

香港地区医疗卫生制度变迁及其启示*

伍凤兰

摘 要 香港地区的医疗卫生制度由早期的慈善机构提供演进到现在比较完善的架构,其公平性与可及性受到赞誉。但医疗卫生总费用的上升、公共医疗的过度使用、医疗架构的分裂隔离等弊端也日益凸现。在一国两制的框架体系下,反思香港一百多年医疗卫生制度的变迁与实践,我们可以从香港医疗卫生服务的政府主导、“管办分离”、基层医疗卫生服务、农村及边远地区医疗卫生服务等方面得到有益启迪。

关键词 制度变迁 公平性 公共医疗 政府主导

中图分类号: R199 文献标识码: A 文章编号: 1003-0743(2007)10-0073-04

Transformation of the Health Care System in Hong Kong and It's Revelation/WU Feng-lan// Chinese Health Economics, 2007, 26(10):73-76

Abstract The health care system in Hong Kong has advanced from the earlier charity-based form to a better and more complete framework nowadays. Its justice and accessibility is gaining a good reputation. However, problems arise such as the increase in total health expenditure, the overuse of the public health, the separation of the medical framework. Under the political system of "one country, two systems", we can gain helpful insights by reviewing the history of Hong Kong's health care system in the past century and by looking into such aspects as government's leading role in health decisions, separation of management and administration, primary medical care services and medical care services in rural areas.

Key words system transformation, justice, public health, government's leading role

Author's address The Center for Social Security Studies of Wuhan University, Wuhan, 430072, China.

香港地区拥有较完善的医疗卫生服务体系和良好的卫生状况,基本上沿袭了英国的全民健康服务制度,政府介入程度高,公正性强。其基本医护政策是所有香港市民不会因为经济贫困而无法获得适当的医疗服务。香港市民的健康指数位居世界前列,2006年,香港人口出生时平均预期寿命男/女为79.5/85.6,婴儿死亡率为1.8‰。2005~2006年度内,香港本地公共卫生开支达316亿港元,年人均公共卫生开支为4533港元^①。

香港地区医疗卫生组织结构由卫生福利及食物环境局、卫生署、医院管理局、中医药管理委员会等组成。2003年SARS疫情发生后又成立了独立于卫生署之外的“卫生防护中心”。香港卫生福利及食物环境局负责医护服务的政策制定和资源分配、监察各项政策的实施,以保障和促进市民的健康。香港卫生署是公众卫生事务监管机构,负责管理公共及港口卫生和基层医疗,通过推行促进健康、预防疾病、医疗以及康复等服务,来保障市民的健康。1990年,根据《医院管理局条例》成立的香港医院管理局是法定非政府部门的公营机构,主要管理香港所有公立医院,通过卫生福利及食物环境局向政府负责。香港立法会于1999年通过《中医药条例》,设立了香港中医药管理委员会。2006年,香港有41间公立医院、47间专科门诊、74间普通科门诊,每千

人约有5.0张床位、1.7名注册医生和5.3名注册护士^②。

1 香港地区医疗卫生制度的演进

香港早期的医疗服务主要由慈善机构提供。1872年在华人领袖支持下兴建的东华医院是香港第一所私人慈善医院。20世纪中以来,政府一直是公立医疗服务的主要提供者。

1964年,香港政府发布了《香港医疗服务发展》白皮书,该白皮书公布了政府的医疗政策,“直接或间接向不能从其他途径获得医疗服务的广大市民提供低廉或免费的医疗及个人健康服务”。1974年,《香港医疗卫生服务的进一步发展》白皮书问世,修订后的医疗政策目标是“保障及促进整体的公众健康,以及确保向香港市民提供医疗及个人健康设施,特别是那些须依赖资助医疗服务的广大市民”。1985年发布顾问报告书《医院提供的医疗服务》,建议当局设立独立管理的医院制度、收回医院服务的成本、增设较高级的病房(乙级病床)等,继而研究成立脱离政府框架和公务员体系的医院管理局,接管公营医疗服务。1989年,临时医院管理局发表报告,提出收回医院服务成本15%至20%的建议。次年,《人人健康展望将来:基层健康服务工作小组报告》出台,重申政府医疗卫生政策,“不应有人因缺乏金钱而不能获得适当的医疗治理”。同年12月,医院管理局成立,成为政府以外的第二个最大的公营机构。1991年,在香港社会福利署的《跨越九十年代香港社会福利白皮书》中,也提出了一些社会福利政策以及医疗政策。1993年,政府发表《促进健康咨询文件》(俗称《彩虹报告》),就增加额外收入来源以资助医院服务的5项方案(百分率资助、目标对象、协调式自愿投保、强制式综合投保和编定治疗次序方法)咨询市民意见,为医疗服务引入了“能者多付”的概念。

