

眼見公營醫療由早年開始徵收急症室醫療及專科門診費用，每種藥物收取象徵式十元費用，以減輕公營醫療使用率後，但仍改變不了現今公私營醫療嚴重失衡的問題；加上人口老化，醫學科技昌明，醫療開支在有增無減的情況底下，升幅遠高於經濟增長速度，這只會不斷增加政府負擔，爲了改善目前狀況，平衡、維持，甚至提升以後醫療服務的質素，因此我贊成醫療制度需要改革。

當務之急，我認爲現時的醫療制度絕對需要建立一個以民爲本、以身心健康爲理念的基層醫療服務。鑒於都市病非常普遍，一般人都認同「病向淺終醫」、「預防勝於治療」等原則，所以政府需要引入基層醫療服務，以減輕日後龐大的醫療開支，令市民在日常生活裏，時常都能擁有一個終身持續、全面、全人的醫護服務。除了爲不同年齡/性別的人士制定綜合基礎醫療服務，並要求定期接受身體檢查、設立家庭醫生名冊、公眾教育外，我建議政府提供心理或情緒病基層醫療代用券給市民，以應付層出不窮的都市壓力病況。

對於諮詢文件中，要在病人的意願下，發展電子健康互通記錄，我贊成該項建議，因爲這個做法不但讓醫護人員更有效及更有系統地替病人治病，免卻醫生重覆檢查、診斷的步驟，節省資源，更可以令醫生對病人有更深入了解，如：藥物敏感、療程進度等；還可以在突發意外事件發生時，如：交通意外，讓醫護人員盡快取得病人的病歷。可是，爲了提高病人的私隱，我反對私家醫生可以在中央電子系統以外地方，存取病人過去在不同醫療服務範圍裡所獲得診斷的病歷，以免私家醫生向病人作特別宣傳。

至於融資方面，我不贊成推行社會醫療保障。原因是預期籌集到的款額只能支付至 2027 年左右，那到了 2027 年後，政府、市民又要怎麼辦呢？既然這個並非是一個長遠之計，我們便不應使之實行。另外，這計劃只能資助符合特定標準的指定服務，額外服務或病房設施則要自費，那豈不推行用者自付計劃來得更實際。

不過，我同樣不贊成推行用者自付方案。因爲這個方案未能共擔風險，尤其會增加低收入又患重病人士的負擔。再者，能承擔用者自付方案的市民，他們不是替自己買了保險，便是爲自己儲備了一筆醫療費用。前者當然會做到善用醫療服務，因爲他們可向保險公司追討醫療費用；但後者卻未必做到預期效果，因爲若市民在退休前得了一個醫療費較高昂的疾病，該名市民會擔心自己的儲備金未必足以應付退休後的醫療開支，雖然他有能力享用私營醫療服務去治療疾病，但爲了未雨綢繆，他或會選擇公營醫療服務多於私營醫療服務。其次，這個方案無法作爲重要的輔助融資來源。

醫療儲蓄戶口的本意很好，讓市民替自己儲蓄一筆醫療經費，可是假若這筆儲蓄能在退休前動用，則所能積存的資金不會太多，效用不大，而且當這筆儲蓄不幸在退休前用盡，便會失去把儲蓄留下來用作醫治年老多病的意義，而且這只會增加下一代負擔。另一方面，若把儲蓄放在退休後使用，退休前便欠缺經費治病，市民被迫使用較便宜的公營醫療服務，增加公營醫療輪候時間，無助解決現時的問題。因此，我並不贊成該項建議。

其實，如果要推行自願私人醫療保險，現時的社會早已實行，不過實際參與計劃的人數寥寥可數，可見如以自願性質推行，效用不大。加上，私人醫療保險不接受高風險人士投保，到了年老時又拒絕續保，那麼政府始終要為高危人士和長者的醫療開支準備資金，到時候責任便要硬放在下一代身上，所以我不贊成自願私人醫療保險方案。

融資要做到共擔風險，又能令市民善用醫療資源，不會加重公營醫療負擔，政府應實施強制醫療保險，做到人人平等，無論高風險人士或者是長者都能得以投保及續保，獲得保障。至於是否需要加入個人儲蓄部分，則有待查看強制保險的保障範圍，因為選擇用太過普通的保險，當市民患重病時，該份保險未能發揮其功效；相反，又會使健康人士負擔不必要的保費。我建議就算要加入個人儲蓄，都要做到在退休前能動用得到，因為我們已擁有一個強積金戶口，其目的是為了應付退休後所有支出，所以與其現在要多儲蓄一筆錢以應付未來所需，倒不如用強積金代替強制退休後才可動用的醫療儲蓄戶口。

再者，由於現時已有個別人士私人投買保險，所以強制醫療保險要能提供私人保險以外的服務，既避免市民購買重覆保險，又可以降低整個社會經濟的成本效益。政府又或者可參考以下建議，以實行強制醫療保險：把市民用是否購買了保險劃分兩組人，每組別購買不相同的保險。如購買了保險的人士需購買保險計劃甲，私人保險以外的服務；未曾購買保險的人士需購買保險計劃乙——現時市面上的私人保險進階版，即現時的私人保險再加保險計劃甲，以減少購買重覆保險。

假如保險公司會在市民使用過該份保險，即市民向保險公司索償後，需要進行保費調整，我建議政府參考澳洲現時實施的「終身醫療保障計劃」做法，在某一年齡數過後，將每年需要繳交的保費劃一。

總括而言，我認為醫療融資方案的目的是要未雨綢繆，尤其解決市民年老多病時，過於依賴公營醫療服務的問題，所以融資計劃(如：保險)要能顧及年老的所需。