

第五章

醫護服務融資方案

面對的挑戰

105. 目前，本港市民使用的醫院服務，約有 94%是由公營醫護機構提供的。為保障廣大市民的利益，公營醫院必須有足夠的能力應付開支。現時公營醫護服務由公帑大量補貼：普通病房的病牀每日收費僅為 68 元，專科診所每次診症的收費亦只是 44 元。單靠服務收費，只能應付醫管局約 2.5%的經常營運開支。在二零零零至零一年度，公營醫護服務的經常開支多達 308 億元，佔經常公共開支總額的 14.7%。

106. 我們預計，香港的醫療成本會不斷上漲，對醫護制度造成沉重的壓力。其實，許多地方的醫護制度亦面對同樣的難題。究其原因，首推人口老化。目前，本港人口有 11%為 65 歲或以上，這個比率到二零一九年會增至 15%，而到二零二九年，更會增至 20%。長者罹患慢性病和殘疾的機會較高，對醫療和康復服務的需求亦相應增加。按病牀使用日數計算，現時公營醫院的住院病人當中，約有 46%的年齡在 65 歲或以上。此外，現今科技日新月異，一些從前無法根治的疾病和殘疾如今都能醫治；加上市民對醫療服務的期望日高，使醫療成本上升的壓力更大。採用嶄新的醫療科技，一般都需增加人手，而且往往所費不菲，因此有心要妥善管理，以確保這些科技運用得宜和有效，而社會也能夠負擔。據保守估計，在未來數年，即使有健全的管理機制，應用新的醫療科技也會令醫療成本每年增加約 1%。隨着生活日益富裕，市民對醫護服務質量的要求也日漸提高。一些海外的研究結果顯示，人均本地生產總值每增長 1%，人均醫護開支便增加 1.67%。

107. 哈佛專家小組曾指出，香港現時的醫療融資方式能否長期提供足夠資源，應付醫療服務所需，是一大疑問。他們預測，按本地生產總值每年實質增長 3%計算，公營醫護服務的經常開支佔經常公共開支總額的比率，會由二零零零年的 14.7%，躍增至二零一六年的 28.4%。雖然醫療開支未必會有如此大的增幅，況且醫管局已實施多項計劃，以提高生產力和減低成本，但醫療成本上升已是必然的趨勢。期望政府大幅度增加醫護服務的撥款，是不切實際的，因為這樣會導致其他同樣重要的公共項目，例如教育、福利、基建等方面的撥款相應減少。但假如公營醫護機構經費不足，依賴這些機構提供服務的低收入人士便會受到影響。一般來說，當人口老化、年輕一代及勞

動人口所佔的比率下降時，以年輕一代的稅款補貼長者醫護服務費用的融資方式，在長期運作上會有很大困難。

108. 本章探討如何制定一套可為醫療經費開源的融資方式，以應付公營醫護服務日後的開支。

目標

109. 本港公共醫護服務的一個基本功能，是為廣大市民提供保障；市民即使不幸患了重病或長期患病，也無須支付巨額醫療費用。公共醫護服務若要發揮這種功能，就必須對求診者一視同仁，讓他們都得到醫治；收費要合宜，務使人人能夠負擔；而且服務也要維持高水準。政府會繼續為公營醫護服務投放資源，確保這些服務能為市民提供保障，使他們無須承擔由醫療費用引致的巨大潛在財務風險。然而，面對急劇增加的醫療成本，我們亦有心要設法開源，以確保有足夠資源應付公營醫護服務的長期開支。

策略方針

110. 為此，我們建議採取下列策略方針：

- (a) 減輕成本、提高生產力；
- (b) 改革公營醫護服務的收費制度；
- (c) 引入頤康保障戶口。

減低成本

111. 我們一向認為，開源應先從機構內部着手。只要能減低成本和提高生產力，便可省回大量資源，供重新調配，而這方面的工作必須持之以恆。第三章所載的醫護服務改革措施，長遠來說亦可減慢整體醫療成本的增長。目前，公營醫護機構已設有多個控制成本的機制，以節省資源和減低整體成本。這些機制包括：

- (a) 重整服務網絡，盡量避免服務重疊 — 醫管局現時把轄下的公營醫院分成幾個醫院聯網，各聯網內的醫院和設施可以互相補足。醫管局正積極改善和加強這個聯網制度，進而發展以社區為本的一體化醫護服務，包括改善基層護

