



香港聖公會
麥理浩夫人中心

『掌握健康 掌握人生』

醫療改革諮詢文件
意見書

二零零八年六月十三日

就『掌握健康 掌握人生』醫療改革諮詢文件

意見書

香港聖公會麥理浩夫人中心致力推展社區為本的基層健康促進工作，並在 2004 年舉辦了第一屆社區健康研討會，及於 2008 年舉辦第二屆社區健康研討會：全民健康——領導與協作，並邀請區議會、非政府機構、大專院校、醫療團體、地區領袖和居民組織共同簽署「社區健康領袖約章」，支持推動社區健康之工作。這項「社區健康領袖約章」運動正好與政府醫療改革諮詢文件中之願景「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」不謀而合。故此，本機構轄下之社區健康促進委員特別就諮詢文件作出回應。

甲. 歡迎改革醫療服務模式

本委員會十分歡迎政府就香港未來的醫療服務模式作深入探討，並提出針對性改革建議。本委員會特別認同政府的『建立一個能夠提升全體市民健康』和『提高市民生活質素』願景，更喜見政府在醫療制度方面提出改革建議，亦期望部份建議能盡快落實推行；然而，本委員會亦對個別改革建議有所保留，並認為需作更深入的討論。

乙. 立場與原則

本委員會認為，要「建立一個能夠提升全體市民健康、提高市民生活質素」，除了改革醫療制度外，也必須從提升基層健康方面著手，主要原因

是因為「預防勝於治療」——「預防」所耗之成本遠低於「治療」，而且，具「健康體魄」較「復原中之身體」令市民享有更佳之生活質素。

此外，本委員會認為醫療改革必須符合四大基本原則：

- (一) 公平的獲取：無論貧富、年齡、種族、或其他因素，都應該能透過相同途徑獲取公共醫療、基層保健及相關照顧服務。
- (二) 公平的對待：無論貧富、年齡、種族、或其他因素，都應該獲得同樣等級、素質的公共醫療、基層保健及相關照顧服務。
- (三) 政府的承擔：在長遠及公眾的公共衛生及健康推廣工作上，政府責無旁貸需負起領導、政策配合及資源投放策劃的角色，在醫療安全網上，政府需確保全民得到適當的醫療服務；而在健康服務的人力資源長遠策劃上，更需確保有足夠人才推行健康促進及優質醫療服務。
- (四) 重視基層健康：政府應加強以健康促進目標以替代過度聚焦於治病醫療的政策，推動「預防勝於治療」的健康促進模式，做到減少醫療負擔的增長，並以社區參與共同建造健康城市為目標，替代建造高支出個人醫療消費模式。

因此，本委員強烈反對任何形式的歧視，包括為能負擔較高醫療支出的人士提供更快捷、便利、優質的公共醫療、基層保健及相關照顧服務，亦反對任何引致標籤效應之服務提供模式。

丙. 具體意見及建議

本委員會就諮詢文件提出以下的具體意見及建議，予香港特別行政區政府食物及衛生局考慮。

1 『基層醫療服務』不等同『基層健康服務』

諮詢文件中，食物及衛生局局長周一嶽醫生提及「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、滿足市民需要」。本委員會十分同意政府應先行檢討現有之醫療制度，包括是否善用現有資源、監管醫療服務質素、管理架構之效率等。而在未有詳細而具體的數據前，局方無需亦不宜急於進行任何形式的醫療融資。事實上，社會大眾目前對醫療融資方案普遍持反對之意見，在未取得社會大眾之共識前，不宜過急推行融資，以免引起反效果或影響其他改革進程。

2 『加強基層醫療服務』

改革建議中提及『加強預防性護理』、『增進市民健康』，但縱觀有關建議，只看到政府銳意改革『基層醫療服務』而非『基層健康服務』。因為醫療是指有病才需要的一項服務，而健康推廣則是全港市民皆需要的服務。若只談改革『基層醫療服務』，而不談加強『基層健康服務』，實在難以提升市民之健康。本委員會強烈建議政府增加在公共衛生及健康推廣上之撥款。

事實上，當市民缺乏預防疾病之意識和知識時，由於不當的生活和飲食習慣，會大大增加患病之機會，最終引致龐大的醫療支出，無論此支出由個別病人支付，或由政府承擔，均對整體社會造成財政壓力；而減少患病，才是減低財政負擔的最佳方案。另一方面，由於現時社會整體的保健意識不足，市民大眾未有強烈動機意願去進行疾病預防，或支付保健方面的支出，政府因此更有責任和義務在過渡期間承擔具規劃及長遠之公共衛生及健康推廣的支出，以真正達至『掌握健康 掌握人生』之目標。

3 『推動公私營界別合作』

本委員會贊成推動公私營界別合作，以提供更多高質素、高效率及具成本效益的醫療服務選擇，但必須注意的是有效的協調和監管，而且在轉介病患個案時，不能出現任何形式的歧視。

4 『發展電子健康記錄互通系統』

本委員會十分贊成發展電子健康記錄互通系統，並認為政府應盡快落實有關方案及推行有關系統，使市民獲得更優質的醫療服務。

5 『強化公共醫療安全網』

本委員會十分贊成強化公共醫療安全網，期望『不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療照顧』之目標能得以達成。本委員會並籲請政府能採取『醫療支出佔整體家庭入息若干比例』之方式評估醫療資助金額，而非單

