

香港中環花園道
美利大廈 19 樓
食物及衛生局

食物及衛生局局長
周一嶽 SBS 太平紳士台鑾：

醫療改革建議書

貴局一直致力於管理及提供優質醫療服務，卓有成效。社會各界人士對 貴局的工作交口稱譽，國際上高度肯定香港的醫療質素，作為香港人，對此與有榮焉。筆者同時相信， 貴局的服務將會繼續得到極高的評價。

誠如 貴局提供的諮詢文件顯示，未來二、三十年間人口老化問題將對香港的醫療政策造成深遠的影響。到了 2033 年，香港人口之中，每四人便有一人為 65 歲以上長者。因此，政府及社會各界人士均認為現時乃適當時機須就全民退休保障問題訂下長遠而妥善的政策。當中，「醫療融資」問題為退休保障政策中最需要妥善處理的一部份。

處於長者對公共醫療服務需求愈來愈大的情況下，公共醫療福利開支日益增加。因此，政府在 2008-2009 年度財政預算案上宣佈，在財政儲備中預留 500 億元以推動醫療改革。筆者認為雖然 500 億元為一筆可觀的款項，但該筆款項乃政府多年來儲蓄的資本，故應該謹慎運用於可持續發展的政策之上。因此，筆者特應 貴局的諮詢要求，來函就醫療融資方案提供建議，祈可為政府及社會人士提供一個有利公共醫療福利的方案，並得到 貴局採納當中的建議。

本文的意見，主要根據以下兩大原則而提出：

1. 繼續保持現有醫療制度的優質服務水平
2. 政府資源應運用於可持續發展的政策之上

此外，本文亦會考慮到政府力主「構建和諧社會」的理念，以求可以達到既可協調民意而又行之有效的綜合意見。

（註：政府公布的醫療融資諮詢文件共推出了六個方案，當中某些方案是結

合其餘方案的元素而組成，例如「個人康保儲備」方案，便結合了「醫療儲蓄戶口」及「強制醫療保險」兩個方案的元素。與此同時，政府亦曾表示社會公眾提出意見時不必囿於該六個建議方案。所以筆者在提出建議時，將就個別元素分別作出評論，而不根據諮詢文件提供的六個方案作出比較及評論。）

（事實上，六個方案之間並非絕對矛盾。部份方案內的建議其實可以與其他方案合併。例如近似徵稅模式的醫療社保方案及個人自願保險方案便可以結合實行。筆者認為，有必要將部份方案內的主要元素分崩離析地抽出，評以利弊。如此安排將較具靈活性，並容易找出更適合香港未來發展的最終方案。）

「強制性醫療保險」得不償失

現時社會各界所討論的各項醫療改革措施之中，其中一項為「強制性醫療保險」（下稱「強醫保」）。根據該建議所述，政府應立法強制所有或大部份香港居民購買醫療保險，以待市民萬一患上危疾時所涉及的龐大醫療費用如手術費等，可運用保險賠償支付醫療費用。

筆者認為，該建議表面上保障市民有能力支付龐大的醫療費用。但如深入考慮該建議，則發現該建議存在各項問題：

1. 不能實際保障市民支付醫療費用

大部份醫療保險賠償為一次性賠償，然而，多項危疾的治療需要患者多次接受手術及長期護理，當中涉及的費用龐大而且並非一次性，一次性賠償不能實際抵銷沉重的醫療負擔。

而且，當用家因患上危疾而領取第一筆賠償後，保險公司不會再與該用家續保。即使政府立法規定保險公司不能拒絕續保，保險公司訂出的條件必定非常苛刻。

醫療保險計劃的保障範圍及賠償額，乃根據所付出保費數額多少來釐定。一般來說，保額愈大，保障愈廣，賠償額亦愈高。由此可見，如用家購買保額過低的醫療保險，保障將不夠全面，實際意義不大。但如保費過高，將對大部份中、低層市民造成沉重的經濟負擔。

2. 不符合經濟效益

香港的保險服務業包括醫保，業務發展早已成熟。據保險業統計顯示，

去年(按：指2006年至2007年)約有一百六十萬市民自願購買醫療保險，另有一百四十萬市民則因公司保險福利而受惠。¹兩項合計，約有300萬人已購買醫療保險。在自由競爭的經濟模式下，用家得到頗具吸引力的保險服務，當中包括保費優惠及回贈、具吸引力的賠償金額及全面的保障範圍等。此外，作為一項有助招聘的公司福利，僱主也需購買較高質素的保險服務才能作為吸引人材。

但如政府實行強制性醫療保險計劃，以上兩項優點將會消失。在需求必定充裕的情況下，保險公司不必利用較具吸引力的條件來吸引用家購買醫療保險服務，長遠必定使保險服務質素下降。由於需求很大，前景穩定，保險公司不必致力於縮減成本以增加公司盈利。長遠而言，強醫保政策必定會使行政管理費用高昂(最終大部份管理費用將反映在保費之上)，不符合經濟效益。

以上兩種情況，一如實施「強制性公積金制度」所產生的問題。現行強制性公積金制度之下，最為人垢病者，乃基金公司的管理費用高昂，而且幾乎全數由用家承擔。在「強制性」的限制之下，基金公司缺乏減輕運作成本的動機，亦不會為用家爭取最大的回報。以保本基金及貨幣市場基金的回報為例，兩者的回報率僅得2.9%，肯定追不上通脹。²可見，任何強制性的政策必須以「可免則免」為原則，強制性的政策愈多，壞處愈多。香港既實行自由經濟模式，這一模式不應受到破壞。

僱主方面，由於政府強制僱員購買醫療保險，經過一段時間後，大部份僱員都已花了自己的錢購買了醫保，僱主缺乏誘因替員工另行購買。此舉無疑將現行僱主單方面提供的醫療福利轉嫁到僱員身上。即使部份公司願意替僱員購買醫保，也未必比僱員本身擁有的醫保住佳，而僱員又未必願意放棄公司提供的醫療福利，最終只會因僱主及僱員重複購買而造成浪費，在通脹持續的情況下，最終只有保險公司成為唯一得益者，在政府而言，病人是否擁有兩份醫保對政府而言都是一樣的，政府只能從病人的其中一份醫保收取醫療費用。

而且，至今仍沒有實證研究顯示醫療保險可以改善醫療服務問題，公共事務專家盧子健指出：

「……並沒有實證研究令我們相信，把更多資源放到私營醫療上就能夠令市民得到更佳的醫療服務。

¹ 參閱附件一：年輕人保費料調高

² 參閱附件二：強積金投資年均回報9.9% 進取股票基金去年回報逾30% 保本跑輸通脹

「同一樣邏輯，把額外的融資先放到保險公司的口袋裏，然後再用來支付服務提供者，也沒有實證研究令我們相信這樣做會令市民得到更佳的醫療服務。尤其是在強積金制度所出現的基金收取過高行政費用現象，令人有更多顧慮……」³

3. 加深貧富懸殊

據資料顯示，本港貧富懸殊問題日益嚴重，用以計算貧富懸殊程度的堅尼系數已達到 5.33 水平，⁴表示本港貧者愈貧的情況惡化。現時，本港存在龐大的綜援人口及低收入人口，而月收入徘徊於一萬元上下的中、下層人士亦為數不少，強制性醫療保險對於「少一分錢就是少一分錢」的他們，必定造成沉重的經濟負擔。而且，由於中、下層人士當前可運用的收入減少，變相等於政府加稅，將助長貧富懸殊問題惡化。

據專家分析，強醫保如得以實行，保險公司將會向年青人收取較高的保險費用，⁵等於削減了年青人的儲蓄及投資能力。此外，強醫保亦使中、下層人士難以抵抗通脹壓力，這與政府協助市民抵抗通脹壓力的政策互相矛盾。

對於政府可就強制性醫療保險計劃訂下「安全網」的補救方案，如月入不過某數額的在職人士可豁免購買醫保。不過，社會擔心此舉將造成社會階層分化的問題，低收入人士與高收入人士待遇不相同，權利及義務不能公平地共同分擔。而且，政府不論如何釐定需要供款的月入界線，市民都會覺得不公平。不論月入 10000 元或月入 15000 元的僱員，總會認為自己收入不足。這是香港的實際民情。

部份人士認為，政府可運用當前 500 億元儲備，補貼低收入人士或中、下層人士購買醫療保險。然而，如筆者前文所述，500 億元儲備應投放於可持續發展的政策之上，如果把 500 億元儲備視作一種補貼金，變成一項單向支出，500 億元終將有消耗淨盡的時候。而政府又須建立審批補貼金的審查制度，行政支出必定龐大，屆時所造成的資源浪費不免又轉嫁到中、下層人士身上（如需繳交行政手續費用等）。

其實，正如經濟學家林本利先生所指，大部份市民懂得為自己的將來打算，加上強積金，前景並不如部份人士所估計那般嚴峻：

「自從 2000 年底開始強積金計劃後，僱主及僱員每月需要把合共 10% 的收入

³ 參閱附件三：醫療改革：錢往哪裏去？

⁴ 參閱附件四：貧富懸殊惡化 堅尼系數 0.533 新高

⁵ 參閱附件一：年輕人保費料調高

作為供款，存入強積金戶口內，現在強積金戶口總額已超過 2600 億元。再看看銀行的數以萬億元的存款總額及其他投資金額總值，便知道很多市民已經未雨綢繆，為未來退休生活及醫療開支作出準備……」⁶

政府固然是應該為市民及社會的將來憂慮的，但在本港嚴重的貧富懸殊背景下，政府應讓貧者有更多流動資金使用，對於「草根階級」、「低中產階級」人士而言，10%薪金供款已是一個沉重的負擔，更何況要強制性供保險費呢？

4. 公共政策不應對某行業產生獨有利益

從營商的角度看，實行全民強制性醫保等於替保險業界開闢近乎百份之一百的醫保經營市場。大量資金流入保險業界，等於變成一項獨有利益。而用家所得到的保險賠償金，一大部份會流入私營醫療機構，這對於其他行業並不公平。

