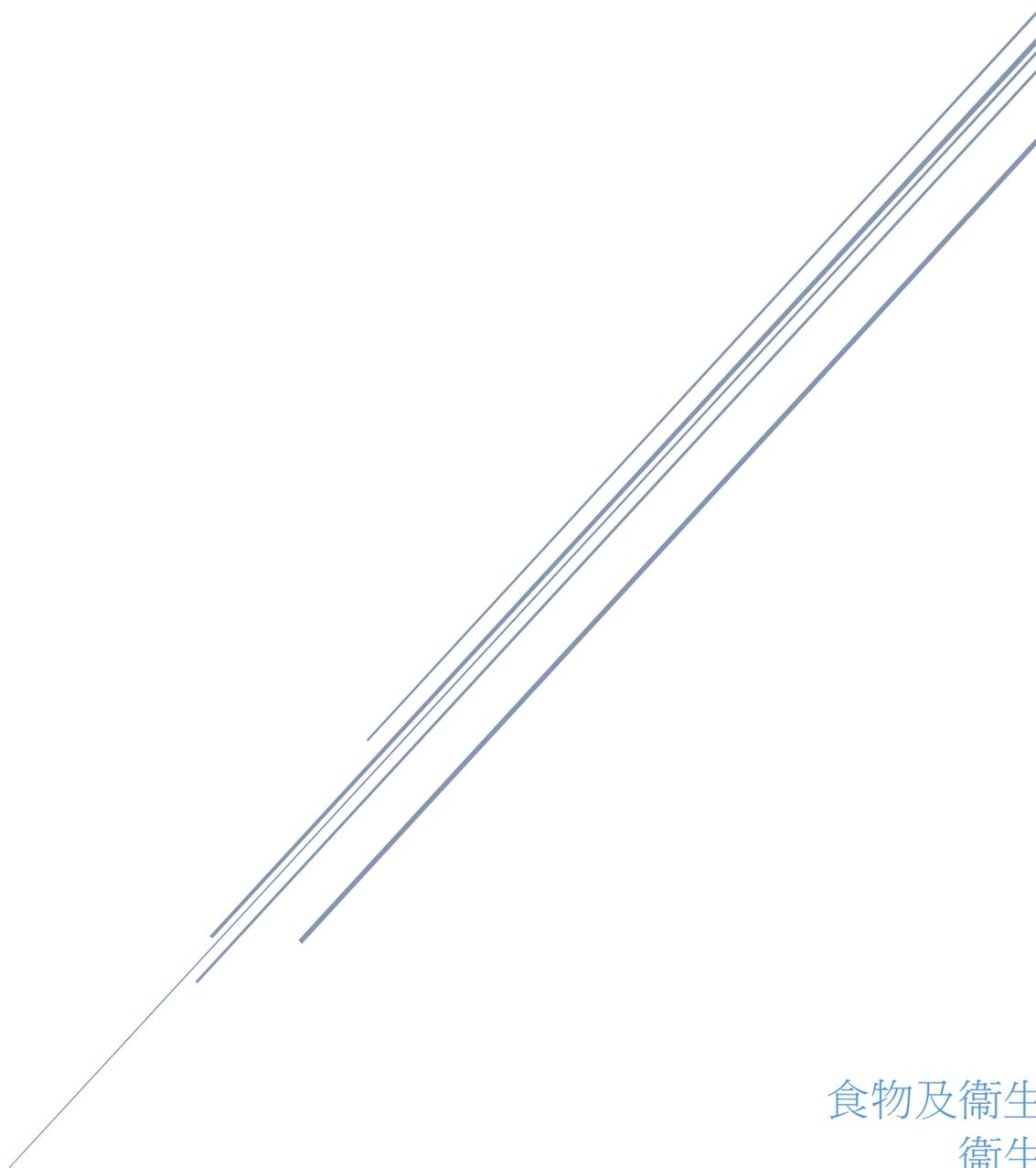


# 長者醫療券計劃檢討報告



食物及衛生局  
衛生署

二零一九年三月

香港特別行政區政府

# 目錄

I.	背景.....	1
II.	檢討的目的、範圍及方法.....	2
III.	主要結果.....	4
	(a) 計劃的參與和使用.....	4
	(i) 醫護專業人員的參與.....	4
	(ii) 長者的參與.....	7
	(b) 對計劃的認識和瞭解.....	9
	(c) 對計劃運作安排的意見.....	11
	(i) 長者的看法.....	11
	(ii) 醫療服務提供者的看法.....	12
	(d) 對計劃涵蓋範圍及設計的意見.....	13
	(e) 對醫療券金額及服務費用的意見.....	14
	(f) 對求診行為的影響.....	16
	(i) 醫療券用於私營基層醫療服務.....	16
	(ii) 醫療券用於預防性護理服務.....	16
	(iii) 醫療券用於治理慢性疾病.....	19
	(iv) 對公營醫療服務的影響.....	19
	(v) 持續性護理.....	21
	(g) 監察工作.....	23
	(i) 風險為本的先付款後查核模式.....	23
	(ii) 監察系統的檢討.....	27
	(iii) 不當使用醫療券.....	28
	(iv) 醫療券使用過度集中.....	28
	(h) 港大深圳醫院試點計劃.....	35
	試點計劃的使用和運作.....	35
IV.	結論及建議.....	36
	(a) 容許在地區康健中心使用醫療券.....	38
	(b) 增強長者作出知情選擇和善用醫療券的能力.....	38
	(c) 加強監察.....	40
	(d) 解決醫療券使用過度集中的情況.....	40
	(e) 將港大深圳醫院試點計劃恆常化.....	40
	(f) 簡化醫療服務提供者的登記程序.....	41
附件	檢討方法摘要.....	42

## I. 背景

長者醫療券計劃(計劃)於二零零九年以試驗形式推出，其後於二零一四年轉為恆常項目，目標是在現行公營基層醫療服務以外，為長者提供額外選擇，從而加強長者基層醫療服務。計劃本着「錢跟病人走」的概念，讓長者選擇最切合自身健康需要的鄰近私營基層醫療服務。透過向長者提供資助，讓他們在所屬社區選擇私營基層醫療服務，政府期望計劃可以推廣優質基層醫療護理的基本概念，例如鼓勵長者更多使用預防性護理服務及建立長者與醫療服務提供者之間的持續關係。雖然減少現時的公營醫療服務並非計劃的目標之一，長者仍可按需要繼續使用服務，但我們預期在推行計劃後，部分長者可更容易從屬意的私營醫療服務提供者獲得醫療服務及持續性護理，從而減少對公營醫療服務的依賴，間接令其他需要公營基層醫療服務的市民受益。

2. 政府於二零一一年就計劃進行了中期檢討，研究試驗計劃的運作和醫療券的使用，以及蒐集長者和醫療服務提供者的意見，從而評估試驗計劃的成效，並為於二零一一年十二月三十一日完結的試驗計劃的未來路向作出建議。整體來說，中期檢討顯示試驗計劃已邁出了第一步，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，中期檢討亦提醒我們，要令長者作出求診習慣方面的行為改變並非易事。中期檢討顯示我們需要加倍努力，才能令良好基層醫療(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更廣泛地推廣，及更廣為長者和醫療服務提供者接受。中期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。

3. 計劃在多年來已落實一系列的優化措施，包括將每年的醫療券金額逐步由最初的 250 元增加至現時的 2,000 元；將醫療券金額的累積上限由最初的 3,000 元增加至現時的 5,000 元；在二零一四年將每張醫療券的面值由 50 元改為 1 元；在二零一五年以試點計劃形式，將計劃擴展至香港大學深圳醫院(港大深圳醫院)；以及在二零一七年把受惠長者的合資格年齡由 70 歲降至 65 歲。

4. 中期檢討已在二零一一年完成，而計劃亦已由二零一四年起恆常化。有見及此，政府認為有需要就計劃進行一次檢討，歸納對計劃運作的經驗、評估其在使用醫療服務上的影響，以及收集各持份者的意見(即長者和醫療服務提供者)，從而就優化計劃作出建議。

## II. 檢討的目的、範圍及方法

5. 是次檢討旨在探討以下議題：

- (a) 計劃是否已達到原訂目標，即為長者在現行公營基層醫療服務以外，提供額外選擇，以加強對長者的基層醫療服務；
- (b) 計劃是否對長者的求診行為有所影響，即預防性護理服務的使用，及私營醫療服務對比公營醫療服務的使用；
- (c) 計劃應如何在目前香港的最新基層醫療服務發展中定位；以及
- (d) 計劃在設計和運作上，有什麼地方需要作出改善。

6. 檢討範圍涵蓋了下列主要範疇：

- (a) 長者對計劃的認知和觀感；
- (b) 長者和醫護專業人員對計劃的意見；
- (c) 醫療券的使用對長者基層醫療服務的影響(例如醫療券使用者的求診行為有否改變、計劃能否鼓勵更多人使用基層醫療系統的預防護理服務等)；
- (d) 醫療券使用的模式；
- (e) 計劃的運作安排，包括監察機制；以及
- (f) 計劃是否已達到原訂目標。

7. 是次檢討於二零一五年至二零一八年期間分階段進行。由於各階段所涵蓋的時間不同，檢討結果或包含不同截算時間的數據。進行檢

討時，衛生署整理和綜合了來自以下來源的資料，並考慮了計劃的運作經驗(有關檢討方法撮要載於附件)：

- (a) 醫健通(資助)系統<sup>1</sup>所蒐集的數據。
- (b) 由香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院進行的下列研究：
  - 二零一零年以 1 026 位 70 歲或以上長者為對象的一項橫截面研究<sup>2</sup>；
  - 二零一六年以 326 位曾參與二零一零年橫截面研究的長者為對象的縱向跟進調查<sup>3</sup>；
  - 二零一六年以 974 位 70 歲或以上的長者為對象的一項橫截面研究<sup>3</sup>；
  - 一項就 33 名有參與及沒有參與計劃的醫療服務提供者及醫療集團行政人員進行的聚焦小組研究及電話訪問<sup>3</sup>；以及
  - 對醫健通(資助)系統及醫院管理局(醫管局)蒐集到的 551 位已參與二零一六年的橫截面研究，並於一九三九年或以前出生(即於二零零九年已年屆 70 歲或以上)長者的關聯行政數據進行的分析<sup>4</sup>。
- (c) 對醫健通(資助)系統透過隨機抽樣蒐集到的 10% (19 000 位) 於二零零九年曾使用醫療券的長者，於二零零九年至二零一七年間使用醫療券支付西醫服務模式的分析。
- (d) 港大深圳醫院就長者使用醫療券情況所擬備的報告<sup>5</sup>。

---

<sup>1</sup> 醫健通(資助)系統於二零零八年設計，為計劃的運作提供電子平台。這系統支援長者及醫療服務提供者參與計劃、處理及發放醫療券申報、記錄醫療券的使用情況，以及製作統計報告等。系統已被優化，並擴展至疫苗資助計劃。

<sup>2</sup> 由香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院於二零一零年進行的一項研究，該研究被衛生署作為二零一零年對計劃中期檢討的參考。

<sup>3</sup> 與衛生署合作進行的研究。

<sup>4</sup> 分析由衛生署進行。

<sup>5</sup> 《香港大學深圳醫院長者醫療券使用情況調查報告》，香港大學深圳醫院，二零一八年十月。

### III. 主要結果

#### (a) 計劃的參與和使用

##### (i) 醫護專業人員的參與

8. 歷年來，參與計劃的醫護專業人員數目不斷增加(圖一)。根據衛生署的統計數據，截至二零一八年年底，共有 7 941 名香港的醫療服務提供者登記參與計劃(已登記醫療服務提供者)，並於 18 725 個執業地點提供服務。圖二顯示於二零一五年至二零一八年已登記參與計劃的醫療服務提供者數目。圖三顯示了在二零一八年醫療服務提供者的醫護專業分佈。

9. 醫療服務提供者的參與率<sup>6</sup>由二零一四年年底<sup>7</sup>的 14%增至二零一七年年底的 20%。截至二零一七年年底，在各醫護專業當中，第 I 部分註冊的視光師的參與率最高(78%)，其次為牙醫(49%)及西醫(45%)(表一)。

