



HONG KONG PROFESSIONALS AND SENIOR EXECUTIVES ASSOCIATION

香港專業及資深行政人員協會

就
掌握健康 掌握人生—醫療改革諮詢文件
意見書

2008年6月



香港專業及資深行政人員協會

2008/2009 年度理事會成員

會長：容永祺先生, MH, JP

副會長：陳建強醫生
馮柏棟資深大律師
胡曉明先生, JP
林大輝博士, BBS, JP
林雲峯教授
吳長勝先生
史泰祖醫生

陳世強律師
何順文教授
詹志勇教授, BH, JP
梁美芬博士
盧偉國博士工程師, MH, JP
伍翠瑤博士
孫德基博士, BBS

秘書長：謝偉銓先生

財務長：李鏡波先生

副秘書長：黃偉雄先生

理事：陳瑞麟先生
陳鎮仁先生, BBS, JP
鍾志平博士, JP
洪克協先生
羅范椒芬女士, GBS, JP
梁建楓先生
莫華倫先生
彭詢元先生, SBS, CSDSM
鄧淑明博士
黃友嘉博士
楊位醒先生, MH

陳紹雄先生
鄭國漢教授, JP
許漢忠先生, JP
林義揚先生
李惠光先生
梁定宇先生
伍山河牧師
彭華先生
曾其鞏校長, BH, MH
吳德龍先生

註：排名依英文姓氏字母排列



香港專業及資深行政人員協會

社會發展委員會 醫療融資研究小組

聯席主席： 周伯展醫生 何順文教授

委員：

容永祺先生, MH, JP (創會會長)	
陳建強醫生(委員會聯席主席)	
陳紹雄先生(委員會聯席主席)	
陳記煊先生	陳大信教授
陳偉光醫生	卓嘉雯醫生
趙偉仁醫生	何柏良醫生
何兆煒醫生, JP	管胡金愛女士
林正財醫生, JP	羅祥國博士
李鏡波先生	李德剛先生
羅裕群先生	李大拔教授
伍翠瑤博士	伍山河牧師
史泰祖醫生	曹聖玉女士
吳德龍先生	

註：排名依英文姓氏字母排列

香港專業及資深行政人員協會就 掌握健康 掌握人生－醫療改革諮詢文件 意見書

引言

特區政府於今年三月公布「掌握健康 掌握人生－醫療改革諮詢文件」，就醫療服務改革的原則和理念，以及醫療輔助融資方案，向公眾進行諮詢。香港專業及資深行政人員協會轄下的社會發展委員會醫療融資研究小組，歡迎政府發表該份文件。由於醫療改革影響深遠，並涉及長遠醫療融資安排，實與每位市民的健康息息相關，因此本小組期望公眾在諮詢期內就醫療改革及輔助融資方案，作出積極的回應。我們經研究該文件後，提出如下意見：

一. *醫療改革應是討論的核心問題*

過去二十多年，香港政府就香港醫療改革提出七份諮詢文件，由一九八五年的「史葛報告書」，至今次的「掌握健康 掌握人生」文件，每次發表均引起社會廣泛關注和討論，可惜諮詢過後，政府均未能落實重大而可行的醫療改革，以解決醫療制度的不足之處，實令人感到可惜。

我們認為，是次醫療改革諮詢文件，內容側重探討醫療輔助融資方案，並沒有深入觸及香港醫療制度改革的核心，是文件的最大缺失；而向公眾大力推銷融資方案的迫切性，會變成弄巧反拙，令人感到政府缺乏承擔，將政府的醫療開支轉嫁給市民。醫療融資對醫療改革固然重要，但並非改革的核

心。事實上，改革重點與融資相互緊扣，若過份著重探究輔助融資方案，欠缺深入討論改革的核心，可說是本末倒置，相信這也較難獲得公眾的認同。故此，宜先認清現行制度的流弊，並就此提出改革願景和方向，才探討醫療輔助融資的方案。