從邏輯上舉例來說，運動對身體有益，可以延緩身體機能老化，減少患上危疾的風險，有助減低公共醫療需求的負擔。然而，政府不會實施強制性制度，要求市民每星期到健身院兩次，進行政府所規定的健身運動，並留下記錄以供檢查。假設「強制性健身制度」一經實行，不難預料健身院必定愈開愈多，收費也只會居高不下。

以上例子看來當然荒謬不經，但在同一邏輯底下，強制市民購買醫保一樣屬於荒謬的政策。

本質上，購買強制性醫療保險服務與參與強制性公積金計劃不同。「強制性公積金」既是一種儲蓄，也是一種具增長性的基金投資。用家投放的資金以累進的形式增長（俗稱「愈滾愈大」），其回報率乃根據用家所願意承擔的風險來決定。但強制性醫療保險服務對投入的保費沒有或不具太大的增長性，沒有回報率或僅有極低的回報率，使用者的資本在持續通脹的情況底下，經過一段長時期如二十年後，便大為貶值。當中，由於保險公司可運用廣大使用者的資金作出投資，最終保險公司將獲得極大益處。相反，市民只能獲得吸引力較低的保險服務。

一項公平良善的公共政策，應致力平衡社會各界各方面的利益，而非獨惠於如銀行、金融及保險等行業。

而且，當醫保成為強制性制度，私營醫療機構自然會因該制度獲得固定

⁶ 參閱附件五：林本利：醫療改革 不單是錢的問題

而較現時豐厚的收益。私營醫療機構壯大，對公營醫療部門沒有好處。表面上部份病人將分流到私營醫療機構之上，減輕負擔，但公營醫療部門也將喪失一直以來優良而可靠的信譽。倘若部份病人因種種原因，或觸犯保險合約條款而不獲發賠償金（以現時醫保爭議愈來愈多的情況而言，將來同類事件只會更多），病人將會歸咎於政府政策剝奪香港市民的基本醫療權利。

以實際優惠鼓勵市民自願購買醫保

審察強制性醫療保險的建議內容，產生問題的關鍵在於「強制性」之上。「強制性」使有關建議產生不符合經濟效益、加深貧富懸殊、市民供款追不上通脹而貶值、對其他行業不公平及使保險業界獲得獨有的龐大利益等問題。筆者相信，大部份香港居民不會喜歡及接受強制性醫保之建議。

關於市民對保留生活及財政自由的意願，以及市民不願受強制性制度綁縛的基本願望，可以參見經濟分析家林本利先生的文章而得到啓示：

「筆者一向認為，絕大部分的香港家庭都懂得為自己及家人日後的退休生活，包括醫療支出，作出準備。根據一些估計，香港人的儲蓄率超過三成，即每月收入兩萬元的家庭，平均有超過 6000 元是儲蓄起來。」

「此外，因應不同家庭的需要和喜好，港人有不同的儲蓄方法。有人會將儲蓄投資在房地產方面，有人投資在兒女教育上，有人喜愛購買股票、基金或者其他金融產品。近年港人對個人身體健康較前關注，願意花費及花時間在各項運動及健身活動上。花費在購買保健及健康產品上的支出，每年估計數以十億元計。」

「因此，任何強制的醫療融資制度，相信很難獲得市民的支持。特別是中產階級，他們已經為個人健康作出努力和準備，政府為何還向他們打主意呢？一些不注重個人健康以及不為將來生活作準備的人，反而可以豁免供款，由納稅人繼續大幅度補貼，去享受低廉的醫療服務，這實在難以令人信服。」⁷

可見，低收入人士既不甘受綁，也無能力抽出部份收入購買醫療保險，但若政府以強制性制度規定所有市民購買醫保，又將使中產人士承擔大部份成本，可謂兩邊不討好。

鑑於醫療保險本身有分擔風險的優點，即使一次性賠償未必能應付長期及危疾病患的醫療費用，但對解決突發性的醫療費用負擔仍有一定作用。有見及此，政府應以鼓勵的形式，鼓勵及補助社會大眾購買醫保。關於這一點，可以參閱林本利先生的建議：

⁷ 參閱附件六：林本利：強制醫療融資 難獲市民支持

「筆者一直強調，面對人口老化所帶來的額外醫療支出，政府必須三管齊下，包括增加公營醫療收費，鼓勵市民購買醫療保險，以及善用私營醫療服務。現時醫管局的收費只佔成本的 5%，政府需要補貼 95%，這自然吸引市民使用公營醫療服務，放棄使用私營服務及購買醫療保險。」

倡推行自願醫保制度

「筆者主張推行自願的醫療保險制度，讓市民可以選擇接受政府的直接津貼，或者透過稅務上的寬減，購買醫療保險。投保者可以選擇公營或私營的服務，也可以選擇基本或優質服務。」

「為了吸引市民購買保險及使用私營服務，醫管局須逐步調高收費至收回成本兩成或三成，並且為每個家庭的每年醫療支出設定上限（例如是佔收入的 6%），以免醫療支出成為沉重的家庭負擔。換言之，低於上限的醫療支出，由市民直接支付，或者透過保險公司支付。超出上限的支出，則由政府全數承擔。」

「政府今年的財政預算案為醫療融資計劃預留 500 億元，正好用作津貼市民購買醫療保險……」⁸

此外，公共關係專家盧子健先生亦認為：

「如果政府真的擔心公共醫療開支佔政府開支的比例有一天會達到過高的水平，最簡單的方法是設立個人醫療儲蓄制度，並以政府的額外盈餘作為輔助，然後在此基礎上按各種公共醫療服務的單位成本的比例逐步提高收費。在此制度下，有經濟能力的市民就真的會在公營和私營的醫療服務中考慮它們的衡工量值和個人要求來作選擇，而經濟能力較差的市民就應該可以繼續享用價廉物美的公營醫療，政府豁免收費的大部分……」⁹

以稅項優惠鼓勵市民自行購買醫療保險的方式在國際上已有先進國家正在實行。以澳洲的經驗來說，現時澳洲政府為鼓勵國民購買私人醫療保險，凡購買者均可享有三成的退稅優惠。¹⁰而且，政府規定所有醫療保險公司不可根據風險揀選客戶，亦不可拒絕高風險人士的續保申請或者收取較高保費。

澳洲是世界上國民生活質素最高的國家之一。舉世皆知，澳洲人民熱愛國家，親善待客，贏得世人極佳的印象。澳洲人民熱愛國家的原因，正是當地政府尊重人權，重視福利，也因此並沒有以強制性的方式要求人民承擔高度的醫療風險。相反，當地政府透過極具吸引力的退稅優惠，鼓勵人民購買醫保，一方面尊重人權，人民仍有購買與否的選擇權；一方面鼓勵性的退稅優惠對當地人民來說

⁸ 參閱附件六：林本利：強制醫療融資 難獲市民支持

⁹ 參閱附件三：醫療改革：錢往哪裏去？

¹⁰ 參閱附件七：港醫療融資方案 參考澳星瑞三國

是一種實實在在的福利。相反，如實行強制醫保，人民只會感到政府把負擔推卸到他們身上。筆者相信，只有鼓勵性措施才能真正吸引市民，而大部份未有能力或未有意欲購買醫療保險的市民均會願意並能夠自行投保，不必以強制性的方式實行。畢竟，保險服務是一種商業行為，能夠以商業行為的方式運作最能夠平衡到商人及用家兩者的利益，及至公眾利益。筆者認為香港可以深切考慮參照澳洲的醫療政策。

對於政府憂慮如維持現有私人保險形式，市民會面對道德風險。筆者認為政府應借以優厚的津貼及資助鼓勵市民購買保險的機會，立法監管私人保險公司濫收費用、推出過量服務、收取墊底費及賠償不合理等問題。部份發達國家如英國，政府不會強制市民購買保險，私人保險公司不會受惠於政府的醫療政策。故此，如香港政府訂下具吸引力的優惠方案，理應同時與保險公司訂下協議。例如，透過政府津貼及資助購買的醫療保險，保險公司及購買者雙方均須在政府認同的協議下進行。只要保險公司有利可圖，不會不接受政府的協議。

正如澳洲的政策，該國沒有強制國民購買醫保，但仍立法規定保險公司不可根據風險揀選客戶，亦不可拒絕高風險人士的續保申請或者收取較高保費。¹¹只要政府的優惠方案吸引力大，大部份市民的錢反正要不給付稅金，要不購買醫療保險，他們會樂於購買醫保以獲得免稅優惠。如此一樣可以做到由社會大眾共同分擔風險的效果，保險商沒有藉口拒絕危疾者投保。其實，香港以外大部份國家及治區均沒有使保險公司直接受惠的醫療政策，只要有利可圖，保險商仍然會願意與政府及社會大眾合作。就政府的立場而言，不讓某一行業獨佔特殊利益非常合理。

而且，據最近的調查發現，近六成中產人士認為，自願購買醫療保險是最受歡迎的計劃，四成人反對「強制保險加儲蓄」方案，¹²可見以稅務優惠及津貼的形式鼓勵市民購買私人保險最易得到市民尤其中產人士的支持。

「強制性醫療供款」存在部份優點

除了強醫保，社會各界較早前亦曾廣泛議論「強制性醫療供款」（下稱「強醫金」）的成效。一如強積性公積金，強醫金政策如獲實施，所有在職人士均需從每月薪酬之中，抽出若干百分比的金額存入強醫金戶口，以基金形式滾存，直至遇上重大病患或 65 歲退休後才可動用。

與強醫保比較，強醫金同樣會成為市民的經濟負擔，深化貧富懸殊，而且強醫金戶口也可能出現管理費高昂的問題。此外，由於本港已實行強制性公積金政

¹¹ 參閱附件七：港醫療融資方案 參考澳星瑞三國

¹² 參閱附件八：六成受訪中產選自願醫保

策，強醫金存款於每月收入的存款比率不可能訂得太高，否則對市民的經濟負擔來說無疑是百上加斤。然而，如強醫金存款過少，戶口滾存的資金不足，又未必能支付長期病患的護理費用及危疾涉及的龐大的醫療費用。

雖然如此，強醫金仍存在部份優點。強醫金與強制性公積金一樣，都是一種以基金形式滾存的儲蓄，投入的金額有一定的增長，市民不必憂慮投入的資本因為通脹而等於貶值的問題。而且，市民有其選擇權，就願意承擔的風險選擇基金的投資形式。

