

諮詢文件摘要

引言

香港需要一個能持續增進全體市民健康、不斷提高醫療服務質素的醫療制度。為此，我們有需要改革目前的制度，讓它能持續發展，更能配合市民所需。這關乎每一個市民的切身利益。繼《創設健康未來》¹與市民一起探討醫療制度日後的服務模式後，現在我們會展開兩個階段的公眾諮詢，邀請所有市民一起參與推動改革。

2. 通過這第一階段的諮詢，我們希望徵詢你對以下兩點的寶貴意見－
 - (a) 醫療服務改革的主要原則和理念；及
 - (b) 各種醫療輔助融資方案的利弊。
3. 我們會參考第一階段公眾諮詢期間所收集到的意見，制訂改革的詳細建議包括輔助融資的安排。我們屆時會進行第二階段諮詢，以進一步徵詢你的意見。

願景

4. 我們的願景，是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。
5. 我們提出改革醫療制度，是要令它能持續發展，並能緊貼醫療科技進步，希望能夠－
 - (a) 為市民提供終身、全面、全人的基層醫療，並特別着重增進健康的預防性護理；
 - (b) 為市民提供更多優質、高效率 and 具成本效益的公私營醫療服務，以供選擇；
 - (c) 為不幸罹患重病需要昂貴治療的市民提供更好的醫療保障，讓大家安心；以及

¹ 健康與醫療發展諮詢委員會於二零零五年七月發表的討論文件，探討本港醫療制度日後的醫療服務模式。

(d) 政府能繼續與市民並肩，為增進市民健康共同作出財政承擔。

6. 在改革醫療制度的同時，我們會－

(a) 恪守我們一貫的宗旨，不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務；

(b) 確保所有市民繼續獲得必需及負擔得起的醫療服務；

(c) 維持公營醫療系統以作為低收入、弱勢社羣及其他有需要人士的安全網；以及

(d) 繼續保持醫護專業界優秀的專業水平和操守。

7. 為改革醫療制度，政府已承諾把醫療衛生服務在整體經常政府開支所佔的比率由現時 15%增至二零一一至一二年度 17%。

醫療改革、為你推行

8. 身體健康，是我們的共同願望。大家都希望醫療制度能夠增進你我的健康、提供有助預防疾病和治療病患所需的優質醫療服務，並能在市民不幸罹患需要高昂醫療費用的疾病（例如複雜或長期疾病）時提供保障。但除非我們從速改革目前的醫療制度，否則將來便無法繼續為大家提供必需的醫療服務。假如我們坐視不理，整個社會 — 包括你和我 — 都會受損。以下我們會詳加解釋。

公立醫院服務水平下降的危機

9. 根據目前數據推算，長者佔本港人口的比例會由二零零七年的每八人中有一名長者增加至二零三三年的每四人中有一名長者。此外，個別與生活方式有關的疾病病患率亦正不斷上升。兩者皆會大幅增加市民對醫療服務的需求，亦同時意味輪候服務的人數會更多。要是我們不改善目前制度，大家輪候公立醫院服務，特別是非緊急手術及／或專科門診服務的時間便會更長。假如我們不作任何改變，公立醫院的服務水平和質素極可能會下降，以至出現例如以下情況－

(a) 主要專科的公營留醫病房住用率在未來三年內便會達到擠迫程度（住用率超過 90%）；內科和腫瘤科的留醫病房住用率分別會在二零一二和二零一五年達到飽和（100%住用率）；

- (b) 所有專科門診服務新症輪候時間，到了二零一二年會比現時增加三倍，例如外科新症的估計輪候時間會由二零零六年的 31 個星期，增至二零一二年的 96 個星期，而舊症輪候覆診的時間亦會大增；
- (c) 多項專科服務的輪候時間會大幅增加，例如到了二零一五年，約有 22% 的病人（2 000 名）或會因輪候時間太長，未能在公立醫院獲得完全妥善的洗腎治療；以及
- (d) 非緊急手術的輪候時間會大幅延長，例如白內障手術的輪候時間會由二零零六年的三年增至二零一五年的六年，良性前列腺肥大手術（前列腺常見疾病的手術）的輪候時間會由二零零六年的兩至三年增至二零一五年的四至五年。

