

多元融資 多元服務 香港醫療改革前瞻

香港醫療改革第二號報告書

新力量網絡
醫療政策研究小組
www.synergynet.org.hk

2008年2月

關於新力量網絡

新力量網絡成立於 2002 年 2 月，為民間智庫，致力於中長期發展策略和政策研究，以改善特區管治質素，促進經濟和社會進步。

醫療政策研究小組

新力量網絡醫療政策研究小組就香港的醫療政策，提出及時和可行的建議。小組的工作包括發表政策報告書和舉辦研討會等。

小組於二零零二年十二月發表首份醫療政策報告書，題為《Re-Invigorating The Hong Kong Health Care System》，及後於二零零六年七月發表題為《以民為本 邁向安康——可持續發展的全民醫療服務》政策報告書。

小組組員包括：史泰祖醫生(召集人)、葉健民博士(新力量網絡研究總監)、區結成醫生、陳和順博士、張炳良教授、張榮輝先生、馮可立教授、何寶英博士、高永文醫生、李繼雄議員、李立航先生、莫乃光先生。

研究員：陳智傑

歡迎回應

我們歡迎各界對報告書的內容提出評論，為將來進一步的研究作出建議。請將意見電郵至：admin@synergynet.org.hk，或以郵遞方式寄往：

新力量網絡
九龍佐敦吳松街 149-151 號龍匯商業大廈 3 字樓

SynergyNet Healthcare Report No.2
Supplementary financing, more choices of health services: a vision of
healthcare reform in Hong Kong

Abstract

The reform of healthcare financing has been debated in the public agenda for decades, and the government should make no further delay. The Healthcare Study Group of SynergyNet is of the opinion that future development of the healthcare financing in Hong Kong should offer more choices for middle class patients who are willing to pay more for faster services as well as a right to choose doctors both in the public and private healthcare sectors.

Present dilemma for the patients above is they either have to tolerate the long queue in public healthcare services together with other low income or needy patients, or bear the risk of high healthcare cost in the private market which may drain off their personal savings.

Mandatory Healthcare Insurance Scheme: a scrutiny

The current taxation-based public healthcare service is the most comprehensive healthcare risk-pooling mechanism for the public. On top of that, the introduction of a mandatory healthcare insurance scheme which capture those working population with revenue over the medium monthly wage (i.e. approximately HKD 10000) into a new pool may be an option to generate a new pool of healthcare resources beyond the promised input from the public coffer (The government promised to increase the proportion of healthcare funding to its total expenditure from 15% to 17%). If this is the next step, the additional pool of resources should be used to purchase healthcare services from public and private sectors, aiming the provision of a more diversified, flexible (but less-subsidized) healthcare service to the contributors in the pool. Such mechanism is expected to foster public-private consolidation to offer suitable healthcare services to these patients who can then leave the public sector and allow the less privileged with no choice to access more services in the public sector. As for complicated and more expensive treatments (like trauma, cancer and organ transplants), these will always be provided promptly to all patients whatever their income level by the public sector as promised by the government.

However, the option of mandatory healthcare insurance scheme must be scrutinized in details with the following concerns:

1. Justification of such an option given that there is already a public healthcare service system with extensive risk-pooling effect;
2. Possible creation of another bureaucratic 'white-elephant' to oversee the large-scale insurance scheme; and
3. If there are adequate incentives for the private insurance and healthcare service providers to take part in the scheme.

Governance of the Public Healthcare

The revamping of healthcare service and financing very likely will give rise to another issue: the governance of the public healthcare system. If flexible services and competition of additional resources with the private sector is the future reform direction of the public healthcare system, a policy consequence will be the decentralization of management and planning authority from the central body (i.e. the Hospital Authority, HA) to lower level units (either individual or cluster of hospital, etc). The public should be aware that decentralization of management and planning authority very often implies the decentralization of accountability as well. Currently, Hong Kong people are accustomed to holding the central authority (HA or relevant policy bureau) accountable to individual medical and healthcare issues.

