

Q1 釐訂強醫金供款：

以下是香港星斗市民現時基本生活開支，若以智荊團任何一個見議供款，供款雖少，但都會構成大多市民四重負擔(請見下Q2)，這 65% 市民，單身者如何致家? 二人家庭的如何養育兒女? (除了政府合約員工可達 \$7560 一般市民都是\$7000及以下; 按 81頁數字計算，\$12,000 以下佔有收入人士達 65%，而\$12000-15000則佔 15%)

開支項目	月入\$7560 (個人計算)	月入共\$24000 (二人家庭)
MPF	\$378	\$1,200
車費 (26天計)	\$400-500	\$800-1000
餐費 (26天,兩 至三餐-OT,進)	\$2,000	\$4,000
給父母	\$2,000	\$4,000
醫療	\$200	\$400
持續教育	\$200-500	\$400-1000
教會奉獻	\$200-700	\$1000-2000
租金	--	\$5,000
水,電,煤,手提	\$45	\$500
薪俸稅(每月)	--	\$150
總開支：	\$5423-\$6323	\$17450-19250

Q2 :

供強醫金，四重負擔

(1) 沒有僱主醫療保險，65歲前仍要自己出錢睇醫生。

(2) 供強醫金款項 (20-65歲人士)

(3) 為發展強醫金及擴展醫療上再付上稅(即加稅)，原因是強醫金為**私營管理**，政府不能隨急需時動用 **每年200億** 強醫金，但市民卻要為即時強醫金的融資等發展付上稅款，政府會為落實強醫金會提供 500 億資助。(未見官，先打三十) 況且日後的資助可能陸續有來。

(4) 安全網效用減低，詳請見下Q7(C)。

註: (1)小冊子資料: 工作年齡人口與長者的比例：

現時 - 6比1；2018 - 5比1；2028 - 3比1

(2) 按資料醫療增幅：2004年 - 380億；2015年 - 780億； 2025 - 1270億
2033年 - 現時 4 倍 (1866 億)

Q3 若你現時是 20 歲，你可動用強醫金是 2053年，我現年 48，要 2025年才可動用。

我的強醫金款項最多只有 4萬 6。人口老化高峯期在 2025 - 2060，我批人口的強醫金對減少醫療增幅幫助不大。

Q4 強醫金不應有尚限

按著 Q3，低收入者，強醫金也低。若要定強醫金在 2萬收入，此批人士仍需要政府補貼 (詳情見諮詢文件 第62頁表10.1及 2 - 20至 29 歲組別的個別人士以 3% 及 5% 強醫金供款計算)

由是公務員，大都月薪過 2 萬，他們及其家人已享有免費門診、住院特惠、全免牙科保健.. (比一般市民享有特別福利)，退休保障，再有強醫金補貼，豈不是雙重福利。

第二頁

Q5 仍是用者自付：

與此同時，危疾、糖尿、心臟等已不在是老人病，40-65歲之間市民的醫療開支比之前大外，加上危疾/都市病的風險遞增，供強醫金就顯然是市民雙重付出，於理不合，原因：1) 年青時交稅，年老時醫療該是應有的回饋；2) 危疾時的藥物，基本上

市民仍然一樣要承擔，同樣仍然是富人用富藥，窮人用窮藥，窮人不可享用富藥，已是用者自付。而手術及藥費之昂貴

Case：某報病人(49歲)肝癌第一次政府醫約費 8 萬，用約後擴散至心臟，之後建議可試新約 4 針：Avastin + Tarceva 要 13 萬，治癒形況未知。請問撒瑪利亞會准許用新藥嗎？前年高考聆聽科中，政府引導學生對翻發及沒有十足治癒率的兒童

