

全民精神健康政策意見書（定稿）

2014 年 5 月

香港精神健康議會

香港精神健康議會

全民精神健康政策意見書（定稿）

目的

1. 本文件旨在向政府就全民精神健康提出政策上的意見。

背景

2. 精神健康是健康不可或缺的元素。世界衛生組織將「健康」定義為身體、精神及社會適應各方面良好的一種狀態，而不僅是指沒有生病或者體格壯健。
3. 精神健康與身體健康更是息息相關。精神狀況與身體機能互為影響，例如當個人精神狀況欠佳，身體會出現肌肉及骨骼疼痛、呼吸困難甚至心臟不適等情況；反之，當人患有慢性疾病或嚴重病患時，或會令情緒低落。因此，精神健康是十分重要。沒有精神健康，等於沒有健康。
4. 就本港人口的精神健康，政府並無定期收集數據。除了香港中文大學醫學院在沙田區進行過精神健康普查，及統計處於 2001 及 2008 年透過全港性統計調查收集到有精神病或情緒病人士的資料，政府只有於 2010 年撥款 700 萬港元委託香港大學精神醫學系、香港中文大學精神科學系、醫院管理局（「醫管局」）精神科服務單位，進行《香港精神健康調查 2010-2013》，為 5,700 名 16 至 75 歲華裔市民進行精神健康評估¹。
5. 《香港精神健康調查 2010-2013》中期結果顯示，首 2,500 名受訪者中有 362 人（14.5%）有明顯精神問題，包括超過 6%受訪者有焦慮症，超過 4%受訪者有抑鬱症，及超過 2%受訪者有多於一種情緒病，但只有少於 25%有精神問題的受訪者願意求診。
6. 根據醫管局記錄，於 2012 年有 195,000 名有精神健康問題人士透過醫管局接受治療和支援服務。但醫管局估算，香港約有 100 萬至 170 萬人患有精神障礙，當中約有 7 萬至 20 萬人患有嚴重精神病²。

¹ 《香港精神健康調查 2010-2013》結果預計於 2013 年年中發表，分析結果會交予政府去評估香港市民的精神健康狀況，作規劃精神健康服務之用。

² 全球有 4 億 5 千萬人患有精神或神經障礙，其中 1 億 5 千萬人患有抑鬱症、2,500 萬人患有精神分裂、9,000 萬人有濫藥或酗酒問題。一般估計，患有精神障礙的數目是平均人口的約 15%至 25%；患嚴重精神病的則介乎 1%至 3%。香港人口約 690 萬，按全球數字推算，估計香港約有

7. 以上資料顯示，港人的精神健康問題絕對不容忽視。

精神病的影響

8. 醫學期刊《刺針》於 2012 年 12 月刊登由美國華盛頓大學的衛生計量和評價研究所，與世界衛生組織及各國研究機構合作進行之《2010 年全球疾病負擔》研究，用「殘疾調整生命年」(DALYs，即因疾病而損失的健康壽命)來量化疾病負擔，結果顯示精神及行為障礙對世界人口帶來的疾病負擔不斷加重。

9. 殘疾調整生命年是「生命損失年數」(YLLs，即因病早逝而損失的壽命)，及「活於殘疾的生命年數」(YLDs，即因病而健康受損的時間)兩者之和。研究顯示精神及行為障礙於 2010 年佔全球殘疾調整生命年的 7.4%，與 1990 年的數據比較上升了超過 37%，並對少年至中年人口而言，是疾病負擔的主因³。

10. 其中抑鬱是造成全球殘疾調整生命年的第 11 位原因，導致 6300 萬活於殘疾的生命年數，是第二大引致活於殘疾的生命年數的原因⁴。而精神分裂症損害健康的程度甚至比末期癌症的還嚴重⁵。

11. 經濟方面，根據世界經濟論壇與美國哈佛大學公共衛生學院於 2011 年 9 月合撰的報告，在不同類別非傳染性疾病當中，精神病給全球造成最大損失，於 2010 年達 25,000 億美元，並可能於 2030 年升至 60,000 億美元⁶。

