_

電話 Phone : \_\_\_\_\_ 傳真 Fax : \_\_\_\_\_

地址 Address : \_\_\_\_\_

資料將按個人資料(私隱)條例處理 Information will be processed in accordance to the Personal Data (Privacy) Ordinance.

# 醫療改革8個問題

## 致香港政府的公開信

「醫療改革諮詢文件」用了大篇幅介紹各醫療融資方案，但對如何改革醫療體系卻輕描淡寫，令人感覺政府的重點是融資而不是改革。雖然還會有下一輪諮詢，但若討論融資時沒有談及改革的細節，公眾是難以認同的。

作為一位區議員，我知道市民感到「醫療改革」問題極之複雜，雖有切膚之痛，卻難以從繁複的資料裡建立自己的看法。本人聽過不同階層的意見，在分析過後，發現大眾對醫療改革的關注都是環繞着8個問題。

我知道與其寫信給政府回應諮詢，不如將意見跟大眾分享後再讓其發酵，應該會是更有建設性的做法。現在，我將意見輯集成為一封給政府的公開信，並派發給對此有興趣的市民，希望能引起大家對問題的反思和討論吧！



黃以謙醫生 2008年5月

電話: 31905812 傳真: 31905813  
e-mail: yhiwong@gmail.com

www.doctorwong.net

黃以謙醫生  
Dr Wong Yee Him John

CLICK INSIDE FOR A SPECIAL MESSAGE TO YOU  
如有專誠給您的信件

# 點解要供強醫金？

### 1. 政府有錢 何需融資？

醫療改革要成功，便要先做到令市民接受強制性醫保供款。可是，特區政府現時坐擁龐大財政盈餘及儲備，卻要強迫月入一兩萬在職人士節衣縮食去供款，恐怕很難得到市民支持。香港市民普遍都認為政府有責任去提供優質醫療服務，既然今天政府有錢萬億儲備，大家都覺得政府花多些公帑在醫療上是應份的。

政府以「人口老化」為融資的重要理據，但是，不少人卻認為政府誇大了問題。大家都預會不到人口老化引來的危機有如何迫切，亦不認同「強醫金」能有助應付人口老化。再者，「諮詢文件」集中談融資，會容易令人聯想起「陰謀論」，猜想政府是藉此去令本來不用交稅的低收入人士也交稅，引致部分市民對供款產生反感。

事實上，強制性醫保供款的「最大理據」，便是它能幫助更多人由醫管局轉到私立醫院求醫，從而使公營醫療不再無止境地膨脹，令整體服務得到改善。而市民的「最大好處」，便是供款能令他們擁有了一份有用的醫療保險，日後患了大病，也不用擔心會醫到傾家蕩產。但是我不明白政府為何沒有多談及這些論據。

### 2. 自己健康 誰的責任？

要市民接受醫療改革帶來的轉變，便要先改變他們對自己健康所持的錯誤思維，令他們為自己未來的健康負責。

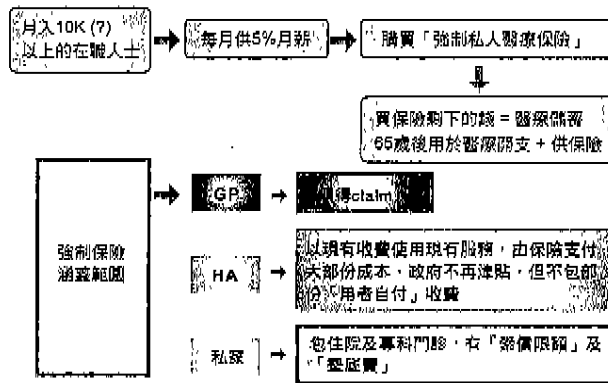
不少香港人，平時都很少為自己的醫療需要而未雨綢繆，很多人都不重視疾病預防，通常有病後才會想方法找醫生看。到了有病時，大部分人都沒有自己熟悉的家庭醫生。有病就持「病人被動醫生主動」及「落重藥快些醫好」的態度去求診，一劑藥不見效便換醫生。可是，「諮詢文件」沒有提及要改變市民的思維，似乎假設七百多萬香港市民看完文件後便明白了一切，或者以為花了錢在公關及廣告上便足夠了。

