

香港衛生界專業團體聯席會議

JOINT CONFERENCE OF HONG KONG HEALTH CARE PROFESSIONAL ORGANIZATIONS

香港中環皇后大道中 138 號威亨大廈 13 樓 B 室 轉

C/O Unit B, 13/F., V Heun Building, 138 Queen's Road Central, Hong Kong

電話 Tel: 3106 3395 傳真 Fax: 2385 7702 電郵 E-mail: info@ahkhcp.org.hk

有關“醫療改革融資諮詢文件”

聯席會議的意見

I 引言

健康是包括身體生理、心理和社交的健全狀態而不是僅指無生病 (WHO, 1948)。它受到個人意識行為和生活質素，以至整體社會環境因素的影響。預防勝於治療，對健康的需求亦因人而異，而兩者都遠超醫藥的範疇。衛生醫療既是必需的社會服務，亦是社會福利的重要環節和龐大的市場，任何改革都涉及到持份者利益和社會各層面運作、牽一髮而動全身。

政府福利、醫療等公共開支自九十年代初的大規模改革後如脫韁野馬，一發不可收拾。但當政府察覺到問題的嚴重性、擔心以後“錢從何處來”而進行的多次改革建議卻不易為市民接納。近年醫療改革已成為政治議題、議而不決，與當年分拆醫務衛生署、成立醫院管理局時政府的強勢管治不可同日而語。

今年三月政府發表期待已久的「醫療改革諮詢文件」（下稱“文件”），提出融資改革建議。到底這次諮詢能否改善服務、為市民所接納；而市能否自己“掌握健康、掌握未來”呢？「香港衛生界專業團體聯席會議」（下稱“聯席會議”）曾多次就市民和業界關心的衛生醫療事務的發展議題向當局提出過意見和建議（見附件），現在再就這次諮詢提出我們的看法。

II. 目前的處境

1. 醫療陷困境，健康難保證。

本港衛生醫療服務除了人口、健康疾病趨勢轉變、機構日益復雜和需求壓力不斷膨脹等客觀因素之外，還有其獨特的歷史因素和體制困境，涉及架構行政、服務和財政三個基本環節。其要害是（一）政府衛生署與醫院管理局分家，各自為政而角色重疊混淆；（二）由於偏重醫療及缺乏有效監管制衡，醫管局雖佔九成醫療資源却無序擴展、開支長期高踞不下，服務質素和成本效益亦受到公眾質疑；（三）公、私營醫療失衡，互補作用失效影響服務質量；（四）當局重醫輕衛，公共衛生和社區支援服務被邊沿化，社區保健預防難以有效開展；而傳染病的威脅時刻存在，沙士的教訓似被淡忘。

2. 偏重行政、肥上瘦下、朝令夕改、浪費資源

醫管局過調行政管理功能，架構空前龐大；高級醫生的壟斷地位被強化，護士及專職醫療之專業地位被削弱、作用被抑制(尤以護士為甚)，令醫生與其他專業的矛盾加深；同時，反覆改革、文山會海令員工疲於奔命，不能專注專業工作，壓力日增，浪費大量時間物資。為了降低成本大量削減前線衛生界人手(尤其是註冊護士)而起用助理員照顧病人，影響安全和服務質量。

另一方面社會上戾氣增加，市民求醫困難、輪候期越來越長而醫療事故不斷，嚴重影響士氣和市民信心。醫院服務得以維持，正是由於前線醫護人員本著人道主義和專業精神，以自己和家人的身心健康為代價拼力支撐的，離當局標榜的「優質管理」、「以人為本」和「全人護理」和市民期望相去甚遠。

醫管局的人力資源政策每多缺乏遠見和公允，99年突然宣佈關閉廿多所護士學校就是一個草率錯誤的決定，醫學、部份衛生界專業和中醫都面臨同樣情況。浪費大量寶貴培訓、醫療和人才資源之外，還影響到公、私營服務及發展，近年更出現相互‘挖角’的現象。目前各院護校紛紛復開又得再耗費龐大資源，但相信不久將會出現“過剩”危機，不容忽視。

3. 重醫院治療、輕衛生保健。

醫院管理局不斷無序地擴展高新項目，却同時削減包括產科、精神健康和社區照顧等多種必需服務。現時衛生防疫、公立門診、健康院、社康護理和復康、育兒、護老、善終等院舍亦同樣面對人手和資源短缺的巨大壓力，大量使用助理人員、影響服務質素與市民輪候時間，增加傳染病風險和對醫院的壓力。護理和衛生界人員工作百上加斤，健康和個人衛生教育更遠遠跟不上實際的需要。近年院舍和社區集體感病經常發生，尤其是護理安老院質素參差，經常發生事故為人詬病；同時本港空氣污染、市政和環境衛生未見改善，均是資源錯配、監管不力之故，當局責無旁貸。

4. 政策是關鍵，改革不可免。

目前困境的關鍵是當局從沒有制定一套全面、長遠、可持續發展的公共衛生和醫療政策及規劃；加上回歸前後政府角色權力被弱化，造成尾大不掉的局面。同時市民大多缺乏承擔醫療風險的意識，有病時則依賴政府「全包」。我們認同特區政府所指“坐視不理未來的挑戰，本港將付出代價”的觀點(見聯席會議回應“創設健康未來諮詢文件，2005”)，認為必須進行全面的體制改革以避免可持續發展危機的威脅，繼續保持其優勢、服務市民。

III 對“諮詢文件”的意見

1. 改革無藍圖，諮詢缺週全。

「文件」及諮詢過程只簡單列舉融資改革的需要、各地體制模式和六

个融資方案的抽象理念，沒有具體內容和適當的資料作為討論的基礎，甚至沒有改革的規劃藍圖和諮詢時間表；過份強調融資的逼切性而不提政府的責任承擔。一般擔心強制醫保會加重市民負擔而得不到應有的保障，老弱和長期病患者尤甚。中產人士對公立醫療安全網失去信心，擔心會因病致窮，甚至破產。由于政府主導不足、令人懷疑現時作出選擇有如簽一張無銀碼的支票而毫無保障。

「文件」沒有整體改革規劃以解決上述架構、行政管理和成本效益等體制問題，更沒有涉及人力資源政策和服務質量的改革。當局建議用“社區醫療”而不是 WHO 所提倡的“社區保健”（即基層或初級保健，涵蓋社區醫療，WHO, 1978），足証其重醫輕衛政策不變；事實上多設幾個家庭醫生只能是杯水車薪，完全不能解決社區保健的不足。

