

致：

香港特別行政區立法會
公務員及資助機構員工事務委員會主席郭偉強議員

郭主席：

公務員及合資格人士的醫療及牙科福利意見書

本人代表‘公務員醫療及牙科福利聯席’，表達聯席就公務員及合資格人士的醫療及牙科福利的意見。

首先，公務員醫療及牙科福利不是醫療服務提供或水平問題，它是僱員與僱主之間的合約問題，應以勞工問題的角度去處理。公務員醫療及牙科福利是公務員入職時政府承諾給予的條件，具合約成分，受法律保障。作為入職條件，僱主（政府）有法律責任按協議（《公務員事務規例》第六章）全數付諸實行，不能曲解或僭建其定義，亦不能附加條款，更不能以資源有限為由而削減。否則，就是違背聘任合約承諾，要負上法律責任。聯席希望政府遵守合約精神，不應成為無良僱主。

現就下列福利範疇，表達意見。

1. 公務員診所和普通科門診

我們支持增加公務員診所，從而減輕對醫管局普通科門診的壓力。現時公務員診所的服務容量只有 33 萬人次。服務量雖已飽和，但相對 54 萬名公務員和合資格人士，仍是有限，需要大力擴展。我們贊同以‘平均覆蓋範圍’的策略，擴展公務員診所，以達到‘當天當區就診’的目標。

在可見的將來，普通科門診仍要依賴醫管局為主要服務提供者。醫管局普通科門診現在主要的問題是輪候藥物時間長及很多公務員及合資格人士仍不能在當天及當區的診所就診。逼使不少公務員及合資格人士要自費看私家醫生或自購醫療保險。這情況尤其對一班需輪班工作的公務員不公平。局方有責任向他們提供一般時間以外的醫療服務。現在很多醫療集團已提供 24 小時門診服務，局方亦應考慮以保險或外判形式，彌補醫管局和衛生署服務的不足。

2. 專科門診服務

局方應加強公務員及合資格人士專用的專科門診服務，避免出現公務員與民爭利的錯覺。現在的三間專用專科門診最多只提供六個專科服務，佔所有專科很少部分。為充份體現專用專科門診的安排，聯席要求把專用專科門診擴展至每一聯網醫院和涵蓋所有專科。

3. 牙科服務

牙科服務最大的問題是輪候治療時間太長，包括所有的專科。過長的輪候時間，不單對病者延長不適，亦常將簡單的治療複雜化，更常浪費一些昂貴的治療。比如說有一隻牙齒做了根管治療（杜牙根），牙冠會變弱了，需要做牙套 (*crown*) 保護。但輪候做牙套需 2-3 年。期間咬到硬的東西，該牙齒便裂開，需拔掉，輪候做牙套變成要輪候修復齒科做種牙 (*implant*)。之前做的專科根管治療（杜牙根）白廢了，用了的資源浪費了。種牙要輪候 3 至 4 年。在此段時間，牙骨收縮了，附近和對面的牙齒移位了。到期種牙時發現不適合種牙，要先做箍牙，把附近和對面的牙齒移到原位，再要做植骨 (*bone transplant*)，才可以種牙。病人再要輪候箍牙了。原來簡單的根管治療加牙套的治療，變成了：根管治療 + 脫牙 + 箍牙 + 植骨手術 + 種牙。原來只需 3 個月和兩個專科的簡單治療，變成了起碼 7 至 8 年和四個專科的複雜治療。可以看到過長的輪候時間對專科人手和資源的需求，會做成惡性循環的影響。

從《1998 年審計報告》得知，一般治療的平均輪候時間，1970 年為 2 個月；1993 年為 9.5 個月；1998 年為 6.9 個月。一些複雜的治療如假牙，1998 年的輪候時間為 20.8 個月。箍牙的輪候時間，1998 年為 37.1 個月。

