



時事脈搏

醫療體制與融資之改革與挑戰

去年7月政府公布本港醫療改革內容，並表示今年初公布醫療融資改革方案，但近日卻推遲公布有關建議。議員指延遲是為了避免一旦民意不支持建議而降低曾蔭權連任特首的勝算。政府否認指控，強調醫療改革勢在必行。若建議於5年後落實，本港市民享用「廉價高質素」的公營醫院服務現況將被扭轉，私營醫療界及保險業界亦因擴大市場佔有率而增強對社會的影響力。現時具教會背景營辦的私家醫院佔總數近八成，信徒理應對改革額外關注。本文旨在探討醫療改革的重要爭議，包括醫療保險制度、私營與公營醫院的定位等問題，以增進教牧和信徒的瞭解。

醫療體制改革

背景

自1993年至2005年，政府先後發表多份醫療改革及醫療融資建議書，包括《彩虹報告》、《哈佛報告》、《你我齊參與 健康伴我行》、《有關醫療融資的研究及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性》及《創設健康未來》等。簡單來說，有關報告之目的是讓政府開源節流，並將部份公營醫療服務轉予私營醫療機構承擔，以減輕其人力和財政的沉重負擔。

於2005年7月19日公布的《創設健康未來》建議書指出，醫療成本不斷增加，令公共醫療體系難以承擔。政府於2004-05年的公共醫療開支達\$302億元，佔經常性開支14.4%，每\$100稅收，便約有\$22用於公共醫療。於2004-05年，醫管局支出達\$278億元，較10年前的\$145億元升幅達一倍。報告又指，面對人口老化及慢性病患者有年輕化之趨勢，若不處理有關問題，估計至2033年，

政府每\$100稅收便有超過\$50用於醫療服務。衛生福利及食物局局長周一嶽當時更形容，目前本港的醫療制度如「前期癌症」，若不處理情況便會惡化，但他強調，不會因增加收費而導致市民破產的個案出現。

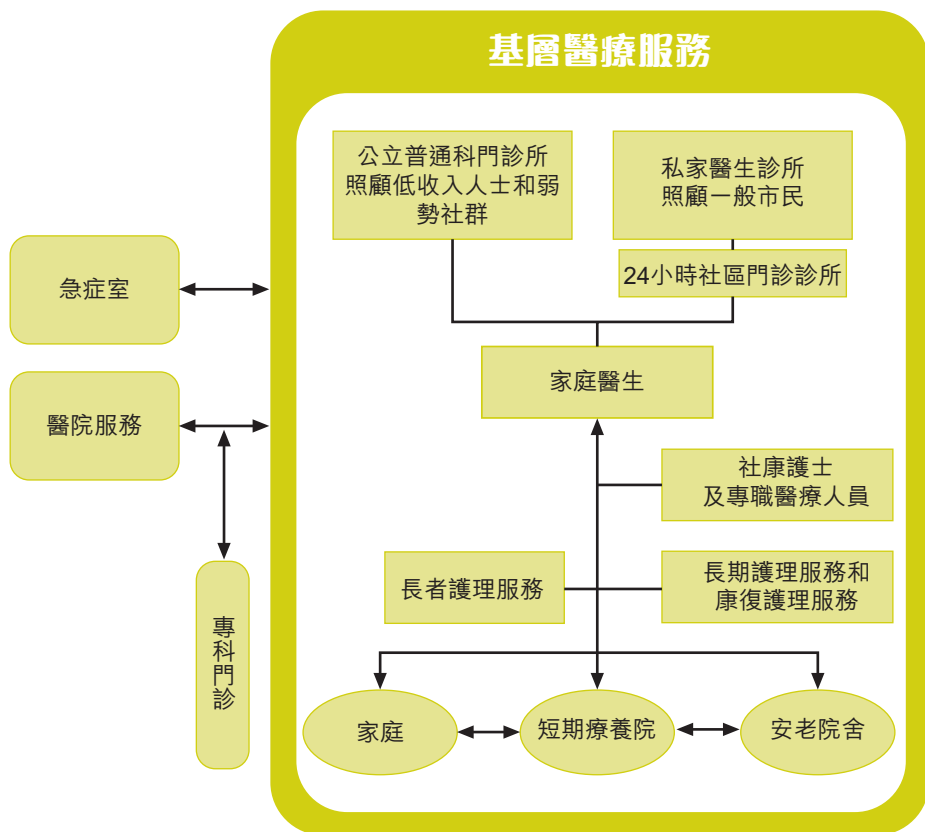
體制重點

就公營、私營醫療系統的角色，該建議書提議，日後公營醫療系統應為低收入人士和弱勢社群而設，並要集中提供急症和緊急護理服務、治理需要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。至於私營醫療系統，則需為「收入水平一般的市民提供能負擔的服務」和選擇，並吸引年青的醫護專業人員加入等。