以家庭入息和醫療支出實際金額釐定經濟援助額。

6 重組『健康』及『醫療』的統籌及執行架構

現時香港有關醫療健康和公共衛生事務，雖全歸食物及衛生局所統領，但在執行健康預防工作時，衛生署和醫院管理局分工並不清晰，在基層健康教育及促進工作方面更欠缺統籌，除衛生署和醫管局外，其他政府部門內的局署彼此間欠缺默契，在面對社區衛生問題時則各自推行不同計劃，時有重覆，亦難協調，結果是既浪費社會資源，亦令健康促進方向和資訊混亂。以流行性感冒高峰時期之傳染情況監控為例，監察及控制活家禽、野鳥傳播病毒方面，必須有賴多個部門的合作；在進口食品之監察方面，無論在條例和執行上，亦存有漏洞。因此，本委員會認為政府有必要檢討現時之基層健康統籌及執行架構，設立『**基層健康統籌局**』（Primary Health Care Authority）負責全盤的『**基層健康服務**』統籌工作，包括制定健康指標（Health Target）和指引，執行有關環境衛生及食物安全政策，統籌各分區的『**基層健康服務**』團隊工作等。

7 成立跨專業的『基層健康服務』團隊

本委員會贊同諮詢文件中『推動公私營界別合作』，然而，單單將公私營醫療部隊結合，力量仍是不夠的。由於醫療成本高昂，因此，本委員會建議成立跨專業的『**基層健康服務**』團隊，結合各類醫護人員、社會工作人員、

輔導人員、地區組織、院校培訓隊伍之力量，共同推動基層健康，提供社區健康服務和推廣健康教育，發揮協同效應；長遠而言，能有效減低醫療支出。

8 清晰政策和長遠之資源承擔

本委員會建議政府詳細訂定公共衛生政策，投放資源在人力培訓和基層健康服務上，確保能有足夠人才和資源以推行基層健康促進計劃；此外，亦需檢討現時之醫療隊伍之工作環境，包括工時和工作量，以確保能有效吸納及培訓人才。

丁. 總結

『掌握健康 掌握人生』醫療改革諮詢文件探討的問題十分廣泛。本委員會討論重點包括：

- 1 醫療改革的公平原則：無論貧富、年齡、種族、或其他因素，都應該能透過相同途徑獲取同樣等級、素質的公共醫療、基層保健及相關照顧服務。
- 2 醫療改革項目之優次：贊成立即『發展電子健康記錄互通系統』，盡快『推動公私營界別合作』和『強化公共醫療安全網』，『加強基層醫療服務』並提昇至更全面但最根本的『基層健康服務』；因目前在未有詳細

數據支持下，暫無急切需要落實任何形式的醫療融資方案。

3 就是次諮詢文件未涵蓋之基層健康服務作出以下建議：

3.1 設立『基層健康統籌局』〔Primary Health Care Authority〕負責全盤的『基層健康服務』統籌工作。

3.2 成立跨專業的『基層健康服務』團隊，共同推動基層健康。

3.3 投放資源在人力培訓和基層健康服務上，確保能有足夠人才和資源以推行基層健康促進計劃。

以上的意見和建議，希望健康與醫療發展諮詢委員會和食物及衛生局能詳加考慮。若對上述內容有任何疑問，歡迎聯絡本委員會：

聯絡方法：(地址) 新界葵涌和宜合道 22 號

(電話) 2423 5265

(電郵) skh1mcad@skhmacl ehose.org.hk

(聯絡人) 沃馮嫻琮女士／譚國龍先生

附件： 1. 香港聖公會麥理浩夫人中心社區健康促進委員會簡介
2. 社區健康領袖約章

香港聖公會麥理浩夫人中心
社區健康促進委員會
二零零八年六月十一日

香港聖公會麥理浩夫人中心 社區健康促進委員會

社區健康促進委員會簡介

香港聖公會麥理浩夫人中心社區健康促進委員會，策導本機構推展各項社區為本的基層健康促進計劃，推動荃灣及葵青區的健康城市發展工作，促成跨社會服務及醫療健康專業的合作，發揮社會服務的地區網絡效能，協助區內學校、工作場所、居民組織等傳揚保健及預防疾病等訊息，培養市民的健康生活習慣。

本委員會在 2004 年舉辦了第一屆社區健康研討會，發表了『全民參與，地區協作』報告，並於 2008 年舉辦了第二屆社區健康研討會大會，並邀請區議會、非政府機構、大專院校、醫療團體、地區領袖和居民組織共同簽署「社區健康領袖約章」，支持在社區中領導健康推廣的行動。

成員名單

召集人： 李紹鴻教授

成員： 陳嘉敏太平紳士、梁祖彬教授、李大拔教授、何寶英博士、
羅鳳儀博士、周鎮邦醫生、周伯明牧師、李日安先生、
蕭俊瑞先生、劉立霞女士、鍾翠茵女士、沃馮嫵琮女士、
吳煜明先生、譚國龍先生

附件二

社區健康領袖約章

本人_____認同健康推廣的重要，並支持以下在社區中領導健康推廣的行動，為香港締造健康城市盡一分力：

- ✓ 健康促進：加強「預防勝於治療」的全民健康教育，強調市民對自我健康的責任感，促進社區人士學習個人健康管理概念，建立健康生活模式；
- ✓ 健康把脈：積極收集及檢討市民對健康的需要，整合地區資源，滿足市民需要；
- ✓ 全民健康：協助政府強化基層醫療服務，提倡平等健康的機會，讓不同的社群享用社區健康服務；
- ✓ 健康環境：關注社區生活環境，與居民積極參與社區環境改善行動，促進健康場所建立；
- ✓ 社區參與：結合社區團體，組織服務網絡，鼓勵市民參與，營建健康社區。



