

第五章 資源管理

概況

5.1 醫管局是全港最大的資助機構，每年管理約 500 億元，為市民提供公營醫療服務。雖然醫管局的經費龐大，但資源永遠有限。如何有效管理和公平分配資源是要仔細研究的重要課題。此外，把前線臨床服務分由七個聯網負責固然有助醫管局按各區居民的需求和人口特徵來提供服務，但局內的資源管理系統亦須回應市民、病人、員工、聯網間以及(某程度上)聯網內各醫院間對資源分配公平、公正和具透明度的期望。本章載列醫管局可用資源的背景資料、醫管局內部資源分配模式的發展，以及督導委員會審視這些模式所得的結果和提出的改善建議。

5.2 一如世界各地眾多醫療服務提供者，醫管局致力以有限資源，應付日益增加的服務需求。為應付持續出現的挑戰和不斷轉變的醫療服務環境，醫管局的資源管理在過去二十年不斷演變，務求根據以下三個原則，把資源適當地分配予有需要的範疇：

(a) **政府醫療政策**

不應有人因缺乏金錢而不能獲得適當醫療¹³；

(b) **政府資助安排**

配合政府對醫管局的撥款安排；以及

(c) **機構的內部資源分配策略**

確保有效運用公共資源，以期在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的服務¹⁴，並提供以成效為本的護理。

5.3 為履行法定職責，即在獲得的資源內盡可能提供最高水平的醫療服務，醫管局在資源管理方面一直致力秉持其主要理念，

¹³ 引自《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4(d)條的原則。

¹⁴ 《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4(c)(i)條。

即不單讓需要醫療服務的病人能在相鄰地區接受持續照顧，並優化為病人提供醫療護理的成效。

5.4 為此，醫管局以聯網方式組織醫療設施和服務，為市民提供全面的基層及第二層醫療服務。這些服務包括 24 小時急症護理、不同專科的住院服務、日間服務、門診服務，以及復康和社區服務。

5.5 從專業角度來看，要優化醫療服務的成效，資源的分配和運用也須以提供全人醫療服務為依歸。病人在每個治療過程都可能要接受多項臨床專科服務。為照顧病人在患病期間的多種需要，醫管局在急症、延續和社區治療過程都會安排和提供不同的專科服務。一些須倚賴先進科技支援和稀少專門技術(即專科服務網絡)的高度專門服務，會以跨網方式向全港市民提供(第三層醫療服務)，並集中設在指定的中心，以便有效匯集專門人才和資源。這些服務包括腦神經外科、腫瘤科、器官移植(腎、肝、心、肺)、骨髓移植和燒傷處理，以及正在啟德發展區興建的香港兒童醫院日後提供的服務。

5.6 為提升臨床成效和效率，醫管局把一些為全港市民提供的醫療服務撥歸單一聯網管理，包括在九龍中聯網的輸血服務中心(以確保有足夠安全和優質的血液和血液成分供應給全港醫院使用)，以及設在九龍西聯網的傳染病醫療大樓(該大樓在二零零三年嚴重急性呼吸系統綜合症疫情爆發後建成，用作應付日後各種在香港突發的傳染病疫情)。

5.7 總括來說，醫管局資源管理的目標為：

- (a) 按照《醫院管理局條例》(第 113 章)，確保有效率地運用公共資源¹⁵；
- (b) 提供所需經費以應付聯網/醫院運作上的承擔；

¹⁵ 醫管局有法定責任“有效率地運用醫院病床、人手、器材及其他資源，以期在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的醫院服務”(《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4(c)(i)條)。

- (c) 透過下列方式支持醫管局短期及長遠的發展，為市民提供服務：
- (i) 落實向政府在“資源分配工作”中承諾的周年工作計劃和目標；
 - (ii) 適時更新設施和設備，以配合市民不斷轉變的醫療需求；
 - (iii) 為醫管局和香港整體建立並維持高質素的醫療人手¹⁶；
 - (iv) 就公眾對醫院服務的需求及應付該等需求所需的資源，向政府提供意見¹⁷；
- (d) 支持推動公立醫院服務保持質量、效率和公平的措施；以及
- (e) 適時提供相關資料，以便根據擬訂的服務表現進行監察，並評估資源分配在推動和鼓勵醫管局達到機構目標的作用。

