

10

健康護理制度

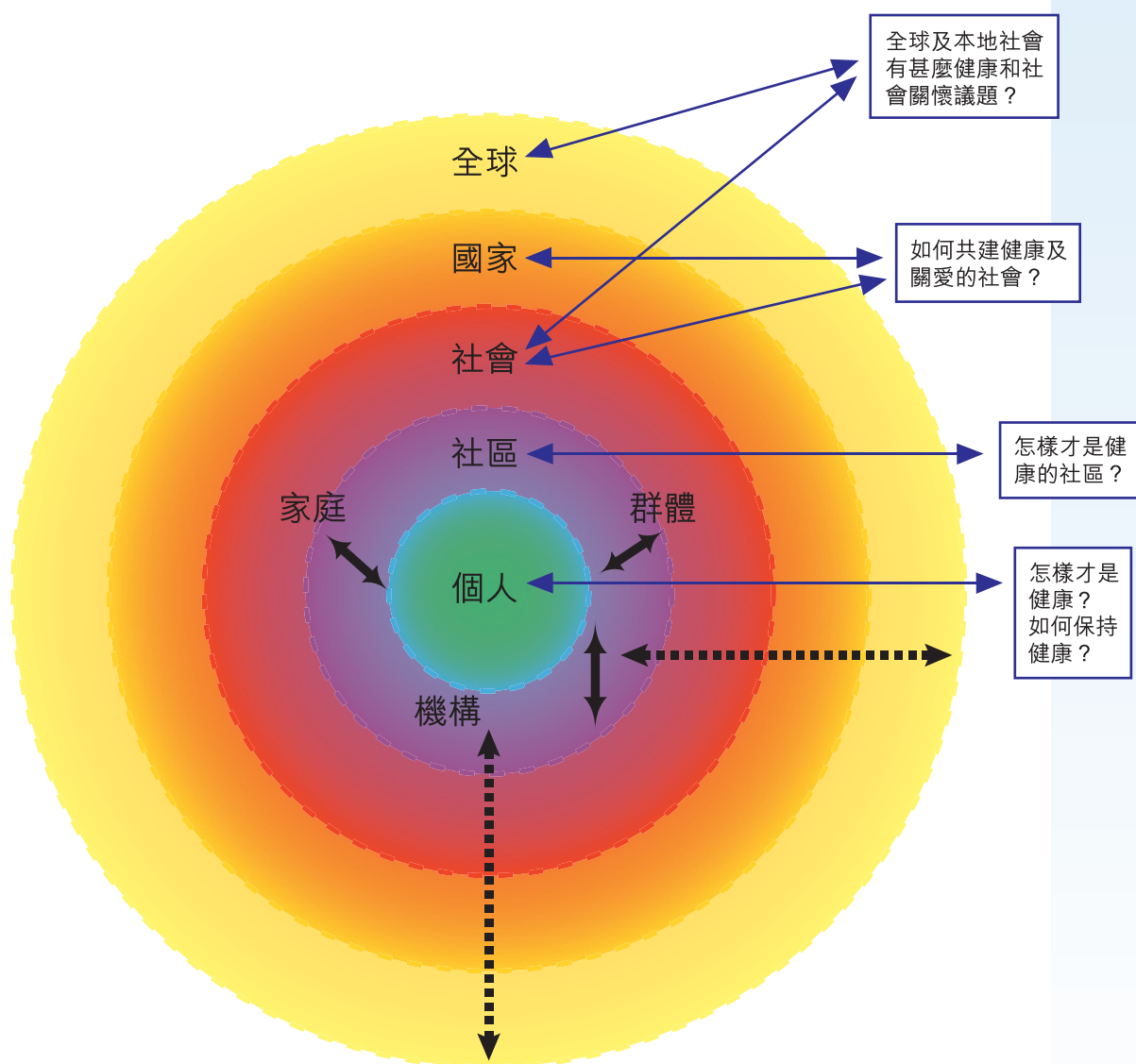
健康管理與社會關懷
(中四至中六)



健康管理與社會關懷 — 主題冊

健康管理與社會關懷課程旨在培養學生從個人、家庭、朋輩、社區、機構組織、社會、國家以至全球的不同層面（圖1），多方面探討和瞭解「健康與疾病」、「良好或欠佳的健康狀態」、「個人與社群的關懷」等現象，以及分析他們之間錯綜複雜的相互關係。

圖1 健康管理與社會關懷課程的層面和關鍵問題



本部分的學與教資源包括十九本主題冊，作為教師的學與教參考材料。主題冊編排以下表所列的層面為基礎，並根據「健康管理與社會關懷課程及評估指引(中四至中六)」(2007) 第二章「課程架構」的課程內容，整合為下列五個關鍵問題，每個關鍵問題引出2-5本主題冊，讓教師作參考，從而引導學生掌握課程的整體概念和重心，加強學生結合和運用相關的知識以及培養他們的分析能力。詳情如下：

層面	關鍵問題	主題冊	
個人、家庭及群體	怎樣才是健康？	1	個人在人生不同階段的需要和發展
		2	健康和幸福
	如何保持健康？	3	健康體魄
		4	精神健康
		5	社群健康 — 人際關係
社區	怎樣才是健康的社區？	6	健康的社區
		7	關愛的社區
		8	生態與健康
		9	建設健康城市
社會	如何共建健康及關愛的社會？	10	健康護理制度
		11	社會福利制度
		12	醫護與社福界專業
		13	健康和社會關懷政策
		14	關懷社會行動
本地社會至全球	全球及本地社會有甚麼健康和社會關懷議題？	15A	健康和社會關懷議題 — 人口老化
		15B	健康和社會關懷議題 — 歧視
		15C	健康和社會關懷議題 — 家庭暴力
		15D	健康和社會關懷議題 — 成癮
		15E	健康和社會關懷議題 — 貧窮

每本主題冊會提供一些探討該冊主題內容的建議問題，列舉主題冊內容大綱及學生在知識、能力、價值觀和態度方面所期望達到的學習目標。教師可因應學校或社區情境、學生的背景、興趣、學習能力、和根據學生們已有的知識，靈活增刪內容，包括引入有關的時事議題作例子，並利用本資源套的第三部份的第3.1.5節所介紹的圖象組織工具，幫助學生組織和分析複雜的內容、理解抽象的概念，使他們能更有效地建構知識，鞏固所學，融匯貫通。

如何共建健康及關愛的社會？

就「健康管理」整個概念來說，主題冊(1)至主題冊(9)已從不同角度、不同層面分析「健康」。《渥太華約章》定義健康為「每天生活的資源，並非生活的目標。健康是一種積極的概念，強調社會和個人的資源以及個人軀體的能力。」既然健康是生活的、個人的及社會的「資源」，那麼便需要把這資源好好「管理」。

簡單來說，管理就是通過計畫、組織、指揮、協調和控制善用資源，在最合適的時間，把最合適的東西，用在最合適的地方，從而發揮最合適的作用。管理也不僅僅局限於政府和商業機構，非政府機構和其他社會關懷組織同樣需要管理。健康管理，就是針對健康需求對健康資源進行計畫、組織、指揮、協調和控制。主題冊(10)至(14)，便是從制度、政策、專業人員及專業服務中探討如何組織、分配及運用資源，達至全人健康。

下表列出主題冊(10)至(14)在健康管理與社會關懷課程(中四至中六)所涵蓋的課題，方便教師參考：

主題冊		課程評估指引課題
10	健康護理制度	<u>必修部分</u> 2D健康及社會關懷行業的發展 3B製訂健康和社會關懷/福利政策 3C健康和社會關懷政策的實施 3D文化與政治方面的不同意見和張力 4A疾病預防（第一、第二及第三級），在日常生活習慣和方式中可採取的預防措施
11	社會福利制度	
12	醫護與社福界專業	<u>必修部分</u> 5A健康和社會服務的專業人員 5B健康及社會關懷的機構和服務
13	健康和社會關懷政策	
14	關懷社會行動	<u>必修部分</u> 4D社會關懷、健康的關係、社會責任，對家庭、社區和群體的承擔 5A健康和社會服務的專業人員 5D健康及社會關懷服務所需的領導才能