---

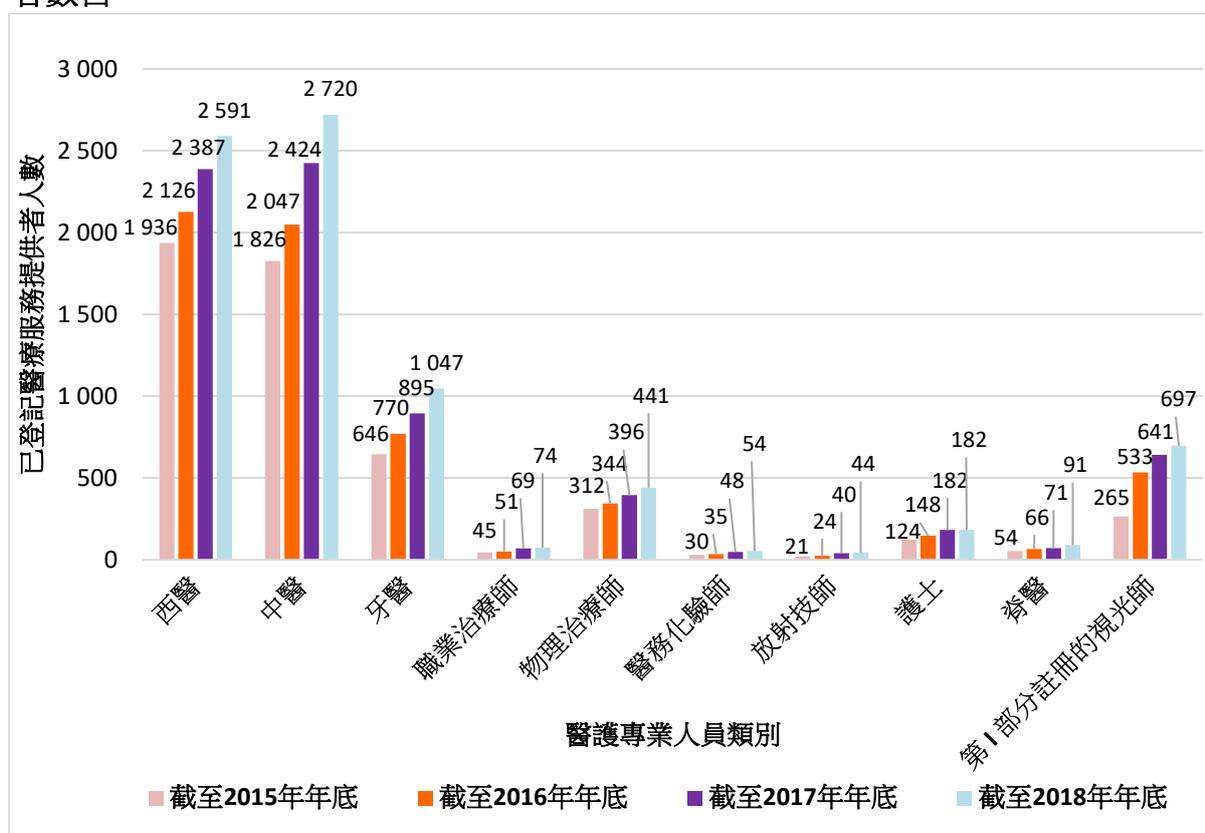
<sup>6</sup> 參與率為已參與計劃的醫療服務提供者佔所有合資格參與計劃的醫療服務提供者的百分比。後者並不包括於公營界別執業或並非從事經濟活動的醫療服務提供者。

<sup>7</sup> 計劃自 2014 年轉為恆常化項目。

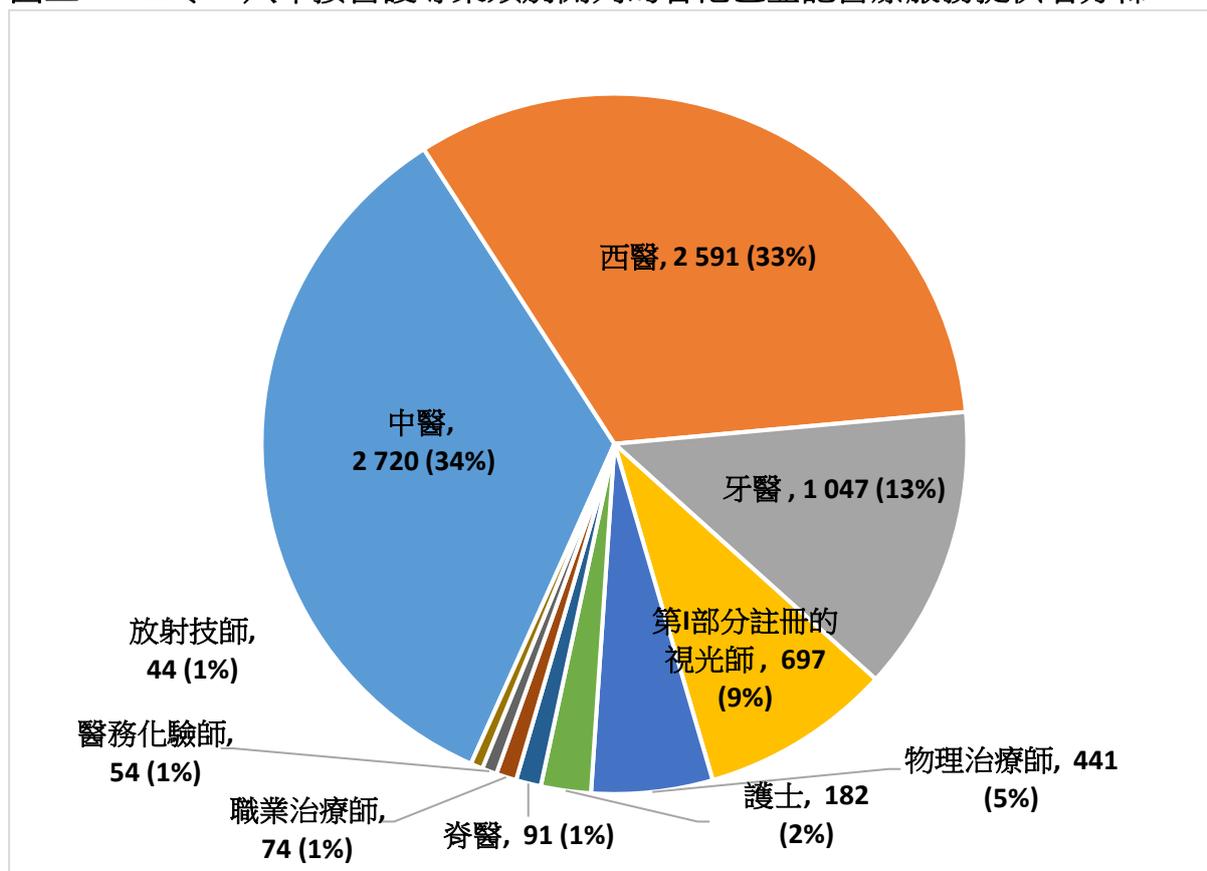
圖一 二零零九至二零一八年香港已登記醫療服務提供者數目



圖二 二零一五至二零一八年按醫護專業類別開列的香港已登記醫療服務提供者數目



圖三 二零一八年按醫護專業類別開列的香港已登記醫療服務提供者分佈



表一 二零一四至二零一七年香港的醫療服務提供者參與率

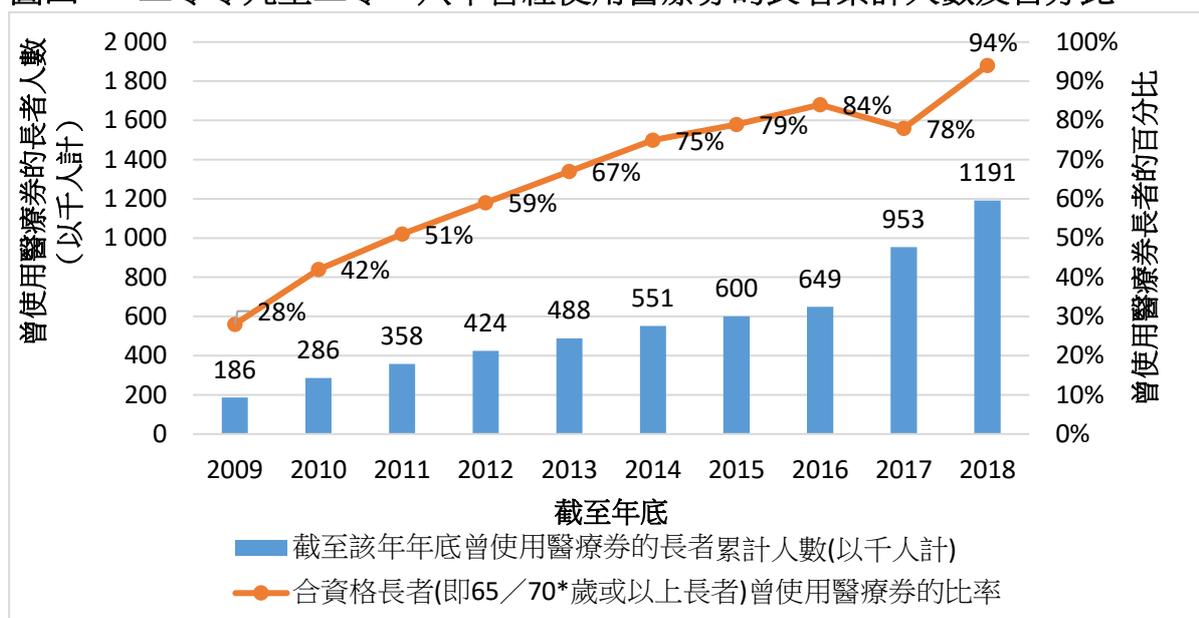
截至年底	醫療服務提供者參與率*			
	2014	2015	2016	2017
西醫	36%	39%	42%	45%
中醫	26%	30%	32%	38%
牙醫	33%	38%	44%	49%
職業治療師	6%	6%	6%	7%
物理治療師	23%	22%	22%	24%
醫務化驗師	3%	3%	3%	5%
放射技師	3%	2%	3%	5%
護士	1%	1%	1%	1%
脊醫	31%	32%	36%	37%
第 I 部分註冊的視光師	25%	34%	67%	78%
總計	14%	16%	17%	20%

\*參與率為已參與計劃的醫療服務提供者佔所有合資格參與計劃的醫療服務提供者的百分比。合資格參與計劃的醫療服務提供者不包括於公營界別執業或並非從事經濟活動的醫療服務提供者，例如：並非在香港執業。

(ii) 長者的參與

10. 曾使用醫療券長者的百分比不斷上升(圖四)，由二零零九年年底的 28% 增至二零一八年年底的 94%。截至二零一八年年底，已有超過 119 萬位長者曾在計劃下使用醫療券。

