

香港基督教協進會社會公義與民生關注委員會

《掌握健康 掌握人生——醫療改革諮詢文件》意見書

教會以耶穌為榜樣，本著全人關懷，倡議讓人們能夠平等地得到全人健康的醫療系統，使人不論貧富皆活出神賜予人的尊嚴，也讓社會變得更為健康融和、彼此關懷。為此，教會一直積極參與香港醫療服務，更關心人口高齡化之趨勢；基督徒醫護人員在其專業上，也身體力行，實踐上述理想。

對於如何改革香港現時的醫療體系，本會同意周一嶽局長在諮詢文件序言中說道：「單靠投放更多社會資源在醫療服務不足以解決問題。我們必須同時認真檢視如何善用醫療制度所能享有的資源，以達致最佳效果、滿足市民的需要。」因此，醫療融資不應是這次諮詢的核心，相反地，把現時偏重以治病為本的專科及住院治療服務，轉變為以人為本、以整全的思維（holistic approach）來改革本港醫療體系，全面發展基層醫療和預防護理，才能達到文件中所提及的「建立一個能夠提升全體市民健康、提高市民生活質素，同時能為香港每一位市民提供醫療保障的醫療制度」的願景。具體而言，本會對是次諮詢文件有以下意見：

醫療體制改革的首要目標

本會曾於 2005 年【創設健康未來】討論文件回應書中，表示認同加強預防式護理的基層醫療服務作為改革的大方向。而對於是次諮詢文件，本會認為整個醫療制度改革的幾項建議中，發展以防治角度為出發點的基層醫療服務，仍是最為首要及根本的目標，因為若能成功實施，除了加強市民預防疾病的教育，也由於家庭醫生能追蹤個別市民的健康歷史，從而也有效地強化了社會整體的疾病防治工作，因此不但減少整體社會對『醫病』的需求，也能有效改善現有醫療系統的效率及成本效益，未來的醫療開支自然有所下降，融資的壓力也能大大降低。所以是次諮詢文件把醫療改革的重心放在融資上，就是沒有對準問題重心，因而本會並不認同諮詢文件中把醫療改革與醫療融資連於一起的看法，而是須把二者分開處理。所以，無論融資的討論有何結論，政府必須繼續貫徹地推行醫療改革。

因此本會認同周一嶽局長所言，改善醫療制度必須改變現時醫療服務的重點，「由目前把重點放在第二、三層醫療，以公立醫院為中心、以病為本的專科及住院治療服務，轉變為重點放在以人為本的基層醫療和預防護理」¹。諮詢文件建議應加強基層醫療服務及制訂基層醫療服務的基本模式的方向是正確的；若然缺乏醫層醫療的改革，諮詢文件中其他如設立醫生名冊、資助市民接受預防性護理、改善公營基層醫療服務和加強公共衛生職能等建議，對改革的力度有限，

¹周一嶽，「醫療改革：錢從何來？往何處去？」（文匯報，2008 年 5 月 5 日）

仍是不足以解決諮詢文件中提及，「目前不論病人和醫療服務者未能充份重視全人基層醫療及保健推廣」，及「醫療護理有欠連貫和配合」的情況。

根據世界衛生組織「全民健康」的策略，基層健康服務應包括：協助每位市民預防疾病，促進健康；提供優質醫療服務和持續護理，讓市民保持體魄健康；促進個人及社區參與，分擔提供健康水平的責任。所以本會認為本港應參考國家醫療制度（National Health System）的模式，全面推行一個完善及週詳程序的基層醫療制度，從而改變目前以專科醫療為重心的醫療服務，建立社區診所，協調及加強中西醫護系統及第三部門的醫療服務人員之間相互配搭和合作，全面發展及建立全民電子健康記錄，使基層醫療服務成為把關人（gate-keeper）的角色，也推動了公私營醫療界別攜手提供醫療基礎設施及服務。

為此，本會建議政府儘快成立基層醫療委員會，重整現時缺乏連貫及配合的基層醫療系統，制訂基層醫療服務的基本模式、整全基層醫療服務基準和培訓家庭醫生的長遠政策，及支援地區的社區醫療設施；同時，政府亦應增撥資源，協助基層市民支付基層醫療及藥物開支。此外，政府也應積極制訂淨化空氣、健康工作環境及合理等基本影響人健康的社會政策及相關配套，以配合促進健康的醫療政策。

除了發展基層醫療服務外，本會贊成諮詢文件中有關強化公共醫療安全網的建議，特別是改善公共服務的涵蓋範圍，把新藥物及新治療方法納入公共醫療安全網，以及採購新醫療設備；我們歡迎政府探討「個人醫療費用上限」的構思，讓罹患重病，需要昂貴醫療的病人，在醫療費用超逾上限時得到經濟援助，協助他們免陷財政困難，及向撒瑪利亞基金注資，以額外撥款形式，通過該基金資助有需要但經濟有困難的市民，使他們得以享用某些標準公共服務以外的醫療服務，而這些建議對於中產人士尤其重要。