Conclusion

Though controversial, given that Hong Kong cannot rely solely on public coffer for the rising healthcare cost in future, and choices of risk-pooling healthcare financing vehicles are limited, we still consider the mandatory healthcare insurance scheme deserving an in-depth discussion in Hong Kong. For the further public deliberation on the topic, we believe the civic engagement effort of the government to various stakeholders is the key to reach a general across-the-board consensus over this long-pending significant policy arena.

第一章 我們對醫療融資的基本看法

1. 我們認為醫療融資牽涉到三個問題：(1) 它是一個全民健康的問題，(2) 它也是一個民生問題，(3) 它是醫療資源配置及管理的問題。
2. 在考慮醫療融資之前，我們首先關心新的融資計劃會否帶來更佳的服務，抑或只是為政府節省開支，使醫療服務毫無發展前景的可能。其次，我們更關心目前貧富懸殊的問題，與及一部分收入下降的中產階級所面對的困境，以免融資制度做成更大的家庭財務壓力。再其次，我們關心政府的資源如何合理地配置及管理，使醫療服務得到最大最佳的效果。
3. 基於以上的三個關注點，我們首先要求政府承諾對醫療服務不會削減開支（亦即特首曾蔭權所指定的政府總開支的 17%），使醫療健康服務有足夠的資源促進全民的健康狀況。其次，政府亦應推出醫療政策發展的文件，展示前景，亦讓市民參與制訂政策。其三，我們亦要求政府公佈統計數目，使公眾多些了解不同的醫療融資方案所帶來的社會及家庭影響，減少負面因素。只有在這三個大前提之下，醫療融資的討論才能使社會人士的懷疑及抗拒改變成為積極的動力，增進社會凝聚力與和諧。

第二章 香港醫療系統的分工改革

4. 香港的醫院病床總共有三萬四千張，其中大概有三萬張是在四十四間公立醫院，三千多張在私家醫院。在十二間私家醫院中，其中九間是由六個宗教團體籌辦，其餘兩間由信託基金營辦，一間是私人公司擁有¹。近年輿論以至官方對公、私營醫療的角色、發展甚至分工都有所探討²。我們要強調的是，在作出結論及推動公、私營醫療合作時，社會需認清兩者的不同性質及由此而生的局限：

■ 公營醫療服務由於具全民性(universality)，亦為全民健康的最重要的保障，故此得到公帑大幅度資助，讓其建立範疇全面的專業醫療團隊及引進高端醫療科技乃無可厚非，為公營醫療體系引進市場化的指標(例如要求收益追回成本的若干百分比等)時亦要適可而止；

■ 相反，私營醫療系統則必需完全承受自負盈虧的風險，故難以與綜合型的公立醫院作直接比較，例如有論者便指出目前香港私家醫院的服務範圍一般集中於低難度、低危急、低風險及高回報的項目(如人工輔助生育、體檢等)，而且全新駐院醫生很少，管理人員不多，與公營醫院有很大的分別³。故此，在促進公、私營醫療競爭，為較有負擔能力的病人提供誘因轉投私營醫療系統時，當局亦應充分掌握私營醫療服務的現況和局限(例如收費較大眾化的三等牀位現時便經常供不應求)。

5. 同時，我們亦了解到香港的公共醫療系統與私營醫療市場的差異：前者提供了全港超過八成的住院服務，後者則肩負了超過八成的門診服務⁴。由於公立醫療服務的公帑資助比率高、收費相宜，加上隨著人口老化增加公眾對其需求，及醫療科技進步使其費用增加，公營醫療系統的開支持續上升⁵，若情況不變，將使政府財政難以負擔⁶。

¹ 方玉輝，陳錦良《香港醫療體制的前瞻》，香港：俊良文化出版社，2004，頁一三四至一四二。

² 可參照 *Re-Invigorating The Hong Kong Health Care System*, Hong Kong, SynergyNet, 2002、政府於二零零五年發表題為「創設健康未來」的諮詢文件、及《香港未來醫療發展及融資 --- 初步報告》，香港，智經研究中心，2007。