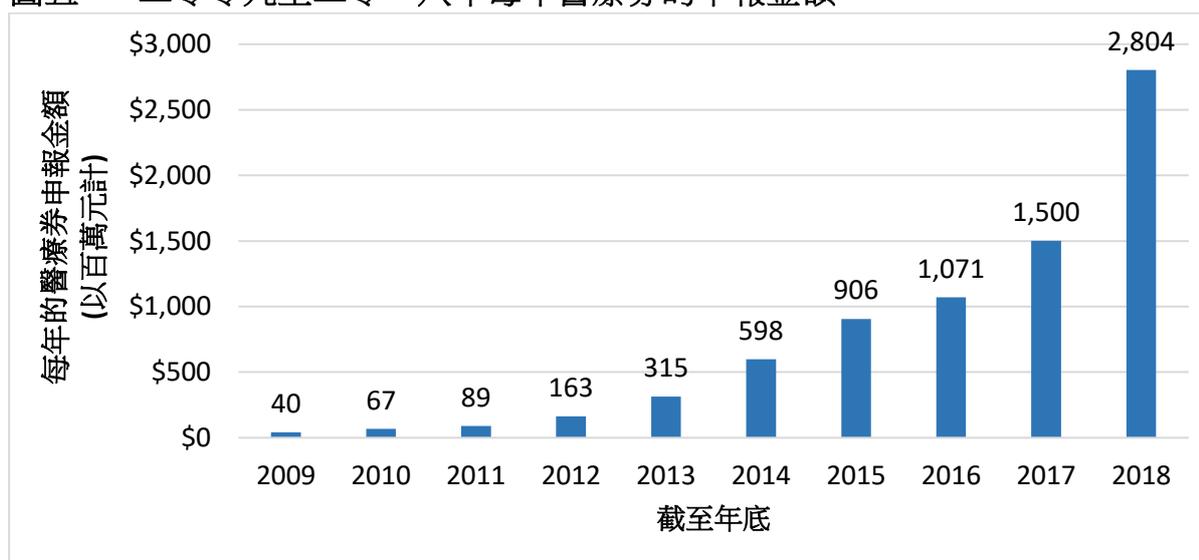
圖四 二零零九至二零一八年曾經使用醫療券的長者累計人數及百分比



註：自2017年7月1日起，長者醫療券計劃的合資格年齡由70歲降低至65歲。  
資料來源：採用了政府統計處的《香港人口推算》的人口數字

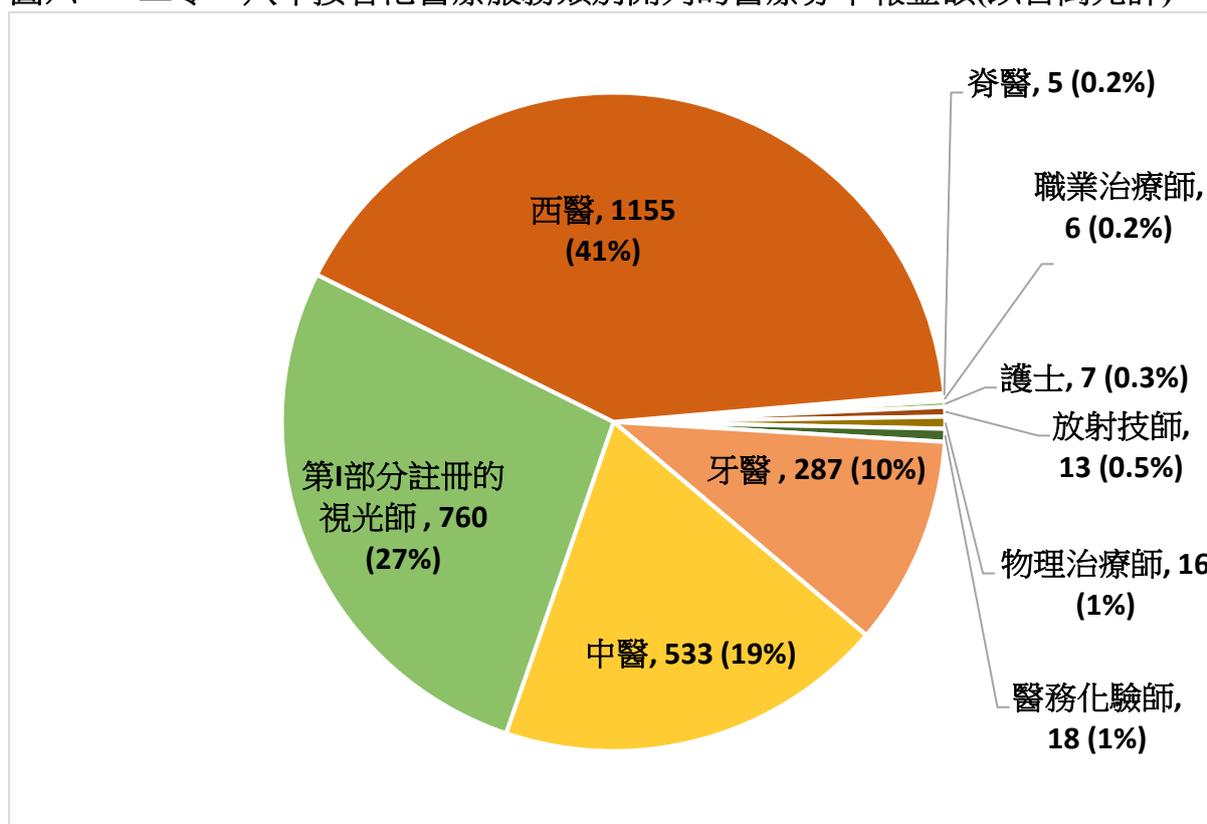
11. 醫療券的年度申報金額在同期亦由 4,000 萬元增至 28 億 400 萬元(圖五)，當中於二零一八年以西醫的總申報金額排名最高(41%)，其次為第 I 部分註冊的視光師(27%)及中醫(19%)(圖六)。

圖五 二零零九至二零一八年每年醫療券的申報金額



註：包括港大深圳醫院的申報金額

圖六 二零一八年按香港醫療服務類別開列的醫療券申報金額(以百萬元計)



12. 上述數字顯示，這些年來，可能由於計劃在各方面所作的優化措施及加強宣傳，參與計劃的醫療服務提供者及長者均有顯著的增長。

### (b) 對計劃的認識和瞭解

13. 於二零一零年及二零一六年進行的橫截面研究顯示，認識計劃的長者的百分比由二零一零年的 71% 上升至二零一六年的 99%。電視廣告仍然是向長者宣傳計劃的最有效途徑，其次是醫護人員的推廣，以及從家人/親戚/朋友處聽到相關資訊(表二)。

表二 得知計劃的途徑

得知計劃的途徑	人數 (%)	
	2010 年橫截面研究 (受訪者人數=725)	2016 年橫截面研究 (受訪者人數=966)
電視廣告	419 (58%)	406 (42%)
醫護人員	144 (20%)	303 (31%)
從家人/親戚/朋友處聽到	71 (10%)	202 (21%)
長者中心	70 (10%)	145 (15%)
報章/雜誌	170 (23%)	113 (12%)
電台廣告	122 (17%)	56 (6%)
宣傳海報/單張	不適用	32 (3%)
互聯網	不適用	3 (0.3%)

註：

1. 受訪者可選多於一個答案。
2. 於二零一零年有6名受訪者沒有作答，於二零一六年則有1名受訪者沒有作答。

14. 儘管多年來計劃推出了不同的優化措施(例如增加每年的醫療券金額和金額的累積上限)，除了對住院服務限制及以試點計劃形式把計劃推展至港大深圳醫院這兩方面外，長者對計劃有非常良好的瞭解(表三)。長者對港大深圳醫院的試點計劃認識不深，可能是因為調查於二零一六年進行時，試點計劃只是剛推行了一段短時間(約一年)。此外，知悉每年醫療券金額的長者百分比由二零一零年的 74% 增加至二零一六年的 81%；而知悉醫療券不可用於住院服務的長者百分比亦由二零一零年的 42% 輕微增加至二零一六年的 44%，然而這個百分比仍然偏低。上述調查結果反映日後的宣傳工作應聚焦於這些方面。同樣地，聚焦小組的討論中顯示，醫療服務提供者非常瞭解計劃，包括每年醫療券金額及每張醫療券的面值。

表三 受訪人對計劃的瞭解

《對計劃的瞭解》問題內容	人數 (%)	
	(受訪者人數=967)	
1. 現時每位長者每年可獲發醫療券的金額	782	(81%)
2. 現時累積金額的上限	718	(74%)
3. 每張醫療券的面值	562	(58%)
4. 如何查詢醫療券結餘	791	(82%)
5. 醫療券不可以用在住院服務	430	(44%)
6. 醫療券不可以沒有經醫護專業人員的診症下純粹用來購買藥材、藥物或醫療器材	695	(72%)
7. 不可以用醫療券購買家人的藥物	835	(86%)
8. 醫療券可以在中國內地使用(在港大深圳醫院)	29	(3%)

註：第4題及第7題均有1名受訪者沒有回答。

15. 總括而言，調查結果顯示政府在加強宣傳及推廣策略後，或許加強了長者對醫療券的整體認識。然而，政府日後仍須多下功夫，繼續就計劃(例如其規則)向長者作出講解。

### (c) 對計劃運作安排的意見

#### (i) 長者的看法

16. 調查顯示，長者對計劃的觀感正面。二零一六年度進行的一項縱向跟進調查發現，長者同意醫療券便於使用的百分比由二零一零年的67%顯著上升至二零一六年的95%。橫截面研究亦顯示，更多長者對於計劃有充足資訊可供閱覽而感到滿意(有關百分比由二零一零年的47%增至二零一六年的76%)。認為有關計劃的資訊不足的長者有16%，其中70%希望取得更多有關已登記醫療服務提供者的資料；28%希望取得更多如何使用醫療券的資料；以及15%希望取得更多有關如何查詢醫療券結餘的資料。

17. 現時，已登記醫療服務提供者從長者的醫療券戶口扣除醫療券後，會向長者發出「醫療券使用記錄」，列明已登記醫療服務提供者的名稱、求診日期、求診前可用的醫療券金額、是次求診所扣除的醫療券金額，以及求診後的醫療券結餘。此外，長者(或透過家人或照顧者的協助)亦可登入計劃的網站([www.hcv.gov.hk](http://www.hcv.gov.hk))或致電 2838 0511 查詢醫療券結餘。

18. 為方便長者使用醫療券，日後的宣傳工作應更聚焦於計劃的實際操作。

19. 調查顯示大部分長者 (82%) 知道查詢醫療券結餘的方法，當中最常用的兩種方法是查閱「醫療券使用記錄」(67%) 以及向應診的醫護專業人員查詢 (47%)，但分別只有 1% 和 3% 長者提及使用電話熱線和計劃的網址進行查詢。因此，在未來應加強推廣如何透過這兩種方法查詢醫療券結餘。另一方面，較低百分比長者提及可使用計劃的網址以查詢醫療券結餘並不令人意外，因為年齡在 65 歲或以上香港長者的互聯網滲透率 (51%) 較 10 歲及以上人士達 89% 的整體使用率為低。然而，前者的百分比已較 5 年前增加了差不多 4 倍<sup>8</sup>。隨著互聯網的使用在長者間不斷普及，開發資訊科技工具及應用軟件，例如病人電子平台作檢視醫療券交易紀錄，可能是適時優化計劃的做法。

#### *(ii) 醫療服務提供者的看法*

20. 參與聚焦小組討論的醫療服務提供者非常瞭解每年醫療券金額的調整(由 250 元上調至 2,000 元)，以及每張醫療券面值的調整(由 50 元下調至 1 元)。他們大多數對政府多年來就計劃所作的改變表示歡迎，並認為可進一步惠及長者，特別是將每張醫療券面值由 50 元下調至 1 元的措施。

---

<sup>8</sup> 《統計數據要點－香港的數碼共融情況》，立法會秘書處資料研究組。  
<https://www.legco.gov.hk/research-publications/english/1718iss26-digital-inclusion-in-hong-kong-20180604-e.pdf> (於二零一九年二月十四日登入)。

21. 在互聯網及系統連接方面，大部分在參與計劃前已配備電腦的醫療服務提供者表示，設立系統的過程頗為容易和暢順，只是在繁忙時間登入系統和輸入資料到計劃的電子平台(即醫健通(資助)系統)時偶爾會遇到小問題。而部分醫療服務提供者亦提及在使用智能身份證閱讀器時曾遇到問題。

22. 有獨自執業的醫療服務提供者認為，計劃的登記程序繁複，相關行政工作亦為他們帶來壓力和不便。由於在醫療集團工作的醫療服務提供者的相關行政工作可交由前台人員處理，這方面對於他們來說問題較小。另外，有一名醫療服務提供者建議統一所有政府公私營協作計劃的登記安排，以方便已參與其他公私營協作計劃，而又有興趣參與計劃的醫療服務提供者進行登記，反之亦然。

23. 至於醫健通(資助)系統應否在已登記醫療服務提供者作出申報時，收集有關病人求診原因的更詳細資料，部份醫療服務提供者擔心相關行政工作一來會對他們構成負擔，而披露太多病人相關資料亦可能會有侵犯病人私隱之嫌。

24. 總括而言，為配合政府提倡廣泛應用資訊及通訊科技，以及推行電子政府措施，計劃的電子平台應再作改良，以減省登記及操作程序。

#### **(d) 對計劃涵蓋範圍及設計的意見**

25. 根據二零一六年的橫截面研究，大部分長者 (72%) 認為計劃所涵蓋的醫療服務範圍足夠。有 17% 的長者則持相反意見，並認為應擴大涵蓋範圍，容許長者以醫療券支付住院及手術費用、在沒有醫護專業人員診症下以醫療券購買醫療物品／器材、以及以醫療券支付公營醫療服務的費用。此外，縱向跟進調查發現，認為計劃涵蓋的醫療服務範圍足夠的長者百分比由二零一零年的 45% 增至二零一六年的 86%。

26. 在進一步改善計劃，以鼓勵長者多使用醫療券作預防性護理或慢性疾病治理用途方面，69% 長者反對預留部分醫療券以支付預防性護理服務的費用，只有 24% 長者表示同意，而其餘 7% 長者則表示不知道。雖然有醫療服務提供者建議預留部分醫療券作例如篩查計劃等的預防性護理服務，但大部份醫療服務提供者都反對更改醫療券的使用條款，和將每年的醫療券金額分拆作身體檢查及治療偶發性疾病等不同用途。有關的醫療服務提供者擔心此舉會令長者感到混亂，令長者使用醫療券來選擇最切合自身需要的醫療服務時受到限制，亦會減低醫療服務提供者參與計劃的意欲，更可能變相鼓勵一些醫療服務提供者為用盡長者餘下的醫療券金額而提供不必要的治療。

27. 上述調查結果顯示，政府一方面希望達到計劃的目的，容許長者彈性使用醫療券，強調病人的選擇權；另一方面又希望利用計劃去推廣預防性護理，中間的平衡點須要小心拿捏。雖然擴大計劃的涵蓋範圍，讓長者以醫療券購買醫療物品和支付手術費用，可令醫療券在使用上更具彈性，亦符合「錢跟病人走」的概念，但容許長者隨意使用醫療券而不指定用途，未必符合計劃推廣預防性護理服務的目標。另一方面，如規定長者須按特定用途使用醫療券(例如預防性護理或治理慢性疾病)，雖有助投放資源以達至計劃的目標，但無可避免會限制長者使用醫療券的自由及靈活性。因此，任何對計劃的設計及涵蓋範圍所作出的改動，都需要小心考慮，並以計劃的長遠規劃及其在未來整體基層醫療發展上的定位為前提，平衡各個選項的利弊。

