



時事脈搏

掌握健康 = 掌握人生？

政府早前公佈了題為《掌握健康 掌握人生》的醫療改革諮詢文件。今次政府建議的改革影響深遠，關乎到每一個市民將來能否使用到高質素而又負擔得起的醫療服務，牽涉未來香港整體醫療架構的發展、公營醫療服務的定位，和是否引入供款式的融資安排等重大轉變。教會作為公民社會的一份子理應關心和參與討論。而且教會在公私營醫療系統已經扮演著不同的角色，例如不少公私營醫院均由教會創辦，院牧事工亦早已擴展到醫院管理局聯網的醫院，醫療改革對於教會照顧和關懷病者的使命會否帶來任何衝擊，亦值得我們留意。本文嘗試分析醫療系統將來可能發生的改變，尤其對社會不同階層人士的影響，以幫助讀者理解諮詢文件的主要內容，從而作出回應。

背景

關於改革香港醫療體制和融資的討論歷時逾十載，我們在《教會智囊》第35期(2006年6月)已經就此作過詳細的回顧和評論。自2005年7月政府發表《創設健康未來》報告，闡述改革的需要和方向以後，曾承諾會再就未來的醫療融資問題諮詢公眾。經過健康與醫療發展諮詢委員會兩年多的深入研究之後，終於在今年3月13日公佈《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件(以下簡稱「諮詢文件」)，邀請公眾人士於6月13日或以前就文件內的建議向食物及衛生局提出意見(www.beStrong.gov.hk)。

雖然輿論的焦點集中於文件所臚列的六個「輔助融資方案」，但其實在諮詢文件裡面還包括一籃子的醫療服務改革建議。政府期望醫療改革達到最少幾個目標：(一)為市民提供更好的基層醫療照顧；(二)令公私營界別都同樣向市民提供更多優質的服務選

擇；(三)讓市民享有終身負擔得起的醫療保障或安全網；(四)「鼓勵共同分擔保障健康的責任，市民對個人健康作出更大的承擔，政府則為每一位市民提供持續的醫療服務」(第2(d)段)。諮詢文件更建議要從改善市民的健康入手，從而減少他們對醫院服務的依賴。強調「為個人的健康負責」相信正好點出諮詢文件的重心。

政府承認目前制度有多項不足：(一)由於公私營醫療服務嚴重失衡(私家醫院提供的住院服務不夠10%)，在公立醫院服務以外的選擇有限；(二)現有安全網對需要接受昂貴治療的病人保障不足，特別是不符合入息審

本期內容提要

- 醫療市場的變革 頁2-8
- 醫療改革的長遠影響 頁9-13
- 教會的角色 頁13-14
- 神學反思 頁14-17
- 醫療制度面面觀 頁18-20

查的中等收入病人；(三)市民的保健意識不強，甚至醫療服務提供者對基層醫療的價值亦未夠重視；(四)醫生和病人之間缺乏長遠的醫護關係，不同護理層面的服務提供者之間亦欠連貫和配合。所以，針對這些結構上的缺陷，政府建議推行五大改革措施：

- **加強基層醫療服務 促進市民健康：** 提倡著重持續、全人、終身、預防性護理的「家庭醫生」概念，由他們負起作為醫療過程中病人第一個接觸點的「把關作用」，為市民提供更全面的基層醫療服務；

何謂「基層醫療」？

相對於「第二層醫療」和「第三層醫療」，「**基層醫療**」是整個醫療系統之中，病人和醫生之間首個接觸點，這個部分通常由普通科醫生負責，涵蓋治療與預防性護理，在有需要時再轉介病人到專科醫生接受治療。「**第二層醫療**」則包括急症、專科醫療護理及醫院護理等服務。「**第三層醫療**」指較為複雜及成本高昂的醫院護理服務，例如器官移植等。

- **推動公私營協作 提高成本效益：** 要解決所謂「公私營失衡」的問題，需要借助私營界別的力量，減輕市民對公立醫院的部分服務需求，最直接是向私營界別購買醫院服務(例如非緊急的療程)，令公立醫院可以更專注於提供優先範疇的服務(例如危疾和慢性疾病)；
- **發展電子健康紀錄 令病歷跟病人走：** 建立全港性的電子病歷資料庫，讓公私營界別的醫護專業人員在得到病人授權的情況下，均可存取到病人的完整病歷，增進護理服務的連貫性和服務提供者之間的互相配合，病人在公私營界之間接受服務的時候亦毋須顧慮病歷轉移的問題；

- **強化公共醫療安全網 保證病有所醫：** 在公立醫院的壓力得以減輕、騰空資源的前提下，可以考慮如何縮短公立醫院服務輪候的時間(例如使用額外資源向私營界別購買服務)，改善公營服務的藥物名冊及醫療項目等標準涵蓋範圍，甚至探討「個人醫療費用上限」的可行性；另外，政府亦不排除理順公營醫療服務的收費架構，鼓勵病人善用公共醫療服務，從而確保有需要的人能夠獲得服務；

何謂「個人醫療費用上限」？

「**個人醫療費用上限**」在香港仍屬初步構思階段，其推行細節視乎將來的醫療融資安排。它是一種「**第二安全網**」的理念，保障一些罹患複雜疾病的病人，他們的家庭不致於因為治療費用高昂而陷入財政困難，假如一個家庭在公立醫院接受第二層醫療護理服務的開支超過家庭入息某個比例的時候，可以獲得額外的經濟援助。

- **引入輔助醫療融資 改革市場結構：** 雖然政府撥款將繼續是公共醫療系統的主要財政來源，但除了增加醫療撥款之外，政府基於現行制度缺乏可持續性，建議制訂一套「**輔助醫療融資計劃**」，補助政府撥款以應付不斷增加的醫療需求，同時用作支持長遠的醫療改革。

醫療市場的變革

為何改革？

政府強調這五項改革措施「互為緊扣，缺一不可」，輔助醫療融資更是必要的一環。在立法會衛生事務委員會3月13日的特別會議上，多位議員便追問食物及衛生局局長周一嶽：頭四項改革是否必然地要與輔助醫療融資「**網綁**」在一起？假如市民反對



引入輔助醫療融資，是否政府便會撤回服務改革的建議？每項改革分別牽涉多少的額外資源？有否推行的時間表？當時周一嶽未有正面回答。到目前為止，政府亦從未承諾，即使輔助醫療融資能夠順利推行，其他的服務改革是否必然會逐一落實。

諮詢文件解釋，雖然香港的公共醫療系統優質而有效，但目前正面臨挑戰，主要原因是人口老化令醫療服務需求急增，而且醫學科技進步以及市民期望提高導致醫療成本上漲，令整體的醫療開支升幅超過經濟增長，總醫療開支當中公共醫療開支所佔的比例更不斷增加。長遠而言，隨著人口老化、工作人口比例持續下降，若現行醫療融資安排和稅制不變，下一代將會增加負擔。根據政府推算，若不從速改革醫療制度，公共醫療服務的水平 and 質素難以維持，例如：到了2012年，專科門診新症的輪候時間估計會增加至現時的三倍；多個主要專科的住院服務住用率會在未來三年內達擠迫程度；其餘多項特殊服務和手術的輪候時間亦會倍增；甚至投資於醫療設備的更新也會受影響，無法引進新的療程和藥物。

政府認為維持以公帑支付不斷膨脹的公共醫療開支並不可行，因為即使增加對公共醫療服務的撥款，只能暫時紓緩質素下滑的問題。要應付由此而來的額外開支，最終會導致加稅或削減其他公共服務開支。這就是政府提出何以維持現狀是「不可持續」的最強理據。

周一嶽出席衛生事務委員會時坦言，無論是使用稅款或是融資供款以維持目前公營服務的質素，歸根究底資源都是來自市民，但選擇加稅而不推行新的融資安排，錯失的卻是改革醫療市場結構的機會。

