

香港社區組織協會
就立法會衛生事務委員會討論
葵青區地區康健中心的回應

香港社區組織協會（社協）一直關注基層市民的權利實踐情況，包括健康權利，並致力推動政府透過公共服務履行各項相應的責任。因此社協一直關注基層醫療健康的發展，以促進落實市民的健康權利。

政府剛向立法會衛生事務委員會提交討論文件，¹解釋在制定葵青區地區康健中心（康健中心）試點計劃的建議時，各項考慮因素。本會就上述文件有以下回應及意見：

- 一、文件第 6 段提及康健中心的目標，包括「提高公眾對於個人健康管理的意識，加強疾病預防，和強化社區醫療及復康服務，以減少不必要地使用醫院服務的情況」。社協認為，**基層醫療健康服務的目標，應該是提升市民健康水平，並最終因此減少第二層醫療服務的負荷。**雖然如此，在規劃基層醫療健康服務時，**卻不應以醫院服務的情況作為考慮焦點**，否則便是重蹈覆轍，繼續錯誤地以第二層醫療服務作為醫療健康政策的側重點。
- 二、文件第 7 段提及康健中心設於葵青區，並參考了該區人口整體的健康狀況，以制定服務重點。社協認為，葵青區的人口特徵，例如男女比例、長者人口比例、家庭特徵及收入狀況等，均與深水埗區相近，而深水埗區的貧窮情況更為顯著。²由此可估計，**深水埗區居民的健康狀況與葵青區的接近，也有著同樣的基層醫療健康服務的需要。**社協認為，當作為試點的葵青區康健中心開始投入服務後，政府應該著手規劃於深水埗區及其他人口特徵（如長者人口、收入狀況等）相近的地區（如觀塘、北區、元朗、黃大仙等）設立康健中心，以期於本屆政府完結前，最少有五個康健中心開展服務。
- 三、文件第 8 段提及康健中心將優先處理五項慢性疾病及健康風險因素。社協認為，除文件中列出的五項以外，市民同樣會患上各種慢性疾病或較罕見疾病。康健中心也應留意服務使用者的身體狀況及相關病徵，並作出合適建議及轉介。康健中心更應為**特定群組，如長者、婦女、兒童等制訂健康管理計劃，並提供相應身體檢查項目**，以便有關群組容易及早識別健康風險及疾病。

¹ 立法會 CB(2)1787/17-18(01)號文件

² 按 2016 年中期人口普查數據顯示，葵青區 65 歲或以上長者人口比例為 16.7%，稍高於深水埗區的 15.9%，但葵青區的主要職業收入少於一萬元的工作人口比例為 12.8%，低於深水埗區的 14.2%，前者的每月收入少於一萬元的住戶比例為 20.2%，低於後者的 21.3%。另外，葵青區的住戶每月收入中位數為 21 600 元，高於深水埗區的 20 000 元。

- 四、文件第 18 段提及康健中心營運者需發展基層醫療健康服務提供者的網絡，又要與社區內的非政府機構合作。社協認同**康健中心必須在社區內加強「橫向連結」**，透過營運者接觸區內市民，並轉介至合適的服務提供者。無疑，非政府機構（如地區長者中心）在地區上已建立了社交網絡，營運者固然應該透過非政府機構接觸市民。然而，不可忽視的是，地區上或有其他既有的網絡，如地區組織、宗教團體、學校家長會等，**營運者同樣應該透過地區既有網絡，接觸市民從而提供服務。**
- 五、文件第 23 段提及「康健中心營運者需要自行與網絡服務提供者簽訂合約」。社協認為，**政府雖然外判康健中心的服務予營運者，但也應全力作出支援**，例如與各醫療專業團體溝通，協助尋找地區上合適的服務提供者供營運者商討合作細節。
- 六、文件第 26 至 28 段提及康健中心計劃進行的健康推廣服務。文件中列出的服務內容與現時地區團體及組織所舉辦的類近。社協期望康健中心投入服務後，**能透過創新方法，接觸目標參與者，及更有效令他們改善生活習慣，預防疾病，改善健康。**
- 七、文件第 29 至 31 段提及康健中心計劃進行的健康評估服務。文件中列出康健中心將提供基本健康風險評估，以及早發現慢性疾病及健康風險因素。社協期望康健中心除以篩查方式為目標人士進行評估外，**也應為較高風險的群組，如長者、婦女、45 歲以上人士、兒童等作定期檢查，以監察他們的健康狀況變化，以期及早作適當介入。**
- 八、文件第 32 至 33 段及 34 至 36 段分別提及康健中心計劃進行的慢性疾病管理及社區復康服務。文件中列出服務並未提及如何與醫管局加強溝通及合作，**為公立醫院的慢性病患者或有復康需要的病人在地區上提供支援**。社協認為**康復中心應加強「縱向連結」**，透過電子健康紀錄系統，在有需要時為康健中心的服務使用者與公立醫院聯繫溝通，以便在地區上更有效地進行慢性疾病管理（例如公立醫院病人覆診時，醫生調整了控制血壓藥物，病人回家服藥後出現不適，可在地區內更方便地聯繫康健中心，再由康健中心與有關專科盡快商討有關藥物問題）。另外，文件中提及的社區復康服務，除接受醫管局的轉介外，康復中心也應該與作出轉介的公立醫院保持緊密聯繫，商討病人的康復進展，並適當調整復康療程。
- 九、文件第 37 段提及政府對醫療諮詢服務提供的資助。政府計劃為醫療諮詢服務設劃一補貼，並交由康健中心網絡醫生自行決定需否向病人額外收費。社協認為，醫療諮詢服務與現時公立醫院的家庭醫學診所的服務類似，**政府應**

參考公立醫院相關服務津貼水平，為接受醫療諮詢服務的市民提供九成的資助。³

十、文件第 38 段提及康健中心其他服務的收費。文件列明政府會參考非政府機構的收費，為由康健中心營運者或網絡服務提供者提供訂立服務收費上限水平。現時非政府機構的收費水平雖然已屬非牟利性質，但也需要三數百元，對有醫療健康需要的基層市民造成額外負擔。社協認為，由康健中心營運者提供的有關服務應該免費，其成本應由政府額外資助。另外，由網絡服務提供者提供的，政府應參考前段對於醫療諮詢服務的資助水平建議，為這類服務提供九成的資助。

十一、文件第 39 段提及政府提供的資助，包括容許病人在康健中心內使用醫療券、領取綜援病人可報銷康健中心的服務費用、75 歲或以上的高額長者生活津貼受惠人可減免費用等。社協認為，為確保有經濟困難市民不會因經濟考慮而放棄接受健康服務，政府應放寬可獲額外資助的條件至現時正領取政府津貼的人士，例如在職家庭津貼、65 歲或以上的長者生活津貼、學生書簿津貼、交通津貼等的受惠人，同樣可免費接受康健中心及網絡服務提供者的基層醫療健康服務。

社協過往也曾就多個群組的醫療健康需要進行調查研究及撰寫意見書，詳情請參閱附件。⁴總括而言，基層市民因應社經狀況較差，面對醫療健康需要時，政府必須提供容易獲取（accessible）及可負擔甚或免費（affordable）的服務。另外，基層市民因健康意識較低，又應經濟能力較弱，往往忽略基層醫療健康的需要，推遲接受有關服務，直至病情嚴重才到公立醫院求醫。

針對基層市民的情況，社協認為政府必須在發展基層醫療健康服務時，方便市民容易接觸到有關服務，同時亦必須減低有關服務的收費，更應免費為有經濟困難的人士（即正在領取政府津貼的受惠人）提供服務，才能鼓勵他們盡早關注自身健康。

二零一八年七月十二日

³ 現時公立醫院普通科門診收費為 50 元，成本為 445 元，即政府為求診市民提供約九成津貼。

⁴ 附件包括：2018 年 6 月的〈長者基層醫療健康意見書〉、2018 年 5 月的〈基層婦女使用醫療服務情況調查報告〉及 2016 年 7 月的〈貧窮兒童健康及使用醫療服務調查報告〉

長者基層醫療健康意見書

香港社區組織協會 香港老人權益聯盟

2018 年 6 月

(一) 前言

香港社區組織協會(社協)及香港老人權益聯盟(老權)多年來積極組織基層長者，關注包括長者貧窮、長者長期照顧服務，護老者支援等等社會問題。近年由於醫療服務規劃失當，疾病模式改變及人口老化，基層長者依靠瀕臨崩潰的醫療健康安全網愈見「老無所醫」。政策發展緩慢及服務嚴重不足，不單影響長者健康，同時做成不必要的長期照顧需要，照顧者壓力及帶來高昂私營醫療費的經濟壓力。醫療健康政策影響全港市民，惟本港三十多萬貧窮長者年輕時多為口奔馳，年老時健康退化使他們的醫療健康需要尤其急切，基層長者貧病交加下，改善基層醫療健康政策及服務實刻不容緩。

有見及此，自 2016 年起社協及老權組織「長者健康關注組」收集長者意見，並向深水埗、黃大仙及觀塘等地區長者進行健康需要調查，同時與二十多個長者健康持份者包括專業團體、學者、長者組織、病人組織、醫管局、衛生署、議員、食物及衛生局及私營服務提供者等會面交流，收集各界對政策及服務的意見。2017 年施政報告提出成立「基層醫療健康發展督導委員會」，承諾大力推動基層醫療健康發展，社協及老權於委員會首次會議前，已就長者基層醫療健康向委員會表達初步意見。

《長者基層醫療健康意見書》收集整理貧窮長者面對基層醫療健康服務不足的實際情況，社區調查結果及不同持分者的意見，就基層長者健康的三個困難，提出現時基層醫療健康政策及服務的四大問題，並詳列長者對改善服務的具體建議，促請政策以社區健康為本，跨界別合作確保基層健康平等。

（二）基層長者面對問題：老、病、貧

香港的公營衛生系統服務負責全港九成的住院服務需要，急症室、門診及專科等服務亦覆蓋全港有需要市民，政府同時向長者提供「長者醫療券」及「長者健康中心」等健康服務。然而，社協及老權特別關注三十多萬基層長者的健康狀況，基層長者除面對整體**醫療服務不足**，同時面對**老化帶來的服務需求**及因**貧窮相關的健康問題**，在老、病、貧三個困難交煎更引起長期照顧等社會問題。

2.1 醫療服務供不應求

近年公營醫療服務備受壓力，惟即使公共衛生開支有所增加，服務量卻遠未滿足公眾需要，專科輪候時間可長達數年，長者難以預約門診服務，而急症室等候時間愈來愈長。公立醫院病床經常超出負荷，每當流感高峰期時，本已搖搖欲墜的公營醫療系統便面臨崩潰，過去一年的夏季及冬季流感期間，更急需向私家醫院「買位」以解燃眉之急，可見服務量嚴重不足。

病床等硬件方面，根據規劃署在2015年10月修訂的《香港規劃標準與準則》，每1,000人口應設5.5張病床¹（包括公立及私立醫院各類型病床）。以2017年本港人口739萬計算，共需40,645張病床，現有公私營病床合共只有約32,300張，即欠約8,300張病床。政府雖於2016/17年度及2018/19年度財政預算案宣佈合共預留5,000億元，在未來二十年增加約8至9,000張病床，惟因人口老化等因素，可見未來病床仍是供不應求。

醫療人手等軟件方面，根據香港大學以需求為本的推算，整體醫護人手現時已出現嚴重短缺，而隨著人口老化引致的服務需求，醫護人手短缺情況在中長期將進一步惡化。據推算，現時整體醫生人手欠缺285人，2030年將惡化至欠缺1007人；整體護士人手欠缺1485人，2030年將惡化至欠缺1669人²，此外與長者健康服務息息相關的專職醫療人手如牙醫、物理治療師及職業治療師等現時均出現人手短缺，中長期短缺情況持續惡化。換言之，在維持現有服務水平下，醫療人手短缺問題仍然會持續多年，更何況推算未有計及因改善服務質素而需額外增加的人手數目。在整體人手不足下，為基層市民提供醫療保障的醫院管理局亦

1政府規劃署(2016): 香港規劃標準與準則 第三章: 社區設施

2食物及衛生局(2017): 香港醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告

出現人手短缺，據醫管局推算，2016 年欠缺 400 位醫生及 100 位護士³，天水圍醫院因此出現急症室只能有限度開放，有設施無人手運作。

軟硬件不足下，專科輪候時間極為漫長，以長者最常求診的專科包括眼科、內科及骨科等為例，其穩定新症輪候時間分別可長達 153 星期(九龍東聯網眼科)，102 星期(九龍中及新界東內科)及 178 星期(新界東骨科)⁴。病人求診等候時間達 2-3 年，而且服務需求急增下，情況無改善跡象，根據醫管局數字，內科及骨科等長者常用專科，即使每年服務量提升愈一成多仍只能勉強維持現時等候時間，遑論縮短輪候時間。急症服務同樣備受關注，第四第五類別(半緊急及非緊急)求診者平均等候時間為 114 分鐘及 127 分鐘⁵，流感期間更出現等候 48 小時仍未能上病房的慘況。一些病人因未能預約門診，或欠夜診服務而被迫到急症室求診，只能無奈於急症室通宵達旦輪候。

	穩定新症 90 百份值輪候時間	每年需增加多少服務量方能維持現有輪候時間 ⁶
內科	98 週	16.9%
眼科	94 週	7.9%
骨科	127 週	4.2%

2.2 老化帶來的服務需求

香港市民的平均預期壽命持續延長。根據世界衛生組織定義，當 65 歲或以上人口佔總人口比例達 7%時，即踏入「高齡化社會」，於 2017 年本港 65 歲或以上人口比例已達 16.4%，並預期將逐步上揚至 2040 年的 30%⁷，可見香港早已步入高齡社會，並即將踏入「超高齡社會」(指 65 歲或以上人口佔總人口比例達 20%)。2017 年香港居民的出生時平均預期壽命，男性達 81.7 歲，女性達 87.7 歲。

3 立法會 (2015): 醫生、牙醫和護士的人手推算 (CB(2)978/14-15(03))

4 醫院管理局 (2018): 專科門診穩定新症輪候時間 (http://ha.org.hk/haho/ho/sopc/dw_wait_ls.pdf)

5 食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號 FHB(H)005

6 醫院管理局 (2018): KPI Report No. 37 (https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad_bnc/AOM_P1373.pdf)

7 政府統計處(2015): 香港人口推算 2015-2064

隨著人口老化，長者人口對醫療健康服務的需求明顯較高，而患有慢性病的比率亦隨年齡上升而增加。根據統計署於 2016 數字，65 歲或以上長者於過去 30 天內曾向西醫求診的比率為 35.8%，遠高於全港平均 21.9%；於過去 30 天內曾入住醫院的比率為 18%，為全港平均 9.3% 的兩倍。於患有慢性疾病的比率方面，74.3% 長者患有一種或以上慢性疾病，亦遠高於全港平均 28.4%。於患有慢性疾病及入住醫院比率方面，55-64 歲及更年長人士需要亦高於其他年齡群組⁸。醫院管理局數字亦顯示，65 歲或以上長者佔公營醫院總體住院日數的 50%⁹，由此可見長者面對服務不足比一般市民更首當其衝。

	30 天內曾向西醫求診比率	30 天內曾入住醫院比率	患有慢性疾病比率
65 歲或以上長者	35.8%	18%	74.3%
55-64 歲組群	24%	10.1%	44.5%
全港平均	21.9%	9.3%	28.4%

長者求醫頻繁，根據統計處 2009 年調查估算，約四份之一長者自我照顧能力低¹⁰，於日常生活需要別人協助，因此日常求診及各種慢性病護理亦需要陪診、特別接送及上門護理等等協助，本會 2017 年進行年長護老者調查¹¹，發現「陪診及外出」是照顧弱老最大需要，佔受訪照顧者 92.5%，同時 60.3% 表示交通費因此增加，可見不少長者除面對醫療問題外，更需面對為求醫而安排照顧者，交通費及申請家居服務等等問題。

3.3 貧窮相關的健康問題

表面上，香港的公營醫療系統為全民提供保障，政策保障「沒有人會因經濟困難而得不到適當的醫療服務」。公立醫療服務收費廉宜，而有經濟需要長者可透過綜合社會保障援助計劃(綜援)及其他醫療費用減免機制獲得保障；事實上，

⁸政府統計處(2017): 主題性住戶統計調查第 63 號報告書

⁹醫院管理局(2012): 長者醫療服務策略

¹⁰政府統計處(2009): 主題性住戶統計調查第四十號報告書

¹¹ 社區組織協會(2017): 以老護老：基層年長護老者服務需要問卷調查報告

(http://www.soco.org.hk/publication/elderly/elderly%20research_2017_3_5.docx)

基層長者雖然老病交加，卻因貧窮而未能獲平等健康權利，政策亦未有針對改善貧窮人口健康問題。香港大學公共衛生學院 2013 年公佈全港住戶調查研究亦顯示貧窮戶患慢性病較多，抑鬱問題更嚴重，但所獲醫療健康支援更少

據政府 2016 年最新數字，本港 65 歲或以上長者貧窮率（恆常現金政策介入後）為 31.6%，即三十四萬長者生活於貧窮線以下¹²，而基層住戶獲政府分配的醫療福利比例於 2001 年至 2016 年十五年間呈下降趨勢，顯示政府未有集中支援貧窮弱勢住戶，間接加劇健康不平等。雖然住戶獲分配的平均醫療福利由 2001 年的 1089 元上升至 2016 年的 1630 元，惟按十等分劃分，最低收入的第一等分，於 2001 所有住戶每月獲分配總醫療福利的百分比為 22.1%，於 2006 年下降至 18.2%，2011 年再下降至 16.6%，至 2016 年更下降至只佔 16.1%（即十年間的減幅為 27.1%）。可見政府雖整體增加醫療開支，貧窮人口卻未能相應地獲得更多支援，對比最高收入的第十等分，獲分配比例由 5.5% 上升至 6.9%（即十年間的升幅為 25.5%），更出現富者愈富，貧者愈貧¹³。

	2001 年	2006 年	2011 年	2016 年
第一等分 (最低收入) 獲分配醫療福利比例	22.8%	18.2%	16.6%	16.1%
第十等分 (最高收入) 獲分配醫療福利比例	5.5%	6.7%	7.6%	6.9%
全港所有住戶平均獲分配 醫療福利金額	1089 元	1090 元	1230 元	1630 元

由此可見，香港公共醫療出現「逆向照顧」，最需支援的貧窮弱勢群組，未能最受惠於公共醫療開支增加，反之收入最高的人口獲分配醫療福利比例卻見上升。貧窮長者於所獲醫療健康服務的質素、醫療健康服務的可達性及健康管理意識三方面均處於弱勢。意見書第二章將詳細討論有關健康不平等問題。

¹² 扶貧委員會(2017): 2016 年香港貧窮情況報告

¹³ 政府統計處(2017): 香港 2016 年中期人口統計 - 主題性報告：香港的住戶收入分布

（三）基層醫療健康四大問題

面對人口老化，過去十年公共醫療衛生撥款一直有所增長。舉例而言，醫院管理局每年開支平均增加 7.4%¹⁴，但服務仍明顯供不應求。除增加衛生服務的財政承擔外，國際研究證據不斷指出改善基層醫療健康系統，是解決上述三大困難的關鍵。問題是香港自九十年代起多次改革，為何未竟全功？

聯合國世界衛生組織在 1978 年 9 月於前蘇聯的阿拉木圖（Alma Ata）舉行基層醫療健康國際會議，134 個出席國家共同簽署「阿拉木圖宣言」（Declaration of Alma-Ata），呼籲所有政府擬訂出政策、戰略及行動計劃，在各有關部門的協作下，發起並持續開展作為醫療體系重要組成部分之一的基層醫療，以確保社會公義及全民健康。於本地而言殖民地政府亦早於 1989 年成立「基層健康服務工作小組」（工作小組），承認香港缺乏清楚及合時的基層醫療政策，並建議：「將本港健康服務政策的重點放在基層健康服務這一方面」，報告由現任特首林鄭月娥負責撰寫。政府當時接納了「工作小組」報告大部份建議，落實服務措施包括實施學生健康服務，增設婦女健康中心及長者健康中心等等。

至千禧年代，政府再次提出加強基層醫療健康，於 2010 年發表《香港的基層醫療發展策略文件》，列出多項策略發展方向包括設立家庭醫生名冊、改善公營基層醫療服務及資助市民接受預防性護理等等，並成立「基層醫療統籌處」。現時有關基層醫療健康服務的發展，如：長者醫療券、大腸癌篩查先導計劃、社區健康中心等便由此而來。

本港基層醫療健康改革自 90 年代至今近 30 年，惟基層長者仍然面對上述三大困難，社協及老權參考世界衛生組織 2008 年的世界衛生報告《初級衛生保健：過去重要，現在更重要》（Primary Health Care: Now More Than Ever）為框架，向貧窮長者進行調查，收集長者及持份者意見後，於健康不平等、服務模式、衛生政策及服務協調四個範疇，分析現時基層醫療健康系統的四大問題。

¹⁴ 07/08 至 16/17 醫管局年報

3.1 健康不平等

「基層醫療健康的不公平，源於體系對某些群組的排斥，體現於醫療健康服務的可達性、可獲得性、服務質量以及支付負擔」世界衛生報告, 2008

健康是一項基本人權，不論年齡、性別、貧富等等差異，良好的基層醫療健康系統有責任確保各組群的健康權利獲得平等保障。本港的衛生政策以「沒有人會因經濟困難而得不到適當的醫療服務」為大原則，為無法負擔醫療費的人士提供費用減免，表面上已提供全民保障，惟因基層醫療健康缺陷，排斥弱勢組群令社會出現健康不平等。香港大學公共衛生學院 2013 年公佈全港住戶調查研究指出本港醫療健康系統的「逆向照顧」，基層長者健康狀況較差，服務需要較大，但獲得的服務反而較少。

缺乏健康教育

基層長者少時面對戰亂及貧窮，亦未有享受現時十五年免費教育等等社會福利，故統計處數字顯示基層長者普遍教育程度低，本地研究亦指出約六至七成長者健康意識不足¹⁵，同時發現獨居長者的健康意識較其他長者為差，以及健康識能低 (low health literacy) 的長者普遍跌倒風險較高，需入住醫院的比率亦較高。本會針對貧窮線下長者進行的調查亦發現¹⁶，基層長者的社會資本薄弱，於日常健康管理及遇到健康問題時均欠缺支援。舉例而言，只有有不足一成半基層長者有家人朋友支援，提供健康或疾病資訊，同時更有 25%沒有任何渠道獲得健康資訊(如飲食資訊、健康生活習慣)，26.3%長者沒有任何渠道獲得疾病資訊或預防建議方面(如預防大腸癌、高血壓)。

個案例子

何婆婆 72 歲，獨居於公屋單位，因頭暈到急症室求診後發現患上高血壓及痛風症。服用醫生處方的降血壓藥後出現咳嗽及不適等副作用，故自行停藥。

何婆婆說話有口音，數月後覆診時亦未能準確描述副作用，醫生顯得有些不耐煩，匆匆表示某些副作用是正常反應，如有緊急問題便到急症室求助。何婆婆目不識丁，無子女陪診，亦無錢看家庭醫生諮詢，感到非常無助。

現時何婆婆只會間中服藥，由於家中堆積的剩餘藥物太多，她將剩下的藥物沖進馬桶...

¹⁵ Leung, Angela & Kwan, C.W. & Leung, I.S.M. & Chi, Iris. (2016). Inadequate health literacy and more hospitalisation among frail older adults in Hong Kong. 11. 10-13.

¹⁶ 社區組織協會(2016): 「基層長者健康需要」問卷調查報告

(http://www.soco.org.hk/publication/elderly/grassroot%20elderly%20health%20research%20report_2016_10.docx)

本會訪問資深長者服務社工、學者及醫護人員，均觀察到貧窮長者健康識能差，自我健康管理能力較差，亦較難理解健康檢查，健康生活習慣等等較抽象概念。舉例而言，不少基層長者未能理解藥物標籤及副作用，亦無家人朋友可幫忙，故自行停藥或自行更改劑量，亦未能了解治療效用及監察病情，故護理質素更差及出現健康危機。

針對基層長者健康意識問題，現時衛生署於十八區設「長者健康中心」及「長者健康外展隊伍」。但長者健康中心會員人數約4萬人，只覆蓋全港約3-4%長者(見下文3.3)，接觸面嚴重不足，亦未有針對弱勢長者(如獨居、貧窮、健康意識差)進行健康教育；外展隊伍方面，衛生署職員雖不定期於地區團體提供健康講座，但未能穩定及有系統地持續向長者提供健康資訊，難以監察成效及覆蓋率，此外由於服務並非雙向溝通，長者面對健康問題時亦無任何渠道查詢或獲得支援。相比之下，同樣為健康需要龐大的群組，政府透過學生健康服務有系統及定期地接觸絕大部份中小學生，而長者健康教育只透過「長者健康中心」及「長者健康外展隊伍」，與學生健康服務近九成的覆蓋率相去甚遠。

不少基層長者目不識丁，教育水平及健康意識均較差。政府雖設長者健康中心卻只服務極少數長者，欠缺如學生健康服務般的健康教育系統，協助長者提升健康及護理能力。因此不少長期病長者不懂何時求醫，對病情一知半解，亦不知如何預防疾病及管理病情。

難以獲得服務

基層長者未能負擔私人醫生費用，衛生署統計亦指出收入愈低者，有家庭醫生的比例愈低¹⁷。本會調查亦發現只有8%基層長者有家庭醫生¹⁸，故研究指出基層長者身體出現問題時較傾向使用公營服務，惟研究同時亦指出公營基層醫療服務的可達性(accessibility)、連貫性及護理質素均較私人家庭醫生相去甚遠，影響長者求診意欲^{19,20,21}。低收入長者的醫療健康需要較其他長者為高，但使用服務的頻率卻較其他長者為低，可見即使需求較大貧窮長者在獲得服務上卻處於劣勢。

¹⁷衛生署(2017): 二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書

¹⁸ 見註16

¹⁹ Yam, H., Mercer, S., Wong, L., Chan, W., & Yeoh, E. (2018). Public and private healthcare services utilization by non-institutional elderly in Hong Kong: Is the inverse care law operating?.

於可達性方面，本會調查發現長者難以預約普通科門診，五成半受訪基層長者表示公營普通科門診的電話預約系統「非常不方便」及「不方便」，並平均需致電 2.8 次方能成功預約，可想而知於流感或服務高峰期時更是一籌難求，不少長者因籌數不足更被系統分派至同區較遠診所或跨區求診，更有兩成長者表示因未能預約而放棄求醫。公營門診籌數不足，而需要一天前預約而非提供即時協助令不少長者卻步，同時普通科夜診服務非常短缺，全港只有 13 間設夜診服務的公營診所，故貧窮長者因此放棄求診或逼於無奈前往急症室求診。

除預約困難外，因求診者基層醫療服務不足，故於診所等候服務時間極長，但診症時間卻非常不足，不少長者因「等三個鐘先睇三分鐘」醫生而放棄求助。根據醫管局數字，即使事前預約好時間的專科診症，近四成比約定時間遲一小時以上，更有一成比原定時間遲兩小時以上，加上藥房等候時間經常超過一小時及地點不便造成的交通時間，每次求診便需半天，可想而知未有預約的急症服務等候時間更長，而全港四份之一長者日常生活需要別人協助下，對行動不便或需要陪診(對需要付時薪購買陪診服務者尤甚) 的長者而言，求診變得極為困難。

此外，經濟負擔仍為影響基層長者求診意欲的重要因素，由於公營服務可達性不足，不少長者因求診及陪診交通費上升。本會調查訪問年長護老者，逾六成長者表示因陪診外出令交通費上升。同時公營醫療未有覆蓋的中醫，牙科服務等等亦對貧窮長者帶來經濟壓力。根據本會調查，除去醫療券資助後，基層長者每

個例子

陳婆婆 74 歲，與 76 歲丈夫居於深水埗唐樓，因樓下的普通科門診經常無籌，故通常預約石硤尾的診所「個到有斜路，有啲長者行唔到，容易啲約」

陳婆婆患有關節炎，高血壓及高鉀血症，最近陳婆婆出現腳腫，腳痛問題引致行動不便，同時覺到頭暈眼花。丈夫著他看醫生，陳婆婆堅持不求醫「唔使錢咩，你比錢我搭的士上去？搞足一日醫生都係比止痛藥我」

晚上陳婆婆頭暈，在丈夫陪伴下到急症室求醫，婆婆沒有申請綜援，故 180 元的收費令她很「肉痛」...

²⁰ Wong, S., Kung, K., Griffiths, S., Carthy, T., Wong, M., & Lo, S. et al. (2018). Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong.

²¹ Owolabi, O., Zhang, Z., Wei, X., Yang, N., Li, H., & Wong, S. et al. (2018). Patients' socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong.

月醫療及相關支出達\$366 元，全年支出達\$4392 元²²，可見公營服務雖為免費，交通及公營醫療未有保障的項目卻帶來經濟壓力。

已領取綜援長者雖可透過「醫療費用豁免證明書」免費使用醫療服務，惟因社會污名化、與家人同住長者（佔全港長者六成多）未能獨立申請等問題，令不少長者雖有經濟需要而未有領取綜援，無法獲得醫療減免，同時領取高額長生津者，雖然在申請長生津時早已接受經濟審查，但亦要待 75 歲方獲自動豁免。雖然醫管局聲稱非綜援受助人，可透過非綜援醫療費用減免機制申請減免，但本會接觸申請醫療費用減免機制長者發現申請手續複雜，實拒人於千里之外，問題包括：

- 1, 長者需要每半年至一年到醫院預約申請，每次申請減免或需多次來回醫院，對行動不便長者做成壓力
- 2, 與家人同住長者需接受全家經濟審查，長者家人或子女需請假於辦公時間到醫院申請減免，不少長者為免影響子女而放棄
- 3, 機制繁複，例如長者需在申請前一天到銀行打簿，又需請家人宣誓，聲明每月提供多少經濟援助，以及地址證明，收入證明及資產證明等等

基層長者未能負擔私人醫療服務收費，依靠公營服務時面對難預約、等候時間長、需跨區求診交通費貴、欠缺夜診及申請減免收費困難種種障礙。因此雖然醫療需要大，但無家庭醫生下較難獲得服務，使用醫療服務反而較少，出現「逆向照顧」。

²²見註 16

3.2 醫院為本的服務模式

「所有國家的衛生系統，如果不重視建立具持續性及具綜合性醫療健康服務，則不可能很好的應對慢性非傳染病日益增長的需求」世界衛生報告, 2008

本港近七成半長者患有長期病，長者常見長期病包括高血壓，糖尿病及高血脂（三高）及骨質疏鬆（一低）等等。長者往往同時患有多種長期病，隨藥物治療外亦需要健康生活習慣，長期監察病情及日常護理支援等服務，此外長期病患需要了解藥物反應及副作用，面對病情變化亦需要一個穩定及信賴的接觸點，提供便捷的門診或健康諮詢服務，世衛指出上述「以人為本」（people-centered）²³的服務，可大大減少對醫院服務的需求及提升護理質素。

面對長者對健康及疾病管理的全面需要，政府「基層健康服務工作小組」報告早於 1990 年已指出香港的醫療系統以「醫院為本」(hospital-based)，過分著重專科，急症室及住院服務等等第二，第三層護理，忽視基層醫療健康，缺乏綜合性及持續性的服務。分割零散的服務令基層長者遇到問題時不必要地使用急症室及專科，同時日常護理質素欠佳令健康惡化，形成惡性循環，由此可見如不改革基層醫療健康服務，即使服務量有所提升，公立醫院病床及急症室爆滿情況仍將非常嚴峻。

服務模式對比 (世界衛生報告 2008)

傳統門診服務	以人為本的基層醫療健康服務
以疾病及治療為本	以健康為重點
醫患關係局限於診症時	醫患關係穩定長久
偶發性疾病	全面及持續的保健
責任限於就診時為病人提供意見及指示	責任為社區中所有人的長期健康，包括環境中影響健康的因素
單向接受所購買的服務	共同參與管理自己及社區的健康

²³ WHO | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). (2018).

有攞藥無跟進

不少研究均指出病人互助小組，定期的飲食及營養建議有助改善三高患者的病情，同時減少使用醫療服務，可惜政府資源集中於傳統醫院治療，並未大力推動服務。舉例而言獲政府資助之「病人自強計劃」2017/18 年只服務一萬四千人²⁴，相比全港約 135 萬長期病患只是九牛一毛。根據本會調查，少於一成基層長者表示公營醫療（包括普通科門診及專科門診）有提供健康資訊或疾病資訊。本會收集患長期病基層長者意見，不少表示對日常長期病護理一無所知，求醫時只獲提供書面資料，醫生無暇講解。

本會訪問醫療服務團體及慢性病患組織，均表示現時服務非常單一，過分集中於藥物治療，對慢性病風險評估不足，舉例而言，部份醫護人員表示因人手緊張，對糖尿病患者的風險評估由每年一次改為隔年一次，故監察病情（如血壓，血脂及血糖指數等）只能依靠基層長者自行管理，或由個別社區服務提供者提供。

個案例子

張伯伯 68 歲，獨居於舊區劏房，患有三高長期病。約 6 年前被診斷患有糖尿病後，醫院播放了長約 10 分鐘的教育短片，護士花了 5 分鐘提醒張伯伯留意生活習慣。從此以後張伯每三個月到醫院「攞藥」一次，張伯對糖尿病的認識只限於數年前的 15 分鐘，現時他仍有吸煙，每天以即食麵作早餐及貪平買肥豬肉煮飯。

最近天氣乾燥，張伯雙腳痕癢出現傷口，劏房鄰居告訴他糖尿病人會「爛腳」需要截肢。等不及 2 個月後覆診，張伯唯有到急症室苦等 6 個小時求醫，醫生匆匆處方藥膏，惟他仍非常憂心，每日食不下嚥...

基層長者健康意識差，部份更不通文字，實在難以恆常自行記錄血壓等指標，並以紙筆記錄供醫生參考。事實上，不少基層長者表示公營醫療只提供「攞藥」，其餘健康需要只能自求多福。

然而在藥物方面，藥物諮詢及跟進亦非常不足，基層長者難以管理多種藥物及理解副作用，故護理質素參差。根據醫管局進行之病人經驗調查²⁵，專科門診中 48.7% 病人表示醫護人員沒有解釋藥物的副作用，除此以外 52% 表示醫護人員沒有告知離開診所後要留意的危險徵狀，69.9% 表示醫護人員沒有提供求診後如擔心身體情況可聯絡誰人跟進。醫管局亦將以上持續照顧項目，

列為「有待改善」的範疇。

²⁴ 食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號 FHB(H)157

²⁵ 醫院管理局(2015): 專科門診病人經驗及服務滿意度調查

欠缺社區健康介入，以及監察護理，藥物諮詢服務下，基層長者即使患有數種長期病，唯一獲得的服務只是相隔數個月見醫生診症一次，根據審計署數字，老人科等專科平均藥物處方時間長達八十四日，惟在人手緊張下見醫生時間亦非常不足，本會調查發現 65%長者表示見醫生時間不足，75%的受訪者認為醫生未能解釋病情，50%認為醫生未能令他們了解病情，當中亦有 47.9%的長者認為醫生未能回答長者問題。本會 2017 年與香港電台合作探討診症時間問題，政府回應自 2014 年起於普通科門診設 8 分鐘診症時間基準，惟因人手不足亦無力為病人提供更長時間服務，同時不少媒體亦反映公營醫療前線醫生每小時需處理十個症，往往無力處理同時有多個健康問題的病人。

基層長者面對數種長期病患，只能依靠「三個月見三分鐘」醫生，既不清楚藥物副作用，亦不懂監察病情，對日常健康生活習慣及飲食習慣如何改善病情等等都只是一知半解。長期「擺藥」的長者，只能自求多福希望中風等併發症不會發生。

專科服務滾雪球

患有一種或數種長期病的基層長者，與偶發疾病（如傷風感冒）的需要截然不同，同時基層長者欠缺健康教育，故此需要持續的基層醫療及健康服務。具體而言，在醫療上患有多種疾病的長者需要持續一致的治理、藥物及評估互相配合，病歷資訊流通；同時長者(尤其不通文墨的長者)需要穩定及能信任的關係、恆常不變的地點及服務提供者。國際研究及本地研究均指出，持續而連貫的服務可以減少不必要使用醫院服務，減少使用專科，改善護理的質素提升健康及減低長期病的併發症。相反而言，分散零碎的服務前後不連貫，複雜的醫療系統亦令長者無所適從，求助無門下往往誤用急症室。（*上圖淺色部份未能參與電子病歷互通）



於服務提供者的持續性而言，基層長者主要使用公營第二，第三層的住院及專科服務，在醫管局內能病歷互通。惟在基層醫療健康服務上，自 2007 年政府成立電子健康紀錄互通督導委員會至今 11 年，病歷互通發展仍是長路遙遠，大部份服務提供者卻未能參與取覽及寫入病歷，只有部份家私家醫生能加入計劃。大部份基層醫療健康服務提供者仍未能互通資訊，影響質素。舉例而言，社區護士未能參閱長者過住的血壓及血糖等記錄，提供健康諮詢及日常護理建議；社區物理治療師及職業治療師未能得知長者的跌倒記錄，提供訓練及家居改善；視光師未能參閱長者於眼科專科求診時的檢查結果，故需要重覆檢查；社工及地區健康工作者，未能得知那位長者中心會員患有糖尿病，針對性提供健康講座及生活習慣介入。

個例子

張婆婆 76 歲未婚，獨居於公屋單位，他她日常要到廣華醫院看骨科、老人科、心臟科；到明愛醫院看眼科、外科、家庭醫學專科、耳鼻喉科；又要到瑪嘉烈醫院看精神科，到九龍醫院看胸肺科。加上言語治療、物理治療及職業治療，張婆婆要到四間醫院看十一個專科及專職醫療，日曆上密密麻麻都是覆診日期。

婆婆行動略為不便，每次看醫生都花上半天，因為未有申請綜援，張婆婆要自付診金及藥費很大壓力。最近張婆婆有尿頻及間中失禁，雖然有九位專科醫生為他治療，但張婆婆不明白，應該向那一位求助...

現時基層長者普遍同時於多個專科求診，舉例而言不少長者因關節退化及視力退化使用骨科及眼科，膽固醇問題使用老人內科，聽力問題而使用耳鼻喉科，加上種種常見前列腺、失禁、心肺等等疾病，生活在社區長者動輒要到四五科專科求診，除造成服務負擔外長者亦飽受早晚求醫之苦，因分工非常明細長者亦不明白應該向那一專科求助。據醫療服務提供者表示，因專科醫生人手過分緊張，診症時間不足，亦間接鼓勵醫生轉介至其他專科而非詳細了解病情，香港老年學會會長梁萬福醫生形容情況猶如「滾雪球」，令專科服務需求不斷提升，惡性循環下服務質素只會每況愈下。

公營醫療服務分工明細，專科醫生局限於單一疾病，無法協助長者全面醫療健康需要，同時本會調查發現只有 8% 長者有家庭醫生，欠缺全面服務下，長者無法建立穩定的服務接觸點及信任關係，故不少研究指出本港「經常轉任醫生」情況普遍。長者反映服務「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，舉例而言，有長者到專科求診時表示傷風咳嗽及背痛，專科醫生卻因非所屬專科而拒絕治療。最終長者兩天

後成功預約門診，門診醫生表示因時間緊迫，每次只能處理一種病症故只處理傷風，著他回家後再次預約門診。

本會訪問不同社區健康服務的持份者，均表示相較其他病人，長者(尤其基層長者)較難理解抽象的健康概念(例如預防流感或預防大腸癌非常重要)，極需要與健康服務提供者穩定的個人關係，方能影響生活習慣及願意接受服務。在欠缺穩定的服務接觸點下，健康服務(例如注射疫苗，參加大腸癌篩查計劃)往往難以接觸有需要長者。總而言之，欠缺持續性令長者在醫療及健康服務方面，均難以獲得全面服務，更造成不必要醫療需求。

公營醫療頭痛醫頭，腳痛醫腳，令多病長者專科「愈睇愈多科」，惟基層長者遇到問題時卻不知向誰求助。離開醫院後，在醫療方面，公院病歷資料不能與社區醫護專業互通，求診時只能浪費時間為長者重覆量血壓等檢查；在健康方面，基層長者沒有家庭醫生等穩定接觸點，難以改善生活習慣及明白預防的重要。

3.3 政策重醫療輕健康

「衛生資源配置集中於高額的治療服務費用，卻忽略了初級預防及健康教育可能預防高達 70%的疾病負擔」世界衛生報告, 2008

健康作為一項基本人權，並不限於疾病的治療，亦理應包含促進全民健康的教育，疾病的預防及早期的篩查及風險評估等等。世界衛生組織不斷提出「達到盡可能高的健康水平，是全球最重要的社會目標之一」，重視健康而非只醫療的衛生政策，除了保障全民的基本健康權，亦確保弱勢社群如基層長者於健康上的社會公義。在財政及社會整體成本上，更健康的社會減少昂貴的專科及住院服務需求，節省成本及提高全人生活質素，減少長期照顧（如老人院及照顧者）的開支，這一點早已是國際共識。

政府自九十年代至今多次提出醫療改革，可惜至今近三十年衛生政策仍是「重醫療，輕健康」，過去十年衛生開支及服務雖然拾級而上，但投放健康的資源不足，健康服務量不足輪候經年，亦難以針對老病貧的基層長者。同時，服務範圍過於狹窄，忽視基層長者由家居改裝至身體檢查的全面需要。

健康服務嚴重不足

近年政府財政資源非常豐厚，2018/19 年財政預算案更提出大福增加衛生開支 13.3%，衛生開支亦突破過去訂下 17%的「緊箍咒」佔整體經常開支的 17.5% 顯示「理財新哲學」。可惜自 2008/09 年度政府再次發展基層醫療工作至今已十年，衛生署基層醫療服務的開支由 2008/09 年度約 16 億元逐步增加至今 65 億，健康對比醫療服務開支仍不足十分之一。表面上，健康開支自 14/15 年佔 6.8% 慢慢上升至 18/19 年 10.4%，重醫療輕健康情況似有改善，惟仔細分析下健康開支增加的主因是 2014 年醫療券金額調升，及至 17/18 年放寬至 65 歲長者及 18/19 年一次性增加\$1000 元醫療券。醫療券原意為鼓勵長者使用基層醫療服務，故列入「預防疾病」開支，可惜運作至今並未達到政策目標，據政府數字顯示只有少數長者以醫療券作「預防疾病」，另外，以現金券形式的健康服務出現濫用及不當使用等問題，對「健康」的幫助成疑。

雖然國際間對基層醫療佔整體政府衛生開支沒有公認的水平，但美英曾有研究反映基層醫療的開支佔當地衛生開支 10%至 24%不等²⁶²⁷。即使將健康效用非

²⁶ Smith J et al (2013), Securing the future of general practice: new models of primary care

常成疑的醫療券開支計算在內，健康開支仍不及衛生開支預算十份之一。可見近十年整體公共衛生資源投放仍是「重醫療輕健康」。

健康與醫療間的公共資源分配

開支預算 (百萬元)	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
衛生署基層醫療	1,603.6	2,203.1	1,816.6	2,037.4	2,513.2	2,988.1	3,269.8	3,402	4,261.4	5,068.6	6,512.9
醫管局	30,462.2	33,041.4	34,364.9	38,553.3	42,886.9	46,180	47,973	49,876	51,588.9	55,283.0	62,395.5
衛生開支	32,586	35,692	36,923	39,904	44,672	48,765	52,373	54,502	57,288	61,935	71,158
兩者比率 (%)	5.3	6.7	5.3	5.3	5.9	6.5	6.8	6.8	8.3	9.2	10.4
基層醫療 佔衛生開 支 比 例 (%)	4.9	6.2	4.9	5.1	5.6	6.1	6.2	6.2	7.4	8.2	8.7

在財政承擔不足下，健康服務發展並未追上人口老化及慢性病增加的趨勢。未有針對性的健康教育之下，基層長者的健康意識本已不高，主動尋求健康服務的動力不大又難以接觸到服務，可惜即使主動申請健康服務（如身體檢查），輪候時間亦長達 1-2 年。現時長者最主要的基層健康服務為衛生署於 18 區所設的「長者健康中心」，主要為 65 歲以上長者提供每年身體檢查服務，但自 90 年代至今未有配合長者人口增加資源，整個服務在基層醫療健康政策的角色不清，同時服務量嚴重不足。據最新數字顯示，現時申請成為健康中心會員，屯門及沙田區需輪候 24 及 20 個月，即使較快的深水埗及藍田區亦需等候 11 及 13 個月²⁸。

長者健康中心會員人數及其佔 65 歲以上長者人口比例

年份	長者健康中心會員人	65 歲或以上長者人口	長者健康中心覆蓋率
----	-----------	-------------	-----------

²⁷ Gold SB & Park BJ (2016), Effective Payment for Primary Care: An Annotated Bibliography

²⁸ 衛生署(2018): https://www.elderly.gov.hk/tc_chi/about_us/waiting_time.html

	數		
2000 年	42700	723,100	5.9%
2005 年	37600	835,600	4.5%
2010 年	38500	9181,500	4.2%
2015 年	42400	1,117,300	3.8%
2016 年	44000	1, 163,153	3.8%

即使簡單涉及三高一低的身體檢查，亦能幫助長者預早求助及管理健康，事實上「病向淺中醫」已是基本常識。根據本會對基層長者健康需要的調查數據分析，對比「有定期身體檢查」及「沒有定期身體檢查」群組的受訪者，發現前者自評健康較佳，有統計學上極顯著差異($p < 0.01$)；在醫療開支及求診次數方面，對比「有定期身體檢查」及「沒有定期身體檢查」群組的受訪者，發現前者平均每月醫療支出少\$135.4元，每年用於醫療的開支少1624.8元，即「有定期接受身體檢查」群組的每月醫療支出比「沒有定期身體檢查」少三成多(33%)。另外，前者平均每年求診次數，比後者少7.7次，即「有定期接受身體檢查」群組的求診次數比「沒有定期身體檢查」少四成多(41%)²⁹。可見定期身體檢查的長者在開支及求診需要上均較低。

基層長者無力負擔私營的健康檢查費用，故「長者健康中心」提供極有限的服務已是不少基層長者獲得檢查的唯一途徑。根據本會調查，只有27.4%長者有

個案例子

譚伯伯 66 歲，與一對子女同住，雖然身體尚算健康，惟不時仍感到心跳不正常及略感頭暈。最近譚伯在街上覺到頭暈眼花，立即到就近急症街求助。

醫院專介譚伯到心臟專科及輪候檢查，檢查日期在 2 年之後，譚伯獲友人告之「長者健康中心」有提供心電圖等等長者全身檢查，他嘗試到中心登記後，同樣獲告之檢查日期在 2 年之後。

譚伯擔心自己將隨時心臟病發，故寢食難安，但退休後儲蓄只剩下 9 萬元左右，實在不捨得到私家醫院檢查身體...

