



13/06/2008 15:37

To beStrong@fhb.gov.hk
cc
bcc
Subject 醫療改革諮詢文件的意見反映

Urgent Return receipt Sign Encrypt

如要刊登, 請以不記名方式刊登我對醫療改革諮詢文件的意見。

意見反映, 請看附件。



醫療融資的意見.doc

醫療融資的前設謬誤

政府說無既定立場 –

那為何只提出狹隘的融資選擇，六個鳥籠方案，並非開放式討論整體醫療體系的改革，更避開討論減輕支出的方案，減輕支出的方案應是首要考慮、討論的重點。醫療體系的改革問題，不是融資方案，是醫療制度本身，西醫收費不透明，保護主義扼殺另類醫療，沒有從減少成本處解決，沒有提供誘因引導市民主動增強體魄。

醫療融資方案的謬誤

1. 預算緊拙其實可以節流方法應對 – 從沒公開討論醫療開支上升之原因，及支出之分佈，並未接受公眾監督支出。
2. 醫療費用不斷高升，主要是香港醫生是既得利益者，排斥外來掛牌，其實本地每年支助醫學院都是由納稅人付鈔，他們學有所成，是否要取之於民，還諸於民？此外，醫管局行政費用亦是高昂開支，低回報，從此次醫療改革討論只着眼於融資方案，便可見一斑，是大政府思維的縮影，完全缺乏應有的革新創見。
3. 醫療支出高昂之原因：
 - 醫生及護士專業壟斷，就算是美國‘明’醫(如何大一)都未可在香港行醫，因保護主義向香港醫生傾斜，拱固其壟斷地位，未領牌及未購買醫生保險不可行醫。
 - 西醫以外的醫療體系不受政府、醫管局重視西醫的發展，嚴重忽略及低估中醫及其他醫療類別的治療成效，尤其是中醫對慢性病的優異治療所帶來較西醫的經濟效益，君不見歐美、澳洲等地對中醫日益增加的需求，而香港卻嚴重忽略中醫的經濟效益，更重要的是，中醫對現時西醫對治慢性病的高昂成本本來就是成效更突出，這裡所指包括完全治癒‘本’病的成效及成本¹，而非西醫所指的5、6年的存活率，或西醫所治的‘標’病或抑壓身體反作用力的病症表現。中醫治病最少可大量節省下列開支：病床、病房、手術費用、醫生/專科醫生巡房費、藥物及化驗、診斷測試、磁力共振、電腦斷層掃描、正電子放射斷層掃描、化療、放射治療、洗腎。（醫管局對西醫的政策傾斜、保護，醫管局現在推行的計畫是不折不扣的「紅海策略」，用價格低廉的西醫服務，去搶其他別人的醫療類別的市場。可參看下面錄自<醫療改革諮詢文件, 附錄 B 香港目前的醫療系統> 的資料⁶。）
 - 對於選擇中醫、自然療法等服務的納稅人，醫管局現在推行的醫療政策本質是剝削性的。
 - 醫管局搞政績工程，計劃新建一所“旗艦兒童醫院”，這計劃所要提供的兒科治療服務，根本中醫、自然療法等就是現成的優良治療方法，何需再浪費億計公帑，實是阿茂整餅，貫徹醫管局缺乏管理效率的慣性思維。
 - 醫院浪費資源：從醫院重覆建設及醫院棄置垃圾可見一斑，媒體又未能報導。下面資料主要引自梁秉中教授：

