

回應“創建健康未來 —— 探討日後醫療服務模式討論文件”

1 簡介

- 1.1 香港社會服務聯會（社聯）因應政府於本年 7 月份公佈的《創建健康未來 —— 探討日後醫療服務模式討論文件》，組織工作小組，現就討論文件中的重要概念，作出回應。

2 總論

- 2.1 香港醫療制度在過去被譽為一個相對比較公平的制度，市民如有健康上的需要，則無論其經濟狀況如何，或居住的地區在那，皆可在比較可負擔的情況下，獲得基本的治療。不少有關醫療的檢討報告，皆多次肯定香港在這方面的成就。此外，在成本效益上，近年的進步也是比較明顯的。
- 2.2 但同時，由於人口老化、醫藥成本急升，以及公私營醫療的失衡等問題，皆成不同時期政府的施政重點要解決的問題。過去二十年來，香港有關醫療服務的討論，就已經有多份諮詢文件，計有一九八四年的史葛報告書、九〇年臨時醫管局報告書、九三年彩虹報告書、九四年基層健康報告書、九九年哈佛報告書、二〇〇〇年的「你我齊參與、健康伴我行」醫療體制改革報告書，及今年七月的醫療服務模式諮詢文件，等前後七份文件。而這些報告書發表後，皆引起各階層市民的關注，可看見醫療改革已成為社會上一個很重要的民生課題。
- 2.3 社聯認為，政府在重新考慮新的醫療制度時，不可以只因為現時制度內出現的問題而頭痛醫頭，腳痛醫腳，而忽視了我們社會應該需要一個怎樣的醫療制度的核心問題。現時香港的醫療制度，背後是建基於“公平”的價值觀，就是強調社會應令有需要的人，無論其社會階層及居住地點，皆能得到基本的治療。

在面對種種財政上可能出現的困難前，我們是否因此放棄或改變這個公平醫療服務的價值觀？如果要改變這個價值觀的道德基礎在哪？現時建議的新制度，是否建基於一個不同的社會價值觀？這些價值觀是什麼？這個新的價值觀是否得到市民認同？

建議書內並未有仔細交代這方面的思考，也正正道出過去不少報告書，缺乏對醫療政策背後的社會價值取向的思考。社聯認為，草擬報告書的

動機過於著眼於改善現時制度的弊端，而忘記了改革背後其實可能是大幅度更改現時的價值。然而這樣重要的轉變，實在需要更多市民的參與和討論。

- 2.4 社聯認為照顧全民健康應該是香港醫療制度的大前題，醫療制度需要令有需要的人得到及時和適切的治療，所以不能輕易放棄這價值觀。若需要在模式上要作出改革，政府必須要考慮以下準則：

- 公平 (Equity)
- 服務選擇 (Choice)
- 服務的可近性及可用性 (Accessibility)
- 成本控制 (Cost Control)
- 服務質素 (Quality)

- 2.5 政府現在建議日後公營醫療服務重新定位，優先提供四類公共醫護服務，即“急症和緊急醫療服務”，“為低收入人士和弱勢社羣提供服務”，“需要高昂醫療費用，先進技術和不同專科合作診治的疾病”，及“培訓醫護專業人員”。雖然政府表示公營醫療機構不會拒絕病人求醫，然而報告書內給人的印象是發展私人市場，及把大量的前線工作，交托給市場上的“家庭醫生”。社聯認為，現時政府對私人醫療市場，仍未有足夠研究，到底私人市場是否有足夠能力，滿足這樣的需求。當把如此重要的社會需求推向市場時，如供求失衡，市場是否能保持一個合理的收費水平。政府雖然說不會拒絕病人求醫，在未有充分資料前，而把病人推向市場，市民自會擔心隨之而來高昂的醫療收費。

此外，報告書亦未提及政府會是否準備，以及如何監管市場。以一向政府不干預的管治性格，市民實難有信心，政府會有這樣的意志去監管醫療收費。

- 2.6 報告書提出一系列的改革，乃建基於對香港社會未來的一些假設，例如報告書內推算到了 2033 年，政府每 100 元的稅收便有超過 50 元以上須用於醫療服務方面，才能提供與現時同樣的服務。而這同時會影響其他公共服務，例如教育、福利和基建發展等。但這些假設，背後卻未有提供什麼充分的理由及數據。報告書內沒有推算香港的經濟增長及開支，而先假定經濟香港經濟停滯不前，以至財政上令醫療服務入不敷支。報告書仍可以作不同可能性的推算，以估計在不同經濟情況下的醫療開支。同時，報告書也缺乏一些基礎數據，例如醫療在一般市民生活上的開支佔的比例，市民的儲蓄有多少用在私人市場的醫療服務等。社聯認為醫療是一個民生問題，所以醫療改革應從民生的角度出發，搜集有關的數據，以作為考量未來模式的根據，而不是過於著眼於公共財政的問題。