* 基金项目:教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“社会保障制度的完善与全面建设小康社会研究”的系列报告之一(项目批准号:03JZD0022)。

武汉大学社会保障研究中心 武汉 430072

深圳大学中国经济特区研究中心 深圳 518060

作者简介:伍凤兰(1972-),女,在读博士,讲师;主要研究方向:卫生经济学;E-mail:wuredred@163.com.

1997年，香港回归祖国，第一任特首董建华在其施政报告中宣布，政府会在1998年全面复检目前的整个医疗体系，并承诺进行全面的医护改革。同年，政府委聘哈佛大学公共卫生学院研究香港现行医疗体制，并提出改革建议。研究于1999年完成，并发表了《香港医疗改革：为何要改？为谁而改？》的分析报告（又称《哈佛报告》），指出香港医疗体制中存在的主要问题，提出医疗融资计划。2000年，卫生福利局局长杨永强医生宣布年底公布医疗改革绿皮书。2001年，医疗融资方案遭遇阻力，政府进行短期检讨，并重整医疗费用架构，研究增加公共医疗服务收费的问题。2003年，公立医院启动调整原收费项目和引入其他医护服务新收费制度。2004年，政府向立法会卫生事务委员会提交1份以《有关医疗融资的研究及在本港推行医疗储蓄计划的可行性》为题的文件，引入个人储蓄计划，要求40~65岁市民，把收入的1%~2%存入个人账户，以支付65岁以后的医疗费，透过医疗储蓄，作为开辟医疗经费来源的主要途径，并建立长期护理保险计划。

2 香港地区医疗卫生制度的弊端

在1997回归之前，香港在医疗卫生方面基本上是沿袭英国的医疗保健福利制度运作，其制度建立在4条原则基础上，即免费提供卫生服务的原则，人们享受卫生服务的权利是一致的、无区别的、不附加任何前提条件的原则，所有人都应该接受同等待遇的卫生服务原则，卫生服务必须是国力所能提供的最好服务原则。这种政府主导的高福利医疗卫生体系，保障市民纳税后平等地享有几乎免费的医疗卫生服务，体现了较高的公平性和可及性，并以优良见称。1990年成立的医院管理局使健康服务的质量和效率在某些方面也有稳步的改进，市民对此满意程度较高。就医疗卫生服务的成本效率而言，香港不仅比欧洲国家高，而且也比具有类似文化底蕴的一些亚洲国家地区如新加坡、台湾等要受到称赞。然而与此同时，香港医疗卫生制度也面临与日俱增的医疗经费支出而导致沉重的公共财政压力，由于缺乏激励机制的约束，不可避免地造成资源的浪费与效率低下等问题。主要有：

2.1 医疗卫生总费用的日益增加

虽然与许多国家相比，香港的医疗卫生总支出不是特别高，2001年，香港医疗卫生总支出占GDP的5.20%，低于美国的14.00%和英国的近7.00%的比例，从表1中特定年份的几个国家和地区的医疗开支也可见一斑。

然而，在20世纪末的十几年中，香港医疗卫生总支出所占GDP的百分比却从1989—1990年的3.80%上升到2001—2002年的5.50%，年增长率至少在4.00%以上，即便

是在GDP年增长率出现负值时也是如此。其绝对值则从1989—1990年度的30 284百万港元增长到2001—2002年度的70 424百万港元（见表2）。哈佛小组在1990年发表的《哈佛报告》中也预测，香港医疗卫生总支出占GDP的百分比会由1996—1997年度的4.60%上升到2016年的5.60%至6.40%。

表2 1989—1990至2001—2002年度香港医疗卫生总开支(按2000年固定价格计算)^[3]

