

長遠醫療政策

1997 年 10 月 8 日

劉騏嘉小姐
李敏儀女士

臨時立法會秘書處
資料研究及圖書館服務部

香港中區花園道 3 號
萬國寶通銀行大廈 5 樓
電 話：(852) 2869 7735
圖文傳真：(852) 2525 0990

目錄

	頁
摘要	
第 1 部 —— 引言	1
背景	1
目的及範疇	1
研究方法	2
第 2 部 —— 香港的醫療政策	3
本港醫療制度的發展	3
1996 年醫療護理檢討的範圍	3
醫療政策的原則	4
政策制訂機構 – 衛生福利局	4
政策執行機構	4
衛生署	4
醫院管理局	4
市政總署及區域市政總署	5
環境保護署	5
私營醫療服務機構	5
法定及諮詢機構	6
健康與醫務發展諮詢委員會	6
其他醫療專業機構	6
第 3 部 —— 提供醫療服務的制度	7
香港居民的健康指數	7
主要的致死原因	7
用於醫療服務的公共開支	8
醫療政策的推行：提供服務	10
門診服務	10
住院服務	12
醫療保險	14
申訴制度	14
第 4 部 —— 牙科服務	17

臨時立法會秘書處歡迎轉載這份研究報告的部分或全文，並歡迎將之譯成其他語文。報告所載資料可隨意複製以供非商業用途，但須註明資料出處為臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，並將一份複製文本送交臨時立法會圖書館備存。

第 5 部 —— 影響醫療制度發展的因素	19
自 1974 年以來從未全面更新醫療政策	19
醫療服務規劃零碎不全	20
發展綜合醫療護理制度的障礙	20
公營及私營醫療服務機構之間缺乏聯繫溝通	20
缺乏家庭醫生制度	20
全科醫生及傳統中醫之間缺乏聯繫溝通	21
基層／中層／第三層醫療服務機構之間缺乏聯繫溝通	21
醫療護理服務機構，其他政府部門及服務機構之間缺乏 聯繫溝通	21
並無設立綜合資訊系統	22
對私營醫療服務採取不干預的政策	22
對傳統中醫業實施註冊制度進展緩慢	22
實施基層健康服務報告建議進度緩慢	23
需求增加	24
普通科門診服務的需求	24
專科門診服務的需求	25
住院服務的需求	27
急症服務的需求	29
人口增長	30
人口分布及醫院分布未能配合	31
人口老化	31
內地來港的病人	33
消費者期望日高	34
增加公共開支	34
收費低廉令需求增加	34
醫療護理產品成本持續增加	35
經濟情況的變化	35
沒有從事經濟活動人士的需求	35
醫療成本不斷上升	35
醫療護理產品價格上漲	35
研究及發展的費用不斷提升	35
供應帶動需求	36
保持適當的職員組合	36
醫管局的醫生供應	36
醫管局護理人員的供應	37
醫管局醫護人員流失情況	39
人手對病床比率分析	39
衛生署的人手情況	42
衛生署的角色	43
健康與醫務發展諮詢委員會的角色	44
法定及專責委員會的角色	45
第 6 部 —— 總結撮要	45
附錄	47
參考資料	62

摘要

1. 是項研究的目的是概述現行醫療護理政策，其決策過程及推行情況。研究旨在找出可能影響醫療護理服務長遠發展的因素。
2. 政府在1964年發表首份醫療服務政策文件，並在1974年發表第二份有關文件。自此以後，當局並無全面檢討或修訂政策目標。預期政府將於1998年完成首次醫療制度的全面檢討工作。
3. 政府的醫療服務政策目標是保障及促進公眾的健康，以及向香港市民提供醫療和保健服務，確保沒有人因缺乏金錢而不能獲得適當醫療診治。政府亦為連資助收費也無法負擔的有需要人士提供保障。
4. 衛生福利局負責制訂醫療政策。執行政策的機構是衛生署及醫院管理局。其他與公眾健康有關的部門是環境保護署、市政總署及區域市政總署。私營醫療護理服務機構是由市場力量釐定。
5. 在過去10年，用於醫療護理方面的公共開支增加接近6倍，在1996/97年度達250億5,100萬元。醫管局得到較多撥款，佔該年度醫管局及衛生署的經常開支總額的90%。
6. 一項調查指出，當香港人需要門診服務時，約66%人士會向私人執業醫生求診，老人及低收入人士（佔總人口約21%）會向公營機構醫生求診，約11%的人口向傳統中醫求診。
7. 公立醫院提供約90%的住院服務。在1997年，急症病床的收費是港幣68元，佔服務成本不足2%。不過，照顧餘下10%人口的私家醫院，收費卻高昂得多。
8. 超過100萬人受團體或個人醫療保險保障。
9. 政府為不足10%的人口提供牙科服務，他們大部分是學童及公務員。
10. 影響醫療護理制度長遠發展的主要因素是a)全面檢討或修訂醫療政策目標以配合社會轉變帶來的需要，b)並無綜合醫療護理制度去提供連貫的醫療護理服務，c)醫療護理服務的需求與日俱增，d)服務開支及成本不斷上升，e)醫務人員短缺，不足以支援醫療護理服務，f)政府、醫療保險公司及其他團體在制訂醫療護理政策時的規劃及實施碎零不全。

長遠醫療政策

第 1 部 —— 引言

1. 背景

1.1 由於預期政府將於 1998 年完成醫療制度的檢討，臨時立法會衛生事務委員會委員因而要求臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部（以下簡稱「本部」）就現行的醫療制度進行研究，以便他們日後進行討論。

2. 目的及範疇

2.1 本報告是本部就醫療制度進行一系列研究的首份文件，目的是概述現行醫療政策，其決策過程及推行情況，並嘗試找出可能影響香港長遠醫療服務發展的現存問題及外在因素。由於提供醫療服務與需求及資源分配有直接關係，本文件應與本部其後發表的「醫療融資」及「老人醫療健康護理」研究報告互相參照，以便能全面檢討此課題。

2.2 由於公營醫療機構是本港主要的醫療服務提供者，因此本報告的討論範疇將以公營醫療機構為主。本部以 10 年為研究時段，作為發展趨勢分析，及為評核政府在其後 10 年擬定發展計劃的基準。我們選擇用“10 年”來衡量“長遠”的發展，是因香港社會迅速轉變，同時亦符合香港政府一貫以 10 年為一時段的做法，例如“1996-2006 年的長遠房屋策略”。在本部其後發表的「醫療融資」報告中，將以香港的情況與外國作出比較。

2.3 本報告分為 6 部分。第 1 部是簡介。第 2 部闡述香港醫療制度的架構。第 3 部以投入的資源及所得成果作為根據，從一個系統的角度，去描述提供醫療服務的過程。第 4 部陳述牙科服務的情況。第 5 部分分析可能影響醫療制度進一步發展的問題及其他主要因素。第 6 部是總結撮要。

3. 研究方法

3.1 為獲取資料進行分析，研究人員曾審閱有關的材料，包括政府資料文件、不同機構的研究報告、立法局會議正式紀錄及立法局參考資料摘要。本部職員曾聽取衛生福利局及醫院管理局(以下簡稱「醫管局」)人員的簡介，並與有關學者及醫療專業人士(例如數間醫院的行政總監及顧問醫生)面談。研究人員亦曾致函及傳真予各有關組織，例如香港保險業聯會、香港醫務委員會、香港醫學會、新邨西醫協會、政府統計處、人民入境事務處及保安局，並致電各有關團體跟進，以查詢所需的資料及數據。

3.2 本研究報告是根據上述資料撰寫。

第 2 部 —— 香港的醫療政策

4. 本港醫療制度的發展

4.1 香港在 1843 年首次引入政府醫療服務，首間政府民用醫院在 1850 年設立，但在 1874 年被颱風吹毀。當時醫療服務的對象只限於在港居住的駐防部隊及歐籍人士，大部分本地居民則仍依賴傳統中醫治療。政府在 1964 年才發表首份醫療服務白皮書。

4.2 當局在 1974 年發表第二份白皮書，勾劃本港的 10 年醫療政策。其中一項政策目標是“.....確保市民獲得醫療和個人保健服務.....對象特別包括大多數倚靠受資助醫療服務的市民”。此後，政策目標一直沒有改變，當局亦無就此目標進行基本的檢討。

4.3 然而，當局曾就醫療政策運作進行一連串獨立檢討。首先，當局在 1988 年成立臨時醫院管理局，並在 1990 年正式成立醫管局，從而徹底改革醫療制度。其次，在 1989 年成立基層健康服務工作小組，以便檢討所提供的基層醫療護理服務，結果當局以試驗性質實施了地區健康服務。第三方面，當局曾在 1993 年進行一項涉及醫療融資的檢討，但有關建議得不到社會人士的全面支持。有一點值得注意，上述各項檢討均維持 1974 年所訂的政策目標，即“沒有人因缺乏金錢而不能獲得適當的診治”，並沒有質疑或試圖修訂此項目標。

4.4 1996 年，政府開始檢討醫療制度，“以制訂醫療政策和制度，從而滿足本港在未來數十年的需要”。預期檢討工作可於 1998 年或以前完成。附錄 I 撮載本港醫療制度的發展和醫療政策的演變。

5. 1996 年醫療護理檢討的範圍

5.1 根據衛生福利局提供的資料，“該項檢討在宏觀層面檢討本港醫療融資及提供醫療服務的制度，並探討例如公營及私營機構的角色、基層護理、中層護理及第三層護理互相銜接、現有撥款來源、公營服務的範圍、日後的資助服務及提供服務的最佳方式等問題，並研究其他國家的制度，以及這些國家的制度的特點是否可供借鑑。”

6. 醫療政策的原則

6.1 政府的醫療政策是“保障及促進整體市民的健康，以及向香港市民提供醫療和個人保健服務，確保沒有人因缺乏金錢而不能獲得適當的診治”。

6.2 至於對資助收費也無法負擔的有需要人士，政府亦提供保障，例如領取綜合社會保障援助（以下簡稱「綜援」）的人士可免費接受公共醫療服務，而公立醫院內沒有能力購買某些不包括在每日住院費用內的醫療用品¹的病人，可向撒瑪利亞基金申請經濟援助。

7. 政策制訂機構 – 衛生福利局

7.1 衛生福利局負責制訂醫療政策、監察衛生署和醫管局執行醫療政策及所提供的服務，並統籌兩個機構的運作，以確保能有效善用資源。

8. 政策執行機構

衛生署

8.1 衛生署是政府的衛生顧問，亦是負責執行醫療政策及履行法定職能的機構。該署負責公眾健康、預防疾病、提供治療疾病和康復服務，以及促進健康。簡單而言，衛生署主要負責提供基層醫療服務²。其服務範圍列載於附錄 IV。

8.2 在 1996 年，衛生署共聘請 2,441 名醫療專業人員，包括 519 名醫生、211 名牙醫及 1,043 名註冊護士³。

醫院管理局

8.3 醫管局於 1990 年成立，是一間獨立的法定機構，負責管理及支配本港各間公立醫院。醫管局獲政府撥款，並推行政府以醫院為本的醫療政策。醫管局藉著進行周年規劃過程及發表周年工作計劃書，向政府及公眾作出交代，讓公眾審閱該局在年內所定下的工作目標及已取得的成果。醫管局亦透過衛生福利局局長向政府提交年報及財政報告。

¹ 附錄 II載列公立醫院內各類須自行購買的醫療用品。

² 附錄 III列載各項醫療保健服務的定義。

³ 《1997年香港年報》（英文本），第469頁。

8.4 醫管局現時負責管理 44 間公立醫院／機構，以及 48 間專科門診中心，聘請的全職僱員達 47,247 名。截至 1996 年年底，由醫管局管理的醫院病床數目共達 25,500 張，即每 1,000 人有 4.05 張公立醫院病床⁴。

8.5 醫管局提供的中層及第三層醫療服務包括：

- 普通科住院服務
- 精神科(精神病患者及弱智人士)住院服務
- 專科門診服務
- 急症室服務
- 社區護理服務，例如精神科及老人科日間醫院、社康護理服務，以及精神科社康護理服務

市政總署及區域市政總署

8.6 市政總署及區域市政總署根據兩個臨時市政局的政策指引，負責本港的環境衛生工作，包括潔淨街道及渠道、收集糞便、垃圾和廢物，管理垃圾收集站、公廁及浴室，防治蟲鼠，以及殮葬死者。執行上述職責須調派 7,274 名員工，並須備有 598 輛特種車輛⁵。市政總署及區域市政總署亦是負責推行食物衛生政策的執行機構，即簽發菜館牌照及檢驗屠房肉類等。不過，須注意的是該兩個部門並不是向衛生福利局負責。

環境保護署

8.7 該署負責執行所有預防和控制污染的措施，包括規劃本港的污水及廢物處理計劃。不過，該署是向規劃環境地政局局長負責，而並非向衛生福利局局長負責。

私營醫療服務機構

8.8 政府對私營醫療服務機構的政策，是要確保公營及私營醫療機構可以並存。所有註冊醫生及私人診所都需要根據《醫生註冊條例》受香港醫務委員會規管，以及根據《診療所條例》受衛生署規管。所有私家醫院必須向衛生署註冊，並須遵守由衛生署發出的“醫院服務水平指引”。

8.9 在 1996 年 12 月，共有 9,196 名向醫務委員會註冊的醫生，當

⁴ 醫院管理局 1997-1998 年度工作計劃書（英文本），第 7 頁。

⁵ 《1997 年香港年報》（英文本），第 172 頁。

中有 3,090 人在醫管局服務，519 人在衛生署服務⁶。

9. 法定及諮詢機構

健康與醫務發展諮詢委員會

9.1 健康與醫務發展諮詢委員會在 1992 年成立，屬於非法定諮詢機構，負責就健康護理服務的發展，以及健康服務與醫院服務間互相配合的問題，向政府提供意見。該委員會的成員名單及職權範圍載於附錄 V。

其他醫療專業機構

9.2 香港醫務委員會根據《醫生註冊條例》獲授權處理香港執業醫生的註冊及紀律規管事宜。其他負責註冊、培訓、註冊／登記考試及紀律規管的醫療專業機構包括：香港牙醫管理委員會，藥劑業及毒藥管理局，護士管理委員會，及助產士管理局等。