²⁹ 見註 16

定期進行身體檢查，而其中逾半 (57.7%)³⁰為於長者健康中心進行，因此輪候時間長及覆蓋率低，令基層長者難以及早預防。

衛生政策忽視基層健康，投放於健康服務的資源長期不足十分之一，因此服務量無法配合人口老化而增加。就最主要的身體檢查服務而言，國際及本地證據均指出檢查對減少醫療服務需求有顯著幫助，惟只有極少數長者受惠公營體檢，基層長者捉襟見肘下只能繼續輪候檢查。

欠牙科及其他重要疾病預防

在整體衛生政策重醫療輕預防下，老病貧的基層長者往往直到身體狀況出現大問題時，方能獲得醫療服務，除身體檢查之外，常見的長者健康需要如牙科護理、預防跌倒、認知障礙評估、中醫治療等等，均未有服務提供。基層長者對自己是否有健康需要並不清楚，例如是否需要補牙，會否患認知障礙，是否跌倒的高危人士，當問題出現時往往只剩下安老院一條出路。

長者與兒童牙科需要同樣龐大，惟就長者牙科服務而言，政府未有如學童般設立全民性的保健及教育服務。基層長者欠缺牙科保健支援，根據本會調查，近半 (48.9%) 長者沒有任何渠道得到牙科健康資訊 (包括刷牙、使用牙線及假牙護理、口腔疾病等)³¹。同時即使政府透過關愛基金推展長者牙科服務，卻設有 70 歲的年齡限制及一生人只能使用一次，不少長者因未夠年齡或擔心只能申請一次，故忍受牙痛而不求助。基層長者飽受牙患之苦，只能依賴衛生署牙科街症服務，但服務局限於緊急脫牙及止痛，長者無法得到適當治理。再者，牙科街症服務點極度不便 (例如全香港島只有一間牙科街症)，一星期只服務兩天及需清晨輪候，不少長者需於清晨跨區輪候服務，令長者得不到即時護理及飽受折磨。

現時長者主要牙科治療服務及其限制

服務	申請資格	主要問題
長者醫療券	65 歲或以上	金額不足以應付牙科需要，長者亦需以醫療券承擔其他醫療開支
關愛基金牙科服	70 歲或以上，領取	年齡限制，一生人只能獲得一次服務，局限於提供假牙，

³⁰ 見註 16

³¹ 見註 16

務	長者生活津貼	無助長者牙科保健
綜援長者牙科津貼	綜援受助人	局限於綜援長者，津貼金額亦設有上限，無助長者牙科保健
牙科街症	持有香港居民身份証	只提供緊急脫牙及止痛，服務點不足，一星期只服務兩日及需清晨輪候

除牙科需要外，政府亦未有投放資源發展其他預防性服務，以減輕長者各種主要的健康危機。舉例而言，跌倒、中風、患有認知障礙症等等，均為長者失去日常照顧能力，而需要使用住宿照顧服務(如入住老人院)，或社區照顧服務(如送飯服務)的主要原因。然而在這些常見問題的預防及早期篩查(如跌倒風險評估、三高篩查、及認知能力評估)方面，現時的醫療健康系統均是後知後覺。

研究亦顯示六十五歲或以上長者中，每三人中便有一人於過去一年內曾經歷至少一次或以上跌倒³²，尤其患有骨質疏鬆的長者如不幸跌倒，更可能做成骨折及種種長期照顧的需要，跌倒及因此引起的傷害亦是導致長者殘疾或死亡的主因。除影響長者生活質素外亦帶來巨大社會成本。預防是應對長者跌倒的最佳治療，但現時公共資源只集中於長者跌倒後的住院醫療開支，安老照顧開支，並未提供全面的跌倒風險評估，預先為高危長者提供防跌的物理治療訓練，家居改裝等等服務，令高危長者暴露於長期住院的風險中。

根據世界衛生組織的分析研究，現時並沒有根治認知障礙症的有效方法，

個例子

謝婆婆 70 歲，獨居於深水埗公屋。謝婆婆患有三高，骨質疏鬆及雙眼均患白內障正在輪候手術治療，因為腰痛及膝蓋退化，婆婆現時出入均使用手杖輔助。

因為行動不便及視力「朦查查」，謝婆婆不時在家撞損手腳，尤其如廁後沒有扶手站起時感到吃力，沖身時也經常感到腳軟。最近婆婆在家滑倒，幸而沒有骨折，婆婆怕再次滑倒，於是自行用菜刀在舊鞋上劃痕，希望幫助防跌。

社工發現後希望為婆婆安排家居改裝及物理治療，但醫院表示婆婆沒有入院及骨折，不能提供服務，現時謝婆婆走路提心吊膽...

³² Older People Safety - RoSPA. (2018) <https://www.rospa.com/>

早期介入是減慢患者退化的唯一方法³³。然而在認知障礙症的預防，早期評估方面及確診方面，公營醫療健康支援極有限。根據本會 2018 年針對認知障礙症調查，患認知障礙的基層長者認為醫院人手緊張，醫生診症時間不足未有深入了解病情，故表現被動及延誤確診，更有不少長者因此放棄求診，錯失早期治療的黃金時間³⁴。政府自 2016 年提出，推行智友醫社同行計劃，由地區社會服務機構及醫管局互相配合服務 2000 位長者，相比本地研究推算，全港 60 歲以上共有十多萬位患者³⁵，服務名額仍是九牛一毛，可見在認知障礙方面的基層醫療健康服務仍只是剛剛起步，要發展至全民性的早期檢測仍是大落後。

衛生政策過分重視治療，面對最常見的數種長者疾病均未有大規模的針對預防，更遑論與中醫及其他醫療健康服務的協作，導致部份高危的基層長者未能防微杜漸，最終失去健康。社會同時亦付出巨大醫療成本，以牙科為例，一般牙科檢查及洗牙只需數百元，但如要配假牙，按關愛基金長者假牙資助成本為 14,390 元³⁶；「長者健康中心」每次全身檢查的成本只為\$1395 元，但如長者不幸跌倒或中風，每日住院的成本為\$5390 元，每位出院療養病人的醫療成本更高達 24 萬元³⁷。

身體檢查服務不足外，公營健康服務同時欠缺牙科護理，防跌，早期認知障礙介入等等最常見的長者健康服務。高危長者往往直至健康惡化至難以挽回，方耗用大量醫療服務，基層長者付出晚年健康及生活質素，社會則付出沉重醫療及照顧成本。

33 Towards a dementia plan: a WHO guide. (2018).

(http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/)

34香港社區組織協會(2018): 以老護老 - 基層年長護老者 照顧認知障礙症患者研究 2018

(http://www.soco.org.hk/publication/elderly/elderly%20carer%20research_2018_3_6.pdf)

35 Yu, R. et al. (2010) Dementia Trends: Impact of the Ageing Population and Societal Implications for Hong Kong.

36 立法會(2016): 香港的長者牙科護理服務

37 財政預算案 2018/19 總目 140—政府總部：食物及衛生局(衛生科)

3.4 角色混亂

「政府需為建設衛生系統承擔最終責任，但這並不代表政府應在基層醫療健康改革中寡斷獨行，不同群組均在改革中佔一席位」世界衛生報告, 2008

能夠針對弱勢群組確保健康平等、同時提供具持續性及全面性服務、以健康為本而非只治療疾病為本的衛生系統，需要有統一明確的政策及政府內不同部門的溝通合作，包括醫管局、衛生署、社會福利署等等主要部門。與之同時，不同持分者包括私營服務提供者、社區健康工作者、地區團體等等亦需同時參與基層醫療健康系統，方能確保基層長者本身、照顧者、鄰居及各專職人員參與社區健康建設。

面對公營服務失衡，基層醫療健康發展緩慢，醫療融資及人手等問題，政府多次提出改革但至今仍是無功而還，問題積壓多年。單就基層醫療健康而言，近期的改革為 2010 年推出的《香港的基層醫療發展策略文件》以及基層醫療統籌處的成立，轉眼已近十年，改革仍是蝸行牛步，政府內改革只涉醫院管理局，醫療為本老調重彈；政府外公私協作乏人問津，醫療券醜聞百出。

健康服務欠缺統籌平台

基層長者尤其長期病患者，同時接受長期照顧、醫療及健康等各方面服務，各部門提供服務有所重疊，亦無法提供穩定及一致的，資訊令長者無所適從。於社會服務而言，社會福利署長者地區及鄰舍中心地區網絡完善，於全港各區設立逾 200 個辦事處，且與長者建立較長期穩定關係，例如曾家訪了解屋住環境及長者生活習慣，惟長者中心在舉辦健康支援服務（如健康檢查及講座）時，卻無從了解中心內會員的病歷亦無醫護技術支援；於醫療服務而言，醫管局具有專業全面的醫護人員，亦提供治療及處方藥物，惟在長期病護理方面，卻無暇詳細了解長者生活狀況及居所危機（例如誰可協助長者處理藥物，藥物儲存狀況，家居環境等）；於健康服務而言，健康中心具提供預防性檢查的技術及醫護人員，同時專責健康教育，卻未能發掘及接觸社區內的隱蔽長者。

健康服務角色混亂，至今醫管局、衛生署及社會福利署三者的服務角色仍未見統籌協調。舉例而言，衛生署及醫管局各自營辦健康中心、社署及衛生署，以至醫管局內私護士診所各自提供健康教育、社署及醫管局亦各自提供上門健康服務，當中有所重疊的主要長者基層醫療健康服務如下。

	醫管局	衛生署	社會福利署
疾病治療	普通門診	長者健康中心內的門診	
上門護理服務	社康護士服務 護院支援服務		社區照顧服務
健康檢查及風險評估	社區健康中心	長者健康中心	長者地區及鄰舍中心
健康教育	護士診所	長者健康外展隊伍	長者地區及鄰舍中心 社區照顧服務
物理治療服務	醫院物理治療部	長者健康中心	社區照顧服務

基層醫療統籌處隸屬衛生署，職能上難以協調長者各種健康服務需要，協調及監察跨局的醫社合作，除現有服務「各有各做」外，要推動基層醫療健康的新服務亦顯得無從入手，例如「安老服務計劃方案」提出未來長者地區及鄰舍中心等，需要加強健康支援服務，現時仍未有平台協調醫社之間如何合作。基層長者教育水平及健康意識不高，部份更目不識丁，但由於欠缺統一的資訊平台，現時服務協調及統籌的責任最後往往落在長者身上，出現混亂及重覆服務。

在資源分配及成效監察上，各部門的基層醫療健康服務均以活動為本 (activity-base) 量化，而非健康表現為本 (Health-outcome-based)。舉例而言，只監察診症人次，參加健康講座人次，上門服務次數等等。同時因服務架床疊屋，各部門無法分清權責，從而針對性監察長者的健康狀況是否有改善。如此資源分配及成效監察制度，型成各部門只重視活動 (activity) 愈多愈好，而忽視對長者的實際成效。審計署亦指出同樣問題，例如審計報告指出衛生署健康教育講座，出席人數少而活動重覆，在一間只有九位住客的長者院舍中一年舉辦十五次講座，全年只有一位長者曾經參加活動³⁸，可見資源浪費未能有效改善長者健康。

³⁸ 審計署(2014): 審計署署長 63 號報告書

長者健康涉及不同政策局及部門，卻欠缺協調統籌平台，因此分工權責不清及角色混亂。此外資源分配及成效監察制度落後，鼓勵各部門「各有各做，愈多愈好」忽視成效，基層長者往往獲得重覆及前後矛盾的服務及資訊。

公私協作乏人問津

多年來的醫療改革不斷提出「公私營醫療協作」改革目標，以加強基層醫療健康及改善公私營服務失衡，疏導公立醫院人手及服務壓力。2015 年財政預算更向醫管局撥款 100 億元作為種子基金發展公

私協作服務。可惜服務推行多年仍只流於口號，包括疫苗注射、門診協作、大腸癌計劃等等服務參加率低反應不理想，對疏導公立醫院壓力極為有限，過往更有計劃因參加人數過少而被「腰斬」。此外，花費最多公帑的醫療券計劃，雖然為基層長者提供公院爆滿外的另一出路，卻將健康資源管理的責任放在欠缺醫療健康意識的長者上，未能達到加強護理的政策目標，更間接導致奸商哄騙長者，從中取利。

本會訪問學者及私營服務提供者，均反映香港的衛生政策多年來重醫療輕預防，且在基層醫療健康上欠缺穩定的接觸點，導致使用醫院服務的健康行為(health behavior)牢不可破，同時長者的健康行為模式以觀察式學習(observational learning)及人際關係影響為主，難以輕易被電視及海報等宣傳改變。

舉例而言，2014 年推出「普通科門診公私營協作計劃」，邀請患有高血壓或同時患糖尿病、高膽固醇而在醫管局長期覆診的病人參加，參加者每年可獲資助十次私家門診費及藥物，惟計劃至今推行 4 年只服務不足 2 萬人，對比醫管局逾千萬的專科及普通科門診服務人次只是九牛一毛，服務參加率只有一成多，顯示吸引力不足。據本會收集長者意見，計劃只邀請在醫管局長期覆診的病人，因

個案例子

陳婆婆 83 歲，獨居於公共屋村，患有三高
等長期病。最近陳婆婆感到耳鳴及頭痛，使
用醫療券到屋村的私家醫生求診，醫生於是
問陳婆婆的病歷及服藥情況。陳婆婆不識
字，隨身拿出一個破膠袋。

膠袋裡有衛生署的紅色記錄冊、醫管局的黃
色記錄冊、社署長者中心量血壓的綠色記錄
冊、數張覆診紙、不同部門的健康飲食單
張，到其他私家醫生求診的藥單收據、物理
治療卡等等。翻箱倒櫃後，醫生仍未知陳婆
婆現正服用什麼藥，婆婆回答：一些紅色的
大粒，一些黃色的細粒....

此被邀請長者早已養成固定健康行為。此外，計劃只以書面邀請長者，並無職員解釋計劃內容及重點，故長者莫名其妙下收到大批書面資料，擔心一旦離開醫管局需要重新輪候服務，以及擔心額外收費等等而無人可問。由此可見公私營協作計劃需及早在長者並未養成於醫管局求診的健康行為前推行，此外亦需與長者有穩定關係的基層醫療健康工作者，向長者解釋及鼓勵改變健康行為。

其他公私營醫療合作計劃亦面對同樣問題，舉例而言，於 2016 年推出「大腸癌篩查先導計劃」參與率只有一成多，380,000 位合資格年長人士中只有 65000 人參加³⁹，2017 年施政報告雖然提出撥款九億四千萬及恆常化計劃，惟計劃與原訂三成的政策目標相去甚遠，有必要檢討參加率不足原因。此外，長者疫苗資助推行多年，惟注射率仍只有約四成⁴⁰，與世衛所建議的七成半相去甚遠。根據本會 2018 年進行疫苗調查，65 歲或以上基層長者注射疫苗的主因是受到專業人士(如社工，護士)的鼓勵 (41.3%)，次要原因為受到家人朋友的鼓勵(23.9%)⁴¹。調查結果印證基層長者的健康行為，主要受人際關係及專業人員影響鼓勵，可見日後各種公私協作等等基層醫療健康服務，必需具穩定的接觸點及建立信任關係，只透過發信件及大眾媒體宣傳，即使上述數個項目均為免費仍極難提升參加比率。

除參與比率低外，基層醫療健康服務持續性及協調不足，不少計劃參加者在接受健康服務後欠缺基層醫療健康跟進，結果只獲轉介至醫院，可見對減輕第二及第三層服務的壓力幫助不大。舉例而言，2013 年政府與九間非政府機構提出「長者健康評估先導計劃」，為長者提供全面身體檢查，除了遭審計署批評參加比率低外(原因已於上文闡述)，大部份長者 (74%) 最終轉介接受公營醫療服務，而非其他公私協作服務。可見公營服務及非政府機構，私營服務提供者等等未有持續及配套服務，在基層醫療健康網千瘡百孔下，最終無助減輕醫院壓力。

在醫療券方面，綜合以上各點，基層長者於混亂的公營服務中無法建立穩定信任的接觸點，有效影響健康行為；同時基層長者教育水平及健康意識不足，欠缺專業知識管理健康；社區亦未有良好的基層醫療健康服務網絡，可以避免使用醫院服務。在以上前提之下，政府只提出現金券式的長者醫療券只是不負責任。根據醫療券中期檢討，只有約 8%的醫療券被用作預防性護理，亦只有約 22%的

³⁹食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號 FHB(H)453

⁴⁰食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號 FHB(H)215

⁴¹ 香港社區組織協會(2018): 基層市民應對流感問卷調查

醫療券被用作跟進或監察慢性病症⁴²，基層長者既不知道自己需要什麼服務，亦不明白如何找到服務(例如不懂使用網上搜尋服務提供者)，即使找到服務亦與醫療系統不協調(例如家庭醫生未能取覽病歷)。長者不明白自己的健康需要，亦不清楚某種醫療服務的市場價值，相反某些不法之徒利用專業身份，加上只需身份證便查知長者醫療券尚餘金額，在資訊不對等，及衛生署未有妥善監管下，長者醫療券因此成為奸商「提款機」，醜聞不絕。

公營服務與其他服務的合作未有針對長者需要，以穩定及長者信任的接觸點鼓勵健康行為及提供跟進，同時各服務配套不足，無法減少長者使用醫院服務，因此即使服務完全免費仍大多乏人問津，跨界別合作流於口號。

⁴² 食物及衛生局及衛生署(2011) 長者醫療券試驗計劃中期檢討

長者基層醫療健康四大問題摘要

範圍	內容	詳細內容
健康不平等 基層長者健康需要較大，惟較難獲得醫療服務，出現「逆向照顧」	缺乏健康教育 缺乏針對性健康教育，協助教育水平及健康意識不佳的基層長者管理健康	● 研究顯示本港 6-7 成長者健康意識不足，推斷基層長者因教育水平不佳情況更嚴重，本會調查發現 1/4 長者沒有任何途徑獲得健康及疾病資訊，因此健康管理能力較差 ● 長者健康服務覆蓋率低，欠缺如學生健康服務般全民保健，沒有針對貧窮、獨居、隱蔽、低健康意識等長者提供健康教育
	服務可達性不足 基層長者無力負擔私營醫療服務費，惟公營服務可達性較差；醫療費仍構成長者經濟壓力	● 基層長者極少有家庭醫生及較少使用私營醫療服務，惟公營醫療服務在預約、開放時間、要跨區求診、時間成本及欠缺陪診方面均有障礙，可達性較私營服務差 ● 經濟負擔上，本會調查發現基層長者全年醫療開支達 4392 元，加上無申領綜援長者，申請醫療費用減免極為繁複，故多病基層長者求醫仍有經濟壓力
服務模式問題 衛生系統以醫院為本，欠持續性及全面性，做成不必要醫療需求	缺乏持續性 欠缺社區護理服務及藥物諮詢，長期病患只靠三個月見三分鐘醫生	● 基層長者求診時間不足，醫生無暇解釋病情，因此對疾病管理一知半解。醫管局調查亦顯示各專科未有解釋藥物副作用，注意事項及社區內可如何求助 ● 長期病患社區支援不足，欠缺健康生活習慣介入等服務，無助基層長者預防併發症，間接增加急症室及其他醫療服務壓力
	缺乏全面性 醫院內多病長者同時到數個專科求診；醫院外病歷未能互通，亦無穩定接觸點。醫院內外長者求助均無所適從	● 長者有多方面醫療需要，但人手不足及服務壓力下，專科只能「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，服務過分分割增加不必要醫療需求，專科「滾雪球」愈睇愈多 ● 社區內欠缺穩定的醫療服務接觸點（如家庭醫生），各基層醫療健康服務提供者亦未能與醫院互通病歷，無法在社區提供全面基層醫療服務
忽視預防	資源及服務量不足	● 即使將醫療券計算作「預防疾病」開支，過去十年間投放於預防的公共衛生資源仍只有

衛生資源集中醫療而輕視健康，令社會付出沉重住院及專科服務成本	投放於健康的財政資源不足，基本健康檢查服務輪候經年，未能因應人口老化減輕醫療需求	8.7%，少於十份之一 ● 即使身體檢查有效減少醫療需要及開支，衛生署提供身體檢查的「長者健康中心」服務覆蓋率極底，輪候時間達 1-2 年
	健康服務不全面 欠缺基層牙科服務，以及預防長期照顧需求的主要危機如跌倒、認知障礙等	● 欠缺如學童牙科保健般基層牙科服務，包括洗牙，補牙及牙科檢查等。同時關愛基金牙科服務有年齡限制及「一世一次」 ● 未有針對認知障礙及跌倒等危機進行大規模篩查，令不少長者錯失及早介入的黃金期。其他如中醫藥，職業治療，物理治療等等服務均從缺
角色混亂 政府多次推動基層醫療健康改革，但公營服務及公私合作服務協調均不足	公營服務無統籌 各部門於健康服務權責不清及角色混亂，長者獲得重覆或前後矛盾的服務及資訊	● 基層醫療統籌處未能統籌醫管局、衛生署及社署服務，於健康教育、健康監察，護理等等範圍均出現相近服務，令長者資訊混亂，亦未善用資源 ● 資源分配及成效監察以活動為本 (activity-base) 模式，而非健康效果為本 (Health-outcome-based)，鼓勵各部門只重視活動愈多愈好，忽視實際成效
	公私營服務成效不彰 公私營服務欠缺配套，無法吸引長者，不少服務即使完全免費仍乏人問津	● 基層醫療健康系統欠缺穩定及長者信任的接觸點，同時太遲介入及配套不足，令參與率低浪費資源，同時無法促進健康及減少醫療需求 ● 醫療券計劃要求欠缺醫療專業知識的長者自行選用服務，令計劃偏離政策原意，部份更淪為奸商提款機

(四) 長者全民保健

基層長者面對「老、病、貧」三大困難，迫切需要基層醫療健康改革，可惜自九十年代至今數十年間，屢次基層醫療健康改革均是未竟全功，社區健康中心最終淪為擴展了的普通科門診，過去多項建議均成效不彰，部份更被「腰斬」，長者全民健康仍是遙遙無期，當香港下一代享有牙科及學童保健種種全民性健康計劃時，基層長者為建設香港勞碌半生，晚年面對老病貧，實在應享有全民及全面的保健服務。

本屆政府承諾大力發展基層醫療健康，並成立基層醫療健康發展督導委員會規劃藍圖，於兩年內在葵青區試行「地區康健中心」，逐步推動至全港十八區。長者希望改革不再重蹈覆轍，成為十年前提出成立「基層醫療統籌處」及社區健康中心等建議的新瓶舊酒！本會收集基層長者及不同持份者意見，分析長者基層醫療健康四大問題，促請政府切實採納以下政策及服務建議，針對補足現時健康不平等、重醫療輕預防、服務持續性及全面性不足、欠缺統籌等問題，並透過地區網絡構成穩定接觸點提升長者健康。長者全民保健應包括以下各要點：

1, 資助長者身體檢查

- 為 60 歲或以上人士起提供全民基本健康評估，包括常見三高一低（即高血糖、高血脂、高血壓、低骨質密度）篩查及其他眼科，跌倒風險，認知能力及精神健康評估等等。參考長者健康中心現時包含以上項目的身體檢查，成本為\$1395 元；立即為全港所有長者進行檢查成本為 20 多億元，接近醫療券每年開支。
- 參考新加坡等地設立長者牙科保健，善用牙醫及輔助專業人員，為 60 歲或以上人士資助定期進行牙科保健，包括牙科檢查，洗牙及補牙等基層護理。同時將關愛基金牙科服務的年齡限制下降至 65 歲，並因應長者牙科狀況改變，放寬一生只能使用一次限制。長遠增加牙科專業訓練學額應付人口老化需要。

2, 一站式健康管理服務

- 以個案經理模式，為有需要長者（例如患多種長期病、教育水平及健康意識不足、欠缺家庭支援等）提供健康管理服務。包括藥物諮詢，一般健康諮詢，監察疾病，安排預防性檢查如大腸癌篩查計劃，疫苗注射等等，以致建議及轉介長者以醫療券善用家庭醫生服務等。

- 確保個案經理與醫療服務的溝通，舉例而言，在服務分流，覆診安排及藥物方面與醫管局直接聯繫，無需長者到醫院重覆接受評估，減少醫療服務壓力。
- 加快推動電子病歷互通以及擴寬互通範圍，確保不同基層醫療健康持份者及照顧者（如社區護士，社工，社區的職業治療師等）在長者授權下可獲得一致的資訊。
- 透過個案經理平台，資助各種跨專業的預防性服務，例如家居安全評估，防跌訓練，痛症舒緩及中醫藥服務等。同時配合其他包括健康飲食，戒煙，減少飲酒等等全民性的非傳染病防控政策，促進長者健康。

3, 一邨一護士

- 與現時逾 200 間長者地區及鄰舍中心及其他地區團體連結，於服務點增聘負責長者健康的個案經理，善用長者服務及地區團體早已建立多年的網絡及與長者的信任關係，擔任個案經理提供健康管理服務（見上文建議 2）。
- 個案經理根據長者需要，協調長者地區及鄰舍中心現有的健康支援服務，及地區團體現有的健康服務，並提供技術支援。善用長者服務及地區團體網絡組織病人互助及健康生活習慣小組，以鄰舍的社會資本促進健康
- 透過長者服務及地區團體的網絡，發掘未與基層醫療健康系統接觸的長者，（例如從未接受健康評估，以及沒有定期使用醫療及健康服務的長者），鼓勵進行健康評估，其他健康教育及預防。

4, 便利基層長者使用服務

- 提升整體醫療服務量以縮短輪候時間，增加夜診及改善門診預約系統，逐步於十八區設立二十四小時門診，令使用公營服務的長者更容易獲得服務，減少不必要使用急症室
- 將豁免醫療費用的年齡限制由 75 下降至 65 歲，並放寬至正領取普通長者生活津貼的長者或「在職家庭津貼」的受助家庭，免卻退休及在職基層長者的醫療費憂慮
- 檢討照顧者津貼，放寬申請資格及增加金額，以應付需要陪診長者的照顧者，日常陪診的交通費等開支

5, 政策統籌及監察

- 成立更高層次的行政機構如健康管理局 (Health Authority)，統籌及營運公營及公私營協作的基層醫療健康服務。設立以健康效果為本 (Health-outcome-based) 模式運作的資源分配及成效監察機制
- 配合人口老化及疾病模式改變，提升公營醫療開支佔本地生產總值至最少達 3%，以逐步拉近與發展國家平均投放 6.6% 於公營醫療的水平。同時增加整體衛生開支由政府經常開支的 17% 逐步增加至不少於 20%，增加基層醫療健康所佔的開支比例，加大對健康的資源投放
- 確保基層長者及各基層醫療健康持份者參與服務監察，參與政策及服務發展

「基層婦女使用醫療服務情況調查報告」

香港社區組織協會

2018 年 5 月 27 日

目錄

1	前言.....	4
2	現狀回顧.....	5
	2.1 公私營醫療失衡 醫護人手缺乏.....	5
	2.2 醫療服務側重治療 忽視發展基層醫療.....	6
	2.3 醫管局與衛生署服務協調欠佳.....	6
	2.4 基層婦女欠缺基層醫療支援.....	7
	2.5 女性貧窮率高.....	7
	2.6 醫療政策欠性別角度.....	7
3	文獻回顧.....	8
	3.1 香港的相關研究.....	8
	3.2 海外的相關研究.....	11
	國民保健服務.....	13
	National Health Service(NHS).....	13
4	研究目的.....	19
5	研究方法.....	19
	5.1 研究對象.....	19
	5.2 抽樣方法.....	19
	5.3 問題設計.....	20
	5.4 數據分析.....	20
	5.5 調查局限.....	20
6	研究結果.....	20
	6.1 基本資料.....	20
	6.2 個人健康.....	21
	6.3 公營醫療服務.....	22
7	研究分析.....	30
	7.1 受訪者身體健康狀況.....	30
	7.2 公營門診服務.....	31
	7.3 急症室服務.....	33
	7.4 專科與住院服務.....	34
	7.5 醫療減免.....	35
	7.6 公營中醫診所服務與其他非牟利機構服務.....	35
8	政策建議.....	37
	8.1 基層醫療建議.....	37
	8.2 專科醫療和住院服務建議.....	37
	8.3 整體醫療政策建議.....	38
	8.4 醫療費用減免與非牟利機構提供的醫療服務建議.....	38
9	個案大綱.....	39
	個案一：小病「拖」到大病的阿明.....	39
	個案二：來回兩地診症的阿瑩.....	41
	附錄一、問卷調查.....	43

附錄二、調查結果（圖表）49

工作人員名單.....88

「基層婦女使用醫療服務情況問卷調查」

1 前言

世界衛生組織於 1978 年發表了《阿拉木圖宣言》，提出健康是基本人權，是身心健康社會幸福的總體狀態，亦是一項最重要的社會性目標¹。現時香港醫療服務主要由公營和私營機構提供，但公私營比例失衡，七成門診服務由私營機構提供，九成的住院服務則由公營機構服務，再加上人口老化，長期病患人數增加，基層市民未能負擔日益昂貴的私營醫療，公營醫護人手短缺，病床數目不足，對公營醫院造成龐大負荷。

此外，現時政府以公營醫院及專科服務（第二層醫療，Secondary Care）為主的醫療模式，是屬後知後覺的「治已病」策略，再加上衛生署和醫管局服務協調欠佳，影響整體醫療服務的連貫性，在人口老化及慢性病增長情況下，公營醫院長期超負荷的趨勢已變成常態²。雖然特首在 2017 年施政報告中提出需大力推動基層醫療（第一層醫療，Primary Care），成立基層醫療發展督導委員會，制訂發展藍圖，亦決定在葵青區設立地區康健中心作為試點，以加強地區層面的醫、社協作及公私營合作。然而康健中心的實際效用，服務內容是否從性別角度考慮，基層女性是否可從中受惠卻有待觀察。

日本厚生勞動省發表的「2016 年度平均壽命統計」，香港女性平均壽命以 87.32 歲，擊敗平均壽命 87.05 歲的日本女性，成為全球長壽之冠³。統計署數字亦顯示 2016 年，女生的出生時平均預期壽命是 87 年，較 30 年前分別增加了約 7 年及 8 年⁴。雖然香港女性最長壽，但 2015 年仍有 14,946 名女性因癌症發病，其中排名前四位的為乳腺癌（26.1%）、大腸癌（14.4%）、肺癌（12.2%）和子宮體癌（6.5%）⁵。因癌症而死亡的女性亦有 5,971 人，頭四位癌症殺手為肺癌（23.9%）、大腸癌（45.0%）、乳腺癌（10.7%）和肝癌（7.2%），香港女性的健康狀況仍值得關注。

而本港超過一半人口為女性（近 390 萬人），當中年齡介乎 25 至 64 歲的女性有近 255 萬人；在 135.2 萬（2016 年）貧窮人口中，貧窮女性亦較男性多，女性貧窮率亦超過兩成（20.6%）（男性為 19.2%）⁶。本會 2016 年的《婦女健康與基層醫療調查研究的報告》顯示絕大部份（超過 93%）受訪基層女性表示健康狀態一般或差，遠較本港一般女性健康狀態差，不少受訪者更表示患有精神／情緒等疾病，情況令人憂慮。基層婦女健康欠佳，對公營醫療服務的需求亦較一般女性為高。

在 1987 年於哥斯達黎加舉辦的第五屆世界婦女健康會議中，決議每年的 5 月 28 日為「世界婦女健康行動日」，以喚起人們對女性健康的注重。惟對於本港基層婦女而言，要健康地照顧家人和子女，又能在職場中就業改善家中經濟，恐怕難上加難。由於無法負擔私營診所費用，若有身體不適，她們大多選擇普通科門診或急診室求醫、甚或自行服用成藥。有基層婦女甚至曾表示因無

¹ 「健康不僅是疾病與體虛的匿跡，而是身心健康社會幸福的總體狀態，是基本人權，達到盡可能高的健康水準是世界範圍的一項最重要的社會性目標，而其實現，則要求衛生部門及其他多種社會及經濟部門的行動」《阿拉木圖宣言》

² http://www.hkcss.org.hk/uploadfileMgnt/0_2017101018455.pdf

³ <https://hk.news.appledaily.com/international/realtime/article/20160728/55419163>

⁴ https://www.censtatd.gov.hk/statistical_literacy/educational_materials/statistics_and_you/index_tc.jsp

⁵ <http://www.cancer-fund.org/tc/cancer-statistics.html>

⁶ [https://www.povertyrelief.gov.hk/chi/pdf/Hong_Kong_Poverty_Situation_Report_2016\(2017.11.17\).pdf](https://www.povertyrelief.gov.hk/chi/pdf/Hong_Kong_Poverty_Situation_Report_2016(2017.11.17).pdf)

法即時預約公營門診，又無人照顧子女，被迫帶同年幼子女到急診室求診。延緩治療不僅增加疾痛，更令病情加劇，甚至傳染給家庭成員一同染病，損害婦女及家人健康。她們身兼兩職，既要照顧家庭者，又要工作維生，身心承受巨大壓力；也因經濟困難需自行服藥、前往內地求診或帶同子女輪候急診；健康意識不足，為節省金錢，寧願將錢用在子女教育、生活開支上，也不願定期檢查身體，情況另人擔憂。

2 現狀回顧

2.1公私營醫療失衡 醫護人手缺乏

現時香港醫療服務主要由公營和私營機構提供，但由於醫護人手不足、公私營比例失衡再加上資源不足，令香港醫療系統的詬病逐步浮現。

首先，香港醫生人手全港每 1,000 人口中不足 1.9 名醫生；護士人手則是全港每 1,000 人口有 7.1 名護士，低於聯合國經濟合作暨發展組織 (OECD) 國家平均每一千人有 3.4 名醫生及 9 名護士⁷。再者，現時門診服務約七成由私營診所提供，住院服務則有約九成由醫管局提供。可是，只有約六成醫護人員於公共醫療機構任職，卻要負責全港近九成的住院病人⁸；反之四成在私營醫療系統的醫護人員卻只需服務其餘一成的病者，可見公營醫護人手極為不足。

在資源方面，2014/2015 年醫療衛生經常性開支佔政府經常開支約 17%，總開支則佔本地生產總值約 6%⁹，遠遠低於 OECD 平均的 9%¹⁰；其中公營醫療部份只佔 3%，亦低於 OECD 平均 6.6%。另外，以 2017 年本港人口 739 萬計算，本港共需要 40,650 張病床¹¹，但是現時只有約 32,000 張病床，仍欠約 8,600 張病床，導致醫院經常出現住院病床爆滿的情況。現時本港主要公立醫院的病床住用率普遍達九成¹²，冬季流感高峰期部分醫院內科住院病床更達到 120%¹³，遠遠超出世衛建議 85% 的安全水準。

	2017 年部份公立醫院病床住用率	2018 年 1 月內科住院病床住用率
威爾斯親王醫院	92.3%	132%
基督教聯合醫院	92.7%	128%
屯門醫院	102.2%	123%
伊利沙伯醫院	92.9	121%
仁濟醫院	87.9	118%
瑪嘉烈醫院	98.4	113%

⁷ <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-asia-pacific-23054964.htm> OECD Health at a Glance: Asia/Pacific 2016

⁸ http://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hms/statistics_hms_find.html 衛生署 醫療衛生服務人力統計調查

⁹ https://www.fhb.gov.hk/statistics/download/dha/cn/table2_1415.pdf 食物及衛生局 本地醫療衛生總開支賬目

¹⁰ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf> OECD Health at a Glance 2017-OECD Indicators

¹¹ 根據規劃署《香港規劃標準與準則》中訂明，每 1 000 人需設置 5.5 張病床(包括公立及私立醫院的各類型病床)

¹² http://www.ha.org.hk/haho/ho/stat/HASR16_17_3.pdf 醫院管理局 醫管局統計年報 2016-2017

¹³ <https://bit.ly/2qOMBPB> 醫管局轄下急症醫院的內科住院病床住用率及內科住院病人住院日次 (2018 年 1 月 21 至 27 日)

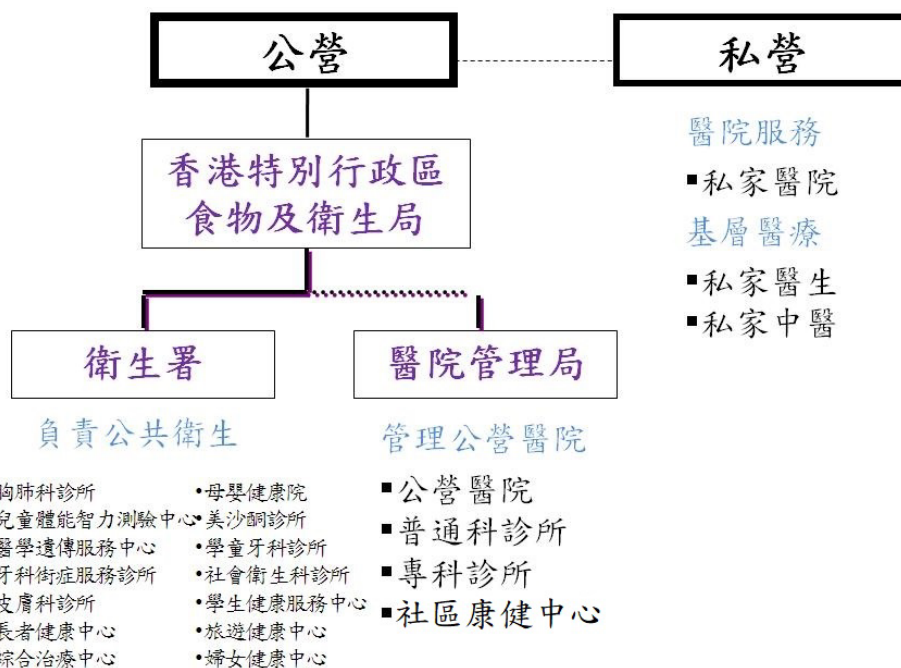
2.2 醫療服務側重治療 忽視發展基層醫療

現時香港醫療系統大致可分為三層，分別是第一層 — 基層醫療；第二層 — 專科服務；及第三層 — 醫院服務¹⁴。世衛在 1978 年發表的《阿拉木圖宣言》指出基層醫療是達致「全民健康」的關鍵，同時是病人與其診症醫生的第一個接觸點¹⁵，費用需要致力維持在市民可承擔的水準。多項研究亦指出基層健康服務越健全，越能以較低成本為民眾帶來更佳的健康效益，同時減輕第二和第三層的醫療成本¹⁶。可是，現時醫療服務政策側重第二層醫療服務，集中在「治療」層面，忽略以教育、預防和復康為主的第一層基層醫療服務，更遑論改善婦女的基層健康服務。以 2016 年政府衛生開支約 573 億計算，扣除專科及住院等第二第三層醫療開支，基層醫療開支約為 109 億，只佔整體衛生開支約 19%¹⁷，可見基層醫療仍未充分發展。

政府自 1990 年起發表「人人健康 展望未來」報告，逐步規劃香港的基層醫療服務；2008 年發表「掌握健康 掌握人生」醫療改革諮詢文件，提出加強基層醫療服務的建議；更在 2010 年成立基層醫療統籌處，支援和統籌本港基層醫療的發展、推行加強基層醫療的全民政策、策略及行動。唯基層醫療統籌處除建立《基層醫療指南》電子資料庫和制定糖尿病、高血壓、兒童及長者預防護理的參考概覽外，在推動基層醫療政策和統籌上未見有大作為。而 2017 年政府宣佈成立基層醫療健康發展督導委員會，為香港基層醫療健康服務可持續發展制訂藍圖¹⁸，並表示在兩年內（即 2019 年）在葵青區推行地區康健中心試點計劃，及後推展至 18 區，預計成效和效果仍有待觀察。

2.3 醫管局與衛生署服務協調欠佳

現時香港公營醫療系統主要由衛生署和醫院管理局（醫管局）管理和執行。衛生署致力推行促進健康、預防疾病、醫療和康復等服務，轄下設有不同健康中心、以保障市民的健康；醫管局則負責提供公立醫院及相關的醫療服務。換言之，衛生署主要負責公共衛生和基層醫療，提供促進健康、預防和健康教育等服務；而醫管局則主要負責第二層和第三層醫療。可是政府於 2008/09 年施政報告提出於醫管局轄下設立社區健康中心，並於 2010 年起開始啟用，提供基層醫療服務、慢性疾病管理、跨專業護理診所、戒煙輔導等服務¹⁹。其性質與衛生署轄下各個健康中心相似，出現服務重疊的情況。



¹⁴ https://www.pco.gov.hk/tc_chi/careyou/concept.html 基層醫療統籌處 基層醫療及家庭醫生的概念

¹⁵ 「它是個人、家庭、群眾與國家保健系統接觸的第一環，能使衛生保健盡可能接近於人民居住及工作場所；它還是衛生保健持續進程的起始一級。」《阿拉木圖宣言》

¹⁶ http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/chapter2_chn.pdf 第二章 加強基層醫療服務

¹⁷ <https://www.yearbook.gov.hk/2016/tc/pdf/C09.pdf> 香港年報 2016 第九章 衛生

¹⁸ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201711/29/P2017112900373.htm> 新聞公報 政府成立基層醫療健康發展督導委員會

¹⁹ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201701/11/P2017011100269.htm> 立法會十七題：社區健康中心的基層醫療服務

2.4 基層婦女欠缺基層醫療支援

現時針對婦女的基層醫療服務主要透過衛生署轄下 3 間婦女健康中心和 10 間提供婦女健康服務的母嬰健康院提供²⁰，為六十四歲或以下的婦女提供健康評估、身體檢查、健康教育及輔導等服務。2016 年婦女健康服務的登記人數 15,500 人；接受婦女健康服務人次為 24,800²¹，婦女健康服務使用率僅為 0.63%；到母嬰健康院接受子宮頸普查服務的人次為 102,000²²，佔全港女性不足 2.6%。根據本會於 2016 年進行的「婦女健康與基層醫療調查」，發現高達八成四（83.7%）婦女不知道香港有多少間婦女健康中心，僅有 4.1% 的婦女能指出香港有三間婦女中心²³。另外，逾七成（70.1%）婦女沒有使用過婦女健康中心的服務，顯示出政府對婦女健康中心服務的推廣嚴重不足，令基層婦女難以得知服務，導致使用率極低。

另一方面，現時婦女健康中心和 10 間提供婦女健康服務的母嬰健康院除產前和產後服務免費，家庭計劃服務收費 1 元外，符合資格婦女（除領取綜合社會保障援助人士）接受子宮頸檢查服務、婦女健康服務（不包括乳房 X 光造影檢查）和乳房 X 光造影檢查分別需要繳交 100 元/次、310 元（年費）和 225 元/次²⁴。雖然衛生署於 2017 年 12 月 13 日展開由關愛基金資助為期三年的「資助合資格低收入婦女接受子宮頸癌篩查及預防教育先導計劃」，除領取綜合社會保障援助的婦女和公立醫院及診所醫療費用減免機制下獲減免的婦女外，但大部分低收入婦女仍需繳交 100 元/次的費用。本會於 2016 年的調查亦顯示有 67% 的婦女沒有作身體檢查，而未有定期檢查的婦女有 69.6% 表示價錢昂貴，可見收費的檢查項目未必惠及基層婦女。除乳房和子宮頸檢查外，仍有 36.7% 婦女患有骨質疏鬆、45.7% 婦女患有長期痛症、27.6% 婦女有主婦手，但醫療檢查卻未見增加骨質密度檢查、痛症和主婦手等更年期配套服務。如在私營診所進行全身檢查，包括膽固醇、糖尿、腎功能、肝功能、血全圖、甲狀腺、痛風、骨絡和癌症指標（乳癌、卵巢癌、大腸癌、鼻咽癌、肝癌和胰臟癌等），需花費 1000 元至 2000 元，令基層婦女難以負擔定期，甚至一次性檢查的開支。

2.5 女性貧窮率高

香港女性貧窮率一直比男性高。根據 2016 年中期人口統計，香港的人口為 7,336,600 人，其中女性有 3,961,200 人，佔全港人口約 54%²⁵。2016 年政策介入前的香港貧窮人口為 135.2 萬，其中女性貧窮人口為 72.8 萬，佔整體貧窮人口 53.8%，貧窮率為 20.6%，高於男性的 19.2%²⁶。對比政策介入前的整體住戶的貧窮率（12.3%），即使政策介入後單親及新移民住戶的貧窮率比較高，分別為 34.4%（6.9 萬人）及 30.1%（6.6 萬人）。扶貧委員會在「2016 年香港貧窮情況報告」指出，由於這些家庭大多只有一名成員工作，要撫養兒童的數目較多，加上教育水準普遍偏低，從事低技術工種，所以收入較本地人低，貧窮率高於整體情況。樂施會亦指出單親貧窮人口中，超過八成五（85.2%）為女性²⁷，而來港不足七年的人口中有六成八（68.3%）為女性²⁸，可見女性貧窮情況不容忽視。

2.6 醫療政策欠性別角度

²⁰ http://www.fhs.gov.hk/tc_chi/centre_det/cent_pwhs/14734.html 衛生署 婦女健康服務

²¹ <https://www.budget.gov.hk/2017/chi/pdf/chead037.pdf>

²² http://gia.info.gov.hk/general/201711/01/P2017110100698_271016_1_1509534031365.pdf

²³ <https://bit.ly/2HBRwNq> 香港社區組織協會 婦女健康與基層醫療調查報告（2016 年）

²⁴ http://www.fhs.gov.hk/tc_chi/fee_cha/general_pub/general_pub.html

²⁵ <https://www.byccensus2016.gov.hk/tc/bc-index.html> 2016 年中期人口統計

²⁶ <https://bit.ly/2JdUG7o> 扶貧委員會 2016 年香港貧窮情況報告

²⁷ http://www.oxfam.org.hk/content/98/content_31064tc.pdf 樂施會 香港婦女貧窮狀況報告（2001-2015）

²⁸ <https://www.byccensus2016.gov.hk/data/16bc-pmrs.pdf> 2016 年中期人口統計 主題性報告：內地來港定居未足七年人士

衛生署統計資料顯示，2016 年女性的平均壽命為 87.3 歲，高於男性的 81.3 歲。2016 年女性十大致命疾病首三位依次為惡性腫瘤、肺炎和心臟病²⁹；而 2016 年女性十大常見癌症中乳腺癌是婦女罹患人數最多的癌症(26.1%)，其餘九類中亦有三類為女性獨有癌症，分別為子宮體癌、卵巢癌和子宮頸癌。除此之外，女性患有骨質疏鬆症的比率亦較男性高，主要是在女性停經後，因雌激素停止分泌所致。同時世衛亦指出性別是影響精神健康和精神病患的重要因素³⁰，而女性出現單向型抑鬱症的機會更是男性的兩倍，顯示關注婦女的精神健康尤為重要。可惜本港在訂立醫療政策和進行醫療改革諮詢時未有加入性別角度，確保婦女在整個生命週期享有平等的醫護權利及醫療保障。以葵青區地區康健中心試點計劃為例，當局初擬針對的組群只包括高血壓、糖尿病、肌肉骨骼傷痛（如預防骨折）、冠心病、中風和常見風險因素（如肥胖、超重和吸煙），並未有顧及婦女在整個生命週期，特別是更年期和精神健康的需要。

3 文獻回顧

3.1 香港的相關研究

3.1.1 婦女健康服務

自 1994 年起，衛生署成立婦女健康服務，旨在促進婦女健康，並照顧婦女在人生各階段的健康需要。衛生署先後在本港設立三間婦女健康中心，其後分別在 2001 至 2002 年期間將有關服務推展至十間母嬰健康院，合共十三間婦女健康中心和母嬰健康院提供婦女健康服務³¹。然而婦女健康服務成立至今近二十四年，其為人熟悉的程度仍然十分之低。根據香港明愛社區發展服務於 2010 年發表的《了解基層婦女婦科檢查經驗》調查報告指出³²，過半受訪婦女表示不知道或認為政府沒有提供婦女健康檢查服務。其結果與本會於 2016 年發表的《婦女健康與基層醫療調查報告》的發現吻合，顯示婦女未能掌握政府現行的婦女健康服務，反映服務推廣嚴重不足。

香港明愛社區發展服務於 2010 年的報告亦指出，現時政府婦科檢查的服務流程並未能夠完全符合婦女需求，她們期望的是直接快捷和使用主導的服務。現時衛生署提供的婦女健康服務包括健康教育及輔導和檢查服務包括體格檢驗、子宮頸檢查、乳房X光造影檢查及根據臨牀徵狀而進行的其他檢驗等。可惜除子宮頸檢查服務和基本婦科檢查外，其他檢查服務如乳房X光造影檢查和超聲波檢查等就必須經過醫生轉介和排期才可進行。而新婦女協進會於 2013 年發表的《醫食住行-深水埗區婦女生活調查》中亦指出³³，由於醫院既沒有提供全身檢查服務，又難以找到提供相關服務的資訊，令部分基層婦女在門診看病多年均查不出病因，或者要輪候一年多至兩年才可做專科檢查。本會和其他團體一直為基層婦女爭取免費或廉價全身檢查包括乳房X光造影檢查和骨質密度檢查等。可惜政府一直以沒有足夠科學證據支持或反對檢查為由，遲遲未肯推行全民乳房X光造影和骨質疏鬆症普查^{34,35}，亦沒有計劃以公私營合作模式提供這些服務。