³ 此外，有些私家醫院駐院醫生甚至將一些患嚴重危疾的病人轉介至公立醫院，詳見註1。不過，這做法的原因可能是：一、上述嚴重危疾的病人的醫療成本往往很高，及早把他們轉往收費較可接受的公立醫院也許是較佳安排；二、大型綜合性公立醫院的設備及服務範圍往往較一般私家醫院更全面，危疾病人亦能得到較適切的照顧。

⁴ 參照《以民為本 邁向安康 --- 可持續發展的全民醫療服務》，香港醫療改革第一號報告書，新力量網絡，2006，頁七及十六。

⁵ 據政府於二零零五年發表題為「創設健康未來」的諮詢文件，醫管局的開支由九四/九五年度

因此，很多人都認為公共醫療系統與私營市場應該有某些程度的接軌之處。

醫療系統的定位

6. 近年，醫療融資的問題再次提上社會議程：包括建議設立強制性個人醫療儲蓄戶口，又或要做到全民風險共擔，讓保險業界與當局合作推出全民醫院保險計劃等。不過，在了解公共醫療服務的財政負擔，與及私營醫療市場的局限後，我們必須詳細估量融資後所產生的服務效果，在新的融資計劃下儘量發揮公營及私營兩者的長處，促進全民健康。

7. 我們同意，公共醫療服務是關乎全民健康的政策，應該儘量避免以資源導向 (resource-driven) 為政策方向，故此任何藉籍制公營醫療系統發展、限制其所得資源或降低其服務質素，把病人「趕」到私營醫療市場的建議，都不可取。始終，公營醫療系統的定位，是每一位市民(無論是貧是富)的基本權利，它不應只定位服務某一類市民(如低收入人士)，而是面向香港全部合乎資格的市民。

8. 不過，在資源限制之下，政府亦應分緩急輕重，可 a) 按求診者的經濟負擔能力及其病情所需的醫療開支，要求病人酌量分擔，及 b) 按疾病種類的對個人健康、生命以至社會的影響嚴重程度，決定公營醫療系統的資源應優先照顧那種疾病，或按病人狀況分流 (部份病人或須因而輪候較長時間才能得到醫療服務)，使公營醫療的資源運用符合最大的整體社會效益。

9. 我們明白香港市民，尤其是較有經濟能力的中產人士，在選擇醫療服務時候的難處。一方面，他們最大的擔憂是對私營醫療開支「心中無底」：醫療開支，尤其是涉及主要器官、骨骼的手術費用，動輒數以萬元、數十萬元甚至上百萬元，若沒有公帑資助，即使較富有的人士亦很容易因此傾家蕩產；即使購買了醫療保險，面對上述鉅大金額的開支，有時亦很難得到十足的保障。另一方面，廉價公營服務的長龍，亦使他們望門卻步。

的一百四十五億，大幅增加致零四至零五年度的二百八十七億

⁶ 據政府於二零零五年發表題為《創設健康未來》的諮詢文件，若現時以主要靠公帑補貼的公營醫療服務模式不變，則於二零三三年每一百元的稅收，會有五十元以上用於醫療服務開支。

服務選擇空間 改革關鍵

10. 如何為較有負擔能力的人士提供選擇空間，讓他們轉往私營醫療市場尋求部份醫療服務？目前在香港求醫，要麼便到受公帑大量補貼，但輪候須時的公營醫療系統，又或到較有彈性的私營醫療市場，但其收費可謂是難以捉摸「海鮮價」，實在叫人感到不安。

11. 有智庫提出發展公營醫療系統及私營醫療市場以外的醫療系統，政府以公營醫療系統較低的資助額提供補貼，以提供更多選擇空間得到公營系統以外的服務，例如基層醫療服務、長期護理服務等⁷。我們認為，這是一個可以考慮的建議。