10. 如上文第7段所言，我們會增加公共醫療服務的撥款，問題因而會得到一定的紓緩。公營醫療系統過去多年每年平均增加約 1% 的運作效益，未來我們會繼續採取各種措施來提升公營醫療服務以至整體醫療系統的效率及成本效益。我們也會進行各種醫療服務和市場結構上的改革，以期提供更優質的醫療服務（詳情見下開第 19 至第 22 段）。但即使政府增加了醫療撥款、及即使公營醫療界別繼續提升效率及優化服務，我們只能推遲但不能解決服務水平和質素下降的問題。

增加稅率或縮減其他公共服務撥款

11. 人口老化及科技進步令醫療成本上漲，醫療開支因而迅速增長，速度會超越本港的經濟增長－

		二零零四年	二零三三年	增加	每年增長率
人口		6,783,500	8,384,100	24%	0.7%
經濟增長 (本地生產 總值)	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	12,870	34,130	165%	3.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	189,700	407,100	115%	2.7%

		二零零四年	二零三三年	增加	每年增長率
總醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	5.3%	9.2%	74%	2.0%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	678	3,152	365%	5.4%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	10,000	37,600	276%	4.7%
公共醫療 開支	佔本地生產總值 百分率%	2.9%	5.5%	90%	2.2%
	總額(億元) (以二零零五年 價格計算)	378	1,866	394%	5.7%
	人均(元) (以二零零五年 價格計算)	5,600	22,300	298%	4.9%
公共醫療開支佔 總醫療開支的份額		55.7%	59.2%	-	-

12. 不改革醫療制度及融資安排，公營醫療服務水平和質素便會下降。若單靠公帑應付上升的公共醫療開支，以下不理想情況便會出現－

- (a) **增加賦稅**：要以政府收入應付不斷增加的公共醫療開支，公共開支總額到二零三三年須擴大至佔本地生產總值的 **22%**。要支付所需增加的公共開支，政府可能不得不大幅增加薪俸稅及／或利得稅。此舉有違「小政府、低稅制」的原則，亦會削弱本港的經濟競爭力；或
- (b) **削減其他公共服務的撥款**：若公共開支總額維持在本地生產總值的 **20%** 以下，公共醫療開支將由二零零四年佔公共開支總額的 **14.7%** 增至二零三三年的 **27.3%**。其他公共服務得到的撥款比例將無可避免須要相應削減。例如，教育、社會福利和保安在二零零八至零九年度分別佔經常政府開支的 **23.8%**、**17.6%**、和 **11.8%**，將來的比例便可能要縮減。

在公立醫院服務之外的選擇有限

13. 目前，假如大家不想花長時間輪候公立醫院服務，除了選擇不受資助和收費高昂的私家醫院和專科服務外，恐怕沒有太多選擇。現時本港的醫療系統出現了公私營醫療服務嚴重失衡的情況，公營醫療界別主導住院醫療服務，而私營醫療界別則提供大部分門診服務。這導致有限的選擇，而公私營服務提供者之間亦欠缺充份的競爭和合作。

現有安全網未能提供充分保障

14. 現有公共醫療安全網並未能為那些因為罹患疾病而須接受昂貴治療的病人提供足夠保障。特別是來自中等收入家庭的病人，由於他們未能符合目前收費減免或經濟援助機制的入息審查資格，得到的保障更為不足。

未夠重視全人基層醫療

15. 基層醫療服務若能改善，你我都會更健康，更少須要進出醫院，最終減少整個社會對醫院服務的需求。可惜目前不論病人和醫療服務提供者都未能充分重視全人基層醫療及保健推廣。

醫療護理有欠連貫和配合

16. 目前制度下，醫生和病人往往未能建立長久的醫護關係，不同護理層面的服務提供者之間的配合亦未盡完善。我們必須解決這問題，才能為市民提供質素更佳的醫療服務。

醫療制度改革建議

17. 為達致我們對醫療服務的願景，提升全體市民的健康水平，以及解決醫療制度上出現的問題，我們計劃推行以下措施一

- (a) **加強基層醫療服務**：加強預防性護理、減低市民對住院的需求、增進市民健康，長遠達致有效控制整體醫療需求及開支的增長。（見第二章）
- (b) **推動公私營醫療協作**：為市民提供更多高質素，高效率，具成本效益的醫療服務選擇，同時推動公私營醫療界別在服務提供上進一步的良性競爭及合作。（見第三章）