12. 上述經濟損失不只是患者個人的負擔，他們的家人、照顧者、政府，以至整個社會也同時承擔。直接的經濟負擔主要是治療花費，但這不及精神病間接所造成的經濟損失，例如患者需接受治療而缺勤、勉強帶病上班或被迫脫離勞動市場，令人口生產力下降；精神病引致的酗酒、癡肥、暴力等問題令公

100 萬至 170 萬人患有精神障礙，而當中約有 7 萬至 20 萬人患有嚴重精神病。請參考醫管局的《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》。

³ Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*. ;380(9859):2197-2223.

⁴ Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*. ;380(9859):2163-2196.

⁵ Joshua A Salomon, Theo Vos, Daniel R Hogan, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*. ;380(9859): 2129-2143.

⁶ Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnier, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

共開支增加。

13. 精神病患者、其家屬和照顧者還受到歧視和屈辱。他們許多應有的基本人權和自由都被侵犯，例如他們被不公平地剝奪工作機會，並在享用服務、健康保險和住房方面被另眼看待甚至被拒絕；在治療過程中，他們的意願和選擇權沒有被充分考慮和尊重；甚至在政府制訂、實施公共政策方面，他們的參與權及聲音都被漠視。

精神病患者的權利和政府的責任

14. 聯合國《殘疾人權利公約》（「《公約》」）訂明殘疾人士（包括精神病患者）與非殘疾人士一樣，在獨立生活、融入社區、醫療衛生與康復、工作就業等方面享有平等權利、自由及尊嚴。
15. 《公約》自 2008 年 8 月 31 日起在中國正式生效，並適用於香港，因此政府須採取適當的措施，實踐《公約》內容，以促進、保護和確保精神病患者充分和平等地享有一切人權和基本自由。
16. 根據《公約》，政府各政策局和部門需清楚認識在制定政策和推行服務計劃時，要充分考慮《公約》的規定，包括《公約》所述，殘疾問題應成為相關可持續發展策略的重要組成部分，亦即主流化的概念。各政策局和部門在制定、推行服務計劃時，需要考慮精神病患者的需要，就對他們有重大影響的政策和措施，更需要適當地諮詢他們和其他持分者，並制訂指引以確保政策和措施能充分照顧他們的不同需要，讓他們可全面融入社會。
17. 在《公約》下，精神病患者應可享有因應不同精神病、性別、種族、年齡等特徵而特別設計、具質量的、免費或費用低廉的醫療保健服務，其服務種類、質素及標準應與其他醫療保健服務的一樣。就醫療及住院保險，精神病患者也不能被歧視；政府應正視現況⁷，立例或規管使長期病患者、精神病人及精神病康復者不被拒保。
18. 精神病患者應可於所住社區附近接受服務和訓練。各政策局和部門在制定推行服務計劃時，必須儘量以社區化的環境設施來提供服務，妥善規劃服務設施，積極地處理因地區阻力而引致服務設施邊緣化的問題。

⁷ 現時醫療及住院保險一般不會保障由精神病或精神分裂，以及濫用藥物等所導致的住院費用。即使在醫療及住院保險中精神病並非不保事項，但因保單條款的要求，要索取賠償仍遇到困難。曾有精神病患者獲准購買人壽保險，但要付較昂貴保費。

19. 就本地法例，《殘疾歧視條例》於 1996 年實施，目的是消除和防止對殘疾人士（包括精神病患者）的歧視。根據《殘疾歧視條例》，政府如在執行其職能或行使其權力，或在服務提供方面，直接或間接地歧視精神病患者，即屬違法。這代表政府為精神病患者所提供的醫療和衛生服務，不能比患有其他種類疾病的市民所得到的為差。政府需為精神病患者及其他市民的身體和精神健康提供相同的保障。
20. 基於上述責任，政府需制訂政策、策略及行動計劃，有效地促進和保護全港市民的精神健康，同時確保提供予精神病患者的醫療、衛生和社區支援服務是良好及全面的。
21. 然而，政府至今仍未制訂精神健康政策，及擬訂詳細精神健康計劃，去促進和保護全民精神健康。