本期內容提要

- | | |
|---------------|---------|
| • 醫療體制改革 | 頁 1-5 |
| • 醫療融資改革 | 頁 5-8 |
| • 神學反思 | 頁 9 |
| • 表二：未來醫療模式建議 | 頁 10 |
| • 表三：醫療改革事件簿 | 頁 11-12 |

表一：日後醫療服務模式建議



建議書又提議(見表一)：

- * 政府可向私營醫療機構及醫院購買現時由公營醫院及診所向市民提供的基層醫療服務，包括普通科門診、專科、非緊急症、日間護理和療養復康等服務。
- * 公立醫院需與基層醫療醫生制定轉介病人常規和共同護理計劃，如將病情穩定的慢性病患者轉介至先前治理他們的家庭醫生、公營或私營的基層醫療醫生。若慢性病惡化或出現其他複雜的急性病徵，需轉介病人專科護理。
- * 市民需自選單獨執業的家庭醫生，家庭醫

生亦需向病人提供應診時間以外的聯絡電話，讓病人在有需要時間可向他們求意見。

- * 家庭醫生亦需與公私营醫院和24小時診所作緊密聯繫，以取獲所屬地區的急症室輪候時間，並盡快將診斷為病情緊急的病人送往急症室專科醫生診治。
- * 安老院必須聘用到診醫生定期照顧長者院友的醫療需要，並建議私營醫療機構與社會服務機構開辦新型的短期住宿院舍，提供短期的療養與康復服務。
- * 私營醫院亦可發展正規的急症服務。

* 鼓勵私營機構開設更多24小時診所，為市民處理「顯示急症病狀但病情並非緊急的人」。

公私營醫院現況

現時本港具37間公營及專科醫院，分佈於港島、九龍及新界，總共提供病床約28,517張，其中有14間醫院提供急症室服務。另外，有6間醫院具基督教或天主教背景，即是位於新界聯網的靈實醫院、雅麗氏何妙齡那打素醫院；位於九龍聯網的基督教聯合醫院、明愛醫院、及聖母醫院；位於港島聯網的東區尤德夫人那打素醫院。

私營醫院則共有12間，約提供3,000張病床，但未有於各分區開設24小時診所服務。私營醫院分佈主要集中於九龍，擁有320多萬人口的新界區則暫時未設有私營醫院。除了養和醫院、明德國際醫院、及沙田仁安醫院外，其餘9間醫院分別具基督教或天主教背景，包括：香港港安醫院、港中分科醫院、嘉諾撒醫院、聖保祿醫院、播道醫院、浸信會醫院、寶血醫院、聖德肋撒醫院、及荃灣港安醫院。提供急症室服務只有浸信會醫院及明愛醫院；提供24小時門診服務的醫院多具天主教背景，例如嘉諾撒醫院、寶血醫院、聖保祿醫院及聖德肋撒醫院。

根據醫院管理局網站資料顯示，以公立醫院的病床數目與人口比較，每1,000人當中，港島及離島區平均便有4.62張病床、九龍區有3.96張病床，新界區有4.09張病床。若以公營醫院與私營醫院病床數目一併計算，每1,000人平均有3.4張急症和療養病床，但與醫管局之醫院病床現行規劃標準(每1,000人有5.5張病床)仍欠1.6張。

私營醫院拓展空間

佔全港私營醫院五分之一或600張病床的

香港浸信會醫院，未來病床數目將增加至800張，該院行政總監趙克暉醫生表示歡迎醫療改革，但他反對政府一邊廂要私營醫療機構負擔部份公營醫療服務，另一邊廂卻經營私家病床，變相接收私家醫院病人。

趙克暉稱：「香港公營醫療服務的市場佔有率超過9成，私家醫療只佔約8%，與外地私營醫療有20%至30%佔有率比較，香港實在太少，政府應盡量協助私營醫療服務擴展。」

他續稱：「政府的公立醫院服務定位要清晰，政府應界定其角色是向某個收入水平或以下的窮人提供高質素而低廉的醫院服務，至於服務超過有關收入水平的市民，就應該交給私家醫院承擔。政府可以考慮訂立目標，公立醫院服務佔7成的市場，私營則佔其餘3成。」

若政府需要私營醫院分擔急症、門診、專科及護理等服務，香港醫院院牧事工聯會總幹事羅杰才牧師建議：「(政府)需提供批地及免稅等資助，吸引更多人投資私家醫院，讓它們可將撥出收入部份投放於社會服務。」