二. 醫療制度不足之處

雖然香港的醫療水平及市民健康，與世界其他地方相比，一直名列前茅，但香港的醫療制度目前仍有很多不足之處，需要認真的檢視並予以改善，包括：

1. 政府在推動全人基層與預防性醫療服務，以及提升全民健康，欠缺全盤策略；
2. 醫療管治架構未如理想，導致管理、資源與資訊分配不均，成本效益未能盡顯；
3. 公營和私營醫療系統嚴重失衡；兩個系統的服務缺乏合作；
4. 由於公營醫療系統出現資源錯配，導致公營醫院未能提供更好的醫療服務；而醫護人手缺乏，嚴重影響士氣，也導致人手流失加劇；
5. 公營醫院服務，特別是非緊急手術，和專科門診的輪候時間冗長；小部份市民濫用以公帑補貼過高以至收費過低的公共醫療服務；
6. 雖然中產人士透過繳稅承擔公共服務開支，但卻沒有獲得充足的醫療保障；

7. 部份市民接受中醫藥治療，中醫在基層醫療應扮演更重要的角色，而中西醫療相互結合應加快進一步發展；
8. 雖然香港曾經歷非典型肺炎疫潮，但特區政府在防範大型疫症方面，仍處於被動狀態；
9. 各項專業醫護人士的訓練和持續進修有所不足，未能配合未來提升醫療服務質素的挑戰；
10. 電子病歷計劃未能推廣；
11. 醫療系統還包括護士及其他輔助醫療人員（如物理治療師等），諮詢文件隻字不提，完全忽略了他們的地位及發展。
12. 醫藥分家應有更清楚的方向和藍圖。

如果醫療改革未能為上述問題提供有效的解決辦法，政府所提出的醫療改革建議，只能流於片面，更遑論獲得公眾的支持和認同。

三. 不談效益 何來開源？

政府在文件中表示，若要落實醫療改革建議，便要改革融資安排，以提供輔助融資。但在討論輔助融資方案之前，應先要了解現時公共醫療資源，是否已經達致最大的成本效益。醫院管理局多年來不斷擴充，架構日漸臃腫；與此同時，公營醫療成本急速上漲，前線醫護人手不足，資源調撥出現嚴重錯配，亦造成效益持續下降，醫療質素下降。然而，政府在提出醫療輔助融資方案時，卻只管「開源」，而不談「效益」和「節流」；若政府不先行檢討公營醫療系統的成本效

益，並加以改善，實難以要求公眾支持輔助融資方案。如上述現象並非真實，政府有責任向公眾解釋並交代實況。

四. 醫管局角色衝突

醫管局既負責管理香港所有公營醫療機構、專科和普通科門診服務，又掌管絕大部份的公共醫療資源，集決策權(包括資源分配)和提供公共醫療服務於一身；從公共行政理論來說，此等肩負雙重角色的公營機構，由於缺乏互相制衡機制，故此在提升公共服務水平、資源運用效益等方面，均不理想，這正就是現存醫療架構的管治問題。就此我們建議，應重新檢討醫管局之功能與服務範圍，另外長遠應成立一個基層醫療及發展委員會，就全民性的基層醫療服務發展，作出決策和進行監察，並就預防疫苗、市民的身體檢查和心理衛生、社區護理、醫療券的發展、以及中醫藥基層治療等，作出研究和提出可行性建議；至於以上服務則交由公營和 / 或私營機構者負責提供。我們相信此舉能解決公營醫療機構角色重疊、缺乏有效監察的弊病，並為基層醫療的發展提供可行的決策和服務模式架構。

五. 公營和私營醫療定位模糊

雖然諮詢文件建議推動公私營醫療協作，但實際上對公私營醫療在制度上的角色分配，仍是缺乏清晰的定位。現時公營和私營兩者服務收費相距頗大，而公眾又過分倚賴公營醫療系統，私營醫療系統的資源則未盡其用，如公營醫院包攬了

全港九成的病床使用率。我們相信，公營和私營醫療系統應是相輔相成的，既可促進服務質素的提升，又可促進專業水平的良性競爭，實能為市民提供更多選擇；而為公私營醫療服務設立更清晰的定位，以避免兩者服務重疊，減少資源浪費。