⁶ 《1997年香港年報》(英文本)，第469頁。

第 3 部 —— 提供醫療服務的制度

10. 香港居民的健康指數

10.1 香港人口的健康狀況在過去十年持續改善。表 1 顯示出生時的平均預期壽命一直穩步上升，1987 年出生男性的預期壽命為 74.2 歲，到 1996 年則上升至 76.3 歲。同期女性的預期壽命則由 79.7 歲上升至 81.8 歲。嬰兒夭折率為每千名出生活產嬰兒有 4.1 宗，孕婦死亡率則為每 10 萬出生總人數有 3.1 宗。

表 1 - 1987-1996 年香港居民的健康指數

年份	出生時預期壽命 (年歲)		嬰兒夭折率 (每千名出生 活產嬰兒)	孕婦死亡率 (每 10 萬出生 總人數)
	男性	女性		
1987	74.2	79.7	7.4	4.3
1988	74.4	79.9	7.4	4.1
1989	74.2	80.0	7.4	5.5
1990	74.6	80.3	6.2	4.3
1991	75.2	80.7	6.4	5.7
1992	74.8	80.7	4.8	5.5
1993	75.3	80.9	4.8	4.2
1994	75.7	81.5	4.5	11.1
1995	76.0	81.5	4.6	7.3
1996	76.3	81.8	4.1	3.1*

備註：* 臨時數字
資料來源：統計處
衛生署

11. 主要的致死原因

11.1 慢性退化疾病是香港人口主要的死因。從表 2 可見，頭三號主要殺手分別是惡性腫瘤、心臟病及腦充血，在 1996 年分別導致 10,031、4,837 及 3,286 人死亡，佔死亡總人數的 56.6%。據粗略統計，三大殺手的死亡率依次為每 10 萬人有 156.4 宗、76.9 宗及 52.2 宗。

表 2 - 1987-1996 年香港人口的主要死因¹

年份	惡性腫瘤	心臟病， 包括高血 壓心臟病	腦充血	各種肺炎	受傷和 中毒	其他 ²	總數
1987	8,258	4,515	3,136	1,681	1,584	7,785	26,959
1988	8,177	4,599	3,145	2,013	1,551	7,891	27,376
1989	8,585	4,836	2,915	2,029	1,653	8,467	28,485
1990	8,669	4,976	3,075	2,000	1,752	8,729	29,201
1991	8,832	4,858	3,009	1,819	1,810	8,354	28,682
1992	9,021	5,359	3,067	2,002	1,693	9,384	30,526
1993	9,311	4,707	3,247	2,209	1,694	9,054	30,222
1994	9,390	4,909	3,225	2,009	1,718	8,855	30,106
1995	9,680	4,886	3,310	3,266	1,590	8,162	30,894
1996*	10,031	4,837	3,286	3,725	1,699	8,471	32,049

備註：

1. 數字根據已登記的死亡數字。
 2. 包括腎炎、腎病綜合症及腎病、敗血病、慢性肝病及肝臟硬化、糖尿病、結核病、慢性及不定名支氣管炎、肺氣腫及哮喘、若干生育期病症及其他病因。
- * 臨時數字。

資料來源：《香港年報》(英文本) 1991-437 頁，1993-446 頁，1995-505 頁，1997-468 頁

12. 用於醫療服務的公共開支

12.1 表 3 及圖 1 顯示 1986/87 - 1996/97 年度用於醫療服務的公共開支。在過去 10 年，用於醫療的公共開支激增接近 6 倍，在 1996/97 年度達港幣 250 億 5,100 萬元，佔公共開支總額 11.5% 及本地生產總值 2%。

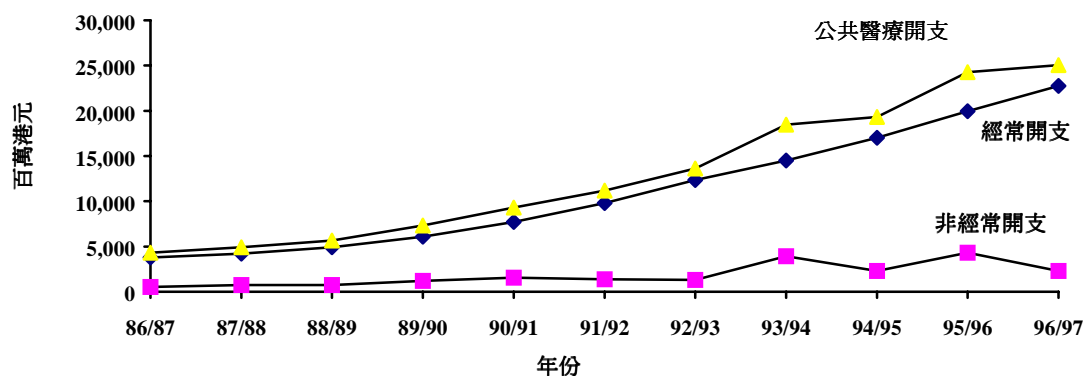
表 3 - 1986/87-1996/97 年度用於醫療服務的公共開支（百萬港元）

年份	用於醫療服務的經常開支	用於醫療服務的非經常開支	用於醫療服務的公共開支	增減百分比	佔總公共開支的百分比	佔國民生產總值的百分比
86/87	3,783.3	519.6	4,302.9	+14.2	9.0	1.3
87/88	4,192.4	729.0	4,921.4	+14.4	9.2	1.2
88/89	4,933.0	740.0	5,673.0	+15.3	8.8	1.2
89/90	6,093.0	1,214.0	7,307.0	+28.8	8.9	1.4
90/91	7,724.0	1,563.0	9,287.0	+27.1	9.8	1.5
91/92	9,785.0	1,379.0	11,164.0	+20.2	10.3	1.6
92/93	12,340.0	1,296.0	13,636.0	+22.1	11.0	1.7
93/94	14,520.0	3,937.0	18,457.0	+35.4	11.9	2.0
94/95	17,027.0	2,295.0	19,322.0	+4.7	11.6	1.9
95/96	19,963.0	4,322.0	24,285.0	+25.7	12.7	2.2
96/97	22,740.0	2,311.0	25,051.0*	+3.2	11.5	2.0

備註：* 經修訂的估計數字。

資料來源：《香港年報》（英文本）1989-366 頁，1991-410 頁，1993-417 頁，1995-476 頁，1997-441 頁。

圖1 - 1986/87 - 1996/97 年度用於醫療服務的公共開支



資料來源：同上

12.2 表 4 載列醫管局及衛生署在 1993/94 - 1997/98 年度的經常開支。醫管局解釋，個人薪酬及職員成本佔總開支 80%。在扣除固定設備、車輛、儀器及資訊系統後，用於病人的實際藥物開支不足 18%。有關醫療開支的詳細分析將載列於本部其後發表的「醫療融資」研究報告內。

表 4 - 醫管局及衛生署在 1993/94-1997/98 年度的經常開支（百萬港元）

年份	醫管局		衛生署		總額
	百萬港元	所佔百分比	百萬港元	所佔百分比	百萬港元
1993/94	13,052.6	90.8	1,327.0	9.2	14,379.6
1994/95	15,330.0	91.1	1,503.0	8.9	16,833.0
1995/96	18,152.9	91.5	1,685.0	8.5	19,837.9
1996/97 (經修訂數字)	20,745.9	91.6	1,898.0	8.4	22,643.9
1997/98 (預測數字)	22,400.1	91.2	2,155.9	8.8	24,556.0

備註：不包括戒毒治療、菲臘牙科醫院及公務員醫療及牙科治療的開支。
資料來源：衛生福利局

13. 醫療政策的推行：提供服務

13.1 香港提供醫療服務的系統運作簡單。基層醫療護理主要由私人執業的全科醫生以收費形式，及由衛生署或醫管局轄下的普通科門診診所提供。傳統中醫亦提供基層健康護理服務。而中層及第三層護理服務則由醫管局管理的醫院或私營機構提供。總括而言，若基層護理服務能有效地提供，則可減少病人（特別是長期病患者）使用較為昂貴的中層和第三層醫療護理服務。

門診服務

13.2 表 5 顯示統計處於 1996 年 5 月至 6 月期間就求診醫生類別進行的一項健康狀況調查資料。結果顯示超過 66% 的被訪者在需要門診服務時，會向私人執業醫生求診，前往衛生署及醫管局診所求診的人數分別佔 12% 及 9%。其餘 11% 人士則向傳統中醫求診。

表 5 - 1996 年向不同類別醫生要求提供門診服務的情況

應診醫生類別	數目('000)	百分比
私人執業西醫*	920.2	66.3
衛生署轄下診所的醫生(診所急症室醫生除外)	166.6	12.0
中醫／跌打醫生／針灸師	145.4	10.5
醫管局轄下醫院門診部的醫生	125.3	9.0
衛生署轄下診所急症室及醫管局轄下醫院急症室的醫生	30.5	2.2
總數	1,388.0	100.0

備註：* 包括已註冊及並無註冊的私人執業西醫，以及在私家醫院門診部、機構診所、慈善團體及豁免診所工作的醫生。

資料來源：統計處特別專題報告第 15 號，第 73 頁

私營門診服務

13.3 大部分的就業人口及其家人均向私人執業醫生求診。根據香港醫學會在 1996 年 6 月中就私人執業醫生收費進行的調查，私人執業的普通科及專科醫生的收費中位數分別為港幣 150 元及 350 元⁷。醫療保險協會在 1996 年 7 月進行的同類調查則顯示該兩項收費分別為港幣 203 元及 429 元⁸。

13.4 根據新邨西醫協會⁹提供的資料，該會由 1984 年 12 月開始設立新邨西醫協會醫療補助計劃，參與該項計劃的醫生，會減收接受綜援及 65 歲以上病人的診金。至於減收的金額，完全由醫生自行決定。

⁷ 香港醫學會公布的私人執業醫生收費調查結果，1996年12月16日。

⁸ 醫療保險協會、香港保險業聯會《1996年現行醫療費用調查報告》1996年11月。

⁹ 新邨西醫協會共有1,535名會員，全部均為註冊醫生。約有1,048名會員為私人執業醫生。

公營門診服務

13.5 公立診所在 1996 年對香港居民的收費如下：普通科門診收取港幣 37 元，專科門診收取港幣 44 元。費用包括藥物在內，約佔每次普通科及專科診症實際平均成本的 19% 及 10%¹⁰。醫管局顯示，求診病人主要是老人及低收入人士。

住院服務

公立醫院

13.6 住院服務主要由公立醫院提供。根據表 6 所示，醫管局提供 90% 的醫院病床，私家醫院只提供 10% 的住院服務。醫管局轄下醫院獲政府大量資助，向市民提供全面的中層及第三層醫療護理服務。在 1997 年，每張急症病床¹¹ 每天只收取香港居民港幣 68 元¹²，佔實際平均成本不足 2%¹³。

表 6 - 1986-1996 年公立醫院及私家醫院病床的分布情況

年份	醫管局/醫院事務署*轄下的醫院		政府留產所		所有公立醫院		私家醫院		總數
	數目	百分比	數目	百分比	數目	百分比	數目	百分比	
1986	20,868	87.4	405	1.7	21,273	89.1	2,599	10.9	23,872
1987	21,175	87.4	379	1.6	21,554	89.0	2,660	11.0	24,214
1988	21,234	87.1	385	1.6	21,619	88.7	2,749	11.3	24,368
1989	21,216	87.2	363	1.5	21,579	88.7	2,763	11.4	24,342
1990	21,374	87.3	315	1.3	21,689	88.6	2,790	11.4	24,479
1991	21,684	87.6	173	0.7	21,857	88.3	2,907	11.7	24,764
1992	22,437	87.8	164	0.6	22,601	88.4	2,955	11.6	25,556
1993	23,271	88.4	131	0.5	23,402	88.9	2,933	11.1	26,335
1994	23,955	88.9	84	0.3	24,309	89.2	2,914	10.8	26,953
1995	25,020	89.3	85	0.3	25,105	89.6	2,926	10.4	28,031
1996	25,600	89.4	72	0.3	25,672	89.7	2,954	10.3	28,626

備註：1990 年以前，政府醫院由醫院事務署管理。

資料來源：醫院管理局

¹⁰ 根據衛生署提供的資料，1996 年普通科門診服務的成本估計約為港幣 191 元，而專科門診服務的成本估計約為港幣 453 元。

¹¹ 非香港居民的收費如下：急症或康復及護養病床的費用為港幣 3,130 元，精神病病床的費用為 865 元。

¹² 港幣 68 元包括膳食、住院、化驗、藥物、手術及其他治療成本。

¹³ 根據醫管局提供的資料，醫管局普通科醫院急症病床的成本為港幣 3,370 元，康復及護養病床的成本為港幣 1,611 元，精神病床為港幣 765 元，衛生署的住院服務成本為港幣 1,758 元。

私家醫院

13.7 私家醫院只會基於收費服務的原則收取病人。費用須在服務完畢後支付。病人可自掏腰包支付或由私人醫療保險承擔。

13.8 表 7 及表 8 顯示香港醫學會及香港保險業聯會就私家醫院收費分別進行調查的結果。

表 7 - 1996年按病房等級劃分的全科醫生進行各種手術、診治及臨床程序的收費中位數（港元）

服務類別	頭等病房	二等病房	三等病房
每日診治	1,200	800	400
臨床程序	2,500	1,500	1,000
特大手術	70,000	30,000	20,000
大手術	27,500	15,000	10,000
中等手術	15,000	9,500	5,000
小手術	5,000	3,500	2,200

資料來源：香港醫學會在1996年12月16日發表有關私家醫生收費的調查結果

表 8 - 私家醫院的住院及手術費用

服務	平均收費(港元)
住房	每天661
醫院費用	每項疾病6,900
手術費(入院)	每項疾病12,497
(診所)	每項疾病1,474
麻醉費	每項疾病4,170
手術室	每項疾病4,195
駐院醫生費	每天807