政府的說法及有關實際情況

22. 政府認為目前已有機制去統籌精神健康服務，而且該機制行之有效。據政府表示，本港的精神健康服務由食物衛生局（「食衛局」）負責統籌。食衛局與勞工及福利局（「勞福局」）、醫管局、社會福利署（「社署」）等有關部門合作，以跨專業和跨界別團隊的方式提供精神健康服務，照顧有精神健康問題的人士的需要。
23. 根據政府提供的資料，「精神健康服務工作小組」（「工作小組」）於 2006 年 8 月成立，由食衛局局長擔任主席，學者、相關專業人士和服務提供者出任成員，聲稱負責檢討精神健康服務，並為未來的服務制訂長遠的發展路向。但工作小組一直沒有公開發表其檢討結果和建議，僅曾在 2009 年立法會衛生事務委員會一次會議上確認及早介入治療及社區復康的重要性。
24. 在服務推行層面，政府表示醫管局自 2010 年起推行「個案管理計劃」，目的是為居於社區的嚴重精神病患者提供深入、持續及個人化的支援；社署於同年開始將提供一站式、地區為本的社區支援康復服務的「精神健康綜合社區中心」（「綜合社區中心」）推展至全港 18 區共 24 個服務點。然而，個案管理計劃成效有待確實，為綜合社區中心尋找永久會址以推展服務的工作至今仍未完成。
25. 「中央協調小組」在 2010 年初成立，由醫管局和社署共同擔任主席，醫學界和社會福利界的代表出任成員，聲稱會監察綜合社區中心和個案管理計劃的推行，及就社區精神健康服務檢視持份者之間跨界別合作的情況。但中央

協調小組一直沒有交代其監察程序或過程，亦沒有評估推行有關服務的成效。

26. 在 2010 年 5 月 8 日於葵盛東邨發生精神病患者斬人慘劇後，社署和醫管局在不同地區成立「社區精神健康支援服務地區工作小組」（「地區工作小組」），由醫管局精神科服務聯網主管和社署福利專員共同擔任主席，成員包括綜合社區中心營辦機構、房屋署、警方代表等。地區工作小組作為地區協作平台，聲稱會加強地區層面服務的協作，但沒有交代運作細節。在 2012 年初於上水彩園邨發生精神病患者斬死保安員慘劇後，傳媒報導地區工作小組在處理需跨部門協作的個案後無向中央通報，令社署及醫管局未能掌握地區情況。
27. 食衛局在 2013 年 2 月向立法會衛生事務委員會提供各類精神健康服務的最新情況，及後政府於 2013 年 5 月成立「精神健康檢討委員會」，用一年時間檢討現有精神健康服務及有關政策，但該委員會成員名單沒有包括康復者代表，經病人組織爭取後，才加入一名有關代表。

議會對政府處理精神健康問題的分析

28. 一直以來，政府對精神健康並沒有制訂政策方針及目標，只回應稱現有各項相應服務，如醫管局提供的精神科醫療復康服務、社署透過資助服務機構提供的社會復康服務、衛生署提供的精神健康教育等。在沒有具原則價值的政策指引下（如依據殘疾人士公約權，或復元理念），各項復康服務既未有清晰的發展方向，亦未能互相配合，令服務出現重疊又或漏洞。整體而言，政府欠缺清晰的藍圖，發展精神健康政策及相關服務，最終導致見步行步、小修小補的補救方式，推出各項不盡配合的服務。
29. 雖然政府意識到全球大部分地區的醫療體系均逐步減少對精神科住院服務的依賴，轉而加強社區精神科及基層醫療服務，不過香港的精神健康服務大體上仍以住院服務為主，輔以規模大但繁忙的門診服務。根據世界衛生組織的數據顯示，各國精神科住院服務佔整體精神復康服務一般為 67%⁸，先進高收入國家更只有 54%⁹，其餘資源均投放於社區支援服務，但香港的相關數字高達 78%¹⁰。數據顯示香港仍以病態角度（pathological perspective）出發，以消除病徵或問題為主，更並非以復元理念為基礎提供復康服務。儘管近年社區及復康服務已有顯著進步，惟服務範疇和資源投入仍然十分有限。