目前全港私營醫院共提供三千二百多張病床，佔全港病床數目約一成。近年，私營醫院床位需求殷切，部份私營醫院入住率更高達九成以上，導致私家醫生轉介病人入院出現困難，也有已購買醫療保險的病人不能即時入住心儀的醫院。我們相信，若政府重視公私營醫療協作，便應支持私營醫院的發展，包括提供足夠蓋建私營醫院的土地，以應付公眾的需求，避免病人因床位不足，而被迫轉往公營醫院，加重公營醫院的負擔。

就推動公私醫療協作方面，雖然諮詢文件提出多項措施，但相較 2005 年的《創設健康未來—探討日後醫療服務模式討論文件》，是次諮詢文件明顯地缺乏前瞻性，考慮也未全面。

《創設健康未來》文件嘗試分清公營與私營機構的定位，包括醫院、診所、安老院舍之間的分工和配合。建議公營醫療服務，宜集中應付急症和緊急護理服務，需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病，照顧低收入病人，以及培訓醫護人員等四個範疇。私營醫療機構則負責為病人提供全面、個人化和優質的基層醫療護理，並為普羅大眾提供合理收費的服務。

我們知道，公營和私營系統的分工和配合，還涉及頗多複雜問題，但相信只要有清晰的定位，並有全盤計劃，將能理順和充份利用公營和私營醫療系統的資源，讓兩套系統可以平衡發展；因此期望政府再次參考《創設健康未來》文件有關公私醫療協作的建議。

六. 全力發展基層醫療系統

世界衛生組織一直要求各地政府重視基層醫療，該組織倡議的「健康城市」七大指標其中之一，就是基層醫療。基層醫療服務，是個人和家庭在一個持續醫護過程中，第一個接觸點，也是醫療系統中第一個層次。若基層醫療成功把關，病人便可依循醫生的專業意見接受最恰當的診治，避免不必要的額外檢查和治療，更可為病情穩定的長期病患者提供醫護服務。由於有效的基層醫療服務，不但可改善市民的健康狀況，亦可減輕醫院系統所承受的壓力，所以政府在討論醫療改革的核心時，應為保障個人健康提供前瞻性的建議，而不應再停留在治療方面，應重整資源分配，以強化基層醫療服務，並於醫療改革中採用專款專用形式，建立一套有效的基層醫療設施架構。

就此，建議參考外國醫療系統透過「醫療券」形式，利用公帑鼓勵基層醫生提供有效的促進健康服務，例如為糖尿病者定期驗血和併發症、婦女定期做塗片檢查、戒煙服務等，落實「錢跟病人走」的理念。有關基層醫療系統模式，請參考

附件(1)及(2)，本會創會會員李大拔教授之建議（英文版：“Model of Effective Primary Health Care System”並附具體工作及其藍圖）。

事實上，《創設健康未來》文件已提出了一套較完整的基層醫療系統概念；我們期望政府循該文件提出的發展方向，全力發展基層醫療系統。

七. 對中醫藥發展缺乏承擔

中醫藥有源遠流長的歷史；中醫藥理論強調固本培元，能改善人體體質，對防治疾病及康復護理有很大的幫助，故此在保障市民健康方面，可以擔當更重要的角色，並能與西方醫藥互補不足。事實上，從近年越來越多香港市民接受中醫藥保健和治療，可見一斑。不過，中醫藥在香港發展未如理想，究其原因，乃政府對中醫藥發展缺乏承擔，往往敷衍了事，例如在公營醫療架構中引入中醫藥服務，進展十分緩慢。而是次諮詢文件，對如何加大力度發展中醫藥，卻隻字不提，再一次顯示政府漠視中醫藥在香港醫療制度中應有的重要角色。為此，我們促請政府制定一套全面的中醫藥發展藍圖，並在醫療改革的討論中，一併考慮中醫藥的未來發展方向(包括如何與西醫結合)。具體而言，建議落實以「實證為本」為原則的中醫培訓模式、中醫執業制度，以及中醫藥驗證制度，提升中藥的研究水平，以及加強監管中醫藥，成立中醫醫院使中醫藥在香港得以發揚光大。

