

香港中環花園道美利大廈十九樓
食物及衛生局
食物及衛生局助理秘書長 (衛生)
區穎思女士

區穎思秘書長雅鑒：

回應《「掌握健康 掌握人生」 - 醫療改革諮詢文件》

《香港 200》領袖計劃始於 2006 年，由香港青年協會與中華全國青年聯合會合辦，為期 10 年，每年嚴格挑選 200 位具領導潛質、學業成績優異、抱有服務社會心志之青年，旨在培養領袖所需具備的知識、素質與能力；凝聚並延續優秀青年領袖服務社會的心志；開拓和提供多方面參與特區建設和公共事務的機會和渠道，讓青年領袖發揮所長，回饋社會。

新一輪醫療改革諮詢推出，青年人對此深表關注，醫療改革實行之日，正是青年人投身社會、肩負起社會醫療責任之時。青年人與醫療體系的長遠發展息息相關，在這次改革中的青年人的聲音實在不容忽視。《香港 200》醫療改革關注小組是由來自不同的大專及中學生所組成，目的是透過與社會不同持份者交流，加上拜會相關組織，以及舉辦「《香港 200》談醫療改革」研討會。

現呈上《香港 200》醫療改革關注小組於諮詢期內，經總結觀察及討論所得，向食物及衛生局遞交的意見書；亦希望藉此引發更多青年領袖關心醫療改革，積極向政府表達青年人的聲音，抒發他們對將來本港醫療發展的期望。

如有任何查詢，敬請致電 2169 0255 隨時與本人或發展幹事林端儀小姐聯絡。順祝

身體健康、生活愉快！

香港青年協會
督導主任(領袖發展)

莫漢輝

莫漢輝 謹啓

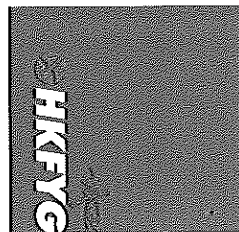
二零零八年六月十六日

A Member Agency of
the Community Chest
香港公益金會員機構

香港皇后大道中99號
中環中心地下6至7室

Units 6-7, Ground Floor,
The Center,
99 Queen's Road Central,
Hong Kong

Tel: (852) 2169 0255
Fax: (852) 2169 0603
Web: www.hkfyg.org.hk
www.u21.org.hk



「掌握健康 掌握人生」

醫療改革諮詢文件

「香港 200 會」建議書

香港200

《香港200》領袖計劃

Hong Kong 200 Leadership Project



香港青年協會

the hongkong federation of youth groups

二零零八年六月十二日

目錄

前言.....	2
第一章: 背景 – 醫療體系目前面對的挑戰.....	4
第二章: 願景 – 對未來醫療發展的期望和原則.....	7
第三章: 開源 – 錢從何來.....	11
第四章: 節流 – 徹底改善醫療系統.....	14
結語—對諮詢的展望.....	18
附錄.....	19
參考資料.....	19
《香港 200》醫療改革關注小組 成員名單.....	21

前言

本港醫療體制改革在社會上經過多年討論，仍未達成共識。新一輪醫療改革諮詢推出，青年人對此深表關注，因為醫療改革實行之日，正是青年人投身社會、肩負起社會醫療責任之時。青年人與醫療體系的長遠發展息息相關，在這次改革中的青年人的聲音實在不容忽視。

《香港 200》醫療改革關注小組是由來自不同的大專及中學生所組成，目的是透過與社會不同持份者交流，加上拜會相關組織，以及舉辦「《香港 200》談醫療改革」研討會，最後經總結觀察及討論所得，向有關部門遞交意見書；亦希望藉此引發更多青年領袖關心醫療改革，積極向政府表達青年人的聲音，抒發我們對將來本港醫療發展的期望。我們將以客觀持平的態度，平衡社會各個階層對醫療開支應承擔的責任的觀點，並分析現時醫療體系的優劣以及人口老化帶來的挑戰。除了研究融資方法，我們認為更重要的是探討如何提升市民的健康水平，而兩者的關係亦見緊密。

研究方法

於第一階段中，醫療改革關注小組把目標設定為（一）清楚了解不同階層的觀點；（二）平衡社會各個階層的利益；及（三）研究現時制度的漏洞所在。為此小組曾造訪以下人士，他們分別代表社會上不同的持份者：