「一個戶口，兩種供款」

此外，由於現時已實行強制性公積金計劃，大部份在職人士已擁有個人的強積金戶口，這對實行強醫金較為便利。筆者建議，把強積金及強醫金的戶口合併，僱主及僱員每月供款到該合併戶口上，運作簡單直接。

至於強積金及強醫金戶口的供款比率，筆者建議從現時僱員部份，其月薪百分之一的強積金中抽出百分之一，撥作強醫金供款，再額外要求僱員增加月薪百分之三的供款。那即是僱員須為強積金及強醫金分別撥出百分之一四的供款，僱員部份的供款額為月薪百分之一八。加上僱主為僱員提供相同的供款額，僱員每月的總供款額為月薪的百分之一十六，對僱員的將來而言已提供充足的保障。

據此安排，僱員只需在現行強積金的供款外，額外撥出月薪百分之一三的供款，仍符合社會團體所統計大部份僱員認為供款額應在月薪百分之一三（未計僱主的供款部份）以下的期望。¹³

相比於強制性醫療保險需另覓私人保險機構進行供款，無疑這種安排較為簡便。故此，如供款額不過份的話，筆者相信大部份市民會比較接受實施單純強醫金供款的建議。

因此，筆者認為最有效、最符合經濟效益及最符合港人意願的融資方案，是「強制性醫療供款加上鼓勵性私人醫療保險」，再配合其他輔助方案如長者醫療券、增加「生果金」等保障。

理大公共政策研究所首席研究員阮博文亦主張「強制儲蓄配合私人自願保險」的方案，認為此舉有利市民儲蓄。而他認為政府應為市民的大病包底，以稅為本。他同時列舉了其具體方案：

¹³ 參閱附件九：六成人贊成強醫金 九成只願供月薪 3% 或以下

「只有儲蓄才能真正解決人口老化為醫療制度帶來的問題，將來市民可以用儲蓄到私家醫院割膽石、做白內障和前列腺等手術，市民每付一元，政府便補貼一元，誘導中產轉投私營市場，屆時政府的開支和公立醫院輪候時間均會少於現在，大手術如換肝和心臟搭橋等則由政府「包底」。若市民擔心自己會有大病，則可以動用儲蓄購買保險。」¹⁴

阮博文並建議政府用該五百億元做配對：

「五百億元不是放入個人戶口，市民購買服務時，政府就配對，錢便好用很多，且有針對性。」此外，將來錢在自己的口袋，市民使用時一定會很謹慎，不會有濫用問題。」¹⁵

現行公共醫療政策的核心問題

現行公共醫療政策乃從植物地時代的公共醫療政策延續演變而來。一直以來，香港的醫療制度得到社會各界良好的評價。負責任的醫療隊伍、可靠的急症室服務、低廉的醫療及藥物費用、一視同仁的醫療服務等，都使本港醫療制度得到國際上及本地人士的高度肯定。當中，尤以低廉的醫療及藥物費用惠及社會貧苦大眾最得民心支持。

因此，社會各界對本港醫療制度改革的其中一項共識，乃未來的醫療制度不論怎樣變化，仍須最少保留以上所述之優點。

雖然政府經過詳細研究，指出未來二、三十年本港醫療福利開支將因人口老化問題而大增，將對本港醫療制度出現深遠影響。然而，本港不能改變政府為市民謀求最大的醫療福利的原則。政府的醫療福利政策，不應傾向把運作成本負擔轉嫁到社會大眾身上。首先，政府原定的政策沒有這種傾向，而且一直行之有效，信譽良好。其次，社會大眾已然付稅，為香港社會已作出承擔，政府缺乏理據要求或強制社會大眾為某項公共政策額外付出。如前文所述，明智的決定，乃政府以鼓勵的形式去解決問題。鼓勵性的實惠對社會大眾而言，才是真正正的福利。

筆者認為，現行及未來的公共醫療政策的核心難題，固然部份來自人口老化的影響。但在本質上，醫療體系的運作成本高昂才是政府真正需要著手處理的問題。現行醫療體系以西方醫學為主，而西方醫學的發展則以歐美作為主導。

現時歐美的西醫學發展已達到蓬勃的程度，在此背景下，所有藥物、服務、儀器及人力資源的成本都不再低廉。新研發藥物在專利權制度的保護下，價格高

¹⁴ 參閱附件十：阮博文：醫療融資以稅為本

¹⁵ 參閱附件十：阮博文：醫療融資以稅為本

昂，效果未必比一直沿用的藥物突出。而部份新研發的治療方法如標靶治療等費用不菲，一般市民根本負擔不起。醫療科技「日新月異」，外國新研製的醫療儀器動輒千萬，大大增加醫療設施的成本。人力資源方面，西方醫學重視專科，相比於社會上其他行業，具有專業憑證的專科醫生的薪酬及福利均極為優裕。此外，由於部份醫療護理服務屬於厭惡性工作，故一般的醫護人員的薪酬普遍難以減低。由此可見，不論在藥物、服務、儀器及人力資源方面，高昂的成本都致使公共醫療體系負擔過重。據財政預算案資料顯示，下年度醫療衛生的整體預算開支便達到 358.28 億，等於為了醫療改革而預留的 500 億儲備的 71.66%。由此可見，本港醫療制度的核心問題在於運作成本長期處於極高的水平，只有能夠解決此核心問題，未來人口老化帶來的影響自然迎刃而解，而且不必削足適履，設立強醫金及強醫保這類補助性措施，大大增加市民的負擔及困擾，又削減了市民的生活自由及財政自由。

造成以上藥物、服務、儀器及人力資源的成本高昂的最重要原因，是本港醫療服務主要由西醫團體及西醫生壟斷。筆者認為，政府要完善解決問題，必須引入競爭機制，例如批准輸入非英聯邦的醫生來港執業，減低醫療壟斷的問題，改善服務質素。就本港而言，筆者認為具有可觀持續發展潛力及效用價值的中醫學仍有待政府垂青。

引入競爭，提供選擇：發展中醫學

中醫藥學發展已有二千年歷史，是中國人民在長期勞動、實踐和與疾病鬥爭中創造的醫學科學，是中國文化的瑰寶，是中華文明的結晶。¹⁶中醫學體系龐大，分枝紛繁，蘊藏了堅實而豐厚的經驗與智慧。反觀西方醫學由德國軍旅救急醫學中孕育發展至今僅得二、三百年歷史，即使西醫學因為得到科技長足進步之惠而普及，但仍未經過長期的歷史驗證。到今天，化學藥物副作用、過量使用類固醇、疫苗過敏、濫用抗生素、維生素等遺害慢慢顯現，可以說，在長遠的歷史中，西醫學至今仍處於實驗階段，所以我們常見今是而昨非的現象。例如，美國近年一宗訴訟，法庭判決受害人因為接受荷爾蒙療法導致乳癌，被告必須向受害人作出巨額賠償。自此，世人對荷爾蒙療法聞之色變。又如流感疫苗創發人，也曾公開宣佈流感疫苗不能有效防禦流感，僅「具一定防禦作用」。

中醫學的價值愈來愈得到重視。數年前「沙士」（非典型肺炎）襲港，中醫藥療法得到重大肯定，¹⁷相比西藥類固醇造成骨枯等巨大副作用，中醫藥治療下病人不但死亡率較低，而且沒有產生副作用。由此足以證明，中醫藥及西醫藥兩者可以互補長短。

然而，現時香港仍主要跟隨殖民地時代的醫療制度，以西醫藥學為最主要的

¹⁶ 參閱附件十八：吳儀強調發展中醫藥事業

¹⁷ 參閱附件十一：中醫治沙士贏口碑及附件十二：內地最老抗沙士醫師逝世

醫學核心。相比西醫藥學，中醫藥學在本港醫療體系的比重極少。本港沒有公立中醫醫院，也缺乏完善的中醫諮詢系統及資訊平台。現實的情況是，市民對中醫學一知半解，在生病時根本不考慮中醫藥學。往往到西醫宣布無法救治時，以「死馬當活馬醫」的心態尋求中醫治療，效果當然不好。其實， 貴局一直主張採用及發展中醫學。如 局長閣下及衛生署署長林秉恩曾公開表示與內地合作發展中醫藥學。¹⁸筆者認為， 貴局何不藉著醫療制度改革的機會，大力發展中醫藥，大幅增加中醫藥在本港醫療體系裏的比重？

就醫療融資方面，中醫藥不論在藥物、服務、儀器及人力資源方面均有質優價廉的優點，分述如下：

1. 藥物方面

大部份中藥以天然本草之藥物為主，價格低廉，而且大部份中藥材原料容易栽種，供應量非常穩定。千多年來，中醫學者累積了前人的經驗，製成經典藥方（稱為「經方」）。經方信而有驗，並不受到專利權方面的限制，因此不論療法及藥物的價格均不會像西藥那樣被廠家抬高，定價相對合理。

此外，中醫藥經過一千年以上的歷史驗證，並有卷帙浩繁的中醫藥文獻作為基礎，其效用可信度高。隨著科技的進步，中醫藥可被濃縮製成膠囊藥丸或沖劑，使服用份量的量度方法變得簡單，且方便病人服用。

2. 服務方面

中醫藥的治療方法主要以服用中草藥為主，其他如推拿、針灸、跌打等服務所需的設施及資源有限。

反觀西醫醫院進行手術、各項檢查等所耗費的各項資源，其數難以勝計。此外，西醫藥治療方法如服用化學藥物、電殛、冷凍、手術切除等均可能造成病人大量失血、大小便失禁、嘔吐、皮膚潰爛、身體發臭、脫皮脫髮等令人噁心的現象，其厭惡性令很多醫護人員卻步。最近有報道指，本港護士流失嚴重，醫管局將撥一億四千萬元招聘及培訓護士人材，及增加現有員工的薪酬及晉升機會。¹⁹可見，由於固有因素，西醫醫院在服務方面需要調撥更多額外資源以維持質素。

（註：醫管局原計劃調撥數千萬元挽留護士人材，惟於政府財政預算案公布增加醫管局開支後，改為調撥一億四千萬元。由此可見，政府不停增加醫管局開支，卻根本不能解決醫管局成本過高的問題）²⁰