### 我的建議

- 香港政府現在做的「軟性宣傳」，不能令市民感受到融資是有需要的。局長及秘書長馬不停蹄走了數十場諮詢會的同時，政府應針對性地用媒體去扭轉一些對保健及醫療根深蒂固的錯誤思維。同時更要用開風而牛動的辦法去宣傳一下醫療體系及人口老化面對的挑戰。
- 政府要協助私家醫生走出診所，和區議會及地區人士多些合作，向市民宣傳「尋求健康」的正確方法。
- 政府應為每年也到全科醫生驗身的市民提供退稅，鼓勵多做預防。

# 點解要供強醫金？

醫療改革諮詢文件內容詳細列於www.bestrong.gov.hk內，這裡亦不再重複述了。文件的頭5章是有關醫療改革，其餘大部份篇幅都花了介紹六個「輔助融資方案」。其中談得最深入的是「方案六 個人健康保險儲蓄」，現在概括如下。

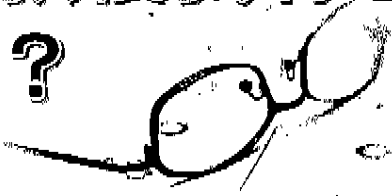


今屆財政預算預留用來做醫療融資的500億元，如果由一千萬位市民攤分，每人平均分到5000。也許以「派錢」形式會很快花光這筆錢，但用於協助推行「廣保」卻會十分有用，究竟這筆錢怎樣用，似乎政府仍未有決定。

### 我的建議

- 方案A：資助所有「廣保」供款人
  - 平均分配給所有參與供款的在職人士
  - 可以用「資助」、「提高保額」等形式分配
- 方案B：資助低收入的「廣保」供款人
  - 令收入低的在職人士可以供少一些
  - 如果有二百萬分，每人可以分五百
- 方案C：為購買了私人醫療保險的人做退稅
- 方案D：為低收入人士「廣保」供款人家屬購買醫療保險，導致「全民醫療保險制度」
  - 如果有一百五十萬人分，每人只可以分到三萬，應該要再注資才足夠供款。
- 方案E：為強制保險包底，避免出現claim錢過多引致「爆費」，從而亦做到控制保費
- 方案F：其他？

# 供了款後我有乜着數？



## 有乜着數？

香港人最易講着數。但是，「諮詢文件」提出的醫療融資方案究竟又帶來有乜着數呢？以文件中的「方案六 - 康保保險儲蓄」為例，供款的主要好處便是(由於分擔風險)有冇人出錢唔好過一份有用的醫療保險，連年長及長期病患者也能受保，而且保費會較便宜，並可以在六十五歲後仍有得保。同時，保險業亦會受到更大的規範和監管。

大家都說「中藍」認為「醫療供款」無着數，其實不同階層的中藍，受到的影響也冇咁不同。

## 着數跟入息成正比例

### 月入一兩萬

「醫療供款」換來的是一份基本私人醫療保險。但是由於私家醫生收費難以預測，保險隨時會「爆煲」，到時候家裏亦負擔不起醫療費，所以他們就算有保險亦不敢多到私家醫生看病。再者，「康保」並不包GP。所以，「康保」對他們來說意義不大，卻是加添了負擔。

月入\$10-20K = 無着數  
GP → 自己付錢  
HA → 加着  
私家 → 「康保」有保證，但怕爆煲所以無用

### 月入五至八千

他們不少早已自資購買了醫療保險，「康保」供款卻令他們可能有更好的保險。他們能選擇去HA，也可以到私保。不用供「康保」，他們亦會將那筆錢用在醫療，所以供款對他們是有着數的。

