

目錄

	<u>頁數</u>
撮要	i - xxiii
第一章 引言	1 - 2
第二章 改革需要	3 - 11
第三章 日後的服務模式	12 - 15
第四章 基層醫療服務	16 - 23
第五章 醫院服務	24 - 40
第六章 第三層和特別醫療服務	41 - 46
第七章 長者、長期護理和康復護理服務	47 - 53
第八章 公營和私營醫療系統的融合	54 - 57
第九章 基礎支援	58 - 60
第十章 結論	61 - 64
附件	65 - 70

撮要

改革需要及未來挑戰

這些年來，香港逐步建立了一個令人稱羨的醫療系統。然而，這些醫療服務並不便宜。二零零四年至零五年度，公共醫療服務開支為 302 億元，佔經常性公共開支 14.4%。每 100 元的稅收，便約有 22 元是用於公共醫療服務，與其他已發展經濟體系比較，是比率最高之一。其中一個主要原因，是在於香港大幅資助公共醫療服務，相對私營醫療系統而言，提供了大部分兼且是較昂貴的住院服務。香港公共醫療服務主要是由醫院管理局（下稱醫管局）提供。醫管局的開支由一九九四至九五年度的 145 億元，在十年間倍增至二零零四至零五年度的 278 億元。香港社會需考慮應否繼續把愈來愈多的公帑花在醫療服務，而剩餘給其他社會服務和基建發展的開支則愈來愈少。

2. 具體來說，現有系統面對的挑戰包括：

- 公眾過分倚賴大幅資助的公共醫療系統；
- 人口老化（到了二零二三年，每五人便有一個是超過 65 歲的長者）；
- 慢性病患者有年輕化的趨勢，須長期倚賴公營醫療系統；
- 醫學科技進步，令可治療的病症不斷增加，導致醫療開支上升；
- 及
- 供不應求的醫院服務，包括專科門診和急症室服務。

坐視不理的代價

3. 如果不處理上述情況及改革我們的服務模式，估計到了二零三三年，政府每 100 元的稅收便有超過 50 元以上須用於醫療服務方面，才能提供與現時同樣的服務。同時，縱使政府增加額外資源，都要全部用以應付日益增加的服務需求，屆時再沒有剩餘資源去改善現行服務。私營醫療系統人手縮減，相反，公營醫療系統卻要面對日益沉重的工作量，以及出現人手短缺。而市民在別無選擇的情況下，唯有尋求公營醫療機構的服務，最終造成惡性循環。結果，醫護界便無法提供足夠誘因去吸引具潛質的青年人入行。

改革時機

4. 我們的共同理想是確保香港社會可以繼續享用既能長遠維持、又方便市民使用和負擔得來的醫療服務。因此，我們必須有共同使命：審慎檢討和重新考慮日後應採取何種醫療模式，以便能達致理想。

日後的醫療模式

5. 我們認為日後的醫療模式應包括下列元素—

- (i) 市民有高水平的健康意識，並會選擇健康的生活方式，為本身的健康負責。
- (ii) 醫護專業界把保健和預防疾病的醫療服務視為首要工作，並以專業和符合道德的方式提供服務。

- (iii) 基層醫療系統能為市民提供大家都能夠負擔的健全家庭及社區醫療服務，著重促進健康和預防性護理，並為不同年齡組別和健康狀況的人士釐訂醫療標準。
- (iv) 醫院服務網絡分布全港各區，為市民在合理範圍內，提供緊急和第二層健康護理服務，方便市民使用和家人探訪。
- (v) 長者護理服務、長期護理服務和康復護理服務均主張以家居護理為主，輔以社區外展及專業支援，並在各區提供療養和善終服務，以加強維繫家庭支援。
- (vi) 具備第三層專科中心和醫院，以發展和匯聚專業知識、技術、特別設施和研究，以應付罕有疾病、重病或複雜手術。
- (vii) 公營和私營醫療系統相輔相成，既可促進服務質素和專業水平的良性競爭，又為市民提供更多選擇。
- (viii) 醫療融資模式足以鼓勵善用醫護服務；提供符合道德和具成效的專業護理；釐定使用者能夠負擔的合理費用，以及利用公帑集中資助有真正需要的不幸病人和家庭。

公營和私營醫療系統的定位

6. 根據我們日後的醫療模式，公營醫療系統和私營醫療系統，在角色上有需要重新定位。為確保我們以最妥善的方式把有限的資源用於真正需要服務的市民，公營醫療系統應以下列範疇作為工作重點－

- 急症和緊急護理服務；
- 為低收入人士和弱勢社羣而設；
- 需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病；
以及
- 培訓醫護專業人員；

至於私營醫療系統，則應：

- 為病人提供全面、個人化和優質的護理；
- 為市民提供選擇；
- 為收入水平一般的市民提供能夠負擔的服務；
- 吸引年青的醫護專業人員加入；以及
- 為醫護專業人員的培訓工作作出貢獻。

病人不斷轉變的需要 — 不同層面的健康護理

7. 醫療護理是一個不斷發展的過程。不論是通過私營或公營醫療系統，我們日後的醫療系統都應該能為病人提供適當層面的健康護理 — 即基層、第二層或第三層護理，務求可靈活地回應病人不斷轉變的需要。為了盡量善用資源，醫療系統亦應鼓勵在不同健康護理層面之間“順利轉移”病人，以處理他們不同的護理需要。

基層醫療服務

8. 基層醫療服務，是個人和家庭在一個持續醫護過程當中的第一個接觸點，也是醫療系統中的第一個層次，而醫療體制內其他部分亦是建基於這層次。基層醫療服務應該要在個人生活環境中提供持續、全面和全人的醫療護理。有效的基層醫療服務不但可以改善市民的健康狀況，亦可減輕醫院系統所承受的壓力。

現況

(i) 對持續護理的重要性欠全面認知

9. 提供基層醫療服務的醫生與病人之間維持長期的關係，可讓醫生熟知病人的病歷、生活方式及其他可能影響病人健康的因素，並為病人作出預防或治療疾病的最佳建議。可是，本港的文化一直只著重病人盡速痊癒。

(ii) 須加強疾病預防的意識

10. 目前，香港社會對於可在基層醫療服務層面接受疾病預防服務認識不足，亦忽略其好處。對於預防性的服務，例如預防性的檢查、檢測早期病徵、評估對健康有影響的風險因素及消除這些風險因素的工作，醫生和病人都似乎不夠重視。

(iii) 須加強把關者／第一個接觸點的作用

11. 在大部份情況下，包括急症和決定是否需要轉介專科，病人第一個接觸的醫護人士，應該是提供基層醫療服務的醫生。病人不但可以依循醫生的專業意見而作出最恰當的做法，而且也可以避免不必要的檢查和治療，確保病人和醫院的資源獲得最妥善的運用。基層醫療服務的醫生也應為病情穩定的慢性病患者提供長期醫護服務。現時，很多病人還未能明瞭基層醫療醫生在這方面的角色。

(iv) 須與其他專業人員加強協作

12. 全人的醫療護理講求全面和透徹了解影響病人健康的問題，繼而對症下藥。對於病人身體狀況以外的問題，即使會影響其長遠健康，例如職業病、家庭問題和心理問題等，現時很少會獲得全面處理。醫護專業人員與其他專業人員在調查和解決這些問題方面協作不多。

後果

13. 以上種種，令市民得不到最佳的醫療成效；醫院也浪費時間和資源作檢驗，以齊集病人的基本資料，也使病人和社會整體為醫療付出更高昂的代價。

建議如何邁向日後的模式

推廣家庭醫生的概念

14. 我們建議政府和醫學界推廣家庭醫生的概念。家庭醫生可以是普通科醫生，也可以是家庭醫學專科醫生或其他專科醫生。最重要的，是病人與其選擇的醫生要維持長期的關係，而醫生則應有適當的思維模式及訓練，在基層醫療的層面對病人作全面的護理。在一般情況下，當病人需要醫療協助或意見時，他應該首先接觸家庭醫生。建立了這種長期關係後，家庭醫生自然最了解病人的病歷、生活方式、習慣和其他影響其健康的因素。病人應能在家庭醫生持續的照顧下，得到最大的效益。就醫生而言，他們要作出準備，改變現時某些行醫的模式，加強病人對他們的信任。例如可能須在一般的應診以外的時間，向病人提供醫療意見，甚或為病人診症；以及診症時多著重預防性的護理等。

政府提供資訊以改善預防性護理

15. 預防護理應獲得更大的重視。我們建議政府加強識別和評估影響健康的社會和環境變數，並把這些資料提供予家庭醫生。政府亦應推出更多預防各類疾病和病症的公眾教育。

設立地區／區域性平台協助醫務人員與其他專業人員加強合作

16. 我們建議政府把有關各方聯合起來，包括私人執業的家庭醫生、在公營醫療機構從事基層醫療工作的醫生，以及在各分區／地區工作

的其他專業人員，提供一個平台，讓他們交流心得、交換資料、與及互相通報和轉介個案。目的是希望能以全方位照顧市民的需要。

向私營機構購買基層醫療服務

17. 我們建議政府和醫管局考慮將部分現時公營基層醫療服務改為向私營機構購買。政府可向提供服務的家庭醫生定下服務水平。這些服務水平會逐步成為所有私家家庭醫生的服務基準。

私營醫療系統在基層醫療的發展

18. 我們建議私營醫療機構以行動來提高病人對他們的信心，例如不斷汲取醫學知識，實行持續醫學教育，以及多花時間教育病人照顧本身的健康問題。我們也建議私人執業的家庭醫生可考慮聯合執業。聯合執業能夠減低間接成本，除了共用資源和設備之外，亦能讓醫生得以在互相支援的情況下休假。更重要的是，聯合執業的醫生在臨牀表現方面會互相砥礪，有助彼此分享可取的做法。

社會須破除舊有觀念

19. 病人應了解到持續護理能真正改善他們的健康。社會亦應知道預防疾病和保持健康生活方式均十分重要。社會亦須改變對基層醫療的舊有觀念，並且要對基層醫療有更高的期望，才可以從基層醫療得到最大的效益。

醫院服務

20. 醫院服務大致可分為三類：急症室服務、專科門診服務和住院服務。

檢討醫院提供的服務

21. 現時每 1 000 人平均有 3.4 張(包括公立和私家醫院)急症和療養病牀。14 間急症醫院分設於人口稠密地區，加上交通網絡四通八達，同時擁有高效率的救護車服務，這些急症醫院的分布甚為恰當。在醫院管理局的聯網架構下，每個聯網的急症醫院均由一些規模較小的非急症醫院支援。

22. 就交通方便程度而言，現時的公立醫院網絡能確保各區市民在合理距離的範圍內獲得緊急和第二層醫療服務。不過，各急症醫院急症室的診治人次和真正緊急個案的比例則各有不同。現時就公立急症醫院提供的專科服務，一般市民對內科、骨科和外科需求甚殷，但對某些專科的服務量卻不大。

建議如何邁向日後的模式

規劃標準

23. 醫院病牀的現行規劃標準為每 1 000 人有 5.5 張病牀(包括所有類別的醫院病牀，以及公營和私營醫療機構的病牀)。日後規劃個別地區所提供的醫院病牀時，我們建議同時考慮不同的因素，包括人口

數字(尤其是長者人口的轉變)、人口特徵的預期轉變、醫院病牀會否在個別和鄰近地區出現供過於求或求過於供的情況，以及不同年齡組別和性別的使用模式、區內人口的收入分布情況、醫療技術方面的進展，以及區內私家醫院病牀的供應和使用情況。

現時及未來的急症服務

24. 我們得知某些醫院急症的使用量和真正緊急的求診人數特別低，我們建議醫管局檢討各間急症室的關鍵需求量，識別是否有需要將某些急症室合併或以其他方法理順，確保在各區均能提供最適宜的急症服務。我們也建議醫管局明確指定數間分區醫院，予以增強院內急症室應付急症和緊急事故的能力。這些醫院應設有一系列全面的專科和更高水平的深切治療設施，以提供複雜的緊急治療。

輔助性專科

25. 在急症醫院方面，我們建議急症醫院須具有急症室的基本設施，並輔以一些指定的院內專科服務，包括內科、骨科和外科。而其他低用量的專科服務例如婦科服務、兒科服務及腦外科服務則以網絡形式提供。我們亦建議醫管局留意這些專科經由急症室入院的病者人數，並找出是否有可進一步理順有關專科服務的空間。

其他善用醫院資源的措施

26. 我們也鼓勵公立醫院繼續發展和採用先進的醫療技術，以縮短病人的住院時間。我們建議公立醫院尋求機會與私家醫院協調日間護理服務的規劃和發展，務求充分運用公立醫院和私家醫院的資源。

醫院服務目前的使用情況

現況 (i) 與後果

(i) 醫院服務使用不當及基層醫療服務未盡其用

27. 在二零零四年到公立醫院急症室求診的病人中約有 70% 並非有緊急病情。這導致急症室服務資源緊絀、影響治療真正病情緊急病人的效率，而非緊急病人則須長時間候診。另一方面，家庭醫生雖最適合診斷病人是否病情緊急，以及診治病情並非緊急的病人，但其服務卻未盡其用。

28. 專科門診服務方面，診治人數增加了 50%。主要原因是“舊症”不斷累積，有部分病人的病情已經穩定，無需長期接受專科護理，但仍由專科門診診所跟進多年，結果導致新症病人的輪候時間和輪候名單不斷增長。

建議邁向日後的模式

家庭醫生發揮“把關”作用

29. 我們建議家庭醫生應為醫院發揮更重要的“把關”作用。他們可以作出安排，例如向病人提供應診時間以外的聯絡電話，以便病人有需要時可以向他們尋求意見，取得病人對他們的信賴。我們也建議鼓勵私營醫療機構開設更多 24 小時診所，處理顯示急性病狀但病情並非緊急的病人。第一步的工作可由同一地區內單獨執業的家庭醫生先進行協作，輪流在正常應診時間過後提供服務。24 小時診所亦可考慮增聘曾接受緊急護理訓練、現時在私營市場執業的醫生，以及增添簡單的診斷儀器，加強其人力資源和設施。

30. 我們明白，病人很可能擔心，如果他們向家庭醫生或 24 小時診所求診，可能會耽誤治療情況緊急的病情。為此，我們建議公立醫院急症室把分流準則和各類病人的候診時間告知所在地區的家庭醫生及 24 小時診所；以及與所屬地區的家庭醫生和 24 小時診所建立聯繫和工作常規，讓經由家庭醫生和 24 小時診所斷定病情緊急的病人能盡快轉送急症室，並在最短時間內得到急症室專科醫生的診治。我們又建議私家醫院可考慮發展正規的急症室服務。

公立醫院的專科門診讓病情穩定的病人停止接受專科治療

31. 我們認為應該訂出明確政策，協助公立醫院明確其為複雜的病況提供短期及特別醫療服務的角色。對於病情穩定的慢性病患者，我們

建議公立醫院訂出明確政策，把他們轉介回家庭醫生、先前治理他們的公營或私營基層醫療醫生。我們建議公立醫院率先與基層醫療醫生制定轉介常規和共同護理計劃，使病人明白在某些情況下，例如慢性病惡化或出現其他復雜的急性病徵時，他們會再次接受專科護理，使他們安心。我們也建議私家醫生積極與公營醫療機構合作，攜手制定轉介常規和共同護理計劃，並在這些常規和計劃落實後盡力遵守。

其他必須的轉變

32. 為了順利推行這個模式，政府應檢討公立醫院急症室服務、專科門診服務和藥物供應的收費，以確保病人支付的醫院服務費與一般家庭醫生的服務收費的差距不會過大。此舉可減少濫用公立醫院服務的誘因，避免病人在病情較適合及可有效地由家庭醫生治理時，仍使用公立醫院服務。市民亦須改變某些根深柢固的觀念，例如視急症室為一般診所應診時間以外的唯一求診途徑，以及認為專科護理比基層醫療服務優勝。

現況 (i i) 與後果

(i i) 公營與私營醫療機構失衡

33. 現時，在需要住院的病人中，超過 80% 選擇入住公立醫院，期望公立醫院提供大幅資助、收費低廉和優質的服務。現時市民使用醫院的模式導致公立醫院與私家醫院的市場佔有率出現嚴重失衡。公立

醫院的入住率已接近極限，已無多大能力可以靈活應付病人不斷轉變的需要或緊急事故（例如傳染病爆發）。

建議邁向日後的模式

34. 我們建議公立醫院系統重新定位，優先提供公營醫療機構定位下的四類服務；而私家醫院則應更積極提供各類醫院服務。

公營醫療系統應採取的措施

35. 我們相信要解決公私營機構失衡情況，政府須改變現行的收費政策，減少向四類服務對象以外的市民提供的資助水平。其他建議包括與私家醫院協調規劃和進一步發展一些市民較能負擔的服務，如日間護理服務，致使有關服務不會供過於求。公營醫療機構亦可在採購藥物和儀器方面與私營醫療機構進行協作，幫助減輕他們的成本。公立醫院也可考慮採用更多共同護理計劃，由公營和私營醫療機構分別負責病人的一部分治療。

