

香港社會服務聯會

回應“掌握健康、掌握人生”醫療改革諮詢文件

1 簡介

- 1.1 香港社會服務聯會（社聯）因應政府於本年3月份公佈的《**掌握健康、掌握人生 - 醫療改革諮詢文件**》，在社聯醫療改革工作小組內進行多次討論，亦舉辦了公民論壇討論文件的內容，在界內組織意見。現總結討論文件中的重要概念，作出回應。

2 總論

- 2.1 過去二十年來，香港有關醫療服務的討論，就已經有多份諮詢文件，計有一九八四年的史葛報告書、九〇年臨時醫管局報告書、九三年彩虹報告書、九四年基層健康報告書、九九年哈佛報告書、二〇〇〇年的「你我齊參與、健康伴我行」醫療體制改革報告書、二〇〇五年「創設健康未來」醫療服務模式諮詢文件，等前後七份文件。然而，就本港醫療制度、服務、及服務融資的問題，社會上似乎一直未能達致一個明顯共識；香港醫療系統是否需要大刀闊斧地改變，也是眾說紛紜。

- 2.2 二〇〇五年，社聯曾向政府進言，認為政府在重新考慮新的醫療制度時，不可以只因為現時制度內出現的問題而頭痛醫頭，腳痛醫腳，而忽視了我們社會應該需要一個怎樣的醫療制度的核心問題。當時，我們認為：「香港的醫療制度，背後是建基於“公平”的價值觀，就是強調社會應令有需要的人，無論其社會階層及居住地點，皆能得到基本的治療。」這次再度諮詢，政府開宗明義要求市民就一些價值取向和融資方案表達意見，社聯重申，香港的醫療制度，必須繼續秉承這一種「公平」的原則，來推行有關服務及融資的改革。社聯認為照顧全民健康應該是香港醫療制度的大前題，醫療制度需要令有需要的人得到及時和適切的治療，所以不能輕易放棄這價值觀。若需要在模式上要作出改革，政府必須要考慮以下準則：

- 公平 (Equity)
- 服務選擇 (Choice)
- 服務的可近性及可用性 (Accessibility)
- 成本控制 (Cost Control)
- 服務質素 (Quality)

- 2.3 雖然關於醫療制度的原則和大方向，是值得深入討論，但社聯認為是

次諮詢文件，未有提供足夠的資訊，作為討論的基礎。價值觀念，是選擇操作方案的重要指引，然而，是次諮詢文件就服務的具體現況、須改善之內容、如何能滿足市民的需要、滿足市民那方面的需要、滿足哪些市民的哪些需要，完全沒有提供任何資訊或估算，只用一些原則性的字眼，攏統地說改善服務、提供選擇等等。「創設健康未來」文件，政府只談現況，不談改革原則；到這份諮詢文件，政府卻大談原則和方向，不談現況和服務內容，兩者都未能給予市民一幅完整的圖像，勾劃日後香港醫療制度，讓公眾作出適當的選擇。過於著眼於改善現時制度的弊端，而忘記了改革背後其實可能是大幅度更改現時的價值；但抽象討論價值觀或大方向，沒有配合對現況的分析和評估，則公眾在討論時缺乏共同基礎和焦點。社會上對於抽象的原則和價值觀，比較容易達致共識，可是這些共識往往建基於深層的分歧之上，對日後實行醫療改革增添阻力。社聯認為，醫療改革事關重大，無論原則價值轉變或具體服務內容的轉變，都需要讓更多市民、更能參與和討論。