- 李國英議員（立法會議員、民建聯）
- 楊森議員（立法會議員、民主黨）
- 彭鴻昌先生（社區組織協會病人權益幹事）
- 何鴻光先生（香港公共醫療醫生協會會長）
- 關耀強先生（香港保險業聯會暨醫療保險協會代表）
- 陳秀荷女士（美國友邦保險（百慕達）有限公司團體保險及信貸壽險、康護服務部副總裁）

此外，小組在今年 5 月 2 日邀請了食物及衛生局常任副秘書長楊何蓓恩女士出席我們的青年研討會，以解答青年人對是次諮詢的疑問及回應小組對改革方案的意見。

進入第二階段，小組開始著手剖析蒐集到的資料、仔細討論問題及進行其他更具體的步驟。經整合研究，小組在此文件中會從經濟、人口結構、社會價值觀、成本效益、政策可行性、服務質素及醫療體系所面對的挑戰等層面作出分析，並提出相應的建議，期望在此表達青年人對醫療改革的關注，透過積極參與社會事務，一盡我們的公民責任。

第一章：

背景 – 醫療體系目前面對的挑戰

諮詢文件第一章所提及的現時本港醫療制度的弱點及其面對的挑戰，的確顯然存在，我們也認同改革的迫切性。雖然籌措更多資金以支援醫療發展是這次改革的重點，但是我們認為政府必須同時正視本港醫療制度的缺陷和其他環境因素所帶來的挑戰。我們認為透過改善醫療系統的運作以提升成本效益，既可以促進市民的健康，又可以紓緩政府在醫療方面的財政壓力，達至雙贏的局面。

在現今的醫療制度中，以下的問題尤其關鍵：

醫療體制的運作

醫生工時過長

在醫生的受聘合約上，本來規定每星期工作時間不多於 45 小時¹。但現時卻有 18% 的公營醫療機構醫生每週工時多於 65 小時²。長時間工作令醫生難以時刻保持應有狀態，導致醫療失誤不斷發生，令公營醫療服務質素下降，病人利益因而受損。

醫生培訓質素偏低

醫生工時過長，亦導致醫生難以抽空培訓在公立醫院實習的醫科畢業生和新任職的醫生，致令培訓水準偏低，影響他們診治病人的質素。而且新任職醫生在應付繁重工作量時，根本沒有機會掌握各項培訓技巧，對醫療服務質素造成負面影響。

輪候時間過長

公營醫療服務輪候時間過長造成的最大問題，在於病人或因延誤診治而加重病情，需要使用更昂貴的治療方法，則該等病人的醫療開支便會大增。故而政府對上述病人發放的醫療津貼金額亦會大大上升，最終導致醫療開支無止境的上漲。

¹香港公共醫療醫生協會：新聞稿(二零零八年一月二十一日),高等法院就追討超時工作補償之判決:入稟醫生代表梁家驩醫生

² Steering Committee on Doctor Work Hour, Hospital Authority, *Doctor Work Reform Recommendation Report*

人力資源錯配

現時醫管局高層人員的薪酬過高，該局每年約 300 億的開支中，約 230 億（超過 70%）是用作員工薪金³，實在為數不少；更甚者其份佈上寬下窄，例如顧問醫生及副顧問醫生的年薪合共高達約 40 億；前線醫生卻遭減薪，士氣受挫。除了薪酬機制需要檢討，人員崗位調配也有改善空間。有經驗的醫護人員，升職後都減少了臨床工作，變成半個行政人員。最有經驗的顧問醫生，很多的時間都花在行政上，而忽略前線醫生面對的困難，未能提出準確和有效的解決方法。這不但造成上司對下屬及前線實況的了解出現脫節，也做成人力資源的浪費。

服務使用者的行爲

市民健康習慣有待改善

近年政府大力提倡健康生活的概念，希望市民在飲食、作息上都以健康為出發點。但不少市民仍未重視健康生活，反而保持危害健康的生活習慣，如吸煙、嗜酒、食無定時、欠缺休息等。市民健康出現問題，最終需要求診於公營醫療機構，增加醫療開支。而且大多數市民亦未有進行預防性身體檢查的習慣，據調查顯示，只有 23% 的十五歲以上人口有定期身體檢查的習慣⁴。以致隱性病患者可能延誤病情，屆時治療需花費更大開支，進一步加重醫療體系的負擔。