資料來源：醫療保險協會、香港保險業聯會《1996年現行醫療費用調查報告》
1996年11月

醫療保險

13.9 在1996年，全港人口中，超過100萬人，或高於17%的人口，受醫療保險計劃保障（表9），其中1,039,428人受僱主提供的團體保險計劃保障，其餘1,038,732人自行購買醫療保險。但同時受團體保險及個人保險保障的人數則不詳¹⁴。

表9 - 1993-1996年醫療保險統計

年份	團體		個人		總數	
	保單數目	受保人數	保單數目	受保人數	保單數目	受保人數*
1993	10,595	627,153	237,776	297,047	248,371	924,200
1994	11,573	693,824	273,287	386,376	284,860	1,080,200
1995	15,402	856,690	981,513	1,061,650	996,915	1,918,340
1996	16,350	1,039,428	1,094,646	1,038,732	1,110,996	2,078,160

備註：* 表示總數可能有重計，所以這數字只供參考。

資料來源：香港保險業聯會

申訴制度

13.10 一個意見收集機制（反饋制度）對測量公營醫療機構的效率及效能致為重要。表10載列1993-1996年各個有關機構接獲的醫療服務投訴數目。

¹⁴ 有關的統計數字由醫療保險協會的42間會員公司提供。這些公司佔全港根據《保險公司條例》獲授權進行醫療保險業務的105間公司的40%。

表 10 - 1993-1996 年各個有關機構接獲的醫療服務投訴數目

機構名稱	1993	1994	1995	1996
衛生署	416	418	472	435
醫院管理局	1,762	1,911	1,847	1,735
醫務委員會	134	170	177	168
香港醫學會病人權益及責任委員會 ¹	37	16	6	22
申訴專員 ²	10	76	89	132
消費者委員會	沒有資料	沒有資料	15	24
立法局	5	6	4	9

備註：

1. 1993 年的數目包括由 1992 年 8 月至 1994 年 1 月的個案，1994 年的數目包括由 1994 年 8 月至 1995 年 5 月的個案，1995 年的數目包括由 1995 年 8 月至 1996 年 3 月的個案。
2. 1993 年的數目包括由 1993 年 7 月 1 日至 1994 年 6 月 30 日的個案，1994 年的數目包括由 1994 年 7 月 1 日至 1995 年 7 月 30 日的個案，1995 年的數目包括由 1995 年 5 月 27 日至 1996 年 5 月 25 日的個案，1996 年的數目包括由 1996 年 5 月 25 日至 1997 年 5 月 14 日的個案。

資料來源：申訴專員年報 1994 年 6 月至 1997 年 6 月

衛生署
醫院管理局
醫務委員會
香港醫學會
消費者委員會
臨時立法會申訴部

衛生署

13.11 在 1996 年，衛生署共接獲 435 宗投訴，其中 162 宗投訴涉及職員工作表現，120 宗涉及行政程序，105 宗涉及職員態度。

醫院管理局

13.12 由於醫管局是本港最大及最主要提供醫院服務的醫療機構，因此也是所有處理醫療投訴的機構中接獲最多投訴的機構。在 1996 年，醫管局共接獲 1,735 宗投訴，其中 38% 涉及醫療服務，31% 涉及職員態度。

香港醫務委員會

13.13 香港醫務委員會獲法例授權處理涉及註冊醫生專業操守的投訴。要求退還款項或賠償的申索並不屬於該會的職權範圍，有關人士須另循民事法律程序作出追討。在 1996 年，該委員會共處理 168 宗投訴，其中 101 宗涉及“醫生在診治病人時沒有盡其專業責任”。

香港醫學會病人權益及責任委員會

13.14 有關醫療護理服務的投訴亦可向香港醫學會病人權益及責任委員會提出。該委員會於 1992 年成立，以調解方式處理投訴個案。這種處理方式涉及投訴事項的有關各方，即病人、醫生、香港醫學會病人權益及責任委員會的委員及消費者委員會的代表。在 1996 年，該委員會共接獲 22 宗投訴，其中 18 宗與私人執業醫生有關。

申訴專員

13.15 在 1996/97 年度，申訴專員共接獲 24 宗涉及衛生署及 108 宗涉及醫管局的投訴。這些個案主要涉及有關方面沒有提供適當的治療及沒有將情況告知病人、在護理上疏忽，以及醫院職員態度惡劣。

消費者委員會

13.16 消費者委員會並不接受涉及政府部門的投訴，不過一些市民會致函該會，投訴醫療事宜。該會在接獲投訴後，會將個案轉介適當機構，以便有關機構作出跟進。在 1996 年，該會分別接獲 5 宗及 19 宗有關醫院及醫生的投訴。

臨時立法會

13.17 臨時立法會的申訴部亦處理各類申訴事項。不過，涉及衛生及醫療服務的投訴相對較少，在過去數年每年不超過 10 宗。

第 4 部 —— 牙科服務

14.1 政府向市民提供的牙科服務十分有限。政府的政策是：

- 向公眾推廣口腔健康教育；
- 向小學學童提供學童牙科保健服務；
- 向公立醫院病人、懲教機構的病人及受訓人員、公務員、退休公務員及其家屬提供牙科治療及緊急服務。

14.2 本部取得最近期有關全港市民使用牙科服務的資料，是統計處在 1990 年 10 月至 12 月期間就市民使用牙科服務的全港調查。調查結果顯示，在 1,000 人中，只有 50 人在調查期內曾接受牙科檢查或治療。這種情況反映出市民不大注意需要定期護理牙齒。

14.3 對 1990 年的調查作出回應的市民當中，曾接受牙科治療的人士大多數年齡介乎 5 歲至 14 歲，亦即在每 1,000 名屬該年齡組別的人士，有 105.6 人曾接受牙科治療。這可能是由於政府為小學學童提供牙科保健服務。在 1995/96 年度，有 385,580 名小學學童（佔小學學童總數的 82.4%）曾接受周年牙齒檢查及基本牙科護理服務¹⁵。

14.4 表 11 臚列衛生署牙科服務的求診人次。應注意的是衛生署只為少於 10% 的人口提供牙科服務，而一般市民的求診人次，只佔總求診人次 12%，其餘求診人士均為公務員，退休公務員，家屬或遺屬。而前往衛生署接受牙科服務的人士當中，被界定為牙齒健康的人數不足 30%。

¹⁵ 《1997年香港年報》（英文本）第164頁。

表 11 - 1986-95 年衛生署普通牙科服務的統計（求診人次）

年份	公務員／ 退休公務員／ 家屬或遺屬	一般市民	總數	求診人次 佔人口總數 的百分比	被界定為 牙齒健康 的求診 人次	被界定為 牙齒健康 人士的 百分比
1986	416,480	46,456	462,936	8.4	134,394	29.0
1987	455,963	49,261	505,224	9.1	150,173	29.7
1988	477,414	48,054	525,468	9.4	164,974	31.4
1989	465,444	46,740	512,184	9.1	159,709	31.2
1990	461,554	49,410	510,964	9.1	159,992	31.3
1991	465,607*	50,150	515,757	9.1	161,874	31.4
1992	473,443*	53,524	526,967	9.2	162,415	30.8
1993	470,296*	56,367	526,663	9.0	167,870	31.9
1994	486,262*	65,984	552,246	9.2	164,885	29.9
1995	513,240*#	75,375	588,615	9.6	173,883	29.5

備註：* 包括醫院管理局職員及其家屬

包括東區尤德夫人那打素醫院的估計數字

資料來源：《1990/91 年度至 1991/92 年度衛生署年報》表 55，
《1995/96 年度衛生署年報》表 57
統計處

14.5 港督在《1993 年總督施政報告》中，承諾為下列有特殊需要的病人提供牙科服務：

- 患有嚴重及會導致殘疾的口腔病患者
- 嚴重弱智或肢體傷殘的病人；及
- 患有若干特殊疾病的個別人士

據估計，約有 11,000 名病人屬於上述 3 個類別，其中 1,900 人曾因該項計劃獲提供牙科服務。在 1996/97 年度，會有 3,000 人受惠。至於何時能夠為所有這類病人提供牙科服務，仍屬未知之數¹⁶。政府亦未有計劃將這種服務擴展至有需要的人士及老人。

14.6 衛生署轄下牙科服務組曾於 1995 年發表有關口腔健康的報告。報告的重點是預防蛀牙及牙周病。由於政府的牙科服務政策只是限於提供預防及教育的服務¹⁷，故在 1996 年的醫療制度檢討中，當局較集中研究醫療融資，並無特別提出牙科服務。

¹⁶ 立法局衛生事務委員會會議紀錄，1996年10月14日。

¹⁷ 立法局衛生事務委員會資料摘要，醫療制度的檢討，1997年1月。

第 5 部 —— 影響醫療制度發展的因素

15. 自 1974 年以來從未全面更新醫療政策

15.1 自 1974 年發表的白皮書訂立了醫療政策目標，即“.....確保市民獲得醫療和個人保健服務.....對象特別包括大多數倚靠受資助醫療服務的市民”。政府並沒有進行政策目標的全面檢討。隨後發表各份文件的內容亦維持上述白皮書所訂的政策，即“沒有人因缺乏金錢而不能獲得適當的診治”。

15.2 然而，“適當的診治”及“缺乏金錢”這兩點均沒有定義。鑑於診斷及診治日趨複雜，實在難以釐定向病人提供診治的“適當”程度。另一方面，由於診斷及診治日趨複雜，有關研究及發展費用相繼提高，導致醫療費用日益增加。不過，當局並沒有指定何人應負擔何種服務的費用，亦沒有審查病人的“金錢”收入。

15.3 結果，不論入息多寡，所有市民均可獲得政府提供的各項醫療護理服務，導致政府向任何有需要的市民提供獲大量資助的醫療護理服務，卻只收取低廉的費用。需求不斷增加，但供應有限。整體醫療制度及公共資源分配的效率受到影響。鑑於過去 20 年來本港在社會及經濟方面所經歷的巨大改變，檢討醫療政策目標，對於規劃醫療服務的進一步發展非常重要。

15.4 至於在實施醫療政策方面，政府透過在 1988 年成立臨時醫院管理局，並在 1990 年正式成立醫管局，檢討及徹底改革所提供的醫院服務。政府亦在 1990 年發表了一份有關基層醫療護理服務的文件，繼而實施了地區健康服務的試驗計劃。政府在 1993 年發表了一份涉及醫療融資的諮詢文件，但有關建議得不到社會人士的全面支持。不過，這些只屬制度運作的改變，在“適當的診治”及“缺乏金錢”這兩點缺乏清晰定義的情況下，令人無法評估有關的改變是否有助達致政策目標。

16. 醫療服務規劃零碎不全

16.1 健康是指身體、生理、心理及社交方面的健康。只有透過綜合的醫療護理制度，提供不同層面及類別的延續護理，才能維持在最佳的狀態及得以改善。在制訂醫療護理政策的過程中，並無有效的權力機構統籌跨越不同層面、職能、機構及分科的醫療護理服務規劃。現行的規劃工作以機構劃分，即醫管局規劃公立醫院的服務，而衛生署則規劃基層醫療護理服務。在境環方面，例如對公眾衛生十分重要的食水淨化工作，是水務署的職責範圍，而水務署則向工務局局長負責。另一方面，食物衛生及環境衛生的工作，分別由市政總署、區域市政總署及環保署管轄。由於醫療規劃工作零碎不全，導致政府在處理多次突發的公眾衛生事故時，未能作出協調的反應。以零碎不全的方式推行醫療護理規劃工作，實在難以策劃一套綜合的醫療護理服務制度。

16.2 由於當局並無綜合醫療護理規劃指引醫療設施的發展，個別機構有可能傾向過度擴充，以致未能以最具效益的方法善用資源。

17. 發展綜合醫療護理制度的障礙

17.1 下文 17.2 - 17.10 段詳載有關防礙推行綜合醫療護理制度的主要障礙。

公營及私營醫療服務機構之間缺乏聯繫溝通

17.2 正如第 13.1 段所述，大部分的基層醫療護理服務由私營機構提供，而大部分的醫院服務則由公營機構提供。基層護理服務與醫院服務是連貫的。當病人出院後，往往需要跟進的基層醫療護理服務，而這些服務很多時由私營醫療服務機構提供。但兩者之間的聯繫及協調卻十分有限。很多病人沒有意識到或沒有行使其權利，向公營醫療服務機構索取醫事報告。當他們向全科醫生求診時，便沒有紀錄供醫生參考，因而大大影響病人護理服務的延續性及質素，同時亦影響整個制度在資源運用方面的成效。

缺乏家庭醫生制度

17.3 大部分香港人並沒有特定的醫生為他們診治。若需要普通科門診服務時，病人可能四處訪尋收費最低廉的醫療服務。情況正如 17.2 段所述，病人甚少向一名全科醫生要求取得其醫事報告，然後將報告轉交另一名醫生，這亦影響醫療服務的延續性及質素。

17.4 外國的經驗顯示，如果病人有一名家庭醫生，清楚其過往的健康狀況，病人所獲得的醫療護理便可具延續性，亦可減少重複用藥的機會。此外，家庭醫生亦可擔任看守角色，以免病人無必要的使用昂貴的中層及第三層醫療護理服務。全科醫生及病人能互相溝通，病人會增加信心。倘病人患病，可先徵求家庭醫生的意見，並取得更多資料，才接受進一步的醫院護理服務。

17.5 不過，實施家庭醫生制度的費用高昂，因為公營及私營醫療服務機構的收費差距很大，而私營醫療服務機構之間的收費亦有分別。如果要減低公營醫療服務機構的工作量，又要吸引病人向私營醫療服務機構求診，政府便需要向所有病人或家庭醫生提供補貼，使病人有能力支付合理的費用，而家庭醫生的收入亦可獲得保證。現在成本及服務供應的透明度不足，不可能計算出影響成本的各種數據。

全科醫生及傳統中醫之間缺乏聯繫溝通

17.6 基層健康服務也由私營的執業中醫補充。但他們的治療方式與全科醫生非常不同。執業中醫與全科醫生少有聯繫溝通。就算病人把從傳統中醫處取得的病歷報告交予全科醫生，或將從全科醫生處取得的病歷報告交予傳統中醫，收到病歷的執業醫生也未必覺得病歷資料有用。

