

立法會

Legislative Council

立法會CB(2)2281/10-11號文件

檔 號：CB2/PL/HS

衛生事務委員會 向立法會提交的報告

目的

本報告旨在匯報衛生事務委員會在2010-2011年度立法會會期內的工作，並會根據立法會《議事規則》第77(14)條的規定，於2011年7月13日的立法會會議席上提交議員省覽。

事務委員會

2. 立法會藉於1998年7月8日通過、並於2000年12月20日、2002年10月9日、2007年7月11日和2008年7月2日修訂的決議，成立衛生事務委員會，目的是監察及研究與衛生服務事宜有關的政府政策及公眾關注的事項。事務委員會的職權範圍載於**附錄I**。

3. 事務委員會由17名委員組成。梁家騮議員及李國麟議員分別獲選為事務委員會正副主席。事務委員會的委員名單載於**附錄II**。

主要工作

香港的產科服務

4. 香港的產科服務是事務委員會議程上的重要議題。事務委員會察悉本地及非本地婦女對公營產科服務的需求日增，故此深切關注醫院管理局(下稱“醫管局”)的服務量能否應付有關需求。委員尤其擔心公營醫院婦產專科的醫療人員和護理人員流失率偏高(在2010-2011年度分別為9.3%及7.0%)，以及公營醫院初生嬰兒深切治療部的病床住用率不斷上升，由2010年平均94%急增至2011年2月

約108%。委員促請政府當局確保本地孕婦獲提供足夠的產科服務。亦有委員建議，當局應向在香港出生，但其父母並非本地居民的兒童，就使用公營醫院的新生嬰兒深切治療服務收取收回成本水平的費用。

5. 政府當局向委員保證，本地孕婦可優先使用產科服務。醫管局只會在有多餘名額時才接受非本地孕婦的預約。為此，醫管局已決定於2011年4月8日中止接受預產期為2011年4月至12月底的非本地孕婦在公營醫院分娩的預約，以確保本地孕婦獲提供足夠的產科服務。

6. 委員同意公營醫院應為本地婦女預留足夠的分娩名額，但認為對配偶為香港永久居民的非本地孕婦，不應給予與配偶並非香港居民的非本地孕婦相同的對待。事務委員會在2011年4月11日的會議上通過一項議案，促請政府除預留足夠名額給本地孕婦外，其餘產科餘額均以永久性本地居民配偶為優先。

7. 委員繼續跟進將軍澳醫院在2013-2014年度提供產科服務的進展情況。鑑於醫管局產科及兒科醫生和護士的流失率甚高，政府當局建議分階段開設將軍澳醫院的產科及初生嬰兒深切治療服務，並在2012-2013年度檢討開設該等服務的適當時間。多名委員察悉，公營醫院產科及兒科專科醫生及護士的流失率偏高，已令產科及兒科服務備受壓力，他們對政府當局的建議表示失望。他們促請政府當局推行有效措施以加強招聘及挽留員工，例如放寬海外醫生在香港執業的限制，以及改善員工的工作環境，從而應付本地孕婦(特別是將軍澳區內的年輕夫婦)不斷上升的服務需求。

醫管局醫生的流失情況

8. 委員討論醫管局為吸引及挽留醫生而引入的措施。該等措施包括推行新的專業發展架構，增加駐院醫生和副顧問醫生的起薪點和頂薪點；改善晉升機會及提供更多培訓機會；以及改善工作環境。部分委員認為，該等措施難以解決醫生候召次數過多及工作時間過長的問題。他們建議當局應為醫生每周的工作時數設定上限，並招聘更多兼職醫生在繁忙的門診診所提供的協助。委員亦認為政府當局應根據固定的醫生-病床比例或醫生-門診病人比例，為每個臨床專科的醫生成人手進行規劃，務求更妥善解決醫生短缺的問題，這點甚為重要。

9. 多名委員指出，在不同的醫院聯網，專科門診預約的輪候時間中位數差別甚大，他們認為在各聯網之間出現這樣大的差異，是因公營醫院之間資源分配不均所致。他們要求政府當局就各醫院聯網的資源分配機制進行全面檢討。醫管局同意在每年7月向醫院聯網分配資源時會考慮多項因素，當中包括醫院的工作量。醫管局來年會採用由下而上的做法，就需要額外資源的繁忙部門徵詢專科委員會及前線醫生的意見，以提高醫管局內資源分配的公正性及透明度。