年度	医疗卫生	医疗卫生总开支
	总开支(百万港元)	占GDP的百分比(%)
1989—1990	30 284	3.80
1990—1991	34 224	4.10
1991—1992	38 002	4.30
1992—1993	39 486	4.20
1993—1994	42 705	4.20
1994—1995	45 925	4.30
1995—1996	51 077	4.70
1996—1997	53 962	4.70
1997—1998	55 799	4.70
1998—1999	59 880	5.30
1999—2000	63 019	5.20
2000—2001	67 538	5.20
2001—2002	70 424	5.50

目前，全港670多万人口中约有11.90%为65岁以上的老人，预计到2019年，这个比率将增至15.00%，这个比率到2019年则会增至20.00%。老年人口的增加，必然会导致全社会医疗卫生支出的增加。也就是说，即使保持香港市民的现有医疗服务水准，由于人口老龄化的影响，政府也将不得不不断地增加在医疗卫生方面的投入，因而，政府财政将面临巨大压力。

此外，整个大气环境的日益恶化，疾病谱的变化，高新医疗技术的研发与应用，人们健康护理观念的转换等，都会增加医疗卫生服务的需求，迫使医疗卫生总费用呈上升趋势，给政府财政带来压力，至少在资金上会使财政支出的持续性与可适性受到越来越多的挑战。

2.2 公共医疗的过度使用

香港的医疗卫生体系是公立医院和私营部门并存的。2003—2004年度医疗卫生总支出占GDP的比重为5.40%，公立医院和私营部门所占市场份额分别为52.00%和48.00%。目前，香港95.00%的病床日都是由公立医院提供的，但私营部门在提供门诊服务方面具有优势，占有70.00%的市场份额。

公共医疗服务要求患者自付一定比例的医疗费用，以便有效减少过度使用公共医疗服务的激励因素，过低的自付

率，会导致患者过度依赖公共医疗服务。香港的公立医院是按住院日数缴纳固定数额的收费制度，其住院日租只相当于私家医院的1.80%，与治疗成本、患者病情等都无关。享用公立医院的住院服务相当于参加共付率只有2.00%的保险计划，如此低的共付率必然引起患者治疗方式选择行为的改变，如用住院替代门诊，选择公立医院而非私营部门等。因此，这种制度安排必然会引发市民对公立医疗服务的无节制需求与滥用。

表1 部分国家和地区医疗开支^[2]

国家及地区	总额(百万港元)		按人均计算		占GDP的百分比(%)	
	1986年	1995年	1986年	1995年	1986年	1995年
香港	12 006	54 895	2 183	8 698	3.70	4.80
澳洲	127 957	252 957	7 933	13 902	8.00	8.50
新加坡	5 956	16 094	2 383	5 329	3.30	2.90
台湾	59 948*	101 714	2 963*	5 237	4.6*	5.40
英国	256 325	590 825	4 750	10 375	5.80	6.90
美国	359 020	7 732 920	14 040	28 080	10.40	13.60

*: 1991年。

对公共医疗的过度使用,一方面可以从公、私营医院的市场份额中得到验证,1985年,在按住院日数度量的市场份额中,公立医院为91.27%,而到1996年,则上升为92.69%;私立医院则从8.76%下降到7.31%。另一方面,从医疗卫生总支出来看,在1985年,公共医疗卫生的开支占总医疗卫生开支的37.5%,而到了2003年,则上升到了52.30%^[4],与此同时,私人医疗卫生开支占总医疗卫生开支则呈下降趋势。由此可见,患者逐渐变得依赖公共医疗系统,使得公共部门供不应求,总支出逐年上升。而私营医院则出现资源闲置等浪费和低效状况。

一方面是患者对公立医疗服务的需求增加;另一方面则是公立医院在有限的资源内采用“排筹”方式分配门诊限额。这种分配方式既不能保证得到公共医疗服务的患者是负担不起私家诊所诊金的患者,也不能保证所有负担不起私家诊所诊金的患者能得到及时的治疗。因此,这不仅不符合公平的原则,而且那些得不到及时治疗的小病还可能转化成大病、重病,使得公立住院服务的需求又进一步增加。

