

HONG KONG INSTITUTE OF ASIA-PACIFIC STUDIES

The Hong Kong Institute of Asia-Pacific Studies was established in September 1990 to promote multidisciplinary social science research on social, political and economic development. Research emphasis is placed on the role of Hong Kong in the Asia-Pacific region and the reciprocal effects of the development of Hong Kong and the Asia-Pacific region.

Director: Yeung Yue-man, PhD(*Chic.*), Professor of Geography

Associate Director: Lau Siu-kai, PhD(*Minn.*), Professor of Sociology

特區政府醫療政策的評估 香港市民的觀點

馬麗莊 王家英
黃大偉 王卓祺

香
港
亞
太
研
究
所



HONG KONG INSTITUTE OF ASIA-PACIFIC STUDIES

THE CHINESE UNIVERSITY OF HONG KONG

SHATIN, NEW TERRITORIES

HONG KONG

特區政府醫療政策的評估

香港市民的觀點

馬麗莊 王家英

黃大偉 王卓祺

香港中文大學

香港亞太研究所

特區政府醫療政策的評估

香港市民的觀點

作者簡介

馬麗莊教授為香港中文大學社會工作學系教授兼系主任。

王家英博士為香港中文大學香港亞太研究所研究統籌員。

黃大偉醫生為東區尤德醫院急症室顧問醫生。

王卓祺教授為香港中文大學社會工作學系教授。

鳴謝

本研究為香港中文大學直接撥款研究基金所資助；我們特別感謝研究助理陳慧燕小姐在研究過程中的各方面協助。

© 馬麗莊 王家英 黃大偉 王卓祺 2002

ISBN 962-441-124-7

版權所有 不准翻印

引言

醫療政策、教育、房屋及社會福利政策是推動社會發展、改善人民生活素質的四大主要社會政策組合。醫療政策在這四大政策中直接影響國民健康水平。

香港隨著人口結構老化，醫療服務需求日益增加，醫療成本上漲。影響所及，檢討現時的醫療政策，探討將來的發展路向，實在是非常急切的。

回歸中國後，香港特區政府委託了哈佛大學的公共及醫療學系進行研究，探索香港醫療政策的出路，特別是在解決醫療融資問題方面。一九九九年發表的香港醫護改革研究報告（通稱「哈佛報告」）提出四種解決醫療融資問題的方法，包括：維持現況、限制醫療開支、提高醫療收費及推行強制性醫療供款計劃。研究小組細心分析不同方案的利弊，權衡這四種不同醫療融資方案的優劣，建議政府制定聯合保健計劃，強制在職人士供款，供款率佔個人薪金百分之 1.5-2%（The Harvard Team, 1999）。

然而，聯合保健計劃並沒有獲得市民的廣泛支持，香港特區政府在二零零零年發表了一份醫護改革諮詢文件「你我齊參與，健康伴我行」。建議引入頤康保障戶口，取代哈佛報告建議的聯合保健計劃。頤康保障戶口的建議包括：

(一) 市民從 40 歲開始，直至 64 歲，把約 1-2% 的收入存入個人戶口，用以支付其本人和配偶將來的醫療開支，在儲蓄期間，戶口內的存款會用作投資，以賺取回報。

(二) 除非供款人患上殘疾，他們通常必須年滿 65 歲，才可開始提取供款，用以支付公營或私營醫療和牙科服務的費用，或向私營保險公司購買醫療和牙科服務保險。

(三) 供款人如選擇私營醫護服務，他從累積供款的戶口中仍只能提取相當於公營醫護服務收費的金額，差額須由供款人自行透過其他經濟來源支付，或利用自行購買的私人保險支付。

(四) 在供款人去世時，戶口的結餘會轉交供款人的遺屬（衛生福利局，2000）。

頤康保障戶口面對最大的批評是儲蓄得來的款項並不足夠保障市民晚年的醫療照顧。況且，把供款人士局限於 40 歲至 64 歲的在職人士，也欠公允。

政府在制定醫療政策時，特別是在醫療融資方面，必須考慮市民的意願。缺乏公眾支持的政策建議，縱然本身有很多好處，在推行時必然遇到很大的阻力和障礙。因此，民意研究對正確可行的醫療政策的制定極具幫助。

二零零零年十二月，香港城市大學一組研究人員透過電話調查，抽樣訪問了 1,030 名市民，以瞭解他們對特區政府提出各種醫療方案的意見和態度。調查結果顯示，受訪者對各種醫療融資方案的支持，並不熱烈，唯一例外是向貧窮、殘疾人士提供財政上的資助（陶黎寶華等，2000）。二零零一年三月，心臟病病人成立的自助組織「關心您的心」發表了《醫療收費改革調查報告書》（關心您的心，2001），詳述其在二零零零年七月進行了一項醫療收費問卷調查的結果。此調查透過隨機抽樣的方式進行，成功訪問了 198 名患心臟病的病友。調查結果顯示，受訪者反對急症室收費，對政府提出的頤康供款計

劃，抱著保留的態度，認為 24 年的供款所得，不足以繳付一項冠狀動脈擴張（俗稱「通波仔」）手術的費用。由於其研究對象是心臟病患者，加上受訪者的數目不多，其代表性是頗受質疑的。

隨著香港經濟急劇下滑，失業率上升，市民對特區政府在醫療融資問題上提出的三種開源方法，即：提高稅收、強制性醫療供款和增加醫療服務收費，其態度或意見有沒有改變呢？對於晚年的醫療照顧保障方面，他們的價值取向是甚麼？此外，市民對現時的醫療政策是否滿意？他們如何憧憬將來的醫療服務發展？由於上述問題以往未有本地研究作出系統性的探討及研究，我們有必要補此空白，進行研究，深入探討有關問題。

研究目的及方法

本研究是香港中文大學社會科學及教育直接撥款研究基金於二零零一年資助的四個社會政策研究之一，其餘三個研究包括：教育、房屋和社會福利。這個研究旨在探討香港市民對香港醫療政策的意見。

二零零一年十月四日至九日，調查員以隨機抽樣的方式，以電話成功訪問了 1,001 名成年市民，回應率接近一半。若將可信度設於 95%，最大抽樣誤差為正負 3.1% 之內。¹ 此外，為使調查結果符合香港人口的分佈，故在資料分析時，因應年齡和性別進行了加權（weighting），詳情可參閱附錄。

調查結果

對公營醫療服務現狀的評價

調查結果顯示，超過八成半的受訪者認為，特區政府在醫療服務方面的整體表現是「合格」或「更好」（以 0 分為最

低，5 分爲合格，10 分爲最高）（見表一）。接近六成的受訪者對於公立普通科門診服務、專科門診服務、急症室服務和住院服務均感到滿意。然而，超過半數受訪者並不滿意現時醫療服務的輪候時間。不滿意輪候時間在年齡、教育、就業狀況和主觀社會階層等變項表現出顯著的差異（見表二）。具體而言，在 50 歲或以下、中學或以上程度、在職、學生或主婦、中層或以下人士所佔的百分比多於 50 歲以上、小學或以下程度、失業或退休，以及中上層或以上人士所佔的百分比。中上層人士經濟條件好，有足夠能力選擇私營服務，不用受輪候公營醫療服務之苦，其不滿意程度較中下階層爲低，是可以理解的。

對未來醫療保障的擔心

雖然大部分受訪者對醫療服務現況感到滿意，但對現時醫療制度保障的足夠性，卻稍有保留。有約 55.7% 的受訪者認爲現時的醫療制度是可以爲他們提供足夠的保障，但也有 35.8% 的受訪者並不認同。更值得注意的是超過半數的受訪者（55.9%）擔心將來的醫療保障（見表三），這種擔心在性別、年齡、教育程度、就業狀況、每月收入，以及主觀社會階層等變項表現出顯著的差異（見表四）。具體而言，女性、年逾 50 歲、小學程度或以下、失業或退休人士、月入一萬元以下，以及中下層或以下的人士所佔的百分比多於男性、年紀在 31 歲以下、中學程度或以上、在職、學生或主婦、月入在一萬元或以上，以及中層或以上的人士所佔的百分比。前者是香港的弱勢社群，他們沒有工作保障，收入低，經濟條件不佳，選擇不多，對將來的醫療保障自然比較擔心。