- 2.7 總括而言，社聯未能看出一個強而有力的理由，為何要以另一個醫療系統，來取締一個全民的醫療模式。報告書提出建議之餘，未能勾勒未來醫療制度的整體藍圖及願景。

3 對報告書的內具體建議的一些意見

3.1 健康教育

- 3.1.1 社聯認同市民有責任維持自己的健康，而政府亦應多花資源在健康教育上。但光是宣傳教育還是未足夠，因為這不只是意識的問題，而是市民是否能夠過一個健康的生活。這包括是否有足夠的運動設施及時間，食物是否安全清潔無污染，居住環境是否健康等，所涉及的範圍很多。報告書內同時沒有勾勒出建設健康的策略藍圖，社聯認為這藍圖必須超越醫療體制的框架，而是從市民生活整體的角度出發，才是真正嚴肅處理此問題的方向。

- 3.1.2 同時，健康教育要有具體方向，不能只空泛的提醒市民注意健康。政府應該訂出具體的教育方向，然後配合專業的宣傳方法，才能更有效把健康的訊息帶出。

3.2 以家庭醫生為主的基層醫療

- 3.2.1 報告書內以較大的篇幅提出以家庭醫生作為香港基層醫療的第一層，希望使家庭醫生分擔公共醫療的一些任務及責任，為醫院服務作第一線的把關，及作出適當的分流。社聯原則上同意家庭醫生這個概念，但當中涉及很多操作上的細節，仍要多加考量。

- 3.2.2 社聯認為，報告書對香港的就診文化，未有作詳細的研究。家庭醫生制度的提議，背後其實有很多關於市民就醫行為的假設。然而這些假設都沒有什麼研究或數據支持。香港社會不同於外國，醫生比較集中，市民容易在市場找到不同的醫生滿足當時的需要。以一位家庭醫生為主的模式，未必適合香港社會。

- 3.2.3 現時市民的就診行為，其實相當多元化，家庭內的不同成員，可能都會因為各種原因選用不同的私家醫生。社聯認為，現時我們始終需要對市民的就診行為模式作出深入的研究，了解市民是否有四處選擇醫生，還是專於數個醫生，或是同時選用中西醫務等。當對市民的就診行為有更進一步資料後，我們才可以對症下藥。

- 3.2.4 同時，我們要考慮家庭醫生的制度，到底是否在財務上行得通。意思是說，以香港寸金尺土，私家醫生需要用在短時間內完成診斷，以應付高昂的運作成本。報告書內的提及的家庭醫生制度，醫生需要對病人作詳細的診斷，每個病人所需的時間亦增多，所以除非提高收費，否則難以實行這個制度。
- 3.2.5 有關家庭醫生的定義問題，政府雖已多次解釋，報告書內的家庭醫生，不一定指經過專科訓練的家庭專科醫生，但報告書內提出的“家庭醫生”的角色，需要與醫院有緊密的聯繫，在專業上也要有一定的水平，才能和院方配合。換言之，家庭醫生要有一定的能力及水平，其專業上的判斷能得到醫院的認同，才不致重複評估，延誤診治。因此，家庭醫生是需要一定的入門要求，而政府應該仔細考量這入門要求的內容。將來私家醫生要作出一些即時緊急的判斷時，是不容有失的。不少市民著實擔心現時市場的私家醫生到底能否充當這角色，這個“信心”的問題，是家庭醫生制度成功的關鍵。
- 3.2.6 有了這些入門要求後，便要考慮如何使現時的私家醫生和新制度接軌。此外，政府會提供什麼誘因使現時的私家醫生擔當起為公共醫療把關的責任。當然，除了誘因之外，政府也要在入門資格、收費及服務水平上作出監管。
- 3.2.7 報告書內沒有考慮其他醫療系統的角色，例如中醫會否成為未來基層醫療把關的一部份？如何建立中醫門診和醫院的關係？要知道不少市民皆有使用中醫作為第一線醫療的習慣，在未來的模式，政府如何把這重要的醫療系統和以西醫為主的服務結合，是一大課題。
- 3.2.8 對於需要特殊照顧的病人，家庭醫生的模式也未必能配合他們的需要，例如智障、精神病患者或其他長期病患等，皆需要多於一位的專科醫生作出定期的診治，難以只依賴一位家庭醫生的照顧。
- 3.2.9 家庭醫生由於對病人有很決定性的影響，不少市民皆擔心其權力過大，生命像只掌握在一個家庭醫生的判斷上。政府在推行這模式前，必須考慮如何監管醫生的水平，以及醫生用藥是否受個別藥品公司的影響而選擇較貴的藥。同時，現時的門診服務會否繼續？政府又如何照顧接受綜援及低收入人士的門診需要？
- 3.2.10 總括而言，報告書內未有詳述政府如何監管家庭醫生的質素及收費水平，如何保證運作的透明度，及如何具體執行與公營醫療合作的方法。在這些方法未能具體列出前，難以判斷這模式是否一個能具

