

與時並進 敢創新機

朱耀明
二零零一年六月廿二日

一、病人權益並未與時並進

香港政府近三十年有兩次提出有關醫院醫療服務之建議。

1. 一九七四年由政府委任之醫務發展委員會提出「醫療發展報告」。此報告重點在解決當時的病床嚴重缺乏問題，如何落實按地區人口比例增設醫院。對如何提昇醫療服務的質素未成當日委員會的議題。¹
2. 一九八五年政府委託顧問公司進行研究香港之醫療發展。最後顧問公司提交了一份極具份量的報告，此報告的重點在重建醫療服務架構。改善員工工作環境及了解病房過份擠迫情況。最終產生獨立於政府架構之外的醫管局。然而，在改進醫療服務的時候其中最大的因素---病人卻沒有納入討論議題。²
3. 政府於一九九零年成立醫管局。醫管局走出過往的官僚制度。其不單引進了現代管理，建立新的組織架構，重要的是將病人權益納入服務宗旨之內。醫院管理局條例 113 章 5 段 M 項，醫管局可設立一個制度「以妥善考慮使用醫院服務的人或公眾就醫院服務提出投訴。」醫院管理局據此法例於一九九一年設立眾投訴委員會，並委任三位委員主理其事。其職權為處理醫管局轄下的醫院投訴，並為最後的上訴機制。³

二、為何而改？為誰而改？

1. 香港之醫療文化封閉保守，早以為市民垢病。醫生有權亦擁有專業知識權，其監察醫生操守的制度組織，完全由醫生把持。故此一些為市民認為不公義，不合理的事無法改變，不管社會有多大的改革呼聲，至今病人仍處於弱勢。醫管局轄下四十多間醫院的醫生組成了「公共醫療醫生協會」，而每所大型急症醫院亦有「醫生協會」其工會性的組織勢力龐大，目的是為保障會員權益，醫生和病人極不對等。
2. 投訴並非無門，過程密不透光；病人或家屬可向醫務委員會投訴，立法會亦有投訴部門，醫院管理局轄下有公眾投訴委員會處理其轄下的四十多間醫院的投訴。理論上有制度，有投訴渠道，病人應得到了適當的保障，但事實可能並非如此。病人或家屬對於當前的機制沒有安全感，因為處理投訴個案的透明度低，投訴者和被投訴者最終都無法了解調查過程、投訴成立或不成立的理據。

三、哈佛報告書揭示真相

1. 醫務委會的功能及角色

醫委會在專業守則的文件裡清楚列明其工作不但是維持執業醫生的紀律，同時亦

¹ “The Future Development Of Medical And Health Services In Hong Kong”. 1974.p5

² “The Delivery Of Medical Services In Hospitals--- A Report For The Hong Kong Government”. 1985.p.1-11

³ 三位任委員為梁定邦大律師招顯洸醫生及吳水麗先生，並於一九九二年一月十六日召開首次會議。

保障公眾利益和維持公眾對專業醫生的信心。⁴歷史案例不但顯示了醫委會並沒有按其訂立的功能維持醫生的專業水準，反之更大大削減了市民對專業醫生的信任，醫委會並沒有落實他們的承諾。

2. 專業的理想

章心言君曾於周刊上說：「在專業精神的諸多傳統和操守之中，最重要的一項是以病人為福祉為專業生涯的最大前提。」現任衛生福利局長楊永強醫生於其文章「轉變中的醫療服務」一文引述柏拉圖名言說：「希臘的醫生對很多疾病的治療一籌莫展，因為他們缺乏全人的觀念，因為身體部份的痊癒並不代表整個人都健康……今日的醫生在治理病人時，把病人的軀體和靈魂分開，是大錯特錯的。」接著又引述亨利、撒格里名言說：「我們心目中的醫生是一名科學家、教育家和社會工作者，樂於和人合作，關懷和無私地為病人服務，他是一位朋友，一位導師…，一位維護市民，帶領市民體現健康和快樂生活的社會醫生。」

3. 事實真相

「香港的醫療服務參差不齊，其中一個原因可能是醫學界地位優越，純粹靠自我監管，缺乏外界有效的監察。各國經驗說明，醫生擁有醫學知識、享有專業地位，與病人討論病情及診治方法時，很自然地享有優越的地位。香港的醫生也不例外。發達國家發現，如果讓地位優越的專業自我監管，必須同時設立強而有力的制衡，否則難以保障公眾的利益。香港目前的醫療制度有很少制衡。醫學界領袖大都出身於同一間醫學院，在專業上與其他英聯邦國家關係密切，所接受的專業訓練和信念相當一致，每當遇到外界的批評時互為後盾。加上以往殖民地的管治通常借助本地的菁英階層實施管治，以致上述的情形更加嚴重。醫療政策和方案均由菁英制定訂；公眾人微言輕，只能寄望於仁政、遇到好醫生。這種傳統一直延續到今天。醫療服務透明度低，公眾參與少，難以確保服務質素，也就令人懷疑：現有的制度是否最符合病人和公眾的利益？」⁵

