

第七章 成本效益和服務管理

概況

7.1 醫管局作為香港提供公立醫院服務的法定機構，根據《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4c(vi)條的規定，該局必須就管理及掌管公立醫院系統方面確保其對公眾負責。因此，如何以具成本效益的方式提供服務，及以最佳模式管理服務，是醫管局必須處理的重要課題。本章探討醫管局在成本效益和服務管理方面所採用的方式。

成本效益

背景

7.2 醫管局是香港的主要醫療服務提供者，提供超過 90%的住院醫療護理服務和 31%的基層醫療護理服務²⁸。在二零一三/一四年度，全港 720 萬人中約有 310 萬人使用醫管局的服務。醫管局在本港醫療系統中的角色舉足輕重，該局在二零一三/一四年度的總經營開支達 496 億元，佔本地生產總值約 2.3%。根據二零一三年彭博(Bloomberg)進行的一項研究，香港的醫療系統在 48 個經濟體系中被評為最具效率。以嬰兒死亡率和出生時平均預期壽命²⁹等重要健康指數分析，香港的表現較其他已發展國家優勝。

7.3 為確保其按照《醫院管理局條例》(第 113 章)的規定就管理及掌管公立醫院系統對公眾負責，醫管局設立了表現管理機制，並據此制定了相應的表現管理工具，藉以：

²⁸ 政府統計處二零一三年一月發表的《主題性住戶統計調查第 50 號報告書》所載資料。

²⁹ 根據政府統計處出版的《香港人口趨勢 1981-2011》(http://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp150_tc.jsp)，二零一一年香港的嬰兒死亡率為 1.3，而新加坡、瑞典、瑞士和德國則分別為 2.0、2.1、3.8 和 3.6。二零一一年香港男性和女性的出生時平均預期壽命(男性為 80.5 年，女性為 86.7 年)也比日本和瑞典等已發展國家優勝。

- (a) 量度服務表現；
- (b) 識別在表現上具有成效和效率的範疇，和有待改善的範疇；以及
- (c) 為服務規劃和資源分配提供參考資料。

7.4 醫管局三項主要的監察表現工具為：

- (a) *管制人員報告*：食物及衛生局衛生科的管制人員報告是政府周年開支預算的一部分，報告臚列醫管局在公營醫療服務的政策目標下訂立的主要工作目標和指標。醫管局的表現會按預設目標或服務承諾(如適用)來量度。
- (b) *主要表現指標*：醫管局訂有多項量化的主要表現指標，透過已訂立的表現基準，反映主要措施的成效，和推動服務改善。有關主要表現指標的詳情載於隨後的章節。
- (c) *資助項目的表現監察*：醫管局會透過周年工作規劃預設的目標或成果，量度資助項目的表現。

7.5 醫管局的表現監察分為內部和外部兩方面。內部表現監察措施包括：

- (a) *在醫管局大會的層面*：在醫管局大會的公開會議上提交季度報告，匯報周年計劃目標的完成進度，另每月向醫管局大會提交主要表現指標的進度報告。
- (b) *在醫管局總辦事處的層面*：每月向總監會議³⁰就主要表現指標提交報告，包括食物及衛生局管制人員報告內所載的服務目標。

³⁰ 總監會議是醫管局最高管理層每周舉行的會議，旨在商討和研究對醫管局有重大或策略影響的事宜。會議由醫管局行政總裁擔任主席，成員包括各總監、主管和聯網總監，醫管局主席也會列席會議。

- (c) 在聯網層面：就主要表現指標和資助項目的表現向聯網管理會議³¹ (醫管局總辦事處用以監察聯網表現的主要平台)提交季度報告。

7.6 外部監察方面，醫管局會向食物及衛生局提交季度進展檢討報告，概述醫管局各項主要表現指標的服務表現和資助項目的進展。公眾方面，除了食物及衛生局管制人員報告內所載的服務目標外，醫管局亦在其周年工作計劃內公布各項主要資助項目的目標，也會在醫管局年報中概述報告期內各項服務的表現。此外，作為主要公營機構，醫管局亦需回應立法會、區議會、傳媒和市民就其服務表現的查詢。

主要表現指標

主要表現指標制度的目的

7.7 醫管局在未正式確立主要表現指標機制前，主要是根據管制人員報告中所載的服務目標來監察其服務表現，而管制人員報告亦載有醫管局投放在服務上的資源、服務成效和成本。為了釐定機構目標及優次，並衡量進度，醫管局在二零零八年制訂了一套主要表現指標來衡量服務表現，特別是有關服務的質素和效率。

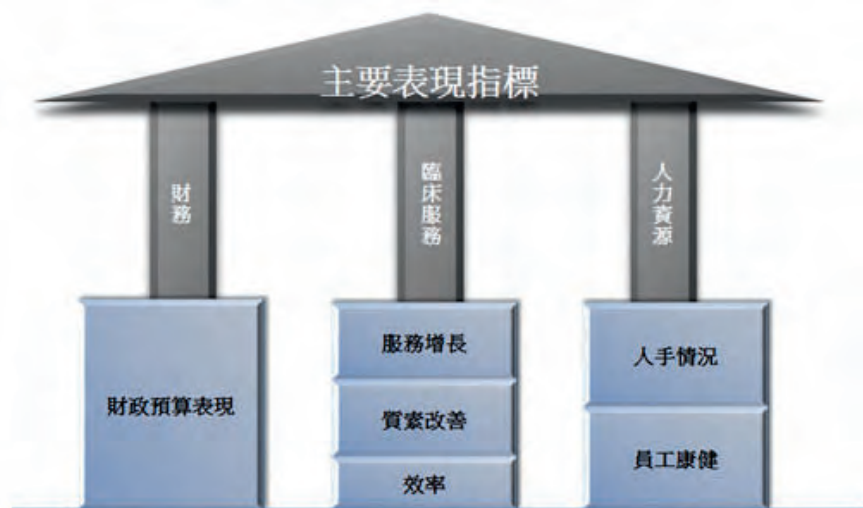
7.8 醫管局制訂主要表現指標的主要目的在於：

- (a) 建立一套機制，因應機構的優次，在策略層面監察服務表現；
- (b) 識別須持續改善的服務範疇；以及
- (c) 加強資源運用的問責。

³¹ 聯網管理會議是醫管局行政總裁與各聯網舉行的會議，由行政總裁擔任主席，旨在監察各聯網的表現，以及就服務策略和優次向個別聯網提供意見。

主要表現指標機制

7.9 如下圖所示，醫管局的主要表現指標機制由三根支柱組成，分別為臨床服務、人力資源和財務。



7.10 評估臨床服務表現的基本元素，主要是監察服務增長、質素改善和效率三方面。就人力資源管理而言，主要的基本元素是監察人手情況和員工健康，這有助醫管局了解其人力資源狀況，確保局內有穩定的人手以有效地提供服務。至於財務方面，主要的基本元素是監察財政預算的表現，確保醫管局量入為出。主要表現指標一覽表載於 **附件 8**。

