



# 目 錄

	<u>段 落</u>
背景	1 - 6
抱負與目標	7 - 12
醫護服務架構改革	
面對的挑戰	13 - 17
加強預防疾病工作	18 - 26
重整基層醫療服務	27 - 36
發展以社區、病人、知識為本 的一體化醫護服務	37 - 48
改善公營和私營醫護服務的銜接	49 - 58
支援牙科護理服務	59 - 65
推廣中醫藥的使用	66 - 78
改善質素保證制度	
面對的挑戰	79 - 83
加強質素保證	84 - 94
改善病人投訴機制	95 - 104
醫護服務融資方案	
面對的挑戰	105 - 110
減低成本	111
改革收費制度	112 - 115
引入頤康保障戶口	116 - 123
結語	124 - 126
摘要	127 - 160
附件 – 各界對「哈佛報告表」 所提意見概略	

# 第一章

## 背景

香港的醫護制度素以優良見稱，所提供的服務不但方便周到，而且一視同仁，收費亦為大眾所能負擔。公營醫護機構獲政府大量補貼，為廣大市民提供可靠的保障；市民即使不幸患了重病或長期患病，也無須支付巨額醫療費用。私營醫護機構的收費雖然較為高昂，卻可為病人提供更多選擇和更方便的服務。公營和私營醫護機構各司其職、相輔相成，為香港市民提供高水準的全面醫護服務。

2. 本港市民的健康指數位居世界前列。一九九九年的數據顯示，男性出生時的預期壽命為 77 歲，女性更長達 82 歲。嬰兒夭折率甚低：在每 1 000 名初生嬰兒當中，平均只有 3.2 名夭折。至於產婦死亡率，亦低至每 100 000 次分娩平均只有 2 名產婦死亡。在疾病模式方面，香港與其他發達國家的情況相近；傳染病已經受到控制，但癌症和慢性病卻日趨普遍，並已成為頭號殺手。

3. 香港的醫護制度多年來行之有效。不過，跟其他醫護體系一樣，我們的制度也須與時並進，力求配合社會不斷轉變的需要。本港目前的制度其實不無隱憂，最常為人談論的，莫過於公營醫護機構員工的工作壓力，以及公營界別內所面對的財政負擔問題。公營醫護服務主要由衛生署和醫院管理局(醫管局)提供，服務範圍遍及疾病預防、治療、康復等各方面。由於公營醫護服務獲政府大量補貼，收費低廉，加上服務水平日益提升，以致求診人數不斷增加，令公營醫護機構的工作壓力日見沉重，長遠來說，更會對其財政構成重大威脅。

4. 一九九七年十一月，我們委託哈佛大學的公共衛生學院研究本港的醫護制度，並提出改革建議。哈佛專家小組在一九九九年四月完成這項研究，並發表了一份題為《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》的報告書，徵詢公眾意見。哈佛報告書指出，現行醫護制度存有三大缺點——醫護服務過於分散，協調不足；服務質素參差，尤以在私營界別內為甚；醫護制度的現有架構和融資方式可能難以長遠維持。研究結果顯示，我們確有必要認真審視現況，然後重整醫護服務和融資制度，務求滿足本港市民未來的需要和期望。

5. 哈佛報告書發表後，備受傳媒關注，亦引起公眾廣泛討論；社會各界人士一共向當局提交了超過 2 200 份意見書。雖然公眾對哈佛專家小組所提出的改革方案意見不一，但他們的意見都極有參考價值，對我們審議政策的工作有很大幫助。最重要的是，公眾的回應清

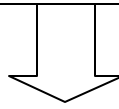
楚顯示，他們大都認為醫護制度需要改革。現把所接獲的公眾意見撮錄於附件，以供參考。

6. 我們根據所得的意見，檢視了現行醫護制度的三大環節——管理和提供醫護服務(服務架構)、監管醫護服務的質素(質素保證制度)、醫護服務的經費來源(融資制度)——同時定出改革路向，務使我們的制度能夠滿足市民的期望和切合日後的需要。本諮詢文件臚列了我們的改革建議。第二章說明我們在醫護政策發展方面的抱負、目標、原則和信念。第三、四、五章則分別載述重整服務架構的改革建議、加強質素保證制度的措施，以及醫療融資方案。我們深盼各界人士不吝賜教，並且支持有關政策路向的建議。

## 醫護制度檢討

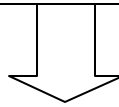
第一階段：  
進行顧問研究  
和第一輪諮詢

哈佛大學公共衛生學院進行顧問研究，繼而發表題為《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》的報告書。政府隨後進行歷時四個月的公眾諮詢，諮詢期於一九九九年八月十五日結束。



第二階段：  
進行第二輪諮詢

政府參考在第一輪公眾諮詢中所得的意見，經進一步研究後，發表諮詢文件，請公眾就醫護政策的未來路向發表意見。



第三階段：  
制定計劃，  
以便推行改革

政府參考在第二輪公眾諮詢中所得的意見，制定計劃，推行改革；其中一些影響深遠的具體問題，還須深入研究，方可落實。

## 第二章

### 抱負與目標

7. 健康不單是指身體健全。根據世界衛生組織沿用已久的定義，健康是“一種身心健全、社會適應能力良好的狀態”。對個人來說，要盡展所長、事業成功、生活美滿、社羣生活稱心，必先要擁有健康。對社會來說，投資於市民的健康，可以促進社會的整體生產力和發展，回報極為可觀。

8. 市民的健康水平不單繫於醫護制度的質素和效率，更取決於社會經濟和環境因素、個人的保健習慣、生活方式，遺傳差異等。健康是人生最寶貴的財富，因此我們必須時刻追求健康。我們為健康所作的投資和所付出的努力，亦必須終身堅持、世代不懈。

9. 為了促進市民健康，我們應建立一個完善而持久的醫護制度，為市民提供全面的終身醫護服務。醫護制度可以保障和促進健康、預防和治療疾病、減少和消除殘疾。不過，保持健康始終要由個人做起。人人都應該保持健康的習慣和生活方式，以延年益壽，同時也要為自己長遠的醫護需要打算。促進健康也是個人的責任。

#### 抱負

10. 我們的抱負，是要重整醫護制度，致力促進公眾健康，並讓市民可以終身享有全面的醫護服務，以提升生活質素，及令個人潛能得以充分發揮。

#### 目標

11. 我們按照醫護服務所應循的發展路向，為本港的醫護制度擬訂了下列目標：

- (a) 保障市民的健康，預防疾病和殘疾，促進公眾終身健康，並協助醫療界持續發展。
- (b) 為市民提供全面的終身醫護服務。除了借助藥物和先進的儀器，更要關懷病人，顧及他們的感受。
- (c) 提供方便周到、一視同仁、質素優良的醫護服務，讓所有市民都能在有需要時得到醫治。

- (d) 醫護服務仍須符合成本效益，開支要能應付，收費也要合宜，務使人人以至社會都能夠負擔。
- (e) 促進健康是個人、社會、政府的共同責任。

## 原則

12. 我們認為，下列原則對於實踐醫護制度的目標至為重要，故應作為制定醫護改革建議的指引：

- (a) 當局必須制定和發展適當的公共政策和體系，保障和促進市民的健康。此外，更要創造合適的環境，鼓勵市民過健康的生活。
- (b) 完善的醫護制度應以社區、病人、知識為本，同時兼顧健康教育宣傳、疾病預防、治療、康復等服務。這些服務必須協調得當、連貫一致。服務提供者要關懷病人，照顧市民的終身醫護需要。
- (c) 保持健康，人人有責。當局應向市民提供更多健康資訊，協助他們認識健康之道，並鼓勵他們更積極地為自己的健康打算。
- (d) 病人應享有知情權，亦應有機會自由選擇醫護機構。現時公營和私營醫護機構相輔相成的制度應予保留，兩者之間亦應加強合作。
- (e) 市民有權經常得到高水準的醫護服務。為此，政府和醫護機構必須各司其職。政府應擔當規管、評審、監察的角色，而醫護機構則應致力推行質素保證措施，確保服務優良。
- (f) 人人都應得到高水準而適切的醫護服務。現有服務不但便利市民，而且一視同仁，收費更是人人都能負擔；改革措施應力求保存這些優點，同時致力提升服務質素。我們必須為經濟拮据的人提供安全網。
- (g) 市民有權要求公共資源用得其所，務使政府的醫護服務撥款用於最有需要的範疇。有經濟能力的人應繳付他們負擔得來的部份醫療費用。

- (h) 為醫護制度的長遠開支作出承擔，至為重要。分擔風險和預先儲蓄，是達到這個目標的最好辦法。我們必須未雨綢繆，以免後代承受不必要的負擔。
  
- (i) 改革醫護制度必須循序漸進，讓所有受影響的人可以慢慢接受和適應，但同時我們也要及早積極行動，以示銳意改革的決心。



## 第三章

### 醫護服務架構改革

#### 面對的挑戰

13. 香港現時男性的平均壽命為 77 歲，女性則平均可活到 82 歲。目前，全港 670 萬人口當中約有 11% 為 65 歲或以上。到了二零一九年，這個比率將增至 15%。為了促進市民的健康，和盡量減少長者罹患殘疾的機會，我們必須積極預防疾病，同時加強醫療和康復服務。

14. 目前，本港市民所患的疾病以慢性病居多。與以往相比，傳染病的發病率已下降了不少。現時造成醫療負擔的病患和殘疾多由慢性病引致，這類疾病需要長期護理，加上涉及不少人手和醫療科技，費用往往十分高昂，病人的生活質素亦可能因而大受影響。

15. 本港醫護制度在新紀元面臨的一大挑戰，是要發展一個妥善的醫護服務架構，藉以減少慢性病和殘疾、照顧傷病者，以及促進市民的健康。本章從這方面着眼，剖析現有醫護服務的種種問題，並提出改革路向。

#### 目標

16. 醫護制度的基本功能，是促進市民的健康和提升他們的生活質素。為確保能發揮這功能，本港醫護服務必須致力保障市民的健康，預防疾病和殘疾，促進公眾終身健康，並為傷病者提供醫療護理和康復服務。我們會從提高效益着眼，發展一個以社區、病人、知識為本的醫護架構；這個架構應可兼顧疾病預防、日間護理、住院和社康護理服務，悉心照顧市民在人生不同階段的需要。此外，我們會推動各醫護機構持續合作，並加強醫護機構與市民的溝通。

#### 策略方針

17. 為此，我們建議採取下列策略方針：

- (a) 加強預防疾病的工作；
- (b) 重整基層醫療服務；
- (c) 發展以社區、病人和知識為本的一體化醫護服務；

- (d) 改善公營和私營醫護服務的銜接；
- (e) 支援牙科護理服務；
- (f) 推廣中醫藥的使用。

## 加強預防疾病的工作

18. 預防疾病的工作是指通過社區整體的努力，積極預防疾病，保障市民健康，藉以提升生活質素。這方面的工作做得好，可以降低傳染病和非傳染病的發病率，促進市民的健康，從而減少病患和殘疾對社會造成的整體醫療負擔。由此可見，預防疾病的工作對市民的健康護理需要起着決定性的作用。

19. 預防疾病是個人的責任，每人都必須為自己的健康打算。因此，人人都要注重健康，及早預防，以免病魔來侵。只要我們好好照顧自己，很多傳染病、惡疾和殘疾都可以預防；即使不幸患病，至少亦可令病情減輕。

20. 政府在預防疾病方面的主要職責，是提供所需的資料和設施，鼓勵市民注重健康，使他們得以改善健康情況。在提供資料和設施方面，政府不但須設立架構和制定程序，以推行健康教育，還須讓市民普遍認識社會經濟因素對健康的影響。政府的要務，是監督疾病預防工作；評估社會和環境因素對健康的影響；通過立法和規管工作，保障市民健康；以及提供各種有關服務，例如疾病監控和預防、健康教育和宣傳、防疫注射、身體檢查等。

## 建議

21. 雖然有關預防疾病的工作已有一定成效，我們仍是設法加強這方面的努力，促進市民的健康。我們建議衛生署擔任健康倡導者的角色，與衛生福利局緊密合作，定下各項有關目標和計劃，尋求政治上的支持，政策和系統上的支援，以及市民的認同。政府會着眼於改善所有足以影響市民健康的因素，除了生活習慣和生活方式等個人因素之外，其他不屬一般醫護範疇的因素也要顧及。從較廣的角度來看，如能控制社會環境、經濟狀況、自然環境等因素對健康造成的影響，將對市民的健康大有裨益。

22. 我們建議政府把各個有關界別組織起來，匯合醫療、教育、環境等界別的力量，共同處理預防疾病的問題。由政府與各界一同制定

健康事務的政策，定出優先次序、目標、計劃和策略，並監察實施情況，當可更易控制各種影響健康狀況的因素，有助於預防疾病。

23. 此外，我們建議衛生署繼續積極推動市民參與健康教育和宣傳活動。對個人來說，這樣可加強他們預防疾病的能力和決心，讓他們認識強身健體之道，使他們更有能力就所需的治療作出決定；對社會來說，則有利於為市民創造有益身心的生活環境。廣大市民持續參與健康教育和宣傳活動，可令這方面的工作保持動力、爭取市民對健康事務的支持，也有助於解決社會上有關的矛盾。

### 實施

24. 由二零零一至零二年度起，衛生署會着手籌備和分階段推行多項按上述方針擬訂的新措施，同時為員工提供適當的培訓、委聘顧問研究和制定成效指標，以協助執行有關工作。預計該署會在二零零二年年年底以前，訂立長遠計劃，以落實上文的建議，加強疾病預防工作。

25. 初步來說，衛生署計劃在兩年後，根據香港市民的健康趨勢監察結果，定期發表關於香港市民健康狀況的報告。同時，該署會就各種社會經濟因素和環境問題進行健康影響評估。有關方面會根據報告和評估結果，定出健康事務的優先次序、目標和策略。

26. 衛生署會檢討健康教育宣傳方面的策略和人手，並為員工提供訓練，務求提高他們在健康推廣工作上的能力。另一方面，該署亦會促進各界人士的合作，組織一個促進健康事務的聯盟，並大力鼓勵市民參與和支持有關活動。該署將訂立評估準則，用以評定健康教育和宣傳工作的成效。

### 重整基層醫療服務

27. 即使我們努力預防疾病，病痛仍是在所難免。市民生病時首先會尋求基層醫護人員的協助。基層醫護人員擔當不少預防疾病的工作，為病人提供持續的醫療護理，並在必要時轉介他們接受專科治療。基層醫護服務如果能夠充分發揮作用，當可大大減低市民對專科及住院服務的需求，令醫護服務的整體開支大為減少。

28. 我們深信，通過推廣家庭醫學，以及加強對基層醫護人員——醫生、護士、專職醫療人員——的培訓，當可逐步提高基層醫療服務的成效。家庭醫學是一門專科，醫生在病人及其家人熟悉的環境中，為他們提供持續而全面的基層醫療服務。這門專科着眼於病人的整體

健康，包括社會心理健康和身體健康，以及兩者之間的關係。在香港，這門專科仍處於初步發展階段。目前，合資格的家庭醫學專科醫生大約只有 120 名，而家庭醫學的優點仍未廣為人知，基層醫生的角色亦有待研究。至於培訓護士以及藥劑師等其他專職醫療人員提供基層醫療護理服務，亦未得到應有的重視。

29. 現時，基層醫療服務主要是由私營的普通科醫生提供。病人較喜歡向私家醫生求診，有以下原因：

- (a) 病人向私營醫療機構求診，可以選擇醫生，診症時間也更有彈性。與公營醫療機構相比，私營醫療機構的服務較為方便；
- (b) 普通科醫生每次診症的收費約為 150 元，普羅大眾一般都負擔得來，並且認為物有所值。

30. 目前，衛生署轄下共有 65 個普通科門診診療所，每次診症收費 37 元，可算十分廉宜。在求診病人當中，約有 35% 為 65 歲或以上的長者。以每次診症的成本為 219 元計算，普通科門診服務需要政府大量補貼。由於公營與私營醫療機構的收費出現明顯差距，市民對衛生署轄下診所的服務難免需求殷切，令有關醫護人員承受沉重壓力。醫護人員工作繁重，也導致服務質素無法提升。