- a) 因為資源運用層次分割，使用者不知道來源艱辛，也看不到節省的好處，因此小者如醫療用品，無人寶貴；大者如建築裝修判工，任憑烹割，很少考慮使用的材料，也不管交貨時間等等。一些工作外判之後，沒有增加支出，反而節省了不少，便是浪費的明證。
 - b) 不少高層次、學術性與服務性並重的項目，本該由大學單位負責，提供給全港居民，然而公立醫院之中，不少單位以分庭抗體為榮，浪費資源。同類醫院之中，一些分科本該集中發展，卻又本著"人我有"的習慣虛榮，拒絕合併或謙讓。自從管理現代化獲得肯定之後，一些管理高層職位有名無實，也屬極大的浪費。
 - c) 在服務的層次方面，使用昂貴的化驗項目，從沒有員工會關心應否特別花錢。病者漸漸也學曉了要求最現代化的照顧。醫護者因循守舊，不願意延長昂貴設施的使用時間。比如說：常規的八小時使用時間，若能增加一倍，根本可以滿足一倍需求，省卻了再建立一項設施，再多買一部的需要。
 - d) 一般醫療物品都絕不廉宜，因為除了實際底價之外，還要加上使用前加工費(如消毒便是)。在一般醫院的病房中，有誰會珍惜敷料、藥品、特殊物品？這方面的浪費，有無人過問？
 - e) 醫管局未有引入賞罰分明的制度，醫療事故頻頻發生，引起了各階層的關注。當事者和管理層沒有實實在在解釋，卻把資源不足、人力薄弱，作為最重要的導論。2008年，醫護人員還是"鐵飯碗"制度，令人失望。
3. 公共醫療效率低 – 醫院分配資源以病人多寡分配，形成不斷覆診主因，如需要在公立醫院做小手術，往往要覆診 4-5 次，而到私營醫生只需一次。
4. 香港的社會實況是：
- a. 標準稅率表面上只有 15%，可是香港的樓價幾多錢？居屋沒有了，公屋大大減少。
 - b. 強積金表面上是各供 5%，實際上不少僱主卻是 10% 全部扣自人工；若再供 5% 強積金，便是近 30% 的稅率，而政府卻沒有履行歐美福利國家的社會保障。
 - c. 公共醫療服務可謂政府為香港納稅人、所有在過去為香港今天的繁榮供獻過的市民提供的唯一較可取福利。
 - d. 「高地價政策」本質是間接稅制，可是政府卻不斷警告市民說「稅基窄」，加上樓價、差餉、物價內含的高昂租金值，事實上香港的生活指數不會比西方社會低，香港人所付出的間接稅款亦不會低過西方太多，福利卻差天共地！德國人人可以免費讀大學，法國的有薪產假長達四個月，日本有「育兒減稅」方案，而職業婦女在家照顧幼兒，則有「留職有薪」方案，婦女可領工作時 40% 的薪水在家專心育兒。

5. 政策傾斜，參考現行法例第 165 章第 3 條(4)c 條文 - 醫院及留產院的註冊 -

"...如署長信納有以下情況，可拒絕將該申請人註冊 -

如屬醫院，該醫院既非由駐院的一名符合資格的醫生亦非由駐院的一名註冊護士掌管，或在監管或受僱擔任醫院內病人的護理工作的人當中，並無適當比例的註冊護士；..... "

上列法例造成外行人管內行人，只有中醫師駐院的 100%中醫院不可能出現，除非由駐院的西醫或註冊護士掌管。同樣，此條例亦窒礙其他醫療方法為市民提供服務的空間。

再提出一些想法，要求政策制定者作出反思。

政府官員是有責任本着以民為本、藏富於民、知識分子的義務，切忌思維僵化，消費主義膨脹！

香港市民身體好，醫療費用何來高企不下? 預防勝於治療，正所謂醫食同源，提供一個優良的生活環境，進口安全食物²，減少生態環境的污染源³，不是廢氣沖天、海水、噪音污染，是不是城市規劃有問題? 缺乏可持續生態環境的盲目發展，發展對環境造成甚麼影響? 例如填海造地，影響海水流動，維多利亞港的水質轉差，屏風樓的出現等等，是不可忽視的環境問題。

利用預算案中所預留的五百億，並注入其他資產，如所持有的港交所股份，部份外匯儲備，以及日後有政府盈餘再加注等，成立類似中國社保基金的主權基金作投資，利用滾存的利潤來應付公共醫療開支。

加強資源提供中醫服務及教育市民有關西醫以外醫療體系的效益，落實改革中醫大學本科及專業進修課程，加強經方中醫藥學，並將中醫大學教育加強到 7 年，增加臨床培訓時數，提高中醫大學生的執業能力，提高本地中醫師的水平。⁴