改革甚麼？

雖然有意見認為，政府引入輔助醫療融資，主要著眼於為醫療服務「開源」，減輕政府在財政承擔上的壓力。然而，若細心分析上述五項改革建議的互相關係，我們會發現此說法未必妥當。第一，輔助醫療融資以何種方式進行尚未定案，政府不一定能直接動用到融資而來的額外資金。其次，政府承諾仍會增加醫療衛生服務的撥款，加上社會和市民的要求，財政承擔難望減少。第三，加強基層醫療服務、推動公私營協作、強化公共醫療安全網等措施需要多方面的體制配合，單靠開源未必就能推動所需的變革。

我們認為，是次醫療改革的關鍵，在於**力圖改變醫療服務的市場結構，以引導財政資源流向私營界別為誘因，促進私營界別的參與，扭轉目前公私營比例嚴重失衡的情況，從而減輕公立醫院的負荷，以便在維持服務質素又無需大幅增加注資的前提下，騰出更多資源和空間照顧需要倚賴公營醫療服務的市民。**

無論是加強基層醫療服務，抑或推動所謂「公私營協作」，都牽涉使用公帑直接向私營界別購買服務。政府須與私營界別「討價還價」，以確保採購到的服務「物有所值」，並能有效持續監管服務的質素和水平，因此先要解決現時私營市場的收費缺乏透明度的問題。推行一套新的融資安排正好為這個複雜而關鍵的交涉過程提供「軟硬兼施」的契機——就是通過為整個醫療市場注入新的資金來源，吸引私營界別願意接受更大的服務質素監管。又例如要鼓勵私營界別使用統一的電子病歷，除了要克服技術上的困難外，更重要是為業界提供足夠的經濟誘因；一般一次性的現金資助並不足以說服私營服務提供者改變他們行之有效的運作模



式和行政架構，反而令業界因應市場結構的改變，出於自身長遠利益主動參與，才是較明智的辦法。

我們或者可以從智經研究中心2007年8月發表的報告《香港未來醫療發展及融資》找到線索，以便更深入了解政府的改革意圖。智經研究中心與特區政府關係密切，前任主席陳德霖現在是行政長官辦公室主任，現任主席則是醫院管理局董事局主席胡定旭；而且報告的內容和建議，與政府的諮詢文件有頗多相近之處，堪作參考。智經研究中心提出其中一個重要的改革原則就是要：「透過改變個人、政府及提供者的行為，確保醫療制度的持續性和效用」——個人要對自己和家人的健康負責；政府通過共同承擔，支持市民選擇和追求優質的醫療服務；公私營的服務提供者需要更大的競爭和合作，不斷提高質量和效益——所以這個「持續性的理念不僅是關於融資問題，亦與價值觀和行為改變和行之有效的制度安排有關」（頁3）。

雖然政府在諮詢文件避免使用「改變個人行為」這類容易引起反感的字眼，但我們仍然可以想像整個醫療改革的成功與否，端在乎新的融資安排能否改變病人使用醫療服務的消費行為(例如誘導他們更善用有限的公共醫療資源，更理想是鼓勵他們轉為使用私營服務)，從而根本地扭轉公營醫療系統日漸不勝負荷的局面。

六選其一？

政府借鑑海外的經驗，提供了六個供

市民考慮的輔助醫療融資方案：(詳見表一)

1. **社會醫療保障**：近似徵收新稅的模式
2. **用者自付費用**：提高公共醫療服務收回成本的比例(目前的資助比例超過95%)
3. **醫療儲蓄戶口**：儲為己用的醫療專用個人戶口
4. **自願私人醫療保險**：鼓勵市民自願購買市場上的醫療保險
5. **強制私人醫療保險**：規定某一組別的市民購買醫療保險
6. **個人健康保險儲備**：結合醫療儲蓄戶口和強制私人醫療保險

政府強調醫療融資問題並無一個全球適用的解決方法，不同的安排也各自有其利弊，因此不同的社會須按自己獨特的歷史、經濟情況、市民的期望等作出抉擇。諮詢文件大部分的篇幅用於詳細分析現行模式和六個建議的利弊。政府不斷重申對六個可行方案沒有預設立場，希望通過現正進行的第一階段諮詢先收集意見，然後制訂改革的詳細建議，再進行第二階段諮詢。一般估計，食物及衛生局會採用第一階段諮詢裡面最為市民接受的一個或幾個輔助醫療融資方案，再定出融資模式的運作參數、配套措施等，供社會討論。政府今次採用這種分「上、下集」的諮詢方式，相信是明白到醫療改革的複雜性以及其中所牽涉的制度和市場轉變，因此先拋出數個沒有細節的方案，測試市民(尤其是中產階層)的接受程度。

表一：輔助醫療融資方案

1. 社會醫療保障 (醫療社保) (Social Health Insurance)

- 規定某入息水平以上的在職人士向政府繳交部分收入作為全民社會醫療保障之用；
- 所有市民同樣可以使用醫療社保資助涵蓋範圍的公私營醫療服務，無需供款者亦可獲益；
- 選擇私營服務可能仍要支付資助金額以外的費用。

2. 用者自付費用 (Out-of-pocket Payment)

- 除低收入人士和弱勢社群繼續由安全網照顧外，公共醫療服務的使用者須分擔大部分的醫療費用；
- 沒有患病的市民無須付費；
- 有經濟能力的病人可以自費選擇公營服務以外的私營服務。

3. 醫療儲蓄戶口 (Medical Savings Accounts)

- 規定某入息水平以上的在職人士將部分收入存入個人的醫療儲蓄戶口，以支付自己未來的醫療費用；
- 沒有儲蓄或已經耗盡儲蓄的病人繼續由安全網照顧；
- 戶口持有人去世時，累計餘款成為遺產。

4. 自願私人醫療保險 (Voluntary Private Health Insurance)

- 鼓勵市民自願購買市場上的醫療保險，並按保險計劃涵蓋範圍選擇私營服務；
- 參加者決定所需的保險計劃，按個別的風險付費；
- 不購買保險的市民須自資使用私營服務，或繼續由公營資助的醫療服務照顧。

5. 強制私人醫療保險 (Mandatory Private Health Insurance)

- 規定某入息水平以上的在職人士購買由政府規管的個人醫療保險，按劃一的保費投保；
- 投保人可以使用私營服務，亦可繼續使用公營服務；
- 無須參加強制保險的市民，繼續由公營資助的醫療服務照顧。

6. 個人健康保險儲備 (個人康保) (Personal Healthcare Reserve)

- 規定某入息水平以上的在職人士將部分收入存入自己的個人健康保險儲蓄戶口，在退休前用作購買受政府規管的醫療保險，或者在有需要時動用以支付保險以外的醫療開支；在戶口內的儲蓄會通過投資積累，65歲後便可以停止供款，但假如戶口內仍有結餘，便必須繼續投保；
- 參加者可以使用私營服務，亦可繼續使用公營服務(但會按十足成本收費)；
- 無須參加個人康保的市民，可繼續使用由公營資助的醫療服務。