至於私家醫院現時有否能力迎接醫療改革的挑戰，基督教播道會恩福堂主任牧師蘇穎智坦言，這視乎政府會否提供一系列的支援措施。播道醫院為播道會屬下的醫療服務機構，作為該會牧者的他稱：「以播道醫院為例，規模不及其它大型私家醫院，現時該院集中提供老人療養及護理服務，若要發展成一專科醫院，自然需要政府扮演較重角色，例如批地給私家醫院起大樓和加強經濟援助，條件可以是醫院需同意成為專服待某類病症的醫院，如產科、老人科或胸肺科等。」

教會醫院助窮病人

至於外國的私家醫院，常被批評收費過高及透明度低(如街外暈倒送院需住院2星期，收費共40多萬元)，令無購買醫療保險而又不能承擔醫療費用的市民需申請破產。羅杰才認為，醫院主要工作是挽救生命，與一般只為賺錢的生意不同，故教會及慈善團體可對窮人提供「合理的援助」，但卻要防避「僱生濫用平價醫療」的危機。

羅杰才稱：「不要期望教會或者慈善機構什麼也能做，因為我們不是上帝，始終要作一個平衡。(私家醫家)可以幫某類窮病人，但卻要設限額，而且要輪候，例如病人要換腎，若他們因欠缺經濟能力負擔費用，費用是可以豁免，但卻需要排隊輪候做手術一樣。」

趙克暉則坦言，雖然該院並非贈醫施藥，但透過小金額的基金，每年亦幫助了一些病人。他稱：「例如有病人入院做手術，但後來才發現病情較想像中嚴重，還需要割很多腫瘤，最後變成留院幾個月，病人無法負擔診金，後來經醫院院牧和醫護人員轉介和核實下，我們從基金撥出部份金額幫助他支付不能承擔的數額。(這類個案)每年至少有2至3宗。」

趙克暉表示，醫院服務應如經營生意般專業，他形容：「我們一樣有 business plan (商業計劃)，一樣咁 competitive (有競爭力)，但(目的)並非賺錢俾股東，而係將賺到的錢放回醫院，讓機構做得更好，例如，考慮是否可再興建多一間醫院。」

他強調：「其實教會醫院目的不是賺錢，賺的都是用回於醫院身上和發展慈惠工作，例如(浸信會醫院)設置區樹洪社區中心，中心便是俾該區的長者一聚腳點。我們的先進儀器，買入價亦以過千萬元計。剛才所說

的擴展措施(如增加13間超現代化手術室和12間專科中心)，更是以億元計... 這些都是我們用先前儲下來的錢購買，為的是將教會醫療做到最好，(因為)教會醫療對服務香港市民是好重要！」


羅杰才鼓勵教會多興建私家醫院，並實踐耶穌傳道醫治的使命，信徒醫療人員亦可成為民間的約制人，防止不法商人於病人身上謀取暴利。

他指出：「生病是人生必經的過程，耶穌傳道事業中，除了是宣講天國福音，第二便是對人醫治，福音書用大篇幅描寫耶穌對人的醫治與關愛，被醫治的人便將其名字傳開去，可見耶穌將弱勢人士轉化成(福音)傳播者，故此我們要思索如何才能移動人的心靈令他們思索生命？教會應重拾耶穌的生命力及關愛，除了將錢放入醫療服務外，更學習耶穌關懷他人健康和著重對生命的重視，這才能觸動生命，並證明福音的大能。」

未有改革醫委會

另一方面，蘇穎智認為，醫療改革遺漏了改革醫務委員會(簡稱醫委會)，「實在是一大遺憾」。他表示：「或者可以用『不公開』、『不公平』、『不公義』來形容該會現存的問題。若病人投訴醫生的個案，開始時會由初級偵訊委員會決定是否進行審裁，但決定不作審裁的個案，該會卻甚少公開交代原因。該會若決定審理有關投訴，醫生名字隨即公開曝光，這實在是雙重標準。」

蘇穎智續稱：「即使投訴個案與另一宗個案相似，例如分別有病人指醫生為其注射類固醇後導致他坐輪椅，結果該醫生無罪，另一病人指醫生為其注射類固醇後導致他骨質疏鬆，即使注射量較前一個案為少，該醫生卻被判有罪。究竟審裁的原則是否符合公平和客觀標準？若果委員與被投訴醫生涉嫌



有利衝突(如被投訴的醫生是其兒子或親朋好友)卻可不避席,那是否等於隻手遮天?」

蘇穎智牧養一個有300多名醫務人員的團契。他透露,曾就醫委會委員、組織架構及審裁制度等,致函前任及現任特首提議改革,但至今仍未接獲回覆。他指出:「不少委員皆由政府委任,他們卻重疊扮演三個角色:法官、檢控官、辯護律師。委員可審理投訴個案,亦可作出控告,但卻規範被投訴醫生只可於該會指定的律師行選擇辯護律師。其實有那間律師行敢得罪顧客?為何不能讓醫生自由選擇合適的律師呢?」

