

## 第六章 改革醫療融資安排

### 增加政府撥款

6.1 政府將繼續是醫療服務的主要融資來源，並恪守我們所珍視的原則，即不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務。政府已承諾，在二零一一至一二年度或之前，把在衛生及醫療方面的經常開支佔整體經常政府開支的份額，由原來的15%增加至17%，以應付社會日益增長的醫療需要及改革醫療系統。

### 我們需要改革融資安排

6.2 多年來，我們採取了各種措施以提高公共醫療系統的服務效率及成本效益，公共醫療服務的平均效率增益，保持在每年1%左右。舉例來說，公立醫院的平均住院時間已由二零零零至零一年度的10.0病床使用日數逐步下降至二零零六至零七年度的8.9病床使用日數。在政府的資源增值計劃及提高效率節約資源計劃下，醫院管理局（醫管局）於二零零零至零一至二零零五至零六年間在保持服務量的同時，累計節約了相當於二零零零至零一年度基礎津助金額12%的開支總額。醫管局亦正積極研究如何改善其內部的資源分配機制，以便根據服務需求更適當地分配資源，並鼓勵提高效率和成本效益。

6.3 展望未來，我們將繼續採取措施，提高公營界別的效率 and 成本效益。這將包括於第二章至第四章所列，對現時的醫療服務與市場結構進行根本和全面的改革。然而，即使增加政府對醫療的撥款，及即使不斷提高公營醫療服務的效率，單靠政府撥款仍然不足以保證醫療系統長遠可持續發展。若不對醫療融資安排進行改革，預期到了二零一二年左右，政府的撥款始終仍無法應付整體社會的醫療需要。

6.4 其他先進經濟體系的經驗也顯示，其總醫療開支與公共醫療開支可分別增長至佔當地生產總值多達8-15%與6-8%。有見香港在控制公共醫療開支及提升醫療系統效率方面有較佳的往績，我們未能確定到底這些數據有多大程度可直接套用至香港的情況。但基於這些經驗，我們推算到了二零三三年，本港的總醫療開支與公共醫療開支可能分別增長至佔本地生產總值的9.2%與5.5%。很明顯地，我們在改革醫療服務外，亦要改革醫療融資安排。

### 維持現行融資模式的後果

6.5 如果我們繼續維持現行融資模式，單靠以政府收入支付絕大部分的公營醫療服務開支，這表示用於醫療的公共開支將需要以快於經濟增長的速度增加。正如第一章所述，這意味着增加賦稅、削弱香港的競爭力，或者其他公共服務範疇須要削減撥款而受到影響。假如我們加稅的話，列入稅網的人士將須為維持醫療系統而

繳付更多的稅款。由於本港的薪俸稅稅基狹窄，加上採用累進稅率，大約只有三分之一的在職人口須繳付薪俸稅，而收入較高者所交稅款佔其收入的比例，較其他收入較低者為高。

6.6 我們分析了維持現有撥款模式的利與弊，並詳述於第七章。基於該分析，**我們相信維持現有撥款模式並非一個可持續的方案。**

## 引入醫療輔助融資

6.7 由於政府撥款會繼續是醫療的主要財政來源，因此一個令醫療制度的融資得以持續的方案，便是引入醫療輔助融資計劃，不僅是用來補助政府撥款以應付不斷增加的醫療需求，亦用作支持長遠的醫療改革，例如－

- (a) 繼續投資於更好及更全面的基層醫療服務，以改善市民的健康，並在長遠而言減少我們對昂貴醫院護理的需求；
- (b) 繼續投資於更新及更好的醫療科技，以提供更佳的診斷和治療，並提高醫療服務的質素；
- (c) 支援醫療市場結構的改革，讓私營醫療市場可更蓬勃地發展，並促進服務質素與成本效益上的良性競爭；以及
- (d) 加強為有需要人士而設立的醫療安全網，並通過政府和個人之間的夥伴關係，推廣共同為健康承擔責任的概念。