對醫療服務未來發展的價值取向

針對香港醫療服務未來發展的方向，香港市民究竟有怎樣的價值取向？他們怎樣看待自己晚年醫療照顧的責任？

表一：對公營醫療服務現狀的評價（%）

	0分	1分	2分	3分	4分	5分	6分	7分	8分	9分	10分	(N)
整體表現	0.7	0.5	1.4	3.8	8.2	34.5	17.3	21.1	9.5	1.1	2.0	(969)
	非常不滿意			不滿意		滿意		非常滿意		不知道		
普通科門診服務	1.2			23.8		57.8		1.1		16.1		(1001)
專科門診服務	1.3			19.1		57.3		1.7		20.6		(1001)
急症室服務	2.5			20.0		55.3		1.1		21.1		(1000)
醫院住院服務	1.0			6.7		64.7		1.7		25.9		(999)
輪候時間	7.2			48.5		31.4		0.3		12.6		(999)

表二：不同社經背景受訪者對公營醫療服務現狀的評價 (%)

	性別		年齡			教育程度		
	男	女	≤30	31-50	≥51	小學或以下	中學	大專或以上
整體表現								
均值	5.81	5.72	5.73	5.60	6.06	5.84	5.67	5.95
(標準差)	(1.58)	(1.63)	(1.53)	(1.66)	(1.54)	(1.74)	(1.60)	(1.52)
(N)	(465)	(504)	(232)	(457)	(274)	(179)	(547)	(231)
F 比率	0.823		6.981***			2.620		
普通科門診服務								
不滿意	27.8	31.7	30.4	37.6	17.5	23.1	32.8	26.2
滿意	72.2	68.3	69.6	62.4	82.5	76.9	67.2	73.8
(N)	(399)	(442)	(204)	(378)	(251)	(169)	(472)	(187)
χ^2	1.488		29.012***			6.871*		
專科門診服務								
不滿意	27.4	24.1	20.1	32.4	18.9	19.8	28.6	24.1
滿意	72.6	75.9	79.9	67.6	81.1	80.2	71.4	75.9
(N)	(380)	(415)	(174)	(370)	(243)	(162)	(451)	(170)
χ^2	1.113		17.519***			5.197		
急症室服務								
不滿意	26.4	30.3	31.6	29.5	24.2	28.9	29.5	24.7
滿意	73.6	69.7	68.4	70.5	75.8	71.1	70.5	75.3
(N)	(387)	(402)	(187)	(380)	(215)	(152)	(451)	(178)
χ^2	1.545		2.993			1.471		
醫院住院服務								
不滿意	8.9	11.7	12.1	11.0	8.2	10.6	9.4	12.7
滿意	91.1	88.3	87.9	89.0	91.8	89.4	90.6	87.3
(N)	(348)	(393)	(165)	(362)	(208)	(141)	(415)	(173)
χ^2	1.550		1.779			1.449		
輪候時間								
不滿意	61.5	65.7	66.5	69.1	53.4	55.8	65.8	66.0
滿意	38.5	34.3	33.5	30.9	46.6	44.2	34.2	34.0
(N)	(413)	(461)	(206)	(411)	(253)	(172)	(483)	(206)
χ^2	1.683		17.610***			6.061*		

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

居所類別		就業狀況				職業類別	
公屋	私人樓	在職	失業	退休	學生/ 主婦	管理/ 專業	非專業
5.72	5.78	5.66	5.53	6.23	5.73	5.82	5.60
(1.66)	(1.59)	(1.61)	(1.72)	(1.50)	(1.60)	(1.58)	(1.63)
(322)	(624)	(539)	(67)	(158)	(197)	(160)	(365)
0.300		5.604***				2.098	
30.5	29.5	35.4	30.2	11.9	31.6	38.1	35.2
69.5	70.5	64.6	69.8	88.1	68.4	61.9	64.8
(298)	(525)	(446)	(53)	(160)	(171)	(126)	(307)
0.093		31.610***				0.330	
27.0	25.5	28.7	26.3	18.1	24.2	25.6	29.8
73.0	74.5	71.3	73.7	81.9	75.8	74.4	70.2
(278)	(499)	(428)	(57)	(144)	(157)	(121)	(295)
0.217		6.671				0.745	
29.7	28.3	30.8	23.1	18.3	32.2	29.3	31.3
70.3	71.7	69.2	76.9	81.7	67.8	70.7	68.7
(273)	(499)	(452)	(52)	(126)	(152)	(133)	(310)
0.172		9.405*				0.169	
8.5	11.7	11.7	8.5	7.5	10.4	14.6	10.8
91.5	88.3	88.3	91.5	92.5	89.6	85.4	89.2
(247)	(480)	(411)	(47)	(133)	(144)	(123)	(278)
1.725		2.068				1.195	
65.8	63.3	66.4	61.7	51.7	67.6	69.7	65.8
34.2	36.7	33.6	38.3	48.3	32.4	30.3	34.2
(301)	(558)	(482)	(60)	(147)	(179)	(142)	(325)
0.539		11.957**				0.670	

表二：不同社經背景受訪者對公營醫療服務現狀的評價（續）

	每月收入			主觀社會階層		
	1 萬以下	1-4 萬	4 萬以上	下層/ 中下層	中層	中上層/ 上層
整體表現						
均值	5.76	5.60	5.93	5.74	5.63	6.83
(標準差)	(1.52)	(1.59)	(1.65)	(1.56)	(1.62)	(1.79)
(N)	(124)	(503)	(163)	(554)	(346)	(49)
F 比率		2.884			12.078***	
普通科門診服務						
不滿意	26.7	34.7	29.1	30.0	29.4	31.4
滿意	73.3	65.3	70.9	70.0	70.6	68.6
(N)	(116)	(430)	(127)	(507)	(286)	(35)
χ^2		3.321			0.077	
專科門診服務						
不滿意	22.2	32.4	20.2	26.8	22.8	26.3
滿意	77.8	67.6	79.8	73.2	77.2	73.7
(N)	(108)	(413)	(119)	(470)	(272)	(38)
χ^2		9.309**			1.484	
急症室服務						
不滿意	20.9	33.6	18.9	29.7	28.5	19.4
滿意	79.1	66.4	81.1	70.3	71.5	80.6
(N)	(91)	(425)	(127)	(455)	(284)	(36)
χ^2		13.686***			1.716	
醫院住院服務						
不滿意	5.2	12.3	11.9	9.2	10.6	17.5
滿意	94.8	87.7	88.1	90.8	89.4	82.5
(N)	(97)	(389)	(126)	(424)	(263)	(40)
χ^2		4.159			2.854	
輪候時間						
不滿意	67.8	67.2	59.4	63.3	68.3	42.5
滿意	32.2	32.8	40.6	36.7	31.7	57.5
(N)	(118)	(451)	(143)	(509)	(312)	(40)
χ^2		3.158			10.624**	

表三：對醫療保障的擔心及對醫療服務發展的價值取向（%）

	非常 不足夠	不足夠	足夠	非常 足夠	不知道	(N)
現時的保障	2.6	33.2	55.2	0.5	8.5	(992)
將來的醫療保障	非常 不擔心	不擔心	擔心	非常 擔心	不知道	
	1.7	33.9	50.7	5.2	8.5	(992)
晚年的主要 醫療保障	倚靠 自己	家人 照顧	公營醫 療服務	全部都 能夠	全部都 不能夠	不知道
	10.6	15.5	58.4	10.1	0.4	5.0 (994)
政府提供廉價 服務的責任	為所有 市民	只為經濟 困難人士	兩者都 不贊成	兩者都 贊成	不知道	
	51.2	42.7	2.7	0.8	2.7	(998)