就審裁病人投訴醫生案件,訴訟費可達七位數字,蘇穎智表示,曾有醫生向他投訴,出庭數次的訴訟及律師費竟可達六百萬元。他建議,若涉及醫生品德問題,個案可交給醫委會處理,但政府必須加入法官等新成員。如涉及醫生斷錯病等醫療事故,政府應成立一「調解委員會」,以減低公帑大量流失。他強調,若醫委會成員「小圈子」審裁之風不受制衡,最終將變成「毒瘡」,令公帑白白浪費和令大眾受害。他建議:「調解委員會可由2名醫生代表、2名病人權益代表及一名法院法官組成,若醫生最後被判決為斷錯症,便由醫生賠錢給病人,對比以往無上限的數百萬元訴訟費,是否賠錢好過?!」

一名資深私家醫生指出,若斷錯症的醫生因與委員會成員相熟而不被判罪為事實,這是嚴重影響市民安全。他建議:「給予醫委會成員審理個案前,應先將被投訴之醫生名字隱藏,讓委員能根據事實對案件作出公正判決,而不會因委員對被投訴醫生之喜惡作判決!」

缺「長期護理」政策

理工大學公共政策研究所教授阮博文則

認為,醫療改革報告缺欠提議「長期護理」概念,故未能處理香港將來人口老化的問題。他表示:「現時的世界趨勢係醫生獨自一人不能夠治療所有疾病,(醫生)還需要靠護士、治療師和護理人員等等,即是要團隊工作角色。面對人口老化問題,德國、日本、星加坡已實施有關長期護理政策,即是市民就長期護理服務作定額供款,超過某定額的支出便由政府包底,若60歲或以後,有病或意外,護士(等醫療專業人士)可以上門處理。香港需要檢討有否團隊角色的需要,可考慮設立社區護士,聯同家務助理上門協助長者,市民只需用好平價錢便可採購這類服務,比去急症室更平!」

醫療融資

方案延遲公佈

儘管《創設健康未來》報告提及會於今年初推出有關融資方案建議,但政府至今仍未公布實質細節。6月12日立法會衛生事務委員會事務會議中,委員會主席郭家麒議員曾質詢衛福局,政府是否因為要避免建議推出後,可能引起社會爭議和影響特首曾蔭權連任的支持票數,才延遲公布方案。衛生福利及食物局副秘書長何淑兒否認有關指控,稱該局須分析有關數據後,才能公布建議細節;她強調,政府「有決心」實施醫療融資改革。何淑兒表示:「融資與收費有密切關係,所以要仔細分析數據,數據分析要時間,我們會盡快做,亦希望揀一個合適時間給市民討論。」

立法會議員鄭家富卻認為,即使政府為了下一屆特首選舉而延遲公布融資建議,長遠來說亦不能解決問題。他於會議中稱:「你(政府)可能擔心社會唔適應方案,例如醫療保險,即是社會老化後公眾亦需要負擔醫療費用。政府若果無勇氣(推出建議方案),係

好難繼續承擔去解決問題，這個問題一定係橫跨兩至三屆政府(才能解決)！」

醫療及儲蓄保險

就由誰分擔醫療費用和付款的方法，《哈佛報告》曾提議，香港應採用「聯合保健計劃」和「護老儲蓄」的融資方式，而貧困和失業人士的保費和供款將由政府資助。

「聯合保健計劃」即由僱主和僱員分擔僱員薪金的1.5%至2%作為保費，並成立聯合保健基金公司，負責與公營及私營的醫療服務提供者洽談制訂各項服務的劃一收費，並承保全港市民住院及某些嚴重慢性病的醫療風險，但市民仍需自行負擔普通科門診的費用。

「護老儲蓄」則是僱主和僱員共同分擔僱員薪金1%的供款，並放於僱員的儲蓄戶口內，而全港有關供款將集中一起進行投資，並供市民年屆65歲時作為購買長期護理保險、及支付老年護理所需的院舍或家居照顧服務費用。若該僱員不幸於65歲前去世，名下護老儲蓄的存款將自動撥入遺產內。

不過，有批評卻指出，「聯合保健計劃」將導致高昂的行政費，「護老儲蓄」亦只能為市民支付某些限定的醫療服務費，故有建議將兩個計劃合併使用以互補不足。

就保險的提議，近日有意見指，若市民早已購買醫療保險，政府應視將有關保險保金列作可申請扣稅用。衛生福利及食物局回應本刊提問時表示，將會考慮有關建議。

強制保險？

阮博文教授亦贊成市民購買醫療保險可獲扣稅，但認為現時保險產品類別仍需改善。他稱：「本港約有2百多萬人購買醫療保險，但大部份人仍選擇入住公營醫院，可見現時的保險範疇仍未能幫助市民(提供多些醫