6.8 很明確的一點是，輔助融資是醫療改革必要的一環，並且關乎不單止現時的整體社會，也影響到往後的很多代香港人。輔助融資應該以甚麼形式進行，是我們整體市民須要憑社會價值觀所作的一個重要決定。我們希望與大眾攜手，就最切合香港情況的醫療輔助融資方式凝聚共識。

## 海外經驗

6.9 我們研究過一些先進經濟體系的醫療融資安排。不同經濟體系所採用的醫療融資安排各有不同（見表 6.1）。這些安排按其融資來源及方法大致可分為下列類別－

- 一般稅收
- 社會醫療保障
- 用者自付費用（使用者收費）

- 醫療儲蓄戶口
- 自願私人醫療保險
- 強制私人醫療保險

6.10 我們曾經研究的所有先進經濟體系，均不同程度地糅合了上述的經費來源作融資安排。當中沒有任何一個是採用單一方法作為唯一的融資來源。以下各點值得我們注意—

- (a) 我們曾經研究的所有先進經濟體系均設若干程度的銷售稅。在那些以政府收入作為醫療開支主要來源的經濟體系，徵收的稅率高出本港很多，尤以個人入息稅率為甚。
- (b) 除那些以政府收入為醫療開支主要來源的經濟體系外，其他普遍的做法是市民除繳交稅款外，也需作固定的醫療供款，形式包括：
  - (i) 社會醫療保障供款；
  - (ii) 私人醫療保險保費；
  - (iii) 以支付醫療服務費用及收費的方式將強制醫療儲蓄導入醫療系統；或
  - (iv) 結合上述的方式。
- (c) 除美國（自願醫療保險是其主要融資來源）和新加坡（用者自付費用是主要融資來源，其中部分費用由醫療儲蓄戶口支付）外，其他經濟體系的情況均是人口中收入較高及經濟能力較佳者供款較多；不過在實行強制私人醫療保險計劃下，所有須供款人士的供款額（保費）是相同的。然而，融資方案不同，供款者所得亦有分別。在以政府收入或社會保險為醫療開支主要來源的經濟體系，“高額供款者”與無須供款者的選擇大致相同。而在實行強制私人醫療保險的經濟體系（例如瑞士稱之為“社會保險”的制度），所有參加者付出同等保費獲取同等基本保險保障範圍，但有能力自願付出較多者（例如通過投購附加保險）會有較多選擇。

6.11 我們需要明白醫療融資問題並無一個全球適用的解決方案。每個經濟體系的醫療系統各有其本身獨特的歷史和情況，並反映其社會的價值觀及本身特定的解決方案，沒有一個模式可以隨時搬用。醫療融資並無一蹴而就或十全十美的方案，所有融資安排都涉及對不同融資方式的利弊作出取捨，而每個社會最終都需要按其政治、社會及經濟情況，以及其市民的價值觀和期望，作出抉擇，選定其特有的融資組合。

**表 6.1 香港與個別經濟體系的醫療融資來源比較**

經濟體系	一般稅收	社會醫療保險	用者自付費用	自願私人醫療保險	強制私人醫療保險
香港	*	-	✓	✓	-
澳洲	*	-	✓	✓	-
加拿大	*	✓	✓	✓	-
芬蘭	*	✓	✓	✓	-
英國	*	-	✓	✓	-
奧地利	✓	*	✓	✓	-
比利時	✓	*	✓	✓	-
日本	✓	*	✓	✓	-
韓國	✓	*	✓	✓	-
荷蘭	✓	✓	✓	✓	*
瑞士	✓	-	✓	✓	* (註一)
美國	✓	✓	✓	*	-
新加坡	✓	-	* (註二)	✓	-

\* 主要經費來源

✓ 輔助經費來源

註一：根據瑞士法例，瑞士的強制私人醫療保險稱為社會醫療保障。

註二：新加坡通過中央公積金制度中的醫療儲蓄戶口計劃，提供用者自付的醫療經費。

## 香港可考慮的輔助融資方案

6.12 我們借鑑一些海外經濟體系的經驗後，曾研究過各種可行的醫療輔助融資方案。每項方案各有利弊，如何取捨有待市民順應社會的價值觀作出抉擇。這些方案和它們的利弊，詳列於第八章至第十三章－