哈佛報告書指出目前的醫生自我規管組織缺乏公眾參與和監察，明顯地不足以保證投訴獲得適當的處理，並且醫生圈子極細，關係密切，要醫生站在證人台上指證醫生極為困難。⁶

四、現有的三個主要投訴機制

哈佛報告說曾強烈地指出香港現時三個醫療投訴機制並不完善。

1. 醫務委員會

醫務委員會是據《醫生註冊條例》所授權組成；「對於任何醫學範圍執業的醫生……均有管轄權力」⁷無疑，醫委會是有法律地位規管醫生。然而，此組織的表現常為公眾詬病為「醫醫相衛」，因為在醫生高舉專業自主的旗幟下，「醫療服務透明度低，公眾參與少，難以確保服務質素。也就令人懷疑；現在的制度是否

⁴ “Professional Code and Conduct---For the Guidance of Registered Medical Practitioners”. HK: Medical Council of Hong Kong. (2000).

⁵ 《香港醫護改革，為何而改，為誰而改—美國哈佛專家小組分析報告(摘要) 1999.香港. 香港政府印務局

⁶ 章心言 (1997). 「醫生黨「圍威喂」」.《開藥以外》. 香港：明報. P.1-6

⁷ 香港特別行政區政府(2000).《醫務委員會如何處理投訴》. 香港：香港政府印務局

符合病人和公眾的利益」⁸。在處理有關投訴個案，有立法會議員認為「很難相信醫療界沒有醫醫相衛的情況存在」⁹。一位醫生在報章公然要「醫委員應保障醫生聲譽」。¹⁰ 醫委會一直強調依法而行，且付出極大的勇氣承擔裁決責任。¹¹ 但為何哈佛報告書提出強烈批評，而公眾的「醫醫相衛」印象不減？

1.1 制度造成了專業控制

公義的彰顯在於一個公平、公正和公開的制度。然而，醫委會被指稱專業操控，不受公眾監察。目前醫委會是專業的法定組織，集專業資格審定，專業自律及工會於一身。在處理投訴上，則是把調查、聆訊、裁決共治一爐。令人懷疑偏幫醫生。¹²

現時醫委會共有二十八位委員，其產生方法如下：

- ◆ 香港大學 2 名註冊醫生
- ◆ 中文大學 2 名註冊醫生
- ◆ 醫管局 2 名註冊醫生
- ◆ 衛生署 2 名註冊醫生
- ◆ 香港醫學專科學院 2 名註冊醫生
- 共 10 名
- ◆ 香港醫學會選出 7 名註冊醫生
- ◆ 全港註冊醫生選出 7 名註冊醫生
- 共 14 名
- ◆ 特首委任四名業外人士¹³
- 共 4 名

從上述之組織而論，公眾有理由懷疑醫委會處理投訴個案只維護同業利益，而忽視病人權益造成「醫醫相衛」。¹⁴

中文大學醫學院一位教授批評：「現時醫委會由普選產生的名額太多，醫生可能要向選民負責，影響聆訊公平性。難免有偏幫醫生之嫌」。¹⁵而醫委會有委員亦承認「現時委員是由醫生選出，靠選票，故一定有『包袱』」。有醫學院教授認為，「現時的醫委會與時代脫節，應研究全盤改革」。

自哈佛報告發表，公眾對於醫委會的處理投訴極表不滿，醫學會及醫委會均表示會增加兩名非專業人士，以為平息公忿。實則增加兩名成員只是政治上的決定並非解決問題。立法會議員曾鈺成於其文章「醫委會增外人就可以解決問題？」認為「需要檢討的不只是醫務委員會裏坐著什麼人？而是整個制度和程序。」¹⁶

⁸ 《香港醫護改革，為何而改，為誰而改—美國哈佛專家小組分析報告(摘要) 1999.香港. 香港政府印務局

⁹ 《蘋果日報》2001年4月18日

¹⁰ 《明報》2001年3月3日

¹¹ 《明報》2001年4月14日

¹² 《明報》2001年5月2日

¹³ Medical Registration Ordinance chapter 161 PII.