勿要本沒倒置，治標不治本，徒勞無功，白費金錢，讓市民百上加斤。

可預見醫療融資方案會產出的嚴重問題:

1. 強制醫保或造成濫用醫療服務的情況，尤其是專科門診或電腦掃描等先進診斷服務，容易被濫用。市民被迫付出真金白銀，卻得不到合理的保障，白白便宜了保險公司和藥廠。
2. 對於着重食物安全、養生習慣，認識並支持中醫及另類醫療的市民，醫療融資方案根本是明刀明槍對西醫界別加重原有的保護政策。只有開放市場，促進多

樣醫療服務之間的公平競爭環境，包括放寬各類醫護人員來港提供服務，才更有效減低市民的醫療負擔。

3. 基金託管人以高昂的行政費用蠶食收益。
4. 市民額外繳交稅款支付整體醫療開支，但並不會增加他們在醫療服務上的選擇，並不能令市民可以按本身的需要及能力選擇合適的服務，反而迫使市民繼續擠在公營醫療體系內。
5. 公共醫療系統效率會持續低下。
6. 在台灣實施行十年的「全民健保」浮現健保危機，受到地區醫院萬人上街抗爭，成為台灣的熱門話題，在財務困窘、制度設計不良等等課題外，醫療品質也廣受關注。相類情況，大有機會重現香港。
7. 台灣「全民健保」的經驗顯示很多不道德行徑，例如市民貪便宜、亂掛號、亂拿藥等等，看診一、二分鐘成為常態，制度允許病人隨時、隨地、隨便掛號，醫師又樂於配合，造成市民養成愛逛醫院、愛拿藥、愛做檢查的就醫習性。每名台灣人每年平均求診十四次，比較澳洲人的十二次還要多，使融資制度瀕臨破產。從台灣「全民健保」的經驗教訓，強醫金非常可能出現香港醫生開更多刀，香港病人食更多藥，倒是會製造大量有關醫療保險的就業機會和幫助藥廠賺錢⁵，與市民的健康沒有利好關係。

再評政府提出的醫療融資方案:

第一個為社會醫療保障，即由在職人士和僱主共同提供資金的強制性供款計劃。政府指出，其優點為所有人士均可獲得保障，但其缺點是如徵收醫療稅，亦難杜絕服務被濫用的情況。

評 → 強制性供款計劃 – 即是強積金局外再加建一個消耗市民血汗錢之機構，如有必要何不與強積金局合併避免浪費，防止有足夠儲蓄在強積金，但強制醫療金又不夠治病情況出現，無錢治病等死却又有錢留在強積金不能用，情況等同加稅但卻沒有相應權利。

第二個方案為用者自付，政府可提高公共醫療費用，並用者自付，即意味政府減低整體資助水平，以及增加公營服務的費用。政府亦會加強經濟援助機制，照顧無法負擔醫療費用增幅的人士。政府指出，這方案令收入高於安全線的市民，擔憂醫療開支。

評 → 首要應開放醫生及護士等專業壟斷，民間會計師監督醫療支出，減輕醫療支出。

第三個方案為醫療儲蓄，規定一定收入的水平的市民，供一定百份比款項，作為退休及特定年齡後使用，其優點是可公眾對健康負責，慎用醫療服務，但其缺點是沒分擔風險，即有病的人可能用完儲蓄，而沒病的人則有錢剩，而使用有關醫療費

用變成個人決定，難免為醫療系統帶來額外資源。

評 → 醫療儲蓄反映政府缺乏長遠承擔唯一為所有香港納稅人提供的較可取福利，用者自付，低下層苦況更堪。

第四個方案是自願醫療保險，這是鼓勵市民自願購買醫保，這可令市民有更多選擇，但長期病患者及長者難以買保險，或有被斷保的風險。

評 → 自願醫療保險反映政府缺乏長遠承擔唯一為所有香港納稅人提供的較可取福利，用者自付，低下層苦況更堪。

第五個方案為強制醫療保險，指定組別人群購買醫保，規定最低保額及範圍，大家可繳交相同保費，令長者及長期病患者能購買醫保，但對醫保要有嚴格規管，構成行政成本，亦不能保證公眾過度使用服務，而隨人口老化，保費亦會上升。