7.11 三根支柱各由一套主要表現指標所組成。醫管局根據多項準則選定主要表現指標，包括是否有可靠和可供聯網之間進行比較的自動化數據、與主要表現指標的整體機制是否相關、對服務成效和成本效益的影響，以及疾病在臨床服務方面的負荷。主要表現指標可按其功能大致分為三類：

- (a) 與服務承諾和目標有關的主要表現指標，例如急症室分流制度下第 I、II 及 III 類別求診病人的輪候時間；
- (b) 為聯網提供劃一基準和推動聯網改善服務的主要表現指標，例如治療不同疾病(包括如癌症和白內障手術)的輪候時間、治療成效(包括如糖尿病患者和高血壓患者出現不同特定臨床情況的比率)；以及

- (c) 反映主要措施成效以作監察和匯報用途的主要表現指標，例如精神科住院病人的平均住院日數，以及全關節置換手術和白內障手術的輪候時間。

詮釋主要表現指標報告及推動醫管局改善服務

7.12 主要表現指標提供重要的管理資料，方便在聯網內和跨聯網進行比較，藉以了解醫管局在主要服務範疇的表現，有助聯網及醫管局總辦事處識別需進行商議和制訂優化及改善措施的範疇。

7.13 根據過往經驗，主要表現指標有助縮減聯網之間的表現差距，並改善醫管局的整體服務。舉例來說：

- (a) 髌骨骨折病人經急症室入院後於兩天或少於兩天內進行手術的百分率

在這方面表現最差的聯網由二零零八年七月至二零零九年六月期間的 50.0%，已提高至二零一三年四月至二零一四年三月期間的 66.1%，同期醫管局的整體平均表現也由 63.0% 提高至 70.7%；以及

- (b) 糖尿病患者的糖化血紅素³² 水平低於 7% 的百分率

在這方面表現最差的聯網由二零零八年七月至二零零九年六月期間的 29.0%，已提高至二零一三年四月至二零一四年三月期間的 56.8%；同期醫管局的整體平均表現也由 33.8% 提高至 48.9%。

7.14 為確保主要表現指標機制及所選定的主要表現指標能配合服務方向和重點措施，醫管局會定期檢討有關機制和個別的主要表現指標³³。在二零一三年年底，醫管局就主要表現指標機制進行內部審計，結果顯示醫管局採用了適當及有系統的模式來訂立指標。這方法結合諮詢、匯報及監察方面的既定架構和程序，有助確保醫管局的主要表現指標制度整體上達到所訂明的目標。

³² 糖化血紅素是用以量度一段長時間內血糖水平的血紅蛋白，為糖尿病患者提供重要的量度指標，以便有效控制血糖水平。

³³ 由醫管局聯網服務總監擔任主席的主要表現指標檢討工作小組在二零一零年成立，定期進行有關檢討。

對成本效益的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

7.15 在公眾參與計劃期間，就有關課題發表意見的持份者普遍同意應設立機制，以確保醫管局的運作符合成本效益。有意見認為醫管局大會應加強其作為管理委員會的角色，藉以更有效地管理及監察醫管局的表現。另一方面，部分醫療人員指出，實行主要表現指標後，須匯報的事項及行政工作有所增加，因而增加他們的工作量。

督導委員會考慮的事項

7.16 督導委員會了解到醫管局在表現管理方面的努力，以及現有主要監察表現的工具，包括管制人員報告、主要表現指標和就資助項目表現成果的監察。

7.17 督導委員會委員認為，制訂主要表現指標的目的，是要推動醫管局改善服務和達至機構目標。督導委員會認為主要表現指標要發揮功用，醫管局大會須擔當積極主動的角色，訂定主要的標準和目標，並監察有關表現，尤其因為醫管局大會是一個管理委員會，須領導該局的運作、推動改進，並務求精益求精。

7.18 雖然督導委員會同意主要表現指標制度有助改善服務和協調聯網的表現，但有部分委員認為，由於個別主要表現指標以量化的方式衡量表現，因此或會無意中鼓勵聯網之間在達到主要表現指標的過程中互相比較，甚至競爭，對前線人員構成壓力。

7.19 督導委員會委員又留意到，管制人員報告集中載述醫管局為達到政策目標而訂立的主要工作目標和指標，並量度醫管局的服務量和成本，而主要表現指標則透過訂立服務表現基準，量度主要服務表現的質素和效率。由於訂立主要表現指標的目的是要量度主要服務表現，因此指標的數量應有限制，內容性質亦應簡單以便員工和市民易於理解。雖然醫管局可擬訂更精密的指標(如同儀錶板)來便利內部管理，但仍應設定一套簡單的主要表現指標，以作監察整體表現及向公眾負責之用。

7.20 醫管局應優化和加強各項主要表現指標，讓管理層藉此得知須檢討和改善的範疇，從而更有效滿足服務需求和執行管理工作，以及有助服務規劃和資源分配。

7.21 整體而言，督導委員會認為，醫管局現行的主要表現指標制度是一項有效而重要的監察表現工具。不過，個別指標仍可加以優化，以求更有效滿足服務需求和執行管理工作，協助服務規劃和資源分配，並建立最佳作業方式。

建議

7.22 **建議 7：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局大會作為管理委員會，應在制訂主要標準和目標方面擔當更積極主動的角色，以：
 - (i) 監察整體表現和服務以向公眾問責；以及
 - (ii) 協助制定管理決定以改善表現和推動最佳作業方式；以及
- (b) 醫管局應在二零一五年加強和優化主要表現指標，以求更有效滿足服務需求和執行管理工作，方便服務規劃和資源分配，以及推動各專科、醫院和聯網建立最佳作業方式。