- (a) **社會醫療保障（第八章）**：引入一個與就業和收入掛鉤的供款計劃，藉以籌集一筆供全體市民共同使用的醫療服務經費。供款人數可較本港薪俸稅稅網內的人數為多，從而擴大融資的基礎。不過，與稅收一樣，在社會醫療保障計劃下，收入較高者須為全體市民的醫療服務作出較多的供款。
- (b) **用者自付費用（第九章）**：通過增加使用者收費，減少政府對公營醫療服務的資助水平。只有公營醫療服務的使用者才需繳付更多的費用；而使用公營醫療服務越多，則所需繳付的費用便越多。
- (c) **醫療儲蓄戶口（第十章）**：引入一個強制性計劃，規定本港人口中某界定組別的市民必須作出儲蓄以支付個人的醫療開支，藉個人積累款項（包括可用作投資）以敷未來醫療所需，包括保險費用（如果他們有投購私人醫

療保險)，並鼓勵市民選用政府大幅資助的公營醫療服務以外的其他醫療服務，從而紓減公營醫療系統的壓力。界定組別人口的其中一個可行方法是以收入水平劃分，即收入超逾某個水平的在職人口必須參加計劃。

- (d) **自願私人醫療保險（第十一章）**：市民投購自願私人醫療保險，藉此較易獲得私營醫療服務和享有更多私營醫療服務的選擇，從而減輕公營醫療系統的壓力，進而減少公營醫療開支。選擇投購保險與否純粹出於自願，可由個人為自己購買醫療保險或由僱主為其公司的在職僱員以團體方式購買。
- (e) **強制私人醫療保險（第十二章）**：向全港市民或某界定組別的市民推行強制私人醫療保險計劃。該計劃由政府規管，並由私營保險公司營辦。計劃須規定承保任何病症，並同時設有續保保證，而收費則按羣體保費率徵收，即所有參加者不論年齡、性別、其他風險因素及入息水平，均繳付同一保費，並獲得同一程度的保障及相同的選擇，以期為個人的疾病風險提供更有效的分擔機制。沒有經濟能力者，在全民皆需購買醫療保險的方案下或可獲公帑給予援助。如採取只有某特定組別人士才需購買醫療保險的方案，則他們或可無需參加計劃。
- (f) **個人健康保險儲備（第十三章）**：引入一個計劃，規定本港人口中某界定組別的市民必須把其部分入息存入個人戶口內，用以參與一個受監管的強制醫療保險計劃，藉此為這些人士退休前後提供保障，以及以積存的儲蓄及投資回報，支付他們於退休後的醫療開支及保費。這計劃結合了強制儲蓄與投購保險這兩個方案。該組別內每個人不論收入水平有何差別均繳付相同的保費，並獲得相同水平的保障與相同的選擇。不過，儲蓄金額的多寡則會按照入息水平而異。

6.13 在第一階段的諮詢中，我們希望臚列所有的方案，邀請公眾和持份者仔細考慮其利弊。我們對於採用哪個醫療融資方案抱持開放態度，並希望通過第一階段的諮詢工作徵求社會意見，以便讓我們可在第二階段諮詢中提出具體建議。

## 比較各個融資方案

6.14 我們參考了本地及海外經濟體系的經驗，評估香港採用各個融資方案作為輔助融資安排的利弊。特別值得我們注意的是每個方案都各有長短，同時我們無可避免要在以下各方面作出取捨—