10 健康護理制度

內容

10.1 香港醫療健康護理制度的發展	7
10.2 香港的醫療健康護理制度	11
(A) 三層的醫療護理	11
(B) 香港的醫療健康護理制度概覽	12
(C) 醫療健康服務概覽	14
(D) 不同的保健方法	17
10.3 醫療改革	19
(A) 香港人口老化	19
(B) 受供養人口比率	19
(C) 醫護服務的擴展和相關開支的增加	19
(D) 香港醫療制度改革建議	20
(E) 不同國家醫療融資的模式	25
(F) 公私營機構所擔當的角色	30
10.4 醫療改革的各種爭議	32
(A) 公營與私營的辯論及張力	32
(B) 政府的責任	33
(C) 服務使用者和納稅人付款的百分比	33
(D) 資源分配次序	34
(E) 成本效益與用家需要	34
(F) 公私營機構合作的例子 — 耀眼行動（白內障手術計畫）	35

本主題冊學習目標

透過本主題冊，我們期望學生可以：

價值觀和態度

- ❖ 明白到不同人士或組織的價值判斷會有不同
- ❖ 從不同角度分析相關的看法或議題
- ❖ 尊重文化和思想方式的差異
- ❖ 欣賞不同的保健方法

知識

- ❖ 明白醫療護理的相關概念
- ❖ 明白社會因素如何影響醫療護理制度的發展
- ❖ 認識醫療護理制度的相關議題及關注事項
- ❖ 識別用作推行政策的各種工具
- ❖ 比較本港與其他地區/國家的健康政策
- ❖ 明白在醫療護理的情境中可能出現的衝突與張力
- ❖ 討論醫療護理政策，發表個人意見

主要問題

要達到上述學習目標，教師可以運用以下主要問題幫助學生思考：

- ❖ 甚麼是健康護理？
- ❖ 為什麼現在的醫療護理制度需要改變？
- ❖ 醫療護理體系該如何照顧不同人的需要，建立健康社區？

10.1 香港醫療健康護理制度的發展

按照世界衛生組織的定義，基礎醫療健康護理是指基本的醫療健康護理服務，收取的費用是國家或社區所能夠負擔的，採用的方法合乎實際需要、科學原則和社會倫理。這種護理的觀念基礎來自「全民健康」的信念，這個信念在1978年的《阿拉木圖宣言》正式公布。《阿拉木圖宣言》所推舉的價值觀十分明確，就是：人人享有社會公義和良好的健康、參與機會和團結一致。

香港的醫療健康護理制度多大程度上能夠達到世界衛生組織所提出的基礎醫療健康護理目標？本主題冊列舉香港醫療健康護理制度的架構、發展和顧慮。人口老化是全球和本地的趨勢，這趨勢對醫療健康護理制度也造成影響，特別在醫療健康護理的財政承擔這問題上。政府提出各種醫護改革方案，便旨在解決這問題。學生應該能夠評估和建立自己對醫療健康護理制度和醫護改革的觀點。

香港的醫療健康護理制度不斷改變，以應付社會的需要。這個制度的發展里程碑表列如下：

年代	重要事件
1840年代	1841年，清政府在「中英鴉片戰爭」中敗陣給英國，英國要求清政府割讓香港。
	香港在開埠後初期，並沒有什麼醫療制度或政策。
	當時大部分的醫院和醫療設備，都是為了在港的英國官員而設，但後來漸被改變。
	政府轄下的公共衛生委員會 ¹ 只關注衛生和疾病控制。
	政府在醫療服務方面採納「自由放任」的管治政策。
	香港的政府醫療服務在1843年才出現，委任了一名科醫生，主要診治駐港軍人和居港的歐洲人。
1850-1960年代	1854年英軍上岸便染上痢疾，一死便70多人，差點全軍覆沒。
	1855年2至4月間發生瘟疫，死亡逾八百人。
	有數間政府醫院成立，服務多限於精神病和傳染病，服務對象以政府僱員為主。
	大多數本地居民求助於私人執業的中醫師。

¹ 公共衛生委員會 (Committee of Public Health)

年代	重要事件
1850-1960年代	<p>華人當時生活於太平山街一帶，不少無依無靠，有死傷病者眾，故有廣福義祠（又名百姓廟），供奉各姓，瘟疫後華人領袖發起建醫院，成立了第一間私立慈惠醫院東華三院。</p>
	<p>東華三院創立於1870年3月26日，是最早建立的華人醫院。東華醫院的名稱是取廣東華人醫院之意有中醫和西醫駐診。</p>
	<p>西營盤醫院（又稱政府公立醫院，俗稱國家醫院）於1874年創立於皇后大道西，是香港第一所公立非軍用的醫院。</p>
	<p>另一重要發展是1881年那打素診所於太平山設立，為當地一帶居民服務，那打素是來自前倫敦傳道會（今世界傳道會）委員戴維斯之母的名字。</p>
	<p>1887年，何啟爵士為紀念亡妻，捐資興建雅麗氏紀念醫院，為本港首間為貧苦華人提供西醫治療的醫院。</p>
	<p>同年（1887）香港華人西醫書院成立，首創醫科學生訓練，以雅麗氏紀念醫院為教學醫院成立，首創醫科學生訓練，以雅麗氏紀念醫院為教學醫院。</p>
	<p>1904年何啟爵士創立雅麗氏紀念產科醫院，是本港和中國最早的產科醫院之一。</p>
	<p>1906年由於病床仍不足，何啟爵士之胞妹，何妙齡捐款建何妙齡醫院。</p>
	<p>1954年那打素醫院、雅麗氏紀念產科醫院及何妙齡醫院三家醫院合併為「雅麗氏何妙齡那打素醫院」。</p>
	<p>儘管香港的醫療設施有所改變，但1894年春，在廣州傳出超過10萬人死於瘟疫。同年五月，上環太平山街一帶的中國人集中聚居的地區亦爆發鼠疫，每天的死亡人數最多達100人。結果當年之內共有2,552人死於瘟疫，為數約10萬名的華人離開香港，貿易額亦一度大幅下降。</p>
<p>之後30年之內，鼠疫仍偶爾在香港出現，由1898至1900年間，便再有1,290人死於鼠疫。</p> <p>所以當時政府只有用極端的政策，把大量華人的住所拆掉，逼他們搬離，同時與東華醫院董事會合作控制瘟疫，要求來港的移民（大部分是苦力）住的地方登記，以便管理衛生，但遭強力反對，並引起港口罷工。</p> <p>重要的是在這段非常時期，控制瘟疫最有效的不是醫藥，而是保持公共衛生，“洗太平地”是其中一項很重要的措施。</p>	

年代	重要事件
1964年	政府推出《香港醫療衛生服務發展白皮書》，隨後擴充政府診所和醫院，按政府政策，為無力從其他途徑獲得醫療服務或未能支付費用的人士，提供資助或免費的醫療及個人健康服務。
	此後香港醫療制度沒有什麼大的發展，直至麥理浩上馬成為港督，香港才開始走入一個改革的黃金時代。
1970至1980年代	1973年，政府委任成立醫務發展諮詢委員會，於1992年重組為健康與醫務發展諮詢委員會，繼續不斷為醫療健康服務的發展和推行，提供檢討和諮詢服務。
	1974年，政府在健康政策白皮書《香港醫療衛生服務的進一步發展》重申政府立場，就是循序漸進地發展，政府不會徹底改變施政的方向。白皮書建議，須按區域管理醫療及健康服務。
	在這個時期，醫院設施的規模急速擴充，但是提供基礎護理的一般門診服務及診療所卻發展緩慢，有70%以上的基礎護理診治，是由私營機構提供的。其他的門診服務則由房屋委員會和新邨西醫協會 ² 合作，在約300個公共屋邨設立收費便宜的診所，服務居民。
	基礎護理只有社區的母嬰健康服務。
1980至1990年代	行政局（行政會議前稱）為應社會要求，於1984年同意檢討醫院的行政及醫療服務。顧問報告《司葛報告》於1985年12月發表，研究成立脫離政府架構和公務員體系的醫管局，接管公營醫療服務，負責提供醫院的行政及醫療服務。
	1987年，政府決定成立法定機構醫院管理局，負責管理和監察所有政府和補助醫院提供的服務。
	1988年10月1日，臨時醫院管理局成立。
	1989年4月1日，醫務衛生署重組，分為衛生署和醫院事務署。
	1991年12月1日，醫院管理局正式接管15間政府的和23間補助的醫院及機構，提供綜合的公立醫院服務。
	衛生署這政府部門則負責有關公共衛生和疾病預防的工作。