服務管理

背景

7.23 醫管局的服務量龐大，在二零一四/一五年度，急症室的就診人次達 220 萬，專科門診求診人次達 700 萬，病人住院日次(包括住院及日間住院服務)達 800 萬。鑑於服務量大且覆蓋範圍廣，督導委員會認為，除有需要確保醫管局的運作具成本效益外，也須顧及該局服務管理模式，尤其是該局因應服務需求的轉變和醫療發展，如何確保服務質素和效率。

服務質素

7.24 正如《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4 條所載，“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”，是醫管局的承諾。因此，醫管局使命的其中一環，是不斷提升其專業水平和服務質素。

7.25 為此，醫管局總辦事處在二零零六年成立了質素及安全部，專責帶領建立臨床質素保證制度，並協調相關制度在局內推行。各聯網在隨後數年也建立了相若的架構，藉以推動轄下醫院推行各項安全及質素保證制度，提升醫療服務的水平。

7.26 醫管局在確保專業水平和服務質素方面的整體策略和方針，主要集中在下列範疇：

- (I) 人員
- (II) 設施
- (III) 科技
- (IV) 制度
- (V) 就醫情況

(I) 人員

7.27 透過為員工提供教育和培訓機會，醫管局致力向市民提供優質醫療服務。醫管局是醫科、護理和專職醫療學科畢業生和實習生的主要培訓基地，並與香港醫學專科學院合作，為受訓的初級和高級受訓醫生提供認可資格培訓。至於護士和其他臨床專業人員，醫管局為大學及其他專上學院提供臨床實習的平台。醫管局培訓工作的詳情已載述於第六章。

臨床管理小組

7.28 醫管局透過架構完善的臨床管理小組，實施嚴格的臨床管治，以持續確保和改善服務質素和水平。

7.29 每個臨床管理小組由多個專業的醫療人員組成，以有系統的團隊形式為病人提供醫療服務。這個形式有助緊密地監督員工

的日常工作，也提供同儕檢討機制，從而按個別人員的經驗和能力委派職務。臨床管理小組也負責質素保證工作，例如討論死亡率和病發率，以及進行臨床審核。

7.30 每個專科的臨床管理小組主管，須派代表出席其所屬專科及涉及醫管局整體的統籌委員會。統籌委員會與中央委員會的工作，旨在改善專業護理服務。其中一個說明統籌委員會/中央委員會如何主導臨床管治工作的例子是手術成效監察及改善計劃。該計劃由外科統籌委員會領導推行，以年度為基礎監察整個醫管局的臨床成效。其他專科也有進行不同類型的審計和評估工作，例如內科統籌委員會轄下老人科小組委員會就離院長者支援計劃進行的成效評估，以及深切治療部統籌委員會就深切治療部服務管理進行的審計工作。統籌委員會/中央委員會又制訂了反映服務表現水平的臨床指標，讓醫管局留意須改善的地方，有些指標(例如用於糖尿病護理的糖化血紅素水平)其後更納入醫管局的主要表現指標。

資歷認證

7.31 現今醫療系統日趨複雜，所需的科技增多，而不少最新的介入治療程序更要求相關人員具備尖端科技的技術和資歷。因此，除現有的臨床管治系統外，資歷認證是現時另一項有效確保服務質素的工具。

7.32 資歷認證是一個核實醫療專業人員資格、專業培訓、臨床經驗及其他相關專業條件的正式程序，從而評估這些人員在專業上是否有能力可提供安全及優質的醫療服務。進行資歷認證後，便可確定臨床實務範圍，即根據個別醫療專業人員獲認證的資歷、能力及表現，界定有關人員適合負責的臨床工作。

7.33 二零一四年四月，醫管局大會轄下的醫療服務發展委員會通過了醫管局資歷認證及確定臨床實務範圍的擬議架構，以促進病人安全及提高專業能力。該架構顯示醫管局採用以實務活動為基礎的資歷認證模式，根據該模式，進行指明程序/介入治療的人員在資格、培訓及經驗方面須符合若干準則。符合相關資格的醫療專業人員將獲准獨立進行有關的程序/介入治療。有鑑統籌委員會/中央委員會在臨床管治方面既定的職能，他們積極的參與有助甄選出須要資歷認證的程序和設計資歷認證的準則，而醫院管理局總辦

事處則負責制訂政策、就要求資歷認證的程序決定優次，以及在機構層面批核有關資歷認證的申請。

7.34 待上述架構制訂後，醫管局會安排專業人員的參與並會與聯網資歷認證委員會合作，一同為資歷認證事宜訂定優次及安排有關的工作。醫管局也正與香港醫學專科學院及相關的專業學院保持溝通。

(II) 設施

7.35 除人員外，醫管局亦不斷改善設施，務求為市民提供更佳的服務，配合預期增長的需求和服務需要。

提高服務量、重建和興建醫院

7.36 醫管局會因應本港人口持續增長和老化，並考慮公營醫療服務需求的變化、現今醫療設備的標準及現有醫療設施的損耗等因素，更新設施和增設病床。醫管局的病床數目由二零一零/一一年度的 27,041 張增至二零一四/一五年度的 27,645 張，新增病床主要設於九龍東聯網和新界西聯網等有迫切需要的地區。

7.37 除了增設病床外，醫管局也有計劃及推行現有醫院的重建。醫管局每年檢查轄下公立醫院的建築結構和設施狀況，根據年檢結果定出未來數年小型維修及改善工程的優次和開支預算。過去多年，醫管局獲立法會撥款在公立醫院進行多項主要基本工程，例如擴建、重建和翻新現有的醫院，包括瑪麗醫院、聯合醫院、廣華醫院和明愛醫院。多項興建新醫院(例如天水圍醫院和香港兒童醫院)的計劃也正在進行。此外，政府已在《二零一五年施政報告》中宣布推行在啓德發展區興建一所全新的急症全科醫院。

高流量中心

7.38 設立新設施有助實踐新概念，從而為市民提供更佳的服務。就需求殷切的服務，例如白內障手術，眼科一直致力研究措施以縮短輪候的時間，其中一項措施是設立指定的白內障手術中心。第一間白內障手術中心設於葛量洪醫院，設有專門的手術室，讓白內障手術可在日間護理醫療中心的環境內進行。設計獨特的設施可