尚日更放棄，百因醫療費貴，資源有限。

同樣，危疾翻發率高，強醫金還可餘下多少來治療呢！

註：按著第113頁C.4圖顯示：公營服務佔55%，私營佔45%；有顧主保險只佔私營17%，即大部份市民需獨力負擔醫療。

資源分配：

Q6 1) 2006 年盈餘減酒稅，2007 年盈餘酒稅再減，又減利得稅，不過急需的醫療，卻沒在盈餘中得益多少。資源有限，盈餘卻無得分。500 億撥用於強醫金融資，**得益者又係商家**。既然人口老化，醫療費用增加，把盈餘用於有意義的醫療上去，才是未雨綢繆，做福星斗市民，更是有責任的政府應有態度。人口老化的增加是有期限性，高峯期過後，就會平穩下來。

若強醫金是外判做法，政府就不能將每年 200 億(以3%計)強醫金運用，更不能救 2053年前人口老化高峯期。按諮詢文件第127頁其他 12已發展國家，(除星加坡外)其餘 11 國的政府都承擔比香港較大的 "公共醫療開支佔本地生產總值 "

2) 第105頁：表8.1 - 公立醫院及診所的收費結構及資助水平

明顯地公營比私營的成本奇高，就公營門診要\$260，私營成本加利潤才\$100-\$140；公營專科\$740，私營成本加利潤在\$500-600，

若在 \$1000 時當中有 1 個月貴價藥；住院費每日\$3290，而私營醫院住費與醫藥藥是分別收費，非專科病案住院的，其費用包括利潤後仍低於公營。04年醫療服務比率：公營55%，私營45%；開支：公營為378億，私營為300億(已包括利潤在內)。

從中可見公營資源分配是否有空間調動以減低開支？

Q7 個人康保 + 強醫金效益：

A) 83頁(a)(i) - 持續保障

65歲前醫療 - 沒有強醫金運用權，未能承擔危疾重擔。個人康保，年年有病要報銷，儲備金也會越縮越少。

65歲後醫療 - 基本上強醫金是市民用自己錢醫自己，而且年利率就只得0.35%，比行銀少。

個人康保，保費越低，限制越多，每年報銷機會更多，累積本利不會多，政府對個人康保規管因著私營會有局限。

保障範圍有組別性，個別保險不會覆蓋所有醫療種類。

第三頁

B) 83頁(a)(ii) - 較佳的保險保障及較多選擇

強醫金是用者自付; 個人康保, 在 "危疾險" 只提供基本治療, 即不會解決危疾高昂醫療費, 保障有保留。

C) 84頁(b)(i) 改善公營服務及安全網

a) 輪候 - 延長的輪候已不是現時發生, 每年情況是 "每況愈下"。若政府肯承擔改善, 每年特別的盈餘就不應化在減酒稅上
又或高官加高薪呢! 既然大部份公務員薪俸在 2 萬以上, 其家人亦有特別醫療福利, 就是不加一年新的 68 億, 用來

聘請

更多專科醫生作解援, 與民共度時艱嘛! 十多年市民來經常面對裁員及大幅減薪的擔子, 有危疾還要憂金錢。今天的新書

.. 用私營醫療保險改善輪候 - 現時私營醫療保險對投保人用專科醫生是諸多限制, 對減輕公營輪候幫助不大。

.. 個人康保則可用公營的私家服務以減短其輪候, 但對沒能力投保人士, 其輪候不會有改善。

b) 個人康保用公營各級私家專科及危疾服務會大增; 相對地, 提供弱勢社群的服務就會縮減, 因醫護人手有限, 導致延誤醫治
又或進不了這安全網, 安全網會變得有限額。

c) 當強醫金用完, 政府只提供援助, 不是免費。個人康保也一樣, 在危疾時, 富人用富藥, 保費用完便與窮人一樣的標準輪候,
窮人用窮藥。

以上愚見, 雖無助醫療改革, 但醫療急需改善。強醫金等方案, 是遙遠計劃, 對因著人口老化導致醫療開支增加, 其幫助效用
有待商榷。

日期: 13.06.2008