表二：個人康保與其餘輔助醫療融資方案的比較

	缺點	補救
政府撥款	現行模式依靠政府撥款，受經濟周期影響，資金來源並不穩定。而且長遠而言，當人口老化和工作人口比例下降，會增加下一代的負擔。	個人康保可為個人未來醫療需要預先儲蓄，潛在的資金來源持久，較為不受社會或個人短期經濟狀況影響。
社會醫療保障	醫療社保是變相額外徵稅，而且通常是一種累進的稅項，由高收入者資助低收入者。	個人康保主要是「儲為己用」，沒有財富再分配的作用，高收入人士或較易接受。
用者自付費用	即使提高公營醫療服務的費用，減低現時過高的資助比率，令使用者負擔更大部分的醫療成本，但新的融資來源並無保證；而且安全網必須同時擴大以保障低收入人士，必會抵銷部分費用收益。	個人康保兼有儲蓄和保險的成分，參加者的負擔能力會較大，即使將來公共醫療收費需要收回更大比例的成本，以加強個人為健康負責的意識，市民亦能應付。
醫療儲蓄戶口	純粹的醫療儲蓄戶口雖能提供穩定和龐大的資金，但即使為動用戶口資金定下規範，仍可能出現有醫療需要的病人儲蓄不足，而無醫療需要人士儲蓄過多的不理想情況。	個人康保有強制保險的成分，能克服醫療儲蓄戶口沒有風險共擔的缺點。
自願醫療保險	在自由的醫療保險市場上，保費為投保人個別釐訂，高風險者要付高昂保費，而且參加者有不受保、不獲續保等危機。另一方面，「 逆向選擇 」(即自願投保者多為較可能索償的參加者)會導致保費不斷上升。	個人康保由於有法定強制保險的成分，對醫療保險的規管會較為嚴格，保證任何參加者均獲基本和連貫的保障，而且按較低的劃一群體保費率收取保費。
強制醫療保險	純粹的強制保險沒有幫助參加者儲蓄，以應付例如暫時失業期間、長期停職或退休後的醫療需要。	個人康保的儲蓄和投資成分令參加者可以預留款項，以支付保費或自付的醫療開支。

有論者指出，假如政府期望市民根據一些抽象的價值取向(例如是否支持有財富再分配元素的融資、是否想有更大的風險共擔等)，從幾個空泛的概念性建議，先「原則性地支持」某(幾)個方案，然後才就融資安排的細節，與市民和個別利益團體討價還價，未免太一廂情願。由於現階段市民看不到自己將來要負擔的供款水平、所得到的醫療保障範圍等，根本無從選擇哪個方案最適合自己，或者比較不同方案當中自己的付出和得益是否合理。

雖然政府屬意的融資方案已經呼之欲出，但由於要保持開放的態度，在諮詢文件裡面並未特別論證哪一個方案最好、最適合香港，我們下面的討論會盡量釐清這個方案的運作模式以及它的利弊。

為香港度身訂造的「個人康保」？

在六個方案之中，諮詢文件著墨最多的是個人健康保險儲備(個人康保)。政府解釋這是由於個人康保是一個創新的混合方案，未曾在別的地區實行過，所以需要特別闡述其運作方式。顯然個人康保是當局經過深思熟慮，吸收海外經驗，取長補短的一個「最佳」方案。簡單來說，**個人康保結合醫療儲蓄和強制保險兩種融資安排**，而又同時盡量彌補兩者的不足之處。

個人康保計劃是特別針對目前醫療服務市場的缺點，以及改革的目標，經過精心設計而成的(詳見表二)。

由於目前尚屬公眾諮詢的階段，究竟市民是否支持個人康保方案仍是未知之數，個人康保計劃的運作細節亦未曾敲定，但從政府公開的有限資料，我們可以描繪到一幅不完整的圖像：

- **適用範圍**：只有入息高於某一水平(例如所有月入\$10,000或以上)的在職人士才需要參加個人康保計劃。計劃可以容許參加者自願把保障擴展至其家人，但很可能需要另付保費。
- **保費**：如果規定所有月入\$10,000或以上的在職人士均須參加個人康保，任何年齡人士支付**劃一保費**，每月的保費為**\$293**。
- **供款額**：每人每月的供款率可以在月入的**3%至5%**之間。理論上，供款額必須令個人康保戶口內的儲備金足夠支付每月的保費，並最好能在參加者退休時提供資金繼續投保或作其他醫療開支之用，所以供款率不能太低，但可設定每月供款上限。
- **保障範圍**：受規管的強制醫療保險涵蓋私家普通級別住院服務費、專科門診服務費，以及治療長期病患的西藥費等，但**不包括普通科門診服務(詳見表三)**。
- **基本保障以外的附加保險**：參加者可以按自己的需要，再自願購買由保險公司按牟利原則提供的附加保險。
- **賠償金額**：賠償金額視乎強制保險計劃的設計，參加者可能仍然需要「自掏腰包」最少負擔適用的免賠額(俗稱「墊底費」)或分擔費用、保障範圍以外的醫療項目，或者保險上限之外的餘額。
- **服務選擇**：參加者可選擇三種不同的公私營服務，但收費方式會有所不同(詳見圖一)。
- **安全網**：並非個人康保參加者的市民，除非另外有足夠的資源或自資購買私人保險，否則只有依賴公共醫療服務。



圖一：個人康保提供的服務選擇

收費		付費	
1. 私營服務	保險公司與私營市場通過集體議價決定收費	=	病人需付適用的免賠額或分擔費用，保險範圍或上限以外的金額仍需由病人支付
2. 公立醫院的私家服務	醫管局以十足成本收費	=	病人需付適用的免賠額或分擔費用，保險範圍或上限以外的金額仍需由病人支付
3. 一般的公營服務	盡量收回成本	=	病人只需付標準收費
		+	其餘由保險支付
		+	其餘的醫療成本由保險按適用的保險上限支付

表三：政府建議的其中一個強制醫療保險設計

住院保障範圍		賠償限額
1.	每日住院及膳食費（最多100日）	每日\$600
2.	每日深切治療部費用（最多30日）	每日\$3,000
3.	外科手術費	
	複雜手術（例如完全胸廓成形術）	\$52,500
	主要手術（例如冠狀動脈搭橋手術）	\$37,500
	中等手術（例如心導管手術）	\$15,000
	小手術（例如心血管造影術）	\$7,500
4.	麻醉師費（作為外科手術費賠償限額的百分比）	30%
5.	手術室費（作為外科手術費賠償限額的百分比）	30%
6.	住院醫生費（最多100日）	每次\$600
7.	住院專科醫生費	\$3,000
8.	其他住院費用（例如藥物、敷料、X光、化驗費等）	\$10,000
9.	出院後的診療（例如複診、診斷驗身費用）	\$2,500
10.	先進的診斷成像（例如MRI、CT scan等）	\$10,000#
11.	化療、電療、洗腎	\$100,000#
門診保障範圍		賠償限額
12.	專科門診費，包括5日藥（一年最多10次）	每次\$500#
13.	標準的X光檢查和化驗	每年\$1,500#
14.	長期藥物（從醫生以外購買，30日以上的處方藥物）	每年\$3,000 (只限特定藥物名單內的藥物)

或8成賠償額，以較低者為上限

資料來源：醫療融資研究概要 (http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Spgroup_privatehealth_ins_eng.pdf)

醫療改革的長遠影響

假如明天就推行個人康保...

假設個人康保按前述模式在香港推行，醫療市場將會出現一種新的動態供求關係：

第一，從供應和服務選擇來說，公私營界別之間必然會出現某程度的分工。有一些服務因無利可圖，私營界別不會提供；或者例如「第三層醫療」裡面比較複雜及成本高昂的服務，只能由公立醫院提供。諮詢文件第三章已經清楚表明公營界別應專注提供優先的服務，例如急症個案、危疾或慢性疾病等。但同時，對於其他服務，公私營之間必須維持某程度的良性競爭，不能完全將服務外判或交由私營市場負責。作為一個必要的安全網，公立醫院需要繼續向全民提供全面的服務，並且協助政府定出專業水平、質素和價格等方面的基準，與私營界別同類的服務作比較。

第二，對於病人而言，由於保費是「已出之物」，他們只會考慮不同服務的邊際成本和效益：「自掏腰包」付費的高低、獲取服務的途徑是否便捷、服務質素(包括「售後服務」如出院後的跟進護理安排)，以及獲得這些醫療服務資訊的交易成本，按自己的負擔能力和可預見的醫療需要和風險作出選擇。我們下面嘗試分析不同種類病人面對的選擇和得失。

非在職或低收入人士：假如月入\$10,000或以上的在職人士才需要參加個人康保計劃，全港約350萬工作人口中便只有170萬人會獲得個人康保的強制醫療保險保障。在目前接近700萬香港人裡面，大多數人(包括家庭主婦、兒童、長者)仍然會需要依賴公營醫療服務。推行個人康保計劃之後，要等多少年才開始騰出資源和空間，改善公營服務，令這批市民間接受益，成為頗大的疑問。何況