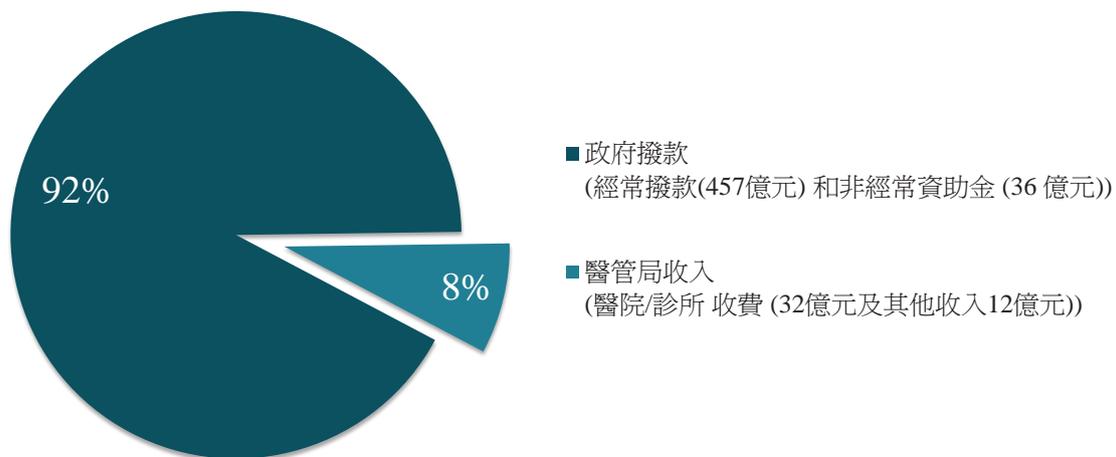
醫管局的經費來源¹⁸

5.8 在二零一三/一四年度，醫管局的可動用資源總值 537 億元，如下圖所示，醫管局的兩大主要來源為政府撥款和醫管局收入：

¹⁶ 醫管局有法定責任“吸引、激勵及留用合資格的職員”（《醫院管理局條例》（第 113 章）第 4(c)(iv)條）。

¹⁷ 《醫院管理局條例》（第 113 章）第 4(b)條。

¹⁸ 由於二零一四/一五年度的財務資料在準備此檢討報告時尚未完成結算，所以在 5.8 至 5.17 段內提供的財務資料均基於二零一三/一四年的財政年度。



(a) 政府資助

5.9 政府撥款包括經常撥款和非經常資助金。

5.10 政府向醫管局提供的經常撥款，主要用來應付日常的運作需要。在二零一三/一四年度，政府向醫管局提供的經常撥款總額為 457 億元。

5.11 非經常資助金主要是政府向醫管局提供的整體撥款，用以支付基礎建設和初期開支、購置設備、引進資訊科技/系統，以及推行設施保養和改善工程計劃等。這些撥款包括設備整體撥款、資訊系統整體撥款、基本工程儲備基金——工程、家具及設備和改善工程。在二零一三/一四年度，非經常資助金總額約為 36 億元，分項數字如下：

非經常資助金	二零一三/一四年度 (實際)
非經常整體撥款	4 億元
資訊科技整體撥款	2 億元
基本工程儲備基金—— 工程、家具及設備	23 億元
基本工程儲備基金—— 改善工程	7 億元

(b) 醫管局的收入

5.12 除獲政府撥款外，醫管局也有獲取收入，這些收入分為醫院／診所收費及其他收益兩類。

醫院／診所收費

5.13 醫管局二零一三/一四年度的醫院／診所總收費達 32 億元¹⁹，包括來自自費購買藥物的收入和醫療費用收入。

5.14 醫管局醫療費用是根據《醫院管理局條例》(第 113 章)釐定，並在憲報公布。費用分為公眾收費及私家收費兩種。公眾收費一般按涵蓋所有開支的原則釐定²⁰，適用於符合資格人士及非符合資格人士²¹。符合資格人士的公共醫療費用在無需經濟狀況審查的情況下獲政府大幅資助。有關收費在過去 12 年並沒有進行調整(即使通脹的影響亦沒有顧及)，整體服務資助率由當時的 77%-100%增至現在的 84%-100%。符合資格人士現時的公共醫療費用於二零零三年四月修訂。非符合資格人士的公共醫療費用則按成本回收的原則收取。非符合資格人士和私家病人現時的收費則於二零一三年四月修訂。與涵蓋所有開支的公眾收費不同，私家服務的費用是按住院收費和逐項收費的原則收取的，在有關服務的成本價和市場價兩者之中取其較高者為準。此外，醫管局須免費或以特惠收費為公務員及其合資格家屬提供醫療服務。