醫管局護士的流失情況

10. 委員深切關注到，公營醫院護士的流失率甚高，特別是醫管局婦產專科的登記護士／助產士／其他護士，流失比率已由2006-2007年度的12.4%急升至2010-2011年度的73.5%。他們認為，偏高的流失率已清楚顯示當局過往為吸引及挽留護理人員而推行的措施無效。委員認為，金錢回報未必是護士離開公營機構的主要原因。就此，他們促請醫管局就其護理人員流失率偏高的原因進行深入的研究。

11. 部分委員認為，護士人員流失率偏高的問題根源，是當局在預計醫管局的護士人手需求時，並無訂定護士對病人的比例。他們建議政府當局應為長遠的醫療規劃制訂藍本，並訂定護士對病人的比例，以便預計公營機構對護士的人手需求。委員認為政府當局需備有該等資料，以決定所需的培訓名額，以及有否需要聘請海外畢業生。

12. 委員察悉，私營醫療界別為配合內地婦女日增的需求而擴展產科服務，就此，他們關注在未來3年(即2012-2013年度至2014-2015年度)可供聘用的護士總數能否應付公營及私營醫療界別和社會福利界對護士的需求。部分委員建議，政府當局應考慮協助在香港以外地方受訓及執業的護士申請來港執業，或在公營醫院獲聘從事與醫護有關的工作。

13. 政府當局確認，當局會評估各類醫護專業人員的人手需求，而有關評估會考慮醫療及社會福利界別的意見。醫管局亦已推出一籃子措施以解決護理人手短缺的問題，例如聘請約400名兼職護士在繁忙的部門提供協助，以及為護士提供更佳的誘因，促使他們在規定工作時數以外繼續工作。關於協助在香港以外地方受訓及執業的護士在公營醫院工作，政府當局解釋，根據香港護士管理局

的規定，在香港以外地方受訓的申請人須持有由護士管理局認可的認證機構所發出的有效證明書，證明申請人有能力在香港從事護理工作。政府當局向委員保證，公營及私營界別均提供不少就業機會予與護理有關的支援人員。

醫管局藥物名冊

14. 事務委員會繼續跟進醫管局藥物名冊的議題。藥物名冊於2005年推出，目的是透過統一醫管局的用藥及藥物政策，確保病人可公平地獲處方具成本效益，並經證實安全及有效的藥物。藥物名冊由有關專家定期評估新藥物和檢討現有藥物名單後訂定。檢討過程以科研和臨床實證為基礎，以評估藥物的安全程度、療效和成本效益，並會參考病人團體的意見。

15. 委員對有關在藥物名冊引進新藥及檢討現有藥物的決定深表關注。他們批評，醫管局就藥物名冊的決定向公眾及前線醫生作出交代及提供相關證據時，透明度偏低。他們促請醫管局在藥物名冊的定期檢討方面提高透明度，當中包括公開專家委員會的組成、專家委員會有關評估新藥和檢討現有藥物名單的會議文件，以及專家委員會所作的決定和其理據的摘要。

16. 醫管局順應委員的要求，推出多項措施提高藥物名冊的透明度，並改善獲取資訊的渠道及與藥物名冊相關持份者的溝通。該等措施包括定期在醫管局的網站上載將進行檢討的新藥名單、專家委員會就個別申請的決定，以及在評估申請時考慮的參考文獻。至於專家委員會的組成，醫管局會公開專家委員會和個別專科各專家小組成員的專業組別。然而，醫管局不會披露專家委員會及相關專家小組內個別委員的姓名，原因是這做法或會對委員造成不必要的壓力，以及要確保在討論過程中專家的意見持平公正。

17. 多名委員深切關注到，一些昂貴但經證實對病人有療效的自費藥物不在撒瑪利亞基金的資助名單上，對需要購買該等藥物的病人構成財政負擔。委員敦促政府當局擴闊安全網，以惠及需要使用昂貴自費藥物作治療的病人(包括中產階層)。多名委員認為，證實有重大療效的藥物應受公營醫院及診所的標準收費項目涵蓋，而不應將之列為獲安全網資助的自費藥物。部分委員建議就每名病人購買該等昂貴的自費藥物的開支設定上限，或病人購買該等藥物的開支可獲扣稅。

18. 政府當局認為，有關原則是要確保公共資源得到有效運用，並為更多病人帶來最大的健康效益。經證實有顯著療效，但因過於昂貴而未能包括在醫管局所提供的標準服務內的藥物，可透過撒瑪利亞基金的安全網提供。為應付不斷增加的資助需求，政府已在2008-2009年度向撒瑪利亞基金注資10億元。