可以看到，現在所有牙科服務的輪候時間，相比二三十年前，都大為增長。更悲哀的是相對七八十年代，現在的政府更漠視公務員醫療及牙科福利，更踐踏這公務員的入職條件。1980 年，有見牙科服務輪候時間比 70 年代長了（一般治療的輪候時間由兩個月增至 6.5 個月），當時政府就成立了一個工作委員會 (*Working Party*) 探討改善輪候時間的方法。2017 年，牙科服務輪候時間更更更差了，但看不到政府有成立多方代表的平台，為改善牙科和醫療服務收集意見和探討改善方法。

輪候時間受三大因素影響：輪候池現在的人數和輪候時間、新轉介的個案量（進入輪候池）、和可完成治療的個案量（退出輪候池）。輪候時間長的主因是輪候池的輪候人數。所有牙科專科治療是需轉介的，必能掌握每個輪候池的人數和時間。要有效控制輪候時間，減少複雜個案，就先要縮減輪候池。

在輪候時間不斷惡化，政府財政有巨額盈餘的情況下，我們建議參考醫管局成功推行的多個公私營合作計畫（耀眼行動，天水圍基層醫療計畫等），將牙科各專科過長輪候的症，經主診醫生，轉介至私家專科醫生處理既定的治療。完成後病人返回政府牙科繼續一般的治療。這樣就能有效地，在短時間內（2-3 年），把輪候池人數多，時間長的問題解決，停止長輪候導致的惡性循環。政府牙科內的專科醫生就只需處理輪候時間短和新轉介的病人，更能控制已清空的輪候池。

4. 發還醫療費用不應出現，其增加更被曲解為服務提升的指標

醫管局成立後，其職能由香港法例第 113 章《醫院管理局條例》界定。《醫院管理局條例》內沒有要求醫管局要按《公務員事務規例》第六章向公務員提供服務。因此，政府要與醫管局另簽協議，使醫管局成為公務員醫療福利的主要服務提供者。政府不斷強調是每年透過一筆過撥款的方式資助醫管局，藉此為普羅市民和公務員及合資格人士提供醫療服務。即是說政府已經在每年的撥款內，為所有公務員及合資格人士，向醫管局購買了全保的醫療服務。

2005 年前，藥物名冊和收費項目還未出現，這項撥款可全包公務員的醫療費用，包括日後被納入‘發還醫療費用’的藥物/服務。為什麼同一樣的藥物/服務，2005 年前是包括在每年的撥款內，但 2005 年後需以‘發還醫療費用’的形式，額外撥款給醫管局？就算醫管局更改了公營系統的收費政策，也不應影響政府一筆過撥款替公務員及合資格人士購買全包服務的協議。

那額外的發還醫療費用，原因不是公務員使用多了《公務員事務規例》第六章以外的服務，而只是醫管局的收費政策改了。為什麼每年已經給了醫管局一筆全包撥款，仍要付‘發還費用’的那一部分？政府多付了的錢沒有換來更多更好的服務，只是滿足了醫管局的會計操作，但帳就算到使用者的頭上。是否‘發還醫療費用’是用來製造公務員醫療費用不斷大幅增加（因醫管局不斷增加收費藥物/項目，公務員及合資格人士年紀增加），服務不斷提升的假像，打壓公務員的訴求？立法局議員有責任跟進和糾正這情況。

5. 中醫服務

為了配合‘公務員入職條件’而提供中醫服務，跟‘中醫政策定位’是完全沒有關係的。硬將它們拉在一起只是拖延的技倆。再者，政府中醫的政策已在 1997 年及 1998 年的施政報告中闡述了：為保障公眾健康，我們計劃在下一個立法年度提交條例草案，設立法定架構，以評核和監管中醫師的執業水準，承認中醫師的專業資格，以及規管中藥的使用，製造和銷售。一套完善的規管系統，會為中醫和中藥在香港醫療體系內的發展奠定良好基礎。我深信香港具備足夠條件，能夠逐步成為一個國際中醫中藥中心，在中藥的生產，貿易，研究，資訊和中醫人才培訓方面都取得成就，使這種醫療方法得到進一步發展和推廣。