對醫療融資的意見

儘管人口老化是不爭的事實，然而政府不應因而假定老年就等於不健康，必然需要耗用大量醫療資源，因為據外國的經驗及研究，人口老化每年只會增加約0.6%至0.9%的醫療開支²，並非如諮詢文件所預期般大大增加醫療需求。另一方面，香港現時六十五歲以上長者和二十五年後（即2033年）的長者情況非常不同，前者大多屬於戰前出生的勞動階層，教育水平普遍低落，晚年對公營醫療系統相當依賴；但後者卻主要是六十年代以後出生，壯年時期正值香港經濟黃金歲月，加上普遍教育水平高，個人保健及理財意識較強，經濟條件也較佳，大部分早已自行購買醫保，晚年對醫療服務的需求，遠比現時的長者為低，對公共醫療

²高德禮，「解構人口老化與醫療開支的關係」。

（<http://www.hkdf.org/newsarticles.asp?show=newsarticles&newsarticle=183>）

服務需求的壓力，不可同日而語。若然政府即時推行全面的基層醫療制度，相信有關情況會更會大為改善。

此外，諮詢文件指出，本港醫療開支將由 2004 年的 387 億增加升至 2033 年的 1866 億，佔本地生產比率 5.5% 而已，屆時香港用於醫療的開支仍然低於現時聯合國經濟合作及發展組織成員國平均的 8.1% 水平，也遠不及世界其他同樣以稅收為主要融資的國家現在的水平³，所以政府對未來醫療開支壓力的憂慮，必須提供更令人信服的數據。

另一方面，如按政府最屬意的方案「個人康保儲備」來計算，向月薪一萬元以上的打工仔每月收取約 300 元後，一年共收到 60 億，然而政府今年由於各項稅務減免措施，少收的稅款已經有至少 63 億以上，這些數字反映了政府並非沒有足夠資源應付開支，或未來醫療開支對政府財政構成重大負擔，相反地只會令人質疑政府是希望將未來的醫療承擔轉嫁到市民身上。

同時，政府必須檢討現有醫療資源的使用，積極監察醫管局的開支，因為現時每年三百多億元公共醫療開支，八成半花在醫管局人工上，而在 2002 年起政府削減醫管局撥款的同時，醫管局的高層過去數年卻仍可加薪近四成，在如此沒有合理的節流措施的情況下，令人質疑融資的金錢用是恰當；再者，在諮詢文件也完全沒有提及融資後如何運用，只是單提融資，使市民難於作出評估，因為資源投放增多，並不能保證市民可以提供高質素的醫療服務。⁴

對於任何的醫療改革及融資方案，本會的基本立場是不應導致貧富差距增大。在過去二十多年，貧富差距愈來愈嚴重，本港的堅尼系數是已發展國家之冠，所以，融資方案應以保障弱勢群體為優先，因為醫療是每一個人的基本人權。現時諮詢文件建議的六個融資方案，除了社會保險外，其餘均沒有累進效果，第六個方案（「個人康保儲備」）實質上更有累退效果，對於低收入人士會成為沉重負擔⁵，而在嚴重貧富懸殊日益嚴重的情況下，這種形同「劫貧濟富」的醫療融資模式，是不能接受的做法。

所以，與其不必要地改革醫療融資安排，**本會建議政府應即時把預留作啓動醫療融資的 500 億元轉而成立醫療儲蓄基金，並把以後每年的部份財政盈餘撥入基金**，再配合以發展防治性的基層醫療系統，根本性地改善香港市民未來的醫療健康狀況，相信已足以解決未來醫療開支增長壓力的問題。

³ 根據諮詢文件表 D.2，澳洲的公共醫療開支佔本地生產總值的比例為 6.4%，加拿大是 6.9%，英國是 7.2%。

⁴ 美國放入醫療服務的資源，無論以國民總生產（GDP）的比率，還是金額數目來看，都是世界第一的。目前美國醫療費用已經佔 GDP 的 15%，香港則不到 6%，但是，香港人的平均壽命和嬰兒死亡率，都比美國為高（美國人的平均壽命是 77 歲，香港是 81.5 歲；美國的嬰兒死亡率是每千個嬰兒 6.5 個，香港是 2.97 歲）。

⁵ 例如一位收入一萬餘元的打工仔，原先每年交稅只為二、三百元，實行所謂的強醫金後，每年就等於額外交稅超過三千元以上！

健康與醫療發展諮詢委員會的組成

正如本會於《創設健康未來 - 探討日後醫療服務模式討論文件》意見書中曾表示：

「(健康與醫療發展諮詢)委員會的成員大部份由西醫生，及醫學教授組成，儘管有部份是社會人士，但卻欠缺基層的代表、病人組織的代表甚至長期病患者的代表，明顯地未能反映基層及其他階層人士的意見，所以政府在討論這份報告及**特別是下一步有關醫療融資時**，我們建議必須加入充足的基層代表成為委員。此外，又由於委員會中缺少中醫藥界的代表，所以報告書指出在日後會另行研究有關服務，實有欠妥善，因為未能於現段一併研究和討論，不但有欠全面，更只反映現出未來中西醫整合的重要發展，所以在未來的討論和研究中，也必須加以改善。」

然而，是次諮詢文件顯示，委員會的成員基本上沒有任何更動，所以本會再次建議，在進一步研究所需要的政策及措施時，**政府應委任基層代表、病人組織代表及中醫藥界的代表，加入健康與醫療發展諮詢委員會**，以增加其認受性及代表性。