

報告摘要

長者醫療券試驗計劃(下稱「試驗計劃」)，自二零零九年推行至今已兩年。為評估試驗計劃在加強長者基層醫療服務方面的成效，政府在二零一零年下旬展開中期檢討，以審視試驗計劃的運作安排和醫療券使用情況。政府收集了長者及醫療服務提供者的意見和回應。本報告摘要闡述這次檢討的主要結果、評估試驗計劃能達致我們政策目標的程度，以及就試驗計劃於二零一一年十二月三十一日屆滿後的下一步安排提出建議。

試驗計劃目標

2. 行政長官在《二零零七至零八年施政報告》中公布，政府會在二零零八至零九財政年度推出一項為期三年的試驗計劃，為年滿 70 歲或以上的長者提供每人每年五張每張面值 50 元的醫療券，資助他們使用私營基層醫療服務。試驗計劃於二零零九年一月一日推出，旨在透過為長者提供部分資助，鼓勵他們使用在社區內就近的私營基層醫療服務，作為在現行公營基層醫療服務以外，為長者提供額外選擇，以加強長者的基層醫療服務。試驗計劃亦試行「錢跟病人走」的概念，讓長者在自己所屬的社區選擇最切合他們需要的私營基層醫療服務。

3. 試驗計劃為長者提供部分資助，讓他們於社區選用私營基層醫療服務，預期可有助於長者和醫療服務提供者之間提供良好基層醫療護理的要素，包括：長者與他們的醫療服務提供者之間建立持續的關係、更多提供和使用預防性護理服務，以及促進長者健康。由於參加試驗計劃的醫療服務提供者提供更便捷而且持續的護理，我們預計會有更多長者會選用鄰近社區的私營基層醫療服務，而需要依賴公營醫療服務的長者亦可能會因為公營基層醫療服務的負擔減輕而受惠。

中期檢討的範圍及方法

4. 試驗計劃推展至中段，我們進行了中期檢討。檢討內的數據分析盡量反映截至二零一零年十二月三十一日的情況，當中有些情況例外，我們只能以截至二零一零年十月三十一日止的數據作出分析。

5. 中期檢討的範圍包括試驗計劃的運作安排、試驗計劃的參與情況、醫療券的使用情況，以及與試驗計劃的整體實施和特定範疇有關的意見。具體來說，中期檢討為此進行了下列工作：

- (a) 審視長者使用醫療券及醫療服務提供者參與試驗計劃的情況；
- (b) 收集長者(包括參與及沒有參與試驗計劃的長者)對試驗計劃的意見，包括對計劃的認識、得知計劃的途徑、參與／不參與計劃的原因、希望得到的資助金額、合資格年齡、醫療服務涵蓋範圍、計劃的適用範圍等，以及他們覺得在推出試驗計劃後服務收費和選用醫療服務的習慣和行為改變；以及
- (c) 收集醫療服務提供者(包括已登記及未有登記的醫療服務提供者)對試驗計劃的意見，包括計劃的運作安排、計劃的適用範圍、不參與計劃以及退出計劃的原因。

6. 於是次中期檢討用作分析和研究的數據包括「醫健通」系統資料庫所蒐集的統計數字，以及透過問卷及聚焦小組討論而收集的資料。為此，香港中文大學醫學院公共衛生及基層醫療學院分別進行了意見調查、聚焦小組討論和付費意願研究，以收集長者和醫療服務提供者的意見。

試驗計劃的實施及運作安排

「醫健通」系統

7. 試驗計劃透過「醫健通」系統的電子平台推行。「醫健通」是一個網上系統，讓醫療券計劃及其他資助計劃在這個平台上運作。由於醫療券是通過「醫健通」系統發出和使用，所以政府無須印發紙張形式的醫療券，而長者也不必攜帶醫療券就醫。「醫健通」系統具備下列功能：

- (a) 管理醫療服務提供者及登記的資料；

- (b) 管理醫療券戶口，包括為在試驗計劃下符合資格的長者進行登記，發放醫療券、處理申報及記錄使用情況；
- (c) 管理每月付還醫療券金額；以及
- (d) 編製數據報告，以助策劃和管理試驗計劃的日常運作，從而監察試驗計劃，以及在偵測到醫療券的使用出現異常情況時發出警示訊息，以便跟進和調查。