⁸ WHO Mental Health Atlas 2011, p.11

⁹ WHO Mental Health Atlas 2011, p.29

¹⁰ WHO Mental Health Atlas 2011 Country Profiles,

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/hkg_mh_profile.pdf?ua=1

30. 政府處理精神健康事宜的方法只着重提供醫療服務，而單純從醫療康復角度出發去解決精神健康問題是不足夠，因為醫療及康復範疇以外的政策、法例、措施計劃都有可能影響精神健康，例如在僱傭範疇推行家庭友善政策可使僱員有適當時間陪伴家人，增進家人間的情感聯繫，從而促進僱員及其家人雙方的精神健康。勞工、土地、醫療、福利、教育、住屋、就業、法例等方面的政策都有可能影響精神病患者與社區融合。精神病患者和家屬在醫療及康復範疇外，例如在就業、福利、房屋等方面都需要協助。
31. 醫管局推出《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》，作為醫管局成年人精神科服務的藍圖，但這是一項臨床服務計劃，計劃的範疇限於醫管局本身所負責的精神健康服務，並非精神健康服務政策，探討的範疇不包括整體精神健康服務發展，亦不涉及公共衛生、私營服務，或政府、非政府機構及獨立界別的角色。再者，計劃的討論範圍限於成年人精神健康服務，有關兒童及青少年，與長者的精神健康服務目前仍在討論階段中。計劃亦非照顧所有成年人精神健康需要。
32. 議會認為政府實際上沒有重視本港人口的精神健康，至今也沒有制訂精神健康政策，更不必說為促進全民精神健康去擬定一份詳細策略、行動、預算、時間表等細節的方案。正因為政府一直不願意制訂精神健康政策，引致出現以下問題：

服務仍主要沿用傳統的專業架構和模式

33. 政府、醫管局等有關部門雖然強調加強基層健康及非政府機構的合作和參與，以改善服務協調，支援非政府機構為精神病患者提供復康及工作機會，但一直沒有制訂詳細、完善的合作機制、轉介計劃及表現指標。醫管局仍以醫療專業主導精神復康服務，令一些正在輪候精神科治療的市民，或出院的精神病患者，未能由醫管局轉介至有關非政府機構作跟進。

專業人手規劃不足，影響服務質素

34. 在 2012 年有最少 20 萬人尋求醫管局所提供的精神科專科服務，但醫管局精神科只聘有 334 名醫生(包括非註冊精神科專科醫生)、2,073 名精神科護士、54 名臨床心理學家、189 名職業治療師及 243 名醫務社工，提供住院、門診及外展精神科服務，平均每名醫生需要負責診治最少約 600 人。
35. 於 2012 年底，只有 278 名精神科專科醫生註冊在本港執業。精神科專科醫生與本地人口的比率約是 0.39：10,000，遠低於世界衛生組織所建議的比率

(1 : 10,000)。

36. 專業人手不足令有精神問題人士輪候長時間，大部份精神科專科新症需輪候一年以上才能得到診治，且每次獲診治時間有限。即使醫管局由 2009 年起推出一項臨時特別措施，在七間家庭醫學專科診所設立特設精神健康診所，有限額的接受由公立普通科門診轉介的病人，為懷疑有精神健康問題的人士增加求診渠道，以縮短精神科門診非緊急類別新症的輪候時間，但截至 2012 年底該輪候時間的中位數仍達三個月。
37. 此外，政府同時推展個案管理計劃及綜合社區中心，而兩項服務同樣聘用護士、社工、職業治療師等專業人士，以致服務機構之間爭相聘用上述專業人士，令人手更短缺，影響服務的開展，顯示出欠缺規劃的後果。
38. 就個案管理計劃，現時每名個案經理需同時處理 50 至 60 名嚴重精神病患者，令人質疑能否達到計劃目的。