2.3 医疗架构的分裂隔离

香港的医疗制度保持了以公立医院为主,实行分工制度,其基础护理和门诊护理程度比较低,偏重专科医疗制度。提供门诊服务的大多数私人医生是按服务收费的独立医生,他们并不扮演“守门人”的角色,没有将病人推荐给更高层次的医疗。病人选择医生时,病人的病历也不会从一个医生转移到另一个医生。这种医疗服务提供者之间缺乏协作的制度,经常导致重叠的、不连贯的医疗服务,不仅对病人

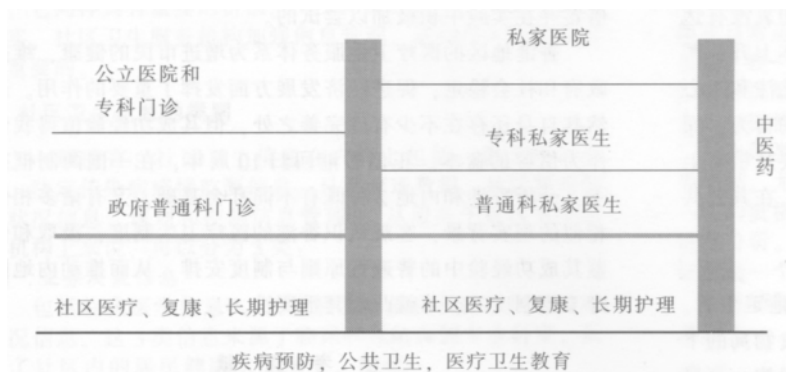


图1 香港医疗制度的分裂隔离

的健康不利,而且增加了许多没有必要的医疗开支。

此外,政府资助不能用来购买私人医疗服务,也没有普遍的医疗保险计划。公共和私人部门没有合作,使得政府对私人部门采取放任自由的政策,并且允许医生和医院收取对大多数患者来说无法支付得起的高昂的费用。由于没有任何费用条例的规制,各个医疗服务提供者的收费可以相差几倍。因而,病人只能根据自己的支付能力选择医疗服务提供者,平等接受医疗服务的权利并不能完全实现。

这种以分工制和医院为基础的分裂隔离的医疗架构,公营和私营医疗机构之间、基层医疗和住院服务之间、急性病治疗和社区医疗之间,均缺乏沟通性和连贯性。不仅影响公平性、增加费用的支出、降低资源的配置效率,也限制了香港处理重大流行病的能力。如在2003年SARS期间,香港以医院为主的体系,看重专门护理和高科技治疗手段,对与

社区范围的流行疾病显得相形见绌,而且公共和私人医疗部门间缺乏合作、不同政府机构间联系不密切,公、私部门之间不能通过有效合作来迅速缓解这种压力。

日本、英国、美国早已意识到,分裂隔离的医疗架构和偏重专科的医疗服务,难以应付社会性的健康问题和慢性病,疾病预防、社区医疗、门诊、住院、康复等相关服务必须连成一体,医疗服务才能既满足其公共产品的特性需要,又提高效益^[5]。

3 香港地区医疗卫生制度的改革

正是因为香港医疗卫生制度存在以上种种弊端,1997年,香港政府委聘哈佛大学公共卫生学院研究香港现行医疗体制,并提出改革建议。该研究于1999年完成,并发表了名为《香港医疗改革——为何要改?为谁而改?》的报告书。报告书对香港医疗制度进行了评估,指出了现行制度具有平等、低成本-高效益等成就,同时也存在服务素质参差不齐、医疗融资制度能否持续、医疗架构分离、缺乏一体化政策等缺点。哈佛小组提出了以下相应的医疗卫生改革建议:(1)哈佛小组的整个医改政策目标是:每名香港市民应获得质素合理和能够负担起的医疗服务,政府通过与市民分担责任的机制,确保市民均可获得这类服务,而有经济能力者则应支付相应的医疗费用。(2)在短期内,政府应从制度上扩大对贫困和低收入市民的基层门诊服务,推动家庭医疗,将基层和第三层、公营和私营服务结合起来。就质素方面而言,则要加强卫生署的职能,加强医生执业的问责性,就各