使用智能身份證閱讀器

8. 為進一步簡化程序和更方便醫療服務提供者，當局在二零一零年年底作出安排，利用智能身份證晶片的「證面資料」功能作登記和核證之用。這為參與試驗計劃的醫療服務提供者提供另一方法，為符合資格申領使用醫療券的長者進行登記，以及登入他們的戶口以申報使用醫療券，無須人手輸入資料，從而確保資料準確無誤。

私隱影響評估及私隱循規評估

9. 當局在試驗計劃推行前和實施期間採取措施以保障個人資料私隱和防止計劃被濫用。德勤會計師事務所於二零零八年七月至十二月期間，就試驗計劃的系統設計及運作程序進行第一期私隱影響評估及私隱循規評估。此舉確保「醫健通」系統設置機制，按照有關保障個人資料私隱的法例及政府指引，保障系統所轉送和儲存的個人資料的安全。第二期「醫健通」系統的私隱影響評估及私隱循規評估亦於二零一零年四月至七月期間進行，以便在二零一零年十月系統開始全面支援香港智能身份證開設「醫健通」戶口和使用醫療券。

保安風險評估及審計

10. 此外，衛生署委聘科聯軟件有限公司先後在二零零八年五月及二零一零年六月，分別為第一期及第二期「醫健通」系統進行保安風險評估。「醫健通」系統現時的保安風險程度令人滿意，並符合政府的資訊科技保安政策及保安規例。

申報醫療券後的查核及審計

11. 截至二零一零年十二月三十一日，當局共處理了 852 721 宗申報交易，涉及 2 136 630 張醫療券。當局向已登記的醫療服務提供者合共付還了大約 1 億 600 萬元的醫療券金額。為了確保用來付還醫療券金額的撥款獲得妥善使用，衛生署設立了機制對申報使用醫療券進行查核及審計。這個機制包括(a)例行查核；(b)監察和調查異常的交易模式，以及(c)就投訴進行調查。截至二零一零年十二月底，當局一共進行了 1 711 次巡查。經查核的醫療券申領個案共有 30 241 宗，佔所申報的交易的 4%，涉及 77%有申報使用醫療券的已登記醫療服務提供者。在申報使用醫療券後進行的查核和審計，顯示錯誤申報的個案有 25 宗，佔經查核的申報個案的 4%。這些申報個案涉及程序或文件記錄上的錯誤。至今共有兩名西醫及一名中醫從試驗計劃中除名。

12. 二零零八年年中，廉政公署防止貪污處曾在試驗計劃推出前，就試驗計劃的管理向衛生署提供防貪意見。另外，審計署於二零零九至一零年度對試驗計劃進行風險審計，以確定試驗計劃的管理和其運作機制在合規性、適當性或財務控制方面是否有潛在風險。衛生署參考了審計署的意見後，對試驗計劃的運作模式作出微調。

有關試驗計劃參與及醫療券使用情況的統計數字

醫療服務提供者：執業地點分布情況

13. 截至二零一零年十二月三十一日，共有 2 736 名醫療服務提供者登記參加試驗計劃，涉及 3 438 個執業地點，當中 39.6%(1 363 個)位於九龍、23.4%(803 個)位於港島、19.8%(681 個)位於新界西、16.0%(549 個)位於新界東，以及 1.2%(42 個)位於離島區。在全港 18 區中以油尖旺區的執業地點數目(549 個)最多。

醫療服務提供者：登記參加試驗計劃及參與率

14. 九類於香港註冊的醫護專業人員可參與試驗計劃，分別是西醫、中醫、牙醫、脊醫、註冊護士和登記護士、物理治療師、職業治療師、放射技師及醫務化驗師。在已登記參加試驗計

劃的醫療服務提供者當中，西醫佔最高比率(52.3%)(1 431 人)，其次是中醫(27.9%)(762 人)及牙醫(8.7%)(239 人)。

15. 已登記的醫療服務提供者大部分為西醫。我們估算，約有 34.1%私人執業西醫參與試驗計劃。西醫的參與比例，與政府推行的其他公私營醫療協作計劃(例如疫苗資助計劃)相若。其他合資格的醫療專業的參與比例則相對較低，牙醫的參與比例為 16.1%，中醫則為 12.5%。

參加試驗計劃及申報使用醫療券的長者

16. 截至二零一零年十二月三十一日，長者共登記開設了 385 657 個「醫健通」戶口(佔合資格長者的 57%)，當中有 300 292 個「醫健通」戶口曾申報使用醫療券(佔合資格長者的 45%)。已登記參加試驗計劃的合資格長者人數由二零零九年年底的 42%增至二零一零年年底的 57%。同期，已登記參加試驗計劃並曾申報使用醫療券的合資格長者人數亦由 29%增至 45%。直至試驗期第二年年底，有 131 801 名長者，即 34%已登記參加試驗計劃的長者(約佔合資格長者的 20%)，已把其當時可領用的醫療券用罄。