#### **(e) 對醫療券金額及服務費用的意見**

28. 政府在二零一零年的中期檢討顯示，資助金額和醫療服務的收費是影響長者求診行為的重要因素。事實上，調查結果及醫健通(資助)系統的數據均顯示，醫療券金額增加與醫療券使用量顯著上升有關。

29. 至於目前每年的醫療券金額，大部分參與聚焦小組討論的醫療服務提供者都認為 2,000 元並不足夠，特別是對有需要治理慢性疾病的

長者而言。雖然政府已將每年的醫療券金額從二零零九年的 250 元逐步提高至二零一四年的 2,000 元，但許多服務提供者仍然認為金額不足，並建議進一步增加。亦有人認為公私營醫療服務之間的收費差距太大，以致計劃無法提供誘因令長者長期改變求診行為。在二零一六年度的橫截面研究中，有略少於一半有作回應的長者(44%)認為每年 2,000 元的資助金額合適，有 46% 長者認為不足夠，有 10% 表示「不知道」。略多於半數長者 (55%) 同意 4,000 元的累積金額上限適當，有 35% 的長者則認為太低，另外有 10% 長者表示「不知道」。縱向調查結果顯示，同意資助金額合適的長者百分比由 20% 上升至 98%。

30. 至於服務收費方面，在二零一六年的橫截面研究中，有 50% 的長者並不覺得使用醫療券接受同一醫療服務提供者的同類服務時，所付的服務費用有所增加。這個調查結果與二零一零年中期檢討的結果相若，當中 45% 的長者不覺得診金在計劃推出後有所上升。在二零一六年和二零一零年的調查中，認為費用有所增加的長者的相應數字分別為 26% 和 14%，其餘受訪者(分別為 24% 和 42%) 則表示「不知道」。

31. 另一方面，醫療服務提供者對計劃有否導致服務收費增加，以及是否有機會助長濫用醫療券則意見不一。有人認為醫療券計劃增加了長者對私營醫療服務的需求，有機會導致服務收費增加。對於建議要求已登記醫療服務提供者提高服務收費的透明度，他們亦有不同看法。有人擔心此舉或會導致已登記醫療服務提供者之間掀起減價戰。

32. 根據上述結果，進一步增加資助水平雖甚受長者和醫療服務提供者歡迎，但透過提高醫療券金額和累積金額上限來調整資助水平時應該審慎行事，以實現所預期的長者求診行為改變。長遠而言，政府亦須顧及計劃在財政承擔上的可持續性。此外，亦須加強提醒已登記醫療服務提供者，不論長者是否使用醫療券都應維持服務費用一致性的重要性，以及在提供服務前盡量提升收費的透明度，以避免不必要的誤會和糾紛。

## (f) 對求診行為的影響

### (i) 醫療券用於私營基層醫療服務

33. 二零一零年中期檢討的結果顯示，長者的求診行為自計劃推出後未有明顯改變，箇中原因包括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沒有參加試驗計劃等。然而這次檢討發現，隨著推出時間日久，計劃的接受程度有所提高。透過醫健通(資助)系統蒐集的相關數字顯示，截至二零一八年底，94% 的合資格長者曾使用醫療券，而二零一零年的相關數字只有 42%。

34. 事實上，縱向調查結果顯示，在二零一零年，只有 32% 的長者同意計劃能鼓勵他們使用私營基層醫療服務。，同一群長者於二零一六年再次接受調查時，相關的百分比已翻了一番，增至 66%。那些認為醫療券無助於鼓勵他們使用私營醫療服務的長者，最常引用的三個原因分別是：「只在有需要時才使用醫療券」、「寧願使用公營醫療服務以治療慢性疾病」和「寧願使用公營醫療服務(例如政府和醫管局的服務)」。二零一零年調查結果中「金額太少」的原因已不再是二零一六年調查結果的主因之一。

35. 大部份參與聚焦小組討論的醫療服務提供者亦同意，計劃在短期而言，可鼓勵長者使用私營基層醫療服務，特別是治療性服務。

### (ii) 醫療券用於預防性護理服務

36. 大部份於二零一六年的橫截面研究中表示計劃能鼓勵他們使用更多私營基層醫療服務的長者，均認為計劃能鼓勵他們使用更多處理偶發性疾病的護理服務 (90%)，而 42% 的長者聲稱計劃能鼓勵他們使用更多預防性護理服務。在醫療券申報交易宗數方面，雖然醫健通(資助)系統中由二零零九年至二零一七年所有交易的統計數據顯示，多年來每年就預防性護理服務的醫療券申報比例有所上升，但其在二零一

七年的比例(13%)與處理偶發性疾病服務的比例(54%)相比，仍屬偏低(表四)。

表四 二零零九至二零一七年按主要求診原因開列的申報宗數百分比

年份	按主要求診原因開列的申報宗數百分比			
	預防性護理	治理偶發性 疾病	跟進／監察長 期病況	康復性護理
2009	7%	69%	21%	3%
2010	6%	69%	22%	3%
2011	6%	69%	22%	3%
2012	6%	69%	22%	3%
2013	7%	67%	23%	3%
2014	8%	63%	25%	4%
2015	9%	61%	26%	4%
2016	11%	58%	26%	5%
2017	13%	54%	28%	5%

37. 然而，若考慮到預防性護理服務的性質及其求診模式，情況則較為樂觀。由於「預防性護理服務」(例如接種疫苗、健康檢查和篩檢)和「治理偶發性疾病」，就長者向已登記醫療服務提供者求診的次數而言(以申報醫療券的數目為替代指標)，兩者可能無法直接相比。因此，我們再進一步分析，評估長者每年就各服務類別接受至少一次醫療服務的百分比。通過這樣的比較，我們注意到，多年來接受已登記醫療服務提供者的預防性護理服務的長者每年百分比有溫和增長趨勢，從二零一零年的 9% 增至二零一七年的 36% 左右(表五)，情況與二零一六年的橫截面研究結果相近。該調查結果顯示，有 30% 的長者曾使用醫療券接受預防性護理服務，而其餘 70% 的長者之中，約有一半(54%)表示會考慮使用醫療券接受預防性護理服務。

表五 二零零九至二零一七年按主要求診原因開列的曾經接受服務的長者人數百分比

年份	按主要求診原因劃分，長者曾接受的服務種類的百分比			
	預防性護理	治理偶發性 疾病	跟進／監察長 期病況	康復性護理
2009	10%	71%	25%	4%
2010	9%	74%	26%	4%
2011	10%	74%	26%	4%
2012	11%	77%	27%	4%
2013	14%	78%	30%	6%
2014	21%	80%	35%	8%
2015	26%	79%	38%	10%
2016	31%	75%	38%	11%
2017	36%	67%	36%	12%

註：因每名長者一年內可接受多於一種服務，每年百分比加起來並非100%。

38. 正如二零一零年的中期檢討指出，長者的求診行為或需要時間以作出改變。在二零一零年至二零一七年間，每年使用醫療券接受預防性護理服務的長者百分比有溫和增長趨勢，正好說明了這個循序漸進的過程。由於在二零一六年橫截面研究的受訪長者中，有69%不同意預留部分醫療券於預防性護理服務，因此推廣預防性護理的措施應繼續著重於態度和文化上的改變。希望在政府和醫療服務提供者的共同努力下，這個趨勢可以持續。

### *(iii) 醫療券用於治理慢性疾病*

39. 醫健通(資助)系統的醫療券使用數據顯示，曾經因為跟進／監察長期病況而申報醫療券的長者比率從二零一零年的 26% 輕微增加至二零一七年的 36% 左右(表五)。

40. 另一方面，根據二零一六年橫截面研究，同意計劃能鼓勵他們使用私營醫療服務的長者當中，只有 11% 表示計劃能鼓勵他們較多使用治理慢性病症的服務，而只有不到 10% 表示曾將醫療券用於治理長期病況方面。那些聲稱沒有把醫療券用於治理慢性疾病的長者中，只有 14% 表示會考慮這樣做，餘下的大多數因為傾向使用公營醫療服務而不會考慮。少數長者亦認為醫療券金額太少。參與聚焦小組討論的醫療服務提供者認為計劃無法促使長者多用醫療券來治理慢性疾病，可能是因為長者已習慣接受公營醫療服務去跟進這些疾病，而公私營醫療服務之間的收費差距太大，亦令計劃無法提供誘因去改變長者的求診行為。

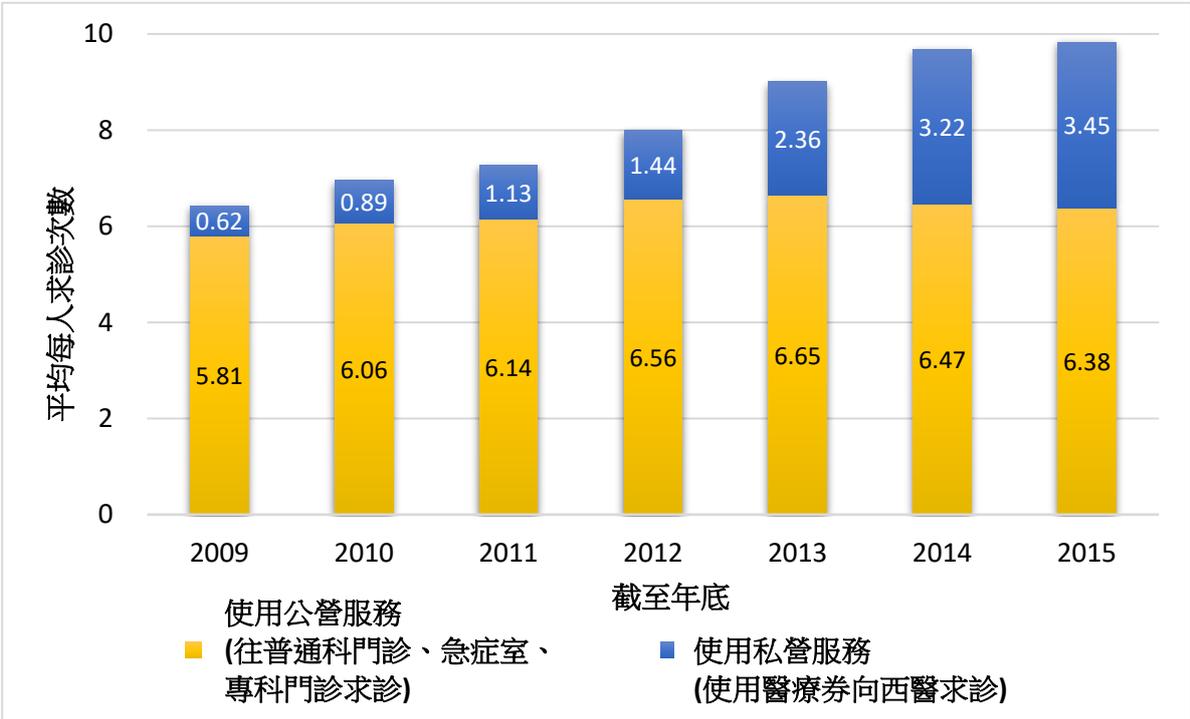
41. 總括而言，使用醫療券於治理和跟進慢性疾病的比率仍然偏低。政府值得在這方面加強教育工作。

### *(iv) 對公營醫療服務的影響*

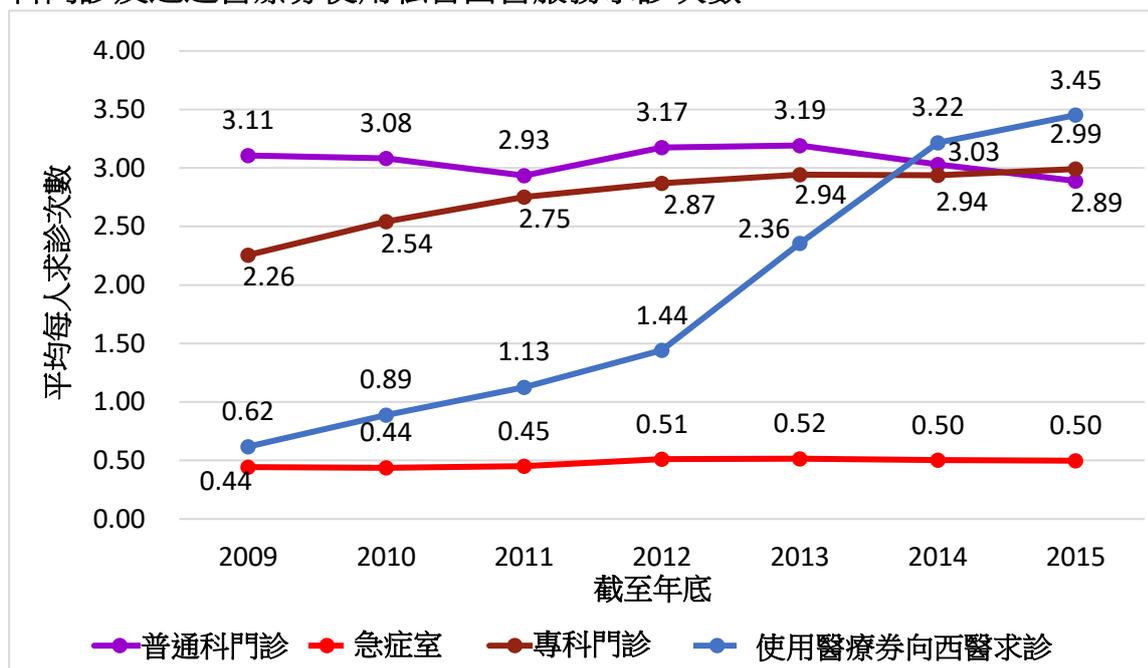
42. 在二零一六年橫截面研究中，受訪長者被問及他們在開始使用醫療券前後，慣常在哪裏使用醫療服務。比較開始使用醫療券前後的情況發現，「慣常同時使用公營和私營醫療服務」的長者百分比在使用醫療券後從 49% 增加至 61% (即同時使用公營和私營醫療服務)。同時，慣常使用公營醫療服務的長者百分比則由 24% 下降至 16%。這個同時使用公營和私營醫療服務的現象，可能與計劃能夠為長者提供公營醫療服務以外的額外醫療選擇有關，而長者亦傾向使用公營醫療服務於某類病症(例如慢性疾病)。另一方面，慣常使用私營醫療服務的長者百分比亦由 22% 輕微下降至 19%。