3.1.2 香港醫療政策

²⁹ http://www.women.gov.hk/download/research/HK_Women2017_c.pdf 婦女事務委員會 香港女性統計數字 2017

³⁰ http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ WHO Gender and women's mental health

³¹ <http://www.info.gov.hk/gia/general/200212/11/1211203.htm> 立法會一題：母嬰健康院及婦女健康中心

³² 香港明愛社區發展服務 基層婦女聯會《瞭解基層婦女婦科檢查經驗》調查報告 2010 年 3 月

³³ <https://aaf.org.hk/2013/01/03/「醫食住行-深水埗區婦女生活調查」討論會-報告/#prettyPhoto> 新婦女協進會「醫食住行-深水埗區婦女生活調查」

³⁴ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201711/01/P2017110100698.htm> 立法會二十一題：保障婦女健康

³⁵ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201801/24/P2018012400414.htm> 立法會二十二題：骨質疏鬆症的預防與治療

在香港仍屬英國殖民地時代，醫院管理局尚未成立以前，香港醫療服務一直由醫務衛生署(Medical and Health Department)負責，提供普通科門診、專科門診及住院服務的三層支援模式。六、七十年代起，雖然政府大量興建醫院及診所，但戰前已成立的醫務衛生署的架構未能有效管理及營運這些服務，令市民對醫療服務大為不滿。政府經顧問研究，於 1987 年提出成立法定獨立的醫管局。1990 年醫管局正式成立，醫務衛生署正式改名為衛生署 (Department of Health)。自此第一層基層醫療與第二層專科服務和第三層住院服務出現割裂，衛生署僅負責普通科門診及其他疾病預防工作，而醫管局則負責專科和住院服務³⁶。

除衛生署與醫管局服務的割裂，影響整體公營醫療系統的連貫性外，公私營服務的割裂，私營主導的基層醫療服務詬病亦一早出現。為處理香港的傳染病、公共衛生問題及醫療需要，政府提出了兩份政策檔，即 1964 年的《香港醫療服務的發展白皮書》(“The Development of Medical Services in Hong Kong”)，及 1972 年的《香港醫療及衛生服務的進一步發展的白皮書》(“The further Development of Medical and Health Services in Hong Kong”)。兩份政策檔均沒有將私營醫療納入資助及服務範圍，導致現時基層醫療服務由私營主導，而專科與住院服務則以公營醫療為主。早在 1989 年時任政府就成立了基層健康服務工作小組在檢討基層醫療服務，小組在翌年發表《人人健康，展望將來》報告書要求政府重視基層醫療。衛生署亦在 2003 年將轄下普通科門診交由醫管局管理以發展家庭醫學³⁷，並漸漸採取跨專業模式，治理慢性疾病及提升病人的自我照顧能力，但仍然是以減少醫院及專科服務負荷為主要出發點，未見集中於基層醫療提倡的促進健康、預防疾病等重點上發展。

其後政府分別在 2005 年及 2008 年發表《創設健康未來》討論檔和《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件提出四項現行醫療制度的弱點³⁸，包括：對全人的基層醫療護理重視不足；過度倚賴公立醫院系統；公私營醫療失衡；及醫療護理有欠連貫和配合。針對以上問題，檔中亦分別提出加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄互通、強化公共醫療安全網及改革醫療融資安排五大建議。這促使政府於 2008 年重新成立基層醫療工作小組並於 2010 年 9 月在衛生署成立基層醫療統籌處，以支援和統籌本港基層醫療的發展、推行基層醫療發展策略及行動。同年 12 月政府發表了《香港的基層醫療發展策略文件》³⁹，指出基層醫療為整個醫療系統的首個接觸點，並涵蓋多方面的服務，包括促進健康、預防急性和慢性疾病、健康風險評估及疾病偵察、急性和慢性疾病的治療及護理、支援病人自我管理，以及為殘疾人士或末期病患者提供支援和舒緩治療。及後基層醫療統籌處及衛生署轄下其他組別分別制定出特定組群預防護理的參考概覽、建立《基層醫療指南》電子資料庫和先後推行各個計劃包括疫苗資助計劃、大腸癌篩查先導計劃和長者醫療券計劃等；醫管局則以加強慢性疾病治理為目標推行各項措施包括普通科門診公私營協作計劃等計劃，希望透過發展基層醫療和推動公私營協作方式藉此改善醫療制度的問題和整體醫療服務質素。然而醫護行者在社聯政策報撰文指出⁴⁰，基層醫療不應只限於括普通科門診

³⁶ http://www.hkcss.org.hk/uploadfileMgnt/0_2017101018455.pdf 香港社區組織協會 香港醫療體系的服務策略及資源分配：反思與出路

³⁷ http://www.hkcss.org.hk/uploadfileMgnt/0_2017101018455.pdf 香港社區組織協會 香港醫療體系的服務策略及資源分配：反思與出路

³⁸ https://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condohealth_full_chn.pdf 衛生福利局 《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件

³⁹ http://www.fhb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/101231_primary_care/c_strategy_doc.pdf 食物及衛生局 《香港的基層醫療發展策略文件》

⁴⁰ http://www.hkcss.org.hk/uploadFileMgnt/0_2017102010588.pdf 醫護行者 一個真正健康的香港：建設以社區為本的跨界別基層醫療系統

及家庭醫學門診，專職醫療服務以至中醫診所、社康護士、勞工處的職安健診所也屬於基層醫療範圍。

現時公營醫療門診仍然面對長期爆滿的情況。醫管局由 2006 年 10 月起在全港推行公立普通科門診電話預約服務，期望減少市民親身輪候時間，但是現實情況是婦女可能花上數小時、甚至整天都未能成功預約。新婦女協進會在 2013 年發表中指出門診預約困難，部分基層婦女需要由早上一直打電話至中午才能接通，而排專科亦需要輪候兩年時間。此情況並不單發生在基層婦女身上，根據本會發表多份有關醫療服務使用情況的報告，不論是基層婦女、兒童^{41,42}、長者^{43,44}和精神病患者⁴⁵均遇上普通科門診預約困難和專科輪候時間過長問題，顯示門診爆滿不只是基層婦女受影響，而是影響全港市民求診的情況。

醫護行者在 2017 年發表《香港在職貧窮使用醫療服務調查》中指出⁴⁶，絕大部分基層市民由於缺乏醫療保險，難以負擔昂貴的私家診所，唯有首選普通科門診。當預約不到公立診所，他們便會前往公立醫院急症室或自行買藥。現時本港的門診服務有七成由私營診所提供，而根據政府⁴⁷及香港保險業聯會⁴⁸的數據顯示，私營普通科醫生門診平均帳面金額由二零零五年的 207 元增加至二零一四年的 292 元，升幅達四成(41.1%)；中醫方面更由二零零五年的 214 元增加至二零一四年的 368 元，升幅達七成(72.0%)。由此可見，基層婦女因難以負擔昂貴費用，只好留在公營門診及急症室求醫，加重公營醫療負擔。

另一方面，近年政府傾向以公私營協作方式紓緩公營醫療負荷過重的問題，包括自 2009 年推出的「耀眼行動」、「普通科門診公私營協作計劃」、「共同護理計劃」及「共析計劃」和「公私營協作放射診斷造影計劃」等⁴⁹。而「普通科門診公私營協作計劃」僅針對高血壓及/或糖尿病的病人，未有效擴展至其他慢性病患者。而「公私營協作放射診斷造影計劃」亦僅協助確診的癌症（包括結直腸癌、乳腺癌、鼻咽癌、淋巴癌、有關頭頸部位的癌、胃癌、前列腺癌、子宮體癌、子宮頸癌、肉瘤癌或生殖細胞瘤癌）的病人，仍未拓展至其他長期病患者。

香港理工大學醫療及社會科學院前副院長余雲楚博士⁵⁰和醫護行者均指出，醫生以外的專業醫療人員未被充分發展和發揮其角色令現行醫療系統負荷過重現象未能改善。醫護行者進一步指出面對香港醫生人手短缺的情況，提升護理及專職醫療人員的角色、推廣「跨專業」的醫療文化，將病情穩定的個案交由基層醫療及跨專業團隊管理，不但有助減少市民的等候時間，亦有助醫生專注地處理較複雜的病症，將疾病預防、管理、復康等照顧職責交由護理及專職醫療人員承擔。長遠可降低醫療及社會開支。政府於 2017 年宣佈成立基層醫療健康發展督導委員會⁵¹，由不同專業代表如家庭醫學、護士、中藥、藥劑學、物理治療、職業治療、學者、非政府機構及地區組織組成，以強化醫社不同界別之間的聯繫及公私營合作。同時亦宣佈在 2019 年成立葵青區地區康

⁴¹ 香港社區組織協會 兒童權利關注會 貧窮兒童研究系列二十二：貧窮兒童健康及使用醫療服務調查報告 (2016 年)

⁴² 香港社區組織協會 貧窮兒童研究系列十一：貧窮兒童使用健康及醫療服務調查報告 (2009 年)

⁴³ 香港社區組織協會 香港老人權益聯盟 「基層長者健康需要」問卷調查報告 (2016 年)

⁴⁴ 香港社區組織協會 香港老人權益聯盟 非綜援老人對基層醫療服務意見及開支情況調查 (2007 年)

⁴⁵ 推動精神健康政策聯席 公營精神科醫療服務滿意程度調查報告 (2012 年 9 月)

⁴⁶ 醫護行者 《香港在職貧窮使用醫療服務調查》 2017 年 9 月

⁴⁷ http://www.myhealthmychoice.gov.hk/pdf/appendixC_chn_txt.pdf 附錄 C 香港私營醫療服務現況

⁴⁸ https://www.hkfi.org.hk/pdf/medical_2014.pdf 香港保險業聯會 2014 年醫療索償數據調查

⁴⁹ <https://www3.ha.org.hk/ppp/homepage.aspx> 醫院管理局 公私營協作計劃

⁵⁰ http://www.hkcss.org.hk/uploadFileMgmt/0_2017102010588.pdf 余雲楚 八評香港醫學霸權

⁵¹ 立法會 CB(2)827/17-18(03)號文件 立法會衛生事務委員會 發展基層醫療健康護理服務 (2018 年 2 月 12 日)

健中心，運用社區網絡連結區內醫療服務提供者包括私家醫生、護士、專層醫療人員、中醫和社工等，嘗試以「跨專業」形式促進社區健康，其發展和成效仍有待關注。

3.2 海外的相關研究

本研究比對英國、愛爾蘭、台灣及澳洲四地的醫療制度，並集中討論醫療服務收費、醫療減免措施、婦女健康服務和身體檢查服務。綜觀下表政策，除台灣以強制性要求購買全民健康保險外，其餘三地均是透過一般稅收為當地醫療服務提供經費，其中澳洲另外徵收國民保健稅用作醫療服務之用。只要是當地居民或持有相關居留證明文件便可享用當地的公立醫療服務。

然而，四地醫療服務涵蓋範疇不一，其中以英國服務涵蓋範疇最為全面。英國大部分門診、住院服務免費，而眼科和牙科、假髮和處方藥物服務收取象徵式費用。愛爾蘭方面則涵蓋公立醫院服務、部份社區照顧、個人社會服務、部分處方藥物以及產婦和嬰兒護理服務、兒童健康服務，門診及專科檢查服務就會視乎個案是否由家庭醫生轉介，若非則需要繳付 100 歐元；住院服務則是每天 80 歐元，連續 12 個月最高為 800 歐元。台灣方面由於購買了全民健康保險，在各項醫療服務均會提供補助，市民前往門診、急診、牙醫、中醫、住院需按診所所屬醫院層負擔部分費用；處方藥物則根據藥費金額按比例分擔部分費用。澳洲的醫療福利是免費提供或補助《國民保健福利計劃》內所列的服務及藥物，但不包括牙科治療、救護車服務、家居護理、專職醫療服務、助視與助聽器、義肢及非必要的醫療服務；專科醫生的費用為編定收費的 15%，住院則是免費。值得注意的是，英國、愛爾蘭和澳洲均使用家庭醫生模式，讓求診者先到家庭醫作檢查、診斷和治療，經家庭醫生轉介才會到專科和醫院作進一步治療。英國和澳洲的家庭醫生服務均是免費，而愛爾蘭則視乎求診者是否領取醫療卡(Medical Card)或「家庭醫生卡」(GP visit Card)，否則需要另外收費。

醫療減免措施方面，四地均會為低收入人士提供費用或稅項減免。英國除了提供收費豁免外，還會額外提供低收入補助(NHS Low Income Scheme)，以資助眼科、牙科、假髮、處方藥物及醫療交通費用。台灣和澳洲則會以保費或國民保健稅減免。除了根據收入狀況提供醫療減免外，四地均會針對不同群體如兒童、癌症兒童、孕婦及初為人母的婦女、身心障礙人士、原住民和失業者等提供相關減免，澳洲更會根據其家庭結構如單親家庭等特別提供國民保健稅寬減或豁免，可見四地在制定醫療減免措施時會考慮申請的群體，預先資助或豁免，免卻繁複申請程序。另一方面，愛爾蘭則會根據收入狀況和所屬群體提供不同程度的醫療豁免。低收入戶、貧困長者、患癌兒童、領取「家庭護理津貼」(Domiciliary Care Allowance)的兒童將獲發醫療卡(Medical Card)，免費接受家庭醫生、處方藥物、住院、公立醫院服務，門診服務和醫療器械、牙科，光學和聽覺服務、個人和社會護理服務，例如公共保健護理，社會工作服務和其他社區護理服務，以及基層保健服務諮詢；中低收入戶、6 歲以下兒童和超過 70 歲長者獲發「家庭醫生卡」(GP visit Card)，免費接受家庭醫生服務，處方藥物則需另外收費。

澳洲在九十年代初已意識到女性整個生命周期的健康需要並制定針對女性健康的政策。早在 1989 年起，澳洲政府就開始定期發表《國民女性健康政策報告》(National Women's Health Policy)，檢視澳洲女性健康狀況、推行女性健康政策的情況及規劃未來女性健康政策。其 2010 年發表的報告中⁵²指出，預防慢性疾病(Prevention of chronic diseases through the control of risk factors)、精神健康(Mental health and wellbeing)、性及生育健康(Sexual and reproductive health)和健康老年(Healthy ageing)

⁵² [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/3BC776B3C331D5EECA257BF0001A8D46/\\$File/NWHP.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/3BC776B3C331D5EECA257BF0001A8D46/$File/NWHP.pdf)

將會是女性未來二十年的挑戰，需要優先處理。

婦女健康服務方面，四地均有提供子宮頸普查和乳房普查服務。子宮頸檢查服務方面，英國和愛爾蘭費用全免；台灣有額外補助；澳洲則由國民保健支付部分費用。檢查普遍對象為 25 歲到 64 歲女性，三年或五年檢查一次，台灣則為 30 歲以上女性每年進行一次檢查。檢查內容亦以台灣最為全面，分別有子宮頸抹片採樣、骨盆腔檢查和子宮頸細胞病理檢驗。乳房普查方面，英國、愛爾蘭及澳洲均有為 50 歲至約 70 歲每兩年或三年提供一次免費乳房攝影檢查；台灣則資助 40 至 44 歲且二親等以內血親曾患乳癌和 45 至 69 歲的婦女每 2 年進行一次乳房攝影檢查。婦女健康診所方面，英國、愛爾蘭和澳洲皆設有相關中心或計劃，由家庭醫生、醫院和護士提供相關服務，澳洲亦會透過國民保健支付部分由私人醫療機構開辦的婦女健康中心所提供之服務。這些婦女健康診所的服務內容主要包括婦科問題及家庭計劃諮詢、子宮頸檢查、乳房疾病諮詢、更年期問題諮詢、緊急避孕和性健康諮詢；愛爾蘭方面亦另外提供 HIV 病毒測試、甲、乙、丙型肝炎測試和輔導服務；澳洲則額外提供骨質密度檢查服務。

其他健康檢查方面，台灣會補助 40 歲以上未滿 65 歲民眾，每 3 年進行一次健康檢查；而 55 歲以上原住民、罹患小兒麻痺且年在 35 歲以上者和 65 歲以上民眾則每年進行一次。其檢查項目包括基本資料問卷（疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等）、身體檢查、尿液檢查、腎絲球過濾率計算、血液生化檢查和健康諮詢。英國則會為 40 歲到 74 歲，身體較為健康，沒有中風、心臟病、糖尿及腎病病史的居民提供每 5 年一次檢查。服務內容包括健康諮詢、身體質量指數(BMI)、血壓檢查、血脂及血糖檢查，如果年滿 65 歲，亦會另外提供有關認知障礙症諮詢。在安排接受健康檢查和各項普查方面，英國的國民保健服務(National Health Service)會主動通知合資格的婦女進行相關檢查，免卻她們因不知道服務而沒有進行檢查。

海外有關醫療政策資料⁵³

	英國 (愛爾蘭除外)	愛爾蘭 ⁵⁴	台灣 ⁵⁵	澳洲
主要經費來源	一般稅收	一般稅收	社會保險	一般稅收
主要計劃	國民保健服務 National Health Service(NHS)	Health Service Executive (HSE)	衛生福利部中央健康保險署	國民保健 Medicare
主要計劃供款	不適用		全民健康保險費率：4.69%；以家庭為單位，根據投保人職業和經濟狀況分為六個類別，然後按投保金額和負擔比率計算自付保險費（詳情請參考附件）	⁵⁶ 國民保健稅：入息的 2%；沒有投購私人住院保險的高收入人士須根據家庭收入額外繳付國民保健附加稅
獲得醫療福利資格	英國普通居民 (ordinarily resident): - 英國公民 - 已入籍英國 - 定居英國 持有效歐洲健康保險卡	普通居民 (ordinarily resident): - 居住在愛爾蘭並且打算在這裡生活至少一年 持有效歐洲健康保險卡	需符合以上其中一項條件 ⁵⁷ ： - 具有中華民國國籍 - 在臺灣地區「領有居留證明文件」	需符合以上其中一項條件 ⁵⁸ ： - 澳洲公民 - 紐西蘭公民 - 澳洲永久居民 - 正在申請永久居留者 - 澳洲居民返回簽證持有者
服務涵蓋範疇	沒有界定－服務全面	公立醫院服務、部份社區照顧、個人社會服務、部分處方藥物以及產婦和嬰兒護理服務、兒童健康服務	醫療服務包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目；醫療支付的範圍則包括：診療、檢查、檢驗、會診、手術、麻醉、藥劑、材料、處置治療、護理及	⁵⁹ 界定為只限《國民保健福利計劃》內所列的服務及藥物

⁵³ https://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/appendixd_chn.pdf

⁵⁴ http://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/

⁵⁵ <https://www.nhi.gov.tw/DL.aspx?sitessn=292&u=LzAwMS9VcGxvYWQvMjkyL3JlbGZpbGUvMC8yMTIzNi8yMDE3LTlwMTJlhaJmJHlgaXlurfv53pmqrlubTloLHngl%2fopr3mqpQucGRm&n=MjAxNy0yMDE45YW05rCR5YGI5bq35L%2bd6Zqq5bm05aCx54CP6Ka95qqULnBkZg%3d%3d>

⁵⁶ <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/>

⁵⁷ https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=C72E04678C0C576F&topn=3185A4DF68749BA9

⁵⁸ <https://www.humanservices.gov.au/individuals/enablers/who-can-get-medicare-card/39456#a5>

⁵⁹ [http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/42A5C19503D6BE07CA25826C0009105B/\\$File/201805-MBS.pdf](http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/42A5C19503D6BE07CA25826C0009105B/$File/201805-MBS.pdf)

			保險病房等	
不涵蓋的服務	國民保健服務藥物名單以外的藥物	住院、門診費用、家庭醫生服務	《全民健康保險法》第 51 條不給付範圍的項目	牙科治療、救護車服務、家居護理、專職醫療服務、助視與助聽器、義肢及非必要的醫療服務
用者收費或分擔費用	大部分服務資助成本的 100% 大部分門診、住院服務免費；眼科和牙科、假髮和處方藥物服務收取象徵式費用	如由家庭醫生轉介，公立醫院服務、門診及專科檢查服務免費 如是非由家庭醫生轉介，緊急部門、急症室、傷亡部門、輕傷單位、緊急護理中心、當地傷害單位和提供類似服務的任何其他設施則需繳付 100 歐元 隔夜和日間住院服務：每天 80 歐元，連續 12 個月最高為 800 歐元	門診、急診、牙醫、中醫、住院均需要按診所所屬醫院層負擔部分費用（詳情請參考附件） 處方藥物： 按藥費分擔部分費用（詳情請參考附件）	公費住院：免費 家庭醫生：免費 專科醫生：編定收費的 15%
醫療減免/安全網	社會福利受助人、兒童、孕婦及初為人母的婦女，以及患有指定疾病的 人士可獲豁免收費 ⁶⁰ 國民保健服務低收入補助 (NHS Low Income Scheme)：	⁶¹ 為低收入戶、貧困長者、患癌兒童、正在領取「家庭護理津貼」(Domiciliary Care Allowance) 的兒童提供醫療卡 (Medical Card)，免費接受家庭醫生、處方藥物住院公立醫院服務，門診服務和醫療器械、	⁶² 為低收入戶、中低收入戶、身心障礙人士、原住民和失業者按其狀況提供 1/4 至全額健保費補助 ⁶³ 經濟弱勢協助措施： - 欠費繳納協助措施 - 紓困基金貸款	⁶⁴ 為低收入人士、單親家庭、失明津貼領取者 (blind pensioner)、正領取疾病津貼 (sickness allowance from Centrelink) 及國防部和退伍軍人事務部發出的健康金卡 (entitled to full free medical treatment for all conditions under

⁶⁰ <https://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/nhs-low-income-scheme.aspx>

⁶¹ http://www.citizensinformation.ie/en/health/medical_cards_and_gp_visit_cards/medical_card.html

⁶² https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=2B6C70D61115FF2A&topn=3185A4DF68749BA9

⁶³ https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=94AC0AE7E622FAA5&topn=3185A4DF68749BA9

⁶⁴ <https://www.ato.gov.au/individuals/medicare-levy/medicare-levy-exemption/category-1--medical-exemption-from-medicare-levy/>

	為低收入人士提供眼科、牙科、假髮、處方藥物服務及醫療交通費用資助	牙科，光學和聽覺服務、一些個人和社會護理服務，例如公共保健護理，社會工作服務和其他社區護理服務，以及基層保健服務諮詢 為中低收入戶、6 歲以下兒童和超過 70 歲長者提供「家庭醫生卡」(GP visit Card)，免費接受家庭醫生服務，處方藥物則需另外收費	- 分期繳納 - 補助中低收入戶健保費 - 失業勞工自付健保費補助措施 - 設籍前新住民健保費補助作業 - 短期經濟困難民眾協助措施	Defence Force arrangements or Veterans’ Affairs Repatriation Health Card (Gold Card)) 提供國民保健稅寬減或豁免
--	---	---	--	---

海外有關婦女健康服務資料

	英國 (愛爾蘭除外)	愛爾蘭	台灣 ⁶⁵	澳洲
子宮頸癌普查	對象 ⁶⁶ ： 1. 25 歲到 49 歲每 3 年提供一次 2. 50 歲到 64 歲每 5 年提供一次	對象 ⁶⁷ ： 1. 25 歲到 44 歲每 3 年提供一次 2. 45 歲到 60 歲每 5 年提供一次	對象： 30 歲以上婦女每年一次 -	沒有提供免費子宮頸癌檢查 ⁶⁸ 對象： 25 歲到 74 歲五年檢查一次
	不適用		補助金額： 1. 採檢費: 120-230 台幣/案 2. 檢驗費: 200 台幣/案 (由菸品健康福利捐支應)	可通過國民保健 (Medicare) 資助部分費用
	服務項目： - 宮頸篩檢測試 - 陰道鏡檢查	服務項目： - 子宮頸抹片採樣	服務項目： - 子宮頸抹片採樣 - 骨盆腔檢查 - 子宮頸細胞病理檢驗	服務項目： - 宮頸篩檢測試
乳腺癌普查	對象 ⁶⁹ ： 1. 50 歲到 70 歲每 3 年自動被邀請進行乳腺癌檢查 2. 70 歲以上每三年自行諮詢乳腺癌檢查科預約檢查。	對象 ⁷⁰ ： 1. 50 歲到 64 歲，每 2 年一次	對象： 1. 40-44 歲且二親等以內血親曾患乳癌之婦女，每 2 年 1 次 2. 45-69 歲婦女，每 2 年 1 次	對象 ⁷¹ ： 1. 50 歲到 74 歲每兩年檢查一次 2. 40 歲到 49 歲，75 歲或以上需由家庭醫生轉介進行乳房檢查

⁶⁵ <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=44>

⁶⁶ <https://www.nhs.uk/conditions/cervical-screening/>

⁶⁷ <http://www.cervicalcheck.ie/fileupload/WomenPublications/CC-PUB-CC-1%20About%20your%20free%20cervical%20screening%20test.pdf>

⁶⁸ <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/where-to-get-tested>

⁶⁹ <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-screening/>

⁷⁰ <https://www.breastcheck.ie>

⁷¹ <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/about-breast-screening>

	不適用		補助金額： 檢查費: 1245 台幣/案 (由菸品健康福利捐支應)	通過國民保健 (Medicare)支付費用
	服務項目： - 乳房攝影檢查	服務項目： - 乳房攝影檢查	服務項目： - 乳房攝影檢查	服務項目： - 乳房攝影檢查
婦女健康診所	<u>Well Woman Clinic</u> ⁷² 服務提供者： 1. 家庭醫生 2. 醫院 由女性醫生和護士負責 服務內容： - 婦科問題諮詢 - 家庭計劃諮詢 - 子宮頸檢查 - 乳房疾病諮詢 - 更年期問題諮詢 - 緊急避孕 - 一般健康諮詢	<u>Women's Health Project</u> ⁷³ 服務提供者： 1. 家庭醫生 2. 護士 服務內容： - 性健康諮詢 - HIV 病毒測試 - 甲、乙、丙型肝炎測試 - 子宮頸抹片檢查 - 緊急避孕 - 輔導 - 一般健康諮詢	不適用	<u>Women' s Health Centre</u> 服務提供者： 1. 家庭醫生 2. 醫院 3. 私人醫療機構 通過國民保健 (Medicare)資助部分費用 服務內容： - 子宮頸檢查 - 乳房檢查 - 性健康諮詢 - 骨質密度檢查

⁷² <https://www.nhs.uk/chq/Pages/984.aspx?CategoryID=60&SubCategoryID=182>

⁷³ <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/sexhealth/>

全身檢查	對象 ⁷⁴ ： 40 歲到 74 歲，沒有中風、心臟病、糖尿及腎病病史 每 5 年提供一次檢查	不適用	對象 ⁷⁵ ： 1. 40 歲以上未滿 65 歲 民眾每 3 年 1 次 2. 55 歲以上原住民、罹患小兒麻痺且年在 35 歲以上者、65 歲以上民眾每年 1 次	不適用
	不適用		補助金額： 1. 原則每案補助 520 台幣 2. 若符合 BC 肝篩檢資格者另補助 200 台幣/案	
	服務項目： - 健康諮詢 - 身體質量指數(BMI) - 血壓檢查 - 血脂及血糖檢查 (如年滿 65 歲，會提供有關認知障礙症諮詢)		服務項目： - 基本資料：問卷（疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等） - 身體檢查 - 尿液檢查 - 腎絲球過濾率計算 - 血液生化檢查 - 健康諮詢	

⁷⁴ <https://www.nhs.uk/Conditions/nhs-health-check/>

⁷⁵ <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=189>

4 研究目的

雖然特首於 2017 年施政報告中提到需大力推動基層醫療(第一層醫療, Primary Care), 成立基層醫療發展督導委員會, 制訂發展藍圖, 亦落實在葵青區設立地區康健中心作為試點, 並逐步擴大至全港其他區, 惟仍然未解決本港醫療系統出現的公私營失衡, 基層醫療與專科和住院服務割裂, 衛生署與醫管局服務範圍重疊, 醫療政策未有從性別角度考慮等根深蒂固的問題, 而基層婦女是否在地區康健中心的服務中受惠亦屬未知之數。

而 2018 年財政預算中, 在醫療服務方面, 政府雖提出增加投放經常資助 60 億元予醫管局, 惟現時醫療服務早已供不應求, 當局未有就人口老化、人均壽命延長、醫療技術進步及服務須進一步改善等因素作全盤考慮, 可見其增幅甚微。再者當局亦未有承諾未來三年撥款週期的資源增長幅度, 至以未能應付新增醫療需求。

基層市民, 無論是婦女、兒童、長者、精神病患者和在職貧窮人士等, 因無錢購買醫療保險, 對公營醫療服務的需求比一般市民要高。而基層婦女要身兼兩職, 由於無法負擔私營診所費用, 若有身體不適, 她們大多選擇普通科門診或急診室求醫、甚或自行服用成藥。有基層婦女甚至曾表示因無法即時預約公營門診, 又無人照顧子女, 被迫帶同年幼子女到急診室求診。延緩治療不僅增加疾痛, 更令病情加劇, 甚至傳染給家庭成員一同染病, 損害婦女及家人健康。但現時的健康醫療政策的制定卻仍忽視基層婦女, 本會於 2016 年 4 月發佈了「婦女健康與基層醫療調查報告」⁷⁶, 發現基層醫療層面, 六成婦女依賴醫療公營診所和急診室服務, 95.7% 的婦女沒有購買醫療保險, 主因均為價錢昂貴(73.5%), 96.9% 婦女無家庭醫生, 亦有近七成婦女無定期做身體檢要(67%), 而 83.7% 的婦不清楚婦女中心的數目, 亦有 70.1% 未使用過其服務。為了進一步了解第二層專科服務和第三層醫院服務的使用情況, 本會於 2017 年 9 月至 2018 年 2 月期間進行「基層婦女使用醫療服務情況問卷調查」, 成功以問卷訪問了 232 名持香港身份證的基層婦女。

5 研究方法

5.1 研究對象

是次調查對象為 18 歲以上, 持香港身份證的基層女性。其家庭入息需低於本港家庭入息中位數的 60%。

5.2 抽樣方法

是次調查就本會接觸的個案進行立意抽樣(Purposive sampling), 對所有符合研究條件的個案進行訪問。

76

http://www.soco.org.hk/publication/new_immigrants/survey%20on%20women%20health%20and%20employment_2016_4_10.docx

5.3問題設計

是次調查使用了結構性問卷 (Structured Questionnaire)。問卷分為五部分，共 78 條問題，主要內容如下：

- 1) 受訪者的基本資料
- 2) 受訪者的個人健康
- 3) 受訪者的公營醫療服務使用情況及其意見
- 4) 受訪者的非牟利機構提供的醫療服務使用情況及其意見
- 5) 受訪者對醫療服務的政策建議

5.4數據分析

問卷調查方面，是次研究共收集了 232 份有效問卷，並以 SPSS 程式進行數據統計和分析。

5.5調查局限

本研究調查只能反映本會所接觸基層婦女的情況，雖然未能普遍反映全港基層婦女或整體婦女的情況，但也對於了解最草根的基層婦女有參考價值。

6 研究結果

6.1基本資料

是次調查共訪問 232 名婦女。受訪者年齡介乎 26 至 74 歲，其中過半為 36 – 45 歲(56.5%)、其次是 46-55 歲 (19.8%) 和 26-35 歲 (17.2%) 等，平均年齡為 42 歲 (表一)。

受訪者的籍貫逾七成半為廣東(75.9%)，其次是湖南(5.2%)和其他省份。(表二及表三)

住屋方面，58.2%受訪者居住公屋單位，30.2%受訪者租住套房或劏房 (表四)。

教育程度方面，47.4%受訪者為初中程度，25.9%為小學以下程度，15.5%為高中程度。(表五)

婚姻狀況方面，71.1%受訪者為已婚且配偶在港生活，17.7%為離婚，其餘為喪偶(5.6%)和已婚但配偶不在港(4.3%) (表六)。

來港年期方面，受訪者平均來港 8.3 年，中位數為 6.5 年，最短 1 年，最長為 42 年(表七)。

家庭特徵方面，37.1%受訪者居港家庭人數為 4 人，其次為 3 人(29.7%)，5 人(13.8%)和 2 人(12.5%) (表八)。28.4%受訪者家庭有 1 位來港不足 7 年，15.5%有 2 位來港不足 7 年人士 (表九)。46.1%受訪者家庭育有 2 位居港子女、33.6%育有一名和 13.4%有 3 名居港子女，當中近 78.9%受訪者家庭正養育 1 至 2 名 18 歲以下子女 (表十及表十一)。

就業情況方面，80.2%受訪者為家庭主婦，其次為兼職工作(8.6%)、全職工作(3.9%)、散工(3.9%)和失業(2.2%)(表十二)。有工作的受訪者中主要從事批發、零售、進出口貿易、飲食和酒店業(47.6%)、清潔(16.6%)和社區、社會及個人服務業(14.3%)(表十三及表十四)。

配偶就業方面，34.5%受訪者的配偶為全職工作者，22.0%「打散工」(表十五)。

家庭收入方面，52.0%受訪者的家庭收入來自配偶工資，32.8%為來先政府援助，11.7%來自自身工資(表十六及表十七)。受訪者家庭每月收入主要集中在 10,001-15,000 (38.7%)元及 5,001 – 10,000 元 (37.0%)、其次為 15,001 – 20,000 元 (17.8%) 及 5,000 元或以下(4.8%)(表十八)。

6.2個人健康

身體狀況方面，58.6%受訪者認為自己身體狀態一般，20.3%覺得很好，16.8%覺得很差(表十九)。對比本會 2016 年的調查⁷⁷基層婦女認為身體狀態一般(71.0%)，很好(7.0%)，覺得很差(19.0%)；對比 2017 年香港居民的健康狀況數據⁷⁸，一般女性認為身體狀態一般(33.0%)，很好(52.2%)，覺得很差(3.0%)。

	基層婦女(2016 年)	基層婦女(2017 年)	一般女性(2017 年)
很好	7.0%	20.3%	52.2%
一般	71.0%	58.6%	33.0%
很差 (差)	19.0	16.8	3%

另外，46.6%受訪者覺得自己身體狀況跟同齡人士差不多，其次認為比同齡人士較差(31.5%)、較好(11.6%)、差很多(8.2%)及好很多(2.2%)(表二十)。對比本會 2016 年的調查，婦女感覺比同齡人士差不多(49.0%)、較差(37.0%)、較好(11.0%)、差很多(3.0%)；對比 2017 年香港居民的健康狀況數據，一般女性認為自己身體狀況跟同齡人士差不多(84.2%)，較差(5.6%)、較好(9.3%)、差很多(0.4%)。

	基層婦女(2016 年)	基層婦女(2017 年)	一般女性(2017 年)
較好	11.0%	11.6%	9.3%
差不多	49.0%	46.6	84.2%
較差	37.0%	31.5%	5.6%
差很多	3.0%	8.2%	0.4%

雖然基層婦女的身體狀態比往年改善，但整體仍比一般女性狀態較差。

身體病患方面，23.4%表示被診斷患上長期痛症（間歇或持續痛楚三個月或以上）、其次為骨質疏鬆(9.5%)、主婦手(8.7%)、腸胃疾病(5.2%)、其他(5.2%)、眼鼻喉疾病(4.8%)、高血壓(4.3%)、心臟病(3.5%)、糖尿病(3.0%)、泌尿道感染(3.0%)、皮膚病(1.7%)、肝病(1.3%)及呼吸系統疾病 (0.9%)(表廿一及表廿二)。

⁷⁷ <http://bit.ly/2jIwRtg> 婦女健康與基層醫療調查報告

⁷⁸ <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11302632017XXXXB0100.pdf> 主題性住戶統計調查第 63 號報告書

精神狀況方面，21.2%被診斷患上抑鬱症、10.4%患上焦慮症，其次為躁狂症(2.2%)、躁鬱症(1.3%)、精神分裂症(1.3%)、強迫症(0.9%)及其他(0.9%)(表廿三及表廿四)。對比二零一四至二零一五年度人口健康調查⁷⁹，一般女性僅 1.1%患有抑鬱症、0.6%患有焦慮症、0.2%患有精神分裂症，是次調查顯示基層婦女的精神健康狀況比一般女性差。

	基層婦女	一般女性
抑鬱症	21.2%	1.1%
焦慮症	10.4%	0.6%
精神分裂症	1.3%	0.2%

情緒方面，44.8%受訪者在過去三個月中有一至六天感到緊張，其餘則為完全沒有(32.8%)、七天以上(12.1%)及幾乎每天(10.3%) (表廿五)。近四成(39.2%)在過去三個月中有一至六天感到心情低落、沮喪或絕望，其餘為完全沒有(42.7%)、七天以上(9.9%)及幾乎每天(8.2%) (表廿五)。

思想方面，44.0%受訪者在過去三個月中有一至六天過份憂慮不同的事情，其餘為完全沒有(36.2%)、七天以上(11.2%)及幾乎每天(8.6%) (表廿五)。52.6%受訪者在過去三個月中完全沒有感到害怕，就像要發生可怕的事情，其餘則為一至六天(31.9%)、七天以上(8.2%)及幾乎每天(7.3%) (表廿五)。

行為方面，34.5%受訪者在過去三個月中有一至六天感到入睡困難、睡不安穩或睡眠過多的日數為，其餘為一至六天(34.5%)、幾乎每天(16.8%)及七天以上(12.9%) (表廿五)。43.5%受訪者在過去三個月中心感疲倦或沒有活力的日數為一至六天，其餘為完全沒有(23.7%)、幾乎每天(18.2%)及七天以上(14.7%) (表廿五)。在過去三個月中心感不振或吃太多的日數為 完全沒有(52.2%)、一至六天(30.6%)、七天以上(9.1%)及幾乎每天(8.2%) (表廿五)。

睡眠方面，受訪者平均每日可睡六小時，當中 54.8%受訪者每日可睡六至七小時、分別有一成受訪者可睡四小時(11.3%)和五小時(14.7%) (表廿六)。失眠日數方面，受訪者平均每星期失眠 1.8 日，當中 26.3%每星期失眠一至兩日，另外 9.9%每星期失眠六至七日 (表廿七)。

6.3 公營醫療服務

6.3.1 醫療服務整體使用情況

醫療服務使用方面，大多數受訪者表示健康出現問題時會向他人求助(88.8%)，約一成受訪者表示不會(表廿八)。

當感到不適時，56.7%受訪者會選擇西醫，48.8%表示會選擇西醫及中醫，26.0%受訪者會選擇中醫，13%會選擇牙科或眼科 (表廿九)。對比二零一四至二零一五年度人口健康調查⁸⁰，基層婦女比一般女性較傾向同時選擇西醫及中醫，而一般女性則傾向選擇西醫。

⁷⁹ https://www.chp.gov.hk/files/pdf/chapter_4_chi.pdf

⁸⁰ https://www.chp.gov.hk/files/pdf/chapter_8_chi.pdf 《二零一四至二零一五年度人口健康調查》第四章 心理健康

《二零一四至二零一五年度人口健康調查》第八章 醫療服務的使用

	基層婦女	一般女性
西醫	56.7%	90.4%
中醫	26.0%	6.2%
西醫及中醫	48.8%	3.4%

當感到不適時，受訪者會選擇的求醫類別依次為「公立醫院急診室求診」(52.5%)、「醫管局及衛生署轄下的普通科門診求診」(44.7%)、「自行購買藥物」(35.9%)、「到非牟利團體提供的免費/優惠醫療服務求診」(21.2%)、「私家西醫診所」(16.1%)、「公營診所服務」(14.3%)、「內地醫療服務」(11.5%)、「私家中醫或針灸診所」(6.9%)、「公立眼科醫院」(6.5%)、「私家跌打診所」(4.1%)、「不接受任何治療」(4.1%)、「私家牙醫診所」(3.2%)、「私家醫院求診」(3.2%)、「私家職業、物理治療」(3.2%)及「私家眼科診所」(0.9%)(表三十)。

42.7%受訪者每年就醫次數為三至五次、24%為六至十次、11.5%為十二至二十次、10.1%為兩次(表卅一)。

全家就醫次數方面，39.4%受訪者的家庭就醫次數為 10-15 次、21.5%為 16-20 次、13.0%受訪者的家庭就醫次數則為 30 次以上(表卅二)。

受訪者平均每年花在自己身上的醫療費為\$1,455，當中 47.4%的受訪者表示每年花在自己身上的醫療費為\$1,000 至\$2,000、33.3%為\$800 或以下、16.0%則表示為\$3,000 至\$5,000 (表卅三)。

58.4%受訪者不會接受治療的原因是「擔心醫療費用昂貴」、55.3%為「輪候公立醫療服務時間過長/約不到」、35.0%為「節省醫療開支」、25.4%為「沒有錢付醫療費」，其餘分別為認為「身體會自然康復」(15.2%)、「治療方法效用不大」(11.2%)、「其他」(1.0%)和「不想接受政府資助」(0.5%)(表卅四)。

受訪者家庭每年平均醫療費用為\$3,400，當中 43.1%為\$3,000 至\$5,000、31.7%為\$1,200 至\$2,800、13.7%為\$1,000 或以下、\$6,000 或以上則佔 12.0% (表卅五)

對公營服務的醫護人員人手編制滿意程度方面，59.8%受訪者表示「不滿意」或「非常不滿意」、37.6%受訪者表示「滿意」，「非常滿意」則佔百分之二(2.6%)(表卅六)。

表示「不滿意」或「非常不滿意」的原因中，84.7%受訪者認為「排期時間長」、42.7%為「醫護人手不足」、34.0%為「診治時間短」、27.3%為「醫護人員態度參差」，其餘分別為「醫護人員工作量大」(14.7%)和「其他」(1.3%)(表卅七)。

6.3.2 普通科門診使用情況

普通科門診方面，89.7%受訪者表示使用過普通科門診電話預約服務，10.3%則表示沒有(表卅八)。

65.7%受訪者表每年平均使用普通科門診一至五次，25.3%為六至十次，十二次或以上則佔 6.4% (表卅九)。

就普通科門診電話預約服務滿意程度方面，69.9%受訪者表示「不滿意」或「非常不滿意」，30.2%則表示「滿意」或「非常滿意」(表四十)。

表示「不滿意」或「非常不滿意」的原因中，81.1%受訪者認為「門診名額少，經常滿額」、47.8%認為「等候時間過長」、45.3%認為「電話預約程式複雜」、27.7%認為「醫生診症時間太短」，其餘則為「開放時間不方便」(13.2%)、「醫生質素參差」(8.8%)、「醫護人員態度差」(6.9%)、「每次 50 元診金太貴」(6.3%)和「不清楚預約方法」(5.7%)(表四十一)。

受訪者每次平均需要打 5.9 次電話才成功預約普通科門診，當中 45.8%受訪者表示平均需要打三至五電話才成功預約，23.7%更需要打十至二十次電話。打六至九次電話佔約 14.1%，一至兩次電話便成功預約的則佔 11.1%(表卅八)。另外，從無成功預約則佔 4.8%(表四十二)。

若約不到普通科門診，45.7%受訪者表示會「繼續致電預約，直至成功預約為止」，41.3%表示會「自行購藥」，37.5%表示會「向公立醫院急診室求診」，25%表示會「即使費用貴，亦選擇向私家醫生求診」，其餘則分別表示「放棄求診」(18.3%)、「向非牟利機構求診」(14.9%)、「前往內地求診」(7.2%)和「其他」(0.5%)(表四十三)。

求診時間方面，受訪者每次到普通科門診求診(由進入診所至離開)平均需要 3.17 小時，當中 44.3%需要三至四小時，38.6%表示兩小時內完成求診，12.4%則表示需要五至六小時(表四十四)。

64.3%受訪者表示醫生提供太少病情及治療資訊，27.6%表示醫生提供充足資訊，其餘則表示「完全沒有提供資訊」(7.6%)和「提供太多資訊」(0.5%)(表四十五)。

沒有使用普通科門診的受訪者當中，50%是因為「門診名額少，經常滿額」，31.8%為「電話預約程式複雜」，27.3%為「不清楚預約方法」，18.2%為「等候時間過長」(表四十六)。

6.3.3 急症室使用情況

急症室使用方面，86.2%受訪者表示曾使用公立醫院急症室服務，13.8%則表示沒有使用(表四十七)。

68.2%受訪每年平均使用一至三次急症室服務，10.8%為五次，六至十次則佔 9.3%(表四十八)。

對急症室服務的滿意程度方面，79.5%受訪者表示「不滿意」或「非常不滿意」，20%則表示「滿意」或「非常滿意」(表四十九)。

表示「不滿意」或「非常不滿意」的原因中，94.7%受訪者認為急症室服務「等候時間過長」，36.5%認為「醫生診症時間太短」，34.7%認為「每次 180 元診金太貴」(34.7%)，其餘則分別認為「有多

種病痛，只能揀選其中一樣醫治」(22.9%)、「每次求診均不是同一醫生」(17.1%)、「醫生質素參差」(15.9%)、「醫護人員態度差」(14.1%)和「處方藥效果不佳」(12.9%)(表五十)。

若急症室服務不佳(如輪候時間長或其他原因)時，45.9%受訪者表示會「帶子女一同前往等候」，39.2%會「自行購藥」，30.9%表示「因為費用相對私家醫生便宜，只可繼續使用」，其餘則表示會「即使費用貴，亦選擇向私家醫生求診」(14.4%)、「向非牟利機構求診」(13.8%)、「因無法照顧子女或家人選擇放棄治療」(12.7%)和「前往內地求診」(7.2%)(表五十一)。

雖然普遍認為急症室服務輪候時間太長，但 50.3%受訪者仍然選擇使用急症室的原因是「未能預約普通科門診」，46.9%表示「假期或晚上沒有其他醫生應診」。另外，表示「急症服務較全面(如提供 X 光檢查)」(27.7%)和「急症室收費較便宜」(27.1%)則各有兩成七受訪者，其餘分別表示「對急症服務更有信心」(2.3%)、「從不使用急症」(1.1%)和「其他」(1.1%)(表五十二)。

輪候時間方面，58/8%受訪者表示每次平均要輪候三至四小時才可見急症室醫生，24.3%受訪者需要輪候五至六小時，輪候一至兩小時就能見急症室醫生則佔 17.2%(表五十三)。

診治時間方面，40.2%受訪者表示每次見醫生的平均診治時間只有五分鐘，表示有十分鐘診治時間的則有 29.9%，16.2%則表示少於五分鐘(表五十四)。

沒有使用急症室服務的受訪者當中，75%是因為「等候時間過長」，25%為「不需要」，17.9%為「醫生質素參差」，其餘則是「醫生診症時間太短」(7.1%)，「處方藥效果不佳」(3.6%)(表五十五)。

6.3.4 專科服務使用情況

專科服務使用方面，56.9%受訪者表示有在港公立醫院專科覆診，42.7%則表示沒有(表五十六)。

需要到心胸外科覆診的受訪者中，40%的覆診期為「1-3 個月」，分別有 20%受訪者的覆診期為「7-12 個月」和「13-18 個月」，「4-6 個月」佔 13.3%，「19-24 個月」則有 6.7%(表五十七)。

需要到耳鼻喉科覆診的受訪者中，31%的覆診期為「4-6 個月」，27.6%為「13-18 個月」，17.2%為「7-12 個月」。分別有 10.3%受訪者的覆診期為「1-3 個月」和「多於 24 個月」，其餘則為「19-24 個月」(3.4%)(表五十八)。