作出的申報交易：在醫療專業間的分布情況、醫療券申報模式及使用率

17. 就申報交易在不同醫療專業間的分布情況而言，大部分申報交易(88.1%)(在 852 721 宗中有 751 212 宗)是由西醫作出的。以醫療券使用率計算，中醫排第二位(9.3%)(79 377 宗)，牙醫排第三位(1.9%) (16 396 宗)。以申報的醫療券張數計算，西醫佔最大比率(87.1%)(在 2 136 630 張已使用的醫療券中有 1 861 348 張經西醫申報)，其次為中醫(8.4%)(180 324 張)及牙醫(3.5%)(74 751 張)。

18. 在九個醫療專業中，每宗交易申報使用醫療券的平均張數以牙醫的比率最高(每宗交易 4.56 張)，而最低的則為西醫(每宗交易 2.48 張)及中醫(每宗交易 2.27 張)。至於每宗交易申報醫療券的中位數，牙醫的為 4.75 張，而西醫及中醫的則分別為 2.77 張及 2.43 張。

19. 至於申報交易在求診原因方面的分布情況，申報使用醫療券的交易屬治理急性病症的佔較高比例(69.4%)，屬跟進／監察慢性病症的則佔 21.4%。申報使用醫療券的交易屬使用預防性醫療服務及復康護理的，則分別只佔 6.5%和 2.7%。

20. 就每宗交易使用醫療券的張數而言，最常見的模式是使用兩張醫療券(即 50 元 x2)(40.4%)，其次是使用三張醫療券(即 50 元 x3)(21.8%)，以及使用一張醫療券(即 50 元 x1)(21.1%)。試驗計劃現時並無要求醫療服務提供者提供就醫療服務向長者收取超逾醫療券資助金額的額外費用，所以我們沒有這方面的資料。

21. 「醫健通」系統的統計數字顯示，25%有申報交易的「醫健通」戶口涉及兩名或以上西醫。75%曾申報超過一次交易的長者在過去的求診都是使用醫療券看同一個西醫。換言之，大部分長者使用醫療券求診時均傾向向同一西醫求診。

意見調查及付費意願研究

22. 為搜集長者及醫療服務提供者對試驗計劃的意見，在二零一零年一月至六月期間分別進行了一次意見調查及四次聚焦小組討論。為進一步評估長者對自付私營基層醫療服務費用的意願，以及審視資助金額能否提供誘因令長者改變其求診習慣，更多使用私營基層醫療服務，故在二零一零年六月及七月亦為此進行了一項付費意願研究。這些研究均由香港中文大學醫學院公共衛生及基層醫療學院負責進行。

意見調查

23. 這項調查共訪問了 1 026 名長者，均是從公園、醫院管理局轄下普通科門診診所、衛生署轄下長者健康中心，以及普通科私家醫生診所招募得來。受訪長者包括參加和沒有參加試驗計劃的長者，當中 70%表示知悉這個試驗計劃，35%表示曾經申領醫療券。

使用醫療券的原因

24. 該調查顯示習慣向私家醫生求診的長者，較那些依賴公營醫療系統的長者更為接受和願意登記和使用醫療券。按長者通常所看醫生的類別，作不同子羣組在使用醫療券方面作比較，有 24% 習慣向公共醫生求診的長者曾使用其醫療券，而那些習慣向私家醫生求診的長者，則有 49% 在求診時使用其醫療券。就醫療券使用者和非醫療券使用者這兩個子羣組之間的比較而言，在曾經使用醫療券的長者之中，較多習慣向私家醫生求診(習慣向私家醫生求診的佔 27.5%，習慣同時向私家及公共醫生求診的佔 49.4%，而習慣向公共醫生求診的長者只佔 23.0%)。相反，在未曾使用醫療券的長者之中，則較多習慣向公共醫生求診(習慣向公共醫生求診的佔 43.2%，習慣同時向私家及公共醫生求診的佔 40.2%，而習慣向私家醫生求診的只佔 16.6%)。長者使用醫療券的原因有：善用政府給予的資助(36%)、其次是輪候時間較短(33%)和經朋友、醫生及護士推薦(18%)。