精神健康服務欠協調、統籌及成效管理

39. 食衛局、勞福局、醫管局和社署之間的協調機制，只能在服務提供的層面加強溝通合作，在服務規劃、人力資源規劃，及資源調配的優先次序上，不同的系統不能互相配合，亦缺乏統籌、監察、成效管理及問責機制。
40. 另外，醫管局及社會署各自為政，未能有系統地處理精神健康之需要，令服務協調不足，服務使用者如何尋求及使用適當服務也感困擾，康復者甚至需自行尋求服務。

就業支援不足

41. 就業問題方面，根據政府統計處第 48 號報告書數據¹¹，只有兩成（20.3%）精神病康復者從事經濟活動，少於同期全港相關比例（61.2%）的三倍。有就業的康復者月入中位數為 6,500，較同期全港勞動人口就業工資平均數（\$11,325）不足六成。
42. 數據顯示由於缺乏各部門之間的配合，令康復者在公開就業時，面對各項困難，例如難找到合適學歷及資歷背景之工作、多只能從事基層工作、向僱主請假覆診時難以解釋。究其原因，就是缺乏整體就業政策推動康復者重投社會工作。

¹¹ 政府統計處（2008）第四十八號專題報告書：殘疾人士及長期病患者

對家屬支援不足

43. 家屬對精神病康復者的照顧壓力十分重大，若不對家屬提供足夠支援，可能令家屬同樣陷於精神健康的問題，又或令家屬最終無奈放棄對患病親人的照顧責任。另外，康復者的子女及家庭同樣有其特別的需要，可是現有服務制度未有提供正式協助。
44. 政府一直沒有將家屬列為正式服務對象，因此大部份家屬支援服務未有納入恆常資助範圍。雖然政府聲稱現時各綜合社區中心的服務均可為家屬提供服務，但由於資源有限，綜合社區中心只能以康復者作為主要服務對象，在人力資源有剩餘時，才照顧家屬需要。家屬支援仍然十分欠缺。

服務未有顧及所有市民和其不同需要

45. 香港正面臨人口老化情況，對精神健康服務，同樣有深遠影響。常見的老人精神健康問題，如認知障礙症、長者抑鬱等，隨着人口老化會增加相關復康服務的需求。另外，康復者及照顧者的老化，對住宿照顧及社區支援的需求也有影響。不過，現時政府仍未評估人口老化對精神健康服務的影響，從而計劃相關服務。
46. 現時兒童及青少年的精神健康問題個案數字不斷增加，但兒童及青少年精神科的服務未能相應增加，以致服務輪候時間較成人精神科更長。其他相關的配套服務，如家長支援、教育支援等，亦十分欠缺。
47. 《香港精神健康調查 2010-2013》只為華裔市民進行精神健康評估，反映政府忽略少數族裔的精神健康情況。政府亦鮮有針對少數族裔的特別需要而提供相應的精神健康服務。
48. 香港部分行業工作壓力偏高，精神病發率亦相對較高，但政府沒有針對性措施去處理、預防有關問題。

公眾教育和宣傳未能消除對精神病的誤解

49. 在香港，精神病一直以來都被加上負面標籤，久而久之，精神病康復者自己也將污名內化。人們很多時不願求助，並對家人隱瞞病情，直至危機發生。社會大眾對精神健康的態度，也因為對公眾安全的考慮而有所改變。

50. 儘管勞福局和醫管局有進行精神健康公眾教育活動，例如勞福局自 1995 年起每年與不同政府部門、其他不同機構及傳媒合辦「精神健康月」活動，公眾對精神健康的認知和了解仍欠準確，例如有綜合社區中心未能落實永久會址，主要原因是社區居民的反對，曾有居民在屯門湖景邨內掛上逾 10 幅抗拒精神病患者、要求把綜合社區中心搬離民居的橫額；新報於 2012 年 12 月 2 日的頭條，以「小心，癲人出沒」為題，配以一名手持刀具、目露凶光的人的插圖，渲染和暗示精神病患者有暴力傾向。
51. 上述例子，加上教育局未有在小、中學課程加入精神健康單元，反映政府對公眾及傳媒的教育工作確實有需要加強。