- (c) **發展電子健康記錄互通**：建立電子平台，讓病歷可跟病人走，令市民獲得更優質的醫療服務，並作為落實醫療服務改革的基建設施。（見第四章）
- (d) **強化公共醫療安全網**：維持和改善現時為低收入家庭和弱勢社羣而設的公共醫療安全網，同時為罹患重病而需要昂貴治療服務的人士提供更完善的安全網。（見第五章）
- (e) **改革醫療融資安排**：增加政府撥款之餘，提供輔助融資，確保醫療制度可持續發展，以及支援醫療市場改革。（見第六章至第十三章）

18. 這些建議互為緊扣，缺一不可。為解決醫療制度上的問題，我們不但需要改革現行醫療服務及市場架構，也要改革醫療融資安排以支援服務改革的推行。改革措施將來推行後，我們還須根據措施成效及所得經驗不斷改進。

加強基層醫療服務

19. 若能有效推行基層醫療服務，便可增進市民健康、減少大家對醫院服務的需要。基層醫療不僅限於醫治偶發性疾病，還應包括提供持續不斷、全面和全人照顧的醫療服務，其中還特別着重預防性護理，藉以促進個人身心健康和提升生活質素。為加強香港的基層醫療服務，我們有下列建議－

- (a) **制訂基層醫療服務的基本模式**：為不同年齡和性別病人訂定基層醫療服務，特別是預防性護理的基本服務範圍和準則，以供醫護專業人員及市民參考。
- (b) **設立家庭醫生名冊**：為擔任家庭醫生並向病人提供全面基層醫療的私家醫生進行登記，以供市民參考。
- (c) **資助市民接受預防性護理**：資助不同年齡和性別的市民接受私家家庭醫生的預防性護理。上文19(a)段所述的基本服務模式，可作為這些家庭醫生的參考。
- (d) **改善公營基層醫療服務**：向私營醫療界別購買基層醫療服務，以及在公立診所為低收入家庭和弱勢社羣提供預防性護理。
- (e) **加強公共衛生職能**：加強公共衛生教育、推廣健康生活方式，幫助市民預防疾病，以及發展基層醫療服務和設定服務範圍及標準。

推動公私營醫療協作

20. 公私營協作是指公私營醫療界別攜手提供醫療基礎設施或服務。公私營醫療界別加強協作，可為市民提供更多服務選擇、推動醫療服務提供者之間的良性競爭和合作，確保兩個界別的資源得到更佳運用。公私營協作亦會方便為醫療服務的效率和成本效益訂下基準，以及促進專業醫護人員之間的專業知識和經驗交流。為推動公私營協作，我們會按部就班試行下列措施－

- (a) **向私營醫療界別購買基層醫療服務，以及資助市民在私營醫療界別接受預防性護理**：已於上文第 19(c) 及 19(d)段闡述。
- (b) **向私營醫療界別購買醫院服務**，特別是公營醫療系統內不屬優先範疇的服務，例如非緊急或選擇性療程。
- (c) **以公私營協作模式發展醫院**，特點是可在同一地點共設公營及私營醫院設施，方便協調規劃和共用設施。
- (d) **設立多方合作的卓越醫療中心**，匯聚本地公私營界別和境外相關專科的頂尖專才，以及公私營界別的專家，一同為市民提供更佳服務。
- (e) **委聘私營界別醫生在公立醫院服務**，特別是委聘提供第三層和特別醫療服務的私家醫生在公立醫院以兼職形式服務，以鼓勵專業知識和經驗的交流。

發展電子健康記錄互通

21. 發展一套全港電子健康記錄互通系統，對加強醫療服務的連貫，以及改善不同醫療服務之間的配合至為重要，病人將能從中受惠。這系統也是落實醫療制度改革所必須的基礎設施，特別有助加強基層醫療服務及公私營協作。我們會充分利用醫院管理局目前的電子健康記錄系統作為基礎。為推動這項措施，政府將扮演主導角色。我們已成立電子健康記錄互通督導委員會，成員包括公私營醫療界別的專業醫護人員。委員會的工作包括－

- (a) **考慮撥款資助**發展電子健康記錄互通基建所需的資本投資。
- (b) **讓私營界別取得公營界別電子健康記錄系統的相關技術**，以推動私營界別電子健康記錄系統的進一步發展和應用。