43. 此外，由二零零九年至二零一五年間，我們曾對 551 位於二零零九年年滿 70 歲或以上的長者，就他們使用醫療服務的模式進行追蹤研究，結果顯示這些年來他們在門診醫療服務的整體使用率均有所增加，而且透過醫療券使用私營醫療服務的增幅，較使用公營醫療服務(包括普通科門診、急症室和專科門診)的增幅更為顯著。事實上，長者對公營醫療服務的使用在二零零九年至二零一三年間緩慢增長之後，似乎已趨於穩定。這表示，儘管使用醫療券對公營醫療服務的使用率未必可以帶來即時影響，但仍然為長者提供除現行公營醫療服務以外的額外支援。不過，這個趨勢會否持續，包括計劃對使用公營醫療服務的長遠影響，仍有待較長時間的觀察，因為較明顯的影響可能只會在計劃於二零一四年恆常化，及每年的醫療券金額增加至 2,000 元後才出現(圖七及圖八)。

圖七 二零零九至二零一五年每名長者平均每年往公私營西醫服務求診次數



圖八 二零零九至二零一五年每名長者平均每年分別往普通科門診、急症室、專科門診及透過醫療券使用私營西醫服務求診次數



(v) 持續性護理

44. 大部分參與聚焦小組討論的醫療服務提供者都認為，計劃對醫生與病人建立長期關係並無作用。為了作更深入的研究，我們透過醫健通(資助)系統隨機抽樣蒐集到 10% (19 000 位)於二零零九年曾使用醫療券的長者，於二零零九年至二零一七年間使用醫療券的模式作出分析。在計劃的首 3 年間(即二零零九年至二零一一年，而每年的醫療券金額只有 250 元)，超過 99% 曾在該年度向西醫求診兩次或以上的醫療券使用者，最多只曾向 2 名不同的西醫求診。這個百分比逐步下降至二零一七年的 86%。而只曾向 1 名西醫求診的醫療券使用者的相應數字分別為 87% (二零零九年) 和 52% (二零一七年) (表六)。

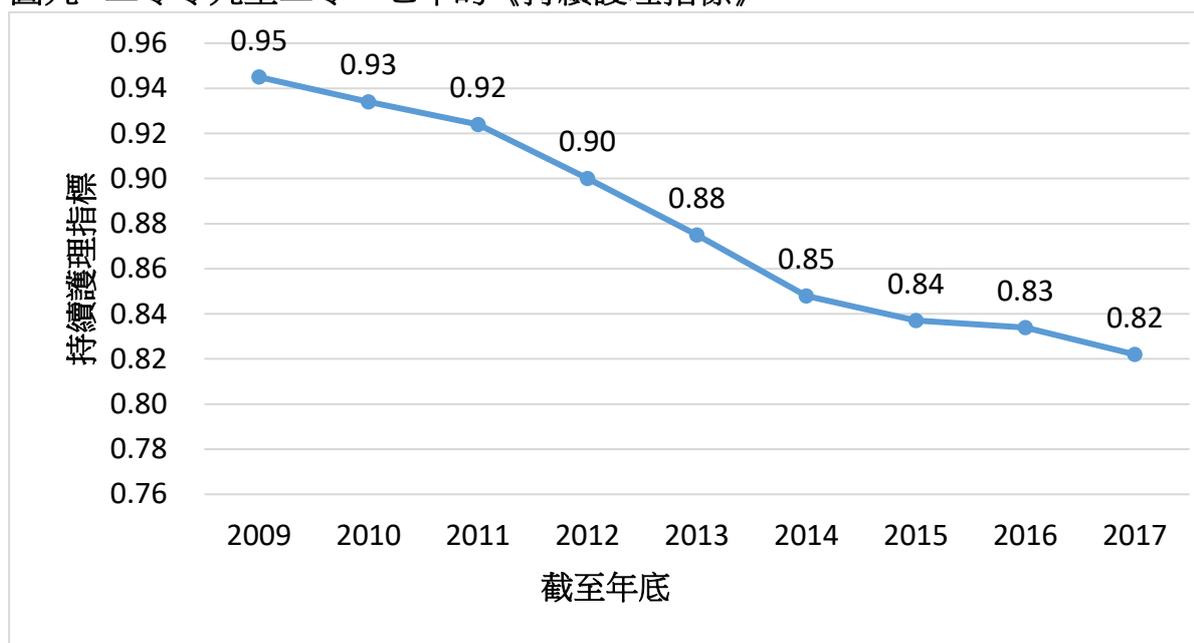
表六 二零零九年至二零一七年長者向不同西醫求診的百分比

年份	長者於同一年度內使用醫療券向西醫求診兩次或以上：				
	向同一名西醫求診	向二名不同西醫求診	向三名不同西醫求診	向四名不同西醫求診	向五名或以上不同西醫求診
2009	87.46%	12.15%	0.39%	0%	0%
2010	84.56%	14.80%	0.64%	0%	0%
2011	82.27%	16.95%	0.76%	0.02%	0%
2012	74.28%	22.64%	2.94%	0.13%	0.01%
2013	65.69%	27.88%	5.70%	0.70%	0.03%
2014	57.72%	31.01%	8.74%	1.95%	0.58%
2015	54.49%	32.36%	10.10%	2.42%	0.63%
2016	53.80%	33.28%	9.88%	2.47%	0.57%
2017	51.59%	34.75%	10.66%	2.42%	0.58%

45. 檢討使用了「持續護理指標」<sup>9</sup>作分析，該指標計算了一般長者從他們一位最常求診的西醫與其餘曾求診的西醫的情況作對比。分析結果顯示，該指標呈持續下降的趨勢，從二零零九年的 0.95 下降至二零一七年的 0.82。以 9 年整體計算，指標為 0.73，即在這 9 年間曾使用醫療券向西醫求診兩次或以上的長者中，平均有 73% 的就診是前往他們最常求診的同一位私家西醫處(圖九)。

<sup>9</sup> Frohlich N, Katz A, De Coster C, Dik N, Soodeen R, Watson D, Bogdanovic B., “Profiling Primary Care Physician Practice in Manitoba Winnipeg”, Manitoba Centre for Health Policy, August 2006. <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/primary.profiling.pdf> (於二零一九年三月一日登入)

圖九 二零零九至二零一七年的《持續護理指標》



46. 上述觀察顯示，雖然「持續護理指標」呈下降趨勢，護理的持續性仍是不俗。導致「持續護理指標」在多年來下降可能有多種原因。可能原因包括：每年的醫療券金額增加，令長者可多向西醫求診<sup>10</sup>；而參與計劃的西醫數目不斷上升，亦增加了長者的選擇，令長者可向不同西醫求診，以切合他們不同的健康護理需要。此外，我們的分析未能掌握由醫療集團提供的持續性護理，因此，此指標可能低估了實際的護理持續性情況。因醫療券金額增加，以致長者經常轉換醫生，亦可能是原因之一。

## (g) 監察工作

### (i) 風險為本的先付款後查核模式

47. 根據二零一八年有關醫療券申報交易的統計數字，已登記醫療服務提供者平均每天作出超過 1 萬 4 千宗醫療券申報<sup>11</sup>。為確

<sup>10</sup> 每位長者平均每年使用醫療券向西醫求診的次數由二零零九年的 1.8 上升至二零一七年的 4.4。

<sup>11</sup> 已登記醫療服務提供者在 2015 年、2016 年及 2017 年平均每天申報的交易宗數分別大約為 7 400 宗、7 600 宗及 9 500 宗。

保發還醫療券金額予已登記醫療服務提供者時能妥善使用公帑，衛生署採取了以風險為本的模式，抽樣查核和審核醫療券申報。

48. 監察機制包括：

- (i) 選取已登記醫療服務提供者的申報進行例行查核；
- (ii) 監察異常的交易模式，以適時作出跟進及調查；及
- (iii) 就接獲的投訴及情報進行調查。

49. 在查核和調查的過程中，衛生署會檢視有關長者所簽署的醫療券使用者使用醫療券同意書及相關資料，例如已登記醫療服務提供者所備存的服務記錄與醫健通(資助)系統內的資料是否相符。衛生署亦會在有需要時聯絡長者，以確認長者是否曾經接受醫療服務。

50. 計劃自二零零九年推行以來至二零一八年年底，衛生署透過上述監察機制查核了 358 105 宗醫療券申報交易(佔交易總數約 2%)，當中發現有 3 954 宗不恰當的申報，佔已查核的申報交易總數約 1%，涉及申報金額約為 196 萬元。如發現不恰當的申報，政府不會發還相關的醫療券款項予該已登記醫療服務提供者；如政府已支付相關的醫療券款項予該已登記醫療服務提供者，政府會向其追討已支付的款項。

51. 如在監察及調查過程中發現任何懷疑涉及詐騙或刑事成分，衛生署會將個案轉介至警方，並協助警方調查。如已登記醫療服務提供者涉及違反專業守則，個案會轉介至相關專業管理局 / 委員會。懷疑涉及嚴重違規或失當的已登記醫療服務提供者，會被取消參與計劃的資格。

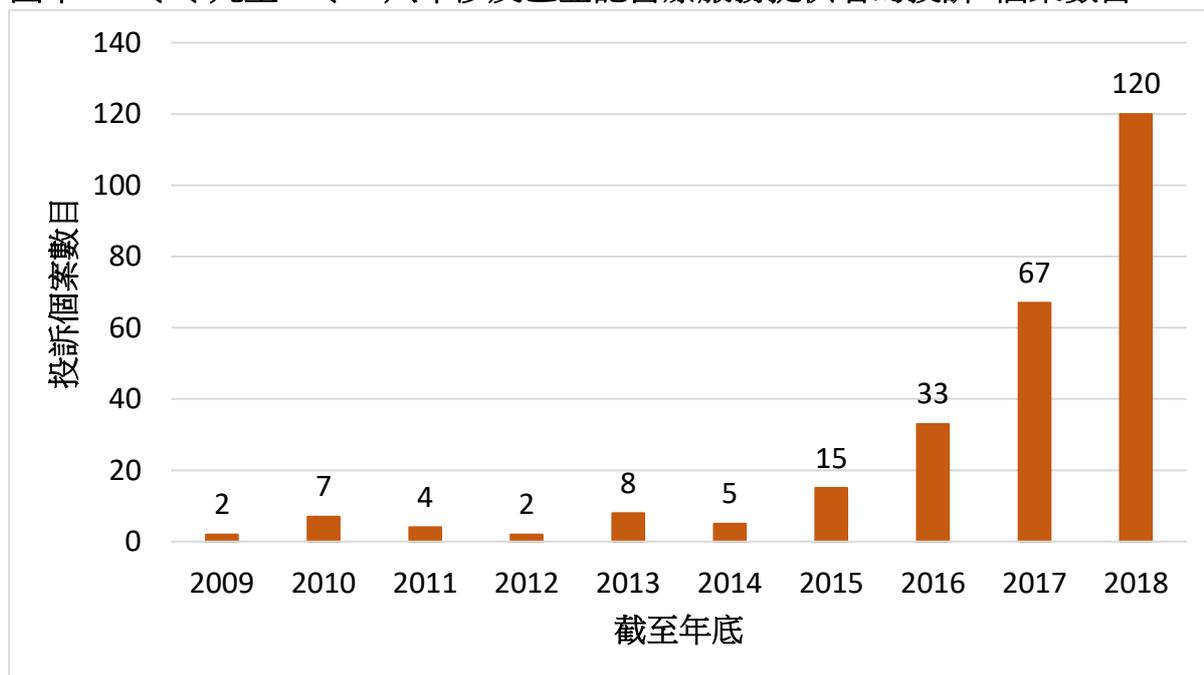
52. 計劃自二零零九年推行以來至二零一八年年底，衛生署取消了 26 名參與計劃的醫療服務提供者的資格(當中包括 11 名西醫、