八. 電子健康記錄發展考慮不周

諮詢文件建議，設立公私營醫療機構互通的電子健康記錄，以改善醫療服務的效率和質素、促進護理服務的連貫性和配合等。我們完全認同有關理念，但有關建議卻忽略了現行基層醫生的實際執業情況。事實上，有些基層醫生的醫務所缺乏最基本的資訊科技設備（例如傳真機和電腦），而醫生也缺乏相應的知識，在此情況下，根本難以把電子健康記錄系統推廣至基層醫生。所謂「工欲善其事，必先利其器」，因此建議政府必須投入資源，幫助基層醫生提升資訊科技知識，資助他們進修及購置電子健康記錄所需的設備。我們相信，建立公私營互通的電子病歷平台，必須讓基層醫生積極參與，才能真正達致設定的目標。

九. 忽視醫療持份者的需要

諮詢文件提出了五大項醫療改革，我們認為該五項改革均必須進行，而醫療融資安排只是其中一項。普羅市民最關心，就是透過各項的改革，健康得到保障，患病時獲得適當治療，繼續獲得必需及負擔得起的醫療服務；而醫護專業人士最關注的，是如何發揮所長，保持優秀的專業水平和操守。為此，當局必須針對醫療系統中各持份者所關注的問題，逐一提出解決方案，這樣才能獲得公眾的認同。若政府只談輔助醫療融資，而忽視持份者的需要及之間的平衡，醫療改革只會無止境地停留在討論階段，不單令改革停滯不前，而最

終受害者，仍是廣大市民。由於醫療制度內不同領域和層面的醫療服務，與醫療融資息息相關，絕不能獨立討論，因此我們認為，改革與融資安排必須相互結合，才是討論的正確方向。兩者宜同步討論，並以改革為核心。

護理、專職醫療和輔助醫療服務，在整個醫療體制中擔當著重要的角色及功能；護士、藥劑師、專職醫療人員和輔助醫療人員，是醫療改革的重要持份者，但**是次諮詢文件卻對以上類別的制度和專業發展著墨不多，未見重視。**香港醫療工作人員嚴重短缺，已是不爭的事實，加上公營醫療系統出現資源錯配，導致公營醫療部門未能提供更好的醫療服務，資深醫療工作人員士氣低落，人手不斷流失，對醫療服務水平帶來嚴重的隱憂。為此，我們認為，政府必須正視護理、專職醫療和輔助醫療服務現存的問題，著力提升服務水平之餘，更要處理相關人手的薪酬福利培訓、晉升階梯和監管等。

十. 探討全民自願性醫療保險

在現行的公共醫療安全網下，低下階層市民的基本需要已獲得照顧；另外，部份在職人士現已透過僱主提供的團體醫療保險或自購醫療保險，得到較理想醫療保障，故此，政府的醫療融資計劃不宜取代市民的自願性投保行為。因此，目前最欠缺醫療保障的，可能是部份沒有購買重大危疾醫療保險的中產人士。雖然他們有能力支付一般的私營醫療費用，但當遇到重病時，仍得依賴公營醫療服務。

諮詢文件提出的六項輔助融資方案，各有優劣，現看不出那

一個方案肯定可產生預期的效果，也看不出社會傾向支持某一方案。市民擔心付了錢，但醫療質素不一定獲改善。

故此，在社會對長遠的公共醫療輔助融資達成共識之前，我們認為：

- (1) 政府仍應繼續透過增加收入（包括稅收及醫療收費）及撥款比例以應付醫療開支；
- (2) 透過公營醫療系統為公眾提供安全網；
- (3) 積極改善現行醫療制度的核心問題，包括發展基層醫療系統、為公營和私營系統設立清晰定位；
- (4) 控制成本和提升效益；
- (5) 提供系統性培訓，確保醫護專業人員有優秀的專業水平和操守。

然而，若從平衡全民健康保障及個人利益的角度考慮，設立自願性全民醫療保險供款計劃，可能是最為公眾所接受的方案。政府應透過行政手段例如提供稅務寬免，鼓勵公眾自行購買醫療保險；而為對普羅市民的儲蓄供款作出最大的保障，政府應設立有效監管機制，要求保險計劃增加透明度，及維持低水平的行政費用。

