

壹、引言

自九十年代中期開始，香港政府對醫療改革的態度變得愈來愈積極；2010年年尾，政府更提出自願性醫療保險方案，諮詢各界。本文的重點是介紹醫療改革的政經背景，讓讀者明白醫療改革並不是一項單一的改革，而是維持政府整體施政方針的重要手段。本文分為兩部份。第一部份是討論「積極不干預政策」和「福利禁區」的理念，這兩項理念是香港政府施政方針的核心。第二部份是討論醫療改革與這兩項理念的關係。

貳、積極不干預政策

香港政府的「積極不干預政策」可分為「不干預政策」和「積極」兩部份。不少學者認為，香港政府是自由放任政策的保衛者，社會福利服務只擔當剩餘角色。這些學者提出的論據主要有兩點(參閱Schiffer, 1991)。首先，一些政府高官認為私人市場遠較政府干預優勝。如前財政司郭伯偉指出，十九世紀「看不見的手」，遠較官僚制度有效率，而另一位財政司夏鼎基則認為，妨礙市場經濟運作將有損經濟成長(參閱Hong Kong Hansard, 1962, 1976)。

再者，政府經常強調其在照顧市民需要的角色只限於第二線，而家庭則站在最前線。如一九六五年的〈社會福利白皮書〉強調，根據中國傳統，一些因貧窮、犯罪和天災所產生出來的個人需要，必須由家庭承擔(參閱Chiu, 1997)。首任特區行政長官董建華在施政報告書亦強調個人責任及家庭的功能：

「我相信市民和我一樣，希望社會養成互相尊重、友善待人的風氣，增進社區環境的祥和融洽。我們應該發揚傳統的美德，包括孝順父母、仁愛為懷、重視教育及好學不倦……」(參閱Hong Kong SAR Government, 1999)

然而，在另一方面，政府對社會福利的具體承擔卻遠超於「不干預」的原則所容許的程度，在公共服務和基本建設方面，政府的角色可謂無遠弗屆，包括提供十二年免費教育、推出大型公屋計劃、管制公共事業服務質素及價格等。亦因如此，前財政司麥高樂認為政府鼓勵自由進取及競爭的同時，亦必須促進公平及扶助有需要者(參閱Chiu and Wong, 1998)。前港督彭定康亦駁斥社會福利不屬亞洲的講法，並認為社會服務有助促進經濟效率。(參閱Patten, 1995)。

參、福利禁區

由於社會福利既有強化資本主義體制的功能(如保持社會穩定和提升勞動力質素)，亦對資本主義體制帶來壓力(如加稅和減少市民工作意欲)。因此，政府提供會福利時，保持一定彈性是不難理解的。然而，彈性歸彈性，香港政府在一些範疇上所持的態度卻是十分強硬的。本文稱這些範疇為「福利禁區」，包括下述四項原素：

一、低直接稅率

香港的直接稅率一直偏低。現時薪俸稅的標準稅率只是百分之十五，而利得稅的標準稅率則是百分之十六點五。為了減少增加直接稅的壓力，政府甚至考慮開拓多項間接稅，如銷售稅和

離境稅等。

二、財政盈餘政策

一九四六年至二零零零年間，政府只有七個財政年度出現赤字。而政府亦盡量將財政支出佔本地生產總值的比重，保持在百分之二十以下。

三、社會政策從屬於經濟政策

雖然社會服務在數量上不斷有增長，但在政府的施政策略上，其地位卻是長期偏低的。在政府眼中，社會服務似乎只是一些慈善性及非生產性的負擔。因此，政府往往先要肯定本港在經濟上達到一定的發展才會發展社會服務。

四、強勢官僚體制

香港的管治體制經常被稱為「行政國體」(Yu, 1996)，其意思是指政府高級官員在重要決策過程中享有絕對的影響力。近年，香港的民主是有較大的發展空間，但與市民所期望的相距甚遠。