總而言之，文件內容和諮詢過程都是令人失望的，政府的改革部署和決心也欠清晰。

2. 必須進行全面體制改革

我們認為不進行全面體制改革絕對解決不了當前的困境，更不利長遠健康發展。因此，我們重申聯席會議一貫的建議如下：

1. 行政管理方面

1. 政府必須盡速強化領導和監管權力，改善公共衛生、公私營醫療服務和市政環境衛生，改變放任政策、勵精圖治、為市民的健康把好關。
2. 政府必須推行包括衛生醫療行政架構、服務項目和醫療融資體制的全面改革，並盡速就此進行諮詢。
3. 政府必須制訂合理、長遠及可行的公共衛生和醫療政策，改變重醫輕衛的資源錯配措施。才能達到提高本港衛生醫療服務、企業和社會效益成本及可持續發展之目的。

2. 人力資源政策方面

1. 政府應制訂適切的醫護及衛生界人力資源政策和指引、人手指標和人力組合；政策包括教育、培訓、使用、評核、獎勵及職業生涯等規劃。並要諮詢學會、工會和業界員工的意見，不應由僱主或院校各自為政，質素無保證，浪費公帑和人材。
2. 強化衛生界各專業的角色、釐清權責，以發揮他們的潛力質素和標準，提高士氣，挽留人才。
3. 增加前線醫護人手，避免使用助理人員執行專業及技術性工作，影響服務安全和質量。
4. 容許市民自行直接選用醫生、護士和專職醫療專業人士提供的各項服務，容許相互轉介及共用醫療紀錄。

3. 社區保健方面

政府應大力推行社區保健，按本地需要和能力提供八種必需服務，包括健康宣傳、充足營養、充足食水和衛生設施、婦幼保健及家庭計劃、防疫注射、常見傷病治療、傳染病監控及提供必需藥物。(WHO, 1978) 同時要提供托兒、安老、康復、及社區家居護理服務，並增加衛生界各專業人手及配套措施。

WHO 認為推行社區保健專業護士可以深入社區，考察居民需要、教育和幫助居民、參與策劃，革新和評估服務計劃、參與跨部門，跨專業合作和科研、管理和督導非專業人員及承擔重要決策責任 (馬勤 1995)，世界各地成功的例子很多。以健康教育為例，由衛生界各專業人員輔導教育市民，可發學以致用，增加工作滿足感。市民亦會得到更適切、更詳盡的藥物、護理、康復、營養及保健預防等知識和技巧，學會照顧自己，配合治療和放心調理；減少因為無知、憂慮、無助而濫用或過份依賴醫藥，真正做到掌握自己的健康。同時亦可紓緩醫生的壓力，專心診治病人。

IV. 對融資改部份的意見

醫療融資包括調動資金、分配資源於指定服務項目以及供款機制三個方面，因涉及良好管治、經濟增長和教育基礎而不可單獨進行。(T·H·Tulchinsky, 2004) 但“文件”只顧開源，不講資源分配，即使單就融資改革來說也是不足的。

“文件”的融資理念、政府角色和各方面的權責均欠清晰，保險業監管成疑。醫療儲蓄/全民醫保制度之未雨綢繆和分擔風險的好處如何凸顯？忽忽推出會否未見其利、先見其害？推行強積金的教訓應如何避免？

同時，我們認為市民有享受健康保障的之餘，亦有義務維護自己、家人和社區健康的責任，並應負擔自己健康和部分醫療開支責任。

由於“文件”沒有提供適當的資料作為討論的基礎，我們認為根本不適宜對它所提的融資方案作出任何選擇和建議，只能作出初步回應如下：

1. 政府須先就醫療融資的目的和原則，尋求社會共識，再深入探討可行的方面，不宜本末倒置。
2. 深入分析各國醫療體制和融資模式之優劣成敗、汲取經驗教訓，減少市場失效、行政成本過高等流弊。
3. 加強政府主導和監管的角色，厘清包括僱主在內各方面的權責，提供誘因減低疑慮；將來不論採用那種方式都要確保、中等收入、退休(包括公務人員)和長期病患者。
4. 認真做好以後的諮詢工作，提供整體改革的規劃藍圖、有關資料和諮詢時間表。
5. 發動衛生服務界別教育和鼓勵市民自覺保健，增強體質，減少生病及依賴醫藥；認識醫療風險和自己的權制和義務、珍惜和避免濫用公共資源。

結論

聯席會議同意，長遠而言，公立醫療開支不能無止境地上升，醫院服務亦不能不受制約地發展，但亦不應隨意削減和封頂。醫護衛生服務涉及社會資源的再分配、全體市民的福利權益，市民的認知和理解有極為重要的意義。同時，由於工程浩大，影響深遠，關鍵在乎當局的決心、政策和社會共識。聯席會議希望特區政府能帶領全社會就本港醫護衛生服務發展的總方向、市民應否及如何承擔義務和責任、包括融資問題進行充分討論。

我們希望當局能正視市民和衛生服務界的意見，在保證不會削減政府財政承擔的前提下，正式承諾會進行全面改革以徹底改善本港公共衛生醫療體制和服務。若然如此，我們亦會一如既往，願協助特區政府共同努力，爭取全社會就此次諮詢達成共識。

改革路長，政府當務之急是應先做好一些實事，例如切實改善服務質量、減少醫療失誤以釋公眾疑慮、挽回信心。節流減(浪)費以控制成本；增加、挽留資深前綫醫護人手以紓解業界壓力；以及加強公共衛生防疫和社區照顧措施以保障市民健康等刻不容緩的措施。



召集人：鄭耀深

2008年6月10日

香港衛生界專業團體聯席會議成員團體：

| | | |
|----------|-----------|---------------|
| 香港藥學會 | 香港助產士會 | 香港放射超音波化驗商會 |
| 香港護理學院 | 香港護士總工會 | 香港政府華員會護士分會 |
| 香港放射技師協會 | 香港醫院藥劑師學會 | 香港執業物理治療師協會 |
| 香港醫務化驗學會 | 香港超聲波診斷學會 | 香港衛生護理專業人員協會 |
| 香港職業治療學會 | 香港物理治療師工會 | 政府牙科技術員及技師協會 |
| 香港物理治療學會 | 香港醫務化驗師學會 | 香港政府華員會登記護士分會 |
| 香港放射學技師會 | 香港牙科技術員學會 | |

附件：聯席會議近年發表的有關文件(附件一、附件二、附件三)