¹⁸ 參閱附件十三：林秉恩稱續與內地合作發展中醫藥及附件十四：中港攜手促進中醫藥發展

¹⁹ 參閱附件十五：醫局 1.4 億挽護士人才

²⁰ 參閱附件十六：醫局數千萬元挽才 增聘 700 護理人員 護士流失嚴重

3. 儀器方面

中醫藥學源遠流長，學者經過二千多年的經驗，歸納出獨特的診病法則：「望、聞、問、切」。中醫藥學主要透過病人的病史、病徵、氣色等檢查病人的毛病，並參考氣候變遷、季節轉變、地理生態等因素判斷病症之病機、病理、深淺等。所以，中醫不必利用複雜的儀器，便有能力診斷病症，二千多年來行之有效。

特別一提的是，許多精神方面及內分泌方面的疾病，並非任何機械儀器容易檢測的。譬如精神方面的疾病，中醫藥學早於漢朝便歸納為「百合病」，並提出有關病症的生理病癥及治療方法。

4. 人力資源方面

香港中醫藥館林立，每館多由擁有數十年經驗的中醫師駐診，大部份駐館中醫師都已經註冊，人力資源方面絕不缺乏。

此外，本港的大學如浸會大學、香港大學、中文大學等近十年來開辦的中醫藥學課程，水平已達到註冊執業標準，符合執業資格的畢業生愈來愈多。而且，許多畢業生都是青年人。

中醫藥學另一個人材來源地是中國大陸。中國內地發展中醫藥已久，香港可從中國內地聘請經驗豐富的中醫藥人材。相對於從歐美等國聘用西醫學人材的高昂成本，中醫藥人材可謂價廉質優。

事實上，本地大學聘用的中醫藥學者很多都來自內地。內地中醫藥學將會繼續發展。正如中國前國務院副總理吳儀表示：「中醫藥發展前景廣闊，潛力巨大，大有可為。」²¹她進一步指出：

「我更多地接觸了著名老中醫藥專家和普通的中醫藥工作者，更多地看到了中醫藥在農村、社區發揮的突出作用，更多地感受到國際社會對中醫藥日益廣泛的關注和認同，更多地體會到中醫藥的博大與精深。我對中醫藥的發展充滿信心！」²²

此外，她列出了與之有關的數據：

1. 中國已建成中醫醫療服務體系。全國已有 3072 家中醫醫院，3 萬餘張床位，大多數綜合醫院設有中醫藥科室。
2. 中醫藥防病治病能力不斷增強。全國已建成重點中醫專科 615 個。
3. 中藥產業不斷壯大。全國中藥企業已近 1500 家，中成藥品種達 9000 餘個，產業經濟規模已突破千億元。²³

²¹ 參閱附件十七：吳儀：中醫藥明天會更好及附件十八：吳儀強調發展中醫藥事業

²² 參閱附件十七：吳儀：中醫藥明天會更好及附件十八：吳儀強調發展中醫藥事業

²³ 參閱附件十七：吳儀：中醫藥明天會更好

內地中醫藥學的發展前景可觀，將對本港中醫藥學不論在學術上及運作上產生巨大裨益。在此背景及前景下，人材將會大幅度增加，香港將可以較低成本聘用質素更優秀的中醫藥人材。

隨著 貴局有效實施中醫發牌制度及中藥監管制度，香港中醫藥發展比從前穩定、規範、可靠。可見本港已具備大力發展中醫藥學的條件。筆者相信，中醫藥學將成為國際上人所重視的醫藥學，而本港醫療體系將因為中醫藥學得以長足發展而踏進新的紀元。

總結而言，強制性醫療保險方案流弊太多，不值得在本港實行，也不符合香港民情。強醫保將使中產人士付出過多；低中產人士及草根階層人士負擔不起，使公營醫療部門一直作為香港人堅實後盾的名譽受損，最終只有保險公司及私營醫療機構獨佔利益。對年青人而言，他們還將需要付出較高及為時較長的保險費用，意味著他們要負擔為時極長的保險公司行政費。

而且，由於保險公司缺乏誘因減省行政開支及提供較優質服務，用家的投保金無形中被重重蠶蝕，等於變相減薪，並且付出雖然多了，得到的卻少了。這是重量不重質的流弊。而所謂由社會大眾共同承擔風險等華麗的理由，其實只會做成保險服務質素下降，行政費增加。一大鍋飯吃得飽一村人，但顧不到每個人不同的口味，而且再也沒有所謂烹調的價值了。

不過，假若政府能夠放下「強制性」的眼障，並提供實際的優惠如減稅等措施鼓勵在職人士購買保險服務，一樣能符合用者自付的原則，並且免除了保險服務因為強制性背景下質素下降的影響。而且，實際減稅優惠對在職人士而言乃是一種福利，而非綑綁。香港不是新加坡，香港人口密度高，思想開放，自主性強，富投資精神，充滿生氣，故不能如新加坡那樣實行家長式管治，以強制性政策為市民計劃將來。香港人需要的是自己掌控將來。

對於本港醫療體系核心問題，正如坊間所言，並非單純是錢的問題。縱然政府能透過在職人士儲蓄計劃達至開源（公營醫療部門從而可以增加收費），但如果不縮減本港醫療體系西醫藥所佔的比重，繼續維持極高的西醫藥、西醫人材及西醫院服務成本，開源始終及不上節流，最終損失會愈來愈大。如政府能藉此改革良機發展潛力極大的中醫藥學，一方面從香港的中醫藥傳統根基加以發展，一方面從內地引入相對廉宜得多的中醫藥人材及藥物資源，相信是最有效減省本港醫療體系成本的方法，並為香港醫療體系增加一支新力軍。本港具有質素很高的教育制度，對中醫藥學術研究提供充足的條件，中醫藥的可信性及普及性將會慢慢提高。相對中國內地正積極發展中醫藥學，香港如不藉此機會迎頭趕上，將來便不能擁有中醫藥學帶來的巨大經濟及社會效益。

因此，筆者建議把現行強積金及強醫金合併，僱員每月僅需從薪金抽出百份之八供款，配合僱主的供款部份，僱員每月總供款額將達到百份之十六，足以應付未來需要。加上政府透過實際優惠如退稅等以鼓勵市民購買醫療保險，及其他輔助性措施如長者醫療券、增加「生果金」等優惠層面有限的福利措施，則本港醫療福利便可達至良好的均衡狀態。

最後感謝 貴局對公眾的諮詢。

香港居民
李志豪 謹啓

二零零八年六月十日

附件一

年輕人保費料調高

(星島) 12月 17日 星期一 05:30AM
(綜合報道)

(星島日報 報道)政府擬於醫療融資方案倡醫療保險，由於近乎全民買保險，政府將規管保險業界，如不許拒為本身有病的市民提供保障、或隨受保人年齡增長加保費等。有學者表示，保險業以風險評估，日後若把保障擴至現時不受保的長者等，年輕人須付的保費或調高，社會要為此有共識。

對政府有意加強規管保險界，香港保險業聯會醫療保險協會主席陳秀荷表示，若屆時近乎全民供醫療保險，基數增多，保障亦可擴大，如現時不受保的已有疾病等，屆時亦會有保障。

三百萬市民受惠醫保

至於如何為已購醫療保險的市民，合併現有及日後強制所供的保險計畫，陳秀荷則指業界亦未有定案，「重疊問題定須解決，應沒有人願同時供兩份，但現未知政府有何細節。」

保險業統計顯示，去年約有一百六十萬市民購買醫療保險，另一百四十萬市民則因公司保險受惠。研究醫療政策的浸會大學 社會工作系教授黃昌榮表示，本港公營醫療體系龐大，也有兩成多人自購醫療保險，可見市民對公營醫療服務未滿意，而以公營醫療體系為主的英國 ，當地只有約一成人口自購醫療保險。

不過黃昌榮指出，政府雖有意規管保險業以令本身有病或年長市民亦有保障，唯保險業以風險評估，計算過後，年輕人屆時或需付較多保費以「攤分」風險，社會需有共識。 記者 黃穎妍

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/071216/60/2lf15.html>

附件二

強積金投資年均回報 9.9% 進取股票基金去年回報逾 30% 保本跑輸通脹

(明報) 02 月 21 日 星期四 05:05AM

【明報專訊】強積金 計劃實施逾 7 年，按強積金管理局 最新資料顯示，強積金實施以來每年平均回報率達 9.9%；若選擇投資進取型股票基金，回報更大並跑贏通脹，去年回報率達 31.4%；相反，保本類基金則跑輸通脹。有專家指出，通脹持續上升，僱員在投資強積金產品時，除考慮個人承擔能力外，亦要以跑贏通脹為目標。

每人平均已供款逾 12 萬

強積金管理局公布最新強積金計劃資料顯示，強積金在扣除費用及支付權益等因素後，由計劃在 00 年實施至去年底，淨資產值累計驚人，達 2647.86 億元，較最初的 421.25 億元，上升逾 5 倍。若以全港 213 萬合資格供款的打工仔計算，每人的強積金戶口內已滾存逾 12 萬元供款。

不少僱員皆關心強積金回報率問題，積金局 提供的資料顯示，自強積金實施以來至去年底，整體每年平均回報率達 9.9%，可算是跑贏通脹。若以每年度計，今個財政年度前段(07 年 4 月 1 日至 12 月 31 日止)回報率已有 15%，是繼 03/04 年度的 22% 後第二高。

在 05/06 年度及 06/07 年度的回報率亦平均達 12.3% 及 12.4%，香港投資基金公會執行董事黃王慈明表示，此反映近年本港經濟好轉及股票暢旺，連帶強積金亦有較佳回報。

若以各種基金分類，進取型股票基金回報甚理想，在過去一年達 31.4%，跑贏 3.8% 通脹；保證基金及債券基金亦分別有 5.3% 及 5.9% 回報；最保守的保本基金及貨幣市場基金的回報則同為 2.9%，肯定跑輸通脹。