《中醫藥條例草案》已在 1999 年 7 月通過。香港中醫藥管理委員會也按該條例在 1999 年 9 月成立，負責實施各項中醫中藥的規管措施。管委會下的中醫組負責制定及實施各項中醫規管措施，包括中醫註冊、考核、持續進修、以及紀律事宜。可見中醫藥的法例和規管跟西醫/牙醫是一樣的。

硬說要把中醫藥納入公營醫療架構內才能提供給公務員只是托詞。《公務員事務規例》第六章找不到這個要求。如能把中醫納入公營系統，也會是多年後的事吧。再把中醫擴大至公務員醫療福利也需額外時間。樂觀估計十多年吧。我們的中醫服務，已被剝奪 18 年了，還要繼續被剝奪多少個 18 年？

說衛生署在中醫上的角色是監管者，不是提供服務者是不準確。問題只是衛生署不願意，不是不能夠成為服務提供者。以牙醫為例，衛生署是監管者，但同時也是全港最大的牙醫服務提供者。他聘有兩百多位牙醫，主要提供公務員的牙科服務。

說到醫管局的三方協作中醫診所，服務量是可以增加的，是資源調配的問題。問題歸根到底是政府和醫管局所簽的協定內容問題。如該協議是按《公務員事務規例》第六章而定，就不會有服務常規與不常規，主流與不主流的僭建。

將希望轉至中醫院亦是不切實際，只是拖延的技倆。它不會是一所公營體系的醫院。局方連公營醫療體系內的機構也束手無策，如何能夠使公營醫療體系外的機構就範？再者，中醫院也需多年落成，如能成事，也是十年以後的事，如何能解決已拖延多年的即時需要？聯席再次強調如公營醫療系統不能或拒絕提供應有的服務，作為入職條件，政府需另覓服務提供者。

雖公務員架構中並無中醫職系，可否以非公務員合約方式，聘請中醫，在公務員診所提供的服務？如不能短期內使衛生署/醫管局提供中醫服務，可否直接安排撥款，向非牟利機構/保險/或私營市場購買中醫服務？

當大部份的醫療保險，包括一般雇主提供的保險，已包括中醫時，政府繼續用似是而非的理由拒絕向公務員提供中醫服務，是完全不能接受。在財政豐腴的今天，政府應該投放資源，改善他多年忽視的公務員醫療福利，立刻提供中醫服務。

6. 應檢討 2000 年後入職的公務員退休後沒有醫療牙科福利的政策。

當年的顧問報告 (*Consultancy Study on the Civil Service Retirement Benefits System*) 指出新入職的公務員的強積金安排是沒有包括其他福利（如醫療）：‘公積金是不可能代替因喪失工作能力，健康不良，受傷，冗員，非自願撤離，廢除公職，死亡等而提供的特別福利。若要提供這些福利，是要透過其他的福利計劃補充，或從公積金以外的一般開支提供。*(it is impossible for a provident fund to replicate the special benefits due to incapacity, ill-health, injuries, redundancy, involuntary withdrawal, abolition of office in the public interest, death, etc. that are available under the existing pension schemes because of the characteristics of defined contribution schemes. These benefits, if to be replicated, would have to be offered through a supplementary defined benefit scheme or through general payments outside the provident fund.)'*

同一職級公務員，做同一的工作，負同一的責任，但有不同的服務條件。這製造了同事間的壓力和工作間的張力，極需舒緩。

公積金已經推行了 16 年，現在的招聘環境，人才流失，和財政情況跟當年有很大的改變。政府應檢討 2000 年後入職公務員退休後的醫療福利的安排，以吸引高質人才加入和留效公務員行列。我們建議如公務員在退休前連續服務若干時間（15 或 20 年），才可在退休後獲醫療及牙科福利。

7. 因應醫療需要的護理服務

很多年紀大的公務員，退休已否，可能不幸患有老人癡呆，中風，腦退化，精神病等，導致不能自我照顧，也可能缺乏家人照顧。對他們來說，護理服務是基於醫療需要，也付合《公務員事務規例》第六章的範圍。

