

二零一五年七月二十日

討論文件

立法會衛生事務委員會

醫院管理局檢討

目的

本文件旨在告知委員醫院管理局(醫管局)檢討的結果，並附上醫管局檢討督導委員會(督導委員會)的報告(載於**附件**)。

背景

2. 醫管局成立二十多年來，一直提供各類優質的醫療服務。隨着香港人口急速老化及對醫療服務的期望增加，市民對優質公營服務的需求也持續上升。醫管局現時面對雙重挑戰，既要應付因醫學科技發展而增加的服務成本，也要應付因人口老化及疾病模式改變(如慢性病發病率增加)而日益增加的服務需求。

3. 為此，行政長官在《二零一三年施政報告》中宣布政府將成立督導委員會，全面檢討醫管局的運作，探討提高成本效益及服務質素的可行措施，以期提升醫管局的能力，以應付未來的挑戰。

4. 督導委員會在二零一三年八月成立，由食物及衛生局局長擔任主席，委員包括15名非官方成員、五名官方成員及兩名醫管局代表。督導委員會的非官方成員來自社會不同界別，包括醫生、

護士、學者、醫管局前線人員，以及商界、社福界和病人組織的代表。

5. 督導委員會召開了九次會議，舉行了三次公眾論壇和三個持份者論壇，會見了31個專業機構和病人組織，並參加了八個醫管局員工論壇，聆聽和與持份者交換意見。督導委員會亦收到了28份書面意見。

6. 檢討範圍涵蓋醫管局運作和提供服務的主要範疇，包括：

- (i) 管理及組織架構；
- (ii) 資源管理；
- (iii) 人事管理；
- (iv) 成本效益和服務管理；以及
- (v) 整體管理和監管。

7. 督導委員會的檢討結果和建議重點載於檢討報告摘要(見附件)。

徵詢意見

8. 請委員察悉本文件的內容。

食物及衛生局

二零一五年七月

醫院管理局檢討 督導委員會 報告



香港特別行政區政府
食物及衛生局

醫院管理局檢討
督導委員會
報告

二零一五年七月

目 錄

詞彙	iii
摘要	v
第一章 引言	1
第二章 督導委員會的工作	6
第三章 醫院管理局面對的主要挑戰	9
第四章 管理及組織架構	13
第五章 資源管理	25
第六章 人事管理	41
第七章 成本效益和服務管理	57
第八章 整體管理和監管	84
第九章 結語	92
附件 1 醫院管理局檢討督導委員會委員名單	97
附件 2 公眾參與計劃報告	99
附件 3 醫院及醫療機構組成的聯網	128
附件 4 統籌委員會及中央委員會名單	138
附件 5 直接為病人提供服務的人員組別	140
附件 6 在聯網內或跨網晉升的人數	142

附件 7	增加醫生人手和提高員工士氣的措施	144
附件 8	二零一五/一六年度主要表現指標	147

詞彙

中央委員會

- 中央委員會就不同的服務而成立，是臨床服務主管商議人手、培訓、服務、質素、科技和治療等事宜的平台，因此在醫院管理局(醫管局)內為相關服務擔當重要的領導和諮詢角色。

主要表現指標

- 主要表現指標是量化的指標，透過訂立表現基準，反映主要措施的成效，並推動服務改善。

統籌委員會

- 統籌委員會就不同的專科或臨床職系而成立，是臨床服務主管商議人手、培訓、服務、質素、科技和治療等事宜的平台，因此在醫管局內為所屬專科和臨床職系擔當重要的領導和諮詢角色。

部門主管

- 部門主管是臨床專科部門的總管，負責服務供應和發展、規劃和財政預算、質素保證及員工發展等工作。

管制人員報告

- 食物及衛生局衛生科的管制人員報告是政府周年開支預算的一部分，臚列醫管局為公營醫療服務的政策目標而訂立的主要工作目標和指標。

聯網

- 聯網是把醫療設施和服務組合起來的網絡，醫管局藉此以助確保病人在整個治療過程中，能夠在同一地區持續獲得高質素的

醫療服務。醫管局設有七個聯網，分別是港島東、港島西、九龍東、九龍中、九龍西、新界東和新界西。

聯網總監

- 聯網總監是聯網的主管，負責聯網內醫院和服務的整體財政預算和運作，在醫管局總辦事處內，他也是醫管局行政總裁轄下高層管理小組的成員。

醫院行政總監

- 醫院行政總監是醫院的總管，向醫院所屬的聯網總監匯報。

醫管局總辦事處

- 醫管局總辦事處由醫管局行政總裁率領，擔當策略性角色，推動機構發展、協調機構價值與方向，以及支援醫院聯網和前線醫療服務。

摘要

背景

醫院管理局(醫管局)成立二十多年來，一直提供各類優質和高專業水平的醫療服務。醫管局在香港的醫療系統起著關鍵的作用，而香港的醫療系統早已在世界各地獲得高度評價，香港持續被評為擁有世界上最高效的醫療系統之一¹。

2. 醫管局可靠和優質的服務，以及其員工的專業精神，深受香港市民認同。根據二零一三年醫管局委託香港中文大學進行的一項病人滿意度調查顯示，超過 80% 的回應者對醫管局的醫生和護士所提供的護理服務評價為良好或非常良好²。在運作的層面，我們的公立醫院近年在應對前所未有的傳染病威脅時，表現出高度的專業精神和耐力。在管治層面，醫管局獲得了香港董事學會的二零一四年度傑出董事獎和董事會多元化卓越嘉許。

3. 自二零零九年開始，約 18 間公立醫院於數年間達到澳洲醫療服務標準委員會的全面認可資格。不同醫院亦獲取了不同的亞洲醫院管理獎項，以表彰這些醫院在亞洲的卓越表現和作業方式。在專業服務方面，醫管局的知名醫療團隊在進行先進治療上表現優異，例如在器官移植和骨髓移植手術，以及把機器人輔助技術應用於手術上的突破，贏得國際好評，更重要的是亦同時令本地病人得益。

4. 醫管局亦透過健全的緊急應變機制，支援政府應對自然和社區災難、流行病和重大國際事件，例子包括在二零一二年南丫島對開的渡輪相撞事件中提供緊急應變支援，以及派遣救援隊在香港以外進行緊急行動。

¹ 香港分別於二零一三年和二零一四年獲彭博評為“世界上最有效的醫療系統”的第一名和第二名。

² 香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院的“個別醫院病人經驗及服務滿意度調查報告 2013”：
http://www.ha.org.hk/visitor/ha_view_content.asp?Parent_ID=220239&Content_ID=222116&Ver=HTML

5. 醫管局的服務範圍廣泛且服務量龐大。在二零一四/一五年度，醫管局的專科門診求診人次達 700 萬，病人住院(包括住院及日間住院服務)日次達 800 萬，急症室求診人次達 220 萬。醫管局的住院服務尤其重要，在二零一三年佔全港住院服務近 90%³。

6. 隨着香港人口急速老化及醫療服務的需求增加，市民對優質公營服務的需求亦持續上升。醫管局現時面對雙重挑戰，既要應付因醫學科技發展而增加的服務成本，亦要應付因人口老化及疾病模式改變(如慢性病發病率增加)而日益增加的服務需求。為此，行政長官在《二零一三年施政報告》中宣布政府將成立督導委員會，全面檢討醫管局的運作，探討提高成本效益及服務質素的可行措施，以期提升醫管局的能力，以應付未來的挑戰。

檢討工作

7. 醫院管理局檢討督導委員會(督導委員會)在二零一三年八月成立，由食物及衛生局局長擔任主席。檢討範圍涵蓋醫管局運作和提供服務的主要範疇，包括管理和組織架構、資源管理、人事管理、成本效益和服務管理，以及整體管理和監管。

8. 督導委員會召開了九次會議，舉行了三次公眾論壇和三個持份者論壇，會見了 31 個專業機構和病人組織，並參加了八個醫管局員工論壇，聆聽和與持份者交換意見，督導委員會亦收到了 28 份書面意見書。

檢討結果和建議摘要

9. 本報告載述督導委員會的檢討結果和建議。第一章概述督導委員會的委員名單和職權範圍。第二章重點介紹督導委員會的工作，包括在檢討中舉行的全面的公眾參與計劃，以收集醫管局持份者的意見。第三章載述現況和醫管局面對的主要挑戰。第四至第八章闡述督導委員會就下述五個有關醫管局運作範疇作出的檢討結果和建議：

³ 根據醫管局和衛生署提供的“二零一三年公立/私家醫院病人住院日數”。

- (a) 管理和組織架構；
- (b) 資源管理；
- (c) 人事管理；
- (d) 成本效益和服務管理；以及
- (e) 整體管理和監管。

10. 在管理和組織架構方面，督導委員會認同設立聯網安排有其好處，並認為現時七個聯網的安排恰當。不過，督導委員會建議醫管局應優化聯網的界線，以確保各聯網的醫療服務供應與需求更貼近。舉例而言，雖然黃大仙區屬於九龍西聯網，但是它在地理位置上較接近九龍中聯網，該區大多數的急症病人亦會到九龍中聯網的伊利沙伯醫院求診。督導委員會建議醫管局考慮透過調整九龍西聯網和九龍中聯網的界線，把黃大仙區由九龍西聯網歸入九龍中聯網，此舉可惠及和便利病人。

11. 督導委員會明白資源管理(尤其是聯網間的內部資源分配)是醫管局員工和其他持份者一個主要關注的範疇。督導委員會在檢討醫管局現時的資源分配機制(即主要按各聯網基本運作規模，再按所批准新增服務而調整)後，建議醫管局應採用優化的以人口為基礎的資源分配模式，使聯網間資源分配更透明、更一致和更公平。督導委員會認為以人口為基礎的資源分配模式能反映個別聯網的服務需求，然而一個純粹以人口為基礎的模式未免過於粗疏，難以應付醫管局所提供的服務的複雜性，亦難以反映聯網或醫院因提供專門先進醫療護理所引申的角色和責任分工。督導委員會建議醫管局應制定一個優化的以人口為基礎的資源分配模式，並內置機制，將特別情況納入考慮，例如由選定醫院提供及發展的第三層和第四層服務，或其他並非所有聯網均有提供的中央或支援服務；以及病人因轉介、與提供服務地點接近、或病人選擇而出現的跨聯網求診情況。

12. 醫管局架構龐大，有效的人力資源管理對於激勵員工、發展他們的潛能、確保機構運作暢順和有效地提供服務至為重要。督導委員會明白醫管局以聯網為基礎的權力下放組織架構，旨在使醫院服務能對應區內居民的人口和流行病特徵。在處理員工招聘、晉升和調配事宜時，雖然有需要在中央協調與權力下放之間取得適當的平衡，反映以聯網提供服務的概念，但醫管局總辦事處應加強

其統籌角色，確保聯網內和聯網間的人力資源管理和作業方式一致、公平和公正。此外，醫管局應加強其為高級管理及臨床人員而設的員工發展計劃，包括定時輪調職位，以擴闊他們的視野，使他們熟習醫管局不同範疇的工作，促進高層人員之間的組織合作精神。作為培訓計劃的一部份，醫管局亦應增強實習人員的職位輪調安排，向他們灌輸一個更廣闊的組織視野，為他們未來的專業和事業發展建立更穩固的基礎。

13. 醫管局服務的質素廣受社會認可。然而，很多專科的專科門診服務輪候時間長，以及不同聯網的輪候時間出現差異，是市民持續和主要關注的問題。督導委員會建議醫管局推行全面的計劃，以縮短專科門診和急症室服務的輪候時間，使病人適時獲得醫療服務，並盡量縮減聯網和醫院間在輪候時間方面的差距。醫管局亦應與相關專科協調，以解決醫院急症室出現嚴重滯留等候入院的問題。

14. 督導委員會提出的全套十項建議如下：

管理及組織架構

- 加強管治及理順組織架構

建議 1

- (a) 醫管局大會作為管理委員會，應在領導和管理醫管局方面擔當更主動的角色；
- (b) 現時七個醫院聯網的安排應維持；
- (c) 考慮相關聯網內醫療服務的供求情況和醫院發展/重建計劃，優化醫院聯網(尤其是九龍各聯網)的界線劃分；以及
- (d) 在檢討聯網界線時，應藉機會加強服務的縱向整合，以確保病人可在同一聯網內接受持續護理。

建議 2

- (a) 醫管局總辦事處應加強提供服務方面的整體協調工作，減少聯網之間不一致的地方，同時應監管高度專門醫療服務和先進科技的發展和引入，以確保各個聯網的服務發展得以協調；
- (b) 為確保分工更完善、更有效支援聯網的管理，以及聯網服務能與機構目標更一致，醫管局應：
 - (i) 重新檢視整體的聯網管理架構，聚焦於聯網總監、醫院行政總監、統籌委員會/中央委員會的角色，並將其簡化；以及
 - (ii) 加強聯網總監在醫管局整體管理的參與，尤其是在人事、資源，和服務規劃上的參與；以及
- (c) 為加強聯網內醫院之間的合作和協調，以及區分個別醫院在聯網內的角色，醫管局應考慮：
 - (i) 在適當的情況下把兩間或以上的醫院歸由同一醫院行政總監管理，令所有醫院行政總監的職責範圍相若，以助崗位輪換的安排；以及
 - (ii) 界定聯網內個別醫院的角色，以確保聯網內和聯網間所有醫院的發展能協調有序，規劃周詳。

資源管理

- 促進公平和透明的資源管理

建議 3

- (a) 醫管局應透過檢討現行的做法，並考慮地區及全港的人口特徵，採用一個優化的以人口為基礎的資源分配模式。優化的以人口為基礎的資源分配模式應考慮選定醫院和聯網組織第三層和第四層服務的提供及發展，以至由此引致的所需額外資源，以及因病人跨聯網求診而產生的服務需求；以及

- (b) 醫管局應在合理時間內發展優化的以人口為基礎的資源分配模式，並透過服務計劃和財政預算分配予以推行。對於在新模式下需要額外資源的個別聯網，醫管局應考慮以適當方法處理其經費的需求，並同時維持其他聯網現時的基線撥款，以避免對個別聯網基線撥款產生不必要及不恰當的影響。

建議 4

- (a) 醫管局應致力改善和簡化聯網就新增或改善服務申請增撥資源的程序，力求在下一輪資源分配工作時(即二零一六/一七年度)簡化和加快整個過程，並盡量減少前線臨床人員的行政工作，在運作效率與問責需要之間取得平衡；以及
- (b) 醫管局應加強資源申請和分配過程的透明度，把有關方法、優次和甄選標準與各聯網和在聯網內作更好的溝通。基於同樣的原因，由下一輪資源分配工作(即二零一六/一七年度)開始，醫管局應解釋最終決定和分配結果所依據的理由和考慮因素，讓聯網可更清楚了解在整個機構中，優次是如何決定，以及資源是如何分配的。

人事管理

- 加強員工管理的一致性和加強員工的發展

建議 5

- (a) 考慮到醫管局以聯網為基礎的組織架構，雖然在處理招聘、晉升和調配事宜時，有需要在中央協調與權力下放之間求取適當的平衡，但醫管局總辦事處也應加強其統籌角色，確保聯網內和聯網間的人力資源管理和作業方式一致、公平和公正。醫管局特別應在每年駐院受訓醫生招聘和調派至不同專科的時候，行使更大的中央協調能力，以推廣組織身份和合作精神；
- (b) 醫管局總辦事處應參與晉升選拔和職位調派工作，藉此提高有關過程的透明度。醫管局也應制訂清晰的準則和

指引，並按情況所需明確指定醫管局總辦事處及/或香港醫學專科學院代表須專注考慮的範疇，以提高晉升選拔工作的透明度；

- (c) 醫管局總辦事處應加強為高級管理人員和臨床人員而設的員工發展計劃，給予高級人員不同的工作崗位以吸取廣泛的經驗。作為培訓計劃的一部分，醫管局也應加強實習人員的職位輪調安排；
- (d) 醫管局總辦事處應在情況所需時，例如需要回應大型緊急狀況、人手短缺或服務需求激增時，擔當中央統籌的角色，在機構內安排人手調配；
- (e) 醫管局應加強統籌委員會在不同專科的統籌角色，以滿足個別專科的需要，以及保持各醫院間作業方式一致；以及
- (f) 在各聯網與醫管局總辦事處之間設立定期溝通和匯報機制，以確保各方對機構人事政策的理解一致。

建議 6

- (a) 醫管局在培訓和發展未來一代香港醫療專業人士扮演關鍵的角色。為確保醫管局能有效地執行此功能，醫管局應加強在中央規劃和提供培訓的角色。具體而言，醫管局應在醫管局大會轄下成立一個高層次的中央培訓委員會，以制定整體培訓政策，分配資源專門作培訓用途，以及監督政策在醫管局內的實施；以及
- (b) 醫管局應就培訓訂定甄選機制，以提高透明度和促進員工的事業發展。

成本效益和服務管理

- 提供更好的服務

建議 7

- (a) 醫管局大會作為管理委員會，應在制訂主要標準和目標方面擔當更積極主動的角色，以：
 - (i) 監察整體表現和服務以向公眾問責；以及
 - (ii) 協助制定管理決定以改善表現和推動最佳作業方式；以及
- (b) 醫管局應在二零一五年加強和優化主要表現指標，以求更有效滿足服務需求和執行管理工作，方便服務規劃和資源分配，以及推動各專科、醫院和聯網建立最佳作業方式。

建議 8

- (a) 醫管局應推行全面的計劃，以縮短專科門診和急症室服務的輪候時間，使病人適時獲得醫療服務，並盡量縮減聯網之間在輪候時間方面的差距；以及
- (b) 醫管局應與相關專科協調，以解決有關醫院急症室出現嚴重滯留等候入院的問題。

建議 9

- (a) 醫管局應提升服務量和檢討服務模式，更好地裝備以應付人口老化帶來的挑戰；
- (b) 具體而言，醫管局應加強跟進護理和日間護理服務，並加緊與非政府組織和私營醫療界別合作，為病人(尤其是長者病人)提供全面的醫療和支援服務；
- (c) 醫管局應積極聯同衛生署和與醫療服務相關的福利界別，致力在非醫院環境提供基層醫療和康復服務。這新

護理模式的目的，不僅是要更好地運用資源，亦是要在人口老化的社會裡應付病人(尤其是長者病人)的需求和為他們提供更好的護理；以及

- (d) 醫管局應確保設立有效的機制，在規劃和改善服務時考慮病人的意見。

整體管理和監管

- 加強服務的安全和質量

建議 10

- (a) 醫管局應加強統籌委員會在臨床管治方面的角色，包括為相關專科制訂臨床工作指引、服務標準、新技術引進及服務發展計劃等，使服務質素和治療方法更趨統一和確保安全；
- (b) 醫管局應檢討部門主管的角色，特別是加強在臨床管治方面的角色；
- (c) 醫管局應檢討統籌委員會/中央委員會與各服務委員會之間的相互關係，以簡化就周年資源規劃和臨床服務發展進行的內部諮詢程序。醫管局應回應前線臨床人員的關注和檢討他們的行政工作，以確保他們能夠專注和集中精力於為病人提供醫療服務的核心職務上；
- (d) 醫管局應通過統籌委員會制訂一套資歷認證和確定臨床實務範圍的制度，以核實專業能力，確保病人安全；
- (e) 醫管局應加強推行臨床成效審計，藉以評估和監察臨床能力和服務成效，改善服務質素；以及
- (f) 在調查醫療事故的根本原因時，醫管局應加強各聯網之間的經驗分享，盡量減低事故再次發生的機會，並應研究措施，以加強與病人溝通和對他們的支援。

最終目標：造福公共醫療系統

15. 是次檢討的目的，旨在找出方法改善醫管局的服務和運作，以達至優化香港公營醫療服務的最終目標。公營醫療服務最重要的持份者無疑是醫管局的員工和病人，他們分別是服務提供者和最終服務使用者。督導委員會致力使是次檢討和推行的建議能帶來以下好處：

對病人

- 以較短的輪候時間獲得較好的服務
- 服務容量得以提升，以應付不斷上升的服務需求
- 更有效地運用資源，提供更多選擇及多樣化的服務模式，以滿足不同的需要
- 各聯網提供更為一致的服務
- 安全和服務質素得以提升
- 面對成本上升和人口老化的挑戰時，醫療系統發展的可持續性得以提升

對醫管局員工

- 資源分配更公平和透明
- 為需求最殷切的範疇提供額外人力支援和資源
- 簡化行政和資源分配程序
- 人事管理措施更透明、更一致和更公平
- 優化培訓和員工發展
- 臨床管治得以提升，服務發展更為先進

報告內建議的推行

16. 在作出上述提議時，督導委員會注意到這些建議應給予醫管局方向，讓其推行優化措施以改善運作。醫管局在制定推行建議的行動計劃時應擁有彈性，並適當地讓員工參與。正如督導委員會所提議，政府在二零一五/一六年度至二零一七/八年度已預留共 11.7 億元的一次性額外資源，用於需要更多財政支援的範疇，以便醫管局推行建議，詳情載於下文第 17 至 24 段。

強化資源分配

17. 督導委員會建議醫管局採用一個優化的以人口為基礎的資源分配模式。該局應檢討現行的做法，加以優化，使模式能顧及不同年齡組別的人口和醫管局的病人數目。督導委員會明白，要制訂合適的方法，把相關因素納入優化的以人口為基礎的資源分配模式，並為此達成共識，是需要時間和詳細考慮的。

18. 為評估擬議改變所帶來的影響，醫管局應就人口分佈、各聯網的人口特徵和不同聯網的醫療服務使用模式進行初步分析，以識別在擬議的優化的以人口為基礎的資源分配模式下，會獲得較高的資源分配的聯網，以便盡早規劃和制訂補充措施，減輕在未來數年推出新資源分配模式時對個別聯網造成的影響。作為第一步，有需要優先為三個聯網(分別是新界西聯網、新界東聯網及九龍東聯網)提供額外經費，讓有關聯網在轉換至擬議優化的以人口為基礎的資源分配模式前，由現時起逐步建立服務量，以應付服務地區不斷增加的人口所帶來的需求。此舉亦回應了在員工諮詢論壇中對該三個聯網部分醫院資源分配不足的關注。

19. 政府計劃在未來三年(即二零一五/一六年度至二零一七/一八年度)提供 3 億元的有時限撥款，務求在優化的以人口為基礎的撥款模式推行前，提升這三個聯網的現有服務。

加強人手

20. 督導委員會和市民關注到人手短缺正是造成服務水平不足的主要原因，政府對此深表認同。誠然，督導委員會所提出的多

項建議能否成功推行(例如建議 5 有關人手調配、建議 6 有關培訓、建議 8 有關縮減輪候時間和建議 9 有關提升服務量)，取決於充足的人手和其他因素。

21. 醫管局的人力資源推算顯示，二零一五/一六年度將有 1,244 名員工退休。為了解決人手短缺的問題以及鼓勵知識和經驗的傳承，政府會在二零一五/一六年度至二零一七/一八年度向醫管局提供 5.7 億元的有時限撥款，用以重新聘用人手嚴重短缺的職系和專科中的合適退休人員，任期由醫管局決定。我們建議獲重新聘用的退休醫生，只能執行臨床工作，不得擔任管理職務，以助紓緩前線人手短缺的情況，而不會阻礙正常的晉升。此外，重新聘用退休人員，有助挽留經驗豐富的人員以輔導新聘人員，並為培訓工作提供替假人手，加強員工培訓。

22. 從長遠來看，醫管局為配合政府的策略，為二零一五年六月一日或之後入職的新聘人員，採用了較高的退休年齡(即 65 歲)。至於二零一五年六月一日前入職的醫管局員工，他們的退休年齡則維持在 60 歲。如他們希望在 60 歲退休後繼續在醫管局工作，他們可以按現行的招聘政策、做法和甄選過程，申請投考職位空缺。

加強員工培訓

23. 建議 6 列出醫管局應加強在中央規劃和為醫療專業人員提供培訓方面的角色。

24. 政府同意，醫療專業人士的培訓對於維持香港的醫療體系和醫療服務持續改善是非常重要的，因此應優先推行這項建議。為了這目的，政府會在未來三年為醫管局提供 3 億元的有時限撥款，用以加強員工培訓，包括透過獎學金、委託外界舉辦的培訓計劃、職位輪調發展計劃、模擬實習訓練課程、提供額外培訓替假人手等措施，加強員工(特別是臨床人員)的培訓支援。

公私營協作

25. 政府鼓勵醫管局積極探討措施，以縮減於某些專科的長輪候時間。醫管局亦應檢討其服務模式，以應付人口老化帶來的種種挑戰。為此，政府會協助醫管局擴展現有的公私營協作計劃，並推出更多計劃，務求更有效地善用私營醫療界別的服務及資源，以期在醫科及專職醫療學科的畢業生能提供足夠人手前，幫助醫管局應付日益增長的服務需求，使病人能便捷地獲得臨床服務。這方面的主要策略願景是匯聚公私營界別的資源和專長，從而全面改善輪候時間和病人護理服務，加強培訓和經驗分享，協助確保本港醫療系統得以持續發展。

26. 就此，財政司司長在《二零一五/一六年度財政預算案》中承諾撥出 100 億元給醫管局設立基金，利用投資回報資助醫管局推行公私營協作計劃。

27. 醫管局會積極研究在這策略願景下提供更多公私營協作臨牀計劃的機會，以試點項目形式試行新概念，根據評估試點項目的經驗和成果來制定長期計劃。

時間表

28. 本報告所載的建議，為醫管局定立了整體方向，指導該局改組內部管理結構、優化資源分配機制、改善人力資源管理政策等，從而作好準備以應付當前和未來的挑戰。為了協助醫管局推行這些建議，政府已預留特別撥款，用於需要額外資源開支的範疇，讓醫管局推行建議、制訂詳細計劃和運作程序。為確保本報告的所有建議能及時推行，醫管局會於三個月內準備一份行動計劃，以期於未來三年推行建議。醫管局會定期向食物及衛生局報告執行各項檢討建議的進度。

結語

29. 醫管局一直竭力照顧公眾健康。過去二十年，醫管局的服務範圍和服務量均有所增長，並隨著醫療科技的發展改進。他們的貢獻廣受認許，公眾對醫管局的期望亦與日俱增。是次檢討的目

的，是盤點醫管局的工作，檢討及優化其管理和運作，為作進一步改善訂定新的方向。在本報告書載列的意見和建議指引下，我們有信心，醫管局在面對人口老化、慢性疾病日趨普遍和醫學科技進步的挑戰時，會繼續有效地履行於雙軌醫療制度下作為公營醫療系統基石和提供全民安全網的角色。

30. 最後，督導委員會主席對於所有委員在檢討期間不辭勞苦、獻策獻力，深表謝意。全賴他們的積極參與和寶貴意見，我們才能制訂這份周詳全面的報告，以改善公營醫療服務。主席亦感謝所有給予意見和參與公眾參與計劃的持份者，他們提出的意見極具建設性，對督導委員會制訂各項建議有莫大幫助。此外，醫管局全力支持這項檢討並提供專業支援，在擬備報告期間，該局除提供背景資料外，還就公營醫療服務提供專業意見，主席謹此衷心致謝。

第一章 引言

概況

1.1 本章載述是次檢討的背景，以及督導委員會的職權範圍和委員名單。

香港的醫療服務

1.2 香港的醫療服務系統，以雙軌模式由公營和私營醫療界別組成，兩者互相配合。公營界別是第二層和第三層醫療服務的主要提供者。截至二零一五年三月三十一日，公立醫院共有約27,600張病床，提供全港近90%的住院服務(以病床使用日數計算)。除醫院服務外，公營界別也透過專科門診及外展服務，為病人提供醫療和康復服務。公營醫療系統確保全港市民可得到由政府大幅資助的醫療服務(以急症病床為例，每日住院服務收費為100元，相對醫管局二零一五/一六年度的預計開支為4,910元)。作為全民的醫療安全網，公營界別專注於四個目標範疇的服務：

- (a) 急症及緊急醫療服務；
- (b) 低收入及貧困人士；
- (c) 需要昂貴治療成本、先進技術及多專科合作診治的疾病；以及
- (d) 培訓醫護人員。

1.3 私營界別配合公營醫療系統，為有能力而又願意負擔醫療費用的人士提供選擇，讓他們獲得個人化的醫療服務和更佳的治疗環境。私營界別為市民提供各式各樣的醫療服務，包括基層醫療(按求診人次計算提供約70%門診服務)、專科及醫院服務。二零一四年，私營界別共有11間私家醫院，提供約3,900張病床。

1.4 根據二零一一/一二年度《本地醫療衛生總開支帳目》，公營及私營醫療服務的支出佔總體醫療開支的份額大致相同，分別為 493 億元和 527 億元。私營醫療服務的費用主要由住戶自行承擔(68%)及以保險付費(29%，包括個人名義購買的私人醫療保險及僱主提供的私人醫療保險)支付，公營醫療服務的費用則主要以公帑支付。

醫管局的成立

1.5 現時，醫管局的專科門診求診人次達 700 多萬，病人住院(包括住院及日間住院服務)日次達 800 萬，急症室求診人次達 220 萬(二零一四/一五年度的數據)。

1.6 醫管局現時能提供龐大的服務，全賴多方在過去 20 年的努力。事實上在八十年代醫管局成立前，醫療成本不斷上漲、市民期望日益提高、服務需求持續增加等因素，令本港的公立醫院服務承受沉重的壓力。當時的醫院服務存在不少缺點，從醫院廣泛使用折疊床、政府醫院與補助醫院兩者採用不同的標準、高層專業管理缺乏一致的整體管理均可以得知。不少評論認為，當時高度集中的決策安排，是導致公立醫院服務欠缺彈性和效率及士氣低落的主要原因。一九八五年，政府委託斯科特顧問公司檢討公營醫療系統的管理，檢討結果載於《斯科特報告書》。報告書提出多項建議，其中包括成立法定的醫管局，負責管理全港的政府醫院和補助醫院，而兩者均會成為公立醫院，各公立醫院設有劃一收費制度，但在運作上擁有高度管理權。醫管局應獨立於公務員架構，以便能夠採用私營機構的管理和財政模式。報告書亦就紓緩公立醫院過度擠迫的情況和改善公立醫院的工作環境提出建議。

1.7 政府在審慎研究《斯科特報告書》及廣泛諮詢公眾後，決定設立一套獨立的醫院管理體制，以法定機構的形式，由醫管局負責監督公立醫院的管理事宜，並把當時政府醫院與補助醫院雙體制合併為一。由於《斯科特報告書》得到各方支持，政府在一九八八年成立臨時醫管局，就成立醫管局的相關事宜進行研究和提出建議。臨時醫管局完成籌備工作後擬備了一份報告，闡述日後醫管局的目標，以及改革醫院服務的整體原則。其中一項整體原則是向醫院下放更大權力，使管理工作更具效率。

1.8 隨着《醫院管理局條例》(第 113 章)的制定，醫管局在一九九零年十二月一日成立，一年後正式接管所有公立醫院。

醫管局現時的工作

1.9 醫管局自成立以來，一直致力改善香港的公營醫療服務，提高病人護理服務的整體質素。醫管局更為社會，尤其是低收入人士和需要昂貴治療費用的病患者，提供安全網。醫管局亦透過健全的緊急應變機制，支援政府應對自然和社區災難、流行病和重大國際事件，例如在二零一二年南丫島對開的渡輪相撞事件中提供緊急應變支援，以及派遣救援隊在香港以外進行緊急行動等。

1.10 作為香港雙軌並行醫療系統的主要角色，醫管局協助制訂適用於本港的醫療服務基準。該局因應醫學發展的現代趨勢，帶領以實證為基礎的醫學、家庭醫學、日間醫療護理/社區為本的護理和以研究為本的中醫學等範疇的發展。此外，醫管局與本港兩間大學的醫學院合作，為醫科生提供培訓，同時亦是各臨床專科醫生的培訓基地。截至二零一五年二月二十八日，醫管局聘用了 70,132 名⁴員工(相當於全職人員的員工數目)，包括 5,910 名醫生、23,721 名護士、6,891 名專職醫療人員、13,665 名護理支援人員和 19,946 名其他人員。

1.11 醫管局在香港的醫療系統中擔當舉足輕重的角色，該局在二零一三/一四年度的總開支為 496 億元，佔同年度本地生產總值約 2.3%⁵。香港一向被評為擁有世界上最高效的醫療系統之一⁶。醫管局可靠和優質的服務及其員工的專業精神，深受香港市民認同。根據二零一三年由醫管局委託香港中文大學進行的一項病人滿意度調查顯示，超過 80% 的回應者對醫管局的醫生和護士所提

⁴ 由於在計算相當於等同全職人員數目時採用四捨五入的方法，個別數字相加的總和未必等同於總數。

⁵ 政府統計處在二零一四年第四季公布的二零一三/一四年度本地生產總值數字。

⁶ 香港分別於二零一三年和二零一四年獲彭博評為“世界上最有效的醫療系統”的第一名和第二名。

供的護理服務評價為良好或非常良好⁷。在工作的層面，我們的公立醫院近年在應對前所未有的傳染病威脅時，表現出高度的專業精神和耐力。在管治層面，醫管局獲得了香港董事學會的二零一四年度傑出董事獎和董事會多元化卓越嘉許。

1.12 自二零零九年開始，約 18 間公立醫院於數年間已經達到澳洲醫療服務標準委員會的全面認可資格。不同醫院亦獲取了不同的亞洲醫院管理獎項，以表彰這些醫院在亞洲的卓越表現和作業方式。在專業服務方面，醫管局的知名醫療團隊在先進治療上表現優異，例如在器官移植和骨髓移植手術，以及把機器人輔助技術應用於手術上的突破，贏得國際好評，更重要的是亦同時令本地病人得益。

