

第三部分

從價值到政策



一・基層醫療是甚麼？

基層醫療（primary care）是指相對於醫療系統內的專科治療及住院手術等第二及三層醫療以外的其他服務；範圍相當廣泛，包括門診服務、疾病預防、社區照顧及護理、健康生活推廣等等。成功的基層醫療系統往往能減低醫療系統的膨脹及社會開支，因為基層醫療能減低對費用高昂的第二及第三層醫療的依賴，但更重要的是社會上的個人健康得到全面的提升，令個人、家庭及社群能減低因疾病而帶來的經濟、心理、身體及照顧上的負擔。因為我們都知道疾病的可怕不完全在於失去生命，更可怕的是生活質素的下降。病人生活質素的下降除了是身體的不適及衰弱外，更重要是因病可能引致的社會排斥（包括是經濟、家庭支援、社群歧視等）。因此，「預防勝於治療」這諺語正是基層醫療重要性的最佳演繹！

基層醫療在香港的實踐

政府目前已經為長者提供基層醫療的服務。衛生署於1998年接納醫療改革報告的建議，在全港每區各設一間長者健康中心，以加強為長者提供的基層健康服務，從而提高他們的自我照顧能力，鼓勵他們培養良好的生活習慣；同時鼓勵家人加強照顧長者，減低他們染病及罹患殘疾的機會。長者健康中心為長者提供身體檢查、健康評估、輔導、治療，以及健康教育等服務，配合長者多方面的健康需要。凡年滿65歲的人士，都可登記成為會員；登記年費是110元（領取綜援及有經濟困難的人士可獲豁免收費），預防疾病及促

進健康的服務（包括每年的健康檢驗）均屬免費，診療服務則每次只收45元。

18間長者健康中心合共提供約38,000個會員名額，但目前輪候入會的人數高達23,000名，欲成為新會員的平均輪候時間為38個月。長者健康中心的受歡迎程度多少印證長者對基層醫療的龐大需求，證明它是一個可行的模式。但自成立以來，政府以資源有限為理由一直未能擴展長者健康中心，甚至害怕供不應求而沒有全力宣傳長者健康中心的服務，反映政府對推動基層醫療毫無誠意和缺乏承擔。

基層醫療的成功條件

理想的基層醫療系統需要多方面的配合及重視。首先，市民大眾要明白健康生活的重要。其次，基層醫護人員要明白他們的就醫者不單是病人，而是一個全面的個人及其家庭，除了治療疾病，更要預防疾病，為就醫者作檢查和評估病情，照顧家庭成員生理、心理的健康和鼓勵健康生活，建立穩定、持續而互信的關係。最後，政府政策的配合，明白「健康」不只是結果，而是處於文化、經濟、社區、教育等脈絡之中，用流行病學的概念並不能有效量度市民的健康程度。當我們可以吃飽穿暖，獲良好教育及工作環境，以及零污染或少污染的生活環境等社會宏觀的設定得到落實，並且能夠讓每個人可以有能力參與其中的決策過程時，健康的氛圍，才有可能建立，自主的學習或是強化行動才能生生不息的持續。例如，我們不斷透過打針吃藥解決糖尿病的血糖，卻忽略農業、飲食加工業的政經政策，或是看不到整個

社區的飲食環境與習慣時，那會成功嗎？用藥、打針的確可以收立竿見影，折服人心之效，也是不可或缺的必要手段；只是如果整個病態結構的基底沒有改變，再怎麼樣的裝飾外表，還是金玉其外，敗絮其中。

香港的基層醫療系統及政府的改革建議

根據《醫療改革諮詢文件》，政府亦認為香港的基層醫療系統極之不足，家庭醫學專科資格的醫生，全港不足200名，而定期檢查身體的市民不及四分之一，更重要的是基層醫療的開支只佔整體公共醫療（約380億）開支的一成。這些數據顯示政府亦明白基層醫療的重要性，但可惜在文件中提出的具體方案只有設立醫生名冊，以及發出醫療券協助低收入及弱勢家庭作身體檢查。這樣的建議與其說是發展基層醫療，倒不如說是以此作為醫療融資的藉口及進一步拓展醫療的市場化。