2.4 除了醫療改革的價值觀和大方向、大原則外，諮詢文件要求市民就政府提出的六個輔助融資方案表達意見。首先，文件並未就融資的需要，提出更確實的數據，證明現時的醫療制度無法依靠稅收來維持。其次，諮詢文件及政府官員於不同場合，鎖定政府公共醫療的開支在整體公共開支的 17%，但從來沒有解釋清楚這個數字的由來。政府非但沒有把這個「佔公共開支 17%」的「定律」作詳細交待，反而以突顯社會矛盾，辯說若要進一步增加公共醫療開支至更高的百分比，則必須要削減其他如社會福利服務的開支。自政府推出諮詢文件以來，社會各界均希望以理性的方法，討論不同的原則和改革方案，但政府卻偏離理性討論的原則，反而主動挑起非理性政治對立，不但對香港醫療改革無補於是，亦對社會發展和社會和諧產生負面影響。社聯認為，政府必須帶領全民理性討論醫療改革，提供更多的數據作為其立論的基礎，特別就以稅收維持和改善服務的可持續性及公共醫療開支「封頂」的確切數據。有關公共醫療開支佔政府總開支的比重，政府官員在不同場合明言，“17%”只是本屆政府的目標，並不代表下屆政府不會改變，社聯認為這正好反映政府對醫療服務，沒有長遠的政策目標。沒有醫療政策的目標，任何一個開支比重，亦只屬政府財政政策的目標，既違背以民為本的施政方針，亦必然惹來無謂的爭議。社聯認為，政府不應本末倒置，應讓以維護和提升市民的健康為本，制定長遠的醫療政策，然後按政策目標及優次分配資源。

2.5 政府不斷強調其在公共醫療開支的投入，「只會增加、不會減少」。以絕對的數額而言，只要香港經濟保持增長，相信政府要履行這個「承諾」，不會有太大困難。但這個「承諾」就有斟酌的必要，因為按照政

府的推算，香港整體醫療開支於二〇三三年比二〇〇四約增加 3.65 倍，若政府把公共醫療開支鎖定在政府總開支的 17%，而把政府總開支鎖定在本地生產總值的 20%，則公共醫療開支的增長最多只能與本地生產總值增長同步，即到二〇三三年公共醫療開支的增長為 1.65 倍。所以，如果看政府在醫療方面開支與市民在醫療開支的比例，則長遠而言，政府相對市民在醫療的開支「只會減少，不會增加」。再者，政府對未來醫療開支預測的基礎，預測背後的假設，完全沒有清晰交待，令市民難以理解政府提出的問題是否必然發生、政府提出的承諾是否能兌現。

- 2.6 社聯認為醫療是一個民生問題，所以醫療改革應從民生的角度出發，搜集有關的數據，以作為考量未來模式的根據。政府在這份諮詢文件中，經常強調醫療服務入不敷支，政府的著眼點，明顯是在公共財政問題上。社聯認為，雖然政府的財政問題，值得關注，但誠如行政長官經常強調，政府施政必須以民為本，以市民的健康為改革的大前題，凝聚社會共識，而不是捨本逐末，解決政府自己的財務問題。
- 2.7 社聯認為現階段仍未有充份的理由和資料，支持或否定要以另一個醫療系統和融資方法，來取締一個全民的醫療制度。倘若證明香港真正需要一個新的融資方法，社聯認為政府不能只推出不同方案，抽象和理論化地討論其利弊，而沒有說明這一種或每一個方案，能夠帶給市民一個怎麼樣的醫療系統、甚麼樣的醫療服務。除此之外，更重要是每一個方案及有關的改革措施，將如何能夠達到上述的價值和原則。社聯期望政府能夠更具地向市民解釋清楚，讓市民知所選擇。

3 對諮詢文件內容一些意見

3.1 基層醫療與市民健康

- 3.1.1 文件引述世衛專家文章，說明「基層健康服務越健全，越能以較低成本為民眾帶來更佳的健康效益，而使用者的滿意程度也越高」。文件表面上認同基層醫療對社會和市民健康的重要性，但無論從其討論重點、篇幅、以至具體措施上，政府在疾病預防、健康推廣和基層醫療，都沒有顯示足夠的誠意。該專家的文章其實提及一種悖論：「在實証基礎上，基層醫療有其吸引力，但它實際上並不受各國政策制訂者和醫護人員歡迎，後者普遍視之為低層次活動...」事實上，即使在是現時以公營主導的制度下，政府和醫護人員，對基層醫療、特別是疾病預防和健康生活等的工作的投入，實在乏善足陳。文件還提及在創設健康未來文件中所提出的一些建議，但從 2005 年至現在，政府在落實這些建議方面有甚