基層／中層／第三層醫療服務機構之間缺乏聯繫溝通

17.7 根據衛生福利局提供的資料，香港的醫療護理制度以治療疾病而非預防疾病為主。由於 60 至 70 年代醫院病床不足，政府因而致力擴充中層醫療護理，但卻甚少關注醫院與基層醫療護理之間的協調。將基層醫療護理與以住院為本的中層、第三層及持續醫療護理分隔，亦引致協調不足及護理不能延續的問題。

醫療護理服務機構，其他政府部門及服務機構之間缺乏聯繫溝通

17.8 由於綜合醫療護理制度強調醫療護理服務的延續性，因此私人執業醫生，其他政府部門及服務機構提供支援和協助十分重要，可以幫助鑑定市民對醫療服務的需要，以及在社會實施醫療計劃。例如社會福利署可提供有關貧窮人士或老人的醫療服務需要，亦可協助推廣公眾健康護理服務。再者，與市民大眾有廣泛接觸的全科醫生及服務機構，亦可協助推廣醫療護理服務。但目前公營與私營醫療服務機構，有關政府部門及服務機構很少合作。

並無設立綜合資訊系統

17.9 由於各醫療護理服務機構之間合作不足，因而未能發展綜合醫療資訊系統及通訊網絡，以便共用資料及提供運作支援、服務規劃、檢討使用服務情況與資源管理。

17.10 雖然自 1992 年起已設立一個全港公立醫院病人的資料庫，但只限於醫管局轄下的機構使用，並未擴展至其他醫療服務機構(衛生署或私人執業醫生)，以便集中進行病人轉介、推行聯網服務或共同照顧計劃的工作。

18. 對私營醫療服務採取不干預的政策

18.1 雖然接近 70%的門診服務及 10%的住院護理均由私營機構提供，但政府政策並不是規管私營機構的發展，因此私營醫療服務的發展是由市場力量決定。

18.2 從表 6 可見，自 80 年代起，由私營機構提供的病床增長緩慢。在過去 10 年，私家醫院病床只增加了 355 張(13.7%)，即由 1986 年的 2,599 張增加至 1996 年的 2,954 張。但在公立醫院，同期的病床數目則增加了 4,732 張(22.7%)。增長緩慢的原因如下：

- 只有 1/6 人口有醫療保險保障，超過 2/3 人口需要自負醫院費用。假如病人往私家醫院求診，他們可能要支付比公立醫院昂貴得多的服務費用。
- 香港的土地及物業價格上升，導致私立醫院的營運成本增加，他們亦無任何優惠。

19. 對傳統中醫業實施註冊制度進展緩慢

19.1 雖然本港有 4,000 至 10,000 名傳統中醫，超過 1,600 間零售中藥店，而 60%以上的人口曾向傳統中醫求診¹⁸，當局並沒有訂立中醫註冊制度。亦無評審中醫的培訓計劃，以及管制中草藥及其他中成藥(包括毒性劇烈的中藥)的製造、出售或配藥。

¹⁸ 根據中醫藥工作小組的報告，1994年10月，第5頁。

19.2 糾正上述情況的工作進展緩慢。衛生福利司在 1989 年任命成立工作小組處理此問題。該小組用了五年時間撰寫一份報告，建議成立另一個委員會進一步研究此問題。香港中醫藥發展籌備委員會在 1995 年 4 月成立。該委員會在 1996 年完成了為全港中醫師登記，並已修訂烈性/有毒中草藥的列表，以及印製一份介紹安全服用中醫藥的單張。

19.3 在 1997 年，當局發表了一份報告書，內容載述如何在全港促進及發展中醫藥，以及規管中醫藥的法定架構的準則和程序。報告書建議成立法定組織，協調中醫行業及規管中藥的售賣、加工及製造；推行中醫專業註冊、考試、訓練及紀律制度；對中成藥實施發牌制度，以及執行現行法例對中藥及中成藥的標籤、炮製及宣傳的規管。

19.4 報告書亦提及研究將傳統中醫納入醫療護理制度。不過，研究範圍仍未界定，亦未訂定進行研究的時間表。因此，即使在實施註冊制度後，傳統中醫在整個醫療護理制度中的職能仍未清楚。例如傳統中醫可否為僱員簽發病假通知或為病人簽發死亡證等，仍存疑問。因此，在政府就這方面進行更深入的研究前，不會將傳統中醫服務擴展至公營機構。

20. 實施基層健康服務報告建議進度緩慢

20.1 基層健康服務工作小組的報告於 1991 年獲政府通過。工作小組作出了 102 項建議，以改善基層醫療護理服務。不過，現時只實施其中數項建議。雖然本部曾向政府詢問有關推行這些服務的工作計劃和進度，但並未收到政府的回覆。

20.2 在各項建議中，實施地區健康服務據報已取得成效。此概念是將全港分區，並將每區的衛生署轄下全部診所組成服務網絡，提供預防、推廣、治療及康復服務。當局已於 1992 年在觀塘區推行試驗計劃，目前亦將該計劃擴展至另外兩區。不過，仍未知悉在所有地區實施此計劃的時間表。

21. 需求增加

普通科門診服務的需求

求診人次

21.1 衛生署透過普通科門診診所提供基層醫療護理服務。患有普通輕微疾病或穩定慢性疾病的病人可到普通科門診診所治療或覆診。患有慢性疾病而需要中層或專科治療的病人，會轉介至醫管局轄下的專科診所，作進一步診斷及處理。如表 12 所顯示，在過去 5 年，衛生署每年約為 5,500,000 人次提供門診服務，而同期醫管局為 700,000 至 800,000 人次提供門診服務。

表 12 – 1986-1995 年普通科門診服務的求診人次

年份	醫院事務署/ 醫管局 ¹	增減百分比	衛生署 ²	增減百分比
1986	769,115	+1.9	5,540,111	+1.8
1987	760,052	-1.2	5,735,828	+3.5
1988	753,790	-0.8	5,754,968	+0.3
1989	724,248	-3.9	5,570,340	-3.2
1990	721,770	-0.3	5,629,549	+1.0
1991	730,150	+1.2	5,477,144	-2.7
1992	808,440	+10.7	5,439,329	-0.7
1993	765,095	-5.4	5,461,647	+0.4
1994	737,691	-3.6	5,424,957	-0.7
1995	751,807	+1.9	5,580,609	+2.9

備註：

1. 醫院事務署/醫管局普通科門診服務的求診人次是指醫生診症的個案。
2. 衛生署普通科門診服務的求診人次包括接受醫生診症、敷藥、注射及急症診治的病人。

資料來源：《香港統計年刊》1994-240 頁,1996-239 頁

輪候時間

21.2 根據衛生署提供的資料，普通科門診服務對病人在輪候時間上的承諾：罹患單項疾病的病人輪候時間少於一小時，慢性病患者而有預約的人士，輪候時間為半小時。本部曾嘗試要求獲取各項服務的確實輪候時間，但衛生福利局局長並無提供資料。

21.3 至於醫管局轄下的普通科門診部門，平均輪候診症時間少於 90 分鐘¹⁹。本部亦曾嘗試要求獲得各項服務的確實輪候時間，但醫管局並無提供資料。

21.4 由於衛生署沒有提供有關確實輪候時間的資料，本部無法分析在公共醫療制度的資源分配下，病人在時間方面需付出的機會成本。由於公立醫院及診所的資源有限，而醫療服務的費用又固定不變，因此病人須以時間機會成本來換取醫療服務。用於輪候服務的時間亦可以有經濟效益。最有空餘時間或最少錢的病人會願意多花時間排隊輪候，因為公營醫療服務便宜及每人均可享用。

專科門診服務的需求

求診人次

21.5 根據表 13 所列的專科門診服務，醫管局專科門診的求診人次由 1992 年起一直大幅上升(較 1991 年上升 6.3%)。求診人次在 1993 年進一步增加 7.8%，而 1995 年的增幅更達 10.5%。另一方面，衛生署專科門診的求診人次由 80 年代後期的 600 多萬，持續下降至 1995 年的 530 萬。原因可能是醫管局轄下機構能提供種類較多的服務及藥物。

¹⁹ 香港立法局會議正式紀錄：1996年4月3日。

表 13 – 1986-1995 年專科門診服務的求診人次

年份	醫院事務署/ 醫管局 ¹	增減百分比	衛生署 ²	增減百分比
1986	2,591,172	+3.9	5,997,993	+3.5
1987	2,720,905	+5.0	6,257,570	+4.3
1988	2,815,102	+3.5	5,840,387	-6.7
1989	2,762,529	-1.9	5,518,937	-5.5
1990	2,831,423	+2.5	5,686,338	+3.0
1991	2,909,665	+2.8	5,495,257	-3.4
1992	3,092,628	+6.3	5,334,151	-2.9
1993	3,335,293	+7.8	4,971,197	-6.8
1994	3,652,411	+9.5	5,026,136	+1.1
1995	4,037,396	+10.5	5,266,059	+4.8

備註：

1. 醫院事務署/醫管局專科門診求診人次是指內科、外科、矯形及創傷組、婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、精神病科、老人科、放射治療及腫瘤科、胸肺科，牙科及皮膚科服務。
2. 衛生署專科門診求診人次是指兒童健康、產前、產後、家庭計劃、美沙酮、胸肺科、麻瘋、社會衛生科及皮膚科服務。

資料來源：《香港統計年刊》1994-240 頁、1996-239 頁

輪候時間

21.6 表 14 列出 1992-1996 年首次預約專科門診服務的輪候時間及輪候人數。從該表可見，輪候人數及輪候時間都不斷增加。截至 1996 年年底，共有 111,933 名病人輪候專科門診服務，在這段期間，病人須需要輪候差不多 11 個星期，才可以得到醫生診治。

表 14 – 1992-1996 年衛生署首次預約專科門診服務的輪候時間及輪候人數

年份	平均輪候時間 (星期)	輪候人數 (首次登記輪候人數)
1992	8.1	52,176
1993	8.2	62,805
1994	7.9	68,898
1995	9.1	93,722
1996	10.9	111,933

資料來源：衛生福利局

21.7 至於醫管局的服務，表 15 載列首次預約某些專科門診服務的最長及平均輪候時間。病人使用這些服務需輪候多時，原因是此類服務的需求持續增加，而私營醫療服務機構又未能提供有關服務。在 1996 年，大至有 90% 首次預約使用專科門診服務的人士，輪候時間少於 3 個月²⁰。

表 15 – 1995 年醫管局部分專科門診服務的輪候時間(星期)

服務種類	首次預約的最長輪候時間	首次預約的平均輪候時間
耳鼻喉科診所	12	4
眼科診所	24	14.5
皮膚科診所	12	8

資料來源：香港立法局會議正式紀錄 1995 年 7 月 12 日

住院服務的需求

21.8 我們可以看到，自從醫管局在 1988 年成立以來，病人多由私家醫院轉往公立醫院求診。表 16 顯示公立醫院及私家醫院以病人日計算在比例上的轉變。入住公立醫院的比例，由 1988 年的 90.1% 逐漸至 1996 年的 92.9%。導致出現這種轉變的原因之一，是公立醫院提供的醫療護理服務，無論在質及量方面均有改善，而另一原因，是醫管局轄下的醫院收費低廉（每日 68 元，包括所有費用）。

²⁰ 香港立法局會議正式紀錄：1996 年 4 月 3 日。

表 16 - 1986-1996 年以病人日計算公立醫院與私家醫院的佔有率

年份	公立醫院		私家醫院		總數 數目
	數目	百份比	數目	百份比	
1986	6,507,586	91.2*	630,532	8.8	7,138,118
1987	6,579,589	90.7*	671,934	9.3	7,251,523
1988	6,657,854	90.1*	735,941	10.0	7,393,795
1989	6,494,299	90.2*	707,029	9.8	7,201,328
1990	6,459,089	90.3*	697,881	9.8	7,156,970
1991	6,402,777	90.5*	673,027	9.5	7,075,804
1992	6,526,006	90.6*#	679,516	9.4	7,205,522
1993	6,666,278	91.4#	630,296	8.6	7,296,574
1994	6,877,648	92.3#	576,268	7.7	7,453,916
1995	7,121,507	92.9#	544,616	7.1	7,666,123
1996	7,422,904	92.9#	564,365	7.1	7,987,269

備註 : * 不包括日間出院的病人及死亡人數

包括醫管局或醫院事務署轄下醫院的日間出院病人及死亡人數

資料來源 : 醫院管理局

21.9 表 17 列出統計處於 1995 年 4 月至 8 月進行的一項有關住院調查的結果。從該表可見，差不多社會各階層人士，不論收入多少，都會前往公立醫院求診。即使在家庭每月入息在 30,000 港元至 39,999 港元之間的組別，在每 1,000 人當中有 18 人會使用公立醫院的服務，而只有 11 人會使用私家醫院的服務。至於每月入息超過 40,000 港元者，撰擇公立醫院及私家醫院服務的比率相約，即在每 1,000 人當中，有 15 人。

表 17 - 1995 年按每月家庭入息劃分醫管局轄下及私家醫院住院病人的分布情況

每月家庭入息 (港元)	醫管局轄下醫院		私家醫院	
	百分比	每 1,000 人的 比率	百分比	每 1,000 人的 比率
<5,000	6.8	43.1	2.1	5.0
5,000-9,999	19.8	27.5	8.6	4.3
10,000-14,999	23.0	25.4	11.8	4.7
15,000-19,999	16.0	22.7	11.8	6.1
20,000-24,999	9.6	17.5	12.9	8.5
25,000-29,999	7.9	19.8	13.6	12.4
30,000-39,999	8.2	18.0	14.3	11.4
>40,000	8.7	14.7	25.0	15.3
每月家庭入息 中位數	15,000 港元		25,000 港元	

資料來源 : 《香港統計月刊》1996 年 5 月，表 4

21.10 一些私家醫院經已表示，由於其服務使用率低，現正面對經濟困難。如果情況持續，私營醫療服務機構將會繼續萎縮。這會對公立醫院帶來沉重的壓力。

急症服務的需求

求診人次

21.11 表 18 列出使用急症服務的人次。從該列表可見，在 1994 年使用急症服務的人次比上一年增加 14.4%，而 1995 年則增加 15.7%。根據本部以往進行的研究，在一項於 1996 年進行的抽樣調查當中，按分流制度將病人分類，少於 2%的個案屬緊急情況，有 20%屬迫切個案，超過 70%屬半迫切及非迫切個案。（詳情請參閱立法局秘書處 1996 年 11 月第 IN1/96-97 號，題為“參考資料摘要：假日期間對急症服務的需求”的文件）。雖然該項抽樣調查涉及公眾假期使用急症服務，本部與有關專業人士面談，證明在非假期期間，誤用急症服務亦甚嚴重。誤用急症服務的原因如下：