12. 但是這並不是說政府放棄公立醫院及其一般與專科服務。面對龐大的醫療需求，政府照顧全民健康的重要角色不容放棄，因為私營系統目前未有能力去負起這個角色。新的醫療融資方案的方向，是政府向社會集資，使較有負擔能力的人士得到較多元、較多選擇的醫療服務。

13. 故此，將來新設立的醫療融資系統，應讓一些負擔能力較佳，但又未能完全承擔私營醫療市場的成本風險的病人能夠在公、私營醫療系統中，選擇較多元、較具彈性（但公帑資助比率較低）的醫療服務；公營醫療服務則仍然維持現有的全民服務，但是其中一個重點是提高嚴重及急症服務的質素；而私營醫療系統則提供更個人化的醫療及護理服務供市民選擇。

14. 醫療融資要考慮多方面的公正性，包括病者的權利及期望，醫護者的服務水平及收入，在貧富懸殊情況下社會對整體醫療開支的共同承擔。我們得承認，在追求公正、平等及優質的醫療服務理想下，我們必須考慮緩急輕重，將有限的資源多放在重要的環節上，減低每一個市民在患上嚴重疾病時所恐懼的財政危機。

15. 我們確信，醫療融資的政策目的是為了促進全民健康，所以它不是一項福利服務，只照顧貧窮人士，或一些因患病而致窮的人。它的服務範圍是全部的香港市民，只不過是將資源用得其所而已。醫療融資要解決的問題，是應付將來出現的財政壓力，所以政府仍然承擔大部分目前的服務。

⁷ 請參閱《香港未來醫療發展及融資 --- 初步報告》，智經研究中心，2007，頁九至十二。

第三章 醫療融資及運作安排

16. 如上所述，新的醫療融資目標不是削減政府在醫療服務的責任及承擔，而是為將來增加的需求提供更大的選擇空間。香港目前是通過稅收來做再分配，醫療健康開支約佔總開支 15%，特首曾蔭權在未來這幾年調整至 17%。我們認為這是政府對全民健康最基本的承諾。在這個基礎之上，新的融資方案將可起到補充作用。

醫療儲蓄戶口 安排要彈性

17. 醫療融資安排，不外乎是稅收、強制性中央醫療保險制、強制性個人醫療儲蓄戶口、私營醫療保險、或上述項目的混合方案⁸。社會上曾經有設立醫療儲蓄戶口的建議⁹，我們認為這是好的開始，讓市民為年老時醫療開支增加做好準備。為避免醫療儲蓄戶口供款人沒有預留若干款項於老年時使用，供款人只有於超過六十五歲後，才能把戶口內的款項自由地用於醫療開支。至於六十五歲前遇上重病（例如需要用昂貴治療的癌病）時，可否動用部分戶口內的儲蓄，與醫療保險一起使用，需要進一步考慮。

18. 不過，我們認為對於醫療儲蓄戶口內款項的運用，應讓市民有更多選擇，例如當儲蓄金額超過一個數額時，即使戶口持有人當時仍未超過六十五歲，亦可讓他/她把餘款用作購買醫療保險（甚至是為直系親屬購買醫療保險），而用作購買醫療保險和醫療儲蓄的金額亦可用作扣稅。較彈性的選擇，可讓市民按本身的需要及意願，靈活地運用其醫療儲蓄，預先為自己六十五歲後可能大增的醫療開支未雨綢繆。

強制性中央醫療保險的討論

19. 但另一方面，醫療儲蓄戶口始終未能做到風險共擔 (risk pooling) 的效果，無助解決市民一旦面對危疾所面對的醫療費用問題。故此，有意見認為醫療儲蓄戶口應與強制中央醫療保險制度雙軌並行，才能

⁸ 有關中央醫療保險制、醫療儲蓄戶口及私營醫療保險的簡介及分析，請參閱《以民為本 邁向安康 --- 可持續發展的全民醫院服務》香港醫療改革第一號報告書，新力量網絡，2006，第四章。