大幅減少手術之間的流轉時間，從而提高效率，增加完成的手術數目。有見葛量洪醫院的白內障手術中心的成功，醫管局已在將軍澳醫院設立了第二間中心。

7.39 香港佛教醫院和仁濟醫院的關節置換中心均根據高流量中心概念而設立的。有見這些中心的成功，以及為應付關節置換手術日增的需求，醫管局在二零一四/一五年度於博愛醫院設立第三間中心，而第四間中心將於二零一五/一六年度在雅麗氏何妙齡那打素醫院設立。

其他設施的改善計劃

7.40 醫管局提升服務質素的另一項重點措施，是為有特殊需要的病人改善設施。為了履行《聯合國殘疾人權利公約》，醫管局的所有新建設施，以及在二零零八年十二月後計劃進行和完成大型翻修工程的現有設施，都已設置無障礙通道。

7.41 此外，在二零零三年嚴重急性呼吸系統綜合症疫情爆發後，醫管局致力確保轄下醫院的隔離設施符合標準，以防止傳染病經空氣傳播。截至二零一四年十二月，醫管局設有 680 個隔離病房，共提供 1,457 張隔離病床。

(III) 科技

7.42 醫管局致力推動科技現代化，透過提供更精確的診斷、減少介入治療和提高治療成效，以提升病人護理的質素。督導委員會認為，提升科技水平有助提高醫管局的生產力和效率。

創新科技

7.43 督導委員會注意到，醫管局在過去十年引入了不少新科技，包括機械臂輔助前列腺切除術、脊椎導航手術和無框架放射治療。醫管局亦持續檢討藥物名冊，致力擴大其涵蓋範圍，把成效較大但副作用較少的新藥納入名冊中，例如治療癌症病人的標靶藥物、新一代癲癇藥物等。

數碼化醫療

7.44 除了醫療科學，其他範疇的技術發展亦改善了醫管局的臨床護理質素。舉例來說，醫院數碼化圖像計劃採用最新的數碼科技，讓臨床人員透過臨床醫療管理系統和電子病人記錄平台檢視放射圖像，好處包括：

- (a) 提高整體工作效率，縮短處理時間，減少病人輪候時間；
- (b) 圖像更易取得而功能也有所改善，因此對作出臨床決定有更大幫助；及
- (c) 摒棄了傳統上勞工密集和採用舊式技術的程序，加強職業安全。

技術評估

7.45 醫學研究一日千里，儀器、藥物、醫療裝置和數碼化醫療等領域的新技術百花齊放。儘管新的醫療技術有巨大的潛在效益，但這些技術並非全部都以實證為本及具成本效益。不當地引進和使用新技術，可能會為病人構成風險和負擔。此外，這些技術通常費用高昂，因此對醫療資源構成沉重壓力。

7.46 有見及此，醫管局設立了完善的評估機制，以實證為本評定應否新技術的採用。統籌委員會轄下和各聯網都設有技術委員會，提供平台讓各方商議與安全和療效、採用技術的策略和採購適當醫療設備的事宜。醫管局總辦事處在這些討論當中擔當統籌的角色。

(IV) 制度

7.47 醫管局設有各項制度，藉以識別、分析和管理工作。

臨床風險評估

7.48 醫管局在二零零七年實施嚴重醫療事故呈報政策，以加強嚴重醫療事故的呈報和管理工作。這項政策在二零一零年擴展為

嚴重醫療事故及重大風險事件政策，把嚴重醫療事故界定為“涉及死亡或嚴重身體或心理創傷的突發事故或由該等事故所引發的風險”，而重大風險事件則界定為“可導致病人死亡或永久受損的突發事故”。(註：上述事故類別自二零一五年起採用了統一的中文名稱，分別為“醫療風險警示事件”及“重要風險事件”。)

7.49 醫療風險警示事件、重要風險事件及其他醫療事故均透過醫管局的早期事故通報系統呈報。該系統提供一個網上電子平台，簡化各類事故的資料收集、分析和跟進工作，並有助分析事故涉及的人口資料和其他相關數據，從而防止事故再次發生。

7.50 對於每宗醫療風險警示事件/重要風險事件，醫管局會進行調查，並成立根本成因分析委員會，找出根本原因和導致事故的成因，並就改善措施和風險管理提出建議。作為一間公開透明的問責機構，醫管局會在每季向員工和市民發放的通訊匯報所有醫療風險警示事件/重要風險事件，亦會每半年舉辦一次病人安全論壇，促進員工間互相學習和分享經驗。

投訴處理

7.51 醫管局設有一個兩層的投訴機制，處理病人提出的投訴。所有初次投訴會先由有關醫院/診所處理及回覆。若投訴人對調查結果感到不滿，可向醫管局大會轄下的公眾投訴委員會提出上訴，要求覆檢。

7.52 公眾投訴委員會負責就所有上訴個案作出決定。委員會由社會各界人士組成，其成員均非醫管局行政人員及僱員。憑着其獨立性質，委員會能公平公正地處理所有投訴，並向醫管局提出改善建議。投訴處理機制的詳情和相關數據刊載於《公眾讚揚、意見及投訴管理年報》供市民參閱。

醫院認證

7.53 醫管局與國際認證機構澳洲醫療服務標準委員會合作，在二零零九年推出醫院認證先導計劃。第一期計劃在二零一一年完成，共有五間公立醫院取得全面認證。該計劃奠定了基礎，讓醫管局制訂一套國際認可的香港標準，並培育首批本地的認證評審員。

醫管局已推出第二期計劃，預計在二零一五年計劃完成後，會有 20 間醫院取得認證。

7.54 醫院認證有助醫管局在多方面參照國際上的最佳作業方式從而釐定基準，並令運作更現代化。其中一個顯著改善的範疇是儀器的消毒和除菌工作。其他例子包括逐步取締重用風險較高的單次使用醫療儀器的做法，推行文件管理、外科儀器的追查和追蹤，以及護理服務的規劃和評估。

(V) 就醫情況

7.55 病人能否適時獲取臨床服務，是醫療界和社會大眾關注的問題。以就醫情況而言，急症室、非緊急手術、放射診斷造影檢查、癌症治療和專科門診診所的輪候時間，是最受市民關注的課題。

需求問題

7.56 輪候時間的問題，主要是由服務需求與服務量失衡造成的。香港人口老化和慢性疾病日趨普遍，導致醫療服務需求不斷增加。基層醫療服務把關不足，也增添了本港公立醫院系統的壓力。