需要到眼科覆診的受訪者中，25%的覆診期為「7-12 個月」，21.4%為「1-3 個月」。分別有 17.9%受訪者的覆診期為「4-6 個月」和「多於 24 個月」，其餘則為「13-18 個月」(14.3%)和「19-24 個月」(3.6%)(表五十九)。

需要到婦科覆診的受訪者中，28.1%的覆診期為「1-3 個月」，25%為「7-12 個月」，21.9%為「4-6 個月」，其餘則為「13-18 個月」(9.4%)、「19-24 個月」(9.4%)和「多於 24 個月」(表六十)。

需要到內科覆診的受訪者中，33.3%的覆診期為「4-6 個月」，26.2%為「1-3 個月」，16.7%為「13-18 個月」，其餘則為「7-12 個月」(9.5%)、「19-24 個月」(7.1%)和「多於 24 個月」(7.1%) (表六十一)。

需要到神經外科覆診的受訪者中，50%的覆診期為「4-6 個月」，其餘「13-18 個月」、「19-24 個月」和「多於 24 個月」則各佔一成七(16.7%) (表六十二)。

需要到矯形及創傷外科診的受訪者中，覆診期為「1-3 個月」、「4-6 個月」、「19-24 個月」和「多於 24 個月」各佔 22.2%，「7-12 個月」則佔 11.1% (表六十三)。

需要到骨科覆診的受訪者中，33.3%的覆診期為「1-3 個月」，18.5%為「7-12 個月」，「4-6 個月」、「13-18 個月」和「多於 24 個月」則各佔 14.8% (表六十四)。

需要到外科覆診的受訪者中，61.5%的覆診期為「4-6 個月」，15.4%為「19-24 個月」，其餘「1-3 個月」、「7-12 個月」和「13-18 個月」則各佔 7.7% (表六十五)。

需要到精神科覆診的受訪者中，39.5%的覆診期為「1-3 個月」，36.8%為「4-6 個月」，其餘分別為「7-12 個月」(7.9%)、「多於 24 個月」(7.9%)、「19-24 個月」(5.3%)和「13-18 個月」(2.6%) (表六十六)。

有關到其他專科覆診的受訪者中，覆診期為「1-3 個月」和「4-6 個月」的各佔 42.1%，其餘為「7-12 個月」(5.3%)、「13-18 個月」(5.3%)和「19-24 個月」(5.3%) (表六十七)。

對專科服務的滿意程度方面，40.7%受訪者表示「不滿意」或「非常不滿意」，59.3%則表示「滿意」或「非常滿意」(表六十八)。

表示「不滿意」或「非常不滿意」的原因中，78.9%受訪者表示「排期時間過長」，39.4%表示「醫生診症時間太短」，31%表示「有多種病痛，只能揀選其中一樣醫治」，其餘則表示「醫生質素參差」(21.1%)、「首次診金 135 元，其後每次診症 80 元太貴」(16.9%)、「處方藥效果不佳」(15.5%)、「每次覆診醫生均不同」(15.5%)、「醫護人員態度差」(7%)、「處方藥太貴」(4.2%)和「其他」(2.8%) (表六十九)。

若不滿意專科服務，51.8%受訪者表示「因無法支付私家費用，即使輪候時間長亦無辦法」，38.6%受訪者表示「排期時間長，因擔心病情而情緒低落或焦慮」，32.5 表示「自行購藥」，20.5%表示「節衣縮食，選擇向私家醫生求診」，19.3%表示會「前往內地求診」，其餘分別表示「向非牟利機構求診」(15.7%)，「放棄治療」(12%)，「其他」(1.2%) (表七十)。

求診時間方面，受訪者每次到專科門診(由進入診所至離開)覆診平均需時 2.9 小時，當中 45.2%受訪者表示需要輪候三至四小時，38.7%表示需要一至兩小時，10.1%則需要輪候五小時或以上 (表七十一)。

49.3%受訪者表示專科醫生提供太少病情及治療資訊，38.4%表示提供足夠病情及治療資訊，12.3%表示完全沒有提供資訊（表七十二）。

沒有使用專科服務的受訪者當中，分別有 50.5%原因為「排期時間過長」和 51.6%「不需要專科覆診」，其餘分別是因為「醫生診症時間太短」(11%)、「首次診金 135 元，其後每次診症 80 元太貴」(7.7%)、「每次覆診醫生均不同」(5.5%)、「醫生質素參差」(4.4%)、「醫護人員態度差」(3.3%)、「有多種病痛，只能揀選其中一樣」(3.3%)和「其他」(1.1%) (表七十三)。

6.3.5 住院服務使用情況

住院服務方面，56%受訪者表示使用過公立醫院的住院服務，44%則表示沒有（表七十四）。

對住院服務的滿意程度方面，66.2%受訪者表示「滿意」或「非常滿意」，表示「不滿意」或「非常不滿意」的則佔 33.8% (表七十五)。

表示「不滿意」或「非常不滿意」的原因中，66.7%受訪者認為「分流等候時間太長」，45.6%認為「醫護人員不夠」，43.9%認為「太多病人」，33.3%認為「醫護人員態度差」，其餘為「膳食差」(24.6%)、「不夠床位」(24.6%)、「環境差」(17.5%)、「經常發生醫療失誤」(14%)、「住院費用每日 100-120 元太貴」(12.3%)、「醫院太多病菌」(8.8%)和不需要住院服務(1.8%) (表七十六)。

受訪者每次平均需等候 3.1 小時才可上病房，當中 45.8%表示需等候兩至三小時，32.9%更需要等候四小時或以上才可上病房，等候不足兩小時就可上病房的受訪者則佔約 21.5% (表七十七)。

沒有使用公立醫院住院服務的受訪者當中，74.7%是因為「不需要住院服務」，18.9%為「分流等候時間太長」、其餘則分別因為「不夠床位」(8.4%)、「太多病人」(7.4%)、「醫院太多病菌」(6.3%)、「醫護人員不夠」(3.2%)、「醫護人員態度差」(3.2%)、「膳食差」(3.2%)、「住院費用每日 100-120 元太貴」(3.2%)、「環境差」(2.1%)和「經常發生醫療失誤」(2.1%) (表七十八)。

6.3.6 公立醫院或門診醫療收費減免服務

領取綜援方面，61.9%受訪者表示沒有領取綜援，37.7%則表示有領取（表七十九）。

公立醫院或門診醫療收費減免服務方面，絕大多數(95.9%)受訪者表示未曾申請過公立醫院或門診醫療收費減免服務，只有 4.1%曾經申請（表八十）。

滿意程度方面，62.5%受訪者對醫療收費減免服務表示「不滿意」，「滿意」的則佔約 37.5% (表八十一)。

表示「不滿意」的原因中，71.4%受訪者認為「申請程式繁複，不想申請」。同時，有 28.6%認為「有了門診時間才向社工申請，時間很倉促」、「申請需提交太多文件，十分不便豁免」、「時期太短，導致每次求診均要重新申請」和「不知道如何申請」，其餘為「申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛」(14.3%) (表八十二)。

受訪者獲批的醫療收費減免服務時間依次為「1 年有效」(42.9%)、「6 個月有效」(28.6%)、「3 個月有效」(14.3%)和「1 個月有效」(14.3%)(表八十三)。

沒有申請醫療收費減免服務的受訪者中，82.1%是因為「不知道如何申請」，24.1%因為「申請程式繁複，不想申請」，15.2%為「申請需提交太多文件，十分不便」，其餘受訪者分別是因為「申請資格 (例如：入息及資產限額等)太過嚴苛」(10.3%)、「有了門診時間才向社工申請，時間很倉促」(6.2%)、「不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便」(5.5%)、「豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請」(4.8%)和「其他」(1.4%)(表八十四)。

6.3.7 醫管局的中醫教研中心（中醫診所）服務

中醫診所服務方面，73.3%受訪者表示沒有使用過公營的中醫診所服務，26.7%表示有使用過相關服務 (表八十五)。

對公營的中醫診所服務滿意程度方面，36.9%受訪者表示「不滿意」或「非常不滿意」，表示「滿意」或「非常滿意」則有 63.1% (表八十六)。

「不滿意」或「非常不滿意」中醫診所服務的原因中，42.3%受訪者認為「預約程式復雜」，38.5%認為「不可電話預約」，分別 26.9%認為「藥效一般」和「針灸沒有資助」，另外分別有 23.1%認為「開放時間無晚間、星期日或公眾假期」和「名額太少，預約困難」。其餘受訪者分別是認為「醫生質素參差」(19.2%)、「費用太貴 (120 元/次，包診金和兩劑中藥)」(11.5%)、「每次覆診醫生都不同」(7.7%)、「診治時間較短」(3.8%)、「不需要中醫服務」(3.8%)和「其他 (綜援歧視)」(3.8%)(表八十七)。

沒有使用公營的中醫診所服務的受訪者中，24.8%是因為「預約程式復雜」，21.8%是因為「費用太貴 (120 元/次，包診金和兩劑中藥)」，11.6%是因為「不了解服務」。另外有 32.7%受訪者是因為「不需要中醫服務」，其餘則分別因為「名額太少，預約困難」(10.9%)、「藥效一般」(9.1%)、「不可電話預約」(7.3%)、「每次覆診醫生都不同」(6.7%)、「開放時間無晚間、星期日或公眾假期」(5.5%)、「診治時間較短」(4.8%)、「針灸沒有資助」(4.8%)、「醫生質素參差」(1.8%)和「其他」(0.6%)(表八十八)。

6.3.8 非牟利機構提供的醫療服務使用情況

非牟利機構提供的醫療服務方面，42.6%受訪者表示有使用「港仁中醫提供的免費中醫或針灸服務」，40.4%有使用「本會的免費中醫或針灸服務」，19.1%有使用「足康會的免費健康鞋墊服務」，16.9%有使用「家計會的婦女健康服務」，其餘則表示有使用「本會的免費配眼鏡服務」(16.2%)、「本會的免費驗眼服務」(12.5%)、「婦女乳癌基金會的乳房 X 光或超聲波服務」(8.1%)、「東華三院的婦女健康服務」(4.4%)、「其他」(4.4%)和「周大福慈善基金——精神科醫療資助計劃」(3.7%)(表八十九及表九十)。

絕大多數受訪者表示「贊成」或「非常贊成」政府資助非牟利機構開辦免費或廉價的醫療服務(99.1%)，只有不足百分之一表示「不贊成」(0.9%)(表九十一)。

醫療服務類型方面，64.1%受訪者表示需要「全面身體檢查」，58.9%表示需要「牙醫服務」，42.9%表示需要「中醫或針灸」，40.7%表示需要「簡單身體檢查」，32.5%表示需要「配眼鏡服務」，39.9%表示需要「驗眼服務」，其餘分別為「脊醫服務」(14.7%)、「物理治療」(11.7%)、「精神科服務」(10.4%)和「其他」(1.3%)(表九十二)。

6.3.9 政策建議

政策建議方面，69.7%受訪者認為要「增加公立醫院醫護人員人手供應」，66.2%認為要「減少公立醫院急診室輪候時間」，63.6%認為要「為基層家庭提供醫療券到私家診所看醫生或做身體檢查」，61.8%認為要「增設公營牙科服務」，60.5%認為要「大幅增加公營普通科門診名額」、59.2%認為要「縮短專科門診新症排期及診症輪候時間」，50.9%認為要「鼓勵和資助非牟利機構或私人機構開辦持續的廉價或免費醫療服務」，其餘則分別認為要「增加公營醫院住院床位」(46.1%)、「增加公營中醫診所的診症時間，需增加針灸服務的資助」(44.7%)、「簡化醫療豁免程式，核心家庭審批一次就自動批出全家 12 個月的醫療減免」(43.4%)、「向公營醫療撥款的比例由佔政府經常開支的 17% 逐步增加至 20% 或以上」(41.2%)、「將 500 億元醫療預留撥款直接注資公營醫療服務」(40.4%)和「其他」(1.3%)(表九十三及表九十四)。

7 研究分析

7.1 受訪者身體健康狀況

7.1.1 八成基層婦女為家庭主婦，只能依靠丈夫或政府援助

受訪者年齡主要屈乎 36-55 歲(56.5% 為 36-45 歲, 19.8% 為 46-55 歲), 近八成婦女籍貫均為廣東(75.9%), 78.9% 的婦女育有 1-2 名 18 歲或以下兒童, 但家庭月收入的中位數僅為 6,179 元 (2 人家庭)、10,000 元 (3 人家庭)、14,000 元 (4 人家庭), 均低於貧窮線(二人住戶是 9,650 元, 三人是 15,000 元, 四人是 20,000 元)⁸¹。受訪者中約 24.6% 為單親家庭, 亦有約三成基層婦女 (33.2%) 租住套房、劏房或天台屋, 可見受訪婦女的家庭均處於赤貧狀況。

	受訪婦女家庭月入的中位數	貧窮線 (全港家庭月入的中位數 50%)
1 人家庭	\$3,000	\$4,500
2 人家庭	\$6,179	\$9,650
3 人家庭	\$10,000	\$15,000
4 人家庭	\$14,000	\$20,000

因照顧年幼子女, 80.2% 受訪者為家庭主婦, 有全職工作的僅為 3.9%, 其次 12.5% 的婦女從事兼職或散工工作。當問到受訪者的家庭收入來源時, 52% 婦女靠丈夫的工資收入生活, 而她們的丈夫僅有 46.2% 有全職工作, 37.6% 亦從事散工和兼職工作, 依靠政府援助的婦女亦佔 32.8%。可見基層婦女因照顧家庭, 無法工作, 只能依靠丈夫或政府援助。

7.1.2 身體狀況遠差於一般香港女性, 79.3% 婦女認為身體狀況一般或差

身體狀況方面, 79.3% 受訪者認為自己的身體狀態一般和差。對比本會 2016 年的調查, 89% 基層婦女認為身體狀態為一般和差的情況有改善, 但仍明顯低於一般女性, 根據 2017 年香港居民的健康狀況數據, 僅 36% 的一般女性認為自己身體狀況一般或差⁸²。此外 39.7% 的基層女性認為與同齡人相比身體較差或差很多, 而全港一般女性僅 6.0% 認為身體較同齡人差。

此外, 是次調查中 58.1% 有長期病, 比例高於 35-54 歲的一般女性 (約 40% 有長期病⁸³), 基層婦女的長期病主要集中為長期痛症(31.3%)、骨質疏鬆 (12.8%) 和主婦手 (11.6%)。可見基層女性的身體狀況明顯差過一般女性, 有長期病的比例亦高過一般女性。

7.1.3 過三成 (35.5%) 基層婦女患上情緒/精神病, 高於一般女性的 2.3%

世界衛生組織指出性別是影響精神健康和精神病患的重要因素, 而女性出現單向型抑鬱症的機會更是男性的兩倍。性別角色(Gender based roles)、社經地位和低收入等亦是影響女性患上精神病患的因素⁸⁴。基層婦女主要是家庭工作者、低收入人士和新來人士, 她們一方面生活拮据, 另一方面需要照顧家庭, 面對巨大生活壓力。是次調查發現受訪基層婦女有三成五(35.5%)被診斷患上情緒/精神病患, 確診比

⁸¹ 2017 年第四季 http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10047&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=10044&Ver=HTML

⁸² <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11302632017XXXXB0100.pdf>

⁸³ <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11302632017XXXXB0100.pdf> p27

⁸⁴ http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ WHO Gender and women's mental health

例明顯高於一般女性，2017 年一般女性中僅有 91,500 名患有情緒/精神病⁸⁵（佔女性的 2.3%⁸⁶），是次調查中基層婦女主要確診患有抑鬱症（55.7%）、焦慮症（27.3%），其次為躁狂症（3.4%），可見基層婦女的精神壓力遠遠大於一般女性，極需要關注。

在是次調查中亦有三至四成的受訪婦女每星期有一至六天事情到緊張、不安或煩躁（44.8%），感到心情低落、沮喪或絕望（44.0%）和感到疲倦和沒有活力（43.5%）。當問到她們每日的睡眠時間時，約 54.9% 的婦女每日睡眠時間為 6-7 小時，亦有 29.5% 的婦女每日僅可睡 5 小時或更少。當中 61.9% 婦女每星期均會失眠，當中 25.5% 受訪婦女每星期會失眠 3 天或以上。

7.2 公營門診服務

7.2.1 本港七成門診服務由私營診所提供，六成婦女依賴公營門診服務

門診服務是基層醫療其中一個重要環節，而本港的門診服務卻有七成由私營診所提供。是次調查發現，當基層婦女感到不適時，82.5% 受訪者會求醫，當中 59% 會到醫管局及衛生署轄下的公營普通科門診求診，約一半（52.5%）會選擇到公立醫院急症室求診，只有 16.1% 會選擇到私家西醫診所和 6.9% 到私家中醫或針灸診所求診。而對於一般市民來說，僅有 31.8% 會使用公營醫療，49.5% 均選擇私家西醫⁸⁷，可見基層婦女較普通市民更依賴公營醫療服務。原因可能是私人診所費用高昂，令基層婦女卻步，根據政府⁸⁸及香港保險業聯會⁸⁹的數據顯示，普通科醫生門診平均帳面金額由 2005 年的 207 元增加至 2014 年的 292 元，升幅達四成（41.1%）；中醫方面更由 2005 年的 214 元增加至 2014 年的 368 元，升幅達七成（72.0%）。相比現時普通科門診每次診症費用為 50 元，急症室則為每次 180 元⁹⁰，如此昂貴的費用對於基層婦女實在難以負擔，令她們只好到公營醫療服務求醫。

7.2.2 公營門診名額少，經常滿額

是次調查發現，69.9% 基層婦女對普通科門診電話預約服務感到不滿意，主要原因是門診名額少，經常滿額（81.1%）、等候時間過長（47.8%）、電話預約程式複雜（45.3%）、醫生診治時間太短（27.7%）和開放時間不方便（13.2%）。

醫院管理局（醫管局）轄下的普通科門診服務的主要服務使用者為長者、低收入人士和長期病患者。現時，醫管局轄下共 73 間普通科門診診所，當中三分之一的病人為 65 歲或以上的長者⁹¹，於 2016/17 年度，普通科門診服務約 6,120,999 人次⁹²，而醫管局亦計劃逐步增加超過 44,000 個普通科門診的診症名額，以應付普通科門診服務需求⁹³。雖然病人可透過電話預約系統，預約未來 24 小時的診症時段，但由於電話預約系統即時為偶發疾病病人編配診症時段，普通科門診服務並沒有輪候名單，也沒

⁸⁵ <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11303032017AN17B0100.pdf> p311

⁸⁶ 2016 年女性有 3961200 人（2016 年中期人口統計）

⁸⁷ <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11302632017XXXB0100.pdf> P49

⁸⁸ http://www.myhealthmychoice.gov.hk/pdf/appendixC_chn_txt.pdf 附錄 C 香港私營醫療服務現況

⁸⁹ https://www.hkfi.org.hk/pdf/medical_2014.pdf 香港保險業聯會 2014 年醫療索償數據調查

⁹⁰ http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10045&Lang=CHIB5 醫院管理局 醫療收費

⁹¹ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201804/11/P2018041100676.htm>

⁹² <https://www.budget.gov.hk/2018/chi/pdf/chead140.pdf>

⁹³ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201801/10/P2018011000222.htm>

有新症輪候時間⁹⁴。2017 年全年普通科門診求診病人約有 150 萬，當中三份一為長者，估計基層婦女的求診需要未被滿足。⁹⁵

此外在 2015/16 年度，部分診所於星期日和公眾假期以外的日間診症時間為在職公務員提供約 55 萬個優先籌（即每日約 2,000 個），約佔整體門診名額的一成。過去 5 年，這些優先籌的使用率為大概六成，所有餘下時段已回撥給一般市民於當日使用⁹⁶。因門診使用率的計算方法未清晰列出普通市民和公務員優先籌的使用情況，亦無法估算長者門診未完全使用是否與公務員優先籌或使用時段有關。

7.2.3 電話預約平均要打 6 次電話才可成功預約，輪候 3 小時

醫管局自 2006 年 10 月起在全港推行公立普通科門診電話預約服務，期望減少市民親身輪候時間，但婦女需要花上數小時、甚至整天都未能成功預約。是次調查中，有 89.7% 的受訪者有用過門診電話預約服務，基層婦女每次平均需要打 5.9 次電話才成功預約普通科門診，23.7% 受訪者需要打十至二十次電話才成功預約。此外基層婦女亦反應電話預約系統需先輸入身份證號碼後才知籌滿情況，再加上預約困難，需輸入多次資料，預約程序繁瑣。

此外是次調查中，基層婦女從進入診所至離開的時間平均需 3.17 小時，約五成（52.4%）需用 3-5 小時。即使成功預約，她們平均亦需要輪候三個多小時才完成診症，調查發現 64.3% 基層婦女表示醫生提供太少病情及治療資訊，顯示醫生可能因加快診症程式而未有充分向婦女解釋病情、藥物副作用、治療效果及需要檢查的原因，令她們無法掌握自己的健康情況而感到憂慮或不知如何在日常生活改善健康。可見公營門診預約困難，基層婦女需要花上大量時間預約和等候才能見醫生，而診治時間短亦影響婦女對病情及治療的了解。

7.2.4 僅三成門診有夜間、星期日及公眾假期普通科門診服務

現時全港共有 73 間公營普通科門診診所⁹⁷，但只有約三成(23 間)提供夜間、星期日及公眾假期普通科門診服務⁹⁸，可見夜間及假日門診名額不足。是次調查中亦多過一成受訪者（13.2%）認為普通科門診的開放時間並不方便。

7.2.5 預約不到門診服務，四成婦女會轉急症室服務

是次調查中發現，當受訪者當無法約到普通科門診時，雖然約 45.7% 會選擇繼續電預約，直至成功為止，亦有 37.5% 受訪者會轉向公立醫院急症室求診。若公營門診名額增加，相信基層婦女會減少對急症室服務的使用。

⁹⁴ https://www.legco.gov.hk/yr17-18/chinese/fc/fc/w_q/fhb-h-c.pdf P14

⁹⁵ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201801/10/P2018011000222.htm?fontSize=2>

⁹⁶ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201702/08/P2017020800341.htm>

⁹⁷ <https://bit.ly/2H82kzg> 醫院管理局 所有普通科門診診所

⁹⁸ <https://bit.ly/2H7CA6n> 醫院管理局 2018 年度夜間、星期日及公眾假期普通科門診服務

7.3 急症室服務

7.3.1 近七成受訪婦女使用急症室服務 1 年內少於 3 次，但八成不滿意急症服務

受訪者當中，86.2%的婦女曾使用過公立醫院急症室服務，而 68.1%的婦女每年使用次數少於 3 次（22.1%使用 1 次，25.0%使用 2 次，21.1%使用 3 次），當中 79.5%的婦女不滿意或非常不滿意相關服務，主要原因為等候時間過長（94.7%）、醫生診症時間太短（36.5%）、每次 180 元診金太貴（34.7%）和有多種病痛，卻只能揀選其中一樣醫治（22.9%）。即使等候時間過長，67.3%受訪者需要等候 3-5 小時，她們仍選擇帶子女一同前往等候（45.9%），自行購藥（39.2%）或因費用相對私人診所便宜，而繼續使用（30.9%）。

7.3.2 五成基層婦女選擇急症原因為未能預約普通科門診，近六成婦女需等 3-4 小時

當問到基層婦女為何選擇急症室服務時，50.3%受訪者表示因為未能預約普通科門診，46.9%的受訪者因為假期或晚上沒有其他醫生應診。再加上私人門診費用昂貴，令基層婦女只好前往急症室求醫，加重急症室負擔。

現時本港急症室平均等候時間超過三小時⁹⁹，而是次調查亦發現近 58.8%基層婦女平均每次輪候時間為三至四小時，24.3%更需要輪候五至六小時才可見急症室醫生。另一方面，40.2%基層婦女表示每次見醫生的平均診治時間只有五分鐘，可見急症室長期爆滿，壓力極大。可見基層婦女使用急症服務卻迫於無奈，就算使用，一年內使用次數亦較少，而政府因避免市民濫用急症服務而加價的措施顯然是沒有對症下藥。

7.3.3 基層婦女無專業知識判斷病情，急症加價治標不治本

急症室是社會最後安全網，許多大病病徵起初十分輕微，如傷風、咳嗽，或是腦膜炎先兆，若沒經診治，病人不會知道是否患病¹⁰⁰。剛過去的冬季流感高峰期，至 4 月初為止，共有 403 人死亡¹⁰¹，包括兩名兒童。而流感的症狀可輕可重，最常見者為高燒、流鼻水、喉嚨痛、肌肉痠痛、頭痛、咳嗽和疲倦感，因此普通市民無專業知識亦較難判斷，若批評市民濫用急症顯然偏頗。

急症室於去年 6 月 18 日由 100 元加價至 180 元，即使加價，面對今次的冬季流感，公立醫院的急症與內科病房佔用率亦屢創新高，醫學界立法會議員陳沛然亦表示，急症室自去年中加價後，去年下半年到急症室求診人次，較前年同期減少了 3 萬多人，即是每個急症室每日只是減少不足 12 人，可見當初聲稱為避免市民濫用急症服務而加價的成效不彰，政府亦需檢討加價是否斷錯症。

7.3.4 部分基層婦女因照顧家庭而自行購藥或放棄治療

雖然普通科門診及急症室經常爆滿和輪候時間長，但她們大多仍然選擇留在公營醫療服務接受治療。除此之外，有 41.3%和 18.3%基層婦女亦表示會自行購藥和放棄求診。而放棄治療的原因，主要集中為擔心醫療費用昂貴（58.4%）、輪候公立醫療服務時間過長或約不到（55.3%）和節省醫療開支（35.0%）。

⁹⁹ http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=235504&Lang=CHIB5 醫院管理局 急症室等候時間

¹⁰⁰ <http://www.singpao.com.hk/index.php?fi=news2&id=10883>

¹⁰¹ 流感高峰結束 急症求診趨減 東方日報，4 月 8 日

這顯示基層家庭主婦，需要照顧子女和家人，而面對公營醫療門診輪候時間過長和私家醫生收費昂貴，部分基層婦女為了照料家庭只好自行購藥甚至放棄治療，影響她們的病情或康復進展。

7.4 專科與住院服務

7.4.1 近六成基層婦女有專科覆診，近四成輪候超過 13 個月

是次訪問中，56.9%的受訪者需要定期在公立醫院專科門診覆診，而受訪者中近四成受訪者均要輪候超過 13 個月，包括耳鼻喉科（41.3%）、外科（38.50%）、眼科（35.85%）和骨科（33.30%）。而部份專科超過一成半的受訪者覆診輪候超過 2 年，如眼科（17.9%）、外科（15.40%）和骨科（14.8%）。

	耳鼻喉科	眼科	婦科	內科	骨科	精神科	外科
13-18 個月	27.6%	14.35%	9.4%	16.7%	14.8%	2.6%	7.7%
19-24 個月	3.4%	3.6%	9.4%	7.1%	3.7%	5.3%	15.4%
多於 24 個月	10.3%	17.9%	6.3%	7.1%	14.8%	7.9%	15.4%
總計	41.3%	35.85%	25.10%	30.90%	33.30%	15.80%	38.50%

現時普遍公營專科門診穩定新症輪候時間長¹⁰²，其中婦科、骨科和精神科專科門診新症輪候時間分別為 79 星期(約 1.5 年)、116 星期(約 2.2 年)及 95 星期(約 1.8 年)，可見現時輪候時間過長，普遍過一年，甚至過兩年。

醫管局專科門診穩定新症輪候時間（2017 年）

	港島東	港島西	九龍中	九龍東	九龍西	新界東	新界西
耳鼻喉科	51 星期	44 星期	72 星期	79 星期	71 星期	92 星期	81 星期
眼科	60 星期	47 星期	97 星期	153 星期	67 星期	66 星期	61 星期
婦科	74 星期	77 星期	51 星期	68 星期	68 星期	88 星期	131 星期
內科	86 星期	92 星期	102 星期	101 星期	84 星期	102 星期	88 星期
骨科	98 星期	81 星期	144 星期	116 星期	105 星期	178 星期	91 星期
精神科	44 星期	125 星期	78 星期	111 星期	79 星期	134 星期	92 星期
外科	76 星期	74 星期	65 星期	88 星期	51 星期	90 星期	84 星期

7.4.2 八成婦女抱怨專科輪候時間過長，當中有四成情緒低落或焦慮

是次調查中，40.7%不滿意或非常不滿意專科覆診，主因為排期時間過長（78.9%）和醫生診症時間過短（39.4%）。雖然不滿意，但當中 51.8%基層婦女表示因無法支付私家費用，即使輪候時間長亦無辦法，亦有 38.6%婦女因排期時間長，擔心病情而情緒低落，也有 32.5%的婦女會選擇自行購藥。

求診時間方面，基層婦女每次到專科門診覆診平均需時 2.9 小時，當中 45.2%需要輪候三至四小時，另外亦有 49.3%受訪者表示專科醫生提供太少病情及治療資訊。

¹⁰² http://ha.org.hk/haho/ho/sopc/dw_wait_ls.pdf 醫院管理局 專科門診穩定新症輪候時間（2017 年）

7.5 醫療減免

7.5.1 約 95.9%基層非綜援婦女未曾使用醫療減免，八成不知如何申請

非綜援受助人如因經濟困難未能負擔醫療服務收費，可申請減免繳費¹⁰³，唯申請程式需經過複雜的經濟審查，有資產上限，減免有效期分為 1 次性有效和最長 12 個月有效期。而申請減免費用的受助範圍僅限申請者本人，換言之若基層家庭中有多人需要減免便要分別多次提交申請，程式十分繁複。

是次調查有 61.9%受訪者沒有領取綜援，當中 95.9%表示從未申請醫療費用減免，而未有申請的原因主要是不知道如何申請（82.1%）、申請程式繁複，不想申請（24.1%），申請需要太多文件，十分不便（15.2%）。可見公立醫院及診所費用減免機制並未有效普及，申請程式複雜和獲批豁免時效短讓婦女卻步。

7.5.2 六成使用過醫療減免服務的婦女不滿意服務，主要因為申請程式繁複

受訪者中僅有 4.1%婦女有申請過醫療費用減免，62.5%的婦女不滿意其服務，主要是因為申請程式繁複，不想申請（71.4%）、不知道如何申請（28.6%）、申請需提交太多文件十分不便（28.6%）、豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請（28.6%）和有了門診時間才向社工申請，時間很倉促（28.6%）。當問及受訪者獲批的醫療收費減免服務時間時，28.6%的受訪者獲批 6 個月有效期，各有 14.3%的婦女僅獲批 3 個月有效期和 1 次性有效。可見基層婦女每次出現病症，在身體抱恙的情況下仍需帶齊文件，經過社工經濟審查，才有機會批一次性豁免，醫療豁免的安排需盡快檢討。

7.6 公營中醫診所服務與其他非牟利機構服務

7.6.1 七成婦女未曾使用公營中醫診所服務，綜援受助者獲區別對待

醫管局由 2003 年至 2014 年 7 月期間逐步在全港 18 區設立中醫教研中心(公營中醫診所)，以醫管局、非政府機構和本地大學三方夥伴協作模式，由非政府機構營運，提供各項中醫服務¹⁰⁴。現時中醫全科門診標準收費為 120 元（包括診症費用和兩劑中藥），而其他中醫服務（例如針灸、推拿等）則按照有關非政府機構自行釐訂收費。

另外，個別非政府機構營運中心時亦會為不同人士（例如長者）提供折扣安排。是次調查顯示，73.3%基層婦女表示沒有使用過公營的中醫診所服務，當中 24.8%是由於預約程式複雜，21.8%是由於診金費用太貴；11.6%則是不了解服務。值得注意的是每間中心在提供中醫全科門診服務時，僅撥出最少 20%的名額供綜援人士使用，並豁免 120 元的收費¹⁰⁵。受訪婦女普遍反應若告知門診其為綜援受助者，往往無法取得即日籌，相反非綜援受助者則獲派即日籌，反映綜援受助者在使用公營中醫診所服務時獲區別對待。

7.6.2 約 97.4%婦女曾使用其他非牟利機構提供的服務

¹⁰³ http://ha.org.hk/haho/ho/cs/v3/serviceguide_feewaving_b5.htm 醫院管理局 公立醫院及診所費用減免機制

¹⁰⁴ <http://www.ha.org.hk/chinesemedicine/intro.asp?lan=chi> 中醫教研中心 簡介

¹⁰⁵ <http://www.info.gov.hk/gia/general/201712/06/P2017120600614p.htm> 立法會三題：中醫藥服務發展

是次調查中發現 97.4%的基層婦女有使用過其他非政府機構提供的醫療服務，主要為港仁中醫提供的免費中醫或針灸服務（42.6%），其次為本會與正方中醫合作開展的中醫或針灸服務（40.4%），家計會的婦女健康服務（16.9%），足康會的名費健康鞋墊服務（19.1%）和本會的免費配眼鏡服務（16.2%）。當問及是否贊助政府資助非牟利機構開辦免費或廉價的醫療服務時，幾乎所有受訪者（99.1%）贊成或非常贊成，而她們最需要的醫療服務依次為：全面身體檢查（如檢查肝功能等）佔 64.1%，牙醫服務（58.9%），中醫或針灸（42.9%），簡單身體檢查，如驗高血壓和糖尿病等（40.7%），配眼鏡（32.5%）和驗眼服務（29.9%）。可見對於基層街坊來說，非牟利機構提供的免費醫療服務非常吸引，政府亦可為非牟利機構提供更多資助，而開展如身體檢查、牙醫等項目。

8政策建議

8.1基層醫療建議

8.1.1 門診服務

- 增加公營普通科門診配額，尤其是夜間、星期日及公眾假期配額；每區開設 24 小時門診服務
- 改善電話預約程式，讓使用者在確定有門診名額再輸入身份證號碼，避免使用才需致電多次預約，每次需重複輸入身份證號碼後方被告知名額已滿；同時加設真人接聽專線，方便市民預約；
- 擴展現時牙科街症服務診所的數目和開放時間，除處理止痛及脫牙外應包其他牙科保健服務；
- 優化醫管局服務指標，監察電話預約成功率及因籌數不足而被迫跨區求診宗數；
- 設立門診輪候時間和診症時間指標，按指標定期檢討服務達標率；
- 善用 100 億公私營協作基金，擴展普通科門診公私營協作計劃由高血壓及/或糖尿病（或附帶高血脂症）的病人至其它慢性病患者
- 應將中醫納入公營醫療服務；

8.1.2 地區康健中心和婦女中心服務

- 葵青區地區康健中心試點計劃確保基層女性亦為受惠對象；並盡快於其他較貧窮地區（如深水埗區）設立服務中心；
- 為 40-60 歲基層婦女每年或每 3 年提供免費或廉價全身檢查套餐；
- 除現有婦女健康服務外，婦女健康中心和地區康健中心可推出骨質密度檢查、痛症、主婦手和婦科等配套服務，並豁免低收入婦女相關服務收費；
- 儘快開展婦女子宮頸普查和乳房普查服務，並豁免基層人士相關收費；
- 加強對婦女健康中心的宣傳和健康服務的推廣，增加其使用率和覆蓋率；委託獨立機構檢討中心服務；
- 除綜援受助者外，仿效長者醫療券，為基層婦女及其家庭成員派發低收入家庭保健券（領取低收入在職家庭全額津貼者），資助他們到私營診所求診和進行身體檢查；

8.2 專科醫療和住院服務建議

- 減少專科門診的新症輪候時間；
- 善用 100 億公私營協作基金，擴展醫學診斷及造影等協作項目至其他慢性病患者，縮短輪候時間（如超聲波、電腦掃描、磁力共振、化驗等）

8.3 整體醫療政策建議

- 仿效澳洲針對婦女健康狀況進行持續研究，制定婦女健康政策，在醫療政策和改革上考慮性別角度，確保讓基層婦女、新來港婦女和家庭主婦的健康和醫療保障得已改善；
- 除現有婦女健康服務外，新增針對基層婦女的長期痛症、骨質疏鬆、主婦手和婦科病的預防和治療性服務；
- 釐清衛生署及醫管局的職責及分工，避免服務重疊或割裂；
- 逐步增加醫療衛生佔政府經常開支比例至 20%；
- 增加醫護人員供應，包括增加醫護人員培訓名額、改善人力資源策略；

8.4 醫療費用減免與非牟利機構提供的醫療服務建議

- 加強宣傳醫療費用減免機制，避免基層婦女因經濟問題而減低求診意欲；
- 申請醫療收費豁免是審查全家，豁免對象亦應涵蓋全家，同時應將一次性批准延至一年，並可以於不同科使用，免卻家庭成員重覆申請的麻煩，避免不必要的行政程式；
- 將醫療費用豁免證明書的受惠範圍由領取綜援人士擴大至基層婦女及其家庭（領取低收入在職家庭全額津貼者）；
- 公營中醫診所服務，綜援受患者和低收入人士應獲平等對待；
- 鼓勵和資助非牟利機構為綜援人士及低收入人士開辦持續的廉價或免費醫療服務，如全面身體檢查、牙醫服務、中醫或針灸、驗眼和配眼鏡服務等。

9 個案大綱

個案一：小病「拖」到大病的阿明

阿明，52 歲，是一名單親媽媽，與就讀中三的女兒居住在唐八樓一個劏房單位內，月租約 3,700 元。阿明患病前一直任職家務助理，獨立照顧兒女，直至 2015 年因膝蓋、手肘疼痛和經痛而導致無法工作。只能靠每月約\$10,000 綜援金應付生活。

2009 年，阿明在返鄉時遇上交通意外，撞傷腿部，治癒後至 2014 年，阿明的左膝開始感到疼痛，日漸影響她的工作和日常生活。有一天阿明如常出門下樓梯時，突然左膝失去知覺，令她從樓梯上跌下來。阿明憶述當日的情況：「個日落樓梯突然間失去知覺碌左落黎，撼到個頭腫左，平時電話放係後面褲袋都壓到攞晒。」其後阿明再到普通科門診求診，但醫生只表示她是因為年齡開始大而膝蓋退化並處方止痛藥給她。「無架，佢只係開止痛藥畀我。我話退化無理由會突然無知覺架嘅。」阿明對醫生的診斷表示不解。

而讓阿明最為惱火的不是醫生的斷症，而是每次電話預約覆診的漫長征戰。「有時好彩既兩次就得，不過通常都要六七次先得。最長個次試過打成廿八次先得！由朝打到晚，打都打都興！」阿明激動地說。到終於成功預約可以見醫生時，醫生卻說她只能看兩個病，其他病症竟然叫她重新預約診症，做法令人嘩然。有時無法成功預約覆診，加上藥物全部用完，阿明只好到急症室輪候最少三小時見醫生。阿明表示醫生一開首便責怪她不應到急症室求診，應該回到普通科門診，不然會增加急症室的負擔。最後醫生只是處方了與阿明覆診時一樣的藥後便著她離開，全程只有兩三分鐘。明明是門診經常爆滿，無計可施下才走到急症室求診，卻被指責濫用急症室，讓阿明大感委屈。

禍不單行，阿明在 2015 年發現自己有經血過多問題，但是普通科醫生只說是女性更年期收經的正常現象，沒什麼特別。其後阿明雖然被轉介到婦科專科門診，但需等候一年多至 2017 年 1 月才第一次見醫生。輪候期間，阿明表示普通科門診並沒有給予她任何支援，亦沒有任何檢查服務，每次只處方止痛藥和止血藥。長期經痛加上膝頭痛楚令阿明擔心不而，害怕病情惡化。「個陣好擔心，成日諗住個病，唔知會有咩事，情緒好低落。」長期經痛加上膝患令阿明無法工作，只好申領綜援過活。2016 年 8 月份，阿明難耐經痛和專科的漫長等候，決定到中國內地求醫。當地醫生檢查後發現阿明患有「子宮平滑肌瘤」和「左側卵巢單純囊腫」，由於情況嚴重需要切除整個子宮。阿明覆述當時醫生的診斷：「如果早啲 [發現] 就唔洗開刀。」回到香港後，普通科門診醫生亦只為她洗傷口，沒有其他跟進。阿明坦言對專科醫生的做法感到無奈。當她終於等到約見專科門診，帶著由內地醫院發出的醫療報告讓醫生看時，醫生只是將資料輸入到電腦，看一看傷口復原情況後便草草結束個案，不用她再覆診了。

手術後的阿明身體大不如前，每天還要忍受著膝蓋的痛楚爬八層樓梯回家。她的膝痛問題還要等到 2018 年 11 月才能見骨科醫生作進一步診斷和治療。阿明表示，雖然現在無法像以往般跑步但她仍堅持閒時在家裏做伸展運動和拉筋，保持身體健康。阿明因膝痛長時間用手借力爬樓梯，導致手肘開始勞損疼痛。醫生轉介他到職業治療，教授她有關手部的伸展運動舒緩她的疼痛。阿明學會後便

就地取材，在家中尋找合適的工具來練習，連醫生也讚她做法正確。在等候專科期間，阿明於 2018 年 4 月獲轉介進行第一次物理治療，之後便要等到 8 月份才進行第二次物理治療。她認為治療的次數太少，對她的膝痛問題沒有什麼的幫助。「有時痛到唔想出去，好在呀妹幫我買餸拎上黎。」幸好，阿明的妹妹住在她附近，不時會幫她買餸和一些日用品到家中，而女兒閒時亦會幫忙做家務，減輕她因四處走動帶來的痛苦。

回望整個患病的經歷，阿明認為現時醫護人手不足令門診沒有足夠醫生看症，引致輪候時間大增。另外，她認為普通科門診每次只能看兩個病未能令他們全面了解自己的健康狀況，可能令人忽視一些小毛病，嚴重的可能甚至延誤病情。阿明希望政府能增加醫護人手以縮短各診所和醫療服務的輪候時間。同時，她表示政府需要提供定期身體檢查，特別是婦科檢查，以保障他們的健康，及早發現潛在的疾病。她希望這樣能避免同樣的經歷發生在別人身上，明明是小病，最後卻「拖」到變大病，無法「病向淺中醫」。

個案二：來回兩地診症的阿瑩

阿瑩年屆 42 歲，是一名單親母親，現時與十四歲的兒子居於公屋單位。因阿瑩身體欠佳，一直備受失眠、腸胃以及甲狀腺問題困擾，需定期於伊利沙伯醫院覆診。再加上兒子性格叛逆，各科成績都不及格，經常被老師投訴，因以上種種原因，阿瑩無法工作，於 2014 年與丈夫離婚後，僅能依靠綜援金維持生活。

提到阿仔，阿瑩就唉聲嘆氣，「科科都唔合格，考零分係經常嘅事，之前成日俾老師投訴，依家老師都費事睬佢啦，依家成個幾月都有交到功課，我話佢幾句，佢仲打返我轉頭」。因為阿仔的反叛讓阿瑩壓力倍增，差不多每晚都會出現失眠的狀況，直到清晨時份才能小睡一兩小時。由於無法好好休息，阿瑩表示日間經常「腳浮浮」，好像使不上力。但前夫卻未有給阿瑩經濟或情緒上的支援，離婚後，彼此就少有聯絡，「最近呢兩年，連電話都打唔通，佢住喺邊都唔知，好似人間蒸發一樣」。

另一方面，阿瑩表示她的腸胃一向比較差，經常肚瀉和肚痛，於 2009 年因胃痛經醫生轉介至外科，一輪候便是 2 年，直到後期阿瑩每次遇上肚痛，因約不到門診，又沒錢看私家醫生，阿瑩只好看急症。「其實每次睇急症，一等就起碼等 5-6 個鐘，痛到面都青曬，醫生淨係開止痛藥俾我，但食咗啲止痛藥都係冇咩用」。後來看了專科，照了胃鏡，服藥後情況才好一些，之後阿瑩每半年複診一次，直到去年 3 月，阿瑩再次胃痛，「今次好嚴重，成個星期都食唔到嘢，食咩嘔咩，白粥都唔得，痛到瞓唔到」。由於仍未到覆診期，但夜晚痛到無法入睡，阿瑩只好去看急症，「又係止痛藥，今次醫生開嘅止痛藥同埋消炎藥我一日需要食 6 次，但係食完之後都係冇用」，阿瑩一直都不明白，為什麼醫生除了開止痛藥之外似乎沒有其他辦法去處理阿瑩胃痛的老毛病，而所謂的止痛藥吃了後仍然還是止不了痛。疼痛難忍，阿瑩只有去看第二次急症，這次醫生安排阿瑩入院，一住就是 3 日，期間阿瑩詢問醫生是否可安排照胃鏡，因為胃痛已折磨她近十年，她不知道究竟是什麼地方出了問題，「醫生拒絕幫我照胃鏡，原因係五年前我已經照過，佢話正常係七年先照一次，我唔明囉，如果有問題，點解個胃可以痛成咁，食咗消炎藥同埋止痛都有用」。就算出院後，阿瑩胃痛情況並未得到治癒，她不放心病情，於是到內地中山市的醫院照了胃鏡和腸鏡，內地醫生告訴阿瑩得了胃痙攣，胃部發炎，腸部沒事，吃藥後情況才得到改善。雖然胃病有改善，但阿瑩這次花了 5000 元人民幣，「真係好貴，但有辦法，日日咁痛，我根本就生活唔到，照顧唔到頭家」。

除了胃病，2013 年時阿瑩發現頸部腫脹，手震和心跳快，抽組織和驗血後確診為甲狀腺炎，每年定期覆診，「每次覆診醫生都會用手摸我頸部，檢查甲狀腺腫大的情況，但唔會安排我抽血驗血，又好少同我講飲食及生活上點樣配合，我都唔係好了解個病情」。2017 年專科醫生安排她進行甲狀腺超聲波檢查，但需要輪候至 2020 年，「照個超聲波都要排三年，我成日手震又易失眠，等三年真係好漫長，個心好驚，依家個仔得我一個親人，佢又未成年，好驚自己有事照顧唔到佢」。沒辦法下阿瑩只好省吃儉用，從生活費中省下 1000 元，又回中山去驗。

經常兩地跑，讓阿瑩感到無奈，她覺得香港的醫生人數不足，令公立醫療專科和醫學檢查的輪候時間大增，診治時醫生亦沒時間向病人解釋清楚病情和成因，自己不太掌握病情。阿瑩不明白為何連一個超聲波檢查也要排三年之久。「醫療係百姓嘅福祉，應該要做大佢！」她認為政府應該一方面增加資源培訓人才解決人手短缺問題，另一方面提高公營醫護人員的待遇以吸引他們留在公營機構服務，

「基層市民有可能用私營的醫療服務，因為連食飯錢同埋交小朋友補習費的錢都唔夠」。阿瑩建議政府將動輒要輪候兩至三年才能接受公營醫院的超聲波檢查或是胃鏡檢查的病人，資助他們到私營或是非牟利機構營運的機構進行檢查，以減低輪候時間，造福有需要的病患。

附錄一、問卷調查

香港社區組織協會 基層婦女使用醫療服務情況問卷調查 V2

僅供持身份證的婦女填寫

本會現正進行「基層婦女使用醫療服務情況問卷調查」。如果你不確定該如何作答，可向本會職員查詢。你提供的資料只會用作分析整體情況，所有個人資料不會被公開並會保密處理。填妥問卷後，請將問卷交回本會社區新世界（地址：深水埗福華街 208A 號福江大廈 1 樓），感謝閣下抽空作答。