四、維持福利禁區的策略

回歸後，在「一國兩制」的大前題下，維持資本主義體制，已成為特區政府必須承擔的責任，而承擔責任的具體表現就是要維持「福利禁區」。這些責任亦詳列於一些公開文件，如基本法的第一百零七條規定：「香港特別行政區的財政預算以量入為出為原則，力求收支平衡，避免赤字，並與本地生產總值的增長率相適應」。而第一百零八條亦有規定：「香港特別行政區實行獨立的稅收制度。香港特別行政區參照原在香港實行的低稅政策，自行立法規定稅種、稅率、稅收寬免和其他稅務事項。」

要遵守基本法、要維持「福利禁區」，政府近年來採取了兩項管治策略。策略一是重新模塑市民對政府的期望，此舉旨在強調責任和淡化權益的重要性。特區政府的其中一項重要管治特色，是強調傳統文化及推崇儒家思想，如定立「教師日」，發揚尊師重道的精神。這些活動背後的目的，是要求市民多承擔義務，少依賴福利。為求更進一步傳揚這些訊息，特區政府更強調以助人自助的方法，實踐社會和諧：

「以助人自助理念推動社會和諧：全球化經濟雖然帶來了發展，但部份市民未能及時分享到繁榮成果。我認為不應以高稅福利方式進行財富再分配，以求拉近貧富差距。政府的角色應是締造適當環境，通過多管齊下的政策協助低收入人士，包括推動基建，擴大培訓計劃，幫助中產及基層人士自我增值及提升技能，提高他們在不斷蛻變的就業市場中的競爭能力……」(Hong Kong SAR Government, 2007: 4)。

策略二是開發社會服務的新財源，例如政府以「用者自付」的原則為依歸，作出多項改

革，包括向食水用戶徵收排污費、增加大學學費和推行強制性公積金計劃。

伍、醫療改革

香港政府的醫療改革和保衛「福利禁區」息息相關，而其改革方法亦與上述的兩項策略有密切的關係。

由於，人口老化和疾病模式出現轉變，政府不得不擴展醫療服務。一九七七年至二零一六年，六十五歲或以上的市民佔總人口的比例，將由百分之五點七增至百分之十三點三(見表一)。

表一 人口結構

年份	1977	1987	1997	2007	2016
人口總數	4,583,700	5,580,500	6,502,100	7,465,400	8,205,900
人口比例					
0 - 14 歲 (%)	29.0	22.6	18.1	15.2	14.5
15 - 64 歲 (%)	65.3	69.5	71.5	73.5	72.2
65歲或以上 (%)	5.7	7.9	10.4	11.2	13.3
總百分比	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料來源: Harvard Team, 1999

老人是不少服務的經常使用者，如超過一半的社會保障服務的使用者便是老人家。老人家對醫療服務的需求，亦十分殷切。與此同時，疾病模式的轉型亦代表病人由開始患上嚴重疾病至死亡的時間不斷延長，而他們對醫療服務的依賴亦不斷增加(見表二)。

表二 五個最普遍的死亡原因(一九九六年)

死亡原因	死亡數目	百分比
癌病	10,125	31.59
心臟病	4,833	15.08
肺炎	4,189	13.07
中風	3,087	9.63
受傷及中毒	1,660	5.18

資料來源: Harvard Team, 1999

目前，醫療開支有不斷上升的趨勢。零八年的醫療改革諮詢文件顯示，如現行醫療制度維持不變，而整體人口又不斷上升的話，二零零四至二零三三年間的總醫療開支每年平均增長會比經濟增長高59%。以實質金額計算，總醫療開支將由678億元增至3,152億元 (Food and Health Bureau, 2008)。