¹⁴ 《明報》2001年5月2日 《蘋果日報》2001年4月14日

¹⁵ 《明報》2001年5月2日

¹⁶ 《明報》2001年2月2日

1.2 醫務委員的初步偵訊

任何向醫委會的投訴必經的兩個主要步驟。

(a) 初步偵訊委員會正副主席審議決定。

(b) 兩位正副主席正為表面有證據的個案轉交初步偵訊委員會研訊。

過去五年的統計數字如下：¹⁷

性 質	個 案 數 目				
	1995	1996	1997	1998	1999
—經初步偵詢委員會主席及副主席考慮的個案總數	177	168	190	245	230
—經初步偵訊委員會審議的個案總數	78	42	44	56	39
—經初步偵訊委員會轉介醫務委員會召開的紀律研訊個案總數	14	9	10	7	17
—初步偵訊委員會轉呈健康事務委員會進行研訊的個案總數	—	—	—	—	2

依據上述資料，投訴個案被正副主席二人駁回的佔大多數的，若僥倖被選中，也過不了初步偵訊委員會。最後投訴人收到的覆信只簡單地說：「小組主席及副主席詳細審閱及考慮過有關資料後，一致認為並無證據顯示醫生曾犯上『專業上不當的行為』因此，根據上述的規例的規定，醫務委員會不會再進一步處理你的投訴，而本會的紀律行動亦告終結」。「終結」得非常「一致」但理由欠奉。如此無疾而「終」，投訴人自然會認定醫委會是「黑箱作業」。現代公共行政學已主張問責制和增加運作透明度，醫委會若不因時制宜，續繼固步自封，恐怕會被公眾唾棄。

1.3 定義空泛 量刑無則

何謂「專業上行為失當」，醫務委員會如此定義：「假如一名醫生在執行職務時，曾作出被同業認為是可恥，不道德或不名譽的事情，而這些同業均認為能幹且有良好聲譽者，則香港醫務委員會於証實確有其事後，即可判該醫生專業上行為不當」。

醫委會在闡述「專業上失當行為」十分抽象及含糊不清，故此在過去醫委會的判例中便不難發現判決欠缺準則。

(例 一)

二零零零年五月廿二日，案情為一位中年孕婦被診斷患纖維瘤，在不足五小時替她進行終止妊娠、切除子宮、割除卵巢及右邊輸卵管等手術。醫務委員會裁定醫生專業失當，在做手術前沒事有給病人指引，認為手術「不適當」和「不需要」。案涉專業道德和病人權益。然而，醫務委員會以其只是溝通小問題給專業失當的醫生一紙警告信。公眾嘩然，醫委會成員則憤然指出「外界人士沒有資格批評」。¹⁸事件受質疑之處並非艱深的醫療知識，只要任何一個識字的人都明白「不適當，不需要」的詞義，公眾質疑醫委會的判決是否「公道」。若果醫委會知道實情，為何不向公眾交待判決的理據。當前的醫療已進入實證年代¹⁹，公共行政之問責性和透明度是必需的，

¹⁷ 香港醫務委員會 1999 年年報 19 頁

¹⁸ 〈South China Morning Post〉 29/5/2000

¹⁹ 《章心言·(1998)《開藥以外》.香港: 明報出版社有限公司

否則難令公眾信服。

(例二)

一九九八年一位醫生利用官函作宣傳，結果被醫委會裁定專業失當，判停牌三個月。但醫生不服裁決，並指在醫委會裁決時，沒有給予理據，於是申請司法覆核。案件於一九九八年由上訴庭審理，上訴庭法官頒下判詞是清楚表明，醫委會作出裁決是「有責任給予理由」。判詞同時說明，醫委會的裁決決不能只是宣讀結果，必須說明事實推斷及判決理由，讓與訟人知道自己為什麼贏，為什麼會輸。²⁰ 港大法律系教授認為：「醫委會裁決時不提供理據，已經違反普通法的公義程序『危險性』，在於裁決可以被上級法院定為不妥當，撤消裁決」。²¹

(例三)

一九九四年，醫務委員會裁定一名私家醫生以大劑量類固醇「治療」三歲小孩兩個月，導致腎上腺分泌被壓抑，身體機能受損。但醫委會聆訊認為有「疏忽」，但未至「嚴重疏忽」，故此判「專業失當」不成立，只被譴責了事。²²

二零零一年一位私家醫生處方超過安全水平兩倍的類固醇，給予一位女病人，結果病人臉部紅腫及長出長毛，腰圍變粗，被專家証實患「富因氏綜合症」。醫委會聆訊裁決為「專業失當」，除牌一年。²³從上述的案例很易看出醫委會判案量刑沒有標準，也沒有給予當事人及公眾合理的解釋。

(例四)

二零零一年四月關於一位醫生被指於九九年 5 月，為常大便出血之的士司機進行結腸檢查及內窺鏡切割息肉手術時，以免手提耳筒講 13 分鐘無線電話。病人質疑醫生因分心講電話，導致他手術後出現千分之一機會才出現的腸穿情況，需接受第二次手術。其判詞認為「被告沒有疏於職守，亦沒有專業失當」事件引起了公眾討論。²⁴其原因非常簡單，因為一個具法定地位專業團體其判決應具高尚之專業道德。但此次事例，不但充份顯示醫委會違反「一般常識」的無知，且明顯地偏幫了醫生。²⁵