體操作的模式。

3.3 公私營醫療的關係

3.3.1 公私營醫療不應該被視為互相排斥，分工也不應人為設計，應讓市場自由調節。如果像報告書內建議，把公營醫療定性為專向高科技發展的話，政府自然會向公營系統投入更多的資源，這會再進一步拉遠與私營醫療的分別。只有把資源有秩序地帶離公營醫療系統，公共醫院的需求壓力，才能真正得到疏導。私營醫療也可以向高科技發展，或選擇照顧長期病患者。

3.3.2 如公營醫療需要使用高新科技，其實可以從私人市場內購買，這一方面使政府避免重複建設，浪費資源，同時鼓勵私營醫療向高科技發展。

3.3.3 政府亦應從新評估非牟利醫療體系的角色，看看在公私營醫療體系間，是否需要另一種的服務提供者。

3.3.4 另外，社聯認為應詳細探討其他體系，例如二十四小時醫療中心。這些中心可以有一些基本的化驗及醫療設備，可由多位醫生共同運作。

3.4 長期病患者及長者醫療

3.4.1 長期護理服務的定位

3.4.1.1 文件 (7.1) 提及的日後模式為「長者護理服務、長期護理服務和康復護理服務均主張以家居護理為主，輔以社區外展及專業支援，並在各區提供療養和善終服務，以加強維繫家庭支援。」長期護理服務以家居護理為主符合的長者意願，長者都希望在自己熟識的環境得到照顧。然而，若社區或家居缺乏配套措施，令長者不能在非醫院環境下得到妥善的護理，長者只會不斷地重覆入院而受苦。此外，院舍未來需承擔更大的醫療服務責任，因此必須有固定之駐院醫生，以便即時提供一些長者急需的醫療服務，政府在這方面應給予足夠的資源提升設施及聘請足夠的醫生及護理人員，方可提供有質素的前期療養服務予這些病人。

3.4.1.2 如長期護理服務亦同時提供醫療服務，與醫療機構的定位將變得含糊，故兩者的角色和需服務的長者必須清晰定位。文

件中不斷提及安老院院友應在其居住環境內定期獲得基層醫療服務(7.8)，但未清楚指出是那些醫療服務，必須有清楚的定義。

3.4.1.3 文件中要求長期護理服務，特別是安老院舍較目前提供更多高程度的醫療服務，但卻完全沒有提及滿足這些新要求的經費來源，故將來討論的醫療融資安排必須包括由長期護理服務提供的醫療服務。

3.4.1.4 文件 (7.12)建議發展新型短期住宿院舍，提供短期的療養和康復服務，予病情穩定但無法在家居獲得短暫康復護理的病人。這個方向值得支持，但需研究這些短期住宿院舍將如何與醫院及安老院接軌，避免出現重疊。

3.4.2 醫療服務與長期護理服務的合作與接軌

3.4.2.1 文件(7.10)亦建議社區老人評估小組重新定位，主力制訂出院計劃，透過診症和診療會議，對患有多種疾病和病情複雜的長者院友，向安老院舍的到診醫生提供支援；至於安老院舍聘用的醫生，則應負責照顧院友的基本醫療需要。