服務量問題

7.57 醫療人手短缺依然是導致現時醫管局服務輪候時間過長的關鍵因素。隨着本地醫科畢業生的人數由 250 名增加至二零一五年的 320 名及二零一八年的 420 名，有關情況會開始獲得紓緩，雖然如此，但若干專科(例如流失率偏高的眼科及麻醉科)人手短缺的問題仍會存在。此外，預計二零二零年醫管局退休醫生的的人數會增加至約 70 人，是二零一四年退休醫生人數(約 20 人)的三倍。現代醫學的分科精細，導致在醫學遺傳科及不育治療等範疇便出現服務需求與服務量失衡情況的問題。

管治與監察

7.58 現時醫管局透過有關專科的統籌委員會監察輪候時間。醫院管理局總辦事處則擔當統籌角色，監督策略的制訂及實施。輪

候時間的數據已納入醫管局的主要表現指標內，並須向聯網管理會議及醫管局大會呈報，以作監察。涉及嚴重疾病負荷或有公眾關注的情況，亦須根據管制人員報告向食物及衛生局呈報。

管理輪候時間的措施

7.59 醫管局採取了下列措施管理輪候時間：

- (a) *挽留和吸引醫生*：醫管局推出了多項挽留醫生的措施，包括實施新的職業發展架構、加強晉升機會、增加培訓機會，以及為醫生長時間通宵當值提供補償。醫管局又增加了支援人手(包括抽血員服務和文書支援)，以減輕醫生的工作量。
- (b) *臨時措施*：截至二零一四年三月，醫管局聘請了約 330 名兼職醫生協助提供服務。醫管局又改善了特別津貼計劃，協助個別醫院為應付運作需要而提供額外服務節數。醫管局由二零一二年開始招聘有限度註冊的非本地醫生，作為解決人手問題的措施之一。
- (c) *指定中心*：如前文所述，設立指定的高流量白內障和全關節置換中心後，在二零零八/零九至二零一三/一四年度，醫管局白內障手術的預計輪候時間，已由超過 44 個月縮減至少於 16 個月，而每年的全關節置換手術宗數則增至約 2,800 宗，增幅達 75%。
- (d) *公私營協作*：醫管局在二零零八年首次以共同付款模式推行白內障手術的公私營協作計劃，有效地縮短了輪候時間。透過私家醫生的參與，天水圍基層醫療合作計劃為區內的病人提供基層醫療服務。透過普通科門診公私營協作計劃(普通科門診協作計劃)，這種成功的公私營協作模式現正擴展至本港其他地區。普通科門診協作計劃於二零一四年年中在觀塘、黃大仙及屯門試行，計劃旨在協助醫管局管理普通科門診診所的服務需求、令更多病人接受基層醫療服務、為病人提供在私營界別接受基層醫療服務的選擇、推廣家庭醫生的概念，以及促進發展全港電子健康記錄。此外，與私營界別合作推行的

放射診斷造影先導計劃，讓病人能選用私營醫療服務提供的放射造影服務，從而加快治療過程。這項計劃廣受市民歡迎，其涵蓋範圍亦已擴大，合資格參加計劃的癌症組別由 4 個增加至 11 個。公私營協作共析計劃提升了醫管局的透析服務量，增加治療地區供病人選擇。在二零一四/一五年度，共有 200 名醫管局病人在六個社區血液透析中心接受有關服務。

- (e) *提高透明度*：醫管局認同提高輪候時間的透明度，能加強對公眾的問責和增加市民的信心。醫管局已分階段將專科門診的輪候時間上載至該局的網站，由二零一五年一月三十日起已涵蓋八個主要專科(即耳鼻喉科、婦科、內科、眼科、骨科及創傷科、兒科、精神科和外科)，讓病人掌握有關輪候時間的資料，以便充份考慮是否接受跨網治療。
- (f) *跨網協作*：為使病人可按其意願受惠於跨網轉介安排，醫管局已提醒前線人員接受住在其他聯網的病人預約新症。二零一五年二月，醫管局推出了海報介紹專科門診新症預約的程序和方法，供市民和職員參考。除了讓病人自由選擇在其他聯網的專科門診診所預約求診外，由二零一二年起，醫管局透過設立中央統籌機制，加強跨網協作，配對在輪候時間較長的聯網的病人與輪候時間較短的聯網，有關專科會邀請病情合適的病人，前往另一聯網輪候時間較短的專科門診診所求診。至今，耳鼻喉科、婦科和眼科均實施了跨網轉介安排。
- (g) *與家庭醫學專科合作*：有鑑於很多獲轉介至專科門診診所的病人其實可以在基層醫療層面接受治療，醫管局探討利用家庭醫學專科，協助診治這些病人。其中一個成功例子是專門診治腰背痛的診所。獲轉介至專科門診診所的腰背痛患者，會先由家庭醫學專科醫生檢查和治理。在常規治療下，很多病人接受數次護理後便無須再覆診，而情況持續的病人則會迅速獲轉介至專科門診診所。

- (h) **改善管理工具**：醫管局開發了一個電子轉介系統，方便臨床人員把個案轉介至專科門診診所。收集所得的資料有助優化分析和了解病人的需要。為協助改善每間專科門診診所的輪候管理，醫管局制定了一套新的管理工具，為輪候模式提供全面分析。

對服務質素的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

7.60 就服務質素而言，從公眾參與計劃可見，持份者最關注的是服務水平及就醫是否便利。有意見認為醫療服務(尤其是專科門診服務)輪候時間過長，是醫管局最嚴重的問題。有些則不滿意急症室和住院服務不足，以致病人在急症室等候入院的時間過長(即滯留等候入院的問題)。有持份者把輪候時間難以紓緩的問題，歸咎於各專科服務或聯網之間協調不足和“山頭主義”。

7.61 在公眾論壇上，與會者對醫管局的服務提出不少具體意見，包括有關普通科門診電話預約服務系統及配藥服務等。整體而言，他們欣賞醫管局的服務質素，但仍要求該局提高各方面的服務水平，以應付不斷增加的服務需求。