² 新邨西醫協會（Estate Doctors Association）

年代	重要事件
1990至2000年代	1993年發表了「彩虹書」諮詢文件，為醫療服務引入「能者多付」的概念。
	1997年回歸，特首的第一份施政報告承諾進行全面的醫護改革。
	1999年發表「哈佛報告」，提出醫療融資計劃。
2000年後	2001年融資方案遇到阻力，以聯合保健、供款儲蓄計劃成為長遠方案。短期檢討重整醫療費用架構，研究增加公共醫療服務收費。
	2002年底實施急症室\$100的新收費，2003年開始在公營醫院的其他醫護服務實施新收費制度。
	醫療融資改革的諮詢工作開始，但一直沒有具體行動，原因是社經和政治因素所致。
	2003年，有59間普通科門診診療所的管理不再由衛生署負責。
	醫院管理局負責在其醫療健康護理設施網絡，提供全面的第二級及第三級專科護理和醫療復康服務。
	醫院管理局在74間基礎護理診療所提供基礎醫療服務。
	應嚴重急性呼吸系統綜合症專家委員會的建議，政府於2004年成立了衛生防護中心，這是一個類近疾病控制和預防中心的組織，成立目的是設定控制疾病的系統，與本地及國際機構共同處理健康威脅，以及就傳染病爆發採取應變的措施。
	現正研究公私營醫療合作計畫，使病人有更多選擇，以及結合公私營界別的資源，加以善用。
2008年政府就《掌握健康 掌握人生》醫護改革進行諮詢，收集公眾對香港醫療制度日後發展和融資的意見。諮詢文件建議，改革須從五方面著手：加強基礎護理，注重預防性護理；加強公私營界別在醫療健康護理方面的合作；發展醫療病歷互通的計畫；加強公共醫療健康護理的安全網；以及改革醫療健康護理的融資安排。	

10.2 香港的醫療健康護理制度

香港的醫療健康護理服務習慣上分為三層，就是基礎醫療護理、第二層醫療護理和第三層醫療護理，這些分層是根據服務的性質而定。

(A) 三層的醫療護理

1. 基礎醫療護理

基礎醫療護理主要是指基礎護理的醫療部分。這是病人與醫生（例如全科醫生）的第一個接觸點。護理服務包括治療性和預防性的護理、持續護理、健康推廣和教育，以及轉介專科。

2. 第二層醫療護理

第二層醫療護理是指專科的醫療健康護理和醫院護理。第二層醫療護理的服務包括急症和康復住院護理、日間手術、專科門診，以及急症服務。

3. 第三層醫療護理

第三層醫療護理是指高度複雜和昂貴的住院護理，通常都會使用高科技的器材，以及各科綜合的專門知識。接受第三層醫療護理的病人通常都患上複雜而較為罕見的疾病，或者受到災難的創傷和病患。第三層醫療護理服務的例子有：器官移植和腦部的放射性手術，包括使用伽馬刀的手術。

在香港提供第二層和第三層醫療護理的主要是公營機構。醫院管理局除了管理普通科門診診療所外，還會管理香港所有的公立醫院。在2006年底，香港有39間公立醫院，共提供27,755張醫院病床。香港還有12間私立醫院，提供3,124張病床。



參考資料：

《掌握健康 掌握人生》— <http://www.fhb.gov.hk/beStrong/>

(B) 香港的醫療健康護理制度概覽

1. 政策

「政府致力確保市民不會因經濟困難而無法獲得醫療服務。為此，政府提供多種公營醫療服務和設施，以應付市民對醫療服務的需求，並且大力防控傳染病和提倡健康教育，全面保障市民的健康。」這一段宣言引自政府2006年的《香港年報》，說出了香港醫療健康護理制度的使命。

《2007-08施政報告》將醫療健康護理政策歸納為以下重點：

- ✎ 加強基礎醫療健康護理，推動家庭醫生服務
- ✎ 向私營醫療機構採購服務
- ✎ 研究其他公私營合作模式，促進公私營界別整合，引入更多公私營合作和良性競爭，提升專業水平，給予市民更多選擇
- ✎ 成立兒童專科中心及神經科學專科中心，提升醫療服務水平
- ✎ 建立全面預防及控制非傳染病的政策，加強健康教育，以改善市民的健康
- ✎ 加強中醫藥規管，推動中醫專業融入公營醫療系統
- ✎ 推動全港以病人為本的電子健康記錄互通平台

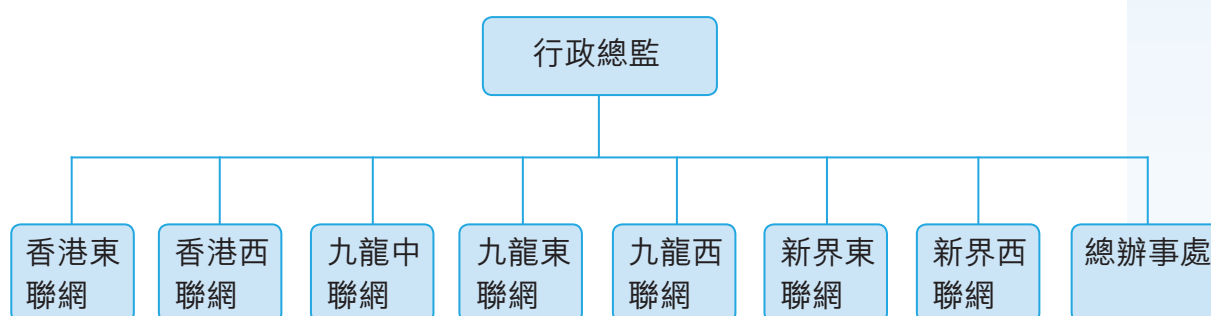
2. 組織架構概覽

制定政策	食物及衛生局	
提供服務	醫院管理局	<ul style="list-style-type: none">◆ 管理香港的所有公立醫院、專科護理和相關的服務單位。◆ 提供醫療和康復的服務。
	衛生署	<ul style="list-style-type: none">◆ 提供一系列的基礎護理、公眾衛生，以及康復和推廣健康的服務。◆ 透過推廣、預防、治療和康復的服務，以確保社會大眾的醫療健康，該署有四個主要角色，就是：監管、諮詢、促進和推廣健康，以及預防和控制疾病。

3. 醫院管理局

職責	<p>根據《醫院管理局條例》，醫管局負責：</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 就公眾對醫院服務的需求及應付該等需求所需的資源，向政府提供意見。 ◆ 管理及發展公立醫院系統。 ◆ 就公眾使用醫院服務須付的費用，向食物及衛生局局長建議恰當的政策。 ◆ 設立公立醫院。 ◆ 促進、協助及參與醫管局員工的教育與培訓，以及有關醫院服務的研究。
財政來源	全由政府稅收撥款。
架構	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 醫院管理局是獨立機構，惟須透過食物及衛生局局長向政府負責。食物及衛生局局長乃負責制定醫療衛生政策，以及監察醫管局的工作。 ◆ 2008年，醫院管理局轄下有一個總辦事處、41間公立醫院/ 醫療機構、48間專科門診診療所及74間普通科門診診療所，提供綜合性的第二及第三級專科醫護服務、醫療康復服務，以及基礎醫療服務。