療選擇)。保險業界可考慮提供無 pre-existing condition (預設條件)的醫療儲蓄保險供市民選擇，當然，市民要考慮的便是保費增加，但因並非供完就不能取回錢，相信市民都會接受。」

蘇穎智則提議，政府可立例規定公司機構必須向員工提供醫療保障；另設定可抽取員工少於3%的入息放入醫療保險中。他稱：「至於領取綜援人士，政府自然有責任承擔有關醫療開支費用。」

英國保誠保險營業總監余漢傑指出，現時本港的保險從業員約有27,000人，其中基督徒佔一成；儘管部份教會機構並無為員工購買醫療保險，醫療改革落實後情況將會改變。

余漢傑表示：「以前有基督徒認為買保險等於對神無信心，他們認為信徒有病時，上帝或弟兄姊妹會照顧他們，(但自從發生)沙士疫症後這些觀念已漸改變，因醫療保險是照顧信徒員工的基本福利。信徒團體及機構可合作組成一群組，並與信徒醫生商討收費計劃。」

現時人壽保險統佔香港保險業市場七成營業額，醫療保險佔有率只有約2成多，余漢傑稱，若政府以扣稅作為鼓勵市民購買醫療保險，又或強制公司機構必須為員工提供醫療保障，未來醫療保險市場發展潛力將十分龐大。

就有批評指，現時保險業界的產品及賠償方式，未能配合政府推出之醫療改革建議，例如即使受保者不知10年前已出現部份癌症徵兆，保險公司仍不肯作出賠償。余漢傑則回應，市民可與保險公司自訂規則，包括於保單註明若某類病的徵狀於某段時間以內出現，例如腫瘤於6個月內發現，便可符合



資格作出索償。

作為服務提供者，余漢傑稱保險公司是可因應政府的醫療政策提供適合不同人士需要的保險產品及付款方式，例如每月分期付款的危疾保險、以及容許市民將前僱主為其購買的團體醫療保險轉為私人醫療保險。他建議，保險公司可按市民收入層次提供相關的保險，例如收入高者可購買「第一類別」(Class 1)的產品，即每年保費約需一萬元，低收入者可選擇購買「第三類別」(Class 3)或其它類型產品。他認為：「若政府真的要立例規定市民需購買醫療保險，因商業競爭的原故，保險公司是會為不同類別人士提供選擇。」

由於保險公司是按成本而調高收費，若醫生增加收費，保費必會上升，為令有關收費處於合理的水平，余漢傑提出，政府可參考美國和加拿大的收費計算清單，有關清單列出不同類別的手術，供市民及保險公司參考。至於保險公司不會對慢性病人作出承保，余漢傑坦言：「政府應有責任承擔照顧(慢性病人)的角色，不應將社會福利服務轉嫁於商營公司。」

行醫20多年的一位資深私家醫生卻認為，醫療保險並非生活必需品，故不需強行購買。他表示：「保險制度下，醫生必須根據某次數規定下看固定類別的病人，在這情況下，病人未必能獲得最佳的醫療保障，而且慢性病人難以受保，可見保險制度難以為各類市民提供最好的支援。不如(市民)多做運動，便可以少看醫生，又為將來醫療需要儲多些錢，總好過買保險！」

中產安全網

就如何處理「低收入中產人士」無法承擔高昂醫療費用的問題，據《星島日報》4月

10日報道，醫院管理局主席胡定旭透露，為紓緩中產壓力，現構思為低收入的中產人士設立安全網，如仿效法律援助處或中央藥物名冊申請豁免收費的安排，並供市民申請。另外，若受助人的家庭總收入於扣除自住物業供款等支出後，一年醫療開支超出可動用收入一成或一成半的上限，超出的部分可由政府支付。胡定旭稱，申請者需自行填報收入及醫療開支，但當局會設定條款，並提醒申請人若虛報資料需負上刑事責任，醫管局也會作抽樣調查，以防安全網被濫用。

根據現時法援制度，申請法援的受助人必須經過經濟審查，法援處評定申請人財務資源的計算方法，是將每月可動用收入乘12，再加上其可動用資產所得的數目，金額上限為\$155,000。稅收、差餉、自住物業、及的士牌照等營生工具和生活基本開支可獲豁免計算。去年才實施的中央藥物名冊，申請人家庭可動用資產超過2萬元便需負擔部分藥費，最高的負擔比率為可動用資產30%，其資產計算準則亦是參考法援處的審批方式。