- (a) **融資的穩定性和可持續性**：融資方案是否能有效提供一個穩定和可持續的

融資來源，確保醫療系統和專業人力資源可長遠持續發展，以及醫療服務能緊隨醫療科技的進展而持續改善質素？

- (b) **獲取醫療服務的方式**：現時的公營醫療制度，通過分流、輪候或其它必要的分配機制，確保每名市民可以按需要公平地獲得同等基本水平和標準的醫療服務。輔助融資方案應否用作繼續支付以這種方式獲取的醫療服務？還是應利用輔助融資發展多元化的服務，使負擔能力較高的市民能更直接快捷地從市場獲得所需服務，從而減少輪候公營醫療服務的人數，使需要依賴基本標準服務的病人也能得益？
- (c) **風險匯集及分擔**：輔助融資方案應否匯集個別市民因病而需要醫療服務所引致的財務風險，從而讓整體市民可以有效地共同分擔健康風險較高者（例如長者、長期病患者，以及遺傳病患者），或遭遇不幸而需要醫療服務（例如遭受意外或罹患危疾）的人士的風險？
- (d) **財富再分配**：考慮到由公帑撥款支付公共醫療服務的安排，已經起了財富再分配的作用，融資方案應否通過徵稅或類似的安排，向較高收入人士徵收較大比例的融資以補貼收入較低的市民，進一步加強這作用？
- (e) **服務選擇**：融資方案是否能有效促使醫療市場發展，為個人提供切合他們需要和要求的服務選擇，例如他們可以選擇公營或私營界別的醫療服務、醫療服務提供者／醫生、最佳的病房設施或其它治療方法？
- (f) **促進市場競爭和效率的能力**：融資方案是否能有效為醫療服務市場帶來更多的良性競爭（醫療服務提供者之間以及公私營界別之間的競爭）及服務成本／價格和質素方面的透明度，以促使醫療服務更具效率和成本效益？
- (g) **使用率和成本控制**：融資方案是否能有效鼓勵審慎使用醫療服務和醫療服務的成本競爭，以及怎樣通過固有機制有效控制過度使用醫療服務的情況和醫療服務成本上升的問題？（這些問題可能是由於第三者付費制度造成的道德風險，或是由於醫療服務需求增加而造成的價格通脹。）
- (h) **運作成本**：融資方案的運作成本水平有多高，例如向個別人士徵收融資供款、向醫療服務和醫療服務提供者分發撥款或費用，和向個別人士提供醫療服務所涉及的行政及交易費用？

6.15 這些融資方案作為輔助融資安排所具備的不同特點摘要載於後頁的表 6.2。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較