檢討工作

1.13 雖然醫管局一直提供高水平的優質醫療服務，但由於人口老化和公眾期望日高，對醫療服務的需求也會進一步提高。醫管局面對重大挑戰，既要維持和提高服務質素和水平，亦要應付這些日益增加的服務需求，特別是多個專科在新症方面輪候時間長。此外，有意見認為聯網間把爭取聯網利益放在醫管局的整體利益之上，有礙醫管局為解決輪候時間問題而重新調配和善用資源的能力。為此，行政長官在《二零一三年施政報告》中宣布政府將成立督導委員會，全面檢討醫管局的運作，探討提高成本效益及服務質素的可行措施。

1.14 督導委員會在二零一三年八月成立，主席由食物及衛生局局長擔任，委員包括 15 名非官方成員、5 名官方成員(包括主席)及 2 名醫管局代表。督導委員會的非官方成員來自社會不同界別，包括醫療專業人員、學者，以及商界、社福界、病人組織和醫管局前線人員的代表。督導委員會的委員名單載於**附件 1**。

⁷ 香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院的“個別醫院病人經驗及服務滿意度調查報告 2013”:

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_view_content.asp?Parent_ID=220239&Content_ID=222116&Ver=HTML

1.15 檢討範圍涵蓋醫管局運作的主要領域：管理及組織架構、資源管理、人事管理、成本效益和服務管理，以及整體管理和監管。檢討目的在於改善醫管局的運作，讓作為公營醫療系統基石和全民安全網的醫管局，可繼續提供優質的服務，更有效應付社會發展和人口老化所帶來的種種挑戰。

1.16 具體而言，督導委員會的職權範圍如下：

因應社會轉變及醫管局面對的挑戰，例如人口老化、醫療服務需求日增、醫療成本不斷上升，以及人手緊絀等問題，督導委員會需要：

- (a) 全面檢討醫管局的組織架構及管理、聯網制度、內部資源管理、服務水平及整體成本效益；
- (b) 找出需要改善的範疇，並研究和評估可行措施，以期讓醫管局能夠有效地履行公營醫療服務提供者，以及為社會公營醫療安全網的角色；以及
- (c) 提出建議，確保醫管局繼續在公私營雙軌醫療制度下提供高水平、高效益的優質公營醫療服務。

第二章 督導委員會的工作

概覽

2.1 本章簡介督導委員會在檢討中的整體工作。

2.2 在二零一三年九月至二零一五年三月期間，督導委員會共舉行了九次會議。在首兩次會議上，督導委員會討論了醫管局面對的重大挑戰，並定出以下須予優先檢討的範疇：

- (a) 管理和組織架構；
- (b) 資源管理；
- (c) 人事管理；
- (d) 成本效益和服務管理；以及
- (e) 整體管理和監管。

2.3 隨後，督導委員會逐一檢視每個範疇的現況和醫管局所採取的安排/做法，考慮持份者的意見，並商討應予改變和優化的地方及可行的改善措施。

公眾參與計劃

2.4 眾所周知，醫管局提供的服務觸及社會各界人士。不同持份者包括醫管局職員、病人組織及社會大眾等的參與，會為是次檢討提供寶貴意見。作為檢討的一部分，督導委員會委聘了一名顧問協助舉辦公眾參與計劃，以收集不同持份者的意見。

2.5 公眾參與計劃在二零一四年一月至七月舉行。在這段期間，督導委員會進行了一連串活動，包括：

- (a) 督導委員會委員在二零一四年一月與四個主要的醫學和病人組織舉行會議，這些持份者分別是香港醫學會、香港醫學專科學院、香港社區組織協會轄下香港病人權益協會和香港病人組織聯盟；
- (b) 督導委員會在二零一四年二月至四月期間探訪醫管局總辦事處及轄下七個聯網，與醫管局大會、醫管局總辦事處、聯網管理層和聯網的員工會面；
- (c) 督導委員會在二零一四年三月舉辦持份者論壇，共有 27 個團體，包括五個醫學團體、七個護士團體、11 個專職醫療團體和四個病人組織的代表出席了三節的論壇；
- (d) 公眾參與計劃顧問在二零一四年五月與意見領袖舉行五場午餐會，出席者包括社區領袖、學者和研究人員、專欄作家、電子媒體節目主持人和其他媒體的專業人士；
- (e) 公眾參與計劃顧問在二零一四年六月與主要持份者代表舉行專題小組會議。這些主要持份者來自病人組織、醫療專業團體、非政府醫療機構，以及醫管局轄下醫院管治委員會⁸和區域諮詢委員會⁹；以及
- (f) 督導委員會在二零一四年七月分別在港島、九龍和新界三個區域中每個區域舉行一場公眾論壇。論壇共有 350 人出席，他們來自不同界別，包括街坊福利會、區議會、病人組織或關注團體的代表、醫管局員工和一般市民。

⁸ 根據《醫院管理局條例》(第 113 章)第 13 條第 2(b)段，醫管局設立了醫院管治委員會管治公立醫院。醫院管治委員會負責審閱醫院行政總監定期提交的管理報告、監察醫院的運作和財務表現、參與人力資源和採購工作，以及參加醫院和社區的伙伴協作活動。

⁹ 根據《醫院管理局條例》(第 113 章)第 13 條第 2(a)段，醫管局為港島、九龍和新界三個區域中每個區域設立一個區域諮詢委員會。區域諮詢委員會就所屬區域，負責向醫管局提供公營醫療服務規劃的意見，檢討公立醫院的表現，監察公眾對醫院服務的意見和提出改善建議，就資源分配事宜提供意見，以及應醫管局的要求就具體事項向該局提供意見。

公眾參與計劃的詳情載於**附件 2**的計劃報告。

2.6 督導委員會考慮過現況和持份者的意見後，就醫管局優化改善運作的方向制訂了一系列建議，詳情載於以下章節。

第三章 醫院管理局面對的主要挑戰

概況

3.1 本章探討醫管局面對的主要挑戰。

主要挑戰

人口老化

3.2 香港的公立醫院服務一直被譽為全球最佳的醫療服務之一。然而，本港的公營醫療系統正面對人口急速老化的重大挑戰。在一九九三年，65 歲或以上人士佔全港人口的 9%，這比例在二零一四年增至 15%，並預期這個比例會進一步增至二零三一年的 26%及二零四一年的 30%。由於長者對醫療服務的需求遠高於其他人士，上述人口結構改變，勢必對本港的醫療系統構成壓力。

持續上升的醫療成本

3.3 隨着醫療科技持續進步，醫療開支亦急劇上漲。舉例來說，醫管局每年的藥物開支由二零零七/零八年度的 26 億元增至二零一三/一四年度的 49 億元，增幅達 90%。

日增的醫療服務需求

3.4 為應付服務需求，在二零零七/零八年度至二零一三/一四年度期間，醫管局的每年開支已增加 52%，並預計未來數年仍會繼續增加。由於人口老化的速度在未來 20 年會更為急遽，以二零一四年三月底的情況為比較基礎，預計到了二零二一年和二零三一年，公立醫院分別需增加 2,300 張和 8,800 張病床。

人手短缺

3.5 公營醫療服務的需求急速上升，但醫管局正同時面對嚴峻的人手短缺問題，特別是醫生人手。醫生人手短缺的原因之一，

是自本世紀初發生亞洲金融危機後，醫科學額人數下降，由二零零一/零二年度每年約 310 人，減至二零零三/零四年度每年 280 人，以及在二零零五/零六年度進一步減至 250 人。近年私營醫療界別發展迅速，因此出現競爭資深醫生的需求，令醫管局人手更形緊絀。隨着醫科畢業生人數開始回升，在二零一五年增至 320 人及在二零一八年進一步增至 420 人，預期人手短缺的情況會有所改善。

輪候時間長

3.6 醫療服務需求龐大，加上人手短缺，導致多項專科門診服務及急症室服務的輪候時間變長。醫管局內不同服務的輪候時間也有差異，其中以部分專科門診服務(例如耳鼻喉科和眼科)在不同聯網的輪候時間差異尤其明顯。不同聯網的輪候時間各有差異，可能是由於不同地區人口的年齡分布和需求模式不一所致。同時，醫管局也被指在資源管理方面出現差異，以及聯網間出現“山頭主義”。雖然醫管局已在選定的專科門診服務試行跨網轉介安排，縮窄了輪候時間的差距，但上述種種情況仍引起市民和醫管局內部的關注和批評。

市民對醫管局擔當公營醫療服務提供者的高期望

3.7 醫管局作為受法例規管的公營醫療服務提供者，須恪守不應有人因缺乏金錢而不能獲得適當醫療的原則。市民大眾一直享用獲政府大幅資助，並由醫管局提供的優質醫療服務，對該局的期望亦甚高，不但要滿足基本需求，還要精益求精，例如縮短輪候時間、推出新服務、擴大醫管局藥物名冊的涵蓋範圍等。

優先檢討的範疇

3.8 因應現時的情況和上文所述醫管局面對的種種挑戰，督導委員會認為應把下列各項由病人組織、醫管局員工、市民及其他持份者提出的主要事項，定為優先範疇，在檢討中進行全面研究。

管理及組織架構

3.9 醫管局管理及組織架構的主要特點是聯網安排。聯網安排旨在為聯網轄下所有醫院的運作訂立明確的問責關係，使聯網內各項臨床服務達到互相配合和協作，確保聯網內及聯網間的資源運用符合最佳的成本效益，突破各項服務/職能(例如人力資源、供應鏈、設施管理)間的界限，以及與地區的其他醫療服務提供者發展以社區為本的醫療服務等。

3.10 有見於對聯網安排的批評主要是聯網間出現“山頭主義”，及鑑於這項安排推行已逾十年，督導委員會認為應研究是否有需要優化現時的聯網管理架構，以確保有效提供服務和執行各項職能與職責。

資源管理

3.11 在聯網安排下，醫管局總辦事處透過資源管理架構向各聯網分配資源。資源管理架構與醫管局的服務規劃緊密銜接，投放的資源繫於服務成果、目標和質素標準。醫管局總辦事處透過財務及表現匯報系統，監察和評核各聯網的資源運用情況。

3.12 督導委員會留意到經常有投訴指人口較多的聯網在整體財政預算中並沒有獲分配適當相應比例份額的資源。醫管局的資源分配的而且確並非單以聯網人口為基礎。這個做法卻衍生了一些問題，就是現行的資源分配模式能否以客觀和公平的方法把資源分配予有需要的範疇，應如何加以改善，使資源分配更能配合和平衡各方需要，以彌補聯網之間在服務/質素上的差距。

人事管理

3.13 人力資源是醫管局的主要資產，佔醫管局每年開支約70%。一支穩定而充滿幹勁的工作團隊，是優質醫療服務的基石。督導委員會認為須檢討醫管局現行的人手政策和機構結構是否最有效吸引、挽留和激勵員工，以及應推行什麼改善措施來優化人手調配和善用人力資源，以配合日益提高的服務需求和公眾期望。

成本效益與服務管理

3.14 因應公營醫療服務需求日增和醫療成本日益高漲，政府已提高每年給醫管局的撥款。在二零一五/一六年度，政府為醫管局提供的經常撥款約為 490 億元，較二零一零/一一年度增加近 50%。具體來說，政府給醫管局的經常撥款佔政府全年經常開支¹⁰的 15%，或佔政府在醫療衛生方面經常開支總額的 90%。在非經常資助金方面，政府於二零一五/一六年度分配約 50 億元給醫管局用以購置設備、設立資訊科技系統和進行基礎建設工程。此外，政府於二零一三/一四年度向醫管局提供 130 億元一次過撥款於約未來 10 年進行小型工程項目，預計當中的 10 億元將於二零一五/一六年度運用。與二零一零/一一年度的非經常資助金比較，金額大幅增加 30 億元。隨着人口老化，公營醫療開支勢必繼續上升。因此，我們有需要建立一套系統以量度和評估醫管局的工作成效和表現，向公眾確保醫管局所獲的撥款用得其所和管理得宜。

3.15 專科門診診所的輪候時間是關乎市民可否使用公營醫療服務的重要問題，備受社會人士關注。督導委員會明白須就這重要範疇探討有何改善措施。

整體管理和監管

3.16 醫療事故往往被視為醫管局服務質素和安全的指標，因此有需要檢視醫管局現行的臨床管治系統是否合適和能否有效減低風險，務求在服務質素及安全方面鞏固市民及醫管局病人的信心。

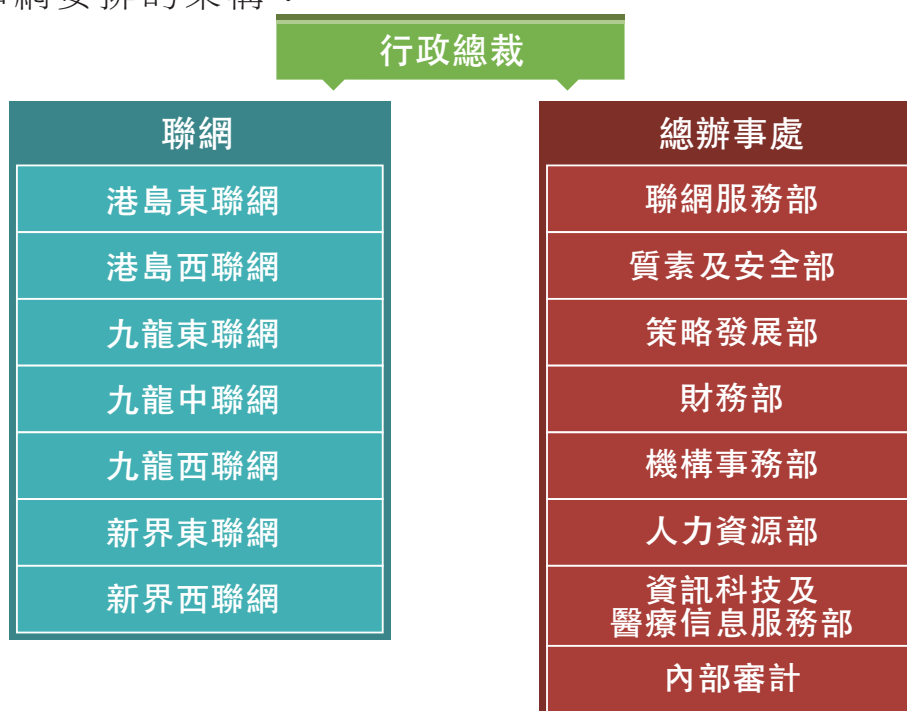
3.17 督導委員會已研究上述各項優先範疇，詳情載於第四至第八章。

¹⁰ 隨著政府給醫管局的經常撥款累計增長，整體政府經常開支中醫療衛生所佔的比例已增至約 17%。

第四章 管理及組織架構

概況

4.1 醫管局管理及組織架構的主要特點之一是聯網安排。在這個安排下，醫管局總辦事處主要擔當領導、政策及策略性規劃、統籌和支援的角色，帶領轄下七個聯網提供前線醫療服務。下列圖表顯示聯網安排的架構：



這個架構讓醫管局能按情況所需推行權力下放的策略，並透過訂立議定的目標和衡量服務表現準則，以及相關的呈報和評估制度，從而達至問責的目的。本章檢討醫管局的管理及組織架構。

4.2 在八十年代醫管局尚未成立前，個別政府醫院內並未設有行政總監或總經理等職位，而管理的職責是高度集中在一個政府部門¹¹上。這種集中管理的安排，被視為當時公營醫療系統欠缺效率和員工士氣低落的主要原因。社會普遍認為公立醫院應採用較

¹¹ 前醫務衛生署是政府其中一個最大的部門，在醫院管理局成立前，該署負責直接管理超過 14 間政府醫院，間接管理超過 20 多間政府資助醫院。

權力下放的管理制度，使醫療人員能夠為病人提供更有效率及具成效的服務。有見及此，政府在一九九零年成立醫管局時，通過以下原則管理公立醫院¹²：

- (a) 個別醫院在決定醫院事務方面應享有高度的自主權，但某些權力則應保留在醫管局總辦事處的層面；以及
- (b) 每間公立醫院應設立行政總監一職，而行政總監在管理所屬醫院的員工和其他資源方面，應擁有高度獨立的管理權力。

4.3 聯網安排旨在為聯網內醫院的運作訂立明確的問責關係，整合不同的臨床服務，促進彼此間的協作。另一方面，有關安排可消除同一聯網內不同醫院/醫療機構在支援職能(例如人力資源、供應鏈和設施管理)上的界限，確保聯網內和聯網之間的資源運用符合成本效益。聯網安排也有助醫院與區內其他醫療服務提供者合作，發展社區為本的醫療服務。

聯網安排

聯網的概念

4.4 醫管局聯網的概念始於一九九二年，目的是解決當時由分區醫院、地區醫院和療養院組成的三層醫院架構所衍生的主要問題。當時這三類醫院彼此間欠缺組織，而且未能有效協調，有些分區醫院由五至六間分散各處的地區醫院提供支援。這個三層架構其後經過重組，按所提供的護理類別把醫院分為“急症護理”和“延續護理”醫院，這安排可以令鄰近醫院的角色定位更清晰和加強彼此間的關係。

4.5 其後，醫管局提出以縱向和橫向方式提供服務的概念，以便統籌和協調醫院及專科臨床護理服務。這概念旨在照顧病人在

¹² 摘自臨時醫院管理局在一九八九年公布的《臨時醫院管理局報告書》第 5.1.2 段。

他們患病的整個過程上的不同需要，以及盡量提升醫管局的運作和管理效率。

4.6 *縱向服務*是指因應病人在患病不同階段的不同時期所提供的醫療服務，其次序一般為急症護理—延續護理—社康護理。病症在不同階段所需的醫療服務有所不同，而這種縱向的服務組織及服務提供模式，是透過把在患病過程不同階段提供不同醫療服務的醫院組合起來(即組成醫院聯網)而成。

4.7 *橫向服務*是指在急症護理、延續護理及社康護理各治療過程中，組織及提供不同的專科服務。在每個治療過程，個別病人或須接受多項臨床專科服務的情況。部分專科醫療服務可能需要複雜的輔助設施、先進的科技支援和特別而稀少的專門技術(即專科服務網絡)，而這些設施或技術只在個別聯網或醫院才可提供，例如腦神經外科、腫瘤科、器官移植和燒傷處理等。橫向服務的整合，使醫管局可跨網提供服務，及能以全港為基礎統籌需求相對較少的高度專門服務(即第三層醫療服務)。

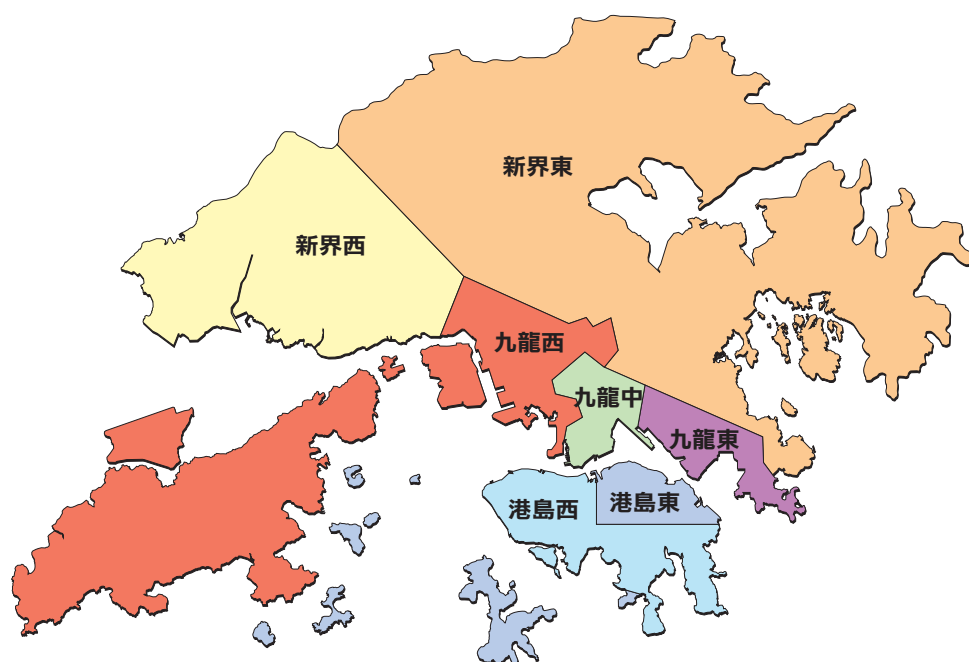
4.8 由上文可見，聯網是把醫療設施和服務組合起來的網絡，醫管局藉此確保病人在整個治療過程中，由發病、療養以至復康和出院後的社區護理，能夠在同一地域內獲得持續的高質素醫療服務。為達到這個目的，每個聯網內各間醫院的運作均予以重整，以便能為區內的居民提供全面和互補的服務。

4.9 為有效規劃基本工程和服務，每個聯網都會根據轄下各間醫院(主要為急症醫院)的位置劃分指定的服務地區。在規劃和重組聯網內的醫療設施和服務時，醫管局會因應各聯網內的醫院當時所提供的服務和擔當的角色、服務地區的地理位置和人口因素，以及當時的服務使用模式，作出考慮。聯網安排令服務得以理順和重組，藉這項安排，各聯網範圍內的居民都可在每個患病過程獲得持續照顧。

現行的聯網組織和管理架構

4.10 早期的聯網組成始於一九九四年，經過發展及新聯網管理方式的試行後，醫管局大會在二零零一年正式採用現行的七個醫院聯網。現行的七個聯網為：

- 港島東聯網；
- 港島西聯網；
- 九龍東聯網；
- 九龍中聯網；
- 九龍西聯網；
- 新界東聯網；以及
- 新界西聯網。



各聯網轄下醫院和醫療機構詳情和相關的統計數字見附件三。

4.11 在架構組織方面，每個聯網由一名聯網總監領導，這名聯網總監同時兼任該聯網內主要醫院的醫院行政總監(見下表)。

聯網總監兼醫院行政總監的雙重角色

聯網總監 所屬聯網	由聯網總監兼任 醫院行政總監的醫院
港島東聯網	東區尤德夫人那打素醫院和 黃竹坑醫院
港島西聯網	瑪麗醫院和贊育醫院
九龍東聯網	基督教聯合醫院
九龍中聯網	伊利沙伯醫院和 復康專科及資源中心
九龍西聯網	瑪嘉烈醫院
新界東聯網	威爾斯親王醫院
新界西聯網	屯門醫院

聯網總監負責聯網內醫院和服務的整體財政預算和運作，在醫管局總辦事處內，他也是醫管局行政總裁轄下高層管理小組的成員。

醫管局總辦事處的職能和架構

4.12 醫管局總辦事處由醫管局行政總裁率領，負責支援醫管局大會，並在推動機構發展、協調機構價值與方向，以及支援醫院聯網和前線醫療服務提供方面，擔當策略角色。

4.13 醫管局總辦事處設有七個部門，分別是聯網服務部、機構事務部、財務部、人力資源部、資訊科技及醫療信息服務部、質素及安全部和策略發展部，透過各部門的互動合作，協調機構價值與方向。整體而言，醫管局總辦事處這七個部門負責起執行領導和規劃、制訂政策和標準、協調機構價值與作業模式、資源管理和監管、對外匯報，以及與主要持份者建立關係。此外，醫管局總辦事處提供各類中央及代理服務(例如業務支援、基本工程計劃和資訊科技服務)，目的是要達至規模經濟效益，並提高一致性和成本效益。

對聯網安排的檢討

整體聯網安排

4.14 通過醫院聯網制度，醫管局實現了把個別醫院的直接管理權下放至更接近服務使用者的整體目標。醫管局同時亦找出了不同專科服務的不足之處和重疊的情況並加以改善，例如包括透過藉整合聯網內的病理科、放射科、耳鼻喉科、腎科、精神科支援、藥房及專職醫療服務。醫管局亦致力促使各項臨床服務進一步整合和合作，例如設立以聯網為本的服務，包括糖尿病、老人科護理及中風個案管理，並加強與其他社區伙伴合作，發展更多以聯網為本的日間護理服務及社區護理計劃。

4.15 醫管局的規模龐大及複雜，其運作上的決定必須貼近病人的需要，讓醫院員工能為病人提供更具效率和更高效益的服務。鑑於現時公立醫院的網絡不斷擴大，服務量及服務種類也持續增加，一九九零年醫管局成立時所制訂把公立醫院的管理權下放的原則，時至今日仍然適用。

公眾參與計劃收集所得的意見

4.16 在公眾參與計劃中，持份者普遍認同，醫管局的組織龐大，有需要制訂聯網的安排。在督導委員會探訪醫管局期間，雖然有員工提出聯網安排有待優化，但他們認為不應大幅更改現行的架構或界線。他們指出，前線人員花了很長時間制訂和實行現時聯網制度下轉介及協調服務安排，聯網劃界一旦出現重大改動，會影響為已出院病人提供的綜合服務，包括轉介跟進治療、康復服務及外展支援等。有些持份者認為，醫管局大會應加強其管理委員會的角色，以便更有效管理醫管局。

聯網的地理界線

4.17 醫管局較長遠的目標，是讓市民可在住處所屬的聯網內得到第二層公營醫療服務。在推行醫院聯網概念時，醫管局發現各個聯網的人口數目、人口結構、公營醫療服務需求，以至可用服務、設施和專長的水平和範圍都不盡相同。箇中原因是醫院的工作原非按聯網的基礎規劃，而且不是所有聯網都在相同的基礎上開展

服務。這種分布不平均的情況，無可避免會令部分聯網提供的個別服務有所重疊。

4.18 另一方面，有些專門的第三層醫療服務只在部分聯網提供，以確保能集中相關的專門人才，達至規模經濟效益，而市民不論住所隸屬哪個聯網，都可選擇前往醫管局轄下任何有關醫院或診所接受該等服務。因此，病人跨網使用服務的情況時有出現。

4.19 聯網之間的差異和跨網使用服務在九龍區尤為明顯。如下表所示，九龍西聯網(包括八間公立醫院，當中五間為急症醫院)的服務地區範圍較九龍區另外兩個聯網大，病人數量也較多。

九龍的跨網使用服務的情況

	醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年三月三十一日)	員工數目 (相等於全職人員數目) (截至二零一四年三月三十一日)	二零一三至一四年度 財政預算 (百萬元)	二零一三至一四年度 區外聯網醫院 住院病人出院人次 [^] 的 比率	服務地區 (作規劃用途)
九龍西聯網	瑪嘉烈醫院*、 廣華醫院*、 明愛醫院*、 北大嶼山醫院*、 仁濟醫院*、 葵涌醫院、 聖母醫院、 東華三院黃大仙醫院	6,629	14,955	9,716	13%	旺角、 黃大仙、 深水埗、 葵青、 荃灣、 大嶼山
九龍中聯網	伊利沙伯醫院*、 香港佛教醫院、 香港眼科醫院、 九龍醫院、 香港紅十字會輸血服務中心、 復康專科及資源中心	3,548	9,307	5,843	62%	九龍城、 油尖區
九龍東聯網	基督教聯合醫院*、 將軍澳醫院*、 靈實醫院	2,487	6,960	4,490	10%	觀塘、 西貢

- ^ 包括出院人次及死亡人數
- * 為設有急症室的醫院

4.20 雖然每個服務地區都有地理界線，但有些地區卻由超過一個聯網提供服務，而不同聯網的服務又未必能常常妥善協調或整合。舉例來說，油尖旺區由九龍西聯網(旺角區)和九龍中聯網(油麻地和尖沙咀)提供服務。另外，正如以下地圖所示，雖然黃大仙區屬於九龍西聯網，但由於它在地理位置上較接九龍中聯網，大部分的急症病人會到九龍中聯網的伊利沙伯醫院求診。然而，這些病人出院後會由九龍西聯網的社區醫療服務隊跟進。在這個安排下，提供服務的醫院和社區醫療服務隊來自不同聯網，有時或許未能保持最有效的溝通，從而可能會影響為病人提供無縫的持續護理。基於不同的因素，九龍中聯網有 63% 的病人實際上是居住在該聯網服務地區以外的，這現象也在某程度上反映了跨網使用服務的嚴重程度。



公眾參與計劃收集所得的意見

4.21 在公眾參與計劃中，沒有人對新界區和港島區聯網界線表示反對意見。然而，九龍人口稠密，該區三個聯網內醫院的規模和數目差距甚大，跨網活動又十分頻繁，因此有意見認為應檢討這三個聯網的安排。當中，黃大仙區議會一直促請政府檢討相關聯網界線，從而為區內居民提供更有條理和妥為協調的服務。

4.22 跨網使用服務比率偏高，並非只是區議會或病人的關注，也是醫管局員工關注的事項。督導委員會到訪各聯網進行員工諮詢期間，有些員工指出，九龍三個聯網的服務有錯配情況，導致轉介和跟進個案方面出現問題。他們建議檢討三個聯網的地理界線，從而理順服務和促進服務的縱向整合。

督導委員會的考慮

4.23 督導委員會大致同意，醫管局規模龐大及複雜，因此有需要設立聯網安排，而醫管局大會作為管理委員會，也應更積極發揮領導和管理作用。委員對維持現時七個聯網的安排也有共識，並認為現時港島區和新界區的聯網界線問題不大，但九龍區現時的聯網架構則未能有效協助區內病人在住所附近接受持續的護理服務。九龍中聯網的跨網病人比率偏高，難免令人對該聯網的界線和資源分配能否發揮最佳效能存疑。尤其因應區內人口老化及地區人口結構轉變，有必要重新檢視九龍各個聯網的急症醫院、復康醫院和療養院，以及社區服務網絡的角色和界定，以應付九龍中聯網現時跨網病人比率偏高及和協調為黃大仙居民提供的服務。透過調整九龍西聯網和九龍中聯網的界線，把黃大仙區由九龍西聯網歸入九龍中聯網，可惠及和便利病人。檢討應一併考慮即將推行並會影響區內服務供應的醫院發展/重建計劃。

4.24 **建議 1：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局大會作為管理委員會，應在領導和管理醫管局方面擔當更主動的角色；
- (b) 現時七個醫院聯網的安排應維持；

- (c) 考慮相關聯網內醫療服務的供求情況和醫院發展/重建計劃，優化醫院聯網(尤其是九龍各聯網)的界線劃分；以及
- (d) 在檢討聯網界線時，應藉機會加強服務的縱向整合，以確保病人可在同一聯網內接受持續護理。

對服務協調的檢討

4.25 雖然現行的聯網安排應維持不變，但是部份範圍仍有可以改善之處。有人認為“山頭主義”是現行聯網安排其中一個缺點。由於聯網安排採用權力下放的方式，容許個別聯網在提供服務方面享有合理程度的自主權，以應付各區不同的需要，所以各個聯網在全港所提供的醫療服務種類和模式未必相同。臨床情況相近的病人在不同聯網所獲得的醫療服務種類和模式或不一樣，因而可能會未能理解或感到不公平。

4.26 醫管局亦察覺到問題存在。該局成立了統籌委員會和中央委員會來統籌各項服務。醫管局大會在一九九一年首次通過成立統籌委員會。統籌委員會在成立初期共有 12 個，架構以香港醫學專科學院創立時的學院為藍本。現時，統籌委員會連同以不同服務範圍為基礎而成立的中央委員會，已成為臨床服務主管商議人手、培訓、服務、質素、科技和治療等事宜的平台。各統籌委員會/中央委員會在醫管局內為所屬專科/服務擔當重要的領導和諮詢角色，為醫管局制訂臨床標準，以及就策略服務規劃提供意見。為了持續改善專業護理服務，統籌委員會/中央委員會在進行臨床審核、實踐最佳作業方式和發展創新質素改善計劃等範疇上也發揮關鍵作用。醫管局現有的統籌委員會/中央委員會一覽表載於附件 4。

公眾參與計劃收集所得的意見

4.27 儘管統籌委員會/中央委員會實行了上述工作，病人組織對聯網提供服務的模式不一致仍表示關注。有醫管局員工認為，雖然有些急症醫院規模較小，但所有急症醫院都應配備水平相若的設施，以便為區內居民提供相同的基本和標準服務。

4.28 持份者就聯網總監除擔任聯網主管外，也擔任聯網內主要急症醫院行政總監的安排有不同意見，有意見關注大型醫院在分配資源方面可能會有享有更大優勢。不過，另有意見認為，聯網總監如不出任醫院行政總監一職，便可能會欠缺管理醫院的實際經驗，令他難以充分履行聯網總監的管理職能。

督導委員會的考慮

4.29 督導委員會認為，醫管局總辦事處有需要加強在中央統籌方面的角色，以確保服務提供的一致性，並協調就各聯網採納新治療方法和高度專門技術的工作。為防止出現“山頭主義”及利益衝突的觀感，醫管局須進一步加強總辦事處的中央管理角色，以及各統籌委員會和中央委員會的中央統籌角色。

4.30 為了達到更好的分工，以及使聯網服務與機構目標更為一致，督導委員會認為聯網總監作為醫管局總辦事處的高層管理人員，應更積極參與中央管理的工作，而非只專注於聯網的管理和運作。這樣做可以令聯網總監更能配合醫管局的機構管理目標和服務指標，把出現“山頭主義”的可能性減至最低。

4.31 督導委員會部分委員亦認為，統籌委員會由主要醫院的部門主管主導，使規模較小的醫院的意願未獲充份反映。眾多的統籌委員會和中央委員會亦增加了臨床人員的工作量和延緩管理決策過程，這亦影響與聯網內和聯網之間的資源分配。此外，醫院的規模不一，令人認為規模較小醫院的行政總監擁有較小權力。督導委員會認為有需要區分聯網內各醫院的角色，以起互補及互相支持的作用。

4.32 **建議 2：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局總辦事處應加強提供服務方面的整體協調工作，減少聯網之間不一致的地方，同時應監管高度專門醫療服務和先進科技的發展和引入，以確保各個聯網的服務發展得以協調；