麼積極的措施呢？家庭醫生的概念，大致仍然是一個概念，未為市民普遍認識；至於加強醫護專業與其他專業的協作，似乎未有任何成效。

3.1.2 社聯認同市民有責任維持自己的健康，而政府亦應多花資源在健康教育上。但光是宣傳教育還是未足夠，因為這不只是意識的問題，還涉及市民的生活的環境，是否能夠提升市民的健康。醫療改革的核心，往往涉及市民的行為改變（當中既包括他們的求醫行為改變，也包括他們的起居生活的行為改變），而行為改變的其中一個重要環節，正是我們的社會環境，包括：是否有足夠的運動設施及時間、食物是否安全清潔無污染、居住環境是否健康、空氣是否潔淨、市民的基本生活是否得到滿足、教育政策及課程是否增加學生的壓力、勞工福利包括合理工時、最低工資、法定假期等等，所涉及的範圍很多，涉及的政策部門，亦非只是衛生及食物局，文件中提及加強公共衛生職能時，仍然強調透過衛生署，進行健康教育及有關疾病預防，這種舊系統、舊思維的基層教育和保健建議，嚴重落後於社會發展的需要。健康生活和疾病預防，涉及香港整體社會發展的願景和策略，社聯認為這次醫療改革若要以民為本，必須超越醫療體制的框架，從市民生活整體的角度出發，才是真正嚴肅處理此問題的方向。即使在教育和意識提升方面，政府亦必須超越過往單向的宣傳方法，不能只空泛的提醒市民注意健康，而是要滲入到學校、企業、社區等各層面，促進市民直接參與，才能更有效把健康的訊息帶出，並改變市民的行為。與此同時，政府應該著力收集和向專業人士和公眾提供醫療服務的統計數據、服務成效數據、健康指標等能協助市民及整個社會監察健康質素和醫療服務成效，透明的醫療資訊，亦是一種非常有效的健康教育。

3.1.3 就公共基層醫療服務方面，社聯歡迎政府承諾加強有關的服務，並逐步引入家庭醫療概念，亦同意引入文件提及的預防性護理服務，為不同年齡或不同需要組群，定期提供適當的健康檢查及治療。對於政府建議向私營醫療界別購買服務，作為為層基市民提供門診服務的方式，方法雖然能有效運用私營醫療界的資源，但基層醫療作為市民疾病治療的第一線服務，其服務的質素必須得到有效的監管，以免服務提供者一方面從政府方面獲得資源，一方面削減服務的質量，從而獲取利潤。

3.1.4 文件再次提出以家庭醫生作為香港基層醫療的第一層，希望使家庭醫生分擔公共醫療的一些任務及責任，為醫院服務作第一線的把關，及作出適當的分流。原則上，社聯同意家庭醫生這個

概念，但當中涉及很多操作上的細節，仍要多加考量，並且要把這個抽象的概念，放入香港現時的制度和文​​化來細仔策劃有關的改革。香港人的就診文化，仍未有作詳細的研究，但家庭醫生制度的提議，背後其實有很多關於市民就醫行為的假設。香港社會不同於外國，醫生比較集中，市民容易在市場找到不同的醫生滿足當時的需要。以一位家庭醫生為主的模式，未必適合香港社會。現時市民的就診行為，其實相當多元化，家庭內的不同成員，可能都會因為各種原因選用不同的私家醫生；市民又習慣在染病期間，四出尋找名醫、處方等等。近年，更有不少市民選擇中醫診治。社聯認為必須對市民的就診行為有更進一步掌握，然後我們才可以對症下藥，找出推行家庭醫生制度的最可行辦法。