理工作，以及加強公營與私營醫護機構、福利機構和地區組織的合作；

- (b) 藉着服務與工序重組，提高生產力和運作效率 — 醫管局自成立以來，一直都有推行生產力促進措施，至今已合共節省 9% 的經常營運成本。醫管局會繼續推行這些措施；
- (c) 善用醫療科技，確保符合成本效益 — 醫管局會加強現有機制，在引入和廣泛採用嶄新醫療科技前，研究是否物有所值，以及能否切合需求和增加效益；
- (d) 制定指引和工作常規，使病人接受的檢驗和服務均切合需求 — 醫管局會加快這方面的工作，並藉此提升整體服務的質素；
- (e) 適當地釐定公營醫護服務的收費，以改變服務提供者和病人的取向 — 不論是對病人或服務提供者來說，收費水平向來都是以影響他們對求診或治療方面的決定。如果市民能夠善用公營醫護服務，有關的成本便可得到更妥善的控制。這個問題會在下文詳細討論。

改革收費制度

112. 目前，投入公營醫護服務的資源並未能完全用於最有需要的服務或市民身上，令公共醫護服務的財政負擔更形沉重。資源未能用得其所，與現行的收費制度有關。根據現行制度，綜合社會保障援助計劃的受助人可申請豁免醫療費用，其他病人不論貧富，收費一律相同。政府大量補貼公營醫護服務，加上醫護服務水準日高，令不少收入充裕的病人亦紛紛往公營醫護機構就診。總括來說，基於現行的收費制度，我們一直無法把資源優先投放在最有需要的範疇。

建議

113. 我們建議全面檢討現行的收費制度。我們無意減低政府對公營醫護服務的財政承擔，日後亦當會因應社會需求和經濟增長，繼續增加對醫護服務的撥款。檢討的目的，是研究如何令公帑用得其所，適當地資助各種服務。我們認為，公帑應用來資助低收入人士，以及用於那些會對病人構成沉重經濟負擔的服務。在檢討過程中，我們會研究如何根據服務的輕重緩急而釐定資助額，以及如何防止濫用服務的

情況。檢討完成後，我們會修訂收費制度。新收費仍會是市民所能負擔的，但同時亦是可減少濫用服務的情況。此外，新收費制度亦會影響公營和私營醫護機構工作量的分布。

114. 我們建議，不論收費制度如何調整，新收費必須是一般病人所能負擔的。我們亦知道，即使政府大量補貼，以維持低收費，始終會有病人無力負擔醫療費用，我們會繼續確保不會有人因經濟拮据而得不到適當的醫療照顧。目前，政府通過對公營醫護服務的龐大資助，已為病人提供第一重保障。日後，我們會透過成立類似現時撒瑪利亞基金的機制，向市民提供第二重保障，以援助那些入不敷出的病人，以及那些無論收費如何廉宜，但仍因患了重病或長期患病而無力負擔醫療費用的人；合資格的病人可向基金申請資助，以支付全部或部分醫療費用。

實施

115. 我們即將展開詳細研究，探討如何改革醫護服務的收費制度，以便把資源用於最有需要的範疇；研究項目包括評估新收費制度對服務的使用情況和經濟拮据人士的影響。這項研究預計約需 18 個月完成。

引入健康保障戶口

116. 哈佛專家小組建議，長遠來說，香港應訂立聯合保健計劃，強制在職人士供款，供款率為薪金的 1.5% 至 2%，用以支付大筆的醫療費用。這項建議是以風險分擔為基本原則，由全部人口分擔重症的財務風險，並由病人負擔部分費用，作為防止濫用服務的工具，使計劃在財政上可以維持。然而，市民對聯合保健計劃反應欠佳。有論者指出，風險分擔的構想雖然吸引，但由於計劃的經費來自就業人口的強制供款，而在本港人口不斷老化、年輕一代在人口中所佔比率持續下降的情況下，實施這項計劃，便會令年輕一代承受沉重的財政負擔。此外，供款率怎樣才算恰當，亦未經仔細研究。隨着人口老化，實際就業人口比率勢將減少，供款額無可避免會上升。基於市民反應欠佳，加上將來可能須大幅度增加供款，又或須大大增加用者收費才可使計劃得以延續，我們建議不再考慮實施聯合保健計劃。

