

致 衛生事務委員會：

就「醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告」我們有以下意見：

1. 港大人力推算公式以 2015 – 16 年度的服務水平為基準**絕不合適**，這個模式沒有考慮服務供求的落差。換言之用這個模式推算出的人力需求是不會帶來任何改善服務的機會，這對於服務使用者絕不能接受。相信有很多持份者都會提出意見反對這個假設，我們在這裏不再重複。

2. 報告中多次提及以「應付人口老化」為目標。然而，香港公共醫療面對的挑戰遠多於此。其中明顯的是港人的精神健康問題。

根據統計處的數字，於公立醫院精神科就診人數由 2006 年的 609,601 人次大幅上升至 2015 年的 805,530 人次，**升幅超過三成**。

對比按年增加的精神科(註冊)護士人數及精神科醫生相對精神科求診人次升幅，我們認為報告於推算精神科人手的時候，明顯沒有將大幅增加的需求納入考慮之內。

面對過長的輪候數字《精神健康服務檢討報告書》內已明確表示需要**縮短輪候時間**)，報告又豈能夠只以維持現時服務情況作推算準則！

3. 報告的人力推算中，完全沒有回應月前公佈的《精神健康服務檢討報告書》。月前公佈的《精神健康服務檢討報告書》內多達 40 項建議，當中**最少 24 項**牽涉增加人手及發展新服務。另《精神健康服務檢討報告書》中亦提及公私營醫療的合作。

然而，是次的報告的人力推算中，使以「維持現時服務水平及不發展新服務」為基礎，亦沒有在任何闡述或建議部份提及《精神健康服務檢討報告書》中的項目如何影響人手需求波動。兩者的割裂反映服務**欠缺長遠規劃**。

4. 報告將醫療相關崗位詳細分類論述供求趨勢，但就醫生而言，沒有**專科**醫生的論述，讓報告的建議欠缺具體方向。現在香港醫療服務最大失衡問題是專科服務輪候時間太長，這方面我們看不到檢討中有任何建議改善專科醫療人手的安排。這對於精神病患者的影響至巨。精神科不同於其他專科，文化差異對於診治精神病會有極大影響。故此非本地培訓的海外精神科醫生不能作為解決精神科醫生不足的方法。

5. 專科醫生的培訓需要投放更多的時間及資源，引述 5 月 29 日長期護理政策聯合小組特別會議中，醫療規劃發展統籌處處長孫玉菡先生表示：「會就醫護需要作**長遠規劃**.....**醫生挑戰**是大的.....」但報告中完全沒有具體的就精神科專科作任何**針對性的「長遠規劃」**，以滿足人手短缺的需要。

撇開專科論述，就報告的意見其實亦不完全適用於精神科服務。本地培訓專科醫生需時超過 12 年，近幾年增加的學額最快需於 10 年後才見成果；。根據醫管局數字 2015 年有 13 位精神科醫生離職，2016/17 年更有 16 位，他們當中包括了資深及顧問醫生。以目前趨勢精神科服務的走向實在堪憂。

6. 是次檢討主要討論範圍主要是 13 個進行法定註冊的醫療專業，並提示其它無須進行法定註冊的醫療專業透過其它小組平台反映意見。就精神科服務而言，其它職系例如臨床心理學家、社工等，乃醫療系統重要一環。要有效提供對病人康復服務。

我們認為有需要替這些專責職系作出人力供求的推算況且檢討亦認同醫療專業如職業治療師及物理治療師在非牟利機構對醫療服務發揮重要的作用，從而作出人力估算及提供解決方法，故此檢討亦應估算臨床心理學家及社工的人手需求。

7. 據報告中羅列醫生的年齡分佈資料顯示，20-29 歲醫生只佔整體的 10%，其他年齡層(即 30 歲至 60 歲或以上) 佔 19.7%至 25.8%不等。如果公共醫療系統中醫生年齡分佈亦跟隨這個模式的話，隨目前 30 歲或以上的醫生因退休及不同原因流失後，現在最年青的醫生到時可能會欠缺一半人手附責接棒，公共醫療系統管理階層出現斷層問題的風險甚鉅。另外，這個年齡分佈亦對專科醫生提供**持續穩定的服務**有一定影響。然而，報告內並沒有點出如此困境，更遑論為可預見的問題提供針對性解決辦法。

8. 未來不同的醫院將會相繼落成或進行服務擴展，例如天水圍醫院、兒童醫院、啟德醫院，這對醫療人手的供求有一定的影響。然而，報告只簡略提供港大的供求模型，並沒有就目前可見影響需求的因素作出任何論述。只提供「供應」資料，只從供應的角度論述人力資源是否充足，是略為偏頗的做法。我們希望政府可以提供「需求」部份的資料，充實報告的內容，並詳細交待如何將新落成或擴展的服務納入考慮。

9. 我們樂見政府願意就醫療人力進行每三年一次的檢討及規劃。但目前用作基準的數目實在有偏差，未能發現現實狀況提供一個改善現時服務供求落差的路線圖。希望政府有關當局能謹慎處理模型的推算數據，並在下一輪人力推算工作開始前，校正對醫療人力推算的準確性。

浸信會愛羣社會服務處 精神健康綜合服務

謹啟

2017 年 6 月 30 日