⁹ 政府於二零零零年發表題為《你我齊參與 健康伴我行 --- 醫護改革諮詢文件》，建議設立「頤康」醫療儲蓄戶口；智經研究中心亦於二零零七年提出設立全民強制性醫療儲蓄戶口，詳見《香港未來醫療發展及融資 --- 初步報告》，智經研究中心，2007，頁十二至十四。

顧及社會上風險共擔的需要¹⁰。強制性中央醫療保險可考慮仿效現行的強積金制度，但以香港入息中位數（約一萬元）作分界線（入息中位數以下的人士，恐怕難以負擔強制性醫療供款）：讓全港約一百七十萬月入一萬元或以上的在職人士均要參與供款（當中部份用作強制性醫療保險，其餘當作自己的醫療儲蓄）¹¹，共同攤分醫療風險。

20. 公營醫療系統由公帑提供全民嚴重及危疾治療，及較廉價的醫療服務；而較多選擇、較佳服務（如較短輪候時間），但公帑資助比率較低、主要為參與強制性醫療供款的人士提供的醫療服務，則由公、私營醫療單位共同參與及競逐客源，藉以：

- i. 讓公營醫療系統內不同負擔能力的病人分流，減輕其將來面對人口老化、醫療需求日高時所承受的壓力；
- ii. 促進公、私營醫療，甚至是社會服務機構之間合作與競爭：由「強制性中央醫療保險」所得的新增資源、及政府對這平台上的醫療服務的資助，不一定自動撥歸醫管局和衛生署。新增資源的分配視乎「強制性中央醫療保險」投保人的選擇，而相關的公帑津助項目亦應開放予公、私營醫療系統的單位一起競投。故此，公、私營醫療單位需要競逐「強制性中央醫療保險」下的客源及相關服務。因此，醫管局及衛生署要與私人執業醫生、私家醫院、醫療集團及非政府/志願組織競爭相關撥款及客源¹²。透過競爭，可促使不同單位之間的合作（例如私人執業醫生或可與志願機構合組「醫療社會企業」，爭取撥款）。不過，大前提是公、私營醫療系統所競爭的是新增的資源；公營醫療系統提供嚴重及危疾治療、基本醫療保障的功能不會因此被削弱。此外，參與競逐「強制性中央醫療保險」新增資源的私營醫療單位亦應增加服務質素及收費的透明度，讓由公營醫療系統轉往私營醫療市場的病人得到充分保障。

21. 此外，將來強制性醫療保險的管理，亦應模仿現行強積金的管理方法交由市場各服務提供者管理，並由政府及業界共同制定一套基

¹⁰ 社會上一直有意見認為市民多不會贊同中央醫院保險制，因為自己的供款將與他人共用。不過，據民主黨所做的調查顯示，有 70.6% 的受訪者同意政府設立一個由政府中央管理的醫療保險制度（見《醫療融資改革諮詢方案——全民參與的醫療保障制度》，民主黨，2007，p.47）。由此可見，中央醫療保險制度未必不為市民接受。

¹¹ 有關數據及推算，可參考「醫療改革——誰付出？誰得益？」，周永新，信報財經新聞（2007年11月22日）

¹² 當然，撥款的周期（如三年或五年）可再從長計議，但因醫療服務投資成本不少，故撥款周期應較一年為長。

本保障範圍。

反思與顧慮

22. 不過，強制性中央醫療保險乃爭議性甚大的政策。在研究中央醫療保險制度時，我們得先了解其運作及產生背景：

(i) 中央醫療保險的價值為全民平等(equality)，故其下受保者所享的醫療服務基本上並無有意義的分別(meaningful differentiation)，故難以做到適切個別顧客(即病人)需要的服務(customization)；