月入\$50-80K = 唔着數  
GP → 自己付錢  
HA → 加着  
私家 → 「康保」提供更佳保障

### 月入超過八千

強僱換來的基本私人保險不能滿足他們的需求，因此有需要加購額外保險(top up)。要他們覺得有着數，政府便要同時推動top up保險的規範、退稅和普及。

月入>\$80K = 需大分別  
GP → 用Top Up 保險  
HA → 加着  
私家 → 用Top Up 保險

## 我的建議

因此，要市民覺得「醫療供款」有着數，政府便要令到較低收入的一群在供款後，能感受到一些具體的好處。要做到這一點，政府便一定要對這層階提供一補貼了。

# Q3 醫療供款

# 有乜缺點？

## 1. 非在職人士怎樣辦？

非在職人士(如長者、家庭主婦、兒童、年青人、失業人士及低收入家庭)都不用強制供款，因此不能享受醫療保險的保障，但他們往往是最需要這種保障的一群。

今天55歲以上人士將上不到單，來不及參與強制性醫療供款。因此，強醫保所提供的醫療保障在未來十五年都未能直接令香港的老人家受惠。

難為非在職人士供款呢？如果要在職人士為沒工作的家庭成員供款的話，對月入一兩萬的家庭會很吃力。一家五口如月入五萬元，每年便要花一整月的薪金在供款上了。

## 2. 阻礙全科醫生發展

「康保」將不會提供看全科醫生(GP)的保險，但看私家專科門診的醫生卻有得claim。大家公認推廣全科醫生是成功發展醫療改革的關鍵，但「康保」卻不包GP，那樣又怎能令市民重視GP服務呢？

如是者，市民會否請去看專科醫生，而令GP生意更加難做呢？

## 3. 社會不和睦

「康保」供款的最大問題是它會加深社會上不同階層的對立。

低收入打工仔每月供款後卻得不到明顯的着數，但政府卻對高收入人士不斷減入恩稅和免稅差餉，打工仔們又怎會服氣呢？

「康保」只令百多萬市民有保險和有選擇權。大部份長者、基層市民及傷個人士都無此保障和選擇權，但他們卻是最需要醫療服務的一群人。這樣只會造成社會分化。

僱長期業主支付部分的供款，但長中小企僱主卻非常不願意。發展下去，只會加深了勞資間的矛盾。

## 如何改善「康保」？

文件中的「方案六」也許是最成熟的，但是除非作出修改，要廣大市民接受卻十分困難。

### Rx 全民醫療保障制度

- 將「康保」保險儲蓄變成「全民醫療保障制度」。
- 高收入的在職人士需要為其配偶及所供養父母去供款，但可退稅。
- 低收入打工仔的家屬，便由政府為他們供款。(財政預算撥出的500億元可以用於此)。
- 沒有能力供款的人士，政府每年便給他們醫療券去看GP。

### Rx 保險包全科醫生

- 「康保」應該要包括看幾次GP，藉此鼓勵市民和全科醫生建立關係。
- 政府為月入一兩萬人士及沒有「康保」供款的市民：每年提供多張醫療券去看GP。
- 入息較多的市民：鼓勵購「Top Up」保險，去涵蓋GP費用。

### Rx 醫療保險套餐

- 政府鼓勵保險商提出多款Top Up醫療保險的套餐(包括看GP及HA「自負盈虧」服務收費)，以保證一切名碼實價，亦讓多人分享風險，減少被拒保的人數。
- 鼓勵中等收入人士加高top up牌照外套餐，並引入規範和退稅。

# Q4 供款又怎能改善醫療服務？

## 供款跟改善醫療服務有何關係呢？

理論上，醫療供款令更多人能負擔選擇由公營轉投私家醫生，從而減低公營服務的使用率及紓緩醫護工作壓力，達致縮短輪候期和減少醫療事故。但是，事實上，供款對不同種類的病人有不同的影響(看圖表)。

病人類別	現在	有了「康保」後	改善方案
偶有小病	除非有保險，要自掏腰包	維持現狀	Rx 1
隨身	除非有保險，要自掏腰包	「康保」有得claim	Rx 2
慢性病(如糖尿病或高血壓)	大多去醫管局門診，用數十元至十六個星期的藥，或不覆診只到藥房買藥	維持現狀？(因為醫療保險不能提供同樣價廉物美的藥)	Rx 3
經常有病痛的長者	自費去看私家醫生(這亦是他們生活上最大的開支)或去輪街症	長者視醫療券？或維持現狀？	Rx 4
有病需要做手術或住院	有買保險可以去私家醫院，否則便去醫管局排隊	有選擇 - 可揀公營或私家	
長期病患者	依賴醫管局服務	由於開支大及服務需求高，維持現狀	
精神病	保險是不包精神病的，公立精神科服務欠理想，私家專科太貴，所以未能有最佳治療。	諮詢文件對此隻字不提，「康保」有得claim？公立精神科服務維持現狀？	?