醫療改革第二階段公眾諮詢 —— 醫療保障計劃

19. 事務委員會研究當局在醫療改革第二階段公眾諮詢下建議的自願醫療保障計劃(下稱"醫保計劃")。擬議醫保計劃旨在提供由政府規管的私人醫療保險，為願意尋求私營醫療服務的市民提供更佳的選擇。醫保計劃亦旨在透過鼓勵更多市民持續選用私營醫療服務，紓緩公營醫療系統的壓力，並加強整體醫療系統的可持續性。財政司司長亦承諾會從財政儲備撥出500億元，以推動醫療改革。

20. 醫保計劃其中一個主要特點，是該計劃保證接受所有申請者，包括高風險組別，例如長者及原先已有病症的人士。委員認為此特點是一項進步，但他們關注讓高風險組別人士參與醫保計劃的財務可行性。若醫保計劃未能吸引大量人士參加，可能會缺乏關鍵人數，以致財政上不可持續發展。委員建議當局考慮為保費提供扣稅優惠，為個別人士提供參加醫保計劃的誘因。

21. 部分委員察悉，多個團體促請當局把醫保計劃的保障範圍擴大至門診服務。就此，他們建議除門診服務外，醫保計劃的保障範圍亦應擴大至涵蓋費用高昂的首次專科一般診症及物理治療。

22. 政府當局認為，擴大該等保障範圍會造成道德風險問題，亦可能會令保費上升。由於參與醫保計劃的承保機構可提供附加項目以涵蓋該等服務，而公營醫療系統會為有需要的病人提供最後的安全網，因此，政府當局對擬議保障範圍(只涵蓋需要住院治療或接受非住院手術的病症)的意見維持不變。

23. 委員對500億元財政儲備的運用意見不一。對於使用該500億元財政儲備以提供財務誘因，藉此吸引市民參加醫保計劃的建議，部分委員表示歡迎，而其他委員則認為應利用該500億元改善公共醫療服務。部分委員認為應成立一家公營機構，提供醫保計劃下的醫療保險計劃，從而確保醫保計劃的規定獲得遵行，並為醫保計劃下的醫療保險計劃設定基準。

《中醫藥條例》(第549章)內有關中成藥的條文的生效日期

24. 《中醫藥條例》內有關中成藥必須註冊的條文已於2010年12月3日開始實施。委員察悉，在遵從中成藥註冊規定方面，多個團體在技術及財政上均面對重大困難，但政府對業界在遵從註冊規定方面並無提供支援，委員對此表示失望。有委員建議，當局應提供資助(例如設立貸款計劃)，協助業界應付高昂的檢測成本，以便業界遵行有關中成藥註冊的法例規定。

25. 委員亦對中成藥註冊的評估準則及程序缺乏透明度及客觀性深表關注。他們認為現時應就規管中醫藥的政策進行檢討。為使委員可進行更聚焦的討論，事務委員會在2011年3月14日的會議上同意成立小組委員會，研究中成藥的註冊事宜。

26. 內務委員會已於2011年4月8日的會議上批准中成藥註冊小組委員會在2011年6月展開工作。小組委員會剛展開工作，並已編定舉行一連串會議，以詳細研究該議題。

精神健康服務

27. 醫管局為加強支援有精神健康問題的人士，於2011-2012年度推出多項措施，委員就該等措施進行討論時深切關注到，各醫院聯網之間的精神科專科門診診所例行個案預約新症的輪候時間中位數各異，以及病人在精神科專科門診診所的診症時間過短。他們促請政府當局就精神健康服務增加醫管局的人手。

28. 政府當局解釋，精神病的治療重點已由住院護理逐漸轉移到社區及非住院護理服務，以增加病人康復後重新融入社會的機會。因此，當局已撥出資源，加強在社區層面對精神病患者的支援服務。

29. 部分委員支持服務路向由住院護理轉移到社區及非住院護理服務，但他們敦促政府當局向社會福利界撥出足夠資源，加強在社區層面對精神病患者的支援。委員亦要求政府當局加快進行有關為精神病患者引入法定社區治療令的可行性研究，並檢討《精神健康條例》(第136章)，以賦權院長在有關病人的精神狀況有需要時，可把病人羈留在醫院內。委員亦促請政府當局制訂長遠的精神健康服務發展計劃。