分區聯網由醫院聯網行政總監管理，組織架構如下：



有關醫院管理局的詳情，請參看：<http://www.ha.org.hk>
 有關衛生署的詳情，請參看：<http://www.dh.gov.hk>

(C) 醫療健康服務概覽



參考資料：香港年報 <http://www.yearbook.gov.hk>

1. 基層醫療服務

基層醫療是個人和家庭接受持續醫療護理的首個接觸點，目標是減少住院治療和改善他們的整體健康狀況。

診所服務

醫管局普通科門診服務的主要對象是低收入家庭、長期病患者和其他脆弱社群。大部分香港市民都使用私家醫生和註冊診所提供的私營門診服務。註冊中醫及表列中醫也同時為市民提供醫療服務。

家庭健康

衛生署通過轄下母嬰健康院和三個婦女健康中心，為初生嬰兒至五歲幼童以及64歲或以下的婦女，提供全面的促進健康和預防疾病服務。由政府資助的香港家庭計劃指導會通過轄下各診所、青少年保健中心、婦女會及圖書館，提供全面的性與生殖健康醫療輔導服務及教育資訊。

學生健康

衛生署設有學生健康服務中心和健康評估中心，為中小學生提供健康評估、健康教育和個別健康輔導服務，重點在於促進健康和預防疾病。此外，為保障學生健康，學校衛生督察定期前往學校，視察校內環境衛生水平，而醫生和護士則就如何控制傳染病提供意見。衛生署轄下的小組每年會到訪各小學，為學生提供傳染病防疫注射服務。

長者健康

衛生署設有長者健康中心和長者健康外展隊，為長者提供優良的基層健康護理服務，提高長者的自我照顧能力，誘導他們建立良好的生活習慣，鼓勵家人給予更大的支持，從而減低長者染病和罹患殘疾的機會。長者健康中心為年滿65歲的人士提供全面的基層健康護理服務，包括健康評估、身體檢查、輔導、治療及健康教育。長者健康外展隊為長者舉辦促進健康的活動，又為護理人員和護老者提供培訓，以提高他們在長者護理方面的知識及技巧。

社區健康

社區健康服務減低市民的住院需要，並協助病人在社區內康復。透過家庭醫生、社區兒科醫生、社區醫生、普通科醫生和社區專職醫療人員，以支援社區醫護服務模式的發展。另外也有社區外展隊所提供的社區護理、社區老人評估、精神科社區護理服務及其他社區專職醫療服務，以便為離院重返社區

康復的病人提供醫療、護理和專職醫療的外展服務。此外，社區健康服務也包括義工隊伍，為離院長者提供所需援助，並設立電話護理諮詢服務，提供有關在家處理疾病的指導和建議。護理中心和非政府機構的社康護士，在區內病人的所在地提供護理服務。在康復和紓緩治療服務方面，醫管局會設日間醫療護理中心，供離院病人接受短期康復服務，並設立綜合紓緩治療日間護理中心，為有需要的病人及其家人提供全面的身體檢查、康復、心理及情緒輔導服務。

牙科服務

衛生署的學童牙科保健服務為小學生提供預防牙患服務，服務包括周年牙齒檢查和基本的牙齒護理。除了政府牙科診所提供緊急牙科治療服務，為市民進行治療外，衛生署還在七家公立醫院為住院病人及需要特殊口腔健康護理的人士提供牙科專科護理服務。並監察本港食水的氟化物含量，以減少市民的蛀牙情況。

2. 第二層、第三層及特別醫療服務

第二層、第三層及特別醫療服務主要在醫管局轄下的醫院提供。

專科門診服務

公營醫療機構的第二層及第三層日間醫療服務，主要通過醫管局轄下的專科診所提供。這些診所提供的服務包括評估病人徵狀，並安排進行專科檢查，以便為需要接受長期專科醫療服務的病人進行診斷、治療和跟進病情。

大部分公立醫院設有內科和外科的專科診所，並設有婦產科、兒科、矯形及創傷外科、耳鼻喉科、腦外科、腫瘤科及心肺外科服務。此外，多家醫院也設有附屬專科診所，例如心臟科、呼吸系統科、腎病科及其他專科診所。

急症住院服務

醫管局為患上急性疾病而需要接受深切治療的病人提供住院服務。公立醫院內的臨床醫生為有不同醫療需要的病人提供全面的臨床專科服務，包括內科、外科、腦外科、臨床腫瘤科、心臟科、產科及其他專科服務和治療。

急症服務

急症服務為危殆或受傷而需要急切治療的病人提供服務，並應付災難事故造成的傷亡情況。自1999年4月起，前往急症室求診的病人根據病情分為五個不同的分流類別，分別是危殆(第一類)、危急(第二類)、緊急(第三類)、半緊急(第四類)及非緊急(第五類)。

其他特別服務

物理治療	<p>與人體的功能和活動有關，將人體的功能和活動提至最高水平，並且促進、維持和恢復當事人的生理、心理和社會福祉。</p> <p>例如：職業受傷者事後的背部運動，需要得到物理治療師的建議。</p>
職業治療	<p>提供日常生活技能的評估和訓練；給予家居改裝，以提高功能和安全性；教育當事人使用順應性器材；並且提供活動，提升當事人上肢的活動能力。</p> <p>例如：職業治療師為工業意外的上肢受傷者，提供手指康復運動，以便讓當事人恢復手指的靈活性。</p>
營養建議服務	<p>確認營養問題；評估病人的營養狀況；擬定護理計畫；監察飲食轉變的有效性；以及就病人健康狀況給予飲食意見。</p> <p>例如：為糖尿病人提供飲食意見。</p>

(D) 不同的保健方法

1. 中藥

在中醫學裡，人是陰陽兩股相對力量的均衡狀態，作用微妙，陰和陽既是分不開，又是互補的相對力量。陰代表冷、緩和被動的一面，而陽代表熱、急和主動的一面。其中的主要理論認為，健康就是這兩股力量達至均衡，而疾病就是陰陽不均衡所致，繼而導致氣行阻塞。按中醫學，生命能量（或稱生命力）是用來調節一個人的心靈、情緒、精神和肉身的健康狀態的，以及受陰和陽這兩股對立力量影響，陰陽循着一些通道運行，稱為經絡。



香港中醫藥管理委員會
<http://www.cmchk.org.hk>

香港中文大學：中醫中藥研究所
<http://www.icm.cuhk.edu.hk>

香港賽馬會中藥研究院
<http://www.hkjcicm.org/>

2. 針灸

針灸是源於中國的另一種治療方法。將幼小的針刺於皮膚表面某些特別位置，相對地並沒有痛楚。針灸可以增強健康和免疫系統，也能對治某些徵狀。針灸是中醫學的主要部分，在中國和其他亞洲國家實行了數千年。「針灸」是指一組的工作程序，運用不同技術，去刺激身體上的各個穴點。最廣為科學研究的針灸技術，是使用一些堅固、幼小的金屬刺針，去刺透皮膚，然後用手或是用電流加以刺激。針灸的原理，是透過刺激身體的某些穴點，去恢復和保持身體健康。

在身體的某些連繫經絡的穴點上進行針灸，就可以把受阻滯的氣打通。經絡數目，各說不一，由14至20條不等。最常見的一說，是有14條經絡布滿全身，縱橫交錯，互相結連。至於針灸的穴點，至少有2,000個。



有關詳細資料，請參看：
<http://nccam.nih.gov/health/acupuncture>

3. 自然療法

自然療法本是源於歐洲的一個完整醫療系統。它的理論是：只要飲食習慣和生活方式得宜，再配合某些另類治療方法，例如：草藥、按摩、關節護理，身體便有自愈能力。這種完整的醫療系統，在全世界不同的文化和地區都有不同的發展。自然療法源於在歐洲19世紀流行的一些醫療健康護理方法，特別是在德國，但自然療法也包含其他醫療傳統的治療方法（古代和現代）。自然療法的原理是去保持健康，而不是對抗疾病。