胡定旭向傳媒「吹風」的融資構思，與星加坡現行的實施的政策相似。趙克暉指出，星加坡實施全民保險，將市民收入的5%用作醫療儲備，到老時或意外時可動用，若數額的上限用畢，政府亦「會包底」。他稱：「但星加坡更是進步至要家庭承擔其成員的照顧責任，例如爸爸用完自己quota(數額)上限，便需用其兒子的quota，如此類推，當然，若兒子有病，他的數額已比父親用完，政府亦會為佢包底。」

趙克暉續稱：「(香港)政府可以參考星加坡的醫療保險制度，亦可成立公營保險公司，當然，若提及公營運作，大家立即會想

到行政費高昂、做事官僚等問題，但公營保險目的不是為賺錢，這對市民(健康)會較有保障。」

醫管局資源分配

阮博文則批評，醫療融資改革的討論遺漏了最迫切的項目，即是改革醫管局的內部資源分配。他稱：「每年政府給\$300億元予醫管局，即是平均每人(市民)俾5,000元，但俾咁多錢，錢又唔係跟病人走，病人輪症時間又過長，醫管局根本無誘因去提升內部醫療管理分配的質素。政府應考慮以醫管局診治的病人數目、而按人頭計撥錢，又或可按(曾提供的)病種、例如係割盲腸和換心手術的服務撥錢。」

教會的角色

建議和監察

未來公布的醫療融資方案由於涉及每位市民的切身利益，肯定極富爭議性。其中不單涉及技術性的問題(例如醫療項目豁免收費的計算方法和審批機制)，更涉及價值性的問題(如生命尊嚴、社會公義、關懷弱小等)。基督徒群體向來重視這些價值性的問題，可以亦應該向政府提出建議，並積極監察機制的實施。此外，未來私家醫院於醫療市場佔有率以及保險業界的醫療保險佔有率將逐步擴闊，醫院集團與保險公司對市民的影響力亦日益增強。權力越大，責任亦應越大。這些主要按商業原則運作的服務是否真正能照顧市民(特別是病人)的需要、有否顧及社會責任、有否扭曲或壟斷市場等，實在值得關注。除了業界對服務質素和專業操守的自我監察外，也應加強民間的監察。基督徒群體可以在這方面有更多參與。

拓展醫療事工

無論是什麼形式的醫療融資建議，長期病患者或會是最少受惠的一群。包括哮喘、

糖尿病、癌病、腎病等慢性疾病，必須經過頗長時間的療程，病人需定時覆診甚至長期住院；另視乎病情所需，病人或需長期服藥，以及於生活上作出改變(如於家中洗腎)。由於長期病患涉及的診療費用不菲(如哮喘病人使用的類固醇噴劑，私家醫生就每支收取的費用至少要\$400多元，若病人一日需噴藥三次，約個多月便用完噴劑)，通常不屬一般醫療保險的受保範圍。能承擔有關醫療費用的高收入病人，固然可享用私家醫生提供的快捷診療服務，若是一般貧若大眾，便只好於公立診所或醫院輪候數個小時才能獲得醫治，所獲的醫藥質素亦因政府成本效益的政策而受影響。教會機構可以組織醫療網絡，將有心酌情收費的信徒醫生、藥劑師、藥廠和醫療設備供應商聯結一起，為貧困的長期病患者提供酌情收費而具質素的診療服務。此外，教會和機構可考慮匯聚資源，成立醫療基金，資助未能承擔醫院費用亦因種種原因未獲社會福利幫助的病人。此外，既然醫療改革的方向是加強私營機構在醫療服務的角色，已有營辦醫療服務經驗的以及資源較充裕的其他教會機構，可以考慮開設私營醫院、療養院，和24小時診所(提供非緊急醫療服務)的可行性。

特約院牧

病人需要全人關顧和醫治。面對院牧同工人手不足問題，教牧同工及退休醫療人員，可以參與「醫院處境式」之訓練(院牧事工聯會將推出，日後詳情可覽<http://www.hospitalchap.org.hk>)，成為合資格的特約院牧。完成訓練後，教會傳道同工每周需花半天或一天的時間，到醫院或診所探訪。教牧同工透過安慰與支持悲哭的人(包括病人、親友、慘劇死者家屬)，與他們同行艱難的路。

神學反思

醫治跟宣講、教導、趕鬼一樣，都是耶穌在世實踐使命的重要工作，能展現上帝的大愛和拯救，彰顯天國的臨在。教會既然奉復活的主耶穌差遣，參與和延續他在世的使命（約20:21），便不可忽略醫治的事工。然而，「甚麼是醫治？」涉及幾個重要問題，值得我們從神學的角度認真反思，並進而可對教會的醫療事工，以至政府當局的醫療改革，提出方向性的建議。