25. 對於認識試驗計劃但從未使用醫療券的長者(328 人)，他們未有使用醫療券的主要原因包括他們常求診的醫護人員沒有參與試驗計劃(24%)、長者習慣向公共醫生求診(24%)、長者身體健康因而無須向醫護人員求診(23%)，以及就近診所的醫護人員沒有參與試驗計劃(22%)。

長者對試驗計劃的認識

26. 約有 71% 的受訪長者知悉這個試驗計劃。電視廣告(58%)是主要的資訊來源，其次是報刊和雜誌(23%)及已參加試驗計劃的醫護人員(20%)。認識試驗計劃的長者中，47% 的受訪者覺得向他們提供的資料非常足夠、足夠或一般。在認為資訊非常不足夠的 31% 長者中，53% 希望得知如何使用醫療券，並有 43% 希望知道可透過那些途徑獲得已登記的醫療服務提供者名單。

計劃範圍：資助金額

27. 在參與調查的 1 026 名長者中，有 17%(35% 為醫療券使用者)認為每年 250 元的資助金額足夠，有 68%(39% 為醫療券使用者)認為每年 250 元的資助金額不足。在認為資助金額不足夠

長者醫療券試驗計劃：中期檢討 - 報告摘要

的長者中，有 36%認為比較合適的資助金額為 300 元至 500 元，有 32%認為比較合適的資助金額為 501 元至 1,000 元。

計劃範圍：合資格年齡

28. 進行調查期間，合共訪問了 233 名年齡介乎 60 至 69 歲的長者。大部分受訪者(74%)認為應下調合資格年齡，其中 70%建議將合資格年齡下調至 65 歲。

計劃範圍：醫療服務的涵蓋範圍

29. 在有回應有關問題的 1 020 名長者中，24%的長者認為服務涵蓋範圍並不足夠。有就擴大醫療服務涵蓋範圍提出建議的長者(173 人)，當中 63%提議加入公立診所，28%提議在參加試驗計劃的醫護專業人員名單中加入視光師。

試驗計劃的推行

30. 為評估長者對試驗計劃的滿意程度，訪問員詢問長者是否認為試驗計劃有用或使用方便。有大約 65%受訪長者(包括醫療券使用者及非醫療券使用者)認為試驗計劃有用。在 359 名曾經使用醫療券的長者之中，79%認為試驗計劃有用。

31. 此外，訪問員亦詢問長者是否認為醫療券使用方便。大約 64%受訪者(包括醫療券使用者及非醫療券使用者)認為醫療券使用方便。在 359 名曾經使用醫療券的長者之中，80%認為醫療券使用方便。

試驗計劃的影響：試驗計劃推行後長者對醫療服務的選擇

32. 在參與調查的 1 026 名長者當中，有三分之一(32%)表示計劃推動他們較以往更多使用私營基層醫療服務。大約 66%長者認為計劃並沒有改變他們使用私營基層醫療服務的求診行為。沒有改變他們求診行為的主要原因包括「習慣向公共醫生求診(26%)」以及「資助金額太少(24%)」。

試驗計劃的影響：試驗計劃開展後醫療服務費用的調整

33. 在調查中，長者被詢問是否覺得在試驗計劃推出後診金普遍上升。當中 45% 不覺得診金有所上升，42% 報稱不知道試驗計劃是否有導致診金上升，而 14% 則覺得診金因為試驗計劃而上升。

付費意願研究

34. 於二零一零年六月至七月期間進行了一項付費意願研究，向 1 164 名 60 歲或以上長者收集了這方面的意見，包括評估長者的付費意願、對資助金額的敏感度，以及其求診習慣。

付費意願和分擔自付費用水平

35. 長者被問到在不同病情下，他們最多願意自付多少費用看私家西醫，以及假如政府資助他們接受私營醫療服務，他們最多願意分擔多少額外自付費用。結果顯示，他們接受私營基層護理服務的付費意願，以及他們分擔自付費用的水平，會因應疾病和服務的種類而有所不同。