缺乏對個人健康負責的意識

由於現時政府對公營醫療服務提供大幅度資助，久而久之，部份市民認為個人健康應由政府負擔，卻不願為自己的健康負上責任。這些市民並不重視培養健康生活的習慣，更反對政府加收醫療費用。面對醫療費用嚴重短缺，以及部份市民對健康的失責，政府正陷於兩難局面：一方面需要不斷提高醫療開支，另一方面卻未能教育市民為健康負責，因而部分市民的錯誤觀念成為醫療融資改革的一大阻力。

濫用嚴重

由於公營醫療服務獲政府大幅度資助，使用者只需付出少量金額，因此不少市民在非必要的情況下仍輪候求診，其中以濫用急症室、普通科門診的情況尤為嚴重。此舉實在嚴重浪費醫療資源，包括醫生診症時間、藥物等，真正需要求診的病人卻無法在最短時間內接受適切的診療，終致醫療資源被誤用，加劇供不應求的情況。

³ 醫院管理局年報 2006/07

⁴ 政府諮詢文件第二章第 18 頁

面對上述挑戰，現行的醫療體制實在存有許多不足之處，能承受時代轉變、人口老化的衝擊。故此政府與市民必須本著公平的原則解決每項挑戰，儘快找出最適合香港並有持續性的醫療改革政策與融資方案，以確保本港的醫療服務質素不會倒退，反能穩步上升。

第二章： 願景 – 對未來醫療發展的期望和原則

健康是我們生活質素的關鍵，更是社會持續發展不可或缺的因素，因此健康是無價的。不僅市民有責任維護自身健康，以延續個人生命；社會亦有責任保障和促進全體市民的健康，以延續人類的物種生命。基於以上價值觀，我們期望新的醫療體系能持續地保障和促進現時及未來全體市民的健康，同時平衡社會各持份者之權益。有見及此，我們提出以下醫療改革的原則：

(一) 健康權利原則

(二) 社會責任原則

(三) 公平的資源籌措和分配原則

健康權利原則

我們一致認同《世界人權宣言》第 25 條提出的健康人權，並且同意《經濟社會與文化權利國際公約》中列出的國家責任，以及世界衛生組織提出的健康權利的四個元素（3A1Q）。此四大原素分別為：

可得性 (Availability)

保障醫療服務有充足的供應，避免供不應求。

可達性 (Accessibility)

在不含歧視成分的基礎上，保障每個市民在生理、心理上均可獲得一定的醫療服務以及相關資訊，且在經濟上未能負擔者能夠獲得支持。

接受性 (Acceptability)

保障醫療服務符合醫療道德，並符合文化需求。

質素(Quality)

保障醫療服務具有高的科學水平及醫療水平。

我們認為醫療改革必須實踐以上四項健康權利的要素，以保障社會各持份者所擁有的健康權利，發揮良好醫療系統的作用。

社會責任原則

另外，我們認為醫療系統的宗旨是提升整個社會的健康水平、保障社會整體的生產力。就價值觀而言，我們不能視醫療為一牟利品，或是一項投資項目，因此社會全體成員均有責任維繫和改善醫療體系。我們認同社會責任原則，贊成增加的醫療開支應由社會各階層共同承擔，而承擔之百分比不應只按獲取利益之多少或涉及之醫療成本多少衡量，亦應衡量社會各階層之承擔能力，以確保醫療系統之可持續性。

公平的資源籌措和分配原則

公平承擔開支

我們認為**按收入水平承擔開支是醫療資源融資的先決條件**，但同時醫療服務使用者的個人生活習慣與其享用醫療服務的多少也是收費的重要考慮因素。

1. **按收入水平承擔開支：**

跟據一項調查顯示，較多青年贊成採取財富再分配原則，即要求收入較高的市民為醫療支付多些，用以資助收入較低的市民，佔 63.2%；表示不贊成者約佔 32.5%⁵。而我們亦認為社會各階層人士，無論經濟負擔能力高低，均應享有同等機會獲取基本健康保障。為確保公平分擔原則，我們認同收入水平和負擔能力較高的市民須承擔較多的醫療開支，以保障負擔能力有限的市民。