香港衛生界專業團體聯席會議
JOINT CONFERENCE OF HONG KONG HEALTH CARE PROFESSIONAL ORGANIZATIONS
評

《你我齊參與 健康伴我行》醫護改革諮詢文件

一、全面檢討，長遠考慮，亡羊補牢，未為晚也

1. 衛生福利局於 2000 年 12 月公佈了《你我齊參與 健康伴我行》醫護改革諮詢文件(下稱「諮詢文件」)，引起了廣泛的關注。
2. 醫護改革的對象是香港的醫務衛生服務，涉及全體港人的健康，關乎千家萬戶的福祉，影響的範圍還包括香港整體的競爭力和社會的長治久安。為此，理應有適當的、高瞻遠矚的長遠政策，以利於香港的醫務衛生服務的長遠、可持續的、全面的、健康的發展。
3. 遺憾的是，在過往的一百幾十年間，香港從來沒有全面檢討過自己的醫務衛生服務，也沒有制定過可持續發展的長遠計劃。70 年代 麥理浩任港督時發表的醫療白皮書(港英歷史上唯一的一份醫療白皮書)曾有所涉及。80 年代中、後期港英政府在對本港公立醫院服務進行檢討及其後大規模肢解醫務衛生服務，不惜經濟代價成立醫院管理局之前，也沒有作過全面檢討。「頭痛醫頭，腳痛醫腳」的結果是：
 - 哈佛專家小組指出的，醫療制度中「分裂隔離」的情況日趨嚴重。
 - 公營和私營服務，一頭大一頭小、原來已極不平衡的情況更趨嚴重，以致近年公營服務不勝負荷，私營服務經營慘淡。
 - 公共醫療開支在醫院管理局成立之初，即已劇增數倍，及後幾年又節節上升，以至陷入如今成本高企，尾大不掉的局面；近年為控制開支，不顧實際情況地強行實施「資源增值」，令身處前線的醫生、護士、專職醫療及支援服務人員百上加斤，服務質素實質上受到了嚴重的影響。
 - 不恰當地改革醫療架構，令政府(前衛生福利科)的統籌、協調的角色被淡化；公立醫院行政管理功能被過份強調，醫療官僚架構規模空前龐大；相對其他專業，高級醫生的壟斷地位被強化，護士及專職醫療專業地位被削弱(尤以護士為甚)，令醫生與其他專業的矛盾加深；內部資源分配政策向醫生及行政管理傾斜；翻來覆去的改革措施，令各級醫護人員疲於奔命，不時折騰得他們不能專注專業工作，大量時間、精力耗費於文山會海之外亦製造了不少物資上的浪費，等等。
 - 健康教育，包括公民的義務和責任，以及良好生活習慣的教育，遠遠跟不上實際的需要；社會上戾氣的增加，以及公營醫護服務能夠提供的量和質與市民的期望之間的差距日益擴大，令病人、市民與醫護人員之間的互信、互諒受到極大的破壞，雙方間經常出現緊張的關係。
4. 聯席會議早在 1998 年，其後在 1999 年即已盼望特區政府全面檢討本港的醫務衛生服務，制訂真正以用者、病人為中心，以他們的需要為需要的規劃；強化衛生界各專業的角色，充分發掘、發揮他們的潛力；強化政府的統籌、協調及全面規劃的角色。聯席會議反對單純檢討醫療融資問題，支持政府在保證承擔的前提下開拓醫療融資的來源。
5. 衛生福利局在 2000 年 12 月發表的諮詢文件，提出了醫護服務架構、服

務質素保證及服務經費來源三大問題，以便制定未來改革的路向。

6. 聯席會議歡迎並讚賞政府當局就本港的醫務衛生服務作有史以來首次比較全面的檢討及長遠的考慮，認為是朝向謀求全面、徹底解決問題和困難之正確方向的第一步。
7. 遺憾的是，社會上的意見，包括不少議員、政黨的意見，仍然過於集中在醫療融資及資助制度上，而沒有全面地去審視其他同等或更重要的問題。本來，在推動全社會去廣泛、深入探討方面，若有關當局能充分把握機會，令為期3個半月的諮詢、討論不致流於膚淺、過於偏狹，效果或將更好。
8. 此外，正如第6段所言，諮詢文件所涉及的範疇已比較全面，著眼已比較長遠，不過若不致偏重於治療及醫生的功能，則可能會更全面、更高瞻遠矚一些。
9. 無論如何，能邁出重要的一步，以利於全面檢討、長遠考慮，是一件好事。不足之處，希望能在下一階段，作亡羊補牢，則未為晚也。

二、關於原則和策略

10. 聯席會議原則上支持特區政府在諮詢文件第二、三章提出的抱負、目標、原則和策略方針，但對其中某些原則和方針有如下意見和補充。
11. 有關原則問題(諮詢文件第二章第12段):

- (1) 為切實貫徹「病人應享有知情權」的原則，應訂立有效制度，在保障病人、用者、市民的合理私隱權利，又有利對疾病的治療和預防及對傳染病傳播的控制，以及促進個人和社會健康衛生的前提下，確保病人、用者、市民有權保留個人健康、病歷資料，包括治療、用藥記錄，以及X光、CT等菲林和報告、化驗結果等資料，並在需要時，可轉介至有關公、私立醫護機構供相互參考之用。
- (2) 為切實貫徹病人、用者、市民「亦應有機會自由選擇醫護機構」的原則，應訂立有效制度，必要時取消有關束縛自由的條例，糾正目前病人、用者、市民必須經醫生轉介才能得到專職醫療的安排，令醫生與專職醫療專業、護理專業人士之間得互相轉介以增加用者、市民的方便，保障他們的自由選擇權利。
- (3) 諮詢文件表示「現時公營和私營機構相輔相成的制度應予保留」。聯席會議支持公、私營機構「相輔相成」，互補不足，提供更多自由選擇的權利給病人、用者和市民。為此，應審視束縛、抑制私營醫護機構發展的政策和措施(例如，在公立醫院增設「半私家病房」擴充服務種類，利用公帑與私營機構爭奪市場等做法)。目前，事實上並不「相輔相成」的局面已混淆了雙方的定位和各自角色的扮演，須予廓清。
- (4) 諮詢文件提出「政府和醫護機構必須各司其職」，因而建議，「現時由衛生署負責的普通科門診服務，應改為由醫管局提供」。雖然說是「建議」，但不待諮詢，亦不待諮詢結果，即已訂定實施的措施(見諮詢文件第36段:「在2001年年底，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……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2002年，逐步推行各項新措施」)。據了解，有關當局現已著手作具體的部署。當局的舉措，不幸地破壞了諮詢精神，予人有「假諮詢」之嫌。聯席會議對此絕不苟同!(就此建議，聯席會議將在另段給予意見。)
- (5) 諮詢文件提出「改革措施應力求保存這些優點」，即「人人都

應得到高水準而適切的醫護服務」，「不但便利市民，而且一視同仁，收費更是人人都能負擔」，「同時致力提升服務質素」。但另一方面，卻申明「務使政府的醫護服務撥款用於需要的範疇」。聯席會議認為，當局的理念前後矛盾。如當局未能界定和交代「高水準服務」的質素和提升後的服務質素將訂在哪一標準，但又標榜高質素、高水準、質素保證，而另一方面卻謀求削減開支，在「資源增值」的壓力下銳減基層及前線醫護人手，將進一步混淆病人、用者、市民和醫護人員的概念，令前者雖有合理，但不切實際的期望，並最終感到失望；後者感到不勝負荷、士氣低落，牴觸情緒增加，並最終影響雙方的關係。。，