「騰出空間」的想法也存在一些實際上的困難。醫管局主席胡定旭出席電台訪問的時候便承認，由於目前公私營提供的病床數目比例約為9:1，假如公立醫院要「騰出」10%的服務容量，私營界別便要增加近一倍(88%)的床位以應付！而現時部分私家醫院的入住率已近飽和，香港醫學會會董謝鴻興表示，由於私家醫院床位缺乏，不少病人需等三天才能入院。養和醫院副院長鄭國熙亦坦言，該院非緊急病人需等候一星期、甚至十日才可安排入院。

無法享用私營服務的普羅市民有理由擔心將來推行醫療融資之後，公共醫療系統由於沒有誘因與私營界別競爭，運作成本又比私營界別高，最終會因缺乏效率或持續的投資而淪為「二流」系統。換言之，他們難以從醫療融資改革中受惠。跟現有的制度一樣，當經濟不景、政府財政緊絀的時候，他們仍會首當其衝受到影響。

長期病患者：仍然有工作能力並已經參加個人康保的長期病患者，他們受到的保障將視乎強制保險的設計(例如見表三)。但無論如何，他們的醫療開支容易超出保額上限，保險範圍內的專科門診和長期藥物的賠償額將難以支付他們所需的全數醫療費用。假如他們經濟上尚有餘力，能夠「自掏腰包」付出分擔費用，便可享有強制保險的保障和使用私營服務(但仍然受保險公司規定的處方藥物名冊限制)，否則他們會「跌回」安全網，與其他並非個人康保計劃參加者的病人一樣，要長時間輪候一般的公營服務。個人康保對他們的作用不大，雖然他們每月照付保費，卻「得物無所用」！

長期病患者反而最需要一個「第二安全網」，例如政府為他們使用質素較佳而價錢較貴的公立醫院私家服務「包底」，或者資助他們購買標準服務不包括的長期藥物或



醫療耗材。然而，如此將給予政府龐大的財務承擔，恐怕非政府所能應付。

中等收入人士：因為有醫療保險和個人儲蓄的雙重保障，中等收入在職人士一旦出現醫療需要的時候，他們不會太受當時的個人經濟狀況影響，在個人康保計劃中能享有一定程度的服務選擇權。但他們選擇私營或公營服務時仍需量力而為。根據政府的精算研究，劃一每月\$293保費的計算基礎是：當個人康保參加者需要入院的時候，八成的住院服務費索償個案將在賠償限額內，即是病人無需付出任何分擔費用即可享用到私家醫院三等病房的服務。然而，政府推算的依據是目前私家醫院病人使用量的數字，而現時私營界別處理的病症的嚴重程度和分布，未必足以反映全民的醫療需要和成本。當落實推行個人康保的時候，強制保險所提供的保障便很可能不足應付危疾、急症、重病等的醫療開支，病人需要「自掏腰包」付出分擔費用的財務風險會比政府預算的大得多。私家醫院聯會主席劉國霖對將來強制保險的賠償率亦有所保留。據他觀察，就算是現時，一般腸胃炎、哮喘等小病的賠償率可以達到八成，但切除膽石等大病便只能有六成，其餘要病人自付。

在「應慳得慳」的原則下，收入較低的個人康保參加者可能寧願使用「較經濟」的一般公營服務，盡量將個人康保戶口內的儲備金留為後用，而不會額外花錢選擇私營服務。而且，事實上急症病人往往第一時間經急症室被送到公立醫院，只要他們有真正危急的醫療需要，無須輪候太長時間便已經可以接受到治療，不必考慮再轉到私家醫院。

個人康保參加者先拿盡保險的賠償、不到最後關頭不動用自己儲備的資金，是一種很自然的傾向，卻會令計劃出現一些政府

不願樂見的反效果。由於擔心普通科門診服務容易被濫用，政府設計的強制醫療保險只包括住院服務和專科門診，變相令普通科門診服務不獲保險「資助」，結果可能會鼓勵市民有小病的時候不首先在基層醫療的層面尋求及早治療，而要等到有大病的時候才享用保險的保障，剛好與政府重視預防性護理的政策背道而馳！

不過，其實諮詢文件第二章關於加強基層醫療服務的實質建議非常有限，香港社區組織協會幹事兼病人權益協會發言人彭鴻昌批評政府將「基層**健康**」的推廣簡單化成「**基層醫療**」服務。政府建議以「限額」方式提供醫療券、作為增強家庭醫生於基層服務的角色，香港醫學會會長蔡堅認為「根本不夠」達到其目的。他表示：「若政府真的睇重家庭醫生，就應該做效外國做法。像英國(政府)容許家庭醫生成為Fund Holder(供款持有人)，家庭醫生可代表病人與醫院就收費方面negotiate(討價還價)。又例如澳洲和加拿大，病人不需俾錢(醫生)，因為係醫生會問番政府俾錢！咁先可以叫到私營醫生去做政府想做的(事)！」

高收入人士：能夠從個人康保計劃得益最大的，可能是中等以上收入人士和他們的家庭，由於他們有較高的經濟能力，可以享受新制度帶來的好處。相對於現在，他們將會有負擔得起的私營服務和醫療保險可供選擇，在強制保險的基本保障以外又可以為自己或家人購買額外的附加保險。因為他們的選擇最多，可以隨時「用腳投票」，享盡公私營界別提供最好、最物有所值的服務。因為他們已經付了錢，所以會要求比別人更快、更好的服務。這些高消費的病人將會是私營界別最想爭取的客源。

個人康保和所有「**第三者付費**」的融

資制度一樣，存在一個**道德風險**的問題：一方面醫療服務提供者傾向為受保人提供過量的服務，而另一方面受保人亦會傾向過度使用受保的醫療服務。政府推銷輔助醫療融資最大的賣點是：為中產人士提供「更全面的醫療、更多的選擇、更大的保障」。然而，新制度若真能兌現對中產的承諾，便會鼓勵最有負擔能力(但不一定最有醫療需要)的市民在醫療市場上消費更多，而如果公營服務不能維持質素水平，便會應驗所謂「**逆向照顧法則**」：**最需要醫療護理的人獲得最少的服務；相反，最不需要的人卻使用較多的服務！**

強制保險制度的利與弊

政府一直奉為圭臬的原則是「確保不會有市民因為經濟困難而得不到適當的醫療服務」，但若果實行個人康保，將來每逢病人入院，首先要問的就是他參加了甚麼保險計劃，然後才能決定他可以享用甚麼服務！對大部分香港人來說，這將會是很陌生的經驗，我們是否願意接受醫療體制如此翻天覆地的轉變？

至今為止，評論較少留意私人醫療保險制度的優點之一，是保險公司在監管醫療質素和效率方面，能夠擔當積極角色。它們的責任是控制成本，而並非限制病人使用服務。如果保險公司拒絕投保人獲取他們應得的醫療照顧，損害投保人的健康，長遠而言只會增加將來醫療開支的索償額，得不償失；同樣地，保險制度亦可以監察醫生提供的治療是否必須和對病人最有利。從這個角度，保險公司能夠在病人和醫療體系中間發揮平衡雙方利益的作用，而香港目前正需要這個質素保證過程中的「把關人」。現時當醫生涉嫌專業失當，處理和審裁病人投訴醫生個案的是醫務委員會，而調查公立醫院醫療事故的往往是醫管局委派的專家，這個一

直被苦主批評為「醫醫相衛」的專業自我監管制度，會否隨引入醫療融資而改變？

但強制的和自願的醫療保險有一個重要分別，就是市民沒有「退出」計劃的選擇，即使個人康保的基本保障範圍、條款和保費不合理、不切合他們的需要或負擔能力，市民也不能通過市場的力量去爭取自己的利益。假如個人康保儲備戶口的管理沿用強積金的框架，市民會擔心基金管理費會否同樣缺乏競爭；同理，市民會關注保險公司的行政費會否過高、保障範圍和保費調整的規管機制等問題。