- (c) **考慮提供其他財政資助**，協助私營醫療界別發展和應用電子健康記錄系統。
- (d) **研究如何向病人和服務提供者推廣健康記錄互通的優點。**

強化公共醫療安全網

22. 我們的公營醫療系統會繼續作為全港市民(特別是那些因經濟困難而無法負擔醫療服務的人士)的基本安全網。政府會一如既往，繼續設置收費減免機制及施行其他經濟援助計劃，為綜援受助人、低收入家庭和弱勢社羣提供安全網。假如我們能夠改革融資安排，成功紓緩公營醫療系統的資源壓力，便應有餘力進一步強化公共醫療安全網。具體而言，可考慮以下方案—

- (a) 加強現有服務或向私營醫療界別購買服務，以**縮短公立醫院服務的輪候時間**。
- (b) **改善標準公共服務的涵蓋範圍**，特別是把新藥物及新治療方法納入公共醫療安全網，以及採購新醫療設備。
- (c) **探討「個人醫療費用上限」的構思**，讓罹患重病而需要昂貴醫療的病人，在其醫療費用超逾上限時得到經濟援助，令他們可免陷財政困難。
- (d) **向撒瑪利亞基金注資**，以額外撥款形式，通過該基金資助有需要但經濟有困難的市民，使他們得以享用某些標準公共服務以外的醫療服務。

改革醫療融資安排

23. 正如上文第9段所述，雖然我們會增加撥款、繼續提升效率和改革服務和市場結構，仍然不能保證醫療制度能夠應付人口老化和醫療成本上漲的挑戰而可長期持續發展。若我們不改革醫療融資安排，到了二零一二年左右，政府的撥款便不足以應付預計整體社會的醫療需要。其他發達經濟體系的經驗顯示，他們的總醫療開支與公共醫療開支可膨脹至分別佔其本地生產總值高達 8-15%與 6-8%。鑑於香港過往在控制公共醫療開支及提高醫療系統效率方面有較佳的紀錄，所以我們未能確定到底這個經驗對香港的情況有多適用。但根據以上經驗推算，如不改革現行的融資安排，到了二零三三年，本港的總醫療開支與公共醫療開支便可能由二零零四年分別佔本地的生產總值 5.3%與 2.9%，增至高達 9.2%與 5.5%。

24. 顯然，我們在改革醫療服務和市場結構之外，也有必要改革醫療融資安排。由於政府撥款會繼續是主要融資來源，我們需要的是一個醫療輔助融資來源，以輔助政府撥款，加強應付不斷增加的醫療需求的能力，以及持續推行上文第 19 至 22 段所述的醫療服務改革建議，繼而最終能進一步改善醫療服務。

可供考慮的輔助融資方案

25. 除了研究維持現行撥款模式，繼續以政府收入（包括加稅）來應付不斷增加的醫療開支外，我們曾借鑑其他經濟體系的經驗，探討各種可供香港市民選擇的輔助融資方案。在第一階段諮詢，我們不打算推介任何一個方案，而是希望大家就以下不同方案的利弊發表意見—

- (a) **社會醫療保障**：規定有工作人士把佔收入的某個百分比的金額用作醫療供款，以支付整體人口的醫療開支。
 - (b) **用者自付費用**：提高公營醫療服務收取的費用。
 - (c) **醫療儲蓄戶口**：規定某個特定組別的市民存款於個人醫療戶口以累積儲蓄（包括可用作投資），用以支付自己日後的醫療開支，包括保費（如果他們有投購私人醫療保險）。
 - (d) **自願私人醫療保險**：鼓勵更多人自願購買市場上提供的私人醫療保險。
 - (e) **強制私人醫療保險**：規定某個特定組別的市民參加受規管的私人醫療保險計劃，作為他們自己的醫療保障。
 - (f) **個人健康保險儲備**：規定某個特定組別的市民把部分收入存入個人醫療戶口，一方面用作在退休前和退休後均參加受規管的強制醫療保險計劃，另一方面則通過累積儲蓄（包括可用作投資），以支付他們自己退休後的醫療開支包括保費。
26. 每項方案各有利弊，市民如何取捨，很大程度上取決於大家的社會價值觀—
- (a) **融資的穩定性和可持續性**—我們大家都希望我們的醫療制度能持續不斷為整體市民和我們的下一代提供優質醫療服務。輔助融資方案是否有效確保醫療制度有穩定的融資安排作可持續發展，並能持續不斷為整體市民和我們的下一代提供優質醫療服務？