一、基本資料

1. 姓名:_____ 2. 電話:_____ 3. 年齡:_____
4. 籍貫：☐廣東 ☐福建 ☐湖南 ☐四川 ☐其他：_____
5. 單位類型：☐公屋 ☐居屋 ☐租套房/劏房 ☐租天台屋 ☐租整個單位 ☐自置物業
☐寄住親戚家
6. 教育程度：☐無接受教育 ☐小學或以下 ☐初中 ☐中專/技校 ☐高中 ☐大專或以上
7. 婚姻狀況：☐已婚，配偶在香港 ☐已婚，配偶不在港 ☐未婚 ☐喪偶 ☐分居 ☐離婚
8. 來港年期（由領取身份證開始計）：_____
9. 居港家庭人數：____人 10. 來港不足 7 年人數：____人 11. 居港子女人數：____人
12. 18 歲以下子女人數：____人
10. 你現時在港的經濟活動狀況：☐全職 ☐兼職 ☐散工 ☐家庭主婦 ☐失業 ☐退休
13. 你現時在港從事的行業是？（可選多項）
☐製造業 ☐建造業 ☐批發、零售、進出口貿易、飲食和酒店業
☐運輸、倉庫及通訊業 ☐金融、保險、地產及商用服務業 ☐社區、社會及個人服務業
☐教育及有關的行業 ☐現時無工作 ☐其他：_____（請註明）
14. 你的配偶經濟活動狀況：☐全職 ☐兼職 ☐散工 ☐家務料理者 ☐失業 ☐退休
☐不適用（如未婚、喪偶、分居或離婚等）
15. 你的家庭收入來源：（可選多項）
☐自身工資 ☐配偶工資 ☐子女工資 ☐政府援助 ☐親友援助 ☐其他：_____（請註明）
16. 你的家庭月入為：\$_____

一、個人健康

17. 整體而言，你覺得你的身體狀態是：
☐ 極好 ☐ 很好 ☐ 一般 ☐ 很差 ☐ 極差
18. 你認為你的身體狀況比同齡人士：
☐ 好很多 ☐ 較好 ☐ 差不多 ☐ 較差 ☐ 差很多
19. 你身體上有沒有被診斷患上以下長期病患：（可選多項）
☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 心臟病 ☐ 骨質疏鬆 ☐ 長期痛症（間歇或持續痛楚三個月或以上）
☐ 泌尿道感染（包括尿道炎、膀胱炎、腎炎）☐ 乳癌 ☐ 呼吸系統疾病（如哮喘） ☐ 主婦手
☐ 眼耳鼻喉疾病 ☐ 腸胃疾病 ☐ 肝病 ☐ 皮膚病 ☐ 無長期病，僅傷風感冒
☐ 其他：_____（請註明）

20.你精神上有沒被診斷以下疾病(可選多項)

- ☐強迫症 ☐焦慮症 ☐抑鬱症 ☐躁狂症 ☐躁鬱症 ☐精神分裂症
☐無精神上疾病 ☐其他：_____ (請註明)

21. 在過去三個月中，你是否感到？(可多選)

	完全沒有	一至六天	七天以上	幾乎每天
會否感至緊張、不安或煩燥	☐	☐	☐	☐
感到心情低落、沮喪或絕望	☐	☐	☐	☐
會否過份憂慮不同的事情	☐	☐	☐	☐
感到害怕，就像要發生可怕的事情	☐	☐	☐	☐
會否入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	☐	☐	☐	☐
會否感覺疲倦或沒有活力	☐	☐	☐	☐
會否食慾不振或吃太多	☐	☐	☐	☐

22. 你平均每日可睡多少小時？_____小時 23.你每星期大約有幾天失眠？_____天，無失眠填“0”

二、公營醫療服務

2.1 醫療服務整體使用情況

24.如果你健康出現問題，你會否向他人求助？☐會 ☐不會(答第 30 題)

25 當你感到不適時，會選擇（可多選）：

- ☐中醫 ☐西醫 ☐兩者皆有 ☐其他(☐牙科 ☐眼科 ☐_____請註明)

26.當你感到不適時，你會選擇的求醫類別是？(可選多項)

- ☐私家中醫或針灸診所 ☐私家跌打診所 ☐私家西醫診所 ☐私家牙醫診所 ☐私家眼科診所
☐私家職業、物理治療 ☐醫管局及衛生署轄下的普通科門診求診 ☐公立醫院急診室求診 ☐公營診所服務 ☐公立眼科醫院 ☐私家醫院求診 ☐到非牟利團體提供的免費/優惠醫療服務求診
☐內地醫療服務 ☐自行購買藥物 ☐不接受任何治療 ☐其他：_____ (請註明)

27. 你自身每年看多少次醫生？_____次 28.全家每年看醫生_____次

29. 你每年花在自己身上的醫療費用是_____元

30. 你不會接受治療的原因是？（可多選）

- ☐沒有錢付醫療費 ☐擔心醫療費用昂貴 ☐不想接受政府濟助
☐節省醫療開支 ☐認為身體會自然康復 ☐輪候公立醫療服務時間過長/約不到
☐治療方法效用不大 ☐其他：_____ (請註明)

31.全家每年的醫療費用是_____元

32. 你對公營服務的醫護人員人手編制是否滿意？

- ☐非常滿意(答第 34 題) ☐滿意(答第 34 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

33. 你不滿意的原因是？

- ☐醫護人手不足 ☐醫護人員工作量大 ☐排期時間長 ☐醫護人員態度參差
☐診治時間短 ☐其他：_____ (請註明)

2.2 普通科門診使用情況

34. 你曾否使用過普通科門診電話預約服務？☐有 ☐沒有(答第 42 題)

35. 你每年平均使用普通科門診的次數是？_____次

36. 你滿意普通科門診電話預約服務嗎？

☐非常滿意(答第 38 題) ☐滿意(答第 38 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

37. 你不滿意普通科門診的原因是？(可多選)

☐電話預約程式復雜 ☐不清楚預約方法 ☐門診名額少，經常滿額 ☐醫生質素參差
☐醫生診症時間太短 ☐醫護人員態度差 ☐等候時間過長 ☐每次 50 元診金太貴
☐開放時間不方便 ☐其他：_____ (請註明)

38. 你每次平均打多少次電話才可成功預約？_____次 ☐從無成功預約

39. 你若約不到普通科門診，你會怎麼做？(可多選)

☐繼續致電預約，直至成功預約為止 ☐即使費用貴，亦選擇向私家醫生求診
☐向公立醫院急診室求診 ☐向非牟利機構求診 ☐前往內地求診
☐放棄求診 ☐自行購藥 ☐不適用 ☐其他：_____ (請註明)

40. 你每次到普通科門診求診所需時間大約為(由進入診所至離開)? _____小時

41. 你認為醫生是否提供足夠病情及治療資訊?(如詳述藥物副作用，治療效果及需要檢查的原因)(答第 43 題)

☐完全沒有提供資訊 ☐提供太少資訊 ☐提供充足資訊 ☐提供太多資訊

42. 你沒有使用普通科門診的原因是？(可多選)

☐電話預約程式復雜 ☐不清楚預約方法 ☐門診名額少，經常滿額 ☐醫生質素參差
☐醫生診症時間太短 ☐醫護人員態度差 ☐等候時間過長 ☐每次 50 元診金太貴
☐開放時間不方便 ☐其他：_____ (請註明)

2.3 急診室使用情況

43. 你曾否使用過公立醫院急診室服務？☐有 ☐沒有(答第 59 題)

44. 你每年平均使用急診室服務的次數是？_____次

45. 你滿意急診室服務嗎？

☐非常滿意(答第 49 題) ☐滿意(答第 49 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

46. 你不滿意急診室服務的原因是？(可多選)

☐等候時間過長 ☐醫生質素參差 ☐醫生診症時間太短 ☐有多種病痛，只通揀選其中一樣醫治
☐醫護人員態度差 ☐每次 180 元診金太貴 ☐處方藥效果不佳 ☐每次求診均不是同一醫生
☐其他：_____ (請註明)

47. 若急診室服務不佳(如輪候時間長或其他原因)，你會怎樣做？

☐帶子女一同前往等候 ☐因為費用相對私家醫生便宜，只可繼續使用 ☐因無法照顧子女或家人選擇放棄治療 ☐即使費用貴，亦選擇向私家醫生求診 ☐向非牟利機構求診
☐前往內地求診 ☐自行購藥 ☐不適用 ☐其他：_____ (請註明)

48. 普遍認為急症室服務輪候時間太長，但你仍然選擇使用急症室的原因是?(可多選)(答第 45 題)

☐未能預約普通科門診 ☐假期或晚上沒有其他醫生應診 ☐急症室收費較便宜
☐對急症服務更有信心 ☐急症服務較全面(如提供 X 光檢查) ☐我從不使用急症
☐其他：_____ (請註明)

49. 你每次平均要輪候多長時間才可見急診室醫生？_____小時

50. 你每次見醫生的平均診治時間是？_____分鐘

51. 你沒有使用急診室服務的原因是？（可多選）

- ☐等候時間過長 ☐醫生質素參差 ☐醫生診症時間太短 ☐有多種病痛，只通揀選其中一樣醫治
☐醫護人員態度差 ☐每次 180 元診金太貴 ☐處方藥效果不佳 ☐不需要
☐其他：_____（請註明）

2.4 專科服務使用情況

52. 你在港有沒有公立醫院專科覆診？☐有 ☐沒有(答第 59 題)

53. 如有覆診，你的覆診科目和覆診期為？（請“✓”）

	1-3個 月	4-6個 月	7-12個 月	13個月-18個 月	19個月-24個 月	多於24個 月
心胸外科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
耳鼻喉科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
眼科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
婦科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
內科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
神經外科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
矯形及創創外科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
骨科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
外科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
精神科	☐	☐	☐	☐	☐	☐
其他	☐	☐	☐	☐	☐	☐

54. 你滿意專科服務嗎？

- ☐非常滿意(答第 57 題) ☐滿意(答第 57 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

55. 你不滿意專科服務的原因是？（可多選）

- ☐排期時間過長 ☐醫生質素參差 ☐醫生診症時間太短 ☐有多種病痛，只通揀選其中一樣醫治
☐醫護人員態度差 ☐首次診金 135 元，其後每次診症 80 元太貴 ☐處方藥效果不佳 ☐處方藥太貴
☐每次覆診醫生均不同 ☐不需要專科覆診 ☐其他：_____（請註明）

56. 若不滿意專科服務，你會怎麼做？

- ☐因無法支付私家費用，即使輪候時間長亦無辦法 ☐節衣縮食，選擇向私家醫生求診
☐向非牟利機構求診 ☐放棄治療 ☐前往內地求診 ☐自行購藥
☐排期時間長，因擔心病情而情緒低落或焦慮
☐不適用 ☐其他：_____（請註明）

57. 你每次到專科門診求診所需時間大約為(由進入診所至離開)? _____小時

58. 你認為醫生是否提供足夠病情及治療資訊?(如詳述藥物副作用，治療效果及需要檢查的原因)(答第 60 題)

- ☐完全沒有提供資訊 ☐提供太少資訊 ☐提供充足資訊 ☐提供太多資訊

59. 你沒有使用專科服務的原因是？（可多選）

- ☐排期時間過長 ☐醫生質素參差 ☐醫生診症時間太短 ☐有多種病痛，只通揀選其中一樣
☐醫護人員態度差 ☐首次診金 135 元，其後每次診症 80 元太貴 ☐處方藥效果不佳 ☐處方藥太貴
☐每次覆診醫生均不同 ☐不需要專科覆診 ☐其他：_____（請註明）

2.5 住院服務使用情況

60. 你有沒有使用過公立醫院的住院服務？

- ☐有 ☐沒有(答第 64 題)

61. 你滿意公立醫院的住院服務嗎？

☐非常滿意(答第 63 題) ☐滿意(答第 63 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

62. 你不滿意使用公立醫院的住院服務的原因是？(可多選)

☐環境差 ☐太多病人 ☐醫護人員不夠 ☐醫護人員態度差 ☐膳食差
☐不夠床位 ☐分流等候時間太長 ☐住院費用每日 100-120 元太貴
☐經常發生醫療失誤 ☐不需要住院服務 ☐醫院太多病菌 ☐其他：_____ (請註明)

63. 你每次平均需等候多少時間才可上病房？_____小時(答第 65 題)

64. 你沒有使用公立醫院的住院服務的原因是？(可多選)

☐環境差 ☐太多病人 ☐醫護人員不夠 ☐醫護人員態度差 ☐膳食差
☐不夠床位 ☐分流等候時間太長 ☐住院費用每日 100-120 元太貴
☐經常發生醫療失誤 ☐不需要住院服務 ☐醫院太多病菌 ☐其他：_____ (請註明)

2.6 公立醫院或門診醫療收費減免服務

65. 你有沒有領取綜援？☐有(答第 71 題) ☐沒有

66. 你曾否申請公立醫院或門診醫療收費減免服務？

☐有 ☐沒有 (答第 70 題)

67. 你滿意醫療收費減免服務？

☐非常滿意(答第 69 題) ☐滿意(答第 69 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

68. 你不滿意醫療收費減免服務原因是？(可多選)

☐不知道如何申請 ☐申請程式繁複，不想申請 ☐申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛
☐申請需提交太多檔，十分不便 ☐不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便 ☐
豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請 ☐有了門診時間才向社工申請，時間很倉促 ☐其
他：_____ (請註明)

69. 你獲批的醫療收費減免服務時間是多長？(可多選)(答第 71 題)

☐1 次性有效 ☐3 個月有效 ☐6 個月有效 ☐1 年有效 ☐其他：_____ (請註明)

70. 你沒有申請醫療收費減免服務原因是？(可多選)

☐不知道如何申請 ☐申請程式繁複，不想申請 ☐申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛
☐申請需提交太多檔，十分不便 ☐不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便 ☐
豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請 ☐有了門診時間才向社工申請，時間很倉促 ☐其
他：_____ (請註明)

2.7 醫管局的中醫教研中心(中醫診所)服務

71. 你有沒有使用過公營的中醫診所服務？☐有 ☐沒有(答第 74 題)

72. 你滿意公營的中醫診所服務嗎？

☐非常滿意(答第 75 題) ☐滿意(答第 75 題) ☐不滿意 ☐非常不滿意

73. 你不滿意中醫服務的原因是？(答第 75 題)

☐預約程式複雜 ☐不可電話預約 ☐藥效一般 ☐針灸沒有資助
☐費用太貴(120 元/次，包診金和兩劑中藥) ☐開放時間無晚間、星期日或公眾假期
☐診治時間較短 ☐醫生質素參差 ☐每次覆診醫生都不同 ☐名額太少，預約困難
☐不需要中醫服務 ☐其他：_____ (請註明)

74. 你沒有使用中醫服務的原因是？（可多選）

- ☐預約程式復雜 ☐不可電話預約 ☐藥效一般 ☐針灸沒有資助
☐費用太貴（120 元/次，包診金和兩劑中藥）☐開放時間無晚間、星期日或公眾假期
☐診治時間較短 ☐醫生質素參差 ☐每次覆診醫生都不同 ☐名額太少，預約困難
☐不需要中醫服務 ☐其他：_____（請註明）

三、非牟利機構提供的醫療服務使用情況

75. 你有使用過以下哪些機構提供的醫療服務？（可多選）

- ☐本會的免費中醫或針灸服務 ☐本會的免費配眼鏡服務 ☐本會的免費驗眼服務
☐港仁中醫提供的免費中醫或針灸服務 ☐周大福慈善基金——精神科醫療資助計劃
☐足康會的免費健康鞋墊服務 ☐婦女乳癌基金會的乳房 X 光或超聲波服務
☐家計會的婦女健康服務 ☐東華三院的婦女健康服務
☐其他：_____（請註明）

76. 你是否贊成政府資助非牟利機構開辦免費或廉價的醫療服務？

- ☐非常贊成 ☐贊成 ☐不贊成（答第 78 題） ☐非常不贊成（答第 78 題）

77. 你最需要哪種類型的醫療服務？（可多選）

- ☐中醫或針灸 ☐牙醫服務 ☐驗眼服務 ☐配眼鏡服務 ☐簡單身體檢查（如驗高血壓、糖尿病）
☐全面身體檢查（如檢查肝功能等） ☐精神科服務 ☐物理治療 ☐脊醫服務 ☐其他：
_____（請註明）

政策建議

78. 你認為如何改善現時的醫療服務？

- ☐向公營醫療撥款的比例由佔政府經常開支的 17% 逐步增加至 20% 或以上
☐將 500 億元醫療預留撥款直接注資公營醫療服務
☐增加公立醫院醫護人員人手供應
☐大幅增加公營普通科門診名額
☐減少公立醫院急診室輪候時間
☐縮短專科門診新症排期及診症輪候時間
☐增加公營醫院住院床位
☐增加公營中醫診所的診症時間，需增加針灸服務的資助
☐增設公營牙科服務
☐簡化醫療豁免程式，核心家庭審批一次就自動批出全家 12 個月的醫療減免
☐鼓勵和資助非牟利機構或私人機構開辦持續的廉價或免費醫療服務
☐為基層家庭提供醫療券到私家診所看醫生或做身體檢查
☐其他：_____（請註明）

---問卷完，多謝填寫！--

附錄二、調查結果（圖表）

表一 年齡

	人數	比例
18-25	0	0%
26-35	40	17.2%
36-45	131	56.5%
46-55	46	19.8%
56-65	14	6.3%
65+	1	0.4%
總計	232	100%
平均	42	

表二 籍貫

	人數	比例
廣東	176	75.9%
福建	5	2.2%
湖南	12	5.2%
四川	5	2.2%
其他	34	14.7%
總計	232	100.0%

表三 籍貫(其他)

	人數	比例
99	202	87.1%
山西	1	.4%
山東	1	.4%
印尼	1	.4%
江西	1	.4%
江蘇	1	.4%
重慶	1	.4%
海南	3	1.3%
浙江	1	.4%
陝西	1	.4%
湖北	6	2.6%
貴州	2	.9%

黑龍江	3	1.3%
廣西	8	3.4%
總計	232	100.0%

表四 單位類型

	人數	比例
公屋	135	58.2%
居屋	1	.4%
租套房/?房	70	30.2%
租天台屋	7	3.0%
租整個單位	4	1.7%
自置物業	3	1.3%
寄住親戚家	12	5.2%
總計	232	100.0%

表五 教育程度

	人數	比例
無接受教育	2	.9%
小學或以下	60	25.9%
初中	110	47.4%
中專/技校	18	7.8%
高中	36	15.5%
大專或以上	6	2.6%
總計	232	100.0%

表六 婚姻狀況

	人數	比例
已婚，配偶在香港	165	71.1%
已婚，配偶不在港	10	4.3%
未婚	1	.4%
喪偶	13	5.6%
分居	2	.9%
離婚	41	17.7%
總計	232	100.0%

表七 來港年期（由領取身份證開始計）

平均數	8.3
中位數	6.5
眾數	6
最大	1
最小	42

表八 居港人數

	人數	比例
.00	1	.4%
1.00	3	1.3%
2.00	29	12.5%
3.00	69	29.7%
4.00	86	37.1%
5.00	32	13.8%
6.00	6	2.6%
7.00	3	1.3%
8.00	3	1.3%
總計	232	100.0%

表九 來港不足 7 年人數

	人數	比例
.00	107	46.1%
1.00	66	28.4%
2.00	36	15.5%
3.00	19	8.2%
4.00	4	1.7%
總計	232	100.0%

表十 居港子女人數

	人數	比例
.00	8	3.4%
1.00	78	33.6%
2.00	107	46.1%
3.00	31	13.4%
4.00	7	3.0%
5.00	1	.4%
總計	232	100.0%

表十一 18 歲以下子女人數

	人數	比例
.00	20	8.6%
1.00	92	39.7%
2.00	91	39.2%
3.00	23	9.9%
4.00	5	2.2%
5.00	1	.4%
總計	232	100.0%

表十二 就業狀況

	人數	比例
全職	9	3.9%
兼職	20	8.6%
散工	9	3.9%
家庭主婦	186	80.2%
失業	5	2.2%
退休	3	1.3%
總計	232	100.0%

表十三 現時在港從事的行業 (可多選)

	人數	比例
製造業	0	0%
建造業	3	1.3%
批發、零售、進出口貿易、飲食和酒店業	20	8.5%
運輸、倉庫及通訊業	0	0%
金融、保險、地產及商用服務業	1	.4%%
社區、社會及個人服務業	6	2.6%%
教育及有關的行業	2	.9%
現時無工作	193	82.1%
其他	10	4.3%
總計	235	100.0%

表十四 現時在港從事的行業(其他)

	人數	比例
99	222	95.7%
保安	1	.4%
清潔	7	3.0%
學校保姆	1	.4%
醫護助理	1	.4%
總計	232	100.0%

表十五 配偶就業狀況

	人數	比例
全職	80	34.5%
兼職	14	6.0%
散工	51	22.0%
家務料理者	3	1.3%
失業	16	6.9%
退休	9	3.9%
不適用（如未婚、喪偶、分居或離婚）	59	25.4%
總計	232	100.0%

表十六 家庭收入來源 (可多選)

	人數	比例
自身工資	30	13.0%
配偶工資	133	57.8%
子女工資	5	2.2%
政府援助	84	36.5%
親友援助	1	.4%
其他	3	1.3%
總計	256	111.3%

表十七 家庭收入來源(其他)

	人數	比例
99	230	99.1%
老公生果金	1	.4%
積蓄	1	.4%
總計	232	100.0%

按家庭人數劃分的家庭月收入

家庭人數	家庭月收入中位數
1 人	3000.0000
2 人	6179.0000
3 人	10000.0000
4 人	14000.0000
5 人	15000.0000
6 人	15750.0000
7 人	12000.0000
8 人	14000.0000
平均數	12000.0000

表十八 每月收入

	人數	比例
\$5000 或以下	11	4.8%
\$5,001-\$10,000	85	37.0%
\$10,001-\$15,000	89	38.7%
\$15,001- \$20,000	41	17.8%
\$23001 或以上	5	2.2%
小計	230	100%

遺漏值	2	
總計	232	

表十九 身體狀況

	人數	比例
極好	1	.4%
很好	47	20.3%
一般	136	58.6%
很差	39	16.8%
極差	9	3.9%
總計	232	100.0%

表二十 與同齡人士相比

	人數	比例
好很多	5	2.2%
較好	27	11.6%
差不多	108	46.6%
較差	73	31.5%
差很多	19	8.2%
總計	232	100.0%

表廿一 你身體上有沒有被診斷患上以下長期病患 (可多選)

	人數	比例
高血壓	10	4.3%
糖尿病	7	3.0%
心臟病	8	3.5%
骨質疏鬆	22	9.5%
長期痛症 (間歇或持續痛楚三個月或以上)	54	23.4%
泌尿道感染 (包括尿道炎、膀胱炎、腎炎)	7	3.0%
呼吸系統疾病 (如哮喘)	2	.9%
主婦手	20	8.7%

眼鼻喉疾病	11	4.8%
腸胃疾病	12	5.2%
肝病	3	1.3%
皮膚病	4	1.7%
無長期病，僅傷風感冒	124	53.7%
其他	12	5.2%
總計	296	128.1%

表廿二 你身體上有沒有被診斷患上以下長期病患(其他)

	人數	比例
99	221	95.3%
手痛	1	.4%
手關節病	1	.4%
甲狀腺病	2	.9%
食道收縮	1	.4%
神經衰弱	1	.4%
骨科疾病	1	.4%
無做過檢查	1	.4%
腎結石	1	.4%
腰間盤骨突出	1	.4%
腰腿痛	1	.4%
總計	232	100.0%

表廿三 你精神上有沒被診斷以下疾病 (可多選)

	次數	總百分比
強迫症	2	.9%
焦慮症	24	10.4%
抑鬱症	49	21.2%
躁狂症	5	2.2%
躁鬱症	3	1.3%
精神分裂症	3	1.3%
無精神上疾病	160	69.3%
其他	2	.9%
總計	248	107.4%

表廿四 你精神上有沒被診斷以下疾病 (其他)

	人數	比例
99	230	99.1%
有但不記得	1	.4%
無做過檢查	1	.4%
總計	232	100.0%

表廿五 在過去三個月中，你是否感到？

	完全沒有		一至六天		七天以上		幾乎每天	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
會否感至緊張、不安或煩燥	76	32.8%	104	44.8%	28	12.1%	24	10.3%
感到心情低落、沮喪或絕望	99	42.7%	91	39.2%	23	9.9%	19	8.2%
會否過份憂慮不同的事情	84	36.2%	102	44.0%	26	11.2%	20	8.6%
感到害怕，就像要發生可怕的事情	122	52.6%	74	31.9%	19	8.2%	17	7.3%
會否入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	83	35.8%	80	34.5%	30	12.9%	39	16.8%
會否感覺疲倦或沒有活力	55	23.7%	101	43.5%	34	14.7%	42	18.2%
會否食慾不振或吃太多	121	52.2%	71	30.6%	21	9.1%	19	8.2%

表廿六 睡眠時間 (小時)

	人數	比例
2.00	3	1.3%
3.00	5	2.2%
4.00	26	11.3%
5.00	34	14.7%
6.00	65	28.1%
6.50	1	.4%
7.00	61	26.4%
8.00	30	13.0%

9.00	5	2.2%
12.00	1	.4%
小計	231	100.0%
遺漏值	1	
總計	232	
平均	6.13	

表廿七 失眠日數

	人數	比例
.00	88	38.1%
1.00	40	17.3%
2.00	44	19.0%
3.00	16	6.9%
4.00	12	5.2%
5.00	8	3.5%
6.00	7	3.0%
7.00	16	6.9%
小計	231	100.0%
遺漏值	1	
總計	232	
平均	1.8	

表廿八 會否求助

	人數	比例
會	206	88.8%
不會	26	11.2%
總計	232	100.0%

表廿九 感到不適時會選擇（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
中醫	56	17.0%	26.0%
西醫	122	37.1%	56.7%
兩者皆有	105	31.9%	48.8%
其他(牙科/眼科)	28	8.5%	13.0%
其他	18	5.5%	8.4%

總計	329	100.0%	153.0%
----	-----	--------	--------

表三十 感到不適時選擇的求醫類別（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
私家中醫或針灸診所	15	3.0%	6.9%
私家跌打診所	9	1.8%	4.1%
私家西醫診所	35	7.1%	16.1%
私家牙醫診所	7	1.4%	3.2%
私家眼科診所	2	.4%	.9%
私家職業、物理治療	7	1.4%	3.2%
醫管局及衛生署轄下的普通科門診求診	97	19.6%	44.7%
公立醫院急診室求診	114	23.0%	52.5%
公營診所服務	31	6.3%	14.3%
公立眼科醫院	14	2.8%	6.5%
私家醫院求診	7	1.4%	3.2%
到非牟利團體提供的免費/優惠醫療服務求診	46	9.3%	21.2%
內地醫療服務	25	5.0%	11.5%
自行購買藥物	78	15.7%	35.9%
不接受任何治療	9	1.8%	4.1%
其他	0	0.0%	0.0%
總計	496	100.0%	228.6%

表卅一 每年就醫次數

	人數	比例
.00	10	4.6%
1.00	11	5.0%
2.00	22	10.1%
3.00	37	17.0%
4.00	19	8.7%
5.00	37	17.0%
6.00	6	2.8%
7.00	3	1.4%
8.00	13	6.0%
10.00	30	13.8%
12.00	6	2.8%

15.00	5	2.3%
16.00	2	.9%
20.00	12	5.5%
25.00	1	.5%
27.00	1	.5%
30.00	2	.9%
50.00	1	.5%
小計	218	100.0%
遺漏值	14	
總計	232	

表卅二 全家就醫次數

	人數	比例
.00	2	.9%
1.00	1	.5%
2.00	4	1.8%
3.00	4	1.8%
4.00	8	3.7%
5.00	12	5.5%
6.00	6	2.8%
7.00	2	.9%
8.00	11	5.0%
9.00	1	.5%
10.00	57	26.1%
12.00	6	2.8%
13.00	4	1.8%
14.00	2	.9%
15.00	17	7.8%
16.00	1	.5%
18.00	1	.5%
20.00	43	19.7%
22.00	1	.5%
24.00	3	1.4%
25.00	2	.9%

26.00	2	.9%
30.00	17	7.8%
40.00	4	1.8%
50.00	3	1.4%
60.00	1	.5%
80.00	1	.5%
96.00	1	.5%
100.00	1	.5%
小計	218	100.0%
遺漏值	14	
總計	232	

表卅三 每年個人醫療費用

	人數	比例
.00	8	3.8%
50.00	2	.9%
100.00	1	.5%
150.00	1	.5%
180.00	2	.9%
200.00	5	2.3%
250.00	1	.5%
300.00	9	4.2%
400.00	3	1.4%
500.00	24	11.3%
600.00	9	4.2%
800.00	6	2.8%
1000.00	64	30.0%
1500.00	13	6.1%
2000.00	24	11.3%
2080.00	1	.5%
2400.00	2	.9%
2500.00	2	.9%
3000.00	17	8.0%
3500.00	1	.5%

4000.00	9	4.2%
5000.00	7	3.3%
6000.00	1	.5%
7000.00	1	.5%
小計	213	100.0%
遺漏值	19	
總計	232	
平均	\$1,455	

表卅五 全家醫療費用

	人數	比例
\$0.0	7	3.2%
\$50.00	2	.9%
\$400.00	1	.5%
\$500.00	2	.9%
\$600.00	3	1.4%
\$800.00	4	1.8%
\$1000.00	11	5.0%
\$1200.00	2	.9%
\$1500.00	14	6.4%
\$2000.00	42	19.2%
\$2200.00	1	.5%
\$2400.00	1	.5%
\$2500.00	7	3.2%
\$2600.00	1	.5%
\$2800.00	1	.5%
\$3000.00	38	17.4%
\$3340.00	1	.5%
\$3500.00	3	1.4%
\$4000.00	23	10.5%
\$4500.00	1	.5%%
\$5000.00	28	12.8%
\$6000.00	10	4.6%
\$7000.00	2	.9%

\$8000.00	4	1.8%
\$9000.00	3	1.4%
\$10000.00	5	2.3%
\$20000.00	1	.5%
\$25000.00	1	.5%
小計	219	100.0%
遺漏值	13	
總計	232	
平均	\$3,400	

表卅六 對公營服務的醫護人員人手編制滿意程度

	人數	比例
非常滿意	6	2.6%
滿意	86	37.6%
不滿意	115	50.2%
非常不滿意	22	9.6%
小計	229	100.0%
遺漏值	3	
總計	232	

表卅七 不滿意的原因（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
醫護人手不足	64	20.8%	42.7%
醫護人員工作量大	22	7.2%	14.7%
排期時間長	127	41.4%	84.7%
醫護人員態度參差	41	13.4%	27.3%
診治時間短	51	16.6%	34.0%
其他	2	.7%	1.3%
總計	307	100.0%	204.7%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表卅八 是否用過電話預約

	人數	比例
有	208	89.7%

沒有	24	10.3%
總計	232	100.0%

表卅九 每年使用次數

	人數	比例
.00	6	2.9%
1.00	11	5.2%
2.00	54	25.7%
3.00	27	12.9%
4.00	19	9.0%
5.00	27	12.9%
6.00	12	5.7%
7.00	4	1.9%
8.00	10	4.8%
10.00	27	12.9%
12.00	2	1.0%
13.00	2	1.0%
15.00	2	1.0%
18.00	1	.5%
20.00	4	1.9%
30.00	1	.5%
62.00	1	.5%
小計	210	100.0%
遺漏值	22	
總計	232	

表四十 普通科門診電話預約服務滿意程度

	人數	比例
非常滿意	2	1.0%
滿意	61	29.2%
不滿意	126	60.3%
非常不滿意	20	9.6%
小計	209	100.0%
遺漏值	23	

表四十 普通科門診電話預約服務滿意程度

	人數	比例
非常滿意	2	1.0%
滿意	61	29.2%
不滿意	126	60.3%
非常不滿意	20	9.6%
小計	209	100.0%
遺漏值	23	
總計	232	

表四十一 不滿意普通科門診的原因（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
電話預約程式復雜	72	18.7%	45.3%
不清楚預約方法	9	2.3%	5.7%
門診名額少，經常滿額	129	33.4%	81.1%
醫生質素參差	14	3.6%	8.8%
醫生診症時間太短	44	11.4%	27.7%
醫護人員態度差	11	2.8%	6.9%
等候時間過長	76	19.7%	47.8%
每次 50 元診金太貴	10	2.6%	6.3%
開放時間不方便	21	5.4%	13.2%
總計	386	100.0%	242.8%

表四十二 每次打電話次數

	人數	比例
.00	10	4.8%
1.00	12	5.8%
2.00	11	5.3%
3.00	51	24.6%
4.00	10	4.8%
5.00	34	16.4%
6.00	20	9.7%
7.00	2	1.0%

8.00	6	2.9%
9.00	1	.5%
10.00	37	17.9%
12.00	2	1.0%
15.00	3	1.4%
20.00	7	3.4%
45.00	1	.5%
小計	207	100.0%
遺漏值	25	
總計	232	
平均	5.8551	

表四十三 若約不到普通科門診會怎麼做（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
繼續致電預約，直至成功預約為止	95	23.9%	45.7%
即使費用貴，亦選擇向私家醫生求診	52	13.1%	25.0%
向公立醫院急診室求診	78	19.6%	37.5%
向非牟利機構求診	31	7.8%	14.9%
前往內地求診	15	3.8%	7.2%
放棄求診	38	9.6%	18.3%
自行購藥	86	21.7%	41.3%
不適用	1	.3%	.5%
其他	1	.3%	.5%
總計	397	100.0%	190.9%

表四十四 門診求診所需時間（由進入診所至離開）

	人數	比例
.50	3	1.4%
1.00	14	6.7%
1.50	13	6.2%
2.00	51	24.3%
2.50	3	1.4%
3.00	56	26.7%
4.00	37	17.6%

5.00	17	8.1%
6.00	9	4.3%
8.00	3	1.4%
10.00	3	1.4%
12.00	1	.5%
小計	210	100.0%
遺漏值	22	
總計	232	
平均	3.17	

表四十五 醫生是否提供足夠病情及治療資訊

	人數	比例
完全沒有提供資訊	16	7.6%
提供太少資訊	135	64.3%
提供充足資訊	58	27.6%
提供太多資訊	1	.5%
小計	210	100.0%
遺漏值	22	
總計	232	

表四十六 沒有使用普通科門診的原因（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
電話預約程式復雜	7	24.1%	31.8%
不清楚預約方法	6	20.7%	27.3%
門診名額少，經常滿額	11	37.9%	50.0%
醫生質素參差	0	0	0
醫生診症時間太短	0	0	0
醫護人員態度差	0	0	0
等候時間過長	4	13.8%	18.2%
每次 50 元診金太貴	0	0	0
開放時間不方便	0	0	0
其他(沒有需要)	1	3.4%	4.5%
總計	29	100.0%	131.8%

表四十六 沒有使用普通科門診的原因（可多選）

	次數	有效百分比	總百分比
電話預約程式復雜	7	24.1%	31.8%
不清楚預約方法	6	20.7%	27.3%
門診名額少，經常滿額	11	37.9%	50.0%
醫生質素參差	0	0	0
醫生診症時間太短	0	0	0
醫護人員態度差	0	0	0
等候時間過長	4	13.8%	18.2%
每次 50 元診金太貴	0	0	0
開放時間不方便	0	0	0
其他(沒有需要)	1	3.4%	4.5%
總計	29	100.0%	131.8%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表四十七 曾否使用公立醫院急診室服務

	人數	比例
有	200	86.2%
沒有	32	13.8%
總計	232	100.0%

表四十八 每年平均使用急診室服務次數

	人數	比例
.00	15	7.4%
1.00	45	22.1%
2.00	51	25.0%
3.00	43	21.1%
4.00	7	3.4%
5.00	22	10.8%
6.00	4	2.0%
7.00	1	.5%
8.00	6	2.9%
10.00	8	3.9%

20.00	1	.5%
89.00	1	.5%
小計	204	100.0%
遺漏值	28	
總計	232	

表四十九 是否滿意急診室服務

	人數	比例
非常滿意	2	1.0%
滿意	39	19.0%
不滿意	139	67.8%
非常不滿意	24	11.7%
6.00	1	.5%
小計	205	100.0%
遺漏值	27	
總計	232	

表五十 不滿意急診室服務的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
等候時間過長	161	38.1%	94.7%
醫生質素參差	27	6.4%	15.9%
醫生診症時間太短	62	14.7%	36.5%
有多種病痛，只通揀 選其中一樣醫治	39	9.2%	22.9%
醫護人員態度差	24	5.7%	14.1%
每次 180 元診金太貴	59	13.9%	34.7%
處方藥效果不佳	22	5.2%	12.9%
每次求診均不是同一 醫生	29	6.9%	17.1%
總計	423	100.0%	248.8%

表五十一 若急診室服務不佳會怎樣做(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
帶子女一同前往等候	83	27.6%	45.9%
因為費用相對私家醫生便宜，只可繼續使用	56	18.6%	30.9%
因無法照顧子女或家人選擇放棄治療	23	7.6%	12.7%
即使費用貴，亦選擇向私家醫生求診	26	8.6%	14.4%
向非牟利機構求診	25	8.3%	13.8%
前往內地求診	13	4.3%	7.2%
自行購藥	71	23.6%	39.2%
不適用	3	1.0%	1.7%
其他	1	.3%	.6%
總計	301	100.0%	166.3%

表五十二 你仍然選擇使用急症室的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
未能預約普通科門診	89	32.1%	50.3%
假期或晚上沒有其他醫生應診	83	30.0%	46.9%
急症室收費較便宜	48	17.3%	27.1%
對急症服務更有信心	4	1.4%	2.3%
急症服務較全面 (如提供 X 光檢查)	49	17.7%	27.7%
我從不使用急症	2	.7%	1.1%
其他(發燒只能看急症)	2	.7%	1.1%
總計	277	100.0%	156.5%

表五十三 輪候時間

	人數	比例
1.00	4	2.0%
1.50	1	.5%

2.00	26	12.7%
2.50	4	2.0%
3.00	56	27.3%
4.00	44	21.5%
4.50	1	.5%
5.00	37	18.0%
6.00	13	6.3%
7.00	4	2.0%
8.00	10	4.9%
10.00	3	1.5%
12.00	2	1.0%
小計	205	100.0%
遺漏值	27	
總計	232	

表五十四 每次見醫生的平均診治時間 (分鐘)

	人數	比例
.00	1	.5%
1.00	3	1.5%
2.00	7	3.4%
3.00	20	9.8%
4.00	2	1.0%
5.00	82	40.2%
6.00	4	2.0%
7.00	1	.5%
8.00	2	1.0%
10.00	61	29.9%
12.00	1	.5%
15.00	11	5.4%
20.00	5	2.5%
30.00	4	2.0%
小計	204	100.0%
遺漏值	28	
總計	232	

表五十五 沒有使用急診室服務的原因

	次數	有效百分比	總百分比
等候時間過長	21	58.3%	75.0%
醫生質素參差	5	13.9%	17.9%
醫生診症時間太短	2	5.6%	7.1%
處方藥效果不佳	1	2.8%	3.6%
不需要	7	19.4%	25.0%
總計	36	100.0%	128.6%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表五十六 在港有沒有公立醫院專科覆診

	人數	比例
有	132	56.9%
沒有	100	43.1%
總計	232	100.0%

表五十七 覆診期(心胸外科)

	人數	比例
1-3 個月	6	40.0%
4-6 個月	2	13.3%
7-12 個月	3	20.0%
13-18 個月	3	20.0%
19-24 個月	1	6.7%
小計	15	100.0%
遺漏值	217	
總計	232	

表五十八 覆診期(耳鼻喉科)

	人數	比例
1-3 個月	3	10.3%
4-6 個月	9	31.0%
7-12 個月	5	17.2%
13-18 個月	8	27.6%

19-24 個月	1	3.4%
多於 24 個月	3	10.3%
小計	29	100.0%
遺漏值	203	
總計	232	

表五十九 覆診期(眼科)

	人數	比例
1-3 個月	6	21.4%
4-6 個月	5	17.9%
7-12 個月	7	25.0%
13-18 個月	4	14.3%
19-24 個月	1	3.6%
多於 24 個月	5	17.9%
小計	28	100.0%
遺漏值	204	
總計	232	

表六十 覆診期(婦科)

	人數	比例
1-3 個月	9	28.1%
4-6 個月	7	21.9%
7-12 個月	8	25.0%
13-18 個月	3	9.4%
19-24 個月	3	9.4%
多於 24 個月	2	6.3%
小計	32	100.0%
遺漏值	200	
總計	232	

表六十一 覆診期(內科)

	人數	比例
1-3 個月	11	26.2%
4-6 個月	14	33.3%
7-12 個月	4	9.5%
13-18 個月	7	16.7%
19-24 個月	3	7.1%
多於 24 個月	3	7.1%
小計	42	100.0%
遺漏值	190	
總計	232	

表六十二 覆診期(神經外科)

	人數	比例
4-6 個月	3	50.0%
13-18 個月	1	16.7%
19-24 個月	1	16.7%
多於 24 個月	1	16.7%
小計	6	100.0%
遺漏值	226	
總計	232	

表六十三 覆診期(矯形及創傷外科)

	人數	比例
1-3 個月	2	22.2%
4-6 個月	2	22.2%
7-12 個月	1	11.1%
19-24 個月	2	22.2%
多於 24 個月	2	22.2%
小計	9	100.0%
遺漏值	223	
總計	232	

表六十四 覆診期(骨科)

	人數	比例
1-3 個月	9	33.3%
4-6 個月	4	14.8%
7-12 個月	5	18.5%
13-18 個月	4	14.8%
19-24 個月	1	3.7%
多於 24 個月	4	14.8%
小計	27	100.0%
遺漏值	205	
總計	232	

表六十五 覆診期(外科)

	人數	比例
1-3 個月	1	7.7%
4-6 個月	8	61.5%
7-12 個月	1	7.7%
13-18 個月	1	7.7%
19-24 個月	2	15.4%
小計	13	100.0%
遺漏值	219	
總計	232	

表六十六 覆診期(精神科)

	人數	比例
1-3 個月	15	39.5%
4-6 個月	14	36.8%
7-12 個月	3	7.9%
13-18 個月	1	2.6%
19-24 個月	2	5.3%
多於 24 個月	3	7.9%
小計	38	100.0%
遺漏值	194	
總計	232	

表六十七 覆診期(其他)

	人數	比例
1-3 個月	8	42.1%
4-6 個月	8	42.1%
7-12 個月	1	5.3%
13-18 個月	1	5.3%
19-24 個月	1	5.3%
小計	19	100.0%
遺漏值	213	
總計	232	

表六十八 是否滿意專科服務

	人數	比例
非常滿意	7	5.0%
滿意	76	54.3%
不滿意	55	39.3%
非常不滿意	2	1.4%
小計	140	100.0%
遺漏值	92	
總計	232	

表六十九 不滿意專科服務的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
排期時間過長	56	33.9%	78.9%
醫生質素參差	15	9.1%	21.1%
醫生診症時間太短	28	17.0%	39.4%
有多種病痛，只通揀 選其中一樣醫治	22	13.3%	31.0%
醫護人員態度差	5	3.0%	7.0%
首次診金 135 元，其後 每次診症 80 元太貴	12	7.3%	16.9%
處方藥效果不佳	11	6.7%	15.5%
處方藥太貴	3	1.8%	4.2%

每次覆診醫生均不同	11	6.7%	15.5%
其他	2	1.2%	2.8%
總計	165	100.0%	232.4%

表七十 若不滿意專科服務會怎麼做(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
因無法支付私家費用，即使輪候時間長亦無辦法	43	26.9%	51.8%
節衣縮食，選擇向私家醫生求診	17	10.6%	20.5%
向非牟利機構求診	13	8.1%	15.7%
放棄治療	10	6.3%	12.0%
前往內地求診	16	10.0%	19.3%
自行購藥	27	16.9%	32.5%
排期時間長，因擔心病情而情緒低落或焦慮	32	20.0%	38.6%
不適用	1	.6%	1.2%
其他	1	.6%	1.2%
總計	160	100.0%	192.8%

表七十一 專科門診求診所需時間（由進入診所至離開）

	人數	比例
.50	2	1.5%
1.00	16	11.7%
1.50	4	2.9%
2.00	33	24.1%
2.50	5	3.6%
3.00	30	21.9%
3.50	1	.7%
4.00	31	22.6%
4.50	1	.7%
5.00	8	5.8%
6.00	4	2.9%
7.00	1	.7%

9.00	1	.7%
小計	137	100.0%
遺漏值	95	
總計	232	
平均	2.9453	

表七十二 是否提供足夠資訊

	人數	比例
完全沒有提供資訊	17	12.3%
提供太少資訊	68	49.3%
提供充足資訊	53	38.4%
總計	138	100.0%

表七十三 沒有使用專科服務的原因 (可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
排期時間過長	46	36.5%	50.5%
醫生質素參差	4	3.2%	4.4%
醫生診症時間太短	10	7.9%	11.0%
有多種病痛，只通揀 選其中一樣	3	2.4%	3.3%
醫護人員態度差	3	2.4%	3.3%
首次診金 135 元，其 後每次診症 80 元太貴	7	5.6%	7.7%
每次覆診醫生均不同	5	4.0%	5.5%
不需要專科覆診	47	37.3%	51.6%
其他 (打不到電話)	1	.8%	1.1%
總計	126	100.0%	138.5%

表七十四 是否用過住院服務

	人數	比例
有	130	56.0%
沒有	102	44.0%
總計	232	100.0%

表七十五 是否滿意

	人數	比例
非常滿意	2	1.5%
滿意	86	64.7%
不滿意	43	32.3%
非常不滿意	2	1.5%
小計	133	100.0%
遺漏值	99	
總計	232	

表七十六 不滿意使用公立醫院的住院服務的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
環境差	10	6.0%	17.5%
太多病人	25	15.0%	43.9%
醫護人員不夠	26	15.6%	45.6%
醫護人員態度差	19	11.4%	33.3%
膳食差	14	8.4%	24.6%
不夠床位	14	8.4%	24.6%
分流等候時間太長	38	22.8%	66.7%
住院費用每日 100-120 元太貴	7	4.2%	12.3%
經常發生醫療失誤	8	4.8%	14.0%
不需要住院服務	1	.6%	1.8%
醫院太多病菌	5	3.0%	8.8%
總計	167	100.0%	293.0%

表七十七 每次平均等候時間 (小時)

	人數	比例
.00	1	.8%
.50	3	2.3%
1.00	23	17.6%
1.50	1	.8%
2.00	31	23.7%
3.00	29	22.1%

4.00	15	11.5%
5.00	14	10.7%
6.00	6	4.6%
8.00	6	4.6%
10.00	2	1.5%
小計	131	100.0%
遺漏值	101	
總計	232	
平均	3.1221	

表七十八 沒有使用公立醫院住院服務原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
環境差	2	1.6%	2.1%
太多病人	7	5.6%	7.4%
醫護人員不夠	3	2.4%	3.2%
醫護人員態度差	3	2.4%	3.2%
膳食差	3	2.4%	3.2%
不夠床位	8	6.3%	8.4%
分流等候時間太長	18	14.3%	18.9%
住院費用每日 100-120 元太貴	3	2.4%	3.2%
經常發生醫療失誤	2	1.6%	2.1%
不需要住院服務	71	56.3%	74.7%
醫院太多病菌	6	4.8%	6.3%
總計	126	100.0%	132.6%

表七十九 是否領取綜援

	人數	比例
有	87	37.7%
沒有	144	62.3%
小計	231	100.0%
遺漏值	1	
總計	232	

表八十 曾否申請公立醫院或門診醫療收費減免服務

	人數	比例
有	6	4.1%
沒有	142	95.9%
小計	148	100.0%
遺漏值	84	
總計	232	

表八十一 是否滿意醫療收費減免服務

	人數	比例
滿意	3	37.5%
不滿意	5	62.5%
小計	8	100.0%
遺漏值	224	
總計	232	

表八十二 不滿意醫療收費減免服務原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
不知道如何申請	2	14.3%	28.6%
申請程式繁複，不想申請	5	35.7%	71.4%
申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛	1	7.1%	14.3%
申請需提交太多文件，十分不便	2	14.3%	28.6%
豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請	2	14.3%	28.6%
有了門診時間才向社工申請，時間很倉促	2	14.3%	28.6%
總計	14	100.0%	200.0%