本研究數據顯示，接近六成（58.4%）受訪者認為，公營醫療服務是自己晚年的主要醫療保障。打算倚靠自己的，只佔受訪者的 10.6%。另有 15.5% 的受訪者表示依賴家人照顧（見表三）。此外，51.2% 的受訪者認為，政府有責任為所有市民提供廉價的醫療服務。認為晚年的主要醫療保障是來自公營醫療服務這個看法在性別和職業類別兩個變項中表現出顯著的差異（見表四）。女性和非專業人士所佔的百分比多於男性和專業人士所佔的百分比。

醫療服務需求上升的原因

市民如何理解醫療服務需求上升的原因直接及間接反映出他們解決問題的取向。市民認為是甚麼因素引致醫療服務需求上升呢？

表四：不同社經背景受訪者對醫療保障的擔心及對醫療服務發展的價值取向 (%)

	性別		年齡			教育程度		
	男	女	≤30	31-50	≥51	小學或以下	中學	大專或以上
現時的保障								
不足夠	36.0	42.1	40.1	45.1	28.1	31.1	41.9	38.6
足夠	64.0	57.9	59.9	54.9	71.9	68.9	58.1	61.4
(N)	(439)	(468)	(227)	(428)	(249)	(151)	(525)	(220)
χ^2	3.542		19.162***			5.764		
將來的醫療保障								
不擔心	45.5	33.1	49.3	37.7	31.4	26.6	39.5	46.4
擔心	54.5	66.9	50.7	62.3	68.6	73.4	60.5	53.6
(N)	(429)	(478)	(227)	(432)	(245)	(158)	(519)	(220)
χ^2	14.624***		16.404***			15.320***		
晚年的主要醫療保障								
倚靠自己	16.6	8.8	14.0	11.2	13.4	8.7	11.9	17.3
家人照顧	18.6	18.2	23.8	17.3	15.2	18.7	19.3	16.3
公營醫療服務	64.8	73.0	62.1	71.6	71.4	72.7	68.8	66.3
(N)	(409)	(433)	(214)	(394)	(231)	(150)	(487)	(196)
χ^2	12.351**		8.181			6.699		
政府提供廉價服務的責任								
為所有市民	55.1	53.9	55.9	55.6	51.9	52.3	55.2	55.3
只為經濟困難人士	44.9	46.1	44.1	44.4	48.1	47.7	44.8	44.7
(N)	(454)	(482)	(229)	(441)	(262)	(172)	(527)	(226)
χ^2	0.119		1.083			0.482		

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

居所類別		就業狀況				職業類別	
公屋	私人樓	在職	失業	退休	學生/ 主婦	管理/ 專業	非專業
35.7	41.2	44.0	39.7	23.1	37.6	45.2	42.9
64.3	58.8	56.0	60.3	76.9	62.4	54.8	57.1
(300)	(594)	(514)	(63)	(143)	(181)	(157)	(345)
2.599		20.728***				0.237	
34.7	41.3	39.8	22.6	33.1	46.3	42.7	38.4
65.3	58.7	60.2	77.4	66.9	53.7	57.3	61.6
(308)	(584)	(520)	(62)	(133)	(188)	(157)	(349)
3.610		13.313**				0.828	
12.7	12.8	13.2	9.6	17.0	8.6	18.1	9.7
17.9	18.6	18.0	13.5	14.1	23.6	16.0	19.7
69.4	68.5	68.8	76.9	68.9	67.8	66.0	70.6
(291)	(537)	(478)	(52)	(135)	(174)	(144)	(320)
0.082		9.941				6.711*	
55.0	54.6	57.6	65.2	50.0	46.0	59.1	57.1
45.0	45.4	42.4	34.8	50.0	54.0	40.9	42.9
(320)	(599)	(528)	(66)	(150)	(187)	(159)	(354)
0.014		11.722**				0.190	

表四：不同社經背景受訪者對醫療保障的擔心及對醫療服務發展的價值取向（續）

	每月收入			主觀社會階層		
	1 萬以下	1-4 萬	4 萬以上	下層/ 中下層	中層	中上層/ 上層
現時的保障						
不足夠	35.1	41.2	41.1	36.6	45.0	27.7
足夠	64.9	58.8	58.9	63.4	55.0	72.3
(N)	(111)	(478)	(158)	(511)	(333)	(47)
χ^2		1.443			8.846*	
將來的醫療保障						
不擔心	27.1	38.4	47.5	34.0	43.8	56.3
擔心	72.9	61.6	52.5	66.0	56.2	43.8
(N)	(118)	(476)	(162)	(515)	(329)	(48)
χ^2		12.017**			14.615***	
晚年的主要醫療保障						
倚靠自己	11.4	11.0	13.7	10.4	14.5	19.0
家人照顧	10.5	19.7	17.8	18.4	18.9	14.3
公營醫療服務	78.1	69.3	68.5	71.2	66.7	66.7
(N)	(114)	(437)	(146)	(489)	(297)	(42)
χ^2		6.049			5.089	
政府提供廉價服務的責任						
為所有市民	50.0	55.9	54.1	54.6	52.9	56.3
只為經濟困難人士	50.0	44.1	45.9	45.4	47.1	43.8
(N)	(122)	(485)	(159)	(540)	(333)	(48)
χ^2		1.376			0.359	

本研究數據顯示，41.7% 的受訪者認為社會經濟因素（包括人口老化、生活壓力大等）是一重要因素，25.8% 的受訪者則歸因於公營醫療服務收費過低，16.4% 卻認為醫療成本自然上漲才是主要的原因（見表五）。交互表列分析發現，51 歲或以上、小學或以下程度、失業、月入一萬元以下和中下層或以下人士較其他人士傾向認為社會經濟因素才是引致醫療服務需求上升的主要原因（見表六）。

對現時醫療開支的評估

市民普遍意識到醫療服務需求上升的事實，但矛盾的地方是 44.8% 的受訪者認為現時醫療開支約佔特區政府經常公共開支 15% 是足夠的。雖然如此，也有 34.5% 的受訪者認為不足夠或非常不足夠（見表五）。四個個人背景變項在這方面的看法呈現顯著的差異，包括性別、教育程度、居所類別和每月收入（見表六）。女性、中學或以下、居住在公營房屋，以及月入在四萬元或以下的人士，認為醫療開支不足夠所佔的百分比

表五：對醫療服務需求、開支及提高稅收的看法（%）

	社經 因素	收費 過低	成本 上漲	三者 都是	三者都 不是	不知道	(N)
公營醫療需求上升主因	41.7	25.8	16.4	7.4	1.7	6.9	(1001)
	非常 不足夠	不足夠	足夠	非常 足夠	不知道		
政府醫療開支	0.9	33.6	43.9	0.9	20.8		(1001)
	非常 不願意	不願意	願意	非常 願意	不知道		
加稅以改善醫療服務	2.2	27.5	54.2	0.8	15.3		(995)

表六：不同社經背景受訪者對醫療服務需求、開支及提高稅收的看法 (%)

	性別		年齡			教育程度		
	男	女	≤30	31-50	≥51	小學或以下	中學	大專或以上
公營醫療需求上升主因								
社經因素	47.1	52.3	46.0	47.6	56.3	61.2	48.4	45.0
收費過低	31.3	30.1	37.9	31.0	23.9	21.1	33.1	32.0
成本上漲	21.6	17.5	16.1	21.3	19.8	17.8	18.4	23.0
(N)	(412)	(428)	(211)	(403)	(222)	(152)	(477)	(200)
χ^2	3.045		11.739*			12.451*		
政府醫療開支								
不足夠	40.1	47.1	39.5	43.8	47.1	44.5	47.4	33.5
足夠	59.9	52.9	60.5	56.2	52.9	55.5	52.6	66.5
(N)	(397)	(397)	(215)	(390)	(187)	(119)	(456)	(209)
χ^2	4.016*		2.357			11.339**		
加稅以改善醫療服務								
不願意	30.7	39.5	37.3	35.2	32.7	37.4	32.4	38.8
願意	69.3	60.5	62.7	64.8	67.3	62.6	67.6	61.2
(N)	(414)	(428)	(212)	(415)	(214)	(147)	(481)	(209)
χ^2	7.165**		0.974			3.067		