私營醫療系統應採取的措施

36. 私營醫療系統可考慮發展病人較能負擔的服務，例如日間手術和日間護理服務。此外，私家醫院和私家醫生亦可增加收費的透明度，以及改善臨牀管理。我們亦建議私營醫療系統與保險界合作，使保險業能作出相應的改變，藉以擴大這些私營服務在市場上的佔有率。

第三層和特別醫療服務

37. 第三層和特別醫療服務一般指需要高度繁複和特別護理的服務，通常需要使用先進技術和涉及多個專科的專業知識。由於這些服務要求龐大的儀器設置和涉及多個醫療專科，成本難免高昂。

現況

(i) 第三層和特別醫療服務主要由公立醫院提供

38. 目前第三層和特別醫療服務幾乎全部都是由公立醫院以大幅資助方式提供。主要集中在特別指定的醫院，包括兩間大學的教學醫院和幾間大型醫院。

(ii) 第三層和特別醫療服務需求日增

39. 人口老化、科技日新月異，以及市民期望日高，使第三層和特別醫療服務的需求日增。我們預期日後這些服務的總體成本會激增。

後果

40. 我們的公帑，一方面要照顧患小病但數量多的病人，另一方面又要應付數目較少但治療成本昂貴的重症病人。長此下去，勢將越來越困難。

建議邁向日後的模式

41. 我們認為政府應堅守承諾繼續提供第三層和特別醫療服務，並採取措施，讓這些服務以整體社會可以負擔的格價持續下去。

疾病預防工作的角色

42. 疾病預防是控制醫療成本的最佳方法。我們建議政府發展一套更加積極進取的疾病預防策略，並培養病人要對本身的健康有責任感。

病人需付稍高的成本比例

43. 我們建議政府應維持給需要接受第三層和特別醫療服務的病人較大幅度補貼的原則。但在這大原則下，我們認為政府仍有空間考慮讓病人分擔稍高的成本比例。此舉是要令社會整體和病人更清楚知道這類服務的真正成本。與此同時，政府應設定收費佔病人入息和資產的百分比上限，以規限病人在治療方面的支出。

其他經費來源

44. 我們建議政府亦應尋求其他來源，為第三層和特別醫療服務以及相關研究提供經費。例如鼓勵成立基金，讓提供這些服務的中心可以持續獲得資助。

保持高水準

45. 我們建議政府鼓勵公營醫療系統、大學以及私營醫療系統合作，進行有關本地的研究。為更妥善規劃第三層和特別醫療服務的發展，政府亦應鼓勵收集和整理數據，以評估本地的需要。

匯聚專業知識

46. 我們建議醫管局應繼續採用現行的方法，把第三層醫療服務集中在指定中心提供。醫管局亦應同時制訂以個案數目和培訓需求為本的規劃指引，並且不時作出檢討。

公私營協作

47. 政府應鼓勵私營系統發展第三層醫療服務，以協助公營系統應付部分需求，並且鼓勵他們與公營醫療系統協作，為社會提供服務。為盡量利用少數接受第三層醫療服務訓練的醫生，我們建議公營醫療系統在某類第三層技術人手不足時，考慮聘請具備有關經驗的私營醫療系統醫生以非全職方式在公立醫院執業。

長者、長期護理和康復護理服務

現況

(i) 醫院以外為病人而設的療養和康復專業支援和設施不足

48. 目前，可以出院但仍需高度護理和起居照顧的病人，如果無法在家中獲得這些護理，往往沒有合適的機構能為他們提供服務。

(ii) 為安老院舍長者提供的定期醫療服務有待加強

49. 大部分安老院舍為長者所提供的定期醫療服務可以改善。現時的發牌規定只訂明安老院舍在提供醫療服務方面須確保院友每年至少一次接受身體檢查。部分安老院舍未有為院友在院舍內提供定期醫療服務。它們很大程度依賴醫管局社區老人評估小組的外展醫療服務，亦極為倚賴公立醫院急症室和公立專科門診診所分別為院友治療急性和慢性疾病。

(iii) 老人科護理和社康護理人手不足

50. 大部份涉及康復護理、長者護理及殘疾人士護理(尤其是照顧病情穩定的慢性疾病)有關的工作，其實都可以由合資格護士勝任。不過，現時公營機構的社康護士編制依然有限。在長者護理方面，亦較少護理科畢業生有興趣在安老院舍工作。

後果

51. 那些病情穩定、只需一些康復和護理服務而毋需醫院護理的病人，由於離院後的療養和康復支援和設施不足，往往長期留在公立醫院。安老院舍的院友亦經常進出公立醫院。

建議邁向日後的模式

安老院舍加強院舍內定期的醫療服務

52. 我們建議政府考慮修改安老院舍的發牌條件，規定安老院舍必須聘用到診醫生定期照顧院友的醫療需要。我們知悉社會福利署現正修改安老院舍的實務守則，以鼓勵由安老院舍聘用的到診醫生提供更頻密的診療。我們歡迎這個措施。隨着安老院舍在提供長者院友醫療服務方面承擔較大的責任，我們建議社區老人評估小組應主力制訂出院計劃，並向安老院舍的到診醫生提供支援。為了使社區老人評估小組和安老院舍聘用的醫生緊密合作和互相配合，我們建議公營醫療系統主動與安老院舍聘用的醫生商討，以制訂和採用劃一的共同護理計劃和轉介工作常規。我們又建議殘疾人士院舍採用以上的模式。

短期住宿院舍提供短期的療養和康復服務

53. 我們建議私營醫療系統和社會服務機構開辦新型的短期住宿院舍，提供短期的療養和康復服務。我們又建議公營醫療系統擴展社康護理服務，擔當全面的基層護理角色。我們亦建議私家醫生轉介有需

要的病人接受社康護理服務。公營醫療系統也可更加善用專職醫療人員，制訂並推出與社康護理服務一併進行的家居康復計劃。

為老人科護理培訓更多社康護士及醫護工作者

54. 為應付人口老化而帶來的護理需要，我們建議大學及培訓機構，考慮為有意投身社康護士行列的人士開辦額外的訓練和增設專業資格。我們以外國聘用經特別受訓而能夠獨立照顧長者的護理人員的有關經驗作為參考，建議專上學院考慮提供類似的訓練課程。

基礎支援

55. 我們日後的服務模式必有下列的基礎支援 —

更加積極的基層疾病預防策略

56. 我們建議公營醫療機構檢討在各個層面提供的預防性護理策略，並探討在這方面是否有機會與私營醫療系統加強合作。在私營醫療系統方面，我們認為其服務應重新定向，由原來只是提供治療護理，改為更加注重提供基層和第二層預防性護理以及保健服務。

促進病歷流通

57. 為確保日後的服務模式能夠使各個層面的醫療護理以及公營和私營醫療系統的病人可以雙向流動，我們必須訂立制度，在病人同意下讓病歷流通。我們認為，公營醫療系統應率先締造鼓勵病人病歷流通的環境，並設立促進病歷流通的制度。短期目標應為所有普通科門診

診所和專科門診診所的病人提供隨身攜帶的病歷，並鼓勵私家醫生配合。長遠來說，我們認為應發展一套全港資訊系統，以便公營和私營醫療系統的醫護人員可輸入、儲存和檢索病人病歷。

培訓各種專業人員

58. 我們建議培訓機構和業界本身檢討現時向本科生和在職專業人員提供的訓練，以裝備他們應付未來的挑戰。業界亦應積極考慮如何以最佳方法確保業內人員接受持續教育。

收費政策

59. 我們認為政府須制定收費政策，以便達到公營醫療服務的重新定位。我們也建議進行更精密的評估，才能確定病人的經濟需要，並按病人不同程度的需要，提供不同的資助水平。

公眾教育

60. 最後，我們認為必須積極推行公眾教育，以矯正一些常見的錯誤觀念。我們也應培養病人要對本身健康有責任感，讓他們知道必須尋求適當層面的醫療服務和向適當的專業人員求助；同時讓他們明白預防疾病和選擇健康生活方式的重要。

結論

61. “如本討論文件所載的建議得以順利推行，香港的醫療服務在10至15年後會變成怎樣的光景？”

- “香港每個家庭或每名市民均獲得一名自選醫生的長期照顧，而且該醫生的醫務所大都設於服務對象的家居附近。
- 病人得到更多的疾病預防護理；每個人按照年齡，以往健康狀況、和家庭的病歷定期進行身體檢查。這些服務均以相宜的價格提供。
- 設立全港病歷系統。公營和私營醫療系統醫生取得病人的同意後，均可查閱病人的病歷，以便取得更多資料決定如何作出治療。
- 病人有需要時可到自選醫院求診，並與平日照顧他們的醫生或其他護理人員保持密切聯繫。
- 設立 24 小時社區診所，為有急症症狀的病人提供服務。很多家庭醫生亦樂意在應診時間過後向有急症症狀的病人提供協助。
- 急症室能夠為緊急個案提供最適時的服務。善用觀察病房，大大減低病人經急症室入院的需要。
- 為長者、慢性病患者和康復病人提供外展至社區的服務。到診醫生、護理和專職醫療小組的服務亦外展至院舍或家居。
- 長者絕少只為診症緣故而須經急症室入院。所有安老院舍都聘有本身的基層醫療醫生，照顧院舍長者的一般醫療需要。
- 推行適當的非劃一收費制度後，大大改善公營和私營醫療服務所佔的市場比例，令公營及私營醫療設施都會有更大空間發展第三層醫療服務和卓越中心。
- 慢性病患者由專科醫生及其家庭醫生合力提供醫療護理。家庭醫生向病人提供有用的醫學意見，病人可省卻時間和資源經常去尋求專科醫生服務，只在必需時才找專科醫生。

- 無法負擔公營醫療服務收費的病人，可按其經濟狀況獲得不同程度的資助。

- 公立醫院和診所的年青醫護專業人員不但工作量有所減輕，而且有足夠機會去受訓。公營和私營醫療機構皆有健康的員工流轉。”

第一章 – 引言

1.1 行政長官在二零零五年施政報告中宣布，當局將會重組醫療衛生諮詢架構，以便就長遠的醫療衛生政策和持續融資提供意見。

重組健康與醫療發展諮詢委員會

1.2 健康與醫療發展諮詢委員會（下稱委員會）遂於三月一日重組，主席為衛生福利及食物局局長周一嶽醫生，成員有 13 名(見附件 A)，負責檢討和制定公營和私營醫療系統的服務模式，以及就長遠的醫療融資方案提出建議。

1.3 委員會在二零零五年三月四日舉行首次會議，並在會上同意檢討現行的醫療服務系統，研究如何作出改善，以應付日後的需求。委員會下一步的工作，會探討醫療融資問題。

1.4 委員會已就此成立三個工作小組，分別就基層醫療、第二層醫療和第三層醫療及特別醫療護理，作出檢討和制訂各個範疇日後的服務模式。（三個工作小組的成員名單載於附件 B。）

1.5 三個工作小組檢討的服務都是屬於西方醫學類別。委員會認同傳統中醫藥對香港的貢獻；不過，由於傳統中醫藥及西方醫學服務各自面對不同的挑戰及機遇，委員會決定在日後另行研究前者的服務。

討論文件

1.6 這份討論文件旨在闡述委員會對香港醫療系統日後服務模式的意見，以期設立一個能長遠維持的醫療系統，為市民提供既方便又負擔得來的服務。

日後的研究

1.7 委員會不久即將展開第二階段的工作，着手研究醫療融資問題。目標是在二零零五年底或二零零六年初提出有關醫療融資方案的建議。

1.8 至於香港的精神健康服務、牙醫服務和中醫藥發展，委員會日後亦會作研究。

第二章 一 改革需要

現況

2.1 這些年來，香港逐步建立了一個令人稱羨的醫療系統，為市民提供方便和優質的醫療服務。香港的健康指數可與大部分已發展國家媲美。二零零四年的出生時平均預期壽命，男性為 78.6 歲，女性為 84.6 歲（圖 1），在世界上分別排行第一及第二位。我們雖然只有狹窄的稅基（圖 2）和低稅率，但仍享受高水平的醫療服務。然而，這些醫療服務並不便宜。我們的公共醫療服務開支一直以驚人的速度增長。二零零四年至零五年度，公共醫療服務開支為 302 億元，佔經常性公共開支 14.4%。假如我們以稅項收入比例計算，則每 100 元的稅收，便約有 22 元是用於公共醫療服務，與其他已發展地區比較，是比率最高之一。其中一個主要原因，是在於香港大幅資助公共醫療服務，相對私營醫療系統而言，提供了大部分兼且是較昂貴的住院服務。

圖 1：出生時平均預期壽命（二零零二年）

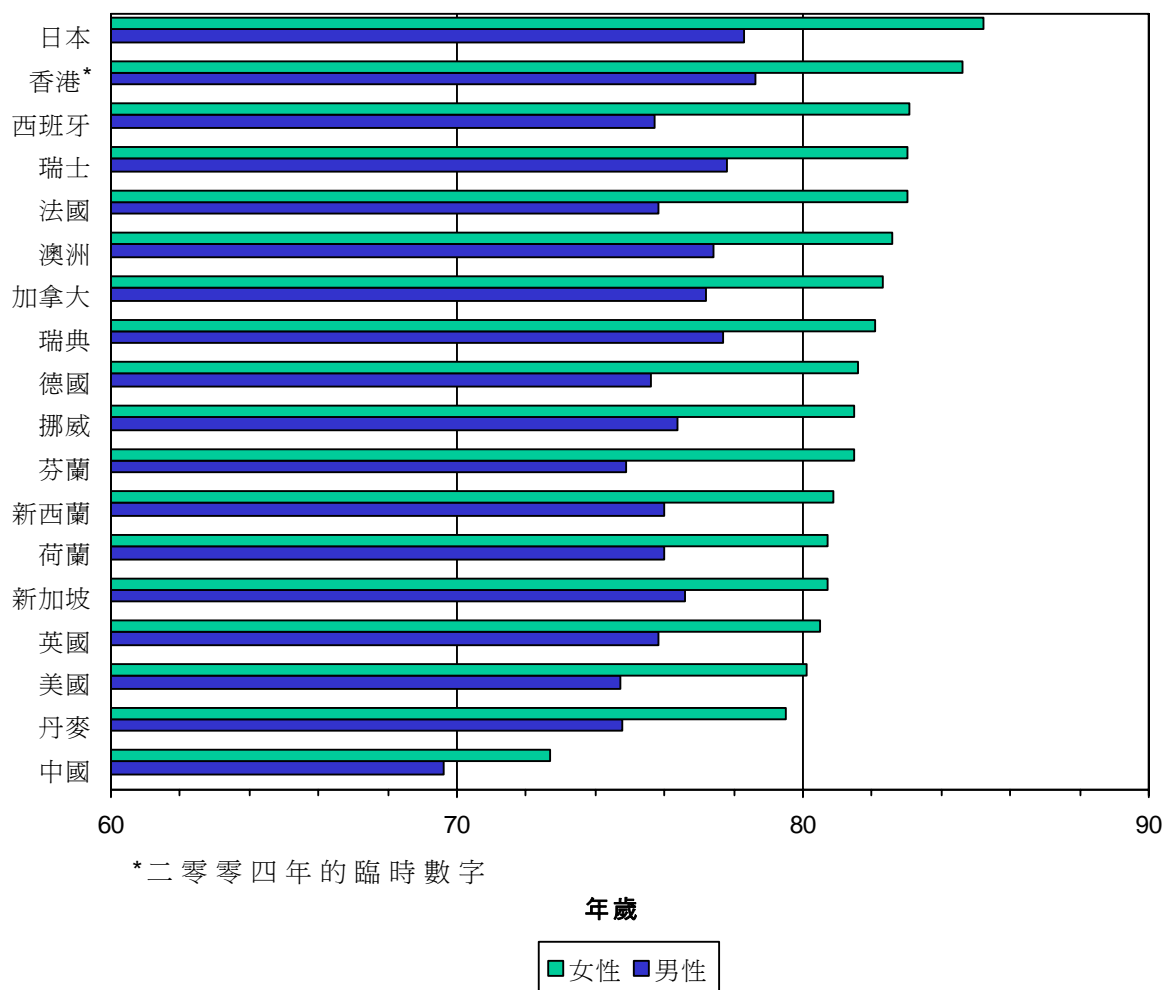
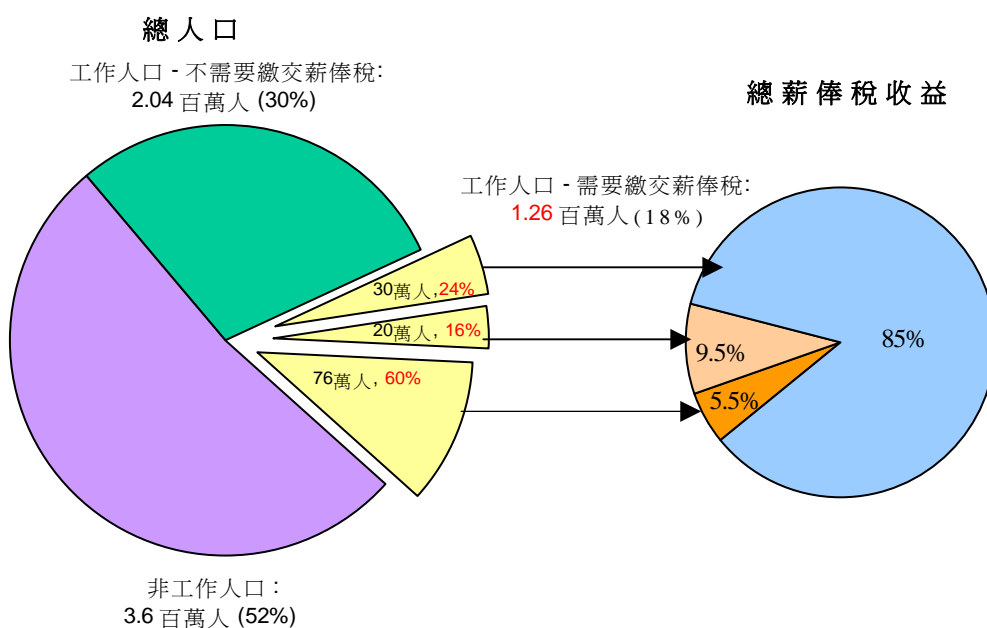