葵青區居民就<醫療改革諮詢 2008 意見問卷調查報告>

簡介

政府於 2008 年 3 月份發表的「《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件」，主要內容是為本港未來醫療融資方法，諮詢公眾意見。為此香港聖公會麥理浩夫人中心在二零零八年五月期間，進行了「葵青區居民就<醫療改革諮詢 2008 意見問卷調查」，搜集市民對未來醫療融資的意見。

研究目的

1. 搜集葵青區居民對現行醫療融資的意見
2. 搜集葵青區居民對未來醫療融資改革的意見
3. 以探知葵青區居民是就醫療融資改革的必須性、方向及在具體方案的選擇上是否存在普遍共識（Common Consensus）

研究假設

1. 葵青區居民是就醫療融資改革的必須性、方向及在具體方案的選擇上存在普遍共識

研究對象

葵青區十七歲或以上之香港居民

資料搜集及處理方法

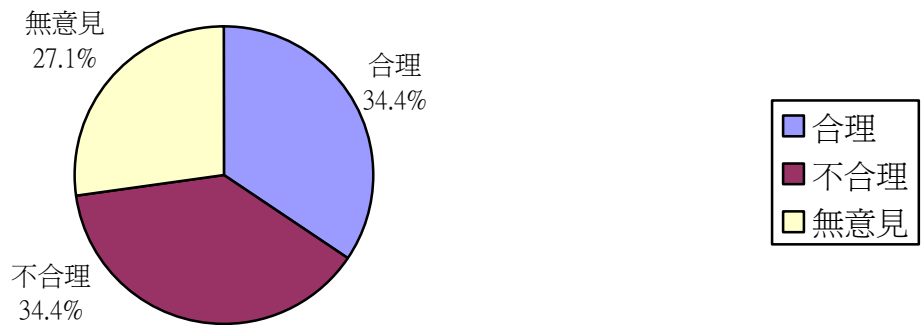
以自填問卷方式訪問，發出了 2000 份問卷，共成功收回了 1042 份有效問卷。資料以統計軟件 S.P.S.S.作分析。

主要調查結果分析：

1. 葵青區居民對現有醫療融資安排是否合理上並無普遍共識 → 反映居民看不出融資模式有改革必要

認為現行的醫療融資模式合理及不合理的市民各佔三成，亦有接近三成表示無意見，這個結果反映相對性比較少的人認為現行的醫療融資模式存在任何問題。可見葵青區居民對現有醫療融資安排是否合理上並無普遍共識，反映居民看不出融資模式有改革的必要。

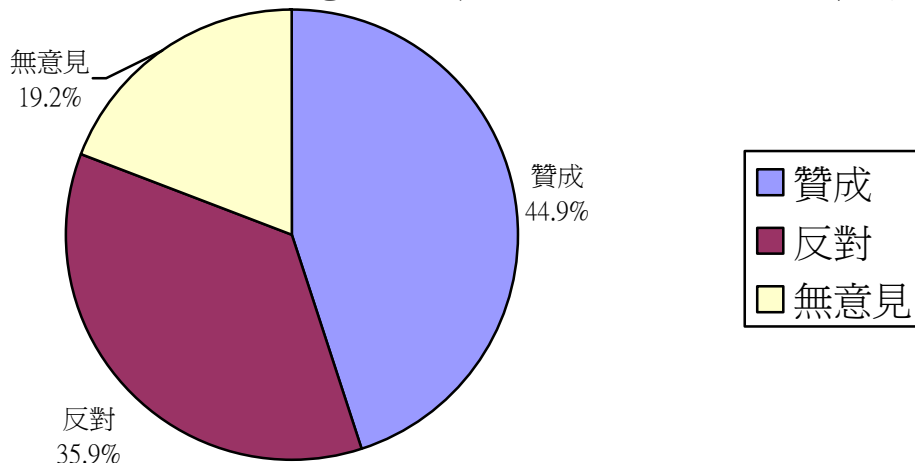
1. 你認為政府現行的醫療融資模式合理嗎？



2. 葵青區居民對是否贊成「醫療開支不敷應用而需要另覓方法增加收入」的說法上並無普遍共識 → 反映居民並不認同諮詢文件的最基本前設

贊成再另覓方法增加收入的市民只有四成，而反對及無意見者則接近六成，這結果反映雖然政府在文件中陳述各種理據去說明現時醫療開支如何不敷應用，但市民仍然認為，即使了解政府的理據之後，贊成再另覓方法增加收入的人均只有四成幾，未達到整體之一半。可見葵青區居民對是否贊成「醫療開支不敷應用而需要另覓方法增加收入」的說法上並無普遍共識，反映居民並不認同諮詢文件的最基本前設。

