

醫療改革

針對失衡 建立互信

前言：改革是必需

政府在 1993 年發出研究醫療服務收費的「彩虹報告」諮詢文件後，十五年來先後發表多份醫療改革報告書，繼後曾推出的「哈佛報告」（99 年）、「創建健康未來」（05 年）諮詢文件等等，但政府至今仍未為本港整體醫療發展奠下明確的方向，更未能處理醫療制度潛藏的危機。

我們的醫療體系面對的最大危機，是公私營醫療嚴重失衡的問題，病人傾斜向公營醫療體系，而私人醫療體系亦缺乏公平、有利的發展條件配合，結果造成公營醫療體系的醫生因為工作量過大，經常要超時工作，假期亦要回院候命，根本沒有空間一展抱負，並因此而積累怨氣，進一步耗損整體的士氣；部分私家醫生則因為環境不佳而面對「朝三暮四」、病人疏落的冷清局面。

現時的局面反映出本港醫療體系有漏洞，以致我們未能善用及盡用所得來不易的醫療人才。而長遠而言，本港的人口結構會有顯著的轉變，需要較多醫療服務的老年人口增加，而科技進步亦帶出不同的檢查及治療方法，均令醫療服務成本不斷上漲。

因此，醫療改革是必須的，以免問題令本港的醫療質素下降，影響病人的治理。

改革：要恪守原則

本港必須進行醫療改革，但改革不能為想改而改，而是要按現實情況、在既定原則下，進行相應的檢討和重整，以改善公私失衡、盡用醫療人才及維持甚至提高整體的醫療質素。

我認為政府在推行改革時應遵守一些重要的原則，包括：

- ◆ **改善公私失衡**：政府應透過不同的方法及措施，包括稅務優惠、檢討公營醫療收費、促進私人醫療服務發展等，例如增撥土地興建新的私家醫院以增加病床供應，創造有利誘因吸引市民更多使用私人醫療服務。
- ◆ **「先改革 後融資」**：我們必須先訂明改革的方向及目標，因應所需再研究是否需要引入輔助融資方案。
- ◆ **強化社區基層及預防醫療**：大腸癌、乳癌等癌病，以及高血壓等長期病患，發病人數持續增加，而沙土的突襲及禽流感的不斷出現，都提醒我們必須要做好把關，盡早發現病患，以防範問題惡化至難以收拾的地步。
- ◆ **政府的承擔不能減**：政府不能亦不應在推行改革後「縮骨」，即使最後社會要透過徵費等方法應付醫療開支，政府仍需維持對醫療服務的撥款及承擔。
- ◆ **促進互信關係**：現時政府與醫生、醫生與病人之欠缺互信和合作，有時甚至有對抗性情緒，嚴重影響服務及改革的成效，因此在改革的其中一個重點應要研究及採取措施，重建大家的互信，令市民享受到最好的醫療服務。

◆ **公私體系並存**：兩種不同的體系為社會帶來良性的競爭，亦可讓市民有更多的選擇權。

不過，現時政府推行的改革，卻是以「先融資 後改革」的方式，去推行改革，但這等同於要市民在空白支票上簽名，卻不知道最後可以得回怎樣的服務，實在令人不能接受。

回應：《掌》諮詢文件

政府在今年三月推出《掌握健康 掌握未來》醫療改革諮詢文件，惟文件過份側重醫療輔助融資的方案，對整個醫療體制的建議亦缺乏詳細內容及執行細節，業界憂慮亦由始而起。

一 醫療融資

醫療改革的種種項目中，融資往往最受市民及社會注目。

本港政府一直從稅收中撥出指定款額，用以為市民提供公營醫療服務，目前醫療開支約佔政府預算開支的 14 至 15%，而隨着人口老化及醫療科技發展的需要，政府憂慮醫療開支可能會爆煲絕對可以理解。諮詢文件羅列的六個輔助醫療融資方案，包括：

- 社會醫療保障：在職人士把收入的某個百分比用作醫療供款，以支付整體人口的醫療開支。
- 用者自付費用：提高公營醫療服務的收費。
- 強制醫療儲蓄戶口：特定組別的市民要開設個人醫療戶口，累積儲蓄用作支付日後的醫療使費，包括醫療保險。
- 自願私人醫療保險：鼓勵市民自願購買私人醫療保險。
- 強制私人醫療保險：規定市民必須購買受規管的醫療保險計劃，作為他們的醫療保障。
- 個人健康保險儲備：特定組別的市民要將部分收入存到個人醫療戶口，用來支付受規管的強制醫療保險之費用。

政府提及的六個方案，強制性醫療儲蓄或強制性醫療保險已在外國推行，但均未見預期效果，例如美國、瑞士及新加坡，它們的經驗值得我們借鏡。該些國家實行強醫保或強醫金後，醫療資源緊絀的問題未完全改善，反而引來怨聲載道，人民不滿醫療保險或儲蓄的負擔不斷增加，而醫生的文書工作亦大幅增加，治療方案也受到保險公司的限制。