- (b) 為確保分工更完善、更有效支援聯網的管理，以及聯網服務能與機構目標更一致，醫管局應：
 - (i) 重新檢視整體的聯網管理架構，聚焦於聯網總監、醫院行政總監、統籌委員會/中央委員會的角色，並將其簡化；以及
 - (ii) 加強聯網總監在醫管局整體管理的參與，尤其是在人事、資源，和服務規劃上的參與；以及

- (c) 為加強聯網內醫院之間的合作和協調，以及區分個別醫院在聯網內的角色，醫管局應考慮：
 - (i) 在適當的情況下把兩間或以上的醫院歸由同一醫院行政總監管理，令所有醫院行政總監的職責範圍相若，以助崗位輪換的安排；以及
 - (ii) 界定聯網內個別醫院的角色，以確保聯網內和聯網間所有醫院的發展能協調有序，規劃周詳。

第五章 資源管理

概況

5.1 醫管局是全港最大的資助機構，每年管理約 500 億元，為市民提供公營醫療服務。雖然醫管局的經費龐大，但資源永遠有限。如何有效管理和公平分配資源是要仔細研究的重要課題。此外，把前線臨床服務分由七個聯網負責固然有助醫管局按各區居民的需求和人口特徵來提供服務，但局內的資源管理系統亦須回應市民、病人、員工、聯網間以及(某程度上)聯網內各醫院間對資源分配公平、公正和具透明度的期望。本章載列醫管局可用資源的背景資料、醫管局內部資源分配模式的發展，以及督導委員會審視這些模式所得的結果和提出的改善建議。

5.2 一如世界各地眾多醫療服務提供者，醫管局致力以有限資源，應付日益增加的服務需求。為應付持續出現的挑戰和不斷轉變的醫療服務環境，醫管局的資源管理在過去二十年不斷演變，務求根據以下三個原則，把資源適當地分配予有需要的範疇：

(a) **政府醫療政策**

不應有人因缺乏金錢而不能獲得適當醫療¹³；

(b) **政府資助安排**

配合政府對醫管局的撥款安排；以及

(c) **機構的內部資源分配策略**

確保有效運用公共資源，以期在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的服務¹⁴，並提供以成效為本的護理。

5.3 為履行法定職責，即在獲得的資源內盡可能提供最高水平的醫療服務，醫管局在資源管理方面一直致力秉持其主要理念，

¹³ 引自《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4(d)條的原則。

¹⁴ 《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4(c)(i)條。

即不單讓需要醫療服務的病人能在相鄰地區接受持續照顧，並優化為病人提供醫療護理的成效。

5.4 為此，醫管局以聯網方式組織醫療設施和服務，為市民提供全面的基層及第二層醫療服務。這些服務包括 24 小時急症護理、不同專科的住院服務、日間服務、門診服務，以及復康和社區服務。

5.5 從專業角度來看，要優化醫療服務的成效，資源的分配和運用也須以提供全人醫療服務為依歸。病人在每個治療過程都可能要接受多項臨床專科服務。為照顧病人在患病期間的多種需要，醫管局在急症、延續和社區治療過程都會安排和提供不同的專科服務。一些須倚賴先進科技支援和稀少專門技術(即專科服務網絡)的高度專門服務，會以跨網方式向全港市民提供(第三層醫療服務)，並集中設在指定的中心，以便有效匯集專門人才和資源。這些服務包括腦神經外科、腫瘤科、器官移植(腎、肝、心、肺)、骨髓移植和燒傷處理，以及正在啟德發展區興建的香港兒童醫院日後提供的服務。

5.6 為提升臨床成效和效率，醫管局把一些為全港市民提供的醫療服務撥歸單一聯網管理，包括在九龍中聯網的輸血服務中心(以確保有足夠安全和優質的血液和血液成分供應給全港醫院使用)，以及設在九龍西聯網的傳染病醫療大樓(該大樓在二零零三年嚴重急性呼吸系統綜合症疫情爆發後建成，用作應付日後各種在香港突發的傳染病疫情)。

5.7 總括來說，醫管局資源管理的目標為：

- (a) 按照《醫院管理局條例》(第 113 章)，確保有效率地運用公共資源¹⁵；
- (b) 提供所需經費以應付聯網/醫院運作上的承擔；

¹⁵ 醫管局有法定責任“有效率地運用醫院病床、人手、器材及其他資源，以期在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的醫院服務”(《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4(c)(i)條)。

- (c) 透過下列方式支持醫管局短期及長遠的發展，為市民提供服務：
- (i) 落實向政府在“資源分配工作”中承諾的周年工作計劃和目標；
 - (ii) 適時更新設施和設備，以配合市民不斷轉變的醫療需求；
 - (iii) 為醫管局和香港整體建立並維持高質素的醫療人手¹⁶；
 - (iv) 就公眾對醫院服務的需求及應付該等需求所需的資源，向政府提供意見¹⁷；
- (d) 支持推動公立醫院服務保持質量、效率和公平的措施；以及
- (e) 適時提供相關資料，以便根據擬訂的服務表現進行監察，並評估資源分配在推動和鼓勵醫管局達到機構目標的作用。

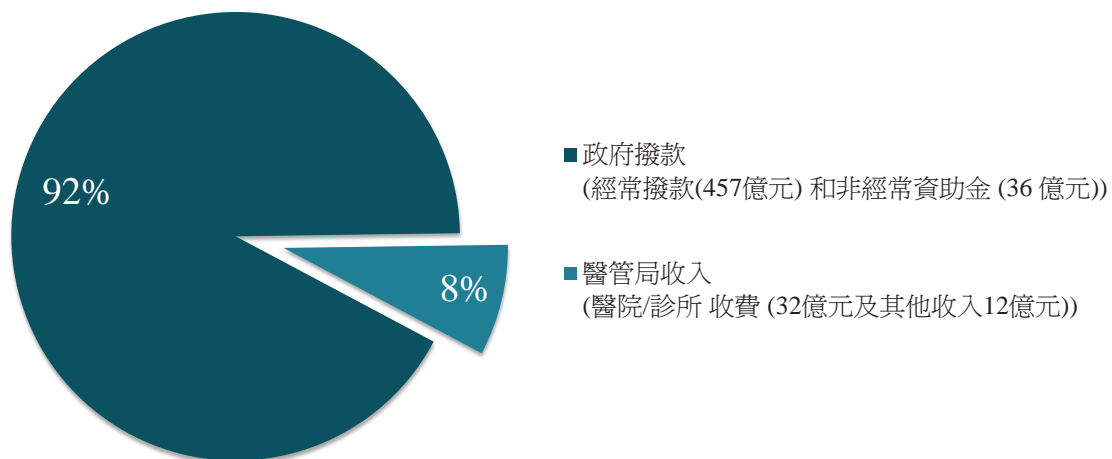
醫管局的經費來源¹⁸

5.8 在二零一三/一四年度，醫管局的可動用資源總值 537 億元，如下圖所示，醫管局的兩大主要來源為政府撥款和醫管局收入：

¹⁶ 醫管局有法定責任“吸引、激勵及留用合資格的職員”（《醫院管理局條例》（第 113 章）第 4(c)(iv)條）。

¹⁷ 《醫院管理局條例》（第 113 章）第 4(b)條。

¹⁸ 由於二零一四/一五年度的財務資料在準備此檢討報告時尚未完成結算，所以在 5.8 至 5.17 段內提供的財務資料均基於二零一三/一四年的財政年度。



(a) 政府資助

5.9 政府撥款包括經常撥款和非經常資助金。

5.10 政府向醫管局提供的經常撥款，主要用來應付日常的運作需要。在二零一三/一四年度，政府向醫管局提供的經常撥款總額為 457 億元。

5.11 非經常資助金主要是政府向醫管局提供的整體撥款，用以支付基礎建設和初期開支、購置設備、引進資訊科技/系統，以及推行設施保養和改善工程計劃等。這些撥款包括設備整體撥款、資訊系統整體撥款、基本工程儲備基金——工程、家具及設備和改善工程。在二零一三/一四年度，非經常資助金總額約為 36 億元，分項數字如下：

非經常資助金	二零一三/一四年度 (實際)
非經常整體撥款	4 億元
資訊科技整體撥款	2 億元
基本工程儲備基金—— 工程、家具及設備	23 億元
基本工程儲備基金—— 改善工程	7 億元

(b) 醫管局的收入

5.12 除獲政府撥款外，醫管局也有獲取收入，這些收入分為醫院／診所收費及其他收益兩類。

醫院／診所收費

5.13 醫管局二零一三/一四年度的醫院／診所總收費達 32 億元¹⁹，包括來自自費購買藥物的收入和醫療費用收入。

5.14 醫管局醫療費用是根據《醫院管理局條例》(第 113 章)釐定，並在憲報公布。費用分為公眾收費及私家收費兩種。公眾收費一般按涵蓋所有開支的原則釐定²⁰，適用於符合資格人士及非符合資格人士²¹。符合資格人士的公共醫療費用在無需經濟狀況審查的情況下獲政府大幅資助。有關收費在過去 12 年並沒有進行調整(即使通脹的影響亦沒有顧及)，整體服務資助率由當時的 77%-100%增至現在的 84%-100%。符合資格人士現時的公共醫療費用於二零零三年四月修訂。非符合資格人士的公共醫療費用則按成本回收的原則收取。非符合資格人士和私家病人現時的收費則於二零一三年四月修訂。與涵蓋所有開支的公眾收費不同，私家服務的費用是按住院收費和逐項收費的原則收取的，在有關服務的成本價和市場價兩者之中取其較高者為準。此外，醫管局須免費或以特惠收費為公務員及其合資格家屬提供醫療服務。

5.15 政府的醫療政策是要令市民不會因缺乏金錢而不能獲得適當醫療，為配合這政策，受助於綜合社會保障援助的病人，可獲全數豁免公共醫療服務收費。其他有經濟困難而未能支付公共醫療服務收費的病人，也可申請非綜合社會保障援助減免(醫務社會工

¹⁹ 扣除豁免的淨額。

²⁰ 一般包括診症、藥物(自費藥物除外)、手術、程序及檢查等的劃一收費。

²¹ 下列類別病人符合繳付獲政府大幅資助的“符合資格人士”費用的資格：

- (i) 持有根據《人事登記條例》(第 177 章)所簽發香港身份證的人士，但若該人士是憑藉其已獲入境或逗留准許而獲簽發香港身份證，而該准許已經逾期或不再有效則除外；
- (ii) 身為香港居民的 11 歲以下兒童；或
- (iii) 醫管局行政總裁認可的其他人士。

上述類別以外的其他病人須繳付“非符合資格人士”應付的費用。

作者減免)²²。在二零一三/一四年度，醫管局的豁免收費總額約為 5.27 億元。

其他收入

5.16 醫管局在二零一三/一四年度的其他收入為 12 億元，主要是非醫療費用收入，例如利息收入及捐款。

醫管局的資源運用

5.17 醫療護理是人力密集的服務行業，在二零一三/一四年度²³，員工薪酬佔醫管局大約 69% 的開支。科技發展亦令醫療開支增加，舉例而言，藥物、醫療用品和器材的費用合共佔醫管局二零一三/一四年度總開支的 14% 以上。事實上，過去 16 年來醫管局於上述開支的平均增長率為 8%，遠高於經濟增長或醫管局所得撥款的增幅。

醫管局內部資源分配模式的演變

5.18 在檢討中，督導委員會留意到，醫管局的內部資源分配模式多年來在配合社會、經濟和醫療服務的環境下不斷演變。

(a) 以醫院計劃為本的資源分配模式(二零零一/零二年度前)

5.19 在醫管局一九九零年成立前，政府主要按照過往的模式撥款予個別醫院，着重醫院的資源需求(以資源投放為本)。

5.20 醫管局在成立後訂定的機構策略，是發展以成效為本的醫療服務，藉著把資源的運用與服務表現及/或成效掛鉤，發展一個逐步由以資源投放為本轉變為以成效為本的資源分配模式。醫管局明白資源分配是機構業務規劃過程的重要環節，醫管局因此邁進

²² 由醫管局/社會福利署的醫務社會工作者(醫務社工)，或社會福利署綜合家庭服務中心/保護家庭及兒童服務課的社會工作者發出的減免。

²³ 在二零一三/一四年度，醫管局的總經營開支達 496 億元。

了以醫院計劃為本的資源分配模式的年代。在這模式下，醫院須擬備服務協議，訂明所提供服務的範圍和水平(即醫院的周年服務規劃)，而醫管局則根據商議的價格水平下的服務水平來分配資源予各醫院。

5.21 為方便推行上述資源分配模式以提升效率，醫管局制定了三個相輔相成的主要機制，即(i)專科成本計算、(ii)病例組別和(iii)資源增值機制。

5.22 專科成本計算旨在衡量醫管局在各個臨床專科為每名病人提供治療的平均成本。它是一項過渡性工具，藉以提供通用的計算成本單位，以便根據協議的服務水平分配資源。專科成本計算的概念在一九九二/九三年度首次用於分配額外的藥物開支，其後在九十年代後期擴展至用來分配 11 間急症醫院的不多於 40%的資源。為了把資源投放與成效掛鉤，醫管局領導制定專為本地病人而設的分類系統，即病例組別，以反映各醫院在病例組合和護理級別上的差異，以補足專科成本計算不足之處。

5.23 醫管局亦引入效率增值機制，集合醫院從提升效率而節省所得的資源，並重新分配，以鼓勵醫院提高效率，並為醫院提供資金以推行新服務和改善服務。這個機制在一九九三年首次推行，節省的款項佔醫管局撥款的 1%，其後增至撥款的 3%。在一九九三/九四年度至一九九八/九九年度的六年內，節省的款項達 21 億元。

限制

5.24 在這個以成效為本的模式下，按照專科成本計算及病例組別資料來分配資源，有助減少各主要急症醫院在單位成本方面的差異，而效率增值的概念也促進了日間和延續護理服務穩步增長，更能切合市民的需要。然而，這個模式也有不足之處，由於它對服務量有所增長的醫院較為有利，因此無形中鼓勵醫院爭相提高服務量。在一九九八/九九年度，醫管局改良了這個模式，不再把節省所得的資源再集合起來重新分配，而是讓有關醫院保留節省下來的款項作改善服務之用。專科成本計算及病例組別的資料，則轉為資源分配的參考工具。

5.25 這個模式的另一項不足之處，是主要根據個別醫院的服務計劃來規劃醫管局的服務及分配資源，因此不夠全面。由於未能充分顧及社會的整體服務需要，加上欠缺中央協調，這個模式未能有效協助醫管局把資源用於滿足市民最殷切的需求。這個模式無形中鼓勵了醫院增加服務量，卻未能提供誘因令醫院更有效率和更有效地運用資源。

(b) 以人口為基礎的資源分配模式(二零零一/零二年度至二零零八/零九年度)

5.26 醫管局在九十年代末期着手制訂理順和整合服務的計劃，由以住院方式，改為邁向以日間和社區模式提供醫療服務，從而提高生產力。由於服務模式有所改變，因此醫管局也須檢討當時採用的內部資源分配模式。

5.27 在此背景下，醫管局由本世紀初開始發展以人口為基礎的內部資源分配模式。新模式的目的是：

- (a) 按所服務社羣的需要提供資源——根據需要，公平分配資源(公平原則)；以及
- (b) 為醫院提供誘因，在聯網制度下改善服務架構和提供服務的方式。

5.28 在這個模式下，醫管局根據服務地區(按聯網轄下醫院的位置劃分)人口的數量和年齡分布來分配資源給各聯網，並因應病人跨網使用服務的情況作出調整。各聯網/醫院有責任確保服務需要可以在所屬聯網內或在其他聯網得到滿足，各聯網/醫院亦可以靈活整理其服務組合/服務比重，以應付其服務地區內市民的需求。這模式亦鼓勵聯網醫院改善內部服務協調和加強與基層/私營醫療服務提供者的合作，以及提高技術上的效能。

5.29 醫管局在二零零一/零二年度推行以人口為基礎的資源分配模式，當時正值政府在所有公營部門推出資源增值計劃，務求以最合乎經濟原則的方式運用公帑，同時維持並提升公營服務的質素。因應該項計劃，以及截至二零零五/零六年度的數年間推出的其他增效節流措施，醫管局在二零零零/零一年度至二零零五/零六

年度的六年內合共節省約 35 億元，這或為醫管局須在同一時期推行以人口為基礎的資源分配模式帶來了一些挑戰。雖然政府在該段期間實施資源增值計劃及增效節流措施，仍繼續向醫管局提供額外經常撥款合共約 23 億元，以應付人口增長和服務需要。

(c) 按照績效撥款的概念來修訂的模式(二零零九/一零年度至二零一二/一三年度)

5.30 為進一步改善資源管理，包括各聯網的基線資源及每年所得的額外撥款，醫管局在二零零九年採用績效撥款的概念，優化了內部資源分配模式。有關優化是把焦點集中於質素和成效，從而令病人護理更現代化，並進一步銜接資源運用與成效。同時，有關模式也旨在進一步提高生產力，並藉着高透明度的機制，確保資源獲分配予有需要的目標範疇。

5.31 醫管局認為有需要制訂工具以提高聯網的生產力，因此建立了把基線開支重新分配的機制，以量度聯網的效率。這套機制採用病例組合方法²⁴計算各聯網的急症住院服務量，然後根據有關數字，適當地因應效率調整各聯網的基線資源。在比較聯網提供某個水平服務量的實際成本與醫管局預計提供相同水平服務量的平均成本後，所得的差額便是效率上的差異。醫管局藉削減聯網基線資源及/或增加服務量的方式，要求成本較預期為高的聯網改善效率，並會根據使用病例組合調整得出的成本，把“獲過度資助”聯網的資源重新調配至“資助不足”的聯網。

5.32 在績效撥款的原則下，為確保額外撥款能投放在優先範疇，醫管局按下列三個策略性表現範疇，把新資源分配給聯網：

- (a) 需求最殷切範疇的服務增長(例如需求殷切的範疇，以及擴大處理危及生命情況的治療)；
- (b) 提升病人安全及護理質素；以及

²⁴ 醫管局採用的病例組合模式，是根據名為“症候族羣制度”的國際認許病人分類系統來建立的。把急症入院個案作症候族羣分類，就可以得出醫院處理的個案數目和按個案複雜程度調整的數字，藉此計算和比較醫院的工作量。

- (c) 透過培訓和挽留員工以及採用先進科技和治療方法，優化服務的措施。

5.33 質素改善也是績效撥款概念的另一個重點。醫管局推行了為期三年的提升質素獎勵先導計劃，透過諮詢相關的臨床組別，醫管局識別出多個優先策略範疇，並制訂一系列質素表現指標來衡量表現。為肯定各聯網在質素提升方面的表現，聯網如達到預定目標，或在各項指標上有所改善，便可獲得財政獎勵。

5.34 按照績效撥款概念所訂的“同一服務，同一價格”原則，醫管局以相關臨床服務的單位成本為基礎，計算分配給策略範疇內新增服務需求的資源，而在釐定上述“購買服務的單位價格”時，亦使用了專科成本和病例組合資料(就急症住院服務而言)來衡量和反映醫院的資源需求。

優點

5.35 這個模式使用病例組合資料，使醫管局在分配資源時可充分考慮聯網所提供住院服務的複雜程度。對醫管局來說，這是優化資源分配的重要一步。這些資料也有助公眾和持份者了解醫管局的資源需求。

5.36 醫管局為衡量效率而設立了把基線開支重新分配的機制亦成功提升了聯網在改善效率方面的意識和動力。

5.37 在策略上把資源針對性投放在表現範疇，令醫管局能有系統地善用資源和把資源的運用擴闊至多方面，不但令醫管局能夠應付因人口增長和人口老化而增加的需求，而且能按所需調撥資源，改善醫療技術、質素、安全及人手。

限制

5.38 這個模式雖然有不少優點，但也有下列潛在缺點，以致削弱其成效：

- (a) 由於重新分配基線開支的機制只集中在急症住院服務，或有人會認為聯網的資源分配並不公平；

- (b) 在聯網層面重新分配基線資源，未能有效識別一些屬醫院層面的個別範疇或效率欠佳，而需管理層留意的服務；
- (c) 這個模式能推動公營醫療服務的增長，但在市場上醫療專業人手短缺的情況下會進一步加重醫管局的工作量；以及
- (d) 這個模式主要着重資源需求及服務量，未能促進聯網提供以成效為本的醫療服務。

5.39 基於以上各點，醫管局已由二零一二/一三年度起，擱置基線開支重新分配機制和新增服務的購買安排(即按照單位成本增撥資源)，以免在人手短缺的情況下，繼續讓公營醫療服務不必要地增長。在同一年度，提升質素獎勵先導計劃的三年試驗期亦告完成，計劃涵蓋的範疇已順利被納入在新增及持續進行的質素改善措施內。

(d) 現行機制(由二零一二/一三年度開始)

5.40 現時，醫管局的服務規劃決定了如何在機構內分配資源，透過有系統的服務規劃架構，進一步鞏固內部資源的分配，以確保善用公共資源，提供優質的護理服務。

(i) 予聯網的資源分配

5.41 二零一二年，醫管局發表最新的《2012 至 2017 年策略計劃》，臚列未來五年的策略和重點措施。這份文件的擬備工作由醫管局大會帶領，並在與局內外持份者進行廣泛諮詢和討論後編製。醫管局全面審視了該局內部及外在的環境，識別出各個範疇有待處理的問題和不足之處。這些範疇包括服務需求、病人的期望、對醫療科技及設施的要求等。由於很多不足之處均需要逐步處理，醫管局制定了多項相應的中期策略和方針，以期調整和平衡各聯網內有關服務/質素的不足之處，同時應付種種相關挑戰，包括維持足夠的人手、應付不斷增加的服務需求、確保服務質素和安全，以及加強企業管治。在周年工作規劃過程中，醫管局會適當地把現有

資源重新分配或增撥資源予有需要的目標範疇，藉以推行及監察上述中期措施的推行。

5.42 周年工作規劃是一項多方共同參與的工作，整個機構會以由下而上和由上而下的方式參與討論，局內各級人員，由前線臨床人員、聯網管理層，以至總辦事處的行政人員，都可提出意見。每年就新增服務和有迫切需要範疇增撥資源的要求，會在周年工作規劃論壇上審議，其間各聯網的持份者均可提出意見。

5.43 醫管局透過上述周年工作規劃過程擬訂周年計劃，把獲批准在年內推行的所有新項目納入在周年計劃內，包括在全港推行和專科為本的計劃、專為聯網/醫院/部門而制訂的措施，以及訂立須達成及作出匯報的目標。

5.44 醫管局在獲得政府通知該年度的經常撥款總額後，會根據下列考慮因素決定各聯網的資源分配(包括人手、設備、設施及其他運作需要)：

- (a) 維持各聯網基本運作所需的資源，基本運作包括聯網的主要基層醫療服務及第二層醫療服務，以及聯網所管理的中央統籌服務；
- (b) 在周年工作規劃中獲支持提供的新服務所需的額外資源；以及
- (c) 個別有迫切需要的範疇/服務不足之處所需的資源。

(ii) 聯網內部的資源分配

5.45 各聯網的管理層負責確保其轄下聯網的運作效率，同時要達到周年工作規劃所訂的目標，他們同樣地會根據基本需要、獲批准的新服務、轄下醫院/部門有迫切需要的範疇等因素，為所屬聯網制訂服務計劃，並按情況重組和理順服務，以確保資源妥善地分配予有需要的目標範疇。為確保資源分配具透明度，各聯網會讓相關的持份者參與整個內部資源分配過程，以便為聯網內各醫院推行的新措施定出優次，並議定服務計劃。聯網管理層會根據服務計劃擬備可行的預算，務求以可用的資源應付財政所需。

5.46 在上述不同內部資源分配模式演進的同時，政府對醫管局的撥款一直有所增加。由二零零六/零七年到二零一五/一六年的10年間，政府提供醫管局的經常撥款由270億元增至490億元，增長了接近80%或約220億元。現乃確保醫管局能有效地分配這些已獲提高的基線撥款的適當時候。

對資源管理的檢討

資源分配模式

公眾參與計劃收集所得的意見

5.47 資源管理是具爭議性的議題。醫管局的聯網管理層、前線人員及局外的持份者在與督導委員會會面時，均就醫管局的資源管理問題提出意見。

5.48 總括而言，在督導委員會接獲的意見中，有頗多關注到現時的內部資源分配模式，並支持以人口為基礎的方式分配資源。一般意見認為醫管局的內部資源分配模式有欠公平——服務需求與病人數量和人口息息相關，但現時各個聯網獲分配的資源與其服務需求並不相稱。舉例來說，在七個醫院聯網中，九龍東聯網按人均計算所獲得的資源最少。涵蓋觀塘和西貢區的九龍東聯網在二零一三年的人口佔全港整體人口的15.1%。雖然15.5%的醫管局病人曾使用九龍東聯網的服務，但該聯網在二零一三/一四年度獲分配的撥款，只佔各個聯網整體經常撥款的10.7%。此外，也有批評指現時的內部資源分配模式往往只集中於推行新服務所增撥的資源，而未有解決各聯網間一直存在基線撥款“不公平”的問題。另有意見認為，以人口為基礎本的內部資源分配模式可提供一個公平和具透明度的機制，令資源分配切合當時的服務需求，而非只跟從以往的安排。

5.49 然而，督導委員會也留意到，有些人對單以人口規模為基礎的內部資源分配模式表示憂慮。他們認為純粹以人口為基礎的模式未能考慮由特定聯網內某些醫院為全港提供的第三層和第四層服務、某些聯網面對的跨網服務需求，以及某些醫院擔當的特殊角色(例如教學醫院須在提供服務之餘兼作教學用途)。舉例來說，瑪

麗醫院為全港病人提供肝臟移植服務，同時也是香港大學的教學醫院。威爾斯親王醫院作為香港中文大學的教學醫院亦有相若情況。另一個例子是位於九龍中聯網的香港眼科醫院，該醫院為不少來自其他聯網的病人提供服務。此外，一個地區的居住人口並不如實反映病人求醫時的取向，因為有些人在考慮與工作地點的距離、交通和個人喜好等因素後，可能會選擇住處所屬聯網以外的其他聯網接受醫療服務。

督導委員會考慮的事項

5.50 督導委員會委員明白到現行資源分配模式有其限制，令某些聯網所獲的資源與聯網的人口未必相稱。督導委員會明白人口是決定工作量及聯網/醫院所需資源的主要因素，因此同意以人口為基礎的內部資源分配這個概念(按所需加以優化——見下文)最能回應市民關注的事宜，並最符合市民對公平、公正和具透明度地分配資源的關注。

5.51 不過，督導委員會委員隨即指出，以單一因素(即人口)透過簡單的算術來分配資源，會有走向另一極端的風險。這種簡單的模式會忽略某些聯網所提供的中央及/或第三層和第四層服務，以及跨網服務的需求。特別是對於提供急症服務的聯網而言，急症服務的需求在某程度上取決於發生事故的地點與聯網之間的距離，因此必然會有病人被送到居住地區以外的聯網接受急症服務和其後的治療(經急症和相關門診服務入院)。督導委員會認為，一個優化的以人口為基礎的資源分配模式，應充分顧及有些聯網/醫院因承擔中央及/或第三層和第四層服務以及為病人提供跨網服務所需的資源。

5.52 建議 3：督導委員會建議：

- (a) 醫管局應透過檢討現行的做法，並考慮地區及全港的人口特徵，採用一個優化的以人口為基礎的資源分配模式。優化的以人口為基礎的資源分配模式應考慮選定醫院和聯網組織第三層和第四層服務的提供及發展，以至由此引致的所需額外資源，以及因病人跨網求診而產生的服務需求；以及

- (b) 醫管局應在合理時間內發展優化的以人口為基礎的資源分配模式，並透過服務計劃和財政預算分配予以推行。對於在新模式下需要額外資源的個別聯網，醫管局應考慮以適當方法處理其經費的需求，並同時維持其他聯網現時的基線撥款，以避免對個別聯網基線撥款產生不必要及不恰當的影響。

資源分配程序

公眾參與計劃收集所得的意見

5.53 在公眾參與計劃中，部分醫管局員工關注到申請增撥資源的程序繁複。部分醫管局員工表示由於推行新措施必須經過各個委員會、醫院、聯網和醫管局總辦事處等各級審議，以及如果撥款申請失敗，須於下一年重複整個過程，這些規定均增加前線臨床人員的工作量。不過，也有員工認為，經相關統籌委員會審議新措施的做法有其可取之處，因為可以確保所提供的服務在機構層面上貫徹一致。

5.54 部分員工亦關注到，內部資源分配的決議過程未如預期般透明，因而他們未能全面掌握資源分配的理據和所採用的方法。由於各統籌委員會的主席一般來自大型醫院，所以有人認為大型醫院或享有較大優勢。有員工聲稱前線服務實際獲分配的資源較原本獲批的少，導致資源不足，並指稱部分款項或被用於醫管局總辦事處及聯網管理層的支援職能上。

督導委員會考慮的事項

5.55 督導委員會委員明白前線人員對內部資源分配工作的普遍感受。為一間擁有 42 間醫院/機構和 70,000 名員工的組織管理約 500 億元的撥款，是一項複雜的任務。資源分配亦難免要保持一定的彈性以便應付在聯網/醫院層面上的運作需要。儘管如此，醫管局仍有空間改善資源分配工作的安排和加強整個過程的透明度，以釋除員工的疑慮。

5.56 **建議 4：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局應致力改善和簡化聯網就新增或改善服務申請增撥資源的程序，力求在下一輪資源分配工作時(即二零一六/一七年度)簡化和加快整個過程，並盡量減少前線臨床人員的行政工作，在運作效率與問責需要之間取得平衡；以及
- (b) 醫管局應加強資源申請和分配過程的透明度，把有關方法、優次和甄選標準與各聯網和在聯網內作更好的溝通。基於同樣的原因，由下一輪資源分配工作(即二零一六/一七年度)開始，醫管局應解釋最終決定和分配結果所依據的理由和考慮因素，讓聯網可更清楚了解在整個機構中，優次是如何決定，以及資源是如何分配的。

第六章 人事管理

概況

6.1 醫管局的架構龐大及複雜，員工總數達 70,132 人(截至二零一五年二月二十八日等同全職人員的數目)。該局是全港最大的非政府公營機構，員工數目超過公務員人數的三分之一。

6.2 醫療服務由人提供，並以人為本。為了提供優質的公營醫療服務，一套全面而有效的人事管理制度是不可或缺的。本章探討醫管局的人事和培訓安排。

6.3 根據《醫院管理局條例》(第 113 章)²⁵ 的規定，醫管局有權決定：

- (a) 其僱員的薪酬及僱用條款和條件；以及
- (b) 其僱員的工作及行為標準，以及有關僱員停職或解僱的事項。

醫管局的《人力資源政策手冊》經醫管局大會通過，訂明僱用條款和條件及相關的人事管理事宜，醫管局亦在《人力資源行政手冊》就人力資源政策和程序訂明進一步的指引。

6.4 正如《臨時醫院管理局報告書》第 5.1.2 章所述，醫管局成立初年提倡的管理原則，是容許“個別醫院在決定醫院事務方面享有高度自主權”。醫管局按這項原則建立了權力下放的管理架構，同時鼓勵醫院在運作上的決定應盡量貼近病人的需要。人力資源政策由醫管局總辦事處制訂，並由各聯網/醫院負責執行。

6.5 醫管局按照《醫院管理局條例》(第 113 章)第 6 條制訂權力轉授的安排。根據有關安排，負責醫院整體管理的醫院行政總監有權聘用及解僱醫院內的醫管局職員。醫管局《人力資源政策手

²⁵ 《醫院管理局條例》(第 113 章)附表 3 第 10 段。

冊》及《人力資源行政手冊》列明上述職能和運用相關權力的指引，以便醫院行政總監執行這些職能及其他人力資源工作。此外，每個聯網都設有聯網人力資源部，由聯網總經理(人力資源)領導。醫管局設有一套適用於全體員工的人力資源及薪酬系統，這個系統同時支援人力規劃、輪值、假期管理及培訓等功能。

醫管局的人手

6.6 醫管局的龐大人手，由六個主要職員組別組成，有超過300個職系和職級的人員。這六個主要職員組別及相關的人員數目如下：

人職員組別	人數(截至二零一五年二月二十八日等同全職人員的數目)
醫療	5,910
護理	23,721
專職醫療	6,891
護理支援	13,665
管理/行政 (例如行政主任、院務主任、財務及會計人員、系統分析員等)	2,421
其他 (例如運作助理、文員及秘書、工人、行政助理、資訊科技助理等)	17,525
總計	70,132²⁶

上述人手大部分從事直接病人護理的工作，為病人提供廣泛的服務。這些醫療職員組別(包括醫生、護士、專職醫療人員和護理支援人員)及相關人員數目載於附件 5。

²⁶ 由於在計算相當於等同全職人員數目時四捨五入的關係，數字加起來未必等於總數。

現行的人事管理制度

招聘、遴選和委任程序

6.7 在醫管局權力下放的管理架構下，開設職位和招聘員工以提供病人服務的決定，一概由聯網的最高行政主管(即聯網總監)依照其判斷作出。至於委任和晉升安排，通常由有職位空缺的醫院自行提出和處理。

6.8 醫管局採用公開的聘任制度，目的是確保招聘和委任程序公平公正。聘任職員時會考量應徵者的才能而非年資，以找出最合適和最優秀的人選。任何人士(包括醫管局現有僱員)如認為自己符合招聘廣告的入職要求，都可提交職位申請。遴選工作(包括招聘程序，以及成立遴選委員會和舉行面試來協助遴選)受《人力資源政策手冊》和《人力資源行政手冊》訂明的相關政策及指引規管。