康復者缺乏參與機會

52. 政府及相關部門在制定精神健康服務，或復康服務時，未有設立正式機制吸納康復者及家屬的意見，令他們缺乏參與制定有關政策及服務的機會。日後服務可能未能配合康復者及家屬的需要。
53. 康復者及家屬的自助組織一直致力促進成員間的互相支援，更重要是向政府及有關部門反映康復者及家屬的意見。可惜現時政府對自助組織的支援不足，令他們難以發揮更大作用。

政策建議

制訂精神健康政策及目標

54. 政府不只應檢討現有精神健康服務，亦應盡快制訂清晰長遠的精神健康政策，擬定一份詳列策略、行動、預算、時間表等細節的精神健康方案，以協調、具成本效益，及可持續發展的方式，去服務精神病患者和其他市民，保障他們的精神健康。
55. 世界衛生組織於 2011 年公佈的調查顯示全球有超過六成國家有制訂精神健康政策，大部份更已經過檢討。例如英國政府建構全人治療觀念，於 2011 年提出新的精神健康政策（No health without mental health）；澳洲於 1992 年開始制訂並於 2008 年更新的國家精神健康政策；新加坡於 2005 年制訂國家精神健康政策。
56. 精神健康政策應有以下目標：
- i. 減低精神健康問題的惡化程度，以減低精神障礙（psychiatric disability）

對個人及社會的影響；

- ii. 促進精神病患者的復康，提供有質素的服務予精神病患者；及
- iii. 促進整體人口的精神健康，以提升社會的健康狀況。

57. 實施工作方面應有以下目標：

- i. 宣傳及預防
 - 增加公眾對精神健康的關注；
 - 增加公眾對精神病的認識及有病時的求助途徑；
 - 教育處理壓力的方法及鼓勵有病時尋求協助；
 - 進行生命教育，預防自殺；
 - 設立精神健康反污名策略，由跨部門來組織每年的一系列活動；
 - 提倡家庭友善和工作環境，促進生活平衡的就業政策，及市民的身心健康；
 - 鼓勵傳媒負責任及準確地報導涉及精神病的事件；及
 - 增加對精神健康的研究。
- ii. 早期介入
 - 服務制度使病患者可以盡早獲得治療；
 - 透過社區精神健康服務及早識別有精神問題人士及作轉介治療；及
 - 提高有機會服務精神病患者的專業人士(如物業管理人員、警察、教師、社工等)對精神病的了解，以在社區中及早識別有精神問題人士並作轉介。
- iii. 醫療治療
 - 以社區復康作為醫療治療的發展重心，同時維持適度的住院治療；
 - 為所有市民提供基層醫療及社區精神健康服務；及
 - 為病患者提供適時及適切的治療。
- iv. 社區支援服務
 - 更大力資助自助組織的發展，使其維持有效運作，及有著適當的發展，以便持續為政府提供意見，不斷改善精神健康政策和服務；
 - 以主要個案管理人員為重心，協助病患者聯繫不同的服務需要，避免多個專業人士同時各自工作所引來的不一致和失效情況；
 - 加強醫療治療與社區精神健康服務的協調，促使不同階段的關顧能更連貫和暢順；
 - 設立輔助教育服務，以個案管理和系統協作的模式來協助在學的康復者；及
 - 確立服務中復元導向的文化、服務措施與服務程序，以促進病患者充分參與服務的過程，發揮優勢和實現有意義的生活。