督導委員會考慮的事項

7.62 督導委員會注意到，醫管局已採取措施改善專業及服務質素，有關措施亦相當全面，涵蓋人員、設施、科技、制度和就醫情況等重要範疇。然而，委員知悉持份者就輪候時間過長及滯留等候入院等問題的意見，持份者亦強烈要求實行改善措施。公眾一直關注部分專科門診服務輪候時間過長，以及不同聯網的輪候時間有差異。例如，骨科例行個案輪候時間的第 90 百分值數超過兩年，情況備受關注。在進行公眾參與計劃期間，督導委員會委員曾到訪七個聯網及部分公立醫院，親身體驗醫院的輪候情況及擠塞問題。督導委員會認為不同聯網輪候時間的差異可能會加深“山頭主義”的觀感。因此，督導委員會認為醫管局其中一項須優先處理的問題是就醫情況。

7.63 總括而言，雖然醫管局致力改善服務質素及水平的努力值得讚賞，但督導委員會認為，醫管局仍須改善輪候時間過長及滯留等候入院的問題。

建議

7.64 **建議 8：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局應推行全面的計劃，以縮短專科門診和急症室服務的輪候時間，使病人適時獲得醫療服務，並盡量縮減聯網之間在輪候時間方面的差距；以及
- (b) 醫管局應與相關專科協調，以解決有關醫院急症室出現嚴重滯留等候入院的問題。

服務模式

7.65 醫管局轄下的跨專業團隊提供一系列急症、康復和社區醫療服務，涵蓋不同階段和層面的醫療護理，由基層醫療和專科護理以至臨終護理。主要服務包括：

- (a) **基層醫療**——基層醫療服務主要透過醫管局的普通科門診診所和近年發展的社區健康中心提供。截至二零一四年十二月，共有 71 間普通科門診診所和兩間新設立的社區健康中心(位於天水圍及東涌)提供服務。主要對象為長者、低收入家庭和慢性病患者。
- (b) **專科門診診所**——目前共有 47 間專科門診診所為普通科門診診所或私家醫生轉介的病人，以及完成住院護理後出院的病人提供專科診症、治療和檢查。所有專科門診的新轉介個案都會經過分流，確保病情緊急而且需要及早介入的病人會獲優先治療。
- (c) **醫院護理**——目前醫管局轄下共有 42 間公立醫院/機構，提供約 27 600 張病床，主要作急症和康復期護理用

途。其中 17 間為急症醫院，設有急症室，為需要緊急服務的病人提供診症和治療。

- (d) **社區護理**——醫管局亦提供一系列以社區為本的外展服務，為出院病人(特別是長者病人)提供支援，協助他們於社區內康復。有關服務包括社康護理服務、社區老人評估小組服務、精神科社康護理和老齡精神科服務，以及社區專職醫療服務。

服務模式方面的主要挑戰

7.66 香港人口結構和流行病學上出現兩個主要趨勢，令醫管局的服務模式面對重大挑戰。這兩大挑戰分別是人口老化和慢性疾病的發病率增加。

人口老化

7.67 本港人口急速老化。在一九九三年，65 歲或以上人士僅佔全港人口的 9%，在二零一四年這比例增至 15%。預計這個比例會進一步增至二零三一年的 26%，及二零四一年的 30%。

7.68 長者人口急速增加，對醫管局服務的影響由下列幾點看到：

- (a) 年長人士需要較多醫療服務，尤其是獲政府大幅資助的公營醫療服務。二零一二年 65 歲或以上的長者佔全港人口約 14%，但在普通科門診的就診人次中，他們卻佔大約 37%，在醫管局所有醫院的病床日數中更佔近 50%；
- (b) 根據醫管局的資料，一般專科服務中，長者住院的相對風險是非長者的四倍；
- (c) 與非長者比較，長者的累積住院日數較多。以一般專科的住院服務而言，長者的每年平均住院日數為 14.2 日，而非長者則為 6.0 日；以及

- (d) 用於長者(65 歲或以上)的醫療資源總額，佔醫管局二零一三/一四年度總開支約 46%。

7.69 基於上述原因，督導委員會明白到，隨着年長病人數目的增加，對醫管局服務(尤其是住院服務)的需求和所涉的開支也會不斷上升。

慢性疾病的負擔

7.70 隨着人口老化，慢性疾病亦日趨普遍。數據顯示，癌病、心臟病、肺炎、腦血管病、呼吸系統疾病和腎病是令長者死亡的主要原因，在二零一三年，近 80%的長者死亡個案都是因這些疾病導致³⁴。此外，糖尿病和高血壓是可導致心臟病和中風的常見慢性疾病，佔了大部分的住院日數。除肺炎外，上述疾病都屬慢性疾病，對醫療系統構成重大負擔。

7.71 據估計，在二零一二至二零一七年間，接受醫管局治療的糖尿病患者會由 427,000 人增至 549,000 人，增幅為 29%；高血壓患者則由 1,163,000 人增至 1,498,000 人，增幅為 29%。至於冠心病患者則預計會由 205,000 人增至 258,000 人，增幅為 26%。

因應人口老化而採用的服務模式

7.72 為確保服務模式得以革新和改善，以便更切合老化人口日益增加和不斷轉變的需求，醫管局制訂了《長者醫療服務策略》，為日後發展和為年長人士提供醫療護理服務作出指引。

按風險分析提供的醫療服務

7.73 醫管局在二零一二年透過高度互動和廣泛參與的方式，制訂和公布以病人健康為依歸的《長者醫療服務策略》。該策略旨在採用新的醫療護理模式為年長病人提供服務，盡量減少病人入院及再度入院的需要。有關工作包括加強跨專業的綜合護理服務、病

³⁴ 資料來源：衛生防護中心網站所載的“二零一三年按主要死因、性別及年齡組別劃分的死亡數目” (<http://www.chp.gov.hk/tc/data/4/10/27/340.html>)

人及照顧者的能力賦權，以及與社區持份者合作。策略的重點是根據個別病人的病情及風險，從而提供適當的醫療服務：

- (a) 對於數目眾多，患有早期慢性疾病，但病情輕微、情況穩定的年長病人，醫管局着重透過教育和賦權，協助病人照顧自己。此外，醫管局已為 65 歲或以上病人預留普通科門診服務名額，以應付他們患上偶發性疾病時的需要，讓他們更容易獲得基層醫療護理服務；
- (b) 對於患有多種慢性疾病的年長病人，醫管局透過綜合的疾病治理模式，提供更全面和有系統的護理。當中涉及以協調的跨專業模式治理慢性疾病，在病人出院時提供支援，並安排他們定期接受日間醫療或門診服務；以及
- (c) 對於患者人數相對較少而因併發症而導致病情非常複雜、身體有嚴重缺陷的年長病人，醫管局以個案管理模式加強護理工作的協調，藉此提供更深入的護理。這個模式為需要跨專業治理的高風險病人協調醫療護理、社區照顧和支援等各方面的服務。詳情在下文各段闡述。