員工調職及調配程序

6.9 督導委員會注意到，醫院間的調職安排都是由員工主動提出，再經有關醫院雙方同意。由醫管局總辦事處提出的管理層職位調配，雖然常見於醫管局接管醫院管理事宜前的政府醫院，但現時並不常有。醫管局總辦事處雖然保留安排員工調職以應付特殊的運作需要的權力，但卻很少行使。而即使醫管局總辦事處行使這項權力，也只是作為臨時人手替調安排。

醫管局總辦事處的角色

若干職系入職職級的中央招聘工作

6.10 督導委員會注意到，在權力下放的招聘和聘任制度下，醫管局總辦事處在某些情況下仍擔當中央代理的角色。舉例來說，在每年為醫生、護士和專職醫療職系入職職級招聘畢業生的過程中，醫管局總辦事處會與各聯網的人力資源部合作，統籌各項中央招聘工作，包括編配職位、進行遴選面試，以及按申請人的意願配對職位。醫管局總辦事處的參與確保招聘過程符合程序。至於把獲選應徵者分配往哪個聯網服務，則主要視乎應徵者的選擇和由聯網

前線管理人員的決定。督導委員會發現，醫管局總辦事處即使見到有些地方的人手需求較大，對指派或調派受聘者亦只有甚少的影響力。

其他職位的招聘工作

6.11 各聯網其他入職/晉升職位的招聘工作由有職位空缺的醫院進行，對於聯網遴選委員會的工作，醫管局總辦事處的參與相對有限。督導委員會明白，如醫管局總辦事處委派代表出席各聯網就個別職位及隨之而產生的空缺所舉行的遴選委員會會議，醫管局總辦事處將需要大量人手。就此，醫管局的《人力資源政策手冊》訂明，醫管局總辦事處只須委派代表出席聯網高級職位(例如顧問醫生)的遴選委員會。至於較低職級職位的遴選委員會，醫管局總辦事處則無須或不一定要派代表出席。聯網大部分職位，都是由聯網內具備相關職位特定要求的應徵者出任。

跨網晉升

6.12 督導委員會注意到大部分(逾 90%)的晉升，都是從聯網內晉升的。如**附件 6**所示，在過去五年，臨床專業人員(即醫生、護士及專職醫療人員)整體的跨網晉升比率維持在低水平，幅度由二零零九/一零年度的 10%至二零一三/一四年度的 9%。

6.13 在專業組別中，醫生的跨網晉升比率較高(8%至 14%)。護士的跨網晉升比率多年來都相對較低(4%至 9%)。

6.14 現職人員由於較熟悉工作要求和環境，並建立了工作關係網絡，所以在晉升選拔中，他們與其他競爭者相比會較有優勢。因此，在聯網/團隊內晉升的情況非常普遍，逐漸(和無意中)形成小圈子，令人產生“山頭主義”的觀感，這樣可能會妨礙專業知識互相交流，亦有礙對於在緊急時候跨網調動人力資源。

跨網人事變動/調配

6.15 同一職級員工在醫院/聯網之間的調動，主要是由有關人員自行決定並提出要求。舉例來說，只要符合下列條件，員工便可申請調往其他醫院/聯網：

- (a) 調職安排經有關的部門或醫院同意；以及
- (b) 有關醫院/聯網有職位空缺可供調配。

此外，員工也可按招聘程序申請填補其他聯網已公告的職位空缺。

6.16 醫管局總辦事處雖然有權安排員工調往同一職級的職位，以應付特殊的運作需要，但它很少行使這項權力。即使行使這項權力，也往往因醫管局整體人手短缺而出現困難。

人手短缺問題

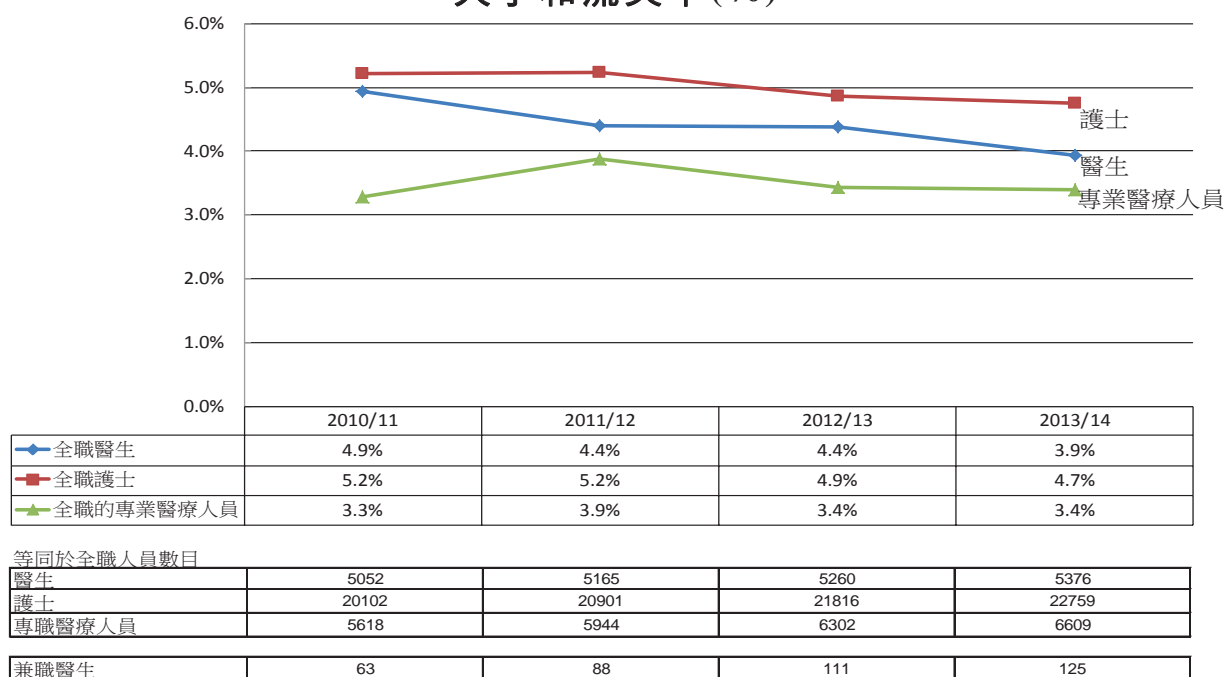
6.17 隨着人口老化、醫療科技進步，以及市民對醫療服務的需求不斷提高，醫管局須大幅增加人手以應付服務需求。特別是正如第 3.5 段所述，近年本地醫科畢業生人數顯著下降，加上私營醫療界別發展蓬勃而衍生的競爭需求，以致醫管局醫生人手嚴重短缺。

6.18 醫管局一直密切監察員工的流失率，並致力改善醫生的人手情況。為此，該局推出一籃子措施，務求增加醫生人手和提升員工士氣。這些措施包括招聘有限度註冊的非本地醫生、優化薪酬條件以聘請兼職醫生、改善晉升機會、優化醫生候召補償定額酬金計劃、提供護理技術員服務支援以減輕醫生的工作量，以及改善醫生的工作環境(各項措施的詳情載於附件 7)。

目前的流失情況

6.19 在上述措施推行後，醫管局的人手情況有所改善。從下圖可見，全職醫生的流失率由二零一零/一一年度的 4.9% 下降至二零一三/一四年度的 3.9%。護士的流失率也由二零一零/一一年度的 5.2% 下降至二零一三/一四年度的 4.7%，而專職醫療人員的流失率則保持平穩，並較醫生和護士的流失率為低。

醫院管理局醫生、護士和專職醫療人員的人手和流失率(%)



註：

- (1) 不包括實習醫生及牙科醫生。
- (2) 流失數字按人頭計算，包括終止於醫管局任職的所有類別全職常額和全職合約員工。
- (3) 滾動流失率 = 過去 12 個月離開醫管局的全職員工總數 / 過去 12 個月的平均人手 x 100%。
- (4) 等同全職人手包括醫管局的所有全職及兼職常額、合約及臨時員工。

目前的人手情況

6.20 雖然醫管局整體的人手和員工流失情況有所改善，但由於服務需求急速增長，整體人手短缺的問題依然存在。二零一四年，醫管局欠缺約 340 名醫生，預計人手短缺的情況未來數年仍會持續。護士和專職醫療人員也在較少程度上存在類似的人手問題。

6.21 過去兩年，護理支援人員的流失持續上升。工作量沉重、工作性質和勞工市場競爭激烈等種種因素，導致流失率由二零一一/一二年度的 13.9% 上升至二零一三/一四年度的 15.7%。這不但加重了前線人員的壓力，對護理質素也構成風險。

6.22 總括而言，人手短缺無疑對醫管局靈活處理人事管理有一定的影響。

對人事管理的檢討

6.23 多年來，醫管局注意到一些涉及人力資源管理和員工士氣的問題，包括：

- (a) 有指稱聘任/晉升過程有所偏袒，以致有人認為能力稍遜員工比能力較佳員工更早獲得晉升；
- (b) 員工難以跨網調職，加上局內的人員調配也有困難和限制，以致醫管局未能善用人手，特別是在關鍵時刻；
- (c) 在同一聯網/團隊內晉升的情況非常普遍，逐漸形成小圈子，妨礙專業交流，也不利員工發揮創新思維；以及
- (d) 各聯網對醫管局人力資源政策的詮釋和執行方法並不一致，因而有人認為員工間出現不公平的情況，對員工情緒和士氣構成負面的影響。

醫管局近年採取的措施

6.24 督導委員會注意到醫管局總辦事處近年積極處理人手問題。下文各段載述部分措施。

擢升臨床顧問醫生

6.25 在考慮整體服務需求、各專科的專業發展和個別醫生的職業發展的情況下，醫管局總辦事處會為臨床顧問醫生舉行擢升遴選委員會，把臨床顧問醫生的職級由首長級薪級表第 1 或 2 點提升至第 3 點，以及由第 3 點提升至第 4 點。醫管局總辦事處已訂定一致的評審擢升準則和考慮因素、統一聘任日期，以及透過中央協調與個別醫生就上述事宜進行事前溝通的方式，增加透明度和加強職管雙方之間的信任。

開設首長級職位

6.26 在開設首長級職位(例如各聯網的臨床顧問醫生職位)方面，醫管局並非把權力下放給聯網的管理人員，因這安排會導致協

調不足和令聯網之間的管理架構各異。醫管局現時開設首長級職位是由一個醫管局總辦事處帶領的中央委員會每年一度審議和作出決定，務求顧及和平衡各聯網和醫管局整體的需要。

統一醫管局僱員的每周規定工時

6.27 為統一醫管局員工的工作條件，由二零一三年五月一日起，醫管局總辦事處把所有初級支援職系僱員(約 20,000 人，佔醫管局全體員工的 30%)的每周規定工時由每周淨工作時數 45 小時(不包括用膳時間)，減少至每周總工作時數 44 小時(包括用膳時間)。現時，醫管局所有僱員的每周規定工時相同。

中央協調招聘和調配抽血員和文職人員到各聯網

6.28 醫管局在二零一二/一三年度推行一項措施，由中央協調招聘抽血員和文職人員，調配他們到各聯網服務，以助紓緩人手短缺的問題。通過這項措施，醫管局增聘了 280 名臨床助理(抽血員)在急症醫院提供 24 小時抽血服務。醫管局又增聘 315 名文職人員，以分擔前線醫療專業人員的行政職務。

行政人員發展和繼任規劃

6.29 醫管局十分重視高級管理人員的繼任規劃，因此成立了中央統籌的行政人員繼任管理委員會，由醫管局行政總裁擔任主席，負責督導和監察策略層面的領導職位(例如聯網總監、醫院行政總監、選定的總行政經理、聯網總經理或同等職位)的繼任管理事宜。此委員會根據既定準則，審核提名名單和決定可作為繼任人選的人員。此外，醫管局又成立聯網繼任管理委員會，負責處理和監察運作層面的領導職位(例如部門主管、部門運作經理、部門經理、總經理或同等職位)的繼任管理事宜。

6.30 醫管局設計和推行了一個內部的領導能力發展計劃，名為企業領導培訓計劃。計劃專為繼任人選而設，為期 12 個月，內容包括工作坊、主要業務技能的研討會、輔導、會議和項目計劃。曾參加企業領導培訓計劃的人員，亦會獲安排到海外受訓和進行短期實習。

醫院行政總監、聯網總監和總行政經理職位輪調

6.31 二零零八年，醫管局推出醫院行政總監輪調計劃。在同一職位工作六年或以上而尚有至少三年才退休的醫院行政總監，均會獲邀參加計劃。

6.32 聯網總監亦獲建議參與類似的職位輪調計劃。如有機會，在同一職位工作三年或以上的聯網總監會獲邀調任同級職位。

6.33 二零一一年，醫管局為選定的總行政經理推行屬自願性質的職位互換計劃，增加參加者對機構一般管理工作的接觸。二零一四年，醫管局為總經理(行政經理/高級行政經理職級)及相關的醫院行政總監間推出了一個更有系統的職位輪調計劃，提供工作體驗和發展機會，令機構受惠。

簡化行政工作

6.34 醫管局總辦事處在一個擁有超過 70,000 名員工及權力下放環境下運作的大機構中，提供領導、政策方向、中央規劃和績效管理。醫管局總辦事處除了擔當帶領機構策略和發展、統一機構價值觀和方向的重要角色外，也肩負著一系列重要的企業功能，例如企業管治、行政、財務、人力資源管理、資訊科技系統的開發和運作、質量和標準，以及其他必要的中央支援服務，包括採購、藥物管理、企業傳訊、對外關係和法律支援。透過醫管局總辦事處的工作安排，支援了醫院聯網提供醫療服務，減輕了聯網的行政工作，同時亦有助醫管局統一機構政策和方向、設定標準、提升質量，以及建立有效的架構和運作。

6.35 醫管局非常清楚有需要精簡行政工作和支援臨床人員，使他們能夠專注於臨床工作，正如上文 6.28 段所述，醫管局已提供額外的文職人員予聯網臨床部門，同時亦使用和繼續發展資訊科技，在可行情況下，把制度和作業的管理精簡和標準化，以協助舒緩臨床專業人員的常規性行政工作。

公眾參與計劃收集所得的意見

6.36 儘管醫管局近年已採取上述措施，但在公眾參與計劃期間從前線人員收集所得的意見顯示，員工普遍認為情況仍須改善，各聯網之間的人力資源措施仍存在不一致的地方。舉例來說，有意見指出，不同聯網對審批進修假期和開設職位有不同的安排。另有意見認為，醫管局總辦事處在協調資源調配和訂立方向方面應有更大權力。具體而言，醫管局應考慮讓更多員工輪調職位，以加強機構內的協作文化。醫管局總辦事處也應派員出席和監督個別聯網的晉升選拔委員會，以確保選拔過程公平及透明。

6.37 雖然同一聯網內不同醫院會擔當不同的角色，但有意見認為，在聯網/醫院之間更靈活地調配員工，可為員工提供更多培訓機會和工作體驗，有助吸引和挽留人才。

6.38 有人亦認為現時在提供員工支援方面，聯網或醫院間的合作精神並不強，不足以應付在特殊情況下額外人手的需求。他們建議在員工跨網調配事宜上應有中央統籌，以應付短期的服務需要，特別是發生災難或緊急事故的時候。

6.39 有意見認為由於某些專科在醫科畢業生間或較受歡迎，所以在分配駐院受訓醫生上須有更多的中央統籌，以解決部份專科人手短缺的問題。

6.40 綜合上述意見，督導委員會留意到各方對現時人事安排的看法並非一面倒，有人認為讓個別聯網或醫院保留挑選員工的權利以建立自己的團隊的做法有其可取之處。大體上，支援職系的員工可能因交通和須適應新工作環境等問題，不希望調往其他聯網工作，因此對由中央統籌晉升或調職安排較有保留。

督導委員會考慮的事項

6.41 督導委員會明白，中央協調和權力下放各有利弊，沒有任何一個模式永遠適用於一間機構。對醫管局這類大型機構來說，如何取得適當的平衡，以配合機構在某階段的發展，正是挑戰所在。

6.42 醫管局設立聯網安排的其中一個主要目的是透過權力下放提高效率。雖然現時權力下放的安排令人有“山頭主義”的觀感，但督導委員會認為，即使作出改革，也不應走向完全由中央管理的極端，應避免採用醫管局成立之前，由醫務衛生署全權負責的人事管理模式。關鍵應是在中央協調與權力下放之間取得適當的平衡，以確保醫管局的作業方式協調一致。

6.43 督導委員會認為醫管局總辦事處應加強其統籌角色，確保各聯網和醫院的人力資源工作一致和公平公正。為配合不同專科的需要和特性，醫管局應加強統籌委員會在各專科人事管理工作上的統籌和監察角色。此外，醫管局應加強其為高級管理及臨床人員而設的員工發展計劃，讓高級人員透過擔任不同的工作崗位汲取廣泛經驗。作為培訓的一部份，醫管局也應加強見習人員的職位輪調安排。此外，醫管局總辦事處在災難事故時的中央統籌角色應予加強，以便有效應付任何緊急情況。醫管局應向員工灌輸他們是醫管局大家庭的一份子的觀念，而非只屬個別聯網或醫院。

6.44 雖然醫管局總辦事處在每年駐院受訓醫生招聘計劃中負起中央代理的角色，但督導委員會認為這方面的職能仍須加強。事實上，在正式的中央遴選面試舉行前，個別醫院部門會邀請實習醫生參加非正式的部門面試，如認為合適，會非正式地表示他們將獲聘為該部門的駐院受訓醫生，形同部門自行招聘人手。這樣做往往導致有實習醫生同時接受多過一個部門的非正式聘任，因此，在所有招聘工作快將結束時，各醫院仍未能確定人手規劃。督導委員會認為這方面的中央統籌應予加強。

6.45 督導委員會也注意到，由於各聯網和醫院對醫管局總辦事處的規則有不同詮釋，以致他們的人力資源管理措施或不統一。舉例來說，某聯網批准人員放取培訓假期，但即使情況相同的人員在另一聯網未必獲批准放假。為解決不統一的情況，委員認為醫管局總辦事處在人事管理事務上須增加透明度及加強內部溝通。此外，醫管局也可考慮就遴選委員會中醫管局總辦事處代表及/或香港醫學專科學院代表(如涉及的人員為醫生)需要特別留意的範疇，提供清晰的指引。

6.46 **建議 5：督導委員會建議：**

- (a) 考慮到醫管局以聯網為基礎的組織架構，雖然在處理招聘、晉升和調配事宜時，有需要在中央協調與權力下放之間求取適當的平衡，但醫管局總辦事處也應加強其統籌角色，確保各聯網和醫院的人力資源的管理和作業方式一致、公平和公正。醫管局特別應在每年駐院受訓醫生招聘和調派至不同專科的時候，行使更大的中央協調能力，以推廣組織身份和合作精神；
- (b) 醫管局總辦事處應參與晉升選拔和職位調派工作，藉此提高有關過程的透明度。醫管局也應制訂清晰的準則和指引，並按情況所需明確指定醫管局總辦事處及/或香港醫學專科學院代表須專注考慮的範疇，以提高晉升選拔工作的透明度；
- (c) 醫管局總辦事處應加強為高級管理人員和臨床人員而設的員工發展計劃，給予高級人員不同的工作崗位以吸取廣泛的經驗。作為培訓計劃的一部分，醫管局也應加強實習人員的職位輪調安排；
- (d) 醫管局總辦事處應在情況所需時，例如需要回應大型緊急狀況、人手短缺或服務需求激增時，擔當中央統籌的角色，在機構內安排人手調配；
- (e) 醫管局應加強統籌委員會在不同專科的統籌角色，以滿足個別專科的需要，以及保持各醫院間作業方式一致；以及
- (f) 在各聯網與醫管局總辦事處之間設立定期溝通和匯報機制，以確保各方對機構人事政策的理解一致。

培訓

背景

6.47 培訓是人事管理的重要一環。醫療工作着重服務質素和病人安全，而醫療界現時也極須挽留員工以應付人手短缺的問題，培訓工作因此更形重要。《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4 條訂明，醫管局的其中一項職能，是促進、協助及參與“教育及訓練參加或將參加醫院服務或其他公眾健康服務的人的事宜”。食物及衛生局局長在二零零五年的《創設健康未來》報告中提出培訓醫護專業人員，也是政府指示醫管局須專注處理的四個工作重點之一。

6.48 醫管局培訓計劃的整體目標，是確保醫療隊伍擁有合適的人才和足夠的人手，以維持護理水平、提升醫療成效，以及令員工有更大的滿足感。

6.49 為此，醫管局致力提供優質培訓以支援醫療隊伍，包括為醫生、護士及專職醫療人員提供專科培訓，以及設立海外培訓獎學金。

6.50 醫管局的教育及培訓計劃主要分為三類：

- (a) 專業培訓教育——醫管局為醫生、護士和專職醫療人員提供專業培訓。舉例來說，醫管局與本地兩間大學的醫學院合作，為四至六年級醫科生提供臨床教學支援。此外，醫管局根據香港醫學專科學院的指引，提供本港大部分專科醫學訓練(例如在職訓練、培訓職位輪調和模擬實習訓練)。醫管局又開辦護士學校，培訓註冊護士和登記護士；
- (b) 深造和專科服務培訓——鑑於醫療發展迅速，醫管局致力提供與服務相關的專業培訓。一九九八年，醫管局成立醫院管理局進修學院，為各級醫療專業人員統籌和舉辦臨床專業培訓，由為畢業生而設的初級訓練至為專科醫生而設的高級課程及專科培訓，一一俱備。醫管局又制訂多項海外培訓和資助計劃，以協助建立稱職的工作團隊；以及

- (c) 軟性技巧培訓——醫管局舉辦多個能力為本的培訓課程，以強調機構的四個核心價值，即以人為先、專業為本、敬業樂業、群策群力。這些課程着重培訓醫療人員的軟性技巧，包括“高效病人溝通”、“在職訓練指導”、“高效能人士的七個習慣”和“活出工作真情趣”。

培訓及發展的資源

6.51 醫管局的策略方向是為員工提供優質培訓和締造發展前景(《醫管局 2012-2017 年策略計劃》)。為配合這個策略，醫管局投放大量資源在醫療專業人員的訓練和與服務有關的培訓。由於這類訓練大部分是“在職培訓”，相關開支被納入醫管局服務及相關預算內，因此難以完全量化醫管局在上述培訓及發展方面耗用的資源。

6.52 政府在二零一一/一二年度向醫管局提供指定作培訓用途的額外撥款總額²⁷(作為參考)約為 3 億元，在二零一二/一三年度和二零一三/一四年度，這數額分別累積升至 5 億元和 6 億元。

6.53 下表載列的數據亦可反映醫管局舉辦的培訓及發展活動的規模：

	內部訓練 日數	本地訓練 日數	外間訓練 日數	總訓練 日數	每人的總 訓練日數
醫療人員	5,367	5,367	23,690	34,424	5.86
護理人員	121,085	14,690	5,996	141,771	5.95
專職醫療人員	32,622	3,302	2,938	38,862	5.85
管理人員	3,894	979	575	5,448	2.38
其他	31,383	1,643	224	33,250	1.09
總計	194,351	25,981	33,423	253,755	3.67

註：- 二零一三/一四年度的統計數字

- 內部訓練日數指醫管局網上學習中心記錄中正式獲批假出席內部課堂培訓的日數
- 本地和海外訓練日數指人力資源記錄顯示放取進修假期的日數
- 不包括網上學習中心沒有記錄的內部培訓和“在職培訓”

²⁷ 以二零一零/一一年度為基準年計算。

對醫管局培訓工作的觀察結果

6.54 促進、協助及參與教育和培訓醫療專業人員是醫管局其中一項法定職能，而為支援員工提供優質培訓則是醫管局的工作重點之一。為此，醫管局積極領導本港醫療隊伍的培訓和發展，並與培訓伙伴合作，致力建立有系統的專業培訓計劃，確保醫療專業人員具備所需能力和技術。醫管局可藉進一步提升專業培訓計劃，繼續以優質的培訓支援本港的醫療隊伍，以應付服務方面的挑戰。

培訓機會

6.55 正如上文第 6.17 至 6.22 段所述，醫管局正面對醫生、護士及專職醫療人員人手短缺的問題(雖然當中護士及專職醫療人員人手短缺程度較為輕微)。

6.56 臨床專業人員的人手供應不足，令醫管局難以應付不斷增加的服務需求，這種情況有欠理想，亦對服務供應及培訓帶來負面影響。管理人員審批下屬離開工作崗位受訓時必須平衡服務需要，而員工的培訓(尤其海外培訓)時間也有所減少。

6.57 人手短缺也意味着較難抽調培訓人員進行培訓工作，尤其是在辦公時間內舉行訓練，這樣會對醫管局的培訓能力造成負面影響。一直以來，如果培訓活動對醫管局以外的臨床服務提供者有裨益，而醫管局如已經滿足內部需求，該局會考慮為非醫管局的臨床專業人員提供培訓。可是，若培訓量如上文所述般減少，醫管局便須保留培訓機會滿足內部需求，因此可為外間醫療伙伴提供的培訓機會便隨之減少。

6.58 本地醫科畢業生的人數在二零一五年會增至 320 名，到二零一八年再增至 420 名，預料屆時人手情況會開始改善。此外，近年護士和專職醫療人員的畢業生人數有所增加，相關職系的人手情況也會改善。由此預計，未來數年的培訓機會將可增加。

公眾參與計劃收集所得的意見

6.59 雖然醫管局的培訓工作並不是公眾參與計劃的主要關注範疇，但醫管局內外的持份者也對這個議題提出意見。局內人員關注到培訓時間和海外培訓機會減少，而且甄選過程缺乏透明度。另有意見認為，醫管局應與其策略伙伴(例如香港醫學專科學院)在規劃和發展培訓課程緊密合作，並預留充足資源進行培訓工作和提供培訓替假人手。

6.60 有意見認為，醫管局現時的運作過於着重提供服務而忽略提升專業水平。該局須加強培訓，以改善醫療人員的服務質素。為此，有人建議在醫管局大會下設立委員會，負責培訓事宜，並預留撥款專作培訓用途。

督導委員會考慮的事項

6.61 委員了解到醫管局的培訓工作和持份者對培訓的意見。督導委員會明白，受目前人手短缺所限，醫管局難以在短期內大幅增加培訓機會，但仍有可改善的空間，包括因應不同專業及/或專科的發展需要優化培訓課程的規劃，以及令培訓的甄選程序更加公平。

6.62 **建議 6：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局在培訓和發展未來一代香港醫療專業人士扮演關鍵的角色。為確保醫管局能有效地執行此功能，醫管局應加強在中央規劃和提供培訓的角色。具體而言，醫管局應在醫管局大會轄下成立一個高層次的中央培訓委員會，以制定整體培訓政策，分配資源專門作培訓用途，以及監督政策在醫管局內的實施；以及
- (b) 醫管局應就培訓訂定甄選機制，以提高透明度和促進員工的事業發展。

第七章 成本效益和服務管理

概況

7.1 醫管局作為香港提供公立醫院服務的法定機構，根據《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4c(vi)條的規定，該局必須就管理及掌管公立醫院系統方面確保其對公眾負責。因此，如何以具成本效益的方式提供服務，及以最佳模式管理服務，是醫管局必須處理的重要課題。本章探討醫管局在成本效益和服務管理方面所採用的方式。

成本效益

背景

7.2 醫管局是香港的主要醫療服務提供者，提供超過 90%的住院醫療護理服務和 31%的基層醫療護理服務²⁸。在二零一三/一四年度，全港 720 萬人中約有 310 萬人使用醫管局的服務。醫管局在本港醫療系統中的角色舉足輕重，該局在二零一三/一四年度的總經營開支達 496 億元，佔本地生產總值約 2.3%。根據二零一三年彭博(Bloomberg)進行的一項研究，香港的醫療系統在 48 個經濟體系中被評為最具效率。以嬰兒死亡率和出生時平均預期壽命²⁹等重要健康指數分析，香港的表現較其他已發展國家優勝。

7.3 為確保其按照《醫院管理局條例》(第 113 章)的規定就管理及掌管公立醫院系統對公眾負責，醫管局設立了表現管理機制，並據此制定了相應的表現管理工具，藉以：

²⁸ 政府統計處二零一三年一月發表的《主題性住戶統計調查第 50 號報告書》所載資料。

²⁹ 根據政府統計處出版的《香港人口趨勢 1981-2011》(http://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp150_tc.jsp)，二零一一年香港的嬰兒死亡率為 1.3，而新加坡、瑞典、瑞士和德國則分別為 2.0、2.1、3.8 和 3.6。二零一一年香港男性和女性的出生時平均預期壽命(男性為 80.5 年，女性為 86.7 年)也比日本和瑞典等已發展國家優勝。

- (a) 量度服務表現；
- (b) 識別在表現上具有成效和效率的範疇，和有待改善的範疇；以及
- (c) 為服務規劃和資源分配提供參考資料。

7.4 醫管局三項主要的監察表現工具為：

- (a) *管制人員報告*：食物及衛生局衛生科的管制人員報告是政府周年開支預算的一部分，報告臚列醫管局在公營醫療服務的政策目標下訂立的主要工作目標和指標。醫管局的表現會按預設目標或服務承諾(如適用)來量度。
- (b) *主要表現指標*：醫管局訂有多項量化的主要表現指標，透過已訂立的表現基準，反映主要措施的成效，和推動服務改善。有關主要表現指標的詳情載於隨後的章節。
- (c) *資助項目的表現監察*：醫管局會透過周年工作規劃預設的目標或成果，量度資助項目的表現。

7.5 醫管局的表現監察分為內部和外部兩方面。內部表現監察措施包括：

- (a) *在醫管局大會的層面*：在醫管局大會的公開會議上提交季度報告，匯報周年計劃目標的完成進度，另每月向醫管局大會提交主要表現指標的進度報告。
- (b) *在醫管局總辦事處的層面*：每月向總監會議³⁰就主要表現指標提交報告，包括食物及衛生局管制人員報告內所載的服務目標。

³⁰ 總監會議是醫管局最高管理層每周舉行的會議，旨在商討和研究對醫管局有重大或策略影響的事宜。會議由醫管局行政總裁擔任主席，成員包括各總監、主管和聯網總監，醫管局主席也會列席會議。

- (c) 在聯網層面：就主要表現指標和資助項目的表現向聯網管理會議³¹ (醫管局總辦事處用以監察聯網表現的主要平台)提交季度報告。

7.6 外部監察方面，醫管局會向食物及衛生局提交季度進展檢討報告，概述醫管局各項主要表現指標的服務表現和資助項目的進展。公眾方面，除了食物及衛生局管制人員報告內所載的服務目標外，醫管局亦在其周年工作計劃內公布各項主要資助項目的目標，也會在醫管局年報中概述報告期內各項服務的表現。此外，作為主要公營機構，醫管局亦需回應立法會、區議會、傳媒和市民就其服務表現的查詢。

主要表現指標

主要表現指標制度的目的

7.7 醫管局在未正式確立主要表現指標機制前，主要是根據管制人員報告中所載的服務目標來監察其服務表現，而管制人員報告亦載有醫管局投放在服務上的資源、服務成效和成本。為了釐定機構目標及優次，並衡量進度，醫管局在二零零八年制訂了一套主要表現指標來衡量服務表現，特別是有關服務的質素和效率。

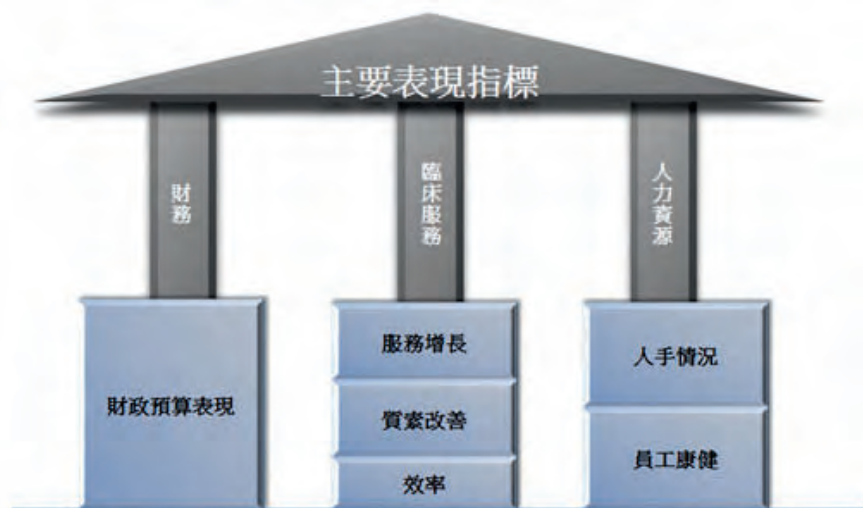
7.8 醫管局制訂主要表現指標的主要目的在於：

- (a) 建立一套機制，因應機構的優次，在策略層面監察服務表現；
- (b) 識別須持續改善的服務範疇；以及
- (c) 加強資源運用的問責。

³¹ 聯網管理會議是醫管局行政總裁與各聯網舉行的會議，由行政總裁擔任主席，旨在監察各聯網的表現，以及就服務策略和優次向個別聯網提供意見。

主要表現指標機制

7.9 如下圖所示，醫管局的主要表現指標機制由三根支柱組成，分別為臨床服務、人力資源和財務。



7.10 評估臨床服務表現的基本元素，主要是監察服務增長、質素改善和效率三方面。就人力資源管理而言，主要的基本元素是監察人手情況和員工健康，這有助醫管局了解其人力資源狀況，確保局內有穩定的人手以有效地提供服務。至於財務方面，主要的基本元素是監察財政預算的表現，確保醫管局量入為出。主要表現指標一覽表載於 **附件 8**。