如政府能在五百億元注資以外，再從政府的財政盈餘中增撥資源用作醫療保險計劃的啟動基金，相信在首兩至三年，市民毋須為醫療保險作出供款，此舉更容易為公眾所接受。

最後，我們必須注意不同的輔助融資方案將導致不同的收入再分配後果，其政治考慮不可忽略。在下一輪政府諮詢時，政府應明確審議不同方案導致的收入再分配影響，給市民作考慮。

結論

香港的醫療改革已討論了二十多年，但至今仍未有結論。雖然是次諮詢的討論焦點，落在醫療輔助融資的迫切性，但文件強調若不跟隨政府的強制性醫保建議，整個醫療制度便無法維持下去，公營醫療服務水平將出現大倒退；這種具引導性和傾向性的手法，實令人擔心建議最終未能落實，醫療改革將再次停滯不前。此文件給公眾一個只談「錢」不談「心」（改革核心）的印象，實難以得到公眾的支持。事實上，醫療制度內各項重大問題，如醫療管治架構、人手和培訓、公私營醫療定位、基層醫療服務改革、中醫藥發展等，文件均未有提出令人滿意的改革方案。

我們認為，政府應先行理順現行多方不足的醫療制度，包括發展基層醫療服務、提升醫療系統的效益，並提供適當的誘因，把醫療服務的需求成功誘導至私營醫療系統，讓公私營醫療系統相輔相成，鼓勵公眾自願購買政府監管的醫療保險計劃；若上述改革仍未能有效紓緩醫療融資問題，才進一步考慮輔助醫療融資。

Model of Effective Primary Health Care System

The evidence is beyond doubt that a strong primary health care is associated with improvement of population health (Macinko et al, 2003; Lee et al, 2007). Around 70% of population would choose private sector for primary medical care, 15% would seek help from General Out-patient Clinics (GOPC), and 15% would seek help from other sources such as complimentary and alternate medicine. Earmarked reserve funding for reform should be invested to develop strong primary health care with strong emphasis on disease prevention and health promotion. More and more primary care health services currently provided by Hospital Authority and Department of Health would be purchased from private family physicians with public sector providing the supporting services from nursing and allied health professionals. Figure 1 summarises the proposed model and appendix 1 outlines the proposed initiatives. Each district is proposed to establish a District Health Committee to monitor the operation of the local primary health care system. Members of the Committee should consist of representatives of Hospital, Authority, Department of Health, local family physicians, local community leaders, local primary care providers, District Councillors and professional bodies.

Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Serv Res*; 38:819-853.

Lee A., Kiyu A., Milman HM., Jara J (2007). Improving Health and Building Human Capital through an effective primary care system. *Journal of Urban Health*, 84(supp1): 75-85.

Appendix 1

Resources should be invested to launch the following initiatives:

- Establish the registry of family doctors
- Establish electronic health records to integrate primary and secondary care
- Establishment of formal network of family physicians in the community to provide out of hours services
- * Purchase services from private family doctors for those patients with stabilised chronic diseases under HA specialist outpatient clinics with support from community rehabilitation team
- Establishment of community health care team comprising community nurses, community physiotherapist, community occupational therapist, community pharmacy, counsellors, social workers, and health care assistants to provide supporting services for family doctors in the community (private and public) to manage patients with chronic illnesses or long term health problems requiring periodic close monitoring. Services include different types of rehabilitative therapy, close monitoring of health status, reinforcement of self management plan, structured patient education including drug education, counselling services including diet and nutrition, facilitate development of patient self help group
- Department of Health should mainly focus on public health policies, health protection and disease control, health needs assessment and disease surveillance, setting the health targets and priorities, development of strategies for improvement of population health, special preventive services. Department of Health should relinquish the role as health services provider.

- Hospitals under HA should re-define her role in management of serious and complication and refer cases not requiring hospital specialists care and stabilised chronic conditions back to FPs.
- *Purchase preventive services such as maternal and child health, student health services, family planning, elderly health services from family doctors in the community
- *Purchase services from private family doctors of the existing workload of General Out-patient clinics, i.e., those with regular follow for chronic illnesses and those who have made the appointment through existing telephone system

* For service purchasing, the unit cost at public sector will be paid to private less than the co—payment by patients (existing charge by public sector). For those with subsidies and social assistance, the private doctors will receive the reimbursement of the co-payment.