### 建議

31. 為改善基層醫療服務，我們建議公營醫療機構率先推廣家庭醫學，並為醫生、護士和專職醫療人員提供這方面的訓練。醫管局自一九九七至九八年度起，已開始推行家庭醫學訓練計劃，並設立以家庭醫學為主的診所，診治情況穩定的病人，以減輕專科診所的負擔。此外，醫護專業人員也可在診所內受訓。在二零零一至零二年度，醫管局計劃為 316 名醫生提供家庭醫學訓練。長遠來說，公營醫療機構聘請的醫生，約有半數會接受家庭醫學和基層醫療的訓練。醫管局亦已着手培訓護士成為基層醫護人員，在社區提供長期護理服務。

32. 我們建議，現時由衛生署負責的普通科門診服務，應改由醫管局提供；此舉可令公營醫療機構的基層和中層醫療服務連成一體。其實，兩個機構目前經常都就病人的轉介事宜聯繫，並已實施一些共同護理計劃，為糖尿病患者提供的護理即其中一例。不過，由於兩個機構的工作環境和範圍不同，醫護人員在工作上難免會出現銜接問題，需要解決。

33. 我們建議，醫管局接辦普通科門診服務後，診所的主要服務對象，應是經濟拮据的病人，以及那些因長期接受治療而有經濟困難的慢性病患者。診所可用作培訓家庭醫學及其他基層醫護方面的訓練，例如普通科診療的訓練；至於其他專業醫護人員，也可在診所內接受基層醫療訓練。

34. 我們建議，公營醫療機構應探討如何加強與私營醫療機構的合作、協助有關醫生完成家庭醫學訓練、提高醫護服務的質素以及使醫療護理服務更有連貫性。要達到這些目標，有多個途徑；例如：醫管局可把部分普通科門診服務外判給私家醫生，方便他們學習家庭醫學，以及設立聯絡網，讓公營和私營醫療機構交流基層醫療資訊和知識。

35. 此外，我們建議規定所有專業醫護人員，不論是在公營或私營醫療機構服務，均須持續進修和接受訓練，藉以維持和提升其服務水平。我們會在第四章詳述這項建議。

## 實施

36. 在二零零一年年底前，我們會制定：

- (a) 醫管局接辦衛生署轄下普通科門診服務的計劃；
- (b) 普通科門診服務的改善計劃，包括逐步引進家庭醫學服務，以及為專業醫護人員提供基層醫療服務訓練；
- (c) 有關與私營醫療機構合力提供基層醫療服務的初步建議。

一俟制定以上計劃，以及徵詢員工和有關團體的意見後，我們會由二零零二年起逐步推行各項新措施。

## 發展以社區、病人、知識為本的一體化醫護服務

37. 香港在一九九零年設立醫管局，繼而推行醫院管理改革。經過多年的努力，公營醫院服務的質素、成本效益和效率都有顯著改善。醫管局憑着落實現代化的管理方法、制定臨牀工作常規、實施臨牀工作審核、推行風險管理，以及發展全面的資訊系統，現正向市民提供高水平的醫護服務。其做法可供醫療界借鑑。

38. 鑑於慢性病患者需要長期護理，加上醫學界對社會心理因素與身體健康的關係也有更多認識，國際間已開始着重發展非住院的社區護理計劃，並適當地以日間醫護和外展服務取代住院治療。這方面的發展得以落實，有賴醫學科技日新月異的發展，以及決策當局、醫療機構和服務使用者在觀念上的改變。此外，當局亦要為員工和病人提供適當的訓練。舉例來說，慢性腎病患者所需的一些日常護理，包括一些通常是在醫院內進行的服務，例如洗腎服務，現在只需要專業醫護人員稍加協助，便可在診所內由病人以自助方式進行。較富裕的病人甚至可購置所需的設備，在家中自行洗腎。香港亦朝着這個方向發展，近年醫管局已積極發展日間手術、日間護理、社康護理、外展計劃、家居護理等服務。

39. 醫管局正致力發展以病人為中心的醫護服務，視病人為醫護服務的使用者和參與者，着重於保持健康和引致疾病的社會心理因素，以及發展連貫的醫護服務，照顧市民在人生不同階段的需要。香港必須制定和發展這種以病人為中心的醫護服務新模式，醫護人員亦須掌握新的技術，以配合這個發展方向。

40. 現時，醫護服務正出現深廣的變化。由於醫學界認識到健康可受社會經濟、環境、社會心理等因素影響，故醫護人員現時亦要具備環境、社會、行為科學等方面的知識。有鑑於管理和提供醫護服務的工作日趨複雜，醫護人員亦必須掌握和鑽研有關的管理和組織技巧，才可以為病人提供完善的醫療護理。此外，現今醫學科技發展一日千里，新知識和新概念不斷湧現，醫護人員亦須努力掌握。基於以上種種原因，設立知識管理與應用的制度至為重要；有關制度包括要求醫護人員持續進修，發展以驗證為基礎的臨牀工作程序和採用有關的輔助工具，例如一些經過驗證的臨牀工作常規指引等。在發展這類知識管理與應用制度方面，醫管局已下了不少工夫。

## 建議

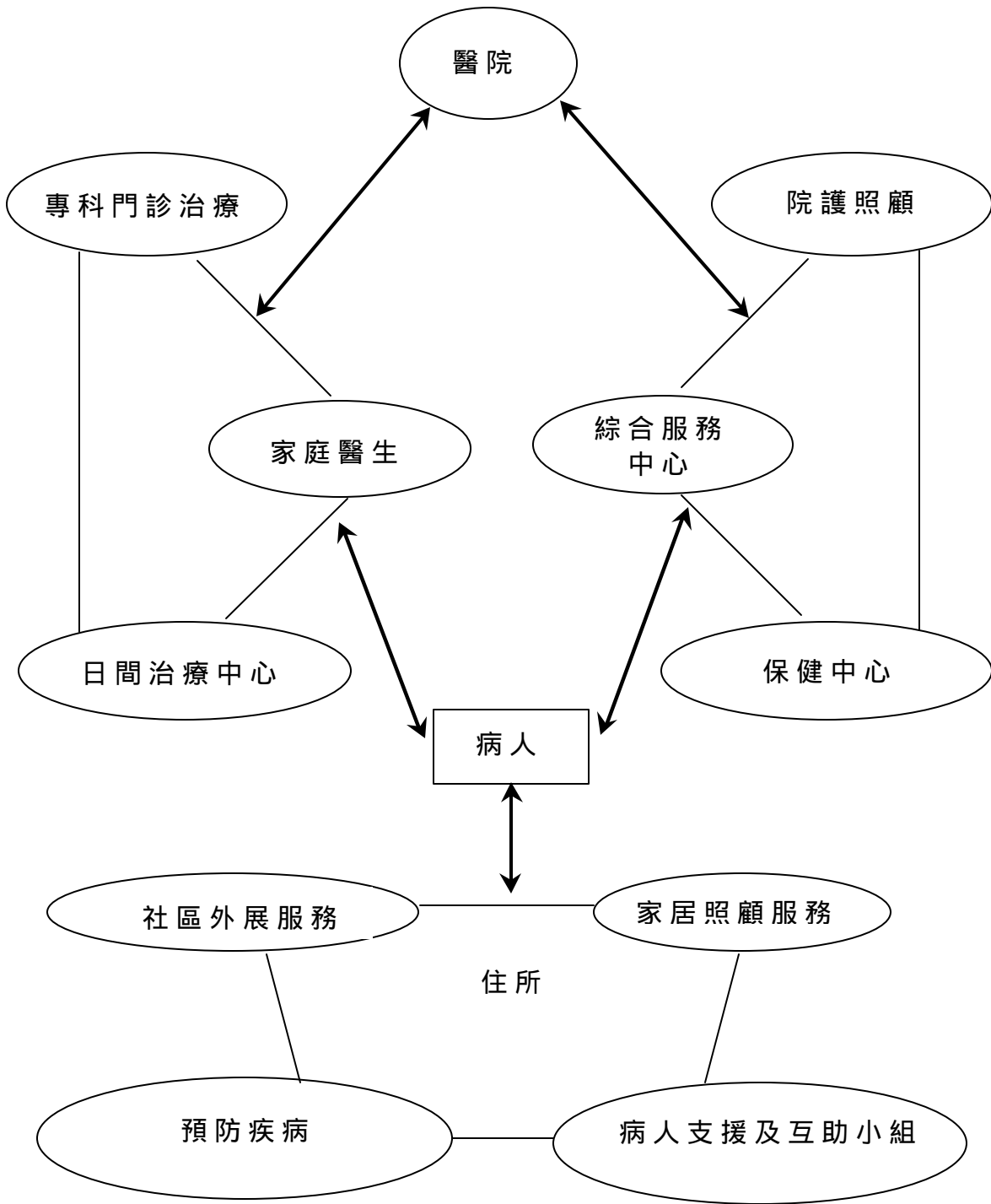
41. 我們贊成減少倚賴住院服務，以及發展以社區為本的一體化醫護服務網絡，使之與醫院服務相輔相成。在病人家中或在社區內一個親切的環境中為病人提供醫護服務，可充分提升病人的生活質素。我們的目標，是在情況許可時盡量縮短病人的住院時間，讓他們在社區繼續接受治療護理。鑑於興建醫院所費不菲，醫院的營運和維修工作既複雜又昂貴，推行適切的日間和社區醫護計劃，當有助於提高醫護服務的成本效益。

42. 我們建議，為了向病人提供全面的綜合服務，社區醫護服務應採用“跨專科”和“跨界別”的形式。“跨專科”是指由多門專科的醫護人員和專家合力診治病人，“跨界別”則指由公私營醫護機構及其他界別，特別是福利界和社區組織合力提供服務。採用“跨專科”的服務形式，可以匯合各類醫護服務，讓病人得到最適當、最妥善的專業護理。“跨界別”的做法則讓醫護機構在互相協作之餘，更可與其他界別合作，這樣可確保病人獲得連貫的護理，及避免服務重疊。

43. 為推展社區為本的醫護服務，我們已着手重整公營醫護服務的撥款機制。政府的撥款準則，不應再以資源或設施為基礎，而應着眼於市民的需要，以及建基於各類改善醫療效果的計劃；這些計劃應以在社區內促進居民和病人的健康、提升其生活質素為目標。我們提倡把發展重點從住院服務轉至社區，加強社區醫護隊伍的人手和培訓工作，以支援社區為本的醫護服務。長遠來說，我們希望可以減少過分偏重住院服務的情況。

44. 家庭醫生、基層醫生，以及訓練有素的護士和專職醫療人員緊密配合，可在推動社區醫護服務方面擔當首要的角色。他們可說是醫院的伙伴，為社區內的病人提供醫療護理服務，並協助他們預防疾病和自我照顧。福利機構可照顧病人的長期護理和福利服務需要，在護理病人方面也發揮重要的作用。有些病人在出院後雖然情況穩定，但身體仍然虛弱，需要院護照顧或不時入院舍暫住。至於健康較佳、留在家中休養但需要日常起居照顧的病人，則可使用日間護理中心和家居照顧隊所提供的服務。在醫護界和福利界的共同努力下，所有病人，不論是體弱的長者還是長期病患者，儘管健康欠佳，仍可與家人同住，生活如常。我們將協助各醫護機構和福利服務組織擬訂合作計劃，互相給予支援，並共同提供護理服務。發展電子醫療資訊系統（詳見第 53 段），可把社區內有關的服務機構聯繫起來，從而促進彼此的溝通和提供連貫的服務。下圖簡介以社區為本的醫護服務模式。

以社區為本的醫護服務模式





45. 由於醫護服務應以知識和病人為本，我們建議所有醫護專業人員必須持續作專業進修，以符合服務要求。第四章會詳細探討這項建議。醫管局會與其他醫護機構和專業團體合作，製備知識管理的輔助工具，例如以驗證為基礎的臨牀工作常規等。

## 實施

46. 在制定醫管局二零零一至零二年度的預算時，我們會採用新的撥款計算程式，捨棄現時按醫院病牀數目計算的方法，改為按人口增長和人口結構的概況來計算撥款。這個做法可以消除對社區醫護服務發展的一大障礙。日後，服務提供者再不會對制定與病牀或設施沒有直接關連的醫護計劃裹足不前。

47. 在二零零一年年底或之前，醫管局會擬訂以社區為本的一體化醫護服務發展大綱，提出各個社區醫護方案、擬達到的目標，以及評估成效的方法。醫管局會參考各界人士的意見，不斷修正大綱的內容，有關的運作模式需要一段時間才能確立落實。

48. 此外，在二零零一年年底或之前，醫管局亦會制定計劃，發展以知識為基礎的醫護服務。

## 改善公營和私營醫護服務的銜接

49. 醫護服務機構之間，特別是公營和私營醫療機構彼此協調不當，是令人關注的問題。這種情況不但導致療程有欠連貫、服務重疊，也令病人支付不必要的費用。此外，病人的選擇亦受到限制，主要是由於公私營機構互相轉介病人時有一定困難，有些病人甚至被迫接受只能往某個機構或服務提供者處就醫。由於服務協調不當，目前公營和私營醫療機構的工作量不大平均。醫療專業人員和病人都希望這方面能夠有所改善。

50. 目前公營和私營醫療機構彼此協調不當，是因為當中存有若干障礙。第一個障礙是專業意見上的分野：公營和私營機構的醫生對臨牀工作程序和醫療成效評估，往往有不同看法。第二個障礙，是公營和私營醫療機構之間資訊交流不足。目前醫療界欠缺一個有效的機制，可讓公營和私營機構的醫生交流醫療資訊和互相提供病人的疾病資料。第三個障礙，是收費上的差距。不少醫生認為，公營和私營醫療機構收費懸殊，是導致兩者涇渭分明的另一個原因。

51. 我們十分明白，私營醫療服務對香港非常重要。目前，約有半數註冊醫生在私營醫療機構執業，為病人提供各類基層醫療、專科門診及住院服務。私營與公營醫療服務不同之處，在於前者可讓病人選擇醫生，而私家醫生在照顧病人需要方面大都較為靈活。更重要的是，不少私家醫生都能與病人及其家人建立密切的關係，深得他們的尊重和信任。對許多病人來說，由自己信賴的醫生診治，會倍感安心。簡而言之，現時有很多病人主要往私營醫療機構求診，但他們不少同時亦會到公營醫療機構就醫。因此，公營和私營醫療機構，以至各個醫護服務機構之間如能協調得當，並加強溝通和合作，當可使醫護服務更加連貫，療程更為配合，醫療成效評估加倍準確，令有關病人得益。

### 建議

52. 為了消除專業意見方面的障礙，我們建議公營與私營醫療機構攜手合作，制定劃一的臨牀工作常規和醫療成效評估方法。這些常規和評估方法可首先用於公營界別的病人，和同時使用公營和私營醫療服務的病人。採用劃一的臨牀工作常規，有助於互相轉介病人接受不同階段的治療，確保病人得到連貫的醫療護理。此外，公營和私營醫療機構如能合辦一些職員培訓和發展計劃，當有助於消除專業意見上的分野。私家醫生為自己病人診治時，亦可選擇採用這些劃一臨牀工作常規。

53. 現今資訊科技發展一日千里，醫護服務機構之間資訊交流不足的問題，已可迎刃而解。在公營醫療機構方面，醫管局已建立完備的資訊系統來協助臨牀管理，並正計劃利用電腦科技為公營醫院的病人編製終身病歷。我們建議設立電子醫療資訊系統，初期在公營醫療機構使用，然後逐步擴展至私營醫療機構和福利界營辦的機構。有了這個系統，公營和私營醫護機構便可交流醫療知識、資訊和臨牀工作常規，確保醫療質素和進行病人護理查核；如果病人同意，機構之間更可互換病歷，方便轉介病人。設立電子醫療資訊系統，亦有助於為病人編製一份終身健康記錄。