7.11 三根支柱各由一套主要表現指標所組成。醫管局根據多項準則選定主要表現指標，包括是否有可靠和可供聯網之間進行比較的自動化數據、與主要表現指標的整體機制是否相關、對服務成效和成本效益的影響，以及疾病在臨床服務方面的負荷。主要表現指標可按其功能大致分為三類：

- (a) 與服務承諾和目標有關的主要表現指標，例如急症室分流制度下第 I、II 及 III 類別求診病人的輪候時間；
- (b) 為聯網提供劃一基準和推動聯網改善服務的主要表現指標，例如治療不同疾病(包括如癌症和白內障手術)的輪候時間、治療成效(包括如糖尿病患者和高血壓患者出現不同特定臨床情況的比率)；以及

- (c) 反映主要措施成效以作監察和匯報用途的主要表現指標，例如精神科住院病人的平均住院日數，以及全關節置換手術和白內障手術的輪候時間。

詮釋主要表現指標報告及推動醫管局改善服務

7.12 主要表現指標提供重要的管理資料，方便在聯網內和跨聯網進行比較，藉以了解醫管局在主要服務範疇的表現，有助聯網及醫管局總辦事處識別需進行商議和制訂優化及改善措施的範疇。

7.13 根據過往經驗，主要表現指標有助縮減聯網之間的表現差距，並改善醫管局的整體服務。舉例來說：

- (a) 髌骨骨折病人經急症室入院後於兩天或少於兩天內進行手術的百分率

在這方面表現最差的聯網由二零零八年七月至二零零九年六月期間的 50.0%，已提高至二零一三年四月至二零一四年三月期間的 66.1%，同期醫管局的整體平均表現也由 63.0% 提高至 70.7%；以及

- (b) 糖尿病患者的糖化血紅素³² 水平低於 7% 的百分率

在這方面表現最差的聯網由二零零八年七月至二零零九年六月期間的 29.0%，已提高至二零一三年四月至二零一四年三月期間的 56.8%；同期醫管局的整體平均表現也由 33.8% 提高至 48.9%。

7.14 為確保主要表現指標機制及所選定的主要表現指標能配合服務方向和重點措施，醫管局會定期檢討有關機制和個別的主要表現指標³³。在二零一三年年底，醫管局就主要表現指標機制進行內部審計，結果顯示醫管局採用了適當及有系統的模式來訂立指標。這方法結合諮詢、匯報及監察方面的既定架構和程序，有助確保醫管局的主要表現指標制度整體上達到所訂明的目標。

³² 糖化血紅素是用以量度一段長時間內血糖水平的血紅蛋白，為糖尿病患者提供重要的量度指標，以便有效控制血糖水平。

³³ 由醫管局聯網服務總監擔任主席的主要表現指標檢討工作小組在二零一零年成立，定期進行有關檢討。

對成本效益的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

7.15 在公眾參與計劃期間，就有關課題發表意見的持份者普遍同意應設立機制，以確保醫管局的運作符合成本效益。有意見認為醫管局大會應加強其作為管理委員會的角色，藉以更有效地管理及監察醫管局的表現。另一方面，部分醫療人員指出，實行主要表現指標後，須匯報的事項及行政工作有所增加，因而增加他們的工作量。

督導委員會考慮的事項

7.16 督導委員會了解到醫管局在表現管理方面的努力，以及現有主要監察表現的工具，包括管制人員報告、主要表現指標和就資助項目表現成果的監察。

7.17 督導委員會委員認為，制訂主要表現指標的目的，是要推動醫管局改善服務和達至機構目標。督導委員會認為主要表現指標要發揮功用，醫管局大會須擔當積極主動的角色，訂定主要的標準和目標，並監察有關表現，尤其因為醫管局大會是一個管理委員會，須領導該局的運作、推動改進，並務求精益求精。

7.18 雖然督導委員會同意主要表現指標制度有助改善服務和協調聯網的表現，但有部分委員認為，由於個別主要表現指標以量化的方式衡量表現，因此或會無意中鼓勵聯網之間在達到主要表現指標的過程中互相比較，甚至競爭，對前線人員構成壓力。

7.19 督導委員會委員又留意到，管制人員報告集中載述醫管局為達到政策目標而訂立的主要工作目標和指標，並量度醫管局的服務量和成本，而主要表現指標則透過訂立服務表現基準，量度主要服務表現的質素和效率。由於訂立主要表現指標的目的是要量度主要服務表現，因此指標的數量應有限制，內容性質亦應簡單以便員工和市民易於理解。雖然醫管局可擬訂更精密的指標(如同儀錶板)來便利內部管理，但仍應設定一套簡單的主要表現指標，以作監察整體表現及向公眾負責之用。

7.20 醫管局應優化和加強各項主要表現指標，讓管理層藉此得知須檢討和改善的範疇，從而更有效滿足服務需求和執行管理工作，以及有助服務規劃和資源分配。

7.21 整體而言，督導委員會認為，醫管局現行的主要表現指標制度是一項有效而重要的監察表現工具。不過，個別指標仍可加以優化，以求更有效滿足服務需求和執行管理工作，協助服務規劃和資源分配，並建立最佳作業方式。

建議

7.22 **建議 7：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局大會作為管理委員會，應在制訂主要標準和目標方面擔當更積極主動的角色，以：
 - (i) 監察整體表現和服務以向公眾問責；以及
 - (ii) 協助制定管理決定以改善表現和推動最佳作業方式；以及
- (b) 醫管局應在二零一五年加強和優化主要表現指標，以求更有效滿足服務需求和執行管理工作，方便服務規劃和資源分配，以及推動各專科、醫院和聯網建立最佳作業方式。

服務管理

背景

7.23 醫管局的服務量龐大，在二零一四/一五年度，急症室的就診人次達 220 萬，專科門診求診人次達 700 萬，病人住院日次(包括住院及日間住院服務)達 800 萬。鑑於服務量大且覆蓋範圍廣，督導委員會認為，除有需要確保醫管局的運作具成本效益外，也須顧及該局服務管理模式，尤其是該局因應服務需求的轉變和醫療發展，如何確保服務質素和效率。

服務質素

7.24 正如《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4 條所載，“有效率地運用醫院病床、人手、器材及其他資源，以期在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的醫院服務”，是醫管局的承諾。因此，醫管局使命的其中一環，是不斷提升其專業水平和服務質素。

7.25 為此，醫管局總辦事處在二零零六年成立了質素及安全部，專責帶領建立臨床質素保證制度，並協調相關制度在局內推行。各聯網在隨後數年也建立了相若的架構，藉以推動轄下醫院推行各項安全及質素保證制度，提升醫療服務的水平。

7.26 醫管局在確保專業水平和服務質素方面的整體策略和方針，主要集中在下列範疇：

- (I) 人員
- (II) 設施
- (III) 科技
- (IV) 制度
- (V) 就醫情況

(I) 人員

7.27 透過為員工提供教育和培訓機會，醫管局致力向市民提供優質醫療服務。醫管局是醫科、護理和專職醫療學科畢業生和實習生的主要培訓基地，並與香港醫學專科學院合作，為受訓的初級和高級受訓醫生提供認可資格培訓。至於護士和其他臨床專業人員，醫管局為大學及其他專上學院提供臨床實習的平台。醫管局培訓工作的詳情已載述於第六章。

臨床管理小組

7.28 醫管局透過架構完善的臨床管理小組，實施嚴格的臨床管治，以持續確保和改善服務質素和水平。

7.29 每個臨床管理小組由多個專業的醫療人員組成，以有系統的團隊形式為病人提供醫療服務。這個形式有助緊密地監督員工

的日常工作，也提供同儕檢討機制，從而按個別人員的經驗和能力委派職務。臨床管理小組也負責質素保證工作，例如討論死亡率和病發率，以及進行臨床審核。

7.30 每個專科的臨床管理小組主管，須派代表出席其所屬專科及涉及醫管局整體的統籌委員會。統籌委員會與中央委員會的工作，旨在改善專業護理服務。其中一個說明統籌委員會/中央委員會如何主導臨床管治工作的例子是手術成效監察及改善計劃。該計劃由外科統籌委員會領導推行，以年度為基礎監察整個醫管局的臨床成效。其他專科也有進行不同類型的審計和評估工作，例如內科統籌委員會轄下老人科小組委員會就離院長者支援計劃進行的成效評估，以及深切治療部統籌委員會就深切治療部服務管理進行的審計工作。統籌委員會/中央委員會又制訂了反映服務表現水平的臨床指標，讓醫管局留意須改善的地方，有些指標(例如用於糖尿病護理的糖化血紅素水平)其後更納入醫管局的主要表現指標。

資歷認證

7.31 現今醫療系統日趨複雜，所需的科技增多，而不少最新的介入治療程序更要求相關人員具備尖端科技的技術和資歷。因此，除現有的臨床管治系統外，資歷認證是現時另一項有效確保服務質素的工具。

7.32 資歷認證是一個核實醫療專業人員資格、專業培訓、臨床經驗及其他相關專業條件的正式程序，從而評估這些人員在專業上是否有能力可提供安全及優質的醫療服務。進行資歷認證後，便可確定臨床實務範圍，即根據個別醫療專業人員獲認證的資歷、能力及表現，界定有關人員適合負責的臨床工作。

7.33 二零一四年四月，醫管局大會轄下的醫療服務發展委員會通過了醫管局資歷認證及確定臨床實務範圍的擬議架構，以促進病人安全及提高專業能力。該架構顯示醫管局採用以實務活動為基礎的資歷認證模式，根據該模式，進行指明程序/介入治療的人員在資格、培訓及經驗方面須符合若干準則。符合相關資格的醫療專業人員將獲准獨立進行有關的程序/介入治療。有鑑統籌委員會/中央委員會在臨床管治方面既定的職能，他們積極的參與有助甄選出須要資歷認證的程序和設計資歷認證的準則，而醫院管理局總辦

事處則負責制訂政策、就要求資歷認證的程序決定優次，以及在機構層面批核有關資歷認證的申請。

7.34 待上述架構制訂後，醫管局會安排專業人員的參與並會與聯網資歷認證委員會合作，一同為資歷認證事宜訂定優次及安排有關的工作。醫管局也正與香港醫學專科學院及相關的專業學院保持溝通。

(II) 設施

7.35 除人員外，醫管局亦不斷改善設施，務求為市民提供更佳的服務，配合預期增長的需求和服務需要。

提高服務量、重建和興建醫院

7.36 醫管局會因應本港人口持續增長和老化，並考慮公營醫療服務需求的變化、現今醫療設備的標準及現有醫療設施的損耗等因素，更新設施和增設病床。醫管局的病床數目由二零一零/一一年度的 27,041 張增至二零一四/一五年度的 27,645 張，新增病床主要設於九龍東聯網和新界西聯網等有迫切需要的地區。

7.37 除了增設病床外，醫管局也有計劃及推行現有醫院的重建。醫管局每年檢查轄下公立醫院的建築結構和設施狀況，根據年檢結果定出未來數年小型維修及改善工程的優次和開支預算。過去多年，醫管局獲立法會撥款在公立醫院進行多項主要基本工程，例如擴建、重建和翻新現有的醫院，包括瑪麗醫院、聯合醫院、廣華醫院和明愛醫院。多項興建新醫院(例如天水圍醫院和香港兒童醫院)的計劃也正在進行。此外，政府已在《二零一五年施政報告》中宣布推行在啓德發展區興建一所全新的急症全科醫院。

高流量中心

7.38 設立新設施有助實踐新概念，從而為市民提供更佳的服務。就需求殷切的服務，例如白內障手術，眼科一直致力研究措施以縮短輪候的時間，其中一項措施是設立指定的白內障手術中心。第一間白內障手術中心設於葛量洪醫院，設有專門的手術室，讓白內障手術可在日間護理醫療中心的環境內進行。設計獨特的設施可

大幅減少手術之間的流轉時間，從而提高效率，增加完成的手術數目。有見葛量洪醫院的白內障手術中心的成功，醫管局已在將軍澳醫院設立了第二間中心。

7.39 香港佛教醫院和仁濟醫院的關節置換中心均根據高流量中心概念而設立的。有見這些中心的成功，以及為應付關節置換手術日增的需求，醫管局在二零一四/一五年度於博愛醫院設立第三間中心，而第四間中心將於二零一五/一六年度在雅麗氏何妙齡那打素醫院設立。

其他設施的改善計劃

7.40 醫管局提升服務質素的另一項重點措施，是為有特殊需要的病人改善設施。為了履行《聯合國殘疾人權利公約》，醫管局的所有新建設施，以及在二零零八年十二月後計劃進行和完成大型翻修工程的現有設施，都已設置無障礙通道。

7.41 此外，在二零零三年嚴重急性呼吸系統綜合症疫情爆發後，醫管局致力確保轄下醫院的隔離設施符合標準，以防止傳染病經空氣傳播。截至二零一四年十二月，醫管局設有 680 個隔離病房，共提供 1,457 張隔離病床。

(III) 科技

7.42 醫管局致力推動科技現代化，透過提供更精確的診斷、減少介入治療和提高治療成效，以提升病人護理的質素。督導委員會認為，提升科技水平有助提高醫管局的生產力和效率。

創新科技

7.43 督導委員會注意到，醫管局在過去十年引入了不少新科技，包括機械臂輔助前列腺切除術、脊椎導航手術和無框架放射治療。醫管局亦持續檢討藥物名冊，致力擴大其涵蓋範圍，把成效較大但副作用較少的新藥納入名冊中，例如治療癌症病人的標靶藥物、新一代癲癇藥物等。

數碼化醫療

7.44 除了醫療科學，其他範疇的技術發展亦改善了醫管局的臨床護理質素。舉例來說，醫院數碼化圖像計劃採用最新的數碼科技，讓臨床人員透過臨床醫療管理系統和電子病人記錄平台檢視放射圖像，好處包括：

- (a) 提高整體工作效率，縮短處理時間，減少病人輪候時間；
- (b) 圖像更易取得而功能也有所改善，因此對作出臨床決定有更大幫助；及
- (c) 摒棄了傳統上勞工密集和採用舊式技術的程序，加強職業安全。

技術評估

7.45 醫學研究一日千里，儀器、藥物、醫療裝置和數碼化醫療等領域的新技術百花齊放。儘管新的醫療技術有巨大的潛在效益，但這些技術並非全部都以實證為本及具成本效益。不當地引進和使用新技術，可能會為病人構成風險和負擔。此外，這些技術通常費用高昂，因此對醫療資源構成沉重壓力。

7.46 有見及此，醫管局設立了完善的評估機制，以實證為本評定應否新技術的採用。統籌委員會轄下和各聯網都設有技術委員會，提供平台讓各方商議與安全和療效、採用技術的策略和採購適當醫療設備的事宜。醫管局總辦事處在這些討論當中擔當統籌的角色。

(IV) 制度

7.47 醫管局設有各項制度，藉以識別、分析和管理工作風險。

臨床風險評估

7.48 醫管局在二零零七年實施嚴重醫療事故呈報政策，以加強嚴重醫療事故的呈報和管理工作。這項政策在二零一零年擴展為

嚴重醫療事故及重大風險事件政策，把嚴重醫療事故界定為“涉及死亡或嚴重身體或心理創傷的突發事故或由該等事故所引發的風險”，而重大風險事件則界定為“可導致病人死亡或永久受損的突發事故”。(註：上述事故類別自二零一五年起採用了統一的中文名稱，分別為“醫療風險警示事件”及“重要風險事件”。)

7.49 醫療風險警示事件、重要風險事件及其他醫療事故均透過醫管局的早期事故通報系統呈報。該系統提供一個網上電子平台，簡化各類事故的資料收集、分析和跟進工作，並有助分析事故涉及的人口資料和其他相關數據，從而防止事故再次發生。

7.50 對於每宗醫療風險警示事件/重要風險事件，醫管局會進行調查，並成立根本成因分析委員會，找出根本原因和導致事故的成因，並就改善措施和風險管理提出建議。作為一間公開透明的問責機構，醫管局會在每季向員工和市民發放的通訊匯報所有醫療風險警示事件/重要風險事件，亦會每半年舉辦一次病人安全論壇，促進員工間互相學習和分享經驗。

投訴處理

7.51 醫管局設有一個兩層的投訴機制，處理病人提出的投訴。所有初次投訴會先由有關醫院/診所處理及回覆。若投訴人對調查結果感到不滿，可向醫管局大會轄下的公眾投訴委員會提出上訴，要求覆檢。

7.52 公眾投訴委員會負責就所有上訴個案作出決定。委員會由社會各界人士組成，其成員均非醫管局行政人員及僱員。憑着其獨立性質，委員會能公平公正地處理所有投訴，並向醫管局提出改善建議。投訴處理機制的詳情和相關數據刊載於《公眾讚揚、意見及投訴管理年報》供市民參閱。

醫院認證

7.53 醫管局與國際認證機構澳洲醫療服務標準委員會合作，在二零零九年推出醫院認證先導計劃。第一期計劃在二零一一年完成，共有五間公立醫院取得全面認證。該計劃奠定了基礎，讓醫管局制訂一套國際認可的香港標準，並培育首批本地的認證評審員。

醫管局已推出第二期計劃，預計在二零一五年計劃完成後，會有 20 間醫院取得認證。

7.54 醫院認證有助醫管局在多方面參照國際上的最佳作業方式從而釐定基準，並令運作更現代化。其中一個顯著改善的範疇是儀器的消毒和除菌工作。其他例子包括逐步取締重用風險較高的單次使用醫療儀器的做法，推行文件管理、外科儀器的追查和追蹤，以及護理服務的規劃和評估。

(V) 就醫情況

7.55 病人能否適時獲取臨床服務，是醫療界和社會大眾關注的問題。以就醫情況而言，急症室、非緊急手術、放射診斷造影檢查、癌症治療和專科門診診所的輪候時間，是最受市民關注的課題。

需求問題

7.56 輪候時間的問題，主要是由服務需求與服務量失衡造成的。香港人口老化和慢性疾病日趨普遍，導致醫療服務需求不斷增加。基層醫療服務把關不足，也增添了本港公立醫院系統的壓力。

服務量問題

7.57 醫療人手短缺依然是導致現時醫管局服務輪候時間過長的關鍵因素。隨着本地醫科畢業生的人數由 250 名增加至二零一五年的 320 名及二零一八年的 420 名，有關情況會開始獲得紓緩，雖然如此，但若干專科(例如流失率偏高的眼科及麻醉科)人手短缺的問題仍會存在。此外，預計二零二零年醫管局退休醫生的的人數會增加至約 70 人，是二零一四年退休醫生人數(約 20 人)的三倍。現代醫學的分科精細，導致在醫學遺傳科及不育治療等範疇便出現服務需求與服務量失衡情況的問題。

管治與監察

7.58 現時醫管局透過有關專科的統籌委員會監察輪候時間。醫院管理局總辦事處則擔當統籌角色，監督策略的制訂及實施。輪

候時間的數據已納入醫管局的主要表現指標內，並須向聯網管理會議及醫管局大會呈報，以作監察。涉及嚴重疾病負荷或有公眾關注的情況，亦須根據管制人員報告向食物及衛生局呈報。

管理輪候時間的措施

7.59 醫管局採取了下列措施管理輪候時間：

- (a) *挽留和吸引醫生*：醫管局推出了多項挽留醫生的措施，包括實施新的職業發展架構、加強晉升機會、增加培訓機會，以及為醫生長時間通宵當值提供補償。醫管局又增加了支援人手(包括抽血員服務和文書支援)，以減輕醫生的工作量。
- (b) *臨時措施*：截至二零一四年三月，醫管局聘請了約 330 名兼職醫生協助提供服務。醫管局又改善了特別津貼計劃，協助個別醫院為應付運作需要而提供額外服務節數。醫管局由二零一二年開始招聘有限度註冊的非本地醫生，作為解決人手問題的措施之一。
- (c) *指定中心*：如前文所述，設立指定的高流量白內障和全關節置換中心後，在二零零八/零九至二零一三/一四年度，醫管局白內障手術的預計輪候時間，已由超過 44 個月縮減至少於 16 個月，而每年的全關節置換手術宗數則增至約 2,800 宗，增幅達 75%。
- (d) *公私營協作*：醫管局在二零零八年首次以共同付款模式推行白內障手術的公私營協作計劃，有效地縮短了輪候時間。透過私家醫生的參與，天水圍基層醫療合作計劃為區內的病人提供基層醫療服務。透過普通科門診公私營協作計劃(普通科門診協作計劃)，這種成功的公私營協作模式現正擴展至本港其他地區。普通科門診協作計劃於二零一四年年中在觀塘、黃大仙及屯門試行，計劃旨在協助醫管局管理普通科門診診所的服務需求、令更多病人接受基層醫療服務、為病人提供在私營界別接受基層醫療服務的選擇、推廣家庭醫生的概念，以及促進發展全港電子健康記錄。此外，與私營界別合作推行的

放射診斷造影先導計劃，讓病人能選用私營醫療服務提供的放射造影服務，從而加快治療過程。這項計劃廣受市民歡迎，其涵蓋範圍亦已擴大，合資格參加計劃的癌症組別由 4 個增加至 11 個。公私營協作共析計劃提升了醫管局的透析服務量，增加治療地區供病人選擇。在二零一四/一五年度，共有 200 名醫管局病人在六個社區血液透析中心接受有關服務。

- (e) *提高透明度*：醫管局認同提高輪候時間的透明度，能加強對公眾的問責和增加市民的信心。醫管局已分階段將專科門診的輪候時間上載至該局的網站，由二零一五年一月三十日起已涵蓋八個主要專科(即耳鼻喉科、婦科、內科、眼科、骨科及創傷科、兒科、精神科和外科)，讓病人掌握有關輪候時間的資料，以便充份考慮是否接受跨網治療。
- (f) *跨網協作*：為使病人可按其意願受惠於跨網轉介安排，醫管局已提醒前線人員接受住在其他聯網的病人預約新症。二零一五年二月，醫管局推出了海報介紹專科門診新症預約的程序和方法，供市民和職員參考。除了讓病人自由選擇在其他聯網的專科門診診所預約求診外，由二零一二年起，醫管局透過設立中央統籌機制，加強跨網協作，配對在輪候時間較長的聯網的病人與輪候時間較短的聯網，有關專科會邀請病情合適的病人，前往另一聯網輪候時間較短的專科門診診所求診。至今，耳鼻喉科、婦科和眼科均實施了跨網轉介安排。
- (g) *與家庭醫學專科合作*：有鑑於很多獲轉介至專科門診診所的病人其實可以在基層醫療層面接受治療，醫管局探討利用家庭醫學專科，協助診治這些病人。其中一個成功例子是專門診治腰背痛的診所。獲轉介至專科門診診所的腰背痛患者，會先由家庭醫學專科醫生檢查和治理。在常規治療下，很多病人接受數次護理後便無須再覆診，而情況持續的病人則會迅速獲轉介至專科門診診所。

- (h) **改善管理工具**：醫管局開發了一個電子轉介系統，方便臨床人員把個案轉介至專科門診診所。收集所得的資料有助優化分析和了解病人的需要。為協助改善每間專科門診診所的輪候管理，醫管局制定了一套新的管理工具，為輪候模式提供全面分析。

對服務質素的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

7.60 就服務質素而言，從公眾參與計劃可見，持份者最關注的是服務水平及就醫是否便利。有意見認為醫療服務(尤其是專科門診服務)輪候時間過長，是醫管局最嚴重的問題。有些則不滿意急症室和住院服務不足，以致病人在急症室等候入院的時間過長(即滯留等候入院的問題)。有持份者把輪候時間難以紓緩的問題，歸咎於各專科服務或聯網之間協調不足和“山頭主義”。

7.61 在公眾論壇上，與會者對醫管局的服務提出不少具體意見，包括有關普通科門診電話預約服務系統及配藥服務等。整體而言，他們欣賞醫管局的服務質素，但仍要求該局提高各方面的服務水平，以應付不斷增加的服務需求。

督導委員會考慮的事項

7.62 督導委員會注意到，醫管局已採取措施改善專業及服務質素，有關措施亦相當全面，涵蓋人員、設施、科技、制度和就醫情況等重要範疇。然而，委員知悉持份者就輪候時間過長及滯留等候入院等問題的意見，持份者亦強烈要求實行改善措施。公眾一直關注部分專科門診服務輪候時間過長，以及不同聯網的輪候時間有差異。例如，骨科例行個案輪候時間的第 90 百分值數超過兩年，情況備受關注。在進行公眾參與計劃期間，督導委員會委員曾到訪七個聯網及部分公立醫院，親身體驗醫院的輪候情況及擠塞問題。督導委員會認為不同聯網輪候時間的差異可能會加深“山頭主義”的觀感。因此，督導委員會認為醫管局其中一項須優先處理的問題是就醫情況。

7.63 總括而言，雖然醫管局致力改善服務質素及水平的努力值得讚賞，但督導委員會認為，醫管局仍須改善輪候時間過長及滯留等候入院的問題。

建議

7.64 **建議 8：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局應推行全面的計劃，以縮短專科門診和急症室服務的輪候時間，使病人適時獲得醫療服務，並盡量縮減聯網之間在輪候時間方面的差距；以及
- (b) 醫管局應與相關專科協調，以解決有關醫院急症室出現嚴重滯留等候入院的問題。

服務模式

7.65 醫管局轄下的跨專業團隊提供一系列急症、康復和社區醫療服務，涵蓋不同階段和層面的醫療護理，由基層醫療和專科護理以至臨終護理。主要服務包括：

- (a) **基層醫療**——基層醫療服務主要透過醫管局的普通科門診診所和近年發展的社區健康中心提供。截至二零一四年十二月，共有 71 間普通科門診診所和兩間新設立的社區健康中心(位於天水圍及東涌)提供服務。主要對象為長者、低收入家庭和慢性病患者。
- (b) **專科門診診所**——目前共有 47 間專科門診診所為普通科門診診所或私家醫生轉介的病人，以及完成住院護理後出院的病人提供專科診症、治療和檢查。所有專科門診的新轉介個案都會經過分流，確保病情緊急而且需要及早介入的病人會獲優先治療。
- (c) **醫院護理**——目前醫管局轄下共有 42 間公立醫院/機構，提供約 27 600 張病床，主要作急症和康復期護理用

途。其中 17 間為急症醫院，設有急症室，為需要緊急服務的病人提供診症和治療。

- (d) **社區護理**——醫管局亦提供一系列以社區為本的外展服務，為出院病人(特別是長者病人)提供支援，協助他們於社區內康復。有關服務包括社康護理服務、社區老人評估小組服務、精神科社康護理和老齡精神科服務，以及社區專職醫療服務。

服務模式方面的主要挑戰

7.66 香港人口結構和流行病學上出現兩個主要趨勢，令醫管局的服務模式面對重大挑戰。這兩大挑戰分別是人口老化和慢性疾病的發病率增加。

人口老化

7.67 本港人口急速老化。在一九九三年，65 歲或以上人士僅佔全港人口的 9%，在二零一四年這比例增至 15%。預計這個比例會進一步增至二零三一年的 26%，及二零四一年的 30%。

7.68 長者人口急速增加，對醫管局服務的影響由下列幾點看到：

- (a) 年長人士需要較多醫療服務，尤其是獲政府大幅資助的公營醫療服務。二零一二年 65 歲或以上的長者佔全港人口約 14%，但在普通科門診的就診人次中，他們卻佔大約 37%，在醫管局所有醫院的病床日數中更佔近 50%；
- (b) 根據醫管局的資料，一般專科服務中，長者住院的相對風險是非長者的四倍；
- (c) 與非長者比較，長者的累積住院日數較多。以一般專科的住院服務而言，長者的每年平均住院日數為 14.2 日，而非長者則為 6.0 日；以及

- (d) 用於長者(65 歲或以上)的醫療資源總額，佔醫管局二零一三/一四年度總開支約 46%。

7.69 基於上述原因，督導委員會明白到，隨着年長病人數目的增加，對醫管局服務(尤其是住院服務)的需求和所涉的開支也會不斷上升。

慢性疾病的負擔

7.70 隨着人口老化，慢性疾病亦日趨普遍。數據顯示，癌病、心臟病、肺炎、腦血管病、呼吸系統疾病和腎病是令長者死亡的主要原因，在二零一三年，近 80%的長者死亡個案都是因這些疾病導致³⁴。此外，糖尿病和高血壓是可導致心臟病和中風的常見慢性疾病，佔了大部分的住院日數。除肺炎外，上述疾病都屬慢性疾病，對醫療系統構成重大負擔。

7.71 據估計，在二零一二至二零一七年間，接受醫管局治療的糖尿病患者會由 427,000 人增至 549,000 人，增幅為 29%；高血壓患者則由 1,163,000 人增至 1,498,000 人，增幅為 29%。至於冠心病患者則預計會由 205,000 人增至 258,000 人，增幅為 26%。

因應人口老化而採用的服務模式

7.72 為確保服務模式得以革新和改善，以便更切合老化人口日益增加和不斷轉變的需求，醫管局制訂了《長者醫療服務策略》，為日後發展和為年長人士提供醫療護理服務作出指引。

按風險分析提供的醫療服務

7.73 醫管局在二零一二年透過高度互動和廣泛參與的方式，制訂和公布以病人健康為依歸的《長者醫療服務策略》。該策略旨在採用新的醫療護理模式為年長病人提供服務，盡量減少病人入院及再度入院的需要。有關工作包括加強跨專業的綜合護理服務、病

³⁴ 資料來源：衛生防護中心網站所載的“二零一三年按主要死因、性別及年齡組別劃分的死亡數目” (<http://www.chp.gov.hk/tc/data/4/10/27/340.html>)

人及照顧者的能力賦權，以及與社區持份者合作。策略的重點是根據個別病人的病情及風險，從而提供適當的醫療服務：

- (a) 對於數目眾多，患有早期慢性疾病，但病情輕微、情況穩定的年長病人，醫管局着重透過教育和賦權，協助病人照顧自己。此外，醫管局已為 65 歲或以上病人預留普通科門診服務名額，以應付他們患上偶發性疾病時的需要，讓他們更容易獲得基層醫療護理服務；
- (b) 對於患有多種慢性疾病的年長病人，醫管局透過綜合的疾病治理模式，提供更全面和有系統的護理。當中涉及以協調的跨專業模式治理慢性疾病，在病人出院時提供支援，並安排他們定期接受日間醫療或門診服務；以及
- (c) 對於患者人數相對較少而因併發症而導致病情非常複雜、身體有嚴重缺陷的年長病人，醫管局以個案管理模式加強護理工作的協調，藉此提供更深入的護理。這個模式為需要跨專業治理的高風險病人協調醫療護理、社區照顧和支援等各方面的服務。詳情在下文各段闡述。

為高風險年長病人提供的綜合護理

7.74 醫管局制訂了綜合護理模式，針對性地把資源應用在高風險的長者病人，或是有複雜需要而須接受密集式護理的長者病人身上，按他們的需要提供協調的護理和支援。該模式包含以下各主要部分：

- (a) 年長病人入院時，會由指定人員(通常是護士)及早進行全面評估，找出他們在護理和社會支援方面的需要；同時藉此識別出那些有機會非經預約再度入院的高風險年長病人；
- (b) 指定人員會按多專科的意見，及早為高風險的年長病人制訂出院規劃和個人化的護理計劃，以便根據病人的需要，於次急症、日間和社區醫療護理層面為病人提供出院後的支援服務；

- (c) 對於出現功能衰退(例如因中風或跌倒)和需要較深切康復服務和全面老人科服務的病人，醫管局可按需要把他們轉介到老人科日間醫院，透過跨專業模式為他們提供康復治療、診症和護理服務。至於出院後需要在家持續接受專案康復服務和護理的病人，當局會為他們安排以社區為本的專職醫療和護理服務，透過個案管理方式提供全面和有系統的外展服務；
- (d) 對於出院後需要社會支援的年長病人，醫管局透過合約模式與非政府組織合作，由後者為這些病人提供適時的家居支援服務，包括個人護理、家務料理、家居改裝、送飯服務、交通接載服務、“陪老”服務、陪診服務和過渡期住宿暫託服務；
- (e) 對於住在安老院舍因身體虛弱而有高危非經預約再度入院的病人，社區老人評估小組會提供外展服務，到安老院舍為他們提供全面的跨專業護理，並會向安老院舍的員工提供培訓和支援，以提升他們照顧長者院友的技能；
- (f) 醫管局亦採取措施，鼓勵年長病人及其照顧者積極參與，就護理的事宜共同作出決定。舉例說，透過社區健康電話支援中心“護訊鈴”服務和“智友站”網站，支援年長病人及其照顧者的自我管理(例如藥物管理)，並與非政府組織合作，為病人提供教育和輔導；以及
- (g) 醫管局也改善了與私家普通科醫生、非政府組織、衛生署長者健康服務及社會福利署等社區伙伴所建立的服務網絡，以加強服務的連貫性，並為年長病人提供適當的過渡照顧服務。

因應慢性疾病負擔而採用的服務模式

7.75 慢性疾病如控制不當會引起併發症。如護理得當，不但可阻延病情惡化，更可改善病人及其照顧者的生活質素。有鑑於此，醫管局採用慢性疾病管理模式，以下述互相關連的元素為重點：

- (a) 由積極進取的跨專業團隊根據以疾病為本的臨床指引提供全面的護理；
- (b) 透過增強病人管理個人健康的能力，支援他們的自我管理，以提高醫療成效；以及
- (c) 動用社區資源滿足病人需要。