(ii) 因此，如病人有需要及有能力尋求更佳、更多元的醫療服務，一般來說是光顧私營醫療市場的服務，並透過個別私人醫療保險自行在市場攤分風險；

(iii) 外地經驗顯示，中央醫療保險的實施，主要是為了建立、運作全民性公營醫療系統，提供安全網(例如加拿大、台灣)。

23. 故此，在討論香港是否需要建立中央醫療保險系統時，我們要注意：

理由何在？ --- 香港已經有一套的公營醫療制度及醫療安全網，亦即是醫院管理局。透過政府稅收及醫療撥款，醫院管理局以至整個公營醫療制度，已經是一個最具全民風險共擔元素的醫療融資渠道。因此，香港另設中央醫療保險的理據何在？是否希望以中央醫療保險制度取代 / 改革現行公營醫療制度？(但以加拿大為例，在中央醫療保險制度下，一樣出現資源不足、病人輪候時間長等問題)；

又一隻大白象？ --- 將來的中央醫療保險系統如何營運？若由政府中央管理，或由政府成立一法定機構管理，則恐會製造另一龐大官僚機構，政策效率成疑(現況有如現時外界對各公營機構的指責)；若仿照現時強積金的做法，由各保險服務提供者分散管理，則等同強迫市民各自購買私人醫療保險，失去了全民集體風險共擔的功能(而參考強積金的例子，即使由各私人機構分散管理，政府亦要成立一龐大官僚機構 --- 積金局加以管理。從強積金管理費被質疑過高一事，亦足見此類官僚機構的績效如何)。

如何讓私營醫療市場參與？--- 對於中央醫療保險可促進公、私營醫療競爭之說，需要注意的是私營醫療市場是否有動機參與中央醫療保險制度？若任由私營醫療服務提供者自訂收費，則中央醫療保險未必能承擔其費用。據外地經驗，參與中央醫療保險制度的執業醫生或醫療機構，要麼醫生的收入會被規限(如加拿大)，又或對病人的看病次數有所限制(如台灣)，藉以讓中央醫療保險得以承擔醫療成本開支。不過，這樣的規限，本地的醫療業界以至病人會接受嗎？

醫管局的角色

24. 實行強制性中央醫療保險，並藉此促成公、私營醫療系統的競爭的構思，亦帶來另一個課題：醫管局的角色。要讓公營醫療系統內的公立醫院競爭新的資源，醫管局難免要再酌量下放權力(decentralization)，讓各公立醫院按自己的實際情況調度資源，開拓一些較多元化，更收費較貴的服務。若按這思路發展，醫管局的未來角色可能會集中於服務監控、資源管理及撥款機制(甚至轉型為集中管理包括公帑及中央醫療保險等醫療資源的調度，或與將來負責管理中央醫療保險的機構共同行事)，實際營運則讓各公立醫院作較有彈性的安排。

25. 不過社會有必要注意，權力下放雖然能帶來營運上的靈活，但同時亦可能令問責(accountability)變得模糊。每當香港出現醫療事故，社會過往習慣向中央機構(醫管局也好、相關政策局也罷)問責。假如權力下放就是未來香港醫療服務的發展方向，則中央機構日後對各公立醫院及其他醫療單位的控制能力將日趨下降。屆時公眾也許不能再如現在一樣，就醫療議題有一清晰的問責目標，也難以要求中央機構包攬所有善後工作。

公立醫院的局限

26. 此外，有關促進公、私營醫療競爭之說，我們還要注意公立醫院的一些現況。若以任何誘因(包括以實施一個新的中央醫療保險)鼓勵公立醫院競爭醫療市場的客源，並因而提供更多元化(但收費較貴)的服務，都會出現以下局面：

■ 若公立醫院投放資源，擴大私家症服務(private wing)，則勢必引起私家醫院大力反彈，指責當局與民爭利(是故現時全港公立醫院只有約 200 張私家病牀，而且收費較私家醫院更昂貴，以示

- 公立醫院沒有跟私家醫院「搶客」的意圖)；
- ❑ 若公立醫院以現時的公共資源(牀位和人手等)提供「較多元、但收費較貴」的選擇，但無可避免會影響公立病房(public wards)的服務，勢必引起病人及基層醫療組織強烈責難；
 - ❑ 現時公立醫院的人手和資源都並不充裕，還能騰出多少能量(capacity)跟私家醫院競爭？