5.15 政府的醫療政策是要令市民不會因缺乏金錢而不能獲得適當醫療，為配合這政策，受助於綜合社會保障援助的病人，可獲全數豁免公共醫療服務收費。其他有經濟困難而未能支付公共醫療服務收費的病人，也可申請非綜合社會保障援助減免(醫務社會工

¹⁹ 扣除豁免的淨額。

²⁰ 一般包括診症、藥物(自費藥物除外)、手術、程序及檢查等的劃一收費。

²¹ 下列類別病人符合繳付獲政府大幅資助的“符合資格人士”費用的資格：

- (i) 持有根據《人事登記條例》(第 177 章)所簽發香港身份證的人士，但若該人士是憑藉其已獲入境或逗留准許而獲簽發香港身份證，而該准許已經逾期或不再有效則除外；
- (ii) 身為香港居民的 11 歲以下兒童；或
- (iii) 醫管局行政總裁認可的其他人士。

上述類別以外的其他病人須繳付“非符合資格人士”應付的費用。

作者減免)²²。在二零一三/一四年度，醫管局的豁免收費總額約為 5.27 億元。

其他收入

5.16 醫管局在二零一三/一四年度的其他收入為 12 億元，主要是非醫療費用收入，例如利息收入及捐款。

醫管局的資源運用

5.17 醫療護理是人力密集的服務行業，在二零一三/一四年度²³，員工薪酬佔醫管局大約 69% 的開支。科技發展亦令醫療開支增加，舉例而言，藥物、醫療用品和器材的費用合共佔醫管局二零一三/一四年度總開支的 14% 以上。事實上，過去 16 年來醫管局於上述開支的平均增長率為 8%，遠高於經濟增長或醫管局所得撥款的增幅。

醫管局內部資源分配模式的演變

5.18 在檢討中，督導委員會留意到，醫管局的內部資源分配模式多年來在配合社會、經濟和醫療服務的環境下不斷演變。

(a) 以醫院計劃為本的資源分配模式(二零零一/零二年度前)

5.19 在醫管局一九九零年成立前，政府主要按照過往的模式撥款予個別醫院，着重醫院的資源需求(以資源投放為本)。

5.20 醫管局在成立後訂定的機構策略，是發展以成效為本的醫療服務，藉著把資源的運用與服務表現及/或成效掛鉤，發展一個逐步由以資源投放為本轉變為以成效為本的資源分配模式。醫管局明白資源分配是機構業務規劃過程的重要環節，醫管局因此邁進

²² 由醫管局/社會福利署的醫務社會工作者(醫務社工)，或社會福利署綜合家庭服務中心/保護家庭及兒童服務課的社會工作者發出的減免。

²³ 在二零一三/一四年度，醫管局的總經營開支達 496 億元。

了以醫院計劃為本的資源分配模式的年代。在這模式下，醫院須擬備服務協議，訂明所提供服務的範圍和水平(即醫院的周年服務規劃)，而醫管局則根據商議的價格水平下的服務水平來分配資源予各醫院。

5.21 為方便推行上述資源分配模式以提升效率，醫管局制定了三個相輔相成的主要機制，即(i)專科成本計算、(ii)病例組別和(iii)資源增值機制。

5.22 專科成本計算旨在衡量醫管局在各個臨床專科為每名病人提供治療的平均成本。它是一項過渡性工具，藉以提供通用的計算成本單位，以便根據協議的服務水平分配資源。專科成本計算的概念在一九九二/九三年度首次用於分配額外的藥物開支，其後在九十年代後期擴展至用來分配 11 間急症醫院的不多於 40%的資源。為了把資源投放與成效掛鉤，醫管局領導制定專為本地病人而設的分類系統，即病例組別，以反映各醫院在病例組合和護理級別上的差異，以補足專科成本計算不足之處。

5.23 醫管局亦引入效率增值機制，集合醫院從提升效率而節省所得的資源，並重新分配，以鼓勵醫院提高效率，並為醫院提供資金以推行新服務和改善服務。這個機制在一九九三年首次推行，節省的款項佔醫管局撥款的 1%，其後增至撥款的 3%。在一九九三/九四年度至一九九八/九九年度的六年內，節省的款項達 21 億元。