圖 2：薪俸稅收益（二零零四至零五年度）

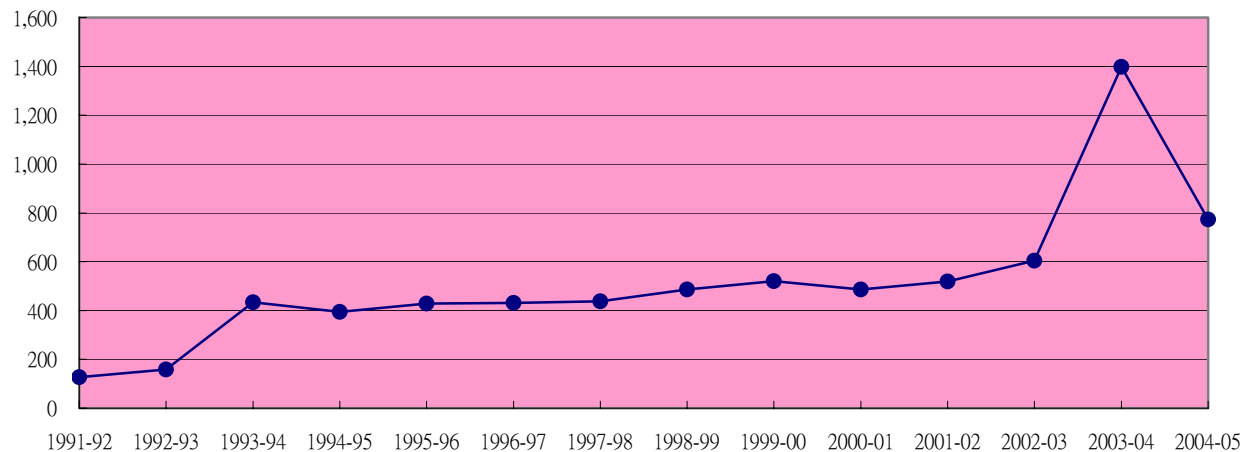


醫院管理局為主要的服務提供者

2.2 香港公共醫療服務主要是由醫院管理局（下稱醫管局）提供。醫管局於一九九零年成立，現時營辦 41 間公立醫院和 15 間公立急症室（在二零零四至零五年錄得約 210 萬診治人次）。醫管局亦營辦 74 間普通科門診診所，在二零零四至零五年度為 530 萬名病人人次提供服務；另 45 間專科門診診所，為 600 萬人次提供服務。為了應付如此龐大的工作量，醫管局的開支由一九九四至九五年度的 145 億元，在十年間倍增至二零零四至零五年度的 278 億元（圖 3 及 4）。當然，導致這個增幅還有其他因素，包括人口增加、醫療技術進步，以及醫管局服務水平的提昇。但歸根究底，我們要問香港社會應否把愈來愈多的公帑花在醫療服務。若這樣下去，剩餘給其他社會服務和基建發展的開支則愈來愈少。

圖 3a: 給予醫院管理局的非經常資助金(一九九一/九二至二零零四/零五年度)

百萬元



註：醫院管理局分別於 2003-04 及 2004-05 年度在"為對抗嚴重急性呼吸系統綜合症而開立的承擔"項下獲得 6,004 億元及 6,340 萬元額外撥款

圖 3b: 給予醫院管理局的經常資助金(一九九一/九二至二零零四/零五年度)

百萬元

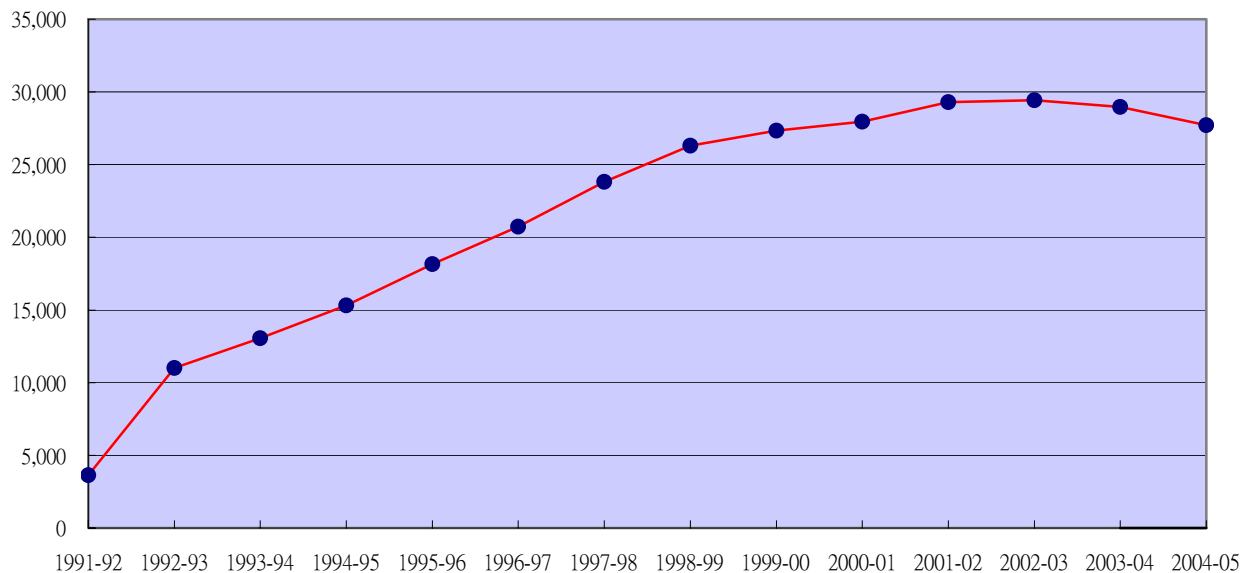


圖 4：大型基本工程項目清單

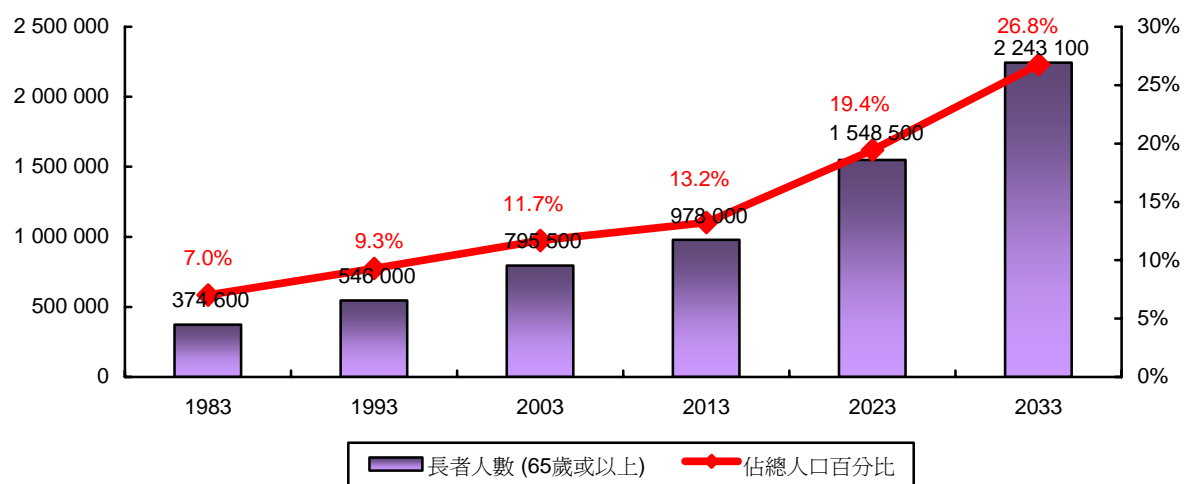
自一九九一/九二年度至二零零五/零六年度，政府核准的醫院管理局基本工程項目撥款總額為 240 億元。大型工程項目(每項工程的核准工程項目預算超過 6 億元)的清單如下：

工程項目名稱	核准工程 項目預算 (百萬元)
瑪嘉烈醫院 - 擴建及改善工程	652.0
興建大埔醫院	645.0
北區醫院 - 建造工程	1,690.4
將軍澳醫院 - 建造工程	2,047.3
伊利沙伯醫院手術室大樓及康復大樓重建工程	671.3
興建九龍復康院	894.8
基督教聯合醫院擴建工程	604.9
明愛醫院重建工程	769.2
興建瑪嘉烈醫院荔景大樓	686.4
九龍醫院第 1 期重建工程	1,083.3
屯門醫院 - 屯門分科診療所遷建工程	634.2
青山醫院重建工程 - 第 2 期	1,470.8
博愛醫院重建及擴建工程	1,666.1
重建屯門醫院職員宿舍為康復大樓	1,031.4

未來挑戰

2.3 展望未來，隨着人口老化（圖 5）、醫療成本上升和市民的期望日殷，我們的公共醫療系統已快推至它的極限；政府和市民都擔心我們的醫療系統能否長遠地維持下去。若然沒有改革的話，我們的醫療系統日後能否滿足市民的需要和期望，很成疑問。

圖 5：香港長者人口（一九八三至二零三三年）



2.4 具體來說，現有系統面對的挑戰包括：

- (i) 公眾過分倚賴大幅資助的公共醫療系統，私營醫療系統的資源未盡其用；
- (ii) 人口老化(到了二零二三年，每五人便有一個是超過 65 歲的長者)，意味着醫療開支和醫院服務需求勢將激增¹；

¹ 65 歲及以上的長者患慢性疾病的機會率比 20 歲的人士高 5 倍多。65 歲及以上長者佔總病人住院日數 46%（圖 6 及 7）。

- (iii) 慢性病患者有年輕化的趨勢，須長期倚賴公營醫療系統；
- (iv) 醫學科技進步，令可治療的病症不斷增加，藥物與醫療科技日益昂貴，均導致醫療開支上升；及
- (v) 醫院服務供不應求，包括專科門診和急症室服務。

圖 6：按年齡劃分的慢性病患率率（二零零二年）

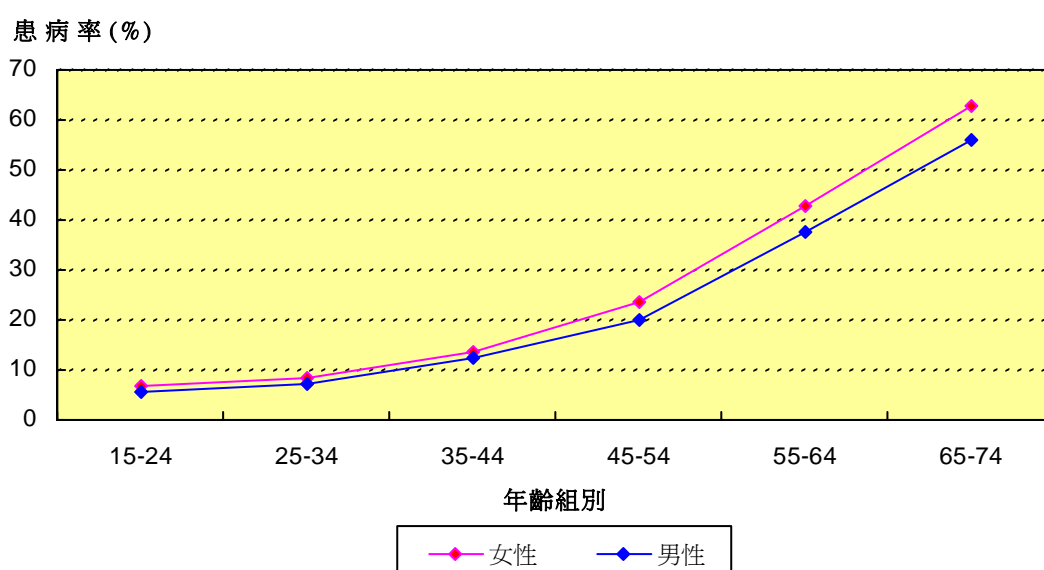
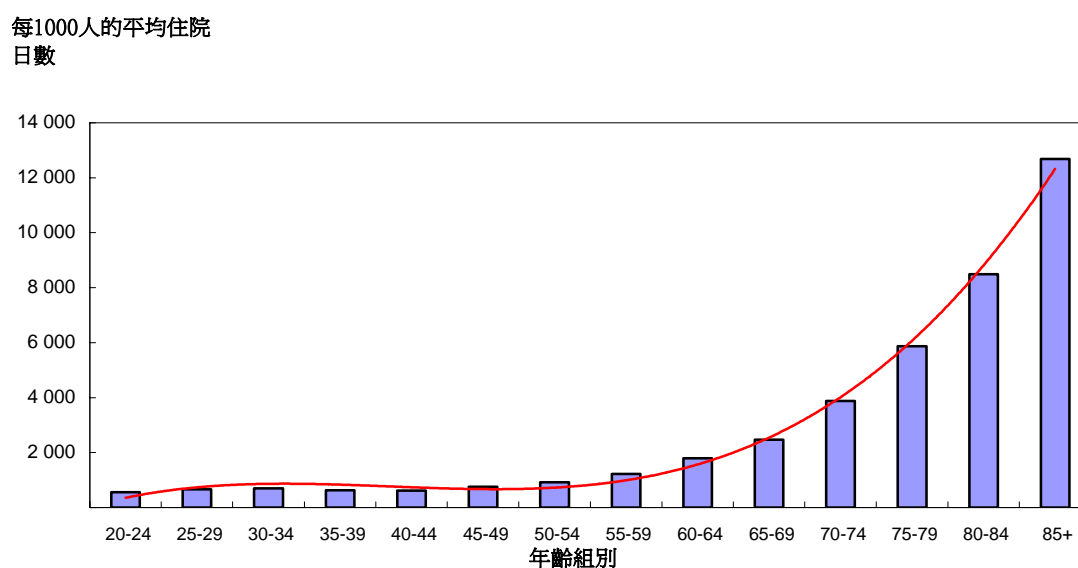


圖 7：按年齡劃分的平均入住公立醫院的日數（二零零二年）



坐視不理的代價

2.5 如果不處理上述情況及改革我們的服務模式，估計到了二零三三年，政府每 100 元的稅收便有超過 50 元以上須用於醫療服務方面，才能提供與現時同樣的服務。這樣勢將對教育、福利和基建發展等其他公共服務構成嚴重影響。因此，我們絕不能坐視不理。

2.6 同時，由於人口老化以及市民倚賴公共醫療系統，縱使政府增加額外資源，都要全部用以應付日益增加的服務需求，屆時再沒有剩餘資源去改善現行服務。結果，醫療服務的輪候時間可能更長；公立醫院可能更加擠迫；整體服務水平亦可能因而下降。屆時也沒有額外資源投放到疾病預防和康復護理服務。情況將會十分惡劣，絕非大家所樂見。

2.7 再者，由於市民太過倚賴公營醫療系統，引致私營醫療系統人手縮減，相反，公營醫療機構卻要面對日益沉重的工作量，以及出現人手短缺。結果，市民在別無選擇的情況下，唯有尋求公營醫療機構的服務，最終造成惡性循環。醫護界亦續漸無法提供足夠誘因去吸引具潛質的青年人入行，影響整體社會。

改革時機

2.8 我們有很好的理由去為我們現行的醫療系統感到自豪。假若我們期望今後能繼續以這個系統為榮，則必須面對上述種種挑戰。我們的共同理想是確保香港社會可以繼續享用既能長遠維持、又方便市民使