由跨專業團隊按臨床指引提供護理服務

7.76 醫管局在各聯網的指定普通科門診診所成立由護士和專職醫療人員組成的跨專業團隊，為慢性病患者(尤其是糖尿病和高血壓病人)識別早期併發症，以阻延病情惡化。由基層醫療醫生率領的跨專業團隊會為病人提供有系統的健康風險評估，並因應不同風險提供針對性的治理，稱為“跨專業的健康風險評估及跟進護理計劃”。整個評估和治理過程乃根據疾病為本的臨床指引進行，令護理程序得以統一化。計劃成效評估結果顯示，參與該計劃的病人的相關臨床指標有明顯改善，對服務的滿意度亦有提升。醫管局會在未來數年把這個服務模式的涵蓋範圍擴大至患有慢性疾病的專科門診病人。

支援病人的自我管理

7.77 醫管局與非政府組織合作推行病人自強計劃，以加強慢性病患者對有關疾病的認識，並改善他們的自理技巧。由醫療專業人員組成的跨專業團隊已就常見的慢性疾病研發適當的教材，並為參與病人自強計劃的非政府組織員工提供培訓，以便他們籌辦和推行計劃。該計劃目前涵蓋糖尿病和高血壓等發病率高的慢性疾病。醫管局正考慮把計劃擴展至涵蓋其他常見的慢性疾病，例如心臟病和慢性呼吸系統疾病。

動員社區資源

7.78 醫管局與各區的非政府組織和社區伙伴建立了合作網絡，為居於社區的慢性病患者和年長病人提供全面的護理支援。舉例來說，除了提供電話支援以監察病情外，位於鄧肇堅醫院的“護

訊鈴”社區健康電話支援中心，也會轉介有需要的高風險年長病人和慢性病患者接受日間醫療及社區護理服務，包括基層醫療醫生和非政府組織。該服務目前涵蓋高風險年長病人和糖尿病患者。醫管局會繼續研究優化社區健康電話支援服務以支援其他慢性疾病患者。

7.79 正如上文第 7.59(d)段提及，醫管局在各公私營協作計劃中，也在觀塘、黃大仙及屯門試行普通科門診協作計劃，以資助現時由普通科門診照顧而臨床情況穩定的高血壓(或兼患高血脂症)病人(計劃稍後會延伸至糖尿病患者)，由參加計劃的私家醫生照顧他們的這些慢性疾病和偶發性疾病。透過這項計劃，病人可在社區內自由揀選一名參加計劃的私家醫生作為其家庭醫生，以繼續監察病情和提供護理。醫管局會根據試行結果的評估，研究把計劃擴展至其他有需要的地區。

提升服務量以應付不斷增加的服務需求

7.80 據估計，醫管局平均每年須增加至少 2% 的服務量，以應付不斷增加的需求。由於人口老化的速度在未來 20 年會更為急遽，以二零一四年三月底相比，預計到了二零二一年，公立醫院須增加 2,300 張病床，二零三一年則須增加 8,800 張。

7.81 為此，醫管局在二零一二/一三至二零一四/一五的三個年度增設了約 580 張病床。在二零一三年年底，立法會財務委員會批准向醫管局一次過撥款 130 億元，以便醫管局在未來十年透過小型工程項目來改善和提升其設施。醫管局會在未來數年增設約 800 張病床。

7.82 與此同時，醫管局正推行和規劃上文第 7.37 段所述的多項醫院發展和重建計劃。

聯網臨床服務計劃

7.83 為了就醫院發展和重建計劃提供指引，醫管局制訂聯網臨床服務計劃，為各聯網勾劃出未來的服務模式，並為聯網內各醫院訂立清晰的定位。醫管局已藉此機會，在計劃中加入新的服務模

式，以應付人口老化和慢性疾病負擔加重帶來的挑戰，並盡量減少不必要的住院。

7.84 醫管局透過有系統和廣泛的員工參與及諮詢程序來制訂臨床服務計劃，在充分考慮各聯網的特點和環境後，為各聯網訂出臨床策略和服務模式。最先制訂聯網臨床服務計劃的，是於二零一三年公布的港島西聯網臨床服務計劃，隨後是於二零一四年公布的九龍東聯網臨床服務計劃，而九龍中和新界東聯網則正在進行臨床服務規劃。

7.85 以港島西聯網臨床服務計劃為例，新的服務模式帶來重大轉變，着重提供日間醫療護理服務，例如日間手術，並凸顯了加強次急症護理服務的好處，可有助減少急症服務的需求。

日間醫療護理模式

7.86 日間醫療護理模式包含一個嶄新的概念，就是複雜及尖端的醫療服務，也可在更切合病人需要的日間醫療服務層面提供。微創手術和科技的發展，可讓病人在接受複雜手術後無需住院。

7.87 根據日間醫療護理模式的安排，病人可一次過(或至少在一日內)接受醫療團隊的治理，透過跨專業的服務模式處理多項健康問題。除進行健康評估、治療和檢查外，醫療團隊也會就自理問題，例如防止跌傷、運動、營養、視力、退化性關節炎等，向病人提供意見，從而提高護理成效，盡量減少不必要的住院。

次急症護理服務

7.88 正如已完成的港島西聯網臨床服務計劃所示，聯網也傾向為不再需要急症服務的病人提供次急症或跟進護理服務(例如療養和康復服務)。這個趨勢一方面有助減輕急症醫院所承受的壓力，另一方面則可凸顯聯網內醫院各有清晰定位的重要性，特別是在次急症護理服務(例如康復和紓緩護理服務)方面。

7.89 舉例來說，港島西聯網臨床服務計劃加強了東華醫院和葛量洪醫院為所屬地區提供次急症服務的角色，這有助紓緩瑪麗醫

院作為聯網內主要急症醫院的工作壓力。東華醫院被定位為中西區的次急症醫院，着重為患有多種疾病的人士提供康復和日間醫療護理服務。葛量洪醫院則作為學術暨日間醫療中心，為南區提供次急症服務。

7.90 瑪麗醫院的病人如無需再接受急症護理但仍須留院接受若干醫療護理，會按其居住地區被轉送往東華醫院或葛量洪醫院。至於其他需要次急症護理服務的病人，如情況合適，瑪麗醫院將設立的醫療評估及規劃部也可將他們直接送往這兩間醫院。醫療評估及規劃部為短期留醫部門，為到急症室求診的緊急病人提供快速評估，及在有需要時提供急症治理。這項安排有助讓病人可及早離開急症護理，並減少在急症醫院不必要的住院。

對服務模式的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

7.91 持份者普遍認為醫管局必須研究如何應付醫療服務的龐大需求。有持份者認為，人口老化和慢性病日益增加，凸顯醫管局有需要加強復康及延續護理服務。醫管局亦可加強跟進護理服務和社區協作(例如與福利界合作)，以盡量減低病人住院的需要。舉例來說，加強日間中心或家訪等病人支援服務，有助病情穩定的病人提早出院，從而紓緩內科病房過度擠迫的情況。另有持份者認為可以把伙伴協作擴展到私營界別，透過推行更多公私營協作計劃，善用私營醫療界別的服務能力。

7.92 有些人認為醫管局應加強普通科門診服務，以紓緩急症室的壓力，並應制訂計劃監察各項服務不同階段的需求，適當時調節和提高服務量。醫管局也應透過檢討急症和康復病房的安排等，考慮是否推出新的服務模式，以配合長者病人的醫療需求。與此同時，醫管局與衛生署應加強工作關係，以共同為市民提供更好的服務。

督導委員會考慮的事項

7.93 督導委員會注意到醫管局已不斷改變服務模式，而該局亦知道有需要因應環境的變遷而調節和發展服務模式，特別是面對

人口老化，以及慢性疾病負擔增加帶來的挑戰。督導委員會認為，醫管局面對這些問題，仍有一些領域可進一步改善。

7.94 督導委員會委員認為必須制訂計劃，為病人提供全面的醫療護理服務，這對長者病人尤其重要，因現時公立醫院服務的使用量已甚高，加上長者病人較多機會入院接受治療，而住院時間又通常較非長者病人長。因此，督導委員會認為醫管局應探討方法，透過協調在社區提供跟進的護理服務，減輕公立醫院服務的負擔。委員也明白到，公營(醫管局及衛生署)及私營醫療服務提供者與福利界必須加強協調和合作，以善用私營醫療界別的剩餘服務量，及確保出院病人，特別是長者病人，獲得全面的支援。醫管局亦應多加研究公私營協作計劃，善用私營醫療界別的服務量，以減輕公營醫療機構的負擔。

7.95 要評估醫管局的服務是否足夠或有效，服務對象(即病人)的意見是不可或缺的。督導委員會認為，醫管局應設立有效機制，在制訂服務計劃及改善措施時，按需要考慮病人的意見。

建議

7.96 **建議 9：督導委員會建議：**

- (a) 醫管局應提升服務量和檢討服務模式，更好地裝備以應付人口老化帶來的挑戰；
- (b) 具體而言，醫管局應加強跟進護理和日間護理服務，並加緊與非政府組織和私營醫療界別合作，為病人(尤其是長者病人)提供全面的醫療和支援服務；
- (c) 醫管局應積極聯同衛生署和與醫療服務相關的福利界別，致力在非醫院環境提供基層醫療和康復服務。這新護理模式的目的，不僅是要更好地運用資源，亦是要在人口老化的社會裡應付病人(尤其是長者病人)的需求和為他們提供更好的護理；以及
- (d) 醫管局應確保設立有效的機制，在規劃和改善服務時考慮病人的意見。

第八章 整體管理和監管

概況

8.1 正如《醫院管理局條例》(第 113 章)第 4 條所載，醫管局的主要職能是*管理和掌管*公立醫院，在執行上須致力達至包括有效率運用資源，及在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的醫院服務的目標。除了第七章所述的成本效益和服務管理等方面外，醫管局亦須建立一套有效的風險管理和內部監管制度，以確保該局可按其目標提供優質的公營醫療服務。本章探討醫管局的整體管理和監管安排，主要集中於風險管理和內部監管制度的有效運作。

8.2 醫管局在一九九一年成立之初，已訂有一套框架以便該局執行框架內的措施，策導、監管其轄下組織的運作，促使組織承擔責任。這套框架曾經修訂，以配合多年來不斷轉變的環境和公眾日益提高的期望。現時，這套框架涵蓋下述三個主要元素：

- (a) **架構**——每個層面都設有妥善的組織架構，並清晰界定其角色和責任、轉授權力和問責的安排；
- (b) **制度/程序**——設有多個制度和程序，以具成本效益的方式監管主要工作範疇和風險；以及
- (c) **人員**——聘用能幹稱職、盡忠職守的人員，讓他們對各項成果和制度負責。

框架

I. 架構

8.3 醫管局建立的整體管理和監管架構按不同層面主要分為三個部分：

- (a) 在企業管治層面，醫管局的管治機構(即醫管局大會及轄下各委員會)負責帶領該局履行職務、制訂策略方針、執行監管工作、監督行政管理層，以及就該局的管理和表現作出匯報；
- (b) 在管理和運作層面，以醫管局行政總裁為首的行政管理層獲醫管局大會授予職責及權力，負責管理醫管局的運作，執行該局的法定職能和實現其工作目標；以及
- (c) 為提供獨立的質素保證，醫管局內部和外聘的核數師會執行監督職責，確保該局遵循有關法律規定及政策目標，並就醫管局各方面的運作，包括財務報表及其他主要的服務表現資料，進行獨立監察。

II. 制度和程序

8.4 醫管局大會已制訂了各項制度和程序，藉以策導和監管醫管局的運作：

規劃

8.5 醫管局的策略規劃工作相當重要，為該局提供整體方向，以應付主要挑戰，確保運作具效率及成效。《2012至2017年策略計劃》提供框架，帶領臨床人員及行政人員在服務規劃過程中，建議配合策略計劃的措施。這份《策略計劃》也引導醫管局制訂該五年期內的周年工作計劃。

8.6 正如第五章所述，醫管局每年擬備周年工作計劃，以配合《策略計劃》所載的行動。周年工作計劃訂定主要目標、服務重點和計劃措施，為推行詳細的服務、資源及財政預算規劃提供基礎。周年工作計劃及相關預算由醫管局大會在每個財政年度開始時通過，兩者是重要的管理工具，供日後監察服務表現之用。

政策和程序

8.7 醫管局大會制訂整體政策綱領，為行政管理人員提供指引和劃定範圍，讓他們相應推行經核准的計劃和管理醫管局的運

作。這些政策綱領的例子包括《人力資源政策手冊》、《財務會計手冊》、《採購及物料管理手冊》和《基本工程程序手冊》。醫管局會定期檢討這些現行政策，確保適用合宜，並在有需要時制訂新政策。

制度

8.8 醫管局設有多項制度以支援其運作、減低風險和實現目標。舉例來說，正如在第七章提及，醫管局設立了臨床管治系統，以持續確保服務質素和標準達到一定水平，並不斷加以改善。統籌委員會及中央委員會為醫管局制訂臨床標準，就策略服務規劃提供意見，並在進行臨床審核、實踐最佳作業方式和發展創新質素改善計劃等工作上發揮關鍵作用。部門主管則是臨床專科部門的總管，負責服務的提供和發展、規劃和財政預算、質素保證及員工發展等工作。

8.9 另一個例子是醫管局逐步開發的多個精密的資訊科技系統和一個廣大的網絡，以支援該局的運作，為全港提供服務。這些資訊科技系統不但使程序自動化，令資源得以善用，同時透過減省人手操作和適時提供相關資訊以監察表現，令監管工作更具成效。

監察和匯報

8.10 醫管局制訂了多個監察和匯報機制，以確保服務符合所訂的策略和目標。這些機制有助提供基準資料作監察服務表現之用，從而確定有需要改善的範疇。醫管局病人服務滿意度調查和醫療風險警示事件及重要風險事件報告，便是其中兩個例子。另外還有其他就特定主題定期擬備的問責報告，例如《撒瑪利亞基金運作報告》和《醫管局公積金計劃管理報告》。

審計

8.11 臨床工作審核在整體管理和監管框架中發揮重要作用，目的在於透過有系統的檢討，加強對病人的護理和提升服務的成效。臨床工作審核以標準為本，按實證標準衡量病人護理和服務水平。如現行做法與最佳作業方式不一致，醫管局會設法把兩者的差距收窄。在未有就最佳作業方式議定準則的範疇，醫管局則會採用

以成效為本的準則來衡量。臨床工作審核屬於臨床管治下的一項同儕覆檢程序，在醫院/聯網層面由臨床人員執行，在醫管局層面則透過統籌委員會和中央委員會進行。

8.12 在醫管局各部門分散運作的環境下，醫管局訂有獨立的內部審計職能，以鞏固框架中的監察程序。醫管局的內部審計組按已計劃的程序進行審計，以評估和改善該局的內部監管、風險管理和管治程序的成效。

III. 人員

8.13 醫管局設有既定程序，確保受聘人員具備合適的才能及經驗，並會為人員提供適當培訓，讓他們提高技能，掌握日新月異的科技知識和日趨複雜的服務模式。醫管局除重視員工醫療技術外，亦建立了及推廣其核心價值——以人為先、專業為本、敬業樂業、羣策羣力——以實踐其願景、建立機構文化，以及向人員灌輸這些價值。一個重視病人安全和致力提升服務質素的文化，是醫管局不斷改善醫療服務的重要元素之一。

8.14 醫管局非常重視人員的誠信和道德操守，因此制訂了一套全體人員適用的行為守則。守則闡述醫管局及個別人員在處理工作關係、與外界機構接洽及使用公帑方面應有的行為和表現。醫管局已在聘任條件中訂明應聘人員必須遵守這套行為守則。

資歷認證

8.15 正如第七章所述，醫管局就資歷認證建立了框架，用以核實醫療專業人員的資格、臨床經驗、專業培訓及其他相關專業條件，從而評估這些人員的能力和表現，以至他們在專業領域上能否提供安全及優質的服務。在資歷認證制度下，醫療專業人員必須符合認證條件，方可獨立進行有關的醫療程序/介入手術，以確保服務安全和質素。醫管局會聘用專業人員擬訂資歷認證的重點及工作安排。

內部監管及風險管理

內部監管制度

8.16 從上述框架可見，醫管局已設立了多項內部監管制度，整體來說，這些制度可保證醫管局能夠達到其服務目標、推行可靠的內部和對外匯報機制，以及遵循各項適用的法例、規則及內部政策。

8.17 除了由內部核數師進行獨立審計外，醫管局不時委聘外界顧問進行檢討，以協助該局持續改善服務。近期進行的檢討包括在二零一一年檢討醫管局的管理及監管框架，在二零一一/一二年檢討整體的機構管治安排，以及在二零一二年檢討臨床管治。

風險管理

8.18 除了內部監管制度，風險管理也是醫管局整體管理和監管工作的重要一環。

8.19 所有涉及風險的活動都必須妥為管理，特別是醫療機構的工作，因這類工作有不少潛在風險，而且危險性甚高。不論是臨床或非臨床工作，服務鏈的每一個環節都存在風險。為此，醫管局的風險管理目標旨在：

- (a) 盡量減少可能會對病人、員工和機構造成損害的事件發生的機會；
- (b) 盡量減低病人、僱員及其他人士因提供服務而引致死亡、受傷及/或患病的風險；
- (c) 提高對病人的治療成效；
- (d) 有效管理和保護資源；以及
- (e) 遵循法規，確保機構持續發展。

8.20 督導委員會注意到，醫管局十多年前已開始實施風險管理，當時制訂了高層次的風險框架及相關政策。自此以後，醫管局持續改善風險框架，不但建立了風險管理的文化，還制訂了整個醫管局的首份風險概況。

8.21 醫管局現時的風險管理模式涵蓋臨床風險管理(例如藥物事故等)和非臨床風險管理(例如財政、資訊科技、設施、庫務等事宜)，這兩部分在部門層面都設有可識別、分析和處理相關風險的制度。正如第七章所述，醫管局人員會透過早期事故通報系統，就事故作出通報。該系統會發出警示訊息，讓醫管局人員可更快速及時向高層管理人員通報醫療風險警示事件及重要風險事件。二零一三年年初，醫管局更增設“險失”事件通報機制，讓工作人員識別有潛在危險的情況，以便及早介入。

8.22 醫管局會整理在部門層面識別出的風險，編製醫院/聯網風險記錄表和制訂風險概況，以便向相關的醫院管治委員會通報。在機構層面，醫管局會編製綜合的風險概況，臚列須向醫管局大會轄下有關委員會通報，並會影響整個機構的主要風險。該局也可根據這些資料訂定重要的風險緩解計劃，從而制訂策略，糾正相關問題。

對整體管理和監管的檢討

公眾參與計劃收集所得的意見

8.23 醫管局內外的持份者都對整體管理和監管安排表示關注。局外持份者，特別是病人和市民，尤其關心臨床成效。他們期望醫管局提供更安全的服務，發生更少的醫療事故。

8.24 醫管局內的持份者在關注成效之餘，還就程序提出意見。有前線人員指出，雖然一些專科部門主管只履行行政職務，但是另一些則積極參與臨床監察和管治工作。個別部門主管不同的作風，會影響醫院及各個專科的培訓和對先進科技和治療方案的應用。他們認為，由於不少臨床工作都要由一整個團隊合作執行，因此應清楚界定部門主管所擔當的角色，特別是在臨床管治方面的職能。

8.25 在與員工的會面上，有員工對專科/服務相關委員會的多層諮詢架構表示關注。這些委員會包括統籌委員會/中央委員會/醫管局總辦事處轄下的委員會和醫管局大會轄下的委員會。他們認為，現時所有服務建議都要徵得各層面的委員會批准方可推行，這安排既耗時甚長，亦為臨床人員增加更多的行政工作。臨床人員認為有簡化諮詢程序的空間，藉以促進醫管局臨床服務的發展。

督導委員會考慮的事項

8.26 醫管局從架構、制度/程序及人員三方面，去構建整體的監管框架，以支援其運作和減少風險，從而達到相關目標。督導委員會認為這個框架大致上周全細密。督導委員會委員又注意到，統籌委員會的工作包括訂定服務標準、擬備臨床指引、進行臨床風險評估及就應用和提升科技提供意見，在確保專業服務質素方面擔當重要角色。

8.27 雖然統籌委員會的角色舉足輕重，但有督導委員會委員指出不同專科的統籌委員會的管治功能並不相同，而各聯網的臨床管治措施也未必一致。他們認為，鑑於醫管局架構龐大，運作單位眾多，因此醫管局應加強該局的審計和監管功能以確保服務質素和安全，並鞏固統籌委員會的臨床管治角色。有委員亦建議應檢討部門主管的角色及責任，特別是在臨床管治方面的職責。

8.28 現今醫療系統日見複雜，亦更着重應用科技。督導委員會委員認為，醫管局除了監察本身的表現外，還應制訂妥善和統一的資歷認證安排。統籌委員會在其所屬範疇有既定的臨床管治職能，在為確定臨床實務範圍、訂定標準和劃一規定等工作擬訂程序時，他們也應擔任更重要的角色。

8.29 督導委員會同意，臨床工作審核透過有系統的檢討程序，可鞏固整體的管理和監管框架，並改善對病人的護理和治療成效。督導委員會欣賞醫管局一直推行有效措施(例如手術成效監察及改善計劃)，藉此監察臨床成效。由於服務質素是醫管局整體管理和監管的主要部分，督導委員會認為，醫管局在評估和監察臨床能力和服務成效方面仍有可改善之處，例如透過專科的同儕覆檢，以進一步提高服務質素。

8.30 雖然相對於醫管局的整體服務量而言，醫管局醫療事故的數目只屬少數，可是這類事故一旦發生，都會備受公眾關注。醫療事故還可反映某些範疇可能存在系統問題。雖然督導委員會支持醫管局現時調查醫療事故根本原因的做法，但同時亦建議該局應提升學習和交流的文化，以防範醫療事故再次發生。督導委員會認為，學習的範圍不只限於臨床工作，在與病人溝通和支援病人等其他方面，也應按情況加強。

建議

8.31 建議 10：督導委員會建議：

- (a) 醫管局應加強統籌委員會在臨床管治方面的角色，包括為相關專科制訂臨床工作指引、服務標準、新技術引進及服務發展計劃等，使服務質素和治療方法更趨統一和確保安全；
- (b) 醫管局應檢討部門主管的角色，特別是加強在臨床管治方面的角色；
- (c) 醫管局應檢討統籌委員會/中央委員會與各服務委員會之間的相互關係，以簡化就周年資源規劃和臨床服務發展進行的內部諮詢程序。醫管局應回應前線臨床人員的關注和檢討他們的行政工作，以確保他們能夠專注和集中精力於為病人提供醫療服務的核心職務上；
- (d) 醫管局應通過統籌委員會制訂一套資歷認證和確定臨床實務範圍的制度，以核實專業能力，確保病人安全；
- (e) 醫管局應加強推行臨床成效審計，藉以評估和監察臨床能力和服務成效，改善服務質素；以及
- (f) 在調查醫療事故的根本原因時，醫管局應加強各聯網之間的經驗分享，盡量減低事故再次發生的機會，並應研究措施，以加強與病人溝通和對他們的支援。

第九章 結語

概況

9.1 本章載述督導委員會和政府執行檢討結果方面的討論。

9.2 督導委員會注意到病人和許多持份者普遍讚賞醫管局的專業服務和質素。然而，他們對醫管局應付公眾服務需求緊絀的能力最為關注，強烈要求在多個需求殷切的範疇(例如普通科門診、專科門診和透過急症室入院)縮減輪候時間。醫管局員工(尤其是前線人員和很多其他醫療專業人員)亦指出醫管局所面對的人手短缺未必能在短期內得以緩解。不過，他們認為醫管局應採取措施簡化行政程序及資源分配的過程、更透明和更公平地執行人力資源管理措施，以及向員工提供更好的培訓和職業發展，藉以減輕員工的工作壓力，有助醫管局挽留人才和維持士氣。

9.3 因應上述情況，督導委員會提出了一系列的建議，推動醫管局改善其運作以滿足病人、持份者和員工的期望和需要。督導委員會已顧及到醫管局應可就推行建議靈活制訂具體的行動計劃，並在適當地讓員工參與。因此，督導委員會期望醫管局會盡快提交行動計劃，同時亦期望政府能盡早開始執行有關措施和監察進度。

最終目標：造福公共醫療系統

9.4 是次檢討的目的是尋找改善醫管局服務和運作的方法，達至優化香港公營醫療服務的最終目標。公營醫療服務最重要的持份者無疑是醫管局的員工和病人，他們分別是服務提供者和最終服務使用者。督導委員會致力使得是次檢討和推行的建議能帶來以下好處：

對病人

- 以較短的輪候時間獲得較好的服務
- 服務容量得以提升，以應付不斷上升的服務需求

- 更有效地運用資源，提供更多選擇及多樣化的服務模式，以滿足不同的需要
- 各聯網提供更為一致的服務
- 安全和服務質素得以提升
- 面對成本上升和人口老化的挑戰時，醫療系統發展的可持續性得以提升

對醫管局員工

- 資源分配更公平和透明
- 為需求最殷切的範疇提供額外人力支援和資源
- 簡化行政和資源分配程序
- 人事管理措施更透明、更一致和更公平
- 優化培訓和員工發展
- 臨床管治得以提升，服務發展更為先進

報告的建議的推行

9.5 在作出上述提議時，督導委員會注意到這些建議應給予醫管局方向，讓其推行優化措施以改善運作。醫管局在制定推行建議的行動計劃時應擁有彈性，並適當地讓員工參與。正如督導委員會所提議，政府在二零一五/一六年度至二零一七/八年度已預留共 11.7 億元的一次性額外資源，用於需要更多財政支援的範疇，以便醫管局推行建議。詳情載於下文第 9.6 至 9.13 段。

強化資源分配

9.6 督導委員會建議醫管局採用一個優化的以人口為基礎的資源分配模式。該局應檢討現行的做法，加以優化，使模式能顧及

不同年齡組別的人口和醫管局的病人數目。督導委員會明白，要制訂合適的方法，把相關因素納入優化的以人口為基礎的資源分配模式，並為此達成共識，是需要時間和詳細考慮的。

9.7 為評估擬議改變所帶來的影響，醫管局應就人口分佈、各聯網的人口特徵和不同聯網的醫療服務使用模式進行初步檢視，以識別在擬議的優化的以人口為基礎的資源分配模式下，會獲得較高的資源分配的聯網，以便盡早規劃和制訂補充措施，減輕在未來數年推出新資源分配模式時對個別聯網造成的影響。作為第一步，有需要優先為三個聯網(分別是新界西聯網、新界東聯網及九龍東聯網)提供額外經費，讓有關聯網在轉換至擬議優化的人口為基礎的資源分配模式前，由現時起開始逐步建立服務量，以應付服務地區不斷增加的人口所帶來的需求。此舉亦回應了在員工諮詢論壇中對該三個聯網部分醫院資源分配不足的關注。

9.8 政府計劃在未來三年(即二零一五/一六年度至二零一七/一八年度)提供 3 億元的有時限撥款，務求在優化的以人口為基礎的撥款模式推行前，提升這三個聯網的現有服務。

加強人手

9.9 督導委員會和市民關注到人手短缺正是造成服務水平不足的主要原因，政府對此深表認同。誠然，督導委員會所提出的多項建議能否成功推行(例如建議 5 有關人手調配、建議 6 有關培訓、建議 8 有關縮減輪候時間和建議 9 有關提升服務量)，取決於充足的人手和其他因素。

9.10 醫管局的人力資源推算顯示，二零一五/一六年度將有 1,244 名員工退休。為了解決人手短缺的問題以及鼓勵知識和經驗的轉移，政府會在二零一五/一六年度至二零一七/一八年度向醫管局提供 5.7 億元的有時限撥款，用以重新聘用人手嚴重短缺的職系和專科中的合適退休人員，任期由醫管局決定。我們建議獲重新聘用的退休醫生，只能執行臨床工作，不得擔任管理職務，以助紓緩前線人手短缺的情況，而不會阻礙正常的晉升。此外，重新聘用退休人員，有助挽留經驗豐富的人員以輔導新聘人員，並為培訓工作提供替假人手，加強員工培訓。

9.11 從長遠來看，醫管局為配合政府的策略，為二零一五年六月一日或之後入職的新聘人員，採用了較高的退休年齡(即 65 歲)。至於二零一五年六月一日前入職的醫管局員工，他們的退休年齡則維持在 60 歲。如果他們希望在 60 歲退休後繼續在醫管局工作，他們可以按現行的招聘政策、做法和甄選過程，申請投考職位空缺。

加強員工培訓

9.12 建議 6 列出醫管局應加強在中央規劃和為醫療專業人員提供培訓方面的角色。

9.13 政府同意，醫療專業人士的培訓對於維持香港的醫療體系和醫療服務持續改善是非常重要的，因此應優先推行這項建議。為了這目的，政府會在未來三年為醫管局提供 3 億元的有時限撥款，用以加強員工培訓，包括透過獎學金、委託外界舉辦的培訓計劃、職位輪調發展計劃、模擬實習訓練課程、提供額外培訓替假人手等措施，加強員工(特別是臨床人員)的培訓支援。

公私營協作

9.14 政府鼓勵醫管局積極探討措施，以縮減於某些專科的長輪候時間。醫管局亦應檢討其服務模式，以應付人口老化帶來的種種挑戰。為此，政府會協助醫管局擴展現有的公私營協作計劃，並推出更多計劃，務求更有效地善用私營醫療界別的服務及資源，以期在醫科及專職醫療學科的畢業生能提供足夠人手應付日益殷切的公營醫療服務需要前，幫助醫管局應付日益增長的服務需求，使病人能便捷地獲得臨床服務。這方面的主要策略願景是匯聚公私營界別的資源和專長，從而全面改善輪候時間和病人護理服務，加強培訓和經驗分享，協助確保本港醫療系統得以持續發展。

9.15 就此，財政司司長在《二零一五/一六年度財政預算案》中承諾撥出 100 億元給醫管局設立基金，利用投資回報資助醫管局推行公私營協作計劃。

9.16 醫管局會積極研究在這策略願景下提供更多公私營協作臨牀計劃的機會，以試點項目形式試行新概念，根據評估試點項目的經驗和成果來制定長期計劃。

時間表

9.17 本報告所載的建議，為醫管局定立了整體方向，指導該局改組內部管理結構、優化資源分配機制、改善人力資源管理政策等，從而作好準備以應付當前和未來的挑戰。為了協助醫管局推行這些建議，政府已預留特別撥款，用於需要額外資源開支的範疇，讓醫管局推行建議、制訂詳細計劃和運作程序。為確保本報告的所有建議能及時推行，醫管局會於三個月內準備一份行動計劃，以期於未來三年推行建議。醫管局會定期向食物及衛生局報告執行各項檢討建議的進度。

結語

9.18 醫管局一直竭力照顧公眾的健康。過去二十年，醫管局的服務範圍和服務量均有所增長，並隨著醫療科技的發展改進。他們的貢獻廣受認許，公眾對醫管局的期望亦與日俱增。是次檢討的目的，是盤點醫管局的工作，檢討及優化其管理和運作，為作進一步改善訂定新的方向。在本報告書載列的意見和建議指引下，我們有信心，醫管局在面對人口老化、慢性疾病日趨普遍和醫學科技進步的挑戰時，會繼續有效地履行於雙軌醫療制度下作為公營醫療系統基石和全民安全網的角色。

9.19 最後，督導委員會主席對於所有委員在檢討期間不辭勞苦、獻策獻力，深表謝意。全賴他們的積極參與和寶貴意見，我們才能制訂這份周詳全面的報告，以改善公營醫療服務。主席並感謝所有給予意見和參與公眾參與計劃的持份者，他們提出的意見極具建設性，對督導委員會制訂各項建議有莫大幫助。此外，醫管局全力支持這項檢討並提供專業支援，在擬備報告期間，該局除提供背景資料外，還就公營醫療服務提供專業意見，主席謹此衷心致謝。

**醫院管理局檢討督導委員會
委員名單**

主席

食物及衛生局局長(高永文醫生，BBS，JP)

非官方委員

陳章明教授，SBS，JP

陳志輝教授，SBS，JP

陳麗紅女士

陳沛然醫生(由二零一四年七月七日起)

傅錦峰醫生(至二零一四年七月三日止)

林煥光議員，GBS，JP

劉家獻醫生

劉燕卿女士(至二零一四年三月十四日止)

盧寵茂教授，JP

麥建華博士，BBS，JP

彭澤厚先生

彭鴻昌先生

沈祖堯教授，SBS，JP

溫麗友女士，BBS，JP

黃鳳嫻女士(由二零一四年三月二十四日起)

楊志威先生

葉維晉醫生

官方委員

食物及衛生局常任秘書長(衛生)(袁銘輝先生，JP)

衛生署署長(陳漢儀醫生，JP)

財經事務及庫務局局長(或代表)(梁悅賢女士，JP)

勞工及福利局局長(或代表)(譚贛蘭女士，JP)

醫院管理局

醫院管理局主席

(胡定旭先生，GBS，JP)(至二零一三年十一月三十日)

(梁智仁教授，SBS，JP)(由二零一三年十二月一日起)

醫院管理局行政總裁(梁栢賢醫生，JP)

醫院管理局檢討公眾參與計劃報告

第一部份：引言

1.1 醫管局提供的服務觸及社會各界人士。各不同持份者包括醫管局職員、病人組織及社會大眾等的參與，會為是次檢討提供寶貴意見。就此，督導委員會舉辦公眾參與計劃，以收集公眾對醫管局的意見。