自然療法的一些主張：

- 📎 推廣自然的治療力量。
- 📎 第一步是：不要傷害。自然療法醫師所用的治療方法，是將傷害減至最低，而且不去壓制症狀。
- 📎 全人治療。自然療法醫師認為，人的健康受到多種不同的因素影響，例如：身體、精神、情緒、遺傳、環境、社會。醫師在治療中，會考慮所有這些因素，然後為病人度身訂造一種治療方法。
- 📎 治療病因。醫師致力確定和治療某種疾病或狀況的成因，而不是症狀。自然療法醫師認為：症狀只是身體對抗疾病，適應疾病，或從疾病痊愈的跡象而已。
- 📎 預防勝於治療。自然療法醫師倡導一些他們認為最健康、最能防病的生活方法。
- 📎 醫師也是教師。他們認為，教育病人要為自己的健康負責任，是十分重要的。



有關詳細資料，請參看：

<http://nccam.nih.gov/health/naturopathy/>

10.3 醫療改革

(A) 香港人口老化

在過去10年，香港的人口持續老化，根據2006年人口普查公布的資料，1996年的年齡中位數是34歲，在2006年，人口中位數已到39歲。估計人口老化的步伐將會在2015年或2016年加速，到2030年代，香港的27%人口將達65歲。

目前工作人口（15-64歲）的人數多過兒童人口（15歲以下）和老年人口（65歲以上）的人數。這人口特色讓社會能夠相對地付出較少，例如較少用於教育和老年人醫療的開支上，而且能將剩餘金錢投資在經濟增長。可是當局預計，在老化人口增加和工作年齡人口減少之後，受供養人口比率將會增加。

(B) 受供養人口比率

人口老化的影響愈來愈大，這在受供養人口老年比率可見。這比率的計算，是把達工作年齡人士（15 - 64歲）的數目除以老年人（65歲以上）的數目，這比率用來說明潛在工作人口的「受供養人口負擔」。在2005至2050年間，在較為發展的地區，這個受供養人口老年比率會差不多倍增，在發展較少的地區將會增至三倍。社會因受供養人口老年比率所受的社經影響，是一個受到廣泛研究和公眾辯論的議題。在2009年香港工作年齡人口和老年人口的比率是6：1。可是，這將於2020年減至4：1，並會在2030年減至3：1。在可見的將來，要承擔起老年人口生活開支（包括醫療費用）的年輕人將會愈來愈少。

(C) 醫護服務的擴展和相關開支的增加

伴隨人口老化而來的是慢性病增加，以及治療、康復和相關的社會服務壓力也相應增加。例如：隨著年齡增長，人對醫院病床的需求便會增加，醫療健康護理的開支預期也會增加，大部分的原因是老化人口對醫療健康的需要與日俱增：

2004年公共醫療開支：約380億元

2015年預計的公共醫療開支：約780億元

2025年預計的公共醫療開支：約1,270億元

（食物及衛生局，2008年3月）

香港財政司司長在《2008-09財政年度政府財政預算案》指出，老化的人口勢必增加醫療健康護理服務的需求。在2008年，醫院管理局差不多有一半的開支，是用於向老人提供醫療健康護理的服務。向老人提供的這些服務，平均來說是其他組別的六倍。

人的壽命愈來愈長，人對慢性病所引起的醫療健康和護理需求便愈來愈大，例如：心血管系統和腦血管疾病、惡性瘤、慢性阻塞性肺病、骨質疏鬆症和腦退化症。事實上，人愈老，患上慢性病和殘疾的累積風險便愈高，因而需要更多醫療和康復服務。因為人口的老化加速，社會上老年人口迅速增加的情況是可以預期的，因此醫護服務（尤其是老人科）是無可避免需要擴展。例如：社會需要更多的醫院病牀，更先進的醫療科技、更多的醫療健康護理工作人口，特別是針對老人疾病的需要和新的保險產品。

由於大多數老人已退休，收入減少，他們將都需要繼續倚賴公營機構的醫療健康服務。事實上，政府不可能無止境地增加公共醫療健康護理的開支，因此政府提出各種不同形式的融資方案，以確保醫療健康護理制度在長遠裡也可以持續發展。

(D) 香港醫療制度改革建議

相對來說，香港的醫療健康護理財政制度十分簡單。公營機構所提供的服務，差不多全由政府一般收入資助。香港沒有設立全民醫療保險的供款制度，也沒有任何其他抵押預支的醫療稅務。

公營機構所提供的服務，包括90%的住院護理、15%的門診護理，以及預防性和康復性的護理。所有香港居民都有權接受這些由衛生署或醫院管理局轄下機構提供的護理服務，有些費用全免，有些要支付費用，但政府津貼大部份費用。

在私營機構，財政來自直接付款。因為香港沒有設立公共醫療保險，所以差不多所有私人執業醫生的護理費用，都是由個人、僱主和私人保險計畫私自支付。在公私營機構之間相互支付的情況（即：用公帑支付私人執業醫生所提供的服務，或由私人支付公營機構所提供的服務）並不多見。

基於人口老化、醫療費用增加和社會期望，政府醫療健康護理制度的財政壓力將會增加。根據目前的政策，現有的醫療健康護理制度的可持續性備受質疑，因為這制度是建基於低稅率、高資助和高質素的基礎上。

政府提出各種方案，試圖檢討和修正醫療健康護理服務的融資機制，制定新的安排，改革醫療健康護理制度。各政黨和立法局議員都參與辯論各種醫療健康護理的融資模式。

1. 現行的醫療融資安排

香港現有的醫療融資安排特色包括：

以稅收為本		
資助來自一般稅收、醫療保險計畫及實付收費		
分擔財務責任	醫院服務	個人為公立醫院服務所付的實付費用及/ 或醫療保險只佔成本的3%。
		醫療安全網幫助有財政困難的病人支付公立醫院費用。
		私立醫院服務的費用以實付費用及/ 或醫療保險形式繳付。
	基礎醫療服務	病人繳付私營機構服務的全部費用。
		未能承擔私營機構服務的病人，可使用資助的公立服務。
	藥物	病人須為每一個政府資助的醫藥處方繳付少額費用（港幣10元），住院時藥物費用除外。

2. 《促進健康諮詢文件》(1993)

1993年的《促進健康諮詢文件》共提出了五個醫療融資模式。分述如下：

按百分率資助方法的模式	這是重述《司葛報告》的建議，醫院的住院病人須要繳付每日每張病牀平均費用的小部分，而不是象徵性的膳食費。三種主要類型的醫院(急症全科、療養和精神科)資助的比率相同。
服務對象方法的模式	這模式包含兩種主要元素：半私家病房和逐項收費，另外附有豁免收費的選擇。這模式讓病人有更多的選擇，也可獲得更多資本作為財政來源。較富裕的病人只要願意每天繳付較高的住院費就可入住半私家病房，享有高水平的住宿環境，逐項收費則以收入多少為基礎。

協調式自願投保方法的模式	根據這模式，須先設立機構，負責鑒定各種支付公共醫療費用的醫療保險計畫。這構想一方面可增加消費者的保障和消費透明度，一方面可減少政府對行業的干預。
強制式綜合投保方法的模式	要求所有家庭參與一個中央管理的醫療保險計畫，此計畫的保障範圍包括公、私營機構指定的基礎和醫院護理。參與者也可從醫療保險公司購買附加保險，以提升保障水平。
優先治療方法的模式	這模式是要克服公營設施負荷過重的問題，先按優先次序排列健康狀況和治療方法，並按可使用資源給予資助。健康狀況按次序為低的病人，可能得不到治療，這樣便可保留資源，又可節省更嚴重病案的等候時間。

3. 《你我齊參與 健康伴我行》(2000) (《哈佛報告》) (1998)

當局花了五年時間辯論上述的各種醫療收費模式，始終得不到共識，應該實施那一個模式。1998年，政府委派另外一個諮詢小組—哈佛小組—檢討現行的收費制度，並且建議改變方式。《哈佛報告》提出，在維持現行收費的制度選擇以外，還可以有另外的三種選擇如下：