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

多於男性、大專或以上、居住在私人樓宇和月入在四萬元以上所佔的百分比。這些研究數據是可以理解的，也有其關連性。由於教育程度低、入息低微的人士，他們在醫療保障上，多需要依賴公營醫療服務，在這主觀的訴求下，很自然傾向認為醫療開支不足夠。至於女性與男性在主觀上有差異，相信與女性的經濟能力一般而言低於男性是有直接的關係。

居所類別		就業狀況			職業類別		
公屋	私人樓	在職	失業	退休	學生/ 主婦	管理/ 專業	非專業
52.3	46.8	45.7	68.7	58.3	46.2	40.4	49.7
27.2	33.6	32.4	13.4	23.3	38.5	32.9	31.1
20.5	19.6	21.8	17.9	18.3	15.4	26.7	19.3
(283)	(536)	(481)	(67)	(120)	(169)	(146)	(322)
3.611		23.908***			4.542		
49.8	40.4	42.6	42.6	45.6	44.8	40.0	43.9
50.2	59.6	57.4	57.4	54.4	55.2	60.0	56.1
(259)	(525)	(469)	(54)	(114)	(154)	(150)	(310)
6.270*		0.472			0.619		
29.9	37.8	35.8	35.6	34.2	33.5	35.7	35.4
70.1	62.2	64.2	64.4	65.8	66.5	64.3	64.6
(284)	(548)	(494)	(59)	(114)	(173)	(154)	(325)
5.053*		0.349			0.005		

解決辦法

面對醫療服務需求的不斷增加和市民對未來醫療保障的擔憂，繼續保持香港醫療服務的素質，解決醫療融資問題實在是刻不容緩的。作為醫療融資解決方案，開源是一個值得考慮的方向，包括提高稅收、強制性醫療供款和增加醫療服務收費。那麼，香港市民怎樣看待這三種措施呢？

表六：不同社經背景受訪者對醫療服務需求、開支及提高稅收的看法（續）

	每月收入			主觀社會階層		
	1 萬以下	1-4 萬	4 萬以上	下層/ 中下層	中層	中上層/ 上層
公營醫療需求上升主因						
社經因素	64.8	45.4	43.7	54.6	42.9	45.5
收費過低	25.7	32.9	35.8	28.4	32.8	45.5
成本上漲	9.5	21.8	20.5	17.0	24.3	9.1
(N)	(105)	(432)	(151)	(465)	(317)	(44)
χ^2	15.883**			17.428**		
政府醫療開支						
不足夠	40.2	46.0	33.6	47.1	39.3	37.0
足夠	59.8	54.0	66.4	52.9	60.7	63.0
(N)	(87)	(424)	(149)	(433)	(305)	(46)
χ^2	7.176*			5.245		
加稅以改善醫療服務						
不願意	35.7	33.5	33.8	33.8	37.5	32.6
願意	64.3	66.5	66.2	66.2	62.5	67.4
(N)	(98)	(451)	(151)	(464)	(320)	(43)
χ^2	0.180			1.252		

提高稅收

我們的調查結果顯示，55.0% 受訪者願意通過提高稅收的途徑改善現時的醫療服務，但也有 29.7% 受訪者對此持相反意見（見表五）。交互表列分析發現，女性和居住在私人樓宇的受訪者持相反意見的百分比多於男性和居住在公屋的人士（見表六）。這些數據反映出在私人樓宇居住的人士可能在經濟上

的負擔比居住在公屋的人士為大，另一方面也顯示出他們主觀上感覺到提高了稅收，受惠的程度可能不如居住在公營房屋的高。

強制性醫療供款

支持設立強制性醫療供款的人只有 21.6%（見表七）。交互表列分析發現，退休人士和中上層或以上的受訪者支持設立強制性醫療供款佔的百分比多於失業人士和中層或以下的階層（見表八）。在同意供款的受訪者中，55.6% 認為供款佔自己薪金收入的比率在 1-2% 比較合適。75.3% 贊成設立強制性醫療供款計劃的受訪者認為，開始供款的年紀應該是由 18 歲至 29 歲，只有 17.8% 的支持者認為開始供款年齡是在 30 歲或以上；而 61.1% 的贊成者認為只有全職或兼職工作的市民及其僱主才需要供款，只有 11.4% 認為所有成年市民都需要供款。52.8% 的受訪者認為供款計劃保障範圍應惠及所有市民，36.0% 則希望保障範圍應局限於供款者身上。交互表列分析發現，贊成惠及所有市民的受訪者中，以小學或以下程度、公屋居民、一萬元以下收入及中下層或以下所佔的百分比比較其他類別高。假如政府落實推行強制性醫療供款計劃，71.4% 同意特區政府為低收入人士（收入低於港幣 4,000 元）供款，特別是每月收入在四萬元以上的人士，贊成的百分比是顯著高於每月收入在一萬元以下的受訪者。這反映出受訪者在考慮誰是醫療供款的受惠者時，不僅是從個人利益出發，同時也考慮到社會其他人士的需要。

增加醫療服務收費

在增加醫療服務收費方面，贊成和反對的各佔四成（見表九）。約四成受訪者在過去一年無論自己及家人皆未使用過公營醫療服務，包括公立普通科門診服務（38.4%）、公立專科門診服務（43.2%）和急症室服務（45.3%）。剔除未使用過公營醫療服務的受訪者後，反對者明顯多於贊成者。

表七：對強制性醫療供款計劃的態度 (%)

	非常不同意	不同意	同意	非常同意	不知道	(N)
設立強制性供款計劃	12.0	57.0	20.4	1.2	9.3	(1001)
個人供款額佔薪金比例	1%	2%	3%	4%	5%或以上	不知道
	25.0	30.6	17.3	2.2	13.5	11.3 (214)
開始供款的年紀	18-29歲	30-39歲	40-49歲	50歲或以上	不知道	不知道 (217)
	75.3	13.8	2.7	1.3	7.0	
所有成年市民	有全職或兼職工作的市民	有全職或兼職工作的市民及其僱主	不知道	不知道	不知道	
需要供款者	11.4	25.2	61.1	2.3	2.3	(217)
保障範圍	供款者	所有市民	不知道	不知道	不知道	
	36.0	52.8	11.3	11.3	11.3	(1000)
政府為低收入人士供款	非常不同意	不同意	同意	非常同意	不知道	
	1.5	21.4	63.5	7.9	5.7	(999)

表八：不同社經背景受訪者對強制性醫療供款計劃的態度 (%)