医院的服务和成效进行比较等。在医疗融资方面,要就新增的公共医疗服务项目增加收费,试行雇主为雇员及家人购买一体化医疗护理服务等。(3)在中期内推行《联合保健》和《护老储蓄》计划。《联合保健》是一份全民强制性保险计划,用以支付住院以及慢性疾病的专科门诊费用,由当局成立的半公营联合保健基金公司推行。由政府、雇主、雇员和病人代表负责监督和管理公司,厘定公营和私营医疗服务提供者各项服务的划一收费,并“替消费者担任明智的医疗服务购买者”。全香港市民均须开设“护老储蓄户口”,由雇主和雇员分别供款雇员薪金的

1.00%,并集中进行投资,以供市民在65岁退休后或不幸残障时购买长期护理保险,用以支付老年护理所需的相关费用。《联合保健》和《护老储蓄》计划的推行,可以避免医疗费用总开支的不合理上涨,控制政府的医疗支出,从而提高医疗的财政稳定性,以适应社会的变迁;改善医疗服务质量,提高效益;病人可自由选择医疗服务提供者,维持并增进平等性。(4)在长期中,哈佛小组建议推行《竞争性一体化医疗护理》,以提供医疗服务及作出医疗融资安排。该计划仍然由联合保健基金公司负责管理,由基金和服务提供者通过洽商制定支付率,雇主和雇员自行供款,政府为贫困人士代付保费。医管局重组为12~18个地区性医疗一体化系统,共同提供预防、基层医疗、门诊、住院及康复护理等医疗服务,这种一体化的医疗服务,不仅可以打破原来服务提供者分裂隔离的局面,而且具备前面所述中期计划的优点^[6]。

4 香港地区医疗卫生制度对大陆的启示

香港地区人口规模和地域面积虽然不大,但其医疗卫生保障模式非常典型,医疗卫生制度所遇到的问题与挑战也具有一定的普遍性。在一国两制的框架体系下,反思香港一百多年医疗卫生制度的实践,我们可以得到以下4点有益启迪,从而更好地服务于正在进行的内地城乡医疗卫生制度的改革。

4.1 政府主导

美国是全球最市场导向的医疗卫生体制,医疗卫生的供给和需求都由市场来决定,政府只负责监管和提供公共卫生服务以及穷人、老人的医疗保险,但美国的医疗卫生费用高达其GDP的15.00%左右。而香港地区采用的模式却是与英国、加拿大类似的政府主导模式,并结合了市场和政府干预两者的优点,使其医疗卫生体系既有政府干预的公平性和成本可控性,又具有市场的高效性和灵敏性。香港的医院主要都是政府的,政府承担了95.00%以上的专科和住院治疗,而普通门诊体系则是完全市场化的,由于门诊市场是充分竞争市场,因而门诊看病很便宜,连药带医平均150港元,从这个角度来看,就意味着门诊可以部分有效地控制医疗费用的上涨。

内地的医疗卫生曾经创造过辉煌的历史,新中国成立之后的医疗卫生发展被全世界公认是一个非常成功的典范,这个成功的奇迹背景就是在政府主导医疗卫生事业。随着经济体制改革的深入,市场机制也被逐步引入到医疗卫生领域,但医疗卫生服务带有强烈的公共品性质,是社会福利的重要组成部分,因而,不仅消除公费医疗弊端的改革初衷没有达到,反而因政府缺位等诸多原因导致医疗消费成本上升、医疗服务质量下降、社会健康水平降低等公众最为关注和担心的问题。可以说,是特定的制度供给产生了特定的行为,而这种特定的行为又必然导致了这种相应的结果。要从根本上改变这种结果,还是要使政府回归到其相应位置,在其公共领域范围内发挥职能。

4.2 “管办分离”

香港地区的医院由医院管理局管理,而非香港卫生署。医院管理局与卫生署同为特别行政区卫生福利及食物局的下属机构,相互平行。前者作为非政府部门的公营机构,直接管理所有公立医院及基层医疗;后者作为政府部门,负责管理公共及港口卫生。时光倒推20年,当时的香港政府与内地政府一样扮演着“管医院”和“办医院”的双重角色,也同样面临着医院管理欠佳、病人满意度低下、医疗资源浪费与不足等诸多问题^[7]。在这种情况下,香港政府委托澳洲顾问公司研究改善公立医院的管理制度,经过3年的公众咨询,出台了《医院管理局条例》,并依此条例于1990年正式成立了独立于政府的医管局。医管局的直接管辖分多个层次,强调明确的权力及问责。