## 我的建議

Rx 1 保險包全科醫生：	「康保」應該要包括看GP。(見上文)
Rx 2 鼓勵隨身：	政府應該引入醫因去鼓勵市民每年隨身，如費用退稅或隨身醫療券。
Rx 3 強制保險要包兩層：	「康保」涵蓋藥費及長期病患者的復診的費用，否則每次看醫生只包給兩星期藥費，是不能令私家醫生留住長期病患者的。
Rx 4 醫療券：	希望日後醫療券會資助低收入人士去看私家醫生。(見下文)

要醫療融資令人覺得可以改善醫療服務，強制醫療保險便要包看「小病」。如果保險不包含看全科醫生的費用和藥費，市民便會繼續不論大病小病也去醫管局求醫，公共醫院的長龍便不可能改善。

以上是假想指出大部份同類病人的做法

# Q5 供款怎能解決人口老化?

## 人口老化的挑戰

理論上，人口老化問題是急需推行醫療供款的主要原因。雖然，融資能減少公共醫療開支，間接令政府有可能花多些公帑在長者上，但是，兩者關係並不是必然的。由於強制保險不包括長者，市民始終不明白供款跟舒緩人口老化有何關係。市民對人口老化都關注以下幾點，可惜「諮詢文件」裡卻隻字不提。

### 我的建議

## 什麼方案對付人口老化?

### 在老年經濟保障方面，世界銀行提議有「三支柱」模式。

- 第一支柱：綜合社會保障援助計劃和高齡津貼
  - 第二支柱：私人管理的強制性退休金計劃(如強積金)
  - 第三支柱：自願性質的私人儲蓄
- 所有可行方案應集中於「第二支柱」，這裡也提出三種模式。

### 1. 赤貧長者

社會上有辦法赤貧窮中的長者，只靠生果金糊口，政府卻一毫不肯積極支援。

### 2. 獨居長者

香港將會愈來愈多獨居長者，他們雖失去了部份自我照顧的能力，卻仍然不需要入住院舍。但是，無論日常的起居飲食或服藥護理等安排，他們都需有人定時作出支援。現在，照顧的重擔只可依賴長者的家人去獨自承擔。政府似乎沒有任何找還的規劃，不論是社區的日間服務或住院服務都不足，問題只會愈來愈嚴重。

### 3. 家居醫療支援配套

完全失去了自我照顧能力的長者，如選擇在家中被照料，除了綜援及小量的社區服務外，現行制度是沒有提供具體支援的，一切都要依靠長者的家人不眠不休去肩負所有照顧的責任。僱用外傭是唯一的出路，但是政府卻未有相關的政策配合。

### 4. 安老院資源不足

需要入住安老院的長者，輪候公營津貼的護理安老院排期至少需三年，津貼的療養院及護理院排期更加要五至十年，所以有意入住的老人便只能屈就到質素參差的私營安老院了。

### 1) 用「康保」的儲備金養老

根據「諮詢文件」的方案六，「康保」供款在扣除了保險費後，到了六十五歲尚剩餘數十萬元儲蓄，但限制只能用在醫療開支上。其實，這筆錢亦可以花在年老時的護理支出(如老人院、僱用外傭等)，如將供款率增至6%，將可派用場。

在職供款	65歲後剩餘儲備用途
「康保」供款 月薪 5% - 6%	1. 醫療開支 2. 年老時的護理支出 (如老人院、僱用外傭等)
強積金 僱主+員工 各5%	全數提取

### 2) 強積金和「康保」合併

市民都反對要在供5%強積金之餘，再要供6%「康保」。因此何不以「康保」取代強積金，在扣除了保險費後剩餘的款項，以現行處理強積金的方法去投資，到了六十五歲時部份可讓供款人提取，餘下的便用於醫療及養老上。只要將員工供款升到7%，就算僱主仍供5%，退休時仍可取有數十萬元可提取。

在職供款	65歲後剩餘儲備用途
強積金 僱主 5% 員工 7%	1. 醫療開支 2. 年老時的護理支出 (如老人院、僱用外傭等)
	部份可提取

### 3) 限制強積金用途

對那些對自己未來無計劃的人，在六十五歲領取強積金後，可能很快把錢花光，發揮不到積蓄防老之效。我們可以考慮限制只能每月領取數千元，或限制只能將錢花在醫療及養老需要上。

此外，政府當然要同時積極落實「改革老人綜援制度」、「加強對家居護理的支援」及「制訂安老院發展策略」等。



現在的GP服務實際上已相當不錯，能以「低成本高成效」為病人服務，並充當病人的顧問、輔導員、轉介者和把關人。但是，醫療改革要成功，GP服務便要發展為替病人有病時去的必然第一站。

## Q6

# 如何改善GP服務?

為何GP未能成為香港人有病時必去的第一站?