	性別		年齡			教育程度		
	男	女	≤30	31-50	≥51	小學或以下	中學	大專或以上
設立強制性供款計劃								
不同意	75.1	77.1	77.5	77.2	73.3	81.1	75.9	73.3
同意	24.9	22.9	22.5	22.8	26.7	18.9	24.1	26.7
(N)	(446)	(462)	(222)	(434)	(247)	(169)	(506)	(221)
χ ²	0.472		1.595			3.257		
個人供款額佔薪金比例								
1%	28.4	39.2	33.3	34.2	32.6	60.9	28.3	30.4
2%	40.9	40.5	46.2	32.9	47.8	8.7	42.4	52.2
3%或以上	30.7	20.3	20.5	32.9	19.6	30.4	29.3	17.4
(N)	(88)	(74)	(39)	(76)	(46)	(23)	(92)	(46)
χ ²	3.083		4.596			15.290**		
開始供款的年紀								
30歲以下	87.5	74.5	72.0	83.5	83.6	84.0	80.3	82.1
30歲或以上	12.5	25.5	28.0	16.5	16.4	16.0	19.7	17.9
(N)	(104)	(98)	(50)	(97)	(55)	(25)	(117)	(56)
χ ²	5.592*		3.223			0.217		
需要供款者								
所有成年市民	7.5	15.4	4.1	13.1	15.9	9.7	14.2	6.8
有全職或兼職工作的市民	24.3	26.9	18.4	26.3	30.2	29.0	23.3	28.8
有全職或兼職工作的市民及其僱主	68.2	57.7	77.6	60.6	54.0	61.3	62.5	64.4
(N)	(107)	(104)	(49)	(99)	(63)	(31)	(120)	(59)
χ ²	3.970		7.588			2.641		
保障範圍								
供款者	38.5	42.4	42.7	42.9	34.7	33.3	40.6	46.1
所有市民	61.5	57.6	57.3	57.1	65.3	66.7	59.4	53.9
(N)	(416)	(472)	(220)	(424)	(242)	(159)	(500)	(219)
χ ²	1.403		4.842			6.243*		
政府為低收入人士供款								
不同意	26.0	22.9	21.7	23.4	27.3	27.2	22.8	25.8
同意	74.0	77.1	78.3	76.6	72.7	72.8	77.2	74.2
(N)	(453)	(490)	(230)	(440)	(267)	(180)	(531)	(221)
χ ²	1.300		2.347			1.759		

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

表八：不同社經背景受訪者對強制性醫療供款計劃的態度（續）

	居所類別		就業狀況			
	公屋	私人樓	在職	失業	退休	學生/ 主婦
設立強制性供款計劃						
不同意	74.9	76.3	75.4	89.9	73.1	76.3
同意	25.1	23.7	24.6	10.1	26.9	23.7
(N)	(299)	(587)	(516)	(69)	(130)	(186)
χ^2	0.213		8.008*			
個人供款額佔薪金比例						
1%	23.2	38.7	29.4	40.0	30.0	44.1
2%	42.9	39.6	42.2	20.0	50.0	35.3
3%或以上	33.9	21.7	28.4	40.0	20.0	20.6
(N)	(56)	(106)	(102)	(5)	(20)	(34)
χ^2	4.837		4.305			
開始供款的年紀						
30歲以下	79.7	81.1	83.9	85.7	80.8	70.5
30歲或以上	20.3	18.9	16.1	14.3	19.2	29.5
(N)	(69)	(132)	(124)	(7)	(26)	(44)
χ^2	0.053		3.862			
需要供款者						
所有成年市民	4.0	16.2	12.8	28.6	8.8	9.3
有全職或兼職工作的市民	28.0	24.3	24.8	14.3	35.3	20.9
有全職或兼職工作的市民及其僱主	68.0	59.6	62.4	57.1	55.9	69.8
(N)	(75)	(136)	(125)	(7)	(34)	(43)
χ^2	6.863*		4.863			
保障範圍						
供款者	33.8	44.5	42.4	29.9	39.7	40.4
所有市民	66.2	55.5	57.6	70.1	60.3	59.6
(N)	(308)	(562)	(491)	(67)	(141)	(188)
χ^2	9.470**		3.891			
政府為低收入人士供款						
不同意	22.0	24.9	23.8	25.4	28.9	20.7
同意	78.0	75.1	76.2	74.6	71.1	79.3
(N)	(318)	(603)	(521)	(71)	(152)	(193)
χ^2	0.939		3.239			

職業類別		每月收入			主觀社會階層		
管理/ 專業	非專業	1萬以下	1-4萬	4萬以上	下層/ 中下層	中層	中上層/ 上層
76.6	74.4	82.0	75.4	72.0	78.2	75.9	57.8
23.4	25.6	18.0	24.6	28.0	21.8	24.1	42.2
(154)	(348)	(128)	(464)	(157)	(514)	(332)	(45)
χ^2		0.276		4.000	9.608**		
33.3	28.6	43.8	31.7	35.1	33.3	32.2	38.9
46.7	38.6	37.5	40.2	40.5	45.2	32.2	38.9
20.0	32.9	18.8	28.0	24.3	21.4	35.6	22.2
(30)	(70)	(16)	(82)	(37)	(84)	(59)	(18)
χ^2		1.691		1.113	4.427		
91.4	80.2	76.5	80.7	83.7	79.8	78.4	89.5
8.6	19.8	23.5	19.3	16.3	20.2	21.6	10.5
(35)	(86)	(17)	(109)	(43)	(104)	(74)	(19)
χ^2		2.260		0.439	1.194		
16.7	11.5	8.7	9.8	22.7	9.1	12.7	17.6
30.6	20.7	34.8	20.5	27.3	25.5	22.8	29.4
52.8	67.8	56.5	69.6	50.0	65.5	64.6	52.9
(36)	(87)	(23)	(112)	(44)	(110)	(79)	(17)
χ^2		2.483		8.431	1.880		
44.4	41.8	28.9	41.4	46.1	36.3	47.2	39.1
55.6	58.2	71.1	58.6	53.9	63.7	52.8	60.9
(153)	(328)	(121)	(464)	(154)	(499)	(326)	(46)
χ^2		0.306		8.886*	9.878**		
23.4	24.3	34.4	21.9	21.2	23.2	25.6	19.6
76.6	75.7	65.6	78.1	78.8	76.8	74.4	80.4
(154)	(354)	(125)	(488)	(156)	(543)	(336)	(46)
χ^2		0.049		9.292**	1.151		

表九：對增加醫療服務收費的態度 (%)

	非常不同意	不同意	同意	非常同意	不知道	(N)
增加公營醫療收費	3.1	40.7	42.7	1.7	11.8	(1001)
	沒有	1-5 次	6-10 次	11 次或以上	不記得 / 不知道	
過去一年使用：						
普通科門診服務	38.4	37.3	11.4	9.5	3.4	(1001)
專科門診服務	43.2	39.9	8.6	5.6	2.7	(1001)
急症室服務	45.3	50.5	2.2	0.7	1.4	(1000)
醫院住院服務	58.3	36.9	0.8	1.2	2.7	(1001)
	過低	合理	過高	不知道		
普通科門診： 收費	24.0	70.6	1.4	4.0	(1001)	
	\$40-\$49	\$50-\$59	\$60-\$69	\$70 或以上	不知道	
合理收費*	10.7	35.0	20.9	31.0	2.4	(241)

	過低			合理			過高			不知道
醫院住院一日： 收費	29.1			59.9			4.9		6.1	(1001)
	\$70-\$99	\$100-\$129	\$130-\$159	\$160-\$189	\$190-\$219	\$220 或以上			不知道	
合理收費*	15.8	37.1	20.5	3.6	7.5	8.7	6.9		(291)	
	非常不同意	不同意	同意	非常同意			不知道			
急症室： 被濫用	0.8	17.9	61.5	11.8	8.0	(1001)				
收費可減少濫用	1.4	15.3	72.3	6.2	4.9	(734)				
減免經濟有困難及 長期病患者的費用	0.3	5.9	74.9	14.7	4.2	(1001)				
	\$50 或以下	\$51-\$100	\$101-\$150	\$151-\$200	\$201 或以上	不知道				
合理收費	40.7	32.6	8.7	4.1	2.7	11.2	(1001)			

注： * 只問認為目前收費過低者。

但在急症室收費方面，78.5% 的受訪者認為，收費是減少濫用急症室的有效途徑。然而，大部分受訪者（73.3%）認為，合理的收費最好不超過 100 元。只有 15.5% 的受訪者支持收費在 100 元以上。與此同時，接近九成（89.6%）受訪者贊成對經濟有困難的急症室服務使用者及長期病患者減免收費。特別是女性、小學或以下程度和受過大專教育或以上的人士，表示贊成的百分比是高於男性和受過中學教育的人士（見表十）。