《世界醫療專業道德守則》²⁶訂明醫生要保障病人權益，而全心尊敬治療病人是每位醫生謹守基本道德要求，城市大學一位教授說：「綜觀整件事，最令人擔心的可能不是所謂『醫醫相衛』的問題，而是那種對基本是非和道德直覺的無動於衷，對明顯的冒犯行為不置一詞。與其說這是偏私，更恰當的說法是患了道德辭彙(moral vocabulary) 貧乏症。它的徵狀是，在評價事件時只在乎有沒有違規，有沒有侵權，程序是否公正，而忽略了法理以外的道德考慮，例如對弱者的同情，對病人的尊重，和對自己犯錯的羞愧。

²⁰ 《明報》2001年6月3日

²¹ 《明報》2001年6月3日

²² 章心言：〈醫生黨「圍威喂」〉《開藥以外》.香港 明報出版社.1997

²³ 《明報》2001年2月23日

²⁴ Brief report on the conduct of the Disciplinary inquiry on 11 April 2001. p.2

²⁵ 據蘋果日報 2001年4月14日醫委會委員聆訊完後，於網上恭賀被告無罪；又多番挖苦病人。

²⁶ The International code of medical ethics.

香港大學醫學院一位教授說：「醫學的生命是醫生的道德操守呀！一名缺乏醫學道德操守的醫生，與同屠夫無異，與偏子又有何分別？一個滿有醫學技術，但缺乏尊重生命和不誠實的醫生，只會視病人為獵物。如他們做不應做的手術，他們手術如何出神入化，但也只是冷血的屠夫；也只淪為天天向市民派丸仔的丸仔醫生，和那些在醫研做手腳，和那些篤數醫生，和慣性證明別人癡呆的醫生。」²⁸

中大一位醫學院教授認為：「醫委會是維持醫療水準及監管醫生專業操守的法定組織，並不是維護醫生利益的工會，但有些委員卻將角色混淆，以維護醫生利益為前提。」²⁹

中大醫學院泌尿科一位教授，曾就上述第一案例於醫委會判決醫生沒有「專業失當」後強烈指出：「醫務委員會應致力維護高尚之專業操守為職志，而非袒護個別失職之醫生。」³⁰ 上述的道理是肺腑之言，對於當前自得其樂的醫務委員會委員應是當頭棒喝。

現任衛生福利局長楊永強醫生說：「每一個規管制度不可以停留在幾十年前，社會看法已轉變。我們不斷檢討整個制度……是否適合社會上的期望。」³¹ 醫學會會長呼籲同僚：「放下自我捍衛及不要懷緬過去自由度很高的美好日子，團結與社會並進，對社會的要求作出適度的回應。」³² 無疑，改革醫委會已走上了不歸路。

2. 醫管局公眾投訴委員會

據公眾投訴委員會的報告，委員平均會每一個月舉行兩次會議處理個案，每次五、六小時。當值委員每星期有二至三天中午與祕書處工作人員討論和審閱文件，會見投訴人或被投訴人，往醫院實地探訪與醫院行政總監或主管醫生交流意見。至於投訴個案的直接調查工作由醫院和醫管局負責。然而，此制度卻深被公共醫療醫生協會的攻擊。醫生不滿？投訴人不滿？病人組織不滿？公眾投訴委員會不滿？一個具良好願望的制度，究竟出了什麼問題？

2.1 局內機制

公眾投訴委員會純粹是一個醫管局內的機制，公眾投訴委員會是據醫院管理局條例 113 章 5 段 m 項，醫管局得設立一個制度「以妥善考慮使用醫院服務的人或公眾就醫院服務提出投訴」。³³ 不幸，由於沒有法定地位，不但沒有直接調查權。個別情況，甚至邀請醫管局轄下醫院醫生和護士會面亦遭拒絕。³⁴

²⁷ 莫家棟：〈醫務委員會的道德語言貧乏症〉，《信報》2001年5月10日

²⁸ 香港大學醫院〈使命宣言〉

²⁹ 〈明報〉2001年4月17日

³⁰ 〈South China Morning Post〉31/52000

³¹ 《信報》2001年4月23日

³² 《明報》2001年4月17日

³³ 《信報》2001年4月

³⁴ 《South China Morning Post》14/2/2001

2.2 公眾投訴委員會之獨立性受質疑

據明報於一九九九年六月十八日之報導，前副庫務局長兼醫管局董事成員林鄭月娥建議：「公眾委員會秘書處，應該變成獨立機構，讓人看到他的獨立運作」³⁵。「公眾投訴委員會職權範圍」如此說：「委員會須獨立地審議及決定公眾人士的投訴。……審議及決定由醫管局，立法會秘書處及其他投訴途徑經轉達的其他投訴」。³⁶公眾投訴委員會的秘書處隸屬於醫管局，其獨立性備受質疑。據一九九九年七月十日衛生福利局楊永強醫生就有關醫管局處理投訴說：「醫院管理局有指特定的人員去協助轄下的公眾投訴委員會，處理投訴工作，其中包括一名副總監和五名行政人員。他們負責向有關醫院索取資料為投訴進行分析及評估，及在有需要時向個別醫療專家徵詢專業意見。此外，八名本身是醫生的醫管局分區聯網經理，亦從旁協助，提供意見。」