54. 提供不同類型的服務，可有助於解決公營和私營醫療機構之間收費差距的問題。公營和私營醫療機構的收費難免會有差距，但病人選擇服務時，通常會着眼於醫療機構所提供的整套服務。收費水平固然是重要的考慮因素，但其他因素，例如可否選擇醫生、服務是否方便、對服務是否有信心等，亦同樣重要。我們鼓勵私營醫療機構考慮提供多類型的服務，以增強競爭力。

55. 此外，我們建議公營和私營醫療機構研究如何合作，合辦一些能造福病人的新類型醫療服務。提供這類結合公營和私營機構優勢的綜合服務，可讓病人有更多選擇。我們鼓勵醫療保險業人士制定新的醫療保險計劃，以配合這方面的發展。

## 實施

56. 在二零零一年，醫管局會開始鼓勵制定和採用劃一的臨牀工作常規，並會推展與私營醫療機構一同推行職員培訓計劃。所有大型醫院會着手與區內的私家醫生建立聯絡網，簡化轉介病人的安排，以及盡量使病人在轉介後不必接受重複的檢驗。醫管局亦會向香港醫學專科學院和各分科學院尋求協助，以減少目前關乎專業意見的障礙。

57. 在二零零一至零二年度，醫管局會就設立醫療資訊系統進行確定計劃研究，以期利用這個系統來加強公營和私營醫療機構之間的溝通和合作。至於病歷的保密問題，我們會審慎處理，以防病人資料外洩。

58. 在二零零一年，我們會成立一個有私營醫療機構代表參與的專責小組，研究公營與私營機構如何合辦新類型的醫療服務。舉例來說，一些家境較佳但在醫管局專科門診部就醫的病人，在公營醫院接受手術後，可轉由私營醫療機構的醫生跟進病情，這樣不但可以縮短他們的輪候時間，診症時間亦更有彈性，而病人也可以得到更能切合個人需要的服務。

## 支援牙科護理服務

59. 我們的口腔健康及牙科護理政策，一向着重教育和預防方面。口腔健康尤重預防，因為牙齒一旦腐蛀，便無法復原；不過，只要牙齒護理得好，就能防止腐蛀。鑑於資源有限，公帑理應用於最有效用的地方。以口腔健康服務來說，我們認為公帑應主要用於令市民獲益最多的教育及預防工作上。

60. 目前，衛生署為小學生提供近乎免費的牙科保健和治療服務，也為急症病人及有特別需要的人士，例如血友病患者、感染愛滋病毒的人士、嚴重肢體傷殘或嚴重弱智的人士等，提供資助的牙科治療服務。該署會繼續提供這些牙科服務，但會檢討服務重點。至於一般的牙科治療服務，我們建議由私家牙醫和非政府機構提供。

## 建議

61. 我們建議衛生署檢討現時在教育宣傳和特別牙科治療方面的服務重點。該署應與牙科專業人員、香港牙科醫學院和菲臘牙科醫院(亦即牙科的教學醫院)合作，共同制定標準、定出口腔健康目標、推行監控計劃、促使市民注重口腔健康，以及確保牙科專業人員的服務質素。從監控計劃取得的資料，將有助衛生署確定哪些地方未達水準和目標，從而制定對策。

62. 鑑於口腔護理對預防牙患相當重要，我們建議衛生署致力與牙科醫生研究如何為中學生推行口腔保健計劃，作為現時由衛生署提供的學童牙科保健服務的延續。雖然政府不會資助這項計劃，但衛生署會擔當統籌的角色，負責與各有關方面聯絡。

63. 為了讓低收入人士獲得高水準的牙科護理和治療服務，我們建議政府採取積極措施，鼓勵更多非政府機構以自負盈虧的方式，為市民提供他們負擔得來的牙科服務。市民若可從小養成護理口腔的良好習慣，當可長期保持口腔健康。

## 實施

64. 衛生署會在二零零一年諮詢各有關人士和機構，包括牙科醫生和菲臘牙科醫院，以制定各項合作計劃。該署計劃在二零零二年宣布設立監控及監察機制，並公布口腔健康指標，以及質素保證和促進口腔健康的措施。短期來說，該署會與牙科專業人員合力加強教育及宣傳工作。

65. 衛生署會立即與牙科醫生展開磋商，建議制定中學生口腔保健計劃，以期在二零零二年實施。

## 推廣中醫藥

66. 中醫藥在本港相當普及，除為病者提供多一種治療方式外，亦可補西方醫藥的不足。社會上普遍接納，中醫藥可以預防疾病、強身健體，對治療慢性病和頑疾尤其有效。目前，全港約有 7 000 名全科、骨傷科和針灸科的執業中醫，他們向市民所提供的服務，約佔總門診服務的 22%。幾千年來，中醫藥惠及無數病人，展望未來，中醫藥確實大有發展餘地，對本港的醫療服務當有更大貢獻。

67. 行政長官在一九九七和一九九八年的《施政報告》中一再強調，香港具備足夠條件發展成為國際中醫藥中心。過去幾年來，我們一直致力落實這個目標，並取得下列重大進展：

- (a) 香港在一九九九年七月制定了《中醫藥條例》。該條例訂明設立法定架構，以規管本港的中醫藥事宜，並通過設立註冊及紀律處分制度，確認中醫的專業地位。建立健全的規管制度，將有助於提高中醫藥業的水平，並可加強市民對中醫藥的信心；
- (b) 自一九九八年起，本港高等教育院校正式開辦中醫藥課程。目前，本港已有三所大學開辦全日制中醫藥學位課程；
- (c) 當局已着手設立中醫藥科研中心，以便進行中醫藥研究工作、協助制定中醫藥的標準，以及提高中醫藥的整體質素和療效。不少私營機構已表示有興趣在本港進行中醫藥研究和發展中醫藥業。

#### 建議

68. 我們會繼續促進中醫藥的發展。中醫藥在預防疾病、保健和治療方面都功效顯著。例如：中草藥能治療感冒和濕疹，針灸能舒緩某些痛症和幫助中風病人康復，凡此種種，都已廣為人知。在費用方面，中醫藥有時也較西方醫藥便宜。發展中醫藥可與西方醫藥相輔相成，亦可為病人提供多一種選擇。此外，中醫藥有固本培元之效，對預防疾病也有幫助。

69. 我們會盡快完成設立規管制度。現時我們已開始進行中醫註冊工作。現職中醫可根據《中醫藥條例》所訂的過渡安排，申請註冊。根據這項安排，有多年執業經驗的中醫無須經過評核或考試，便可註冊；經驗較淺的則須在指定的時間內符合註冊規定，方能獲得註冊。此外，我們會由二零零一年開始，分階段實施中藥規管措施，包括為中成藥註冊，以及向中藥製造商和中藥銷售商發牌。鑑於在港出售的中成藥為數不少，如要把這些藥的藥性、品質和療效逐一鑑定，單是完成首輪的鑑定工作便需時幾年。

70. 為了規管中醫藥，我們已在一九九九年九月根據《中醫藥條例》成立香港中醫藥管理委員會。我們建議，衛生署應支援該委員會，積極與中醫界和中藥業人士聯絡，就制定中醫藥標準、進行基本和臨牀研究、教育和培訓中醫及有關人員、編製資料數據、提高中醫藥的安全使用、質素和療效等事宜，積極磋商和緊密合作。該署亦應

與海外的規管機構聯絡，了解國際間有關中醫藥的最新規定，並向業界提供有關資料。

71. 衛生署已與內地的中醫藥機構建立密切聯繫。除與這些機構保持聯繫外，該署還會大力推動內地與香港在中醫藥方面交流意見、知識、專業心得和經驗，以扶助本港中醫藥的持續發展。

72. 我們建議在公共醫護架構內增設中醫藥服務。我們會研究提供中醫門診服務的不同模式，以期試辦有關服務。中醫藥着重固本培元，尤其有利於基層護理；這個建議當能充分發揮中醫藥所長，造福病人。

73. 我們建議在選定的公營醫院內試辦中醫藥服務，包括進行臨牀研究工作，制定治療標準和發展中西醫藥互相銜接的模式。長遠來說，我們希望把中醫藥納入公共醫護架構，與西方醫藥並用，為病人提供治療。我們會根據所得的經驗，制定病人轉介指引，以配合中西醫藥並用的發展。

74. 我們鼓勵香港中醫藥管理委員會主動與香港醫務委員會(西醫的規管組織)以及其他醫護專業規管組織接觸，共同磋商中西醫藥並用的問題，以及探討彼此可在哪些範疇合作，令病人受惠。

## 實施

75. 中醫註冊工作已於二零零零年八月展開。獲豁免接受評核和參加執業試的現職中醫，會首先獲准註冊。至於未符合豁免資格的中醫，我們會在二零零一年為他們進行首輪評核工作和舉行執業試，讓及格者盡快註冊。

76. 由二零零一年開始，我們會分期推行中藥銷售和製造的規管措施。香港中醫藥管理委員會正制定有關的發牌及註冊規例。衛生署作為委員會的執行機構，會在規例定稿前，徵詢中醫界和中藥業人士的意見。

77. 我們會研究在公營架構內提供中醫門診服務的不同模式，以期在二零零一至零二年度試辦中醫門診診所。

78. 我們會擬訂計劃，在選定的公營醫院引進中醫藥服務。我們預期會在二零零二年展開若干試驗計劃，藉以為中西醫藥並用制定合作模式。

## 第三章

### 醫護服務架構改革

#### 面對的挑戰

13. 香港現時男性的平均壽命為 77 歲，女性則平均可活到 82 歲。目前，全港 670 萬人口當中約有 11% 為 65 歲或以上。到了二零一九年，這個比率將增至 15%。為了促進市民的健康，和盡量減少長者罹患殘疾的機會，我們必須積極預防疾病，同時加強醫療和康復服務。

14. 目前，本港市民所患的疾病以慢性病居多。與以往相比，傳染病的發病率已下降了不少。現時造成醫療負擔的病患和殘疾多由慢性病引致，這類疾病需要長期護理，加上涉及不少人手和醫療科技，費用往往十分高昂，病人的生活質素亦可能因而大受影響。

15. 本港醫護制度在新紀元面臨的一大挑戰，是要發展一個妥善的醫護服務架構，藉以減少慢性病和殘疾、照顧傷病者，以及促進市民的健康。本章從這方面着眼，剖析現有醫護服務的種種問題，並提出改革路向。

#### 目標

16. 醫護制度的基本功能，是促進市民的健康和提升他們的生活質素。為確保能發揮這功能，本港醫護服務必須致力保障市民的健康，預防疾病和殘疾，促進公眾終身健康，並為傷病者提供醫療護理和康復服務。我們會從提高效益着眼，發展一個以社區、病人、知識為本的醫護架構；這個架構應可兼顧疾病預防、日間護理、住院和社康護理服務，悉心照顧市民在人生不同階段的需要。此外，我們會推動各醫護機構持續合作，並加強醫護機構與市民的溝通。

#### 策略方針

17. 為此，我們建議採取下列策略方針：

- (a) 加強預防疾病的工作；
- (b) 重整基層醫療服務；
- (c) 發展以社區、病人和知識為本的一體化醫護服務；

- (d) 改善公營和私營醫護服務的銜接；
- (e) 支援牙科護理服務；
- (f) 推廣中醫藥的使用。

## 加強預防疾病的工作

18. 預防疾病的工作是指通過社區整體的努力，積極預防疾病，保障市民健康，藉以提升生活質素。這方面的工作做得好，可以降低傳染病和非傳染病的發病率，促進市民的健康，從而減少病患和殘疾對社會造成的整體醫療負擔。由此可見，預防疾病的工作對市民的健康護理需要起着決定性的作用。

19. 預防疾病是個人的責任，每人都必須為自己的健康打算。因此，人人都要注重健康，及早預防，以免病魔來侵。只要我們好好照顧自己，很多傳染病、惡疾和殘疾都可以預防；即使不幸患病，至少亦可令病情減輕。

20. 政府在預防疾病方面的主要職責，是提供所需的資料和設施，鼓勵市民注重健康，使他們得以改善健康情況。在提供資料和設施方面，政府不但須設立架構和制定程序，以推行健康教育，還須讓市民普遍認識社會經濟因素對健康的影響。政府的要務，是監督疾病預防工作；評估社會和環境因素對健康的影響；通過立法和規管工作，保障市民健康；以及提供各種有關服務，例如疾病監控和預防、健康教育和宣傳、防疫注射、身體檢查等。

## 建議

21. 雖然有關預防疾病的工作已有一定成效，我們仍是設法加強這方面的努力，促進市民的健康。我們建議衛生署擔任健康倡導者的角色，與衛生福利局緊密合作，定下各項有關目標和計劃，尋求政治上的支持，政策和系統上的支援，以及市民的認同。政府會着眼於改善所有足以影響市民健康的因素，除了生活習慣和生活方式等個人因素之外，其他不屬一般醫護範疇的因素也要顧及。從較廣的角度來看，如能控制社會環境、經濟狀況、自然環境等因素對健康造成的影響，將對市民的健康大有裨益。

22. 我們建議政府把各個有關界別組織起來，匯合醫療、教育、環境等界別的力量，共同處理預防疾病的問題。由政府與各界一同制定



健康事務的政策，定出優先次序、目標、計劃和策略，並監察實施情況，當可更易控制各種影響健康狀況的因素，有助於預防疾病。

23. 此外，我們建議衛生署繼續積極推動市民參與健康教育和宣傳活動。對個人來說，這樣可加強他們預防疾病的能力和決心，讓他們認識強身健體之道，使他們更有能力就所需的治療作出決定；對社會來說，則有利於為市民創造有益身心的生活環境。廣大市民持續參與健康教育和宣傳活動，可令這方面的工作保持動力、爭取市民對健康事務的支持，也有助於解決社會上有關的矛盾。

### 實施

24. 由二零零一至零二年度起，衛生署會着手籌備和分階段推行多項按上述方針擬訂的新措施，同時為員工提供適當的培訓、委聘顧問研究和制定成效指標，以協助執行有關工作。預計該署會在二零零二年年年底以前，訂立長遠計劃，以落實上文的建議，加強疾病預防工作。

25. 初步來說，衛生署計劃在兩年後，根據香港市民的健康趨勢監察結果，定期發表關於香港市民健康狀況的報告。同時，該署會就各種社會經濟因素和環境問題進行健康影響評估。有關方面會根據報告和評估結果，定出健康事務的優先次序、目標和策略。

26. 衛生署會檢討健康教育宣傳方面的策略和人手，並為員工提供訓練，務求提高他們在健康推廣工作上的能力。另一方面，該署亦會促進各界人士的合作，組織一個促進健康事務的聯盟，並大力鼓勵市民參與和支持有關活動。該署將訂立評估準則，用以評定健康教育和宣傳工作的成效。

### 重整基層醫療服務

27. 即使我們努力預防疾病，病痛仍是在所難免。市民生病時首先會尋求基層醫護人員的協助。基層醫護人員擔當不少預防疾病的工作，為病人提供持續的醫療護理，並在必要時轉介他們接受專科治療。基層醫護服務如果能夠充分發揮作用，當可大大減低市民對專科及住院服務的需求，令醫護服務的整體開支大為減少。

28. 我們深信，通過推廣家庭醫學，以及加強對基層醫護人員——醫生、護士、專職醫療人員——的培訓，當可逐步提高基層醫療服務的成效。家庭醫學是一門專科，醫生在病人及其家人熟悉的環境中，為他們提供持續而全面的基層醫療服務。這門專科着眼於病人的整體

健康，包括社會心理健康和身體健康，以及兩者之間的關係。在香港，這門專科仍處於初步發展階段。目前，合資格的家庭醫學專科醫生大約只有 120 名，而家庭醫學的優點仍未廣為人知，基層醫生的角色亦有待研究。至於培訓護士以及藥劑師等其他專職醫療人員提供基層醫療護理服務，亦未得到應有的重視。

29. 現時，基層醫療服務主要是由私營的普通科醫生提供。病人較喜歡向私家醫生求診，有以下原因：

- (a) 病人向私營醫療機構求診，可以選擇醫生，診症時間也更有彈性。與公營醫療機構相比，私營醫療機構的服務較為方便；
- (b) 普通科醫生每次診症的收費約為 150 元，普羅大眾一般都負擔得來，並且認為物有所值。