交互表列分析發現，七個變項，包括：性別、年齡、教育程度、居所類別、就業狀況、每月收入和主觀社會階層，與贊成增加醫療服務收費有著顯著的相關。受訪者中，以男性、31 歲至 50 歲的年齡組別、中學或以上教育程度、居住在私人樓宇、在職、月入一萬元或以上，以及中上層或以上者，在贊成增加醫療服務收費上所佔的百分比多於女性、低教育程度、公營房屋居民、失業或退休、低收入和中下階層或以下者（表十）。

討論

本研究的樣本是透過隨機抽樣方法產生出來的，因此，它的代表性是可以信賴的。

本研究數據顯示，超過八成半的受訪者認為現時的公營醫療服務是合格或更好。此數據反映自一九九零年醫院管理局成立以來，它推行的醫療服務改革收到一定的成效，特別是在提升服務素質方面。而醫療改革的成效市民是有目共睹的。吊詭的是，公營醫療服務素質越改善，市民越會傾向多使用公營醫療服務。與私營醫療服務比較，公營醫療服務價廉物美，市民自然會傾向選擇公營醫療服務。這樣無疑增加醫療服務需求，加重公營醫療服務的負擔。

表十：不同社經背景受訪者對增加醫療服務收費的態度（%）

	性別		年齡			教育程度		
	男	女	≤30	31-50	≥51	小學或 以下	中學	大專或 以上
增加公營醫療收費								
不同意	45.1	54.0	54.3	43.1	56.8	61.8	50.2	39.8
同意	54.9	46.0	45.7	56.9	43.2	38.2	49.8	60.2
(N)	(430)	(454)	(219)	(425)	(234)	(152)	(506)	(216)
χ^2	6.917**		14.143***			17.457***		
普通科門診：								
收費								
過低	25.1	25.1	24.9	30.7	16.4	13.1	24.3	36.2
合理	74.1	72.9	73.4	68.2	81.8	85.2	73.9	63.8
過高	0.9	2.0	1.7	1.1	1.8	1.6	1.9	0.0
(N)	(463)	(499)	(229)	(450)	(274)	(183)	(536)	(229)
χ^2	2.187		18.728***			32.624***		
合理收費								
\$40-\$49	12.4	9.8	11.1	10.2	13.3	20.8	6.3	16.0
\$50-\$59	36.3	35.8	35.2	34.3	42.2	29.2	38.1	30.9
\$60-\$69	17.7	24.4	18.5	21.2	26.7	20.8	23.0	21.0
\$70或以上	33.6	30.1	35.2	34.3	17.8	29.2	32.5	32.1
(N)	(113)	(123)	(54)	(137)	(45)	(24)	(126)	(81)
χ^2	1.853		4.964			7.462		
醫院住院一日：								
收費								
過低	35.1	27.0	28.1	39.8	18.9	16.3	29.5	45.3
合理	60.6	67.0	68.4	56.6	72.0	69.7	66.3	53.8
過高	4.4	6.0	3.5	3.6	9.1	14.0	4.2	0.9
(N)	(459)	(482)	(228)	(442)	(264)	(178)	(528)	(225)
χ^2	7.767		42.409***			68.310***		
合理收費								
\$70-\$99	17.1	16.7	16.4	17.5	15.9	32.0	16.1	14.4
\$100-\$129	45.2	33.3	32.8	43.4	34.1	44.0	44.1	34.0
\$130-\$159	15.8	29.4	19.7	18.7	38.6	12.0	22.4	21.6
\$160或以上	21.9	20.6	31.1	20.5	11.4	12.0	17.5	29.9
(N)	(146)	(126)	(61)	(166)	(44)	(25)	(143)	(97)
χ^2	8.142*		13.039*			11.696		

表十：不同社經背景受訪者對增加醫療服務收費的態度（續）

	居所類別		就業狀況			
	公屋	私人樓	在職	失業	退休	學生/ 主婦
增加公營醫療收費						
不同意	56.4	45.7	46.1	67.7	55.5	48.9
同意	43.6	54.3	53.9	32.3	44.5	51.1
(N)	(289)	(580)	(508)	(62)	(128)	(180)
χ^2	8.855**		12.504**			
普通科門診：						
收費						
過低	19.7	28.7	27.8	15.9	17.9	27.3
合理	78.2	70.3	70.8	81.2	81.5	70.6
過高	2.2	1.0	1.3	2.9	0.6	2.1
(N)	(325)	(613)	(528)	(69)	(162)	(194)
χ^2	10.658*		12.569			
合理收費						
\$40-\$49	7.8	12.4	10.6	25.0	10.3	9.6
\$50-\$59	48.4	31.8	33.8	25.0	37.9	42.3
\$60-\$69	21.9	21.2	18.3	25.0	31.0	25.0
\$70或以上	21.9	34.7	37.3	25.0	20.7	23.1
(N)	(64)	(170)	(142)	(12)	(29)	(52)
χ^2	6.885		9.629			
醫院住院一日：						
收費						
過低	25.5	34.4	36.3	29.2	18.2	27.7
合理	66.6	62.1	60.8	64.6	73.0	64.4
過高	8.0	3.5	2.9	6.2	8.8	8.0
(N)	(314)	(607)	(521)	(65)	(159)	(188)
χ^2	14.331***		29.001***			
合理收費						
\$70-\$99	24.3	14.4	14.1	26.3	21.7	21.2
\$100-\$129	29.7	43.6	40.7	36.8	34.8	38.5
\$130-\$159	32.4	17.9	18.6	26.3	39.1	25.0
\$160或以上	13.5	24.1	26.6	10.5	4.3	15.4
(N)	(74)	(195)	(177)	(19)	(23)	(52)
χ^2	13.675**		14.474			

職業類別		每月收入			主觀社會階層		
管理/ 專業	非專業	1萬以下	1-4萬	4萬以上	下層/ 中下層	中層	中上層/ 上層
40.0	48.1	63.8	47.5	36.9	55.2	44.9	23.9
60.0	51.9	36.2	52.5	63.1	44.8	55.1	76.1
(150)	(345)	(116)	(457)	(160)	(500)	(323)	(46)
2.775		19.564***			21.273***		
36.1	24.7	9.0	27.3	38.4	20.4	29.2	48.9
63.3	73.6	88.1	71.9	61.0	77.6	70.2	51.1
0.6	1.7	3.0	0.8	0.6	2.0	0.6	0.0
(158)	(356)	(134)	(491)	(164)	(558)	(339)	(45)
7.543		36.851***			25.763***		
12.5	9.5	16.7	10.6	11.3	12.6	7.1	10.0
37.5	32.1	16.7	36.4	32.3	32.4	42.9	25.0
17.9	17.9	25.0	19.7	22.6	24.3	20.4	20.0
32.1	40.5	41.7	33.3	33.9	30.6	29.6	45.0
(56)	(84)	(12)	(132)	(62)	(111)	(98)	(20)
1.187		2.194			5.584		
45.5	32.8	11.3	33.6	48.4	26.3	34.9	50.0
53.9	63.0	71.0	62.9	50.3	66.1	62.7	50.0
0.6	4.2	17.7	3.5	1.3	7.6	2.4	0.0
(154)	(354)	(124)	(485)	(159)	(543)	(335)	(46)
10.578**		78.099***			25.779***		
12.1	14.8	28.6	17.2	15.3	20.3	12.8	13.6
42.4	39.8	50.0	40.8	37.5	43.6	35.8	31.8
16.7	20.4	7.1	22.3	16.7	19.5	24.8	27.3
28.8	25.0	14.3	19.7	30.6	16.5	26.6	27.3
(66)	(108)	(14)	(157)	(72)	(133)	(109)	(22)
0.802		6.668			7.573		