表八十三 獲批的醫療收費減免服務時間

	人數	比例
1 次性有效	1	14.3%
3 個月有效	1	14.3%

6 個月有效	2	28.6%
1 年有效	3	42.9%
小計	7	100.0%
遺漏值	225	
總計	232	

表八十四 沒有申請醫療收費減免服務的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
不知道如何申請	119	54.8%	82.1%
申請程式繁複，不想申請	35	16.1%	24.1%
申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛	15	6.9%	10.3%
申請需提交太多文件，十分不便	22	10.1%	15.2%
不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便	8	3.7%	5.5%
豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請	7	3.2%	4.8%
有了門診時間才向社工申請，時間很倉促	9	4.1%	6.2%
其他(不知道可以申請、自己是醫管局職工，免費)	2	.9%	1.4%
總計	217	100.0%	149.7%

表八十五 有沒有使用過公營的中醫診所服務

	人數	比例
有	62	26.7%
沒有	170	73.3%
總計	232	100.0%

表八十六 公營的中醫診所服務

	人數	比例
非常滿意	3	4.6%
滿意	38	58.5%

不滿意	22	33.8%
非常不滿意	2	3.1%
小計	65	100.0%
遺漏值	167	
總計	232	

表八十七 不滿意中醫服務的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
預約程式複雜	11	18.3%	42.3%
不可電話預約	10	16.7%	38.5%
藥效一般	7	11.7%	26.9%
針灸沒有資助	7	11.7%	26.9%
費用太貴（120 元/次， 包診金和兩劑中藥）	3	5.0%	11.5%
開放時間無晚間、星期 日或公眾假期	6	10.0%	23.1%
診治時間較短	1	1.7%	3.8%
醫生質素參差	5	8.3%	19.2%
每次覆診醫生都不同	2	3.3%	7.7%
名額太少，預約困難	6	10.0%	23.1%
不需要中醫服務	1	1.7%	3.8%
其他（綜援歧視）	1	1.7%	3.8%
總計	60	100.0%	230.8%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表八十八 沒有使用中醫服務的原因(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
預約程式複雜	41	17.4%	24.8%
不可電話預約	12	5.1%	7.3%
藥效一般	15	6.4%	9.1%
針灸沒有資助	8	3.4%	4.8%
費用太貴（120 元/次， 包診金和兩劑中藥）	36	15.3%	21.8%
開放時間無晚間、星期 日或公眾假期	9	3.8%	5.5%

診治時間較短	8	3.4%	4.8%
醫生質素參差	3	1.3%	1.8%
每次覆診醫生都不同	11	4.7%	6.7%
名額太少，預約困難	18	7.7%	10.9%
不需要中醫服務	54	23.0%	32.7%
不了解服務	19	8.1%	11.6%
其他	1	0.4%	0.6
總計	235	100.0%	142.4%

表八十九 使用過不同機構提供的醫療服務(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
本會的免費中醫或針灸服務	55	24.0%	40.4%
本會的免費配眼鏡服務	22	9.6%	16.2%
本會的免費驗眼服務	17	7.4%	12.5%
港仁中醫提供的免費中醫或針灸服務	58	25.3%	42.6%
周大福慈善基金——精神科醫療資助計劃	5	2.2%	3.7%
足康會的免費健康鞋墊服務	26	11.4%	19.1%
婦女乳癌基金會的乳房 X 光或超聲波服務	11	4.8%	8.1%
家計會的婦女健康服務	23	10.0%	16.9%
東華三院的婦女健康服務	6	2.6%	4.4%
其他	6	2.6%	4.4%
總計	229	100.0%	168.4%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表九十 使用過不同機構提供的醫療服務 (其他)

	人數	比例
99	226	97.4%
不清楚有哪些服務	1	.4%
仁濟中醫	1	.4%
仁濟堂	1	.4%
沒有，因不知道	1	.4%
龍慶堂中醫	2	.9%
總計	232	100.0%

表九十一 政府資助非牟利機構開辦免費或廉價的醫療服務

	人數	比例
非常贊成	108	46.6%
贊成	122	52.6%
不贊成	2	.9%
總計	232	100.0%

表九十二 最需要哪種類型的醫療服務(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
中醫或針灸	99	14.0%	42.9%
牙醫服務	136	19.2%	58.9%
驗眼服務	69	9.7%	29.9%
配眼鏡服務	75	10.6%	32.5%
簡單身體檢查（如驗高血壓、糖尿病）	94	13.3%	40.7%
全面身體檢查（如檢查肝功能等）	148	20.9%	64.1%
精神科服務	24	3.4%	10.4%
物理治療	27	3.8%	11.7%
脊醫服務	34	4.8%	14.7%
其他（婦科、癌症指數檢查）	3	.4%	1.3%
總計	709	100.0%	306.9%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表九十三 如何改善現時的醫療服務(可多選)

	次數	有效百分比	總百分比
向公營醫療撥款的比例由佔政府經常開支的 17%逐步增加至 20%或以上	94	6.4%	41.2%
將 500 億元醫療預留撥款直接注資公營醫療服務	92	6.2%	40.4%
增加公立醫院醫護人員人手供應	159	10.7%	69.7%
大幅增加公營普通科門診名額	138	9.3%	60.5%
減少公立醫院急診室輪候時間	151	10.2%	66.2%
縮短專科門診新症排期及診症輪候時間	135	9.1%	59.2%
增加公營醫院住院床位	105	7.1%	46.1%
增加公營中醫診所的診症時間，需增加針灸服務的資助	102	6.9%	44.7%
增設公營牙科服務	141	9.5%	61.8%
簡化醫療豁免程式，核心家庭審批一次就自動批出全家 12 個月的醫療減免	99	6.7%	43.4%
鼓勵和資助非牟利機構或私人機構開辦持續的廉價或免費醫療服務	116	7.8%	50.9%
為基層家庭提供醫療券到私家診所看醫生或做身體檢查	145	9.8%	63.6%
其他	3	.2%	1.3%
總計	1480	100.0%	649.1%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

表九十四 如何改善現時的醫療服務(其他)

	人數	比例
為癌症患者提供醫療券	1	33.3%
提升醫療質素	1	33.3%
縮短公營醫院身體檢查輪候時間，如胃鏡等	1	33.3%
小計	3	100.0%
遺漏值	229	
總計	232	

工作人員名單

報告撰寫：黃文杰、陳浚彥（實習社工）

香港社區組織協會
地址：香港何文田公主道 52 號三樓

電話：2713 9165
傳真：2761 3326
電郵：soco@pacific.net.hk

貧窮兒童研究系列二十二：
貧窮兒童
健康及使用醫療服務調查報告



香港社區組織協會
兒童權利關注會
(2016 年 7 月)

目錄

	頁數
1. 調查背景.....	3
2. 調查目的.....	6
3. 調查範圍.....	7
4. 調查對象.....	7
5. 調查方法.....	7
6. 研究結果.....	7
7. 研究結果分析.....	14
8. 總結及建議.....	22
9. 調查報告圖表.....	25
10.調查問卷.....	42
11. 附件：貧窮家庭學童主要使用的健康及醫療服務簡介	47

香港社區組織協會 兒童權利關注會

貧窮兒童研究系列 二十二： 貧窮兒童健康及使用醫療服務調查報告

1. 調查背景

1.1. 本港貧窮兒童狀況

香港是先進富裕城市，人均生產總值位居世界前列，惟貧富差距情況嚴重，不少家庭陷入貧窮中，當中貧窮兒童尤其最受影響。統計資料顯示(2014年)，全港共有1,016,900名18歲以下的兒童，當中246,000名兒童生活在貧窮線下，其中83,805名(2015年10月)兒童領取綜援，其他來自低收入家庭，香港兒童貧窮率高達24.2%，換言之，本港每四名兒童之中，便有一名生活在貧窮線下。¹回顧過去十年(2005年至2014年)，兒童貧窮率只是稍微下跌，惟兒童貧窮率仍屬高水平，遠高於其他同是富裕的地區²，亟待社會正視。

兒童是社會未來的棟樑，其健康成長尤其重要。對於貧窮兒童的協助，不僅出於人道關懷，亦是履行國際人權職責。聯合國《兒童權利公約》第6條亦列

¹ 即按住戶人數劃分居於全港住戶每月入息中位數一半及以下的人口，在2016年第1季(香港統計處 綜合住戶統計調查按季統計報告 2016年1月至3月)全港按住戶人口的住戶入息中位數如下：8,000元(1人)、18,400元(2人)、30,000元(3人)、36,700元(4人)。若以其一半界定為貧窮線，則貧窮線訂定如下：4,000元(1人)、9,200元(2人)、15,000元(3人)、18,350元(4人)。另外，各年貧窮兒童人數表列如下：

年份	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
全港兒童人口 (18歲以下)	1,274,200	1,207,315	1,176,900	1,157,500	1,120,800	1,096,500	1,073,500	1,053,800	1,027,300	1,016,900
貧窮兒童人口 (18歲以下)	359,900	370,799	332,900	338,500	315,300	290,600	281,900	273,400	249,100	246,000
兒童貧窮率(%)	28.3%	30.7%	28.3%	29.2%	28.1%	26.5%	26.3%	25.9%	24.2%	24.2%

2

國家/地區 Country/City	貧窮百分率 %	國家/地區 Country/City	貧窮百分率 %
香港 Hong Kong	26.3% (2011年)	荷蘭 Holland	10.6%(2011年)
墨西哥 Mexico	25.8% (2011年)	盧森堡 Luxemburg	11.8%(2011年)
美國 USA	20.5% (2011年)	德國 Germany	8.1%(2011年)
意大利 Italy	17.3% (2011年)	匈牙利 Hungary	16.7%(2011年)
英國 UK	9.5% (2011年)	比利時 Belgium	12.7%(2011年)
加拿大 Canada	14.2% (2011年)	瑞典 Sweden	9.4%(2011年)
波蘭 Poland	13.1% (2011年)	挪威 Norway	5.4%(2011年)
澳洲 Australia	13% (2011年)	芬蘭 Finland	4%(2011年)
韓國 Korea	9.7% (2011年)	日本 Japan	15.7(2011年)
OECD	13.7% (2011年)		

(資料來源：<http://www.oecd.org/newsroom/oecd-s-how-s-life-shows-children-paying-a-high-price-for-growing-inequality.htm>
Poverty rate from Luxemburg Income Study, OECD 社會開支資料 2015 年)

明，每個兒童均有生存權，政府有責任確保他們的生存與發展。《公約》第 24 條亦指出，兒童應享有最佳的健康保障。政府應注重提供醫療及保健服務。³《公約》第 27 條亦指出，兒童應享有足以促進其身心發展的生活水平，這不僅是父母的首要責任，政府亦應給予適當協助。因此，兒童不論貧富，若在個人健康及接受醫療服務上遇有困難，其父母亦未能全面照顧時，特區政府便有責任完善各項與兒童福祉相關的健康及醫療政策，落實貧窮兒童的兒童權利，確保兒童獲得適時的醫療服務。

特區政府一直強調每年投放大量公共資源於健康及醫療服務，極力關注下一代健康成長，並承諾「不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務」(no one should be denied adequate health care through lack of means)⁴。但近年政府不斷壓縮公共醫療開支，貧窮人口不斷增加，市民對醫療服務的需要有增無減。不少市民亦投訴輪候公共醫療服務時間愈來愈長，醫療服務質素令人質疑。

1.2. 現存公營醫療服務的問題

香港公營醫療服務奉行全民性的醫療服務，有經濟能力的市民可選擇接受私營醫療，但任何香港市民均可前往公營醫療系統(包括:門診、急症室、專科醫療等)接受醫療服務。面對人口老齡化及醫療科技不斷進步，市民對醫療服務的需求亦有增無減。有經濟能力人士固然可選擇私家醫療，惟對於基層及貧窮家庭，當不幸患病而需要醫療診治時，最終只能選擇費用廉宜的公營醫療服務。

然而，礙於特區政府多年來奉行大市場、小政府的公共理財哲學，導致公營醫療服務的財政投入、醫護人手，乃至設施均遠遠趕不上社會的實際需求。

1.2.1 醫療財政資源投入不足

首先，以本年(2016/17 年度)財政預算案為例，特區政府仍未有適時相應增加公共醫療開支。現時本港醫療開支僅佔本地生產總值約 5.4%，遠低於經濟合作暨發展組織(OECD)的 9.3%(2011)。此外，2015/16 年度的人均公共醫療開支亦

³ 聯合國《兒童權利公約》第 24 條:

1. 締約國確認兒童有權享有可達到的最高標準的健康，並享有醫療和康復設施，締約國應努力確保沒有任何兒童被剝奪獲得這種保健服務的權利。
2. 締約國應致力充分實現這一權利，特別是應採取適當措施，以
 - (a) 降低嬰幼兒死亡率；
 - (b) 確保向所有兒童提供必要的醫療援助和保健，側重發展初級保健；
 - (c) 消除疾病和營養不良現象，包括在初級保健範圍內利用現有可得的技術和提供充足的營養食品和清潔飲水，要考慮到環境污染的危險和風險；
 - (d) 確保母親得到適當的產前和產後保健；
 - (e) 確保向社會各階層、特別是向父母和兒童介紹有關兒童保健和營養、母乳育嬰優點、個人衛生和環境衛生及防止意外事故的基本知識，使他們得到這方面的教育並幫助他們應用這種基本知識；
 - (f) 開展預防保健，對父母的指導以及計劃生育教育和服務。
3. 締約國應致力採取一切有效和適當的措施，以期廢除對兒童健康有害的傳統習俗。
4. 締約國承擔促進和鼓勵國際合作，以期逐步充分實現本條所確認的權利。在這些方面，應特別考慮到發展中國家的需要。

⁴ 香港特別行政區政府食物及衛生局 (2008 年 3 月)「掌握健康 掌握人生」醫療改善諮詢文件, 第 iv 項

醫療亦僅為 7,538 元，遠低於經濟合作暨發展組織(OECD)的 18,921 元(2011)。

雖然 2016/17 年度財政預算案指出來年在醫療衛生的經常性開支近 573 億元(佔政府經常開支 16.5%)，較去年增加僅 8 億元⁵，相比 2015/16 年度的修訂預算，實質增長亦只有 1.2%，增幅如去年仍屬各項政策範疇中最低的一項⁶。此外，當局在 2016/17 年度預算向醫管局提供的經常撥款 516 億元，較 2015/16 修訂預算增加不足 1 億元，增幅僅 0.1%。

1.2.2 醫護人手不足

除公共財政投入外，本港醫護人手亦非常緊張。以國際標準為例，已發展國家的醫生人數水平，應為每 1,000 人口約有 3 名醫生；然而，本港醫生人手全港每 1,000 人口中不足 1.9 名醫生。再者，在全港 13,000 多名醫生中，當中更只有四成多(即 5,600 多名)於公立醫院任職，惟這些公營醫生卻要照顧全港近 9 成的住院病人，每名公營醫生要守護 1,250 名市民的健康(即公立醫生與人口比例為 0.8 對 1,000)，可見公營醫護人手極為不足，情況非常嚴峻。

更甚者，政府未有預視人口老齡化帶來的新增醫療服務需要，相反，政府於 2003 年起削減醫科生數目，直至 2009 年才逐步增加。在醫科畢業人數不足及新服務人手需求增加，2015 年共缺少 360 名醫生，2016 年更會缺少 400 名醫生。雖然情況於 2016 年後開始改善，但直至 2020 年仍欠缺 330 名醫生。可見缺乏長遠醫護人手規劃下，對市民福祉造成莫大損害。

1.2.3 醫療設施不足

除醫護人手不足外，醫療設施硬件亦遠趕不上需求。根據規劃署在 2015 年 10 月修訂的《香港規劃標準與準則》中列明，每 1,000 人應設 5.5 張病床(包括公立及私立醫院各類型病床)⁷。以 2014 年為例，現時社會對病床的需求約 4 萬張(40,150 張病床)(以香港約 730 萬人口計算)，然而，現有病床卻不足 32,000 張，即欠約 8,600 多張病床。

雖然本年(2016/17 年度)財政預算案宣佈政府會預留 2,000 億元，在未來十年增加 5,000 張病床，惟假設 10 年後(2025 年)人口增長至約 770 萬，按規劃標準應有 42,350 張病床，假設同期增加 1,000 多張私家醫院病床，預計屆時(2025 年)全港病床供應差額仍多達 4,800 多張。

⁵ 2016/17 年度財政預算案 第 129 段 <http://www.budget.gov.hk/2016/chi/budget35.html>

⁶ 2016/17 年度財政預算案演詞 附錄 B http://www.budget.gov.hk/2016/chi/pdf/c_appendices_b.pdf

⁷ 香港特別行政區政府規劃署 香港規劃標準與準則 (2016 年 6 月) 第三章: 社區設施
http://www.pland.gov.hk/pland_tc/tech_doc/hkpsg/full/ch3/ch3_text.htm#3

年份	2014 年	2025 年(10 年後)
全港病床需求/張	40,150	42,350
全港病床數目/張	31,537	37,537
公營病床數目/張	27,631	32,631(+5,000)
私營病床數目/張	3,906	4,906(+1,000)
(供應差)不足病床數目/張	8,613	4,813

1.2.4 兒童健康及醫療服務未見改善

早於上世紀九十年代(1990年12月)，香港政府在「基層健康服務工作小組報告書」中以社會日漸富裕，公營醫療服務日漸完善為由，將兒童健康及醫療服務由以往健康及醫療並重的學童保健計劃轉為以健康服務為主的學生健康服務，兒童醫療需要由兒童自行往公營或私營診所處理。因此，現行的兒童健康及醫療服務由以往健康及醫療並重的「學童保健計劃」轉為以健康服務為主的學生健康服務，兒童醫療需要由兒童自行往公營或私營診所處理；貧窮家庭患病時只能選擇公營醫療機構，或甚至因服務求過於供而延醫或甚不求醫，不少兒童投訴求醫困難，情況令人憂慮。政府實在有必要檢討兒童健康及醫療服務。

此外，雖然特區政府自2010年提出計劃籌備在啟德發展區設立多方合作的兒童專科中心，預期中心設有四百多張病床，並致力縮短兒童及青少年精神健康評估和診症服務的輪候時間。然而，有關計劃未能解決即時兒童的醫療需要。再者，醫療開支並未按社會需要發展調整，令公共醫療服務質素大受影響，輪候時間有增無減，未有任何即時性計劃，無承諾提供任何兒童醫療券，未有施行學童保健計劃，導致貧病兒童得不到適切醫療服務。

為進一步了解貧窮家庭兒童在接受醫療服務的情況，香港社區組織協會早於2009年曾就貧窮兒童使用健康及醫療服務進行調查。為探討2016年最新情況，本會再次展開類似調查，探討貧窮兒童使用健康服務及接受醫療服務的情況，研究該項服務能否有效地改善兒童貧窮的生活狀況，以及就改善各項服務提出政策建議。

2. 調查目的

- 2.1 探討貧窮家庭兒童的個人健康及使用醫療服務的情況
- 2.2 探討貧窮家庭兒童對公立醫院門診、急症室及專科醫療服務的意見
- 2.3 探討貧窮兒童對學童健康評估服務及學童牙科保健計劃的建議
- 2.4 研究如何改善貧窮家庭兒童的醫療服務

3. 調查範圍

3.1 貧窮家庭之兒童的家庭背景及經濟狀況

3.2 貧窮家庭之兒童的健康狀況

3.3 貧窮兒童的求診模式及使用公共醫療服務的經驗及面對困難

3.4 貧窮兒童對現存各項預防醫療服務的使用情況及意見

3.5 貧窮兒童及其家庭對醫療收費減免計劃及改善現行醫療服務的意見及建議

4. 調查對象

169 名來自貧窮家庭的兒童(包括正領取綜援、工作或工作並領取低收入綜援的貧窮家庭)。

5. 調查方法

5.1 聚焦小組---工作員從社協一直探訪的舊區赤貧家庭中，篩選領取綜援或低收入而又有兒童的家庭，並從中隨意選出個別個案家庭的兒童，組成聚焦小組，了解患者時求診情況模式，以及對他們健康的影響，藉以協助草擬問卷。

5.2 量性調查---在擬備問卷初稿後，工作員會嘗試在小組使用問卷，並作出修正。由於調查欲研究貧窮家庭兒童使用醫療服務的情況，從本會認識的在職貧窮家庭中隨意抽樣(easysampling)貧窮兒童，受訪家庭的經濟收入均低於貧窮線，包括低收入或綜援家庭。受訪家庭涉及 169 名兒童(年幼兒童需由家長陪同一起作答)，進行問卷調查以探討問題。搜集問卷後，便利用 SPSSVersion17.0 系統進行數據整理及分析。

6. 研究結果

6.1 受訪者基本資料

是次調查在 2016 年 2 至 6 月進行，調查共訪問 169 名來自貧窮家庭的兒童，五成多(51.5%)為男童，其餘為女童(48.5%)(表一)。受訪兒童平均年齡及中位數均為 10 歲，七成以上受訪者(70.4%)年齡介乎 4 至 12 歲，受訪家庭兒童最小年齡為 1 歲，最大則為 18 歲。(表二)教育程度方面，近六成(58.2%)受訪兒童正就讀小學，兩成多(23.6%)就讀中學，其餘則正就讀幼稚園(17.0%)或未受教育(1.2%)(表三)。

居住情況方面，超過一半(56.3%)的受訪兒童居於私人樓宇，其餘均居於公屋(43.7%)。居住於私樓的受訪者中，近六成(59.6%)租於套房，其餘則居於板間房(22.3%)、租住整個單位(7.4%)或租住天台屋(6.4%)等。(表四)在居住單位面積方

面，面積中位數為 200 平方呎，近六成(58.1%)受訪兒童的家庭居住面積不足 200 平方呎，兩成多(22.3%)為 201 至 300 平方呎(表五)。在居住人數方面，受訪家庭大多為 2 至 3 人家庭(56.2%)，家庭人數中位數為 3 人，與全港家庭住戶平均人數(2.9 人)大約相約(2015 年)。(表六)在家庭成員方面，絕大部份受訪者(91.1%)均與母親同住、近半(49.7%)受訪者與父親同住、其餘亦有近兩成(18.9%)受訪者與哥哥、弟弟，或妹妹或姊姊(18.9%)同住。(表七)

在租金方面，受訪家庭每月平均租金為 3,213 元，租金中位數為 2,950 元，超過半數受訪者(52.7%)的家庭每月租金為 1,001 至 3,000 元，三成半(36.4%)為至 3,001 至 5,000 元。(表八)，整體受訪家庭的每月租金中位數(2,950 元)佔入息中位數(10,132 元)近三成(29.1%)。

6.2 受訪者經濟狀況

在家庭收入來源方面，近半(46.0%)受訪家庭收入來自工作，近四成(38.0%)現正領取綜援，其餘則為工作及領取低收入綜援(5.5%)或其他(10.4%)(例如：一份綜援兩人用)。(表九)受訪家庭每月總工資主要介乎 9,001 元至 17,000 元(43.5%)，每月工資中位數為 13,000 元。(表十)另外，在有領取綜援的受訪家庭方面，每月綜援金中位數為 8,000 元(表十一)。超過一半(50.7%)受訪家庭每月總收入大多介乎 5,001 至 13,000 元，家庭每月總收入中位數為 10,132 元(表十二)。若按家庭人數分列各受訪家庭的收入總收入，參考 2016 年第一季的官方貧窮線(即家庭入息中位數一半以下)計算，絕大部份受訪家庭的每月收入屬低於貧窮線[2 人家庭(89.5%)、3 人家庭(86.0%)、4 人家庭(89.8%)、5 人或以上家庭(62.5%)](表十二(甲))

6.3 個人健康狀況

為了解受訪貧窮家庭的狀況及比較 2009 年類似情況，以下部份數據將與 2009 年一比較(有關 2009 年的數據將以[XX(2009)]顯示)。在 2016 年有關受訪者個人健康方面，三成半(36.5%)[56.3%(2009)]受訪家庭表示現時子女沒有任何一種疾病，三成多(35.9%)受訪家長表示子女患有傷風/感冒、一成多(11.4%)患有呼吸道疾病[24.1%(2009)]、另外一成多(10.8%)表示有腸胃問題，顯示受訪貧窮兒童整體健康狀況較 2009 年為差。(表十三)

在心理健康方面，四成半(44.2%)[48.4%(2009)]受訪家長表示子女沒有任何一種疾病，三成半(35.2%)[25.3%(2009)]表示專注力不集中、一成半(15.2%)[4.4%(2009)]患有學習障礙，另外一成多(12.1%)[18.7%(2009)]表示不知道。(表十四)此外，絕大部份(84.2%)家長表示過去一年，子女有患上疾病(表十五)，七成半(74.0%)表示[89.9%(2009)]患有傷風/感冒、其餘疾病包括發燒(65.0%)、腸胃炎(19.0%)、牙痛(18.2%)、頭痛(15.3%)等。(表十六)

此外，在被問及過去一年有否患有疾病數目上(包括:身體及心理疾病)，近三

成(29.9%)受訪者表示沒有患病，近兩成受訪者表示患有三種(18.6%)或兩種(18.0%)疾病，受訪者全年平均患病數次為二次。[表十四(甲)] 調查亦嘗試探討受訪兒童的居住環境與其健康狀況的關係，發現不論來自那種住屋類型，受訪兒童普遍表示過去一年，身體上有介乎 1 至 3 類疾病(包括:身體及心理疾病)，顯示住屋類型與受訪兒童是否患有疾病，兩者關係並不顯著。[十四(乙)]

6.4 個人求醫途徑及選擇原因

若遇有以上疾病時，受訪家庭的兒童最常會選擇到公立醫院急症室求診(73.5%)[57.7%(2009)]、到公立醫院普通科門診求診(61.4%)[59.8%(2009)]、自行購買藥物服用(52.4%)[50.5%(2009)]及到私家西醫求診(37.3%)[45.4%(2009)]。值得注意的是，有超過兩成受訪兒童(20.5%)[9.3%(2009)]表示不接受任何治療。(表十七)若按優先次序排列，受訪兒童首先會到公立醫院急症室求診(29.3%)[29.5%(2009)]、其次是以自行購買藥物服用作治療(24.5%)[30.9%(2009)]、或到公立醫院普通科門診求診(20.4%)[29.5%(2009)]作為首要求醫方式。(表十八)另外，若遇有疾病時，最常使用的第二種治療方式為到公立醫院普通科門診求診(30.2%)[29.5%(2009)]。(表十九)

選擇曾「不接受任何治療」的受訪者中，當中大多表示原因是認為輪候公立醫療服務時間過長(76.3%)[58.3%(2009)]、可節省醫療開支(39.5%)[25.0%(2009)]、擔心醫療費用昂貴(36.8%)[58.3%(2009)]、甚至認為身體會自然康復(36.8%)[25.0%(2009)](表二十)。

在選擇「自行購買藥物」服用的受訪者中，主要原因是方便快捷(52.2%)[26.5%(2009)]、輪候公立醫療服務時間過長(51.5%)[53.1%(2009)]、費用便宜(36.7%)[49.0%(2009)]、可節省醫療開支(32.2%)[61.2%(2009)]。(表二十一)

至於選擇向「私家中醫求診」的受訪者，其主要原因是方便快捷(60.9%)[0.0%(2009)]、輪候公立醫療服務時間過長(34.8%)[30.0%(2009)]、擔心醫療費用昂貴(17.4%)[20.0%(2009)]。(表二十二)另外，選擇向「私家西醫求診」的受訪者，主要原因是方便快捷(65.1%)[61.9%(2009)]、輪候公立醫療服務時間過長(50.8%)[52.4%(2009)]及認為其他治療方法效用不大(12.7%)[9.5%(2009)]。(表二十三)

選擇到公立醫院普通科門診求診的受訪者中，他們主要是因為普通科門診費用廉宜/免費(75.3%)[63.9%(2009)]、未能負擔私家門診醫療費用(54.6%)[39.9%(2009)]及擔心私家醫療費用昂貴(47.4%)[21.3%(2009)]等。(表二十四)至於選擇到公立醫院急症室求診的受訪者，其主要原因是由於費用廉宜/免費(75.3%)[48.1%(2009)]、未能負擔私家門診醫療費用(54.6%)[35.2%(2009)]、擔心私家醫療費用昂貴(47.4%)[31.5%(2009)]。(表二十五)另外，被問及為何選擇到志

願團體的免費/優惠中/西醫求診時，最多受訪者表示可節省醫療開支(53.6%)、其次為輪候公立醫療服務時間過長/約不到(44.6%)及沒有錢付醫療費(41.1%)(表二十六)。

另外，若以最常使用的治療方式為例，近三成(27.5%)[22.2%(2009)]受訪者表示求診費用為 100 元。(表二十七)若粗略估計，四成(40.0%)[22.4%(2009)]受訪家庭兒童每年用於醫療服務的開支為 500 元或以下，其次兩成半(26.4%)介乎 501 元至 1,000 元，每年醫療開支中位數為 1,205 元[1,084.7 元(2009)]，每年醫療開支平均數為 1,000 元 [800 元 (2009)](表二十八)。另外，不足一半(48.3%)[57.0%(2009)]受訪者領取綜援獲醫療豁免證明書(表二十九)。事實上，近六成(59.7%)[61.8%(2009)]受訪者表示曾經因醫療費用昂貴而不求醫或延遲求醫(表三十)。

6.5 對公立醫院門診、急症室及專科醫療服務的意見

絕大部份受訪者(87.1%)[85.7%(2009)]曾經患病時，表示會使用公立醫院的普通科門診/急症室服務(表三十一)。在等候治療方面，超過一半受訪者(51.8%)[71.6%(2009)]表示在普通科門診等候 1 小時以上，才能接受醫生診治，兩成多(20.3%)[20.5%(2009)]表示等候半小時至一小時。

以門診服務為例，門診平均等候時間中位數為 90 分鐘、平均數為 102 分鐘、門診最長等候時間中位數為 120 分鐘、平均數為 148 分鐘；另外，門診最短等候時間中位數為 60 分鐘，平均數為 65 分鐘。此外，急症室平均等候時間中位數為 180 分鐘、平均數為 208 分鐘、急症室最長等候時間中位數為 300 分鐘、平均數為 317 分鐘；另外，急症室最短等候時間中位數為 200 分鐘，平均數為 148 分鐘。(表三十二)此外，絕大部份受訪者(82.7%)[79.1%(2009)]表示每次在普通科門診為他/她診症的醫生並非屬同一人，其餘則表示不知道或屬同一人。(表三十三)。

在評價普通科門診服務有何不足時，最多受訪者批評門診服務輪候時間太長(68.3%)[69.7%(2009)]、打電話預約很困難(66.7%)[57.4%(2009)]、醫生診治時間太短(34.1%)[31.9%(2009)]、名額不足(34.1%)[20.2%(2009)]、藥物效用不大(22.2%)[27.7%(2009)]、電話預約制度使用不方便(19.8%)[25.5%(2009)]等。(表三十四)

在評價公立醫院急症室服務有何不足時，最多受訪者批評急症室服務輪候時間太長(90.5%)、醫生診治時間太短(33.6%)、急症不能及時治療，加重病情(22.6%)(表三十五)。

另方面，超過一半(56.1%)受訪者表示曾經/現在輪候公立醫院的專科服務(表

三十六)。在曾經/現在輪候公立醫院的甚麼專科服務方面，順次序為兒科(56.3%)、外科(16.1%)、精神科(14.9%)、耳鼻喉科(12.6%)等。(表三十七)有關輪候了多久/現輪候多久才可以見到專科醫生，近六成(58.8%)受訪者表示輪候時間為 6 個月或以下，兩成半(26.3%)為 7 至 12 個月；輪候會見專科醫生中位數為 6 個月，最長為 30 個月，最短則為 1 個月。(表三十八)被問及如何評價公立醫療專科服務有何不足之處時，最多受訪者(84.1%)表示輪候時間太長、其次為不能及時治療，加重病情(46.6%)、醫生診治時間太短(35.2%)。(表三十九)有關因輪候公立專科/門診/急症太久造成什麼問題方面，受訪兒童主要認為因此而要請假，上不了學(68.5%)、病情加深(43.3%)、通宵輪候，令自己更病(40.2%)(表四十)。

6.6 對醫療收費減免計劃的意見

對於現時公立醫院推行的醫療收費減免計劃，超過七成(73.1%)[54.2%(2009)]受訪者表示並不知道，市民若有經濟困難，可向醫院申請減免醫療費用，不足三成受訪者表示知道(26.9%)[45.8%(2009)](表四十一)；八成以上(83.8%)[70.8%(2009)]受訪者表示未曾使用公立醫院的醫療收費減免計劃，只有不足兩成(17.7%)[29.2%(2009)]受訪者曾使用該服務(表四十二)。

被問及對公立醫院醫療收費減免計劃有何意見時，最多受訪者認為申請程序繁複令申請人卻步(63.4%)[38.5%(2009)]、過半數(51.8%)[49.2%(2009)]受訪者認為申請需提交太多文件，十分不便；申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛(44.6%)[38.5%(2009)]、豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請(35.7%)[47.7%(2009)]、更有受訪者批評不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便(32.1%)[35.4%(2009)]。有受訪者希望每一申請可獲一年豁免，並且能令一家人豁免。(表四十三)有接近一半的受訪家庭兒童表示現行的門診服務未能為兒童提供適時治療(46.6%)[52.6%(2009)]，近三成(29.2%)[32.7%(2009)]表示不知道/沒有意見(表四十四)。此外，近九成(88.2%)[(87.6%)(2009)]受訪兒童認為接受完善醫療服務屬兒童權利。(表四十五)

6.7 學生健康評估服務

大部份受訪兒童(70.1%)[87.6%(2009)]有參加學生健康評估服務，近三成(29.9%)[9.3%(2009)]表示沒有參加。(表四十六)沒有參加學生健康評估服務的兒童中，主要原因是不知道有此計劃(78.0%)、沒有能力繳付服務計劃的費用(12.0%)、認為計劃作用不大(12.0%)(表四十七)。被問及學生健康評估服務能否有效改善或監察健康狀況時，受訪者普遍認為服務成效一般(37.3%)[42.2%(2009)]，表示一般、頗有效至非常有效者達(78.4%)[64.5%(2009)](表四十八)

被問及對學生健康評估服務意見方面，六成(60.1%)[41.0%(2009)]受訪者批評

服務未有蓋涵體能智力測驗評估、過半數(54.1%)[57.4%(2009)]認為並非全港各區均設立中心，十分不便、服務未有蓋涵精神健康評估(45.9%)[44.3%(2009)]。(表四十九)

6.8 學童牙科保健計劃

近七成受訪者(68.1%)[88.3%(2009)]表示有參加學童牙科保健計劃，三成多(31.9%)[16.2%(2009)]受訪兒童則沒有參加。(表五十)受訪者沒有參加學童牙科保健計劃，主要原因是不知道有該計劃(60.4%)[60.0%(2009)]、政府沒有提供有關服務給中學生(37.7%)[20.0%(2009)]，以及計劃服務範疇不大(15.1%)[20.0%(2009)]。(表五十一)大部份受訪者表示每一年才接受曾參加牙科保健計劃(61.9%)[(71.9%)(2009)]、近兩成(18.2%)[12.5%(2009)]表示從來沒有參加(表五十二)整體而言，受訪家庭的兒童普遍(86.0%)[76.8%(2009)]認為現行學童牙科保健計劃能有效幫助護理口腔(表五十三)；另外，近七成半(74.5%)[74.0%(2009)]受訪者認為計劃的服務年級範圍並不足夠(表五十四)。

除了學童牙科保健計劃外，受訪兒童普遍(68.5%)[66.3%(2009)]從來沒有接受牙齒檢查或洗牙，只有兩成多(22.2%)[20.2%(2009)]表示每隔一年會先行接受牙齒檢查或洗牙，反映學童牙科保健計劃對學童牙齒健康的重要性(表五十五)。受訪兒童除學童牙科保健計劃外，並沒有定期接受牙齒或洗牙，主要原因是服務收費昂貴(78.2%)[79.4%(2009)]、沒有金錢(53.8%)[94.1%(2009)]，不足兩成(16.0%)[19.1%(2009)]表示沒有需要。(表五十六)

6.9 改善服務建議

被問及如何改善學生健康評估服務方面，受訪兒童建議為所有在港就學的兒童提供健康檢查服務(73.2%)[64.0%(2009)]、在全港各區均設立中心以方便各區學童(67.1%)[69.7%(2009)]、將健康服務檢查計劃範圍涵蓋體能智力測驗評估(64.0%)[43.8%(2009)]、並將健康服務檢查計劃範圍涵蓋精神健康評估(55.5%)[34.8%(2009)]等。(表五十七)

另外，在改善為貧窮兒童提供的醫療及健康服務方面，受訪兒童主要建議順序如下：將現行的學童牙科保健計劃擴展至全港幼稚園及中學生(84.8%)[58.9%(2009)]；恢復學童保健計劃，資助貧窮兒童到區內接受私家診所治療(78.7%)[61.1%(2009)]；增加資源，縮短公立門診/急症室/專科服務的輪候時間(77.4%)；為貧窮家庭兒童提供醫療券，以便使用私家診所的醫療服務(73.8%)[58.9%(2009)]；訂立兒童中央健康資料庫，定期持續監察兒童健康狀況(60.4%)[42.1%(2009)]；增加宣傳醫療收費減免計劃(58.5%)[42.1%(2009)]、簡化醫療收費減免計劃的申請程序及放寬計劃的申請資格(52.4%)[43.2%(2009)]、檢討醫管局藥物名冊，費用高昂但成效顯著的藥物可以標準收費提供

(40.2%)[25.3%(2009)]等。

7. 研究結果分析

健康對於每一名兒童均非常重要，完善的醫療體系及公共醫療服務亦有助改善貧病兒童的健康。然而，現時政府提供的醫療服務極為不足，亦未有從兒童的角度考慮。貧窮家庭由於沒有經濟能力負擔昂貴醫療費用，子女患病時大多向全港各區的普通科門診求醫，求診人次逐年上升。然而，公立醫療普通科及專科的輪候時間均十分長，服務未能配合社會大眾及貧窮家庭的需要。

7.1 醫療服務不善，兒童患病不求醫增

是次調查顯示，相對於 2009 年類似調查，受訪貧窮兒童的健康狀況普遍多些病(例如:傷風/感冒、專注力不集中、學習障礙、病癥如發燒、牙痛、頭痛、頭暈等)，同時在接受治療上面對更大的經濟困難。2016 年調查發現，兒童患病時不求診(20.5%)或自行購藥了事(52.4%)，高於 2009 年(9.3%及 50.5%)(表十七)；近八成(76.3%)表示由於輪候公立醫療服務時間過長/約不到(表二十)，反映貧窮家庭由經濟困難，原來賴以治療的公營醫療服務存有極大問題，間接迫使貧窮家庭「不求醫」、或甚「自己醫自己」。

7.2 公營門診、急症、專科預約及輪候時間長且難，貧童延遲治療，病情加重

調查顯示超過一半受訪兒童(51.8%)輪候公營普通門診需時1小時以上，輪候門診治療平均長達近2小時，急症室平均輪流達3個多小時，最長更達5小時(表三十二)；此外，貧窮兒童輪候各項專科需時長達6至30個月不等；四成受訪兒童表示因延誤治療令病情惡化，損害兒童健康。(表三十八)縱使受訪兒童普遍(88.2%)認為接受完善醫療服務是兒童權利，但此權利卻未能體現。(表四十五)

醫管局自2006年10月在全港推行公立普通科門診電話預約服務，但各區使用醫療服務的市民人數極多，預約服務遠低於社區需求。不少貧窮家庭表示，若兒童生病，他們往往要花上好幾個小時、甚至整天打電話預約也打不通。雖然有些家長希望可排隊輪候，但醫管局卻以避免有輪候人龍重新出現為由而拒絕重設排隊預約制度。然而，問題的關鍵是當局應增加輪候籌數及名額，讓所有求診的貧窮家庭獲得適切的治療。

公立醫院專科及普通科門診服務各年度求診人次

財政年度	求診人次(較前一年的升幅)	
	專科門診	普通科門診
2000/01	5,775,448	6,566,970
2001/02	5,943,653(+2.9%)	6,462,599(-1.6%)
2002/03	6,078,683(+2.3%)	6,632,364(+2.6%)
2003/04	5,486,710(-9.7%)	5,323,330(-19.7%)

2004/05	5,833,849(+6.3%)	5,302,779(-0.4%)
2005/06	5,839,664(+0.01%)	5,179,203(-2.3%)
2006/07	5,810,020(-0.5%)	4,842,247(-6.5%)
2007/08	5,776,233(-0.5%)	4,799,472(-0.9%)
2008/09	6,070,631(+5.1%)	4,968,586(+3.5%)
2009/10	6,392,410(+5.3%)	4,700,543(-0.5%)
2010/2011	6,630,190(+3.7%)	4,979,754(+5.9%)
2011/2012	6,731,155(+1.5%)	5,316,486(+6.7%)
2012/2013	6,885,455(+2.3%)	5,633,407(+6.0%)
2013/2014	7,040,833(+2.3%)	5,813,706(+3.2%)
2014/2015	7,191,780(+2.1%)	5,905,262(+1.6%)

資料來源:醫院管理局各年年報統計資料(附錄9)

http://www.ha.org.hk/ho/corpcomm/AR201415/PDF/HA_AnnualReport2014-15_FINAL.pdf

醫管局急症室診症平均輪候時間(分鐘)⁸

	平均輪候時間(分鐘)			平均輪候時間(分鐘)			平均輪候時間(分鐘)	
	分流 4 -半緊急	分流 5 -非緊急		分流 4 -半緊急	分流 5 -非緊急		分流 4 -半緊急	分流 5 -非緊急
2005/06			2009/10			2013/2014		
港島東聯網	50	90	港島東聯網	68	113	港島東聯網	72	113
港島西聯網	67	116	港島西聯網	70	119	港島西聯網	90	155
九龍中聯網	47	80	九龍中聯網	77	104	九龍中聯網	174	207
九龍東聯網	68	113	九龍東聯網	76	114	九龍東聯網	95	146
九龍西聯網	69	78	九龍西聯網	92	101	九龍西聯網	106	109
新界東聯網	52	66	新界東聯網	69	68	新界東聯網	95	81
新界西聯網	69	76	新界西聯網	61	65	新界西聯網	135	142
醫管局整體	61	86	醫管局整體	75	95	醫管局整體	106	124
2006/07			2010/2011			2014/2015		
港島東聯網	58	104	港島東聯網	56	100	港島東聯網	87	128
港島西聯網	76	129	港島西聯網	69	118	港島西聯網	110	177
九龍中聯網	61	92	九龍中聯網	70	106	九龍中聯網	156	183
九龍東聯網	79	126	九龍東聯網	82	145	九龍東聯網	103	158
九龍西聯網	86	96	九龍西聯網	91	110	九龍西聯網	112	107
新界東聯網	53	61	新界東聯網	73	71	新界東聯網	99	82
新界西聯網	100	102	新界西聯網	63	77	新界西聯網	130	139
醫管局整體	73	98	醫管局整體	74	101	醫管局整體	110	127
2007/08			2011/2012					
港島東聯網	53	96	港島東聯網	56	91			
港島西聯網	79	133	港島西聯網	76	133			
九龍中聯網	63	98	九龍中聯網	96	130			
九龍東聯網	89	132	九龍東聯網	90	158			

⁸ 食物及衛生局 2008 年 12 月 17 日、2009 年 5 月 29 日、2010 年 10 月 5 日、2011 年 8 月 31 日、2012 年 3 月 30 日、2013 年 3 月 28 日、2014 年 5 月 2 日及 2015 年 8 月 18 日回覆香港社區組織協會的查詢，以及新聞公報立法會一題：公立醫院服務病人輪候時間 (2012 年 2 月 8 日)

http://gia.info.gov.hk/general/201202/08/P201202080331_0331_89967.pdf

九龍西聯網	97	117	九龍西聯網	82	100			
新界東聯網	57	61	新界東聯網	64	60			
新界西聯網	80	73	新界西聯網	77	92			
醫管局整體	75	96	醫管局整體	76	103			
2008/09			2012/2013					
港島東聯網	56	104	港島東聯網	60	94			
港島西聯網	72	126	港島西聯網	79	139			
九龍中聯網	65	101	九龍中聯網	144	177			
九龍東聯網	77	124	九龍東聯網	90	148			
九龍西聯網	88	108	九龍西聯網	93	106			
新界東聯網	54	54	新界東聯網	79	74			
新界西聯網	50	51	新界西聯網	107	121			
醫管局整體	66	89	醫管局整體	90	114			

此外，醫管局各聯網內急症室診症的輪候時間亦逐年延長。以貧窮家庭聚居的九龍西聯網為例，半緊急(分流4)的求診個案平均輪候時間，已由2005/06年的69分鐘，增加至2014/15年的112分鐘，非緊急(分流5)的求診個案平均輪候時間，亦由2005/06年的78分鐘，延長至2014/15年的107分鐘，情況令人憂慮。全港整體急症室診症平均輪候時間為127分鐘(2014/2015)(次緊急)及110分鐘(2014/2015)(非緊急)。

7.3 兒童長期病患未能及早醫治

兒童初步發現有長期病，轉往專科門診就醫，普遍需一年輪候時間，在這段時間，兒童需自費到私家醫生就診，嚴重影響生活質素，而且欠支援服務。政府統計處在2014年就長期病患者進行的統計調查顯示，2013年全港約有137.5萬名長期病患者及57.86萬殘疾人士。在57.86萬殘疾人士中，當中約有2.06萬名為十五歲以下人士，佔全港殘疾人士的3.6%。在2.06萬年齡為十五歲以下人士的殘疾人士中，除智障人士外，其餘人士均患有不同類別的殘疾，包括8,800名患有特殊學習困難、8,200名患有注意力不足/過度活躍症、4,900名言語能力有困難、5,200名患有自閉症等。⁹

此外，向公立醫院求診的兒童人次卻不斷增加。在專科門診方面，以約診兒童及青少年科的新症個案為例，截至2015年3月31日，新症個案數目多達4,118宗，個案輪候時間中位數亦長達2014/2015年的7個星期。然而，當局並未有從兒童的角度考慮增撥資源以紓緩新增的服務需求。

事實上，公共醫療當局提供的專科門診服務輪候時間普遍均十分長，根據醫管局的統計資料，外科的輪候時間中位數長達15個星期，最長輪候時間長達近5年(241個星期)，反映除個別專科外，不少專科門診服務的輪候時間仍未有明顯

⁹ 政府統計處 第 62 號專題報告書 殘疾人士及長期病患者 (2014 年 12 月)
<http://www.statistics.gov.hk/pub/B11301622014XXXXB0100.pdf>

改善(見下表)¹⁰。當局在針對貧窮兒童方面，沒有任何具體改善措施。門診預約仍然困難、輪候時間極長、兒童及青少年科預約新症輪候時間愈來愈長[5星期(2009/10)→6星期(2010/11)→6星期(2011/12)→7星期(2012/13)→7星期(2013/2014)→7星期(2014/2015)]，未見改善且日益惡化。奈何當局仍沒有使用公帑立即改善公立醫院及基層醫療服務。

醫院管理局各主要專科預約新症輪候時間(2009/10年度至2014/15年度)

	2009/10年度		2010/11年度		2011/12年度		2012/13年度		2013/14年度		2014/15年度	
	中位數 (星期)	第99個 百分值 (星期)	中位數 (星期)	第99個 百分值 (星期)	中位數 (星期)	第99個 百分值 (星期)	中位數 (星期)	第99個 百分值 (星期)	中位數 (星期)	第99個 百分值 (星期)	中位數 (星期)	第99個 百分值 (星期)
耳鼻喉科	4	95	5	50	7	52	8	37	11	51	11	57
婦科	9	103	11	49	11	53	11	56	11	58	12	57
內科	9	93	10	48	13	53	15	63	15	70	15	77
眼科	4	147	4	50	4	48	4	60	5	60	4	63
矯形及創傷科	12	112	13	70	15	94	16	100	15	116	17	124
兒科及青少年科	5	48	6	23	6	26	7	24	7	24	7	18
精神科	4	104	4	37	6	44	7	58	8	74	10	74
外科	13	241	12	96	13	98	15	97	15	73	16	69

此外，由於醫療資源缺乏，各主要專科預約新症個案時間均頗長，所有專科平均有一成多(1至28%)預約新症的輪候時間長達1至2年，當中尤以內科(28%)、眼科(22%)及矯形及創傷科(20%)尤其嚴重(2014/15年度)。(見下表)

2011-2012年度醫院管理局各主要專科按輪候時間劃分的預約新症個案數目¹¹

	輪候時間			
	<1 年	1-2 年	2-3 年	>3 年
	%	%	%	%
耳鼻喉科	89%	10%	<1%	0%
婦科	90%	3%	6%	<1%
內科	92%	7%	<1%	<1%
眼科	91%	8%	<1%	0%
矯形及創傷科	79%	18%	3%	0%
兒科及青少年科	99%	1%	<1%	<1%
精神科	93%	6%	<1%	<1%
外科	82%	12%	6%	<1%

¹⁰ 食物及衛生局 2008 年 12 月 17 日、2009 年 5 月 29 日及 2010 年 10 月 5 日、2011 年 8 月 31 日、2012 年 3 月 30 日、2013 年 3 月 28 日及 2014 年 5 月 2 日回覆香港社區組織協會的查詢。

¹¹ 食物及衛生局於 2012 年 2 月 回覆 香港社區組織協會的查詢。

2012/13年度醫院管理局各主要專科按輪候時間劃分的預約新症個案數目¹²

	輪候時間			
	<1 年	1-2 年	2-3 年	>3 年
	%	%	%	%
耳鼻喉科	95%	4%	<1%	<1%
婦科	88%	9%	3%	<1%
內科	82%	18%	<1%	<1%
眼科	86%	10%	3%	<1%
矯形及創傷科	68%	24%	8%	0%
兒科及青少年科	99%	1%	<1%	<1%
精神科	88%	11%	<1%	<1%
外科	80%	13%	7%	<1%

2013/14年度醫院管理局各主要專科按輪候時間劃分的預約新症個案數目¹³

	輪候時間			
	<1 年	1-2 年	2-3 年	>3 年
	%	%	%	%
耳鼻喉科	91%	8%	<1%	0%
婦科	89%	8%	2%	<1%
內科	78%	22%	<1%	<1%
眼科	84%	16%	1%	<1%
矯形及創傷科	67%	19%	14%	0%
兒科及青少年科	98%	1%	<1%	<1%
精神科	83%	15%	2%	<1%
外科	80%	14%	5%	<1%

2014/15年度醫院管理局各主要專科按輪候時間劃分的預約新症個案數目¹⁴

	輪候時間			
	<1 年	1-2 年	2-3 年	>3 年
	%	%	%	%
耳鼻喉科	87%	13%	<1%	0%
婦科	87%	11%	2%	<1%
內科	71%	28%	1%	<1%
眼科	78%	22%	0%	0%
矯形及創傷科	65%	20%	13%	2%
兒科及青少年科	99%	<1%	<1%	<1%
精神科	78%	18%	4%	<1%
外科	79%	18%	2%	<1%

在舊症預約方面，預約日期至覆診日期的相距時間亦十分長。以耳鼻喉科為例，預約日期至覆診日期的相距時間中位數為23星期(近6個月)，兒童、內科、眼科及外科等輪候時間中位數亦長達12至13星期不等。這反映公共醫療服務資源極為不足，不少病人極有可能因延醫而得不到適時的治療，從而影響健康。

¹² 食物及衛生局於 2013 年 4 月 26 日回覆 香港社區組織協會的查詢。

¹³ 食物及衛生局於 2014 年 4 月 2 日回覆 香港社區組織協會的查詢。

¹⁴ 食物及衛生局於 2014 年 8 月 18 日回覆 香港社區組織協會的查詢。

專科門診穩定新症輪候時間

Waiting Time for Stable New Case Booking for Specialist Out-patient Services

2015年4月1日 至 2016年3月31日

1 April 2015 – 31 March 2016

(資料只供參考 For reference only)

	醫院聯網 Hospital Clusters						
	港島東 HK East	港島西 HK West	九龍中 Kowloon Central	九龍東 Kowloon East	九龍西 Kowloon West	新界東 NT East	新界西 NT West
耳鼻喉科 Ear, Nose, Throat	45 星期/weeks	88 星期/weeks	31 星期/weeks	88 星期/weeks	50 星期/weeks	104 星期/weeks	70 星期/weeks
眼科 Eye	38 星期/weeks	32 星期/weeks	74 星期/weeks	112 星期/weeks	50 星期/weeks	68 星期/weeks	68 星期/weeks
婦科 Gynaecology	105 星期/weeks	159 星期/weeks	48 星期/weeks	108 星期/weeks	63 星期/weeks	99 星期/weeks	129 星期/weeks
內科 Medicine	53 星期/weeks	78 星期/weeks	102 星期/weeks	103 星期/weeks	77 星期/weeks	100 星期/weeks	78 星期/weeks
骨科 Orthopaedics & Traumatology	99 星期/weeks	62 星期/weeks	89 星期/weeks	133 星期/weeks	124 星期/weeks	157 星期/weeks	87 星期/weeks
兒科 Paediatrics	18 星期/weeks	13 星期/weeks	26 星期/weeks	24 星期/weeks	19 星期/weeks	41 星期/weeks	15 星期/weeks
精神科 Psychiatry	30 星期/weeks	167 星期/weeks	25 星期/weeks	98 星期/weeks	63 星期/weeks	127 星期/weeks	94 星期/weeks
外科 Surgery	60 星期/weeks	112 星期/weeks	48 星期/weeks	89 星期/weeks	77 星期/weeks	79 星期/weeks	70 星期/weeks

註 Notes :

下次更新日期: 2016 年 7 月 29 日

Date of Next Update: 29 July 2016

(1) 緊急(第一優先)類別及半緊急(第二優先)類別的中位數輪候時間分別為兩星期及八星期之內。

Median waiting time of Urgent Case (Priority 1) Category and Semi-urgent Case (Priority 2) Category are within two weeks and eight weeks respectively.