用和負擔得來的醫療服務。因此，我們必須有共同使命：審慎檢討和重新考慮日後應採取何種醫療模式，以便能達致理想。

第三章 一 日後的服務模式

3.1 我們的文化一向只著重治療，要到生病時才看醫生。大多數市民往往忽略預防性護理和持續護理的重要，其實這都是有效維持自己身體健康的基本要素。此外，很多人又往往認為，要治療疾病最好是在醫院接受護理，而在許多情況下，忽視了家居和家庭護理所發揮的效用。這些觀念和文化正正影響公營醫療服務的使用方式，以至對這些服務需求日增。

日後的醫療模式

3.2 我們在制訂日後的醫療模式時，目的是確保我們能以最合適的方式把有限的資源用於真正需要服務的市民，令他們獲得最好的醫療效果。我們認為日後的醫療模式應包括下列元素：

- (i) 市民有高水平的健康意識，並會選擇健康的生活方式，為本身的健康負責。
- (ii) 醫護專業界把保健和預防疾病的醫療服務視為首要工作，並以專業和符合道德的方式提供服務。
- (iii) 基層醫療系統能為市民提供大家都能夠負擔的健全家庭及社區醫療服務，著重促進健康和預防性護理，並為不同年齡組別和健康狀況的人士釐訂醫療標準。

- (iv) 醫院服務網絡分布全港各區，為市民在合理範圍內，提供緊急和第二層醫療服務，方便市民使用和家人探訪。
- (v) 長者護理服務、長期護理服務和康復護理服務均主張以家居護理為主，輔以社區外展及專業支援，並在各區提供療養和善終服務，以加強維繫家庭支援。
- (vi) 具備第三層專科中心和醫院，以發展和匯聚專業知識、技術、特別設施和研究，以應付罕有疾病、重病或複雜手術。
- (vii) 公營和私營醫療系統相輔相成，既可促進服務質素和專業水平的良性競爭，又為市民提供更多選擇。
- (viii) 醫療融資模式足以鼓勵善用醫護服務；提供符合道德和具成效的專業護理；釐定使用者能夠負擔的合理費用，以及利用公帑集中資助有真正需要的不幸病人和家庭。

公營和私營醫療系統的定位

3.3 根據我們日後的醫療模式，本港醫療系統的兩大服務提供者，即公營醫療系統(醫管局和衛生署)和私營醫療系統(私家醫院、私家醫生及其他非政府單位)，在角色上將重新定位。為確保我們以最妥善的方式把有限的資源用於真正需要服務的市民，公營醫療系統應以下列範疇作為工作重點－

- 急症和緊急醫療服務；
- 為低收入人士和弱勢社羣提供服務；

- 需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病；
以及
- 培訓醫護專業人員；

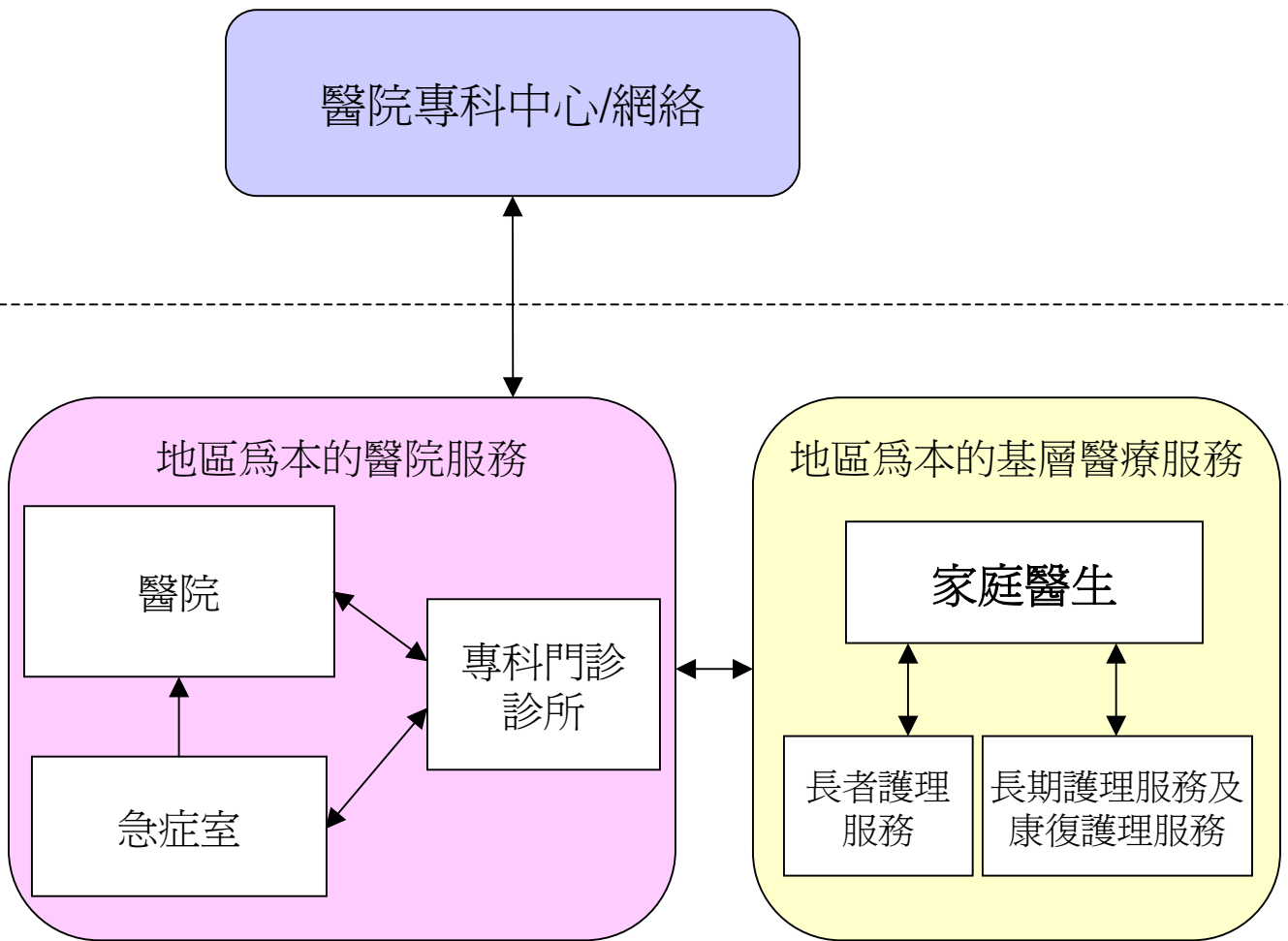
至於私營醫療系統，則應：

- 為病人提供全面、個人化和優質的護理；
- 為市民提供選擇；
- 為收入水平一般的市民提供能夠負擔的服務；
- 吸引年青的醫護專業人員加入；以及
- 為醫護專業人員的培訓工作作出貢獻。

病人不斷轉變的需要 — 不同層面的健康護理

3.4 醫療護理是一個不斷發展的過程。不論是通過私營或公營系統，我們日後的醫療系統都應該能為病人提供適當層面的醫療護理 — 即基層、第二層或第三層醫療護理，務求可靈活地回應病人不斷轉變的需要。為了盡量善用資源，醫療系統亦應鼓勵在不同醫療護理層面之間“順利轉移”病人，以處理他們不同的護理需要。我們相信，這種靈活的系統，可確保以最妥善的方法，把有限的資源用於真正需要服務的市民，並獲得最好的醫療效果。

日後的醫療服務模式



第四章 — 基層醫療服務

日後的模式

4.1 根據世界衛生組織的定義，基層健康服務是構成一個國家健康制度和整體社會及經濟發展的重要部分。¹ 基層健康服務亦涉及國家和社區發展的各有關方面，特別是農業、畜牧業、食品工業、教育、房屋等；並且需要各方面通力合作。在這一章和下一章的部份環節，我們會集中討論基層健康服務中的醫療服務，包括疾病預防，治療和康復服務。

4.2 基層醫療服務，是個人和家庭在一個持續醫護過程當中的第一個接觸點，也是醫療系統中的第一個層次，而醫療體制內其他部分亦是建基於這層次。有效的基層醫療服務不但可以改善市民的健康狀況，亦可減輕醫院系統所承受的壓力。因此，我們需要 —

基層醫療系統能為市民提供大家都能夠負擔的健全家庭及社區醫療服務，著重促進健康和預防性護理，並為不同年齡組別和健康狀況的人士釐訂醫療標準。

¹ 取材自日內瓦世界衛生組織就一九七八年亞拉木圖基層健康服務國際會議編成報告的開首語。

基層醫療的精髓何在？

4.3 基層醫療服務並非只治理偶發疾病。基層醫療服務是要在個人生活環境中提供**持續、全面和全人**的醫療護理。下文將會討論現有基層健康護理服務是否具備這三個元素。

現況

(i) 對持續護理的重要性欠全面認知

4.4 提供基層醫療服務的醫生與病人之間維持長期的關係，可讓醫生熟知病人的病歷、生活方式及其他可能影響病人健康的因素，可為病人作出預防或治療疾病的最佳建議。此外，只有在彼此建立長期關係的情況下，醫生才有較多機會向病人灌輸健康知識和給予適當輔導，幫助他們處理本身的健康問題，而病人亦會接受。要是雙方能夠維持長久的關係，醫生便可向病人提供更多預防和全人護理。可是，本港的文化一直認為最重要的是醫生盡快醫好病人。我們常見的現象，就是病人服用醫生處方的藥物後感到不見效，便會轉向另一醫生求診。

(ii) 須加強疾病預防的意識

4.5 全面的基層醫療服務除了要能為病人提供妥善的治療之外，也應包括疾病預防、教育和輔導病人。目前，香港社會對於可在基層醫療服務層面接受疾病預防服務認識不足，亦忽略其好處。病人一般會向提供基層醫療服務的醫生尋求防疫注射等服務，但對於其他預防

性的服務，例如預防性的檢查、檢測早期病徵、評估對健康有影響的風險因素及消除這些風險因素的工作，醫生和病人都似乎不夠重視。除了由於社會缺乏持續護理的意識外，也有部分原因是太過着重快速治療。我們也注意到，公共衛生教育對疾病預防意識的重視程度也不足夠。

(iii) 須加強把關者／第一個接觸點的作用

4.6 在大部份情況下，包括急症和決定是否需要轉介專科，病人第一個接觸的醫護人士，應該是提供基層醫療服務的醫生。此外，基層醫療醫生作為醫院的把關人，應為病情穩定的慢性病患者提供長期醫護服務。現時，很多病人未能明瞭基層醫療醫生其實是重要把關人或作為病人與醫生第一個接觸點的好處。很多人，包括部分有急症症狀的，都選擇直接前往公立醫院急症室求診。就算病情並非緊急的病人，也多傾向前往急症室求診。亦有病人常常誤以為專科護理比基層醫療服務優勝，不少病人不論病情如何，都傾向使用專科治療。很多病人，特別是那些喜歡使用私營專科醫療的人士，往往沒有先尋求基層醫療醫生的意見，便自行決定向專科醫生求診。

4.7 病人如果第一時間先尋求基層醫療醫生診治，不但可以依循醫生的專業意見而作出最恰當的做法，而且也可以避免不必要的檢查和治療，確保病人和醫院的資源獲得最妥善的運用。在這方面，病人和整個醫療系統仍未充分利用基層醫療服務帶來的好處。

(iv) 須與其他專業人員加強協作

4.8 全人的醫療護理講求全面和透徹了解影響病人健康的問題，繼而對症下藥。香港的基層醫療服務往往着重治療偶發疾病，但對於病人身體狀況以外的問題，即使會影響其長遠健康，例如職業病、家庭問題和心理問題等，很少會全面處理。醫護專業人員與其他專業人員(例如社會工作者、心理學家、治療師)在調查和解決這些問題方面若能作出更全面的協作，會收到更好的效果。

後果

醫療成效尚有改善餘地

4.9 社會對持續、全面和全人的基層醫療護理意識尚嫌不足，結果令市民得不到最佳的醫療成效。慢性疾病及其併發症的發病率上升，加上患者日趨年輕，以致病人的生活質素欠佳，需要長期倚賴醫療系統。由於未能盡量利用基層醫療的醫生為醫院把關，常常導致醫院要浪費時間和資源作檢驗，以齊集病人的基本資料，也使病人和社會整體為醫療付出更高昂的代價。

建議

4.10 我們建議推廣家庭醫生概念，強調持續護理。我們亦建議基層醫療醫生提高對預防性護理工作的重視，加強市民對預防疾病的意識。我們亦應鼓勵並促進醫療專業人員與其他專業人員協作，共同解決病人的問題。

邁向日後的模式

推廣家庭醫生的概念

4.11 若要提升基層醫療服務，就必先要強調持續護理，我們因此建議政府和醫學界推廣家庭醫生的概念。家庭醫生可以是普通科醫生，也可以是家庭醫學專科醫生或其他專科醫生。最重要的，是病人與其選擇的醫生要維持長期的關係，而醫生則應有適當的思維模式及訓練，在基層醫療的層面對病人作全面的護理。在一般情況下，當病人需要醫療協助或意見時，他應該首先接觸家庭醫生。建立了這種長期關係後，家庭醫生自然最了解病人的病歷、生活方式、習慣和其他影響其健康的因素。如能由同一家庭醫生照顧整個家庭則最理想，但也毋須硬性規定。

4.12 我們建議政府加強公眾教育，向市民和提供基層醫療服務的醫生推廣這個概念。就醫生而言，他們要作出準備，改變現時某些行醫的模式，加強病人對他們的信任。例如可能須在一般的應診以外的時間，向病人提供醫療意見，甚或為病人診症；也可能要為病人進行

更多檢驗和檢查，才把病人轉介給專科醫生，作為兩者之間的有效橋樑，以及診症時多著重預防性的護理等。

政府提供資訊以改善預防性護理

4.13 為了使家庭醫生能為病人提供有效的預防護理，我們建議政府加強識別和評估影響健康的社會和環境變數，並把這些資料提供予家庭醫生。政府亦應推出更多預防各類疾病和病症的公眾教育。

設立地區／區域性平台協助醫務人員與其他專業人員加強合作

4.14 為了加強家庭醫生和其他專業人員的協作，我們建議政府把有關各方聯合起來，包括私人執業的家庭醫生、在公營醫療機構從事基層醫療工作的醫生，以及在各分區／地區工作的其他專業人員，提供一個平台，讓他們交流心得、交換資料、以及互相通報和轉介個案。其中的專業可包括社會福利署的社工及非政府機構(他們可能更擅長於處理一些或對健康構成影響的家庭及心理問題)、食物環境衛生署的衛生督察(可能須處理因環境衛生而引致病人出現的健康問題)等。我們注意到現時在地區層面已有機制讓社會福利界及醫療界共同處理某些社福界遇到的問題(如家庭暴力)。政府可以在此基礎上，或參考這類安排，讓更多專業人士參與解決市民的問題。

向私營機構購買基層醫療服務

4.15 我們亦建議政府和醫管局考慮將部分現時公營基層醫療服務改為向私營機構購買，藉此提升基層醫療的質素。通過聘請私營的家庭醫生提供服務，政府可做到以下各點：

- 對有關醫生的資格和持續醫療教育訂定要求；
- 規定醫生須恪守轉介個案的工作常規，藉以確保他們為公立醫院發揮有效的把關作用；
- 規定採用一些可取的措施，例如向病人提供病歷；
- 規定須為不同年齡羣體提供指定的疾病預防服務；以及
- 查核有關醫生的臨牀工作，以便監察服務水平。

4.16 政府為受聘提供服務的家庭醫生定下的服務水平，會逐步成為所有私家家庭醫生的服務基準。下一步政府可以考慮就不同年齡羣體制訂有關的服務標準，包括預防性服務的標準，供所有家庭醫生參考。

私營醫療系統在基層醫療的發展

4.17 政府和公營部門須與私營醫療系統相輔相成，才能取得成果，為病人提供更佳的服务。我們建議私營醫療機構以行動來提高病人對他們的信心，除了通過上文第 4.12 段所述改變運作模式之外，亦可以不斷汲取醫學知識，實行持續醫學教育，以及多花時間教育病人照顧本身的健康問題。

4.18 此外，我們建議私人執業的家庭醫生可考慮聯合執業。單獨執業固然有其好處，例如在運作上可以更加靈活，但聯合執業的好處則在於能夠減低間接成本，除了共用資源和設備之外，亦能讓醫生得以在互相支援的情況下休假，為病人提供更理想的服務。更重要的是，聯合執業的醫生在臨牀表現方面會互相砥礪，有助彼此分享可取的做法。

社會須破除舊有觀念

4.19 社會亦須改變對基層醫療的舊有觀念，並且要對基層醫療有更高的期望，才可以從基層醫療得到最大的效益。病人應了解到持續護理能真正改善他們的健康。社會亦應知道預防疾病和保持健康生活方式均十分重要，有助改善市民的健康和生活質素。