按風險承受能力選基金

即使由計劃開始至今計算，股票基金亦一枝獨秀，每年回報率平均 10%；保本基金及貨幣市場基金的每年回報率亦最低，只有 1.5% 及 1.4%，即每 1 萬元投資只有 150 元回報，可能較銀行存款利息還要低。

黃王慈明表示，強積金計劃是長遠投資，故投資首要目的是要跑贏通脹，近年不少僱員開始意識到有關問題，故不少人多投資於較進取、回報率較高的基金。例如在 01 年保本基金及保證基金在強積金計劃的比重為 15% 及 21%，至去年有關比例已下降至 11% 及 10%。

黃王慈明補充，這並非說所有人一定要挑選進取型基金，仍要視乎僱員退休年齡、供款年期及可承擔的風險方可決定。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/080220/12/2p76a.html>

【文章轉載】醫療改革：錢往哪裏去？

分類：社政

2008/04/02 22:01

醫療改革諮詢文件：http://www.fhb.gov.hk/beStrong/tc_chi/consultation/consultation_cdhcr.html

【文章轉載】醫療改革：錢往哪裏去？／文：盧子健 文章日期：2008年4月2日

【明報專訊】千呼萬喚始出來的「醫療改革諮詢文件」並沒有帶來驚喜，因為內容的深度和廣度其實沒有超過1990年代的「彩虹文件」和哈佛報告書。比較值得讚賞的是文件提供比較多的數據（雖然仍然有很多空白之處），以及最低限度政府是正正經經地就一項重大政策課題公開和全面地諮詢公眾意見，而不是像兩星期前我在本欄所提出的「以行政決定代替政策制訂」。

在進一步討論文件內容之前，有幾點關於文件的定位、取態和數據也值得一談。

文件的主題是「掌握健康、掌握人生」，副題是「醫療改革諮詢文件」，題目完全沒有「融資」兩個字，但文件內大部分內容其實都是關乎融資。

自2005年政府發表「創設健康未來」文件後，無論是官員言論或者公眾期望，都是下一輪的諮詢就是針對醫療融資。這本來沒有什麼不妥當之處，但文件題目卻要迴避「融資」兩字，原因耐人尋味。如果政府確實想擴大這一輪諮詢的範圍，那麼文件內融資以外的其他內容應該予以充實。如果政府是害怕「融資」兩字太過敏感，這樣取題亦於事無補。文件發表後公眾討論主要還是針對融資，政府何必要迴避。

在取態方面，文件列出6個融資方案，並沒有表示屬意哪一個，應該是為了讓公眾有較開放的討論。這樣安排本無不妥。可是，政府在文件發表前又頻頻吹風表示最屬意「個人健康保險儲備」這個方案。這種做法表面上鼓勵公眾討論，實質上卻破壞公眾參與的精神。其實政府就算在文件內表明支持某一個方案，只要提供詳盡資料，亦不會妨礙公眾討論。既要扮開放，又要取巧引導民意，是機關算盡，不利於建立政府和市民間的信任。

文件提供了頗為詳盡的數據，可是最新數據只是2004年，令人費解。1997年底，香港陷入經濟衰退和低迷的漫長6年，至2003年底才開始反彈。2004年香港重回增長軌道。所以，如果以2004年以前的10年計算，經濟低迷再加上通縮，公共醫療開支佔本地生產總值和政府開支的比例會有較顯著增長。但由2005至2007年的3年間，香港經濟體積增長了超過20%，而公共醫療開支基本上沒有增加。如果用2007年作為計算基礎，會否出現跟文件所形容的非常不一樣的圖象呢？

無論如何，隨著一個社會的人口的平均壽命增長、社會生活質素要求提高、醫學科技的發達，一個社會把更多資源用於健康和醫療之上，是正常現象。這就正如我們的開支愈來愈小比例用在基本的食物和衣服需要一樣正常。所以，當社會用於醫療開支的比例上升，不足為奇，亦毋須恐慌。

縱使如此，「錢從哪裏來？」的問題還是要研究。諮詢文件大體上已列出可能想像到的融資方法，而正如文件指出，一個社會選擇哪一種方法，該社會的價值觀是一個重要因素。因此，社會就此展開開放的討論是有益處的。

不過，既然諮詢文件定位並取題為「醫療改革諮詢文件」，只討論融資「錢從哪裏來？」，卻遺漏了另外一個同樣重要的問題沒有討論，就是「錢往哪裏去？」。

文件沒有討論「錢往哪裏去？」，但社會上流行一些說法極容易錯誤引導政策，而政府在文件雖沒有明言，似乎也頗認同這些說法。

這些說法包括：「公營醫療的效率比私營差」、「公私營醫療失衡」、「公共醫療濫用資源」、「錢跟病人走」。上述說法的共同思想基礎是「市場萬能」，表面上似乎很有道理，但並沒有實證支持。

實證結果：市場絕非萬能

諮詢文件列舉了多個經濟發達體系的醫療融資制度。事實是，最依賴私人市場運作的美國，其花於醫療開支佔國民生產總值的比例是所有經濟體系當中最高，但人盡皆知美國有大量基層人民沒有醫療保障，其整體醫療服務質素絕對不比其他體系為佳。實證告訴我們的是，在醫療服務問題上，市場絕非萬能。

香港以相對低比例的醫療健康開支，提供了世界一流的醫療服務，人均壽命在世界上數一數二。這些成績的基礎正是一個強大和有效率的公營醫療系統。

社會上流行「公私營醫療失衡」的論點，由此引伸出一種想當然的看法，就是如果資源增加了，就應該引導這些資源投放到私營醫療上。可是，並沒有實證研究令我們相信，把更多資源放到私營醫療上就能夠令市民得到更佳的醫療服務。

同一樣邏輯，把額外的融資先放到保險公司的口袋裏，然後再用來支付服務提供者，也沒有實證研究令我們相信這樣做會令市民得到更佳的醫療服務。尤其是在強積金制度所出現的基金收取過高行政費用現象，令人有更多顧慮。

提出「公私營醫療失衡」的人多數歸咎公營系統壟斷醫院服務市場。但我們是不是應該思考一下，為什麼公營系統的醫生數目與私營的相若，公營病症大約是私營的 9 倍，但公營系統的醫院服務市場佔有率是私營的接近 20 倍？

把上述現象純粹歸結為公立醫院收費太便宜是太簡單的結論。私人市場所提供的第二層醫療服務對大多數市民來說或者是過於昂貴，或者是物非所值，才逼令大量市民趨向公立服務，包括公營系統內的「私家症」。

到目前為止，公營系統提供著令人有信心的物有所值服務。如果政府真的擔心公共醫療開支佔政府開支的比例有一天會達到過高的水平，最簡單的方法是設立個人醫療儲蓄制度，並以政府的額外盈餘作為輔助，然後在此基礎上按各種公共醫療服務的單位成本的比例逐步提高收費。在此制度下，有經濟能力的市民就真的會在公營和私營的醫療服務中考慮它們的衡工量值和個人要求來作選擇，而經濟能力較差的市民就應該可以繼續享用價廉物美的公營醫療，政府豁免收費的大部分。

「錢往哪裏去？」是我考慮支持哪一種醫療融資方案的關鍵問題。

盧子健
公共事務顧問

來源：

<http://tw.myblog.yahoo.com/ilove-theatre/article?mid=1410&prev=-1&next=1406>

附件四

貧富懸殊惡化 堅尼系數 0.533 新高 (明報) 06 月 19 日 星期二 05:05AM

【明報專訊】本港貧富懸殊問題持續惡化。港府昨日公布反映本港貧富懸殊的「堅尼系數」，達 0.533 的歷史高位，亦較多個國家的數字為高。但統計處長馮興宏認為「差距大的堅尼系數並不代表是壞事」，導致系數擴大主要是一人長者住戶及高收入人士增加。但有學者指數字已反映本港出現嚴重的貧富懸殊問題，若政府不小心處理，會造成社會不穩定。

曾：對窮人非最好時刻

行政長官 曾蔭權昨日接受有線電視 訪問時表示，他較早前指本港整體經濟表現是 20 年來最好，但對貧窮人士來說現時並非 20 年最好的時刻，故希望落實政綱可解決貧富懸殊。

統計處昨日公布最新住戶入息數據，06 年本港住戶入息中位數為 17,250 元，較 96 年的 17,500 元減少 250 元。收入差距則顯著擴大，月入 4000 元的家庭由 96 年佔總數的 6.7% (123,869 戶)，增加至去年的 9.2% (205,515 戶)；入息超過 4 萬元的家庭則由 15% 增至 17%。反映貧富懸殊的「堅尼系數」(最高為 1) 由 96 年的 0.518 上升至 2006 年的 0.533，這是自 71 年有紀錄以來的歷史高位，這亦較加拿大、新加坡、英國 等國家的堅尼系數為高，上述地區系數為 0.424 至 0.513 左右。

統計處首次仿效其他國家，公布計算稅項、福利和房屋資助等措施後堅尼系數，例如，在收入最低的 10% 的組別中，他們平均每月可獲 1982 元醫療福利，較中產人士為高，有關堅尼系數便下降至 0.427，但在區內仍屬較高。統計處亦公布行業、職業甚至教育程度等不同類別的堅尼系數，發現金融業、高教育程度的堅尼系數皆超過 0.5，反映有關界別貧富出現嚴重差距。

一人長者戶 10 年增 3.7 萬

馮興宏解釋，一人長者住戶比例增加，由 10 年前的 6.1 萬戶增加至去年的 9.8 萬戶，這是導致堅尼系數擴大的原因之一，但不代表受子女供養的長者生活質素有變。他指出，香港以服務行業為主，其中包括高收入的金融業及低收入零售業，故收入差距會較大。

馮興宏強調，社會收入差距擴大是世界趨勢，但「差距大的堅尼系數並不代表是壞事」，在教育改善和雙職家庭增加下，高收入家庭亦會增加，數字只反映不同行業的結構性情況。

學者籲推最低工資縮窄差距

中文大學社會工作學系助理教授黃洪則指出，本港堅尼系數上升反映貧富懸殊問題惡化，若系數持續上升會造成社會不穩定，故建議政府制訂最低工資及全民退休等措施，改善有關問題。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/070618/12/29r9t.html>