30. 目前，衛生署轄下共有 65 個普通科門診診療所，每次診症收費 37 元，可算十分廉宜。在求診病人當中，約有 35% 為 65 歲或以上的長者。以每次診症的成本為 219 元計算，普通科門診服務需要政府大量補貼。由於公營與私營醫療機構的收費出現明顯差距，市民對衛生署轄下診所的服務難免需求殷切，令有關醫護人員承受沉重壓力。醫護人員工作繁重，也導致服務質素無法提升。

### 建議

31. 為改善基層醫療服務，我們建議公營醫療機構率先推廣家庭醫學，並為醫生、護士和專職醫療人員提供這方面的訓練。醫管局自一九九七至九八年度起，已開始推行家庭醫學訓練計劃，並設立以家庭醫學為主的診所，診治情況穩定的病人，以減輕專科診所的負擔。此外，醫護專業人員也可在診所內受訓。在二零零一至零二年度，醫管局計劃為 316 名醫生提供家庭醫學訓練。長遠來說，公營醫療機構聘請的醫生，約有半數會接受家庭醫學和基層醫療的訓練。醫管局亦已着手培訓護士成為基層醫護人員，在社區提供長期護理服務。

32. 我們建議，現時由衛生署負責的普通科門診服務，應改由醫管局提供；此舉可令公營醫療機構的基層和中層醫療服務連成一體。其實，兩個機構目前經常都就病人的轉介事宜聯繫，並已實施一些共同護理計劃，為糖尿病患者提供的護理即其中一例。不過，由於兩個機構的工作環境和範圍不同，醫護人員在工作上難免會出現銜接問題，需要解決。

33. 我們建議，醫管局接辦普通科門診服務後，診所的主要服務對象，應是經濟拮据的病人，以及那些因長期接受治療而有經濟困難的慢性病患者。診所可用作培訓家庭醫學及其他基層醫護方面的訓練，例如普通科診療的訓練；至於其他專業醫護人員，也可在診所內接受基層醫療訓練。

34. 我們建議，公營醫療機構應探討如何加強與私營醫療機構的合作、協助有關醫生完成家庭醫學訓練、提高醫護服務的質素以及使醫療護理服務更有連貫性。要達到這些目標，有多個途徑；例如：醫管局可把部分普通科門診服務外判給私家醫生，方便他們學習家庭醫學，以及設立聯絡網，讓公營和私營醫療機構交流基層醫療資訊和知識。

35. 此外，我們建議規定所有專業醫護人員，不論是在公營或私營醫療機構服務，均須持續進修和接受訓練，藉以維持和提升其服務水平。我們會在第四章詳述這項建議。

## 實施

36. 在二零零一年年底前，我們會制定：

- (a) 醫管局接辦衛生署轄下普通科門診服務的計劃；
- (b) 普通科門診服務的改善計劃，包括逐步引進家庭醫學服務，以及為專業醫護人員提供基層醫療服務訓練；
- (c) 有關與私營醫療機構合力提供基層醫療服務的初步建議。

一俟制定以上計劃，以及徵詢員工和有關團體的意見後，我們會由二零零二年起逐步推行各項新措施。

## 發展以社區、病人、知識為本的一體化醫護服務

37. 香港在一九九零年設立醫管局，繼而推行醫院管理改革。經過多年的努力，公營醫院服務的質素、成本效益和效率都有顯著改善。醫管局憑着落實現代化的管理方法、制定臨牀工作常規、實施臨牀工作審核、推行風險管理，以及發展全面的資訊系統，現正向市民提供高水平的醫護服務。其做法可供醫療界借鑑。

38. 鑑於慢性病患者需要長期護理，加上醫學界對社會心理因素與身體健康的關係也有更多認識，國際間已開始着重發展非住院的社區護理計劃，並適當地以日間醫護和外展服務取代住院治療。這方面的發展得以落實，有賴醫學科技日新月異的發展，以及決策當局、醫療機構和服務使用者在觀念上的改變。此外，當局亦要為員工和病人提供適當的訓練。舉例來說，慢性腎病患者所需的一些日常護理，包括一些通常是在醫院內進行的服務，例如洗腎服務，現在只需要專業醫護人員稍加協助，便可在診所內由病人以自助方式進行。較富裕的病人甚至可購置所需的設備，在家中自行洗腎。香港亦朝着這個方向發展，近年醫管局已積極發展日間手術、日間護理、社康護理、外展計劃、家居護理等服務。

39. 醫管局正致力發展以病人為中心的醫護服務，視病人為醫護服務的使用者和參與者，着重於保持健康和引致疾病的社會心理因素，以及發展連貫的醫護服務，照顧市民在人生不同階段的需要。香港必須制定和發展這種以病人為中心的醫護服務新模式，醫護人員亦須掌握新的技術，以配合這個發展方向。

40. 現時，醫護服務正出現深廣的變化。由於醫學界認識到健康可受社會經濟、環境、社會心理等因素影響，故醫護人員現時亦要具備環境、社會、行為科學等方面的知識。有鑑於管理和提供醫護服務的工作日趨複雜，醫護人員亦必須掌握和鑽研有關的管理和組織技巧，才可以為病人提供完善的醫療護理。此外，現今醫學科技發展一日千里，新知識和新概念不斷湧現，醫護人員亦須努力掌握。基於以上種種原因，設立知識管理與應用的制度至為重要；有關制度包括要求醫護人員持續進修，發展以驗證為基礎的臨牀工作程序和採用有關的輔助工具，例如一些經過驗證的臨牀工作常規指引等。在發展這類知識管理與應用制度方面，醫管局已下了不少工夫。

## 建議

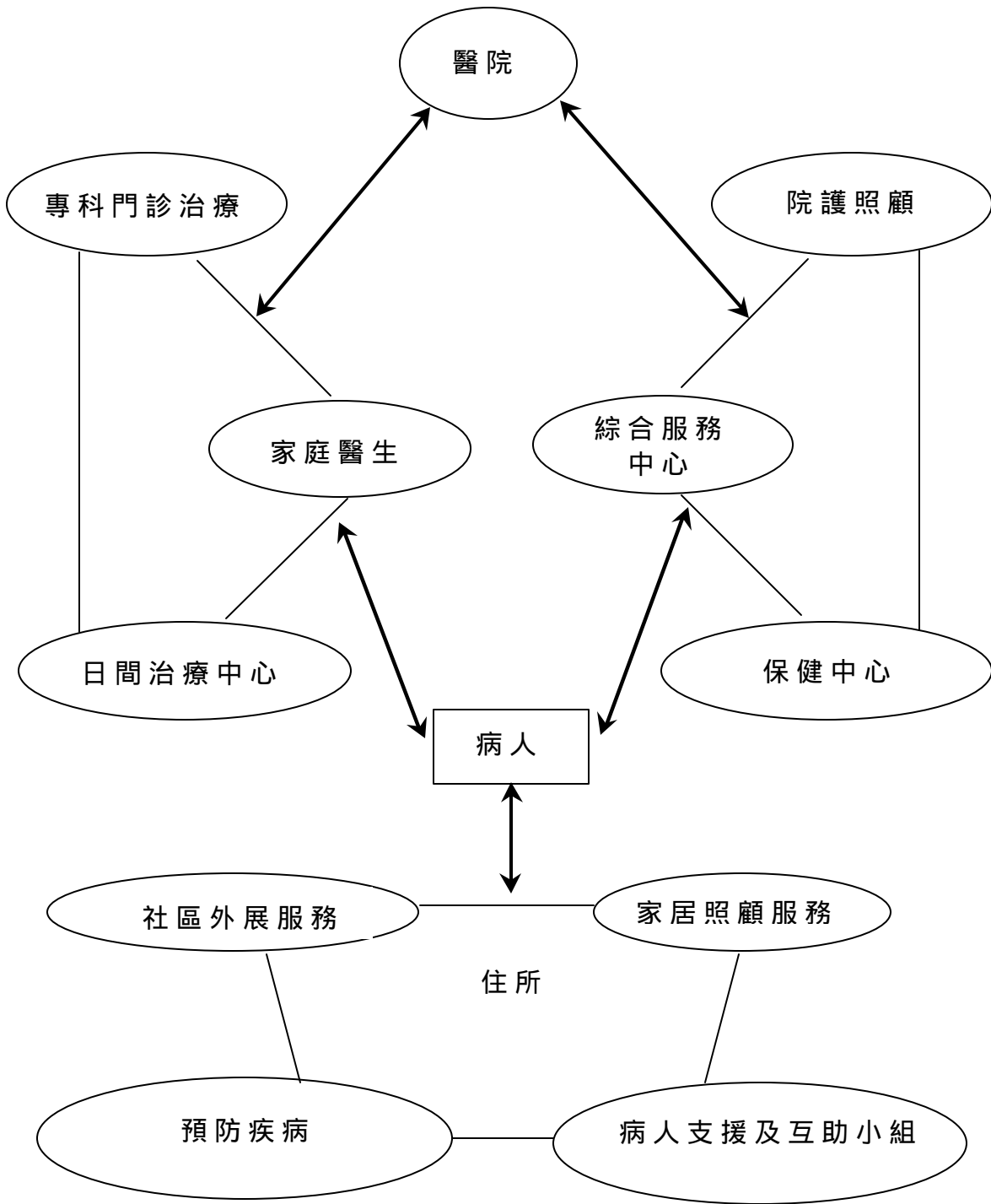
41. 我們贊成減少倚賴住院服務，以及發展以社區為本的一體化醫護服務網絡，使之與醫院服務相輔相成。在病人家中或在社區內一個親切的環境中為病人提供醫護服務，可充分提升病人的生活質素。我們的目標，是在情況許可時盡量縮短病人的住院時間，讓他們在社區繼續接受治療護理。鑑於興建醫院所費不菲，醫院的營運和維修工作既複雜又昂貴，推行適切的日間和社區醫護計劃，當有助於提高醫護服務的成本效益。

42. 我們建議，為了向病人提供全面的綜合服務，社區醫護服務應採用“跨專科”和“跨界別”的形式。“跨專科”是指由多門專科的醫護人員和專家合力診治病人，“跨界別”則指由公私營醫護機構及其他界別，特別是福利界和社區組織合力提供服務。採用“跨專科”的服務形式，可以匯合各類醫護服務，讓病人得到最適當、最妥善的專業護理。“跨界別”的做法則讓醫護機構在互相協作之餘，更可與其他界別合作，這樣可確保病人獲得連貫的護理，及避免服務重疊。

43. 為推展社區為本的醫護服務，我們已着手重整公營醫護服務的撥款機制。政府的撥款準則，不應再以資源或設施為基礎，而應着眼於市民的需要，以及建基於各類改善醫療效果的計劃；這些計劃應以在社區內促進居民和病人的健康、提升其生活質素為目標。我們提倡把發展重點從住院服務轉至社區，加強社區醫護隊伍的人手和培訓工作，以支援社區為本的醫護服務。長遠來說，我們希望可以減少過分偏重住院服務的情況。

44. 家庭醫生、基層醫生，以及訓練有素的護士和專職醫療人員緊密配合，可在推動社區醫護服務方面擔當首要的角色。他們可說是醫院的伙伴，為社區內的病人提供醫療護理服務，並協助他們預防疾病和自我照顧。福利機構可照顧病人的長期護理和福利服務需要，在護理病人方面也發揮重要的作用。有些病人在出院後雖然情況穩定，但身體仍然虛弱，需要院護照顧或不時入院舍暫住。至於健康較佳、留在家中休養但需要日常起居照顧的病人，則可使用日間護理中心和家居照顧隊所提供的服務。在醫護界和福利界的共同努力下，所有病人，不論是體弱的長者還是長期病患者，儘管健康欠佳，仍可與家人同住，生活如常。我們將協助各醫護機構和福利服務組織擬訂合作計劃，互相給予支援，並共同提供護理服務。發展電子醫療資訊系統（詳見第 53 段），可把社區內有關的服務機構聯繫起來，從而促進彼此的溝通和提供連貫的服務。下圖簡介以社區為本的醫護服務模式。

以社區為本的醫護服務模式



45. 由於醫護服務應以知識和病人為本，我們建議所有醫護專業人員必須持續作專業進修，以符合服務要求。第四章會詳細探討這項建議。醫管局會與其他醫護機構和專業團體合作，製備知識管理的輔助工具，例如以驗證為基礎的臨牀工作常規等。

## 實施

46. 在制定醫管局二零零一至零二年度的預算時，我們會採用新的撥款計算程式，捨棄現時按醫院病牀數目計算的方法，改為按人口增長和人口結構的概況來計算撥款。這個做法可以消除對社區醫護服務發展的一大障礙。日後，服務提供者再不會對制定與病牀或設施沒有直接關連的醫護計劃裹足不前。

47. 在二零零一年年底或之前，醫管局會擬訂以社區為本的一體化醫護服務發展大綱，提出各個社區醫護方案、擬達到的目標，以及評估成效的方法。醫管局會參考各界人士的意見，不斷修正大綱的內容，有關的運作模式需要一段時間才能確立落實。

48. 此外，在二零零一年年底或之前，醫管局亦會制定計劃，發展以知識為基礎的醫護服務。

## 改善公營和私營醫護服務的銜接

49. 醫護服務機構之間，特別是公營和私營醫療機構彼此協調不當，是令人關注的問題。這種情況不但導致療程有欠連貫、服務重疊，也令病人支付不必要的費用。此外，病人的選擇亦受到限制，主要是由於公私營機構互相轉介病人時有一定困難，有些病人甚至被迫接受只能往某個機構或服務提供者處就醫。由於服務協調不當，目前公營和私營醫療機構的工作量不大平均。醫療專業人員和病人都希望這方面能夠有所改善。

50. 目前公營和私營醫療機構彼此協調不當，是因為當中存有若干障礙。第一個障礙是專業意見上的分野：公營和私營機構的醫生對臨牀工作程序和醫療成效評估，往往有不同看法。第二個障礙，是公營和私營醫療機構之間資訊交流不足。目前醫療界欠缺一個有效的機制，可讓公營和私營機構的醫生交流醫療資訊和互相提供病人的疾病資料。第三個障礙，是收費上的差距。不少醫生認為，公營和私營醫療機構收費懸殊，是導致兩者涇渭分明的另一個原因。

51. 我們十分明白，私營醫療服務對香港非常重要。目前，約有半數註冊醫生在私營醫療機構執業，為病人提供各類基層醫療、專科門診及住院服務。私營與公營醫療服務不同之處，在於前者可讓病人選擇醫生，而私家醫生在照顧病人需要方面大都較為靈活。更重要的是，不少私家醫生都能與病人及其家人建立密切的關係，深得他們的尊重和信任。對許多病人來說，由自己信賴的醫生診治，會倍感安心。簡而言之，現時有很多病人主要往私營醫療機構求診，但他們不少同時亦會到公營醫療機構就醫。因此，公營和私營醫療機構，以至各個醫護服務機構之間如能協調得當，並加強溝通和合作，當可使醫護服務更加連貫，療程更為配合，醫療成效評估加倍準確，令有關病人得益。

### 建議

52. 為了消除專業意見方面的障礙，我們建議公營與私營醫療機構攜手合作，制定劃一的臨牀工作常規和醫療成效評估方法。這些常規和評估方法可首先用於公營界別的病人，和同時使用公營和私營醫療服務的病人。採用劃一的臨牀工作常規，有助於互相轉介病人接受不同階段的治療，確保病人得到連貫的醫療護理。此外，公營和私營醫療機構如能合辦一些職員培訓和發展計劃，當有助於消除專業意見上的分野。私家醫生為自己病人診治時，亦可選擇採用這些劃一臨牀工作常規。