- (b) **獲取醫療服務的方式** – 假如你要為輔助融資供款，你會否希望你的供款用以支付全體市民（包括你自己）按需要通過輪候和分流獲取的醫療服務？還是你希望你的供款會用作令你得到更直接快捷的服務？
- (c) **風險匯集及分擔** – 你是否希望有其他人和自己一同分擔因患病引致的財務風險，讓自己在患病時得到其他健康市民資助醫療費用？這自然意味着你健康時會需要資助當時患病的市民。輔助融資方案是否有這種效能？
- (d) **財富再分配** – 現時由納稅人支付的公共醫療服務已經是一種財富再分配。你認為輔助融資安排應否進一步要求收入較高者為醫療多付，用以資助收入較低的人士？資助程度怎樣才合適？抑或你認為醫療輔助融資安排不應是一項稅項或是通過類似機制進行？
- (e) **服務選擇** – 輔助融資方案是否能有效推動市場發展更直接快捷、更切合你個人選擇的醫療服務（例如選擇醫生／服務提供者、醫護設施、治療方式等）？
- (f) **促進市場競爭和效率的能力** – 輔助融資方案是否能有效建立一個合適的市場機制來推動醫療服務提供者之間的進一步良性競爭、提升價格透明度，以及提高醫療服務的效率和成本效益？
- (g) **使用率和成本控制** – 濫用醫療服務和醫療成本增加會導致醫療服務費用更加高昂。在這情況下，我們需要有一個能鼓勵善用醫療資源及有效控制醫療成本的機制。輔助融資方案是否有這種效能？
- (h) **運作成本** – 某些融資方案具備一些優點，譬如能夠提供更多選擇或引入更多競爭（例如保險或儲蓄），但卻會惹生行政費用或其他交易成本。在這情況下，輔助融資方案的運作成本有多高？

27. 我們必須強調，不同的醫療融資方案各有利弊，難求十全十美，須按上述因素權衡取捨。海外經驗亦顯示，每個經濟體系的醫療制度和融資安排都按各自獨特的背景和情況而制訂，以切合本身需要。因此直接將海外的模式套用到香港並不可行，亦不可取。

28. 下文表 1（第 xiv 頁）根據上文第 26 段各項因素，扼要地對維持現行融資模式和各個融資方案在多個方面（**獲得醫療服務的方式、服務選擇、促進市場競爭／**

效率的能力、融資的穩定性和可持續性、使用率和成本控制、運作成本、風險匯集及分擔，以及財富再分配）作評估和比較。表 2（第 xvi 頁）則載述我們對各個融資方案下的不同供款人士及方案對不同組別人士影響的分析。而表 3（第 xix 頁）則扼要列出各項融資方案的利弊。

輔助融資的財政資助

29. 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。

30. 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。舉例來說，這些措施可包括稅項扣減、啟動資金，或其他方式的直接資助。

31. 我們必須強調，公營醫療系統仍將繼續提供醫療安全網，為全體市民提供一個方便可靠並且可以負擔的醫療服務。這個安全網對於那些願意為自己健康承擔更大責任的市民而言，仍然會在他們有需要的時候，發揮作用。

徵詢意見

32. 我們需要你的支持，才能實踐醫療改革的願景。請於**二零零八年六月十三日或之前**，以下列方式提出你對這份諮詢文件的意見。如不希望我們刊登你的意見，又或希望以不記名方式發表意見，請清楚說明。除非另有指明，否則所有意見均視作公共資訊處理，日後可能會被刊登。