附件五

林本利：醫療改革 不單是錢的問題

2008-04-23

【明報專訊】最近特區政府發表的醫療改革諮詢文件，名為《掌握健康·掌握人生》，內容提及如何改革醫療制度，以及探討不同的輔助融資方案。

閱讀百多頁的諮詢文件後，不少人會覺得文件內容似曾相識。倘若我們翻開另一份在 1993 年發表，名為「促進健康」的醫療改革諮詢文件，便會發覺到兩份文件的內容大同小異。

15 年前發表的諮詢文件，同樣強調香港將面對人口老化的問題，醫療費用會不斷上升。文件指若醫療制度不改革，尋找新的財政來源，醫療體系將無法面對未來 20 年的新增需求，服務質素將大幅下降。

15 年後的今日，香港的醫療體系大致上仍然能夠滿足市民需求，並未崩潰。政府今次重施故技，在諮詢文件中大談香港醫療制度必須改革，現時倚賴政府稅收資助的醫療融資模式，並非持久的做法，有需要開拓新的「輔助」融資模式。

現時特區政府坐擁巨額財政盈餘，再加上外匯基金的歷年投資回報盈餘，兩者加起來達 11,000 億元，足夠政府 5 年的開支。此外，自從 2000 年底開始強積金計劃後，僱主及僱員每月需要把合共 10% 的收入作為供款，存入強積金戶口內，現在強積金戶口總額已超過 2600 億元。再看看銀行的數以萬億元的存款總額及其他投資金額總值，便知道很多市民已經未雨綢繆，為未來退休生活及醫療開支作出準備。

政府在諮詢文件中以大篇幅介紹個人健康保險儲備，強迫在職人士參加計劃和供款，恐怕很難得到大部分市民支持。不少人認為政府一味「靠嚇」，目的是額外徵稅，減少政府在醫療方面的承擔，並且將市民收入轉移至負責管理強醫金的金融機構及醫療保險機構。

還要問：錢往哪裏去？

政府過去 10 多年，不時以香港人口老化為由，希望在市民身上取得額外收入，以應付未來的醫療開支。政府一直強調「錢從哪裏來」的問題，卻沒有清楚告訴市民，獲得額外收入後，錢將往哪裏去？

根據政府推算，長者佔本地人口的比例會由現時的每 8 人中有 1 名長者，增加

至 2033 年的每 4 人中有 1 名長者。醫療方面的總開支亦會由現時佔本地生產總值 5%左右，上升至 9%以上，增加幅度超過七成。

問題是即使政府的推算數字正確，未來 20 多年，長者比例及醫療開支差不多倍增，政府又和市民在醫療融資問題上達成共識，獲得額外收入，這額外收入將投放在哪方面呢？醫療融資不單是錢及需求的問題，亦需要考慮供應層面。本地的醫護人手及病牀數目能夠相應增加，去滿足未來的新增需求嗎？

從資料顯示（見附表），由 2000 年至 2006 年，本地註冊醫生數目每年平均只增加 200 多人，註冊及登記護士人數則大幅下降了一成。公營及私營醫院的病牀數目，亦不增反降。過去幾年本地出生率回升，產科病牀短缺的情況不斷惡化。倘若醫護人手及病牀短缺的問題持續下去，日後市民在醫護方面的額外支出及供款，恐怕只會推高醫療服務收費，對改善醫療服務質素幫助不大。

因此，醫療融資問題並非政府首要解決的醫療問題。即使醫療融資問題未有定案，政府亦可以落實諮詢文件內的其他建議，包括加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作及互通。政府有需要制定政策，去增加本地醫療服務的供應，防止壟斷。政策包括增加土地供應用作興建更多私營醫院，培訓更多的醫護人員，甚至必要時從外地輸入人才，去應付未來的醫療服務需求。

為了紓緩香港人口老化問題，政府應改變入境政策，鼓勵市民生育，吸引更多的內地及海外年輕人移居香港。政府亦有需要調高公務員退休年齡，讓更多人可以工作至 65 歲，甚至 70 歲，有較大經濟能力承擔醫療支出。

港大周永新教授提出的醫療融資方案，與筆者建議相若。政府不應因為政治原因，迴避公營醫院增加收費的問題。政府應向市民提供清楚信息，日後將分階段調高醫管局的收費，藉此提供誘因鼓勵市民購買醫療保險。醫管局加費所得到的額外收入，將用作津貼市民購買醫療保險。連同政府預留的 500 億元，以及保費可獲免稅優惠，相信會吸引更多人自願地購買醫療保險。

來源：

<http://news.sina.com.hk/cgi-bin/nw/show.cgi/8/1/1/710605/1.html>

附件六

林本利：強制醫療融資 難獲市民支持 (明報) 03月 26日 星期三 09:55AM

【明報專訊】經過多年醞釀，新一輪關於醫療融資的諮詢文件終於出台。雖然諮詢文件強調會為整個醫療制度進行改革，但市民的關注點始終集中於未來的醫療融資安排，到底由誰人去承擔因人口老化所帶來的額外醫療支出。

諮詢文件列出 6 個輔助融資方案，包括社會醫療保障、增加公營醫療收費、強制醫療儲蓄戶口、自願私人醫療保險、強制私人醫療保險及個人健康保險儲備。這 6 個方案，其實在過往的諮詢文件中都曾經出現過。

政府在 1999 年公布的哈佛 顧問報告，便提出採納聯合保健與護老儲備方案，透過實施強制的全民醫療保險計劃，去解決醫療融資的問題，避免政府需要大幅度增加稅收或降低醫療服務質素。

後來政府在 2000 年底提出設立頤康保障戶口，要求市民從 40 歲開始至 64 歲，每月把 1% 至 2% 的收入存入戶口。供款人年滿 65 歲後可以從戶口提取款項，支付公營醫護服務的費用。當戶口的款項用罄後，市民若無力支付醫療費用，經資產及入息審查後，可以豁免付款。

今次諮詢文件以較大篇幅討論個人健康保險儲備，自然使人覺得政府傾向採用這個方案，強制月入超過 1 萬元的僱員供款，用作購買醫療保險及退休後的醫療開支。這個方案類似哈佛報告的建議方案，只是沒有規定日後會由中央機構統籌一切醫療保險計劃。

港人有不同儲蓄方法

政府在 2000 年 12 月開始引入強制公積金制度，要求月入 5000 元或以上的僱員或自僱人士參與供款，將月薪的 5% 存入強積金 戶口之內。連同僱主 5% 的供款，打工仔每個月已經將一成的收入儲蓄起來，作為退休之用。倘若政府日後引入強制的醫療保險及儲蓄計劃，每月再多徵 5% 的供款，打工仔每個月便要被迫將一成半的收入儲蓄起來。

筆者一向認為，絕大部分的香港家庭都懂得為自己及家人日後的退休生活，包括醫療支出，作出準備。根據一些估計，香港人的儲蓄率超過三成，即每月收入兩萬元的家庭，平均有超過 6000 元是儲蓄起來。

此外，因應不同家庭的需要和喜好，港人有不同的儲蓄方法。有人會將儲蓄投資在房地產方面，有人投資在兒女教育上，有人喜愛購買股票、基金或者其他金融

產品。近年港人對個人身體健康較前關注，願意花費及花時間在各項運動及健身活動上。花費在購買保健及健康產品上的支出，每年估計數以十億元計。

因此，任何強制的醫療融資制度，相信很難獲得市民的支持。特別是中產階級，他們已經為個人健康作出努力和準備，政府為何還向他們打主意呢？一些不注重個人健康以及不為將來生活作準備的人，反而可以豁免供款，由納稅人繼續大幅度補貼，去享受低廉的醫療服務，這實在難以令人信服。

筆者一直強調，面對人口老化所帶來的額外醫療支出，政府必須三管齊下，包括增加公營醫療收費，鼓勵市民購買醫療保險，以及善用私營醫療服務。現時醫管局的收費只佔成本的 5%，政府需要補貼 95%，這自然吸引市民使用公營醫療服務，放棄使用私營服務及購買醫療保險。

倡推行自願醫保制度

筆者主張推行自願的醫療保險制度，讓市民可以選擇接受政府的直接津貼，或者透過稅務上的寬減，購買醫療保險。投保者可以選擇公營或私營的服務，也可以選擇基本或優質服務。

為了吸引市民購買保險及使用私營服務，醫管局須逐步調高收費至收回成本兩成或三成，並且為每個家庭的每年醫療支出設定上限（例如是佔收入的 6%），以免醫療支出成為沉重的家庭負擔。換言之，低於上限的醫療支出，由市民直接支付，或者透過保險公司支付。超出上限的支出，則由政府全數承擔。

政府今年的財政預算案為醫療融資計劃預留 500 億元，正好用作津貼市民購買醫療保險。政府若津貼一半保費，可以吸引市民額外供款 500 億元。政府若只津貼四分之一保費，更可以吸引 1500 億元的供款。這筆共 2000 億元的額外保險供款，可以為未來 20 年，每年提供約 100 億元的資金。連同公營部門增加收費的數十億元額外收入，相信可以幫助香港解決人口老化所帶來的醫療融資問題。

作者是理工大學 會計及金融學院副教授

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/080326/12/2r7z7.html>

or

<http://news.sina.com.hk/cgi-bin/nw/show.cgi/8/1/1/680902/1.html>

附件七

港醫療融資方案 參考澳星瑞三國

(星島) 12月 24日 星期一 05:30AM
(綜合報道)

(星島日報 報道)醫療改革諮詢文件擬於明年推出，市民大眾十分重視政府如何解決基層醫療問題、增加公私營醫療合作空間及未來醫療融資等等方案。究竟市民要承擔多少？政府會否強制執行醫療保險？相信當中有許多討論的空間。

香港電台 電視部特備節目《醫療多國度》製作了三集節目，走訪澳洲、新加坡 和瑞士 三個國家，剖析三地的醫療融資方式種種利弊，香港電台網上廣播站可供重溫 (www.rthk.org.hk)。