基層醫療發展策略 —— 基層醫療推廣運動

30. 政府當局向委員簡述當局將展開全港性的基層醫療推廣運動，作為政府的基層醫療發展策略的一部分。委員獲告知，推廣運動會首先透過《基層醫療指南》(下稱“《指南》”)，集中推廣由家庭醫生及牙醫提供的基層醫療服務。其他醫護專業人員亦會擔當基層護理隊伍的一部分，逐步對推廣運動有更大的參與。

31. 委員歡迎當局向市民推廣家庭醫生的概念，但對《指南》在推廣家庭醫生概念和預防性護理方面的成效存疑。鑑於加入《指南》屬自願性質，委員關注會否有足夠的家庭醫生加入《指南》。委員亦關注把其他醫護專業人員(例如中醫)的資料納入《指南》的時間表。

32. 政府當局向委員闡釋其建立《指南》的分階段模式。首階段將涵蓋西醫及牙醫，而下一步則會涵蓋中醫，其後為護士及其他專職醫療人員。政府當局認為，《指南》有助市民選擇可擔任其家庭醫生的基層醫療服務提供者。隨着家庭醫生概念的推廣，由家庭醫生提供持續及協調護理的人口比例(目前為20%至30%)預計將會增加。

33. 委員並不完全接受政府當局的解釋。他們敦促政府當局加大力度，促使家庭醫生與其病人加強溝通，從而促進家庭醫生與病人之間建立緊密的夥伴關係，並藉此改變現時病人經常轉換醫生的習慣。

預防及控制流感

34. 委員察悉2010年冬季的流感活躍度似乎較平均為高，故此關注季節性流感疫苗能否發揮保護功用。委員尤其關注到，儘管在政府防疫注射計劃下，居於院舍的長者曾接受防疫注射，但流感類病症仍在院舍爆發。政府當局解釋，對疫苗的免疫反應因人而異，而2010年的持續寒冷天氣助長流感病毒擴散。政府當局確定，現有的季節性流感疫苗可有效預防流感。

35. 鑑於在各項政府防疫注射計劃下，目標群組的流感疫苗接種率偏低，委員促請政府當局考慮把防疫注射計劃擴大至目標群組以外人士，例如小學生，以防止流感在學校爆發，並把計劃擴大至錄得高感染率的19歲或以下年輕人。這做法可避免重蹈政府去年購

買人類豬型流感疫苗而導致浪費的覆轍。政府當局維持其觀點，表示當局建議的季節性流感防疫注射旨在提供個人保護，而非為了在某一環境內預防及控制該病症的交叉感染。每年的季節性流感疫苗注射目標群組均根據一連串科學考慮因素而決定。現階段並無足夠科學證據支持把防疫注射計劃的涵蓋範圍擴大至其他人口組別。

36. 委員認為，醫管局應就因流感高峰期而急增的住院需要作好準備。就此，他們關注醫院會否有充足人手及病床應付增加的住院人數。委員建議當局應調動社康護士到繁忙的病房，以應付入院病人的增加。政府當局向委員保證，公營醫院會在適當時把病人轉往較少病人入住的病房，並延遲進行部分非緊急的醫療程序及手術，以應付醫院的住院需求。由於社康護士透過向社區內的長者提供護理支援，在預防流感方面擔當重要角色，因此，政府當局認為在這方面不宜調動社康護士。當局會實施應變措施，例如要求醫護人員超時工作及／或自願工作，以應付急增的服務需求。

院舍及日間護理中心長者基礎牙科外展服務先導計劃

37. 委員支持當局的建議，委聘合資格和具能力的非政府機構為居於安老院舍及使用長者日間護理中心的有需要長者提供獲資助的基本牙科及口腔護理外展服務。委員建議，當局可透過向那些並非居於安老院舍、使用長者日間護理中心的服務或領取綜合社會保障援助(下稱"綜援")而未能負擔牙科費用的長者提供資助，以對該計劃作出進一步改善。委員認為，長遠而言，所有長者均應合資格獲得免費基礎牙科護理服務。

38. 應委員要求，政府當局答應根據從先導計劃取得的經驗，例如長者獲取基礎牙科護理服務能否導致長者的健康及生活質素有所改善，以及有否財政及人力資源，考慮分階段把先導計劃擴大至其他組別的長者。政府當局會就先導計劃進行中期檢討，以決定如何推行該計劃。

39. 部分委員雖歡迎當局為改善長者口腔服務而增撥資源，但認為這些資源在滿足長者需要方面出現錯配。他們指出，長者面對的最常見口腔衛生問題是失去牙齒，但先導計劃內所提供的服務不包括鑲牙。委員察悉約20萬名長者是無齒的或只有殘留牙根，因而促請政府當局考慮在4年內分批為這些長者每人提供1萬元津貼，讓他們更換5或6顆缺齒。