2. **市民對自身健康行為須負責任：**

我們認為每個人都對自身健康有責任，醫療既為一個協助市民提升健康水平的系統，必須喚醒市民對自身健康行為的責任感，才能持續地改善社會整體健康水平。因此，融資必須公平對待為自己健康負責的人士（如建立良好生活習慣、注重預防性診療者），我們反對上述人士須負擔不為個人健康負責者的醫療開支。而且，我們亦期望新的醫療系統能夠獎勵為自己健康負責的人，以普及個人健康的責任。

3. **符合用者自付原則：**

為了確保開支承擔符合公平原則，我們建議推行用者自付的理念，用者付費乃是鼓勵以負責任態度善用醫療服務的重要和有效方法。使用醫療服務次數較多的人士應該支付較多的醫療

⁵青少年意見調查系列 <一七二> 「醫療改革諮詢文件—青年準備好嗎？」香港青年協會 (2008.6)

費用，以免低使用率人士為前者承擔過高的醫療開支，破壞公平原則。措施包括實施急症室收費，以減低急症室被誤用的情況。

公平分配醫療資源

公私營醫療服務本來就在質素和優先權分配上有所不同，是可以理解的。我們認為資源分配的公平在於受眾擁有同等的選擇、同等的知情權，亦即以公費資助醫療系統，讓每名市民不論負擔能力，都可獲得同一水平和同一資助比例的醫療服務。醫療改革時，即使公私醫療有別，每一位受眾所面對的選擇必須是一樣的，且有同等權利獲得相關資訊。

對改革方案的要求

我們期望將來推行的改革方案除了能有效應付將來的挑戰外，也是可行而不擾民的。以下因素是各個建議方案於推行前，政府所必須仔細考慮的，確保改革計劃不會成為擾民的措施，並將可能產生的副作用減至最低，使其平實易行。

會否遇到阻力

有些方案很可能引起社會強烈反對聲音，例如「用者自付費用」方案便會因為提高收費而加重中下階層人士、長期病患者及長者等弱勢社群的醫療負擔，此舉會引起社會阻力。政府需要顧及每個階層人士的財政能力，從而達至公平之原則，否則社會恐怕難以接受新方案。

是否具可持續性

有些方案會視乎醫療開支上升，需要透過不斷加費來維持醫療服務，可是隨著醫療需求及開支日漸增加，市民面對只有不斷增加的供款，下一代將會肩負起更重的擔子，這樣的融資方法恐怕並不持久。

評估改變現行社會觀念和市民日常行為的程度

除了需要硬件上的配合，例如成立供款加減機制和相關機構監管融資運作，推行輔助融資計劃也會對社會上的流行觀念和市民的日常生活造成一定的影響，多少影響計劃推行的流暢性，因此政府不能忽視。舉例來說，香港不像歐美國家般廣泛有購買保險的社會風氣，假如政府實行強制性全民醫療保險，市民可能會不習慣保險條款和模式，尤其是那些身體向來較健康的人，他們如果發覺每月供款數百元後卻用不著，便會抗拒購買保險。這樣，政府的好意便可能惹起市民反感。

此外，有些方案，好像「個人康保儲備」，為市民安排好退休後的醫療開支，可是在這方案下市民既要供保費又要儲蓄，加上原有的 5%強積金，就業人士及其家庭將變相削減約 10%的每月收入，這樣剝削市民即時可用的金錢，可能會為某些家庭帶來財政上的壓力，因而被迫改變生

活習慣。政府需要明白到，並不是每個市民都能理解和接受額外多付金錢以支援本地醫療發展之理念，因此要積極評估改變社會現有觀念所遇到的阻力和挑戰。

總括而言，醫療改革是必需的，原意也是好的，可是必須將它轉化成利民的社會政策，政府必須審慎考慮各方案的可行性，確保它為市民帶來最小程度的困擾。就以上提及的各項原則，第三及第四章會集中討論本小組成員所建議予本港醫療系統的「開源」及「節流」之不同方案。