2. 政府認為現時醫療開支將不敷應用，你是否贊成政府再另覓方法增加收入，以應付醫療開支？

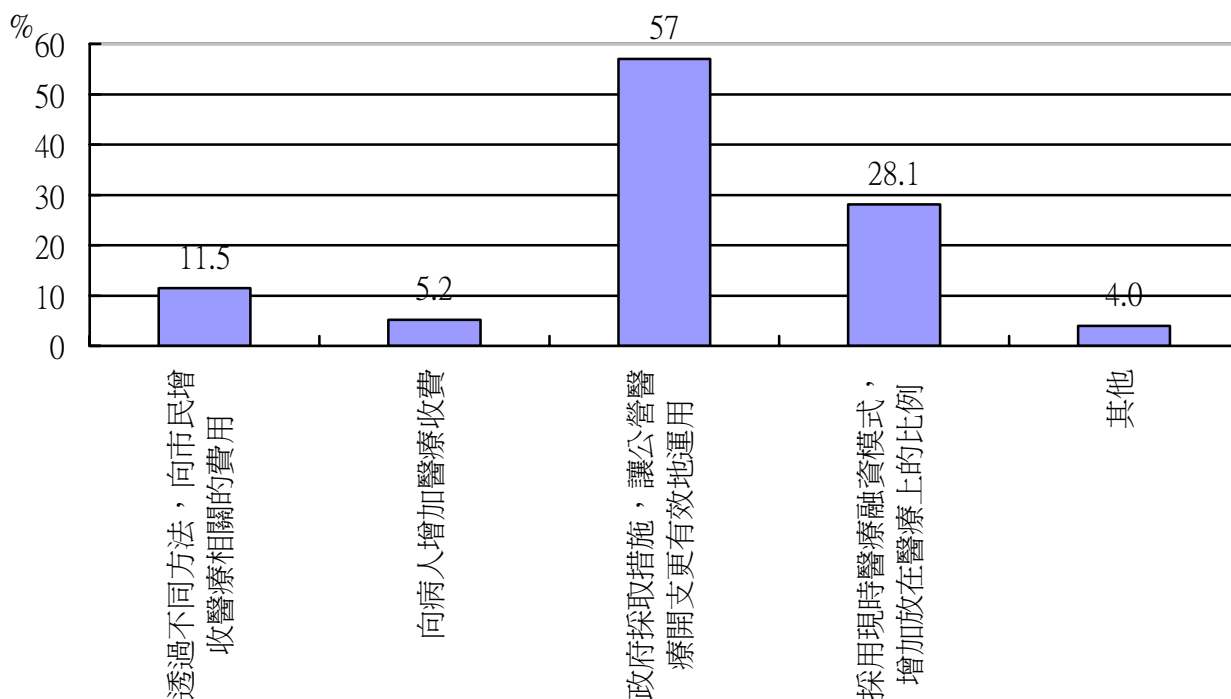


3. 葵青區居民就醫療融資改革的方向有普遍共識，但與政府立場相反 → 政府應先採取措施，確保現有醫療開支得以善用，而不是先向市民「開源」

有接近六成的市民認為政府應採取措施讓公營醫療開支更有效地運用；同時有接近三成認為政府應按現行醫療融資模式增加在醫療上的撥款，而絕大部份的市民亦不贊同政府向市民增收額外的費用及增加醫療收費。

這結果反映葵青區居民就醫療融資改革的方向有普遍共識，但與政府立場相反：市民認為政府應先採取措施，確保現有醫療開支得以善用，而不是先向市民「開源」。市民基本上不贊同政府現時所建議向市民「開源」的「融資」方向，大多數受訪者認為政府應怎樣善用現有醫療資源才是正確的做法。

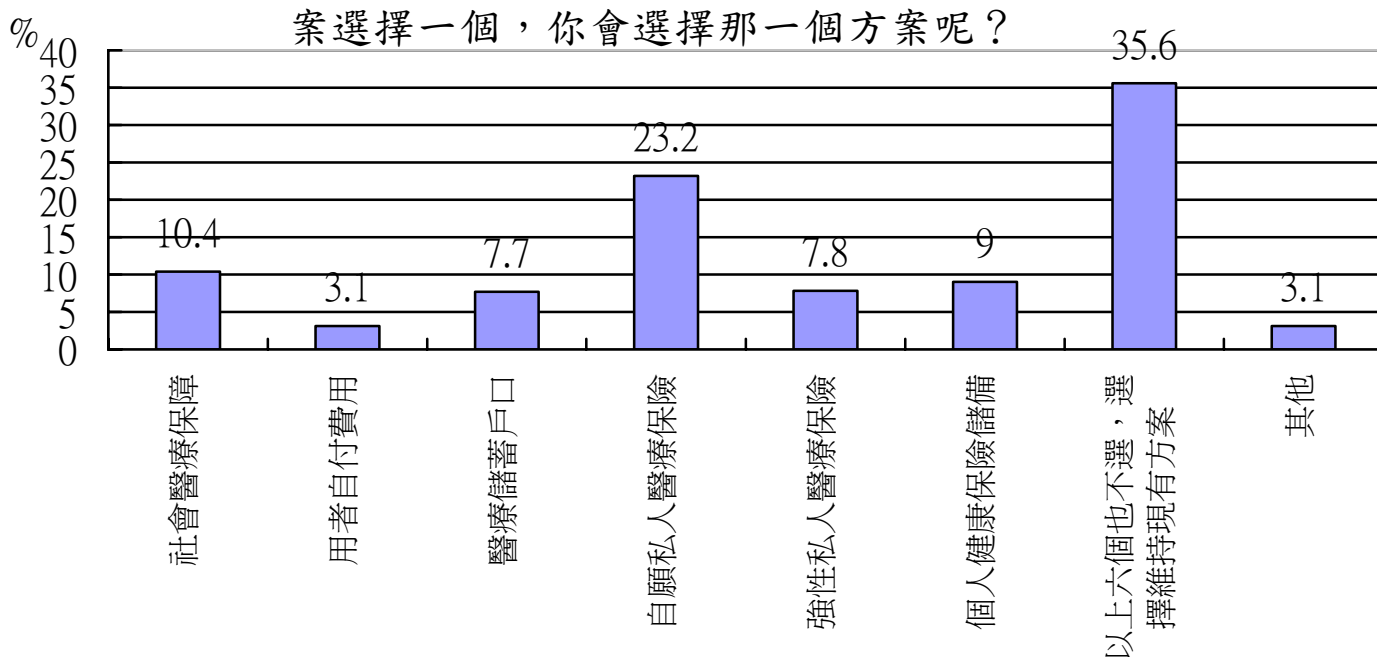
3. 若政府堅持要另覓方法增加收入，以應付醫療開支，你覺得政府應採取下列那個方法？