- 3.1.5 社聯就諮詢文件，諮詢了不少復康界人士，有很多殘疾人士或家人表示，對於需要特殊照顧的病人，家庭醫生的模式也未必能配合他們的需要，例如智障、精神病患者或其他長期病患等，皆需要多於一位的專科醫生作出定期的診治，難以依賴一位家庭醫生的照顧。
- 3.1.6 除了市民的就醫行為，我們亦要考慮家庭醫生的制度，到底是否在財務上可行。文件對家庭醫生制度的期望，與家庭醫生診所營運的實際情況，似乎存在一定程度落差。現時私家醫生往往在短時間內完成診斷，如果家庭醫生需要對病人作詳細的診斷，每名病人所需的時間亦增多，結果可能會提高收費。如果推行家庭醫生帶來市民更重的負擔，相信市民更難接受家庭醫生。
- 3.1.7 文件又期望家庭醫生能作為基層醫療通往第二層醫療的把關者，家庭醫生需要與醫院有緊密的聯繫，在專業上也要有一定的水平和臨床經驗，才能和院方配合。換言之，家庭醫生要有一定的能力及水平，其專業上的判斷能得到醫院的認同，才不致重複評估，延誤診治。將來私家醫生要作出一些即時緊急的判斷時，是不容有失的。不少市民著實擔心現時市場的私家醫生到底能否充當這角色，這個“信心”的問題，是家庭醫生制度成功的關鍵。
- 3.1.8 就家庭醫生把關角色的問題，當中亦存在著一個矛盾點：要有效轉介到第二層醫療機構，家庭醫生必須有足夠的權力或業內的公信力，以保障市民在有需要時得到及時和適當的治療；但與此同時，如果只有家庭醫生才能轉介病人至第二層醫療機構，會否造成家庭醫生的權力過大，以致有需要的市民得不到及時和適當的治療呢？政府在推行這模式前，除考慮如何確保家庭醫生的

水平外，亦須考慮權力制衡的問題。社聯認為，一個有效的家庭醫生制度，必須能加入一些誘因，鼓勵醫生積極推動家庭參與整個醫療和護理過程，讓病人及家庭能夠在治療的不同過程中，發揮其重要的角色，這不單能提高治病成效，有能更大的平衡醫生的權力。

3.1.9 家庭醫生制度縱有多好，政府亦應該以發展「多元化」的基層醫療為主軸，並不斷鼓勵更多新的或發展更多尚未被完善的醫學理念和服務模式，尤其是中醫學在家庭醫生制度以至各層醫療服務的角色。

3.1.10 另一方面，醫療改革必須更重視醫療系統與社會服務或護理系統的協調和銜接問題。現時，醫療服務和其他服務協調不足，不同系統的服務重疊，導致醫療系統內的資源不必要浪費。社聯認為必須從服務提供的模式方面作出有效流程更新，以便病人接受治療後能夠得到合乎成本效益及病人需要的服務。

3.1.11 此外，改革仍須考慮如何使現時的私家醫生和新制度接軌。文件建議設立家庭醫生名冊，政府會提供什麼誘因使現時的私家醫生擔當起為公共醫療把關的責任。當然，除了誘因之外，政府也要在入門資格、收費及服務水平上作出監管。

3.1.12 在基層醫療的範疇內，無論採取甚麼模式，改革的目標應該朝向鼓勵、推動、協助市民在更大程度上參與自己的健康生活及疾病預防。然而，諮詢文件期望的，是市民在財政上的參與，卻沒有從市民的立場，考慮提升市民在保健和醫療的過程有更大程度的參與。基層醫療的參與，完全取決於服務的選擇，但選擇有不同層次，其一，是服務提供者的選擇、其二，是服務模式的選擇，兩者比較多人討論；其三，是病人在治療方法上的選擇，這一點往往涉及病人的知情權、收費的透明度、以至醫生能否保證市民清楚明白每一種可能的治療方法及其利弊。社聯認為，醫療改革的大方向，應該在這些方面提升市民的參與能力，並使其能發揮第一線的監察效能。

3.2 公私營醫療的關係

3.2.1 醫療服務的價格需求彈性極低，但資訊成本極為高昂，需求容易操控；缺乏嚴格公營控制和監管的私營醫療市場，將不必要地推高醫療價格、製造醫療通脹、製造不必要的需求，與從基層醫療控制需求、控制整體醫療支出的改革目標背道而馳。政府在考慮引入私營服務的時候，若以減低公共開支為主要目標，盲目把服