36. 長者就一般健康問題及急性病症願意自付費用的平均金額均在現時私營醫療服務的收費幅度內。不過，他們就慢性疾病及預防性護理(例如健康檢查及牙科檢查)願意自付費用的平均金額則低於私營醫療服務的收費幅度。對於慢性疾病(47%)及牙科檢查(54%)，差不多一半受訪者不願意自付費用使用這類私營醫療服務(即願付費用=0 元)。至於健康檢查方面，36% 受訪者不願意自付費用使用這類服務(即願付費用=0 元)。32% 長者願意自付在私營醫療服務收費幅度以內或高於這個幅度的費用，另外 32% 長者只願意自付低於私營醫療服務收費幅度的費用。長者普遍較願意自付治理急性疾病的費用，76% 長者願意自費使用這類服務，當中有 65% 長者願意自付在私營醫療服務收費幅度以內或高於這個幅度的費用，而有 11% 長者只願意自付低於私營醫療服務收費幅度的費用。不願意自付費用使用私營醫療服務的主要原因是「習慣向公共醫生求診」和「私營醫療服務太貴」。

37. 長者亦被問到，如政府就輕微疾病及慢性疾病提供不同資助金額，他們願意為治理這些疾病自付的最高金額。結果顯

示，超過一半長者的分擔自付費用水平並不會為政府提供不同資助金額的醫療券而有所改變。

資助

38. 長者被問到政府最少要提供多少資助金額，才會推動 (i) 他們改變向公共醫生求診的習慣，轉而就不同疾病向私家西醫求診；(ii) 沒有定期接受健康檢查的長者定期在私營界別接受健康檢查；以及 (iii) 在私營界別接受牙科檢查。結果顯示，他們要求的資助金額因應不同疾病及服務類別而有所不同。總括來說，他們就慢性病症、健康檢查及牙科檢查所要求的資助金額較高。換言之，與慢性疾病及預防性護理相比，長者較為願意自付治理急性偶發病症的費用。

總結及建議

39. 試驗計劃的各項具體實施及過去兩年的初期運作安排，透過是次中期檢討，我們得知試驗計劃值得留意之處，同時亦揭示出須多加注意的範疇，令我們對長者和醫療服務提供者在使用醫療券以及提供醫療服務方面的習慣和行為，有深入的了解。中期檢討所得的結果，讓我們獲得依據闡釋從中觀察所得，以及提出優化計劃的建議，以期能達致提升長者健康的目標。檢討結果亦使我們得以找出公私營協作的潛在問題，為其他公私營醫療服務協作計劃的設計提供有用的參考資料。

40. 整體來說，這次檢討顯示試驗計劃雖然可能未達到所有預期目標，但已邁出了第一步，為透過公私營協作提供政府資助的醫療服務，建立有效和具效率的機制。此外，這次中期檢討亦提醒我們，要令長者和醫療服務提供者在求診習慣和提供服務模式方面產生行為改變，均非易事。這次檢討顯示我們需要倍加努力，才能向長者和醫療服務提供者更廣泛推廣和令他們接納良好基層醫療(特別是預防性護理)的基本觀念，以及與醫療服務提供者建立長期醫護關係的概念。這次檢討亦指出試驗計劃的運作安排，包括其支援平台，有需要進一步強化。

與計劃有關的主要觀察

(i) 長者對試驗計劃的認識和參與

41. 中期檢討的結果顯示，在提高長者對基層醫療服務的認識以及給予長者更多醫療護理服務選擇方面，試驗計劃有了良好的開始。大多數長者對試驗計劃有認識(逾 70%)，顯示計劃已逐漸在社區中扎根。這對於貫徹計劃的加強基層醫療服務目標，以及推動其他公私營醫療協作計劃，提供良好的基礎。

42. 長者的參與率(截至二零一零年十二月三十一日有 57% 合資格長者登記參加試驗計劃，45% 合資格長者曾經使用醫療券)，明顯較其他公私營協作計劃為高，顯示試驗計劃能吸引長者的注意。不過，鑑於長者未有使用醫療券的其中一個主要原因，是長者習慣使用公營醫療服務，而這些長者會較少使用私營醫療，因此會有需要多加力度鼓勵長者的參與。

43. 醫護專業人員的參與率(西醫為 34%)與其他公私營協作計劃的相若，而且分布全港，為長者提供很多選擇。不過，鑑於長者未有使用醫療券的其中一個主要原因，是長者常常求診的醫療服務提供者沒有參與醫療券試驗計劃，推廣工作看來有進一步改善的空間，以推動醫療服務提供者(特別是西醫)的參與。