事實上，假如所有醫療資源由政府透過強制性徵款或保險收集然後再撥出，便等同於徵收醫療稅，而且要新增大量行政工作及費用；同時，屆時全港由一個醫療大集團—政府 / 醫院管理局—壟斷，市民便難有服務選擇權，醫療質素亦難有遞升之期。

其實，醫療服務的資源最終肯定是來自市民的荷包，焦點只在於如何支付及那些人要付多些。市民亦已經明白到這一點，亦理解自己必須為本身的醫療需要做準備，因此近年自行購買醫療保險的人較以前為多。

因此，我們應該推行措施，進一步鼓勵市民，多承擔醫療費用，包括：

- i) **適量增加公營醫療收費**：此舉不是要收回成本或增加醫院的資源，而是藉着調整收費，調節市民使用醫療服務的習慣和模式，促使有能力的人士多用私人醫療服務。在政府承擔不減少下，更多市民自費使用私人醫療服務，等同於社會增加對醫療服務的資源投放，比以強制性手法吸錢更易為社會接受。

- ii) **稅務優惠**：以醫療免稅額等稅務優惠吸引更多市民為自己及家人購買自願性的醫療保險，以及使用私營醫療服務，但同時政府必須加強監管醫保的條款，以免出現「無得保」的爭拗。
- iii) **公私合作**：加強公私營醫療的合作，病人出院後可由私家醫生跟進，但當病人有需要時可選擇返回公院繼續治療，讓病人可以更放心選擇私營醫療服務。

現時由稅收支持公營醫療的做法，廣受社會及市民接受，既能確保公營醫院為各階層市民提供最後的醫療安全網，亦較為穩定。因為稅收的來源包括薪俸稅、利得稅及印花稅等稅款，反而強醫保或強醫金的供款便全由在職人士承擔，來源明顯較為狹窄和容易出現波幅。另外，強醫保或強醫金等牽涉大量額外的行政資源，令供款被蠶食。

因此，**我反對任何強制性的醫療供款，包括保險、儲蓄或混合方案**，政府應保留現有的醫療融資安排，然後透過鼓勵市民使用私營醫療服務及自願購買醫療保險，提供額外的醫療資源。

我們在確定及落實醫療改革方向前，便改變融資的方法，是否過於倉卒及草率？醫療改革是一件影響廣泛兼深遠的大事，在大膽推動的同時，更要小心求證現況需要及社會的接受度，否則可能會帶來災難性的後遺症。

二 醫療體制改革

除了着墨最多的融資問題，《掌》亦提及多項醫療制度的改革建議，部分建議相信可以提升整體醫療質素，但未能完全針對公私營醫療體系嚴重失衡的大問題。

政府提出的建議及相關回應如下：

政府之建議	回應
1. 加強基層醫療服務	
<p>~ 制訂基層醫療服務的基本模式</p> <p>為不同年齡和性別病人訂定基層醫療服務實 特別是預防性護理的基本服務範圍和準則，以 供醫護專業人員及市民參考。</p>	<p>醫生應該根據臨床需要而不是既定的模式，判 斷病人所需的醫療服務，若根據模式問症，可 能未能查探病人真正所需，並形成倒模式醫療 服務。</p>
<p>~ 設立家庭醫生名冊</p> <p>為擔任家庭醫生並向病人提供全面基層醫療 的私家醫生進行登記供市民參考，而名冊上的 醫生日後需接受持續專業培訓及教育才能保 留資格。</p>	<p>新名冊與現有的家庭醫學專科醫生名冊有混 淆，而業界亦憂慮政府可能會藉保留資格的條 款，干預私營醫療的運作，拮制業界的專業自 主。</p>
<p>~ 資助市民接受預防性護理</p> <p>由政府資助市民接受身體檢查，但不包括治療 服務。</p>	<p>這可增加市民預防疾病的意識，但推行時必須 要與業界協商，讓業界參與推動，才能為市民 提供所需的護理；而市民應有運用資助款項 / 醫療券的自由，如選擇服務提供者。</p>
<p>~ 改善公營基層醫療服務</p> <p>向私營醫療界別購買基層醫療服務，以及在公</p>	<p>業界憂慮政府會大規模向私營醫療購買服 務，藉此干預自由市場價格，政府 / 醫管局變</p>

<p>立診所為低收入家庭和弱勢社提供預防性護理。</p>	<p>相成為全港最大的醫療大集團 (HMO)。</p>
<p>2. 加強公共衛生職能</p>	
<p>~ 加強衛生署在公共衛生教育及推廣的工作</p>	<p>現時的推廣工作成效未見理想，認同有此需要，包括要教育市民正確使用醫療服務，避免因誤用而浪費資源。</p>
<p>3. 推動公私營醫療協作</p>	
<p>~ 公私合作提供醫療基礎設施或服務為市民提供更多服務選擇，推動醫療服務提供者之間的良性競爭和合作，包括向私營醫療界別醫療服務、以公私營協作模式發展醫院、設立多方合作的卓越醫療中心、委聘私營界別醫生在公立醫院服務等等。</p>	<p>公私合作的其中一個重點應該是加強溝通合作，互相配合為市民提供最順暢無阻的持續護理。現時醫院管理局亦有聘請私家醫生到公院工作，在幫助紓緩公院醫生工作量之餘，亦可促進雙方了解，加強合作互助的關係。</p>
<p>~ 發展電子健康記錄互通藉以加強醫療服務的連貫性，改善不同醫療服務間的配合。</p>	<p>此舉可能會引起個人私隱的爭議，因為病人向一名醫生求診，未必希望其他人知道有關的病歷，而且科技上的保安問題亦必須要考慮。</p>
<p>4. 強化公共醫療安全網</p>	
<p>~ 透過購買私營服務以縮短輪候時間、改善公共服務的涵蓋範圍、探討「個人醫療費用上限」構思及向撒瑪利亞基金注資等方法加強現時的安全網。</p>	<p>「個人醫療費用上限」是符合實際需要的構思，若市民使用醫療服務達收入或資產某一比例，便應豁免其後的治療費用，避免他們因醫病而破產，讓市民更安心尋求私人醫療服務。</p>