8 名中醫、4 名視光師、1 名牙醫、1 名醫務化驗師及 1 名註冊護士)，並分別轉介了 54 宗及 10 宗個案至警方及相關專業管理局/委員會跟進。

53. 在 54 宗轉介至警方跟進的個案中，截至二零一八年年底，有 1 名醫療服務提供者因作出虛假的醫療券申報而被檢控並判處監禁；1 名醫療服務提供者因涉及虛假申報疫苗資助計劃的資助而罪成；6 名醫療券使用者家屬因作出虛假的醫療券申報而被定罪；而有 32 宗個案，警方在調查後未有作出任何檢控行動。截至二零一八年年底，警方仍在調查餘下的 14 宗個案。

54. 自二零一五年起，涉及已登記醫療服務提供者的投訴、媒體報道及情報大幅上升(圖十)。為作進一步了解，衛生署審視了在二零一四年(即計劃恆常化開始)至二零一八年間所接獲的 240 宗投訴，發現大部份投訴涉及西醫及中醫，其次為視光師。小部分個案則涉及護士、醫務化驗師、物理治療師及職業治療師(表七)。

圖十 二零零九至二零一八年涉及已登記醫療服務提供者的投訴\*個案數目



\*包括投訴、媒體報道及情報

表七 二零一四至二零一八年按醫護專業人員類別開列涉及已登記醫療服務提供者的投訴\*個案數目

	涉及已登記醫療服務提供者的投訴*個案數目					
	2014	2015	2016	2017	2018	總數
西醫	1	11	18	21	33	84
中醫	3	2	4	16	55	80
牙醫	0	0	5	3	11	19
職業治療師	0	0	0	1	0	1
物理治療師	0	0	0	0	2	2
醫務化驗師	0	0	0	1	2	3
放射技師	0	0	0	0	0	0
護士	0	0	0	3	1	4
脊醫	0	0	0	0	0	0
視光師 (第 I 部分)	1	2	6	22	16	47
<b>總數</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>67</b>	<b>120</b>	<b>240</b>

\*包括投訴、媒體報道及情報

55. 大部分涉及已登記醫療服務提供者的投訴均與不當申報醫療券及服務收費問題有關。有關個案的調查工作困難重重，原因是不少長者未必願意指證有關醫療服務提供者。此外，為方便長者靈活使用醫療券，計劃現時並無限制不同醫護專業界別可為每名長者申報醫療券交易的宗數或金額。

#### *(ii) 監察系統的檢討*

56. 有見懷疑濫用醫療券個案的投訴及媒體報導日漸增加，衛生署於二零一六年就監察機制及相關工作指引進行了檢討，並已推出進一步措施以加強計劃的監察系統。例如按照個案的嚴重程度，衛生署會向違反計劃協議條款及條件的已登記醫療服務提供者採取不同程度的行動，包括發出勸諭信及警告信，以及要求退還有關的醫療券金額。自二零一八年三月起，衛生署亦已優化醫健通(資助)系統偵測異常申報交易模式的功能，以便辨識需要重點調查的個案。此外，衛生署於二零一八年十月在計劃協議中加入新條款，懷疑涉及違規及異常活動的已登記醫療服務提供者在確定調查結果前，將被暫時停止使用其參與計劃的戶口。衛生署會不時向已登記醫療服務提供者頒布新的指示，以應對潛在濫用醫療券的情況。

57. 除了以上措施外，衛生署會定期向已登記醫療服務提供者發放守則，以提醒他們申報醫療券方面的規定，包括不應根據長者是否使用醫療券而訂立不同收費、盡可能提高服務收費的透明度、在提供服務前因應長者要求向他們解釋收費，以及容許長者在考慮已登記服務提供者的醫療人員的解釋後，從不同服務收費的醫護治療／治理方案中作出選擇。

### (iii) 不當使用醫療券

58. 計劃本着「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健康需要的私營基層醫療服務。為方便長者靈活使用醫療券，在醫療券戶口尚有餘額的情況下，長者每次可使用醫療券的金額或可選用的醫護專業界別的服務，均不設限制。然而，從衛生署所接獲的投訴及相關情報所見，部分已登記醫療服務提供者利用此安排游說長者使用醫療券用於他們未必需要的醫療服務和物品，從中獲利。由二零一五年起，衛生署接獲對已登記醫療服務提供者的投訴數字一直上升，由二零一五年 15 宗個案，升至二零一八年 120 宗的新高。衛生署會繼續採取下游措施，嚴加監察和調查不當醫療券申報交易以防止濫用情況(例如暫停向已登記醫療服務提供者發還相關的醫療券款項、追討已支付的款項、發出警告信、取消其參與計劃的資格，以及轉介懷疑詐騙或違反專業操守的個案至有關執法機關或專業管理局／委員會跟進等)。與此同時，採取上游措施以防止濫用醫療券同樣重要，長遠而言亦可能更具成本效益。

### (iv) 醫療券使用過度集中

59. 是次檢討亦考慮了醫療券的使用過度集中於個別醫療服務類別的問題。自二零一四年起，每名合資格長者的醫療券金額增加至每年 2,000 元，醫療券的累積金額上限亦調高至 4,000 元。部份長者可能為避免醫療券累積金額因超出上限而被取消，而使用醫療券於沒有需要的醫療服務或物品上(例如驗配價格昂貴的眼鏡)。衛生署觀察到用於視光服務的醫療券金額急速上升，而且不成比例地高。

60. 衛生署察覺到在二零一五至二零一八年期間，視光服務的醫療券申報交易就以下方面有不尋常的趨勢－

- 視光服務的醫療券申報金額佔計劃總申報金額的百分比由4%上升至27%；而已登記參與計劃的視光師佔所有已登記參與計劃的醫療服務提供者的百分比僅由5%上升至9% (表八及表九的(c)和(f))；
- 視光服務的醫療券申報金額的按年增幅不成比例地高於所有已參與計劃的醫護專業界別(表九(a)和(b))；
- 每宗視光服務的醫療券申報金額中位數在所有醫療服務類別中排名最高，而當中申報金額超過4,000元的比例亦相當高。在計劃下所有申報金額超過4,000元的申報交易中，視光服務佔76%，而其中38%更屬於最高組別，即申報金額介乎4,751元及5,000元之間(圖十一至圖十三)。

表八 二零一七及二零一八年已登記參與計劃的醫護專業人員數目、其醫療券總申報金額以及申報交易宗數

	二零一七年			二零一八年		
	截至年底 參與的醫 護專業人 員人數	醫療券申 報金額(以 千元計)	醫療券申 報交易宗 數	截至年底 參與的醫 護專業人 員人數	醫療券 申報金額 (以千元 計)	醫療券申 報交易宗 數
西醫	2 387 (33%)	774,088 (51.7%)	2 218 938 (63.8%)	2 591 (33%)	1,154,745 (41.2%)	2 917 895 (56.4%)
中醫	2 424 (34%)	256,563 (17.1%)	860 927 (24.7%)	2 720 (34%)	533,136 (19.0%)	1 502 140 (29.0%)
牙醫	895 (12%)	144,331 (9.6%)	168 738 (4.8%)	1 047 (13%)	287,044 (10.3%)	294 950 (5.7%)
職業治療師	69 (1%)	2,506 (0.2%)	2 217 (0.1%)	74 (1%)	5,681 (0.2%)	3 515 (0.1%)
物理治療師	396 (5%)	8,344 (0.6%)	25 076 (0.7%)	441 (5%)	16,452 (0.6%)	40 874 (0.8%)
醫務化驗師	48 (1%)	11,256 (0.7%)	12 044 (0.3%)	54 (1%)	17,808 (0.6%)	18 662 (0.4%)
放射技師	40 (1%)	5,447 (0.4%)	8 935 (0.3%)	44 (1%)	13,400 (0.5%)	16 785 (0.3%)
護士	182 (3%)	5,122 (0.3%)	5 079 (0.1%)	182 (2%)	7,447 (0.3%)	6 523 (0.1%)
脊醫	71 (1%)	2,303 (0.1%)	5 346 (0.2%)	91 (1%)	5,225 (0.2%)	10 743 (0.2%)
視光師 (第 I 部分)	641 (9%)	288,582 (19.3%)	173 279 (5.0%)	697 (9%)	759,750 (27.1%)	359 343 (7.0%)
<b>小計(香港):</b>	<b>7 153 (100%)</b>	<b>1,498,542 (100.0%)</b>	<b>3 480 579 (100.0%)</b>	<b>7 941 (100%)</b>	<b>2,800,688 (100.0%)</b>	<b>5 171 430 (100.0%)</b>
港大深圳醫 院 (以醫院 為單位參與)	-	1,855	6 755	-	3,492	11 418
<b>總計:</b>	<b>7 153</b>	<b>1,500,397</b>	<b>3 487 334</b>	<b>7 941</b>	<b>2,804,180</b>	<b>5 182 848</b>

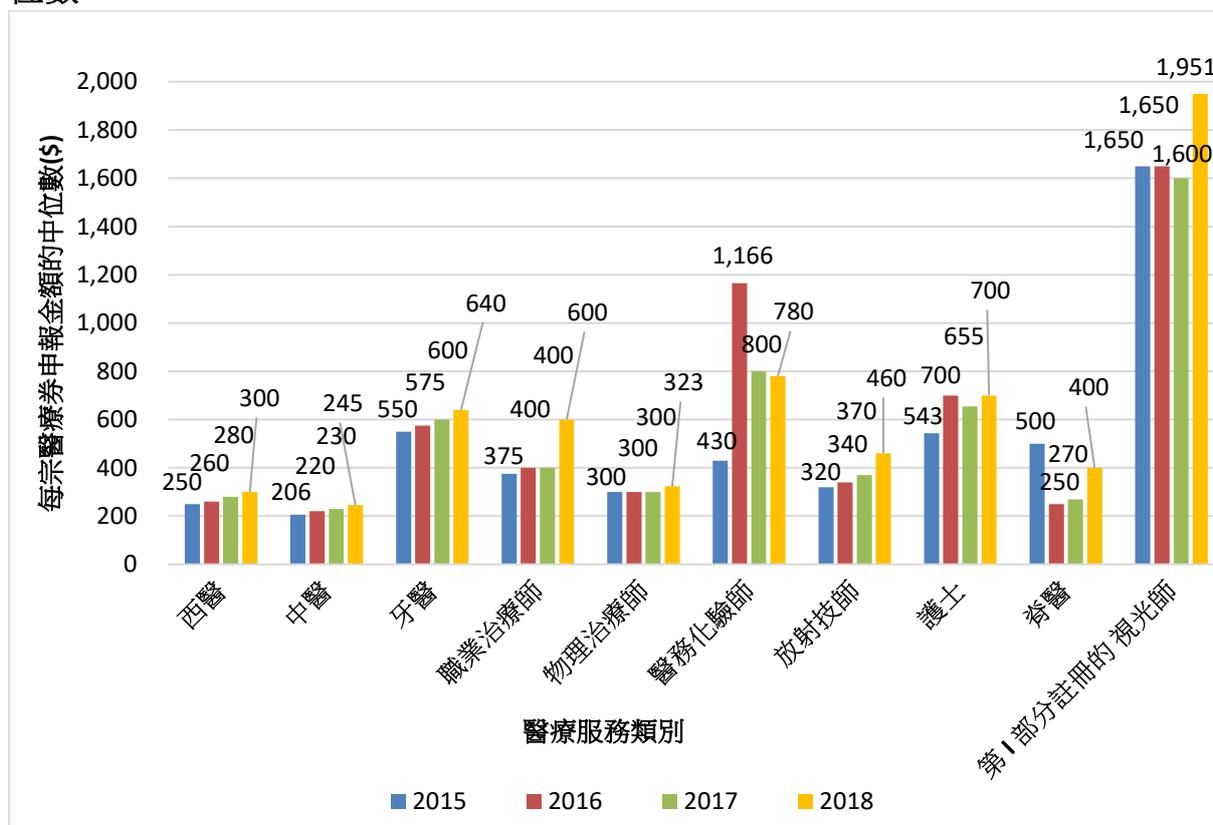
表九 二零一五年至二零一八年視光師(第 I 部分)的醫療券申報金額百分比及已登記參與計劃的視光師(第 I 部分)人數