限制

5.24 在這個以成效為本的模式下，按照專科成本計算及病例組別資料來分配資源，有助減少各主要急症醫院在單位成本方面的差異，而效率增值的概念也促進了日間和延續護理服務穩步增長，更能切合市民的需要。然而，這個模式也有不足之處，由於它對服務量有所增長的醫院較為有利，因此無形中鼓勵醫院爭相提高服務量。在一九九八/九九年度，醫管局改良了這個模式，不再把節省所得的資源再集合起來重新分配，而是讓有關醫院保留節省下來的款項作改善服務之用。專科成本計算及病例組別的資料，則轉為資源分配的參考工具。

5.25 這個模式的另一項不足之處，是主要根據個別醫院的服務計劃來規劃醫管局的服務及分配資源，因此不夠全面。由於未能充分顧及社會的整體服務需要，加上欠缺中央協調，這個模式未能有效協助醫管局把資源用於滿足市民最殷切的需求。這個模式無形中鼓勵了醫院增加服務量，卻未能提供誘因令醫院更有效率和更有效地運用資源。

(b) 以人口為基礎的資源分配模式(二零零一/零二年度至二零零八/零九年度)

5.26 醫管局在九十年代末期着手制訂理順和整合服務的計劃，由以住院方式，改為邁向以日間和社區模式提供醫療服務，從而提高生產力。由於服務模式有所改變，因此醫管局也須檢討當時採用的內部資源分配模式。

5.27 在此背景下，醫管局由本世紀初開始發展以人口為基礎的內部資源分配模式。新模式的目的是：

- (a) 按所服務社羣的需要提供資源——根據需要，公平分配資源(公平原則)；以及
- (b) 為醫院提供誘因，在聯網制度下改善服務架構和提供服務的方式。

5.28 在這個模式下，醫管局根據服務地區(按聯網轄下醫院的位置劃分)人口的數量和年齡分布來分配資源給各聯網，並因應病人跨網使用服務的情況作出調整。各聯網/醫院有責任確保服務需要可以在所屬聯網內或在其他聯網得到滿足，各聯網/醫院亦可以靈活整理其服務組合/服務比重，以應付其服務地區內市民的需求。這模式亦鼓勵聯網醫院改善內部服務協調和加強與基層/私營醫療服務提供者的合作，以及提高技術上的效能。

5.29 醫管局在二零零一/零二年度推行以人口為基礎的資源分配模式，當時正值政府在所有公營部門推出資源增值計劃，務求以最合乎經濟原則的方式運用公帑，同時維持並提升公營服務的質素。因應該項計劃，以及截至二零零五/零六年度的數年間推出的其他增效節流措施，醫管局在二零零零/零一年度至二零零五/零六

年度的六年內合共節省約 35 億元，這或為醫管局須在同一時期推行以人口為基礎的資源分配模式帶來了一些挑戰。雖然政府在該段期間實施資源增值計劃及增效節流措施，仍繼續向醫管局提供額外經常撥款合共約 23 億元，以應付人口增長和服務需要。

(c) 按照績效撥款的概念來修訂的模式(二零零九/一零年度至二零一二/一三年度)

5.30 為進一步改善資源管理，包括各聯網的基線資源及每年所得的額外撥款，醫管局在二零零九年採用績效撥款的概念，優化了內部資源分配模式。有關優化是把焦點集中於質素和成效，從而令病人護理更現代化，並進一步銜接資源運用與成效。同時，有關模式也旨在進一步提高生產力，並藉着高透明度的機制，確保資源獲分配予有需要的目標範疇。

5.31 醫管局認為有需要制訂工具以提高聯網的生產力，因此建立了把基線開支重新分配的機制，以量度聯網的效率。這套機制採用病例組合方法²⁴計算各聯網的急症住院服務量，然後根據有關數字，適當地因應效率調整各聯網的基線資源。在比較聯網提供某個水平服務量的實際成本與醫管局預計提供相同水平服務量的平均成本後，所得的差額便是效率上的差異。醫管局藉削減聯網基線資源及/或增加服務量的方式，要求成本較預期為高的聯網改善效率，並會根據使用病例組合調整得出的成本，把“獲過度資助”聯網的資源重新調配至“資助不足”的聯網。