家庭醫生作為病人首個接觸點

4.20 關於如何令病人在出現急症時，以家庭醫生為第一接觸點、家庭醫生如何作為病人與專科醫生之間的橋樑，以及家庭醫生在病情穩定的慢性病患者的長期護理中擔當的角色，我們會留待下一章討論；有關公立醫院急症室及專科服務使用率過高。而基層醫療服務卻沒有得到充分利用所衍生的問題，我們也會在下一章探討。

第五章 — 醫院服務

日後的模式

5.1 醫院護理是醫療系統提供持續護理的一環，為急症和病情複雜病人提供短期和較專門的治療。在這方面，我們預計日後的醫院服務模式將包括以下元素 —

醫院服務網絡分布全港各區，為市民在合理距離的範圍內，提供緊急和第二層醫療服務，以配合和支援基層醫療服務，方便市民使用和家人探訪。

5.2 我們在本章將會首先檢討現時醫院提供的服務，並與日後的服務模式作比較。我們也會探討醫院服務的使用情況，以及就如何能邁向上述的日後模式提出建議。

檢討醫院提供的服務

5.3 目前，全港有 41 間公立醫院，設有共 20 550 張普通科病牀和 7 681 張特定病症病牀(供精神病患者、弱智和護養病人使用)。其中 14 間公立醫院為主要急症醫院，提供緊急和其他醫院服務。當中的住院病人多經急症室轉介入院。此外，另有 12 間私家醫院提供合共 2 794 張病牀，這些醫院大多附設 24 小時門診診所，但並沒有設立急症室。

急症和非急症醫院

5.4 現時每 1 000 人平均有 3.4 張(包括公立和私家醫院)急症和療養病牀。14 間急症醫院分設於人口稠密地區，加上香港環境高度密集和都市化，交通網絡四通八達，同時擁有高效率的救護車服務，這些急症醫院的分布甚為恰當[圖 8 和 9]。在醫院管理局(醫管局)的聯網架構下，每個聯網的急症醫院均由一些規模較小的非急症醫院支援。

圖 8：醫院管理局聯網內有提供急症室服務的公立急症醫院的分佈

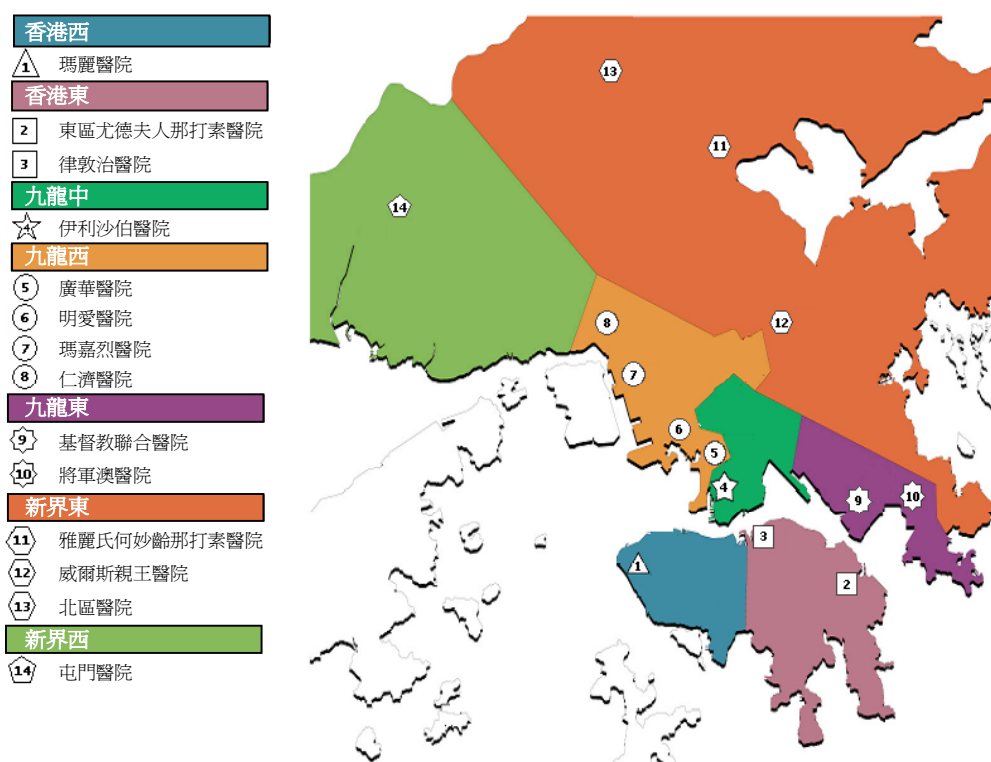
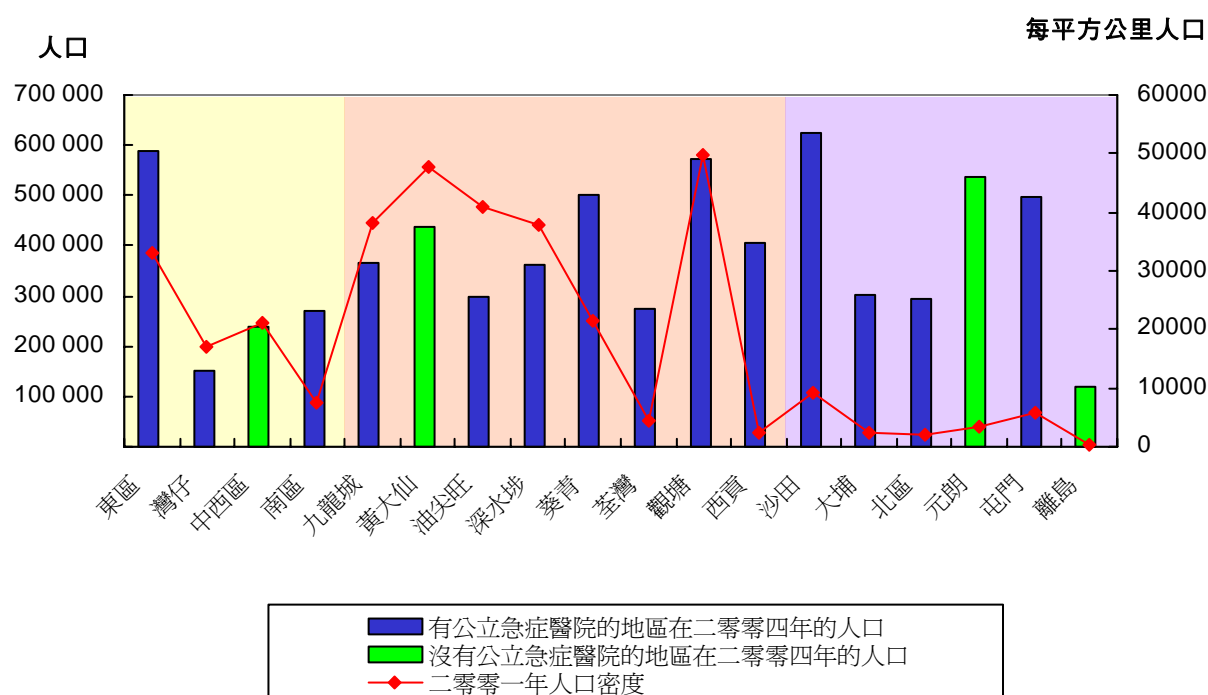


圖 9：有提供急症室服務的公立急症醫院在各區的分佈(二零零四年)



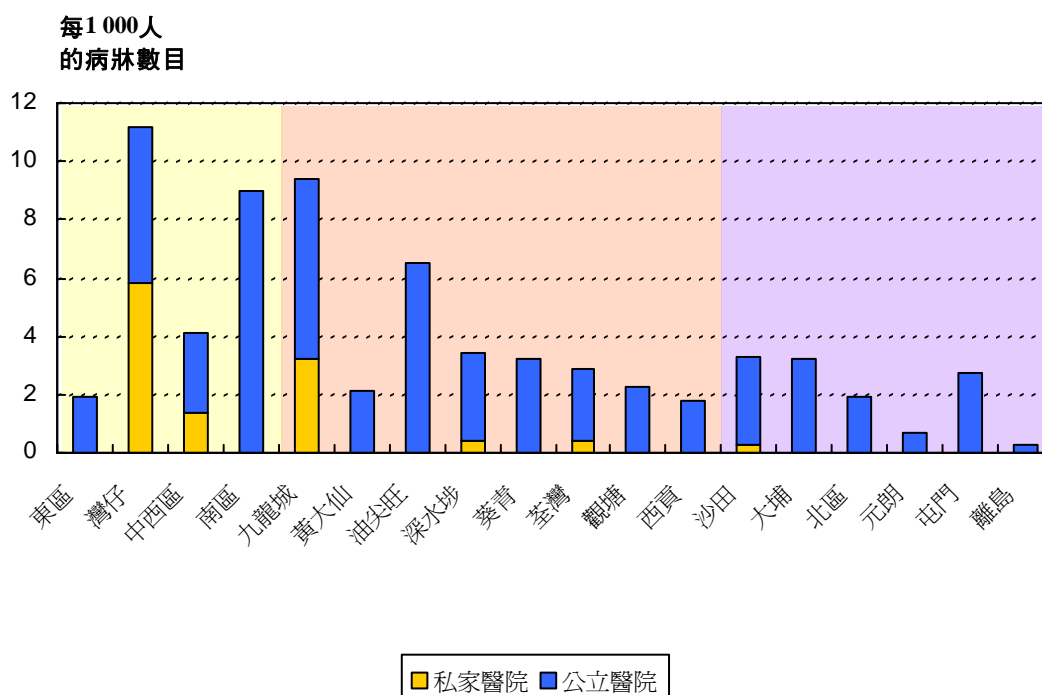
註：

這 18 區位於香港島、九龍或新界區是根據醫院管理局(醫管局)採用的聯網劃分方式來劃分，與民政事務總署為地方行政而採用的劃分方式略有不同。舉例來說，葵青和荃灣區屬於醫管局轄下的九龍西聯網，而西貢區則屬於九龍東聯網；但按照民政事務總署的劃分方式，這些地區都屬於新界區。

交通方便程度

5.5 就交通方便程度而言，現時的公立醫院網絡能確保各區市民在合理距離的範圍內獲得緊急和第二層醫療服務。不過，各急症醫院急症室的診治人次和真正緊急個案的比例則各有不同。此外，各區急症和療養病牀與人口的比率亦有差異，由每 1 000 人少於一張病牀至超過 10 張病牀不等[圖 10]。出現這種情況的原因，是一些醫院的現有位置、規模和性質(急症和非急症)是歷史發展的結果，而非按個別地區或社區的關鍵需求量(critical mass of demand)而定。

圖 10：各區急症及療養病牀的供應(二零零四年)



5.6 現時大部分公立急症醫院都提供全面的專科服務。一般市民對主要的專科服務如內科、骨科和外科需求甚殷，但某些公立急症醫院現時提供的一些專科的服務量卻不大。由於香港地狹人稠，當局有空間理順現時各區低服務量專科的分布情況，以提高公立醫院的效率。

建議

5.7 為了使醫院服務網絡能配合和支援基層醫療服務，以及在合理距離的範圍內為各區市民提供緊急和第二層醫療服務，我們建議在日後規劃主要急症醫院時以地區為本，並須顧及人口特徵和其他相關的因素。每間急症醫院開設何種專科，須視乎每個地區的需求而定。低用量的專科服務應由幾間醫院組成網絡、以網絡形式提供，以符合經濟效益。

邁向日後的模式

5.8 醫院病牀的現行規劃標準為每 1 000 人有 5.5 張病牀(包括所有類別的醫院病牀，以及公營和私營醫療機構的病牀)。鑑於醫療技術日新月異及對康復過程日益加深了解，各公立急症及非急症醫院已能減省住院病床日數，所以這個規劃標準已過於僵化。日後規劃個別地區所提供的醫院病牀時，我們建議同時考慮下列因素：

- 人口數字；
- 人口特徵的預期轉變，尤其是長者人口的轉變；
- 醫院病牀會否在個別和鄰近地區出現供過於求或求過於供的情況，以及不同年齡組別和性別(尤其是長者方面)的使用模式；
- 區內人口的收入分布情況，包括綜合社會保障援助(綜援)受助人的比例；
- 醫療技術方面的進展；以及
- 區內私家醫院病牀的供應和使用情況。

5.9 在急症醫院方面，我們建議與現行做法一樣，急症醫院須具有急症室的基本設施，並輔以一些指定的院內專科服務，而其他專科服務則以網絡形式提供。由於各間急症醫院急症室的診治人數，以及真正緊急個案所佔的比例各有不同，而某些醫院急症的使用量和真正緊急

的求診人數特別低，我們建議公立醫院檢討各間急症室的關鍵需求量，識別是否有需要將某些急症室合併或以其他方法理順，確保在各區均能提供最適宜的急症服務。

5.10 至於輔助性專科，我們建議所有急症醫院應要具備一些核心專科。這些核心專科應是病人使用率高又有大量個案屬急症室轉介的。目前這些專科包括內科、骨科和外科。致於其他專科，我們知悉醫管局已用網絡的形式提供服務。例如現時有 12 間急症醫院提供兒科服務、11 間提供婦科服務和 8 間提供腦外科服務。我們建議醫管局繼續留意這些專科經由急症室入院的病者人數，並找出是否有可進一步理順有關專科服務的空間，藉此提高經濟效益和改善效率。

5.11 為了迅速有效地處理災難性事故，我們建議公立醫院明確指定數間分區醫院，予以增強院內急症室應付急症和緊急事故的能力。這些醫院應設有一系列全面的專科和更高水平的深切治療設施，以提供複雜的緊急治療。醫管局現已指定五間急症醫院作為創傷中心。醫管局應循這個方向指定更多醫院作為專科緊急護理中心。

5.12 我們亦鼓勵公立醫院繼續發展和採用先進的醫療技術(尤其通過日間護理服務)，以縮短病人的住院時間和更有效運用資源。公立醫院亦應尋求機會與私家醫院協調日間護理服務的規劃和發展，務求充分運用公立醫院和私家醫院的資源。私家醫院的資源如能獲得更充分運用，其成本可因此而減低，這不但令病人有更多選擇，亦可改善公營和私營醫療機構失衡的情況。

醫院服務目前的使用情況

現況(i)與後果

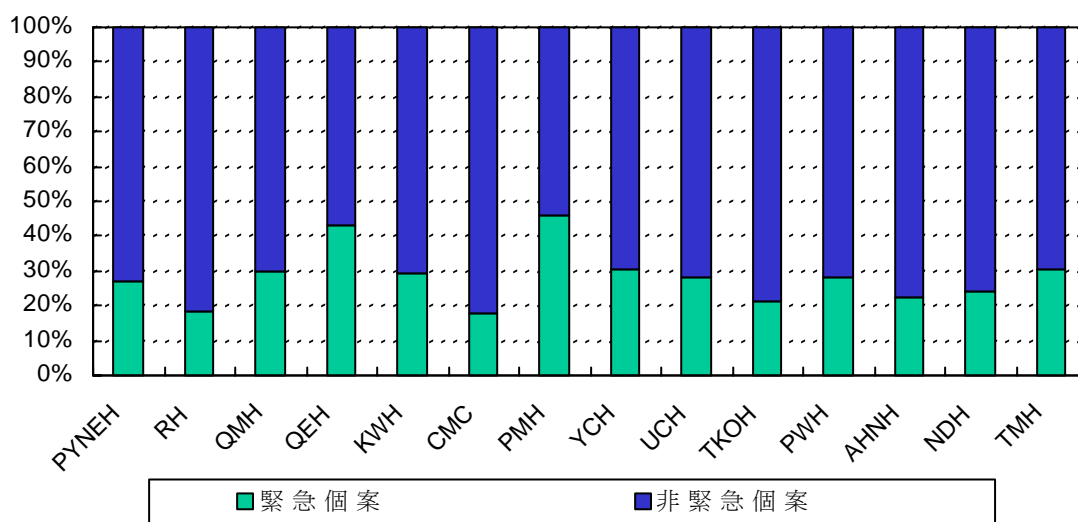
(i) 醫院服務使用不當及基層醫療服務未盡其用

5.13 醫院服務大致可分為三類：急症室服務、專科門診服務和住院服務。我們的檢討發現首兩類服務使用不當的情況十分普遍。大多數使用急症室服務和專科門診服務的市民實際上並不需要這些服務。

急症室服務

5.14 儘管急症室服務是為病情緊急的病人而設，但在二零零四年到公立醫院急症室求診的病人中約有 70%並非有緊急病情[圖 11]。雖然我們明白很多病人未能確定其急性病狀究竟是否需要緊急還是非緊急醫療服務，但也有些病人為求方便，特別是在沒有門診服務的時段，乾脆把急症室當作門診診所使用。這種使用醫療服務的態度與一些已發展國家的情況截然不同，當地大多數疾病(包括急性病狀)通常都是首先由家庭醫生治理，並由家庭醫生決定病人當時是否需要接受緊急醫院服務。