為高風險年長病人提供的綜合護理

7.74 醫管局制訂了綜合護理模式，針對性地把資源應用在高風險的長者病人，或是有複雜需要而須接受密集式護理的長者病人身上，按他們的需要提供協調的護理和支援。該模式包含以下各主要部分：

- (a) 年長病人入院時，會由指定人員(通常是護士)及早進行全面評估，找出他們在護理和社會支援方面的需要；同時藉此識別出那些有機會非經預約再度入院的高風險年長病人；
- (b) 指定人員會按多專科的意見，及早為高風險的年長病人制訂出院規劃和個人化的護理計劃，以便根據病人的需要，於次急症、日間和社區醫療護理層面為病人提供出院後的支援服務；

- (c) 對於出現功能衰退(例如因中風或跌倒)和需要較深切康復服務和全面老人科服務的病人，醫管局可按需要把他們轉介到老人科日間醫院，透過跨專業模式為他們提供康復治療、診症和護理服務。至於出院後需要在家持續接受專案康復服務和護理的病人，當局會為他們安排以社區為本的專職醫療和護理服務，透過個案管理方式提供全面和有系統的外展服務；
- (d) 對於出院後需要社會支援的年長病人，醫管局透過合約模式與非政府組織合作，由後者為這些病人提供適時的家居支援服務，包括個人護理、家務料理、家居改裝、送飯服務、交通接載服務、“陪老”服務、陪診服務和過渡期住宿暫託服務；
- (e) 對於住在安老院舍因身體虛弱而有高危非經預約再度入院的病人，社區老人評估小組會提供外展服務，到安老院舍為他們提供全面的跨專業護理，並會向安老院舍的員工提供培訓和支援，以提升他們照顧長者院友的技能；
- (f) 醫管局亦採取措施，鼓勵年長病人及其照顧者積極參與，就護理的事宜共同作出決定。舉例說，透過社區健康電話支援中心“護訊鈴”服務和“智友站”網站，支援年長病人及其照顧者的自我管理(例如藥物管理)，並與非政府組織合作，為病人提供教育和輔導；以及
- (g) 醫管局也改善了與私家普通科醫生、非政府組織、衛生署長者健康服務及社會福利署等社區伙伴所建立的服務網絡，以加強服務的連貫性，並為年長病人提供適當的過渡照顧服務。

因應慢性疾病負擔而採用的服務模式

7.75 慢性疾病如控制不當會引起併發症。如護理得當，不但可阻延病情惡化，更可改善病人及其照顧者的生活質素。有鑑於此，醫管局採用慢性疾病管理模式，以下述互相關連的元素為重點：

- (a) 由積極進取的跨專業團隊根據以疾病為本的臨床指引提供全面的護理；
- (b) 透過增強病人管理個人健康的能力，支援他們的自我管理，以提高醫療成效；以及
- (c) 動用社區資源滿足病人需要。

由跨專業團隊按臨床指引提供護理服務

7.76 醫管局在各聯網的指定普通科門診診所成立由護士和專職醫療人員組成的跨專業團隊，為慢性病患者(尤其是糖尿病和高血壓病人)識別早期併發症，以阻延病情惡化。由基層醫療醫生率領的跨專業團隊會為病人提供有系統的健康風險評估，並因應不同風險提供針對性的治理，稱為“跨專業的健康風險評估及跟進護理計劃”。整個評估和治理過程乃根據疾病為本的臨床指引進行，令護理程序得以統一化。計劃成效評估結果顯示，參與該計劃的病人的相關臨床指標有明顯改善，對服務的滿意度亦有提升。醫管局會在未來數年把這個服務模式的涵蓋範圍擴大至患有慢性疾病的專科門診病人。

支援病人的自我管理

7.77 醫管局與非政府組織合作推行病人自強計劃，以加強慢性病患者對有關疾病的認識，並改善他們的自理技巧。由醫療專業人員組成的跨專業團隊已就常見的慢性疾病研發適當的教材，並為參與病人自強計劃的非政府組織員工提供培訓，以便他們籌辦和推行計劃。該計劃目前涵蓋糖尿病和高血壓等發病率高的慢性疾病。醫管局正考慮把計劃擴展至涵蓋其他常見的慢性疾病，例如心臟病和慢性呼吸系統疾病。

動員社區資源

7.78 醫管局與各區的非政府組織和社區伙伴建立了合作網絡，為居於社區的慢性病患者和年長病人提供全面的護理支援。舉例來說，除了提供電話支援以監察病情外，位於鄧肇堅醫院的“護

訊鈴”社區健康電話支援中心，也會轉介有需要的高風險年長病人和慢性病患者接受日間醫療及社區護理服務，包括基層醫療醫生和非政府組織。該服務目前涵蓋高風險年長病人和糖尿病患者。醫管局會繼續研究優化社區健康電話支援服務以支援其他慢性疾病患者。

7.79 正如上文第 7.59(d)段提及，醫管局在各公私營協作計劃中，也在觀塘、黃大仙及屯門試行普通科門診協作計劃，以資助現時由普通科門診照顧而臨床情況穩定的高血壓(或兼患高血脂症)病人(計劃稍後會延伸至糖尿病患者)，由參加計劃的私家醫生照顧他們的這些慢性疾病和偶發性疾病。透過這項計劃，病人可在社區內自由揀選一名參加計劃的私家醫生作為其家庭醫生，以繼續監察病情和提供護理。醫管局會根據試行結果的評估，研究把計劃擴展至其他有需要的地區。

提升服務量以應付不斷增加的服務需求

7.80 據估計，醫管局平均每年須增加至少 2% 的服務量，以應付不斷增加的需求。由於人口老化的速度在未來 20 年會更為急遽，以二零一四年三月底相比，預計到了二零二一年，公立醫院須增加 2,300 張病床，二零三一年則須增加 8,800 張。

7.81 為此，醫管局在二零一二/一三至二零一四/一五的三個年度增設了約 580 張病床。在二零一三年年底，立法會財務委員會批准向醫管局一次過撥款 130 億元，以便醫管局在未來十年透過小型工程項目來改善和提升其設施。醫管局會在未來數年增設約 800 張病床。