1.2 督導委員會聘請了顧問公司協助安排公眾參與計劃，包括會議、探訪、專題小組會議、個人參與環節和公眾論壇。

1.3 本報告載述公眾參與計劃的過程及所收集到的意見。第二部份概述公眾參與計劃的範圍，第三部份撮述所收集到的意見，而第四部份則作出總結。

第二部份：公眾參與計劃的範圍

參與計劃的活動

2.1 公眾參與計劃在二零一四年一月至七月舉行。在這段期間，督導委員會進行了一連串活動，包括：

- (a) 督導委員會委員在二零一四年一月與四個主要的醫學和病人組織舉行會議，這些持份者分別是香港醫學會、香港醫學專科學院、香港社區組織協會轄下香港病人權益協會和香港病人組織聯盟；
- (b) 督導委員會在二零一四年二月至四月探訪醫管局總辦事處及該局轄下七個聯網，與醫管局大會、醫管局總辦事處、聯網管理層和聯網的員工會面；
- (c) 督導委員會在二零一四年三月舉辦持份者論壇，共有 27 個團體，包括五個醫學團體、七個護士團體、11 個專職醫療團體和四個病人組織的代表出席了三節的論壇；
- (d) 公眾參與計劃顧問在二零一四年五月與意見領袖舉行五場午餐會，出席者包括社區領袖、學者和研究人員、專欄作家、電子媒體節目主持人和其他媒體的專業人士；
- (e) 公眾參與計劃顧問在二零一四年六月與主要持份者代表舉行專題小組會議。這些主要持份者來自病人組織、醫療專業團體、非政府醫療機構，以及醫管局轄下醫院管治委員會和區域諮詢委員會。鑑於醫管局的主要持份者眾多，我們採用分層隨機抽樣方式，在眾多主要持份者中選出各專題小組會議的參加者(詳情請參閱本附件**附錄 A**)。來自七個病人組織、12 個醫療專業團體、十家非政府醫療的代表，加上十位醫院管治委員會及區域諮詢委員會的委員，合共 42 人分別參與四個專題小組會議；以及
- (f) 督導委員會在二零一四年七月分別在港島、九龍和新界三個區域中每個區域舉行一場公眾論壇。論壇共有

350 人出席，他們來自不同界別，包括街坊福利會、區議會、病人組織或關注團體的代表、醫管局員工和一般市民。

公眾參與計劃的活動名單列於本附件**附錄 B**。

2.2 我們於公眾論壇期間進行了一個簡單的問卷調查，以評估參與人士對醫管局服務的整體觀感。根據調查，回應者以 10 分為滿分就醫療服務質素及醫療人員專業水平分別給予 6.3 分及 7.0 分，顯示他們對於醫管局服務一般持有正面意見。問卷調查的詳細結果載於本附件**附錄 C**³⁵。

2.3 為了宣傳及邀請市民參加公眾參與計劃，我們安排了一連串的宣傳活動：

- (a) 於公立醫院派發宣傳單張；
- (b) 於主要報章刊登廣告；
- (c) 於公立醫院、民政事務處和社區會堂張貼海報；及
- (d) 於食物及衛生局網站設立專頁。

2.4 我們亦收到一些持份者透過電郵、意見書和信件直接表達意見，這些意見與其他於公眾參與計劃內所收集到的意見均已包含在本報告內。

2.5 曾提供書面意見的持份者名單載列於本附件**附錄 D**。

³⁵ 在此必須注意透過這問卷進行調查存有限制。首先，公眾論壇的參與人士並非以隨機抽樣方式選出，因而未能廣泛地代表一般市民。其次，不能排除回應者可能出席多於一個論壇及不止一次交回問卷的可能性。因此，在解讀問卷調查的結果時宜加小心。

第三部份：收集所得意見的分析

3.1 我們把公眾參與計劃中收集的意見大體上分為以下六大範疇，與督導委員會優先檢討的範疇一致：

- (a) 管理及組織架構；
- (b) 資源管理；
- (c) 人事管理；
- (d) 成本效益和服務管理；
- (e) 整體管理和監管；及
- (f) 其他意見

管理及組織架構

3.2 持份者就首個範疇即管理及組織架構的意見，主要與醫管局大會及聯網安排有關。醫管局大會管治醫管局，而在聯網安排這一制度下，醫管局總辦事處擔當領導、政策、統籌和支援的角色，帶領轄下七個聯網提供前線醫療服務。

聯網制度

3.3 有些持份者認為，醫管局大會應加強其管理委員會的角色，以便更有效管理轄下的機構。

3.4 持份者普遍認同，像醫管局這樣龐大的機構，確有需要制定聯網安排。

3.5 然而，九龍人口稠密，該區三個聯網內醫院的規模和數目差距甚大，跨網活動又十分頻繁，因此有意見認為應檢討這三個聯網的安排。有意見認為醫管局在劃定聯網邊界時應考慮聯網服務地區的面積、人口結構特點，以及該地區醫療設施的發展。

3.6 當中，黃大仙區議會特別一直促請政府檢討相關聯網界線，從而為區內居民提供更合理和妥為協調的服務。

3.7 跨網使用服務比率偏高，並非只受到區議會或病人關注，也是醫管局員工關注的問題。有些員工指出，九龍三個聯網的

服務有錯配情況，導致轉介和跟進個案方面出現不少問題。

3.8 雖然有員工提出聯網安排有待優化，但他們認為不應大幅更改現行的架構或界線。他們指出，前線人員花了很長時間制訂和實行現時聯網制度下轉介及協調服務安排，聯網劃界一旦出現重大改動，會影響為已出院病人提供的綜合服務，包括轉介跟進治療、康復服務及外展支援等。

服務的協調

3.9 病人組織對聯網提供服務有不一致的安排表示關注。有醫管局員工認為，雖然有些急症醫院規模較小，但所有急症醫院都應配備水平相若的設施，以便為區內居民提供相同的基本和標準服務。此外，亦有意見認為應加強醫管局總辦事處與聯網及醫院之間的溝通，以確保順利執行機構性政策。

3.10 持份者就聯網總監除擔任聯網主管外，也擔任聯網內主要急症醫院行政總監的安排，有不同的意見，有意見關注在分配資源方面可能會有大型醫院享有更大優勢的觀感。不過，另有意見認為，聯網總監如不出任醫院行政總監一職，便可能會欠缺醫院管理的實際經驗，令他難以充分履行聯網總監的管理職能。

3.11 有建議認為醫管局應加強其協調角色，增強與聯網及醫院的溝通，以確保能提供劃一水準的服務以及更好地在聯網/醫院間調配人手。

資源管理

3.12 持份者第二個範疇的意見是關於資源管理。醫管局每年管理約 500 億元的資源，持份者就如何管理這筆資源提出了不同的意見。

資源分配模式

3.13 有頗多意見關注到現時的內部資源分配模式，並支持以人口為基礎的方式分配資源。一般意見認為醫管局的內部資源分配模式有欠公平，因服務需求與病人數量和人口息息相關，但現時各

個聯網獲分配的資源與其服務需求並不相稱。舉例來說，在七個醫院聯網中，九龍東聯網按人均計算所獲得的資源最少。涵蓋觀塘和西貢區的九龍東聯網在二零一三年的人口佔全港整體人口的15.1%。雖然15.5%的醫管局病人曾使用九龍東聯網的服務，但該聯網在二零一三/一四年度獲分配的撥款，只佔各個聯網整體經常撥款的10.7%。

3.14 有意見認為現時的內部資源分配模式往往只集中於推行新服務所增撥的資源，而未有解決各聯網間一直存在基線撥款"不公平"的問題。另有意見認為，以人口為基礎的內部資源分配模式可提供一個公平和具透明度的機制，令資源分配切合當時的服務需求，而非只跟從以往的安排。

3.15 然而，有些人對單以人口規模為基礎的內部資源分配模式表示憂慮。他們認為純粹以人口為基礎的模式未能考慮由選定聯網內某些醫院為全港提供的第三層和第四層服務、某些聯網面對的跨網服務需求，以及某些醫院擔當的特殊角色(例如教學醫院須在提供服務之餘兼作教學用途)。舉例來說，瑪麗醫院為全港病人提供肝臟移植服務，同時也是香港大學的教學醫院。威爾斯親王醫院作為香港中文大學的教學醫院，情況也相若。另一個例子是位於九龍中聯網的香港眼科醫院，該醫院為不少來自其他聯網的病人提供服務。

3.16 此外，一個地區的居住人口並不如實反映病人求醫時的行為，因為有些人在考慮與工作地點的距離、交通方便與否和個人喜好等因素後，可能會選擇住處所屬聯網以外其他聯網提供的服務。

3.17 有意見認為新界區兩個聯網所獲分配的資源，須顧及跨境病人對其醫療服務的需求。

資源分配程序

3.18 部分醫管局員工關注到申請增撥資源的程序繁複。對於推行新措施必須經過各個委員會，還有醫院、聯網和醫管局總辦事處等各級審議的規定，以及如果撥款申請失敗，須於下一年重複整個過程的規定，所有這些都增加前線臨床人員的工作量。不過，也

有員工認為，經相關統籌委員會審議新措施的做法有其可取之處，可確保所提供的服務在機構層面上貫徹一致。

3.19 部分員工亦關注到，內部資源分配的決議過程欠缺他們預期的透明度，因而他們未能全面掌握資源分配的理據和所採用的方法。由於各統籌委員會的主席一般來自大型醫院，所以有大型醫院享有較大優勢的觀感。有員工聲稱前線服務實際獲分配的資源較原本獲批的少，導致資源不足，指稱部分款項被用於醫管局總辦事處及聯網管理層的支援職能上。

人事管理

3.20 持份者第三個範疇的意見是關於人事管理。醫管局有多於 70,000 名員工，有不少意見(當中包括在職員工)是與其人力資源管理有關。

人事管理

3.21 前線人員普遍認為人事管理情況仍須改善。舉例來說，各聯網之間在人力資源方面的工作仍存在不一致的地方。有意見指出，不同聯網對審批進修假期和開設職位有不同的安排。另有意見認為，醫管局總辦事處在協調資源調配和訂立方向方面應有更大權力。具體而言，醫管局應考慮讓更多員工輪調職位，以加強機構內的協作文化。醫管局總辦事處也應派員出席和監督個別聯網的晉升選拔委員會，以確保選拔過程公開公平。

3.22 雖然同一聯網內不同醫院會擔當不同的角色，但有意見認為，在聯網/醫院之間更靈活地調配員工，可為員工提供更多培訓機會和工作體驗，有助吸引和挽留人才。/

3.23 有人亦認為現時在聯網或醫院間提供員工支援方面的合作精神並不強，不足以應付在特殊情況下額外人手的需求。他們建議在員工跨網調配事宜上應有中央統籌，以應付短期的服務需要，特別是發生災難或緊急事故的時候。

3.24 有意見認為由於某些專科在醫科畢業生間或較受歡迎，所以在分配駐院受訓醫生上須有更多的中央統籌，以解決部份專科

人手短缺的問題。

3.25 不過，有人認為讓個別聯網或醫院保留挑選員工的權利以建立自己的團隊，這做法有其可取之處。大體上，支援職系的員工對由中央統籌晉升或調職安排較有保留，他們可能因交通和須適應新工作環境等問題，而不希望調往其他聯網工作。

培訓

3.26 有員工關注培訓時間和海外培訓機會減少，而且甄選過程缺乏透明度。另有意見認為，醫管局應與其策略伙伴(例如香港醫學專科學院)更緊密合作，一同規劃和發展培訓課程，並應預留充足資源進行培訓工作和提供培訓替假人手。

3.27 有意見認為，醫管局現時的運作過於着重提供服務而忽略提升專業水平。該局須加強培訓，以改善醫療人員的服務質素。為此，有人建議在醫管局大會下設立委員會，負責培訓事宜，並預留撥款專作培訓用途。

成本效益和服務管理

3.28 持份者第四個範疇的意見關注成本效益及服務管理。有持份者就醫管局應如何以具成本效益的方式提供服務，以及如何利用最合適的服務提供模式來管理服務發表了意見。

成本效益

3.29 就有關課題發表意見的持份者普遍同意應設立機制，以確保醫管局的運作符合成本效益。

3.30 有意見認為醫管局大會應加強其作為管理委員會的角色，藉以更有效地管理及監察醫管局的表現。另一方面，部分醫療人員指出，實行主要表現指標後，由於須匯報的事項及行政工作有所增加，因而為他們的工作量加重了負荷。

服務質素

3.31 就服務質素而言，持份者最關注的是服務是否達到水平或就醫是否便捷。有意見認為醫療服務(尤其是專科門診服務)輪候時間過長，是醫管局最嚴重的問題。有些則不滿意急症室和住院服務不足，以致病人在急症室等候入院的時間過長(即滯留等候入院的問題)。

3.32 有持份者把輪候時間難以紓緩的問題，歸咎於各專科服務或聯網之間協調不足和“山頭主義”。

3.33 有病人認為普通科門診電話預約服務系統不易使用(尤其對長者來說)，而且普通科門診的名額亦不足以應付公眾的需求。

3.34 有意見關注在藥房領藥的輪候時間太長。

3.35 總括而言，持份者要求醫管局提高各方面的服務水平，以應付不斷增加的服務需求。

服務提供的模式

3.36 持份者普遍認為，醫管局必須研究如何應付對醫療服務的龐大需求。有持份者認為，人口老化和慢性病患日益增加，凸顯醫管局有需要加強復康及延續護理服務。

3.37 有意見認為醫管局應考慮加強跟進護理服務和社區協作(例如與福利界合作)，以盡量減低病人住院的需要。舉例來說，加強日間中心或家訪等病人支援服務，有助病情穩定的病人提早出院，從而紓緩內科病房過度擠迫的情況。另有持份者認為可以把伙伴協作擴展到私營界別，透過推行更多公私營協作計劃，善用私營醫療界別的服務能力。

3.38 有些人認為醫管局應加強普通科門診服務，以紓緩急症室的壓力，並應制訂計劃監察各項服務不同階段的需求，適當時調節和提高服務量。醫管局也應透過檢討急症和康復病房的安排等，考慮是否推出新的服務模式，以配合長者病人的醫療需求。與此同時，醫管局與衛生署應加強工作關係，以共同為市民提供更好的服

務。

3.39 有意見認為醫管局應增強與病人的溝通，加強聽取病人意見的機制，以便進行服務規劃及作出改善。

整體管理和監管

3.40 持份者第五個範疇的意見是有關整體管理和監管。這與醫管局如何維持風險管理及內部監管制度，以確保所提供的公營醫療服務具質素有關。

3.41 有意見對不時發生的醫療事故表示關注，並要求建立一個高透明度和嚴謹的臨床管治系統，以確保服務的質素和安全。

3.42 有前線人員指出，雖然一些專科部門主管只履行行政職務，但是另一些則積極參與臨床監察和管治工作。個別部門主管不同的作風，會影響醫院及各個專科的培訓和對先進科技和治療方案的應用。他們認為，由於不少臨床工作都要由一整個團隊合作執行，因此應清楚界定部門主管所擔當的角色，特別是在臨床管治方面的職能。

3.43 有員工對專科/服務相關委員會的多層諮詢架構表示關注。這些委員會包括統籌委員會/中央委員會/醫管局總辦事處轄下的委員會和醫管局大會轄下的委員會。他們認為，現時所有服務建議都要徵得各層面的委員會批准方可推行，這安排既耗時甚長，亦為臨床人員增加更多的行政工作。臨床人員認為有簡化諮詢程序的空間，藉以促進醫管局臨床服務的發展。

其他意見

3.44 公眾參與計劃舉行期間，各持份者對香港醫療系統有關的政策以及醫管局的運作提出了廣泛的意見(請參閱本附件**附錄 E**有關意見的概要)。雖然這些意見並非全數在督導委員會的檢討範圍之內，但我們已留意到這些意見，並會在將來考慮相關政策範疇時用作參考。至於與醫管局具體運作相關的意見，我們已把它們轉達醫管局作適當的考慮。

第四部份：結語

4.1 在公眾參與計劃舉行期間，來自醫管局內、外的持份者均熱烈地提出對醫管局的意見。雖然他們指出個別範疇有待改善的地方，大部分持份者對醫管局致力以低廉的費用向公眾提供廣泛的醫療服務表示讚賞。

4.2 我們感謝所有持份者提出的意見，並已在檢討醫管局制定建議時，充分考慮了這些意見。

專題小組組成機制

專題小組會議的目的

為了收集主要持份者對醫管局深入的意見，我們舉辦了專題小組會議。

2. 由於醫管局的主要持份者眾多，我們採用了分層隨機抽樣方法選出專題小組參加者。此抽樣方法把主要持份者分為不同層面(或具相同性質群組)，在每個不同的層面內隨機抽樣，以確保有均衡的代表性。

抽樣程序

3. 我們先把與醫管局有緊密接觸的主要持份者分成以下四個組別：

- (A) 七個病人組織；
- (B) 48 個醫療專業人員團體；
- (C) 30 個與醫管局緊密合作的非政府組織；及
- (D) 醫管局 32 個醫院管治委員會的主席及三個區域諮詢委員會的委員。

我們再把上述四個組別細分為以下分組：

主要持份者組別	分組	分組內持份者數目
(A)病人組織	(A1) 病人組織聯盟	3
	(A2) 個別病人組織	4
(B)醫療專業人員團體	(B1) 醫生專業團體	9
	(B2) 護士專業團體	13
	(B3) 專職醫療人員團體	26
(C)與醫管局緊密合作的非政府組織	(C1) 綜合機構	22
	(C2) 復康及善終服務	4
	(C3) 特殊病症/殘疾	4

主要持份者組別	分組	分組內持份者數目
(D) 醫管局醫院管治委員會主席及區域諮詢委員會委員	(D1) 醫管局條例(第 113 章)附表一內提供急症服務醫院的醫院管治委員會主席	9
	(D2) 醫管局條例(第 113 章)附表二內提供急症服務醫院的醫院管治委員會主席	6
	(D3) 醫管局條例(第 113 章)附表一內提供非急症服務醫院的醫院管治委員會主席	4
	(D4) 醫管局條例(第 113 章)附表二內提供非急症服務醫院的醫院管治委員會主席	12
	(D5) 港島區域諮詢委員會委員*	14
	(D6) 九龍區域諮詢委員會委員*	21
	(D7) 新界區域諮詢委員會委員*	16

*不包括身為醫院管治委員會主席的委員

4. 我們根據以下方法，在每個組別邀請十至 14 人士出席專題小組會議。

(A) 病人組織

5. 我們向“病人組織聯盟(次組別(A1))”及“個別病人組織(次組別(A2))”兩個分組中每個組織分別邀請兩位及一位代表出席二零一四年六月六日舉行的專題小組會議。獲邀請者和出席者數目分佈如下：

組織名稱	獲邀出席者數目	出席者數目
(A1) 病人組織聯盟		
(1) 香港病人組織聯盟	2	2
(2) 長期病患者關注醫療改革聯席	2	2
(3) 香港復康聯盟	2	2

組織名稱	獲邀出席者 數目	出席者數目
(A2) 個別病人組織		
(1) 香港社區組織協會轄下香港病人權益協會	1	1
(2) 腎友聯	1	1
(3) 新生精神康復會	1	1
(4) 香港心理衛生會	1	1
總人數	10	10

(B) 醫療專業團體

6. “醫療專業人員團體”有三個分組，我們在每個分組隨機抽選四個組織，向每個組織邀請一位代表出席二零一四年六月十三日的專題小組會議。獲邀請者和出席者數目分佈如下：

組織名稱	獲邀出席者 數目	出席者數目
(B1) 醫生專業組織		
(1) 香港醫學專科學院	1	1
(2) 香港公共顧問醫生協會	1	1
(3) 香港大學李嘉誠醫學院	1	1
(4) 香港中文大學醫學院	1	1
(B2) 護士專業組織		
(1) 香港護士協會	1	1
(2) 香港護士管理局	1	1
(3) 香港政府華員會護士分會	1	1
(4) 香港公共醫療護士協會	1	1
(B3) 專職醫療組織		
(1) 香港放射技師協會	1	1
(2) 政府醫療放射儀器技術人員協會	1	1
(3) 香港義肢矯形師學會	1	1
(4) 香港言語治療主任(醫療)工會	1	1
總人數	12	12

(C) 與醫管局緊密合作的非政府組織

7. 我們在每個“與醫管局緊密合作的非政府組織”的次組內隨機抽選四個組織，向每個組織邀請一位代表出席二零一四年六月二十日的專題小組會議。獲邀請者和出席者數目分佈如下：

組織名稱	獲邀出席者數目	出席者數目
(C1) 非政府組織——綜合機構		
(1) 循道衛理中心	1	1
(2) 香港仔街坊福利會社會服務中心	1	1
(3) 保良局	1	1
(4) 基督教香港信義會社會服務部	1	1
(C2) 非政府組織——復康及善終服務		
(1) 香港慈氏安養院基金會	1	1
(2) 香港復康會	1	1
(3) 復康資源協會	1	1
(4) 善寧會	1	1
(C3) 非政府組織——特殊病症/殘疾		
(1) 香港防癆心臟及胸病協會	1	0
(2) 國際獅子會腎病教育中心及研究基金陳黃秀華紀念洗腎中心	1	1
(3) 香港腎臟基金會沙田賽馬會洗腎中心	1	0
(4) 香港弱能兒童護助會	1	1
總人數	12	10

(D) 醫管局醫院管治委員會主席及區域諮詢委員會委員

8. 我們在“醫管局醫院管治委員會主席及區域諮詢委員會委員”的七個分組內，向每個分組邀請兩位代表出席二零一四年六月二十七日的的專題小組會議，獲邀請者和出席者數目分佈如下：

分組	獲邀出席者 數目	出席者數目
(1) 醫管局條例附表一內提供急症服務醫院的醫院管治委員會主席 (共 9 位)	2	2
(2) 醫管局條例附表二內提供急症服務醫院的醫院管治委員會主席 (共 6 位)	2	2
(3) 醫管局條例附表一內提供非急症服務醫院的醫院管治委員會主席 (共 4 位)	2	2
(4) 醫管局條例附表二內提供非急症服務醫院的醫院管治委員會主席 (共 12 位)	2	2
(5) 港島區域諮詢委員會委員(不包括醫院管治委員會主席) (共 14 位)	2	1
(6) 九龍區域諮詢委員會委員(不包括醫院管治委員會主席) (共 21 位)	2	1
(7) 新界區域諮詢委員會委員(不包括醫院管治委員會主席) (共 16 位)	2	0
總人數	14	10

公眾參與計劃一覽表

A. 與持份者進行會議

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1. 二零一四年一月十三日 | 香港醫學會 |
| 2. 二零一四年一月十三日 | 香港醫學專科學院 |
| 3. 二零一四年一月二十一日 | 醫院管理局大會 |
| 4. 二零一四年一月二十一日 | 醫院管理局總辦事處員工 |
| 5. 二零一四年一月二十九日 | 香港社區組織協會轄下香港病人權益協會 |
| 6. 二零一四年一月二十九日 | 香港病人組織聯盟 |

B. 探訪醫管局聯網

- | | |
|----------------|----------|
| 1. 二零一四年二月二十四日 | |
| 第一節 | 新界西聯網管理層 |
| 第二節 | 新界西聯網員工 |
| 2. 二零一四年三月七日 | |
| 第一節 | 港島西聯網管理層 |
| 第二節 | 港島西聯網員工 |
| 3. 二零一四年三月十三日 | |
| 第一節 | 九龍東聯網管理層 |
| 第二節 | 九龍東聯網員工 |
| 4. 二零一四年三月十四日 | |
| 第一節 | 新界東聯網管理層 |
| 第二節 | 新界東聯網員工 |
| 5. 二零一四年三月二十五日 | |
| 第一節 | 九龍中聯網管理層 |
| 第二節 | 九龍中聯網員工 |

6. 二零一四年三月三十一日

第一節

港島東聯網管理層

第二節

港島東聯網員工

7. 二零一四年四月一日

第一節

九龍西聯網管理層

第二節

九龍西聯網員工

C. 持份者論壇

1. 二零一四年三月六日

第一節

醫生團體

- (a) 香港私人執業專科醫生協會
- (b) 前線醫生聯盟
- (c) 香港西醫工會
- (d) 香港公共醫療醫生協會
- (e) 香港公共顧問醫生協會

第二節

護士團體、專職醫療團體和病人組織

- (a) 香港護士協會
- (b) 香港助產士管理局
- (c) 香港護士管理局
- (d) 香港藥劑師(公共服務)協會
- (e) 香港物理治療學會
- (f) 香港物理治療師協會
- (g) 關懷愛滋

2. 二零一四年三月二十四日

護士團體、專職醫療團體和病人組織

- (a) 香港政府華員會護士分會
- (b) 香港護士總工會
- (c) 香港護理學院
- (d) 臨時香港護理專科學院
- (e) 香港心理學會臨床心理學組

- (f) 香港放射技師協會
- (g) 香港營養師協會
- (h) 香港臨床心理學家協會
- (i) 香港職業治療學會
- (j) 香港醫學物理學會
- (k) 香港聽力學會
- (l) 科學主任(醫務)協會
- (m) 香港復康聯盟
- (n) 長期病患者關注醫療改革聯席
- (o) 病人醫護權益協進會

D. 午餐會

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. 二零一四年五月五日 | 6 名專欄作家 |
| 2. 二零一四年五月九日 | 6 名資深傳媒人 |
| 3. 二零一四年五月十六日 | 5 名意見領袖和社會領袖 |
| 4. 二零一四年五月二十六日 | 6 名電子媒體節目主持 |
| 5. 二零一四年五月二十九日 | 6 名學者和研究人員 |

E. 專題小組會議

- | | |
|---------------|------------------------|
| 1. 二零一四年六月六日 | 病人組織 |
| | (a) 香港社區組織協會轄下香港病人權益協會 |
| | (b) 香港病人組織聯盟 |
| | (c) 長期病患者關注醫療改革聯席 |
| | (d) 香港復康聯盟 |
| | (e) 腎友聯 |
| | (f) 新生精神康復會 |
| | (g) 香港心理衛生會 |
| 2. 二零一四年六月十三日 | 醫療專業團體 |
| | (a) 香港醫學專科學院 |
| | (b) 香港公共顧問醫生協會 |
| | (c) 香港大學李嘉誠醫學院 |

- (d) 香港中文大學醫學院
- (e) 香港護士協會
- (f) 香港護士管理局
- (g) 香港政府華員會護士分會
- (h) 香港公共醫療護士協會
- (i) 香港放射技師協會
- (j) 政府醫療放射儀器技術人員協會
- (k) 香港義肢矯形師學會
- (l) 香港言語治療主任(醫療)工會

3. 二零一四年六月二十日

與醫管局緊密合作的非政府機構

- (a) 循道衛理中心
- (b) 香港仔街坊福利會社會服務中心
- (c) 保良局
- (d) 基督教香港信義會社會服務部
- (e) 香港慈氏安養院基金會
- (f) 香港復康會
- (g) 復康資源協會
- (h) 善寧會
- (i) 國際獅子會腎病教育中心及研究基金陳黃秀華紀念洗腎中心
- (j) 香港弱能兒童護助會

4. 二零一四年六月二十七日

醫管局醫院管治委員會主席及區域諮詢委員會委員

F. 公眾論壇

1. 二零一四年七月七日
九龍區論壇（於九龍油麻地眾坊街 60 號梁顯利油麻地社區中心一樓多用途禮堂舉行）
154 名人士出席
2. 二零一四年七月十四日
新界區論壇（於新界大埔墟鄉事會街 2 號大埔社區中心一樓多用途禮堂舉行）
118 名人士出席
3. 二零一四年七月十九日
港島區論壇（於銅鑼灣福蔭道號銅鑼灣社區中心三樓多用途禮堂舉行）
78 名人士出席

公眾論壇問卷調查結果

介紹

為了解公眾論壇參加者普遍的意見，我們邀請所有參加者填寫一份問卷(問卷樣式請見本附錄的附頁)。除了個人基本資料及到訪醫管局設施的次數外，問卷亦要求回應者就醫管局各方面表現的滿意度給予評分，回應者也可在回答問卷中的開放式問題時，提供書面意見。

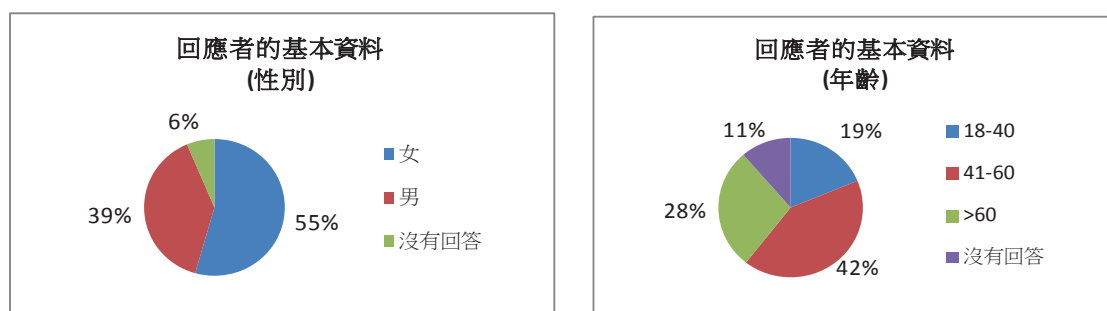
2. 我們在 350 名公眾論壇的參加者中，收回了 204 份問卷。

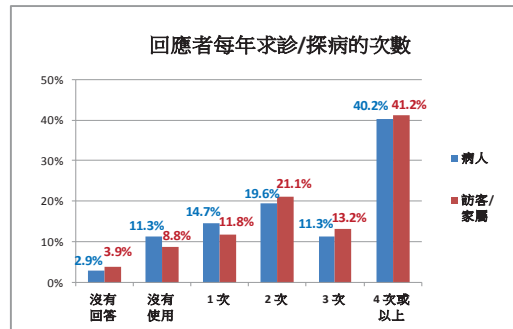
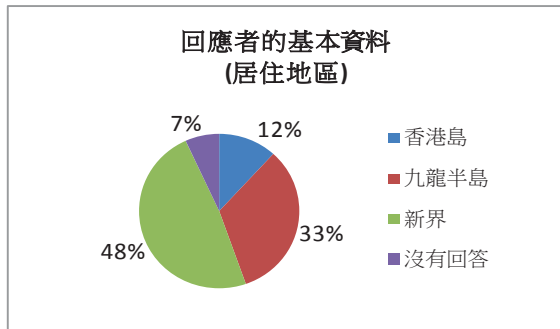
3. 在閱讀問卷調查結果時宜加小心。公眾論壇參加者並非以隨機抽樣方式選出，因此未能廣泛地代表一般市民，因此，問卷結果所顯示回應者的意見，不應被視為代表一般市民的意見。

調查結果

(a) 回應者的基本個人資料及醫管局服務的使用次數

4. 回應者的個人資料如下圖所示：





5. 七成以上的回應者表示每年使用或到訪醫管局設施兩次或以上，這某程度顯示回應者在評論醫管局的服務方面，是有直接經驗的使用者。

(b) 回應者對各服務範疇的滿意度

6. 回應者對醫管局七大服務範疇的滿意度平均分如下：

服務範疇	平均分
(1) 醫療服務水平	6.3
(2) 醫療人員專業水平	7.0
(3) 醫療人員態度	6.2
(4) 收費水平	7.5
(5) 所提供的藥物	6.5
(6) 服務輪候時間	3.5
(7) 醫管局聯網劃分安排	5.2

註：0 代表非常不滿意，5 代表一般，10 代表非常滿意

7. 大部分範疇的平均分高於 5 分，顯示回應者對於醫管局的服務普遍感到滿意。在問卷中涵蓋的 7 大範疇中，“醫療人員專業水平”及“收費水平”獲得的平均分最高(分別為 7.0 分及 7.5 分)。

8. 另一方面，“服務輪候時間”的平均分只有 3.5，是唯一一個得分低於 5 分的範疇，顯示輪候時間是回應者最不滿意的一項。

(c) 回應者對不同類型服務的滿意度

9. 回應者對醫管局各類服務的滿意度平均分如下：

服務類型	平均分
(1) 普通科門診服務	5.4
(2) 專科門診服務	5.9
(3) 急症室服務	5.0
(4) 住院服務	6.6
(5) 日間醫院服務	6.4
(6) 社康護理服務	5.8

註：0 代表非常不滿意，5 代表一般，10 代表非常滿意

10. 所有類型服務的平均分均在 5 分或以上，顯示回應者對於醫管局各類服務普遍感到滿意。值得注意的是，回應者對於“住院服務”及“日間醫院服務”的滿意度較高(分別獲 6.6 分及 6.4 分)，而對於急症室服務的滿意度較低(獲得平均分 5 分)。

(d) 回應者於開放式題目的意見

11. 在收回的 204 份問卷中，110 份回答了開放式問題，提出了共 190 個意見，有關意見分類如下：

範疇	意見數目
管理及組織結構	6
資源管理	5
人事管理	35
成本效益和服務管理	118
整體管理和監管	0
其他	26
總數	190

12. 成本效益和服務管理(包括服務質素及就醫情況)是回應者給予最多意見的範疇。在這範疇，回應者要求改善服務輪候時間、普通科門診服務、長者服務及精神科服務等。

13. 人事管理範疇收到第二多的書面意見。回應者對於醫管

局現正面對的人手短缺問題表示關注，並建議醫管局改善工作條件以吸引及挽留人手。

14. 在其他範疇，少數回應者提及有需要重新劃定聯網邊界及改善醫管局的資源分配情況。

附件 2(附錄 C 附頁)

醫管局檢討論壇意見收集問卷 (梁顯利油麻地社區中心)

性別： _____ 年齡： _____

居住地區： _____ 工作地區： _____

第一部：對醫管局服務的意見

1) 整體而言，你對醫管局在以下各範疇是否滿意？

請用0至10表示： 0 代表非常不滿意； 5 代表一般；
10 代表非常滿意 X 代表無意見或不適用

- (a) 醫療服務水平
- (b) 醫護人員專業水平
- (c) 醫療人員態度
- (d) 收費水平
- (e) 所提供的藥物
- (f) 服務輪候時間
- (g) 醫管局聯網劃分安排