(ii) 長者對試驗計劃的滿意程度

44. 「醫健通」系統是計劃營辦和運作的平台。設計該系統和對該系統進行微調以作改進時，方便及易於使用是兩項指導原則。在收集醫療券使用者及非醫療券使用者對計劃看法的調查中，大多數受訪長者(64%)認為醫療券使用方便，65%認為計劃有用。至於曾經使用醫療券的長者，當中有 80%認為醫療券使用方便，79%認為計劃有用。這顯示計劃的設計方向正確，並為進一步發展公私營醫療協作，和以加強基層醫療為目標的資助計劃，奠下堅實的基礎。

45. 試驗計劃在運作初期遇到各種問題，這些問題大多與電子平台的使用和作出申報的程序有關。通過參與各方的同心協力，問題得以解決，而計劃的運作細節亦得已精簡。這方面的改善亦獲得長者使用者的認同，他們在意見調查中對使用醫療券的

方便程度反應正面，足以證明這點。透過「醫健通」系統以電子方式使用醫療券，有助促進長者人口和醫療服務提供者熟識電子交易。不過，亦有醫療服務提供者認為，「醫健通」系統可因應臨床運作情況再作改善，以進一步提升其方便使用程度。

46. 經過初期階段後，試驗計劃的具體實施，包括申報機制和「醫健通」系統，運作大致暢順和有效率。從使用者要求支援和投訴的數目不多、在處理申報方面達到服務承諾目標的比率甚高，以及對試驗計劃的運作安排和申報模式有效監察，足以印證這點。「醫健通」系統的設立和所作出的改進，不但讓我們可以推行和進一步測試「錢跟病人走」的概念，同時亦令其他公私營協作計劃(例如疫苗注射計劃)受惠，為這些協作計劃提供高效率的平台，用以處理政府為市民使用醫療服務提供金額少而宗數龐大的資助。

47. 試驗計劃亦在社區建立了醫療服務提供者的網絡，他們大多參與為長者和市民大眾提供基層醫療服務。這些服務提供者透過各項公私營協作計劃(包括長者醫療券試驗計劃)參與提供醫療服務，對我們推行基層醫療發展策略和在社區發展基層醫療服務大有幫助，因為全港人口可使用的基層醫療服務大部分由私營界別提供。因此，計劃朝建立公私營協作模式及平台的方向邁進了一大步，這對改變服務使用者及提供者在使用和提供醫護服務方面的行為，是不可或缺的。

(iii) 對醫療護理習慣的影響

48. 概括而言，試驗計劃的首兩年內，並未有對基層醫療服務的使用者和提供者的習慣和行為帶來明顯的改變。試驗計劃到目前為止，並未有明顯改變長者的求診習慣，亦未有增加預防性護理服務的提供和使用。中期檢討顯示，已接受公營醫療服務的長者不願改變其求診習慣、長者慣常求診的醫療服務提供者有否參加試驗計劃，以及長者在預防性護理方面的分擔自付費用意願相對較低等，都是窒礙達致所期望的改變的重要因素。

49. 只約有 6.5%申報使用的醫療券用於預防性護理服務，而有大約 70%用於治療偶發性疾病，這顯示大部分長者在決定醫療開支時，會把預防性護理服務列於較低的優先次序。付費意願研究亦顯示與治療偶發性疾病相比，長者較不願意自付費用接受

預防性護理。這個思維在長者間根深蒂固，不但需要時間，而且還需要政府、醫療服務提供者、傳媒等各方共同努力，才能逐步誘導文化上的改變，使預防性護理獲得更高評價和重視。

50. 由這次檢討可見，即使有醫療券之資助，要改變使用者和提供者的行為仍非易事。這次檢討顯示，習慣向私家醫生求診的長者，較那些習慣使用公營醫療的長者，更為接受和願意登記和使用醫療券。另一方面，對於習慣使用公營醫療系統服務的長者，醫療券提供的資助亦只能起些微推動作用，令他們轉用私營基層醫療服務。即使有醫療券可供使用，大部分長者仍傾向沿用他們慣常的求診模式。

51. 另一方面，這次檢討顯示一個可喜的現象，就是長者傾向使用醫療券向同一個醫療服務提供者求診，尤以西醫為然。這有助建立持續的醫生與病人關係，培養由家庭醫生提供全面護理的觀念。只要有適當的設計和誘因，計劃仍有能力令長者的行為模式出現所期望的改變，這個改變對發展完備整全的基層醫療服務至為重要。不過，計劃對產生這方面轉變的成效，仍需進一步和更深入的監察和分析，以作評估。