第三章：

開源 – 錢從何來？

經過長時間的討論，我們認為政府在諮詢文件中所提及的輔助融資方案各有不足之處，而且我們深信將來推行的方案不一定局限於該六個方案，可以是多種方法之集合，甚至是從未提及的方法。在而下的部分，我們集中表達對輔資方法的意見和提出符合我們所支持的*健康權利原則*、*社會責任原則*及*公平的資源籌措和分配原則*的方案。

「第七個」醫療融資方案

價值及權益平衡

經我們的深入討論和吸納各界之意見，認同現時公共醫療開支應主要由納稅人承擔的特色。因納稅人代表著支付賣地收入、利得稅等富裕商業機構，由納稅人承擔醫療開支符合我們“按收入水平承擔開支”的原則。

同時，隨著醫療開支不斷上漲，全港市民皆有共同負擔的責任，因此適量而漸進性的公營醫療服務加費符合我們“用者自付”的原則的合理做法。

現時政府以稅收大幅資助公營醫療服務，令其收費非常便宜，根本無法支付醫療服務成本。有見及此，對於資助公營醫療服務之百分比有否下調的空間，值得研討。這個分擔比例應該取決於社會價值，而不應隨醫療開支上漲而轉嫁予任何一方。

此外，我們也認同培養市民對自身健康負責的重要性，適量的醫療儲蓄能夠讓個人在年老之時能夠為增加了的醫療需求作出部分的承擔。

執行方法

1. 加稅

由於納稅人仍然有其社會責任去支援政府維持各方面的服務（如醫療、教育、基建），面對醫療開支需求上漲，加收稅款是社會可以理解的做法。至於加稅幅度，則視乎開支預算以及政府和市民分擔比例而定。

2. 加費

增加公營醫療服務收費，令醫療使用者分擔部分醫療服務的成本，不會無故剝削健康人士。加費幅度與加稅相同，均按照開支需求以及政府和市民共同分擔的比例而定。每次加費的幅度不應過大，漸進性的加費令市民較能夠承擔。

3. 檢討強積金制度

現時強制性公積金計劃為僱員安排的退休保障範圍已包括估計退休後每年生活所需的醫療費用，因此如果要在強積金制度之外設立強制性醫療儲蓄戶口，有些人士會質疑其必要性。此外，現行強積金計劃無法控制市民在取回供款後的用途，未能確保市民在退休後能適當地運用強積金於醫療上。

因此，我們認為現時的強積金制度需要作出檢討，配合例如調整現行的 5% 供款，將當初估計退休後的醫療費用(例如約 1%) 分開處理或作特別監管。政府可以考慮改良強制性醫療儲蓄的輔助融資方案，將該筆預算在強積金內的醫療費用轉到一個新的獨立的強制性醫療儲蓄戶口，並考慮增加約為月薪之 1-2% 的供款存於該戶口，培養市民對維持自身健康的承擔，讓該儲蓄戶口起積穀防饑的作用，並規定戶口內的供款只能用於醫療，以確保供款者在退休之後有一定的金錢應付醫療開支。

反對強制保險作為融資方法

對於政府所提出的多個輔助融資方案，我們認為不論是按群體保費率劃一保費的保險方案，抑或強制保險的方案，都違反了我們在第二章中多個的原則，而且各有弊處，因此我們不建議採用以保險為基礎的融資方案。

諮詢文件中的強制醫療保險方案，建議採用群體受保、劃一保費的保險模式，令全民的保費在共同承擔風險的原則下得以降低。然而，劃一保費令擁有健康生活習慣的人承擔了有不良生活習慣的人(例如吸煙者)的患病風險，使前者和後者所繳付的費用相同，這樣對一些對自己健康負責的人不公平，不符合「市民對自身健康行為須負責任」的理念。而且，面對未來醫療費用不停增加，保費只能不停隨之上升，下一代將會苦不堪言，這樣的融資方法並不持久。