這是政府多年蓄意忽略的一塊服務。官員曾以‘這不是衛生署的範疇’而打發了。公務員事務局在 2016 年 8 月 9 日的信中就《公務員事務規例》第 900 (1) 條理解為：此福利只限於“診症”及“治療”，而護理服務並不屬此福利的範疇。

聯席在 2016 年 8 月 12 日回信中已表達了“護理”是包括在“治療”之內的看法。在醫療專業內，“治療”和“護理”是分不開的。“護理”的水平會直接影響“治療”的效果。在醫院內，醫生處方的藥和手術可以說是“治療”。但病人在病床上的照顧（進食，鑒察維生指數，清潔身體，更換床單等）是“護理”。難道醫生只提供“治療”而不顧“護理”嗎？為甚麼政府不把“護理”的費用分拆出來，要公務員自付？很多醫療服務都不是“治療疾病”而是“護理”，如物理治療，職業治療，糖尿病患者的皮膚傷口護理等。難道這些“護理”服務是不屬此福利範疇嗎？

本聯席擔心公務員事務局是將條例中的“治療”定義為單指“醫病”。有很多病是不能根治的，無得醫的，如很多癌症，糖尿，腦退化，中風，高血壓等。很多藥物不是用來“醫病”，而是用來控制或減慢病情的發展。如“治療”被狹隘地解釋為“醫病”，患這些病的公務員也會被摒諸門外了，是嗎？

如把‘醫療意見和診治’排除‘護理’，這正違反了《公務員事務規例》第 902 條，“當局所提供的治療，全視病情而定。當局會盡力向公務員及家屬提供最佳的護理及治療，但所給予治療的程度及性質，則由主診醫生全權決定”。可以看到，902 條中所提到的“治療”，就是包括了“護理”，否則不會繼續說“當局會盡力...提供最佳的護理及治療”。可見條例設立的精神，“治療”不是狹隘地單指“醫病”，而亦包括了與治療疾病相關的“護理”。

政府有責任提供是項護理服務，途徑可透過向社會福利署買位或可向外買位，按‘最佳護理及治療’的標準（輪候時間/院舍設施/服務質素）提供護理服務。

8. 這福利的服務提供者只能是公營醫療系統嗎？

這是局方曲解《公務員事務規例》的看法。強調“公營醫療系統提供服務給公務員的原則”是違反了《公務員事務規例》第六章的精神。如果細讀《公務員事務規例》第六章全章，不難發覺‘公營醫療系統提供服務’這原則是有前設條件的。前設條件就是要求公營醫療系統（政府或醫管局）提供‘最佳的護理及治療’（《公務員事務規例》第 902 條）。就是說如果公營醫療系統能提供‘最佳的護理及治療’，公務員不會反對這福利由‘公營醫療系統’提供。反之，如果‘公營醫療’系統不能提供‘最佳的護理及治療’，公務員事務局就有合約責任另找服務提供者補充它們服務的不足以符合‘最佳護理及治療’的合約原則。這看法是具備條例和先例上的支持。

如果公務員不幸患有一些罕有的病，公營醫療系統不能提供治療。如只顧“在公營醫療系統提供服務給公務員的原則”，那政府就可就手傍觀，不用提供任何醫療服務。但第 902 條要求政府提供‘最佳的護理及治療’，所以有《公務員事務規例》第 910 條的設立：‘衛生署署長可批准在職公務員，或其合資格的家屬，前往外地接受不能在本港獲得的治療’。

如單看“在公營醫療系統提供服務給公務員的原則”，當‘公營醫療系統’提供某些服務的輪候時間太長，我們就只能等，就算病情不斷惡化，也只能繼續地等。那麼政府只需在每個專科聘請一位專科醫生，以證明有該專科提供就行，不用理會輪候時間多長。如只有一位箍牙醫生，絕大部份公務員的子女，就算在出生後立刻輪候，在 21 歲前都不會得到箍牙治療。所以 902 就是 900 (1) 的前設條件，以保障是項‘入職條件’不會被蠶蝕。