此外，關於個案的調查完全是由被投訴的醫院做，主要是由醫院行政總監負責。因此，被投訴的醫院「自己查自己」上至行政總監、顧問醫生或職工均可能主導「調查」報告。委員會有的是醫院「調查」的「結果」和醫管局的「分析評估」。

前任庫務局副局長醫管局董事一直希望公眾投訴委員會成立獨立秘書處，認為能更公平及積極協助醫療事故的投訴者。³⁷病人互助組織聯盟主席、醫管局董事局成員兼公眾投訴委員會也承認「公眾投訴委員欠獨立」。並指出：「公眾投訴委員會沒有獨立秘書處，一切書信來往、資料搜集、會議安排等，也由醫管局的秘書處負責。該秘書處共侍委員會及醫管局，處理的又是投訴「自己友」個案，瓜田李下難免欠公信力。她坦言，甚至連部分委員本身亦擺脫不了醫管局的包袱，在處理投訴時偶也會顧及醫管局立場。」³⁸

2.3 關於獨立專家意見

公眾投訴委員會職權範圍第二項：「委員會需獨立地對投訴作出調查，並有需要時，委任醫管局、私人執業或海外專家小組就投訴進行調查及提交意見」。³⁹

經常協助市民作出醫療投訴的立法會議員鄭家富認為：「公眾投訴委員會單靠醫管局專家意見，欠缺上訴機制不夠獨立、全面。……醫生圈子多師徒關係，互相認識，總有「界面文化」，難免「醫醫相衛」⁴⁰事實上醫管局能動用的資源非常龐大，單是顧問級的醫生便接近有 500 人。反之投訴人大海撈針，甚至願意付出費用也找不到專家。故有投訴人很疑慮地問：「個人怎能與醫管局這巨人討公道？」至職權內之建議聘請「海外專家」迄今仍待回應。

³⁵ 《明報》2001年6月18日

³⁶ 《公眾投訴委員會職權範圍》1999年11月30日

³⁷ 《星島日報》1999年9月30日

³⁸ 《星島日報》2001年1月5日

³⁹ 《公眾投訴委員會職權範圍》1999年11月30日

⁴⁰ 《星島日報》1999年9月30日

公眾投訴委員會審議過案必須根據專家報告而決定結論。而醫院或醫管局所聘的專家，其報告例必全份給予被投訴醫院之行政總監、顧問醫生、主診醫生參閱並可回應及評論，唯獨投訴人則無權索取或參閱報告。此點對於投訴人而言並不公平，因此不少投訴人均認為公眾投訴委員會處理個案並不完全公平，有偏幫醫院之嫌。

2.4 醫管局投訴委員會虛有其名？

立法會議員鄭家富批評公眾投訴委員會：「醫管局轄下的公眾投訴委員會欠缺透明度……加上委員會亦欠法定權力，根本無能力向市民討回公道。」⁴¹ 醫委會主席於二零零一年五月十四日在電台節目指稱公眾投訴委員會一如醫委會般沒有公信力。

由於公眾投訴委員會沒有法定權力，不能傳召相關之醫療人員作供，不能作直接調查，祕書處又是醫管局職員，委員會會議又是閉門，公眾絕無機制參與，其透明度及問責性甚受質疑。是故，無論委員會主席和委員付出多大代價，竭力工作，仍未獲得公眾絕對信任。

2.5 公眾投訴委員會受局內的法律顧問影響

現時醫管局內有法律顧問辦公室專責處理投訴，不論醫院的覆信或公眾投訴委員的覆信均可能先交由局內的律師審閱，以避免可能承擔的法律責任，⁴² 或被告時可處較有利位置。⁴³ 故此，公眾委員會議決的案件，覆信也可能被延遲了幾個月。

為此，醫管局董事兼公眾投訴委員會委員林鉅成醫生曾於會議時提問「公眾投訴委員會如何獲得適當法律支援」，董事會主席曾回答：「公眾投訴委員會應考慮有自己獨立的法律顧問。」然而，此項意見已隨空氣漂散。