澳洲現時實行的「國民保健」計畫基本上是一種醫療津貼，由聯邦政府撥款，各州自行管理，令國民享有同等機會的醫療服務。經費主要來自「國民保健」稅及其他稅收，國民要繳付薪金百分之一點五的醫療稅作為「國民保健」經費。澳洲政府為鼓勵高收入國民購買私人醫療保險，凡購買者均可享有三成的退稅優惠。所有醫療保險公司不可根據風險揀選客戶，亦不可拒絕高風險人士的續保申請或者收取較高保費。

新加坡是世界上唯一一個全面採取醫療儲蓄戶口制度的國家。僱主及僱員均須向保健儲蓄戶口作強制性供款，款項只限用作醫護用途，亦可以用來清付戶口持有人及／或其直系親屬的醫院帳單。

瑞士自九六年通過新的醫療保險法案，規定所有國民（包括在瑞士定居超過三個月的人士）必須購買強制性的醫療保險，保險涵蓋所有基本醫療服務的費用。私人保險機構不能拒絕任何國民投保。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/071223/60/2lu8v.html>

附件八

六成受訪中產選自願醫保

(明報) 04 月 07 日 星期一 05:05AM

【明報專訊】醫療融資一旦推行，中產人士將首當其衝受影響，一項調查發現，在政府於醫療融資諮詢文件內提出的 6 個方案中，受訪者較傾向選擇自願醫療保險，至於政府較多談論的「保險加儲蓄」方案，則有四成人反對，贊成的有 23.9%，反對率是 6 個方案中第二低，最多人反對的是直接加稅以支持醫療開支。

四成反對「保險加儲蓄」方案

中產動力 3 月底派員到海怡半島、太古城、黃埔花園等較多中產人士居住的屋苑，另再用電話共訪問了 723 名月薪 2.5 萬至 12 萬元的人士，了解他們對 6 個醫療融資方案的意見。調查發現，近六成中產人士認為，自願購買醫療保險是最受歡迎的計劃，最反對的是直接加稅。

中產動力主席馮煒光指出，政府並無提及如何融合強制供款及中產人士已購買的保險，令中產人士擔心會「雙重供款」，因此較支持自願供保險，另一方面，中產人士普遍享有僱主提供的醫療保障，他們亦擔心強制醫療保險會令僱主減少對僱員醫療保障的承擔，將保障降至最低，重蹈當年強積金覆轍，建議政府日後小心規管。

調查顯示，認為政府及僱主應供款的受訪者數目，分別佔近六成及逾五成。不過，「強制保險」、「強制儲蓄」及「強制保險加儲蓄」3 個方案中，中產人士仍較傾向第三個的混合模式，雖然有四成人反對保險加儲蓄方案，但有 23.9% 受訪者表示贊成，35.3% 表示沒有意見，反對率是 6 個方案中第二低。但馮煒光指出，如政府確實推行強制供款，四成反對人士的反應可能十分強烈。受訪者普遍認為每月供款率應介乎 2% 至 4%，並建議政府把 500 億元用於直接資助市民買保險及供款。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/080406/12/2rurn.html>

附件九

六成人贊成強醫金 九成只願供月薪 3%或以下

(明報) 06 月 11 日 星期一 05:05AM

【明報專訊】針對智經建議以強制醫療供款作為本港醫療融資的新路向，本報民意調查顯示，六成受訪者贊成設立「強醫金」，但逾九成人選擇的供款額為月薪 3%或以下；另外，75%認爲該些供款應由政府管理。但醫學界議員郭家麒和病人組織均憂慮，醫療供款是政府將醫療開支「封頂」的後着。

本報於本月 10 日至 14 日透過隨機電話，訪問 844 名市民就強制醫療供款的意見（見圖），雖然多數受訪者贊成強醫金，但問及供款佔月薪多少，則是愈少愈好，多達 54%選擇只供月薪 1%。

本身是理大公共政策研究所教授的智經研究中心醫療研究小組顧問阮博文，昨於《城市論壇》上表示，有關醫療供款建議公布後至今，他們從業界接獲的意見普遍是「很支持」，他強調，有關建議並不是取代目前以稅收支持醫療開支的政策，而是除此之外，再有醫療供款支持市民的醫療服務需要。

阮解釋，目前癌症病人若要服用新藥，醫療費不包藥費，但將來有醫療供款支持，政府可補貼一半藥費，其餘一半藥費才由病人負擔；換言之，市民所獲的醫療服務會有所改善。

議員憂爲醫療開支「封頂」鋪路

不過，醫學界立法會議員郭家麒憂慮，醫療供款是爲政府將醫療開支「封頂」作後着，中產人士既要供強積金，又要交稅，再自行買醫保，若要再作醫療供款，根本難以接受，加上有關供款實際數額隨時因一次患病便「清袋」，根本不切實際。

長期病患者關注醫療改革聯席發言人賀賢銘亦稱，醫療供款無「風險承擔」的概念，對長期病患者保障不大，故現行以稅收支持醫療開支的制度應要繼續。

阮博文強調，智經提出醫療供款，並不是想幫政府爲醫療開支封頂，但指當局必須持「務實態度」，因醫療開支不可能無止境地上升。然而他亦認同，醫管局有需要作服務改革的配套，改善輪候時間太長的問題。

亞太區人壽保險從業員總會會長黃錦輝則認爲，當局要檢討醫療融資問題，應先控制醫管局的龐大開支，而政府則可成爲最大的「莊家」承擔醫療保障更實際。

來源：

<http://www.mingpaohealth.com/cfm/Archive1.cfm?File=20070611/news/goj1.txt>

附件十

阮博文：醫療融資以稅為本（星島）03月27日星期四 05:30AM

（綜合報道）

（星島日報 報道）政府的醫療融資改革方案之一，是建議市民月供薪金百分之五。曾協助「智經研究中心」研究醫療融資的阮博文預計難令市民接受，「市民習慣毋須供款，突然要供款，阻力一定很大」，認為政府應推出儲蓄加自願保險的「第七方案」，供款率為百分之三，由市民自己決定是否購買醫療保險。

收入 5%供款阻力大

二十年前開始研究本港醫療融資制度的理大公共政策研究所首席研究員阮博文說：「從前衛生福利司黃錢其濂到哈佛報告，我大致掌握公眾怎樣想，為甚麼討論了這麼多次都沒有結果？公眾較支持以稅為本的融資制度，即現時的制度，但不可以只靠稅收……二〇三三年老人佔人口百分之二十六，對下一代不公平。」

他說，政府的強制儲蓄和保險計畫缺點是百分之五供款率過高，未有考慮公眾接受程度，「如果供少於百分之五，儲完錢還要欠保險公司錢，點得？不如推行強制儲蓄，保險則自願購買，市民可以用儲蓄買保險，不買便儲起來，大病由政府包底，以稅為本。」這樣市民便可以月供百分之三，應付有餘。

小病自付 大病政府有補貼

他認為，只有儲蓄才能真正解決人口老化為醫療制度帶來的問題，將來市民可以用儲蓄到私家醫院割膽石、做白內障 和前列腺等手術，市民每付一元，政府便補貼一元，誘導中產轉投私營市場，屆時政府的開支和公立醫院輪候時間均會少於現在，大手術如換肝和心臟搭橋等則由政府「包底」。若市民擔心自己會有大病，則可以動用儲蓄購買保險。

現時中產的困境是不想輪候公營服務，但花數萬元到私家醫院做手術又嫌太貴，阮博文建議政府用五百億元做配對。「五百億元不是放入個人戶口，市民購買服務時，政府就配對，錢便好用很多，且有針對性。」此外，將來錢在自己的口袋，市民使用時一定會很謹慎，不會有濫用問題。記者 胡樞欣

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/080326/60/2ran8.html>

附件十一

中醫治沙士贏口碑

2003年6月14日 星期六 【東方專訊】

廣東省中醫院兩名專家林琳和楊志敏應醫管局邀請在本港公立醫院提供治療個多月來，已為八十八名非典患者，共二百九十八人次進行診治，病人接受治療後病情均有好轉。兩名專家指本港愈來愈多患者要求接受中醫治療。

楊志敏說，聯合醫院一名非典病人首先嘗試接受中醫治療，其後同房六名病人陸續提出相同要求。連日來，兩位專家穿梭本港十家醫院為非典病人診治，部分病人需覆診十多次。

袁國勇反駁德國研究

就英國權威醫學雜誌《刺針》刊登德國研究指甘草的成分較利巴韋林等其他四種藥物更有效阻止沙士病毒，最早提倡使用利巴韋林的香港大學微生物學系系主任袁國勇昨表示，現時所有治療非典的藥物中，未有一種進行過交叉對照研究，因此即使有人批評某種藥物效果較差，始終無法提出實質證據。但若要為利巴韋林做對照研究，最少需三至四百名沙士病人參加，他絕不想見到本港再有數百名沙士病人需服藥治療。

來源：

<http://yukz.com/ap/relate/0614or01.html>

附件十二

內地最老抗沙士醫師逝世

(明報) 01 月 03 日 星期四 11:55AM

在醫治中國沙士 曾做出極大貢獻的廣東中醫師劉仕昌，新年前夕在廣州逝世，享年 93 歲。

廣東《南方日報》報道，劉仕昌為廣州中醫藥大學終身教授，最早提出中醫防治沙士方案，被譽為「最老的抗非功臣」（中國稱沙士為非典型肺炎，簡稱非典）。

報道表示，劉仕昌自 19 歲起繼承家學，1957 年起執教廣州中醫學院，1967 年曾大顯身手抵抗流行性腦膜炎。

2003 年初，在沙士襲擊內地初期，當時一些權威西醫反對中醫參與救治。但後來劉仕昌接獲有關部門通知，請他參加醫治這種「怪病」，而此時他已經退休 5 年。

接獲通知後，劉仕昌在廣州市第八人民醫院連看了多名沙士病人，判斷為「風溫積濕」症狀，帶領弟子運用「嶺南溫病學」理論，最早提出中醫藥防治沙士方案。

報道表示，當時劉仕昌和大徒弟彭勝權成為廣東省沙士防治專家組的中醫專家代表；而實踐證明，中醫藥在抗擊沙士中發揮了重要作用。

據說，劉仕昌所在的廣州中醫藥大學附屬一院就創造了醫務人員零感染、沙士病患零死亡的奇跡。

來源：

<http://www.mpinews.com/htm/INews/20080103/ca41142w.htm>

附件十三

林秉恩稱續與內地合作發展中醫藥

(星島) 11月 29日 星期四 01:42PM

衛生署署長林秉恩在廣州出席一個中醫藥推廣活動時表示，本港會繼續與內地合作，進一步發展中醫藥和加強人才培訓。林秉恩表示，其實很多專業理論、知識和專家在香港發展，香港的教育、理論、管理方面，都有賴內地支持，例如香港很多教授都是來自內地，香港的考試制度也和大學的專家一起出題目，有時香港藥業的管理，中藥的註冊等，都借助內地專家的力量，幫香港訂下標準。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/071129/60/2kf7w.html>