### 1. 公私營收費上的巨額差距

長期病患者(如高血壓、糖尿病、痛症)到醫管局覆診只要付約100元便可拿16星期的藥，在GP是沒可能收這個價錢連這麼多藥的。

### 2. 病人的錯誤思維

不少香港人，平時時都沒有自己熟悉的家庭醫生，通常有事後才會想方法找醫生。很多人都不重視疾病預防，有病就持「病人被動醫生主動」及「新藥藥快些醫好」的態度去求診，一劑藥不見效便換醫生。

### 3. HMO

無監管及無法監管下，HMO正在不斷地擴張。他們以本私人，以這個去提供最快的醫療服務，他們的服務模式亦跟上述的GP服務不一概，因為價格實在是太平，吸引了很多病人去HMO看醫生，令到現在GP私營市場不能活起來。

### 4. 公私營互不相通

現在私營GP服務和公營的HA(醫管局)是完全互不相通(Compartmentalization)，公私營就像存在於不同的密封區內，兩者是有各做各，絕少有溝通去研究怎麼去減少雙方的。

諮詢文件提出的幾個針對基層醫療的方案，似乎是痛不到癢處。醫生名冊只是一系列的醫生名，並不能將病人帶到去看GP，現在有醫療輔助的一些網站，實際上已有完全相同的作用了。

### 我的建議

#### 拉短公私營收費上的差距

■ 諮詢文件中的強制醫療保險並不包含GP服務，要改善GP服務，強制醫療保險便要包每年有一定次數的GP，不能只讓強制醫療保險的，便應該能獲得醫療券去看GP。

■ 這些保險應該包括和醫管局門診相同的藥。

#### 病人指定醫生(named doctor system)

■ 每次病人使用HA服務前，都要提供一位以上私家醫生的名字(named doctor)，在HA完成了為其提供的住院或門診服務後，便會安排病人繼續到named doctor處覆診。

■ 如病人沒有熟悉私家醫生，HA便要向他提供住所或工作地點附近的私家醫生資料，以供選擇。

#### 宣傳教育

■ 政府要廣泛宣傳，教育市民「全科醫生」服務的好處。

■ 同時亦要介紹何謂「全科醫生」服務，其實，香港現在的GP服務已經能照顧到病人需要，無需要於過渡到「家庭醫學」模式。我建議任何跟病人互相認識，在為病人提供第一站服務的醫生，不需計較專業背景，皆可稱為「全科醫生」，並成為政府宣傳推廣的目標。

#### HA不單為患慢性病及小病提供服務(詳情見下一節)

- 日後費用安排-有供強制保險者，claim 保險
- 沒有保險者：獲發醫療券，但仍需付部份診金
- 經濟困難人士：獲發醫療券，亦可繼續到公營復診

#### HA和GP的溝通機制

■ 我們要加强GP和所在地區的醫管局醫生的聯繫。例如，他們定期可以跟區內醫管局的專科醫生開會交流。

#### 醫療券

■ 醫療券概念是希望病人能共同承擔部份開支(copayment)，以減少費用及提升責任感。現在的模式是政府付出50元，病人需付其餘費用。

■ 如果醫療券運作得好，實心是能幫助GP市場復活的。但是，醫療券的危險便是它可能令GP在競爭下收則一的低收費，令GP經營更加困難。

■ 現在的醫療券並沒有包藥，所以似乎沒可能因為這樣而令病人通通轉投私營。

■ 最好的醫療券應該具發給低下階層，而且包藥。數量要在十張以上。

■ 醫療券要適用於牙科服務。

#### 立法監管HMO

■ 現有的制度沒有監管HMO，必須提供立法。

#### 減收專科醫生

# Q7 如何改善公私營醫療失調?

香港醫療體系的重大問題，是9成病人倚賴醫管局住院服務。但是，「諮詢文件」只提出向私營醫療購買服務的策略。這樣做只能「頭痛醫頭」，對解決問題的根本成因沒有作用。其實，根治問題的4道藥方已經是眾所皆知，只是政府沒有決心落藥吧了。