7.82 與此同時，醫管局正推行和規劃上文第 7.37 段所述的多項醫院發展和重建計劃。

聯網臨床服務計劃

7.83 為了就醫院發展和重建計劃提供指引，醫管局制訂聯網臨床服務計劃，為各聯網勾劃出未來的服務模式，並為聯網內各醫院訂立清晰的定位。醫管局已藉此機會，在計劃中加入新的服務模

式，以應付人口老化和慢性疾病負擔加重帶來的挑戰，並盡量減少不必要的住院。

7.84 醫管局透過有系統和廣泛的員工參與及諮詢程序來制訂臨床服務計劃，在充分考慮各聯網的特點和環境後，為各聯網訂出臨床策略和服務模式。最先制訂聯網臨床服務計劃的，是於二零一三年公布的港島西聯網臨床服務計劃，隨後是於二零一四年公布的九龍東聯網臨床服務計劃，而九龍中和新界東聯網則正在進行臨床服務規劃。

7.85 以港島西聯網臨床服務計劃為例，新的服務模式帶來重大轉變，着重提供日間醫療護理服務，例如日間手術，並凸顯了加強次急症護理服務的好處，可有助減少急症服務的需求。

日間醫療護理模式

7.86 日間醫療護理模式包含一個嶄新的概念，就是複雜及尖端的醫療服務，也可在更切合病人需要的日間醫療服務層面提供。微創手術和科技的發展，可讓病人在接受複雜手術後無需住院。

7.87 根據日間醫療護理模式的安排，病人可一次過(或至少在一天內)接受醫療團隊的治理，透過跨專業的服務模式處理多項健康問題。除進行健康評估、治療和檢查外，醫療團隊也會就自理問題，例如防止跌傷、運動、營養、視力、退化性關節炎等，向病人提供意見，從而提高護理成效，盡量減少不必要的住院。

次急症護理服務

7.88 正如已完成的港島西聯網臨床服務計劃所示，聯網也傾向為不再需要急症服務的病人提供次急症或跟進護理服務(例如療養和康復服務)。這個趨勢一方面有助減輕急症醫院所承受的壓力，另一方面則可凸顯聯網內醫院各有清晰定位的重要性，特別是在次急症護理服務(例如康復和紓緩護理服務)方面。

7.89 舉例來說，港島西聯網臨床服務計劃加強了東華醫院和葛量洪醫院為所屬地區提供次急症服務的角色，這有助紓緩瑪麗醫

院作為聯網內主要急症醫院的工作壓力。東華醫院被定位為中西區的次急症醫院，着重為患有多種疾病的人士提供康復和日間醫療護理服務。葛量洪醫院則作為學術暨日間醫療中心，為南區提供次急症服務。

7.90 瑪麗醫院的病人如無需再接受急症護理但仍須留院接受若干醫療護理，會按其居住地區被轉送往東華醫院或葛量洪醫院。至於其他需要次急症護理服務的病人，如情況合適，瑪麗醫院將設立的醫療評估及規劃部也可將他們直接送往這兩間醫院。醫療評估及規劃部為短期留醫部門，為到急症室求診的緊急病人提供快速評估，及在有需要時提供急症治理。這項安排有助讓病人可及早離開急症護理，並減少在急症醫院不必要的住院。

對服務模式的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

7.91 持份者普遍認為醫管局必須研究如何應付醫療服務的龐大需求。有持份者認為，人口老化和慢性病日益增加，凸顯醫管局有需要加強復康及延續護理服務。醫管局亦可加強跟進護理服務和社區協作(例如與福利界合作)，以盡量減低病人住院的需要。舉例來說，加強日間中心或家訪等病人支援服務，有助病情穩定的病人提早出院，從而紓緩內科病房過度擠迫的情況。另有持份者認為可以把伙伴協作擴展到私營界別，透過推行更多公私營協作計劃，善用私營醫療界別的服務能力。

7.92 有些人認為醫管局應加強普通科門診服務，以紓緩急症室的壓力，並應制訂計劃監察各項服務不同階段的需求，適當時調節和提高服務量。醫管局也應透過檢討急症和康復病房的安排等，考慮是否推出新的服務模式，以配合長者病人的醫療需求。與此同時，醫管局與衛生署應加強工作關係，以共同為市民提供更好的服務。

督導委員會考慮的事項

7.93 督導委員會注意到醫管局已不斷改變服務模式，而該局亦知道有需要因應環境的變遷而調節和發展服務模式，特別是面對

人口老化，以及慢性疾病負擔增加帶來的挑戰。督導委員會認為，醫管局面對這些問題，仍有一些領域可進一步改善。

7.94 督導委員會委員認為必須制訂計劃，為病人提供全面的醫療護理服務，這對長者病人尤其重要，因現時公立醫院服務的使用量已甚高，加上長者病人較多機會入院接受治療，而住院時間又通常較非長者病人長。因此，督導委員會認為醫管局應探討方法，透過協調在社區提供跟進的護理服務，減輕公立醫院服務的負擔。委員也明白到，公營(醫管局及衛生署)及私營醫療服務提供者與福利界必須加強協調和合作，以善用私營醫療界別的剩餘服務量，及確保出院病人，特別是長者病人，獲得全面的支援。醫管局亦應多加研究公私營協作計劃，善用私營醫療界別的服務量，以減輕公營醫療機構的負擔。

7.95 要評估醫管局的服務是否足夠或有效，服務對象(即病人)的意見是不可或缺的。督導委員會認為，醫管局應設立有效機制，在制訂服務計劃及改善措施時，按需要考慮病人的意見。

建議

7.96 **建議 9：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局應提升服務量和檢討服務模式，更好地裝備以應付人口老化帶來的挑戰；
- (b) 具體而言，醫管局應加強跟進護理和日間護理服務，並加緊與非政府組織和私營醫療界別合作，為病人(尤其是長者病人)提供全面的醫療和支援服務；
- (c) 醫管局應積極聯同衛生署和與醫療服務相關的福利界別，致力在非醫院環境提供基層醫療和康復服務。這新護理模式的目的，不僅是要更好地運用資源，亦是要在人口老化的社會裡應付病人(尤其是長者病人)的需求和為他們提供更好的護理；以及
- (d) 醫管局應確保設立有效的機制，在規劃和改善服務時考慮病人的意見。