圖 11：各公立急症醫院的緊急和非緊急個案比例（二零零四年）



註：

PYNEH - 東區尤德夫人那打素醫院
 RH - 律敦治醫院
 QMH - 瑪麗醫院
 QEH - 伊利沙伯醫院
 KWH - 廣華醫院
 CMC - 明愛醫院
 PMH - 瑪嘉烈醫院

YCH - 仁濟醫院
 UCH - 基督教聯合醫院
 TKOH - 將軍澳醫院
 PWH - 威爾斯親王醫院
 AHNH - 雅麗氏何妙齡那打素醫院
 NDH - 北區醫院
 TMH - 屯門醫院

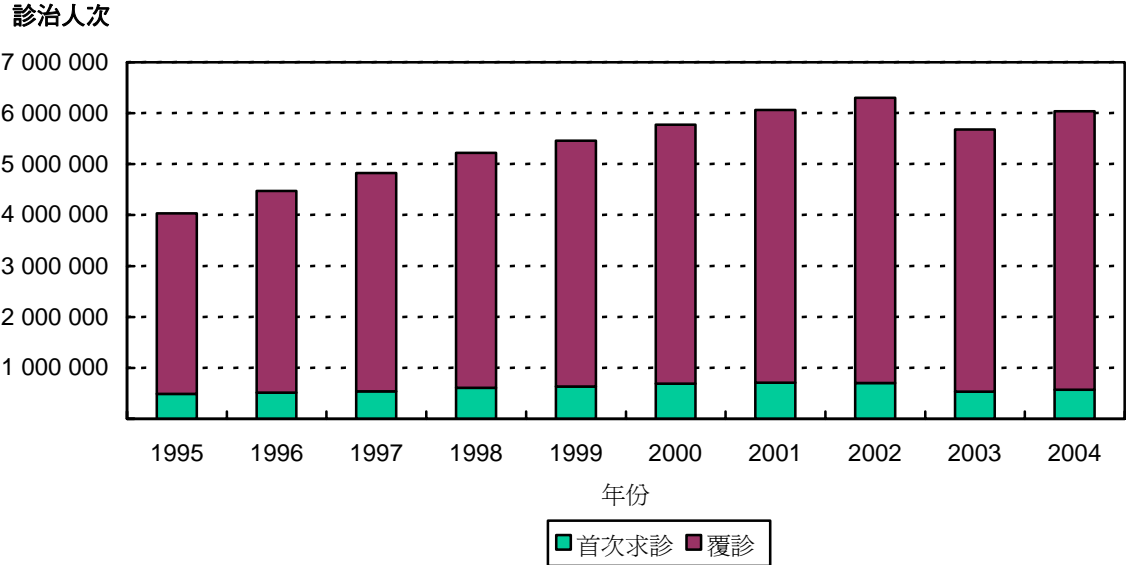
5.15 由於急症室是為病情緊急的病人而設，倘若大量非病情緊急的病人使用這項服務，便會導致急症室服務資源緊絀，問題叢生。首先前線人員工作過勞，以致影響治療真正病情緊急病人的效率。第二，非緊急病人須長時間候診，引起病人的不滿和與前線人員的衝突，因而導致工作人員士氣進一步低落。最後，家庭醫生雖最適合診斷病人是否病情緊急，以及診治病情並非緊急的病人，但其服務卻未盡其用。

專科門診服務

5.16 專科門診服務方面，公立專科門診診所的診治人數在過去 10 年增加了 50% [圖 12]。主要原因是“舊症”不斷累積，有部分病人的病

情已經穩定，無需長期接受專科護理，但仍由專科門診診所跟進多年。導致這種情況的原因如下：第一，無論病症或病情嚴重與否，病人普遍信任專科醫生多於基層醫療醫生；第二，需長期服藥的病人選擇繼續到專科門診診所求診，是因為該處的藥物均獲政府大幅資助。倘若病情已經穩定的個案不能交回基層醫療醫生接手處理，公立醫院專科門診診所的個案數目便會劇增，導致新症病人的輪候時間和輪候名單不斷增長，有礙快速治理真正需要專科門診服務的病人。

圖 12：公立醫院專科門診診所的總診治人次（一九九五至二零零四



年)

5.17 家庭醫生同樣是向這類病情並非複雜，及已穩定的慢性病患者提供長期醫療護理的最適合人選，並能大大改善公立醫院專科門診診所的運作效率。與一些已發展國家比較，很多病人不認同香港家庭醫生有能力處理不複雜的慢性疾病，以致這方面的服務明顯未盡其用。

建議

5.18 由於公立醫院的資源有限，為了應付持續飆升的需求，並且讓真正需要醫院服務的病人更易獲得適時的治療，我們建議公布使用公立醫院資源的清晰指引，包括訂出明確政策，促使公立醫院擔當其真正的角色，即為複雜病情的病人提供短期和較專門的醫療服務。在這方面，家庭醫生應為醫院發揮更重要的“把關”作用。他們應是病人顯示出急性症狀和患上其他病症時第一個接觸點，以及應為病情穩定但需要長期醫療護理的病人提供持續醫療護理。通過盡量利用家庭醫生，將可大大減輕較昂貴和技術較專門的醫院服務所受到的壓力，並容許醫院系統有足夠時間為真正有需要的病人提供服務。

邁向日後的模式

5.19 我們建議政府向市民宣傳善用家庭醫生的服務，患病時(包括顯示急性病狀但病情並非緊急的疾病)應先看家庭醫生，作為第一個接觸點，並由家庭醫生提供持續護理，尤其是為慢性病患者提供長期醫療護理。政府亦應檢討公立醫院急症室服務、專科門診服務和藥物供應的收費，以確保病人支付的醫院服務費用不會少於一般家庭醫生的服務收費。此舉可減少濫用公立醫院服務的誘因，避免病人在病情較適合及可有效地由家庭醫生治理時，仍使用公立醫院服務。至於處理顯示急性病狀但病情並非緊急的病人和病情穩定的慢性病患者的更具體措施，會在下文各段逐一論述。

顯示急性病狀但病情非緊急的病人

5.20 如要這類病人改變以往的習慣，便必須有足夠的其他服務替代急症室服務。社會需要更多基層醫療醫生，願意與病人建立持久的關係，在病人有需要時能切實提供服務，並可提供 24 小時診所服務。我們建議基層醫療醫生作出安排，例如向病人提供應診時間以外的聯絡電話，以便病人在有需要時可以向他們尋求意見，取得病人對他們的信賴。

5.21 至於 24 小時診所服務方面，我們得悉這些診所(包括 12 間私家醫院中 11 間的 24 小時門診部)的數目不多，而且只集中在某些地區，而其他地區則沒有這些診所。我們建議鼓勵私營醫療機構開設更多 24 小時診所。

5.22 我們明白，病人很可能擔心，如果他們向家庭醫生或 24 小時診所求診，但醫生斷定他們看似非緊急的病情原來情況緊急，便可能會耽誤治療。為此，我們建議公立醫院急症室主動採取措施 —

- 把分流準則和各類病人的候診時間告知所在地區的家庭醫生及 24 小時診所；以及
- 與所屬地區的家庭醫生和 24 小時診所建立聯繫和工作常規，讓經由家庭醫生和 24 小時診所斷定病情緊急的病人能盡快轉送急症室，並在最短時間內得到急症室醫生的診治。

5.23 我們建議私營醫療機構研究如何以最佳方式提供 24 小時門診服務。第一步的工作可由同一地區內單獨執業的家庭醫生先進行協作，輪流在正常應診時間過後提供服務。24 小時診所亦可考慮增聘曾接受緊急護理訓練、現時在私營市場執業的醫生，以及增添簡單的診斷儀器，加強其人力資源和設施。我們又建議私家醫院可考慮發展正規的急症室服務。

病情穩定的慢性病患者

5.24 對於這類病人，我們建議公立醫院訂出明確政策，把他們轉介回家庭醫生、先前治理他們的公營或私營基層醫療的醫生。我們建議公立醫院率先與基層醫療醫生制定轉介常規和共同護理計劃，使病人明白在某些情況下，例如慢性病惡化或出現其他復雜的急性病徵時，他們會再次接受專科護理，使他們安心。

5.25 我們建議私家醫生積極與公營醫療機構合作，攜手制定轉介常規和共同護理計劃，並在這些常規和計劃落實後盡力遵守。轉介常規須訂明，轉介病人到專科門診診所時，應附有病歷和有關的檢驗結果。此舉讓專科門診診所無需再進行檢驗，以收集和整理與病人有關的基本資料，因而可節省時間和資源。

5.26 為了順利推行這個模式，我們建議市民須改變某些根深柢固的觀念，例如視急症室為一般診所應診時間以外的唯一求診途徑，以及認為專科護理比基層醫療服務優勝。只有在病人願意使用他們的服務的情況下，家庭醫生才能夠貢獻他們的所長。

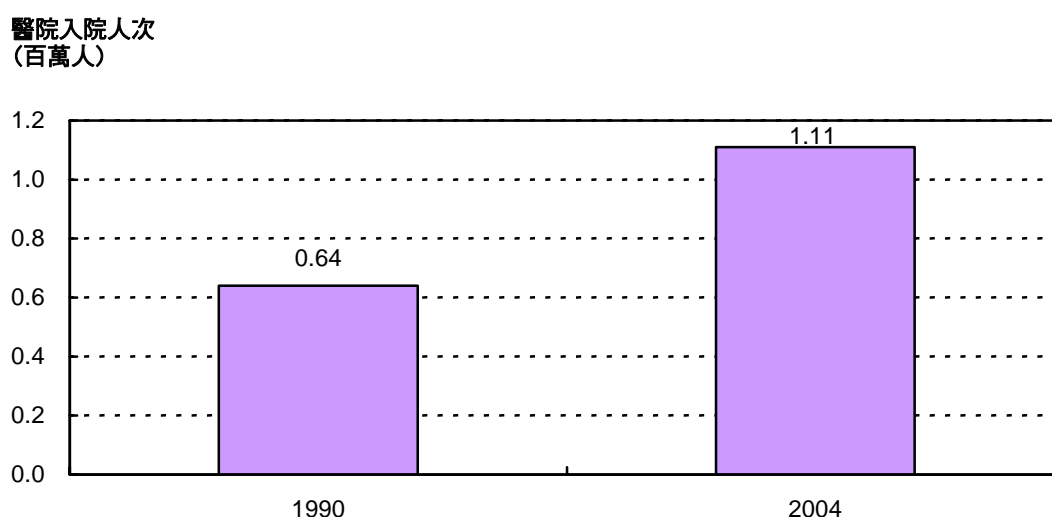
5.27 把病人移交基層醫療醫生治理後，便可騰出可相應用作改善醫院服務的資源。我們建議把這些資源撥回有關服務，以改善病人護理，例如縮短公立醫院急症室緊急個案的輪候時間，以及轉介到專科門診診所的新個案輪候時間。

現況(ii)與後果

(ii) 公營與私營醫療機構失衡

5.28 隨着人口增長和老化，加上科技日新月異，令可治療的疾病不斷增加，市民對醫院服務的需求亦日益殷切。在需要住院的病人中，超過 80% 選擇入住公立醫院，期望公立醫院提供大幅資助、收費低廉和優質的服務。公立醫院的入院總人數由一九九零年的 64 萬人增加至二零零四年的超過 110 萬人，增幅達 73% [圖 13]。

圖 13：一九九零及二零零四年公立醫院的入院人次



5.29 現時市民使用醫院的模式導致公立醫院與私家醫院的市場佔有率出現嚴重失衡。公立醫院的入住率已接近極限，已無多大能力可以靈活應付病人不斷轉變的需要或緊急事故(例如傳染病爆發)。這個現況並不健康而且不能長遠維持下去。

建議

5.30 我們建議公立醫院系統重新定位，優先提供第三章所載的四類公共醫護服務，即：

- 急症和緊急醫療服務；
- 為低收入人士和弱勢社羣提供服務；
- 需要高昂醫療費用、先進技術和不同專科合作診治的疾病，以及
- 培訓醫護專業人員。

5.31 我們亦建議私家醫院更積極發展和提供公立醫院優先服務範圍以外的各類醫院服務。

邁向日後的模式

5.32 我們建議政府推行措施，以便重新集中提供以上四類公立醫院服務；同時，政府須改變現行的收費政策，減少向並非屬於低收入或弱勢社群和非患有危疾的市民提供的資助水平。不過，政府和公營醫療

機構亦應考慮採取其他解決公私營機構失衡情況的措施，這包括與私家醫院協調規劃和進一步發展一些市民較能負擔的服務，如日間護理服務。

5.33 我們也建議公立醫院考慮採用更多共同護理計劃，由公營和私營醫療機構分別負責病人的一部分治療¹。公營醫療機構亦可在採購藥物和儀器方面與私營醫療機構進行協作，幫助減輕私營醫療機構的成本，從而調低病人須繳付的醫療費用。

5.34 私營醫療機構可考慮發展或擴大病人較能負擔的服務，例如日間手術和日間護理服務。我們亦建議私營醫療機構與保險界合作，使保險業能作出相應的改變，藉以擴大這些私營服務在市場上的佔有率。此外，私家醫院和私家醫生亦可採取積極措施，增加收費的透明度，以及改善臨牀管理。

現況 (iii) 與後果

(iii) 出院問題

5.35 公立醫院現時在安排一些病情穩定又無需繼續接受醫院護理的病人出院時遇到困難。我們明白，部分這類病人本身亦要面對一些問題。

¹ 例如醫管局其中一個聯網採用共同護理計劃，為孕婦提供產科護理。孕婦可從名單中選擇一名私家產科醫生，為她提供個人產前護理。如孕婦出現任何醫療問題，該名私家醫生可把孕婦轉介回公立醫院。孕婦亦會在公立醫院分娩。

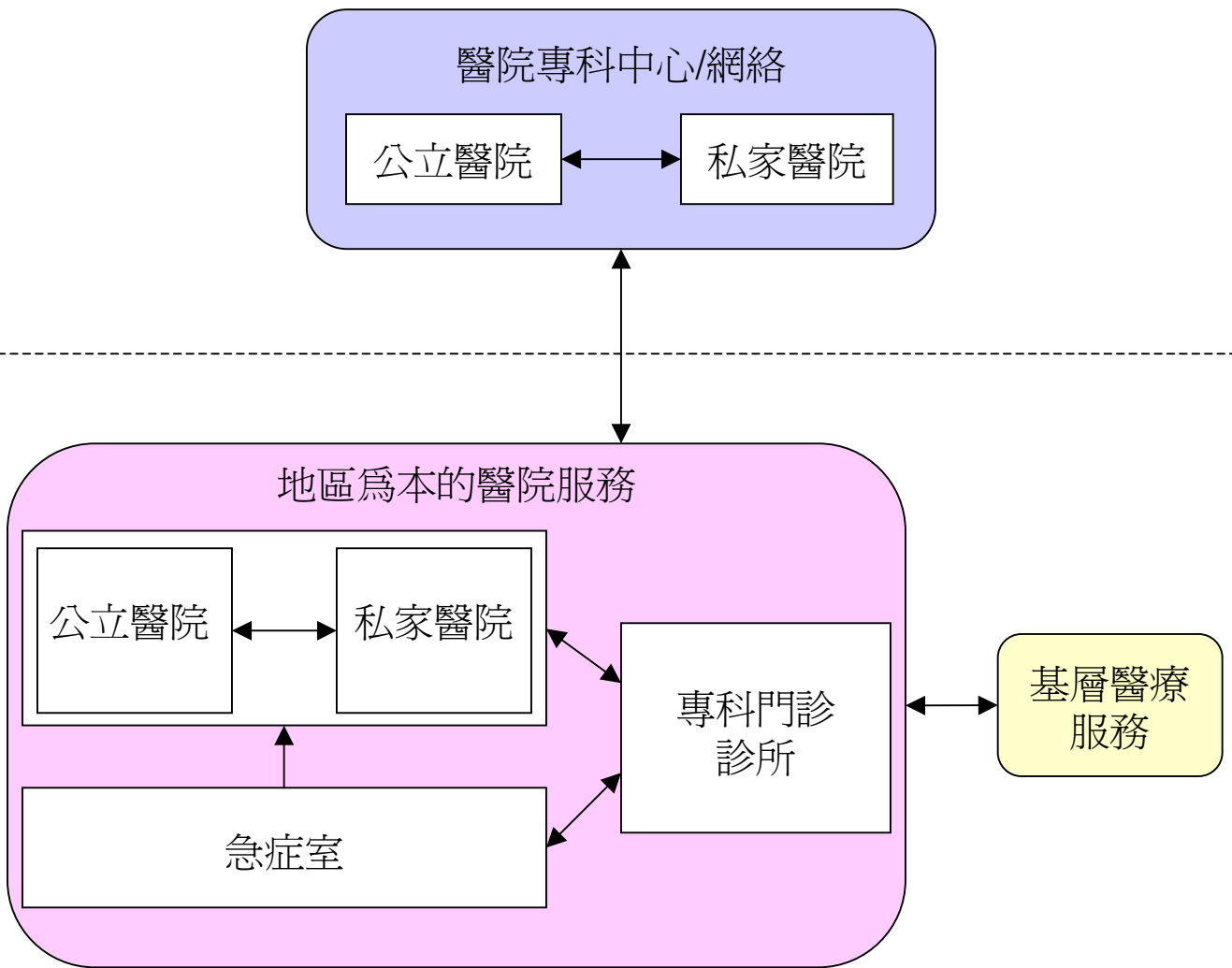
他們有些需要高度的康復或護理服務(但非醫院護理)，而這些服務卻是無法在家中提供的。此外，有些則缺乏支援，未能在家中或安老院獲得所需的長期護理。簡言之，病人的出院問題有部分原因是由於社區缺乏足夠供出院後療養及康復的支援和設施。

