

## 香港的醫療護理與融資改革

王于漸

### 1. 引言

港府年初發表諮詢報告《香港醫護改革—為何要改？為誰而改？》（下稱《報告》），建議設立全民強制性社會保險制度，由病人自由選用服務，令公、私營服務得以公平競爭。保費由個人和政府分擔，費率結構內含重新分配收入的因素以求平等。哈佛報告指出了現存的弊病和改革的急迫性，惜有關建議香港並不適用。本文提供了另類的選擇。

### 2. 非改不可？

香港的醫護制度確有改革的必要。在現行制度下，政府擔心長遠來說財政上難以負擔；用者則不滿服務質素。公營服務輪候費時、服務態度欠佳、缺乏選擇；私營服務則收費高昂、質素參差。

不同醫護專業之間存在著藩籬，限制了私營服務的競爭。公立醫院服務雖有改善，但用資源堆砌成就，長遠難以維持。公共醫護開支近年步步高昇，在本地生產總值中的比例在 1989 年是 1.7%，至 1996 年已上升至 2.5%。港府若堅守《基本法》「量入為出」的理財原則，隨著醫護開支在政府預算中的比例上升，其他民生開支將被迫削減。

由於缺乏可靠數據，哈佛報告的預測難以作準。也正因此，該報告建議設立醫療政策及經濟研究所實有必要。但不應以數據不足為由延遲變革，否則只會增加社會的負擔。本文因應這項困難，建議在改革方案內設置資訊回饋制度，初期循序漸進，視乎成效以修正其後的變革。

醫護融資必須求變，原因是出生率低、壽命延長、社會富裕，糖尿病、心臟病、中風、癌症等慢性病、以及長者護理日漸成為醫護主要的負擔。服務重點應及早由治療轉向預防，開展教育，促進早期防治。

與此同時，公、私營服務各自為政，造成醫療服務的某些領域質素參差。哈佛報告所謂的「分裂隔離」(compartmentalisation)狀態亦存在於基層醫療、secondary care 和 tertiary care 之間。

公營服務方面，醫院管理局(簡稱「醫管局」)靠行政指令分配資源。近年雖已改善了醫院的服務和管理，但也因而引來私營部門的病人，增加本身的負荷。

部分醫護服務質素低落，原因往往是選擇太少。市民使用公營服務，只須付出象徵性費用，真正的代價是長時間輪候。趕時間者只能光顧收費高得多的私營服務，否則只能對公營服務逆來順受。大多數人還是光顧私家醫生。

私營服務的資源也失調。由於公營服務廉宜，私家醫院空置率高。公、私營服務經常重疊。私營服務則競爭不足，成本高、質素參差。應降低市場屏障，放寬醫生刊登廣告的限制，讓醫生自由在公共屋村開辦診所及增加醫與藥的分工。

### 3. 融資方式

已知的醫療融資方式不外三種。

#### 1. 由公共直接資助與提供服務

政府用稅收直接提供醫療服務。用者可能要支付部分費用，但大部分成本由稅收承擔。在香港的漸進稅制下，政府直接提供服務能夠達到平等的目的。但香港稅基狹窄而稅率低，政府若「量入為出」，也就很難增加醫療開支。而且，政府提供服務通常效率低。香港公立醫院大部分經費來自政府，但門診服務則主要由私營部門提供。

香港公營醫護最大的「優點」在於平等，沒有人因為無力付費而得不到護理；但也存在著公營服務常見的弊端。用行政命令分配經費令資源流向失當；用戶幾乎無須付費則導致需求過度。加上缺乏適當的監察機制，難以控制成本。而員工一旦缺乏經濟誘因，服務很可能下降。

#### 2. 由私營保險付費給供應者

醫護費用或直接用者支付給提供者，或間接由私營保險公司從保金支付。但為免用者逆向選擇(adverse selection)，私營保險通常不會毫無選擇地接受所有人投保，也不會承擔全部醫護費用。而全私營的保險凡事靠收費，老弱殘疾和經濟欠佳者受到排斥，資源流向有能力付費者，造成差距。