- 方便，使用容易，經常提供服務，即使在颱風、暴兩期間及辦公時間過後，亦同樣可使用該項服務；
- 公立醫院具備先進的醫療設施及一站過服務；
- 醫療、護理及支援人員質素優良；
- 以病人為中心的顧客服務；及
- 急症室不收費用

表 18- 1986-1995 年使用急症服務的人次*

年份	醫院事務署/醫管局	增減百分比
1986	1,166,931	-2.2
1987	1,246,133	+6.8
1988	1,264,874	+1.5
1989	1,232,740	-2.5
1990	1,237,995	+0.4
1991	1,288,995	+4.1
1992	1,372,055	+6.4
1993	1,453,126	+5.9
1994	1,661,694	+14.4
1995	1,923,073	+15.7

備註 : * 包括首次求診及覆診人次

資料來源 : 《香港統計年刊》，1994 - 240 頁，1996 - 239 頁

21.12 表 19 列出為每名急症病人提供服務所需的成本。在 1997/98 年度，估計用在每名急症病人身上的費用為 676 港元，以 1995 年的使用人數計算，總額達 13 億港元〔1,923,073 x 676 港元〕，大約佔醫管局在該年度經常開支總額（預算）的 5.8%。

表 19 - 1992/93-1997/98 年度每次急症服務的成本¹（港元）

年份	每次急症服務的成本（港元）	增減百分比
1992/93	473	沒有資料
1993/94	522	+10.4
1994/95	541	+3.6
1995/96	574	+6.1
1996/97*	623	+8.5
1997/98*	676	+8.5

備註：

* 根據庫務局提供的通脹率，預測各年度的成本。

1. 服務成本包括職員費用、藥物及消耗品、折舊成本、政府部門提供服務的費用及行政費用。

資料來源：醫院管理局

輪候時間

21.13 急症服務以先到先得的方式，向病人提供診治，病人會即時獲得初步診斷。每名病人獲得醫生診治的目標輪候時間是 30 分鐘²¹。

人口增長

21.14 根據統計處在 1997 年的人口增長估計，到 2000 年，香港人口將會達至 6,860,000 人，較 1996 年增長 9%。預期到 2006 年，人口總數將增加至 7,382,600 人，到 2016 年再遽增至 8,205,900 人，即在 20 年內增加 1,913,900 人。這額外的 190 萬人口自然會引至醫療服務的需求。

²¹ 立法局衛生事務委員會資料文件“關於病人輪候時間的政策”1996年2月。

人口分布及醫院分布未能配合

21.15 公立醫院是以分區網絡制度組成，而大部分資源均集中在數間主要的分區醫院。醫院的分布未能顧及因人口轉移及分布的改變而相應轉變。從表 20 可見，按每 1,000 人劃分的各類病床數目計算，港島西的數目高於其他各區。新界北的情況最差，每 1,000 人只有 1.1 張急症病床及 0.4 張延續護理病床。按醫院及病床類別列出的醫院病床分布詳情載於附錄 VI。

表 20 - 截至 1996 年 3 月 31 日按地區劃分的病床類別分布情況*
(以每 1,000 人計)

地區	普通急症 (第 1A 組)	普通急症 (第 1B 組)	延續護理 (第 2 組)	延續護理 (第 3 組)	精神科 (第 4 組)
香港西	6.1	-	3.6	1.6	-
香港東	1.2	0.5	0.4	0.1	-
九龍中	2.9	-	2.1	-	-
九龍西	-	2.2	-	1.3	-
九龍東	-	1.5	0.4	0.1	-
新界南	1.7	1.9	0.8	-	2.8
新界東	1.8	-	-	1.1	-
新界北	1.1	-	0.4	-	1.3
整體	1.4	0.7	0.7	0.4	0.6

備註 : * 不包括不屬任何聯網的香港眼科醫院、南朗醫院、葛量洪醫院、香港紅十字會輸血服務中心及復康用具資源中心。

資料來源 : 香港立法中期局會議正式紀錄：1996 年 7 月 10 日
1996 年中期人口統計

人口老化

21.16 由於出生率持續下降及預期壽命持續上升，本港的人口越趨老化，詳情載於表 21。在 1996 年，市民的年齡中位數為 34 歲，65 歲及以上人士佔總人口的 10%。預計到 2006 年，年齡中位數將為 39 歲，老人的數目會增加至佔總人口的 11.3%，到 2016 年更進一步增加至佔總人口的 13.3% (即 1,091,700 人)，而年齡中位數將為 41 歲。

表 21 - 1996-2016 年 65 歲及以上的老人佔總人口比例

年份	數目	佔總人口比例 (百份比)
1996	631,300	10.0
1997	655,400	10.1
1998	679,200	10.2
1999	703,200	10.4
2000	725,800	10.6
2001	750,000	10.8
2002	772,600	11.0
2003	789,800	11.1
2004	805,700	11.2
2005	819,100	11.2
2006	830,200	11.3
2007	838,500	11.2
2008	845,500	11.2
2009	854,500	11.2
2010	868,300	11.3
2011	890,800	11.4
2012	920,900	11.7
2013	958,100	12.0
2014	1,000,000	12.4
2015	1,044,600	12.9
2016	1,091,700	13.3

資料來源：香港人口預測 1997-2016

21.17 根據醫管局提供的資料，老年人使用醫療護理服務較青壯年人士為高。據估計，約有 50% 的老年人可能患有某種慢性疾病，20% 有殘疾。大約 15% 的老年人患上糖尿病，三分一患上高血壓及四分一患上骨質疏鬆症。癌症在老年人組別最為普遍。在 1996 年，65 歲或以上的老人當中，五分一曾入住醫管局轄下的醫院，佔醫管局病人床位日數的 42%。病人平均留醫期達 21.9 日，比普通病人長 50%。本部將會在其後發表的“老人醫療健康護理”研究報告中，就老年人醫療的需要進行詳細分析。

21.18 在過去數年，由於社會環境的轉變、傳統家庭結構解體，以及老人缺乏家人照顧，以致越來越多老人入住院舍。獨居老人的數目與日俱增，他們需要更多醫療保健服務。本部嘗試要求不同政府部門提供有關數據，但至今仍未獲得資料。

內地來港的病人

21.19 在過去數年由內地來港的旅客大幅增加。從表 22 可見，在 1996 年持雙程證來港的旅客有 294,389 人。根據醫管局提供的資料，從內地來港分娩的人數有所增加。在 1995 及 1996 年，在公立醫院出生的嬰兒，分別有 6,892 及 6,230 人為內地來港產婦所生²²，佔同期香港活產嬰兒總數的 10.0% 及 9.7%。如果這種趨勢持續，將無可避免地增加對醫療護理服務的需求。

表 22 - 1987-1996 年持雙程證來港的人數

年份	來港人數	增減百分比
1987	85,673	+30.7
1988	120,089	+40.2
1989	131,603	+9.6
1990	133,021	+1.1
1991	140,378	+5.5
1992	160,415	+14.3
1993	209,400	+30.5
1994	245,927	+17.4
1995	260,313	+5.8
1996	294,389	+13.1

資料來源：人民入境事務處

21.20 表 23 按年齡臚列持單程證來港的人數。值得注意的是，來港兒童在 1996 年大幅增加至 29,084 人，幾乎是持單程證來港人數的一半。現時在每日 150 個配額中，45 個指定預留給根據《基本法》第二十四(二)(三)條所載在香港有居留權的兒童。估計現時有 66,000 名兒童²³等候持單程證來港。這些兒童可能會令本港醫療護理服務在短、中、長期的需求大幅增加。

²² 指中國旅客/持雙程證人士、非法入境者或來自內地的逾期居留者所生的嬰孩。

²³ 臨時立法會參考資料摘要《1997年人民入境(修訂)(第5號)條例草案》臨時立法會參考資料摘要，保安局，1997年7月8日。

表 23 - 1987-1996 年按年齡劃分的持單程證來港人士

年份	0-18 歲		19-64 歲		65 歲及以上		不詳		總數 數目
	數目	百分比	數目	百分比	數目	百分比	數目	百分比	
1987	10,030	36.9	16,292	60.0	765	2.8	87	0.3	27,174
1988	10,111	36.1	17,166	61.2	721	2.6	48	0.2	28,046
1989	10,280	37.7	16,199	59.4	761	2.8	15	0.1	27,255
1990	10,529	37.6	16,841	60.2	585	2.1	21	0.1	27,976
1991	9,430	35.2	16,768	62.6	563	2.1	21	0.1	26,782
1992	9,511	33.5	18,291	64.5	562	2.0	2	*	28,366
1993	10,298	31.3	21,977	66.8	615	1.9	19	0.1	32,909
1994	13,284	34.8	24,376	63.8	558	1.5	0	0	38,218
1995	19,332	42.0	26,042	56.6	612	1.3	0	0	45,986
1996	29,084	47.5	31,489	51.5	606	1.0	0	0	61,179

備註 : * 表示少於 0.5%

資料來源 : 保安局

消費者期望日高

21.21 消費者期望獲得較佳的服務及新科技的發展，令醫療服務的需求大增。市民過往認為可以接受的情況，現在可能被視為不妥善。醫療服務機構一向以來代病人作決定的家長式做法，在不斷變化的社會經濟環境中，對具備有關知識的公眾已再不合時宜。

21.22 另一方面，市民的教育水平有所提高，資訊網絡亦更發達，致令病人或其家人要求參與決策，訂定應提供何種醫療服務，以及如何提供該等服務。病人越來越難以忍受輪候時間過長及惡劣的環境。不過，要滿足上述要求，或會進一步提高成本，令現行的制度無法負荷。

22. 增加公共開支

收費低廉令需求增加

22.1 由於公立醫院獲政府大量資助，故收費非常低廉。現時所收取的費用平均佔實際成本不足 2%。由於公立醫院的服務水準有所改善而收費又低廉，因此吸引使用私家醫院的病人轉往公立醫院求診。鑑於需求與供應受輪候時間的限制，假定時間的機會成本增加，致令病人怨聲載道，可能會引起社會不安，或導致公共醫療開支大增。

醫療護理產品成本持續增加

22.2 利用先進器材進行診斷及治療疾病的趨勢似乎難以逆轉。高科技醫療器材及昂貴藥物激增，會在未來數年進一步推高醫療成本。

經濟情況的變化

22.3 過去數年，本港的經濟蓬勃增長，使醫管局及衛生署有能力應付在醫療護理服務上不斷增加的需求。不過，由於全球經濟興衰是循著週期調整，經濟衰退可能影響醫療護理服務的撥款。原因是某些人可能因失業而未能負擔私營醫療服務或私人醫療保險的費用，而轉用公營醫療服務。再者，低就業率會直接影響政府的薪俸稅收，以致減低政府的整體收入。

沒有從事經濟活動人士的需求

22.4 正如第 21 節所述，大部份醫療護理服務的需求是由於老年人及兒童的數目大增，但這些人士甚少從事經濟活動，亦只繳交低微的薪俸稅。究竟這些甚少從事經濟活動的人士能否提供一個充足稅基，以資助日益增加的醫療護理服務成本仍存疑問。

23. 醫療成本不斷上升

醫療護理產品價格上漲

23.1 在很多已發展的國家，醫院產品的通漲率經常較消費物價指數為高。每年，政府按消費物價指數來預算醫療保健的開支，倘若醫療產品的通漲率較消費物價指數為高，可購買的醫療產品數量將會下降。如果這趨勢持續，會影響公營機構提供的醫療護理服務質量，以及公眾使用這些服務的機會。

研究及發展的費用不斷提升

23.2 科學上的突破發展及先進的科技，為多種疾病及身體不適提供新的診斷及治療方法。但要達到突破發展，須投入大量金錢用以研究、發展及推銷這些醫學科技。因此醫療器材及藥物的成本難免上漲，費用最終會轉嫁予消費者。

23.3 撰擇是否採用新藥物亦甚具爭議。由於新發明的藥物需要在專利期內獲利，一般較為昂貴。但並不表示新的藥物會比舊有的藥物有效。不過，病人通常會有錯覺，認為最新的產品必定是最好的，因此要求提供最新藥物。如果醫院為病人開出新發展的藥物而扔掉舊的藥物，會導致浪費資源。

供應帶動需求

23.4 雖然現時大部分病人的教育程度較以往為高，但他們仍未具備足夠專業知識，判斷需要接受何種醫療服務。倘若病人已購買醫療保險，他可能會較常向醫生求診，原因病人希望了解多些關於自己的病情，以及得到較多診治。

24. 保持適當的職員組合

醫管局的醫生供應

24.1 從表 24 可見，醫管局的醫生（各級）數目在 1994/95 年度增幅最大，較上一年度增加 9.2%，在 1996/97 年度的增幅則減慢至 4.8%。

表 24 - 1991/92-1996/97 年度醫管局各級醫生人手情況

年份	顧問醫生		高級醫生		醫生		總數	
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	增減百分比
1991/92	236	10.4	489	21.5	1,554	68.2	2,279	沒有資料
1992/93	247	10.4	531	22.4	1,591	67.2	2,369	+3.9
1993/94	291	11.4	548	21.6	1,703	67.0	2,542	+7.3
1994/95	366	13.2	611	22.0	1,798	64.8	2,775	+9.2
1995/96	416	14.0	705	23.7	1,848	62.2	2,969	+7.0
1996/97	435	14.0	764	24.6	1,913	61.5	3,112	+4.8

資料來源：醫院管理局

24.2 在過去 5 年，顧問醫生的比例已由 10.4% 上升至 14%，高級醫生的比例則由 21.5% 上升至 24.6%。原因是醫管局總部採取分權政策，將原本駐職於總部的管理階層人員調往各間醫院。醫管局開設顧問醫生的職位，目的是滿足病人對醫療服務的需要，以及改善各項服務的質素。在大多數個案中，醫生會在高級醫生及顧問醫生監督下替病人診治。