即使是按照個人情況釐定保費的醫療保險，若果強制全民購買的話，會為社會帶來副作用，不能令人人受惠。保險公司很可能基於商業原則，不把所有疾病都被列入保障範圍，未必為購買者提供全面保障。而且如果每人都要買保險，男性、殘疾人士和高危行業人士等需繳交較高費用，造成歧視和對弱勢社群不公平的情況。此外，假設 18 歲以下人士的保費皆由父母承擔，日後生育子女的支出便會增加，此舉可能減低夫婦生孩子的意欲。總言之，強制保險並不是最好的方案。

第四章:

節流 – 徹底改善醫療系統

有關醫療改革的討論，往往局限於醫療開支這個擔子該由誰人承擔的問題上。然而，不論醫療開支出自誰的口袋，所耗費的依然是社會的資源，互相卸責對香港的醫療質素沒有什麼好處。因此，探討現時醫療資源運作模式，提高本港醫療體系的成本效益，確保資源用得其所，才能真正可以把最好的醫療惠及市民，改善市民的整體健康質素，而政府在醫療上的財政亦得以舒緩。再者，我們認為一個負責任的政府在接受市民和納稅人承擔更大筆的醫療開支前，必須先檢討醫療開支，減少浪費。

檢討開支

醫管局的總開支中員工薪金達七成多，因此開支檢討的關鍵在於人力資源的妥善管理和薪酬架構。因此，我們建議醫管局

1. 簡化現時醫院的行政程序

減低因不必要的程序⁶而造成對醫生人力資源的浪費，使其有更多時間用於診治市民身上，提高生活質素。此外，政府亦可考慮增聘人手協助醫生處理文書工作，令醫生能夠專注診症工作。

2. 檢討員工薪酬

檢討員工薪酬及對比其他國家的醫護人員和管理層的開支，尤其針對高層行政人員薪酬過高和前線醫生薪酬過低的現象，然後作出適當的調整。

加強基層醫療

基層醫療的定義為病人與醫療系統的首個接觸點(如普通科門診)，角色為提供基本治療，預防性護理，持續性護理，健康教育及轉介病人到專科醫生。

⁶ Oriental Daily News, 2008-03-09, *程序繁複五分鐘都唔夠用*

就政府建議加強基層醫療之改革方針，我們表示支持。因為：

1. 學術研究顯示，著重基層醫療能促進醫療服務的妥善使用，控制醫療成本，卻同時改善市民的健康質素。在改善市民健康上，成本效益高於其他醫療服務。⁷
2. 香港市民心態傾向於有病才看醫生，基層醫療在本港尚未普及，於 1999 年的《哈佛報告》中，也指出香港以醫院為中心，忽視社區治療及基層護理，重治療、輕預防的觀念。

具體建議

1. 推廣統一的健康檢查

預防勝於治療，市民若定期進行健康檢查，及早發現潛在的疾病，便能及時接受治療，減低因延遲發現疾病所引致的較昂貴的治療費用，更能藉此培養市民對自己健康負責的意識，對個人及整個醫療體系均有好處。

對於諮詢文件中鼓勵市民進行體檢的方針，我們表示支持。然而，我們認為本港的基層醫療仍未完善，加上現時香港的健康檢查風氣並不普及，要實施政府透過基層醫療來安排體檢的建議將難上加難。因此，我們建議政府直接制定按市民不同年齡組別、性別及其他風險因素而推出的一站式檢查套餐，並推廣健康檢查的重要性，設立誘因鼓勵市民定期進行健康檢查。

政府應該積極宣傳鼓勵市民定期做身體檢查，例如參考現時推廣子宮頸癌檢查的做法，帶起社會重視健康檢查的風氣。現時健康檢查服務多由私營界別提供，相反公立醫院則未有相關服務，經驗和資源均比前者不足，因此私營界別可以擔當提供健康檢查的主要角色。

鑑於現時私營界別所提供的健康檢查組合種類繁多，收費不一而且昂貴，很多市民因不了解自己的需要或負擔不起而卻步。我們支持政府透過撥款資助，讓私家醫院以低價提供這套統一的檢查計劃。這樣，在政府的支持下，市民便能更有信心和經濟能力進行健康檢查。

此外，為了鼓勵市民培養定期進行健康檢查的習慣，政府可以考慮為有此良習的市民提

⁷ Starfield, B., *Is primary care essential?* The Lancet, 1994. **344**(8930): p. 1129-1133.