	融資的穩定性和可持續性
政府撥款 (現行模式)	由於本港稅率低和稅基狹窄，長遠來說這種融資方式難以維持，尤其在出現財政赤字的時候，屆時納稅人必須繳納更多稅款以維持這個制度。醫療開支逐漸增加或會令其他公共服務備受忽略。
社會醫療保障	醫療資金來源頗為穩定，原因是社會醫療保障供款指定用於醫療方面。不過，因為人口老化導致工作人口減少，這個方案長遠來說未必可以維持。此外，在經濟不景時，供款人的供款能力會下降，這個方案的穩定性和持續性頓成疑問。如要持續推行這個方案，日後必須增加供款率。如僱主亦須供款，勞工成本將會增加，從而影響本港的競爭力及經濟表現。
用者自付費用	並非具持續性的資金來源，因為這個方案很大程度上視乎個人的負擔能力，而且有需要為那些無能力承擔費用的人士提供安全網，這樣可能會抵銷費用收益所帶來的資金。
醫療儲蓄戶口	通過個人存款，確保可帶來數額龐大而具持續性的 <b>潛在</b> 資金來源。不過，由於資金是否注入醫療系統乃屬個人選擇，資金來源並不穩定且難以預測。此外，亦會有一批戶口持有人因沒有足夠的醫療存款而可能須倚賴公營資助醫療服務。
自願醫療保險	並非穩定及具持續性的資金來源，因為是否投保自願性質的保險仍須視乎個人選擇及負擔能力。這項融資方案應該不會成為主要的資金來源，而且保費波動程度很大，可能會隨時日逐漸增加。
強制醫療保險	頗為穩定的資金來源，但如要持續推行這個方案，日後必須增加保費。這個方案可改善市場結構，推動醫療服務提高效率，有助支持醫療改革，使這個方案長遠而言更具持續性，並有助推行市場改革。
個人康保儲備	通過個人存款，提供一筆具持續性的 <b>潛在</b> 資金來源，另一方面通過強制保險，確保有穩定資金注入醫療系統。雖然保費會隨時日逐漸增加，但會有較多人因為有存款而可以負擔。不過，會有一批戶口持有人因沒有足夠的醫療存款而可能須倚賴公營資助醫療服務。這個方案有助推行市場改革。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	獲取醫療服務的方式
<b>政府撥款 (現行模式)</b>	容易獲取與否視乎市民的需要，通過分流及輪候或其它分配機制，令每名市民均有公平機會獲得公營資助醫療服務。
<b>社會醫療 保障</b>	容易獲取與否取決於設計。如全民皆可使用資助醫療服務，並將之擴展至非工作人口，則屬公平獲取。
<b>用者自付 費用</b>	容易獲取與否取決於負擔收費的能力。除非相應地加強安全網措施，否則低收入人士、弱勢社羣及高風險組別(即可能使用較多醫療服務的人士)需按比例付出更多費用，才能獲取所需的醫療服務。
<b>醫療儲蓄 戶口</b>	容易獲取與否取決於有沒有醫療存款。常用服務的人士會耗用較多醫療存款。低收入及低醫療存款的人士，除了通過分流、輪候或其它分配機制獲取的公營資助服務外，未必能夠有足夠存款獲取其他醫療服務。
<b>自願醫療 保險</b>	容易獲取與否取決於負擔保費的能力。有能力購買保險，和沒因風險挑選而被拒投保的人士較易獲取醫療服務。高風險人士通常被拒投保，他們與其他因為保費太高難以負擔而未有投保的人士，只可通過分流、輪候或其它分配機制獲取公營資助服務。
<b>強制醫療 保險</b>	容易獲取與否取決於設計(例如是全民或是特定組別的人士須強制購買保險)。受強制保險保障的人士較易獲取醫療服務。所有人不論年齡、性別及健康風險，均可購買這項保險，確保高風險人士能夠投保。無須參加的人士，可通過分流、輪候或其它分配機制獲取公營資助服務。
<b>個人康保 儲備</b>	容易獲取與否取決於設計。已投保及擁有存款的人士較易獲取醫療服務。強制保險確保高風險人士能夠投保。未有投保及沒有存款的人士，可通過分流、輪候或其它分配機制獲取公營資助服務。