#### 3. 由公務全部或部份承擔保金

保險制度仍有資金時，醫護開支由用者繳付的保費承擔。但其中可能部分或全部由政府承擔。保險公司直接對服務提供者支付用戶的費用。美國即主要用這種方法，用戶

透過支付保金，間接支付醫護費用。原則上，利用保險以融資可以做到既平等又有效益，有很多國家採用。但弊病是容易有道德危險，推高成本。利用扣除額(deductible)和共同支付(co-payment)能夠減少濫用服務，但難以完全避免。原因是保險制度無法避免利益團體和政客從中左右，以致難以控制成本。美國和台灣都是箇中例子。

這類用者自願選擇的計劃另一種問題是逆向選擇。強制性計劃由全民分擔風險，減少了逆向選擇。但公共醫護服務是免費的，容易濫用。要控制成本就只能配給，不但效益低，也限制用者的選擇。

承保者爲了圖利，會力求控制服務的質素和成本，以免服務提供者收費過高和濫用服務。美國最初推行私營醫護保險時，濫用服務和控制成本還不是問題。但其後一宗歷史性的法庭判例大大削弱了承保者挑戰醫生專業判斷的權利，此後幾乎無法控制醫療成本。

由政府津貼和管理的強制性保險，最大的弊病是一種中央操縱的社會主義市場制度，由政府界和專業人士組成董事局自上而下控制，操縱公眾的命運，一子錯滿盤皆落索。而作爲全民制度，市民別無選擇。

上述三類融資都是爲了分擔全體人口的風險，可說是不同的保險計劃。但不同的人口組別有不同的需要，三類融資應用於不同的人口組別時，各有利弊，故在其他國家都混合使用。加上醫療問題存在著(1)資訊失衡，病人所掌握的醫學知識與醫生有差距，(2)利益集團多，以及(3)討論時容易情緒化等特殊問題，難以達成一種既有專業水平、在政治和財政上都能長期維持的合理制度。設立單一的全民制度既不明智，還不如搞混合制，讓病人有所選擇，也鼓勵各種制度彼此競爭。

#### 4. 哈佛報告的建議

哈佛報告建議設立強制性聯合保險計劃，由政府和用者分擔保費，分攤比率視乎用者的經濟能力。建議中的兩種保險，一是「聯合保健」(簡稱「HSP」)，涵蓋意外的大筆開支，透過隨收隨支(pay-as-you-go)方式由全港市民分攤風險。二是「護老儲蓄戶口」(簡稱「MEDISAGE」)，每人長期累積一筆資金，用來購買長期護理保險，以備年老或不幸傷殘之需。聯合保險的資金由半官方機構「聯合保健基金」(HSF)經營，由政府、僱主、僱員和病人代表合組董事局監管，由董事局負責選購公私營醫護服務。

哈佛報告建議，完成上述改革後，再把醫管局重組爲 12-18 個「地區性醫療一體化系統」(簡稱「HIS」)。各 HIS 屬下的地區性公立醫院可與私家執業者和專家簽約，由後者提供預防、基層、門診和住院等服務。私家醫院和醫生組合也可以直接參加 HIS 以提供服務。HIS 雖然提供服務，但並非美國的保健組織(簡稱「HMO」)。後者另僱專家以查驗服務提供者的診治。成立 HIS 是爲了打破醫護界服務的分裂隔離，提供全套服務。

哈佛方案認為新制度簡單，目標首尾一致，而且由用者掌握開支。此外，還有下列優點：

(i)更加平等：分攤了風險，為所有市民提供同等的保險給付，確保所有人獲得服務。無力付費者可獲津貼。

(ii)改善質素，提高效益：「錢跟病人走」使公營與私營部門得以公平競爭，公、私營不再各自為政、分裂隔離。HSF 對病人和公眾負責，減少了醫生利用專業知識對病人享有的優勢。

(iii)財政上更穩定：有關計劃內含機制，例如洽商釐訂支付率、由需求方分享成本，從而控制政府預算。分開服務的一買一賣，使公、私營部門得以競爭，增加問責性和效益。

(iv)有需要才津貼：透過津貼無力付費者的保費，把公共資源用在最有需要的地方，而非目前那樣不論貧富一視同仁。

(v)滿足未來人口的需要：人人有自己的 MEDISAGE 戶口，以備他日購買長期護理保險用，確保能支付年老的護理開支。到時若無須動用，則作為該人的遺產。這基本上像新加坡的 MEDISAVE 戶口。