4. 葵青區居民就醫療融資改革具體方案選擇上可算有普遍共識，但與政府立場相反 → 希望「維持現狀」

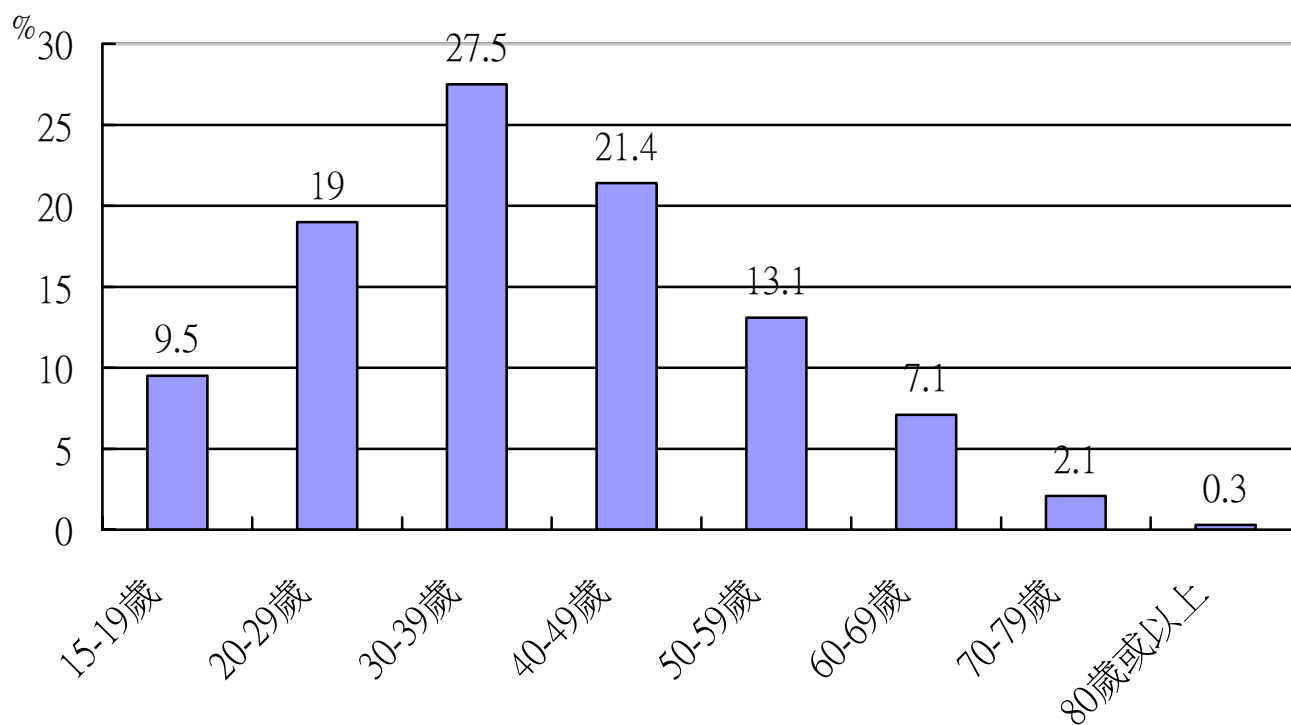
政府提出的六個醫療融資方案也得不到過半數市民支持，而有三成半支持「六個也不選，維持現有方案」；另有兩成支持「自願私人醫療保險」，但此方案在諮詢文中的論述實際上就是現況的描述，若將選擇「自願私人醫療保險」與「維持現狀」的數字相加，即意味著有接近六成(58.8%)市民根本不贊成政府作任何融資方案。可見葵青區居民就醫療融資改革具體方案選擇上可算有普遍共識，但與政府立場相反：即希望「維持現狀」，保持現有的由政府撥款支付絕大部份開支的醫療融資模式。

