

基層發展中心

對「醫療改革」諮詢文件的意見

反對六個醫療融資方案 先檢討醫管局財務運作 為基層醫療服務重新定位

基層發展中心(下稱中心)於 1997 年成立，由一羣關注基層人士的義務組織者所組成的，目標推動基層團體的發展，倡議及改善社會政策的工作。本中心對食物及衛生局於 3 月 13 日所公布「醫療改革」諮詢文件，有以下的意見。

周一嶽局長強調聲明「醫療改革」諮詢文件，是一份須探討香港市民對醫療服務的社會價值(Social Value)，醫療服務屬於其中一項社會公共貨品(Social Good)，它不是經濟貨品(Economic Good)；故此，一直以來的基本原則是市民無論屬於富有的、貧窮的，均有權利享有公共醫療的服務。

反對公營醫療服務的私營化

醫管局於九十年代成立後，一直強調用者自付的原則，雖然根據醫管局提供的資料，病人在公營醫療服務的負擔成本只佔 5%，但一直以來香港的稅制是擔當一個財富再分配的社會功能，故此每年庫房按照各項公共社會服務的範圍，分撥不同比例的社會資源。而醫管局每年獲政府撥款約港幣 300 億，政府亦承諾市民可享有基本公共醫療服務的保障，公共醫療服務是一項全民性資產(Universal Asset)。

可惜，近幾年醫管局推出一連串醫療政策的新方向，包括公私營醫療合作、病人自購藥物等，是為公營醫療服務的私營化鋪路。本中心認為公營醫療服務的定位是以病人為本、不分貧富均有權利享用的公共服務，故此上述新措施只會令至病人分等級；富有的人可享有較優質的醫療服務，貧窮的人則只能享有最基本安全網的醫療服務。既然公共醫療服務不是商品，為何醫管局將某些醫療服務須要審查病人的資產，才決定其可否享有該項醫療資助的權利，這是倒退式公共醫療服務的政策。

反對「錢跟病人走」的政策

最近長者白內障及天水圍長期病患者的公私營合作計劃，政府強調錢跟病人走可讓病人有更多選擇自己所需的服務，這點是建基於病人確實有經濟能力應付私家醫院的收費。事實上，即使政府墊支基層長者港幣 5000 元，他們是沒有經濟能力應付私家醫院的另要港幣 8000 元收費。從私營安老院的制度，便可導出將公營服務外判私營市場的問題，私營經辦者必然從提高利率作考慮，將價就貨，私營市場服務質素是沒有監管的機制。

反對強制性醫療儲蓄及保險

今次諮詢文件的六個融資方案，除了直接增加稅率或收費外，亦引入社會醫療保險及個性醫療儲蓄及保險的概念，究竟將公營醫療服務透過社會醫療保險推向私營醫療市場，對於市民可否獲全面醫療保障會受質疑。市場運作模式，是一賣一買的交易關係，執行過程中，政府是扮演什麼角色，參與者、監管者抑或是無關係者，因為政府假設借助市場力量，以醫療保險形式讓市民有更多選擇，上文提及病人要有更多選擇是必須有足夠金錢的條件，另外要有充分條件例如具體執行政策及監管者的制衡力量。如果推行強制性醫療儲蓄及保險是沒有上述條件，政府將公營醫療服務的私營化，是一種不負責任的政府。

應檢討醫管局財務運作

共醫療開支逾 300 億，中上層醫療行政人員、高級醫生的薪金支出已佔總支出八成五，42 間醫院有 120 位總經理，4,000 多位醫生佔 1,500 名是顧問醫生等，中上層行政人員約 500 人年薪約二百萬元，近幾年外間團體不斷炮轟醫管局肥上瘦下及濫用公帑的劣行，醫管局主席胡定旭只用逃避態度，無視市民監察的力量。再者，醫管局不屬私營機構，為何上層醫療行政人員每年仍有花紅近 200 萬元，因配錯藥訴訟費亦逾 3 億。因此，醫管局必須向公眾市民交待其財政開支的運作。醫管局肥上瘦下，病人藥物質素差，醫管局用約 30 億元購買藥物，2005 年中實施病人自購物藥後，病人所有的藥物的質素均越來越差，因部份藥物須病人自購，故病人只有節衣縮食自購藥物。

應為基層醫療服務重新定位

公共醫療是時候改革，但是要走的方向，並不是只看「錢」及「私營市場」。醫療改革方向是要根治醫管局內部管治失衡、社會問責機制、基層健康醫療等。醫療改革的方向先要為基層醫療服務重新定位。如何推動基層預防性醫療服務，有效發揮及改善醫管局與衛生署內部資源協調等工作，避免服務重疊，病人獲不到適切的公營醫療服務。