(6) 諮詢文件正確地提到了要加強預防疾病的工作，但實際上，著重點仍沒有擺脫偏重治療、長遠戰略眼光嫌不足的局面，因而建議內容仍嫌偏狹。諮詢文件建議政府「把各個有關界別組織起來，匯合醫療、教育、環境衛生等界別的力量，共同處理預防疾病的問題」。建議雖好，但聯席會議認為：

- 要能有力、有效地匯合全港各政府部門及社會各界的力量，單靠衛生福利局一個政策局的努力是不足夠的。特區政府應在政府總部的層面，成立一個跨局、跨部門的權威性機構去推動、處理、協調有關事宜。
- 這個機構可以透過教育統籌局、食物環境局等相關的政策局，在由幼兒園、小學到中學的課程內增設預防疾病、健康衛生、良好生活習慣、個人負責任意識等由淺到深的科目，以及把體育運動視為必備、必修的科目之一；改變嗜吃非健康食物(例如：含鹽份、脂肪、碳水化合物過高的零食、炸薯片等)；加強反吸煙的教育和措施；廣泛、持續、有系統地為成人舉辦預防疾病、健康衛生、良好的生活習慣、個人承擔義務及負責任的意識，以及食物和環境衛生的教育；加強反對污染食物、水、空氣、環境的教育和控制，等等。這個機構可統籌和協調衛生署、教育署、食物環境衛生署、社會福利署、環境保護署、水務署等部門的教育、推廣、執法的工作和計劃。其指導方針是：多從源頭、基層、前線、幼年開始。

三、關於醫護服務架構改。

12. 諮詢文件提出要「重整基層醫療服務」。其中的一個重要的建議是推廣家庭醫學。聯席會議認為，當局應透過與業內人士的充分商討，為衛生界其他專業定位，以發掘護士、專職醫療人員的潛能，令他們得以為家庭醫學的發展而作出貢獻。為此，能否合理、均衡地分配資源，為其他專業人士設立有效應的培訓課程至為關鍵。。，
13. 當局建議，「現時由衛生署負責的普通科門診服務，應改為由醫管局提供」，所列舉的理由包括「此舉可令公營醫療機構的基層和中層醫療服務連成一體」，「解決」兩個工作環境不同的機構的醫護人員在工作上出現的「銜接問題」。其實，既然衛生署和醫管局同為公營機構，則相互之間能否「連成一體」，則端視它們共同的頂頭上司、衛生福利局有否作有效的溝通和協調，這實際上只是一個技術問題、政策問題，並非難以逾越，因而無須作翻天覆地式的改革，把政府普通科門診連根拔起。本港的公立醫院自8年前開始作翻天覆地式的改革以來，雖然取得了一定的成績，引入了一些新的管理模式、競爭意識，卻同

時帶來了嚴重的後遺症，以致於實踐了不到7年(以1992年7月醫管局開始實施新的醫院管理架構時計算)，特區政府聘請的哈佛大學公共衛生學院的專家小組，在它的《香港醫護改革》報告書中，竟然提議要分拆醫管局。這是一個極大的諷刺！事實正是如此。本港的醫護「改革」，折騰了短短的幾年，便淪入如今尾大不掉、進退失據，令合理改革難度極高的被動局面。難道特區政府還不能引以為鑒嗎？！

14. 此外，聯席會議還認為，醫管局接管衛生署的普通門診科服務後，它將變得更龐大，更具壟斷性。再者，據華員會護士分會、香港醫學會與政府醫生協會分別對衛生署的政府醫生及護士的問卷調查結果，絕大部分的護士及醫生不支持醫管局的接管，有過半數護士寧願選擇提早退休或自願離職，用腳來表示他們的意願。如果當局一意孤行，勢必大大打擊員工的士氣，不利諮詢報告建議的大力發展基層醫療，發展以社區、病人、知識為本的一體化醫護服務的推動。
15. 聯席會議建議：衛生署轄下的60多間普通科門診服務，繼續由衛生署提供；其與公立醫院的聯繫、溝通及協調，特別是有關醫護資訊及人員的交流可即予改善及加強。
16. 必須指出，至目前為止，公、私營失衡的情況並非由於衛生署提供的普通科門診服務。超過85%的普通科門診服務是由私家醫務所提供的。政府的普通科門診服務的主要對象為一般收入不多的市民，其中超過了3成為收入更少的長者，因而公、私營普通科門診服務基本上不存在市場競爭的問題。嚴格來說，衛生署的普通科門診服務為低下階層的市民提供了一個社會保障的安全網。因此，其原有功能應予保留，定位問題應由此出發去考慮。
17. 公、私營失衡的肇因，眾人皆知，是源自前港英政府在沒有考慮醫療融資問題之前，不惜代價成立的醫管局。醫管局成立後，本港的公共醫療服務在政府並無有效統籌、協調及長遠規劃的情況下，以及幾乎無序地擴展下造成的結果。正如論者所指出，醫管局「所提供的服務類別，以至吸納服務的對象，跟私營醫療完全是同一個市場，嚴重干擾自由市場的運作，結果造成激烈競爭。但私營市場在沒有公帑包底的情況下，當然難與匹敵」。(見2001年1月13日《信報》刊登的何志平醫生的評論)。後果是，公立醫院(病床及專科門診等服務)的市場佔有率節節上升，壟斷性越來越大。據哈佛專家小組的資料，此佔有率現應超過92%之多。公帑的支出年復一年地高漲：1988-89年度，政府撥給公立醫院的開支為42億4,170萬元；到了1992-93年度，即醫管局正式接管所有政府及補助醫院後，這方面的開支馬上劇增至112億6,100萬元；到回歸前，又再上升至近200億元；下年度(2001-02)的財政預算則更高達288億9,000萬元之多。
18. 撥款雖多，但醫管局內的衛生服務界各專業卻感覺不到什麼好處。特別是這幾年在「資源增值」的壓力下，醫管局的基層、前線臨床及支援人員的人手一再遭削減，不但員工的士氣備受打擊，連服務的量和質也受到極大的威脅，直接、間接損害了病人、用者的真正的和基本的權益。
19. 聯席會議認為，政府必須在大力發展基層醫療服務及以社區、病人、知識為本的一體化醫護服務的同時，確保公立醫院給予病人的直接服務的量和質，不致因資源被分薄而下降，應根據實際需要改善人手短缺的情況，不能勿視醫護服務基本上是一個人力密集的服務，專業要求又較高的特點。
20. 醫管局資源分配應做到合理和公正，分配的政策應向多年來受到輕