2) 你對下面醫管局各類服務是否滿意？

請用0至10表示： 0 代表非常不滿意； 5 代表一般；
10 代表非常滿意 X 代表無意見或不適用

- (a) 普通科門診
- (b) 專科門診
- (c) 急症室服務
- (d) 住院服務
- (e) 日間醫院服務
- (f) 社康護理家訪

3) 你對醫管局的服務有什麼其他意見？

第二部：你使用醫管局服務的經驗

4) 你以病人的身份，平均一年會使用醫管局的服務多少次？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次或以上

5) 你以親友或訪客的身份，平均一年會到醫管局轄下的設施多少次，探望或陪同親友求診？

- 0次
- 1次
- 2次
- 3次
- 4次或以上

~問卷完~

曾提交書面意見的持份者名單

1. 關懷愛滋
2. 香港護士協會
3. 公務員醫療及牙科福利聯席
4. 新界西醫療資源關注組及天水圍社區發展陣線
5. 民建聯觀塘支部
6. 民建聯油尖旺支部
7. 香港醫學專科學院
8. 香港病人組織聯盟
9. 香港西醫工會
10. 香港醫學會
11. 香港社區組織協會轄下香港病人權益協會
12. 香港藥劑師(公共服務)協會
13. 香港物理治療學會
14. 香港衛生界專業團體聯席會議
15. 九龍東聯網員工
16. 九龍西聯網聖母醫院前線人員
17. 新界東聯網雅麗氏何妙齡那打素醫院員工
18. 新界東聯網員工
19. 長期病患者關注醫療改革聯席
20. 香港公共顧問醫生協會
21. 香港復康聯盟
22. 大埔區議會區議員黃碧嬌女士
23. 維港關愛協會
24. 黃大仙區議會
25. 四名公眾人士

公眾參與計劃所收到的其他意見概要

公眾參與計劃舉行期間，除了今次檢討涵蓋的議題外，各持份者亦就香港醫療系統的政策以及醫管局的運作提出了廣泛的意見。這些意見概括在以下的段落裏。

有關更廣泛的醫療事宜意見

醫療系統

2. 有意見認為香港應訂定長遠的醫療政策。鑒於公營醫療界別(尤其是醫院服務)的負擔日益沉重，有人建議政府應調整醫療政策和資源，加強基層醫療服務，以及多專注於促進健康、預防疾病和醫療復康。政府亦應因應衛生署、醫管局及私營醫療界別的角色，檢討提供基層醫療服務的最佳方式。

3. 有建議認為政府應評估醫療人員及醫療設施的需求，以作長遠規劃，以應付人口老化及疾病的發展。

醫管局經費

4. 有意見認為政府應對醫管局給予更多資源，以改善其服務。政府可考慮以較長的撥款週期為基礎，而非以年度計算撥款予醫管局，以便醫管局作較長期的服務規劃。另有意見認為政府應預留一筆醫療經費讓醫管局運用，以應付因人口老化而不斷增加的醫療成本。

公共醫療服務收費

5. 有建議認為政府可考慮檢討公共醫療服務的收費，以管理公眾對公共醫療服務的需求。例如，政府應提升急症室服務的收費，以防止急症室服務被濫用。

有關醫管局運作事宜的意見

聘用條款

6. 不同職系的員工均對改善其工作條件提出了具體的措施，譬如有意見指醫管局某些職系的員工，其薪金及待遇不及私人界別，以致醫管局難以招聘及挽留人手。他們提出多項改善措施，例如縮減工時、提升薪酬、改善超時津貼及創造更多晉升機會。

7. 有意見認為醫管局員工的醫療福利不及公務員，而醫管局員工診所的服務應予改善。另有意見認為醫管局應考慮容許員工可在某一年齡範圍內退休，而非在指定年齡退休，這樣既能配合個別員工的需要，亦能解決人手短缺的問題。

醫療設備及設施

8. 有意見認為醫管局應簡化其採購程序，以確保陳舊的醫療設備能及時更新，而新的設備能及時購置。具體而言，有意見認為醫療設備(如磁力共振掃描及電腦斷層掃描)已追不上現今的科技水平，未能滿足公眾的期望。亦有意見認為醫院沒有足夠資源去更換陳舊的醫療設備。

9. 有員工關注醫管局在採購過程中以“價低者得”的現行做法，擔心會導致購入過時的醫療設備。他們建議應容許採購程序有較大的靈活性。

10. 有員工關注某些醫院因受空間所限，未能設置新的醫療設備，影響臨床治療服務的暢順運作。他們要求加快進行改善和維修工程，以提高運作效率。

由醫院及醫療機構組成的聯網
表一 七個聯網的設施和預算(截至二零一四年三月三十一日)

聯網	醫院/醫療機構數目	病床數目	普通科門診診所數目	職員數目 (相當於全職人員數目)	二零一三/ 一四年度預算 (百萬元)
港島東	7 (2)	3,031	12	7,596	4,631
港島西	7 (1)	3,142	6	7,442	4,804
九龍中	6 (1)	3,548	6	9,307	5,843
九龍東	3 (2)	2,487	8	6,960	4,490
九龍西	8 (4)	6,629	23	14,955	9,716
新界東	7 (3)	4,518	10	10,557	6,910
新界西	4 (2)	4,085	8	8,942	5,558

括號內的數字指提供 24 小時急症室服務的急症全科醫院數目(已計入總數內)，但不包括長洲醫院和北大嶼山醫院(後者的急症室服務由二零一四年九月二十五日起延長至全日 24 小時)。

表二 七個聯網的病人數目和服務量

聯網	二零一三/一四年度的病人和服務量				服務地區 (作規劃用途)
	住院及日間病人出院總人次*	急症室總求診人次	專科門診服務總求診人次	區外居民佔聯網醫院住院病人出院人次*的比率	
港島東	177,500	243,850	792,008	14%	東區、灣仔、離島(大嶼山除外)
港島西	186,007	131,577	844,024	31%	中西區、南區
九龍中	202,593	195,280	1,016,873	62%	九龍城、油尖區
九龍東	168,030	323,703	766,997	10%	觀塘、西貢
九龍西	370,586	595,085	1,634,502	13%	旺角、黃大仙、深水埗、葵青、荃灣、大嶼山
新界東	262,448	394,271	1,099,139	11%	沙田、大埔、北區
新界西	202,167	357,240	887,340	5%	屯門、元朗

* 指出院人次及死亡人數

表三 各聯網涵蓋的醫院

(a) 港島東聯網(服務地區：東區、灣仔和離島(大嶼山除外))

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
東區尤德夫人那打素醫院	1,633	分區急症醫院，提供全面專科服務
律敦治醫院	633	全科急症醫院，提供急症及個別專科服務
鄧肇堅醫院		
東華東院	278	社區醫院，提供基層醫療及個別專科服務
春磡角慈氏護養院	240	為需要長期護理的病人提供護養服務
黃竹坑醫院	160	
長洲醫院	87	位於長洲，提供基層醫療及急症服務
12 間普通科門診診所		

(b) 港島西聯網(服務地區：中西區和南區)

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
瑪麗醫院	1,702	分區急症醫院兼教學醫院，也是提供多種複雜和先進服務的全港第三層和第四層醫療服務轉介中心
葛量洪醫院	372	大型轉介中心，提供全面的成人心肺疾病內科治療，並設有紓緩醫學及急症老人科服務
麥理浩復康院	110	提供全面復康服務
大口環根德公爵夫人兒童醫院	133	第三層專科醫院，為全港兒科病人提供專門的兒童矯形外科、脊柱外科和兒科服務
贊育醫院	3	社區家庭健康中心
東華三院馮堯敬醫院	272	延續護理醫院，提供老人、復康及療養服務
東華醫院	550	提供急症服務、延續護理服務、非住院和日間手術服務，以及腎科服務
六間普通科門診診所		

(c) 九龍中聯網 (服務地區：九龍城和油尖區)

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
伊利沙伯醫院	1,844	分區急症醫院，提供 24 小時全面醫療服務
香港佛教醫院	324	社區醫院，設有普通科和延續護理服務
香港眼科醫院	45	專門的眼科中心
九龍醫院	1,335	多種專科醫院，提供精神科、康復科和呼吸內科的急症及延續護理服務，以及康復期護理服務
香港紅十字會輸血服務中心	-	為全港醫院提供血液和血液製品的醫療機構
復康專科及資源中心	-	提供專門社區復康服務的醫療機構
六間普通科門診診所		

(d) 九龍東聯網 (服務範圍：觀塘和西貢)

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
基督教聯合醫院	1,403	分區急症醫院，為觀塘區居民提供第二層醫療服務，並為整個聯網的病人提供第三層醫療服務
將軍澳醫院	623	為將軍澳居民提供第二層醫療服務的全科急症醫院
靈實醫院	461	為聯網內的病人提供非急性護理、復康及療養服務的延續護理醫院
八間普通科門診診所		

(e) 九龍西聯網 (服務地區：旺角、黃大仙、深水埗、葵青、荃灣和大嶼山)

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
瑪嘉烈醫院	1,753	分區急症醫院，提供全面的急症服務，也是聯網內的創傷和腫瘤科中心、醫管局傳染病中心及毒理化驗室
明愛醫院	1,203	全科急症醫院，提供急症、延續及寧養紓緩服務，並設有兒童發展障礙服務
葵涌醫院	920	精神科醫院，提供精神科急症及外展服務
廣華醫院	1,206	分區急症醫院，提供全面急症服務
北大嶼山醫院	-	醫管局轄下最新的醫院(由二零一三年九月開始分階段投入服務)，提供急症室、社區健康中心、專科門診及社區外展服務
聖母醫院	236	社區醫院，提供普通科及寧養紓緩服務
東華三院黃大仙醫院	511	延續護理醫院，提供復康及胸肺科服務
仁濟醫院	800	全科急症醫院，提供急

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
		症及復康服務
23 間普通科門診 診所		

(f) 新界東聯網(服務地區：沙田、大埔及北區)

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
威爾斯親王醫院	1,518	分區急症醫院及香港中文大學醫學院的教學醫院
雅麗氏何妙齡 那打素醫院	536	位於大埔的急症全科醫院
北區醫院	589	位於北區的急症全科醫院
沙田醫院	553	延續護理醫院，提供療養、康復及精神科住院護理服務
沙田慈氏護養院	304	延續護理醫院，為嚴重殘疾及在中央療養服務輪候冊上的病人提供療養服務
白普理寧養中心	26	紓緩治療專科中心，提供住院及社區外展寧養服務
大埔醫院	992	延續護理醫院，提供療養、康復及精神科住院護理服務
十間普通科門診 診所		

(g) 新界西聯網(服務地區：屯門及元朗)

醫院/醫療機構	病床數目 (截至二零一四年 三月三十一日)	備註
屯門醫院	1,862	分區急症醫院，提供全面的急症、日間及社區服務
博愛醫院	567	全科急症醫院，提供急症室服務及個別專科和日間護理服務
青山醫院	1,156	提供全面精神科服務，包括第四層法醫精神科服務
小欖醫院	500	接收全港嚴重弱智成年病人的專科設施
八間普通科門診診所		

統籌委員會及中央委員會名單
(截至二零一五年四月一日)

	統籌委員會/中央委員會
專科統籌委員會(香港醫學專科學院涵蓋的專科)	急症科統籌委員會
	麻醉科統籌委員會
	臨床腫瘤科統籌委員會
	放射治療職系及服務委員會
	醫學物理職系及服務委員會
	家庭醫學統籌委員會
	深切治療科統籌委員會
	內科統籌委員會
	老人科小組委員會
	婦產科統籌委員會
	眼科統籌委員會
	視光及視覺矯正職系及服務委員會
	骨科統籌委員會
	耳鼻喉科統籌委員會
	聽力職系及服務委員會
	兒科統籌委員會
	病理科統籌委員會
	病理科專職醫療職系及服務委員會
	精神科統籌委員會
	放射科統籌委員會
放射診斷職系及服務委員會	
外科統籌委員會	
神經外科統籌委員會	
中央委員會 培訓委員會	外科培訓委員會
	駐院實習事務委員會
專職醫療/護理委員會 統籌委員會	護理職系及服務統籌委員會
	臨床心理職系及服務統籌委員會
	營養職系及服務統籌委員會
	醫務社會服務職系及服務統籌委員會
	職業治療職系及服務統籌委員會

	藥劑職系及服務統籌委員會
	物理治療職系及服務統籌委員會
	足病診療職系及服務統籌委員會
	義肢及矯形職系及服務統籌委員會
	言語治療職系及服務統籌委員會
疾病組別 中央委員會	癌症服務中央委員會
	心臟服務中央委員會
	中央腎科委員會
	糖尿病服務中央委員會
	中風服務中央委員會
	遺傳服務中央委員會
	慢性阻塞性肺病中央委員會
服務類別 中央委員會	中醫委員會
	紓緩治療中央委員會
	康復服務中央委員會
	移植服務中央委員會
	創傷服務中央委員會
	輸血服務中央委員會
安全 及 質素 中央 委員會	傳染病及緊急應變中央委員會
	質素及安全委員會
	毒理學服務中央委員會
	投訴管理及病人關係委員會
	重大事故應變委員會
資訊 科技 中央 委員會	資訊科技委員會

直接為病人提供服務的人員組別(截至二零一五年二月二十八日的人數)

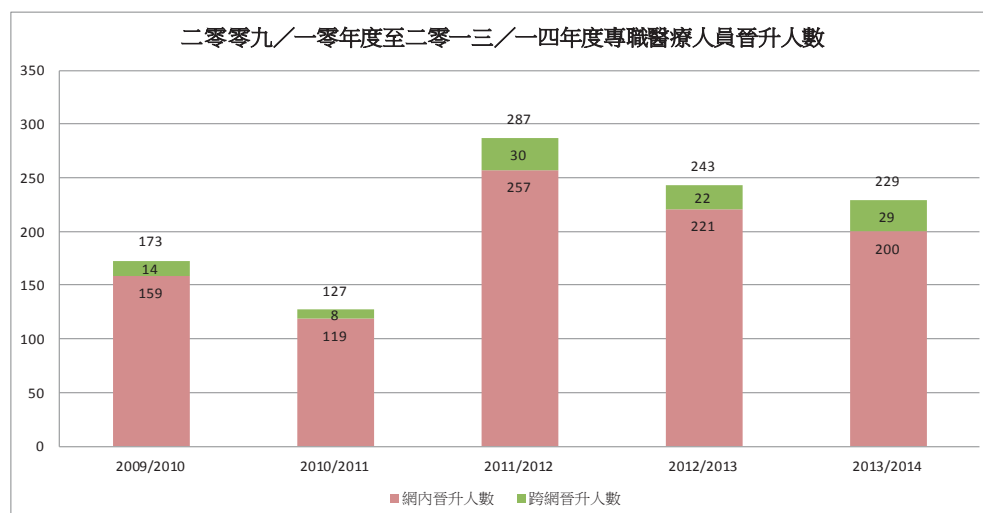
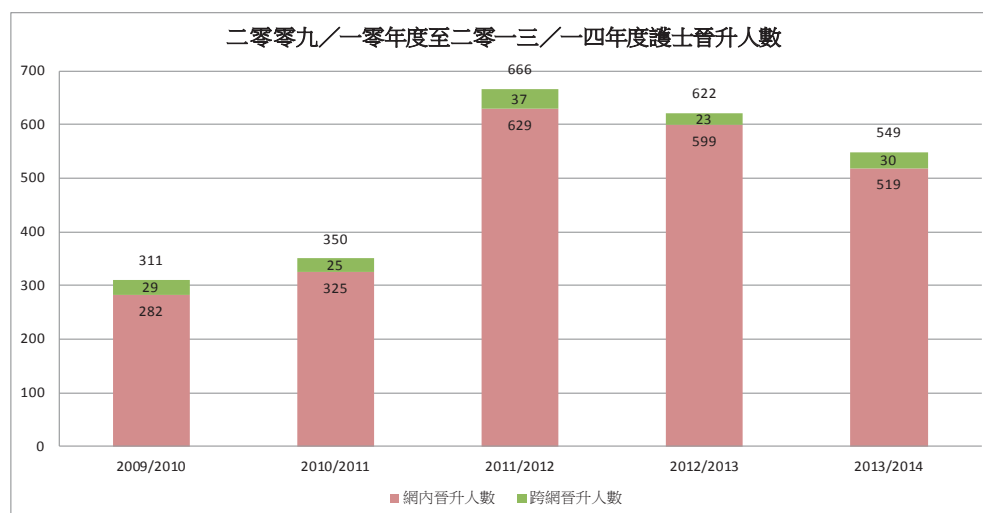
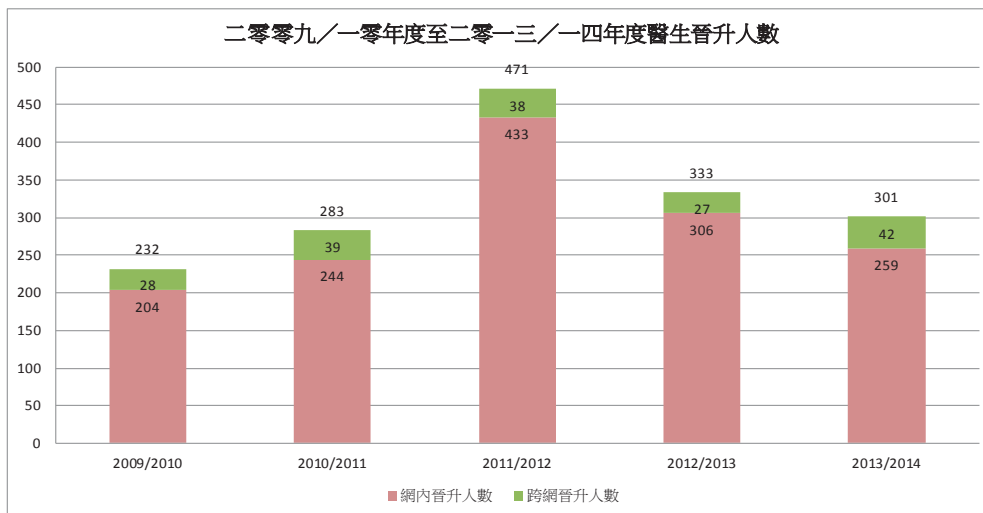
人員組別	詳情	員工人數 ⁽¹⁾
醫生職級	顧問醫生	798
	高級醫生/副顧問醫生	1,779
	醫生/駐院醫生	2,925
	實習醫生	401
	牙科醫生	8
醫生職級總計		5,910
護士職級	部門運作經理/高級護士長及以上職級	361
	資深護師/專科護師/護士長/病房經理	4,641
	註冊護士	15,095
	登記護士/其他	3,062
	見習護士	562
護士職級總計		23,721
專職醫療人員組別	聽力學技術員	6
	臨床心理學家	155
	營養師	140
	配藥員	1,184
	醫務化驗師/醫務化驗員	1,351
	製模實驗室技術師/製模實驗室技術員	26
	視光師	67
	視覺矯正師	15
	職業治療師	732
	藥劑師	573
	物理學家	73
	物理治療師	886
	足病治療師	39
	義肢矯形師	135
	放射師/放射治療師	1,021
	科學主任(醫務)	81
言語治療師	91	
醫務社工	314	

人員組別	詳情	員工人數 ⁽¹⁾
	牙科技術員	3
專職醫療人員組別總計		6,891
與醫療服務 相關的支援 組別	健康服務助理	2,198
	病房服務員	252
	病人服務助理	10,274
	救護員	3
	技工	397
	牙科手術助理員	10
	實驗室服務員	141
	殮房主任/技術員/服務員	93
	職業治療助理員	122
	手術室助理員	144
	其他醫院支援人員	31
與醫療服務相關的支援組別總計		13,665
直接為病人提供服務的人員組別總計		50,186⁽²⁾

(1) 人手數字按相當於全職人員數目計算，包括醫管局的常額、合約及臨時員工。

(2) 由於在計算相當於全職人員數目時四捨五入的關係，數字加起來未必等於總數。

在聯網內或跨網晉升的人數



二零零九/一零至二零一三/一四年度按人員組別和職級組別劃分的跨網晉升人數

人員組別	詳細分組	跨網晉升人數 ⁽³⁾					總晉升人數 ⁽¹⁾				
		2009/2010年度	2010/2011年度	2011/2012年度	2012/2013年度	2013/2014年度	2008/2010年度	2010/2011年度	2011/2012年度	2012/2013年度	2013/2014年度
醫生	顧問醫生	5	10	11	4	11	57	78	100	66	63
	高級醫生/副顧問醫生	23	29	27	23	31	175	205	371	267	238
醫生總計		28	39	38	27	42	232	283	471	333	301
		12%	14%	8%	8%	14%					
護士	部門運作經理/ 高級護士長或以上職級	3	2	5	4	4	22	17	78	62	47
	資深護師/專科護師/護士長/病房經理	26	23	32	19	26	289	333	588	560	502
護士總計		29	25	37	23	30	311	350	666	622	549
		9%	7%	6%	4%	5%					
專職醫療人員	聽力學技術員			1					2		
	臨床心理學家		1	1		1	1	1	5	2	2
管養師			1	1		2	2	2	2	2	2
	配藥員		1	3	4	2	12	11	32	44	16
醫務化驗師		5		4	3	11	30	36	40	46	68
	醫務社工			1		1	2	2	1	1	1
職業治療師		1	2	9	3	4	34	21	62	38	34
	視光師						1		1		
視覺矯正師				2					6		1
	藥劑師	2		2		1	5	3	12	5	4
物理學家					1				3	1	1
	物理治療師	2	1	1	3	1	41	22	60	48	49
足病治療師					1				3	2	1
	義肢矯形師			1		1	4		6	6	7
放射師		3	3	4	4	5	32	26	41	40	37
	放射治療師	1		2	2	2	9	2	11	12	6
言語治療師								1			
專職醫療人員總計		14	8	30	22	29	173	127	287	243	229
		8%	6%	10%	9%	13%					
整體總計		71	72	105	72	101	716	760	1424	1198	1079
		10%	9%	7%	6%	9%					

註：

- (1) 數字按人頭計算，當中包括醫管局的全職和合約員工，但不包括電子健康記錄統籌處人員。
- (2) 獲委任頂薪點或實收薪金較高的較高職級。其他人事調動(例如調職/獲委任其他職級或較低職級)不包括在內。
- (3) 晉升並調至另一聯網。同一聯網內醫院之間的晉升個案不包括在內。

增加醫生人手和提高員工士氣的措施

(A) 招聘醫生

積極招聘全職醫生

多年來，醫管局一直積極在本地和海外招聘醫生。在二零一零年至二零一四年期間，醫管局平均每年可招聘約 240 名本地畢業生(約佔每年本地醫科畢業生總數 95%)、15 至 30 名通過醫生執業資格試的海外畢業生及十名在私營界別執業的醫生。自二零一二年，醫管局開始招聘已在香港醫務委員會辦理有限度註冊的非本地醫生，讓他們在醫管局工作，作為解決醫生人手短缺的其中一項額外措施。截至二零一五年三月，香港醫務委員會合共批准了 23 份醫管局提交的非本地醫生有限度註冊申請。目前，共有十三名非本地醫生根據該計劃在醫管局轄下醫院工作。

聘請兼職醫生

2. 醫管局推出了優化及統一的薪酬條件，聘請各專科的兼職醫生，並積極挽留一些已退休或離職的醫生在醫管局兼職工作，因此，兼職醫生的人數由二零一零年的 129 名(相當於 48 名全職醫生)，已增至二零一五年二月的 349 名(相當於 129 名全職醫生)。

(B) 挽留醫生

加強晉升機會

3. 自二零一一/一二年度開始，醫管局推出了一個經中央統籌的額外晉升機制，為各專科增設額外副顧問醫生晉升職位，以表揚和獎勵取得院士資格後在醫管局服務滿五年或以上的優秀醫生。在該機制下，醫管局委任更多副顧問醫生，以配合運作需要，同時改善醫生的晉升機會。自該機制於二零一一年推出以來，截至二零一五年四月，共有 325 名專科醫生透過該機制獲委任為副顧問醫生。

優化酬金計劃以提升對醫生的重視

4. 由二零一二年開始，醫管局優化了醫生的候召補償定額酬金計劃，以表示對醫生因工作性質而需要經常長時間工作的理解。在優化措施下，醫生每月所獲得的候召補償定額酬金由 1,750 元(第一級)及 3,500 元(第二級)分別升至 2,750 元(第一級)及 4,750 元(第二級)，另增設為數 5,750 元(第三級)的酬金，為那些在經常須通宵駐院候召的部門或單位工作的醫生提供補償。此外，醫管局又加強了為紓緩短期人手短缺而設的特別酬金計劃(按時計酬)，方便個別醫院為應付特別項目的運作需要而提供額外的服務節數。

豁免懷孕醫生通宵駐院當值

5. 由二零一一年起，醫管局實施豁免措施，盡量避免安排進入懷孕後期(即懷孕第 32 周以上)的醫生通宵駐院當值。

透過統一應考專科考試的假期安排和發還考試費以加強培訓支援

6. 為加強對醫生的培訓支援，醫管局統一了醫生在應考專科考試可獲給予全薪進修假期的安排，並為合資格考生發還考試費。

提供更多培訓機會

7. 醫管局十分重視醫生的培訓和發展，並不斷致力加強對醫療人員的專業培訓機會，包括託外界舉辦培訓、海外培訓計劃及培訓資助等，以提升醫療人員的專業能力和臨床專長，緊貼最新的醫療及科技發展。例如，醫管局為從事高風險臨床服務及團隊式病人治理的醫生，提供專門的模擬訓練課程。

(C) 減輕醫生的工作量

推出護理技術員服務支援

8. 醫管局由二零零八年開始聘請護理技術員，並培訓更多護理技術員提供 24 小時抽血、心電圖及靜脈插輸液導管服務，作

為減輕醫生和護士從事技術工作和常規性簡單工作的一種策略。這些增聘的人員已在各急症公立醫院工作。

改善工作條件

9. 醫管局所有僱員都按每周規定的時數工作。由於要為病人提供 24 小時持續護理，因此醫生須不時候召和加時工作。

10. 醫管局在二零零七年推出多項涉及醫生工作的改革計劃，明顯改善了醫生就每周平均工時和連續工時方面的工作條件，每周平均工作超過 65 小時的醫生比例，由二零零六年十二月的 18% 下降至二零一三年十二月底的 4.6%。為了持續監察醫生的工作條件，醫管局在機構層面設立了一個機制，以具前瞻性、有系統和概括性的方式監察醫生在 26 個星期的報告周期內的駐院當值時間。由二零零九年開始，醫管局會每隔一年在七月至十二月期間在所有專科進行醫生工時的全面監察工作。

二零一五/一六年度主要表現指標

A. 臨床服務主要表現指標

(管制人員報告涵蓋的項目以*號標示)

A1 因應人口轉變及老化的服務增長

A1.1 服務量(截至月底)

- * 醫院病床數目(總計)
- * 社康護士數目
- * 老人科日間醫院名額
- * 精神科社康護士數目
- * 精神科日間醫院名額

A1.2 服務量(本年累計)

住院服務

- * 住院病人出院人次 (總計)
- * 病人住院日次(總計)
- * 日間住院病人出院人次

急症室服務

- * 就診人次
- 首次就診人次分流
- * - 第 I 類別(危殆個案)
- * - 第 II 類別(危急個案)
- * - 第 III 類別(緊急個案)

專科門診服務

- * 專科門診(臨床)新症就診人次
- * 專科門診(臨床)舊症覆診人次
- * 專科門診(臨床)就診總人次

基層醫療服務

- * 普通科門診就診人次
- * 家庭醫學專科門診就診人次
- * 基層醫療就診總人次

專職醫療門診服務

- * 專職醫療(門診)就診人次

日間醫院服務

- * 康復及紓緩護理日間服務就診人次
- * 老人科日間醫院就診人次
- * 精神科日間醫院就診人次
- 社區及外展服務*
- * 社康護士家訪次數
- * 專職醫療(社區)就診人次
- * 接受老人科外展服務人次
- * 接受療養服務評核的長者人數
- * 接受到診醫生治療人次
- * 接受精神科外展服務人次
- * 接受老人精神科外展服務人次

A2 因科技發展或推行新的服務而達到的質素改善

A2.1 急症室服務輪候時間

在目標輪候時間內獲處理的急症病人的百分率

- * - 第 I 類別(危殆個案 - 0 分鐘)(%)
- * - 第 II 類別(危急個案 - 15 分鐘)(%)
- * - 第 III 類別(緊急個案 - 30 分鐘)(%)
- 第 IV 類別(半緊急個案 - 120 分鐘)(%)

A2.2 專科門診新症預約輪候時間

專科診所新症輪候時間中位數

- * - 第一優先就診病人
- * - 第二優先就診病人

耳鼻喉科、婦科、內科、眼科、骨科、兒科、精神科和外科

- 在兩個星期內得到診治的第一優先就診病人的百分率
- 在八個星期內得到診治的第二優先就診病人的百分率
- “例行”個案第 90 個百分值的輪候時間(星期)

A2.3 專職醫療門診新症預約輪候時間

職業治療和物理治療

- 在兩個星期內得到診治的第一優先就診病人的百分率
- 在八個星期內得到診治的第二優先就診病人的百分率
- “例行”個案第 90 個百分值的輪候時間(星期)

A2.4 非緊急手術輪候時間

全關節置換手術的輪候時間

- 接受全關節置換手術治療的病人第 90 個百分值的輪候時間(月)

白內障手術的輪候時間

- 在兩個月內接受手術的第一優先就診病人的百分率
- 在 12 個月內接受手術的第二優先就診病人的百分率

經尿道前列腺切除手術的輪候時間

- 在兩個月內接受手術的第一優先就診病人的百分率
- 在 12 個月內接受手術的第二優先就診病人的百分率

A2.5 放射診斷檢查輪候時間

在 24 小時內完成電腦掃描造影、磁力共振掃描造影和超聲造影的緊急個案的百分率

接受電腦掃描造影、磁力共振掃描造影、超聲造影和乳腺 X 光造影的第一優先就診病人的輪候時間中位數

接受電腦掃描造影、磁力共振掃描造影、超聲造影和乳腺 X 光造影的第二優先就診病人的輪候時間中位數

接受電腦掃描造影、磁力共振掃描造影、超聲造影和乳腺 X 光造影的“例行”個案第 90 個百分值的輪候時間(日)

A2.6 普通科門診診所偶發性疾病服務

長者病人透過普通科門診電話預約系統成功預約未來兩個工作天的診症時段的百分率

長者、綜合社會保障援助或獲醫療費用減免的病人透過普通科門診電話預約系統成功預約未來兩個工作天的診症時段的百分率

A2.7 護理服務的恰當程度

標準化急症室病人入院比率

- * 普通科住院病人在出院後 28 天內的突發再入院比率

母乳餵哺比率(以出院時計)

A2.8 感染比率

在急症病床感染耐藥性金黃葡萄球菌菌血症的比率(急症病人住院每 1,000 日計)

A2.9 服務涵蓋率

社區老人評估小組或其轄下到診醫生所覆蓋安老院舍的百分率

A2.10 疾病具體指標

中風

- 中風病人曾於急性中風部接受治療的百分率
- 急性缺血性中風病人接受溶栓治療的百分率

髖骨骨折

- 髖骨骨折病人經急症室入院後於兩天或少於兩天內進行手術的百分率

癌症

- 接受根治放射治療的癌症病人，由決定接受治療至開始治療的第 90 個百分值的輪候時間(日)
- 大腸癌患者在確診後首次接受徹底治療的第 90 個百分值輪候時間(日)
- 乳癌患者在確診後首次接受徹底治療的第 90 個百分值輪候時間(日)
- 鼻咽癌患者在確診後首次接受徹底治療的第 90 個百分值輪候時間(日)

糖尿病

- 糖尿病患者的糖化血紅素水平低於 7%的百分率

高血壓

- 在普通科門診診所接受治療而血壓低於 140/90 毫米水銀柱的高血壓患者的百分率

腎病

- 末期腎病患者接受血液透析治療的百分率

精神健康

- 急症住院服務的平均住院日數(住院日數為 90 天或以下)

心臟病

- 急性心肌梗塞病人出院時獲處方降膽固醇藥的百分率
- ST 時段上升心肌梗塞(STEMI)病人接受緊急冠狀動脈介入治療的百分率

A2.11 科技

尚存高於預計使用年期的醫療儀器百分率

A3 資源運用的效率

A3.1 病床管理

- * 病床住用率(%)(住院病床於午夜時的總體住用率)
- * 普通科住院服務的平均住院時間(日)

A3.2 日間手術服務

日間手術及同日進行手術的百分率(指定手術種類)

A3.3 生產力

急症住院服務的加權病症指數總計

非急症住院服務的增長指數

日間醫療及社區護理服務的增長指數

B. 人力資源主要表現指標

B1 人手情況

B1.1 人手狀況

人手狀況

- 按職員組別劃分

B1.2 流失率/辭職

近五年的流失率趨勢

- 按聯網劃分

- 按職員組別劃分

辭職人數(醫療人員)

- 辭職人數

- 每 100 名人員的辭職人數(辭職率)

辭職人數(護理人員)

- 辭職人數

- 每 100 名人員的辭職人數(辭職率)

辭職人數(護理支援人員)

- 辭職人數

- 每 100 名人員的辭職人數(辭職率)

B2 員工健康

B2.1 病假

每名人員平均放取的病假日數

- 按職員組別劃分

放取病假 50 天或以上的人員的百分率

- 按職員組別劃分

B2.2 因工受傷

每 100 名等同全職人員因工受傷的個案數目

- 按職員組別劃分

每 100 名等同全職人員因工受傷而放取的病假日數

- 按職員組別劃分

C.財政主要表現指標

C1 財政預算表現

C1.1 財政預算表現

預算表現報告

資本開支報告

未放年假總額

藥物存量和存貨期