我十分認同政府提出強化社區基層及預防醫療的大方向，因為社區的家庭醫生（並非以專科劃分）是病人接觸醫療過程的第一個接觸點，假如能在社區落實基層醫療服務的概念，不只可以令市民享有更貼身的服務，亦可透過更有效的治療流程，減少不必要的住院需求，同時更可以為市民提供持續不斷全面醫療服務，對整個醫療體系亦有良好的調節和改善。

另一方面，預防性醫療可以幫助市民及早找出身體問題，避免其惡化或引致其他更嚴重的後遺症，有助減輕整個醫療體系的負擔，紓緩醫療體系「爆煲」的危機。而有關的措施應該在政府協助下，由業界及市民作主導，才能得到最佳的成果，否則可能變成政府干預自由市場的壞政策。

然而，**政府在處理醫療體制的改革上，於兩方面有明顯不足，並有一個大問題。**

第一個不足是諮詢文件未有提供足夠的措施，好好處理醫療體系當前的最大難關——**公私失衡**。我認為當局應推行針對性的措施，例如：

- 適量調高公營醫療收費，讓有能力的市民多使用私營醫療服務；
- 推出稅務誘因，例如醫療免稅額，吸引市民自行購買醫療保險及私人醫療服務；
- 協助私營醫療發展服務，例如規劃新的私家醫院用地，以增加私人病床的供應。

第二個不足是諮詢文件未有提到**檢討及重整醫院管理局的管理效率和角色**。醫院管理局是醫療體制內佔有重要的角色，成立至今已超過十年，現在是時候就醫管局的工作進行全面的檢討，找出不足之處以作改善，才能令醫管局及其管轄的公營醫療服務有所進步。

而諮詢文件的一個大問題，是在第六章提及增加以收回成本方式運作的**公立醫院私家病床**，原因是希望能為公營醫療引進額外的資金，紓緩資源緊絀的問題。

我認為這是十分錯誤的做法和方向。公營醫療是社會的醫療安全網，它的角色是為有需要的市民提供醫療服務，並非是與民爭利的機構，惟私家病床則是與私家醫院爭客的服務；而且私家病床令公營體系的輪候隊伍一分为二，製造出「有錢快啲醫」的階級問題，這是醫生及社會也不能接受的情況。

總結

改革要對症下藥——針對失衡，建立互信

政府要成功推行醫療改革，令市民享用到持續高水平的醫療服務，必須從問題的根本出發，對症下藥才會收到成效，否則最終落得一改再改、愈改愈衰的結果，令醫療界及市民受到政策朝令夕改的蹂躪。

我們現時面對的最大問題，是公私營醫療嚴重失衡，當局推行的改革必須由此着手，檢討及緊守公營醫院的職能，並推動私人醫療體系發展。增加醫療收費可以是其中一個考慮方案，加費不是要收回成本，而是要調節市民的使用模式，令有能力的市民被疏導到私營市場。

在諮詢文件中，政府多番提到向私營醫療購買服務。我對此既喜也憂，喜在於見到政府仍有資源可以運用，憂也擔心政府透過外購服務等手段，干預私人醫療市場，甚至變身為全港唯一的醫療大集團，此舉等同於把全港醫生公營化，失去醫療市場應有的彈性及活力，市民亦少了選擇。

近年，我看見醫生與病人、醫生與政府之間缺乏最基本的信任，對立心態影響到醫療服務的推行及治療效果，亦令業界對政府的各種舉動或行為，都帶着猜忌和，若這方面不作改善，任何醫療政策或改革也難以成功推行。

因此，本港需要的醫療改革，是：

- ✚ 一個能夠解決公私失衡的改革
- ✚ 一個可以重建醫生與病人互信關係的改革
- ✚ 一個有效監管醫療保險及醫療集團的改革
- ✚ 一個公營醫療定位清晰的改革
- ✚ 一個尊重醫療業界意見的改革
- ✚ 一個為市民提供更多保障的改革

最後，我想說，醫療服務不只是醫生的事，亦關係每一名市民。一個良好的醫療體系、充足的醫療資源，對整個社會都十分重要，所以我們要推行適當的改革，配合社會轉變所需，為市民提供最高質素的醫療服務。

何栢良醫生