為政府的醫療健康護理預算案封頂	現有的收費制度也可為政府的醫療健康護理預算案封頂。唯一方法就是為政府的醫療健康護理開支，設定明確的上限（或設定開支增加率的上限）。
使用者的收費	增加使用者收費的目的有二：一是方便政府製定預算案；一是不致過度使用現有近乎免費的公共醫療服務。政府必須循序漸進增加收費，使政府的開支保持在本地生產總值（GDP）的一個恆值比率。這方案將日漸增多的醫療健康護理費用，從政府轉嫁至家庭。
聯合保健及護老儲蓄戶口	這模式包含兩種不同的內容：一是在個人的儲蓄戶口作強制性供款，購買長期的醫療健康護理保險，以保障退休和傷殘（護老儲蓄計畫）；一是聯合保健，以保障某些嚴重慢性病的住院服務和非住院服務。



有關這建議書的詳情，請參考《你我齊參與 健康伴我行》的網頁：
http://www.fhb.gov.hk/en/press_and_publications/consultation/HCR1.HTM

4. 《掌握健康 掌握人生》 醫療改革諮詢文件 (2008及2010)

2004年，立法會衛生事務委員會收到一份文件，名為：《有關醫療融資及在本港推行醫療儲蓄計畫的可行性之研究》。各方持續討論，只是未達共識。至2008年，再有一份有關醫療健康護理改革的諮詢文件提出討論，名為：《掌握健康 掌握人生》，要求全面討論各種的融資方案。這份文件共提出三個模式，其中有六個計畫，增加政府的收費，藉以改善和維持優質的醫療健康護理服務。分述如下：

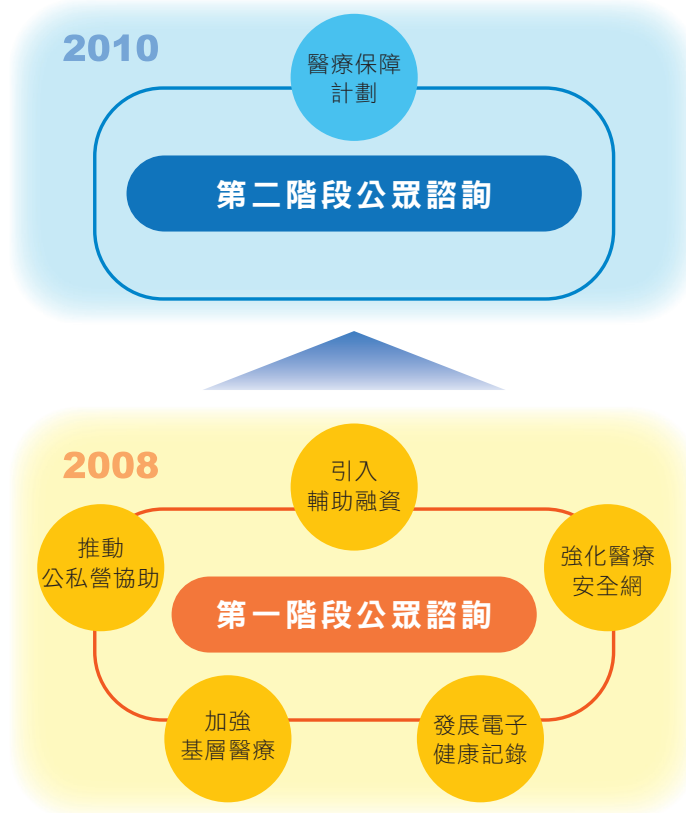
類近稅收模式	社會健康保險	所有工作人口都需要按收入的某個百分率供款，作全民醫療保障的費用。所有供款存於一個社會醫療保險基金，以資助全民使用公共及私營醫療健康護理服務的開支。
用者自付模式	分擔式付款	增加公共醫療健康護理服務使用者的收費。服務使用者需要分擔醫療健康護理費用的大部分，低收入人士和被剝奪權利人士除外。
	醫療儲蓄	全民中某些特定對象，須將收入某部分存於個人的醫療儲蓄戶口內，用以支付自己未來的醫療健康護理費用。
個人健康保險模式	自願性健康保險	這方案鼓勵公眾人士，自願地購買私人的醫療保險。
	強制性健康保險	全民中某些特定對象，須要購買由政府管制的個人醫療保險。
	個人醫療健康儲備金	全民中某些特定對象，須將收入某部分存於個人的醫療儲備戶口內。部分存款用作購買由政府管制的個人醫療保險，其餘存款在戶口內自動滾存，繼續用作保險供款，用以繳付退休後的其他醫療費用。



有關《掌握健康 掌握人生》醫護改革諮詢文件的詳情，請參看網頁：
www.beStrong.gov.hk



2010年醫療改革第二階段公眾諮詢



有關詳情，請參看以下網址：
www.MyHealthMyChoice.gov.hk

(E) 不同國家醫療融資的模式

不同國家的醫療健康護理模式分類如下：

1. 市場主導

根據消費者付款的意願分配資源，以及將提供醫療健康服務的機構私有化。

美國

➤ 私人保險

直至2009年9月，大部分美國人口依賴私人保險去支付全部的醫療健康護理費用。在這制度下，能夠使用醫療健康護理服務多少，決定於當事人能夠購買和供款的承保額有多少，這不單是根據當事人的付款能力，也根據保險公司對當事人的健康風險評估。

➤ 醫療保險³

是全國性的醫療保險計畫，專為年老和殘障人士而設。計畫分兩部分：(1) 醫院保險；(2) 輔助醫療保險。

醫療保險	第一部分：醫院保險	第二部分：輔助醫療保險
保障範圍	差不多所有65歲以上人士都自動享有第一部分保障。範圍包括住院服務，最多一百天的出院後專業護理、家居醫療服務及善終服務。病人必須每次入院時先支付一筆款項（可扣除），醫療保險會支付入院後首60天費用。如有受益人在60天後還需要照護服務，則須支付額外供款，方可享有保障。需要專業護理的病人須為第21至100天的服務，支付以日計的共同保險費用。	自願投保的。65歲以上人士及購買了第一部分保障的人士均可申請第二部分，每月支付保險金。第二部分的保障範圍包括醫生服務、化驗室服務、耐用醫療儀器、醫院門診服務以及其他醫療服務。

³ 醫療保險（Medicare）

醫療保險	第一部分：醫院保險	第二部分：輔助醫療保險
融資	主要的財務來源是向現職僱員及僱主收取薪酬醫院保險稅項。僱主和僱員雙方須支付入息全數的1.45%（根據2000年資料），自僱人士須支付入息的2.9%作為單一稅收（根據2000年資料）。	主要的財務來源是計畫受益人的月費和聯邦一般收入。受益人的月費承擔了第二部分25%的成本，聯邦一般收入則負責其餘75%。

➤ 醫療補助⁴

醫療補助是為低收入的特個人和家庭給予醫療補助的計畫，此計畫始於1965年，旨在為貧困人群提供健康保險和補助，由美國健康和人類服務局⁵的醫療保險和醫療補助服務中心⁶管理，並且是由聯邦政府和州政府共同投資。

醫療補助目的是幫助那些低收入人群支付醫療費用，它不同於醫療保險。雖然二者都是為了提供健康保險，但是醫療補助所提供的健康保險涉及到所有年齡段的低收入人群，而醫療保險則有65歲以上以及殘疾等限制。

具體哪些人能夠適用醫療補助，是由各州自己決定的。每個州都有不同的資格要求和不同的申請程序。如果申請人是從社會安全管理局⁷接受社會安全補助金⁸，那麼他就有可能符合醫療補助的資格。一般接受補助的對象有：需要醫療服務的低收入母親和她的孩子們；需要保健服務和長期療養的傷殘人士；需要醫療補助和長期療養的老年人。