24.3 醫管局提供的資料顯示，專業醫療護理人員每星期大約工作 44 小時。醫生須輪流當值候召。當值候召的次數則視乎各間醫院所提供服務／專科服務的性質而定。至於部門主管及病房經理運用不少於 75% 的工作時間，顧問醫生及護士長運用不少於 90% 的工作時間於履行臨床職務，及向病人提供服務的目標是可以達到的²⁴。

醫管局護理人員的供應

24.4 表 25 及圖 2 顯示醫管局的護理人員數目穩步上升。除 1995/96 年度較上年度上升 6.7% 外，過去 5 年的升幅均維持在 2 至 3% 的水平。

表 25 - 1991/92-1996/97 年度醫管局各級護理人員人手情況

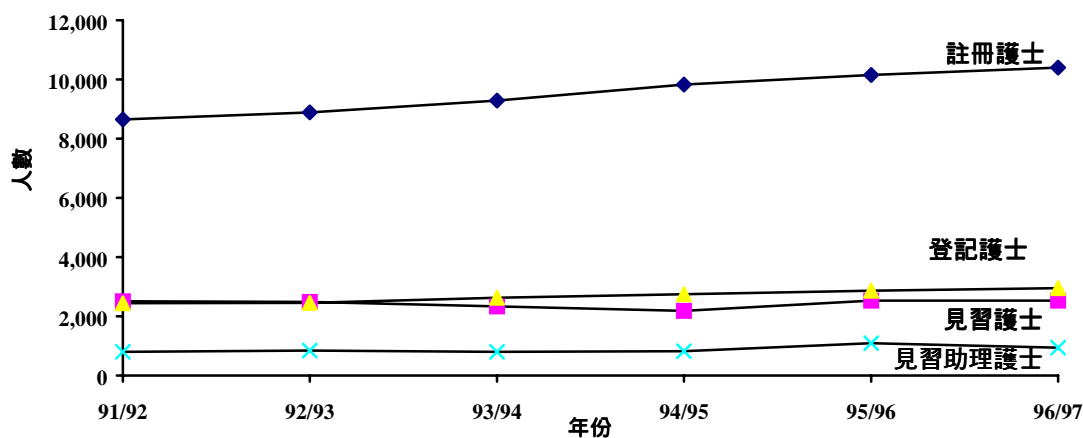
人員	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97
普通科						
註冊護士	8,650	8,891	9,289	9,831	10,150	10,396
見習護士	2,506	2,485	2,337	2,184	2,528	2,529
登記護士	2,438	2,449	2,629	2,741	2,866	2,949
見習助理護士	802	848	799	824	1,096	940
精神科						
註冊護士	864	900	976	981	968	974
見習護士	164	146	99	110	204	301
登記護士	496	529	524	553	617	636
見習助理護士	142	119	116	113	77	70
助產士	141	129	116	100	96	86
其他護理人員	83	77	50	37	36	38
總人數	16,286	16,573	16,935	17,474	18,638	18,919
增減百分比	沒有資料	+1.8	+2.2	+3.2	+6.7	+1.5

備註：人手包括所有按常額或合約方式聘用的全職／兼職職員。臨時僱員及以榮譽方式委任的職員不包括在內

資料來源：醫院管理局

²⁴ 醫院管理局新聞稿，1997年9月20日。

圖2 - 1991/92-1996/97年度醫管局各級護理人員人手情況



資料來源：醫院管理局

24.5 根據 1996 年年初香港大學社會科學研究中心進行的一項意見調查，差不多所有被訪的醫生及護士(佔 97% 被訪者)認為病房護士不足，未能提供足夠的服務。護理人手短缺主要由於工作環境惡劣、不定時工作、工作性質令人難受，以及護理服務日趨多元化所致。被訪者預期，護理人手持續短缺，可能會導致職員士氣低落及服務質素下降。日益增加的工作量亦會進一步引發護士離職。

24.6 1996 年醫管局護理人力資源檢討顯示，各類臨床專科服務共欠缺 580 名護士，分布情況載於表 26。據醫管局資料顯示，“該局會致力同時招務及挽留護士”。

表 26 - 1996 年醫管局護士短缺情況

專科類別	內科*	外科	精神科	危殆情況護理#	總計
額外的護士人數	300	86	89	105	580

備註：

* 包括老人科。

包括深切治療部及初生嬰兒深切治療部。

資料來源：立法局衛生事務委員會資料摘要 1997 年 1 月 13 日

醫管局醫護人員流失情況

24.7 表 27 顯示過去 5 年醫管局醫護人員的流失情況。一般而言，醫生的流失率約為 7%，較護士及專職醫療人員的流失率為低。就護士而言，1994/95 年度的流失率達 13.3%，但在隨後年度已逐漸下降。去年的護士流失率為 8.7%。

表 27 - 1992/93-1997/98 年度醫管局醫療人員流失情況(百分比)^{1,2}

年份	醫生	護士	專職醫療人員 ³	駐院實習醫生／ 非駐院實習醫生／ 牙醫
92/93	8.7	10.0	8.3	11.9
93/94	7.2	10.3	7.7	28.4
94/95	6.8	13.3	10.0	23.0
95/96	6.7	9.8	8.9	13.3
96/97	7.0	8.7	6.0	20.9
97/98 ⁴	5.6	7.5	5.2	2.4

備註：

1. 流失情況包括醫療人員在各類情況下不在醫管局任職。升職及醫院之間調職不包括在內。根據分批調返政府部門計劃離開醫管局的員工不視為流失的員工。
2. 上述流失率按照該財政年度平均員工人數中離職員工總數所佔的比率而計算得出。
3. 包括物理治療師、職業治療師、營養科主任、臨床心理學家、放射技師、醫務化驗員，醫務社會工作員、藥劑師、配藥員及其他醫療護理專業人員，例如聽力學技術員、製模實驗室技術員、視光師、視覺矯正師、足醫師、義肢矯形師、正牙師、科學主任(醫務)、及言語治療主任
4. 該年度的流失率根據 97 年 4 月至 6 月期間的流失人數而計算全年流失率。

資料來源：醫院管理局

人手對病床比率分析

24.8 醫管局按宏觀及微觀方針進行人手策劃。醫管局一直採用一般人手指標，對日後的人手需求，尤其是新醫院計劃的人手，作出宏觀預測。這些指標提供有用的參考數字，以便醫管局按不同專科的職員人數評估所需的人手。由於各醫院有其特別職能及特點，以及不同的病人組合，這些指標只可為人手水平提供指引，並非顯示實際的人手需求。

24.9 1993 年訂定的醫管局一般人手指標載於附錄 VII。本部曾向醫管局查詢有關 1996 年同類人手指標的資料，但醫管局未能提供有關資料。

24.10 表 28 及 29 撮述本部就截至 1996 年 3 月 31 日各醫院的病床、醫生及護士數目推算的醫護人手與病床比率。本部將每個醫院類別的最高及最低的醫護人手對病床比率(附錄 VIII)與附錄 VII 所載的 1993 年人手指標比較。結果顯示除普通科急症醫院的最高及最低人手對病床比率較 1993 年醫管局人手指標為高外，其他醫院類別的相應人手對病床比率，均較 1993 年醫管局人手指標為低。

表 28 - 按醫院類別劃分比較 1996 年醫生對病床比率及 1993 年醫管局的人手指標*

醫院	最低比率	最高比率
普通科急症(第 1A 組)	3.4	5.6
伊利沙伯醫院	4.4	
東區尤德夫人那打素醫院		5.9
普通科急症(第 1B 組)	6.4	17.0
基督教聯合醫院	4.8	
律敦治醫院		10.3
延續護理(第 2 組)	9.4	33.1
鄧肇堅醫院	4.9	
九龍醫院		34.9
延續護理(第 3 組)	29.4	158.5
沙田醫院	22.5	
慈氏護養院(春磡角)		沒有醫生
第 4 組	47.2	150.0
葵涌醫院	31.8	
荔枝角醫院		141.3

備註 : * 粗體字顯示 1993 年醫管局的人手指標。

資料來源 : 《香港立法局會議正式紀錄》：1996 年 7 月 10 日

表 29 - 按醫院類別劃分比較 1996 年護士對病床比率及 1993 年醫管局的人手指標*

醫院	最低比率	最高比率
普通科急症(第1A組)	0.9	1.4
威爾斯親王醫院	0.8	
東區尤德夫人那打素醫院		1.6
普通科急症(第1B組)	0.9	3.5
聖母醫院	0.7	
律敦治醫院		1.8
延續護理(第2組)	0.8	5.1
鄧肇堅醫院	0.8	
博愛醫院		2.3
延續護理(第3組)	4.0	22.5
沙田醫院	1.8	
慈氏護養院(春磡角)		6.9
第4組	3.5	11.7
葵涌醫院	2.4	
荔枝角醫院		6.1

備註 : * 粗體字顯示 1993 年醫管局的人手指標。

資料來源 : 《香港立法局會議正式紀錄》: 1996 年 7 月 10 日

24.11 雖然 1996 年的醫護人手對病床比率大多與 1993 年的醫管局指標相符，但正如第 24.6 段所述，醫管局的護理人手仍然短缺。原因是不同專科的人手情況各有不同，並會不時轉變。若干病房的醫護人員或須在沉重壓力下，應付更大的服務需求。有時，即使病人入住率相同，倘某病房的病人周轉率較高，亦表示對服務的需求較高，對醫生及護士的需求亦因而增大。

24.12 當局曾在 1996 年進行一項活動簡況研究，以反映各代表／特選專科類別現時運用人手的模式以及臨床活動的成果及內容。研究結果顯示，在現時的護士職務當中，大約 20% 屬非護理工作或屬個人照料服務等簡單的護理工作，而這些工作可轉由例如健康服務助理等其他輔助人員負責。因此，不同病房有適當的職員組合及人手水平至為重要。

24.13 與此同時，醫管局已訂定另一套人手指標，內容包括職員組合及病人入住率的資料（附錄 IX）。不過，由於當局未能提供關於按醫院類別劃分各專科每名醫生負責的離院病人人數的資料，本部無法進一步分析人手情況。

衛生署的人手情況

24.14 表 30 顯示衛生署醫生的的人手情況。過去 5 年，衛生署醫生的總人數上升了 16%。

表 30 - 1992-1997年衛生署醫生的的人手情況

年份	人數	增減百分比
1992	447	-2.0
1993	478	+6.9
1994	492	+2.9
1995	501	+1.8
1996	519	+3.6

資料來源：《香港年報》1993-1997 年

24.15 據衛生署提供的資料顯示，每名提供門診服務的醫生通常每天為 90 至 95 名病人診症，至於提供專科服務的醫生，診治的病人數目則視乎個別專科而定。

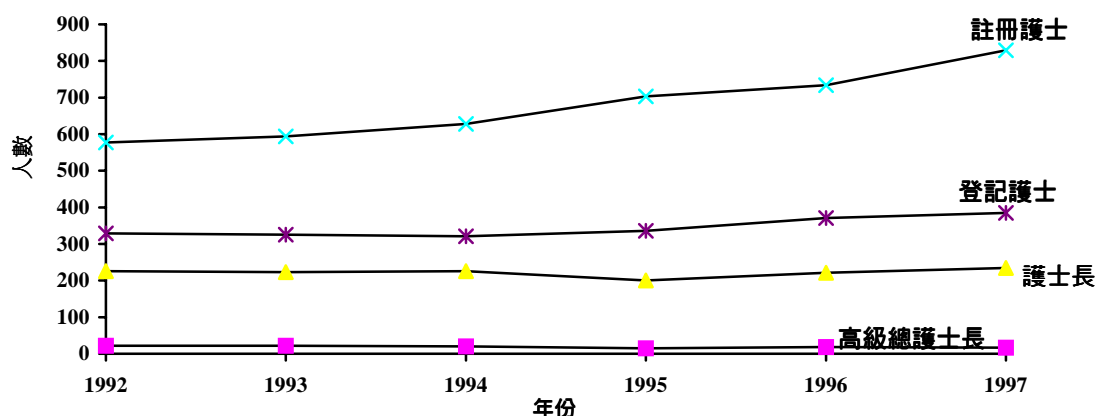
24.16 表 31 及圖 3 顯示衛生署各級護理人手的轉變。在過去 5 年，護理人員總數增添了 247 名，由 1992 年的 1,343 增至 1997 年的 1,590。註冊護士佔衛生署各級護理人手的總數 50%

表 31 - 1992-97年衛生署各級護理人員的人手情況

年份	總護士長	高級護士長	護士長	註冊護士	登記護士	高級注射員/ 注射員	助產士	總數
1992	1	22	226	577	329	82	106	1,343
1993	1	22	223	594	325	79	98	1,342
1994	2	20	226	628	321	76	92	1,365
1995	2	15	200	703	336	69	90	1,415
1996	1	18	221	734	371	72	83	1,500
1997	2	17	234	829	385	57	66	1,590

資料來源：衛生福利局

圖3 - 1992-1997年衛生署各級護理人員的人手情況



資料來源：衛生福利局

24.17 衛生署已進行一項全面調查，研究有關公營及私營機構的醫生、護士、牙醫²⁵及輔助醫療人員的人手情況，初步結果預期在1997年內發表。

25. 衛生署的角色

25.1 由於加強基層醫療護理服務是全球的趨勢，以及衛生署目前是最大的公營醫療護理服務機構，可以進一步將其服務擴展。包括建立緊密的互相合作關係，讓公營及私營的基層醫療護理服務機構與中層醫療護理服務機構能有效地互相交換資料。衛生署亦可提供機會，讓社會人士參與鑑定市民對醫療服務的需要，並讓社會人士參與調動社區的資源，以實施醫療計劃；以及將社區醫療服務與醫療機構提供的服務結合。

25.2 1996年的檢討範圍並無強調衛生署在發展基層醫療護理服務的職能，檢討的目標只是削減公營機構在治療方面的開支，以及鼓勵私營機構在預防疾病方面擔當較重要的角色。