2.6 真相大白？

公眾投訴委員會職權只限尋求事實真相。因此，一些個案雖然判定投訴成立。至於投訴人是否會得到賠償，或如何給予犯錯之工作人員之處分，則是職權範圍外，委員會無權處理。再者，若有對院內不善的制度所作出之建議，只能依賴醫管局總部之管理階層跟進，最終如何，多數不得其知。

2.7 公共醫療醫生協會不合作

公共醫療醫生協會為公共醫療系統之工會，擁有龐大的勢力。其會長於二零零零年九月十四日在電台節目呼籲醫生杯葛出席公眾投訴委員會會議，若果要出席，完全保持沉默。

二零零零年九月公共醫療醫生協會會長寫信給所有公共醫療系統醫生，不要出席公眾投訴委員會會議，只作書面報告，保持沉默。⁴⁴

二零零零年三月十一日一篇以「壹大夫」為名發表的「小醫生醫事日誌」文章。其內容情節全是虛擬、杜撰、富挑釁性，蠱惑公眾和抹黑公眾投訴委員會。事實上被投訴的醫院高層和醫管局管理層完全清楚事件真相，唯

⁴¹ 《蘋果日報》2001年3月28日

⁴² 醫管局所請之專家其報告均列為法律保護文件（legally privileged document）

⁴³ 《星島日報》2001年3月26日

⁴⁴ 《South China Morning Post》14/9/2001

不願澄清，恐惹怨醫生公會抗擊。⁴⁵ 委員會至今沉冤未得雪。

3 衛生署

衛生署現時提供門診服務，亦是監管私家醫院的機制。但衛生署過往曾處理什麼醫療投訴個案、有什麼投訴程序或調查結果現時仍無跡可尋。而衛生署亦是直接提供服務的政府部門，被指為「官官相衛」，⁴⁶ 其公平性必然受質疑。

上述三個投訴機制深受哈佛報告書專家及公眾批評的「專業操控」情況並未改變。而每一個投訴機制亦只是處理部分投訴事項。公眾難於分辨，尋找合適渠道，以致投訴不獲得合理公平的處理。⁴⁷

4. 其他機制

4.1 申訴專員公署

據報申訴專員公署每年平均收到二百宗有關醫療問題的投訴，其中一半涉及醫管局，但申訴專員公署由於權限而不能完全處理有關投訴。申訴專員公署只能處理涉及行政失當的問題，但涉及醫療失當則不能處理，所以一宗投訴案件不能全面處理而需轉介。⁴⁸

4.2 消費者委員會

消費者委員會總幹事認為：「現時的投訴機制容易使病人混淆」，故建議成立一個獨立及高透明度的機制，專責處理病人投訴。⁴⁹ 她說：「為挽救醫委會的公信力，令醫生專業的形象得以翻身，醫委會的守則一定要作翻天覆地的修改，她建議醫生行為不可再單靠同儕來評定是否存在專業失當，應由公眾人士，有法律背景的法官、爭取病人權益、消費權益的人士，一同作判決。」⁵⁰

4.3 平等機會委員會

平等機會委員會據法例而設立，現時只限於處理殘疾及性別歧視等投訴。至於事涉醫療事故，限於法例，不能受理。⁵¹

4.4 立法會議員、區議員只作轉介工作，無權、亦無能力處理投訴。

4.5 司法制度

並非人人可負擔昂貴訴訟費之機制。

⁴⁵ 壹大夫.〈小醫生醫事日誌〉《信報》2001年3月11日

⁴⁶ 《明報》2001年3月13日

⁴⁷ 從醫院管理局的《醫院管理局投訴處理機制》的小冊子中還建議其他投訴機制，有：香港特別行政區行政長官辦公室、立法會/區議會秘書處、衛生福利局、香港醫務委員會、申訴專員公署、消費者委會

⁴⁸ 《香港經濟日報》2001年3月19日

⁴⁹ 《明報》2001年4月27日

⁵⁰ 《星島日報》2001年4月30日

⁵¹ 平等機會的使能推動男女之間、傷健之間、有家庭崗位和沒有家庭崗位的人士之間機會平等；透過立法、行政措施和公眾教育，消除對性別、婚姻狀況、懷孕、殘疾及家庭崗位的歧視；消除性騷擾及對殘疾人士的騷擾和中傷。參閱平等機會委員會1999/2000年報第二頁

五、與時並進 更新文化

英國自有關小兒心臟外科醫生失當，⁵²謀財害命的「魔鬼醫生」案件後，⁵³全國震動，要求徹底改變現行之規管制度。幾年來，不論「國民醫療系統」或英國醫學會均從事大革新，香港亦不應例外。