先例證實，當輪候時間過長，符合不到‘最佳的護理及治療’的標準，政府就有責任要求‘政府或醫管局’改善，如增聘人手或增長服務時間（牙科服務）。局方不斷強調希望‘在現在的規例框架下，可以做到的話是最理想’。公務員事務局已表明不能要求其他部門（衛生署）或機構（醫管局）提供他們不想提供的服務（如中醫）。這希望是不切實際了。這是否表示公務員事務局繼續和他們商討是與虎謀皮？不會有結果？只是拖延的技倆？

事實上，公務員事務局是可以繞過公營醫療系統，另覓服務提供者。在 1980 年初，輪候鑲牙和箍牙的時間分別增加至 20.8 個月和 37.1 個月。政府就推出了‘私家牙醫計劃’。這計畫說明了如公營醫療體系提供不到公務員事務規例第六章所承諾的水準，政府是可以和有合約責任另找服務提供者，補充不足。該計劃雖被撤銷，但是被政府認定為成功的。當年的政務司在 1985 年公共財政委員會（Public Accounts Committee）的結論是：

1. 私人牙醫計劃是成功的。它令到很多公務員及合資格人士可以在計劃實施的短時間內，得到大量應有的治療。政府牙科本身是不可能在這時間內提供這大量的治療。（To the extent that the private dental treatment scheme enabled many civil servants and their dependents to obtain necessary dental treatments, the scheme could be counted a success because the Government

Dental Service could not have provided all these treatments within the life span of the scheme.)

2. 是次計劃引起了不少的行政問題，導致某些不守規則的情況出現。(The scheme gave rise to considerable administrative problems, and certain irregularities emerged as a result.)

3. 大部分的公務員誠實及洽當地參與計劃，對懷疑個案的調查也沒有發現任何公務員詐騙的實質證據。(The great majority of civil servants who utilized the scheme did so honestly and properly and that the investigation of doubtful cases had discovered no real evidence of fraud on the part of civil servants.)

4. 大部分不守規則的情況，是由於部分公務員和數名牙醫違規或對計劃的細節有誤解而引起。(Most of the irregularities arose through non-compliance with, or the misunderstanding of, the rules of the scheme on the part of some civil servants and a few dentists.)

另一例子，在 2010 年，當醫管局的診斷服務輪候時間太長時，當局向香港大學醫學院購買了醫療診斷服務（電腦斷層掃描、磁力共振掃描和超聲波掃描）作為試驗，以改善輪候時間長的問題。其成功亦成就了現時伊利莎伯醫院內常設的公務員加強診斷服務。

由此可見，‘由公營醫療系統提供服務的原則’不是絕對的，是可以繞過的。要看的是公務員事務局的官員想不想做。聯席再次強調公務員規例的框架並不限制服務提供者只是醫管局和衛生署。如公營醫療系統不能或拒絕提供應有的服務及水平（最佳的護理及治療），作為入職條件，政府有合約責任，另覓服務提供者。悲哀的說，公務員醫療及牙科福利的提供情況和水平，不是取決於條文，而是受制於負責官員的心態/心情。可能以語言偽術欺騙/愚弄公務員，比實質推行計劃改善服務來得更容易，更爽快！

9. 成立高規格的委員會檢視福利的提供情況。

以往，政府非常遵守合約精神，當公務員醫療及牙科福利水準出現問題時會研究或成立特別委員會，檢視情況，提出改善方案。如 1980 年成立的工作委員會 (Working Party consisting of government officials and members of the dental profession) 檢討及建議改善牙科服務的方法；2001 年的 Scoping study – Department of Health services for civil servants; 2003 年 Feasibility study on the Development of a New Outpatient Medical and Dental Benefits Scheme for Newly Recruited Civil Servants 等。但在過往十多年，沒有類似的委員會成立過。

聯席強烈要求政府應樹立好僱主的榜樣，尊重合約精神，履行公務員醫療及牙科福利這入職條件的承諾。建議政府籌組一個多方代表的高規格委員會（包括退休公務員），就公務員醫療及牙科福利這項入職條件，全面檢討現時服務提供的情況，及探討可改善的方案。

公務員醫療及牙科福利聯席 謹啟

代表：袁國華

二零一七年四月七日