



km chan

10/06/2008 00:31

To beStrong@fhb.gov.hk

cc

bcc

Subject 香港醫療改革文件的意見書

Urgent Return receipt Sign Encrypt

致:食物及衛生局局長周一嶽醫生

負責諮詢收集的執事先生:

請收閱後，懇請詳閱及留心各樣的建議，盼望政府為市民大眾訂立良策，而不要在今時今日貧富懸殊差距龐大之下，使未符合申請綜援的人士或願意自力更生的低收入人士再百上加斤，而這些人每日為口奔馳，他們卻是無能力和無時間去為自己爭取任何事情，亦經常被政府忽視的一群。因為我聽到不少有關他們的辛酸故事（因為我是一位公立醫院的探訪病人義工），我期盼今次的諮詢是真正的正視和看重香港不同或少數的民情。

香港的市民

陳錦美

10/6/2008



Yahoo! Mail具備一流的網上安全保護功能![了解更多](#) 08社會政策_醫療融資改革(政府).doc

致：食物及衛生局局長

周一嶽醫生

對醫療改革諮詢文件的意見

因為病者的消費選擇有很大的局限，並沒有專業知識，難以決定醫療開支，各方面只可以聽從醫療體系及人員的判斷；甚至醫生未知病情的複雜及進展之前，也未必能夠計算整個服務的所需的費用。雖然病人是影響健康的重要因素，但是有關醫療成本的重要決策（如住院期、手術、藥物、檢查等）卻是由醫生提出建議。

有時一些病因不是個別的因素，好似 2003 年的非典型肺炎、禽流感、職業病、環境污染、遺傳病及傳染病等各種不同疾病的成因，清楚知道很難要求病人獨善其身地處理自己的疾病問題。因此，醫療政策及其融資有一定公共性，而政府的角色就不容代替。不過隨著醫療服務專業化和科技化，醫療費用越來越昂貴，在政府、醫生、病人這一個三角的關係，政府對醫療融資有一定的承擔責任，而公眾人士對公營醫療服務日益增加，因著 2003 醫管局的總開支是 303 億佔了政府總開支的 12.5%，加上港府多年嚴重的財政赤字，應港府要求各部門要開源節流，因此醫療開支要面臨重大改革的需要。

在醫管局面對財政壓力之下，採取了不同的開源節流的方法，當節流時引起了不少公營的醫療服務的人手資源調配和削減，帶來極大的醫院內部的張力；在開源上亦引來不少市民的怨對。

近期財政司公佈財政預算撥出 500 億作醫療儲備，促使政府再提出多年研究的醫療改革的方案向公眾人士再諮詢。

醫療改革應有的原則和理念

社會責任應該是公共醫療融資改革的首要指導原則，不能簡單地因為減輕政府的財政負擔而被拋諸腦後。醫療改革的理念，應要強調政府的管治是「以民為本」，施行仁政，重視民生和民心，著重愛民和親民。今日香港已回歸祖國，中國儒家強調的仁愛精神與仁政的理念，這種以「仁」為中心的社會倫理思想，為中國傳統已奠定了重要的社會倫理基礎，其思想重視「孝道」和「君臣父子」的倫理關係。並且應有我國國父孫中山先生的大同思想為原則，大同的思想是看每個人機會都是平等，而不是只有部份高薪的人士才可享有優質醫療的服務。

在報告中時常提到在二十多年後，港府要承擔人口老化的昂貴的醫療費用，以致產生醫療改革的迫切性，這種信息似乎抹煞了昔日長者曾經服務和貢獻過社會，祇是

現時的長者在過去從未有得到良好的退休保障，致令今日眾多長者無依無靠，但是似乎卻被政府抹黑老人好似成爲香港的負累，這種信息似乎違反了中國傳統所著重的孝道，並有違道德倫理及社會責任，老人享有醫療服務，是港府責無旁貸。

我對政府的六個輔助融資方案的意見和建議

(一) 社會醫療保障：

按著所有工作人士把收入所佔的某個百分比的金額用作醫療供款，將會由這個供款去支付整體人口的醫療開支。

本人將會考慮這個方案，在現時香港貧富懸殊的環境之下，我感到這方案就好似社會保障一樣，既然可以收入豐富時，就應抱持寬大爲懷的心去支持這方案，甚至有時他們購買一件物品的價錢就已可以供一個月的款項，當他們想到只是付出收入的某個百分比，就可以幫助一些有需要的病者，可能藉此可以救回很多危疾的生命，換來更有意義的社會良心責任，我相信就不會計較有多出，因此更顯出他們的憐憫慈懷的心，這樣帶來社會的和諧。