## 1. 拉近公私營的價格差距

### (A) HA 加價

以提高醫管局服務收費去逼病人「從公轉私」卻未必可行。因為，如果私營醫院沒能力提供同類服務，病人仍會硬著頭皮留在醫管局，令長線減不了，但卻會引致社會上怨聲載道。因此，HA加價前裝模作樣似私營市場有相關服務，並向病人提供轉介的渠道，加價才會有意義。

### (B) 強制保險

理論上，強制保險能令部份市民留在私營醫院。但是，這些中產不少都從未用過公營服務，因此保險能否減少醫管局人滿，成效仍有待考証。

## 2. 減少公眾對醫管局服務的倚賴

社會是不會接受HA減少提供專科服務的。我們只可把目標訂為將公營佔醫院服務比率，由今天的8成多降至6成半。

### (A) 宣傳教育

### (B) HA 服務定位 (見上文)

### (C) 用者自付收費



## 3. 加強全科醫生的服務

我們只有空間將部份公營病人轉交私營GP去承接，務求GP能發揮把關者的功能 (gatekeeper)，盡可能減少病人到HA求診。因此，發展「全科醫生服務」，令其成為市民有病必然先去的「第一站」，是最重要的一步。唯是醫管局向地面上的GP購買服務 (天水圍模式)，卻只會令醫管局向GP傾價，把所有症都劃一收費。此舉最速對令「私家全科醫生成為市民有病的「第一站」這目標卻背道而馳。

## 4. 加強私營醫療的軟硬件

向私營醫生購買專科服務 (眼科自內服服務模式)，短期內是可行的。但除非我們能令這些病人留在私營市場，久而久之市民只會更依賴公營援助服務，令公私營醫療失調惡化。

### (A) 多聘私家醫院

公私營合作營運醫院使私營服務可以受惠於醫管局的規模，可令成本降低。但是，現在提出的大嶼山醫院，由於地區偏僻，相信不是好的試金石。再者，在挑選合作的伙伴時要格外小心。由於現在政府對監管HMO完全是束手無策，若再如類似商業機構合作辦醫院，由公帑去補貼他們的盈利，相信不是一件好事。

● 私營醫院供不應求，可能只是局部現象 (跟內地孕婦及地區上需求有關)，因此，要研究哪一類私營醫院服務有需求才引入投資，會較為可取。

● 私營醫院是盤投資大但不易賺錢的生意。若有人願意投資辦私營醫院，政府便一定要提供土地及優惠。

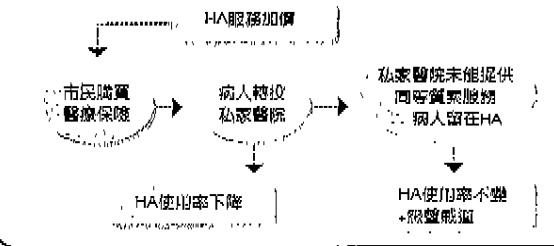
### (B) 紓緩護理人手不足

要研究從外地 (內地、菲律賓) 引入護理人員的可行性。

## 用者自付收費

● 以「用者自付」這大原則來提高醫管局服務的收費，能減少服務被濫用。同時，亦可以讓有能力付款的去多付一點。

● 但是，這類收費卻令大部份長期病者及低收入人士叫苦連天。因此，「用者自付」的唯一目的應該是降低公營服務的使用率。由於撒瑪利亞基金只惠及基層，因此政府應就這類收費「封頂」，每人每年不能收超過一個最高限額，而限額可按病人資產去釐訂。



就何謂「改善」香港的醫療服務，政府和市民是持完全不同的看法的。

# 如何改革醫管局?

**市民**  
不滿意醫管局服務:  
(A) 服務跟民意脫節,  
(B) 醫療事故頻繁和  
(C) 輪候時間太長。  
亦希望自己能負擔更多的私營服務，  
不願供款用了去維持醫管局這頭大白象。

市民不滿意醫管局服務，「諮詢文件」卻沒有提出針對性的改善方案。雖然蘇利民先生已經令醫管局燒到了滅赤和減省成本，但是，像醫管局般的龐大公營架構，是沒有可能避免低效率及浪費資源的。所以如果要推行醫療改革，必需先為醫管局這「大政府」拆牆鬆綁。