視、忽視的衛生界各專業傾斜；應量力而為地開拓新的服務，不致顧此失彼。

21. 聯席會議支持政府發展以社區為本的一體化醫護服務網絡，認為在這個過程中，應可充分發揮衛生界各專業的潛能，容許並協助 護士、物理治療師、職業治療師、臨床心理學家、醫學化驗技師、放射技師等作出應有的貢獻。以社區護士為例，應可增配適當的資源以擴充及強化其服務，達到全面照顧病人、家屬、安老院等的需要；其與各醫院、各專業的聯絡、溝通，應可通過電子資訊系統的聯絡，得到改善，例如，病人住院期間的檢驗、治療、用藥的資料可予下載參考，以便於跟進治療、護理及需要時的轉介。為更有效、更廣泛地推動健康教育，可加強同社區內的區議會、學校、非政府及私人機構的合作，可考慮設立多個流動健康教育中心，開展巡迴活動，散發更多更有深度的資訊、知識，可提供簡單醫護諮詢以及血壓、血糖、血紅素、膽固醇等的量度以吸引市民的參與。為此，應在充分諮詢社區內業內外人士的意見後，訂立短、中、長期目標，并設定時間表，以逐步推動落實各項目標。
22. 聯席會議支持改善公營和私營醫療機(包括私營 X 光、化驗所等)的聯繫和銜接，容許互相之間自由轉介，打破個別私家醫生的壟斷局面。
23. 聯席會議支持改善本港的牙科醫護服務及教育，以大大提高市民的牙齒、口腔衛生的質素。
24. 聯席會議支持推廣中醫藥，並認為當局應訂立制度、採取措施，以加強醫學、衛生界各專業與中醫藥專業的溝通和交流，以最終達到中、西醫結合，最大限度造福病人、用者、市民的目的。
25. 諮詢文件並無就備受爭議、困擾本港多年的內地畢業的醫學及衛生界專業人士在本港的註冊及執業問題，提出具前瞻性的解決方案。聯席會議認為，回歸至今已近 4 年，應是全社會去客觀正視有關問題，以謀求合情合理公正解決的時候了。

四、關於改善質素保證制度

26. 聯席會議支持各有關方面採取措施，加強持續教育、保證服務質素，認為，有關規管應循序漸進，充分考慮現實環境的束縛，尤其是私營機構的從業人員受制於各項條件的情況。有關規管不應只針對個人，更重要的是應督促提供工作環境和設施的機構。在這方面，公營機構、較具規模的非政府機構，應先作出表率。
27. 諮詢文件提出要改善病人投訴機制，建議在衛生署設立申訴處，協調病人提出申訴。聯席會議對此不表示反對，但必須指出，本港實際上已有相當多的投訴渠道，而社會上瀰漫著投訴文化；近年港人的戾氣上升，更日益侵蝕著病人、用者和市民與醫生、護士、專職醫療人員之間的關係，影響相互間的信任和諒解，情況有惡化之虞。日前報章有一篇報導，指醫管局 7 成受訪員工，抗拒《病人約章》，足以說明這種關係正日趨緊張。
28. 聯席會議認為，有關情況必須予以正視，其肇因必須予以正確分析並緩解。為此，在保障投訴權利的同時，須注意：
 - 以採取溝通、協調及和解的手段為主；
 - 應製造機會和條件，令醫護人員與病人、家屬之間加強溝通和了解；
 - 減輕前線醫護人員的工作負荷，取消所有加床、改善病房的环境；
 - 醫護人員固然應該增強服務意識，改善溝通技巧；另一方面，不可偏廢的是，必須大力給予病人、家屬、市民有關病人的義務和

責任，公民的義務和責任，以及醫藥衛生常識的教育。雙方均應懂得尊重對方、懂得諒解對方。勿將投訴政治化。

29. 聯席會議認為，過份強調投訴，將不利於確立病人與醫護人員之間健康的關係，無助於消弭日益對立的氣氛，最終可能損害本港醫護衛生服務的正常、全面的發展。

五、關於醫護服務融資方案

30. 聯席會議支持政府在保證承擔的前提下，開拓醫療融資的來源，但須把全部收入用於改善現有的醫務衛生服務的水平。聯席會議贊成病人、用者應有一定的責任去承擔部分醫務費用。這樣做有4點好處：
- 防止濫用(例如：急診室、非緊急救護車載送等)服務；
 - 培養珍惜公共醫療資源(例如：減少藥物浪費)的習慣；
 - 建立為自己的健康分擔責任、願意作長線投資的文化；
 - 增加醫療融資的來源。
31. 聯席會議認為，全社會必須先就醫療融資的目的和原則，取得共識，再深入探討可行的方案，不宜本末倒置；應充分考慮到面前的困難，包括：
- 一直以來，接近全面資助的醫療制度令市民從無「積穀防飢」、儲蓄醫療費用的意識及習慣；要確立這個意識、改變這種習慣，建立市民也都為自己的健康分擔責任、願意投資的文化，尚需假以時日。
 - 當前的香港尚未走出經濟衰退的陰影，就業情況未見切實改善，對普羅大眾來說，前景仍不明朗，生活壓力沉重；對中產階級來說，負資產的惡夢仍未過去。
 - 社會上泛政治化思潮泛濫，一些政黨、議員、壓力團體均可能充分利用爭議來擴大政治影響力，令融資問題更政治化。
 - 政府無法交代在改革收費制度、引入頤康保障戶口之後，將如何紓緩醫療費用上漲帶來的壓力，以及在解決醫療融資問題後，將為公眾提供什麼服務，而服務的質素將訂在哪一標準之上。

六、結語：透過全社會的討論，就大方向、大原則取得共識

32. 聯席會議認為，主要由於前政府「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，不惜代價進行並不全面的改革，為特區政府留下了嚴重的後遺症；由於本港社會政、經環境的變化；又由於市民的健康文化觀及價值觀尚未建立等原因，令醫護改革，困難重重。然而，在現有基礎上先進行毋須翻天覆地式變化的改革，再透過全社會的深入、全面的、有根有據有數字和資料的討論，逐步提高市民未雨綢繆、居安思危的危機感，繼而認清方向，就改革的大方向、大原則取得共識，有其必要，亦較為可行。融資的細節可稍後再議，不必也不適當遽下結論。
33. 聯席會議認為，醫護改革能否取得真正的成功，關鍵是：
- 政府須保證承擔，市民對此沒有任何誤解；
 - 政府進行中的是真正的、坦誠的、廣泛的、全面的諮詢(不待諮詢即計劃由醫管局接管衛生署普通科門診服務的例子不容發生)；
 - 充分調動衛生界各專業的積極性、潛力；合理分配現有資源；
 - 汲取過往改革、折騰的經驗教訓。
34. 聯席會議願在此基礎上與特區政府當局攜手合作。