務推向私營市場，最終即使能控制公共開支，但可能令整個社會追逐醫療商品，屆時香港整體醫療支出激增，讓整個社會付出沉重的代價，實非負責任政府的行為。

- 3.2.2 鑑於現時公立醫院超重的服務負荷，社聯支持政府運用更有效的方法鼓勵私營服務提供者，協助向市民提供服務。然而，社聯認為無論以任何方法引進私營服務提供者，政府對市民健康提供保障的責任，都不應該有所改變。換言之，任何形式的合作，必須能體現政府對市民健康及醫療的責任，政府不能借公私營合作為名，把所有責任推到市民身上。社聯認為公私營醫療不應該被視為互相排斥，互相獨立，各自運作而不受任何公眾的監管。在探討私營服務提供者參與的時候，應先把目標鎖定在解決公營醫療系統負荷。
- 3.2.3 觀乎現時公立醫院的服務，當中有很多服務內容、服務提供形式等，均以一種為市民提供公共服務的動機而設。例如，醫務社工、病人資源中心、駐院警察服務等，這些服務在保障市民的健康和權益方面，是公共服務不可或缺的，他們在醫院內協助提供各種的支援，地位難以由私營服務營運者代行。日後若政府要求私營醫院協助提供服務，則政府必須研究如何在一個私營機構內，設置上述及其他類似的公營服務。
- 3.2.4 無論公營或私營，政府在考慮推行醫療改革時，一直未有仔細研究醫療系統以外其他輔助醫療在整個醫療服務體系扮演的重要角色。非牟利團體，包括社會服務團體、病人組織、及相關的基金或公眾教育團體，一直默默地為市民提供資訊、服務，提升病人在醫療過程的參與，以服務使用者的角色，監察醫療服務提供者的服務質素，這些輔助醫療系統發揮著的積極功能，政府必須藉是次改革的契機，大力推動及發揚。社聯在諮詢業界的過程中，發現現時政府側重醫療系統內的改革，忽略其他社會服務在整個醫護過程的角色，使醫療成效大打折扣。一些殘疾人士使用醫療服務，必須有社會服務工作人員的配合，才能得到合適和及時的治療；如聽障人士，由於醫院內沒有任何手語服務，故有關病人由服務預約至求診過程，均必須有傳譯員陪同，但現時的服務流程，卻忽視社會服務和醫療服務的協調，以致延誤診治這些病人。社聯認為，政府的醫療改革，必須正視這些非政府組織、社會服務及照護機構在社區預防、醫層健康和醫療、治療、復康、以至提升病人和家人參與等，對醫療服務的重要貢獻，藉是次改革契機，大力發展它們的潛在能力，降低醫療成本，提升服務質素。

3.3 長期病患者及長者醫療

3.3.1 長期護理服務

3.3.1.1 政府在「創設健康未來」諮詢文件中，提及對長者護理服務的定位。然而在是次諮詢文件，政府強調人口老化對醫療開支的壓力，但卻沒有就長期護理服務與醫療服務之間的系統性配合及各自的定位作任何討論或建議。即使有關成本控制及融資問題，文件亦沒有討論政府應該推行甚麼形式的長期護理服務，以有效減低長者在醫療服務方面的需求。

3.3.1.2 長期護理服務以家居護理及社區支援為主符合的長者意願，長者都希望在自己熟識的環境得到照顧。然而，若社區或家居缺乏配套措施，令長者不能在非醫院環境下得到妥善的護理，長者只會不斷地重覆入院而受苦。政府倘能提供一個令長者放心的社區居住環境，則可大大減低對醫療系統的壓力。此外，院舍未來需承擔更大的醫療服務責任，倘政府在這方面給予足夠的資源提升設施及聘請足夠的醫生及護理人員，一方面可提供有質素的前期及後期療養服務予這些病人，另一方面亦可減低在治療方面的支出。