醫療開支的不斷上升無疑會對「福利禁區」帶來挑戰，因此，97年後，政府不斷鼓勵社會討論醫療改革。一九九九年政府發表聘請哈佛顧問團所撰寫的〈香港醫護改革 ¾ 為何要改？為誰而改？〉分析報告，二零零零年政府再出版〈你我齊參與健康伴我行〉醫護改革諮詢文件，就融資安排作出新建議。二零零八年政府推出「掌握健康掌握人生」的諮詢文件，鼓勵大眾討論七個醫療融資方案，包括政府撥款、社會醫療保障、用者自付費用、醫療儲蓄戶口、自願醫療保險、強制醫療保險和個人康保儲備(這七項方案的優劣可見於表三)。二零一零年政府推出「醫保計劃，由我抉擇」，試圖遊說市民接受政府資助購買私人醫療保險，致使他們患病時可使用私營醫療服務，並強化「助人自助」的精神。這項計劃尚在諮詢階段，有關建議尚未具體落實，但從政府的言論，我們不難發現香港政府殷切利用此方案以保障「福利禁區」。

首先，政府認為資助市民購買醫療保險比向他們提供公營政府服務划算，這無疑有助減低政府的財政壓力，有利維持低稅率和盈餘財政。

再者，政府仍然是重視經濟目標並視社會目標為次要目標，新計劃有助改善私人企業(如保險業和私營醫院)的投資環境。不但如此，新計劃亦會按市民的負擔能力提供三級制的醫療服務，即

第一級：使用公營醫療服務；

第二級：透過政府所資助的私人保險計劃而使用私家醫院的套餐服務；

第三級：透過自行付款或是參與較昂貴的保險計劃而獲得私家醫院服務。

當然這三級制將令富者可享有更佳的醫療服務，並強化商品市場的遊戲規則。

最後，由於在提供保險和醫療服務上皆是按公私合營的原則辦事，要監察政府將變得越來越難，而官療體制將持續維持強勢。

陸、總結

上述討論顯示，醫療改革並非獨立措施，而是維護「積極不干預政策」和「福利禁區」的手段。現時的醫療改革仍在諮詢階段，政府最終會否推行自願性醫療保障仍是一項未知之數。然而，就算政府最後把這方案擱置，相信它仍會積極找尋可強化低直接稅率、盈餘財政政策、社會政策發展從屬於經濟政策，及強勢的官僚體制等的施政原素的代替品，致使它可以確保在提供醫療服務之餘，又不會為資本主義體制帶來太大的衝擊。

作者余偉錦為香港浸會大學社會工作系助理教授
(本文僅代表作者個人意見，不代表本智庫立場)

表三 醫療融資方案及現行融資模式的比較

	融資的穩定性和可持續性	獲取醫療服務的方式	風險匯集/分擔	財富再分配
政府撥款 (現行模式)	受財政狀況的波動影響；長遠不能持續	按需要並通過分流及輪候而獲得服務	有效分擔風險(健康人士資助健康欠佳者)	高收入者須支付較高費用和資助低收入者

社會醫療保障	頗為穩定，但工作人口縮減便不能持續；使用量增加時須徵收較高的供款以持續提供融資	容易獲取與否視乎保險計劃的設計而定（例如是否全民受保）	有效分擔風險（健康人士資助健康欠佳者）	高收入者須支付較高費用和資助低收入者
用者自付費用	融資不持久	使用較多服務者須支付較高費用	不能分擔風險（健康欠佳者支付較高費用）	不論收入高低，用者支付相同費用
醫療儲蓄戶口	提供龐大及持久的潛在融資來源，但融資注入則不穩定，亦難以預計金額	使用較多服務者會動用較多儲蓄	不能分擔風險	不適用
自願醫療保險	投購人數既難預料而融資來源亦不穩定；不大可能成為龐大及持久的輔助融資來源	有投保者較易獲取服務	在某程度上共擔風險（健康欠佳者或較高風險組別人士支付較高費用）	不適用
強制醫療保險	相當穩定；使用量增加時須徵收較高的供款以便持續提供融資	容易獲取與否視乎保險計劃的設計而定（例如是否強制全民投保）	有效分擔風險（健康人士資助健康欠佳者）	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用
個人康保儲蓄	儲蓄可提供持久的融資來源；醫療系統亦可通過保險獲得持久穩定的儲蓄款額	視乎儲備計劃的設計而定（有投保和有儲蓄者較易獲取服務）	有效分擔風險（健康人士資助健康欠佳者）	不論患病風險高低，高收入者及低收入者支付相同費用