4. 若真的沒有選擇，政府要你在建議中的六個醫療融資方案選擇一個，你會選擇那一個方案呢？



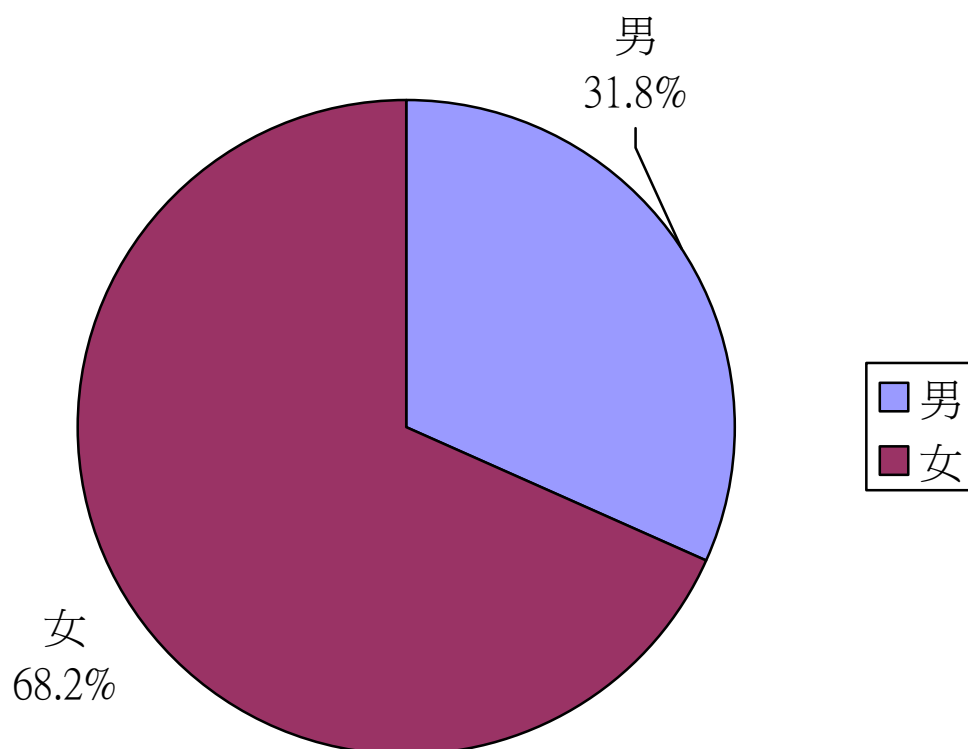
5. 受訪者背景資料

5.1 年齡分佈：

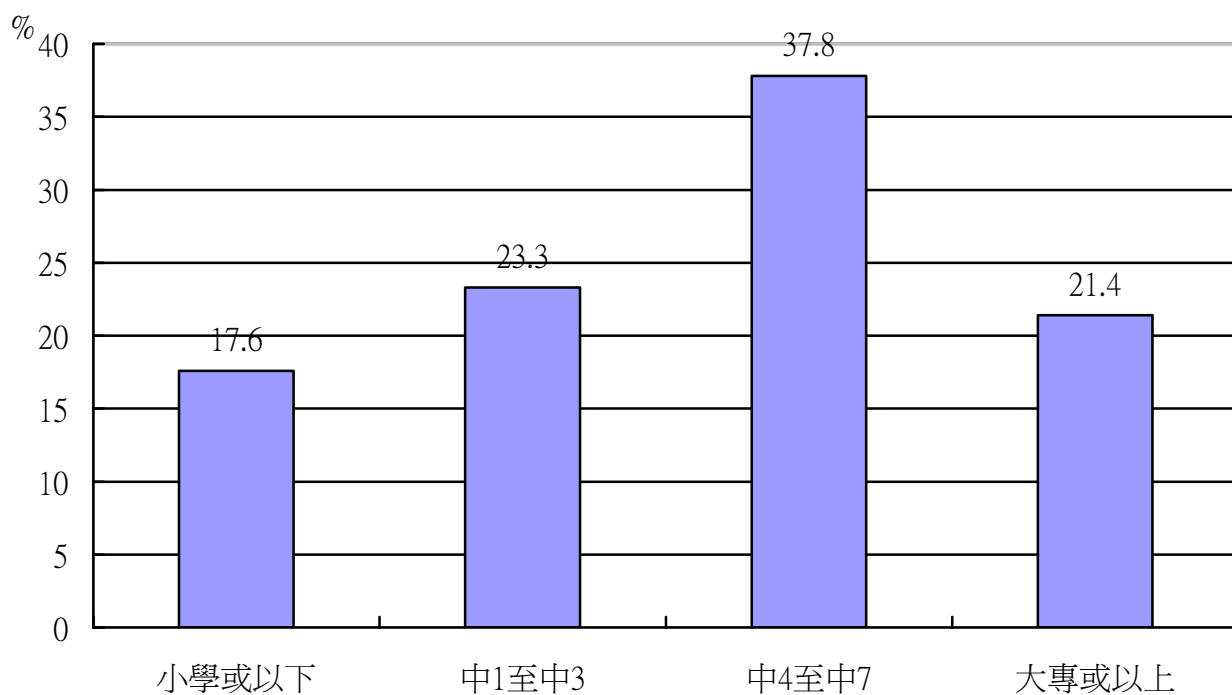


此年齡分佈與政府統計處所得相若

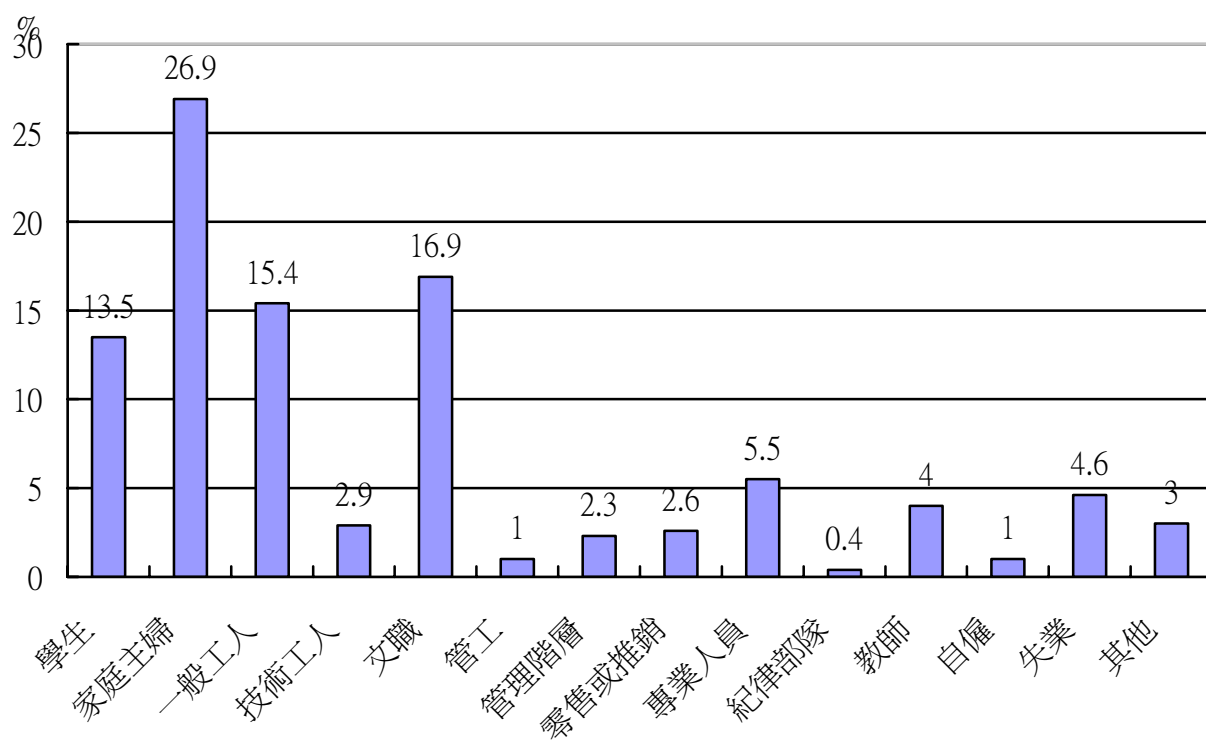
5.2 性別：



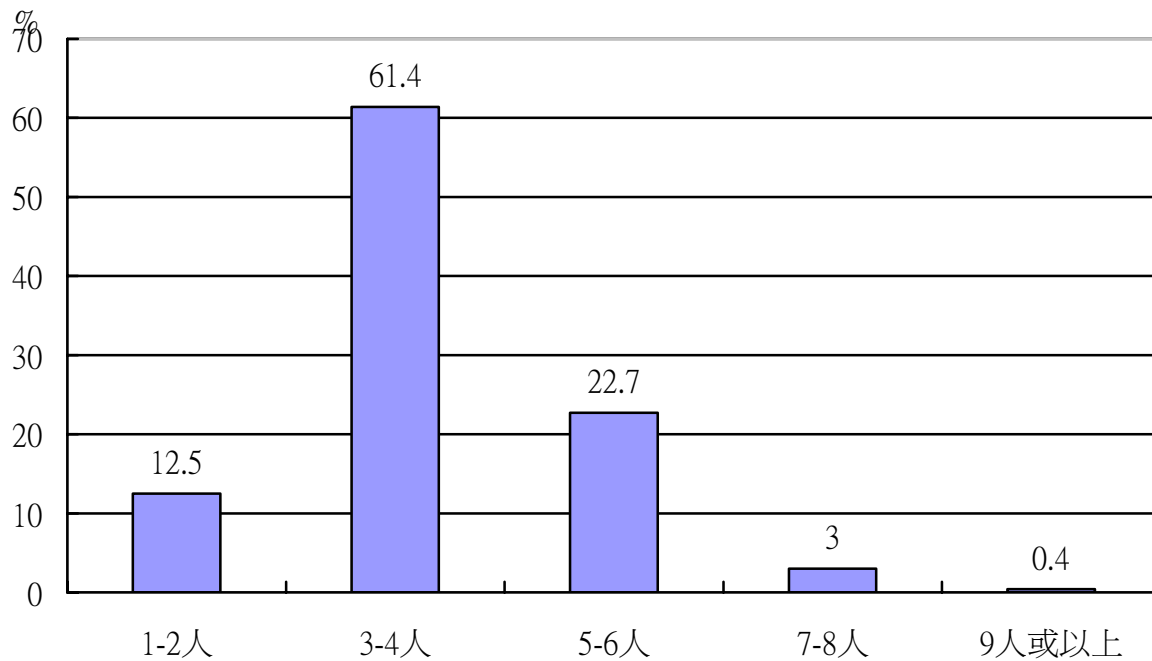
5.3 教育程度：



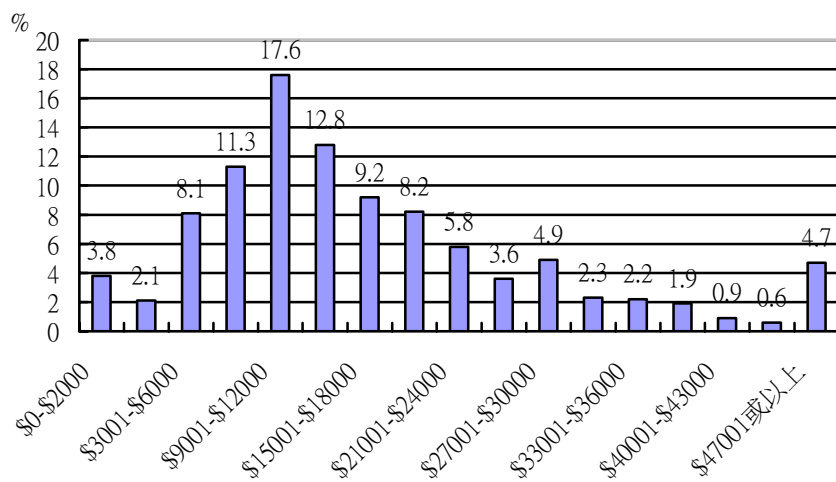
5.4 職業：



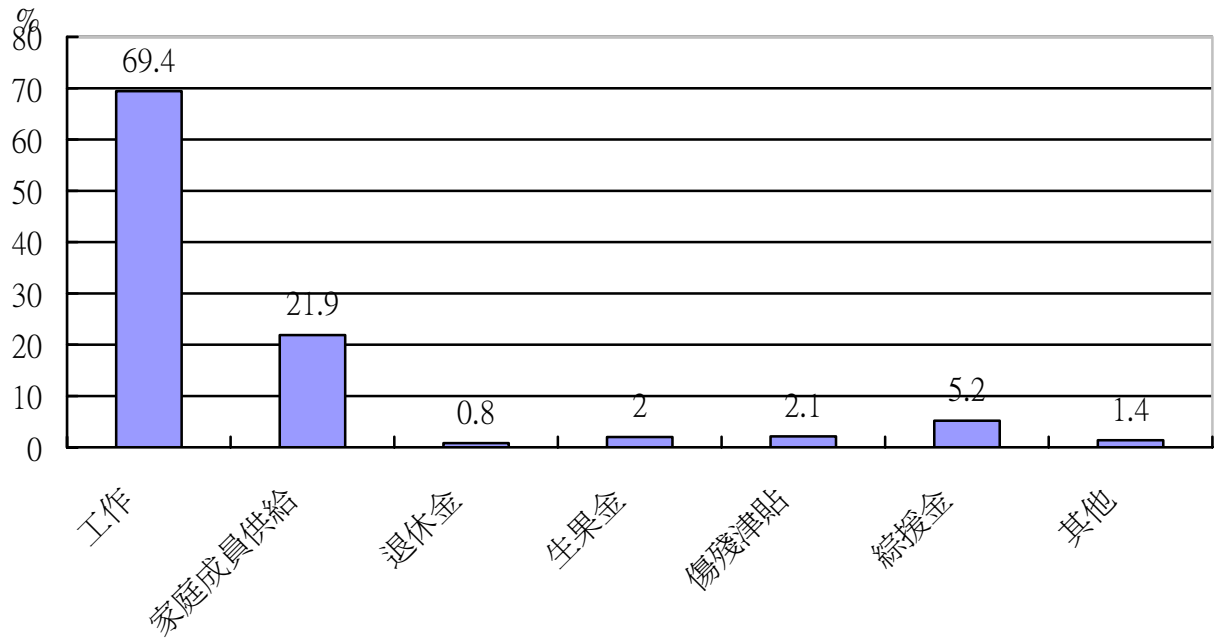
5.5 家庭總人數



5.6 家庭每月總收入



5.7 收入來源



6. 總結及建議：

6.1 調查結果總結

- 葵青區居民對現有醫療融資安排是否合理上並無普遍共識 → 反映居民看不出融資模式有改革必要