評 → 強制醫療保險規定最低保額及範圍，是否保證續保及有保費限制，避免聯手壟斷，如香港汽油價格、港燈電費及西隧隧費無王管，政府以尊重合約及自由市場而置市民於不顧，市民在保險公司及法令壓迫下無選擇。

第六個方案為個人醫療儲蓄及強制保險結合的個人健康保險儲備，以特定組別的市民，以劃一供款率，供款入個人戶口，部份作為儲蓄，部份支付醫療保費，保費亦是劃一的，而供款者可在工作或退休時享受醫療保障。這個計的優點結合了醫療儲蓄及強制保險的優點，可減輕下一代負擔，但令市民慎用服務。

評 → 毫無疑問這個方案是政府心有所屬，特定組別的市民保費劃一，此計劃對低收入中產是沈重的長債負擔，本質類同加稅，但加稅則是越有錢的人付出越多，低下階層無需付出。此計劃明顯是政府對高收入一族的優惠補貼。

附註:

1. 當初 SARS 流行時，搞的像世界末日一般，但是許多藏身民間的中醫高手，談笑用藥，輕鬆度過。所謂瘟疫大流行的戲碼，只不過是藥廠提高收入的行銷手法而已。廣東 SARS 死亡率全球最低，香港 SARS 死亡率全球最高。

http://www.etcn.org/modules/newbb/viewtopic.php?topic_id=2807

<http://www.ganoderma.org/digest/paper/sars-2.htm>

<http://www.duosuccess.com/TCM/019a030511SARSnew.htm>

http://www.ycwb.com/gb/content/2005-12/04/content_1031632.htm

中醫比西醫還快，說中醫慢是學藝不精的託辭

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/12031469>

<http://tw.myblog.yahoo.com/il1942/article?mid=8845&prev=9432&next=8821&page=1&sc=1#yartcmt>

<http://tw.myblog.yahoo.com/il1942/article?mid=9593&prev=-2&next=9432&page=1&sc=1#yartcmt>

http://www.nsc.gov.tw/newfiles/popular_science.asp?add_year=2006&popsc_aid=47

中醫醫案討論

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/category/826397>

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/category/826395>

2. 從飲食做起

<http://tw.myblog.yahoo.com/il1942/article?mid=8793&prev=8810&next=8773&page=1&sc=1#yartcmt>

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/14256959>

3. Abuse of Modern Medicine

Drugs In US Drinking Water → 食物及衛生局有否跟進調查本港面對同樣污染問題？

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/100038.php>

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/18469518>

實証醫學中的統計檢定考慮的問題，造成誤判的結果

<http://www.dmc.doh.gov.tw/epaper/%E7%88%AD%E5%AF%A9%E5%A0%B1%E5%B0%8E%E7%B3%BB%E5%88%9717->

<http://www.dmc.doh.gov.tw/epaper/%E5%AF%A6%E8%A8%BC%E9%86%AB%E5%AD%B8%E4%B8%AD%E7%9A%84%E7%B5%B1%E8%A8%88%E5%8E%9F%E7%90%86.pdf>

4. 論優秀的中醫

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/12031430>

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/12031434>

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/16244551>

實証醫學的迷思

<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/12031423>

<http://www.wretch.cc/blog/tcm2005/2670442#comment18122476>

<http://www.taiwancenter.com/sdtca/articles/7-05/4.html>
<http://blog.pixnet.net/tcm2005/post/12031428>
<http://tw.myblog.yahoo.com/omar.tw/article?mid=2147&next=2142&l=f&fid=35>

Evidence-based medicine – "utilitarian science" opposed to public interest science
<http://www.ccachiro.org/client/cca/cca.nsf/web/Limits%20of%20evidence-based%20medicine?OpenDocument>

5. 哈佛大學醫學院社會醫學系的高級講師 Marcia Angell 揭露的藥廠黑幕

<http://sa.ylib.com/book/bookshow.asp?FDocNo=909&DocNo=1443&CL=12>
<http://www.nybooks.com/articles/17244>
http://topics.nytimes.com/top/reference/timestopics/people/a/marcia_angell/index.html