2001年3月31日

香港衛生界專業團體聯席會議
JOINT CONFERENCE OF HONG KONG HEALTH CARE PROFESSIONAL ORGANIZATIONS

評《創設健康未來》討論文件

認同：坐視不理未來的挑戰，本港將付出代價

1. 於 2005 年 7 月公佈的《創設健康未來》討論文件探討了本港日後(10-15 年後)的醫療服務模式，有一定的前瞻性，是朝向正確方向的一步。
2. 本聯席會議同意，長遠而言，公立醫院的開支不能無止境地上升。醫院的服務亦不能在不顧及香港整體可持續、長遠發展所需的情況不受制約地發展。
- 3 本聯席會議認同討論文件第 2.4 段所分析的本港未來面對的 5 項挑戰及 2.5 - 2.7 段所述的坐視不理的代價，認為全港社會必須認真思考如何妥善解決的辦法。

認同：未來醫療模式元素不可忽視的問題

4. 討論文件 3.1 段正確地指出了港人「只著重治療」，治療「最好是在醫院接受護理」的文化。
5. 本聯席會議基本上認同文件 3.2 段所列未來醫療模式應包括的各項元素，但認為，在考慮時，要注意不可忽視的問題，尤其是在醫療融資方面：
 - (1) 政府務必堅定而明確地宣示，它的承擔不會退縮。
 - (2) 令全社會均理解並接受病人、用者應有一定的責任去承擔部份費用，以建立為自身的健康分擔責任，願作長線投資及防止濫用(例如急診室、非緊急救護車載送等)服務的文化；以及培養珍惜公共醫療資源(例如減少藥物浪費)的良好習慣。
6. 在所有元素中，預防疾病、促進健康是重中之重。為此，政府的政策及財政投入應向基層、初級醫療，向預防及促進方面傾斜，扭轉過份偏重醫療，偏重醫生的不健康傾向。

要分析造成今天被動局面的原因

7. 討論文件在分析現況時提到，本港的「公共醫療服務開支一直以驚人的速度增長」，「其中一個主要原因，是在於香港大幅度資助公共醫療服務」，「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」。
8. 本聯席會議建議健康與醫療發展諮詢委員會應該與全體市民共同剖析造成今天公共醫療服務(嚴格來說只是公立醫院服務)開支越來越高、高企不下的相當被動局面的更深層的原因。這樣，不但能收「前事不忘，後事之師」之效，更能逐漸糾正被動局面，為本港的醫務衛生服務的可持續發展，為政府及市民均可負擔的健康未來，指出正確的方向。
9. 本聯席會議認為造成被動的原因包括：
 - (1) 長久以來，香港從沒有制定並推行全面、長遠、可持續發展的醫療衛生服務的政策及規劃。【註 1】上世紀 50、60 年代以前，這項公共服務是作為唯一一項社會福利向市民提供的。港英政府採取了「全包」的政策。這種政策並沒有隨著香港經濟起飛、社會福利保障制度逐步建立而改善。
 - (2) 香港踏入過渡期後，港英政府在成立醫管局、大幅增加公立醫院撥款之

前，仍無認真考慮醫療融資問題，並無顧及本港多數市民並無購買醫療保險、市民普遍欠缺自我承擔促進健康和預防疾病的義務及部份責任的意識、公私營醫療本已失衡的實況。

(3) 醫管局成立之初，用於公立醫院的開支即已迅速倍增，從而在較短的時間內，有效改善了公立醫院的服務質素。但由於缺乏全面、長遠的政策，由於醫管局在行政運作管理上獨立於政府，架構制度上缺少對它有效的監管及制衡，政府(前港英政府衛生福利科)的統籌、協調、監管全港醫護衛生服務的角色被弱化，高級醫生的壟斷地位被強化，多項醫療服務獲大肆擴充、拓展，致成立後，開支年年攀升，卒陷入如今成本高企、尾大不掉的局面。【註2】，，，

(4) 一向以來，香港的醫務衛生服務的政策及政府的財政投入均只向醫院傾斜；醫管局成立後情況更甚，以致新的醫療官僚架構規模比此前更加龐大，更加偏重醫療。回歸至今，情況依然。

其造成的後遺症是：醫管局與衛生署角色重疊混淆、初級醫療被邊緣化、衛生界各專業可發揮的作用被抑制、私營醫療更加萎縮、預防疾病及促進健康的工作無法全面開展。

10. 因而，應有計劃、有步驟地改變一直以來過份強調醫療、集中醫院服務，改變全面協調不足下近乎無序地擴充醫院服務，尤其是引進／購買（有時是重覆購買）昂貴的高新醫療科技／儀器／服務等情況。

具體意見建議須再斟酌

11. 儘管討論文件列出的日後醫療模式應包括的各項元素基本上合理，以之制訂的具體意見、建議卻須再斟酌。這是因為：

(1) 雖然意見及建議是由政府的醫療衛生諮詢架構——健康與醫療發展諮詢委員會提出，但因委員會主席由衛生福利及食物局局長親任，並由他親自宣佈及解釋，因而帶有強烈的官方影子，難免令人質疑委員會反映的是政府的「既定」立場。這種做法若能避免，效果可能會好些。

(2) 雖然提及了要促進健康、預防疾病，但委員會建議的未來模式，包括各層醫療服務、基層醫療服務，實質上全部以治療為主，以醫院為主要提供者，並過份強調醫生（例如家庭醫生作為病人的「第一個接觸點」）的壟斷角色及地位。衛生界各專業的角色及功能被嚴重忽視，完全處於輔助醫生、受醫生主導的被動位置，即使在加強疾病預防方面亦如此。

(3) 討論文件雖然探討了未來的醫療服務模式，但每每提及醫療開支上升、政府無額外資源，卻並無清晰闡釋政府的承擔及如何資助的細節，又押後提出融資建議，引起市民，尤其是中產階級的關注及疑慮。

(4) 委員會為未來公營醫療系統的定位(見文件 3.3 段)，令中產人士擔心，他們繳納了可觀的稅款，卻無法從社會得到一些回報，將被摒除於「真正有需要服務的市民」之列，將被推向以盈利為目標的私營醫療系統，並隨時會因為大病、重病而需要付出高昂醫療費用。因病致窮，是對他們最大的威脅。

聯席會議的改善建議

12. 本聯席會議有如下改善建議：

(1) 小心及合理地界定「利用公帑集中資助有真正需要的不幸病人和家庭」

的定義、範圍及準則，合理地設計可負擔的醫療保險制度、規管其應予承保、承擔的責任，令作為夾心階層的中產人士放心：他們不是醫療改革最大的受害者（真正富有的足可承擔昂貴甚至奢華的醫療服務，而貧窮者則有社會福利安全網的保護，兩者均不須擔心），中產人士在真正需要時亦可獲得足夠的保障，不致因病而由中產降為貧窮。