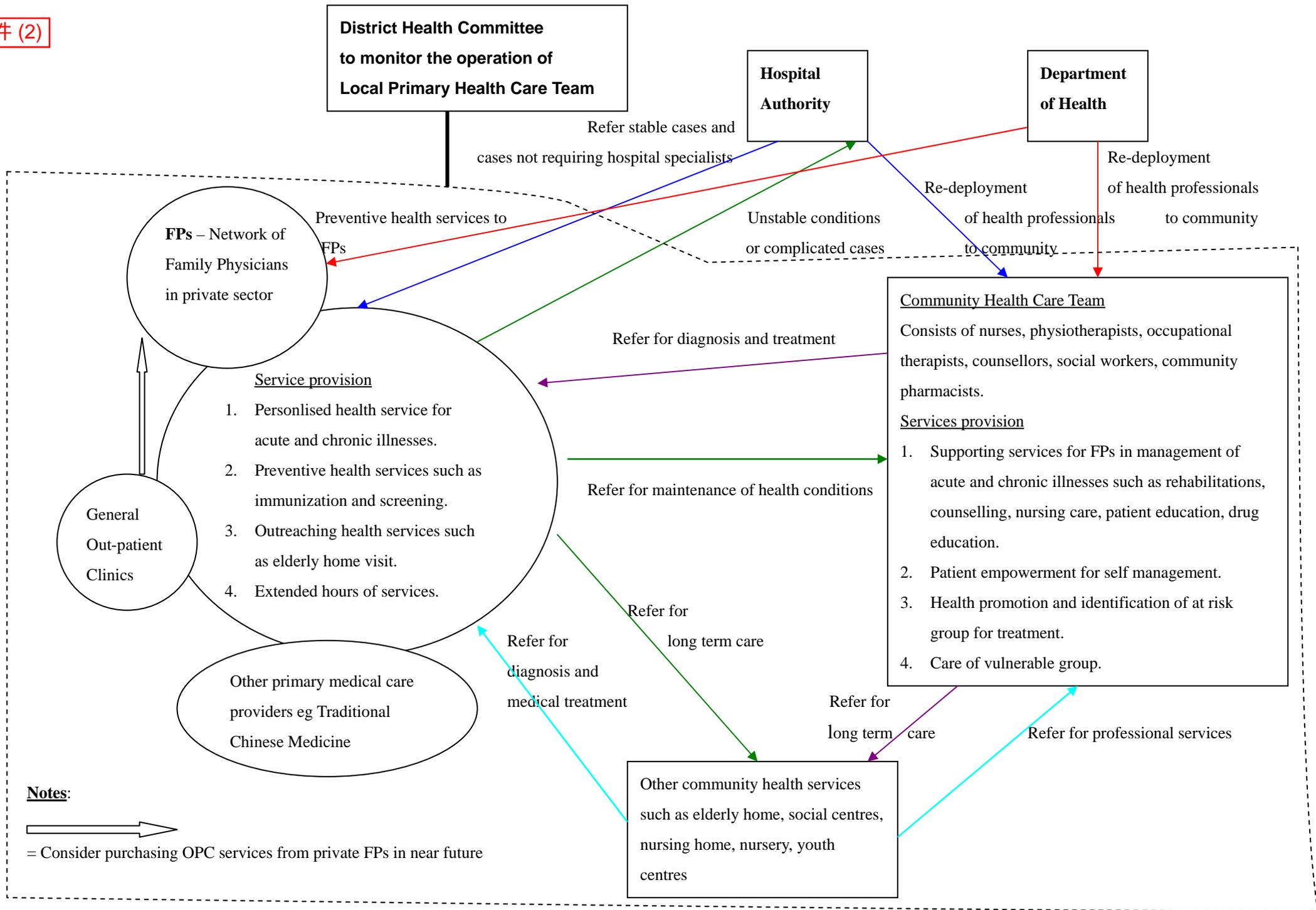


Figure 1. Model of Local Primary Health Care System