	2015	2016	2017	2018
(a)所有香港醫護服務類別的醫療券申報總金額 (以千元計)	905,790	1,069,087	1,498,542	2,800,688
按年增幅百分比	-	18%	40%	87%
(b)視光師(第 I 部分)的醫療券申報金額 (以千元計)	37,092	128,399	288,582	759,750
按年增幅百分比	-	246%	125%	163%
(c)視光師(第 I 部分)的醫療券申報金額佔所有香港醫護服務類別的醫療券申報金額的百分比 (= (b)÷(a))	4%	12%	19%	27%
(d)已登記參與計劃的所有香港醫護服務類別的醫護專業人員人數	5 259	6 144	7 153	7 941
(e)已登記參與計劃的視光師(第 I 部分)的人數	265	533	641	697
(f) 已登記參與計劃的視光師(第 I 部分)佔(d) 已登記參與計劃的所有香港醫護服務類別的醫護專業人員的百分比(= (e)÷(d))	5%	9%	9%	9%

註:

在二零一八年六月八日，每名合資格長者獲發屬一次性質的額外 1,000 元醫療券金額，而醫療券的累積金額上限亦提高至 5,000 元，並成為恆常措施。

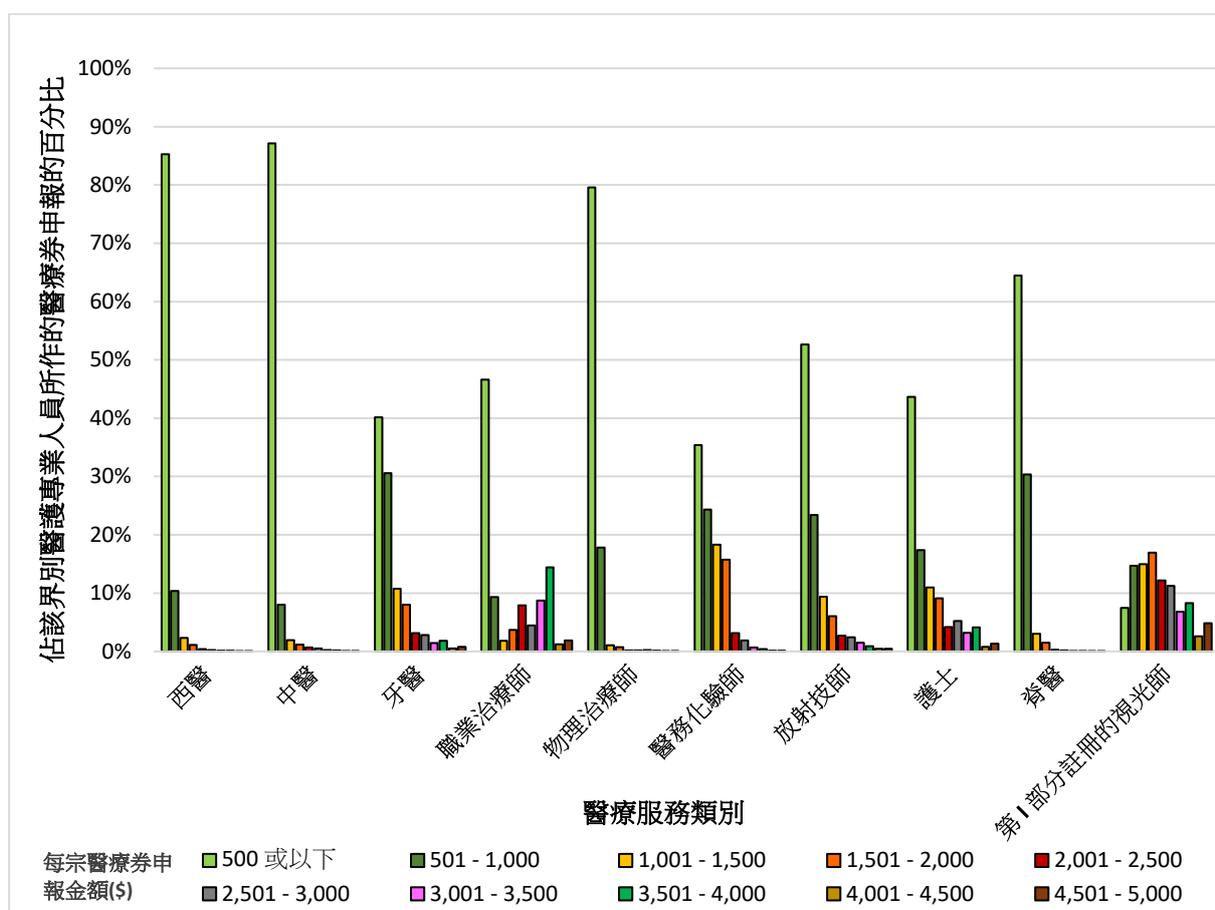
圖十一 二零一五至二零一八年按醫療服務類別開列的每宗醫療券申報金額的中位數



註：

1. 以上只反映以醫療券支付的金額，並不包括長者在每次會診時自付(如有)的金額(即自付餘額)。
2. 上述統計數據是根據已登記醫療服務提供者實際作出的醫療券申報金額編纂而成，不應視為政府的建議收費。醫療服務收費會受不同因素影響，例如個別長者的健康狀況、個案的複雜程度，以及所涉及的醫護治療／治理方案。
3. 自二零一七年七月一日起，計劃的合資格年齡由70歲降低至65歲。
4. 在二零一八年六月八日，每名合資格長者獲發一次性額外1,000元醫療券金額，而醫療券的累積金額上限亦提高至5,000元，並成為恆常措施。

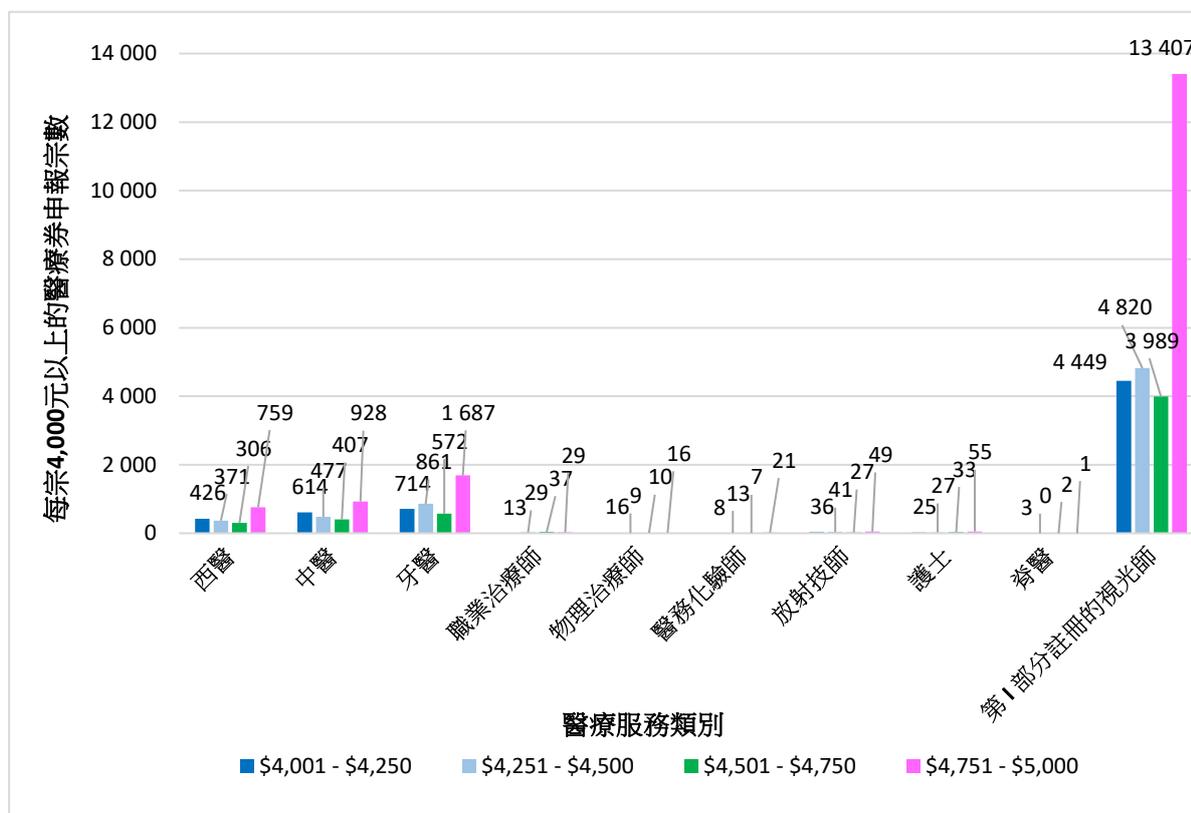
圖十二 二零一八年按醫療服務類別開列的每宗醫療券申報金額分佈



註：

1. 以上只反映以醫療券支付的金額，並不包括長者在每次會診時自付(如有)的金額(即自付餘額)。
2. 上述統計數據是根據已登記醫療服務提供者實際作出的醫療券申報金額編纂而成，不應視為政府的建議收費。醫療服務收費會受不同因素影響，例如個別長者的健康狀況、個案的複雜程度，以及所涉及的醫護治療／治理方案。
3. 自二零一七年七月一日起，計劃的合資格年齡由 70 歲降低至 65 歲。
4. 在二零一八年六月八日，每名合資格長者獲發一次性額外 1,000 元醫療券金額，而醫療券的累積金額上限亦提高至 5,000 元，並成為恆常措施。

圖十三 二零一八年六月八日至十二月三十一日按醫療服務類別開列的每宗4,000元以上的醫療券申報宗數



註:

在二零一八年六月八日，每名合資格長者獲發屬一次性質的額外 1,000 元醫療券金額，而醫療券的累積金額上限亦提高至 5,000 元，並成為恆常措施。

61. 長者過度集中使用醫療券於個別醫護專業界別提供的服務或會令其醫療券沒有餘額或餘額不足以支付其他基層醫療服務，我們憂慮有關情況會削弱計劃鼓勵長者使用不同私營基層醫療服務的成效。

62. 聚焦小組內有醫護專業人員建議為醫療券收費訂立上限，避免長者將醫療券用於昂貴但不需要的醫療物品。然而，他們亦憂慮相關措施執行上有困難，或會導致有已登記醫療服務提供者把收費提高至所訂立的上限而間接導致收費上漲。他們大部分也同意最重要的是增強長者善用醫療券的能力。他們建議增進長者的知識，令他們可以去選擇合適的服務，並認為此舉最能提高醫療成效

和預防濫用醫療券。我們亦認為，除非同時為醫療券使用者於特定時間內求診的次數設立上限，否則設立單次使用醫療券金額上限未必有意義，而相關措施亦可能對長者造成過多限制。

63. 值得注意的是，在二零一六年的橫截面研究發現，有 57% 長者不同意政府就每次使用醫療券的金額設立上限，只有 30% 長者表示同意，而 13% 長者則回答「不知道」。

## **(h) 港大深圳醫院試點計劃**

64. 政府自二零一五年十月推行港大深圳醫院試點計劃，為香港長者提供多一個可使用醫療券的服務點，並方便居於內地或鄰近深圳地區的長者在深圳接受醫療服務。合資格的香港長者可使用醫療券支付在該院指定科室提供的門診服務的費用<sup>12</sup>。

### 試點計劃的使用和運作

65. 曾於港大深圳醫院使用醫療券的長者人數由二零一五年年底的 507 人上升至二零一八年年底的 3 415 人。截至二零一八年十二月底，試點計劃下的醫療券申報總金額超過 730 萬元(以支付約 630 萬元人民幣的醫療服務費用)。曾在試點計劃下使用醫療券的長者中，有 59% 長者居於內地，其餘則居於香港。截至二零一八年年底，用於該院內科服務的醫療券金額累計約 290 萬元，佔該院所申報的醫療券總金額(超過 730 萬元)約 39%，為該院各科室中最高。自二零一六年起，衛生署每年均有在港大深圳醫院進行查核工作，至今未有發現違規情況。

---

<sup>12</sup> 醫療券適用於下列港大深圳醫院的診療中心／醫技科室的門診醫療服務(包括預防性護理服務，以及治療和復康服務): 家庭醫學全科門診、體檢中心、急診科、骨科、眼科、牙科、中醫科、內科、婦科、外科、康復科門診、物理治療科、醫學影像科、臨床微生物及感染控制科，以及病理科。

66. 在二零一八年，港大深圳醫院就長者在試點計劃下於該院使用醫療券的情況發表報告。有關調查<sup>13</sup>訪問了 384 名長者，發現長者主要透過以下三個途徑認識該院的服務：包括衛生署的官方宣傳渠道 (41%)、親友介紹 (35%)、以及港大深圳醫院網站/微信 (18%)。

67. 受訪者選用港大深圳醫院服務的三個主要原因是：(一)該院引入了香港管理模式 (73%)；(二)該院提供良好顧客服務 (64%)；以及(三)該院的醫療設備先進 (49%)。

68. 逾 80% 受訪者表示對預約服務、登記繳費、護士站分流、與醫生見面，以及取藥過程感到滿意；逾 70% 受訪者對該院提供的檢驗及檢查，以及治療效果感到滿意；66% 的受訪者對收費標準感到滿意。綜合而言，92% 的受訪者對於在該院使用醫療券接受服務整體感到滿意。