- (2) 應大力發展社區衛生（Community Health），調動、協調各社區官方及民間的力量，共同策劃、籌備、推動本社區的預防疾病、促進健康的工作，建設健康校園、家居、工作場所、社區環境。就此，可充分發揮專業護士扮演統籌、協調、轉介醫療及專職醫療服務的角色。
- (3) 在各社區，增加相關托兒、安老、康復、衛生輔導、社區/學校/家居護理配套措施及護士、物理治療師、職業治療師、藥劑師、醫務化驗師、放射技師、臨床心理學家、營養師等專業服務（包括提供相關教育、諮詢、輔導）。
- (4) 從源頭、基層、前線、幼年開始著手推動的預防疾病、促進健康的工作包括：
 - ① 可在幼兒園、小學到中學的課程內增設預防疾病、健康衛生、良好生活習慣、個人負責任意識等由淺到深的、有系統的必備科目；
 - ② 在幼兒園、小學、中學，把體育運動視為必備、必修的科目之一；
 - ③ 大力宣傳護齒教育、口腔衛生、健康食物（改變嗜吃含鹽份、脂肪、碳水化合物過高的食品、零食）的教育、活動；
 - ④ 加強反吸煙的教育和措施；
 - ⑤ 廣泛、持續、有系統地為青少年和成人舉辦預防疾病、身心健康、心理衛生、良好生活習慣、個人承擔義務及負責任的意識，以及食物、水、空氣和環境清潔衛生的教育和活動；
 - ⑥ 加強反對及防止污染食物、水、空氣、環境的公民教育，有效監控及管理全港的清潔及公共衛生。
- (5) 隨著本港人口的老化，社會對安老服務的需求越來越大。但有關服務設施，不論量或質大多跟不上實際需求。市場上安老服務質素參差很大，政府的監管嚴重不足。為確保安老服務的質素（包括院舍的傳染控制、藥物管理、清潔衛生、設施配備及院友的安全、護理的水準等），並減少對公立醫院老人服務的負荷，政府應授權一個權威性機構（建議衛生署護士總監，在諮詢社會福利署等各有關政府部門及各相關專職醫療人員意見下）去評估、批核、監管、稽核安老院舍的申請、成立、運作，包括院友與護士、物理治療師及其他專職醫療人員的比例等事宜。
- (6) 為有效起見，政府應在總部層面，成立一個跨局、跨部門（跨衛生福利及食物局、教育統籌局、衛生署、食物環境衛生署、環境保護署、社會福利署、水務署、民政事務署以及醫管局等）的權威性機構，有系統、有協調地去推動、開展全港性預防疾病及促進健康的工作和計劃。該機構不但要動員全體醫護專業人員（不僅僅是醫生，還有衛生界各專業人員），還要動員全社會（包括區議會、非政府機構、慈善機構、民間團體、街坊組織、業主立案法團、商會等）的力量。

發掘衛生界各專業的潛力

13. 由於一直以來，醫生的地位及其服務被過份強調，重醫輕衛、重醫療輕預防的傾向一直未能扭轉，醫療成本一直高居不下。
14. 本聯席會議認為，不論在目前的狀況下，或是為了創建健康的未來，衛生界各專業起碼可以在下列幾個領域發揮更大的作用：
 - (1) 在治療病人方面 — 與醫生各司其職，可為病人提供多元化治療模式，可起互相補充，加強效果，減少對藥物／住院／專科門診的依賴之效，藉此並可大大減輕醫療成本。
 - (2) 在預防疾病、促進健康方面 — 可提供多元化的健康教育、諮詢、輔導、預防性治療等不受時間、地點限制的服務，包括協助宣傳病人、市民應負的責任等等。
15. 為此，特區政府應在政策上為衛生界各專業鬆綁。例如，可在立法、文化氛圍、管理架構以及權力下放等方面，制造有利的條件：
 - (1) 精簡專職醫療專業管理架構，取消輔助醫療專業管理局(Supplementary Medical Professions Council)，其下各專業管理委員會，有若護士、醫生、牙醫等專業般，其大部份成員應由所屬專業的人士出任，主席由互選產生；
 - (2) 應加緊立法工作（為此並須訂定時間表），為衛生界內多個專業，例如牙科技術、臨床心理學家等，制定有關其專業、執業資格的註冊制度以及專業水準及操守的監管制度，以確保為用者、病患者提供的服務質素，促進整體醫務衛生服務的全面、協調發展。
 - (3) 檢討、審議有關衛生服務界各專業的相關法例時，必須充分諮詢業內人士並應有有關專業的代表直接參與；(4) 成立有藥劑師專業團體代表直接參與的專責小組，審議「醫藥分家」的問題。
 - (5) 容納各級（包括基層）衛生界各專業人士參與本港醫務衛生服務政策及發展策略的制定，改善「健康與醫療發展諮詢委員會」等醫務衛生諮詢架構偏重醫生、欠缺基層代表的傾向【註3】；
 - (6) 醫管局應理順其轄下各醫院的管理架構，重新授權各公立醫院最高級護士，例如護理總經理統籌管理全院護理服務及護理人員人力資源的調配、規劃；亦應重設專職醫療總經理以統籌管理全院專職醫療的發展及人力資源的調配；
 - (7) 改革現時的轉介醫護服務的制度，增加彈性，減少層級並從而降低醫療成本、提高診治效率、增加病患者的選擇權，容許病患者直接使用醫生、護士、專職醫療專業人士提供的服務，容許醫生、護士、專職醫療專業人士之間互相轉介；
 - (8) 在取得用者、病患者的同意下，有關其治療、護理、檢驗等醫療記錄，應可在公、私營機構有關醫生、護士、專職醫療專業人士之間共享；
 - (9) 合理制定衛生界各專業中、長期教育培訓（包括本科、在職深造）及人力資源政策，制定各級（包括護士在內各衛生界專業人士）人手指標，供各衛生當局、醫護機構在規劃短、中、長期服務需要時參照。（制訂的準則，以護士專業為例，所需的各級、各類護士人手應能提供安全、有效率、達到護士管理局要求的質素水準，應能合符衛生當局和醫護機構工作目標、滿足為提高安老院舍的護理水準、全港性及各社區預防疾

病和促進健康所需的各類護理服務的要求。)

力爭全社會就發展方向達成共識

16. 醫護服務涉及全體港人今天及未來的重要需求，涉及市民的福利及權益、社會資源的再分配，亦涉及和諧社會的建構。市民的認知和理解對未來服務發展的方向有重大的影響。
17. 本聯席會議建議特區政府引導社會各界，先就醫護衛生服務發展的總方向、市民應否及如何承擔義務及責任、公私營醫療機構應否及如何「相輔相成」和互補不足等問題，經全社會充分討論，達成廣泛共識。就此，本聯席會議願協助特區政府作共同努力。