政府初步建議強制性的基本醫療保險應以收回成本原則運作，但本身來自保險業界，又是健康與醫療發展諮詢委員會成員的陳健波最近公開透露，如果政府只容許保險公司在經營自願性附加保險時賺取利潤，擔心對保險業吸引力不大。不過，匯豐保險前行政總裁蔡中虎接受《香港經濟日報》訪問時剖析：「(個人康保的強制保險)猶如無本生意，每年有幾十億元的現金流，帶來額外的穩定收益；若今年保險的賠償額超出原先預期，下年更可加價作彌補。」就個人康保以下的強制醫療保險的設計和收費，政府、私營醫療界別和保險業相信將仍有一番角力。

一勞永逸？

政府最初以醫療開支不斷上漲、公立醫院不勝負荷為由，向市民發出危機警號，但到頭來其精心設計的融資方案卻有可能令醫療成本不降反升。

個人康保計劃沒有針對性地處理所謂「醫療通脹」的問題。除了醫療科技日新月異之外，隨著醫療資訊發達，市民期望醫療服務可以追上最新的科技發展，而使用醫療服務的人士亦會希望尋求不同專業意見，並不同的醫療服務可供選擇。尤其是施行強制

保險之後，私人醫療開支主要由病人的需求和期望帶動，而病人支付保費後往往會要求獲得最新和最好的治療。所以諮詢文件裡面已經明言：

即使實施管制措施，包括分擔費用或免賠額或其他措施，醫療服務的使用率及成本仍然會因推行受規管的醫療保險而增加。部分原因是在保險計劃下投保人對醫療服務的期望提升，另有部分原因是保險計劃會對私營醫療界別帶來誘因，使其過量提供醫療服務。即使能有效控制醫療服務的使用率和成本，但由於投保人口的醫療需要會因人口老化和醫療通脹而增加，保費仍會持續上升。(頁85)

投保人「過度使用」服務推高保費，個人的自利行為令所有人損失，是經濟學所謂「囚徒困境」的典型難題，理應通過政府的干預和規管解決。但由於保費的增加無礙政府控制公共醫療支出，令人憂慮政府的輔助融資方案只著眼控制**公共醫療開支**的上漲壓力，而任由整體的**總醫療開支**持續擴大。諮詢文件帶出的融資討論，最令市民不能「安枕無憂」的正是它只談開源，而完全不提節流，沒有提出有效控制醫療成本、提高公營系統效率等策略。

彭鴻昌認為，諮詢文件顯示政府繼續推行「小政府、大市場」的政策，新增的醫療需求就由私營機構承擔。他表示：「(諮詢文件)太過集中講融資或集資，但醫療改革是什麼目標？有什麼配套政策？又講得不太清楚！俾錢做什麼？佢又無講清楚 ... 就好像叫人夾錢食飯，食甚麼？邊類？中餐定西餐？去快餐店定去酒店？都唔清楚喎。剩係講要人俾錢，又唔承擔，咁樣就好危險啦！大家都唔知將來那些錢究竟點用？」

政府推行輔助融資的理據是：「維持優質醫療服務，在現行經費安排下，加稅是無可避免」，彷彿推行輔助醫療融資之後便

可以避免加稅。然而，當局在2006年就商品及服務稅諮詢市民的時候，振振有詞說香港需要擴闊稅基，難道稅基狹窄的問題已經自動迎刃而解？如果政府的推算準確，20年後公共醫療開支會由現在的380億激增至1,270億，如此龐大的數目，錢從何來？即使個人康保在2011開始推行，早期能提供每年約60億元的融資，但預期一直到2033，它才不過為政府的公共醫療開支以外提供約22%的額外經費。個人康保的融資額可能不過杯水車薪，是名副其實的「輔助」融資，維持公營醫療系統的質素和服務水平仍要靠政府增撥款項。

彭鴻昌便指出：「即使講融資，個人供款根本難以承擔(物價上漲的醫療服務)，如果真係要融資，就應該透過稅制承擔，由多盈利者以多承擔的比重幫助有需要的人。以財政司今年宣佈減利得稅、擴闊稅階等扣稅措施為例，政府因此總共將會少收74億元，若果政府要實施(醫療改革諮詢文件)第六個方案，那透過稅制已能夠提供比60億還要更多的集資額，這樣才是最公平！」

就方案顯示政府要求公眾「夾錢」的概念，蔡堅形容這其實是「變相加稅、並不可行」。他指出：「方案話一個月大約俾5%(從收入抽取約5%用作付醫療供款)，以一個打工仔一萬元收入為計，即一個月要俾多五百蚊，好似好少，但其實一年就係俾多六千蚊，對中等收入的市民來說，其實係好大筆錢！現時百物騰貴，這方案實在不合宜！」

我們願意為醫療制度負擔多少？

為證明現行醫療融資安排難以持續，政府提供了很多推算數據。例如，不改革的話，到了2033，本港的總醫療開支與公共醫療開支便可能由2004分別佔本地生產總值的

5.3%與2.9%，增至高達9.2%與5.5%。但醫療開支增長率比經濟增長快是世界各先進地區的普遍現象，非香港獨有，外國也為此推行不同的醫療改革和引進適合國情的融資安排，暫時還未見得他們找到任何「徹底解決」醫療系統缺乏可持續性的良方。

其他依賴公營醫療體系的國家，主要靠「排隊」作為一種變相「配給」的手段，調節公私營之間的質素差距，得以控制公營醫療開支，但卻要面對公營醫療服務輪候時間太長和服務質素下降等問題的政治後果。同理，特區政府也不斷面對政治壓力增撥醫療資源，預計公共醫療開支佔總醫療開支的百分比會在未來30年由55.7%增至59.2%。然而，我們是否不能承受這個水平的增幅呢？與其他富裕的已發展地區相比，香港的醫療開支佔其本地生產總值的百分率長期處於極低的水平，雖然單憑一個數字不能做有意義的比較，但我們仍不禁要問，是別人太浪費，還是我們太節儉和太有效率？

香港浸會大學社會工作系助理教授余偉錦出席5月14日一個關於醫療融資的基督徒研討會的時候，從公共財政的角度分析，政府以「小政府、低稅制」、保持香港經濟競爭力等為理由，硬性規定將公共開支總額控制於本地生產總值的20%，因而說不能單靠公帑應付上升的公共醫療開支，他質疑政府的財政政策是否過於武斷。

雖然行政長官已承諾在2012以前逐年增加醫療開支，由原來佔政府經常開支的15%增至17%，財政司司長在財政預算案裡面亦撥備500億元去推動醫療改革，但即使政府兌現這些承諾，市民仍無從得知政府的撥款是否「可持續」、是否追得上社會的醫療需要。彭鴻昌便擔心推行醫療融資之後，政府對公共醫療的承擔會「封頂」。作為一個

社會，我們希望一個優良和有效率的醫療制度具備甚麼元素？我們又**願意和需要**將多少資源投放於醫療服務上面？(參看今期專文《**醫療制度面面觀**》。)

教會的角色

姑勿論政府今次的醫療改革建議能否突破過往諮詢完又再諮詢的困局，教會都需要為此作好準備。

第一，全港12間私營醫院之中，九間具有基督教或天主教背景；醫療改革會改變整個市場結構和私立醫院的經營環境，對它們的事工帶來新的挑戰。教會背景的私立醫院並非慈善事業，它們同樣需要經營得法，需要注重成本效益。然而跟其他牟利的醫療集團不同，教會團體營辦的醫院不能只當為一門生意，它們從事的不單是救人治病的工作，也要關懷病人身心靈的全人需要，活出天國臨在的見證，尤其是基督對每一個人的生命的重視。教會團體在私營市場的佔有率，令他們有一定的議價能力。當教會團體有機會參與政府、私營業界和保險業的商討時，要有道德勇氣站在超越醫院自身利益的層次，替病人和香港整體社會謀福祉。