53. 現今資訊科技發展一日千里，醫護服務機構之間資訊交流不足的問題，已可迎刃而解。在公營醫療機構方面，醫管局已建立完備的資訊系統來協助臨牀管理，並正計劃利用電腦科技為公營醫院的病人編製終身病歷。我們建議設立電子醫療資訊系統，初期在公營醫療機構使用，然後逐步擴展至私營醫療機構和福利界營辦的機構。有了這個系統，公營和私營醫護機構便可交流醫療知識、資訊和臨牀工作常規，確保醫療質素和進行病人護理查核；如果病人同意，機構之間更可互換病歷，方便轉介病人。設立電子醫療資訊系統，亦有助於為病人編製一份終身健康記錄。

54. 提供不同類型的服務，可有助於解決公營和私營醫療機構之間收費差距的問題。公營和私營醫療機構的收費難免會有差距，但病人選擇服務時，通常會着眼於醫療機構所提供的整套服務。收費水平固然是重要的考慮因素，但其他因素，例如可否選擇醫生、服務是否方便、對服務是否有信心等，亦同樣重要。我們鼓勵私營醫療機構考慮提供多類型的服務，以增強競爭力。



55. 此外，我們建議公營和私營醫療機構研究如何合作，合辦一些能造福病人的新類型醫療服務。提供這類結合公營和私營機構優勢的綜合服務，可讓病人有更多選擇。我們鼓勵醫療保險業人士制定新的醫療保險計劃，以配合這方面的發展。

## 實施

56. 在二零零一年，醫管局會開始鼓勵制定和採用劃一的臨牀工作常規，並會推展與私營醫療機構一同推行職員培訓計劃。所有大型醫院會着手與區內的私家醫生建立聯絡網，簡化轉介病人的安排，以及盡量使病人在轉介後不必接受重複的檢驗。醫管局亦會向香港醫學專科學院和各分科學院尋求協助，以減少目前關乎專業意見的障礙。

57. 在二零零一至零二年度，醫管局會就設立醫療資訊系統進行確定計劃研究，以期利用這個系統來加強公營和私營醫療機構之間的溝通和合作。至於病歷的保密問題，我們會審慎處理，以防病人資料外洩。

58. 在二零零一年，我們會成立一個有私營醫療機構代表參與的專責小組，研究公營與私營機構如何合辦新類型的醫療服務。舉例來說，一些家境較佳但在醫管局專科門診部就醫的病人，在公營醫院接受手術後，可轉由私營醫療機構的醫生跟進病情，這樣不但可以縮短他們的輪候時間，診症時間亦更有彈性，而病人也可以得到更能切合個人需要的服務。

## 支援牙科護理服務

59. 我們的口腔健康及牙科護理政策，一向着重教育和預防方面。口腔健康尤重預防，因為牙齒一旦腐蛀，便無法復原；不過，只要牙齒護理得好，就能防止腐蛀。鑑於資源有限，公帑理應用於最有效用的地方。以口腔健康服務來說，我們認為公帑應主要用於令市民獲益最多的教育及預防工作上。

60. 目前，衛生署為小學生提供近乎免費的牙科保健和治療服務，也為急症病人及有特別需要的人士，例如血友病患者、感染愛滋病毒的人士、嚴重肢體傷殘或嚴重弱智的人士等，提供資助的牙科治療服務。該署會繼續提供這些牙科服務，但會檢討服務重點。至於一般的牙科治療服務，我們建議由私家牙醫和非政府機構提供。

## 建議

61. 我們建議衛生署檢討現時在教育宣傳和特別牙科治療方面的服務重點。該署應與牙科專業人員、香港牙科醫學院和菲臘牙科醫院(亦即牙科的教學醫院)合作，共同制定標準、定出口腔健康目標、推行監控計劃、促使市民注重口腔健康，以及確保牙科專業人員的服務質素。從監控計劃取得的資料，將有助衛生署確定哪些地方未達水準和目標，從而制定對策。

62. 鑑於口腔護理對預防牙患相當重要，我們建議衛生署致力與牙科醫生研究如何為中學生推行口腔保健計劃，作為現時由衛生署提供的學童牙科保健服務的延續。雖然政府不會資助這項計劃，但衛生署會擔當統籌的角色，負責與各有關方面聯絡。

63. 為了讓低收入人士獲得高水準的牙科護理和治療服務，我們建議政府採取積極措施，鼓勵更多非政府機構以自負盈虧的方式，為市民提供他們負擔得來的牙科服務。市民若可從小養成護理口腔的良好習慣，當可長期保持口腔健康。

## 實施

64. 衛生署會在二零零一年諮詢各有關人士和機構，包括牙科醫生和菲臘牙科醫院，以制定各項合作計劃。該署計劃在二零零二年宣布設立監控及監察機制，並公布口腔健康指標，以及質素保證和促進口腔健康的措施。短期來說，該署會與牙科專業人員合力加強教育及宣傳工作。

65. 衛生署會立即與牙科醫生展開磋商，建議制定中學生口腔保健計劃，以期在二零零二年實施。

## 推廣中醫藥

66. 中醫藥在本港相當普及，除為病者提供多一種治療方式外，亦可補西方醫藥的不足。社會上普遍接納，中醫藥可以預防疾病、強身健體，對治療慢性病和頑疾尤其有效。目前，全港約有 7 000 名全科、骨傷科和針灸科的執業中醫，他們向市民所提供的服務，約佔總門診服務的 22%。幾千年來，中醫藥惠及無數病人，展望未來，中醫藥確實大有發展餘地，對本港的醫療服務當有更大貢獻。

67. 行政長官在一九九七和一九九八年的《施政報告》中一再強調，香港具備足夠條件發展成為國際中醫藥中心。過去幾年來，我們一直致力落實這個目標，並取得下列重大進展：

- (a) 香港在一九九九年七月制定了《中醫藥條例》。該條例訂明設立法定架構，以規管本港的中醫藥事宜，並通過設立註冊及紀律處分制度，確認中醫的專業地位。建立健全的規管制度，將有助於提高中醫藥業的水平，並可加強市民對中醫藥的信心；
- (b) 自一九九八年起，本港高等教育院校正式開辦中醫藥課程。目前，本港已有三所大學開辦全日制中醫藥學位課程；
- (c) 當局已着手設立中醫藥科研中心，以便進行中醫藥研究工作、協助制定中醫藥的標準，以及提高中醫藥的整體質素和療效。不少私營機構已表示有興趣在本港進行中醫藥研究和發展中醫藥業。

#### 建議

68. 我們會繼續促進中醫藥的發展。中醫藥在預防疾病、保健和治療方面都功效顯著。例如：中草藥能治療感冒和濕疹，針灸能舒緩某些痛症和幫助中風病人康復，凡此種種，都已廣為人知。在費用方面，中醫藥有時也較西方醫藥便宜。發展中醫藥可與西方醫藥相輔相成，亦可為病人提供多一種選擇。此外，中醫藥有固本培元之效，對預防疾病也有幫助。

69. 我們會盡快完成設立規管制度。現時我們已開始進行中醫註冊工作。現職中醫可根據《中醫藥條例》所訂的過渡安排，申請註冊。根據這項安排，有多年執業經驗的中醫無須經過評核或考試，便可註冊；經驗較淺的則須在指定的時間內符合註冊規定，方能獲得註冊。此外，我們會由二零零一年開始，分階段實施中藥規管措施，包括為中成藥註冊，以及向中藥製造商和中藥銷售商發牌。鑑於在港出售的中成藥為數不少，如要把這些藥的藥性、品質和療效逐一鑑定，單是完成首輪的鑑定工作便需時幾年。

70. 為了規管中醫藥，我們已在一九九九年九月根據《中醫藥條例》成立香港中醫藥管理委員會。我們建議，衛生署應支援該委員會，積極與中醫界和中藥業人士聯絡，就制定中醫藥標準、進行基本和臨牀研究、教育和培訓中醫及有關人員、編製資料數據、提高中醫藥的安全使用、質素和療效等事宜，積極磋商和緊密合作。該署亦應

與海外的規管機構聯絡，了解國際間有關中醫藥的最新規定，並向業界提供有關資料。

71. 衛生署已與內地的中醫藥機構建立密切聯繫。除與這些機構保持聯繫外，該署還會大力推動內地與香港在中醫藥方面交流意見、知識、專業心得和經驗，以扶助本港中醫藥的持續發展。

72. 我們建議在公共醫護架構內增設中醫藥服務。我們會研究提供中醫門診服務的不同模式，以期試辦有關服務。中醫藥着重固本培元，尤其有利於基層護理；這個建議當能充分發揮中醫藥所長，造福病人。

73. 我們建議在選定的公營醫院內試辦中醫藥服務，包括進行臨牀研究工作，制定治療標準和發展中西醫藥互相銜接的模式。長遠來說，我們希望把中醫藥納入公共醫護架構，與西方醫藥並用，為病人提供治療。我們會根據所得的經驗，制定病人轉介指引，以配合中西醫藥並用的發展。

74. 我們鼓勵香港中醫藥管理委員會主動與香港醫務委員會(西醫的規管組織)以及其他醫護專業規管組織接觸，共同磋商中西醫藥並用的問題，以及探討彼此可在哪些範疇合作，令病人受惠。

## 實施

75. 中醫註冊工作已於二零零零年八月展開。獲豁免接受評核和參加執業試的現職中醫，會首先獲准註冊。至於未符合豁免資格的中醫，我們會在二零零一年為他們進行首輪評核工作和舉行執業試，讓及格者盡快註冊。

76. 由二零零一年開始，我們會分期推行中藥銷售和製造的規管措施。香港中醫藥管理委員會正制定有關的發牌及註冊規例。衛生署作為委員會的執行機構，會在規例定稿前，徵詢中醫界和中藥業人士的意見。

77. 我們會研究在公營架構內提供中醫門診服務的不同模式，以期在二零零一至零二年度試辦中醫門診診所。

78. 我們會擬訂計劃，在選定的公營醫院引進中醫藥服務。我們預期會在二零零二年展開若干試驗計劃，藉以為中西醫藥並用制定合作模式。

## 第四章

### 改善質素保證制度

#### 面對的挑戰

79. 市民有權得到優良的醫護服務。醫護專業人員——醫生、護士、專職醫療人員——在醫護制度中擔當首要角色，實有責任確保醫護服務能夠維持高水準。市民如對服務水平有所懷疑，便可能不再信賴醫護人員，令醫者與病人的關係受損。實施有效的質素保證制度，可以確保醫護服務符合水準。

80. 一個有效的投訴機制，是激勵改進的強大動力。雖然有些投訴事件可能涉及無心之失或只是出於誤會，但仍可引以為鑑。一個公正、公開、具公信力的投訴機制，可以加強市民對醫護專業人員和服務提供者的信心，有助醫護服務取得成效，並可提高服務質素。

81. 社會輿論反映，有市民懷疑醫護服務水準未符理想。我們會在本章提出一些措施，釋除市民的疑慮。

#### 目標

82. 為保障病人的權益和安全，醫護制度內須設有質素保證機制，以確保醫護服務能夠時刻維持高水準。我們會從教育與培訓、系統支援、規管等多方面着手，致力達到這個目標。在實施質素保證措施之餘，再同時推行公正、公開、具公信力的申訴制度，當能收相輔相成之效。

#### 策略方針

83. 為此，我們建議採取下列策略方針：

- (a) 通過持續教育、支援機制(例如：臨牀工作審核)、以及規管措施，致力加強醫護服務的質素保證。
- (b) 改善病人投訴機制，令市民對醫護服務更有信心。

## 加強質素保證

84. 香港擁有優秀的醫生和其他醫護專業人員，也具備先進的醫療設施和技術。本港醫療服務質素之高，向來備受海內外人士推崇。不過，我們決不可因此而自滿。醫學知識和醫療技術日新月異，要維持高水準的醫護服務，就要終身努力不懈、與時並進。此外，為確保能經常維持高質素的醫護服務，我們必須同時實施例如臨牀工作審核的系統管制、採取適當的督導、監察及評估措施，必要時須由政府施加規管。

## 教育與培訓

85. 教育是一項終身事業。我們建議規定所有醫護專業人員，包括醫生、牙醫、護士、專職醫療人員，都必須持續進修，以確保他們掌握最新的醫學知識和醫療技術。對醫護專業來說，這並不是什麼新規定。目前，專科醫生如要繼續名列香港醫務委員會的《專科醫生名冊》，就必須持續作醫學專業進修。此外，《中醫藥條例》亦規定，中醫必須持續作醫學專業進修，才可續領執業證明書。我們欣悉，醫科、牙科和護理人員都贊同這項建議，並已各自着手進行有關的工作。我們鼓勵其他醫護專業人員效法。公營醫療機構亦會以身作則，積極培訓屬下人員。此外，我們亦建議醫護專業的規管機構與高等教育院校緊密聯繫，以確保醫護人員的課程能夠切合病人的需要和期望。

86. 我們認為，採用全人護理模式，可給予病人最周全的照顧，我們主張由不同專科人員組成醫護隊伍，為病人提供全面而連貫的服務。所有醫護專業人員須具備社會科學和行為科學方面的新知識與技能，以便可更了解心理社會因素與生理因素的相互關連，使醫療護理工作更加得心應手。此外，管理和溝通上的技巧與知識，亦有助醫護人員與病人以及其他同事相處溝通，因而更能適應複雜的工作環境。為落實這個構想，我們會與各醫護專業團體磋商，研究可否把上述各項新知識和技能納入醫護專業人員的培訓計劃，並鼓勵各醫護專業團體加強聯絡，看看如何配合、補足或支援彼此的工作，從而提升整體服務的質素。長遠來說，我們希望香港的醫護人員可以具備更多技能以及廣博的知識，為市民提供更具成效的醫護服務。

## 系統支援

87. 我們建議醫護界訂立多個系統支援機制，使醫護服務質素能夠不斷提高。這些機制包括落實臨牀工作常規、訂立臨牀監督制度、定

期進行同儕覆檢和臨牀工作審核、推行風險管理等。公營醫療機構在這些範疇累積了不少經驗，可與私營醫療機構一起推展有關工作。

88. 我們知道醫藥分家有其好處，可以把不同的專業工作分開。目前，公營醫療機構已實行醫藥分家。在私營醫療機構方面，首要的工作是確保有妥善的配藥程序和合理的標準，以保障病人的安全，而病人亦應有權選擇由醫生或是藥劑師配藥。為保障病人的選擇權，我們建議醫生應向病人說明他們不一定要在診所配藥。我們會與香港醫務委員會進行磋商，以期委員會能制定適當的指引，讓醫生知所適從。

89. 香港是個自由市場，政府不宜干預私營醫護服務的收費，但會鼓勵私營機構主動列明收費，方便病人選擇。政府欣悉，香港醫務委員會正採取措施來防止醫生濫收費用。公營醫療機構會定期計算服務成本並公布有關資料，以供市民參考和比照。

90. 要維持高水準的服務，先要有周全的政策；周全的政策建基於準確的資料和正確的信念，更要考慮資源的問題。我們得承認，儘管不少本地醫護研究人員和醫護服務機構都有從事關於醫護服務的資料蒐集和研究，但香港並未有系統地進行這方面的工作，以提供制定政策所需的全面資料。我們建議設立研究處，負責支援政府在蒐集資料、分析問題、決定緩急次序、制定對策、評估成效等方面的工作。研究處將設於衛生福利局，研究工作可由內部進行，也可以外判給合適的機構。

### 規管措施

91. 我們即將完成有關私家醫院的發牌規定和藥物銷售管制的檢討工作。我們會因應檢討結果，建議修訂有關條例，以施行適當的監管和執法工作。我們欣悉，私家醫院正為改善服務而研究引進醫院服務評審制度。實施發牌規定，可確保只有符合條件的醫院才可營辦醫療服務；而評審制度則有助於進一步提高服務質素。

92. 我們建議全面檢討關乎診所運作、使用醫療設施或器材、提供醫療服務等事宜的現行法例，同時探討合約醫療計劃對香港現時的醫護服務所帶來的衝擊，以及對病人的影響。我們的目標，是確保病人在任何情況下都得到高水準的服務，同時確保他們有足夠和合適的資料，以便作出選擇。我們相信，達到這個目標的最佳方法，是靠醫護專業人員合作，以及由業內人士自我規管。不過，我們亦會視乎檢討結果，考慮是否需要建議修訂某些法例，以加強現行的規管架構，致力精益求精。