69. 根據報告所述，有長者就試點計劃提出改善建議，包括提高已參與社會福利署「廣東計劃」的長者的醫療券金額，以便支付他們在深圳的醫療費用；以及擴展醫療券的適用範圍至住院服務，以便支付相關費用。

#### **IV. 結論及建議**

70. 整體而言，是次檢討顯示，計劃已大致達到為長者提供額外私營基層醫療服務選擇的目標。自二零一零年起，醫療券的使用率顯著上升，亦印證了這一點。雖然每年曾以醫療券支付預防性護理服務費用的長者百分比有所遞增，但是計劃在鼓勵長者使用醫療券於治理和跟進慢性疾病方面則相對未有顯著效果。使用醫療券

---

<sup>13</sup> 港大深圳醫院於 2018 年 9 月 4 日至 14 日期間進行了一項顧客滿意度調查，邀請長者面對面訪問或自行在網上填寫問卷。

支付的私營基層醫療服務，並沒有取代公營醫療服務，而是發揮相輔相成的作用，令同時選用公營及私營醫療服務的長者比例有所增加。雖然表示仍會慣常使用公營基層醫療服務為主的長者比例有所下降，但醫療券對公營基層醫療服務的長遠影響，仍未能在計劃恆常化後的首兩年顯現。與此同時，在計劃運作下衍生的現象，例如過度集中使用醫療券於可能較昂貴的醫療物品，或會削弱計劃的效用，因此必須就此果斷採取行動。

71. 雖然計劃受到歡迎，但仍有改進空間。為計劃制訂的優化措施應具針對性，並在設計上配合政府對醫療服務的願景和政策，並強調促進基層醫療和不同層面的預防性護理。在考慮可行的改善措施時，我們遵照了下列主要原則：

- (a) **醫療券不應用於住院服務、日間手術程序或用於繳付保險費用**－計劃的政策目標是協助長者使用私營**基層**醫療服務。因此，我們將繼續不允許醫療券用於住院服務、日間手術程序或繳付保費，以便計劃能繼續服務其主要目標。
- (b) **醫療券不應用於醫管局或衛生署的服務**－計劃的設計是在公營系統之外提供更多的醫療選擇。由於醫管局和衛生署的服務已獲大量補貼，一般而言，醫療券不應用於它們提供的服務。
- (c) **醫療券不應用於純粹購買物品**－醫療券僅供已登記醫療服務提供者在與病人**會診後**認為有需要處方藥物及／或醫療用品時使用，而醫療服務提供者須承擔個人和專業責任。為了確保醫療券確實用於長者病人身上，並遏止潛在的濫用情況，計劃應繼續不允許醫療券用於純粹購買物品。

72. 參考檢討的主要結果，我們建議採取以下優化及改進計劃措施：

## **(a) 容許在地區康健中心使用醫療券**

73. 是次檢討報告內一再提到，計劃未能提供足夠誘因，鼓勵長者選用私營基層醫療服務來治理慢性疾病，當中關鍵在於公私營基層醫療服務的收費差異甚大，導致長者不願由公營醫療服務轉用私營醫療服務。另一方面，指定使用醫療券於特定服務(例如預防性護理服務)的構思，並不受長者歡迎，而醫療服務提供者對此亦意見不一。為鼓勵長者能更好和更有系統地使用醫療券於預防性護理和治理慢性疾病服務，我們建議容許長者在所有地區康健中心使用醫療券。

74. 二零一七年《施政報告》公布設立地區康健中心，標誌著政府銳意透過醫社合作以優化基層醫療服務。我們預期，長者將受惠於地區康健中心所提供的服務。地區康健中心系統以臨床常規為依據，透過網絡內的醫療服務提供者所提供的多種資助服務，着重及早發現和預防疾病，以及加強慢性疾病的治理，從而令長者受惠。計劃及地區康健中心在向長者推廣基層醫療的工作中可以相輔相成。

## **(b) 增強長者作出知情選擇和善用醫療券的能力**

75. 根據檢討結果，政府應進一步推廣善用醫療券的信息，並增強長者作出知情選擇和善用醫療券的能力。

76. 從是次檢討發現，電視播放的政府宣傳短片對提高長者認識和瞭解計劃及其優化措施非常有效。然而，就性質而言，經媒體、海報、單張及相類似途徑發布的簡短宣傳訊息，只能提高公眾對醫療券的整體認識，對宣傳基層醫療服務的重要概念或計劃的具體運作詳情則作用不大。我們留意到部分長者仍不清楚計劃的涵蓋範圍及運作，並希望獲取更多有關計劃的資訊，例如如何尋找合適的已登記醫療服務提供者以及查詢醫療券結餘等。而且，衛生署所

接獲的投訴和情報亦顯示，部分長者被已登記醫療服務提供者游說，將醫療券用於沒有需要的醫療服務和產品，這或會削弱計劃照顧長者基層醫療服務需要的成效。

77. 有見及此，我們建議衛生署除了現行的宣傳工作外，亦可主動接觸長者，以加強推廣善用醫療券的信息。衛生署應動員 18 支長者健康外展隊伍舉辦健康講座，透過容易理解的說明，推廣基層醫療服務的概念，並教育長者如何適當地善用醫療券。

78. 我們期望透過上述教育和增強長者選擇合適的基層醫療服務的知識與技巧，醫療券將可用於最切合長者健康需要的醫療服務上。

79. 此外，衛生署自二零一八年四月起於計劃及衛生署的網頁上提供計劃的主要數據及醫療券的使用情況，並持續更新有關資料，令長者及市民更瞭解計劃。我們亦認為有需要提供一個更方便的渠道讓長者查詢醫療券結餘及交易紀錄。因此，我們建議優化現時的醫療券結餘查詢功能，讓長者可根據查詢日期的醫療券結餘，去知悉將於來年一月一日因超過累積上限而被取消的金額，同時亦能查詢他們戶口內的醫療券申報交易紀錄。政府計劃透過正在開發的電子健康紀錄互通系統「病人平台」，以達致後者的建議。我們預期這兩項優化功能可分別於二零一九年年中及二零二零年下半年推出。

### **(c) 加強監察**

80. 衛生署一直有採取措施和步驟，查核和審核醫療券的申報，以確保發還醫療券金額予已登記醫療服務提供者時能妥善使用公帑。衛生署採取了以風險為本的模式查核醫療券的申報，特別針對以往曾經違反計劃規定和呈異常申報模式的醫療服務提供者。有見懷疑濫用醫療券個案的投訴及媒體報導日漸增加，衛生署會致力優化接聽和處理投訴及公眾查詢的熱線，以提供更適時的回應及支援予長者和已登記醫療服務提供者。

### **(d) 解決醫療券使用過度集中的情況**

81. 由於近幾年長者用於視光服務的醫療券金額急增且增幅不成比例，我們建議在一個特定期限內對可用於視光服務的醫療券金額加設上限。這樣是為了解決有關情況削弱計劃鼓勵長者使用不同私營基層醫療服務的成效的憂慮。長者過度集中使用醫療券於個別醫療服務，或會令其醫療券餘額不足以支付其他所需的醫療服務。

82. 有關建議可確保長者既可繼續將醫療券用於視光服務，亦可以保留相當餘額的醫療券在有需要時作其他用途。醫健通(資助)系統將加以優化以配合此項措施，倘若長者在特定期限內用於視光服務的醫療券金額已達到指定上限，視光師為長者在系統內所申報的任何超出上限的醫療券交易將自動被拒絕。長者亦可從醫療券結餘查詢網頁及熱線，查詢可用於視光服務的醫療券金額。

### **(e) 將港大深圳醫院試點計劃恆常化**

83. 我們就港大深圳醫院長者醫療券試點計劃所進行的檢討中，發現病人整體觀感非常正面，有 92% 受訪者對在該院使用醫療券支付的門診服務感到滿意，而且試點計劃整體運作暢順，我們亦沒

有發現試點計劃在運作上有任何違規情況。有見及此，我們建議將港大深圳醫院長者醫療券的試點計劃恆常化。

#### **(f) 簡化醫療服務提供者的登記程序**

84. 為便利醫療服務提供者參與計劃，我們建議探討簡化現行登記程序的可行性。首先，衛生署已在衛生防護中心的網站設立入門網頁，列出由衛生署管理的所有公私營協作計劃(包括長者醫療券計劃)，並提供包括相關背景資料和登記程序等資訊的連結，便利醫療服務提供者考慮參與各項公私營協作計劃。此外，隨着政府擬在二零二零年推出數碼個人身分，衛生署亦會探討能否全面實行網上登記參與計劃。

[完]

### 檢討方法摘要

#### 1. 二零一六年度重複進行的橫截面研究

一項由香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院與衛生署合作於二零一零年(即二零一零年橫截面研究)，以 1 026 位 70 歲或以上長者為對象進行的橫截面研究，研究蒐集長者對試驗計劃的意見，包括他們使用醫療服務的模式、對計劃的認識及瞭解、對使用醫療券的觀感、以及醫療券使用的模式。該項調查的結果被納入成部分衛生署為醫療券試驗計劃撰寫的中期報告。為進行今次的檢討，該項調查再次以另一群在社區居住的 70 歲或以上長者作為對象，於二零一六年六月至二零一七年一月期間，使用結構式問卷，以面對面方式進行訪問。調查採用便利抽樣方法，招募一些來自 (i) 公營和私營的西醫門診服務，(ii) 社會福利署轄下的長者鄰舍中心，以及 (iii) 衛生署轄下的長者健康中心的長者。共有 974 位長者成功受訪(回應率為 79%)。

#### 2. 二零一六年度的縱向跟進調查

為跟進曾參與二零一零年橫截面研究的長者，以評估他們經歷多年後，對計劃的認識、認知、觀感和使用經驗有否轉變，香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院與衛生署合作，進行了一項縱向跟進調查。曾於二零一零年參與過橫截面研究，而當時年屆 70 歲或以上的 1 026 位於社區居住的長者當中，有 586 位同意接受電話跟進訪問，其後有 326 位在二零一六年八月及九月再次完成了跟進(回應率為 56%)。

#### 3. 二零一六年度的聚焦小組研究

香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院與衛生署合作，於二零一六年六月至二零一七年二月，進行了聚焦小組研究。就 33 位參與者當中，22 位 (67%) 屬已登記醫療服務提供者，他們是透過隨機發信邀請衛生署網址上所列之已登記醫療服務提供者的方式而被招募的。而 9 位未有參加醫療券計劃的醫療服務提供者，則透過中文大學研究人員的網絡，及發信致相關法定專業管理局 / 委員會的醫療服務提供者名單而被招募的。此外，亦有 2 位醫療集團行政人員參與研究。該研究共安排了 5 個聚焦小組，以討論形式收集不同醫護專業界別的意見，包括：5 位中醫(組別 1)，4 位牙醫(組別 2)，4 位護士(組別 3)，5 位脊醫(組別 4)，以及 8 位輔助醫療專業人員(即受香港輔助醫療業管理局規管的人士)，包括 2 位職業治療師、2 位醫務化驗師和 4 位第 I 部分註冊視光師(組別 5)，其餘 5 位未能抽空參與討論的西

醫則透過電話個別進行訪問。至於醫療集團方面，有 2 位行政人員接受了電話訪問。

聚焦小組面談由香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院的一位主持人負責進行，並由一位觀察員協助，使用討論指引來促進面談過程。指引包含了四大主題，用以探討參與者在以下範疇的意見和經驗：(i) 計劃的改變；(ii) 計劃對醫療券使用者和醫療服務提供者的影響；(iii) 醫療服務提供者參與計劃時遇到的阻礙；以及 (iv) 可優化計劃的措施。每次聚焦小組討論或電話訪問歷時 90 至 120 分鐘。

#### 4. 從醫健通(資助)系統及醫管局蒐集到有關一群特定長者的資料進行分析

為研究醫療券計劃如何影響長者對公私營醫療服務的選擇，曾參與二零一六年橫截面研究(就研究方法詳情，請參閱上文)而又已表示同意的長者，他們的資料會與醫管局的管理數據和醫健通(資助)系統於二零零九年至二零一五年期間的數據作配對，從而評估在過去數年他們使用公私營醫療服務的情況。然而，不是全部參與了二零一六年橫截面研究的長者，在二零零九年至二零一五年期間已屆合資格使用醫療券年齡，因此，只有 551 位在一九三九年或以前出生(即於二零零九年已年屆 70 歲或以上)的長者資料會被分析。

#### 5. 19 000 位在二零零九年曾使用醫療券長者於醫健通(資助)系統內之數據用作分析醫療券使用情況

對醫健通(資助)系統透過隨機抽樣蒐集到的 10% (19 000 位) 於二零零九年曾使用醫療券的長者，於二零零九年至二零一七年間使用醫療券支付不同西醫服務模式進行分析，以研究使用醫療券的長者向西醫求診情況的持續性。