5.36 上述現象導致有關病人的生活質素降低，真正需要醫院服務的病人缺乏醫院病牀的供應，以及未能善用昂貴的醫院服務。若這問題持續，便會產生更多的不良後果，包括令排期等候治療非緊急病情的內外科病人要輪候很長時間，醫院病房在冬季慣常出現的住院人數高峰期過份擠迫。醫院消耗了資源照顧一些其實可在其他層次的護理機構下照顧的病人，會導致員工士氣低落。

建議

5.37 我們建議政府採取措施，鼓勵私營醫療機構和社會服務機構在社區發展更妥善的出院後療養和康復服務，以便病情穩定的病人得以早日出院。有關措施的詳情載於第七章。

醫院服務模式



第六章 — 第三層和特別醫療服務

日後的模式

6.1 醫療技術日新月異，使我們能治療越來越多複雜的病症。為了治療這些病症和令本地的醫療技術取得更進一步的發展，我們需要 —

具備第三層專科中心和醫院，以發展和匯聚專業知識、技術和特別設施和研究，以應付罕有疾病、重病或複雜手術。

何謂第三層和特別醫療服務？

6.2 第三層和特別醫療服務一般指需要高度繁複和特別護理的服務，通常需要使用先進技術和涉及多個專科的專業知識。這類服務的對象通常為患有複雜但較罕有疾病的病人，或所患疾病出現罕有併發症的病人，又或是身罹重病的病人。

6.3 需要接受這類治療的病人為數不多，但由於這些服務要求龐大的儀器設置和涉及多個醫療專科，成本難免高昂。第三層和特別醫療服務的例子包括肝臟／心臟／心肺／胰臟／骨髓移植、為嬰孩和兒童進行複雜手術處理大塊腫瘤，以及腦部放射外科手術（包括使用伽馬刀）。特別醫療服務的例子包括愛滋病治療。

6.4 醫管局把轄下公營醫院所提供的一些最複雜治療列作“第四層醫療服務”。為方便討論，這些服務在本討論文件中都歸納為第三層醫療服務。

現況

(i) 第三層和特別醫療服務主要由公立醫院提供

6.5 目前第三層和特別醫療服務幾乎全部都是由公立醫院以大幅資助方式提供。私人醫療系統亦有提供部分第三層醫療服務，但由於收費昂貴，有能力負擔的病人畢竟有限。

6.6 現時醫管局提供的第三層醫療服務，主要集中在特別指定的醫院，包括兩間大學的教學醫院和幾間大型醫院。主要目的是確保提供服務的專業人員能盡量累積經驗，而且使提供的服務更具成本效益。

(ii) 第三層和特別醫療服務獲政府大幅資助

6.7 在收費方法方面，公立醫院的第三層醫療服務與其他服務相同，即每日 100 元標準收費另加 50 元入院費。這項收費已包括所有住院和醫療費用。此外，深切治療病牀與普通科病牀的收費也是一樣。與實際成本比較，病人須付出的費用實在極少。舉例來說，肝臟移植手術的成本高達 54 萬元，而這筆款項還未包括手術後的覆診和抑制免疫系統的治療。肝臟移植病人在手術後平均留院十天，而他們只須付出 1,050 元。

(iii) 第三層和特別醫療服務需求日增

6.8 人口老化、科技日新月異，以及市民期望日高，使第三層和特別醫療服務的需求日增。我們預期日後這些服務的總體成本會激增。

後果

6.9 我們的公帑，一方面要照顧患小病但數量多的病人，另一方面又要應付數目較少但治療成本昂貴的重症病人。長此下去，勢將越來越困難。

建議

6.10 我們認為政府應堅守承諾，以病人能承擔的收費水平，為少數不幸患上重病的病人提供服務。不過，我們建議必須採取措施，讓這些服務既可以持續下去，而整體社會亦能負擔得來的同時，盡力預防這些疾病出現，及以最佳方式調配這些服務，達致成本效益。政府並應鼓勵私營醫療機構拓展這類服務。

邁向日後的模式

疾病預防工作

6.11 由於大部分病人均無法負擔第三層和特別醫療服務的費用，政府必須承諾以資助的方式，為有需要的病人提供這類服務。不過，市民如能夠預防患上重病則更為理想。此外，疾病預防也是控制醫療

成本的最佳方法。很多需要第三層和特別醫療的疾病以及併發症都是可以預防的。改變生活方式、推行有效的注射計劃和有效地控制慢性病，均可減少出現重病和慢性疾病併發症。我們建議政府發展一套更加積極進取的疾病預防策略，並培養病人要對本身的健康有責任感。

病人需付稍高的成本比例

6.12 由於成本高昂，我們建議政府應維持給需要接受第三層和特別醫療服務的病人，較大幅度補貼的原則。但在這大原則下，我們認為政府仍有空間考慮讓病人分擔稍高的成本比例。此舉的目的不是收回成本，而是令社會整體和病人更清楚知道這類服務的真正成本。與此同時，政府應設定收費佔病人入息和資產的百分比上限，以規限病人在治療方面的支出。

第三層服務的其他經費來源

6.13 除了公帑之外，我們建議政府亦應尋求其他來源，為第三層和特別醫療服務以及相關研究提供經費。例如鼓勵成立基金，讓提供這些服務或進行研究的公營或私營醫療機構可以持續獲得資助，並呼籲各界向這些基金作出捐獻。

6.14 為確保醫療服務不斷進步，以及保持高水準，我們建議政府鼓勵公營醫療系統、大學以及私營醫療系統合作，進行有關本地的研究。為更妥善規劃第三層和特別醫療服務的發展，政府亦應鼓勵收集和整理數據，以評估本地的需要。

6.15 世界各國一般都認為，很多專科程序若沒有足夠的個案可供處理，便無法保持第三層醫療服務的質素和安全。我們注意到，醫管局已循着正確的方向發展，把第三層醫療服務集中在指定中心提供。我們不但建議醫管局應繼續採用這個方法，同時也建議應就第三層醫療服務，制訂以個案數目和培訓需求為本的規劃指引，並且不時作出檢討。我們認為，如果個案有一定數量的話，與其由一個大型中心提供服務，可能不及由兩個或以上中心提供為好，因為可通過良性競爭和協作，提供更高質素的服務。

公私營協作

6.16 第三層和特別醫療服務無論現時或日後大多會由公營醫療系統提供，但我們認為政府應鼓勵私營系統發展第三層醫療服務，以協助公營系統應付部分需求，並且與公營醫療系統協作，為社會提供服務。事實上，這類協作現時已經存在，而且應有更大的發展空間¹。

6.17 為盡量利用少數接受第三層醫療服務訓練的醫生，我們建議公營醫療系統在某類第三層技術人手不足時，考慮聘請具備有關經驗的私營醫療系統醫生以非全職方式在公立醫院執業。這安排不但可以

¹ 伽馬刀手術是公私營協作的一個例子。當局估計，只需要一台伽馬刀儀器便足以應付本港對這類手術的需求。這項服務現時由一間私家醫院提供。如公立醫院病人需要進行這類手術，有關方面會作特別安排，讓病人到該私家醫院接受手術。如病人無法負擔手術費用，撒瑪利亞基金會提供財政資助。

解決公立醫院人手不足的問題，也可以提供更多機會讓私營醫療系統內的醫生累積經驗，進而為香港的醫療水準建立優良聲譽，吸引外國病人來港治病，協助發展香港的醫療服務業，有利整體經濟。

第七章 一 長者、長期護理和康復護理服務

日後的模式

7.1 已發展國家推行醫療改革的一大重點，是盡量減少使用醫院來照顧慢性病患者。為配合這個目標，便須協助病情穩定的病人(即使是嚴重殘疾的病人)早日出院，讓他們盡量在社區過正常的生活。就此，我們期望日後的醫護系統模式包含以下元素：

長者護理服務、長期護理服務和康復護理服務均主張以家居護理為主，輔以社區外展及專業支援，並在各區提供療養和善終服務，以加強維繫家庭支援。

現況

(i) *醫院以外為病人而設的療養和康復專業支援和設施不足*

7.2 目前，可以出院但仍需高度護理和起居照顧的病人，如果無法在家中獲得這些護理，往往沒有合適的機構能為他們提供服務。有些病人(特別是較年輕者)可能只需短期的康復和療養護理，但現時護理院舍只提供長期性的護理服務，並且主要以長者為服務對象。

(ii) 為安老院舍長者提供的定期醫療服務有待加強

7.3 大部分安老院舍為長者所提供的定期醫療服務可以改善。現時的發牌規定只訂明安老院舍在提供醫療服務方面須確保院友每年至少一次接受身體檢查。公立醫院現設有社區老人評估小組(評估小組)¹，為公立醫院護養服務輪候名單上的長者提供適時的評估，並為安老院舍提供外展專科護理和康復支援。除了評估小組的探訪外，安老院舍極為倚賴公立醫院急症室和公立專科門診診所分別為院友治療急性和慢性疾病。然而，不是所有安老院舍都有為院友在院舍內提供定期醫療服務，尤其是那些只提供護理安老照顧服務的院舍。

(iii) 老人科護理和社康護理人手不足

7.4 大部份涉及康復護理，長者護理及殘疾人士護理(尤其是照顧病情穩定的慢性疾病)的工作，其實都可以由合資格護士勝任。不過，現時公營機構的社康護士編制依然有限。醫管局現有的社康護理服務通常只為公立醫院出院的長者病人提供基本醫療服務。

7.5 此外，私家基層醫療醫生很少聘用社康護士和其他醫護專業人員，去協助他們為慢性病患者提供服務；而在社康護理服務以外可供聘請的護士亦寥寥可數。

¹ 社區老人評估小組由老人科醫生、護士、物理治療師和職業治療師組成，並由營養師和言語治療師提供支援。

7.6 近年，安老院舍要聘請合資格護士亦有困難。年青的護理科畢業生較喜歡公立醫院所提供的多種挑戰和機會，以及較好的晉升前景。許多國家也面對同樣問題。部份外國國家已開始培訓一批專為安老院舍及長者而設的醫護工作者(其護理能力與註冊護士相約)。這些培訓的目的是為醫護工作者提供多項技能，使他們能夠獨立地照顧長者。

後果

7.7 在這種情況下，那些病情穩定、只需一些康復和護理服務而毋需醫院護理的病人，由於離院後的療養和康復支援和設施不足，往往因此長期留在公立醫院。同樣，一些需要長期護理，但只要有某些支援便可住在家中或安老院舍的人，亦往往長期留在公立醫院。此外，安老院舍的院友經常入醫。這現象在辦公時間以外特別普遍，而院舍工友在不清楚院友病情時亦會發生，也較常見於一些沒有註冊護士的安老院舍。凡此種種，都令醫院的牀位出現不足，無法照顧真正需要治療的病人，亦令公立醫院的資源得不到有效的運用。

建議

7.8 我們建議

- 安老院舍院友及殘疾人士院舍應在其居住環境內定期獲得基層醫療服務。
- 病情穩定的病人應離院回到社區，盡量過正常的生活。這需要醫院、康復機構和基層醫療機構的緊密配合，提供服務和支援。

邁向日後的模式

長者護理服務

7.9 我們建議政府考慮修改安老院舍的發牌條件，規定安老院舍必須聘用到診醫生定期照顧院友的醫療需要。目的是改善安老院長者的整體醫療護理，以及設立把關機制，減低入院次數。我們知悉社會福利署現正修改安老院舍的實務守則，以鼓勵由安老院舍聘用的到診醫生提供更頻密的診療。此為一個正面的措施，值得各方面的支持。

7.10 隨着安老院舍在提供長者院友醫療服務方面承擔較大的責任，公營醫療系統應在這方面重新定位。我們建議社區老人評估小組應主力制訂出院計劃，並透過診症和診療會議，對於患有多種疾病和病情複雜的長者院友，向安老院舍的到診醫生提供支援；至於安老院舍聘用的醫生，則應負責照顧院友的基本醫療需要。為了使社區老人評估小組和安老院舍聘用的醫生緊密合作和互相配合，我們建議公營醫療系統主動與安老院舍聘用的醫生商討，以制訂和採用劃一的共同護理計劃和轉介工作常規。

7.11 根據這個建議的模式，私營醫療系統將會在提供長者基層醫療服務方面發揮更大的作用。我們建議私家醫生，尤其是基層醫療醫生應作好準備，改變在診所診症的傳統服務模式，為安老院舍提供外展醫療服務。我們又建議殘疾人士院舍亦採用以上的模式。

長期和康復護理服務

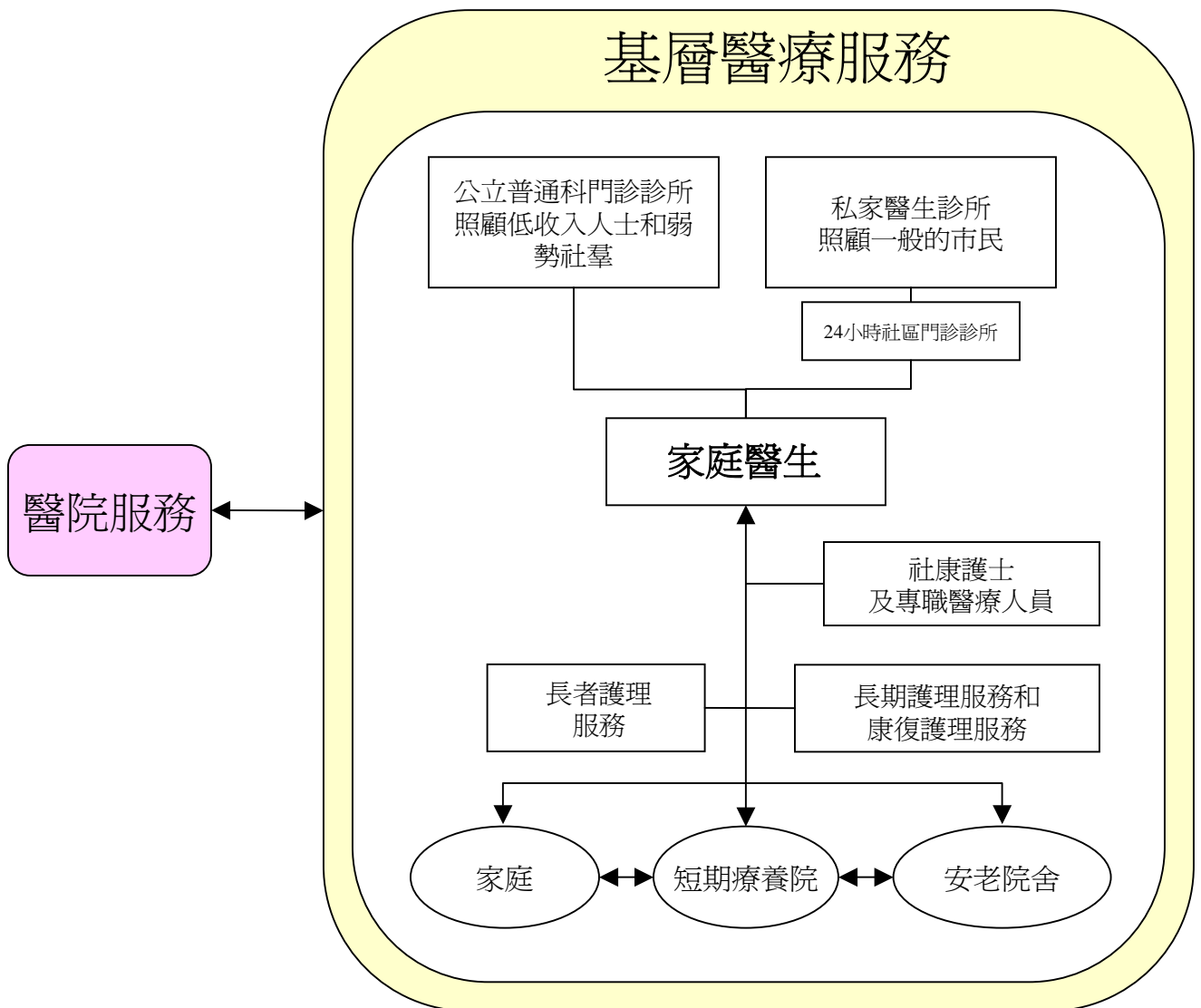
7.12 對於病情穩定能夠出院，但無法在家居獲得短暫康復護理服務的病人來說，我們認為解決方法在於發展新型的短期住宿院舍，提供短期的療養和康復服務。我們建議政府鼓勵私營醫療系統和社會服務機構開辦這類院舍。