3.3.1.3 文件集中討論醫療融資，但完全忽略長期護理服務融資與醫療融資之間的關係。在可見的將來，安老院舍將較目前提供更多高程度的醫療服務，文件完全沒有提及滿足這些新要求的經費來源，社聯認為，政府把醫療融資與長期護理服務融資分開處理，並先解決醫療融資問題，日後長期護理服務融資將更難提上議程。既然政府認為人口老化是醫療改革要處理的一個大問題，在討論醫療融資安排時就必須包括由長期護理服務提供的醫療服務融資。

3.3.1.4 醫療服務與長期護理服務的合作與接軌，社聯一直非常關注，除了在資源上的投入和分配上，安老院舍的醫護人員與醫院之間的合作，包括轉介院友到醫院作深入檢查或專職輔助醫療服務，如足部治療、營養師服務等，處方醫管局提供的藥物，豁免綜援及低收入長者的診金及葯費等，都應該適當釐定，以免出現例如長者院友是否需要送往醫院接受治療或院友是否需要何種深入檢查的爭拗。

3.3.2 長期病患者最關心的是收費及醫療質素問題。政府在諮詢文件中表示，會“考慮”設定「個人醫療費用上限」。社聯認為，政

府若能夠設定合理的醫療費用上限，應能為市民提供一個心理上的安全網；然而，一些低收入、並經常要支付高昂醫療費及藥費的人士，醫療費用長期佔家庭或個人開支的主要部份，必然進一步削弱他們的健康和生活質素，故政府在諮詢文件中強調的醫療安全網，應盡可能為這些病人作寬鬆的處理。

4 醫療融資

- 4.1 社聯希望重申，醫療是一個很重要的民生問題，任何醫療融資的改革，都必須要顧及市民是否能負擔的問題。如果醫療改革加重市民的負擔，令市民諱疾忌醫，長遠來說，我們社會可要付更昂貴的費用。
- 4.2 誠如政府的諮詢文件所言，任何一個醫療融資方案都難以解決所有問題，更何況政府建議的六個方案，欠缺具體內容和執行細節；方案期望解決的問題、以及各方案若付諸實施後市民能夠獲得的醫療服務質和量的問題，均沒有任何具體資料，現階段空泛地選擇任何一個方案，都沒有實質意義。社會上各成員皆有義務對醫療制度的資源，作出一定貢獻，但也必須要符合市民，尤其是長者、低收入、長期病患者、復康人士等弱勢社群的能力。由於香港沒有健全的退休及職業保障，現時的公共醫療保障是很多市民唯一能夠依賴的安全網，以保障自己的健康，因此任何有關醫療保障的建議，都必須要保證對全民的照顧。
- 4.3 社聯原則上支持一個能有效分擔風險的醫療融資制度。基於(1)現時以稅收來支持的醫療融資方法，廣為市民支持；(2)香港貧富差距日益嚴重；(3)低收入人士佔全港人口兩成之多，社聯認為以稅收為基礎的醫療融資方法，仍有其優點，任何強制性保險或供款，只會進一步削弱他們的生活質素。在政府未仔細交待其真實財政狀況、提供更多數據証實其對醫療需求和成本的預測前，不應妄下結論，認為現時的融資方法必然難以持續。再者，社聯認為政府在基層醫療方面的措施，尚有不少改善空間；專科及住院服務系統中的資源浪費，亦可以透過有效的措施作出改善。不求截流、只集中開源，最終服務未得到改善，卻要市民在財政上作出更大的承擔，對整個社會都難以接受。
- 4.4 諮詢文件中部份融資方案，並非全民受惠。政府一方面經常強調社會政策以家庭為本，但往往在具體政策設計時，忽略考慮政策對家庭的影響。依賴在職人士供款或繳費的融資方案，對家庭（特別工作人口少及低收入的家庭）最為不利。現時的制度其中一個最大的優點，亦在於其普及性，全民皆可受惠，而且全民所得的服務水平，大致一樣。社聯認為，任何融資方案，必須能保持現行制度中這種公平普及性。