²⁵ 立法局衛生事務委員會會議紀要，1997年1月13日。

26. 健康與醫務發展諮詢委員會的角色

26.1 健康與醫務發展諮詢委員會是唯一可就醫療制度發展方針提供指引的法定組織。但因職權範圍的修改，以至更集中於基層醫療保健服務。但該會能否集中引導整體醫療制度的全面發展則成疑問。

27. 法定及專責委員會的角色

27.1 法定及專責委員會包括醫務委員會、護士管理局、及以下各工作小組：基層健康護理、中醫藥、康復政策及服務工作小組，以及醫藥保險研究小組等。所提出的建議流於零碎，原因是並無主導的醫療政策。此類委員會通常處理一些公眾關注的緊急問題，往往只建議政府在某些範疇增加開支。

第6部 —— 總結撮要

28.1 香港的醫療政策是保證所有人均可獲得醫療服務。雖然本港居民經常使用各項醫療服務，但某些現象反映政策及規劃機制有欠完善，導致醫療護理開支上升，構成融資問題。倘不針對問題加以解決，情況將不受控制，並會影響公共醫療護理服務的質量，進而影響市民的健康。表 32 撮列影響現時醫療護理服務制度的發展的各項主要因素。

表 32 - 影響現行醫療護理制度發展的因素

	因素	問題
1	<ul style="list-style-type: none"> • 自 1974 年以來，從未全面檢討或更新醫療政策目標 • “適當的診治”及“缺乏金錢”這兩點並沒有定義 	<ul style="list-style-type: none"> • 未能追上因社會轉變帶來的需要 • 政府大量資助各種醫療服務引致龐大公共開支
2	<ul style="list-style-type: none"> • 醫療服務的規劃零碎不全 • 法定及專責委員會的參與零碎 	資源分配效率低
3	<ul style="list-style-type: none"> • 公營及私營醫療護理服務機構之間、基層／中層／第三層醫療護理服務機構之間、醫療護理服務機構及其他服務機構之間、全科醫生及傳統中醫之間缺乏聯繫溝通 • 缺乏家庭醫生制度 • 並無設立綜合資訊系統 • 傳統中醫業實施制度進展緩慢 	<ul style="list-style-type: none"> • 難以推行綜合醫療護理服務制度 • 資源分配效率低 • 傳統中醫角色含糊不清
4	<ul style="list-style-type: none"> • 私人醫療護理服務的供應與需求取決於市場力量 	<ul style="list-style-type: none"> • 由於有公營醫療服務機構的競爭，妨礙多元化的醫療服務體系發展
5	<ul style="list-style-type: none"> • 實施基層健康服務報告建議的進度緩慢 	妨礙提供全面基層醫療護理服務
6	<ul style="list-style-type: none"> • 醫管局轄下醫院服務質量得以改善 • 公營醫療護理服務收費低廉 • 人口增長，老人，從內地來港的母親及兒童 • 人口分布和醫院分布未能配合 • 消費者期望日高 	服務需求增加或會帶來社會不安情緒及難以估計的公共開支增長
7	<ul style="list-style-type: none"> • 醫療護理產品成本持續增加 • 經濟增長可能放緩 • 沒有從事經濟活動人士需求增加 	公共開支增長難以預期或難以估計
8	<ul style="list-style-type: none"> • 醫療護理產品的通脹率偏高 • 研究及發展的費用不斷增加 	醫療成本上漲難以預計
9	<ul style="list-style-type: none"> • 醫療護理人手不足 	缺乏專業知識人士推行醫療護理服務制度
10	<ul style="list-style-type: none"> • 健康與醫務發展諮詢委員會的職權範圍改變 	首要集中處理基層醫療護理服務，不是整體醫療護理制度

附錄I

香港醫療護理制度的發展

1843年

香港在 1843 年首次引入政府醫療服務。首間興建的醫院為廣東及澳門醫療傳教會(Medical Missionary Society of Canton and Macau)創辦的海員醫院(Seamen's Hospital)。至於首間政府民用醫院，則在 1850 年設立，但在 1874 年被颱風吹毀。這兩間醫院均由殖民地外科醫生駐診，主要為本港的駐軍及歐籍居民治病。至於本地居民，差不多全部都向私人執業醫生求診，這些醫生通常利用傳統中草藥、跌打及針灸技術治病。1872 年，一些華人社區領袖興建了首間私人慈善醫院——東華醫院。職員包括中醫及西醫。

1964年首份白皮書

在戰後數年，政府主要提供預防性的醫療護理服務，特別是控制傳染病。政府在 60 年代才開始發展醫療服務。1964 年，當局草擬了“香港醫療服務發展”白皮書，訂定 1963 至 1972 年期間醫療及健康服務的標準。到 1970 年，本港共有 16,471 張病床，即每 1,000 人有 4.03 張病床²⁶。所有公立醫院的經費，均由一般稅收資助。所有香港居民，不論入息多寡，均可使用公立醫院的服務。

1974年第二份白皮書

在 70 年代，醫療服務在香港總督麥理浩爵士管理下進一步擴展。當局在 1974 年草擬“香港醫務衛生服務的進一步發展”白皮書，定下每 1,000 人有 5.5 張病床的目標。當局採用分區規劃及管理醫療護理服務的模式。在此模式下，政府須為每區提供一間分區醫院，照顧需要急症護理的病人。一間或以上地區醫院以提供基本醫院服務、一間或以上專科診所，以及多間普通科診所，為大部分市民提供基層醫療護理服務。

²⁶ 《香港年報》1970年(中文本)第95頁。

1988年成立臨時醫院管理局

由於在 80 年代政府醫院數目增長迅速，以及醫療費用日益增加，當局因而進行了一項有關醫院醫療服務的研究，以期將部分醫療服務私營化。臨時醫院管理局遂在 1988 年成立，而醫院管理局則在 1990 年 7 月正式成立。

1996年醫療護理制度檢討

1993 年，當局發表了一份關於醫療融資的諮詢文件。不過，公眾並不完全支持該份文件的建議。政府在 1996 年開始檢討醫療護理制度，預期該項研究將於 1998 年完成。

醫療護理政策的發展過程載於下表：

醫療護理政策的發展

年份	事件/文件	詳情	政策目的
1964 年	“香港醫療服務發展”(白皮書)	勾劃本港在醫療及健康服務方面的即時需要，並訂定 1963 至 1972 年期間醫療及健康服務的標準	“直接或間接向不能從其他途徑獲得醫療服務的廣大市民提供低廉或免費的醫療及個人健康服務”
1974 年 7 月	“香港醫務衛生服務的進一步發展”(白皮書)	臚列政府在其後 10 年維持和擴展公眾醫療保健服務，以及發展額外住院及門診服務和設施的建議	“保障及促進整體的公眾健康，以及確保向香港市民提供醫療及個人健康設施，特別是那些須依賴資助醫療服務的廣大市民”
1985 年 12 月	“醫院提供的醫療服務”(顧問報告)	<ul style="list-style-type: none"> - 只限於檢討醫院的管理及行政 - 建議如何改善短期及中期醫院的醫療服務質素及服務的分配(例如建議成立醫院管理局) 	“確保向香港市民提供醫療及個人健康設施，特別是那些須依賴資助醫療服務的廣大市民”

年份	事件/文件	詳情	政策目的
1990年12月	“人人健康展望將來”－基層健康服務工作小組報告書	<ul style="list-style-type: none"> － 提出一系列主要涉及基層護理的建議 － 亦建議政府進行研究，隨後發表有關本港健康及醫療服務日後融資問題的政策聲明 	“不應有人因缺乏金錢而不能獲得適當的醫療治理”
1993年7月	“促進健康”諮詢文件	當局接獲約近 500 份意見書，顯示公眾整體上支持協調式自願投保方法，以及目標對象方法下設立半私人病房和豁免目標對象收費的方法，但不支持逐項收費的建議。	繼續貫徹“不應有人因缺乏金錢而不能獲得適當醫療治理的政策”
1996年	醫療制度檢討	成立檢討醫療制度工作小組(成員包括衛生福利局、衛生署及醫管局)，檢討醫療制度及建議長期策略	“全面檢討醫療護理制度，使本港可發展一個符合本港未來需要的醫療政策及制度”

資料來源：衛生福利局

附錄 II

自行購買的醫療物品類別

1. 經皮徹照心臟血管成形術及治療心臟學的其他消耗品
2. 心臟調節器
3. 眼內透鏡
4. 肌肉感應電子義肢
5. 定製的義肢
6. 純整容手術用的植入物
7. 義製人體器官及矯形服務、物理治療及職業治療服務用的器具
8. 生長激素及干擾素
9. 家居用的設備、器具及消耗品

資料來源：立法局衛生事務委員會參考資料文件，“自行購買的醫療物品類別”1996年7月

附錄 III**醫療護理服務的定義**

醫療護理服務可分為基層、中層及第三層 3 個層面，並由急症護理、延續護理²⁷、非住院護理及社區護理各個部分組成。

基層醫療護理

基層醫療護理是病人與醫療護理制度的第一個接觸點，大多數疾病均可在這個層面獲得治理。

中層醫療護理

中層醫療護理是指較為專門及複雜的醫療護理服務，通常由醫院提供。病人普遍由負責基層醫療護理工作的醫生轉介。

第三層醫療護理

第三層醫療護理照顧少數需要在醫院接受極為複雜及專門治療的病人。此類服務經常涉及應用在診斷及治療方面的昂貴支援科技。

急症醫療護理

急症醫療護理向患上緊急或非緊急病症的病人提供醫療護理服務。當局須運用大量醫療、護理、復康及科技資源，令病人康復，以及盡量減輕其病情及傷殘程度。此類治療可在上述的 3 個醫療層面進行。

延續醫療護理

延續護理向殘疾人士、慢性病患者及老人提供醫療復康服務。此類醫療護理可在醫院或社區機構進行。

非住院護理

這類服務或設施為病人提供門診或只是日間住院的護理。

社區護理

這類服務、設施或計劃為在家中或社區內的病人及照顧病人的人士提供支援。

附錄 IV

²⁷ 包括長期住院及康復服務

衛生署提供的各項服務

在 1996 年，衛生署設有 60 間普通科門診診所、48 間母嬰健康院、13 間學生健康中心、16 間胸肺科診所、13 間性病診所、5 間皮膚科診所、5 間醫學遺傳科診所、4 間兒童體能智力測驗中心及其他診所²⁸。該署亦提供流動診所、水上診所及飛行醫生服務，照顧在偏遠及離島居住的居民。

- 個人健康服務

包括普通科門診、傳染病監察和控制、家庭健康及家庭計劃、健康教育，婦女及老人健康服務。

- 非分區服務

包括胸肺科、社會衛生及皮膚科、兒童體能智力評估、防治遺傳疾病、進行公共衛生病理化驗、提供法醫病理服務，促進職業健康和學生健康，以及推行有關愛滋病及乙型肝炎的特別預防計劃。

- 特殊健康服務

包括在輻射方面保障大眾的健康，在港口執行有關衛生的條例、管理毒品和藥物等。

- 衛生服務

包括監察食物及環境衛生、防治蟲鼠及進行健康教育等。

- 牙科服務

包括一般牙科治療、學童牙科保健及口腔健康教育等。

資料來源：衛生署 1995/1996 年度年報，第 17 頁

²⁸ 《1997年香港年報》(英文本)，第163頁。

附錄 V

健康與醫務發展諮詢委員會

成員

方津生醫生(主席)	梅纘雄醫生
衛生署署長(當然主席)	張郁德芬女士
李健鴻醫生	闕港子女士
龐曹聖玉女士	李葉慧璣女士
左偉國醫生	曾劉潔冰女士
阮博文教授	醫院管理局行政總裁(當然委員)
吳文翰教授	

職權範圍

- 留意到政府在發展基層健康服務上的目標，不斷檢討社會的一般公眾健康狀況；
- 在考慮到社會的需求和可動用的人力及財政資源的情況下，就健康服務的發展，以及健康服務與醫院服務間互相配合的問題，經衛生福利局局長向政府提供意見。

資料來源：香港政府各公務委員會及其他名表1996年7月1日

附錄VI

截至1996年3月31日按地區劃分的病床類別分布情況(以每1,000人計)

	普通科急症 (第A組)	普通科急症 (第1B組)	延續護理 (第2組)	延續護理 (第3組)	精神科 (第4組)	醫院 類別 不詳
香港西						
瑪麗醫院	1,390					
贊育醫院	195					
東華醫院			787			
馮堯敬醫院				296		
根德公爵夫人 兒童醫院			150			
麥理浩復康院				130		
病床總數	1,585		937	426		
人口¹	259,224					
為每1,000人 提供的病床 總數	6.1		3.6	1.6		
香港東						
東區尤德夫人 那打素醫院	1,363					
鄧肇堅醫院			88			
律敦治醫院		597				
東華東院			303			
長洲醫院			83			
慈氏護養院 (春磡角)				90		
黃竹坑醫院						200
病床總數	1,363	597	474	90		200
人口²	1,116,470					
為每1,000人 提供的病床 總數	1.2	0.5	0.4	0.1		0.2
九龍中						
伊利沙伯醫院	1,846					
九龍醫院			977			
香港佛教醫院			353			
病床總數	1,846		1,330			
人口³	638,778					
為每1,000人 提供的病床 總數	2.9		2.1			

	普通科急症 (第 1A 組)	普通科急症 (第 1B 組)	延續護理 (第 2 組)	延續護理 (第 3 組)	精神科 (第 4 組)	醫院 類別 不詳
九龍西						
廣華醫院		1,417				
黃大仙醫院				1,003		
聖母醫院		252				
病床總數		1,669		1,003		
人口⁴	762,147					
為每 1,000 人 提供的病床 總數		2.2		1.3		
九龍東						
基督教聯合醫院		878				
靈實醫院			257			
戴麟趾夫人 復康院				80		
病床總數		878	257	80		
人口⁵	587,071					
為每 1,000 人 提供的病床 總數		1.5	0.4	0.1		
新界南						
瑪嘉烈醫院	1,245					
葵涌醫院					1,622	
明愛醫院		1,386				
荔枝角醫院					424	
仁濟醫院			608			
病床總數	1,245	1,386	608		2,046	
人口⁶	741,527					
為每 1,000 人 提供的病床 總數	1.7	1.9	0.8		2.8	
新界東						
威爾斯親王醫院	1,384					
沙田醫院				540		
慈氏護養院 (沙田)				296		
白普理寧養院						26
病床總數	1,384			836		26
人口⁷	780,869					
為每 1,000 人 提供的病床 總數	1.8			1.1		0.03