小結

27. 無可否認，以稅收為基礎的公營醫療服務，是最具全民風險共擔功能的醫療融資渠道，這亦是香港在風險共擔方面行之有效之道。不過彰彰明甚的問題是，未來公營醫療開支不勝負荷，但私人醫療保險市場亦存在風險選擇，風險共擔元素不彰等問題；另一方面，醫療儲蓄的風險共擔功能並不顯著，最多只能透過容許供款人有條件地(例如當供款數額多於一個數目)以部份供款購買醫療保險，間接地促進市民與他人共擔醫療風險。以上的難題，都是社會推行醫療融資時要探究的課題。

28. 在香港實行強制性中央醫療保險固然爭議不少，亦未必保證會讓上述問題迎刃而解。不過，既要在稅收以外謀求一個新的醫療融資渠道，但醫療儲蓄以至私人保險市場都欠缺了全民風險共擔的元素，是故香港社會難免要就強制性中央醫療保險討論一番。

第四章 前瞻：危與機

29. 醫療融資的政策風險絕對不容低估。更佳方案，往往都會因民情走向而陰溝翻船。政府及社會於處理醫療融資方案時，需留意以下要點：

強制性中央醫療保險/儲蓄制：

- ❑ 有何誘因提供給被強制參與供款的市民，讓他們覺得「物有所值」，而非被政府「開刀」？(例如上文第 19 至 20 段提及由公、私營醫療系統提供更多元、更彈性的醫療服務)
- ❑ 月入一萬元以上的人士，其中部份會否對供款亦感吃力？
- ❑ 如何確保供款不會被「基金管理費」過份蠶食？
- ❑ 既然僱主沒有參與供款，僱員能否自由選擇醫保基金？

- 如何處理現行市面的醫療保險¹³？如何使現時由市民及公司購買的醫療保險跟強制性中央醫療保險制協調¹⁴？(不然的話，市民或基於不願「白白多供一份保單」而不贊成中央醫療保險/儲蓄制。)
- 如何監管醫療集團及保險公司的運作和操守，使市民將來增加選用私營醫療服務時多一份保障？

醫療制度發展：

- 將來增加的醫療公帑投入，及政府由強制性中央醫療保險制度取得的款項，將如何運用？
- 如何推廣基礎醫療？
- 如何加強老人及護理服務，為人口老化未雨綢繆？

30. 香港的醫療改革爭論不斷，除了因市民擔憂自己要負擔多少醫療費用外，官方醫療系統與醫護業界，甚至是醫療集團與保險業界之間的磨合，亦為關鍵之一。醫護業界對官方醫療系統的龐大資源及影響力感到不安；醫護業界對醫療集團的如何平衡行政/商業原則與醫療專業決定感到擔憂；保險業界推出既要做到「全民風險共擔」，又符合政府及醫護業界的期望的保險產品所面對的難度，以至醫管局要如何在有限的資源下，適應醫護業界以至全港市民的醫療需要及期望，都為醫療改革增添難度。政府、醫管局、醫護業界、保險界、醫療集團、病人組織以至政黨及其他團體之間的互信互諒，實乃醫療改革能否多走幾步的關鍵。此外，在推行醫療改革的過程中，如何做到公民參與(civic engagement)，讓市民普遍接受改革措施，亦為掌握改革步伐的重要元素。

- 完 -

¹³ 據醫療保險協會的資料，現時全港有一百四十萬人由公司購買醫療保險、一百六十萬人有自行購買保險；醫療保險協會並估計，全港三百二十六萬在職人士中，三分之二有參加醫療保險。詳見註 11。