要注意的是，醫療補助並不是把錢支付給申請人，而是直接支付給申請人的健康護理提供者⁹。對於某些醫療服務，申請人可能也需要支付一小部分的費用。

⁴ 醫療補助（Medicaid）

⁵ 美國健康和人類服務局（United States Department of Health and Human Services）

⁶ 醫療保險和醫療補助服務中心（Centers for Medicare and Medicaid Services）

⁷ 社會安全管理局（Social Security Administration）

⁸ 社會安全補助金（Supplemental Security Income）

⁹ 健康護理提供者（health care providers）

2. 社會醫療模式

因為醫療健康服務是維持生命和減少痛苦所必須的，所以每一個人無論有沒有付費能力，都有權利使用醫療健康護理服務。例如：英國、加拿大。

英國 – 英格蘭

制定政策和提供服務	制定政策	衛生部。
	提供服務	有幾類法定組織（特別是醫療策略管理局和基礎護理信託）負責提供或確保區內人士獲得醫護服務。
醫療融資	以稅收為本。	
	資助來自一般稅收、全國保險計畫保險費、醫療保險計畫和實付款項。	
指導原則	不論病人是否有能力付款，一律按臨床需要為全體國民提供全民普及的服務，因為接受治療是基本人權。	
	提供全面的服務，即基礎及社區護理服務和住院服務。	
分擔財務責任	醫院服務	合資格人士可免費獲得公立醫院服務，除非他們選擇使用自費服務。
	基礎醫護服務	由於獲公帑全費資助，病人可免費獲得私人執業醫生提供的基礎醫護服務。
	藥物	病人每次領取處方藥物均須支付畫一費用。 由於指定類別人士（例如兒童及低收入家庭）可獲豁免，故此約有85%的處方藥物免費向病人提供。
政策評估	成效	讓病人能夠更快獲得國民保健系統的服務。 改善整體國民的健康狀況。 讓養成健康生活習慣的國民人數增加。

政策評估	挑戰	<p>國民保健系統屬下機構的赤字/ 超支問題。</p> <p>國家審計署及審計局建議，國民保健系統的財政制度應設有適當獎賞，以鼓勵屬下機構採用最佳作業方式，提高服務質素及臨床服務生產力；以及制定更具透明度的財政匯報安排，以便及早發現國民保健系統屬下機構的財政問題，並對問題作出迅速回應。</p>
------	----	---

3. 混合模式

人人均可合理地取得主要的醫療健康服務，不論有沒有能力付款，但是能夠付款或已購買醫療保險人士可使用私營的醫療健康服務。例如：香港、澳洲。

澳洲

醫護政策和服務提供	聯邦政府	<p>負起制定及執行全國醫療融資政策的總體責任。</p> <p>負責管理醫護融資計畫。</p>
	各州及領地政府	<p>制定提供醫護服務的政策，以及規管其司法管轄區內與醫療有關的人員及處所。</p> <p>在其司法管轄區/ 地區內提供醫護服務。</p>
	澳洲衛生部長會議	讓各級政府的衛生部長討論醫療政策及計畫。
指導原則	讓全民可獲得醫護服務，並且透過私營機構在相當程度上的參與提供服務，及為此提供資金，為個人提供選擇。	

醫療融資	制度類別	以稅收為本。
	資金來源	一般稅收。 醫療保障計畫徵款 ¹⁰ 。 醫療保險計畫 ¹¹ 。 實付款項。
分擔財務責任	醫院服務	公費病人可在公立醫院免費獲得醫療服務。 公立醫院或私立醫院的自費病人獲政府補貼75%的醫療服務費用，其他所有費用以實付款項及/或醫療保險支付。
	基礎醫護服務	病人獲政府津貼以支付85%私家的非住院服務費用，其餘15%的費用以實付款項支付，而醫療保險並不涵蓋。 醫療安全網為那些負擔不起醫療費用的病人提供援助。
	藥物	病人獲取受政府資助的處方藥物時，須分擔部分費用。 藥物安全網協助病人支付須分擔的費用。
政策評估	成效	增加私營機構參與提供醫護服務及就此提供資金。 增加醫療保險的投購率。
	挑戰	增加政府開支。 較高收入住戶獲得較多資助。 缺乏誘因鼓勵承保人以具成本效益的方法管理高成本的個案。

¹⁰ 醫療保障計畫徵款 (Medicare levy)

¹¹ 醫療保險計畫 (Health Insurance Plans)

(F) 公私營機構所擔當的角色

有些醫療健康護理界別的專業人員希望醫護改革可鼓勵更多病人使用私營服務，以便減少公營機構的財政壓力和工作量。在醫護改革來說，公營和私營機構如何建立競爭而互補的角色，還在討論之中。

1. 公營機構的角色

傳播健康資訊

不少醫療健康和社會服務對普羅大眾有利，例如：傳染病的資訊和控制。這些資訊並非私人資產，社會大眾一定能從資訊中得益。舉例來說，傳染病防控的資訊即使對一個人沒有幫助也不代表對其他人沒有幫助。因此，公營機構有責任向社會大眾提供資訊，以便鼓勵人多作正面促進公共衛生的行為，減少負面的行為。

確保為社會處境較差者而設的安全網能有效運作

向貧窮人提供醫療健康服務，是有效和社會接受的減貧方案。貧窮人士未能在私營市場享用基本服務，因此，以公共財政資助醫療健康服務消除貧窮，是合理的做法。形式可以是免費服務、較成本為低的低廉的公共服務，以及向非牟利的私營服務提供者和非政府機構提供資助，這些團體都願意為貧窮人服務。

藉着規例、教育和資訊保障消費者

單靠市場機制運作的醫療健康及護理制度未必能為整體人口提供充足服務和優質護理。市場機制最有效的條件，就是人人都可以得到貨物和服務的資訊，而且製造商和消費者都同時知悉情況。在一些情況下，某些護理使用者因對服務無知，而不能夠判定和選擇優質和適切的服務。在資訊不流通的情況下，私營服務提供者可能因此會提供低質素的服務、不適切或無效用的護理，而且收取與服務不相稱的昂貴價格。因此，政府需要介入，方式包括：訂立規例、提供教育和消費者資訊以便選擇，以及直接提供公營的健康服務。

倡議公平地獲得健康及社會關懷服務

公營機構在達至公平上扮演主要的角色，因為公平是十分重要的社會指標。因此，公營機構不單給予財政支援，也直接提供服務，特別是在那些市場需求不足，也未能促使私營機構去提供的服務。

2. 私營機構的角色

📎 私營機構的輔助角色

一個發展中的城市急切地需要透過擴展服務，推動人力資源的發展，包括：教育、醫療健康、福利、家庭和房屋計畫。因時間太短，政府難以籌備、資助和提供充足和優質的服務，以滿足人口的需要。醫療健康護理界別的資源尤其短缺，因為經濟發展的動力不斷把藥物、醫療科技、受訓醫療健康及社會工作人員的薪金推高，使這些服務以及培訓和保留人力的成本愈來愈昂貴。私營機構因此扮演了輔助的角色，讓公營機構的資源能夠更有效運用，達成社會服務的目標。

📎 作為優先服務的重要供應者

有不少國家的私營機構提供了大部分人口的基礎護理，他們是優先服務的重要供應者。例如：許多國家從事醫療界別改革，追求改善護理服務，以達到公平、可達、優質、有效及可持續的特點。從以下角度看，私營機構在協助政府達成這些目標上，可能比公營機構更有利：

- 公平：私營機構鼓勵高收入的人口界別使用他們的服務，為要建立公平，讓政府的資金可以用於別的地方，為那些未能繳付費用的入口界別提供優先服務。
- 可達：私營服務可以座落於交通方便的地點，服務時間更為便利，又使人更容易取得服務。
- 可持續：私營機構可藉着創造醫療健康及社會服務的公開市場，保持服務的可持續性，不受政府政策和財政限制的影響。