但首先，教會營辦的醫院要為自己定位：例如，他們是否願意今後只集中服務有經濟能力、有保險保障的病人，將照顧貧苦大眾的責任全部讓給公營架構？在新的融資安排下，如何維持一個合理、公平的援助機制去幫助真正有經濟困難的病人？

另外，醫療體系中有不少基督徒，各個醫生、護士、護理專業的基督徒團契應帶頭關注政府的醫療改革建議，在職場和同儕之間發揮他們的影響力，引發討論。

第二，除了直接提供醫療護理服務，教會的事工已經深入整個醫療體系。自1984



年第一間公立醫院開始有院牧進駐，到今天醫院院牧已經發展成兼具神學訓練和臨床牧養關顧的一門專業，院牧事工遍及幾乎所有公私營醫院(包括有非基督教宗教背景的醫院)。醫療改革如何影響院牧事工實難預料。由於院牧在最前線跟病人和他們的家人有直接的接觸，院牧團隊宜密切關注事態發展，尋找新的事工方向，並預備向病人解釋一旦改革建議落實對他們的影響。

除了基督教醫院之外，院牧皆由地區教會所組成的事工委員會負責聘任及督導工作，地區教會作為院牧的後盾和合作伙伴，令地區教會也能參與實踐全人醫治的使命之中。而教會的醫治與關懷事工也可包括推廣健康的生活方式。香港醫院院牧事工聯會總幹事羅杰才牧師提醒我們，教會的角色可以是多方面和深入的：「其實不少病痛，大多與市民的生活態度和飲食方式有關。教會有人才、有堂址，其實有條件推動新的健康生活，包括陳述『世俗式成功、效率』及揮霍放任價值觀的利弊，並要多鼓勵市民活出簡樸生活。另外，(教會)學校可推動普及教育，教導學生自我健康管理的意識，例如減少飲用汽水、增加運動量等，讓他們明白健康生活的好處，從而鍛練學生預防疾病的意識，以降低年青時期的發病率，這些教育並不會與商業市場有衝突。若年輕一代已有自我健康管理的意識，這就較不斷興建醫院(以應付醫療需求)更湊效！」個人對健康生活的追求，必要有社會文化和自然環境的配合。在一個著重努力賺錢、努力消費、不斷競爭拼搏的都市裡面，市民休息時間不足，生活壓力沉重，加上環境污染，要有健康生活實在談何容易。教會可以挑戰這些主流價值觀，讓人重新安排生命中的優次，並且致力參與改善不健康的工作文化和生活方式以及自然環境。

最後，我們有時是否忽略了教會作為僱主的責任？根據香港教會更新運動2004年的普查，全港堂會各職受薪同工超過5,600人。另外，教會辦的中小學超過370間，還有其他大小社會服務單位、福音、差傳、出版機構等。無數直接或間接受僱於教會的全職、兼職、半職同工，他們的健康有沒有受到保障？醫療改革的討論是一個寶貴的機會，讓我們反省教會有否盡力為同工提供一個健康、安全、和諧、家庭友善，和作息有時的工作環境？作為僱主，教會是否願意主動為同工購買合適的醫療保險，而無須等待政府立法強制執行？

神學反思

基督教神學的整全人觀，視人的存在為身心靈的統合；再者，人並非獨立的個體，而是活於人際關係網絡之中。所以從神學角度看醫治的話，不能只看到有病的身軀，而看不到有病的心、有病的家庭和有病的社會。醫治也並非單單是醫生的工作，除了眾多的護理和輔助醫療人員，在醫院裡面還包括例如院牧、社工，在醫療機構外面有病人互助組織、社會服務機構等。這些信仰原則可以幫助我們思考醫療改革的問題；相反，醫療改革又能啟發我們對信仰和生命有甚麼新的體會？

《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢是政府經過兩年多精心部署的成果，政府甚至一早特別為此聘請公關顧問公司協助宣傳。偏偏今年3月正值流感爆發期，陸續有學童懷疑因流感併發症死亡，周一嶽於推出諮詢文件前一晚深夜，突然宣布全港小學、幼稚園、幼兒園及特殊學校，由翌日開始即時停課兩星期。隨後的發展證明，傳媒對流感肆虐和停課決定的興趣仍高於醫療改革。或許這正好提醒我們「人算不如天算」的道



理：誰能真正掌握自己的健康？掌握健康是否就代表掌握人生？

公平以外

醫療融資改革無可避免地涉及資源分配的問題，而資源分配必須符合公義原則。然而，究竟怎樣分配資源才算「公義」呢？基督教神學的幾項主題或許有助我們思考這課題。首先，我們相信人類是按上主的形象和樣式創造的，每人在上主眼中都有同等的尊嚴和價值。因此，資源分配必須公平。至於怎樣才算「公平」，則有不同的看法。有人認為是按需分配，即各人得到所需要的資源；有人認為是按勞分配，即每人得到與其付出的努力或代價相應的資源；有人則認為是平均分配，指每人得到相同份額的資源。另一些論者則從資源分配的機制著眼。經濟上的右翼人士會強調個人要為自己的健康負責，並相信富競爭的自由市場最有效公平地分配醫療資源。經濟上的左翼人士則會強調政府要為人民的健康負責，堅持政府透過稅收制度及其他公共政策的介入才能確保資源公平分配。

然而，基於醫療資源的獨特性，這些資源分配原則未必能派上用場。例如：「先到先得」的輪候制度在其他範疇或許是較公平的資源分配方法，但由於延遲醫治有時等於等不到醫治，醫療服務的時間性極其重要，因此「先到先得」未必能確保公義。又例如：有經濟能力付較高費用的人能夠享用更快捷、更優質的服務，在其他情況可能是很公平的，但若套用在醫療方面，我們是否同意優質的醫療服務應屬於較富裕人士的專利？優質的醫療服務究竟較近似奢侈品抑或必需品？醫療需要是人生最基本的需要之一，太過性命攸關、太必不可少；醫療服務卻太昂貴、太有限。在其他典型供不應求的情況下，自由市場或者可能是解決的辦法，

但一個人的醫療需要帶有很強的不可知性和市場難以管理的風險，政府如今強調「為自己的健康負責」的說法未必能夠成立。

第二，我們相信社群是上帝的心意。從上帝「造男造女」可見，三一上帝希望人生活在具有差異性並容讓彼此溝通、彼此互助、彼此相愛的群體中。因此，符合公義原則的資源分配應促進而非損害社群的發展。若醫療改革方案加劇不同階層或組別之間的利益矛盾，或者未有顧及社群中的差異性和多元性，或者過份側重個人為自己醫療需要儲蓄而忽略風險分擔(健康人士資助患病者)，均不足取。

第三，我們相信人不僅有限，而且有罪。公義的資源分配須正視人類個人及群體中的罪惡。自私、貪婪、怠惰、欺壓窮人、歧視弱小、貧富懸殊等，都是罪惡的表現。假如醫療制度容許一些人不注重個人健康，又不肯為自己將來的生活作準備，他們反而可以不需「為個人的健康負責」，而坐享由其他納稅人大幅補貼的低廉醫療服務，這是否公平？又假如醫療制度間接鼓勵有能力負擔較高保費(因而獲得更大保障)但醫療需要相對較少的人士使用更多的醫療資源，相反沒有能力購買保險但醫療需要相對較多的人士卻享用較少的醫療資源，這又是否公平呢？

第四，也是最重要的一點，聖經強調的公義是特別關愛窮人和其他弱勢群體的公義。舊約律法書強調對窮人、孤寡、寄居者的經濟照顧，例如：「在你們的地收割莊稼，不可割盡田角，也不可拾取所遺落的；要留給窮人和寄居的」(利23:22)。先知書所強調的「行公義、好憐憫」(彌6:8)，正是關顧窮人和其他弱勢群體，使他們不受欺壓，並為他們伸張正義。耶穌宣講的福音更