表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	風險匯集／分擔	財富再分配
<b>政府撥款 (現行模式)</b>	有效分擔風險。但如為全部人口提供全面醫療服務，而非把目標定為照顧較高風險組別及提供費用較高昂的服務，公營醫療系統的負荷將超越極限，這方面的效果便會削弱。	在現行個人入息稅稅基非常狹窄的稅制下屬累進（即由較高收入人士付出較多以資助收入較低人士）。
<b>社會醫療保障</b>	有效分擔風險，與上述的政府撥款方案相同。	累進（即由較高收入人士付出較多以資助收入較低人士），但供款者僅限於工作人口。收入較高人士向社會醫療保障所作供款的比例亦較高。
<b>用者自付費用</b>	沒有共擔風險。患病人士須自行承擔本身的財政風險。	累退（即高收入人士與低收入人士付出相同款額的較高收費）。用者收費對低收入家庭、弱勢社羣及可能需使用大量醫療服務的高風險人士影響較大。健康欠佳人士將付出更多，但對健康良好人士的影響則不大。
<b>醫療儲蓄戶口</b>	沒有共擔風險。可能出現極大差別的結果：罹患危疾或長期病患者的醫療存款不足，而身體較健康人士的戶口則可能出現盈餘，並留有醫療存款成為遺產。	不適用，由於醫療儲蓄戶口並無匯集資金或匯集風險，因此並沒有為貧富或健康及患病的人士進行財富再分配。與較低收入人士相比，較高收入人士戶口內的存款會較多，但存款是否足夠則視乎個別人士的醫療服務使用量及模式。
<b>自願醫療保險</b>	某程度上可共擔風險，但分擔效果則受投保人數少（按個別保險計劃計算）、風險選擇（高風險人士通常因申請不獲接納、投保前已有的病症不受保或保費過於高昂而難以負擔等理由，而無法投保自願保險）及逆向選擇（較高機會索償的人士會較傾向投保保險）所限制。	不適用，由於參與保險計劃屬自願性質，而保險本身亦無財富再分配的作用。保費是按照年齡、性別及健康風險而非入息釐訂。故此，健康欠佳或高風險人士的供款額會較高。低收入家庭不會選擇這種保障，因為他們通常無能力負擔自願保險。
<b>強制醫療保險</b>	有效分擔風險，因為通過強制參加可避免風險選擇，而實施羣體保費率及規管保險亦可使所有人士，不論年齡、性別及健康風險，均可獲保險保障。	累退（即高收入人士並無資助低收入人士）。強制醫療保險的保費並非根據入息釐訂，通常是使用羣體保費率（所有投保由同一間公司提供的相同保險計劃的人士，不論年齡、性別及健康風險，均繳交相同款額的保費）。故此，健康欠佳或高風險人士（但不一定低收入），在計劃內受到健康良好及健康風險較低人士（但不一定高收入）的資助。但若將此方案應用於收入較高組別人士，便可減輕作為低收入人士及弱勢社羣醫療安全網的公營醫療系統的壓力，因而可能出現一些累進效果。
<b>個人康保儲備</b>	有效分擔風險。與上文所述的強制私人醫療保險方案相同。	累退（即高收入人士並無資助低收入人士）。與強制私人醫療保險方案相同，健康欠佳或高風險人士（但不一定低收入），在計劃內受到健康良好及健康風險較低人士（但不一定高收入）的資助。但若將此方案應用於收入較高組別人士，可能出現一些累進效果。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	服務選擇	促進市場競爭／效率的能力
政府撥款 (現行模式)	在以稅款資助的公營醫療系統下，服務選擇很少。	市場繼續由公營醫療界別主導。公營與私營界別以及醫療服務提供者之間鮮有有效的競爭。沒有額外誘因推動提高效率的措施。
社會醫療保障	如保險購買公營及私營醫療服務，則可提供一些服務選擇。	通過購買公營及私營醫療服務來增加競爭，但競爭範圍受到購買服務或付還款項的規則所限制。
用者自付費用	那些願意自付費用的人士有一些服務選擇。服務選擇受使用者的負擔能力所限。如無任何資助或保險保障，使用者收費可以非常高昂，對高風險組別而言尤甚。	調高公營醫療收費不能增加競爭或效率。因為要把公營醫療收費調高至與私營界別看齊，從而促進兩個界別之間全面競爭的做法並不可行。
醫療儲蓄戶口	由於醫療存款可用作支付公營或私營界別的服務，可提供一些服務選擇。並會在某程度上提升個人在醫療服務方面的負擔能力。	通過讓個人可享用公營及私營醫療服務，增加兩個界別之間的競爭。然而，推動競爭與提高效率的措施會因醫療服務成本／費用及質素缺乏透明度的問題而受到限制。個人就醫療費用的議價能力較弱。
自願醫療保險	服務選擇較多，可選擇公私營界別的服務。可按照個人意願及其負擔能力選擇保險計劃。	受保人能自由選擇醫療服務提供者，從而增加競爭。然而，有關推動競爭與提高效率的措施會受到第三者付費保險所產生的道德風險（即服務提供者傾向為受保人提供過量的服務，及受保人傾向過度使用受保的醫療服務）所限，亦會因醫療服務的成本／費用及質素缺乏透明度的問題而受到限制。
強制醫療保險	服務選擇較多，可選擇公私營界別的服務。有負擔能力的人士可選擇配合本身需要的附加醫療保險計劃。	受保人能自由選擇醫療服務提供者，從而增加競爭。由於投保者的人數較多，承保機構具有更大的市場力量，推動提高醫療服務的透明度、效率及成本效益。
個人康保儲備	在公私營界別均有服務可供選擇。結合醫療儲蓄戶口及強制私人醫療保險，可盡享兩個方案的好處，既可通過儲蓄確保有負擔能力，亦可通過保險共擔風險。	通過保險計劃及儲蓄，讓個人可享用公營及私營醫療服務，從而增加兩個界別之間的競爭。受規管及獲保證可擁有大量投保者的承保機構，具有更大的議價能力，可推動提高醫療服務的透明度、效率及成本效益。