5.32 在績效撥款的原則下，為確保額外撥款能投放在優先範疇，醫管局按下列三個策略性表現範疇，把新資源分配給聯網：

- (a) 需求最殷切範疇的服務增長(例如需求殷切的範疇，以及擴大處理危及生命情況的治療)；
- (b) 提升病人安全及護理質素；以及

²⁴ 醫管局採用的病例組合模式，是根據名為“症候族羣制度”的國際認許病人分類系統來建立的。把急症入院個案作症候族羣分類，就可以得出醫院處理的個案數目和按個案複雜程度調整的數字，藉此計算和比較醫院的工作量。

- (c) 透過培訓和挽留員工以及採用先進科技和治療方法，優化服務的措施。

5.33 質素改善也是績效撥款概念的另一個重點。醫管局推行了為期三年的提升質素獎勵先導計劃，透過諮詢相關的臨床組別，醫管局識別出多個優先策略範疇，並制訂一系列質素表現指標來衡量表現。為肯定各聯網在質素提升方面的表現，聯網如達到預定目標，或在各項指標上有所改善，便可獲得財政獎勵。

5.34 按照績效撥款概念所訂的“同一服務，同一價格”原則，醫管局以相關臨床服務的單位成本為基礎，計算分配給策略範疇內新增服務需求的資源，而在釐定上述“購買服務的單位價格”時，亦使用了專科成本和病例組合資料(就急症住院服務而言)來衡量和反映醫院的資源需求。

優點

5.35 這個模式使用病例組合資料，使醫管局在分配資源時可充分考慮聯網所提供住院服務的複雜程度。對醫管局來說，這是優化資源分配的重要一步。這些資料也有助公眾和持份者了解醫管局的資源需求。

5.36 醫管局為衡量效率而設立了把基線開支重新分配的機制亦成功提升了聯網在改善效率方面的意識和動力。

5.37 在策略上把資源針對性投放在表現範疇，令醫管局能有系統地善用資源和把資源的運用擴闊至多方面，不但令醫管局能夠應付因人口增長和人口老化而增加的需求，而且能按所需調撥資源，改善醫療技術、質素、安全及人手。

限制

5.38 這個模式雖然有不少優點，但也有下列潛在缺點，以致削弱其成效：

- (a) 由於重新分配基線開支的機制只集中在急症住院服務，或有人會認為聯網的資源分配並不公平；

- (b) 在聯網層面重新分配基線資源，未能有效識別一些屬醫院層面的個別範疇或效率欠佳，而需管理層留意的服務；
- (c) 這個模式能推動公營醫療服務的增長，但在市場上醫療專業人手短缺的情況下會進一步加重醫管局的工作量；以及
- (d) 這個模式主要着重資源需求及服務量，未能促進聯網提供以成效為本的醫療服務。

5.39 基於以上各點，醫管局已由二零一二/一三年度起，擱置基線開支重新分配機制和新增服務的購買安排(即按照單位成本增撥資源)，以免在人手短缺的情況下，繼續讓公營醫療服務不必要地增長。在同一年度，提升質素獎勵先導計劃的三年試驗期亦告完成，計劃涵蓋的範疇已順利被納入在新增及持續進行的質素改善措施內。

(d) 現行機制(由二零一二/一三年度開始)

5.40 現時，醫管局的服務規劃決定了如何在機構內分配資源，透過有系統的服務規劃架構，進一步鞏固內部資源的分配，以確保善用公共資源，提供優質的護理服務。

(i) 予聯網的資源分配

5.41 二零一二年，醫管局發表最新的《2012 至 2017 年策略計劃》，臚列未來五年的策略和重點措施。這份文件的擬備工作由醫管局大會帶領，並在與局內外持份者進行廣泛諮詢和討論後編製。醫管局全面審視了該局內部及外在的環境，識別出各個範疇有待處理的問題和不足之處。這些範疇包括服務需求、病人的期望、對醫療科技及設施的要求等。由於很多不足之處均需要逐步處理，醫管局制定了多項相應的中期策略和方針，以期調整和平衡各聯網內有關服務/質素的不足之處，同時應付種種相關挑戰，包括維持足夠的人手、應付不斷增加的服務需求、確保服務質素和安全，以及加強企業管治。在周年工作規劃過程中，醫管局會適當地把現有