揭示一個「偏愛」貧窮人的上主，而且在天國裡面，在後的必要在前、最小的卻為最大(可10:31；太18:4)；倘若我們服事「最小的弟兄」，就是服事了耶穌基督(太25:40)。十字架上的耶穌，彰顯著上主與受苦的人徹底認同。因此，面對類似醫療改革這類公共議題，教會應當首要關顧病人、窮人和其他受苦人士的福祉，為弱勢群體發聲。也許可以說，基督徒所追求的公義是以愛為原則的公義。我們基於愛為貧病者爭取公平的對待，而不是求自己的益處。

不是只有窮人才會生病，但病人很多時都是窮人和長者。中國人有所謂「久病床前無孝子」，疾病不單構成經濟負擔，甚至會奪去一個人的工作能力，令病人在社會上永久失去經濟價值。在香港，65歲或以上人士平均佔用的住院病床日數是其餘病人的六倍；而60歲或以上長者人口之中，約17%需要靠領取綜援過活。至於沒有領取綜援、單靠生果金度日的長者(估計最多有10萬人)，在醫管局現行制度下，卻不能像綜援人士一樣自動享有醫療收費減免。難怪有「貧病交纏」之語。我們若將貧病歸咎於表面的、個人的不幸(甚至「罪」)，便容易忽略更深層的、結構的不義。**由人設計的醫療制度，能否做到不會懲罰不幸的人，只鼓勵個人承擔責任？**追求公平公義以外，我們還需要更有仁愛、更人性化的醫療制度，讓病人在權力不平衡和自主性甚低的境況下，仍感受到受尊重、被關懷。

醫療、健康、人生

諮詢文件以「掌握健康 掌握人生」為題，而內容則主要探討醫療制度的改革。醫療、健康、人生三者的關係，值得我們思考。

一般人會認為有病便是不健康。然

而，假如一個人吃了不潔的食物，上吐下瀉，與其說他他身體「有病」，不如說他的身體「正常」運作，將病菌盡快排出體外，得以維持健康。

醫療制度完善，「病有所醫」，也不代表就能「掌握健康」。醫護人員可以把我們的疾病醫好，醫療保險可以令我們多點安心，但要保持健康，還要視乎我們的生活方式，例如均衡飲食、恆常運動、作息定時、保持心境開朗等；但對於在充滿競爭壓力的都市生活的打工仔女來說，要真正做到健康生活，實在談何容易。一方面，外在環境(如工作文化、社會政策)需要改變，讓我們可以有更多機會過著健康的生活；另一方面，我們的心態也需改變，讓我們對健康看得合乎中道。

政府統計處2005年進行的住戶調查，發現全港有近130萬名市民曾經服食健康食品，當中逾半服用維他命丸；同時有超過六成市民更表示，即使患病亦只會服食健康食品而不向醫生求診。近年保健產品蔚然成風，健美瘦身熱潮方興未艾，提升情緒智商和釋放生命正能量的心理訓練班也流行了好一段日子，在在顯示人們似乎高度關注身心健康，希望盡量減少病痛，延年益壽，感覺良好。

然而，這種高度關注健康的風氣卻可能隱伏危機：過份高舉健康至拜偶像的程度，不願接受身體必會朽壞，終必歸回塵土；不願接受健康是上主所賜的禮物，最終並非由人掌握；不願接受人生一切包括每一口氣息都是「本於他、倚靠他、歸於他」(羅11:36)。

基督教道成肉身的神學肯定身體的價值，不僅沒有如一些希臘思想把身體視為靈魂的監牢，反而更將身體視為上主啟示、

施恩、拯救的必要管道，同時也接受(以致肯定)肉體的限制、需要和欲念，能對老病死泰然自處。我們固然要愛惜身體，珍惜生命，不應尋求疾病與死亡，但也不應抱有不切實際的幻想，以為可以憑人的努力(包括醫療科技)戰勝它們。

過去大半個世紀，醫學和醫療發展迅速，但這種發展的後果卻非一面倒有益人群，而有著模稜兩可的另一面。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；很多慢性疾病的病人因為醫學進步，壽命得以延長，卻因而令他們需要終生依賴藥物或儀器維持起碼的生命；嶄新的診斷法使醫生可以及早斷症，但不是所有被確診的疾病都能治癒；一些以往難以治癒的頑疾經已可以

輕易根治，但世上還是有更多不治之症。

香港幾十年來的公共衛生政策期望確保沒有人會因為沒有錢而得不到「適當」的醫療服務。可是甚麼是「適當」的醫療服務卻不純然是政策、經濟或醫學的考量；不只是醫學「能做甚麼？」的事實判斷，也牽涉到醫學「該做甚麼？」的價值判斷；後者正是基督教神學可以參與討論並可能作出貢獻的領域。醫療服務如果成為延長生命、對抗死亡的策略，不僅醫療通脹勢難遏止，構成公共財政的難題，同時更觸及更深層的神學問題：人類到底是否可以(若然可以，可到那個程度)憑著己力超越被造物的有限性，可以戰勝疾病、消除苦難、阻延衰老、減慢死亡，以至可以真正掌握健康，掌握人生？

代禱事項

為緬甸祈禱

記念受風災打擊的緬甸人民，以及被軟禁超過12年的反對派領袖昂山素姬。

懇求憐憫人的上主，感動緬甸軍政府，以人民的福祉為先，容許國際社會和人道志願機構全面參與風災後的救援和重建工作；又求主讓緬甸人民早日得享開明、自由、尊重人權的社會。

為祖國祈禱

記念四川及其他地方因地震災害受苦的人民，尤其是痛失子女的父母，以及其他失去至親的同胞。

懇求慈悲的天父，醫治生還者的受創身心，賜他們恩惠與平安。因校舍建築懷疑違規而枉死的學童，求主為他們伸冤。又求神帶領各項復康、賑災及重建的工作。

為香港祈禱

記念醫療體系裡面盡心盡力照顧病者的醫療人員及其他支援人員。

懇求醫治人的上帝，賜智慧給主管醫療衛生政策的官員，讓他們找到合乎病者利益的可行方案，改善現存體制的缺陷。求神讓健康的人懂得關懷患病人士，使香港成為互助互愛的社會。

弟兄姊妹想更多關注醫療改革建議？

假如你的教會想更多認識政府的《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件，從而有更深入的討論和信仰反省，歡迎與我們聯絡。我們樂意親身到你的教會帶領討論或舉行小型研討會。

電話：2609 8154

電郵：mep@cuhk.edu.hk



特約文章

醫療制度面面觀: 到底我們需要什麼?

黃國棟

關於香港醫療制度改革，一直以來的主要爭論都是資源和分配的問題。不錯，沒有資源(錢)是萬事難行，但是，單是投入資源，並不能保證市民就能享受高質素的醫療服務。美國投放於醫療服務的資源，無論以國民生產總值(GDP)的比率，還是銀碼數目來看，都是世界第一的。目前美國醫療費用已經佔 GDP 的15%(香港則不到6%)，但是，香港人的平均壽命和嬰兒死亡率(兩個常常用來量度一個地區健康質素的指標)，都比美國高。平均壽命美國是77歲，香港是81.5歲，嬰兒死亡率美國是每千個嬰兒6.5個，香港是2.97。美國現在有大約15%的人口是沒有醫療保險的，而香港每一個居民都享有基本的醫療服務。

資源只是討論醫療問題的其中一個元素，它和幾個其他重要的元素，是互相影響、不能獨立改變的。如果在改革的過程中，不作全盤的考慮，而只改變融資方案，帶來的後果可以是災難性的。

本文的目的，是提供一個架構，指出一個醫療制度中不同的元素和它們之間的關係，使大家有一個全面的圖畫來討論整個改革問題。

醫療制度的6A

每一個人都想要一個高質素的醫療系統，但是，我們需要先為「高質素」下一個定義，否則只有「各說各話」，永遠不可以達到共識。本文會介紹六個「高質素醫療系統」的元素，作為評估不同制度設計的指標。這六個因素的英文都是由A開始的，可以稱為「醫療制度的6A」: Appropriateness 適當，Accuracy 準確，Affordability 可負擔，Accessibility 便利，Availability 供應，和Accountability 問責。