- v. 社會融合
 - 增加康復者的就業機會；
 - 提供夜診服務配合康復者工作；及
 - 協助康復者重新掌握工作技巧及適應工作環境。
- vi. 照顧者支援
 - 教育照顧者認識精神病患；
 - 為照顧者提供服務及財政支援；及
 - 鼓勵醫護前線員工能積極主動接觸病人家屬及提供協助。
- vii. 人力資源計劃
 - 政府獨立撥款予精神復康服務，並鎖定資源不少於本地生產總值的某百份比；
 - 推算發展精神健康服務所需的人力資源，包括醫生、護士、臨床心理學家、社工、職業治療師等，並撥款予大學及其他教育機構進行培訓；
 - 為在職的精神健康服務人員提供持續訓練，提升專業工作知識及技巧；及
 - 仿效其他先進國家，於適當的精神健康服務單位內增設朋輩支援工作員職位，讓完成相關培訓的復元人士，為其他精神病康復者提供朋輩支援。

設立高層次、跨界別及有持份者參與精神健康委員會

58. 實施精神健康政策實非單一政府部門的職責。缺乏協調和跨部門的策略制訂和監察服務提供機構令政府部門之間可彼此推諉，縱容甚至加深問題。
59. 政府應參考新西蘭、澳洲、加拿大等已發展國家設有專責精神健康的委員會，於香港設立一個高層次、跨界別及有持份者參與（包括：政府官員、醫管局、社會署、立法會議員、社福機構代表、醫療專業代表、康復者、家屬、學者、宗教領袖等）的「精神健康公署」（Mental Health Commission），協助政府制訂、實施精神健康政策、擬訂行動計劃並推行服務（例如協助策劃大型教育宣傳計劃）、監察相關實施工作進展、協助進行研究及精神健康普查等。公署直接向行政長官定期匯報。

有效地收集人口精神健康資料和數據

60. 就政策和服務計劃的制訂和推行而言，有關人口精神健康情況和疾病負擔的資料和數據是極為重要之依據，幫助瞭解和評估精神健康問題在社區和不同群組（例如不同種族、性別）的分佈情況，從而幫助分析政府在保護及促進

精神健康方面的工作進度和水平、須努力的項目、及不同政策的影響層面，以在有限的資源下，訂出資源投入的優先順序，作相應財務規劃和人手分配。

61. 政府應設立一個中央精神健康資料收集系統，收集全人口的精神健康情況，為公眾提供準確和合時的數據。
62. 政府預計於 2013 年年中完成《香港精神健康調查 2010-2013》，政府應盡快公佈研究結果，亦應公開所收集到的數據，讓學術界及相關專業人士可利用研究所得資料進行各項分析，幫助掌握有關人口的精神健康情況。

廣泛諮詢是否引入法定社區治療令

63. 精神健康服務工作小組在 2010 年成立社區治療令焦點小組，研究海外國家的經驗及相關法例，評估是否適合在本港推行法定社區治療令，但從未有公佈詳細結果。
64. 由於社區治療令這議題涉及個人和公眾利益，對社會多方面或有深遠影響，政府應公開研究過程、進度及所得資料，並應廣泛諮詢公眾。

總結

65. 精神健康是健康人生的基礎，促進全民精神健康是政府責無旁貸的義務。議會認為政府不只應繼續加強、改善現有有關精神健康的服務，亦應參考其他國家，根據本地有關實際情況和需要，盡快與持份者共同制訂長遠的精神健康政策，設立一個有權有責的精神健康公署（Mental Health Commission），就人手及其他資源要求作更佳規劃，確保跨界別的協作及提供綜合精神健康服務的質量，能夠切合市民的不同需要，並保障精神病患者的權利，達致有成效地促進全港市民精神健康的目的。

香港精神健康議會成員名單（排名不分先後）：

香港精神科醫學院、香港精神健康護理學院、香港社會工作人員協會、香港職業治療學會、香港社會服務聯會、香港教育專業人員協會、香港浸會大學體育學系、香港明愛社會工作服務部、浸會愛群社會服務處、新生精神康復會、香港心理衛生會、香港善導會、扶康會、康和互助社聯會、香港精神康復者聯盟、恆康互助社、香港家連家精神健康倡導協會、香港社區組織協會、利民會、基督教家庭服務中心、基督教愛協團契、香港臨床心理學家學會、香港精神健康促進會、香港醫院藥劑師協會、中國香港體適能總會