附件十四

中港攜手促進中醫藥發展

(星島) 11月 23日 星期五 05:47PM

食物及衛生局局周一嶽，與國家衛生部副部長王國強，簽署中醫藥領域合作協議，促進中港兩地的中醫藥發展。周一嶽表示，香港與內地在中醫藥方面的交流，愈來愈密切，簽署協議，象徵一個新的里程碑。有關部門，將保持聯絡，並在有需要時舉行會議。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/071123/60/2k3fv.html>

附件十五

醫局 1.4 億挽護士人才

(星島) 05 月 23 日 星期五 05:30AM
(綜合報道)

(星島日報報道)針對護士流失率偏高，醫管局通過撥款一億四千萬元挽留人才，如新增「顧問護師」及約四百個「專科護師」名額，以升遷吸引有經驗護士留守，並把註冊護士聘任合約由三年增至六年，以提高新入職護士信心。局方相信，有關措施於下月開始推行後，可令未來一年護士流失率降至百分之四以下。

記者：黃穎妍

醫管局總護理行政經理林崇綏昨表示，最新護士流失率維持約百分之四點五，屬甚高水平，尤以內科、婦產科及兒科深切治療部等壓力較大專科護士流失率較高，當中兒科深切治療部護士流失率曾達百分之五。

醫管局聯網服務總監張偉麟強調，早前醫管局大會通過撥款一億四千萬元提升護理質素及挽留人才，如新增薪酬等同病房運作經理、最高可達五萬九千多元的「顧問護師」職級，讓有經驗及技術的護士於臨牀作領導工作、訂立指引等，初步計畫由內部升遷，望各聯網可有一名。

註冊護士合約增至六年

鑑於半數流失的護士擁十年年資或以上，醫管局是次會增設四百個年資七年或以上的專科護師職級，讓護士有更多升遷機會，並把其薪酬福利等與舊制看齊；註冊護士聘任合約亦增至六年，工作滿三年會發放酬金一次，現入職兩年或以下護士亦可申請轉新制。

同時，局方將重新啓動明愛及屯門兩醫院護士學校、增護士名額四百多人，目標招聘六百九十名護士畢業生，由現只有瑪麗、瑪嘉烈及屯門醫院三間醫院提供二十四小時藥房服務，增至各聯網也有一間；並添置約二千張電動病牀、以月數計算認可工作經驗等吸引護士回流。有關措施實施後，張偉麟有信心來年護士流失率降至少於百分之四。

香港護士總工會會長吳肖群回應指，醫管局過去與護士工會等開會數次，聆聽意見，有關措施符合護士要求。她指出，過去護士最憂心是前景茫茫，現增加升遷機會及延長合約期等，令前線護士較前有信心，但希望局方提供更多專科培訓等。

來源：

http://www.jobmarket.singtao.com/Resources/career_news_details.jsp?article_id=2468&magazine_type=CN

附件十六

醫局數千萬元挽才 增聘 700 護理人員 護士流失嚴重

(明報) 03 月 05 日 星期三 05:05AM

【明報專訊】面對護士流失問題嚴重，醫院管理局正計劃斥資數千萬元，推出一系列挽留及吸納人才措施，方案包括：08/09 年度增聘約 700 護理人員，另增 400 護士學額，提高中層護士薪酬、設立護士顧問增加晉升機會及減輕護士工作量等。醫管局正諮詢員工，最快可望 4 月實施。

護士學額增 400

根據醫管局數字，護士於 07/08 年度整體流失率為 4.13%，當中 11 年以上經驗註冊護士佔流失比例中的 54%，5 年經驗以下的流失比例亦由 06/07 年度的 27.6% 升至 38.9%。

醫管局總護理行政經理林崇綏表示，預計今年度需增聘約 700 護理人員，若計算流失率後，將聘人手或達 1300。

為了減低流失率，醫管局正計劃推出一系列措施挽留員工。她說，由於不同專科有需求，會考慮開設護士顧問，但要先釐清工作範疇，故要審慎研究，而可獲晉升資深護師的名額增至 400 個。而目前須身兼病房經理職責的資深護師，每月只有 1500 元額外津貼，故會考慮增加他們與部門運作經理的薪酬。

3 年評核「好」可申轉常額僱員

為針對年輕護士流失問題，她指入職少於 6 年的護士，若在其中 3 年評核中獲評為「好」，則可提早申請轉為常額僱員。其他措施包括減輕護士工作量，如增加文書支援、輸送物資服務及購買電牀等，並會設立護士資料庫，聘用更多兼職護士，及將目前 50 個護士門診服務增加 15% 至 20%。

除了挽留員工，醫管局於今年度亦會開設 400 個護士學額，當中包括 200 至 280 名登記護士，可能在九龍東、新界東、香港東及香港西聯網招聘，但她強調是短暫措施；另外的註冊護士學額則研究與大學合作，或會重開一直有申請復辦課程的明愛醫院 及難以聘任護士的屯門醫院。

新入職護士獲 2 年督導培訓

為了吸引更多人加入或重返公共醫療架構，新入職護士可獲 2 年督導培訓，藉機考取專科護士資格，若符合一定要求，更有機會晉升資深護師及管理層。她指出，由註冊護士晉升為專科護士的時間可由現時逾 10 年，縮短至 7 至 8 年。

她表示，一系列措施估計要數千萬元，相信有吸引力。醫管局已與護士工會見面聽取意見，稍後會有 4 場諮詢會，若一切順利及獲醫管局人力資源委員會通過，4 月便可實行新方案。

來源：

<http://hk.news.yahoo.com/080304/12/2pyab.html>

附件十七

吳儀：中醫藥明天會更好

(明報) 01月 24日 星期四 09:05PM

國務院副總理吳儀 在2008年中國中醫藥工作會議上說：「中醫藥發展前景廣闊，潛力巨大，大有可為。」

吳儀曾出席2004年、2007年和2008年的中國中醫藥工作會議。她說：5年中三次參加一個部門的年度工作會議，「其中的含義不言而喻」。

一位參會的中醫師說：「國家高層領導對中醫藥事業的支援，更加增加了我們業內人士的信心，也推動了中國中醫藥事業更好地發展。」

吳儀指出，中醫藥是中國人民長期與疾病作鬥爭的實踐經驗總結，為中華民族的繁衍昌盛作出了不可磨滅的貢獻。同時，中醫藥在世界傳統醫藥領域也獨樹一幟。這是寶貴財富，我們一定要倍加珍惜，並努力將其發揚光大。

同時，她以實際行動力挺中醫藥事業的發展：2007年7月7日「中醫中藥中國行」大型科普宣傳活動啓動，吳儀在北京出席啓動儀式。同年11月29日，她在中國南方的廣東省出席了當地的「中醫中藥中國行」活動。這一活動以實際行動強有力地回應了「取消中醫」的聲音。

2007年8月30日，吳儀出席全軍中醫藥技術大比武活動總決賽時表示，中醫藥事業正在進入新的發展機遇期，要堅定不移地大力扶持和發展中醫藥。

2007年11月28日，她在中醫藥國際科技合作大會開幕式上強調，要深化國際合作，推動中醫藥繼承創新。

在今天開幕的2008年中國中醫藥工作會議上，這位副總理還如數家珍地將中醫藥事業成績一一列出：

——中國已建成中醫醫療服務體系。全國已有3072家中醫醫院，33萬餘張床位，大多數綜合醫院設有中醫藥科室。

——中醫藥防病治病能力不斷增強。全國已建成重點中醫專科615個。

——中藥產業不斷壯大。全國中藥企業已近1500家，中成藥品種達9000餘個，產業經濟規模已突破千億元。

吳儀說：「5年來，我與廣大中醫藥工作者共同度過了一段難忘的歲月。在這期間，我更多地接觸了著名老中醫藥專家和普通的中醫藥工作者，更多地看到了中醫藥在農村、社區發揮的突出作用，更多地感受到國際社會對中醫藥日益廣泛的關注和認同，更多地體會到中醫藥的博大與精深。我對中醫藥的發展充滿信心！」

來源：

<http://www.mpinews.com/htm/INews/20080124/ca42053k.htm>

附件十八

吳儀強調發展中醫藥事業

(明報) 08月 30日 星期四 11:35PM

副總理吳儀在全軍中醫藥技術大比武活動總決賽上強調，要堅定不移地大力扶持和發展中醫藥。

吳儀指出，中醫藥歷來是軍隊衛生工作乃至我們全部衛生工作的重要組成部分。近年來，軍隊中醫藥工作認真貫徹落實科學發展觀，進一步加強學科人才建設，注重增強未來作戰醫療保障能力，不斷提高服務水平，中醫藥越來越受到全軍官兵的普遍歡迎。這次全軍中醫藥技術大比武，不僅對提高軍隊中醫藥技術和研究水平、提高軍隊衛生保障能力起到了很好的促進作用，也為國家和地方中醫藥事業的發展提供了值得借鑒的經驗。

吳儀強調，中醫藥學是中國人民在長期勞動、實踐和與疾病鬥爭中創造的醫學科學，是中國文化的瑰寶，是中華文明的結晶。幾千年來，中醫藥作為抵禦疾病、維護健康的主要手段，為中華民族的繁衍昌盛作出了不可磨滅的貢獻。

國內近年不時有學者要求廢除中醫，而去年有人在網上徵求取消中醫的簽名，要求有關部門採取措施，讓中醫退出國家醫療體制。

來源：

<http://www.mpinews.com/htm/INews/20070830/ca42324c.htm>