供醫療優惠，例如憑健康檢查的收費單到醫院求診可獲折扣優惠，優惠的比率按健康檢查的次數而提高，以獎勵定期進行健康檢查的市民。

2. 確立基層醫療作為把關者的角色

為確保成本高昂的專科服務能用在最有需要的病人身上，提升本港醫療的成本效益，我們建議政府確立基層醫療作為“把關者”(Gatekeeper)的角色，要求公營專科門診及其他第二/三層醫療服務(除緊急服務外)的使用者必須透過普通科醫生或家庭醫生的轉介才能得到受政府補貼的醫療服務。為保障使用者的選擇利，私家服務將不受影響，而未經轉介的公營服務病人亦可選擇支付該服務的全數成本而繼續使用有關服務。我們相信普通科醫生及家庭醫生的專業知識及對病人情況的了解能有效地分流有需要的病人至最適合的專科作進一步治療。

3. 基層醫療質素的改善及監管

隨著基層醫療成為本港醫療的把關者，社會對有關醫生之專業知識及專業操守的要求將大幅提高。為面對當中帶來的挑戰，我們建議政府與本地學府合作對醫護人員的培訓作出相應的配合，加強有關基層醫療的重點訓練。同時政府應與香港醫務委員會合作，要求執業醫生持續進修有關基層醫療的專業知識。在質素監管方面，專科醫生亦有責任上報濫發轉介的個案，交由香港醫務委員會跟進。

緩和公營服務之供不應求

現時，醫生工時和病人輪候時間過長的現象都顯示公營服務供不應求情況嚴重，而資料亦指私營醫院已接近飽和⁸。為免病人因輪候時間長而得不到適切治療、醫生因工時過長而容易出錯等惡果，我們建議政府透過增加供應及減少濫用以趨向供求平衡，屆時供應量的提升最終能使更多人得到醫療服務。需要注意的是，提升供應量必然涉及公共醫療開支的上升，我們認為有關的額外款項應該大概按現時政府資助和用者支付的比例，同時增加兩者的付出，而不應把責任推向其中一方。

增加供應

在人口老化的大趨勢下，本港醫療服務的使用量將與日俱增。為應付有關需求，增加醫療服務的供應實在刻不容緩。就此，我們有以下建議：

⁸ Wen Wei Po, 2008-03-15, 迎接公院分流病人 業界責政府欠支援限制多融資現商機 私院紛擴建

1. 增加本地醫護人員的培訓

要增加醫療服務，充足的醫護人力資源是首要的條件。為應付本港對醫護人員的長遠需求，大學教育資助委員應與本地院校合作，因應醫護人員需求的升幅，適度增加醫護學科的收生人數和教學資源。而與老人病相關的專科(如心臟科、腫瘤科)尤其應得到重視。

2. 檢討醫務委員會現行執業資格試

我們建議透過引入外地專才，緩和短期內醫護人員的供應不足，但現時外地醫生來港的門檻——執業資格試的及格率偏低，如 2006 年 105 名考生中只有 9 人及格⁹，致使很多有質素的外地醫生卻步。為消除外地醫生認為考試是為保護本地醫生的疑慮，醫務委員會可考慮統一本地和外地醫科生的執業試，以開放的態度吸引外地醫生來港執業。

3. 減少公營醫生的流失

近年種種問題導致醫護人員士氣低落，工作效率低，流失率嚴重；公立醫院前線醫生曾屢次就薪酬削減、同工不同酬和超時工作等問題集會抗議和入稟法院申訴。我們建議醫管局增聘人手減輕醫生工作量、保障員工薪酬，以改善員工福利和保留有經驗的人才。

4. 進口醫療服務

與我們僅一河之隔的內地醫療服務價格遠較本地低廉，進口非緊急的醫療服務符合經濟效益。我們建議政府與內地當局合作，向評估後質素及格的內地醫護中心頒發認可證書，容許其在本港進行宣傳推廣，為市民提供更多醫療和健康預防服務的選擇。

個人病歷

我們認同醫療改革諮詢文件第四章「發展電子健康記錄互通」的方向，亦非常欣賞政府謹慎處理的態度。我們期望上述的電子病歷能全面包括病人的基本資料、個人健康生活習慣及患病、診療記錄等等。