How Sick Is Modern Medicine? - Richard Horton, editor-in-chief of [The Lancet](#)

<http://www.nybooks.com/articles/13882>
<http://www.nybooks.com/authors/95>

Science in the Private Interest: Has the Lure of Profits Corrupted

- Sheldon Krimsky, Professor of Urban & Environmental Policy & Planning, Tufts University

<http://books.google.com.hk/books?id=rlxcePVGwIAC&dq=sheldon+krimsky+phd+in+his+recent+book+science+and+private+interests+has+the+lure+of+profits+corrupted+biomedical+research&sa=X&oi=print&ct=book-ref-page-link&cad=one-book-with-thumbnail&hl=zh-TW>

<http://www.tufts.edu/~skrimsky/books.htm>

6.

B.7 治療服務方面，大多數市民都是使用私營界別的門診服務。這些服務由約 6 000 名私人執業醫生和約 160 間註冊私家診所提供，病人可自行選擇私家醫生。頗常見的現象，是病人經常轉換醫生，以期盡快藥到病除。由家庭醫生提供連貫護理，向來並不普及。至於未能負擔私營服務的病人，醫院管理局（醫管局）轄下 75 間公立普通科門診診所為他們提供資助護理服務，但向普通科門診診所求診的病人則不可以選擇自己的醫生。二零零六年，普通科門診診所約有 490 萬求診人次，獲得政府資助 13 億元。

B.8 在主流西方醫學系統以外，主要由中醫提供香港的另類基層醫療。很多病人同時接受這兩門醫學治療，既以西藥抑制病徵，亦同時服用中藥調理身體。二零零六年，私人執業的註冊和表列中醫分別有 5 268 人和 2 897 人。此外，醫管局開設八間中醫診所，資助額為 3,240 萬元。二零零六年，這些診所所有 132 000 求診人次，病人每次求診需繳交 120 元診金。

B.19 現時市民使用醫院的模式反映公立醫院與私家醫院的市場佔有率出現嚴重失衡。公立醫院的負荷量已超越極限，導致部分非緊急手術（例如白內障手術）需輪候多時，這個情況並不健康而且不能長遠維持下去。

B.22 香港的公營醫療資助水平在已發展經濟體系中位居前列，達公立醫院服務整體成本的 95%以上，尤以住院服務的資助最多，達成本的 97%。平均來說，獲資助的病人只須繳付低於成本 5%的費用便可使用公立醫院服務。

表 B.1 公立醫院及診所的收費結構及資助水平(二零零六至零七年度)

公立醫院及診所	使用者收費 (元)	成本 (元)	政府資助 (%)
住院(普通病房－每日)	100	3,290	97.0
急症(每次)	100	700	85.7
專科門診(每次)			
－初次求診	100	740	86.5
－其後求診	60		91.9
普通科門診(每次)	45	260	82.7

註：住院成本表示普通科住院服務，並不包括療養科、智障科及精神科住院服務。

資料來源：醫院管理局的數據

B.35 根據現行法例，共有 12 類醫護專業人員須向有關的管理局或委員會註冊，方可在香港執業。截至二零零六年十二月三十一日，共有 11 739 名醫生、1 976 名牙醫、5 336 名中醫、36 444 名護士（包括註冊及登記護士）、4 648 名助產士、1 649 名藥劑師、90 名脊醫、2 034 名物理治療師、1 225 名職業治療師、2 584 名醫務化驗師、1 925 名視光師及 1 605 名放射技師已向本身所屬的管理局或委員會註冊。

兩所大學分別錄取 126 名及 130 名醫科學生。年內，共有 9 名在香港以外地方取得專業資格的醫科畢業生，通過香港醫務委員會的執業資格試。香港醫學專科學院是獨立法定機構，獲授權批核、評估和評審醫科和牙科的專科訓練課程。專科學院通過 15 所分科學院開辦訓練課程和舉辦考試，向合資格考生頒授專科資格。

B.38 本港共有三所大學提供全日制中醫藥學士學位課程。二零零六年，共有 83 名全日本地中醫藥學位畢業生通過執業資格試，成為註冊中醫。