40. 政府當局仍堅持其立場，表示會優先改善居於安老院舍或接受長者日間護理中心服務的有需要長者的口腔衛生及牙科護理。若這些長者需要牙科治療，獲選的非政府機構將須安排為長者提供所需的跟進治療。綜援計劃下的長者，治療的費用會由牙科治療津貼支付。至於沒有領取綜援的長者，非政府機構會考慮向有經濟困難的長者提供或安排提供資助，以支付治療的費用。

長者醫療券試驗計劃

41. 政府當局向委員簡述有關將長者醫療券試驗計劃延續3年(由2012年1月1日至2014年12月31日)的建議，並增加醫療券金額，由每年250元增至500元，以及優化試驗計劃的運作和實施安排。

42. 委員雖不反對把試驗計劃延續3年，但認為把醫療券金額由每年250元增至500元，仍未足以應付長者的醫療需要。委員亦關注到醫生在試驗計劃中的登記率偏低。他們促請政府當局加大力度，鼓勵在新界或公共屋邨執業的醫療服務提供者登記參與試驗計劃。多名委員亦對於當局在延長的試驗期間把合資格使用醫療券的年齡維持於70歲或以上，表示失望。他們建議把合資格使用醫療券的年齡降至60或65歲。他們亦要求政府當局考慮提供額外資助，作為長者使用牙科或健康檢查服務的誘因。委員亦關注到，政府當局建議蒐集有關醫療券使用者所獲提供的醫療服務的資料，這做法不但對已登記的醫療服務提供者構成行政負擔，亦會侵犯病人私隱。

43. 政府當局解釋，試驗計劃旨在透過提供部分資助，鼓勵長者使用就近的私營基層醫療服務。鑑於有需要確保能審慎及有效地使用公帑，政府當局需仔細考慮增加醫療券金額會否影響長者的求診模式、醫療服務提供者的收費，以及長者願意分擔的自付費用金額。擴大試驗計劃的建議，是為進一步測試試驗計劃的成效及醫療券的使用情況。政府當局堅持，在現階段不會建議對試驗計劃的規則作出任何改變，例如降低合資格年齡。當局在下一個3年試驗期間檢討試驗計劃的成效後，或會考慮重新研究應否改變部分這些規則。

立法規管醫療儀器的建議架構

44. 事務委員會曾討論立法規管醫療儀器的建議架構。委員就醫療儀器的定義及分類表示關注。委員引述矯視性及非矯視性隱形眼鏡為例，質疑當局就矯視性及非矯視性隱形眼鏡的規管採取不同

做法的理由，儘管兩者均擬用於人體，並會對人體帶來類似的潛在風險，但矯視性隱形眼鏡受到法定管制，而非矯視性隱形眼鏡則透過擬議法例附表的表列制度列入規管。

45. 政府當局解釋，為達到擬議法例的目的，醫療儀器的定義主要會根據全球協調醫療儀器規管專責小組的建議而訂定。雖然嘗試為醫療儀器提供清晰的定義，但仍有不少產品看來屬於可以被界定為醫療或非醫療儀器的邊緣產品。因此，當局建議有關法例應賦權衛生署署長，以附表形式把特定產品納入規管範圍內。

46. 委員並不接納政府當局的解釋。他們指出，該做法會為市民造成混亂，並為業界及有關行業帶來不必要的負擔。他們要求政府當局提供資料，說明衛生署署長在決定哪些產品應列入規管範圍時會考慮的因素。委員並建議當局應設立一個獨立委員會，以在這方面向衛生署署長提供意見。

47. 委員亦對推出市面前的管制深表關注。他們認為，規管當局的最重要任務，是須在醫療儀器推出市面前決定其是否安全及有擬具備的性能。委員促請政府當局確保衛生署會有充足的人手和資源，以有效地執行評核工作。

48. 委員察悉，建議法例容許非法定註冊醫護專業人員操作強烈脈衝光儀器，條件是他們已接受訓練並通過信譽良好的院校舉辦的相關技能測試。委員認為事務委員會應邀請業界就這方面提出意見。