## 實施

93. 衛生署署長會擔當統籌和規管的角色，以確保醫護服務質素優良。我們會在二零零一年邀請醫護專業人員、服務提供者和病人組織共同研究本章所載的各項建議，以加強對醫護質素的保證。

94. 衛生福利局會立即着手籌設研究處，預期該處會在二零零一至零二年度展開工作。

### 改善病人投訴機制

95. 香港設有法定的註冊和紀律制度，規管醫護專業人員的操守和執業事宜，並由各有關專業的規管組織施行。舉例來說，在本港執業的西醫是由香港醫務委員會負責規管。各規管組織都為其會員訂立執業守則和專業道德守則，並設有紀律處分機制，以處理和調查市民的投訴。如醫護人員因專業失當而被裁定違反紀律，有關的規管組織可施加懲罰，向其發出警告，甚或撤銷註冊。現行制度是根據專業自我規管的原則運作。

96. 衛生署和醫管局亦設有機制，處理市民對屬下人員的投訴。衛生署會按照《公務員事務規例》的規定進行調查，並採取適當的紀律處分。醫管局則設有雙層的投訴處理制度。病人或市民如有不滿，可直接向有關醫院或醫管局總辦事處投訴。投訴人如不服調查結果，可向醫管局轄下的公眾投訴委員會上訴。該委員會的主席由不屬醫管局管理層的醫管局成員出任，委員則包括社會人士和其他醫管局成員。醫管局現正檢討如何改進委員會的運作和增加其公信力。

97. 近年，有病人組織質疑現行病人投訴機制是否可靠，尤其關注有關機構如何處理對醫生的投訴。有人認為，目前雖有可供病人投訴的途徑，但投訴程序複雜，處理投訴的過程又不公開。況且，要病人找一位醫生來指證另一名醫生，殊非易事，因此，研訊結果往往對醫生有利。以往投訴成功的例子不多，正好說明這點。種種迹象顯示，市民對現行病人投訴機制已漸失信心。

## 建議

98. 由於醫護專業人員掌握了病人所欠缺的醫學知識和資料，我們必須設有具公信力的投訴機制，以保障病人，防止個別醫護人員舞弊。這個機制必須客觀持平，才可取得病人和醫護人員的信任，令病人可以放心讓醫護人員醫治，而醫護人員診治病人時，也不必因有所



顧忌而採用防禦式療法，以求自保。假如病人和醫護人員互不信任，醫護制度便不能有效運作。

99. 我們建議，在制定改善措施時，必須考慮下列兩項基本原則：

- (a) 投訴機制必須簡單方便和公平公開，令投訴人和被投訴的醫護人員確信會得到公平對待。
- (b) 與本港其他專業人士一樣，醫護專業人員具備所需的專門知識和資格，是評斷同業的工作和操守的適當人選。

100. 現時已有多個可供病人投訴的途徑，包括申訴專員公署、有關的專業規管組織、立法會申訴部、個別醫護機構自設的投訴機制等。我們有必要研究現行機制的運作情況，看看是否有需要增加投訴的途徑。

101. 香港醫務委員會已因應公眾的意見，建議了一些措施，以改善其投訴機制，包括設立委員會來處理有關專業水準的問題、增加醫務委員會的非醫療界成員人數以增加透明度，以及發出指引，協助市民使用投訴機制。我們贊成建議的措施。有關投訴程序的小冊子，經已出版，可供市民使用。該委員會亦正在積極地研究如何把餘下的兩項措施付諸實行。

102. 病人都希望投訴處理程序能夠更加客觀持平。我們認為醫務委員會建議的措施，尚未能完全照顧到這方面的訴求。有見及此，我們建議在衛生署設立申訴處，協助病人提出申訴。衛生署日後會在直接提供醫護服務方面淡出，轉而擔當倡導健康和監管質素的角色；因此，由該署負責這項工作可說最為恰當。申訴處只處理與病人醫療護理有關的投訴，工作包括進行調查、協助投訴人徵詢專家的意見，以及盡量向投訴人提供與個案有關的資料。申訴處會嘗試居中調停，如問題無法解決，就會因應投訴人的要求，把個案交由有關的規管組織處理。由於個案在轉介前已經過詳細調查，規管組織應可迅速決定是否需要進行紀律研訊。裁決和施加紀律處分的權力，仍由規管組織掌握和行使。除成立申訴處外，我們亦建議各規管組織檢討其投訴處理程序，以期作出改善。申訴處成立後，投訴人仍可直接循現有的多個投訴途徑提出申訴，不一定要經由申訴處辦理。如個案涉及觸犯法例或違反發牌規定的行為，得先由執法機關處理。

103. 這個建議有多個優點。第一，申訴處可發揮獨立第三者的功能，令調查工作增加透明度和公信力。第二，投訴人得到申訴處提供

的協助和專家意見，會更清楚了解箇中情況。第三，規管組織擁有最終的裁決和懲處權，不但符合專業自我規管的原則，也可避免由沒有醫學專業知識的非醫護界人士對醫護人員的工作和操守下判斷的情況，因此較易為業界接受。

## 實施

104. 我們會就設立申訴處的建議，徵詢醫護界和病人組織的意見，然後在二零零一年成立委員會，制定詳細的計劃，以期在二零零二年正式成立申訴處。當局會在申訴處成立兩年後檢討其運作情況。同時，我們會與各個規管組織磋商，研究如何改進其投訴處理程序；第一個磋商的對象會是香港醫務委員會。

## 第五章

### 醫護服務融資方案

#### 面對的挑戰

105. 目前，本港市民使用的醫院服務，約有 94% 是由公營醫護機構提供的。為保障廣大市民的利益，公營醫院必須有足夠的能力應付開支。現時公營醫護服務由公帑大量補貼：普通病房的病牀每天收費僅為 68 元，專科診所每次診症的收費亦只是 44 元。單靠服務收費，只能應付醫管局約 2.5% 的經常營運開支。在二零零零至零一年度，公營醫護服務的經常開支多達 308 億元，佔經常公共開支總額的 14.7%。

106. 我們預計，香港的醫療成本會不斷上漲，對醫護制度造成沉重的壓力。其實，許多地方的醫護制度亦面對同樣的難題。究其原因，首推人口老化。目前，本港人口有 11% 為 65 歲或以上，這個比率到二零一九年會增至 15%，而到二零二九年，更會增至 20%。長者罹患慢性病和殘疾的機會較高，對醫療和康復服務的需求亦相應增加。按病牀使用日數計算，現時公營醫院的住院病人當中，約有 46% 的年齡在 65 歲或以上。此外，現今科技日新月異，一些從前無法根治的疾病和殘疾如今都能醫治；加上市民對醫療服務的期望日高，使醫療成本上升的壓力更大。採用嶄新的醫療科技，一般都需要增加人手，而且往往所費不菲，因此有必要妥善管理，以確保這些科技運用得宜和有效，而社會也能夠負擔。據保守估計，在未來數年，即使有健全的管理機制，應用新的醫療科技也會令醫療成本每年增加約 1%。隨着生活日益富裕，市民對醫護服務質量的要求也日漸提高。一些海外的研究結果顯示，人均本地生產總值每增長 1%，人均醫護開支便增加 1.67%。

107. 哈佛專家小組曾指出，香港現時的醫療融資方式能否長期提供足夠資源，應付醫療服務所需，是一大疑問。他們預測，按本地生產總值每年實質增長 3% 計算，公營醫護服務的經常開支佔經常公共開支總額的比率，會由二零零零年的 14.7%，躍增至二零一六年的 28.4%。雖然醫療開支未必會有如此大的增幅，況且醫管局已實施多項計劃，以提高生產力和減低成本，但醫療成本上升已是必然的趨勢。期望政府大幅度增加醫護服務的撥款，是不切實際的，因為這樣會導致其他同樣重要的公共項目，例如教育、福利、基建等方面的撥款相應減少。但假如公營醫護機構經費不足，依賴這些機構提供服務的低收入人士便會受到影響。一般來說，當人口老化、年輕一代及勞

動人口所佔的比率下降時，以年輕一代的稅款補貼長者醫護服務費用的融資方式，在長期運作上會有很大困難。

108. 本章探討如何制定一套可為醫療經費開源的融資方式，以應付公營醫護服務日後的開支。

### 目標

109. 本港公共醫護服務的一個基本功能，是為廣大市民提供保障；市民即使不幸患了重病或長期患病，也無須支付巨額醫療費用。公共醫護服務若要發揮這種功能，就必須對求診者一視同仁，讓他們都得到醫治；收費要合宜，務使人人能夠負擔；而且服務也要維持高水準。政府會繼續為公營醫護服務投放資源，確保這些服務能為市民提供保障，使他們無須承擔由醫療費用引致的巨大潛在財務風險。然而，面對急劇增加的醫療成本，我們亦有必要設法開源，以確保有足夠資源應付公營醫護服務的長期開支。

### 策略方針

110. 為此，我們建議採取下列策略方針：

- (a) 減輕成本、提高生產力；
- (b) 改革公營醫護服務的收費制度；
- (c) 引入頤康保障戶口。

### 減低成本

111. 我們一向認為，開源應先從機構內部着手。只要能減低成本和提高生產力，便可省回大量資源，供重新調配，而這方面的工作必須持之以恆。第三章所載的醫護服務改革措施，長遠來說亦可減慢整體醫療成本的增長。目前，公營醫護機構已設有多個控制成本的機制，以節省資源和減低整體成本。這些機制包括：

- (a) 重整服務網絡，盡量避免服務重疊 — 醫管局現時把轄下的公營醫院分成八個醫院聯網，各聯網內的醫院和設施可以互相補足。醫管局正積極改善和加強這個聯網制度，進而發展以社區為本的一體化醫護服務，包括改善基層護

理工作，以及加強公營與私營醫護機構、福利機構和地區組織的合作；

- (b) 藉着服務與工序重組，提高生產力和運作效率 — 醫管局自成立以來，一直都有推行生產力促進措施，至今已合共節省 9% 的經常營運成本。醫管局會繼續推行這些措施；
- (c) 善用醫療科技，確保符合成本效益 — 醫管局會加強現有機制，在引入和廣泛採用嶄新醫療科技前，研究是否物有所值，以及能否切合需求和增加效益；
- (d) 制定指引和工作常規，使病人接受的檢驗和服務均切合需求 — 醫管局會加快這方面的工作，並藉此提升整體服務的質素；
- (e) 適當地釐定公營醫護服務的收費，以改變服務提供者和病人的取向 — 不論是對病人或服務提供者來說，收費水平向來都足以影響他們對求診或治療方面的決定。如果市民能夠善用公營醫護服務，有關的成本便可得到更妥善的控制。這個問題會在下文詳細討論。

## 改革收費制度

112. 目前，投入公營醫護服務的資源並未能完全用於最有需要的服務或市民身上，令公共醫護服務的財政負擔更形沉重。資源未能用得其所，與現行的收費制度有關。根據現行制度，綜合社會保障援助計劃的受助人可申請豁免醫療費用，其他病人不論貧富，收費一律相同。政府大量補貼公營醫護服務，加上醫護服務水準日高，令不少收入充裕的病人亦紛紛往公營醫護機構就診。總括來說，基於現行的收費制度，我們一直無法把資源優先投放在最有需要的範疇。

## 建議

113. 我們建議全面檢討現行的收費制度。我們無意減低政府對公營醫護服務的財政承擔，日後亦當會因應社會需求和經濟增長，繼續增加對醫護服務的撥款。檢討的目的，是研究如何令公帑用得其所，適當地資助各種服務。我們認為，公帑應用來資助低收入人士，以及用於那些會對病人構成沉重經濟負擔的服務。在檢討過程中，我們會研究如何根據服務的輕重緩急而釐定資助額，以及如何防止濫用服務的

情況。檢討完成後，我們會修訂收費制度。新收費仍會是市民所能負擔的，但同時亦足可減少濫用服務的情況。此外，新收費制度亦會影響公營和私營醫護機構工作量的分布。

114. 我們建議，不論收費制度如何調整，新收費必須是一般病人所能負擔的。我們亦知道，即使政府大量補貼，以維持低收費，始終會有病人無力負擔醫療費用，我們會繼續確保不會有人因經濟拮据而得不到適當的醫療照顧。目前，政府通過對公營醫護服務的龐大資助，已為病人提供第一重保障。日後，我們會透過成立類似現時撒瑪利亞基金的機制，向市民提供第二重保障，以援助那些入不敷支的病人，以及那些無論收費如何廉宜，但仍因患了重病或長期患病而無力負擔醫療費用的人；合資格的病人可向基金申請資助，以支付全部或部分醫療費用。

### 實施

115. 我們即將展開詳細研究，探討如何改革醫護服務的收費制度，以便把資源用於最有需要的範疇；研究項目包括評估新收費制度對服務的使用情況和經濟拮据人士的影響。這項研究預計約需 18 個月完成。

### 引入頤康保障戶口

116. 哈佛專家小組建議，長遠來說，香港應訂立聯合保健計劃，強制在職人士供款，供款率為薪金的 1.5% 至 2%，用以支付大筆的醫療費用。這項建議是以風險分擔為基本原則，由全部人口分擔重症的財務風險，並由病人負擔部分費用，作為防止濫用服務的工具，使計劃在財政上可以維持。然而，市民對聯合保健計劃反應欠佳。有論者指出，風險分擔的構想雖然吸引，但由於計劃的經費來自就業人口的強制供款，而在本港人口不斷老化、年輕一代在人口中所佔比率持續下降的情況下，實施這項計劃，便會令年輕一代承受沉重的財政負擔。此外，供款率怎樣才算恰當，亦未經仔細研究。隨着人口老化，實際就業人口比率勢將減少，供款額無可避免會上升。基於市民反應欠佳，加上將來可能須大幅度增加供款，又或須大大增加用者收費才可使計劃得以延續，我們建議不再考慮實施聯合保健計劃。

117. 此外，我們亦曾考慮可否實施自行投保計劃，為醫療經費開源。有人認為，目前公營醫護機構收費偏低，是推廣自行投保計劃的一大障礙。要促使市民購買私人醫療保險，公營醫護機構便須大幅度增加收費。但由於投保既屬自願性質，就必然會有市民因不願購買醫

療保險，或遭保險公司拒絕承保，以致得不到保障。假如實施自行投保計劃，這類人士便可能須承擔由疾病引致的巨大財務風險。

118. 話雖如此，這裏要強調一點：我們明白到自行投保不但可為醫護制度開闢經費來源，同時亦可為市民提供更多選擇。長遠來說，雖然我們建議引入儲蓄計劃（詳見下文），作為開闢醫療經費來源的主要途徑，但我們同時也鼓勵醫療保險界推出嶄新和具吸引力的醫護保險計劃，供市民考慮。我們相信會有市民願意購買這類保險。

### 建議

119. 為了減輕下一代的負擔，以及應付公營醫護服務的長遠開支，我們建議引入頤康保障戶口，透過醫療儲蓄，作為開闢醫療經費來源的主要途徑。這項計劃應具備以下特點：

- (a) 每名市民從 40 歲開始，直至 64 歲，必須把大約 1 至 2% 的收入存入個人戶口，用以支付本人和配偶將來的醫療開支。在儲蓄期間，戶口內的存款會用作投資，以賺取回報。
- (b) 除非供款人患上殘疾，他們通常必須年滿 65 歲，才可開始提取供款，用以支付公營或私營醫療和牙科服務的費用，或向私營保險公司購買醫療和牙科保險。
- (c) 供款人如選擇私營醫護服務，他從累積供款的戶口中仍只能提取相當於公營醫護服務收費的金額，差額須由供款人自行透過其他經濟來源支付或利用其自行購買的私人保險支付。
- (d) 在供款人去世時，戶口的結餘會轉交供款人的遺屬。