7.13 我們又建議公營醫療系統擴展社康護理服務，除提供現有的家居護理服務外，亦可擔當全面的基層護理角色，尤其是為慢性病患者提供護理。此舉不但能改善病人的療養和康復過程，同時亦可協助慢性病患者採用較健康的生活方式，以預防他們出現併發症，因而要再次接受專科治療或入院。我們留意到目前護理人手短缺，然而，隨著未來護理畢業生的數目增加，這情況將會得到改善，社康護理服務亦會有空間得以擴展。公營醫療系統也可更加善用專職醫療人員，制訂並推出與社康護理服務一併進行的家居康復計劃，把病人康復的工作與病人的日常護理服務一併在社區提供。

7.14 我們建議私營醫療系統考慮以商辦方式開設短期住宿院舍，為有需要的病人提供短期療養及康復服務。我們亦建議私家醫生轉介有需要的病人接受社康護理服務，使私營和公營醫院的病人同樣可享有這項服務。隨着社區內能提供更佳的療養和康復支援，我們相信可能會有較多病人選擇到私家醫院求醫。私家醫院或可考慮設立社康護理服務，照顧較有經濟能力的病人的需要。

7.15 其他社會界別亦可出一分力，共享實現這個模式所帶來的裨益。我們建議安老院舍及殘疾人士院舍負責為院友提供定期醫療服務。為應付人口老化而帶來的護理需要，我們亦建議大學及培訓機構，考慮為有意投身社康護士行列的人士開辦額外的訓練和增設專業資格。我們以外國聘用經特別受訓而能夠獨立照顧長者的護理人員的有關經驗作為參考，建議專上學院考慮提供類似的訓練課程。

地區為本的基層醫療服務模式



第八章 — 公營和私營醫療系統的融合

日後的模式

公營和私營醫療系統相輔相成，既可促進服務質素和專業水平的良性競爭，又為市民提供更多選擇。

8.1 在前面的章節，我們建議私營醫療機構增加服務比重，目的並非單為糾正公營和私營醫療機構服務失衡的現象，同時也是為了整體改善病人醫療護理質素；以及讓醫療系統得以長遠維持。

8.2 向來一般人都認為公營和私營醫療機構的服務對象截然不同。長遠而言，我們相信同一名病人可因應病情，在不同階段接受公營或私營醫療機構的治療和護理。此外，我們預期公營和私營醫療系統之間會出現技術轉移和跨界別培訓，使社會能充分善用既有的專長和特殊知識。我們也相信，為了避免浪費資源(尤其是昂貴的儀器和設施)，或為了病人的最佳利益(如協調藥物或疫苗的採購)，只要有空間讓雙方協調規劃，公營和私營醫療系統便應攜手合作。

8.3 公營和私營醫療系統除設法加強協作外，更應互相融合，為市民提供優質服務。至於公營和私營醫療系統均有提供的服務，則應按照第三章所述有關公營和私營醫療系統的定位，兩者之間應有良性競爭，而不應由其中一方佔主導。

8.4 有關我們對公營和私營醫療系統應如何融合的看法，現撮述如下 —

病人護理

基層醫療

- 政府加強識別和評估影響健康的社會和環境變數，並把這些資料發放予家庭醫生，以便家庭醫生能為病人提供有效的疾病預防護理。
- 家庭醫生與其他專業人士，包括政府部門的專業人士加強溝通，去解決病人身體以外但卻影響病情的其他因素。
- 部分公營機構的基層醫療服務，通向私營機構購買的方式提供，藉此提升基層醫療護理的質素。
- 政府為不同年齡和各類病人設定服務水平，包括疾病預防服務，並提供給家庭醫生作參考。

醫院服務

公立醫院急症室採取措施 —

- 把分流準則和各類病人的候診時間告知地區的家庭醫生及 24 小時診所；以及
- 與地區的家庭醫生和 24 小時診所建立聯繫，以便確立妥善的工作常規，遇有真正的緊急疾病患者前往 24 小時診所或家庭醫生求診時，可把病人盡快轉送公立醫院急症室，讓急症室醫生診治，減省輪候時間。

- 公立醫院為病情穩定的慢性病患者與家庭醫生制定轉介常規和共同護理計劃。
- 公立醫院採用共同護理模式，由公營和私營醫療系統分別負責病人的一部分治療。

第三層及特別醫療服務

- 公營醫療系統與私營機構加強協作，為市民提供第三層和特別醫療服務。

長者、長期護理和康復護理服務

- 公營醫療系統的社區老人評估小組應主力制訂出院計劃，並就患有多發性疾病和病情複雜的長者，與安老院舍的主診醫生透過會診，提供支援服務；至於安老院舍聘用的醫生，則負責照顧院友的基本醫療需要。
- 私家醫生轉介有需要的病人接受社康護理服務。

專業人員的培訓和技術轉移

- 公營醫療系統若缺乏某些第三層和特別醫療服務的專業技術，可邀請一些富有服務經驗的私人執業醫生，以兼職形式在公共醫院提供有關服務。

- 公共醫院的社區老人評估小組，把如何照顧院舍長者的醫療需要的經驗，傳授給到安老院舍應診的醫生。

其他

- 公營醫療系統與私營醫院共同籌劃和發展日間護理服務，讓兩者的資源得到充分利用。
- 公營與私營系統在採購藥物，預防疫苗和醫療器材方面，攜手合作。

第九章 — 基礎支援

9.1 除了公營和私營醫療系統在提供醫療服務方面重新定位和加強合作外，日後的服務模式亦必須有下列的基礎支援 —

更加積極的疾病預防策略

9.2 這是改善本港市民健康和控制醫療成本的最佳方法。有效的預防性護理可減少出現傳染病和非傳染病。過去，儘管我們大力進行預防傳染病的工作，但非傳染病仍一直是導致全球各地居民發病、傷殘和死亡的主因。很多非傳染病都是可以預防的。一般而言，預防工作可以分為三個層面：基層(預防發病)、第二層(及早偵測疾病)和第三層(康復)。詳情請參閱附件 C。

9.3 我們建議公營醫療系統檢討在各個層面提供的預防性護理策略，並探討在這方面是否有機會與私營醫療系統加強合作。在私營醫療系統方面，我們認為其服務應重新定向，由原來只是提供疾病的治療，改為更加注重提供基層和第二層預防性護理以及保健服務。此舉對長者護理尤其重要。提供基層醫療服務的醫生最適合在社區為長者提供全面醫護服務，以減低因染病和併發症而導致殘疾的機會，同時增強長者身體機能，使他們可以照顧自己，可免入住院舍或推遲入住時間。我們留意到病人，特別是年長的病人，傾向不願透露視力衰退、大小便失禁、曾經跌倒或情緒低落等健康問題，直至他們真的病倒才告訴醫生。因此，醫生務須主動留意病人是否有這些疾病，並在日常治療護理中進行隨機檢查。

促進病歷流通

9.4 為確保日後的服務模式能夠善用資源和靈活變通，使各個層面的醫療護理以及公營和私營醫療系統的病人可以雙向流動，我們必須訂立制度，在病人同意下讓病歷流通，此舉對於轉介程序和共同護理計劃能否成功發展和實施也起關鍵作用。

9.5 我們認為，公營醫療系統應率先締造鼓勵病人病歷流通的環境，並設立促進病歷流通的制度。有關工作可分階段進行。短期目標應為所有普通科門診診所和專科門診診所的病人提供隨身攜帶的病歷，並鼓勵私家醫生配合。長遠來說，我們認為應發展一套全港資訊系統，以便公營和私營醫療系統的醫護人員可輸入、儲存和檢索病人病歷。同時，有關病歷必須得病人親自授權，才可被查閱。

培訓專業人員處理不同工作

9.6 醫護專業人員必須具備所需的知識和技術，才能順利推行日後的服務模式。在前幾章中，我們已指出醫護專業訓練存在若干不足之處，例如護理人員專為護理長者的訓練，提供基層醫療服務的醫生在照顧居住院舍長者方面的訓練。醫療模式的重點轉變，由原來提供治療改為同時提供預防性護理和治療，以及由單靠專科醫生治理慢性疾病改為較多依靠提供基層醫療服務的醫生治理情況穩定的慢性疾病，都需要醫護專業人員(特別是提供基層醫療服務的醫生)，採納新醫療觀念及學習新知識和技術。

9.7 我們建議訓練機構和業界本身檢討現時向本科生和在職專業人員提供的訓練，以裝備他們應付未來的挑戰。業界亦應積極考慮如何以最佳方法確保業內人員接受持續教育。

收費政策

9.8 我們認為政府須制定收費政策，以便達到第三章所述有關公營醫療服務的定位；減少不當使用、誤用或濫用公營醫療服務的情況；勸止病人不必要地堅持使用較昂貴的服務；而更重要的是培養病人要對本身健康有責任感。

改善病人資產審查的做法

9.9 我們認為，本港的公營醫療機構服務如要按第三章所述重新定位，以低收入人士和弱勢社羣為服務對象，並且以最合適的水平把公帑用於最適當的地方，便需要進行更精密的評估，才能確定病人的經濟需要，並按病人不同程度的需要，提供不同的資助水平。

公眾教育

9.10 最後，我們認為必須積極推行公眾教育，以矯正一些常見的錯誤觀念，例如專科護理較基層醫療服務為佳、提供基層醫療服務的醫生只治療偶發疾病，以及公立醫院急症室是一般診症時間以外的唯一求診途徑。我們應培養病人要對本身健康有責任感，讓他們知道必須尋求適當層面的醫療服務和向適當的專業人員求助；同時讓他們明白預防疾病和選擇健康生活方式的重要。

第十章 – 結論

香港日後的醫療服務情況

10.1 “如本討論文件所載的建議得以順利推行，香港的醫療服務在 10 至 15 年後會變成怎樣的光景？”

- “香港每個家庭或每名市民均獲得一名自選醫生的長期照顧，而且該醫生的醫務所大都設於服務對象的家居附近。
- 病人得到更多的疾病預防護理；每個人按照年齡，以往健康狀況、和家庭的病歷定期進行身體檢查。這些服務均以相宜的價格提供。
- 設立全港病歷系統。公營和私營醫療系統的醫生取得病人的同意後，均可查閱病人的病歷，以便取得更多資料決定如何作出治療。
- 病人有需要時可到自選醫院求診，並與平日照顧他們的醫生或其他護理人員保持密切聯繫。
- 設立 24 小時社區診所，為有急症症狀的病人提供服務。很多家庭醫生亦樂意在應診時間過後向有急症症狀的病人提供協助。
- 急症室能夠為緊急個案提供最適時的服務。善用觀察病房，大大減低病人經急症室入院的需要。

- 為長者、慢性病患者和康復病人提供外展至社區的服務。到診醫生、護理和專職醫療小組的服務亦外展至院舍或家居。
- 長者絕少只為診症緣故而須經急症室入院。所有安老院舍及殘疾人士院舍都聘有本身的基層醫療醫生，照顧院舍長者的一般醫療需要。
- 推行適當的非劃一收費制度後，大大改善公營和私營醫療服務所佔的市場比例，令公營及私營醫療設施都會有更大空間發展第三層醫療服務和卓越中心。
- 慢性病患者由專科醫生及其家庭醫生合力提供醫療護理。家庭醫生向病人提供有用的醫學意見，病人可省卻時間和資源經常去尋求專科醫生服務，只在必需時才找專科醫生。
- 無法負擔公營醫療服務收費的病人，可按其經濟狀況獲得不同程度的資助。
- 公立醫院和診所的年青醫護專業人員不但工作量有所減輕，而且有足夠機會去受訓。公營和私營醫療機構皆有健康的員工流轉。”

以往的檢討工作

10.2 有關香港醫療融資政策的公眾討論可追溯到一九九三年，當時政府曾發表一份《促進健康諮詢文件》(俗稱《彩虹報告》)。一九九七

年，政府委聘哈佛大學公共衛生學院研究本港現行醫療體制，並提出改革建議。研究於一九九九年完成，並發表了名為《香港醫療改革——為何要改？為誰而改？》的報告書。政府根據收到的公眾意見，在二零零零年發表醫療體制改革的進一步諮詢文件，名為《你我齊參與健康伴我行》。二零零四年，政府向立法會衛生事務委員會提交一份以《有關醫療融資的研究及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性》為題的文件。

10.3 在以往進行的檢討中，大家普遍認同有需要解決香港醫療系統能否維持下去的問題。不過，至於如何解決這個問題，以及其他與醫療融資相關的問題，則未能達成共識。

下一步

10.4 這份討論文件是以往各項檢討的延續。我們希望以循序漸進的方式，在社會上取得共識。我們在這討論文件內提出了我們對日後醫療服務的模式建議。我們下一步工作是就各項可行的融資方案進行討論，我們將在二零零五年底或二零零六年初就這方面提出建議。

10.5 制訂日後服務模式的目的，是為了理順和充分利用公營和私營醫療系統的資源，讓本港的醫療系統得以維持下去。我們在某些服務範疇中可能由此節省到一些資源，但這些資源會被保留在醫療系統內，作為改善其他服務範疇之用。

請踴躍支持

10.6 我們已在本討論文件闡述了日後服務模式的發展方向，你的支持至為重要。我們歡迎你提出意見，請於二零零五年十月三十一日前把意見書交到下列地址：

香港中環
花園道美利大廈 19 樓
衛生福利及食物局
醫療服務改革組

或把意見書傳真至：(852)2840 0467

或電郵至 healthcare@hwfb.gov.hk。

健康與醫療發展諮詢委員會

二零零五年七月

健康與醫療發展諮詢委員會

成員名單

主席

衛生福利及食物局局長
周一嶽醫生， S.B.S., J.P. (主席)

非官方成員

夏佳理先生， G.B.S., J.P. (副主席)
陳健波先生， J.P.
鍾惠玲博士
范鴻齡先生， S.B.S., J.P.
方津生醫生， S.B.S., J.P.
林順潮教授， J.P.
呂許昭棠博士
史泰祖醫生
鄧惠瓊教授， J.P.
汪國成教授
胡定旭先生， J.P.
任燕珍醫生， B.B.S.

官方成員

衛生福利及食物局常任秘書長
尤曾家麗女士， J.P.

健康與醫療發展諮詢委員會
基層醫療工作小組

成員名單

主席

史泰祖醫生

成員

陳健波先生， J.P.

陳慧敏醫生， J.P.

蔡堅醫生

朱亮榮醫生

朱偉星醫生

鍾子能醫生

霍泰輝教授

何錦霞女士

楊超發醫生

阮中鑾醫生， J.P.

健康與醫療發展諮詢委員會
第二層醫療工作小組

成員名單

主席

任燕珍醫生， B.B.S.

成員

陳健波先生， J.P.

張偉麟醫生

何錦霞女士

郭寶賢醫生

梁挺雄醫生， J.P.

李頌基醫生， B.B.S.

沈允堯醫生

鄧惠瓊教授， J.P.

汪國成教授

健康與醫療發展諮詢委員會
第三層及特別醫療工作小組

成員名單

主席

林順潮教授， J.P.

成員

張偉麟醫生

蔡堅醫生

許家驊醫生

黎鏡堯醫生

梁挺雄醫生， J.P.

梁憲孫教授

胡定旭先生， J.P.

阮博文教授

三層預防工作

(改編自 L.J.Donaldson 撰寫的《公眾健康要訣》(“Essential Public Health”)第二版)

- 基層預防工作：指預防發病的措施。這層工作所涉及的重要策略包括健康教育、防疫注射、環境措施和社會政策。最終目標是要變更一些環境因素，使宿主的狀態出現變化，或改變市民的行為，藉此預防疾病的形成。基層預防(尤其是預防傳染病)工作以往曾在保障公眾健康方面多次取得佳績。
- 第二層預防工作：旨在通過及早發現和診斷疾病，迅速進行有效治療，阻止病情惡化。同時，這層預防工作亦包括通過治療或注意改善生活方式，預防疾病復發或再次患病，例如吸煙者於心臟病發後戒煙。健康檢查已成為很多市民常用的“預防”疾病方法，以便及早發現疾病。不過，在向所有無病徵市民進行這類檢查前，必須首先作出具體考慮和細心評估。考慮因素包括：該疾病的患病率(進行檢查的成本效益)、檢查的敏感性和特異性(錯誤出現陽性或陰性結果所帶來的影響)、在患病初期是否有有效的治療方法，以及有關檢查是否存在危險等。

- 第三層預防工作：指為已經證實患上某種疾病的病人提供妥善的康復服務，以減低出現後遺症和併發症的機會。這個階段的工作目標在於即使未能把病人治癒，亦會致力改善病人的生活質素。