表十：不同社經背景受訪者對增加醫療服務收費的態度（續）

	性別		年齡			教育程度		
	男	女	≤30	31-50	≥51	小學或以下	中學	大專或以上
急症室：								
被濫用								
不同意	18.8	21.9	17.1	19.5	24.5	32.4	18.1	17.1
同意	81.2	78.1	82.9	80.5	75.5	67.6	81.9	82.9
(N)	(446)	(475)	(216)	(436)	(261)	(170)	(524)	(217)
χ^2	1.326		4.376			18.027***		
收費可減少濫用								
不同意	20.8	14.2	22.0	16.4	14.2	16.0	16.8	19.3
同意	79.2	85.8	78.0	83.6	85.8	84.0	83.2	80.7
(N)	(346)	(352)	(173)	(336)	(183)	(106)	(410)	(171)
χ^2	5.277*		4.073			0.658		
減免經濟有困難及長期病患者的費用								
不同意	8.3	4.8	6.1	6.8	6.3	3.3	8.7	4.0
同意	91.7	95.2	93.9	93.2	93.7	96.7	91.3	96.0
(N)	(460)	(499)	(228)	(454)	(270)	(181)	(543)	(223)
χ^2	4.715*		0.147			9.335**		
合理收費								
\$50 或以下	47.2	44.8	45.5	42.9	51.0	58.5	45.9	35.0
\$51-\$100	34.4	38.8	37.0	36.6	37.0	29.3	36.4	43.2
\$100 以上	18.5	16.5	17.5	20.5	11.9	12.2	17.7	21.8
(N)	(422)	(467)	(211)	(429)	(243)	(164)	(508)	(206)
χ^2	1.954		8.807			20.806***		

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

居所類別		就業狀況			職業類別		
公屋	私人樓	在職	失業	退休	學生/ 主婦	管理/ 專業	非專業
23.2	18.9	20.1	21.5	25.0	17.2	15.8	22.8
76.8	81.1	79.9	78.5	75.0	82.8	84.2	77.2
(311)	(588)	(512)	(65)	(156)	(180)	(152)	(347)
2.291		3.216			3.141		
18.9	16.5	18.5	28.6	13.6	12.6	23.6	15.9
81.1	83.5	81.5	71.4	86.4	87.4	76.4	84.1
(227)	(454)	(389)	(49)	(110)	(143)	(123)	(252)
0.620		8.026*			3.268		
4.6	7.6	7.5	5.7	5.8	5.2	4.3	8.6
95.4	92.4	92.5	94.3	94.2	94.8	95.7	91.4
(326)	(609)	(536)	(70)	(154)	(192)	(162)	(360)
3.034		1.478			3.046		
51.0	42.2	42.8	54.4	52.5	45.2	35.6	45.0
33.8	38.9	38.0	31.6	34.5	37.2	40.9	37.3
15.2	18.9	19.3	14.0	12.9	17.6	23.5	17.8
(290)	(583)	(498)	(57)	(139)	(188)	(149)	(338)
6.228*		7.029			4.277		

解實際的狀況。這方面的資料，對特區政府在制定未來的醫療政策，有實用的參考價值，特別是在制定善用私營醫療服務資源的政策方面，與公營醫療服務互相配合，減低過分依賴公營醫療服務，達至社會資源公平分配的原則。

然而，要減低市民對公營醫療服務的依賴，鼓勵他們善用

本研究另一數據顯示，約四成受訪者和他們的家人在過去一年沒有使用公營醫療服務，有幾個原因可能解釋到他們為甚麼沒有使用公營醫療服務。第一，他們的健康狀況良好，沒有這方面的服務需要。第二，他們需要醫療服務，卻選擇了私營醫療服務。是耶非耶，本研究由於方法上的限制，未能深入瞭

表十：不同社經背景受訪者對增加醫療服務收費的態度（續）

	每月收入			主觀社會階層		
	1 萬以下	1-4 萬	4 萬以上	下層/ 中下層	中層	中上層/ 上層
急症室：						
被濫用						
不同意	28.3	18.7	16.9	22.7	18.8	8.5
同意	71.7	81.3	83.1	77.3	81.2	91.5
(N)	(127)	(477)	(154)	(534)	(325)	(47)
χ^2		7.019*			6.263*	
收費可減少濫用						
不同意	15.3	19.8	15.1	19.7	14.8	14.3
同意	84.7	80.2	84.9	80.3	85.2	85.7
(N)	(85)	(373)	(126)	(385)	(256)	(42)
χ^2		1.983			2.879	
減免經濟有困難及長期病患者的費用						
不同意	7.5	6.8	6.3	5.8	7.6	4.2
同意	92.5	93.2	93.8	94.2	92.4	95.8
(N)	(134)	(497)	(160)	(551)	(341)	(48)
χ^2		0.169			1.580	
合理收費						
\$50 或以下	57.4	45.8	25.0	52.2	38.0	32.6
\$51-\$100	29.6	36.0	52.0	34.4	39.0	43.5
\$100 以上	13.0	18.2	23.0	13.4	23.0	23.9
(N)	(115)	(472)	(148)	(500)	(326)	(46)
χ^2		31.061***			23.744***	

私營醫療服務資源，並不容易，本研究資料顯示，接近六成受訪者肯定公營醫療服務是自己晚年的主要醫療保障。在這價值取向影響下，他們自然期望特區政府繼續承擔責任，滿足他們這方面的需求。

本研究收集得來兩方面的數據，與過去在本地進行的民意

調查有所出入。首先，近八成受訪者認為收費是降低濫用急症室的有效途徑。他們並認為，不超過 100 元的收費是可以接受的。明顯地，這與過去本地一研究結果是有異的（關心您的心，2001）。

第二，本研究結果顯示，過半數受訪者願意通過提高稅收的途徑改善現有的醫療服務。此研究結果與本地另一研究結果（陶黎寶華等，2000）有異，這差異可能是因為研究的時間不同而引致的。另一原因可能與問卷設計不同有關。雖然過半數受訪者願意通過提高稅收的途徑改善醫療服務，但也有約三成受訪者對此持相反意見。因此，我們建議特區政府在融資問題上，一方面可以積極考慮這融資方案，另一方面也要審慎地深入探討它的可行性。譬如甚麼時候提出此方案是最合適？是透過增加直接稅還是間接稅？增加稅收的對象及稅收豁免者等？

強制性醫療供款本身雖然有很多優點，但研究數據顯示，只有二成受訪者支持這計劃。市民對強制性醫療供款有保留，原因可能是對醫療融資問題缺乏認識，亦可能是因為他們未意識到融資問題的急切性。市民沒有「危機感」，實在是自然不過的，原因是他們對現時醫療服務素質沒有強烈的不滿，對未來 20 年社會在醫療服務的需求也缺乏認識。要市民居安思危，談何容易，若然特區政府希望推廣強制性醫療供款計劃，加強市民的「危機感」，無疑是目前首要的工作。此外，政府需要花心思和時間，透過不同的渠道，譬如學校、社區和傳媒等，說服市民，讓他們瞭解此計劃的好處。

本研究結果顯示，受訪者認為特區政府需要負起照顧和經濟援助貧困有病的社會人士的道德責任。此一研究數據與過去本地的研究結果（陶黎寶華等，2000；關心您的心，2001）是一致的。反映出香港市民一般都懷著扶貧之心，並不如傳媒所渲染般功利和自私。同時，香港市民也意識到有效的醫療政策是減低社會排斥的最佳良方之一，這與外國學者提出的意見有相似之處（Percy-Smith, 2000）。

結論

本研究乃一民意調查，從市民的視角瞭解他們對現時醫療服務素質的滿意程度、對未來醫療服務發展的基本價值取向和前瞻，以及對三種不同醫療融資方案的選取，包括提高稅收、強制性醫療供款和增加醫療服務收費。

本研究的最大貢獻是向政策制定者提供了一個有代表性的市民意見調查，讓政策制定者多從受眾的角度瞭解問題，以及找出解決問題的方向。

然而，正如 Brown (1985) 指出，任何社會政策的制定皆需要全面考慮四方面的資料，包括專家意見、政策文件分析、民間聲音和社會政治經濟環境。四者缺其一，皆未如理想。本研究的焦點是以民意為本，這是其優點，在社會政策研究上，不容諱言，它存在著本身的局限性。