(vi)控制開支漲勢：分開服務的買和賣和洽商釐訂支付率，均有助於控制成本。「錢跟病人走」增加競爭，提高效率。保險設置扣除額和共同支付，限制了需求。

## 5. 哈佛報告實行的困難

(i)自上以下的市場：哈佛報告建議由中央設置 HSF，代表用者選購服務，相當於用 HSF 取代集買賣於一身的醫管局，也就是由這個行政機關而不是用者來決定保費、賠償率和哪些服務屬於承保範圍。這能夠增加服務提供者之間的競爭？屆時 HSF 董事會將會壟斷買家市場，將本身對公眾需要的看法強加於服務提供者。用者縱使有權選擇醫生，卻無權選擇另一套制度。

(ii)南斯拉夫式勞工合作社：哈佛報告指明，HIS 並非 HMO，因為並不僱用第三方管理人員以查核名下的醫護服務。美國的 HMO 是商營的，不少是上市公司。這樣做是為了確保效益和股東的利益。如果香港屆時的 12-18 個 HIS 並非 HMO，那又是甚麼？半官方醫護組織的最佳例子是南斯拉夫的勞工合作社，目的是為工人爭取最大的人均工資，而非所屬機構的利潤。這對增進整體效益無助。HIS 並非牟利性，彼此競爭並不能為社會節省最多的資源。香港的私家醫院也類似勞工合作社，向上負責的是以資深醫生為主

的長青管理委員會。

(iii)哈佛建議若付諸實施，很可能導致南斯拉夫式的社會主義市場經濟。弊病包括：投資時求取最大的人均工資；爲了保護既有工人的利益，不鼓勵工人轉換工作；由於知識產權定義不明，缺乏創新。難怪美國 HMO 屬下的醫護人員對本身的制度大爲不滿，寧取哈佛式的 HIS。

## 6. 改革的政治經濟學

要實施哈佛的建議，須翻轉現行的服務供應方式，另設一組截然不同的機構。世界各地的醫護制度都是社會利益的戰場，各派人士都假公眾利益之名爭一己之利。醫生、醫護行政人員和政客各據有利的地位，力求左右醫護服務的方向。而對病痛老死的恐懼是與生俱來的，加上對鉅額醫藥費用的憂慮，因此，醫護的議題往往十分情緒化。

由此觀之，像哈佛建議這種全面性的改革要成爲社會共識機會不大。不論該報告有理與否，這種改革須對各種利益集團作出讓步，包括增加預算、削弱對財務的控制，以致動搖新制度，抵消有效控制醫護預算的改革原意。台灣即曾實施類似哈佛報告的改革，結果成本在數年內大幅飆升。

香港缺乏可靠的醫護數據，易受「有識的偏見」左右。萬一因而重蹈台灣的覆轍，就只能提高保費，造成政治分化，損害服務質素，最終令用者的選擇再度受到限制。屆時改革將付諸東流。這項社會保險制度只不過是另一種特定的稅項。至此又將回到舊制，差別只是公眾須付出更多的費用才能獲得同樣的服務。

## 7. 「選擇多」醫療保險方案：另類選擇

基於上述原因，香港的改革應從根本上著手，但更爲循序漸進。本文建議保留現制度的各方面，而嘗試在期間求取平衡，以免像目前由某些方面支配大局。公、私營部門若較爲均衡，有利於促進競爭，改善服務質素。本建議同樣能達成哈佛報告的目標-財政穩定、增加選擇、改善質素，卻得免箇中的政治成本，成功機會較高。

本文建議設立名爲「選擇多」醫療保險方案(ChoiceCare)的自願受津貼保險計劃，而非哈佛報告的全民強制性保險，並逐步結合公、私營部門，打破「分裂隔離」。

市民若選擇參加「選擇多」醫療保險方案，基本保費獲政府津貼。基本投保範圍包括一系列特定服務。若希望享有更多服務，可選擇增加保費以擴大投保範圍。市民有權同時向數家承保人投保，而非像哈佛報告，全港的保險由政府包辦。服務提供者可以是醫院、聯營的醫生，也可以是保險公司。投保人在一定範圍內有權選擇服務提供者，包括公立醫院、私家醫院、獨自或聯營執業的醫生。與哈佛報告不同，本文認爲毋須排除

美國式 HMO(保健組織)的可能性。參與本計劃的保險公司可選定某些醫生，供投保人優先選用，類似美國「優先供應商組織」(preferred provider organisation, 簡稱“PPO”)的做法。由於「選擇多」醫療保險方案享有政府津貼，服務提供者和承保人也就不能挑選投保人。不參加計劃的市民可自行付費使用公、私營服務。