49. 由於當局在2003年已表示計劃規管醫療儀器，但政府當局花了7年時間，才能制訂建議的規管架構，委員對政府當局在訂定醫療儀器的規管控制方面進度緩慢，表示不滿。政府當局解釋，為配合設立法定規管架構的工作，當局於2007至2008年期間進行規管影響評估，研究建議立法規管醫療儀器的各個可行方案的影響。政府當局繼而於2010年3月向方便營商諮詢委員會簡介有關的立法建議架構。該委員會雖普遍支持建議的規管架構，但大力建議當局進行營商環境影響評估，以充分評估規例對業界的影響。

50. 事務委員會要求政府當局於2011年匯報營商環境影響評估的結果及立法建議的細節。

仁濟醫院重建工程

51. 委員討論仁濟醫院C、D、E 和F座重建為社區健康中心的建議。鑑於區內人口不斷老化，他們關注到新的社區健康中心能否應付長者的服務需要。政府當局向委員保證，擬建的社區健康中心將能推廣健康的晚年生活，並配合服務需要的轉變。新的社區健康中心會有一個基層服務中心，為不同年齡階段的病人(包括長者)提供基層醫護服務。擬建的中心亦設有專科服務中心，其服務包括為慢性病(如糖尿病、高血壓和慢性支氣管疾病)患者提供日間的評估和穩定治療服務，這些都是長者常見的慢性病。政府當局認為擬建的中心將可為長者提供全面綜合的醫護服務。

52. 部分委員仍認為，單靠基層服務中心，不足以滿足長者的需要，並認為有需要加強為長者提供的專科護理服務。其他委員認為，除政府當局建議的服務外，重建的仁濟醫院亦應提供其他服務，以滿足區內的服務需要。他們促請政府當局考慮在重建的仁濟醫院提供產科服務及日間護理設施，例如精神科日間醫院。亦有委員強烈要求在重建的仁濟醫院恢復提供泌尿科服務。

器官捐贈

53. 事務委員會繼續跟進政府在香港推廣器官捐贈的工作進展。委員察悉並關注到，在2010年，家人同意捐出完整器官的比率約為50%。鑑於家人的接納甚為重要，委員認為當局有需要主力向家人進行推廣工作，以減少家屬對捐贈器官的抗拒及猶豫。有委員建議政府當局應舉辦一項推廣運動，爭取立法會議員及其家屬的支持，以便向社區人士推廣器官捐贈的訊息及家人同意的重要性。

54. 委員亦提出多項其他建議，以宣揚器官捐贈的訊息。這些建議包括爭取宗教界人物的支持；向年青一代加強宣傳及推廣；以及在市民申領駕駛執照或登記香港身份證時，要求他們表明在死後捐贈器官的意願。政府當局答允考慮委員的建議，並確認衛生署一直透過各種途徑，鼓勵市民在中央器官捐贈登記名冊登記他們死後捐贈器官的意願。

其他曾討論的議題

55. 事務委員會曾討論其他事項，包括政府建議設立及推行非永久性香港居民身份證持有人使用公營醫療服務資格核實系統、在

衛生署開設新的首長級職位、明愛醫院第二期重建計劃、富山公眾
殮房事件及公營醫院進行的醫院認證計劃。

曾舉行的會議

56. 由2010年10月至2011年6月底期間，事務委員會合共舉行
15次會議。另有兩次會議已安排於2011年7月舉行。

立法會秘書處
議會事務部2
2011年7月4日

附錄 I

立法會

衛生事務委員會

職權範圍

1. 監察及研究與醫療衛生有關的政府政策及公眾關注的事項。
2. 就上述政策事宜交換及發表意見。
3. 在上述政策範圍內的重要立法或財務建議正式提交立法會或財務委員會前，先行聽取有關的簡介，並提出對該等建議的意見。
4. 按事務委員會認為需要的程度，監察及研究由事務委員會委員或內務委員會建議其處理的上述政策事宜。
5. 按照《議事規則》的規定向立法會或內務委員會提交報告。

衛生事務委員會
2010 至 2011 年度委員名單

主席	梁家騮議員
副主席	李國麟議員, SBS, JP
委員	何俊仁議員 何鍾泰議員, SBS, S.B.St.J., JP 李華明議員, SBS, JP 張文光議員 鄭家富議員 李鳳英議員, SBS, JP 余若薇議員, SC, JP 何秀蘭議員 陳克勤議員 陳健波議員, JP 張國柱議員 葉國謙議員, GBS, JP 潘佩璆議員 梁家傑議員, SC 陳偉業議員
	(合共：17 位議員)
秘書	黃麗菁女士
法律顧問	李凱詩小姐
日期	2011 年 4 月 13 日