(2) 穩定(例行)類別最長(90 百分位數)輪候時間 (即百分之90的新症的輪候時間短於所示數值)

Stable Case (Routine) Category: The Longest (90th percentile) Waiting Time (i.e. the waiting time of 90% of new case bookings are shorter than the value indicated)

(3) 醫護人員會因應病人的病況而決定病人在專科門診就診的先後緩急。

Staff of the Hospital Authority will triage patients based on their clinical conditions and determine the priority of consultation at Specialist Outpatient Clinics.

資料來源:醫院管理局專科門診新症輪候時間 http://www.ha.org.hk/haho/ho/sopc/dw_wait_ls.pdf

7.4 公立等太久，被迫私家就診醫療費成家庭壓力

由於輪候時間極長，部份家長為免延誤診治令子女病情惡化，只好被迫帶子女到私家診所求診，受訪者每年用於醫療服務的開支，亦由 1,085 元(2009 年平均數)，上升至 1,205 元(表二十八)，要節衣縮食以省錢看病，有近六成(59.7%)受訪兒童更曾經因醫療費用昂貴而不求醫或延遲求醫(表三十)；可見醫療費用對病人造成極大經濟壓力，對於貧窮家庭造成沉重負擔。

食物及衛生局於 2013 年 9 月成立醫管局檢討督導委員會，全面檢討醫管局運作，包括管理及聯網制度、資源分配、服務水平及整體成本效益，並於 2015 年發出報告；然而，政府並未有因應人口老化及社會需求而增撥醫療資源，導致服務水平不斷下降。

7.5 公立輪候及預約需時，影響兒童上學

68.5%受訪兒童表示為了輪候公立醫院，而要向學校請假，不能上學，這些貧窮兒童因家貧，政府又取消資助私家就診的學童保健計劃，只能以時間及犧牲上學時間，去輪候醫病，40.2%更要通宵輪候。可見，現時公立醫療服務實在未能體恤學童所需。

此外，公立醫院急症室為病情有不同緊急程度的提供分流，然而，數據發現第四類(半緊急)及第五類(非緊急)分流類別病人，2014/2015 年度的平均輪候時間亦分別達 110 分鐘及 127 分鐘，輪候時間極長(最嚴重的平均輪候時間為 183 分鐘!)。不少貧窮家庭兒童求診均等候需時，貧窮家庭的父母為免子女延誤診治，被迫節省食物開支而向私家診所就診，直接影響貧窮兒童的健康及日常生活。此外，公立醫院急症室輪候時間越來越長，就是被視為病情為緊急病人亦需等逾一小時。緊急病人情況可以很嚴重，輪候時間延長隨時令病情惡化。

以往政府設立「社區學童保健計劃」；資助貧窮兒童到社區內的私家醫生接受診治，並只需繳付\$20廉宜的費用，醫生亦可作兒童的家庭醫生，持續監察兒童的健康狀況及身心發展，確保貧窮兒童獲得適當的醫療服務。但政府在九十年代以社會普遍富裕及資源有限為由取消，現時社會貧富懸殊，貧者愈貧，很需要使用公營服務，但公營服務超負荷，沒有選擇的貧窮兒童只能選擇不就醫或被拖延醫治，影響兒童健康，有必要推行類似學童保健計劃的社區學童保健計劃，資助貧窮兒童的尋求社區內的私家西醫及中醫治療。

7.6 學生健康服務涵蓋面窄且成效低

衛生署由1995/1996學年開始推行的學生健康服務，參加此項服務的學生為全港小一至中七年級的學生，學生每年會獲安排前往學生健康服務中心接受一系列的健康服務。這些服務是為配合學生在各個成長階段的健康需要而設計，其中包括體格檢驗；與生長、營養、血壓、視力、聽覺、脊柱、性教育、心理

健康及行為等有關的檢查；個別健康輔導及健康教育。經檢查發現有健康問題的學生會被轉介至健康評估中心或專科診所作詳細的評估及跟進。

調查顯示七成(70.1%)學童參加學生健康服務(表四十六)，但約只有四成(40.1%)學童表示學童健康服務非常有效或頗有效改善或監察學童的健康狀況(表四十八)，問題在於未有直接醫療服務跟進，而且不涵蓋體能智力測驗評估及精神健康評估，近年學童愈來愈多精神健康問題，例如過度活躍症等，如不及早發現及治療，影響孩子一生。同時有部份持擔保書的無證兒童因未能豁免費用更沒有參加，未能平等對待兒童，可見服務計劃有待改善。

7.7 牙科保健服務涵蓋面窄

現時學童牙科保健服務是衛生署為小一至小六學生提供的服務，目的是專為全港小學生提供基本牙齒及口腔健康護理，鼓勵學童注意口腔衛生及預防常見的牙科疾病，服務的範圍只包括洗牙、補牙、脫牙及口腔健康教育，由受過專業訓練的牙科治療師在政府牙科醫生指導下執行。然而，有關服務並未有提供予幼稚園及中學生。

調查顯示參加者一年才參加一次牙科保健計劃，除學童牙科保健計劃外，近七成(68.5%)均表示從來沒有進行牙齒檢查或洗牙(表五十五)，反映貧窮學童對公營牙科服務需要的迫切性。此外，由於幼稚園及中學生完全沒有牙科服務，他們只能通宵輪候現時政府提供的緊急診療服務，只包括止痛和脫牙，其他情況須自行前往約見私家牙科醫生繼續接受治療，費用根本非一般家庭可負擔，所以幼兒及中學生面對很大牙齒保健困難。

7.8 豁免制度不善

此外，在醫院管理局的服務方面，雖然公立醫療系統設有醫療收費豁免制度，但絕大部份(73.1%)受訪者根本不知道(更遑論曾使用，83.3%表示不曾使用(表四十二)有經濟困難可向醫院申請減免醫療費(表四十一)。再者，由於豁免制度申請手續繁複，批核書不通用於專科及普通科，又不一家人通用，而且逐次批核，有工作的低收入家庭根本沒有精力及時間應付這些審查程序，所以使用率低。持擔保書在港等待團聚的無證兒童更要付高價，難以享用醫療服務，可見政府未能以兒童權利角度幫助兒童。

8. 總結及建議

健康對於每一名兒童均非常重要，完善的醫療體系及公共醫療服務亦有助改善貧病兒童的健康。貧窮家庭由於沒有經濟能力負擔昂貴醫療費用，政府有必要按社會需要改善相關的健康及醫療服務。如上文提及，聯合國《兒童權利公約》第24條訂明，兒童應享有最佳的健康保障。政府應注重提供醫療及保健服務。香港作為加入《公約》的地區，理應履行公約訂定的責任，改善貧窮家庭兒童的接受健康及醫療服務的機會。本會建議如下：

8.1 制訂公共醫療政策上引入兒童權利的角度

政府應在制訂公共醫療政策上包括兒童健康權利的角度，把患病兒童的需要列入優先處理組別，增撥資源協助貧窮兒童，避免因輪候診症接受治療的時間過長，損害兒童福祉。

8.2 按患疾兒童的實際醫療需要增撥醫療資源

此外，政府應撤銷每年不多於百分之二的醫療撥款增長上限，反之，當局按患疾兒童的實際醫療需要增撥醫療資源，確保每名患病兒童都能獲得適時和適切的治療和診治。

8.3 研究將公私營協作計劃受惠對象擴展至經常使用普通科門診的兒童

當局自2014年起推行名為「普通科門診公私營協作計劃」，目的是為需要長期在普通科門診覆診的病人提供選擇，讓病人可接受社區內的私營基層醫療服務，以幫助醫管局管理日增的服務需求及提高基層醫療服務的便捷度。在計劃下，每名病人每年可享有十次資助門診服務，包括診治慢性疾病和急症護理、於私家醫生診所獲配治理其慢性疾病病情及偶發性疾病的藥物、以及經參加計劃的私家醫生轉介，接受由醫管局提供特定的相關化驗和X光檢查服務。

每名參加計劃的私家醫生每年最高可獲合共為3,012元的服務費，作為提供最多十次診症，當中已包括醫管局普通科門診收費45元，這費用會由病人在就診後直接繳付給私家醫生。醫管局會為領取綜援及／或獲減免費用的人士負擔普通科門診費用，並於2016/17年度起分階段擴大計劃的範圍，醫管局計劃在三年(約2019/20年)內涵蓋全港十八區。

然而，現行計劃主要針對患有高血壓（或附帶高血脂症）、糖尿病的普通科門診病人，其他疾病患者卻未能受惠。為此，當局應考慮將公私營協作計劃的受惠對象，擴展至需經常使用普通科門診的兒童；長遠而言，每名兒童均可獲接受有關資助以便使用私家醫療服務。

8.4 增加醫護人手及普通科門診名額及延長服務時間

面對醫療服務需求不斷增加，政府應儘快增聘公立醫院醫護人手，以紓緩未能使用私家醫療服務的基層市民的需要。此外，在普通科門診電話預約服務方面，當局亦應增加預約電話線路及每日應診名額，以符所需。同時，應在普通科門診加設晚間及假期服務，讓有工作的家庭可於放工後帶子女求醫，不用往急症室。

8.5 設立兒童醫療券資助貧窮兒童私家求醫

為方便各區貧窮家庭及兒童接受適時的治療，當局應考慮重新設立社區學童保健計劃，或以兒童社區醫療卡/券形式資助貧窮兒童到社區內的私家西醫或中醫接受診治，只需繳付廉宜收費，醫生亦可作兒童的家庭醫生，持續監察兒童的健康狀況及身心發展，確保貧窮兒童獲得適當的醫療服務。此外，當局亦可參考長者醫療券經驗，設立「兒童醫療券」，資助貧窮兒童前往私家醫生診所求醫。若每名兒童資助 3,000 元，以現時約 25 萬名貧窮兒童計算，預計開支約為 7.5 億港元。若扣除 8 萬多名領取綜援的貧窮兒童計算，預計開支約為 5 億元。

8.6 改善學生健康評估服務

在全港各區均設立中心以方便各區學童，為所有在港就學的兒童提供健康檢查服務，並將健康服務檢查計劃範圍涵蓋體能智力測驗評估，將健康服務檢查計劃範圍涵蓋精神健康評估等。

8.7 學童牙科保健計劃擴展至全港幼稚園及中學生

牙科健康對學童整體健康，包括營養、個人儀容等均非常重要，不同年齡階段的兒童亦面對不同的牙齒問題。為此，當局應將學童牙科保健計劃擴展至全港幼稚園及中學生，服務範圍亦應包括洗牙、補牙、脫牙及口腔健康教育，以保障各年級出現牙疾的學生亦獲得相應的治療。

8.8 簡化醫療收費減免計劃的申請程序

由於不少貧窮家庭處於低收入狀態，雖然醫療收費減免計劃的申請資格尚屬合適，但審批程序卻極為繁複，豁免時期亦較短。政府及醫院管理局應簡化減免計劃的申請程序，並加快審批速度；由於申請人需向當局申報全部家庭成員入息及資產狀況，若然通過審查，全部家庭成員應同時獲得減免資格，免卻另一成員求醫時再次申請的麻煩，避免不必要的行政程序，批核書應全家、全科及全年通用。

8.9 改善對長期病患者的支援

政府應增加專科門診資源及名額，縮短輪候時間，並加強輔助服務支援。同時，長期病患者在醫療方面長期支出龐大，非一般家庭可負擔，應特別放寬醫療收費減免計劃全免費用申請資格至家庭入息中位數的 75%，另外，若申請人收入介乎家庭入息中位數的 75%至家庭入息中位數，則可獲減免部份醫療費用。

8.10 無證兒童應享有同等健康及醫療權利

政府不應兒童的身份及背景而忽視無證兒童的健康及醫療權利，持擔保書的兒童應享有同等醫療費用減免的權利，以免有任何兒童因經濟原因而延誤。

8.11 檢討藥物名冊的運作安排

除了適時的治療外，當局亦應定期檢討醫管局藥物名冊，並應從保障兒童權利的角度，為患者兒童提供費用雖高昂但成效顯著的藥物予他們，並以一般標準收費。此外，前線醫護人員亦對領取綜援或傷殘津貼的患病兒童施以同等的待遇，不應因他們領取政府援助而不處方名冊內的藥物，讓貧窮家庭的兒童可獲得平等機會的接受治療。

8.12 設立兒童中央健康資料庫，定期持續監察兒童健康狀況

此外，政府應訂立兒童中央健康資料庫，定期持續監察兒童健康狀況；當局亦應針對貧窮家庭的兒童訂立健康資料及指標以作參考，這亦有助定期檢討扶助貧窮兒童的健康服務及醫療服務需求。

9. 調查報告圖表

表一 受訪者的性別

性別	選擇人數	百分比
男	87	51.5
女	82	48.5
合計	169	100.0

遺失個案:0 個

表二 受訪者的年齡

年齡	選擇人數	百分比
3 歲以下	9	5.3
4 至 6 歲	21	12.5
7 至 9 歲	42	24.8
10 至 12 歲	56	33.1
13 至 15 歲	27	16.0
16 歲或以上	13	8.3
合計	168	100.0
平均年齡	10	
年齡中位數	10	
最小年齡	1	
最大年齡	18	

遺失個案:1 個

表三 受訪者的就讀年級

就讀年級	選擇人數	百分比
未受教育	2	1.2
幼稚園	28	17.0
小一至小三	36	21.8
小四至小六	60	36.4
中一至中三	32	19.4
中四至中五	7	4.2
合計	165	100.0

遺失個案:4 個

表四 受訪者的居住形式

	數目	百分比
公屋	73	43.7
私樓	94	56.3
	167	
私樓類別		
租住板間房	21	22.3
租住床位	1	1.1
租住閣仔	1	1.1
租住套房	56	59.6
租住天台屋	6	6.4
自置物業	2	2.1
租住整個單位	7	7.4
合計	94	100.0

遺失個案:2 個

表五 受訪者的居住單位面積

面積/平方呎	數目	百分比
100 或以下	41	27.7
101 至 200	45	30.4
201 至 300	33	22.3
301 至 400	25	16.9
401 或以上	4	2.7
合計	148	100.0
平均面積		209
面積中位數		200

遺失個案:21 個

表六 受訪者的居住人數

家庭人數	數目	百分比
2 至 3 人	95	56.2
4 至 6 人	68	40.2
7 至 9 人	6	3.6
合計	169	100.0
平均家庭人數	3.4 人	
全港家庭住戶平均人數 (2015 年年底)	2.9 人	
家庭人數中位數	3 人	

遺失個案:4 個

表七 受訪者的家庭成員

家庭成員	數目	百分比
父親	84	49.7
母親	154	91.1
祖父/外祖父	6	3.6

	祖母/外祖母	20	11.8
	哥哥	31	18.3
	弟弟	32	18.9
	姊姊	32	18.9
	妹妹	25	14.8
	其他親友	1	0.6

回應個案:169 個遺失個案:0 個

表八

受訪者家庭租金

每月租金	數目	百分比
1,000 元或以下	2	1.2
1,001 元至 3,000 元	87	52.7
3,001 元至 5,000 元	60	36.4
5,001 元至 7,000 元	12	7.3
7,001 元至 9,000 元	4	2.4
合計	165	100.0
每月平均租金		3,213
每月租金中位數		2,950

遺失個案:4 個

表九

受訪家庭收入來源

收入來源	人數	百分比
綜援	62	38.0
工作及領取低收入綜援	9	5.5
工作	75	46.0
其他(例如：一份綜援兩人用)	17	10.4
合計	163	100.0

遺失個案:6 個

表十

受訪家庭每月總工資

每月總工資	數目	百分比
1,000 元或以下	1	11.8
1,001 元至 5,000 元	11	12.9
5,001 元至 9,000 元	14	16.5
9,001 元至 13,000 元	17	20.0
13,001 元至 17,000 元	20	23.5
17,001 元至 21,000 元	13	15.3
21,001 元或以上	9	10.6
合計	85	100.0
每月家庭平均工資		12,980
每月家庭工資中位數		13,000

遺失個案:84

表十一

受訪家庭每月領取綜援金額

每月綜援金額	數目	百分比
3,000 元或以下	3	4.3
3,001 元至 5,000 元	10	14.3
5,001 元至 7,000 元	18	25.7
7,001 元至 9,000 元	15	27.4
9,001 元至 11,000 元	12	17.1
11,001 元或以上	12	17.1
合計	70	100.0
每月平均綜援金額		8,015
每月綜援金中位數		8,000

遺失個案:99 個

表十二

受訪家庭每月總收入

每月總收入	數目	百分比
1,000 元或以下	1	0.6
1,001 元至 5,000 元	24	15.6
5,001 元至 9,000 元	38	24.7
9,001 元至 13,000 元	40	26.0
13,001 元至 17,000 元	29	18.8
17,001 元至 21,000 元	13	8.4
21,001 元或以上	9	5.8
合計	165	100.0
每月平均總收入		10,993
每月總收入中位數		10,132

遺失個案:4 個

表十二(甲)按家庭人數劃分的受訪家庭總工資及總收入與同期的官方貧窮線

家庭人數	總收入 (總工資及綜援金額) (即政策介入後)		2016年第一季 住戶入息中位 數的一半 (官方貧窮線)	總收入身處家 庭收入屬貧窮 線以下的受訪 人數/百分比	身處家庭收入屬 貧窮線以上的受 訪人數/百分比	總受訪人數 /百分比
	最低收入	最高收入				
2 人	2000	13,000	9,000	34(89.5%)	4(10.5%)	38(100.0%)
3 人	2,800	18,000	14,250	37(86.0%)	6(14.0%)	43(100.0%)
4 人	2,000	26,000	18,000	44(89.8%)	5(10.2%)	49(100.0%)
5 人或 以上	5,000	25,000	19,825	15(62.5%)	9(37.5%)	24(100.0%)

遺失個案:154 個遺失個案:14 個

表十三 你的子女現時身體上有沒有患有以下疾病？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
呼吸道疾病	19	11.4%	21	24.1
心臟病	4	2.4%	1	1.1
各類炎症	1	0.6%	2	2.3
皮膚病	12	7.2%	4	4.6
尿床	9	5.4%	4	4.6
頭虱	1	0.6%	0	0.0
腸胃問題	18	10.8%	0	0.0
嚴重視力問題	11	6.6%	4	4.6
眼疾	6	3.6%	4	4.6
肝病	1	0.6%	4	4.6
糖尿病	1	0.6%	0	0.0
傷風/感冒	60	35.9%	/	/
發燒	44	26.3%	/	/
耳部問題	10	6.0%	1	1.1
其他：_____ (請註明)	5	3.0%	5	5.7
沒有以上任何一種疾病	61	36.5%	49	56.3
不知道	6	3.6%	17	19.5

有效個案：167 遺失個案：2(2016 年)有效個案：87 遺失個案：17(2009 年)

表十四 你的子女現時在心理上有沒有患有以下疾病？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
學習障礙	25	15.2	4	4.4
思覺失調	1	0.6	0	0.0
抑鬱症	4	2.4	0	0.0
過度活躍症	24	4.5	7	7.7
狂燥症	1	0.6	2	2.2
	58	35.2	23	25.3

專注力不集中	4	4	0	0.0
其他：_____ (請註明)	73	44.2	44	48.4
沒有以上任何一種疾病	20	12.1	17	18.7
不知道				

有效個案：165 遺失個案：4(2016 年)有效個案：91 遺失個案：13(2009 年)

表十四(甲) 受訪兒童的過去一年患有疾病數目(包括:身體及心理疾病)

疾病數目(包括:身體及心理疾病)	數目	百分比
0	50	29.9%
1	26	15.6%
2	30	18.0%
3	31	18.6%
4	15	9.0%
5	11	6.6%
6	4	2.4%
合計	167	100.0%
過去一年患病平均次數		2
過去一年患病中位數		2

遺失個案:2 個

表十四(乙) 受訪兒童的居住環境與其健康狀況的關係

		疾病數目(包括:身體及心理疾病)							
		數目	0	1	2	3	4	5	6
公屋		73	25	13	18	14	9	4	2
租住私樓不適切居所 (例如：板間房、床位、閣仔、套房、天台屋)		85	22	11	11	14	6	7	2
自置物業		2	0	0	1	1	0	0	0
租住整個單位		7	3	2	0	2	0	0	0
	合計	167	50	26	30	31	15	11	4

遺失個案:2 個

Group Statistics

re_HSG_1		N / 數目	Mean / 平均數	Std. Deviation	Std. Error Mean
total_health	1.00 (私樓)	94	1.8298	1.62400	.16750
	2.00 (公屋)	73	2.0000	1.79505	.21010

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
total_health	Equal variances assumed	1.126	.290	-.642	165	.522	-.17021	.26532	-.69408	.35365
	Equal variances not assumed			-.633	146.727	.527	-.17021	.26870	-.70123	.36080

表十五 過去一年，你的子女有沒有患上任何疾病？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
有	139	84.2	89	89
沒有	26	15.8	11	11
合計	165	100.0	104	100.0

遺失個案:4 個(2016)遺失個案:4 個(2009)

表十六 請問是什麼疾病/病癥？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
傷風/感冒	102	74.0	80	89.9
腸胃炎	26	19.0	13	14.6
皮膚損傷	15	10.9	5	5.6
哮喘	9	6.6	8	9.0
胃病	4	2.9	6	6.7
頭痛	21	15.3	7	7.9
頭暈	19	13.9	4	4.5
牙痛	25	18.2	14	15.7
發燒	89	65.0	48	53.9
其他:_____ (請註明)	13	9.5	/	/

有效個案：138 遺失個案：31(2016 年)有效個案：89 遺失個案：15(2009 年)

表十七 遇有以上疾病時，你/你的子女通常會選擇那種治療方式？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
不接受任何治療	34	20.5	9	9.3
自行購買藥物服用	87	52.4	49	50.5
到私家中醫求診	19	11.4	11	11.3
到私家西醫求診	62	37.3	44	45.4
到公立醫院普通科門診求診	102	61.4	58	59.8
到公立醫院急症室求診	122	73.5	56	57.7
到私家醫院求診	14	8.4	6	6.2
其他:_____ (請註明)	43	25.9	1	1.0

有效個案：166 遺失個案：3(2016 年)有效個案：97 遺失個案：7(2009 年)

表十八 遇有以上疾病時，你通常首先會選擇那種治療方式？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
不接受任何治療	11	7.5	3	3.1
自行購買藥物服用	36	24.5	30	30.9
到私家中醫求診	1	0.7	2	2.1
到私家西醫求診	20	13.6	14	14.4
到公立醫院普通科門診求診	30	20.4	27	27.8
到公立醫院急症室求診	43	29.3	19	19.6
到私家醫院求診	1	0.7	2	2.1
到志願團體的免費/優惠中/西醫求診	6	4.1	/	/

有效個案：147 遺失個案：22(2016 年)有效個案：97 遺失個案：7(2009 年)

表十九 遇有以上疾病時，你通常其次會選擇那種治療方式？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
不接受任何治療	0	0.0	0	0.0
自行購買藥物服用	24	20.7	9	11.5
到私家中醫求診	5	4.3	2	2.6
到私家西醫求診	12	10.3	21	26.9
到公立醫院普通科門診求診	35	30.2	23	29.5
到公立醫院急症室求診	34	29.3	23	29.5
到私家醫院求診	0	0.0	0	0.0
到志願團體的免費/優惠中/西醫求診	7	6.0	19	24.4

有效個案：116 遺失個案：53(2016 年)有效個案：78 遺失個案：26(2009 年)

表二十 為何你「不接受任何治療」？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
沒有錢付醫療費	10	26.3	3	25.0
擔心醫療費用昂貴	14	36.8	7	58.3
不想接受政府資助	0	0.0	0	0.0
可節省醫療開支	15	39.5	3	25.0
認為身體會自然康復	14	36.8	3	25.0
輪候公立醫療服務時間過長/約不到	29	76.3	7	58.3
其他治療方法效用不大	5	13.2	0	0.0
其他：(請註明)	1	2.6	0	0.0

有效個案：38 遺失個案：131(2016 年)有效個案：12 遺失個案：92(2009 年)

表二十一 為何你選擇「自行購買藥物」服用？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
沒有錢付醫療費	21	23.3	9	18.4
擔心醫療費用昂貴	22	24.4	14	28.6
不想接受政府濟助	1	1.1	0	0.0
可節省醫療開支	29	32.2	30	61.2
輪候公立醫療服務時間過長	46	51.1	26	53.1
費用便宜	33	36.7	24	49.0
方便快捷	47	52.2	13	26.5
購藥自行治療十分有效	13	14.4	4	8.2
其他治療方法效用不大	3	3.3	1	2.0
其他：(請註明)	3	3.3	0	0.0

有效個案：90 遺失個案：79(2016 年)有效個案：49 遺失個案：55(2009 年)

表二十二 為何你選擇向「私家中醫求診」？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
沒有錢付醫療費	3	13.0	1	10.0
擔心醫療費用昂貴	4	17.4	2	20.0
不想接受政府濟助	1	4.3	0	0.0
可節省醫療開支	3	13.0	0	0.0
輪候公立醫療服務時間過長	8	34.8	3	30.0
費用便宜	2	8.7	3	30.0
方便快捷	14	60.9	0	0.0
其他治療方法效用不大	1	4.3	3	30.0
其他：(請註明)	1	4.3	1	10.0

有效個案：23 遺失個案：146(2016 年)有效個案：10 遺失個案：94(2009 年)

表二十三 為何你選擇向「私家西醫求診」？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
不想接受政府濟助	3	4.8	0	0.0
費用便宜	3	4.8	3	7.1
方便快捷	41	65.1	26	61.9
其他治療方法效用不大	8	12.7	4	9.5
輪候公立醫療服務時間過長	19	30.2	22	52.4
其他：(請註明)	32	50.8	1	2.4

有效個案：63 遺失個案：106(2016 年)有效個案：42 遺失個案：62(2009 年)

表二十四 為何你選擇到公立醫院普通科門診求診？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
未能負擔私家門診醫療費用	53	54.6	24	39.9
擔心私家醫療費用昂貴	46	47.4	13	21.3
費用廉宜/免費	73	75.3	39	63.9
方便快捷	11	11.3	3	4.9
治療方法有效	10	10.3	3	4.9
其他：_____ (請註明)	1	1.0	1	1.6

有效個案：97 遺失個案：72(2016 年)有效個案：61 遺失個案：43(2009 年)

表二十五 為何你選擇到公立醫院急症室求診？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
未能負擔私家門診醫療費用	53	44.9	19	35.2
擔心私家醫療費用昂貴	52	44.1	17	31.5
費用廉宜/免費	59	50.0	26	48.1
病情嚴重	44	37.3	16	29.6
方便快捷	10	8.5	4	7.4
治療方法有效	13	11.0	1	1.9
其他：_____ (請註明)	5	4.2	2	3.7

有效個案：118 遺失個案：51(2016 年)有效個案：54 遺失個案：50(2009 年)

表二十六為何你選擇到志願團體的免費/優惠中/西醫求診？(可選擇多於一項)

	選擇人數	百分比(%)
沒有錢付醫療費	23	41.1
擔心其他醫療費用昂貴	15	26.8
不想接受政府濟助	0	0.0
可節省醫療開支	30	53.6
輪候公立醫療服務時間過長/約不到	25	44.6
費用便宜	22	39.3
方便快捷	11	19.6
其他治療方法效用不大	1	1.8
其他：_____ (請註明)	0	0.0

有效個案：56 遺失個案：113(2016 年)

表二十七 以最常使用的治療方式為例，每次求診費用約需多少？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
免費	41	25.6	27	30.0
50 元	29	18.1	18	20.0
80 元	6	3.8	3	3.3
100 元	44	27.5	20	22.2
150 元	16	10.0	19	21.1
其他：_____ (請註明)	24	15.0	3	3.3

有效個案：160 遺失個案：9(2016 年)有效個案：90 遺失個案：14(2009 年)

表二十八 粗略估計，你每年用於醫療服務的開支共有多少？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
免費	/	/	12	14.1
500 元或以下	44	40.0	19	22.4
501 元至 1,000 元	29	26.4	31	36.5
1,001 元至 2,000 元	18	16.4	12	14.1
2,001 元至 3,000 元	12	10.9	6	7.1
3,001 元或以上	7	6.4	5	5.9
每年醫療開支中位數	1,000		800	
每年醫療開支平均數	1,205		1,084.7	

有效個案：110 遺失個案：59(2016 年)有效個案：85 遺失個案：19(2009 年)

表二十九 你有否領取綜援獲醫療豁免證明書？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
有	72	48.3	45	57.0
沒有	77	51.7	34	43.0
合計	149	100.0	79	100.0

遺失個案:20 個(2016 年) 遺失個案:25 個(2009 年)

表三十 你可曾經因醫療費用昂貴而不求醫或延遲求醫？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
曾經	95	59.7	55	61.8
不曾經	64	40.3	34	38.2
合計	159	100.0	89	100.0

遺失個案:10 個(2016 年)遺失個案:15 個(2009 年)

表三十一 當你患病時，你曾經使用公立醫院的普通科門診/急症室服務嗎？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
曾經	142	87.1	84	85.7
不曾經	21	12.9	14	14.3
合計	163	100.0	98	100.0

遺失個案:6 個(2016 年)遺失個案:6 個(2009 年)

表三十二當時你在公立門診等候了多久才接受醫生診治？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
15 分鐘以下	1	0.9	1	1.1
15-30 分鐘	19	17.0	6	6.8
30 分鐘至 1 小時	34	20.3	18	20.5
1 小時以上	58	51.8	63	71.6
	112	100.0	88	100.0
門診平均等候時間(分鐘)	90	中位數 (2016)	102	平均數 (2016)
門診最長等候時間(分鐘)	120	中位數 (2016)	148	平均數 (2016)
門診最短等候時間(分鐘)	60	中位數 (2016)	65	平均數 (2016)
急症室平均等候時間(分鐘)	180	中位數 (2016)	208	平均數 (2016)
急症室最長等候時間(分鐘)	300	中位數 (2016)	317	平均數 (2016)
急症室最短等候時間(分鐘)	200	中位數 (2016)	148	平均數 (2016)

有效個案：112 遺失個案：57(2016 年)有效個案：88 遺失個案：16(2009 年)

表三十三 每次在公立普通科門診為你診症的醫生是否屬同一人？

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
是	4	3.3	8	9.3
否	97	82.7	68	79.1
不知道	17	14.0	10	11.6
合計	121	100.0	86	100.0

遺失個案:48 個(2016 年)遺失個案:18 個(2009 年)

表三十四 你認為普通科門診服務有何不足之處？(可選擇多於一項)

	2016 年		2009 年	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
輪候時間太長	86	68.3	65	69.1
藥物效用不大	28	22.2	26	27.7
離家路程太遠	14	11.1	12	12.8
醫生診治時間太短	43	34.1	30	31.9
名額不足	43	34.1	19	20.2
費用太高	3	2.4	2	2.1
打電話預約很困難	84	66.7	54	57.4
電話預約制度使用不方便	25	19.8	24	25.5
其他：(請註明)	2	1.6	2	2.1

有效個案：126 遺失個案：43(2016 年)有效個案：94 遺失個案：10(2009 年)

表三十五 你認為公立急症室服務有何不足之處？(可選擇多於一項)

	選擇人數	百分比(%)
輪候時間太長	124	90.5
藥物效用不大	21	15.3
離家路程太遠	29	21.2
醫生診治時間太短	46	33.6
費用太高	10	7.3
急症不能及時治療，加重病情	61	22.6
其他：_____ (請註明)	0	0.0

有效個案：137 遺失個案：32

表三十六 你曾經/現在輪候公立醫院的專科服務嗎？

	選擇人數	百分比
曾經	87	56.1
不曾經	68	43.9
合計	155	100.0

遺失個案:14 個(2016 年)

表三十七你曾經/現在輪候公立醫院的甚麼專科服務？(可選擇多於一項)

	選擇人數	百分比(%)
精神科	13	14.9
骨科	5	5.7
兒科	49	56.3
外科	14	16.1
眼科	3	3.4
耳鼻喉科	11	12.6
內科	3	3.4
皮膚科	6	6.9
其他專科:腎臟科(請註明)	2	2.3

有效個案：87 遺失個案：67

表三十八 你輪候了多久/現輪候多久才可以見到專科醫生? _____個月 ☐ 不適用

	選擇人數	百分比(%)
6 個月或以下(即半年以下)	47	58.8
7 至 12 個月(即 6 個月以上至 1 年)	21	26.3
13 至 18 個月(即 1 年以上至 1 年半)	7	8.8
19 至 24 個月(即 1 年半以上至 2 年)	3	3.8
25 個月或以上(即 2 年以上)	2	2.4
輪候會見專科醫生中位數	6 個月	
輪候會見專科醫生最短時間	1 個月	
輪候會見專科醫生最長時間	30 個月	

有效個案：80 遺失個案：89

表三十九 你認為公立專科服務有何不足之處？(可選擇多於一項)

	選擇人數	百分比(%)
輪候時間太長	74	84.1
藥物效用不大	17	19.3
醫生診治時間太短	31	35.2
費用太高	2	2.3
不能及時治療，加重病情	41	46.6
其他：_____ (請註明)	1	1.1

有效個案：88 遺失個案：81

表四十 因為輪候公立專科/門診/急症太久，對你造成何問題？(可選擇多於一項)

	選擇人數	百分比(%)
要請假，上不了學	87	68.5
病情加深	55	43.3
通宵輪候，令自己更病	51	40.2
其他：_____ (請註明)	1	0.8

有效個案：127 遺失個案：42

表四十一 你或你父母知不知道，市民若有經濟困難，可向醫院申請減免醫療費用？

		2016		2009	
		選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
	知道	43	26.9	44	45.8
	不知道	117	73.1	52	54.2
合計		160	100.0	96	100.0

遺失個案:9 個(2016)遺失個案:8 個(2009 年)

表四十二 你可曾使用公立醫院的醫療收費減免計劃？

		選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
	曾經	22	17.7	28	29.2
	不曾經	102	83.3	68	70.8
合計		124	100.0	96	100.0

遺失個案:45 個(2016 年)遺失個案:8 個(2009 年)

表四十三 你對現行公立醫院的醫療收費減免計劃有何意見？(可選擇多於一項)

		2016		2009	
		選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
申請程序繁複令申請人卻步		71	63.4	25	38.5
申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛		50	44.6	25	38.5
申請需提交太多文件，十分不便		58	51.8	32	49.2
不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便		36	32.1	23	35.4
豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請		40	35.7	31	47.7
其他：希望申請一次過一年，一家人均能豁免(註明)		6	5.4	1	1.5

有效個案：114 遺失個案：55(2016 年)有效個案：65 遺失個案：39(2009 年)

表四十四 你認為現行的門診服務能為兒童提供適時治療嗎？

		2016		2009	
		選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
	能	39	24.2	14	14.7
	不能	75	46.6	50	52.6
不知道/沒有意見		47	29.2	31	32.7
合計		161	100.0	95	100.0

遺失個案:8 個(2016 年)

遺失個案:9 個(2009 年)

表四十五 你認為接受完善醫療服務是兒童權利嗎？

		2016		2009	
		選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
	是	149	88.2	85	87.6
	否	13	7.7	9	9.3
不知道		0	0.0	3	3.1
合計		162	100.0	97	100.0

遺失個案:7 個(2016 年)

遺失個案:7 個(2009 年)

表四十六 你有否參加學生健康評估服務？

		2016		2009	
		選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
	有	115	70.1	85	87.6
	沒有	49	29.9	9	9.3
合計		164	100.0	97	100.0

遺失個案:5 個(2016 年)遺失個案:7 個(2009 年)

表四十七 為何你沒有參加學生健康評估服務？(可選擇多於一項)

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
不知道有此計劃	39	78.0	/	/
不符合免費參加服務計劃的資格	2	4.0	8	88.9
沒有能力繳付服務計劃的費用	6	12.0	6	66.7
認為服務計劃作用不大	6	12.0	4	44.4
其他:_____ (請註明)	1	2.0	/	/

有效個案：50 遺失個案：119(2016 年)有效個案：9 遺失個案：95(2009 年)

表四十八 你認為學生健康評估服務能效改善或監察你的健康狀況嗎？

		2016		2009	
		選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
非常有效		22	13.9	5	5.6
頗有效		43	27.2	15	16.7
一般		59	37.3	38	42.2
頗無效		5	3.2	2	2.2
非常無效		4	2.5	2	2.2
不知道		25	15.8	28	31.1
		158	100.0	90	100.0

有效個案：158 遺失個案：11(2016 年)有效個案：90 遺失個案：14(2009 年)

表四十九 你對學生健康評估服務有何意見？(可選擇多於一項)

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
未有蓋涵精神健康評估	68	45.9	27	44.3
未有蓋涵體能智力測驗評估	89	60.1	25	41.0
向非符合資格的學童(例如：持雙程證、行街紙等兒童)徵費不合理	9	6.1	5	8.2
並非全港各區均設立中心，十分不便	80	54.1	35	57.4
其他：(請註明)	8	5.4	0	0.0

有效個案：148 遺失個案：21(2016 年)有效個案：61 遺失個案：43(2009 年)

表五十 你有否參加學童牙科保健計劃？

	2016		2009	
	選擇人數	百分比	選擇人數	百分比
有	111	68.1	83	83.8
沒有	52	31.9	16	16.2
合計	163	100.0	99	100.0

遺失個案:6 個(2016 年)遺失個案:5 個(2009 年)

表五十一 為什麼你沒有參加學童牙科保健計劃？(可選擇多於一項)

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
政府沒有提供有關服務給中學生	20	37.7	4	20.0
不知道有該計劃	32	60.4	12	60.0
計劃服務範疇不大	8	15.1	4	20.0

有效個案：53 遺失個案：116(2016 年)有效個案：20 遺失個案：84(2009 年)

表五十二 每隔多久你才會接受的學童牙科保健計劃？

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
每隔兩個星期	0	0.0	0	0.0
每隔一個月	1	0.6	1	1.0
每隔三個月	8	5.2	4	4.2
每隔半年	15	9.7	6	6.3
每一年	94	61.0	69	71.9
多於一年	8	5.2	4	4.2
從來沒有	28	18.2	12	12.5

有效個案：154 失個案：15(2016 年)有效個案：96 遺失個案：8(2009 年)

表五十三 你認為學童牙科保健計劃能否有效幫助你護理口腔嗎？

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
能	135	86.0	76	76.8
不能	11	7.0	13	13.1
不適用	11	7.0	10	10.1

有效個案：157 遺失個案：12(2016)有效個案：99 遺失個案：5(2009)

表五十四 你認為現行學童牙科保健計劃的服務年級範圍是否足夠？

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
足夠	35	22.3	15	15.6
不足夠	117	74.5	71	74.0
不知道	5	3.2	10	10.4

有效個案：157 遺失個案：12(2016)有效個案：96 遺失個案：8(2009)

表五十五 除學童牙科保健計劃外，你平均多久才接受一次牙齒檢查或洗牙？

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
每隔三個月	6	3.7	1	1.0
每隔六個月	3	1.9	6	5.8
每隔九個月	4	2.5	1	1.0
每隔一年	36	22.2	21	20.2
從來沒有	111	68.5	69	66.3

有效個案：遺失個案：(2016)有效個案：98 遺失個案：6(2009)

表五十六除學童牙科保健計劃，為何你無定期接受牙齒或洗牙？(可選擇多於一項)

	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
沒有需要	25	16.0	13	19.1
沒有金錢	84	53.8	64	94.1
服務收費昂貴	122	78.2	54	79.4
其他：_____(請註明)	5	3.2	2	2.9

有效個案：156 遺失個案：13(2016)有效個案：68 遺失個案：36(2009)

表五十七 你認為可如何改善學生健康評估服務？(可選擇多於一項)

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
將健康服務檢查計劃範圍蓋涵至精神健康評估	91	55.5	31	34.8
將健康服務檢查計劃範圍蓋涵至體能智力測驗評估	105	64.0	39	43.8
為所有在港就學的兒童提供健康服務檢查計劃	120	73.2	57	64.0
在全港各區均設立中心以方便各區學童	110	67.1	62	69.7
其他：_____(請註明)	0	0.0	2	2.2

有效個案：164 遺失個案：5(2016)有效個案：89 遺失個案：15(2009)

表五十八你認為如何改善為貧窮兒童提供的醫療及健康服務？(可選擇多於一項)

	2016		2009	
	選擇人數	百分比(%)	選擇人數	百分比(%)
恢復學童保健計劃，資助貧窮兒童到區內接受私家診所治療	129	78.7	58	61.1
訂立兒童中央健康資料庫，定期持續監察兒童健康狀況	99	60.4	40	42.1
為貧窮家庭兒童提供醫療券，以便使用私家診所的醫療服務	121	73.8	56	58.9
將現行的學童牙科保健計劃擴展至全港中學生	139	84.8	56	58.9
增加宣傳醫療收費減免計劃	96	58.5	40	42.1
簡化醫療收費減免計劃的申請程序及放寬計劃的申請資格	86	52.4	41	43.2
檢討醫管局藥物名冊，費用高昂但成效顯著的藥物可以標準收費提供	66	40.2	24	25.3
增加資源，縮短公立門診/急症室/專科服務的輪候時間	127	77.4	/	/
	2	1.2	2	2.1

有效個案：164 遺失個案：5(2016)有效個案：89 遺失個案：15(2009)

香港社區組織協會 兒童權利關注會問卷編號：____
2016 年貧窮兒童使用健康服務調查研究

你好，我們現正就兒童健康及使用健康服務情況進行研究，想了解一下你的生活情況，請你花點時間回答以下問題，多謝！

一. 個人資料

1. 兒童姓名：_____
2. 電話：_____ 地址：_____
3. 來港年期：_____
4. 性別：☐男 ☐女
5. 年齡：_____
6. 就讀年級：_____
7. 現時居住形式：☐租住板房 ☐租住床位☐租住閣仔☐租住套房
☐租住天台屋☐自置物業☐租住公屋☐租住整個私人樓單位
8. 居住面積：_____平方呎
9. 每月租金：\$_____
10. 住戶人數：_____人
11. 家庭收入來源：☐綜援☐工作及領取低收入綜援☐工作☐其他：
_____(請註明)
12. 在港家庭成員資料(不用再填寫受訪兒童資料)