有關不同界別在醫療健康護理制度的角色詳情，請參看：
<http://www.hkdf.org/papers/9310health.htm>

10.4 醫療改革的各種爭議

醫療改革的背後有各種互相衝突的爭議。這些包括：

(A) 公營與私營的辯論及張力

1. 支持公營服務

一直以來，香港的醫療健康服務不受市場歡迎；只由政府稅收資助，提供服務，政府把資源撥配，以切合需要。服務的供應不由市場主導，而是應按需要和可用資源而界定。到底應否使醫療健康服務脫離私人市場？這議題在社會裡一直備受爭論，因為這些服務會帶來公眾利益，政府介入醫療健康服務不單會使服務使用者受惠，也使社會大多數人受惠。換句話說，政府提供醫療健康服務時，是以社會目標為依歸，這些目標會是牟利和市場主導的私營機構所忽略或輕視的。

這些社會目標包括：

- ✎ 社會穩定
 - (1) 避免在醫療上造成不公平而導致社會不滿；
 - (2) 免除人們擔心醫療費用
- ✎ 效率
 - (1) 基礎醫療及疾病預防保障下一代的健康；
 - (2) 確保沒有人因疾病而不能履行父母或公民的社會角色
- ✎ 安全
 - 保護人們免受疾病感染，不用擔心染病，以及減少傳染病。

2. 支持私營服務

私營的醫療健康服務機構由私人擁有，按照支付金錢的意願和能力來分配產品和服務。因此，私營機構健康服務之目的是：

- ✎ 增加消費者的選擇
- ✎ 減少輪候
- ✎ 增加效率
- ✎ 降低治療或服務的成本和價格
- ✎ 注入新意念
- ✎ 為有能力支付的顧客提供服務，減輕政府的財務壓力

3. 反對私營的論點

- ✎ 一些消費者可以選擇醫生或醫院，但是他們沒有足夠資訊和專業知識作出明智選擇。
- ✎ 較貧窮的消費者沒有什麼選擇餘地。大部分老年人口因沒有收入都較為貧窮，也不能使用為老年人而設的私營醫療護理。
- ✎ 至於效率方面，沒有足夠證據顯示私營機構較公營機構更有效率。
- ✎ 如果醫療健康護理制度由私營機構主導，這些服務可能會變成不連貫，計畫和協調都會出現問題。
- ✎ 監管私營機構的質素也是一大難題。為爭取利潤，私營服務可能減少人手來減低成本，這會影響服務質素。

不過，如要提供更多元化的健康服務，則必須公私營界別一同合作。然而各國面對的社經或政治等因素各異，兩個界別的市場佔有率也會不同。

(B) 政府的責任

另一方面，中國文化重視顧己及人，尤其重視照顧脆弱者的責任，因此社會便要求政府要付出更大力度，為病人提供醫療，為長者和殘障人士提供護理，甚至為生活不繼的人提供財政支援。可是由於人口不斷老化，健康及社會關懷服務的需求日漸增加，引致醫療健康護理的成本日漸高漲。有人認為政府應為保護被剝奪社群而劃定公共服務的範疇，同時政府也要設置機制，以確保有能力的人，需要承擔自己使用的醫療健康及護理服務。至於是否增加收費，以及增加多少收費，則是尚待討論的議題。關鍵的問題是：個人及政府在醫療健康護理的角色是什麼？社會同時需要就公眾期望和優先次序加以討論。

(C) 服務使用者和納稅人付款的百份比

政府的本地醫護服務帳目顯示，香港的醫護帳務從1989-90年度所佔的本地生產總值3.8%，已增至2001-02年度的5.5%。政府在這方面的同期開支，也從43%升至57%。在2004-05財政年度，政府在醫護相關事務的總支出達378億元，相等於所有公共開支的14.7%，也是本地生產總值的2.9%。按這些開支計算，政府現有的稅務制度將要面臨長期財務可持續性的挑戰。

在探討現有公共醫療健康制度的財政壓力時，大多數人都同意，現在的融資問題來自我們的財政結構。政府將龐大的資助注入公共醫療制度中，加上醫療服務水平日漸提高，這使公營機構不單吸引了不能承擔費用的人來使用服務，也吸引了一些有能力繳

付更多費用的病人來使用這服務。從納稅人的觀點看，無論納稅多少，他們都有權使用公共的醫療健康護理服務。這在融資原則上帶來的問題，就是需要改革現有的財務安排，正如香港特區政府食物及衛生局在2008年的《掌握健康 掌握人生》醫護改革諮詢文件中所提及，必須提供輔助性的財政來源。

(D) 資源分配次序

政府在規劃醫院服務和設施時，會考慮多項因素，包括根據各區人口增長和人口結構變化而推算的醫療服務需求、慢性疾病的增長、醫療服務使用模式可能出現的變化，以及各聯網和醫院的服務安排等。政府會定期監察各項醫療服務的使用率 and 需求趨勢，並透過醫院服務模式重組、醫院發展項目和其他合適措施，確保服務能夠滿足市民需求。

(E) 成本效益與用家需要



成本效益

機構採取審慎理財和開源節流的方法去監察和檢討工作的步驟。

在開埠時代的香港，政府很容易以一種仁慈寬惠的姿態提供醫療健康護理服務，當權者按照自己認為人民需要什麼，而不是按照人民真正想要什麼去提供服務。可是隨着香港經濟發展，並按照國際趨勢，在過去數十年，醫療健康護理服務愈來愈受到大眾的監察和批判。在社會長時期推廣消費者權益運動之後，無怪今時今日的人看醫療健康服務為一種產品，並從消費者的角度去批評這些服務。進入二十一世紀，香港人愈來愈願意公開表達對醫療健康和社會福利的期望。香港市民日益富裕，教育水平日高，他們對服務的質素要求也日高，例如：更好的設備和設施，更短的輪候時間，用更高科技的診斷技術和藥物，這些都是昂貴的東西。可是資源是有限的，在服務提供者和使用者之間，成本效益和用家滿意程度存在沒完沒了的矛盾。醫療健康護理制度要同時達到多種不同的目標（例如：公平、效益、質素和成本控制），應該怎樣取得平衡，是今天政策制定者需要處理的問題。

要解決上述問題，其中一個方案就是改變公營和私營機構的定位。差不多今天在公立醫院所提供的第三層和專科護理的服務，都獲得政府的大額資助。政府可以鼓勵公營和私營的醫療機構在本地共同協作，以滿足這些需求。這模式是將醫療健康護理體制中的兩大主要服務提供者重新進行角色組合，以確保有限的資源能夠得到最恰當的使用，同時也能夠讓服務達到真正需要的人，使用者得到更多的選擇。

(F) 公私營機構合作的例子 - 耀眼行動（白內障手術計畫）

公立醫院輪候接受白內障手術的病人，因為病人數目增加，一般要等待三年才可進行手術。有見及此，政府展開了耀眼行動這個政府資助項目，以公私營合作模式，加快為病人進行白內障手術。醫院管理局向每名病人最多資助5,000元，讓他們到私營眼科醫生接受白內障手術。病人一方或有需要承擔部分費用。這種形式讓公私營界別互相補充，既合乎私營機構的競爭模式，也可以促進公私營界別的競爭，讓病人多一些選擇。



有關耀眼行動¹²的資料，請參看以下網站：

醫院管理局：

<http://www3.ha.org.hk/ppp/csp.aspx>

¹² 耀眼行動（Cataract Surgeries Programme）

非賣品

本書版權屬教育局所有，除學校用於非牟利的教學用途外，其他商業用途必須經教育局的書面同意。

學與教參考資料

- 1 個人在人生不同階段的需要和發展
- 2 健康和幸福
- 3 健康體魄
- 4 精神健康
- 5 社群健康－人際關係
- 6 健康的社區
- 7 關愛的社區
- 8 生態與健康
- 9 建設健康城市
- 10 健康護理制度
- 11 社會福利制度
- 12 醫護與社福界專業
- 13 健康和社會關懷政策
- 14 關懷社會行動
- 15A 健康和社會關懷議題－人口老化
- 15B 健康和社會關懷議題－歧視
- 15C 健康和社會關懷議題－家庭暴力
- 15D 健康和社會關懷議題－成癮
- 15E 健康和社會關懷議題－貧窮

香港特別行政區政府
教育局