註 1：1970 年代麥理浩任港督時發表的港英歷史上唯一的一份醫療白皮書曾有所涉及。1980 年代中、後期，港英政府在對本港公立醫院服務進行檢討及其後肢解醫務衛生服務、成立醫管局之前，也沒有作過全面檢討、通盤考慮。

註 2：醫管局成立前的 1990/91 年度公立醫院開支只為 67 億元，但開始實施醫院新管理架構的 1992/93 年度即已猛增一倍至 112.6 億元比較；至 15 年後的今天，更增加了 4.3 倍之多。醫管局成立初期，大量公帑用於大幅擴充行政管理人員及高級醫生(包括顧問醫生)的編制、發放巨額花紅及現金津貼以及大肆裝修、改建(不少不屬必需、急需的)基本工程項目開支之上。

註 3：文件附件 A 所載的健康與醫療發展諮詢委員會的成員以醫生、醫管局董事局成員或前成員為主(佔 71%之多)，其屬下 3 個工作小組更是以醫生(包括私家醫生)為大多數(佔 70% - 82%之多)。因而，委員會的代表性嚴重不足，缺乏創設健康未來中不可或缺的衛生界各專業人士以及中產階級及基層市民的代表。這或許是造成委員會提出的意見及建議有局限，全面性不足的原因之一。

2005 年 10 月

支持創設健康未來：**確保安老服務質素，大力開展預防疾病、促進健康的工作****致衛生福利及食物局周一嶽局長的意見書**

1. 最近，有關安老院的藥物安全問題引起了社會的廣泛關注。本聯席會議認為，確保安老服務的質素（包括院舍的傳染控制、藥物管理、清潔衛生、設施配備及院友的安全、護理的水準等），將有助減少對公立醫院老人服務的負荷，是創設健康未來的重要一環，應給予充分的重視。
2. 本聯席會議認為，為使特區政府創設健康未來的理想得以儘快逐步實現，政府應採取切實措施，去確保安老服務的質素，並有計劃、有安排地改變本港醫務衛生服務過份強調治療、集中醫院的狀況。為此，應制定有利創設健康未來的政策措施及修訂過時的法例。

12 項建議

3. 就此，本聯席會議向當局提出如下 12 項建議：
 - (1) 政府應授權一個權威性、跨部門機構，授權衛生署護士總監，在諮詢社會福利署等各有關政府部門及各相關專職醫療人員意見下去評估、批核、監管、稽核安老院舍的申請、成立及運作等事宜。
 - (2) 在各社區增加相關安老、托兒、康復、衛生輔導、社區/家居護理配套措施及護士、物理治療師、職業治療師、藥劑師、醫務化驗師、放射技師、臨床心理學家、營養師等專業服務(包括提供相關教育、諮詢、輔導)。
 - (3) 在政府總部層面成立一個跨局、署（跨衛生福利及食物局、教育統籌局、衛生署、食物環境衛生署、環境保護署、社會福利署、水務署、民政事務署以及醫管局等）的權威性機構有系統地、有協調地去推動、開展全港性預防疾病及促進健康的工作和計劃。該機構不但要動員全體醫護專業人員（不僅僅是醫生），還要動員全社會（包括區議會、非政府機構、慈善機構、民間團體、街坊組織、業主立案法團、商會等）的力量，並從源頭、基層、前線、幼年開始去著手(註)。
 - (4) 應大力發展社區衛生 (Community Health)，調動、協調各社區官方及民間的力量，共同策劃、籌備、推動本社區的預防疾病、促進健康的工作，建設健康校園、家居、工作場所、社區環境。就此，可充分發揮專業護士扮演統籌、協調、轉介醫療及專職醫療服務的角色。
 - (5) 改革現時的轉介醫護服務的制度，增加彈性，減少層級並從而降低醫療成本、提高診治效率、增加病患者的選擇權，容許病患者直接使用醫生、護士、專職醫療專業人士提供的服務，容許醫生、護士、專職醫療專業人士之間互相轉介。

- (6) 在取得用者、病患者的同意下，有關其治療、護理、檢驗等醫療記錄，應可在公、私營機構有關醫生、護士、專職醫療專業人士之間共享。
 - (7) 成立有藥劑師專業團體代表直接參與的專責小組／委員會，審議推動實現「醫藥分家」各相關問題，包括「醫藥分家」在創設健康未來中可扮演的角色。
 - (8) 應加緊立法工作(為此並須訂定時間表)，為衛生服務界內多個專業，例如牙科技術、臨床心理學家等，制定有關其專業、執業資格的註冊制度以及專業水準及操守的監管制度，以確保為用者、病患者提供的服務質素，促進整體醫務衛生服務的全面、協調發展。檢討、審議有關衛生服務界各專業的相關法例時，必須充分諮詢業內人士並有有關專業的代表直接參與。
 - (9) 精簡專職醫療專業管理架構，取消輔助醫療專業管理局(Supplementary Medical Professions Council)，其下各專業管理委員會，有若護士、醫生、牙醫等專業般，其大部份成員應由所屬專職醫療專業的人士出任，主席由互選產生。
 - (10) 合理制定衛生服務界各專業中、長期教育培訓(包括本科、在職深造)及人力資源政策，制定各級人手指標，供各衛生當局、醫護機構在規劃短、中、長期服務需要時參照。制訂的準則，以護士專業為例，所需的各級、各類護士人手指標應能提供安全、有效率、達到護士管理局要求的質素水準、合符衛生當局和醫護機構工作目標、滿足為推動全港性及各社區預防疾病和促進健康所需的各類護理服務的要求。
 - (11) 容納各級(包括基層)衛生服務界各專業人士參與本港醫務衛生服務政策及發展策略的制定，改善「健康與醫療發展諮詢委員會」等醫務衛生諮詢架構偏重醫生(占7成)，衛生服務界其他專業的代表性嚴重不足、基層代表欠缺的傾向。
 - (12) 當局應責成醫管局理順其轄下各醫院的管理架構，重新授權各公立醫院最高級護士，例如護理總經理統籌管理全院護理服務及護理人員人力資源的調配、規劃；以及重設專職醫療總經理以統籌管理全院專職醫療的發展及人力資源的調配。
4. 醫護衛生服務涉及全體港人今天及未來的重要需求、市民的福利和權益，以及社會資源的再分配。市民的認知和理解對未來服務發展的方向有重大的影響。本聯席會議希望特區政府能帶領全社會，就本港醫護衛生服務發展的總方向、市民應否及如何承擔義務及責任、公私營醫療機構應否及如何「相輔相成」和互補不足等問題進行充分討論，以達致廣泛共識。
 5. 本聯席會議同意，長遠而言，公立醫院的開支不能無止境地上升。醫院的服務亦不能在不顧及香港整體長遠、可持續發展所需的情況下，不受制約地發展。對此，全社會必須正視，並認真思考如何妥善解決的辦法。

2006年5月