資源重新分配或增撥資源予有需要的目標範疇，藉以推行及監察上述中期措施的推行。

5.42 周年工作規劃是一項多方共同參與的工作，整個機構會以由下而上和由上而下的方式參與討論，局內各級人員，由前線臨床人員、聯網管理層，以至總辦事處的行政人員，都可提出意見。每年就新增服務和有迫切需要範疇增撥資源的要求，會在周年工作規劃論壇上審議，其間各聯網的持份者均可提出意見。

5.43 醫管局透過上述周年工作規劃過程擬訂周年計劃，把獲批准在年內推行的所有新項目納入在周年計劃內，包括在全港推行和專科為本的計劃、專為聯網/醫院/部門而制訂的措施，以及訂立須達成及作出匯報的目標。

5.44 醫管局在獲得政府通知該年度的經常撥款總額後，會根據下列考慮因素決定各聯網的資源分配(包括人手、設備、設施及其他運作需要)：

- (a) 維持各聯網基本運作所需的資源，基本運作包括聯網的主要基層醫療服務及第二層醫療服務，以及聯網所管理的中央統籌服務；
- (b) 在周年工作規劃中獲支持提供的新服務所需的額外資源；以及
- (c) 個別有迫切需要的範疇/服務不足之處所需的資源。

(ii) 聯網內部的資源分配

5.45 各聯網的管理層負責確保其轄下聯網的運作效率，同時要達到周年工作規劃所訂的目標，他們同樣地會根據基本需要、獲批准的新服務、轄下醫院/部門有迫切需要的範疇等因素，為所屬聯網制訂服務計劃，並按情況重組和理順服務，以確保資源妥善地分配予有需要的目標範疇。為確保資源分配具透明度，各聯網會讓相關的持份者參與整個內部資源分配過程，以便為聯網內各醫院推行的新措施定出優次，並議定服務計劃。聯網管理層會根據服務計劃擬備可行的預算，務求以可用的資源應付財政所需。

5.46 在上述不同內部資源分配模式演進的同時，政府對醫管局的撥款一直有所增加。由二零零六/零七年到二零一五/一六年的10年間，政府提供醫管局的經常撥款由270億元增至490億元，增長了接近80%或約220億元。現乃確保醫管局能有效地分配這些已獲提高的基線撥款的適當時候。

對資源管理的檢討

資源分配模式

公眾參與計劃收集所得的意見

5.47 資源管理是具爭議性的議題。醫管局的聯網管理層、前線人員及局外的持份者在與督導委員會會面時，均就醫管局的資源管理問題提出意見。

5.48 總括而言，在督導委員會接獲的意見中，有頗多關注到現時的內部資源分配模式，並支持以人口為基礎的方式分配資源。一般意見認為醫管局的內部資源分配模式有欠公平——服務需求與病人數量和人口息息相關，但現時各個聯網獲分配的資源與其服務需求並不相稱。舉例來說，在七個醫院聯網中，九龍東聯網按人均計算所獲得的資源最少。涵蓋觀塘和西貢區的九龍東聯網在二零一三年的人口佔全港整體人口的15.1%。雖然15.5%的醫管局病人曾使用九龍東聯網的服務，但該聯網在二零一三/一四年度獲分配的撥款，只佔各個聯網整體經常撥款的10.7%。此外，也有批評指現時的內部資源分配模式往往只集中於推行新服務所增撥的資源，而未有解決各聯網間一直存在基線撥款“不公平”的問題。另有意見認為，以人口為基礎本的內部資源分配模式可提供一個公平和具透明度的機制，令資源分配切合當時的服務需求，而非只跟從以往的安排。

5.49 然而，督導委員會也留意到，有些人對單以人口規模為基礎的內部資源分配模式表示憂慮。他們認為純粹以人口為基礎的模式未能考慮由特定聯網內某些醫院為全港提供的第三層和第四層服務、某些聯網面對的跨網服務需求，以及某些醫院擔當的特殊角色(例如教學醫院須在提供服務之餘兼作教學用途)。舉例來說，瑪