	普通科急症 (第 1A 組)	普通科急症 (第 1B 組)	延續護理 (第 2 組)	延續護理 (第 3 組)	精神科 (第 4 組)	醫院 類別 不詳
新界北						
屯門醫院	1,417					
博愛醫院			470			
粉嶺醫院			100			
青山醫院					1,741	
小欖醫院						300
病床總數	1,417		570		1,741	300
人口^a	1,321,280					
為每 1,000 人 提供的病床 總數	1.1		0.4		1.3	0.2
所有醫院聯 網的病床總 數	8,840	4,530	4,176	2,435	3,787	526
人口總數	6,207,366					
為每 1,000 人 提供的病床 總數	1.4	0.7	0.7	0.4	0.6	0.1

備註：

* 不包括不屬任何聯網的香港眼科醫院、南朗醫院、葛量洪醫院、香港紅十字會輸血服務中心及復康用具資源中心。

1. 包括中西區居民。
2. 包括居住灣仔區的 171,656 人，港島東的 594,087 人，港島南的 287,670 人及離島的 63,057 人。
3. 包括居住油尖旺區的 260,573 人及九龍城區的 378,205 人。
4. 包括居住深水埗區的 365,927 人及黃大仙區的 396,220 人。
5. 包括觀塘區居民。
6. 包括居住葵青區的 470,726 人及荃灣區的 270,801 人。
7. 包括居住沙田區的 582,993 人及西貢區的 197,876 人。
8. 包括居住屯門區的 463,703 人，元朗區的 341,030 人，新界北區的 231,907 人及大埔區的 284,640 人。

資料來源：《香港立法局會議正式紀錄》：1996 年 7 月 10 日

1996 年中期人口統計

附錄VII

按醫院類別劃分1993年每名醫療人員負責的病床平均數目

	第 1 組	第 1A 組	第 1B 組	第 2 組	第 3 組	第 4 組
醫生						
最低數目	3.4	3.4	6.4	9.4	29.4	47.2
中位數目	6.0	4.4	7.4	19.1	98.7	98.5
最高數目	17.0	5.6	17.0	33.1	158.5	150.0
註冊護士／ 見習護士						
最低數目	0.9	0.9	0.9	0.8	4.0	3.5
中位數目	1.3	1.1	2.1	3.1	8.9	8.7
最高數目	3.5	1.4	3.5	5.1	22.5	11.7
登記護士／ 見習助理護士						
最低數目	1.4	4.9	1.4	1.9	4.2	7.0
中位數目	8.2	8.7	6.4	4.7	8.2	8.1
最高數目	17.7	12.9	17.7	6.2	13.8	11.8

備註：

第 1 組為普通科急症醫院，包括瑪嘉烈醫院、威爾斯親王醫院、伊利沙伯醫院、瑪麗醫院、贊育醫院、屯門醫院、東區尤德夫人那打素醫院、明愛醫院、葛量洪醫院、廣華醫院、聖母醫院、律敦治醫院、基督教聯合醫院

第 1 A 組為普通科急症醫院，包括瑪嘉烈醫院、威爾斯親王醫院、伊利沙伯醫院、瑪麗醫院、贊育醫院、屯門醫院、東區尤德夫人那打素醫院

第 1 B 組為普通科急症醫院，包括明愛醫院、葛量洪醫院、廣華醫院、聖母醫院、律敦治醫院、基督教聯合醫院

第 2 組為延續護理醫院，包括根德公爵夫人兒童醫院、靈實醫院、東華東院、仁濟醫院、粉嶺醫院、香港佛教醫院、九龍醫院、博愛醫院、長洲醫院、東華醫院、鄧肇堅醫院

第 3 組為延續護理醫院，包括慈氏護養院(沙田)、麥理浩復康院、戴麟趾夫人復康院、南朗醫院、沙田醫院、馮堯敬醫院、黃大仙醫院、慈氏護養院(春磡角)

第 4 組為精神科醫院，包括青山醫院、葵涌醫院、荔枝角醫院

瑪麗醫院及威爾斯親王醫院的教員亦包括在內

明愛醫院的服務只包括為急症病床提供的服務

資料來源：立法局衛生事務委員會參考資料文件“護士人手”，1996年1月8日

附錄 VIII

截至1996年3月31日按醫院類別劃分1996年的醫護人手對病床比率

	普通科急症 (第 1A 組)	普通科急症 (第 1B 組)	延續護理 (第 2 組)	延續護理 (第 3 組)	精神科 (第 4 組)	醫院類別不詳	醫生人數	每名醫生 負責的 病床數目	護士人數	每名護士 負責的 病床數目
香港西										
瑪麗醫院	1,390						278	5.0	1,565	0.9
贊育醫院	195						18	10.8	159	1.2
東華醫院			787				34	23.1	393	2.0
馮堯敬醫院				296			5	59.2	75	3.9
根德公爵夫人 兒童醫院			150				沒有資料	沒有資料	沒有資料	沒有資料
麥理浩復康院				130			1	130.0	34	3.8
香港東										
東區尤德夫人 那打素醫院	1,363						232	5.9	854	1.6
鄧肇堅醫院			88				18	4.9	109	0.8
律敦治醫院		597					58	10.3	330	1.8
東華東院			303				41	7.4	279	1.1
長洲醫院			83				6	13.8	38	2.2
慈氏護養院 (春磡角)				90			-	-	13	6.9
黃竹坑醫院						200	4	50.0	44	4.5
九龍中										
伊利沙伯醫院	1,846						421	4.4	1,928	1.0
九龍醫院			977				28	34.9	724	1.3
香港佛教醫院			353				15	23.5	152	2.3

	普通科急症 (第 1A 組)	普通科急症 (第 1B 組)	延續護理 (第 2 組)	延續護理 (第 3 組)	精神科 (第 4 組)	醫院類別不詳	醫生人數	每名醫生 負責的 病床數目	護士人數	每名護士 負責的 病床數目
九龍西										
廣華醫院		1,417					210	6.7	1,205	1.2
黃大仙醫院				1,003			24	41.8	244	4.1
聖母醫院		252					35	7.2	340	0.7
九龍東										
基督教聯合醫院		878					184	4.8	1,136	0.8
靈實醫院			257				12	21.4	239	1.1
戴麟趾夫人 復康院				80			1	80.0	15	5.3
新界南										
瑪嘉烈醫院	1,245						265	4.7	1,400	0.9
葵涌醫院					1,622		51	31.8	680	2.4
明愛醫院		1,386					158	8.8	888	1.6
荔枝角醫院					424		3	141.3	69	6.1
仁濟醫院			608				109	5.6	661	0.9
新界東										
威爾斯親王醫院	1,384						300	4.6	1,632	0.8
沙田醫院				540			24	22.5	295	1.8
慈氏護養院 (沙田)				296			3	98.7	88	3.4
白普理寧養院						26	2	13.0	30	0.9
新界北										
屯門醫院	1,417						250	5.7	1,303	1.1
博愛醫院			470				32	14.7	201	2.3
粉嶺醫院			100				11	9.1	77	1.3
青山醫院					1,741		40	43.5	586	3.0
小欖醫院						300	2	150.0	68	4.4

	普通科急症 (第 1A 組)	普通科急症 (第 1B 組)	延續護理 (第 2 組)	延續護理 (第 3 組)	精神科 (第 4 組)	醫院類別不詳	醫生人數	每名醫生 負責的 病床數目	護士人數	每名護士 負責的 病床數目
其他										
香港眼科醫院						14	30	0.5	50	0.3
南朗醫院				180			7	25.7	70	2.6
葛量洪醫院		579					41	14.1	468	1.2
香港紅十字 會輸血服務 中心							2	不適用	90	不適用
復康用具資 源中心							不適用	不適用	不適用	不適用

資料來源：《香港立法局會議正式紀錄》：1996年7月10日

附錄IX

1996年醫管局人手指標：每名醫生每年負責的離院病人人數

專科類別	急症醫院
內科	350-600
外科	400-650
兒科	350-550
婦產科	600-800
矯形外科及創傷科	250-400
急症室*	6,000-7,500

備註：* 指每名醫生在該年治療首次求診的急症病人的人數。
 資料來源：《香港立法局會議正式紀錄》：1996年7月10日

1996年醫管局護士人手指標*

專科類別	急症醫院	延續護理醫院
內科	16-21	10-13
外科	15-20	10-13
兒科	15-19	13-14
產科	14-18	13-14
婦科	14-17	不適用
矯形外科	14-17	10-13
老人病科	13-17	10-13

備註：* 護士（病房經理除外）的數字是根據一間標準醫院病房的情況而訂定。一間標準醫院病房設有34張病床；入住率為85%；而護士比率為合格護士佔68%，護士學生佔32%。

資料來源：立法局衛生事務委員會參考資料文件“護士人手指標”，1996年3月11日

參考資料

1. Hong Kong Annual Digest of Statistics 1984-1996
2. Hong Kong Monthly Digest of Statistics, May 1996
3. Hospital Authority, Annual Plan 1992/93-1997/98
4. Hospital Authority Annual Report 1992/93-1995/96
5. Department of Health, Annual Report 1989/90-1995/96
6. Asia Healthcare Focus
7. Hong Kong Annual Report 1966-1997
8. Dr. Gerald H. Choa, A History of Medicine in Hong Kong
9. Joel W. Hay, Health Care in Hong Kong, 1992.
10. Peter P. Yuen, "The Hong Kong Health Care Industry by the Year 2001: A Focus Group Discussion", Asian Journal of Business & Information Systems, Vol 1, No.1, Summer 1996
11. Peter P. Yuen, "The Implications of the Corporatization of Health Care Delivery in Hong Kong", Asian Journal of Public Administration, Vol 13, No.1, June 1991
12. Peter P. Yuen, "The Corporatisation of Public Hospital Services in Hong Kong: A Possible Public Choice Explanation", Asian Journal of Public Administration, Vol 16, No.2, December 1994
13. Peter P. Yuen, "Health Care Without Managed Care in Hong Kong", Health Care Management: State of the Art Reviews, Vol. 2, No.1, October 1995
14. Peter P. Yuen, "Health Care System Reforms in Hong Kong: The Implications of Greater Private Sector Participation", Philippine Journal of Public Administration, Vol. XXXVI, No.1, January 1992
15. Peter P. Yuen, "Medical and Health", The Other Hong Kong Report 1992
16. Peter P. Yuen, "Medical and Health Issues", The Other Hong Kong Report 1997
17. Report of The Prevailing Medical Fees Survey 1996, The Hong Kong Federation of Insurers, November 1996
18. Special Topics Report No. VIII, Social Data Collected by the General Household Survey, Census and Statistics Department, Hong Kong
19. Special Topics Report No. 13, Census and Statistics Department, Hong Kong
20. Special Topics Report No. 15, Census and Statistics Department, Hong Kong
21. Survey on Medical and Nursing Staff's Opinion on Nursing Manpower in Public Hospitals, Social Sciences Research Center, The University of Hong Kong Summary Report, February 1996
22. Chris Ham, Health Policy in Britain (2nd edition, 1985), Basingstoke: Macmillan
23. Stacey, M. (1977), 'Concepts of health and illness', in SSRC, Health and Health Policy: Priorities for Research
24. Illsley, R. (1977), 'Everybody's business? Concepts of health and illness', in SSRC, Health and Health Policy: Priorities for Research
25. McKeown, T. (1976), The Role of Medicine, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust

26. Lalonde, M. (1974), A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa, Government of Canada
27. Annual Report of The Ombudsman of Hong Kong, June 1994-1997
28. Environment Hong Kong 1996
29. Report of the Working Party on Chinese Medicine, October 1994
30. Hong Kong Hansard 12 July 1995, 3 April 1996
31. Policy on Patients' Waiting Time, Information Paper for LegCo Panel on Health Services, February 1996
32. Hong Kong Population Projections 1997-2016, Census and Statistics Department
33. Provisional Legislative Council Brief, Immigration (Amendment) (No.5) Bill 1997, Security Bureau, 8 July 1997
34. Information Note to LegCo Panel on Health Services, 13 January 1997
35. LegCo Panel on Health Services, Record of Meeting 13 January 1997
36. Hong Kong Medical Association releases, Survey Results on Private Doctors' Fees, 16 December 1996
37. Attitudes towards Dental Health Policy and Dental Care among Hong Kong Policy-makers, Community Health Project, Department of Periodontology and Public Health, University of Hong Kong, 1995
38. Report of the Dental Sub-Committee of the Medical Development Advisory Committee, March 1991
39. Annual Report (1996) of The Medical Council of Hong Kong, published in April, 1997
40. Information Paper to LegCo Panel on Health Services, Accident and Emergency (A&E) Services in Public Hospitals, Hospital Authority, October 1996
41. Information Paper to LegCo Panel on Health Services, 20 May 1996
42. Information Note to LegCo Panel on Health Services, Primary Health Care Services, Department of Health, April 1997
43. Information Paper to LegCo Panel on Health Services, District Health System, Department of Health, September 1996
44. Information Paper for LegCo, Panel on Health Services, Nursing Manpower, 8 January 1996
45. Information Note to LegCo Panel on Health Services, Review of the Health Care System, January 1997
46. LegCo Panel on Health Services, Information Paper on Privately Purchased Medical Items for Public Patients, July 1996
47. LegCo Panel on Health Services, Information Paper on the Basis for the Creation of Consultant Positions in Public Hospitals of HA, 11 March 1996
48. LegCo Panel on Health Services, Record of Meeting held on 8 January 1996
49. LegCo Panel on Health Services, Record of Meeting held on 20 May 1996
50. LegCo Panel on Health Services, Record of Meeting held on 8 July 1996
51. LegCo Panel on Health Services, Record of Meeting held on 14 October 1996
52. Civil and Miscellaneous List, 1 July 1993
53. 香港中醫藥發展籌備委員會報告書，1997年3月