另外，我建議港府可以界定在工作收入是\$10,000 元或以下的僱員可以不用供款，而收入高過 10,000 或 15,000 者可供 3%供款；而高過 15,000 或於 20,000 者可供 5%供款；而高過 20,000 或於 30,000 者可供 8%供款；而高過 30,000 或於 40,000 者可供 10%供款；之後，如是者收入每相距 10,000 元者供款百分比增加 3%或 2%的供款。醫療供款不但由僱員去供款，我建議可考慮加入僱主一同去供款，供款額與僱員一樣百分比。這樣更符合「仁政」及「以民爲本」的原則和理念，我深盼看到政府未來體重社會的民生，不要再看到貧者越貧而富者越富，而貧窮人和長者更有尊嚴地去接受社會的資助，不需再要辛苦地一早去輪候慈善團體的免費街症，甚至非綜援而低收入的家庭要減少去節省金錢去看醫生！

(二) 用者自付費用：

提高公營醫療服務收費，若政府只爲了減輕醫療開支，漠視社會極需要使用公營醫療服務的升斗市民，甚至可以視爲在貧窮者傷口再加上一腳或是再灑鹽。雖然「提高公營收費」可以將一貫使用公營醫院服務的病人（中產人士）分流往私營的醫療服務機構，但是卻加重了低收入和無收入的貧苦大眾的負擔，令他們百上力斤；尤其在近期百物騰貴之下，升斗市民的日常開支已不勝負荷，若再加上醫療費用增加，生活景況就更雪上加霜，社會環境會產生更多怨聲載

道。我相信香港政府是樂意推行仁政，本著社會良心責任的政府，既然推出醫療融資的諮詢，希望得到各階層人士的意見。我相信這個方案若帶來不利民生的時候，自然就不會得到各界支持。

(三) 醫療儲蓄戶口：

規定某個特定組別的市民存款於個人醫療戶口以累積儲蓄（可用作投資），用以支付自己退休後的醫療開支和醫療保險的費用。本人對這方案的提出似乎是強積金的再版。政府提出這方案，不但沒有減輕公私營的醫療服務的失衡情況，亦無助政府分擔醫療融資的改革和開支，反之帶來凍結個人的龐大財產，並要支付不必要的行政費用，而大部份市民的都已有一定的個人儲蓄。那麼這方案似乎是畫虎不成反類犬，對政府來講既沒有實效減輕政府醫療開支；又沒有建設性的改善醫療質素。

(四) 自願私人醫療保險：鼓勵更多人自願購買私人醫療保險

現時社會已有不少的私營機構為僱員購買醫療保險，亦有不少有供款能力的市民已開始為自己購買私人醫療保險，政府在此報告中提出這方案似乎是多此一舉，因為買了的就不需理會，而未買或不覺得需要買的不會因政府鼓勵而去買醫療保險。在保險業內有很多參差的醫療保障，對長期病患者和危疾的病者購買保險已難得到較合理的供款額，除非多付幾倍的保費，甚至不受保；長者亦是保險界中很難得到妥善保障的一群，所以港府鼓勵購買醫療保險，因為保險的條款太複雜，所以不是投保人個別可以獨力去爭取，需要政府多與保險業界去商討和共識，或許可以改變多年業界的做法。否則，這方案對現時政府推行醫療融資似乎是虛設而已。

(五) 強制私人醫療保險：

政府會立法規定某個特定組別的市民參加受規管的私人醫療保險計劃，作為個人保障。這方案帶來不少疑問，首先是保費如何訂立，不同收入的市民都供同一保額，抑或是按供款人的收入作不同百分比的供款；第二，保單的條款是否受規管，不容許在風險和危疾的病者另行收費用。第三，若放入全民整體的醫療保險的戶口時，試問幾多歲可以動用這供款。第四，低收入或無收入者和弱勢社群是否需要納入強制醫保內，若納入的話，他們的供款是由政府或其家人負責；抑或自動轉入過往公營醫療的安全網。第五，不屬這特定組別的人士，他們可否選擇參與部份供款，同時可享用部份私營的醫療服務。最後，現時已

購買了個人醫療保險者或公司已為其購買了醫保，他們是否按著強制醫保的要求再另行購買，若不需要，又會如何銜接強制醫保？若要推行這方案和全民保，以上種種疑問都需要港府審慎處理和解決，不容忽視。另外報告中，提到高風險組別人士在這方案可按羣體保費率收取保費及承保人的條款（包括投保前已有的病症反須連續承保），這問題是否可以與業界商討和共識，仍有待港府持續跟進作出修訂。

（六）個人健康保險儲備：

規定某個特定組別的市民把部份收入存入個人醫療保險戶口，可用作退休前和退休後作為受規管的強制醫療保險計劃；另一方面則通過累積儲蓄（包括可用作投資）支付他們退休後的醫療開支及保費。

除了第一個方案，這個方案也是較可取的一個，這個混合個人康保儲備的部份存款購買受規管的強制醫保，比較第二至第五個方案有更多彈性，亦可以在退休前後都有保障，當供款者在某種情況暫停或轉換工作，收入低於指定水平時，他將暫時停止供款，可由他之前所供個人保健儲備中扣除。同時可以繼續得到基本和連貫的醫療保障。