麗醫院為全港病人提供肝臟移植服務，同時也是香港大學的教學醫院。威爾斯親王醫院作為香港中文大學的教學醫院亦有相若情況。另一個例子是位於九龍中聯網的香港眼科醫院，該醫院為不少來自其他聯網的病人提供服務。此外，一個地區的居住人口並不如實反映病人求醫時的取向，因為有些人在考慮與工作地點的距離、交通和個人喜好等因素後，可能會選擇住處所屬聯網以外的其他聯網接受醫療服務。

督導委員會考慮的事項

5.50 督導委員會委員明白到現行資源分配模式有其限制，令某些聯網所獲的資源與聯網的人口未必相稱。督導委員會明白人口是決定工作量及聯網/醫院所需資源的主要因素，因此同意以人口為基礎的內部資源分配這個概念(按所需加以優化——見下文)最能回應市民關注的事宜，並最符合市民對公平、公正和具透明度地分配資源的關注。

5.51 不過，督導委員會委員隨即指出，以單一因素(即人口)透過簡單的算術來分配資源，會有走向另一極端的風險。這種簡單的模式會忽略某些聯網所提供的中央及/或第三層和第四層服務，以及跨網服務的需求。特別是對於提供急症服務的聯網而言，急症服務的需求在某程度上取決於發生事故的地點與聯網之間的距離，因此必然會有病人被送到居住地區以外的聯網接受急症服務和其後的治療(經急症和相關門診服務入院)。督導委員會認為，一個優化的以人口為基礎的資源分配模式，應充分顧及有些聯網/醫院因承擔中央及/或第三層和第四層服務以及為病人提供跨網服務所需的資源。

5.52 建議 3：督導委員會建議：

- (a) 醫管局應透過檢討現行的做法，並考慮地區及全港的人口特徵，採用一個優化的以人口為基礎的資源分配模式。優化的以人口為基礎的資源分配模式應考慮選定醫院和聯網組織第三層和第四層服務的提供及發展，以至由此引致的所需額外資源，以及因病人跨網求診而產生的服務需求；以及

- (b) 醫管局應在合理時間內發展優化的以人口為基礎的資源分配模式，並透過服務計劃和財政預算分配予以推行。對於在新模式下需要額外資源的個別聯網，醫管局應考慮以適當方法處理其經費的需求，並同時維持其他聯網現時的基線撥款，以避免對個別聯網基線撥款產生不必要及不恰當的影響。

資源分配程序

公眾參與計劃收集所得的意見

5.53 在公眾參與計劃中，部分醫管局員工關注到申請增撥資源的程序繁複。部分醫管局員工表示由於推行新措施必須經過各個委員會、醫院、聯網和醫管局總辦事處等各級審議，以及如果撥款申請失敗，須於下一年重複整個過程，這些規定均增加前線臨床人員的工作量。不過，也有員工認為，經相關統籌委員會審議新措施的做法有其可取之處，因為可以確保所提供的服務在機構層面上貫徹一致。

5.54 部分員工亦關注到，內部資源分配的決議過程未如預期般透明，因而他們未能全面掌握資源分配的理據和所採用的方法。由於各統籌委員會的主席一般來自大型醫院，所以有人認為大型醫院或享有較大優勢。有員工聲稱前線服務實際獲分配的資源較原本獲批的少，導致資源不足，並指稱部分款項或被用於醫管局總辦事處及聯網管理層的支援職能上。

督導委員會考慮的事項

5.55 督導委員會委員明白前線人員對內部資源分配工作的普遍感受。為一間擁有 42 間醫院/機構和 70,000 名員工的組織管理約 500 億元的撥款，是一項複雜的任務。資源分配亦難免要保持一定的彈性以便應付在聯網/醫院層面上的運作需要。儘管如此，醫管局仍有空間改善資源分配工作的安排和加強整個過程的透明度，以釋除員工的疑慮。

5.56 **建議 4：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局應致力改善和簡化聯網就新增或改善服務申請增撥資源的程序，力求在下一輪資源分配工作時(即二零一六/一七年度)簡化和加快整個過程，並盡量減少前線臨床人員的行政工作，在運作效率與問責需要之間取得平衡；以及
- (b) 醫管局應加強資源申請和分配過程的透明度，把有關方法、優次和甄選標準與各聯網和在聯網內作更好的溝通。基於同樣的原因，由下一輪資源分配工作(即二零一六/一七年度)開始，醫管局應解釋最終決定和分配結果所依據的理由和考慮因素，讓聯網可更清楚了解在整個機構中，優次是如何決定，以及資源是如何分配的。