表 6.2 各個不同輔助融資方案與現行融資模式的比較(續)

	使用率／成本控制	運作成本
<b>政府撥款 (現行模式)</b>	通過按病人臨牀需求調配醫療服務，有效控制使用率。通過採用公營醫療服務整體預算及控制津助金，有效控制成本。	運作成本低，因為醫療服務成本由政府通過整體預算直接支付，但須就管理安全網機制承擔行政費用。
<b>社會醫療保障</b>	受保人為求就其供款爭取最大回報而要求提供更多及更高質量的醫療服務，加上亦需提供更便捷的私營醫療服務，因而未必能有效控制使用率。	在收取供款及管理申索保險賠償方面的運作成本中等(尤其是涉及私營醫療界別提供的服務時)。另外，因為本港目前並無社會保險制度，所以須為這個方案設立基礎設施。
<b>用者自付費用</b>	非常有效控制使用率及成本，因為使用醫療服務的成本直接由用者承擔，而如果有關成本由病人承擔，醫療服務提供者會較謹慎收費。但這方案可能會導致出現“逆向照顧法則(inverse care law)”的問題，即較需要醫療服務的人士由於負擔能力較低，所以可享用的醫療服務較少。	運作成本低，因為使用醫療服務的費用由用者直接承擔。不過，須就管理安全網機制承擔行政費用。
<b>醫療儲蓄戶口</b>	在某程度上可有效控制使用率及成本，因為使用醫療服務的成本直接由用者承擔。不過，戶口持有人亦有傾向花耗鎖定在戶口內的儲蓄。	收取、累算及撥付存款所造成的運作成本中等，如採用強制性公積金所沿用的架構收集及累算存款，可減少運作成本。撥付醫療開支與處理保險索償的行政費用相若。
<b>自願醫療保險</b>	鑒於道德風險問題，及個別保險公司在醫療成本方面議價能力有限，這項保險鮮能控制使用率及成本。這可導致保費因要追上持續增加的醫療與保險成本而大幅飆升。	管理申索保險賠償及支付其他成本(包括承保、市場推廣、佣金及保險利潤)的運作成本偏高。
<b>強制醫療保險</b>	鮮能控制使用率及成本，但由於投保者人數較多(與自願保險相比)，承保機構既可訂立各項遏止道德風險問題的控制措施，亦在醫療成本方面有較大的議價能力。	運作成本中等，因為承保、市場推廣及其他保險成本可通過強制參加及受規管產品而減少，但仍需支付管理保險索償的行政費用。而規管強制保險的機制會導致額外成本。
<b>個人康保儲備</b>	鮮能控制使用率及成本，但與強制私人醫療保險的情況一樣，由於投保者眾，承保機構可訂立各項遏止道德風險問題的控制措施，亦在醫療成本方面有較大的議價能力。	運作成本中等，與醫療儲蓄戶口及強制醫療保險方案類似。

## 輔助融資的財政資助

6.16 正如財政司司長在二零零八年至零九年度的財政預算案演辭中公布，在輔助融資經諮詢得以落實後，政府承諾將會從財政儲備撥出 500 億元去推動醫療改革。從財政儲備撥出資金，表明政府與市民共同承擔醫療融資的決心，亦會增加市民個人用於醫療服務的資源。舉例來說，該筆資金可用於為每位參加供款式輔助融資計劃的市民，注入個人的啟動資金。