¹⁴ 有意見認為可讓部份已受私營醫療保險保障的人士豁免參與強制性中央醫療保險制度，但問題是，大量的豁免將會讓中央醫療保險制失去為所有月入高於入息中位數的人士一起共擔醫療風險的功能，中央保費或會因而需要調整；此外，市民將來能否因應自己需要，在中央保險制上「加保」？若然可以，「加保」的細節如何？

附錄：新力量網絡的醫療政策研究小組建議一覽

政策報告	發表時間	重點內容
Re-Invigorating The Hong Kong Health Care System	2002 年 12 月	<ul style="list-style-type: none"> ✘ 香港醫療改革的方向不單是醫療問題，而是如何提升全民健康(包括改善生活模式)的政策方向； ✘ 香港醫療系統側重住院服務，未來方向應發展基層醫護服務，以發揮病人家屬及社區的角色，讓服務更能切合病人需要； ✘ 平衡公私營醫療發展，並為公眾提供私營醫療的資訊； ✘ 公營醫療系統應改革收費制度，杜絕濫用，但大前提是不能讓有病人因經濟問題而不能獲得適切治療； ✘ 香港可聯合學界及醫療市場的力量，發展為中國以至亞洲的「醫療中心」，為區內有條件的病人提供卓越醫療服務，並藉以增加香港醫療系統的競爭力。
以民為本 邁向安康 --- 可持續發展的全 民醫療服務	2006 年 7 月	<ul style="list-style-type: none"> ✘ 讓公私營醫療平衡發展，應促進他們之間競爭，而非單方面削減公營醫療的服務和資源； ✘ 公營醫療可按不同服務的需求彈性調整收費，但同時應制定三重安全網，針對綜援戶、低收入家庭及中產人士的醫療需要； ✘ 可由具規模的非政府組織，充當各區醫院、社區組織及私人執業醫生的橋樑，籌組社區醫療網絡； ✘ 若透過私營市場處理醫療融資，政府、醫療界及保險業界要協議相關法規，防止醫保提供者進行風險選擇，亦要防止醫保服務提供者和受保人，千方百計用盡受保金額的道德風險； ✘ 政府、醫護界和保險界要協力加強私營醫療服務的質素監管和收費

		制度，保障將來由公營醫療系統轉介往私營醫療市場的病人。
多元融資 多元服務 --- 香港醫療改革前瞻	2008年 2月	<p>■ 將來新設立的醫療融資系統，應讓一些負擔能力較佳，但又未能完全承擔私營醫療市場的成本風險的病人能夠在公、私營醫療系統中，選擇較多元、較具彈性（但公帑資助比率較低）的醫療服務；</p> <p>■ 設立醫療儲蓄戶口的建議是好的開始，讓市民為年老時醫院開支增加做好準備；</p> <p>■ 醫療儲蓄戶口始終未能做到風險共擔的效果。其中一個考慮方法，是醫療儲蓄戶口應與「強制中央醫療保險制度」雙軌並行，以顧及社會上風險共擔的需要；由「強制性中央醫療保險」所得的新增資源、及政府對這平台上的醫療服務的資助，不一定自動撥歸醫管局和衛生署。新增資源的分配視乎「強制性中央醫療保險」投保人的選擇，而相關的公帑津助項目亦應開放予公、私營醫療系統的單位一起競投；但大前提是公、私營醫療系統所競爭的是新增的資源；公營醫療系統提供嚴重及危疾治療、基本醫療保障的功能不會因此被削弱；</p> <p>■ 推行「強制性中央醫療保險」的爭議是：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 香港已有成熟的公共醫療系統，實行強制醫保所謂何事？ ■ 強制醫保或會衍生出另一頭官僚大白象； ■ 如何吸引私人保險市場參與強制醫保； <p>■ 政府、醫管局、醫護業界、保險界、醫療集團、病人組織以至政黨及其他團體之間的互信互諒，實乃醫療</p>

		<p>改革能否多走幾步的關鍵。此外，在推行醫療改革的過程中，如何做到公民參與(civic engagement)，讓市民普遍接受改革措施，亦為掌握改革步伐的重要元素。</p>
--	--	---