1. 現代神學一般強調人是整全的，是身心統合的。事實上，初期教會也有類似的看法：基督徒的終末盼望是身體復活（參林前15及《使徒信經》），而不是靈魂離開身體升上天堂。我們宜把傳統的「靈、魂、體」的三分法，以及「靈魂、身體」的二分法，理解為描述人類生命的幾個不同向度，而不是可以分拆開來的不同部份。**既然人是整全的，則醫治也應是整全的。**無論只醫治身體，抑或只醫治心靈，都是不足夠的。西方主流醫學偏重醫治身體疾病，西醫主導的香港醫療體系因而也偏重身體（而非全人）和治療疾病（而非促進健康）。教會參與醫療改革的討論時，應提出這方面的問題，並且積極倡議全人醫治的視野。（一些西方國家的醫學訓練，已包括了解病人靈性的向度。）教會的醫療事工更應努力實踐全人醫治。
2. 人不僅是身心統合的個體，更是在社群網絡、生態環境、歷史脈絡中的個體。因此，**全人醫治應拓闊為全方位的醫治，即醫治病人之同時，也要「醫治」病人的家庭、社區、國家、文化、歷史，以及地方性和全球性的生態環境。**舉例而言，不少香港人長期在工作壓力下生活，患有身心症，有些更患上抑鬱症。香港空氣污染嚴

重，不少人患有呼吸道疾病。要真正「對症下藥」，除了叫病人服藥、休息、運動、接受心理輔導之外，也應包括改變催生這些病症的社會文化和環境因素。在此宏觀的視野下，教會的醫療事工跟教會的社會參與（社會關懷、社會服務、社會行動）均是教會使命的組成部份，應互相緊密配合，對抗使人生病的種種因素（包括病原體和結構性罪惡）。

3. 傳統西方主流醫學以醫生為主導，醫生是最首要的甚至唯一的醫治者，其他人只是協助、支援、補充醫生的工作，而病人本身只有被動地接受醫治。若按上述宏觀的全人醫治視野，**病人、家人、親友、醫生、中醫師、護士、輔助醫療人員、院牧、社工，以至病人權益組織、負責醫療撥款的議會、社會運動倡議組織等，都可以是直接或間接的醫治者。**良好的醫療體系應容讓甚至促進這些醫治者的有效配搭，而教會開展的醫療事工更應積極朝著這方面嘗試。
4. 醫治與拯救關係密切。新約希臘文動詞 *sōzō*，其意思既可以是「拯救」，也可以是「醫治」。可以說，上帝對人的拯救，乃是上帝對人的終極醫治；醫治則是拯救的一種體現方式。兩者都意味著使人從紊亂、敗壞、疏離、分裂、失衡的狀態，回復到原有和應有的整全狀態，而兩者都是源於聖父上帝，藉著聖子基督，並在聖靈中成全的。可以說，任何真正的醫治事件，都是片斷和零星的拯救事件，都是上帝工作的片刻彰顯。**上帝對人的醫治不單透過神跡奇事，也透過各種醫治者的工作。**基督徒應為醫療體系所促成的醫治事件，感謝三一上帝；同時，也應為現行醫療體系中的種種問題和罪惡代禱，並與其他人一同尋求改革的出路。



表二：《創設健康未來》提議對本港未來醫療制度模式的影響

種類	現時情況	建議將來情況
醫療融資	公立醫院為求診及入院病人承擔98%醫療(包括手術與藥物)費用	<ol style="list-style-type: none"> 1. 市民自行購買醫療保險 2. 市民一年醫療開支若超出可動用收入之10%或15%上限，超出的部分會由政府支付 3. 參考法律援助處及中央藥物名冊的資產計算準則(如家庭總收入達\$155,000或以下，便可申請協助)
門診、專科服務	多由公立醫院提供	由私營醫療機構或私家醫生提供
急症	市民多輪候公立醫院急症室	市民可到所屬地區附近的私營24小時診所
收費	無論是中產與否，公立醫院均對病人劃一收費	除非是急症或緊急醫療服務，公立醫院只為低收入人士和弱勢社群提供服務
人手	公立醫院工作量日漸增多、人手緊絀	政府將培訓年青社康護士及專職醫療人員於診所或有提供社康護理服務機構任職
家庭醫生	市民較少有固定醫生跟進	每一家庭自選一家庭醫生跟進
私營醫院	只為有經濟能力的中上階層提供服務	亦為收入水平一般的市民提供能負擔的服務
公立及私營醫療機構病人病歷	各自分家	可以互通、以達疾病預防及控制
長者	長時間輪候公立診所或急症室(慢性病或會被拖延診治)	<p>無法於家中獲得短暫康復護理服務可入住私營或社福機構經營的短期療養院</p> <p>安老院必須設提供到診醫生</p> <p>各區私營機構提供療養和善終服務</p>