香港设置医院管理局专业管理公立医院的做法,对于整合区域医疗服务资源、提高卫生资源使用效率和统一规范化管理起到了促进作用,所取得的成效非常明显。“管办分离”值得我们借鉴,但能否迅速在全国推广,却不可一蹴而就。“管办分离”是一个系统工程,是一场全方位的改革,需要有一系列相应的政策配套。只有在经济比较发达的地区,政府可以给予一定的财政支持才能率先实现。

4.3 基层医疗卫生服务

基层医疗卫生服务是构成医疗卫生制度核心的、基础性的部分。香港地区的基层医疗卫生服务网由公营医疗卫生服务机构、私营医疗卫生服务机构和非盈利社会医疗卫生服务团体共同组成,拥有一批经过专业训练的社康护士^[8],同时还有完善的医疗护理服务体系的支持,体现了人人平等、以健康教育为先导、重视市民齐参与等特点。我们要借鉴一些有益经验,社区卫生服务设施由政府统一规划和筹建,使社区医疗卫生服务与社区建设同步发展;健全和完善双向转诊制度,利用社区健康服务管理系统,突破小循环界限,形成以市级各级医疗机构与社康站间的双向转诊机制,优化卫生资源配置;鼓励非政府医疗机构参与基层医疗卫生服务,打破公立医疗机构的垄断性,增强竞争机制与制衡。

4.4 农村及边远地区医疗卫生服务

与世界上其他任何国家和地区的状况相似,香港地区的卫生资源也有集中在城市中心地带的倾向。为了使新界、离岛等偏远地区的村民获得良好的医疗卫生服务,卫生署通过流动诊所和飞行医生来开展医疗卫生服务工作,为在这些地方的开业医生提供廉租房等^[9]。目前,处于转型时期的内地农村,计划经济时代的合作医疗体系已基本瓦解,新型农村合作医疗还未普及,农村卫生工作被赋予了前所未有的重视与支持。香港在提高农村和偏远地区医疗卫生服务可及性方面的经验,尤其是其注重发挥政府在服务提供中的主导作用,注重多元化的医疗卫生服务提供方法,制定相关政策吸引医生到这些地方去开业行医等方面,无疑是值得我们认真借鉴并在实践中积极加以尝试的。

香港地区的医疗卫生服务体系为增进市民的健康,维护政府和社会稳定,促进经济发展方面发挥了重要的作用。虽然其自身还存在不少有待完善之处,但其成功经验值得我们作为借鉴的蓝本。正值香港回归10周年,在一国两制框架下,分析香港和内地2种既有不同社会基础,又有诸多相依相似的现实背景,客观认识香港的医疗卫生制度,汲取和借鉴其成功经验中的普遍性原则与制度安排,从而推动内地医疗卫生制度的改革就凸现其重要性。

参 考 文 献

- 1 <http://search.info.gov.hk>.
- 2 世界卫生组织. 2000年世界卫生报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.
- 3 历年香港政府年报.
- 4 阮北平. 香港公共医疗制度存在的问题分析[J]. 问题研究, 2006, 5: 74-78.
- 5 Winnie Yip and William Hsiao, A systemic approach to reform Hong Kong's health care financing: the Harvard proposal, 2004.10.16.
- 6 刘骥嘉, 余倩蕊. “美国哈佛专家小组的建议”与其他医疗融资制度的比较[R], 1999.
- 7 Fons Bertens. Health insurance systems in The Netherlands, this paper is an update of a chapter previously written for a publication of the EU Observatory, 2003: 56-67.
- 8 李晓惠. 香港基层健康服务管理体系简介及借鉴[J]. 中华全科医师杂志, 2005, 3: 86-88.
- 9 杨善发. 香港农村及偏远地区的医疗卫生服务提供及启示[J]. 中国农村卫生事业管理, 2006, 10.

[收稿日期: 2007-07-20] (责任编辑 张红丽)