我們亦認同公私營病歷互通的重要性，讓病人不需要再受制於病歷問題，在求診時有更多選擇。此舉不但有助達到公私營分流的目的，而且病歷記錄齊備可以減省病人轉換時不必要的檢查或治療，改善醫療資源誤用的情況。

另一方面，鑒於先進科技正以驚人的速度發展，我們希望負責處理有關法律及私隱事宜的專責小組能夠提供一個高度安全的病歷互通系統，以免病人私隱遭到不法入侵。

⁹立法會 - 2007 年 12 月 12 日第四項質詢: 醫生執業資格試

結語 — 對諮詢的展望

醫療改革影響的不但是政府的收支平衡，更關係著每一名市民的健康質素和切身利益。因此，具誠意的廣泛諮詢尤其重要。雖然是次政府在媒體的宣傳足見其聽取民意的決心，但是諮詢文件內容略欠持平客觀，祇有第六方案，本小組成員應為可有更大的討論空間。同時，文件中的學術用詞容易導致受高等教育者成為回應的主流聲音，可能基層市民難以理解。但與此同時，通過這一次的諮詢討論，本小組成員有了很多的學習機會，並能對本港的醫療制度及不同的持份者之見解增加了

我們期望政府在第二期諮詢中，能改善其諮詢手法，與市民攜手建立一個令人引以為榮的醫療制度。

關於我們

《香港 200》領袖計劃始於 2006 年，由香港青年協會與中華全國青年聯合會合辦，為期 10 年，每年嚴格挑選 200 位具領導潛質、學業成績優異、抱有服務社會心志之青年，旨在培養領袖所需具備的知識、素質與能力；凝聚並延續優秀青年領袖服務社會的心志；開拓和提供多方面參與特區建設和公共事務的機會和渠道，讓青年領袖發揮所長，回饋社會。

附錄

1. 世界人權宣言

第 25 條

(一) 人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。

(二) 母親和兒童有權享受特別照顧和協助。一切兒童，無論婚生或非婚生，都應享受同樣的社會保護。

2. 經濟社會與文化權利國際公約 (ICESCR)

第 12 條

一、本公約締約各國承認人人有權享有能達到的最高的體質和心理健康的標準。

二、本公約締約各國為充份實現這一權利而採取的步驟應包括為達到下列目標所需的步驟：

(甲) 減低死胎率和嬰兒死亡率，和使兒童得到健康的發育；

(乙) 改善環境衛生和工業衛生的各個方面；

(丙) 預防、治療和控制傳染病、風土病、職業病以及其他的疾病；

(丁) 創造保證人人在患病時能得到醫療照顧的條件。

參考資料

1. World Health Organization Aug 2007 JOINT FACT SHEET WHO/OHCHR/323
2. 維基文庫 <http://zh.wikisource.org/>

《香港 200》醫療改革關注小組

成員名單

李翠珊	協恩中學；中六
周荃明	香港大學；社會科學學士（政治及公共行政、社會學）二年級
冼正泰	香港大學；內外全科醫學士一年級
柳浩城	香港中文大學；內外全科醫學士一年級
梁嘉豪	香港大學；理學士（生物工程）二年級
莫淑雯	東華三院黃笏南中學；中六
陳雅姿	香港理工大學香港專上學院；應用社會科學副學士（社會學及文化）一年級
陳曉晴	藍田聖保祿中學；中六
麥俊耀	香港華仁書院；中六
馮詩詠	恆生商學書院；副學士一年級
黃錦輝	賽馬會毅智中學；中七
劉欣瓏	香港大學；經濟及金融學士一年級
劉翠璇	宣道會陳朱素華紀念中學；中七
蔡嘉琪	藍田聖保祿中學；中六
謝志峰	皇仁書院；中六
魏惠君	香港城市大學專上學院；翻譯及傳譯副文學士二年級
譚偉成	寧波第二中學；中七
關沛浚	香港大學；工商管理學士（國際商業及環球管理）一年級
關煜倫	聖公會林護紀念中學；中七
祁嘉敏	香港中文大學；(藥劑學) 一年級