120. 引入頤康保障戶口的目的，是使退休人士有能力支付低廉的公營醫療費用，而無須把負擔轉嫁給下一代。為使供款額可低至人人都能負擔，我們建議供款人須到 65 歲才可提取供款，而且只可獲發還相當於公營醫護服務收費的金額。對那些選擇到私營醫護機構就醫的病人來說，這筆儲蓄也有助於減輕負擔。我們估計，實施該計劃後，按本港醫護服務的平均使用率計算，每一對來自中位數入息家庭的夫婦，一般在有生之年都能負擔公營醫護服務的收費。至於那些只有微薄積蓄，或因經常患病而耗盡積蓄的病人，則仍可憑着政府所提供的第二重保障，得到援助。

121. 雖然以上建議的頤康保障戶口已可協助個人支付醫療費用，但仍有少數市民除醫療服務外，還需要長期護理。這些人雖然健康狀況穩定，但都有不同程度的殘疾，需要醫護人員以至個人護理員幫助他們在社區或安老院中生活。長期護理服務所費不菲，對接受護理的人及其家人都會構成沉重的負擔。哈佛專家小組建議，市民應另行開設個人“護老儲蓄戶口”，把薪金的 1% 存入戶口，存款將用以在退休時購買長期護理保險。根據這個計劃，無論供款或購買保險均屬強制性質。

122. 公眾對護老儲蓄計劃的建議反應甚佳。我們亦支持這項計劃的兩大原則，就是個人承擔(儲蓄)和風險分擔(保險)。不過，由於長期護理保險在香港尚未普及，我們須深入研究提供長期護理的各種模式，以及計劃的細則、供款率、涵蓋的服務，以及投保應屬強制還是自願性質。我們建議立即着手研究。待研究有結果後，我們或會提出一些修訂建議。

### 實施

123. 我們會因應市民對上述建議的意見，在二零零一至零二年度進行研究，以詳細探討引進頤康保障戶口的好處，看看可否在香港實施這項計劃。預期研究約需時 18 個月完成，之後我們會就研究的結果和有關建議諮詢市民。同時，我們會詳細研究本港市民的長期護理需要、最妥善的融資安排，以及最佳的服務模式。我們希望在二零零三度擬備報告書，並徵詢市民對建議發展路向的意見。



## 第六章

### 結語

124. 我們在前面各章提出了一些方針，藉以改革醫護服務架構、加強醫護質素保證，以及改善醫護服務的融資安排。這些建議全部落實後，會為香港的醫護制度帶來基本而持久的轉變，以下是一些例子：

- (a) 香港的醫護服務重點，會從提供治療轉變為致力於提升市民的生活質素。為此，我們會運用新知識，加強疾病預防，並發展以病人為中心的社區護理計劃。此外，我們會發展中醫藥，以補西方醫藥的不足，讓市民有更多選擇。
- (b) 衛生署的角色會有重大轉變，由直接提供醫護服務，逐漸轉到質素監管方面。雖然保證醫護質素是醫護專業人員的責任，但該署仍會加以監察，確保市民得到高水準的醫療護理。
- (c) 政府會繼續承擔公營醫護服務的主要開支，同時循其他途徑滙集經費，例如向市民收取他們負擔得來的費用、實施醫療儲蓄計劃等，使公營醫護機構能夠承擔因持續改善服務質素和採用新科技而引致的開支。

125. 我們在第二章中提出，香港的醫護制度必須致力促進公眾終身健康及提供全面的終身醫護服務。我們會透過加強預防疾病工作，改善基層醫療和發展一個以社區為本的醫護服務，以達到這個目標，我們亦提到香港的醫療制度需確保能提供高水準的服務，並能促進醫學的持續發展。為此，我們建議從教育、系統支援、規管等方面着手，致力提高醫護服務質素。我們亦提到本港的醫護制度必須一視同仁，讓所有求診者都能獲得醫治；收費要合宜，務使一般市民都能負擔。第 114 段提及的雙重保障，當能確保所有市民，包括經濟拮据或沒有經濟能力的病人，都可得到醫護照顧。把公帑優先用於最有需要的範疇，可確保醫護服務收費繼續為市民所能負擔。此外，我們也說過要令醫護制度的服務模式合乎成本效益，並有足夠經費可以長期應付開支。我們認為，實施建議的服務架構改革措施，同時沿用公營醫護機構行之有效的成本控制機制，將可令醫護服務成本的增長放緩；至於建議市民為未來的醫療及長期護理需要儲蓄供款，則可令有足夠資源應付醫護服務長遠開支。

126. 我們已在前面各章闡述如何推展有關建議，預計大概可在未來兩年開展一部份改進工作，其他計劃則於十年內逐步實施。深盼各界

人士能夠大力支持有關的建議，並且不吝賜教。大家的寶貴意見，將有助我們制定各項方案。我們深信在落實有關建議後，香港的醫護制度定能達到世界一流水平，不但可令市民身體健康、生活美滿，更可推動社會進步。

## 第七章

### 摘要

#### 背景

127. 香港的醫護制度素以優良見稱，所提供的服務不但方便周到，而且一視同仁，收費亦為大眾所能負擔。公營醫護機構獲政府大量補貼，為廣大市民提供可靠的保障；市民即使不幸患了重病或長期患病，也無須支付巨額醫療費用。私營醫護機構的收費雖然較為高昂，卻可為病人提供更多選擇和更方便的服務。公營和私營醫護機構各司其職、相輔相成，為市民提供高水準的全面醫護服務。香港市民的健康指數位居世界前列。一九九九年的數據顯示，男性出生時的預期壽命為 77 歲，女性更長達 82 歲。嬰兒夭折率甚低：在每 1 000 名初生嬰兒當中，平均只有 3.2 名夭折。至於產婦死亡率，亦低至每 100 000 次分娩平均只有 2 名產婦死亡。本港的醫護制度行之有效，不過，跟其他醫護體系一樣，我們的制度也須與時並進，力求配合社會不斷轉變的需要。由於公營醫護服務獲政府大量補貼，收費低廉，加上服務水平日益提升，以致求診人數不斷增加，令公營醫護機構的工作壓力日見沉重，長遠來說，更會對其財政構成重大威脅。

128. 因此，我們委託了哈佛大學的公共衛生學院研究本港的醫護制度。哈佛專家小組在一九九九年四月完成這項研究，並提交報告書。我們隨即發表這份報告書，徵詢公眾意見。哈佛報告書發表後，備受傳媒關注，亦引起公眾廣泛討論；社會各界人士一共向當局提交了超過 2 200 份意見書，他們大都認為醫護制度需要改革。我們根據所得的意見，檢視了現行醫護制度的三大環節——管理和提供醫護服務(服務架構)、監管醫護服務的質素(質素保證制度)、醫護服務的經費來源(融資制度)——同時定出改革路向，務使我們的制度能夠滿足市民的期望，並能切合日後所需。

129. 健康是“一種身心健全、社會適應能力良好的狀態”。對個人來說，要盡展所長、事業成功、生活美滿，必先要擁有健康。有了健康，因生病而引致的經濟損失也可減少。為了促進市民健康，我們應建立一個有效而持久的醫護制度，為市民提供全面的終身醫護服務。一個完善的醫護制度可以保障和促進健康、預防和治療疾病、減少和消除殘疾。不過，保持健康始終要由個人做起。人人都應該保持健康的習慣和生活方式，並為自己長遠的醫護需要打算。促進健康也是個人的責任。

## 抱負與目標

130. 我們的抱負，是要重整醫護制度，致力促進公眾健康，讓市民可以終身享有全面的醫護服務，以提升生活質素，及令個人潛能得以充分發揮。

131. 我們按照醫護服務所應循的發展路向，為本港的醫護制度擬訂了下列目標：

- (a) 保障市民的健康，預防疾病和殘疾，促進公眾終身健康，並協助醫療界持續發展。
- (b) 為市民提供全面的終身醫護服務。除了借助藥物和先進的儀器，更要關懷病人，顧及他們的感受。
- (c) 提供方便周到、一視同仁、質素優良的醫護服務，讓所有市民都能在有需要時得到醫治。
- (d) 醫護服務仍須符合成本效益，開支要能應付，收費也要合宜，務使人人以至社會都能夠負擔。
- (e) 促進健康是個人、社會、政府的共同責任。

## 醫護服務架構改革

132. 醫護制度的基本功能，是促進市民的健康和提升他們的生活質素。為確保醫護服務架構能夠充分發揮這功能，我們要致力保障市民的健康，預防疾病和殘疾，促進公眾終身健康，並為傷病者提供醫療護理和康復服務。我們會從提高效益着眼，發展一個以社區、病人、知識為本的社區醫護架構；這個架構應可兼顧疾病預防、日間護理、住院和社康護理服務，悉心照顧市民在人生不同階段的需要。此外，我們會推動各醫護機構持續合作，並加強醫護機構與市民的溝通。為此，我們建議採取下文各段所述的策略方針。

## 加強預防疾病的工作

133. 我們建議衛生署擔任健康倡導者的角色，與衛生福利局緊密合作，定下各項健康服務的目標和計劃，尋求政治上的支持、政策和系統上的支援，以及市民的認同。政府會着眼於改善所有足以影響市民健康的環境因素，除了生活習慣和生活方式等個人因素之外，其他不

屬一般健康範疇的因素也要顧及。衛生署應把各個有關界別組織起來，匯合醫療、教育、環境等界別的力量，共同處理預防疾病的問題。此外，衛生署亦會繼續推動市民參與健康教育和宣傳活動。對個人來說，這樣可加強他們預防疾病的能力和決心，讓他們認識強身健體之道，使他們更有能力就所需的治療作出決定；對社會來說，則有利於為市民創造有益身心的生活環境。

### 重整基層醫療服務

134. 推廣家庭醫學，鼓勵市民採用這種醫療服務，以及加強對其他基層醫護人員——醫生、護士、專職醫療人員——的培訓，當可逐步提高基層醫療服務的成效。家庭醫學是一門專科，醫生在病人及其家人熟悉的環境中，為他們提供持續而全面的基層醫療服務。這門專科着眼於病人的整體健康，包括社會心理健康和身體健康，以及兩者之間的關係。為改善基層醫療服務，我們建議公營醫療機構為醫生、護士和專職醫療人員提供家庭醫學訓練。

135. 我們建議，現時由衛生署負責的普通科門診服務，應改由醫管局提供；此舉可令公營醫療機構的基層和中層醫療服務連成一體。醫管局接辦普通科門診服務後，診所的主要服務對象，應是經濟拮据的病人，以及那些因長期接受治療而有經濟困難的慢性病患者。醫生可在診所內接受家庭醫學和其他基層醫護的培訓；至於其他專業基層醫護人員，也可在診所內接受基層醫療訓練。

136. 公營醫療機構應探討如何加強與私營醫療機構的合作、協助有關醫生完成家庭醫學訓練，改善服務的質素和連貫性。要達到這個目標，有幾個途徑，例如把部分普通科門診服務外判給私家醫生，方便他們學習家庭醫學，以及設立聯絡網，讓公營和私營醫療機構交流基層醫療資訊和知識。

### 發展以社區、病人、知識為本的一體化醫護服務

137. 目前，世界各地普遍着重發展非住院的社區護理計劃，適當地以日間醫護和外展服務取代住院治療。醫學科技日新月異，決策當局、醫療機構和服務使用者的觀念有所改變，加上員工和病人得到適當的訓練，社區護理計劃已能付諸實行。醫護服務正出現深廣的變化。由於醫學界認識到健康可受社會經濟、環境、社會心理等因素影響，故醫護人員現時亦要具備環境、社會、行為科學等方面的知識。鑑於管理和提供醫護服務的工作日趨繁複，醫護人員亦必須掌握和鑽研有關的管理和組織技巧，才可為病人提供完善的醫療護理。此外，

現今醫學科技發展一日千里，新知識和新概念不斷湧現，醫護人員亦須努力掌握。因此，設立知識管理與應用的制度至為重要；有關制度包括要求醫護人員持續進修，發展以驗證為基礎的臨牀工作程序和採用有關輔助工具，例如一些經過驗證的臨牀工作常規指引等。

138. 我們贊成減少倚賴住院服務，以及發展以社區為本的一體化醫護服務網絡，使之與醫院服務相輔相成。在病人家中或在社區內一個親切的環境中為病人提供醫護服務，可充分提升病人的生活質素。此外，推行適切的日間和社區醫護計劃，則有助於提高醫護服務的成本效益。為了向病人提供全面的綜合服務，社區醫護服務應採用“跨專科”和“跨界別”的形式。“跨專科”是指由多門專科的醫護人員和專家合力診治病人，“跨界別”則指由公私營醫護機構及其他界別，特別是福利界和社區組織合力提供服務。發展電子醫療資訊系統，可把社區內有關的服務機構聯繫起來，從而促進彼此的溝通和提供連貫的服務。

139. 由於醫護服務應以知識和病人為本，我們建議所有醫護專業人員必須持續作專業進修，以符合服務要求。

#### 改善公營和私營醫護服務的銜接

140. 目前，公營和私營醫療機構之間存有不少障礙，這些障礙關乎專業意見上的分野、醫療資訊的互通和收費差距，導致公營和私營醫護服務互不配合，限制了病人選擇服務提供者的方便，更使服務缺乏連貫性。為了消除專業意見方面的障礙，我們建議公營和私營醫療機構採用劃一的臨牀工作常規，並且合辦一些職員培訓計劃，以加強專業之間的聯繫。在消除資訊的障礙方面，我們可設立電子醫療資訊系統，給公營和私營醫療機構使用。有了這個系統，公營和私營醫療機構便可交流醫療知識和資訊，以確保醫療質素和進行病人護理查核，同時亦可互換病歷，方便轉介病人。此外，提供不同類型的服務，可有助於解決公營和私營醫療機構之間收費差距的問題；我們鼓勵私營醫療機構進一步研究這點。同時，我們建議公營和私營醫療機構研究如何合作，合辦一些新類型的醫療服務。我們鼓勵醫療保險業人士制定新的醫療保險計劃，以配合這方面的發展。

#### 支援牙科護理服務

141. 在口腔健康服務方面，公帑應集中用於最有效用的地方。為此，我們建議政府繼續致力於教育和預防工作、提供特別牙科治療服務，及檢討服務的重點。衛生署應與牙科專業人員合作，共同制定標

準、定出口腔健康的目標、推行監控計劃、確保服務質素，以及促使市民注重口腔健康。我們建議該署協助牙科醫生為中學生推行口腔保健計劃，作為現有由衛生署所提供的學童牙科保健服務的延續。為了讓低收入人士獲得高水準的牙科護理和治療服務，我們建議政府採取積極措施，鼓勵更多非政府機構以自負盈虧的方式，為市民提供收費合宜的牙科服務。

### 推廣中醫藥的使用

142. 中醫藥在香港相當普及。社會上普遍接納中醫藥在預防疾病、保健和治療方面，都有一定功效。為了推廣中醫藥的應用，以及促進中醫藥的發展，我們首先會根據《中醫藥條例》的規定，盡快完成設立中醫藥規管架構。衛生署會積極與中醫界和中藥業人士聯絡，就制定中醫藥標準、進行基本和臨牀研究、教育和培訓中醫及有關人員、編製資料數據、提高中醫藥的質素以及增加療效等事宜，積極磋商和緊密合作。我們建議在公共醫護體系內增設中醫藥服務。我們會研究提供中醫門診服務的不同模式，以期試辦有關服務。此外，我們會制定計劃，在選定的公營醫院內試辦中醫藥服務，進行臨牀研究，制定標準，同時從中西醫藥並用着眼，制定有關的合作模式。

### 改善質素保證制度

143. 我們認為，市民有權得到優良的醫護服務。要確保服務時刻維持高水準，醫護專業人員可說是責無旁貸，而醫生的責任尤為重大。我們建議從教育與培訓、系統支援、規管等方面着手，改善醫護質素保證機制。