- 4.5 社聯認為在以稅收為本的融資方法之外，可以研究全民社會保險的可行性。在現階段一次過把整個融資制度及服務運作模式改為社會保險制度，風險比較大，社會上亦未有完全共識。社聯認為可以考慮就某一些成本高昂的嚴重危疾服務，以社會保險的形式融資，並由中央承保機構營運及支付有關的開支，具體受保的服務內容可以審慎研究。
- 4.6 諮詢文件的融資動機，主要為專科及住院服務提供更多的資源。社聯認為，任何為治療開支而設計融資方案，必須研究其在實施後，對基層預防服務發展之長遠影響。一個滴水不漏的治療系統，亦有其道德風險：即市民因此而對健康生活和疾病預防鬆懈，長遠而言，無形中製造醫療需要，難以徹底解決醫療需求不斷上升的現況。
- 4.7 社聯完全認同應該給予市民更多選擇，但反對只為有能力的市民提供更多的選擇，而犧牲社會上弱勢社群的選擇權。政府在諮詢文件中，經常強調那些不能額外付款協助融資的市民，仍能受惠於政府提供的純公費醫療。然而，兩個同樣病症的市民在同一個公營醫療機構內接受服務，因為付款的能力不同而得到不同的治療，這一方面對醫療制度的公平性及公信力，難免會有所打擊。社聯更憂慮基層市民的自信心、社會整體的凝聚力、社會和諧等，會進一步被削弱。
- 4.8 政府在考慮為市民提供選擇時，不應著眼看醫療產品或醫療服務提供者的選擇，而是如何促進市民對醫療服務的價格、健康醫療資訊等有更多的掌握，從而提升市民對不同服務、甚至治療方式的選擇權利。例如，讓病人可選擇在非醫院環境下接受合資格的醫療服務，安老院及家居照顧服務等。同時要照顧未達綜援水平，但收入不多的家庭，以及入息中位數以下人仕的需要。對於少數族裔人士而言，由於文化和語言的差異，他們所享受的選擇極為有限，社聯期望改革後的醫療服務，能更多考慮本地居民的文化多樣性，確保選擇在香港生活的其他種族人士，享有與本地華人同樣的選擇。
- 4.9 此外，在討論醫療融資的同時，必須一併討論長期護理融資的安排。醫療融資安排如果缺乏了有關長期護理的安排，會構成醫療服務的承擔。在一些高齡化國家如德國和日本，長者因只有醫療保險而拒絕離開醫院到需要自費的安老院，逼使政府研究及推出長期護理保險，讓市民也能負擔長期護理服務。

5 市民參與

- 5.1 要令社會有更深入的討論，政府應投入資源研究各醫療系統的利弊，

令各界人士更能掌握醫療改革的理念。現時政府不但在這方面所提供的資料不足，而且在向市民解釋諮詢文件的時候，過份強調公關策略，向市民傳達一些似是而非的簡單訊息，對提升市民參與討論甚為不利，市民亦難以理性判斷怎樣的模式才是最配合香港的社會環境。

- 5.2 過往政府為了控制公共財政開支，不欲鼓勵市民對自身健康和醫療的知識有更多及更準確的掌握；但在資訊自由流通的年代，市民能夠獲得的醫療資訊繁多，醫療資訊夾雜著人云亦云、杯弓蛇影、市場的不實聲稱等，政府如何透過醫療改革，提升市民對自己身體健康的掌握、對醫療過程了解和參與，對日後落實醫療改革措施後的監察和服務質素提升，有極重要的意義。私營醫療服務系統要能服務於公共政策目標，強大的公民社會和高質素的公民必不能缺少，否則，私營醫療服務機構純為利潤而任意妄為、置市民健康於不顧的風險，難以得到適當的制衡。如果醫療改革的成敗，與市民參與有這樣的根本關係，則醫療改革不得不涉及如何發展醫療及輔助醫療界中的公民社會成份。
- 5.3 我們最後希望政府留意，香港缺乏醫療政策的研究，政府應投入資源，提出課題，及鼓勵學術機構作出相關研究，並向社會公開發表。同時，政府也應搜集及公開各種醫療數據，讓學術機構能使用有關資料作進一步分析。

2008年6月13日