Appropriateness (適當)

高質素醫療制度的第一要點，不是費用問題，而是病人必須得到適當的治療。如果治療不適當，就算免費也是多餘，甚至是壞事；「Do No Harm」(不做傷害病人的事)是醫生誓言的第一條。

要病人得到適當的醫療，有個人和制度兩個層面的考慮。個人方面，醫生的訓練和能力是核心，在這方面，香港醫生的質素是絕對沒有問題的。

但是，如果整個制度未能供應適當的醫療，個別醫生的水準怎樣高也不足夠。就以美國為例，美國醫護人員的水準也是極高的，但是，就如文首所說，美國的健康質素卻比不上香港和大部分已發展國家。原因是美國的制度太強調治療急性的疾病和延長生命，而忽略了預防醫療和長期病患的照顧。現在美國聯邦政府提供給65歲以上人士的醫療保險(Medicare)，有40%的費用是用來照顧病人最後6個月的生命，但是，大部分病人的健康狀況在這時候已經到了一個不能逆轉的階段，這些治療對他們的生活質素並無太大幫助。美國強調避免死亡，但是她的國民平均壽命卻比其他國家低得多。

一個高質素的制度，必須鼓勵預防性的治療，和健康的生活方式，使病人不會小病變大病。

Accuracy (準確)

「準確」和「適當」是相近，但不完全相同的概念。「適當」是關於抉擇正確的行動 (Do the right thing)，「準確」則是執行能力的問題 (Do things right)。例如替一個冠心管閉塞的病人以心導管擴充血管 (通波仔)，是「適當」的治療，但是病人還需要做手術的醫生能夠「準確」的進行這項手術，不會錯誤的刺穿了血管。

和「適當」一樣，「準確」跟醫護人員的訓練和經驗有很大關係，但是更重要的，還是整體制度的問題。現在絕大部分的醫療失誤，都不是醫護人員個人的能力問題，而是制度上的缺失。由於病人會被很多不同的部門照顧，部門之間的環接就是最容易出錯的關節。近期在香港，一個沒有癌症的病人，因為血液樣本被醫院錯誤掉換，而接受了不需要的放射性治療，就是這類錯誤的典型例子。

和「準確」及「適當」有關，還有一點很重要的，就是人力資源的問題。隨著人口老化和科技發展，對醫療服務的需求只會有加無減，但是因為生育率下降，專業醫護人員的供應就會變得緊張，怎樣保證有足夠的人力資源是醫療系統必須處理的問題。

Affordability (可負擔)

香港的醫療制度中，最被關注的就是「可負擔」這一元素，所有關於融資的討論，都是圍繞著這一點而發生的。不同群體對「負擔」有很不同的定義，對不用納稅的低收入市民，他們眼中的醫療「負擔」只是接受服務時需要直接支付的數目。對一個納稅人來說，「負擔」會是稅款中用來支持醫

療的部分，再加上接受服務時需要支付的，可能還再加上醫療保險的費用。對整個社會來說，「負擔」就是 GDP 中花在醫療的比率。

醫療系統的「可負擔性」，比起其他的服務，有一個更複雜的地方，就是風險分擔 (risk sharing) 的問題。很多疾病如果發生的話，治療費用會是極高的，單靠個人能力應付不來，所以必須要有分擔風險的機制。但是，要公平的分擔風險，必須要在問題未發生的時候就行動。當有人的屋子已經著火，才說要強逼所有屋主買火險，保費自然高，其他屋主也一定大力反對。現在的醫療融資問題就是如此，社會中已經有一定數目需要大量醫療資源的人士，如果增加現在未需要服務人士的負擔，來補貼有需要的人士，阻力肯定是極大的了。

要討論融資問題，首先必須準確的找出不同群體在分擔風險上面的要求，才有機會找到各方面都可以接受的設計。而這其中更牽涉到很多倫理和公義上面的問題，例如向肥胖或者抽煙的人士收取附加費是否合理？一個沒有納稅或者買保險的新移民，應否獲得和一個交了幾十年稅的居民同樣的服務等。目前香港社會中在這方面的討論卻不多，單從比較「醫療保險」、「強制儲蓄」、「政府直接提供服務」等方案，是絕對不夠的。

Accessibility (便利) 和 Availability (供應)

這兩個元素都是關於病人獲取服務方面的，「便利」主要是指交通和地點，病人能否很容易到達醫院或者診所？「供應」則是指病人能否得到服務，這包括了等候的時間和醫院有沒有提供所需服務，例如醫院會不會為一個90歲的病人提供白內障手術，和需要等候多久？或者會不會為病人提供一些



新但是昂貴的藥物等？

香港有一流的公共交通系統，地方也小，所以和外國比較，「便利」已經是極好的了；在美國的小鎮，病人開兩三小時的車去看專科醫生是平常事。但是，「供應」卻是香港常常被批評的一環，在公立醫院看專科醫生可以需要等幾個月，甚至幾年。

在供應上，美國卻和香港相反，只要有保險，甚麼服務都隨時可得。今天背痛，明天可以馬上照 MRI (雖然可能要開幾小時的車到診所)，後天就可以找個腦神經外科醫生做手術。甚麼新藥一出，馬上買到。

但是，「快」、「多」和「新」並不就是「好」。背痛應該做手術抑或還是接受簡單的治療，在整體人口(population)中效果是一樣的。新的貴藥更隨時幾年後被發現不安全，近年的止痛藥 Vioxx、糖尿病藥 Avandia，抗生素 Ketek 等都是好例子。這也是美國的醫療「貴」卻沒有好「成果」(outcome)的原因之一。

一個有效的醫療系統，應為病人供應足夠的、適當的服務，而不是無限地供應任何服務。

Accountability (問責)

最後，一個有效的醫療系統，必須有明確的問責機制，以保障病人的安全。在這方面，美國主要靠醫療失誤(malpractice)的法律訴訟。醫生或者醫院做錯了事，令病人受損，就可能會被控告，或要賠償天文數字。在這環境下，醫生為了自保，唯有多做測

試，結果就是極高的醫療費用。香港以前卻是另一個極端，官官相衛，病人甚麼保障也沒有。近年在「問責」的風氣下才開始改變，但是怎樣取得平衡，卻需要小心處理，否則只會重複美國的麻煩。

但是，醫護人員要問責，我們對病人也需要有同樣的要求。如果病人不合作，拒絕跟隨醫生的指示，結果病情惡化，需要使用大量的資源，我們又怎樣可以使病人負責呢？一個肝病病人拒絕戒酒，結果肝衰竭，是否應該拒絕為他換肝？一個拒絕定時服藥的糖尿病病人，最後腎衰竭而要洗腎，又是否應收貴一些呢？

到底我想要甚麼？

上面所討論的六個因素，都不是獨立存在，而是互相影響的。如果改變其中一環，便會牽一髮而動全身。例如問責關係在公營和私營服務的處境會分別以不同形式出現、改變人力資源會影響便利和供應、保險的承擔範圍又會影響病人能否獲得適當的治療。

當我們討論想要一個怎樣的醫療系統的時候，我們必須同時考慮這些因素之間的關係，目的是設計出一個在各方面都可以接受的系統。可惜，現在香港的注意力，卻只是在融資這問題上。如果只是繼續「向錢看」，而不顧其他的因素，是不能解決問題的。

[作者為美國加州大學洛杉磯分校(UCLA)管理學博士，聖路易大學醫學博士、公共衛生碩士，美國預防醫療和公共衛生專科醫生，現在美國醫療保險公司工作，並為聖路易大學醫學院兼任副教授]

總編輯：葉菁華 副總編輯：禰智偉 執行編輯：黃軻梅

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
香港中文大學基督教研究中心

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。