

前綫回應當局的醫療融資方案

2008年6月18日

政府推出的醫療融資方案沒有為未來的醫療服務定下目標，例如市民的健康狀況達到何等地步，如病床和人口的比例，醫生和人口的比例皆沒有提及。整份文件只反映了小政府、大市場的概念，減少政府參與，透過市場解決醫療問題，最後只是將解決方法轉嫁到市民身上。文件沒有詳述現有服務的不足，亦無承諾改革後服務質素有多大的改善。將醫療系統於醫療服務質素掛鉤，其實並無必然關係。例如建立全港性電子病例系統而不進行融資，同樣可以達到善用醫療資源的效果。

政府在報告中預測未來經濟增長為 3.3%，是悲觀的預測，而到 2033 年醫療開支有一千多億元增長，沒有預計屆時的政府收入。反之政府為醫療開支設限封頂，定為不得超過本地生產總值 20%。醫療開支不應由政府設限，是需要經過公眾討論，達致共識方具意義。況且目前政府收入及儲備充裕，運用資源改善醫療服務質素更具逼切性。

政府認為落實醫療融資方案後，部分病人回轉往私家醫療體系，但是背後沒有數據支持，而政府聲稱將會繳納醫療供款的「低收入中產人士」的確切收入也沒有經過正式統計，只令市民感到當局會在其身上開到以應付醫療開支。

政府提出的六個融資方案除社會醫療保障有累進效果，其他方案都沒有，只令負擔轉至中下階層，個人康報撥備更有累退效果，是一種定額供款辦法，低收入人士的人數比例必定多於高收入人士，變相使低收入人士的個人醫療開支增加；因為文件沒有談及保障範圍，醫療服務質素成疑。舉例工資高於某水平的在職人士須將其每月工資的某個百分率存入個人戶口或用作繳付社會醫療保障保費，供款額都會設有上限，即收入高於某水平的人士只需按設定水平的供款額供款。如果入息供款上限為 2 萬元，而供款率為 3% (供款額為 600 元)，則月入高於 2 萬元者也只需供款 600 元。假如供款設有上限，給予高收入納稅人的好處將高於低收入納稅人，因為對於收入高於入息上限水平的人士而言，收入越高，供款佔收入的比例越低；另一方面，他們在稅務寬減的得益也越高。相對於納稅人，由於非納稅人將不會享受到任何稅務寬減，他們將會是這個方案的最大受害者。

醫療保險方面，目前已有一些國家奉行全民醫療保險計劃。問題是保險公司的利潤難以衡量，又增加行政費用，若保險公司為了減低成本，可能會增加一些非必要的醫療檢查。或者受保人到了患病時，保險公司便會認為手術是非必要的，又或只受保比較便宜卻不能根治的手術。醫療服務變得市場化，大部分的供款傾斜往醫療集團、保險公司和藥廠。如果保障範圍不設限制，市民較為得益；如果保險制度限制多，例如長期病患者不受保，只有健康的人受保，低收入人士、長者和長期病患者仍要使用供應醫療服務，這亦

不能舒緩政府在醫療開支的負擔。以月薪 1 萬元的在職人士作為參與供款的起步點，每月劃一保費約 300 元，按年加費，12 年後，會增加至約 500 元。由於工資調整速度未必能追上保費增加，即供款扣除保費後，可能變成負數。另外，假設月入 1 萬元的市民，每月要付出 5% 供款，才能應付保險開支至 65 歲，在政府沒有其他補貼方法下，最低收入的供款人士，每年也要自付 6000 元，若月入 15000 元以上才需要供款，儘管 4% 供款已足夠，每年供款額亦高達 5400 元，對普羅市民是一個沉重負擔。

前綫認為用稅收支付醫療開支最公平，因為這樣做可動用社會資源處理醫療開支，透過調節稅階及稅率，不影響中下層市民的經濟情況，目前稅收方法行之有效，因此不應大幅修改醫療服務方法，況且政府仍要維持公共醫療體制，故應用輔助方法如「錢跟病人走」、「公私營夥伴計劃」解決醫療問題，使公私營醫療體系互相配合。加上目前貧富差距問題嚴重，帶有累退效果的醫療方法對市民更為不利。

市民擔心的是，一個陌生的醫療融資制度，是增加醫療開銷，質素沒有保證，市民亦沒有真正的選擇。前綫擔憂改變了公營醫療服務體系，投入私人醫療保障制度，醫療服務成為市場商品，因為私營醫療服務的普及化，享有的醫療服務大不如前。醫療服務並非只著眼於金錢的運用，還要有其他配套設施，相輔相承。現時公私營醫療服務出現失衡問題，當局必須重整公營醫療服務，例如暫緩引進不急切的服務。私營醫療機構亦要提高收費透明度

及提供多元化的服務。政府要有策略地推廣基層健康服務，推動衛生環境、精神健康、飲食習慣、職業安全及健康等方面的服務，教導市民注意健康，減少患病機會，這才是治本之道。

政府要教育市民正確的醫療成本觀念，保持健康的身體是每個市民的責任，市民更要懂得病向淺中醫，有能力的市民亦要考慮分擔部份醫療成本，唯有養成正確的求醫和醫療成本觀念，醫療服務才用的其所。無論政府採用何種醫療政策，一定要定公安全網，以保障弱勢社群，例如長期病患者、身體障礙人士、領取綜援人士、單親人士，新來港人士等，確保他們能得到合適的醫療服務。