### 加強質素保證

144. 我們建議規定所有醫護專業人員，包括醫生、牙醫、護士、專職醫療人員，都必須持續進修，以確保他們掌握最新的醫學知識和醫療技術。我們認為，採用全人護理模式，可給予病人最周全的照顧。因此，我們主張由不同專科人員組成醫護隊伍，為病人提供全面而連貫的服務。所有醫護專業人員須具備社會科學和行為科學方面的新知識與技能，以便可更了解社會心理因素與生理因素的相互關連，使醫療護理工作更加得心應手。此外，管理和溝通上的技巧與知識，亦有助醫護人員與病人以及其他同事相處溝通，因而更能適應複雜的工作環境。為落實這個構想，我們會與各醫護專業團體磋商，研究可否把上述各項新技能納入醫護專業人員的培訓計劃。

145. 我們建議在公營和私營醫護機構訂立同儕覆檢制度、劃一臨牀工作常規，以及推行臨牀監督、臨牀工作審核和風險管理等措施，以協助醫護人員找出問題所在並維持服務質素。我們知道醫藥分家有其好處。目前，公營醫療機構已實行醫藥分家。在私營醫療機構方面，首要的工作是確保配藥程序妥善和病人安全。為保障病人的選擇權，我們建議醫生向病人說明他們有權不在診所配藥。我們不會干預私營醫護服務的收費，但會鼓勵私營機構列明收費，方便病人選擇。

146. 為提供制定政策所需的資料，我們建議設立研究處，負責支援政府在蒐集資料、分析問題、決定緩急次序、制定對策、評估成效等方面的工作。研究處將設於衛生福利局，研究工作可由內部進行，也可以外判給合適的機構。

147. 在規管措施方面，我們會繼續檢討私家醫院的發牌規定以及對藥物銷售的管制。我們建議檢討關乎診所運作、使用醫療設施或器材、提供醫療服務等事宜的現行法例，同時探討合約醫療計劃對本港病人的影響。我們的目標，是確保病人在任何情況下都得到高水準的醫護服務。

### 改善病人投訴機制

148. 我們知道，市民對改善病人投訴機制的訴求日趨強烈。鑑於醫護專業人員掌握了病人所欠缺的醫學知識和資料，我們必須設有具公信力的投訴機制，以保障病人。假如病人和醫護人員互不信任，醫護制度便不能有效運作。因此，投訴機制必須簡單方便、公平公開，令投訴人和被投訴的醫護人員確信會得到公平對待。

149. 香港醫務委員會已因應公眾的意見，建議了一些措施，以改善其投訴機制，包括設立委員會來處理有關專業水準的問題、增加醫務委員會的非醫療界成員人數以增加透明度，以及發出指引，協助市民使用投訴機制。該指引現已出版，可供市民使用。我們贊成採取這些新措施，同時建議在衛生署設立申訴處。申訴處只處理與病人醫療護理有關的投訴，工作包括進行調查、協助投訴人徵詢專家的意見、向投訴人提供與個案有關的資料，以及嘗試居中調停。申訴處會應投訴人的要求，把調查結果轉交有關的規管組織，由他們決定是否需要進行紀律研訊。裁決和施加紀律處分的權力，仍由有關的規管組織行使。除成立申訴處外，我們亦建議規管組織檢討其投訴處理程序，以期作出改善。我們會與這些組織展開磋商。



150. 設立申訴處有多個優點。第一，申訴處以獨立第三者的身分參與調查，可以增加調查工作的透明度和公信力。第二，投訴人可獲申訴處提供專家意見和協助。第三，由於規管組織擁有最終的裁決和懲處權，醫護人員的工作和操守仍然由擁有該專業知識的醫護界人士論斷，因此較易為業界接受。

### 醫護服務融資方案

151. 醫護制度目前正面臨許多問題，而最常為人談論的，莫過於財政負擔的問題。本港公共醫護服務的一個基本功能，是為廣大市民提供保障；市民即使不幸患了重病或長期患病，也無須支付巨額醫療費用。目前，本港市民使用的醫院服務，約有 94% 是由公營醫護機構提供的。因此，公營醫院必須有足夠的能力應付開支。現時，公營醫護服務由公帑大量補貼，有關的經常開支約佔政府經常公共開支總額的 14.7%。隨着人口老化、新醫療科技的應用，以及市民對醫護服務的期望日漸提高，醫療成本勢必不斷上漲；因此，我們須決定是否要大幅度增加醫護服務的撥款。不過，大幅度增加撥款並非上策，因為這樣會導致其他同樣重要的公共項目撥款相應減少。但假如公營醫護機構經費不足，依賴這些機構提供服務的低收入人士便會受到影響。

### 減低成本

152. 我們十分明白：開源應先從機構內部着手。為此，公營醫護機構推行了多項計劃，務求提高生產力和減低成本，今後仍會朝着這個方向努力。公營醫護機構控制成本的機制包括：利用醫院聯網制度，避免服務重疊；藉着服務與工序重組，提高生產力和運作效率；善用醫療科技，確保符合成本效益；劃一臨牀工作的指引和常規，以減少不適當的檢驗和服務；以及適當地釐定公營醫護服務的收費，以改變醫護機構和病人的選擇取向。我們深信這些控制成本的措施定可節省資源。長遠來說，實施醫護服務架構的改革措施，例如：加強疾病預防工作、推廣家庭醫學、發展社區醫護服務、促使公營和私營醫護機構互相配合等，都可減慢整體醫療成本的增長。

### 改革收費制度

153. 目前，公營醫護服務的撥款並未能完全用於最有需要的服務或市民身上，令公共醫護制度的財政負擔更形沉重。簡而言之，我們一直無法把資源優先投放在最有需要的範疇。

154. 我們建議全面檢討現行的收費制度。我們無意減低政府對公營醫護服務的財政承擔，但會研究如何令公帑用得其所，適當地資助各種服務。我們認為，公帑應用來資助低收入人士，以及用於那些會對病人構成沉重經濟負擔的服務。在檢討過程中，我們會研究如何根據服務的輕重緩急而釐定資助額，以及如何防止濫用服務的情況。

155. 我們要確保公營醫護服務的收費必須是病人所能負擔的。我們也會評估新收費制度對服務的使用情況以及對經濟拮据人士的影響。不過，即使政府大量補貼，始終會有貧困的病人無力負擔醫療費用。因此，我們亦要確保這類病人得到保障。我們會確保不會有人因經濟拮据而得不到適當的醫療照顧。

### 引入頤康保障戶口

156. 長遠來說，我們建議引入頤康保障戶口，幫助市民支付退休後的醫療開支。哈佛專家小組建議制定聯合保健計劃，但市民對計劃反應欠佳。這項計劃以風險分擔為基本原則，經費來自就業人口的強制供款，長者的醫護服務費用會由年輕一代的供款補貼，病人亦要分擔部分費用。鑑於本港年輕一代在人口中所佔比率將會持續下降，我們不建議實施這項計劃，以免令年輕一代承受沉重的負擔。至於推行自行投保計劃，鼓勵市民購買私人醫療保險，我們亦已權衡箇中利弊。雖然我們認為這個計劃不能徹底解決問題，但也明白到自行投保對醫療融資會有一定幫助。因此，我們鼓勵醫療保險界推出具吸引力的保險計劃，供市民考慮。我們相信會有市民願意購買這類保險，藉以取得多一重保障。

157. 我們建議引入頤康保障戶口。這項計劃應具備以下特點：

- (a) 每名市民從 40 歲開始，直至 64 歲，必須把大約 1 至 2% 的收入存入個人戶口，用以支付本人和配偶將來的醫療開支。在儲蓄期間，戶口內的存款會用作投資，以賺取回報。
- (b) 除非供款人患上殘疾，他們必須年滿 65 歲，才可開始提取供款，用以支付公營或私營醫療和牙科服務的費用，或向私營保險公司購買醫療和牙科保險。
- (c) 供款人如選擇私營醫護服務，他從累積供款的戶口中仍只能提取相當於公營醫護服務收費的金額，差額須由供款人自行透過其它經濟來源支付或利用其自行購買的私人保險支付。

(d) 在供款人去世時，戶口的結餘會轉交供款人的遺屬。

158. 日後，公營醫護服務的經費主要仍是來自公帑。為確保有足夠經費可以長期應付開支，我們建議把政府的資助投放於最有需要的範疇，並輔以收費措施，向市民收取他們負擔得來的費用，以及實施個人醫療儲蓄計劃，使市民能夠應付退休後的醫療開支。雖然政府已大量補貼醫療費用，我們仍會提供安全網，確保負擔不起已非常廉宜的醫療費用的市民仍可以獲得所需的醫護服務。在這個安排下，低收入人士便有所保障，日後仍可得到既公平而又負擔得來的醫護服務。

159. 除醫療服務外，有少數人還需要長期護理。這些人雖然健康狀況穩定，但都有不同程度的殘疾，需要接受多方面的護理服務。長期護理服務所費不菲，為了減輕負擔，哈佛專家小組建議，市民應開設個人“護老儲蓄戶口”，存款將用以在退休時購買長期護理保險。我們贊成這項建議。不過，由於長期護理保險在香港尚未普及，我們須深入研究，才可建議如何推展。待研究有結果後，我們或會提出一些修訂建議。

## 結語

160. 以上各項建議會為本港的醫護制度帶來基本而持久的轉變。我們深盼各界人士能夠予以大力支持，並且不吝賜教。我們會因應所得的意見，着手設立有關的工作委員會並展開研究，以便擬訂詳細計劃和實施時間表。我們預計可在未來兩年開展一部份改進工作，其他計劃，則於十年內逐步實施。就一些較長遠的計劃，例如引入頤康保障戶口，我們會再深入研究，有更多資料時，便會再進行公眾諮詢。深信在落實各項建議後，香港的醫護制度定能達到世界一流水平，不但可令市民身體健康、生活美滿，更可推動社會進步。

## 各界對哈佛報告書所提意見概略

自哈佛報告書於一九九九年四月發表後，社會各界人士對本港醫護制度進行了深入而有用的討論。我們出席了五十多次研討會和會議，向與會者闡釋報告書的內容和建議，並聽取他們的意見。社會各界人士一共向當局提交了超過 2 200 份意見書，就如何改善本港的醫護制度，提出了不少意見和建議，有關內容現概述於下文。

### 概要

2. 市民對醫護改革方案意見紛紜，但大都認同一點，就是目前的醫護服務和融資制度確有必要改革。他們認為，假如不作出某些改革，本港在將來可能無法維持向市民提供高質素的醫護服務。

### 醫護服務架構

3. 公眾十分贊成政府採取措施，發展家庭醫學和改善普通科門診服務，藉此加強基層醫療護理。他們認為，家庭醫生除可為病人提供更適切的醫療護理外，還能在控制整體醫療成本方面負責把關。

4. 不少人關注到公營醫護機構工作量沉重的問題。他們促請政府採取措施，減輕前線醫護人員的工作負擔。有些人指出，公營和私營醫護機構若可加強合作，當有助於改善目前公營和私營醫護機構分工不均的情況；長遠來說，更可減輕公營醫護機構的財政負擔。

5. 不少論者認為，哈佛報告書並沒有提及如何改善牙科護理服務，也沒有充分重視護士和專職醫療人員在醫護服務架構中的角色和貢獻；對此他們表示失望。此外，亦有人提出，政府制定改革措施時，千萬不可忽略中醫藥的貢獻。他們相信，中醫藥可在本港日後的醫護架構中佔一重要席位。

6. 論者似乎普遍認為現時的醫護服務過於分散，確有需要改善。不過，哈佛報告書提出把醫院管理局重組為 12 至 18 個地區醫療系統的建議，卻沒有多少人支持，看來市民普遍對醫管局目前提供的服務感到滿意。

## 醫護質素保證

7. 在醫護質素保證方面，討論焦點在於醫護專業人員的持續進修和病人的投訴機制。大家似乎都同意一點，就是醫護人員應不斷進修，以掌握最新的醫學知識和醫療技術。不過，對於應否強制醫護人員持續進修，以及持續進修應否與續發執業證明書掛鈎的問題，則未有共識。

8. 各界人士對病人投訴機制也有不同看法。關於倡設獨立的醫護申訴專員一事，一般市民都表示贊成，病人組織尤其支持這項建議。有些人指出，現有的投訴醫生機制似乎對醫生有利，因為醫生往往會互相維護。此外，也有人認為，現有的投訴機制既不利便市民，透明度也不高。

9. 不過，醫生並不贊成增設醫護申訴專員一職。他們認為，由一名對醫學一竅不通或所知不多的外行人來評核醫生的工作和專業操守，既不可行，亦有欠公允。況且，香港醫務委員會已建議採取若干措施，以增加現行投訴機制的透明度，並使該機制更便於使用。

10. 有些人在意見書中建議實行醫藥分家，藉以保障病人的安全，並讓消費者有更多選擇。其實，公營醫護機構早已採取這個做法。此外，也有人指出，往私營醫護機構就醫的病人目前已可選擇在醫生或藥劑師處配藥，這個選擇權應予保留。

11. 哈佛專家小組倡設醫療政策及經濟研究所，負責有關醫護事宜的資料蒐集和研究工作；各界人士對這個建議甚表支持。

## 融資方案

12. 對於如何解決融資問題，各方意見不一。不過，大家似乎都認為有需要為公營醫護服務開闢經費來源，否則政府實難以應付有關的長遠開支。有不少人指出，當局首先應設法在公營醫護機構內部節省開支，並提高生產力。此外，有很多人似乎同意酌量調高公營醫護服務的收費，這樣可令經費更加充裕，也可促使家境較佳的病人轉用私營醫護機構的服務；至於增幅的問題，則甚少人論及。

13. 哈佛專家小組曾建議制定聯合保健計劃，強制在職人士供款，供款率為薪金的 1.5% 至 2%，用意是由整個社會來分擔重症的財務風險。不過，市民對這項建議反應欠佳，因為他們大多認為這是變相加稅，令中產階級百上加斤。反對者還提出了不少其他論點，例如：這

個安排會導致濫用醫療服務的情況，使社會的整體醫護成本上漲。雖然我們可以規定求診者須分擔較高的醫護費用，以防止他們濫用服務，但有人認為這樣對求診的中產階級並不公平。

14. 有論者贊成市民設立個人儲蓄帳戶，專門用來支付醫療費用；至於這類計劃應如何運作，則沒有深入探討。此外，亦有人建議鼓勵市民自行投保，作為解決醫療融資問題的一個辦法。他們認為，大幅度增加公營醫護機構的收費，可以促使市民自行購買醫療保險；同時，政府調整收費後，可利用增加的收入來資助低收入人士的保費，藉此鼓勵他們自行投保。

15. 論者大致上都贊成哈佛專家小組所建議的護老儲蓄計劃。根據構思，這是一種個人儲蓄安排，存款會用來購買保險，以支付退休後的長期護理費用。有人指出，由於儲蓄率只佔工資的 1%，這樣少的款項未必足以應付高昂的長期護理費用。除了這點意見之外，並沒有人論及計劃的細節。

## 歡迎你提出意見

本諮詢文件可於各區民政事務處諮詢服務中心，醫院管理局大樓的健康資訊天地，各公立醫院的病人資源中心和衛生署轄下的普通科門診診療所索取。本文件亦已存放在各大公共圖書館及載於衛生福利局網頁：<http://www.info.gov.hk/hwb/>

請將你的意見於二零零一年三月十五日前寄往：-

香港中環花園道  
美利大廈 19 – 20 樓  
衛生福利局  
醫護改革小組

或傳真至：(852) 2840 0467

或電郵至：[hcr@hwb.gcn.gov.hk](mailto:hcr@hwb.gcn.gov.hk)

## Your Comments are Welcome

The Consultation Document is available from the Public Enquiry Service Centres of District Offices, the Health InfoWorld in the Hospital Authority Building, the Patient Resource Centres in public hospitals, and the General Out-patient Clinics of the Department of Health. It is also available for public inspection in major public libraries, and can be accessed via the Health and Welfare Bureau website: <http://www.info.gov.hk/hwb/>

Please send your comments on this Consultation Document **before 15 March 2001** to:-

Health Care Reform Unit  
Health and Welfare Bureau  
19 – 20/F, Murray Building  
Garden Road  
Central, Hong Kong

or by fax to: (852) 2840 0467

or e-mail to: [hcr@hwb.gcn.gov.hk](mailto:hcr@hwb.gcn.gov.hk)