我們認為

既然基層醫療對整體社會及個人家庭的健康那麼重要，政府因循現時基層醫療由市場提供的發展方向，是否需要作深入檢討？透過市場提供基層醫療在過去已經是個失敗的經驗：一方面，在重視第二及第三層醫療的政策下，醫療人員紛紛轉向專科發展，而令家庭醫生發展不足；另一方面，在私人市場下，現有重治療而輕預防的醫療傳統將不會有所改變。試想就醫者既付了診金，亦期望「藥到病除」，誰會願意只作健康諮詢？我們認為政府應就基層醫療的發展，再作深入及詳細的研究，提出具體有效的發展

方案，並應由市場提供的模式改由政府承擔，因為如上所述，基層醫療牽涉的範圍太廣，除了醫療系統外，亦涉及衛生、環境保育，甚至勞工福利等，此皆需由政府統一處理。更重要的是，健康人生的掌握不應該因貧富而有所分別，基層醫療費用不應成為基層人士及弱勢社群得到健康人生的障礙。

二・醫療應該由市場還是政府提供？

香港的醫療體制中，門診以私營為主，大部分有病的人便看私家醫生；然而醫院方面則以公營為主，由政府撥款資助的公立醫院為香港提供約九成的病床。近月政府的醫療改革諮詢文件，表面上是集中談融資，其實已涉及服務供應方的討論，例如政府最屬意的醫保儲備方案，便牽涉到擴大私營醫療。到底，醫療應該由市場還是政府提供呢？

由政府主導的公營醫療，為市民提供可負擔的醫療服務（至少在未出現《標準藥物名冊》前），並按病情訂下醫治的先後次序。雖然被評為輪候時間過長，但畢竟也是不分富貴貧賤，為廣大市民提供公平和基本的醫療保障。若遇上罹患危疾如癌症或器官移植手術，市民就更加依賴公營醫療系統了，因為私家醫院醫療費用昂貴，中產階層也未必能夠承擔得起。於是，香港漸漸形成了公私營醫療的分工，負擔得起昂貴醫療費用或已購買保險的市民，若需要進行小手術或某些特定的檢查，便會選擇私家醫院以便更快得到治療。可是光顧私家醫院的經驗，卻不一定愉快。

消費者委員會的出版刊物《選擇》，2001年9月號就探討了私家醫院的收費問題。不少病人投訴私家醫院收費欠缺透明度，醫院提供的資料只限於病房、病床、部分醫療套餐收費及按金，其他收費如藥物、醫療物料及儀器、租用手術室、醫生巡房、雜項等，大部分醫院均沒有列明，病人出院付賬時才發現與報價不一樣而大失預算。其他情況包括駐院與非駐院醫生的巡房費迥異、病人深夜入院做手術需收取緊急召喚服務費及其他種種的隱含收費。因此在《醫療改革諮詢文件》中，亦建議若全面推行強制保險，私家醫院必須受到監管。

此外亦需留意，病人與服務供應方之間不平等的供需關係。病人當然可以在接受治療前比較各醫院醫生的價格和質素，但若病人罹患的是急症，則必須在短時間內立即作出決定，而且也受地域的限制，難以理性、細心地選擇醫療服務。再者，醫療知識專業而壟斷，一般市民大眾並未具有足夠的資訊去篩選醫療服務，例如甚麼時候應該動手術割掉腫瘤？還是可以其他治療代替？而治療期間到底要使用多少的藥物和醫療物料？病人更是無從知曉。因此在醫療市場裡，病人往往處於較弱的位置。更甚的是私營醫療始終是以利潤為導向，縱使非牟利的醫院也需確保收支平衡。在日本更出現私家醫院拒收急症病人的案例，致使病人延誤治療而死亡。

在明白醫療市場的特性後，我們對於改革諮詢文件中有關服務供應者的轉變便不能掉以輕心。不少國家為防止由私營醫療市場帶動整體醫療開支的上升，花了不少心思，包括以保險（不論是私人還是集體購買的保險）作為制衡，

以便集眾人之力提升議價能力。保險的概念固然有其好處，但若未能謹慎處理，保險本身也可以成為問題，包括保險公司為省錢而介入醫療決定或想盡辦法不賠錢等，詳情可參考電影《美國清一SICK檔案》(SICKO)。

無論如何，獲得醫療護理是基本人權，也是各國政府的責任，香港政府必須保證在擴大私營醫療比例的同時，市民仍能繼續享有公平而基本的醫護保障，並謹慎研究醫療市場中不平等的供需關係，會否帶動整體醫療開支的上升。香港政府應以美國為鑒，避免重蹈覆轍，為減輕政府承擔而貿然擴大私營醫療，這邊廂政府省了錢，但那邊廂在醫療上的開支卻因此而上升，最終得不償失。