(iv) 醫療服務的收費金額和資助

52. 中期檢討顯示，政府的資助、醫療服務的收費金額及長者的自付費用水平，與長者使用醫療服務的選擇有相當大的關係，須要多加研究。從付費意願研究可見，長者普遍較為願意就治療性護理自付費用，而他們普遍願意付出的費用水平，與現時一般私營治療服務的收費水平相若。這亦是醫療券集中用於治療性護理的原因之一。另一方面，長者較不願意為預防性護理和治理慢性疾病付費。這顯示兩個主要指標包括收費金額和資助水平是須予監察。

53. 醫療券試驗計劃旨在為長者提供部分資助，鼓勵長者更好地使用私營基層醫療服務，從而加強長者基層醫療服務和促進長者健康。與此同時，試驗計劃亦鼓勵長者分擔自付費用。我們留意到，在大多數情況下，長者在使用醫療券時亦會自付部分診金，這是長者分擔自付費用的體現。不過，如付費意願研究所顯示，醫療券金額增加，令長者願意分擔更多自付費用(按絕對價值計算)的誘因亦有限。由於長者使用預防性護理的分擔自付

費用意願比使用治療性護理的分擔自付費用意願相對較低，以及醫療券多集中用於治療性護理，因此難以評估提供資助對分擔自付費用的影響。

54. 試驗計劃現時並無要求服務提供者，提供就醫療服務向長者收取超逾醫療券資助金額的額外費用，因此，中期檢討無法確切得悉服務提供者就個別醫療服務向長者收取分擔費用的實際款額，亦無法評估有關款額是否在長者的負擔能力範圍內，又或是否超出長者的付費意願。雖然抽樣調查顯示受訪者覺得服務費用沒有顯著增加，但有小部分但比例不輕的長者確報稱覺得使用醫療券令服務費用增加。不過，由於抽樣人數不多，以及缺乏比較的基準，我們無法就分擔自付費用的水平對影響長者的求診習慣和行為有何影響，以及就提高資助水平能否有助改變求診習慣，得出確切的結論。

55. 以上觀察所得，顯示透過提供較高的醫療券金額增加資助水平時，應當審慎衡量增幅，以便能配合這個試驗計劃的原意，在改變求診習慣方面產生恰當的影響，以及需要推動長者為自己的健康和所使用的醫療服務，分擔適額的自付費用。這樣既可確保公帑用得其所，同時又能切合試驗計劃的目標和恰當回應長者的需要和關注。以上觀察所得亦顯示，我們有必要更深入了解政府資助、服務提供者收費和長者自付費用水平這三方面，對提供和使用基層醫療服務的習慣和行為有何影響，以其作出更佳的評估。

(v) 所涵蓋的醫療服務提供者

56. 視光師現時未納入試驗計劃下的合資格醫療服務提供者。我們留意到有些長者(據意見調查顯示有 28%長者)希望把視光師納入計劃，使他們亦可用醫療券支付視光師所提供的服務。我們知悉，根據《輔助醫療業條例》(第 359 章)於註冊名冊第 I 部分註冊的視光師具資格提供一些有關眼睛及視力的預防性護理服務，例如為白內障及糖尿病人檢查視力。因此，把他們納入計劃內，或有助促使長者更多使用預防性護理服務。

建議

57. 考慮到中期檢討的結果，我們建議當試驗計劃的三年試驗期於二零一一年十二月三十一日完結時，再續行三年試驗期，由二零一二年一月一日至二零一四年十二月三十一日止。我們的政策目標，通過醫療券為長者提供部分資助，使他們可於鄰近社區選用私營基層醫療服務，加強長者的基層醫療服務。延長試驗期，可讓我們進一步測試計劃在推展政策目標方面的成效。

58. 延長計劃的試驗期可配合已公布的《基層醫療發展策略文件》所擬的香港基層醫療整體發展，以及將於二零一一年第二季度推行的基層醫療推廣運動。具體而言，計劃的延長會讓我們有較長的時間評估透過使用醫療券在長者和醫療服務提供者間推廣良好基層醫療的成效，包括長者與其醫療服務提供者建立持續的關係、更多提供和使用預防性醫療服務，以及在長者與其醫療服務提供者間推廣及建立長期醫護關係，促進長者健康。