無論如何，本研究結果顯示了香港市民的意願及期望，可以為醫療服務的政策制定者提出將來發展可行的方向，特別是在醫療融資方面的發展，透過提高稅收作為有效解決醫療融資問題的具體可行性。雖然如此，鑒於本研究屬一般性的態度研究，特區政府有需要繼續朝著這方向作深入的探討，才可正式制定有關的政策文件。由於市民對強制性醫療供款的支持率很低，特區政府若然要市民改變這方面的態度，則需要在推廣方面下工夫，加強市民對醫療融資問題的認識和提高他們在這方面的「危機感」。

注釋

1. 是次調查由香港中文大學香港亞太研究所電話調查研究室執行。抽樣方法分為兩個步驟。第一步，從最新的香港住宅電話簿（英文版）中隨機抽出 8,000 個電話號碼，為了使未刊載之住宅電話也有機會被選中，將已抽選的電話號碼最後的

兩個數字刪去，再配上由電腦產生的隨機數字，成為是次調查的樣本。第二步，當成功接觸住戶後，再選取其中一名 18 歲或以上家庭成員作為訪問對象。調查於二零零一年十月四日至九日，每晚六時至十時進行。在 8,000 個電話樣本中，有 210 個未試電話，有 5,365 個電話未能成功接觸，包括線路有問題（包括長鳴、傳真機）、非住宅電話及無人接聽等。最後成功接觸住戶的樣本為 2,425 個，當中有 1,094 個拒絕接受訪問，另外有 330 個沒有合適的受訪者（例如外籍人士或沒有成年人在家等），最後成功訪問了 1,001 人。排除沒有合適受訪者的個案，是次調查的成功率為 47.8%。由於香港家庭的電話安裝率高達 99.9%，整個調查樣本應有很高的代表性。

參考書目

- 陶黎寶華、陳章明、陳浩文、張兆球、黎淑玲。2000。《公眾對醫療融資方式的意見：文化及實用性基礎研究報告》。香港：香港城市大學。
- 衛生福利局。2000。《你我齊參與，健康伴我行：醫護改革諮詢文件》。香港：政府印務局。
- 關心您的心。2001。《醫療收費改革調查報告書》。香港：關心您的心。
- Brown, P. (ed.). 1985. *Mental Health Care and Social Policy*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Percy-Smith, J. (ed.). 2000. *Policy Responses to Social Exclusion: Towards Inclusion?* Buckingham: Open University Press.
- The Harvard Team. 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System: Why and For Whom?* Hong Kong: Printing Department.

附錄：加權因子及權數

是次調查的資料在進行分析時，是以政府統計處人口統計組所提供二零零零年年中的年齡及男女比例分佈加權，權數如下：

年齡組別	調查分佈 (%)		2000 年年中人口分佈 (%)		加權因子 (weighting factor)	
	男 (A)	女 (B)	男 (C)	女 (D)	男 (C÷A)	女 (D÷B)
18-20	3.51	4.22	2.63	2.49	0.749	0.590
21-25	5.42	4.82	4.26	4.12	0.786	0.855
26-30	5.12	5.92	4.47	5.37	0.873	0.907
31-35	3.11	6.12	5.14	6.54	1.653	1.069
36-40	6.12	9.94	6.08	7.10	0.993	0.714
41-45	5.72	8.63	5.82	6.25	1.017	0.724
46-50	5.52	4.62	4.82	4.91	0.873	1.063
51-55	3.71	3.21	3.64	3.42	0.981	1.065
56-60	2.51	2.11	2.59	2.25	1.032	1.066
61-65	2.11	2.51	2.51	2.36	1.190	0.940
>65	3.01	2.01	5.99	7.23	1.990	3.597
拒答*	—	—	—	—	1.000	1.000
總計	45.86	54.11	47.95	52.04	—	—

注：* 拒絕透露年齡的受訪者依人口分佈中的性別比例加權。

特區政府醫療政策的評估

香港市民的觀點

摘要

西方文獻顯示，民意調查是社會政策與社會發展研究的一個重要環節。本研究乃一民意調查，是香港中文大學社會科學院於二零零一年資助的四個社會政策研究之一，其餘三個研究包括：教育、房屋和社會福利。

此調查採用電話調查作為其研究方法，調查員以隨機抽樣的方式，成功訪問了 1,001 名市民。調查內容包括三方面的資料：市民對現時醫療服務的評估、他們對醫療服務的價值取向（包括自己的責任、家庭或社會的責任）和不同醫療融資方案的選取。調查結果顯示，超過八成半的受訪者認為，特區政府在醫療服務方面的整體表現是「合格」或「更好」。接近六成的受訪者對於公立普通科門診服務、專科門診服務、急症室服務和住院服務均感到滿意。然而，超過半數受訪者並不滿意現時醫療服務的輪候時間。

雖然大部分受訪者對現況感到滿意，但對於未來並不樂觀。超過半數的受訪者擔心將來的醫療保障。接近六成受訪者認為，公營醫療服務應該是自己晚年主要的醫療保障。打算倚靠自己的，只佔受訪者的一成。另有一成半的受訪者表示倚賴家人照顧。

在三個解決醫療融資問題的方案中（包括提高稅收、強制性醫療供款和增加醫療服務收費），強制性醫療供款的支持率是最低的，只有兩成；其次是增加醫療收費方面，贊成的約佔

四成半；提高稅收解決醫療融資問題的支持率較高，五成半受訪者願意通過提高稅收的途徑改善現有的醫療服務。

剔除四成未用過公營醫療服務的受訪者後，反對增加醫療服務收費的人士明顯多於贊成者。不過，唯一例外的是急症室收費。受訪者認為收費是減少濫用急症室的有效途徑。不過，他們認為合理的收費最好不超過 100 元。

此調查結果顯示，在開源方面，香港市民傾向支持急症室設立收費以及通過增加稅收，以改善醫療服務。有見及此，香港的醫療政策制定者在解決醫療融資問題時值得朝著這兩方面作出深入的探討。

Assessing the Hong Kong SAR Government's Health Care Policy A Survey of Public Opinion

**Joyce Lai-chong Ma, Timothy Ka-ying Wong
Tai-wai Wong, Chack-kie Wong**

Abstract

Studies of public opinion on social policy have been recognized in the West as an integral part of policy planning and development. This study is one of four policy studies conducted by the Faculty of Social Science of our university in 2001: together, the studies examine public perceptions of policies on education, housing, social welfare and health care.

This study employed a telephone survey as its research methodology (N=1,001). The questions covered three areas: the views of the general public toward present health care provision; their value preferences in health care policy (e.g., self-responsibility, family or societal responsibility); and different options for health care financing. The results of the study show that approximately 85% of respondents perceive our health care service as pass or better. About 60% of the respondents were satisfied with services provided by general clinics, specialist clinics, accident and emergency (A&E) departments and in-patient service. However, over 50% of respondents were dissatisfied with the long queues for health care services. Although the majority of the respondents felt satisfied with our health care service, 55.9% of the respondents were worried about the future of medical care. About 58.4% of respondents indicated that they would rely on the public health care service in meeting their health care needs upon retirement; 10.6% of the

respondents would rely on themselves while 15.5% preferred to rely on family members. Among the three options in health care financing (that is, compulsory public insurance, raising taxes and fee increases), compulsory public insurance received the least support (21.6%), followed by an increase in fee charging (44.4%) while an increase in taxation only received modest support (55.0%). On account of the fact that around 40% of the respondents or their families had not utilized public health care service, support for an increase in fees was not high, except in the case of A&E services. Respondents regarded fee charging as an effective means to minimize abuse of A&E services. Nevertheless, they held that the service fee should not be higher than HK\$100.

The results of this study have provided empirical evidence to support a plan to set up a fee-charging system for A&E services, and an increase in taxation as a feasible option for health care financing. In-depth study in these two areas should now be pursued.