## 1. 管理層前線及長線脫節

醫管局是由沒有做臨床工作的官僚去發號司令的，他們主要是從開會及看文件去了解事情，很多決定都是官僚在沒有跟前線醫護人員溝通下做的，「下關不能上達」仍普遍地存在。以往，醫院的架構是圍繞著臨床醫生的需要去運作的。今天，醫院卻完全跟從醫管局官僚寫出的指令去運作，行政決策跟臨床需要脫節也所難免。

同時，由於今天的醫管局董事局沒有任何民選職員或員工代表，還亦令到醫管局的決策往往跟民意脫節，如「街症電話派醫」事件的好心做壞事，相信仍會繼續發生。

## 2. 員工士氣

儘管胡定旭主席已盡了努力去改善員工士氣，但是由於資深醫生做得不開心，流失率依然頗高。現在醫生的職級制是個僵化的官僚升遷制度，卻沒有了公務員系統的監察，令到不同職級的醫生都產生了不同的不滿和訴求。由於醫管局高層喜歡在辦公室去了解前線情況，現在很多醫生都花不少時間做非臨床工作，專科醫生迫於無奈要經常花時間去開會和寫報告，令

工作壓力大增。醫生要晉升，便要多做行政工作及搞好辦公室政治，從而發展了搬鞋文化。資深醫生因此而對工作失去歸屬感，初級的醫生又被工作量擠到心力交瘁，結果很多專科醫生被迫離開醫管局。愈多醫生離職，其他人的工作量便愈重，惡性循環令醫生流失問題愈趨愈壞。

## 3. 醫管局無止境的膨脹

由於政府對醫管局發展欠方向，有時說要「定位」將病人轉介私營醫療，但給政客罵一下又會要求醫管局加大服務，令HA官價無所適從。最後，醫院一方面花資源去搞五星級服務，另一方面卻接受有癌症病人要輪候到明年才見到醫生。

「諮詢文件」說醫管局提供一些私家服務，這實在是十分危險的。這樣做只會令醫管局繼續無止境地膨脹，用低效率的模式去運用公帑。假如讓醫管局以其龐大資源跟私營醫療競爭，公私營失衡必定會惡化，這亦是醫療改革的第一大忌。再者，用公帑去資助醫管局提供私營服務，亦令人擔心會出現「有錢才有好服務」的情況。

## 如何改革?

### 前線醫護的工作量

不能再有「有人做到死，有人無事做」的現象。醫管局需要隨時辦出高工作量的單位，盡快從中央抽調人手去作出支援。

制定「醫生超時工作多勞多得制」及限制「醫生連續工時」於合理水平。

### 減少醫生流失

所有能獨當一面的專科醫生應該受僱為顧問醫生。  
HA專科醫生有權選擇part-time工作，另外時間在私營看私家症。  
所有專科醫生晉升由中央甄選，確保用人唯才。

### 改革行政制度

為了防止「山頭主義」，醫院的行政人員不能長年累月都在同一聯網工作，部門總管亦應該有任期限制，職位由不同醫生轉流擔任。  
HA董事局及醫院管治會要有民選職員及員工代表。

### 為醫管局服務逐步定位

在上一次諮詢，政府曾提出以公營服務「定位」作為醫療改革主軸的對策，但今次諮詢卻再沒提及了。事實上，一個「逐步定位」的方案最能針對性地改革醫療制度，令市民心理上有所改變，以後有病便自然會先去掛GP。

- 第一步:** 政府要清楚表示日後不會再用公帑為數類「小病」提供服務，名單應該只限於一些普遍及不嚴重的病症，如輕度高血壓、初期糖尿病、高血脂等，並先作廣泛諮詢。
- 第二步:** 宣傳「小病要靠自己」這資訊，並研究協助市民找私家醫生的機制。
- 第三步:** 落實針對GP服務的融資 (醫療券、保險、融資)。
- 第四步:** 公營專科門診停止將病情穩定的病人轉到「街症」，改為轉介給病人提供的GP (named doctor) 處理。
- 第五步:** 政府公佈不會再用公帑去為「小病」提供基層轉診服務，但改為向私家醫生求診。
- 第六步:** 「街症」亦將服務「定位」，日後只照顧貧病長者、長期病患者及綜援人士。其他病人便要轉看私家基層醫生。

閣下看過意見後，請到  
[www.doctorwong.net](http://www.doctorwong.net)  
跟我互動溝通吧!