59. 就以上所述，我們根據中期檢討的結果，建議在延續試驗計劃的同時，一併推行以下措施—

- (a) 在延續三年(由二零一二年一月一日至二零一四年十二月三十一日)的試驗期內，把每年的醫療券金額由 250 元增至 500 元(每張醫療券面值維持每張 50 元，每人每年可得醫療券張數增加至 10 張)。我們留意到長者和社會各界對增加醫療券金額的訴求，而同時了解到增加資助金額對測試醫療券能否起到成效會有幫助。但與此同時，檢討結果亦顯示我們需要小心考慮資助水平對長者的求診模式、醫療服務的收費和長者分擔的自付費用水平，以及對預防性護理的着重所產生的影響。建議把每年的醫療券金額增至 500 元，我們認為是適當而平衡的方案，令公帑用得其所。
- (b) 加強與醫護專業合作推動基層醫療服務，因應基層醫療發展策略下將為長者基層醫療而制訂的參考概覽，向長者和服務提供者進一步推廣預防性護理，以及鼓勵他們使用和提供這方面的服務。除宣傳和教育外，我們會與有興趣及合資格的醫療服務提供者協作，合力推廣一項屬自願性質並以臨床常規為依據的長者健

康檢查計劃，而收費又在長者負擔能力範圍內。70 歲或以上長者將可使用醫療券支付部分或全部費用。有關的健康檢查計劃，將會參考衛生署轄下長者健康中心的現有服務及相關研究資料而制訂。

- (c) 因應試驗期延長三年，容許現行試驗期內(截至二零一一年十二月三十一日)餘下尚未使用的醫療券，可於下一個試驗期內(即二零一二年一月一日至二零一四年十二月三十一日)使用。這項安排可讓試驗計劃和使用醫療券的成效，在延長的試驗期內有更加全面的展現和評估。鑑於醫療券的累積會導致重大的財務負擔，有關安排將屬一次性，而不論醫療券計劃會否繼續推行，所有未使用的醫療券均會在二零一四年十二月三十一日經延長的試驗期屆滿時失效。
- (d) 透過提升「醫健通」系統的收集數據功能，強化試驗計劃運作及醫療券使用情況的監察，主要包括兩方面—
 - (i) 醫療服務的資料提供：我們會就要求參與計劃的醫療服務提供者須為申報醫療券提供更具體的醫療服務資料的事宜探討其可行性。例如要求參與計劃的醫生提供臨床診斷，用以替代現時屬概括性記錄的「求診原因」安排，以便當局更能具體了解和評估為長者所提供的醫療服務；以及
 - (ii) 病人分擔的自付費用：要求參與計劃的醫療服務提供者須輸入長者每次使用醫療券所分擔的自付費用。連同上文第(i)節所述的做法，這可更好地監察個別醫療服務的收費金額及資助水平，以及長者的承擔能力，有助評估醫療券對基層醫療服務的影響。
- (e) 容許根據《輔助醫療業條例》(第 359 章)於註冊名冊第 I 部分註冊的視光師加入本計劃，由下一個試驗期(即二零一二年一月一日)起生效，與其他醫療服務提供者一樣，醫療券只可用於提供醫療服務，不得用以購買器具(例如眼鏡)。

60. 除上文所述外，我們並不建議對試驗計劃的其他規則，在延續的三年試驗期內作出改動。具體而言，我們會繼續－

- (a) 維持現時的合資格年齡，即 70 歲或以上。鑑於醫療券模式在改變求診習慣的成效方面仍未完全確定，我們認為審慎的做法是試驗計劃繼續保留現有的合資格長者組別，並進一步評估計劃對醫療服務使用率及收費的影響。考慮到建議增加醫療券的金額，保留現有的合資格長者組別，將有助把增加政府資助導致私營醫療服務收費上漲的風險減至最少。
- (b) 維持醫療券現行的使用規則，即只可用於私營醫療服務，但不可用於在藥房買藥、購買醫療物品或使用公營醫療服務等。由於這個計劃旨在透過公私營協作加強長者的基層醫療服務，而且有鑑於社會關注到使用公帑會涉及雙重資助，我們認為醫療券只應用於私營服務，而非醫療物品或公營醫療服務。
- (c) 保留現時醫療券在使用上的靈活性，即不限制每次使用醫療服務時可用的醫療券張數，亦不限制使用不同類型醫療服務或向不同服務提供者求診可用的醫療券金額，不限制每張醫療券可用於那類醫療服務或服務提供者。此舉讓我們可以對醫療券模式作出進一步和較全面的評估，以得悉其在加強和鼓勵使用各類私營醫療服務方面的成效。因應在延長的試驗期內醫療券的使用情況及成效，將來試驗計劃的進一步檢討，將會需要考慮就醫療券使用所作出規限能否更有效達致計劃的目標。