然而，現時護理安老院只有足夠的資源聘請私家醫生約每星期到院舍為長者診症一次，且只能兼顧普通症病，並未可能做到可以支援患有多種疾病和病情複雜的院友。若院舍的社區老人評估小組服務日後由到診私家醫生取代，以現時社署給予院舍的資源是無法承擔的，因此政府必須增加院舍的資源以聘請駐院醫生，而醫院亦須繼續為院友提供藥物。

3.4.2.2 須清楚界定院舍聘請的醫生如何與醫院合作，包括轉介院友到醫院作深入檢查或專職輔助醫療服務，如足部治療、營養師服務等，處方醫管局提供的藥物，豁免綜援及低收入長者的診金及藥費等。這些醫生與社區評估小組(CGAT)的合作機制亦必須清晰釐定，以免出現例如長者院友是否需要送往醫院接受治療或院友是否需要何種深入檢查的爭拗。

3.4.3 長期病患者最關心的是收費及醫療質素問題。政府未來如何界定低收入的界線，現時是入息中位數的百分之五十，未來的模式會否就低收入作更寬鬆的界定。

3.4.4 文件中要求長期護理服務，特別是安老院舍較目前提供更多高程度的醫療服務，但卻完全沒有提及滿足這些新要求的經費來源，亦沒

有提及將來的醫療融資排是否包括衛生署以外由長期護理服務提供的醫療服務。

- 3.4.5 長者對在安老院或在家中善終意見不一，支持的長者認為可讓他們在熟悉的環境安詳離去，反對的長者則擔心設備不足，為他們帶來不必要的痛苦。因此，假如政府要在非醫院的環境內推行善終服務，必須確保長者能得到如同在醫院一樣的照顧方可推行。

4 醫療融資

- 4.1 社聯希望重申，醫療是一個很重要的民生問題，任何醫療融資的改革，都必須要顧及市民是否能負擔的問題。如果醫療改革加重市民的負擔，令市民諱疾忌醫，長遠來說，我們社會可要付更昂貴的費用。
- 4.2 雖然此報告書主要不是談論融資，但任何醫療模式如不探討其財政含意，則流於空談。
- 4.3 社聯認為政府應對現有醫療經費作出承擔。
- 4.4 社會對應否實行保險制度意見不一，社聯現時對任何方案仍然保持開放的態度。社會上各成員皆有義務對醫療制度的資源，作出一定貢獻，但也必須要符合市民，尤其是長者的能力。由於香港沒有健全的退休及職業保障，現時的公共醫療保障是很多市民唯一能夠依賴的安全網，以保障自己的健康，因此任何有關醫療保障的建議，都必須要保證對全民的照顧。
- 4.5 政府在考慮未來融資安排時，應提供不同的選擇，讓病人可選擇在非醫院環境下接受合資格的醫療服務，安老院及家居照顧服務等。同時要照顧未達綜援水平，但收入不多的家庭，以及入息中位數以下人士的需要。
- 4.6 此外，在討論醫療融資的同時，必須一併討論長期護理融資的安排。醫療融資安排如果缺乏了有關長期護理的安排，會構成醫療服務的承擔。在一些老化國家如德國和日本，長者因只有醫療保險而拒絕離開醫院到需要自費的安老院，逼使政府研究及推出長期護理保險，讓市民也能負擔長期護理服務。

5 市民參與

- 5.1 報告書的草擬過程，明顯缺乏使用者的參與，政府應該多聽病者、服務提供者，及非醫療界別人士對未來模式的意見。現時的建議未能全面照

顧以上人仕的需要。

- 5.2 要令社會有更深入的討論，政府應投入資源研究各醫療系統的利弊，令各界人士更能掌握醫療改革的理念。現時政府在這方面所提供的資料不足，市民亦難以判斷怎樣的模式才是最配合香港的社會環境。
- 5.3 政府現正在計劃下一份有關醫療融資的報告書，我們希望負責草擬報告書的醫療融資小組，能吸納不同的社會階層，包括病人組織、長者服務機構及學者等，以在報告書討論過程中，已經把他們的意見考慮在內。
- 5.4 我們最後希望政府留意，香港缺乏醫療政策的研究，政府應投入資源，提出課題，及鼓勵學術機構作出相關研究，並向社會公開發表。同時，政府也應搜集及公開各種醫療數據，讓學術機構能使用有關資料作進一步分析。