郵寄： 香港中環花園道
美利大廈 19 樓
食物及衛生局

傳真： (852) 2102 2525

電郵： beStrong@fhd.gov.hk

網址： www.beStrong.gov.hk

表 1 輔助融資方案及現行融資模式的比較

	融資的穩定性和可持續性	獲取醫療服務的方式	風險匯集／分擔	財富再分配
政府撥款 (現行模式)	受財政狀況的波動影響；長遠不能持續	按需要並通過分流及輪候而獲得服務	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	高收入者須支付較高費用和資助低收入者
社會醫療保障	頗為穩定，但工作人口縮減便不能持續；使用量增加時須徵收較高的供款以持續提供融資	容易獲取與否視乎保險計劃的設計而定(例如是否全民受保)	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	高收入者須支付較高費用和資助低收入者
用者自付費用	融資不持久	使用較多服務者須支付較高費用	不能分擔風險(健康欠佳者支付較高費用)	不論收入高低，用者支付相同費用
醫療儲蓄戶口	提供龐大及持久的潛在融資來源，但融資注入則不穩定，亦難以預計金額	使用較多服務者會動用較多儲蓄	不能分擔風險	不適用
自願醫療保險	投購人數既難預料而融資來源亦不穩定；不大可能成為龐大及持久的輔助融資來源	有投保者較易獲取服務	在某程度上共擔風險(健康欠佳者或較高風險組別人士支付較高費用)	不適用
強制醫療保險	相當穩定；使用量增加時須徵收較高的供款以便持續提供融資	容易獲取與否視乎保險計劃的設計而定(例如是否強制全民投保)	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用
個人康保儲備	儲蓄可提供持久的融資來源；醫療系統亦可通過保險獲得持久穩定的儲蓄款額	視乎儲備計劃的設計而定(有投保和有儲蓄者較易獲取服務)	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用

表 1 輔助融資方案及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	使用率／ 成本控制	運作成本
政府撥款 (現行模式)	少選擇	不能促進競爭或 效率	通過供應及抑減 財政預算作出有 效控制	低
社會醫療 保障	有若干選擇	向不同的提供者 購買服務，有若干 競爭	因供款者需求增 加，或未能有效控 制	中等
用者自付 費用	有若干選擇	不能促進競爭或 效率	非常有效控制，但 可能導致較需要 醫療服務者獲得 較少的服務	低
醫療儲蓄 戶口	有若干選擇	對促進競爭和效 率起若干作用	如費用由病人承 擔，費用在某程度 上可予以有效控 制	中等，但可以利用 強積金的框架予 以減低；仍須支付 發放款項的行政 費
自願醫療 保險	有較多選擇	對促進競爭和效 率起若干作用	控制相當低	高
強制醫療 保險	有較多選擇	如投保人眾多，可 促進競爭及效 率；有助支援市場 改革	控制較低，但投保 人數較多的保險 機構較能控制道 德風險問題，亦有 較大議價能力	中等
個人康保 儲備	有較多選擇	如投保人數眾 多，可促進競爭及 提高效率；有助支 援市場改革	控制較低，但投保 人較眾多的保險 機構較能控制道 德風險問題，亦有 較大議價能力	中等，但可以利用 強積金的框架予 以減低；仍須支付 處理申索的行政 費

**表 2 輔助融資方案及現行融資模式的供款人士
及這些方案及模式對不同組別人士的影響摘要**

	供款人士	不同組別人士所受影響
政府撥款 (現行模式)	<ul style="list-style-type: none"> 納稅人(收入越高繳稅越多) 	<ul style="list-style-type: none"> 所有市民經輪候和分流後均可公平獲得資助醫療服務 有能力負擔但不能久等的人士可使用不受政府資助的私營醫療服務 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 長遠而言，無法持續提供融資會令所有市民受影響，特別是需要倚賴公營醫療系統照顧的高風險組別人士，如長期病患者和長者等
社會醫療保障	<ul style="list-style-type: none"> 在職人口(收入越高供款越多) 僱主(如須供款) 納稅人(資助公營醫療系統的開支) 	<ul style="list-style-type: none"> 所有市民可通過醫療社保公平獲得醫療資助 有能力支付較高分擔費用的人士可選擇若干私營服務 以高收入者的供款來資助低收入者和弱勢社羣 整體醫療服務使用率上升時，供款人士亦須增加供款
用者自付費用	<ul style="list-style-type: none"> 需要使用醫療服務的病人(使用的服務量越多費用越高) 納稅人(資助公營醫療系統的開支) 	<ul style="list-style-type: none"> 身體較健康的市民無須多付費用 有能力負擔較高費用的人士可使用不受資助的私營醫療服務 需經常使用醫療服務的高風險組別人士(如長期病患者和長者等)須繳付更大筆的費用 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 長遠而言，無法持續提供融資會令所有市民受影響，特別是需要倚賴公營醫療系統照顧的高風險組別人士
醫療儲蓄戶口	<ul style="list-style-type: none"> 須按規定參加醫療儲蓄戶口計劃的指定組別人士(視乎計劃的設計而定，收入越高者會在其戶口存入越多款項) 僱主(如須供款) 納稅人(資助公營醫療系統的開支) 	<ul style="list-style-type: none"> 參加儲蓄計劃者會有資金照顧日後的醫療需要，特別是在他們退休後 患病而須支付高昂醫療費用的人士相信不會有足夠存款應付其醫療需要，因而須再依賴安全網 身體較健康人士的醫療需要較低，因而會在其遺產中留下數額可觀的存款 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 醫療儲蓄存款相信不能大幅減輕市民對公營醫療服務的需求，而且不能為公營醫療系統提供資金，因此相信不會令需要倚賴公營醫療系統的人士，特別是高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠

表 2

輔助融資方案及現行融資模式的供款人士
及這些方案及模式對不同組別人士的影響摘要(續)

	供款人士	不同組別人士所受影響
自願醫療保險	<ul style="list-style-type: none"> • 自願購買保險者(高風險人士保費較高) • 僱主(如有向僱員提供醫療保險的僱主) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支) 	<ul style="list-style-type: none"> • 投保人可享有較佳醫療保障，並可使用私營醫療服務 • 高風險組別人士(如長期病患者和長者等)未必獲得承保或須繳付高昂保費 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 投保人可獲得更多服務的選擇，而沒有投保者的選擇則並無增加 • 部分投保人轉往私營醫療界別求醫，或會減輕公營醫療系統的壓力，令需要倚賴公營醫療系統的人士，特別是高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠 • 參加者使用率上升時，會使保費增加 • 長遠而言，無法持續提供融資會影響未受保人士，特別是需要倚賴公營醫療系統照顧的高風險組別人士
強制醫療保險	<ul style="list-style-type: none"> • 須按規定參與強制保險的指定組別人士(視乎保險計劃的設計而定，所有人繳交相同數額的保費) • 其他自願參與保險的人士(視乎保險計劃的設計而定) • 僱主(如有向僱員提供醫療保險的僱主) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支) 	<ul style="list-style-type: none"> • 投保人可享有較佳醫療保障，與其他投保人分擔財政風險，並可使用私營醫療服務 • 高風險組別人士(如長期病患者和長者等)將可通過繳付按羣體保費率收取的保費及規管承保人的條款(包括不得不承保參加者在投保前已有的病症及須連續承保)，享有醫療保障 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 投保人可獲得更多服務的選擇，而沒有投保者的選擇則並無增加 • 投保人轉往私營醫療界別求醫或要求由保險支付公營醫療服務費用，將減輕公營醫療系統的壓力，令需要倚賴公營醫療系統的人士，包括高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠，而且受惠程度相信遠較自願保險為多 • 參加者使用率上升時，會使保費增加

**表 2 輔助融資方案及現行融資模式的供款人士
及這些方案及模式對不同組別人士的影響摘要(續)**

	供款人士	不同組別人士所受影響
個人康保儲備	<ul style="list-style-type: none"> • 須按規定參加個人保健儲備計劃的指定組別人士(視乎計劃的設計而定,收入越高者在其戶口存入越多款項,但所有人繳交相同數額的保費) • 僱主(如須供款或向僱員提供醫療保險) • 納稅人(資助公營醫療系統的開支) 	<ul style="list-style-type: none"> • 參加者會有資金照顧日後的醫療需要,特別是在他們退休後,而且亦會享有醫療保障,亦可與其他投保人分擔財政風險以享有醫療保障,並可使用私營醫療服務 • 高風險組別人士(如長期病患者和長者等)將可通過繳付按羣體保費率收取的保費及受規管的條款(包括不可不承保參加者在投保前已有的病症及須連續承保),享有醫療保障 • 低收入者和弱勢社羣繼續由納稅人資助的公營醫療系統照顧 • 投保人可獲得更多服務的選擇,而沒有投保者的選擇則並無增加 • 參加者轉往私營醫療界別求醫或要求由保險支付公營醫療服務費用,將減輕公營醫療系統的壓力,令需要倚賴公營醫療系統的人士,包括高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠 • 參加者使用率上升時,會使保費增加 • 參加者能為自己開拓新的資金來源應付日後的醫療需要,從而減輕公營醫療系統的負擔,令需要繼續倚賴公營醫療系統的人士,包括高風險組別人士、低收入者和弱勢社羣受惠