在本方案下，公營制度繼續運作，但接受新的競爭。公營部門預算視乎「選擇多」醫療保險方案投保的人數，按比例削減。但公立醫院透過提供服務和承保，只要能成功爭取投保的市民，完全可以彌補所削減的資助。為了營造公平的競爭環境，私家醫生可在公立醫院範圍內，收費診治病人。醫管局自此實行「一局兩制」。所提供的第一種服務類似現行的政府免費服務，供未曾加入「選擇多」醫療保險方案的市民享用。第二種服務透過競爭提供，服務提供者按市價對自費和「選擇多」醫療保險方案投保人收費。

醫管局直接與私營部門競爭病人後，才有真正有效的機制以改善效益，不必再用資源堆砌成就。由於用者得以選擇服務，用者需求對醫院的財務狀況舉足輕重，醫管局的角色將會由官僚的採購者和服務提供者變成新制度的管理者。醫生小組(doctors panel)、PPO 和 HMO 等香港較為罕見的醫護服務提供方式，屆時均可以在市場上競爭，為市民提供選擇。

這有兩大好處。一是更有效地在各服務提供者之間分配資源。用者同時得以選擇服務提供者和融資方式，所謂「錢跟病人走」而非按官僚的意願分配。醫管局固然受到牽制，但醫管局進一步開放後，私營部門亦面對更強的競爭。二是醫管局將繼續擔當醫護服務的最後提供者，確保無力付費者也能獲得服務。

至於應從公營醫護中抽取多少撥款，對「選擇多」醫療保險方案投保人應提供多少津貼，務須仔細估算，以確切掌握預算中和實際的公帑開支。尤其當抽出部份公營服務撥款用來津貼「選擇多」醫療保險方案時，必須考慮到「選擇多」醫療保險方案投保者的人口組合。由於缺乏醫護成本的數據，「選擇多」醫療保險方案初期就政府的津貼釐訂最合適的水平時，須倍加謹慎。待累積了數據和經驗後，再修正原先的水平。本文一開頭即指出，由於缺乏數據，醫護改革必須循序漸進。本建議內含回饋機制，利用初期實施的成效修正政策參數，最能針對這項缺失。

「選擇多」醫療保險方案的另一個優點是「選擇多」醫療保險方案和公營服務同時受政府資助，市民相對歡迎哪一種，透過兩者受資助的多少而操諸政府之手。利用這項差別可以改變兩種服務的對比，從而改善服務、控制成本。

市民參加「選擇多」醫療保險方案後，不得再依賴公營服務。這對於控制成本、防止濫用公營服務十分重要。後一弊病目前十分普遍。不少人出於負面誘因，只要尚有經濟能力，患病時大都先向私家醫生求診。錢一旦用光就轉介給公營部門，以致私家醫生佔了八成多的門診「生意」，但公立醫院須負擔九成以上的住院服務。公營之弊莫過於

此。

與哈佛報告建議由中央經營保險相比，「選擇多」醫療保險方案容許不同的保險計劃。承保的條件由用者、提供者和投保者構成的市場決定，避免中央式的指令經濟。但由政府監管「選擇多」醫療保險方案保險，確保市場秩序、以及用戶獲得公平的對待，特別是承保範圍、服務質素、融資和賠償各方面須達到最低的要求。

今後或須設立預付醫護開支用的個人儲蓄戶口，應付長者和傷殘人士的長期護理需要或意外的大筆醫護開支。但只能當「選擇多」醫療保險方案在改革中有了明顯的成效，公、私營部門逐步融合後，才宜引進。屆時病人有了代表參與決策，公眾才不會誤以為設立預付的戶口是政府巧立名目，變相加稅。

談到醫護問題，不論哪個社會都沒有現成的答案。香港日益富裕，人口發生變化，醫護問題只會愈來愈複雜。多元化方為上策。在治療外兼顧健康教育、預防和社會醫療。本建議即提倡醫護制度多元化，讓各種服務提供者得以在接近均勢下經營，在平等之餘提高服務質素和效益。本建議同時為預付醫護開支鋪路，使市民終有一天毋須靠隨用隨付的方式應付醫護開支。我們主張循序漸進的改革，以降低實施初期因成本估算出錯而功敗垂成的風險，也為其後視乎初期成效而調整政策留下了餘地。