117. 此外，我們亦曾考慮可否實施自行投保計劃，為醫療經費開源。有人認為，目前公營醫護機構收費偏低，是推廣自行投保計劃的一大障礙。要促使市民購買私人醫療保險，公營醫護機構便須大幅度增加收費。但由於投保既屬自願性質，就必然會有市民因不願購買醫

療保險，或遭保險公司拒絕承保，以致得不到保障。假如實施自行投保計劃，這類人士便可能須承擔由疾病引致的巨大財務風險。

118. 話雖如此，這裏要強調一點：我們明白到自行投保不但可為醫護制度開闢經費來源，同時亦可為市民提供更多選擇。長遠來說，雖然我們建議引入儲蓄計劃(詳見下文)，作為開闢醫療經費來源的主要途徑，但我們同時也鼓勵醫療保險界推出嶄新和具吸引力的醫護保險計劃，供市民考慮。我們相信會有市民願意購買這類保險。

建議

119. 為了減輕下一代的負擔，以及應付公營醫護服務的長遠開支，我們建議引入頤康保障戶口，透過醫療儲蓄，作為開闢醫療經費來源的主要途徑。這項計劃應具備以下特點：

- (a) 每名市民從 40 歲開始，直至 64 歲，必須把大約 1 至 2% 的收入存入個人戶口，用以支付本人和配偶將來的醫療開支。在儲蓄期間，戶口內的存款會用作投資，以賺取回報。
- (b) 除非供款人患上殘疾，他們通常必須年滿 65 歲，才可開始提取供款，用以支付公營或私營醫療和牙科服務的費用，或向私營保險公司購買醫療和牙科保險。
- (c) 供款人如選擇私營醫護服務，他從累積供款的戶口中仍只能提取相當於公營醫護服務收費的金額，差額須由供款人自行透過其他經濟來源支付或利用其自行購買的私人保險支付。
- (d) 在供款人去世時，戶口的結餘會轉交供款人的遺屬。

120. 引入頤康保障戶口的目的，是使退休人士有能力支付低廉的公營醫療費用，而無須把負擔轉嫁給下一代。為使供款額可低至人人都能負擔，我們建議供款人須到 65 歲才可提取供款，而且只可獲發還相當於公營醫護服務收費的金額。對那些選擇到私營醫護機構就醫的病人來說，這筆儲蓄也有助於減輕負擔。我們估計，實施該計劃後，按本港醫護服務的平均使用率計算，每一對來自中位數入息家庭的夫婦，一般在有生之年都能負擔公營醫護服務的收費。至於那些只有微薄積蓄，或因經常患病而耗盡積蓄的病人，則仍可憑着政府所提供的第二重保障，得到援助。

121. 雖然以上建議的頤康保障戶口即可協助個人支付醫療費用，但仍有少數市民除醫療服務外，還需要長期護理。這些人雖然健康狀況穩定，但都有不同程度的殘疾，需要醫護人員以至個人護理員幫助他們在社區或安老院中生活。長期護理服務所費不菲，對接受護理的人及其家人都會構成沉重的負擔。哈佛專家小組建議，市民應另行開設個人“護老儲蓄戶口”，把薪金的 1%存入戶口，存款將用以在退休時購買長期護理保險。根據這個計劃，無論供款或購買保險均屬強制性質。

122. 公眾對護老儲蓄計劃的建議反應甚佳。我們亦支持這項計劃的兩大原則，就是個人承擔(儲蓄)和風險分擔(保險)。不過，由於長期護理保險在香港尚未普及，我們須深入研究提供長期護理的各種模式，以及計劃的細則、供款率、涵蓋的服務，以及投保應屬強制還是自願性質。我們建議立即着手研究。待研究有結果後，我們或會提出一些修訂建議。

實施

123. 我們會因應市民對上述建議的意見，在二零零一至零二年度進行研究，以詳細探討引進頤康保障戶口的好處，看看可否在香港實施這項計劃。預期研究約需時 18 個月完成，之後我們會就研究的結果和有關建議諮詢市民。同時，我們會詳細研究本港市民的長期護理需要、最妥善的融資安排，以及最佳的服務模式。我們希望在二零零三度擬備報告書，並徵詢市民對建議發展路向的意見。