表三 醫療融資方案及現行融資模式的比較(續)

	服務選擇	促進市場競爭/效率的能力	使用率/ 成本控制	運作成本
政府撥款 (現行模式)	少選擇	不能促進競爭或效率	通過供應及抑減財政預算作出有效控制	低
社會醫療保障	有若干選擇	向不同的提供者購買服務，有若干競爭	因供款者需求增加，或未能有效控制	中等
用者自付費用	有若干選擇	不能促進競爭或效率	非常有效控制，但可能導致較需要醫療服務者獲得較少的服務	低
醫療儲蓄戶口	有若干選擇	對促進競爭和效率起若干作用	如費用由病人承擔，費用在某程度上可予以有效控制	中等，但可以利用強積金的框架予以減低；仍須支付發放款項的行政費
自願醫療保險	有較多選擇	對促進競爭和效率起若干作用	控制相當低	高

強制醫療保險	有較多選擇	如投保人數眾多，可促進競爭及效率；有助支援市場改革	控制較低，但投保人數較多保險機構較能控制道德風險問題，亦有較大議價能力	中等
個人康保儲蓄	有較多選擇	如投保人數多，可促進競爭及提高效率；有助支援市場改革	控制較低，但投保人數較眾多的保險機構較能控制道德風險問題，亦有較大議價能力	中等，但可以利用強積金的框架予以減低；仍須支付處理申索的行政費

資料來源: 香港食物及衛生局, 2008

參考書目：

Chiu, S. (1997), 'Poor and Rich', in Chiu, S., W. K. Yu, Shui, W. and Lai, D. (eds.), Social Policy in Hong Kong in the 1990s: An Alternative Analysis, Hong Kong: Hong Kong Policy Viewers.

Chiu, S. and Wong, V. (1998), 'Social Policy in Hong Kong: From British Colony to Special Administrative Region of China', European Journal of Social Work, Vol. 1, No. 2, pp. 231-242.

Chiu, S. and Yu, W. K. (1992), 'The Paradox of Social Service Privatisation in Hong Kong', Hong Kong Journal of Social Work, Vol. XXVI (1), pp. 18-27.

Esping-Andersen, G. (1990), The Three World of Welfare Capitalism, Cambridge: Polity Press

Food and Health Bureau (2008), Your Health, Your Life, Healthcare Reform Consultation Document, http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth_full_eng.pdf .

Harvard Team (1999), Improving Hong Kong's Health Care System: Why and For Whom?, <http://www.info.gov.hk/hwb/english/consult/hcs/hcs.htm> .

Hong Kong SAR Government (1999), The 1999 Policy Address, Hong Kong: Hong Kong Government Printer.

Hong Kong SAR Government (2000), The 2000-01 Budget - Scaling New Heights, Hong Kong: Hong Kong Government Printer.

Hong Kong SAR Government (2007), The 2007 Policy Address, Hong Kong: Hong Kong Government Printer.

Hong Kong Hansard_ (1962), Hong Kong: Hong Kong Government Printer.

Hong Kong Hansard (1976-7), Hong Kong: Hong Kong Government Printer.

Patten, C. (1995), Speech at the Spring Reception of the Hong Kong Council of Social Services

on Tuesday 14 February 1995.

Schiffer, J. (1991), 'State Policy and Economic Growth: A Note on the Hong Kong Model', *International Journal of Urban and Regional Research*, Vol. 15, No. 2, pp. 180-196.

Walker, A. and Wong, C. K. (2005), 'Introduction: East Asian welfare regimes', in A. Walker, and C. K. Wong (eds.), *East Asian welfare regimes in transition* (pp. 3 - 20), Hong Kong: The Policy Press.

Yu, W. K. (1996), 'Policy Contradictions in Capitalism: An Illustration with the Hong Kong Government's Proposed Reforms on the Cost Recovery in the Hospital Services', *Hong Kong Journal of Social Work*, Vol. 30, pp. 1-9.

食物及衛生局(2008) , 掌握健康掌握人生: 醫療改革諮詢文件 , 香港: 食物及衛生局。