



中華人民共和國香港特別行政區政府總部食物及衛生局
Food and Health Bureau, Government Secretariat
The Government of the Hong Kong Special Administrative Region
The People's Republic of China

本函檔號： FHB/H/1/5/4/2 Pt. 7
來函檔號：

電話號碼： (852) 3509 8945
傳真號碼： (852) 2840 0467

香港中區
立法會道 1 號
立法會綜合大樓
衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會秘書
黃麗菁女士

黃女士：

衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會

二零一三年三月四日會議

就標題的會議紀要記錄的跟進事宜(第 7 段、第 9(a)和 9(b)段及第 12 段)，本局現於附件提供所需的補充資料。

食物及衛生局局長

(張凱珊



代行)

連附件

二零一三年七月十九日

當局就衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會
二零一三年三月四日會議跟進事項提供的補充資料

第 7 段

醫管局答允在會後提供資料，說明醫管局在推算急症專科的醫生人手需求時已列入考慮的其他因素(如有)。

當局的回應

根據醫院管理局(醫管局)提供的資料，在推算急症專科的醫生人手需求時，醫管局除根據人口增長及老化因素推算 2008 年至 2026 年間增加的急症室求診人次外(推算結果已載列於立法會 CB (2) 2690/11-12(01)號文件附錄 B 表一內)，亦已考慮在相同期間預計在醫管局擴展急症內科病房服務的因素。醫管局於 2007 年開始引入急症內科病房服務。此推算假設在推算期間，提供急症內科病房服務的醫院數目由 2008 年的 9 間逐步增加至 2026 年的 15 間。

第 9(a)及(b)段

主席要求醫管局在會後提供下列資料－

- (a) 在適用的情況下，醫生在執行每類工作量所需平均時間的每個個別推算參數各自的分項數字；及
- (b) 就得出立法會 CB(2)2011/11-12(01)號文件附件一表 2 所載列的專科醫生人手需求推算結果的計算中，每個個別推算參數的集中趨勢及差異的適當量數，以及精確的平均值。

當局的回應

(a)項

2. 立法會 CB(2) 698/12-13(02)號文件表一至表九(表一至表九)載有推算各專科醫生人手需求所用的方法和參數。下表載列了醫管局所提供有關門診及外展服務(即表一至表九的服務範疇 B)推算參數的進

一步資料。在推算門診及外展服務醫生工作時間時，醫管局根據表一至表九所示的參數作出整體性的推算，並假設在推算期間各項服務數字所佔的百分比和醫生診症時間的對比值維持不變。

專科	專科門診 新症(首次)比舊症 所需的醫生診症 時間對比值	專科門診 新症人次佔 專科門診總人次 的百分比	專科門診 醫生工時佔其 門診及外展服務 醫生工時的 百分比
內科	~ 2.3 : 1	5%	75%
外科 (包括心胸 外科)	~ 2.5 : 1	16%	100%
婦產科	~ 1.9 : 1	21%	100%
兒科	~ 2.5 : 1	10%	100%
骨科	~ 2.5 : 1	13%	100%
精神科	~ 6.5 : 1	5%	77%
神經外科	~ 1.4 : 1	8%	100%
耳鼻喉科	~ 2.5 : 1	22%	100%
眼科	~ 2.3 : 1	10%	100%

(b)項

3. 正如立法會 CB(2)2011/11-12(01)號文件附錄 A 第 5(a)段所述，醫生執行各類型工作的所需平均時間，是在諮詢各有關臨床專科委員會的臨床專科人員後得出的估算數字。這些估算數字反映了在諮詢過程中，相關專科臨床人員就執行相關工作所必須的時間的共同看法。醫管局會按基準年的整體模型預測結果與實際醫生的工作量和人手數字，核對上述的估算數字。這並不是一項過往要求的調查，而是一個穩健和務實的過程，以求更好地利用專業判斷來計劃醫管局將來所需的人力資源。在這情況下，統計學的趨中和差異量數(如平均值、值域或標準偏差)，並不適用於這人力資源推算模型。

第 12 段

估算醫護人力的已有主要模型的詳情。

當局的回應

4. 醫護人力規劃及專業發展策略檢討督導委員會委託香港大學進行的研究顯示，醫護人力規劃是一項極為複雜的任務，在所研究的文獻或地區當中，均找不到估算醫護人力的通用模式。每種方法均有其優點和限制，在進行預測的過程中，往往涉及不少妥協、簡化和假設。所用的模型是否可靠，取決於所得的數據及其質素是否完備，尤其是私營界別方面的數據，當中有關病人護理的數據一般較為零散、不完整或並非現成可以取得。下文各段載列估算醫護人力需求較常用的模式。

(甲) 以需要為本的模型

5. 以需要為本的模型考慮到人口健康狀況的改變和醫療服務的成效，並根據人口數目和特徵(包括年齡、性別、家庭入息、風險行為及自我評估健康狀況)，估計人口的醫療需要。這些模型可推算醫療服務方面的需要和不足，並可避免醫療服務系統中持續出現不公平和欠缺效率的情況。與以供應或使用率為本的模式比較，以需要為本的模式需要更多數據，因此，能否取得流行病學的數據，是其中一項重要的限制因素。這些模型須取得個別醫療服務對特定健康狀況的成效的詳細資料。此外，這些模型假設醫療資源會因應不同程度的需要而作相應運用，但這項假設是未經證實的。

(乙) 以需求／使用率為本的模型

6. 以需求／使用率為本的模型根據服務使用數據來推算醫療服務的需求。這些模型假設醫療服務工作量在一段時間內維持不變，而且人口增長會直接導致工作量上升。這些模型一般包括(i)醫療服務需求估算或過往使用情況；(ii)預計執業模式轉變；(iii)目前和將會出現的科技帶來的影響，以及(iv)政策改變。有關預測通常限於年齡和性別，但也可包括其他人口特點、市場狀況、架構安排和發病率情況。以往的需求預測模式往往假設所有需要的服務都需要醫生、現有需求恰當、年齡和性別特定資源需求不變，以及能夠預測在一段時間內的人口變化。

(丙) 訂立基準

7. 基準是指當前對合理工作人口的最準確預測。訂立基準，是根據醫護人手與人口的比例及現有的醫療服務，對人力需求作出預測。不同體系的社區特性及醫療規劃準則必須相若，以基準所作的預測才可作比較。要使這些模型切合所需，須就人口結構、人口健康情況、醫療保險、生產力及醫療系統結構的差異作出調整。

(丁) 趨勢分析

8. 趨勢分析是利用過往觀察所得的人口增長和老化趨勢，並根據歷史數據的整體水平和時間序列，推測未來的趨勢。這些模型根據過往的趨勢推算出一個宏觀的模擬系統，假設(i)經濟增長和人均醫生數目兩者有因果關係；(ii)未來需求會反映現有需求(例如服務提供者的現有數目、類別和分布充足)；(iii)生產力維持不變；以及(iv)人口結構(例如人口增長)與觀察所得的趨勢相符。趨勢分析通常用以推算可能出現的增長，尤其是私營界別的增長。不過，這些模型沒有考慮護理需要、醫生生產力和不同服務提供組別人手供應的彈性等方面的發展趨勢。

食物及衛生局

醫院管理局

二零一三年七月