	家庭崗位	年齡	來港年期	教育程度	職業	工資收入
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
總工資:						
綜援金額:						
全家總收入:						

二. 個人健康狀況(此部份由家長作答)

13. 你的子女現時身體上有沒有患有以下疾病？(可選擇多於一項)
☐ 呼吸道疾病(例如:哮喘)☐心臟病☐各類炎症☐皮膚病☐尿床☐頭虱
☐ 腸胃問題 ☐嚴重視力問題☐眼疾☐肝病☐糖尿病☐傷風/感冒☐發燒
☐耳部問題☐其他：_____(請註明)
☐沒有以上任何一種疾病 ☐不知道
14. 你的子女現時在心理上有沒有患有以下疾病？(可選擇多於一項)
☐學習障礙☐思覺失調☐抑鬱症☐過度活躍症☐狂燥症☐專注力不集中
☐其他：_____(請註明)☐沒有以上任何一種疾病☐不知道

三. 使用醫療服務的情況

15. 過去一年，你的子女有沒有患上任何疾病？☐有☐沒有(請轉答第 17 條)

16. 請問是什麼疾病/病徵？(可選擇多於一項)

☐傷風/感冒☐腸胃炎☐皮膚損傷☐哮喘☐胃病☐頭痛☐頭暈☐牙痛
☐發燒☐其他：_____ (請註明)

17. 遇有以上疾病時，你/你的子女通常會選擇那種治療方式？

(請排序 1,2,3.....)(可選擇多於一項)

___ 不接受任何治療 →(答第 18 條)
___ 自行購買藥物服用 →(答第 19 條)
___ 到私家中醫求診 →(答第 20 條)
___ 到私家西醫求診 →(答第 21 條)
___ 到公立醫院普通科門診求診 →(答第 22 條)
___ 到公立醫院急症室求診 →(答第 23 條)
___ 到私家醫院求診 →(答第 21 條)
___ 到志願團體的免費/優惠中/西醫求診 →(答第 24 條)
___ 其他：_____ (請註明)

18. 為何你「不接受任何治療」？(可選擇多於一項)

☐沒有錢付醫療費☐擔心醫療費用昂貴☐不想接受政府濟助
☐節省醫療開支☐認為身體會自然康復☐輪候公立醫療服務時間過長/約不到
☐其他治療方法效用不大☐其他：_____ (請註明)☐不適用

19. 為何你選擇「自行購買藥物」服用？(可選擇多於一項)

☐沒有錢付醫療費☐擔心醫療費用昂貴☐不想接受政府濟助
☐可節省醫療開支☐輪候公立醫療服務時間過長/約不到
☐費用便宜☐方便快捷☐購藥自行治療十分有效
☐其他治療方法效用不大☐其他：_____ (請註明) ☐不適用

20. 為何你選擇向「私家中醫求診」？(可選擇多於一項)

☐沒有錢付醫療費☐擔心醫療費用昂貴☐不想接受政府濟助
☐可節省醫療開支☐輪候公立醫療服務時間過長/約不到☐費用便宜
☐方便快捷☐其他治療方法效用不大☐其他：_____ (請註明)☐不適用

21. 為何你選擇向「私家西醫/醫院求診」？(可選擇多於一項)

☐不想接受政府濟助☐費用便宜☐方便快捷☐其他治療方法效用不大
☐病情嚴重☐輪候公立醫療服務時間過長/約不到☐其他：_____ (請註明)☐不適用

22. 為何你選擇到公立醫院普通科門診求診？(可選擇多於一項)

☐未能負擔私家門診醫療費用☐擔心私家醫療費用昂貴☐費用廉宜/免費
☐方便快捷☐治療方法有效☐其他：_____ (請註明)☐不適用

23. 為何你選擇到公立醫院急症室求診？(可選擇多於一項)

☐未能負擔私家門診醫療費用☐擔心私家醫療費用昂貴☐費用廉宜/免費
☐病情嚴重☐方便快捷☐治療方法有效☐其他：_____ (請註明)☐不適用

24. 為何你選擇到志願團體的免費/優惠中/西醫求診？(可選擇多於一項)
☐沒有錢付醫療費☐擔心其他醫療費用昂貴☐不想接受政府濟助
☐可節省醫療開支☐輪候公立醫療服務時間過長/約不到☐費用便宜☐方便快捷
☐其他治療方法效用不大☐其他：_____ (請註明)☐不適用

25. 以最常使用的治療方式為例，每次求診費用約需多少？
☐免費☐50 元☐80 元☐100 元☐150 元☐其他：_____ (請註明)

26. 粗略估計，你用於醫療服務的開支共有多少？☐每年約_____元(注意:有領綜援也要問!) ☐有領取綜援獲醫療豁免證明書

27. 你可曾經因醫療費用昂貴而不求醫或延遲求醫？☐曾經 ☐不曾經

四. 對公立醫院門診服務的意見

28. 當你患病時，你曾經使用公立醫院的普通科門診/急症室服務嗎？☐曾經 ☐不曾經(跳至第 34 條)

29. 當時你在公立門診等候了多久才接受醫生診治？
平均等:_____分鐘或_____小時最短等:_____分鐘或_____小時
最長等:_____分鐘或_____小時☐不適用

30. 每次在公立普通科門診為你診症的醫生是否屬同一人？☐是☐不是☐不知道
☐不適用

31. 你認為公立普通科門診服務有何不足之處？(可選擇多於一項)
☐輪候時間太長☐藥物效用不大☐離家路程太遠☐醫生診治時間太短☐名額不足
☐費用太高☐打電話預約很困難☐電話預約制度使用不方便
☐其他：_____ (請註明) ☐不適用

32. 當時你在公立急症室等候了多久才接受醫生診治？
平均等:_____分鐘或_____小時最短等:_____分鐘或_____小時
最長等:_____分鐘或_____小時☐不適用

33. 你認為公立急症室服務有何不足之處？(可選擇多於一項)
☐輪候時間太長☐藥物效用不大☐離家路程太遠☐醫生診治時間太短
☐費用太高☐急症不能及時治療，加重病情☐其他：_____ (請註明)☐不適用

34. 你曾經/現在輪候公立醫院的專科服務嗎？☐曾經 ☐不曾經(跳至第 38 條)

35. 你曾經/現在輪候公立醫院的甚麼專科服務？(可選擇多於一項)
☐精神科☐骨科☐兒科☐外科☐其他_____ (請註明)☐不適用

36. 輪候了多久/現輪候多久才可以見到專科醫生？_____個月_____ ☐不適用

37. 你認為公立專科服務有何不足之處？(可選擇多於一項)
☐輪候時間太長☐藥物效用不大☐醫生診治時間太短☐費用太高
☐不能及時治療，加重病情☐其他：_____ (請註明)☐不適用

38. 因為輪候公立專科/門診/急症太久，對你造成何問題？(可選擇多於一項)
☐要請假，上不了學☐病情加深☐通宵輪候，令自己更病

☐其他：_____ (請註明) ☐不適用

39. 你或你的父母知不知道，市民若有經濟困難，即使沒有領取綜援，都可以申請減免醫療費用？

☐知道 ☐不知道

40. 你可曾使用公立醫院的醫療收費減免計劃？(非綜援人士才要作答)

☐曾經 ☐不曾經 ☐不適用

41. 你對現行公立醫院的醫療收費減免計劃有何意見？(可選擇多於一項)(所有受訪者均須作答)

☐申請程序繁複令申請人卻步

☐申請資格(例如：入息及資產限額等)太過嚴苛

☐申請需提交太多文件，十分不便

☐不批准涵蓋所有家庭成員及所有醫療服務，造成很大不便

☐豁免時期太短，導致每次求診均要重新申請

☐其他：_____ (請註明)

42. 你認為現行的門診服務能為兒童提供適時治療嗎？ ☐能 ☐不能

☐不知道/沒有意見

43. 你認為接受完善醫療服務是兒童權利嗎？ ☐是 ☐否

學生健康評估服務

44. 你有否參加學生健康評估服務？

☐有(移至第 46 條) ☐沒有

45. 為何你沒有參加學生健康評估服務？(可選擇多於一項)

☐不知道有此計劃 ☐不符合免費參加服務計劃的資格

☐沒有能力繳付服務計劃的費用 ☐認為服務計劃作用不大

☐其他：_____ (請註明)

46. 你認為學生健康評估服務能效改善或監察你的健康狀況嗎？

☐非常有效 ☐頗有效 ☐一般 ☐頗無效 ☐非常無效 ☐不知道

47. 你對學生健康評估服務有何意見？(可選擇多於一項)

☐未有蓋涵精神健康評估

☐未有蓋涵體能智力測驗評估

☐向行街紙等兒童徵費不合理

☐並非全港各區均設立中心，十分不便

☐其他：_____ (請註明)

五. 學童牙科保健計劃

48. 你有否參加學童牙科保健計劃？ ☐有(請移至第 50 條) ☐沒有

49. 為什麼你沒有參加學童牙科保健計劃？(可選擇多於一項)

☐政府沒有提供有關服務給中學生 ☐不知道有該計劃 ☐計劃服務範疇不大

50. 每隔多久你才會接受的學童牙科保健計劃？

☐每隔兩個星期 ☐每隔一個月 ☐每隔三個月 ☐每隔半年 ☐每一年

☐多於一年 ☐從來沒有

51. 你認為學童牙科保健計劃能否有效幫助你護理口腔嗎？ ☐能 ☐不能

52. 你認為現行學童牙科保健計劃的服務年級範圍是否足夠？☐足夠☐不足夠

53. 除學童牙科保健計劃外，你平均多久才接受一次牙齒檢查或洗牙？

☐每隔三個月☐每隔六個月☐每隔九個月☐每隔一年☐從來沒有☐其他

_____ (請註明)

54. 除學童牙科保健計劃外，為何你沒有定期檢查牙齒或洗牙？(可選擇多於一項)

☐沒有需要☐沒有金錢☐服務收費昂貴☐其他：_____ (請註明)

55. 你希望牙科保健包含那些服務？

☐洗牙☐補牙☐箍牙☐教導護理口腔☐檢查牙齒☐其他：_____ (請註明)☐不適用

六. 改善服務建議

56. 你認為可如何改善學生健康評估服務？(可選擇多於一項)

☐將健康服務檢查計劃範圍蓋涵至精神健康評估

☐將健康服務檢查計劃範圍蓋涵至體能智力測驗評估

☐為所有在港就學的兒童提供健康服務檢查計劃

☐在全港各區均設立中心以方便各區學童

☐其他：_____ (請註明)

57. 你認為可如何改善為貧窮兒童提供的醫療及健康服務？(可選擇多於一項)

☐恢復學童保健計劃，資助貧窮兒童到區內接受私家診所治療

☐訂立兒童中央健康資料庫，定期持續監察兒童健康狀況

☐為貧窮家庭兒童提供醫療券，以便使用私家診所的醫療服務

☐將學童牙科保健計劃涵蓋至幼稚園至中學生

☐增加宣傳醫療收費減免計劃

☐簡化醫療收費減免計劃的申請程序及放寬計劃的申請資格

☐檢討醫管局藥物名冊，費用高昂但成效顯著的藥物可以標準收費提供

☐增加資源，縮短公立門診/急症室/專科服務的輪候時間

☐其他：_____ (請註明)

---問卷完，多謝填寫！--

附件：貧窮家庭學童主要使用的健康及醫療服務簡介

(1) 公立醫院普通科門診服務

醫院管理局負責管理所有公立醫院。公立醫院病房每天收費 68 元，專科門診診所每次診症則收費 44 元。所有正在領取綜合社會保障援助和遇到真正經濟困難的人士，均可獲得豁免收費。醫院管理局(醫管局)普通科門診致力提供以社區為本的基層醫療服務，主要服務對象包括長者、低收入人士和長期病患者。

普通科門診照顧的病人主要分為兩大類，包括病情穩定的長期病患者(如患糖尿病、高血壓等)，以及症狀相對較輕的偶發性疾病病人(如患感冒、腸胃炎等)。有需要覆診的長期病患者於每次覆診後，診所會按病人臨床需要安排下次覆診時間，病人無須另行致電預約。偶發性疾病病人則可透過醫管局的電話預約系統，預約未來 24 小時的診症時段。

普通科門診亦提供一般護理服務，例如：藥物注射及換藥服務。此外，普通科門診亦透過跨專業醫療團隊為患有糖尿病或高血壓等疾病的長期病患者進行健康風險評估及跟進護理服務，以及由護士及物理治療師、職業治療師、藥劑師等專職醫療人員，為高危長期病患者提供針對性的治理服務，包括理遺護理、傷口護理等。為協助吸煙人士戒除吸煙的習慣，普通科門診亦設有戒煙輔導服務。

普通科門診診所遍佈港九新界各區，部份更有夜間、星期日及公眾假期服務。診所一般於上午 8 時 30 分開放。而在惡劣天氣情況下，如天文台發出黑色暴雨警告、八號或以上熱帶氣旋警告信號，請留意醫管局透過電台及電視台宣布有關的服務安排。就診的病人應帶備身份證明文件及醫療紀錄冊(如有)到診所辦理登記手續。如未能依時應診，請盡早取消預約，以騰出籌額供其他病人預約。有關普通科門診診所的服務及偶發性疾病病人預約門診之詳情，請參考以下各項資料。

醫院管理局普通科門診電話預約服務

為改善過往市民在清晨排隊輪籌的情況，醫院管理局轄下普通科門診診所的電話預約門診服務已於2006年10月起在全港推行。為了使長者能更方便使用電話預約診症，醫管局已開展一系列新措施，進一步提升電話預約服務。而根據過往長者求診人次，診所已為65歲或以上偶發疾病長者預留電話預約名額，以便需要長者能使用門診服務。為避免電話預約服務線路繁忙，市民現時可隨時致電診所預約未來24小時最早能提供的診症時段，而毋須於每日特定時間開始預約。

醫院管理局引入「普通科門診電話預約服務」的主要目的是善用普通科門診的資源，提高對長者及殘疾人士的照顧，避免市民在清晨排隊輪籌，改善門診擠迫輪候的情況，以及減低病人在診所內交叉感染的風險。現時，「普通科門診電話預約服務」是透過約600條電話線24小時提供預約服務，市民可於任何時間致電預約未來24小時內的診症餘額。

備註：

- 電話預約服務適用於曾在該診所登記或求診的人士。新症病人請帶備身份證明文件正本，親身前往日後欲預約的普通科門診診所登記，以核實資料，日後方可使用電話預約服務。
- 如在使用電話預約系統時遇到困難，請向家人或朋友、診所詢問處、長者中心或使用平安鐘尋求協助。

- 如病人於兩個月內達三次不能應約就診又沒有取消預約，便不能使用電話預約服務；如欲使用普通科門診服務，必須親身前往診所查詢。

參考資料：醫院管理局公立醫院普通科門診服務

http://www.ha.org.hk/haho/ho/hacp/IVAS_intro_txt_b5.pdf



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

普通科門診 電話預約

輕鬆方便又易做

醫院管理局普通科門診電話預約服務

為免患偶發性疾病(如感冒、傷風、腸胃炎等)的病人於身體不適時到診所排隊輪籌而遭日曬雨淋,同時為降低病人交叉感染的風險,我們為大家特設普通科門診電話預約服務,讓你安坐家中進行預約。

電話預約系統特色

- ☎ 24小時運作,方便你隨時致電系統預約
- ☎ 搜尋未來24小時的診症時間
- ☎ 當選擇的診所額滿時,系統會自動搜尋就近診所的醫額
- ☎ 設有查詢及取消預約功能
- ☎ 設有長者預約專線

普通科門診服務

醫院管理局普通科門診致力提供以社區為本的基層醫療服務,主要服務對象包括長者、低收入人士和長期病患者。

普通科門診照顧的病人		預約方法
偶發性疾病病人(如患感冒、腸胃炎等)	病人致電電話預約系統進行預約	
長期病患者(如患糖尿病、高血壓等)	診所按病人臨床需要安排下次覆診時間	

首次登記

為保障符合資格人士的求診權利,首次使用電話預約系統前請先進行登記,以核實病人的個人資料。請帶備身份證明文件正本,親身前往你日後欲預約的普通科門診診所登記。

預約步驟

- 1 致電診所預約系統
- 2 選擇語言
1 廣東話 3 普通話
- 3 輸入身份證或出世紙號碼的頭六個數字
- 4 輸入出生年份
- 5 確定身份證或出世紙號碼
如正確,請按 1
- 6 確定預約時間
如確定,請按 1
- 7 記下預約日期及時間

請帶備身份證明文件及醫療紀錄冊(如有),於預約時間前15分鐘抵達診所,辦理登記手續。

查詢或取消

請致電已約定之診所的電話預約系統,按照指示操作。

電話預約之普通科診所名單

九龍灣健康中心普通科門診診所	九龍灣啟仁街 9 號一樓 	31570678
下葵涌普通科門診診所	葵涌麗祖路 77 號 	31570100
大埔賽馬會普通科門診診所	大埔汀角路 37 號地下 	31570906
中九龍診所	旺角亞皆老街 147 號 A 	31570810
中區健康院普通科門診診所	中環九如坊 1 號 	35435033
仁愛普通科門診診所	新界屯門屯利街六號地下 	35430888
仁濟醫院全科診所(仁濟醫院)	荃灣仁濟街 7-11 號仁濟醫院 C 座 3 樓 	31570109
元朗賽馬會健康院	元朗青山公路 269 號 	35435007
天水圍(天業路)社區健康中心	天水圍天業路 3 號 (香港濕地公園及天葵路慧景軒對面) 	24699222
天水圍健康中心(天瑞路)	天水圍天瑞路 3 號 	35435006
屯門湖康診所	屯門湖康街 2 號 	35430887
屯門診所	屯門新墟青賢街 11 號 	35430886
方逸華普通科門診診所	西貢萬年街 23 號地下 	31570652
牛頭角賽馬會普通科門診診所	九龍牛頭角定安街 60 號地下 	31570680
王少清家庭醫學中心	大埔寶湖里 1 號地下 	31570926
北大嶼山社區健康中心(北大嶼山醫院)	大嶼山東涌松仁路 8 號北大嶼山醫院 3 樓 	31570106
北葵涌普通科門診診所	葵涌大白田街 125 號	31570101
石湖墟賽馬會普通科門診診所	上水石湖墟馬會道 108 至 130 號地下 	31570965
石硤尾普通科門診診所	石硤尾巴域街 2 號 	31570119
伍若瑜夫人普通科門診診所	梨木樹和宜合道 310 號 	31570108
伍若瑜普通科門診診所	慈雲山雙鳳街 55 號 	31570116
西九龍普通科門診診所	長沙灣道 303 號長沙灣政府合署地下 	31570121
西營盤賽馬會普通科門診診所	香港西營盤皇后大道西 134 號 	35435000
西灣河普通科門診診所	西灣河太康街 28 號一樓	31570066
李基紀念醫局	九龍城賈炳達道 99 號 	31570868
李寶椿普通科門診診所	旺角鴉蘭街 22 號 	31570112
沙田(大圍)普通科門診診所	沙田大圍文禮路 2 號地下 	31570992

貝夫人普通科門診診所	灣仔皇后大道東 282 號邵肇堅醫院社區日間醫療中心地庫高層	31570000
赤柱普通科門診診所	赤柱黃麻角道 14 號地下	31570011
明愛醫院家庭醫學診所(明愛醫院)	深水埗永康街 111 號明愛醫院懷明樓地下	31570123
東九龍普通科門診診所	鑽石山斧山道 160 號	31570117
東華東院普通科門診部(東華東院)	銅鑼灣東院道 19 號東華東院主座大樓地下	21626880
東華醫院普通科門診診所(東華醫院)	上環普仁街 12 號東華醫院鶴堅士樓地下	35435958
油麻地賽馬會普通科門診診所	油麻地炮台街 145 號一樓	31570880
長沙灣賽馬會普通科門診診所 本診所的服務暫時遷往明愛醫院懷明樓地下家庭醫學診所，以便進行內部裝修工程。診所將於 2016 年 8 月 1 日在原址重新開放。	長沙灣廣利道 2 號	31570122
青衣市區普通科門診診所	青衣青綠街 21 號	31570105
青衣長康普通科門診診所	青衣長康邨長康商場 3 樓	31570103
南山普通科門診診所	南山邨南堯樓地下	31570120
南葵涌賽馬會普通科門診診所	葵涌葵盛圍 310 號	31570102
柏立基夫人普通科門診診所	北角七姊妹道 140 號一樓	31570055
柏立基普通科門診診所	新蒲崗太子道東 600 號	31570113
紅磡診所	紅磡差館里 22 號	31570816
香港仔賽馬會普通科門診診所	香港仔水塘道 10 號	35435011
香港佛教醫院普通科門診診所(香港佛教醫院)	樂富杏林街 10 號香港佛教醫院 A 座低層	31570800
容鳳書健康中心	元朗西菁街 26 號	35435009
柴灣普通科門診診所	柴灣康民街 1 號地下	31570088
粉嶺家庭醫學中心	新界粉嶺璧峰路 2 號粉嶺健康中心 1 樓	31570937
馬鞍山家庭醫學中心	馬鞍山西沙路 609 號地下	31570982
堅尼地城賽馬會普通科門診診所	堅尼地城域多利道 45 號	35435088

將軍澳(寶寧路)普通科門診診所	將軍澳寶寧路 28 號地下 	31570660	
將軍澳賽馬會普通科門診診所	九龍將軍澳寶林北路 99 號地下 	31570662	
順利普通科門診診所	順利邨利富樓地下 	31570682	
順德聯誼會梁銑琚診所	九龍城馬頭圍道 165 號土瓜灣市政大廈暨政府合署 2 樓 	31570850	
圓洲角普通科門診診所	沙田插桅杆街 29 號地下 	31570995	
聖母醫院家庭醫學診所(聖母醫院)	黃大仙沙田坳道 118 號聖母醫院門診大樓地下 	31570118	
筲箕灣賽馬會普通科門診診所	筲箕灣柴灣道 8 號一樓 	31570077	
廣華醫院全科門診部(廣華醫院)	九龍窩打老道 25 號廣華醫院東華三院徐展堂門診大樓 1 樓 	31570125	
橫頭磡賽馬會普通科門診診所	橫頭磡聯合道 200 號 	31570115	
錦田診所	石崗錦田路 200 號 	35435008	
鴨脷洲普通科門診診所	鴨脷洲大街 161 號 	35435022	
戴麟趾夫人普通科門診診所	荃灣沙咀道 213 號	31570107	
環翠普通科門診診所	柴灣環翠邨第 12 座地下 	31570099	
藍田分科診所普通科門診診所	藍田啟田道 99 號 	31570679	
瀝源普通科門診診所	沙田瀝源街 9 號地下 	31570972	
觀塘社區健康中心	觀塘協和街 60 號地下高層 	31570687	

(2)公立醫院專科門診服務

市民如有不適，應先向普通科門診或私家/家庭醫生求診，如需進一步由醫管局轄下的專科門診跟進、診症、治療及檢查，診所的醫護人員會作出轉介安排。病人需攜同病人的身份證(或有效身份證明文件)、由本地註冊醫生在最近三個月內簽發的醫生轉介信及住址證明前往登記預約。婦科專科門診現已接受智能電話流動應用程式「預約通」遞交新症預約申請。病人如在輪候專科門診服務期間出現緊急情況，應立即到就近急症室求診。病人於應診時，請攜同身份證明文件，如有檢驗報告及 X 光片，請一併帶同。

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_text_index.asp?Content_ID=10053&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=10042&Ver=TEXT

(3) 公立醫院急症室服務

簡介

醫院管理局轄下的十七間公立醫院的急症室，為需要緊急服務的病人提供診症及治療。病人的情況如不危急，應向公立或私家診所求醫。為了確保有緊急需要的市民前往急症室診治時，獲得及時的急症服務，所有急症室已實行病人分流制度。病人登記求診時，分流護士會根據病人需要危殆、危急、緊急、次緊急及非緊急治療而予以分類。病人獲診治的優先次序，是視乎病人的病況而不是根據登記的時間。

分流制度

什麼是分流制度-醫院管理局轄下急症室均實施分流制度，按照病人病情的輕重緩急而定治理的先後次序，而非按先到先得的方法。

怎樣實行

當病人抵達急症室後，先由一名富經驗及接受特別培訓的護士，對病人的病情作出初步評估，危急的病人會獲得優先治理。

分流護士會根據病情將病人分為五類：

- 危殆
- 危急
- 緊急
- 次緊急
- 非緊急

對於分流為危殆類別的病人，他們毋須等候，會即時獲得醫護人員治理。至於一些非緊急的病人，他們可能需要等候較長時間。

分流制度的目標

- 確保病人的病情盡早獲得診斷及評估，並且根據病情的嚴重程度，決定治理的先後次序
- 減少不必要的延誤
- 提供簡單的急救方法
- 採取初步的診斷檢查及治療護理
- 根據病人的病情，轉送至適當的診治地方，以致有效地調配員工及資源
- 控制及加快病人流量，以減低急症室病人積聚及混亂的情況
- 在分流的過程中，透過與病人溝通及慰問，改善病人與醫護人員的關係及部門的形象
- 即時面見病人，與市民建立良好關係
- 與入院前的醫療服務提供者作直接溝通
- 記錄病人的病情、分流的時間及在分流站接受初步的治理
- 為員工提供訓練

服務目標

醫院管理局已訂立服務目標，以確保有急切醫療需要的病人能在合理的時間內得到診治。

- 危殆類別:即時診治
- 危急類別:在 15 分鐘內處理 95%的危急病人
- 緊急類別:在 30 分鐘內處理 90%的緊急病人

收費

分流服務是急症室服務其中重要一環，病人經分流後而決定不接受醫生治療，也需要繳付急症室費用。

(參考資料：醫院管理局急症室服務指引

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_text_index.asp?Content_ID=10051&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=10042&Ver=TEXT)

(4) 公立醫院及診所費用減免機制

在公立醫院及診所收費架構重整後，醫院管理局（下稱「醫管局」）會貫徹政府的基本理念，即是不會有市民因經濟原因而得不到適當的醫療照顧。因此，領取綜合社會保障援助（下稱「綜援」）的病人，只要出示特別向綜援受助人發出的有效醫療費用豁免證明書，可以繼續獲豁免公營醫療服務的收費。此外，為保障沒有領取綜援的三類人士：低收入人士、長期病患者及貧困年長病人，政府已經制訂措施加強現行的醫療費用減免機制，以免他們承受沉重的經濟負擔。

在加強現行的減免機制時，政府是基於以下的原則：**(1)**公帑應集中資助弱勢社群，以及那些對病人構成沉重經濟負擔的服務；**(2)**在評定病人是否符合資格獲減免公共醫療費用時，設定一套客觀而具透明度的準則；同時須考慮經濟和非經濟的因素；**(3)**經加強後的機制應便利市民使用，而同時維持所需的行政和營運費用在現時的低水平。

非綜援受助人如因經濟困難未能負擔醫療服務收費，可向各公立醫院和診所的醫務社會服務部、社會福利署綜合家庭服務中心或保護家庭及兒童服務課申請減免繳費。醫務社會工作者（下稱「醫務社工」）及社會福利署綜合家庭服務中心或保護家庭及兒童服務課社工（下稱「社署家庭服務社工」）會處理有關申請，並會以家庭為基礎作出資格評估，考慮因素包括申請人患病所引致的經濟、社會和醫療情況。

經濟準則

只要同時符合下列兩項經濟準則，可以根據加強後的機制申請醫療費用減免（如果未符合經濟因素，也可以向醫務社工/社署家庭服務社工提供其他考慮因素）：

- (a) 病人的每月家庭入息，不超過適用於其家庭人數的家庭住戶每月入息中位數的75%；以及
- (b) 病人的家庭資產值低於適用於其家庭人數的指定上限。至於病人家庭所擁有的自住物業則不計算入這項資產值內。此外，由於大部分長者已不再賺取任何收入，而且需倚賴個人積蓄生活，有長者成員的家庭資產限額將較沒有長者成員的家庭為高。

**按家庭人數釐定的家庭住戶每月入息中位數
二零一六年第一季**

家庭人數	家庭住戶每月入息中位數	家庭住戶每月入息中位數的 75%	家庭住戶每月入息中位數的 50%
1	\$8,000	\$6,000	\$4,000
2	\$17,400	\$13,050	\$8,700
3	\$28,000	\$21,000	\$14,000
4	\$36,000	\$27,000	\$18,000
5	\$48,800	\$36,600	\$24,400
6 或以上	\$48,700	\$36,525	\$24,350

資料來源：政府統計處綜合住戶統計調查

獲減免醫療費用家庭的資產上限

家庭人數	資產上限(沒有長者成員)	資產上限 (有 1 位長者成員)	資產上限 (有 2 位長者成員)
1	\$30,000	\$150,000	-
2	\$60,000	\$180,000	\$300,000
3	\$90,000	\$210,000	\$330,000
4	\$120,000	\$240,000	\$360,000
5	\$150,000	\$270,000	\$390,000

註：病人家庭如有長者（即年齡不少於 65 歲），資產限額可因應每名長者而獲提升 120,000 元。如病人的家庭入息不超過適用於其家庭人數的家庭住戶每月入息中位數的 50%，並符合資產限額資格，則一般可獲考慮全數減免醫療服務收費。

非經濟因素

醫務社工/社署家庭服務社工除了根據病人每月家庭收入和資產值去評估經濟情況外，會同時考慮各項非經濟因素，例如：

- (a) 病人的臨床情況（根據病人使用各項公營醫護服務的頻密程度和病情嚴重性來界定）；
- (b) 病人是否殘疾人士、須供養子女的單親家長，或其他弱勢社群人士；
- (c) 減免收費能否促使和幫助病人解決家庭問題；
- (d) 病人是否需付任何特別開支，令其難以支付公共醫療費用；或
- (e) 其他社會因素。

醫務社工/社署家庭服務社工考慮上述非經濟因素時會確保經常使用公共醫療服務的長者和長期病患者，如有需要時也會得到醫療費用的減免。由於各類社會因素不能盡列，醫務社工/社署家庭服務社工將按個別情況酌情處理。減免醫療服務收費的準則及指引將會定期檢討，以確保需要的病人得到適當的醫療照顧。

減免有效期

醫務社工/社署家庭服務社工經評估後批准的收費減免會分為只限生效一次，或在某段期間內有效。如屬後者，醫務社工/社署家庭服務社工可視乎病人的實際需要和情況，酌情決定這段有效期的長度(最長為十二個月)。為方便需經常到專科門診覆診的長期病患者，醫務社工/社署家庭服務社工也會因應個別病人的情況，預先審批專科門診費用的減免。此

外，為了更方便已獲醫療費用減免的病人，醫務社工所簽發的減免證明書不單適用於病人留院、求診或獲發減免證明書的公立醫院/診所，同時亦適用於屬醫管局及衛生署提供同一服務的其他醫院/診所，包括住院服務、門診服務及社康服務等。

申請減免醫療費用的方法

病人若因經濟困難，未能繳付應繳的醫療款項而需要申請醫療費用減免，可於辦公時間內，帶同下列文件(正本及副本各一份)，前往公立醫院/診所的醫務社會服務部、所住地區的社會福利署綜合家庭服務中心或保護家庭及兒童服務課，以便進行有關的評估。

(a)病人及家庭成員的同住證明

- 公屋租約

(b)病人及同住家人的收入證明

- 受僱人士：銀行戶口簿及/或月結單(顯示最近結餘及最少六個月內的提存賬目紀錄)、薪俸結算書、報稅表、僱主發出的人息證明、強積金供款紀錄或其他收入的文件證明
- 自僱人士：報稅表、收入聲明或其他有關收入的證明文件。

(c)病人及家庭成員的資產證明

- 所有個人及聯名銀行戶口，包括儲蓄、定期存款、外幣存款、投資、股票及證券戶口、支票戶口及綜合戶口等的銀行戶口簿／月結單(顯示最近結餘及最少六個月內的提存賬目紀錄)等
- 含有投資或儲蓄成份保單的證明文件(例如：投資連繫的保險計劃，人壽保險的現金價值及紅利)
- 擁有的股份、股票、基金、債券及其他投資項目的證明文件
- 物業擁有權證明(包括在香港、內地及海外)等

(d)病人及家庭成員的主要支出證明

- 按揭月結單、租金收據、支出紀錄、醫療單據紀錄等。

注意：

1. 家庭成員意指與病人居於同一住所的人士，例如病人的父母、配偶、兄弟姊妹及子女等。
2. 以上所列之文件僅供參考，醫務社工／社署家庭服務社工可視乎個別申請的情況而要求提供其他文件，及/或在有需要時，聯絡病人的家人或有關人士澄清和核實資料。
3. 醫療費用減免機制是為貧困的病人而設。病人／申請人及家庭成員必須提供完整、準確、適時及真確的資料予醫院管理局／社會福利署。醫院管理局設有覆核機制，會就已批核之醫療費用減免申請個案作定期覆核，以確立有關申請所提供的資料之準確性。

已批核個案之覆核機制

申請醫療費用減免時，申請人必須向醫務社工/社署家庭服務社工提供完整、準確、真確及適時的資料，以供評估和核對。為了確保醫療費用援助制度健全及防止被濫用，醫院管理局於 2007 年 3 月成立覆核組(減免申請)(2008 年改稱醫療費用減免組)，負責：

- 預防和偵查醫療費用減免及撒瑪利亞基金的詐騙和濫用
- 對干犯與詐騙有關罪行的嫌疑人士採取恰當行動

為達致上述目標，醫院管理局於總辦事處及各醫院聯網設立的覆核機制會：

- 就懷疑詐騙醫療費用減免或撒瑪利亞基金的個案進行深入調查
- 定期隨機抽查已批核的個案
- 對有高風險出現詐騙及濫用的個案加以覆核
- 與醫院管理局內部、政府部門、銀行、僱主及其他人士作資料核對

(參考資料：醫院管理局公立醫院及診所費用減免機制

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_text_index.asp?Parent_ID=10044&Content_ID=10047&Ver=TEXT)

(5) 學生健康服務

學生是社會未來的棟樑。求學時期正是學生身心迅速發展的階段。衛生署由 1995/1996 學年開始推行的學生健康服務，旨在透過促進健康及預防疾病服務，保障學生生理和心理的健康，使他們能夠在教育體系中得到最大的裨益及充分發揮潛能。

學生健康服務中心於 1995 年開始為學生提供服務。本服務會安排已參加的學生前往學生健康服務中心，接受每年一次的健康服務。這些服務是為配合學生在各個成長階段的健康需要而設計，其中包括身體檢查；與生長、營養、血壓、視力、聽覺、脊柱、心理健康及行為等有關的檢查；個別健康輔導及健康教育。學生經檢查後如發現有健康問題，會被轉介至健康評估中心或專科診所接受詳細評估及跟進。

學生健康服務中心

如有查詢，請於以下服務時間致電各中心

星期一至五：上午九時至下午一時，下午二時至六時（公眾假期除外）

（大埔學生健康服務中心逢星期三休息）

中心	地址	電話號碼 (查詢/改期)	傳真號碼
柴灣 學生健康服務中心	柴灣康民街 1 號 柴灣健康院 1 樓  位置圖  連結地理資訊地圖	25152813 25560929	29658423
西環 學生健康服務中心	上環林士街 2 號 林士街多層停車場大廈 9 樓  位置圖  連結地理資訊地圖	25470766 25408075	29151499
九龍灣 學生健康服務中心	九龍灣啟仁街 9 號 九龍灣健康中心 7 樓  位置圖  連結地理資訊地圖	21170894 21170895	21170648
九龍城獅子會 學生健康服務中心	九龍城侯王道 80 號 獅子會健康院 1 樓  位置圖  連結地理資訊地圖	23822220 23832976	27165949
藍田 學生健康服務中心	觀塘啟田道 99 號 藍田分科診所 5 樓  位置圖  連結地理資訊地圖	31634646	23497293
慈雲山伍若瑜 學生健康服務中心	慈雲山雙鳳街 55 號 伍若瑜健康院 2 樓  位置圖  連結地理資訊地圖	23206790 23225931	23500524
沙田 學生健康服務中心	沙田大圍文禮路 2 號 沙田(大圍)診所 1 樓	26093461 26095591	26080947

	 		
大埔 學生健康服務中心	大埔汀角路 37 號 大埔賽馬會診所 2 樓  	26094597 26066214	26058376
石湖墟 學生健康服務中心	上水石湖墟馬會道 108 號 石湖墟賽馬會診所 2 樓  	26714027 26721856	26526944
南葵涌 學生健康服務中心	荃灣葵涌葵盛圍 310 號 南葵涌分科診療所 2 樓  	26152185 26142740	24086367
屯門 學生健康服務中心	屯門新墟青賢街 11 號 屯門診療所 1 樓  	24416322 24300861	26135672
元朗 學生健康服務中心	元朗青山公路 269 號 元朗賽馬會健康院 1 樓  	24760500 24793057	24427615

健康評估中心

如有查詢，請於以下服務時間致電各中心

星期一至五：上午九時至下午一時，下午二時至六時（公眾假期除外）

中心	地址	電話號碼 (查詢/改期)	傳真號碼	無障礙設施		
				無障礙場地入口	升降機	暢通易達洗手間
柴灣 健康評估中心	柴灣康民街 1 號 柴灣健康院 3 樓  	21477461	25152205	✓	✓	✓
西環 健康評估中心	上環林士街 2 號 林士街多層停車場大廈 9 樓  	25406036	29151499	✓	✓	✓
藍田 健康評估中心	觀塘啟田道 99 號 藍田分科診所 5 樓  	31634650	23497293	✓	✓	✓

關於青少年健康服務計劃

背景

青少年正經歷成長中的身心變化，加上社會環境轉變，使他們面對著很多的挑戰。如在適應及處理上出現困難，便會直接影響其心理和情緒健康，以及人際關係的發展，亦會促使他們養成不良的生活模式及參與危害健康的行為，包括吸煙、飲酒、吸食危害精神毒品、性濫交、自毀、自殺等。

為使青少年在成長中獲得正面的引導及全面的培育，衛生署學生健康服務於 2001 年開創了青少年健康服務計劃，透過醫生、護士、營養師、社工及臨床心理學家等專業人士，以外展形式在學校推行促進身心社交健康的活動，培育青少年正確的態度和技巧去面對成長中的挑戰，邁向健康快樂的人生。

服務發展

這個計劃自推出以來，獲得良好的反應和支持，而香港大學於十八所參與先導計劃的中學作出成效評估，報告顯示參與計劃的學生較不參與者在有關健康之知識、心理社交狀況及行為上有較佳的表現。在 2014 至 2015 年度，一共約有 320 間中學參加，而衛生署除了更新「基本生活技巧訓練」課程以配合青少年的需要外，更邀請香港大學為新課程作跟進評估，以便了解新課程的成效。

內容主旨

在學生方面，課程目標包括提高青少年對自我的認識和接納、學習處理自己的情緒和壓力，並提升他們與別人和諧相處和解決問題的能力等。

在老師和家長方面，課程目標是加強他們對青少年身心社交健康的認識，使他們能配合整個計劃，以正確的態度和技巧，一起培育這一代的青少年。

若要了解更多有關青少年健康服務計劃的詳細資料，請瀏覽 <http://www.ahpshs.gov.hk>。

(6) 政府牙科服務

牙科服務為市民提供促進口腔健康、預防及治療牙患的服務。

服務包括：

1.	口腔健康教育組 - 致力提高市民注重口腔健康的意識，提倡良好的口腔健康習慣。 - 協助市民正確使用口腔醫護服務。
2.	這連結會以新視窗打開。學童牙科保健服務 為小學生提供基本的醫療和預防牙患服務。
3.	政府牙科診所 - 為公務員、其供養的家屬及退休公務員提供牙科服務。 - 於指定診所為市民提供緊急牙科服務(只處理止痛及脫牙)。
4.	口腔頷面外科及牙科部 為醫院病人及轉介病人，包括需要特殊口腔護理的各組別病人，提供專科及緊急牙科服務。
5.	牙科街症服務診所(只處理止痛及脫牙)

診所及健康中心一覽表

牙科街症服務診所(只處理止痛及脫牙)

香港

診所	地址	電話號碼	服務時間	
堅尼地城社區綜合大樓牙科診所	香港堅尼地城石山街 12 號堅尼地城社區綜合大樓 10 樓	35833461	星期一及星期五	上午

九龍

診所	地址	電話號碼	服務時間	
九龍城牙科診所	九龍紅磡庇利街 42 號九龍城政府合署九龍城健康中心 3 字樓	27689721	星期一及星期四	上午
觀塘牙科診所	九龍觀塘協和街 60 號觀塘社區健康中心大樓 LG 樓	23454787	星期三	上午

新界及離島

診所	地址	電話號碼	服務時間	
大澳牙科診所	大澳石仔埗街 103 號大澳賽馬會診所	29857657	每月第二個星期四	上午
長洲牙科診所	長洲長洲醫院路長洲醫院三樓	29810578	每月第一個星期五	上午
方逸華牙科診所	西貢萬年街 23 號方逸華診所 1 字樓	21639250	星期四	下午
大埔王少清牙科診所	大埔寶湖里 1 號	26523737	星期四	上午
粉嶺健康中心牙科診所	粉嶺璧峰路 2 號粉嶺健康中心 3 字樓	26712046	星期二	上午
荃灣牙科診所 (已於 2015 年 8 月 28 日下午 1 時起停止服務，直至另行通知。牙科街症服務會臨時遷往荃灣政府合署牙科診所。)	荃灣沙咀道 213 號	24920880	星期二及星期五	上午
荃灣政府合署牙科診所	荃灣西樓角道 38 號荃灣政府合署 14 樓	24176511	星期二及星期五	上午
仁愛牙科診所	屯門屯利街 6 號仁愛分科診所 2 樓	24523265	星期三	上午
元朗賽馬會牙科診所	元朗青山公路 269 號	24771808	星期二及星期五	上午

備註：請於個別診所排隊輪候籌號，額滿即止。如欲查詢有關無障礙通道設施，請致電診所與當值職員或無障礙主任聯絡。

(參考資料：衛生署網站 http://www.dh.gov.hk/tc_chi/main/main_ds/main_ds.html)

(7) 學童牙科保健服務

學童牙科保健服務由衛生署推行，專為全港小學生提供基本牙齒及口腔健康護理。學童會被派往學校附近的學童牙科診所接受服務。

本服務旨在鼓勵學童注意口腔衛生及預防常見的牙科疾病，由受過專業訓練的牙科治療師在政府牙科醫生指導下執行。

服務範圍

本服務由受過專業訓練的牙科治療師提供，並在牙科醫生指導下執行。

我們的服務包括：

- 口腔護理指導
- 口腔檢查
- 預防性的牙科治療
- 基本的牙科治療 *
- 急症服務（特定時間）

*牙科醫生會視乎個別學童的需要而提供較複雜的牙科治療。

服務安排

每年的口腔檢查

參加本服務的學童可接受每年一度的口腔檢查。在校方同意下，我們會為小一至小五的學童安排一次專車接送，往返學校和學童牙科診所。至於小六學童，我們會安排他們在課堂以外時間自行前來就診，以免妨礙他們的課堂學習。

更新學童病歷資料

學童的病歷資料對我們的診斷及治療方案十分重要，請家長提供學童最新及準確的病歷資料。如病歷資料有任何變更，請儘快通知我們，詳情可致電學童所屬的學童牙科診所查詢。

診所服務時間

星期一	上午 8:45 - 下午 1:00 下午 2:00 - 下午 5:45
星期二至星期五	上午 8:45 - 下午 1:00 下午 2:00 - 下午 5:30
星期六、星期日及公眾假期	休息

診所名稱	診所資料
鄧肇堅學童牙科診所一字樓 [地圖]	 香港灣仔皇后大道東 286 號麥理浩牙科中心一字樓  2892 2147 / 2892 2148  2891 2145

鄧肇堅學童牙科診所五字樓 [地圖][	 香港灣仔皇后大道東 286 號麥理浩牙科中心五字樓  2892 2125  2591 5270
亞皆老街賽馬會學童牙科診所一樓 [地圖][	 九龍亞皆老街 147J 一字樓  2760 5214  2762 7519
亞皆老街賽馬會學童牙科診所三樓 [地圖][	 九龍亞皆老街 147J 三字樓  2760 5232  2624 5974
藍田學童牙科診所 [地圖][	 九龍藍田啟田道 99 號藍田分科診所二字樓  3163 4530  2346 3042
下葵涌學童牙科診所 [地圖][	 新界葵涌麗祖路 77 號下葵涌分科診所及特殊教育服務中心一字樓  3651 5587  2741 7965
尤德夫人學童牙科診所 [地圖][	 新界沙田插桅杆街 31-33 號一字樓  2210 1678  2647 4037
屯門學童牙科診所 [地圖][	 新界屯門震寰路 16 號  2460 5667  2464 9783
粉嶺學童牙科診所 [地圖][	 新界粉嶺璧峰路 2 號粉嶺健康中心二字樓  2639 4646  2671 2092

(參考資料：衛生署學童牙科保健服務

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?content_id=122630&lang=CHIB5

(8) 普通科門診公私營協作計劃

(<http://www3.ha.org.hk/ppp/homepage.aspx>)

計劃簡介

過往數年，醫管局一直積極尋求與私營界別（包括非政府機構）合作提供公營醫療服務。在《二零一四年施政綱領》中，為加強醫療服務，政府宣布推出普通科門診公私營協作計劃。計劃旨在為需要長期在普通科門診覆診的病人提供選擇，讓病人可接受社區內的私營基層醫療服務，以幫助醫管局管理日增的服務需求及提高基層醫療服務的便捷度。計劃亦有助推廣家庭醫生概念及加強電子健康記錄的使用。

計劃初步會先邀請患有高血壓（或附帶高血脂症），其後將延伸至患有糖尿病，而病情穩定的醫管局普通科門診病人，他們可以自由選擇參加。計劃初步會在觀塘、黃大仙和屯門區試行，當局歡迎所有於試行區域的診所內執業的私家醫生參加計劃。

在計劃下，每名病人每年可享有十次資助門診服務，包括診治慢性疾病和急症護理、於私家醫生診所獲配治理其慢性疾病病情及偶發性疾病的藥物、以及經參加計劃的私家醫生轉介，接受由醫管局提供特定的相關化驗和 X 光檢查服務。

參加計劃的病人每次就診只須繳付普通科門診服務的收費 45 元（按照政府憲報所列）。領取綜合社會保障援助（綜援）或持有有效醫療費用（全費或部分費用）減免證明書的人士，可獲得與使用醫管局服務相同的費用減免安排。若雙方同意，病人可選擇自費接受私家醫生提供的進一步服務和療程，即計劃以外的服務。年滿 70 歲並已參加長者醫療券計劃的人士，可從其醫療券戶口支付額外的收費。

參加計劃的私家醫生每年最高可獲合共為 2,872 元(2016 年 7 月 1 日起將上調至 3,012 元)的服務費（醫管局會以發還款項的方式繳付），作為提供最多十次診症，當中已包括醫管局普通科門診收費 45 元，這費用會由病人在就診後直接繳付給私家醫生。醫管局會為領取綜援及／或獲減免費用的人士負擔普通科門診費用。

此外，醫管局綜合考慮政府的財務承擔；專業醫療組織、病人、私家醫生和員工對計劃的初步正面反應；及社區要求推展計劃至其他地區的訴求後，將由二零一六／一七年度起分階段擴大計劃的範圍，並在三年內涵蓋全港十八區。

<http://www.info.gov.hk/gia/general/201607/26/P2016072600722.htm?fontSize=1>

貧窮兒童研究系列二十二：貧窮兒童健康及使用醫療服務調查報告
香港社區組織協會 兒童權利關注會（二零一六年七月）

研究員：施麗珊、王智源
協力：郭永其、歐境欣
地址：九龍何文田公主道 52 號三樓
電話：27139165
傳真：27613326
網址：<http://www.soco.org.hk>
電郵：soco@pacific.net.hk