表三：醫療改革事件簿

年 月	內 容
1993	政府發表《彩虹報告》，探討醫療改革之需要。
1997.11	政府委托以蕭慶倫教授為首的哈佛大學專家小組、就香港現行的醫療架構及將來融資方式作出改革建議。
1998	當時為香港行政長官的董建華於首份施政報告提及，需「全面檢討目前的整個醫療體系」。
1998.3.28	由23個組織組成的「香港衛生界專業團體聯席會議」向政府提交全面檢討醫療體制的意見書，建議檢討範圍包括資源分配及使用的合理性、如何進行有效監管和問責等。
1998.3.30	中文大學社區及家庭醫學系系主任李紹鴻提議，屋邨醫生可成為市民的家庭醫生。他稱未來醫療趨勢應是公共及私家醫療機構互相合作及作病人分流。
1999.4.12	政府公布哈佛大學專家小組編寫的醫療改革報告，當中提議香港應採用聯合保健計劃（由僱主和僱員分擔僱員薪金的1.5%至2%作為保費）和護老儲蓄（僱主和僱員共供款僱員薪金的1%於僱員的儲蓄戶口內）。
2000	政府提出有關《你我齊參與健康伴我行》的醫療體制改革建議書。 當時衛生福利及食物局局長楊永強稱，共接獲2,200份公眾就哈佛顧問小組對香港的醫療制度提議的意見書。
2004	政府向立法會衛生事務委員會提交《有關醫療融資的研究及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性》報告。
2004.12.8	衛福局局長周一嶽稱，就醫療融資的方法，最終不排除將有4種做法：用者自付、政府斥資、儲蓄、保險制度。
2005.5	香港政策研究所調查結果顯示，980名被訪者中，46.9%不同意政府增加經常性稅收、39.3%不同意採取強制性醫療保險、40.7%不同意推行強制性醫療儲蓄（40歲或以上的市民在其薪金內抽取約1-2%作醫療供款）。
2005.7.19	政府公布《創設健康未來》醫療改革討論文件，提議家庭醫生為地區家庭提供基層醫療服務，另建議私營醫療「接管」普通科門診、專科、非緊急急症及療養復康的病人。



2005-2006	政府提供297個培訓專科醫生新名額。
2006	政府預備分別於灣仔、將軍澳、元朗、葵青、屯門及觀塘增設6間中醫診所，以盡快落實開設共18間公營中醫診所計劃。
2006.3.8	<p>政府於第2季推行「醫療病歷互聯試驗計劃」，讓私營醫療服務單位於病人同意下，透過互聯網取得病人於公立醫院所存的病歷紀錄；預計有200個私營醫療服務單位(如私家醫院、診所、護老院等)及約1萬名病人參與。</p> <p>立法會議員郭家麒促請政府檢討現行公私營醫療服務的架構、及提高醫管局運作和決策過程的透明度。</p>
2006.4.10	醫院管理局主席胡定旭向報界表示，計劃為低收入中產人士設立第二層安全網，若受助人的家庭總收入在扣除自住物業供款等支出後，一年醫療開支超出可動用收入之10%或15%上限，超出的部分會由政府支付。
2006.4.19-24	衛福局局長周一嶽赴瑞士、法國及英國考察當地醫療體制，並商討監管醫療保險產品及保金事宜。
2006.5.8	醫管局行政總裁蘇利民(Shane Solomon)稱，目前公立醫院的病人中，有23%購買了醫療保險或接受某種資助，另有1成人之月薪達3.5萬元。衛福局局長周一嶽說，這顯示不少病人有能力負擔更多醫療費用，但該局不會只因病人有經濟負擔能力而增加醫療收費。
2006.5.19	繼早前衛福局局長周一嶽公開呼籲，私家醫生需以大局為重，避免隨便增加收費令醫療保費上升。香港醫學會初步完成私家醫生收費調查，於700份回覆結果發現，部分專科醫療項目收費，3年間增幅達20%。該會會董謝鴻興稱，希望藉調查結果增加私家醫生收費的透明度，以釋市民疑慮。
2006.6.12	立法會衛生事務委員會討論「醫院管理局未來的工作計劃及挑戰」，衛福局副秘書何淑兒否認議員指政府因下屆特首選舉而延遲公布醫療融資方案。
2006.6.15	傳媒報道，醫管局構思將公立醫院門診出租予私家醫生，診所內分開兩條輪候隊伍，「輪街症」隊收費依然是\$45，另一隊則輪候私家醫生，收費約\$200。

總編輯：盧龍光牧師 副總編輯：葉菁華 執行編輯：黃楓梅

設計：許仲瑜 承印：瀚林智設計印刷有限公司

出版：香港中文大學崇基學院神學院 - 使命實踐支援計劃

本刊旨在盡量提供各種資訊及多方面意見，供教牧同工及信徒領袖參考，其內容不代表崇基學院神學院立場。