表 3 輔助融資方案及現行融資模式的利弊摘要

	利	弊
政府撥款 (現行模式)	<ul style="list-style-type: none"> • 同等的醫療服務 • 行政簡單，行政費較低 • 高收入者資助低收入者 	<ul style="list-style-type: none"> • 加稅和擴大政府財政預算 • 工作人口不斷縮減，增加下一代的負擔 • 助長過度依賴以公帑大幅資助的公營醫療服務 • 令公私營醫療失衡問題進一步惡化，並導致公私營界別之間欠缺充分競爭 • 欠缺誘因鼓勵市民善用以公帑大幅資助的公營醫療服務 • 無助提高公營醫療界別的效率及成本效益 • 醫療服務選擇不多 • 融資不能持久
社會醫療保障	<ul style="list-style-type: none"> • 同等的醫療服務 • 融資更為穩定 • 高收入者資助低收入者 • 提供若干服務選擇：視乎保險計劃的設計而定，或可同時包括公私營醫療服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 等同新稅種 • 工作人口不斷縮減，增加下一代負擔 • 助長過度依賴以公帑大幅資助的醫療服務 • 欠缺誘因鼓勵市民善用以公帑大幅資助的醫療服務 • 難以控制醫療服務的使用率 • 可能助長不善加使用醫療服務的風氣 • 供款比率會因人口老化、工作人口減少而不斷增加 • 導致行政費 • 可選用的醫療服務受計劃規限
用者自付費用	<ul style="list-style-type: none"> • 有效鼓勵市民善用醫療服務 • 加強個人承擔健康責任的意識 	<ul style="list-style-type: none"> • 不設風險共擔成分，使低收入者和弱勢社羣負擔過重 • 無法作為重要的輔助融資來源 • 增加安全網機制的運作成本
醫療儲蓄戶口	<ul style="list-style-type: none"> • 儲為己用 • 個人建立積蓄以為應付日後的醫療需要 • 減少下一代負擔 • 加強個人承擔健康責任的意識 • 鼓勵善用醫療服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 不設風險共擔成分 • 輔助融資來源並無保證 • 措施本身不能促進市場改革，特別是無助解決公私營醫療失衡的問題 • 退休前可動用儲蓄，有違備留存款以支付日後醫療開支的用意 • 導致行政費用 • 凍結龐大財源

表 3 輔助融資方案及現行融資模式的利弊摘要(續)

	利	弊
自願醫療保險	<ul style="list-style-type: none"> • 個人可選擇共擔風險 • 提供更多服務選擇 	<ul style="list-style-type: none"> • 對高風險組別人士來說費用高昂 • 「逆向選擇」導致高昂保費(意指投保者多是較可能索償者) • 承保範圍或不包括參加者在投保前已有的病症 • 不保證續保，尤以年老時為然 • 如不規管，消費者所得保障有限 • 對醫療服務的使用率及成本監管不足 • 或會助長不善加使用醫療服務的風氣 • 保費會隨個人年齡和患病情況增加 • 未能協助個人儲蓄以應付日後的醫療需要 • 導致行政費和其他保險有關費用 • 未能減輕公營醫療系統的壓力 • 輔助融資數額難料及不足應付所需
強制醫療保險	<ul style="list-style-type: none"> • 保證風險共擔，避免作出風險甄別／逆向選擇 • 保證接受投保和續保 • 按羣體保費率收取較相宜的保費 • 規管保險，加強對消費者的保障 • 服務選擇更多 • 減輕公營醫療系統的壓力 • 融資穩定 	<ul style="list-style-type: none"> • 導致行政費用及其他保險有關費用 • 導致規管成本 • 未能協助個人儲蓄以應付日後的醫療需要 • 或會助長不善加使用醫療服務的風氣 • 保費會隨個人年齡和患病情況增加
個人康保儲備	<ul style="list-style-type: none"> • 兼具上述醫療儲蓄戶口及強制私人醫療保險的好處 • 儲蓄及保險並行：提供風險共擔成分，並可為日後備留存款 • 融資穩定和持久 	<ul style="list-style-type: none"> • 需就保險及儲蓄支付行政費用及其他費用 • 導致規管成本 • 或會助長濫用醫療服務的風氣 • 保費會隨個人年齡和患病情況增加