1. 專業自主

醫療專業組織的原有使命為保障病人安全，維護公眾利益。⁵⁴

香港有醫學會、醫學專科學院、醫務委員會，然而卻少提及如何訂定服務水準。若要建立公眾對醫療服務信心必須從高水平的服務始。一旦醫療事故發生必有原因。尋根究底，找出原因，才能糾正和預防錯誤。香港的醫生指業外人無知，但專業組織又不作檢討，不事進取只予人不講道理的形象。英國吸取了教訓，「國民醫療系統」和醫務委員會已重新定訂服務水平指標。⁵⁵香港的醫療專業團體怎可能沉醉於幾十年前的「精英迷思」而不醒？

2. 專業與道德不能分家

「手機醫生」事件，醫委會窮盡一切可能解釋的理由，但不為公眾接受。其原因非常簡單，就是以為法律上沒有責任，就可完全無罪，忽視了事件中醫生對病人的其他道德責任。「在沒有條文規範的情況下，我們只能更加依靠醫護人員，能培養出處處尊重病人為念的德性」。⁵⁶

「專業自主必須要提高專業與品德一體化，方能建立專業尊嚴」。⁵⁷

- ### 3. 據報章報道有七成醫護人員認為病人約章造成極大的困擾和製造不必要的投訴⁵⁸。若然是事實，則醫療文化的封閉情況未變，沒有與時並進。病人要知病情、藥物副作用、治療方法，有何不可？這不是醫生責任？真百思不得其解。「手機醫生」事件後，公共醫療醫生協會會長認為：「應視每一位病人都是潛在的投訴者，並和他們保持距離。不要輕易建立病人和醫生關係。」⁵⁹。如此態度立場將是改革醫療制度絆腳石。

⁵² 英國著名的 Bristol Case 審決事件是發生於一九八八年至一九九七年，二名兒童心臟外科醫生及一位醫院行政總監被判有罪。案情指出一位醫生為 15 名兒童做心臟手術。結果 9 名死亡，而英國一般醫院同類手術死亡率低於百分之十五，而該醫生的手術死亡率為百分之六十。另一位醫替 38 名兒童做手術。結果有 20 名兒童因手術而亡，同類手術被核定死亡率低於百分之十，而該醫生的手術死亡率為百分之五十三。案情摘要可參閱一九九九年英國醫務委員會之年報〈Chaning Time Changing Culture〉

⁵³ 事涉一位英國曼徹斯特海德鎮的家庭醫生，被控謀殺 15 名病人罪名成立，判終身監禁。詳情可參閱，黎飛〈魔鬼醫生殺人 300〉《信報》2000 年

⁵⁴ “A First Class Service-Quality in the new NHS”；“Good Medical Practice. GMC. 1995

⁵⁵ 請參閱 1999 年英國醫務委員會之年報及改革文件：〈Acting fairly to protect patients: reform of the GMC’s to practise procedures Effective, inclusive and accountable: reform of the GMC’s structure, constitution governance.〉

⁵⁶ Audrey EU, 〈Discipline a bitter pill for doctors to swallow〉莫家棟〈醫務委員會的道德語言貧乏症〉《信報》2001 年 5 月 10 日

⁵⁷ 林森池〈成立獨立監察機構加強醫護審核〉。《信報》1999 年 7 月 9 日

⁵⁸ 〈South China Morning Post〉24/3/2001

⁵⁹ 《蘋果日報》2001 年 4 月 17 日

「擺在前面的挑戰，與其說是怎樣重建醫療聆訊制度，不如說是如何重修醫生與病人的關係。要增加的不只是醫療界別外的成員，而是法律程序以外有關醫療倫理的探討」。⁶⁰

六、取長捨短 終身學習

1. 美國每年因醫療失誤死亡數目高達 98,000 人。為此，克林頓作總統時代已組成專責委員會處理病人安全事宜，委員會已倡議組成全國病人安全中心專研相關問題。其成立目的是希望有一個專責組織引起大眾對病人權益的關注。此外，專題研究、長遠的政策研究(如人口發展)都是中心的重要工作。另外，設立有關醫療事故的資料庫亦是減低醫療事故其中之一的的方法。因此，中心既能為投訴者提供技術上的支援，同時亦不斷進行專題和政策研究以改善不足或有欠缺的醫療制度。⁶¹

2. 英國有獨立機制而成績顯著。

英國早已意識到成立獨立投訴機制的重要。就英國而言，醫務委員會將有大事改革。分別為：(1)在一百零四名成員當中，非業內人士由 25%增至 50%；(2)由非業內人士擔任主席；(3)按指定及公開的原則委任非業界成員以提高問責性及公信力；(4)處理投訴時分開調查和仲裁；(5)在醫委會下增設理事會，業界及非業界成員比例為 6:4，處理專業事務，並由醫委會監察。此外，另有一位醫療服務申訴專員，他是根據 1993 年《委員服務條例》產生的，是由政府委任的獨立人士出任。⁶²