6.17 有見及此，我們會在收集第一階段諮詢所得的意見後，在制定輔助融資安排的詳細建議時，進一步研究如何為參加輔助融資計劃的人士提供財政資助。視乎日後採用的輔助融資方式，財政資助可以不同形式提供。我們可以不同形式（不論個人或集體方式）為輔助融資計劃參加者提供財政資助，惟須視乎將採用的融資方式而定。舉例來說，這些措施可包括—

- (a) **稅項扣減**：可考慮為個別人士投購社會醫療保障的供款、個別人士投購自願或強制私人醫療保險的保費，或個別人士的醫療儲蓄戶口或個人醫療儲備的存款，提供免稅額或稅項扣減。
- (b) **啟動資金**：可考慮向個別人士的醫療儲蓄戶口或個人醫療儲備一次過注入一筆撥款，作為啟動資金；或為強制私人醫療保險或社會醫療保障計劃一次過撥備一筆款項，以減少參加者須付的保費，同時減輕承保高風險人士所帶來的影響。
- (c) **直接資助**：可考慮提供津貼，用以資助個別人士支付社會醫療保障的供款、資助個別人士支付私人醫療保險的保費／供款，或用作個人醫療儲蓄戶口或個人醫療儲備的供款。

6.18 我們必須強調，公營醫療系統仍將繼續為這些對本身所需醫療負上較大責任的市民，提供一個常備的安全網。當這些市民一旦經濟出現困難時，安全網便更形重要。

## 增加醫療系統的容量

6.19 無論採納上述何種融資方案以提供輔助融資（繼續現行依賴政府撥款模式除外），均可能令市民對大幅資助的公營服務以外的服務選擇，有更大的需求。舉例而言，社會醫療保障、自願私人醫療保險及強制私人醫療保險可能令市民對私營醫療服務的需求增加。即使提高公營服務的收費和推行醫療儲蓄戶口，亦可能驅使或誘使一些市民使用更多私營醫療服務。在多數情況下，輔助融資將賦予參與計劃

人士改用私營醫療服務的經濟能力。

6.20 有鑑於此，假若推行政府撥款以外的輔助融資方案，我們預計私營界別的醫療服務需求將會增加。增加的幅度視乎採納的融資方案和融資安排的詳細設計。為應付可能激增的服務需求和解決公私營醫療失衡的問題，我們擬探討以下措施，進一步提高私營界別容量，以應付預期增加的需求：

- (a) 在短期及中期方面，我們會**研究公私營合作措施**，例如公私營合作醫院及其他提供醫院服務的公私營合作模式，藉以提高私營界別容量和增加私營醫療服務的供應。
- (b) 在長遠方面，我們預期市場力量將推動私營界別的擴展，我們並會**考慮以政策措施促進私營界別的發展**，例如研究批租空置公共樓宇或批出用地作發展私家醫院之用的可行性。

6.21 與此同時，部分有經濟能力的病人或仍會因各種理由選擇往公立醫院求診，例如信賴公營醫療系統、或罹患複雜疾病（例如危疾或長期病患）而所需診治的費用高昂或私營界別未能立時提供治療。因此，公營界別亦有需要預留部分容量，為這些病人提供更切合他們個人需要的服務。這些病人可以負擔並可能要求更多種類的服務選擇及較普通公營病房為佳的病房設施。

6.22 **因此我們建議公營界別適度提高其轄下私家服務的容量，並按收回十足成本的基礎收取費用。**提供這種服務，可紓緩整體醫療系統中容量不足以應付私營醫療服務激增的需求的情況。收回十足成本的服務，亦可作為比較公私營界別效率及成本效益的有用基準。**與此同時，提供這類私家服務絕不能削弱大眾使用資助公共服務的機會。**相反，提供這類私家服務，應有助公共醫療系統引進更多的資金，減輕其財政負擔。

6.23 基本上，我們亦須處理人力規劃問題，以確保不同醫護專業均有充足的人力供應，以支持公私營醫療系統的長遠持續發展。作為第一步，我們將根據整體人口對公私營醫療服務的需求及可預見的增長，仔細研究人力資源的需要，確保有充足的教育和培訓能力，以提供各類專業醫護人員。