三．醫療開支由誰負擔？

戰後至今，醫療健康照顧一直是最重要的社會政策之一。港府早於1964年便就著醫療服務發表第一份政策白皮書，肯定了低廉醫療收費有助解決市民求診就醫的困難，並訂定1963至1972年間醫療及健康服務的標準，認為基本公共醫療健康服務設施有利人力、生產力和經濟的發展(Hong Kong Government Gazette, 1964)。隨後，港府於1974年公布第二份醫療白皮書，規劃未來十年的醫療衛生建設，尤其用以紓緩因人口增長和新市鎮發展所帶來的服務壓力(Hong Kong Government Gazette, 1974)。其後，政府委任W. D. Scott為顧問，檢討醫院的管理及行政，並於1985年發表《醫院提供的醫療服務》顧問報告書，又稱《史葛報告書》，建議政府設立獨立管理的醫院制度，

並提出減低成本、收回醫院服務成本，以及增設較高級病房的建議。首次揭示出政府對公立醫院服務及其融資安排的重重憂慮。於1991年，醫院管理局終於誕生和正式接管現時所有公立醫院；而衛生署亦正式專責公共衛生健康和門診服務的提供。

雖然醫院管理局成立了，但有關醫療融資和改革的討論並沒有因此停下來。其後政府分別發表了多份的醫療諮詢文件及報告書，嘗試去解決醫療融資和公私營服務平衡的問題。「醫療開支由誰負擔」這問題一直存在社會中，但作為教會團體，我們認為醫療融資並不純粹是一個財務問題，更是社會公義的問題。因此當我們考慮醫療開支由誰負擔時，務必考慮以下的原則。

財富再分配

公共財政應發揮「財富再分配」的作用，而醫療開支是公共開支中很重要的一環。近十年來，香港的貧窮問題日趨嚴重，根據2006年中期人口統計數據的分析，現時香港有134萬市民的入息低於入息中位數的一半。政府對財政的運用，其中一個最重要的原則，就是履行公義，使弱勢社群的基本權利得到體現。醫療融資，由於涉及財政分擔的問題，直接影響市民生計，所以政府應該列出更多數據，讓公眾作深入討論，以確保有關方案是否符合資源公義分配的原則。假若從這個角度看，繼續沿用目前以稅收支付公共醫療開支的方法，是比較公平和能夠保障低下階層。

疾病的社會本質

不少人都認為，健康是個人的責任，每一個人都要為自己的健康負責，不應倚賴他人為自己錯誤的生活習慣負責。當然，這論點有一定的道理，但我們要知道，生病往往是由於社會及居住環境所造成的（例如空氣污染、過長工時等），是社會不斷發展的代價。因此，處理疾病不可能完全是個人的責任，社會和政府亦有責任的。我們認同患病機會較低的市民，在某程度上亦應該幫助患病機會較高的市民，以體現作為社會一份子的責任承擔和履行社會公義原則。

保障弱勢社群的利益

鑑於低收入人士在社會上是處於弱勢的一群，因此在醫療融資制度方面，政府責無旁貸，應特別保障低收入人士也能獲得充分的醫護服務。從過往的諮詢文件看來，政府似乎傾向強制性的醫療保險計劃；然而，強制性的醫療保險計劃能否充分保障弱勢社群的利益呢？雖然，有人認為，當實施了強制性的醫療保險計劃之後，會有一部分人，例如長期病患者、年長者會因此而受惠，保險公司不能因他們是高風險人士而將之拒諸門外。可是，強制性醫療保險是屬於私人戶口，將來患有危疾所需要的費用仍是由其戶口所支付；一些低收入、長期病患者的戶口未必足夠支付其醫療開支。由此可見，強制性醫療保險計劃未必能充分保障弱勢社群的利益。

基於上述的考慮，我們認為一個符合社會公義的公共醫療制度，必須要保證市民能夠得到一個「像樣」、「得體」（decent）而又最基本的醫療服務，而且這個服務水平應該是公眾可以接受和有能力負擔的。

四・何謂醫療通脹？

醫療通脹是指醫療用品及服務的單位成本或價格的上漲，是公共醫療開支不斷上升的原因之一。有別於人口變化對醫療服務的需求所產生的影響，醫療通脹是由於醫療科技進步而產生的。醫療科技的發達，固然令社會大眾更健康，這些成果卻並非「免費午餐」，副作用更少的新療法和療效更佳的藥物推陳出新，但病人卻要承擔醫療製藥機構昂貴的研發成本。單單是治療方法和藥物的款式及選擇增多，或者質素的提升也會帶動需求和開支，推高醫療服務的單位成本。而且，即使科技進步能令一些醫療服務和藥物的價格降低，但對它們的需求會相應增加，致使總開支仍然不跌反升。