而在民間，一個名為“Action for Victims of Medical Accident”的慈善團體專為投訴者提供免費專業及法律意見，以幫助受害者得到技術上的支援⁶³ 醫委會與民間組織的信任互助，大大提高了對投訴者的保障。

3. 澳洲

根據澳洲聯邦政府的醫療保障條文規定，每個州均需要成立獨立投訴委員會處理醫療投訴。以澳洲新南威爾斯為例，The Health Care Complaints Commission (醫療健康投訴委員會)是獨立法定組織直接向國會的醫療保障部部長負責。其職權包括處理所有對醫療服務的投訴及專業醫生的守則；調查及檢控投訴個案；報告調查後的跟進工作；印製及派發有關投訴的資料；提供有關投訴處理的資料給醫療專業團體及教育團體；向部長提供投訴趨勢的資料以改善現有的醫療政策及諮詢專業團體、公營及私營醫療服務提供者及市民對醫療投訴程序的意見。澳洲的醫療投訴機制致力保障投訴人的利益，與此同時，亦著重改變社會對醫療投訴的文化和政策的變通性。⁶⁴

⁶⁰ 莫家棟〈醫務委員會的道德語言貧乏症〉《信報》2001年5月10日

⁶¹ 美國 National Academies 新聞稿 29/11/1999. 詳情參閱〈To Err Is Human –Building Safer Health System〉

⁶² GENERAL MEDICAL COUNCIL <Effective, inclusive and accountable: reform of the GMC's structure, constitution and governance. > march 2001

⁶³ <http://www.avma.org.uk/history.htm>

⁶⁴ A Guide to the HEALTH CARE COMPLAINTS ACT 1993

七、迎向挑戰 敢創新機

公眾不信任醫務委員會，公共醫療醫生協會不服公眾投訴委員會，建立一個獨立投訴機制，已是醫療專業團體和公眾的同共訴求。政府應拿出決心和勇氣迎向挑戰。未來的投訴機制應具備下列原則要素。

1. 法定之獨立機制

所有先進地區的投訴機制均有向公眾負責——國會或立法機關交待，而所有投訴機制亦獨立於政府部門外。⁶⁵故此未來之投訴機制應獨立於：

- ◆ 醫院管理局
- ◆ 醫療專業組織
- ◆ 衛生署

猶若目前之申訴專員公署，消費者委員會及平等機會委員會等法定組織。

2. 一站式的投訴機制

一站式的投訴機制故名思義是指投訴人不需於在不同程序當中重複事件的傷痛。投訴人在作出投訴的時候所承受的痛苦是難以估計的。為減輕投訴者的壓力與傷痛，一站式的投訴機制實在能減輕投訴者的勞累和痛苦。

3. 直接調查權

獨立投訴機制應有直接調查權，因為調查的真確性、可信性及嚴謹程度對於個案的判決有著重大影響，現時公眾投訴委員會並沒有直接調查權，因此很難監察醫院的調查之真確性。楊永強局長批評醫委會的調查職能不足難以提出適當的指控。⁶⁶因此，假如獨立投訴機制能擁有直接調查權，除了節省時間外更可減低醫院對事件調查的偏差。

4. 索取資料權

病人在提出申訴時常遇到舉證的困難，對於投訴人而言，什麼資料是有權索取或應有什麼資料也可能不知道。投訴人的個案得不到處理往往就是得不到關鍵的資料，如專家報告。那麼投訴人便處於極為不利的位置，而投訴亦有可能因此而無疾而終。獨立投訴機制應有法定權力代表投訴人向有關醫院或醫生索取資料，使投訴人與被投訴者能處於平等的狀態。

5. 代表起訴權

投訴者在提出申訴時是充滿無助感。雖然現時有三種的醫療投訴機制，但投訴者面對投訴時仍有技術上的困難。投訴者要作出申訴必須提出足夠的理由和證據，但對於毫無醫學專業知識的投訴者而言要舉證是極為困難。因為有許多資料只有專業醫生才知道，而病人根本無法掌握重要資料。因此，獨立投訴機制應賦予法定權力代表病人提出申訴，以幫助投訴者解決舉證上的困難。其次，個人提出檢控必須負擔昂貴的費用，還要承擔敗訴的風險，例如要付堂費等。因此投訴人鮮有作出訴訟。⁶⁷

⁶⁵ 美國 National Academies 新聞稿 1999 年 11 月 29 日

⁶⁶ 《明報》2001 年 4 月 20 日

⁶⁷ 余若薇：〈應授權消委會代消費者起訴〉《明報 2001 年五月十八日》

八、結論

醫生組織、病人權益組織及公眾都贊成設有獨立的投訴機制，政府實需決心及勇氣進行改革。

新設立的投訴機制，必須較現時更公正及有效的處理投訴，不應架床疊屋。