而且這個方案，港府會研究為參加個人康保儲備的人士提供財政資助，以回報他們為個人健康承擔更大責任，類同強積金一樣有稅項扣減；或者提供不同形式注資入個人康保戶口。

我建議若一年沒有使用醫保的上限，或完全沒有使用者，港府可考慮在此戶口注資某個金額作獎勵，按每年注資，這樣可以增加投保人對健康的注重，亦可以減少濫用醫療服務及保障。

以下是從報告書中的第一和第六的方案對各方面及不同人士的影響作一比較：

項目	社會醫療保障（報告第八章）	個人康保儲備（報告第十三章）
融資的穩定性和可持續性	頗穩定，若工作人口縮減就不能持續；使用量增加時，需徵收較高的供款以持續提供融資	儲蓄可提供持久的融資來源，醫療系統亦可通過保險獲得持久穩定的儲蓄款額
風險分擔	有效分擔風險（健康人士資助長期病患者或健康欠佳者）	有效分擔風險（健康人士資助長期病患者或健康欠佳者）
財富再分配	高收入者須支付較高費用和資助低收入者	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用

服務選擇	可通過購買及資助公營或私營醫療服務，為市民在公私營提供若干選擇（有限選擇）	這醫療保險按群體保費率收取保費，通過有效的風險分擔，在投保前已有的病症不會不獲承保（未獲保險界通過）。除了有政府資助的安全網，亦可享有公私營提供更多及個人化的醫療服務選擇。
使用率／成本控制	因供款者需求增加，或未能有效控制成本	醫療服務的使用率及成本仍然會因推行受規管的醫保而增加，部份原因是投保人對服務的期望提升，另外是保險計劃對私營醫療界帶來誘因，有機會過量提供服務；若能有效控制，會因投保人口老化和醫療通脹而增加保費。
運作成本	中等	中等，可以利用強積金的框架予以減低；仍須支付處理申索的行政費
促進市場競爭／效率的能力	向不同的提供者購買服務，有若干競爭	若投保人數眾多，可促進競爭及提高效率；有助支援市場改革
對不同組別人士的影響	<ol style="list-style-type: none"> 1. 所有市民可通過社保公平獲得醫療資助 2. 有能力支付較高分擔費用的人士可選擇若干私營服務 3. 以高收入者的供款來資助低收入者和弱勢社群 4. 整體醫療服務使用率上升時，供款人士需要增加供款 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參加者有資金照顧退休後的醫療需要及享有醫療保障，可與其他投保人分擔財政風險，並可使用私營醫療服務。 2. 低收入者和弱勢社群繼續由納稅人資助的公營醫療照顧 3. 高風險人士（如長期病患者和長者）將可通過繳付按群體保費率收取保費及受規管的條款（包括投保前已有病症及連續承保），享有醫療保障 4. 參加者轉往私營醫療求醫或要求由保險支付公營服務費用，將減輕公營系統的壓力，令需要倚賴公營的人士受惠 5. 參加者使用率上升，促使保費增加 6. 參加者可為自己開拓新資金來源應付日後的醫療需要，從而減輕公營系統的負擔

總結

綜合以上的比較，「社保」和「康保」兩者都是較穩定，雖然前者欠缺持久性和儲蓄，亦會因工作人口縮減不能持續，這方面，因為不會有大幅度縮減，而且已有政府 500 億作基礎，所以我相信持續性可以繼續。兩者同樣因使用率上升，供款會因而增加。兩者都可以有效分擔風險，健康人士資助長期病患者或健康欠佳者。

在財富再分配上，前者由高收入者資助低收入者，反觀後者是高和低收入人士都要支付相同保費，這樣會加重低收入者的經濟壓力。兩者同樣在服務可以選擇公私營的醫療服務，只是前者選擇比較少，而後者有較多及個人化的服務選擇。在運作成本上都是中等，而後者有機會減低成本，但卻要支付處理申索的行政費，這方面會是未知數，視乎申索個案的複雜程度而決定。促進市場競爭兩者皆有影響，後者還可以提高效率，亦有助支援醫療市場的改革。

這兩個方案影響不同組別人士，前者可給予所有市民通過社保公平獲得醫療資助，後者只能提供參加供款者退休前、後的照顧，因著與保險方面掛鉤，當中仍有很多變數和未知因素，只是政府單方面的意願，所以難以預計。

按社會責任和以民為本的原則，我會選擇「社會醫療保障」，給予全民公平的醫療資助，亦沒有保險介入和阻力，會較容易推行。**若按平衡公私營的醫療改革服務，我認為個人康保儲備可以平衡公、私營醫療服務**，當中仍有待解決保險業界合作問題；面對私營醫療服務的收費和質素，當局要嚴格執行公眾的監管，才可達到有效平衡和分流公、私營醫療系統的服務，舒緩公立醫院服務和經濟的壓力。

香港市民及醫院探訪義工

陳錦美小姐

二零零八年六月十日

備註：我是一位經常來往資助醫院的探訪義工，亦有不少機會在病房去接觸過很多孤獨無依的長者，他們有兒女，卻因著很多原因，未能得到兒女照顧，而我成為他們的傾訴對象。