此外，醫療服務的資源增值能力比其他服務或產品低，當其他非醫療服務和產品通過提高生產力和競爭力達到更大成本節約和減價空間，醫療服務的相對價格便會提高。相比之下，醫療服務的單位成本便會不斷上漲。

五・人口老化導致醫療開支失控？

根據經濟合作與發展組織（簡稱「經合組織」）2006年出版的研究報告《預測經濟合作及發展組織在醫囑和長期護理方面的開支：主要動蕩為何？》，¹ 人口老化並非未來五十年經合組織成員國醫療開支上漲的主要壓力。

回顧過去二十多年的數據，經合組織的研究發現公共醫療開支的平均年增長率約為3.6%，其中只有0.3%能用純粹人口結構的因素解釋。其餘的非人口因素有二，分別是2.3%來自「收入效應」，1%則是科技和其他剩餘的經濟因素。經濟學上所謂的「收入效應」是指消費者的購買力增強對需求的影響；對病人而言，醫療服務是「必需品」，他們的經濟條件改善會帶動需求和開支。換言之，相比於由科技帶動的醫療通脹，人口老化並非過去令公共醫療開支持續「跑贏」經濟增長的「元兇」，反而由於經濟增長令富裕地區「越駛越大」。

經合組織的研究，討論了「人口老化」現象的含義：即是生活條件和醫療質素改善令一個社會的人均壽命增長，伴隨的是年長人士能享有相應增加的健康歲月。人口老化並不一定意味有更多的體弱多病的長者需要長期依賴醫療服務。無論任何國家，用於65歲以上人士的醫療開支起碼高出其他年齡人士的四倍，其主因並非單純地只有他們的醫療需求比其他人多，而是因為他們的死亡率高、病發的存活率低，生命末期療護的成本很大。人皆有一死，對於一個社會而言，分別只在於每個市民人生終末的「死亡成本」（death-related costs）在甚麼時候出現。經合組織研

究採用「長壽＝健康」的假設固然存在爭議，但亦能言之成理。一個人口老化的社會代表的不是「老弱傷殘」的群體，反而應該是一個更健康的社會，否則市民不可能會得享高壽。下一代在戰後出生的長者理應比上一代戰前出生的長者健康，因為後者出生、成長和發育時期的營養與生活條件明顯較差。更重要是，人口老化不一定是推高醫療開支的原因，因為醫療開支通常都是由供應帶動，多於由需求帶動。醫療開支的增幅更大程度取決於兩股力量的拉鋸：一方面，由醫療通脹而來的成本上漲；另一方面，政策和財務上能否成功壓縮醫療服務的價格和供應（例如每年訓練多少醫生、聘用多少醫生、醫生的待遇如何）。

人口老化引發的財政負擔更直接反映在長期護理的開支上。一個政府對公共醫療的投入不足，會導致長期護理的開支增加。經合組織的研究發現兩者不能完全分開獨立處理，而且人口老化對長期護理的開支，影響更直接、更大。人口老化為醫療制度帶來的挑戰是如何令體弱而缺乏自顧能力的長者維持他們有限度的生活質素，有尊嚴地走完人生最後一程。

當然未來存在很多不可預測的因素。宏觀的人口政策對人口結構的變化可以起一定的作用。政府估計65歲或以上的長者佔本港人口的比例會倍增，由2007年的每八人中有一名長者增至2033年的每四人中有一名。這是因為香港人越來越長壽，人均壽命之長在世界上數一數二，另外也因為香港的生育率在國際上極低，導致老年撫養比率（每1,000個65歲或以上人士對15至64歲人士的比例）可能由2007年的170增加至2033年的428。隨著人口老化而長者人

口比例不斷上升，工作人口的比例將會同時持續下降，政府暗示下一代的負擔將趨沉重，可能引發所謂「跨代之間的不公平」。但在一個傳統上強調「老吾老以及人之老」的社會，有工作能力的年輕一代「津貼」上一代的醫療開支是否「不公平」？這一代人負擔上一代，下一代人將來又會負擔這一代，又有何「不公平」？

注釋

1 可於以下網址下載<http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>。