- 葵青區居民對是否贊成「醫療開支不敷應用而需要另覓方法增加收入」的說法上並無普遍共識 → 反映居民並不認同諮詢文件的最基本前設
- 葵青區居民就醫療融資改革的方向有普遍共識，但與政府立場相反 → 政府應先採取措施，確保現有醫療開支得以善用，而不是先向市民「開源」
- 葵青區居民就醫療融資改革具體方案選擇上可算有普遍共識，但與政府立場相反 → 希望「維持現狀」

6.2 分析與討論

本調查是從三個角度去分析事件：改革的必須性、改革的方向性及在具體方案的選擇上應怎樣。在改革的必須性方面，市民不認為有改革的重要性和迫切性；就醫療融資改革的方向性方面，市民雖有普遍共識，但與政府立場相反，市民認為政府應先採取措施，確保現有醫療開支得以善用，與政府打算先向市民「開源」的想法相反；在具體方案的選擇上，市民也可算有普遍共識，但市民希望在融資方法上「維持現狀」，與政府希望另向市民徵收更多費用的改革方向相反。

再者，根據本港對醫療問題有深入認識專家的說法，例如香港理工大學專業及持續教育學院院長阮博文教授，政府根本沒有公開充足的數據，以支持要另立途徑向市民「融資」的改革方向及逼切性。另一方面行政會議成員曾鈺成亦指出，政府現時的主催方案「個人健康保險儲蓄」，「實在好得令人難以相信」，「在沒有列出詳細數據前，是很難服眾的」。

故此我們認為，任何政府推行的重大改革要取得成功，必須證明到改革的重要性和迫切性，而且數據要清晰和服眾，尤其當改革牽涉向市民另闢收入。然而從是次調查結果發現，受訪葵青居民並未感受到政府所講的重要性和迫切性，而改革的方向上也跟政府不同。而政府的論據和論述又得不到學者及主要政黨的支持。政府怎能夠用「硬銷」手法叫市民接受在強積金之上又要多付一筆「強醫金」呢？

6.3 建議：

從本調查結果所得政府推行的第一階段醫療改革諮詢，並未能做到凝聚社會共識，廣納市民支持的效果，故政府應該擱置第二階段諮詢，並就第一階段諮詢中，將市民所反映的憂慮和訴求(例如應先檢討現有醫療資源可否更加善用)作出分析和跟進。因為醫療與教育、房屋及社會福利是確保社會穩定的四大支柱，醫療融資改革既然涉及四大支柱之一的重大改變，政府應三思而後行，不應「急上馬」進行第二階段諮詢。

【完】